

研究協力依頼書

〇〇病院長

〇〇〇〇様

私は、

聖路加看護大学大学院博士後期課程に在籍中の島田多佳子と申します。
入院中に、看護師が日常行う看護のケア場面における患者様の「気持ちいい」はどのような体験であるかについて関心をもっております。

ケアの場において、患者様が「気持ちいい」を得ることは、看護師との信頼関係だけでなく、医療の質向上において重要な位置づけをになっておりますが、この重要な患者の「気持ちいい」という現象が一度も問われることなく、現在に至っております。

そこで、今回、ケアにおける患者の「気持ちいい」体験について、ケア場面に参加し患者様へのインタビューをさせて頂くことで、その現象の洞察を深め、さらなるケアの質向上につなげていきたいと考えております。是非、入院中の患者様ならびに病棟の看護師に研究のご協力を頂きたくお願い申し上げます。

ご協力頂きたい内容は、以下の通りです。

- ・ 日常のケアが必要な一般病棟の20歳以上の患者5～6名に研究者を紹介することの承諾を得て頂く
- ・ ご協力頂ける患者のケア場面へ参加観察をさせて頂くため、病棟の看護師に研究協力をして頂く
(上記いずれも、別途当該患者に同意が得られた場合)

この研究を通して知りえた貴院に関する情報、及び患者様および看護師の個人情報は一切漏らさないこと、専門の学科誌や書籍、学会発表に公表する場合は、個人が特定されず、プライバシーが守られるように十分配慮することをお約束致します。

患者のインタビューは、担当の看護師に体調等のアドバイスを受けて行い、また、患者が不愉快や混乱がないように十分配慮致しますが、途中、患者の体調の変化等がみられた場合には中止あるいは延期し、ご指示ならびにご指導頂きたく存じ上げます。

本研究についてご質問等がございましたら、下記、連絡先にお問い合わせ致します。

研究者：島田 多佳子

聖路加看護大学大学院 博士後期課程

指導教員：菱沼典子(聖路加看護大学 基礎看護学 教授)

住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

電話：03-3543-6391

******* 研究への協力のお願い *******

療養中にもかかわらず本研究に関心を持って頂きありがとうございます。

看護師が提供するケアを受けた時の感じについて研究に取り組んでおります。この研究は質の高いケアのありかたに貢献することを目的としています。研究へのご協力・参加をお願い申し上げます。

《ご協力頂きたい内容》

- ①ケア（髪の毛を洗う、洗面をする、体を拭く、お風呂に入る等）の際に参加し観察させていただきます。
- ②ケアが終わった後に、ケアを受けた感じについて3回程度（1回30分～負担のない程度）インタビューをさせていただきます。

《ご了承頂きたい内容》

- ①ケアの説明を受ける時やケア中の看護師との会話、ケア後のインタビュー内容、私との対話内容を録音すること
- ②診療録を見させて頂くこと

■研究に協力される場合の約束

- ・ この研究に協力するかどうかは、患者様ご自身が自由に決めることができます。
- ・ 協力した後であっても、いつでも途中でやめることができます。その際には、事前にお渡しする断りの用紙を、看護師へお出し下さい。
- ・ ご協力して頂く・頂かないにかかわらず、患者様の受ける治療や看護は、通常と変わりありません。
- ・ インタビュー中に気分の変化や疲れなどが生じた場合、おっしゃって頂ければ、インタビューを一旦中止します。
- ・ プライバシーに十分に配慮し、見たことやお聞きしたことの内容は私以外の者に漏れないように責任をもって管理し、研究目的以外に用いません。個人情報保護のため氏名・病院名は用いず、秘密を守ります。
- ・ 研究の結果を博士論文や専門の雑誌、書籍や学会等で公表致しますが、個人名や病院名は出しません（公表前に内容の確認を希望される場合は、対応させていただきます）。

本研究に協力することは、お話をなされることでお疲れになるかもしれませんが、ご自身の思いを振り返られたり、整理なさったりする上で役に立つかもしれません。また、今後の質の高いケアに貢献することを目指しておりますので、どうぞ、ご協力下さいますようお願い申し上げます。ご協力頂ける場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

本研究は、聖路加看護大学の研究倫理審査委員会によって承認されております。

研究内容に関するご質問等がありましたら、いつでも下記連絡先にお問い合わせ下さい。

研究者：島田 多佳子

聖路加看護大学大学院 博士後期課程

指導教員：菱沼典子（聖路加看護大学 基礎看護学 教授）

住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

電話：03-3543-6391

研究への協力同意書

研究者 島田多佳子 殿

私は、「ケアを受けた時の感じに関する研究」に関して、下記の項目について、研究者から文書と口頭で説明を受け、内容を理解しましたので、研究に協力・参加致します。（理解した項目の□をチェックしてください）

- 研究の目的
- 協力・承諾内容
- 自分の意思による参加
- 研究参加、不参加、中止の自由
- 研究参加を断っても治療・看護上の不利益は受けないこと
- プライバシーと個人情報の保護
- 研究内容の質問の自由
- 研究結果の公表

（内容の確認の希望 無し 有 *該当箇所にチェック）

日付： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究協力者 氏名 署名 _____

研究者 _____ 氏名 署名 _____

聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：

当該施設 研究審査委員会承認番号：

研究への協力同意書

研究者 島田多佳子 殿

私は、「ケアを受けた時の感じに関する研究」に関して、下記の項目について、研究者から文書と口頭で説明を受け、内容を理解しましたので、研究に協力・参加致します。（理解した項目の□をチェックしてください）

- 研究の目的
- 協力・承諾内容
- 自分の意思による参加
- 研究参加、不参加、中止の自由
- 研究参加を断っても治療・看護上の不利益は受けないこと
- プライバシーと個人情報の保護
- 研究内容の質問の自由
- 研究結果の公表

（内容の確認の希望 無し 有 *該当箇所にチェック）

日付： 平成 年 月 日

研究協力者 氏名 署名 _____

研究者 氏名 署名 _____

聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：

当該施設 研究審査委員会承認番号：

******* 研究への協力のお願い *******

患者が看護師の提供するケアを受けた時の感じについて研究に取り組んでおります。この研究は質の高いケアのありかたに貢献することを目的としています。そこで、研究へのご協力・参加をお願い申し上げます。

《ご協力頂きたい内容》

①患者への日常生活へのケア（髪の毛を洗う、洗面をする、体を拭く、お風呂に入る等）の際に参加観察させていただきます。

《ご了承頂きたい内容》

- ①患者へのケアの説明、ケア中の患者との会話内容を録音させて頂くこと
- ②年齢、勤務年数を教えて頂くこと

■ 研究に協力される場合の約束

- ・ この研究に協力するかどうかは、ご自身が自由に決めることができます。
- ・ 協力した後であっても、いつでも途中でやめることができます。その際には、事前にお渡しする断りの用紙を、お出し下さい。
- ・ ご協力して頂く・頂かないにかかわらず、業務上の不利益はございません。
- ・ プライバシーに十分に配慮し、見たことやお聞きしたことの内容は私以外の者に漏れないように責任をもって管理し、研究目的以外に用いません。個人情報保護のため氏名・病院名は用いず、秘密を守ります。
- ・ 研究の結果を博士論文や専門の雑誌、書籍や学会等で公表致しますが、個人名や病院名は出しません（公表前に内容の確認を希望される場合は、対応させていただきます）。

本研究に協力されることでケア中に緊張されることがあるかもしれませんが、ご自身のケアを振り返られたり、整理なさったりする上で役に立つかもしれません。また、今後の質の高いケアに貢献することを目指しておりますので、どうぞ、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

本研究は、聖路加看護大学の研究倫理審査委員会によって承認されております。

ご協力頂ける場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

どうぞご協力下さいますようお願い申し上げます。

研究内容に関するご質問等がありましたら、いつでも下記連絡先にお問い合わせ下さい。

研究者：島田 多佳子

聖路加看護大学大学院 博士後期課程

指導教員：菱沼典子（聖路加看護大学 基礎看護学 教授）

住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

電話：03-3543-6391

研究への協力同意書

研究者 島田多佳子 殿

私は、「ケアを受けた時の感じに関する研究」に関して、下記の項目について、研究者から文書と口頭で説明を受け、内容を理解しましたので、研究に協力・参加致します。（理解した項目の□をチェックしてください）

- 研究の目的
- 協力・承諾内容
- 自分の意思による参加
- 研究参加、不参加、中止の自由
- 研究参加を断っても治療・看護上の不利益は受けないこと
- プライバシーと個人情報の保護
- 研究内容の質問の自由
- 研究結果の公表

（結果内容の確認の希望 無し 有 *該当箇所にチェック）

日付： 平成 年 月 日

研究協力者 氏名 署名

研究者 氏名 署名

聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：

当該施設 研究審査委員会承認番号：

研究への協力同意書

研究者 島田多佳子 殿

私は、「ケアを受けた時の感じに関する研究」に関して、下記の項目について、研究者から文書と口頭で説明を受け、内容を理解しましたので、研究に協力・参加致します。（理解した項目の□をチェックしてください）

- 研究の目的
- 協力・承諾内容
- 自分の意思による参加
- 研究参加、不参加、中止の自由
- 研究参加を断っても治療・看護上の不利益は受けないこと
- プライバシーと個人情報の保護
- 研究内容の質問の自由
- 研究結果の公表

（結果内容の確認の希望 無し 有 *該当箇所にチェック）

日付： 平成 年 月 日

研究協力者 氏名 署名

研究者 氏名 署名

聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：

当該施設 研究審査委員会承認番号：

研究協力断わり書

私は、このたび研究協力を同意しましたが、この度、協力を中止することになりましたので、通知します。

この辞退により不利益がないよう、お願い致します。

尚、これまでの研究データは

使用しても良い

データごとすべて廃棄してほしい

日付： _____ 年 月 日

氏名（署名）： _____