

## 研究に関するお知らせ

— 閉塞性動脈硬化症に対してカテーテルによる血管内治療を受けられた患者さんへ —

金沢医科大学病院では、研究のため、検査結果の画像や所見を後日研究目的で使用する場合があります。このような研究は倫理委員会の審査を受け、承認された後に関連の研究倫理指針に従って実施されます。

**研究参加期間:倫理委員会審査承認後(2017年3月)～2022年6月30日**

**【研究タイトル】** 大腿膝窩動脈疾患に対する血管内治療の多施設共同実態調査

**【研究目的】** 本研究の目的は、本邦における大腿膝窩動脈に対する診療の実態や予後の実態、ならびにそれらの関連因子を明らかにすることである。

**【研究意義】** 診療や予後の実態が明らかになることで、これまで日常診療の中で行なわれてきた本疾患の管理戦略を科学的に見直すことができる。さらに、管理方法や予後との関連因子を探索的に調査し、どのような特徴を有する患者が診療の恩恵をより大きく被っているのかが明らかとなることで、効果的な疾患管理戦略を見出せる可能性がある。また、今後、新しい管理戦略が開発されたとき、本研究は従来治療の成績を反映する対照データとして重要な情報を提供することができる。

**【対象・研究方法】** 2016年以降(※)に、心血管カテーテル治療科で閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療を受けた患者さんの情報<sup>※1</sup>を診療録から収集し抽出した情報を用いて大動脈疾患・末梢動脈疾患の診療・治療成績の実態を明らかにするとともに、各種因子の関連性を統計学的に解析する。

※1 身長、体重、血液・尿検検査・ABI検査・超音波検査、血管造影検査などの結果、血行再建術後再狭窄・再閉塞、大動脈破裂、下肢切断、他の心血管疾患、死亡等の発生状況

**【外部への資料・情報の提供】** 対象となる患者さんの診療録より上記情報を調査し、共同研究機関へ提供します。情報は、電子的データ送信により提供します。提供する際、各患者さんに識別番号を割り付けて匿名化を行い、情報等の取扱いにはこの識別番号を用います。患者さんとこの番号を結び付ける対応表は、当院内で厳重に保管し、他施設へは提供しません。

**【個人情報の取り扱い】** データ・その他検査情報は匿名化を行い、これに関わる個人情報は、個人情報管理者によって厳重に管理されます。研究成果の発表時を含め、外部に公開されることは一切ありません。また、個人情報の開示に係る手続きは、下記の問い合わせ先にご相談ください。

**【資料の閲覧について】** あなたかたのご要望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、この研究の計画や方法についての関連資料をご覧いただくことができますのでお申し出ください。

**【その他】** この研究のために、患者さんに新たな検査や費用が追加されることは一切ありません。研究によって得られた知的財産の所有権は研究組織および研究者に属します。

**【研究組織】** 全国約30施設の多施設共同臨床研究として実施されます。

<研究代表施設／研究代表者> 小倉記念病院／曾我 芳光

<参加施設／研究責任者>

関西労災病院／飯田 修

新東京病院／朴澤 耕司

森ノ宮病院／川崎 大三

横浜東部病院／平野 敬典

時計台記念病院／浦澤 一史

高津総合病院／山内 靖隆

長野赤十字病院／宮下 祐介

松山赤十字病院／山岡 輝年

済生会中央病院／鈴木 健之

JCHO 神戸中央病院／馬崎 徹

済生会福岡総合病院／末松 延裕

新古賀病院／新谷 嘉章

岸和田徳洲会病院／藤原 昌彦

国保旭中央病院／早川 直樹

河北総合病院／登坂 淳

大和成和病院／土井尻 達記

信州大学医学部附属病院／三浦 崇

福山循環器病院／谷口 将人

岐阜県総合医療センター／小島 帯

沖縄県立中部病院／仲里 淳

つくばメディカルセンター病院／相原 英明

天理よろず相談所病院／榎本 操一郎

東京ベイクリニック／野口 将彦

東京医科大学付属病院／村田 直隆

大阪赤十字病院／小林 洋平

一宮西病院・寺村 真範／市橋 敬

下関市立市民病院／辛島 詠士

かわぐち心臓呼吸器病院／徳山 榮男

小倉記念病院／平森 誠一

上記期間中(※)に血管内治療を受けられた患者さんで、ご自身の検査結果などの研究使用をご承諾いただけない場合は、2022年6月30日までに下記の問い合わせ先までご連絡下さい。

ご協力よろしくお願い申し上げます。

問 い 合 わ せ 先

研究責任医師：土谷武嗣

金沢医科大学病院 心血管カテーテル治療科

住所：石川県河北郡内灘町大学 1-1 TEL 076-286-2211(内線：8416) FAX 076-286-3780

※ご連絡の際には、お名前／金沢医科大学病院の診察券番号／拒否する研究のタイトルをお知らせください。