

魚沼基幹病院 倫理審査委員会 オプトアウト書式

① 研究課題名	寛骨臼骨折の長期治療成績
② 対象者及び対象期間、過去の研究課題名と研究責任者	<p>魚沼基幹病院にて寛骨臼骨折を受傷した患者 開院から 2024 年 12 月 31 日を予定する</p> <p>研究責任者：生越章 所属組織：魚沼基幹病院 所属部署：整形外科 住所：南魚沼市浦佐 4 1 3 2 電話：0 2 7 - 7 7 7 - 3 2 0 0 Email：aogose@med.niigata-u.ac.jp</p>
③概要	<p>5 研究等の概要 寛骨臼骨折は 2 例/10 万人とまれな骨折であると同時に、手術難易度が高い骨折である。外傷センターの少ない本邦において、症例を集約化した治療はほとんど行われていないのが現状である。そのため本邦における寛骨臼骨折の疫学や治療成績については報告が少ない。新潟大学整形外科教室は、2007 年より関連病院に寛骨臼骨折患者の集約化を行い治療している日本でも数少ない施設であり、そのデータをまとめることは日本の寛骨臼骨折治療において重要であると考え、本研究を計画する。 魚沼基幹病院は魚沼地区の寛骨臼骨折を集約化している病院であり、新潟大学病院を中心とする臨床研究に共同研究の形で参画する。 本研究は侵襲も介入も行わない研究である（診療録の記載および X 線画像を用いた観察研究）</p>
④申請番号	01-015
⑤研究の目的・意義	<ul style="list-style-type: none"> 今回の研究は、地域の一般病院である当院において治療された寛骨臼骨折の治療成績を解析し、新潟大学病院を中心とした多施設の共同研究をおこなうものである。
⑥研究期間	研究承認日から 2024 年 12 月 31 日
⑦情報の利用目的及び利用方法（他の機関へ提供される場合はその方法を含む。）	個人データがわからないような形で学会発表、論文発表をする
⑧利用または提供する情報の項目	病名 整形外科受診の有無とその内容 診療経過
⑨利用の範囲	魚沼基幹病院
⑩試料・情報の管理について責任を有する者	魚沼基幹病院 整形外科 生越章
⑪お問い合わせ先	魚沼基幹病院 整形外科 生越章

	949-77302 新潟県南魚沼市浦佐4132 電話025-777-3200
--	---

※オプトアウト書式は、a-wada@ncmi.or.jp へ原稿をお送りください。

<研究者用ガイドンス>

① 研究課題名

申請した研究の課題名を記載して下さい。

② 対象者及び対象期間、過去の研究課題名および研究責任者

研究対象者の範囲が第三者から見て明確に分かるように記載してください。

また、過去の研究に用いた情報を再度利用する際には、その過去の研究課題名および研究責任者を記載してください。

③ 概要

研究全体の内容について、300～500文字程度で対象者に伝わるようにわかりやすく記載してください。

④ 申請番号

記載不要 事務局にて受理番号を記載します。

⑤ 研究の目的・意義

研究に関する目的・意義を記載してください。

⑥ 研究期間

申請した研究の研究期間を記載して下さい。

⑦ 情報の利用目的及び利用方法（他の機関へ提供される場合はその方法を含む。）

共同研究期間や海外にある者に提供する場合や不特定多数に対し公表する場合は、どのような方法で提供又は公表を行うのかが研究対象者等に分かるよう、必要な範囲でその方法（記録媒体、郵送、電子的配信、インターネットに掲載等）も含めて記載してください。

⑨ 利用または提供する情報の項目

利用または提供する試料・情報の一般的な名称（例えば、血液、毛髪、だ液、排泄物、検査データ、診療記録等）のことであり、どのような試料・情報を用いるのかが研究対象者等に分かるように、必要な範囲でその内容を含めて記載してください。

⑨ 利用の範囲

当該研究を実施する全ての共同研究機関の名称及び研究責任者の氏名を記載してください。研究機関以外において既存試料・情報の提供を行う者が含まれる場合は、当該者の氏名及び当該者が属する機関の名称も含めて記載してください。ただし、利用する者の範囲が多く、その全てを個別に列挙して通知し又は公開することが困難な場合については、以下の代替方法によることもできます。

- 代表的な研究機関の名称及びその機関の研究責任者の氏名を通知し又は公開した上で、利用する者全体に関する属性等を併せて通知し又は公開することにより、研究対象者等がどの期間まで将来利用されるか判断できる程度に明確にする。
- 代表的な研究機関のホームページ等で利用する者の範囲が公表されている場合、そのサイトを摘示して記載する。

⑩ 試料・情報の管理について責任を有する者

当院の研究責任者の所属、職名、氏名は必ず記載してください。

多施設で共同研究を行う場合には、全ての共同研究機関を代表する1つの研究機関の名称およびその機関に所属する研究責任者の職名と氏名を併記してください。

⑪ お問い合わせ先

当院における問い合わせ先につき、連絡先の氏名も含めて記載してください。連絡先のメールアドレスについては、ヤフーなどのフリーメールアドレスの使用は避けてください。