

【機密性 2 情報】

(様式 1)

日本医療研究開発機構 難治性疾患実用化研究事業  
研究開発提案書 (案)

|                             |                                                                                                                        |                                                                                                                 |  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 研究開発課題名<br>(英語表記)           | 日本語表記                                                                                                                  | 〇〇に関する研究開発                                                                                                      |  |
|                             | 英語表記                                                                                                                   | Study of 〇〇                                                                                                     |  |
| 公募名 (事業名)                   | 医療機器のシーズ探索研究 (医療機器ステップ0)<br>(※公募要領を参照して記入すること。)                                                                        |                                                                                                                 |  |
| 研究開発期間 (全研究期間)              | 契約締結日～ 令和 X 年 XX 月 XX 日 (X 年間)                                                                                         |                                                                                                                 |  |
| 研究費総額                       | 全研究期間での研究費総額 ( X0.000 千円)                                                                                              |                                                                                                                 |  |
| ヒト全ゲノムシーケンス<br>解析           | <input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない<br><small>※いずれかに☑。実施する場合、ヒト全ゲノムシーケンス解析プロトコル様式を提出。</small> |                                                                                                                 |  |
| 研究<br>開<br>発<br>代<br>表<br>者 | 氏名                                                                                                                     | (フリガナ) 〇〇〇〇 〇〇〇                                                                                                 |  |
|                             |                                                                                                                        | (漢字表記) 〇△ 〇□                                                                                                    |  |
|                             |                                                                                                                        | (ローマ字表記) Yyyy Yyyyyy                                                                                            |  |
|                             | 性別                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 非公開 |  |
|                             | 生年月 (年齢)                                                                                                               | 19XX 年 XX 月 (XX 歳 : 令和 7 年 4 月 1 日時点)                                                                           |  |
|                             | 研究者番号                                                                                                                  | 〇〇〇〇〇〇 (e-Rad 研究者番号)                                                                                            |  |
|                             | 所属機関<br>(正式名称)                                                                                                         | 〇〇法人〇〇大学                                                                                                        |  |
|                             | 所属部署<br>(部局)                                                                                                           | △△△学部△△△学科                                                                                                      |  |
| 役職                          | △△△                                                                                                                    |                                                                                                                 |  |
| 研究代表者の情報 (URL)              |                                                                                                                        | https://www. 〇〇〇〇〇〇                                                                                             |  |
| 研究開発代表者の研究歴<br>(主な職歴と研究内容)  |                                                                                                                        |                                                                                                                 |  |

コメントの追加 [A1]: 【作成上の留意事項】

- ・本文書は申請時から事後評価に至るまで一貫して使用し追記していく事を想定しています。従って場面毎に適合しない項目もあります。記載前にコメント欄の記載をよくお読み下さい。
- ・グレーアウトされた箇所は記載不要です。
- ・入力欄は指定の無い限り変更可ですが、ページ割については読みやすさをご配慮下さい。
- ・文字の大きさは原則 10.5 ポインを用いてください。
- ・提出書に青文字の記載例がある場合は削除してください。

コメントの追加 [A2]: 研究がこれ以前の時期に完了する予定の場合、その時期を記載ください。

コメントの追加 [A3]: 直接経費を記載 (間接経費は含めない) ください。

## 要約（和文）

■背景（今の状況がどのようで、何が求められているのか）、目的（背景を受け、本課題を実施する目的）、方法の概略（どのような方法を用いて、どのように研究を実施し問題を解決するか）、概要を記載してください。

[illegible]

【機密性 2 情報】

※「１ 研究概要と目的」の【1.1 研究開発課題概要】、【1.2 研究開発全体の内容】及び「3. 実施体制図」に記載されている内容は、業務において必要な場合に関係省庁へ情報提供する場合がありますので、上記の箇所には研究内容の詳細や知的財産関連の**情報等公開に適さない内容等を除外して作成してください。**

## 1. 研究概要と目的

### 【1.1 研究開発課題概要】

|  |                   |                       |
|--|-------------------|-----------------------|
|  | □A-1(医薬品ステップ0)    | □A-2(医薬品ステップ0・超希少)    |
|  | □A-3(医薬品ステップ1)    | □A-4(医薬品プレステップ2)      |
|  | □A-5(医薬品ステップ2)    | □A-6(医薬品ステップ2・ドラッグロス) |
|  | □B-1(再生等ステップ0)    | □B-2(再生等ステップ1)        |
|  | □B-3(再生等ステップ2)    |                       |
|  | □C-1-1(医療機器ステップ0) | □C-1-2(医療機器ステップ1)     |
|  | □C-1-2(医療機器ステップ2) |                       |

0. 提案する公募枠（公募研究開発課題名称略称）

1. 研究開発課題名

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○  
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○の研究

2. 委託研究開発実施期間

契約締結日～令和×年XX月XX日(予定)

3. 委託研究開発費

| 第1年度 R7年度 | XXX, XXX, XXX 円 |
|-----------|-----------------|
| 第2年度 R8年度 | XXX, XXX, XXX 円 |
| 第3年度 R9年度 | XXX, XXX, XXX 円 |

4. 研究開発代表者氏名

栄目戸 太郎

5. 研究開発代表者所属機関・部署・役職

学校法人大手町大学・大学院医学研究科・教授

6-1. 対象疾患名（告知番号等）

□指定難病（告知番号： 、疾患名： ）  
□指定難病以外（疾患名： ）  
複数の疾患を対象とする場合は10疾患以内で全て記載し、優先する対象疾患を1つ選択し下線を必ずいれてください。

---

6-2. 当事業の支援対象と考える理由

(6-1. で指定難病以外にチェック入れた場合のみ、記載は必須)

6-1. で指定難病以外にチェックを入れた場合は、該当する疾患が公募要領に記載の「事業の方向性」および「事業の目標と成果」に記載されている対象疾患である理由について、下記 A、B のいずれも記載ください。対象疾患が小児慢性特定疾患を含む場合は C も記載ください。  
  
A（必須）：指定難病以外の対象疾患が「希少性」、「原因不明」、「効果的な治療方法未確立」、「生活面への長期にわたる支障」の4要件を満たす理由について記載ください。  
（ ）  
B（必須）：指定難病以外の対象疾患が「がん」「生活習慣病」「精神疾患」等の他の事業において組織的な研究の対象となっていないことについて記載ください。  
（ ）  
C：対象とする疾患が小児慢性特定疾患の場合は、疾患名と認定番号を記載ください。  
（ ）

---

7-1. 対象疾患患者数および有病率（対象疾患が超希少疾患以外の公募枠のみ記載）

---

7-2. 国内の対象疾患患者数および有病率（対象疾患が超希少疾患

- ・対象疾患が超希少疾患限定の公募枠では、本邦において患者数が1000人未満の疾患を対象とします。
- ・超希少疾患枠の対象疾患は、独立した疾患概念が確立している、もしくは既

コメントの追加 [A4]: 該当するボックスを 1つだけ チェック (■に変更) してください。

コメントの追加 [A5]: 単年ではなく全体の契約予定期間を記載してください。

**コメントの追加 [A6]:** 契約単位ではなく、課題単位（研究班全体）の**直接経費**の契約総額を記載してください。「4. 研究開発の主なスケジュール」に記載する金額の合計と齟齬がないよう確認ください。

**コメントの追加 [A7]:** 対象疾患が複数の場合は主なもの5つ程度を記載し、優先する対象疾患1つ選択し下線を必ずいれてください（必須）。

【機密性 2 情報】

[illegible]

**コメントの追加 [A8]:** 文章は「である」調で記載してください。

【機密性 2 情報】

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( T P P ) | <p>候補物名（一般名又は化学名）：</p> <p>薬事申請上の分類：応募する公募枠の分類を選択ください。</p> <p>医薬品：</p> <p><input type="checkbox"/> 新有効成分含有医薬品、<input type="checkbox"/> 新投与経路医薬品、<input type="checkbox"/> 新効能医薬品、<input type="checkbox"/> 新剤形医薬品、<input type="checkbox"/> 新用量医薬品</p> <p>医療機器：</p> <p><input type="checkbox"/> 新医療機器、<input type="checkbox"/> 改良医療機器（臨床あり）、<input type="checkbox"/> 改良医療機器（臨床なし）、<input type="checkbox"/> 後発医療機器（承認基準なし）、<input type="checkbox"/> 後発医療機器（認証基準あり）</p> <p>再生医療等：</p> <p><input type="checkbox"/> 新再生医療等製品、<input type="checkbox"/> 新用法・使用方法再生医療等製品、<input type="checkbox"/> 新効能再生医療等製品、<input type="checkbox"/> 新構造再生医療等製品、<input type="checkbox"/> 新用量再生医療等製品、<input type="checkbox"/> 規格追加に係る再生医療等製品、<input type="checkbox"/> その他の再生医療等製品（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 不明・未定（想定する申請区分と理由： ）</p> <p>想定効能・効果：</p> <p>剤形・用法（医療機器の場合はクラス分類と判断理由）：</p> <p>ポジショニング：</p> <p>① 疾患の現状（診断基準、発病機構の解明状況、長年にわたる支障の程度）</p> <p>② 現在の治療法</p> <p>③ 既存治療法との優位性（アンメットメディカルニーズの充足性）</p> <p>④ 医療上（承認取得後の診療ガイドライン等）での位置づけ</p> <p>⑤ 承認取得後の患者へのメリット</p> <p>有効性：</p> <p>安全性上の課題：</p> <p>開発対象物の開発状況：</p> <p>臨床開発における課題（医療機器の場合は、品質・耐久性・信頼性等機器の性能に関する課題の有無についても記載）：</p> |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

コメントの追加 [A9]: 最終的に再生医療等製品の開発に資するものであるとする根拠を記載すること。

【機密性 2 情報】

|                                                       |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. ガイドライン作成資格基準について<br>(ガイドライン作成にデータを提供する研究内容の場合は記載) | 作成・改訂を予定する診療ガイドライン等に関係する関連学会が定める診療ガイドライン策定に <b>参加できない資格基準</b> について<br><input type="checkbox"/> 該当しない、または資格基準が存在しないことを確認した<br><input type="checkbox"/> 該当する |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

コメントの追加 [A10]: 日本医学会「診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス」を参考に作成されたような関連学会の参加資格基準を指します。選択ミスに注意してください。



【機密性 2 情報】

## 2. 研究開発代表者及び研究開発分担者に関する情報

|         | 氏名                       | 所属機関※1                                     | 現在の専門                 | 令和7年度<br>研究経費※2<br>(千円) | エフ<br>オー<br>ト<br>(%) |
|---------|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|
|         | 生年月 (年齢: 令和6<br>年4月1日時点) | 所属部署 (部局) ※1                               | 学位 (最終学歴)<br>学位取得年    |                         |                      |
|         |                          | 役職※1                                       | 役割分担                  |                         |                      |
| 研究開発代表者 | 〇〇 〇〇                    | 〇〇〇〇大学                                     | △△△                   | X, XXX                  | XX                   |
|         | S49/11 (XX)              | △△△学部△△△学科                                 | △△博士 (〇〇大学)<br>H14 年  |                         |                      |
|         |                          | △△△                                        | 研究の統括                 |                         |                      |
|         |                          | (主たる研究場所) ※1<br>△△△大学<br>△△△学部△△△学科<br>□□□ |                       | X, XXX                  | XX                   |
| 研究開発分担者 | □□ 〇〇                    | △△△大学                                      | □□□                   | X, XXX                  | XX                   |
|         | S50/11 (XX)              | △△△学部△△△学科                                 | 〇〇博士 (□△△大学)<br>H15 年 |                         |                      |
|         |                          | □□□                                        | データの解析                |                         |                      |
|         |                          | (主たる研究場所) ※1<br>△△△大学<br>△△△学部△△△学科<br>□□□ |                       | X, XXX                  | XX                   |
| 研究開発分担者 |                          |                                            |                       |                         |                      |
|         |                          |                                            |                       |                         |                      |
|         |                          |                                            |                       |                         |                      |
| 計 2 名   |                          |                                            | 研究開発経費合計              | X, XXX                  |                      |

コメントの追加 [A12]: 研究開発分担者名はすべて e-Rad にも登録していただき、同一の記載としてください。

※1 所属機関と主たる研究場所が異なる場合は、主たる研究場所となる研究機関、所属部署 (部局) 及び役職も記載してください。また、人数に応じて適宜記入欄を追加してください。

※2 研究経費については、直接経費を記載してください。

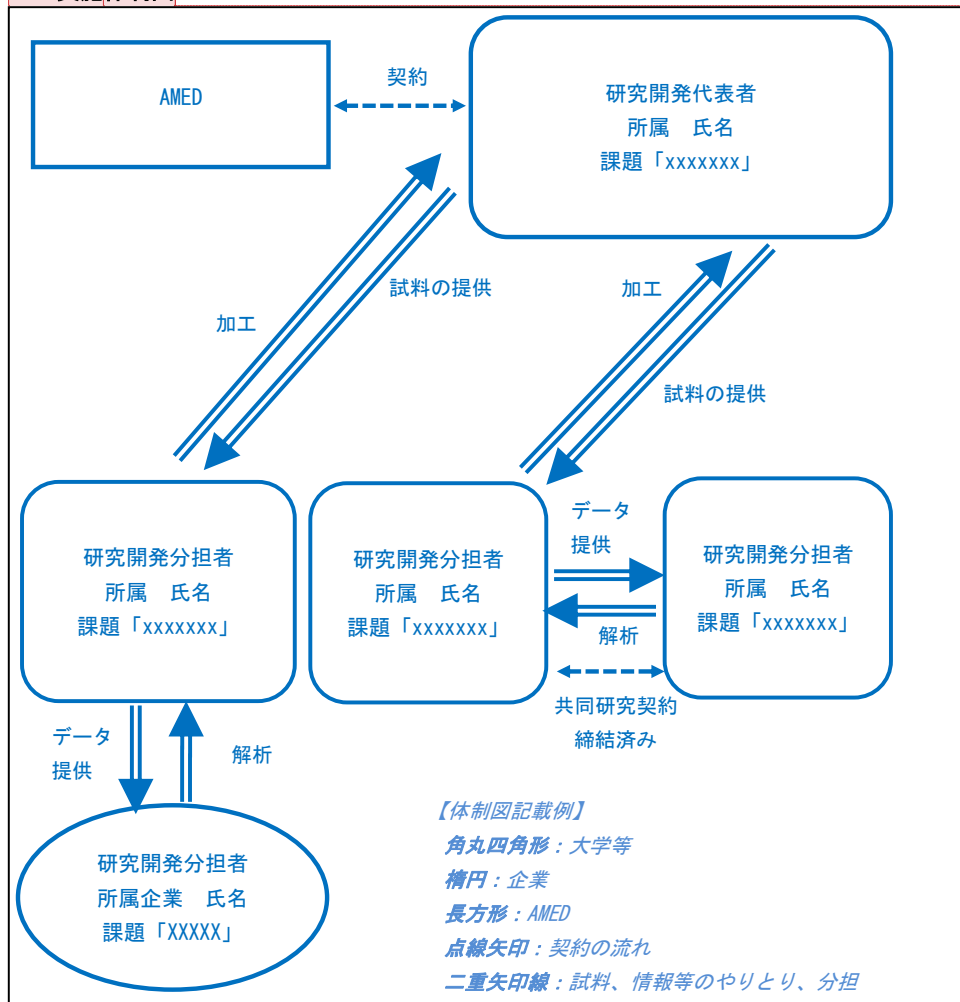
【機密性 2 情報】

協力企業・導出先企業

| 企業名    | 協力内容        |
|--------|-------------|
| 株式会社▲▲ | ●●に関する情報提供。 |
|        |             |
|        |             |

**コメントの追加 [A13]:** ここに記載いただく企業等及び研究開発代表者・分担者の情報は、被評価者の情報として、個々の課題評価委員の利益相反マネジメントの判断に用いられます（利益相反マネジメントの対象として評価委員から申告があったときは、原則として当該評価委員は本研究開発提案の評価に携わらないものとします）。このことを念頭に、研究成果としての医薬品等の導出予定企業、臨床研究デザインやデータマネジメントを担当する企業、研究資金を提供するなど、本研究開発提案に**参加している企業**をすべて記載してください。また、記載いただく企業名は **e-Rad 登録内容と同一としてください。**

### 3. 实施体制图



**コメントの追加 [A14]:** 契約の矢印（点線矢印）を記載して下さい。既に契約を締結済みの組織等がある場合は契約済みであることを、契約の内諾が得られている等の場合はその旨を明記してください。ただし、AMEDと研究代表者の間には契約の矢印を記載してください。

**コメントの追加 [A15]:** 代表機関、分担機関の組織（所属機関と主たる研究場所が異なる場合については、主たる研究場所についても記載）、体制、連携、協力体制等について体制図を記載してください。図は一例を雛形として示していますが、提案書作成時に記載を追加するか、適切なソフトで作られた図を貼り付けるなどして、各機関の役割がわかるように記載してください。また、研究開発課題の運営・推進及び進捗管理等の体制や方法について記載してください。

対象疾患の臨床情報や解析技術に関し十分な知識・経験のある専門家が含まれることを考慮して、研究開発代表者、研究開発分担者、協力企業等の**役割を具体的に**記載してください。

連携する学会、厚労省政策研究班等がある場合、その具体的な連携内容について以下に記載してください。  
※適宜記入欄を追加してください。連携可能な厚労省政策研究班が存在しない場合はその旨を空欄に記載して下さい。

| 学会名、政策研究<br>班名      | 連携の有無                                                            | 合同班会議<br>の開催予定                                           | 本研究開発提案において連携する内容                              |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 日本〇〇〇〇学会            | <input type="checkbox"/> 連携済み<br><input type="checkbox"/> 採択後に連携 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇レジストリからのデータ提供                |
| 厚労省政策研究<br>「〇〇〇〇〇」班 | <input type="checkbox"/> 連携済み<br><input type="checkbox"/> 採択後に連携 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のガイドラインへの反映のための CQ に対するデータ提供 |

**コメントの追加 [A16]:** 別に研究費を獲得している研究班については、計画内容の違いが明確になるように記載してください。またガイドラインやマニュアル作成等行う場合、関連する学会との役割分担が明確になるように記載して下さい。

## 4. 研究開発の主なスケジュール

| 研究開発の主なスケジュール（ロードマップ）                                                                                   |                  |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|----|----|----|-------------------|----|----|----|-------------------|----|----|----|---------|
| 研究開発項目<br>・マイルストーン                                                                                      | 担当者<br>氏名        | 第 1 年度<br>(R7 年度) |    |    |    | 第 2 年度<br>(R8 年度) |    |    |    | 第 3 年度<br>(R9 年度) |    |    |    | 達成<br>率 |
|                                                                                                         |                  | 1Q                | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q                | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q                | 2Q | 3Q | 4Q |         |
| (1) ○○病の治療法選択と長期予後<br>・患者診療録情報を利用したレトロスペクティブ研究<br>・患者レジストリを利用したプロスペクティブ研究<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円 | 栄目戸<br>南尾<br>千代田 |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
| (2) ○○○○○○<br>・○○○○○○○<br>・○○○○○○○<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円                                        | 栄目戸              |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
| (3) ○○○○○○<br>・○○○○○○○<br>・○○○○○○○<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円                                        | 南尾               |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
| (4) ○○○○○○<br>・○○○○○○○<br>・○○○○○○○<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円                                        | 千代田              |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
| (5) ○○○○○○<br>・○○○○○○○<br>・○○○○○○○<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円                                        | 栄目戸<br>千代田       |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
| (6) ○○○○○○<br>・○○○○○○○<br>・○○○○○○○<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円                                        | 栄目戸<br>南尾        |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |
| (7) ○○○○○○<br>・○○○○○○○<br>・○○○○○○○<br><br>・委託研究開発費(直接経費):<br>○千円                                        | 栄目戸<br>南尾<br>千代田 |                   |    |    |    |                   |    |    |    |                   |    |    |    |         |

※当該研究の成否が研究全体に影響を与えるものについては太い矢印で示してください。

※不要なセルは削除してください。

**コメントの追加 [A17]:** ・個々の研究開発項目について、達成上重要な項目としてマイルストーンを設定し、そのスケジュールを記載ください

・委託研究開発費には各研究開発項目に必要な**直接経費**を記載ください。

・各マイルストーンに示した研究の開始時期と終了時期を両方向矢印（黒）で記載し、マイルストーン間で依存関係（あるマイルストーンの終了後に結果を確認して別のマイルストーンを開始する必要がある等）がある場合、が上下の矢印（赤）で示してください。

・当該研究の成否が研究全体に影響を与えるものについては太い矢印で示してください。

【機密性 2 情報】

5. 研究開発項目別 研究開発概要

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 研究開発項目 (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 〇〇病の治療法選択と長期予後                                                          |
| 研究開発担当者氏名 (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1) 柴目戸 太郎 (エイメド タロウ)<br>2) 南尾 花子 (ミナミオ ハナコ)<br>3) 千代田 次郎 (チヨダ ジロウ)      |
| 所属機関・部署・役職                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1) 大手町大学 ・大学院医学研究科・教授<br>2) 日比谷大学医学部附属病院・内科・医長<br>3) 大手町大学 ・大学院医学研究科・助手 |
| <b>研究開発項目の概要</b><br>CQ1 について、患者診療録の情報を利用したレトロスペクティブ研究を行い、初期の治療法選択と長期予後の関係を探る。患者診療録の情報は・・・・・・。調査結果を元にプロスペクティブ研究の計画を作成し実施する。<br><br><b>マイルストーン 1 患者診療録情報を利用したレトロスペクティブ研究</b><br>担当者：〇〇<br>目的及び内容、達成される成果<br>〇〇〇・・・<br><br>[第 1 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 1 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 2 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 2 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 3 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 3 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br><br><b>マイルストーン 2 患者レジストリを利用したプロスペクティブ研究</b><br>担当者：〇〇<br>目的及び内容、達成される成果<br>〇〇〇・・・<br><br>[第 1 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 1 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 2 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・<br>[第 2 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)<br>〇〇〇・・・ |                                                                         |

コメントの追加 [A18]: ・研究開発項目の番号およびマイルストーンは上記【4. 研究開発の主なスケジュール】と対応させて下さい。

・各研究分担者はいずれかの研究開発項目には氏名が入っていることを確認して下さい。  
・研究開発項目に応じて適宜、表を追加または削除してください。

コメントの追加 [A19]: 本研究開発項目を担当する研究開発代表者、研究開発分担者及び研究開発担当者を記載してください。本項目に関するとりまとめを行う研究者 (研究開発担当者等) については下線を引いてください。(研究協力者は記載不要です。)

コメントの追加 [A20]: この期間に行う計画が無ければ「計画なし」と記載ください。以下同様。

〇〇〇…

〔第 3 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 3 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 研究開発項目 (2)       | 〇〇〇〇…                 |
| 研究開発担当者氏名 (フリガナ) | 1) 栄目戸 太郎 (エイメド タロウ)  |
| 所属機関・部署・役職       | 1) 大手町大学 ・大学院医学研究科・教授 |

**研究開発項目の概要**

〇〇〇…

**マイルストーン 1 〇〇〇…**

担当者：〇〇

目的及び内容、達成される成果

〇〇〇…

〔第 1 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 1 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 2 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 2 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 3 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 3 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

**マイルストーン 2 〇〇〇…**

担当者：〇〇

目的及び内容、達成される成果

〇〇〇…

〔第 1 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 1 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

〔第 2 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

〇〇〇…

[第 2 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 3 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 3 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 研究開発項目 (3)       | 〇〇〇…                  |
| 研究開発担当者氏名 (フリガナ) | 1) 南尾 花子 (ミナミオ ハナコ)   |
| 所属機関・部署・役職       | 1) 日比谷大学医学部附属病院・内科・医長 |

**研究開発項目の概要**

〇〇〇…

**マイルストーン 1** 〇〇〇…

担当者 : 〇〇

目的及び内容、達成される成果

〇〇〇…

[第 1 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 1 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 2 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 2 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 3 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 3 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

**マイルストーン 2** 〇〇〇…

担当者 : 〇〇

目的及び内容、達成される成果

〇〇〇…

[第 1 年度 9 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

〇〇〇…

[第 1 年度 3 月に達成している事項] (定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。)

【機密性 2 情報】

○○○…

〔第 2 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

○○○…

〔第 2 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

○○○…

〔第 3 年度 9 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

○○○…

〔第 3 年度 3 月に達成している事項〕（定量的な指標もしくは具体的な実施事項を記載下さい。）

○○○…

【機密性 2 情報】

6. 協力体制（下記の体制が整備されている際には、詳細を記載してください）

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 生物統計家                                        | <input type="checkbox"/> 有（詳細：研究開発協力者 大手町大学・生物統計学教室教授 ○○ ○○）<br>（主な関与：○研究企画立案から ○統計処理のみ）<br>（保有資格：○責任試験統計家 ○統計検定 ○その他 [ ]）<br><input type="checkbox"/> 無（理由： ）                                                                                                    |
| 2. 疫学専門家                                        | <input type="checkbox"/> 有（詳細：研究開発協力者 梅田大学・臨床疫学分野教授 ○○ ○○）<br>（主な関与：NDB 等のデータベースを用いた検討に関する助言）<br>（保有資格： ）<br><input type="checkbox"/> 無（理由： ）                                                                                                                     |
| 3. 知財担当者（必須）                                    | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（実務経験：○特許庁 ○企業知財部門 ○その他 [ ]）                                                                                                                                                                                                  |
| 4. ライセンス交渉担当者                                   | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（保有資格：○弁護士 ○弁理士 ○その他 [ ]）<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                       |
| 5. 薬事担当者                                        | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（実務経験：○ PMDA ○企業薬事部門 ○その他 [ ]）<br><input type="checkbox"/> 無（理由：本研究開発課題は薬事承認を目的とはしていないため）                                                                                                                                     |
| 6. 創薬化学専門家                                      | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（主な関与： ）<br><input type="checkbox"/> 無（理由：本研究開発課題は薬事承認を目的とはしていないため）                                                                                                                                                           |
| 7. 毒性学専門家                                       | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（主な関与： ）<br><input type="checkbox"/> 無（理由：本研究開発課題は薬事承認を目的とはしていないため）                                                                                                                                                           |
| 8. 薬物動態専門家                                      | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（主な関与： ）<br><input type="checkbox"/> 無（理由：本研究開発課題は薬事承認を目的とはしていないため）                                                                                                                                                           |
| 9. 臨床薬理専門家                                      | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（主な関与： ）<br><input type="checkbox"/> 無（理由：本研究開発課題は薬事承認を目的とはしていないため）                                                                                                                                                           |
| 10. 情報技術（ICT や AI 等を含む）専門家                      | <input type="checkbox"/> 有（詳細：研究協力者 大手町大学・情報処理工学 教授 ○○ ○○）<br>（専門分野と実績：人工知能（AI）/ AI を活用した画像診断法の開発）<br>（主な関与と連携が必要な理由：取得した画像データを、AI を用いて処理・解析するための助言を行う。病理診断の精度を高めることを目的として、本研究班が保有する画像のデータを、AI の専門である○○教授の持つ○○技術を用いて処理・解析する。）<br><input type="checkbox"/> 無（理由： ） |
| 11. プロジェクトマネージャー                                | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（保有資格：○ PMP (PMBOK) ○ PMS (P2M) ○その他 [ ]）<br><input type="checkbox"/> 無（理由：本研究開発課題は薬事承認を目的とはしていないため）                                                                                                                          |
| 12. （再生・細胞医療・遺伝子治療の公募枠のみ）<br>治験あるいは申請までの研究開発経験者 | <input type="checkbox"/> 研究代表者<br>（その開発で得られた成果： ）<br><input type="checkbox"/> その他（詳細： ）<br>（主な関与： ）<br>（その開発で得られた成果： ）                                                                                                                                            |
| 13. その他（必要に応じて追加可）                              | <input type="checkbox"/> 有（詳細： ）<br>（主な関与： ）<br><input type="checkbox"/> 無（理由： ）                                                                                                                                                                                  |

コメントの追加 [A21]: ・適宜欄を追加して記載してください。

7. レジストリ・試料のリポジトリについて

|                       |                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. レジストリ及び試料のリポジトリの有無 |                                                                                        |
| レジストリ                 | <input type="checkbox"/> 有 有を選択した場合は 1. レジストリ名を記載ください<br><input type="checkbox"/> 無    |
| 試料のリポジトリ              | <input type="checkbox"/> 有 有を選択した場合は 2. 試料のリポジトリ名を記載ください<br><input type="checkbox"/> 無 |

【機密性 2 情報】

|                                |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2. レジストリ名                      |                                                                                                        | XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |
| レジストリ運営母体                      |                                                                                                        | 学校法人大手町大学 医学研究科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 対象疾患                           |                                                                                                        | 〇〇病                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 目的                             | 項目                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 自然歴調査<br><input type="checkbox"/> 治療等の実態調査<br><input type="checkbox"/> 患者数や患者分布の把握<br><input type="checkbox"/> 患者 QOL 調査<br><input type="checkbox"/> 治験又はその他の介入研究へのリクルート<br><input type="checkbox"/> 治験対照群としての活用<br><input type="checkbox"/> 製造販売後調査への活用<br><input type="checkbox"/> 試料採取<br><input type="checkbox"/> バイオマーカーの探索<br><input type="checkbox"/> 遺伝子解析研究<br><input type="checkbox"/> その他 |           |
|                                | 詳細                                                                                                     | 〇〇病の疫学情報（患者分布、予後、予後予測因子、病型等）の収集<br>〇〇病の薬効評価用バイオマーカーの探索<br>〇〇病患者への情報発信基盤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| 疾患レジストリとの連携                    |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 連携あり<br>内容：〇〇〇・・・<br>疾患レジストリ名：<br><br><input type="checkbox"/> 連携なし<br>理由：〇〇〇・・・<br><br>構築または統合・拡充予定のレジストリ内容：<br>〇〇〇・・・<br>維持・管理の計画：<br>〇〇〇・・・                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| レジストリ構築・運営に関するプロトコール作成の有無      |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 承認申請に活用するための対応<br>※有る場合は列記ください |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 有<br>[ 内容： ]<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 予定登録期間                         |                                                                                                        | XXXX 年 XX 月 XX 日（登録開始日）～XXXX 年 XX 月 XX 日（登録終了日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| 予定実施期間（観察期間を含む）                |                                                                                                        | XXXX 年 XX 月 XX 日～XXXX 年 XX 月 XX 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 横断的研究/縦断的研究                    |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 横断的研究<br><input type="checkbox"/> 縦断的研究                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| プロスペクティブ/レトロスペクティブ等            | データ収集の方向                                                                                               | 追跡調査の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 調査頻度      |
|                                | <input type="checkbox"/> プロスペクティブ<br><input type="checkbox"/> レトロスペクティブ<br><input type="checkbox"/> 両方 | <input type="checkbox"/> 追跡調査 有<br><input type="checkbox"/> 追跡調査 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 6 ヶ月に 1 回 |
| 目標症例数                          |                                                                                                        | XXXX 例<br><input type="checkbox"/> 設定していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| 登録済み症例数                        |                                                                                                        | XXXX 例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
| 参加医療機関                         |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 単施設<br><input type="checkbox"/> 多施設（施設数：XX 施設）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| レジストリ情報の参考 URL                 |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 有（URL：http://www. xxxxxxxxxxxx. co. jp/xxxx）<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |

コメントの追加 [A22]: 本研究開発課題で構築又は利用予定のレジストリがあれば記載してください。

【機密性 2 情報】

|                         |                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 本研究終了後のレジストリの運営方針に関する計画 | <input type="checkbox"/> 有（自己資金での運営を予定している）<br><input type="checkbox"/> 未定 |
| 外部からの利用申請に対する対応         |                                                                            |
| ○○○○○○○○○・・・。           |                                                                            |

|                               |                                                                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. 試料のリポジトリ名                  | XXXX                                                                                |
| リポジトリ対象試料の収集目的                | <input type="radio"/> 〇〇病患者の遺伝学的解析<br><input type="radio"/> 〇〇病患者の病理学的解析            |
| 試料のリポジトリ構築・運営に関するプロトコル作成の有無   | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無                            |
| 試料の内容                         | DNA<br>骨格筋                                                                          |
| 設置機関                          | XXXX 大学病院                                                                           |
| 目標サンプル数                       | XXX 例                                                                               |
| 登録サンプル数                       | XXX 例                                                                               |
| 予定設置期間                        | XXXX 年 XX 月 XX 日～XXXX 年 XX 月 XX 日                                                   |
| 本研究終了後の試料のリポジトリの運営方針に関する計画    | <input type="checkbox"/> 有（自己資金での運営を予定している）<br><input type="checkbox"/> 未定          |
| バイオバンクへの分譲・寄託                 | <input type="checkbox"/> 有（分譲先：XXX バンク）<br>（分譲時期：〇〇〇）<br><input type="checkbox"/> 無 |
| 外部からの利用申請に対する対応（バイオバンクとしての機能） |                                                                                     |
| 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇・・・。                |                                                                                     |

**コメントの追加 [A23]:** 本研究開発課題で構築又は利用  
 予定の試料のリポジトリがあれば記載してください。

8. 知的財産について（適宜、知財担当者と相談の上、記載してください。）

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 知的財産権の帰属                                                 | <input type="checkbox"/> 本研究開発の結果生じた知的財産権を、産業技術力強化法第17条第1項各号に規定する4項目を「国」をAMEDに読み替えて遵守すること、本研究開発結果に係る発明等を行ったときはAMED指定の様式に則った書面にて遅滞なくAMEDに報告すること及びAMEDが実施する知的財産権に関する調査に回答することを約することを条件として、全て本研究開発の受託者である自らに帰属させることを希望する。 |
| 2. 計画と関連する出願済み及び出願予定の特許(複数ある場合は、コピーアンドペーストにより適宜表を追加してください。) |                                                                                                                                                                                                                        |
| 出願番号                                                        |                                                                                                                                                                                                                        |
| 発明の名称                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |
| 出願日(優先日)                                                    | 年 月 日(特許権残存期間: 年 月)                                                                                                                                                                                                    |
| 審査請求                                                        | <input type="checkbox"/> 権利化済み <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 未請求                                                                                                                               |
| 分類                                                          | <input type="checkbox"/> 物質 <input type="checkbox"/> 用途 <input type="checkbox"/> 製剤 <input type="checkbox"/> 製法 <input type="checkbox"/> スクリーニング法 <input type="checkbox"/> 遺伝子<br><input type="checkbox"/> その他( )      |
| 発明者                                                         | <input type="checkbox"/> 開発責任者 <input type="checkbox"/> 共同研究者 <input type="checkbox"/> 国内第三者 <input type="checkbox"/> 海外第三者                                                                                            |

**コメントの追加 [A24]:** 公開番号も合わせて記載。国際特許がある場合は、WO 番号で記載すること。

【機密性 2 情報】

|            |                                                                                                                                                                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 出願人（特許権者）※ | <input type="checkbox"/> 発明者個人 <input type="checkbox"/> 自機関 <input type="checkbox"/> 共同研究機関 <input type="checkbox"/> 国内第三者 <input type="checkbox"/> 海外第三者                    |
| 出願国        | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> PCT（○移行前 ○移行済み（移行国：○米国 ○欧州 ○その他（ヶ国）                                                                                     |
| 審査請求（日本対象） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月）                                                                                                                |
| 成立国        | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 米国 <input type="checkbox"/> 欧州 <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 韓国 <input type="checkbox"/> その他（ヶ国） |
| ライセンスアウト   | <input type="checkbox"/> 済（○独占的、○非独占的） <input type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 未                                                                               |
| 特許権譲渡      | <input type="checkbox"/> 済（○全譲渡、○部分譲渡） <input type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定無し                                                 |

※出願人（特許権者）が研究開発代表者または研究開発分担者の所属機関でない場合、その機関との関係（契約内容）のわかる資料（契約書の写し等）を添付して下さい。

## 9. 対象製剤・製品等について

|                                                                                                                                          |                                                                                   |                                                            |                                                            |        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------|------------|
| 0. 開発品目の有無                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                             |                                                            |                                                            |        |            |
| 1. 対象製剤・製品またはプロトタイプ<br>の名称・内容など                                                                                                          | 〇〇合成阻害剤                                                                           |                                                            |                                                            |        |            |
| 2. 対象製剤・製品または<br>プロトタイプの入手方法及び確保<br>について                                                                                                 | 〇〇社より 10000 錠提供済み(非臨床用)<br>〇〇社より 20000 パイアル無償提供(MTA 締結済み)(臨床用)                    |                                                            |                                                            |        |            |
| 3. 薬事承認状況                                                                                                                                | 米国及びカナダにおいては、〇〇病について承認済み。△△病、☆<br>☆病については未承認。<br>国内においてはいずれの疾患についても未承認。           |                                                            |                                                            |        |            |
| 4. -①<br>企業協力内容<br>以下の場合には記載<br>「医薬品ステップ0」<br>「医薬品ステップ0・超希<br>少」<br>「医薬品ステップ1」<br>「再生等ステップ0」<br>「再生等ステップ1」<br>「医療機器ステップ0」<br>「医療機器ステップ1」 | 評価(事前・中間・事後)および進捗管理の際の同席 <input type="checkbox"/> 有り/ <input type="checkbox"/> 無し |                                                            |                                                            |        |            |
|                                                                                                                                          | 内容                                                                                | 予定/<br>確定                                                  | 合意                                                         | 協力企業名  | 内容の詳細      |
|                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 製剤・製品等の<br>提供                                            | <input type="checkbox"/> 確定<br><input type="checkbox"/> 予定 | <input type="checkbox"/> 書面<br><input type="checkbox"/> 口頭 | 〇〇株式会社 | 〇〇〇〇〇〇〇... |
|                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 人的リソースの<br>提供                                            | <input type="checkbox"/> 確定<br><input type="checkbox"/> 予定 | <input type="checkbox"/> 書面<br><input type="checkbox"/> 口頭 |        |            |
|                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 技術提供                                                     | <input type="checkbox"/> 確定<br><input type="checkbox"/> 予定 | <input type="checkbox"/> 書面<br><input type="checkbox"/> 口頭 |        |            |
|                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 非臨床試験/治<br>験の実施                                          | <input type="checkbox"/> 確定<br><input type="checkbox"/> 予定 | <input type="checkbox"/> 書面<br><input type="checkbox"/> 口頭 |        |            |
|                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> そ の 他<br>( )                                             | <input type="checkbox"/> 確定<br><input type="checkbox"/> 予定 | <input type="checkbox"/> 書面<br><input type="checkbox"/> 口頭 |        |            |
|                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無                                                        |                                                            |                                                            |        |            |
| 4. -②<br>以下の場合には記載<br>「医薬品ステップ2」<br>「再生等ステップ2」<br>「医療機器ステップ2」                                                                            | 薬事承認申請予定(導出)企業との Statement of work (作業範囲記述書)                                      |                                                            |                                                            |        |            |
|                                                                                                                                          | 項目                                                                                | 内容                                                         | 内容の詳細                                                      |        |            |
|                                                                                                                                          | 製剤/製品等の提供                                                                         | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                            |        |            |
|                                                                                                                                          | 製剤/製品等の保管、<br>配送                                                                  | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                            |        |            |
|                                                                                                                                          | 開発戦略の立案                                                                           | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                            |        |            |
|                                                                                                                                          | レギュラトリーサイ<br>エンス戦略相談資料<br>作成                                                      | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                            |        |            |
|                                                                                                                                          | プロトコール作成                                                                          | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                            |        |            |

【機密性 2 情報】

|                              |                                                                                                                         |                                                            |                                                                        |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                              | モニタリング                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | 監査                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | 総括報告書作成                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | 治験薬の品質(安定性試験)                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | 計画外で必要になった非臨床試験                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | 計画外で必要になった治験                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | 技術提供                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
|                              | その他の①<br>( )                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無償<br><input type="checkbox"/> 有償 |                                                                        |
| 5. 企業導出見込み                   | 有無                                                                                                                      | 合意                                                         | 導出先企業名                                                                 |
|                              | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無                                                                | <input type="checkbox"/> 書面<br><input type="checkbox"/> 口頭 | P0C 取得を前提に〇〇社が薬事申請を行うこと、<br>RX 年 X 月迄に条件を整理し書面にて覚書を締結<br>することの合意を得ている。 |
| 6. PMDA レギュラトリーサイエンス<br>戦略相談 | <input type="checkbox"/> 実施済(内容:事前面談実施済み。対面助言を XX 月頃実施予定。)<br><input type="checkbox"/> 未施行(理由: )                        |                                                            |                                                                        |
| 7. オーファン指定制度                 | <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている <input type="checkbox"/> 申請中または申請を予定している <input type="checkbox"/> 申請する予定はない         |                                                            |                                                                        |
| 8. 先駆け審査指定制度                 | <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている <input type="checkbox"/> 申請中または申請を予定している <input type="checkbox"/> 申請する予定はない         |                                                            |                                                                        |
| 9. 先進医療B                     | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 承認済み <input type="checkbox"/> 該当しない |                                                            |                                                                        |
| 10. 患者申出療養制度                 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 承認済み <input type="checkbox"/> 該当しない |                                                            |                                                                        |

## 10. 各年度別経費内訳

(1) 全体經費

(単位：千円)

| 大項目                                 |               | 中項目    | R7 年度  | R8 年度  | R9 年度  | 計      |
|-------------------------------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 直接<br>経<br>費                        | 1. 物品費        | 設備備品費  | 4,000  | 1,000  | 0      | 5,000  |
|                                     |               | 消耗品費   | 2,000  | 4,000  | 4,000  | 10,000 |
|                                     | 2. 旅 費        | 旅 費    | 0      | 500    | 500    | 1,000  |
|                                     | 3. 人件費<br>・謝金 | 人件費※   | 2,500  | 2,500  | 4,000  | 9,000  |
|                                     |               | 謝金     | 0      | 0      | 0      | 0      |
|                                     | 4. その他        | 外注費    | 0      | 2,000  | 1,000  | 3,000  |
|                                     |               | その他    | 1,500  | 0      | 500    | 2,000  |
|                                     | 小計            |        | 10,000 | 10,000 | 10,000 | 30,000 |
| 間接経費<br>(上記経費の 30%目安 <sup>#</sup> ) |               | 3,000  | 3,000  | 3,000  | 9,000  |        |
| 合 計                                 |               | 13,000 | 13,000 | 13,000 | 39,000 |        |

#間接経費は直接経費の30%以下とします。

※研究力向上のための制度（PI 人件費）の利用を希望する場合は、以下の条件を満たしていることを確認の上、以下の項目を記載ください。（希望しない場合は、記載不要です。）

① 直接経費にPI の人件費（の一部）を計上することについて、PI 本人が希望していること。

② PI が所属する研究機関において、確保した財源を研究力向上のために適切に執行する体制が整備されていること。

③ PI が所属する研究機関において、研究の業績評価が処遇へ反映されるなどの人事給与マネジメントを実施していること。

研究力向上のための制度（PI 人件費）とは？：[https://www.amed.go.jp/keiri/youshiki\\_itaku.html#i00-01](https://www.amed.go.jp/keiri/youshiki_itaku.html#i00-01)

対象者氏名（この研究でのエフォート率、申請額）：〇〇〇〇（〇％、約〇〇千円/年）

期待される効果： ○○○○○○

**コメントの追加 [A25]:** 複数年度の計画の場合は年度毎に記載してください。

**コメントの追加 [A26]:** ■研究力向上のための制度（PI 人件費）に関する記載も審査の対象となります。

■当該制度を利用する場合は、提案時の記載が必須です。

**コメントの追加 [A27]:** 必要に応じて、分担機関（行）を追加してください。

**コメントの追加 [A28]:** 主な支出につき支出計画を具体的にお示し下さい。この妥当性は審査項目に含まれます。

(2) **機関別経費** (間接費込み)

(単位：千円)

| 種別     | 機関名          | R7 年度  | R8 年度  | R9 年度  | 合計     |
|--------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| 代表機関   | 大手町大学        | 10,400 | 10,000 | 13,000 | 33,400 |
| 分担機関 1 | 日比谷大学医学部附属病院 | 2,600  | 3,000  | 0      | 5,600  |
| 分担機関 2 |              |        |        |        |        |
| 分担機関 3 |              |        |        |        |        |
|        | 研究開発費合計額     | 13,000 | 13,000 | 13,000 | 39,000 |

(3) 直接経費の具体的な内訳や使用目的

- ・ ●●研究における●●に用いる●●の購入：●●千円
- ・ ▲▲研究における▲▲のための支出：▲▲千円

(4) 計画完遂に追加資金が必要となる場合の調達先・調達方法

## 11. 研究業績

■本提案に関連する学術雑誌等に発表した論文・著書のうち、主要な論文 5 報以内を抽出し、概要欄に記載された参照番号順に記載し、業績との関係性がわかるように紐付けてください。概要欄に引用した論文以外は記載しないでください。著者名は研究代表者の氏名に下線を引いてください。また、記載いただいた論文・著書は **20MB 未満** になるように、かつ、漏れなく統合し、e-Rad 上に任意資料として添付してください。

※研究開発代表者、研究開発分担者を合わせて 5 報以内としてください。

■本提案の研究開発課題の実施を通じた政策提言（寄与した指針又はガイドライン等）を記載してください。

**コメントの追加 [A29]:** ・e-Rad へのアップロードは容量制限があります（20MB 未満）。容量制限を超えてしまった場合は、内容が理解できなくなる範囲で「カラーではなくモノクロ（グレースケール、二階調）にする」、「画質を落とす」等、容量を下げることを試みてください。

・ネット上で閲覧可能な場合は URL を付記してください。

（１）研究業績（主要な 5 報を抽出ください）

<論文・著書>

- M. Marusankaku, J. Aaaa, H. Bbbbb, A. Cccccc, Treatment of Hepatic……, Nature, 2020 , 1, 10-20
- M. Marusankaku, T. Aaaa, A. Bbbbb, T. Cccccc, Risk factors for Fungal……, Nature, 2019, 2, 17-26

<論文・著書>

- M. Kakukaku, T. Dddd, A. Eeee, T. Ffff, Study on Hepatitis…………, Nature, 2020, 12, 32-40
- M. Kakukaku, T. Dddd, A. Eeee, T. Ffff, Study on Malaria…………, Nature, 2019, 10, 45-54

（Researchmap のテキスト出力を貼り付けた例）

Non-negligible collisions of alkali atoms with background gas in buffer-gas-free cells coated with paraffin

Applied Physics B-Lasers and Optics 122(4) 81-1-81-6 2020 年 3 月

Laser frequency locking with 46 GHz offset using an electro-optic modulator for magneto-optical trapping of francium atoms

Applied Optics 55(5) 1164-1169 2020 年 2 月

Atomic spin resonance in a rubidium beam oblique

（２）研究業績（本提案に関する研究開発課題の実施を通じた政策提言＜寄与した指針又はガイドライン等＞は研究者毎に記載ください。記載数の制限はございません。）

<寄与した指針又はガイドライン等>

## 12. 研究費の応募・受入等の状況・エフォート

■本研究開発課題の研究開発代表者及び研究分担者の応募時点における、(1) 応募中の研究費(国内外を問わず、競争的研究費のほか、民間財団からの助成金、企業からの受託研究費や共同研究費等の研究資金を含む。以下同じ。)、(2) 採択されている研究費(実施中の研究費・実施予定の研究費)、(3) その他の活動について、次の点に留意し記載してください。なお、複数の研究費を記載する場合は、線を引いて区別して記載してください。記入内容が事実と異なる場合には、採択されても後日取り消しとなる場合があります。

■「エフォート」欄には、年間の全仕事時間を 100%とした場合、そのうち当該研究の実施等に必要となる時間の配分率(%)を記載してください。

■「応募中の研究費」欄の先頭には、本研究開発課題を記載してください

<注意>

・現在申請中・申請予定の研究助成等について、本提案の選考中にその採否等が判明するなど、本様式に記載の内容に変更が生じた際は、本様式を修正の上、日本医療研究開発機構創薬事業部創薬企画・評価課まで連絡してください。

・他制度への申請書、計画書等の提出を求める場合があります。

※ 必要に応じて行を挿入して構いません。

## (1) 応募中の研究費(令和●年●月●日時点)

| 資金制度・研究費名(研究期間・配分機関等名)          | 研究開発課題名(研究開発代表者氏名)          | 役割(代表・分担の別) | 令和7年度の<br>研究経費<br>(直接経費)<br>[期間全体の額] | エ<br>フ<br>オ<br>ー<br>ト<br>(%) | 研究内容の相違点及び他の研究費に加えて本応募研究開発課題に応募する理由<br>※本事業への応募段階において他の競争的資金制度等への応募を制限するものではありません。 |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 【本研究開発課題】<br>(R7年度～R9年度)        | 〇〇と△△の相関に関する実験的研究<br>(〇〇〇〇) | 代表          | 6,000<br>[18,000]<br>(千円)            | 20                           | (総額 21,000 千円)*                                                                    |
| 科学研究費補助金・挑戦的萌芽研究(R7～R8・日本学術振興会) | 〇〇と△△の□□への依存性に関する調査研究(〇〇〇〇) | 代表          | 3,000<br>[9,000]<br>(千円)             | 10                           | (総額 9,000 千円)*                                                                     |
| 令和7年度〇〇財団研究助成金(R7・〇〇財団)         | ××と□□の研究(〇〇〇〇)              | 分担          | 1,000<br>[1,000]<br>(千円)             | 10                           | (総額 10,000 千円)*                                                                    |

コメントの追加 [A30]: 研究開発期間全体で申請者本人が使用する総額(直接経費)(予定額)を記載してください

コメントの追加 [A31]: 研究代表者の場合、研究開発課題全体(直接経費)の総額を記載してください  
例) (18,000+3,000(分担者))

コメントの追加 [A32]: 研究代表者の場合、研究開発課題全体(直接経費)の総額を記載してください。

コメントの追加 [A33]: 金額は全て直接経費で記載ください。

コメントの追加 [A34]: 「エフォート」欄には、年間の全仕事時間を 100%とした場合(その他の活動エフォート含む)、そのうち当該研究の実施に必要となる時間の配分率(%)を記入してください。

コメントの追加 [A35]: 研究開発課題全体(直接経費)の総額  
例) (6,000+1,000(分担者))×3年

## (2) 採択されている研究費(実施中の研究費・実施予定の研究費)(令和●年●月●日時点)

(注: 本研究開発課題の研究開始年度前に終了する研究費は含みません。)

| 資金制度・研究費名(研究期間・配分機関等名)  | 研究開発課題名(研究開発代表者氏名) | 役割(代表・分担の別) | 令和7年度の<br>研究経費<br>(直接経費)<br>[期間全体の額] | エ<br>フ<br>オ<br>ー<br>ト<br>(%) | 研究内容の相違点及び他の研究費に加えて本応募研究開発課題に応募する理由      |
|-------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|
| 令和7年度〇〇財団研究助成金(R7・〇〇財団) | ●●と□□の研究(〇〇〇〇)     | 代表          | 1,000<br>[3,000]<br>(千円)             | 5                            | 本研究とは▲▲の視点から調査する意味で異なり、本応募研究により統合的に理解が進む |

【機密性 2 情報】

|                   |                    |    |                          |    |                                             |
|-------------------|--------------------|----|--------------------------|----|---------------------------------------------|
|                   |                    |    |                          |    | ため。<br>(総額 5,000 千円)                        |
| 〇〇事業 (R5~R7・AMED) | ●●と□□の研究<br>(〇〇〇〇) | 分担 | 1,000<br>[5,000]<br>(千円) | 10 | 本研究とは▲▲の視点から調査する意味で異なり、本応募研究により統合的に理解が進むため。 |

コメントの追加 [A36]: 上欄と同様に研究代表者の場合、研究開発課題全体（直接経費）の総額を記載してください。

\* 研究代表者のみ：（ ）内には、研究開発期間全体の直接経費の総額を記載してください。

(3) その他の活動 エフォート： 20 %

### 13. これまでに受けた研究費とその成果等

コメントの追加 [A37]: それぞれの研究費毎に、資金制度名、期間（年度）、研究課題名、研究代表者又は研究分担者の別、研究経費（直接経費）を記入の上、研究成果及び中間・事後評価（AMED の研究費の配分機関が行うものに限る。）結果を簡潔に記述してください。

■本欄には、研究開発代表者及び研究開発分担者がこれまでに受けた研究費（所属機関より措置された研究費、府省・地方公共団体・研究助成法人・民間企業等からの研究費等。なお、現在受け入れている研究費も含む。）による研究成果等のうち、本研究の立案に生かされているものを選定し、（１）【AMED 事業】と（２）【それ以外の研究費】に分けて、次の点に留意し記載してください。

■AMED 事業とそれ以外の研究費は区別して記載してください。

■それぞれの研究費ごとに、資金制度名、期間（年度）、研究開発課題名、研究開発代表者又は研究開発分担者の別、研究経費（直接経費）を記載してください。また、研究成果及び中間・事後評価（当該研究費の配分機関が行うものに限る。）結果も簡潔に記載してください。

（記載項目）

資金制度名：

期間（年度）：H 年度～H 年度

研究開発課題名：

研究開発代表者又は研究開発分担者の別：

研究開発経費（直接経費）： 千円

研究成果及び中間・事後評価結果：

研究開発代表者：

（１）【AMED 事業】

・AMED ○○事業（A）、H27～H29、「○○に関する研究」、代表者、40,000 千円  
××××の成果を得た。

・AMED ○○事業（B）、H29～R1、「○○に関する研究」、代表者、40,000 千円  
××××の成果を得た。

（２）【それ以外の研究費】

・基盤研究（B）、H26～H28、「○○に関する研究」、代表者、40,000 千円  
××××の成果を得た。

研究開発分担者：

（１）【AMED 事業】

（２）【それ以外の研究費】

#### 14. 本研究開発課題を実施する上で特に考慮すべき事項等

■以下の項目は、医療分野の研究開発において重要な視点であるため、AMED 事業の研究開発課題において記載を求めるものです。別途、公募要領に特記事項等として条件が付されない限りは、採否に影響ありません。なお、記載内容は今後の AMED 事業運営に資する研究動向の分析等に利用するとともに、研究開発課題が特定されない形で分析結果を公開する場合があります。

- (1) 本研究開発のプロセスの一環として、患者や市民の知見を参考にする予定があれば、その概要を記載してください。(※詳しくは公募要領 3.3.2「医学研究・臨床試験における患者・市民参画 (PPI) の推進」をご参照ください)
- (2) 本研究で得られたデータについて、データベースへの登録やデータシェアリングを予定している場合には、その概要を記載してください。
- (3) 国内の子会社から国外の親会社に本研究開発課題の成果の承継を予定している場合は、その概要を記載してください。

##### (1) 医学研究・臨床試験における患者・市民参画 (PPI : Patient and Public Involvement) PPI について

※記載に係るポイントは、AMED 公式ウェブサイトをご参照ください

AMED 研究への患者・市民参画 : <https://www.amed.go.jp/ppi/guidebook.html>

##### (2) その他の研究成果の目安となる数値指標等について

※本項目は【5. 研究開発項目別 研究開発概要】の [9 月に達成している事項] [3 月に達成している事項] に記載してください。

##### (3) 国内の子会社から国外の親会社への本研究開発課題の成果の承継予定について

※本項目は、該当しない場合は「該当なし」と記載してください。

本研究で得られた結果について、社内規定により海外の親会社に移転予定。