

## 患者さんへ

# 統合失調症患者からのリンパ芽球由来の人工多能性幹細胞（iPS 細胞）樹立とそれを用いた病態解析・治療法探索の説明 （既存試料・情報を用いる研究）

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 藤本 美智子  
大阪大学 神経科・精神科

研究責任医師 滝沢 琢己  
群馬大学医学部附属病院小児科

作成年月日 2020年6月2日 版数：第1版

## 1. この文書・臨床研究について

この文書は、患者さんの病気の診断および治療方針の決定の目的で行う検査の時や手術の際に取り出した血液、組織、臓器(以下「生体試料」と呼びます。)の、必要な検査終了後の残った部分を保管し、広く医学の進歩のため、研究あるいは医学教育に利用させて頂けないかお伺いするためのものです。この研究では生体試料を用い、現在詳細が分かっていない病気の病態把握や、新たな治療法を発見するために行う事を目的としております。

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。

## 2. この研究の目的および意義、研究に用いる試料や情報の利用目的と利用方法(他機関に提供する場合にはその方法を含みます)について

神経伝達物質受容体に作用する抗精神病薬による治療を行っても、十分に寛解しないいわゆる治療抵抗性の統合失調症の方は多数いらっしゃいます。

統合失調症の方やその他精神疾患の方(発達障害を含む)由来の神経細胞を用いて、統合失調法の病態を明らかにすることができれば、治療抵抗性の統合失調症の治療薬の開発につながり、多くの患者の方々、患者の方の御家族の苦しみや悲しみを軽減できるだけでなく、負担を軽減できると考えられます。

この研究では、大阪大学、国立病院機構琉球病院にてご提供いただいた血液、組織、臓器などより分離した細胞を不死化させた後に、慶應義塾大学医学部に送り、そこでiPS細胞を作成します。そのiPS細胞から、神経系の細胞やその他の細胞を作成し、研究する予定としております。この研究の共同研究機関として、当院群馬大学においてもゲノム解析を行う予定としております。

[\*iPS(人工多能性幹)細胞とは、遺伝子導入その他の方法により作成される細胞で、人の体の様々な細胞や組織に分化する能力を有し、医療の発展に大きく貢献すると期待されています。]

## 3. この研究の方法、研究に用いる試料・情報の項目

### (1) 研究の対象となられる方

この研究に参加いただく方は、大阪大学、国立病院機構琉球病院にて、統合失調症、他の精神疾患患者(気分障害、広汎性発達障害など)と診断された方で同意をされた方、また健常者で同意をいただいた方です。

### (2) 検査項目

大阪大学、国立病院機構琉球病院にてご提供いただいた血液、組織、臓器などより分離した細胞より、iPS細胞を作成します。そのiPS細胞より神経系の細胞やその他の細胞を作成し、研究を行う予定としております。また、ゲノム研究の共同研究機関として当院にてiPS細胞由来の神経細胞に対して、遺伝子の立体構造(クロマチン構造を含む)などを研究する予定としております。その他、共同研究機関として名古屋大学、徳島大学、九州大学、大阪医科大学、東京大学、順天堂大学、自然科学研究機構にて共同にて研究を行います。当院にてゲノム情報の結果が出た際には共同研究機関へ情報、資料を提供させていただきます事となります。

4 . **この研究への参加予定期間**

この研究は実施承認後より 2023 年 5 月にかけて行いますが、あなたには、同意を頂いた時点で研究に参加していただくこととなります。

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方 90 名（統合失調症 30 人、その他精神疾患患者 30 名、精神疾患家系における非罹患者もしくは罹患者 30 人）対照として 30 名の健常者の方に参加していただく予定です。

6 . **予想される臨床上の利益および不利益について**

**【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。

**【予想される不利益】**

この研究では、ヒト細胞由来の iPS 細胞を研究するため、ゲノム情報を含めた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、その内容等を公表致します。

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試料・情報を研究対象としてしますので、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はありません。その場合は相談窓口に申し出てください。

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下さい。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が得られた場合には、速やかにその内容をあなたにお伝え致します。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。

#### 1 1 . 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) 臨床研究審査委員会が研究を継続すべきでないとは判断した場合
- 3) 研究の倫理的妥当性や科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

#### 1 2 . 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、あなたの個人情報に十分配慮した上で閲覧します。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、第三者にはわからないように十分に配慮して、慎重に取り扱います。

#### 1 3 . 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。

#### 1 4 . 患者さんに費用負担がある場合はその内容

この研究に参加することで生じる新たな費用負担はありません。

#### 1 5 . 患者さん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。

#### 1 6 . この研究にかかる費用の拠出元

研究代表者岡田繁男を主任研究者とする国立研究開発法人日本医療研究開発機構「神経発達障害の病態解明を目指した革新的イメージングプラットフォーム」の研究費にて行います。

#### 1 7 . 試料・情報の保管および廃棄の方法

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および血液などの検体は、あなたの個人情報が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および検体は、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）。

あなたの個人データおよび検体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. 遺伝子解析などの情報について

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。

#### 19. 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。

#### 20. 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代表施設である大阪大学を含めた、研究参加機関に帰属します。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。

#### 21. 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ぬのではないか（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。

研究責任医師は、製薬企業などからの資金提供を受けておらず利益相反に値する物はありません。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。

#### 22. 責任医師または分担医師等の氏名、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・運営等を行う者でこの病院の医師とは限りません。）

所属・職名	<u>大阪大学 神経科・精神科 助教</u>
氏名	<u>藤本 美智子</u>

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もあります）

職名 小児科医師 准教授  
氏名 滝沢 琢己  
連絡先 027-220-8207

研究分担医師（責任医師に従い、患者さんを担当する医師）

職名 小児科医員・大学院生  
氏名 荒川 直哉  
連絡先 027-220-8207

### 2.3 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 医師  
氏名 滝沢 琢己  
連絡先 027-220-8207

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せん。）
- (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  
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。）  
利用し、または提供する試料・情報の項目  
利用する者の範囲  
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  
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  
小児科 滝沢 琢己 殿

## 臨床研究課題名：「統合失調症患者からのリンパ芽球由来の人工多能性幹細胞(iPS細胞)樹立とそれを用いた病態解析・治療法探索」

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| 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被験者数         | 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. 遺伝子解析などの情報について        |
| 7. 他の治療法について              | 20. データ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】

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 \_\_\_\_\_

### 【臨床研究責任医師又は分担医師の署名欄】

私は、上記の患者さん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） \_\_\_\_\_

臨床研究責任医師：滝沢 琢己（群馬大学医学部附属病院小児科、027-220-8207）