

申請番号

※申請番号は事務局で入力します

2024 年 5 月 10 日

日本福祉大学大学院

医療・福祉マネジメント研究科 研究科長 殿

申請者

(氏名) 松井 俊明

(学籍番号) 23MH0163

(指導教員) 渡辺 崇史

※上記「氏名」「学籍番号」「指導教員」はデータ入力可

**【新規申請用】****「人を対象とする研究」計画等倫理審査申請書****\* 研究計画の軽微な変更の場合は申請書が異なります**

- ☒ 1) 研究倫理 e ラーニングコース (e-Learning Course on Research Ethics [eL CoRE]) を受講済である
- ☒ 2) 今回の申請内容について、指導教員の下承を得ている

\* 上記 1) 2) について必ず対応のうえ、左端の口にチェック (✓) を入れたうえで申請してください。

希望する審査方法 (※)

☐ 本審査 ☒ 迅速審査

(※) 迅速審査は、以下の (1) ~ (3) のいずれかに該当する研究のみ申請できます。なお、迅速審査で申請がなされても、要件に該当しない、もしくは、大幅な修正が必要等と審査委員会が判断した場合は、本審査として審査を進めることもあります。

- (1) 研究計画書の軽微な変更に関する審査
- (2) 侵襲を伴わない研究であって介入を行わないものに関する審査
- (3) 軽微な侵襲を伴う研究であって介入を行わないものに関する審査

\* 日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会に関する規程  
第 6 条 4 項より

申請番号

※申請番号は事務局で入力します

## I. 研究計画等の概要

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. 研究課題名                            | 認知症を伴う高齢者の在宅支援から学ぶ病院での転倒予防対策                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
| 2. 研究実施者<br>(申請者以外に実施<br>担当者がある場合)  | (所属) (職名)<br>(氏名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (所属) (職名)<br>(氏名) |
|                                     | (所属) (職名)<br>(氏名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (所属) (職名)<br>(氏名) |
| 3. 研究実施場所                           | 回復期病棟, 訪問リハビリテーション, 居宅介護支援事業所,<br>訪問看護ステーション, 訪問介護事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| 4. 研究実施期間                           | 倫理審査委員会承認日 ~ 2025 年 3 月 30 日※                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 5. 実施計画の概要<br>(意義・目的・内容等)<br>400字以内 | <p>(意義)<br/>在宅の認知症を伴う高齢者と回復期病棟等の入院先の間で, 転倒<br/>予防対策に向けた情報共有するための情報発信手段を検討し, 認<br/>知症を伴う高齢者の回復期病棟入院中の転倒リスクを軽減する.</p> <p>(目的)<br/>本研究は回復期病棟および在宅の転倒予防対策の違いを明確に<br/>し, 在宅の生活場面を意識した転倒予防対策を回復期病棟の転倒<br/>予防対策に取り入れる.</p> <p>(内容)<br/>回復期病棟, 訪問リハビリテーションの PT または OT, 回復期病<br/>棟と訪問リハビリテーション両方の経験を有する PT または OT,<br/>居宅介護支援事業所の介護支援専門員, 訪問介護員, 訪問看護師<br/>に対し, 入院中および在宅の転倒防止対策について個別の半構造<br/>化インタビューを実施する. そこで得られたデータをもとに, 回<br/>復期病棟と在宅の転倒予防対策の課題や違い, 工夫を明らかにす<br/>る.</p> |                   |
| 6. 研究資金                             | 特になし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |
| 7. 研究成果の公表<br>方法                    | 修士論文, 学会誌等への論文投稿, 学会発表                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |

※研究実施期間の終了日は、申請者の大学院修了予定期日を最長とする。

申請番号

※申請番号は事務局で入力します

## Ⅱ. 個人から収集する情報・データ等

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 対象者及び対象者として選定した理由                | 〈調査対象者〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症を伴う高齢者に対して担当実績のある，回復期病棟の PT または OT，訪問リハビリテーションの PT または OT，および回復期病棟と訪問リハビリテーション両方の経験を有する PT または OT：3～6 名</li> <li>認知症を伴う高齢者の支援経験がある，居宅介護支援事業所の介護支援専門員，訪問介護事業所の訪問介護員，訪問看護ステーションの看護師：各 1～2 名</li> </ul> 〈選定した理由〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>個別の事例に多く触れることから，申請者本人のリハビリテーション業務の繋がりがあの方々から紹介していただく。</li> </ul>                                                                                       |
| 2. 対 象 人 数                          | 5 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3. 収 集 の 方 法<br>* 調査用紙があるときは添付すること。 | <b>【調査，観察，解析などデータ収集の具体的な方法】</b><br>調査については，以下の通り行う。<br>(1) 本調査の目的を説明し，参加同意を得る。<br>(2) 申請者は調査対象者の指定する場所に出向き，インタビューガイドに沿って，直接対面による半構造化インタビューを行う。<br>(3) 1 人あたりのインタビュー時間は，30 分～40 分程度とする。<br>(4) インタビュー内容は，同意を得て IC レコーダーに記録する。逐語録を作成し，質的分析を行い認知症高齢者の転倒予防対策の課題点を明確にする。なお，個別事例を扱う場合は，個人が特定されないように十分配慮して行う。<br>(5) インタビュー実施場所は，外部からインタビュー内容が聞かれない，プライバシーの確保できる場所で行う。<br><b>【委託する機関等】</b> 契約書の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 4. 謝 礼                              | 謝礼の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり<br><b>【謝礼がある場合，その金品の種類，金額など】</b><br>各インタビュー先の事業所：2000 円分のクオカード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## Ⅱの 2. ヒト由来試料を用いる場合

 該当の有無 ☐ 該当する（5～9 の回答を要す） ☒ 非該当（5～9 の回答は不要）

|              |                                                                                                |     |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5. 試 料 の 入 手 | <input type="checkbox"/> 外部の提供機関（機関名）<br><input type="checkbox"/> 研究実施者が独自に採取する（記入欄 9 以降も記入）   |     |
| 6. 試料の種類・量   | (種類)                                                                                           | (量) |
| 7. 採 取 の 方 法 |                                                                                                |     |
| 8. 侵 襲 について  | 侵襲の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><b>【侵襲がある場合，その具体的な内容と対応策】</b> |     |
| 9. 試料の保管・廃棄  | 保管場所                                                                                           |     |
|              | 保管方法                                                                                           |     |
|              | 廃棄方法                                                                                           |     |

申請番号

※申請番号は事務局で入力します

## Ⅲ. 個人情報の保護について（個人情報を収集する場合は記入すること）

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 収集する個人情報について              | <input checked="" type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 住 所 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日<br><input checked="" type="checkbox"/> その他（職歴，年齢，現在の経験年数      ）                                                                            |
| 2. 取 扱 責 任 者                 | （所属）袋井市立聖隷袋井市民病院リハビリテーション室<br>（職名）理学療法士（氏名）松井俊明                                                                                                                                                                                                          |
| 3. 個人情報を収集する場合の匿名化の方法        | <input type="checkbox"/> 匿名化しない<br><input checked="" type="checkbox"/> 個人を識別する情報を取り除き，新たに符号又は番号を付して匿名化し，対応表を作成する。      （連結可能匿名化）<br><input type="checkbox"/> 個人を識別する情報を取り除き，新たに符号又は番号を付して匿名化し，対応表は作成しない。      （連結不可能匿名化）<br>※ 連結不可能匿名化の場合，記入欄 4 以降の記入は不要 |
| 4. 対応表の保管・管理の方法              | パスワードをかけることができる専用 USB メモリに保存し，鍵のかかる大学院生ロッカーに保管する。                                                                                                                                                                                                        |
| 5. 匿名化しない場合及び連結可能匿名化の場合，その理由 | <input type="checkbox"/> 提供者の開示又は廃棄の請求に応じる必要がある。<br><input type="checkbox"/> データの解析結果を提供者に知らせる可能性がある。<br><input type="checkbox"/> その他の理由（具体的に記入すること）                                                                                                     |
| 6. データの保管及び廃棄の方法について         | （保管について）音声データ等のデジタルデータは，パスワードをかけることができる専用 USB メモリに保存し，鍵のかかる大学院生ロッカーに保管する。<br>（廃棄について）研究が終了し発表後，個人が特定されるデータ含めて全て削除する．紙媒体のプリントデータは，シュレッターにて破棄する．専用 USB メモリに保存された音声データ等のデジタルデータはメモリを初期化し物理的に破棄する。<br>また，本研究参加への同意を撤回した場合は，個人が特定されるデータとともに，収集したデータも破棄する。     |
| 7. 収集及び研究の一部の第三者への委託について     | 委託の有無 <input checked="" type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する<br>契約書の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>【委託をする場合，委託先の名称，個人情報保護の配慮の方法など】                                                                           |

## Ⅳ. 説明に関する事項

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 説 明 の 方 法                              | 説明の対象 <input checked="" type="checkbox"/> 個人ごとに <input type="checkbox"/> 集団で<br>説明の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 書面で <input checked="" type="checkbox"/> 口頭で <input type="checkbox"/> その他（具体的方法）<br>※ 書面で説明する場合は，その説明文書を添付すること。 |
| 2. 説明する事項<br>*書面以外で説明する場合は，その説明事項を記入すること。 | ※説明書参照                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. 説 明 者                                  | （所属）袋井市立聖隷袋井市民病院リハビリテーション室<br>（職名）理学療法士（氏名）松井俊明<br>【説明者が申請者と異なる場合，その理由】                                                                                                                                                                  |

## V. 同意に関する事項

|                                  |                                                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1. 同意書の作成<br>*作成する場合は同意書を添付すること。 | <input checked="" type="checkbox"/> 作成する<br><input type="checkbox"/> 作成しない |
|                                  | <b>【理由および同意を得たことを確認する方法】</b>                                               |
| 2. 代諾の方法                         | <b>【代諾を得る理由】</b><br>しない.                                                   |
|                                  | <b>【代諾者】</b>                                                               |

1. 安全管理上特記する事項および配慮している事項について

書式付きの表参照(説明書に記載)

☒ 説明書                      ☒ 同意書                      ☒ 同意撤回書  
☒ その他（ インタビューガイド                      ）  
書式付きの表参照