<表　題>

（情報公開文書は青字の○○○○を埋める、または青字の「例）」を参考にして記載してください。赤字は削除し、青字をそのまま利用した場合は、「例」」を削除し、青字を黒字に変換してくだい。）

**例）**

○○○○**年**○○**月**○○**日～**○○○○**年**○○**月**○○**日の間に**

**〇〇歯科医院による歯科訪問診療を受けられた方へ**

**―「歯科訪問診療における既往歴を有する患者を対象とした後向き研究」へ**

**ご協力のお願い―**

研究機関名　〇〇歯科医院

研究機関長　院長　〇〇〇〇

研究責任者　〇〇歯科医院　院長　　　○○○○

研究分担者　〇〇歯科医院　歯科医師　○○○○

　　　　　　〇〇歯科医院　歯科医師　○○○○

# １．研究の概要

## 1) 研究の背景および目的

※研究計画書の当該部分に記載した内容を、患者にわかりやすい表現で記載すること。専門用語の使用は極力さけること。

例）

超高齢社会を迎えた日本では、官民をあげて様々な在宅医療の推進が講じられています。歯科医療においても、通院が困難な方のための歯科訪問診療が普及してきており、その需要も年々高まっています。歯科訪問診療を必要とする方の多くは高齢者であり、複数の病気を合併していることが多く、時に重篤な呼吸・循環器系の病気を合併していることも少なくなくありません。したがって、健康な方の治療に比べて歯科訪問診療は注意点も多く、慎重な対応が必要なこともあります。本研究では、これまでに当院の歯科訪問診療を受診した患者さんを対象として、既往歴や服用薬剤等を調査し、訪問歯科診療を必要とする患者さんの全身的な特徴を分析することを目的としています。

## 2) 予想される医学上の貢献及び研究の意義

※同上

例）

既往歴や服用薬剤を把握することで、病気に対する知識の習得に繋がり、実際の歯科訪問診療時の治療方法や管理方法（モニタリング等）に役立てることができます。また必要に応じて、その病気の主治医と的確に情報交換を行うことで、より安全な医療の提供に貢献できます。

# ２．研究の方法

## 1) 研究対象者

（当院単独の研究の場合）

例）

○○○○年○○月○○日～○○○○年○○月○○日の○○年間に〇〇歯科医院による訪問歯科診療を受けられた大人の方、○○名を研究対象とします。

（他施設との共同研究の場合）

例）

○○○○年○○月○○日～○○○○年○○月○○日の○○年間に〇〇歯科医院および〇〇歯科医院による訪問歯科診療を受けられた大人の方で、〇〇歯科医院による治療を受けられた方○○名、〇〇歯科医院による治療を受けられた方○○名を研究対象とします。

## 2) 研究期間

※今回の研究期間を記載すること。（研究期間には症例集積期間に集計・解析期間を加味する。）

例）

倫理審査委員会承認後～2020年3月31日

## 3) 研究方法

例）

○○○○年○○月○○日～○○○○年○○月○○日の○○年間に〇〇歯科医院による訪問歯科診療を受けられた大人○○名の方の診療記録（カルテ）をもとに、既往歴や服用薬剤に関する情報を調べて分析します。

## 4) 使用する情報

例）

この研究に使用する情報として、診療記録（カルテ）から以下の情報を調べて、使用させていただきますが、氏名、生年月日などのあなたを直ちに特定できる情報はすべて削除します。よって、あなたの個人情報は漏洩しません。

・既往歴、服用薬剤

・年齢、性別、家族歴、既往歴

・居宅か施設か、日常活動作（ADL）、介護度

## 5) 情報の保存、二次利用

例）

この研究に使用した情報は、電子情報としてパスワード等で制御されたコンピューターに保存する。個人情報は、情報を取得した時点において削除するため、保管しない。

なお、保存した情報を用いて新たな研究を行う際は、倫理審査委員会にて承認を得ます。

## 8) 研究計画書および個人情報の開示

※研究対象者への情報公開を十分に行えるよう、１か月以上のオプトアウト可能期間を設定すること。

例）

あなたのご希望があれば、個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、この研究計画の資料等を閲覧または入手することができますので、お申し出ください。また、この研究は氏名、生年月日などのあなたを直ちに特定できるデータをわからない形にして分析されますが、また、あなたの情報が研究に使用されることについて、あなたもしくは代理人の方（父母、親権者、配偶者、成人の子又は兄弟姉妹等、後見人、保佐人）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、○○○○年○○月○○日までの間に下記の連絡先までお申し出ください。この場合も診療など病院サービスにおいて患者の皆様に不利益が生じることはありません。この研究ついておわかりになりにくい点がありましたら、遠慮なく下記の担当者にお尋ねください。なお、この研究は氏名、生年月日などのあなたを直ちに特定できるデータをわからない形にして、学会や論文で発表しますので、ご了解ください。

**＜問い合わせ・連絡先＞**

〇〇歯科医院

担当者：○○○○

電話：〇〇〇-〇〇〇-○○○○（平日：○時○分～○時○分）

ファックス： 〇〇〇-〇〇〇-○○○○

メールアドレス：〇〇〇〇〇〇＠〇〇〇〇〇〇

**＜研究組織＞**

※単独研究の場合は記載不要です。項目を削除してください。

※主幹施設の機関名称および主幹施設の研究責任者名を記載すること。

例）

研究代表機関名 ○○歯科医院

研究代表責任者　○○歯科医院　院長　○○○○

※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名を記載すること。

例）

共同研究機関

○○歯科医院　院長　○○○○

○○歯科医院　院長　○○○○