

研究協力をお願い

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、研究機関の長の許可を受けたう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 内科学Ⅱ教室

大阪医科薬科大学 健康科学クリニック

記

研究の名称	健康科学クリニックを受診された脂肪肝指数と足関節上腕血圧比及び上腕足首間脈波伝播速度の関連性の検討
対象	2015 年 4 月 1 日から 2024 年 10 月 23 日までの期間に健康科学クリニックで検診を受けられた 20 歳以上かつ ABI が含まれる検診コースを選択された方の診療データを研究に利用いたします。本研究では、10 万例を予定しています。
研究期間	研究実施許可日（2024 年 11 月 28 日） ～ 2029 年 11 月 23 日
試料・情報の利用 目的及び利用方法	利用目的：日本人の 4 人に一人は脂肪肝と言われ我々にとって大変身近な病気です。近年、脂肪肝の指標として脂肪肝指数 (Fatty liver index, FLI) が用いられるようになりました。FLI は中性脂肪、 γ -GTP、BMI、腹囲の 4 つの項目の値から算出されます。また、足関節上腕血圧比 (Ankle brachial index, ABI) とは足首と上腕の血圧の比で算出され動脈硬化の指標として用いられます。また、上腕足首間脈波伝播速度 (brachial ankle pulse wave velocity, baPWV) も同様に動脈硬化の指標として使用され ABI を測定する時に併せて測定されます。脂肪肝患者は動脈硬化のリスク因子を多数有している場合が多くその関係性を明らかにすることは重要です。また FLI の算出に必要な項目は全ての検診者で実施されています。また ABI 及び baPWV は脳ドックコ

	<p>ース、動脈硬化セットコース及び ABI 検査希望者で実施されていま</p> <p>す。本研究の目的は、健康科学クリニック受検者を対象に FLI と ABI</p> <p>及び baPWV の関係性についての検討をすることにあります。</p> <p>利用方法：健康科学クリニック受診者の診療情報を抽出し解析を行います。抽出</p> <p>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</p> <p>取り扱います。研究結果は学会や学術誌で発表される予定です。</p> <p>利用又は提供の開始予定日：研究実施許可日（2024 年 11 月 28 日）</p>
<p>利用し、又は提供する試料・情報の項目</p>	<p>試料：なし</p> <p>情報：検査データ、診療記録等</p>
<p>利益相反について</p>	<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>
<p>研究者名</p> <p>【研究責任（代表）者】</p> <p>大阪医科薬科大学 内科学Ⅱ 教授 西川 浩樹</p>	
<p>参加拒否の申し出について</p> <p>ご自身の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）。</p> <p>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</p>	

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

〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号

大阪医科薬科大学 内科学Ⅱ教室

担当者 後 昴佑

連絡先 072-683-1221（代）内線 58596

研究参加拒否書

大阪医科薬科大学 学長 殿
大阪医科薬科大学病院 病院長 殿

大阪医科薬科大学
研究責任者 西川 浩樹 殿

研究の名称	健康科学クリニックを受診された脂肪肝指数と足関節上腕血圧比及び上腕足首間脈波伝播速度の関連性の検討
-------	---

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）