

## 当院で気胸の治療を受けられた患者の皆様、ご家族の皆様へ

お知らせ

2026年3月19日

当院呼吸器外科では日本気胸・嚢胞性肺疾患学会における学術調査として下記の研究に参画し、対象となる方の診療情報を利用して頂きます。研究内容の詳細を知りたい方、研究に情報を利用して欲しくない方は、本文末尾の相談窓口にご連絡ください。

■研究課題名：第二回本邦における気胸治療の実態調査：多施設共同後方視的研究

■研究目的：呼吸器領域において、原発性自然気胸、続発性自然気胸は遭遇する頻度が多い疾患ですが、その治療内容は施設毎によって異なり、各々の病態に応じた適切な治療法が確立されているとは言い難い状況にあります。この理由の一つとして、気胸に対する診療の実態が不明確であることが挙げられます。

日本気胸・嚢胞性肺疾患学会では以上のような状況を鑑み、ガイドラインや臨床研究のコントロールに役立つデータベースを構築する必要性を認識しており、学術委員会を中心に2019年4月1日から2020年3月31日の間に入院症例の原発性自然気胸、続発性自然気胸の実態調査を施行しました。今回、上記実態調査から5年が経過し、改めて本邦の気胸治療の実態を把握する必要があると考え、今回の研究を立案しました。

■研究の意義：気胸の診療において、治療方略決定の助けになります。

■研究方法：気胸入院症例を対象とし、その患者背景、疾患、治療法、退院時転帰の実態を調査し、退院時転帰に影響を与えた因子を明らかにします。

■研究期間：倫理委員会承認後～2027年3月31日まで

この研究は、淀川キリスト教病院 倫理審査委員会の承認を受け、病院長の許可を受けて実施するものです。

■研究対象者として選定した理由：2024年4月1日から2025年3月31日の間に気胸と診断され、入院加療が施行された患者、もしくは他疾患で入院中の場合は同一入院期間内に気胸に対する加療が施行された患者を対象とします。ただし、入院日が上記期間内であれば、加療による転帰日は2025年4月1日以降に及んでいても構わないものとします。

■研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク：なし。

■研究対象者に生じる得る利益：なし。

■研究が実施又は継続されることは病院ホームページなどで公開され、研究対象者は随時研究への参加を撤回できます。

■研究参加撤回の申し出方法：研究代表者への問合せ（連絡先は下記に記載）

■研究参加撤回の申し出期間：2027年3月31日まで

- 研究参加撤回することによって研究対象者等は不利益な取扱いを受けません。
- 研究に関する情報公開の方法：気胸・嚢胞性肺疾患関連学会及び学術誌で報告予定。
- 研究対象者等の求めに応じて、他の研究対象者等の個人情報等の保護及び当該研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できます。方法については当院研究代表者へお問合せください（連絡先は下記に記載）。
- 個人情報等の取扱い（匿名化する場合にはその方法を含む。）：カルテから抽出する段階で匿名化します。
- 試料・情報の保管及び廃棄の方法：研究者本人が施錠できる部屋にある USB メモリーにパスワードを設定し、当該研究期間保管します。研究期間終了しデータ解析終了後も、原則として永久保存を行います。削除する場合は、保存した USB メモリー上から消去します。
- 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況：研究の資金源等については本病院の研究に掛かる資金および日本気胸・嚢胞性肺疾患学会の資金を使用します。本研究に係る利益相反はありません。

■研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応：

研究代表者連絡先；前橋赤十字病院 呼吸器外科 井貝 仁

電話番号 027-265-3333、

E-mail: [hitoshiigai@gmail.com](mailto:hitoshiigai@gmail.com)

■当院研究代表者：加地 政秀（呼吸器外科）

■院内倫理委員会承認番号：2025-097

■本研究の実施について淀川キリスト教病院の倫理委員会ならびに院長の許可を受けています。

■照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：

淀川キリスト教病院 呼吸器外科 加地 政秀

住所：大阪市東淀川区柴島 1-7-50

電話：06-6322-2250 FAX：06-6326-1064

## 臨床研究についての不参加希望者

私は、淀川キリスト教病院ホームページ上に開示された臨床研究

「第二回 本邦における気胸治療の実態調査：多施設共同後方  
視的研究」

に参加することを希望せず、研究内容に私の症例が含まれないことを希望します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名： \_\_\_\_\_ (自署)

代諾者指名： \_\_\_\_\_

(代諾者の場合、患者指名および患者との続柄 \_\_\_\_\_)

説明医師： \_\_\_\_\_