

## 患者さんへ

# 「限局性強皮症患者における日常生活動作障害の調査」に関する研究の説明

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。

臨床研究代表者  
熊本大学大学院医学系研究科皮膚科・形成再建科  
尹 浩信

臨床研究責任医師  
群馬大学大学院医学系研究科皮膚科学  
石川 治

1. この臨床研究は患者さんの治療のためではなく、病気の診断や治療方針の確立のために行われます。  
あなたは現在、限局性強皮症（モルフェア）という皮膚の一部が硬くなる病気にかかっています。発病の原因は不明であり、治療効果や病気の進行は患者さんそれぞれで異なります。そこで、今回の研究では、限局性強皮症（モルフェア）が日常生活動作に与える影響について明らかにしたいと考えています。これにより、限局性強皮症（モルフェア）の診療上、生活指導などに有用であると期待されます。この病院では、このような研究を行う場合には臨床試験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。
  
2. この研究の目的と意義  
この研究は、いままで明らかになっていない、限局性強皮症（モルフェア）が日常生活動作に与える影響について明らかにしたいと考えています。これにより、限局性強皮症（モルフェア）の診療上、生活指導などに有用であると期待されます。このような研究を行うことで、同じ病気にかかっている多数の患者さんがよりよい診断方法、生活指導、治療を受けることができるようになりますと期待しております。
  
3. この研究の方法  
(1) 被験者  
今回研究に参加していただくのは2003年1月1日～2017年3月31日までに限局性強皮症（モルフェア）と診断された成人患者さんです。  
  
(2) 検査項目  
日常生活動作の評価を、食事・移乗・整容・トイレ動作・入浴・歩行・階段昇降・着替え・排便管理・排尿管理の10項目について、既に記載されているカルテ情報から調べます。また、年齢、性別、病変部位、罹患期間、治療歴、関連する合併症も調べます。これらの情報は匿名化した後に、代表研究機関である熊本大学に送り、集計・解析します。
  
4. この研究への参加予定期間  
この試験は2017年11月から平成2020年12月にかけて行います。
  
5. 研究に参加する予定の被験者数  
この研究には、あなたと同じ病気の30人の患者さんにご協力していただく予定です。（研究全体では150人です。）
  
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（効果）】

この研究に参加することにより得られる利益は特にありません。この研究に同意いただけなくても、これまで通り治療を受けられます。

#### 【予想される不利益（副作用など）】

この研究では、通常診療下で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。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、その内容等を公表します。

#### 7. 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補償について

この研究は通常の診療の範囲内で得られた資料・情報を研究対象としていますので、患者さんに対する直接的な研究目的の侵襲性を伴う行為は行いません。そのため、この研究に起因する健康被害が発生することはないと考えております。また、この研究では金銭的な補償はありません。

#### 8. 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。信頼している人に相談されるなどして、よくお考えの上、ご自分の意思で決めて下さい。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。

#### 9. 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なく、すぐに他の治療を受けることができます。

#### 10. 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被験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。

11. 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だけでなく、研究への参加を中止していただく場合があります。以下に示した項目に該当した場合はこの研究の途中で参加を中止していただく場合がありますのでご了承下さい。
- 1) 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
  - 2) 臨床試験審査委員会が研究を継続すべきでない判断した場合
  - 3) 研究の倫理的妥当性や化学的妥当性を損なう事実や情報が得られた場合
  - 4) 研究の実施の適正性や結果の信頼を損なう情報や事実が得られた場合
12. 参加した患者さんのプライバシー保護について  
この研究に参加する研究者があなたの治療内容を知る必要がある場合には、あなたの個人情報特定できないようにして閲覧します。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、臨床試験審査委員会委員、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、第三者にはわからないように十分に配慮して、慎重に取り扱います。
13. 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情報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。
14. 被験者に費用負担がある場合はその内容  
この研究に参加した場合、あなたの負担となることはありません。
15. 被験者に金銭等が支払われる場合はその内容  
この研究に参加していただいても謝礼はありません。
16. この研究にかかる費用の拠出元  
研究代表者（熊本大学大学院医学系研究科皮膚科・形成再建科 尹 浩信）の委任経理金にて行います。

#### 17. 試料・情報の保管及び廃棄の方法

この研究に参加している間、あなたの健康状態、治療内容などの個人データは、あなたの個人情報に記載されていない匿名化したデータ（コード化したデータ）として、研究実施医療機関において厳重に保管されます。

あなたの個人データは、臨床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）。

あなたの個人データを廃棄する場合には、匿名化を行い、あなたの個人情報が特定できないようにして廃棄します。

#### 18. データの二次利用について

この研究のために集めた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、将来データ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。

#### 19. 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熊本大学もしく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。

#### 20. 利益相反

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。

#### 21. 責任医師の氏名、職名および連絡先

臨床研究代表者（研究グループを代表して、研究の企画・運営等を行う者）

所属・職名 熊本大学大学院医学系研究科皮膚科・形成再建科・教授

氏名 尹 浩信

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。

臨床研究責任医師（この病院で行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があります）

職名 教授  
氏名 石川 治  
連絡先 027-220-8284  
夜間・休日（南 8 階病棟） 027-220-8292

臨床研究分担医師

職名 准教授  
氏名 茂木 精一郎  
連絡先 027-220-8284

22. 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）】

職名 群馬大学医学系研究科 皮膚科 准教授  
氏名 茂木 精一郎  
連絡先 027-220-8284  
夜間・休日（南 8 階病棟） 027-220-8292

上記の窓口では、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

# 同意書

群馬大学医学部附属病院  
臨床研究責任医師  
皮膚科 石川 治 殿

臨床研究課題名：「限局性強皮症患者における日常生活動作障害の調査」

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

## 【被験者の署名欄】

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：平成 年 月 日

被験者氏名（自署） \_\_\_\_\_

## 【代諾者の署名欄】

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：平成 年 月 日

代諾者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

## 【担当医師の署名欄】

私は、上記の被験者に本研究について十分に説明した上で同意を得ました。

説明日：平成 年 月 日

説明者氏名（自署） \_\_\_\_\_

臨床研究代表者：尹 浩伸（熊本大学大学院医学研究科 皮膚科・形成再建科）  
臨床研究責任医師：石川 治（群馬大学大学院医学系研究科 皮膚科、027-220-8284）