

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 25 日現在

機関番号：22702

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2012～2015

課題番号：24593221

研究課題名(和文) 口腔の不使用性シンドロームに対する看護介入プログラムの構築

研究課題名(英文) Development of a nursing intervention program for preventing oral disuse syndrome

研究代表者

大石 朋子(大塚朋子)(Oishi, Tomoko)

神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・講師

研究者番号：40413257

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,900,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、口腔の不使用性シンドロームを予防するための看護介入プログラムを開発することを目的とした。

臨床看護師は、口腔機能を刺激して廃用を予防することの重要性と口腔ケアの方法や器具の選択に対する理解が不十分であった。効果的な口腔リハビリテーションを展開するためには、その医療チームにおいて看護師が専門職同士や主治医、患者との調整を中心的に担う必要がある。看護師によって行われる口腔機能を改善する口腔ケアを学習プログラムとして、口腔ケアの意義と目的、口腔の構造と解剖、口腔トラブルと高齢者の口腔の特徴、口腔の状態に合わせた用具の選び方と使い方、専門職連携を含んで構成することを提案する。

研究成果の概要(英文)：This study aimed to develop a nursing intervention program that prevents oral disuse syndrome.

Clinical nurses do not fully comprehend about importance of oral care to prevent oral disuse syndrome by stimulating the oral function and how to select the care methods and tools. In order to expand effective oral rehabilitation, clinical nurses should play central roles in the oral rehabilitation teams and coordinate between other medical professionals, primary care physicians, and patients. We suggest that the oral care learning program for nurses to improve patient's oral function are need to conclude 5 contents as below. purpose and significance of oral care, anatomy and structure of oral cavity, features of the oral cavity in oral trouble in the elderly, choosing and using of care tools in oral conditions multi-disciplinary team work.

研究分野：基礎看護学

キーワード：口腔機能 リハビリテーション 口腔ケア

### 1. 研究開始当初の背景

誤嚥性肺炎の発症は、免疫力の低下や機能の低下、口腔内細菌の増加などによって引き起こされ、その予防として口腔ケアが一般的に実施されている。特に急性期にある病院で口腔ケアの主たる実施者は看護師であるが、その看護師が全介助で行っている口腔ケアの方法は、ブラッシング 50.0%、清拭 50.0% が選択されている (大辻, 2011)。しかし、誤嚥性肺炎の原因を考えると、口腔内細菌の増殖を抑制するだけでは不十分であり、同時に、口腔機能の低下を予防する必要がある。

国内において看護基礎教育課程で参考にするテキストを概観すると、口腔ケアは、口腔の清潔を保ち、感染予防や歯科疾患防止、食欲増進を図ることを目的としていることが多く、取り上げられている口腔内のケア方法は、ケア用品の紹介や保湿剤・洗浄剤の種類、歯ブラシのあて方などが中心となっている (香春ら, 2009; 志自岐ら, 2011)。また、国外の看護技術に関するテキストでは、う蝕予防としてのブラッシングやプラークコントロールについて書かれており、口腔ケアの一貫として、口腔機能の低下予防について触れられているものはなかった (Keene, et al, 2007; Perry, et al, 2009)。

摂食・嚥下リハビリテーションに関連した口腔ケアに特化したテキストにおいても、口腔ケアの重要性を示しているが、ケアの内容は、口腔内環境を整えることに主眼があり、口腔機能の廃用を予防するための嚥下リハビリテーションと口腔ケアを連動させたテキストはほとんどみあたらず、感染予防の観点に偏っていた。

口腔ケアに期待されることは、感染予防、爽快感の獲得、唾液腺や食欲の刺激、口腔の運動機能の維持がある。しかしながら、口腔内の粘膜や歯肉を清潔に保ち、感染を予防するだけでは十分な口腔ケアとは言えず、口腔機能の廃用を防ぐためにも、咀嚼・嚥下にかかわる運動機能に直接的な刺激を与え、口腔の運動機能の向上となるケアの実践が重要であり、口腔の運動機能の廃用を防ぐためには、断続的な介入ではなく、日常的な看護師による介入が必須と考える。

口腔機能を維持・向上させることは、摂食嚥下機能の向上や誤嚥性肺炎の予防が期待できる。先にも述べたように、看護の臨床場面において一般的に行われている口腔ケアには、口腔に積極的に刺激を与えることによって機能を維持・向上させていくといった「口腔リハビリテーション」という考えはほとんどなく、口腔内の清潔に偏重していると考えられるため、臨床で行われている口腔リハビリテーションへの取り組みについての現状を明らかにする必要があると考える。

看護師が基礎教育課程で口腔ケアについて学習してきた内容や臨床において実施しているケアは、口腔保清という点では一貫しているが、口腔機能の維持・向上という要素

が含まれていない。それらを踏まえて、看護師が口腔の不使用性シンドロームを予防するケアを日常的なケアとして実施していくためのプログラムを作成する必要がある。

### 2. 研究の目的

口腔内の清潔に偏重している口腔ケアの位置づけから、口腔機能に刺激を与える口腔リハビリテーションに着目し、その要素を口腔ケアに含むことにより、口腔の不使用性シンドロームを予防する観点にたった看護介入を展開していくためのプログラムを提案する。

口腔不使用性シンドローム (Disuse Syndrome) を回避することによって、肺炎の誘発を予防するだけではなく、摂食・嚥下機能そのものを維持・向上するために、唾液の誤嚥を防ぎ、経口摂取につながる介入となる。

### 3. 研究の方法

本研究は、口腔の不使用性シンドロームを予防するための看護介入プログラムを開発することを目的としている。

(1) 口腔ケアと不使用性シンドローム (Disuse Syndrome) についての国内外の文献検討、ならびに、口腔ケアに関する書籍を参考にして、現状と課題を明らかにする。

(2) 口腔の不使用性シンドロームとなっている現象を確認しながら、その患者に対する口腔機能のリハビリテーションについての看護師の考え、口腔ケアの実施状況についてインタビューする。

(3) 口腔機能を中心としたリハビリテーションの取り組みと課題を把握するために、全国的な実態を把握するために調査を行う。

(4) これまでの調査をもとに、口腔の不使用性シンドロームに対する看護介入プログラム (案) を提案する。

### 4. 研究成果

(1) 口腔ケアと不使用性シンドロームに関する文献検討ならびに書籍の動向

#### 文献検討

口腔ケアの援助方法とその効果の文献検討は、国内における口腔ケアの実態とその動向を把握するために、オンラインデータベースの医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を使用し、2002 年以降に出版された文献を対象とした。キーワードには、「口腔ケア」とし、さらに、原著で抄録があるものを対象とした。調査の対象が国外であるもの、スタッフ教育に関するもの等を削除した結果、対象文献は 295 であった。文献の内容は、援助方法そのものやケア物品もしくは補助具の効果に関する内容は少なく、口腔ケアの実態、口腔ケアのニーズ、口腔ケアを行うことによる口腔内環境の改善に関する症例報告が多かった。また、口腔リハビリテーションの視点を持った口腔ケアの方法の検討はほとんどされていない。

かった。

不使用性シンドローム ( Disuse Syndrome ) の文献検討では、MEDLINE および CINAHL のデータベースを使用し、2012 年 9 月までに出版された文献を対象とした。キーワードは、「Disuse Syndrome」の原著を対象とした。また、抄録で「Disuse Syndrome」に関する内容であるかを精選し、日本語もしくは英語で記載されている 23 文献を分析の対象とした。Disuse Syndrome は、不必要な安静や疼痛、呼吸状態の悪化によっても引き起こされ、運動療法をはじめとする介入が必要であることが述べられていた。「Disuse Syndrome」として取り上げている具体的な症状については、詳細に述べていないまたは定義していないことが多かった。また、「Disuse Syndrome」と関連する状況は、四肢の運動機能低下、臓器機能低下、免疫機能低下であった。

#### 書籍

日本の看護基礎教育課程において教科書もしくは参考図書として使用されている看護技術の書籍 5 冊 ( について、口腔の解剖や構造、口腔ケアの位置づけと目的、方法とケア器具の選択基準について分析した。

#### 口腔ケアの位置づけ

口腔ケアは、看護技術において「清潔・衣生活の援助技術」のケアとして位置付けられており、入浴、全身清拭、足浴、陰部洗浄、洗髪とともに取り上げられ、部分的な清潔ケアとして取り上げられていた。

#### 目的

汚れの除去、う歯や歯周病の予防、口腔細菌による 2 次感染の予防、食事摂取の促進について述べられているものがほとんどであった。

#### 関連器官の解剖や構造

身体の全体的な解剖や構造について説明されており、皮膚や体温、血液循環に関する記述がほとんどであった。口腔に関する解剖や構造、神経や嚥下反射等の記述はどのテキストにもなかった。

目的ではう歯や歯周病の予防、口腔細菌による 2 次感染の予防、食事摂取の促進について触れているものの、その目的が果たされるための具体的な方法については述べられていなかった。

#### 口腔ケアの実際

多くは臥床姿勢におけるケアの実施といわゆるセルフケア時の歯列のブラッシングについて記載している。臥床の場合は、特に対象の状況についての説明はなく、ガーグルベースを用いて含嗽をさせるがスワブやスポンジ、ガーゼを用いた清拭であった。ブラッシングも同様に、ケアの対象となる事例の説明はなく一般的なブラッシングの種類やブラシの当て方に留まっていた。

看護師が行っている口腔ケアの文献検討、書籍を分析した結果、文献だけではなく書籍においても口腔機能やそのリハビリテーシ

ョンについて触れているものはなかった。口腔の廃用予防に着眼したケアを積極的な実践に結び付くための参考資料が看護師にとって手に入りにくい状況であると推察された。

#### (2) 口腔の不使用性シンドロームに対する口腔ケアに関する看護師の考え

摂食嚥下リハビリテーションに関するセミナーに受講している看護師ならびに認定看護師に対して、日常的に行われている看護師の口腔ケアの状況について 10 名にインタビューを実施した。

臨床看護師に対するインタビューでは、患者自らが協力的ではない、開口保持が困難、看護師による介助が必要であるが十分なケア時間が確保できないなどの理由から、口腔機能の廃用を予防することに対して消極的であり、スワブ、スポンジ、ガーゼを利用した清拭、ジェルの塗布で十分なケアを行っており、全介助によるケアの場合において、歯や是津のブラッシング、表情筋をはじめとする口腔機能にかかわる筋群のマッサージを行っている人はわずかであった。日ごろに行っているケアには改善の余地があるという考えを持っていても、日常的な業務を優先している状況から、他のメンバーに言い出せないと思い、結果的に消極的になっていた。口腔機能を刺激する方法を選択することの必要性と方法の理解が不十分であることが明らかとなった。

#### (3) 医療チームとしての口腔リハビリテーションの取り組み

急性期、亜急性期入院医療を提供している病院の多職種によるチーム医療の設置状況 ( 健康保険連合会, 2011 ) をみると、回答のあった病院 ( 261 施設 ) では、「感染防止対策チーム」87.7%が最も多く、次いで「褥瘡管理チーム」83.9%、「栄養サポートチーム」81.6%であり、摂食嚥下チームは 37.2%、口腔ケアチームは回答に含まれていなかった ( 健康保険連合会, 2011 ) ことから、本調査においては、対象とする病院を全国から抽出するのではなく、口腔機能リハビリテーションに関連する医療チームが存在していると予測できる病院を選択して対象病院とすることは有効であると考えた。

さらに、摂食嚥下障害を呈している場合など、口腔機能の廃用を招かないためにそのリハビリテーションに取り組むべきだと考える一方で、誤嚥や窒息のリスクを回避するために積極的に取り組めないという現状 ( 清水, 2010 ) もあるため、安全管理の側面も口腔リハビリテーションを推進していくうえでの影響要因に含めた。

医療安全とは、患者が安全に医療を受けるために必要なことであり、それを担保するためには、組織の「安全文化」の醸成が必須である。医療における安全文化とは、医療に從

事する全ての職員が患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方およびそれを可能にする組織のあり方とされている(種田,2010a)。その医療安全について測定する尺度を調査に用いることとした。

#### 対象

一般社団法人日本静脈経腸栄養学会または一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会に登録している510病院で、摂食機能訓練を口腔機能リハビリテーションとして実施しているチームで活動している医療者。

#### 方法

2015年6月に対象となる510病院へ3通ずつ、病院長宛に研究協力と質問紙配布の依頼とともに、無記名自記式の質問紙を配布した。質問項目は、病院の規模、口腔リハビリテーションを実施し所属しているチームの取り組み、摂食機能療法に影響を与えている要因、医療安全文化尺度などで構成した。

医療安全文化尺度は、尺度作成者ならびにそのデータを管理している有限会社MBD医療安全文化調査事務局の許諾を得ている。この使用する尺度は、アメリカのAgency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)によって開発され、妥当性が確認された調査票を、種田ら(2009,2010b)によって日本版が作成され、その信頼性・妥当性が検証している。この調査票は、患者安全文化、患者安全の総合評価、イベント報告数で構成されている。自分の考えに当てはまる程度を「1:まったくない~5:いつも」「該当しない」の6件法で評定されている。

データの分析は、口腔機能リハビリテーションを実施しているチームの活動や指針について、 $\chi^2$ 検定またはFisherの正確確率検定し、それらの関係についてCramerのVを求めた。有意水準は5%とした。

#### 倫理的配慮

神奈川県立保健福祉大学の倫理審査委員会承認後に実施した。

#### 結果

1530通配布し、259件(回収率16.9%)の回答があった。その職種は、医師16名(6.2%)、歯科医師36名(13.9%)、看護師44名(17.0%)、言語聴覚士96名、歯科衛生士22名(8%)等であった。平均年齢は40.0(SD9.0)歳、男性83名(32.0%)、女性170名(65.6%)、現在の専門職での平均実務経験年数は14.7(SD8.5)年、現在の医療チームでの平均活動年数は5.7(SD4.9)年であった。

口腔機能リハビリテーションとして所属しているチームで最も多かったチームは栄養サポートチーム(以下、NSTとする)112名(43.2%)、次に摂食嚥下チーム88名(34.0%)、口腔ケアチーム34名(13.1%)などであった。表1に示す。

各医療チームの構成職種について、表2に示す。

医療チームにおいて、参加している職種で

最も多いのは、看護師で78.4%を占めていた。次に、医師71.0%、言語聴覚士67.4%であるが、いずれも口腔ケアチームの構成メンバーとして占める割合は非常に少なかった。口腔ケアチームの中核となっているメンバーは、歯科医師85.3%、歯科衛生士88.2%であるが、NSTや摂食嚥下チームに参加している割合は半数程度にとどまっていた。口腔ケアチームは、歯科医師と歯科衛生士が中心となっているのに対して、NSTと摂食嚥下リハビリテーションチームは、医師、看護師、栄養士、言語聴覚士が中心となっており、看護師は、3チームに共通して参加している職種であった。

n=259		
	人数	%
医師	16	6.2
歯科医師	36	13.9
看護師	44	17.0
理学療法士	8	3.1
作業療法士	4	1.5
栄養師・管理栄養士	24	9.3
言語聴覚士	96	37.1
歯科衛生士	22	8.5
歯科技工士	1	0.4
不明	8	3.1

	人数	%
栄養サポートチーム	112	43.2
摂食嚥下チーム	88	34.0
口腔ケアチーム	34	13.1
呼吸器ケアチーム	4	1.5
退院支援チーム	3	1.2
その他	31	12.0

表1 対象者の職種と所属の医療チーム

	n=259							
	全体		栄養サポートチーム		口腔ケアチーム		摂食嚥下チーム	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
医師	16	6.2	9	8.1	7	26.5	0	0.0
歯科医師	36	13.9	29	83.9	7	19.4	0	0.0
看護師	44	17.0	19	55.9	25	76.4	0	0.0
看護補助職員	18	6.9	8	7.1	0	0.0	11	12.5
研修医	23	8.9	10	8.9	3	8.8	10	11.4
薬剤師	128	49.4	94	83.9	6	17.6	26	29.5
助産師	2	0.8	0	0.0	0	0.0	2	2.3
保健師	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	1.1
理学療法士	9	3.5	4	4.2	3	8.8	30	34.1
作業療法士	7	2.7	3	29.5	0	0.0	31	35.2
臨床検査技師	72	27.8	65	58.0	1	2.9	8	9.1
診療放射線技師	17	6.6	5	4.5	0	0.0	11	12.5
診療放射線技師	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	1.1
栄養師	24	9.3	94	83.9	6	17.6	66	75.0
管理栄養士	2	0.8	2	1.8	0	0.0	0	0.0
衛生検査技師	14	5.4	6	5.4	0	0.0	6	6.8
介護福祉士	174	67.2	78	69.6	9	26.5	70	79.5
言語聴覚士	8	3.1	3	2.7	1	2.9	1	1.1
義肢装具士	2	0.8	1	0.9	0	0.0	1	1.1
医療社会事業	5	1.9	3	2.7	1	2.9	1	1.1
従事者								
歯科衛生士	124	47.9	38	33.9	30	88.2	50	56.8
歯科技工士	7	2.7	2	1.8	5	14.7	0	0.0
社会福祉士	21	8.1	9	8.0	0	0.0	7	8.0
精神保健福祉士	2	0.8	0	0.0	0	0.0	1	1.1
事務職員	51	19.7	28	25.0	5	14.7	15	17.0
調理師	12	4.6	3	2.7	0	0.0	8	9.1
その他	6	2.3	3	2.7	1	2.9	1	1.1
不明	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表2 所属チームの構成職種

チームとして、摂食機能療法開始の判断基準（ガイドライン）を有しているのは、108件（41.7%）、摂食機能訓練のプロトコルは100件（38.6%）、経管栄養開始の判断基準（ガイドライン）では、76件（29.3%）と半数に至らなかった。摂食機能療法の加算をしているチームは、163件（62.9%）、医療保険による歯科診療は150件（57.9%）であった。

対象者に、摂食機能療法において経口摂取、または直接訓練を開始することに影響を与える意向の1番に強い者は、主治医123名（47.5%）、患者90名（34.7%）、家族15名（5.8%）の順であった。

口腔機能リハビリテーションに対するチーム活動は、多くの職種が参加しているものの、摂食機能療法のガイドラインやプロトコルを有しているチームは少なく、訓練の意向は主治医が大きく影響をしていた。本研究の結果から、チームメンバーとして参加している看護師が中心となり、専門職同士の調整や、主治医、患者との調整をすることの必要性が示唆された。

患者安全に悪影響を及ぼす出来事を見たとき、気兼ねなく指摘し、否定できない事実として問題に取り上げることができることである『オープンなコミュニケーション』では、3項目で構成されている。『スタッフは、患者ケアに悪い影響がありそうなことを見かけたら気兼ねなく指摘する』については、「いつも」14.7%、「ほとんどいつも」48.6%、「ときどき」30.9%、「まれである」5.0%、「まったくない」0.4%であった。『自分よりも権威のある者の決定や行為に対して、自由に疑問を表明できると感じている』については、「いつも」10.8%、「ほとんどいつも」36.3%、「ときどき」31.3%、「まれである」17.8%、「まったくない」3.1%であった。『何か違う』と感じても質問しづらい雰囲気がある』（反転）については、「いつも」1.9%、「ほとんどいつも」7.3%、「ときどき」33.2%、「まれである」40.5%、「まったくない」15.8%であった。

医療チームとしての活動に参加している年数には幅があるものの、半数以上がオープンなコミュニケーションが取れていると感じていることが示唆された。

今後さらに医療チームの活動に影響を与えると考えられる要因について分析をしていく必要がある。

#### (4) 口腔の不使用方法シンドロームに対する看護介入プログラム（案）

これまでの研究を踏まえて検討した結果、看護師によって行われる口腔機能を改善する口腔ケアを学習プログラムとして、口腔ケアの意義と目的、口腔の構造と解剖、口腔トラブルと高齢者の口腔の特徴、口腔の状態に合わせた用具の選び方と使い方、専門職連携を内容として構成する必要がある

ることがわかった。

#### 口腔ケアの意義と目的

これまでの口腔衛生を保持することに加えて、口腔機能を刺激して、機能の維持・橋上することの必要性とその目的について内容を加える。

#### 口腔の構造と解剖

看護技術に関するテキストでは、その後のケアにつながる構造と解剖について述べられていない。口腔の構造として、口腔粘膜、更新、公害、頬、舌、歯、唾液腺、また、隣接器官である鼻腔、咽頭、喉頭、食道、ならびに表情筋、咀嚼筋群、舌の動きにかかわる舌筋群等と神経と味覚について内容に含める。

#### 口腔トラブルと高齢者の口腔の特徴

疾病による病態や治療によって引き起こされる口腔のトラブルならびに加齢によって変化などの特徴をつかみ、口腔ケアを実施していく際の具体的な方法につながるアセスメントできるような内容とする。

口腔の状態に合わせた用具の選び方と使い方

口腔ケアの基本技術として、各種ブラシ、歯磨剤、洗口剤、口腔湿潤剤、義歯の清掃用品など物品の用途ならびに使用方法とする。

#### 専門職連携

口腔機能を維持・向上させていくための専門職による連携の仕方として基本的な知識を学習したうえで、問題解決について議論をしながら展開する。

#### (5) 研究の限界と今後の課題

臨床において日常的にケアをする看護師を対象とした口腔機能の廃用を予防する口腔ケアに関する学習プログラム（案）を作成したが、今後は、そのプログラムの有効性を検討していく必要がある。

#### <引用文献>

大辻裕子. (2011). A 県下における口腔ケアの現状. 人間看護学研究, 9, 61-73.

香春知永, 齊藤やよい編. (2009). 看護学テキスト NiCE 基礎看護技術. 南江堂. 東京.

志自岐康子, 松尾ミヨ子他編. (2011). ナーシング・グラフィカ 基礎看護学 - 基礎看護技術. メディカ出版. 大阪.

Martha Keene, Anne Griffin Perry, et al. (2007). Nursing Intervention & Clinical Skills 4th Edition. MOSBY. USA.

Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter. (2009). Clinical Nursing Skills and Techniques 6th Edition. MOSBY. USA.

深井喜代子編. (2012). 新体系看護学全書 基礎看護学 基礎看護技術. メヂカルフレンド社. 東京.

任和子他. (2013). 系統看護学講座専門分野 基礎看護学 [3] 基礎看護学. 医学書院. 東京.

志自岐康子,松尾ミヨ子他編.(2014). ナーシング・グラフィカ基礎看護学 基礎看護技術.大阪.

医療情報科学研究所編.(2014).看護技術が見える vol.1 基礎看護技術第1版.メディックメディア.東京.

⑩ 香春知香,齋藤やよい編.(2014).看護学テキスト NiCE 基礎看護技術(改訂第2版)看護過程のなかで技術を理解する.南江堂.東京.

竹尾恵子監.(2015).看護技術プラクティス第3版.学研メディカル秀潤社.東京.

健康保険連合会.(2011).医療保障総合政策調査・研究基金事業「急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究」報告書.( [http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22\\_03.pdf](http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22_03.pdf) )

清水健太郎.(2010).隠れたリスク「低栄養」.中島和江,児玉安司編.医療安全ことはじめ,pp56-72.医学書院.東京.

種田憲一郎.(2010a).安全文化.森本剛,中島和江,種田憲一郎,柳田国夫編.医療安全学,pp50-53.篠原出版新社.東京.

種田憲一郎,奥村泰之,相澤裕紀,長谷川敏彦.(2009).安全文化を測る - 患者安全文化尺度日本語版の作成 -.医療の質・安全学会誌,4(1),10-24.

種田憲一郎ら.(2010b).厚生科学研究費補助金・医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療安全推進に必須の組織文化(安全文化)の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」 課題番号:H19 - 医療一般 - 002 平成19-21年度総合研究報告書(研究代表者種田憲一郎).

## 5. 主な発表論文等

[学会発表](計 1 件)

Tomoko Oishi, Takayasu Kawaguchi, Yoshimasa Ishii . Team activities in rehabilitation of oral function at acute care hospitals in Japan . 19<sup>th</sup> East Asian Forum of Nursing Scholars , 2016.3.14 , 千葉県・千葉 .

## 6. 研究組織

### (1)研究代表者

大石 朋子 (OISHI TOMOKO)

神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・講師

研究者番号: 40413257

### (2)研究分担者

水戸 優子 (MITO YUKO)

神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・教授

研究者番号: 70260776

グライナー 智恵子 (GREINER CHIEKO)

神戸大学・保健学研究科・教授

研究者番号: 20305270