

मञ्जूरी पत्र

1. **कार्यक्रमको नाम :** देशको सिमाना नाघेर जिवन विताउने क्षयरोग विरामीहरुको क्षयरोगको उपचारमा निरन्तरता दिन सहयोग गर्ने ।
2. **लक्ष्य :** यस कार्यक्रमको लक्ष जापानमा क्षयरोग भनि निदान गरिएका क्षयरोग विरामीहरु स्वदेश फर्किए पछि, संवधित संस्थाहरु सँग समन्वय गरि, विरामी स्वदेश फर्किए पछि पनि निरन्तर रूपमा क्षयरोगको उपचार गर्न सकिने व्यवस्था गर्नु हो ।
3. **कार्यक्रमको विवरण :** यस कार्यक्रमबाट निर्मित लक्ष क्षयरोग उपचार निरन्तर प्रणाली भन्नाले, देशको सिमाना नाघेर गएता पनि क्षयरोगका विरामीको उमेर, लिङ्ग, धर्म र वसाई स्थिति आदिको पर्वाह नगरि १) परिवारमा प्रत्यक्ष सम्पर्क रहने सदस्य तथा वरपरका वासिन्दालाई क्षयरोगका किटाणु सार्ने र २) अपर्याप्त क्षयरोगको उपचार या उपचार छोड्ने बाट उत्पन्न हुने औषधि प्रतिरोधात्मक क्षयरोगको विकास हुन रोक्ने तर्फ ध्यान दिएको छ । तपशिल बमोजिम यस प्रणाली मार्फत परिचय (रिफर) गराएको व्यक्तिले क्षयरोगको उपचारको क्रममा स्वदेश फर्कन इच्छा व्यक्त गरेमा, क्षयरोग विरामीलाई उच्चस्तरीय क्षयरोगको सेवा निश्चित रूपमा उपलब्ध गराउनका निम्ति यस प्रणालीको निर्माण गरिएको हो ।
 - a. प्रत्येक देशको क्षयरोग संवन्धि मापदण्डमा आधारित रहेर क्षयरोगका विरामी स्वदेश फर्किए पछि पनि स्वास्थ्य परिक्षण गर्न उपयुक्त चिकित्सा संस्था पत्ता लगाउने ।
 - b. क्षयरोगका विरामीले स्वदेश फर्किए पछि पनि क्षयरोगको उपचारलाई निरन्तरता दिनका लागि उपयुक्त चिकित्सा संस्थामा परिक्षण गराउन, राष्ट्रीय क्षयरोग निवारण तथा स्थानिय स्वास्थ्य संघ संस्था आदिका संवधित व्यक्तिहरु विच विरामीका सुचना आदान प्रदान गर्नु ।
 - c. क्षयरोग विरामीको अवस्था जान्नका लागि निम्न अनुसार विभिन्न उपायहरु अपनाइने छ ।
 - i. क्षयरोगका विरामीले स्वदेश फर्किए पछि पनि उपचारलाई निरन्तरता दिएको छ वा छैन या विरामीको स्वास्थ्य स्थितिका बारेमा बुझ्नका लागि विरामी स्वयं या नजिकका व्यक्ति सँग जानकारी लिइने छ ।
 - ii. नजिकको स्वास्थ्य कार्यकर्ता (जनस्वास्थ्य कर्मचारी आदि) लाई विरामी रहेको स्थान बुझ्न लगाई, आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य शिक्षा उपलब्ध गराउने, क्षयरोगको उपचार पूर्ण नभए सम्म क्षयरोगको उपचारलाई निरन्तरता दिन सहयोग गर्न लगाइने छ ।
 - d. क्षयरोग विरामीको स्वदेश फिर्ता, चिकित्सा संस्थामा परिक्षण, पूर्ण क्षयरोग उपचार सम्मको निरन्तर सहयोग गरिनेछ ।
 - e. क्षयरोग विरामीका व्यक्तिगत विवरणलाई गोप्य राख्दै, स्वदेश फिर्ता भए पछि परिक्षणको समय, उपचारको पूर्णता अवधि, क्षयरोग विरामीको अवस्था आदिका बारेमा संवन्धित संस्थाहरु विच सुचनाका आदान प्रदान गरिने छ ।
 - f. क्षयरोग विरामी स्वदेश फिर्ता भए पछिको स्वास्थ्य स्थिति अवलोकनका लागि परिचय गराएको क्षयरोग विरामीको इलेक्ट्रोनिक विवरण पुस्तिका तयार गरिने छ ।
 - g. स्वदेश फर्किए पछि विरामीको स्थिति (परिक्षण अवस्था र उपचारको नतिजा विवरण) का बारेमा समय समयमा परिचित गराउने यस संस्था क्षयरोग निवारण तथा रिसर्च सेन्टरलाई जानकारी उपलब्ध गराउने छ ।
 - h. स्वदेश फर्किए पछि विरामीको स्थिति (परिक्षण अवस्था र उपचारको नतिजा विवरण) का बारेमा फर्किएको देश भित्रका क्षयरोग निवारण संघ संस्थाहरुलाई सुचना उपलब्ध गराइने छ ।
 - i. जापानबाट परिचित गराइएका क्षयरोग विरामीको परिक्षण अवस्था र उपचार विवरणका बारेमा व्यक्तिगत विवरण बाहेक संवन्धित सुचनाहरु संकलन, समिक्षा र विश्लेषण गरि विभिन्न देश विच क्षयरोग चिकित्सा समन्वय प्रणालीको आवश्यकता संवन्धि मूल्याङ्कन गरिने छ ।

4. **गोपनियता संबन्धि कर्तव्य** : यस कार्यक्रमबाट हासिल गरिने क्षयरोग विरामी (तपाईं) को परिचय प्रक्रिया (स्वदेश पर्सिनु अगाडि देखि फर्किएर क्षयरोग उपचार समाप्त हुने सम्म) बाट प्राप्त भएका जानकारीहरु गोप्य सुचनाका रुपमा संरक्षण गरि यस कार्यक्रम सँग संबन्धित जापान भित्र र फिर्ता भएको देशको संबन्धित संस्थाहरु विच मात्र आदान प्रदान गरिनेछ ।
5. **क्षयरोगको विरामी (तपाईंले) यस कार्यक्रममा सहभागि हुनु भएमा प्राप्त गर्न सक्नु हुने फाइदा** : क्षयरोगको विरामी (तपाईं) ले यस कार्यक्रममा सहभागि हुनाले स्वदेश फिर्ता भए पछि पनि निश्चित रुपमा चिकित्सा संस्थामा परिक्षण गराई, क्षयरोगको उपचारलाई निरन्तरता दिन संभव बनाउने आशा गरिएको छ । साथै, क्षयरोग विरामी (तपाईं) फिर्ता भए पछि निश्चित रुपमा परिक्षण गराई उपचारलाई निरन्तरता दिई, पूर्ण उपचार गराउनु भनेको क्षयरोग विरामी (तपाईं) को स्वास्थ्य स्थिति राम्रो गर्ने मात्र होइन कि, विरामी (तपाईं) का परिवार या वरिपरिका स्थानिय वासिन्दा प्रति क्षयरोग सार्ने संभावनालाई रोकेर, सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षामा योगदान पनि पुर्‍याउनु हुनेछ ।
6. **मञ्जुरी गर्ने संबन्धमा** : तपशिलमा क्षयरोग विरामी (तपाईं) ले 'मञ्जुर छ' अथवा 'मञ्जुर छैन' मध्ये कुनै एक छनौट गरि आफ्नो नाम भरि, हस्ताक्षर गरेमा, तपाईं यस कार्यक्रममा सहभागि हुन 'मञ्जुर' अथवा 'मञ्जुर छैन' भन्ने अर्थ लाग्दछ । 'मञ्जुर छ' अथवा 'मञ्जुर छैन' मध्ये कुनै एकमा चिन्ह लगाई, आफ्नो नाम, हस्ताक्षर र मिति भर्नुहोला ।

[] मञ्जुर छ

[] मञ्जुर छैन

नाम: _____ हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

जापानमा सम्पर्कका लागि :

ओओखादो आकिहिरो, खावाचु रिसा

The Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-tuberculosis Association

Department of Epidemiology and Clinical Research

〒204-8533 कियोसे माचुयामा 3-1-24, टोक्यो

फोन नं : 042 493 5517

Fax: 042 493 5340

Email: bridgetb@jata.or.jp

同意書

- 1 事業名：国境を越えて移動する結核患者さんの結核医療継続支援
- 2 事業の目的：本事業の目的は、日本国内で結核と診断された外国生まれ結核患者さんの帰国先関係機関と連携をして、患者さんが帰国後にも継続して結核治療を受けることが出来るようにすることです。
- 3 事業の内容：本事業により構築を目指す結核医療継続支援制度は、国境を越えて切れ目のない結核患者ケアが年齢・性別・宗教・滞在状況にかかわらず、(1)家庭内の接触者や住民における結核菌伝播と、(2)不十分な結核治療や治療中断により生じる多剤耐性結核の発生と伝播を防ぐことを考慮したものです。下記に記載された本制度による介入は、結核治療中に母国に帰国することを希望する結核患者さんに、質の高い結核ケアが確実に提供されるためのものです。
 - a) 各国の結核対策指針に基づいて、結核患者さんが帰国後に受診することが勧められる医療機関を見つけます。
 - b) 結核患者さんが帰国後に結核治療継続のための適切な医療機関に受診するために、国家結核対策・地方自治体保健機関等の関係者間で、患者さんに関する情報を共有します。
 - c) 下記のように、結核患者さんの状況を把握するための複数のアプローチを行います。
 - i) 結核患者さんが帰国後に治療を継続しているかどうか、また、結核患者さんの健康状態について確認するために、患者さん本人か親類に状況を確認します。
 - ii) 最寄りの保健関係者（保健所職員等）に、患者さんの居住場所を確認してもらい、必要に応じた健康教育を提供し、結核治療終了まで結核治療を継続するように支援してもらいます。
 - d) 結核患者さんの帰国、医療機関への受診、結核治療終了までの継続したフォローアップを行います。
 - e) 結核患者さんの個人情報保護に配慮しつつ、帰国後受診時・結核治療終了時等の結核患者さんの状況に関する情報について、関係者間で共有します。
 - f) 結核患者さんの帰国後状況についてモニタリングするために、紹介結核患者電子化台帳を作成します。
 - g) 帰国後の結核患者さんの状況（受診状況と結核治療成績）について、定期的に紹介元である（公財）結核予防会結核研究所に情報提供します。
 - h) 帰国後の結核患者さんの状況（受診状況と結核治療成績）について、帰国先国内の結核対策関係者間で情報共有します。
 - i) 日本から紹介された結核患者さんの受診状況と結核治療成績とについて、個人情報を除外した上で、関連する情報を収集し、まとめ、分析して、多国間結核医療連携制度の有用性に関する評価を行います。

4 守秘義務:本事業によって得られる結核患者さん(あなた)の紹介過程(帰国前から帰国後結核治療終了時まで)で得られる情報は、機密情報として取り扱われ、本事業に関連する日本国内と帰国先機関関係者でのみ共有されます。

5 結核患者さん(あなた)が本事業に参加することによって受ける可能性のある利益:結核患者さん(あなた)が本事業に参加することにより、帰国後に、より確実に医療機関に受診して結核治療を継続することが可能となることが期待されます。さらに、結核患者さん(あなた)がより確実に帰国後に受診して結核治療を継続し、治療を完了することは、結核患者さん(あなた)の健康維持のために益となるだけではなく、結核患者さん(あなた)の周りにいる家族や地域住民における結核感染の機会を防止することになり、地域住民の公衆衛生増進にも寄与することになります。

6 同意について:下記に、結核患者さん(あなた)が「同意します」または「同意しません」のどちらかを選んで名前とサインとを記入することは、あなたが本事業に参加することに「同意する」または「同意しない」ことを意味します。「同意します」または「同意しません」のどちらかに印を付けて、お名前、サイン、日付をご記入下さい。

[] 同意します

[] 同意しません

お名前: _____ サイン: _____ 日付: _____

連絡先:

大角晃弘・河津里沙

(公財)結核予防会結核研究所 臨床・疫学部

〒204-8533 東京都清瀬市松山3-1-24

Tel:042 493 5517

Fax: 042 493 5340

Email: bridgetb@jata.or.jp