

(様式1)

所属長印

※受付番号 3


研究倫理審査申請書

平成19年 1月12日

日本農村医学会 倫理委員会
委員長 浜田 正行 殿

申請者 (研究責任者)

所属・職名 岩手大学・教授

氏名 立身 政信 

1. 課題名 農機具災害の全国的発生状況に関する経年的調査研究

2. 研究責任者

所属 岩手大学保健管理センター 職名 教授 氏名 立身政信

3. 研究概要

「研究計画書」のとおり

(様式 2)

所属長印

平成 年 月 日

研究計画書

1. 申請者 (研究責任者)

所 属 : 岩手大学保健管理センター

職・氏名 : 教授・センター長 立身 政信



2. 課題名

農機具災害の全国的発生状況に関する経年的調査研究

3. 研究組織

研究責任者 : 所属 岩手大学保健管理センター 職名 教授 氏名 立身政信

研究担当者 : 所属 日本農村医学研究所 職名 主任研究員 氏名 浅沼信二

所属 日本農村医学研究所 職名 主任研究員 氏名 臼田 誠

所属 J A 富山県厚生連 職名 健康管理課長 氏名 大浦栄次

所属 久留米大学医学部 職名 講師 氏名 末永隆次郎

所属 滋賀医科大学医学部 職名 助教授 氏名 持田和史

4. 研究計画 (目的、方法、対象者、用いる情報等)

研究期間 平成 17 年 5 月 1 日 ~ 平成 20 年 4 月 31 日

農機具災害の全国的発生状況を経年的に把握し、対策のための基礎的データを提供することを目的とする。方法は、①承諾を得た全国の厚生連病院から農機具災害の症例について報告を受ける ②厚生連病院の医師が特別指定医となっている都道府県の共済連県本部から J A 共済の生命・傷害共済事故状況報告の農作業関連事故によるものの報告を受ける。

5. 本研究で明らかになることが期待される事項

農機具災害の全国的発生状況を経年的に把握でき、作業内容や作業環境あるいは地域性等と関連した農機具災害の特徴を明らかにすることが期待される。このことにより、農作業災害の対策に向けた提言を行ないたい。

6. 対象者の負担（調査票記載、採血の有無、長期間の追跡等）

厚生連病院からの症例報告による調査では担当医等の聞き取りによる。共済事故状況報告書による調査では、報告書の書式に則った記載が求められている。

7. 対象者のインフォームド・コンセント（該当するものを○で囲み、必要事項を記載すること）

a. 対象者全員から書面による同意を得る（様式を添付すること）

b. 対象者の一部（あるいは全部）は口頭による同意を得る（方法と理由を明示すること）

c. 対象者の一部（あるいは全部）からは同意を得られない（理由を明示すること）

8. 個人情報保護のための方策（予定を含めて）

厚生連病院からの奨励報告による調査では、報告書に記載する段階で氏名をイニシャル表記し、共済事故状況報告書による調査では、調査用紙に転記する段階で氏名をイニシャル表記する。

9. 他の倫理委員会（またはこれに相当するもの）への申請状況（予定を含めて）

無し

10. 結果の公開方法（予定を含めて）

日本農村医学会学術総会および日本農村医学会誌にて報告する。

11. 研究費の出所

日本農村医学会

12. 研究実施状況報告書の提出時期

（研究期間が数年にわたる場合、開始から3年ごとを目処とすること）

平成20年10月

13. 本研究の倫理的な問題点（もしあれば）

無し

14. 倫理審査委員会への依頼事項（もしあれば）

無し

15. 前回申請との変更点（再申請の場合のみ）

（注）一般的に以上のおりとするが、研究内容に応じて変更できる。

農機具災害に関する全国調査への協力の同意文書

統括責任者 岩手大学保健管理センター長 立身政信 殿
所属 () 職名 () () 殿

私は農機具災害に関する全国調査について () 氏から説明を受け、その目的や方法について十分理解しました。ついでに次の条件で研究への協力を同意します。

<説明を受けて理解した項目の□にレ点をつけてください>

- 農機具災害の全国調査に協力すること
- 研究に協力するかどうかは自分に任されており、いつでも撤回できること
- 研究目的
- 研究方法
- 望むときは研究計画書を開示してもらえること
- 協力者にもたらされる利益と不利益
- 個人情報の保護
- 研究成果の公表

年 月 日

データ提供者の署名 (氏名)

提供者本人の代わりに同意の意思を伝える人 (以下 代諾者) が
本同意書を書く場合は提供者の氏名を代諾者が書いてください。

代諾者の場合の署名

提供者との関係 ()

説明者氏名 (自署)

主治医氏名 (説明者と異なる場合 自署)

生命・傷害共済事故状況報告書

農業協同組合 御中

記載年月日 平成 年 月 日

通知者（契約者、被共済者または受取人）

住所

氏名

印

親権者（法定代理人）

（通知者（契約者、被共済者または受取人）が幼児等で記載能力がないときのみ必要です。）

住所

氏名

印

※生命共済事故整理番号

10 digit input box for life insurance claim number

※傷害共済事故整理番号

10 digit input box for injury insurance claim number

※事故発生県番号

2 digit input box for accident county number

※事故形態コード

Code input box for accident type

※職業コード・級（傷害のみ）

Code input box for occupation and grade

被共済者の確認（通知者（契約者または受取人）と被共済者が異なり、かつ、被共済者が事故状況等を確認できるときのみ必要です。）

住所

氏名

印

貴組合元受の被共済者

にかかる生命共済・傷害共済契約の共済金請求のため、次のとおり

事故状況を報告いたします。

もし、この報告書に故意に不実のことを記載したため共済金の支払いを拒絶されても、一切異議を申し立てません。

記載上のご注意

- この書類は通知者（契約者、被共済者または受取人）（以下「通知者」といいます。）が記載してください。万一、通知者以外の者が代筆する場合も、署名押印については必ず通知者自身がしてください。
- 通知者（契約者または受取人）が幼児等で記載能力がないときは親権者（法定代理人）がその者に代わって記載してください。
- この書類に故意に不実のことを記載した場合には、約款の規定により共済金の支払いを拒絶されることがありますのでご注意ください。
- この書類はインクまたはボールペンで記入してください。
- ※欄は組合で記入します。

ご記入いただいた身体・健康状態に関する情報は、特に保護を必要とする情報として厳重に管理し、適正に取扱います。

1. 被共済者の年齢・職業

年齢	満	歳	職業
平成	年	月	日
午前		午後	
①	③	時	分頃
天候		<input type="checkbox"/> 1. 晴れ <input type="checkbox"/> 4. 曇 <input type="checkbox"/> 2. 曇り <input type="checkbox"/> 5. 霧 <input type="checkbox"/> 3. 雨 <input type="checkbox"/> 6. 雹・その他	
都道府県		区市郡	町村

4. 通知者が事故を知った事情（該当する箇所1つに○を付し、それぞれの事実について記載してください。）

<input type="radio"/> ① 通知者（被共済者）が事故に遭遇	<input type="radio"/> ② 被共済者からの聴取	<input type="radio"/> ③ 官公署の係官より聴取	所属官公署	氏名
<input type="radio"/> ④ 目撃者より聴取	住所	氏名	職業	電話番号
<input type="radio"/> ⑤ 通知者自身の目撃	事故を自撃した事情			
<input type="radio"/> ⑥ その他	（事故状況を知った事情を詳しく記入してください。）			

5. 警察への届け出

① 無 ③ 有
 都道府県
警察署

6. 飲酒事実

① 無 ② 不明 ③ 有
 飲酒した酒の種類
飲酒量
飲酒時間
飲酒場所

17508