

ヘルスリサーチ ニュース **vol.76**



- 1 リレー随想 日々感懐
医療法人社団 パリアン理事長 川越 厚 氏
- 2 理事長就任のご挨拶
理事長 近藤 達也 氏
- 3 対談 近藤新理事長に聞く
近藤 達也 氏、丸木 一成 氏
- 7 温故知新 「財団助成研究・・・その後」
森田 洋之 氏
- 8 研究助成成果報告(3編)
廣瀬 昌博 氏、加藤 誠之 氏、森田 彩子 氏
- 11 第29回(2020年)助成研究を選考!!
- 13 理事会・評議員会レポート(決算承認)、理事・監事改選
- 15 速報:第27回ヘルスリサーチフォーラムをオンライン開催/
ご寄付のお願い

日々感懐

第41回 リレー随想



川越 厚

医療法人社団
パリアン理事長

ヘルスリサーチを想う

ひとの研究計画を評価すること

原著論文を投稿し、レフェリーから内容に注文を付けられ差し返されたことが二回ある。いずれも自信作だっただけに、大変驚いた。一つ目の論文(論文1)は『在宅死した癌患者の剖検所見 日癌治 28(3):619-625, 1993.』。もう一つ(論文2)は『Kawagoe, H. & Kawagoe, K.: Death Education in Home Hospice Care in Japan. J. Palliat. Care, 16(3): 37-45, 2000』である。

論文1は最初、ある研究会誌に投稿した。そこで差し戻しを食らったのであるが、その理由は「剖検率が高いことは、患者家族と医師との信頼関係が強いことによる」と私が考察で述べたことにある。レフェリーの一人が「そんなことはあり得ない」との意見を出し、不採用になったのである。「研究会誌のレベルアップのためになれば」と思ってあえて投稿先を選んだのであるが、不採用の扱いには本当に驚いた。『この先生は臨床医なのか!』と一人憤慨したのであるが、後日彼が脳外科医であることを知り、「なるほど」と納得した。再投稿はしないで論文の体裁を整え、癌治に投稿した。幸いノー文句で採用された。

論文2は3人のレフェリーのうちの一人(カナダ人の医師)がResultにクレームをつけ、差し戻しとなったのである。『在宅死した14名の患者は“死を受容していた”』という私の見方に対して、「そんなことがどうして言えるのか。第一、死に逝くものが“死を受容する”ことなどありえない。その根拠を示さないと掲載できない」ということであった。字数の関係で詳細は省略するが、この指摘は死生観が国や文化によって違うことを知るきっかけとなり、大変貴重な経験となった。注文通り“死の受容(Acceptance of death)”を定義するなどの修正を加え、個人的な感謝を伝えて再投稿した。

この度栄えあるファイザーヘルスリサーチ振興財団の選考委員に選んでいただき評価する立場になったのであるが、自分がその職にふさわしいのかどうか、常に自身を振り返るようにしたい。

▶ 次回は 高崎商科大学 特任教授/税理士 公益財団法人公益法人協会 主任研究員 鈴木 修 先生にお願い致します。

理事長就任のご挨拶

理事長 近藤 達也

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA) 名誉理事長
一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 理事長



本年6月24日の臨時理事会に於いて、ご指名頂き代表理事の任命を頂きました。大変光栄なことであり、そのお役に立てるよう努めて参る所存です。

折から社会全体で COVID-19 により、対面による社会活動の制限の中であり、基本的に Web 方式での理事会となり、正直申し上げると皆様のお顔とお話はよく伝わるのですが、折角の記念ある会議でありましたが、残念ながら何か実感のない物足りなさを感じた出発でありました。今年は多くの学校での入学式もこんなもんだったのかとも想像したところですが、毎週の財団 Web 連絡会議によりどんどん実感のある業務に馴染みつつあるところですが。

実は昨年秋よりこのお話はファイザーヘルスリサーチ振興財団の島谷克義 前理事長 (現・名誉理事) から後任の財団理事長にと打診を頂いておりました。大変光栄なことを承り、お引き受けさせて頂く事になった次第です。COVID-19 の影響により当財団事務所には現在まで一度も訪問しておりませんが、就任以来、毎週一度の Web 連絡会議で島谷名誉理事からこれまでの財団の歴史的経緯、設立趣旨、如何なる研究者に如何にして研究支援をしているかなど誠に精緻にご説明頂き、事務局の皆様より丁寧なサポートを頂き、全貌を確実に確認しつつあるところです。

この財団が 1992 年以来 30 年近くにわたり毎年数多くの研究者を支援してこれ、とりわけヘルスサイエンスの学際的な学術支援に対しては熱心でその真摯な方向性を先ず強く感じたところですが、この学際的研究というのは、実は最も新しい価値のある成果を上げる可能性がある部分と思っており、これからの多くの研究支援の成果を楽しみに致しております。

私は、元々 R&D を目指すエンジニア志望でしたが父親の意向に沿って医師の道を選びました。医師としての専門領域は脳神経外科を選びましたが、当然その分野でもその局面の追求から R&D を心がけ、患者さん中心の医療という立場から数種類の医療機器開発、増殖因子を発見しそれをういた医薬品開発を主導して参りました。PMDA においても品質・有効性・安全性の確保を評価する立場で評価科学・適正規制科学のレギュラトリーサイエンスを強化して参りました。そこで創薬、創医療機器開発にはとりわけ関心が深く、「死の谷」といわれた研究開発の要のポイントをサポートする「薬事戦略相談事業 (現在は RS 戦略相談事業)」の設立は、それを実現する決定的な事業となり日本のアカデミアに於ける未来を切り開く厚い天井に窓を開ける様な大きな結果となったと自負致しております。昨年6月より、MEJ (一般社団法人 Medical Excellence Japan) の理事長に就任し、日本の医療、医療製品がより世界の医療に貢献することを願うところから日本の医療界が実質的に医療制度といい、医療製品といい、医療技術といい、世界に向けて先端的発展を遂げてもらえるようにオールジャパンで日本国内の「四次元の医療改革」を掲げ、患者中心の「Rational Medicine Initiative」を目指し、「レギュラトリーサイエンス」を推進し、「絶対的価値観」での日本の医療の改革を目指しております。

このファイザーヘルスリサーチ振興財団は、間違いなく世界の中で、日本の医療がより輝いてくれることを念じて基金を投じて下さっていることを踏まえて、多くの研究応募者から先ずその高邁な意図を評価させて頂き、その期待に沿う形で研究支援をして参りたいと思っております。皆様方からのご支援を期待致しております。

近藤新理事長に聞く

対談



丸木 一成 当財団理事



近藤 達也 当財団理事長

新たに当財団理事長に就任された近藤達也氏は、国立国際医療センター(当時)院長、独立行政法人医薬品医療機器総合機構 理事長を歴任され、在任中はその職務の遂行を通じて、医療界の改革の旗頭として辣腕を大いに発揮されました。それら精力的な活動の基となった思想は何か？今回当財団の理事長に就任してヘルスリサーチに何を思われるのか？そして、何よりも、その“人となり”は？…本対談により、丸木一成理事にお聞きいただけます。(2020年8月18日実施)

丸木:近藤先生、大変お久しぶりでございます。

近藤:お久しぶりです。昔、国立国際医療センター(現在の国立国際医療研究センター)の院長だったときに、丸木先生に臨床研究の倫理委員をやっていただきましたね。当時は倫理を無視した医療研究がどんどん進んでいた時代でしたが、丸木先生から倫理の話で、しっかりと国民の声を入れていただいたのを、忘れられません。

丸木:いや、とんでもない。私も勉強させていただきました。

生い立ち／研究者かエンジニアになりたかった

丸木:ところで、近藤先生は外科医でいらっしゃるようですが、小さい頃からずっとドクターになろうと思っておられたのでしょうか。

近藤:私は東京で生まれたのですけれども、実は、昭和20年、3歳のときに広島に疎開しました。

東京では、父親は駒込で医院を開いていて、理化学研究所が近かったのですが、あそこが2月…雪の日に、爆撃を受けたので、2月末に広島に疎開したのです。そこで原子爆弾に遭遇しました。疎開した父親の郷は爆心から6キロぐらいの所でした。命はやらなかったけど、被爆したことは間違いないだろうと思うのです。

3歳でも覚えているのですが、医院をやっていたものですから、やけどの人がいっぱい来ました。昔の家ですから土間があって、土間の上に畳の部屋があるのですが、そこにやけどの人が5、6人並んで横になっていて、戦争の悲劇というのを、間接的に見ました。それが一番強烈な、子どものときの思い出です。

10歳のときに東京へ出てきて、東京の小学校へ入りましたが、広島のいなかがいまだに大好きで、私は広島県人だと思っています。ネイティブの広島弁が得意です(笑)。

丸木:戦後75年に、近藤先生から、戦争を…特に広島原爆の近くで被爆までされたとお聞きして、本当に驚きました。それがドクターになられた原点なのですね。

近藤:父親が医者であったこともあって、医者になることが宿命だなと思っていました。しかし、丸木先生もご存じだと思いますけれども、戦後の日本というのは、「これは大変だ。日本はまた昔のとおりにしなければいけない」と、みんな思っていた時期だと思うのです。ですから、私自身も、どちらかというと研究者とかエンジニアになり

たかったのです。

あの頃は造船などが非常に盛んで、船舶量を増やすとか、新しい形の船を造るとか…。日章丸などができた時代ですから、その辺から工学部に憧れていました。でも、親は「医者になれ」と。しかし、医者になっても、何となくR&D(リサーチ・アンド・デベロップメント)には関心があるので、そういうことのできる診療科を選びたいと思いました。研究志向の医者になりたかったのです。それで脳外科を選んだのです。脳外科は当時、結構、研究志向が強かったからです。

そのように医者になって、ずっと今でもR&D志向の医者です。ですから、いつも合理的なことを考えながらやってきました。これは生涯、変わらないのかなという気がします。

丸木:それで、国立病院医療センターの脳外科にお勤めになられましたね。

近藤:そうです。当時は国立東京第一病院という名称の、陸軍第一病院の流れをくんだところでした。臨床が中心でしたが、結構、研究開発をやっていて、臨床研究部というのがありました。

丸木:それでは、ある程度の目的は達したわけですね。

国立国際医療センター院長の時代／高度専門・総合医療

丸木:そして2003年(平成15年)に国立東京第一病院の後身の国立国際医療センターの病院長になられたわけですが、何か「こういう方針でやるんだ」ということはお持ちだったのでしょうか。

近藤:一つは、1993年にナショナルセンターになったものの、がんセンターとか循環器とか、固有の疾患をバックにした特殊な病院がナショナルセンターで多かったのが、国立国際医療センターはそういうところがなく総合的な医療をやっている所ですから、折に触れて「この病院は特徴のない病院じゃないか」と言われたのです。

僕は、そうではなくて、病気は全人的なもので起こるわけで、がんの患者でも循環器の病気は起こるだろうし、結局、総合的にいろいろなことを見ていかないと、医療の本質は成り立たないと思いましたので、当時、「高度専門・総合医療」を打ち立てたのです。つまり、専門的な医療はやらなければいけないけれども、総合的な医療もしていかなければならないということで、各診療科に対しても、

専門的にどんどんやってもらうとともに、他の診療科のことについても少しは理解を深めるようなお医者さんになってほしい、と。

丸木:それはすごいですね。おっしゃるように、医療は全人的なもので、例えば、がんセンターなどで糖尿病になった人とか生活習慣病になった人は誰が診るんだということが、一時、議論になりましたね。

近藤:そのようにお医者さん等を育てることと、そういう病院であることを願って、「高度専門・総合医療というのが本来の医療の在り方だ」と言って、厚生労働省に行き、全国のネットワークづくりをしようとしたのです。

丸木:国立病院のネットワークづくりですね。

近藤:そうであっても、やはり「特徴がない」、「特徴がない」と折に触れて言われて、うるさくてしょうがなかったです(笑)。

丸木:ただ、国立国際医療センターは国際の部門もありますよね。海外との連携も深めている。あれはナショナルセンターとしては非常に特異的なものではないでしょうか。私も倫理審査の対象に、結構、そういう国際の案件も上がっていたと記憶しているのですが。

近藤:当時、ODAの予算がある程度絞られていたのですが、そういうお金がナショナルセンターにふさわしいかもしれないということで、国際医療活動を前提としたナショナルセンターになったはずですよ。

その国際問題というのも、当時は南北問題が中心でした。発展途上国と高度先進医療国です。しかし、僕は、そうではなくて「東西南北問題でやるべきだ」と言っていました。「やはり先進国同士の付き合いもやらなければいけない」と。

丸木:東西南北であって、南北だけじゃない、ということですね。

近藤:ところが、国はまだ南北問題しか頭になかったのです。しかし、この時代になってみると、東西問題は非常に重要であるということ、改めて感じているところです。

丸木:その後、国際化も非常に進めていかれますが、このときの経験は、その後の近藤先生のご活動に関係してくるのでしょうか。

近藤:そういう外国との連携とか付き合いというのは、その後、例えばPMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)へ行っても国際関係で、特に東西関係で非常に大きな役目を果たしました。PMDAの存在を欧米と比べてしっかりと対等にできるぐらいまで持っていくことを前提にしておりましたので、誠にそのときの経験がよかったです。

丸木:病院長は5年ぐらいなさったのですか。

近藤:5年間やりました。当時あった大きなこととしては、エイズの問題の後、SARSもあり、それからコロナの前のいわゆる鳥インフルエンザであるとか、そういった国際感染症がどんどん飛び込んできた時代で、中央病棟を強化したりしたのが非常に印象的です。それからあと、病棟改革です。

丸木:随分、立派なもので、あれも近藤院長のときのプランニングで、今、実現しているのでしょうか。

近藤:コンセプトとしてはそうかもしれません。望みは高かったと思いますし、誇りだけは持っていたと思います。競い合うことは必要ないのですが(笑)。

PDMA 理事長に就任

丸木:その後、PMDAに移られるわけですがけれども、移られたのは、先生がご希望されたのでしょうか。

近藤:全然そうではなくて、私は2008年3月に医療センターを定年退官して、その後は、私の家の近くにある老健施設の所長になる予定でおりました。

ところが、2008年1月15日に薬剤肝炎問題で、PMDAの私の前任の理事長が責任を取られるような形でお辞めになって、1月16日から空席になったのです。それで急遽、人を探されたのだらうと思います。今までは法学部などの法令系の方が理事長だったのですが、当時の舛添厚生労働大臣が「医者じゃなきゃ駄目だろう。医者を探せ」ということで、一番、暇そうな私に話が来ました(笑)。まさかの大転換でしたが、こっちのほうが面白いということで、老健はお断りました。

丸木:研究というものを強く志しておられたのが、期せずして2008年にそのトップになったわけですね。

PMDAに行かれるときに、「こういうことを改革してやるんだ」ということを、最初からお持ちだったのですか。

レギュラトリーサイエンスを社会全体に

近藤:医薬品の開発とか医療機器の開発に対しては非常に関心が深かったですから、そういうものに対する評価の仕方であるとか、それから、国民に早くそれを提供する…日本だけでなく世界に提供することに意味があるので、国民目線で見るとその合理的な科学的判断ができるように、というのは真っ先に思っていました。

ですから、それを冒頭から皆さんに申し上げたのですけれども、その中で、この世界に『レギュラトリーサイエンス』という言葉があることを発見しました。「これはいい」というので、『レギュラトリーサイエンス』を組織の一番大事な標語に掲げてスタートしました。

丸木:その『レギュラトリーサイエンス』というのは、どういう意味でPMDAで中心に据えられたのでしょうか。

近藤:1987年に内山 充先生という薬学系の大先生がおられて、世界で最初に、薬学の世界で、これを広げるべきであると仰ったのです。この言葉自体は、日本の薬学会の中では一応しっかりとしたものができていたことは間違いありません。しかし、誰も知らなかったですね。医者は誰も知らなかった。

丸木:知らなかったのですか。

近藤:どういう意味なのかと思って、彼の書いた文章を読んで、非常になるほどなと思うことがあって、これを採用しました。

その内容を簡単に申し上げますと、例えばある薬があったとすると、この薬には働きにさまざまな要素があります。循環器に行くとか、血液に行くとか、どんな薬でもそれぞれ作用ポイントがあるわけですから、あらゆるポイントを全部リストアップしていく。それを見て、このぐらいの量をやると、例えば骨髄には影響はなく神経が一番効くとか、そういう適正な量を探り当てることが出来ます。そして、毒がなくて、かつ有効な量を探し出していく。それは一つの評価科学…エバリュエーションの科学です。どのくらい量をやればいいのかということを評価して決めるわけですよ。

これをひとたび決めると、今度は適正規制科学と言って、それを社会に使うにはどういう使い方がいいのかということエンジニアリ



近藤 達也

当財団理事長（2020年6月就任）/
一般社団法人 Medical Excellence JAPAN
理事長

東京大学医学部医学科卒業。国立国際医療センター脳神経外科医長、手術部長などを経て、2003年同センター病院長に就任（～2008年）。2008年4月PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）理事長（～2019年）。2013年一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 副理事長、2019年同理事長。

ングするのです。社会的に、どういう患者さんにどういう量を何日間しか使っちゃいけないとか、そういうことを決めていくのです。

この評価科学と適正規制科学で、薬が世の中に正しく使われていくという話なのです。

実は、この考え方は社会全体に適用できます。例えば原子力発電だったら、平和利用とは言いながら、とんでもないこ

とが起る。ですから、原子力発電をやるにあたっては、どういう利点があってどういう欠点があるかということを中心に洗いざらい好き嫌いなく出して、その利点をどう伸ばして、欠点をどうコントロールしていくかということの評価科学で決める。そして、それを実際に社会的に実装するためには、行政的にもエンジニアリングをして、「原子力発電所をこうしていく」というのを決めていくわけです。

ですから、私は、評価科学と適正規制科学という2つの方法論を、この社会のあらゆるところで展開すべきだと思うのです。

今般のコロナの話でもそうです。ウイルスが発生して、みんな右往左往しているけれども、コロナって一体何が怖いのか、コロナは一体どういう性質なのか…つまり、人間の体の中でどこで増殖して、どのように悪さをして、またどうやって外へ出ていって人にうつるかということ、まず評価科学でやるわけです。その上で、適正規制科学で、行政はどうするか…つまり、これはどういう格好でうつりやすいのか、ということをやっていくわけですね。しかし今、そこら辺が混乱していて、評価していない部分が結構あり、総合的な判断がされていない。

しかし、レギュラトリーサイエンスの考え方で対応を取っていくと、ありとあらゆるものが合理的な形で評価されて、また実行されていくのです。ですから、レギュラトリーサイエンスはPMDAでは散々使って、折に触れて教え込んで、論文もちゃんと出しました。

PMDAはどう変わったか

丸木: そのようなレギュラトリーサイエンスをPMDAの運営方針に据えて、PMDA理事長在任中の11年間で、PMDAはどう変わったのでしょうか。

近藤: まず一つは、PMDAは薬学系の組織で、医者の方はあまりなかったのですが、医療のものの考え方を入れていただきました。特に人命に関する判断です。どんなことをやるにしても、人の命というのは一番大事です。利益云々はもちろん大事だけれども、真っ先に大事なことは人の命と健康を守ることだということを冒頭に入れた理念をつくり上げ、これを徹底的に職員に入れ込みました。

それまでの医学というものに対する感覚は、学問としては中に

あったかもしれないけれども実体験を伴わないもので、どちらかというと薬学系の「有効だからいいんじゃないか」というものばかりでした。そこら辺のことをしっかり理解してもらうように入れ込みました。なぜかという、薬剤肝炎の問題もそうですし、有効性もさることながら、安全性で非常に不手際がいっぱいあったからです。

また、いいと思ったことはどんどん早くやらなければいけない、ということも入れ込みました。

急いだ仕事でありましたが、そういうところが職員全体に行き渡ったかなと思います。

丸木: 本当に、何のための科学であり、何のための医療であるかといったときに、経済性が優先されたりするのは違いますね。

ところで、先生の11年間で、組織は大きくなりましたね。

近藤: 一番最初、2004年にできたときは250人ちょっといたのですが、私が就いた2008年は450人ぐらいでした。今は950人ぐらいです。倍になりました。お医者さんも、私がいたときは25人しかいなかったのですが、今は80人弱おられます。昔は「あんな所へ行く医者はいるのかな」という感じでしたが（笑）。

丸木: そんな…（笑）。

近藤: そう思われていたところを、PMDAが臨床的なR&Dのメッカとして、「臨床研究の研究開発ができるような大学でなければ、今後、大学としてどうか」と言われるような研究開発をばりばりやり、そういうお医者さんを育てるには、ここへ来るのがベストだということを全国の大学に広めました。結果、多くの大学がローテーションで、お医者さんを2年ぐらい留学のような形で寄越しています。

丸木: 国内留学ですね。

近藤: 最初はお医者さんに来てもらうのに、一生懸命行脚していましたが、そのうち、向こうのほうから、いろんなお医者さんを回してくれるようになりました。優秀な人がどんどん来てくれるので、本当に仕組みとしては成功しましたね。

丸木: 今やPMDAといえば臨床研究のメッカであり、近藤先生としては、まずまず狙ったところは出来たなという感じでしょうか。

近藤: 臨床研究をやりたいと思って医者になった人も随分いると思うのです。ですから、そういう方々にとっては絶好の仕組みができたと思うし、また、それを支える組織でもあると思います。

丸木: それで、PMDAについては、ほぼ目的を達したというご評価でしょうか。もしくは、「まだこれからこう望む」、「こういうのを伸ばすように」というお土産を置いてきたことはあるのでしょうか。

近藤: だいぶやり遂げました。しかし、これからは国際関係で日本の立ち位置をより強化しなければいけませんので、そういう意味で、新しい審査の基準であるとか、日本はこういう考え方でこういう判断をしているとか、そういうのをどんどん世界に先駆けてやってみようようにしてほしいと思っています。再生医療等製品であるとか、保険制度、それから条件付早期承認制度はもう先駆けてやりましたし、世界的にも高い水準です。同じようなことをこれからどんどんやっていく必要があるのかなと思います。

そしてファイザーヘルスリサーチ振興財団理事長に

丸木: そして先生は、このたびファイザーヘルスリサーチ振興財団の理事長にご就任されました。

近藤: ファイザー社から「近藤さんはもうPMDAを辞めたのだから、暇だろう」ということで（笑）、「もう少しこういうことで奉仕しろ」

ということでした。それは光栄だなと思って引き受けてしまいました。
丸木:先生は、これまでのPMDAのいろいろな経験を踏まえて、この財団では「こういう気持ちで取り組んでいきたい」とか、財団への希望とか、ございますでしょうか。

近藤:研究テーマを拝見しますと、基礎医学ではなくて社会医学というのでしょうか、そういうところに、毎年、非常に多くの支援をされており、私たちが「ちょっとこういう研究も必要だね」というような医学研究の周辺をやっている方が随分おられるのを改めて知ることができました。これは文明国ならではの研究課題かなと思って、改めてこの組織の崇高な理念を感じるところです。

ぜひ、それをどんどん続けていっていただきたいし、できれば、そういったものが社会的な貢献としてノーベル賞につながるような評価を得てほしいなという気がしないでもありません。「こういう立派な心掛けで勉強している人がいるんだ」と感じる人が多いです。

丸木:研究者へのメッセージとして、「こういう研究を」というのはいかがでしょうか。

近藤:具体的なテーマというよりも、出されたものについて、単発で終わらないで続けていけるほどの気力を持って、やってほしいなと思いますね。過去の助成研究を見ると、「これは1年で終わってしまうのかな」と思ったりします。そういう意味でいくと、支援するときには長く続いてほしい研究があるのかなと思います。

丸木:ところで、ヘルスリサーチの領域にも、先ほどのレギュラトリーサイエンスの概念を入れることが重要なのでしょうか。

近藤:重要です。先ほど申し上げた話をまとめて言うと、レギュラトリーサイエンスとは、まさに行政科学だと思えます。行政のバックグラウンドの科学として、レギュラトリーサイエンスはものすごく重要です。これをやったときには、多くの国民が納得する判断がされるとし、その結果としても、その判断に基づいた行政ですから、国民が非常に分かりやすい。それをやっていかないと、日本がこれから世界で最先端の国になり得ないだろうと思えます。

レギュラトリーサイエンスをどんどん進行させることによって、その国の世界的な力がどんどん付いてくるのだろうと思うので、これを習慣付ける必要があるのかなと思っています。

趣味は鉄道模型を走らせること

丸木:あまり仕事のことはばかりお聞きするのではなく、何かご趣味のことも伺いできればと思います。普段、仕事以外ではどういうことに時間を割いておられるのでしょうか。

近藤:人にお話しするときの趣味は、鉄道ファンです。昔は「撮り鉄」だったのですが、今は模型です。机の上に並べて楽しんでいます。車両は、学生の頃に走っていた機関車とかです。今どきの電車ではありません。広島にいましたから、呉線という小さな支線なんですけれども、大型の機関車が走ってまして、C62、C59…ああいうのがいまだに好きで。

丸木:作られるのですか、その模型を。

近藤:買います。中古で買います。

丸木:お部屋にはいくつもそういう列車があるわけですね。それを見ておられると、心が落ち着かれるのですか。

近藤:落ち着きますね。それを動かして…。

丸木:ああ、単に飾っておくだけでなく。結構広いところで…。

近藤:いえ、机の上の右と左で行ったり来たりやっています。

コロナの時代に

丸木:最後に、先ほど少しお話が出ましたが、コロナという感染症の時代を迎えて、感染拡大防止策としては、これまでのところ、「3密」を避けることに重点が置かれているわけですが、なかなか感染拡大が止まらない中、テレビでも新聞でも“ウイズコロナ”と言われていますが、近藤先生はどのように見ておられますでしょうか。

近藤:はっきり言って、コロナの臨床家というのは、まだ日本にはほとんどいないのではないかと思います。感染症をやっている先生がコロナに詳しいかという、そうでもなさそうということが分かってきました。これからウイルスの感染症はものすごく増えてくるだろうと思うし、もう少し、そういうウイルス感染の臨床家が育ってほしいなと思いますね。印象でいうと、感染症だったら、今はどちらかというと結核をやっていた人が多いですね。ちょっとコロナとかインフルエンザとは違うのかな、と。

特に今回のコロナで言えることは、この肺炎自体、気道から入ってきた肺炎なのかどうかです。つまり、どう見てもこれは腸管の中からコロナウイルスが入ってきて、体の中に入って、血液を、またはリンパ管を通して肺に行き、肺炎を起こしているという感覚だと思えます。しかし、そういうことを言う人がほとんどいない。ですから、うつるのは恐らく消化管系統を通してなので、そうすると、手洗いを徹底的にしるとか、そういう見方が必要なのに、それが、ほとんどされていない。

これは日本だけではなくて、世界中そうだとことが分かって、ちょっといらいらしています。

丸木:確かに、SARSでしたか、トイレ感染のものがありませんね。そういう視点も検討しないとイケませんね。単に呼吸器とか、飛沫とか、そういうだけだと見落とす可能性もありますよね。

近藤:そうしないと、いつまでたっても終わらない。経済活動も止まってしまう。逆に、そういう面から見れば、いろいろやり方の展望が出てくると思います。だから、よく手を洗う…特にトイレ近辺でよく手を洗うのがものすごく重要だということを、もう少し政府関係者、厚生労働省関係者の方は言っていただきたいと思うのです。

丸木:時間となってしまいました。本日はありがとうございました。



丸木 一成

当財団理事(2010年~)/
国際医療福祉大学大学院 教授
(医療福祉経営専攻 医療福祉ジャーナリズム分野)

名古屋大学教育学部卒。読売新聞東京本社医療情報部長、生活情報部長などを経て、2007年4月から国際医療福祉大学教授。同大医療福祉・マネジメント学科長、常務理事、医療福祉学部長などを歴任。

「財団助成研究・・・その後」



第22回（平成25年度《2013年度》）国内共同研究助成受賞者

南日本ヘルスリサーチラボ 代表／ひらやまのクリニック 院長
森田 洋之

「研究助成、その後の展開」

ファイザーヘルスリサーチ振興財団国内共同研究助成を頂き、私は「財政破綻し総合病院がなくなってしまった夕張市における、市民の健康指標と医療費の前後比較」というテーマで研究を行いました。

夕張市立診療所の院長をしていた私の立場でさえもこれらのデータを集め、分析するにはなかなかの骨を折りました。特に医療費については、国保・社保・公費・後期高齢などでデータの統一性に向け、また分析した10年の中でも高齢化率も大きく変わり、同時に保険ごとの被保険者の平均年齢も上がる（当然医療費も上がる、比較対象の地域はそこまで変わらない）など、分析方法に苦労したことを懐かしく思い出します。

研究結果の概要は以下のとおりです。

「財政破綻により夕張市は市内で唯一の入院機能を持つ市立病院171床が閉院となり、プライマリ・ケア機能のみの診療所19床に大幅に縮小されたが、結果として夕張市民のSMR（標準化死亡比）は変化なく、また在宅患者の急増・死亡診断における老衰死の急増・救急搬送数の半減・一人あたり高齢者医療費の減少などの事象が観察された」

この結果を研究期間終了後の第22回ヘルスリサーチフォーラムにて発表しましたところ、座長の先生からいたくお褒めの言葉をいただき、「研究というのは他人は誰も褒めてくれない、自分で汗をかいて広める努力が必要。この結果は厚生労働省にも、一般市民にも広く知ってもらわなければならないから、頑張って広報するように」と言っていただけました。

そのお言葉に勇気づけられ、その後一般向けの書籍を書いたり、社会保険旬報にレポートを書いたり、また市民向けのTED講演などに出たり、自分なりに広報活動を展開してきたつもりです。こうして、医師の本業以外でも広く活動をさせていただけるようになりましたのも、全てはファイザーヘルスリサーチ振興財団の研究助成を頂きましたことが始まりだったと思うと、感謝してもしきれないくらいのご恩を感じております。本当にありがとうございました。

私のような、大学の研究機関にも全く属さない一介のフリーの医師に対しても分け隔てなく接していただけるファイザーヘルスリサーチ振興財団の研究助成が、今後も更なる若手の研究者に広く浸透し、世界に研究の輪が広がってゆくことを期待しております。

平成 29 年度 <2017 年度> 国際共同研究

医療提供、総合診療医育成と臨床研究体制に関する 日本とスウェーデンの比較研究

代表研究者：島根大学医学部地域医療政策学講座 特任教授

廣瀬 昌博



研究期間：2017年12月1日～2018年11月30日

共同研究者：Department of Clinical Sciences in Malmo, Family Medicine, Lund University,
Center for Clinica Research <スウェーデン>

Professor

Patrik Midlöv

共同研究者：神戸大学大学院 医学系研究科 地域社会医学健康科学講座医療教育学分野

地域医療教育学部門 特命教授

岡山 雅信

共同研究者：兵庫医科大学 内科学講座 神経・脳卒中科 主任教授

芳川 浩男

【背景と目的】

平均寿命、乳幼児死亡率（OECD 2013）は、日本（83.4歳、2.0）とスウェーデン（82.0歳、2.4）で同等である。一方、年間受診回数、在院日数は、日本（12.9回、17.2日）とスウェーデン（2.9回、5.8日）で、日本の医療は効率的でない。また、Nature Index 2017 JAPANによると、日本の研究力は低下しつつある。スウェーデンでは、プライマリヘルスケアセンター（PHC）が全国に約1,100ヶ所あり、5名程度の総合診療医が勤務し、医療介護の提供と総合診療医の育成、臨床研究体制が整備されている。病院医療から在宅医療への転換と効率的な研究遂行の再構築を余儀なくされているわが国が、これまでのプライマリケアと医療介護における提供と研究実施・支援体制の再構築を目指すため、スウェーデンの医療システムについて、わが国との相違を明確にし、総合診療医の育成と医療提供・臨床研究体制のドラスティックな医療改革をもたらすためのエビデンスを得ることを目的とする。

【研究内容】

総合診療医について、わが国ではその概念自体のコンセンサスとともに総合診療医、総合診療専門医について、各学会の対応が異なっている。一方、スウェーデンではプライマリケア医になるには、PHCでの研修が必要である。

スウェーデン、マルメにあるルンド大学クリニカルリサーチセンター（CRC）とスコネ地区のPHCの間で研究支援体制が整備されており、PHCが多数の論文を発表し、臨床研究トレーニングにおいても重要な役割を担っている。

島根県は地理的条件に恵まれていないことなどを理由に医師不足が続き、医学部入試に地域枠を設けるなどの対策を講じてきたが期待通りにはなっていない。一方、スウェーデンは地理的に南北に長く北方で医師として働く希望者は少ない。

以上から、以下のような調査・研究を実施した。

1. 現地訪問調査および国際交流：スウェーデン、マルメにあるルンド大学クリニカルリサーチセンター（CRC）およびCRCの関連PHC、介護福祉施設への訪問とインタビュー
2. 国内共同研究機関として、本学、神戸大学、兵庫医科大学および国外研究機関として、ルンド大学に關係する医師および医学生を対象としたアンケート調査

【成果】

スウェーデンでは、最初の18か月のレジデンシーの後、総合診療医コースとしてPHCでの3年間の特別研修を含む5年間の研修および内科、産婦人科、整形外科、精神科、小児科、そしてわが国にはない皮膚科、耳鼻咽喉科および眼科を含む1年半のサブ特別研修が必要である。しかも、彼らは最低10週間の臨床研究方法論コースを受けなければならず、臨床推論能力と統計学を含む研究方法を身につけることになり、これらはわが国にはない研修コースである。

一方、アンケート調査では日本315名（うち、学生175名）、スウェーデン56名が回答し、総合診療医の希望者は日本、スウェーデンでそれぞれ32.7%および19.6%であり、わが国でも総合診療医のニーズが高まりつつある結果となった。

【考察】

スウェーデンでは、1990年代の医療改革から、現在のような医療システムを構築してきた。しかし、前述したように医療指標はわが国と大差ないことや患者満足度が高いことなどから、全体としてスウェーデンの医療提供は適切に行われていると考えられる。しかも、全国約1,100ヶ所の入院機能のないPHCによって、医療の提供および総合診療医の養成と臨床研究体制が構築されており、医療の質は保たれている。一方、両国間で人口の規模が10倍程度、税制や医療制度が異なり、安易な比較は禁物ではあるが、超高齢者社会にあるスウェーデンにおけるPHC体制は、制度疲労を起こしたわが国の医療システムを改革するうえで非常に参考になることは間違いない。

平成 29 年度 <2017 年度> 国内共同研究 (年齢制限なし)

医療分野での意思決定



代表研究者：岩手県立中央病院 がん化学療法科 がん化学療法科長

加藤 誠之

小井田 伸雄

研究期間：2017年12月1日～2018年11月30日
共同研究者：岩手県立大学 総合政策学部 准教授

【背景と目的】

医療では、様々な意思決定局面があり、選択を行う際には科学的なエビデンスが重視されている。しかし、エビデンスは医療のすべての局面で確立されている訳ではない。また、意思決定そのものの理解がされないまま意思決定支援が行われ、これは概ねコミュニケーション論に偏っている。すなわち、現状では、医療分野での意思決定という概念そのものが曖昧である。

医療以外の意思決定に関しては、行動経済学、心理学などの観点から解析が進められ、思い込みによる判断を意味するヒューリスティックや、感情と理性を両輪として意思決定するという二重過程理論の概念は、揺るがない知見となっている。これらは、医学的なコンテキストでも成立するのだろうか。また、医療分野での意思決定に特質はあるのだろうか。医療分野でのヒューリスティックを回避することで、より深い意味での意思決定支援も行える可能性があるが、そのためには、医療分野での意思決定に、行動経済学的なアプローチを導入し、検討することが不可欠である。

【研究内容】

患者・家族および医療者に対し、医療的な局面での選択の問題を回答していただき、ヒューリスティックの有無、すなわち、選好に実際の偏りが生ずるのか検討した。そのような設問の一つとして、行動経済学で頻繁に用いられる、利得はあるが損失は伴わない条件を用い、政党の政策に対し投票するという設定を行った。抗がん剤の奏効率を0%から10%上げる、10%から30%に上げる、30%から50%に上げる、50%から70%に上げる、90%から100%に上げるという5つの選択肢から、上位3つを順に回答していただいた。この設問で可能性をゼロから上げたいという可能性効果、確率を100%にしたいという確実性効果を測定した。このアンケート結果を、一般(患者、家族)、医療者(医師、看護師、薬剤師)の五つの属性により分類し、投票と属性の関連性を、危険率5%でカイ二乗検定した。また、得票率を用いて、属性ごとの類似性をクラスター解析(ユークリッドの距離、ウォード法)した。

【成果】

患者・家族において、奏効率を90%から100%にする政党Eが選ばれ(第一位に選んだ患者の割合は44.3%、家族が48.6%、以下も同様)、強い確実性効果の存在が示された。一方、医療者では、政党Eの回答は減少し、特に、医師においての選択割合は10.4%と低かった。可能性効果が反映される政党Aの選択では、薬剤師(48.4%)、看護師(44.4%)、家族(35.1%)で高い割合を示した。一方、患者(17.6%)、医師(25.0%)では政党Aへの投票は少なかった。カイ二乗検定では有意な差を示し、意思決定では、患者・家族、コメディカル、医師の三つのクラスターに分けられた。

【考察】

本研究により、医療意思決定でのヒューリスティックの存在が示され、属性ごとの意思決定特性も明らかとなった。確実性効果は、患者・家族で非常に大きかった。一方、可能性効果は、家族、コメディカルで大きく、医師、患者で小さかった。助言的立場にある場合、可能性効果が大きくなると理解される。患者は可能性効果が小さく、現実的な面がある。家族は、可能性効果が大きく、想定されているより客観的な第三者とはなりにくいことも明らかとなった。これらの知見を臨床の場面で活用することは、医療分野での意思決定の質を上げるのに役立つと考えられる。

平成 29 年度 <2017 年度> 国内共同研究 (満 39 歳以下)

健診を活用した簡便な認知機能評価に基づく認知症の超早期発見と三次予防効果の検証



代表研究者：東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 国際健康推進医学分野 助教

森田 彩子

研究期間：2017年12月1日～2018年11月30日

共同研究者：東京大学 高齢社会総合研究機構 特任講師

村山 洋史

共同研究者：千葉大学大学院 医学薬学部先端医学薬学専攻 薬剤師 / 大学院生

柳 奈津代

【背景と目的】

認知症は、根本的な治療法が未だ確立されていないが、主観的記憶障害 (Subjective Cognitive Impairment: SCI) や軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) といった超初期段階で適切な生活習慣の改善やリスク要因への介入を行うことで、認知症への進行を予防したり、発症を遅延したりできる可能性が指摘されている。これより、健診等を活用して継続的な認知機能評価を行うことで、地域在住高齢者の認知機能低下に対する気づきを促し、認知症の超早期発見および早期対応の確率を高める可能性が期待されている。しかし、時間的制約の多い現場で認知症の超初期兆候を正確にスクリーニングできる簡便な検査は限られており、実証的研究に基づく科学的エビデンスはこれまで報告されていない。本研究は、地域在住高齢者を対象に、簡便な神経心理学的検査を用いた認知症の超早期発見効果および三次予防効果の検証を試みた。

【研究内容】

1. Quick Mild Cognitive Impairment Screenと呼ばれる簡便 (<5分) で、認知障害検出の妥当性および信頼性の高い認知機能スクリーニング検査の日本語版 (Qmci-J) を完成させた (紙媒体およびパソコン/タブレット上で提供可能)。
2. 新潟県T市在住の地域高齢者 (N=526) を対象に、外的基準として日本語版Standardized Mental Mini State Examination (sMMSE-J) を用いて、Qmci-Jの妥当性を検討した。
3. 宮城県W町の65歳以上の国保加入者を対象に、特定/後期高齢者健診会場でQmci-Jを実施し、受検に関連する心理的および社会的特性を探索した。また、受検群と非受検群における物忘れ外来の新規受診率および介護予防教室の参加率の比較を行った。
4. 認知機能低下群と非低下群の地域ネットワーク比較を行い、地域における認知機能が低下した者のゲートキーパー候補について検討した。

【成果】

Qmci-JはsMMSE-J得点と中程度の相関を示し (Spearman's $r=0.49$, $p<0.001$)、sMMSE-Jで予測される認知障害について中程度の予測能を示した (AUC: 0.74, 95%信頼区間 (CI): 0.70, 0.79)。カットオフ60/61/100を用いると、sMMSE-Jで予測される認知障害の検出感度および特異度は、73.0%、68.0%であった。実施平均時間は健診会場で5分、研究現場で6分であった。健診会場での実施に対して受検意図を表明する割合は、援助希求態度や社会的凝集性が高い群が高く (Prevalence Ratio (PR): 1.11, 95%CI: 1.02, 1.20; PR: 1.14, 95%CI: 1.04, 1.26)、受診行動の割合は認知症に対する理解度が高い群 (PR: 1.11, 95%CI: 1.02, 1.20)、共生態度が低い群 (調整後PR: 1.23, 95%CI: 1.08, 1.43) が高かった。非受検群と比べて受検群は、物忘れ外来の新規受診率および介護予防教室の参加率が高かった (0.40% vs. 0.16%, $p<0.001$; 0.40% vs. 0.13%, $p<0.001$)。過去1ヶ月間の人的交流は、認知障害の程度が強いほど民生委員との接触割合が低かった ($p<0.004$)。

【考察】

Qmci-Jを用いた認知障害の診断群の分類はsMMSE-Jを用いた分類と中程度の一致が認められ、時間的制約の多い現場でのプレスクリーニングツールとして有用であると考えられる。認知機能スクリーニング検査への受検を促すには、認知症に対する知識に加え、援助希求態度や社会的凝集性への働きかけが有効である可能性が示唆された。今後、Qmci-Jの臨床的妥当性を検証すると共に、認知症の予防的介入に活用できる社会的ネットワークをより具体的に明らかにしてゆくことが求められる。

第77回 選考委員会を開催

第29回(2020年度)助成研究を選考

本年度(2020年度)の助成研究を決める第77回選考委員会が、9月18日(金)にWeb会議形式により開催されました。

山崎力選考委員長をはじめとする選考委員の方々によって、第29回の助成研究が審議されるとともに、今回オンライン形式開催となる第27回ヘルスリサーチフォーラムのプログラムの大要が決定されました。

■ 助成研究の選考

第29回助成研究の応募件数は、コロナ禍の中で大幅に減少したため、助成件数、助成金額とも対前年比減少となりました。具体的な応募件数と選考結果は次の通りです。

選考結果は、理事会への報告をもって正式決定となり、採択された受賞者・研究テーマは12月12日(土)・13日(日)開催のオンライン形式ヘルスリサーチフォーラム・研究助成金贈呈式で発表されました。

	本年度			昨年度		
	応募件数	選考結果		応募件数	選考結果	
		件数	助成金額		件数	助成金額
国際共同研究	16件	7件	20,150千円	46件	11件	29,330千円
国内共同研究(年齢制限無し)	39件	14件	17,000千円	68件	15件	17,320千円
国内共同研究(満39歳以下)	20件	6件	5,850千円	32件	12件	10,980千円
合計	75件	27件	43,000千円	146件	38件	57,630千円

研究助成金受賞者(敬称略、五十音順)

注) 所属・肩書きは応募時のものです

■ 国際共同研究

氏名	所属	研究テーマ	助成決定額
池内 朋子	東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 介護・エンドオブライフ研究 研究員	老年期の人生設計とアイデンティティ再構築の支援の検討	300万円
今井 志乃ぶ	東京薬科大学薬学部 医療衛生薬学科 医薬品安全管理学教室 准教授	心房細動治療による出血イベント発生後の抗凝固薬投与に関する検討: 診療情報データを用いた後ろ向きコホート研究~台湾・韓国・日本での国際共同研究	300万円
金城 謙太郎	帝京大学医学部救急医学講座 総合診療科 教授	プライマリ・ケア医の日米国際比較 ~超高齢社会の地域包括ケアに携わる医師の育成~	291万円
笹川 恵美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 母性看護学・助産学分野 助教	Virtual reality の助産教育に及ぼす学習効果の評価: 日豪共同研究	277万円
津端 由佳里	鳥根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学 講師	高齢がん患者における機能評価の患者満足度・QOLに対する有用性の国際比較研究	300万円
坪倉 正治	福島県立医科大学医学部 放射線健康管理学講座 国際交流センター 教授	オンラインコンサルテーションとメディア教育による、生活習慣病に関連した健康格差の改善への取り組み	247万円
八幡 裕一郎	国立感染症研究所 感染症疫学センター第一室 主任研究官	開発途上国における入国地点での人及びベクターサバイランス強化による新興感染症対策に関する国際共同研究	300万円

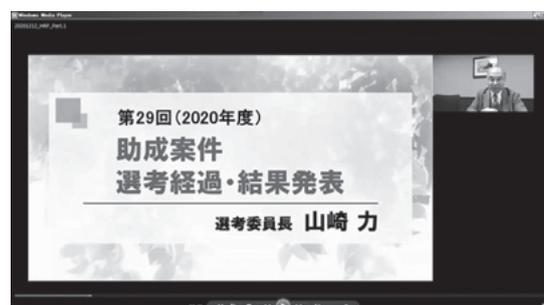
■ 国内共同研究（年齢制限なし）

氏名	所属	研究テーマ	助成決定額
大滝 恭弘	帝京大学医療共通教育研究センター 教授	類似の医療事故事例を導出するディープラーニングモデル開発への挑戦	96万円
岡 広子	広島大学大学院医系科学研究科附属 死因究明教育研究センター 特任講師	アジア人の口腔内の歯科用金属組成に基づく個人識別スクリーニングに向けた比較検証	117万円
岡崎 研太郎	名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育講座 特任講師	糖尿病遠隔診療の課題抽出と遠隔診療スキル向上のための研修開発	130万円
河西 千秋	札幌医科大学医学部神経精神医学講座 教授	がん患者の自殺関連行動を予防するための介入プログラムの開発と実施可能性の検討	130万円
栗原 健	埼玉医科大学病院形成外科学教室 助教	高齢化社会を見据えた褥瘡遠隔診療体制の構築	123万円
高 知恵	大阪府立大学看護学研究科 家族支援看護学領域 母性看護学・助産学分野 講師	HPV ワクチン接種をめぐる対象者中心の意思決定支援のための研究	130万円
古賀 陽子	東京女子医科大学歯科口腔外科学講座 口腔顎顔面外科学分野 教授	歯科口腔外科従事者・受診患者における SARS-CoV-2 抗体保有率の疫学調査	130万円
小宮 顕	千葉大学大学院医学研究院泌尿器科学 准教授	男性不妊症の診断治療における精子 DNA 損傷と酸化ストレス測定への応用	129万円
近藤 健	医療法人菊郷会 愛育病院血液病センター センター長	拳児希望のある慢性骨髄性白血病患者の治療実態調査	117万円
佐藤 美紀子	日本大学医学部附属板橋病院 産婦人科学分野産婦人科教室 准教授	地域がん登録データを用いた本邦における異時性重複がんの疫学調査	127万円
田中 利恵	金沢大学医薬保健研究域保健学系量子医療技術学講座 准教授	AI（人工知能）による肺年齢推定システムの開発と社会実装を目指した研究	105万円
中西 三春	公益財団法人東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター 心の健康ユニット 主席研究員	認知症とともに生きる希望を支援するアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）の推進に向けた研究	130万円
花島 律子	鳥取大学医学部医学科脳神経医学講座脳神経内科学分野 教授	神経難病に対する遠隔診療：地方での導入の問題点に関する研究	130万円
水口 徹	札幌医科大学看護学第一講座 教授	患者幸福を実現するオンライン医療管理システムの開発	106万円

■ 国内共同研究（満 39 歳以下）

氏名	所属	研究テーマ	助成決定額
石川 智基	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 研究員	行政ビッグデータ分析基盤を用いた画像診断機器利用状況の可視化及び評価に関する研究	100万円
蘇 雅	北海道大学大学院保健科学院看護学コース（高齢者看護学）博士後期課程 3年	COVID-19 流行の影響を受けている都市部高齢者における社会的孤立とフレイルとの関連	100万円
妹尾 恵太郎	京都府立医科大学不整脈先進医療学講座 講師	心房細動が高齢者のメンタルヘルスに与える影響：患者、医師双方への意識調査	85万円
千田 彰彦	慶應義塾大学医学部内科学消化器内科 助教（専修医）	オンライン診療を用いた緩和ケアの有用性に関する検討	100万円
札幌 博貴	大分大学医学部脳神経外科学講座 助教	悪性脳腫瘍患者への急性期 advance care planning 介入体制の確立	100万円
山室 和彦	奈良県立医科大学精神医学講座 助教	唾液中ストレスバイオマーカーによる発達障害児の不登校・ひきこもりへの発展の予測因子の解明	100万円

山崎力選考委員長による
第29回（2020年度）選考経過・結果発表▶



第30期(2019年度:2019年4月~2020年3月度)事業報告 並びに決算報告書を承認

令和2年5月15日(金)に開催された第30回理事会並びに6月16日(火)に行われた第13回評議員会(いずれもWeb会議形式による)において、第30期事業報告並びに決算報告書が承認されました。

◎第30期(2019年度)事業報告

1. 第28回研究助成 (()内は第27回(2018年度)実績)

	応募件数	採択件数	助成金額(万円)
国際共同研究	46(48)	11(9)	2,933(2,397)
国内共同研究(年齢制限なし)	68(71)	15(16)	1,732(1,873)
国内共同研究(満39歳以下)	32(47)	12(15)	1,098(1,387)
合計	146(166)	38(40)	5,763(5,657)

2. 第26回ヘルスリサーチフォーラム/2019年度研究助成金贈呈式の開催

2019年12月7日(土)千代田放送会館(東京都千代田区)にて「在宅医療時代のヘルスリサーチ」のテーマによる研究成果発表を行なった。例年同様、当財団の旧主務官庁であった厚生労働省の後援を得ると共に、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構の協賛を得て、総勢130名の参加の下、平成29年度研究助成の成果発表32題、平成28年度研究助成の成果発表1題、一般公募演題4題が発表された。同時に、第28回(2019年度)研究助成贈呈式を開催した。なお、内容をまとめた講演録は6月に配布予定である。

3. 第16回ヘルスリサーチワークショップの開催

2020年1月25日(土)~26日(日)、セミナーハウスクロス・ウェーブ船橋(千葉県船橋市)で「『偏り(かたより)』からの出発 ~ヘルスリサーチと歩む新時代~」の基本テーマで、基調講演3題、分科会、グループ発表と、57名の参加者による熱い討論が行われた。なお、記録集については8月に作成・配付予定である。

4. 財団機関誌「ヘルスリサーチニュース」の刊行

4月・10月の年間2回(各8,500部)発行し、全国大学医学部、薬学部、看護学部、経済学部、法学部、学会、研究機関、報道機関、厚生労働省、助成金受賞者ならびに財団役員等に配付した。

5. 寄附金募集活動

出捐企業であるファイザー株式会社からの指定寄附金4,000万円を含む、個人及び企業から9件、4,019万円の寄附金が集まった。

◎第30期事業報告並びに決算報告書

2019年度の経常収益は9,979万円。内訳は、基本財産からの運用収益5,960万円、出捐企業からの指定寄附金4,000万円、企業・個人からの寄附金19万円などであった。

「事業活動に係る費用」を事業ごとにまとめると、研究助成事業5,930万円、ヘルスリサーチフォーラム関連費用1,295万円、ヘルスリサーチワークショップ関連費用837万円、財団機関誌関連費428万円、ホームページ関連費112万円等となり、「事業費支出計(総事業費)」は、総額8,907万円となった。

管理費は総額855万円で、事業費と管理費の合計である「事業活動支出計(総費用)」は、9,762万円であった。指定正味財産期末残高は22億円で、一般正味財産期末残高については5億7,678万円となり、正味財産期末残高の総額は27億7,678万円となった。

期末基本財産は、定期預金で1億2,784万円、有価証券で25億2,292万円の合計26億5,077万円となった。本件事業報告につき、監事から、「法令及び定款に従い、当財団の状況を正しく示しているものと認める」との監査意見を得ている。又、財務諸表及び収支計算書についても、「当財団の財産及び損益の状況をすべての重要な点において適正に表示しているものと認める」との監査意見を得ている。

(貸借対照表・正味財産増減計算書は14ページに掲載)

理事・監事が改選されました

評議員会では理事・監事の任期満了に伴う改選が行われました。退任理事・監事と新任理事は次の通りです。(敬称略)

退任 理事 島谷 克義
監事 鈴木 修 (理事に選任)

新任 理事 近藤 達也
理事 鈴木 修
理事 山崎 力

— 第31回臨時理事会を開催 —

代表理事(理事長)、業務執行理事(常務理事)を選任

令和2年6月24日(水)第31回臨時理事会(Web会議)が開催され、代表理事(理事長)、業務執行理事(常務理事)が以下の通り選任されました。

代表理事(理事長) : 近藤 達也氏
業務執行理事(常務理事) : 鈴木 修氏

この結果、当財団の理事・監事は下記の通りです。(敬称略、五十音順)

理事・監事								
理事長 (新任)		近藤 達也 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN 理事長	理事		小松 浩子 日本赤十字九州国際看護大学 学長	理事		丸木 一成 国際医療福祉大学 大学院教授
常務 理事 (新任)		鈴木 修 高崎商科大学 特任教授/ 税理士 公益財団法人公益法人協会 主任研究員	理事		坂巻 弘之 神奈川県立保健福祉大学大学院ヘルスイノベーション研究科 教授	理事 (新任)		山崎 力 国際医療福祉大学 副大学院長
理事		安達 一彦 前一般財団法人救急振興財団 専務理事	理事		長谷川 剛 医療法人社団愛友会上尾中央総合病院 特任副院長	監事		宇都宮 啓 医療法人社団健育会 副理事長/慶應義塾大学 客員教授
理事		井伊 雅子 一橋大学国際・公共政策大学院 教授	理事		福原 俊一 京都大学医学研究科 特任教授/福島県立医科大学 副学長	監事		山田 章雄 山田章雄公認会計士事務所/公認会計士

貸借対照表

2020年3月31日現在

(単位:千円)

科目	金額	科目	金額
(流動資産)		(流動負債)	
現金預金	58,468	未払金等	1,613
(固定資産)		(正味財産)	
定期預金	127,844	指定正味財産	2,200,000
有価証券	2,522,924	一般正味財産	576,783
研究助成事業 強化積立基金	53,160		
30周年事業 積立基金	16,000		
資産合計	2,778,396	負債・正味財産合計	2,778,396

正味財産増減計算書

2019年4月1日~2020年3月31日

(単位:千円)

科目	金額
基本財産運用益等	59,603
受取寄附金	40,188
雑収入	1
経常収益計	99,792
事業費	89,068
管理費	8,551
経常費用計	97,618
当期経常増減	2,174

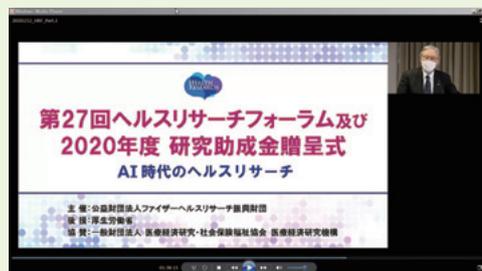
速報!

オンライン開催

第27回ヘルスリサーチフォーラム及び2020年度研究助成金贈呈式をオンライン形式で開催しました。

テーマ：AI時代のヘルスリサーチ

2020年度の第27回ヘルスリサーチフォーラム及び2020年度研究助成金贈呈式は、コロナ禍の中、オンライン形式により、12月12日(土)と13日(日)の2日間に亘って約90名の参加者により開催しました。厚生労働省の後援、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会の協賛を得て、平成29年度の助成研究成果を中心に、43演題が発表されました。また、研究助成金贈呈式では、選考委員長からの選考経過結果発表に加えて、本年度の新たな試みとして、本年度研究助成の受賞者から、受賞研究の概要をプレゼンテーションしていただきました。



詳細は次号(4月号)の本誌 vol.77 でご報告します。ご期待下さい。

第17回ヘルスリサーチワークショップの開催見合わせ

2005年に第1回を開催して以後、数々のヘルスリサーチ研究者の“出会い”と“学び”を創ってきたヘルスリサーチワークショップは、新型コロナウイルス感染拡大防止措置により、2021年1月の開催は見合わせる事となりました。

● ご寄付をお寄せ下さい ●

当財団は公益財団法人です。

公益財団法人は、教育または学術の振興、文化の向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与すると認定された法人で、これに対して個人または法人が寄付を行った場合は、下に示す通り、税法上の優遇措置が与えられます。

(詳細は財団事務局までお問い合わせ下さい)

個人の場合

1年間の寄付金の合計額又はその年の所得の40%相当額のいずれか低い金額から、2千円を引いた金額が所得税の寄付金控除額となります。

法人の場合

寄付金は、通常一般の寄付金の損金算入限度額と同額まで別枠で損金算入できます。

財団の事業の趣旨にご理解下さるようお願いいたしますとともに、皆様からのご寄付をお待ちしております。

ご不明な点は財団事務局までお問い合わせ下さい。▶▶▶ TEL : 03-5309-6712