2025年3月12日第1版

研究協力のお願い

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 法医学教室

記

| <u> </u> | , | | | | |
|------------------|---|--|--|--|--|
| 研究の名称 | 劣化ヒト DNA を用いた DNA 型検査に関する研究 | | | | |
| 対象 | 研究実施許可日から 2029 年 3 月 31 日までの期間に本学法医学教室で解剖された ご遺体を研究対象としています。 | | | | |
| 研究期間 | 研究実施許可日 (2025 年 5 月 17 日) ~ 2030 年 3 月 31 日 | | | | |
| 試料・情報の利用目的及び利用方法 | 利用目的: ご遺体の DNA の劣化の程度を測定し、その測定値を基準に DNA 型検査を実施することで DNA 型検出率を高めうるか検討し、身元特定率の向上に繋げます。 利用方法: 解剖の一環として採取している血液等の体液、組織片から DNA を抽出し、その DNA の濃度と状態を測定し、DNA 型検査を行います。この研究での上記試料およびそれらの検査結果の利用について、可能な限り文書を用いて説明を行います。説明後、この研究への参加に同意いただける場合はこの研究についての「同意書」を担当者に提出していただきます。同意を得られた後、本学法医学において解剖時に採取した試料について前述の行程を経て DNA 型検査を行い、得られた結果を解析します。解析結果は厳重に管理され、個人を特定できる情報が漏れることはありません。研究結果は、個人を特定できないように対処したうえで、学会や学術誌で発表される予定です。本研究は解剖の一環 | | | | |

として得られた試料を用いて実施しますので、参加することによる直 接的な利益や不利益はありません。また、本研究へ参加することで、 新たに発生する自己負担はありませんし、謝礼金などもありません。

対象者の代諾者/ご家族の申し出により、他の対象者等の個人情報保護や研究の 独創性の確保に支障がない範囲内で、研究に関する資料を入手や閲覧できますの で、ご希望される際は、下記の問い合わせ窓口までご連絡ください。

利用又は提供の開始予定日:研究実施許可日(2025年5月17日)

利用し、又は提供す

試料:体液(血液、胸腔内液、脳脊髄液、腹腔内液等)、組織片及び硬組織(爪、

骨等)

る試料・情報の項目

情報:検査及び解析データ

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

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

利益相反について

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。

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。

研究者名

【研究責任(代表)者】

中尾 精希 大阪医科薬科大学 法医学 基礎技術員

参加拒否の申し出について

ご遺体から採取した試料・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

〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号

大阪医科薬科大学 法医学教室

担当者 中尾 精希

連絡先 072-683-1221 (代) 内線 2642

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 中尾 精希 殿 | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---|-----|----|--|--|
| 研究の名称 | 劣化ヒト DNA を用いた DNA 型検査に関する研究 | | | | | |
| 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 | | |
| | | | | | | |
| ※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。 | | | | | | |

住所

氏名(自署)

代諾者 (続柄:)