

# 当院にて多発性脳腫瘍に対して定位放射線治療を受けられたことのある 患者さんとそのご家族様へ

当院では、以下の臨床研究を実施しています。この研究の実施にあたっては、当院倫理審査委員会の承認ならびに院長による許可を受け、研究倫理指針および関連法令を遵守します。

また、研究者が公的資金以外に製薬企業などからの資金提供を受けていることはありません。

## 1. 研究課題名

転移性脳腫瘍に対する強度変調回転放射線治療 (VMAT) における非共面ビームの幾何学的精度と患者品質保証の分析

## 2. 研究の対象

2024年4月1日より2028年3月31日の期間に多発性脳腫瘍に対して定位放射線治療を実施した方

## 3. 研究責任者

中央放射線部 主任 後藤 昌希

## 4. 研究目的・方法

三重県立総合医療センターにて Varian 社のハイパーアークシステムを用いて、寝台移動後の X 線画像取得可能な透視型位置照合装置 ExacTracDynamic (Brainlab AG, Munich, Germany) を利用して寝台回転毎に位置照合を行いながら照射を受けた転移性脳腫瘍患者 40 名を対象に解析を行う。

特定の固定用マスク (Qfix Encompass SRS Fibreplast USA) を患者に固定し、寝台治療寝台角度 0 度にて CBCT を撮影しターゲットと骨の位置情報を確認し、位置補正を行う。位置補正後に ExacTracDynamic (ETD) にて X 線画像を取得し、位置情報 (Lat , Long , Vrt , Pitch , Roll, Yaw の 6 軸) を記録する。(0 position date)

寝台角度 0 度の照射後に各寝台角度 (ハイパーアークシステムで任意に選択された寝台角度である寝台角度 45 度、寝台角度 90 度、寝台角度 315 度、寝台角度 270 度から 3 つ寝台角度) 毎に ETD を用いて X 線画像を撮影し、位置補正を行い、移動量を記録する。

(CouchKic position date)

記録した 0 position data と CouchKic position date より位置精度評価を行う。

さらに位置精度評価したデータから寝台移動しても測定可能な SRS Map Check を用いて寝台移動後の位置補正の有無が及ぼす影響をガンマ解析 (あらかじめ距離と線量の判定基準を設定し、測定された線量分布におけるある評価点について距離と判定基準内に含まれる測定点のうち線量の判定基準を用いてガンマ値を算出する。同様に線量分布全体について評価を行うことでガンマパスマ率を算出する方法) を用いて比較評価を行う。

## 5. 研究期間

実施許可日～2028年9月30日まで

## 6. 利用する試料・情報

多発性脳腫瘍に対する定位照射線治療実施の患者情報（照射部位、年齢、性別、全身状態（PS））と放射線治療情報（総線量、分割回数、レントゲン画像、治療計画 CT 画像、治療寝台の位置情報、治療時間）

※患者様のお名前、住所などのプライバシーに関する情報が外部に漏れることは一切ありませんのでご安心下さい。

情報の利用開始日：2026年6月1日

## 7. 情報の管理責任者

地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 院長

## 8. 個人情報の取り扱い

お名前、住所などの個人を特定する情報については厳重に管理を行い、学会や学術雑誌等で公表する際には、個人が特定できないような形で使用いたします。

ご自身の情報を研究に利用することを承諾されない方は『臨床研究登録拒否通知書』を下記連絡先までご提出ください。その場合も、診療上何ら不利な扱いを受けることはありません。その他、研究に関する資料をご覧になりたい場合、またはご質問等がございましたらご遠慮なくお尋ね下さい。

## 9. お問い合わせ先

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

中央放射線部 主任 後藤 昌希

電話：059-345-2321（代表）

三重県立総合医療センター  
臨床研究登録拒否通知書

三重県立総合医療センター院長 様

私は、三重県立総合医療センターにおいて、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が下記臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

臨床研究課題名：転移性脳腫瘍に対する強度変調回転放射線治療（VMAT）における非共面ビームの幾何学的精度と患者品質保証の分析

\_\_\_\_\_  
(患者様氏名)

\_\_\_\_\_  
(自署・代筆)

\_\_\_\_\_  
(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_  
(診察券番号)

※ 必要時記載 代筆者：(氏名) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(患者さんとの関係： \_\_\_\_\_)

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送り頂くか、当院1階総合案内にご提出ください。

**郵送先・提出窓口**

三重県立総合医療センター 中央放射線部 主任 後藤 昌希

〒510-8561 三重県四日市市大字日永 5450-132

本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。