

日本視機能看護学会誌

2025

Vol. 10



一般社団法人

日本視機能看護学会

Japan Academy of Ophthalmic Nursing

第10巻学会誌発刊に寄せて

日本視機能看護学会
理事長 永野美香

第10巻学会誌発刊に際しまして、ご挨拶を申し上げます。

第40回日本視機能看護学会学術総会を、令和6年11月2日、3日にわたり、中日ホール（名古屋市）にて眼科杉田病院様を主管として開催致しました。

「眼科看護のこれから ～変わらないもの・変わりゆくもの～」をテーマに掲げ、40周年という節目の年にふさわしい盛会となりました。

特別講演Ⅰでは、「網膜色素変性症患者の告知受け入れと心の変遷」と題し、愛知県網膜色素変性症協会の新井 美千代先生に、特別講演Ⅱでは、「眼科看護師のためのアレルギー講座：眼科領域と関連するアレルギー疾患と最新治療」と題し、藤田医科大学ばんだね病院の矢上 晶子先生にご講演を賜りました。

基調講演は「日本視機能看護学会のあゆみ」を日本視機能看護学会の名誉理事長である大音清香先生に、眼科医療の進歩からこれまでの眼科看護の変遷をご講演いただき、日本視機能看護学会40年の歴史と重みを感じられたことと思います。

シンポジウムは「眼科医療の最先端」「日本視機能看護学会のこれから～医療チームとして視機能障害患者と向き合う～」の2テーマでそれぞれご活躍の先生方にご講演いただきました。

第10巻では、40回記念の基調講演としてご講演頂いた大音清香先生に、特別寄稿としてご執筆頂きました。また、一般投稿では4題の投稿を頂き、査読の結果、報告3本を採録し掲載させて頂きました。

本誌は、視機能看護に関する研究成果や実践報告を通じて、看護の質向上と専門性の確立をめざす重要な媒体であります。査読を経た論文が今後の研究の発展や臨床実践の一助となることを期待しております。編集委員会では、適正かつ迅速な編集を行うために査読員の先生方と連携を取りながら、より良い学会誌づくりに努めております。会員の皆様におかれましては、投稿規程およびチェックリストの遵守にご理解とご協力を賜りますよう、改めてお願い申し上げます。

最後になりましたが、第10巻学会誌の発刊に際し、多大なるご尽力を賜りました査読員の先生方、学会会員の皆様、ご支援頂いた賛助会員の皆様に深く感謝申し上げます。

次回学会のお知らせ・過去の学会一覧

▶ 第42回 日本視機能看護学会学術総会

- 日 時：2026年11月22日(日)・23日(月・祝)
 ■テ ― マ：人工知能と眼科看護の未来 ～よりそう心とつながる愛～
 ■会 場：水戸市民会館
 ■会 長：大津 恵美子(医療法人 小沢眼科内科病院 看護部長)
 ■主 管 責 任 者：田中 裕一郎(医療法人 小沢眼科内科病院 院長)
 ■事 務 局：医療法人 小沢眼科内科病院 〒310-0845 茨城県水戸市吉沢町 246-6
 ■運 営 事 務 局：株式会社 JTB コミュニケーションデザイン コンベンション第二事業局 営業第一課
 〒105-8335 東京都港区芝 3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング 12 階
 E-mail: 2026jaon@jtbcom.co.jp

回	開催日	担当施設	担当会長名	会場
第1回	1985年7月7日	臨床眼科研究所	立川 綾子	臨床眼科研究所
第2回	1986年7月20日	臨床眼科研究所	立川 綾子	臨床眼科研究所
第3回	1987年7月5日	順天堂医院	立川 綾子	有山記念講堂
第4回	1988年7月10日	昭和大学病院	大音 清香	昭和大学臨床講堂
第5回	1989年7月9日	昭和大学病院	大音 清香	昭和大学臨床講堂
第6回	1990年7月15日	神戸海星病院	野村 良一	西山記念会館
第7回	1991年7月13日	福岡大学病院	野田久美子	福岡市電気ホール
第8回	1992年7月11・12日	今泉西病院	斎藤 敬子	郡山ユラックス熱海
第9回	1993年7月10・11日	幸塚眼科	大野 勝子	松山市総合コミュニティセンター
第10回	1994年7月9・10日	昭和大学病院	大音 清香	昭和大会上條講堂
第11回	1995年7月15・16日	江口眼科病院	中尾てる子	函館市民会館
第12回	1996年7月13・14日	眼科杉田病院	前田 孝子	名古屋国際会議場
第13回	1997年7月12・13日	木村眼科内科病院	森岡あゆみ	呉市文化ホール
第14回	1998年7月18・19日	熊本眼科医院	山崎 淳	熊本テルサ
第15回	1999年6月12・13日	比嘉眼科病院	与座 和子	那覇市民会館
第16回	2000年7月22・23日	谷藤眼科医院	篠村 善幸	盛岡グランドホテル
第17回	2001年7月14・15日	西眼科病院	杉本 栄	大阪国際会議場
第18回	2002年7月13・14日	小沢眼科内科病院	児玉 久子	ホテルレイクビュー水戸
第19回	2003年7月12・13日	誠心眼科病院	金子 栄子	札幌後楽園ホテル
第20回	2004年7月10・11日	海谷眼科	大島 優美	グランドホテル浜松
第21回	2005年6月18・19日	京都府立医科大学病院	古瀬 佳代	国立京都国際会館
第22回	2006年10月28・29日	山口大学病院	山本 恵子	山口市民会館
第23回	2007年6月30・7月1日	南松山病院	兵頭 涼子	愛媛県民文化会館
第24回	2008年9月19・20・21日	西葛西・井上眼科病院	大音 清香	TFT ホール
第25回	2009年6月13・14日	林眼科病院	岩下 久子	アクロス福岡国際会議場
第26回	2010年9月11・12日	今泉眼科病院	和泉 幸子	裏磐梯ロイヤルホテル
第27回	2011年9月10・11日	宮田眼科病院	竹之下美世子	シーガイアコンベンションセンター
第28回	2012年6月2・3日	多根記念眼科病院	森本 民子	大阪国際会議場
第29回	2013年9月14・15日	真生会富山病院	加藤 礼	富山国際会議場
第30回	2014年9月6・7日	眼科三宅病院	上村 博子	愛知県産業労働センター
第31回	2015年10月3・4日	出田眼科病院	村上ルミ子	市民会館崇城大学ホール
第32回	2016年10月1・2日	井上眼科病院	大音 清香	ソラシティカンファレンスセンター
第33回	2017年8月26・27日	原眼科病院	高山 友子	栃木県総合文化センター
第34回	2018年11月17・18日	オリンピア眼科病院	横須賀美紀	六本木アカデミーヒルズ
第35回	2019年11月3・4日	木村眼科内科病院	石川 美幸	広島コンベンションホール
第36回	2020年11月14・15日	宮崎中央眼科病院	永友 文子	宮崎観光ホテル【中止】
第37回	2021年10月1～14日	比嘉眼科	関 次郎	WEB 開催
第38回	2022年11月26・27日	ツカザキ病院	河本 智美	WEB 開催
第39回	2023年11月4日・5日	大島眼科病院	梅木 公子	アクロス福岡
第40回	2024年10月26日・27日	眼科杉田病院	岩崎 美穂	中日ホール&カンファレンス
第41回	2025年10月12日～13日	先進会眼科飯塚本院	中山 麻沙美	梅田サウスホール
第42回	2026年11月22日(日)・23日(月・祝)	小沢眼科内科病院	大津 恵美子	水戸市民会館

日本視機能看護学会誌 2025 Vol.10 CONTENTS

●第10巻学会誌発刊に寄せて.....	I
	理事長 永野美香

●次回学会のお知らせ・過去の学会一覧.....	II
-------------------------	----

特別寄稿

●日本視機能看護学会のあゆみ.....	1
	大音清香

報告

●白内障術後患者を対象とする視力値と満足度の相関分析.....	6
	水本強一 寺尾春香 大鍬満夏 岡佑典 瓶井資弘

●白内障手術前後のQOLと患者背景との関連.....	10
	金本麻美 蝶野恵里 桑原美恵

●内眼術後の洗顔に関する意識調査.....	14
	市來徳子 松村幸子 高橋幸 林田安広 重枝崇志 出田隆一

日本視機能看護学会学会誌投稿規程.....	18
-----------------------	----

日本視機能看護学会 論文投稿チェックリスト.....	22
----------------------------	----

日本視機能看護学会 役員一覧.....	25
---------------------	----

賛助会員 一覧／日本視機能看護学会誌 編集委員会.....	26
-------------------------------	----

2025
日本視機能看護学会誌

特 別 寄 稿

日本視機能看護学会のあゆみ

大音清香

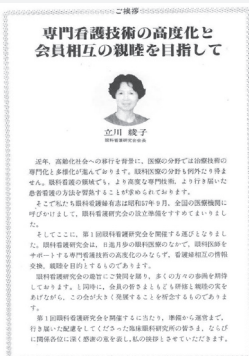
はじめに

日本視機能看護学会は、今年 2024 年で設立から 40 周年を迎えた。看護の中でも視機能に焦点を当てたこの学会には、個々の患者の訴える症状から、不安や辛さ等が看護師としてどのように受け止めていいのかわかり難さがある。それは視力数値では現れない見えづらさであり、開眼困難や、照度による見えづらさ等、その人の生活に大きく影響する。患者の訴える症状には、眼科疾患に付随する全身疾患や、不安や苦痛から精神的に不安定さを起こしている可能性がある。そこで眼科疾患と共に症状に表現される苦痛や不安要素を、看護師として関わっていききたい等、そうした素朴な思いからまずは眼科看護研究会を立ち上げた。その経由と今後の課題について報告する。



図2 日本視機能看護学会 (旧、眼科看護研究会、日本眼科看護研究会) の開催地

NO.1 眼科看護研究会 会報



No.3 眼科看護研究会 会報



図1 眼科看護研究会会報 No1、No3

【眼科看護の変遷】

1984 年頃から白内障手術に眼内レンズ挿入術が施行され、その頃、私は眼科病棟に配置異動となり、これからが私と眼科看護の始まりとなる。私見であるが、私自身を振り返り眼科の変遷について、第 I 期から第 IV 期に分類した¹⁾。

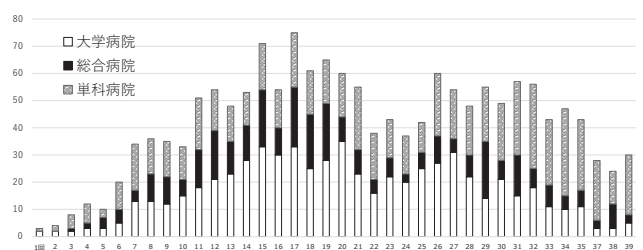


図3 所属機関別発表件数 (第1回～第39回)

眼科看護の変遷。。。
 独断と
 偏見です
 が・・・

第 I 眼科看護の到来期 第1回～15回 1985年～1999年	白内障手術（眼内レンズ挿入術）の周術期看護と退院指導 眼感染症（特にEKC）周術期看護、予防対策
第 II 眼科看護の変動期 第16回～25回 2000年～2009年	視力障害者への看護⇒糖尿病眼症、緑内障患者の生活指導、心のケア 視力障害者の災害対策、眼科医療におけるリスクマネジメント
第 III 多様化する要望の洞察 第26回～35回 2010年～2019年	クリニカルパスの活用、電子カルテ導入 ローションケア、医療連携、退院以降の生活面の指導
第 IV 諸々の再構築期 第36回～現在 2020年～現在	患者満足度調査等の調査研究、視機能障害が生じた患者の心理面・不安 コロナ禍以降の感染予防対策、医療安全

図4 眼科看護の変遷

第Ⅰ期 眼科看護の到来期（1985年～1999年）

1984年頃、私は当時大学病院の眼科と混合病棟に異動となった。その数年前に、眼科教授に就任された深道義尚先生による眼内レンズ挿入術は、翌日から安静度フリーとなり、患者は眼帯を外した途端「とても良く見える!」、女性患者の当時の言葉に「私の顔、こんなにシミだらけだったのね。ビックリした!」「皺もこんなにあったのねえ…」等と非常によく見えることを喜びとしてうれしい悲鳴が上っていた。

白内障術後の患者は大変満足されて退院された。それは看護師としても喜ばしい事ではあるが、周術期前後の注意事項などはどうすればよいのか、日常生活の注意事項は何?等、困惑した。そこで当時、眼内レンズ手術を施行されていた複数の大学病院の師長、主任そして当時の臨床眼科研究所師長らと眼科看護研究会を立ち上げて、月に1度の割合で都内の大学病院に集合して、特に眼内レンズ術後の看護について検討した。関心が一番高かったのは、術後の安静度と術後は何時から洗顔、洗髪が可能とするかだった。これは各々の眼科医の考え方の相違はあったものの、安静は術後からフリー、洗顔は1週間以降、洗髪は美容院にて1か月後頃から可能とした。それは感染予防のために極力注意をすることとして退院時の説明とした

一方、眼科の感染で細心の注意を払ったのは、流行性角結膜炎（EKC：epidemic keratoconjunctivitis）や急性出血性結膜炎（AHC：acute hemorrhagic conjunctivitis）。流行性角結膜炎はアデノウイルス8型が多く、感染力は強く時には眼科外来閉鎖のみならず病棟閉鎖などの対策もされていた。そのため感染対策は大きな課題となり、各施設での感染予防や具体的な感染対策など関心が集まった。

第Ⅱ期 眼科看護の変動期（2000年～2009年）

この時期では、白内障手術は全国的に浸透しており、一般演題では眼内レンズ挿入術後の生活指導、主に洗顔、洗髪を開始の時期や仕事、スポーツの開始時期など日常生活の復帰に向けての指導と点眼指導の個別指導の内容が多かった。

眼科看護が徐々に関心が深まってくと、視力障害者への看護、特に糖尿病網膜症や緑内障など、入退院が繰り返されて継続治療を受けるものの、期待する視力改善が見られず、精神的な不安や今後の生活への困惑など、患者の訴えに傾聴して障害受容に関わる看護についての症例報告が散見した。

一方、1995年には、阪神淡路大震災の被災時の報告から眼科ではどのような災害対策をすべきかについて、視力障害者への災害時の避難、誘導など、具体的訓練について

西暦	学会回数	学会テーマ	西暦	学会回数	学会テーマ
2001年	第17回	新しい時代の扉を開けて	2013年	第29回	超高齢化社会を支える眼科看護～患者の未来を見据えて寄り添う～
2002	18	変革の時期を迎えて―眼科看護は何をもとめられるか―	2014	30	眼科専門職として今思いをひとつに～患者のQOL・QOVを支えるためにできること～
2003	19	“青年よ大志を抱け”から100年！ 「共に歩もう このひらかれた機軸を」	2015	31	求められる看護の提供～安心と信頼そして喜び～
2004	20	21世紀を切り開く眼科看護を目指して	2016	32	これからの眼科看護 ～予防・治療・ロビジックケア～
2005	21	医療ネットワーク	2017	33	飛び出せ好奇心 ～見たい・聞きたい・学びたい～
2006	22	時代が求める眼科看護の属性	2018	34	広げて着よう～眼は心の窓・からだの窓～
2007	23	患者本位のEBMを考える	2019	35	心に寄り添う看護を目指して ～この出会い、学びを未来のあなたに～
2008	24	眼科看護の展望～専門性を構築するために～	2020	36	中止（コロナ感染防止）
2009	25	Better assist Better surgery	2021	37	絆・繋ぐ・繋げる眼科看護へ
2010	26	眼科看護の変遷・QOLの向上と変化	2022	38	新しい眼（アイ）ディアをもとめて
2011	27	眼科看護の最前線～光ある喜びをあなたに～	2023	39	光輝く未来へ～会いたい・伝えたい看護～
2012	28	眼科看護の思いをかたちに ～観る・診る・書く～	2024	40	眼科看護のこれから ～変わらないもの・変わりゆくもの～

図5 日本視機能看護学会 学会テーマ
(第17回からテーマを設定)

回数	年月	開催県	病院名	学会長
第1回	1985年7月	群馬	臨床眼科研究所	立川 綾子
第2回	1986年7月	群馬	臨床眼科研究所	立川 綾子
第3回	1987年7月	東京	順天堂医院	立川 綾子
第4回	1988年7月	東京	昭和大学病院	大音 清香
第5回	1989年7月	東京	昭和大学病院	大音 清香
第6回	1990年7月	兵庫	神戸海星病院	野村 良一
第7回	1991年7月	福岡	福岡大学病院	野田 久美子
第8回	1992年7月	福島	今泉西病院	齋藤 敬子
第9回	1993年7月	愛媛	幸厚眼科	大野 勝子
第10回	1994年7月	東京	昭和大学病院	大音 清香
第11回	1995年7月	北海道	江口眼科病院	中尾 てる子
第12回	1996年7月	愛知	眼科杉田病院	前田 孝子
第13回	1997年7月	広島	木村眼科内科病院	森岡 あゆみ
第14回	1998年7月	熊本	熊本眼科医院	山寺 淳
第15回	1999年6月	沖縄	比嘉眼科病院	与座 和子

図6 第1回～第15回 眼科看護の到来期

回数	年月	開催県	病院名	学会長
第16回	2000年7月	岩手	谷藤眼科医院	篠村 善幸
第17回	2001年7月	大阪	西眼科病院	杉本 栄
第18回	2002年7月	茨城	小沢眼科内科病院	児玉 久子
第19回	2003年7月	北海道	誠心眼科病院	金子 栄子
第20回	2004年7月	静岡	海谷眼科	大島 優美
第21回	2005年6月	京都	京都府立医科大学病院	古瀬 佳代
第22回	2006年10月	山口	山口大学病院	山本 恵子
第23回	2007年6月	愛媛	南松山病院	兵頭 涼子
第24回	2008年9月	東京	西葛西・井上眼科病院	大音 清香
第25回	2009年6月	福岡	林眼科病院	岩下 久子

図7 第16回～第25回 眼科看護の変動期

回数	年月	開催県	病院名	学会長
第26回	2010年9月	福島	今泉眼科病院	和泉 幸子
第27回	2011年9月	宮崎	宮田眼科病院	竹之下 美世子
第28回	2012年6月	大阪	多根記念眼科病院	森本 民子
第29回	2013年9月	富山	真生会富山病院	加藤 礼
第30回	2014年9月	愛知	眼科三宅病院	上村 博子
第31回	2015年10月	熊本	出田眼科病院	村上 ルミ子
第32回	2016年10月	東京	井上眼科病院	大音 清香
第33回	2017年8月	栃木	原眼科病院	高山 友子
第34回	2018年11月	東京	オリンピック眼科病院	横須賀 美紀
第35回	2019年11月	広島	木村眼科内科病院	石川 美幸

図8 第26回～第35回 多様化する要望の洞察期

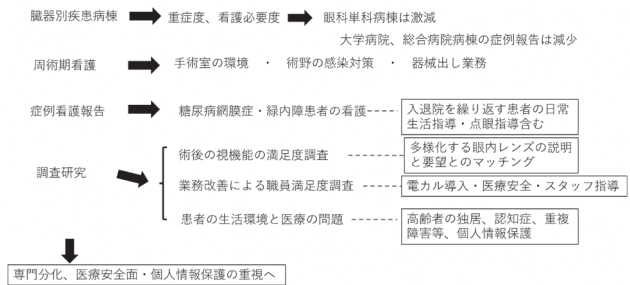


図9 2010年～2019年の看護界

回数	年月	開催県	病院名	学会長
第36回	中止	—	—	(コロナ感染防止)
第37回	2021年10月	WEB開催 オンデマンド	比嘉眼科	関 次郎
第38回	2022年11月	WEB開催 LIVE/オンデマンド	ツカザキ病院	河本 智美
第39回	2023年11月	福岡	大島眼科病院	梅木 公子
第40回	2024年10月	愛知	眼科杉田病院	岩崎 美穂

図10 第36回～第40回 諸々の再構築期

の報告もあった。この時期から医療施設での災害対策や地域との連携など話し合う機会が多くなり、災害対策に取り組む姿勢が深まったと感じる。

第Ⅲ期：多様化する要望の洞察期（2010年～2019年）

この頃は看護界では、様々な課題が沸き上がった。2008年（平成20年）には、診療報酬改訂により、看護必要度が導入されて、看護必要度に応じた保険点数加算のため、重症度、医療・看護必要度に応じた看護人員配置がされ、各医療機関では、病棟全体の看護必要度に応じた調整がされた。その結果大学総合病院では、機能分化に向けて病棟が再構成され、眼科疾患患者は眼科病棟から混合病棟に組み入れられていく施設が多くなった。

周術期の看護では、感染対策が重要視されて、手術室環境では空調の配置、陰圧装置の設置などが考慮、また術野の感染対策として、手術用手袋はパウダーフリーを使用、またハンドピース等の内腔のある器具ではディスポーザブル化への推進、眼科器具全般の洗浄・消毒・滅菌のあり方が検討された。

症例報告では、糖尿病網膜症や緑内障患者の看護に視点がおかれてきた。これは糖尿病網膜症患者の場合、入退院を繰り返し、複数回の手術を受ける患者において、初期の段階では視力改善がされるが、複数回の硝子体出血が生じた場合、手術を受けたとしても期待する視力が得られず、失明に対する不安、焦燥感が強くなること等が見受けられ、ロービジョン者への関り方は、看護師にとって何が重要な事なのかを振り返る時期であった。一方、緑内障患者では、障害の捉え方は、繊細で失明に対する不安は大きく、個々

人により見えづらさの訴え方や日常生活の不安は深刻な患者が多く、一人一人の心のケアは試行錯誤した。

一方眼科病院では、更なる眼科手術の発展に伴い、器械出し看護師には高度な技術、緻密性、俊敏性など眼科手術の特徴を捉えた専門性が求められた。さらに大学・総合病院では看護師の異動が発令されるため、高度な技術を習得しても異動、退職が生じるため、眼科の器械出し業務は常に一定水準を維持するための課題が生じていた。

看護の質的レベル向上のため、医療施設では看護研究は多く行われるようになってきた。その研究の方法として、調査研究には患者満足度調査や職員の満足度調査等が目立って多くなった。その背景には病院機能評価機構を受審される施設が多く、その評価機能の項目には患者満足度に関連する項目をクリアする事が必要となってきたことも考えられる。

第Ⅳ期 諸々の再構築期（2020年～現在）

看護に大きな変貌を遂げたのは、2018年頃のコロナ感染（COVID-19）拡大であろう。医療現場ではコロナ感染対策に対して2019年頃から政府からの指令に基づき、手術や入院は急性期を優先されるために、眼科手術は緊急を要する病状を除き、一般的に眼科手術は優先される手術ではなくなった。また世間全体的にソーシャルディスタンスを意識して、人と人との間隔を開ける、換気の注意、個人用防護具、手袋、マスク等、通常診察では常に上記の事柄を実施しての診療であり、医療者自身の感染症発症もあり、医療現場では業務のあり方を根本的に見直す事態となった。これ以降、医療施設では、患者数はコロナ以前に戻りつつあったが、それは医療施設により改善策を要し、従来とは違った体制で復帰しつつあった。また人手不足においては回復は厳しく、業務の見直しや効率化を目指すためにそれぞれの対策がされていった。

2020年には当学会の学術総会はコロナ感染により中止をせざるを得なかった。その頃には他学会や会議などはオンライン形式での参加が各地で拡大しつつあったが、施設によりWeb配信は対応していない等の設備・運営上の問題や費用の加算も生じた。しかし翌年からはWeb配信とオンデマンド配信により当学会は再開した。対面形式がなくても、共通課題での意見交換ができて交流していくことの大切さが実感した。このコロナ禍において、眼科では手術が思う様に組み入れできなかった時期が続いたが、その間には改めてエビデンスに基づいた感染対策の見直し、本来必要な対策とは何か、過度な感染対策グッズの見直し等、それは施設全体で消毒液の使い方、器材の扱い、ソーシャ

ルディスタンスについて検討された時期であった。さらに AI 機器、ロボットの進出など、人手をかえさないでも、作業が進むような対策も各施設で試みされてきた。今後は人口減少に伴い、AI 機器の発展はさらに進み、様々な業務に活用されていくと思われる。

【日本視機能看護学会の展望】

当学会の活動では、学術総会の開催、地方分科会の開催、コロナ禍以降には不定期であるがオンラインセミナーを 3～4 回／年、これはその時期に関心の深いテーマについて講師を招いての講演やディスカッションを行っている。また学会誌や会報の発行、NPO 法人 HAICS（眼科感染対策プロジェクト）との講習会、東京都では東京都と東京都眼科医会共催の Tokyo Eye Festival・東京ロービジョンサポートフェアにも参加している。

このようなイベントには当学会は、2018 年頃より積極的に参加しているが、実は業務量・質に比して当学会の役員が少なく継続していくには役員増員が必須であるが、視機能に関心を持ち意欲的にケアに取り組みたいと希望する看護師の存在は残念ながら見出していない。

そこで従来の学会業務の見直しを図りながら、視機能看護の質的向上を目指すこと、そして当学会の社会的認知を拡大していくことが重要となる。2025 年には一般社団法人を取得して漸く学会として位置づけし、視機能看護に関する調査研究、症例報告、また視機能に付随する看護等について、さらなる研究を深めていくことが必要である。

コロナ禍以降、当学会の会員数・施設会員数は減少・退会が生じている

1. 視機能看護に必要な知識・情報・技術＋感性を磨く

- 1) 働き方改革の推進
定年看護師の有効活用・・・しなやかなコミュニケーション術をZ世代の方へ
実習時間が短縮された看護師の患者対応の支援
- 2) 看護師のローテーション・・・若年層に手術室経験後、外来や病棟へ経験を
積み、持ち味を生かした部署へ異動
- 3) 業務の効率化・・・各部署のガイドラインの統一
患者指導では動画による集団説明会
- 4) マネジメント力の習得（特に看護管理者）

図11 日本視機能看護学会の展望

「見えづらい」「見えない」を主訴とする患者においてどのようなケアが求められるのか、これは看護師では重要な継続的な課題である。視機能障害された方が自立した日常生活を過ごすには、個々の視機能に応じた対策が必要であり、標準化した看護では満足感が得られない。看護師には視機能検査から得た情報のみならず障害が生じた方からの見え方の表現や、視機能障害により生じる社会生活面での影響

等を傾聴して、何が見えづらさの要因になっているのかを把握して、それは補装具で対応できるのか、今後は AI 医療機器の対応で効果が期待できるのか、あるいは心のケアを要しているのか等を洞察することが必要である。視機能障害では、これ以上の視力は困難と思われる場合、看護技術よりも、その人の感性からの関わりがその人の背中を押すことに繋がると感じる。

標準化する看護の中で、個人に生じている辛さ、不安にどのように寄り添う看護ができるのか、看護師に問われている^{2)、3)}。

〈謝辞〉

本学会の創設から現在にいたるまで、ご支援を賜りました、各眼科医療機関の先生方および関係者の皆様に感謝いたします。

なお本論文は、第40回日本視機能看護学会で招待講演として発表した。

また講演は利益相反基準に該当しない。

【参考文献】

- 1) 大音清香：日本視機能看護学会のあゆみ、p9－13、第30回日本視機能看護学会研究発表収録、2014.
- 2) 大音清香：ロービジョンケアにおける看護師の役割、p 31－33、OCULSTA、VOL77,2019.
- 3) 栗生田友子：視機能看護分野に期待する「探究」－専門性のある「知」の構築のために－日本視機能看護学会誌、Vol.7,2022.

2025
日本視機能看護学会誌

報 告

第10巻

白内障術後患者を対象とする視力値と満足度の相関分析

水本強一 寺尾春香 大鋤満夏 岡佑典 瓶井資弘

要 旨

目的: テクニスアイハンス[®]を挿入した患者の視力値と満足度の関連を調査し、臨床での活用を検討すること。

方法: 5m、1m、30cmの裸眼視力値を遠方視、中間視、近方視に区分した。運転、散歩、テレビ、食事、読書、スマートフォンにおいて満足度の患者アンケートを実施した。遠方視・中間視・近方視のそれぞれで、視力値と満足度のスピアマンの順位相関係数を求めた。

結果: 相関係数は、散歩、読書を除く項目で相関係数が-0.3を超えており、視力と満足度の間に一定の相関関係が認められた。

考察: 満足度には、患者の期待値が影響していると思われ、期待値や心理的な状態を理解することが必要である。患者と医療従事者とのコミュニケーションが満足度に影響していると思われ、術後の生活の様子を聞き取り、視的環境を整えるための支援やアドバイスを行うことが必要である。

キーワード: 術後満足度、白内障手術、期待値、コミュニケーション

はじめに

白内障は主に加齢に伴う水晶体の混濁により発症し、視力低下や羞明、コントラスト感度の低下など視機能の低下をきたす疾患である^{1),2)}。現代の治療法は、水晶体超音波乳化吸引術と眼内レンズ挿入術を組み合わせた白内障手術が、最も一般的に行われている外科治療法とされる³⁾。近年では眼内レンズの技術進展により、乱視を矯正するトーリックレンズや⁴⁾、老視を軽減する多焦点レンズといった高機能眼内レンズが用いられるようになった⁵⁾。また、単焦点眼内レンズに焦点深度拡張機能を付加したテクニスアイハンス[®](DIB00V, Johnson and Johnson Vision Inc., Santa Ana, CA, USA)が、2021年秋から本邦で保険適応の承認がされており⁶⁾、眼内レンズの選択肢の幅が広がったと考えられる⁷⁾。

白内障手術による視力回復は、基本的日常生活動作や手段的日常生活動作の改善が期待され、患者の生活の質の向上がもたらされ^{8),9),10)}、最終的に日常生活における満足度の向上につながると考えられる。しかしながら、臨床において術後視力が良好であるものの不満を訴え、日常生活の満足度が十

分ではない患者がしばしば存在する。既報では、白内障術後において視力値と満足度が必ずしも一致しないとの報告が散見される^{11),12)}。また、松島らは、視力の改善が小さくても満足度が高い症例があることを報告している¹³⁾。したがって、術後満足度を視力値だけで推測するのではなく、日常生活における満足度の評価も併せて行うことが必要であると考えられる。

I. 目的

保険適応となったテクニスアイハンス[®]を挿入した患者を対象として、白内障術後の視力値と満足度の関連を調査し、その結果から臨床でどのような活用ができるのかを検討することを目的とした。

II. 方法

1. 対象

本研究の対象は、2021年6月から2024年4月にかけてA大学病院で両眼の白内障手術を受け、テクニスアイハンス[®]を

挿入した50歳以上の患者を後ろ向きに選択した。このうち、術後3カ月が経過し、矯正視力が遠方視力で小数視力1.0以上に達し、かつ両眼裸眼視力も遠方視で1.0以上であった患者33例を対象とした。また、黄斑上膜や加齢黄斑変性などの眼底疾患を有するものは除外した。

2.視力検査

遠見視力値は、5mの距離で液晶視力表システムチャートSC-1600(Nidek Co., Ltd, Gamagori, Japan)を用いて、両眼および片眼の裸眼視力ならびに矯正視力を測定した。中間・近見視力値は、1mおよび30cmの距離でCランドルト近距離・中間距離視力表TMI-V5(T.M.I. Co.,Ltd, Niiza, Japan)を用いて両眼裸眼視力を測定した。

3.患者アンケート

記名式で日常生活における患者アンケート調査を術後3ヶ月の来院時に実施した。アンケート内容は日常生活における、運転・散歩・テレビ・食事・読書・スマートフォンの操作といった各生活場面の満足度について評価するものであった(図1)。各項目について両眼裸眼での満足度を「とても不満」=1点、「やや不満」=2点、「どちらでもない」=3点、「やや満足」=4点、「とても満足」=5点の5点尺度で回答を求め、満足度スコアと定義した。該当しない項目については無記入とし、採点には含めないものとした。

ID

年 月 日

手術したあとの、裸眼での生活の満足度についてお聞かせください。
該当するものをお一つお選びください。該当しない場合は、空欄で結構です。

①車の運転・・・

☐ とても満足

☐ やや満足

☐ どちらでもない

☐ やや不満

☐ とても不満

②散歩・・・

☐ とても満足

☐ やや満足

☐ どちらでもない

☐ やや不満

☐ とても不満

④テレビ・・・

☐ とても満足

☐ やや満足

☐ どちらでもない

☐ やや不満

☐ とても不満

⑥食事・・・

☐ とても満足

☐ やや満足

☐ どちらでもない

☐ やや不満

☐ とても不満

⑧新聞・読書・・・

☐ とても満足

☐ やや満足

☐ どちらでもない

☐ やや不満

☐ とても不満

⑩スマートフォン

☐ とても満足

☐ やや満足

☐ どちらでもない

☐ やや不満

☐ とても不満

図1 患者アンケート用紙

4.検討方法

視力値は、検査距離5mを遠方視力、1mを中間視力、30cmを近方視力と定義した。視力値と満足度スコアとの相関については、運転および散歩を遠方視力、テレビ視聴および食事を中間視力、読書およびスマートフォンの操作を近方視力と対応させて比較した。また、術前屈折値および狙い度数の誤差についても、各場面と対応させて比較した。解析方法は、ス

ピアマンの順位相関係数を用いた。

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は後ろ向き研究として実施され、A大学病院倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:2024-190)。研究に際しては、施設および個人が特定されないよう十分に配慮した。対象者には、研究趣旨を口頭で説明し、書面によりデータ使用の同意を取得した。

Ⅳ. 結果

対象数は、33例(男性11例、女性22例)であった。平均年齢は69.9±7.6歳、術前矯正視力値はlogMAR 0.21±0.33、術後矯正視力はlogMAR -0.05±0.04、その他の患者背景は表1の通りである。術後両眼裸眼視力値は、遠方視力logMAR -0.04±0.05、中間視力logMAR -0.01±0.10、近方視logMAR 0.36±0.21であった(表2)。

患者アンケートの回収率は100%であった。患者アンケートの満足度の統計量は表3の通りである。視力値と満足度スコアとのスピアマンの順位相関係数は、運転が0.3116、散歩が0.1434、テレビが0.5228、食事が0.3074、読書が0.2915、スマートフォンが0.3395であった(表4)。術前屈折値および

表1 患者背景

項目	平均	標準偏差	最小値	25%四分位	中央値	75%四分位	最大値
対象数(男性:女性)	33(11:22)						
年齢(歳)	69.9	7.6	51	65	72	76	83
眼軸長(mm)	24.4	1.7	21.7	22.9	24.2	25.3	28.4
術前矯正視力値(logMAR)	0.21	0.33	-0.08	0.05	0.15	0.22	2
術前自覚的等価球面度数(D)	-1.81	3.81	-11.5	-4.13	-0.06	1	2.5
術後矯正視力値(logMAR)	-0.05	0.04	-0.08	-0.08	-0.08	0	0
術後自覚的等価球面度数(D)	-0.19	0.60	-1.63	-0.5	0	0.25	0.88

表2 両眼裸眼視力値

項目	平均	標準偏差	最小値	25%四分位	中央値	75%四分位	最大値
遠方視力:5m(logMAR)	-0.04	0.05	-1.77	-0.08	-0.08	0	0
中間視力:1m(logMAR)	-0.01	0.10	-1.77	-0.08	0	0	0.30
近方視力:30cm(logMAR)	0.36	0.21	0.046	0.22	0.30	0.52	1

表3 満足度スコア

項目	平均	標準偏差	最小値	25%四分位	中央値	75%四分位	最大値
運転	4.3	1.0	2	4	5	5	5
散歩	4.4	0.9	2	4	5	5	5
テレビ	4.5	0.7	3	4	5	5	5
食事	4.3	0.9	2	3.5	5	5	5
読書	3.6	1.3	1	3	4	5	5
スマートフォン	3.7	1.3	1	3	4	5	5

狙い度数の誤差についての相関は、表4の通りである。満足度スコアの内訳は、表5の通りである。

表4 満足度スコアとの相関

説明変数	目的変数	r	p値
遠方視力:5m	運転	0.3116	0.1065
遠方視力:5m	散歩	0.1434	0.4260
中間視力:1m	テレビ	0.5228	0.0018
中間視力:1m	食事	0.3074	0.0818
近方視力:30cm	読書	0.2915	0.1055
近方視力:30cm	スマートフォン	0.3395	0.0532
術前屈折値	運転	-0.3479	0.0697
	散歩	0.0429	0.8125
	テレビ	-0.2135	0.2329
	食事	-0.0231	0.8984
	読書	0.0549	0.7654
狙い度数との誤差	スマートフォン	0.0496	0.7842
	運転	0.2107	0.2819
	散歩	0.0972	0.5905
	テレビ	0.2189	0.2210
	食事	0.1269	0.4817
	読書	0.0500	0.7859
	スマートフォン	0.2622	0.1405

表5 視力値と満足度の詳細

項目	視力値	1	2	3	4	5	計
運転	1.0		2	2	3	6	13
	1.2			2	2	10	14
	1.5					1	1
	計	0	2	4	5	17	28
	割合	0%	7.1%	14.2%	17.9%	60.8%	100%
散歩	1.0			4	3	9	16
	1.2		1	2	2	11	16
	1.5					1	1
	計	0	1	6	5	21	33
	割合	0%	3.0%	18.2%	15.1%	63.7%	100%
テレビ	0.5			1			1
	0.7				2	1	3
	0.8					1	1
	0.9			1	1		2
	1.0			2	3	5	10
	1.2				2	13	15
	1.5					1	1
	計	0	0	4	8	21	33
	割合	0%	0%	12.1%	24.2%	63.7%	100%
食事	0.5		1				1
	0.7				1	2	3
	0.8					1	1
	0.9			1	1		2
	1.0			4	1	5	10
	1.2			2	2	11	15
	1.5					1	1
	計	0	1	7	5	20	33
	割合	0%	3.0%	21.3%	15.1%	60.6%	100%
読書	0.1		1				1
	0.2				2		2
	0.3	1		3		3	7
	0.4	1	2	1	2		6
	0.5			2		1	3
	0.6	1	1	1	1	3	7
	0.7				2	1	3
	0.8				1	1	2
	0.9					1	1
	計	3	4	7	8	10	32
	割合	9.3%	12.5%	21.9%	25.0%	31.3%	100%
スマートフォン	0.1		1				1
	0.2				2		2
	0.3	1		3		3	7
	0.4	1	2	1	1	1	6
	0.5			2		1	3
	0.6		2	1	1	4	8
	0.7				1	2	3
	0.8				1	1	2
	0.9					1	1
	計	2	5	7	6	13	33
	割合	6.0%	15.1%	21.3%	18.2%	39.4%	100%

V. 考察

スピアマンの順位相関係数の結果では、相関係数の検定において有意性が認められない項目もみられたが、散歩、読書を除く項目で相関係数が0.3を超えており、視力と満足度の間に一定の相関関係が認められた。しかしながら、表5の満足度スコアの内訳をみると、両眼裸眼遠方視力で1.0以上にもかかわらず、運転でやや不満の症例が2例、散歩でやや不満の症例が1例存在した。それぞれのカルテを見直したものの、その理由については汲み取ることが出来なかった。

その理由の一つとして、白内障術後の見え方への期待値が患者ごとに異なる点が考えられる。同じ視力値でも患者の期待が上回っているか下回っているかによって満足度は異なる。特に近年では、ソーシャルネットワークサービスの発展により白内障手術の体験が多く投稿され、手術翌日から良好な視力が得られると考える患者が多いとの指摘がある¹⁴⁾。質問サイトであるYahoo!知恵袋(<https://chiebukuro.yahoo.co.jp/>)とOKWAVE®(<https://okwave.jp/>)で、「白内障手術」をキーワードに検索した結果、Yahoo!知恵袋では13,368件、OKWAVE®では1,600件の情報がヒットした(2024年8月14日閲覧)。これらの情報から、手術直後の視力回復による成功体験や、自身に都合のよい情報のみを選択する確認バイアス¹⁵⁾が影響を及ぼし、白内障手術後の満足度に関与している可能性があると考えられる。また、升本らは、「術前にIOLの説明を行っていても、特に近方視の満足度が低い傾向であった。これは、事前説明と自分のイメージの相違や近方視への期待が大きかった事や、高齢になるほど術前説明の理解度が低かった可能性があるのではないかと考える。」¹¹⁾と述べている。したがって臨床においては、患者の期待値や理解度、心理的な状態を十分に理解することが重要であると思われる。

術前屈折値および狙い度数との誤差との満足度の相関は、術前屈折値と運転で $r=-0.3479$ ($p=0.0697$)と有意性はないものの、やや相関関係を認めた。その他は、相関関係は弱いと解釈した。この結果から、術前屈折値が運転時の満足度に影響を及ぼす可能性が示唆される。一方で、他の生活場面においては屈折値や狙い度数の誤差が満足度に与える影響は限定的であると考えられる。さらに、統計学的有意性が得られなかったことから、この傾向を確認するには、より大規模かつ多様な症例を対象とした検討が必要であるといえる。

中間視力および近方視力に着目すると、本研究では、同一種の眼内レンズを挿入し、かつ両眼裸眼での遠方視力が1.0以上であり、対象者の眼の状態は概ね均質であると考えられる。しかしながら、中間視力および近方視力には大きなばらつきが見られた。具体的には、両眼裸眼視力で中間視力は0.5

から1.5の範囲に、近方視力は0.1から0.9の範囲に分布していた。通常診療では、遠方視力のみ測定が多く、特段の事情がない限り、中間視力や近方視力が測定されることは少ない。したがって、裸眼遠方視力が1.0以上であったとしても、中間視力や近方視力においては、日常生活に支障をきたす可能性を見逃している場合が考えられる。筆者の臨床経験においても、白内障術後1年が経過した患者から「手元が見えないけど、医師から眼鏡を作ってよいと言われてないので、眼鏡を作らずにずっと我慢していた」といった訴えを受けたことがあり、中間・近方視力の評価や患者とのコミュニケーションの重要性が示唆される。

このような事例は、遠方視力の良好さのみをもって日常生活が十分に判断してしまう現状を反映しており、生活の質や満足度を正確に評価するためには、中間・近方視力の測定も必要であることを示唆している。一方で、外来診療の現場は多忙であり、すべての患者に対して中間・近方視力を測定することは現実的には困難である。このような状況下においては、患者とのコミュニケーションを通じて日常生活における視機能の実態を把握することが、一つの有効な代替手段となり得る。例えば、「テレビは良く見えていますか?」「本やスマートフォンなどの手元は見えていますか?」といった、具体的な質問を行うことで、視機能に関する主観的な評価が可能となる。このようなクローズド・クエスチョン形式の活用は、短時間で効率的に情報を収集できる点においても有用であり、限られた時間内での視機能評価の一助になると考えられる。加えて、大田は患者への聴き取りに際して、患者は不安を抱えており、傾聴の態度や雰囲気ですぐ話しやすい環境を整えること、患者に適した聴き取りの優先順位を考えること、小児・高齢者の場合は家族から情報を聴き取ることを留意点として挙げている¹⁶⁾。このようにコミュニケーションを通じて得られる情報や、聴き取りに際する態度は、患者への支援やアドバイスを提供する上で重要であると考えられる。したがって、手術後も患者と良好なコミュニケーションを継続することが求められ、定期的な経過観察に加え、白内障術後の生活の様子を聞き取り、視的環境を整える支援を行うことが必要である。

本研究にはいくつかの限界が存在した。第一に、対象者の平均年齢が65歳以上であったため、生産年齢人口(15歳以上65歳未満)の患者と比較すると、職業の有無や行動様式が異なる可能性がある。このため、アンケート結果にも差異が生じる可能性があると考えられる。第二に、今回の研究対象とした眼内レンズはテクニスアイハンス®のみに限定されており、他の眼内レンズを使用した場合には異なる結果が得られる可能性がある。第三に、独自のアンケート内容を用いたため、他の研究報告との比較が難しいという点が挙げられる。

結論として、白内障術後の視力値と満足度には一定程度の相関関係が認められた。しかしながら、同一の遠方視力であっても、中間・近方視力にはばらつきが見られた。今回の結果を臨床で活用するためには、以下の二点が重要である。第一に、個々の患者の期待値や理解度、心理的な状態を十分に理解することが必要である。第二に、患者との良好なコミュニケーションを図り、白内障術後の生活の様子を聞き取り、視的環境を整える支援を行うことが必要である。

利益相反申告すべきもの無し

本論文は第40回日本視機能看護学会学術総会で発表した

文献

- 1) 森麻美、石井邦雄：白内障の病態および治療の現状と今後の展望、ファルマシア、50(3)、217-221、2014.
- 2) 弓削経夫、小笹晃太郎、山出新一：白内障の混濁と視力およびコントラスト感度との相関、日本眼科学会雑誌、97、619-626、1993.
- 3) 根岸一乃：最新の白内障手術の選択肢と手術後の見え方、杏林医学雑誌、45、149-151、2014.
- 4) 西村栄一：最近の白内障治療トピックス、昭和学士会雑誌、76、406-413、2016.
- 5) 根岸一乃：白内障手術における老視矯正、日本白内障学会誌、34、29-32、2022.
- 6) 鈴木久晴、西山美穂：保険適用 (アイハンス/レンティスコンフォート)、IOL & RS、37、541-546、2023.
- 7) 荒井宏幸：多焦点眼内レンズの現状と未来、IOL & RS、38、15-20、2024.
- 8) 大鹿哲郎、杉田元太郎、林研、他：白内障手術による健康関連 quality of life の変化、日本眼科学会雑誌、109、753-760、2005.
- 9) 石井晃太郎：白内障と認知症、日本白内障学会誌、27、36-38、2015.
- 10) 富所敦男、大鹿哲郎：白内障手術の患者側評価 - QOL に基づいた評価 -、IOL & RS、16、447-452、2002.
- 11) 升本明日香、田村由美子、川口央子、他：多焦点眼内レンズ挿入後の日常生活の見え方に関する満足度調査、日本視機能看護学会誌、7、19-23、2022.
- 12) 斎藤渉、大沼学、佐藤恵美、他：二焦点眼内レンズ (TECNIS® Multifocal) と三焦点眼内レンズ (FineVision®) の術後成績と満足度、日本視能訓練士協会誌、46、181-186、2017.
- 13) 松島菜穂子、杉本朝子、佐藤美菜子、他：白内障術後の QOL について一視力改善度と満足度の関係 -、日本視能訓練士協会誌、25、145-150、1997.
- 14) 木澤純也：術前検査のアンメットニーズ、日本白内障学会誌、34、38-41、2022.
- 15) 川合伸幸：認知バイアスー判断し行動するときの心のクセー、作業療法、43、159-163、2024.
- 16) 大田優子：眼科エキスパートナーシング改訂第2版、南江堂、99-100、2015.

白内障手術前後の QOL と患者背景との関連

金本麻美 蝶野恵里 桑原美恵

要 旨

目的：白内障手術前後の VFQ-25 を調査し、スコア変化と患者背景との関連を検討する。

方法：手術前後で VFQ-25 の測定と、患者背景に関する選択回答式アンケート調査を実施。

結果：手術により VFQ-25 スコアは改善し、全ての下位尺度で手術前後に有意差がみられた。手術によるコンボ 7 の改善の有無と性別、眼疾患・同居人・介護保険認定・相談相手・趣味や生きがいの有無、年齢との関連に有意差は見られなかった。さらに、後囊下混濁 Grade が高い群は低い群と比較し、手術前後のコンボ 7 の差が大きく、スコアの改善幅が有意に大きかった。後囊下混濁の程度とコンボ 7 の改善度に有意な正の相関が見られた。

考察：手術前後の VFQ-25 スコアを比較すると、全ての項目において術後のスコアは有意に改善したことから、白内障手術により視覚に関連した健康関連 QOL が改善することが定量的に示された。後囊下混濁が強い患者ほど、手術による視機能の主観的改善がより大きく得られることが示唆された。

キーワード：白内障手術、VFQ-25、QOL、QOV、コンボ7

はじめに

医療の評価を患者側の視点から考えることは以前より重要視されており、治療によって、Quality of Life (クオリティ・オブ・ライフ) をいかに維持・改善できるかを考慮することが重要であると認識されている。Quality of Life (以下 QOL と略す。) は、日本語で「生活の質」や「生命の質」と訳され、生きる上での満足度を表す主観的な概念であり、医療においては、身体的・精神的・社会的・機能的・経済的状況など、全てを含めた生活の質を意味する。眼疾患と QOL に関わる研究は国内外において行われている^{1)~5)}。

白内障については、手術の臨床的治療効果は明らかで、患者の QOL 向上に寄与することが明らかとなっている。眼科領域における QOL の評価方法として、視機能に関連した QOL を定量的に測定する日本語版 NEI VFQ-25 (以下 VFQ-25 とする) が広く使用されており、信頼性・妥当性も立証された評価方法として広く用いられている⁶⁾。

VFQ-25 を用いた研究では、大鹿ら⁷⁾の研究において白内障手術前のスコアは両眼に視野異常を有する緑内障患者

と同程度まで低下していたことが明らかとなっており、白内障が患者の QOL に与える影響が大きいこと、白内障手術によりスコアは大幅に改善することが定量的に明らかとなっている。しかし、同研究において、手術前後の VFQ-25 の下位尺度である全体的見え方の改善度を示す図中に、スコアが改善しない患者が存在していることが読み取れる。臨床においても、白内障手術後に視力が向上しているのにも関わらず生活の不自由さを訴える患者も見受けられ、手術以外に術後の VFQ-25 に影響を与える背景があるのではないかと考えた。

1. 目的

白内障手術を受ける患者を対象に、手術前後の VFQ-25 を調査し、スコアの変化と患者背景との関連について検討する。

Ⅱ．方法

研究対象は、A総合病院の眼科で2022年3月～2022年8月までに超音波乳化吸引術と眼内レンズ挿入術を受け、アンケートに返答できた患者53名とした。

QOLを評価する指標としてVFQ-25を使用した。データの収集方法は、自己記入式VFQ-25の測定を手術前1ヶ月以内と、手術後3ヶ月以内に実施し、患者背景に関する質問票での調査は手術前1ヶ月以内に実施した。

VFQ-25は視覚に関連した健康関連QOLを図る尺度で、25項目と12の下位尺度から構成されている。12の下位尺度は一般的健康感、一般的見え方、目の痛み、近見視力による行動、遠見視力による行動、社会生活機能、心の健康、役割機能、自立、運転、色覚、周辺視覚に分類される。得点は0～100点で、点数が高いほど視覚関連QOLが高いことを示すものであり、同じ下位尺度に含まれる項目の平均点を求めて尺度点数となる。さらに、12の下位尺度の全体的健康感を除いた全ての項目の平均点が総合得点となる。今回は総合平均をみる指標としてコンポ7を使用した。コンポ7とは、「全体的健康感」と「運転」「色覚」「周辺視力」「目の痛み」など他の尺度と異なる性質を持つ領域を除いた「一般的見え方」「近見視力による行動」「遠見視力による行動」「見え方による社会生活機能」「心の健康」「役割機能」「自立」の7つの下位尺度で総合得点を算出する方法である。

患者背景に関する質問票の内容は、同居人の有無、介護保険認定の有無、相談相手の有無、趣味や生きがいの有無で、選択回答式のアンケートとした(表1)。その他、カルテより性別、年齢、手術前後の視力、後囊下混濁Grade、術前の屈折値についてのデータを収集した。データ分析は回帰分析、t検定、 χ^2 検定で行ない、 $p<0.05$ を有意とした。

表1 患者背景に関する質問票

あなたや家族のことをお聞きします		
問1 一緒に住んでいる人はいますか	なし	あり
問2 介護保険の受給はしていますか	なし	あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
問3 相談相手はいますか	なし	あり (配偶者・子・友人・その他)
問4 趣味や生きがいはありますか	なし	あり

Ⅲ．倫理的配慮

本研究はA総合病院の倫理審査委員会の承認を得て、前向き研究として行われた。対象者へは研究目的、方法等を説明し、研究への参加は自由意志に委ねられていること、調査を拒否しても不利益を被らないこと、研究協力の承諾後も随時撤回できること、研究によって得たデータは研究目的以外では使用せず、守秘義務を厳守することを文面に記載し、同意を得て調査を行った。

Ⅳ．結果

患者の平均年齢は76±9歳、男性25名、女性28名で、片眼手術症例が15例、両眼手術症例が38例で、術中合併症を生じたものはなかった。術前の屈折値は-1.72±4D (-19.5D～+3.0D)、術眼の矯正視力の平均値はlogMAR視力0.46で白内障以外の眼底疾患を有する患者は16名(30%)であった。眼底疾患の内訳は、治療を有している緑内障患者7名、加齢黄斑変性症4名、網膜静脈分枝閉塞症1名、網膜前膜2名、糖尿病網膜症2名であった。

後囊下混濁Gradeとは、混濁の程度を段階的に分類するための指標で、Grade0～5に段階付けされ、Gradeの数値が高いほど混濁が強い評価となる。今回の研究では、後囊下混濁Grade1～2をGradeが低い群、後囊下混濁Grade3～5をGradeが高い群とした。Gradeが低い群は35名(66%)で、Gradeが高い群は18名(34%)だった。今回Grade5の患者はいなかった。

白内障手術前後のVFQ-25のスコアを図1に示す。白内障手術前のVFQ-25の総合得点の平均は66.9で、コンポ7の平均は64.6であり、白内障手術後のVFQ-25の総合得点の平均は76.8で、コンポ7の平均は79.4であった。白内障手

表2 手術によるコンポ7の改善の有無との関連 (x2検定)

コンポ7の改善		あり(n=47)	なし(n=6)	p値
患者背景				
性別	男性	42%	50%	0.882
	女性	53%	50%	
眼疾患 有無	有	32%	17%	0.443
	無	68%	83%	
同居人 有無	有	72%	67%	0.771
	無	28%	33%	
介護保険認定 有無	有	21%	33%	0.506
	無	79%	67%	
相談相手 有無	有	89%	100%	0.401
	無	11%	0%	
趣味や生きがい 有無	有	81%	67%	0.419
	無	19%	33%	

表3 年齢による手術前後のコンボ7への影響 (重回帰分析)

患者背景	平均	標準偏差(SD)	回帰係数(B)	標準化係数(β)	標準誤差(SE)	p値
年齢(歳)	76	8.99	-0.201	-0.127	1.247	0.363

表4 後囊下混濁の高低群におけるコンボ7改善量の比較 (t検定)

患者背景	grade	n	術前術後スコアの差の平均値	標準偏差(SD)	最小値	最大値	p値
後囊下混濁の程度	低い群 (grade1~2)	35	10.6	12.335	-14.5	40.5	0.002
	高い群 (grade3~5)	18	23.1	14.341	3.9	55.9	

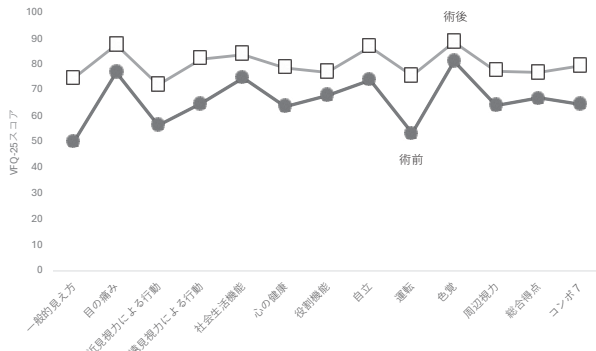


図1 白内障手術前後の VFQ-25 スコア (t-test)

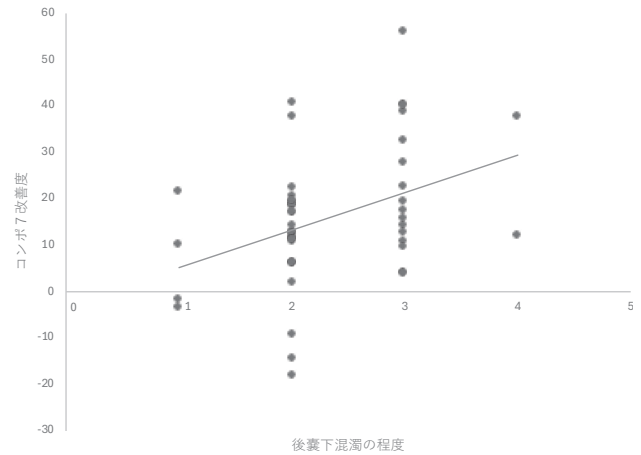


図2 後囊下混濁の程度と VFQ-25 スコアの改善度

術によりスコアは改善し、全ての下位尺度において手術前後に有意な差が見られた ($p < 0.05$, Paired-samples t-test)。

手術前後でコンボ7が改善したものは47名で、改善しなかったものは6名であった。手術によるコンボ7の改善の有無と性別、眼疾患の有無、同居人の有無、介護保険認定の有無、相談相手の有無、趣味や生きがいの有無との関連を検討するため、 χ^2 検定を行ったが、いずれにおいても有意な差は見られなかった (表2)。

重回帰分析の結果、年齢は手術前後のコンボ7に有意な影響は与えなかった ($\beta = -0.127$, $p = 0.363$) (表3)。

手術前後のコンボ7の差について、後囊下混濁の Grade が低い群と Grade が高い群で検討した。t検定を行った結果、Grade が低い群は 10.6 ± 12.335 で、Grade が高い群は 23.1 ± 14.341 であり、両群間に有意な差が認められた ($p = 0.002$) (表4)。また、後囊下混濁の程度 (Grade0 ~ 5) とコンボ7の改善度の関連を図2に示す。後囊下混濁の程度が強いほどコンボ7の改善度が高くなることが示され、有意の正の相関が見られた ($r = 0.40$, $p = 0.002$)。

V. 考察

今回の調査における白内障手術前の VFQ-25 の総合得点

の平均は66.9であり、大鹿ら⁷⁾が行った先行研究と同程度の結果であった。田中ら⁸⁾が報告した、緑内障患者の後期群の VFQ-25 の総合得点の平均値は68.6であり、白内障手術前のスコアが緑内障末期患者と同程度に障害されていたことがわかる。これらのことから、先行研究と同様、白内障が患者の QOL へ及ぼす影響は大きいと言える。

今回の研究において、白内障手術前後の VFQ-25 スコアを比較すると、VFQ-25 の全ての項目において手術後のスコアは有意に改善し、白内障手術により視覚に関連した健康関連QOLが改善することが定量的に示された。大鹿ら⁷⁾が行った先行研究の対象患者年齢は 70.4 ± 9.2 歳で今回の研究における対象年齢は 76 ± 9 歳であった。本研究は先行研究と比較し対象者の年齢層が高くなったが、手術により VFQ-25 スコアが有意に改善した。このことから、高齢のみを理由に手術を回避することは、患者にとって有益な治療の機会を逸する可能性があると考えられる。

今回、白内障手術後に生活の不自由さを訴える患者の背景を検討するために同居人の有無や介護保険認定の有無、相談相手の有無などのサポート体制や性別、年齢、眼疾患の有無、趣味や生きがいに着目し調査を行ったが、いずれも手術によるコンボ7の変化との関連は見られなかった。しかし、生活の不自由さや QOL に影響を与える背景因子は

複雑であるため、今後はスコアが改善しなかった患者に対して質的研究による検討が必要であると考え。

後囊下混濁の Grade が高い群 (Grade3 ～ 5) は低い群 (Grade1 ～ 2) と比較し、手術前後のコンポ 7 の差が大きいこと、後囊下混濁の Grade が高い群では、低い群に比べてスコアの改善幅が有意に大きかった。また、図2に示すように、後囊下混濁の程度とコンポ 7 の改善度に有意な正の相関が見られたことから、後囊下混濁が強い患者ほど、手術による視機能の主観的改善がより大きく得られることが示唆される。

一方、表4に示されたように、後囊下混濁の Grade が低い群では、術後にスコアが低下した症例も含まれていた (最小値-14.5)。これは、術前の視機能が比較的良好であった患者においては、術後の変化を実感しにくく期待とのギャップにより、視機能に関連した QOL がかえって低下した可能性があると考え。

松島らは「患者の QOL に重点を置いた医療の提供が必要になってくると考えられる。」と述べている⁹⁾。臨床においては、白内障により生活の不便さを感じているにも関わらず、手術への恐怖やリスク、背景にある眼疾患、高齢であること、通院の問題を理由に手術に踏み出せない患者が見受けられる。このような患者や家族に対し、白内障手術により患者の QOL が改善することが定量的に明らかとなったという結果を患者の意思決定のための一つの情報として活用し、治療に結びつけていきたい。また、意思決定支援のための情報提供を行いつつ、患者のサポート体制の評価も行い、患者の術前の期待値や生活背景、心理的要因などにも配慮した包括的な支援を検討していきたいと考える。

本研究では、白内障手術前後の VFQ-25 を調査し、スコアの変化と患者背景との関連について検討した。白内障手術前後の VFQ-25 スコアを比較すると、VFQ-25 の全ての項目において手術後のスコアは有意に改善し、白内障手術により視覚に関連した健康関連QOL が改善することが定量的に示された。また、後囊下混濁が強い患者ほど、手術による視機能の主観的改善がより大きく得られることが示唆された。

利益相反申告すべきもの無し。

本論文は第39回日本視機能看護学会学術総会で発表した。

文献

- 1) 油井千旦、西村栄一、早田光孝他：後期高齢者の白内障手術による視覚に関連した健康関連QOL の検討、日本白内障屈折矯正手術学会雑誌、31(4)、606-611、2017.
- 2) 湯沢美都子、鈴鴨よしみ、李才源他：加齢黄斑変性の quality of Life の評価、日眼会誌、108(6)、368-374、2004.
- 3) 山岸和矢、吉川啓司、木村泰朗他：日本語版VFQ-25による高齢者正常眼圧緑内障患者の quality of Life の評価、日眼会誌、113(10)、964-971、2009.
- 4) 恵美和幸、大八木智仁、池田俊英他：糖尿病網膜症の硝子体手術前後における quality of Life の変化、日眼会誌、112(2)、141-147、2008.
- 5) 横山梓、中山正、加藤睦子他：網膜静脈分枝閉塞症に伴う黄斑浮腫患者の Quality of Life の評価、岡山赤十字病院医学雑誌、29(1)、40-47、2018.
- 6) Yoshimi Suzukamo, Teturo Oshika：Psychometric properties of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ-25) Japanese version 25項目なる米国国立眼病研究所視覚機能質問票(NEI VFQ-25)日本語版の計量心理学的特性、2005.
- 7) 大鹿哲郎、杉田元太郎、林研他：白内障手術による健康関連 quality of life の変化、日眼会誌、109 (11)、753-760、2005.
- 8) 田中健司、岩瀬愛子、水野恵他：緑内障患者の QOL とソーシャル・サポートの関連、日本視能訓練士協会誌、48、35-45、2019.
- 9) 松島菜穂子、杉本朝子、佐藤美菜子他：白内障術後の QOL について -視力改善度と満足度の関係-、日本視能訓練士協会誌、25、145-150、1997.

内眼術後の洗顔に関する意識調査

市來徳子¹⁾ 松村幸子¹⁾ 高橋幸¹⁾ 林田安広¹⁾
重枝崇志²⁾ 出田隆一²⁾

要 旨

目的：Aクリニックでは日帰り眼科手術を行っているが、術後に看護師の指導通りに洗顔できず眼瞼縁に炎症を認める患者がいる。そこで洗顔開始時期と方法について患者にアンケートを行い指導通りに洗顔をしなかった要因を明らかにし、効果的な指導方法について検討することとした。

方法：2024年3月から5月の間に内眼手術を受けた患者100名を対象とした。手術翌日に洗顔指導を行い、約1週間後に医師による眼瞼縁の診察と写真撮影を実施するとともに看護師によるアンケート調査を行った。

結果：指導通り4日目から洗顔開始した患者は100名中76名(76.0%)であった。洗顔したが眼瞼縁まで意識できなかった患者は100名中29名(29.0%)であり、そのうち半数以上は「怖かった」ことがその理由であった。

考察：実際は指導通りの時期や方法で洗顔できていない患者が多かった。患者の恐怖心を理解し患者に寄り添いながら洗顔の必要性を理解してもらうよう努力すべきと考えられた。

キーワード：内眼術後洗顔、眼瞼縁、内眼術後指導、内眼術後恐怖心、眼科日帰り手術

はじめに

Aクリニックでは1年間約1,140例(1日平均5例)の手術を施行しておりすべての眼科手術症例を日帰りで行っている。一般に各眼科施設において内眼術後の洗顔の制限は慣習的に行われている。洗顔開始が遅い場合、眼瞼の特定の菌の検出が優位に増加したという報告があり¹⁾、洗顔をしないと術後眼瞼が清潔に保たれない可能性がある。別の先行研究では鶴田らは眼科手術後の洗顔・洗髪を長期間禁止されることの不快感の調査において「約9割の患者が術後3日目までに自己洗顔・自己洗髪の開始を希望している」²⁾と述べている。

Aクリニックでは上記の知見等をもとに術後ある程度早い時期に眼瞼縁まで意識した洗顔を行う必要があると考え、術後4日目から眼瞼縁を意識して洗顔するよう看護師が患者に指導している。

洗顔についての説明は術翌日に看護師が資料を使い口頭で行っているが、術後1週間しても洗顔できていない患

者や、洗顔ができていても眼瞼縁まで意識した洗顔は行えなかった患者も見受けられる。術後に眼瞼縁に炎症が出現している患者や眼脂が眼瞼縁に付着している患者もいる。術後1週間以上経過してから「いつから洗顔できるのか」と患者から質問をうけることもある。

入院手術においては、入院中に洗顔の開始時期および方法について看護師が患者に説明する十分な時間が取れると思われるが、日帰り手術では術前後の外来の限られた時間内で伝えないといけない為、患者がその必要性を理解することは難しいと思われる。また不十分な洗顔により眼瞼縁に炎症が起こるなどの問題が生じる可能性もある。

そこで、患者が実際にいつ、どのように洗顔を開始、実行しているのかを調査し、対策を検討したいと考えた。

I. 目的

Aクリニックにおいて日帰り内眼術後の患者に洗顔開始時期と洗顔方法についてアンケートを行うとともに指導通り

受付日：2025年3月31日 受理日：2025年9月30日

1) 医療法人レチナ いでた平成眼科クリニック 看護部 2) 医療法人レチナ いでた平成眼科クリニック

に洗顔を行えなかった場合はその要因を明らかにし、効果的な指導方法について検討する。

Ⅱ. 方法

1. 調査期間

2024年3月から2024年5月

2. 対象

上記期間にAクリニックで日帰り内眼手術を受けた連続症例100名

3. 研究方法

1) 方法

内眼手術を受ける予定の患者に対し術後の洗顔方法について指導し、術後1週目に看護師が眼瞼縁を意識して洗顔できたかアンケート調査を行うとともに、医師による眼瞼縁の診察と写真撮影を実施した。

2) 指導内容

術後4日目から眼瞼縁を意識し石鹸を泡立て洗顔し流水で流すように指導した。

4. 質問調査用紙

アンケートの内容は、以下の大項目2つとそれぞれの小項目2つとした。

- ① -1 予定通り術後4日目から洗顔開始したかどうか
- ① -2 もしも4日目から洗顔しなかった場合は、その理由について
- ② -1 洗顔するときに、眼瞼縁まで意識しておこなったか?
- ② -2 もしもそれができなかった場合は、その理由について

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は、研究実施時点では院内に倫理審査委員会が設置されていなかったため、院内で倫理的配慮について十分に検討し院長の許可を得て実施した。収集したデータやアンケートは研究以外では使用せず個人が特定されないように適切な保存と破棄を行うこと、同意の有無にかかわらず患者への不利益は生じないことを文書で説明し同意を得て行った。その後学会誌投稿に際し、本調査を実施することの適否について、倫理的、科学的および医学的妥当性の観点から2025年第4回熊本臨床眼科倫理審査委員会の審査を受け承認(整理番号2025-05)を得た。

Ⅳ. 結果

対象者の属性として、性別は全体で男性50名(50.0%)、女性50名(50.0%)であった。平均年齢は68.3±12.2歳であった(図1)。術式別の内訳は全体で白内障手術67名(67.0%)、硝子体手術33名(33.0%)であった。

アンケートを行った100名のうち、指導通り4日目から洗顔開始したのは76名(76.0%)、4日目からの洗顔を行わなかったのは24名(24.0%)であった。しかし洗顔した76名のうち、眼瞼縁まで意識して洗顔したのは47名であり、眼瞼縁を意識せず洗顔したのは29名であった(図2)。

4日目からの洗顔を行わなかった24名に、その理由について尋ねると、「怖かった」が21名であった(図3)。

洗顔はしたが眼瞼縁までは意識できなかった29名に尋ねた。その理由として、「怖かった」が16名、「聞いていなかった」が9名であった(図4)。

眼瞼に所見があった症例ではマイボーム腺が閉塞し、まつ毛や眼瞼縁に眼脂の付着がみられた。このように眼瞼に所見があった症例は、全体の100名のうち10名(10.0%)であった。所見のあった10名中2名(20.0%)は怖くて洗顔していなかった。またそれ以外の8名は4日目から洗顔し

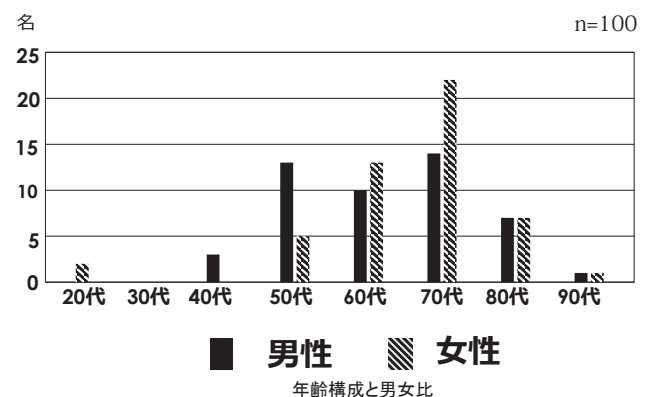


図1 年齢構成と男女比

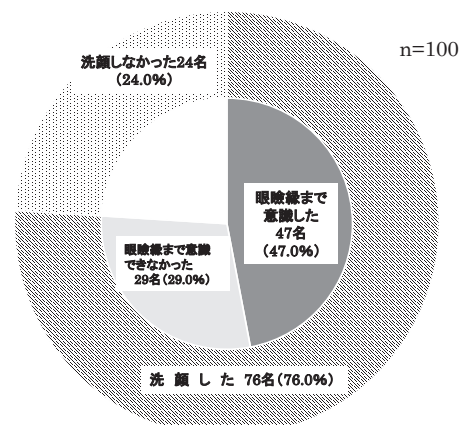


図2 洗顔の有無と眼瞼縁まで意識した洗顔ができたか

ていたが、眼瞼縁まで意識した洗顔は8名全員ができていなかった(図5)。つまり眼瞼に所見のあった10名全員が眼瞼縁まで意識した洗顔を行っていなかった。洗顔しなかったあるいは洗顔したけど眼瞼縁まで意識できなかった理由を尋ねると半数以上の6名(60.0%)は「怖かった」からであり「力の加減がわからなかった」が2名(20.0%)。「眼瞼縁まで洗うことを聞いていなかった」が2名(20.0%)であった(図5)。

IV. 考察

今回アンケートを行ったことで術後患者の24名(24.0%)は4日目からの洗顔を行っておらず、29名(29.0%)は4日目からの洗顔を行っていたが眼瞼縁までは意識できなかった。つまり半数以上が実際には指導通りの時期や方法で洗顔ができていないことが分かった。また眼瞼にマイボーム腺閉塞や眼瞼炎の眼脂付着などの所見が認められた10名全員が眼瞼縁まで意識した洗顔を行っていなかった。洗顔をしない時期が長期間に及んだり、効果的な洗顔方法を行わなかったりすると眼球周囲の清潔度が保てなくなり、術後感染を引き起こす可能性も考えられる。眼科の術後に洗顔

開始時期を遅くした場合、皮膚の常在菌の検出を多く認めたという報告もある¹⁾。術後に眼周囲の洗顔をしかるべき時期に、適切な方法で行うことの重要性を患者に理解してもらい実行してもらう必要があると思われる。

洗顔ができていない原因の8割以上は恐怖心であった。また洗顔ができた場合でも眼瞼縁まで意識できなかった患者も多く、その理由も「怖かった」であった。患者には眼科内眼術後早期に眼を触ることへの恐怖感があり²⁾、看護師はこのことを念頭に置いて患者に洗顔指導を行うべきと考える。術後眼瞼を清潔に保つことの重要性を指摘した先行研究でも倉重らは「洗顔方法次第では眼球を圧迫する可能性があるといった欠点が生じる可能性を含んでおり、適切な洗顔方法の指導も必要かもしれない¹⁾と述べている。

そのため調査後は術前の洗顔の練習を看護師の指導の下に行うように変更した。具体的には石鹸の泡を使用し軽く眼を閉じ眼瞼縁まで意識し指の腹で優しくなで洗う練習を行うようにした。これにより眼瞼縁を洗う際に摩擦が減り眼球を圧迫する危険を少なく出来る。

術後指導説明用紙の内容も見直した。洗顔開始日が目立つように記載し、眼のふちを意識して洗顔するコメントと絵を追加した。また従来は目をこすらないようにとのコメント

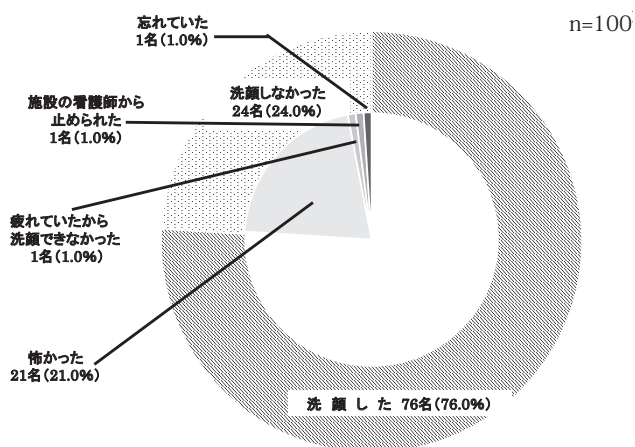


図3 洗顔の有無と洗顔しなかった理由

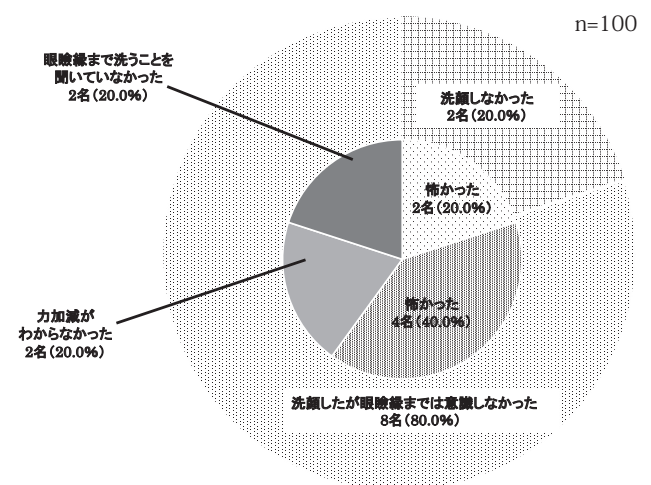


図5 眼瞼縁に所見がある患者の洗顔の有無および洗顔しなかった理由

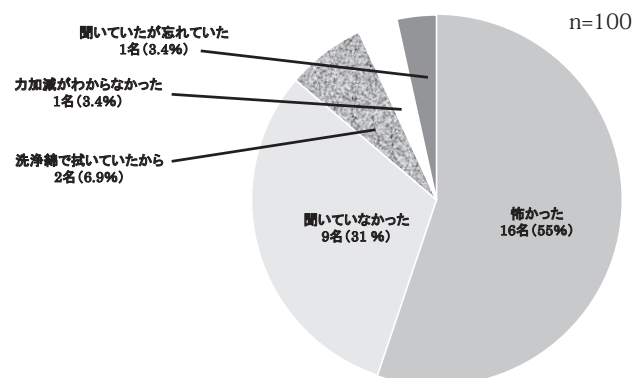


図4 洗顔はしたが眼瞼縁まで意識できなかった理由

があったが、かえって眼瞼縁を触りづらくなっている可能性があると考えられた為これを削除した。

患者によっては術後に洗顔ができないことが不快に感じている人も少なくない^{2),3)}。さらに富士らは「洗顔を行うことで皮膚のトラブルを防止し洗い流す行為が爽快感を与えるのに効果的であった」⁴⁾という報告もしており、適切な時期と方法で洗顔を行えば、不快感から早めに解放され爽快感が増すというメリットを強調すると洗顔に対する恐怖心を減らせるのではないかと考える。

眼瞼縁まで意識して洗顔することについて「聞いていなかった」という患者も多く、洗顔方法についても個人差もあった。日帰り眼科手術においては術前後に患者に伝える内容が多岐に及び、看護師からの清拭方法の説明が不十分な可能性もある。これまでは術後 1 日目のみ洗顔指導をしていたが、今後は術後 1 週間にも指導の確認をしたいと考えている。

内眼術後の洗顔開始時期について詳細に検討した国内外の文献は検索した範囲には少なく、実臨床においては経験に基づいた施設独自の基準を設けているものと思われる。A クリニックでは、術後 4 日目から洗顔を開始している。洗顔について慎重に考えるあまりいつまでも洗顔を許可せず眼瞼縁の不潔な状態を招くのは好ましくないと考えからである。

創の閉鎖に関して海外報告では皮膚切開の縫合術後 12 時間の通常の入浴をした場合と 48 時間後から入浴した場合で術後創部感染に優位差がなかったとされている⁵⁾。今回の我々の研究対象は内眼手術であるがすべての術式において手術終了時に創の閉鎖を確認している。そのため外科的に閉鎖した皮膚切開創の検討結果も参照できると判断した。以上の知見から、A クリニックでは内眼術後の患者に対し、眼球が感覚器であることを踏まえより慎重に判断した上で術後 4 日目からの洗顔を許可している。今回の研究結果を踏まえつつ洗顔開始時期はいつが望ましいのか再検討することが今後の課題だと思われる。

結論

日帰り内眼術後の洗顔についての実態調査の結果、指導した通りの時期や方法で洗顔が実施されていないことが分かった。理由の大半は恐怖心であった。看護師は患者の恐怖心を理解しつつも、術後眼瞼周囲の清潔を保つことの重要性を強調した看護指導を努めることが大切と考える。

利益相反に該当するものなし。

本論文は第 40 回日本視機能看護学会学術総会で発表した。

文献

- 1) 倉重由美子、吉田章子、萩野顕、他：術後洗顔の有無から見た白内障手術前後の培養検査結果、日本眼科学会雑誌、114(9)、791-795、2010
- 2) 鶴田恵子、遠藤洋子、大曾契子：眼科手術後洗顔・洗髪を長期間禁止されることへの不快感調査、日本眼科看護研究会研究発表収録、28、150-153、2013
- 3) 寺本真紀、松田徳子、永野良子、他：身体の保清に対する満足度評価、一アンケート調査による実態と保清援助の必要性一、日本眼科看護研究会研究発表収録、26、60-61、2011
- 4) 富士実麗、端迫弘美、村上仁美、他：眼科術後患者に対する洗顔へのアプローチ、日本眼科看護研究会研究発表収録、27、154-156、2012
- 5) Clare D Toon, Sidhartha Sinha, Brian R Davidson et al: Early versus delayed post-operative bathing or showering to prevent wound complications. Cochrane Database of Systematic reviews, 2015
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010075.pub3/full> (2025 年 3 月 1 日閲覧)

日本視機能看護学会学会誌投稿規程

(2025年10月24日改定)

1. 本学会誌では、視機能看護に関わる内容の未発表の論文であり、尚且つ日本視機能看護学会学術総会で発表された研究に関してまとめられた論文を受付けます。また、同学術総会において座長から推薦された研究報告を優先的に受付けます。更に、編集委員会より依頼した論文を掲載します。
2. 本誌は、研究成果や知見を広く知らしめるため、誌面をPDF等の電子ファイルとしてインターネットに公開いたします。論文投稿は、投稿年度内(1月～12月)に個人正会員であり会費を納入していることを条件とします。尚、依頼論文の場合はこの限りではありません。
3. 倫理的配慮について、人を対象とした研究は、研究実施前に主となる研究者が所属する倫理審査委員会または文部科学省・厚生労働省の指針に基づく適切な審査機関の承認を得ていることとします。承認内容および倫理的配慮の詳細を本文中に明記してください。また、倫理審査の承認番号(承認年月日を含む)を明記してください。倫理審査委員会名は正式名称を記載してください。ただし、研究対象者の特定につながる可能性がある場合は「A病院倫理審査委員会」等の仮名表記としてください。
4. 利益相反について、自己申告すべき内容が無い場合「申告すべき利益相反なし」と本文の末尾に記載し、ある場合、「著者AはY株式会社から資金援助を受けている、社員である、顧問である」といった表記をしてください。(学術総会発表時の記載方法の規定とは違います)

5. 本誌では、次の2種類の論文を受付け、査読後編集委員会において採否を決定します。

A.会員の投稿による論文

- ①原著：研究論文、症例・事例報告を問わず、オリジナルな内容のものとして査読が行われます。先行研究に関する文献検索も十分な数や幅が必要となります。原著の場合は、論旨に一貫性があり、少なくとも10以上の文献を目安として検証していることとします。
- ②報告：論文のオリジナリティよりも学会会員への情報提供という目的を優先させ、査読のレベルは原著論文よりも低く設定します。

B.編集委員会が依頼する論文等

- ①総説
- ②特別寄稿
- ③その他(解説、学会奨励抄録等)

会員の投稿論文では、上記のどちらで掲載を希望するかはタイトルページの該当項目に記入してください。

尚、「原著」として査読を受け「原著」としては掲載が不可と判断された場合、査読者または編集委員会の意見より「報告」として掲載することがあります。

6. 各項目の作成要項は、以下のとおりです。

- 1) 投稿は、下記の項目をセットにして電子的な方法で、指定されたファイルにてホームページより入稿いただきます

す。ZIP ファイル等に圧縮して著者名をファイル名にして投稿ください。

(例:「田中太郎20171002」)

複数の頁には、原稿の下中央(フッター等)に通し番号を入れ投稿ください。

①タイトルページ(専用書式をホームページからダウンロードして利用してください)

②和文要旨・キーワード

③本文

④図表

⑤図表のタイトル

⑥文献リスト一覧

⑦文献データ(引用箇所と表紙のPDF)のタイトルは文献1、文献2とし添付して下さい。

⑧著作権譲渡同意書について(PDF もしくは郵送:専用書式をホームページからダウンロードして利用してください)

⑨別紙の投稿チェックリスト(□にチェックして一緒に提出して下さい)

2) 原稿の返却はしません。また、査読終了後のレイアウトや完成原稿は電子メールでやりとりをさせていただきます。携帯メールではなく、個人がPCで確認できるアドレスを指定してください。

3) 原稿は文章作成ソフトで作成してください。文字は「MS明朝体12ポイント」英文および数字の表記は「Century 半角12ポイント」等の標準的な書体とし、特殊な書体や文字は使用しないこととします。英数文字間にスペースを挿入する場合は「半角」で統一し、不要なスペースは挿入しないでください。

論文の分量は、原著論文、報告ともに、仕上がり4ページまで(約5,000文字、図表を含む)を基準とします。

図表は一点につき200字相当として計算し、全体のページ数に含めてください。

論文掲載料は無料です。規定ページ数(4ページ)の超過は認めませんが、特別な理由がある場合は、超過分の実費を著者負担としていただきます。詳細な料金については編集委員会までお問い合わせください。

4)記載方法

①タイトルページ:日本視機能看護学会書式を利用しすべての事項を記載してください。

②和文要旨:本文中に採用した項目別に「目的」、「方法」、「結果」、「考察」の順に400字以内で、論文の概要がわかるように簡潔に記載してください。

③キーワード:論文の趣旨に関する単語を5個以内で重要な順に列記してください。

④本文:

◆原則として以下の項目順に記述してください。

「はじめに」、「目的」、「方法」、「倫理的配慮」「結果」、「考察」の順に記入し、「はじめに」には番号はつけず、「目的」以降の項目にはローマ数字(I 目的、II 方法、III 倫理的配慮 等)で番号をつけてください。

◆症例報告の記載につきましては、「はじめに」、「目的」、「倫理的配慮」、「症例」、「考察」の順に記入して下さい。

◆用語の定義については、意図的に用語を用いる場合、用語の意味づけを記入または注釈として挿入してください。(例 1.対象・期間、2 調査方法、3.用語の定義)

尚、編集委員会からの依頼論文等では、必ずしもこの限りではありません。

◆学術総会で発表した研究を投稿する場合は、本文の最後に利益相反について記載した後、“本論文は第○回日本視機能看護学会学術総会で発表した”と付記してください。

◆英語表記については正確に、略号を繰り返す場合は最初の表記にその説明を加えて下さい。例) 流行性角結膜炎 (epidemic keratoconjunctivitis: 以下EKC)

◆微生物の名称を記す場合には、例: *Moraxella bovis*→*M. bovis Moraxella sp.* など国際表記基準に従ってイタリック字体で表記してください。

◆薬剤名は一般名、医療機器名は一般名を、また必要に応じて商標名を記載してください。

◆用語の統一

文中で使用する用語について、例えば「点眼表」「点眼チェック表」などの表現をする場合、内容が同一であれば表記を統一して下さい。

※倫理的配慮についての記載：研究対象者が特定されないように「当院」や「当病棟」などの固有名詞は避け、A病院、A施設など匿名化した表記にしてください。また、研究結果を示すうえでどうしても必要と考えられる写真等を掲載する場合は、研究対象者が特定できないよう十分配慮し、掲載の承諾が得られた事を必ず明記してください。

⑤図表と図表のタイトル

表：Excel、PowerPoint を原則としますが、ソフトのバージョンにより表示が乱れることがありますので、必ず別途完成型の PDF ファイルを添付してください。

図（写真）：JPEG ファイルのみとします。

図（グラフ）：は、表と同様、元のファイルとともに入稿してください。ソフトのバージョンによって、表記がくずれる場合があるため、PDF も同時に入稿してください。

図・表のタイトル：図（グラフ、写真を含む）表は、原稿本稿とは別のファイルを用い、それだけを読んでも図表の内容がわかるように何を示す図表なのかを簡潔に記載してください。

また図中に用いたシンボル、矢印、略語などは必ず説明してください。尚、カラー原稿は掲載しません。総てモノクロにて掲載いたしますので、グラフ等は白黒で判別できる形で原稿を作成してください。（モノクロ・グレースケール等で保存）

※著者が他者の図表を転載する場合には、転載許可を必ず得ていること。転載に関して権利や修正に問題が生じた場合、当事者間で問題解決することとし、当学会は一切の責任を負いませんのでご注意下さい。

⑥文献：記載方法はバンクーバー方式とします。

（ア）本文中に引用した文献は引用順に記載します。文献に関しては直接引用する場合と、論文全体の結果を要約して引用する場合があります、どちらも文献として記載して下さい。直接引用した場合には、かぎ括弧で括って表示し、本文中の引用箇所の右肩に¹⁾と文献番号を上付き文字で記入してください。

尚、引用は原文に忠実に間違い無く引用してください。

（直接引用例）この問題について、〇〇は「直接引用した文章」¹⁾と述べている。

（要約引用例）この点について……という問題提起がある¹⁾。

※直接引用した文は、漢字、ひらがな、句点なども含めて原典に相違がないようにして下さい。

（イ）投稿中の論文を引用する場合は、掲載予定を証明する文書のコピーをつけて提出し、「文献」には「印刷中」と記載してください。掲載予定を証明する文書のない未発表のデータは引用できません。また学会抄録集は、文献として引用できません。

（ウ）文献の書き方は以下のとおりです。

【雑誌掲載論文】

- ・著者名（共著者の場合は3名まで表記してそれ以上は“他”と記載）：表題名、雑誌名、巻（号）、頁（Pの記載は不要）、発行年（西暦年次）

（例）大音清香：手指に障害をもつ視力障害患者の看護、看護技術、41、64-67、1995.

（例）Kiyoka OHNE REHABILITATION OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND VISUAL DISORDERS—Nursing Care for Limb Disorders with Visual Disorders Journal of The Showa Medical Association 57 :1, 44-55,1997

【電子文献】

- ・著者名：表題名、雑誌名、巻（号）、発行年（西暦年次）、アクセス年月日（例：2018年12月17日閲覧と記載）、URL・発行機関名（調査/発行年次）、表題、アクセス年月日（例：2018年12月17日閲覧と記載）、URL
- ※尚、文献につきましては、文献リストとの内容との整合性について確認を行いますので、文献の該当部分と表紙をPDFで添付して下さい。更に、直接引用した箇所にはマーカーをしてください。

- ⑦筆頭著者校正：編集委員会・査読後に修正依頼し、その後最終校正を原則として1回のみ行います。査読を終了した後の指摘箇所以外の原稿修正は原則として認められません。投稿前に十分に文字校正や推敲を行った後に入稿してください。
- ⑧掲載論文の著作権：日本視機能看護学会に帰属します。投稿に際しては著作権譲渡同意書に著者全員の自筆サインをして事務局に郵送してください。著作権譲渡同意書は専用書式をホームページからダウンロードして利用してください。尚、スキャンしたPDFを入稿時にお送りいただいても結構です。
- ⑨著作権：本文中に他者の論文から引用する場合には、その旨を明記することとし、図表などを転載する場合にはすべて著者の責任において許可を取得するなどの必要な手続きを済ませているものとし、学会は当事者同士の紛争などについて一切の責任を負いません。いずれの場合も、掲載する論文の内容に関する責任は著者にありますので、共著者とともに十分に留意ください。
- ⑩謝辞：本文中謝辞を述べる場合には、関係者同士が事前に了解をとることとします。

* 著作権譲渡同意書、著者最終校正紙等送り先

＜学会事務局＞

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町3-8

市ヶ谷科学技術イノベーションセンタービル 2F

一般社団法人 日本視機能看護学会事務局

メールアドレス：shikinoukango@shikinoukango.jp

日本視機能看護学会 論文投稿チェックリスト

※投稿する前に必ずチェックし、このチェックリストを原稿とともに提出してください。

下記項目に従っていない場合は論文を受付できないことがあります。

【投稿資格と必要書類】

- ☐ 論文は他の学会や他誌、本学会の他領域に未公表かつ未投稿ですか（二重投稿でないことを確認していますか）
- ☐ 日本視機能看護学会学術総会で発表された内容ですか
- ☐ 筆頭著者は本学会の個人正会員ですか
- ☐ 共著者全員の署名を記した著作権譲渡同意書を添付していますか

【原稿の構成】

- ☐ 原稿は、①タイトルページ、②和文要旨・キーワード、③本文、④図・表⑤図表のタイトル、⑥文献の順に作成し、ページは原稿の下中央（フッター部）に通し番号を記載していますか
- ☐ 文献の該当部分のPDFファイルのタイトルは「文献1」「文献2」とし、直接引用した箇所にはマーカーで印を付けて添付していますか

【原稿の形式】

- ☐ 原稿本文はMicrosoft 社Word またはテキストファイルで作成していますか
- ☐ 本文の文字は「MS 明朝体12 ポイント」英文表記は「Century 12 ポイント」等の標準的な書体とし、文字間スペースを入れる場合は半角に統一されていますか
- ☐ 本文（スペースを含む）・文献・図表（1点につき200文字として換算）を含めて、A4用紙1 ページあたり横30 字×縦40行（1,200文字）で作成し、合計4 ページ以内にまとめていますか
- ☐ 英数字は半角に統一されていますか
- ☐ 微生物の名称は国際表記基準に従ってイタリック字体で表記していますか（例：Moraxella bovis→*M. bovis* Moraxella sp.）
- ☐ 日本視機能看護学会書式を利用し、タイトルページに必要事項をすべて記載していますか
- ☐ タイトルページの所属先は「医療法人 ○○会 ○○眼科病院」など正式名称を記載していますか
- ☐ 和文要旨は「目的」、「方法」、「結果」、「考察」の順に400字以内で簡潔にまとめていますか
- ☐ 論文の趣旨に関するキーワードを5個以内とし、重要な順に列記していますか
- ☐ 本文は「はじめに」、「目的」、「方法」、「倫理的配慮」、「結果」、「考察」の順に記入し、「はじめに」には番号はつけず、「Ⅰ 目的」、「Ⅱ 方法」と目的以降の各項目にはローマ数字で番号をつけていますか
- ☐ 症例報告の記載につきましては、「はじめに」、「目的」、「倫理的配慮」、「症例」、「考察」の順に記入していますか
- ☐ 用語の定義については、意図的に用語を用いる場合、用語の意味づけを記入または注釈として挿入していますか（例 1.対象・期間、2 調査方法、3.用語の定義）
- ☐ 文中で使用する用語について、例えば「点眼表」「点眼チェック表」などの表現をする場合内容が同一であれば表記を統一していますか

- ☐ 利益相反について、本文の末尾に記載していますか
- ☐ 利益相反について記載した後に“本論文は第○回日本視機能看護学会学術総会で発表した”と付記していますか

【論文の体裁】

- ☐ 「はじめに」では先行研究を検証した上でこの研究の意義を簡潔明瞭に述べていますか
- ☐ 方法は、読者が再現する事ができる記載となっていますか
- ☐ アンケートを用いた研究の場合は、アンケートの内容は概略ではなく詳細がわかる様にし、評価基準も明確に記載していますか
- ☐ 考察については文献を用いて客観的に考察していますか
- ☐ 原著の場合は、論旨に一貫性があり、少なくとも10以上の文献を目安として検証していますか

【記号と数字】

- ☐ 数字はアラビア文字を用いていますか
- ☐ 見出しは、章（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）、節（1、2、3）、項【1）、2）、3）】、項の下は【(1)、(2)、(3)】で 記載していますか
- ☐ 数量の記号は cm、mm、dL、mL、kg、g、mg、℃、% など正しい表記を用いていますか

【倫理的配慮】

- ☐ 施設や個人が特定されないよう配慮し、写真などを掲載する場合は掲載の承諾が得られたことを明記していますか
- ☐ 倫理審査委員会の承認を得ていることを明記していますか。委員会名は正式名称を記載してかまいませんが、研究対象者が特定される可能性がある場合は「A施設の倫理審査委員会」と表記していますか
- ☐ 倫理審査の承認番号（承認年月日を含む）を記載していますか

【図・表】

- ☐ 図・表は白黒で判別できる形（モノクロやグレースケール等で保存）で原稿を作成していますか。
- ☐ 図（画像イメージ）は JPEG ファイルにしていますか
- ☐ 図（グラフ）は PDF ファイルと表計算（原本）ファイルを揃えていますか
- ☐ 図・表は原稿本文に埋め込まず、独立したファイルとして添付していますか
- ☐ 表は完成形の PDF ファイルと Excel等の表計算ファイル原本を添付していますか
- ☐ 添付した図・表はそれぞれのファイル名に図1、表1 と記載していますか。
- ☐ 図・表のタイトルは、本文原稿とは別の用紙を用いて、図1：転倒患者の年度ごとの推移、図2：患者満足度の割合、表1：改善前後のアンケート結果など、それだけを読んでも図・表の内容がわかるように簡潔に記載していますか
- ☐ 図・表を転載する場合は出典を明記しその許可を得ていますか（著作権を侵害していませんか）

【文献】

- ☐ 直接引用する場合は、漢字、ひらがな、句点なども含め原文のまま引用し、引用箇所が明確となるよう本文に「」をつけ文献番号を右肩に¹⁾と上付き文字で記載していますか
- ☐ 要約引用する場合は、引用した文の最後に文献番号を右肩に1)と上付き文字で記載していますか
- ☐ 文献データは文献の該当部分と表紙をPDFで添付していますか
- ☐ 文献リスト一覧の書き方は【雑誌掲載論文】、【電子文献】の規定に従っていますか
- ☐ 文献データと文献リスト一覧は本文中の引用順に記載し番号と内容が一致していますか

改訂年月日 2025年10月24日

一般社団法人日本視機能看護学会 役員一覧

名誉理事長	大音 清香	井上眼科病院
理事長	永野 美香	林眼科病院
理事	加藤 礼	真生会富山病院
理事	肝属千加子	宮田眼科病院
理事	清水 厚子	オリンピック眼科病院
理事	山崎 淳	帯山中央病院
監事	大久保和夫	NPO 法人 HAICS 研究会 副理事長
※事務局	佐々木昌茂	株式会社ヘルスケアスクエア 代表取締役社長

2025 年 11 月現在

賛助会員 一覧

クーパービジョン・ジャパン株式会社
参天製薬株式会社
千寿製薬株式会社
日本アルコン株式会社
株式会社はんだや
バイエル薬品株式会社
(以上 五十音順)

日本視機能看護学会誌編集委員会

委員長	加藤 礼
委員	永野 美香
委員	山崎 淳
委員	肝属千加子
委員	清水 厚子

日本視機能看護学会誌 2025 Vol.10

発行年月日 2025 年 11 月 30 日
編集者 一般社団法人日本視機能看護学会
発行者 一般社団法人日本視機能看護学会
理事長 永野美香
編集委員長 加藤 礼
事務局 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町 3-8
市ヶ谷科学技術イノベーションセンタービル 2F
shikinoukango@shikinoukango.jp
<https://www.shikinoukango.jp/>

制作 株式会社ヘルスケアスクエア
〒161-0031 東京都新宿区西落合 4-17-20
電話 03-6908-0533



一般社団法人

日本視機能看護学会

Japan Academy of Ophthalmic Nursing