

研究課題名「多施設共同レジストリによる脊髄性筋萎縮症成人例の長期フォローアップ研究」に関する情報公開

1. 研究の対象

過去に当院での受診歴がある脊髄性筋萎縮症の成人患者の方（同意取得日において 18 歳以上の患者の方）

2. 研究目的・方法・研究期間

脊髄性筋萎縮症（以下 SMA）は、主に SMN と呼ばれるタンパク質の欠乏によって脊髄や脳の一部の運動神経に病変をきたし、体幹や手足の筋萎縮と筋力低下が進行する遺伝性疾患です。SMA は小児期までに発症することが多い疾患ですが、思春期や成人期に発症するケースもあります。

SMA には長らく有効な治療薬がありませんでした。しかし 2017 年 7 月、乳児型 SMA の治療薬としてヌシネルセン（スピニラザ[®]髓注 12mg）が承認され、その後、乳児型以外の SMA についても承認されました。そのため、ヌシネルセンは現在 SMA 治療薬として広く用いられています。しかし、それらの基になったデータは、乳幼児や小児の患者さんを対象に実施された治験（医薬品の承認を目的とした試験）などの結果から得られたものであり、成人患者さんでの治療有効性や疾患の自然経過については、いまだ十分に明らかになっていません。

そこで本研究では、成人の SMA 患者の方にご協力いただき、これまでの受診期間に得られた診療情報及び今後 60 カ月間、診療情報を収集・解析することにより、SMA のさらなる理解と、より良い治療へつなげることを目指します。

研究実施期間：実施承認日～2027 年 3 月 31 日

3. 研究に用いる試料・情報の種類

本研究では、初診時以降の診療情報から主に以下のような情報を収集します。

- ・本研究登録時の年齢あるいは生年月日、性別、生存状況
- ・SMN 遺伝子に関する検査情報
- ・臨床所見（発症年齢、SMA 分類、側弯症の有無等）
- ・運動機能に関する情報
- ・車椅子、経管栄養、人工換気の使用状況
- ・SMA の治療薬の投与状況
- ・入院歴及び併存疾患の有無
- ・治験及び臨床研究への参加歴

- ・運動能力の測定結果
- ・検査結果（放射線画像検査、生理検査、血液検査）
- ・症状アンケート
- ・リハビリの実施状況

4. 外部への試料・情報の提供

本研究では、研究参加施設で取得された診療情報はインターネット上の電子症例報告書（EDCといいます）に入力され、研究代表施設である名古屋大学医学部附属病院に提供されます。なお、EDCには厳重なセキュリティ対策が施されており、特定の関係者以外の者がアクセスすることはできません。情報の提供に当たっては、患者さんの個人情報は無関係の登録番号で置き換えて管理されるため、個人情報が提供されることはありません。必要に応じて患者さん個人を識別するための対応表が作成されますが、対応表については研究参加施設の責任者によって厳重に保管され、施設外には提供されません。

もしも、本研究への診療情報の提供をご了承いただけない場合には、下記のお問い合わせ先までご連絡ください。その場合でも、患者さんに何らかの不利益が発生することはありません。

5. 研究組織（名古屋大学とバイオジェン・ジャパン株式会社以外は五十音順）

名古屋大学医学部附属病院	勝野 雅央
鹿児島大学病院	高嶋 博
神戸大学医学部附属病院	関口 兼司
公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター	上田 直久
公立大学法人横浜市立大学附属病院	田中 章景
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター	森 まどか
国立大学法人京都大学医学部附属病院	綾木 孝
国立大学法人東京医科歯科大学医学部附属病院	横田 隆徳
筑波大学附属病院	石井 一弘
東京大学医学部附属病院	戸田 達史
東北大学病院	青木 正志
独立行政法人国立病院機構大阪刀根山医療センター	齊藤 利雄
独立行政法人国立病院機構沖縄病院	渡嘉敷 崇
独立行政法人国立病院機構下志津病院	三方 崇嗣
独立行政法人国立病院機構仙台西多賀病院	高橋 俊明
独立行政法人国立病院機構新潟病院	中島 孝
独立行政法人国立病院機構北海道医療センター	石川 悠加
鳥取大学医学部附属病院	渡辺 保裕

山梨大学医学部附属病院
バイオジエン・ジャパン株式会社

瀧山 嘉久

ただし、共同研究機関や責任者が追加される可能性があります。

6. お問い合わせ先

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

ご希望があれば、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、研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出下さい。

また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象としませんので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

研究責任者

医療機関名 :

所属職名氏名 :

(電話 、 ファックス)