

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第3巻

第10回 学術集会プログラム・抄録集

The 10th Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：看護の力を地域に～繋げようNICDの力～



会 期 2014年10月25日(土)

会 場 広島県民文化センターふくやま
広島県福山市東桜町1-21

大会長 社会医療法人 祥和会 脳神経センター大田記念病院
神原 文江

第10回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 開催によせて

第10回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 大会長

神 原 文 江

(社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院)

第10回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 in 福山『看護の力を地域に～繋げようNICDの力～』が、いよいよ開催の時を迎えました。記念すべき第10回という節目の大会を、広島県福山市で開催できますこと、大変光栄に思っています。開催に当たっては、多方面からのご支援、ご指導、ご協力を賜りましたこと、厚く御礼申し上げます。

残念ながら、学術集会の準備中には、悲しい出来事もございました。本学会理事であり、生活回復看護(NICD)の普及にご尽力された広島文化学園大学の松井英俊先生が昨年11月28日に急逝されました。いつも我々を温かくご指導くださった先生の突然の訃報に、一同深く悲しんでおります。ご冥福を心よりお祈り申し上げます。また、今夏には、御承知のように、広島市において大規模な土砂災害が発生しました。亡くなられた方々にお悔やみ申し上げますとともに、一日も早い被災地の復興をお祈り申し上げます。

さて、本学会は2007年に「看護技術の診療報酬化をめざす研究プロジェクト」として発足し、2011年の熊本県での開催時より、「日本ヒューマン・ナーシング研究学会」として学会移行致しました。会員は看護師のみならず、医師、理学療法士、介護福祉士など他職種で構成され、年々会員数も増加しています。学会認定看護師も4期生が誕生し、本邦における認知ならびに各地域での活躍が広がりつつあります。

当院のホームページには、NICDに関する取組みを掲載しており、このため遷延性意識障害患者様のご家族より、ぜひNICDを受けたいとの連絡をいただくことがあります。当院は急性期病院であり、診療報酬上の制約もあって、現状、残念ながら年に2例程度の患者様しかお受けできません。すぐに対応できないとお伝えする際には、お話しをお伺いし、ご助言を差し上げることしかできないのですが、皆様、それだけでも少し気持ちが楽になった、と仰います。患者様に少しでも回復してほしい、受け入れてくれる施設がほしい…そういった方々の思いにお応えできるように、もっとNICDが各地で普及してくれたら、という思いが募ります。

昨今、地域包括ケアシステムの構築が推進されています。患者様、ご家族が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けるための支援の一つとして、NICDが地域に広がってほしい、という願いを込めて、今回のテーマを「看護の力を地域に～繋げようNICDの力～」としました。大会では、多数の実践発表や、学びの場を用意しております。また、懇親会もごございますので、ぜひ非会員の方々にもご参加いただき、今後のNICDの発展に向けたディスカッションが深まることを期待しています。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

目 次

大会長挨拶	1
目次	2
会場への交通アクセス	3
学会参加者へのお知らせ	4
プログラム	6
行程表	8
講演資料	9
シンポジウム資料	13
発表抄録	19
会則・入会申し込み・投稿規定（案）.....	33
協賛企業一覧	43

会場までのアクセス

会 場：広島県民文化センターふくやま

広島県福山市東桜町 1 番 21 号

TEL : 084-921-9200 / FAX : 084-921-8200

(JR福山駅南口より徒歩 4 分)

交通のご案内

●飛行機でお越しの方

岡山空港→(リムジンバス約 30 分)→JR岡山駅→(新幹線 約 17 分)→JR福山駅

広島空港→(リムジンバス約 60 分)→JR福山駅

●JRでお越しの方

山陽本線または山陽新幹線 福山駅下車 南口より徒歩 4 分

●お車でお越しの方

山陽自動車道「福山東」ICより約 15 分

山陽自動車道「福山西」ICより約 25 分

※会場専用の駐車場はありません。近隣の有料駐車場をご利用ください。

会場周辺地図



学会参加者へのお知らせ

1. 抄録について

抄録集は10月上旬に事前参加者に発送いたします。必ずご持参ください。

ご持参頂けなかった場合は受付にて若干の予備を用意いたしますが、500円で購入となりますのでご了承下さい。

10月17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。

2. 受付について

1. 受付は10月25日(土)9:00から行います。

2. 学会参加費は事前登録(学会員4,000円、非会員5,000円)当日登録(学会員5,000円、非会員6,000円)、学生(事前、当日共1,500円)、懇親会(学会員、非会員、学生共5,000円)です。お釣りがいらないようにご準備をお願いします。

3. 抄録集に同封しました領収書付参加証に、所属・氏名を記入しご持参頂き会場内では必ずお付け下さい。当日参加の方には当日お渡しします。

4. 開会直前の総合受付は混み合いますので、早めに受付をお済ませてください。

3. 総会・NICD認定証書授与式について

13:20～13:35に会場ホールにて総会及び第4期NICD認定証書授与式が行われます。

皆様ご参加ください。

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、受付時にお申し出ください。(〆切当日9:50)

参加費は5,000円です。懇親会会場は福山ニューキャッスルホテルB1F 中国四川料理「又来軒」です。

学術集会当日に再度ご案内致します。学術集会会場より徒歩約2分です。

5. 県外よりお越しの方へ 補助金に係る宿泊状況の提供依頼

今回、コンベンション開催事業補助金申請を行っています。県外よりお越しで福山市の宿泊施設をご利用の場合、抄録集に同封しました宿泊情報提供書にご記入いただき、学術集会当日受付にお渡しください。

ご協力宜しくお願いします。

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事前に許可した場合以外は禁止します。

7. 演者の方へ

1. 口演者の方は、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。
スライドの作成につきましては、下記の点をご考慮ください。

Windows版 Microsoft Power Pointファイルを受け付けます。(Macintosh・ipadは非対応)。
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1階スライド受付にお持ち頂き、用意してあるフォルダーにセットの上、試写を行って下さい。PC (Windows Microsoft Power Point2010) 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ください。
(元の動画が無ければ動きません。)ただし、動画の量が多い場合はご自身のPCをお持ちください。

2. 口演の各群開始5分前までに、次演者席にご着席ください。
3. 口演時間は口演1題につき発表7分までです。時間を厳守してください。
各発表後に3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

1. 各群開始5分前までに次演者席にて待機して頂きますようお願いいたします。
2. 進行は、口演1題につき発表7分で、各発表後に質疑応答3分とします。
持ち時間厳守でお願いします。
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室をご利用ください。

9. その他

1. 駐車場について
近隣の有料駐車場をご利用ください。
2. 昼食・休憩について
学会ではお弁当をご用意しています。ランチョンセミナーの際にお配りします。
食べられたお弁当のゴミは回収いたします。
3. 携帯電話について
会場内での携帯電話のご利用は極力お控え下さい。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。
4. 携帯品について
手荷物は会場内の受付奥特設クロークにてお預かりします。
クロークの利用時間は9:00~16:30です。貴重品は各自で保管してください。
5. 会場内の呼び出しについて
会場内の呼び出しは原則として行いません。
6. 喫煙について
会場内は全館禁煙です。

プログラム

■開会式 (9:50～10:00)

オリエンテーション

大会長挨拶 神原 文江(脳神経センター大田記念病院)

■基調講演 (10:00～10:50)

「NICD(生活行動回復看護)の確立—地域拡充への課題—」

講師 紙屋 克子(筑波大学 名誉教授)

■シンポジウム (11:00～12:10)

「地域にNICDを広げるために」

座長 日高 紀久恵 (筑波大学 医学医療系教授)

- ①病院の立場から 宮崎 由佳 (脳神経センター大田記念病院)
- ②患者家族の立場から 金行 真知子 (患者家族)
- ③地域の立場から 崎元 洋子 (訪問看護ステーションスクラム所長)
- ④NICDの立場から 渡辺 あつ子 (おか脳神経外科)

■ランチョンセミナー (12:20～13:00)

「在宅療養を支える口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーション」

座長 黒岩 恭子 (村田歯科医院 院長)

演者 猪原 健 (医療法人敬崇会 猪原歯科医院 副院長)

■総会・NICD認定証書授与式 (13:20～13:35)

■実践報告1群 (13:40～14:20)

座長：和田 澄子 (JA岐阜厚生連中濃厚生病院)

土屋 郁恵 (木沢記念病院中部療護センター)

1-1 寝たきりの状態から車椅子で再び在宅生活を送るために

～介護老人保健施設での看護介入～

石本 政恵 (医療法人社団愛心館 介護老人保健施設プラットフォーム)

1-2 急性期病棟でNICDプログラムの導入事例

轟木 りりか (木沢記念病院 消化器内科病棟)

1-3 在宅生活におけるQOLを高めるためのバランスボール運動を活用した看護介入

—通所リハビリ施設における取り組み—

水沢 弘代 (ディサービスセンター花音)

1-4 重症心身障害者に対する身体解放の技術の実践の成果と課題

小田 笑子 (子鹿医療療育センター)

■実践報告Ⅱ群 (14:25～15:05)

座長：竹内 葉子 (千葉療護センター)

鈴木 敬子 (千葉療護センター)

2-1 長期間寝たきりのくも膜下出血後の高齢患者にNICDを用いた取り組み
～座位能力の向上をめざして～

北脇 基史 (東近江敬愛病院)

2-2 超高齢者への生活行動回復援助ができた取り組み

久保 喜美江 (一般財団法人札幌同交会病院)

2-3 長期寝たきりの患者の排尿を促す看護援助について

亀山 綾華 (木沢記念病院中部療護センター)

2-4 看護記録に表現された患者家族の行動変化

—脳外科患者家族へ家族参画型の看護計画を立案して—

深野 久子 (東京都立墨東病院)

■実践報告Ⅲ群 (15:10～16:00)

座長：宮崎 絵美 (如水会 鳴田病院)

萩原 亜矢子 (島田市民病院)

3-1 在宅療養で発症した関節拘縮へのNICDの取り組み

阿部 美由紀 (釧路孝仁会記念病院)

3-2 筋緊張緩和のケアによる左上肢の随意性向上に向けた取り組み

田中 秀美 (木沢記念病院 中部療護センター)

3-3 バランスボール運動による関節可動域拡大に対する有効性の検証

～苦痛のないオムツ交換を目指して～

広瀬 志重美 (医療法人三和会 東鷲宮病院)

3-4 急性期から退院後の生活を視野に入れた日常生活動作の再獲得に向けた看護

～バランスボールを使用したムーブメントを早期から実施して～

田口 かおり (社会医療法人厚生会 木沢記念病院 南6階病棟)

3-5 介入開始時FIM18点の重症例に対するNICD介入の効果とその予測因子

佐々木 幸代 (医療法人社団秋桜 丸川病院)

■閉会式 (16:00～16:10) 閉会挨拶・

閉会挨拶 紙屋 克子 (日本ヒューマン・ナーシング研究学会 理事長)

閉会宣言

第10回日本ヒューマンナーシング研究学会 行程表

	メイン会場(県民文化センターホール)	ホワイエ
8:00		
9:00	受付開始	<p>企業展示 9:00～</p> <p>微振動体験 13:00～13:40</p> <p>企業展示 ～15:30</p>
	9:50～オリエンテーション 開会式	
10:00	10:00～10:50 (50分) 基調講演 「NICD(生活行動回復看護)の確立 -地域拡充への課題-」 講師:紙屋克子 (筑波大学名誉教授)	
	10:50～11:00 (10分) 休憩	
11:00	11:00～12:10 (70分) シンポジウム 「地域にNICDを広げるために」 座長:日高紀久江 筑波大学医学医療系教授 シンポジスト 病院の立場から 宮崎由佳 (脳神経センター大田記念病院) 患者家族の立場から 金行真知子(患者家族) 地域の立場から 崎元洋子 (訪問看護ステーションスクラム) NICDの立場から 渡辺あつこ(おか脳神経外科)	
12:00	12:10～12:20 (10分) 休憩	
	12:20～13:00 (40分) ランチョンセミナー 「在宅療養を支える口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーション」 演者: 猪原 健先生 (医療法人敬崇会 猪原歯科医院 副院長)	
13:00	座長: 黒岩恭子 村田歯科医院 院長	
	13:00～13:20 (20分) 休憩	
	13:20～13:35 (15分) 総会・NICD4期生認定証書授与式	
14:00	13:35～13:40 (5分) 休憩	
	13:40～14:20 (40分) 実践報告 I 群 4題	
	14:20～14:25 (5分)休憩	
	14:25～15:05 (40分) 実践報告 II 群 4題	
15:00	15:05～15:10 (5分) 休憩	
	15:10～16:00 (50分) 実践報告 III 群 5題	
16:00	16:00～16:10 学会理事長挨拶 閉会宣言	
17:00		
17:30	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 17:30～19:30 懇親会 会場: 福山ニューキャッスルホテル B1F 中国四川料理「又来軒」 </div>	

講演資料

N I C D（生活行動回復看護）の確立 —地域拡充への課題—

紙 屋 克 子
(筑波大学名誉教授)

在院日数の短縮化に伴い長期の意識障害や原因疾患を問わず廃用性障害のために寝たきり状態にある人たちの施設、あるいは在宅療養への移行が進められています。しかしこうした状況にある人の多くは、在宅療養継続のために必要な看護・リハビリテーションを受ける機会も少なく、福祉の支援制度も十分に整えられてはおりません。われわれは遷延性意識障害者ならびに廃用性障害を有する人と家族のQOL向上を目指した看護プログラムの開発に取り組み、一定の成果を挙げてきました。

本看護プログラムは、身体調整の技術（生活リズムの確立とプログラムに耐えうる栄養状態の確認）、身体解放の技術（身体アライメントの失調症状の改善、拘縮解除を目的にした用手微振動・ムーブメントプログラムなど）、生活の再構築技術（生活行動を想起できるような異種感覚刺激の提供と学習効果の確認）で構成されています。また、これらの専門的看護技術を診療報酬に反映させるための取り組み、ならびに開発した看護プログラムについての理解を深め普及を促進するための方策として、本学会と日本脳神経看護研究学会による2学会合同認定看護師教育課程を開講し、NICD認定看護師の育成に努めてきました。さらに、本プログラムを広く地域の病院・施設・地域で実践することを可能にするために、看護プログラムを1クール4週間で実践するパスを作成しました。

くわえて、従来の「意識回復」といった抽象的表現から、「生活の予後診断」という新たな概念を提唱し、看護の第1義的機能である生活支援の視点から患者に変化を起こす看護を提起しています。「生活の予後診断」とは、医師が病気の予後診断を行うことに倣い、意識障害者・廃用性障害で寝たきりにある人を「生活行動の障害を有する存在」と位置づけて、生活障害の正確な把握のもとに看護プログラムの構成と方法を明らかにし、次いでどのくらいの期間でそれらの生活障害がどのレベルまで改善・回復するかを予測することと規定しています（案）。

N I C Dはいまだ確立途上の看護技術ですが、実践する病院・施設・ステーションも確実に増加しつつあります。本看護プログラムの成果を紹介するとともに、地域への拡充を果たすための課題について考察します。

■紙屋 克子 略歴

筑波大学 名誉教授 (医学博士)

1968年 北海道大学 医学部附属看護学校卒業
1968年から11年間、北海道大学医学部附属病院で臨床看護実践 (脳神経外科・精神神経科)
1984年 北星学園大学文学部 社会福祉学科、北海学園大学 法律学科卒業
1985～95年 医療法人札幌麻生脳神経外科病院 看護部長・副院長
1994年 北海学園大学 大学院修士課程 (法学：医事法・インフォームドコンセント) 修了
1995年 筑波大学 医科学研究科教授 (社会医学系)
2000年 筑波大学 人間総合科学研究科教授 (ヒューマン・ケア科学専攻)
2004～06年 看護・医療科学類長
2009年 静岡県立大学学長補佐 (2010年3月まで)
2008年～ 現在 筑波大学 名誉教授

■業績

1973年、世界脳神経外科看護学会で意識障害の看護に関する最初の論文を発表し、現在も意識障害者への支援活動と研究に取り組んでいる。

平成5年度 意識障害患者に関する看護活動の功績により、第27回吉川英治文化賞

平成18年度 障害者に関する支援活動により、内閣府バリアフリー化推進功労者賞

■社会活動

日本脳神経看護研究会理事

日本ヒューマン・ナース研究学会理事

「在宅療養を支える口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーション」

猪原 健

(医療法人社団敬崇会 猪原歯科医院 副院長)

「おいしく口から食べること」は、人間の基本的欲求ですが、遷延性意識障害や廃用症候群などにより長期の寝たきり生活を送っている患者の多くが、経鼻チューブや胃ろう、中心静脈栄養といった人工栄養に頼らざるを得ず、また誤嚥性肺炎のリスク回避のため禁食となっているケースにもしばしば出会います。特に在宅医療の現場では、看護や介護の手の不足から口腔のケアがどうしても後回しになっている現状も見られ、本来であれば一部であっても経口からの摂取が可能な患者がかなりいらっしゃるのではないかと感じています。

ただ、食べることの障害は、常に命の危険と隣り合わせです。誤嚥性肺炎はもちろん、窒息や栄養障害、胃食道逆流など多くのリスクが存在します。食形態、食事の姿勢、口腔の清潔や機能、歯や義歯の問題、嚥下能力、食道の問題……。食に関わる多くの職種が協力して、評価・指導・リハビリテーション・介助などを行うことによって初めて、幸せの一口が実現します。本講演では、当院の摂食嚥下チーム（歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士・管理栄養士）と、在宅医・訪問看護・ヘルパーなどの多職種が協働して、経口摂取の再開が可能となったケースをいくつかお示しし、課題を探っていきたいと思います。

■猪原 健 (いのほら けん) 略歴

歯科医師・博士 (歯学)

2005年 東京医科歯科大学歯学部卒業、2009年 同大学院顎顔面補綴学分野修了。東京大学先端科学技術研究センター人間情報工学 (福祉工学) 協力研究員、日本大学歯学部摂食機能療法学講座 非常勤医員を経て、2010年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部言語聴覚療学科 Visiting Professor として留学。

2011年10月より、敬崇会猪原歯科医院 副院長として歯科訪問診療・摂食嚥下リハビリテーションに従事。

■業績・著書

Inohara K et al.: Standardization of thresholding for binary conversion of vocal tract modeling in Computed Tomography, *Journal of Voice*, vol.24(4), 503-509, 2010

猪原健: 開業医だからできる認知症へのかかわり方, *ザ・クインテッセンス*, vol.33(9), 2014

猪原健: シリーズ「歯科は誤嚥性肺炎を本当に予防できるのか?」—結果を出すために知っておきたい誤嚥性肺炎の予防ストラテジー 第2回 口腔ケアでどのように誤嚥性肺炎を防ぐか?—「歯科医療の専門職」から「歯科技能を有する医療専門職」へ, *日本歯科評論*, vol.74(4), 2014

植松宏, 戸原玄, 猪原 健 他: 日本老年歯科医学会: 舌接触補助床(PAP)のガイドライン(案), *老年歯科医学*, vol.24(2), 104-116, 2009

猪原健, 猪原信俊: 頭頸部がん患者への歯周病メンテナンス, *デンタルダイヤモンド*, 9月号, 2009

猪原健: 精神科病院という「無歯科医村」, *公衆衛生情報*, ライフ出版, 6月号, pp30-31, 2007

猪原健, 隅田由香: 顎顔面補綴の臨床—咀嚼・嚥下・発音の機能回復のために—発音の機能評価—, *医学情報社*, 2006

シンポジウム資料

～病院の立場から～

当院における生活行動回復看護の現状と課題

宮崎由佳

(脳神経センター大田記念病院)

当院は脳神経疾患を専門としている180床の急性期病院であり、二次救急病院の指定を受けている。平均在院日数は徐々に短くなり、現在約11日間となっているなか、年間に2例の生活行動回復看護対象の患者様を受け入れている。一般病棟に入院、3～4週間のプログラムを作成し、1日の中で1時間かけて、バランスボールを使用した他動運動、腹臥位での微振動(マッサージに近いが)、座位での船漕ぎ運動などを看護師2～3名の体制で実施している。一般病棟の看護師は、生活行動回復看護に興味はあるものの日常の看護業務に追われている毎日であり、限定されたスタッフのみで実施しているのが現状である。

生活行動回復看護を実施しているスタッフは、他のスタッフがもっとこの看護に興味を抱き、積極的に取り組んでもらうためにはどうしたらよいかと考えている。また患者の回復の変化が目に見えない時は、自分達の行っていることが、生活行動回復プログラムとして正しく行われているのかどうかと不安に思う気持ちになる。しかし患者さんの表情がわずかでも変化した時、また関節の可動域が広がったと認識できた時には、家族と共に喜び、やりがいへと繋がっている。3～4週間の生活行動回復看護が終了し、僅かに関節可動域が広がり、反応の変化が出はじめた頃退院を余儀なくされる。再入院された時にはまた元に近い状態にかえっていることがあり、地域で生活行動回復看護を継続させていくことへの課題を感じる。

生活行動回復看護を継続させていく為には、家族への指導は大変重要である。この生活行動回復プログラムを希望するご家族は、熱心かつ大変協力的であり、看護師と一緒に共通の目標を目指し取り組んでいる。今回患者の立場からのシンポジストである金行様は、当院で生活行動回復看護を私達と一緒にされている患者様のお母様である。この看護技術を習得し、在宅にて毎日ほぼ一人で行っておられ、その結果入院する毎に良い方向に変化されつつある。継続する為には家族の協力の有無は重要な因子だと思う。

急性期である当院は、生活行動回復看護の対象の患者様の3～4週間の入院を受けるだけでなく、日々ベッドサイドに行ったときスタッフが短時間でも生活行動回復看護を意識した看護をすることにより、関節の拘縮や筋肉の萎縮を防ぎ、回復期病床等への転院につなげることも役割の一つだと思う。今回学術集会に参加された皆様と生活行動回復看護の必要性と継続するためにはどうすればよいか、一緒に考える機会となればと考える。

■略歴

尾道医師会看護専門学校卒業 看護師免許取得

2005年脳神経センター大田記念病院入職一般病棟 2012年看護主任

～患者家族の立場から～

生活行動回復看護(NICD)に対する期待と、全国津々浦々へ普及することへの期待

金 行 真知子
(京都府・患者家族)

2012年5月、私の長女(当時32歳)は自転車事故により、遷延性意識障害を負う身となった。いま、夫とともに在宅での介護を続けるとともに、現在までに3~4回程度、毎回1ヵ月を上限に、NICDに取り組む、かつて長女(看護師)が勤務していた広島病院に入院させて頂いている。新たな疾患が起きていないか検査を受けるとともに、熱心な看護師の皆さんの手を借りて身体機能を少しでも回復をさせるためである。

事故後、いくつかの医療施設を経て、在宅での介護を選択した。その背景には、厳しい医療・介護現場の現実があった。長女は筋緊張が強く、退院時には胃ろうを選択していた。残念ながら受け入れてくれる施設やショートステイは近隣にはなかった。病院では重度障害を負った患者は「寝たきりを維持」させられ、リハビリテーションの対象ともならないことを知り、わが子を病院や施設に預けることに強い抵抗を覚えた。

しかし、夫婦だけで在宅介護ができないことは百も承知であった。地域包括ケアセンターの相談員が奮闘してくださり、「訪問診療」「訪問による口腔ケア」「訪問看護」「訪問入浴」「訪問リハ」そして筋緊張を和らげる「訪問マッサージ」と、提供されているサービスを網羅する形でケアプランを立ててもらい、在宅介護が始まった。最初は簡単ではなかった。長女は、けいれんと高熱を繰り返し、解熱のための氷が瞬く間になくなり、ついには冷凍ストッカーを自宅に設置した。

一方、意識回復に望みをかけ、頭部への電気けいれん療法を考えていた。二つの病院で脳血流検査まで行ったが、入院間際に訪問診療医から「私の子やったら、連れて行かない。本人に負担をかけるばかりや」と言われ思い留まった。偶然にも時を同じくして、長女の先輩にあたる看護師からNICDの存在を聞き、広島の元勤務先病院へ入院することとなった。これが私の介護を大きく変えるきっかけとなった。先輩看護師らが行うNICDの取り組みを、私自身が学び、家庭に持ち込むこととなった。筋緊張を和らげ、関節が拘縮しないよう、リハビリに努め、そして、寝たままにならぬよう、専用の車いすで近隣を散歩する…といった、毎日の介護のスタイルを確立できたのは、病院での学びが大きい。

いま、長女の体調は安定し、体温調整は難しいが、高熱で苦しむことはなくなった。関節の可動域も広がってきた。介助は必須だが、胃ろうとあわせ、経口摂取で食事もできている。

長女の介護を苦だと思ったことは一度もない。しかし、夫婦がいつまで介護を続けられるのか、ということを考える機会が増えた。元気に働く夫も60代後半となった。長女に影響され、看護師の道を選んだ次女には、その人生の迷惑にならぬよう、極力負担をかけてはならないと思っている。

今日、会場にお越しの皆さまにお願いしたい。NICDに取り組む病院を全国に増やしてほしい。住いの近くで受けられるようにしてほしい。遷延性意識障害を持つ患者を「寝たきり」にさせない医療施設が増えてほしい。

また、長女のように若くて重度障害を負うと、介護保険の対象にならず、ショートステイですら受け入れてくれる施設が近隣にはない。施設に入ることも難しい。この現実を広く社会の皆さんに知ってもらい、少しでも解決に近づけてほしいと思う次第である。

～地域の立場から～ 地域でのNICDの取り組み

崎元 洋子

(一般社団法人三次地区医師会訪問看護ステーション スクラム所長)

訪問看護では、限られた時間でその人に必要なケアを主治医の指示のもと行なっている。発症から約7年経過した20歳代の遷延性意識障害者のMさんには、特に体調管理・感染防止ケアを行なってきた。訪問時、ご両親と会話しながらお互いにもっと何かできることはないだろうか・・・と思いつつも情報交換のみとなっていた。この人にとっての「看護って、何だろう」と常に自問自答。ご両親は常に小さな情報にも強い関心をお持ちだった。そんな時期、看護協会三次支部主催の「意識障害・廃用症候群患者へのNICD」、学会認定看護師が講師の研修会が開催され、ご両親とともに参加した。受講後ご両親は、「生活の中で何かMにできるのではないかと・・・」と、NICDの実践に感動され、私達もそんなご両親に強く共感し、諦めてはならないという気持ちになった。これまでわからないことをわからないままに支援していたのではと気づき、Mさんがどんな状態であろうと、ご両親やケアに関わる全ての人たちが共に穏やかに過ごせることを目標に支援していきたいと思った。支援には、残存機能を確認し、各種感覚に相当する刺激を与え、生活行動を確立することが必要である。Mさんの場合、お父親の声かけやピアノの音色などにかすかな表情や視線で反応を示すことが分かった。現在、ご両親の期待に少しでも沿いたい一心でNICDの実践を行っている。

訪問看護での在宅支援は、多職種が関わり援助している。Mさんにも医療(医師 歯科医師 理学療法士 看護師)だけでなく、福祉・介護サービスのスタッフが支援している。一部の者だけが立ち上がってもうまくいくはずはなく、情報を共有し協働しないことにはどうにもならない。NICD開始前には、各関係者がMさんのことを人としてどれだけ意識していたかを確認した。また、遷延性意識障害、気管切開、経管栄養を考慮し、殆ど臥床で過ごすMさんの援助過程のリスクも考える必要があった。援助者の共通理解は必須不可欠です。Mさんのあるべき姿を想像して、具体的に誰がどのように援助するかを明確にしていた。目標に向かい支援計画を実施し、3ヶ月毎にご両親を含め担当者会議を開催、次の目標設定をすることを続けている。目標は、今のMさんの状態に応じたものである。最初、Mさんの状態での支援に躊躇し不安があったことは確かである。またこの支援を通して、関係者が一つになり、Mさんのちょっとした変化に励まされているのも事実である。治療の限界はあっても、看護・介護に大事な思いやりを持ってよいケアをすることそのものが治療であることを痛感し、限らない看護を求め、看護の喜びを感じている。今回は、実際の取り組み内容と課題をお伝えし、地域(在宅)でNICDを実践することについて、会場の皆様と意見交換したいと考えている。

■略歴

市立三次中央病院で36年間 看護師勤務

退職後 嘱託で地域医療連携室 がん拠点病院がん相談員 4年間

平成26年9月三次地区医師会訪問看護ステーション「スクラム」就職現在に至る。

在宅医療推進拠点整備事業で講演 在宅医療における医療介護連携 退院支援のための連携

～NICDの立場から～ NICD学会認定看護師の立場から

渡 辺 あつ子

(医療社団法人 三翔会 おか脳神経外科看護部長)

人は病気や事故によって一瞬のうちに生活行動が制限されることがある。まして脳疾患患者の中には、意識障害や寝たきり状態となり、その状態で長期化することも少なくない。その中の多くは、自ら生活行動を起こすことが困難な状態であり介護を必要とする。しかし、病院や施設では、在院日数の短縮、在宅復帰率の基準などの問題があり、長期の入院は難しくなっているのが現状である。

当院は主に急性期を対象とした脳神経外科の有床診療所であり、急性期を脱した患者の多くは、回復期リハビリテーション病院や療養型病院・施設と転院していく。そのため意識障害や寝たきり状態となった患者の転院後の生活を把握する機会はなかった。しかし意識障害・ねたきり(廃用症候群)患者の生活行動回復看護(以下 NICD)を知ったことで、急性期から取り組むべきNICDの必要性やケアを継続することの重要性を改めて考えることができた。

私は、ある機会があり、2011年NICD教育課程を受講、500時間の研修を終え、2012年にNICD学会認定看護師となることができた。活動として、院内での勉強はもちろんであるが、地域でもケアを共有し継続する必要性を感じていたので、まずは知ってもらう目的で、市の看護部長会でNICDについて紹介した。2011年看護部長会として紙屋克子先生をお招きし、講演会を行った。反響は予想以上に大きく、2013年には訪問看護部会で話をする機会も与えられた。その会で当院から転院された患者が今では在宅療養をされていることを知り、NICDの重要性を改めて認識した。2012年から、近隣の病院とともにNICDについての勉強会を年1回のペースで実施し、知識・技術の向上を目指している。

今回、このような機会をいただけたことに感謝する。このシンポジウムでNICDの研修で学んだことや実践を紹介しながら「地域にNICDをひろげるために」何が必要なのか、またどのようにすればよいか、参加者の皆様と一緒に考えることができる場になることを期待している。

■経歴

准看護師を経て看護師となる。帯広第一病院、広南病院、帝京大学病院、仙台東脳神経外科病院など脳神経外科病棟に携わる、2002年から医療法人社団三翔会 おか脳神経外科にて副看護部長に就任 2004年より看護部長として現在に至る。

■学会認定 2012年 NICD学会認定看護師。

研究発表抄録

寝たきりの状態から車椅子で再び在宅生活を送るために ～介護老人保健施設での看護介入～

○石 本 政 恵

(医療法人社団愛心館 介護老人保健施設プラットホーム)

1. 研究目的 介護老人保健施設（以下老健とする）には、在宅療養中の高齢者がさらなる生活機能の向上を目指して入所してくることがある。老健の看護師には、そのような高齢者に対して効果的な看護介入を実施することが求められる。今回、寝たきりで家族の介護をうけながら在宅で生活していた高齢者が、寝たきりではなく車椅子に座って、自分でできることは行い、再び在宅で生活することを目的に入所となった。この利用者に対してアライメント改善を目的とした看護介入を実施したので、その実践とその効果について報告する。

2. 研究方法 1) 対象者：A氏は、95歳の女性で要介護5であった。腸閉塞の術後、経過は順調だったが、自宅退院後に寝たきりとなった。しかし、本人がリハビリをして車椅子で在宅生活を送りたいと希望し老健に入所となった。入所時、右側臥位で臥床していることが多かったためか背部右側の筋肉が萎縮し、腰部から下肢が正中より右側に偏位していた。そのためか腰痛が強く、右肩痛も加わって起居動作と座位保持が困難であり、鎮痛薬を常用していた。また、ADL全般に多くの介助を要していた。2) 看護介入：日常生活行動のレベルが向上するためには、下半身のアライメントの改善が必要だと考えられたため、4週間後の看護目標を「下半身のアライメントが改善する」とし、長期目標を「苦痛なく車椅子移乗でき、自力で食事摂取ができる」とした。背部右側の筋肉の萎縮の改善と筋力向上を目的に用手微振動、ムーブメントプログラムを週5回、4週間実施した。データとして、介入の前後で臥位での体幹から下肢にかけての写真を撮影した。3) 倫理的配慮：研究の目的と内容、任意参加であること、データは研究目的以外で用いないこと、写真の使用等を家族に説明し了解を得た。

3. 結果 介入前と4週間後の体幹と下肢の画像を比較すると、下半身のアライメントが改善し、下肢の右側への偏位が改善し、より正中位に近くなった。また、右肩痛や腰痛が改善し鎮痛剤を使用しなくても介助を受けながら起居動作が可能になった。さらに、食事においては、車椅子に座りひとりで食事を摂取できるようになり、長期目標も4週後に達成された。

4. 考察 用手微振動やムーブメントプログラムは、導入後に下半身のアライメントが改善したことから効果的であったと考えられる。アライメントの改善により、腰痛も緩和され座位が安定し、そのことがADLの向上につながったと考えられる。ADLの改善については、理学療法士によるリハビリテーションや、介護職が体動時の腰痛が最小限になるように介助したり、車椅子に移乗する機会を増やしたりしたことも改善につながった要因であると考えられる。今後も老健において、在宅で生活していた方であっても、より生活や介護がしやすい状態で生活が送れるような支援をするためにNICDを活用したい。

急性期病棟でNICDプログラムの導入事例

○轟木りりか 松井あかね 遠山 香織
(木沢記念病院 消化器内科病棟)

I. はじめに

急性期病棟では入院患者のADLは様々であり、治療が最優先のためADLが入院前より低下した状態で退院していく患者も少なくない。また、在院日数が短く治療が終了するとすぐに退院になり自立した生活支援まで達成しないこともしばしばである。今回、高齢で寝たきりが予測された事例に対し、急性期治療と並行してNICDプログラムを導入した結果、患者、家族の生活に大きく影響を与えた事例を経験したので報告する。

II. 事例紹介

- 1) 患者：A氏は、80歳代の女性である。認知症があったが、入院前は軽介助で日常生活可能であった。
- 2) 現病歴：H26.5月に胆石性胆管炎にて入院。翌日経皮経肝胆管ドレナージ施行後、腸炎併発し、下痢嘔吐高熱が続いた。症状改善後、造影CTにて左内頸静脈血栓確認され、上大静脈フィルター挿入となる。6月には経皮経肝胆管ドレナージ後胆嚢結石砕石術施行し、4日後に結石除去ドレナージ抜去となった。また症状改善とともに経鼻栄養チューブより経管栄養開始となった。
- 3) 倫理的配慮：患者家族に対し発表の承諾と今回の発表以外に引用しない旨承諾を得た。

III. 看護過程の展開と考察

- 1) 予後診断と目標：入院時体位変換、更衣、排泄すべて全介助であった。唾液の誤嚥があり、吸引3回/日程度施行していた。また他動時に全身に筋緊張がみられた。急性期の早い時期から介入する事により「誤嚥せず食事自力摂取ができる、歩行着替えトイレ排泄が自力で可能となる」を生活予後診断とした。そのため4週後の看護目標を「誤嚥せず軽介助にて食事摂取できる」「軽介助にて車椅子乗車、更衣排泄を伝える事が可能となる」とした。
- 2) 介入方法：四肢のバランスボール揺らし、全身への微振動、モアブラシを使った口腔内マッサージ、ケア時の排泄確認から開始し、生活行動の獲得ごとに自分で出来る事を取り入れて促していった。
- 3) 結果：2週目には車椅子乗車で全介助でゼリー摂取され、3週目にはくしで髪をとく、ゼリーの自己摂取が軽介助で可能となった。最終的には全介助で毎日ゼリーを1~2個程度摂取、誤嚥はなく吸引の必要はなくなった。また、全介助でリクライニング車椅子乗車し、3時間程度座位時間が可能となり端座位を開始。更衣では服に袖を通すなどが協力できるようになった。排泄を伝える事は出来ない。全身の筋緊張は軽減した。家族には退院に向けて療養型の病院でも関わられるように継続内容を説明するに至った。
- 4) 考察：急性期病棟では治療後すぐに退院になるが治療の途中から早期介入する事でさらなるADL低下を防ぐ事ができた。また、出来る事が増えるたび対象者の変化に応じて次獲得目標に向けてステップアップしていくことの重要性を再確認した。

在宅生活におけるQOLを高めるためのバランスボール運動を活用した看護介入 — 通所リハビリ施設における取り組み —

○水 沢 弘 代
(ディサービスセンター花音mori)

【目的】

在宅生活における日常生活動作の困難さは、疾患の後遺症としての障害や、加齢による身体各所の変化、機能の低下などによる障害など様々な要因がある。その中で加齢に伴った機能の低下による日常生活動作の困難さは、「歳だから仕方がない」と諦めていることが多く、行動の制限に不自由を感じていても、そのような状況を受け入れて生活している現状にある。

今回、90歳の通所サービス利用者に対し、バランスボール運動を中心とした介入を行うことで、前屈姿勢が改善され、生活の質を高めることができたので報告する。

【研究方法】

研究対象：通所施設を週1回、利用している90歳代の女性

研究期間：2013年10月から2014年3月までの6か月間

事例紹介：対象者は高血圧、変形性膝関節症、変形性脊椎症の診断を受けているが、いずれも治療していない。重度の難聴はあるが、言語機能に問題はなく認知症もない。歩行時は1本杖を使用している。娘夫婦と一緒に暮らしていて、食事の支度を手伝うことがある。

生活予後診断：①腰部の前屈姿勢が改善することにより、直立での家事動作が楽になる。②仰臥位が取れることにより、睡眠時の寝返り動作ができるようになる。③睡眠時の同一姿勢による大転子への負担が軽減できて、褥瘡の発生が防止できる。④歩行時の膝への負担が軽減できる。⑤心肺機能が改善して体力の向上に繋がり、免疫力と予備力が高まる。⑥歩行時の視野の拡大により、障害物の確認ができるようになり、危険の回避や転倒が予防できる。⑦日常生活での視野が拡大することで、気分的にも明るくなれる。

介入方法：週1回の通所時に以下の内容を実施する。①仰臥位で大バランスボールを使用し、下肢屈伸運動200回、股関節回旋運動左右20回ずつ、腰部捻転運動左右20回ずつ実施する。②椅子に座って、大バランスボールを使用して足踏み運動200回実施する。

③腹臥位（腹臥位困難時はシムス位）で小バランスボールを使用し、腰背部への微振動を10分間、下半身への微振動を10分間実施する。④42度の湯温で足湯を15分間実施する。

倫理的配慮：本人・家族に研究の主旨・個人情報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】週1回、金曜日の通所時に実践を行った結果、16週間より以下の変化が見られた。

- ① 腰部の前傾姿勢は常時100度ほど屈曲していたが、直立の姿勢がとれるようになった。
- ② 仰臥位が取れるようになった。
- ③ 膝の痛みが軽減し、1時間ほどは立っていられるようになって台所の家事動作が楽になった。
- ④ 大きな声で喋れるようになりカラオケも歌えるようになった。

【考察】高齢者は、腰椎屈曲に関与する腹直筋や外腹斜筋、内腹斜筋の筋力低下や、伸展に関与する脊柱起立筋の棘筋、腸肋筋、最長筋などの筋群の低下、筋膜の癒着により、容易に腰部の屈曲姿勢となってしまう。今回の結果は、バランスボール運動を取り入れた介入により、腰背部への微振動によって、脊柱起立筋の筋膜の癒着および血流の改善が図られ、筋肉の柔軟性も増して腰部の伸展が可能となったと考える。また腰部の前屈によって膝にかかっていた重心も、脊柱に是正されて膝への負担が少なくなったことで、膝痛が緩和されたこと、足湯により下肢の血液循環が促進されたことが、さらなる膝痛の軽減にも繋がったと考える。こうした取り組みより、対象者の家事労働の負担が軽減し、趣味であるカラオケなどの活動が増えたことは、生きていく意欲も高まり、生活の質の向上に繋がったケアであったと評価できる。

重症心身障害者に対する身体解放の技術の実践の成果と課題

○小田 笑子¹⁾ 白築 千絵¹⁾ 久保田直子²⁾
 (1)子鹿医療療育センター 2)広島文化学園大学看護学部

【はじめに】

重症心身障害者は、重度の知的障害および身体的障害が重複している。主に中枢神経障害を基礎として、病態的に多岐にわたる臓器の合併症を有している。合併症の中で頻度の高いものとしては筋緊張の異常や運動機能の低下による全身の変形・拘縮、てんかん発作の誘因にもなる便秘などがある。当施設において、2012年より関節可動域の拡大と自然排便への取り組みとして、身体解放の技術である用手微振動とバランスボールでのムーブメントを実践してきた。そこで今回、2年間をふりかえり、重症心身障害者に対する身体解放の技術の実践の成果と課題について明らかにすることにした。

【研究方法】

1. 対象者：身体解放の技術を施設に取り入れた主軸メンバー4名
2. データ収集方法：研究の趣旨と倫理的配慮を説明し同意を得た研究対象者に対し、フォーカスグループインタビューを45分程度実施した。インタビュー内容は、実践の効果、実践する上での困難さや課題、スタッフの反応であった。
3. データ分析：得られた内容から逐語録を作成し、意味ごとに区切りコード化し、類似性により分析し、より抽象的なレベルでカテゴリー化した。

【結果・考察】

対象者は全員女性で、看護師経験が平均16.3年であった。重症心身障害者施設での勤務年数は平均9.5年で、中堅からベテランとしての役割を担っていた。

得られた55個のコードより、24個のサブカテゴリー、10個のカテゴリーが抽出された。(表1)カテゴリーは〔 〕で示す。

重症心身障害者に対する身体解放の技術の実践における成果には、数年間変化がなかった〔便秘・関節可動域の改善〕があげられる。介入しても変化がないという先行研究とは異なる結果であった。更に、著しい拘縮があっても痛みなく介入でき〔負担のない技術〕として考えられる。効果が出たのは1~3カ月後であったため〔数か月の介入の必要性〕が明らかとなり、長期的な介入が必要と考える。スタッフは〔効果の実感による介入継続の意識〕が芽生えた。これは日常生活での援助を行っているため、身体の変化を直接実感できたのだと考える。一方課題として、重症心身障害者は新しいことへの受け入れが難しく〔知的障害に伴う介入の困難さ〕や著しい側彎や低体温や薬剤などの影響もあり〔身体障害に伴う介入の困難さ〕があげられる。そのため、受け入れやすい環境の調整や体位など〔対象者に合わせた介入の工夫の必要性〕がある。また、スタッフは用手微振動などの手技に対する戸惑いや〔施術者の疲労感〕を感じており、〔統一した手技の習得の必要性〕や実施者が負担にならない方法を考えていかななくてはならない。スタッフの意識や時間の確保の難しさなどにより実践の〔継続の困難さ〕があるが、看護者として重症者の生活の質や尊厳を守り、多職種とも協働していくことが必要であると考える。

表1. 身体解放の技術の実践の成果と課題

カテゴリー	サブカテゴリー
便秘・関節可動域の改善	関節可動域訓練だけでは効果がみられない
	便秘・関節可動域拡大に効果がある
数か月の介入の必要性	効果が表れるまで1か月~3か月はかかる
負担のない技術	痛みのない介入である
	対象に合わせた無理のない体位で行える
効果の実感による介入継続の意識	日常生活援助を通して効果が実感できる 効果があるから続けてあげたいという気持ち
知的障害に伴う介入の困難さ	意思の疎通が困難であると介入が難しい
	新しいことへの受け入れが難しい
身体障害に伴う介入の困難さ	体調が悪化しやすいため継続が難しい
	側彎や拘縮があると腹臥位姿勢は難しい
	体動が激しいと効果的な介入はできない
	薬剤や側彎による便秘では効果が出にくい 低体温や寒い時期には効果が表れにくい
対象者に合わせた介入の工夫の必要性	対象者に合わせた受け入れのための工夫が必要 安全な体位がとれるのか不安
統一した手技の習得の必要性	初めての手技に対する戸惑い
	手技の統一は難しい
	実践できるための確認ができていない 対象者の手技を統一し観察すると安心して行えた
施術者の疲労感	施術に力が必要ないが疲労感がある
	施術者の腕の疲労感がある
継続の困難さ	期限がある研究としての取り組み
	複数人取り組むと時間の確保が難しい

長期間寝たきりのくも膜下出血後の高齢患者にNICDを用いた取り組み ～座位能力の向上をめざして～

○北脇 基史 川野 睦子
(東近江敬愛病院)

【はじめに】

高齢者は加齢によりもともと筋力が低下している。今回、くも膜下出血により寝たきり状態となって1年を経過し長時間の座位が困難な患者に対し、1日短時間からのNICDの取り組みであっても、座位能力の改善がみられたのでここに報告する。

【事例紹介】

事例は、70歳代の男性である。平成24年1月に左クモ膜下出血発症し、クリッピング術・血腫除去術・外減圧術施行した。その後すぐに気管切開術、2月に頭蓋形成を、7月に胃瘻増設施行となった。意識状態としては、表情の表出もなく、日中は閉眼状態であった。身体状態としては右片麻痺、股関節の拘縮が認められた。座位姿勢は可能であったが、姿勢の保持ができず、車椅子に乗車しても5～10分でずり落ちそうになってしまう。

倫理的配慮については、本人と家族に研究の主旨、個人情報取り扱いについて文書で説明し、同意を得た。また、院内の倫理委員会の承認を得た。

【看護の展開】

看護目標を生活行動獲得の基礎となる座位姿勢が30分以上可能となるとし、高齢であり易疲労状態であったため体力の消耗を避け、短時間で継続的な介入が必要とアセスメントした。そのため、介入方法は、おむつ交換時に用手による骨盤揺らしとバランスボールを用いた下肢へのムーブメント地、1日1回の背面開放座位を実施した。実施期間は4週間1クールを2クール実施した。(平成25年9月～11月)

1クール開始時は、車椅子乗車時に頭部後屈傾向と右への傾きが著名で、苦痛表情もあり10分程度で車椅子からずり落ちていた。また、骨盤揺らし時も苦痛表情があり過度の筋緊張がみられた。1クール終了時には、右への傾きが減少し、苦痛表情なく車椅子への座位姿勢の獲得ができ、30分程度座位保持ができた。そのため2クールでは、背面開放端座位を取り入れた。その結果、支持なく平均実施時間3～5分間の姿勢保持可となった。また、背面開放座位時も、右に傾く傾向であったが、徐々に自ら重心を安定させようとする動きが認められた。疲労した様子も無く、写真への指差しや周囲を見渡すなどの動作や右上肢を挙上しようとする動作がみられるようになった。

【考察】

座位姿勢の獲得の要因として、用手による骨盤揺らしと下肢へのムーブメントでは下肢だけではなく、広背筋への筋膜リリースにも効果があったと考えられる。また、背面解放座位は、重力に抗する体幹の筋力向上につながり、端座位保持を可能にしたと考える。こうした高齢で寝たきりの期間が長期間であっても、1日に短時間のNICDの継続で、生活行動の基礎となる座位姿勢の獲得や、耐久性の向上につながることが明らかになった。今後、座位姿勢が取れたことによりさらに外界からの刺激を受け取れる状態に改善することができ、生活の質の改善が期待される。長期臥床患者に新たな可能性が見いだせるのではないかと考える。

超高齢者への生活行動回復援助ができた取り組み

○久保喜美江¹⁾ 倉嶋 栄子¹⁾ 市橋乃里子¹⁾ 薮中梨枝子¹⁾
 杉澤千香子¹⁾ 菊地 広美¹⁾ 桜田不二子¹⁾ 林 裕子²⁾
 (1)一般財団法人札幌同交会病院 2)北海道科学大学

【はじめに】

介護療養型病床から療養病床への転換後約2年が経過した。そのため、病棟の約8割が超高齢者となり、嚥下機能の低下、経口摂取困難の為CV管理にある患者が増加し易感染のリスクが高い状況となっている。しかし、この現状においても、現有機能の維持と廃用予防のため離床活動への取り組みの看護の必要性は普遍である。そこで、2事例に生活行動の一部に改善が認められたので報告する。

【事例紹介】

A氏99歳 女性 寝たきり期間182日 現有能力：車椅子座位時に頭部保持可能、筋緊張は強いが後屈位はなかった。口腔は常に閉鎖し流涎と痰吸引はなかった。

B氏92歳 女性 寝たきり期間234日 現有能力：車椅子座位時に両上肢は胸でクロスした屈曲拘縮肢位、下肢拘縮はなく足底接地でき自力座位5分可能であった。吸引は時々行うが小声で発語ができ、うなずきや笑顔で感情を伝えることができた。

【倫理的配慮】

当院の倫理委員会の承認を得た後、患者と家族に目的、方法、写真の使用について、参加の拒否や中止しても入院生活に影響がないことを口頭と文章で説明し同意を得た。

【看護介入】

A氏は唾液分泌と口すぼめができ頭部保持が可能のため、離床により覚醒レベルが向上することで摂取の可能性があり、看護目標はおやつ程度の摂食が可能になる。介入内容は他動的に腹臥位30分と腰背部と臀部の用手微振動を各30秒週5回、5分間端座位とバランスボールを用いた微振動を上肢の各関節に30秒週5回、口唇と舌のストレッチを口腔ケア時1日2回、リズム体操週1回15分実施。

B氏は円背があるが上肢の拘縮改善し座位にすることで姿勢の保持ができ、視覚刺激に繋がり覚醒度をあげ会話が増える可能性があり、看護目標は座位姿勢が安定し会話ができる。介入内容を他動的に腹臥位30分と腰背部の用手微振動を30秒週5回、両手の温浴を週5回、5分間端座位とバランスボールを用いた微振動を上肢の各関節に30秒週5回、顔のストレッチを口腔ケア時1日2回、リズム体操週1回10分から15分、両氏に4週間実施。週毎に関節可動域（以下ROM）、介入時の表情や発語、摂食状況などを観察し比較した。

【結果】

A氏のROMは左肩関節屈曲40度から65度、左肘関節伸展は-80度から-10度、左股関節外転5度から30度に拡大。端座位は軽度の支えで30秒保持できた。車椅子乗車し、ペロペロキャンディーを見せると笑顔で開口し舌で前後、左右にころがし舐めることができた。B氏のROMは肩関節外転左50度から70度、右20度から40度、外旋左-30度から10度、右-40度から10度に拡大、肘関節伸展右-80度から-40度に拡大。上肢が伸展し体幹から離れるようになり、右手でベッド柵に掴まり座位時に姿勢の立て直しと腰上げができた。またティッシュで口元を拭う行動や「おはよう、誰」と会話ができるようになった。

【考察】

現有能力に着目し介入を実施したことで昼夜のリズムが整い脳への刺激、覚醒度が上がり、A氏は拘縮の緩和と軽介助で座位保持ができ、嗜好であった甘味の摂取が可能になった。B氏は座位で体幹の立て直しと、視覚からの情報が増えたことが活性になり言葉が明瞭になったと考える。面会時に家族との会話が増え満足度に繋がった。生活行動を取り戻す視点でアセスメントすることで、可能性が見え個々の現有能力に応じた介入ができた。超高齢者、CV管理下で廃用をきたしている患者に生活行動回復援助をすることに「遅い」ということはない。

長期寝たきりの患者の排尿を促す看護援助について

○亀山 綾華 兼松由香里 遠山 香織
(木沢記念病院中部療護センター)

I. はじめに

交通事故後の遷延性意識障害患者は、自ら動くことが出来ず仰臥位にて過ごすことが多い。そのため膀胱内に沈殿物が溜まりやすく、尿路感染症を引き起こしやすい現状がある。今回、こうした廃用による尿路感染症により発熱を繰り返す事例への排尿パターン確立を目指した看護介入は、尿路感染症の軽減にも効果が得られたので報告する。

II. 事例紹介

A氏：60歳代の男性である。ADL：全介助 意識レベル：JCSⅡ—30で意思疎通不可
医学的診断：交通事故による頭部外傷後遺症、遷延性意識障害、四肢麻痺、糖尿病
排尿状態：入院後下腹部膨満・乏尿・発熱あり、CT読影画像にて膀胱内背部側に沈殿物認められ、尿路感染症と診断され、バルーンカテーテル留置となった。1週間治療後バルーン抜去したが自尿乏しいため、泌尿器科受診し、神経因性膀胱炎と診断される。薬物療法開始後自然排尿が見られたため、薬物療法中止となるが3ヶ月後再び尿路感染症のため発熱する。抗生剤投与により、発熱は軽減し自尿認めるが、ブラッタースキャンにて毎回の150～250mlの残尿確認されるため、1日一回導尿施行となる。

倫理的配慮：患者は意識障害のため、看護介入にあたって家族に口頭にて説明をし、了解を得ている。

III. 介入方法とデータの分析方法

介入期間：平成25年6月10日～平成25年7月18日

介入方法：A氏の排尿パターンを把握した結果、水分摂取後30分から90分の間、経管栄養後90分以内での排泄が多い事が分かったため、その時間に合わせ、バランスボールによる運動→座位姿勢→30分程度の腹臥位の順番でケアを実施した。

データ収集と分析方法：ケア後の排尿の有無、1日の尿量、1回尿量、発熱の状態を記録し、介入前後の変化を比較検討する。

IV. 結果

1. 排尿の有無：ケア介入前はケア実施時に排尿がない割合が72%で、排尿がある場合が28%であった。介入後は、ケア実施時に排尿がなかった割合は27%に減少した。また、ケア前に排尿があったにも関わらず、ケア後にも排尿があった回数は5回であった。

2. 排尿量：介入前後で摂取していた水分と栄養注入量は、同量であったが、介入前の平均尿量は、1581g/日であり、介入期間中の平均尿量は1925g/日であり、平均尿量は344g/日増加した。

3. 介入開始時にはオムツに砂状の排泄物が付着している事が多かったが、徐々に減少した。

4. 発熱の状態：介入後発熱する事はなかった。

IV. 考察

正常な排尿のメカニズムでは、膀胱内に150～200mlの尿が溜まると尿意を感じ、300ml以上になるとトイレで排尿を試みる。1日の排尿回数を6回とすると1回排尿量は260mlから320mlに増加し、正常に近づいたといえる。その理由としてバランスボールによる運動は、排尿に関わる腹直筋・腹斜筋・腹壁筋・骨盤底筋群を増強し、膀胱伸展性を高め蓄尿機能を高めると同時に骨盤神経・交感神経中枢も刺激を与えたと考えられる。また、座位姿勢は腹圧をかけやすい姿勢をとることで、膀胱の収縮作用を強化し、膀胱の排尿機能を高めたと考えられる。さらに腹臥位姿勢は、膀胱内の砂状の沈殿物を攪拌し、排出しやすい状態がつけられたと考えられる。これらから、意識がなく尿意を訴えられない患者においても排尿パターンに応じた排尿確立の介入は膀胱機能の向上とともに、尿路感染症の予防にも効果が期待できることが示唆された。

看護記録に表現された患者家族の行動変化 —脳外科患者家族へ家族参画型の看護計画を立案して—

○深野 久子 米山奈央子 佐藤 美香
(東京都立墨東病院)

I. 研究目的

A 病院 B 病棟は、急性期から回復期を対象とした脳神経外科病棟である。脳血管疾患を発症し、意識レベルや ADL が低下した患者に対し家族はどのように触れたらよいのか戸惑い、患者を遠巻きにみていることが多い。伊藤らは、「触れられない原因の一つに治療・看護に対する家族への指導不足がある」と述べている。そこで、B 病棟においても家族参画型看護計画を立案し指導プランに基づいた介入を行うことにより、家族の行動が変化したので報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間・研究場所 2013 年 5 月～11 月 A 病院 B 病棟
2. 研究対象 意識レベル JCS1～20 で不全麻痺がある患者に対し家族がケアに参加した 4 例の看護記録。(平均入院日数 60 日)
3. 方法 1) 家族と話し合い、患者の状態に適した家族参画型看護計画を立案する。
2) 看護記録より、家族の言動・表情を抽出・コード化し、カテゴリーを作成し、質的記述的に分析する。

III. 倫理的配慮

A 病院看護部倫理・個人情報保護委員会の承諾を得た。対象者に研究の主旨と目的、自由意思での参加、プライバシー保護について書面で説明を行い、同意を得た。

IV. 結果

家族参画型看護計画を立案し、関節運動や四肢のマッサージを家族に指導し一緒に実施した。これらの看護記録より、家族の言動の 58 の素データを 17 の要素に分類し、《目が開いているの》《もっと動いてほしい》《前みたいに怖いとは思わない》《紙をみて運動をやればいいのか》《刺激するといいいんですかね》《ペットボトルを持たせて手を上げ下げする》《ずっと動かさないと固まってしまう》の 7 つのサブカテゴリー、【目が開いているの】【怖くなくなった】【教えてもらう】【動かさないと固まってしまう】の 4 つのカテゴリーが抽出された。その結果、家族は遠巻きに見ていた状態から、患者が目を開じていれば声をかけて開眼を促し、積極的に患者に触れ運動を行なえるように変化した。

V. 考察

【目が開いているの】家族は患者が目を開いていると声をかけずに傍で見守って帰ってしまっていた。家族不在時の患者の意識状態を知らせることで、家族は目を開けていることに注目するようになり、面会時にもっと目を開いて反応してほしいと願い、積極的に関わるように変化したと考える。

【怖くなくなった】看護師が患者の身体に触れてよいことを説明し、実際に患者に触れているところを見てもらい、家族と一緒に運動やマッサージを行った。このことより、触っても怖くないと認識できるきっかけを作り、手足に触れられるようになったと考える。

【教えてもらう】看護師が具体的な運動方法を統一し繰り返し説明をしたことにより、家族は正しい運動方法を理解し実施できるようになったと考える。

【動かさないと固まってしまう】家族が運動の必要性を知り、運動の実施を看護師が承認したことで家族の自信につながった。更に家族は患者に合わせて新たな運動方法を、意欲的に取り入れられるような行動の変化につながったと考える。

家族参画型看護計画による介入により、患者の意識レベルに刺激を与えて身体機能の回復や向上につなげていけると考える。

引用文献：1)伊藤真弓・佐久間尚子・田辺英子他：スキンシップ向上のための家族指導—持ち帰り自由のパンフレットの運用—,日本看護学会論文集(成人看護 I),p273-276,2010.

在宅療養で発症した関節拘縮へのNICDの取り組み

○阿部美由紀¹⁾ 林 裕子²⁾
(1)釧路孝仁会記念病院 (2)北海道科学大学)

【はじめに】入院の短縮化により医療必要度の高い患者の受入れ場所が少なく、在宅で生活している高齢者が存在することが報告されている。在宅では、介護負担問題やリハビリテーション・ディサービスなど短時間の利用のため、拘縮の進行も報告されている。今回、在宅生活していた高齢者が拘縮により移乗動作が困難であり、家族も介護に苦慮していた事例において、生活行動回復看護(以下 NICD)を集中的に行い改善が見られたので報告する。

【事例紹介】対象事例は、A氏 男性 69歳 平成24年9月に脳梗塞で左麻痺となり、発症8ヶ月後に在宅で生活され、ディサービス通所中であった。在宅3ヶ月目で、肺炎のため入院した。入院時の状態は、左上肢は屈曲した状態で他動的に伸展が不可であった。また、左股関節の拘縮と移乗時強い筋緊張のため、端坐位が不可で移乗は2人介助であった。拘縮部に他動的に可動を加えると痛みを訴えた。声掛けに発語はないが、簡単な内容は理解できており傾きはあった。胃瘻から経管栄養が注入され、家族の希望で経口からミキサー食を併用していた。

【看護介入】看護目標を「関節拘縮が改善し介助にて端坐位が取れる」と計画を立案した。計画は①午前にベッドで端坐位訓練とその後、バランスボールを使用し足踏み運動②午後に仰臥位と腹臥位で微振動を19日間施行した。介入前後にROM測定と写真・ビデオ撮影、5段階のFace Scale(以下、FS)を行った。倫理的配慮は、看護介入、予測される危険性と効果、秘密保全、写真について説明し書面で同意を得た。

【結果】左上肢の伸展は、NICD介入前に微振動で5cm伸展しFS5であった。介入3日後には腹部まで伸展しFS0であり、毎日継続した結果、10日目には自力で左上肢の伸展屈曲が可能になった。車椅子への移乗と端坐位は、介入初日は筋緊張と拘縮のため、右上肢で柵は掴んだが自分で身体を支える事は出来ず2人介助が必要であった。介入2日後には、自分の力で前方に身体を引き寄せられた。介入10日後には、起き上がり時に軽度筋緊張はあったが、自力で端坐位・立位保持が出来、後ろへの傾きもなくなり、1人介助で車椅子に移乗出来るようになった。家族は、「今まで拘縮した腕が胃瘻挿入部にあり、接続するのが大変だったり、寝衣交換も大変で楽になった」「まさか自分で手を動かせるようになるとは思わなかった」と喜ばれた。看護スタッフは「胃瘻チューブの接続が容易に出来、移乗も軽介助で出来るようになった」と話された。

【考察】本事例は、在宅3ヶ月目で関節拘縮となり自他共に可動が不可の状態であった。集中的にNICDを基盤に介入を行う事で改善が図れた。しかし、今後在宅での介護状況やサービスが入院同様の内容で継続されなければ、再び拘縮する事が予測される。在宅での継続をどのようにしていくか検討が必要と思われる。

筋緊張緩和のケアによる左上肢の随意性向上に向けた取り組み

○田中 秀美 兼松由香里 遠山 香織
(木沢記念病院中部療護センター)

【はじめに】

遷延性意識障害患者は刺激に対する反応が全く見られないことが多い中で、今回の事例は手指の随意運動が見られた。しかし、筋緊張亢進によって手指の動きが弱くなっており、サイン出しにつなげることが困難だった。手指の機能を向上させることができれば、道具を使って意思表示や欲求を満たすことが可能になると考えられた。今回、本人が受傷前に行っていた生活行動を取り入れた結果、随意性向上に効果があったので報告する。

【事例紹介】

A氏は18歳の女性である。平成24年12月交通事故で受傷し急性期病院へ搬送された。搬送時の意識レベルはJCS3桁だったが、徐々に改善しJCS1桁となった。リハビリ病院を経て、受傷後5か月目に当該施設へ転院となる。入院時は左下肢のみ僅かに動きがあり、PETの結果、両側前頭葉、帯状回、視床にかけて糖代謝の低下が見られた。受傷後6か月頃から、声かけに対して笑顔や左第1指の動きが見られることがあった。受傷後1年で、笑顔の回数が増え、笑い声も聞かれるようになった。また、左第1指と2指でアルバムのページを摘んでめくろうとする動きが見られた。しかし、受傷後1年5か月には、筋緊張亢進によって左手指の随意運動が低下した。カンファレンスで、リハビリスタッフや主治医から「声かけに対する笑顔が少なくなった」「刺激に対する反応が遅くなった」などの意見が出た。

【倫理的配慮】

当該施設の看護部倫理委員会に承認を受け、今回の看護介入について、家族に文書と口頭で説明し同意を得た。

【看護過程の展開】

生活予後診断は「筋緊張から身体を解放でき問いかけに対して左上肢でサイン出しができる」とし、「手指を動かして道具を摘むことができる」を目標に、平成26年5月より4週間の看護介入を実施した。全身への筋緊張への取り組みとして、腹臥位で用手微振動などを行った後、すわろうくん使用による背面解放座位を行った。全身がリラックスした状態では、本人の日常生活動作である整容道具を使用した他動動作を刺激として取り入れた。4週間後、左手指にメイク道具などを触れさせると、手指を広げて道具を握ろうとする動きも見られたが、それ以上の手指の改善は見られなかった。しかし、刺激に対する反応は早くなり、笑顔も増えた。

【考察】

介入前は、毎日のように視聴覚刺激と合わせて座位訓練を行っていたが、刺激に対する反応や手指の動きが弱くなったと感じられた。これは、単一の感覚刺激の繰り返しによって、大脳半球へ刺激が上手く伝達されない状態だった為と考えられる。今回の介入は、A氏の好きだった物を活用したこと、座る以外に鏡に映った姿やメイク道具といった異種感覚刺激により、脳の活性化が図れたことで、刺激に対する反応の速さが改善してきたと考えられる。

バランスボール運動による関節可動域拡大に対する有効性の検証 ～苦痛のないオムツ交換を目指して～

○広瀬志重美 武田 淳子
(医療法人三和会 東鷲宮病院)

【はじめに】

下肢の関節拘縮が強い患者では、排泄介助時に介助者の外力によって患者の苦痛を伴ったり、骨折の危険性があるなどオムツ交換が容易にできない場合がある。このような患者にバランスボール運動を行って、股関節および膝関節の関節可動域拡大を試み、それによってどの程度安全・安楽にオムツ交換ができるかを調査した。今回、股関節、膝関節の関節可動域が拡大するなどバランスボール運動のさまざまな有効性が示されたので報告する。

【対象】

入院中の脳梗塞後遺症の ADL 全介助、股・膝関節の開脚の困難な患者 7 名。年齢 58～82 歳。

【方法】

1) バランスボール運動：患者の体型に応じて 20～40% 程度エアを抜いたバランスボールを膝下に挿入し、用手的に上下～左右に屈伸運動を 5 分間行った。この際 365 歩のマーチを歌いながらリズムカルに施行した。このバランスボール運動を連日、2 ヶ月間施行した。2) 測定項目：両膝間隔の距離、膝関節及び股関節の関節可動域を介入前後に測定した。3) 疼痛の評価：疼痛の有無をフェーススケールで評価した。4) 排泄介助を行っているスタッフ(24 名)に、バランスボール運動介入前後のオムツ交換介助状況の変化についてアンケート調査を実施した。

【倫理的配慮】

対象患者または家族に研究の趣旨について説明し、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、患者に関わる秘密の保全について口頭及び文書で説明し同意を得た。

【結果】

1) 両膝間隔の平均値：14→34 cm に開大した。2) 関節可動域の推移の平均値：右膝関節伸展 79→59 度、屈曲 116→120 度、左膝関節伸展 72→55 度、屈曲 113→121 度、右股関節の伸展 31→17 度、屈曲 90→95 度、外旋 25→35 度、内旋 6→20 度、外転 15→17 度、内転 15→23 度、左股関節の伸展 15→15 度、屈曲 91→94 度、外旋 17→34 度、内旋 22→26 度、外転 11→16 度、内転 12→21 度とほとんどの関節可動域が拡大した。3) 疼痛：フェーススケールは平均 1.5→0 と改善した。4) アンケート調査(10 項目・2 件法)：56% のスタッフがオムツ交換時の労力が改善されたと回答し、69% が運動機能の維持に役立つと回答した。

【考察】

バランスボール運動によって拘縮の強い患者の両膝間隔が開大し、股関節、膝関節の関節可動域が拡大した結果、オムツ交換時の開脚が容易になったことが示された。これによって排泄介助者の負担が軽減されたうえ、患者の疼痛緩和にも有効であることが示された。拘縮の改善は、オムツ交換のみならず患者の生活の場の拡大や運動能力の維持、向上にもよいことから今後もバランスボール運動を積極的に行ってその有効性を評価していこうと考えている。

急性期から退院後の生活を視野に入れた日常生活動作の再獲得に向けた看護 ～バランスボールを使用したムーブメントを早期から実施して～

○田口かおり 宇佐見希子 後藤 礼子
(社会医療法人厚生会 木沢記念病院南6階病棟)

目的：急性期リハビリテーションの目的は、廃用症候群、筋力低下や運動麻痺による拘縮予防だけでなく、日常生活動作の早期獲得にある。今回、入院後早期からバランスボールを使用したムーブメントを実施した結果、疼痛緩和と座位姿勢の獲得に有効だった2症例について報告する。

対象と方法：対象は2人で、Aは多発性脳梗塞（左内頸動脈閉塞）の80代男性。入院時JCS I - 3A、血圧管理中で血圧が200以上の状態だった。右不全麻痺があり、寝返りや起き上がり動作、食事摂取は全介助だった。1年前よりベッド上での生活が増え筋力の低下と関節の可動域制限を認めたため、起き上がり時に股関節周囲に疼痛があり、身体が後方に反ってしまった。入院前より在宅で夫の介護をしていた妻は「私の肩につかまって、また歩けるといい」と発言があった。Bは小脳出血（脳室穿破）の80代女性。JCS II・10R、苦痛表情があり、発語は不明瞭だった。体幹の失調症状があり座位保持は不可能、上肢を目的の位置に動かすことも困難で、日常生活動作は全介助だった。一変した患者の姿に家族は「誰かわかるといい」と発言があった。方法は、医師に活動指示を確認し開始した。Aは筋力の回復と身体活動による疼痛の軽減を図るため、ベッド上仰臥位でバランスボールを使用したムーブメント（①股関節・腰臀部への振動、②屈伸運動を3回、③腰部捻転を左右3回）、その後、端座位を実施した。Bは小脳症状の1つである姿勢調節障害の改善と体力の回復を目的に、座位姿勢でバランスボールを使用したムーブメントを実施した。2症例は、座位の確立と日常生活動作の再獲得を目指した。倫理的配慮：患者と家族に文書と口頭で説明を行い、文書による同意を得た後、実施した。

結果：2症例は、介入中のバイタルサインや神経学的徴候に異常はなく、自力座位保持が確立した。Aは身体活動に伴う疼痛がなくなり、食事の自己摂取、整容など身の回りの事が自分で可能となり、「褒めてもらったでな。やってよくなることはやらんとな」と発言があった。介入3週間後、歩行器を使用して6m歩行が出来るようになった。Bは苦痛表情がなくなり、発語が明瞭になった。介入50日目に車いすを操作し、「いらん、まずい」と拒否していた食物摂取を、楽しみ程度で患者の好物を食べることが可能になり、家族と会話する時間が増えた。Aは在宅、Bは施設で車いすで生活している。

考察：バランスボールを使用する効果は、座位を想起させ、関節可動域の拡大など、廃用症候群からの改善・回復を目的としている。症例の変化より急性期からバランスボールを使用したムーブメントの実施は、疼痛の緩和と早期に自立座位保持の獲得に有効であり、継続可能な安全かつ効果的な方法であると考ええる。急性期は脳浮腫など疾患の経過により回復過程はさまざまである。本症例の変化は、意識状態や自発性が低下しても病態管理にとどまらず、患者の可能性をアセスメントしながら今後の生活を視野に入れた看護を提供した成果であると考ええる。今後は、早期から脳神経疾患の経過と患者の可能性をアセスメントし、関節拘縮をつくらず、日常生活動作の再獲得に向けた看護展開のプログラム化と実施が課題である。

介入開始時FIM18点の重症例に対する NICD 介入の効果とその予測因子

○佐々木幸代¹⁾ 山田 雅代¹⁾ 丸川 陽子¹⁾ 林 裕子²⁾
(¹⁾医療法人社団秋桜 丸川病院 (²⁾北海道科学大学保健医療学部看護学科)

【はじめに】 本学会において、遷延性意識障害例に対する生活行動回復看護（以下、NICD）介入の効果として、刺激に対する反応の向上から ADL の改善に至るまで、様々な程度の変化が得られることが報告されてきた。A 施設においても 2010 年の NICD 導入以来、重度例に限らず狭義の植物症症例から軽度の ADL 障害例に至るまで NICD に基づいた看護介入を行ってきた。特に ADL 全介助の重症例において、その改善度合いには大きな違いがあることを経験してきた。そこで今回、介入開始時 FIM18 点の重度例に対する NICD 介入による改善度にどのような因子が関連しているのか、介入開始時までに収集可能な因子を中心に検討したので報告する。

【方法】対象者は、2010 年 6 月～2014 年 2 月に A 施設に入院し通常のリハビリテーションプログラム（以下、リハ）に NICD 介入を行った症例のうち、入院時 FIM が 18 点であった 13 例とした。NICD 介入により、FIM が 1 点以上改善した例を改善群、改善がみられなかった例を非改善群と定め、「性別」「年齢」「病名」「発症から介入までの期間」「介入時の広南スコア」について、後方的にカルテより情報収集を行い、関連について統計学的検討を行った。統計学的検討は、数値データに関しては Mann-Whitney の U 検定、分類データに関しては、 χ^2 検定を行い、 $P < 0.05$ を有意差ありとした。倫理的配慮は、後方的検討のため施設長に研究の等を文章と口頭で説明し許可を得た。

【結果】症例の内訳は、男性 6 名、女性 7 名、平均年齢 54.7 歳（10～80 歳）、くも膜下出血 3 名、頭部外傷（脳挫傷）3 名、脳梗塞・脳出血 3 名、低酸素脳症 2 名。発症から介入までの期間は平均 398.4 日であり、中央値 104 日（26～3414 日）であった。NICD により FIM が 1 点以上改善した群は 10 名、非改善群は 3 名であった。改善群の FIM の変化は平均 15.3 点（1～69 点）であった。非改善群は FIM の改善は得られなかったが、刺激に対する反応や口腔機能などの改善はみられた。統計学的に改善度に関連のあった因子は「病名」と「広南スコア」であった。「病名」としては、低酸素脳症の 2 例とくも膜下出血のうち 1 例で FIM に改善はみられなかった。「広南スコア」をさらに項目別に検討した結果、「自力移動」「眼球の動きと認識度」「発声と意味のある発語」「簡単な従命と意思疎通」の項目で改善度との関連が認められた。

【考察】本研究では、重症例 10 例において、FIM の改善を得た。介入開始時に上記因子に該当する場合は、生活行動再獲得（ADL 改善）を視野に入れた看護介入を行っていく必要がある。また「年齢」「発症から介入までの期間」との関連がなかったことは、高齢者や長期間経過した場合など、諦められやすい状況でも、介入することで生活行動再獲得につながる可能性があることを示唆していると考えられる。しかし、本結果は一施設のみの少数の結果であり、今後更なる事例の蓄積や多職種協働による効果、疾患別の検討等が必要である。

会 則
入会申し込み
投稿規定(案)

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. 次の各号の一つに該当する会員・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、理事及び監査の任期は 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
賛助会員 (1 口) 50,000 円
名誉会員 会費の納入を必要としない

第 21 条 本会の運営費の収支決算は、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って成立いたします。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・添付ファイルにて送付して下さい。

〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

北海道科学大学 保健医療学部 看護学科

FAX : 011-688-2274 E-mail: fukura@hus.ac.jp (PDFの場合)

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 円合計 7,000 円を郵便局備え付けの振込み用紙にて振り込んで下さい(下記の青色のものを使用する)。なお、振込み料金は入会者にてご負担下さい。

口座記号・番号 : 02780-0-101086

加入者名 : 日本ヒューマン・ナーシング研究学会

(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			

日本ヒューマン・ナーシング投稿規程（案）

1. 投稿者

投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、本学会により依頼した者はこの限りではない。

2. 対象とする原稿

- 1) 投稿原稿は他誌および関連する他の学会等で未発表であること。
- 2) 患者の生活行動回復に関する看護に関連するものであること。
- 3) 原稿の種類は以下の区分があり、投稿者は原稿にそのいずれかを明記する。

原著：研究論文のうち、独創性が高く、科学的な研究としての意義が認められ、研究論文としての形態が整っているもの。

総説：ある特定のテーマに関して、1つまたはそれ以上の学問分野における知見を広く概観し、そのテーマについて総合的に概説したもの。

研究報告：研究論文のうち、内容・論文形式において原著論文には及ばないが、研究としての意義があり発表の価値が認められるもの。

症例・実践報告：研究論文のうち、内容・論文形式において原著論文には及ばないが、臨床における実践報告としての意義があり発表の価値が認められるもの。

資料・その他：上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

3. 倫理的配慮

- 1) 著者は、本研究が倫理的配慮のもとに実施されたものであることを本文中に明記する。
- 2) 倫理的配慮とは、主に以下のこととする。
 - a. 対象者への研究参加の説明と同意の手続きが適切に行われている。
 - b. 対象者が心身の負担・苦痛や不利益を受けない配慮がされている。
 - c. 個人データが守秘され、プライバシーが保護されている。
 - d. 研究者としてのモラルに反していない。

なお、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」（2004）、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」（2008）、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」（2008）等にかなっていなければならない。

4. 原稿の送付方法

1. 投稿原稿は3部を送付する。うち2部は複写でよい。
2. 投稿原稿は封筒の表に「日本脳神経看護研究学会誌原稿」と朱書きし、学会事務局あてに簡易書留にて送付する。
3. 原稿には6の10に示すA4版の表紙を付す。

5. 原稿の受付および採否

1. 原稿の投稿は随時受け付ける。
2. 原稿が学会事務局あてに到着した日を受付日とする。

3. 原稿は理由の如何を問わず返却しない。
4. 原稿の採否は1論文につき複数名以上の査読者による査読を経て、学会事務局において決定する。
5. 学会事務局の判定により、原稿の修正および論文の種類の変更を著者に勧めることがある。
6. 投稿原稿の採否は、査読者の意見を元に、学会事務局が決定する。

6. 原稿執筆の要領

1. 原稿の本文は原則としてワードプロセッサで作成する。
 2. 原稿はA4版横書きで、1枚につき25文字×32行(800文字)とし、適切な行間をあける。
 3. 原稿の枚数は、要旨・図表・写真・文献などを含み、1論文につき以下の通りとする。
 - a. 図表・写真は3点で原稿1枚と見なす。
 - b. 原則として、これを超える枚数の論文は受理しない。
 - 原著：15枚(12000文字)
 - 総説：15枚(12000文字)
 - 研究報告：10枚(8000文字)
 - 実践報告：10枚(8000文字)
 - 資料：10枚(8000文字)
 4. 外国語は片仮名で、外国人名や日本語が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴りで表記する。
 5. 図表・写真は原則として掲載大(印刷時の実物大)で作成し、白黒印刷で判別できる明確なものとする。
 6. 図表・写真は、それぞれ図1、表1、写真1などの番号やタイトルをつけ、本文とは別に一括して本文の最後に添付する。本文の右欄外に挿入希望位置を指定する。
 7. 原稿には、400~600文字程度の和文要旨をつける。原著を希望する場合には、300語程度の英文要旨もつける。英文要旨は表題、著者名、所属、英文要旨の順に記載する。また、英文要旨は、ネイティブチェックを受け、ネイティブチェックを行った証明書を添付する。
 8. 文献は、本文の引用箇所の順に1)、1, 2)、1-4)など番号で示し、本文最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著書が3名までは全員、4名以上の場合は最初の3名を記し、それ以上は他またはet al. とする。雑誌などの略名は医学中央雑誌に、英文誌はINDEX MEDICUSに従って記載する。
 9. 文献は下記の形式で記載する。
 - 雑誌の場合・・・著者名：表題，雑誌名，巻(号)，頁，発行年(西暦).
- 【記載例】**
- 田村綾子：遷延性意識障害患者に対する意識回復支援についてのエビデンス，Brain Nursing, 20(11), 31~36, 2004.
 - Anzo M, Ashizawa K, Asami T, et al: Standard RUS skeletal maturation of Tokyo Childrens:Ann Hum Biol, 23(2), 475-480, 1996.

- 単行本の場合・・・著者名：書名，版数，頁，出版社，発行地，発行年（西暦）

【記載例】

- 日本脳神経看護研究学会編：プリセプター必携脳神経外科新人ナース指導育成マニュアル，40-45，メディカ出版，大阪，2005.
 - Tanner JM: Growth at adolescence, 2nd edition, 56, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 2005.
10. 原稿にはA4版の表紙を付し、表紙には以下のことを記載する。
- 希望する論文の種類
 - 表題（和文・英文）
 - キーワード（論文内容を表す重要な語句。和文・英文）3～5句
 - ランニングタイトル（30字以内）
 - 著者名（和文・英文）および会員番号、共著者および会員番号
 - 所属施設・機関名（著者の所属が異なる場合には氏名の右肩に1, 2, 3, の様に番号を付け、対応する著者の所属を氏名につけた番号順に記載する。和文・英文）
 - 連絡先（メールアドレス、電話番号、FAX番号、郵便番号、住所）
 - 添付した図表、写真の枚数
 - 別刷希望部数

7. 掲載決定後の原稿提出

1. 投稿者は、プリントアウトした原稿2部とデータファイル(FD、CD、USBなど)を学会事務局に提出する。投稿原稿をデータに入力する順序は、表紙、要旨、本文、図・表・写真の順とし、データには論文名、筆頭者名、ファイル名、フォーマットの種類、ソフトの種類を記載したラベルを添付する。

8. 著者校正

1. 著作校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は認めない。

9. 学会誌への掲載時期

1. 採用が決定した投稿論文を掲載する学会誌の号・巻は、査読や修正に要した期間を考慮した上で、可能な範囲で発行時期の早い号・巻になるよう学会事務局において決定する。

10. 著作権

1. 本学会誌に掲載された論文の著作権は本学会に帰属する。掲載後に他誌等に掲載する場合は、本学会の承認が必要である。
2. 著者ならびに共著者は、最終原稿提出時に学会事務局より提示される「著作権譲渡同意書」に自筆書名し、原稿とともに学会事務局あてに送付する。

11. 著者が負担すべき費用

協賛企業一覧(50音順)

協 賛

エーザイ株式会社

共和医理器株式会社

田辺三菱製薬株式会社

大塚製薬株式会社

五洋医療器株式会社

宮野医療器株式会社

広告掲載

エフピー株式会社

沢井製薬

株式会社トップ

広島和光株式会社

サノフィ株式会社

第一三共株式会社

日本血液製剤機構

出展企業

株式会社クリニコ

日清医療食品株式会社

東洋羽毛中四国販売株式会社

フタバ図書アルティ福山本店



血漿分画製剤(液状・静注用免疫グロブリン製剤)

献血ヴェノグロブリン® IH 5% 静注

Venoglobulin® IH 5% i.v. 0.5g/10mL・1g/20mL・2.5g/50mL・5g/100mL・10g/200mL

0.5g/10mL・1g/20mL・2.5g/50mL
5g/100mL・10g/200mL

特定生物由来製品 | 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)

献血 (生物学的製剤基準 ポリエチレングリコール処理免疫グロブリン) | 薬価基準収載



血漿分画製剤(血液凝固阻止剤)

薬価基準収載

ニアート® 静注用

500単位

1500単位

Neuart® i.v. 500units・1500units 献血 (生物学的製剤基準 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ)

特定生物由来製品 | 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、原則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)
一般社団法人
JB 日本血液製剤機構
東京都港区浜松町2-4-1

VGX・NAT (A4) 2014年3月作成

[資料請求先]

一般社団法人 日本血液製剤機構 くすり相談室 〒105-6107 東京都港区浜松町2-4-1 医療関係者向け製品情報サイト <http://www.jbpo.or.jp/med/di/>



抗血小板剤

処方せん医薬品（注冊一医師等の処方せんにより使用すること）

プラビックス[®]錠 75mg 25mg

クロビ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。

詳しくは製品情報
サイトをご覧ください。

e-MR

e-MR

検索

2013年1月作成 JP.CLO.13.01.33

製造販売：**サノフィ株式会社**

〒163-1488

東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

SANOFI 

高親和性AT₁レセプターブロッカー

薬価基準収載

オルメテック[®]錠 5mg 10mg
20mg 40mg

日本薬局方 オルメサルタン メドキシミル錠

一般名 オルメサルタン メドキシミル

処方箋医薬品：注意一医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量および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ください。

製造販売元（資料請求先）



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1



ネオフィードENポンプ TOP-A600

経腸栄養の適正な管理を、使いやすいコンパクトなポンプで。

特長

- ボタンを上から下へ一直線にレイアウトし、簡単操作が可能です。
- 予め時間流量を3パターンまで登録可能です。
- 軽量・コンパクトでスタンドでの移動も容易です。

2003医療機器防止対策適用'対応



本マークは医療機器対策のために設定された厚生労働省標準に適合することを示す製品の自主的なマークです。

※本マークは、厚生労働省の定める規格に適合していることを示すものではありません。また、本マークは、製品の品質を保証するものではありません。

株式会社トッパ 本社 〒120-0035 東京都足立区千住中居町19番10号



パーキンソン病治療剤

薬価基準収載

エフピー[®] OD錠2.5

FP[®]-OD (セレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠)

劇薬 覚せい剤原料 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等については、製品添付文書をご参照下さい。

[資料請求先]

藤本製薬グループ
エフピー株式会社

〒580-0011 大阪府松原市西大塚1丁目3番40号

TEL:0120-545-427 FAX:0120-728-093 URL:<http://www.fp-pharm.co.jp/>

® 登録商標

平成26年7月作成

「ひとつ上の品質」を「ひとりでも多くの患者さん」へ

サワイジェネリック

沢井製薬が考える、ジェネリック医薬品。

それは、確固たる安全性はもちろん、より飲みやすく、より扱いやすく ——

全てにおいて、ひとつ上の品質を誇れるもの。

● 医薬品情報センター ☎0120-381-999 ● 医療関係者向け情報サイト <http://med.sawai.co.jp>

なによりも患者さんのために

沢井製薬

広島和光株式会社

健全な長寿社会想創造の研究を支援することで社会に貢献いたします

臨床検査薬・遺伝子検査薬・分析用機器
器材消耗品・研究用試薬・バイオ関連試薬

- 本社/735-0024 広島県安芸郡府中町緑ヶ丘6番地40号
TEL:082-285-5155 FAX:082-510-02190
- 福山営業所/721-0926 福山市大門町4丁目16番43号
TEL:084-943-2720 FAX:084-943-1198

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第3巻
第10回 学術集会プログラム・抄録集

発行日 2014年10月25日
発 行 神原 文江（社会医療法人 祥和会 脳神経センター大田記念病院）
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 〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1
北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 福良 薫
TEL 011-688-2342 FAX 011-688-2274

