

平成 年 月 日

●●●病院

院長 △△△△様

〇〇訪問看護ステーション

看護師 〇 田 〇 子

「レビー小体型認知症療養者の家族介護者の体験に関する研究」の
ご協力について（依頼）

拝啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、現在〇〇訪問看護ステーションに勤務し、このたび、レビー小体型認知症療養者の家族介護者の体験について、研究を行いたいと考えております。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、貴所属医師 〇〇〇〇様にご協力いただきますよう、御高配を賜りたく、お願い申し上げます。

ご承諾をいただきましたおりに、誠にお手数ではございますが、別紙研究協力承諾書にご記入の上、同封の返信用封筒にて〇月〇日までにご投函いただきますよう、お願い申し上げます。

なお、この研究の計画は、一般社団法人日本在宅看護学会において倫理審査を受け、承認されています（承認番号〇〇 - 〇〇）。

敬具

記

1 研究課題

レビー小体型認知症療養者の家族介護者の体験

2 研究者

1) 所属・職名・氏名

〇〇訪問看護ステーション 看護師 〇田〇子

2) 職歴

〇〇市立〇〇総合病院看護師を経て、平成 23 年より上記訪問看護師として勤務

3) 研究歴

〔刊行論文〕

△川△美，〇田〇子，他，〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇に関する研究，第〇回日本看護学会論文集成人看護，2010.

〔学会発表〕

〇田〇子，×木×子，△△△△△△△△△△に関する研究，第△回日本在宅看護学会学術集会，2013.

3 研究対象、目的、意義

1) 研究対象

日本認知症学会認定専門医または日本精神科医学会認定認知症臨床専門医による診断・治療を受けている在宅レビー小体型認知症（以下、DLB とします）患者と同居し、介護を担当する主介護者 10 名程度です。選定方法は以下の通りです。

- ① 貴院の〇〇〇〇医師から、DLB の診断・治療を受けており、在宅療養中の患者の家族に、外来診療時に研究の概要と研究代表者の連絡先を記したチラシを渡してもらいます。
- ② 研究協力の意思がある場合、対象者から研究代表者に連絡を入れてもらいます。

2) 目的

研究目的は、在宅で療養する DLB 療養者を介護する家族介護者について、その主観的な体験を明らかにすることです。

3) 意義

本研究により、他の認知症疾患とは異なる DLB 療養者の家族介護者の具体的な体験やその特徴が明らかとなることが期待され、DLB 療養者とその家族の理解と、看護支援について示唆を得ることができると考えられます。

4 研究の方法、手順

1) 研究デザイン

質的記述的研究デザインとします。

2) データ収集方法

認知症診療の専門医による診断・治療を受けている在宅 DLB 患者を介護する、同居家族の主介護者 10 名程度を対象に、半構造的面接を実施します。面接内容は、対象者の許可を得た上で I C レコーダーに録音します。

面接の場所は、研究対象者の希望に応じて、研究対象者の自宅や●●病院の面談室などプライバシーが守られる場所とします。

面接に先立ち、研究対象者および認知症高齢者の基礎データを得るため、事前アンケートを記載してもらいます。インタビューおよび事前アンケートの内容は以下の通りです。

<インタビュー内容>

- ・日々の介護の中で、どのようなことを感じるか
- ・その時、どのように対応しているか
- ・相談できる人、頼りになる人はいるか
- ・介護を通して、喜びや楽しみを感じることはあるか
- ・このような病気になった療養者の方を、どのように思うか 等

<事前アンケート内容>

- ・研究対象者の年齢、性別、認知症高齢者との続柄、介護期間、就労の有無、家族構成、副介護者の有無、
- ・認知症高齢者の年齢、性別、要介護度、発症時期、診断を受けた時期、合併症の有無、必要とする介護内容、利用している介護サービス

- 3) データ分析方法
面接の内容から逐語録を作成し、質的帰納的分析を行います。
- 4) データ収集期間
平成〇年〇月から〇月までとします。

以上

研究（代表）者：〇田〇子
所属機関・職位：〇〇訪問看護ステーション 看護師
所属機関住所：〇〇県〇〇市〇〇10-20
電話：0123-456-7890