

同意説明文書

アンケート調査のお願い

この度は北海道医療センター感染症病棟、看護研究にご協力をお願いし、こちらの書面でご依頼させていただきます。説明文をご覧になり、説明を受けた後面接調査にご協力いただけるかどうか、患者様の自由な意思でお決め下さい。たとえご協力いただけなくても今後の医療・看護ケアを受ける際に不利益になることはございません。また、ご不明な点がございましたら、どんなことでもお気軽にご相談下さい。調査内容に関して患者様から撤回のお申し出があればいつでもお受けし、データの削除を行います。

1. 研究の目的

結核病棟退院後、メールDOTSを行い、内服治療を終了された患者様から自由な言葉でご意見をいただき、その内容を今後、メールDOTSにおける看護介入を検討する上での指標とすること。

また、メールDOTSでの飲み忘れ原因を探り、問題点を明らかにすること

2. 研究の概要

対象：平成24年4月から平成26年2月までに北海道医療センター5-2病棟に入院され退院後メールDOTSを行いアンケート調査が可能な患者様。

方法：看護師からメールで送られてきたアンケートの記入に対し返答をお願いいたします。自由に意見を述べていただき、メールで返信いただくことで本研究への同意を得られたものとさせていただきます。

研究実施期間：平成25年11月1日～平成26年2月28日

3. 倫理的配慮

- (1) この研究結果は、学会発表や論文での報告に使用しますが、患者様のプライバシーに関することは全て秘密を厳守いたします。名前や個人を識別する情報は、一切使用いたしません。
- (2) データは研究目的以外には使用しません。
- (3) 本研究で得られたデータは厳重に保管し、研究終了後全て破棄します。
- (4) 研究への参加は自由意志であり、同意した後でもいつでも同意を撤回する事ができます。拒否・撤回されても不利な扱いを受けたり不利益を被ることはありません。

4. 担当者と連絡先（相談窓口）

この研究について、何か聞きたいことやわからないこと、心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

【研究担当者】 (○ 研究責任者)

| | |
|--------|-------------------|
| ○小幡 由理 | 北海道医療センター5-2病棟看護師 |
| 関口 晴美 | 同上 |
| 本間 賛 | 同上 |

【連絡先】 北海道医療センター感染症センター
住 所：札幌市西区山の手5条7丁目1-1
電 話：011-611-8111（内線：5211）