

厚生労働科学研究費補助金
地球規模保健課題解決推進研究事業
(H30-地球規模-一般-001)

各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野
への戦略的・効果的な介入の開発研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者・渋谷健司

令和3年度（2021）年5月

目次

I. 総括研究報告

各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究

研究代表者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 客員研究員

II. 分担研究報告

1. 我が国における資金援助動向の整理

研究分担者 野村周平 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教

坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任研究員

渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 客員研究員

2. G20 主要課題における最近の議論の整理

研究分担者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任研究員

渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 客員研究員

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進研究事業）

令和2年度総括研究報告書

「各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究」（H30-地球規模-一般-001）

研究代表者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 客員研究員

研究要旨

昨今、国際社会の枠組みが激変する中で、グローバル・ヘルスも大きく変化している。特に、グローバル・ヘルス政策への米国の影響力に陰りが見え、さらに、中国の「一帯一路」政策においても保健医療は重要な要素となり、グローバル・ヘルスは国際政治色をさらに色濃く反映したものと変化している。今後は、従来の枠組みにとらわれない、多種多様なプラットフォームにおける政策議論についてより詳細な分析を進めていくことが求められている。国際保健分野における政策的動向を評価するうえで重要な指標となるのが、その国の国際保健分野における資金の流れである。

本研究では、我が国及び主要ドナー国における援助資金動向の分析・整理を行ない、保健課題に関する議論が年々増している G20 や G7 等の各種会合における政策議論を分析することによって、我が国が効果的かつ効率的に貢献する方策について提案を行った。

本年度は OECD DAC の 29 カ国における 2011-2018 年の国際開発の分野別資金動向に関する比較研究を実施し、論文にまとめて公表した。同 29 カ国の保健分野別動向の国際比較研究も実施し、論文にまとめている。

G20 や主要会合の政策議論においては、2019 年大阪 G20 サミットで取り上げられたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)やデータガバナンスの議論を基に、ポスト大阪 G20 への提言としてデータガバナンス方針が UHC 達成にもたらす影響に関して調査を実施し、提言を論文としてまとめて公表した。

これらの研究から得られた知見は、我が国のグローバル・ヘルスにおけるプレゼンスと知的貢献の強化に直接資するものである。

研究代表者

渋谷健司 東京大学大学院客員研究員

研究分担者

杉下智彦 東京女子医科大学教授

明石秀親 国立国際医療研究センター運営企画部長

野村周平 東京大学大学院特任助教

阿部サラ 国立がん研究センター研究員

ラハマン・ミジャヌール 東京大学大学院助教

坂元晴香 東京大学大学院特任研究員

A. 研究目的

我が国は、2016年に日本で開催されたG7伊勢志摩サミットでも保健を重要議題の一つとして取り上げ、また2017年にUHCフォーラムを開催する等、ここ数年で我が国のグローバル・ヘルス分野における存在感は増している。

しかし、昨今、国際社会の枠組みが激変する中で、グローバル・ヘルスも大きく変化している。特に、グローバル・ヘルス政策への米国の影響力に陰りが見え、さらに、中国の「一帯一路」政策においても保健医療は重要な要素となり、グローバル・ヘルスは国際政治色をさらに色濃く反映したものへと変化している。今後は、従来の枠組みにとらわれない、多種多様なプラットフォームにおける政策議論についてより詳細な分析を進めていくことが求められている。しかし、これまで、諸外国における国際保健分野での政策的動向について、包括的かつ系統的な枠組みに基づいた検証がなされていない。本研究では、

諸外国及び民間セクター・市民社会における政策・資金援助動向について詳細な検証を行い、G20やG7等の各種会合において我が国が効果的かつ効率的に貢献する方策について提案を行う。本研究は、G7伊勢志摩サミットに向けて我が国の国際保健外交政策の政策指針をまとめた実績のある研究者が中心となり実施されるため、研究成果が確実に期待できる。

上記目的を視野に令和2年度は以下2つの研究を実施する。

- 1) 我が国における援助資金動向の整理
- 2) G20主要課題における最近の議論の整理

B. 研究方法

令和2年度は主に以下を実施する。

1. 各分担研究者・研究協力者の準備と研究実施(5-10月)：研究課題について、包括的な実証分析のために、関連するデータの収集を実施。具体的には、各国政府が発表する国際保健関連の戦略やイニシアチブ、毎年開催されるG7/G20(及び関連する大臣会合)、TICAD、ASEAN会合等における各国の発言・議事録及び関連資料。同時に、分析方法の検討を行う。これらデータ及び方法論をもとに本研究班の統括のもとに分析を進める。また、これまでの我が国におけるグローバル・ヘルス分野における貢献についても包括的検証を行い、その比較優位性並びに弱点についても抽出する。具体的には、過去発表された各種政府イニシアチブ、G7/G20やTICAD等国際会議における我が国の発言や議事録等の関連資料の分析を行う 2. 研究の

総括 これまでの学際的な研究活動を集大成し、我が国のグローバル・ヘルス分野における効果的なイニシアチブの取り方に関する戦略提言書をまとめる。学術誌への論文発表も行い、また本研究班からの成果は特に国内外の学会や会議にて積極的に発表する。成果はすべて一般公開し、広く 市民社会への還元を図る。3. 関連会合における技術支援：必要に応じて、G7、G20 等の関連会合における準備プロセスに於いて必要な技術支援を提供する。

C. 研究結果

1) 我が国における資金援助動向の整理

国際保健分野における政策的動向を評価するうえで重要な指標となるのが、その国の国際保健分野における資金の流れである。昨年度は我が国の 2012 年から 2016 年の間の国際保健分野における政府開発援助資金 (ODA) の動向の推移を分析し、結果は論文として今年度 4 月に *Globalization and Health* に掲載された。

また、国際開発援助全体における保健分野及び他分野への資金の動向を評価することも重要な指標となるため、OECD (経済協力開発機構) 開発援助委員会 (DAC) の 29 カ国における 2011-2018 年の国際開発の分野別資金動向に関する比較研究も実施した。

結果は論文として 2021 年 4 月に *Global Health Action* に掲載された。同 29 カ国の保健分野別動向の国際比較も実施し、論文にまとめている。

2) G20 主要課題における最近の議論の整理

2019 年に日本が初めて G20 を主催した際にデータ流通に関する国際ルール作りの「大阪トラック・プロセス」が挙げられ、「Data Free Flow with Trust 概念」をはじめとするデータガバナンスの議論が各国で繰り広げられている。医療や健康にまつわる情報もデジタル化している中、戦略的なデータ活用による UHC 達成促進への期待は高い。本研究では、UHC 達成に向けて最も適切なデータガバナンスのあり方について調査を実施した。データガバナンスの議論が割と熟している欧米中日のデータガバナンス概念を比較し、ケーススタディとして日本で構想されている人々を中心としたデータプラットフォーム構想「PeOPLE」が UHC 達成に適している考えを提言し、*Global Health Action* に掲載された。

D. 考察

本研究では、COVID-19 パンデミック前の時期における DAC 諸国の主要ドナーによる ODA の動向や G20 諸国における主要保健改題の議論を分析した。COVID-19 パンデミックが各国で拡大する中、健康危機への初期対応や保健システムの脆弱さが指摘され、保健システム強化と UHC の重要性への認識が今なお強まっている。したがって、保健分野への資金配分は増える可能性がある。一方で、気候危機、移民・難民やジェンダーなどの喫緊課題への対応も求められている。ODA における予算の劇的な増加が見込まれない近年の傾向を踏まえると、ODA の効果的な活用

は極めて重要になる。パンデミックで浮き彫りになった保健システムの脆弱性を補完するために必要な戦略的なグローバル・ヘルス分野の貢献を見直す際に、本年度の研究結果は我が国のODAに対する戦略的意思決定の見直しや、今後のODA政策議論の効果的な実施に寄与することが期待される。

また、日本は2019年G20大阪サミットでグローバルヘルスを重要課題として取り上げ、UHC、Health Security（公衆衛生危機）及びAMR（薬剤耐性）、高齢化の3つの課題に対して諸外国との収束力を発揮することに成功した。この機運を維持するためにも、2020年以降のポストG20大阪での政策議論にCOVID-19対策だけでなく、我が国の知見が活かせるUHCや高齢化などの重要保健課題に対しても引き続き行われることを期待する。本研究で提言したUHC達成に適したデジタルガバナンス概念の分析も、グローバル・ヘルス分野における、我が国の政策形成能力と知的貢献の強化に直接的に資し、これらを知見を活用することによって日本のグローバル・ヘルス分野への貢献がより戦略的かつ効果的なものとなることが期待される。

E. 結論

我が国は、2016年に日本で開催されたG7伊勢志摩サミットでも保健を重要議題の一つとして取り上げ、また2017年にUHCフォーラムを開催する等、ここ数年で我が国のグローバル・ヘルス分野における存在感は増している。しかし、昨今、国際社会の枠組みが激変する中で、グローバル・ヘルスも大きく変

化している。今後は、従来の枠組みにとられない、多種多様なプラットフォームにおける政策議論についてより詳細な分析を進めていくことが求められている。

G20主要課題における最近の議論の整理や我が国における開発援助資金動向の整理から得られた知見は、学術論文への公表、国際会議での発表を通して、広く諸外国にと共有されている。これら成果物は我が国のグローバル・ヘルスにおけるプレゼンスと知的貢献の強化に直接資するものである。さらに、COVID-19パンデミックによって各国における保健システム強化の重要性は再認識されたが、本研究から得られた知見は、パンデミックで浮き彫りになった脆弱性を補完するための戦略的なグローバル・ヘルス分野の貢献を見直すための検討材料となる。

本研究では、G7等の伝統的ドナーだけでなく、G20や民間セクター等多様なアクターの援助動向を多角的に分析し、UHC達成に向けた取り組みなどを提言してきたが、今後とも激変していくグローバル・ヘルス・アーキテクチャーにおいて、我が国が効果的かつ効率的に国際保健に貢献できる方策について、研究と提言を継続していく。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Nomura S, Sakamoto H, Sugai MK,

Nakamura H, Maruyama-Sakurai K, Lee S, Ishizuka A, Shibuya K. **Tracking Japan's development assistance for health, 2012-2016**. *Global Health*. 2020 Apr 15;16(1):32.

特になし

2. Nomura S, Sakamoto H, Ishizuka A, Katsuma Y, Akashi H, Miyata H. **Ongoing debate on data governance principles for achieving Universal Health Coverage: a proposal to post-G20 Osaka Summit meetings**. *Glob Health Action*. 2020 Dec 31;13(1):1859822.

3. Nomura S, Sakamoto H, Ishizuka A, Shimizu K, Shibuya K. **Tracking sectoral allocation of official development assistance: a comparative study of the 29 Development Assistance Committee countries, 2011-2018**. *Global Health Action*, 14:1.

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進研究事業）

令和2年度分担研究報告書

「各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究」（H30-地球規模-一般-001）

我が国における資金援助動向の整理

研究分担者	野村周平	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	坂元晴香	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任研究員
	渋谷健司	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 客員研究員

研究要旨

これまでグローバルヘルスなどの 21 世紀的な国際貢献のあり方は一部では注目されながらも深く議論されてこなかった。日本の ODA 予算の劇的な増加が見込めない中では、いかにして援助効果の高い支援を行なっていくことが重要であるが、これまでの我が国のグローバルヘルス分野の貢献は十分にかしこされてこなかった。本研究では、これまで不透明になりがちだった国際貢献の姿を一次データに基づき、わかりやすく可視化することで、あるべき日本の国際貢献戦略を検討する契機となることを目的とする。

我が国はこれまで 20 年以上にわたりグローバルヘルスへの貢献を行ってきた。昨年度の分析を通じて、そうした援助は非常に高い効果を見せており、諸外国における MDGs（ミレニアム開発目標）の達成に貢献していることが明らかになっている。今年度は、ODA 全般に関する資金配分の動向を推計し、経済協力開発機構（OECD）の開発援助委員会（DAC）加盟国 29 カ国の 2011 年から 2018 年までの期間における ODA の総支出額のセクター別配分を、援助タイプ別（二国間援助、多国間援助、両方の援助）に比較分析した。全体的な傾向として、「保健分野」（2018 年：203.4 億米ドル（13.21%））、次いで「人道支援」（2018 年：180.4 億米ドル（11.72%））の資金配分の割合が他セクターに比べて大きいことが認められた。一方で、ユニークな傾向を示す国もあり、その中でも我が国では、インフラやエネルギー分野への資金配分が大部分を占めることが特徴として明らかになった。

今回の研究では、COVID-19 パンデミック前の時期における DAC 諸国の主要ドナーによる ODA の動向を評価した。我々の試算が、透明性を確保しつつ、DAC 諸国における戦略的意思決定の見直しや、今後の ODA 政策議論の効果的な実施に寄与することを期待している。

A. 研究目的

これまでグローバルヘルスなどの 21 世紀的な国際貢献のあり方は一部では注目されながらも深く議論されてこなかった。日本の ODA 予算の劇的な増加が見込めない中では、いかにして援助効果の高い支援を行なっていくことが重要であるが、これまでの我が国のグローバルヘルス分野の貢献は十分に可視化されてこなかった。

本研究では、これまで不透明になりがちだった国際貢献の姿を一次データに基づき、わかりやすく可視化することで、あるべき日本の国際貢献戦略を検討する契機となることを目的とする。

B. 研究方法

OECD (経済協力開発機構) が OECD iLibrary で公開している開発援助委員会 (DAC) 加盟国 29 カ国の ODA (政府開発援助資金) データを利用し、各国二カ国間および多国籍機関への拠出の分配を DAC が定める分類に基づいて整理を行い、分野 (セクター) 別に解析を行った。

セクターの定義は、OECD のセクター分類に基づいて行った。各援助セクターに特化していない多国籍機関へのコア・ファンディングについては、帰属する多国籍 ODA を計算するための OECD の方法論に基づいて ODA とそのフローを推定した。

C. 研究結果

OECD DAC 全 29 カ国について、データが入手できた 2014 年から 2018 年の期間において、年間の平均 ODA 拠出額が最も多かったセクターは「保健」で 203.4 億米ドル (13.21%)、次いで「人道支援」で 180.4 億米ドル (11.72%) であった。人道支援は、二国間援助、多国間援助ともにセクターシェアの順位が上昇しており、二国間援助ではドナー国の難民に対するセクターシェアが上昇している。29 カ国のセクターシェアは比較的似た傾向を示しているが、一部の国やセクターではユニークな傾向が見られる。例えば、日本の二国間援助におけるインフラとエネルギー分野が特に高く、2018 年の二国間 ODA 総額の 48.48% を占めている。

また、昨年行った我が国の 2012 年から 2016 年における医療分野に対する ODA (Development Assistance for Health: DAH) の資金動向の研究結果を論文にまとめたものが今年度 4 月に Global Health Action に掲載された。

D. 結論

本研究では、COVID-19 パンデミック前の時期における DAC 諸国の主要ドナーによる ODA の動向を評価した。本研究の推移では、保健分野が多く国にてセクターシェアが一番大きかったものの、我が国はインフラとエネルギー分野が極めて大きかったことが、他国の傾向と異なる。

COVID-19 パンデミックが各国で拡大する中、

健康危機への初期対応や保健システムの脆弱さが指摘され、保健システム強化と UHC の重要性への認識が今なお強まっている。したがって、保健分野への資金配分は増える可能性がある。一方で、気候危機、移民・難民やジェンダーなどの喫緊課題への対応も求められている。ODA における予算の劇的な増加が見込まれない近年の傾向を踏まえると、ODA の効果的な活用は極めて重要になる。

昨年度（2019 年度）の研究結果や同研究で開発を支援した我が国の DAH 資金を可視化したウェブサイト **Japan Tracker** の活用などを通して、我が国の ODA 予算に占める保健分野への効果的な資金配分の検討材料となる情報源としての役割が期待されることに昨年度の報告書に言及したが、本年度の研究結果を通して、保健分野のみだけでなく、我が国の ODA 全般に対する戦略的意思決定の見直しや、今後の ODA 政策議論の効果的な実施に寄与することを期待する。

E. 研究発表

1. 論文発表

1. Nomura S, Sakamoto H, Sugai MK, Nakamura H, Maruyama-Sakurai K, Lee S, Ishizuka A, Shibuya K. **Tracking Japan's development assistance for health, 2012-2016.** *Global Health Action.* 2020 Apr 15;16(1):32.
2. Nomura S, Sakamoto H, Ishizuka A, Shimizu K, Shibuya K. **Tracking sectoral allocation of official**

development assistance: a comparative study of the 29 Development Assistance Committee countries, 2011-2018. *Global Health Action*, 14:1.

2. 学会発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進研究事業）

令和2年度分担研究報告書

「各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・
効果的な介入の開発研究」（H30-地球規模-一般-001）

G20 主要課題における最近の議論の整理

研究分担者	野村周平	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	坂元晴香	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任研究員
	渋谷健司	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 客員研究員

研究要旨

The Group of 20 Summit (G20) in Osaka, which Japan chaired for the first time in June 2019 has created a tailwind for achieving universal health coverage (UHC) globally. In response to the rapid digitalization, the G20 leaders commenced negotiations for the Osaka Track framework to formulate international rules on data flow across borders and systematize the concept of ‘Data Free Flow with Trust (DFFT).’ The strategic harnessing of the power of data to strengthen the healthcare system can allow for rapid and affordable progress toward achieving UHC. However, world leaders have yet to discuss what data governance approaches the Osaka Track will follow, or even on what values it will seek to create and maximize. In this paper, we propose a people-centered, trust-oriented approach as the key principle of data governance toward achieving UHC, using Japan’s experience as an example. We believe that this approach is compatible with other prevailing approaches (e.g. the General Data Protection Regulation (GDPR) in the European Union), and can serve as a bridge to their conceptual differences. We hope that our proposed principles will be fully discussed in post-G20 Osaka Summit meetings.

A. 研究目的

Achieving universal health coverage (UHC), namely where all people have equitable access to quality health services without financial hardship, is positioned as the Target 3.8 in the Sustainable Development Goals (SDGs) set forth by the United Nations (UN) [1]. In 2019, stakeholders experienced a historical momentum for UHC. At the UN High-Level Meeting on UHC, member states agreed upon a political declaration that emphasized the importance of utilizing data to achieve evidence-based decisions and policies on health, while also addressing the need for protecting data and privacy and narrowing the digital divide [2]. In 2018, the UN Secretary-General had already highlighted the importance of transparency and inclusion in his ‘Strategy on New Technologies’ [3], deeming these concepts as part of the five key principles for the UN to better harness technology and innovation in the quest for achieving SDGs.

In the same year of 2019, in Osaka, The Group of 20 (G20) Summit provided another impetus for achieving UHC. G20 is an international forum for the governments and central bank governors from 19 countries and the European Union (EU), and G20 Summits are held once a year to discuss a diverse range of topics relevant to each G20 member country, including global health. Originally, the G20 Summit was held for advanced and emerging economies to discuss and respond to the global financial crisis that occurred in 2008; since then, it has expanded its scope to cover other global challenges. In response to the rapid digitalization of societies worldwide, the member countries announced, at the 2019 G20 Summit, the onset of negotiations that would begin to establish international rules for the free flow of data across borders. This track follows the Data Free Flow with Trust (DFFT) notion, which dictates that trust is a driving factor that enables the free flow of data. It was first espoused by Japanese former Prime Minister Shinzo Abe in his speech at the World Economic Forum’s annual meeting in Davos, Switzerland in January 2019 [4]. As indicated in the recent World Health Organization (WHO)’s guideline on the use of digital health technologies entitled WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening, ‘a strategic harnessing of the power of data to strengthen healthcare systems can make for rapid and affordable progress towards achieving UHC [5].

The year 2019, thus, not only marked the beginning of global data governance, as stated in Shinzo Abe’s speech in Davos, but also was undoubtedly an important year for the advancement of UHC. Following the momentum, many countries are currently and increasingly turning to data to help guide the development and strengthening of UHC. The Political Declaration of the High-Level Meeting on UHC also emphasized that strengthening health information systems and collecting good quality data are key actions to monitor the progress and identify the gaps in the universal and inclusive achievement of SDGs, especially those related to health SDGs. Quality and sufficient data has been shown to enable governments to properly monitor their disease management, financial management, and claims data utilization, all of which contribute toward UHC [6]. For example, in 2011, Kenya launched Africa’s first open data portal [7], and other African countries have since been following this movement [8]. However, many countries, especially low and middle-income countries (LMICs), still face complicated, foundational challenges to harness the value of their health data. One of the underlying causes of such challenges is the lack of a widely accepted concept for data governance, especially on the most appropriate person/institution to have control over individual data and on the underlying values that should serve as framework for data governance. As shown by Nicki et al.’s on the four key domains for better data governance in LMICs, the major topics that should be addressed are the assurance of data protection through data access controls and application of the relevant legislation. In this paper, we used the case of Japan – as an example – to propose key principles that may serve to guide data governance for achieving UHC.

B. 研究方法

The retention and utilization of personal data by select entities, even when individuals give consent for the processing of their personal data, can create a power imbalance between the data holding entities and those without data access; this power covers a diverse range of dimensions, including economic and political powers. Such power imbalance often raises issues pertaining to data protection, transparency, and accountability, and can hamper the development of innovative forms of data usage for research, business, journalism, etc. Today, several principles on governance for personal data already exist – the principal approaches of data governance and their value focuses and challenges are shown in Table

1 [10–12]. In this study, we used the following four data governance approaches as examples: privacy-, economy-, social value-, and people-/trust-centered approaches. The privacy- and economy-centered approaches, which are adopted by the EU and the USA (US), have been widely used globally. We also chose to use China’s social value-centered approach as an example because it is based on concept that is largely different from those found in Western societies. Finally, we explored Japan’s people-/trust-centered approach because it is different from the former three.

C. 研究結果

The privacy-centered approach to data governance is embodied by the General Data Protection Regulation (GDPR), which was enacted in the EU in May 2018 [13]. GDPR covers the handling of personal data and guarantees the rights of all citizens in the EU to control the range and usage of the personal data that they provide. At its core, we can observe the concepts of data portability and access rights, which are important elements that could become fundamental human rights in the twenty-first century. While the GDPR recognizes the value of data as a common and public good, it also provides a strong underlying notion that personal data is an exclusive property of an individual. Individuals’ strong control over data, however, may hinder the efficient use of data in the market [9,10]. Despite its strengths (e.g. thorough protection of personal information and consideration of privacy), the GDPR also presents controversies, especially on harmonization among different sectors [14]. For example, although the GDPR inhibits the handling of personal data in some cases, it allows for the processing of the same data in others, thereby detracting its harmonization. Moreover, the GDPR has other concerns, such as the following: complicated processes that are difficult to be applied to cross-border healthcare challenges; technical difficulties that hinder researchers’ ability to obtain informed consent for clinical trials and research according to GDPR standards; and unclear evidence

The economy-centered approach to data governance is espoused by the US, emphasizing the creation of market-driven value of the business [10,11]. The social value-centered approach, on the other hand, aims to utilize personal data to build trust and accountability in society, and it is exemplified by the Social Credit

System in China [11,12]. Despite these varying approaches and as nations worldwide move toward a more surveillance-oriented society, world leaders need to start tackling the common challenges that are shared by these data governance approaches; for example, the possibility of data hegemony by giant technological corporations, and the risk of diluted diversity of individual values and beliefs.

Currently, major international conferences or dialogues among high-level government officials have yet to address what types of data governance approaches that the Osaka Track and DFFT will follow (or create on their own), or on what values they will seek to create and focus. Thus, by building upon the Osaka Declaration on Digital Economy and the delineations presented at the G20 Trade Ministers and Digital Economy Ministers meeting (which occurred in June 2019), we propose a data governance approach for achieving UHC that is both people-centered and trust-oriented; namely, data should be integrated at the individual level (i.e. people should have the ownership over their own health data) and any public/private organizations should be enable to use the individuals’ data only upon the obtainment of individual informed consent. We believe this approach to be compatible with the value focuses of the other three prior approaches (i.e. used by the EU, US, and China), and one that can bridge their conceptual differences.

A people-centered approach translates to a data governance that highly regards individual values. In healthcare, the people-centered approach empowers people to actively participate in and design their own health. For example, if consent is given, individuallevel data held by different entities (e.g. insurers and hospitals) can be integrated and applied for the delivery of a more personalized healthcare. A wider use of healthcare data integrated around individuals can also improve access to healthcare and the effectiveness of the service coverage, resulting in a reduced healthcare cost [5]. These are the characteristics of the three dimensions of the UHC (i.e. population covered, services covered and its quality, and costs covered). Meanwhile, it should be acknowledged that there are transformational challenges brought about by a data-driven society, particularly in the LMICs; exemplifying, limited data infrastructure, literacy, and expensive access to data processing tools and software, etc. [16].

A trust-oriented approach means that trust must be secured in the data flow between people, communities, businesses, governments, and/or other social networks. Trust is developed, fostered, and maintained through the rigorous protection of personal data, which can, in turn, be guaranteed by law or policy. Currently, laws and policies are not always in place to ensure that data governance, especially in the healthcare sector, is applied in a way that adequately protects personal data [17]. As exemplified by the 2018 Facebook's Cambridge Analytica scandal, people will steer away from services if their privacy and trust are being breached [18]. Trust is, therefore, an important resource in a data-driven society; this is most special in the LMICs, where privacy and data protection rules have not yet been established or enforced by law. This approach reflects the notion of DFFT proposed by Shinzo Abe [4].

In Japan, the characteristics of the healthcare system can be summarized under the following concepts: a universal insurance system (i.e. those who are living in Japan are obliged to enroll in the universal insurance system), an uniform fee schedule (i.e. the central government determines the price of healthcare process, which is applicable to both public and private healthcare facilities), and a lack of a strict gatekeeping system [19]. In 1961, the Japanese government introduced this universal health insurance system. In it, people living in Japan are required by law to enroll in the universal health insurance and pay a 0–30% copayment whenever they seek healthcare services. Moreover, private health insurances only play a supplementary role, such as to cover the copayment for hospitalization fees and the transportation fees for hospital visits.

As for the service fees, the government sets the prices of healthcare procedures and medicines covered under the universal insurance system; this specific fee is called the 'uniform fee schedule.' This uniform fee schedule is applicable not only for public but also for private institutions (i.e. individual providers, even for private healthcare facilities, cannot negotiate the contractual terms set forth by the government under the universal health insurance). Through this methodology, Japan has provided equitable access to healthcare to its population at an affordable cost, and successfully controlled the total health expenditure with the uniform fee schedule.

Another characteristic of the Japanese healthcare system is that it does not have a 'gatekeeping system,' which most European countries have; instead, people in Japan can freely choose to which healthcare facilities they want to go. This means that, even if people are experiencing a mild to a moderate symptom, they can go to university hospitals or other tertiary healthcare facilities. Additionally, other forms of insurance – namely, any other forms that could substitute the universal health insurance – have been banned in Japan; as remarked, private health insurance companies only play a supplementary role (e.g. covering the co-payment for hospitalization fees, the transportation fee for hospital visits, or the wages lost during the days that the person was hospitalized).

Nonetheless, half a century after the achievement of UHC in Japan through the provision of the universal health insurance, the sustainability of the national healthcare system is now being threatened by population aging, escalating health expenditures, etc. [20]. To re-shape the healthcare system and make it sustainable, in 2015, a healthcare advisory panel to the Minister of Health, Labour and Welfare (MHLW) created the 'Health Care 2035,' which delineated the future of the healthcare system in Japan; in it, the power of data was positioned as an important pillar [21]. The new national growth strategy, called 'Future Investment Strategy 2018,' also requires a change to a data-driven 'Society 5.0' (which is interlocked with the SDGs) that utilizes big data and new technologies (i.e. developed through the information and communications technology [ICT]) through a people-centered, trust-oriented approach. As one of the flagship projects leading this change, the government proposed the development of a new healthcare system that is fully data-driven [22].

For example, a Person-centred Open Platform for wellbeing (PeOPLE) – a platform proposed by an ICT advisory panel to the MHLW in 2016; a panel which included HM, the author of this paper – is planned to be introduced in 2020 in a stepwise manner [23]. PEOPLE is a nation-wide platform that aims to enable the public to openly utilize all kinds of data. The proposal was published as a government report on the website of the MHLW [23]. Through it, the data is supposed to be managed in a distributed fashion and anyone will be able to connect to it on an individual basis using a unique individual citizen identifier (i.e. person-id) in the platform thus demonopolizing the government and its power

over people's data. In 2019, the government decided that the already existing citizen identifier (i.e. 'My Number') in Japan, which has been used in the social security and tax system that started in 2016 would be implemented as the person-id in the PeOPLE. Through the PeOPLE, individuals will have access to various public data, such as public health check-ups, health insurance claims, and long-term care insurance claims. The platform will also connect people's personal health records and, in the future, various life-logs and sensing data that are collected through the enterprise Internet of Things (IoT).

By gathering all individual's data and by giving them the control over their own health data, the government expects that the individuals can become more aware about their health status, thereby allowing them to utilize the data to positively change their health behaviors. Additionally, given that the government (i.e. from the central to local level) is also allowed to access the data, they can utilize this data for various endeavors related to health policy planning (e.g. for managing health financing at the regional and local level). Notwithstanding, although the data is gathered at the individual level, there is an ongoing debate for a system that allows the government, healthcare facilities, and other relevant organizations to utilize the data without any consent from the individuals under specific circumstances; specifically, this could prove useful in cases of natural disasters and other emergencies – in which data usage may directly contribute to saving lives.

Still, the rules for operational methods and data utilization remain under development. Once the PeOPLE is established, Japanese individuals may be able to grant access to their health data (in an anonymized form) by opting-in, or -out from research. Moreover, healthcare professionals may be able to access individual's personal health records up to the level of disclosure. Summarizing, the PeOPLE is expected to ensure equitable access to data, effectively promote personalized healthcare and social care, and help stakeholders address the social determinants of health that go beyond traditional disease management measures. Additionally, it has the potential to reduce costs through resource usage and through allowing for the deployment of on-demand care services, all of which directly reflect the goals of UHC.

The PeOPLE will incorporate Japan's data protection laws in its general business terms, thus

specifying the privilege of data use according to the nature of users' objectives. Additionally, by adhering to the national laws on data protection, any type of personal identification information (e.g. person-id) will automatically be detracted from data prior to being accessed, thereby offering users a perfectly anonymized dataset.

Previous studies support the potential health impact of the PeOPLE. For example, there is evidence that good follow-up of patients' postoperative prognosis leads to prolonged survival [24]. Furthermore, decision aids based on a people-centered approach were shown to evoke the following: improve patients' understanding of treatment options minimize conflicts arising from lack of information or unclear value sets [25]; help encourage patients' active participation in treatment decisions; and effectively help patients to appropriately recognize treatment-related health risks [25]. Although few empirical studies have been conducted, one study showed that people centered information-sharing through ICT may be effective in maintaining and improving patients' health [26]; another study reported increased patient empowerment and health-related quality of life after patients used people-centered information sharing through ICT [27].

As indicated in several milestone documents about UHC (e.g. the UN High Level Political Declaration on UHC), utilizing health data is key for successful UHC; accordingly many countries are making efforts to attain better data governance to ensure proper use of such health data. Still, several countries across the globe, especially LMICs, are currently facing several challenges related to data governance; these range from understanding and formulating optimal policies/legislations to determining the underlying core values behind these policies/legislations. Concomitantly, high-income countries have recently begun to develop various laws on data governance, something done generally ahead of LMICs, so many lessons can be extracted, learned, and applied from these progresses [9,28]. Overall, when endeavoring to develop a UHC, the first step is to determine its core values; the second is to define who owns the data (i.e. whether it is owned by individuals, the government, or private companies); and the third is to determine who can use the accumulated data, to what extent the data can be used, and what would be the mechanisms of access.

As the Japanese example shows, in principle, the people-centered, and trust-oriented approaches can be core values of the UHC, aiming to ensure individual ownership of data. On one hand, this allows for the empowerment of the Japanese population, who can then sense and experience greater control over their own health and wellbeing. As represented above, this approach differs from that in the US (i.e. where private companies own the data) and from that in China (i.e. where the government owns the data). On the other hand, to avoid overly strong personal protections that could prevent the use of data for innovation and wellbeing improvements, the Japanese system concomitantly allows for some institutions (e.g. public institutions, universities, private companies, etc.) to use the data, even if under the condition of individuals giving their informed consent for such use. This system is based on trust among the involved parties.

If LMICs endeavor to adopt a system that strives for a balance between personal data protection and data utilization, we believe that the Japanese system, which is based on trust, may serve as an useful example. The underlying values that will guide the data governance of each country will largely depend on each countries' individual cultural and social backgrounds; thus, we acknowledge that applying the Japanese values directly to another country is not always possible to optimal. However, we hope that the Japanese values can serve as a framework for introducing a new set of values that differs from the mainstream ones in the EU, the US, and China, and namely can be used as another point of reference. Accordingly, future studies are warranted to examine the values tailored specific to each LMIC should be proposed and tested for their usefulness.

D. 結論

In summary, we proposed a data governance that is focused on a people-centered and trust-oriented approach, which may allow for achieving UHC in the era of a data-driven society. Many countries, especially LMICs, are endeavoring toward UHC, which requires the development of data governance that prove more efficient and secure. Given that the key for success on improved data governance relies on its underlying core values, we proposed Japan's balanced approach – which is based on a principle of trust – as one option for these countries. We chose this specific approach because we believe that the principle of trust

resonates with the notion of UHC and with the SDGs. We believe that, if the G20 Summits and other high-level meetings attempt to clarify the principles that are required promote a coordinated action on data governance and UHC, it may possible to promote cooperation at the national, regional, and global levels. We hope that these proposed principles will be fully discussed in post-G20 Osaka Summit meetings.

E. 研究発表

1. 論文発表

Nomura S, Sakamoto H, Ishizuka A, Katsuma Y, Akashi H, Miyata H. Ongoing debate on data governance principles for achieving Universal Health Coverage: a proposal to post-G20 Osaka Summit meetings. *Glob Health Action*. 2020 Dec 31;13(1):1859822.

2. 学会発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

III

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ペー ジ
特になし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Nomura S, Sakamoto H, Sugai MK, Nakamura H, Maruyama-Sakurai K, Lee S, Ishizuka A, Shibuya K</u>	Tracking Japan's development assistance for health, 2012-2016	Globalization and Health	16(1)		2020
<u>Nomura S, Sakamoto H, Ishizuka A, Katsuma Y, Akashi H, Miyata H.</u>	Ongoing debate on data governance principles for achieving Universal Health Coverage: a proposal to post-G20 Osaka Summit meetings	Global Health Action	13(1)		2020
<u>Nomura S, Sakamoto H, Ishizuka A, Shimizu K, Shibuya K.</u>	Tracking sectoral allocation of official development assistance: a comparative study of the 29 Development Assistance Committee countries, 2011-2018	Global Health Action	14(1)		2021

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 藤井 輝夫 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・客員研究員
(氏名・フリガナ) 渋谷 健司・シブヤ ケンジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 藤井 輝夫 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・特任助教
(氏名・フリガナ) 野村 周平・ノムラ シュウヘイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 藤井 輝夫 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・助教
(氏名・フリガナ) ラハマン・ミジャヌール

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 藤井 輝夫 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 2. 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・特任研究員
(氏名・フリガナ) 坂元 晴香・サカモト ハルカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年 5月 25日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立研究開発法人
国立国際医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政政策に関する研究事業
2. 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際医療協力局 運営企画部長
(氏名・フリガナ) 明石 秀親 ・ アカシ ヒデチカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京女子医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 丸 義朗



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 教授
- (氏名・フリガナ) 杉下 智彦 ・ スギシタ トモヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由 :)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由 :)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容 :)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年4月1日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中金 斉



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 研究課題名 各国の国際保健政策の分析を踏まえた、日本の国際保健分野への戦略的・効果的な介入の開発研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 社会と健康研究センター 予防研究部・研究員
(氏名・フリガナ) 阿部 サラ・アベ サラ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立がん研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。