

資料4 自由記載ご意見

- 審査の質の担保には1)申請者の教育、2)審査側の教育が必要であり、1)については文科省、厚労省より倫理指針を含めた臨床研究のガイドラインの作成とそれの啓発活動を望みます。2)は(2)に記入。(2)文科省、厚労省が主導で、審査を担う人材に対する教育システム(e-learning)を構築し、資格を与えることが必要と考える。それを行うことで各施設における審査の水準を一定に保つことが可能となります。(3)疫学研究と臨床研究は本質的には別個であり、個別の見直しが必要である。
- 審査の質の担保:より良い審査の質を希求することは当然である。審査を担う人材確保と教育:審査を担う人材は不足している。教育も体系的には行われていない施設が大半である。医学教育から準備することが必要である。現行制度の問題点:現状では倫理委員の責務を倫理を必ずしも専門としない担当委員のボランティア精神に頼って運営している施設が大半であると推察する。即ち、倫理委員会の運営の基本原則が倫理委員の善意に基づいており、このことが審査に影響しないとは考えにくい体制である。この基本原則のまま審査の質を上げようとしても、結局は負担を担当委員のボランティア精神に求めることに再帰する。指針を見直して倫理委員会委員の教育義務を厳しくすることが本調査の底意であると推察する。しかし、「倫理審査を担当する」ということに対するインセンティブをいかに構築するか、という問題点への配慮なしに単に指針を厳しくしても、倫理委員の負担を単に増大させるだけの外形的な改正に終始することを懸念する。各施設の倫理委員の負担は実際には既に多大である。倫理教育を受けなければ寧ろ倫理委員にならずに済む理屈になる訳だから、各施設の現行の人事評価体制から推察すると、倫理委員に就任できる程度に倫理教育を受ける職員と最低限の倫理教育を受けて後の倫理教育を回避する職員に二極分化することを推定する。職員全体の倫理水準の改善を図るためには、進んだ倫理教育を回避するような職員が出にくくなるような制度の設計が必要である。
- (1)(2)について CITI プロジェクトが提供している e-learning システムの普及 倫理審査オンラインシステム(Big Ban など)の導入 (3)について、疫学指針と臨床指針の統合化
- 審査の質の担保:専門性の高い領域の研究では、委員だけの力量で研究内容を判断することが難しいことがある。また、正式に倫理判断の訓練を受けた人材が皆無に等しいので、日々、手探りで「倫理的行動」を模索している。審査人材確保と教育:倫理に精通した人材が少なく、また、研修を依頼できる人材探しも難しい現状がある。倫理学者を育てるまでの必要性ではなく、臨床倫理の判断システムとその普及が望まれる。現行制度の問題点:現在は、研究の「人を対象とする」部分だけを審査しているが、今後は、研究組織の構成、データの取扱 etc.を含め、「研究全体」の倫理を審査するシステムを検討する必要がある。また、研究開始時だけでなく、研究デザインに応じて中間、最終の倫理評価も検討する必要がある。
- 現行制度の問題点 臨床研究や疫学研究に関する倫理指針の見直しについては、臨床研究と疫学研究の境界が不明確であり、介入を伴う臨床研究の指針と観察研究・疫学研究の指針の2本立てが望ましい。介入を伴う研究においては、厚労省への報告システムや公的なデータベースへの公表は、ヘルシンキ宣言からみて、妥当と思われる。こちらについては、研究の質の確保や監査の実施が今後の問題と理解している。(1)審査の質の担保 一方、観察研究や疫学研究に、介入を伴う臨床研究と同じレベルの質を求めるのは、ある意味で自由な研究活動を抑制しかねないと思う。疫学的解析方法などにいたるまで、倫理委員会に求めることは現実的でない。研究に関する支援部門は倫理委員会とは別に各大学や研究機関に設置すべきである。(2)審査を担う人材確保と教育 ヘルシンキ宣言に基づき、被験者の保護を重視してきた従来の倫理審査委員会に対して、研究の質を担保し、研究の実施状況を監査させるという意見があることは承知しているが、研究の質の向上は研究者自身の問題であり、研究機関が研究支援センターなどを設置して質の向上について対策を立てるべきである。倫理委員会委員に研究の質の担保を求めるのであれば、配置すべき人材も、教育すべき内容も従来とは全く異なるため、十分な議論が必要で、それなりの準備期間が必要と思われる。
- (1)、(2)国が主体となって倫理委員のための講習会、研修会や e-learning 等により教育の場を更に提供していただきたい。また事務局に対する教育の機会をも充実化させていただきたい。(3)被験者に対する危険度の高い臨床研究から低い臨床研究を1つの指針で対応するのではなく、標準化したフローチャートのモデルを提示し、それをもとに各レベルに応じたものとしてほしい。
- 受付の段階あるいはその次の段階で、書類上の過不足、記入もれ、誤字・脱字のチェック、について、事務局職員(orCRC)を配置して、スクリーニングを行なう。委員は倫理的・科学的視点からの問題点の抽出、意見に集中できる。つまり、事務局体制の充実が1番。臨床研究センターとの連携を模索中。臨床研究センターは推進色が強いので、一定の歯止(配慮)は必要。(2)委員を経験してもらうことが一番効果がある。(3)予算的処置がないので、私立大学では、専任職員が配置されない。設置の理解が乏しく、複数回の要望の提出により、ようやく事態が改善されそうである。委員長・副委員長委員の負担が著しく大きい。臨床系教員が委員になりたがらず、専門性の高い研究について、審査が難しい所がある。(4)看護と教育(大学院)がらみのアンケート調査も審査を求められる。研究(介入の無い)には登録は不要と思う。
- 審査の質の担保について 審査の質の向上のためには、作成される文書(研究計画書や申請書、同意説明文書、あるいは check list など)の質を上げることも1つの方法だと思うので、ひな形例などを全国の委員会などから募り公開するなどしてもらおうとする程度基準になりうる。また、自施設の委員会と他所を比較することで学ぶ点もあるので、委員会どうしの交流や意見交換の場があるとよい。審査事例を収集し公表するなど参考になる。(2)審査を担う人材確保と教育 審査員の雇用について、通常業務との兼務でなくとも専任として確保できる環境があれば優秀な人材を得ることができる。現在は病院等の持ち出しにすぎず、持続的な財政援助や仕組みづくりが必要。厚生労働省あるいはそれに準ずる組織主催の研修を年に3-4回など頻繁に開催する。現在の講習会は年に1回しかなく、受講対象者も絞られておらず、おざりな受講に終始しており、質を上げるためには不十分である。理解度などから初級者・中級者・上級者向けに細かく設定する、あるいは具体的な講習内容(たとえば法令、統計、被験者保護など)を分けて開催するなど工夫と後援をいただきたい。PMDA や大学などの協力を仰ぎ、各分野の講師を確保する。海外の現状視察(OHRP)の機会があればぜひ参加したい。(3)現行制度の問題点 とにかく各倫理指針を一本化してほしい。倫理指針ごとに倫理委員会を別個に組織しているのが現状であり、どの指針に適合する研究かを判断するのも困難。最近の利益相反問題について、倫理審査委員会の責任が問われる場面もある。疫学指針・臨床研究指針の範囲で行われる臨床研究についての利益相反管理を具体的にどの範囲でどのように行うのかについて見解を示してほしい。現状は、利益相反の申告形態も申告範囲なども全く個々の施設の判断となっている。
- および(2) 日本医学会、日本歯科医学会などで審査システムを統一し、委員の研習等を行うべきである。(3)予備審査を実施して、必要な訂正を研究者に求めると、かえって研究者は予備審査まかせになり、倫理について自ら考えなくなる。

- 及び(2)案件も審査事項も増える一途であり、委員会数が減ったらバンクしてしまう。「一定レベルをクリアしないと審査できない」ではなく、「こうしたら一定レベルをクリアできる」を示して欲しい。(3)現状では計画書等のひな形が施設ごとに異なっており、研究計画書のレベルがバラバラである。最低限明記すべき事項をまとめたひな形を指針の付録に示すのはどうか?倫理教育は主要だが単なる土台であり必ずしも研究の倫理的公正性、科学的妥当性につながっていないと感じる。実跡的な教育が必要だが、施設単位では難しい。
- 質の担保、(2)人材の確保と教育は、非常に重要と思われます。早々に対策を講ずるべきだと思います。
- 「審査におけるガイドライン」を設ければ、審査の質および人材育成の部分は解消可能と考えられる。(2)に関して、一般人の立場の外部委員に教育を義務づけるのは、人材確保上、非常な困難を伴う。推奨程度にしてほしい。
- 審査委員が指針を十分に理解すれば審査の質は担保できる。教育することで倫理審査を担う人材を増やすことは可能である。指針そのものがすべての場合を網羅していないのでケースによっては判断にバラツキが生じる可能性がある。
- (1)(2)については必要であると考えますが、一方で小規模な研究機関では、審査委員の確保など審査に支障をきたすことも考えられる。
- 報道にも出ていましたが、「認定制」について、具体的な認定方法が決まった場合は、早急に公開してほしい。対応を早く行いたい。委員に対する認定のみならず、事務局(担当する人員?)にも認定が必要なのか。現行にある本部での「専門職認定者」がいる施設は、特に優遇をしていただきたい。(JSCTR や S-CRA など、専門職認定を保持している者) (2)と同じ回答です。(3)現行制度はあくまで「指針」であり、法規ではない為、強制力に弱い。研究者等への教育を行うにしても、GCP 省令下で行う研究とは違い、「絶対にコレをやらなくてはダメ」とは、伝えにくい。逆に、J-GCP や ICH-GCP のように強制力を持たせようと、現状の実施体制下での研究は「逸脱」あるいは「違反」だらけになってしまう。特に「ALCOA の原則」にあるカルテ記載等がまだまだ周知されていない為、GCP 遵守に近づいてしまった場合、研究が出来なくなってしまう。当院に関しては、人員不足・教育不足が現時点での問題点である。「臨床研究に関する倫理指針」を見直すことにより、質の確保が期待されると思うが、カネ・ヒト・資源の問題が、地方の医療機関においては問題が山積している。こうした現状も考慮いただき、より良い指針見直しを行っていただきたい。
- 審査のための標準フォーマット例の開示があると、申請、審査の標準化がすすみ、審査のスピード、質ともに向上すると考えます。(3)弊社では、非医薬、医療系の製品の開発性能試験、安全性試験のために、「ヒト」を被験者とした試験を行うことがあります。これらは臨床研究、疫学研究の範囲には入らない、又ははいることの判断基準があると、わかりやすいと考えます。たとえば、新規に開発した衣料材料のパッチテスト等がこの例にあたります。
- 疫学研究で、アンケート調査やインタビューによる質的研究と臨床介入研究では、研究手法がかなり違うので、指針が統一されたとしても、審査件数が多い施設では、倫理委員会は、複数設置し、主に担当する領域を定めた方が、審査の質が担保できると考えます。
- 今後、質の向上のためには、データの保存が大切であると考えております。そのような体制の構築にご尽力をお願いします。
- 倫理指針全体が読みとりにくい文章、構成になっている 具体的事例(典型的事例)を紹介するののも一つの方法かと考える ケーススタディーの研修会をある程度まとめた行政函(近畿圏等)で定期的開催することが教育機会となる。同じ申請内容(多施設)でも、施設による判断が大きく違うケースがある。審査の質が、均一されていないことが原因と、考える。審査内容が複雑で要求される処理量が大き過ぎることも原因である
- 他機関での審査内容を拝見する機会が多いが、審査基準にかなりの相違があると感じている。現在再生医療に関して検討されているような地域別の審査システムが導入されれば均一化が図れると思うが、その場合の業務量を考慮すると、委員長とコアになる審査員は専従とすべきであると考えます。
- 審査の質の担保 基本的なチェックリストを用意して、審査申請の要件に達していない申請は、研究計画に返、戻り形で、申請をやり直させる(何でも受けることが出来る訳ではないということで、最低のレベルを確保する)即ち、指針では審査受理の「入口」での要件を具体的に示して欲しい。(例:科学性の有無、わかりやすい説明かどうかなど) 審査を担う人材確保と教育 各大学に一任している倫理教育を全国的に統一するよう指針に盛り込んで欲しい。例えば本学医学部では生命倫理の専任教員がならず、学部や全学にも自主的にこのような教員を雇用しようとの志向すらない。現場で分担し倫理教育を担当する者にとっては実に歯がゆい。研究や臨床の倫理意識の底上げには、教育は必須だと思ふ。強い指針を打ち出して欲しい。現行制度の問題点 指針の中でも普遍的で重要な項目は、法的拘束力のある規則や法律に「昇格」しても良いのでは?
- 「審査の質」とはどのような内容を含む概念なのか、今ひとつはっきりしていない。議論の質なのか、メンバー構成など、形式・手続によって担保される質なのか、どちらも重要と思います。しかし、質の担保をチェックリストのチェックマークの数で評価するだけで十分かどうかよく考える、議論する必要はあります。「審査を担う人材」って何なのか?支援する人材なら理解できますが、委員の人材の中身について、形式的な要件を定めるべきなのではないでしょうか?反対はしませんが、(1)と同様、安易なチェックリストが出れば、本当に治験よろしく、儀式としての IRB になりかねません。臨床研究においても、薬事承認を目指した「出口戦略」が求められるようになっております。また、相次ぐ不祥事で“research integrity”の実現も求められております。しかし、これらを自主臨床試験を対象とする指針で全てガバナンスでできるのでしょうか。もっと広い「研究機関による研究ガバナンス」のあり方について議論がそもそも不足しているような気がします。
- 審査の質の担保 委員への教育研修の義務づけと研究者への研修の義務づけがとても重要と思います。
- 審査の質の担保 6月26日の「第5回疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る合同会議」において討議された「地域倫理審査委員会」という考え方に賛成。 審査を担う人材確保と教育 臨床研究や疫学研究を行う研究者が存在しない教育研究機関においては、現状の問題や課題に疎くなりやすいため、ヒトゲノム指針、疫学研究倫理指針、臨床研究倫理指針の概要を理解できるような研修が必要。倫理委員の負担軽減に向け、一つの研究機関に複数の倫理委員会を組織したり、一つの倫理委員会に複数班編成したりするなど、実際に工夫して負担軽減につながっている研究機関の方法を取り入れてはどうか。 現行制度の問題点 疫学研究の対象となる者のうち、特に親と子ども(未成年者)の参加意志の相違がある場合や、開放された未成年者の「同意」や「参加」の考え方について、さらなる議論が必要。
- 審査の質を担保するために審査を担う人材の教育と企画し義務づけることが必要である。一定の教育を受けたものが審査を担当できる様、教育体制のしくみが必要である。

- 審査の質の担保のため、公的機関による標準化された研修プログラムを広く実施することを願いたい。
- 私共の様な小規模の私立大学では、審査業務に携わる教員および事務職員は多忙な教育・研究業務の傍らに行なう事が現実です。何とか外部委員を含めて人材確保に苦勞する現状では監査業務の実質的な稼働には大変な困難を伴ない、本学では研究者自身の良心を信じ、自己申告的な報告書提出に頼らざるをえません。審査の質の担保についても審査委員の先生の個々のボランティア的な御努力に依存している状況です。人員確保の比較的容易な施設を基準としただけの指針ではなく、どうしたら全国のどの様な施設でも確実に信頼性の置ける審査ができるのかとの観点で指針の見直しをして頂きたく存じます。
- 薬学における疫学・倫理研究に関しては、医療機関と共同で行う研究が多数を占めており、当該機関の倫理委員会の承認を必須とする場合が(現時点では)ほとんどであります。一定の質の担保は当然必要ではありますが、この点を含めての御審議が必要かと考えます。
- 審査委員の要件を明確にする必要があると思います。個人の価値観、志向に影響され審査のうちにばらつきがあると思います。客観的に倫理が審査できる要件が、人員の構成をルール化すると、全国的統一が図れると思います。私はこれまで4施設の倫理委員会に参加しましたが、施設によるバラツキが大きいと感じているため... この研究の価値をとっても感じています。
- 研究実施の可否を判断する基準が曖昧であるため、審査における委員の負担が大きくなっている。年々審査対象件数が増える傾向があり委員の負担が大きくなっている。審査の可否を個々の研究機関、倫理委員会に任せるだけでなく国として審査を不要とする研究の範囲を明示することも一考すべき。審査件数の増加は個々の研究に関する審査の質の低下または審査の遅延ももたらしている。
- 最近では20課題以上/2月の審査が必要となり、日常業務の中で十分な検討ができなくなっている。審査の効率化の方策をたてないと、形骸化してしまう恐れがあると感じる。(1)の理由で、外部委員の確保が困難になる危険性がある。当院では、「臨床研究に関する倫理指針」に適合するように、倫理委員会のあり方を改善したところである。しかし、種々の研究に対して、一律に厳格な運用を求めるとは正論ではあり将来そうあるべきであることを認めたとしても、研究の素地が高くない分野(看護や薬剤師など、若い医師も含む)の研究意欲を低下させる恐れがないかという視点も必要ではないかと考える。このページのみ、倫理委員長(医師)が記載しました。
- 質の担保について 質のペースラインをどこに持っていくのか...という所の議論も大切だと考えております。
- (現行制度) 現行の指針(疫学研究に関する倫理指針)では、研究計画の変更の場合、すべて一連の許可手続きが求められているが、倫理審査に影響しない軽微な変更については手続きを要しないようにできないか。(研究者および審査委員会事務局の教育) 指針についての意見ではありませんが、所属内の研究者および審査委員会事務局員の疫学倫理に関する理解を十分に高めるため、外部機関による研修等の機会があるとよい。
- 学部教育、大学院教育、及び実務者の教育として、共通の内容を教育することが第一歩と思われる。衛生・公衆衛生の人材が用いられることが多いが、人材不足著しい領域である為、臨床研究分野を独立させるとともに、School of Public Healthのように総合的に人材を教育できる場の確保と、職位に連動した単位としてmphを確立させることが重要。昨今の臨床研究のfraudは国家の危機ともいえる状況だが、この分野に関する臨床系教授達の無知によるところは大きい。臨床研究に対する知識は臨床系教授には必須の知識とならなければ、同じ問題が続くと思う。
- 問い33に関して 報告を求める内容の必要性に応じて、対応すべきだと考えられます。必要性が低いものまで含めると、増加する作業に対する動機が希薄となり、報告内容やシステムが形骸化する可能性があります。まず、審査を担う人材の育成と研究者の倫理教育に力を入れるべきだと思います。
- 倫理審査に関わる者(委員、事務局等)において、定期的な会合により、意見交換、情報共有し、委員会としての質の向上を高める事が必要だと思います。
- について 教育用のパンフレットや簡単なビデオをweb上で公開してほしい。
- 審査を担う人材確保と教育 審査を担う人材の教育として適切な資料等があればHPなどで示していただきたい。現行制度の問題点臨床研究に関する倫理指針と疫学研究に関する倫理指針の第1条~第8条までの項目をなるべく統一して記載いただきたい。
- 施設だけでなく、全国規模の教育・研修プログラムの必要性があると思われま。
- 審査委員の教育の場の機会が少ない 各施設の委員会の質の均等化を図る必要がある。
- 審査委員と研究者の質の向上のため、教育研修を続行する。なるべく若い関心のある先生を若干名委員にして勉強してもらおう。数回、見直しの合同会議を傍聴していますが、審査委員の教育より、実施する研究申請者の意識向上の教育の方が重要と考えています。
- 倫理に関する研修会・講演会等を開催したいのですが、事務局だけではこれらの講師等を探すことが難しい状況にあるため、紹介していただけるシステムがあればと思います。また、委員は教員により構成されているため、学生への教育で多忙なだけでなく、研究活動も活発な委員も多く、そのような状況でも審査の質を担保するよう努力している。専門の外部委員の確保については、どうしても卒業生中心になってしまうため、OSCEの外部評価者や動物実験相互検証の調査員のようなネットワークがあればと思います。また、教育については、(1)と同様に教育を行っていただく講師等を探すことが難しい状況にあります。本学部には臨床施設が無く基礎研究のみを行っている関係から、指針の内容が厳しくなると新規研究領域への挑戦意欲が減る恐れがありますので、見直しの際は臨床を行う場合と分けて設定していただきたいと思います。
- 審査を担う人材および研究者が必須とすべき取得講義を示して頂きたいと思ひます。また、それを示すと同時に開催(あるいはe-learningも可)、回数も増やして頂くことが必要ですが。
- 作業部会委員の世代交代を課題と認識
- 委員会委員への教育は何をすればよいか示してほしい。

- (2)e-learning を含む研修機会に関する情報をひろめていただけるとありがたいです。
- 審査を担う人材育成の必要性は感じます。質の向上を計るにも独学によるものが多い。研究会、勉強会の開催、又は、資格の認定があれば、スキルアップのモチベーションにつながると考えています。
- 審査の質の担保 審査委員や事務局員の教育・学習の場や素材が欲しい。E-ラーニング教材がいくつかの研究機関から提供されているが、受講に際して個人のメールアドレスを登録する必要があり、審査委員(研究者も同様)全員へ登録と受講を義務付けるのが難しい。研究機関として1つのIDを取得し、このIDのもとに審査委員(研究員)が個人情報を登録することなく受講できると利用しやすい。倫理委員会同士の情報交換の場があると良い。審査を担う人材の確保と教育 前項と同じ。海外の主要国(米、英、仏)、特に米国の倫理的な規制(法令、指針等)について解説していただけるような機会が欲しい。日本の指針と比較して何が同じで、何が違うのかが知りたい。その背景として、市販されている人由来の組織については、国内の臨床研究指針に準拠したインフォームドコンセントおよびプライバシー保護に関する措置が取られていることをサプライヤーが発行する倫理関係資料で確認しているが、米国のサプライヤーの場合、FDAのライセンスを受けている、FDAの要求に則って、などと記載されている事例が多く、臨床研究指針に準拠しているか否かについて判断に困る事例が多いという状況がある。また、米国で市販されている人由来試料の中にはインフォームドコンセントが免除されているものがあるという情報を得たが、どのような条件で免除されるのか、米国の規制に適合した処置なのか、臨床研究指針に準拠しているのか、判断に窮している事例がある。現行制度の問題点 医療機関等と企業との共同研究では、両方の倫理委員会で研究計画を審議するが、医師が主導権を握っており、企業から意見を主張しても受け入れられないケースがある(多い)。海外から試料を入手したり、海外の研究機関・医療機関と共同研究・委託研究をする場合、日本の指針が理解されていないことが多く、日本の指針で求められている情報がもらえなかったり、インフォームドコンセントの記載内容が不十分(例えば、臨床研究による健康被害の補償についてはICに記載されていないケースが殆ど)な場合があって、対応に苦慮することがある。
- 現在、指針の整合性が取れているとは必ずしも言えないので、統合されるのは望ましいと思われる。統合されることにより、現行指針では不明瞭な研究のカテゴリー分類が明確になることを希望する。また、研究の質を担保するためのモニタリングの根拠についても明確にしてもらいたい。さらに、現行指針で述べられている委員の教育・研修も重要であるが、委員会の運営には事務局が重要である。但し、現行指針に記載されている内容については、各施設の自己努力によるところがほとんどであり、現実的には、事務局の運営や委員の教育・研修の実施のための費用の捻出が困難な状況である。改正された指針を施行するためには準備期間が必要であるので、施行までに時間的余裕があることが望ましい。
- 倫理指針の適用範囲の事例を分かりやすくしていただきたい。所属学会などの中には、倫理指針の適用範囲対象外であっても、発表する研究全てに倫理委員会の承認を条件としているところがあります。倫理指針の適用範囲を改めて関係各所、関係学会などに対して、不要に倫理委員会の承認を条件としないよう周知徹底していただきたい。
- 今搬、臨床指針に該当するとして進められている研究についても、その進捗により、ヒト・ゲノム解析を始めるといったケースも増加しており、またゲノム指針改正においても将来のサンプル利用等に鑑み、ICにおいてその旨を記載するなど、ヒト由来試料を使う観察研究でも、ICの時点でそこまでふみ込んでおく必要性を委員会で議論されるなど、1研究について1指針のみの対応ではすまないケースが見うけられる。指針改正にあたっては、人を対象とした研究に共通する、手続き、遵守事項と、個別に守られるべき事項を整理の上、過剰な規制とならず、学会あるいは、機関のIRBが判断すべきところと、指針として本文で読みとれるところを明確にしてもらえると、良いと考える。なお、IRB事務を担当する者にとっては、指針本文で判断に迷うところは、Q&Aを重要視するため、指針見直しの議論の段階で、Q&Aに盛り込む点を合わせて整理していただけると、良いのではと思う。
- 審査の質の担保 審査を担う人材確保と教育 今年度、審査委員会をはじめ開催する予定なので、現段階では特に意見はありません。現行制度 「疫学研究に関する倫理指針」及び「臨床研究に関する倫理指針」は、Q&Aや解説本が発出・発行されていますが、解釈が難しく、研究所内でのルールづくりが難しい状況です。研究に携わる職員が自身の研究内容に合った教育研修が定期的に受けられること、また、研究をサポートする職員も教員研修を受けられる機会が十分にあると、取り組みやすくなると思います。
- 委員・研究者への教育について:委員のレベルの幅が広いと、また、研究者の教育受講回数がかなり異なる為、教育に利用できる材料を多種類提示してほしい。(3)現行制度の問題点:同じような内容であっても、臨床研究と疫学研究で基準が異なるように感じる面があり、審査や対応に戸惑う場合がある。両方のレベル感、基準を合わせてほしい。
- 研究を阻害するのではなく進めやすくなるような指針となることを期待する。
- やみくもに事務作業量を増やすべきではない。被験者の人権やプライバシーが守られるような指針を作り、それを遵守すれば良いのでは。現場の疲弊は明らかに研究のactivityを落とすので、最終的には被験者の善意が十全な形で生かされなくなるのを危惧する。
- 全国統一の申請書等のフォーマットを作成してほしい 多施設共同研究の場合、主たる研究機関で倫理審査委員会の承認を受けたら、他施設はまた改めて倫理審査委員会に諮るのではなく報告等で研究が進められるような体制を整備してほしい(倫理審査委員会の負担軽減のため。)
- 人的資源の乏しい地方大学(国立)にアメリカ標準の基準による規制の導入すると大学の教職員が疲弊するので事務手続きを簡素化する日本の標準ひな型を作成してほしい。
- 問い33について 全ての倫理審査をシステムやデータベースに登録することは理想である。しかし専任職員を配置していない大学においては現実として無理がある。
- 必要以上に国が介入することなく、各大学等の自主性に任せた方が良いと思う。
- 当アンケートについては、親委員会と称する倫理委員会を対象として回答したため、通常案件を審議する臨床研究、ゲノム研究の専門委員会の情報については記載していないことを申し添えます。
- 現行指針において、様々な問題はあっても、介入研究における疫学研究指針適用と臨床研究指針の適用の区分けの定義は、それなりに分かり易かったと考える。指針の見直しにあたっては、観察研究で侵襲度の低い研究や介入研究で参加者に対して最小限の危

険を超える危険を含まない研究の取り扱いが、医薬品等を投与する介入研究や侵襲度の高い観察研究の取り扱いとは、明確に区別して記載されることを希望している。

- 医療機関では独自の委員会をもつところもあるが、保健・福祉機関では皆無に近い。そうした機関で行う研究を地域の大学で審査するしくみがあってよいが、大学内の案件が多い場合は審査委員の負担がもっと大きくなる。委員になれる人材の養成のための研修機会がもっと多くあるべきだろう。そのことが審査の質の担保になる。ただし、問い26-1のような条件を共同研究者すべてに課す方法は疑問がある。多施設共同研究の足をひっぱるからだ。
- 本学の規程をようやく見直しています。指針に準じた体制、(委員会モニタリング等々)を整えるよう指導が必要であると思います(文書によるものでもかまわないので)
- 該当委員会では、部局内にヒト検体を採取する部署がないので申請の全ては他の医学系(病院)との共同で行うものを審査しております。従って審査は専ら研究内容の妥当性のみを審議しております。
- 「臨床研究倫理審査委員会報告システム」の登録等が大変、使いづらい。
- 本学では倫理規定上、全員出席の委員会で審議すべき研究と、1名以上の委員が行う簡易審査対象の研究各々の定義があり、個々の申請はこれによって振り分けられます。附属医療施設を持たない本学では、患者資料やデータを扱う場合は医療機関の倫理審査の承認を受けることを原則としているため、ほとんどの申請は簡易審査対象です。医学部以外の医療系大学ではこのような研究が多数を占めると考えられますので、問い331)のようにすべての倫理審査委員会に報告の義務付けをする必要はないと考えられます。適用を見極め、対象となるべき研究をしぼるべきです。(1)審査の質の担保(2)審査を担う人材確保と教育は非常に重要なことですが、これらに関しても対象の研究の内容によります。教員は忙しく、審査を担う人材確保や教育をできる大学は限られます。すべての倫理審査にこれらを求める必要はないと思います。むしろ、現状程度の倫理審査(簡易審査)でも、しっかり実施させることが重要と思われる。
- 臨床研究と疫学研究について、Q&A その他ディシジョンツリーなどを見ても未だに区別がつかない。具体的事例を挙げてどちらに係る研究なのかが判断しやすくと助かると思う。医療行為のない小規模研究機関では、機器による計測と質問紙調査ぐらいの申請内容であり、あまりに指針が厳格だと委員会運営に支障をきたすかもしれない。
- 「介入」の定義を明確に。倫理指針は「疫学研究」「臨床研究」を区別なく、統一した方がよい。全国統一した書式(計画書、同意説明文書、同意書)の作成(電子媒体で公開) 質の担保、教育、委員会開催準備時間の短縮
- 疫学研究、臨床研究の倫理指針を一つにまとめてほしい
- 研究が臨床/疫学ないし介入/観察のいずれに該当するか、現在でも分類系図が示されているが、さらにより多くの研究類型について例示リストを作成願いたい。提示すべき研究類型の収集は、公募によることが望ましい。
- 外部委員の確保が難しいことから、医療、ジェンダー等の兼務できる体制をお願いしたい。
- 研究対象が患者、学生の場合は弱者とみなして厳重に行っている。審査の仕方、考え方が厳格過ぎて、研究意欲をそくことがある。すべて倫理審査を厳重に行うのが「よし」との考えはどうか。
- 申請件数の増加や倫理委員会からの要望により、申請書チェックや教員の問合せ対応等に要する時間は、年々増大してきており、現状以上に倫理委員会関係の業務を行うのは、専任の教員・事務の体制が整備できない限りは困難な状況である。
- 倫理審査については、審査を担える人材が教育が圧倒的に不足していると思う。審査資料として何が要るか、判断基準(審査の要否含めて)などある程度定型的なものが示されることを望む。医学系機関など人材がそろっている機関はともかく、そうでない機関にとっては対応が困難である。各機関任せでなく、国や学会等で一律に審査する仕組みとすれば人材不足と機関ごとの基準のブレ、末端機関の負担軽減になると思う。何の教育もなく、ノウハウの乏しい現場に責任を押しつけるようなやり方はおかしい。是正して欲しい。
- 手許に記録がないが、「時間」という意味では、数日。長くても1週間以内。
- 8/1付で事務局を担当し、未だ審査を担当していないため、意見を申し上げられません。申し訳ありません。
- 多施設共同研究時の匿名化 どこで行うのか(病院 or 事務局)
- 倫理審査の要否(適用範囲、連結不可匿名化の考え方等)について具体例やQ&Aの充実をお願いしたい。
- 被験者の人権擁護については現行指針で概ね問題ないと思うが、データのモニタリング・監査等の手順に関して、倫理審査委員会でもっと踏み込んでcommitできるような保障が必要である。ICRwebのような教育システムの定期的な履習を求めるなど。
- 小規模な研究機関と大学のような大規模な研究機関と同じレベルでの審査は、委員の経験や実績などから困難である。大学では教育のカリキュラムに盛り込むことで研究者の研修は可能であるが、規模の小さい研究機関ではわかりやすいガイドブックも少ない状況で研修を行うことも難しい。外部の委員の研修やレベルを、研究機関が担保することは難しい。倫理審査のレベルの向上・平準化を目指すのであれば、有料のe-learningに頼るのではなく、毎年厚生労働省と文部科学省で講習会を実施するべきである。外部からの倫理審査を受け付けている機関、料金等を公表してほしい。
- 疫学研究で有害事象発生時に補償給付できる保険について、Q&A等で紹介してほしい。申請者(又は審査委員)教育用教材を公開、配付してほしい。
- 倫理審査の対象となる研究の大半は、常識的に判断して、倫理的に問題とはならない研究と考えられる。このような研究については審査ではなく届出制などで十分ではないか。

- 一般の立場の人の見識レベルや満たすべき要件が例示されていたり、明確化されているとよいと思う。委員の人材確保のためには、委員の個人情報十分に保護されていないといけないと思う。委員名簿の公開内容について、個人情報保護に配慮したテンプレートが作られることを望む。厚労省のデータベースへ公開している、議事録や委員会規定等について、公開範囲を明確化してほしい。知的財産権に影響を及ぼすものは公開義務はない等のガイドラインがあるとよい。
- 以前から議論されているように、臨床研究、疫学研究の棲み分けと、観察研究、介入研究、侵襲の考え方が各機関ごとに異なっていると思われる。そのため、他機関の審査基準を参考にすることができず、委員会独自の審査基準を議論すると、より安全な(ハードルの高い)基準の元で判断する場合が増えているように思えます。結果、時間と労力が増えることとなり、各施設での基準のバラツキが生まれなような指針の記載が求められている現状、臨床研究と疫学研究を一つの指針の中で取り扱う方針作りに賛成です。特に、Q&Aを充実させることが一つの解決策かとも考えています。
- ゲノム指針との整合性(用語の統一も含め)を考慮して対応願いたく思います。