

研究番号 1642号 承認日 2022年12月16日

研究実施予定期間 承認後～2027年12月31日

情報公開文書

1. 研究課題名	疫学調査「口腔がん登録」	
2. 研究の目的及び 実施計画の概要 (研究に薬品や機器がある 場合には品名と一般名も記 載)	口腔がんの罹患患者数等正確なデータは存在しない。口腔がんに特化した疫学調査を行う日本口腔外科学会および日本口腔腫瘍学会の登録事業に参加する。	
3. 研究責任者 氏名・所属・職・所属機関	桐田 忠昭・理事長・公益社団法人日本口腔外科学会 太田 嘉英・委員長・一般社団法人日本口腔腫瘍学会	
4. 研究実施責任者 氏名・所属・職・所属機関	石濱 孝二・部長・大阪警察病院 歯科口腔外科	
5. 研究の分類	〈侵襲性について〉 <input type="checkbox"/> 侵襲を伴う研究 <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 侵襲を伴わない研究	〈共同研究の有無について〉 <input type="checkbox"/> 多施設共同研究 <input type="checkbox"/> 当院のみの研究 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (日本口腔外科学会・日本口腔腫瘍学会)
	〈介入について〉 <input type="checkbox"/> 介入を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 介入を伴わない研究 (観察研究)	〈インフォームド・コンセント(ア セント) について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> オプトアウト
	〈試料・情報の利用について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 (取得試料・情報の利用) <input type="checkbox"/> 既存 (取得試料・情報の利用) <input type="checkbox"/> 既存 (残余検体の利用) 【保存年数】 <input type="checkbox"/> 3年 (提供元の場合) <input checked="" type="checkbox"/> 5年 (提供先の場合)	〈モニタリングと監査について〉 <input type="checkbox"/> 必要 ・モニタリング実施者 () ・監査実施者 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	〈対応表の作成の有無について〉 <input checked="" type="checkbox"/> あり (具体的な管理方法について: 学会より配布された紙媒体の症例登録票を用いて管理し、歯科口腔外科外来診療室内に保管する) <input type="checkbox"/> なし	
6. 研究の対象及び 実施予定期間	公益社団法人日本口腔外科学会認定研修施設で調査協力を申し出た施設とすべての一般社団法人日本口腔腫瘍学会認定研修施設で口腔がん と診断された新鮮例で、対象施設で加療を行った患者 西暦 2023年1月1日～西暦 2027年12月31日	
7. 問合せ先	【照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先】 大阪警察病院 大阪市天王寺区北山町 10-31 診療科: <u>歯科口腔外科</u> 担当者: (氏名) <u>石濱 孝二</u> (職名) <u>部長</u> 連絡先: 06-6771-6051 ※本研究に関するご質問等がありましたら上記の連絡先までお問い合わせ下さい。また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方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お申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。	

研究番号 1581号 承認日 2022年8月19日

研究実施予定期間 承認後～

情報公開文書

1. 研究課題名	口腔癌患者における頸部郭清術および放射線治療がリンパ浮腫発生に与える影響についての後ろ向き研究	
2. 研究の目的及び 実施計画の概要 (研究に薬品や機器がある場合には品名と一般名も記載)	2015年1月以降に当科で加療を行った口腔癌症例のうち、頸部郭清術もしくは放射線治療を行った症例に対して、治療前および治療後に撮影されたCT画像を用いて、第二頸椎上端の高さにおける咽頭後壁の厚さおよび喉頭蓋正中部における喉頭蓋の厚さをそれぞれ計測し、浮腫の状態について検討を行う。また、診療録から嚥下困難や呼吸困難などの症状の有無を確認し、浮腫の程度と症状との関連について検討を行う。	
3. 研究責任者 氏名・所属・職・所属機関	石濱 孝二 歯科・口腔外科 部長 大阪警察病院	
4. 研究実施責任者 氏名・所属・職・所属機関	田中 徳昭 歯科・口腔外科 副部長 大阪警察病院	
5. 研究の分類	〈侵襲性について〉 <input type="checkbox"/> 侵襲を伴う研究 <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 侵襲を伴わない研究	〈共同研究の有無について〉 <input type="checkbox"/> 多施設共同研究 <input checked="" type="checkbox"/> 当院のみの研究 <input type="checkbox"/> その他 ()
	〈介入について〉 <input type="checkbox"/> 介入を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 介入を伴わない研究 (観察研究)	〈インフォームド・コンセント (アセント) について〉 <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> オプトアウト
	〈試料・情報の利用について〉 <input type="checkbox"/> 新規 (取得試料・情報の利用) <input checked="" type="checkbox"/> 既存 (取得試料・情報の利用) <input type="checkbox"/> 既存 (残余検体の利用) 【保存年数】 <input type="checkbox"/> 3年 (提供元の場合) <input type="checkbox"/> 5年 (提供先の場合)	〈モニタリングと監査について〉 <input type="checkbox"/> 必要 ・モニタリング実施者 () ・監査実施者 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	〈対応表の作成の有無について〉 <input type="checkbox"/> あり (具体的な管理方法について:) <input type="checkbox"/> なし	
6. 研究の対象及び 実施予定期間	2015年以降に当科で加療を行った口腔癌症例	
7. 問合せ先	【照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先】 大阪警察病院 大阪市天王寺区北山町10-31 診療科: <u> 歯科口腔外科 </u> 担当者: (氏名) <u> 田中 徳昭 </u> (職名) <u> 副部長 </u> 連絡先: 06-6771-6051 ※本研究に関するご質問等がありましたら上記の連絡先までお問い合わせ下さい。また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象としますのでお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。	

研究番号 1457号 承認日 2021年11月15日

研究実施予定期間 承認後～2023年3月31日

情報公開文書

1. 研究課題名	当院における亜鉛製剤の使用状況とその対象疾患の臨床症状の変化の検討	
2. 研究の目的及び 実施計画の概要 (研究に薬品や機器がある 場合には品名と一般名も記 載)	必須微量元素「亜鉛」欠乏による臨床症状は、味覚障害・口内炎・皮膚炎・脱毛・貧血など多岐に渡る。対象年度(2017年以降を想定)において、当院にて血液検査項目「亜鉛」を測定した患者のうち、ポラプレジング(プロマック)あるいは酢酸亜鉛製剤(ノベルジン)を処方した患者を抽出し、後方視的に臨床症状の変化について評価することを目的とする。	
3. 研究責任者 氏名・所属・職・所属機関	石濱孝二・歯科口腔外科・部長・大阪警察病院	
4. 研究実施責任者 氏名・所属・職・所属機関	石本俊介・歯科口腔外科・医長・大阪警察病院	
5. 研究の分類	〈侵襲性について〉 <input type="checkbox"/> 侵襲を伴う研究 <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 侵襲を伴わない研究	〈共同研究の有無について〉 <input type="checkbox"/> 多施設共同研究 <input checked="" type="checkbox"/> 当院のみの研究 <input type="checkbox"/> その他()
	〈介入について〉 <input type="checkbox"/> 介入を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 介入を伴わない研究(観察研究)	〈インフォームド・コンセント (アセント)について〉 <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> オプトアウト
	〈試料・情報の利用について〉 <input type="checkbox"/> 新規(取得試料・情報の利用) <input checked="" type="checkbox"/> 既存(取得試料・情報の利用) <input type="checkbox"/> 既存(残余検体の利用) 【保存年数】 <input type="checkbox"/> 3年(提供元の場合) <input type="checkbox"/> 5年(提供先の場合)	〈モニタリングと監査について〉 <input type="checkbox"/> 必要 ・モニタリング実施者 () ・監査実施者 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	〈対応表の作成の有無について〉 <input checked="" type="checkbox"/> あり (具体的な管理方法について:院内PCのみで操作する) <input type="checkbox"/> なし	
6. 研究の対象及び 実施予定期間	・実施承認後 ～ 西暦 2023年 3月 31日	
9. 連絡先	氏名:石本俊介 PHS番号:	所属:歯科口腔外科 E-mail: 職名:医長

研究番号 405号 承認日 2014年7月8日

研究実施予定期間 承認日～

情報公開文書

1. 研究課題名	大阪警察病院における周術期口腔ケアの効果についての検討	
2. 研究の目的及び 実施計画の概要 (研究に薬品や機器がある 場合には品名と一般名も記 載)	平成24年4月から行っている、周術期口腔ケアの効果についてケア実施群と未実施群とで種々の項目(入院日数や入院費、術後合併症発生率や術後血液検査結果など)について比較・統計学的検討を行い、その有効性について検討する。	
3. 研究責任者 氏名・所属・職・所属機関	石濱孝二 歯科・口腔外科 部長 大阪警察病院	
4. 研究実施責任者 氏名・所属・職・所属機関	石濱孝二 歯科・口腔外科 部長 大阪警察病院	
5. 研究の分類	〈侵襲性について〉 <input type="checkbox"/> 侵襲を伴う研究 <input type="checkbox"/> 軽微な侵襲を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 侵襲を伴わない研究	〈共同研究の有無について〉 <input type="checkbox"/> 多施設共同研究 <input checked="" type="checkbox"/> 当院のみの研究 <input type="checkbox"/> その他()
	〈介入について〉 <input type="checkbox"/> 介入を伴う研究 <input checked="" type="checkbox"/> 介入を伴わない研究(観察研究)	〈インフォームド・コンセント (アセント)について〉 <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> オプトアウト
	〈試料・情報の利用について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 新規(取得試料・情報の利用) <input type="checkbox"/> 既存(取得試料・情報の利用) <input type="checkbox"/> 既存(残余検体の利用) 【保存年数】 <input checked="" type="checkbox"/> 3年(提供元の場合) <input type="checkbox"/> 5年(提供先の場合)	〈モニタリングと監査について〉 <input type="checkbox"/> 必要 ・モニタリング実施者 () ・監査実施者 () <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	〈対応表の作成の有無について〉 <input type="checkbox"/> あり(具体的な管理方法:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
6. 問合せ先	【照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先】 大阪警察病院 大阪市天王寺区北山町10-31 診療科: 歯科・口腔外科 担当者: (氏名) 石濱孝二 (職名) 歯科医師 連絡先: 06-6771-6051 ※本研究に関するご質問等がありましたら上記の連絡先までお問い合わせ下さい。また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象としないのでお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。	