

別記第 1 号様式 (第 6 条関係)

倫 理 審 査 申 請 書

2024 年 11 月 20 日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 藤本昌志 

所 属 脳神経外科

職 名 医師

受付番号 EP2024-92 (※事務局で記入)

所属長の印



1 審査対象

- ☐ 1) 実施計画
☐ 2) 出版・公表予定原稿

2 課題名

CT における腰椎椎体の三次元での Hounsfield unit について (年代別解析)

3 主任医療行為者名

氏名：藤本 昌志 所属：脳神経外科 職名：医師

4 分担医療行為者名

氏名： 所属： 職名：

5 医療行為の概要

過去に CT における腰椎椎体の新たな解析法として三次元での Hounsfield unit と骨密度の相関が高いことを証明し論文 (J Neurosurg Spine. 2024;40:708-716.) で報告をした。今回は各年代の Hounsfield unit を測定することで加齢による変化を調べる。また解剖学的に層別に測定し、その変化も調べる。

6 医療行為の対象及び実施場所

過去に当院で CT を受けられた患者の腰椎画像が対象。
撮影された CT 画像の DICOM data を使用する。

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（Ⅰ～Ⅴは必ず記載のこと）

Ⅰ 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

個人データは匿名化して管理する

Ⅱ 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

○①オプトアウト

②書面による同意

③その他（ ）

Ⅲ 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

特になし

Ⅳ 予測される医学上の貢献

これまでに報告はなく、骨粗鬆症や脊椎手術の合併症のリスクを評価するのに役たつと考える。

Ⅴ その他（研究期間、症例数等）

研究期間：後向き研究であり、当院で画像が保存されている 2016 年から

症例数等：300-500 例

別記第1号様式（第6条関係）

倫理審査申請書

2024年 11月 25日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 森 恵子



所 属 臨床検査課

職 名 臨床検査技師

受付番号 IR2024-93 (※事務局で記入)

所属長の印



1 審査対象	*何れかに○を付けてください。
① 実施計画	
2) 出版・公表予定原稿	(発表予定日: 年 月 日)
2 課題名	*未定の場合も「～(仮)」として記載ください。
自己フィブリン糊調製に伴う成分評価	
3 主任医療行為者名	
氏名: 森 恵子 所属: 臨床検査課 職名: 臨床検査技師	
4 分担医療行為者名	
氏名: 玉木 茂久 所属: 血液内科 職名: 医師	
氏名: 藤枝 敦史 所属: 輸血細胞治療部 職名: 医師	
氏名: 中村 由美 所属: 臨床検査課 職名: 臨床検査技師	
5 医療行為等の概要	*研究の内容についてご記載ください。
2023年3月末より旭化成メディカルクリオシールを使用し、現在までに約150症例の自己血より自己フィブリン糊を調製している。調製過程で保存している血漿検体のフィブリノゲンを測定し、成分評価を行う。	
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。
2023年3月から2024年11月までに自己フィブリン糊を調製された患者自己血検体	

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（Ⅰ～Ⅴは必ず記載のこと）

Ⅰ 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

残余検体は無記名とし、患者個人の特定は出来ないよう十分に配慮して実施する。

Ⅱ 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

①オプトアウト¹

②書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③その他（ ）

Ⅲ 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

調製過程で保存した残余検体を用いるため、患者に対して不利益ならびに危険性を及ぼすことはないと思われる。

Ⅳ 予測される医学上の貢献

自己フィブリン糊調製に伴う成分評価を行い、今後の調製技術の教育と質的向上を目指す。また、依頼診療科の範囲を広げ治療効果に寄与する。

Ⅴ その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間：2024年11月下旬～2024年12月下旬

症例数等：調製した150症例中保存可能であった120検体

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院HP上で研究名を公知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこととする制度

別記第1号様式（第6条関係）

倫理審査申請書

R6年11月27日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 佐藤啓太

所属 外科

職名



受付番号 EP2024-96 (※事務局で記入)

所属長の印



1 審査対象	*何れかに○を付けてください。		
1) 実施計画	学会発表 食通学会		
② 出版・公表予定原稿	(発表予定日 2025年6月27日)		
2 課題名	*未定の場合も「～(仮)」として記載ください。 食通症 術後支持療法について(仮)		
3 主任医療行為者名	氏名: 佐藤啓太 所属: 外科 職名:		
4 分担医療行為者名	氏名: 所属: 職名:		
5 医療行為等の概要	*研究の内容についてご記載ください。 高齢者の適応拡大において、ERASポット当院利活用 支持療法を提案する ERASポット		
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。 対象者 case series 対象者 case series		

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（I～VIVは必ず記載のこと）

I 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

匿名化

II 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

① ☒ オプトアウト¹

② 書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③ その他（ ）

III 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

なし

IV 予測される医学上の貢献

薬物療法

V その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間： 2016～2024

症例数等：

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院 HP 上で研究名を公知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこととする制度

別記第1号様式（第6条関係）

倫理審査申請書

R6年11月27日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者

所属

職名

佐藤 浩太
外科



受付番号 ER2024-97 (※事務局で記入)

所属長の印



1 審査対象

*何れかに○を付けてください。

1) 実施計画

学会発表

2) 出版・公表予定原稿

(発表予定日: 2025年5月29日)

2 課題名

*未定の場合も「～(仮)」として記載ください。

脊髄のSMA Emboli の治療戦略 (仮)

3 主任医療行為者名

氏名: 佐藤 浩太

所属: 外科

職名:

4 分担医療行為者名

氏名:

所属:

職名:

5 医療行為等の概要

*研究の内容についてご記載ください。

日本全国収められたIPR治療の補完として手術は含みません
重要となった。当院のハイブリッド治療について概説する

6 医療行為等の対象及び実施場所

*研究対象者・データ等についてご記載ください。

SMA 患者 9例

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（I～Vは必ず記載のこと）

I 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

完全匿名化

II 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

① オプトアウト¹

② 書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③ その他（ ）

III 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

なし

IV 予測される医学上の貢献

学会発表（依頼課題）

V その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間： 2020 - 2024

症例数等：

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院 HP 上で研究名を公知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこととする制度

別記第1号様式（第6条関係）

倫理審査申請書

R6 年 11 月 27 日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者

所属

職名

佐藤啓介
外科



受付番号 IR2024-98 (※事務局で記入)

所属長の印



1 審査対象	*何れかに○を付けてください。		
1) 実施計画	※学会発表		
2) 出版・公表予定原稿	(発表予定日: 2025年 9月 16日)		
2 課題名	*未定の場合も「～(仮)」として記載ください。 食道癌術後創部腔内照射療法		
3 主任医療行為者名	氏名:	佐藤啓介	所属: 外科 職名:
4 分担医療行為者名	氏名:		所属: 職名:
5 医療行為等の概要	*研究の内容についてご記載ください。 食道癌の一次閉鎖創りについて、当院の科別特と NPWTを用いた行いことの有効性を検証する報告 (腔内照射療法)		
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。 創部創		

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（Ⅰ～Ⅳは必ず記載のこと）

Ⅰ 医療行為の対象となる個人の人權の擁護

匿名化

Ⅱ 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

①オプトアウト¹

②書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③その他（ ）

Ⅲ 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

なし

Ⅳ 予測される医学上の貢献

学会発表

Ⅴ その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間： 2016 - 2024

症例数等：

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院 HP 上で研究名を公知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこととする制度

別記第 1 号様式（第 6 条関係）

倫 理 審 査 申 請 書

2024 年 11 月 29 日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 伊井憲子



所 属 放射線治療科

職 名 部長

受付番号 EP2024-100 (※事務局で記入)

所属長の印	
-------	--

1 審査対象	*何れかに○を付けてください。		
1) 実施計画			
(2) 出版・公表予定原稿	(発表予定日：2025 年 未定)		
2 課題名	ワンポイントアドバイス 治療編 胃 MALT リンパ腫の放射線治療		
3 主任医療行為者名			
氏名：伊井憲子	所属：放射線治療科	職名：部長	
4 分担医療行為者名			
氏名：	所属：	職名：	
5 医療行為等の概要	*研究の内容についてご記載ください。 放射線科医師を対象とした日本放射線科専門医会の医会誌「JCR ニュース」で当院の放射線治療についての原稿依頼あり。これは診断医にも読んでほしいワンポイントアドバイスになる。当院ではこれまでに 4 例の胃 MALT リンパ腫の方に強度変調放射線治療を行っており、その治療計画等について紹介する。		
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。 伊勢赤十字病院放射線治療科で放射線治療を受けた患者の治療計画用画像、診断用画像等の画像データと血液データ等の診療データを用いて発表予定。		

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（Ⅰ～ⅤⅣは必ず記載のこと）

Ⅰ 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

本研究は後ろ向き研究であるため、身体的、経済的な利益、不利益は生じず、匿名で個人を識別できる情報を取り扱わない。

Ⅱ 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

①オプトアウト¹

②書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③その他（ ）

Ⅲ 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

本研究では胃 MALT リンパ腫に対して、強度変調放射線治療を行うことにより正常臓器の線量を低減することが可能となる。強度変調放射線治療は、様々な領域の照射に多く用いられている。この治療に伴う副作用は従来の放射線治療に準じたものであり、重篤な障害は少数である。

Ⅳ 予測される医学上の貢献

本研究にて、胃の病変に対しての強度変調放射線治療を把握することは、治療の発展とその質の向上に寄与することができ、未来の治療に対して有益な情報が得られるものと考えている。

Ⅴ その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間：承認日から 2025 年 12 月

症例数等：約 4 例

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院 HP 上で研究名を公知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこととする制度

別記第 1 号様式（第 6 条関係）

倫 理 審 査 申 請 書

2024 年 11 月 29 日提出

伊勢赤十字病院
倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 藤井 典善
所 属 医療社会事業課
職 名 社会福祉士



受付番号 222024-101 (※事務局で記入)

所属長の印

1 審査対象	*何れかに○を付けてください。	
1) 実施計画	第 45 回日本医療社会事業学会で発表	
2) 出版・公表予定原稿	(発表予定日：2025 年 6 月 21・22 日)	
2 課題名	*未定の場合も「～(仮)」として記載ください。	
HIV 感染患者を地域で支える ～サービス提供事業所の新規開拓を目指した取り組みについて～		
3 主任医療行為者名		
氏名：藤井 典善	所属：医療社会事業課	職名：社会福祉士
4 分担医療行為者名		
氏名：上部 真嗣、鈴木 貴子、中野 絵梨		
所属：医療社会事業課	職名：社会福祉士	
氏名：前田多見	所属：三重大学医学部附属病院	職名：社会福祉士
5 医療行為等の概要	*研究の内容についてご記載ください。	
HIV 患者の生存年齢が高齢化し受け入れ先がなく研修会を実施した。取り組みによって現在では受け入れ先事業所は増加し地域で生活を送れるようになった。その報告を発表する。		
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。	
平成 12 年 2 月 7 日から令和 6 年 11 月 30 日までの間で当院にて現在も継続治療している HIV 患者に対して介入した 42 例を分析した。公益財団法人エイズ予防財団 HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業を利用		

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（Ⅰ～Ⅴは必ず記載のこと）

Ⅰ 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

個人が特定されないよう配慮する

Ⅱ 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

①オプトアウト¹

②書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③その他（

）

Ⅲ 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

不利益はなし

Ⅳ 予測される医学上の貢献

地域との連携の強化のモデル

Ⅴ その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間：平成 12 年 2 月 7 日から令和 6 年 11 月 30 日まで

症例数等：42 例

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院 HP 上で研究名を公知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこととする制度

別記第1号様式（第6条関係）

倫理審査申請書

2024年12月3日提出

伊勢赤十字病院

倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 大西 孝宏
所属 腎臓内科
職名 部長

受付番号 EP2024-102 (※事務局で記入)

所属長の印 大西 孝宏

1 審査対象	*何れかに○を付けてください。	
(1) 実施計画		
2) 出版・公表予定原稿	(発表予定日: 年 月 日)	
2 課題名	*未定の場合も「～(仮)」として記載ください。	
IgA腎症に対する扁桃摘出術とステロイドパルス療法、後療法ステロイド薬との治療効果と副作用に関する多機関共同研究である		
3 主任医療行為者名	*研究内容についてご記載ください。	
氏名: 大西 孝宏	所属: 伊勢赤十字病院 腎臓内科	職名: 部長
4 分担医療行為者名	*研究対象者・データ等についてご記載ください。	
氏名: 片山 文彦	所属: 伊勢赤十字病院 腎臓内科	職名: 医師
5 医療行為等の概要	*研究内容についてご記載ください。	
三重県におけるIgA腎症に対して扁桃摘出術とステロイドパルス療法を行う、後療法ステロイド薬を処方した場合、後療法ステロイド薬を処方しない場合、それらのIgA腎症の寛解、再燃、腎機能の低下と評価する臨床研究、治療効果、副作用に関する研究である。		
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。	
IgA腎症に対し腎生検を行った後、ステロイドパルス療法と扁桃摘出術を行った患者で、対象者は2000年1月から2019年12月に診断された患者(当院にて)		

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。

7 医療行為における医学倫理的配慮について（I～Vは必ず記載のこと）

I 医療行為の対象となる個人の人権の擁護

研究対象者に同意 または研究対象者が容易に知り得る状態とし

研究が実施又は継続されることに対して研究対象者等が拒否できる機会を
付与し、個人情報は厳格に管理し、必要最小限の努力を払う。

II 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

※いずれかを○で囲んでください。

①オプトアウト¹

②書面による同意

*同意書のひな型を添付ください。

③その他（

）

III 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

本研究は臨床研究であり該当しない

IV 予測される医学上の貢献

本研究で、今後の IgA腎症の病態が変化する可能性があり、

社会的に重要性の高い研究である

V その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間： 2022年10月4日～2027年3月31日

症例数等： 目標症例数 400例

¹ 患者への侵襲がなく、個人が特定されることのない方法で実施される研究については、病院 HP 上で研究名を公
知し、研究への不参加の意思を病院あてに通知する窓口が整備されていることをもって、患者から同意を得たこと
とする制度

別記第 1 号様式（第 6 条関係）

倫 理 審 査 申 請 書

2024 年 12 月 3 日提出

伊勢赤十字病院
倫理委員会倫理委員長 殿

申請者 宮崎 優里 印
所 属 歯科口腔外科
職 名 歯科医師

受付番号 FR2024-103 (※事務局で記入)

所属長の印		中村真之介
1 審査対象	*何れかに○を付けてください。	
1) 実施計画 ○		
2) 出版・公表予定原稿 (発表予定日: 年 月 日)		
2 課題名	*未定の場合	
当科における抜歯後出血に関する検討		
3 主任医療行為者名	氏名: 宮崎優里 所属: 歯科口腔外科 職名: 歯科医師	
4 分担医療行為者名	氏名: 中村真之介 所属: 歯科口腔外科 職名: 歯科医師	
5 医療行為等の概要	*研究の内容についてご記載ください。	
過去 5 年間に抜歯手術を施行した全症例と、その中から抜歯後出血に対する処置を施行した症例を後ろ向きに調査する。		
具体的には抗血栓薬内服の有無とその種類、止血シーネ作製の有無、採血結果、抜歯部位などを、カルテを元に調査する。		
6 医療行為等の対象及び実施場所	*研究対象者・データ等についてご記載ください。	
対象: 当院歯科口腔外科で抜歯手術を施行した患者		

注意事項 審査対象となる実施計画書又は出版公表原稿のコピーを添付して下さい。

~~審査対象欄は、非該当部分を消して下さい。~~

7 医療行為における医学倫理的配慮について（I～V IVは必ず記載のこと）

I 医療行為の対象となる個人の人權の擁護

カルテからデータを抽出する際には暗号化して個人を匿名化する。

II 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

オプトアウト

III 医療行為により生じる個人への不利益並びに危険性

後ろ向き調査であるため、患者への不利益や危険性は生じない。

IV 予測される医学上の貢献

過去5年間に抜歯後出血に対する処置を施行した全症例を検証することで、
今後の抜歯手術施行時の止血対策および止血処置に役立てる。

V その他（研究期間、症例数等） *未定の場合は見込みを記入すること

研究期間：2019/9～2024/8

症例数等：約 3500 例