

救急医療機関における自傷・自殺未遂レジストリの運用およびデータ利活用のお知らせ

国立病院機構福岡東医療センターでは以下の研究を行います。

〔研究課題名〕

救急医療機関における自傷・自殺未遂レジストリの運用およびデータ利活用（研究代表者 三宅康史）

〔当院における研究責任者〕 研究協力者：救急科 宇津 秀晃

〔研究の期間〕

2025年9月1日～2030年3月31日。期間は更新されることがあり、その場合にはあらためて告知します。

〔研究の目的と意義〕

医療におけるレジストリとは「特定の疾患などに関する情報の収集を目的として構築されたデータベース」のことで、「自傷・自殺未遂レジストリ」では、自傷・自殺未遂により救急医療機関に搬送された方の情報を収集します。自傷・自殺未遂は自殺の重要なリスク因子であり、その実態を把握することは世界保健機関（WHO）にも推奨されています。本研究は、我が国で初めて全国規模で自傷・自殺未遂者の方々のデータを収集するもので、それらの方々の実態や医療機関における診療状況などを調査し、その後の対策に活用することで、再度の自傷・自殺行為の防止や、自傷・自殺未遂者の方々に対する適切な対応などを検討することを目的とし、それにより医療の質的向上と有効な自殺対策の確立を目指します。

〔対象者・研究方法〕

対象者：上記研究期間に自傷・自殺未遂により当院を受診された全ての方を対象としています。研究方法：本研究に参加する医療機関において、診療録に記載された医療情報（年齢や性別、受診日時、行為の日時・手段・場所・行為時の状況、受診時の身体的・精神的状況、入院の有無・治療後の状況等）、自傷・自殺未遂歴を含むこれまでの状況に関する情報、家族や生活の状況などを抽出し、個人を特定できないよう匿名化を行った上で、コンピュータ上のシステムに記録します。記録されたデータは安全な通信経路を介して蓄積されます。この「自傷・自殺未遂レジストリ」は、一般社団法人日本臨床救急医学会および一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが共同で管理・運用し、蓄積されたデータは、本研究に参加する医療機関（共同研究機関・研究協力機関）等が研究に利用します。

〔個人情報の取り扱い〕

個人が特定され得る情報は登録しません。登録する医療機関では、対照表を用いて情報を管理しますが、第三者に個人情報が知られることは一切ありません（対照表は研究終了時に破棄します）。自分の情報が本研究に使用されることを拒まれる方、一旦登録された情報の抹消を希望される方、本研究についてより詳しい内容をお知りになりたい方は、下記の問い合わせ先までご連絡下さるようお願いいたします。

問い合わせ先

研究協力者：国立病院機構福岡東医療センター 救急科 宇津秀晃 連絡先：092-943-2331

自傷・自殺未遂レジストリに一旦登録された情報の抹消等を希望される方へのお知らせ 当院を受診された方で、自傷・自殺未遂レジストリ（以下「レジストリ」といいます。）の登録の対象者にあたる方は、自らの情報をレジストリに登録することを拒絶できますし、一旦登録された後でも、ご自身の情報をレジストリから抹消するよう申し出ることができます。また、未成年者や成年であっても判断能力に問題がある方、受診後亡くなられた方の場合には、ご本人に代わって法定代理人の方などが、この申し出を行うことができます。抹消を希望される方、ご質問がある方、もう少し詳しく説明を聞きたい方は、上記の研究協力者にお問い合わせください。ご事情をお聴きした上で、回答や補足の説明をし、情報の抹消手続に必要な書類をお渡しします

自傷・自殺未遂レジストリに登録された情報の抹消の申出について 当病院を受診したことをきっかけに、自傷・自殺未遂レジストリ（以下「レジストリ」といいます。）に自らの情報を登録された方（以下「対象者」といいます。）は、ご自身の情報をレジストリから抹消するよう申し出ることができます。この申し出は、登録の前に登録に同意していたかどうかに関わりなくすることができます。対象者が未成年者の場合や様々な事情で意思決定が十分にできない方については、親権者や成年後見人等の法定代理人の方が代わりに同様の申し出をすることができます。亡くなられた方については、4親等内の親族の方が同様の申し出をすることができます。これらの申し出がなされても、対象者や申出をされた方には、何の不利益もありません。レジストリからの情報の抹消を希望する方や申出を検討されている方は、下記の【問い合わせ先】にご連絡ください。ご事情をお聴きした上で情報の抹消手続に必要な書類（情報抹消申出書）をお渡しします。なお、必要書類を受け取る場合には、ご本人については運転免許証などの身分を証明する資料を、ご本人に代わって手続をされる方については、運転免許証などの身分を証明する資料と戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）などのご本人との関係を証明する資料をご持参ください。情報抹消申出書が提出された後、速やかに抹消の手続をとることといたします。なお、情報抹消の申出がなされた場合、速やかにレジストリから情報を抹消しますが、情報が抹消される前にレジストリのデータを利用して既になされた研究については、分析済みのデータから申出者のデータを削除できないことがあることを、あらかじめご了承くださいますようお願いいたします。

国立病院機構福岡東医療センター救命救急センター

【問い合わせ先】

国立病院機構福岡東医療センター救急科
研究責任者 宇津秀晃

情報抹消申出書

研究課題名：

医療機関における自傷・自殺未遂レジストリの運用およびデータ利活用

私は、上記研究において、自傷・自殺未遂レジストリに登録された私の情報を抹消するよう申し出ます。

年 月 日

本人氏名（自署）または代諾者名（自署）

印（自筆の場合、押印不要）

代諾者と本人の関係

国立病院機構福岡東医療センター御中