

令和元年6月19日現在

機関番号：23302

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2014～2018

課題番号：26463286

研究課題名（和文）外来-病棟一元化による看護師の患者・家族包括的在宅移行支援力育成プログラムの開発

研究課題名（英文）Development and evaluation of a cooperative transitional care system for nurses

研究代表者

丸岡 直子（MARUOKA, NAKO）

石川県立看護大学・看護学部・教授

研究者番号：10336597

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,800,000円

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は、外来-病棟連携による在宅療養移行支援体制構築と看護師の在宅療養移行支援育成プログラムの有用性を明らかにすることであり、質指標を用いた質問紙調査および面接調査から検証した。患者に対する退院後の在宅療養の確認と支援や多職種連携の実施率は上昇した。また、支援体制構築のプロセスにおいて、患者・家族へのアプローチ、看護チームの在宅療養移行支援力の強化、多職種連携に関する認識と行動に変化がみられた。今後は、退院患者の療養生活状況から評価する予定である。

研究成果の学術的意義や社会的意義

病院に勤務する外来および病棟看護師の在宅移行支援の力量を向上させることは、患者・家族の退院後の生活をスムーズに開始することや、変化する生活の再構築を早期にはかることができ、病や障害とともに生きる患者・家族のQOL向上に寄与する。入院前の外来受診時から退院後の在宅療養への支援を開始するため、患者の早期退院や再入院の減少に貢献すると考える。また、開発した在宅療養移行支援質指標を構成する項目は、看護師の在宅療養移行支援の力量の実態を把握することや支援方法の指針として活用することができる。さらに、在宅療養移行支援システム構築に向けた看護管理者の役割を示すことができた。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study was to establish a transitional care system that utilizes cooperation between outpatient and ward-based services, and to evaluate its usefulness for nurses. The program's usefulness was determined using a questionnaire survey, comprising transitional care quality indicators, and an interview survey. Our findings showed that the rates of support and confirmation of home care for discharged patients increased, along with multidisciplinary collaboration. In the process of establishing the transitional care system, nurses' perceptions and behavior changed with regard to their approach to patients and families, reinforcement of transitional care in nursing teams, and multidisciplinary collaboration. Future evaluations will focus on the quality of care of discharged patients.

研究分野：看護学

キーワード：在宅療養移行支援 退院支援 退院調整 質指標 継続看護

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19、CK - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

地域包括ケアの体制整備が進められている中、病院にはよりよい在宅療養支援に向けた取り組みが期待されている。医療と介護の狭間で生活を余儀なくされる高齢者の増加、医療の高度化と在院日数の短縮化、診療報酬における退院支援の評価拡大を背景として、患者が生活の場（自宅以外の生活の場も含む）で継続可能な医療を入院中から構築する必要性が高くなっている。多くの病院では退院調整部門を設置し、退院調整看護師や病棟看護師が中心となって在宅療養に向けての支援が行われている。患者・家族にとっては、病気の発症、治療のための入院から退院、その後の療養生活の開始に至る一連のプロセスは、状況の変化に取り込まれ生活の仕方や場が移り変わる「移行」を体験する時期でもある。この時期に看護師は、患者・家族が退院をめぐる「移行」をどのように捉え、病や障害とともに生活する患者とその家族をどのように支えていくかを支援する役割がある。この支援は、病気発症により入院が決定した時期から開始することや、家族機能および患者-家族の相互作用に働きかける必要性が指摘されている（宇都宮；2011、本田；2013）。外来受診し入院が決定した時から、病棟看護師が患者に関わり在宅療養への移行支援を開始している実践報告（宇都宮；2013）があるが、その効果は検証されていない。このような中、外来-病棟一元化（連携）による在宅移行支援体制の構築をはかり、患者・家族の相互関係や入院-退院という移行のプロセスを基軸にした在宅移行支援力を育成する看護師教育プログラムの開発に取り組み、患者・家族の望む退院後の療養生活がスムーズに開始できることに寄与することを目指して研究に着手した。

2. 研究の目的

患者・家族にとって病気発症、治療のための入院から退院、そして退院後の療養に至るプロセスは生活の仕方や場が変わる「移行」を体験する時期である。看護師にはこの時期にある患者・家族を一体と捉え、退院後の生活の再構築にむけて支援する能力の向上や、早期に在宅移行支援を開始することが求められている。

本研究の目的は、外来-病棟一元化（連携）在宅移行支援体制を構築し、看護師の患者・家族包括的在宅移行支援力育成プログラムを開発し、有用性を検討することである。そこで、3つの目的により研究を進めた。

- (1)目的1：外来-病棟連携による在宅療養移行支援システム構築に果たした看護管理者の役割を明らかにする。
- (2)目的2：外来看護師および病棟看護師による在宅療養移行支援質指標（以後、質指標）を開発し、その信頼性・妥当性を検証する。
- (3)目的3：外来-病棟一元化（連携）による在宅療養移行支援システム（以後、支援システム）の構築や機能強化を図るために必要な教育プログラムを臨床現場の看護師と協働して実施し、その成果は在宅療養移行支援質指標を用いた看護師による支援の実態調査と意識の変化をとおして明らかにする。

3. 研究の方法

(1) 外来-病棟連携在宅療養移行支援体制構築における看護管理者の役割

外来-病棟連携体制による患者の在宅療養移行支援を行っている6病院11名の看護管理者を対象に、2015年2~3月に半構成的面接を実施した。面接内容はシステム構築の背景とプロセスおよびシステム構築における看護管理者の行動と意図である。面接データを質的記述的に分析した。

(2) 在宅療養移行支援質指標の開発

外来看護師用の質指標の開発は、以下の手順で行った。患者の入院前・退院後における在宅療養移行支援の構成要素45項目と看護師の属性からなる質問紙を作成し、外来看護師225名を対象に予備調査を実施し、G-P分析や探索的因子分析により37項目に整理した。本調査では、予備調査とは違う病院の外来看護師259名を対象に、在宅療養移行支援37項目の実施状況を5件法(5:いつも行っている-1:まったく行っていない)で質問紙調査を実施した。

病棟看護師用の質指標の開発も同様な手順で行った。患者の入院中における在宅療養移行支援の構成要素66項目と看護師の属性からなる質問紙を作成し、病棟看護師390名を対象に予備調査を実施した。G-P分析や探索的因子分析により47項目に整理しました。本調査では、予備調査とは違う病院の外来看護師652名を対象に、在宅療養移行支援45項目の実施状況を5件法で質問紙調査を実施した。

構成概念妥当性は因子分析により、弁別的妥当性：看護師経験年数および外来看護経験年数の平均値から2群に分け、各因子の平均得点をt検定により検討し、信頼性はCronbachの α 係数および折半法により検討した。

(3) アクションリサーチを用いたシステム構築と教育プログラムの開発

研究当初の計画では、教育プログラムを研究者によって作成し、そのプログラムの実施前後のデータから有用性を検討する予定であった。しかし、臨床現場の実情や看護師の状況と乖離した教育プログラムになることが懸念され、臨床の看護師と協働してシステム構築を図り、そのプロセス自体が教育プログラムとなりうるとの考えから、アクションリサーチの手法を用いることとした。

研究代表者・分担者・協力者からなる研究推進者(5名)と研究参加に同意を得た看護師(副

看護師・主任) 21名の研究チームメンバーからなる研究組織を形成し、2017年6月~2018年12月までの研究期間とした。アクションリサーチは下記の計画 ~ を骨子とし、状況に応じてその内容を検討しながら進めた。さらに、研究1で明確になった在宅療養移行支援体制構築のプロセスと看護管理者の役割を基盤にしながら、臨床の看護師と協働して進めた。

計画：支援システム構築に向けた現状把握：質指標を用いた外来看護師・病棟看護師を対象とした質問紙調査を2017年6月に実施した。また、2017年8月に研究チームメンバーを対象に、患者への在宅療養移行支援や支援システム構築に対する思いや考えなどをグループインタビューし、質的記述的に分析した。

計画：研究推進者と研究チームメンバーによる定期的な検討会を概ね2ヵ月ごとに開催した。内容は、計画の分析結果をふまえた支援システム構築に対する願い(目的)の表明、その願いを反映した支援システム構築および教育プログラムを検討した。検討会を進めるツールとしてGROWモデルを活用した。毎回の検討会では、Goalを確認しながら現状であるRealとResource、Opportunityを探るとともに自他のWillを振り返ることを繰り返した。また、研究チームメンバーは副看護師長・主任であり支援システム構築を進めるには看護師長との協働が不可欠となり必要に応じて検討会への参加を求めた。

計画：支援システム構築による変化を検証するために、質指標を用いた外来看護師・病棟看護師を対象とした質問紙調査を2018年11月に実施した。併せて、研究チームメンバーを対象にグループインタビューを実施し、質的記述的に分析した。

なお、上記の(1)~(3)の研究は、研究代表者が所属する大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。

4. 研究成果

(1) 外来-病棟連携在宅療養移行支援体制構築における看護管理者の役割

看護管理者は、地域完結型医療の推進、アクシデントによる病院存続の危機と看護師の士気低下、7:1導入による外来看護の脆弱化など病院内外の状況を機に、【病院の使命を実現する看護の役割は何かを自他に問いかける】中から、【入院前・退院後の在宅生活を視野に入れた看護の重要性を看護師や他部門に語る】とともに【他部門のニーズに目を向けつつ看護部門の課題を主張】していた。その上で【継続看護の仕組みづくりの提案を課しルール化】【在宅療養支援が有効に機能するように関連部門を再編成】【専門看護師・認定看護師の企画力・調整力の承認と活用】を図りながら、支援システムを作り、【再発見したつなぐ看護の価値を看護師とわかち合う】っていた。このプロセスには【継続看護を希求する看護師の熱意を許容する】こと、【看護師のモチベーション維持を支援する】ことが基盤になっていた。支援システムの構築には、地域を見据えた看護の役割の探求から導き出された継続看護の重要性を主張する看護管理者の姿勢と、継続看護を希求する看護師の活動成果を支持する重要性が示唆された。

(2) 在宅療養移行支援質指標(外来看護師用・病棟看護師用)の開発

外来看護師用の質指標は、第1因子[退院後の在宅療養の確認と支援]9項目、第2因子[患者・家族への心理的支援]9項目、第3因子[入院する患者の課題共有]6項目、第4因子[入院前の生活アセスメント]6項目の4因子30項目で構成されていた。各因子のCronbachの係数は0.863~0.952、Guttmanの折半法信頼係数は0.831~0.887であった。病棟看護師用の質指標は、第1因子[在宅療養上の課題アセスメント]14項目、第2因子[在宅療養維持力への支援]9項目、第3因子[院内外の多職種との連携]8項目、第4因子[患者・家族への心理的支援]7項目の4因子38項目から構成されていた。各因子のCronbachの係数は0.886~0.939、Guttmanの折半法信頼係数は0.842~0.017であった。看護師経験年数が長い群および退院支援経験事例数が多い群の得点が高いことから弁別妥当性を認めた。以上より、外来看護師用・病棟看護師用の質指標は信頼性・妥当性が確認されたと考えられ、患者の在宅療養移行支援の指針や実践評価に活用できる可能性が示唆された。

(3) 外来-病棟連携在宅療養移行支援体制構築と教育プログラムの有用性の検討

研究開始当初には、看護師の在宅療養移行支援力を育成する教育プログラムを作成し、質指標を用いてその効果を検証する計画であった。しかし、医療施設の現状にあった支援システム構築と教育プログラムを作成するために、アクションリサーチの手法を用いて検討することとした。

アクションリサーチの実施

2017年6月~2018年12月に地方都市の急性期医療を担う一病院の協力を得た。研究推進者と病院の研究チームメンバー(副看護師長・主任)により、6回の検討会と1回の事例検討会を実施した。支援システム構築とそれに伴う教育プログラムの実施においては、研究1で明らかになった支援体制構築のプロセスと管理者の役割をモデルとした。また、GROWモデルを活用した。

アクションリサーチ前後の質問紙調査結果(看護師による在宅療養移行支援の実施状況)

外来看護師 前は42名、後は40名を分析対象とした。[患者・家族への心理的支援]9項目の平均得点は、前が 2.86 ± 0.86 、後が 2.76 ± 0.99 ($M \pm SD$)であり有意差は認められなかった。[入院前の生活アセスメント]6項目の平均得点は前が 3.77 ± 0.91 、後が 3.68 ± 0.87 であり有意差はみられなかった。[入院する患者の課題共有]6項目の平均得点は前が 2.97 ± 0.90 、後が 2.81 ± 0.90 であった。[退院後の在宅療養の確認と支援]9項目の平均得点は前が 2.58 ± 0.99 、

後が 2.84 ± 0.98 であり、アクションリサーチ後の得点は上昇したが有意差はなかった。しかし、「退院した患者の初回診察時に看護サマリーから医療上の課題をとらえる」と「退院した患者の状況を院内の医療チームメンバーと情報共有する」は後において有意に平均得点は高くなった。また、「退院した患者の初回診察時に看護サマリーから生活・介護上の課題をとらえる」は後において平均得点が高い傾向がみられた。

病棟看護師 前は 197 名、後は 228 名を分析対象とした。[在宅療養上の課題アセスメント]14 項目の平均得点は、前が 4.08 ± 0.55 、後が 4.03 ± 0.58 であり有意差は認められなかった。[在宅療養維持力への支援]9 項目の平均得点は、前が 3.58 ± 0.76 、後が 3.53 ± 0.77 であり有意差は認められなかった。[院内外での多職種との連携]8 項目の平均得点は、前が 3.00 ± 0.84 、後が 3.49 ± 1.04 であり、後において有意に平均得点は高くなっており、項目「予測される患者・家族の退院後の課題を外来看護師から情報を得る」については、後において平均得点は有意に高くなった。[患者・家族への心理的支援]7 項目の平均得点は、前が 3.30 ± 0.82 、後が 3.31 ± 0.85 である有意差は認められなかった。

研究チームメンバーに対するインタビュー調査の結果

研究チームメンバーとなった看護師は 21 名で、アクションリサーチ終了時点での所属は外来 4 名、病棟 13 名、地域連携部門 3 名、その他 1 名であった。アクションリサーチの期間において、A. 患者・家族へのアプローチ、B. 看護チーム内での在宅療養移行支援力強化への取り組み、C. 多職種連携において、看護師の認識と行動には変化がみられた。

A. 患者・家族へのアプローチ

アクションリサーチ前の看護師は 患者の背景を思い描けない 思いはあるが関われない 懸念がよぎるだけ といった患者・家族に対して在宅療養上の気持ちは感じるものの【意識が留まる】状況にあり、患者・家族の状況を把握したり支援を検討するには至っていなかった。GROW モデルを用いた数回の検討会を経験する中で、在宅療養移行支援の Goal は何かを言語化することにより【患者の願いを叶えたい】【患者・家族を知りたい】という意識が明確になっていった。そのためには家族の 一面会一声かけを継続する キーパーソン来院時を逃さない 退院支援計画説明に時間をかける ケアマネジャーの来院・連絡を活用する といった患者・家族を知る様々な【きっかけを活かす】ことを行っていた。さらに、外来-病棟連携による在宅療養移行支援システム構築の際に作成された情報共有用紙を活用する【仕組みに乗っかる】ことで患者・家族の入院前・退院後の在宅療養生活上の課題や患者・家族の意向をとらえようとしていた。そして、通院中断患者や通院困難患者や介護力が脆弱な【患者を気にかけて対応する】行動をとるように変化した。

B. 看護チーム内での在宅療養移行支援力強化への取り組み

アクションリサーチに参加した看護師は 家族やケアマネジャーがもつ情報の価値に気づけない 退院支援は地域連携室に丸投げ 情報共有のための記録が書けない カンファレンスでの役割意識の欠如 退院支援に対する関心・知識の欠如 などの【自部署の課題を自覚】していた。GROW モデルの構成要素である Realty を検討する中で明確にされた内容である。その上で看護チームとしての【目標を設定する】。具体的な内容は 安心して退院できる看護を目指す 情報をつなぐことから始める 家族の意向をくみとる 効果的なカンファレンスの開催

排泄の自立・ADL 低下予防・術後合併症の回避 であった。看護師は看護師長と協働しながら 看護師主体のカンファレンスの運営 課題を抱える患者の対応 医師から任される など患者の在宅療養移行支援の【推進力となる】。そして【看護師間の雑談に含まれる患者情報の価値に気づく】とともに、若い看護師の変化を認める 若い看護師の頑張りやチームに提示 ケアマネジャーへの対応を見せる などの【若い看護師のモデル・支援者になる】といった行動の変化がみられた。さらに、患者情報の循環型共有 といった【支援システム改善に向けた新たな提案】を行うに至った。

C. 多職種連携

アクションリサーチ当初、看護師は【義務的なカンファレンスへの参加】や【院外職種の来院は業務を中断させる】という認識がみられた。患者が 安心して退院できる看護を目指す ために、患者の 担当ケアマネジャーとつながり、ケアマネジャーの持つ情報の価値を実感し活用する 在宅療養維持に向けたアイデアをもらう など【ケアマネジャーの力を知り良い関係をつくる】ことや【地域の資源を知り連携する重要性を自覚】するようになっていった。また、【義務的なカンファレンスへの参加】から看護師が主導する【組織横断的なカンファレンスの開催】が恒常化し、タイムリーな病状説明や医療上の課題を共有するために【医師を巻き込み】ながら、院内外での多職種連携による在宅療養移行支援が行われるように変化した。

在宅療養移行支援力育成プログラムの開発

在宅(外来)-入院-在宅(外来)と患者の療養場所と療養生活の変化に伴う在宅療養移行支援は入退院支援機能を備えた新しい部署の設立と、つながる看護を実現する情報共有システムの構築により支援体制は整えられた。このプロセスと並行して実施したアクションリサーチを通して、次のような育成プログラムが考えられた。Step1: 当事者(患者)を主体とした在宅療養移行支援の目的(Goal)を明確にする。Step2: 看護師自身と病院・看護部の在宅療養移行支援の現状を明らかにする。Step3: Goal を達成するために活用できる資源(Resource, Opportunity, Will)を探索し、自由にアイデアを出しあって実践する。Step4: 在宅療養移行支援の実際を振り返り、つなぐ看護の価値を分かちあう。このプロセスには一定の期間(1年程度)は必要で

ある。

全体的考察

アクションリサーチ後における看護師の在宅療養移行支援の実施状況は、外来看護師では退院患者の初回受診時に看護サマリーから医療上および生活・介護上の課題をとらえることや退院後の患者の状況を医療チームメンバーと情報共有を行うことが有意に得点が高くなっていた。このことは、インタビューでも明らかになったように、患者の状況を知って患者の在宅療養生活の願いを叶えたいとの意識の現れを反映していると考えられる。また、つながる看護を実現する情報共有システムが有用であったことも背景として考えられる。

病棟看護師においては[院内外の多職種との連携]や[予測される患者・家族の退院後の課題を外来看護師から情報を得る]がアクションリサーチ後に得点が高くなっていた。このことは、外来-病棟が連携し、入院前あるいは入院当初から在宅療養移行支援に取り組む重要性の認識を反映していると考えられる。また、インタビューから明らかになったケアマネジャーの力を知ることで良き関係をつくったことが影響していると考えられる。

研究チームメンバーの在宅療養移行支援に対する認識や行動は大きく変化した。しかし、看護師全体に対して実施した質指標による質問紙調査では、外来看護師において[患者・家族への心理的支援]や[退院後の在宅療養の確認と支援]において課題があると考えている。

今後は、退院した患者の在宅療養生活を患者・家族の立場から評価し、その内容をフィードバックしながら病院における在宅療養移行支援体制の強化につなげていく予定である。

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計4件)

- (1) 石川倫子, 丸岡直子, 患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断, 看護実践学会, 査読有, 30巻, 2018, 4-11
- (2) 田淵知世, 笠嶋風紗, 田嶋瑞穂, 丸岡直子, 地域包括ケア病棟における退院支援の現状と課題 病棟師長・病棟看護師・退院調整看護師へのグループインタビューから, 石川看護雑誌, 査読有, 15巻, 2018, 99-108
- (3) 丸岡直子, 地域包括ケアシステムにおける「外来機能」の見直し・拡充の工夫, 看護部長通信, 査読無, 15巻1号, 2017, 2-7
- (4) 丸岡直子, 患者や家族の意向に沿った退院支援 - 不安や葛藤を受け止める, 看護主任業務, 24巻2号, 2014

[学会発表](計12件)

- (1) Naoko Maruoka, Noriko Ishikawa, Shizuko Hayashi, Yukie Tamura, Tomoyo Tabuchi, Masashi Takeyama, Kazumi Hayashi, Chifumi Yoshida, Kieko Higuchi, Actual duties and issues of transitional care of patients by outpatient nurses, The 5th China Japan Korea Nursing Conference Abstract Book, 2018, 39
- (2) 田淵知世, 笠嶋風紗, 田嶋瑞穂, 丸岡直子, 地域包括ケア病棟における退院支援の実態と課題 病棟看護師長へのグループインタビューから, 第11回看護実践学会学術集会, 2017
- (3) 笠嶋風紗, 田嶋瑞穂, 田淵知世, 丸岡直子, 地域包括ケア病棟における退院支援の実態と課題 退院調整看護師へのグループインタビューから, 第11回看護実践学会学術集会, 2017
- (4) 田嶋瑞穂, 笠嶋風紗, 田淵知世, 丸岡直子, 地域包括ケア病棟における退院支援の実態と課題 病棟看護師へのグループインタビューから, 第11回看護実践学会学術集会, 2017
- (5) 丸岡直子, 武山雅志, 林静子, 石川倫子, 田淵知世, 田村幸恵, 吉田千文, 樋口キエ子, 看護師による在宅療養移行支援質指標の開発(第1報) - 外来看護師用, 第37回日本看護科学学会学術集会, 2017
- (6) 林静子, 丸岡直子, 武山雅志, 石川倫子, 田淵知世, 田村幸恵, 吉田千文, 樋口キエ子, 看護師による在宅療養移行支援質指標の開発(第2報) - 病棟看護師用, 第37回日本看護科学学会学術集会, 2017
- (7) 北村日菜, 丸岡直子, 竹内香織, 石川倫子, 外来看護師による在宅療養移行支援の実態(第1報) - 入院決定から入院するまでに焦点をあてて, 第20回日本看護管理学会学術集会, 2016
- (8) 竹内香織, 丸岡直子, 北村日菜, 石川倫子, 外来看護師による在宅療養移行支援の実態(第1報) - 患者の入院中・退院後に焦点をあてて, 第20回日本看護管理学会学術集会, 2016
- (9) 林真砂美, 丸岡直子, 林静子, 急性期病棟の看護師による患者・家族の療養生活の予測に基づく退院支援, 第20回日本看護管理学会学術集会, 2016
- (10) 丸岡直子, 吉田千文, 石川倫子, 樋口キエ子, 外来-病棟連携による在宅療養移行支援システム構築における看護管理者の役割, 第19回日本看護管理学会学術集会, 2015
- (11) 辻清美, 丸岡直子, 終末期がん患者の退院支援に対する看護師の姿勢と行動一緩和ケア病棟の看護師に焦点をあてて, 第19回日本看護管理学会学術集会, 2015
- (12) 石川倫子, 丸岡直子, 看護師の患者・家族に対する在宅療養移行支援における臨床判断, 第35回日本看護科学学会学術集会, 2015

6. 研究組織

(1) 研究分担者

研究分担者氏名：林 一美
ローマ字氏名：HAYASHI, kazumi
所属研究機関名：石川県立看護大学
部局名：看護学部
職名：教授

研究者番号(8桁)：30279905
研究分担者氏名：武山 雅志
ローマ字氏名：TAKEYAMA, masashi
所属研究機関名：石川県立看護大学
部局名：看護学部
職名：教授

研究者番号(8桁)：50381695
研究分担者氏名：石川 倫子
ローマ字氏名：ISHIKAWA, noriko
所属研究機関名：石川県立看護大学
部局名：看護学部
職名：准教授

研究者番号(8桁)：80539172
研究分担者氏名：吉田 千文
ローマ字氏名：YOSHIDA, chifumi
所属研究機関名：聖路加国際大学
部局名：大学院看護学研究科
職名：教授

研究者番号(8桁)：80258988
研究分担者氏名：樋口 キエ子
ローマ字氏名：HIGUCHI, kiekou
所属研究機関名：群馬医療福祉大学
部局名：看護学部
職名：教授

研究者番号(8桁)：60320636
研究分担者氏名：田村 幸恵
ローマ字氏名：TAMURA, yukie
所属研究機関名：石川県立看護大学
部局名：看護学部
職名：助教

研究者番号(8桁)：20336605
研究分担者氏名：田淵 知世
ローマ字氏名：TABUCHI, tomoyo
所属研究機関名：石川県立看護大学
部局名：看護学部
職名：助教

研究者番号(8桁)：60638732
研究分担者氏名：林 静子
ローマ字氏名：HAYASHI, shizuko
所属研究機関名：石川県立看護大学
部局名：看護学部
職名：准教授

研究者番号(8桁)：30346019

(2) 研究協力者

研究協力者氏名：太田 裕子
ローマ字氏名：OOTA, yuuko
研究協力者氏名：湯野 智香子
ローマ字氏名：YUNO, chikako
研究協力者氏名・澤田 喜久美
ローマ字氏名：SAWADA, kikumi
研究協力者氏名：林 真砂美
ローマ字氏名：HAYASHI, masami
研究協力者氏名：出口 まり子
ローマ字氏名：DEGUCHI, mariko