

### 【研究課題名】

IRB 番号：2013-1132 子宮及び卵巣がん肉腫におけるドライバー変異の体系的探索

(研究責任者：がん研究会 がんプレシジョン医療研究センター 次世代がん研究シーズ育成プロジェクト プロジェクトリーダー 森 誠一)

### 【対象となる患者さん】

1990 年 12 月から現在までにがん研究会有明病院婦人科で、卵巣がんまたは子宮体がんの治療を受けられた際に、「手術切除組織などの研究利用同意書」の同意・説明文書の説明により、試料や臨床情報を使用することに対してご同意いただいた患者さん

### 【研究の目的について】

子宮および卵巣に発生するがん肉腫は、同一腫瘍内にがん成分と肉腫成分が同時に混在する、極めて治療の難しいがん種です。本研究では、がん肉腫について、全遺伝子の解析を含む体系的な調査・解析を行うことで、がん肉腫に対する有効な診断法・治療法を確立することを目的としています。

### 【研究期間】

倫理審査委員会承認日 ～ 2020 年 3 月 31 日

### 【研究に用いる試料・情報の種類】

試料：がん組織（治療に必要な検査や手術により採取後、余った組織）  
情報：年齢、性別、病歴、治療歴、副作用等の発生状況、カルテ番号、  
予後情報等

### 【患者さんの費用負担等について】

- ・ 本研究を実施するに当たって、患者さんの費用負担は一切ありません。
- ・ 将来、本研究の成果が薬などの開発につながり、利益が生まれる可能性があります。研究の成果から生じた権利（知的財産権など）は、がん研究会もしくは研究者に属するため、あなたに帰属しません。

### 【研究成果の公表について】

あなたの協力によって得られた研究の成果は、提供者本人やその家族の氏名などが決して明らかにならないようにした上で、学会発表や学術雑誌およびデータベース等で公に発表されることがあります。

より多くの研究者が、研究で得られたデータを共有することで、新しい技術の開発が進むとともに、様々ながんについて、今まで不可能であった疾患の原因の解明や治療法・予防法の確立が早まる可能性が期待できます。

このように、本研究の解析で得られたデータは、大変重要なデータとなるため、氏名など個人情報に特定できないように匿名化した上で、解析された

データを公的なデータベース(NBDC 等)に登録し、一定の制限の下で国内外の研究者が研究に用いることができるように公開します。

【研究への参加拒否の方法について】

- ・本研究にご自分の試料や情報を使用してほしくない場合は、遠慮なくお知らせ下さい。3 ページ目にあります「同意取消依頼書」に必要事項をご記入の上、主治医にお渡し頂くか、依頼書に記載しております住所またはファックス番号にお送りください。あなたの試料は研究対象から除外いたします。
- ・研究にご協力いただけない場合でも、不利益になることは一切ありません。
- ・ただし、研究成果の発表・公表後に同意の取消を表明された場合、すでに発表した論文やデータを取り下げることはできません。

本研究に関してご質問がございましたら、下記までお申し出下さい。

【問い合わせ窓口】

公益財団法人がん研究会 がんプレシジョン医療研究センター 次世代  
がん研究シーズ育成プロジェクト プロジェクトリーダー 森 誠一  
電話番号：03-3570-0452  
FAX 番号：03-3570-0450  
E-mail：[seiichi.mori@jfcr.or.jp](mailto:seiichi.mori@jfcr.or.jp)

## 同意取消依頼書

がん研究会有明病院・院長  
佐野 武 殿

私は「子宮及び卵巣がん肉腫におけるドライバー変異の体系的探索」（研究責任者：がん研究会がんプレシジョン医療研究センター 次世代がん研究シーズ育成プロジェクト プロジェクトリーダー 森 誠一）への研究協力の同意を取消したいので通知いたします。

＜該当する項目に○をつけてください。署名の上、主治医に渡してください。  
未成年者でも自署していただければ、同意の取消ができます。＞

1. 本研究の利用についての同意取り消し：  
本研究で利用されている試料とデータを廃棄してください
2. 将来の利用継続についての同意取り消し：  
試料とデータの研究利用は、本研究終了までとし、それ以降は保管されている全ての試料とデータを廃棄、あるいは研究に利用しないでください
3. 本研究の利用および将来の利用継続についての同意取り消し：  
本研究で利用されている試料とデータを廃棄し、今後も保管されている全ての試料とデータは研究に利用しないでください

西暦            年            月            日

氏名（試料等提供者）

署名または記名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

※主治医に渡すことができない方は、下記へ郵送またはFAXをお願いします。  
〒135-8550 東京都江東区有明 3-8-31 がん研究会 CPM センター 宛  
FAX：03-3570-0450