

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 5 月 1 日現在

機関番号：	34401
研究種目：	研究活動スタート支援
研究期間：	2010～2011
課題番号：	22890219
研究課題名（和文）	三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程
研究課題名（英文）	The attitude adjustment process of nurses engaged in tertiary emergency medical care, with reference to a suicide attempt patient
研究代表者	
	瓜崎 貴雄 (Urizaki Takao)
	大阪医科大学・看護学部・助教
研究者番号：	20584048

研究成果の概要（和文）：

三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程は次のとおりであった。看護師は、自殺未遂患者への精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ、戸惑いと迷いを抱えながらも積極的に関わっていた。しかし、関わりを繰り返す中で、自殺の意志に対する疑念、腹立ち、冷ややかな気持ちを抱くようになり、それに対し、精神看護の必要性を認識できなかったり、ゆとりを創出できなかったりした場合には、関わりは消極的なものへと変化していた。

研究成果の概要（英文）：

The purpose of this study is to clarify the attitude adjustment process of nurses who are engaged in tertiary emergency medical care, with reference to a suicide attempt patient. Data obtained from 11 nurses working in an emergency and critical care center were qualitatively analyzed. The nurses actively engaged with the suicide attempt patients even when they faced difficulty, frustration, puzzlement, and disillusionment when providing mental support for the patients. However, after repeatedly engaging with the patients, the nurses began to develop feelings of suspicion, anger, or coldness toward the patient's desire to attempt suicide. In some cases, they were unable to recognize the need for psychological nursing or failed to provide comfort or cope well with this, which then caused the nurses' engagement to transition into passiveness.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2010 年度	770,000	231,000	1,001,000
2011 年度	830,000	249,000	1,079,000
総計	1,600,000	480,000	2,080,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：臨床看護学

キーワード：自殺未遂、態度変容、看護師、三次救急医療

1. 研究開始当初の背景

救急医療の場は、自殺未遂の事後に治療者が直接に対応できる危機介入の場であるため、看護師の自殺未遂患者への関わりは自殺予防において重要であるといえる。しかし、看護師が自殺未遂患者に対して、肯定的な関心を示して関わるのが困難な現状がある(福田ら, 2006, 瓜崎ら, 2010, 瓜崎, 2012)。海外においては、経験年数の短い看護師の方が長い看護師よりも肯定的態度、すなわち患者を受容し専門職としての役割を果たそうとする態度をより強く形成していたといった報告(Anderson, 1997)があるが、本邦でも、三次救急医療に約3年以上携わると、自殺未遂患者に対して看護師が否定的態度を形成する傾向、具体的には、患者への憤りと自殺行動への不信感や困惑が強くなり、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心が弱まること示されている(瓜崎, 2010)。しかし、いずれの研究においても、この過程の詳細は明らかにはされていない。

<引用文献>

- Anderson, M. (1997) : Nurses' attitudes towards suicidal behaviour: a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6) , 1283-1291.
- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ, 石守久美子 (2006) : 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度, *日本看護学会誌*, 15 (2), 15-24.
- 瓜崎貴雄 (2010) : 三次救急医療に従事する看護師の看護経験と自殺未遂患者に対する態度との関連: 尺度作成と信頼性・妥当性の検討, *自殺予防と危機介入*, 30 (1), 55-62.
- 瓜崎貴雄 (2012) : 三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連, *心理臨床学研究*, 29 (6), 774-784.
- 瓜崎貴雄, 桑名行雄 (2010) : 救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度: 構成要素と傾向についての量的研究, *日本精神保健看護学会誌*, 19 (1), 23-33.

2. 研究の目的

本研究は、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程の詳細を明らかにすることを目的とする。これを明らかにすることは、自殺未遂患者に対する看護の質を向上するために、救急医療に従事する看護師に対する効果的な支援を検討する上での一助になると推察される。

3. 研究の方法

(1) 研究デザイン

本研究は、木下(2004)が提唱した修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした質的帰納的研究である。

<引用文献>

- 木下康仁 (2004), : *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践; 質的研究への誘い*, 弘文堂, 東京.

(2) 研究参加者(表1)

近畿圏のある一つの県下の救命救急センター全14施設(2010年4月現在)の看護部長に研究協力を依頼し、2施設から同意を得た。そこで勤務する58名の看護師に看護部長を通じて文書で協力を求め、11名から受諾の返信を得た。全員が自殺未遂患者の豊富な看護経験をもっていたが、研修会等での自殺に関する学習経験をもつ者はいなかった。

表1. 研究参加者の背景

	A	B	C	D
性別	男	女	男	女
年齢	50代	30代	30代	20代
看護経験年数	34年	16年	11年	2年9カ月
救命救急センター経験年数	33年	11年	7年	2年9カ月
	E	F	G	H
性別	男	女	男	女
年齢	20代	30代	30代	30代
看護経験年数	7年2カ月	13年	9.5年	9年
救命救急センター経験年数	1年2カ月	13年	9.5年	6年
	I	J	K	
性別	女	男	女	
年齢	30代	30代	20代	
看護経験年数	10年	3年	5年	
救命救急センター経験年数	10年	1年	2年	

(3) データ収集方法

半構造化面接を実施した。「これまで経験なされた中で、強く印象に残っている自殺未遂患者に対する看護場面についてお話しください。」と発問し、語りの中で、「自殺未遂患者との関わりの中で、感じたこと、考えたこと、行動しようとしたこと」について話をうかがった。面接は、2010年10月~2011年8月に、プライバシーの保てる部屋で行った。面接は1人1回1時間程度を目安とした。

(4) 分析方法

概念生成までは、概念毎に具体例、定義、概念名、理論的メモからなる分析ワークシートを作成した。分析テーマを「看護師の自殺未遂患者に対する態度がどのように変容し

ていくのか」に、分析焦点者を「三次救急医療に従事する看護師」に設定した。データの中でこれらに関連のありそうな箇所に着目し、具体例に書き込み、意味を読み取り、概念を生成した。カテゴリ生成では、概念の説明範囲と意味のまとまりを検討し、段階を経て抽象化した。分析初期は、救命救急センターでの経験年数が3年以上の看護師4名(B, G, H, I)の語りを併せて分析し、概念を生成した。続いて、同経験年数が3年未満の看護師4名(D, E, J, K)に対して1名ずつ面接と分析を繰り返し、具体例の追加と概念の生成を行った。分析後期は、同経験年数が3年以上の看護師3名(A, C, F)に対して1名ずつ面接と分析を繰り返し、具体例の追加と共に、新たな概念生成の可否を確認した。分析結果は、時間の流れを軸とし、概念、サブカテゴリ、カテゴリ相互の影響関係や変化の過程を図式化し、概要を文章化した。分析過程で浮かんだ考えは理論的メモ欄に記載し、次の面接や分析の際に参考にした。また、臨床心理学を専門とする大学教員1名と臨床心理学を専攻する大学院生3名に意見を求め、段階的に進めることにより、解釈が恣意的に偏らないように配慮した。

(5) 倫理的配慮

研究者が所属する施設の関西大学心理学研究科研究・教育倫理委員会と大阪医科大学倫理委員会に審査を申請し承認を得た。面接の際は、研究参加者に対して、改めて研究目的、面接内容、起こりうるリスクと対処法などについて説明し、書面にて同意を得た。

4. 研究成果

以下、【 】はカテゴリ、〔 〕はサブカテゴリ、〈 〉は概念を示す。自殺未遂患者に対する看護師の態度変容の過程は、【専門職としての積極的な関わり】【関わりの際に生じるまごつき】【関わるための試み】【不信と否定】【虚しさによる消極的な関わり】といった5つのカテゴリと、19の概念から構成された(図1)。

(1) ストーリーライン

三次救急医療に従事する看護師は、自殺未遂患者に対して、〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉を行うといった【専門職としての積極的な関わり】をしていた。しかし、関わりによって看護師は〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕や、予想に反し自殺未遂患者があまりに多いことに対する戸惑いと、死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、「これでよいのか」と葛藤を抱く(〔戸惑いと迷い〕)といった【関わりの際に生じるまごつき】を感じていた。【関わりの際に生じるまごつき】

を抱きながら【専門職としての積極的な関わり】を続けるのだが、【関わりの際に生じるまごつき】に対して、看護師は〔精神看護の必要性の認識〕や〔ゆとりの創出〕といった【関わるための試み】を行っていた。この過程を繰り返しながら年数を経ると、看護師は〈患者の自殺の意志に対する疑念〉、〈患者に対する腹立ち〉、〈患者に対する冷ややかな気持ち〉といった【不信と否定】を抱くようになる。【不信と否定】に対して、【関わるための試み】で対処できれば【専門職としての積極的な関わり】に至るが、できなかった場合には、【不信と否定】は【虚しさによる消極的な関わり】へと繋がっていた。

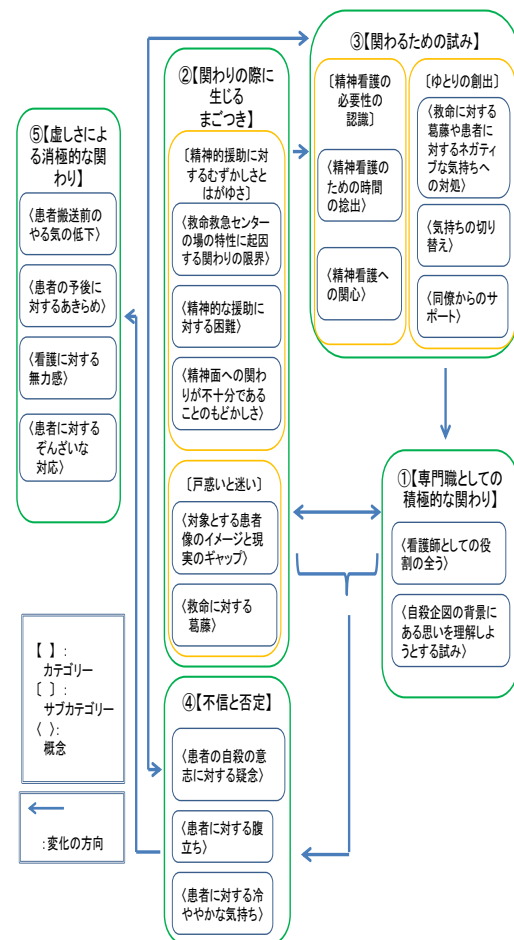


図1. 自殺未遂患者に対する看護師の態度変容の過程

(2) カテゴリの詳細

5つのカテゴリについて、サブカテゴリ、概念、具体例を図1の態度変容の過程に沿って記述する。なお、具体例は斜体で『 』内に示し、具体例の中で、研究者の問いや研究者が言葉を補った箇所は()で示した。

① 専門職としての積極的な関わり

これは、〈看護師としての役割の全う〉〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉の2つの概念から成る。〈看護師と

しての役割の全う)の定義は、患者に対して区別をつけずに、プロとして必要な看護を行うことである。Fは『基本的に病気が違いますから、やるべき看護ケアはそれぞれ違いますよね。…中略…でも何でもそうでしょうか。必要な看護に差をつけたことはないです。こちらは自殺未遂の患者さんだから看護を抜こうと思ったことはないです。』と述べた。
〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉の定義は、患者の言葉の背後にある思いへ関心を向け、次の自殺企図を防ぐために、患者が自殺企図に至った経緯や、うっ積している気持ちなど表出できるように関わることである。Bは『何が嫌でそういうことをしたかということ、…中略…(自殺企図の原因を)とりあえずは聞くのと、意識的にまだ自殺企図(念慮)があるかどうかを確認するのです。』と話した。

②関わりの際に生じるまごつき

これは、[精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ][戸惑いと迷い]の2つのサブカテゴリから構成された。

[精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ]は、〈救命救急センターの場の特性に起因する関わりの限界〉(精神的な援助に対する困難)〈精神面への関わりが不十分であることのもどかしさ〉の3つの概念から成る。
〈救命救急センターの場の特性に起因する関わりの限界〉の定義は、時間的要因(在院日数が短く患者とかかわる時間が限られている)、人的要因(看護師の数が不足している)、環境的要因(患者をフォローするシステムがない)によって、看護師が感じる限界感である。Gは『救命センターの場合は、入院してもやはりベッドの状況で早く空けないといけないし、精神よりも体のほうが落ち着けばもう退院、転院というかたちになるので、そこに医療者がかかわる時間というのは本当に限られています。』と語った。
〈精神的な援助に対する困難〉の定義は、患者に対する精神的な関わり方が分からず、またその関わりが良かったのか否かの評価が難しいために、看護師が不安や心的負担を抱えながら看護していることである。Jは『仕事が生んどくなってしまって、飛び降りを決意されたのですけれども、そこまで本人の口から聞くことができたのですけれども、そこからは会話にならなかったというか、次、声掛けを何をしていいかが分からなくなって、すぐそこから違う患者さんのところに行った、その場から離れたような感じです。』と述べた。
〈精神面への関わりが不十分であることのもどかしさ〉の定義は、自殺未遂患者への精神面への関わりが不十分であると認識し、それに対してもどかしさを抱えていることである。Iは『精神科の先生も毎日いるわけ

はないので、…中略…すぐに受診できなかったり、その間は救急の先生が適当にだいたい注射だけでお薬を出してという感じです。…中略…一時だけ鎮静すればいいだろうという感じです。だから何か根本的なところがコントロールできていないからよくないのかなと思います。』と話した。

[戸惑いと迷い]は、〈対象とする患者像のイメージと現実のギャップ〉(救命に対する葛藤)の2つの概念から成る。
〈対象とする患者像のイメージと現実のギャップ〉の定義は、就職前に抱いていた救命救急センターが対象とする患者像と、現実のそれらに差異があり、戸惑うことである。Hは『それぞれ外傷で来て、助けて、歩けるようになって戻って来てくれるとか、会いに来てくれるというイメージを抱いてみんな救命センターに来ている(就職している)ことのほうが多いのです。でも、実際ふたを開けてみたら、もう大量内服の患者さんなんて山ほどいるし、(イメージしていた)本当に自分が見たいと思えるような患者さんを見ることというのはなかなか少ない。』と話した。
〈救命に対する葛藤〉の定義は、死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、看護師が「これでよいのか」と葛藤を抱きながらかかわることである。Dは『これをやっていて、この人のためなのにか思いながら、ちょっと複雑な気持ちになることが結構あって、…中略…患者さんは死のうと思って薬とかを飲んでいるでしょう。でも、結局、救命してしまっているこちら側の気持ちが、患者さんの希望ではないことをしているということですよ。』と語った。

③関わるための試み

これは、[精神看護の必要性の認識][ゆとりの創出]の2つのサブカテゴリから構成された。

[精神看護の必要性の認識]は、〈精神看護のための時間の捻出〉(精神看護への関心)の2つの概念から成る。
〈精神看護のための時間の捻出〉の定義は、業務が多忙だったり、身体看護が優先される中で、時間の使い方を工夫して、精神看護のための時間を作り出せるかどうかということである。時間の捻出の難しさについてEは『業務の忙しさとかそれはもうあると思うのです。…中略…機械のチェックとかですかね。決められているチェックの時間になってしまうと、患者さんとの会話をやはり遮って、そちらのほうを見に行かないとだめですし、(他の看護師が)それを見られる状況だったら見てもらえるのですけれども、スタッフの人数とかやはり患者の状態によっては、そちらのほうを優先せざるを得ない状況のときはあります。』と話した。一方、時間を作り出すことができるFは

『救命センターとか集中治療室という何か一刻を争わないといけないような場所でずっと向き合って患者さんの話を聞くという環境を作るにはその人だけでは無理ですね。一看護師だけでは無理ですし、その経験が浅い人ほど難しいと思います。…中略…それは実績なのでしょう。分かりません。私が例えば座って患者さんと向き合って話をしている時に、周りは私がさぼっているとは思わないのです。それはどうしてでしょう。私が何も言わなくてもあそこは何か大事な話が始まっていると思ってくれるのです。』と述べた。〈精神看護への関心〉の定義は、看護師が精神看護に関心を持っているかどうかということである。精神看護への関心の小ささについて、Kは『みんな（医師と看護師）が何の病気かわからない人で、何だろかなというときよりも、（薬物中毒の患者の時は）イメージとして冷たい感じがします。ちょっとみんなの興味もないのかとは思いません。』と話した。一方、精神看護に関心を示しているFは、次のように語った。『一つの事例を振り返っているところから派生させていくことで、自殺未遂の患者さんの心理を見るときに自分の見方が広がったと思ったのです。』

〔ゆとりの創出〕は、〈救命に対する葛藤や患者に対するネガティブな気持ちへの対処〉〈気持ちの切り替え〉〈同僚からのサポート〉の3つの概念から成る。〈救命に対する葛藤や患者に対するネガティブな気持ちへの対処〉の定義は、助ける方がよいのか、あるいは死なせてあげた方がよいのかという2つの気持ちや、患者に対するネガティブな気持ちへの対処の仕方である。救命に対する葛藤への対処について、Gは『（助ける方がよいのか、あるいは死なせてあげた方がよいのかという2つの）気持ちもあって当然だと思っています。…中略…自分の気持ちは整理というか、別に混乱することはないし、しんどくなることもないし、それが身体的な症状として現れてきたこともないです。』と述べた。また、自殺未遂患者に対して抱くネガティブな気持ちへの対処について、Fは『（「では、若い時は例えばネガティブな気持ちも排除しようとするのでしょうか。」） そうだと思えます。看護師だからこんなことを思ったら駄目なのだ、となるのです。…中略…共感することは大事だし、傾聴することも大事で、そこに否定的な気持ちがあっても自分を認めてあげるとか、きっとそういうふうにしたらいいのではないのでしょうか。』と話した。〈気持ちの切り替え〉の定義は、自殺未遂患者が企図を繰り返したり、亡くなったりしてショックを受けたとしても、仕事であると認識し、過度な自責感を持たず、気持ちを切り替えてショックを引きずらないことである。

Cは『ストレスとかは何かもう完全にオン・オフ分けなのです。…中略…切り替えはしています。そこはもうしていないとこの仕事はできないなと思うし。』と語った。〈同僚からのサポート〉の定義は、自殺未遂患者との関わりで生じたストレスに対して、同僚が共感を示すことにより、そのストレスが軽減されることである。Iは『今日はXさん（自殺未遂患者）の受け持ちをしていて疲れたわ』とかその一言だけで終わったり、でもそれだけでも言っただけでスツとするし、スタッフが「精神科の患者さんは、私たちも、ケアするほうも疲れますよね」というような共感をしてもらったら「ああ、私だけではないんだ」と思ったり、皆そういう思いしてケアしているのだと思ったら、ちょっと元気になれるというのはあります。』と話した。

④不信と否定

これは、〈患者の自殺の意志に対する疑念〉〈患者に対する腹立ち〉〈患者に対する冷ややかな気持ち〉の3つの概念から成る。なお、これらの概念は、三次救急医療に3年以上従事する看護師の語りと、先輩の様子を観察した経験3年未満の看護師の語りによって生成された。〈患者の自殺の意志に対する疑念〉の定義は、自殺未遂患者は、本当に死のうと思っていないのではないかと、看護師が考えていることである。Hは『例えば「薬を飲んで彼氏に電話した」とか、それはもう、かまわしてほしいだけで死ぬ気はないのではないのかこの人はとか、自殺未遂の方法にもよるのですけれども、程度を見ると本当に死ぬ気がなかったのではないかと、この人は、と思う。』と語った。〈患者に対する腹立ち〉の定義は、自殺未遂患者と生きたいと思っている患者とを比較したり、患者が自殺企図を繰り返したり、患者が執拗な要求や粗暴な行動をしたりすることに対して、看護師が怒りを感じることである。Aは『自殺の人、自分でやってそういうふうになった人を助ける時間が惜しいというかね。時間が惜しいというか、他の人をあれ（看護）したほうが、死にたい人は嫌という感じです。』と述べた。〈患者に対する冷ややかな気持ち〉の定義は、自殺未遂患者と生きたいと思っている患者とを比較し、看護師が自殺未遂患者に対して否定的な冷めた気持ちをもつことである。Gは『生きたいと思う人がいる一方でこちらには死にたい、死にきれない人がいるということをやったり比べてしまうのです。…中略…比べてしまう時に、やはり自殺未遂患者のほうに対しての気持ちが冷めるというか。』と話した。また、救命救急センターでの経験年数が3年未満の看護師Kは、先輩の様子を次のように語った。『最初に（救命救急センターに）来たときに他の看護師さん（先輩）の接し方を

見て、びっくりしました。…中略…薬中が来たら、「薬中か」みたいな雰囲気があるのは最初は違和感を感じるのですけれども、今はそれに慣れている。(違和感はどのような感じですか?) 冷たいなと思いました。』

⑤虚しさによる消極的な関わり

これは、〈患者搬送前のやる気の低下〉〈患者の予後に対するあきらめ〉〈看護に対する無力感〉〈患者に対するぞんざいな対応〉の4つの概念から成る。なお、これらの概念は、三次救急医療に3年以上従事する看護師の語りと、先輩の様子を観察した経験3年未満の看護師の語りによって生成された。〈患者搬送前のやる気の低下〉の定義は、自殺未遂患者が搬送されることを聞いて、看護師のやる気が萎えることである。Hは『自分で3階から飛び降りたという人を助けようとなる、ささっと(初期治療室に)集まるとき、20歳代、男の子、バイクに乗って車と交通外傷。…中略…助けてもどうせまた飛ぶのだろうとか、どこかでみんな思ってやる(治療にあたる)のと、二十歳だったらもうできるだけ血を止めて早く何とかしたら患者は社会復帰できるかもしれないと思ってやる(治療にあたる)のとモチベーションに差が出てしまったりする。』と話した。〈患者の予後に対するあきらめ〉の定義は、自殺未遂患者は退院した後も、きつと自殺企図を繰り返すだろうという思いを抱き、看護師が関わりの意欲をなくすことである。Bは『退院まではそうとしてあげようと思ってしまいます。必死にはなれない。一線を引いていると思う。もう、無理だなと思うときもある。きつと退院するけれども、また帰ってくるのだろうなと思うところも半分あると思うのです』と述べた。〈看護に対する無力感〉の定義は、自殺未遂患者の回復への期待を抱いて看護師が関わっても報われず、場合によっては自殺企図が繰り返され、時には亡くなってしまふこともあり、看護師が自らの関わりを無意味なものとする捉えである。Cは、『本当に毎回毎回、飛び降りて来る患者さんとか、…中略…何て言ったらいいのでしょうか。「えっ、また」みたいな、…中略…「いや、そんなこと、もう1回飛び降りてもらうために俺たちは戻したんじゃないぞ」というのがやはりあるし、そこに無力感ではないのですけれども、何かこうバーンアウトではないのですけれども、何だったのだろうなというのは感じるかなと。』と話した。〈患者に対するぞんざいな対応〉の定義は、自殺未遂患者に対して看護師がきつく当たることである。Bは『薬をちゃんと死のうと思って飲んでいかどうかというのが種類と量で分かるでしょう。…中略…こんなものいくら飲んでも死なないというのを分かっている何回もや

ってくるという。結構、うちは常連が多いからそうなるのもっと特にもっとぞんざい(な対応)になっていると思います。』と語っていた。また、救命救急センターでの経験年数が3年未満の看護師Kは、先輩の様子を次のように語った。『初療(初期治療室)でみんな(医師や先輩看護師)が冷たいと思います。もうルーチンです。胃管入れて洗って、活性炭入れてみたいな感じです。…中略…とりあえず入院させて、明日帰ってみたいな、はい、はい、はい、みたいな流れがあります。』

(3) 自殺未遂患者を看護する看護師への心理的支援

図1より、支援の要点として、次の2点が考えられる。第一は、【関わるための試み】を強めることである。〔精神看護の必要性の認識〕をもてるように、知識や具体的な関わり方を示すことが有効であろう。自殺について研修会等で学んだ経験のある研究参加者は皆無であったため、自殺に関する学習会を催すことは有意義である。第二は、【虚しさによる消極的な関わり】に至った看護師の空虚感を軽減することである。救命救急センターでは、自殺未遂患者は身体的に回復すれば転院となる場合が多く、看護師は患者の回復の全過程を見届けることができず、援助に対する達成感を得られにくい。場の特性や自殺企図が繰り返される現状を鑑みると、看護師が無力感などの否定的な感情を抱くことはいたしかたない部分もあるが、そのような否定的な感情を、カウンセリングや看護師をメンバーとしたグループの中で、主題として取り扱うことが有用であると考えられる。

(4) 本研究の限界と課題

本研究は、限定された地域でのごく僅かな施設の看護師11名から得られたデータの分析結果であり、新たに概念が生成される可能性を十分に否定できないため、さらに検討を重ねていく必要があるといえる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表] (計1件)

瓜崎貴雄、三次救急医療に3年以上従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度形成の過程、日本人間性心理学会第30回大会、2011年10月9日、愛知教育大学。

6. 研究組織

(1) 研究代表者

瓜崎 貴雄 (Urizaki Takao)
大阪医科大学・看護学部・助教
研究者番号：20584048