

「色覚検査や色覚特性のある人々への養護教諭の対応の実態」

ご協力をお願い

説明文書

はじめに

私は、現在聖路加国際大学で遺伝看護学の教員として働いております。様々な体質や特性のある方の日常生活支援をテーマに研究をしています。この度、色覚検査や色覚特性*のある人々への養護教諭の対応の実態に関する研究を計画しております。学校保健における色覚検査の扱いはこの 20 年で大きく変遷しています。2002 年に学校健診の一斉検査の項目から除外されましたが、2016年4月には学校保健安全法施行規則の一部改正により実施体制が変わりました（保護者に対する色覚検査の周知や希望者に対しては適切な実施体制のもとでの検査実施）。このような変遷がある中で、養護教諭が色覚検査をめぐりどのように対応しているのか、色覚特性のある人々やご家族にどのような対応をされているのか、その実態は十分に明らかになっていません。そこで本研究では、養護教諭を対象としたインタビューを計画しております。聖路加国際大学の研究倫理審査委員会において審査・承認を得た上で、研究機関の長による実施許可を得て実施しています（承認番号 22-A069）。

つきましては、下記をご高覧いただき、本研究の協力をご検討いただければと存じます。

*色覚特性：色覚異常と表現されることもありますが、先天赤緑異常は一般集団中の男性 20 人に 1 人（5%）、女性の 500 人に 1 人（0.2%）に現れる特性であり、色感覚の特性のひとつと捉え、本研究では原則「色覚特性」と表現します。

1.研究課題

色覚検査や色覚特性のある人々への養護教諭の対応の実態

2.研究の目的と意義

色覚検査や色覚特性のある人々への養護教諭の対応の実態を明らかにすることを目的としています。

本研究の知見は、色覚検査や色覚特性のある人々への対応に関する養護教諭の活動の在り方や養護教諭への支援を検討する上での重要な示唆を得ることができると考えております。養護教諭養成教育や現任教育への活用、看護教育への応用を目指しています。

3.研究方法

- 1) 対象となる方：色覚検査の実施経験、または色覚検査や色覚特性に関連した何らかの相談や対応をした経験がある方で、養護教諭としての勤務歴が 10 年以上ある方を対象としています。小学校、中学校、高等学校など学校の種類は問いません。
- 2) 方法：色覚検査や色覚特性のある方やご家族への関わりの経験にインタビューを実施します。インタビューはオンライン（テレビ会議システム ZOOM）または対面にて行います。同意書で研究協力意思を示した方に、インタビュー日時や方法についてのご連絡をお送りします。ご都合のよい日時や方法でインタビューできるように調整いたします。
- 3) インタビュー内容：色覚検査に関して保護者にどのように周知しているのか、保護者の反応、色覚検査の実施にあたり配慮・工夫していること、色覚検査の結果へのフォロー、色覚特性に関連して相談を受けた経験や

その内容、養護教諭として働くうえで、色覚検査や色覚特性に関連して必要と思われる支援について伺います。

4.研究に関連して予想される利益と不利益

本研究にご協力くださった方に直接的な利益はございませんが、本研究は色覚特性に関する養護教諭の現任教育等を検討する上での一助となると考えております。

インタビューの参加にあたり、約60-70分の(インタビューに60分、研究説明等に10分)時間的なご負担をおかけする他、オンラインでインタビューを行う場合は、テレビ会議システム(ZOOM)使用に伴い通信費が発生し、経済的にご負担をおかけする可能性があります。またご希望に応じて対面でインタビューを行うこともありますが、その場合はご自宅からインタビュー実施場所への移動においても時間的・身体的なご負担、交通費の立て替えに伴う一時的な経済的なご負担をおかけする可能性があります。

5.研究実施予定期間

当法人研究機関の長の実施許可後から 2023 年 3 月 31 日

6.研究への参加とその撤回について

本研究にご協力くださる方には、以下の点について十分な配慮をいたします。

- 1) 研究への同意はご協力くださる方の自由意思で決めていただきます。
- 2) インタビューではお話してもよいと思われる内容のみをお話していただきます。
- 3) 研究に協力するか否かによって、ご協力くださる方の社会的立場に不利益はありません。
- 4) 研究への協力を途中でやめることもできます。途中でやめることによる不利益はありません。口頭もしくは文書で研究協力の中止をお伝えいただけます。また、インタビュー後、個人のデータが特定できなくなる前(2023年1月末日)であれば、いつでも研究協力への同意を撤回することができます。撤回される場合は、同意撤回書を研究責任者にご提出ください。

この研究に関する情報の提供について

この研究の計画や関係する資料をお知りになりたい場合は、他の研究対象者の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。問い合わせ先にご連絡ください。

7.個人情報の取扱いについて

- 1) 研究に協力したか否か、氏名、個人が特定される情報は一切公表致しません。
- 2) インタビュー内容を録音させていただきますが、個人情報の取り扱いには十分配慮し、知りえた情報や研究のデータは研究目的以外には使用いたしません。インタビュー内容の文字起こしの作成は、秘密保持契約を締結した業者に委託します。その後、研究責任者が固有名詞を記号化し、個人情報が含まれた場合には削除して個人を特定出来ないよう処理し、分析いたします。
- 3) 本研究に関する資料は、研究者の研究室の鍵のかかる書棚およびネットワークセキュリティが確保された聖路加国際大学の Google drive に保存します。
- 4) 研究結果公表後、3年間保存した後に個人を特定出来ないよう処理した研究データは復元できない状態に

して破棄いたします。

5) 本研究から得られた情報を他の研究に利用することはいたしません。

8.研究に関する情報公開について

この研究で得られた結果は学会や学術雑誌などに公開されることがあります。その際にもあなたのお名前など個人が特定できないよう配慮いたします。

9.謝礼

インタビュー終了後には、1000 円の Amazon ギフト券を贈呈します。

10.研究資金・利益相反

本研究は「色覚特性に関する教育プログラムの開発・評価」(文部科研基盤研究(C))の助成を受けております。本研究に関して開示する利益相反はございません。

11.問い合わせ先

ご質問がございましたら、以下にお問い合わせください。ご協力くださいますようお願い申し上げます。

問い合わせ先

研究責任者

青木美紀子(あおきみきこ)

聖路加国際大学大学院 遺伝看護学 准教授

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

Tel・Fax (03) 5550-2343

e-mail aokim@slcn.ac.jp

上記の研究協力のお願ひ・同意書・同意撤回書は下記 URL からもご確認いただけます。

Google フォームから研究協力への同意や同意撤回の意思をお伝えいただくこともできます。

Google フォーム <https://forms.gle/y6JegSZHJD4HKPyV8>



同意書

聖路加国際大学 学長殿

研究課題名：「色覚検査や色覚特性のある人々への養護教諭の対応の実態」

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 研究の目的と意義 | 7. 個人情報の取扱いについて |
| 2. 研究方法 | 8. 研究に関する情報公開について |
| 3. 研究に関連して予想される利益と不利益 | 9. 謝礼 |
| 4. 研究実施予定期間 | 10. 研究資金・利益相反 |
| 5. 研究への参加とその撤回について | 11. 問い合わせ先 |
| 6. この研究に関する情報の提供について | |

【署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について説明を受け、研究の内容を理解いたしました。この研究に参加することについて同意します。

同意日： 年 月 日

氏名： (自署)

【研究担当者の署名欄】 ※以下は研究者が記入します

私は、本研究について十分に説明した上で同意を得ました。

確認日： 年 月 日

確認者氏名： (自署)

聖路加国際大学研究倫理審査委員会 承認番号：

研究責任者

青木美紀子

聖路加国際大学大学院 遺伝看護学 准教授

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

Tel・Fax (03) 5550-2343

e-mail aokim@slcn.ac.jp

同意撤回書

聖路加国際大学 学長殿

研究課題名：「色覚検査や色覚特性のある人々への養護教諭の対応の実態」

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 研究の目的と意義 | 7. 個人情報の取扱いについて |
| 2. 研究方法 | 8. 研究に関する情報公開について |
| 3. 研究に関連して予想される利益と不利益 | 9. 謝礼 |
| 4. 研究実施予定期間 | 10. 研究資金・利益相反 |
| 5. 研究への参加とその撤回について | 11. 問い合わせ先 |
| 6. この研究に関する情報の提供について | |

【署名欄】

私は、上記研究について説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日： 年 月 日

氏名： (自署)

【研究責任者の署名欄】

同意撤回の意思を確認いたしました。

確認日： 年 月 日

確認者氏名： (自署)

研究責任者

青木美紀子

聖路加国際大学大学院 遺伝看護学 准教授

〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

Tel・Fax (03) 5550-2343

e-mail aokim@slcn.ac.jp