

# 日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第1巻

## 第8回 学術集会プログラム・抄録集

The 8th Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：はじめの一歩－地域包括ケアの実現に向けて－

会期 2012年9月22日(土)

会場 うるおい館  
富山県下新川郡入膳町入膳5232-5

大会長 医療法人社団 秋桜 丸川病院  
丸川 陽子

## 目 次

会場への交通アクセス .....	1
参加される方々へのお知らせ .....	2
プログラム .....	4
講演資料 .....	7
発表抄録 .....	13
会則 .....	31
後援・協賛 .....	39



## 学会会場までのアクセス

会場: うるおい館 2階 イベントホール

富山県下新川郡入善町入膳 5232-5

JR入善駅より徒歩 5 分



### 交通のご案内

#### 飛行機でお越しの方

富山空港 → 富山駅まで連絡バス（約 25 分）

#### J R でお越しの方

北陸本線富山駅から → 入善駅下車、徒歩 5 分  
(富山駅から入善駅まで在来線 50 分、特急 29 分)

#### お車でお越しの方

北陸自動車道入善スマート I C より 10 分

\*近隣の公園駐車場も含め 100 台程度の駐車が可能です。



# 学会参加者へのお知らせ

## 1. 事前参加登録

1-1. 事前参加は、お弁当手配の都合上9月14日(金)まで、メールもしくはFAXにて受け付けます。  
申込書は、日本ニューマン・ナーシング研究学会ホームページからダウンロードできます。

学会ホームページ <http://jann-1973.jp/nicd>

1-2. 抄録集は、9月上旬に事前参加登録者に発送いたします。必ずご持参ください。  
ご持参いただけなかった場合は、受付でも若干の予備を用意いたしますが、ご購入いただきます。9月14日(金)までに抄録集が届かない場合は、学会事務局までお問い合わせください。  
1-3. 学会当日参加の場合は、お弁当のご用意ができませんのでご了承ください。

## 2. 受付について

2-1. 受付は9月22日(土) 9:00から行います。  
2-2. 学会参加費は5,000円、懇親会費は4,000円です。釣り銭がいらないようにお願いします。  
領収証つき参加証をお渡し致しますので、会場内では必ずお付けください。  
企業展示の方、報道の方の参加も受付します。  
開会直前の総合受付は混み合いますので、早めに受付を済ませてください。  
2-3. 理事病院の方は病院ごとに参加費、懇親会費をそれぞれまとめて理事病院受付にお越しください。

## 3. 総会・N I C D認定証書授与式について

13時20分～13時35分にメイン会場（2階 イベントホール）にて総会および第2期N I C D認定証書授与式が行われます。皆様ご参加下さい。

## 4. 懇親会

学会終了後、懇親会を行います。当日参加も可能ですので受け付けにお申し出下さい。  
参加費は、4,000円です。

## 5. 補助金に係る宿泊情報の提供依頼

県外よりお越しで、入善町・黒部市・魚津市にご宿泊の場合、コンベンション開催事業補助金申請のため、受付にてご宿泊先、お名前と所属のリスト作成にご協力ください。

## 6. 録音と写真撮影について

講演・発表中の録音や写真撮影は事務局が許可した関係者以外は禁止します。  
記録、報道、その他の許可者には撮影許可証を発行します。

## 7. 演者の方へ

- 7-1. 口演スライド 当日は、9:00～11:00までに受付とスライド受付をお済ませください。  
スライドの作成に当たりましては、下記の点をご考慮ください。

Windows および Mac の Power Point ファイルを受け付けます。CD-R または USB フラッシュメモリーにファイルを保存して 2 階イベントホールのスライド受付にお持ちいただき、用意してあるホルダーにセットの上、試写を行ってください。PC プロジェクター（Windows Microsoft Power Point 2010）を 1 台用意しています。

動画がある場合は、元の動画ファイルと発表スライドを一つのファイルにまとめてお持ち下さい（元の動画がなければ動きません）。ただし、動画の量が多い場合あるいは McIntosh でのご発表を予定されている場合は、ご自身の PC をお持ち下さい。なお、Mcintosh でのご発表の場合、プロジェクターへの接続コードもご用意下さい。

- 7-2. 口演の各群開始 10 分前には次演者席にご着席ください。

- 7-3. 口演時間 口演 1 題につき 7 分までです。時間を厳守してください。

各群のすべての発表後に 10 分間の質疑応答があります。その場で質問にお答えください。

## 8. 座長の方へ

- 8-1. 各群開始 10 分前までに次座長席にて待機していただきますようお願いいたします。
- 8-2. 進行は 1 演題毎に発表 7 分で、演題すべての発表後に質疑応答 10 分とします。持ち時間厳しくお願いいたします。
- 8-3. 質疑応答は、討論が円滑かつ有意義に進行するようにご配慮ください。  
なお、座長間での打ち合わせが必要な場合は、スタッフ控え室をご利用ください。

## 9. その他

### 9-1. 駐車場について

近隣の公園駐車所も含め 100 台程度の駐車が可能です。スタッフがご案内します。

### 9-2. 昼食・休憩について

学会ではお弁当をご用意しております。お昼休憩にお弁当の引き渡し、および休憩所に関してご案内いたします。ゴミの分別にご協力下さい。

### 9-3. 携帯電話について

会場内での携帯電話の使用は禁止します。会場に入られる際には必ず電源をお切りいただくか、マナーモードに切り替えてください。

### 9-4. 携帯品について

手荷物は会場内の特設クローケーにてお預かりします。

クローケー利用時間帯は、9:00～18:00 です。貴重品は各自で保管してください。

### 9-5. 会場内の呼び出しについて

会場内の呼び出しが原則として行いません。インフォメーションボードに掲示いたします。

### 9-6. 喫煙について

敷地内は禁煙です。

# プログラム

## オリエンテーション

大会長挨拶 9:50~10:00

基調講演 10:00~11:00

「激変と変革の時代に 一社会の期待に応える看護ー」

講師：紙屋 克子（筑波大学 名誉教授） ..... 9

## シンポジウム 11:10~12:30

「NICD を地域につなげるために 一事例を通して考えるー」 ..... 10

座長：林 裕子（北海道大学大学院 保健科学研究院 准教授）

圓角 文英（黒部市民病院 脳神経外科部長）

シンポジスト：看護師の立場から 山田 雅代（丸川病院看護部）

看護師の立場から 荻野 陽子（丸川病院看護部）

地域の立場から 辻 和栄（魚津訪問看護ステーション）

患者の立場から

## 昼食 12:30~13:20

## 総会・N I C D認定証書授与式 13:20~12:35

## 一般演題

第1群 身体解放技術に焦点をあてた生活行動拡大・回復に関する報告 13:35~14:35

座長：丸川 浩平（医療法人社団秋桜丸川病院 院長）

薮中 梨枝子（財団法人北海道石炭同交振興会 同交会病院 NICD看護師）

1-1脳梗塞による重症意識障害患者への身体解放の取り組みをふり返って ..... 15

上園 恵子（東近江敬愛病院）

1-2生活予後診断を遷延性意識障害看護に導入する意義 ..... 16

宇佐見 希子（木沢記念病院）

1-3外減圧後感染症の長期臥床患者への生活行動回復看護の取り組み ..... 17

—体幹よじれの改善による自力食摂取をめざして—

阿部 美由紀（釧路考仁会記念病院）

1-4充実した在宅生活を支えるための用手微振動やバランスボールの活用 ..... 18

—通所リハビリ施設における取り組み—

水沢 弘代（デーサービスセンター ファイン）

1-5透析患者の排便コントロール ..... 19

～用手微振動と温罨法を実施した事例の考察～

引地 由貴（如水会 嶋田病院）

1-6ADL向上に対する思いが強い患者への取り組みを振り返って ..... 20

澤井 美香（木沢記念病院 中部療護センター）

第2群 座位姿勢の効果に関する報告 14:45～15:35

座長：高橋 友哉（医療法人社団秋桜丸川病院 リハビリテーション診療部長）

秋広 由美子（自動車事故対策機構 千葉療護センター NICD看護師）

- 2-1遷延性意識障害患者へ生活行動回復プログラムの座位姿勢で変化のあった事例検討 ..... 21  
寺山 朋美（脳神経センター大田記念病院）

- 2-2若年意識障害患者の家族が在宅療養を決定した事例の考察 ..... 22  
一筋緊張亢進の緩和と意志表出を試みてー  
徳差 利恵（釧路孝仁会記念病院）

- 2-3遷延性意識障害患者の座位確立を目指した看護介入 ..... 23  
～介入が患者に働きかけるもの～  
竹内 葉子（自動車事故対策機構 千葉療護センター）

- 2-4背面開放座位時足踏み運動が意識障害患者に与える効果 ..... 24  
～背面開放座位のみの評価と比較して～  
西河 美智子（医療法人恭昭会 彦根中央病院）

- 2-5座位を中心とした患者への離床活動の取り組み報告 ～6年目を迎えて～ ..... 25  
薮中 梨枝子（財団法人北海道石炭同交振興会 同交会病院）

第3群 発動性や意欲の向上・在宅介護に関する報告 15:45～16:35

座長：日高 紀久江（筑波大学 医学医療系 教授）

久保田 直子（県立広島病院脳外科病棟 NICD看護師）

- 3-1自発性低下のある高齢患者に対する看護実践への一考察 ..... 26  
上山 晓子（社会医療法人 孝仁会 釧路孝仁会記念病院）

- 3-2「遷延性意識障害専門看護外来」の役割 ..... 27  
小泉 允美（医療法人社団友志会 リハビリテーション花の舎病院）

- 3-3医療療養病棟における生活の再構築を行った一事例 ..... 28  
伊藤 みよ子（医療法人財団 利定会 大久野病院）

- 3-4在宅の介護者を対象にした介護教室の評価 ..... 29  
蒲 久美（岐阜県看護協会 下呂訪問看護ステーション）

- 3-5重症脳損傷小児患者への取り組み ～在宅での介護負担軽減を目指して～ ..... 30  
佐々木 幸代（医療法人社団秋桜丸川病院）

教育講演 16:45～17:45

- 「診療報酬における看護系学会等社会保険連合の活動と成果」 ..... 12  
講師：小野田 舞（看護系学会等社会保険連合 事務局）

学会長挨拶 17:45～17:55

紙屋 克子（日本ヒューマン・ナーシング研究学会会長）

閉会宣言 17:55

## 第8回日本ヒューマン・ナーシング研究学会 学術集会行程表

<9月22日(土)>

	主会場(2階イベントホール)	イベントホール2	懇親会場(多目的ホール)
8:00			
8:30			
9:00	受付開始		
9:30	9:50～オリエンテーション開会宣言・大会長挨拶 10:00～11:00 (1時間) 基調講演「激変と変革の時代に —社会の期待に応える看護—」 講師:紙屋 克子(筑波大学名誉教授)		
10:00			
10:30			
11:00	11:00～11:10 (10分) 休憩 11:10～12:30 (1時間20分)シンポジウム 「NICDを地域につなげるために —事例を通して考える—」 座長:林 裕子(北海道大学大学院 保健科学研究院 准教授) シンポジスト:医師の立場から 園角文英(黒部市民病院) 看護師の立場から山田雅代(丸川病院) 看護師の立場から荻野陽子(丸川病院) 地域の立場から 、患者の立場から		
11:30			
12:00			
12:30	12:30～13:20 昼食休憩 (50分)		
13:00			
13:30	13:20～13:35 (15分)総会(理事会報告→承認) NICD2期生認定証授与式		
14:00	13:35～14:35 (60分) <b>実践報告 1群</b>		
14:30	14:35～14:45(10分) 休憩 14:45～15:35 (50分)		
15:00	<b>実践報告 2群</b>		
15:30	15:35～15:45(10分) 休憩 15:45～16:35 (50分)		
16:00	<b>実践報告 3群</b>		
16:30	16:35～16:45(10分) 休憩 16:45～17:45 (1時間) 教育講演「診療報酬における 看護系学会等社会保険連合の活動と成果」 講師:小野田舞 (看護系学会等社会保険連合 事務局)		
17:00			
17:30	17:45～学会会長挨拶・閉会宣言		
18:00			
18:30			
19:00			
19:30			
20:00			
20:30			

企業展示

18:10～20:10  
(2時間)  
懇親会

## 講 演 資 料

## ■基調講演■

### 激変と変革の時代に　－社会の期待に応える看護－

紙屋克子（筑波大学 名誉教授）

変化の速さを「日進月歩」と言い現わしていたのは遠いことになり、今ではあらゆるものが時間との差で比較されています。医療・看護界においてもその変化の流れは例外ではなく、まさに激変の時を迎えてます。世界に例をみない速さで進行するわが国の高齢社会、そして高度先進医療の伸展は、医療に対する国民の価値観をも大きく変化させました。その具体的な影響は、Informed consent(IC)法理の導入やquality of life(QOL)の重視というかたちで、これまで以上に国民は看護に対する期待を高めています。

高度医療は多くの救命・延命を可能にしましたがその半面、治療経過における対象者の重症度は格段と高くなっています。臨床看護の第一義の機能は、さまざまな条件下にある患者の療養生活を確保し、支援することにありますが、高度に発達した在院日数の短縮化が進むわが国の医療現場では、看護職のエネルギーの大半は看護本来の生活支援には向けられず、もっぱら機器の管理や診療業務の円滑な遂行に費やされています。こうした現実は看護者の意欲を低下させるとともに、看護に対する社会の期待と信頼を失わせることにもなりかねません。しかしながらこのような状況を冷静に直視するならば、ただ高度医療を支えるだけの看護の役割を超える日常看護実践にも、大きな変革が求められていることがわかります。今ほど看護職の専門的力量が問われている時代もないといえましょう。

実践現場の多忙な現状に埋没し、ただこれまでの方法を踏襲するだけにとどまらず、専門職として常に時代の要請にこたえる看護、すなわち激変の中にある変革の「芽」を大事に育てていかなければなりません。看護の対象者に対して、急性期から人間としての尊厳ある生命と生活を保障し、残された能力を発展させ、より質の高い生活レベルで社会復帰させるための効果的な支援方法を確立することは、すべての看護職にとって急務の課題となっています。

臨床看護者は患者に対してはケアの実践者であり、看護実践の発展を直接的に担う研究者であり、それを後継者に伝え、優れた実践者を育てる教育者でもあります。日々くり広げられる看護の諸事実に科学の光を当て、成果を確認することは患者への直接的貢献と共に、専門職としての誇りと喜びを見いだす活動にもなるはずです。看護の原点から本来の機能である生活支援の活動を通して、専門職として社会の期待に応える看護の持つ力について、最近の研究と看護実践における成果などを紹介させていただきます。

## ■シンポジウム■

### テーマ：「NICD を地域につなげるために～事例を通して考える～」

【座長】林 裕子（北海道大学大学院 保健科学研究院 准教授）

#### 【演者】

看護師の立場から	山田 雅代（丸川病院看護部）
看護師の立場から	荻野 陽子（丸川病院看護部）
医師の立場から	圓角 文英（黒部市民病院 脳神経外科部長）
地域の立場から	辻 和栄（魚津訪問看護ステーション）
患者の立場から	

#### 【概要】

脳卒中後一般的に画像の評価や機能的自立度評価（以下、FIM）が低いとその後の生活の予後が厳しいと判断される事例も多く存在する。このことは、生活行動拡大に関する高いポテンシャルを持っていても、その回復の機会を与えられないまま施設等への入所を余儀なくされている患者がいることを示唆している。

丸川病院では、平成 22 年 5 月より医師をはじめ看護師とセラピストの協働で生活行動回復看護（以下 NICD）による介入を開始し、多職種協働による退院支援を行っている。

今回のシンポジウムでは、入院時 FIM が低値で、NICD を実践した 2 症例を報告する。

症例 I は、FIM 入院時 18／126 から退院時 74／126 まで改善（獲得 FIM57）

身体機能が著明に改善し在宅生活へ移行、患者とその家族が住み慣れた地域で生活を再構築していくまでの取り組みに焦点をあてる。そして、退院から 1 年が経過した現在の生活の様子をご本人家族に登場していただき報告する。

症例 II では、FIM の改善は見られなかった（入院時 20／126 から退院時 25／126）が、NICD の実践を通して、感情表現ができるようになり、家に帰りたい意向が介護者である家族の心を動かし在宅へ移行した。そのモチベーションは在宅で今も持続し、経口摂取に向けて NICD による実践は続いている。

2 症例を通して急性期の医師の立場からコメントをいただき、急性期から生活維持期各時期の課題について、それぞれの職種の視点と立場で、会場の各施設の専門職と討議したいと考える。

**急性期から回復期で NICD 実践につなげるために  
～遷延性意識障害、廐用症候群から生活行動再構築にむけた取り組み～**

○荻野 陽子、尾山 都美（丸川病院看護部）

**【症例 I】**

70 代男性、第 6 回パネルディスカッションで報告したクモ膜下出血（前交通動脈解離）の患者である。搬送時意識レベル JCS300、両側瞳孔縮瞳、四肢麻痺状態で、両側ドレナージ施行、人工呼吸器管理を経て、発症から 100 日目に入院となる。前医では、これ以上の回復は望めないと施設への入所が決まっていたが、妻の強い想いにより挑戦を受けた。

入院時は、右手指をわずかに動かし、yes-no の表出ができた。画像評価上、脳損傷そのものは少なく、脳の可塑性および機能回復の可能性があるとして NICD を開始した。NICD の介入により、関節の拘縮が解れ、覚醒もはつきりし意思の表出も可能となった。また、医師により水頭症の合併を疑い tap テストを施行、テストに反応があり V-P シャント術を施行した。

その後再度プログラムを実施し、最終的に歩行可能にまで身体機能が改善 会話、経口摂取可能となり自宅退院となる。退院後 1 年経過、近時記憶障害は残存するが、住み慣れた地域で、妻の見守りのもと生活を継続している。

**生活行動回復看護（NICD）を地域につなげる  
～母ちゃんであり続けるために介護者の娘・孫嫁が支え続ける理由～**

○山田 雅代、板倉 加奈子（丸川病院看護部）

**【症例 II】**

80 才女性、第 7 回熊本で学会発表した脳幹梗塞で覚醒障害を伴った患者である。入院中に生活行動回復看護（NICD）を実践し、その人らしく生きていくために必要な生活行動を引き出すことができた。発症前は、料理旅館を切盛りする肝っ玉母ちゃんであった。

介護度が重く、日常生活全面を他者に委ねている状況では、肺炎や褥瘡、関節拘縮等の予防に焦点をあてた関わりが多くなる傾向にある。

しかしあきらめない関わりを継続し、今も母ちゃんであり続けている。在宅へ移行して 1 年が経過、生活の安定化を図る時期を経て、これらの関わりに加え、自発的な活動が行えるよう環境を整え、支援を行い現在は経口摂取を目的とした取り組みを継続している。無理なく在宅へ移行するためのケアプランの紹介から、在宅での生活の維持・拡大に向けたご本人家族、地域での在宅スタッフの取り組みについて報告する。

シンポジウムでは、退院調整から在宅生活を維持できている理由を明らかにし、NICD を地域につなげるために議論したいと考える。

## ■教育講演■

### 診療報酬における看護系学会等社会保険連合の活動と成果

一般社団法人 看護系学会等社会保険連合

事務局 小野田 舞

看護系学会等社会保険連合（以下、看保連と略す）は平成17年7月に設立され、「科学的・学術的根拠に基づいて、看護の立場からわが国の社会保険の在り方を提言し、診療報酬体系および介護報酬体系等の評価・充実・適正化を促進すること」を目的として活動しています。現在までに48の看護系学会・団体が加盟しており、「看護技術検討委員会」と「診療報酬および介護報酬体系の在り方に関する検討委員会」の2つの委員会を中心となって診療報酬等の改定への提言を行っています。看護技術検討委員会は、看護技術に対する診療報酬の適正な評価を求めるため、学会で構築された科学的根拠をもとに「医療技術評価提案書（以下、提案書と略す）」を取りまとめ、中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会に提出しています。診療報酬及び介護報酬体系の在り方に関する検討委員会は、診療報酬・介護報酬体系に関する意見を要望書にとりまとめ、厚生労働省の担当部局へ直接説明および提出を行っています。

近年、これらの提案書や要望書には、科学的根拠を示す文献等の資料を添付することが求められています。提案書の場合は、厚生労働省担当者からのヒアリングが実施され、提案した技術の「有効性」「安全性」「普及性」について科学的根拠をもとに説明をしなければなりません。これらに必要なデータは、学会論文集や学術集会で発表された研究成果がもとになっており、学会を挙げて蓄積した科学的根拠が診療報酬の適正な評価につながる重要なエッセンスになっています。平成24年度診療報酬改定では、NICU入院児への退院支援への評価や、院内トリアージの対象年齢の拡大など、看保連から要望書と提案書で提言した34項目の要望のうち15項目が評価につながりました。また平成24年度介護報酬改定では、13項目の要望のうち6項目が評価につながりました。現在は、平成26年度診療報酬改定に向けた検討を開始し、各学会からの提言について議論を重ねているところです。

一方で、看護に関する費用は入院基本料に含まれるという根強い考え方方が存在し、新しい看護ケア技術を提言しても評価につながりにくいという困難さを抱えています。入院基本料は看護師の人員配置による体制評価であり、実際に提供されている看護の質を正確に反映したものとはいえません。そこで看保連では、適正な医療・看護資源の配分を目指し、看護ケア技術を技術難易度・アウトカム・医療費原価等の評価指標を用いて体系化（可視化）することを事業化しました。専門性の高い知識と技術が必要とされる看護ケア技術を抽出し、適切な評価指標をもとに体系化することで、医療者だけでなく国民にもわかりやすい看護の提供につながり、適正な診療報酬体系の構築に寄与できるのではないかと考えています。また、このような取り組みが、新たな看護ケア技術の開発を促進し、看護の質のさらなる向上になるのではないかと期待しています。本事業は看護系学会や他機関との協働が必要不可欠ですので、学会が取り組んでいる看護ケア技術に関する様々な提言をお待ちしております。

## 発 表 抄 錄

## 1-1 脳梗塞による重症意識障害患者への身体解放の取り組みをふり返って

東近江敬愛病院

○上園恵子 川野睦子 海江田周作

### I. はじめに

脳血管障害により、遷延性意識障害となった患者のほとんどは回復不能と判断され、リハビリなどのかかわりが途絶えたまま寝たきり状態で生活を維持していく存在となっている。今回、脳出血後に脳梗塞を発症した重度意識障害患者に対して、関節拘縮の改善を図ることで生活動作の再獲得を試みた。結果、諸々の反応が出たのでここに報告する。

### II. 事例紹介

事例は、50歳代女性で、平成23年8月に脳出血（左大脳動脈破裂）でクリッピング手術を受けた。術後麻痺もなく会話も食事も自立していたが、1週間後傾眠傾向となりMRIで両側前頭葉に脳梗塞発が確認され、8月末に気管切開、9月には水頭症のためVPシャント術施行となった。以後重度の意識障害で経過している。

発症4カ月後の本看護技術による看護介入時は、寝たきり状態で四肢麻痺と全身の拘縮、意識状態は傾眠傾向、声かけやゆさぶりで開眼する状態であった。東北療護センター遷延性期式障害度スコア表（以後広南スコアとする）は67点（最重症：70～65点）SpO<sub>2</sub>は98%、栄養は経鼻チューブで1200kcal、反射と顔面の筋拘縮により口唇は固く閉ざされていた。全身の筋緊張が強く体温は37.2～38.5度前後であり、常に全身に発汗が見られた。身長は165cm、体重は45kg、BMIは16.6であった。

なお、事例への介入および写真などのデータ収集、結果の公開に関しては、目的や方法、参加の自由、匿名性の保護について口頭と文書で承諾を得た。

### III. 実践結果

身体開放技術として、バランスボール、用手微振動、温冷浴療法に加え、反射の状況を見ながら口腔ケア、顔面マッサージを行った。1週目は、声をかけるだけで筋緊張が著明となり全身発汗が見られ、自律神経のコントロールが不十分であると判断されたので臥位での微振動、温冷浴から開始した。徐々に反射が減少し、腰背部の筋緊張が緩み、また両膝関節の拘縮も改善した（膝関節のROM100度→60度）。2週目には、約2分間の端坐位が可能となった。呼びかけにわずかであるが凝視があり、不安表情を呈することがあった。3週目には端坐位の延長が見られ、開眼時間の延長と追視が見られ始め、顔面は不安表情を呈することが多くなった。4週目には日中覚醒時間の延長、夜間の睡眠が明確となった。端坐位保持も30分程度出来るようになり、時々瞬きで意思疎通が可能になり広南スコアは61点（重症例）になった。

### IV. 考察

臥床状態を余儀なくされた重度意識障害患者は、身体の拘縮により意思を表出する手段さえも奪われてしまう。今回、身体開放技術で関節拘縮の改善に取り組んだことで座位姿勢が可能となり、多くの刺激が大脳に入力されるようになったことが、生活リズムの再獲得につながったと考えられる。また、関節拘縮の改善のみならず顔面のマッサージにより表情で意思を伝達することができるようになったと考えられる。急性期に画像診断で回復が困難と診断された患者であっても、諦めることなく介入することの必要性が示唆された。

## 1-2 生活予後診断を遷延性意識障害看護に導入する意義

○宇佐見 希子<sup>1)</sup> 紙屋 克子<sup>2)</sup> 兼松 由香里<sup>3)</sup> 石山 光枝<sup>1) 3)</sup>

1)木沢記念病院 2)筑波大学名誉教授 3)中部療護センター

### 【目的】

遷延性意識障害看護において、生活予後診断を導入する意義について症例研究から明らかにする。

### 【方法】

対象：遷延性意識障害患者とその家族 2組。方法：生活予後診断は、疾患の経過と生活障害の状態から生活行動の再獲得の可能性などを判断し、期間と看護介入後の患者の生活像を提示した。看護は、生活予後診断に基づく看護プログラムを 4週間 1 クールとし、4週間のパスを用い展開した。分析方法：評価は介入前後の患者の変化、意識障害のレベル、他の専門職・家族・看護チームからの意見を比較検討した。倫理的配慮：大学と研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得た後、家族に文書と口頭で説明し代諾を得た。

### 【結果】

症例 A：20代男性、受傷後 1 年。筋緊張と関節拘縮による疼痛で、身体を動かすことに消極的だった。「筋緊張緩和を図ることで、介助を受けながら経口摂取ができる生活の獲得」を目的に生活像を提示した。結果：筋緊張が軽減し、A 氏から「身体が動かしやすくなった」と反応があった。食事は経管栄養と経口食の併用になった。症例 B：20代女性、受傷後 7 年 9 か月。食事は経管栄養、尖足と筋緊張あり、意思表示は未確立だった。入院中の 2 年間は変化に乏しく退院間近だった。「在宅生活に向け介護しやすい身体を獲得し、家族と共に若い女性らしい生活の獲得」を目的に生活像を提示した。結果：開眼反応の増加と笑顔の表情変化があった。ゼリー摂取は、ST から「口が開きやすくなった」と評価があった。母からは「可能性がみえた」と発言があった。

### 【考察】

症例の変化は、生活予後診断の導入が、従来の認知・情動を中心とした看護方法より、まず、変化に乏しい遷延性意識障害患者の身体や生活障害の問題に対し、関節拘縮や筋緊張から身体を解放し、人間が生活行動をとる際の身体機能、即ち日常生活の基本となる座位姿勢、経口摂取などの患者が獲得すべき生活象のイメージ化を容易にし、看護過程における目標達成のプロセスをチームに共有できたためと考える。この方法は、患者の表現手段の選択肢と他者との相互コミュニケーションを広げることになり、結果として意識状態をはじめとする生活状況の改善にも繋がったのではないかと考える。

### 1-3 外減圧後感染症の長期臥床患者への生活行動回復看護の取り組み

— 体幹よじれの改善による自力食摂取をめざして —

○阿部 美由紀

釧路考仁会記念病院

脳浮腫による脳圧亢進は、生命に危機的状態をもたらすため、外減圧術を施行する場合があり、外減圧術は、頭蓋骨の除去のため感染の危険率は高く、感染によって減圧後の骨形成術が遅延化することとなる。この感染の治療期間における看護は、発熱による体力の消耗を避けたるため、積極的なリハビリテーションではなく生命維持のための看護が中心となる。そのため、廃用症候群を回避する試みも功を奏しない場合があり、感染が完治し骨形成術が成功しても生活行動が確立しない場合もある。

そこで今回、意識障害・寝たきり患者への生活行動回復看護（以下、NICD：Nursing to Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome Patient）を試み、生活行動の獲得の可能性を見出したので報告する。

【研究方法】対象者は61歳、男性（くも膜下出血術後（SAH）、外減圧術施）。方法は事例報告である。

【倫理的配慮】看護介入について予測される危険性と効果、患者の権利と保障、患者に関する秘密の保全について説明し、写真や動画について説明し書面で同意を得た。

#### 【看護展開】

**事例紹介** SAHの手術後、外減圧施行、感染により2ヶ月後に、頭蓋骨形成術を施行した。この間は、感染症の増悪予防のため、臥床での生活が主であり、外減圧部が右側頭部のため右側臥位は禁止であった。その結果、上半身は左にねじれ・下半身は右にねじれた状態で全身の関節が拘縮した状態で、筋力低下が著しくるい痩であった。食事時、右手にスプーンは持つが全介助で、排泄は失禁でオムツを使用していた。日常生活動作は、すべて全介助であり、座位はリクライニングにて可能であった。ほとんど閉眼されているが、声掛けに発語、時々みられる。

**看護目標** 上記の情報から、自力で食事摂取を目指すために4週間の目標を「サーカディアンリズムをつけ、関節の可動性を再獲得し、体幹のよじれを改善する」とした。

**看護介入** 用手微振動、バランスボールによるムーブメント、温浴療法、口腔内マッサージを毎日実行し、端座位の保持、他動的な食事や排泄行動を組み込んだ規則的な生活時間を確保した。

**実践結果** 関節拘縮を改善し、自力での端座位や、食事を自立て半分摂取、トイレで排泄することが可能となった。

【考察】救命のための医療は重要である。しかし、拘縮した体では、意識があっても伝えるすべがない。今回の介入は、将来に向かって可能性を引き出す看護であり、拘縮の解除から生活行動を獲得するための看護として効果的であることが示された。今後は、リハビリ専門職との連携も図り、さらなる介入を試みる予定である。

## 1-4 充実した在宅生活を支えるための用手微振動やバランスボールの活用

—通所リハビリ施設における取り組み—

○水沢弘代<sup>1)</sup>, 岡村勝利<sup>1)</sup>, 河田知可子<sup>1)</sup>, 神島滋子<sup>2)</sup>

1)デーサービスセンター フайн, 2)札幌市立大学看護学部

### 【目的】

通所リハビリ施設における看護師の役割は、利用者が身体的にも精神的にも、その人がその人らしく在宅で生活していくよう、生活の質を高めるためにサポートすることである。

今回、当施設に通所する利用者に対し、用手微振動やバランスボールでのムーブメントプログラムなど、関節拘縮の改善や筋緊張を和らげるためにケアを行い、利用者の在宅生活上の困難さに対する有効性を検証したので報告する。

### 【研究方法】

研究対象：当施設に通所中の利用者、男性7名、女性3名 合計10名

調査期間：2012年1月10日～2012年3月15日

調査内容：利用者、家族に対して下記の点について確認した。

①在宅生活で身体的に困難となっていること②介入後の日常生活に於ける変化③変化を感じるまでの期間、また利用者の基本属性（年齢、通所期間）は「連絡ノート」にて確認した。

研究方法：看護介入前と介入後の症状の変化について記述的に比較、検討した。

倫理的配慮：本人・家族に研究の主旨・個人情報の取り扱いについて口頭で説明し、了解を得た。またデータ使用時は個人が特定されないように配慮した。

### 【結果】

対象者の平均年齢は $68.6 \pm 8.3$ （58～83）歳、通所期間は1年～1年7ヶ月であった。介入前の生活上の困難な症状は、歩行困難・破行6名、上肢の屈曲・拳上困難4名、起居動作困難2名、便秘2名などであった。ケア提供内容は利用者の症状に合わせ、バランスボールを利用した運動、用手で患部周囲に微振動を行った。

症状改善に対しては、10名中9名は生活上の困難が改善され、1名のみ苦痛を訴え中止した者がいた。改善を認めた者の内訳は股関節、膝関節の拘縮が改善されて歩行がスムーズにできるようになった者5人、肘関節の拘縮が改善されて上肢の伸展ができるようになった者3人、一人で寝返りができるようになった者1名、知覚過敏が軽減した者1名であった。効果出現までの期間は、当日5名、1週目2名、2週目2名、1ヶ月目1名であった。また、特にバランスボールを使用した膝関節や股関節に対するアプローチは、効果が著明に見られた。苦痛を訴え、中止した1名は肘関節への用手微振動に対し、肘関節を伸展することについて苦痛を訴えた。

### 【考察】

長期臥床や廃用性によって引き起こされた関節の拘縮を改善するための技術として、紙屋は疼痛を伴わずに行える、温浴刺激療法や用手微振動、ムーブメントプログラムの中のバランスボールを用いた運動の有効性を提唱している。また、用手微振動は筋膜の癒着改善に効果があり、バランスボールは筋肉の柔軟性を高め、関節拘縮の改善に効果があると述べている。このことから、今回介入したことが、短期間で肘関節や膝関節、股関節の拘縮が改善し、体幹部の筋肉の柔軟性が出るなどの効果につながったと考える。効果出現が当日だった事例が5事例あり、微振動やバランスボール運動が筋膜の癒着、関節の拘縮に即効性の技術であることが示唆される。また事例によってはこれらの運動を単一ではなく、複合的に実践することで、相乗効果により症状の改善が図られたと考える。また、この介入は知覚過敏に対しの脱感作の効果も認められており、様々な面で利用者の苦痛を軽減し、QOLを高めることに繋がることが期待できる。

今後は通所している利用者全員が抱えている生活上での不自由さ、困難さを表面化させ、さらに適切なアセスメントのもとに、苦痛を与えずに効果を高めるよう取り組み、事例を蓄積し、プログラムの有用性についてさらに検証する必要がある。

## 1-5 透析患者の排便コントロール ～用手微振動と温罨法を実施した事例の考察～

○引地由貴 小山奈緒美 宮崎絵美  
如水会 嶋田病院

【はじめに】透析患者における便秘の原因は、水分制限・食物繊維摂取不足・運動不足や生活活動度の低下・薬剤の内服が影響しているものと考えられ、便秘の頻度は高く40~70%程度と報告されている。今回、こうした透析患者に対し、下剤にできるだけ頼ることなく便秘改善を目的とし、用手微振動を実践した症例について報告する。

【目的】下剤内服にて排便コントロールをしている患者に対して排便促進効果を期待して用手微振動を実践したその効果を検討する。

【対象】事例は80歳代の女性で透析歴11年の患者。2010年にアテローム血栓性脳塞栓症を発症し、後遺症として左半身の弛緩性麻痺がある。意識レベルはクリアだが、認知症的言動が時々みられる。下剤で排便コントロールを行い、排泄はオムツを使用している。排泄後の不快感の訴えはあるが、便意ほとんど無い。移乗は全介助、体幹が重く自力体交は困難な状態である。食べこぼしはあるが、介助無しでほぼ全量摂取できている。なお、本人及び家族に対し、介入目的・方法と結果の公表、プライバシー保護について説明し同意を得ている。

【介入方法】週3回の透析日には両大転子部の用手微振動を1分間実施し、それ以外の日は腰臀部を温め、腰臀部の基本4部位の用手微振動を実施した。なお温める方法は、フラットシーツにお湯を浸し腰部に巻く方法である。さらに排便状況に応じて下剤を調節した。

【方法】用手微振動実践前より排便チェックシートを用いてデータを記録し、分析は用手微振動開始前後の変化を検討した。

【結果】用手微振動開始前は睡前にアローゼン1gの内服の他、3~4日/週の割合でラキソベロンを10~20滴の内服で3~4日/週の排便があった。用手微振動開始後3週目頃よりラキソベロンを追加せずにアローゼン1gのみで2~3回/日程度の排便が見られるようになった。その後排便回数が増え、水様便になったため、アローゼン減量で調節を行い、現在は0.5g内服で毎日排便みられるようになった。

【考察】本事例は左半身の弛緩性麻痺や心疾患に加え週3回の透析を受けており、一日の大半をベッド上で過ごしている。水分制限に加えて運動量が少なく腸蠕動運動が緩慢になっていたと考えられる。用手微振動はこうした患者の腹腔内に微振動を伝達させることにより腸蠕動運動を促進させる効果があると言われている<sup>1)</sup>。今回は入浴後や温罨法後に微振動を実施したことで筋群が弛緩し血流が改善した状態になり相乗効果が見られたと考えられる。しかし、下剤の増減量のタイミングが早すぎたのか、再度コントロール不良になってしまった。これらのことより、腰部の温罨法と用手微振動を組み合わせることは腸蠕動運動を促進し排便に効果があると示されたが、下剤内服量の調節には焦らずに、十分な排便状況の観察が必要であることが示唆された。

【参考文献】1) 林裕子：便秘予防のための食事、水分、運動、EB NURSING , Vol9 P292 2009

## 1-6 ADL向上に対する思いが強い患者への取り組みを振り返って

○澤井美香 兼松由香里 石山光枝  
木沢記念病院 中部療護センター

【はじめに】脳疾患等で身体が突然思うように動かなくなった患者は「また動けるようになりたい」という思いは切実である。看護はその思いに応えていくことが求められているが、患者の状態を分析することなく患者の思いだけを反映させた看護介入では、最良に結果を得ることは難しいだろう。今回、患者の強い思いに沿った介入を実施していたが継続が困難となり、その原因を分析し、そこに対して介入することにより良い結果が得られた事例を体験した。患者の思いだけでなく、医療者の視点に患者のやる気を組み込んでいくことの重要性を改めて本事例で確認できたのでこれを報告する。

【事例紹介】患者はA氏、47歳女性、病名は脳挫傷であった。H22年12月トラックに追突され受傷、H24年1月に当院に入院した。後遺症として軽度小脳失調と右麻痺があり、原因ははつきりとは分からぬが首から両肩にかけて硬直しており、頭部は前屈位、左上肢の挙上は頭部周辺までであった。入院後、車椅子移乗や移動は自立となつたが、上肢を動かすと疼痛があった。それによって可動域に制限が起り、トイレ排泄では立位時の方向転換、ズボンの上げ下げ、更衣では上着のみ介助が必要であった。

【展開・結果】介入期間は、H24年5月15日からH24年6月15日であった。介入前、看護師は硬直から来る疼痛を改善することで関節可動域の制限が緩和され、ADLの向上に繋がるだろうと分析した。しかし、A氏は疼痛を改善するよりもADLを向上させたいとの思いが強く「いずれ家に帰るためには、トイレだけは自分で行けるようになりたい」と発言があり、疼痛を感じない程度に上肢を動かしリハビリを行っていた。そのため、看護師はその疼痛を改善するために首と肩へのケアを追加し、それに取り組むことはA氏自身が目指すADL向上のためにも必要であることを説明し、納得してもらい協力を得た。また、A氏自身に日常生活行動を行ってもらうことで、ADLの向上を図った。その結果、開始当時は、首・肩へのケア実施時に疼痛があったもののケアを拒否することなく取り組み、徐々に疼痛は減少し、A氏から「前よりも痛くなくなった」との発言が聞かれるようになった。その後、トイレでの排泄はズボンを上げる時に5~10cm介助するのみとなり、更衣はA氏自身で可能となった。ケアを続けた結果、A氏はやる気を継続し、協力して取り組むことができ、ADLを向上することができた。

【考察】患者の回復への思いに添うことは必要であるが、患者の希望だけに従ったケアでは本当に解決すべき問題への対応がされないままケアが継続されやすい。しかし、医療者の考えを中心としたケアを進めれば、やる気が失われ、ADL向上は難しい場合がある。医療者の視点から考えるケアに、患者のやる気を尊重して組み込んでいくことにより、やる気を失うことなく、さらなるADL向上を図れたのではないかと考える。

## 2-1 遷延性意識障害患者へ生活行動回復プログラムの座位姿勢で変化のあった事例検討

○寺山朋美<sup>1)</sup>、大田祐子<sup>1)</sup>、宮崎由佳<sup>1)</sup>、藤原有里子<sup>1)</sup>、小島友里枝<sup>1)</sup>、神原文江<sup>1)</sup>  
松井 英俊<sup>2)</sup>

1) 脳神経センター大田記念病院、2) 広島文化学園大学大学院看護学研究科

はじめに：遷延性意識障害患者へ回復を目指す看護の有用性が視された事例を報告する。

方法：1 事例について検討を行った。倫理的配慮として夫・娘に対して生活行動回復プログラムの看護技術の説明を口頭と文書で同意を得た。

事例紹介：T.Y 氏、59 歳、女性。3 年前、自宅にて冠攣縮性狭心症に由来する心室細動を生じ心肺停止状態となり緊急治療を受けたが、低酸素脳症にて意識障害となった。約 3 年間療養病院の入退院を繰り返している。気管切開・胃瘻造設・持続酸素投与の処置がなされ、ベッド臥床のみで過ごしており筋肉の廃用性萎縮・関節の拘縮は激しく、眼球は左上方転位し口腔からは唾液の貯留、流出がみられていた。排泄に関しては尿路感染症と便秘があり便秘薬の使用が欠かせない状態であった。医師の診断は、頭部 MRI と脳波所見から脳の機能は果たされていないであった。

### 看護の展開

1 クール目：看護目標：①端坐位を取り車椅子移乗ができる。②バランスボールを使用し足踏みを行うことにより下肢筋力が増強する。③瞬目で合図ができる。とした。1 日のケア計画を立案し、看護師・セラピスト・介護士が介入した。両下肢の下にバランスボールの使用。顔面マッサージ、歯ブラシを用いてブラッシング、腹臥位にて用手微振動を行う。

2 クール目：看護目標：①関節拘縮が改善され伸展角度が拡大される。②4 週間で 5 分以上の坐位が取れる。③4 週間でお茶ゼリーまたはプリンの経口摂取ができる。とした。1 クール目と同様ケア計画の作成を行い取り組んだ。新たに、シャキア・顔面・口腔のアイスマッサージを行い嚥下の誘発を試みた。週ごとに 1 日のケア計画を立て、看護師・セラピスト・介護士が連携を取りケア計画を進めていく。関節拘縮に対しては用手微振動を行い拘縮改善を図る。起立性低血圧に対しては、バランスボールを用い循環動態安定と筋力増強を図る。

評価：1 クールと 2 クールの座位姿勢から姿勢バランス、口腔機能の改善、関節拘縮の改善について生活行動回復プログラムの計画について、スタッフおよび、家族と今後のケア実施に関わる検討が行えた。特に座位時には血圧低下が著明であり、座位時に足底にバランスボールを置き足踏みを行い循環動態が維持できた。

IV. 考察：医師の診断は回復の望みが否定されているが、ケアを進める中で、表情の変化、関節の伸展角度の拡大、喀痰の減少、車椅子での座位保持獲得、嚥下ができる喜びを家族と共に感できている。表情の変化については、痛みによるネガティブレスポンス、温浴で柔軟な表現となるポジティブレスポンスについて反応の時間、閾値などを客観的に評価できるようにしていくことが課題と考える。次に、関節の拘縮や座位保持確保は看護プログラムにおいて継続性がどの程度図れるかが重要である。嚥下においては、家族の希望をいかに叶えることが、今後更なる介入の継続により新たな可能性が引き出せるのではないかと考える。

## 2-2 若年意識障害患者の家族が在宅療養を決定した事例の考察

### —筋緊張亢進の緩和と意志表出を試みて—

○徳差 利恵

釧路孝仁会記念病院

**【はじめに】**若年層の意識障害患者の介護を親が担わなければならないケースがあるが、高齢化していく介護者にとってその負担は大きく在宅での療養を決断するには様々な困難が予測される。今回筋緊張の強い若年意識障害患者に対し看護介入を行い安定した座位保持が可能になり、家族の決断を支援するに至った事例を経験したので報告する。

**【事例紹介】**A 氏は 37 歳男性で、医学的診断は蘇生後脳症であった。平成 23 年 12 月に心肺停止（原因不明）となり、約 40 分で蘇生したが呼吸器管理となった。発症後 52 日目で呼吸・循環状態は安定して呼吸器を離脱した。しかし、從名・追視等外界に対する反応が無かつたため様々な刺激を与えようと離床を試みたが、全身の徐皮質硬直様の筋緊張が強く、座位姿勢を保持することは困難であった。A 氏は身長 170cm、体重 76kg であった。

A 氏は独身で一人暮らしであったため、発症後は両親が在住する地域の医療施設に転院となつた。両親は自宅で息子を見たい思いはあるものの、体格が大きく緊張が強い息子を 60 歳代の夫婦で介護できるのか葛藤を抱えていた。

#### 【看護の展開】

**看護目標：**①在宅での座位姿勢・車椅子乗車が可能となる。②何らかのコミュニケーションが可能となる。

**介入期間：**2012 年 1 月 30 日～2 月 24 日（4 週間）

**介入方法：**股関節の屈曲が 90 度になるまではバランスボールを使用し両下肢上下運動を行つた。端座位が可能になると座位時バランスボールでの足踏み運動や四肢屈曲・伸展運動を取り入れた。この間、運動前は末梢から中枢への微振動で緊張緩和をはかった。コミュニケーション能力の維持にあたっては、モアブラシによる口腔リハビリや表情筋温冷刺激などを行い、ケア時には意志を問う声をかけるようにした。

**結果：**4 週目に車椅子乗車 10 分は可能となり目標は達成された。しかし、日により緊張が強く座面からずり落ちてしまう日があるため、末梢からの微振動など脱感作を継続している。また、洗面時にいやな顔をする、まれに笑顔がある等の表情変化を認めるようになった。

現在、意志の明確な表出ができるることを目標として介入は継続されている。こうした A 氏の変化を見て両親は、在宅への移行を決断し、退院に向けて介護方法を指導することとなつた。

**【考察】**大脳皮質の障害により錐体路・錐体外路症状として筋緊張の亢進がある場合、短期間での筋緊張緩和は困難である。しかし、筋緊張が強いからと車椅子乗車をあきらめてしまうと、車椅子乗車が可能な時期には関節拘縮によって身体の可動性が奪われてしまう。したがつて早期から継続的に介入を行えば、筋緊張を緩和しながら座位姿勢が可能となり、同時に外的刺激が入力しやすく、大脳の活性化が行えると考える。60 歳の両親がこれから長期にわたる介護生活を考えると身心の負担はかり知れない。今回座位姿勢ができる身体調整をしたことは家族の介護負担の軽減につながり、在宅での介護を決断する支援になったと考えられる。さらに表情等の変化により家族は回復への希望を見出せたのではないかと考える。

## 2-3 遷延性意識障害患者の座位確立を目指した看護介入 ～介入が患者に働きかけるもの～

○竹内葉子 秋広由美子  
自動車事故対策機構 千葉療護センター

【はじめに】交通事故による遷延性意識障害者は廃用性の筋萎縮や長期臥床による活動性の低下により関節拘縮や側彎などの体幹部の変形を生じるケースが多く、生活行動が制限されている。運動機能の廃用による側彎があり、姿勢の歪みが著しい事例の座位の確立を目指して介入した結果を報告する。

【事例紹介】患者は、交通事故により、びまん性軸索損傷、外傷性クモ膜下出血、低酸素脳症を発症した後、遷延性意識障害となり、2年5カ月経過した20歳男性であった。気管切開をしており、口腔機能の低下により舌の動きは少なく萎縮があるため、経口から栄養摂取はできず胃瘻から1200kcalの流動食を摂取していた。運動機能については、左右上下肢の拘縮があり、側彎が著明であるため、端座位は右に傾きが強く、頸部保持はできなかった。また、排泄については、腸蠕動運動や筋力の低下があるため、おむつを使用し浣腸や摘便を要した。

【看護過程の展開】介入前のアセスメントとしては、呼吸状態は安定し、栄養状態は良好と判断した。しかし、運動機能の状態から、生活行動を少しずつ再構築していくためには、座位姿勢の補整が必要であると考えた。以上から、生活予後診断は、1) 安定した座位がとれることで生活の楽しみを持つことができる 2) 拘縮や緊張が緩和され、毎日の生活の負担が軽減できる、とした。これに基づき、看護目標を 1) 端座位時、支持なしで頭頸部保持が5秒以上できる、2) 腹臥位時骨盤の左右差が縮まる、3) 股関節・右膝のROMが拡大し、おむつ交換がしやすくなる、と設定した。看護介入としては、週5日4週間、温浴、腹臥位、顔面・口腔マッサージ、および味覚刺激を実施した。加えて、端座位訓練を実施し、頸部保持や自力座位保持で意識へ働きかけ、集中できるように3分を目標とした。さらに、下肢のROM拡大を目指し、バランスボールのメニューを追加した。介入の結果、目標1については、介入後1週間で過伸展位での頸部保持が可能になり、正中位に近づいた。支持なしでの自力座位保持は20秒可能となり、両脇にボールを抱えた状態では、3~5分の自力座位保持が可能になった。その際、わずかな左右の身体の揺れや立ち直り反射と思われる動きがみられた。目標2については、以前に比べ左右の下肢の長さが揃っているように思われた。また、端座位時の安定感が増し、車椅子やベッド上での身体のずれが減った。目標3については、股関節・右膝の関節可動域測定値に変化はなかったが、股関節が開きやすくなり、おむつ交換が容易になった。また、主観的な評価ではあるが、患者の目に力を感じるようになり、笑顔と思われる表情が増えた。

【考察】今回、座位保持の獲得が生活行動の再構築の一歩となることから、座位確立を目指してプログラムを実践した。座位確立には至らなかったが、過伸展位での頸部保持や自力座位保持が可能となり、座位バランスがとりやすくなった。重力に耐える力と身体を支えるバランス力が必要である自力座位保持を目指したプログラムの実践を通して、筋膜の可動性や運動機能に働きかけたことが肢位のアライメントの調整や関節拘縮の緩和につながったと考える。自力座位保持中に僅かに動いてバランスを崩す場面があったが、これは数分間、同一姿勢を持続したこと、「身体を動かしたい」という自発性の発露につながったのではないかと考える。また、介入中から患者の眼に力を感じるようになり、笑顔と思われる表情が増えた。このことは、目指すものを明確にした介入の実施により、介入者間の患者への関心が高まることで、患者のわずかな変化や反応に気付き、その発見の患者へのフィードバックが、患者の関心を外部へと向かせることになり、何かを表出しようとする意思につながるのではないかと考える。しかし、これらの変化は介入者の主観であり、数値や写真などでは現れがない。主観的に捉えた変化の客観的な評価方法が今後の課題である。

## 2-4 背面開放座位時足踏み運動が意識障害患者に与える効果

～背面開放座位のみの評価と比較して

○西河美智子 藤森暢彦  
医療法人恭昭会 彦根中央病院

### 【はじめに】

一昨年、当病棟では毎日 10 分間ずつ行う背面開放座位が、寝たきりの患者の意識障害に与える効果について研究し、開始から 4 週目までは意識障害は改善されていくが、それ以降は背面開放座位のみの継続では改善されないことが結論として導き出された。そこで今回、足踏み運動に着目し、他動的に足踏みを行うことで、背面開放座位のみの場合よりも効果的に意識状態の変化や変化の持続に繋がるのではないかと考えた。終日ベッド上で過ごす患者に対し、背面開放座位時足踏み運動を行うことで背面開放座位のみの場合との意識状態に変化があるかを比較検討したので報告する。

### 【研究方法】

期間：H23 年 7 月 15 日～H23 年 11 月 16 日。対象：寝たきりで経管栄養中の患者 6 名。

実施内容：介助者 2 名で背面開放座位を 10 分間実施。開始から 5 分間は背面開放座位のみ、その後 5 分間は足踏み運動を加え 8 週間継続して実施した。また安全のため中止基準を設けた。

評価方法：広南スコアで毎週評価、検定にはマン・ホイットニー検定を用いた。

倫理的配慮：事前に患者及び家族に、研究の目的・方法・期待される利益・起こりうる危険性・守秘義務・研究協力への任意性および中断の自由について口頭と書面で説明し同意を得た。

### 【結果】

表 1 に示すように、背面開放座位のみの場合と比較して、背面開放座位時足踏み運動では、「自力移動」・「眼球の動きと認識度」・「表情変化」の項目において、特に有意差が認められた。しかし、全体として、開始時から 4 週目の数値の変動に比較して、8 週目での数値の変動は緩やかなものであった。「自力摂食」と「屎尿失禁状態」については、前回同様、有意差は認められなかった。

### 【考察】

今回の背面開放座位時足踏み運動では、背面開放座位のみよりも「自力移動」・「眼球の動きと認識度」・「表情変化」の 3 項目に有効であった。それは単一刺激ではなく、複数の刺激が入力されたことや体幹の振動により姿勢を保持しようとする脳幹の覚醒を促したことによるものと考えられる。「自力摂取」「屎尿失禁状態」の項目に関しては、足踏みの刺激との関連性が低いことから大きな変化には至らなかつたと推測される。4 週目から 8 週目への変化が緩やかであったことについては、前回同様、4 週目以後には異なる刺激を取り入れていく必要性が示唆された。

### 【結論】

- 1) 背面開放座位時足踏み運動を行うことで背面開放座位のみの場合よりも、「自力移動」・「眼球の動きと認識度」・「表情変化」の項目において意識障害度に改善が見られた。
- 2) 同じ刺激の継続で意識の改善に効果があるのは 4 週目までであり、以後異なる刺激が必要である。

表 1 広南スコア各項目及び合計の変化と有意差の有無

広南スコア項目	背面開放座位のみ (n=8)			背面開放座位 + 足踏み運動 (n=6)		
	開始時	4 週目	8 週目	開始時	4 週目	8 週目
自力移動	9.13	8.75	8.13	9.17	8.01*	8.04*
自力摂食	9.63	9.13	9.00	10.00	9.66	9.58
屎尿失禁状態	10.00	10.00	9.75	9.93	9.77	10.00
眼球の動きと認識度	8.13	7.88	7.88	8.57	7.82*	8.17
発声と意味のある発語	9.25	7.25*	8.00	9.10	8.65	8.83
簡単な命令と意思疎通	9.00	7.38*	8.25	9.23	8.28*	8.46*
表情変化	9.63	8.88	8.75	9.57	8.39*	8.38*
合計スコア	66.77	59.27*	59.76*	65.57	60.58	61.46*

開始時と 4 週目、開始時と 8 週目との有意差 \*p<0.05

## 2-5 座位を中心とした患者への離床活動の取り組み報告 ~6年目を迎えて~

○薮中梨枝子 菊地広美 中島かすみ  
財団法人北海道石炭同交振興会 同交会病院

### I 背景・目的

介護療養病棟入院患者の療養生活の維持安定のためには、栄養や水分補給が経口から摂取出来る能力の維持が重要である。そこで、経口摂取維持のために食堂での食事援助を重要視し、病棟日課として「お茶会」などを行った。さらに高齢者自身の身体機能や他の機能の維持は非常に重要であり、特に座位保持力は必要である。そのために離床促進に意識的に取り組んできた。これらの取り組みは離床活動として現在6年目となった。今回、この活動について経年的な評価を行ったので報告する。

### II 方法

1. 対象者：離床活動開始1年前の平成18年から平成24年において、感染症等による患者の身体影響が比較的少ない6月に入院していた患者数を対象とした。
2. データ収集：平成18年から平成24年における6月時の患者管理録
  - 1) 対象者の背景：脳血管後遺症や加齢により身体・認知機能の低下から廃用を呈している
  - 2) 入浴以外にベッド外移動することのない者を寝たきり群とし、その他と下記の離床活動に参加する者を活動群とした。

離床活動：椅子または車椅子座位姿勢をとる3つの離床活動に分類

- ① 食堂での食事 ②お茶会 ③リズム体操
3. 分析方法：各年度毎に活動群と寝たきり群の比を求め、経年的に比較した。

### III 結果・考察

H18年からH24年の間の各年度別の患者数は36.4人から43.8人で平均40.5人であった。年齢は69歳～102歳 平均年齢85.7歳 各年度別ではH18年82.3歳 H24年85.7歳と上昇傾向が見られた。経口摂取以外の栄養手段を見ると、H18年は経静脈栄養(CV)患者は0%胃瘻(PEG)栄養患者が24%、H24年はCV・PEG装着患者をあわせ47%と経口摂取患者は減少傾向にあった。介入前のH18年は①と②は24%であり、活動群43%、寝たきり群57%であった。介入初年度のH19年は①と②が28%の他にPEG患者を対象に③が15%で活動群53%、寝たきり群47%と逆転した。H20年は①が24%の他にCV患者も含め②が39%と増え活動群56%、寝たきり群44%と微増した。H21年は①が42%②が63%と増加、③が14%で活動群70%、寝たきり群30%と活動群が大きく増加し、H22,23年もほぼ同比率で推移した。H24年は①が38%、②が50%と共に減少、③が24%に増加したが全体では活動群59%、寝たきり群41%と活動群が減少した。以上の結果から体力や身体機能の評価を行い意図的な介入をすることで、活動の機会を増やす事が出来ることが示された。また、対象にCV・PEG装着患者が加わったのは、継続されている活動の目的や位置づけが栄養水分摂取以外にも拡がったことが考えられる。H24年の結果から活動群の減少は政策の影響によるものと推測されるが、今後も摂食嚥下機能の回復困難な対象増加が予測され、この離床活動の継続が重要と思われる。

### 3-1 自発性低下のある高齢患者に対する看護実践への一考察

○上山 暁子

社会医療法人 孝仁会 鈴鹿孝仁会記念病院

**【はじめに】**認知機能の低下に伴い、自発性が低下した高齢者は自分のしたいことや希望を表出することが乏しくなるため、臥床時間が増加し、身体機能の低下をも助長する傾向にある。しかし、こうした現象は加齢によるものと考え、廃用傾向の高齢患者に対して積極的な介入は行われていないのが現状である。今回、自発性低下がある高齢者に対して積極的な介入を行うことでよりその人らしい生活に近づけることができる事例を経験したのでここに報告する。

**【事例紹介】**80歳女性、診断名は仙骨褥瘡。高齢者施設にて生活をしていたが、2～3年前より自発性が低下し、声をかけてもウトウトしているような状態で一日を過ごしていた。昨年9月に仙骨部の褥瘡悪化のため医療機関に転院したが、さらに一ヶ月後 39°Cの発熱あり肺炎のため人工呼吸器装着となる。その後血圧なども安定したため11月に気管切開、翌1月には胃瘻増設となった。介入前の身体状況は、身長 143cm、体重 32.5kg で BMI は 15.9 であります。そう傾向にあった。

**【介入方法】**介入期間は、2012年1月16日～2月16日の約1ヶ月であった。意思の表出・自発性がみられることを目標とし、様々な刺激が受け取れるよう、安定した座位姿勢の保持のため身体状態を整えることから開始した。栄養カロリーを增量して栄養状態改善と共に呼吸訓練（気切孔の閉鎖、巻き取り使用）や口腔ケア（口腔内・舌のマッサージ）によって呼吸状態改善をした。自発性を促す取り組みとして、自動・他動的ROM訓練（PT）、座位保持訓練、立ち上がり訓練などの機能訓練の際は、自発性を促すよう繰り返し声をかけた。また日中はメガネを装着して視覚情報の入力が鮮明になるようにし、義歯を装着して口形を作りやすい口腔状態とした。なお、今回の介入および評価のための写真撮影については家族への説明により同意を得ており、今回の公表についても承諾を得ている。

**【結果】**Alb が 2.2g/dl から 2.8g/dl に上昇し、栄養状態の改善に伴って褥瘡も軽減し、呼吸状態も良好となり酸素吸入の中止に至った。また、右股関節可動域の伸展が -60 度から -30 度に拡大したため車椅子への安定した座位が保持できるようになった。右肩関節の屈曲が 40 度から 60 度に拡大したこともあり、興味のあるものに手を伸ばす仕草が見られるようになった。さらに声かけに笑顔や手を振るなどの反応や指示に従う反応が増えた。

**【考察】**本事例においては、自発性の向上に焦点を当てて関わったが、その前提として全身状態を整えて外界からの刺激を受けられる身体管理を先行した。そのため栄養状態の改善や呼吸状態の改善は肺活量がアップし酸素離脱につながり、さらに関節可動域の改善は筋力の増強・全身血流量の増加をもたらしたと考える。最終的には脳への刺激を受け取れる身体の状態をもたらしたと考えられる。このように自発性がみられない高齢患者でも、その原因を見極めて、全身状態を調整しながら積極的に働きかけると、笑顔で周囲と会話を楽しんだり、その人らしい生活活動を維持することができるといえる。

### 3-2 「遷延性意識障害専門看護外来」の役割

医療法人社団友志会 リハビリテーション花の舎病院

○小泉允美 米田範子 船田淳子

#### 【はじめに】

遷延性意識障害と診断された患者は、推定5万5千人といわれている。それらの患者は、長期入院生活を送る方、また家族の介護を受けながら在宅生活を送っているケースと様々である。遷延性意識障害専門看護外来（以下、看護外来）では、2009年の開設以来、延べ65名の患者が受診している。この看護外来の目的は、次の3つである。①在宅で家族介護を受ける患者の身体的変化へのアプローチケア、②患者を支える家族の介護負担の軽減、③家族が、患者のわずかな変化を感じ明日への介護意欲がもてるよう支援することである。

今回、発症直後から「意識障害・廃用症候群への生活行動回復技術」（以下、NICD）を実施し、自宅退院した一例を通して看護外来の役割について考察したので報告する。

#### 【事例紹介】

A氏 37歳 脳出血にて急性期病院からB病院（回復期）に転院。意識障害、強い筋緊張、関節拘縮がありベッド臥床の状態であった。NICDを開始し、筋緊張や関節拘縮の緩和をはかり家族だけで介護が可能となった182日目に自宅退院となった。退院後の第1回目（退院3ヶ月後）の看護外来の受診では、在宅生活での問題点の改善と自宅でのNICD継続状況の確認を目的として実施した。その結果、身体機能は維持されていたが、吸引回数が多かったため口腔ケアの指導を行なった。2回目（退院10ヶ月後）は、家族が経口摂取の可能性に期待をしていたため、嚥下内視鏡検査による口腔機能の評価も加えた受診とした。結果、嚥下能力は向上しているが、肺への流れ込みが確認され、家族への訓練の方法や観察点を再指導した。

#### 【考察】

今回の事例を外来の目的に照らして検討した。本事例は、意識障害に加えて強い筋緊張と関節拘縮があったために、家族が自宅で介護できる身体を作るにも時間を要した事例である。しかも、意識障害の改善がないため、介入を継続しなければ、身体機能を維持することはできない状態であった。退院後2回の受診で関節可動域が保たれていることや、口腔機能が維持されていることを家族と確認したことは、患者の身体機能の評価であると共に、家族の介入状況の妥当性を評価するものであった。さらに家族の期待する経口摂取に向けての嚥下内視鏡検査の評価は、家族が日々の中で感じるわずかな患者の変化を専門職の目で評価し、同じ目標に向かって在宅でどのように家族が取り組むべきなのかアドバイスしたこと、家族の介護意欲を維持させると考えられる。

林氏は、講演の中で、NICDの目的の一つを「患者の眠っている能力を“呼び覚ます”」と表現した。これは、「呼び覚ませない能力がその患者にある限り、NICDの知識を持つ私たちが、関わるべきなければならない」ことを示唆している。A氏のように家族が介入を続けることにより残存能力が向上し続ける患者がいる限り、看護外来は、在宅で患者に働きかける家族がいつでも相談できる場所であり、精神的支援を続ける役割があると考える。

### 3-3 医療療養病棟における生活の再構築を行った一事例

～コミュニケーションの確立を目指して～

○伊藤 みよ子、鈴木 実枝、富加見 美智子、進藤 晃  
医療法人財団 利定会 大久野病院

**【目的】**何年間も寝たきりの生活を送っている患者にコミュニケーションの確立を図る方法はないか、生活の再構築に向けた取り組みを行った。病棟スタッフが「何とか家族に患者様の笑顔を見せてあげたい」との思いから今回、紙屋式看護技術を取り入れ実践に至ったプログラムの一例を報告したい。なお、倫理的配慮に関して御家族の同意のもと、当院の倫理委員会において承認を得ている。

**【事例紹介】**37歳・男性のA氏は、2007年5月原付バイクにて信号機衝突、頭部外傷受傷し陥没骨折・左前頭葉脳内血腫にて救急搬送され同日、減圧開頭血腫除去術を施行した。数日後VPシャント術施行し数カ月後の転院先にて頭蓋形成術を施行し、2011年5月頭部外傷後後遺症の診断のもと長期療養目的のため当院へ入院となる。入院時は四肢麻痺、四肢拘縮・緊張を認め、意識レベルは声かけに対し閉眼あるも追視は稀で自発的な動きは右手の指先が少し動く程度、胃瘻による経管栄養のみで経口摂取は不可、気管カニューレ挿入しておりコミュニケーションは右手指先による不確実なYes/No反応があるのみであった。排泄はオムツを使用し尿意便意の反応は認めない状態であった。

**【実践計画及び実践の評価】**実施期間は2011年10月31日～11月27日(27日間)である。看護プログラムは、腹臥位・微振動を週6回、座ろう君を週4回、音楽療法・セラピーボールを週2回とした。温浴療法は2週目までは筋緊張・拘縮が強いだけでなくA氏の体が大きく浴槽に入ることが困難であったため、機械浴入浴時に主に肩・上肢への微振動と上肢可動運動を週2回行った。3週目になり筋緊張が取れ浴槽へ入ることが可能となつたため週2回の温浴療法を実施した。結果、広南スコアは開始前後の変化は認められなかつたが、千葉スコアに関しては「言語表出」が1から3へ、「聴覚による認知」が4から5へ上昇を認めた。ROM(関節可動域)に関しては、全体的に大きな変化は認められなかつたが、右肩の屈曲及び外旋が改善したことを認めた。さらに、プログラム開始前と比較すると書く文字がわかり易くなつた。頸部の支持力が増し、覚醒時間も増えこちらの呼びかけに笑顔で反応する事が多くなつた。

**【考察】**プログラムを通しA氏の筋緊張が軽減され、自発的な動きが出やすくなりコミュニケーションの場面においてもYes/Noの返事をすることや右手を使った合図が以前よりも確実なものとなつた。更にわかりやすい文字が書けるようになりコミュニケーション能力が向上したと考えられる。覚醒時間が増え、問い合わせに対し笑顔での反応が多くなつたのは、多方面からの刺激を受けたことによる結果と考える。プログラムにおけるスタッフの活動が家族にも影響を与え、家族の積極的な参加が得られ、現在も家族と一緒にプログラムの一部を継続して実施している。

### 3-4 在宅の介護者を対象にした介護教室の評価

○蒲 久美<sup>1)</sup> 中川 奈緒美<sup>1)</sup> 小林 英子<sup>2)</sup> 小林 忍<sup>3)</sup>

1) (公社) 岐阜県看護協会 下呂訪問看護ステーション

2) 岐阜県立下呂温泉病院 3) 岐阜県立下呂看護専門学校

**【目的】**在宅での要介護者が年々増加し、要介護者の平均年齢が高くなると共に介護者の平均年齢も高齢化してきている。介護の知識、技術を習得しないまま在宅介護を余儀なくされた結果、介護負担や不安の為施設入所を希望される方も多くなっている。介護者が正しい知識、技術を取得する事で自信を持ち、負担なく介護を行う事ができれば、在宅での介護に対する不安が解消され、在宅療養の意識が高くなるのではないかと考えられる。そこで、介護者、要介護者が健やかに暮らすための基本的な知識、技術を習得する事を目的とし、生活支援技術を中心とした介護教室を開催した。

**【開催方法】**平成24年6月にG市保健センターにて、生活支援技術の講義と実技を組み入れた2時間の介護教室を行った。内容は生活支援技術に関する講義と体位変換等の実技で、実技は講師とアシスタント4名で参加者の指導を行った。介護教室終了後参加者に対し介護教室に関するアンケート調査を実施し、その場で回収した。

**【結果】**参加人数は62名（一般36名、実務者26名）であり、アンケート回収率は80.6%（51名）であった。参加者の18名（36%）が現在自宅で介護を行っていた。参加者の年齢構成は50代以上が70%以上を占めており、なかには重度の要介護者を70代の介護者が介護しているという人もいた。介護度別構成は回答数18（重複回答あり）のうち要介護3以上が16名（84.2%）で、介護保険外の2名（10.5%）も寝たきり状態であった。回答者の中の1名は要介護3と5の両親を介護している方であった。男女別構成は男性4名（7.8%）、女性47名（92.2%）であった。介護教室の満足度は4件法で行い、「とても満足」「満足」が49名（96.1%）を占めた。同様に理解度に関しては、「充分理解できた」「理解できた」で40名（78.4%）であり、「理解できなかった」という回答者はいなかった。次回参加希望については、50名（98%）の参加者が次回も参加したいと回答していた。

**【考察】**介護の有無に関わらず、どの年代も介護に関する関心度は高いといえる。参加者は女性が圧倒的に多く、介護の中心になるのは女性が多いという現状が浮き彫りにされた。しかし、今回男性参加者4名のうち3名が現在実際に介護中であり、男性介護者が初めて経験する介護に苦悩し色々な情報を求めていることもわかった。また現在介護中の参加者は寝たきり状態の家族を介護している方が多く、介護技術への関心の高さが伺えた。自由記載の中に「参加費を取ってもらっても良いので教室を開催して欲しい」という記載が複数あったように、講義を受けるだけのセミナーではなく、実技を入れた参加型のセミナーを多くの方が希望していることがわかった。介護教室の満足度、理解度も高かったが、今後は参加者の年齢や理解度を考慮しながら、内容のシリーズ化を図ることや参加者のコミュニケーションの場となるような介護教室の開催を検討したい。

### 3-5 重症脳損傷小児患者への取り組み～在宅での介護負担軽減を目指して～

佐々木幸代  
医療法人社団秋桜丸川病院

**Iはじめに：**これまで小児重症脳損傷患者への自立へ向けた看護報告はほとんどされていない。在宅では、患者の栄養チューブの交換等、体調管理を目的とした訪問は行われているものの、家族は再び生活するための支援も求められず、孤立しがちである。今回、急性硬膜外血腫により脳に重度の損傷を受けた 10 歳の小児患者に生活行動回復看護技術を実施し変化が得られたのでここに報告する。

**II事例紹介：**10 歳、男性。8 歳の時、自転車で転倒し受傷。右大脳半球広範囲、右視床、両大脑脚、中脳に損傷があるが、左大脳半球の損傷はない。意識状態と体幹四肢機能は改善ないままで在宅療養になり 2 年経過していた。四肢麻痺、体幹、四肢の著明な筋緊張亢進、クロースを認め、少しの刺激にて更なる緊張亢進を引き起こしている状態であった。そのため、車イスに座ると「のけ反り」があり目が離せない状況であった。毎日、母の手作りプリンを食べていたが、咬反射が強く開口したタイミングを見計らいながらの摂取であった。

#### III看護過程の展開

- 1) 生活予後診断：**車イス座位が安定し、楽しみ程度のおやつが食べられるようになる。
- 2) 看護問題と目標：**看護目標として①筋緊張が軽減し、車イス座位保持が安定する②50cc のプリンが全部食べられる③外界を認識していると思われる反応が出る、とした。この目標の達成のために 4 週間を 1 クールとして評価し実践内容を調節した。
- 3) 実践看護計画：**①、③の目標に対し温浴療法、腹臥位微振動、バランスボール運動、背面解放座位を実施した。五感を刺激して反応を引き出す目的で感覚入力刺激を行った。介入時は母も一緒に楽しみながら行うようにした。②の目標に対し、顔面の脱感作を図りながら口腔ケアとストレッチを実施した。
- 4) 実践結果：**1 クール実施では変化が見られず、3 クール実施した。3 クール終了時には支えなしで端坐位の保持ができるようになり、車イスからずり落ちるような「のけ反り」が少なくなった。最大 2 時間車イスで過ごす時間が増え、車イスへの移乗への介護負担軽減に繋がった。声掛けで開口が見られ、50cc プリン 1/3 を 30 分かかっていたのが、20 分で全量摂取できるようになった。声掛けに首を上げようとする動作が見られるようになり、廊下で人が通ったり、声がする方に視線を向けるようになった。加えて 3 クール時に在宅へ向けて母への介護指導を行った。退院後 3 か月経過して再入院した患者は、スタッフの声掛けに笑顔や“うー”と発声で返事をし、さらに状況判断できるようになっていた。

**IV考察：**本来、このような症例では現在の医療が限界であり寝かせきりにされることが少なくない。小児の成長発達段階の時期に脳損傷を受け、看護介入を受けても変化を起こす可能性は十分にあることが実証できた。ただし、そのためには私達が介入するだけでなく、家族が継続して介入されたことが機能向上に寄与したと考える。

## 会則・入会申し込み

# 日本ヒューマン・ナーシング 研究学会 会則

## 第1章 名称及び事務局

第1条 本会は日本ヒューマン・ナーシング 研究学会（英文名 Japan society of Human Nursing Research : JSHN）とする。

第2条 本会の事務局を、筑波大学人間総合科学研究科看護科学系に置く。

## 第2章 目的及び事業

第3条 本会は意識障害並びに拘縮等により生活行動が著しく低下した対象者への専門的看護の研究ならびに実践、普及に努め、会員相互の交流を図るとともに、国民の健康ならびに福祉に貢献することを目的とする。

第4条 本会は前条（3条）の目的を達成するために下記の事業を行う。

1. 学術集会の開催
2. 学会誌の発行
3. 看護技術研修会の開催
4. その他 本会の目的を達成するために必要な事業

## 第3章 会員

第5条 本会は次の会員をもって構成する。

1. 会員とは、本会の目的に賛同し、入会の手続きを終了した者をいう。
2. 賛助会員とは、本会の目的に賛同し、本会に寄与するために入会を希望し、理事会の承認を得た者をいう。
3. 名誉会員とは、本学会に永年に亘り貢献の認められた会員を理事会の推薦により、総会の議を経て、総会の承認を得た者をいう。

第6条 入会及び退会は次の通りとする。

1. 本会の入会を希望する者は所定の手続きによる入会申込書を本会事務局に提出するものとする。入会金および会費の納入を完了した時点で本会の会員又は賛助会員となる。
2. 次の各号について該当する会員・賛助会員は退会したものとみなす。
  - a. 本人から退会の申し入れがあった場合。
  - b. 特別の理由なく2年以上会費を納入しない場合。

## 第4章 役員・評議員

第7条 本会運営のために、会員から次の役員を置く。

1. 理事長 1名
2. 副理事長 2名
3. 常任理事 若干名
4. 理事 22名以内
5. 監事 2名

第8条 役員選出方法は次の通りとする

1. 理事長は会員の中から選出され、総会で選任される。
2. 理事長は本会運営の円滑を図るために、会員の中から理事を指名する。

3. 副理事および常任理事は、理事長が理事の中から推薦し理事会で承認される。
4. 監査は会員の中から選出され、総会で選任される。

第 9 条 役員の任期は次の通りとする

1. 理事長、副理事長、常任理事、理事及び監査の任務は 3 年とし、再任をさまたげない。
2. 理事は、任期中の欠員を補充しない。
3. 理事は、任期満了の場合において後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。
4. 監事は、辞任または任期満了の場合においては、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

第 10 条 役員は次の職務を行う。

1. 理事長は本会を代表して会務を統括する。
2. 副理事長は理事長を補佐し、理事長に事故ある時はこれを代行する。
3. 常任理事は会の事務を総括し会務の運営を円滑に図る。
4. 理事は理事会を組織し会務を執行する。
5. 監事は本会の会計を監査する。

第 5 章 会議

第 11 条 本会は次の会議をおく

1. 常任理事会
2. 理事会
2. 総会

第 12 条 本会に常任理事会を置く。

1. 常任理事会は全ての常任理事を持って構成する。
2. 本会は会運営の事務的機関である。
3. 常任理事会は理事長ならびに常任理事の招集にて開催される。
4. 常任理事会は常任理事の 3 分の 2 名以上の出席がなければ議事を開催することができない。

第 13 条 本会に理事会を置く。

1. 理事会は全ての理事を持って構成する。
2. 本会運営の決議機関である。
3. 理事会は理事長が招集し開催する。
4. 理事会は、毎年 1 回以上開催する。ただし、理事の 3 分の 1 以上の請求があった場合は、理事長は臨時に理事会を開催しなければならない。
5. 理事会は理事の過半数の出席がなければ議事を開き議決する事ができない。

第 14 条 総会は会員をもって構成する。

1. 総会は理事長が招集する。
2. 総会は、毎年 1 回開催する。但し、理事会が必要と認めた時は、理事長は臨時に総会を開催しなければならない。
3. 総会は会員の 10 分の 1 以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。

第 15 条 総会は次の事項を報告し必要に応じて議決する。

1. 事業計画及び収支予算
2. 事業報告及び収支決算

### 3. その他理事会が必要と認めた事項

第 16 条 総会における議事は、出席した会員の過半数の賛成をもって決する。

## 第 5 章 学術集会会長

### 第 17 条 学術集会会長

1. 毎年 1 回学術集会を主宰する為に学術集会会長を置く。
2. 学術集会会長は理事会で決定する。
3. 任期は 1 年とする。
4. 学術集会会長は学術集会を主宰する。

## 第 6 章 会計

第 18 条 本会の運営は会費その他の収入をもってこれにあてる。

1. 会員から年会費を徴収する。
2. 新会員から入会金を徴収する。
3. 賛助会員からの会費ならびに寄付。

第 19 条 本会の会計年度は毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日で終わる。

第 20 条 入会金、年会費は次の通りとする。

- |        |  |
|--------|--|
| 1. 入会金 | 2,000 円  |
| 2. 年会費 | 会費 5,000 円<br>賛助会員 (1 口) 50,000 円<br>名誉会員 会費の納入を必要としない |

第 21 条 本会の運営費の收支決算は、役員会及び総会において報告する。

## 第 7 章 会則の変更

第 22 条 本会の会則を変更する場合は、役員会の議を経て総会の承認 を必要とする。

第 23 条 会則の変更の承認は、出席者の 3 分の 2 以上の賛成を必要とする。

## 第 8 章 付則

本会則は

平成 20 年 4 月 1 日から実施する。

平成 21 年 2 月 1 日から実施する。

平成 23 年 3 月 1 日から実施する。



## 日本ヒューマン・ナーシング研究学会入会要項

学会への入会は学会趣旨に同意して下記の申込書の送付と、入会金年会費の納入をもつて成立いたします。大学生、専修学校生の入会はできませんが学術集会への参加はできます。また、大学院生におかれましては特別な区分はありません。申込書と振り込みが確認されましたら、会員番号をお知らせいたします。

### 1. 申込書の送付について

申込書に必要事項を記載して下記宛に郵送またはFAXにて送付して下さい。

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757  
北海道医療大学 看護福祉学部 福良 薫宛  
TEL&FAX: 0133-23-1563

### 2. 入会金・年会費の納入について

新規に入会される方は入会金 2,000 円、年会費 5,000 円を下記に振り込んで下さい。

振り込み料金は入会者にてご負担下さい。

振り込み先：北洋銀行 新川支店 普通口座 3159261  
日本ヒューマン・ナーシング研究学会 会計福良

(点線より切り取ってご提出下さい)

## 日本ヒューマン・ナーシング研究学会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 会長 紙屋克子殿

貴会の趣旨に賛同して西暦\_\_\_\_\_年度より入会を申し込みます。

ふりがな		職種
氏名		1. 看護師 2. 保健師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護福祉士 7. 医師 8. 歯科医師 9. 歯科衛生士 10. 栄養士 11. その他 ( )
勤務先 名称： 〒		
電話番号	TEL	FAX
自宅住所 〒		
電話番号	TEL	FAX
E-mail	連絡先 (いずれかに○) 自宅 ・ 所属	
事務局処理欄		



## 協賛業者一覧 (50音順)

### 協 賛

大塚製薬株式会社 株式会社ダスキンヘルスケア北陸  
第一三共株式会社 ニプロ株式会社  
丸文通商株式会社 メディカ出版株式会社

### 広 告 掲 載

アステラス製薬株式会社 アストラゼネカ株式会社  
エーザイ株式会社 M S D 株式会社  
オオサキメディカル株式会社 大塚製薬株式会社  
小野薬品工業株式会社 株式会社トップ  
興和創薬株式会社 サノフィ・アベンティス株式会社  
セントラルメディカル株式会社 大正富山医薬品株式会社  
大日本住友製薬 武田薬品工業株式会社  
中外製薬株式会社 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
ノバルティスファーマ株式会社 バイエル薬品株式会社

### 出 展 企 業

株式会社大塚製薬工場 株式会社ダスキンヘルスケア北陸



## ボノテオからの新提案。



骨粗鬆症治療薬(ミノドロン酸水和物錠)  
**ボノテオ錠50mg**  
Bonoteo®

薬価基準収載



### 【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- (1) 食道狭窄又はアカリシア(食道弛緩不能症)等の食道通過を遅延させる障害のある患者
- (2) 服用時に上体を30分以上起こしていることのできない患者
- (3) 本剤の成分あるいは他のビスホスホネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (4) 低カルシウム血症の患者
- (5) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人

### 【効能・効果】骨粗鬆症

#### 【効能・効果に関連する使用上の注意】

(1) 本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会の診断基準等を参考に、骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。(2) 男性患者での安全性及び有効性は確立していない。

**【用法・用量】**通常、成人にはミノドロン酸水和物として50mgを4週間に1回、起床時に十分量(約180mL)の水(又はぬるま湯)とともに経口投与する。なお、服用後少くとも30分は横にならず、飲食(水を除く)並びに他の薬剤の経口摂取も避けること。

#### 【用法・用量に関連する使用上の注意】

投与にあたっては次の点を患者に指導すること。(1) 本剤は水(又はぬるま湯)で服用すること。水以外の飲料(Ca、Mg等の含量の特に高いネラルウォーターを含む)、食物及び他の薬剤と一緒に服用すると吸収を妨げることがあるので、起床後、最初の飲食前に服用しかつ服用後少なくとも30分は水以外の飲食を避ける。(2) 食道及び局所への副作用の可能性を低下させるため、速やかに胃内へと到達させることが重要である。服用に際しては、以下の事項に注意すること。(1) 口腔咽頭刺激感の可能性があるので、本剤を嘔んだり又は口中で溶かさないことを。(2) 十分量(約180mL)の水(又はぬるま湯)とともに服用し、服用後30分は横たわらないこと。(3) 眠寝時又は起床前に服用しないこと。(3) 本剤は4週間に1回服用する薬剤であるため、飲み忘れないように注意すること。本剤の服用を忘れた場合は、翌日に1錠服用すること。

#### 【使用上の注意】(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1) 嘔下困難、食道炎、胃炎、十二指腸炎、又は潰瘍等の上部消化管障害がある患者 (2) 重篤な腎障害のある患者
2. 重要な基本的注意 (1) 上部消化管に関する副作用が報告されているので、これらの症状があらわれた場合は、本剤の服用を中止して診察を受けるよう指導すること。(2) 骨粗鬆症の発症にエストロゲン欠乏、加齢以外の要因が関与していることもあるので、治療に際してはこのような要因を考慮する必要がある。(3) 本剤投与後は、血清カルシウム値が低下する可能性があるため、血清カルシウムの変動に注意し、必要に応じて、カルシウム及びビタミンDを補給すること。ただし、カルシウム補給剤及びカルシウム、アルミニウム、マグネシウム含有製剤は、本剤の吸収を妨げるので、服用時刻を変えて服用せよ。(「相互作用」の項参照)
- (4) 本剤含むビスホスホネート系薬剤による治療を受けていた患者において、顎骨壊死・顎骨骨髓炎があらわれることがある。報告された症例の多くが抜歯等の顎骨に対する侵襲的な歯科処置や局所感染に関連して発現している。リスク因子としては、悪性腫瘍、化学療法、コルチコステロイド治療、放射線療法、口腔の不衛生、歯科処置の既往等が知られている。本剤の投与開始

前は口腔内の管理状態を確認し、必要に応じて、患者に対し適切な歯科検査を受け、侵襲的な歯科処置ができる限り済ませておくよう指導すること。本剤投与中に侵襲的な歯科処置が必要になった場合には本剤の休業等を考慮すること。また、口腔内を清潔に保つこと、定期的な歯科検査を受けること、歯科受診時に本剤の使用を歯科医師に告知して侵襲的な歯科処置はできる限り避けることなどを患者に十分説明し、異常が認められた場合には、直ちに歯科・口腔外科を受診するよう指導すること。(5) ビスホスホネート系薬剤を長期使用している患者において、非外傷性的大脛骨転子及び近位大脛骨骨幹部の非定型骨折が発現したとの報告がある。これらの報告では、完全骨折が起る数週間から数ヶ月前に大腿部や鼠径部等において前駆痛が認められている報告があることから、このような症状が認められた場合には、X線検査等を行い、適切な処置を行うこと。また、両側性の骨折が生じる可能性があることから、片側で非定型骨折が起きた場合には、対照側の大脛骨の症状等を確認し、X線検査を行なうなど、慎重に観察すること。X線検査時には骨皮質の肥厚等、特徴的な像が見られるおり、そのような場合には適切な処置を行うこと。

3. 相互作用(併用に注意すること) 水以外の飲料、食物(特に牛乳や乳製品のような高カルシウム含有飲食物)、多価陽イオン(カルシウム、鉄、マグネシウム、アルミニウム等)含有製剤(ミネラル入りビタミン剤、制酸剤等)

4. 副作用 承認時までの臨床試験における228例中30例(13.2%)に副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは胃・腹部不快感5例(2.2%)、腹痛3例(1.3%)、胃炎3例(1.3%)及びアルカリホスファチーゼ減少3例(1.3%)等であった。(承認時:2011年7月)

(1) 重大な副作用 1) 上部消化管障害:十二指腸潰瘍(0.4%)、胃潰瘍(頻度不明)等の上部消化管障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。(2) 顎骨壊死・顎骨骨髓炎・顎骨接合死・顎骨骨髓炎(頻度不明)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。(3) 大腿骨転子下及び近位大脛骨骨幹部の非定型骨折:大腿骨転子下及び近位大脛骨骨幹部の非定型骨折(頻度不明)を生じることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。(2) 重大な副作用(類似) 1) 低カルシウム血症:他のビスホスホネート系薬剤において痙攣、テナニー、しづれ、失覚意識、QT延長等を伴う低カルシウム血症があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 2) 肝機能障害、黄疸:他のビスホスホネート系薬剤において重篤な肝機能障害、黄疸があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

■その他の使用上の注意等につきましては、  
製品添付文書をご参照下さい。

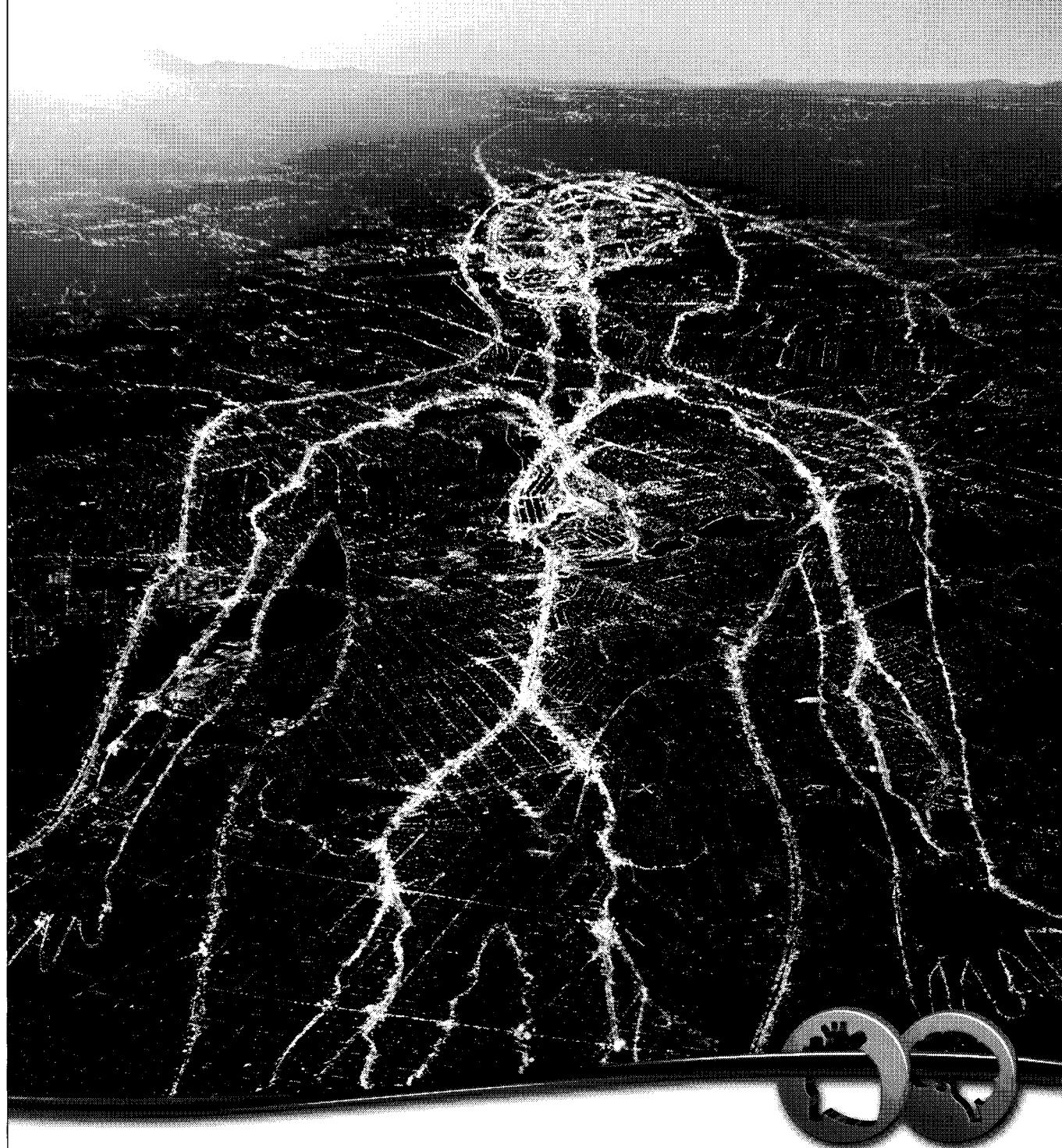
■本剤は新医薬品であり、4週間に1回1錠服用する製剤であるため、厚生労働省通知「保医発0912第1号」(平成23年9月12日付)に基づき、平成24年9月末日までは1回1錠の処方を限度とされています。

製造販売 アステラス製薬株式会社  
東京都板橋区蓮根3-17-1

[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

11/11作成 A4 A.03





## 抗血小板剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

# プラビックス<sup>®</sup> 錠75mg 錠25mg

クロピドグレル硫酸塩製剤 ●薬価基準収載

★「効能又は効果」「用法及び用量」「禁忌を含む使用上の注意」等については現品添付文書をご参照ください。

★ 資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

e-MR

<http://e-mr.sanofi-aventis.co.jp/>

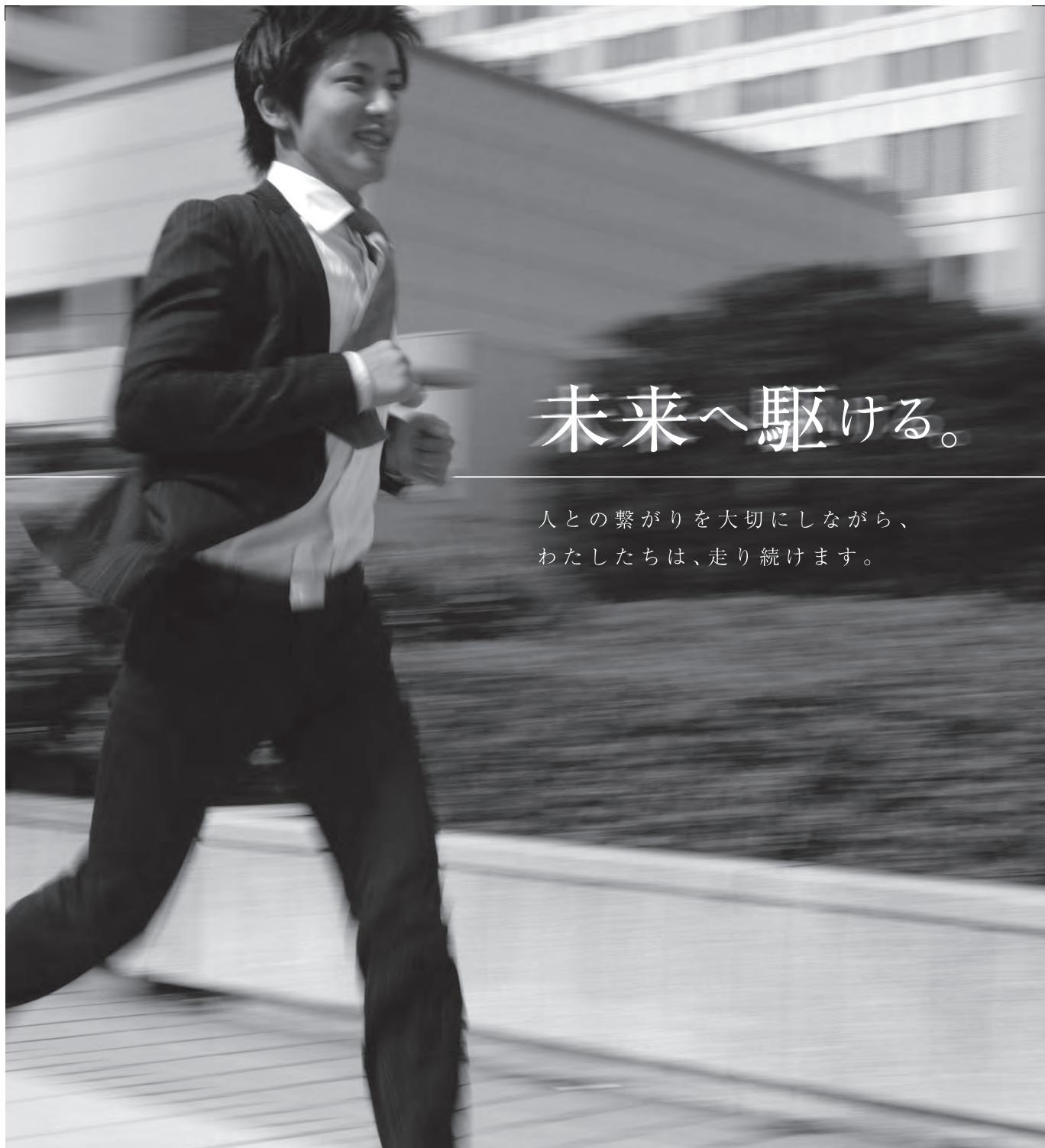
2012年5月作成 JP.CLO.12.06.06 (PLV1268A)

製造販売: サノフィ・アベンティス株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

サノフィ・アベンティスはサノフィ・グループの一員です

SANOFI



未来へ駆ける。

人との繋がりを大切にしながら、  
わたしたちは、走り続けます。



Central Medical

## セントラルメディカルグループ

医療機器総合商社

**セントラルメディカル株式会社**

富山営業所／〒930-0153 富山県富山市境野新62番7  
TEL.076(427)1321(代) FAX.076(427)1320  
石川本社・大阪営業所・福井営業所

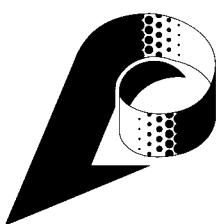
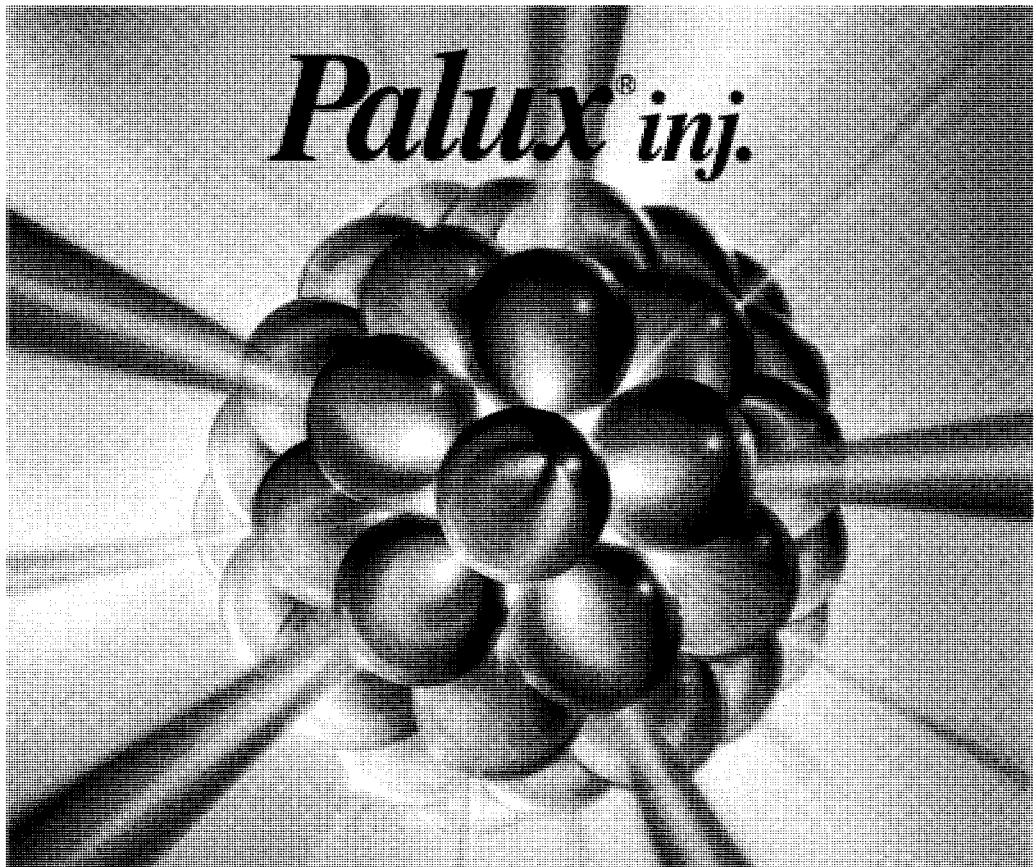
<http://www.centralmedical.co.jp/>

福祉用具レンタル・販売

**株式会社メディペック**

富山営業所／〒930-0151 富山県富山市古沢3,32番地1  
TEL.076(436)1521(代) FAX.076(427)1320  
石川本社・大阪営業所・福井営業所





プロスタグラニンE<sub>1</sub>製剤 薬価基準収載  
日本薬局方 アルプロスタジル注射液  
**パルレックス<sup>®</sup>注 5μg, 10μg  
ディスポ 10μg**

劇薬・処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)  
アルプロスタジル注射液

※「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください



発売 [資料請求先]

大正富山医薬品株式会社  
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



製造販売

大正製薬株式会社  
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

# Best Answer in Diabetes Care

患者さん一人ひとりに最適な糖尿病治療を。



武田薬品工業株式会社



# MIRCERA® epoetin beta pegol

新発売



持続型赤血球造血刺激因子製剤

**ミルセラ®** 25 $\mu\text{g}$ 、50 $\mu\text{g}$ 、75 $\mu\text{g}$   
注シリソジ 100 $\mu\text{g}$ 、150 $\mu\text{g}$ 、200 $\mu\text{g}$ 、250 $\mu\text{g}$

MIRCERA® Injection Syringe 25 $\mu\text{g}$ , 50 $\mu\text{g}$ , 75 $\mu\text{g}$ , 100 $\mu\text{g}$ , 150 $\mu\text{g}$ , 200 $\mu\text{g}$ , 250 $\mu\text{g}$

エポエチンベータペゴル(遺伝子組換え)注

(R) F.ホフマン・ラ・ロシュ社(スイス)登録商標

生物由来製品、劇薬、処方せん医薬品<sup>注</sup> 薬価基準収載

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

※効能・効果・用法・用量・禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照下さい。  
<http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元



中外製薬株式会社

| [資料請求先] 医薬情報センター  
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1 TEL.0120-189706 FAX.0120-189705

ロシュ グループ

2011年7月作成

**TOP**

The TOP in Quality

Since 1940

# ネオフィード栄養セット ナチュール Eバッグ付

- ◆大口径でジッパータイプの注入口
- ◆ジッパー強度が高く、栄養剤充填後に横置きしても漏れません
- ◆バッグ下部には、栄養剤の残液量を軽減する傾斜付



コード:06428

入り数:10本/箱

(株)トップ 金沢営業所

製造販売業者 株式会社トップ



直接トロンビン阻害剤

**フ<sup>°</sup>ラザキサ<sup>®</sup>** 75mg  
カプセル 110mg

薬価基準収載

ダビガトランエキシラートメタンスルホン酸塩製剤

処方せん医薬品

(注意-医師等の処方せんにより使用すること) **Prazaxa<sup>®</sup> Capsules 75mg・110mg**

「効能・効果」「用法・用量」「警告・禁忌を含む使用上の注意」「用法・用量に関連する使用上の注意」につきましては製品添付文書をご参照ください。

製造販売

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

〒141-6017 東京都品川区大崎2丁目1番1号

資料請求先: DIセンター



Boehringer  
Ingelheim



2012年3月作成



薬業・処方せん医薬品：注意--医師等の処方せんにより使用すること  
アルツハイマー型認知症治療剤  
(薬価基準収載)

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠  
**アリセプト®** 錠 3mg  
錠 5mg  
錠 10mg

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒  
**アリセプト®** 細粒 0.5%

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠  
**アリセプトD®** 錠 3mg  
錠 5mg  
錠 10mg

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩製剤  
**アリセプト®** ® 内服ゼリー 3mg  
内服ゼリー 5mg  
内服ゼリー 10mg

- 効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元 **Eisai** エーザイ株式会社  
東京都文京区小石川4-6-10

販売提携 **Pfizer** ファイザー株式会社  
東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先 エーザイ株式会社 お客様ホットライン  
ファイザー株式会社 製品情報センター

[www.aricept.jp](http://www.aricept.jp) ART1205M01

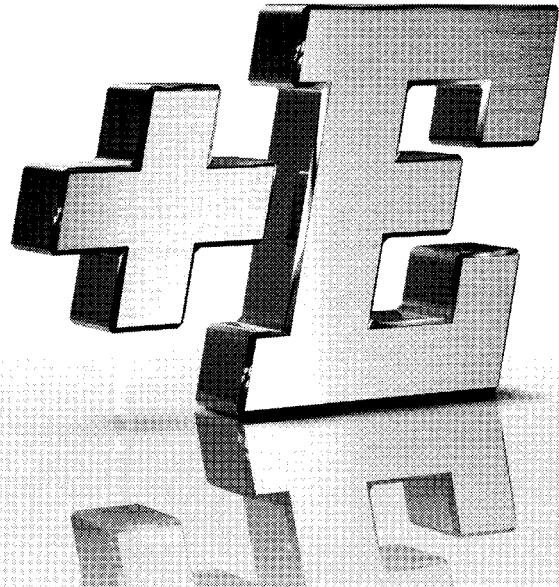
ひとつひとつの命を救いたい。

ひとりひとりの健康にもっと貢献したい。

私たち MSD は、世界 140 カ国以上で、医療用医薬品、ワクチンなど、

革新的なヘルスケア・ソリューションを提供しています。





### 抗てんかん剤

処方せん医薬品(注意一医師等の処方せんにより使用すること)

薬価基準収載

## イーケフラ<sup>®</sup>錠 250mg 500mg

EKeppra Tablets

レペチラセタム錠

- 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「用法・用量に関する使用上の注意」等について添付文書をご参考ください。

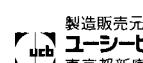


販売

大塚製薬株式会社  
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社 医薬情報センター  
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー



製造販売元

ユーシーピージャパン株式会社  
東京都新宿区西新宿8丁目17番1号

('12.05作成)

### 抗血小板剤

シロスタゾール口腔内崩壊錠

薬価基準収載

## フレタール<sup>®</sup>OD錠 50mg・100mg

Pletaal<sup>®</sup> OD tablets 50mg・100mg

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参考ください。

製造販売元

大塚製薬株式会社  
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社 医薬情報センター  
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

('12.06作成)



大日本住友製薬

ポリエンマクロライド系抗真菌性抗生物質製剤  
毒薬・処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

薬価基準収載

アムビゾーム®  
点滴静注用50mg  
注射用アムホテリシンBリポソーム製剤(略号:L-AMB) AmBisome®

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)

大日本住友製薬株式会社  
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター

☎ 0120-034-389

受付時間／月～金 9:00～18:30(祝・祭日を除く)

[医療情報サイト] <http://ds-pharma.jp/>

提携

GILEAD

2010.4月作成

NOVARTIS

選択的AT<sub>1</sub>受容体ブロッカー／持続性Ca拮抗薬合剤  
エックスフォージ®配合錠  
[新規] 処方せん医薬品(II)  
EXFORGE® Combination Tablets  
【注意】注意—医師等の処方せんにより使用すること  
バルサルタン/アムロジピンベシル酸塩配合錠

エックスフォージ®配合錠は、バルサルタン80mgとアムロジピン5mgを含有する配合剤です。  
効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売  
ノバルティス ファーマ株式会社  
東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618  
(資料請求先)

NOVARTIS DIRECT  
0120-003-293  
受付時間：月～金 9:00～17:30  
(祝日及び当社休日を除く)  
[www.novartis.co.jp](http://www.novartis.co.jp)

2011年10月作成



アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載

## イクセロンパッチ<sup>®</sup> 4.5mg/9mg 13.5mg/18mg

EXELON PATCH

リバストグミン経皮吸収型製剤

劇薬 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売

ノバルティス フーマ株式会社  
東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

(資料請求先)

NOVARTIS DIRECT  
0120-003-293  
受付時間：月～金 9:00～17:30  
(祝祭日及び当社休日を除く)  
[www.novartis.co.jp](http://www.novartis.co.jp)

2012年6月作成

新発売



選択的直接作用型第Xa因子阻害剤

## イグザレルト<sup>®</sup> 錠 10mg 15mg

Xarelto<sup>®</sup>

(リバーコキサバン錠) 薬価基準収載

処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」、「用法・用量に関する使用上の注意」等詳細については、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<http://www.bayer.co.jp/byl>



2012年4月作成



# Global

世界の最先端技術をもとに日本でも  
医薬品開発に努め実績を築いていきます。

医療の「A」から「Z」まで。

AstraZeneca  
アストラゼネカ

◎弊社についてもっと知りたい方は <http://www.astrazeneca.co.jp/> 〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号

アストラゼネカ株式会社

Osaki

心かようもの創りで  
よりよい医療と介護を目指します。

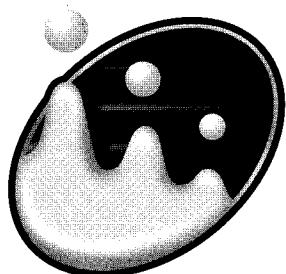
オオサキメディカル株式会社

名古屋市西区玉池町203番地 〒452-0812  
ホームページ <http://www.osakimedical.co.jp/>  
お客様相談室 ☎ 0120-15-0039  
(受付時間 10:00~17:00※土・日・祝祭日を除く)

#### 取扱い製品



- ガーゼ製品 / ●脱脂綿製品 / ●外科製品 / ●整形外科製品
- ホータイ製品 / ●看護・介護製品 / ●産科・婦人科製品



## HMG-CoA還元酵素阻害剤 リバロ錠 1mg 2mg 4mg

処方せん医薬品:注意一医師等の処方せんにより使用すること  
(ピタバスタチンカルシウム製剤) 薬価基準収載

●効能・効果・用法・用量・禁忌・使用上の注意等は添付文書をご参照ください。



製造販売元 興和株式会社  
(資料請求先) 東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

販売元 興和創薬株式会社  
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

提携 日産化学工業株式会社

12.7作成

---

**日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第1巻**  
**第8回 学術集会プログラム・抄録集**

---

発行日：2012年9月22日

発 行：丸川 陽子（医療法人社団 秋桜 丸川病院）

発行者：日本ヒューマン・ナーシング研究学会 学術集会

事務局：〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学 福良 薫

TEL&FAX：0133-23-1563

印刷所：コミナミ印刷(株)

---



おかげさまで 創刊5周年



リハビリ看護の実践力アップをサポートします!

# リハビリナース REHABILITATION NURSE

■本誌 (A4変型判／隔月刊) 定価: 2,100円 (本体2,000円+税) ■増刊 (A4変型判／年1冊刊行) 定価: 4,410円 (本体4,200円+税)

リハビリテーションはチーム医療によって、患者さんの生命だけでなくその後の生活まで見据えて行われ、ナースにも高い専門性が求められています。

創刊5周年を迎える2012年の『リハビリナース』は数々の新連載でパワーアップするだけでなく、特集もますます充実! 知りたかった情報がいっぱい載っています。かならずチェックしてくださいね!

脳神経看護は“知れば知るほど”おもしろい!

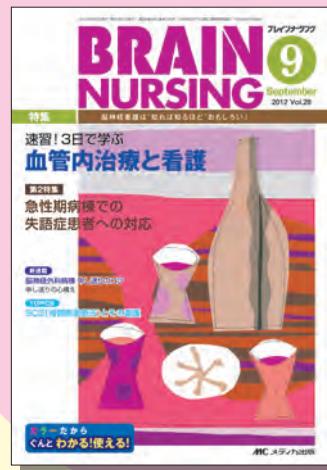
# BRAIN NURSING

創刊28年目を迎える脳神経看護に役立つ情報が満載の専門誌です。

「患者さんの回復はナースの力にかかっている」とまで言われる脳神経看護。本誌では脳神経疾患病棟スタッフに必須の知識と技術を1年を通して学べるような特集を予定しています。

また第2特集では、関連疾患やより専門的なテーマも取り上げます。ICUなどの超急性期看護やオペナース、循環器疾患病棟のスタッフにも知ってもらいたい内容が満載です!

■本誌 (B5判／月刊)  
定価: 1,890円 (本体1,800円+税)  
■増刊 (B5判／年2冊刊行)  
定価: 4,200円 (本体4,000円+税)



## My Atlas Coloring Workbook of Skeleto muscular System

定価4,830円 (本体4,600円+税)  
A4変型判／152頁 ISBN978-4-8404-4069-1  
Web T120260 (メディア出版WEBサイト専用検索番号)



# 塗って覚えて理解する! 筋・骨・神経の 機能解剖

森ノ宮医療大学大学院保健医療学研究科教授 永瀬 佳孝

筋と骨を関連づけた紙面展開で、その機能解剖がわかる。ぬり絵をしながら、筋・骨・神経の名称を覚えることはもちろん、筋ではその起始と停止が理解しやすい。

- 第1章 はじめに (1. 重要な解剖用語／2. 骨の連結／3. 骨格筋と運動)
- 第2章 体幹と肩の運動・呼吸 (1. 脊柱／2. 胸郭と呼吸／3. 上肢帯と浅胸筋、上肢帯の筋)
- 第3章 上肢と手の動き (1. 前腕の骨／2. 腕関節と橈骨と尺骨の連結／3. 上腕の筋 (ほか))
- 第4章 下肢 (1. 下肢帯／2. 自由下肢の骨／3. 下腿の骨／4. 膝関節／5. 膝骨と腓骨の連結 (ほか))
- 第5章 頭頸部 (1. 頭蓋／2. 頭部の筋／3. 頸部の筋／4. 咽頭の筋)

MC メディカ出版

[www.medica.co.jp](http://www.medica.co.jp)

お客様センター ☎ 0120-276-591

本社 〒532-8588 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル16F