

関西看護医療大学紀要

Bulletin of Kansai University of Nursing and Health Sciences

巻頭言

小平京子 1

特別寄稿

慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」
—ライフストーリー、体験記及び近代小説から思索する—
黒江ゆり子 3

総説

膀胱の解剖生理と過活動膀胱
百田芳春 14

原著

Association Between Social Capital and Mental Health among Caregivers of
People with Dementia
古川秀敏 22

研究報告

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティに関する研究の動向
原田美穂子 37

資料

母性看護学における学内実習の評価と今後の課題
—産後の母親の生活模擬体験からの分析—
小笠原百恵, 永峰啓子, 神谷映里, 尾筋淑子, 松村恵子 48

業績目録 59

関西看護医療大学紀要投稿規程 70

編集後記 74

巻頭言

関西看護医療大学 看護学部
紀要編集委員会委員長 小平 京子

2023年度は、本学にとって改めて臨地での看護学実習の重要性を認識させられたとともに、その困難性と学内での授業の在り方を再考した一年でもあった。

臨地実習は、学修した知識や技術を対象者の状況に合わせて適用し、適切なケアを生み出すよう思考し実践につなげる教育の場である。しかし、対象者の在り方に沿ったケアの計画と実践には常に同一のものではなく、日々更新されていくものである。そのためには、実践する看護職者が日々のケアを丁寧かつ客観的に評価し、対象者にとって最もよいものは何かを考え続けていくことが求められる。

12月に刊行されたナイチンゲールに関する書籍¹⁾には、このような状況をマクロの視点で捉えることの重要性と、客観的・具体的な解決策に導くためのミクロな視点での数値化と実践の見直しの必要性が記されている。教育においても、常に変わらない原理は存在するものの、その適用方法や内容の検討は対象者の変化や社会の状況に合わせて変化させていかなければならないものである。

本号には、このような状況を踏まえながら教育方法を立案・実践し評価した貴重な論文や、看護の対象者のより深い理解をもたらす研究、さらには看護の適切な評価につながる論文等が収められている。紀要の掲載論文が、対象への深い理解と適切な看護の実践につながる一つのきっかけになることを願っている。

貴重な投稿をいただいた執筆者の皆様に心から感謝いたします。

1) 栗原 康 (2023) 超人ナイチンゲール, シリーズ「ケアを拓く」 医学書院.

特別寄稿

慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」 －ライフストーリー，体験記及び近代小説から思索する－

Difficulty of Telling Others about Living with Chronic Illness:
Thinking about Life Stories, Personal Experiences, and Modern Novels in Japan

黒江ゆり子

関西看護医療大学，基礎看護学

Yuriko KUROE

Kansai University of Nursing and Health Science, Fundamental Nursing Science

はじめに

DMを診断されたその人は，しばらくの間，自分の病気のことを説明する言葉を見つけられず，他者に言うことができませんでした。病気からの‘しんどさ’もうまく伝えることができず，職場の同僚からは「さぼりなんじゃないか」と言われ，居場所を失い，退職を考えるようにもなります。病気のことを話すと根掘り葉掘り聞かれ，説明しても分かってもらえず，だんだん面倒にもなってきたのです。過去には親しい友人に話をしていましたが，別れるときに「同情だった」と言われ，それからは病気のことを話すことができなくなりました。新たな治療方法を開始しようとしたとき，同じ病気の人が「言いたい人には話して，そうでなければ職場の人にも話していないよ」と語るのを耳にして，「そっか，そうなんだ」と，病気のことを隠している辛さからやっと開放されることを迎えます。

生・老・病・死は，時代が移り変わり，社会環境が変化したとしても，私たち人間にとって一人ひとりが直面する事柄であろう。そして，生きている私たちは誰もが病気になる可能性があり，病気はどのようなものでも慢性に移行することがある。病気が慢性に移行すると，日々の生活のなかでさまざまなコントロールを求められ，私たちは，それを続けることは容易ではないと気づかされる。そのような生活では，多様な困難に直面し，さまざまな情動が渦巻くからである。

これらの困難や情動には，自分の病気をどのように受けとめればいいのか，病気の私はどのような存在なのかと悩んだり，その日の夕食に何を食えばいいのか迷ったり等，抽象的な事柄から具体的な事柄までが包摂される。それゆえ，自分の病気に関する事柄を他者にどのように伝えたらよいか途方に暮れ，事柄によっては，他者に伝えることが極めて難しいと感じる。家族であっても，親しい友人であっても伝えられない。あるいは，家族や親しい友人だからこそ言えないのかもしれない。誰に，いつ，どこで，どのような言葉で表現して伝えればいいのか考えるほどに臆病になるとか，伝えたくないときもある。それは「言わない」「言えない」「言いたくない」といった「言う」ことに抵抗や苦痛が生じている体験として現れるのである（宝田ら,2011b）（黒江ら,2011c）。

筆者らは，慢性の病いにおける「言いづらさ」について科研費の助成を受けながら発展的に研究を続け，2022年度には学術図書（研究成果公開促進費）^{註①}として公表（黒江編,2022）するに至った。本稿にその概要を示すとともに，ライフストーリーに包摂される「言いづらさ」とその知見をふまえ，病いの‘体験記’及び‘近代小説’における「言いづらさ」と先行体験に焦点をあてた検証的思索を紹介し，さらに考えてみたいと思う。（※本稿は，黒江ら（2015,2018,2019）の論文及び黒江編（2022）の書籍を基盤として論述している。詳細は各書籍・論文をご参照ください。）

I. ライフストーリーに包摂された「言いづらさ」

1. 「言いづらさ」とは

慢性の病い（chronic illness：クロニックイルネス）における他者への「言いづらさ」の様相を明らかにすることを目的とし、慢性の病い（糖尿病：1型・2型、神経難病、炎症性腸疾患、精神障がい、HIV感染症）とともに生きる人々を対象に、Rアトキンソンによるライフストーリーインタビュー法（Atkinson, 2002）に基づく聴き取りを行い、個々のライフストーリーを描き、そこに包摂されている「言いづらさ」を導き報告した（森谷, 2011）（中岡, 2011, 2013）（宝田ら, 2011a）（市橋, 2011）（河井, 2011）（田中, 2011）（黒江, 2011b）（黒江編, 2022）。これら7つのライフストーリーに包摂された「言いづらさ」のストーリーの概要はたとえば次のようである。

Aさんのストーリーに包摂された言いづらさ：

Aさんは病気（神経難病）のことを話しても結局はわかってもらえないことや病気のことを話すと相手が困惑すること、さらには病気のことで他者に迷惑をかけたくないという思いから家族にも病気に伴う事柄を話すことができなかった。受診時には医療職者にも自分の症状を十分に説明することができず、そうして処方された薬を飲むことはなく、症状の増強に至った。その後、症状の進行が契機となって、日常生活行為で家族に協力を求めるようになり、「言わずに済むなら言わない」から「自然に伝える」に変化を遂げた。（中岡, 2011）

Bさんのストーリーに包摂された言いづらさ：

Bさんは、しんどくて憂鬱的な気分になっても病気のことは言わなかった。それは社会における人権的な差別や病気の差別の影響を感じ、自身が精神障がいをもったときに、自らの病気のことは認めたくない、語れないこととなり、さらに苦しみが増長されたためであった。また、言う人と言わない人に一線を引いているところがあり、病気がない友人には、一人を除いて、病気のことは話していないが、診療所や作業所で知り合った人たちには、隠さなくてもよかった。しだいに、病気やピアサポートの体験談を日本の各地や海外でも話す機会をもつようになった。（宝田, 2011）

Cさんのストーリーに包摂された言いづらさ：

Cさんは、遠方に住む両親には病気（HIV感染症）のことを話していない。診断されてまもなく、自分の気持ちの整理がつかないままで職場の上司に病気について話をしたことで、自身も周囲も混乱し、その後はしだいに居場所がなくなり、職場を辞めざるを得ない状況に至った。日本の文化の中では言いづらいことや聞きづらいことがあるという思いを抱えているが、自分との共通点がある人や人生を苦勞してきた人には話しをすることができるという思いがある。（市橋, 2011）

Dさんのストーリーに包摂された言いづらさ：

診断時（炎症性腸疾患）に医師の説明を聞きながら泣く母の姿を初めて見たDさんは、自分がしっかりしなくてはと思い、病気に関して家族にも話すことができなくなった。自分に起こった症状について他者にわかってもらいづらいつ感じるとともに、自身も病気のことがよくわかっていなかったため両親に伝えることもできなかった。そのため、病気に関することを親に話すことと心配をかけると思い、「しんどい」と言うことも家で「ごろごろ」することもできなかった。その後、患者会で「わかる、わかる」と言ってくれる人々との出会いがあり、それ以降は自分が変わったと感じ、家族に話すことができると思うようになった。（田中, 2011）

これらのストーリーにより、筆者らがそれまでの研究活動で感じていた「言いづらさ」が慢性の病いにおいて「確かに存在する」ことを確認するとともに、「言いづらさ」を言葉で著わすことが可能になった。（下記）

慢性の病いにおける「言いづらさ」：本人の認識にかかわらず、「言わない」「言えない」「言いたくない」といった、「言う」ことに抵抗や苦痛が生じていたと思われる体験。（宝田ら, 2011b）

筆者らは、その後も分析を続け、2012年には「言う人と言わない人に一線を引く」ことで、言うか言わないかの意思決定ができ、自分の人生のコントロールが可能になることを指摘し（黒江ら, 2012）、2015年には、7つのライフストーリー

について、「言いづらさ」の事象、その事象の先行体験、および帰結の視点から分析をすすめ、これらのライフストーリーの中には慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」が、'物事の始まり' (beginning) '混乱' (muddle) そして '決意/帰還' (resolution) という時間の流れの中に現れており、元型的な経験^{註②} (アトキンソン, 2006) との繋がりがみられること、及び「言いづらさ」の事象における「登場人物」は、家族 (夫, 娘, 母親, 父親, 両親), 職場の人々, 仕事関係の人々, 友人, 知己の人々, 社会の人々, 医師・看護師等であることを指摘した (黒江, 2015)。慢性の病いにおける「言いづらさ」と元型的な経験との繋がりは次のように著わされた。

〔物事の始まりから混乱へ〕慢性の病いのストーリーは、それまでの生活から**別離**し、病いとともにある生活に歩み出すことから始まる。それは、**慣れ親しんだパターン**に戻るのではなく、**未知なるものとの遭遇**を意味する。

そして慢性の病いにおける「言いづらさ」のストーリーは、自分の病気についての理解が難しいこと、自分の病気を説明する言葉が見つからないこと、社会には病気についての特定のイメージがあること等から始まる。そこには、**新しい苦悩**や恐れが生まれているが、歩みを止めることはできずに明日へと進むことが求められている。生活にも病気にも休みはないからである。

〔混乱から帰還へ〕それゆえ、他者に病気に関わる状況をどのように伝えるかについて**内的な葛藤**が始まり、うまく伝えられずに、そこに居るのにそこには居ない存在のように**居づらさ**が生じたり、病気でないように装ったりすることがある。そのような中で、「わかる」人に出会うことは**他者からのサポート**を得る機会となる。そのサポートに力づけられ、言う人と言わない人に一線を引くことが可能であることを知ると、そうすることによって**将来がかすかに見える**ようになる。それは、以前より**全体性をみる**ことができるようになることであり、**意識が拡大**することを意味する。また、言うか言わないかという**意思決定**ができることで、**自分の人生をコントロール**することが再び可能になり、自己の**潜在能力が解き放たれる**。

〔混乱から決意/帰還へ〕そのような経験が過ぎ

ると、それまでの経験や病気のある生活について他者に伝えることを試み、それが**他者によって歓迎される**と自分たちの贈り物が受け取られるという経験となる。また、他者に頼るのではなく、自律することを試み**自覚的に生きる**ことにおける自らの役割と居場所が、不安定ながらも少し安定したものになる。これは、私たちは私たちの贈り物を他の人々と共有したいと思っているからであり、そうすることで**新たな挑戦に向かう準備**ができてくるからである。

(※文中の斜字及び強調文字は、R.アトキンソン (2006) の書籍に著わされている元型的経験とモチーフから導かれたことを示す。)

2. 慢性の病いにおける「言いづらさ」の先行体験と帰結

「言いづらさ」のストーリーの分析により、「先行体験」^{註③}には、[他者への気遣い][傷ついた体験][仕事への影響の懸念][病気の理解が難しい][病気を説明する言葉が見つからない]及び[社会的偏見との遭遇]が示された。[他者への気遣い]は、家族に心配をかける、相手が困惑する等、[傷ついた体験]は、同情だったと言われた、診断時に親が泣く姿を見た等、[仕事への影響の懸念]では、事業に支障をきたすという思い等、[病気の理解が難しい]は、説明してもらってもよくわからない、自分が理解できない等、[病気を説明する言葉が見つからない]は、自分の症状を伝えられない、言葉が見つからない等、及び[社会的偏見との遭遇]は、色眼鏡で見られる、不摂生をしていると思われる等で構成されていた。

また、言いづらさの「帰結」としては、「病気でないように装う」「人間関係が希薄化する」「居場所がなくなる」「キャリアが狭められる」「混乱の人間関係に耐える」等がみられた。さらに、「語り合える人との出会い」や「言う人と言わない人に一線を引く」ことで自らのコントロール感を取り戻すことが可能となるとともに、「病気が生活に溶け込むこと」で、「言いづらさが解(ほど)ける」という事象に繋がっていることが明らかにされた。

3. 「言いづらさ」が解(ほど)けるとき

「言いづらさ」のストーリーには、時間を経る

ことで言いづらさがいつしか変化を遂げる様相が含まれていた。それは、言いづらさが「解（ほど）ける」と表現できるような状況であり、ライフストーリーにおける元型的経験としては、混乱後の帰還と捉えられる状況でもあった。たとえば、次のようである。

- 症状の進行が契機となって、日常生活行為で家族に協力を求めるようになり、「言わずに済むなら言わない」から「自然に伝える」に変化を遂げた。(中岡,2011)
- しだいに、病気やピアサポートの体験談を話すようになった。(宝田,2011)
- 自分との共通点がある人や人生を苦勞してきた人には話しをすることができる。(市橋,2011)
- 同病の人から、言いたい人には話して、そうでなければ話さなくていいということに気づかされ、病気のことを隠している辛さから開放されるべきを迎える。昔の知人に会いに行き病気の話をした。(黒江,2011)
- 患者会で「わかる,わかる」と言ってくれる人々との出会いがあった。自分が変わったと感じ、家族に話すことができると思うようになった。(田中,2011)

これらの中には「わかる,わかる」と言ってくれる人との出会いや「言いたい人には話して、そうでなければ話さなくていい」ということであらためて気づかされることにより、それまでのわかってもらえないという思いの辛さが解かれる様相が現れている。言うか言わないかについて自己決定ができることにより、自分が選んだ人に自分の思いを自分なりに話すことができたり、同様の体験をしている人の存在に気づかされ、自分一人がこのような体験をしているのではないという思いに至っていたりする。その時、人々の視野は拡がりをもち、その後は、自分の経験を通して他者の役に立ちたいという思いに基づく行動にすすんでいるのである。

II. 病いの「体験記」に包摂された言いづらさ

看護師に呼ばれて医師から親友の代わりに説明を聞いた時、カーテンの裏側で泣き崩れて動けな

くなっている親友の姿を見た。彼女を引っ張って家に戻ったが、彼女にかける言葉を失っていた。

1. 病いにおける「体験記」

筆者らが聞き取りを行った人々と同様の病気とともにある人々の「体験記」に焦点をあて、本人あるいはケアをしている家族や身近な他者による執筆であること、及び2年以上にわたる生活状況が記述されていることを条件に書籍を選定した(表1)。

表1：慢性の病いにおける‘言いづらさ’を考察した「体験記」

著者(出版年)	書籍名
羽田 (2003)	色鉛筆がくれた希望-クローン病を患って見つけた幸せのかたち-
高見澤 (2009)	ごめんね, 僕が病気になって
小平 (2016)	難病ALSの夫を見守って
今井 (2014)	親友はエイズで死んだ-沙耶とわたしの2000日-
森 (2006)	なんとかなるよ 統合失調症-がんばりすぎない闘病記-
杉山 (2013)	絶望なんかで夢は死なない-“難病”リーガー”杉山新, 今日も全力疾走
水野 (2011)	糖尿病と私

※黒江ら (2018) より引用。

たとえば、「色鉛筆がくれた希望」(羽田,2003)は、10代後半にクローン病と診断されるまでの経緯、及び色鉛筆画を始めた頃のことや個展を開いた頃のことなどを含め「出会いと始まり」「葛藤」「再会」「闘」「挑戦」「幸せのかたち」「感謝」「クローン病って?」の流れで、7年間を自筆の色鉛筆画とともに著わしている。本を開くと、最初にそのあたたかい色鉛筆画が迎えてくれる。

また、「ごめんね, ぼくが病気になって」(高見澤,2006)は、定年後にパーキンソン病を発症した夫を介護した妻が執筆したものであり、パーキンソン病と診断されるまでの長い経緯やその後の病状の変化に伴う生活のあり様を含め「病気を二人で支える」「‘病気になったらおしまい’なんて冗談じゃない」「子どもに頼る, 頼らない?」「再出発のための環境を整える」「車椅子でニューヨークに行こう!」「人手を借りる決断」「うちに帰ろう」「生活の質」とは何か」「別れのとき」「病むこととは何かを知る旅のあとで」等の流れで14年間の闘病生活を著わしている。

いずれの体験記も読むほどに、同時代を生きる

人間として、さまざまに感慨が深くなるとともに、厳しい病いと長い年月にわたる生活を経て、たどり着いた貴重な‘今’があり、そこから一つひとつ絞り出されて言葉が生まれ、その言葉が紡がれて、私たちの目に見えるかたちとなった文脈があることに気づかされる。

2. 病いの「体験記」における「言いづらさ」

それぞれの体験記に包摂されている‘言いづらさ’を場面として抽出したところ、多様な言いづらさが存在していた。言いづらさの登場人物は、夫、妻、親（母親・父親）、妹などの家族、親しい友人、チームメイト・監督、先生、知人や近所の人、社会の人々・世間の人たちであり、医師・看護師の登場も多い。（表2）

表2: 体験記に著わされている「言いづらさ」（一部）

書籍名	著わされている「言いづらさ」の場面 〔言いづらにおける登場人物〕
色鉛筆がくれた希望	身体も限界に近く、学校へ行くのがやっつとで、異常な程の倦怠感が抜けず、学校で過ごす一日がすごく辛かった。だが、身体の異常を両親には言えなかった。なぜだろう。心配をかけたくなかったからか、病院に連れて行かれるのがいやだったからか。分からない。今でも思い出せない思いのひとつだ。〔両親〕
難病ALSの夫を見守って	<p>何度目からは先生の目がきつくなり、「まだ出られないの？」と言われた。私だって別に好きで見学しているわけじゃないし、……バスケやバレーがしたい。この先生は、私に何という答えを求めているのだろう。怒っているような、あきれたような表情をして私を見る。悔しい。何も言えない自分にも腹が立つし、情けない。〔先生〕</p> <p>傷は大事には至らなくて安心したものの、次の日の夜、いつもと様子が違う。眠ったままで、いくら呼びかけても反応がなく、熟睡とも違い、胸騒ぎがした。看護師さん呼びに行こうとしたが、夜中で仮眠中だったから起こすのも悪いと思って部屋に戻り、再び何度も主人を呼んだけれど、やっぱり反応がない。〔看護師〕</p> <p>知人や近所の人達に「どこが悪いの？」と聞かれると、なんと答えようかと悩んでしまう。信じたくない病気だから、言ってしまうと認めてしまうようで……。でも、動かない手と足。やはり「ALS」なのか……。と思ってしまいます。〔知人や近所の人〕</p>
親友はエイズで死んだ	<p>亮太には絶対に言えないよ。どうしよう……。どうしたら良いと思う？」……私には何も言えなかった。そんな沙耶の気持ちを受けとめることしかできなかった。（中略）そうやって考えながら、それでも沙耶にかける言葉はどうしても見つからなかった。〔親しい友人〕</p> <p>……実家で熱が出た時、真紀が心配してくれて、一瞬だけ真紀だけにはHIVのことをカミングアウトした方が良いかな、と思ったけどやっぱりダメだった。親には絶対に言わないけど、真紀には言っておきたかったのに、なんか身内でも変なふうに思われそうで……。なんか難しいね。この病気って。〔親〕〔妹〕</p>

※黒江（2018）の表1より一部抜粋。点線下線部は「言いづらさ」の事象が著わされている箇所。

3. 病いの「体験記」における「言いづらさ」の先行体験

1) 他者への気遣い

他者への気遣いは、複数の体験記に著わされていた。たとえば羽田（2003）は、自分の身体の異常を両親に言えなかったことについて、心配をかけたくなかった、あるいは病院に連れて行かれるのがいやだったと著わし、高見澤（2009）は、パーキンソン病で伏している夫が、寝入っている自分を起こすことに気兼ねしていたと思うことを表現し、どちらも「気を遣わせたくない」という思いが示されている。

2) 傷ついた体験

今井（2014）は、看護師に呼ばれて医師から親友の代わりに説明を聞いたときに、カーテンの裏側で泣き崩れて動けなくなっている親友の姿を見た後、彼女を引っ張って家に戻ったが、彼女にかける言葉を失っている。また、森（2006）は、友人に電話で病名を告げた途端、絶句した友人から電話を一方的に切られた経験等を著わし、一度外に出たら病気のことを悟られないように用心ぶかく暮らしていくしかないことを記述している。

3) 仕事への影響の懸念

森（2006）は、仕事を得るために履歴書をいろいろな会社にするが、病気については記入することができなかったことを著わし、杉山（2013）は、病気のことを話すと身体の調子が万全でないと監督に思われ、試合に出してもらえなくなるかもしれないという懸念があったことを著わしている。

4) 病気の理解が難しい

病気を診断された時に、その病気が何を意味しているのかがわからなくて戸惑った経験は、多くの体験記で表現されている。神経難病（パーキンソン病、ALS）、及び炎症性腸疾患（クローン病）では、病院で症状を説明しても十分に聞いてもらえずに診断されるまでの経緯が長く、患者・家族が自ら医療機関をいくつも回って、やっと診断がされている。診断時は、診断されたことで安堵感を抱く一方で、聞きなれない病名がどのような病気なのかがわからないため、医療職者に説明されても質問もできない状況に陥っている。何がわからないかがわからないので、質問には繋がっていない。

病気の理解の難しさは、統合失調症やHIV感染症、及び1型・2型糖尿病においても同様に示されており、杉山（2013）は、自分自身の体がよくわからず、どこまでだったら今までと同じ力が出

せて、どうなると症状が出てくるのか、プロレベルでやっていけるのかと不安だったことを著わしている。

5) 病気を説明する言葉が見つからない

水野(2011)は、白内障手術の2年後に視力が低下して眼科を2施設ほど受診したが、そのたびに異常がないと言われ、自分の主観だけで食いがわるわけにもいかないと病院をあとにする。その後、他院の受診で後発白内障と診断され治療により無事に視力は回復したが、医療職者の前で説明することの難しさが分かる。また、羽田(2003)は、退院後に医師の診断書に基づき体育を見学したとき、見学の回数が重なるたびに先生の目がきつくなり、まだ出られないのかと問われて、何も言えなかったことを思い出し、情けなかったことを著わしている。

6) 社会的偏見との遭遇

森(2006)は、自分と同じ病気でさまざまに辛い思いをしている人々のために講演活動をしているが、その行く先々で家族の方や当事者たちの涙が忘れられないとし、とくに病気の子供をもつ母親たちの涙を何回も見ている。「あまりにも偏見の強い病気であるがために、患者も家族も病気そのものの苦しきよりも、社会とのかかわりにおける二次的な苦しみに、よりひどくさいなまれている」と指摘する。そして、「一歩外に出たならば病気のことをさとられないように用心深く暮らしていくしかない。この世をうまく渡っていくために十年以上もスパイ生活が続けているわけである」と著わす。

4. 「言いづらさが‘解ける’」と「言いづらさが‘超越される’」

ライフストーリーにおける言いづらさにおいては、時間を経ることで言いづらさがいつしか変化を遂げる様相が含まれていた。それらは、「言いづらさが‘解(ほど)ける’」と表現できるような状況であった。しかしながら、体験記においては、それとは少し異なる‘意志’と‘力’を感じた。それは、言いづらさが‘解(ほど)ける’」というより、「言いづらさが‘超越される’」に近いものでもあった。

たとえば、杉山(2013)は、本を出版するに際して、これまで自分の病気について積極的に話す

ことをしてこなかったことから考えを変えたようすを「この病気は10代の若い人や、もっと小さな子供たちが発症することも少なくないと聞いて、考えを変えました。もしかしたら、・・・この病気を発症したことで『もうできない』と絶望している子がいるかもしれない。今にも夢をあきらめようとしているかもしれない。そう思ったからです。」と著わしている。また、羽田(2003)は、色鉛筆画の個展を開催するに際して、「この初の個展をやる際に、私は病気であることをごく親しい人以外に初めて明かした。」「私はこれまでの7年間、いろんな経験をしたが、一番つらいのは若いのに病気になるということを理解できない人から心ない言葉を投げ付けられた時である。」「私の病気を詳しく知りもしない人から、そんな言葉を言われると正直腹が立つし、悔しいし、悲しくなる。きっとこういう経験をした人がたくさんいるはず。」と表現している。

さらに、森は、文筆活動と講演会を続けることに関して、「私は本当のことをみんなに告げなかった。始めは自分の苦しみを浄化させるためにただ自分一人のためだけに書いていた詩であったが、いつの日が作品を公表したいと願うようになっていた。」「統合失調症の人たちが流す涙はもうこれ以上見たくない。母親につらい思いをさせ、家族をも同様に不幸な運命に巻き込むおそれもあるこの病気に対する偏見や差別と、わたしはたたかっていたと思う。だから、死ぬまでずっとこの講演活動全国行脚の旅は続けていこう。」と著わす。

いずれの場合も、慢性に経過するわかりにくい病気とともにある生活や人生を一人でも多くの人々に伝えたいという強い意志からの言葉となっている。そして、‘絶望している子がいるかもしれない’‘こういう経験をした人がたくさんいたはず’‘統合失調症の人たちが流す涙はもうこれ以上見たくない’のように、自分にとっての意味を越えて、同じ病気の人々へと思いが馳せられている。「言いづらさが解ける」と「言いづらさが超越される」は、どちらも混乱後の帰還を示しているが、「言いづらさが超越される」は、R.アトキンソン(2006)が指摘する自覚的に生きることや他者を助けることの知恵や力にさらに繋がっていると考えられる。そのことに、私たちは人間と

しての土台の強さと、人間として生きることの意味を感じる。

Ⅲ. 「近代小説」に包摂された‘言いつらさ’

自分の檀那が高利貸しであることを知ったお玉は驚き、その事を父親に話そうとする。しかし、新しい住まいで平穩に暮らしている父親の様子を見て、苦勞して自分を育ててくれた父親が気に病むようなことは言わずに、自分の胸にしまっておこうと決心する。

わが国の文化における言いつらさの様相について思索を深めるため、日本の文学作品の中でも近代小説に焦点をあて、日常における言いつらさがどのように著されているかの検証的思索をすすめた。

1. 日本の文学作品における「近代小説」

日本の文学作品から‘言いつらさ’について探究するための作品選択は、安藤（2018）による「日本近代小説史」を基盤とした。安藤（2018）は、近代小説の歴史にはいくつか大きな転換期があり、その一つが明治40年前後であったこと、言文一致の一般化と共に「小説」の概念が大きくゆらぎ、多様な表現形態が模索され始めたこと、及び夏目漱石が島崎藤村の「破戒」（明治39年）の文章の新しさをいち早く評価したこと等を指摘し、俯瞰されているように見えながら視点が登場人物に変換し、その人物の見えたとおりの風景が語られているとしている。また、「破戒」に続き、当時の文壇に決定的な影響を与えたのが田山花袋の「蒲団」（明治40年）であり、実生活を掘り下げることによって普遍をめざすモチーフは、「蒲団」以降、その後の「私（わたくし）小説」への道を切り開くことになったとし、藤村、花袋以外の主な自然主義作家として、徳田秋声、正宗白鳥、岩野泡鳴を示している。さらに、「ありのままに書く」という理念は、漱石と鷗外、この二人の執筆意欲をそれぞれの角度から刺激することになったとしている（安藤2018）。

これらを踏まえ、日本文学の自然主義が、理想化を行わず、醜悪、瑣末なものを忌まず、現実のただあるがままに写しとることを目標とする立場であること（新村,2008）、現実的な立場に身をお

き、人間を追究していること（小西,2018）、及びこの当時の自然主義が自己の内なる自然と外なる大自然との感応という、優れて東洋的な生命観がその背景にあったこと（安藤,2018）等をふまえ、わが国における人々の実生活を描いた初期の作品として、藤村、花袋、秋声、白鳥、泡鳴、鷗外の6人に焦点をあて、代表的な作品を選択した（表3）。

表3 日本文学における‘言いつらさ’を論考した近代小説

著者(出版年)	書籍名(発表年)	主な登場人物(関係性)
島崎藤村(2015)	破戒(明治39年)	丑松、銀之助(親友・同僚)、 蓮太郎(尊敬する先輩)
田山花袋(2018)	蒲団(明治40年)	時雄、芳子(弟子・女学生)、 田中(芳子の恋人)、時雄の妻
徳田秋声(1995)	新世帯 (明治42年)	新吉、お作(妻)、お国(新吉 の友人の妻)
正宗白鳥(2006)	入り江のほとり (大正4年)	辰男、勝代(妹)、栄一(長男)、 良吉(弟)、才次(兄)
岩野泡鳴(2014)	耽溺(明治42年)	田村先生(僕)、吉弥(芸者)、 妻、僕の父、妻の母
森 鷗外(2014)	雁(大正3年)	お玉、未造(檀那・高利貸し)、 お玉の父、岡田(学生)、僕(学 生)

※黒江ら（2019）より引用、一部改変。

たとえば、「蒲団」は、文学者である時雄が日常に単調さを感じていた頃、彼の著作の崇拜者である女学生の芳子から弟子（書生）になりたいという手紙を受け取る。芳子がまだ学生であることから一度は断るが、芳子からの再三の依頼と芳子の両親からの依頼に弟子として迎える。しかし、同じ屋根の下に暮らすうちに、時雄はしだいに芳子に思いを寄せるようになり、妻、芳子、芳子の恋人（学生）、芳子の両親との間で苦悩を続ける（田山,2018）。また、「雁」は、母親が亡くなり、その後貧しいながらも父親に大切に育てられたお玉は、見染められて結婚した夫に妻子があることがわかり、自殺をはかる。その後、高利貸しの未造に望まれて、その妾になる。女中と二人暮らしのお玉は、学生の岡田と挨拶を交わすようになり、しだいに心を寄せる（森,2014）。

2. 「近代小説」に包摂される‘言いつらさ’

これらの近代小説に包摂されている言いつらさを場面として抽出したところ、それぞれの小説に複雑な言いつらさが存在していた。（表4）

表4：近代小説における言いつらさ（一部）

作品名(著者)	「言いつらさ」の記述例	登場人物
「蒲団」 (田山, 2018)	1ヶ月ならずして時雄はこの愛すべき女弟子をその家に置く事の不可能なのを覚った。従順なる家妻はあえてその事に不服も唱えず、それらしい様子も見せなかったが、しかもその気色は次第に悪くなった。限りなき笑い声の中に限りなき不安の情が充ち渡った。	時雄の妻 時雄
	「先生、後生ですから」と祈るような声が聞こえた。「先生、後生ですから、もう、少し待ってください。手紙に書いて、さし上げますから」(中略)暫くして下女は細君に命じられて、二階に洋燈を点けに行ったが、下りて来る時、一通の手紙を持って来て、時雄に渡した。	芳子 時雄
雁 (森, 2014)	きょう話そうと思つて来た事を、話せば今が好い折だとは思ながら、切角暮らしを楽にして、安心させようとしている父親に、新しい苦痛を感じさせるのがつらいからである。(中略)今一つある秘密を、ここまで持って来たまま蓋を開けずに、そっくり持って帰ろうと、際どいところで決心して、話を余所に逸らしてしまつた。	お玉、 父親
	その檀那と頼んだ人が、人もあろうに高利貸しであつたと知つた時は、余りのことに途方に暮れた。そこでどうも自分ひとりでは胸のうやもやを排し去ることが出来なくなつて、その心持を父親に打ち明けて、一緒に苦しみ悶えてもらおうと思つた。そうは思つたものの、池の端の父親を尋ねてその平穏な生活を目のあたりに見ては、どうも老人の手にしている杯の裡に、一滴の毒を注ぐに忍びない。よしやせつない思いをしても、その思いを我が胸一つに畳んで置こうと決心した。そしてこの決心と同時に、これまで人にたよることしか知らなかつたお玉が、始めて独立したような心持になつた。	お玉、 父親

※黒江ら (2019) より一部抜粋。

「蒲団」では、時雄は弟子（書生）である芳子にいつしか恋心を抱くようになるが、妻のある彼にとって、そのことは公然とできるものではなかつた。時雄はその思いを自分の胸のうちにしまい込み、同様に彼の妻も時雄に問いただすことはできなかつた。時雄は、芳子の両親から依頼された立場もあつて、芳子と恋人（学生）との関係が気になり、芳子に説明を求めるが、芳子はうろたえ、恋人との関係をその場で説明することはできずに、口ごもる。そして手紙で伝えようとする。時雄、妻、芳子の三者三様の言いつらさがみられる。また、「雁」では、自分の檀那が高利貸しであることを知つたお玉は驚き、その事を父親に話そうとする。しかし、新しい住まいで平穏に暮らしている父親の様子を見て、苦勞して自分を育ててくれた父親が気に病むようなことは言わずに、自分の胸にしまつておこうと決心する（表2）。

3. 日本の「近代小説」における「言いつらさ」の先行体験

ライフストーリー及び体験記から先行体験として導かれた〔他者への気遣い〕〔傷ついた体験〕〔仕事への影響の懸念〕〔病気の理解が難しい〕〔病気を説明する言葉が見つからない〕〔社会的偏見との遭遇〕を基盤として、近代小説にみられる「言いつらさ」の考察をすすめた^{註④}。但し、小説の設定は必ずしも病気状況ではないことから、〔状況の理解が難しい〕〔説明する言葉が見つからない〕として考えた。

1) 他者への気遣い

「蒲団」の時雄は、問いただそうとしていた芳子が塞ぎこんでいる姿を見て、自分がこれ以上話すことで相手をさらに追い詰めることになると思ひ黙して歩く。また、貧しくも父親の手で大切に育てられた「雁」のお玉は、その父が新たな住まいで、これまでに無いほどの平穏な暮らしをしている姿を見ると、自分の檀那が高利貸しであるというお玉にとって驚きの事実を話すことができない。お玉は父を煩わすことはできないという思いから自分の胸にしまつておこうと決心する。そしてこの決心と同時に、これまで人にたよることしか知らなかつたお玉が、始めて独立したような心持になるのである。

2) 傷ついた体験

「新世帯」のお作は、官吏の屋敷で奉公していたときは、奉公先の主人に褒められ重宝がられていた。ところが新吉に嫁いだ後は、夫の新吉に役に立たないと再三再四罵られるようになる。その頃から、お作は夫に何か言おうと思つても、おずおずと話しをするようになる。さらに、流産した時に夫が実家に来てくれることはなく、日にちが経過してから夫が来た時にお作は言葉にすることなく涙を溜め怨む。

3) 仕事への影響の懸念

「破戒」の丑松の言いつらさは社会的偏見とも繋がっているが、彼の心情として、言うことで「社会から捨てられるということは、いかに言つても情けない。(中略)もしそうなつたら、どうしてこれから将来生計が立つ。何を食つて、何を飲もう。自分はまだ、青年だ。望みもある、願ひもある、野心もある。ああ、ああ、捨てられたくない。」と、仕事を失う懸念が示されている。

4) 状況の理解が難しい

「新世帯」の新吉は、妻のお作が実家に戻り流産したときに、実家にいくべきかどうかで実は深く悩んでいた。実家に来てくれなかったことをお作に責められ、新吉も詳しい話を訊いてみると、なんだか自分ながら空恐ろしいような気もした。「私はまた、如何せ死んでるんだから、なまじい顔でも見ちゃ、反って好い心持ちがしねえだろうから、見ない方が優（まし）だと云う考で…」と言いつづらをする。「むろん流産のことを想い出すと、病気に取り着かれるようであった。彼奴（やつ）も可哀さうだ、一度は行って見てやらなければ…」と云う気はあっても、さて踏み出していく決心ができなかった。明日は明日はと思ひながら、つい延引（のびのび）になってしまった。頭脳（あたま）が三方四方へとられているようで、此の一月ばかりの新吉の胸の悩ましさと云うものは、口にも辞（ことば）にも出せぬ程であった」と著わされ、流産という状況をとらえることに戸惑う姿が描かれている。

5) 説明する言葉が見つからない

「蒲団」の芳子は、自分の恋人との関係を時雄や親に隠して、交際を続けていたが、ある日、時雄に恋人との関係を問い詰められて答えることができない。思いもよらないことで、説明する言葉が即座には見つからず、少し時間をもらって、手紙にしたためるのである。また、時雄の妻も、時雄と芳子の関係が気になっている様子だが、それを言葉にすることはしない。どのような言葉にすればよいのかがわからないとか、それを言葉にしたときの時雄の反応への懸念等が著わされている。

6) 社会的偏見との遭遇

「破戒」の丑松は、自分の出身について親友（師範学校の同級生で同僚）にも尊敬する先輩にも話すことができない。彼は、師範学校で教育を受けることにより、当時の社会が有している偏見に気づかされる。同時に、そのような偏見のある社会で生き抜くための心構えを父親から厳しく伝授されていた。それは、彼の家族や親族が固く守り続けてきたものであり、家族や親族のことを考えると決して自分が破る訳にはいかないものでもあった。彼の苦悩は日に日に深くなり、尊敬する先輩にだけは話をしようと決心するが、言葉にできず、先輩の不慮の死によって、その機会を失う。その

うちに学校の校長らに説明しなければならない状況に追い込まれ、居場所を失い、新たな居場所を求めて海外に立つ。ここでは、社会的偏見との遭遇、他者への気遣い、傷ついた体験、説明する言葉が見つからないが複層的に渦巻いている。また、「雁」のお玉にとって「高利貸し」という職業は望ましいものではなく、それは同時に自分が偏見を抱えていることでもあった。だからこそ、それを父に言うかどうかで苦悩する。ここでも、社会的偏見との遭遇は、他者への気遣いと複雑に繋がっている。

IV. 終章

おそらく、私たちの言いづらさは単一の先行体験によって成り立つのではなく、複数の体験が複雑に絡まることによって、その人自身の言いづらさがかたち作られると思われる。これまでの思索をふまえ、言いづらさの体験と先行体験及び帰結等を俯瞰してみると表5のようである。

表5：慢性の病いにおける「言いづらさ」と「言いづらさ」の先行体験と帰結等

慢性の病いにおける「言いづらさ」:本人の認識にかかわらず、「言わない」「言えない」「言いたくない」といった、「言う」ことに抵抗や苦痛が生じている体験
「言いづらさ」の先行体験:「他者への気遣い」「傷ついた体験」「仕事への影響の懸念」「病気の理解が難しい」「説明する言葉が見つからない」「社会的偏見との遭遇」
「言いづらさ」の帰結:「病気でないように装う」「居場所がなくなる」「キャリアが狭められる」「混乱の人間関係に耐える」
「言いづらさが解（ほど）ける」「言いづらさが超越される」:「語り合える人との出会い」「言う人と言わない人に一線を引く」ことで自らのコントロール感を取り戻すことが可能となるとともに、「病気が生活に溶けこむ」ことで、「言いづらさが解ける」あるいは「言いづらさが超越される」。「言いづらさが超越される」は、自覚的に生きることや他者を助けることの知恵や力に一層強く繋がっている。

おわりに。

筆者らは、慢性の病いとともにある人々への聞き取りの後に、慢性状況のケアを提供している看護職への聞き取りを行った。看護職は人々の「言いづらさ」に気づいていることが多く、そこでは細やかなケアが実施され、同時に看護職には「聴きづらさ」が存在していることが確認された。それらを基盤とし、言いづらさをふまえたケアのあり方を実践領域モデルとして構築するに至り（黒江ら,2022）、検証的思索を続けている。

実践領域モデルを思案しているときに思い出さ

れたのは、A.クライマン（2016）が示しているところの「ケアをすることは典型的な道徳的・人間的実践となる。ケアは共感豊かな想像的实践となり、責任を果たす営みとなり、承認であろうとすることになり、そして途方もない窮地を生きる人々と結束しようとする実践になるのである。このような道徳的・人間的実践を通して、ケアをする人、そしてときにはケアを受ける人さえもがより現実に根を張る存在となり、そうしてまったき人間になるのである。」というケアすることの意味であった。現実に根をはる‘まったき’人間になるケアの在り方を、「言いづらさ」をふまえて今後も考え続けていきたいと思う。

註①令和3（2021）年度科学研究費助成事業（研究成果公開促進費）課題番号（21HP5206）「クロニクイルネスにおける「言いづらさ」と実践領域モデル」

註②R.アトキンソン（2006）は、人間がもつ伝統的なストーリーは、時空間的な要素を共有し、すべての人間の人生や状況に関わるものとなることを指摘している。これらのストーリーには、メタファー、シンボル、元型、モチーフ等があるとし、個人のライフストーリーにおける元型とモチーフ（カッコ内）として別離（冒険への呼びかけ、後退等）、行動（より大きな困難、復活と再生等）、帰還（責任の容認、自覚的に生きること等）を示し、それぞれにおける元型的な経験を著している

註③ここで示す‘先行体験’は、L.O. ウオーカーら（2005）の考えを参考に、特定の概念としての「言いづらさ」の発生に先立って生じる体験（出来事や思い）を意味し、‘帰結’は、その概念が発生した結果として生じる出来事や思いを意味する。（黒江ら、2015）

註④クロニクイルネスにおける「言いづらさ」は、アトキンソンの指摘する元型的な体験として説明が可能であることから、限られた状況のみにみられる事象ではなく、私たち人間の人生や状況に関わるものとなり、日本文化の中にも在り続けていると考えた。

【文献】

安藤宏. (2018). 日本近代小説史（第4版）. 中公

選書.

Atkinson, R.(2002).The life story interview. In Gubrium,J.F. & Hlstein,J.A. (eds.). Handbook of Interview Research : Content & Method. Sage Publications. pp.121-140.

黒江ゆり子, 北原保世, 慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」についての研究グループ訳 (2006). ライフストーリーインタビュー, 看護研究, 39 (5), 81-100.

R.アトキンソン著, 塚田守訳. (2006). 私たちの中にある物語, ミネルヴァ書房.

羽田沙織. (2003) 色鉛筆がくれた希望－クローン病を患って見つけた幸せのかたち－, アオトダイジェスト.

市橋恵子. (2011). H I V感染をもつDさんのライフストーリー, 看護研究, 44 (3), 274-279.

今井COCO. (2014). 親友はエイズで死んだ. 青土社.

岩野泡鳴. (2014). 耽溺 (初版). 青空文庫POD [NextPublishing].

河井伸子. (2011), 2型糖尿病のEさんのライフストーリー, 看護研究, 44 (3), 280-284.

小平光子. (2016). 難病ALSの夫を見守って, 文芸社.

小西甚一. (2018). 日本文学史(第32刷). 講談社.
アーサー・クライマン, 江口重幸, 皆藤章著.

(2016). ケアをすることの意味, 誠信書房.

黒江ゆり子. (2011a). 慢性の病いにおける他者への「言いづらさ」に関する看護学的省察, 看護研究, 44 (3), 227-236.

黒江ゆり子. (2011b). 1型糖尿病のFさんのストーリー, 看護研究, 44 (3), 285-292.

黒江ゆり子, 宝田穂, 市橋恵子, 森谷利香, 中岡亜希子, 古城門靖子, 田中結華, 河井伸子.

(2011c). 7つのライフストーリーに描き出された他者への「言いづらさ」, 看護研究, 44 (3), 298-304.

黒江ゆり子, 藤澤まこと. (2012). 慢性の病いと他者への「言いづらさ」－糖尿病におけるライフストーリーインタビューが描きだすもの－, 岐阜県立看護大学紀要, 12 (1), 41-48.

黒江ゆり子, 藤澤まこと. (2015). 慢性の病いにおける言いづらさの概念についての論考－ライフストーリーインタビューから導かれた先行要

- 件と帰結－, 岐阜県立看護大学紀要, 15 (1), 115-121.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと. (2018). クロニックイルネスにおける他者への「言いづらさ」, 岐阜県立看護大学紀要, 18 (1), 115-121.
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと. (2019). クロニックイルネスにおける他者への「言いづらさ」－日本文学における近代小説に著わされた事象をふまえた論考－, 岐阜県立看護大学紀要, 19 (1), 147-154.
- 黒江ゆり子編. 宝田穂, 市橋恵子, 森谷利香他著, (2022). クロニックイルネスにおける「言いづらさ」と実践領域モデル, みらい.
- 正宗白鳥. (2006). 何処へ 入江のほとり (第2刷). 講談社.
- 水野一. (2011). 糖尿病と私, 中央公論新社.
- 森実恵. (2006). なんとかなるよ 統合失調症－がんばりすぎない闘病記－, 開放出版社.
- 森鷗外. (2014). 雁 (第117刷). 新潮社.
- 森谷利香. (2011). ミトコンドリア脳症患者の在宅療養における主介護者であるAさんのライフストーリー, 看護研究, 44 (3), 257-261.
- 中岡重希子. (2011). パーキンソン病をもつBさんのライフストーリー, 看護研究, 44 (3), 262-267.
- 新村 出. (2008). 広辞苑 (第六版). 岩波書店.
- 島崎藤村. (2015). 破戒 (第140刷). 新潮社.
- 杉山新. (2013). 絶望なんかで夢は死なない, イースト・プレス社.
- 高見澤たか子. (2006). ごめんね, ほくが病気になって. 春秋社.
- 宝田穂, 古城門靖子. (2011). 精神障がいに対するセルフスティグマから解放されたCさんのライフストーリー, 看護研究, 44 (3), 268-273.
- 宝田穂, 黒江ゆり子, 市橋恵子, 中岡重希子, 森谷利香, 古城門靖子, 田中結華. (2011b). 「言いづらさ」は何を意味するのか, 看護研究, 44 (3), 305-315.
- 田中結華. (2011). クロニック病のGさんのストーリー, 看護研究, 44 (3), 293-297.
- 田山花袋. (2018). 蒲団・重右衛門の最後 (第86刷). 新潮社.
- 徳田秋声. (1995). 新世帯・足袋の底 (第4刷). 岩波書店.
- LO. Walker, KC. Avant著. (2005). Strategies for Theory Construction in Nursing, Pearson Education. 中木高夫, 川崎修一訳 (2008): 看護における理論構築の方法, 89-124, 105-106, 医学書院.

総説

膀胱の解剖生理と過活動膀胱

Anatomy and Physiology of the Bladder and Overactive Bladder

百田芳春¹⁾

1) 関西看護医療大学 看護学部 専門基礎

Yoshiharu Momota¹⁾

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing

要旨：本論では過活動膀胱の原因やその対処方法及び最近の知見を紹介する。症状の直接の原因臓器は膀胱及び尿道である。膀胱及び尿道の障害に起因する症候を下泌尿路症状として認識されている。そのため過活動膀胱は下泌尿路症状に含有されている。ところで、泌尿器科領域の大規模な疫学調査から日本では40歳以上の12.4%の人々が過活動膀胱の症状を自覚していることが報告された。下泌尿路症状は尿を溜めて保持する蓄尿の障害と溜まった尿を排泄する排尿の障害に起因する。したがって過活動膀胱を理解するには膀胱の解剖生理および組織学の知識は重要になる。特に、蓄尿と排尿は自律神経と体性神経によって調節されていることから、神経系の調節システムの理解は基本になる。更に膀胱上皮細胞の排尿の調節への関与がクローズアップされてきた。最後に、過活動膀胱の治療として行動療法や薬物療法も合わせて紹介したい。

キーワード：過活動膀胱, 下泌尿路症状, 自律神経, 膀胱上皮細胞

Keywords : Overactive Bladder, Lower Urinary Tract Symptoms, Autonomic Nervous System, Urothelium

I. 緒言

爬虫類と比較して哺乳類では膀胱と尿道が進化の過程で特に発達した。ところで、哺乳類で例えばライオン、ゾウ、ウシ、イヌそして人間では体重は明らかに異なるが、「体重が3 kg以上の哺乳類の排尿時間はおよそ21秒である」と報告された (Yang, Pham, Choo & Hu, 2004)。この研究に対して2015年には「イグ・ノーベル賞」の物理学賞が与えられた。結論として、膀胱の大きさと尿道の直径が変数になり、排尿時間が結果的に共通して、およそ21秒になった。この知見は、人々に笑いをもたらしながらも、今後、排尿時間の基準として臨床上の意義があると思われる。一般的に、排尿時間は加齢と共に長くなり、特に男性では前立腺の影響でその傾向が顕著である。尿を出すときの障害を排尿障害と、また尿を貯める

ときの障害を蓄尿障害という。これらの診断には排尿回数、排尿容量、排尿時の尿線、膀胱内圧の測定など尿流動態検査が普通であった。このような心理的、物理的な負担が伴う診断では、潜在的に排尿蓄尿に問題を抱える人は積極的に受診しにくい時代が長く続いていた。しかし平成18年に膀胱内圧の測定の妥当性が見直され、必ずしも膀胱内圧の測定が感度、特異度が必ずしも十分とは言えず、薬物療法を行うに際して「問診」による診断で良いという判断がくだされた (薬食審査発第0628001号)。これが契機となり、日本において排尿や蓄尿に障害を抱える患者は、より円滑に薬物療法を受けられる時代になった。このことは、多くの尿トラブルを抱える患者にとってはQOLの改善をもたらすといえる。蓄尿と排尿は人間に

とって基本的な生理的行動であり、人間の生活の質の維持に重要である。本レビューでは、膀胱の解剖生理から神経支配、発生にふれ、蓄尿障害として広く世に知られている過活動膀胱について述べる。

II. 膀胱をめぐる基礎事項

1. 膀胱のマクロ解剖

膀胱は骨盤腔内で最も前方にある中腔性の袋状の臓器である。膀胱前面の正中部分に膀胱尖があり、後述の尿管の残渣が前腹壁内側の上方に伸びて臍につながる。膀胱の後下方は三角形をなし膀胱底という。腎臓で生成された尿は2本の尿管を経て膀胱に接続する。また膀胱から尿の排出は1本の尿道が担当する。そのため膀胱底には尿管の接続部位と尿道の開始部分が備わるために、合計3箇所孔がある。これら3点を頂点とする領域を膀胱三角という。膀胱に出入りする血管及び神経は必ず膀胱三角を介する。膀胱三角は神経が集中するため、この箇所の物理的刺激だけでも尿意を感じる。例えば、尿道カテーテルが膀胱三角部分を通過するときである。膀胱頸部は膀胱の最下部に位置し、尿道が始まる部位を含む。尿道はさらに会陰膜を通過する。また、膀胱頸部は左右の恥骨に靭帯によって固定されている。この靭帯は女性では恥骨膀胱靭帯といい、男性では恥骨前立腺靭帯という。会陰部には深会陰隙があり、そこに横紋筋として外尿道括約筋、会陰横紋筋が含まれ、女性ではさらに尿道膈括約筋、尿道圧迫筋が含まれる。これら膀胱頸部周辺に位置する骨格筋は一括して骨盤底筋群と呼ばれ、トレーニングにより尿失禁の予防に役立つ。

2. 膀胱の組織と神経支配

膀胱の袋をなす壁は膀胱排尿筋によって形成される。膀胱の出口すなわち膀胱頸部は平滑筋性の内尿道括約筋からなる。これら2つは平滑筋であり、自律神経によって神経支配される。更に遠位部には横紋筋からなる外尿道括約筋が続き、体性神経によって神経支配される。図1に示すように、自律神経はすべて節前神経と節後神経によって構成され、交感神経性の節前神経として下腹神経が排尿筋と内尿道括約筋に命令を与える。副交感神経性の節前神経として骨盤神経が排尿筋に情

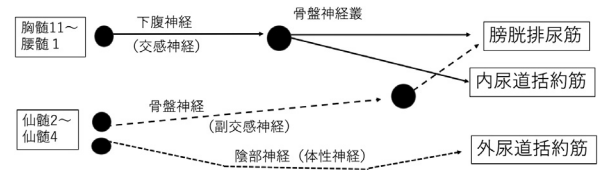


図1 膀胱および尿道の組織への遠心性神経支配

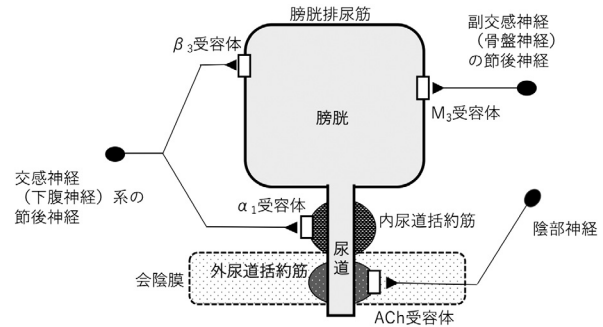


図2 膀胱および尿道の組織への遠心性神経支配と受容体

報を与える。これらの節前神経は節後神経に情報を伝え、排尿筋および内尿道括約筋を神経支配する。図2に示すように、交感神経系はその節後神経終末からノルアドレナリンを放出し、排尿筋と内尿道括約筋はそれぞれ β_3 受容体と α_1 受容体によって受容される。 β_3 受容体の活性化により排尿筋は弛緩するが、 α_1 受容体の活性化により内尿道括約筋は収縮する。つまり、袋が緩んで出口が閉まるため膀胱は蓄尿状態を維持する。一方、副交感神経系はその節後神経終末からアセチルコリンを放出し、排尿筋においてムスカリン性 M_3 受容体によって受容される。内尿道括約筋への副交感神経性の神経支配はないと認識されている。つまり出口のしまりが維持できない状態で袋が収縮するので排尿が起きる。これらの神経系はすべて遠心性であるが、自律神経では不随意的な調節が、体性神経では随意的な調節が行われる。膀胱の内面には粘膜があり、移行上皮細胞層によって形成される。人でおおよそ6層からなり、膀胱が尿により充満すると、膀胱壁は薄くなり、膀胱上皮細胞層は薄くなる。そのとき、層になって重なっている上皮細胞が薄く重層して尿の漏出が防止される。また上皮細胞は層になっているが、一部分は基底膜に密着している。尿と接する膀胱上皮細胞は大型で傘（アンブレラ）細胞と呼ばれ、膀胱のバリア機能に重要な役割を果たす。膀胱の移行上皮細胞層の役割は尿の漏出防止と感染防御のた

めのバリア機能と考えられてきたが、最近の知見から尿意との関係で研究が進んできた（図3）。

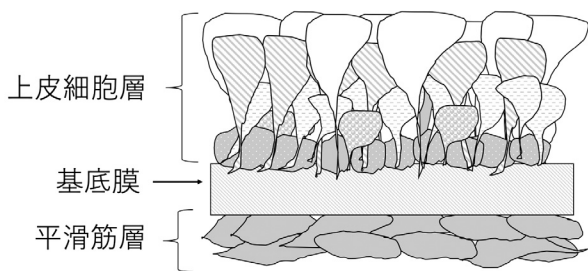


図3 一般的な膀胱上皮細胞

3. 膀胱の発生学的側面

膀胱とは受精後にどのようにして形成されるのであろうか。はじめに膀胱の発生学的な解剖を簡単に説明する（図4）。ヒトでは受精後12日頃に、胚盤胞の一部から付着茎が出現し、子宮内膜との栄養物、老廃物、及ぶガス交換の準備がはじまる。その後、胚盤は胚子に姿を変え、その尾部から管状の中胚葉性の尿膜管が付着茎に侵入し、胚子の初期過程では尿膜管は子宮内膜側との間の物質交換を担う。ややおくれず臍帯が尿膜感とは独立して並行しながら発達させる。尿膜管は胚子体内において腹腔下部の領域で中空性の袋をなし、その一部は後腸の末端部と癒合し排泄腔を形成する。ヒトにおいては、発生の第4～7週中に、尿直腸中隔を発達させ、これにより排泄腔を前方（腹側）と後方（背側）の2つの袋に分けられる。排泄腔の前方の部分は原始尿生殖洞を経て膀胱及び尿道になる。後方の袋が直腸及び肛門管になる。こうして膀胱と直腸が完全に分離する。その後、膀胱に連続している尿膜管は退化し索状化して付着茎

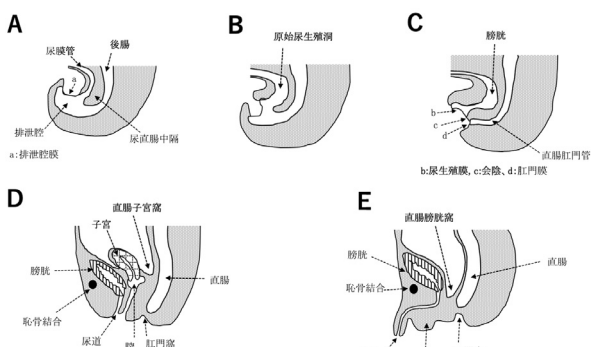


図4 膀胱の発生過程 安田峯生, 山田重人訳, ラングマン人体発生学 第11版, 256頁, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京より改変

及び臍帯内部に残る。尿直腸中隔は腹腔内の下部の床面に切り込みを形成し、その名残は出生後に女性では直腸子宮窩（Douglas窩）を、男性では直腸膀胱窩として確認される。尿直腸中隔が胚子の尾部の外表面と接する部位から将来の会陰部や外生殖器及び肛門が出現する。このように膀胱及び尿道と直腸及び肛門管は密接に発生過程で形成され、それらの筋組織と神経支配には類似性がある。

Ⅲ. 排尿と蓄尿

1. 排尿と蓄尿の神経回路

腎臓は連続的に尿を産生して、尿管を通じて膀胱に尿を送る。膀胱に尿が溜まっても、膀胱は外に広がるため、膀胱内圧は急激に上昇しない。

しかし尿が200ml程度たまると尿意を感じ（図5）、400ml程度になると急激に内圧が高まり強い尿意を感じる。膀胱壁からの求心性の情報、つまり膀胱壁の伸展情報は伸展受容器を介して脊髄へ伝達されることから始まり、その神経は骨盤神経の求心路を形成する神経（内臓知覚神経）が担う（図5a）。骨盤神経の求心路は脊髄内で3つの経路に分かれる。脳までの上行路（図5b）と、胸腰髄に至る上行路（図5c）と、仙髄に至る上行路（図5d）である。図5eで示される細胞は蓄尿を命令する交感神経の節前神経にはほかならず、その神経線

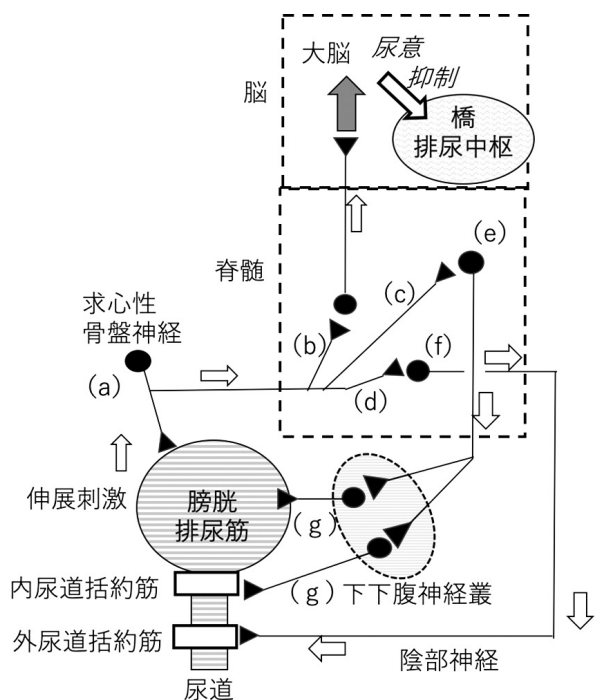


図5 蓄尿の神経回路

維は下腹神経と呼ばれる。下腹神経は下下腹神経叢においてシナプスを設け、交感神経の節後神経を活性化する。そこから節後神経(図5g)は膀胱排尿筋または内尿道筋にそれぞれ弛緩または収縮を誘発する。また仙髄の陰部神経(図5f:別名をオムツ核と呼ばれる)も活性化され、外尿道括約筋が収縮する。このようにして尿意を感じる前から、また尿意を強く感じている時も、排尿が起こらず蓄尿状態が維持される。

排尿の神経回路は図6に示す。「容積が拡大すると求心性の骨盤神経の情報が強まる。すると、ヒトに尿意が強く意識されながら適切に排尿できると判断されると、橋排尿中枢への抑制が解除される。そのため橋排尿中枢が活性化する。ここから命令が下行性に脊髄まで伝達され(図6h), 3つのことが起きる。下腹神経(図6e:細胞体のみ図示)に対して抑制的に作用し、膀胱排尿筋は弛緩状態を維持できず、内尿道括約筋は収縮状態を維持できなくなる。そのため蓄尿状態が維持できなくなる。陰部神経(図6f:細胞体のみ図示)に対して抑制的に作用し、外尿道括約筋は収縮できなくなる。同時に、仙髄レベルでの排尿中枢である骨盤神経が活性化される。骨盤神経は副交感神経の節前神経に相当する。次にその節後神経が活性化され(図6j), 膀胱排尿筋は収縮状態になる。このような巧妙な神経経路を介して、排尿の直前まで蓄尿状態が維持できる。橋の排尿中枢が活性化し、排尿が起きる現象を一般的に排尿反射とい

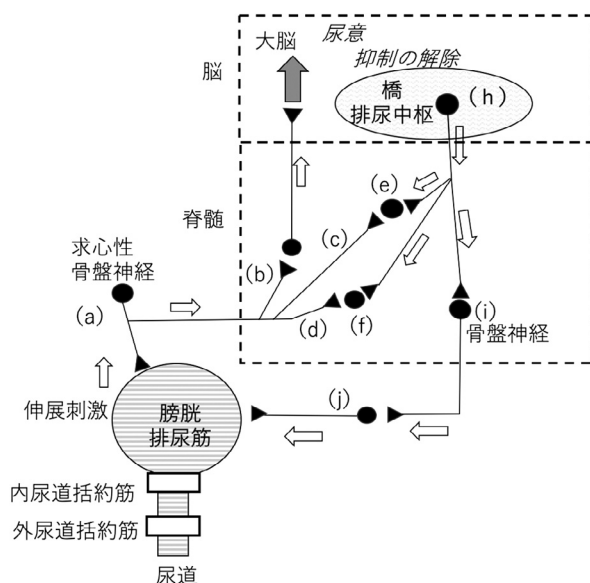


図6 排尿の神経回路

う。また、ヒトは尿意を感じてから実際の排尿が起きるまで自分の意思で調節できるので、このような一連の排尿行動を随意的排尿反射とも呼ばれる。

出生後からヒトは自力で、不随意的な排尿パターンによって自律神経の活動によって蓄尿と排尿が起きる。ヒトが排尿行動を身につけるまでに数年の期間を要し、この間、保護者の指導により乳幼児・幼児は排尿に関する学習を通して、中枢神経系に記憶される(Fowler, Griffith & De Groat, 2008)。ヒトでは3歳から5歳で排尿行動の調節が身につく。この期間に、脊髄及び脳内で行動パターンが学習され記憶が成立するからである。動物では主に授乳期間中を通じて仔の外生殖器を舐めて排尿(排便)を促し、排尿行動を学習させる(De Groat, 2002)。ヒトでは、乳幼児・幼児は「オムツ」から「オマル」へ、その後、トイレにおいて、尿意という感覚と排尿行動が学習され、排尿行動が記憶される。

2. 膀胱の知覚の始まりはどこからか。

膀胱に400ml程度の尿がたまるとヒトは明確な尿意を感じ始める。また、膀胱から脳までは明らかに求心性の神経路に依存する。前述の伸展受容器は、膀胱において決め手になるものがない状態が長く続いた。ところが、臨床医学とは全く異なるショウジョウバエの視覚の研究から一過性受容体電位型(Transient receptor potential; TRP)チャンネルが発見され、突破口が開かれた(Montel & Rubin, 1989)。この遺伝子の近縁グループがTRPタンパク質群として認識され、当初TRPチャンネルは辛味成分であるカプサイシンの受容体として広く知られるようになり(Caterina, et al., 1997)、次に光、温度、痛み、辛さ、酸-塩基といった物理化学的な刺激に応答することが知られ、細胞のセンサーとして認識されるに至った(Clapham, 2003)。そこで、TRPチャンネルが膀胱機能に関与していると期待され、検討された。その結果、TRPチャンネル群の中で、TRP Vanilloid (TRPV)型受容体が蓄尿と排尿に関与している事が明らかにされ(図7)、その受容体が膀胱粘膜の上皮細胞に発見された(Birder et al., 2002)。それ以前には膀胱上皮細胞は尿の漏出防止と感染防御のバリア機能だけを担うと信じら

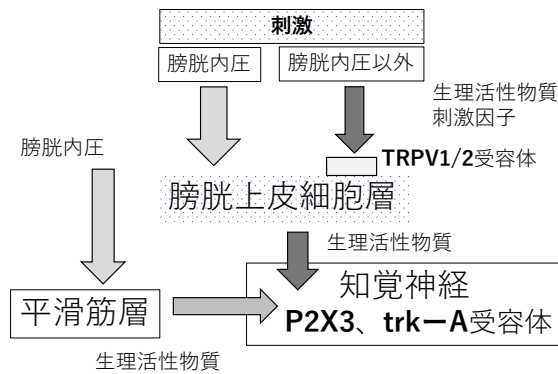


図7 膀胱知覚神経の活性化

れてきた。しかし現在では膀胱上皮細胞は神経細胞のようなセンサーの役割を果たすことが知られるに至った。その一環で、知覚神経を活性化させる既存の生理活性物質がスクリーニングされ、例えばATP（アデノシン三リン酸）、ブラジキニン、一酸化窒素、神経成長因子（NGF）、アセチルコリンなどが浮上し、それらの受容体が膀胱上皮細胞に見出されている。これらの生理活性物質は共通して膀胱上皮細胞を活性化し、それに応答して膀胱上皮細胞が別の生理活性物質を放出し、知覚神経終末を活性化し、尿意や排尿行動を促すと信じられている（Birder & De Great, 2007）。しかしながら、これらの生理活性物質と対応する受容体は、痛みで代表される化学的刺激とその応答を説明するもので、膀胱に尿が溜まり、膀胱壁が伸展刺激を受け、それに直接的に対応する機構ではない。しかし、しばらくして伸展受容体そのものが発見された。その糸口は、始めに触覚機能を先天性に失った患者の遺伝子解析から始まった。その原因遺伝子が同定され、PIEZO1と名付けられた（Coste et al., 2010）。PIEZOはギリシャ語で圧力を意味するので、そう名付けられた。その後、同じグループがPIEZO2を発見した（Ranade et al., 2014）。PIEZO2は骨格筋の腱の内部に備わり、腱の伸展をモニターし、PIEZO2欠損マウスでは円滑に動けなくなることが見出された（Woo et al., 2015）。このように細胞が伸びる、あるいは細胞が変形する場合にはPIEZO1やPIEZO2の構造が変わり、内部に備わる陽イオンが開口し、細胞外液中の陽イオン（例えば、カルシウムイオンやナトリウムイオン）が細胞内に流入し、PIEZOを備える細胞が活性化する。膀胱においてPIEZO1およびPIEZO2が検討され、これらは膀胱上皮細胞

胞層の外表面の上皮細胞（傘細胞）に発現することが見出された（Dalghi et al., 2021）。膀胱壁の伸展に伴いこれらの受容体が活性化し、傘細胞内に陽イオンが流入する。これが刺激になり、おそらく傘細胞から何らかの生理活性物質が放出され（図8）、それらによって膀胱の知覚神経の終末が活性化すると考えられている。PIEZO1やPIEZO2がこのような種々の現象に関わることから創薬の対象になり、PIEZO2の働きを阻害する薬物が膀胱の障害、とりわけ蓄尿障害の治療薬になる可能性がある。これらの研究に対して2021年度のノーベル賞が、辛さの受容体の研究者であるジュリアス教授とPIEZOタンパク質の研究者であるパタブティヤン教授に与えられた。

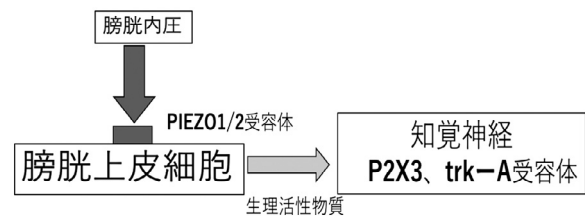


図8 膀胱における伸展受容器PIEZO1/2の所在と役割

IV. 下部尿路症状と過活動膀胱

1. LUTSとOAB

過活動膀胱（Overactive Bladder; OAB）は下部尿路症状（lower urinary tract symptoms; LUTS）の枠組みで理解されている。LUTSは2つの側面すなわち蓄尿障害と排尿障害によって構成される。LUTSの症状は表1に示すように症状が分類されている。更に詳しい症状の分類には、日本排尿機能学会及び日本泌尿器学科の編集における「過活動膀胱診療ガイドライン（第3版）」に詳しい。これらの症状の中で蓄尿障害を呈する状態を過活動膀胱という（Abrams, 2003）。2002年に国際禁制学会の用語の標準化によって「過活動膀胱とは、尿意切迫感を主症状とし、通常は頻尿

表1 下部尿路症候群の分類

下部尿路症候群 (LUTS)	
蓄尿障害	排尿障害
昼間頻尿 夜間頻尿 尿意切迫感 尿失禁 (切迫性・腹圧性)	尿勢低下・尿線途絶・尿線分割 腹圧排尿 排尿遅延 終末低下

や夜間頻尿を、時には切迫性尿失禁を伴う症状症候群である。」と定義されている。したがって、LUTSの診断には従来、尿流動態検査が必要であったが、症状すなわち問診による「尿意切迫感、頻尿、切迫性尿失禁」のみで診断されるようになった。2006年には前述の如く、これら問診により保険診療による薬物治療の対象に移行した。このように医療の現場においてLUTSの診断方法が変わるにつれ、日本では日本排尿機能学会によってLUTSに関する疫学的調査が実施された(本間・柿崎・後藤, 2003)。それによるとOABの有病率は12.4%であり、その当時で国内では810万人の過活動膀胱の罹患者がいることが示された。罹患者の男女比では、40歳代では女性が多く、50代移行では男性が多くなっている。生活上に影響のあった症状では男性では特に夜間頻尿が多く見られ、女性では昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、切迫性尿失禁、腹圧性尿失禁がほぼ同じ割合で症状として挙げられた。

過活動膀胱診療ガイドラインによると過活動膀胱の発症メカニズムは少なくとも、神経疾患に由来する神経因性とそれ以外の非神経因性に分けられる。神経因性には脳疾患(脳血管障害、パーキンソン病、多系統萎縮症など)や脊髄疾患(脊髄損傷、多発性硬化症、脊髄変性疾患など)が含まれる。このような障害により図5及び図6に示される蓄尿と排尿に関する神経回路のどこかに支障をきたすため、何らかの蓄尿及び排尿障害が起こると考えられている。神経因性の高齢化社会とともに認知症患者の増加は避けられない事態になっている。橋排尿中枢の抑制には脳内の各所の働きが必要になる(Block, Willemsen & Holstege, 1997)。その中で前葉の働きは非常に重要であることが動物実験から示された(Yokoyama et al., 2001)。認知症患者では前頭葉底部に位置するマイネルト基底核の働きが減弱することはよく知られている(Cummings & Benson, 1987)。したがって認知症患者の前頭葉機能の低下に由来する排尿障害は重要な臨床的な問題になっている。

2. OABの治療薬と対処方法

LUTSの治療薬は蓄尿障害と排尿障害の2つに分ける必要がある。OABの症状となる蓄尿障害の治療には、多く尿を長く膀胱に保持させる薬理

作用のある薬物が望まれる。最初に膀胱排尿筋の収縮を阻害する薬物としてムスカリン性M₃受容体への拮抗薬が開発され、臨床応用された。その代表的薬剤は塩酸オキシブチニン、塩酸プロピベリン、酒石酸トルテロジン、コハク酸ソリフェナシンである。これらの薬物は尿意切迫感や切迫性尿失禁に対してよく用いられてきた。これらの薬物の副作用は薬理学の教科書にも記載されているが、口腔内乾燥、便秘、霧視などの副作用が起こり得るほか、排尿筋の収縮抑制から排尿困難、残尿量の増加、尿閉などの発現が懸念される。そのため次世代の薬物として、排尿筋のβ₃受容体の作動薬が開発された。弛緩作用を高め、排尿自体への作用が少ないので、既存のM₃受容体の拮抗薬の副作用により障害を感じている患者にとって有益である。

過活動膀胱により尿失禁は尿道の解剖学的な理由から女性で起こりやすい。特に腹圧性尿失禁の場合は骨盤底筋訓練が有効になることがある。骨盤底筋訓練は行動療法の一環であるが、行動療法にはリスクが殆どないので、すべての過活動膀胱患者に対して実施すべき一次療法とみなされている。骨盤底筋には肛門挙筋、外尿道括筋、会陰横紋筋が含まれ、女性ではさらに尿道陰括約筋、尿道圧迫筋が含まれる。これらの筋を個別的に収縮させることは難しいが、最も大きな肛門挙筋を収縮させることによって、その他の筋の収縮が付随して起こりうる。

V. 結語

日本においては欧米に遅れることなく下部尿路症状の疫学調査がなされ、過活動膀胱の有病者が把握された。また、厚生労働省の指針が変わり下部尿路症状の診断方法が問診になったことから、患者は心理的負担が少なく受診できる時代になった。この30年の間に膀胱の蓄尿と排尿の機序が神経生理学的に解明され、それに従い病態の理解が深まり、臨床の場で適切な薬物療法や行動療法が選択され、過活動膀胱を始めとする下部尿路症状の患者のQOLの向上に反映されることに疑いはない。

利益相反

本稿において開示すべき利益相反(COI)はない。

【文献】

- Abrams, P. (2003). Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urology*, 62(5suppl2), 28-37.
- Birder, L. A., Nakamura, Y., Kiss, S., Nelan, M.L., Barriks, S., Kanai, A. J., Wang, E., Ruiz, G., De Great, W.C., Apodaca, G., Watkins, S., Caterina, M.J. (2002). Altered urinary bladder function in mice lacking the vanilloid receptor TRPV1. *Nat Neurosci*. 5(9), 856-860.
- Birder, L.A. & De Great, W.C. (2007). Mechanism of disease: involvement of urothelium in bladder dysfunction. *Nat Clin Pract Urol*, 4(1), 46-54.
- Block, B., Willemsen, T., Holstege, G. (1997). A PET study of brain control of micturition in humans. *Brain*, 120, 111-121.
- Caterina M.J., Schumacher, M.A., Tominaga, M., Rosen, T.A., Levine, J.D., Julius, D. (1997). Capsaicin receptor: a heat-activated ion channel in the pain pathway. *Nature*, 389 (6653), 816-824n.
- Clapham, D.E. (2003). TRP channels as cellular sensors. *Nature*, 426(6966), 517-524.
- Coste, B., Mathur, J., Schmidt, M., Earley, T.J., Ranade, S., Petru, M.J., Dubin, A.E., Patapoutian, A. (2010). *Science*, 330(6000), 55-60.
- Cummings, J.L., & Benson, D. F. (1987). The role of the nucleus basalis of Meynert in dementia: review and reconsideration. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1(3), 128-155.
- Dalghi, M.G., Ruiz, W.G., Clayton, D.R., Montalbetti, N., Daugherty, S.L., Beckel, J.M., Carattino, M.D., Apodaca, G. (2021). Functional roles for PIEZO1 and PIEZO2 in urothelial mechanotransduction and lower urinary tract interoception. *JCI Insight*, 6(19) e152984. doi:10.1172/jci.insight.152984
- De Great, W.C. (2002). Plasticity of bladder reflex pathways during postnatal development. *Physiol Behav*, 77, 689-692.
- Fowler C.J., Griffith, D., De Great, W.C. (2008). The neural control of micturition. *Nat.Rev Neurosci*, 9(6), 453-466.
- 本間之夫、柿崎秀宏、後藤百万 (2003). 排尿に関する疫学的検討. 日本排尿機能学会誌, 14, 266-277.
- Montel, C. & Rubin, G.M. (1989). Molecular characterization of the Drosophila trp locus: a putative integral membrane protein required for phototransduction. *Neuron*, 2(4), 1313-1323.
- Ranade, S.S., Woo, S.H., Dubin, A.E., Moshourab, R.A., Wetzel, C., Petrus, M., Mathur, J., Bégay, V., Coste, B., Mainquist, J., Wilson, A.J., Francisco, A.G., Reddy, K., Qiu, Z., Wood, J. N, Lewin, G.R., Patapoutian, A. (2014). Piezo2 is the major transducer of mechanical forces for touch sensation in mice. *Nature*, 516(7529), 121-125.
- 武田正之 (2022). 過活動膀胱診療ガイドライン(第3版). 6-11, 東京: リッチヒルメディカ
- Woo, S.H., Lukacs, V., De Nooij J.C., Zaytseva, D., Criddle, C.R., Francisco, A., Jessell, T.M., Wilkinson, K.A., Patapoutian, A. (2015). Piezo2 is the principal mechanotransduction channel for proprioception. *Nat Neurosci*, 18812, 1756-1762.
- Yang, P.J., Pham, J., Choo, J., Hu, D. L. (2014). Duration of urination does not change with body size. *Proc Natl Acade Sci USA*, 111(33), 11932-11937.
- 安田峯生, 山田重人訳, (2016). ラングマン人体発生学 256, 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル
- Yokoyama, O., Ootsuka, N., Komatsu, K., Kodama, K., Yotsuyanagi, S., Niikura, S., Nagasaka, Y., Nakada, Y., Kanie, S., Namiki, M. (2001) Forebrain muscarinic control of micturition reflex in rats. *Neuropharmacology*, 4185, 629-638.
- Montel, C., & Rubin, G.M. (1989). Molecular characterization of the Drosophila trp locus: a putative integral membrane protein required for phototransduction. *Neuron*, 2(4), 1313-1323.
- Yang, P.J., Pham, J., Choo, J., Hu, D.L., (2014). Duration of urination does not change with body size.

Proc Natl Acade Sci USA, 111 (33), 11932–11937.

Ranade, S.S., Woo, S.H., Dubin, A.E., Moshourab, R.A., Wetzel, C., Petrus, M., Mathur, J., Bégay, V., Coste, B., Mainquist, J., Wilson, A.J., Francisco, A.G., Reddy, K., Qiu, Z., Wood, J. N., Lewin, G.R., Patapoutian, A. (2014). Piezo2 is the major transducer of mechanical forces for touch sensation in mice. *Nature*, 516(7529), 121–125.

Yokoyama, O., Ootsuka, N., Komatsu, K., Kodama, K., Yotsuyanagi, S., Niikura, S., Nagasaka, Y., Nakada, Y., Kanie, S., Namiki, M. (2001). Forebrain muscarinic control of micturition reflex in rats. *Neuropharmacology*, 4185, 629–638.

Woo, S.H., Lukacs, V., De Nooij J.C., Zaytseva, D., Criddle, C.R., Francisco, A., Jessell, T.M., Wilkinson, K.A., Patapoutian, A. (2015). Piezo2 is the principal mechanotransduction channel for proprioception. *Nat Neurosci*, 18812, 1756–1762.

原著

Association Between Social Capital and Mental Health among Caregivers of People with Dementia

古川秀敏

関西看護医療大学 看護学部 地域・在宅看護学

Hidetoshi Furukawa

Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Community Health and Home Healthcare Nursing

ABSTRACT

Objectives

This study aimed to examine the association between social capital and depressive symptoms among caregivers of people with dementia.

Methods

Participant recruitment was conducted by sending information about the present study by mail to 470 comprehensive community support centers, 470 home-visit nurse stations that allowed the provision of visiting nursing services, and 470 social welfare councils randomly selected from throughout Japan from April 2022 to March 2023. Consent letters to participate in this study were subsequently received from 43 facilities, to which 364 questionnaires were sent by mail. Demographic data were obtained using a questionnaire survey that included a social capital scale for people with dementia and the Japanese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Logistic regression analysis was used to assess the association between social capital and depressive symptoms.

Results

In total, 96 responses (74.0% female; mean age \pm standard deviation [SD], 66.2 \pm 11.5 years) were analyzed. The mean \pm SD CES-D score was 17.1 \pm 10.9, with 43 caregivers (44.8%) scoring 16 points or higher. The results of the logistic regression analysis indicated that social capital was independently associated with depressive symptoms (odds ratio: .88, $p < .001$) after adjusting for caregiver and care recipient variables.

Conclusions

These findings suggest that fostering a community with rich social capital is important for promoting good mental health among caregivers of people with dementia.

Keywords : Dementia; Depressive symptoms; Family caregiver; Mental health; Social capital

I. Introduction

The incidence of dementia is increasing in Japan, with the Japanese government estimating that the prevalence of dementia among the elderly will be 19% by 2025 and 21.4% by 2040 (Fukawa, 2022). In 2019, to respond to this situation, the Ministerial Council of Japan approved the “Framework for Promoting Dementia Care”. The goal of this framework is to delay the onset of dementia and create a society where even people with dementia can live optimistically (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2019).

Continuing to live in their own community provides many benefits for people with dementia. Previous studies have reported that enabling people with dementia to continue to live in their own community is important for not only maintaining quality of life (QOL), physical and mental states, and social connectedness, but also preventing increases in the direct costs of dementia care (Allegri, 2006; Hessmann et al., 2018; Nikmat, Hawthorne, & Al-Mashoor, 2015; Olsen et al., 2016).

Family members such as spouses, children, and children’s spouses are an important resource for people with dementia who want to continue to live in their community, as they represent over 60% of all home caregivers (Boccardi & Mecocci, 2017; Kimura, Nishio, Kukihara, Koga, & Inoue, 2019). While many family caregivers support people with dementia, it is well known that such caregivers experience a care burden that can lead to mental distress (e.g., depressive symptoms). Thus, caring for people with dementia is considered to be associated with physical and emotional issues among caregivers (Manzini & Vale, 2020). The subjective health status of caregivers of people with dementia has also been reported to be associated with depressive states (Kai, Ishii, Ishii, Fuchino, & Okamura, 2022), and the perceived burden of caring for people with dementia has been found to be significantly

related to depressive symptoms among both spouses and child caregivers (McAuliffe, Ong, & Kinsella, 2020). Moreover, in previous studies, 36.9% of caregivers of people with Alzheimer’s disease have shown mild depressive symptoms (Manzini & Vale, 2020), and 47% of caregivers of people with dementia have reported clinically significant depressive symptoms (Pillemer, Davis, & Tremont, 2018). Thus, the degree to which caregivers of people with dementia are able to avoid depressive symptoms can make or break their decision to continue providing care.

Social connectedness is considered to be effective for caregivers of people with dementia, who can often experience loneliness (Saadi et al., 2021). In general, loneliness has been linked to worse health outcomes (Lwi, Ford, & Levenson, 2022). Loneliness therefore plays an important role in the relationship between caregiving for people with dementia and depressive symptoms among caregivers (Saadi et al., 2021). In a systematic review of interventions for caregivers of people with dementia, peer support was the most frequent intervention, and common intervention strategies included expanding one’s social network (Velloze, Jester, Jeste, & Mausbach, 2022).

Caregivers of people with dementia have diverse interactions in their communities because most of them receive both formal and informal support. Support resources in the community play an important role for caregivers of people with dementia by helping to expand social networks, improve reciprocity and trust between neighbors, and facilitate access to care services (Chen, Huang, Yeh, Huang, & Chen, 2015; Furukawa & Greiner, 2020; Hong & Harrington, 2016; Lu, Jiang, Sun, & Lou, 2020). Social capital theory can help explain these interactions among caregivers. As social capital is a multidimensional concept, several definitions have been proposed (Alvarez, Kawachi, & Romani, 2017). The most famous definition of social capital is that given by Putnam (Putnam,

2000): “connections among individuals – social networks and the norms of reciprocity and trustworthiness that arise from them” (p.19). He placed trust and norms at the core of social networks (Sato, 2013).

Social capital can be classified into different forms and types. One of the classifications of social capital involves the differentiation between cognitive and structural social capital. Cognitive social capital, which includes norms, values, attitudes, and beliefs (Islam, Merlo, Kawachi, Lindström, & Gerdtham, 2006), involves people’s perceptions about interpersonal trust as well as norms of reciprocity within the group (Villalonga-Olives & Kawachi, 2015), and affects behavioral norms, including the control of risky behavior, mutual support, and informal ways of informational exchange in relation to health (Cullen & Whiteford, 2001). On the other hand, the structural components of social capital are observable aspects of social organization, such as social network density or patterns of civic participation (Islam, Merlo, Kawachi, Lindström, & Gerdtham, 2006).

The framework of structural social capital consists of two distinct dimensions: horizontal and vertical. Horizontal social capital is referred to as ‘bonding social capital’, whereas vertical social capital is referred to as ‘bridging social capital’. However, several researchers have proposed that another type of social capital, termed ‘linking social capital’, is needed to capture the power dynamics of vertical associations (Claridge, 2018).

Bonding social capital involves connections within a group or community characterized by having similar demographic characteristics, attitudes, and available information and resources. Bonding social capital refers to mutual trust and cooperative relationships between members of a network who perceive themselves as being similar to one another in terms of their social identity (Szreter & Woolcock, 2004). Bonding social capital can

be an extremely beneficial social function by providing support resources to people with socioeconomic problems or poor health. It also tends to help people ‘get by’ through providing norms and trust that, in turn, facilitate collaborative action (Claridge, 2018).

Bridging social capital is a connection that links people from various parts of society, such as different races, classes, or religions. It involves relationships based on respect and mutuality between people aware of their differences in terms of sociodemographic perspectives, age, ethnic group, class, and so on (Szreter & Woolcock, 2004).

Linking social capital is defined as involving norms of respect and networks of trusting relationships between people interacting across formal or institutionalized power or authority hierarchies in society (Szreter & Woolcock, 2004).

As mentioned earlier, social capital has three components: trust, norms of reciprocity, and networks. Trust is considered as an important condition for the smooth and optimal functioning of complex systems such as health care (Groenewagen, Hansen, & de Jong, 2019). In general, social trust can be described as the expectation that people will act on good will, attempt to honor their commitments, and avoid inflicting damage or harm to others (Freitag & Bauer, 2013). Trust consists of two types: particularized and generalized (Freitag & Bauer, 2013; Glanville & Story, 2018). Particularized trust involves trust at a close social range and is primarily shown toward people that the individual knows personally from daily interactions (e.g., friends, neighbors, coworkers) (Freitag & Bauer, 2013; Glanville & Story, 2018). Because particularized trust is considered as trust in familiar others, it is of the same nature as the cognitive dimension of bonding social capital (Glanville & Story, 2018). On the other hand, generalized trust is an abstract attitude toward all people

(Freitag & Bauer, 2013) characterized by the absence of a specified receiver of trust or a specific regard in which the receiver is trusted (Frederiksen, 2019); therefore, it corresponds to the cognitive component of bridging social capital (Glanville & Story, 2018). Measuring particularized and generalized trust can provide a more robust social capital proxy (Giordano, Björk, & Lindström, 2012). Efforts taken in terms of building and maintaining trust can help significantly improve local health-care management, enhance trust in physicians, and facilitate access to and improve the quality of health care (Ahern & Hendryx, 2003).

Reciprocity is interpreted as a give-and-take and defined as repayment for acts of giving (Perls, 1953) and acts of both giving and receiving (Zabielski, 1984). Reciprocity has two types: generalized and specific. Generalized reciprocity is a norm in which the mutual exchange of benefits may be imbalanced, but involves the intrinsic expectation that future transactions may level any potential imbalances (Rönnerstrand & Sundell, 2015). Therefore, the norms of generalized reciprocity facilitate collective action (Putnam, 2000). On the other hand, specific reciprocity is defined as doing something for others under the condition that they will also do something 'equivalent' for you in the future (Emmering, Astroth, Woith, Dyck, & Kim, 2018). In regard to caregivers of people with dementia, not only receiving support from, but also giving support to, other caregivers allows them to recognize their personal strengths and resources and promote their confidence and self-efficacy (Lu, Jiang, Sun, & Lou, 2020; Furukawa & Greiner, 2020).

Social networks involve a set of ties among people with similar interests or interactions (Shushtari et al., 2018) who cooperate for mutual benefit (Putnam, 2000). Therefore, social networks, and the patterns of relationships between individuals and groups, are intimately tied to the idea of social capital (Barnes-

Mauthe, Gray, Arita, Lynham, & Leung, 2015). Contradictory opinions are held with respect to network ties. Social cohesion is an important factor that can help explain the frequency of communication between actors about specific issues (Friedkin, 1983). On the other hand, weak ties are an important resource for realizing mobility opportunities (Granovetter, 1973). Weak ties are connections that link two otherwise unconnected network groups (Liu, Sidhu, Beacom, & Valente, 2017). Regardless of the size or strength of social ties, if the caregivers of people with dementia fail to recognize the usefulness of social networks, then social ties will not function beneficially for caregivers.

Social support is a similar concept to social capital in regard to interpersonal relationships, serving as a qualitative and functional aspect of social networks (Faquinello & Marcon, 2011). Social support plays important roles in enabling caregivers to live well and reducing the burden of caregivers of people with dementia (Clare et al., 2019; Gibson, Holmes, Fields, & Richardson, 2019; Ruisoto et al., 2020). However, whereas social capital involves both aspects of giving and receiving, social support involves only the aspect of receiving; i.e., social support does not involve the aspects of providing support and thus differs from social capital on this point (Furukawa & Greiner, 2020).

Social capital has been reported to be associated with health-related areas, such as self-reported health, cardiovascular disease, infectious disease, cancer, mortality, obesity, and diabetes (Rodgers, Valuev, Hswen, & Subramanian, 2019). Some studies found that higher social capital predicts and associates with better mental health (Ehsan, Klaas, Bastianen, & Spini, 2019; Hamano et al., 2015). Few studies have been conducted on caregivers of people with dementia in regard to social capital, whereas social capital seems to be associated with mental health among people living in the

community. To the best of my knowledge, only one comparison study on the relationship between caregiver burden and perceptions of social capital between caregivers and non-caregivers of people with dementia has been conducted (Papastavrou, Andreou, Middleton, Tsangari, & Papacostas, 2015). The association between social capital among caregivers of people with dementia and caregiver health, especially mental health, is still unknown.

The present study aimed to clarify the association between social capital and mental health, especially depressive symptoms, among caregivers of people with dementia.

II. Material and methods

1. Study design

A cross-sectional study design was used.

2. Recruitment and procedures

Participant recruitment was conducted by sending information about the present study by mail to 470 comprehensive community support centers (10 comprehensive community support centers from each of the 47 prefectures in Japan), 470 home-visit nurse stations that allowed the provision of visiting nursing services (10 home-visit nurse stations from each of the 47 prefectures in Japan), and 470 social welfare councils (10 social welfare councils from each of the 47 prefectures in Japan) randomly selected from throughout Japan from April 2022 to March 2023. Consent letters to participate in this study were subsequently received from 43 facilities, to which 364 questionnaires were sent by mail. The staff who belonged to these 43 facilities were then asked to distribute the questionnaires directly to caregivers of people with dementia living in the community who met the following inclusion criteria: family caregivers who primarily provided care to people with

dementia, who were age 20 years or over, who had not received a diagnosis of cognitive decline by a physician, and who had the ability to read and understand Japanese.

3. Ethical considerations

This study was approved by an institutional review board of Kansai University of Nursing and Health Sciences (No. 100). All participants received a written letter of explanation regarding the purpose of the study along with all ethical considerations. Returning the questionnaire by mail was considered to indicate consent to participate.

4. Measures

The social capital scale for caregivers of people with dementia, which was developed in Japan, was used to measure social capital. This scale is composed of 17 items and the following three factors: support for people with dementia and their caregivers, trust in providing dementia care, and support from neighbors. The reliability and validity of the scale have been confirmed (Furukawa & Greiner, 2020). This scale is scored on a five-point Likert scale ranging from “1 = strongly disagree” to “5 = strongly agree”. The possible scores range from 15 to 85, with higher scores indicating greater social capital.

Depressive symptoms were assessed using the Japanese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Shima, Shikano, Kitamura, & Asai, 1985). The original version of the CES-D is a 20-item scale that assesses how often individuals have experienced depressive symptoms in the past week (Radloff, 1977). The score for each item ranges from “0 = rarely or none of the time” to “3 = most or all of the time”, and the total score ranges from 0 to 60. A score of 16 or higher indicates more depressive symptoms (Radloff,

1977). The reliability and validity of the Japanese version of the CES-D were confirmed in a previous study (Shima, Shikano, Kitamura, & Asai, 1985).

5. Demographic data

The following demographic data were collected: gender, age, and highest level of education of the caregivers, duration of caregiving, and long-term care level of the care recipient (Table 1).

6. Data analyses

All analyses were conducted using IBM SPSS statistics ver. 28.0 for Windows (IBM, Tokyo, Japan). Means and frequencies were computed, and t-tests and analysis of variance were used to compare the demographic data (e.g., gender and age of caregiver, highest level of education, duration of caregiving, long-term care level of the care recipient).

CES-D scores were divided into two groups (< 16 and ≥ 16 points). Logistic regression analysis was then conducted to assess the associations between depressive symptoms and social capital and caregiver and care recipient variables such as caregivers' age, education, and period of caregiving and long-term care level of the care recipient.

III. Results

1. Participants' characteristics

In total, 147 responses were received (response rate, 40.4%). Finally, 96 caregivers (25 males [26.0%]; mean age \pm standard deviation [SD], 66.2 ± 11.5 years) who provided complete responses to the questionnaire were included in the analytical sample. Table 1 shows the participants' characteristics. Most caregivers were daughters (30.2%) or spouses (22.9%).

The mean length \pm SD of caregiving was 6.5 ± 6.1 years (range, 0.33–29.5 years). In addition, 92 caregivers (95.8%) had at least a high school education, and 91 people with dementia (94.8%) required support or care.

Table 1. Participants' characteristics (N = 96).

Variable	N (%)
Gender of caregiver	
Male	25 (26.0)
Female	71 (74.0)
Age of caregiver	
Mean \pm SD (years)	66.2 ± 11.5
Relation with care recipient	
Spouse	22 (22.9)
Daughter	29 (30.2)
Son	6 (6.3)
Daughter-in-law	14 (14.6)
Grandson/granddaughter	4 (4.2)
Parent	16 (16.7)
Other	5 (5.2)
Educational attainment of caregiver	
Junior high school	4 (4.2)
High school	40 (41.7)
Junior college/technical school	33 (34.4)
University	18 (18.8)
Other	1 (1.0)
Duration of caregiving	
Mean \pm SD (years)	6.5 ± 6.1
Long-term care level of care recipient ^a	
Independent	3 (3.1)
Requiring support 1	4 (4.2)
Requiring support 2	3 (3.1)
Requiring long-term care level 1	14 (14.6)
Requiring long-term care level 2	20 (20.8)
Requiring long-term care level 3	27 (28.1)
Requiring long-term care level 4	10 (10.4)
Requiring long-term care level 5	13 (13.5)
Unknown	2 (2.1)

^aA higher long-term care or support level indicates a worse condition. SD = standard deviation.

2. Depressive symptoms and social capital among caregivers of people with dementia

The mean CES-D score was 17.1 ± 10.9 , with 43 caregivers (44.8%) scoring 16 or higher. Table 2 shows the results of t-tests and analysis of variance. No significant difference in CES-D scores was found between males (16.7 ± 12.8) and females (17.2 ± 10.2). A higher education

level tended to be associated with more depressive symptoms (junior high school: 12.5 ± 7.2, high school: 15.8 ± 10.2, junior college/technical school: 18.0 ± 9.2, university: 19.7 ± 15.1), but this difference was not significant. Child and grandchild caregivers tended to have more depressive symptoms than spouse, daughter-in-law, and parent caregivers (daughters: 18.8 ± 11.3, sons: 17.0 ± 9.6, grandsons/granddaughters: 21.8 ± 18.9, spouses: 16.1 ± 11.4, daughters-in-law: 15.3 ± 7.5, parents: 16.2 ± 11.9), but none of these differences was significant.

Table 2. Depressive symptoms and social capital among caregivers of people with dementia.

Variables	CES-D			Social capital	
	n	Mean ± SD	p	Mean ± SD	p
Gender ^a					
Male	25	16.7 ± 12.8	.84	52.2 ± 12.1	.67
Female	71	17.2 ± 10.2		53.3 ± 10.0	
Education ^b					
Junior high school	4	12.5 ± 7.2	.59	44.0 ± 9.8	.33
High school	40	15.8 ± 10.2		52.1 ± 9.9	
Junior college/technical school	33	18.0 ± 9.2		55.0 ± 11.0	
University	18	19.7 ± 15.1		53.2 ± 11.1	
Other	1	11.0		58.0	
Relation ^b					
Spouse	22	16.1 ± 11.4	.91	55.0 ± 11.1	.59
Daughter	29	18.8 ± 11.3		51.1 ± 9.6	
Son	6	17.0 ± 9.6		46.5 ± 8.7	
Daughter-in-law	14	15.3 ± 7.5		53.8 ± 9.7	
Grandson/granddaughter	4	21.8 ± 18.9		54.0 ± 18.1	
Parent	16	16.2 ± 11.9		54.6 ± 9.7	
Other	5	16.0 ± 8.4		55.6 ± 14.5	

^at-test.

^bAnalysis of variance.

CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; SD = standard deviation.

The mean social capital scale score was 53.0 ± 10.5. The mean social capital score among males was almost the same as that among females (males: 52.2 ± 12.1, females: 53.3 ± 10.0). Caregivers who had an education level of high school or higher tended to have more social capital than did those who had an education level of junior high school (junior high school: 44.0 ± 9.8, high school: 52.1 ± 9.9, junior college/technical school: 55.0 ± 11.0, university: 53.2 ± 11.1), but none of these differences was significant. Child caregivers tended to have lower social capital scores than did the other caregivers (daughters: 51.1 ± 9.6, sons: 46.5 ± 8.7, grandsons/granddaughters: 54.0 ± 18.1, spouses: 55.0 ± 11.1, daughters-in-law: 53.8

± 9.7, parents: 54.6 ± 9.7), but no significant differences between relations with the care recipient were found.

Table 3. Results of the logistic regression analysis (N = 96).

Variables	OR	CES-D	
		95% CI	p
Social capital	.87	.81 – .93	< .001
Caregiver's age	1.03	.97 – 1.09	.40
Caregiver's gender			
Male	Reference		
Female	5.46	.57 – 52.07	.14
Relation			
Parent	Reference		
Spouse	5.93	.633 – 55.54	.12
Daughter	3.01	.57 – 15.46	.19
Son	3.24	.13 – 77.74	.47
Daughter-in-law	2.69	.38 – 19.25	.33
Grandson/granddaughter	1.27	.05 – 35.35	.89
Other	.97	.03 – 35.92	.29
Education			
Junior high school	Reference		
High school	.92	.03 – 28.70	.96
Junior college/technical school	5.19	.13 – 206.66	.38
University	4.67	.11 – 194.31	.41
Duration of caregiving	1.01	.99 – 1.02	.29
Level of long term care insurance ^a			
Independent	Reference		
Requiring support 1	1.08	.02 – 59.22	.97
Requiring support 2	.14	.00 – 14.38	.40
Requiring long-term care level 1	2.08	.08 – 56.39	.66
Requiring long-term care level 2	.66	.02 – 18.15	.80
Requiring long-term care level 3	1.75	.07 – 42.24	.73
Requiring long-term care level 4	.43	.01 – 15.28	.65
Requiring long-term care level 5	.52	.01 – 21.20	.73
Unknown	1.86	.01 – 464.30	.83

^aA higher long-term care or support level indicates a worse condition.

OR = odds ratio; CI = confidence interval.

3. Association between depressive symptoms and social capital

As shown in Table 3, the results of the logistic regression analysis revealed that only social capital was significantly associated with depressive symptoms (odds ratio [OR]: .88, 95% confidence interval [CI]: .81 – .93, p < .001). No significant association was found between depressive symptoms and the caregivers' or care recipients' variables, such as gender, education, relation with the care recipient, and long-term care level of the person with dementia.

IV. Discussion

The present study aimed to clarify the association between social capital and mental health, especially depressive symptoms, among caregivers of people with dementia. No significant differences in depressive symptoms or social capital were found according to the

caregivers' or care recipients' variables, such as gender, education, and relation with the care recipient, and long-term care level of the care recipient. This study assessed the association between mental health, especially depressive symptoms and social capital using logistic regression analysis with caregivers' and care recipients' data such as caregivers' age, education, and period of caregiving and long-term care level of the care recipient.

The mean CES-D score in the present study (17.1 ± 10.9) was higher than that reported in previous studies in Japan; one study reported a mean CES-D score of 5.5 ± 4.1 among older adult caregivers (Ninomiya, Tabuchi, Rahman, & Kobayashi, 2019), and another reported a score of 12.7 among young caregivers (Koyama et al., 2017). A CES-D score of 16 or higher indicates possible depressive disorder (Radloff, 1977). The results of the present study showed that the participants were more depressed than those of previous studies. The study by Ninomiya and colleagues (2019) included care recipients who did not have dementia. When caregiving intensity is higher and when they experience perceived benefits or uplifts, dementia caregivers experience greater burden (Sörensen, & Conwell, 2011). Dementia caregivers experience a greater degree of physical and mental health problems compared to caregivers of older adults without dementia (Lee, Xu, Kim, & Chen, 2020). The age of the young caregivers in the study by Koyama and colleagues was under 65 years, while the mean age of caregivers in the present study was 65 years and over. A systematic review of the care burden of family caregivers of people with dementia showed that older caregivers experienced greater burden (Wan, Zhou, Fan, & Qu, 2022). The age of caregivers might be associated with caregiver burden; therefore, older caregivers might have worse mental health.

The results of the logistic regression analysis

revealed that social capital was significantly associated with depressive symptoms. This result suggests that social capital moderated the level of depressive symptoms. Social capital has been found to affect various psychological aspects of people living in their communities, especially depressive symptoms (Clark, Williams, Schulz, Williams, & Holt, 2018; Wu et al., 2018; Yamaguchi et al., 2019; Yang et al., 2018; Zhou et al., 2018). The present results are consistent with some findings in previous studies. Developing a community with rich social capital would be helpful for mental health among caregivers of people with dementia and effective for people with dementia to live in their community as long as possible.

To the best of my knowledge, this is the first study to investigate the association between social capital and depressive symptoms among caregivers of people with dementia. Social capital was found to be independently associated with depressive symptoms among caregivers of people with dementia after adjusting for caregiver and care recipient variables. The association between social capital and depressive symptoms found in this study suggests that caregivers with high social capital might be more able to access information on caring for family members with dementia. Social capital is known to have positive effects on the sources and efficacy of health information, as well as health information-seeking intentions (Kim, Lim, & Park, 2015). Social capital is classified into three types: bonding, bridging, and linking. Bonding social capital involves mutual trust and cooperative relationships between members of a network who perceive themselves as being similar to one another (Szreter & Woolcock, 2004). Bridging social capital is a connection that brings people together from different parts of society, such as different races, classes, or religions. Linking social capital is defined as the norm of respect and networks of trusting relationships between people who are

interacting across formal or institutionalized power or authority in society (Szreter & Woolcock, 2004). Caregivers with high social capital can access a variety of information from not only similar people, but also people across different social, power, and authority conditions. The benefits stemming from the formation of weak relationships for accessing new resources are superior to those from the formation of strong ones (Granovetter, 1973).

The social capital scale used in this study assesses three dimensions: support for people with dementia and their caregivers, trust in providing dementia care, and support from neighbors (Furukawa & Greiner, 2020). Support for people with dementia and their caregivers assesses reciprocity as an aspect of giving (Furukawa & Greiner, 2020). Using the knowledge and skills obtained from caregiving experiences to help other caregivers could enhance caregivers' altruistic behaviors, help them recognize their personal resources and strengths, and improve their confidence and self-efficacy (Lu, Jiang, Sun, & Lou, 2020). Improved confidence and self-efficacy could help caregivers recognize caregiving as a positive experience, and reciprocity could help moderate depressive symptoms. Moreover, it is likely that social reciprocity has a positive effect on individual compliance in terms of mental health, such as encouraging people to take part in volunteer or charity work (Wang, Chen, Liu, Lu, & Yao, 2019). Experiences with volunteering could help improve the mental health of caregivers by facilitating support and promoting a feeling of belonging in the community accompanied by a sense of connection to others.

Trust in providing dementia care is likely to reduce the prevalence of depressive symptoms. A higher level of trust is related to better mental health, such as increased happiness, elevated mental QOL, and reductions in anxiety and depression (Lin, Namdar, Griffiths, & Pakpour, 2021). Trust of others is useful

for caregivers of people with dementia. For example, caregivers can ask their trusted neighbors to seek out family members with dementia when wandering occurs, allowing them to return to their home quickly and safely. Speedier solutions for the problematic behaviors associated with dementia could help reduce the caregiving burden, and thereby help prevent depressive symptoms.

Support from neighbors involves the aspect of receiving support through a social network (Furukawa & Greiner, 2020). Social networks allow caregivers to receive more social support. As mentioned earlier, bonding social capital can be a beneficial social function by providing support resources to people who experience socioeconomic problems or poor health. Bridging social capital helps people gather more information, gain access to power or better placement within a network, and recognize new opportunities (Adler & Kwon, 2002). Linking social capital helps connect people across explicit hierarchies of vertical power. It is likely that caregivers with richer social capital can receive support from not only neighbors, but also various institutions, including hospitals, other types of health-care facilities, and national and local governments.

Although previous studies have reported that spouse caregivers have more depressive symptoms than do adult children caregivers (Liu, 2021; Watson, Tatangelo, & McCabe, 2019), the CES-D scores of child caregivers in the present study tended to be higher than those of spouses (spouses: 16.1 ± 11.4 , sons: 18.8 ± 11.3 , daughters: 17.0 ± 9.6). This result is contradictory to those in previous studies. One explanation for this could be that adult caregivers play multiple roles (e.g., employment, child-rearing, caregiving for dementia), which can lead to role overload and burden, and thereby, more depressive symptoms (McAuliffe, Ong, & Kinsella, 2020). Another reason could be the family-centered nature of Japanese

culture, characterized by filial piety, which is a prominent Confucian principle in Chinese and other Asian cultures that emphasizes honor and devotion to one's parents (McAuliffe, Ong, & Kinsella, 2020). This culture might compel child caregivers to believe that children should care for their parents. Consequently, this cultural aspect may place a greater burden on adult children caregivers to take care of their parent with dementia, leading to a higher risk of developing depressive symptoms.

In this study, social capital was found to be significantly associated with depressive symptoms among caregivers of people with dementia. Therefore, creating a community with rich social capital is important. However, Japan's population is estimated to decrease to about 121 million by 2025 and to about 97 million by 2050 (Ministry of Land, Infrastructure, Transport and Tourism, 2015). Therefore, social connectedness throughout Japan is expected to become increasingly weaker as the numbers of community members continue to decline in the future. Thus, new interventions to foster communities with richer social capital, for example, through the use of information communication technology, are needed in Japan.

This study has some limitations. First, even though institutions all over Japan were invited to participate in this study, only 43 facilities returned the consent letter, and thus, the sample size was relatively small. There may have been some difficulties in distributing questionnaires directly to caregivers of individuals with dementia, and these difficulties will need to be addressed in future studies. Second, this study used a cross-sectional study design due to the lack of sufficient funds and time for research, therefore, causality could not be established. A longitudinal study is needed to gain a better understanding of how changes in social capital affect depressive symptoms among caregivers of people with dementia. Third, no associations were found between depressive

symptoms and caregiver or care recipient variables. A systematic review of care burden on family caregivers of patients with dementia and affecting factors showed that economic stress and social support were some of the factors associated with caregiver burden (Wan, Zhou, Fan, & Qu, 2022). Therefore, additional variables, such as the caregiver's economic and marital status and the age and gender of the care recipient, might need to be examined to clarify the association between depressive symptoms and caregiver and care recipient variables. Finally, the social capital scale for caregivers of people with dementia was used to assess social capital. This scale focuses on the cognitive aspects of social capital. While a meta-analysis of social capital studies found that cognitive social capital is more significantly related to health than structural social capital (Xue, Reed, & Menclova, 2020), the structural aspects of social capital among caregivers of people with dementia might also need to be assessed in a future study.

V. Conclusions

This study aimed to investigate the association between social capital and depressive symptoms among caregivers of people with dementia. A total of 96 responses (74.0% female; mean age \pm SD, 66.2 \pm 11.5 years) were received. The mean CES-D score was 17.1 \pm 10.9, and 46 caregivers (44.8%) scored \geq 16, suggesting that the incidence of depressive symptoms in this study was not unique and supported the results of previous studies. Moreover, the results of the logistic regression analysis showed that only social capital was associated with depressive symptoms, which suggests that fostering a community with rich social capital is important for the mental health of caregivers of people with dementia. However, due to population decline, Japanese communities are weakening. Therefore, new interventions, such as the use of information communication

technology, are needed to foster communities with rich social capital in Japan.

VI. Declaration of Competing Interest

The author declares no competing interests.

VII. Funding

This work was supported by Japan Society for the Promotion of Science KAKENHI [grant number. JP 21K17431].

VIII. Acknowledgments

I wish to thank FORTE Science Communications (<https://www.forte-science.co.jp/>) for providing language help.

References

- Adler P. S., Kwon S. W. (2002). Social capital: prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27(1), 17–40. doi: <https://doi.org/10.5465/amr.2002.5922314>
- Ahern M. M., Hendryx M. S. (2003). Social capital and trust in providers. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1195–203. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00494-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00494-X)
- Allegrri R. F., Butman J., Arizaga R. L., Machnicki G., Serrano C., Taragano F. E., et al. (2006). Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics*, 19(4), 1–14. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610206003784>
- Alvarez E. C., Kawachi I., Romani J. R. (2017). Family social capital and health—a systematic review and redirection. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 5–29. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12506>
- Barnes-Mauthe M., Gray S. A., Arita S., Lynham J., Leung P. (2015). What determines social capital in a social-ecological system? Insights from a network perspective. *Environmental Management*, 55(2), 392–410. doi: <https://doi.org/10.1007/s00267-014-0395-7>
- Boccardi V., & Mecocci P. (2017). The aging caregiver in the aged world of dementia. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*, 3(5), 1–2. <https://doi.org/10.15761/JSIN.1000177>
- Chen H. M., Huang M. F., Yeh Y. C., Huang W. H., Chen C. S. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 15(1), 20–5. doi: <https://doi.org/10.1111/psyg.12071>
- Clare L., Wu Y. T., Quinn C., Jones I. R., Victor C. R., Nelis S. M., et al. (2019). A comprehensive model of factors associated with capability to “live well” for family caregivers of people living with mild-to-moderate dementia: findings from the IDEAL study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 33(1), 29. doi: <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000285>
- Claridge T. (2018). Functions of social capital—bonding, bridging, linking. Social Capital Research & Training 2018, Dunedin, New Zealand [online]. Retrieved from <https://www.socialcapitalresearch.com/approaches-conceptualise-bonding-bridging-socialcapital/>. (accessed 2019-February-20).
- Clark E. M., Williams R. M., Schulz E., Williams B. R., Holt C. L. (2018). Personality, social capital, and depressive symptomatology among African Americans. *Journal of Black Psychology*, 44(5), 422–49. doi: <https://doi.org/10.1177/0095798418780771>
- Cullen M., & Whiteford H. (2001). The interrelations of social capital with health and mental health. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Ehsan A., Klaas H. S., Bastianen A., Spini D. (2019). Social capital and health: a systematic review of systematic reviews. *SSM-Population Health*, 8, 100425. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>
- Emmering S. A., Astroth K. S., Woith W. M., Dyck M. J., Kim M. (2018). Social capital, health, health behavior, and utilization of

- healthcare services among older adults: a conceptual framework. *Nursing Forum*, 53(4), 416–24. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12268>
- Faquinaldo P., & Marcon S. S. (2011). Friends and neighbors: an active social network for adult and elderly hypertensive individuals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1345–52. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600010>
- Frederiksen M. (2019). On the inside of generalized trust: trust dispositions as perceptions of self and others. *Current Sociology*, 67(1), 3–26. doi: <https://doi.org/10.1177/0011392118792047>
- Friedkin N. E. (1983). Structural bases of interpersonal influence in groups: a longitudinal case study. *American Sociological Review*, 48, 861–72. doi: <https://doi.org/10.2307/2095955>
- Freitag M., & Bauer P. C. (2013). Testing for measurement equivalence in surveys: dimensions of social trust across cultural contexts. *Public Opinion Quarterly*, 77(S1), 24–44. doi: <https://doi.org/10.1093/poq/nfs064>
- Fukawa T. (2022). Dementia prevalence among Japanese elderly. *Journal of Future Welfare Research 2022*, 33–23. <http://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2022/09/Dementia-prevalence-among-Japanese-elderly.pdf> (accessed 2023-October-7)
- Furukawa H., & Greiner C. (2020). Developing a social capital scale for family caregivers of people with dementia. *Geriatric Nursing*, 41(6), 740–6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.002>
- Gibson A., Holmes S. D., Fields N. L., Richardson V. E. (2019). Providing care for persons with dementia in rural communities: informal caregivers' perceptions of supports and services. *Journal of Gerontological Social Work*, 62(6), 630–48. doi: <https://doi.org/10.1080/01634372.2019.1636332>
- Giordano G. N., Björk J., Lindström M. (2012). Social capital and self-rated health—a study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*, 75(2), 340–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.011>
- Glanville J. L., & Story W.T. (2018). Social capital and self-rated health: clarifying the role of trust. *Social Science Research*, 71, 98–108. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.01.002>
- Granovetter M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–80.
- Groenewagen P. P., Hansen J., de Jong J. D. (2019). Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123, 281–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.016>
- Hamano T., Fujisawa Y., Ishida Y., Subramanian S. V., Kawachi I., Shiwaku, K. (2015). Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS One*, 5(10), e13214. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013214>
- Hessmann P., Dodel R., Baum E., Müller M. J., Paschke G., Kis B., et al. (2018). Antipsychotic treatment of community-dwelling and institutionalised patients with dementia in Germany. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(3), 232–9. doi: <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1414269>
- Hong M., & Harrington D. (2016). The effects of caregiving resources on perceived health among caregivers. *Health & Social Work*, 41(3), 155–63. doi: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw025>
- Islam M. K., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham U. G. (2006). Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(1), 3. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>
- Kai A., Ishii S., Ishii T., Fuchino K., Okamura H. (2022). Factors associated with caregiver burden and depressive states among family caregivers of patients admitted due to behavioral and psychological symptoms of

- dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 51(3), 262–70. doi: <https://doi.org/10.1159/000525354>
- Kim Y. C., Lim J. Y., Park K. (2015). Effects of health literacy and social capital on health information behavior. *Journal of Health Communication*, 20(9), 1084–94. doi: <https://doi.org/10.1080/10810>
- Kimura H., Nishio M., Kukihara H., Koga K., Inoue Y. (2019). The role of caregiver burden in the familial functioning, social support, and quality of family life of family caregivers of elders with dementia. *Journal of Rural Medicine*, 14(2), 156–64. doi: <https://doi.org/10.2185/jrm.2999>
- Koyama A., Matsushita M., Hashimoto M., Fujise N., Ishikawa T., Tanaka H., et al. (2017). Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics*, 17(2), 108–14. doi: <https://doi.org/10.1111/psyg.12200>
- Lin C. Y., Namdar P., Griffiths M. D., Pakpour A. H. (2021). Mediated roles of generalized trust and perceived social support in the effects of problematic social media use on mental health: a cross-sectional study. *Health Expect*, 24(1), 165–73. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.13169>
- Liu J. (2021). Spouse and adult-child dementia caregivers in Chinese American families: who are more stressed out? *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(7), 1512–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.012>
- Liu W., Sidhu A., Beacom A. M., Valente T. W. (2017). Social network theory. *The International Encyclopedia of Media Effects*, 1–12.
- Lu N., Jiang N., Sun Q., Lou V. W. (2020). Community social capital and positive caregiving experiences among adult-children caregivers of older adults with disabilities in urban China. *Research on Aging*, 42(1), 3–12. doi: <https://doi.org/10.1177/0164027519876095>
- Lwi S. J., Ford B. Q., Levenson R. W. (2022). Cultural differences in caring for people with dementia: a pilot study of concern about losing face and loneliness in Chinese American and European American caregivers. *Clinical Gerontologist*, 46(2), 207–22. doi: <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2137448>
- Manzini C. S. S., & Vale F. A. C. D. (2020). Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 14, 56–61. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010009>
- McAuliffe L., Ong B., Kinsella G. (2020). Mediators of burden and depression in dementia family caregivers: kinship differences. *Dementia*, 19(7), 2234–50. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301218819345>
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2019). Framework for promoting dementia care 2019. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html. (accessed 2023-February-2).
- Ministry of Land, Infrastructure, Transport and Tourism. National spatial strategy-national plan- (August 2015). Retrieved from <https://www.mlit.go.jp/common/001127196.pdf>. (accessed 2023-February-2)
- Nikmat A.W., Hawthorne G., Al-Mashoor S. H. (2015). The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care—a preliminary report. *Dementia*, 14(1), 114–25. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1471301213494509>
- Ninomiya S., Tabuchi K., Rahman M. M., Kobayashi T. (2019). Factors associated with mental health status among older primary caregivers in Japan. *Inquiry*, 56, 46958019859810. doi: <https://doi.org/10.1177/0046958019859810>
- Olsen C., Pedersen I., Bergland A., Enders-Slegers M. J., Jøranson N., Calogiuri G., et al. (2016). Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia—a cross-sectional study.

- BMC Geriatrics*, 16(1), 137. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
- Papastavrou E., Andreou P., Middleton N., Tsangari H., Papacostas S. (2015). Dementia caregiver burden association with community participation aspect of social capital. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2898–910. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12762>
- Perls L. (1953). Notes on the psychology of give and take. *Complex*, 9, 24–30.
- Pillemer S., Davis J., Tremont G. (2018). Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1162–7. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1337718>
- Putnam R.D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Radloff L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rodgers J., Valuev A. V., Hswen Y., Subramanian S. V. (2019). Social capital and physical health: an updated review of the literature for 2007–2018. *Social Science & Medicine*, 236, 112360. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112360>
- Rönnerstrand B., Sundell K. A. (2015). Trust, reciprocity and collective action to fight antibiotic resistance. An experimental approach. *Social Science & Medicine*, 142, 249–55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.032>
- Ruisoto P., Contador I., Fernandez-Calvo B., Serra L., Jenaro C., Flores N., et al. (2020). Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 86, 103952. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103952>
- Saadi J. P., Carr E., Fleischmann M., Murray E., Head J., Steptoe A., et al. (2021). The role of loneliness in the development of depressive symptoms among partnered dementia caregivers: evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *European Psychiatry*, 2021, 64(1), e28. doi: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.20>
- Sato Y. (2013). Social capital. *Sociopedia.isa*, doi: <https://doi.org/10.1177/205684601374>
- Shima S., Shikano T., Kitamura T., Asai M. (1985). Atarashii yokuutsusei jiko hyouka shakudo ni tsuite. *Seishin Igaku*, 27, 717–23. In Japanese. doi: <https://doi.org/10.11477/mf.1405203967>
- Shushtari Z. J., Hosseini S. A., Sajjadi H., Salimi Y., Latkin C., Snijders T. A. (2018). Social network and HIV risk behaviors in female sex workers: a systematic review. *BMC Public Health*, 18(1), 1020. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5944-1>
- Sörensen, S., & Conwell, Y. (2011). Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 491–496.
- Sun F., Ong R., Burnette D. (2012). The Influence of Ethnicity and Culture on Dementia Caregiving: A Review of Empirical Studies on Chinese Americans. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 27(1), 13–22. doi: <https://doi.org/10.1177/1533317512438224>
- Szreter S., & Woolcock M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–67. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>
- Velloze I. G., Jester D. J., Jeste D. V., Mausbach B. T. (2022). Interventions to reduce loneliness in caregivers: an integrative review of the literature. *Psychiatry Research*, 311, 114508. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114508>
- Villalonga-Olives E., & Kawachi I. (2015). The measurement of social capital. *Gaceta Sanitaria*, 29, 62–4. doi: <https://doi.org/10.1016/>

- j.gaceta.2014.09.006
- Wang, L., Zhou, Y., Fang, X., & Qu, G. (2022). Care burden on family caregivers of patients with dementia and affecting factors in China: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1004552.
- Wang R., Chen H., Liu Y., Lu Y., Yao Y. (2019). Neighborhood social reciprocity and mental health among older adults in China: the mediating effects of physical activity, social interaction, and volunteering. *BMC Public Health*, 19, 1–10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7385-x>
- Watson B., Tatangelo G., McCabe M. (2019). Depression and anxiety among partner and offspring carers of people with dementia: a systematic review. *Gerontologist*, 59(5), e597–e610. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gny049>
- Wu Y. H., White K., Fleischer N. L., Cai B., Chen S. C., Moore S. (2018). Network-based and cohesion-based social capital and variations in depressive symptoms among Taiwanese adults. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(8), 726–36. doi: <https://doi.org/10.1111/psyg.12200>
- Xue, X., Reed, W. R., & Menclova, A. (2020). Social capital and health: a meta-analysis. *Journal of Health Economics*, 72, 102317.
- Yamaguchi M., Inoue Y., Shinozaki T., Saito M., Takagi D., Kondo K., et al. (2019). Community social capital and depressive symptoms among older people in Japan: a multilevel longitudinal study. *Journal of Epidemiology*, 29(10), 363–9. doi: <https://doi.org/10.2188/jea.JE20180078>
- Yang Q., Operario D., Zaller N., Huang W., Dong Y., Zhang H. (2018). Depression and its correlations with health-risk behaviors and social capital among female migrants working in entertainment venues in China. *PLoS One*, 13(2), e0191632. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191632>
- Lee, Y., Xu, L., Kim, B. J., & Chen, L. (2020). Leisure activity, gender and depressive symptoms among dementia caregivers: findings from the REACH II. *Aging & Mental Health*, 24(11), 1886-1893.
- Zabielski M. T. (1984). Giving and receiving in the neomaternal period: a case of distributive inequity. *Maternal-Child Nursing Journal*, 13(1), 19–46.
- Zhou C., Zheng W., Yuan Q., Zhang B., Chen H., Wang W., et al. (2018). Associations between social capital and maternal depression: results from a follow-up study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 45. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1673-9>

研究報告

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティに関する研究の動向

Research Trends on Sexuality as it relates to Women-specific Cancer Treatment

原田美穂子

関西看護医療大学 看護学部 成人看護学

Mihoko Harada

Kansai University of Nursing and Health sciences, Faculty of Adult Care Nursing

要旨：【目的】女性特有のがんに伴うセクシュアリティの特徴と、支援状況を明らかにするために文献検討を行い、研究の動向を検討する。【方法】PubMed, CINAHL医学中央雑誌Web版を用いて、「子宮がん」「乳がん」「セクシュアリティ」をキーワードとし、5年間（2018-2023年）に公表された文献を検討した。【結果】分析対象は28文献で、国内文献は3件であった。量的研究デザインで行われた20件は「性機能障害の実態とその影響要因」「性生活の満足度とその影響要因」「パートナーとの関係性の要因」「ボディイメージへの関係性」「生活の質への影響要因」に分類された。また行動認知療法やカウンセリングなど介入評価も行われていた。質的研究デザインで行われた9件のうち「セクシュアリティに関する患者のニーズと支援」「パートナーの性生活の苦悩」「医療従事者のセクシュアリティの認識」について探索的に行われていた。【考察】女性特有のがんのセクシュアリティについては、具体的な介入研究も進んでいるが、日本では行われていなかった。セクシュアリティは極めてプライベートな側面を孕んでいるため、文化的側面を配慮しつつ、サバイバーのセクシュアリティに関する実態について調査する必要がある。

キーワード：セクシュアリティ, ボディイメージ, 乳がん, 子宮がん

Key Words : Sexuality, Body Image, Breast Cancer, Uterine Cancer

I. はじめに

乳がんや子宮がんなどの女性特有のがんの治療は、外科的療法・放射線療法・化学療法・ホルモン療法を組み合わせることが主流となる。

池田によると乳がんの手術療法は、1980年代は胸筋合併乳房切除術や拡大乳房切除術が多かったが、臨床試験が累積され、局所切除の大小に関わらず遠隔転移率あるいは生存率は変わらないことが判明し、胸筋温存乳房切除術、乳房温存術へと推移し、切除範囲が縮小化されてきた（2018, p.157）。術式による整容性やボディイメージへの配慮もなされ、対象者は保険適応で乳房再建術を選択することもスタンダードになってきた（患者

さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版Web版）。乳房再建術には自家組織による方法と人工乳房（インプラント）による方法があり、それぞれに特徴があるため、どの方法で行うかは乳房切除術の術式や対象者の希望によって計画される。自家組織を使う方法の場合、背部や腹部の皮膚と脂肪、筋肉、血管を移植する腹部や背部に傷ができる。一方、人工乳房はエキスパンダーやインプラントの挿入にかかる手術時間は短いため身体への侵襲は少ないが、放射線療法後の適応は症例による。乳房は女性性を象徴する臓器であるため、乳房の喪失は自己概念に大きく影響する。そのためMarkopoulos,C et al（2009, p.182）は乳房

再建術を受けた対象者は、受けることが出来なかった人よりもボディイメージに対する満足度がより高いと報告している。

また乳がんのホルモン療法は、エストロゲンレベルを下げる、あるいはエストロゲン受容体を抑制するために、卵巣機能抑制薬・アロマターゼ阻害薬・抗エストロゲン薬などが用いられる。エストロゲンが抑制されることから、更年期症状(ホットフラッシュ、発汗、動悸、不安、睡眠障害など)や生殖器の症状(性器出血、膣の乾燥・萎縮性膣炎など)、肺動脈塞栓症、骨密度の低下、鬱症状が生じるリスクがある。分子標的治療薬の副作用には悪寒・発熱・ショック症状などが生じるリスクがある(患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版Web版)。

さらに抗がん剤の副作用は種々の臓器に現れるが、薬剤によって発現時が異なり、個人差も大きい。抗がん剤投与日より、嘔気・嘔吐・倦怠感が出現し、口内炎・下痢・便秘などが出現する。白血球の減少による発熱、さらに2~3週間ほどで脱毛、そして色素沈着・爪の変形、浮腫などが起こり、皮膚の新陳代謝が抑制されるため末梢神経知覚異常などが起こる(患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版Web版)。

乳がんの放射線療法では、照射した皮膚に発赤・色素沈着などを起こすことがある。またKatzは疲労感を引き起こし、性的関心や活動に影響を与えると報告している(2011, p.64)。

同じくエストロゲンが深く関係している子宮体がんの治療は、手術療法が第一選択となる。鈴木によると、術式は子宮ならびに両側付属器(卵管と卵巣)を摘出する単純子宮全摘出術+両側付属器切除術、子宮を一部の膣壁や傍結合織とともに摘出し、両側付属器(卵管と卵巣)も摘出する術式(骨盤リンパ節郭清を含まない)の準広汎子宮全摘出術+両側付属器切除術、子宮を一部の膣壁や傍結合織とともに摘出し、準広汎子宮円摘出術よりもより広く摘出する術式の広汎性子宮全摘出術がある(2018, p.121)。広い範囲を切除する必要性から、排尿をつかさどる神経の一部が損傷する可能性がある。そのため尿意の低下や排尿困難などの術後合併症を引き起こすリスクがある。また骨盤リンパ節郭清をおこなった場合、リンパ節の感染、下肢リンパ浮腫が生じるリスクがある。こ

うした手術療法に化学療法が加わることもある。Katzはこうした長期にわたる治療と副作用や合併症は、妊孕性やセクシュアリティに重大な影響与えると報告している(2011, p.63)。

国内における文献では、松井・瀬戸(2021)による卵巣がん患者のセクシュアリティに関する文献検討はある。また、黒澤・飯岡(2016)による女性生殖器系がんのセクシュアリティに関する文献では、子宮頸がん・体がん、卵巣がん治療後の患者が対象となっているが、乳がんは除外している。しかしながら女性特有の身体の構造から引き起こされる乳がんにおいても、セクシュアリティの問題は共通した問題である。

セクシュアリティに関する援助は、ガイドラインにおいてもセルフケア指導・治療継続への支援とともに性生活に関する指導が行われている(患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版Web版)。しかしながらセクシュアリティに関する論文が少ないことから、援助の効果などについては不確かな状態である。そこで本研究は、女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティの特徴と、支援の状況を明らかにするために文献検討を行い、研究の動向について検討することを目的とする。

II. 用語の定義

本研究では「女性特有のがん」を「乳がん・子宮がん治療後の患者」とする。

また「セクシュアリティ」を「人間にとっての性のあらゆる面を包括する概念で、セクシュアル・ヘルス(性の健康)はこれに関する身体的、心理的、社会的に幸福(well-being)な状態」と定義する。

III. 研究方法

1. 文献検索方法

国外の文献検索にはPubMedとCINAHLを、国内の文献検索には医学中央雑誌Web版を用い、検索対象期間は5年間(2018-2023年)とした。

医学中央雑誌Web版では、シソーラス用語を用いてキーワードを選定した。同様に、PubMedではMeSH用語とKeyword、CINAHLではSH(Subjective Heading)とKeywordを選定した。表1に示す検索用語を用いて、「セクシュアリティ」の検索語同士をorでつなぎ、さらに「子宮

がん」「乳がん」をorでつなぎ、これらをandで 統一し、国内論文では、原著論文に限定した。掛け合わせた。海外論文では、言語を「English」

表1 検索語

	医学中央雑誌		PubMed		CINAHL with Full Text	
	シソーラス用語	キーワード	Mesh	Key word	SH	Key word
女性特有のがん	子宮腫瘍 乳房腫瘍	子宮がん 乳がん	Uterine Neoplasms Breast Neoplasms	Uterine Cancer Breast Cancer	Uterine Neoplasms Breast Neoplasms	Uterine Cancer Breast Cancer
セクシュアリティ	セクシュアリティ 性機能不全-生理的 性機能不全-心理的 自己概念 身体像 性行動 性行為抑制	セクシュアリティ 性機能 自己概念 ボディイメージ 性行為	sexuality sexual dysfunction body image self concept sexual health	sexuality sexual dysfunction sexual problems body image self concept sexual health	sexuality sexual dysfunction sexual problems body image self concept sexual health	sexuality sexual dysfunction sexual problems body image self concept sexual health

2. 文献の絞り込み

文献検索の結果、計45文献を抽出した。重複している13件を除外した36文献の論文タイトルと抄録を確認した。システムティックレビュー、総説、解説、乳がんや子宮がんの診断や治療技術に関するものなど、本研究のテーマに該当しないもの8件などを除いた。最終的に28件を精読し分析の対象とした(図1)。

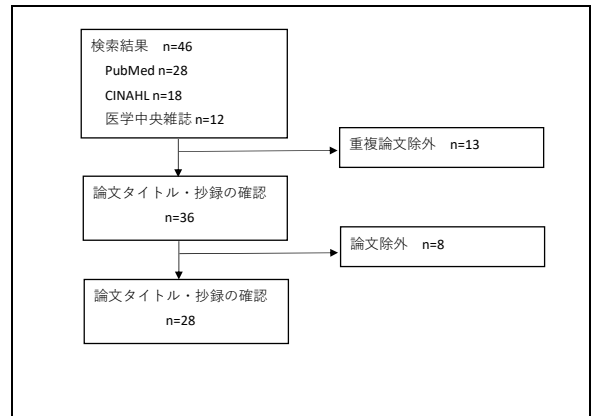


図1 女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティに関する文献検索のフローチャート

3. 分析方法

28件の論文は発表年, 調査国, 研究デザイン, 対象者の平均年齢・標準偏差, 対象者数, 研究目的, 結果を項目として一覧表を作成した(表2)。

倫理的配慮については著作権法を遵守し, 出典を明記して使用した。著者の意図を損なわないよ

うに注意を払い, 文献の内容を正確に読取るよう努めた。

表2 分析対象論文

文献No	著者	発表年	調査国	デザイン	年齢(平均±SD)	対象者数	研究目的	明らかになったこと
1	西尾聡子, 作田裕美	2023	日本	質	41	9	若年性乳がん診断後治療体験を持つ患者の診断後から治療期間におけるセクシュアリティに関する情報と支援ニーズを明らかにする。	若年性乳がん患者のセクシュアリティに関する情報と支援ニーズは、告知の時期・治療開始までの時期・手術期の時期・化学療法の時期・ホルモン療法の時期・放射線療法の時期・治療終了時、全ての時期に認められた。
2	Bebedict C et al.	2022	USA	量	54.65 ± 12.08	488	乳がんおよび婦人科がん患者の性機能、性に関する満たされていないニーズ、および苦痛について評価する。FSFI, Supportive Care Needs Scale, Patient Health Questionnaireを用いて評価した。	性機能はFSFI、満たされていないニーズはSCNS、および苦痛はPHQの尺度を評価した。臨床的に重大な性機能障害が一般的であった。多変量モデリングでは、性機能の低下と満たされていない性的ニーズの増大は、苦痛の増大に関連していた。
3	Clombage UN et al.	2022	オーストラリア	質	50 ± 9	30	乳がんと骨盤底機能不全を患う女性の経験と、回復中に骨盤底機能不全の治療を受けることを可能にするものと認識されている障壁を調査する。	尿失禁(n=24/30.80%)、便秘(n=6/30.20%)、または性機能障害(n=20/30.67%)のいずれかを経験した。対象者は骨盤底機能不全を諦めているか、悩んでいた。公共の場で骨盤底の症状を経験する恥ずかしさによって悩みはさらに悪化した。
4	Maleki M et al.	2022	イラン	質	50.33 ± 4015	18	乳がん診断された女性の夫が経験した性生活の変化と困難を探る。	「満たされない性的期待」、「性的期待を満たすことに対する認識された障壁」、「性的問題に適応するための努力」などが下位項目であった。乳がんの女性の夫は、性的および夫婦関係を改善するためのサポートを必要としていた。

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティに関する研究の動向

文献 No	著者	発表年	調査国	デザイン	年齢 (平均±SD)	対象者数	研究目的	明らかになったこと
5	Shaffer KM et al.	2022	USA	質	survivors 55.07 partner 54.67	survivors 29 partner 12	がん関連の性的副作用に関するディスカッションにパートナーを含めることについて、乳がんサバイバー、パートナー、医療従事者の視点で検討する。	医療従事者との話し合いを報告したサバイバーのうち、パートナーが同席していたと答えた人は半数にも満たなかったが、ほとんどのサバイバーがパートナーを同席させたくない、あるいはパートナーを含めると助けになったと述べた。パートナーもまた、サバイバーに歓迎されれば、参加することが助けになった、または助けになるだろうと主に述べた。
6	Campos LS et al.	2022	ポルトガル	量	56.3±11.1	60	進行がん女性の性機能、身体イメージ、生活の質、疾患進行率を前向きに評価すること。FSFI, Body Image Scale, European Organisation for Research & Treatment of Cancer Quality of life Questionnaireを用いて評価した。	時間の経過に伴う FSFI スコアの差と身体イメージのスコアは改善されたが、認識されている全体的な健康状態は悪化した。同時に知覚される全体的な健康状態は低下したにもかかわらず、身体イメージスコアは時間の経過とともに改善した。再発がんまたは転移がんを患う女性の一部は、性的親密さへの関心を取り戻した。
7	Canpos LS et al.	2022	ポルトガル	量	56.11	60	ステージ3～4の乳がん、結腸直腸がん、婦人科がんの女性の性機能障害、生活の質、身体イメージを調査すること。FSFI, Body Image Scale, European Organisation for Research & Treatment of Cancer Quality of life Questionnaireを用いて評価した。	身体イメージの問題は全体的な QOL および機能スコアと逆相関し、がん症状の重症度と正の相関が見られた。ボディイメージの問題は、性的に活動的な女性と非活動的な女性の両方の性生活の満足度と逆相関していた。性的に活発な女性では、ボディイメージの悪さは性機能と逆相関したが、全体的なQOLとは無関係であった。
8	Bokaie M et al.	2022	イラン	量	39.81±7.54	32	乳房切除手術後の女性の性機能と満足度に関する問題解決策に基づいたグループカウンセリングの有効性を判断すること。FSFIを用いて評価した。	平均 FSFI スコアは、介入前から介入直後、そして介入後さらに有意に増加した。また、平均性的満足度スコアは、介入前、介入直後、および数か月後、それぞれ有意差を認めた。この結果はまた、性的機能と満足度の2つの要素が性的カウンセリング後に統計的に有意であるものの、この改善は臨床的には進行的ではないことも示した。性的カウンセリング後も、性的機能と満足度のスコアは依然として低かった。
9	Stan DL et al.	2021	USA	量	50.1±13.1	23	乳がん生存者向けのアプリベースの電子健康記録(EHR)統合型対話型ケア(ICP)の実現可能性を評価する。PROMISを用いて評価した。	すべての患者は少なくとも1つのICPタスクに従事した。毎月の平均タスクの完了率は、QOL質問項目で62%、症状評価で59%、アクティビティリマインダーで37%であった。時間の経過とともにタスクの完了率は低下した。
10	Chanmekun SB et al.	2021	マレーシア	質	38.8±7.8	15	夫婦不和と生活の質の低下といった悲惨な結果を招く乳がん患者にとって、女性の性機能障害(FSD)の管理は極めて重要である。そこで現象学的アプローチを使用して、乳がんとともに生きる女性の FSD 管理における医療提供者(HCP)の認識と経験を調査する。	テーマ分析を通じて3つの主要な障壁が特定された。「関連する知識が不足している」、「セックスに関する社会文化的考え方の影響」、「診療システムの専門性中心の性質」インタビューを受けたほとんどの医療従事者は、セクシュアリティについて非常に狭い理解しか持っておらず、FSDの意味にも馴染みがなく、性的健康問題に関するトレーニングが非常に限られていると感じていた。セックスについて話すことは、医療従事者と患者の双方にとって恥ずかしいことであり、したがって優先事項ではないと考えていた。
11	西佳子ら	2021	日本	量	46.3±4.9	84	子宮摘出術を受けた女性の性のQOLを高める看護援助を検討することを目的とした。QOL(SF-8)、性機能(FSFI)を用いて調査した。	84例の内、51%が性活動を再開し、71%が性交再開への不安を抱えていた。開腹術は、腹腔鏡術と比較し、精神的健康と社会生活機能が有意に低く(p<0.05)、臍挿入中の不快感・痛みの頻度が有意に高い傾向にあった(p<0.1)。さらにFSFI高群は、精神的QOL高群(p<0.05)、性交頻度高群(p<0.05)、性交の早期再開群(p<0.01)と有意に関連した。
12	Keshavarz Z et al.	2021	イラン	量	43.4±5.6	65	乳がんを克服した女性の性機能、性的苦痛、QOLに対するPLISSITベースのカウンセリングの効果を測定すること。FSFI, STAI, WHO QOL-Brief questionnaireを用いて評価した。	PLISSITベースのカウンセリングが性的苦痛を大幅に軽減し、QOLとそのすべての領域、さらに性機能とそのすべての領域のスコアを向上させることが示された。介入後2週間と4週間では、変数の平均スコアに有意差はなかった。PLISSITベースのカウンセリングは、性機能障害や性的苦痛を軽減し、乳がんを克服した女性のQOLを向上させた。
13	Shaffer KM et al.	2021	USA	質	survivors 53.95 range45-65 partner 54.67 range36-70	survivors 20 partner 20	カップル向けのインターネット介入が乳がん関連の性的懸念にどのように対処できるかについて、女性乳がんサバイバー、親密なパートナー、医療従事者の認識を評価すること。	3つの主要なテーマが特定された。(1) がん治療が性的健康に及ぼす身体的および心理的影響に関する情報とその管理方法、(2) 人間関係とコミュニケーションのサポート、および(3) 治療後の身体の変化と自己イメージへの対処。サバイバーとパートナーは、パートナーに内緒で介入することもあったが、カップル内の性的懸念についてオープンにコミュニケーションをとることの重要性も強調した。サバイバーとパートナーは、診断時から生存期間を通じて利用可能な、がんの経過全体にわたって変化するニーズに対応する介入に関心を表明した。
14	梅村友子ら	2020	日本	質		35	子宮頸部前がん病変と診断された女性が経験したスティグマとスティグマによる他者との関係や生活への影響を明らかにし、スティグマを予防・軽減するための支援を検討する。	【偏った性交経験へのレッテル】や【がん患者という同情的な視線】を感じ、【過去の行いに対する後悔の念】や【不確かな心配事に対する自責の念】という感情を抱くというスティグマを経験していた。
15	Di Mattei VE et al.	2020	イタリア	量	49.41±7.89	64	乳がん生存者の性的機能、夫婦関係の質、全体的な健康状態を評価することを目的とした。FSFI, DAS (Dyadic Adjustment Scale) SF-12, 自己申告式質問表を用いて評価。	標準データと比較して、FSFI, DAS, SF-12の身体的要素(PCS)と精神的要素の概要(MCS)の平均スコアが著しく低いことを示した。重回帰分析では、年齢、ホルモン療法、心理的健康状態が性機能に大きな影響を及ぼし、身体的および精神的健康状態がカップルの関係の質に大きな影響を与えることが示された。

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティに関する研究の動向

文献 No	著者	発表年	調査国	デザイン	年齢 (平均±SD)	対象者数	研究目的	明らかになったこと
16	Tahir K et al.	2020	パキスタン	量	39.58 ± 11.06	118	パキスタンの乳がん女性を対象に、性的機能(SF)と夫婦の親密さの間の身体イメージ(不満)の仲介的役割を調査することを目的としている。FSFI, Body image scale, Marital Intimacy Questionnaireを用いて評価した。	性機能が高さと夫婦の親密さの正の決定要因(合意、寛容さ、愛情、献身)との間には有意な正の関係があることが明らかになった。身体イメージの不満は、夫婦の親密さの正の決定要因と負の関係があり、親密さの問題と正の関係があった。性機能が夫婦の親密さの肯定的な予測因子である一方、身体イメージ(不満)が夫婦の親密さの肯定的な側面の否定的な予測因子であることが判明したことを明らかにした。
17	Tucker PE et al.	2021	オーストラリア	量	BSO: 53 ± 8 対照群: 58 ± 9	BSO: 119人 対照群: 308人	両側卵管卵巣切除術を受けた場合(BSO)と受けていない乳がんサバイバーの性機能と生活の質を比較すること。FDS(Female Sexual Dysfunction), HSD(Hypoactive Sexual Desire Disorder), Relationship Assessment Scale, Menopause-specific quality of life questionnaire, Short Form Health Survey-36を用いて評価した。	BSOグループの女性76人と、卵巣が残っている女性96人の2つのグループ間でFSDに差はなかった。BSOグループとコントロールの間でHSDの差は観察されなかった。BSOを受けた女性は、対照群と比較して一般的な健康スコアが低かった。両グループのエネルギーレベル、精神的健康状態、疼痛スコア、身体機能レベル、社会的機能レベルは同様であった。
18	Yuan X et al.	2020	USA	量	42.80 ± 7.63	458	さまざまな性的健康対策に関して中国の乳がん(BC)患者の個人の特性との関連を調べることを目的とした。FSFI, Menopause Rating Scale, Sexuality and body image scale, HADS, Revised Dyadic Adjustment Scaleを用いて評価した。	19のFSFIの性的健康尺度に関して、実験的に未知の異なる潜在的な患者クラスが3つ特定された: 1「機能障害なしグループ」、2「器質性機能障害グループ」、3「性的健康不良グループ」。収入と不安はプラスの関係にあったが、罹患期間はクラス1よりもクラス2に属する可能性と負の相関があり、がん再発患者はクラス2とクラス3に属する可能性が高かった。クラス3に分類された患者は、以前のボディイメージがより良くなり、より重度の更年期障害症状を示す可能性が高かったのに対し、その後のボディイメージがより良くなり、パートナーとの関係が良好になる可能性は低かった。
19	Salakari M et al.	2020	フィンランド	量	未記載	BC: 66	乳がんサバイバー(BC)が女性のセクシュアリティと性的満足感どのように関連しているかを評価することである。Sexual History Formを用いて評価した。	BC患者の女性は、健康な女性よりも性生活の重要性が低いと考えていた(p<0.001)。健康な女性(p=0.01)や動脈性高血圧症の女性(p=0.04)に比べて、性生活に対する満足度が有意に低かった。独身生活や教育レベルはグループ間の違いを示さなかった。
20	Bober SL et al.	2020	USA	量	38.60 ± 6.58	20	若い乳がんサバイバーの卵巣抑制後の性機能障害と心理的苦痛を管理することを目的とした、簡単な心理学的介入を開発した。FSFI, Brief Symptom Inventoryを用いて評価した。	分析では介入前後の変化を調べた。女性の性的健康は、ベースラインからフォローアップまでに大幅に改善された(n=19, p<0.02)。不安も、ベースラインと比較して、2か月の時点で大幅に改善された。性機能の変化と心理的苦痛に関して、中程度から大規模の効果量が観察された。
21	Mamguem KA et al.	2018	フランス	量	35.9 ± 4.0 diagnosis age	896	子宮頸がん、子宮内膜がん、卵巣がんの女性における長期的なHRQoLの決定要因を特定することと、生活状況(性的機能、精神的苦痛、社会的および職業的復帰)の影響を探索する。SF-12, Hospital Anxiety and Depression Scale, FSFI, Arason's Social Support Questionnaire, EPIE Questionnaireを用いて評価した。	ほぼすべてのSF-12ディメンションでHRQoLが低下した。低いHRQoLの主な決定要因は、併存疾患、剥奪、社会的サポートの利用可能性と満足度の欠如、および心理的結果であった。婦人科がん生存者の34%ががんが仕事に悪影響を及ぼしていると回答し、73%が治療後に就労能力が低下したことが明らかになった。
22	Blouet A et al.	2019	フランス	量	20-24 25-29 30-35	84	35歳未満の乳がん女性の治療後の性生活の質を評価し、結果を文献と比較する。Brief Index of Sexual Function for Women(BIBF-W), FSFIを用いて評価した。	アンケート調査では、半数以上が3つのセクシュアリティの問題を抱えていることが明らかになった。平均合計スコアは、BISF-Wで28.08/75、FSFIで25.1であった(カットオフ痛み26.55未満)。化学療法を受けていないことと性的健康に関するスコアとの間に関連性があることが示された。性的障害が検出されたのはわずか7%だったが、患者の49%が性的障害からの回復を望んでいた。
23	Canzona MR et al.	2019	USA	質	women 49 ± 12.26 partner 55 ± 9.82	women 40 partner 13	①乳がん生存者および乳がん生存者のパートナーが、初回治療後の性的健康の変化の結果として報告している不確実性の原因を特定すること②性的健康に関連する不確実性についてコミュニケーションしようとする際に彼らが経験する課題を明らかにする。	分析の結果、BCとパートナーにとって5つの主要な不確実性の原因が明らかになった。治療後の身体への認識、関係パートナーへの影響についての心配、性的関係への不満に関する倫理的懸念(パートナーのみ)、関係の将来についての恐怖、SH治療の無駄についての不安。これらの懸念は、カップルのコミュニケーションの課題に関連していた。
24	Hummel Susanna B, et al.	2019	オランダ	量	53.6 ± 8.5	69	性機能障害に対するインターネットベースの認知行動療法(CBT)を受けた乳がん生存者のパートナーを対象に、性機能と人間関係の満足度を縦断的に評価した。FSFI, PAIRを用いて評価した。	インターネットベースのCBTが、パートナーのCBT直後および長期にわたる全体的な性的満足度、性的親密さ、性的関係の満足度にプラスの影響を与えることを示唆した。性機能の他の領域では持続的な変化は観察されなかった。
25	Ljungman L et al.	2018	スウェーデン	量	Age ≤ 35:51 36-40:80 ≥41:50	181	乳がんを患っている若い女性(40歳未満)における性機能障害や生殖に関する懸念の種類、罹患率、予測因子の影響を明らかにすること。SexFD, RCAC, BIS, Health-related QoLを用いて評価した。	現在の内分泌治療が潤滑と膣の不快感に関連する機能不全の有意な予測因子であることを示した。否定的な身体イメージは性生活の満足度と関連していた。将来的に(追加の)子供が欲しいという願望と、以前の化学療法によって、生殖に関する高いレベルの懸念が予測された。

文献 No	著者	発表年	調査国	デザイン	年齢 (平均±SD)	対象者数	研究目的	明らかになったこと
26	Hummel Susanna B, et al.	2018	オランダ	量	51.6±7.7	84	乳がんサバイバーの性機能障害に対するインターネットベースの認知行動療法 (CBT) の長期有効性を評価すること。FSFI, SAQ, FDSR, PAIRを用いて評価。	全体的な性機能、性的欲求、性的興奮、膣の潤滑、セックス中の不快感、性的苦痛、および治療直後に観察された身体イメージに対する介入のプラスの効果は、3か月および9か月の追跡調査でも維持された。追跡調査中に性的快感は減少したが、ベースラインレベルには戻らなかった。
27	Fouladi N et al.	2018	イラン	質	42±12.5	30	乳房切除術はイランにおける乳がん治療の非常に頻繁な治療法であり、乳がん生存者の大半で乳房切除術後の性機能障害が報告されている。この定性的研究では、患者が乳房切除術後の性生活においてどのような段階を経るかを調査する。	乳房切除術後の患者の段階では、2つの主要なカテゴリーが特定された。性機能の破壊と性機能の回復。それぞれに3つのサブカテゴリーが導かれた。「生存者が知覚した身体的変化と性的行動の変化」「性機能の低下」「性機能の低下を悪化させる要因」。イラン社会では、文化的背景、いくつかのタブー、および家長制構造により、乳房切除術後に患者はさらなるプレッシャーにさらされていることが判明した。
28	Rojas KE et al.	2018	USA	量		57	268 BMIと乳がん手術前後 (乳房再建術: MR) の性機能、身体イメージ、乳房特有の官能性との相関関係を調査する。FSFIを用いて評価した。	満足度の低下は、MRグループ内のBMIの増加と関連していた。肥満グループのFSFIスコア中央値は性機能障害の基準を満たしていた。より多くの太りすぎの女性が、手術の前後で親密さにおいて胸が重要な役割を果たしたと報告したが、術後はこの役割の重要性の低下がすべてのグループで観察された。

IV. 結果

対象とした文献28件の論文は、乳がんを対象にしたものが23件、子宮がん3件、子宮がんと乳がんを含めた研究が2件であった。調査国は、アメリカ8件、イラン4件、オーストラリア・ポルトガル・フランス・オランダが2件ずつ、マレーシア・イタリア・パキスタン・フィンランド・スウェーデンが1件ずつであった。国内文献は3件であった。研究デザインは、量的研究が18件 (67.9%)、質的研究が9件 (32.1%) であった。対象者の平均年齢は、文中に明記されていた20歳台から60歳台までを対象としていた。調査対象者数は、量的研究が60~864名、質的研究が9~40名を対象としていた。

1. 研究デザイン

1) 量的研究デザイン

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティにおいて、量的研究デザインで行われた研究は20件であった。それらの目的は性機能障害の実態を明らかにすること、性生活の満足度とその影響要因を探索すること、パートナーとの関係性の実態を明らかにすること、ボディイメージとの関連を明らかにすること、セクシュアリティと生活の質への影響要因を探索するものであった。これらの目的は一つに限らず、例えば日常生活の中でボディイメージがセクシュアリティにどのように影響しているのか、というように独立変数を組み合わせられている研究がみられた。

(1) 性行為または性行為に伴う性機能障害を測定する尺度

女性特有のがん治療の影響が及ぼす性機能障害は、Female Sexual Function Index (FSFI) を用いて評価していた (Bebedict, C et al., 2022 : Compos, LS et al., 2022a : Compos, LS et al., 2022b : Bokaie, M et al., 2022 : 西ら, 2021 : Kashavarz, Z et al., 2022 : Di Mattei, VE et al., 2021 : Tahir, K et al., 2022 : Tucker, PE et al., 2021 : Yuan, X et al., 2020 : Bober, SL et al., 2020 : Mamguem, KA et al., 2019 : Blouet, A et al., 2019 : Hummel, SB et al., 2019 : Hummel, SB et al., 2018 : Rojas, KE et al., 2018)。またFemale Sexual Dysfunction(FSD)を用いている研究もあった (Tucker, PE et al., 2021)。性行為についてはSexual Activity Questionnaireを用いている研究もあった (Hummel, SB, 2018)。このように「性機能障害の実態とその影響要因」について探索されていた。

(2) 性生活の満足度を測定する尺度

性に関する満たされていないニーズについては、Supportive Care Needs Scaleを用いて評価していた (Bebedict, C et al., 2022)。また性行為の満足度にはSexual Function and satisfaction measure version や (Ljungman, L et al., 2018), Sexual History Formを用いて評価していた (Salakari, M et al., 2020)。性的欲求低下障害としてHypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) も用いられていた (Tucker, PE et al., 2021)。このように「性生活の満足度とその影響要因」について探索されていた。

(3) パートナーとの関係性を評価する尺度

夫婦の親密さについては、Marital Intimacy

Questionnaires が用いられ (Tahir, K et al., : 2022), 夫婦関係の質については, The Dyadic Adjustmentによって評価されていた (Di, Mattei, VE et al., 2021)。パートナーとの満足度には, Relationship Assessment Scale によって評価していた (Tucker, PE et al., 2021)。同じくパートナーとの関係性については, Revised Dyadic Adjustment Scaleが用いられ (Yuan, X et al., 2020), またPersonal Assessment of Intimacy in Relationships Inventoryによって評価されていた (Hummel, SB et al., 2019a : 2018b)。このように「パートナーとの関係性の要因」について探索されていた。

(4) ボディイメージを評価する尺度

ボディイメージの評価には, Body Image Scale が用いられていた (Compos, LS et al., 2022a : 2022b : Tucker, PE et al., 2021 : Hummel, SB et al., 2018)。さらにSexuality and Body Image Scaleを用いた研究もあった (Yuan, X et al., 2020)。

(5) 感情や心理状態・健康状態を評価する尺度

健康状態については, Short Form Health Survey-12が用いられていた (Di, Mattei, VE et al., 2021 : 西ら, 2021 : Mamgum, KA et al., 2019)。またHealth-related QoLも用いられていた (Ljungman, Let al., 2018)。さらにReported Outcomes Measurement Information System Scoreを用いた研究もあった (Stan, DL et al., 2022)。感情やストレスの評価は, Brief Symptom Inventoryが用いられていた (Bober, SL et al., 2020)。更年期障害特有の症状については, Menopause Rating Scaleで評価していた (Yuan, X et al., 2020)。不安とうつについてはHospital Anxiety and Depression Scaleが用いられていた (Mamguem, KA et al., 2018)。またFemale Sexual Distress Scaleによって評価する研究もあった (Hummel, SB et al., 2019)。このように「ボディイメージとの関係性」について探索されていた。

(6) 日常生活の質を評価する尺度

生活への質は, European Organization for Research and Treatment Cancer Quality of Life Questionnaireや (Compos, LS et al., 2022a : 2022b), EPICE questionnaireが用いられていた (Mamguem, KA et al., 2019)。また更年期

障害特有の生活に質に関するアンケートには, Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire が用いられていた (Tucker, PE et al., 2021)。このように「生活の質への影響要因」について探索されていた。

2) 質的研究デザイン

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティにおいて, 質的研究デザインで行われた研究は9件であった。帰納的探索的に行われた研究の目的は, セクシュアリティに関する情報と支援ニーズを明らかにすること (西尾・作田, 2023), 骨盤底機能不全を伴う症状の経験を明らかにする (Clombage, UN et al., 2022), 子宮頸部前がん病変と診断された女性が経験したスティグマを明らかにする (梅村ら, 2020) ものであった。

3) パートナーを対象とした研究

乳がんと診断された女性の夫の経験に基づく性生活について, 生活の変化と困難を質的に調査していた (Maleki, M et al., 2022)。

4) 介入研究

乳がん術後のセクシュアリティについてグループカウンセリングを行い, 有効性を明らかにした研究 (Bokaie, M et al., 2022), 独自で作成したカウンセリングの効果を測定した研究 (Kashavarz, Z et al., 2022) が行われていた。Bober, SL et al (2020)は, 性機能障害と心理的苦痛を管理できるようにsexual Health rehabilitationとBody awareness exercises, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)を構成したプログラムを開発しその評価をおこなった。またアプリベースの電子健康記録を開発し, 統合型対話型ケアの実現可能性を評価した研究 (Stan, D et al., 2022), 同じくICTを用いたサバイバーとパートナー, 医療従事者の支援体制を評価した研究 (Shaffer, KM et al., 2021), さらにICTで認知行動療法を受けたサバイバーとパートナーを対象に効果を評価した研究 (Hummel, SB et al., 2019 : 2018) が行われていた。

V. 考察

1. 研究の動向

女性特有のがん治療には, 外科的療法, 放射線療法, 薬物療法 (ホルモン療法・分子標的療法・化学療法など) がステージに応じて組み合わせられ

て行われる。解剖学上、「女性生殖器は外性器と内性器に分けられる。また広く外性器として乳房がある」(末岡ら, 2018)。と位置付けられているが、これまでの研究では「女性生殖器系がん」という括りにおいて、乳がんはその対象から除外されていた(黒澤・飯岡, 2016)。また卵巣がん患者のセクシュアリティに関する文献検討(松井・瀬戸, 2021)では、疾患が限定され、子宮がんや乳がんは対象から除外されていた。今回はその女性性器系がんに含まれていなかった乳がん、乳がんの発生原因同様にエストロゲンが関係している子宮がんを対象とし、これらを女性特有のがんと定義した。国内文献において乳がんおよび子宮がんに関するセクシュアリティの研究はそれぞれ1件ずつであった。乳がんに関するセクシュアリティの研究では、対象者が求めるニーズと支援について質的に調査していた(西尾, 作田, 2023)。国内文献においてセクシュアリティをテーマとする研究は圧倒的に少ない。こうした質的研究から出発し、今後発展的に研究が研鑽されることが望まれる。一方で西ら(2021)の子宮摘出による性機能や、日常生活と関連する要因を検討した研究は、量的研究デザインで健康関連QOLをSF-18、性機能についてはFSFIを用いて調査し統計的分析を行っていた。これにより術後性活動再開の時期や不安、開腹術と腹腔鏡では精神的健康と社会生活機能の変化すること、膣挿入中の不快感・痛みの頻度が有意に高い傾向となること、FSFI高群は精神的QOL高群・性交頻度高群・性交の早期再開群と有意に関連していたことなどを明らかにした。乳がんの治療においてもまた、疲労、性欲の喪失、性的刺激に対する生理学的興奮の低下、エストロゲンレベルの低下に続発する膣の乾燥に起因する性交痛を経験することがある(Katz, A, 2011)と報告されている。国外文献においては、乳がんサバイバーを対象にセクシュアリティをFSFIやSexual Activity Questionnaireで評価し、ボディイメージを測定する尺度と、QOLへの影響要因などを明らかにする研究が多くみられた。それらはアメリカ・ポルトガル・イラン・イタリア・パキスタン・フィンランド・フランス・スウェーデンで行われており、セクシュアリティやボディイメージ、QOLは文化的背景によって特徴づけられていた。質的研究ではサバイバーの

パートナーを対象に、性生活の変化と苦難を探索していた(Meleki, M et al., 2022)。これらセクシュアリティに関する問題は、生殖機能だけでなく、重要他者とのコミュニケーションの一つの方法であることを認識させるものである。オランダのHummel, S B et al(2018: 2019)はICTを活用し、性機能障害の女性とパートナーに対して認知行動療法を行い、性機能、性的欲求、性的興奮、膣の潤滑、性交中の不快感、性的苦痛、ボディイメージに対する介入にプラスの効果があったと報告している。すなわち国外における女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティの研究は、セクシュアリティに影響する要因の探索、重要他者の経験、そして介入研究と発展しつつある一方で、国内においては今後注目され、研究が発展する状況にあると思われた。

2. 看護実践への研究課題

セクシュアリティの支援についてChanmekun, SB et al., (2022)は、「医療従事者が患者とセックスについて話し合うことは、双方にとって恥ずかしいことであり、優先的に援助される事項ではないと認識していた」と指摘している。また「医療従事者が自信をもって性機能障害について臨むには、知識を強化し社会文化的障壁を打破し、診療環境を改善するための介入が不可欠である」と課題を残していた。このように日本でも、セクシュアリティはプライベートであり、個人的な嗜好であり、日常生活ではなかなか話すことはない。Chang, YC et al., (2019)は、乳がん術後の台湾人の性生活の変化について質的研究をおこなったが、「台湾の女性は、文化的側面により性行為に関する問題を医療従事者とディスカッションすることでさえ躊躇している」と指摘している。同じアジア圏の日本においても、文化的配慮が必要といえる。このように日本における女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティには、文化的側面から成る自己概念が伴っているという特徴がある。女性特有のがん治療後のセクシュアリティに対する研究が少ないことは、支援状況も十分ではないことを示している。したがってまずは女性特有のがん治療後のサバイバーのセクシュアリティの実態を調査し、ニーズに沿った支援ができるよう、準備を整え、性生活に関する教育とカウンセリン

グを医療プログラムに組み込む必要があるといえる。

VI. 結論

女性特有のがん治療に伴うセクシュアリティに関する研究は、国外では活発に行われているが、国内では研究数が非常に少ないことが明らかとなった。セクシュアリティに関する研究は、日常生活の一部として扱われ、QOLやボディイメージへの影響要因を探索する研究から、ICTを用いた行動認知療法やカウンセリングなどの介入研究へと発展していた。また対象もサバイバーだけでなく、重要他者との関係性に影響するため、重要他者の経験や苦難が明らかにされる研究にまで広がっていた。国内においては、文化的配慮が必要となる介入方法がないため、今後注目すべき研究課題といえた。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反 (COI) はない。

【文献】

- Bebedict, C., Fisher, S., Kumar, D., Pollom, E., Schapira, L., Kurian, A.W., Berek, J.S., Palesh, O. (2022). Examining associations among sexual health, unmet care needs, and distress in breast and gynecologic cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 38, (6), 151-166.
- Blouet, A., Zinger, M., Capitain, O., Landory, S., Bourgeois, H., Seegers, V.T., Pointreau, Y. (2019). Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Supportive Care in Cancer*, 27, 879-885.
- Bober, S.L., Fine, E., Recklitis, C.J. (2020). Sexual health and rehabilitation after ovarian suppression treatment (SHARE-OS): a clinical intervention for young breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 14, 26-30.
- Bokaie, M., Firouzabadi, O., Joulaee, A. (2022). The effectiveness of group problem-solving therapy on women's sexual function and satisfaction after mastectomy surgery. *BMC Women's Health*, 22 50.
- Canzona, M.R., Fisher, C.L., Ledford, C.J.W. (2019). Perpetuating the cycle of silence: the intersection of uncertainty and sexual health communication among couples after breast cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*, 27, 659-668.
- Chanmekun, S.B., Zulkifli, M.M., Muhamad, R., Mohd, Zain, N., Low, W.Y., Liamputtong, P. (2022). Managing sexual dysfunction for women with breast cancer: the perspective of healthcare providers in North East Malaysia. *Supportive care in cancer*, 30, 401-411.
- Chang, Y.C., Hu, W. Y., Chang, Y.M., Chiu, S.C. (2019). Changes in sexual life experienced by women in Taiwan after receiving treatment for breast cancer. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 14. doi: 10.1080/17482631.2019.1654343
- Colombage, U.N., Lin, K.Y., Soh, S.E., Brennen, R., Frawley, H.C. (2022). Experiences of pelvic floor dysfunction and treatment in women with breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 30, 8139-8149.
- Compos, L.S., De Nardi, S.P., Limberger, L.F., Caldas, J.M., (2022a). Sexual function and disease progression in women with advanced cancer. *Sexuality and Disability*, 30, 5093-5098.
- Compos, L.S., De Nardi, S.P., Limberger, L.F., Caldas, J.M., (2022b). Sexual Function, Body Image and Quality of Life of Women with Advanced Cancer. *Sexuality and Disability*, 40,141-151.
- Di, Mattei, V.E., Perego, G., Taranto, P., Mazzetti, M., Maratta, E., Candiani, M., Salvatore, S. (2021). The Long-Term Effects of Cancer Treatment on Sexuality and Couple Relationships. *Family Process*, 60, 3, 853-865.
- Hummel, S. B., van Lankveld, J. D. M., Oldenburg, H. A. S., Hahn, D. E. E., Kieffer, J. m., Gerritsma, M.A., Kuenen, M.A., Bijker, N., Borgstein, P.J., Heuff, G., Lopes Cardozo, A. M., F., Palaisier, P.W., Rijna, H., van der Meij, S.,

- van Dulken, E.J., Vrouenraets, B.C., Broomans, W., Aaronson, N.K. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy realizes long-term improvement in the sexual functioning and body image of breast cancer survivors. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44, 5, 485-496.
- Hummel, S. B., van Lankveld, J. D. M., Oldenburg, H. A. S., Hahn, D. E. E., Kieffer, J. m., Gerritsma, M.A., Kuenen, M.A., Bijker, N., Borgstein, P.J., Heuff, G., Lopes Cardozo, A. M, F., Palaisier, P.W., Rijna, H., van der Meij, S., van Dulken, E.J., Vrouenraets, B.C., Broomans, W., Aaronson, N.K. (2019). Sexual functioning and relationship satisfaction of partners of breast cancer survivors who receive internet-based sex therapy. *Journal of sex & marital therapy*, 45,(2), 91-102.
- 池田正 (2018). 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 女性生殖器 成人看護学9. 末岡浩, 鈴木直, 神野浩光, 野口靖之, 永澤規子, 中村有里 (編), 20-22, 東京: 医学書院.
- Kashavarz, Z., Karimi, E., Golezar, S., Ozgoli, G., Nasiri, M. (2022). The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest-posttest trial. *BMC Women's Health*, 21, 417.
- Katz, A (2011). Breast cancer and women's sexuality-acknowledging and discussing the consequences of treatment-. *American Journal of Nursing*, 111, (4), 63-67.
doi: 10.1097/01.NAJ.0000396560.09620.19
- 黒澤亮子, 飯岡由紀子 (2016). 女性生殖器系がん 3 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.
- Ljungman, L., Ahlgren, J., Petersson, L.M., Flynn, K.E., Weinfurt, K., Gorman, J.R., Wettergren, L., Lampic, C. (2018). Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: Type, prevalence, and predictors of problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(2), 91-102.
- Maleki, M., Mardani, A., Ghafourifard, M., Vaismoradi, M. (2022). Changes and challenges in sexual life experienced by the husbands of women with breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care Cancer*, 22(1), 326.
- Mamguem, K.A., Dumas, A., Joly, F., Billa, O., Simon, J., Poilot, M.L., Darut-Jouve, A., Fumoleau, P., Arveux, P., Dabakuyo-Yonli, T.S. (2019). Long-term gynecological cancer survivors in cote d'or: health-related quality of life and living conditions. *The Oncologist*, 24(7), 490-500.
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of International Medical Research*, 37, 182-188.
- 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.
- 西尾聡子, 作田裕美 (2023). 若年性乳がん患者が求めるセクシュアリティに関する情報と支援. *日本がん看護学会誌*, 37, 1-13.
- 西佳子, 茅島江子, 佐藤泰輔, 和気江利子, 島袋香子 (2021). 子宮摘出による性機能・QOLと関連する要因の検討. *母性衛生*. 62 (1), 78-87.
- 乳がんの患者さんのためのガイドライン2023: 患者さんのための乳がん診療ガイドライン2023年版 | 最終更新日: (xsrv.jp) <https://jbcx.xsrv.jp/guideline/p2023/> 参照 (2023年9月3日)
- Rojas, K.E., Matthews, N., Raker, C., Clark, M.A., Onstad, M., Stuckey, A., Gass, J. (2018). Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship. *Journal of cancer survivorship*, 12(1), 127-133.
- Salakari, M., Nurminen, R., Sillanmaki, L., Pylkkanen, L., Suominen, S. (2020). The importance of and satisfaction with sex life among breast cancer survivors in comparison with health female controls and women with mental depression or arterial hypertension: results from the Finnish nationwide HeSSup

- cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 3847-3854.
- Shaffer, KM., Kennedy, E., Glazar, JV., Clayton, AH., Cohn, W., Reese, JB., Millard, TA., Ingersoll, KS., Ritterband, LM., Sowler, S. (2022). Including partners in discussions of sexual side effects from breast cancer: a qualitative study of survivors, partners, and providers. *Supportive care in cancer*, 30, 4935-4944.
- Shaffer, KM., Kennedy, E., Glazar, JV., Clayton, AH., Cohn, W., Millard, TA., Ritterband, LM., Sowler, S. (2021). Addressing sexual concerns of female breast cancer survivors and partners: A qualitative study of survivors, partners, and oncology providers about Intervention preferences. *Supportive Care in Cancer*, 29, 7451-7460.
- Stan, DL., Inselman, JW., Rdegey, JL., Johnson, KN., Christopherson, LA., McColley, SM., Brown, JK., Phillips, SA., Allen, SV., Hazelton, JK. Ruffy, KJ., Haddad, TC. (2022), Pilot implementation to assess the feasibility and care team impact of an app-based interactive care plan to remotely monitor breast cancer survivors., *Journal of Cancer Survivorship*, 12, 13-23.
- 鈴木直 (2018). 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 女性生殖器 成人看護学 9, 末岡浩, 池田正, 神野浩光, 野口靖之, 永澤規子, 中村有里 (編), 20-22, 東京: 医学書院.
- Tahir, K., Khan, N. (2022). Mediating role of body image between sexual functioning and marital intimacy in Pakistani women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 30, 260-266.
- Tucker, PE., Cohen, PA., Bulsara, MK., Jeffares, S., Saunders, C. (2021). The impact of bilateral salpingo-oophorectomy on sexuality and quality of life in women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 29, 369-375.
- 梅村友子, 成 順月, 葉袋淳子 (2020). 乳がん術後患者の身体活動に関連する要因-ボディイメージに焦点を当てて-, 日本看護科学会誌, 40, 594-601.
- Yuan, X., Wang, J., Bender, CW., Zhang, N., Yuan, C. (2020). Patterns of Sexual health in patients with breast cancer in China: a latent class analysis. *Supportive Care in Cancer*, 28, 5147-5156.

資料

母性看護学における学内実習の評価と今後の課題 —産後の母親の生活模擬体験からの分析—

The Evaluation and Future Challenge of the On-Campus Training in the Maternal Nursing Practice : Life-Simulated Experiences of Mothers After Giving Birth

小笠原百恵¹⁾, 永峰啓子¹⁾, 神谷映里¹⁾, 尾筋淑子¹⁾, 松村恵子¹⁾

1) 関西看護医療大学 母性看護学・助産学領域

Momoe Ogasawara, Keiko Nagamine, Eri Kamiya, Yoshiko Osuji, Keiko Matsumura

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Region
of Maternal Nursing & Maternal Nursing and Midwifery

要旨：2022年度の本学の母性看護学実習は新型コロナウイルス感染症拡大に伴い学内実習とした。学内実習の内容は、産褥期・新生児期の模擬事例を設定し、学生は母子一組を受け持つという設定での看護の展開を行った。この看護の展開を行うに先立ち、それぞれの自宅でモデル人形を世話しながらの生活をするという「産後の母親の生活模擬体験」を実施した。

学生は、「産後の母親の生活模擬体験」を通して“親役割獲得過程”とは育児技術に必要な手技の獲得だけではなく、親としての子どもに対する気遣いを常に持ち、自身の生活や環境を変化させることが含まれることに気づいていた。またモデル人形に対する様々な感情の変化を感じることで、“母子相互作用”の理解も深まったのではないかと考える。そしてこの体験から、母親へのサポートの必要性を実感し、対象者に対する看護師としての姿勢も身につけることにつながっていた。今後は「産後の母親の生活模擬体験」を客観的に評価し、学内実習としてより有効な実習内容の構築につなげていく必要がある。

キーワード：生活模擬体験, 産後, 母性看護学実習

Key Words : Life-Simulated Experience, Mothers After Giving Birth, Maternal Nursing Practice

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症の世界的な感染の拡大により、我が国においても2020年4月に緊急事態宣言が発令された。医療施設においては、感染者の対応に迫られるだけでなく、感染拡大を予防するために人の出入りが制限され、当然のことながら多くの実習施設において看護学生の受け入れが中止となる事態となった。このような状況を受けて、文部科学省・厚生労働省（2020）よ

り、「新型コロナウイルス感染症発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等の対応について」が発出された。実習施設での実習時期を弾力的に取り扱っても差し支えないこと、年度をまたいでも差し支えないこと、実習施設での実習の代替が困難な場合には実習に代えて、演習や学内実習等を実施し、知識技術習得することについて差し支えないとするという内容の主旨であった（文部科学省・厚生労働省、2020）。こ

れを受け、多くの教育機関が母性看護学実習を学内実習で行うこととなったが（日本看護系大学協議会，2021），できる限り学習環境を臨床での実習に近づけるよう工夫がなされた（藤本・川崎・村上・上野，2022，pp.55-60；前山・青木・松沢，2022，pp.11-17；中田・櫻井・湯本・竹内，2022，pp.45-54）。

本学においても新型コロナウイルス感染症の拡大の影響は免れず、母性看護学実習は全て学内としたが、それに伴い実習内容の変更が必要となった。母性看護学実習は、母子の健康の意義や健康増進に向けた看護の役割を認識し、マタニティサイクルにある対象および家族へ必要な援助ができる基礎的実践能力の修得を目指す実習である。臨地で実習を行っていた時には、産褥期・新生児期にある母子1組もしくは妊娠期にある母親を受け持ち、看護の展開を行うことで基礎的実践能力を修得していた。しかして全て学内での実習になったことで、臨地と同様に基礎的実践能力が修得できるように様々な工夫が必要となった。

本学でも褥婦および新生児の母子1組を受け持つという模擬事例を設定し、看護の展開ができる実習内容に変更したが、その看護の展開を始める前に、学生それぞれの自宅でモデル人形を世話しながら生活するという「産後の母親の生活模擬体験」を行う設定とした。本研究は、この「産後の母親の生活模擬体験」について評価し、今後の課題について検討する。

II. 母性看護学における学内実習について

1. 実習目標

学内実習における実習目標は以下の通りである。

- ①妊婦・産婦・褥婦および新生児の特徴を理解し、根拠に基づいた看護過程を展開する
- ②実習における生活体験から家族や親子の愛着について考える
- ③生活者として対象を捉え、健康保持や増進のために行う支援について、その根拠や基本的な支援方法を考える

2. 実習の概要

提示された模擬事例に対して看護の実践を行うという実習内容に設定した。看護の実践は、対象者に応じた健康教育の実施と振り返りまでを含む

こととした。

実習時間は、9時30分～17時00分で、各クルールの学生の人数は6～18人であった。

3. 実習全体のスケジュールと内容

実習全体のスケジュールは表1に示す。実習第1日目は教員による学内オリエンテーションの後、産褥期および新生児期に必要な看護の演習を行った。演習では、各期に応じた全身観察の方法や、授乳への支援方法、新生児への看護（新生児の世話、感染防止と事故の防止）について、教員の説明やデモンストレーションの後、学生が各自で練習できるようにした。

実習第1日目～第3日目（午前）は「産後の母親の生活模擬体験」を実施し、第3日目の午後からは、模擬事例（産褥2日目・生後2日目までの情報）の看護展開を開始した。事例は3例用意し、学生を割り振った。学生は模擬事例を受け持ち、必要となる情報の収集、看護計画の立案、実施、評価の過程を行う設定とした。

実習第4日目はその事例の産褥2日目・生後2日目を受け持つという設定で、立案した看護計画を基に、産褥期・新生児期の医療モデルを使用し看護技術の実践を行った。看護技術を実践した後に、この日の事例の情報（産褥2日目・生後2日目）を配布した。

実習第5日目は前日（実習第4日目）の振り返りと、翌日（実習第6日目）に産褥3日目・生後3日目を受け持つための行動計画を立案する時間とした。

実習第6日目は行動計画を基に産褥3日目・生後3日目に看護技術を実践するという設定で演習を行い、演習終了後に事例の情報（産褥3日目・生後3日目）を配布した。学生は配布された情報を基に、母子の状態の理解を深め、必要となる健康教育の方向性を導き出した。

実習第7日目には、視聴覚教材を使用し、健康教育の実施方法を学んだ後に、受け持った事例に対して健康教育を実施するための計画立案を開始した。対象に応じた媒体の作成や物品準備も行い、実習第8日目には、2～3人のグループに分かれ、学生同士で実施者役、対象者役、観察者役になって健康教育のロールプレイを行った。ロールプレイ後に個人での振り返りやグループでの振り返り

を行い、デブリーフィングを行った。デブリーフィングは個人で行った後にグループ全体でも行なった。その後に、自分たちが行った健康教育について報告するという設定で、SBAR法でまとめた報告書を、個人およびグループで作成した。最終カンファレンスでは、グループで話し合った報告書を基に話し合い、学生全員が共有できるようにした。

表1

日	項目	内容
1	母親の生活体験	実習オリエンテーション、医療モデルを用いて援助の実施 *モデル人形を自宅に連れ帰る
2	生活体験	モデル人形で、母親の生活体験の実施 *家で過ごす過ごし方や実施した育児技術での気づきについてオンラインで確認
3	母子と家族の看護過程展開	生活体験の発表、事例を提示しペーパーシミュレーション看護計画立案 この事例産褥2日目褥婦・生後2日目新生児の観察および援助の実施
4		母性看護技術の習得状況確認
5		同じ事例の産褥3日目褥婦・生後3日目新生児の看護計画立案
6		同じ事例の産褥3日目・生後3日目の観察および援助の実施
7	健康教育	退院後の褥婦・新生児への援助(DVD視聴)、健康教育の保健指導立案
8	のシミュレーション	健康教育実施(学生間でロールプレイング)→デブリーフィング →SBARを用いてpresentation&discussion
9		テーマカンファレンス(学内学修の統合)、記録の整理
10	まとめ	評価面接・今後の学修課題フィードバック

Ⅲ. 「産後の母親の生活模擬体験」について

1. 設定した背景

出産施設を退院した直後から、産後の母子および家族はライフスタイルを再構築できるように生活調整を進めることが必要となる（前原，2022，pp.367-377）。生活調整を進めるには、褥婦のセルフケア能力を高める看護が重要であり、その方法の一つとして育児動作による身体への影響や、子どもの安全を考えた生活環境の調整についての情報を提供すると母性看護学では教授している。

15年以上前から核家族化や少子化の影響によって、青年期にある男女は小さな子どもと生活を体験するという機会が非常に少ないため、子どもや子どものいる生活に対するイメージを持つことができにくいと指摘されている（内閣府，2008）。よって現在の母親や父親になる世代に対して、子育てしながらの生活をイメージできるように情報提供や健康教育をより丁寧に行うことが重要な育児支援の一つになる。

一方で、このイメージを持ちにくいという状態は看護者自身にも当てはまる。看護者も同じような生育状況にある結果、看護者自身がイメージできないことから、十分な知識を持って育児支援を行うことが難しいことが予想される。よって看護

基礎教育課程において、育児そのものや子どものいる生活について十分に理解し、学習しておくことは母子への看護を実践するうえで必要不可欠といえる。

新型コロナウイルス感染症拡大前に施設での実習を行うことができていた時は、学生は実際の出産（出生）直後の母子を受け持たせていただくことで産後の母親の経過や出生した子どもの経過、退院後の母子の生活について、学生自身の目や耳で情報を得ることができていた。また施設での実習では、出産（出生）直後から退院までの母親や子どもの生活に寄り添うことで、母子の状況を体感し学習できていたため、それぞれの母子に応じた支援につなげやすい状況にあった。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大により、病院などの施設で実習ができず、事例の提示と学内でのモデル人形や医療モデルを使用した実習のみでは母子の生活の理解には限界が生じるのではないかと推測した。

そこで、学生自身が実際に母親の生活を体験することができれば、母子の生活の理解をより円滑に深めることができるのではないかと考え、「産後の母親の生活模擬体験」という実習を設定した。

2. 「産後の母親の生活模擬体験」について

1) 「産後の母親の生活模擬体験」の学修目標

学修目標は、「実習における生活体験から家族や親子の愛着について考える」である。細目は、以下の通りである。

- ① 実習における生活体験から親役割獲得過程について説明できる
- ② 実習における生活体験から愛着や母子相互作用に関する学びについて具体的に記述できる

2) 実習方法

(1) スケジュール

実習第1日目（実習初日のオリエンテーション終了後）は前述した演習を行い、新生児の世話のための看護技術の手技の確認を行い、練習を行った。

実習第2日目は、学生は自宅でモデル人形に対して育児技術の実践を行った。教員はGoogle Meetを用いてどのような生活をして

いるのかの確認を行った。学生は各自の体験について記録用紙に記入した。

実習第3日目は、5～6人のグループに分かれて各自の体験や学びを共有した。グループ内で発表された内容は、全体カンファレンスで発表され、学生全員がお互いの体験を共有できるようにした。

(2) 「産後の母親の生活模擬体験」の記録用紙

「産後の母親の生活模擬体験」の記録のみを記載する記録冊子を作成した。最初に自分の設定を書く「新生児との生活体験の設定」の欄を設け、記入を促した。実家暮らしの場合には里帰りの設定にする（サポートの有無の設定は自由）、一人暮らしの場合には夫が日中は外で仕事、夜の帰宅が遅い設定にする（一人で全てをしなければならない家庭）など、学生自身の生活に応じて自分で考えるように指導した。

次に、1日の時間軸に沿って行ったことを書く「新生児との生活体験の行動計画・実施記録」の欄を作成し、行った時間やその内容、評価を書けるようにした（図1）。沐浴、おむつ交換、更衣、添い寝、新生児を寝かせる環境、授乳の6場面それぞれについて、「実施から感じたこと、考えたこと」、「グループメンバーからの学び」という欄を設けた（図2）。前者には、自分が行ってみて難しいと感じたことや工夫して効果があったことなど生活体験を通して気づいたこと、学んだことなどについて具体的に体験内容を記入するように指導した。後者には、グループ内や全体のカンファレンス等を通して他の学生の意見などを聞いたうえで、新たな学びや自分の課題として考えた内容を記入するように指導した。

冊子の最後には、生活体験を通しての学びを書く用紙を設定し、育児にふさわしい居住環境や、家事や育児のサポートとなる社会資源、夫やその他家族（実母・実姉妹など）のサポート、生活全体についての看護の必要性や生活を通しての学びを整理できるようにし、事例を受け持つ際に情報収集の視点を広げ、個別性のある健康教育が実施できるよ

に設定した。

図1

新生児との生活体験の設定

新生児との生活体験を実施するにあたり自分の設定（必ず母親）を詳しく書いてください

新生児との生活体験の行動計画・実施記録

計画	実施	評価
8時		
10時		
12時		
14時		
16時		
18時		
20時		
22時		
0時		
2時		
4時		
6時		
8時		

図2

生活状況の記録および学び

沐浴で工夫したことおよび実施から感じたこと、考えたこと

グループメンバーからの学び

オムツ交換で工夫したことおよび実施から感じたこと、考えたこと

グループメンバーからの学び

(3) 実習内容

実習第1日目は、教員によるデモンストレーションの後、学生はモデル人形を用いて育児に必要な看護技術の演習を行い、自宅での生活に備えた。必要に応じて、教員は手技の確認や指導を行なった。特に授乳については、授乳枕などを用いて授乳姿勢をとり(男子学生は乳房モデルを装着して)、母親の立場になって、適切な授乳姿勢がどのような状態であるのかの確認を学生一人ひとりが行った。沐浴は、沐浴槽を使用した方法を練習したのち、ベビーバスを床に置いて行うという家庭での設定でも行った。教員は、自宅のどこで沐浴するのか、自宅で沐浴する際の準備やサポートなど具体的にどうするかについて学生自身が考えるように口頭で促した。実習第1日目の自宅での育児体験は、自己学習として時間を調整しながら行うことを前提とするものの、自宅に帰ってすぐに新生児を寝かせる環境を整えること、できるかぎり3時間おきにはおむつ交換・授乳を行うこと、沐浴もできる限り行うことを設定として伝えた。夜間などの過ごし方も自己の学習状況に応じて調整するように伝え、育児技術を実施する以外の時間は、休憩などが確保できるように配慮した。モデル人形を連れ帰る際には、バスタオル1枚、短肌着2枚、長肌着1枚、ベビードレス1枚、紙おむつ4枚、おしりふき1袋も持ち帰り、自宅ですぐに使用できるようにした。

実習第2日目は、学生が前日から引き続き子どもの世話を行っているという設定にした。実習の時間内の10時、13時、16時は、授乳の時間と設定し、教員はGoogle Meetを用いて授乳を行っているかを確認した。Google Meet開始時には授乳できる状況かどうか母子の状態を確認するように教員が伝え、学生は各自で準備を整えた後に授乳を開始した。左右の乳房を15分ずつ授乳するという設定とし、その間の30分間はGoogle Meetをつないだままにして(画面は停止し、音声だけをつないで)、教員は口頭で学生とやり取りを行いながら、授乳の状況を確認した。今どのような抱き方や姿勢で行っているか、クッショ

ンなど使用している場合にはどのような大きさや硬さのものをどこに使用しているのか、姿勢を不安定に感じないか、体に痛みなど感じないか、授乳をするために肌を露出する環境として適切か(プライバシーの保護も含む)、児の保温や安全を保つことができているかなど、具体的な手足の使い方や物の使い方などを教員が詳細に学生に問いかけて確認し、学生がお互いの状況を共有できるようにした。

また授乳以外についても、新生児の寝かせ方や、清潔ケアの具体的な方法など、どのような状態(状況)で行ったのかについても、3回の授乳時間の中で教員が口頭で質問した。学生の生活状況や育児技術の具体的な内容だけでなく、学生自身が自分の行っていることをどのように分析したかも確認し、お互いの体験や学びを共有できるようにした。

実習第3日目は登学し、各自の具体的な体験(沐浴、おむつ交換、更衣、添い寝、新生児を寝かせる環境、授乳)について、どのような内容や方法であったのかをグループ内で発表し合い、学生達がお互いの体験を共有できるように設定した。体験を共有した後に、「産後の母親の生活模擬体験」を通してどのような気づきや学びがあったのかをテーマに、全体でカンファレンスを行った。

3) 「産後の母親の生活模擬体験」の評価基準

学修目標の細目について、5点満点で評価することとした。以下に項目毎の評価の視点について示す。

① 実習における生活体験から親役割獲得過程について説明できる

自身の体験を基に、指定された育児技術(沐浴、おむつ交換、更衣、新生児を寝かせる場所・寝かせ方、添い寝、授乳)の場面について具体的に説明できるだけでなく、“親役割獲得過程”という用語を用いて、その現象についての自身の考えが文章化できる状態を5点として設定した。

② 実習における生活体験から愛着や母子相互作用に関する学びについて具体的に記述できる

自身の体験を基に、指定された育児技術（沐浴、おむつ交換、更衣、新生児を寝かせる場所・寝かせ方、添い寝、授乳）の場面を通して、母子の関係性や母親の心理状態について具体的に説明でき、「愛着」や「母子相互作用」という用語を用いてその現象についての自身の考えが文章化できることを5点として設定した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、学生の実習記録やカンファレンスの議事録を分析対象にしておらず、教員が確認できた学生の反応のみを記述し、分析に用いている。また、学生の反応の表現においては、学生の性別や実習時期、担当した事例、詳細な自宅の状況や居住地、家族背景は示さず、個人の特長ができないように配慮した。

V. 結果

学生の反応を以下の項目に分けて示す。

1. 家事、育児の両立の難しさや自分の生活への影響

学生は、「あっという間に一日が終わった。」や、「おむつを替えたり、授乳をしたり、色々していたらいつの間にか時間が経っていて、気づいたら何もできなかった。」など述べていた。また、一人で育児をするという設定の学生は、「ご飯は作り置きをしていたから三食何とか食べることができた。毎回作るのは無理かもしれない。」「実際にあかちゃんの着替えを何回かしたら、いつもよりも洗濯することが増えるのだろうなと思った。」など忙しさを感じていた。

自分の家での行動においては、「離れてはいけないと思ったから、隣の部屋に行ったり、トイレに行ったりするときもドアは開けておいてあかちゃんの様子を気にしながら用事を済ませないといけなかったので凄く疲れた。」など、常に子どものことを意識することの大変さも訴えていた。

2. 育児で生じる身体的な影響

「お風呂にいられている間、中腰になって常に腰が痛かった。」「授乳を何回もしたので肩が凝った。」「背もたれがある方が授乳は楽だった。」「添い寝をしようと思ったが、狭くて窮屈だし、

あかちゃんを下敷きにしないか不安でゆっくり昼寝もできなかった。一緒に寝ていても疲れが取れないことがわかった。」「床に敷いた布団の上に寝かせた状態でおむつを替えると腰が痛くてしんどかった。」「ベッドの上など少し高いところに寝かせて、自分は立膝になってすると少し楽だった。」「どこであかちゃんを寝かせてお世話をすれば一番しんどくないか考えて、色々試した。それでもいつもの動きをするので筋肉痛になった。」といった発言があった。学生は様々な場面を通して、育児で生じる身体的な苦痛や疲労感が蓄積することを実感していた。

3. 子どもにとって適切な環境づくりの実際

「大人用のベッドで一緒に寝ることを考えた場合に、壁との隙間に落ちないか心配になったので、隙間を埋めるように布団を折りたたんで挟み込んだが、なかなかうまくいかなかった。」「床に布団を敷いて寝かせていたが、床が冷たく布団の下にカーペットを敷いていても寒いことがわかった。」「今の家には保温のために使えるものがないことがわかった。」「枕元のコンセントでいつも携帯電話を充電していたが、コードが絡まりそうで危なかったのも、全部抜いた。」「本棚が倒れてきたり、机の上に置いているものが落ちてきたときのことを考えると、どこに寝かせたらよいか難しく、何度も確認してゆっくり眠ることができなかった。」「寒かったのでエアコンを入れたが、風が当たらないようにベッド自体の向きを変えたりして、大変だった。」「ハサミやペンといった文房具類でさえ危険であるとわかり、それを毎回片づけなければならずとても大変だった。」「ペットを飼っているが、部屋に入らないように柵をしたが、なかなか思い通りにできず侵入を防げなかった。」「ペットがあかちゃんに興味を示してしまい、離すのが大変だった。」「ペットが警戒して吠えて大変だった。」などの発言があった。今の自分の生活環境では十分に子どもの安全が確保できないこと、子どもにとって適切な環境を整えるために色々工夫しなければならないことに気づいていた。また環境を変えることは簡単なことではなく、いかに時間や手間がかかる大変な作業であるのかについても気づいていた。

4. モデル人形に対する感情の変化や育児によって生じる感情

模擬体験が終了した時に、「もう終わりなんて残念です・・・。」「どうなるかと思ったけど、いなくなると寂しいです。」「最初はあまり何も思わなかったけど日に日に大事に思えた。」「返したくないです。」「自分の子どもの頃の服があったので似合うと思って途中から着せてあげた。」、というモデル人形を肯定的にとらえ、受け入れるような発言があった。

逆に「ああ、やっと一人の生活に戻ることがができる。」「解放された。」という育児に否定的な感情も感じていた。

5. 母親に必要となる看護の理解

1) サポートの必要性

家族と同居している学生の場合は、実父母などからのサポートがある育児という設定にし、一人暮らしの場合では母親一人で育児をするという“ひとり親”世帯などに設定していた。サポートがなかった学生は「一人であれもこれも用意するのに時間がかかり、沐浴を終えるのに時間がかかった。」「おむつを替え始めて、おしりふきがないのに気づいて取りに行くなど何回かあって、誰かに取って来てもらうだけでも助かることがわかった。」「あかちゃんのことと、自分のことを一人で全部ずっとするのは無理だと思った。」など、一人で育児を行う時間が長いほど大変であることに気づいていた。逆に「自分の母親と一緒に風呂に入れてくれることで学校での演習よりも素早くできたと思う。」「やり方があっていいのかわからなかった時に（自分の母親が）、こうするといいよと一緒にしてくれたから、助かった。」「食事や洗濯など自分のことをしなくてもよかったです。」「子どもの世話に集中できた。」「（ずっと泣いている設定で授乳と授乳の間もあやすことにしたが）一人で抱っこするのではなく、家族と交代で抱っこすることで少し楽だった。」「一緒にみてくれる人がいるだけで安心だった。」など、サポートしてもらうことで子どもの安全につながるだけでなく、時間短縮や負担の減少につながり、結果的に身体的な疲労も少なくて済むのではないかと気づいていた。

さらに適切なサポートが得られることが心理的な支えになることにも気づいていた。

2) 看護者としての姿勢

実習第8日目の母親に対する健康教育の実施場面で母親役の学生に対して「頑張っておられますね。」「おむつ交換を上手に行っておられますね。」など現在の母親の育児を保証していた。また「無理なく家でできそうですか?」「誰かにお願いしてもいいですが、お願いできそうな人はいますか?」「しんどくなったら誰かに頼んで休めそうですか?」といった母親の生活環境や家族などのサポート状況、母親の気持ちを確認しながら、話を進めていた。一つ一つの育児技術についてどこで誰がするのかということを確認する様子も見られた。

VI. 考察

1. “親役割獲得過程”、“母子相互作用”の理解について

「産後の母親の生活模擬体験」を経験した学生の発言から、家事、育児の両立の難しさや自分の生活の制限、育児で生じる身体的な負担を感じていることが明らかになった。そして子どもにとって適切な環境づくりを自分の生活環境に置き換えて行うことで、いかにそれが難しいのか、常にどれだけ気を配らなければならないのか、自分の生活もままならないことも実感していた。学生は、産後の母親と同じような身体的な苦痛や疲労の蓄積、生活の制約を実感しながらも、自宅で様々な工夫をして育児技術を実施することで、実践的な育児技術を体得できたと考える。“親役割獲得過程”は単なる育児技術の獲得ではなく、常に子どもへの心遣いが必要であること、子どものために生活環境自体をも変える必要があるということの理解にもつながったのではないかと考える。

モデル人形に対して肯定的な感情や否定的な感情を持つという感情の変化も、学生に生じるということが明らかになった。初産婦は産後1か月の間に、子どもに対して肯定的な感情と否定的な感情を持つと報告されている（デッカー・松下, 2022, pp.51-61）。今回の結果から、学生は実際の初産婦と同様な心理的な体験をしていると考えられる。実際の母親は、手掌を通した母親の感覚(五

感)に訴える刺激で、わが子への理解を深め、子どもとの関係性を高めていくとも報告されている(原・浅田・内山・久木原, 2013, pp.20-29)。今回はモデル人形であるため、子どもからの反応はほとんど得られない状況であるが、実際に手で触れ世話をすることで、モデル人形を子どもに見立てて関係性を深めた結果、学生は肯定的な感情が高まっていったのではないかと考える。

同時に学生たちはモデル人形の世話をするという一方で、否定的な感情も持っていた。先行研究で、モデル人形に対して育児を行うことで、育児技術を獲得し、肯定的な感情を高めるだけではなく、戸惑いや困難感を持つことが報告されている(小倉・谷口・角谷・加藤, 2016, pp.29-36; 田村・岡本, 2014, pp. 97-101)。本学の学生も同様に否定的な感情を持ったのは、それだけ母親と同じように育児に向き合うことで生活の実際を理解できた結果ではないかと考える。学生たちはモデル人形や育児に対する様々な感情の変化を体験しながら、「母子相互作用」についての理解を深めたのではないかと考える。

2. 母親に必要となる看護の理解と看護者の姿勢の獲得

家族と同居している学生の場合は、実父母などからのサポートがある設定とし、一人暮らしの場合では母親一人のみで育児をするという設定としていた。サポートがなかった学生はどんな困難があったか、サポートがあった学生はどんなサポートがあって、どう助かったのかを具体的に述べていたことから、サポートがあることがいかに母親にとって重要であるのかという理解につながったことが明らかになった。産後1か月の母親は、授乳が難しい、児の世話が難しいという思いを抱えており(美濃口, 2023, pp.1-8)、特に初産婦の方が経産婦よりも育児困難感が高くなるとされている(神崎, 2014, pp.176-188)。また母親が夫の家事や育児に満足感が高いほど、母親の不安・抑うつが低くなり、外部からのサポートがあるほど育児上の問題も低下することも先行研究で示されている(神崎, 2014, pp.176-188)。学生たちはモデル人形でさえ、様々な場面において一人ですべてを担うことの難しさ、大変さを感じていた。逆にそこで家族からのサポートが得られることで

身体的な負担が軽減するだけでなく、心理的な負担も軽減できるといった経験もしていた。つまり実際の母親、特に初産婦に近い状態に置かれる経験ができたことで、サポートが得られることがいかに重要であるか実感できたのではないかと考える。

最後に今回の体験を通して学生は、看護者としての姿勢を身につけることも明らかになった。健康教育を実施する場面で看護者役の学生は、母親の状況や気持ちを適宜確認しながら話を進めていた。母親に一方的に伝えるのではなく、相手の気持ちや状況を気遣いながら、一緒に方法を模索していくような声かけが随所に見られた。岡田・山口・泉澤は(2017, pp.13-19)、看護学生は看護対象者の姿を目の当たりにすることで、対象者の苦痛にきづき、向社会的行動をとるようになることを述べている。今回の実習では、学生は実際に対象者を受け持つことができず、直接的な状態を目の当たりにしてはできていないものの母親を労わることが自然にできていた。これは「産後の母親の生活模擬体験」を通して学生が、育児中の母親の心身の状態を理解し、実感できたことで、実際の母親の姿を目の当たりにする状況に近い状態となり、母親に対して思いやりを持つことができ、寄り添う姿勢を持つことができたからではないかと考える。

3. 看護基礎教育課程における「産後の母親の生活模擬体験」の重要性

新型コロナウイルス感染拡大によって母子をとりまく環境は大きく変わった。出産前後の入院生活では様々なことが制限され、夫の面会だけでなく、分娩時の立会いまでもが制限されることで、母親の心理状態への影響が生じた(佐々木・近澤・笹野・間中・竹, 2023, pp.65-77)。同時に夫が親としての役割を獲得していく過程にも大きな影響をもたらすことになった(東條・伊藤, 2023, pp.29-35; 吉川・塩川・原・高野・周藤・石本, 2022, p.119)。未だその影響は残っており、今後ますます親役割獲得を促す丁寧な支援が必要不可欠となる。今回のような「産後の母親の生活模擬体験」といった看護の対象者を体験するという学習を積極的に取り入れることは、母性看護学においてより実践的な育児支援の能力を養うことにつ

ながるのではないかと考える。

VII. 評価

今回の「産後の母親の生活模擬体験」を通して、学生の言動から、育児技術の具体的な場면을説明できていたと考える。“親役割獲得過程”という用語を用いてその現象について自身の考えが文章化できたかは、実習記録を分析していないため評価できないが、“親役割獲得過程”とは単なる手技の獲得ではなく、親として子どもに対する気遣いができるようになり、必要に応じて自身の生活や環境も変えていくという要素があることも気づいていたといえる。よって、今回の体験によって学生は、“親役割獲得過程”についての学びは深まったと考える。

また学生は、モデル人形に対しての様々な感情やその変化を感じていた。こちらも文章化については評価できないものの、その心理的な体験から、子どもとの関わりを通して母親が様々な感情を抱きながら子どもとの関係性を深めていくことも実感したのではないかと考える。よって学生は、このような母親の子どもに対する感情を知ることによって、“母子相互作用”についての理解が深まったのではないかと考える。

加えて、学生は母親へのサポートの必要性の理解し、看護者としての母親に対する姿勢を身につけることにもつながっていた。よって、「産後の母親の生活模擬体験」は、母性看護学実習における学修目標達成につながる内容であるとともに、本来想定していた目標以上の達成が期待できるものであったと考える。

VIII. 今後の課題

今回は、学内実習の状況の報告であり、教員が得ることのできた学生の反応の記述のみであるため、客観的な効果の検証までは至っていない。今後は、客観的な指標を用いて「産後の母親の生活模擬体験」の効果を検証することや、実際の臨地場面などの環境を擬似的に作り、学修者が実際に臨地で経験することを、シミュレーションを通じて学ぶ教育による構造的な学修プログラムを検討することで、学内での実習としてより有効な実習内容につながるのではないかと考える。

また「産後の母親の生活模擬体験」によって学

生は、母親についての理解を深めたものの、モデル人形は泣くこともなく、実際の子どもの状態の理解や“愛着”についての理解は限界があったといえる。よって、学内であってもより母子それぞれの理解が深まるような内容も検討していく必要がある。

IX. おわりに

「産後の母親の生活模擬体験」は、学修目標到達への効果が高いだけでなく、当初の設定より多くの効果があることも示唆された。少子化により母性看護学実習の実習場所確保が困難になることから考えると、今回のような模擬体験は、看護対象である母親を理解するための実践能力を培う有効な方法ではないかと考える。よって今後は、客観的な評価を行い、より効果的な実習内容の構築につなげていく必要がある。

利益相反

本研究において、開示すべき利益相反は存在しない。

【文献】

- デッカー清美, 松下年子 (2022). 妊娠期から産後1ヵ月未満の母親の子どもや夫に対する情緒的体験 初産婦へのインタビュー調査. アディクション看護, 19(1), 51-60.
- 原理恵, 浅田有希, 内山久美, 久木原博子 (2013). タッチケアが母子相互作用に及ぼす効果. 看護・保健科学研究誌, 14(1), 20-29.
- 藤本紗央里, 川崎裕美, 村上真理, 上野陽子 (2022). 新型コロナウイルス感染流行下における母性看護オンライン訪問実習の効果検証 - オンライン相談支援実用化の可能性と課題 -. 日本職業・災害医学会会誌, 71(2), 55-60.
- 神崎光子 (2014). 産後1ヵ月の母親の育児困難感とその他の育児上の問題, 家族機能との因果的関連. 女性心身医学, 19(2), 176-188.
- 前原邦江 (2022). 第6章 産褥期における看護D施設退院後の看護. 系統看護学講座 専門分野 母性看護学各論 母性看護学2 (pp.367-377). 東京: 医学書院.
- 前山直美, 青木真希子, 松沢祐子 (2022). COVID-19下における母性看護学実習形態変更

- による学生の学び. 神奈川工科大学研究報告 A-26 人文社会科学篇. 46, 11-17.
- 美濃口真由美 (2023). 産後1ヵ月の初産婦の育児困難感の特徴. 秀明大学看護学部紀要, 5 (1), 1-8.
- 文部科学省・厚生労働省 (2020). 新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校, 養成所及び養成施設等の対応について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/000636144.pdf> (参照2023年8月28日)
- 内閣府 (2008) 第3章 生命の大切さ, 家庭の役割等についての理解 第1節 乳幼児とふれあう機会の充実等を図る. 平成20年版 少子化社会白書. Retrieved from <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2008/20webhonpen/html/i2311000.html> (参照2023年8月28日)
- 中田覚子, 櫻井綾香, 湯本敦子, 竹内良美 (2022). COVID-19禍における母性看護学実習の代替実習の有用性と課題. 佐久大学看護研究雑誌. 14(1), 45-54.
- 日本看護系大学協議会 (2021). 2020年度 COVID-19に伴う看護学実習への影響調査 A 調査・B 調査報告書. Retrieved from [covid-19cyousaAB.pdf](https://www.janpu.or.jp/covid-19cyousaAB.pdf) (janpu.or.jp) (参照: 2023年8月28日)
- 小倉由紀子, 谷口美智子, 角谷あゆみ, 加藤泉 (2016). 「泣き」に対する看護大学生の反応に関する一考察 - 「マイベビー3」を用いた男女の比較 -. 中京学院大学看護学部紀要, 6(1), 29-36.
- 岡田郁子, 山口さつき, 泉澤真紀 (2017). 基礎看護学実習 I 実施前後における看護大学1年生の向社会的行動の変化. 旭川大学保健福祉学部研究紀要, 9, 13-19.
- 佐々木綾子, 近澤幸, 笹野奈菜, 間中麻衣子, 竹明美 (2023). 日本の新型コロナウイルス感染症流行下における分娩への影響に関する文献研究. 大阪医科薬科大学看護研究雑誌, 3, 65-77.
- 田村美子, 岡本次枝 (2014). 小児看護におけるシミュレーション教育 - 赤ちゃん人形導入の試み -. インターナショナル Nursing Care Research, 13(1), 97-101.
- 東條結衣, 伊藤貴代 (2023). COVID-19禍でのNICUにおける愛着形成とパートナーシップに向けた動画視聴の効果. 徳島市民病院医学雑誌, 37, 29-35.
- 吉川景子, 塩川加緒理, 原幸子, 高野養子, 周藤葵, 石本泰子 (2022). 第2子以降の児に対する父親の愛着形成についての一考察 コロナ禍にあり面会制限や立ち会い分娩ができなかったことによる影響. 島根医学, 42(1), 119.

関西看護医療大学

業績目録

(2023年1月～2023年12月)

【一般教養・専門基礎】

論文

A. 査読審査を経た論文

花村カテリーナ (2023). 私の国で圧倒的な暴力が起きているとき、私には何ができるのか。心理職として活動を振り返る。関西看護医療大学, 15(1), 41-50.

西垣有夏 (2023). 本学における英語教育の取り組み—グローバル社会に生きる学生のために—. 関西看護医療大学紀要, 15(1), 37-40.

山本道雄 (2023). クリステリアン・ヴォルフの心身論。二元論から一元論へ。関西看護医療大学紀要, 15(1), 26-36.

学会発表

A. 国際学会

Noriko Maeda, Misako Hisamatsu, **Yumiko Nishimura**, Hidetoshi Furukawa, Yumiko Tsutsumi, Sayoko Niwa (2023). Team support for foreign caregivers to work in Japanese geriatric long-term care facilities. The 26th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS2023), February 23-March,31, 2023. On-demand, Tokyo.

B. 国内学会

(a) 全国大会

花村カテリーナ (2023). 看護教育における「こころ」への関心に関する文献検討。日本学生相談学会第41回大会, 5月14日, 東京, プログラム集70.

内木美恵, 神原咲子, 宮前繁, **花村カテリーナ**, 中島麻紀, 今津陽子, 山本あい子 (2023). 学会企画6 グローバルなリスク, 持続可能な開発と災害看護。日本災害看護学会第25回大会, 9月3日, 姫路.

西村由実子, 古川秀敏, 前田則子 (2023). 淡路島の生産年齢層のソーシャル・キャピタルの認識。第96回日本社会学会大会, 10月9日, 東京, 報告番号340.

川口哲郎, 加藤庸子 (2023). 座長 シンポジウム 2 血管障害と認知症。第7回日本脳神経外科認知症学会学術総会, 11月, 沖縄.

前田則子, 久松美佐子, **西村由実子**, 古川秀敏

(2023). 外国人介護人材を受け入れる高齢者福祉施設の困難。第43回日本看護科学学会学術集会, 12月9日, 下関, プログラム集131.

その他の出版物

神原咲子, **花村カテリーナ**, 宮本純子, 畠山典子, 野村昌子, 宮川祥子, 大嶋優希子, 曾和具之, 中松好美 (2023). Календар-помічник. інформація та поради для життя в Японії (ウクライナ避難民のためのまちケアカレンダー). (株) まちケア.

社会的活動

花村カテリーナ (2023). ウクライナの文化, 習慣。日本に滞在する避難民の現状, ウクライナ等避難民・難民支援 こころのケア・セミナー。JICA関西, 講師, 2月16日, 神戸.

花村カテリーナ (2023). 侵攻の長期化 心のサポートも含め避難者に必要な支援は。NHK神戸放送局, LiveLoveひょうご, 出演, 2月24日, 神戸.

花村カテリーナ, 神原咲子 (2023). 体調が悪いとき, 健康面で困ったときにできること。日本の医療システムについて知ろう。ウクライナ避難民向けセミナー, NPO法人KYRAYANY, 講師, 3月16日, オンライン.

花村カテリーナ (2023). 遠いようで近いウクライナ。ミドル世代カルチャースクール, 東浦公民館, 講師, 5月24日, 淡路.

花村カテリーナ (2023). キリスト教学B ウクライナの人々。その体験に思いを馳せて。聖カタリナ大学, 講師, 11月8日, 松山.

花村カテリーナ (2023). ウクライナ避難民の現状。心理的サポートの必要性和支援の在り方。松山市精神神経科医会, 講師, 11月8日, 松山.

花村カテリーナ (2023). ウクライナの人々の体験。心理士としてその声を拾う。松山市教会, 講師, 11月8日, 松山.

花村カテリーナ (2023). 特別礼拝。圧倒的な暴力を前にしたとき, 私には何ができるか。松山学院高等学校, 講師, 11月9日, 松山.

花村カテリーナ (2023). ウクライナ侵攻を理解するためのウクライナの民族と歴史。日本歯科材料工業協同組合関西支部年末定例会, 講師, 11月16日, 大阪.

西村由実子 (2023). こんなに違う世界の保健事情～5歳未満児死亡率を比べよう～. 兵庫県立淡路三原高校講義, 12月, 南あわじ.

その他の活動

川口哲郎 (2023). 日本脳神経外科認知症学会 理事.

川口哲郎 (2023). 関西脳神経外科認知症研究会 世話人.

川口哲郎 (2023). 加古川医師会認知症・うつ病対策委員会 委員.

粟井光代 (2023). 洲本市図書館協議会 副委員長.

粟井光代 (2023). 永田青嵐顕彰全国俳句大会 運営委員.

粟井光代 (2023). 高田屋嘉兵衛翁顕彰会 理事.

西村(橋本)由実子 (2023). 神戸市立押部谷小学校学校運営協議会委員.

花村カテリーナ (2023). 淡路市国際交流審議会委員.

花村カテリーナ (2023). 兵庫県「創造的復興」理念を活かしたウクライナ支援検討会 委員.

【基礎看護学】

著書

黒江ゆり子, 高橋奈美 (2023). 病みの軌跡モデル, 217-238. in 野川道子, 桑原ゆみ, 神田直樹編: 看護実践に活かす中範囲理論, メヂカルフレンド, 1-520.

黒江ゆり子 (2023). 病みの軌跡, 228-239. in 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵. ナーシンググラフィカ 成人看護学① 成人看護学総論, メディカ出版.

黒江ゆり子 (2023). エンパワメントモデル, 50-59. in 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵. ナーシンググラフィカ 成人看護学③ セルフマネジメント, メディカ出版.

L.カルペニート著, 黒江ゆり子監訳: 看護診断ハンドブック 第12版, 1-909, 医学書院.

論文

A. 査読審査を経た論文

Keiko Seki, Ayako Okutsu (2023). Suffering of patients developing lymphedema following gynecological cancer surgery. Journal of Rural

Medicine, October 01, 18(4), 205-214.

柴田万智子, 藤澤まこと, 黒江ゆり子 (2023). 看護学の事例研究方法における分析方法に関する論考—慢性看護領域に焦点をおいて—, 岐阜県立看護大学紀要, 23(1), 121-127.

M.Fusama, T.Motonaga, Y.Kuroe, H.Nakahara (2023). Psychological support and patient-centered care for patients with rheumatoid arthritis: Nurses'opinions and practice in Japan. International Journal of Rheumatic Disease. 1-9. (DOI: 10.111/1756-185X. 14828).

B. 査読審査を経していない論文

黒江ゆり子 (2023). ヘルスマネジメントについて看護学的視点で思索する—‘生活者’と‘病みの軌跡’を基軸として—, 日本看護診断学会学術誌, 28 (1), in press.

黒江ゆり子, 森田夏美 (2023). 慢性看護学における事例研究方法の特徴と意義, 看護研究, 56(6), 486-491.

東めぐみ, 伊波早苗, 内田雅子, 木下幸代, 黒江ゆり子 (2023). 事例研究における指針: 研究着手から論文作成まで, 看護研究, 56(6), 508-516.

河口てる子, 黒江ゆり子, 本庄恵子 (2023). 慢性看護実践における事例研究の可能性, 看護研究, 56(6), 546-550.

学会発表

A. 国際学会

Kamiya,C., Shimomai,K., Sumikawa,M., Egawa,T., Kuroe,Y.(2023). Approaches to the Development of a Japanese Version of Nursing Diagnosis.NANDA International/Boston College 2023 Conference, Boston, US, June, 14-16.

Kamiya,C., Shimomai,K., Kuroe,Y. Sumikawa,M., Egawa,T., (2023). Development of Japanese Nursing Diagnosis Based on Cultural and Historical Phenomena. 2023 Annual Conference of AQIA, Seoul, October 12-13.

B. 国内学会

(a) 全国大会

江川隆子, 黒江ゆり子, 神谷千鶴, 下舞紀美代, 澄川真珠子, 二宮園美 (2023). 診断から豊かな実践へ—看護の言葉について考える—. 日本看護診断学会 第29回学術集会, 7月1日-2日, 44.

下舞紀美代, 神谷千鶴, 箕浦洋子, 江川隆子 (2023). 温泉入浴による「癒し」の効果検証—入浴前後の指尖容積脈による自律神経反応の変化比較—. 日本看護研究学会 第49回学術集会, 8月19日-20日, 22.

神谷千鶴, 下舞紀美代, 澄川真珠子, 木村恵美子, 上長恵理, 江川隆子 (2023). 成人看護学実習(慢性期)にむけた看護過程演習の取り組みと心理的ストレスを抱える学生への支援の在り方. 日本看護学教育学会 第33回学術集会, 8月26日-27日, 35.

西菌貞子, 江川隆子, 箕浦洋子, 赤澤千春 (2023). 看護学実習をどうデザインするか—課題と展望—. 日本看護教育学会 第33回学術集会, 8月26日-27日, 37.

神谷千鶴, 下舞紀美代, 江川隆子, 松村恵子 (2023). 看護における「癒し」の成果—介入研究における文献レビュー—. 日本看護科学学会 第43回学術集会, 12月9日-10日, 29.

下舞紀美代, 神谷千鶴, 江川隆子 (2023). がん患者の死の過程にある人の“孤独”—影響力の低下の視点から—. 日本看護科学学会 第43回学術集会, 12月9日-10日, 36.

森しのぶ, 奥津文子 (2023). 口腔ケアの舌苔付着率・口腔内細菌数・口腔内乾燥度に対する影響—口腔粘膜統合性障害リスク状態に対する治療技術開発—. 日本看護診断学会 第29回学術集会, 7月.

池西悦子, 飛田伊都子, 空間美智子, 奥津文子 (2023). 看護リフレクション場面における学習者の気づきを導くファシリテーション要素の検討. 第49回日本看護研究学会学術集会, 8月.

飛田伊都子, 池西悦子, 空間美智子, 奥津文子 (2023). 看護リフレクション場面におけるファシリテーターと学習者の行動の機能. 第49回日本看護研究学会学術集会, 8月.

奥津文子, 池西悦子, 飛田伊都子, 空間美智子 (2023). 看護リフレクション場面におけるファ

シリテーターの発問と学習者の反応. 日本看護科学学会 第43回学術集会, 12月.

會澤久仁子, 土井香, 楊河宏章; 研究倫理コンサルテーションサービスに必要な記録項目の検討 (2023). 第44回日本臨床薬理学会学術総会, 12月.

C. シンポジスト及び教育講演

黒江ゆり子 (2023). 看護学的視点で思索する‘生活者’と‘病みの軌跡’, 日本看護診断学会第29回学術集会, 教育講演, 講師.

黒江ゆり子 (2023). 病いの慢性性chronicityにおける「オータナティブな(もう一つの)生き方」を考える, 第17回日本慢性看護学会学術集会, 教育講演, 講師.

松尾汎, 前川二郎, 奥津文子, 福田幾夫, 中川路桂 (2023). レジェンドからの提言, これからのリンパ浮腫診療—日本リンパ浮腫治療学会学術総会, 8月.

奥津文子 (2023). シンポジウム 届け, 私たちの声—患者として, 医療従事者として—, 座長.

社会的活動

奥津文子 (2023). 滋賀県病院事業庁看護職員研修キャリアラダーⅡ研修 講師, 6月.

奥津文子 (2023). 淡路市情報公開・個人情報保護審査会委員.

奥津文子 (2023). 淡路市行政不服審査会委員.

奥津文子 (2023). 淡路市総合計画審議会委員.

奥津文子 (2023). 淡路高校学校評議員.

奥津文子 (2023). ライオンズデイ 奉仕活動 志筑清掃ボランティア, 10月10日.

奥津文子 (2023). めざせ!世界遺産 3海峡クリーンアップ大作戦, 11月4日.

奥津文子 (2023). 兵庫県警察総合災害警備訓練, 11月5日.

黒江ゆり子 (2023). やさしくわかる糖尿病&ケア—施設で暮らす高齢者のQOL向上につなげるために—, 介護保険市民オンブズマン機構大阪研修会, 講師, 8月.

黒江ゆり子 (2023). 高齢者虐待防止研修「虐待を防止し適切なケアを実践するために—ケアの可能性を広げる力を培おう—」, ファシリテーター, 11月.

黒江ゆり子 (2023). 日本慢性看護学会, 理事. 慢性看護学の知の発展推進プロジェクト.

黒江ゆり子 (2023). 日本看護診断学会, 理事. 将来構想委員.

黒江ゆり子 (2023). 日本糖尿病教育看護学会, 評議員. 将来構想委員会委員.

黒江ゆり子 (2023). 介護市民オンブズマン機構大阪, 外国人介護スタッフ応援隊.

黒江ゆり子 (2023). 介護市民オンブズマン機構大阪, 介護オンブズマン, 職員研修実行委員会委員.

土井香 (2023). 国立循環器病研究センター 臨床研究開発部/研究倫理センター, 研究倫理コンサルテーション(10課題), 臨床倫理コンサルテーション(12課題).

教育的活動

黒江ゆり子 (2023). 京都大学大学院医学研究科人間科学系専攻講義, 講師: 生活習慣病看護学特論「現代における慢性病の動向と特性」「急性ケアから慢性ケアへのパラダイムシフト」「病いの慢性性chronicityとクロニックイルネスの概念」, 6月.

黒江ゆり子 (2023). 岐阜県立看護大学大学院看護学研究科講義, 講師: 慢性看護援助論演習「心理面を支える技術の実際」「援助関係を築くことープロセスコンサルテーションー」「クロニックイルネスとQOL」, 6月&12月.

黒江ゆり子 (2023). 日本看護協会認定看護師教育課程糖尿病学科講義, 講師: 「糖尿病患者及び家族・重要他者への援助方法」, 8月.

黒江ゆり子 (2023). 甲南女子大学大学院看護学研究科講義, 講師: 看護学研究方法「ナラティブ研究とライフストーリーインタビュー法」「看護学における事例研究法」, 「看護学における研究倫理」, 8月&11月.

黒江ゆり子 (2023). 名古屋学芸大学大学院看護学研究科講義, 講師: 看護理論「病みの軌跡」, 12月.

その他の活動

江川隆子 (2023). 日本看護診断学会, 理事.

江川隆子 (2023). 日本看護科学学会, 代議員.

江川隆子 (2023). 日本看護学教育学会, 評議員.

江川隆子 (2023). 日本移植・再生医療看護学会,

理事, 監事.

江川隆子 (2023). 兵庫県立津名高等学校, 学校評議員.

江川隆子 (2023). 兵庫県立洲本高等学校, 学校評議員.

江川隆子 (2023). 淡路市教育懇話会, 委員, 淡路.

江川隆子 (2023). 淡路市教育特区学校審議会, 会長, 淡路.

江川隆子 (2023). 公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団, 評議員.

江川隆子 (2023). 日本私立系大学協議会, 理事.

奥津文子 (2023). 日本看護診断学会 評議員・理事.

奥津文子 (2023). 日本リンパ浮腫治療学会 評議員 理事.

奥津文子 (2023). 日本看護診断学会 第30回学術大会 企画・運営委委員 (会計担当).

【成人・老年看護学】

学会発表

A. 国際学会

Kamiya,C., Shimomai,K., Sumikawa,M., Egawa, T., Kuroe,Y. (2023). Approaches to the Development of a Japanese Version of Nursing Diagnosis. NANDA International/ Boston College 2023 Conference, Boston, US, June 14-16.

Shimomai, K., Harada, M., Furukawa, H., Nabesaka, Y. (2023). Study on the Timing to Apply the NANDA-I Nursing Diagnosis of “Death Anxiety”. NANDA International/ Boston College 2023 Conference, Boston, US, June 14-16.

Kamiya,C., Shimomai,K., Kuroe,Y.Sumikawa, M., Egawa,T., (2023). Development of Japanese Nursing Diagnosis Based on Cultural and Historical Phenomena. 2023 Annual Conference of AQIA, Seoul, October 12-13.

Shimomai, K., Harada, M., Kamiya, C. (2023). Various Studies on the Psychology of People in the Process of Dying. 2023 Annual Conference of AQIA, Seoul, October 12-13.

B. 国内学会

(a) 全国大会

江川隆子, 黒江ゆり子, **神谷千鶴**, 下舞紀美代, 澄川真珠子, 二宮園美 (2023). 日本看護診断学会用語検討委員会, 診断から豊かな実践へ—看護の言葉について考える—. 第29回日本看護診断学会学術大会, 7月1日, 福岡.

小平京子, 黒江ゆり子, 山勢博彰, **笠岡和子**, 杉島寛, 本田裕美 (2023). 日本看護診断学会究推進委員会, 臨床の事例検討から論文化まで. 交流集会, 第29回日本看護診断学会学術大会, 7月2日, 福岡.

下舞紀美代, **神谷千鶴**, 箕浦洋子, 江川隆子 (2023). 温泉入浴による「癒し」の効果検証—入浴前後の指尖容積脈による自律神経反応の比較—. 日本看護研究学会第49回学術集会 (オンライン), 8月19日, プログラム集, 22.

神谷千鶴, **下舞紀美代**, 澄川真珠子, 上長恵里, 木村恵美子 (2023). 成人看護学実習 (慢性期) にむけた看護過程演習の取り組みと心理的ストレスを抱える学生への支援の在り方—看護教育に癒しを取り入れるための工夫—. 交流セッション18, 日本看護教育学会第33回学術集会, 8月27日, 福岡.

河口てる子, 井上知恵, 東めぐみ, 太田美帆, 長谷川直人, 大澤栄美, 安酸史子, 岡美智代, 道面千恵子, 小林貴子, 近藤ふさえ, 伊波早苗, 横山悦子, 滝口成美, 小田和美, **小平京子**, 恩幣宏美, 伊藤ひろみ, 下田ゆかり (2023). 患者教育研究会看護の教育的かかわりモデル. 交流集会, 第28回糖尿病教育看護学会学術集会, 9月24日, 岡山.

原田美穂子 (2023). 乳がんサバイバーのセクシュアリティに関する研究の動向. 第43回日本看護科学学会学術集会, 12月10日, 山口, プログラム集, 193.

神谷千鶴, **下舞紀美代**, 江川隆子, 松村恵子 (2023). 看護における「癒し」の成果—介入研究における文献レビュー—. 第43回日本看護科学学会学術集会, 12月10日, 山口, プログラム集, 181.

下舞紀美代, **神谷千鶴**, 江川隆子 (2023). がん患者の死の過程にある人の“孤独”—影響力の低下の視点から—. 第43回日本看護科学学会学術集会, 12月10日, 山口, プログラム集, 193.

C. シンポジスト及び教育講演

小平京子 (2023). 第29回日本看護診断学会学術大会, シンポジウム I 臨床から在宅へ「看護の臨床判断をつなぐ」. 座長, 7月1日, 福岡.

笠岡和子 (2023). 第29回日本看護診断学会学術大会, シンポジウム I 臨床から在宅へ「看護の臨床判断」をつなぐ, —臨地実習での学生の判断を在宅につなぐ—. シンポジスト, 7月1日, 福岡.

笠岡和子 (2023). 第29回日本診断学会学術大会, 交流集会, 「事例検討から論文投稿まで」. 座長, 7月2日, 福岡.

社会的活動

下舞紀美代 (2023). がん患者グループゆずりは, がん患者・家族支援活動.

下舞紀美代 (2023). I FOR YOU Japan, がん緩和ケア患者・家族支援活動.

原田美穂子 (2023). がん患者グループゆずりは, がん患者・家族支援活動.

原田美穂子 (2023). I FOR YOU Japan, がん緩和ケア患者・家族支援活動.

原田美穂子 (2023). あけぼの兵庫, 乳がん患者支援活動.

教育的活動

神谷千鶴 (2023). 令和5年度 関西看護医療大学 臨地実習指導者育成セミナー, 看護診断思考過程 (演習) 講師, 8月22日, 淡路.

神谷千鶴 (2023). 第2回研究倫理セミナー, 質的研究・量的研究の倫理審査の視点について (講師), 9月3日, オンライン.

笠岡和子 (2023). 保育士等キャリアアップ研修会, 11月2日, 淡路.

その他の活動

神谷千鶴 (2023). 日本看護診断学会 評議員, 学会誌査読委員, 用語検討委員.

神谷千鶴 (2023). 日本腎不全看護学会 研究委員, 専任査読委員.

神谷千鶴 (2023). Renal Replacement Therapy 査読委員.

神谷千鶴 (2023). 第30回日本看護診断学会学術集会 企画委員.

神谷千鶴 (2023). 第27回日本腎不全看護学会学術集会 企画委員.

笠岡和子 (2023). 日本看護診断学会 理事, 評議員.

笠岡和子 (2023). 第29回日本看護診断学会学術大会 企画実行委員.

小平京子 (2023). 日本看護診断学会 理事, 研究推進委員会委員長, 査読委員.

小平京子 (2023). 日本食看護研究会 理事.

下舞紀美代 (2023). 日本看護診断学会 用語検討委員.

【地域・在宅・精神】

論文

A. 査読審査を経た論文

岩本里織, 大木幸子, 瀧澤寛子, 松原三智子, 入野了士, 草野恵美子, 山田小織, 伊木智子, 長谷川美香 (2023). 高齢者保健活動における公衆衛生看護技術の明確化. 保健師教育, 7 (1), 12-21.

B. 国内学会

(a) 全国大会

久保田かず子, 紺田百合, 砂川佳子, 大中湖月, 伊木智子 (2023). 新型コロナウイルス蔓延前後における在宅支援者の入退院支援の実態. 第28回日本在宅ケア学会学術集会, 11月11日, 大阪.

西村由実子, 古川秀敏, 前田則子 (2023). 淡路島の生産年齢層のソーシャル・キャピタルの認識. 第96回日本社会学会大会, 10月9日, 東京, <https://jss-sociology.org/other/20230912post-15195/#d340>.

前田則子, 久松美佐子, 西村由実子, 古川秀敏 (2023). 外国人介護人材を受け入れる高齢者福祉施設の困難. 第43回日本看護科学学会学術集会, 12月9日, 下関, 694.

森花美和子, 岩本里織 (2023). 発達が気になる子どもを育てる母親の育児ストレスと周囲の理解との関連. 日本地域看護学会第26回学術集会, オンライン.

社会的活動

伊木智子 (2022). 生活リズム健康講話. 淡路市津

名地区小学校 (志筑小学校, 津名東小学校, 大町小学校), 講師, 2月, 淡路.

教育的活動

伊木智子 (2023). 全国保健師教育機関協議会研修会, 夏季研修会 実行委員・発表・ファシリテーター, 8月, オンライン.

伊木智子 (2023). 全国保健教育機関協議会 全国集会, ファシリテーター, 11月, オンライン.

伊木智子 (2023). 兵庫県新任期保健師研修会, ファシリテーター.

伊木智子 (2023). 地域ケア総合調整研修事業, 助言者.

伊木智子, 白井香苗 (2023). 兵庫県保健師キャリア支援センター主催 新任期保健師研修会, ファシリテーター, 1月, 兵庫.

黒田裕子, 中野由美子, 福田和明, 菊池麻由美, 古川秀敏, 山田紋子, 榊由里, 杉田里絵 (2023). 第29回日本看護診断学会学術大会, 事例セッション「事例のアセスメントと全体像から看護診断を導き出す」, ファシリテーター, 7月, 福岡.

白井香苗, 森花美和子 (2023). 兵庫県保健師キャリア支援センター主催 新任期保健師研修会, ファシリテーター, 9月, 兵庫.

その他の活動

伊木智子 (2023). 一般社団法人 全国保健師教育協議会教育課程委員会, 委員.

伊木智子 (2023). 一般社団法人 日本看護系大学協議会災害連携教員連携小ブロック (兵庫県) 委員会, 副委員長.

伊木智子 (2023). 淡路市子ども子育て会議, 会長, 淡路.

伊木智子 (2023). 淡路市いのちを支えるネットワーク会議, 会長, 淡路.

古川秀敏 (2023). 日本老年看護学会責任査読者.

古川秀敏 (2023). 日本老年看護学会国際交流委員.

古川秀敏 (2023). 日本看護診断学会編集委員.

古川秀敏 (2023). 淡路市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画策定委員, 淡路.

白井香苗 (2023). 淡路市健康淡路21策定委員会, 淡路.

白井香苗 (2023). 交野市梅が枝住宅定例健康相談

会, 1月-12月, 交野。
白井香苗 (2023). 日本農村医学会査読者。

【小児看護学】

著書

箕浦洋子 (2023). 実践！看護管理者のための看護補助者との協働とチームづくりの手引き, ヴェクソンインターナショナル。

論文

A. 査読審査を経た論文

西園貞子, 箕浦洋子, 勝井伸子 (2023). 言語化と委嘱-臨床看護師に求められる実践能力の構成要素-. 奈良学園大学紀要, 15, 145-154.

西園貞子, 箕浦洋子, 勝井伸子 (2023). PROGテストを用いた看護師の能力の特徴と成長. 日本医療行動科学研究, 10, 145-154.

学会発表

B. 国内学会

(a) 全国大会

箕浦洋子, 清水称喜 (2023). インフォメーションエクステンション8「看護補助者の直接ケアの委任にかかる判断と指示は的確であるのか」. 日本看護管理学会 第27回学術集会, 8月25日, 東京。

西園貞子, 江川隆子, 箕浦洋子, 赤澤千春 (2023). 交流会「看護学実習をどうデザインするか-課題と展望」. 日本看護教育学会 第33回学術集会, 8月26日, 福岡。

下舞紀美代, 神谷千鶴, 箕浦洋子, 江川隆子 (2023). 温泉入浴による「癒し」の効果検証 -入浴前後の指尖容積脈による自律神経反応の変化比較-。日本看護研究学会 第49回学術集会, 8月19日, オンライン。

C. シンポジスト及び教育講演

箕浦洋子 (2023). 第15回日本臨床看護マネジメント学会学術総会, 「重症度, 医療・看護必要度の活用-ポストコロナの病棟再編にデータを活かす」. 2月5日, 東京。

箕浦洋子 (2023). 一般社団法人全国公私病院連盟主催第34回看護管理セミナープログラム, 「COVID-19による看護教育の光と影」, 10月20日, 東京。

箕浦洋子 (2023). 大分県看護職連携強化交流会, 「在宅療養を支える看護職間の連携強化」12月2日, オンライン。

社会的活動

箕浦洋子 (2023). 淡路市保育士等キャリアアップ研修, 講師, 11月, 淡路。

教育的活動

箕浦洋子 (2023). 「資源管理Ⅰ 看護実践における情報管理」. 大阪府看護協会 認定看護管理者教育課程 ファーストレベル研修, 講師, 6月, 8月, 12月, 大阪。

箕浦洋子 (2023). 「資源管理Ⅱ 看護管理における情報管理」. 大阪府看護協会 認定看護管理者教育課程 セカンドレベル研修, 講師, 6月, 10月, 1月, 大阪。

箕浦洋子 (2023). 「財務分析」. 兵庫県立大学大学院 社会科学部研究科 経営専門職専攻, 講師, 7月, 神戸。

箕浦洋子 (2023). 「今, 求められる外来看護」. 教育研修, 講師, 7月, 静岡。

箕浦洋子 (2023). 「今, 求められる外来看護」. 教育研修, 講師, 8月, オンライン。

箕浦洋子 (2023). 「資源管理Ⅱ 経営資源と管理の実践」. 香川県看護協会 認定看護管理者教育課程 セカンドレベル研修, 講師, 9月, 香川。

箕浦洋子 (2023). 「人材管理Ⅲ 看護管理者の育成」. 日本看護協会神戸研修センター 認定看護管理者教育課程サードレベル研修, 講師, 12月, オンライン。

箕浦洋子 (2023). 「人材管理Ⅱ 人材を育てるマネジメント(キャリア開発支援・人材育成計画)」. 兵庫県看護協会 認定看護管理者教育課程セカンドレベル研修, 講師, 9月, 神戸。

箕浦洋子 (2023). 「DPCと重症度, 医療・看護必要度分析から考えるこれからの病院経営」. ちば医経塾-病院経営スペシャリスト養成プログラム, 講師, 9月, オンライン。

その他の活動

箕浦洋子 (2023). 日本看護協会神戸研修センター 認定看護管理者教育運営委員。

箕浦洋子 (2023). 三田市民病院進行管理委員会委

員.

箕浦洋子 (2023). 日本臨床看護マネジメント学会理事.

箕浦洋子 (2023). 兵庫県看護協会看護管理者活動推進委員会委員.

箕浦洋子 (2023). 日本看護管理学会評議員.

箕浦洋子 (2023). 日本医療マネジメント学会兵庫県支部世話人.

箕浦洋子 (2023). 第30回日本看護診断学会学術大会実行委員長.

箕浦洋子 (2023). 第50回日本看護研究学会学術集会企画委員.

箕浦洋子 (2023). 日本臨床看護マネジメント学会看護必要度活用推進委員.

【母性看護・助産学】

著書

福井トシ子編, 松村恵子 (2023). 新版 助産師業務要覧, 基礎編第3版, 2023年版, 日本看護協会出版会, 東京. 第7章「助産師を取り巻く課題」, 207-224.

論文

A. 査読審査を経た論文

早瀬麻子, 田尻后子, 松村恵子 (2023). 中国人の母親の乳幼児に対する関り意識. 佛教大学保健医療技術学部論集, 17, 15-26.

永峰啓子, 松村恵子 (2023). 助産師がかかわる「思春期の性教育」に関する文献検討. 関西看護医療大学紀要, 15 (1), 14-25.

総説・解説

松村恵子 (2023). 特別寄稿 助産師のコア・コンピテンシー<倫理的感応力>一人間の誕生に携わる助産師のなりわい生命の意味からの問い一. 関西看護医療大学紀要, 15 (1), 3-13.

学会発表

B. 国内学会

(a) 全国大会

岡崎芽衣, 松村恵子 (2023). 青年期の看護学生における愛着スタイルに関する研究. 第64回日本母性衛生学会学術集会, 10月13日, 大阪.

教育的活動

松村恵子 (2023). 2023年度全国助産師教育協議会近畿地区研修会 企画実行委員長 7月30日, 淡路.

尾筋淑子, 神谷映里, 小笠原百恵, 永峰啓子 (2023). 2023年度全国助産師教育協議会近畿地区研修会 企画実行委員, 7月30日, 淡路.

その他の活動

松村恵子 (2023). 日本家族看護学会査読委員.

松村恵子 (2023). NPO法人子育て・発達支援ネットワークはぐくみ理事.

松村恵子 (2023). 新胎児研究会世話人.

松村恵子 (2023). 日本助産学会代議員.

松村恵子 (2023). 兵庫県福祉部こども政策課 在宅育児応援団登録 専門相談員.

小笠原百恵 (2023). NPO淡路島ファミリーサポートセンター「まあるく」 マタニティーカフェ.

小笠原百恵 (2023). 第43回日本思春期学会総会・学術集会運営 広報・渉外委員.

関西看護医療大学紀要投稿規程

(趣旨)

第1条 この規程は、関西看護医療大学（以下「本学」という。）の紀要の投稿の取扱いに関し必要な事項を定めるものとする。

(投稿者の資格)

第2条 投稿者は、本学に在籍する専任の教員及び本学専任の教員を含む共著者（筆頭著者は、本学の専任教員）とする。ただし、関西看護医療大学紀要編集委員会（以下「委員会」という。）が認めた場合は、この限りでない。

(原稿の種類及び内容)

第3条 原稿の種類及び内容は、次に掲げるとおりとし、原稿は、国内外を問わず未発表のもの（重複投稿の禁止）で、かつ、和文及び英文に限るものとする。

- (1) 総説 特定のテーマについて知見を多面的に収集し、又は文献などをレビューして、当該テーマに関し総合的に概説及び考察したもので、学術的価値があるもの
- (2) 原著 独創的な研究論文で、新たな知見が論理的に示され、研究として意義があり、論文としての価値が高いもの
- (3) 研究報告 資料的な価値が高く、研究としてその意義が認められるもの
- (4) 短報 論文とみなすには十分な結論には至っていないが、研究結果の一部をすぐに知らせるという意義のあるもの
- (5) 資料 原著や研究報告などには及ばないが、貢献するデータを有するもの
- (6) その他 委員会が適当と認めたもの

(倫理的配慮)

第4条 人及び動物を対象とする研究は、本学の倫理審査の承認を得て、関西看護医療大学研究倫理委員会規程第3条に規定する倫理指針等に則り、倫理的に配慮され、その具体的な内容が本文中に明記されなければならない。

(利益相反に関する明記)

第5条 研究の公明性と中立性を確保し、研究活動を積極的に推進し、社会的責務を果たすため、投稿者は、個人における次に掲げる事項について、その正確な状況を委員長に申告しなければならない。この場合において、当該申告された内容の開示及び公開の方法については、別途書式で定める。

- (1) 企業・法人組織、営利を目的とする団体の役員、顧問職、社員等への就任
- (2) 企業の株の保有
- (3) 企業・法人組織、営利を目的とする団体からの特許権等の使用料
- (4) 企業・法人組織、営利を目的とする団体から、会議の出席（発表）に対し、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当（講演料等）
- (5) 企業・法人組織や営利を目的とする団体がパンフレット等の執筆に対して支払った原稿料が100万円以上の場合
- (6) 企業・法人組織や営利を目的とした団体が提供する研究費については、一つの研究に対して支払われた総額が年間200万円以上の場合、奨学寄附金（奨励寄附金）については、一つの企業・団体から、1人の研究代表者に支払われた総額が年間200万円以上の場合
- (7) 企業・法人組織や団体が提供する寄附講座に所属している場合
- (8) その他の報酬（研究とは無関係な旅行、贈答品等）については、一つの企業・法人組織又は団体か

らの合計が年間10万円以上の場合

(原稿の受付等)

第6条 原稿は、この規程に従って書かれたものに限り受け付ける。この場合において、原稿執筆の様式は、別に定める原稿執筆要領に従うものとする。

- 2 原稿は締切日厳守で、提出があった日を受付日とし、受付順に受付番号を付す。
- 3 投稿された論文は、理由のいかんを問わず返却しない。
- 4 委員会は、必要に応じ、投稿に係る引用文献・参考文献の提出を求める場合がある。

(原稿の採否)

第7条 投稿された原稿は、1編につき2人の査読者による査読を経て、委員会で審議し、判定区分に基づき決定する。

- 2 委員会の判定により、投稿者に対し、原稿内容の修正又は原稿の種類の変更を求めることがある。
- 3 採択が決定したときは、委員会から投稿者に通知する。この場合において、紀要の掲載順に関しては、委員会が決定するものとする。
- 4 次の各号のいずれかに該当する場合は、不採択とする。
 - (1) 投稿論文に明らかな剽窃^{ひょうせつ}、盗用^{たうよう}、捏造^{ねつぞう}、改竄^{かいざん}又は二重投稿が確認された場合。この場合において、筆頭著者及び共著者の紀要への投稿を禁止し、あわせて、筆頭著者及び共著者に対し、その旨を通知する。
 - (2) 査読回数が4回以上かつ査読者の指摘に対し回答又は修正を行わない場合
 - (3) 倫理審査内容と投稿論文内容が異なる場合

(著作権)

第8条 掲載原稿の著作権は、本学に帰属する。

- 2 関西看護医療大学紀要(以下「本誌」という。)は電子ジャーナル化されるため、全ての著者が、インターネットによる公開及び無料で検索・印刷されることを承諾した上で投稿しなければならない。
- 3 筆頭著者は、最終原稿提出時に、委員会から提示される「紀要原稿著作権委譲承諾書」に自筆署名し、委員会に提出するものとする。
- 4 筆頭著者は、他の著作権者による図表、写真等がある場合は、電子化公開の許諾を得なければならない。

(電子公開)

第9条 本誌掲載論文は、クリエイティブ・コモンズ 表示-非営利-改変禁止 4.0 国際 (CC BY-NC-ND 4.0) ライセンス及びその後継版の下、本学ホームページ及びリポジトリで公開される。

(補則)

第10条 この規程に定めるもののほか、紀要の投稿の取扱いに関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この規程は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この規定は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成27年5月20日から施行する。

附 則

この規程は、平成31年4月2日から施行する。

附 則

この規程は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、令和6年1月23日から施行する。

編 集 後 記

今年度も関西看護医療大学紀要第16巻1号を発行することができました。今回の紀要は、特別寄稿1編，総説1編，原著1編，研究報告1編，資料1編を掲載しております。投稿していただきました皆様，ならびに査読をお引受けいただき，丁寧な意見をくださいました本学教員の皆様に心より御礼申し上げます。

新型コロナウイルス（COVID-19）が，ようやく第5類へ移行いたしました。この約4年間，行動制限や感染対策に努めなければならず，私たちは教育や研究活動にまでも大きな影響を受けました。先日，第43回日本看護科学学会学術大会に参加しました。3千人を超える大勢の研究者や参加者が，再び顔を合わせ称え合うことの嬉しさ，また若い研究者がどんどん増えていることを実感いたしました。

関西看護医療大学の紀要論文では新奇性よりも，むしろ研究者の継続的研究の積み重ねの，記録の意味を持っています。紀要編集委員会では，みなさまの応募をお待ちし，今後も多くの論文が掲載できるよう努めてまいります。

2024年3月吉日 紀要編集委員 原田 美穂子

紀 要 編 集 委 員 会

委員長	小平 京子（関西看護医療大学 成人・老年看護学）
委員	百田 芳春（関西看護医療大学 専門基礎）
委員	原田美穂子（関西看護医療大学 成人・老年看護学）
事務担当	碓 裕美子（関西看護医療大学 管理課図書係）

発行	関西看護医療大学
印刷	後藤印刷所

Foreword

Kyoko Kodaira 1

Special contribution

Difficulty of Telling Others about Living with Chronic Illness:
Thinking about Life Stories, Personal Experiences, and Modern Novels in Japan
Yuriko KUROE 3

Review

Anatomy and Physiology of the Bladder and Overactive Bladder
Yoshiharu Momota 14

Original Article

Association Between Social Capital and Mental Health among Caregivers of People with Dementia
Hidetoshi Furukawa 22

Reports

Research Trends on Sexuality as it relates to Women-specific Cancer Treatment
Mihoko Harada 37

Material

The Evaluation and Future Challenge of the On-Campus Training in the Maternal Nursing Practice :
Life-Simulated Experiences of Mothers After Giving Birth
Momoe Ogasawara, Keiko Nagamine, Eri Kamiya, Yoshiko Osuji, Keiko Matsumura 48

List of Publications and Presentation 59

Submission Guideline 70

Editorial Note 74