

## 研究協力のお願

この研究は、大阪医科薬科大学 研究倫理委員会にて審査され、各研究機関の長の許可を受けたくえで実施しております。ご理解・ご協力のほど、よろしくお願い致します。

大阪医科薬科大学 薬学部 薬物治療学Ⅱ研究室

大阪急性期・総合医療センター 精神科

富山大学 学術研究部工学系 遺伝情報工学研究室

### 記

<b>研究の名称</b>	神経・精神疾患における自己抗体の研究
<b>対象</b>	<p>2018年11月7日から2029年2月28日までの期間に採取された患者さんの脳脊髄液および血液を研究に利用いたします。本学では、0例（共同研究機関全体で50例）を予定しています。</p> <p>追記：</p> <p>大阪急性期・総合医療センター精神科が行ってきた以下の2つの研究に参加いただいた方の保存検体を本研究にも使わせていただきます。</p> <p>「精神・神経疾患における神経伝達物質受容体に対する自己抗体の研究」</p> <p>「脳炎・脳症における未知の自己抗体およびその標的抗原の探索」</p>
<b>研究期間</b>	<p>研究実施許可日 ～ 2029年2月28日</p> <p>なお、この研究は、2030年2月29日まで延長予定です。</p>
<b>試料・情報の利用 目的及び利用方法</b>	<p>利用目的：免疫機序が想定される脳炎・脳症の体液中の抗体の特性の解析及び新規診断法の開発</p> <p>利用方法：患者さんの診療情報を抽出し解析を行います。抽出した診療情報は、加工して個人を特定できないように対処したうえで取り扱います。研</p>

	<p>究結果は学会や学術誌で発表される予定です。</p> <p>各共同研究機関から主管機関である大阪医科薬科大学には、研究で利用する試料・情報から個人を特定できる情報を削除した状態で提供されます。</p> <p>利用又は提供の開始予定日：研究実施許可日</p>	
<b>利用し、又は提供する試料・情報の項目</b>	<p>試料：血液、脳脊髄液、脳脊髄液中の細胞</p> <p>情報：検査データ、診療記録等</p>	
<b>利益相反について</b>	<p>本学は、臨床研究を含む自らの研究成果について積極的に地域社会へ還元することで、社会から求められる研究拠点を目指しております。一方で、研究に関連して研究者が企業から経済的利益を得ている場合には、研究の成果が歪められる、または歪められているとの疑念を抱かれる可能性が出てきます。このような利益相反の状態を適切に管理し、研究の透明性、信頼性および専門性を確保していることを社会に適切に説明するため、この研究は、本学の利益相反マネジメント規程に則して、実施されております。</p> <p>当該マネジメントの結果、本研究に関して開示する事実がない旨をお伝えします。</p>	
<b>研究者名</b>		
<b>【研究責任（代表）者】</b>		
大阪医科薬科大学 薬学部	教授	福森 亮雄
薬物治療学Ⅱ研究室		
<b>共同研究機関</b>		
大阪急性期・総合医療センター精神科	医師	松永 秀典
富山大学 学術研究部工学系	教授	黒澤信幸

## 参加拒否の申し出について

ご自身の試料（血液等）や診療情報を研究に利用させて頂くことに対する問い合わせ、参加拒否を申し出たい場合は、下記の連絡先までお願いいたします（対象者の代理人からの申し出も受付いたします）。参加拒否の申し出をされた場合は、研究の対象から削除し、研究利用をいたしません。しかしながら、研究結果が出た後の参加拒否の申し出については、研究の対象から削除することができかねますので、予めご了承ください。

### <問い合わせ窓口>

#### 【主管研究機関】

〒569-1094 大阪府高槻市奈佐原4-20-1

大阪医科薬科大学薬学部 薬物治療学Ⅱ研究室

担当者 福森 亮雄

連絡先 072-690-1000（代） 内線 458

### <共同研究機関>

〒558-8558 大阪市住吉区万代東3丁目1番56号

大阪急性期・総合医療センター

担当者 松永 秀典

連絡先 06-6692-1201（代） 内線 2255

### <共同研究機関>

〒930-8555 富山市五福3190

富山大学学術研究部工学系

担当者 黒澤 信幸

連絡先 076-445-6701（代）

### <試料・情報の提供を行う機関>

提供責任者：精神科応援医師（前主任部長） 松永秀典 電話 06-6692-1201

研究機関及び研究機関の長：大阪急性期・総合医療センター 総長 嶋津岳士



# 研究参加拒否書

大阪医科薬科大学 学長 殿

大阪医科薬科大学  
研究責任者 福森 亮雄 殿

<各機関にて修正してください>

研究の名称	精神・神経疾患における自己抗体の研究
-------	--------------------

私は、上記研究への参加について検討した結果、研究参加を拒否します。

年 月 日 対象者

住所

氏名（自署）

※ご本人が自署できない場合は、代諾者の方がご記入ください。

代諾者（続柄： ）

住所

氏名（自署）