

「手のリハビリテーション」の効果検討のため、当デイケアにおいて「手のリハビリテーション」を実施した利用者様の上肢機能評価を用いた医学系研究に対するご協力のお願い

研究責任者	所属 <u>東京湾岸リハビリテーション病院</u> 職名 <u>作業療法士</u> 氏名 <u>沢田 宏美</u>
実務責任者	所属 <u>東京湾岸リハビリテーション病院</u> 職名 <u>作業療法士</u> 氏名 <u>沢田 宏美</u> 連絡先電話番号 <u>047-453-9010</u>

このたび当デイケアでは、脳卒中後に「手のリハビリテーション」を実施した利用者様を対象に、上肢機能評価を用いた下記の臨床研究を、当院倫理審査会の承認ならびに病院長の許可のもと、倫理指針および法令を遵守して実施しますので、ご協力をお願いいたします。

この研究を実施することによる、利用者様への新たな負担は一切ありません。また利用者様のプライバシー保護については最善を尽くします。

本研究への協力を望まれない利用者様は、その旨を「8 お問い合わせ」に示しました連絡先までお申し出下さいますようお願いいたします。

1 対象となる方

西暦 2019 年 7 月 19 日より 2022 年 6 月 30 日までの間に、当デイケアにおいて「手のリハビリテーション」を実施した方

2 研究課題名

承認番号

研究課題名 通所リハビリテーション利用者を対象とした脳卒中後上肢麻痺に対する課題指向型訓練の効果

3 研究実施機関

【東京湾岸リハビリテーション病院、谷津居宅サービスセンター】

研究実施機関

東京湾岸リハビリテーション病院、谷津居宅サービスセンター

研究責任者

沢田 宏美

4 本研究の意義, 目的, 方法

本研究は、当デイケアにおいて実施している「手のリハビリテーション」の効果を検討することを目的としています。下記「5 協力をお願いする内容」に記載されている情報を用い、効果について検討します。本研究により、介護保険下にて実施可能な上肢機能訓練を明示できると考えます。

5 協力をお願いする内容

本研究では、「手のリハビリテーション」実施前後に行った上肢機能評価の結果を使用します。また、診療録より基本情報（年齢・性別・利き手・脳卒中の型・麻痺側・要介護度（要支援度）・発症日・通所開始日・利用回数・「手のリハビリテーション」開始日）を用います。

6 本研究の実施期間

西暦 20xx 年 xx 月 xx 日～20yy 年 yy 月 yy 日

7 プライバシーの保護について

- 1) 本研究で取り扱う利用者様の個人情報、年齢・性別・利き手・脳卒中の型・麻痺側・要介護度（要支援度）・発症日・通所開始日・利用回数・「手のリハビリテーション」開始日のみです。その他の個人情報（住所、電話番号など）は一切取り扱いません。
- 2) 本研究で取り扱う利用者様の上肢機能評価の結果と診療録から得た基本情報は、個人情報をすべて削除し、第三者にはどなたのものか一切わからない形で使用します。
- 3) 利用者様の個人情報と、匿名化した上肢機能評価の結果と診療録から得た基本情報を結びつける情報（連結情報）は、本研究の情報管理者である沢田宏美が研究終了まで厳重に管理し、研究の実施に必要な場合のみに参照します。また研究計画書に記載された所定の時点で完全に抹消し、破棄します。
- 4) なお連結情報は当院内のみで管理し、他の研究機関等には一切公開いたしません。

8 お問い合わせ

本研究に関する質問や確認のご依頼は、下記へご連絡下さい。

また本研究の対象となる方またはその代理人（ご本人より本研究に関する委任を受けた方など）より、上肢機能評価の結果と診療録から得た基本情報の停止を求める旨のお申し出があった場合は、適切な措置を行いますので、その場合も下記へのご連絡をお願いいたします。

- ・対応者の氏名：沢田宏美
- ・所属：東京湾岸リハビリテーション病院 リハビリテーション部 作業療法科
- ・お問い合わせ方法：お電話、 FAX
- ・連絡先：TEL 047-453-9010 , FAX 047-453-9002
- ・対応可能な時間帯：12:00-12:50, 17:00-17:30

*対応者が不在の場合には、お手数ではございますが、改めてのご連絡をいただけますよう、よろしく願いいたします。

以上