

病理解剖および愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録に関する 患者さんご遺族用説明書

このたび亡くなられた患者さんの疾病と死因を究明するために、病理解剖させていただきます。病理解剖は法律（死体解剖保存法）に従い、ご遺体を亡くなられた病院、または愛知医科大学病院において解剖し、検体（組織・細胞・体液など）を採取し、診断します。疾患に応じて生化学的・遺伝子学的な追加検索を行う場合があります。ご遺族は、必ず担当医師から十分に説明を受け納得された上で、「病理解剖および愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録承諾書」に必要事項をご記入下さい。病理検体は個人が特定できない状態で検査・保存され、氏名などの個人情報外部に漏洩されることはありません。また、承諾された内容については所定の同意撤回書によりいつでも中止や変更が出来ますので当研究室までお問い合わせください。

A. 解剖と病理診断について

- (1) 解剖の範囲：脳を含む全身解剖、またはお体の一部の部分解剖を行います。
- (2) 病理診断について：病理診断は依頼を行った担当医師に送付され、結果の説明は患者さんの病気を正確に把握している担当医師により行われます。「病理診断の結果の報告を希望しない」選択も可能です。

正確な病理診断のために「遺伝子解析」の必要な場合があります。遺伝子解析は、承諾された場合に限り検査を行い、結果は担当医師に送付されます。遺伝子解析は通常の検査とは異なり、血縁者についての遺伝情報や想定外の疾患遺伝子も明らかになる可能性があります。従って、愛知医科大学加齢医科学研究所では検査結果を担当医師のみにお知らせし、他の方からの問い合わせには一切お答えしていません。直接ご遺族にお知らせすることも通常ありません。ご遺族が、遺伝子診断の結果の開示を希望される場合には、担当医にご相談ください。ご遺族が解析結果を知ることが有益であると判断される場合には、結果を主治医よりお伝えいたします。希望されても、倫理的に開示されないことがあることをご了解ください。開示する場合には、適宜遺伝子カウンセリングを受けていただき、遺伝子情報に対する正しい理解（診断や疾患への遺伝の関与、特定の親族が発症する危険性など）をしていただいた上で、説明させていただきます。「遺伝子解析が行われることを承諾しない」選択も可能です。

B. 愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録と神経疾患の病態解明・治療研究に向けた学術利用について

- (1) 本ブレインバンクの医学上の意義：医学が進歩した現在でも、神経・精神疾患の多くは原因が不明で、根本的治療法がありません。病気の原因を解明し新しい治療法を開発するには、亡くなられた患者さんの病理検体を用いた研究が不可欠です。病理診断に加え、疾患克服に向けて私共の施設は医学研究・教育のために脳組織を保管しています。

- (2) 研究目的での試料の利用：登録いただいた検体は神経疾患の病態解明・治療研究に活用させていただきます。研究目的での活用は、愛知医科大学医学部倫理委員会において、倫理的・科

学的・医学的妥当性の観点から慎重に審査され、承認を得たものです。「神経疾患の病態解明・治療研究」には病理標本を用いた研究、タンパク・遺伝子の解析、診療情報（病歴・画像）を検索する研究が含まれます。必要に応じ凍結保存した組織からタンパク質・DNA等を抽出し、国内外の適切な共同研究機関に送付し、高度なタンパク質解析・遺伝子解析（現在特定されている遺伝子、将来新しくわかる遺伝子を含みます）を行う場合があります。組織検体を付託する共同研究機関は研究機関の倫理審査委員会で厳正に承認された施設に限定されます（施設一覧は本学倫理審査委員会 HP で参照できます）。研究の個々の結果はご遺族には公表せず、研究成果による知的財産権は当施設に帰属する点ご了承ください。

（３）個人情報の保護：研究情報は愛知医科大学加齢医科学研究所内の施錠可能な部屋に設置されたコンピューターに保管されます。コンピューターはアカウントを保持した特定の職員のみが管理し、患者さんの個人情報は厳重に守られます。個人情報は符号化され、対応表は管理責任者以外が閲覧できません。研究の目的で臨床情報と病理所見や遺伝子情報を対比する場合にのみ、当施設の権限者が突合を行います。

（４）研究結果の公表：検体を用いて得られた研究成果は学術会議や学術誌などに公表します。ただし、個人を特定できる情報は一切公表しません。

（５）教育使用：医師や医学生等に対して、病理標本などを呈示して教育活動（講義、実習、教育出版物など）を行います。この場合も、個人を特定できる情報は一切呈示致しません。

（６）検体の取り扱い：検体はご遺体そのものと同様に尊厳をもって取り扱います。保存を中止した検体は、荼毘に付させていただきます。ご遺族から特に指定がない場合には病理検体管理施設において丁重に火葬させていただきます。病理標本は半永久的に大切に保存されます。

（７）費用負担：ご遺族の費用負担はありません。診断・研究は当研究所の講座研究費および公的な研究費を用いて行います。

C. 愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録を中止したいとき

何らかの理由で当事業への登録を中止されたいときは、別紙の「同意撤回書」を担当医師を通じて下記の病理検体管理責任者へご提出下さい。中止を希望されてもご遺族には何ら不利益は生じません。

D. 特記事項、ご要望

具体的なご要望があれば「登録承諾書」にご記入ください。

<検査実施者および病理検体管理責任者>

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1

電話 0561-62-3311（事務内線 12091）

愛知医科大学 加齢医科学研究所 岩崎 靖

<研究以外のことに関する連絡先>

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1

電話 0561-62-3311（内線 11267）

愛知医科大学研究推進部研究支援課

*検査実施者および病理検体管理責任者は、組織機構改編・人事異動等により、予告なく変更される場合があります。この説明書は承諾書とともに大切に保管してください。

本書式は3部作成（原本1部、コピー2部）。ご遺族、医療機関の診療録、愛知医科大学加齢医科学研究所で保管

病理解剖および愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録承諾書

研究責任者 岩崎 靖 殿

患者さんのお名前： _____ 様 （男・女）

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 死亡年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* ご承諾いただける場合は□にチェック[✓]を記入ください

☐ 私は、病理解剖と愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録に協力することに関して担当医師から説明文書をもって以下の項目について十分な説明を受け、自由意思のもとに同意します。

ブレインバンクへ登録いただいた場合には下記項目について実施させていただきます。

①病理解剖

②病理標本の半永久的な保管（標本以外の組織は一定期間が経過した後に火葬に付されます）

③組織検体・診療情報（病歴・画像）の医学研究への活用（患者さんの個人情報は一切明かされず厳重な符号化のもと扱います）

④医学教育（講義、実習、教育出版物）への活用（患者さんの個人情報は一切明かされず厳重な符号化のもと扱います）

* 上記のうちで実施をご承諾しない項目がございましたら下欄にご記入ください。

[_____]

* その他、ご遺族からご要望がございましたら以下に記入ください。

[_____]

* 同意を撤回されたい場合は、説明文書の連絡先までお問い合わせください。登録の取り消しによりご遺族が不利益を被ることは一切ございません。

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご遺族代表のご署名 _____ 亡くなられた方との続柄 _____

ご住所 _____

説明医師署名 _____ 病院名・診療科 _____

病理組織検査依頼書

西暦 年 月 日

愛知医科大学加齢医科学研究所長 殿

依頼者

病院所在地 〒

病 院 名

診 療 科

医 師 名

Tel ()

下記患者の剖検組織の病理組織検査を依頼します。病理組織検査料（病理標本作成料、病理診断料、報告書作成料を含む。剖検や検討会などに関する代務料、交通費は別途お支払い下さい）を速やかに支払うことに同意します（振込手数料は、ご依頼者にてご負担、本書類は検査依頼時原本を加齢医科学研究所に提出し、コピーを依頼病院にて保存してください）。

記

患者氏名	殿 男・女	年齢	歳	生年月日（西暦）	年	月	日
死亡日時（西暦）：	年	月	日	午前・午後	時	分	
剖検日時（西暦）：	年	月	日	午前・午後	時	分	開始
臨床診断							
#1	全経過： 年 月 日						
#2							
#3							
病理組織検査に対し、特に依頼したい事柄、その他特記すべき事柄	#						
HB抗原： + - 未、 HCV： + - 未、 梅毒反応： + - 未 HB抗体： + - 未、 HIV： + - 未、 COVID-19： + - 未							
病理組織検査料の請求先 ☐ 依頼者と同じ ☐ 依頼者と異なる（下記に記載） 【請求先（担当部署、担当者名、電話番号またはメールアドレス）】							
病理組織検査料	250,000 円（税込）	支払いに関する 問い合わせ先	加齢医科学研究所 事務担当 TEL: 0561-62-3311（内線 12091）				
以下記入不要							
病理組織検査区分							
1. 愛知医科大学剖検例 2. 出張剖検例 3. 持ち込み剖検例 4. 出張ブレインカッティング例 5. 持ち込み標本検索依頼例 6. その他（ ）							
A. 検査請負者	B. データ入力	C. 事務提出	病理組織検査料支払い				
	済み ・ 不要	コピー提出済み ・ 不要	済み ・ 不要				

[第1号書式]

死亡診断書（又は死体検案書）抄

1. 住所

氏名

性別

年齢

2. 発病年月日

年

月

日

3. 死亡年月日時分

令和

年

月

日

時

分

4. 死亡の場所

5. 死亡の種類

6. 直接死因及び間接死因

上記の通り証明する。

令和

年

月

日

住所

医師名



〔第2号書式〕

解剖に関する遺族の承諾書

1. 死者の住所および氏名

2. 死亡年月日
令和 年 月 日

- ### 3. 死亡場所

上記の死体が死体解剖保存法の規定に基づいて解剖されることに異存ありません。

つきましては、採取された臓器・組織・細胞などが、つぎのように使われることに異議なく承諾します。

- ① 摘出臓器・組織の肉眼写真、顕微鏡用ガラス標本、顕微鏡標本用パラフィンブロックおよび病理診断書が作製（作成）され、解剖担当施設に一定期間保存されること。
- ② さらに、病理標本・材料が、匿名化によりプライバシーが保護された上で、医学研究（病態解明、新しい診断法・治療法の開発など）、医学・看護教育や診断の精度管理に利用されること。
- ③ 親子間の遺伝に関係のない病巣組織における遺伝子の変異などは、診断確定や病態解明の目的で検査する場合があるが、遺伝病に関係するヒトゲノム・遺伝子研究に関する同意は、本承諾書には含まれず、必要な場合は別途同意を得ること。
- ④ 解剖結果の概要が日本病理剖検輯報に掲載されること。
- ⑤ 病理学的検索の終了後、一定の保存期間において、残された臓器・組織類は解剖担当施設の責任・費用負担で火葬に付されること。

解剖の許可範囲について

- ☐身体臓器一般（脊髄、脊椎、骨髄を含む）
☐局所解剖（ ）

※許可いただける臓器をご記入ください。

脳解剖について

- ☐承諾します
- ☐承諾しません

令和 年 月 日

住所

死者との続柄

氏 名



〔第3号書式〕

第 号
令和 年 月 日

※受理番号第 号
※剖検番号第 号

大学（医学部長）殿

所在地
医療機関名
電話番号
院長名



病理解剖依頼書

別紙のとおり下記死亡者の遺族から承諾を得ましたので病理解剖をお願いいたします。

記

死亡者氏名 生年月日 年 月 日
年齢 歳 性別 男 ・ 女

臨床診断

解剖承諾範囲

- ☐ 身体臓器一般（脊髄、脊椎、骨髄を含む）
☐ 局所解剖（

）

※許可いただける臓器をご記入ください。

脳の解剖について

- ☐ 承諾します
☐ 承諾しません