

※このページは提出不要です。

群馬大学医学部附属病院
同意説明文書 見本
(介入研究（倫理指針）用)

同意説明文書（見本）

- ・提出時には、赤字（注意書き）を削除してください。
- ・黒字は記載事項です。削除せずに残してください。
- ・青字は記載例です。複数の例文を組み合わせで記載しても構いません。不要な部分は削除してください。（項目は原則、削除しないでください）

研究対象者の方へ

〇〇〇〇〇〇〇〇〇に関する研究の説明 （介入研究（倫理指針））

【生命・医学系指針第8-5説明事項：①研究の名称及び当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けている旨】

これは臨床研究への参加についての説明文書です。
本臨床研究についてわかりやすく説明しますので、内容を十分ご理解されたうえで、参加するかどうか患者さんご自身の意思でお決め下さい。また、ご不明な点などがございましたら遠慮なくご質問下さい。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：②当該研究対象者に係る研究協力機関の名称、既存試料・情報の提供のみを行う者の氏名及び所属する機関の名称並びに全ての研究責任者の氏名及び研究機関の名称】

研究責任（代表：多機関共同研究の場合）医師
群馬大学医学部附属病院〇〇〇科 〇〇〇〇

作成年月日 2000年〇月〇日 版数：第〇版

作成年月日・版数はヘッダーにも同じものを記載してください。
(Wordメニュー「挿入」→「ヘッダー」→ヘッダーの編集)

目 次

※文書作成後に Word の「目次の更新」を行い、内容と目次が一致するようにしてください。

1. 臨床研究について	3
2. この研究の目的および意義	3
3. この研究の方法	3
4. この研究への参加予定期間	7
5. 研究に参加する予定の研究対象者数	8
6. 予想される臨床上の利益（効果）および不利益（副作用など）について	8
7. 他の治療法について	9
8. この研究に関連した健康被害が発生した場合に患者さんが受けることができる治療・補償について	10
9. 自由意思による参加について	11
10. 同意撤回の自由について	11
11. 研究への参加継続の意思に影響を与えるような情報が得られた場合は速やかに研究対象者に知らされること	11
12. この研究への参加を中止していただく場合の条件について	11
13. 参加した患者さんのプライバシー保護について	12
14. 研究に関する情報公開の方法	13
15. 患者さんに費用負担がある場合はその内容	13
16. 患者さんに金銭等が支払われる場合はその内容	14
17. この研究にかかる費用の拠出元	14
18. 試料・情報の保管及び廃棄の方法	14
19. 研究により得られた結果等の取扱い	15
20. 試料・情報の二次利用について	16
21. 知的財産について	17
22. 研究に参加するにあたって、患者さんに守っていただきたいこと	17
23. 利益相反	17
24. 研究終了後の対応について	18
25. 研究責任医師および研究分担医師等の氏名、職名および連絡先	19
26. 患者さんの権利に関する情報についてお聞きになりたい場合や健康被害が生じたときの相談窓口	20

- 略語や難しい医学用語を用いる場合には、患者さんに分かりやすい表現で、説明を書き加えて下さい。
- 健常人を対象とする場合は、文中の「患者さん」を「あなた」や「研究対象者の方」などに置き換えて記載して下さい。
- 多機関共同研究の場合は、実施医療機関ごとの固有の事項（研究責任医師名や相談窓口の連絡先等）以外の箇所は共通する事項を記載して下さい。

1. 臨床研究について

あなたは現在〇〇〇という病気にかかっており、通常は〇〇〇、〇〇〇などの治療を受けることになります。〇〇〇〇年、あなたと同じ病気の患者さんに対して、〇〇で〇〇〇〇という治療が試みられ、従来の治療法よりも有効である可能性が報告されています。これらの成果をふまえ、今回新しい治療方法を開発し、この治療法と以前から行われている治療法のどちらがすぐれているかを比べる研究を行うことに致しました。この病院では、このような研究を行う場合には臨床研究審査委員会を設置し、その研究内容について医学的な面だけでなく、患者さんの人権、安全および福祉に対する配慮も十分検討し、問題がないと考えられた研究だけ、病院長の許可を得て行うこととしております。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：①研究の名称及び当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けている旨】

2. この研究の目的および意義

この研究は〇〇〇の治療に対する新しい治療法と従来の治療法の有効性と安全性を比較することを目的としています。これまでに〇〇〇〇のような研究結果が得られており、これまでの治療よりもすぐれた効果が得られる可能性があります。また、新しい治療法が従来の治療法に比べて効果や安全性の面ですぐれていることが明らかになることにより、あなたと同じ病気にかかっている多数の患者さんがよりよい治療を受けることができるようになります。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：③研究の目的及び意義】

3. この研究の方法

(1) 研究の対象となる方

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑤研究対象者として選定された理由】

今回研究に参加していただくのは〇〇〇という病気にかかっている〇〇歳から〇〇歳までの患者さんで、従来の治療法で十分な治療効果が得られなかった患者さんです。

(例)

この研究に参加いただける患者さんの条件を次に示します。

- ① 年齢が満〇〇歳以上の方
- ② パフォーマンスステータス（Performance Status：PS）が0～2の方
- ③ 全身状態が良好で心臓、腎臓、肝臓などの機能が保たれている方
- ④ 本研究で予定されている検査・観察スケジュール通りの治療を受けていただける方
- ⑤ 〇〇がんと診断されている方

⑥ 他の臓器へのがんの転移がない方

また、次に当てはまる場合には、この研究に参加いただけません。

- ① 重篤な薬剤過敏症の既往のある方
- ② 感覚器系の末梢神経症状のある方
- ③ 感染症にかかっている方
- ④ コントロール不良な高血圧を有する方
- ⑤ 薬物コントロール不良な糖尿病を合併している方
- ⑥ 臨床上問題となる心疾患を有する方
- ⑦ 重度の肺疾患を有する方

未成年者、又は成人であっても認知症等で自ら判断ができない者を研究対象としなければならない場合の必要性(研究が成立しない理由)について、具体的に記載してください。

(例 1)

なお、認知症の患者さんに参加していただくのは〇〇を解析するためであり、認知症の患者さんのご協力が必要不可欠となります。

(例 2)

〇〇病の〇〇を調べるのが目的であり、未成年の患者さんの参加が不可欠であるため、未成年の患者さんも対象としています。

(2)研究に使用する薬剤（または医療機器）(研究の内容に応じて項目名を変更しても構いません。例：研究の手順、研究の内容 等)

研究に参加していただく患者さんには〇〇〇〇又は□□□□という薬剤を服用していただきます。〇〇〇〇は〇〇色の錠剤で、有効成分として〇〇〇〇が〇〇mg 含まれています。□□□□は□□色の錠剤で、有効成分として□□□□が□mg 含まれています。本研究に参加される患者さんにはこの薬のいずれかを1回〇錠、1日〇回、〇日間服用していただきます。

(例 1) 二重盲検試験の場合

あなたがどちらの薬を服用するかは、あなたにも診察する医師にもわかりません。これを二重盲検法といいます。その理由は、どちらの薬を飲むのかを知っていると、薬の効果などを公平に判断できなくなるからです。なお、どちらの薬を服用するのかの確率は同じ50%ずつです。

(例 2) オープン試験の場合

あなたがどちらの薬を服用するかは、あなたも診察する医師も選べないようになり、どちらの薬を服用する確率も等しくなっています。

(例 3) プラセボ錠を用いる場合

プラセボ錠（偽薬（ぎやく））は〇〇錠と同じ形状のカプセルに充てんされていますが、有効な成分を含んでいません。プラセボは、〇〇錠の効果と安全

性の評価において、あなたや担当医師の先入観が影響しないようにするために用います。

(例 4)

〇〇〇〇症の病変部位の細胞では、細胞の増殖を促進するタンパク質である「▲▲キナーゼ」の活性が高いことが知られていますが、その他の大部分の組織では発現が低いか検出されません。このため「▲▲キナーゼ」の活性を阻害する薬剤はこれらの細胞に対して選択的効果を示し、その他の臓器には比較的影響が少ないと考えられています。〇〇〇〇は経口投与（口からの服用）可能な「▲▲キナーゼ」選択的阻害薬であり、治療効果を維持したまま、薬剤関連の有害事象が減少することが期待されています。

(3) 検査・調査項目

(例 1)

担当医師は、研究期間中に次の項目について検査や問診をします。通常の診療で得られた情報はカルテから収集します。調べる内容とスケジュールは以下の通りです。異常値が見られた場合はさらに検査を行うことがあります。

1) 患者さんの背景情報

- ・ 背景：
生年月日、身長、体重、性別、既往歴（同意取得前 5 年間）、合併症
- ・ 診断時：
初発診断日、病理組織学的分類（初診時及び現在）、臨床病期（初診時及び現在）、遺伝子検査の有無（有の場合、検査日と結果）
- ・ 治療歴：
手術療法（術式、手術日）、放射線療法（照射部位、最終照射日）、化学療法（薬剤名、投与開始日・最終投与日、使用目的）、その他の治療（薬剤名・療法名、治療終了日）、生検実施の有無（有の場合、実施日）、治療効果

2) 試験薬投与状況

3) バイタルサイン

- ・ 体温、収縮期血圧、拡張期血圧、脈拍数、PS*
*PS：パフォーマンスステータス（日常生活の活動及び身体の状態）

4) 臨床検査

- ・ 血液学的検査：
赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数、白血球数、白血球分画%（好中球、リンパ球、単球、好酸球、好塩基球）
- ・ 生化学検査：
総蛋白、血清アルブミン、総ビリルビン、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、LDH、アルカリホスファターゼ（ALP）、 γ -GTP、クレアチンキナーゼ（CK）、総

コレステロール、トリグリセリド、グルコース、Na、K、Cl、Ca、P、Mg、血清クレアチニン、血中尿素窒素（BUN）、CRP

5) 妊娠検査（女性の方のみ）

6) 心電図検査

7) 画像検査
CT、MRI、X線

8) 併用薬・併用療法の確認

9) 有害事象の調査
試験薬との因果関係によらず、患者さんに生じたあらゆる好ましくない症状について調査します。

10) 予後調査
治療終了後の患者さんの状態を調査します。

検査スケジュール

	スクリーニング		投与期間 (1 サイクル 21 日間)			投与期間終了後	
	登録前 28 日 以内	登録前 14 日 以内	Cycle1 (Day1)	Cycle2 (Day22)	Cycle3 以 降の Cycle (Day43 ~)	中止時	追跡調 査 (6 ヶ 月毎)
同意取得	●						
患者さんの背 景情報	●						
登録		●					
試験薬投与			●	●	●		
診察		●	●	●	●	●	
体重		●					
体温、血圧、 脈拍数		△	△	△	△	△	
PS		●	△	△	△	●	
画像検査	●				●	●	
血液検査		●	●	●	●	●	
妊娠検査		●				●	
心電図		●	△	△	△	△	
併用薬・併用 療法の確認		●	●	●	●	●	
有害事象			●	●	●	●	
予後調査							●

●：必ず行います △：必要に応じて行います

(例2)

試験薬の治療効果や副作用がないかどうかを確認するために、試験薬を飲み始める前、3日後、7日後、・・・飲み終わって1週間後まで、定期的に、血液検査、尿検査、X線検査（レントゲン検査）などを受けていただきます。

本研究のスケジュール

	飲み始める前 (2日以内)	3日後 (2～4日後)	7日後 (5～8日後)	飲み終わった日 (終了前日～2日後)	飲み終わって1週間後 (終了7～14日後)
背景情報*1	●				
併用薬*2	●	●	●	●	●
診察*3	●	●	○	●	●
胸のX線撮影	●	●	○	●	●
痰の検査*4	●	●	○	●	●
採血	血液検査*5	●	○	●	●
	細菌検査	●		○	
尿検査*6	●	●	○	●	●
有害事象*7		●	●	●	●

●：必ず行います ○：必要に応じて行います

*1：性別、年齢、病気の経過、昔かかった病気と治療、現在治療している病気と治療、アレルギー歴、副作用歴などを調べます。

*2：研究中に使用した薬を調べます。

*3：自覚症状の有無、血圧および脈拍を測定します。

*4：細菌を調べます。

*5：1回の採血量は、7mLです。白血球数、ヘマトクリット、ヘモグロビン、血小板、AST、ALT、尿素窒素、クレアチニン、血糖を調べます。

*6：糖、蛋白、潜血、細菌を調べます。

*7：試験薬との因果関係によらず、患者さんに生じたあらゆる好ましくない症状について調査します。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：④研究の方法（研究対象者から取得された試料・情報の利用目的及び取扱いを含む。）及び期間】

4. この研究への参加予定期間

（例1）

この研究は2000年〇〇月から2000年〇〇月にかけて行いますが、あなたに研究に参加していただく期間は〇〇日間です。

（例2）

この研究に参加された場合の予定参加期間は、前観察期間〇週間、試験薬投与期間〇週間、後観察期間〇週間の計〇週間となります。

研究全体の予定期間は、研究許可日から2000年〇月です。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：④研究の方法（研究対象者から取得された試料・情報の利用目的及び取扱いを含む。）及び期間】

5. 研究に参加する予定の研究対象者数

この研究には、あなたと同じ様な病気の〇〇人の患者さんに参加していただく予定です。

（例）多機関共同研究の場合

この研究は全国の共同研究機関全体で約〇名、当院では〇名の方に参加をお願いする予定です。

6. 予想される臨床上の利益（効果）および不利益（副作用など）について

「予想される利益及び不利益」は、予想される臨床上の利益及び不利益をいい、対象者にとって予想される利益がない場合はその旨を記載して下さい。

【予想される利益（効果）】

（例 1）

この研究に参加することによって、あなたの疾患（症状）が改善する可能性があります。改善が認められない場合もあります。この研究によって得られたデータは、将来、同じ病気の患者さんに役立つ可能性があります。

（例 2）

この研究に参加いただくことにより得られる直接的な利益はありませんが、この研究によって得られたデータは、将来、同じ病気の患者さんに役立つ可能性があります。この研究に同意いただけても、これまで通り治療を受けます。

（例 3）

あなたがこの研究に参加された場合に受ける治療法は、国内外でその有効性が報告されています。そのため、標準的な治療法と同じかそれ以上の効果が期待できると考えています。

（例 4）プラセボ対照試験の場合

プラセボ群に割り付けられた場合、あなたが直接的な利益を得られないこともあります。

【予想される不利益（副作用など）】

副作用の名称には、ルビや脚注をつけるなど、一般の方にも分かるように記載して下さい。（例 1）では、研究計画書に記載した「予測される有害事象」と内容を一致させて下さい。副作用等の種類が多い場合には、別紙としても構いません。

（例 1）

この研究で用いる〇〇〇や□□□には、さまざまな有益な作用がありますが、反面、好ましくない作用（副作用）が認められる場合もあります。これまでに報告されている副作用には、以下のようなものがあります。

1) 〇〇〇

主な副作用：〇〇（〇％）、□□（□％）、△△（△％）、・・・・・・

重大な副作用：〇〇、□□、・・・・（頻度不明）

2) □□□

主な副作用：〇〇（〇％）、□□（□％）、△△（△％）、・・・・・・

重大な副作用：〇〇、□□、・・・・（頻度不明）

今回の研究においても、以上のような副作用やそれ以外の予期されない副作用が起こる可能性があります。この研究では副作用の予防、あるいは副作用が現れた時の適切な対処法についても十分配慮しています。

もし、何か異常を感じた場合には、遠慮せずに担当医師にお申し出ください。速やかに適切な処置を行います。

（例2）

この研究に参加された場合、通常診療に比べ、来院回数、病院での滞在時間、検査回数、採血回数、〇〇〇が増える可能性があります。

（例3）

この研究では、行われた治療内容および診察・検査の結果を調査するため、個人情報を取り扱います。個人情報の取り扱いには、研究の倫理指針を遵守して細心の注意を払いますが、個人情報の漏えい、滅失、き損などの可能性をすべて否定するものではありません。万が一、個人情報の漏えい等が発生した場合には、研究を中止し、その内容等を公表致します。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑥研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益】

7. 他の治療法について

他の選択できる治療法の有無及び内容、他の治療により予期される利益及び不利益との比較を記載して下さい。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑩通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、他の治療方法等に関する事項】

あなたがこの研究に参加されない場合には、従来の治療が行われます。あなたの病気に対しては〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇などの治療法があります。これらの治療法により〇〇〇〇〇〇のような治療効果が期待できます。また、これらの治療法により〇〇〇〇〇のような副作用を生じることが報告されています。

（例）

また、この研究に参加された場合には、研究に参加している間は、〇〇症に対して効果が期待されている他の薬剤（〇〇製剤、□□〇〇塩）による治療を受けることはできません。〇〇製剤、□□〇〇塩については、有効性は十分には示されていません。また、〇〇錠との併用に注意が必要な△△□□

は、その使用が必要になった場合には、注意して使用されることになり
ます。

8. この研究に関連した健康被害が発生した場合に患者さんが受けることができる
治療・補償について

(例1)

この研究の期間中や終了後に何か気になる症状が現れましたら、どのような
ことでも遠慮なく申し出て下さい。金銭的な補償はありませんが、通常の診
療と同様に適切に対処いたします。その際の医療費はあなたが加入している
健康保険が使用されますので、一部ご負担いただくことになります。

(例2) 補償保険に加入する場合

この研究の期間中や終了後に何か気になる症状が現れましたら、どのような
ことでも遠慮なく申し出て下さい。通常の診療と同様に適切に対処いたしま
す。その際の医療費はあなたが加入している健康保険が使用されますので、
一部ご負担いただくことになります。

この研究に起因したと考えられる健康被害が発生した場合には、加入する補
償保険（臨床研究保険）の支払い条件に基づき、補償を行います。

以下の1)、2)は補償範囲が決まっている場合など必要に応じて記載して下さい。片方のみ
を記載する場合は箇条書き番号を削除してください。

死亡・後遺障害補償の場合

1) この研究に起因したと考えられる健康被害により、万が一亡くなった場合
や後遺障害が生じた場合にはその程度に応じて補償金が支払われます。

医療費・医療手当補償の場合

2) この研究に起因したと考えられる健康被害の治療にかかる医療費のうち、
健康保険等からの給付を除くあなたの自己負担額が支払われます。また、
入院を必要とするような健康被害の場合には医療費以外の医療手当とし
て、医薬品副作用被害救済制度に準じた額が支払われます。

続けて以下を記載してください。

ただし、あなたの故意や過失による健康被害など、補償が受けられないこと
があります。詳しくは担当医師にお尋ねください。

(例3)

この研究に参加している間に、あなたに副作用などの健康被害が生じた場合
には、必要な治療を含めた最善の処置を行います。この研究は抗がん剤を用
いる臨床研究であるため、医薬品副作用被害救済制度の対象となりません。
したがって、そのお薬による健康被害の治療は、通常の診療と同様にあなた
の健康保険を用いて行います。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：②侵襲を伴う研究の場合には、当該研究によって生じ
た健康被害に対する補償の有無及びその内容】

9. 自由意思による参加について

この研究に参加するかしないかは、あなたの自由な意思で決めることができます。よくお考えの上、ご自分の意思で決めて下さい。信頼されている方にご相談することもできます。たとえ研究への参加をお断りになっても、その後の治療などに何ら不利益を受けることはなく、治療にも差し支えることはありません。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑧研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益な取扱いを受けない旨】

10. 同意撤回の自由について

いったんこの研究に参加することに同意した後でも、いつでも自由に研究への参加をとりやめることができます。その場合でも、あなたは何ら不利益を受けることはありません。ただし、その場合は担当医師に申し出てください。これは、あなたの健康管理に万全をはらうためです。同意撤回前までに集められたあなたのデータについては、研究を実施する上で貴重なデータとなりますのでデータ利用の許可にご協力をお願いいたします。許可いただけない場合は全てのデータを削除し、研究への利用はいたしません。ただし、すでに論文等で結果を公表済みなどで、あなたのデータのみを結果から削除できない場合がありますのでご了承ください。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑦研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できる旨（研究対象者等からの撤回の内容に従った措置を講じることが困難となる場合があるときは、その旨及びその理由を含む）、⑧研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益な取扱いを受けない旨】

11. 研究への参加継続の意思に影響を与えるような情報が得られた場合は速やかに研究対象者に知らされること

この研究についてお聞きになりたいことがあれば、担当医師に遠慮なくおたずねください。研究が開始されると、新しいさまざまな情報が得られることになり、こうした情報によりあなたが研究への参加を取りやめるという判断をすることも考えられます。ですから、この研究に関する新しい重大な情報（研究の安全性など）が得られた場合には、速やかにその内容をあなたに伝え、このまま研究への参加を続けるのかどうか、もう一度あなたの自由な意思で決めていただきます。

12. この研究への参加を中止していただく場合の条件について

あなたがこの研究への参加のとりやめを希望された場合とは別に、研究への参加を中止していただくことがあります。以下に示した項目に該当した場合には、この研究の途中で参加を中止していただく可能性がありますのでご了承ください。その際にはすぐに中止の理由を説明致します。

- 1) 研究実施中にあなたに好ましくない症状などが発現し、研究を中止すべきと担当医師が判断した場合
- 2) 研究開始後に、あなたがこの研究の対象となっている病気ではないことがわかった場合
- 3) 研究開始後に、あなたが転院などにより来院できないことがわかった場合

- 4) あなたの病気が改善して、この研究による治療を続ける必要がないと担当医師が判断した場合
- 5) 妊娠または妊娠の疑いが生じた場合
- 6) その他担当医師が研究続行困難と判断した場合

13. 参加した患者さんのプライバシー保護について

この研究で得られた情報、あなたの個人情報（名前や住所、電話番号など）に係わる情報を切り離してから、（〇〇病院、この薬を開発している〇〇製薬会社 等）に提出いたします。そして、他の病院から集められた情報とともにまとめられ、学会や医学雑誌などに発表されることもあります。ただし、いずれの場合にも、あなたの個人情報が公表されることは一切ありません。

他機関に試料・情報を提供する場合には、その旨を記載して下さい（例えば、研究で用いた試料・情報を、試料・情報の収集・分譲を行う機関に提供する場合や、その他の研究への利用に供するデータベース等へデータ登録をする場合など）。

外国にある者に試料・情報を提供する場合（委託により提供する場合を含む。）には、以下の内容を記載してください。

- ① 当該外国の名称
- ② 適切かつ合理的な方法により得られた当該外国における個人情報の保護に関する制度に関する情報
- ③ 当該者が講ずる個人情報の保護のための措置に関する情報

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑩外国にある者に対して試料・情報を提供する場合に、1(6)イに規定する情報】

（例）外国にある者に試料・情報を提供する場合

本研究により得られたデータは、あなた個人を特定できる情報を切り離した上で、〇〇国の▲▲大学に提出します。▲▲大学の研究責任者●●医師が〇〇国の個人情報保護の法制度に基づき個人情報を管理します。

〇〇国における個人情報の保護に関する制度については、下記の Web サイトより確認できます。

<https://www.ppc.go.jp/enforcement/infoprovision/laws/>

以下の文言は削除せず記載して下さい。

また、この研究が正しく行われているかどうかを確認するために、この研究の関係者（当院の職員、モニタリング担当者、監査担当者、臨床研究審査委員会委員、厚生労働省の関係者、研究事務局担当者）などが、あなたのカルテや研究の記録などを見ることがあります。このような場合でも、これらの関係者には守秘義務（記録内容を外部に漏らさないこと）が課せられています。

研究成果が学術目的のために公表されることがありますが、その場合もあなたの個人情報の秘密は厳重に守られ、第三者には絶対にわからないように配慮されます。

この同意書にあなたが自筆署名をすることによって、この研究の関係者があなたのカルテや研究の記録などを閲覧することや研究成果が公表されることにあなたの同意が得られたことになります。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑨研究に関する情報公開の方法、⑪個人情報等の取扱い（加工する場合にはその方法、仮名加工情報又は匿名加工情報を作成する場合にはその旨を含む。）、⑫侵襲（軽微な侵襲を除く。）を伴う研究であって介入を行うもの場合には、研究対象者の秘密が保全されることを前提として、モニタリングに従事する者及び監査に従事する者並びに倫理審査委員会が、必要な範囲内において当該研究対象者に関する試料・情報を閲覧する旨

1 4. 研究に関する情報公開の方法

この研究の最終的な結果は学会や学術雑誌で公表される予定ですが、結果は研究に参加いただいた患者さんの情報をまとめた形で報告されますので、あなたのお名前などの個人を特定できる情報が公開されることはありません。最終的な結果が出た際には、あなたと、ご要望があればあなたのご家族に、担当医師より結果をご説明いたします。

以下の文言は削除せず記載して下さい。

また、この研究は、公開データベース（臨床研究等提出・公開システム jRCT または、UMIN 臨床試験登録システム）に登録をしていますので、研究の内容や進捗状況、結果等について誰でもウェブより確認することが可能です。この場合もあなたのお名前などの個人情報に特定できる情報が公開されることはありません。

※臨床研究等提出・公開システム jRCT（Japan Registry of Clinical Trials）
URL <https://jrct.mhlw.go.jp/>

※臨床試験登録システム

UMIN-CTR（University hospital Medical Information Network—Clinical Trials Registry）
URL <https://www.umin.ac.jp/ctr/index-j.htm>

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑨研究に関する情報公開の方法】

1 5. 患者さんに費用負担がある場合はその内容

（例1）

ふり分けられた治療方法によって、お薬の負担額が変わる場合があります。例えば、〇〇薬を飲む群にあたった方は1ヶ月のお薬代は〇〇円（自己負担3割の場合、●●円）、□□薬を飲む群にあたった方は1ヶ月のお薬代は□□円（自己負担3割の場合、■●円）となります。

（例2）

この研究に参加した場合、研究目的で実施する〇〇〇にかかる費用については研究費によってまかなわれるため、あなたの負担となることはありません。そのほかのあなたの病気の治療にかかる医療費のうち健康保険からの給付を除く部分は患者さんの自己負担になります。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑪研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合には、その旨及びその内容】

16. 患者さんに金銭等が支払われる場合はその内容

(例1)

この研究に参加していただいても謝礼はありません。

(例2)

この研究に参加していただくことで、〇〇〇〇円の謝金をお支払いします。

(例3)

この研究に参加していただくことで、〇〇〇〇円の金券（クオカード）をお支払いします。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑰研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合には、その旨及びその内容】

17. この研究にかかる費用の拠出元

(例1)

研究責任医師の委任経理金にて行います。

(例2)

株式会社●●との受託研究契約に基づく研究費にて行います。

(例3)

研究代表医師〇〇を主任研究者とする厚生労働省科学研究費補助金〇〇医療開発研究事業「●●に関する基礎及び臨床研究」の研究費にて行います。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑬研究の資金源その他の研究機関の研究に係る利益相反、及び個人の収益その他の研究者等の研究に係る利益相反に関する状況】

18. 試料・情報の保管及び廃棄の方法

(例1)

この研究に参加している間、あなたの健康状態、治療内容などの研究で集めた情報（及び血液などの検体）は、あなたの個人情報に記載されていない状態で、研究実施医療機関において厳重に保管されます。

研究で集めた情報（及び検体）は、研究責任医師が規制要件などに従って定められた期間保管します（通常、研究終了後から5年間）。廃棄する場合には、個人を識別できる情報を取り除いた上で廃棄（廃棄方法： ）いたします。

(例2)

この研究により得られた血液などの検体は、〇〇〇〇大学（保管場所： _____、管理方法： _____、管理責任者： _____）で保管され、検査を終えた検体は、〇〇のために、研究終了後は△△年間保存し、保存期間が終了した後に個人を識別できる情報を取り除いた上で廃棄（廃棄方法： _____）いたします。また、研究のために集めた情報は、当院の研究責任医師が責任をもって〇〇〇〇病院（保管場所： _____、管理方

法：_____）で保管し、研究終了後は△年間保存し、保存期間が終了した後個人を識別できる情報を取り除いた上で廃棄（廃棄方法：_____）いたします。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑫試料・情報の保管及び廃棄の方法】

19. 研究により得られた結果等の取扱い

（遺伝情報を解析する研究では、遺伝カウンセリングについて）

（例1）

研究の実施により、当初は想定されていなかったことで、あなたやあなたのご家族の生命に重大な影響を与えるような遺伝子などの情報が偶然発見された場合には、あなたのご意向をお尋ねした上でお知らせすることがあります。

（例2）

研究の実施に伴い、あなたの健康やあなたの子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な情報が得られた場合には、情報が得られた旨をご連絡し、あなたと十分相談した上で情報の内容についてお知らせします。

（例3）

研究により得られた結果については、あなたの健康状態等を評価するための情報として、その精度や確実性が、まだ十分とはいえませんので、あなたに説明することはありません。

（例4）

研究により得られた結果があなたやあなたの血縁者の方の生命に重大な影響を与えることが判明し、かつ、有効な対処方法があるときは、あなたへの説明に関して、説明の可否、方法および内容について、十分な説明を行った上で、あなたの意向を確認し説明します。なお、あなたが説明を希望しない場合には、説明しません。その場合、研究により得られた結果等をあなた以外の人に対して説明することはありません。

（例5）

生まれつき持っている遺伝子変異が判明した場合または、偶発的に遺伝的特徴等が発見された場合に結果開示希望の有無を確認することがあります。開示を希望される場合には遺伝カウンセリング外来を紹介します。再検査やカウンセリング体制は整えられていますので担当医師にご相談下さい。遺伝カウンセリング外来の受診費用は患者さんの自己負担となります。研究対象者本人の同意を前提として代理人（血縁者、配偶者など）への結果開示も可能です。想定される生殖細胞系列遺伝子変異に有効な対処方法があり、開示が有益と判断される場合は、所定の手続きの上、結果開示の意向を再度確認する場合があります。

（例6）

この予定されている研究では全遺伝子の塩基配列を解析すること、および正常細胞の遺伝子解析を実施することから、生まれつき持っている遺伝子変異

が見つかる可能性があり、その中には〇〇病やその他の腫瘍性疾患（様々な種類のがんを含みます）、および様々な病気との関連が明らかな遺伝子変異も見つかる可能性があります。その場合に、結果をお伝えするかどうかについて、あらかじめご希望をお伺いします。結果をお伝えすることも可能ですし、お伝えしないことも可能です。生まれつき持っていたと考えられる遺伝子変異結果をお伝えする場合は、遺伝カウンセリングを紹介いたします。また、生まれつき持った遺伝子変異について結果をお聞きになりたくないとした場合であっても、見つかった遺伝子変異が命に重大な影響を与え、かつ対処法があるとされた場合は、臨床研究審査委員会の助言をもとにして、再度あなたに本当に生まれつき持った遺伝子変異の結果を知りたくないか相談させていただく可能性があります。再確認後もあなたが生まれつき持った遺伝子変異の結果を知りたくないとした場合はお伝えしません。再確認後に知りたいとなった場合は遺伝カウンセリングを紹介いたします。遺伝カウンセリング外来の受診費用は患者さんの自己負担となります。さらに、生まれつき持った遺伝子変異結果をあなたの代わりにお伝えして良いご家族（血縁者、配偶者）又は代理人の方がいらっしゃいましたらお名前、ご連絡先（住所、電話番号など）をご記載下さい。このご記載いただく「生まれつき持った遺伝子変異結果をお伝えしてよいご家族（血縁者、配偶者）または代理人」は試験参加後も随時変更が可能ですので、その際は担当医師にご相談下さい。

（例 7）

試料提供者の要望に応じて研究により得られた結果の本人への開示を検討しますが、開示前にその情報の臨床的有用性について十分に説明します。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑭研究により得られた結果等の取扱い】

【生命・医学系指針第10-1研究により得られた結果等の説明に係る手続等】

【生命・医学系指針第10-2研究に係る相談実施体制等】

20. 試料・情報の二次利用について

（例 1）

この研究のために集めた試料（血液や尿などの検体）や情報（データ）を別の研究に利用する場合があります。今はまだ計画・予想されていないものの、将来、非常に重要な検討が必要となるような場合です。この研究に参加される際に受けられた説明の目的・項目の範囲を超えて、将来、試料・情報を利用させていただく場合は、当院のホームページ内でお知らせいたします。

当院ホームページ：<https://ciru.dept.showa.gunma-u.ac.jp/guidance/storage-sample/list.html>

（例 2）

将来、この研究で得られた情報および血液や尿などの検体を別の研究に利用する可能性や他の研究機関に提供する（二次利用）可能性があります。そのような場合も、あなた個人が特定されるようなことは一切ありません。あなたの病状や名前などに関する情報を含め、個人情報厳重に守ります。二次利用する場合には、改めてその研究計画を臨床研究審査委員会において審査し、情報類の扱いも含め、適切な研究計画であるかどうか評価がなされて、必ず病院長の許可を得て、初めて実施されます。また、二次利用の内容

について当院のホームページで情報を公開します。このような確認の過程を経ず、勝手に二次利用されることはありません。

当院ホームページ：<https://ciru.dept.showa.gunma-u.ac.jp/guidance/storage-sample/list.html>

(例 3)

研究により得られたデータや検体が他の目的に使用されることはありません。例えば、この研究のためにあなたから提供された血液や尿などの検体は他の目的で使用するのではなく、検査を終えた検体は、□□後（例 研究終了後/保管期間が終了した後）にすみやかに廃棄いたします。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：②研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供する可能性がある場合には、その旨と同意を受ける時点において想定される内容】

2 1. 知的財産について

この研究によって生じた知的財産権は群馬大学に帰属します。研究に参加していただいた患者さんに、この権利が生じることはありません。

2 2. 研究に参加するにあたって、患者さんに守っていただきたいこと

(例 1)

この研究に参加していただいた場合には、治療の有効性や安全性を調べるためにさまざまな診察、検査を行います。正確なデータを得るために、研究が終了するまで担当医師の指示に従って下さい。研究期間中に何か異常を感じた場合には、診察時に遠慮なくおっしゃって下さい。

(例 2)

コホート 1 とコホート 2 の患者さんは〇〇□□錠を内服します。動物試験で〇〇□□は初期胚（卵子が受精した後、細胞分裂を始めたごく初期の段階の個体）の致死および催奇形性（胎児に奇形が起こる危険性）が確認されています。妊娠する可能性のある女性はその危険性を十分に理解し、〇〇□□錠の服薬期間中および服薬終了後 14 日間は性交渉を行わない、またはパートナーと共に経口避妊薬、子宮内装具あるいはペッサリーや殺精子剤などの機械的避妊具を用いて、妊娠することのないようにしてください。

(例 3)

〇〇□□は精液中へ移行することから、男性はその危険性を十分に理解した上で、〇〇□□錠の服薬期間中および服薬終了後 10 日間まで、性交渉を行わないか、性交渉を行う場合、男性は必ずコンドームを着用し、あなたのパートナーが妊娠することは控えてください。また、この期間は妊婦と性交渉を行わないでください。

2 3. 利益相反

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑬研究の資金源その他の研究機関の研究に係る利益相反、及び個人の収益その他の研究者等の研究に係る利益相反に関する状況】

利益相反についての該当する場合、(例 1)、(例 2)、(例 3) 等を記載して下さい。
そのあとに一般的な説明（黒字）を記載してください。

(例 1) 研究に用いる医薬品等の製造販売業者等から研究資金等の提供を受ける場合

本研究は、試験薬の▲▲を製造販売している株式会社〇〇と受託研究契約を締結した上で、研究の実施に必要な資金と試験薬の提供を受けています。株式会社〇〇は試験薬の情報の提供には関与しますが、研究の実施、結果の解析・発表に関して関与することはありません。

(注) 同意説明文書には、具体的な金額までは記載しないで下さい。

(例 2) 利益相反関係を有する研究者等を含む場合

本研究に携わる研究者の一部には、〇〇薬の製造販売業者等である〇×製薬株式会社との個人的な利益相反関係を有する者を含んでいます。

(例 3)

この研究は、特定の企業等からの資金提供は受けていません。

研究グループが公的資金以外に製薬企業などからの資金提供を受けている場合に、臨床研究が企業の利益のために行われているのではないか、あるいは臨床研究の結果の公表が公正に行われないのではないか（企業に有利な結果しか公表されないのではないか）などといった疑問が生じることがあります。これを利益相反（患者さんの利益と研究グループや製薬企業などの利益が相反している状態）と呼びます。

本研究の利害関係については、群馬大学利益相反マネジメント委員会の承認を得ております。また、当該研究経過を定期的に群馬大学利益相反マネジメント委員会へ報告等を行うことにより、本研究の利害関係についての公正性を保ちます。

(注) 多機関共同研究の場合は以下を記載してください。

共同研究機関については、定められた手順に従い必要に応じて各研究機関の管理部署へ報告し、適切に公表して実施します。

24. 研究終了後の対応について

(例 1)

研究終了後は、通常の保険診療での治療を継続します。

(例 2)

研究終了後は、あなたの状態に合った治療を行います。なお、研究の結果が判明し、この（いずれかの（割付の場合））治療が良いと結論された場合には、良い結果が出た治療を継続するかどうかを含め、あなたに最良と思われる方法を提案します。

(例 3)

研究終了後は、あなたの状態に合った治療を行います。なお、研究の結果が判明し、この（いずれかの（割付の場合））治療が良いと結論された場合においても、研究で使用した治療は継続することができません。あなたに最良と思われる方法を提案します。

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑨通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応】

25. 研究責任医師および研究分担医師等の氏名、職名および連絡先

多機関共同研究の場合は、以下の黒字部分は各実施医療機関の内容を、使用する際に記載するようにしてください。

この研究を担当する医師および連絡先は以下のとおりです。

研究責任医師（この病院でおこなうこの研究について責任を持つ医師で、患者さんを担当する場合もあります。）

所属・職名 _____
氏名 _____
連絡先 _____

単施設研究の場合には、以下を追記してください。多機関共同研究の場合は、不要です。

研究分担医師（責任医師に従い、患者さんを担当する医師）

所属・職名 _____
氏名 _____
連絡先 _____

【生命・医学系指針第8-5説明事項：②当該研究対象者に係る研究協力機関の名称、既存試料・情報の提供のみを行う者の氏名及び所属する機関の名称並びに全ての研究責任者の氏名及び研究機関の名称】

多機関共同研究の場合には、以下を追記してください。

この研究は、複数の医療機関で実施されます。実施体制は以下の通りです。

研究代表医師

医療機関名 _____
所属・職名 _____
氏名 _____

本研究に参加している共同研究機関の研究責任医師等

研究責任医師

医療機関名 _____
所属・職名 _____
氏名 _____

医療機関名 _____
所属・職名 _____
氏名 _____

医療機関名 _____
所属・職名 _____
氏名 _____

研究協力機関を設定する場合、以下を追記してください。

本研究に参加している研究協力機関

医療機関名 _____
医療機関名 _____
医療機関名 _____

既存試料・情報の提供のみを行う者がいる場合には、以下を追記してください。

本研究に参加している既存試料・情報の提供のみを行う担当者

機関名 _____
氏名 _____

機関名 _____
氏名 _____

26. 患者さんの権利に関する情報についてお聞きになりたい場合や健康被害が生じたときの相談窓口

あなたがこの研究およびあなたの権利に関してさらに情報が欲しい場合、またはあなたに健康被害が発生した場合に、あなたが連絡をとる病院の担当者は下記のとおりです。何かお聞きになりたいことがありましたら、どうぞ遠慮なくいつでもご連絡ください。

【問合せ・苦情等の相談窓口（連絡先）】

多機関共同研究の場合は、使用する際に各実施医療機関の内容を記載するようにしてください。

所属・職名 _____
氏名 _____
連絡先 _____

上記の窓口では、問合せ・苦情等の他、次の事柄について受け付けています。

- (1) 研究計画書および研究の方法に関する資料の閲覧（又は入手）ならびにその方法 ※他の患者さんの個人情報および知的財産の保護等に支障がない範囲内に限られます。
- (2) 患者さんの個人情報についての開示およびその手続（手数料の額も含まれます。）
- (3) 患者さんの個人情報の開示、訂正等、利用停止等について、請求に応じられない場合にはその理由の説明
- (4) 患者さんから提供された試料・情報の利用に関する通知

- ① 試料・情報の利用目的および利用方法（他の機関へ提供される場合はその方法も含まれます。）
- ② 利用し、または提供する試料・情報の項目
- ③ 利用する者の範囲
- ④ 試料・情報の管理について責任を有する者の氏名または名称
- ⑤ 患者さんまたはその代理人の求めに応じて、患者さんが識別される試料・情報の利用または他の研究機関への提供を停止すること、およびその求めを受け付ける方法

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑮研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応（遺伝カウンセリングを含む。）】

【生命・医学系指針第8-5説明事項：⑩研究対象者等の求めに応じて、他の研究対象者等の個人情報等の保護及び当該研究の独創性の確保に支障がない範囲内で研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨並びにその入手又は閲覧の方法】

【生命・医学系指針第8-6 研究対象者等に通知し、又は公開すべき事項】

同意書

〇〇〇〇病院
研究責任医師
〇〇〇科 〇〇 〇〇 殿

多機関共同研究の場合は、使用する際に各実施医療機関の内容を記載するようにしてください。

臨床研究課題名：「〇〇〇〇」

*「〇〇〇」には、研究課題名をそのまま記載して下さい。

*内容に応じて不必要なものは削除して下さい。

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. 臨床研究について | 14. 研究に関する情報公開の方法 |
| 2. この研究の目的および意義 | 15. 患者さんに費用負担がある場合はその内容 |
| 3. この研究の方法 | 16. 患者さんに金銭等が支払われる場合はその内容 |
| 4. この研究への参加予定期間 | 17. この研究にかかる費用の拠出元 |
| 5. 研究に参加する予定の研究対象者数 | 18. 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| 6. 予想される臨床上の利益および不利益について | 19. 研究により得られた結果等の取扱い |
| 7. 他の治療法について | 20. 試料・情報の二次利用について |
| 8. この研究に関連した健康被害が発生した場合 | 21. 知的財産について |
| 9. 自由意思による参加について | 22. 患者さんに守っていただきたいこと |
| 10. 同意撤回の自由について | 23. 利益相反 |
| 11. 参加継続に影響を与える情報が得られた場合 | 24. 研究終了後の対応について |
| 12. 参加を中止していただく場合の条件について | 25. 責任医師または分担医師の氏名・職名・連絡先 |
| 13. 参加した患者さんのプライバシー保護について | 26. 相談窓口 |

【患者さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

同意日： 年 月 日

患者さん氏名（自署） _____

【代諾者の署名欄】 *代諾者ありの場合は欄を設けて下さい（ない場合は削除して下さい）。

私は _____ さんが、この研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

同意日： 年 月 日

代諾者氏名（自署） _____ 続柄 _____

【研究責任医師又は分担医師（者）の署名欄】

私は、上記の患者さんおよび患者さんの代諾者に本研究について十分に説明しました。

説明日： 年 月 日

説明者氏名（自署） _____