

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 48 Number 1 April 2025 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第48巻 第1号]

目 次

第50回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

会長講演

発祥の地から未来を拓く看護研究

～進化する研究～ 3

奈良学園大学保健医療学部 教授 上野 栄一

特別講演

日本最初の法治国家に何を学ぶか 10

東大寺長老 森本 公誠

《研究論文》

一 原 著 一

植込型補助人工心臓装着者の配偶者である介護者が新しい生活を探っていくプロセス 17

信州大学学術研究院保健学系 近藤 協子

信州大学学術研究院保健学系 新井 清美

病棟看護師による婦人科がん患者への性生活支援の構造 29

元名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻博士前期課程 田中 奈生子

名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻高度実践看護開発学 杉村 鮎美

一宮研伸大学看護学部 安藤 詳子

一 研究報告 一

臨地実習前後の看護学生が持つエイジズムと高齢者に関する知識の変化 41

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 吉田 浩二

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 辻 麻由美

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 大山 祐介

CONTENTS

《Research papers》

Original Article

- How Caregivers who are Spouses of People
with a Newly Implanted left Ventricular Assist Device Navigate their Daily Lives 17
Shinshu University, School of Medicine and Health Sciences
Institute of Health Science, Nagano, Japan : Kyoko Kondo, MSN, RN, PHN
Shinshu University, School of Medicine and Health Sciences
Institute of Health Science, Nagano, Japan : Kiyomi Arai, PhD, RN, PHN
- Structure of Sexual Health Support for Patients with Gynecologic Cancer by General Ward Nurses 29
Former Nagoya University, Graduate school of medicine,
Department of Integrated Health Sciences, Aichi, Japan : Naoko Tanaka, RN, PHN
Nagoya University, Graduate school of medicine,
Department of Integrated Health Sciences, Aichi, Japan : Ayumi Sugimura, RN, PHN, PhD
School of Nursing, Ichinomiya Kenshin College, Aichi, Japan : Shoko Ando, RN, PhD
- Research Report
- Changes in Nursing Students' Ageism and Knowledge of Older Adults Before and After Clinical Practice 41
Department of Health Sciences, Nagasaki University Graduate School
of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan : Koji Yoshida, PhD, RN, PHN
Department of Health Sciences, Nagasaki University Graduate School
of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan : Mayumi Tsuji, PhD, RN
Department of Health Sciences, Nagasaki University Graduate School
of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan : Yusuke Oyama, PhD, RN

第 50 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2024年8月24日(土), 25日(日)

学術集会会長 上野 栄一

於 奈良県コンベンションセンター

注) 掲載に賛同し, 入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

発祥の地から未来を拓く看護研究 ～進化する研究～

本学術集会は、未来に向けた研究に橋を架ける学会になるように企画しました。本看護研究学会学術集会で未来を拓くという本学会の向かう方向性を共有したいと思います。看護は、社会情勢、医療情勢が変わろうと発展し、その専門性を発揮しています。本稿では、考古学の視座もまじえながら、看護研究の進化をみていきます。

1. 学会の開催にあたって

一般社団法人日本看護研究学会第50回学術集会在、第50回という半世紀の歴史をもつ学会の節目に奈良で開催されました。学会の開催年は能登半島地震そして奥能登豪雨が起り、被災された方々にこころよりお見舞い申し上げます。一日も早い復興を祈願しております。

50年の節目に、看護研究の発展について振り返りながら、看護研究の特徴を歴史的な観点から進化する研究を振り返ります。本学術集会では、テーマを「発祥の地から未来を拓く看護研究」としました。発祥の地というのは、看

奈良学園大学保健医療学部 教授 上野 栄一

護の発祥の地という意味で使っています。また、この機会に看護研究のプロセスと考古学の研究の特徴についても触れてみたいと思います。奈良には考古学研究所、考古学研究所資料館などが多くあります。実際に博物館に行ってみますと、等身大の土器などの遺跡が飾られており、圧巻です。当時の世界へタイムマシンで戻ったような世界を体感できます。

2. 進化する科学技術と看護

私たちが生きる社会は激しく変化しています。少子高齢化、頻発する災害、そして不安定な社会情勢など、私達の生活に大きな影響を与えています。科学技術も Society 5.0が進み、IT、AIの発展が著しいです。このような状況の中、看護はさらに大きな役割が期待され、看護の力が求められてきています。我国は第5期科学技術基本計画（平成28年1月22日閣議決定）において、「サイバー空間とフィジカル空間を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する人間中心の社会」として Society 5.0が提唱され、医療もその流れに入ってきています。看護も上記の取り組みに鑑みながら発展してきていると実感しております。

看護は学際的な学問という特徴があり、発展してきました。研究の歴史は可視化の歴史でもあると思います。奈良はシルクロードの終着点でもあり、看護の原点のあるところ。東大寺、法隆寺、薬師寺、正倉院などの名所名跡があり、奈良国立博物館、奈良県立橿原考古学研究所などがあります。奈良は鑑真、忍性が活躍した地でもあります。また、飛鳥時代から始まる薬の収集・製造・施薬があります。歴史上、仏教の中に看護の原点をみることができます。本学術集会の特徴は、50周年という半世紀の学会の節目に当たり、過去－現在から未来につなぐ学会にしたいと思い、世界遺産の史跡がある奈良の地（知）から、看護の原点の歴史から未来に橋を架けるセッションを多く企画しました。

看護研究は、看護実践の基礎となる独自の科学的知識を拡大するための基礎となります。看護研究は看護実践の基礎を形作ります。看護研究は、教育、理論、実践とリンクします（図2）。看護は実践の科学であり、実践（事象）



図1 第50回学術集会ポスター

から理論を生み出し、教育に活かす循環を形作っています。現象学ではエポケーという考え方が重要であり、対象が自分の中でどのように体験されるかということについて、純粹に考察することができます（現象学的還元）。

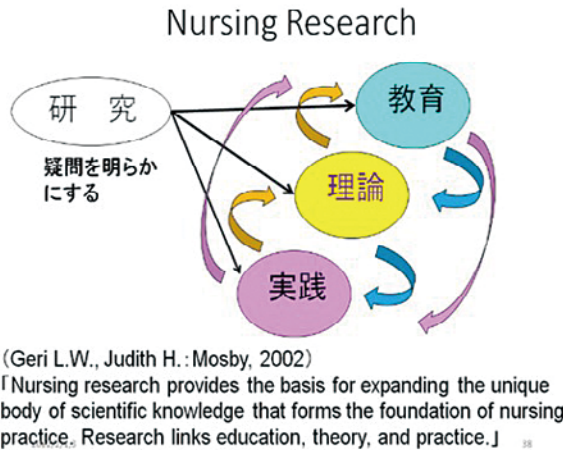


図2 看護研究における教育・理論・実践との関係

上野栄一, 他: 楽しくなる看護研究, メヂカルフレンド社, 2012, p.7. より転載 (一部改変).

3. 日本看護研究学会雑誌にみる研究の特徴

田中らは、本学会誌の1巻1号（1978年；昭和53年）から29巻5号（2006年；平成18年）に掲載された原著論文364編の内容分析を行っています（田中・石井・江守・尾岸・中野・松田・三木, 2011）。結果として、「看護技術」が全体の19.5%、「看護教育」が15.7%、5年毎の分析でもこの2領域が上位を占めていたとあります。筆者が行った文献検索では、2024年8月19日現在（医学中央雑誌Web版）の日本看護研究学会雑誌について原著論文1,299件が検索できました。特徴としては、多様な質的研究デザインが使われてきました。現象学的手法、エスノグラフィー、グラウンデッド・セオリー、ケーススタディ、ナラティブ・アプローチ等がふえてきています。研究デザイン別の論文数では、1) 量的研究が192編、2) 実験・準実験研究が118編、3) 質的研究は39編であり、量的・実験的研究が主流です。とはいえ、研究領域が多岐に及んでいるところからも本学会誌は看護学全体を網羅しています。

4. 奈良と看護の接点

1) 看護と看護研究

看護は学際的な学問という特徴があり、発展してきました。看護の原点は、古代にあると考えられています。遠い昔、人類が誕生してから、怪我や病気で苦しんだ人は、多かったと推察します。当時は、薬もなく、医療従事者もいませんでした。そのような中、人類は生きて命をつないできました。ラスコー洞窟の壁画を見ると、狩猟生活が描か

れています。研究の歴史は可視化の歴史でもあると考えています。看護研究も、様々な研究デザインが生まれてきましたが、とても大切なことは可視化と考えています。また最も基本にあるのは現象学ですと感じています。筆者は見て、聞いて、感じることは臨床経験そして看護研究を行ってきて得たものです。

2) 奈良と看護の接点

奈良といえば大仏が有名です。修学旅行で来られた方も多いと思います。聖武天皇は745年東大寺を創建されました（森本, 2018）。奈良はシルクロードの終着点でもあり、看護の原点のあるところと見なされています。1988年に開催されたなら・シルクロード博は、六百万人にも及ぶ観覧者がありました（シルクロード博研究センター, 1994）。私も数回行きまして大変感銘を受けました。「古墳時代以来、長く日本の政治、経済、文化の中心でありました奈良は、(中略)ユーラシア大陸全域と深い結びつきをもっています」（シルクロード博研究センター, 1994）とあるように、いち早くグローバル化に先駆けた地でもあったと言えます。奈良には、東大寺、法隆寺、薬師寺、正倉院などの名所名跡があります。奈良国立博物館、奈良県立橿原考古学研究所などがあります。奈良は鑑真、忍性が活躍した地でもあり、飛鳥時代から始まる薬の収集・製造・施薬もされていました。歴史上、仏教看護の中に看護の原点をみることができます。

本学術集会では看護の原点といわれる奈良の地から過去-現在から今後の看護のさらなる発展に向けて、未来に向かって看護を考える機会になればと願い企画をしてきました。奈良はいにしへの栄華の残り香があります。このような看護の原点の発祥の地・奈良から、未来に向かって看護はどう進むのかを考えることは大変有意義なことと思っています。奈良はシルクロードの終着点でもあり（樋口隆康, 1994）、看護の原点のあるところと考えます。

奈良は歴史上、仏教看護の中に看護の原点をみることができます。植木（2018）が「自己への目覚めが他者への慈しみについて、自己と他者について、真の自己に目覚めることは、他者の自己に目覚めることでもある。(中略)ここに他者への慈しみという行為が成立するのです」と述べているように、慈しみは、看護につながるものがあります。それから光明皇后は、「仏教を篤く信仰し、興福寺に五重塔・西金堂を造営し、法華寺、新薬師寺を造立し、写経事業も行った。天平2年、皇后宮職に施薬院、悲田院を設けた。皇后が貧しい病人の垢を洗い、らい病患者の膿を吸い取ったという伝説がある。」（平尾, 2011）とあるように、看護の原点となる本質が示されていると思います。奈良は文化財の宝庫です。また考古学研究所も多くあります（奈良文化財研究所、平城宮跡資料館、奈良県立橿原考古

学研究所, 奈良県立橿原考古学研究所附属博物館, 奈良県立万葉文化館, 奈良市埋蔵文化財調査センター, 奈良市史料保存館)。

3) 看護と現象学

看護研究は, ナイチンゲールの歴史から始まり, 世の中の科学技術の進歩に影響を受けながら, 様々な学問を包含させながら発展させてきました。ナイチンゲールは, ロンドンのセント・トーマス病院に看護学校を開設し, 看護覚書(1859)を執筆しました(Gill Paul, 2016)。彼女の観察力は, 素晴らしく, 看護覚書に随所にみとれます。看護は学際的な学問と言われる所以です。看護研究で重要なことは現象を可視化することです。その方法は様々な研究デザインが発展してきました。今, 看護に必要なことは, 看護ケアの科学的根拠(EBM, EBN)を示すことが求められてきています。科学的根拠に基づいたケアをすることが重要です。そのためには現象を分析し可視化する力が必要です。

現象学とは, 中込(2019)の示すデータの収集例によれば, (フィールドでの主な課題として)「信頼関係を築く。次に何を質問するかを考え筋道からそれないように落ち着いて聞く。率直に話すことを促す」とあり, 表記としては, 逐語録を記載することになります。この逐語録は, スクリプト表記のことであり, 可視化として分析するうえで重要なデータとなります。現象学的研究手法で重要なことは, 「現象学的研究においては, 先入見や既存の枠組みを棚上げし, 私たちが自覚していなかった次元の経験へとアプローチする」(西村, 2018)と述べています。私は, 現象学は禅の考え方によく似ていると感じています。座禅した時のこと, 心を無にするということを教わりました。心を無にすることで現象を捉えるきっかけになると考えています。

また, 千田(2010)は, 「現象学的アプローチは, 生きられた体験やその意味の探求を目指しており, 一人から集団に至るまでの様々な対象に対応する記述的研究だと考えることができる」と述べています。

看護研究は, 看護実践の基礎となる独自の科学的知識を拡大するための基礎となります。研究は看護実践の基礎を形作ります。研究は, 前述の通り, 教育, 理論, 実践とリンクします。看護は実践の科学であり, 実践(事象)から理論を生み出し, 教育に活かす循環を形作っています(図2)。現象学は, フッサーやハイデッガーによって発展してきました。ところで, 看護は観察から始まります。観察では, 五感を通してみます。ここで私のエピソードを紹介したいと思います。JR敦賀駅と新正田駅の線路がループになっていることはあまり知られていません。気づかないと

いった方がよいでしょう。敦賀を出て, 米原あるいは京都に行く時, 上り線がループになっているのです。筆者が気づいたのは, 特急雷鳥(現在はサンダーバード)に乗っていた時です。敦賀を出発して, 次の新正田駅の間, 夕日を見ていましたら, トンネルに入り, 夕日が今度は左に見えました。地図を見てみますと, なんと線路がループして一巡しているのです(図3)。観察の視点は, 五感を通してみるのだと思いました。



図3 敦賀—新正田間にあるループ

上野栄一, 他: 楽しくなる看護研究, メチカルフレンド社, 2012, p.7. より転載(一部改変)。

5. 考古学の調査方法と看護研究の接点

考古学とは, 土の中に残された人々の生活の痕跡から生活・風習を復元し, 人間とは何なのかを考える学問と述べられています(沖縄考古学会, 2010)。考古学の調査方法と看護研究とはどう違うのでしょうか。考古学の調査は, 1) 発掘(遺物): 文字情報はほとんどない, 2) 記録: 出てきた遺物の状態を記載する, 3) 作図: どのような状態かを記載する, 4) どう読むか: 断片をつなぎ合わせて, 過去を読む(アセスメント), 5) 分類する(自然遺物か人工遺物か), 6) 分布をみる(マクロ的, ミクロ的にみる→マップにする), 7) 名前をつける, という作業を行っています。考古学では, いつの遺跡かという時間の同定が基本となり, 現在, 放射線炭素年代測定法, 年輪年代測定法によりかなり正確な年代測定が可能となり時代考証ができるようになってきました(鈴木, 1997)。遺跡は, 完全な姿で発見されることはほとんどなく, 遺跡の小さな切片からアセスメントをして全体像を知る作業をします。断片をつなぎ合わせて, 過去を読む作業は長い時間がかかります。最終的には○○遺跡などの命名をします。このように見ると, 看護研究とは, 手法はずいぶんと異なっているように見えるのですが, 一連のプロセスは, 看護研究のプロセスとよく似ていると思います。考古学は, 現場での調査(発掘)が基本であり, 遺跡から当時の人がどのように生活していたかをアセスメントしていきます。すなわち, 研究(調査)成果を過去—現在—未来へと, つなげる役割をもっています。看護も現場(臨床, 地域)を

重要視します。患者さん、地域の人々が今、どのような生活をしているか、その人の過去を振り返り現在にどうつながっているのか、そしてこれから未来に向けてどう生活するのかといったことを、現在を起点にして、過去と未来につなげます。

6. 看護研究における可視化

1) 可視化の有用性

可視化は、広辞苑第七版には、「目に見えるようにすること。映像などで示すこと。」とあります。

可視化は、暗黙知を形式知にすることが大切です。形式知は、形にすることです。現象学では、現象を説明するために可視化をします。研究で考えますと、図表を描いたり、グラフを書いたりします。学問分野によって、可視化の方法は異なります。現象の可視化として次の特徴があると考えます。「データの持つ意味」を発見しやすくする、状態の特徴が把握しやすくなる、変化（推移）が把握しやすくなる、そして「テキスト」も可視化表現できるなどの特徴があります。

2) 様々な学問の分野と看護の可視化について

フローレンス・ナイチンゲールは数学者、統計学者でもありました。看護研究を初めて実行した人で、初めて統計グラフを用いて（鶏頭図）、病院での環境改善の結果を示しました。ここでは、様々な学問領域の可視化についてみてみましょう。

(1) 数学・物理

数学では、数式が可視化の表現方法です。「万物は数」というピタゴラスは、2500年前ギリシャで活躍した数学者であり、ピタゴラスの定理で有名です。彼は、「万物は数です」といっています。数学や物理学の世界では、数式が可視化の表現に使われている。この考え方は、近代の発展にも大きな影響を与えました。また、天文学（ケプラーの法則の発見につながる）はニュートンへと大きな影響を与えたと言われています（真貝、2016）。

(2) 気候学の特徴

気候と言えば、身近なのが天気予報ですが、様々な統計解析により予想をしています。

気候学で有名な学者にウエゲナー（ドイツ）がいます。1912年にドイツの気象学者アルフレッド・ウエゲナーが「大陸移動説」を提唱しました。もとは大陸は一つであったが、大陸が移動して現在の大陸の配置になったというものです。「ウエゲナーの仕事が偉大とされる場所は、当時の地形学（測地学）、地球物理学、地質学、古生物学、古気

候学の知識を集約し、大陸の海岸線の形、各大陸に存在する地質帯の分布、動植物の化石の分布や氷河の痕跡など、断片的な証拠だけを手がかりに超大陸パンゲアを見事に復元したことだった」とされています（吉田晶樹：文献）。

(3) 地理学の可視化

地理学では、地図の作成があります。国土の姿かたちを正確に把握することは国土の管理や防災対策などを推進するうえで、必要不可欠なもので、作成される地図は2つに大別され、道路・建物・河川などの基本的な情報を国土全域にわたり整備している一般図と、その上に地形分類や活断層などの情報を上乘せた主題図がある（国土地理院、ホームページ）と示されているように、私達の生活に欠かせないツールです。

(4) 音楽の可視化

音楽の可視化は音符と五線譜です。この可視化のおかげで、楽譜によって全ての人が音楽を奏でることができます。

(5) 美術の分野

芸術学・美術学、絵画、彫刻などがあり、作者のころをも反映しております。

ここで病草紙を紹介します。病草紙は、平安時代に描かれました。作者は不詳ですが、いろいろな病気や奇形に関する話を描いた絵巻で、小法師の幻覚に苦しむ男、肥満、不眠などがとてもリアルに書かれています（植田、2020）。

(6) 医学の分野

例えば、華岡青洲（1760-1835）の医術を代表するのは乳癌の手術であり、また「麻沸散」開発と日本における19世紀初頭の全身麻酔薬を用いて乳癌の手術をしました（松木、2016）。その手術の模様は、彼のノートに記載されており、腫瘍を取り除く様子をイラストで忠実に描写されています。

(7) 印刷技術の発展

学問的な発展は、可視化の技術の向上です。最も貢献したのは、印刷を可能にしたグーテンベルクではないでしょうか。グーテンベルクは、活字を使った活版印刷術を発明し、印刷物の普及に貢献しました。学術的にも大きな貢献をしました（Man, John, 2002）。

7. 奈良から始まる看護

日本における看護の歴史の中で、古代から中世までの看護の主流をなしていた仏教看護があります。植木（2018）は、安心を与えるのが仏教であると述べ、また、八正道に

ション能力と共感性との間には関係のあることが示され、また、両者の会話分析では共感的な態度と治療的なコミュニケーション技法をとることで共感性が生じ、共鳴が生じていることが示唆された（図5）。また、コヒーレンス解析では、両者の位相が見られました（図6）。

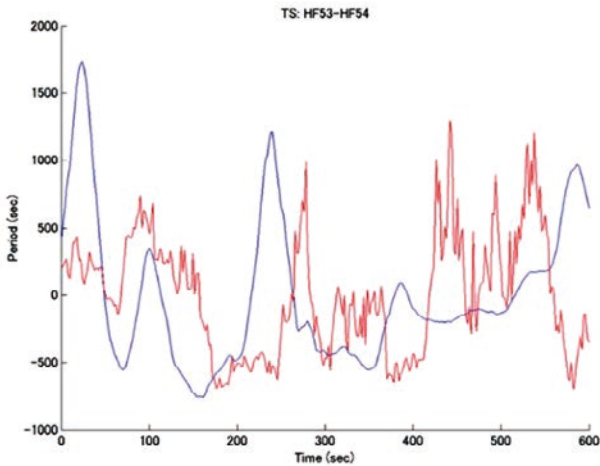


図5 話し手と聞き手のコヒーレンス (HF)

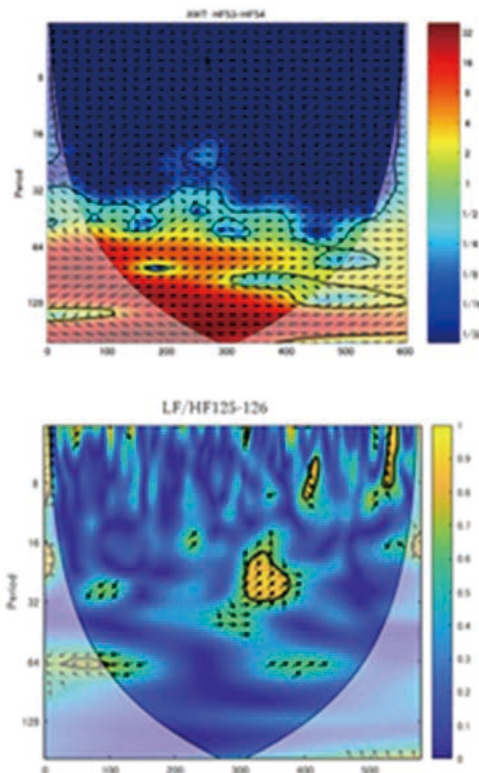


図6 話し手と聞き手のコヒーレンス (LF/HF)
(5% significance level : 95% confidence level)

コヒーレンス（干渉性）とは、2つの波動の間で干渉現象がみられる場合において、2つの波動間の干渉性の度合いを示します。

4) 糖尿病患者へ介入研究

本研究「糖尿病患者の肥厚した爪白癬に対するフットケア療法 多職種協働による多施設共同前向き介入研究」は、大西ら（2023）が取り組み、糖尿病患者の白癬肥厚爪を改善するために爪白癬フットケア療法（OFT）の有効性を多職種協働で検討された研究で、主要評価項目は、感染面積と白癬菌の有無、副次評価項目は新生爪伸長、爪の厚さ、脈拍とし、精緻な測定を重ね、ノギスなども使用して、精緻な解析をしました。結果、感染面積の縮小改善がみられました。多くの測定をして図表などを用いた（可視化）研究となっています。

9. 進化する研究

日本看護研究学会は、第1回学術集会から進化し続け、発展してきました。多角的な看護学全体を網羅する研究体系となっていると思います。発表された研究デザインは、多種多様であり、コンピュータの普及により、高次の統計解析が増え、可視化の技術が向上していると感じました。また、研究デザインを見ますと質的研究のデザインが増えてきました。量的研究では、解析ソフトの発展があり、ノンパラメトリック検定や多変量解析がパソコンでできるようになりました。質的研究では、研究デザインが増え、現象学的手法、エスノグラフィー、グラウンデッド・セオリー、ケーススタディ、ナラティブ・リサーチ等、多種多様になってきました。これからは新しい研究手法は誕生すると推察します。今（現在）を大事にして、過去、未来を考えることは、とても重要なことです。看護研究はこれからも進化して、発展していきます。看護研究は、看護の質の向上につながると考えております。

おわりに

本学術集会の特徴は、50周年という半世紀の学会の節目に当たり、過去-現在から未来につなぐ学会になったのではないかと考えております。学会を運営するあたっては、半世紀にわたる学術集会の歴史の重みを感じました。学会理事会、50周年記念事業ワーキングの先生からもご協力をいただきながら運営をさせていただきました。多くの方々の協力がありました。ありがとうございました。学会運営では、実行委員長をはじめ多くの企画委員、実行委員にご協力をいただきました。ここに感謝するとともに、今後の皆様のご活躍と日本看護研究学会のさらなる発展を祈念いたします。

文 献

Gill Paul (2016) / 野口正雄訳 (2016) : 50の事物で知る図説医学の歴史. 原書房, 東京.

- 平尾真智子 (2011): 光明皇后の施薬院・悲田院と施浴伝説 看護史の視点からの考察. 日本歴史学雑誌, 57(3), 371-372.
- 国土地理院: 地図: 描. <https://www.gsi.go.jp/common/000248974.pdf>(2025年2月11日閲覧).
- Man, John (2002): The Gutenberg Revolution: The Story of a Genius and an Invention the Changed the World. Review, 2003, London.
- 森本公誠 (2018): 東大寺のなりたち. 岩波新書, 岩波書店, 東京.
- 内閣府: Society 5.0. 内閣府, https://www8.cao.go.jp/cstp/society5_0/?tlaAppCB(2025年2月10日閲覧).
- 日本医事史: 奈良時代. <https://www.osaka-minami-med.or.jp/ijisi/ijishi04.html>(2025年1月26日閲覧).
- 樋口隆康 (シルクロード学研究センター編) (1994): シルクロード学の提唱. 小学館, 東京.
- 松木明知 (2016): 華岡青洲の「麻沸散」開発と日本における19世紀初頭の全身麻酔薬. 日本医史学雑誌, 62(4), 413-428.
- 西村ユミ (2018): 看護ケアと現象学的研究. 第22回日本糖尿病教育・看護学会学術集会報告 教育講演2, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 22(1), 57-60.
- 奈良県: 薬と薬草. 奈良県公式ホームページ (pref.nara.jp) (2025年2月1日閲覧).
- 奈良県: 奈良のくすりプロフィール. 奈良県公式ホームページ (pref.nara.jp) (2025年2月1日閲覧).
- 中込さと子 (2019): 現象学的方法論と看護. 医療看護研究, 16(1), 1-12.
- 日本医事史 抄: 奈良時代. <https://www.osaka-minami-med.or.jp/ijisi/ijishi04.html>(2025年2月1日閲覧).
- 大西みさ, 小栗太一, 阿部浩子, 梶野真一, 熊坂義裕, 佐藤由美子ほか (2023): 糖尿病患者の肥厚した爪白癬に対するフットケア療法 多職種協働による多施設共同前向き介入研究. 日本統合医療学会誌, 16(1), 30-39.
- 沖縄考古学会 (2010): 考古学はどのように遺跡を掘るか—考古学の調査手段とその成果—. 2010年度研究発表会資料集, 沖縄考古学会.
- 鈴木公雄 (1997): 考古学がわかる事典. 日本実業出版社, 東京.
- 千田みゆき (2010): 現象学的アプローチによる看護研究の動向—2000年から2008年まで—. 埼玉医科大学看護学科紀要17, 3(1), 17-23.
- 関谷由香里 (2003): 日本における仏教看護の歴史—看護の歴史的研究 (その1)—. 日本赤十字広島看護大学紀要, 3, 77-85.
- 田中裕二, 石井トク, 江守陽子, 尾岸恵三子, 中野正孝, 松田たみ子, 三木明子 (2011): 日本看護研究学会雑誌掲載論文の分析. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 171-175.
- 新村出 編 (2018): 広辞苑, 第七版. 岩波書店, 東京.
- 真貝寿明: ケプラーの惑星運動の法則をめぐって, 天文文化研究会 (2016/9/3). https://www.oit.ac.jp/labs/is/system/shinkai/Viewgraphs/201609_tenmonbunka_print.pdf(2025年3月31日閲覧).
- 上野栄一 (2005): 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. 日本看科学会誌, 25(2), 47-55.
- 上野栄一, 川野雅資 (2014): テキストマイニングによるカウンセラーとクライアントの会話の特徴. 精神看護におけるデイスコース分析研究会誌, 33-49.
- 上野栄一 (2014): 看護学生の段階別コミュニケーション能力評価尺度の開発. ヘルスカウンセリング学会年報, 20, 59-69.
- 上野栄一, 出口洋二, 一ノ山隆司 (2012): 楽しくなる看護研究. メガカルフレンド社, 東京.
- 上野栄一, 川野雅資 (2015): テキストマイニングの基礎と応用—暗黙知から臨床知への挑戦—. 福井大学医学部研究雑誌, 15(1), 1-18.
- 上野栄一, 北出順子, 西村高宏, 高倉恭子, 山本恭子, 藤本ひとみ (2022): 看護学生のコミュニケーションにおける共感性と共鳴性との関係. 日本看護技術学会学術集会講演抄録集, 20th, 57.
- 植木雅俊 (2018): 仏教, 本当の教え インド, 中国, 日本の理解と誤解. 中公新書, 東京.
- 植田美津恵 (2020): 「病草紙」にみる日本人の死生観—なぜ人々は笑っているのか—. 東京通信大学紀要, 3, 133-149.
- 吉田晶樹 (2015): 大陸移動説100年のいま—ウエゲナー「大陸移動説」完成100年に寄せて—. Yoshida_2015_JAMSTEC_News.pdf, https://yoshida-geophys.jp/papers/Yoshida_2015_JAMSTEC_News.pdf(2015年2月19日閲覧)

◆特別講演◆

日本最初の法治国家に何を学ぶか

東大寺長老 森 本 公 誠

はじめに

西暦701年、日本最初の体系的な法典『大宝律令』が制定された。これは日本が「法の支配」を標榜できる国家、つまり法治国家になったことを意味する。国家が人民を統治する場合、法治国家の主権者はただ権力の行使に頼るのではなく、一定の法律でもって統治することを人民に約束する。

「律令」の「律」とは今の言葉で言えば刑法、「令」は行政法に当たる。大宝律令の大きな目的は、それまで地方豪族の私的な領民であった人民を天皇の民、つまり公^{おおみ}民として登録し、公民にできるだけ公平に農地を貸し与え、公民の暮らしを豊にすることにあり、最高主権者としての天皇は、国土を立派に治め、そこに住む人民を慈しむ責任を負うとされた。そのような統治の考え方は法典の随所に認めることができるが、とりわけ人間が生きて行くうえで必要な医療行政や社会的弱者の保護といった政策にも認められる。

I. 律令制下の医療行政

1. 疫病流行地への対応

文武天皇からおよそ100年間の歴史を綴った『続日本紀』をひもとくと、「文武2年(698)3月7日、越後国^{えやみ}、疫^{えい}を言^ます。医^い・薬^{やく}を給^くひて救^くはしむ」、同年「4月3日、近江・紀伊の二国疫す。医^い・薬^{やく}を給^くひて療^いさしむ」「文武4年2月26日、大倭国疫す。医^い・薬^{やく}を給^くひて救^くはしむ」、「大宝2年(702)2月13日、越後国疫す。医^い・薬^{やく}を遣^いして療^いさしむ」(続紀①9, 11, 31, 53)など、「〇〇国疫す。医^い・薬^{やく}を給^くひて療^いさしむ」といった記事がよく出てくる。疫病が流行すると、その地の国司^{くわし}は医師を派遣し、罹病者に薬を与えて治療に当たらせ、またその旨を中央政府に報告したというのである。

このような医療行為が行なわれるためには、医療行政を担当する専門の医師が国ごとに(今でいう各県に)存在するか、もしくは配置されていなければならない。つまり諸国の医師の存在が前提にあっての記述ということになる。『大宝律令』は散逸してしまったが、そのほとんどは『養老律令』にそのまま引き継がれているので、その職員令第80条を参照すると、国ごとに国医師を1名常駐させ、その指揮下に医師が指導する^{いしりょう}医生(医学研修生)を置くこととあ

る。ただし、医師の員数は国の等級によって差があった。当時日本は60余りの「国」に分かれていたが、その国には大・上・中・下の4つのランクがあって、医師の人数はこの国のランクによって異なっていた。例えば越後国は上国なので医師は32人配置される。もし国内で疫病が発生すれば、責任者の国医師が医師32名を引率して現地に赴き、罹病者の看病に当たり薬を与えたということになる。

2. 国医師の任用制度

では医療制度について、具体的にはどんな法令で規定されていたかという点、「医疾令」という法律が当たる。内容は26カ条からなり、国家の医薬全般にわたって触れている。その前半は医療技術者の養成と任用について、後半は薬草など薬物の採集と実際の治療について定めている。国医師はこの医疾令の第18条に規定があって、当該国の医師に医学(医方)を教授し、典薬寮が定める教習法に準じてさまざまな医事業務に当たるとされている。

典薬寮とは、宮内省所轄の役所で、薬物や医療、薬園(薬草園)、乳牛などを司るが、地方の医療行政にも深く係わりをもっていた。養老職員令第44条は典薬寮に触れ、官員(今でいう国家公務員)は事務官のほか、医師10人、医博士1人(責任者のこと)、医師40人、針師5人、針博士1人、針生20人、按摩師2人、按摩博士1人、按摩生10人などとなっている。なお各博士はそれぞれの学生の指導に当たらねばならないから、その点では典薬寮は医科大学のようなものである。また20人余の雑用係を抱え、75戸の薬戸、50戸の乳戸を所轄していた。

地方の医療行政に当たる国医師の任命は、当該国出身者もしくは近隣国出身者を採用するのが原則であったが、適任者がいない場合、その国はその旨を中央の式部省に上申し、式部省が候補者を詮議し太政官に上申して、太政官が処分するという方法で中央から派遣した。

中央から派遣される人材は、典薬寮の医師の、それぞれ成業者が充てられた。成業者とは修めた学業について厳しい試験を受け、及第した者、つまり国家試験合格者のことである。ところが霊龜2年(716)5月の記事によれば、しかるべき学業を収めていないにもかかわらず、どうやら縁故を頼って、推薦を受けようとする者がいたらしい。今後はそうした不埒な輩を補任することはまかりならぬと

なった(続紀②17)。

3. 医疾令の規定

医疾令についてももう少し詳しく述べておくと、第1条は典薬寮所属の医博士などの任用、2条は同じく典薬寮所属の医師・針生他の採用資格、3条は学習すべき諸経(教科書)、4条は入学後の履修課程、5条は2ヵ年の諸経学習課程、つまり一般教養的な医学習得課程を経たのち、専門課程に入って医師は体療(内科)・創腫(外科)・少小(小児科)・耳目口齒の4つの専攻科に分かれて教習を受けること、6条は、医師・針生とも、古来の必須の薬方(薬学)を暗記し、名医に随従して施療を実地に見学すべきこと、7条は試験について、8条は修業年限についてで、在学9年にしてなお資格を得ることができなければ退学となること等々、きわめて厳格に規定されている。

4. 女医の養成

医疾令で興味深いのは第16条の女医の規定である。典薬寮とは別個に、侍医や薬生(薬剤師)を抱えて、宮廷の医薬を司る内薬司という役所があり、中務省の所管とされているが、この条文によれば、官(国家)が所有する奴婢のうち、15歳から25歳までの聡明な女性30名を採り、内薬司の傍らに別所を設けて住ませ、産科を始め、内科・外科・鍼灸の一応の医療をそれぞれ専門の医師が医学書を読ませることなく口述で教育する。そして毎月医博士が試験し、年度末には内薬司が試験して、7年以内に修了させることとある。

大宝医疾令では女医養成の責任者に当たる男性の医博士の規定がなかったので、養老5年(721)10月に改定の勅が出され、それが1年後、内薬司に置かれることになった。養老6年11月7日の条に「始めて女医の博士を置く」とあるのはこのことを指している(続紀②125)。要するに大宝令に定める通り、奈良時代平城京内にすでに女医養成学校が実在したのである。その他21条から26条まで、興味深いことが規定されている。

II. 社会的弱者の保護

1. 免税対象者

『続日本紀』を見ると、貧困者・罹災者の救済のために、米などを支給したことを意味する賑恤・賑給とかの用語がよく出てくる。また天皇が大赦や賑恤を行なう場合の対象者として、高年や鰥寡惻独、癡疾・篤疾といった特殊な用語の人々が挙げられている。

これらはいずれの場合も、一定の法律上の定義に基づいていることがわかる。高年や老疾、鰥寡惻独といった人民の年齢や障害、家族状況などを国家が把握するために、

もっとも重要な資料となるのは戸籍である。その作成は戸令という法律で定められ、6年ごとに作成されるが、その基礎になる戸口の異動状況は毎年各家(戸)から郡の役所(郡司)に届けられ、それはさらに国ごとの計帳という台帳に清書される。

養老戸令から関連の条目を探すと、まず第5条、戸籍の筆頭者になる「戸主」を規定した条文のなかに、税金を負担する人(課口)とそうでない人(不課)の区別、税金を負担しない人についての注記がある。現在と違って、税金は民、つまり人間に対して直接課税した。すると、その人物は税金が掛かるのか、それとも掛からないのかが問題となる。掛からない人として、皇親(皇族)、八位以上の有位者、16歳以下の男子、耆(66歳以上の男子)、癡疾・篤疾〔と認定された障害者〕、妻、妾、女、それに家人・奴婢〔賤民身分の人〕が列挙されている。17歳から65歳までの健康な男性(年齢に区分あり)は税金を払わねばならないが、癡疾や篤疾とされる障害者は、税の負担が小さい免除されるのである。

2. 障害者並びに要介護者

このような障害者について直接規定しているのは戸令第7条で、それによると障害者はその度合いによって残疾・癡疾・篤疾の3段階に分けられていて、それぞれ該当の症状が挙げられている。これらのうち、障害の軽い残疾は税金を一部払うことになるが、戸令第8条や賦役令第19条によってかなりの額が軽減される。

これらの法令には障害の重い癡疾・篤疾はむろんのこと、残疾を含めて、障害者には税制上の優遇措置が講じられており、障害者を保護しようとする法制上の意思が感じられる。そのうえ、戸令第11条は次のように規定している。

「凡そ年80及び篤疾には、侍1人給へ。90に2人。100歳に5人。皆先づ子・孫を尽くせ。もし子・孫無くは、近親を取ることを聴せ。近親無くは、外に白丁を取れ。(以下略)」

この条目は給侍条といわれるもので、「侍」とは今でいう介護者のことである。介護に当たる者を侍丁といい、通常は丁男(税金を負担する男子)を充てることになっている(戸令第6条)。年齢80歳以上および篤疾と認定された重度の障害者は、男であれ女であれ、侍丁(介護者)1人の世話を受けることができると規定されているのである。その場合、侍丁となった丁男は、賦役令第19条によって税制上徭役(税の一種)を免除される。つまり篤疾者本人に税負担がないのは当然として、本来介護者自身に負担が掛かっていた税目のうち、徭役が免除となるのである。また通常女性には税金は掛からないが、祖母もしくは母親が篤疾であれば、男性の介護者は免税の特典が得られる。これ

は戸籍上、女性でも篤疾が明記された理由と考えられる。

この第11条で注目すべきは、年齢80歳には篤疾と同様に侍丁1人を給するとしていることである。当時80歳以上を「高年」と呼んだが、80歳～89歳は篤疾と同等の要介護者ということになり、介護者一人があてがわれ、それが90歳～99歳ならば2人、100歳以上ならば5人まで介護者を認めると規定されているのである。もし一家に100歳の老人がいたとすると、その家では丁男5人までが徭役を免除される。一家にとっては大きな特典となろう。

ここで注目すべきは唐の律令では100歳以上の介護者は3人と決められていることである。日本令ではこれを5人まで大幅に特典を増やした。この給侍条は、一種の介護の優遇措置を定めたものというべきで、しかも年齢の高い者ほど手厚い保護が与えられており、誰しものが迎えねばならない「老いること」に、律令の制定者は尊厳性を法として与えているのである。

3. 鰥寡等対象者

鰥寡等については戸令第32条に規定があり、戸令第6条の年齢区分の規定も加味すると、鰥とは年61以上で妻のない者、寡は年50以上で夫のない者、孤（けい）は年16以下で父のない者、独は61以上で子のない者で、これらはいずれも身寄りのない者を象徴する言葉である。貧窮・老疾も含めて、鰥寡独はいわゆる社会的弱者に当たるが、これらの該当者で自存できない者について、まずは近親者が収養するように、もし近親者がいなければ、地域社会で面倒見るように、というのがこの法令の主旨である。社会的弱者の保護を規定したものといえる。

以上『大宝律令』のごく一部を紹介したに過ぎないが、こうした律令制の法律の下で、実際どのような政治が行われたのか、聖武天皇の場合について触れてみよう。

Ⅲ. 聖武天皇の政治

1. 為政者の仁徳

『大宝律令』制定と同じ西暦701年に生れた聖武天皇は、10年間の皇太子時代、帝王学を徹底して学んだ。教材は中国伝来の儒教の経典と古代の歴史書、とりわけ史記・漢書・後漢書で、統治のための哲学と経験則を結集した古典であり、その目的は為政者としての仁徳を養うことにあった。24歳で即位すると、医療行政にも改革を試み、「朕は父母とあり」と述べて、中国の皇帝が理想とする国家観を示した。

2. 政治の基軸を儒教から仏教へ

ところが即位して8年、天平4年(732)に一転して天皇に危機が訪れた。夏はまったく雨が降らず、旱魃となっ

た。実りが得られないので、翌5年は飢饉になり、人々は飢えに苦しんだ。さらにその翌6年には大地震が起こった。天皇はこうした天変地異に対して、これまでの自分の政治は正しかったのかと反省、多忙な政治の合間にも書物を開き、民を治めるに有益な指針はないかと模索した。結局、中国伝来の政治思想よりも、仏教にもとづく思想のほうがより優れているとの結論に達した。

3. 政治は誰のために

天変地異が続く、飢饉状態に陥ると、人々の心は荒れ、犯罪が激増し、各地の牢屋は罪人であふれた。天平6年7月、天皇は詔を出し、旱魃による不作の連続で飢饉が起こり、民が罪を犯してしまうような事態に至った、その「全責任は朕一人にある」として、罪人に大赦を与え、釈放した。翌天平7年には天然痘が夏から冬にかけて流行し、全国で死者が続出、穀物も不作であった。天皇は度々詔を出し、救済措置を講じた。閏11月には「高年百歳以上には穀三石を、九十以上には穀二石を、八十以上には穀一石を下賜する」と。「高年」とは80歳以上の高齢者のこと。穀はもみ^{もみ}の米粉。

不運は続いた。翌天平8年も凶作となり、諸国各地で逃亡者や浮浪者が溢れた。天平9年になると、九州に端を發した天然痘がふたたび流行しはじめ、全国に蔓延し、猛威を振るった。聖武天皇を支えてきた多くの高位高官が次から次へと亡くなっていった。

4. 国分寺・国分尼寺の建立と盧舎那大仏の造立

猛威を振るう天変地異と天然痘に打ちひしがれ、家族が離散し、生きる気力を失った天下の民をいかにして救えばよいか、天皇は悩み苦しんだ。民の心の拠り所となることを念頭に、天皇は物心両面を視野に入れた国家的事業を模索した。そして出した結論が2つの大きなプロジェクトであった。それは全国に釈迦を本尊とする国分寺・国分尼寺を建立して、民に仏教思想を啓蒙することであり、第2は、新たな都を造り、その都の国分寺に、動植物も含めたすべての生きとし生けるものの繁栄を願う盧舎那大仏を造立し、祈りの場とすることであった。莫大な費用が掛かるが、人は動員することができる。天皇はこの大きな計画を天平13年(741)から15年(743)にかけて正式に表明した。ただ第2の都の国分寺については当初の紫香樂での計画は大地震のため頓挫、平城京に還都して再開、大仏の造立にはのべ260万人の人々が参加した。

おわりに

日本最初の律令法という体系的な国家法を編纂し、希望にあふれた新たな国家造りを推進した。ところがこの法治

国家は、船出早々、天変地異や感染症の猛威にさらされ、国家の運命を背負う聖武天皇は、律令法の限界を痛感し、法を超えた新たな道を切り開いた。その辿った歴史は、後世の我々に何を伝えようとしているか。大仏の造立はまさに栄光と苦難に満ちた古代の歴史が煮詰まった結晶を思わせる。現在の日本は主権在民という政治体制をとっている。律令法の天皇が背負っていた「民を慈しむ」という権限は、天皇のもとを離れ、国民一人ひとりに委ねられることになった。一人ひとりに与えられた国民主権の重みは、古代天皇のことを考えれば、当然のことながら自覚できるはずである。「温故知新」という言葉には続きがあって「新しきを知れば以て師為るべし」となっている。つまり過去の実態を知ることによって、目下、現実を抱えている問題解決の方策を導き出すことができれば、そこで初めて指導者になれるというのである。一人ひとりが、かつての天皇の権限を想い、温故知新の精神を忘れず、事に当たれば、新しい道が開けると思うのである。

研 究 論 文

· 原 著

· 研究報告

植込型補助人工心臓装着者の 配偶者である介護者が 新しい生活を探っていくプロセス

日本看護研究学会雑誌
2025, 48(1), 17-27
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240816256>

近藤協子, 新井清美

信州大学学術研究院保健学系

要旨

目的：植込型補助人工心臓（LVAD）装着者の配偶者である介護者が新しい生活を探っていくプロセスを明らかにすることである。方法：対象者7名に半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。結果：介護者が新しい生活を探っていくプロセスには【覚悟を重ねる】、【緊張で張り詰める】、【折り合いのつけ方を探る】、【不協和音が生じる】、【LVADが生活に馴染む】の5つの段階がある。【折り合いのつけ方を探る】段階では、装着者の調子や介護者への態度によってプロセスが分岐することがある。プロセスには夫婦以外の他者からのサポートのあり方が影響する。結論：LVADによって介護者の生活には様々な変化が生じるが、プロセスが進むにつれて介護者はLVADがある生活との折り合いをつけていき、LVAD管理のルーティン化と、介護者と装着者の関係の再構築がなされることが示された。

キーワード

植込型補助人工心臓, 心不全, 介護者, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：新井清美. Email: k_arai@shinshu-u.ac.jp

緒言

植込型左心補助人工心臓（Left Ventricular Assist Device：以下、LVAD）は、薬物治療や他の補助循環による治療で改善が見込めない重症心不全患者の血行動態の維持、改善を目的として使用される。日本では心臓移植の平均待機期間が3年以上に及ぶ（日本臓器移植ネットワーク, 2022）ため、心臓移植を受ける患者の約9割は移植前にLVADによる橋渡し治療を受けている（日本心臓移植研究会, 2022）。さらに2021年にはLVADの適応が拡大され、心臓移植を前提としないLVADの使用（Destination Therapy：長期在宅補助人工心臓治療）が保険償還された（補助人工心臓治療関連学会協議会, 2021）。これにより、国内におけるLVADの装着件数は今後も増加することが見込まれる。

LVADには在宅療養が可能であるという特徴がある。LVADを装着した者（以下、装着者）が自宅で療養するためには、装着者本人とともに介護者が機器の取り扱いに習熟し、装着者をサポートする必要がある。この他にも介護者には、基本的に24時間を通して装置のアラームが聞こえる場所にいることが求められる（堀, 2019, pp.65-66）。Bidwell, et al. (2017) はLVAD装着手術前と比較して術後

1か月、3か月で介護者のQOLが悪化することを示しており（p.4）、このような役割を担う介護者の負担は大きいものと考えられる。一方でKato, et al. (2018) は、LVAD装着前から術後3か月および6か月の介護者のQOLを調査し、精神的健康スコアは日本人の標準値より低い値で推移するものの、装着後の時間経過によって改善するという特徴的な結果を報告している（p.84）。さらにMagid, et al. (2016) によると、在宅療養開始後の介護者は装着者の脆弱性に不安を感じながらも、適応することの必要性を認識し、戦略を立てるようになるとされている（p.5）。つまり介護者はLVADとの、あるいは装着者との心理的な折り合いをつけていくことができると考えられるのである。

介護者のQOLや心理的状态についての検討がなされる一方で、介護者が実際にどのような生活を送っているかという点に目を向けると、介護者は装着者のセルフケアをサポートし、体調管理や機器管理の責任の一部を担い続けなければならない（山中, 2016, p.31）。さらに装着者の傍に付き添うために、自身の自由時間や仕事などの社会生活が制限される（Kirkpatrick, et al., 2015, p.812；山中, 2016, p.31）。このように、LVADによって介護者の生活に変化が生じることは明らかであり、介護者は自身のライ

フスタイルを調整しなければならないのである (Streur, et al., 2020, p.718)。しかし、装着者がLVADを装着する前から在宅療養に移行した後の経過において、介護者の生活がどのように変化し、介護者がその変化にどのように対応していくのか、介護者がどのようにして新しい生活を探っていくのかというプロセスを示した研究は見当たらない。

I. 研究目的

介護者が新しい生活を探っていくプロセスを明らかにすることである。

II. 研究方法

A. 用語の定義

本研究において介護者とは、LVAD実施施設で装着者の介護にあたるための訓練プログラムを終了した者のうち、装着者と同居して生活している者を指す。

B. 研究対象

LVADの装着手術を受けて6か月以上が経過し、退院して自宅で療養した経験がある装着者の介護者とした。ただし、自身の体験を日本語で語るができない者、精神状態が不安定で混乱をきたしている者は対象から除外した。対象者のリクルートには機縁法を用い、LVAD実施施設で装着者の支援にあっている看護師から選択条件を満たす介護者の紹介を受けた。研究への参加は任意であり、研究への不参加によって治療上の不利益は一切生じないことを十分に説明したうえで、同意を得られた者を対象者とした。

C. データ収集方法

フェイスシートとインタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。介護にあたる者の人数、サービスの利用状況などの基本情報をフェイスシートに記入してもらった後、面接を実施した。面接は装着者が外来で診察を受けている間に行い、1回30分で1人あたり2～3回実施した。総面接時間の平均は81分、面接回数の平均は2.7回で、面接の間隔は2週間から5週間であった。インタビュー内容は、①装着者がLVADを装着することについての思いとその変化、②手術前から今までの生活、③生活の中で大変だったことと対応の方法や工夫、④以前より良い方へ変わったと思うこと、⑤LVADのある生活に折り合いをつけられたと感じるか、どのようにして折り合いをつけてきたか、そのように感じた時期やきっかけ、⑥社会や医療者に求めていることや期待することである。データ収集期間は

2021年6月から12月であった。

D. 分析方法

データの分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, 以下M-GTA) を用いた。M-GTAは人間と人間とが直接的にやり取りをする社会的相互作用に関わる研究で、研究対象とする現象がプロセス的性格を持っている場合に適している (木下, 2003, pp.89-90) ことから本研究に適合すると判断した。

最初に全員分の逐語録を概観して、分析テーマを「新しい生活を探っていくプロセス」、分析焦点者を「装着者の配偶者である介護者」とした。この段階で、装着者と介護者の関係が親子である場合は、関係が夫婦である場合とは社会的相互作用に違いがあると判断したため、装着者との関係が親子である介護者を分析の対象から除外した。なおこれ以降、特別に注釈を示す場合を除き、「介護者」という言葉は装着者の配偶者である介護者を指して用いる。最も豊富なバリエーションが含まれるデータから分析を開始し、分析テーマに関連するバリエーションを探して分析ワークシートに記載した。次にバリエーションの意味を分析焦点者の視点から解釈し、概念の定義と概念名を作成した。作成した定義に照らして理論的サンプリングを行い、同時に分析テーマに関連のありそうな他のバリエーションを探して同様の手順で新たな概念を生成していった。2人目以降も同様に分析を続け、定義や概念名を修正する際の検討内容や、考えられる概念間関係については理論的メモ欄に記載した。これらの記載内容をもとに概念間関係の検討を行い、動きを説明できるように注意しながらある程度のもたまりを作ってカテゴリー候補とした。カテゴリー同士の間関係を説明する際に、サブカテゴリーを置いた方が動きを説明しやすいと判断した部分には概念とカテゴリーの中間の段階としてサブカテゴリーを置きながら、カテゴリーとサブカテゴリーを生成した。概念、サブカテゴリー、カテゴリーの関係で現象の変化を説明したプロセスを分析の結果とし、プロセスを示す結果図を作成した。7人目の時点で新たな概念や新しい概念間関係が見出されなくなったことから、理論的飽和の判断をした。

E. 厳密性、真実性の担保

研究計画の段階で、臨床で装着者の支援にあたる看護師から装着者と介護者の現状や課題についての専門的知見を得た。分析過程ではM-GTAを用いた分析の専門家からスーパーバイズを受け、あわせてデータの予備的解釈について対象者本人に妥当性を確認するメンバーチェックを行った。分析ワークシートを用いて概念の成立過程を明らかにし、論文中には詳細な分析過程を記載した。研究の

すべての過程において成人看護学の専門家からのスーパーバイズを受けた。

F. 倫理的配慮

本研究は信州大学医学部医倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号：5136）。研究対象候補者に説明文書を渡し、研究参加は自由意思であることや個人情報の取り扱いについて文書および口頭による十分な説明を行った上、署名にて同意を得た。

Ⅲ. 結 果

A. 対象者の基本情報

対象者は30代から70代までの男女7名で、装着者の妻である介護者が5名、夫である介護者が2名であった。対象者の基本情報を表1に示す。

B. 全体像としてのストーリーライン

本研究で生成された33の概念、7つのサブカテゴリ、5つのカテゴリを表2に、結果図を図1に示す。以下〈〉は概念、[]はサブカテゴリ、【 】はカテゴリを表す。

医師からLVADしか治療法がないと説明を受けた後、介護者は装着者に生きてほしいという思いから〈LVADに命をかける〉覚悟を決める。手術前後の時期には、介護者は〈なんとか今を乗り切ってほしい〉という思いで日々〔奔走し〕、装着者を支えていくという【覚悟を重ね】ていく。

その覚悟のもと、介護者としてのトレーニングや退院準備を行う中で、介護者はいよいよ自分に介護者としての責任が生じるのだということを実感する。そのため自宅に装着者を受け入れる前後の時期には〔命を預かる責任を抱え込み〕、装着者とともに自宅で生活することへの【緊張で張り詰める】。LVAD特有のルールも厳密に守ろうとするため、〈ルールが枷にな〉った生活にストレスを感じる。このような状況の中で、介護者は装着者の体調を注意深く観察しながら徐々に〈できる範囲の確認〉を行うようになる。この時、装着者が自分でできることもやらないといった様子であると、装着者の〈態度が腹立たしい〉と感じるようになり、夫婦の関係に【不協和音が生じる】。生じた歪みへの対処として、介護者は装着者に家事参加を促したり、1人で過ごす時間を作ったりするなどして〔関係調整を試み〕ていく。場合によっては〈自分でルールを緩和することもある。このようにして介護者は【不協和音が生じる】と【折り合いのつけ方を探る】の間を揺れ動き、行きつ戻りつしながら、LVADとの、あるいは装着者との【折り合いのつけ方を探る】のである。夫婦間の関係調整が進んでくると、介護者は装着者が自分を〈気遣ってくれている〉と感じられるようになっていく。一方、装着者の心身の調子が良い場合には、〈できる範囲の確認〉から早いうちに〈「元気」の実感〉が得られることもある。装着者が「元気」で、装着者からの気遣いが感じられる場合には夫婦間のぎくしゃくした状態が生じにくく、LVADや装着者との折り合いがつけやすくなるため、【不協和音が生じる】段階を経ずに【LVADが生活に馴染む】段階に進むこともある。〈「元気」の実感〉と〈気遣ってくれている〉の2つ

表1 対象者の基本情報

対象者	年齢性別	続柄*1	面接回数	就労状況*2	装着者の年齢	装着者の就労状況*2	LVAD装着期間*3	介護できる者の数*4	サービス*5
A氏	30代女性	妻	3	なし	40代	4～5日	1年7か月	5	なし 以前は訪問看護
B氏	60代女性	妻	3	3～5日	60代	時々	2年9か月	6	なし
C氏	50代女性	妻	3	5日	50代	なし	5年4か月	3	訪問看護 月1回
D氏	60代男性	夫	3	なし	60代	なし	3年10か月	3	訪看／ST／OT 週2／1／1回
E氏	70代男性	夫	2	4日	60代	5日	4年8か月	7	なし 以前は訪問看護
F氏	60代女性	妻	3	なし	60代	なし	4年6か月	3	なし 以前は訪問看護
G氏	40代女性	妻	2	5日	40代	なし	1年6か月	3	訪問看護 月1回

*1 装着者から見た介護者の続柄を表す。

*2 平均して1週間に何日程度就業しているかを表す。

*3 装着者がLVADを装着してから初回面接時点までの期間を表す。

*4 研究対象者を含む。また配偶者以外の介護者、同居していないが訓練プログラムを受けた者も含む。

*5 面接時点で利用している医療福祉サービスを表す。

表2 カテゴリー、サブカテゴリー、概念の一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
覚悟を重ねる	奔走する	LVADに命をかける	生きていてもらうためにはLVADしかないため、LVADを装着してもらおうと決断すること。
		家計の危機に立ち向かう	LVAD装着前の時期に、収入が減り支出が増えて家計が厳しい状況の中でなんとかお金を工面し、その場をしのごうとすること。
		毎日が無我夢中	LVAD装着前の時期に、自分の時間を犠牲にしても面会の時間を捻り出し、とにかく今日1日を乗り切ること。
緊張で張り詰める	命を預かる責任を抱えこむ	なんとか今を乗り切ってほしい	装着者の弱った様子を見ると気が気ではなく、とにかく今は命をつないでほしいと思うこと。
		いざという時どうしよう	緊急事態に上手く対応できないと、装着者の命に関わると考えて責任を感じ、緊張すること。
		全身をレーダーにする	異常をすぐ察知できるよう常に神経を張り巡らせ、装着者が見えないところにいる時ですら音を頼りに安否を判断すること。
		庇護対象と捉える	装着者の心身の調子が良くなったように見えず、庇護が必要な状態であると捉えること。
		無理をさせない	装着者に慎重な行動を促し、体に負荷がかからないよう常に配慮すること。
折り合いのつけ方を探る	関係調整を試みる	ルールが枷になる	LVADがあるからしてはいけないことと、しなければならぬことを守るために神経をすり減らすこと。
		家事参加の働きかけ	装着者に対して、身の回りのことなど簡単なことからでも良いので自発的に家事に参加してほしいと求めること。
		距離感を探る	装着者に対して物理的、心理的にどのくらいの距離をとればうまくやっていけるかを探っていくこと。
		できる範囲の確認 自分でルールを緩和する 自宅環境の最適化	装着者の様子を見ながら、どこまでなら動けるかという範囲を確認すること。 自分でよしとした範囲までルールを拡大して解釈できるようになること。 ルールに則って自宅の環境を整備したうえで、実際の生活を通してより使いやすいように微修正していくこと。
不協和音が生じる	LVAD管理のルーティン化	態度が腹立たしい	生活の中で自分の負担が大きく疲れているにも関わらず、装着者からの気遣いが感じられず不満に思うこと。
		お金の不安は続く	生活していくために必要な収入を維持し続けられるかどうかを考えると安心できないこと。
LVADが生活に馴染む	改めて夫婦関係ができていく	LVAD管理の分業化	LVADの機器管理やドライブライン刺入部の処置などを繰り返すうちに、装着者が行う部分と自分が行う部分の割り当てが決まってくること。
		コツを掴めば大丈夫	LVAD管理の回数を重ねるうちにコツを掴み、大丈夫だという気がしてくること。
		いつもと違えば相談する	LVADに関していつもと違うことが起こった時は、装着者と2人で相談して対応を決めること。
	周囲のサポートが強みになる	「元気」の実感 ^{*1}	装着者の心身がともに「元気」になってきたことを実感すること。
		気がゆるむ	装着者が自分に負担をかけすぎないように配慮してくれていることを感じることで、生活や営むために必要な役割をどちらがどう担うかのバランスが取れてくること。
		自分らしくいてほしい	装着者に対し、LVADがあっても自分らしく生き生きと過ごしてほしいと思うこと。
自分で頑張るしかない	周囲のサポートが弱くなる	夫婦で同じ方を向く	これからの生活について、夫婦で話し合ってお互いの意思を確認し合うことができること。
		退院直後に比べてLVADがあることへの緊張感が薄れてくること。	退院直後に比べてLVADがあることへの緊張感が薄れてくること。
		LVADがあるのが普通	LVADがあって当たり前のもので生活に馴染んでくること。
周囲のサポートが弱くなる	自分で頑張るしかない	「家族」には頼れる ^{*1}	家族の中の自分以外の人に介護者としての責任の一部を分担してもらえること。
		職場に理解してもらえる	介護者としての責任を果たすために勤務の調整が必要であることを職場が分かってくれ、融通を利かせてくれること。
		サポートが心強い	困ったときに親身になって助言をくれる専門家がいることを心強いと感じること。
周囲のサポートが弱くなる	自分で頑張るしかない	協力者に預けられる	装着者が社会生活を送ることに快く協力してくれる人たちがいるので安心して家の外に送り出せること。
		肝心なサービスがない	本当に必要としている部分を担ってくれる医療福祉サービスがないこと。
		結局は自分	他の介護者 ^{*2} の都合がつかない場合は結局自分が対応しなければならなくなること。
周囲のサポートが弱くなる	自分で頑張るしかない	適当な配慮を求める	世間一般の人に対して、LVADのリスクについて過大評価や過小評価をせず正しく認知し、適当に配慮してほしいと思うこと。

*1 概念名における「」は対象者の言葉をそのまま使用したことを表す。

*2 配偶者以外の介護者（親、子、きょうだいなど）も含む。

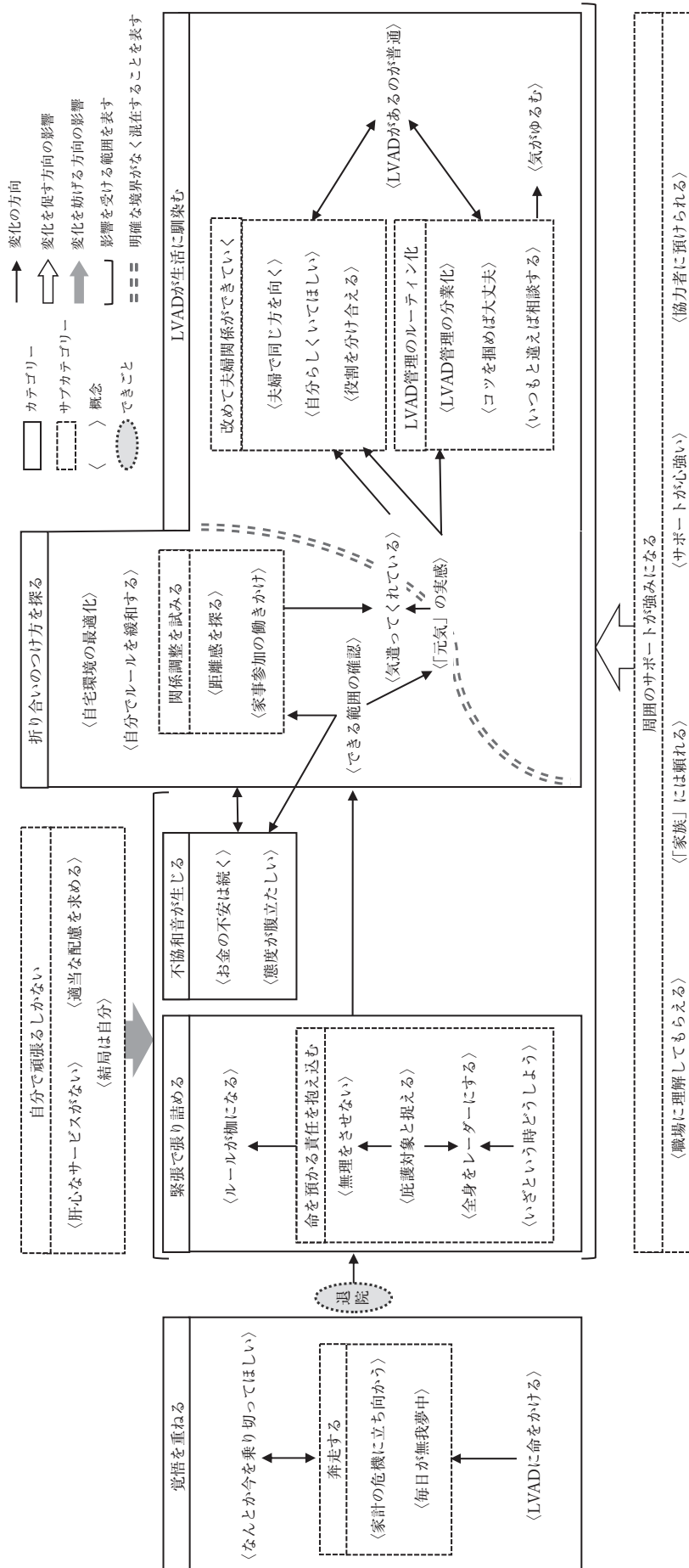


図1 植込型補助人工心臓装着者の介護者が新しい生活を探っていくプロセス

の概念をきっかけとして、プロセスは最終段階へと向かい始める。【折り合いのつけ方を探る】と【LVADが生活に馴染む】の間に明確な境界はなく、2つの段階が混在した状態から徐々に【LVADが生活に馴染む】方へと進んでいく。この段階では夫婦間の役割分担や関係調整を通して「改めて夫婦関係ができていき」、【LVAD管理のルーティン化】が進むことによって、介護者は「LVADがあるのが普通」の生活であると感じるようになっていくのである。

このプロセスには、夫婦以外の人々からの関わりの方が影響する。周りの人々からの理解やサポートが得られる介護者は「周囲のサポートが強みになり」、プロセス中の変化を促す方向の影響を受ける。逆にサポートが十分でない場合は介護者が担う役割や責任を軽減することが難しくなり、「自分で頑張るしかない」状況となるため、介護者は【折り合いのつけ方を探る】以降の段階に進行しにくく、プロセス中の変化を妨げる方向に影響を受ける。

C. 各カテゴリーの詳細

プロセスを構成する各カテゴリーについて、バリエーション（「斜体ゴシック文字」）を示して説明する。“ ” はバリエーションからの引用を表す。

1. 覚悟を重ねる

【覚悟を重ねる】は、2つの概念から成るサブカテゴリー「奔走する」と、2つの概念（LVADに命をかける）、〈なんと今を乗り切りたい〉で構成され、介護者が配偶者のLVAD装着を決断し、またクリティカルな状態にある装着者の様子を目にすることによって装着者を支えていく覚悟を何重にも重ねていくことを表す。

対象者全員が装着者に生きてもらうためにはLVAD以外に選択肢がなかったと語り、LVADに配偶者の命をかけることを決断していた。

「全然そのVAD自体がどういうものかもわからない。そしたら1年前にVADをつけた患者さんが今またまた外来に来てるからって。（中略）その（患者の）姿を見て。あとはこのままいたらもう自然と命がってということと、手術をするかしないか、選択はそれしかないって感じで。そうすると自然と、不安なんだけど答えはするしかないって。」（D氏）

〈LVADに命をかける〉ことを決めた介護者は、今は自分が無理をしても頑張るしかないと考えて仕事や病院通いに「奔走し」、装着者の手術が無事に終わるまで必死の毎日を送る。面会で装着者の弱った姿を目にすると、介護者は心配になり、〈なんと今を乗り切りたい〉思いが強くなる。そのため自分が顔を出して元気付けようと考えて忙しい中でも面会に通う時間を捻出し、面会するとま

た心配な気持ちが増すことを何度も繰り返すのである。

「精神的にも肉体的にもくたくたというかそんな感じ。（中略）何も考えずに。先のこととかじゃなくて本当に目の前の1個1個をこなしていくのが大変だったっていう。」（C氏）

「とりあえず私、できるだけ会ってあげよう行ってあげようと思って。暇な時間あったら行こうと思って。」（A氏）

このようにして介護者は、装着者にこれからも生きてもらうために、自分が装着者を支えていかなければならないという覚悟を重ねていく。

2. 緊張で張り詰める

【緊張で張り詰める】は、4つの概念から成るサブカテゴリー「命を預かる責任を抱え込む」と、1つの概念（ルールが枷になる）で構成され、実際に装着者との生活が始まるにあたって介護者が装着者の命に対する責任を強く感じ、緊張が高まることを表す。

【命を預かる責任を抱え込む】では、介護者はまだ調子が良くないように見える装着者を「庇護対象と捉え」、とにかく「無理をさせない」ように恐る恐る接する。LVADに装着者の命がかかっているということ強く意識し、いつ緊急事態が起こってもおかしくないと感じることにより、介護者として装着者を守らなければならないという責任を抱え込むのである。

「なんか今起きたらどうしようとかそういう不安がすごいあって、みんなそうなんだと思うんですけど。1回そういうの（急変）があったから、急にまた来たらどうしようと思ってすごくすごく怖かったです。」（A氏）

その結果、介護者はLVAD特有のルールを厳密に守って生活を送ろうとし、常時装着者とともに過ごすことに関する精神的負担などの様々な負担が生じる（〈ルールが枷になる〉）。

「一番大変だったこと。ずっと音が聞こえる場所にいないちゃいけない、留守にできない、誰かがいなきゃいけないってところ。私にとって大変なことですよ。」（G氏）

「私がそんなに運転遠くまでしたくないので割と近場で。（以前の休日は）旅行もしたりとか。（今は）もう全然。遠出は病院ぐらい。」（C氏）

3. 折り合いのつけ方を探る

【折り合いのつけ方を探る】は、2つの概念から成るサブカテゴリー「関係調整を試みる」と、3つの概念（できる範囲の確認）、〈自分でルールを緩和する〉、〈自宅環境の最適化〉で構成される。介護者がLVADを生活に組み込む方法を模索し、装着者との関係の調整をはかることで、LVAD

のある生活との折り合いをつけようとすることを表す。

介護者は装着者が実際に動く様子を注意深く見守ることによって、装着者自身がどのくらいならできるのか、その範囲をひとつずつ探っていく（〈できる範囲の確認〉）。

「悪いけど少しずつ手伝ってってお願いしながら、あ、できるんだみたいな感じ。」(B氏)

「本人も動けるし。ただここにバッテリーの鞆を下げて、あとは行動も言葉も普通にできるし。」(D氏)

介護者は装着者の様子を見ながら少しずつ家事の一部をお願いするなど、装着者との「関係調整を試みる」ようになる。「関係調整を試みる」は、介護者が装着者との物理的・心理的距離をとる、装着者にやってほしいことを言葉にして伝えるなど、何か行動を起こして装着者との関係性の調整をはかることを意味する。

「あんまり一緒にいてもいいことないなと思って。(中略)ムカってくるがあると、口にするよりもやっぱちょっと離れちゃった方がいいかなって思って。」(F氏)

「それ(自分1人で出かけること)はあります。ゴルフがどうしても僕のストレス発散。この日1日出かけるから娘に見てねという。」(E氏)

「洗濯畳んだりとかやってくれるんですけど。はじめちょっと言ってお願ひって言って、それが日課になっていったような感じで。」(G氏)

またここでは、介護者がよしと考える範囲(距離、時間など)の中で装着者の単独行動を認めることもある(〈自分でルールを緩和する〉)。

「最初はいつも一緒に行動だったんだけど、ちょっとしたコンビニとか10分範囲くらいのところに。(中略)電話くれればそれですぐとんぼ返りで帰るからって。」(D氏)

4. 不協和音が生じる

【不協和音が生じる】は2つの概念で構成され、LVAD装着によって変化した生活の中で介護者と装着者の関係性がぎくしゃくすることを表す。

装着者の自分でできることもやらないといった様子に遭遇し続けると、介護者は装着者の〈態度が腹立たしい〉と感じるようになる。負担を一手に担っている自分に対する気遣いが足りないことを不満に思うのである。

「私が洗濯してるときにふんぞり返ってソファに座ってテレビ見てあははってやってすごい腹立つよね。やれることがあったら自分でやらなきゃいけない、そういう風に思わないかなと思う時ある。」(B氏)

「いつも自分のことが中心かなっていう風にしか聞こえないもんで。」(F氏)

装着者の失業や幼い子どもの存在などによって金銭的な不安がある場合には、より介護者の負担が重くなるため、

夫婦の関係はいつそうぎくしゃくしやすくなる。

「(装着者が)入院する前もまともには働けなかったので、置いてもらって半日とか1年くらい休んだりとかずっとそんな状態で。子どももまだ小さいので。(中略)自分(介護者)も仕事をどうにかしなくちゃいけないというのもあるし、まだ地に足が着いていないような状況がずっと続いています。」(G氏)

5. LVADが生活に馴染む

サブカテゴリー「LVAD管理のルーティン化」,「改めて夫婦関係ができていく」と、「元気の実感」,〈気がゆるむ〉,〈LVADがあるのが普通〉の3つの概念で構成され、介護者と装着者がLVADの管理に慣れて、夫婦間で役割分担や関係の調整がうまくついてくることによって、LVADが生活の一部として馴染んでくることを表す。

この段階では、介護者は装着者の動きや明るい表情、穏やかな言動などから、装着者の心身の調子が改善し「元気」になってきたと感じる。

「VADを入れてからみるみる元気になって。(中略)何となく本人も変わった。前より話しやすくなったりとか笑うようになったりとか。」(C氏)

「本人も気持ちが楽になったのかなっていう感じで。(中略)ちょっと気持ちも明るくなったんじゃないかなって感じはありますけどね。」(F氏)

介護者が装着者の「元気」を実感できることで、家事や生計の維持といった役割を装着者と分担することができるようになる。装着者が「元気」で介護者を〈気遣ってくれている〉と感じられることは、「改めて夫婦関係ができていく」ことにつながっていく。「改めて夫婦関係ができていく」は、LVAD装着によって変化した関係性の調整を経て、改めて夫婦の関係ができていくことを意味する。介護者は装着者に自分らしく生き生きと過ごしてほしいと考えるようになり、これからの生活について夫婦で話し合い、お互いの意思を確認することもできるようになる。

「2人でやって行けばいいじゃんって言ってくれたんで、家事とか。(中略)なんか優しくなったなと思って。」(A氏)

「少しはまあなんとかバランス取れてきたのかなっていうこともありますけどね。(中略)本人も結構自分からやる気になったっていうか。」(F氏)

「少し同じ方向を向いたというか。これでがんばっていいかなとは思いますが。(中略)いいかなとは思いますが。まだまだ課題はありますけど。」(G氏)

装着者が「元気」になってくることは、LVAD管理のうち本人に任せられる部分が増えていくことでもある。「LVAD管理のルーティン化」は装着者と介護者がLVADの管理に慣れ、自分たちなりの管理方法が確立されてくる

ことを意味する。

「最初のころは全部私やってたんですけど。お風呂入る前に濡れないように貼ったり（中略）、それをもう自分でやって、消毒だけ私がやってる感じですかね。」（A氏）

「旦那が消毒をして、私はそれに対しての補助、手助け。」（B氏）

装着者と介護者がLVAD管理のうちどの部分を担うかという割り当ては様々であるが、管理の全てを介護者が担うことはなくなっていくのである。そしてこの頃になると、時には〈気がゆるむ〉こともある。この概念は“油断”という言葉で表現されるように、気が緩みすぎるという意味合いの慣れを表す。

「慣れてきてもうやってて当たり前だよっていう油断があると、お互いやったつもりになってしまっていたっていうのが1回ありました。」（E氏）

「LVAD管理のルーティン化」と「改めて夫婦関係ができていく」の2つの流れを経て、介護者にとってLVADのある生活そのものが当たり前になり、LVADがあるのが普通だと感じるようになる（〈LVADがあるのが普通〉）。

「心配しながらも、徐々に慣れてったっていうか。」（F氏）

「1年ぐらいすると、もう毎日の顔を洗うとかトイレに行くとかっていうのと一緒の、同じルーティンでやるから。」（E氏）

6. プロセスに影響する2つのサブカテゴリー

このプロセス全体に、夫婦以外の他者からのサポートのあり方が影響していた。[周囲のサポートが強みになる]は4つの概念で構成され、介護者が装着者とともに生活していく上で、夫婦以外の他者からの理解、支援、協力が助けになることを表している。

「やっぱ旦那のお母さんお父さんは結構協力的にやっていただいたんで、もちろん私が通院するときもそうだし、一緒にいれないときはちゃんと連絡すればいいよ全然って言ってくれてたんで。」（A氏）

「自分で頑張るしかない」は「周囲のサポートが強みになる」の対極にあたり、3つの概念で構成される。他者からの理解、支援、協力が得られない、あるいは不足しているために介護者の負担が大きくなることを示す。

「まあ知り合いの人（訓練プログラムを受けた人）もいるけれども、その人たちには負担かけたくないから。とりあえず家族は2人だから。」（B氏）

「（訪問看護師に）入浴お願いして最初はいって言うてくれたんですけど、介護人が（その場に）いないと駄目だっていうことになって。でもそれができないからお願いしてるんです。」（F氏）

IV. 考 察

A. プロセスの特徴

本研究では介護者が新しい生活を探っていくプロセスが明らかになった。プロセス初期の段階には、これまでの研究でも示されてきたように、介護者が抱える差し迫った不安や緊張に関連する概念が含まれる。LVADは薬物療法が十分行われ、非薬物療法を含めた標準治療の適応が十分に検討されているにも関わらず末期的心不全状態を脱しない患者に適用となるものである（日本循環器学会ほか、2021, pp.16-18）。つまり装着者にとってLVADは唯一の救命方法なのである。それゆえ、介護者は自分が無理をしてもなんとか装着者に生きてもらいたいと考えて必死の日々を過ごしていた。

その後在宅療養がスタートすると、介護者は装着者を守らなければならないと責任を抱え込み、【緊張で張り詰める】。Magid, et al. (2016) が装着者の脆弱性を認識することは介護者の不安や恐怖、過度な警戒につながることを示しているように (p.5), 介護者が装着者を〈庇護対象と捉え〉ている場合は特に介護者の緊張が強くなると考えられる。介護者のQOLは自身の身体的・精神的問題よりも装着者の状態に左右されるとされる（山中, 2016, p.30）。装着者にいつ何が起こるか分からないと感じられる状況では、介護者は〈全身をレーダーにし〉て過ごす必要がある。常に緊張状態で休まるときがないのである。

このような介護者が【折り合いのつけ方を探る】段階や【LVADが生活に馴染む】段階へと移行するときに重要な役割を果たす概念が〈できる範囲の確認〉と〈「元気」の実感〉である。注意深く装着者の様子を見守りながら生活をする中で、“あ、できるんだ”と語られたように、介護者は装着者自身が行っても大丈夫なことをひとつずつ確認していた。多くの先行研究では介護者の緊張や負担、ストレスが大きいことが示されている（Kirkpatrick, et al., 2015, pp.809-813; 山中, 2016, pp.31-32）。しかし本研究では、介護者がこれらに対処をしていく中で、装着者のできることの範囲が確認できたことで、装着者は無理をさせてはいけない庇護対象であるという意識を変化させていくことが示された。これにより張り詰めていた介護者の緊張も解けていくと考えられる。さらに、装着者の明るい表情や穏やかな言動などが見られるようになってくることで、介護者は装着者が「元気」になったことを実感するのである。「元気」とは介護者から見て装着者の心身の調子が良さそうであることを指す。本研究では装着者が「元気」である時、装着者が「明るくなった」、「優しくなった」と語られ、介護者を〈気遣ってくれている〉と感じるようになっていく。

ていた。装着者は全身状態の改善に伴い精神状態も安定する（日本循環器学会ほか, 2021, p.47）とされており、「元気」である装着者には他者を気遣う余裕が生まれていると考えられる。“（装着者が）自分からやる気になった”と語られたように、介護者は装着者が積極的に役割を担おうとしてくれていると感じ、LVAD管理や生活を営むために必要な役割を装着者と分担するようになっていた。つまり、装着者が「元気」であることは介護者が過度の緊張から解放されるという意味での転機となるだけでなく、介護者と装着者が改めてふたりで歩み始めることの契機にもなると考えられる。

B. 臨床への示唆

1. 周囲のサポートに関する課題

このプロセスには介護者と装着者をとりまく周囲の人々からのサポートのあり方が影響を与えていた。家族からのサポートが介護者の負担を軽減することを示した先行研究と同様に（Magid, et al., 2016, p.6）, [周囲のサポートが強みになる] の中で介護者にとって最も大きな助けとなる概念は「家族には頼れる」であった。本研究における「家族」とは介護者が頼りにできると認識している身内を指す。プロセスの中で「家族」がどのように介護者の助けとなるかを考えると、まず「家族」は介護者の相談相手や付き添いを交代する相手になり得る。そのため「家族」がいると、介護者は緊張の中でも少し息をつく余裕を持つことができるのである。また「家族」がいると装着者を客観的に見守る目が増えるため、「家族」との情報共有を通して、介護者が装着者のできることに気付きやすくなるという面もある。さらに「家族」は家事を手伝ってくれるなど、介護者と装着者の間で緩衝材として、夫婦の関係がぎくしゃくすることを防ぐ働きをしてくれることも考えられる。このように「家族」が介護者にとって助けとなる存在である一方で、“知り合いの人もいるけれど負担をかけたくない”と語られたように、介護者は「家族」以外の人には迷惑をかけないようにしていることも明らかになった。これらのことから、「家族」以外にも介護者が頼りにすることができる身近なサポート体制を作ることが重要であると言える。

地域で生活する介護者と装着者を最も身近でサポートできる医療者として訪問看護師が挙げられる。訪問看護事業所数は令和2年までの10年間で約2倍に増加し、今では全国に1万を超える事業所が存在している。利用者数も右肩上がりに増加しており、訪問看護師は地域住民にとってより身近な存在となってきているのである（厚生労働省, 2022, pp.19-20）。しかしLVADの実施施設（成人）は全国に45施設であり（補助人工心臓治療関連学会協議

会J-MACS委員会, 2023, p.46）, 装着者の数は累計1,381人と未だ限られていることから（J-MACS委員会, 2023, p.5）, 医療者であっても実際にLVADや装着者に接した経験を持つ者は少ない。そのためリスクが過大評価されやすく、訪問看護師が介護者と付き添いを交代するといったサービスの提供は難しい現状があることが明らかになった。これらのことから、LVAD実施施設と地域の連携を強化する必要があることが分かる。訪問看護師に向けた研修の実施や相談窓口を設置するなど、訪問看護師が安心して装着者のケアに当たることができるように支援することが重要である。また医療者に限らずトレーニングを受けたボランティアを養成することができれば、介護者にとってより身近な頼れる存在となる可能性がある。

2. 【不協和音が生じる】段階に至る介護者への支援

【不協和音が生じる】段階では、周囲のサポート体制の課題だけではなく、〈お金の不安が続く〉ことにも注意を向ける必要がある。LVADを新規装着する患者の平均年齢は 43.5 ± 13.5 歳で男性が73%と、生産年齢に該当する男性が多いという特徴がある（J-MACS委員会, 2023, pp.5-6）。そのため装着者は家庭の主たる生計者であることが多く、装着者の社会復帰が困難である場合には介護者に経済的な負担がかかる。介護者は介護者としての責任や家事役割に加えて、生計維持の役割までも一手に担わなければならない状況に陥るのである。このような状況を避けるには、医療者が装着者の職場にアプローチし、LVADへの理解と社会復帰への協力を得られるよう支援することが重要となる。LVADは原則として社会復帰が期待できる患者に適応となるものである（日本循環器学会ほか, 2021, p.17）。この適応基準から考えると、業務内容や就業環境などの働き方に配慮が得られれば、装着者の社会復帰は可能であると言える。装着者の社会復帰を支援することは、装着者本人の自己実現のために重要であるだけでなく、介護者にかかる経済的な負担を緩和することにもつながるのである。

本研究の限界と今後の課題

本研究は地方中核市に位置する1施設のみで調査を行ったが、生活に焦点を当てた研究であることから、地域の特性が強く結果に出ている可能性がある。そのため今後は他の地域の施設にも範囲を拡大して調査を行っていくことが課題となる。また、本研究の対象には装着者に重大な有害事象を生じたケースは含まれていなかった。生命に関わる有害事象の発現は介護者の緊張を強くする可能性があり、後遺症によって装着者との役割分担が難しい状況になった場合などは、介護者の折り合いのつけ方や装着者との関係

が変化することも考えられる。このような対象を含めた理論的サンプリングを行い、必要に応じてプロセスの修正を行うことでさらなる示唆が得られる可能性がある。

結 論

本研究では介護者が新しい生活を探っていくプロセスが明らかになった。プロセスは5つのカテゴリーで形成され、介護者が【覚悟を重ねる】ことから始まり、【LVADが生活に馴染む】段階に至っていた。LVADによって介護者の生活に様々な変化が生じるものの、プロセスが進むにつれて介護者は徐々にLVADや装着者との折り合いをつけていき、LVAD管理のルーティン化と、介護者と装着者の関係の再構築がなされることが示された。周囲のサポートのあり方がプロセスに影響することから、家族以外にも介護者をサポートする体制を作ることが重要な課題であると考えられる。

謝 辞

調査にご参加いただいた皆様並びに研究協力施設職員の皆様に深謝いたします。また、貴重なご助言をいただいた信州大学医学系研究科池上俊彦教授、同中込さと子教授、静岡社会健康医学大学院大学山崎浩司教授に感謝申し上げます。

本研究は信州大学大学院医学系研究科保健学専攻に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものである。また論文の内容の一部は第16回日本慢性看護学会学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

文 献

- Bidwell, J.T., Lyons, K.S., Mudd, J.O., Gelow, J.M., Chien, C.V., Hiatt, S.O., Grady, K.L., Lee, C.S. (2017). Quality of life, depression, and anxiety in ventricular assist device therapy: Longitudinal outcomes for patients and family caregivers. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(5), 455-463. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000378>
- 補助人工心臓治療関連学会協議会 (2021). 「植込型補助人工心臓」DT実施基準. [https://j-vad.jp/document/%E6%A4%8D%E8%BE%BC%E5%9E%8B%E8%A3%9C%E5%8A%A9%E4%BA%BA%E5%B7%A5%E5%BF%83%E8%87%9FDT%E5%AE%](https://j-vad.jp/document/%E6%A4%8D%E8%BE%BC%E5%9E%8B%E8%A3%9C%E5%8A%A9%E4%BA%BA%E5%B7%A5%E5%BF%83%E8%87%9FDT%E5%AE%9F%E6%96%BD%E5%9F%BA%E6%BA%9620230807%E6%94%B9%E5%AE%9A.pdf?ver=20230808C)

- 9F%E6%96%BD%E5%9F%BA%E6%BA%9620230807%E6%94%B9%E5%AE%9A.pdf?ver=20230808C (参照2023年7月11日)
- 補助人工心臓治療関連学会協議会 J-MACS委員会 (2023). J-MACS Statistical Report. https://j-vad.jp/document/statistical_report_20230215.pdf (参照2024年3月1日)
- 堀由美子 (2019). ケアギバーの役割と教育. 松宮護郎, 西村 隆 (編), *必携! 在宅VAD管理* (pp.65-66, 68-70, 72). 東京: はる書房.
- Kato, N., Okada, I., Kagami, Y., Endo, M., Hatano, M., Ono, M., Jaarsma, T., Kinugawa, K. (2018). Quality of life of family caregivers of patients with a left ventricular assist device in Japan. *Journal of Cardiology*, 71(1), 81-87.
- 木下康仁 (2003). *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*. 89-90, 東京: 弘文堂.
- Kirkpatrick, J.N., Kellom, K., Hull, S.C., Henderson, R., Singh, J., Coyle, L.A., Mountis, M., Shore, E.D., Petrucci, R., Cronholm, P.F., Barg, F.K. (2015). Caregivers and left ventricular assist devices as a destination, not a journey. *Journal of Cardiac Failure*, 21(10), 806-815.
- 厚生労働省在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ (2022). 在宅医療の現状について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf> (参照2024年3月1日)
- Magid, M., Jones, J., Allen, L.A., McIvannan, C.K., Magid, K., Thompson, J.S., Matlock, D.D. (2016). The perceptions of important elements of caregiving for a left ventricular assist device patient: A qualitative meta-synthesis. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 215-225. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000242>
- 日本循環器学会, 日本心臓血管外科学会, 日本胸部外科学会, 日本血管外科学会, 日本人工臓器学会, 日本心臓移植研究会, 日本心臓病学会, 日本心不全学会, 日本臨床補助人工心臓研究会 (2021). 2021年改訂版重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Ono_Yamaguchi.pdf (参照2023年3月29日)
- 日本心臓移植研究会 (2022). 心臓移植レジストリ報告. https://jshtx.or.jp/wp-content/uploads/2024/06/20220831_%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E5%BF%83%E8%87%93%E7%A7%BB%E6%A4%8D%E3%83%AC%E3%82%B8%E3%82%B9%E3%83%88%E3%83%AAJSHT.pdf (参照2023年3月23日)
- 日本臓器移植ネットワーク (2022). NEWS LETTER Vol.26 2022. <https://www.jotnw.or.jp/files/page/datas/newsletter/doc/nl26.pdf> (参照2023年3月23日)
- Streuer, M.M., Auld, J.P., Liberato, A.C.S., Beckman, J.A., Mahr, C., Thompson, E.A., Dougherty, C.M. (2020). Left ventricular assist device caregiver experiences and health outcomes: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Journal of Cardiac Failure*, 26(8), 713-726.
- 山中源治 (2016). 在宅療養に移行する植込型補助人工心臓患者および主介護者の体験と看護支援の検討. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 12(3), 25-37.

2023年11月16日受 付
2024年8月16日採用決定

How Caregivers who are Spouses of People with a Newly Implanted left Ventricular Assist Device Navigate their Daily Lives

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 48(1), 17-27
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240816256>

Kyoko Kondo, MSN, RN, PHN, Kiyomi Arai, PhD, RN, PHN

Shinshu University, School of Medicine and Health Sciences Institute of Health Science, Nagano, Japan

▶ Abstract

Objective: This study aimed to investigate how caregivers, who are spouses of people with newly implanted left ventricular assist devices (LVAD) navigate their daily lives. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with seven participants and analyzed using a modified grounded theory approach. **Results:** The caregivers navigated the five stages of daily living as spouses of someone with a newly implanted LVAD: building resolve, mounting tension, arising dissonance, reconciling with the situation, and adjusting to life with the LVAD. During the “reconciling with the situation” stage, the process could diverge depending on the LVAD patient’s physical condition and attitude toward the caregiver. The degree of cooperation from those outside the couple also influenced the process. **Conclusions:** Spousal caregivers of people with a newly implanted LVAD face many changes in their lives. However, as they progress through the stages process of navigating daily living progresses, caregivers gradually adjust to living with a spouse with an LVAD and rebuild their relationships.

▶ Key words

Left Ventricular Assist Device, heart failure, caregiver, Modified Grounded Theory Approach

Correspondence: K. Arai. Email: k_arai@shinshu-u.ac.jp

病棟看護師による婦人科がん患者への 性生活支援の構造

日本看護研究学会雑誌
2025, 48(1), 29-39
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240903258>

田中奈生子¹, 杉村鮎美², 安藤詳子³

¹元名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻博士前期課程

²名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻高度実践看護開発学, ³一宮研伸大学看護学部

要 旨

目的：婦人科がん患者に対する性生活支援の状況と支援構造を検討する。方法：全国がん診療連携拠点病院の婦人科病棟看護師に対し自記式質問紙を用いて調査し因子分析を行った。結果：940名に調査票を郵送し有効回答365部を分析した。看護師は、主として手術後の退院指導で性生活に関する説明をしていた。性生活支援において、患者への情報提供として【化学療法や放射線療法に関する情報提供】、【手術療法に関する情報提供】、【今後の性生活に関する情報提供】、【性交渉とがんの伝染と再発に関する情報提供】、支援における関わり方や相談対応として【性生活支援における基本的コミュニケーション】と【性生活に関する具体的な話し合い】の因子が抽出された。多くの看護師は性生活に関する情報提供の必要性を認識する一方で実施割合は低く困難感が高かった。結論：実際の支援状況が明らかとなり、今後、関連要因を解析し改善策について検討する。

キーワード

性生活支援, 婦人科がん, 病棟看護師

責任著者：田中奈生子. Email: joy.naoko.cf@gmail.com

はじめに

婦人科がんには、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がん、陰がん、外陰がんなどがある。国立がん研究センター(2023)によると、2019年の国内での子宮がんの罹患数は29,136人で女性第5位であり、中でも子宮頸がんは20~30歳代の若年女性に多く、HPVワクチンの接種政策停滞の影響を受けて欧米諸国と対照的に罹患率・死亡率ともに増加が続いている(Katanoda, et al., 2021)。婦人科がんの5年相対生存率は60%を超えるが、術後リンパ浮腫や排尿排便障害などの合併症を抱えて生活するサバイバーも少なくない。性機能障害に着目すると、手術後の患者は治療前後で性的興奮・腔潤滑・オーガズムがそれぞれ低下し(春間ほか, 2015; 松井・瀬戸, 2021)、放射線治療を行うとさらにQOLと性機能が低下する(Frumovitz, et al., 2005)ことが明らかになっている。また、婦人科がん患者は、身体的な変化に加え、皮膚の色素沈着や脱毛などのボディイメージの変化に対する受け入れにくさ、性交渉への抵抗感、妊孕性の喪失などを感じている(新井・大澤・主濱, 2019; 久保・西脇, 2020; Michael, Skaczkowski, & Wilson, 2021; 所・池田・塩原・小泉・伊藤, 2015)が、がん治療のためには仕方がない、生きていだけでも感謝すべきと認識し

(助川・佐藤・宮城・平原, 2012)、医療者に相談することを躊躇して、悩みを誰にも相談できないまま1人で対処しなければならない状況に置かれている(池田・逸見・尾形・遠藤, 2020; Reis, Beji, & Coskun, 2010)。

黒澤・飯岡(2016)は、女性生殖器がんサバイバーのセクシュアリティの苦痛内容について文献を検討し、若年者は生殖や性生活に関する情報を求め、50歳以上の患者はパートナーとの情緒的なコミュニケーションに悩みを抱えやすいことを報告している。特にがん診断時と治療後に情報ニーズは高まり(稲垣, 2020)、罹患から10年以上経過した患者でも医療者からの意図的な性生活支援を求める(Albers, et al., 2020)ことも分かっている。その一方で、性について医療者に相談したいと希望する患者は少ない(Hubbs, et al., 2019)ことや、患者の抱く不快感が医療者と話し合うことの本質的なバリアである(Hay, et al., 2018)ともいわれ、対象者によって性の捉え方や感じ方が異なるがゆえに、支援のニーズは多様である。

医療者による支援の実態を調査した木谷ほか(2006)は、婦人科がん患者に性への支援を必要と考える医師・看護師は92%であるのに対し、実際に指導しているのは57%であったと報告している。医療者は、言葉にしづらく介入を躊躇し、相談される機会がない、性生活支援を

行う時間がない（広瀬・佐藤・阿部，2013；清藤ほか，2017；Vermeer, et al., 2015）とっていたり，患者の性に関する懸念に応じることを避ける傾向にあったりする（Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009）ことなどから，性について話し合うハードルが高くなっていることが指摘されている（Stead, Brown, Fallowfield, & Selby, 2003）。

米国臨床腫瘍学会によるがん患者の性的問題への介入ガイドラインでは（Carter, et al., 2018），がんやがん治療による性的問題を医療チームから発信して患者と話し合うことを推奨している。しかし，表面化することの少ないがん患者の性的問題に対する性生活支援の実際について，これまでに国内における大規模調査の報告はなく不明瞭である。日本における婦人科がんの治療は，2015年のガイドライン改訂から放射線療法が増加しているもの（Shigeta, et al., 2020），依然として手術療法が第一選択となる場合が多い。手術療法により性功能・生殖器の形態が大きく変わる状況に立ち会う病棟では，患者の性的側面に触れる機会があり何かしらの支援が日常的に行われていると予想されるため，本研究は婦人科病棟に勤務する看護師を対象に全国規模調査を行い，婦人科がん患者に対して実施している性生活支援の状況を調べ分析することを目的とした。

I. 研究目的

婦人科病棟に勤務する看護師が，婦人科がん患者に対して実施している性生活支援の実態を明らかにすることと，その支援の構造を検討することである。

II. 用語の定義

本研究では，World Health Organization（2023）や米国のNCI: National Cancer Institute（2022）が提唱するセクシュアリティの基本概念を参考に，性生活支援について「夫婦間またはパートナーとの関係を深め，お互いの性的欲求の充実を図るための支援であり，具体的にはがん治療による性生活への影響について情報提供することや，性生活の悩みや相談に応じること」と定義した。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

横断的な自記式質問紙調査による分析的観察研究

B. 対象者

全国のがん診療連携拠点病院の婦人科病棟に勤務する，

看護師通算経験年数が3年以上，かつ婦人科病棟での通算勤務年数が1年以上の看護師とした。

C. 調査期間

2021年5月から7月

D. 調査内容

婦人科病棟勤務の経験がある看護師とがん看護学の専門家を交えて，高橋（2004；2014a；2014b）や助川ほか（2012），宇津木・清水・荷見（2003），小松・日下・久米（2015）などの報告を参考に話し合い，婦人科病棟における実際の性生活支援の状況を反映した以下の調査項目を作成した。

1. 対象者の背景

年齢，性別，最終学歴，看護師通算経験年数，婦人科での通算勤務年数，職位，助産師資格の有無，認定看護師・専門看護師資格の有無，配偶者・子どもの有無，性生活支援に関する研修会参加の有無。

2. 性生活支援における勤務部署での取り組みや対応9項目

実際に勤務部署において組織的に取り組んでいることや決まっている対応など9項目について，「はい」「いいえ」「わからない」の3択で回答を求めた。

3. 性生活支援において勤務部署で活用している媒体

「口頭での説明」「パンフレットや小冊子」「DVDやビデオ」「がん患者の性に関する書籍」「試供品（潤滑ゼリー）など」の活用の有無について，複数回答可能で質問した。

4. 「性生活に関する患者への情報提供」19項目

性生活支援の中心となるのが病気や治療による性生活への影響などの情報提供であることから，情報提供する具体的な内容について吟味し19項目を挙げた。その情報提供の実施について「1.全く説明していない」から「5.いつも説明している」の5件法で，その必要性について「1.全く必要ないと思う」から「5.とても必要だと思う」の5件法で回答を求めた。

5. 「性生活支援における関わり方や相談対応」12項目

性生活支援として，看護師は情報提供に加えて性生活の相談に応じることもある。その際の関わり方や配慮していること，対応の仕方について吟味し12項目を挙げ，「1.全く実施していない」から「5.いつも実施している」の5件法で回答を求めた。

6. 性生活支援における看護師の困難感や懸念 7 項目

性生活支援に対して医療者が抱く躊躇や抵抗感について実態を調査するため、看護師が抱く困難感や懸念として 7 項目を挙げ、「1. 全くそう思わない」から「5. とてもそう思う」の 5 件法で質問した。

7. 性生活支援に対する意見や実態に関する自由記述

自由記述欄を設け、対象看護師の意見や経験を問うとともに、2 から 6 の内容について吟味する資料とした。

E. 分析方法

調査項目 1～6 について記述統計量を算出し、平均値やデータの分布から実態を読み取った。「性生活に関する患者への情報提供」は、情報提供の「実施」と、対象者の認識する「必要性」の程度を比較するため対応のある t 検定を行った。

「性生活に関する患者への情報提供」19 項目と「性生活支援における関わり方や相談対応」12 項目について、各々項目分析したのち探索的因子分析を行い、因子負荷量が 0.4 以上となるものを採択した。抽出された因子を吟味し、支援内容を的確に表現するような因子名を命名した。信頼性については、項目全体と各因子のクロンバックの α 係数を算出し内的整合性を確認した。これらの分析には統計解析ソフト IBM SPSS Ver. 28 を使用し、有意水準は $p < .05$ とした。

調査項目 7 は、記述内容を 1 内容 1 項目として含むセンテンスを記録単位「文脈」とし、1 つの文章に複数の内容が含まれている場合は分割した。同じ意味内容を含む文脈ごとに分類し、調査項目と照らし合わせて調査項目にはない支援や看護師の困難感や懸念の有無を確認した。

F. 倫理的配慮

調査対象者には文書にて研究内容や匿名性の確保などを説明し、調査への協力は対象者の自由意思とし、調査票に意思表示欄を設けた。本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認（承認番号 20-130）を得て実施した。

IV. 結 果

全国のがん診療連携拠点病院 399 施設（2021 年 4 月時点）に研究協力を依頼し、そのうち研究参加の同意が得られた 98 施設、計 940 名に調査票を郵送した。返送された調査票 387 部（41.2%）のうち、研究対象の条件を満たさない看護師からの回答など 22 部を除外し、有効回答 365 部を分析の対象とした。

A. 対象者の背景

対象者の年齢は平均 39.2 ± 10.0 歳、364 名（99.7%）が女性で、看護師通算経験年数は平均 16.5 ± 9.3 年、婦人科での通算勤務年数は平均 8.2 ± 6.6 年であった（表 1）。

B. 性生活支援における勤務部署での取り組みや対応

9 項目中、「手術後の退院指導において、性生活への影響に関する説明をする」の回答は 82.2% と多く、一方で、「化学療法／放射線療法に関するオリエンテーション資料に性生活への影響を明記」していると回答した看護師はそれぞれ 7.4%、6.3% であった（表 1）。

C. 性生活支援において勤務部署で活用している媒体

性生活について説明するときは、「口頭での説明」が 175 名（47.9%）、「パンフレットや小冊子」を用いるのが 204 名（55.9%）であった。「DVD やビデオ」を用いる人は 1 名（0.3%）、「がん患者の性に関する書籍」を用いる人は 3 名（0.8%）、「試供品（潤滑ゼリー）など」を渡している人は 9 名（2.5%）であった。

D. 病棟看護師による性生活支援の構造

「性生活に関する患者への情報提供」19 項目について、項目分析したのち主因子法・プロマックス回転で探索的因子分析した結果、4 因子が抽出された。因子抽出時の累積寄与率は 60.2% であった。19 項目の項目内容と平均値、因子分析結果を表 2 に示す。第 1 因子は化学療法や放射線療法による腫の変化や性生活への影響に関する内容の 6 項目で構成され、【F1：化学療法や放射線療法に関する情報提供】と命名した。第 2 因子は子宮や卵巣を摘出した場合に起こりうる変化や性生活への影響に関する内容の 6 項目で構成され、【F2：手術療法に関する情報提供】と命名した。第 3 因子は治療後の性生活の工夫や、夫（パートナー）との関係構築に関する内容の 5 項目で構成され、【F3：今後の性生活に関する情報提供】と命名した。第 4 因子は性交渉ががんの進行に影響しないことについて説明する内容の 2 項目で構成され、【F4：性交渉ががんの伝染と再発に関する情報提供】と命名した。クロンバック α 係数は .81～.95 であり内的整合性を確認した（表 2）。

つぎに、「性生活支援における関わり方や相談対応」12 項目を項目分析したところ、「患者の性的側面の優先順位が低いと判断したときには、無理に性生活の話題を掘り起こさない」の IT 相関は 0.29 と低かった。そのため、他の項目とは独立して検討する必要があると判断し、この項目を除外した 11 項目について最尤法・プロマックス回転を行い、2 因子が抽出された。因子抽出時の累積寄与率は

表1 対象者および施設背景

n = 365

	M ± SD	n	(%)		M ± SD	n	(%)
個人背景							
年齢	39.2 ± 10.0歳			婦人科通算勤務年数	8.2 ± 6.6年		
性別 (女性)		364	(99.7)	1～10年		291	(79.7)
最終学歴				11～20年		54	(14.8)
専門学校2年制		57	(15.6)	21～41年		18	(4.9)
専門学校3年制		143	(39.2)	その他		2	(0.6)
短大		42	(11.5)	職位			
大学		100	(27.4)	看護師長		22	(6.0)
大学院		20	(5.5)	副看護師長		56	(15.3)
その他		3	(0.8)	看護師		286	(78.4)
看護師通算経験年数	16.5 ± 9.3年			その他		1	(0.3)
3～10年		133	(36.4)	助産師資格 (有)		104	(28.5)
11～20年		119	(32.6)	認定看護師資格 (有)		10	(2.7)
20～43年		111	(30.4)	専門看護師資格 (有)		3	(0.8)
その他		2	(0.6)	配偶者 (有)		204	(55.9)
				子ども (有)		179	(49.0)
				研修会参加 (有)		28	(7.7)
施設で行われている取り組みおよび対応							
1	婦人科手術患者用のクリニカルパスに性生活支援を行う項目を明記					74	(20.3)
2	術前のオリエンテーション資料に、性生活への影響を明記					41	(11.2)
3	手術後の退院指導において、性生活への影響に関する説明をする					300	(82.2)
4	化学療法のオリエンテーション資料に性生活への影響を明記					27	(7.4)
5	放射線療法のオリエンテーション資料に性生活への影響を明記					23	(6.3)
6	患者からの性相談には、なるべく習熟している看護師が対応する					30	(8.2)
7	自分が患者の性相談に対応できなかった場合、他の看護師や医療者に相談する					303	(83.0)
8	患者の性生活の悩みに応じて、カウンセリングや専門職などへ紹介する					100	(27.4)
9	性生活に関する相談窓口を設置					16	(4.4)

60.1%であった。12項目の内容と平均値、11項目での因子分析結果を表3に示す。第1因子は患者のニーズを察知してアプローチすることや支援する際に行うことなどの7項目で構成され、【f1：性生活支援における基本的コミュニケーション】と命名した。第2因子は性生活の悩みや性的問題について患者・夫（パートナー）が話し合うことを手助けする内容や症状コントロールを検討する内容の4項目で構成され、【f2：性生活に関する具体的な話し合い】と命名した。クロンバックα係数は.88から.91であり内的整合性を確認した（表3）。

E. 病棟看護師による性生活支援の実態

「性生活に関する患者への情報提供」19項目中、最も説明されている項目は「手術後、性生活の再開可能時期の目安について」（平均3.26 ± 1.51点）、次に「手術後の子宮、卵巣、膣など骨盤内の解剖学的変化について」（平均2.98 ± 1.37点）、3位に「閉経前の卵巣摘出により女性ホルモンが低下し、膣分泌物の減少や性欲低下がおこること」（平均2.76 ± 1.36点）で、いずれも手術療法に関わる内容であり、【F2：手術療法に関する情報提供】は他の3因子と比

べて平均値が高かった。

また、「必要性」について19項目は平均3.83 ± 0.77点で、情報提供の「実施」と「必要性」を比較した結果、全19項目において「必要性」が「実施」より高く (p < .001)、看護師は、情報提供はあまりできていないものの説明の必要性は認識していることがわかった。

「性生活支援における関わり方や相談対応」では、「患者の性的側面の優先順位が低いと判断したときは、無理に性生活の話題を掘り起こさない」の平均値は3.65 ± 1.14点であり、この項目は「性生活支援における関わり方や相談対応」の支援構造には含まれなかったが、病棟看護師が最も行っている対応であることがわかった。また、「性生活に関する質問を受けた場合、話をよく聴く」で平均値は3.39 ± 1.18点であった。そして、【f1：性生活支援における基本的コミュニケーション】の平均値が2.62 ± 0.78点であるのに対し、【f2：性生活に関する具体的な話し合い】は1.83 ± 0.74点と低く、【f2：性生活に関する具体的な話し合い】は、病棟看護師はあまり実施していないことがわかった。

表2 「性生活に関する患者への情報提供」の因子分析結果

n = 365

	M ± SD		因子			
	実施	必要性 (p)	1	2	3	4
F1【化学療法や放射線療法に関する情報提供】 α = .87	1.70 ± 0.70	3.81 ± 0.81***				
5 今後の治療（化学療法や放射線療法）によって、性欲や性的興奮の低下がおこること	1.64 ± 0.87	3.67 ± 0.94***	0.89	-0.02	0.10	-0.08
8 放射線療法中の性交渉が、膣の萎縮や癒着予防となりうること	1.44 ± 0.79	3.84 ± 0.94***	0.81	-0.11	0.06	0.05
4 今後の治療（化学療法や放射線療法）による膣粘膜の乾燥などの変化や影響について	1.88 ± 1.01	3.90 ± 0.87***	0.76	0.25	0.00	-0.13
7 骨髄抑制など免疫機能が低下しているときは性生活を控え、回復したら性生活を再開して良いこと	1.82 ± 1.00	3.96 ± 0.90***	0.64	0.09	-0.13	0.27
6 (卵巣を温存した患者に対し) 抗がん剤による卵巣機能の低下について	2.24 ± 1.18	4.09 ± 0.84***	0.45	0.28	-0.08	0.14
9 膣の萎縮や癒着予防のためのダイレーターの紹介	1.13 ± 0.41	3.40 ± 1.09***	0.43	-0.40	0.36	0.06
F2【手術療法に関する情報提供】 α = .81	2.66 ± 0.96	4.06 ± 0.70***				
1 手術後の子宮、卵巣、膣など骨盤内の解剖学的変化について	2.98 ± 1.37	4.13 ± 0.87***	0.02	0.71	-0.10	-0.02
2 閉経前の卵巣摘出により女性ホルモンが低下し、膣分泌物の減少や性欲低下がおこること	2.76 ± 1.36	4.13 ± 0.90***	0.19	0.69	-0.08	-0.09
19 ホルモン補充療法、漢方、エストロゲン膣錠などの薬剤の処方を医師に相談できること	2.52 ± 1.37	4.03 ± 0.89***	-0.07	0.60	0.04	0.13
3 膣潤滑の低下や萎縮が、強い性交痛の原因となる場合があること	2.22 ± 1.25	3.87 ± 0.90***	0.26	0.58	0.18	-0.09
10 手術後、性生活の再開可能時期の目安（約〇ヶ月後など）について	3.26 ± 1.51	4.22 ± 0.83***	-0.17	0.49	0.08	-0.01
18 看護師が、いつでも性生活の相談に対応すること	2.20 ± 1.26	3.96 ± 0.91***	-0.04	0.43	0.20	0.27
F3【今後の性生活に関する情報提供】 α = .88	1.68 ± 0.82	3.60 ± 0.92***				
13 気分がのらない時や性交痛があるときは、我慢や遠慮をせず夫（パートナー）に伝える方が良いこと	1.76 ± 1.09	3.66 ± 1.00***	-0.02	0.13	0.82	-0.08
12 性交痛や膣短縮感に対する体位の工夫について	1.39 ± 0.79	3.44 ± 1.06***	0.10	-0.09	0.74	-0.06
14 夫（パートナー）とのスキンシップや言語・非言語的コミュニケーションを積極的に行うと良いこと	1.75 ± 1.04	3.66 ± 1.04***	-0.05	0.15	0.71	0.05
15 発病前のパターンにこだわらなくて良いこと	1.48 ± 0.81	3.51 ± 1.03***	0.18	-0.10	0.66	0.17
11 性交渉時に潤滑ゼリーの使用を勧めること	2.01 ± 1.20	3.75 ± 0.92***	-0.11	0.35	0.60	0.00
F4【性交渉とがんの伝染と再発に関する情報提供】 α = .95	1.57 ± 0.91	3.65 ± 1.06***				
16 性交渉によって、がんが伝染するわけではないこと	1.59 ± 0.95	3.64 ± 1.08***	0.02	0.00	0.01	0.93
17 性交渉が、がんの再発の誘因となるわけではないこと	1.54 ± 0.93	3.67 ± 1.05***	0.06	-0.02	0.00	0.89

※主因子法・プロマックス回転

※p<.05* p<.01** p<.001***

※「実施」1. 全く説明していない 2. あまり説明していない 3. たまに説明している 4. たびたび説明している 5. いつも説明している

※「必要性」1. 全く必要ないと思う 2. あまり必要ないと思う 3. やや必要だと思う 4. まあまあ必要だと思う 5. とても必要だと思う

F. 性生活支援における看護師の困難感や懸念

平均値が3.0点以上であったものは、「がん患者に起こりうる膣の変化や治療による性生活への影響に関する知識が不足していると思う」「性生活の変化について、看護師の判断のみで患者に説明するべきではないと思う」「性生活の悩みを抱えている人に、出会う機会が少ない」「患者によって性生活への重要度や優先度が異なるので、性生活について話すべきか判断に迷う」「性生活について、患者とどのように話したら良いか分からない」の5項目であった(表4)。

G. 性生活支援に対する意見や実態

自由記述欄には合計427文脈の記載があった。これらは、自作した「性生活支援における看護師の困難感や懸念」に類似した内容が多かった。また、『性生活について患者からは話しにくいのではないかと思う』と性生活について話したがる患者を慮る意見や、『性生活について話をすると“不要です”と返答される』といった患者の反応など、性生活支援に対する患者の様子や経験談の回答もみられた。

表3 「性生活支援における関わり方や相談対応」の因子分析結果

n = 361

	M ± SD	因子	
		1	2
f1【性生活支援における基本的コミュニケーション】 α = .88	2.62 ± 0.78		
3 性生活について話しやすいような環境を整え、雰囲気を作る	2.60 ± 1.04	0.86	0.00
2 性生活の状況について、患者と会話をして情報を得る	2.55 ± 0.99	0.82	0.01
5 性生活に関する不安や悩みを尋ねる	2.17 ± 0.98	0.72	0.05
1 年齢や家族構成に関する情報から、性生活の状況を推測する	2.95 ± 1.06	0.71	-0.09
4 性生活に関する質問を受けた場合、話をよく聴く	3.39 ± 1.18	0.69	-0.04
8 性生活に悩みを抱えている可能性を判断したときに看護師から声をかける	2.71 ± 0.99	0.58	0.21
6 患者・夫（パートナー）間のコミュニケーションやスキンシップを促す	2.01 ± 0.91	0.43	0.16
f2【性生活に関する具体的な話し合い】 α = .91	1.83 ± 0.74		
10 生じた性的問題の対応策を、患者・夫（パートナー）と共に考える	1.80 ± 0.84	-0.10	0.97
9 性生活に関する悩みを引き起こしている原因を、患者・夫（パートナー）と共に考える	1.82 ± 0.82	-0.06	0.95
12 生じた性的問題の原因や対応策を、患者と夫（パートナー）が導き出せるように手助けする	1.80 ± 0.78	0.12	0.73
11 疼痛などの症状コントロールを再検討する	1.93 ± 0.90	0.13	0.68
7 患者の性的側面の優先順位が低いと判断したときは、無理に性生活の話題を掘り起こさない	3.65 ± 1.14		

最尤法・プロマックス回転

表4 性生活支援における看護師の困難感や懸念

n = 365

	M ± SD
1 性生活について、患者とどのように話したら良いかわからない	3.22 ± 1.06
2 性生活に関する質問や対話をするに、抵抗を感じる	2.80 ± 1.00
3 性生活の変化について、看護師の判断のみで患者に説明するべきではないと思う	3.59 ± 1.11
4 婦人科がん患者の性生活に関する相談に対応するのは、看護師の仕事ではないと思う	1.82 ± 0.69
5 患者によって性生活への重要度や優先度が異なるので、性生活について話すべきか判断に迷う	3.24 ± 1.02
6 がん患者に起こりうる腔の変化や治療による性生活への影響に関する知識が不足していると思う	3.86 ± 0.96
7 性生活の悩みを抱えている人に、出会う機会が少ない	3.41 ± 1.04

V. 考 察

結果から、病棟看護師は手術後の退院指導において性生活への影響に関する説明をすることが多く、実施している性生活支援として「性生活に関する患者への情報提供」4因子、「性生活支援における関わり方や相談対応」2因子が抽出された。「性生活支援における関わり方や相談対応」では、支援構造には含まれなかったものの無理に性生活の話題を掘り起こさないという対応を多くの看護師が実施していることがわかった。また、がんや治療による性生活への影響に関する知識不足を感じる看護師が多いことも明らかとなった。これらから支援の実態と構造について分析した。

A. 術後の退院指導における性生活への影響に関する説明

勤務部署での取り組みや対応として、8割以上の看護師が手術後の退院指導において性生活への影響に関する説明をすると回答していた。「性生活に関する患者への情報提

供」では【F2：手術療法に関する情報提供】の平均点が最も高く、特に「手術後、性生活の再開可能時期の目安について」が高かったことから、病棟看護師は主に術後の退院指導での情報提供を通して性生活支援を実施しているとみられる。退院後の初回外来時に医師が診察し創部の治癒経過に異常がないことを確認してから性交渉が許可される場合が多く、それまでは性生活を控えるよう伝えることが反映していると考えられ、術後退院指導は情報提供しやすく患者と話し合える良い機会といえる。黒澤・田邊・神田（2010）は術前からの性生活支援の重要性も指摘しているが、本調査結果では手術前の説明はほとんどされなかった。最近では手術の説明や同意は外来で行い、手術前日に入院することが多いため、術前に性生活支援を行う役割は病棟看護師よりも外来で勤務する医療者に任されているのではないかと考えられる。

一方で、化学療法や放射線療法患者への情報提供はほとんど行われていなかった。この結果は木谷ほか（2006）の報告と同様であった。化学療法や放射線療法の場合、悪心

嘔吐や倦怠感など出現頻度が高く早期からみられる副作用の症状とは異なり、性機能は徐々に低下するため退院後に問題が顕在化しやすく、日常生活の中で夫（パートナー）との関係が変化して悩みに発展することもある。がん治療の外来移行により化学療法や放射線療法患者の入院は少ないことから病棟看護師が患者と接する機会は限られるが、化学療法や放射線療法患者への性生活支援の必要性を認識している看護師は多く、退院後の継続的な支援が望まれる。

B. 「性生活に関する患者への情報提供」19項目に関する4因子

「性生活に関する患者への情報提供」19項目について、その「必要性」の認識は高く、4因子【F1：化学療法や放射線療法に関する情報提供】【F2：手術療法に関する情報提供】【F3：今後の性生活に関する情報提供】【F4：性交渉とがんの伝染と再発に関する情報提供】が抽出された。

治療内容によって因子が分かれたことについて、調査対象が病棟看護師であり、手術療法に関係する性生活支援の頻度が高いため【F2：手術療法に関する情報提供】となり、化学療法と放射線療法は、前述したように外来治療の場合が多く治療による性生活への影響が類似している点もあることから、【F1：化学療法や放射線療法に関する情報提供】として1つの因子にまとまったと解釈する。【F3：今後の性生活に関する情報提供】は、治療後の性生活を工夫することや夫（パートナー）との関係を良好に保つための内容である。「専門職としての看護師の役割は、適切な情報提供と悩みが生じたときの問題整理である」と高橋（2014a, p.272）が述べているように、F3は当事者自身で答えをみつけられるよう、看護師が夫婦・カップル間のコミュニケーションを促し問題解決に向けた糸口を提案する因子となった。【F4：性交渉とがんの伝染と再発に関する情報提供】は、がん患者が抱きやすい誤解を説明した内容である。がんという問題が加わった際、性行為によるがんの進行や夫（パートナー）へのがんの伝染を心配するケースもある（黒澤・飯岡, 2016；高橋, 2014b）ことから、患者に正しい知識を提供する因子になったと考える。

これまで、詳細な説明内容について調査した報告はないが、本調査により婦人科がん患者への性生活支援として行う基本的な情報提供内容の具体性を1歩前進することができたのではないかと考える。情報提供すべき内容について、今後は治療を担当する医師の見解を求め、さらに具体的な内容に言及して明らかにする必要がある。

C. 「性生活支援における関わり方や相談対応」11項目に関する2因子

【f1：性生活支援における基本的コミュニケーション】

は、性生活について話題にする際の看護師の態度やアプローチに関する項目で構成されている。医療者による性相談の支援モデルの1つに、患者の性相談に対し医療者自身の力量に応じて段階的に関わることを示したPLISSITモデル（Annon, 1976）があるが、f1は第1段階Permissionの要素を多く含んでおり、性生活支援の最初の段階であると考えられる。羞恥心を伴う支援であるからこそ看護師が性相談に真摯に向き合うことを示し、患者が看護師に対して性に関する不安や悩みを話しても良いと思えるような関係性を築くことから性生活支援が始まるといえ、この因子は必要不可欠であると考えられる。

【f2：性生活に関する具体的な話し合い】は、生じている問題に対し患者と夫（パートナー）が答えを導き出せるように、共に考えたり手助けしたりする項目で構成されている。これはPLISSITモデルの第3段階Specific Suggestionsに該当すると推察する。患者と夫（パートナー）が変化した性機能やお互いの思いを受け入れるプロセスを支援するために、看護師が患者と夫（パートナー）と共に問題を整理していくもので、個別性の高い介入である。f2の4項目の平均は 1.83 ± 0.74 点とf1に比して低く、病棟看護師では踏み込みにくい状況が窺えた。性生活に関する具体的な悩み相談は、羞恥心や抵抗感、個別性の高さから対応した病棟看護師が難渋する可能性もあり、難易度の高い支援である。PLISSITモデルの第3段階Specific Suggestionsや第4段階Intensive Therapyのような具体的な悩み相談には性相談に習熟した医療者による対応が望ましいため（高橋, 2014a）、f2の支援では看護師間での協力や専門家との連携が重要であるといえる。

D. 性の話題に対する患者の反応から、あえて性生活を話題にしないこと

「性生活支援における関わり方や相談対応」12項目の中で「患者の性的側面の優先順位が低いと判断したときは、無理に性生活の話題を掘り起こさない」の平均は最も高く、多くの看護師が患者と性生活について話すことを控えることがわかった。「性生活支援における関わり方や相談対応」の2因子は医療者からアプローチをする内容であるが、この項目は看護師の判断でアプローチを控えるとする内容であり、性生活支援における特徴的な対応であると考えられる。患者の性機能障害の支援に看護師が踏み込まない背景について、林・大石・安藤（2021）は、看護師の思い込みや無関心、性を話題にすることへの戸惑いや抵抗感、患者の気持ちに寄り添う難しさといった看護師の背景と、悩みを共有することへの患者の消極性や、医療者に発信することへの患者の不安や恐れといった、看護師が考える患者の背景が存在することを明らかにしている。個々の

看護師もそれぞれに性的価値観を持ち（高橋，2014a），抵抗感や羞恥心などの感情や価値観がケアのあり方や実際の支援に反映（Poorman, 1988/1991）することと，患者が拒否的な反応をみせることや看護師の経験などから性について話す事の患者の負担を慮りあえて踏み込まないという関わりがあると考えられる。

医療者が無意識的に患者理解を誤ると患者の回復プロセスは遅れる（Thisted, Zoffmann, & Olesen, 2020）との指摘もあるが，性に関するコミュニケーションに消極的になりあえて踏み込まない関わりをすることによって，看護師が誤った患者理解をした場合に支援を必要とする患者を見逃してしまい，患者は悩みが解消されずひとりで抱え続ける可能性がある。看護師の困難感や懸念として「性生活の悩みを抱えている人に，出会う機会が少ない」の回答も多く適切なタイミングで支援することの難しさも存在するが，悩みを抱えるすべての患者を支援に結び付けるためには患者とのコミュニケーションが重要であり，コミュニケーションを通して信頼関係を築き，患者の思いやニーズを的確に理解する必要があると考える。

E. 性生活支援に関する看護師の知識不足

看護師の困難感や懸念7項目の中で「がん患者に起こりうる腫の変化や治療による性生活への影響に関する知識が不足していると思う」が最も高く，多くの看護師ががん患者の性に関する知識不足を自覚していた。看護師の知識不足については教育体制の整備が課題として挙げられる。婦人科領域は性生活に直結する部分が多いものの，治療による性生活への影響や支援方法などを学ぶ機会は基礎教育課程においてほとんどなく（水野・福田，2009），研修会，自己学習などで学んでいくしかない。Woods（1984/1993）は，性に関わるためには人間の性反応についての理解，社会に実在するさまざまな性的行動についての知識，性機能障害の種類についての理解，年齢や人生の出来事など幅広い知識や段階的な訓練が必要だと述べている。今後，性生活支援における情報提供の内容を吟味しつつ基礎から卒後までの教育内容の充実を図り，婦人科がん患者の性機能障害やセクシュアリティに対応可能な系統立てた教育システムを構築する必要があると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は，病棟看護師による性生活支援を明らかにするために，患者像を限定せず網羅的な内容で調査を行った。しかし，がん患者それぞれの病歴や家族背景などによって提供内容は異なるうえ，性に関する話し合い方について患者の望みも多様であることから一律に同じ支援を行う

ことは適切ではない。今後，治療別，療養場所別，患者・家族のニーズ，家族構成等を考慮し，より具体的に明らかにする必要がある。そして，今回は調査対象を病棟看護師に限定しており，診断から治療前，治療後の外来での性生活支援の実態は把握できていない。婦人科外来に勤務する看護師や，放射線科・化学療法室で勤務する看護師を対象を広げたさらなる研究が必要である。

また，本研究の調査期間がCOVID-19の流行期にあったことが，調査結果に影響した可能性について考慮する必要がある。

VII. 結 論

本調査は，婦人科病棟看護師による性生活支援について以下の点を明らかにした。

1. 婦人科病棟看護師の多くは，手術後の退院指導で，口頭か，パンフレットや小冊子を用いて，性生活への影響について説明していた。
2. 「性生活に関する患者への情報提供」19項目について，実施割合は低かったが，病棟看護師はその必要性を認識していた。
3. 「性生活に関する患者への情報提供」について【F1：化学療法や放射線療法に関する情報提供】，【F2：手術療法に関する情報提供】，【F3：今後の性生活に関する情報提供】，【F4：性交渉とがんの伝染と再発に関する情報提供】の4因子を抽出した。
4. 「性生活支援における関わり方や相談対応」について，【f1：性生活支援における基本的コミュニケーション】，【f2：性生活に関する具体的な話し合い】の2因子を見出した。
5. 性の話題に対する患者の反応から，あえて性について話題にしない実態があった。
6. 看護師は知識不足など性生活支援に対する困難感や懸念を抱えていた。

謝 辞

本調査に協力してくださった看護師の皆様，研究協力を受け入れてくださった病院の関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また，本研究をまとめるにあたりご指導いただきました先生方に深く御礼申し上げます。なお，本研究は2021年度名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻の修士論文の一部を加筆修正したものであり，日本看護研究学会第49回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

文 献

- Albers, L.F., van Belzen, M.A., van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W. (2020). Discussing sexuality in cancer care: Towards personalized information for cancer patients and survivors. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4227-4233.
- Annon, J.S. (1976). The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
- 新井敏子, 大澤優子, 主濱治子 (2019). 手術を受けた婦人科がん患者のセクシュアリティ. *性とこころ*, 10(1), 224-229.
- Carter, J., Lacchetti, C., Andersen, B.L., Barton, D.L., Bolte, S., Damast, S., Diefenbach, M.A., DuHamel, K., Florendo, J., Ganz, P.A., Goldfarb, S., Hallmeyer, S., Kushner, D.M., Rowland, J.H. (2018). Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 36(5), 492-511.
- Frumovitz, M., Sun, C.C., Schover, L.R., Munsell, M.F., Jhingran, A., Wharton, J.T., Eifel, P., Bevers, T.B., Levenback, C.F., Gershenson, D.M., Bodurka, D.C. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7428-7436.
- Hay, C.M., Donovan, H.S., Hartnett, E.G., Carter, J., Roberge, M.C., Campbell, G.B., Zuchelkowski, B.E., Taylor, S.E. (2018). Sexual health as part of gynecologic cancer care: What do patients want? *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(9), 1737-1742.
- 春間朋子, 関 典子, 西田 傑, 小川千加子, 楠本知行, 中村圭一郎, 平松祐司, 中塚幹也 (2015). 子宮頸癌および上皮内癌治療と性機能障害. *日本性科学会雑誌*, 33(1), 29-36.
- 林さえ子, 大石ふみ子, 安藤詳子 (2021). 前立腺がん治療に伴う性機能障害への支援における看護師の相反する2つの態度とその背景. *日本がん看護学会誌*, 35, 187-197.
- 広瀬由美子, 佐藤まゆみ, 阿部恭子 (2013). 若年女性生殖器がん患者への看護支援の現状と課題. *千葉県立保健医療大学紀要*, 4(1), 19-25.
- Hubbs, J.L., Dickson Michelson, E.L., Vogel, R.I., Rivard, C.L., Teoh, D.G.K., Geller, M.A. (2019). Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: What women want. *Supportive Care in Cancer*, 27(12), 4649-4654.
- 池田詩子, 逸見博文, 尾形留美, 遠藤俊明 (2020). 婦人科に受診する女性の性行動と性の悩みについてのアンケート調査. *日本性科学会雑誌*, 38(1), 71-80.
- 稲垣朱美 (2020). 婦人科がん患者が必要とした情報の治療時期での差異と影響要因—婦人科がん患者会会員を対象として—. *日本がん看護学会誌*, 34, 50-61.
- Katanoda, K., Hori, M., Saito, E., Shibata, A., Ito, Y., Minami, T., Ikeda, S., Suzuki, T., Matsuda, T. (2021). Updated trends in cancer in Japan: Incidence in 1985-2015 and mortality in 1958-2018—A sign of decrease in cancer incidence. *Journal of Epidemiology*, 31(7), 426-450.
- 木谷智江, 西村裕美子, 服部美景, 安達 進, 田畑 務, 細川健一 (2006). がん化学療法におけるナーシング・プロブレム [22]: 「婦人科がん患者の性 (セクシュアリティ) への支援」実現に向けて—第1報—. *がん看護*, 11(7), 793-797.
- 清藤佐知子, 宮内一恵, 池辺琴映, 清水弥生, 山下夏美, 谷水正人 (2017). がん患者および家族 (パートナー) のセクシュアリティに関する医療者の認識と支援の実際. *Palliative Care Research*, 12(4), 739-746.
- 国立がん研究センター・がん情報サービス「がん統計」(全国がん登録). https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (参照2023年8月1日)
- 小松富恵, 日下修一, 久米美代子 (2015). 女性生殖器がん患者に対する性生活への支援を困難にしている要因. *日本ウーマンズヘルス学会誌*, 14(1), 47-56.
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*, 17(5), 479-501.
- 久保 知, 西脇可織 (2020). 骨盤領域に放射線療法を受けた女性がん患者のセクシュアリティに関わる体験と対処行動. *日本がん看護学会誌*, 34, 62-71.
- 黒澤亮子, 飯岡由紀子 (2016). 女性生殖器系がんサバイバーのセクシュアリティに関する文献研究. *聖路加看護学会誌*, 19(2), 3-12.
- 黒澤やよい, 田邊美佐子, 神田清子 (2010). 子宮全摘出術を受けたがん患者が配偶者との関係を再構築するプロセス. *日本がん看護学会誌*, 24(1), 3-12.
- 松井利江, 瀬戸奈津子 (2021). 卵巣がん患者のセクシュアリティに関する研究の動向と今後の課題. *Palliative Care Research*, 16(1), 3-12.
- Michael, S., Skaczkowski, G., Wilson, C. (2021). Sexual satisfaction and sexual distress after cancer: The role of body image disruption, self-compassion, sexual pain and relationship satisfaction. *Psycho-Oncology*, 30(11), 1902-1909.
- 水野昌子, 福田博美 (2009). 看護基礎教育課程におけるセクシュアリティに関する教育の検討—シラバスの分析—. *母性衛生*, 49(4), 612-619.
- National Cancer Institute (2022). Sexual health issues in women with cancer. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/sexuality-women> (参照2023-8-25)
- Poorman, S.G. (1988) / 川野雅資 (1991). *セクシュアリティ—看護過程からのアプローチ* (第1版). (pp.12-18). 東京: 医学書院.
- Reis, N., Beji, N.K., Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146.
- Shigeta, S., Shida, M., Nagase, S., Ikeda, M., Takahashi, F., Shibata, T., Yamagami, W., Katabuchi, H., Yaegashi, N., Aoki, D., Mikami, M. (2020). Epidemiological guideline influence on the therapeutic trend and patient outcome of uterine cervical cancer in Japan: Japan society of gynecologic oncology guideline evaluation committee project. *Gynecologic Oncology*, 159(1), 248-255.
- Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L., Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88(5), 666-671.
- 助川明子, 佐藤美紀子, 宮城悦子, 平原史樹 (2012). セクシュアリティ・妊孕性喪失と心のケア. *日本臨床*, 70(4), 783-788.
- 高橋 都 (2004). 【特集】現場でできるセクシュアリティのケア

- がん患者のセクシュアリティ—問題点の整理とケアの可能性—。ターミナルケア, 14(5), 349-355.
- 高橋 都 (2014a). 【特集】がん患者の性・妊娠・出産 がん治療を受ける患者の性をどう支えるか. *がん看護*, 19(3), 271-273.
- 高橋 都 (2014b). 【特集】がん患者の性・妊娠・出産 女性がん患者の性機能障害とその援助. *がん看護*, 19(3), 277-280.
- Thisted, L.B., Zoffmann, V., Olesen, M.L. (2020). Labeled as lucky: Contradictions between what women and healthcare professionals experience regarding the need for help after the early stages of gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 28(2), 907-916.
- 所真由美, 池田美恵, 塩原真弓, 小泉知展, 伊藤研一 (2015). がん化学療法施行中の患者が抱える性生活の変化と相談行動. *がん看護*, 20(3), 395-399.
- 宇津木久仁子, 清水敬生, 荷見勝彦 (2003). 婦人科がん治療は性にどのような影響を与えるか? *産科と婦人科*, 70(9), 1189-1194.
- Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C.L., Kenter, G.G., ter Kuile, M.M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831-839.
- Woods, N.F. (1984) / 稲岡文昭, 小玉香津子, 加藤道子, 建石きよみ訳 (1993). *ヒューマン・セクシュアリティ：ヘルステア篇*. (pp.174-177). 東京：日本看護協会出版会.
- World Health Organization (2023). Health topics. Sexual health. <https://www.who.int/health-topics/sexual-health> (参照2023-8-25)

[2023年11月12日受 付]
[2024年9月3日採用決定]

Structure of Sexual Health Support for Patients with Gynecologic Cancer by General Ward Nurses

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 48(1), 29-39
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240903258>

Naoko Tanaka, RN, PHN¹, Ayumi Sugimura, RN, PHN, PhD²,
Shoko Ando, RN, PhD³

¹Former Nagoya University, Graduate school of medicine, Department of Integrated Health Sciences, Aichi, Japan

²Nagoya University, Graduate school of medicine, Department of Integrated Health Sciences, Aichi, Japan

³School of Nursing, Ichinomiya Kenshin College, Aichi, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the support mechanisms related to sexuality in patients with gynecologic cancer and consider the structure of such support. **Methods:** A self-report questionnaire was distributed to gynecological nurses at designated regional cancer centers. Thereafter, descriptive statistics were computed and a factor analysis was conducted to understand the support structure. **Results:** A questionnaire was distributed to 940 nurses, with 387 responses (41.7% response rate). Of these, 365 responses were analyzed. Over 80% of the nurses reported providing instructions about the potential sexual impact of postsurgical treatment. This information typically includes details about sexual function after chemotherapy, radiotherapy, surgery, future sex life, and sex-related cancer transmission and recurrence. The approach and available consultations typically involve general communication and detailed discussions on sexuality. Many nurses acknowledged their lack of knowledge regarding the sexual impact of cancer treatment and they often failed to provide adequate explanations. They found it challenging to explain and provide support regarding the sexual impact of cancer treatment. **Conclusions:** The practical assistance regarding sexuality in patients with gynecologic cancer was clarified and the structure of such support was considered. This study analyzed the associated factors and determined measures for improvement.

Key words

sexual health support, gynecological cancer, ward nurses

Correspondence: N. Tanaka. Email: joy.naoko.cf@gmail.com

臨地実習前後の看護学生が持つエイジズムと高齢者に関する知識の変化

日本看護研究学会雑誌
2025, 48(1), 41-49
©2025 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240816257>

吉田浩二, 辻麻由美, 大山祐介

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻

要 旨

目的：臨地実習前後での看護学生が持つエイジズム及び高齢者に関する知識の変化、さらにはエイジズムと高齢者に関する知識の関係性を明らかにする。方法：A大学3年次の看護学生64名に対し、2019年度の臨地実習前後で、日本語版Fraboniエイジズム尺度短縮版14項目（FSA）、The facts on Aging Quiz 22項目（FAQ）を含めた質問紙調査を実施し、比較した。結果：実習後は、実習前に比べてFSA得点が低くなった（ $p < .001$ ）。一方でFAQ得点は、実習前後で有意な差はみられなかった（ $p = .21$ ）。さらには、エイジズムと高齢者に関する知識には相関関係はみられなかった。結論：臨地実習での経験は、看護学生が高齢者を肯定的に捉えることにつながることを示唆された。

キーワード

エイジズム, 看護学生, 臨地実習, 高齢者, the Facts on Aging Quiz (FAQ)

責任著者：吉田浩二。Email: koujiy@nagasaki-u.ac.jp

緒 言

我が国の65歳以上人口は、2022年9月15日時点で3,627万人となり、総人口に占める割合は29.1%となっている（総務省統計局、2022）。高齢化率の増加に伴い、高齢者の医療・保健・福祉に対する社会的な需要は増し、その役割を担う医療・保健・福祉従事者の人材育成が望まれる。その養成課程にある看護系の学生への期待は大きい。現代社会において、家族世帯の変容から、若者の多くは祖父母との同居経験がなく、高齢者との交流を経験する機会が減り、高齢者のイメージ形成が困難な状況下にある。

医療者の高齢者に対するイメージや態度は、高齢者とのコミュニケーション（高野、2010）やケアの質（鳥羽、2005）に影響を与える可能性がある。特に高齢者への偏った見方や態度は、身体拘束を必要とする認識を強くすること（森野・平田、2018；平田・松井、2023）や虐待行為の繰り返し（大村、2010）を引き起こすなど、高齢者の権利を擁護する立場にある看護職・介護職の倫理的態度に影響する。また、看護学生に対する職業選択意向の調査において、高齢者イメージがより否定的であるほど高齢者を対象とした職場を避ける傾向があること（前田・谷村・大庭・野口、2009）が報告されており、高齢者看護の人材確保において、高齢者への偏見や差別の改善は重要な課題となる。

高齢者への偏見や差別を考える上で、エイジズムという概念が存在する。エイジズムは、アメリカの国立老化研究所の初代所長のButler（1995, p.35-36）が示したものであり、「高齢者を高齢であるという理由で系統的に類型化し、差別する過程」と定義されている。またPalmore（1999/2002, p.21）は、エイジズムを社会におけるレイシズム（人種差別）とセクシズム（性差別）に続く第3の重大な「イズム（差別）」と述べた上で、「ある年齢集団に対する否定的もしくは肯定的偏見または差別である」と定義し、否定的偏見を否定的な固定観念、もしくは固定観念に基づいた否定的な受け止め方を意味する、と述べている。このように年齢、特に高齢者に対する否定的な偏見や差別の問題が着目され、近年、諸外国ではthe Fraboni Scale of Ageism（Fraboni, Saltstone, & Hughes, 1990）やKogan's Attitudes toward Old People Scale（Kogan, 1961）のような高齢者への偏見や態度に対し尺度指標を用いた調査が行われている。先行研究において、女性（López-Hernández, Martínez-Arnau, Castellano-Rioja, Botella-Navas, & Pérez-Ros, 2021）や高齢者との同居経験（Hwang & Kim, 2021）が、高齢者への態度が肯定的となる要因として報告されている。また、共感に関する講義や演習を含むセミナー後（Gholamzadeh, Khastavaneh, Khademian, & Ghadakpour, 2018）や高齢者体験装具を着用した演習後（Bamakan,

Nasiriani, Madadzadeh, & Keshmiri, 2021) において、エイジズムが弱まることを示されている。他にも、大学生や医療従事者を対象とした調査では、エイジズムと加齢及び高齢者に関する知識を問う the Facts on Aging Quiz (Palmore, 1977) との相関関係、つまりは知識があるほどエイジズムが低いことが示されている (Allan & Johnson, 2009; Allen, et al., 2021; Rababa, Hammouri, Hweidi, & Ellis, 2020; Sheffler, 1995)。そして、国内におけるエイジズム調査については、原田・杉澤・杉原・山田・柴田 (2004) が作成した日本語版 Fraboni エイジズム尺度 (the Fraboni Scale of Ageism) 短縮版14項目 (以下 FSA) が多く使用されており、特に看護学生を対象とした調査が多い。看護学生200名を対象に実施した横断研究では、高齢者との同居経験がある学生は、同居経験がない学生と比べてエイジズムが弱いことを示し (吉田ほか, 2017), 林・會田・杉浦 (2011) は高齢者からの世話を受けた経験がある学生は、経験がない学生に比べてエイジズムが弱いといった高齢者との関わりの経験とエイジズムとの関係性を示した。また、看護学生を対象とした老年看護学の講義や老年看護学実習の前後比較においては、実習後にエイジズムが弱まることを示されている (村田・小野田・高野, 2008; 佐野・檜原・赤枝, 2010; 松田・松井・平田, 2020)。さらには、佐野ら (2010) は高齢者に関する知識の理解度が低い群にエイジズムが低いことを、久木原ら (2012) は、看護学生のエイジズムと高齢者に関する知識との負の相関関係を示している。このように、エイジズムに関する研究はいくつか報告され、エイジズムはこれまでの高齢者との関わりの経験や、高齢者に関する知識により変化することが考えられる。一方で、同一集団における高齢者との関わりの経験の前後での縦断的な研究が少ないことに加えて、看護学生のエイジズムと高齢者に関する知識との関係性を縦断的に調査した報告はみられない。

また、看護学生の看護教育における高齢者との関わりの経験については、臨地実習がある。看護教育では成人や小児といった発達段階別の領域における実習内容はさまざまであるが、それぞれの臨地実習において看護学生は、講義や演習の中で習得した知識や技術を用いて患者や家族、他の医療者と関わり、対象の反応を得て、人間関係を深めながら実習をしていくこととなる。その中でも、老年看護学実習における効果については、臨地実習での直接的な高齢者との関わりにより、高齢者に対する態度を養い、高齢者に関する知識を修得することで高齢者看護の理解が深まる。臨地実習での経験や、臨地実習で習得される知識は、エイジズムを変化させる可能性があり、看護学生の高齢者に対する肯定的なイメージ形成に影響することが期待される。

以上から、本研究では、高齢者との関わりの経験を臨地

実習に定め、看護学生のエイジズムと高齢者に関する知識に着目し、看護学生を対象に、老年看護学実習を含む臨地実習前後でのエイジズムと高齢者に関する知識の変化を縦断的に調査する。本研究により、看護学生の臨地実習がもたらすエイジズムや高齢者に関する知識への変化やそれらの関係性を明らかにすることは、今後の高齢者看護を担う人材育成への教育的介入を検討する上で意義のあることと考えられる。

I. 研究目的

本研究では、老年看護学実習を含む臨地実習前後での看護学生が潜在的に持つエイジズムと高齢者に関する知識の変化、さらにはエイジズムと高齢者に関する知識の関係性を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象

2019年9月下旬から2020年2月下旬にかけて行われた3年次の臨地実習に参加したA大学看護学専攻3年生64名 (女子56名, 男子8名) を対象とした。

研究対象施設における3年次の臨地実習は、成人看護学実習6週間 (一般病棟実習4週間, 集中治療室や透析室実習2週間), 老年看護学実習4週間 (回復期や療養病棟実習2週間, 高齢者施設実習2週間), 精神看護学実習2週間 (精神科病棟実習1週間, 障害者施設実習1週間), 母性看護学実習2週間, 小児看護学実習2週間 (小児病棟実習1週間, 新生児集中治療室実習1週間) である。また、研究のテーマであるエイジズムは2年前期の老年看護学の授業内で初めて触れられ、3年次の老年看護学実習において、回復期病院または慢性期病院に入院中の老年期にある対象 (身体的な疾患をもち、入院治療あるいはリハビリテーションを要する患者) を1名受け持ち、看護過程を通して対象を総合的に理解し、健康障害のレベルや生活背景に応じた看護実践について2週間の期間で学びを深める。さらには、施設で生活する高齢者や認知症高齢者の特性、生活支援を理解するために、介護保険施設等 (介護老人保健施設または介護老人福祉施設, 認知症対応型グループホーム) で2週間の実習を行い、特定の受け持ちは持たずに、集団的な支援を通して、広く高齢者との関わりを持つことになる。なお、学生によっては、成人看護学実習や精神看護学実習において、老年期にある対象を受け持ち、看護過程を展開する場合もある。以上から、本調査では、3年次臨地実習前の時期 (3年次の9月中旬) と臨地実習を終えた時期 (3年次の2月下旬) の2地点を研究調査時期に設定した。

2. 調査方法

縦断的質問紙調査：初回調査を臨地実習開始前の9月の実習オリエンテーション時、2回目調査を2月の臨地実習終了後の発表会（学生が集まる場）の時点で調査を実施した。初回の調査の際に、研究の趣旨等を記した文書と記名自記式質問紙を配布し、対象者に直接説明した。質問紙の回収については、教室内に回収箱を設置したのち、研究説明者が席を外した後からの投函とし、1週間の日数を空けて回収した。

3. 調査項目

(1) 属性

学生番号、性別、65歳以上の高齢者との同居経験の有無について回答を得た。

(2) エイジズム

原田ら（2004）によって作成された大都市部に居住する若者男性を対象に信頼性・妥当性が認められているFSA尺度を使用した。この尺度は国内の看護学生を対象とするエイジズムの調査で多く使用され、看護学生の調査でも信頼性が報告されている（前田ほか, 2009；吉田ほか, 2017）。全14項目は下位尺度「嫌悪・差別（6項目）」「回避（5項目）」「誹謗（3項目）」に分類され、否定的なステレオタイプや信念といったエイジズムの認知成分だけでなく、直接的な嫌悪・差別的な態度や高齢者との接触を回避するような感情成分も含む性質がある。回答方法を「そう思う」「まあそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の5件法で求め、5～1点に配点（設問12のみ逆転項目のため1～5点で配点）し得点化した（得点範囲：14～70点）。得点が高いほどエイジズムは高い、すなわち高齢者への否定的態度が強い結果となる。なお、尺度の使用にあたっては、開発者に連絡し、使用許可を得て実施した。

(3) 高齢者に関する知識

Palmore（1998）が作成したThe Facts on Aging Quizから日本における状況を反映した内容を考慮し、小川（2001）が採用したThe Facts on Aging Quiz 22項目（以下FAQ）を使用した。FAQの設問に含まれる加齢変化や高齢者に対する認識はエイジズムを評価する上で重要な要素であると考えられる。また、先行研究より、FAQとFSAとの関係性が示されていること（Allan, et al., 2009；久木原ほか, 2012）や、看護教育プログラム前後の知識量評価にも使用されている評価指標であること（Leung, et al., 2012；McCloskey, et al., 2020）から、今回、知識を評価する指標として選択した。FAQは、加齢及び高齢者に関するクイズ形式（正誤問題）であり、質問の正しい回答を1点、間違った回答を0点で得点化（得点範囲0～22点）し、得点が高いほど

知識があるという結果となる。さらには、加齢に関する事実全般の知識をテストするだけでなく、肯定的偏見を見る項目（5問）と否定的偏見を見る項目（5問）が設定され、いずれも誤答数が多いほど偏見が大きいことを意味し、加齢に対する態度を測る間接的な尺度としても利用することができる。

4. 分析方法

FSAについて、尺度の信頼性や妥当性は報告されているが、若者男性の調査より作成された尺度であるため、女性の割合が多い看護学生での調査においても使用可能かを確認するために、回答の内的整合性を担保する目的でCronbach's α を算出した。その後、実習前後でのFSA得点、FAQ得点の正規性を調べ、ヒストグラム及びQ-Qプロットにより正規性を確認し、実習前後でのFSAの平均得点、下位尺度「嫌悪・差別」「回避」「誹謗」の得点、FAQの平均得点、肯定的項目と否定的項目の誤答数を対応のあるt検定を用いて比較した。また、実習前後でのFAQ各項目の正答率の比較にはMcNemar検定を用いた。さらには、FSA得点とFAQ得点（肯定的項目及び否定的項目含む）との相関関係を調べるためにPearsonの積率相関係数を算出した。有意水準は5%とし、統計ソフトはIBM SPSS Version 23.0を使用した。

5. 倫理的配慮

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科（保健学系）倫理審査委員会の承認を得て実施した（許可番号18091307-3）。対象者には研究責任者が文書と口頭で研究の趣旨を説明し、質問紙の回答／提出により同意を得たとみなすことを明記及び説明した。実習前後での比較検討を行うことから、学生番号を聴取することで個人が特定できてしまうこと、強制力が働く可能性に配慮し、調査への参加は自由意思であること、データは本研究以外には使用しないこと、回答内容や研究への不参加、参加後の同意撤回によって、実習の成績や今後の指導等には何も影響しないこと等を説明し、保障した。また、提出された質問紙は、個人が特定されないように記号化し、対応表を作成して管理することや学生番号については対応表作成後に裁断の上で破棄し、個人が特定されないように取り扱うことを文書及び口頭にて説明した。集計の前に、回答結果は見ずに学生番号を記号化し、対応表を作成した後に学生番号を削除の上、集計を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 研究対象者の背景

研究対象者64名のうち実習前後ともに全員から回収され、調査票に一部未回答が含まれたものを除外した有効回答者は63名(98.4%)であった。対象者は、女性56名、男性7名で、高齢者との同居経験の有無は、経験あり34名(54.0%)、経験なし29名(46.0%)であった。

2. FSAの信頼性の結果と実習前後におけるFSA得点及び下位尺度得点の比較

FSAの実習前後におけるCronbach's α の結果とFSA得点の比較結果を表1に示す。実習前、実習後ともに全体のCronbach's α は.80以上であった。FSAの平均得点比較においては、実習前26.7 \pm 6.5点、実習後22.5 \pm 6.0点、前後の変化量の平均は4.3 \pm 6.2点であり、実習後が有意に低かった($p < .001$)。また、下位尺度「嫌悪・差別」($p = .02$)、「回避」($p < .001$)、「誹謗」($p < .001$)の全てにおいても実習後が有意に低かった。

3. 実習前後におけるFAQ得点及び肯定的項目／否定的項目の誤答数の比較

FAQの各設問の正答率及びFAQ得点の実習前後での比較結果を表2に示す。FAQの平均得点は、実習前12.4 \pm 1.6点、実習後12.1 \pm 1.8点であり、実習前後に有意差はみられなかった($p = .21$)。また、肯定的項目の誤答数($p = .09$)と否定的項目の誤答数($p = .69$)については、実習前後で有意な差はみられなかった。さらに、各設問の比較におい

ては、設問「高齢者は若い人より鬱状態になりやすい」で実習後に有意に正答率が低かった($p = .01$)。

4. FSA得点とFAQ得点(肯定的項目と否定的項目含む)との相関関係

実習前のFSA得点との相関関係については、FAQ得点($r = -.06, p = .62$)、FAQ肯定的項目($r = .16, p = .22$)、FAQ否定的項目($r = .03, p = .85$)においていずれも相関関係はみられなかった。一方で、実習後のFSA得点との相関関係については、FAQ肯定的項目と弱い負の相関($r = -.27, p = .03$)がみられた。FAQ得点($r = -.01, p = .95$)、FAQ否定的項目においては($r = -.10, p = .44$)、相関関係は実習前同様にみられなかった。

Ⅳ. 考 察

本研究は看護学生に対し、エイジズムを測るFSAや高齢者に関する知識を測るFAQを用い、臨地実習前後のエイジズムや高齢者に関する知識の変化について縦断的に調査した。

1. 実習前後でのFSA得点の変化について

FSAを用いた調査はこれまで看護系大学生や一般の社会人で実施されている。本調査は、FSAの開発者である原田らが採用した5件法で回答を求めており、他の先行研究とのFSA得点の比較が可能である。対象者のFSA平均得点は、他の看護学生の結果である23.6 \pm 8.5点(畑野・蓑原, 2014)や26.5 \pm 6.1点(吉田ほか, 2017)とは同程度で

表1 臨地実習前後でのFSA尺度の信頼性およびFSA得点の比較

		(n=63) (実習前後の全体のCronbach's $\alpha = .81 / .84$)				
設問		実習前 設問平均 mean \pm SD	実習後 設問平均 mean \pm SD	実習前 下位項目平均 mean \pm SD	実習後 下位項目平均 mean \pm SD	p
全体				26.7 \pm 6.5	22.5 \pm 6.0	<.001***
嫌悪・差別 前 ($\alpha = .67$) 後 ($\alpha = .66$)	設問4. 高齢者に会うと、時々目を合わせないようにしてしまう	1.59 \pm 0.84	1.35 \pm 0.65			
	設問5. 高齢者が私に話しかけてきても、私は話をしたくない	1.38 \pm 0.63	1.24 \pm 0.53			
	設問6. 高齢者は、若い人の集まりに呼ばれた時には感謝すべきだ	1.37 \pm 0.60	1.38 \pm 0.63	9.4 \pm 2.8	8.5 \pm 2.3	.02*
	設問9. 高齢者には地域のスポーツ施設を使ってほしくない	1.30 \pm 0.46	1.16 \pm 0.37			
	設問10. ほとんどの高齢者には、赤ん坊の面倒を信頼して任すことができない	2.19 \pm 1.01	2.10 \pm 0.89			
設問11. 高齢者は誰にも面倒をかけない場所に住むのが1番だ	1.57 \pm 0.82	1.32 \pm 0.64				
回避 前 ($\alpha = .80$) 後 ($\alpha = .83$)	設問7. もし招待されても、自分は老人クラブの行事には行きたくない	1.94 \pm 0.95	1.65 \pm 0.88			
	設問8. 個人的には、高齢者とは長い時間を過ごしたくない	1.83 \pm 0.93	1.49 \pm 0.69			
	設問12. ^{a)} 高齢者との付き合いは、結構楽しい	1.98 \pm 0.79	1.49 \pm 0.56	10.1 \pm 3.5	8.0 \pm 2.9	<.001***
	設問13. できれば、高齢者と一緒に住みたくない	2.29 \pm 1.02	1.79 \pm 0.88			
設問14. ほとんどの高齢者は、同じ話を何度もするのでイライラさせられる	2.06 \pm 0.97	1.54 \pm 0.69				
誹謗 前 ($\alpha = .55$) 後 ($\alpha = .68$)	設問1. 多くの高齢者は、けちでお金や物を貯めている	2.17 \pm 0.87	1.81 \pm 0.82			
	設問2. 多くの高齢者は、古くからの友人でかたまって、新しい友人をつくることに興味がない	2.48 \pm 1.05	1.83 \pm 0.87	7.2 \pm 2.1	6.0 \pm 2.2	<.001***
	設問3. 多くの高齢者は、過去に生きている	2.59 \pm 0.98	2.32 \pm 1.13			

対応のある t 検定 * $p < .05$, *** $p < .001$

a) 設問12のみ逆転項目として、「そう思う」「まあそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」を1~5点に配置し、その他の設問は5~1点に配置した。

表2 臨地実習前後でのFAQの正答率およびFAQ得点の比較

(n=63)

設問内容	正誤	実習前 n (%)	実習後 n (%)	<i>p</i> ^{a)}
設問1 高齢者(65歳以上)の大多数はほけている(記憶力が衰え、周囲の人や出来事・時間などの正しい判断ができなくなり、痴呆になっている)	正 誤	60 (95.2) 3 (4.8)	62 (98.4) 1 (1.6)	.63
設問2 高齢になると五感(視覚, 聴覚, 味覚, 触覚, 嗅覚)のすべてが衰えがちになる	正 誤	37 (58.7) 26 (41.3)	31 (49.2) 32 (50.8)	.18
設問3 大多数の高齢者は性行為に関心がないか, 性的不能である	正 誤	48 (76.2) 15 (23.8)	53 (84.1) 10 (15.9)	.18
設問4 高齢になるにつれ, 肺活量は低下する傾向がある	正 誤	56 (88.9) 7 (11.1)	59 (93.7) 4 (6.3)	.51
設問5 高齢者の大多数はほとんどいつも惨めだと感じている	正 誤	61 (96.8) 2 (3.2)	56 (88.9) 7 (11.1)	.06
設問6 体力は高齢になると衰えがちである	正 誤	63 (100) 0 (0)	62 (98.4) 1 (1.6)	1.00
設問7 高齢者の10人に1人以上が長期ケア施設(ナーシングホーム, 精神病院, 老人ホームなど)で暮らしている	正 誤	16 (25.4) 47 (74.6)	17 (27.0) 46 (73.0)	1.00
設問8 車を運転する高齢者が事故を起こす割合は65歳未満のドライバーより低い	正 誤	11 (17.5) 52 (82.5)	9 (14.3) 54 (85.7)	.79
設問9 高齢労働者は一般に若い労働者より仕事の能率が劣る	正 誤	19 (30.2) 44 (69.8)	22 (34.9) 41 (65.1)	.65
設問10 高齢者の4人に3人以上は人の手を借りなくても日常生活に差し支えないほど健康である	正 誤	12 (19.0) 51 (81.0)	9 (14.3) 54 (85.7)	.65
設問11 高齢者の大多数は変化に適応できない	正 誤	41 (65.1) 22 (34.9)	41 (65.1) 22 (34.9)	1.00
設問12 高齢者は一般に新しいことを習うのに若い人より時間がかかる	正 誤	58 (92.1) 5 (7.9)	55 (87.3) 8 (12.7)	.55
設問13 高齢者は若い人より鬱状態になりやすい	正 誤	27 (42.9) 36 (57.1)	15 (23.8) 48 (76.2)	.01*
設問14 高齢者は若い人より反応が遅い	正 誤	60 (95.2) 3 (4.8)	56 (88.9) 7 (11.1)	.29
設問15 総じて, 高齢者は似たり寄ったりである	正 誤	56 (88.9) 7 (11.1)	54 (85.7) 9 (14.3)	.75
設問16 高齢者の大多数は退屈など減多にしない	正 誤	3 (4.8) 60 (95.2)	2 (3.2) 61 (96.8)	1.00
設問17 高齢者の大多数は社会的に孤立している	正 誤	36 (57.1) 27 (42.9)	41 (65.1) 22 (34.9)	.42
設問18 高齢労働者は若い労働者より事故に遭う率が低い	正 誤	18 (28.6) 45 (71.4)	17 (27.0) 46 (73.0)	1.00
設問19 医療従事者の大半は高齢者を後回しにする傾向がある	正 誤	6 (9.5) 57 (90.5)	11 (17.5) 52 (82.5)	.18
設問20 高齢者のほとんどは何らかの仕事をしているか, したいと思っている(家事やボランティア活動を含め)	正 誤	55 (87.3) 8 (12.7)	49 (77.8) 14 (22.2)	.15
設問21 高齢者は年とともに信心深くなる	正 誤	21 (33.3) 42 (66.7)	19 (30.2) 44 (69.8)	.80
設問22 大多数の高齢者は, 自分は苛立ったり, 怒ったりすることは減多にないと言う	正 誤	20 (31.7) 43 (68.3)	20 (31.7) 43 (68.3)	1.00
		mean ± SD	mean ± SD	<i>P</i> ^{b)}
肯定的項目の誤答数(設問2, 4, 6, 12, 14)		0.7±0.7	0.8±0.9	.09
否定的項目の誤答数(設問1, 7, 11, 13, 17)		2.1±1.1	2.2±1.2	.69
全項目		12.4±1.6	12.1±1.8	.21

a) McNemar検定, b) 対応のあるt検定 * *p* < .05

あり、本研究対象者が他の看護系大学の学生との大きな差はないことがうかがえる。

本調査では、実習後にはFSAの全体及びその下位尺度である「嫌悪・差別」、「回避」、「誹謗」の全ての得点が低くなっている、すなわちエイジズムが弱くなっていることが確認された。先行研究では、松田ほか(2020)が老年看護学実習前後でFSA尺度の比較を行い、実習前 28.8 ± 7.6 点、実習後 25.0 ± 5.6 点と実習後にFSA得点が有意に低くなったことを示し、自由記載の結果から、実習を通して高齢者と関わる中で、高齢者に対する興味や尊敬の念が肯定的なイメージに変化したことを述べている。また、佐野・檜原(2011)は認知症高齢者看護体験の有無における実習後のFSAの項目の平均値に差を認め、実習対象となる個人の高齢者への理解や関心が高まることで、さらにエイジズムが低くなると述べている。本研究対象者は、病院や認知症対応型グループホームでの認知症高齢者への支援を含む臨地実習において、目にした高齢者の姿や高齢者との関わりを通して高齢者に対する理解や関心が高まり、肯定的なイメージへの変化に影響したことが考えられる。一方で、須田・榎本(2006)は老年看護学実習後の学生が抱く高齢者に対するマイナスイメージや戸惑いについて報告している。看護学生は、実習において、疾患や障害を抱え、入院治療や施設での生活が必要である高齢者と関わることとなるため、高齢者のできない部分に注意が向き、高齢者に対する否定的偏見を抱く可能性があることも否定できない。今後、高齢者の権利を擁護する立場にある看護職を育成する上で、高齢者との関わり方の経験は、肯定的・否定的イメージ形成の双方に影響する可能性についても認識しておく必要がある。

2. 実習前後でのFAQ得点の変化及びFAQとエイジズムとの関係性について

本研究においてはFAQを使用し、実習前後の高齢者に関する知識量の調査に加え、本尺度の性質である否定的偏見及び肯定的偏見での評価も活用した。本研究のFAQ平均得点は、看護学生第1学年(12.1 ± 2.2 点)と第4学年(12.8 ± 2.0 点)を対象にした研究結果(林ほか, 2011)とほぼ同程度であったことから、高齢者に関する知識量としては、本研究対象者に他の看護系大学の学生との大きな差はないことがうかがえる。

本研究において、実習前後で肯定的項目や否定的項目を含む知識得点の有意な変化はみられなかったが、項目別にみると、実習後に否定的偏見の項目である「高齢者は若い人より鬱状態になりやすい」で正答率が下がっていた。全体的な知識得点に変化がなかったのは、FAQの項目は一般的な加齢に関する知識として座学で得られる内容となっ

ているものが多く、実習経験により影響される内容ではなかった可能性が考えられる。一方で鬱状態のような臨床症状については、実際に高齢者と接し、鬱状態とは違う印象を持ったことで誤答につながったと考えられる。

また、小川(2001)の看護学生を対象とした横断的調査において、実習を経験する前の1年生と実習を経験した後の3年生では、後者の方が誤答数が多く、高学年の学生は老年看護学の学習過程の中で高齢者の特徴が誇張されることにより、否定的偏見が強くなったと述べている。さらには、先行研究においては、FSA得点とFAQ得点との負の相関関係があること(Allan & Johnson, 2009; 久木原ほか, 2012)や、高齢者への態度を示すKogan's Attitudes toward Old People Scale得点とFAQ得点との正の相関関係があること(Allen, et al., 2021)、高齢者イメージが肯定的な人ほど高齢者に関する知識の正答率が高い傾向があること(石倉・古城, 2011)などが報告されているが、本研究において、FSA得点とFAQ得点の相関関係はみられなかった。これは、先行研究にて、看護学生における高齢者看護への関心とエイジズムとの関係性(畑野・蓑原, 2013)や高齢者に関する問題への関心が、学生の感情面へのイメージ形成に影響を与えていること(伊藤・住垣・後藤・岩崎・林, 2010)が報告されていることから、高齢者看護への関心がエイジズムと知識との関係性に影響していると推測できる。また、これまでの高齢者との関わり方の経験や実習中の高齢者との関わり、FAQでは測りきれなかった知識がエイジズムとの関係性に影響していた可能性も考えられる。今後もエイジズムと高齢者に関する知識やそれ以外の要因との関係性についての更なる調査が必要である。

次に、FAQの肯定的項目と否定的項目は、加齢に対する態度を測る間接的な尺度としても利用されるため、本研究では、FSA得点とFAQの肯定的項目、FAQの否定的項目との関係性を評価した。その結果、実習後のFSA得点とFAQ肯定的項目との間にのみ弱い負の相関関係が確認された。これは、FAQが加齢に関する事実全般のテストから高齢者への偏見を測るのに対し、FSAはエイジズムの認知成分だけでなく、感情成分も含む尺度といった性質の違いが影響した可能性が考えられる。これらの関係性についても更なる調査が必要である。

V. 研究の限界

本調査は1大学の1学年のみの縦断的調査であることに加え、必ずしも全対象者が老年看護学実習や成人看護学実習により高齢者看護を経験した直後に調査できたものではないといった順序性の問題や、実習に関わった高齢者によりエイジズムの変化が考えられるが受け持ち対象の情報が

ないことも本調査の限界である。また、各大学では臨地実習の内容や老年看護学関連科目の内容、臨地実習の時期、受け持ち対象に差異があることから、結果を一般化できるとは言い難い。さらに、FSAは若者男性を対象に作成された尺度であることから女性への使用の信頼性や妥当性の課題、FAQにおいては高齢者に対する一般的な知識であることから実習前後の知識の評価指標としての課題が残ったことは否めない。今後は、調査時期や実習内容等を考慮し、複数大学の看護学生に対する調査を行い、その際には評価に用いる尺度や指標を検討していく必要がある。

結 論

本研究では、老年看護学実習を含む臨地実習前後の比較において、実習後に看護学生のエイジズムが変化、すなわち高齢者イメージが肯定的に変化していたが、高齢者に関する知識の変化はみられなかった。また、エイジズムと高齢者に関する知識には相関関係はみられなかった。これらより、臨地実習での経験は、看護学生が高齢者を肯定的に捉えることにつながると示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の井手みのり様、稲田匡香様、岩永航汰様、川崎瑞穂様に深く感謝を申し上げます。なお、本稿に含まれる一部のデータは日本老年看護学会第26回学術集会において発表したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想、デザイン、データ収集・分析及び解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

文 献

- Allan, L.J., & Johnson, J.A. (2009). Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educational Gerontology, 35*(1), 1-14.
- Allen, T.K., Mayo, P., Koshman, S., Gray, M., Babar, A., & Sadowski, C.A. (2021). Clinical pharmacists' knowledge of and attitudes toward older adults. *Pharmacy (Basel, Switzerland), 9*(4), 172. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9040172>
- Bamakan, Z.M., Nasiriani, K., Madadzadeh, F., & Keshmiri, F. (2021). Effect of an aged wearing suit on nursing student's knowledge and attitude. *BMC Nursing, 20*(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00668-2>
- Butler, R.N. (1995). Ageism. In G.L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of*

- aging* (2nd ed., pp.35-36). New York: Springer Publishing.
- Fraboni, M., Saltstone, R., & Hughes, S. (1990). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging, 9*(1), 56-66.
- Gholamzadeh, S., Khastavaneh, M., Khademian, Z., & Ghadakpour, S. (2018). The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Medical Education, 18*(1), 198.
- 原田 謙, 杉澤秀博, 杉原陽子, 山田嘉子, 柴田 博 (2004). 日本語版Fraboniエイジズム尺度 (FSA) 短縮版の作成: 都市部の若年男性におけるエイジズムの測定. *老年社会科学, 26*(3), 308-319.
- 畑野相子, 蓑原文子 (2013). 高齢者看護学実習におけるライフインタビューと高齢者理解との関連: 高齢者イメージとエイジズムの変化の分析. *滋賀医科大学看護学ジャーナル, 11*(1), 23-27.
- 畑野相子, 蓑原文子 (2014). 高齢者の結晶性能力の受け止め方と看護学生のエイジズム及び高齢者イメージとの関連. *滋賀医科大学看護学ジャーナル, 12*(1), 35-39.
- 林 綾乃, 會田信子, 杉浦伸一 (2011). 第1学年と第4学年の比較による看護学生の高齢者に対するイメージと知識・理解, コミュニケーションの特徴. *日本看護医療学会雑誌, 13*(2), 45-55.
- 平田弘美, 松井宏樹 (2023). 看護学生のエイジズムと身体拘束に関する認識についての研究. *日本健康医学学会雑誌, 31*(4), 458-465.
- Hwang, E.H., & Kim, K.H. (2021). Quality of gerontological nursing and ageism: What factors influence on nurses' ageism in South Korea?. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(8), 4091. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084091>
- 石倉花奈子, 古城幸子 (2011). 看護学生の高齢者イメージとエイジズムに関する横断的調査. *インターナショナルNursing Care Research, 10*(3), 119-127.
- 伊藤豊美, 住垣千恵子, 後藤友美, 岩崎孝子, 林雅佳子 (2010). 老年看護学実習における看護学生の高齢者に対するイメージの変化. *国立看護大学校研究紀要, 9*(1), 37-42.
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 62*, 44-54.
- 久木原博子, 馬場才悟, 藤田美貴, 内山久美, 阪本恵子, 二重作清子, 田村美子, 鮎川昌代 (2012). 医学部生と看護学部生におけるエイジズム比較. *日本看護福祉学会誌, 17*(2), 93-104.
- Leung, A.Y.M., Chan, S.S.C., Kwan, C.W., Cheung, M.K.T., Leung, S.S.K., & Fong, D.Y.T. (2012). Service learning in medical and nursing training: A randomized controlled trial. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice, 17*(4), 529-545.
- López-Hernández, L., Martínez-Arnau, F.M., Castellano-Rioja, E., Botella-Navas, M., & Pérez-Ros, P. (2021). Factors affecting attitudes towards older people in undergraduate nursing students. *Healthcare (Basel, Switzerland), 9*(9), 1231. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091231>
- 前田恵利, 谷村千華, 大庭桂子, 野口佳美 (2009). 看護学生の将来の高齢者ケア選択への関連要因. *老年看護学, 13*(2), 65-71.
- 松田理沙, 松井宏樹, 平田弘美 (2020). 看護学生の老年看護学実習によるエイジズムの変化. *人間看護学研究, 18*, 59-64.
- McCloskey, R., Yetman, L., Stewart, C., Slayter, J., Jarrett, P., McCollum, A., & Stoica, G. (2020). Changes in nursing students' knowledge, attitudes and interest in caring for older adults; A longitudinal

- cohort study. *Nurse Education in Practice*, 44, 102760. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102760>
- 森野美由紀, 平田弘美 (2018). 一般病棟における看護師の教育背景と高齢患者への身体拘束に対する認識との関係. *人間看護学研究*, 16, 27-34.
- 村田日出子, 小野田真弓, 高野真由美 (2008). 看護学生のエイジズムに関する要因: 老年看護学概論および実習前後のエイジズムの変化. *神奈川県立よこはま看護専門学校紀要*, 4, 12-17.
- 小川妙子 (2001). 看護学生の高齢者へのエイジズム: 1年生と3年生のFAQの比較. *順天堂医療短期大学紀要*, 12, 35-45.
- 大村 壮 (2010). 特別養護老人ホーム職員の高齢者イメージのズレが施設内老人虐待に与える影響. *心理学研究*, 81(4), 406-412.
- Palmore, E.B. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17(4), 315-320.
- Palmore, E.B. (1999) / 鈴木研一訳 (2002). *エイジズム: 高齢者差別の実相と克服の展望*. 21. 東京: 明石書店.
- Rababa, M., Hammouri, A.M., Hweidi, I.M., & Ellis, J.L. (2020). Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 22(3), 593-601.
- 佐野 望, 檜原登志子 (2011). 看護学生のエイジズムと高齢者看護学実習との関連: 病院実習と福祉施設実習の学習要素からの検討. *共立女子短期大学看護学科紀要*, 6, 1-10.
- 佐野 望, 檜原登志子, 赤枝寛子 (2010). 看護学生の高齢者の知識の理解と看護の学びによるエイジズムの関連: 高齢者看護学実習 I の学習効果. *共立女子短期大学看護学科紀要*, 5, 7-16.
- Sheffler, S.J. (1995). Do clinical experiences affect nursing students' attitudes toward the elderly?. *The Journal of Nursing Education*, 34(7), 312-316.
- 総務省統計局 (2022年9月18日). 1. 高齢者の人口. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html> (参照2023年11月9日)
- 須田厚子, 榎本朋子 (2006). 看護学生の講義・演習・実習による高齢者イメージの変化. *川崎医療短期大学紀要*, 26, 29-36.
- 高野真由美 (2010). 看護学生のエイジズムが老人とのコミュニケーション時の情緒状態に与える影響. *川崎市立看護短期大学紀要*, 15(1), 47-52.
- 鳥羽美香 (2005). エイジズムと社会福祉実践: 専門職の高齢者観と実践への影響. *文京学院大学人間学部研究紀要*, 7(1), 89-100.
- 吉田浩二, 辻麻由美, 原田文子, 大山祐介, 竹嶋純平, 宮原春美 (2017). 看護学生のエイジズムに関する研究. *保健学研究*, 30, 39-46.

〔2023年12月1日受付〕
〔2024年8月16日採用決定〕

Changes in Nursing Students' Ageism and Knowledge of Older Adults Before and After Clinical Practice

Journal of Japan Society of Nursing Research
2025, 48(1), 41-49
©2025 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20240816257>

Koji Yoshida, PhD, RN, PHN, Mayumi Tsuji, PhD, RN,
Yusuke Oyama, PhD, RN

Department of Health Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to assess students' levels of ageism and their knowledge of older adults before and after a clinical practice rotation. It also explored the relationship between ageism and students' knowledge of older adults. **Methods:** A two-stage questionnaire survey was conducted with third-year nursing students ($n=64$) between September 2019 and February 2020. The survey included the Fraboni Scale of Ageism (FSA) and the Facts on Aging Quiz (FAQ). Statistical comparisons were made between the results before and after students' clinical practice experience. **Results:** FSA scores were significantly lower after clinical practice ($p<.001$). In contrast, the FAQ scores did not show a significant change after practice ($p=.21$). Furthermore, no correlation was found between age and students' knowledge of older adults. **Conclusion:** Our study suggested that practical clinical experience leads to reduction in ageism.

Key words

ageism, nursing students, clinical practice, older people, the Facts on Aging Quiz (FAQ)

Correspondence: K. Yoshida. Email: koujiy@nagasaki-u.ac.jp

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示**」の詳細を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

** 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造 (Fabrication)、改竄 (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

著者の都合により投稿論文を取り下げる場合は、理由を添えて編集委員長宛に願い出てください。取り下げた後、修正版を新規論文として投稿できますが、その機会は1回に限ります。再投稿時に、取下げ論文の論文IDをカバーレターに明記してください。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel, PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

<https://www.jsnr.or.jp/contribution/docs/checklist.pdf>の中の英文抄録は250ワード以内

8. 利益相反自己申告書

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。著者全員が研究内容に関する企業・組織または団体との利益相反状態について、利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

10. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」となった論文の再投稿は認めない。「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを1回に限ることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

11. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

12. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

13. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 18) 令和2年11月29日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)』(2020) に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。論文に必要不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがる場所があるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例] 「さらに…」 「ただし…」 「および…」 「または…」 「すぐに…」 「ときどき…」 「…すること」 「…したとき」 「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
 - 第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え
 - 第3階層：A．B．C．……………：左端揃え
 - 第4階層：1．2．3．……………：左端揃え
 - 第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる
 - 第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる
 - 第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる
- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき(本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など)はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地：出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪：研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地：出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京：医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に编者 (監修者) が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地：出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学Ⅱ (pp.123-146). 東京：研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)

- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
 - 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍
 - ・DOIがある書籍
 - 著者名 (出版年). 書籍名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
 - ・DOIのない書籍
 - 著者名 (出版年). 書籍名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍の1章または一部
 - ・DOIがある書籍
 - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
 - ・DOIのない書籍
 - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆Webサイト, Webページ
 - 著者名 (投稿・掲載の年月日). Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
 - Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆shortDOI, 短縮URL
 - DOI, URLが長かったり, 複雑な場合は, shortDOI, 短縮URLを用いる。

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス)を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は250ワード以内とする。構造化された形式とし, Objective, Methods, Results, Conclusionsの見出しをつける。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を下記の例を参考に、「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を [企業名] から受けた。
- [該当する著者名] らは, [企業名] から報酬を受領している。
- 本研究は, [該当する著者名] が所属する [企業名] の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名].
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお, 本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費(科学研究費補助金, 厚生労働科学研究費補助金など)は, 利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は, 「研究助成情報」として記載する。

11. 著者貢献度

著者貢献度 (Author Contributions) について, 著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

すべての著者は, 研究の構想およびデザイン, データ収集・分析および解釈に寄与し, 論文の作成に関与し, 最終原稿を確認した。

12. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字, 英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには, タイトル, 発表者氏名・所属, 図表, 引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は, 通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁, 大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合, 掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は, 所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 電子付録について

付録文書, 音声, 高解像度画像, 動画などのファイルで, 著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば, 開発した尺度のpdfファイル, データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお, これらのファイルには, コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて, ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル (Supplementary Files)」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は, 合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナル Journal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

Introducing *JINR*,
an English-language Open Access Journal!

Now
accepting
submissions

JINR

Journal of
International
Nursing Research

For details on guidelines for authors,
please go to the *JINR* web site at
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN
Online ISSN: 2436-1348
Print ISSN: 2436-3448
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>



The Japan Society of Nursing Research has
launched publication of the English-language
Journal of International Nursing Research
(*JINR*) in February 2022.

JINR welcomes submissions of unpublished
papers on nursing and related topics,
including review articles, original research,
practice guidelines, technical reports and
brief reports.

About *JINR*:

- an international English-language journal
published by the Japan Society of Nursing Research
- research topics covering a wide range of fields related to nursing science
- upon acceptance, papers will be promptly available via open access
- papers will also be registered in PubMed
as soon as the requirements are met in the future
- no charge for publication if the first author holds membership in
the Japan Society of Nursing Research
- secondary publication of articles published in
the Journal of Japan Society of Nursing Research can be considered

Volume 1 | Number 1
February 2022

Japan Society of Nursing Research

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN
Mail contact for inquiries: jinr@kyorin.co.jp (JINR editorial office)



事務局便り

1. 2025年度会費納入のお願い

2025年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。また、学生会員への会員種別変更をご希望の方は、2025年4月末までにお申し出ください。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず**会員番号**をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。年会費は、オンラインクレジット決済でもご納入が可能です。下記2.に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

年会費納入口座

記	
年会費	正会員 8,000円
	学生会員A 3,000円
	学生会員B 1,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉
〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401
(株)ガリレオ学会業務情報化センター内
TEL：03-3982-2030 FAX：03-5981-9852
E-mail：g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp
開所曜日：(平日)月～金曜日 開所時間：9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第48巻 第1号

無料配布

2025年4月20日 印刷

2025年4月20日 発行

編集委員 委員長

- 佐伯 由香 (理事) 人間環境大学松山看護学部
- 會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系
- 伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
- 佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
- 高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部
- 名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
- 武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科
- 法橋 尚宏 (会員) 神戸大学大学院保健学研究科
- 本田可奈子 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
- 松田 光信 (会員) 大阪公立大学大学院看護学研究科
- 水野恵理子 (会員) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
- 光木 幸子 (会員) 同志社女子大学大学院看護学研究科
- 森 恵子 (理事) 岡山大学学術研究院保健学域 (五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401
株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内
☎ 03-3982-2030 (直通)
FAX 03-5981-9852
ホームページアドレス
<https://www.jsnr.or.jp/>
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 印刷所

叶谷由佳
(株)正文社
〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

