

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第4巻

第11回 学術集会プログラム・抄録集

The 11th Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：NICD基本の「き」－生活行動を支える源に焦点をあてて－



会期 2015年10月24日(土)

会場 医療研修施設「ニプロiMEP」
滋賀県草津市野路町3023番地

大会長 医療法人 敬愛会 東近江敬愛病院
上園 恵子

目 次

学会会場までのアクセス	1
学会参加者へのお知らせ	2
プログラム.....	4
講演資料	7
発表抄録.....	11
会 則.....	27
投稿規定.....	30
入会案内	

学会会場までのアクセス

会場：医療研修施設「ニプロ iMEP」

滋賀県草津市野路町 3023 番地

交通のご案内

飛行機でお越しの方

- 関西空港から JR（特急はるか or 新快速）
- 神戸空港から ポートライナー⇒ JR（新快速）
- 伊丹空港から 空港バス（大阪または京都駅）⇒JR（新快速）
- 中部国際空港から 名鉄線（名古屋駅）⇒新幹線（京都・米原）⇒JR（新快速）
- 京都駅から JR（新快速 17 分）⇒南草津駅から徒歩 3 分

JRでお越しの方

- JR 大阪駅より 47 分、京都駅より 17 分
- JR びわこ線南草津駅下車 西口より徒歩 3 分



学会参加者へのお知らせ

1. 事前参加登録

- ・事前参加は、お弁当手配の都合上10月9日(金)まで、メールもしくはFAXにて受付けます。
- ・抄録集は、10月中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。
10月16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。
- ・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各自でご用意ください。

2. 受付について

- ・受付は10月24日(土) 9:00から行います。
- ・学会の当日参加費は会員5,000円、非会員6,000円、懇親会の参加費は4,000円です。
できるだけ釣り銭がいらぬようご準備願います。
- ・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。
- ・開場直後の総合受付は混み合いますので、つり銭の準備や会員番号の提示など受付がスムーズに行なえるようご配慮ください。

3. 総会・NICD認定証書授与式について

12時50分～13時10分に総会および第5期NICD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、研修センター1階のカフェテリアで懇親会を行います。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. 録音と写真撮影について

講演・発表中の録音や撮影は学会事務局が許可した関係者以外にご遠慮ください。

6. 座長の方へ

- ・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。
- ・質疑応答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、3階スタッフ控え室または講師控え室を用意していますのでご利用ください。

7. 演者の方へ

- ・口演スライド 当日は、9:00～12:00 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 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1階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 (Windows Microsoft Power Point 2013) を用意しています。

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 での発表の場合は1週間前までに学会事務局に御連絡ください。

- ・口演の各群開始 10 分前には次演者席にご着席ください。
- ・口演時間は、1 題につき 10 分 (発表 8 分質疑応答 2 分) です。時間を厳守してください。

8. その他

- ・駐車場について
研修センターの駐車場はスタッフ専用です。近隣の駐車場をご利用ください。また、できるだけ公的交通機関をご利用ください。
- ・昼食・休憩について
学会ではお弁当をご用意してあります。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。
- ・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。
- ・携帯品について
手荷物は1階の特設クロークにてお預かりします。
クローク利用時間帯は、9:00～19:00 です。貴重品は各自で保管してください。
- ・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。インフォメーションボードに掲示いたします。
- ・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 10:00~10:50

「生活行動回復看護（NICD）の基本理念」…………… 7
講師：紙屋 克子（日本ヒューマン・ナーシング研究学会理事長）

教育講演1 11:00~12:00

「息を知り、息を整える」…………… 8
講師：福井 基成（公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院呼吸器センター長）

昼食 12:00~12:50

総会・NICD認定証書授与式 12:50~13:10

教育講演2 13:10~14:10

「栄養と生活行動 栄養管理を見直そう」…………… 9
講師：日高 紀久恵（筑波大学 医学医療系教授）

一般演題

第1群 14:10~15:00

座長：石本 政恵（介護老人保健施設プラットホーム）
屋成 和子（おか脳神経外科）

1-1 背面開放座位によるモアブラシでの口腔ケア及び嚥下訓練の効果…………… 11
—口腔内細菌を比較して—
小西 優子（医療法人恭昭会 彦根中央病院）

1-2 廃用症候群を発症した患者の栄養状態改善への取り組み…………… 12
～「俺も食べたい」の思いに応えて～
水野 衣梨子（木沢記念病院）

1-3 重度認知症高齢者に対するNICD導入の工夫点の検討…………… 13
金川 ひとみ（札幌同交会病院）

1-4 1 事例のRNP評価から介入時期とインターバル期間の考察…………… 14
佐藤 登志枝（一般財団法人 広南会 広南病院 東北療護センター）

1-5 多系統萎縮症患者の看護の取り組み…………… 15
谷 暁美（東近江敬愛病院）

第2群 15:10~16:00

座長：大野 貴子（JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院）
鈴木 敬子（自動車事故対策機構 千葉療護センター）

- 2-1 NICD 技術に対するスタッフの意識調査 16
水澤 弘代（医療法人社団 秋桜 丸川病院）
- 2-2 意識障害のある寝たきりの患者に生活行動回復を目指した看護介入 17
～背面開放座位・口腔マッサージを広南スコアで評価して～
原田 結衣（医療法人 恭昭会 彦根中央病院）
- 2-3 身体解放技術を受けた脳卒中患者への看護介入とその効果 18
一夫と車椅子散歩を目指して一
柏木 敏美（医療法人起生会表参道吉田病院）
- 2-4 広範囲な脳梗塞を発症した重度の意識障害患者に NICD 看護介入を試みて 19
一声かけに容易に開眼するようになった症例一
佐藤 さゆり（社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院）
- 2-5 遷延性意識障害患者の高齢者に対する座位姿勢の獲得に向けて 20
酒井 知子（社会医療法人厚生会 木沢記念病院中部療護センター）

第3群 16:10~17:00

座長：兼松 由香里（社会医療法人厚生会 木沢記念病院中部療護センター）
小森 暁子（釧路孝仁会記念病院）

- 3-1 急性期脳神経外科病棟における NICD の挑戦 21
宇佐見 希子（社会医療法人厚生会 木沢記念病院）
- 3-2 脳の残存機能への刺激により覚醒時間の延長につながった一事例の考察 22
竹内 葉子（自動車事故対策機構 千葉療護センター）
- 3-3 加齢を伴う重症心身障害児（者）における生活行動回復の看護介入による変化 23
濱田 崇宏（社会福祉法人 札幌緑花会 大倉山学院）
- 3-4 急性期病院から複数施設で関わった交通外傷患者事例の検討 24
富加見 美智子（医療法人社団三秀会 羽村三慶病院）
- 3-5 その人らしく生きるための意思決定を支えた事例 25
板倉 加奈子（医療法人社団秋桜 丸川病院）

閉会宣言 17:00

第11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(ニプロホール)	1F カフェテリア
8:00		
9:00	受付開始	
	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 「生活行動回復看護(NICD)の基本理念」 講師:紙屋克子 (日本ヒューマン・ナーシング研究学会理事長)	
	10:50～11:00 (10分) 休憩	
11:00	11:00～12:00 (60分) 教育講演1 「息を知り、息を整える」 講師:福井基成 (公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院呼吸器センター長)	
12:00	12:00～12:50 (50分) お昼 休憩	
	12:50～13:10 (20分) 総会・NICD第5期生認定証書授与式	
13:00	13:10～14:00 (50分) 教育講演2 「栄養と生活行動 栄養管理を見直そう！」 講師:日高紀久恵(筑波大学 医学医療系教授)	
14:00	14:00～14:10 (10分) 休憩	
	14:10～15:00 (50分) 実践報告 1群 5題	
15:00	15:00～15:10 (10分) 休憩	
	15:10～16:00 (50分) 実践報告 2群 5題	
16:00	16:00～16:10 (10分) 休憩	
	16:10～17:00 (50分) 実践報告 3群 5題	
17:00	閉会宣言	
17:30		17:30～18:30 懇親会

講演資料

生活行動回復看護（NICD）の基本理念

紙屋 克子

日本ヒューマン・ナーシング研究学会理事長

世界に例を見ない高齢社会の進行、そして高度先進医療の進展に伴い、救命はされたものの治療による長期の安静臥床に伴う廃用性の障害から、生活全般を他者に委ねざるを得ない患者は今後ますます増加することが予測されています。また、近年の在院日数短縮化によって、こうした看護・介護の対象者の施設、在宅療養への移行が進められています。しかしながら、廃用症候群(Disuse syndrome)・長期意識障害(consciousness disorder)を起因として養生活を送る看護・介護の対象者は、年令・性別、地域や療養施設にかかわらず、その数と生活実態は必ずしも正確に把握されているわけではありません。こうした状態にある患者さんの多くは、質の高い生活行動の回復を目指すというよりは現状維持の生活が中心になりやすく、さらに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。その結果、家族の介護負担も大きく、患者と家族のQOLの低下は避けられない状況にあります。

このような状況下における看護の対象者の問題を解決するため、われわれは廃用性障害のために寝たきり状態にある患者ならびに遷延性意識障害者の生活行動を回復と自立へと導くために生活行動回復看護を開発しました。

Nursing to Independence from Consciousness Disturbance and Disuse Syndrome (NICD)とは、身体の可動性が低下した人や長期意識障害のある人が、再び生活行動を自らの力で獲得することを可能にするための看護支援技術であり、専門的看護技術で診療報酬を獲得する際の名称として使用されています。看護の第一義的役割は、療養生活への専門的な援助を通して患者の健康回復過程に貢献することであり、コミュニケーション・食事・排泄・移動などの生活行動獲得の過程を通して生活に質的变化をもたらすことにあります。ナイチンゲールやアブデラをはじめとする看護の先達が述べている「回復に寄与する看護」、すなわち看護の介入によって患者さんに変化を起こすことです。

今回は、NICDの基本理念に基づく急性期からのシームレスな看護活動と、診療報酬申請の経過から、今後の展望と課題について考察します。

息を知り、息を整える

福井 基成

公益財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院呼吸器センター

呼吸とは、酸素を体内に取り込んでエネルギー産生に用い、一方でそれによって生じた二酸化炭素を排出すること、すなわちガス交換することを指す。肺におけるガス交換（外呼吸）を支えているのが、横隔膜や肋間筋などにより吸息・呼息の呼吸運動である。通常は意識しなくても、動脈血の酸素分圧や二酸化炭素分圧などによって呼吸運動（換気）は調整されているが、意識的にも呼吸運動の速さや強さを変えたり、停止したりすることができるのが、心臓などと大きく異なっている点である。

患者の呼吸状態を知るために我々は、呼吸運動、すなわち「息づかいを知る」ことが重要である。息の大きさ、回数、パターンなどを正確に知ることは、重要なフィジカルアセスメントであり、在宅などで画像診断などが行えない状況においても、多くの呼吸異常を察知することができる。これらの方法について具体的に説明する。

一方で、様々な呼吸異常によって動脈血中の酸素分圧や二酸化炭素分圧の変化が生じる。特に、低酸素血症が持続する状態を呼吸不全と呼ぶ。医療現場において、生命の危機につながる低酸素血症を早期に知ることは大変重要であり、医療現場ではパルスオキシメーターが多用されている。しかし、SpO₂の値だけに頼りすぎてはいないであろうか？他の重要なサインを見落とさないように注意が必要である。また、呼吸や換気の異常は睡眠中に生じやすい。これをどのように把握するかについても示したい。

なお、患者は息苦しさをしばしば訴える。これはどのような時に生じるのであろうか？果たして低酸素血症によるのであろうか？それとも他の原因があるのであろうか？息苦しきの裏に潜む様々な病態をどのように追求すべきかについて述べたい。

最後に呼吸異常や呼吸困難への対処についても考える。まずは、呼吸異常を引き起こしている原疾患の治療が最も重要である。それに加えて、酸素療法や人工呼吸療法を導入して、低酸素血症や低換気状態を直接改善することも考えられる。しかしながら、これらを行っても呼吸苦が改善しない場合もある。その時、様々なアプローチで「息を整えること」で患者の苦しみを減らすことも可能である。また、その具体的な方法についても考えていきたい。

栄養と生活行動 栄養管理を見直そう

日高 紀久江
筑波大学医学医療系

そもそも「栄養」とはなに？栄養と生活行動？栄養管理とはなにをどう管理するの？など、栄養の基本の「き」について考えてみようと思います。

人間は、起きるのも、座るのも、食べるにも、生活活動にもエネルギーが必要です。そして、それらのエネルギーは、人間が日々食べているものからつくられるのです。車にたとえるならば、食べ物は燃料（ガソリン）でなり、ガソリンを燃やすことでエネルギーが発生するのです。そして、人間は食べ物をエネルギーに変えるときに酸素が必要なのです。人間は食物からエネルギーを得て、身体組織を造り、体内の機能を調整しているのです。本講演では、これらのメカニズムについて、消化・吸収、栄養素の代謝、エネルギーの産生について、基本に戻りお話ししたいと思います。

人間は生まれてから死ぬまで、成長発達段階や健康増進ならびに疾病予防、そして疾病の再発防止や改善に向けて、いついかなるときも栄養状態の管理が必要なのです。また、栄養は活動だけでなく人間の思考や感情にも影響します。栄養管理は当然のことながら、栄養摂取量が不足していないか、あるいは過剰になっていないかを評価しますが、個々の疾患や病態、心身機能や活動量などから、その人に適正な栄養とはなにか考えます。意識障害・寝たきり（廃用症候群）患者の生活行動回復看護（Nursing to Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome Patient：NICD）では、第一に座るため、食べるため、動くために必要なエネルギー量を確保することが看護の key Point になります。これまでの、肺炎や褥瘡を予防するための栄養でなく、日常生活行動を拡大するために栄養管理が必要なのです。NICD では、栄養を摂ることで生活行動の向上を図るといふ、積極的な栄養管理を目指しているのです。とはいうものの、栄養は理解しやすいようで、その本質は？といふと、なかなか説明が難しいのではないのでしょうか。

そこで、基本に戻り、栄養についてもう一度復習することで、明日からの看護実践に活かしてもらえたら幸いに思います。

発 表 抄 録

背面開放座位によるモアブラシでの口腔ケア及び嚥下訓練の効果 — 口腔内細菌を比較して —

○小西 優子 西河 美智子
医療法人恭昭会 彦根中央病院

【はじめに】

2013年の日本の高齢化率は25.1%で、そのうち寝たきり患者は14.3%である。加齢による身体機能の低下に伴い誤嚥性肺炎が増加し高齢者の死因の大きな原因となっている。誤嚥性肺炎は、複合感染が多く院内感染では、グラム陰性桿菌が高率に検出される。そこで誤嚥を防止するための姿勢を整え頸部角度を保持した背面開放座位で口腔ケア（間接嚥下訓練を含むケアであり以後口腔ケアと称す）を実施することで原因菌の減少と機能回復につながるのではないかと考えた。今回、背面開放座位による口腔ケアで、口腔内細菌の減少及び口腔機能の回復に効果があるのか検証することを目的とした。

【研究方法】

研究対象施設は、地域中核病院A病棟とし、対象となったのは経口摂取患者5名、胃瘻患者5名、胃管カテーテル患者5名、計15名の患者である。なお、A病院の高齢化率は91.8%でそのうち寝たきり患者は88.9%である。（2015年1月31日現在）

ケア方法は、座ろう君で背面開放座位をとり、毎日昼食前にモアブラシによる口腔ケアと頸部、舌、顔面、口唇、構音、発声、呼吸、咳嗽などの間接訓練を30分間施行とした。

データは背面開放座位による口腔ケア開始時とケア開始から1ヵ月後の咽頭培養で口腔細菌の菌種と菌量とした。分析は経口摂取群、胃瘻群、胃管カテーテル群ごとに、前後の口腔細菌を菌種別にウィルコクソン検定で行い $P < 0.05$ をもって有意差ありとした。

【倫理的配慮】

当該病院の倫理審査を経て、家族に参加の自由および中断可能なことを説明し、意思表示のできない患者については、家族の代諾とし書面で承諾を得た。

【結果】

誤嚥性肺炎の原因となるグラム陰性桿菌は、経口摂取群より胃瘻及び胃管カテーテル群に多く存在した。日和見感染を引き起こすMRSA、カンジダ、緑膿菌は3群ともに存在し口腔ケアによって減少傾向を示した。ナイセリア菌も減少し統計学的に有意差を認めた。3群とも口腔ケアの変化として、特に舌苔は発熱などで悪化するが口腔ケアの継続で改善し、炎症や出血が治癒した。

【考察】

誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のために、咽頭・副鼻腔・歯周・口腔に常在する病原体が、唾液などの分泌物とともに気道へ誤嚥し感染症を発症する。今回の口腔ケア方法で誤嚥性肺炎の原因菌ともなる菌が減少したことは、吸水性の高いモアブラシを使用したことにより、ケア中に発生する唾液の咽頭への流れ込みを防ぎ、ブラシの形状が機械的な菌の掻きだしに効果があったと考える。さらに口腔ケア中、喉頭挙上を抑制しない背面開放座位姿勢をとることは、関連する筋の緊張をほぐし嚥下機能回復への一助となったと考えられる。以上により、高齢化率の高い施設での口腔ケア方法として座位によるケアの有効性が示唆された。

廃用症候群を発症した患者の栄養状態改善への取り組み ～「俺も食いたい」の思いに応えて～

○水野 衣梨子 宇佐 見希子 後藤 礼子 太田 美千代 遠山 香織
木沢記念病院南6階

【目的】

身体の不活動状態は、全身の廃用性機能低下を起こす。今回、嘔吐と血圧低下による不安定な全身状態で絶飲食を繰り返し、廃用症候群を発症した患者に、栄養状態の改善を目指した結果、胃瘻から脱却し経口摂取を確立することができた事例を報告する。

【対象】

○氏 85 歳 男性 くも膜下出血により入院。入院時 JCS0 体重 60 kg BMI 22.2 Alb3.8g/dl。前交通動脈瘤に対しクリッピング術後、意識障害出現 麻痺なし 術翌日から経鼻栄養チューブにて栄養開始。胃瘻造設後も20日前後の周期で嘔吐や血圧低下をきたし、絶飲食を繰り返した。一時は体重 35.9 kg Alb2.3 g/dl まで低下し、咽頭に喀痰の貯留、筋力低下、関節拘縮が出現、胃内容物の逆流も出現した。

【方法】

介入期間：H27.5.6～H27.7.15（入院130日目～）

胃内容物逆流の防止を目的に、食前30分前に減圧し、排液量と経管栄養2時間後の口腔内を観察した。その結果に基づいて栄養士と種類と量を調節した。経管栄養は車いすに座り、食後2時間は上体を起こした姿勢を保持した。患者から「俺も食いたい」という発言があり、同時に経口摂取の獲得に向け、唾液分泌の促進を目的に、嗜好品の梅こぶ茶を用いて1日4回の口腔ケアと毎食前に嚥下体操を行った。これらを時系列でスケジュール化して統一した看護を継続した。ゼリー摂取開始後、形態アップに向けスルメを用いた咀嚼訓練を追加し、言語聴覚士とも連携を図りながら形態を変更した。

【結果】

介入20日目から1日1個ずつ嚥下訓練用ゼリーを開始し、摂取状況の安定と比例して喀痰の貯留が減少した。介入48日目には軟飯・副食ミキサー食となり、介入2か月後にはAlb3.3g/dlに改善した。発語が増え、表情も豊かになった。自己摂取可能となり、見守りで車いすに移乗する姿をみた家族は驚き、「あきらめかけたこともあったけど、まさかここまで良くなるとは思わなかった」と喜んだ。

【考察】

栄養状態の改善と経口摂取の確立は、他職種と協働し状態に合わせた形態の変更を頻回に行ったこと、座位を中心とした生活スケジュールと嚥下訓練が有効だったと考える。そして、患者の経口摂取への希望を受け止め、常に患者の思いを実現させたいというあきらめない看護の継続を行った成果と考える。

重度認知症高齢者に対するNICD導入の工夫点の検討

○金川 ひとみ¹⁾ 篠田 真有¹⁾ 佐々木 瑠美¹⁾ 佐々木 寿子¹⁾
杉澤 千香子¹⁾ 櫻田 不二子¹⁾ 林裕子²⁾
1) 札幌同交会病院 2) 北海道科学大学

【はじめに】重度認知症高齢者とは認知機能・日常生活動作能力が低下し、関節拘縮が進行した末期に相当する寝たきりの状態をいう(杉山智子、2013年)。療養型病院では同様の症状を示す重度認知症高齢者が多く身体機能の廃用性変化が問題になっているが、これらの問題解決のための研究が少ないのが現状である。そこで今回、重度認知症高齢者の日常生活行動を再獲得のための看護の工夫点を報告する。

【研究方法】事例研究

【看護の実践】

【対象患者】重度認知症高齢者の女性2名(以下A・B氏)。関節拘縮がありADL全介助。両氏ともに開口ができず胃瘻栄養していた。表情が乏しく、会話はほぼできない。B氏は自分の意図しないことに対して怒り、拒否が強かった。

【介入計画】看護師が平日1日2回20分程度ボール運動介入。ボール運動終了後、座位訓練を行う。午後のみ車椅子乗車をする。これらを3～4週間実施。3週目よりスプーン・歯ブラシを持たせ反応をみて摂食行動を試みた。

【看護実践のための介入の工夫点】座位時、周囲の物をみせ環境変化に気付かせるようにした。両氏ともに足底が床に接地可能にするために裸足で踵が接地する高さにした。安定した座位保持をするためにベッド柵を掴ませ、危険回避能力を身につけられるようにした。A氏は身体が大きく、安全に行うために看護師2人で介入した。何か実施する前は声を掛け、相手の受け入れ反応を観察して実施した。特にB氏は強い拒否反応を示していたため、その際には数あるメニューの中からひとつひとつ「これはできそうですか」と確認し、できることだけを実施した。無理強いせず本人の意向に沿って介入した。

【結果】関節拘縮に関しては両氏ともに部分的改善が見られた。ボール運動と座位訓練を行うことで両氏ともに座位保持でき、自力で体勢を直すことも可能となった。車椅子乗車時に関しては乗車時間が延長し、自ら発語が聞かれるようになった。両氏ともに家族からおやつ程度の摂食希望があり実施した。A氏にミニゼリーを見せると笑い、ゼリーがのったスプーンをもたせて口唇に近づけると食べた。B氏は、自分でゼリーが乗ったスプーンを持ち、おいしいと笑顔で食べた。B氏は、自分の意に反する時に大きな声で泣き叫んだり、怒ったりして強い拒否反応を示していたが、次第に協力的になり笑顔が多く見られる様になった。

【考察】重度認知症高齢者の廃用性変化を防止するために、様々な看護の工夫が必要である。今回の事例でも、苦痛がない状態で働きかけたことや対象者のその日の状態に合わせて選択して介入できるメニューを考案したこと、患者の自発性を引き出せるようなメニューを考え継続したことが、生活行動回復の回復に繋がったと考える。重度認知症高齢者は寝たきりで反応も乏しい中で大きな変化を起こすのは難しい。小さな変化を見逃さないような観察力と工夫点が必要であり、今回の事例は重度認知症高齢者の看護の第一歩となった。

1 事例のRNP評価から介入時期とインターバル期間の考察

○佐藤 登 志枝 大槻 尚美 大友 昭子
一般財団法人 広南会 広南病院 東北療護センター

【はじめに】当センターでは交通事故後の遷延性意識障害者（60%前後の患者が広南スコアで重症～最重症例）を受け入れており、平成23年5月から段階的に現在のNICDの技術を導入している。導入当初「入院1年以上で状態が安定している患者に実施する」という制約があった。そのため、NICD介入時には廃用症候群が進み、生活行動の再獲得が出来た患者は極わずかで、広南スコアなどの数値化できる評価も変化が少ないことが多かった。そこで、微細な変化を評価できるよう療護センター独自に、運動、認知、摂食、排泄の4項目に着目し作成した療護ナーシングプログラム評価表（以下RNP評価表と称す）を用いて評価している。今回、受傷後23か月経過して介入を開始し、インターバルをあげながら6クール実施し、自宅退院した事例のRNP評価を考察する。

【事例紹介】事例は18歳の男性で、医学的診断は外傷性くも膜下出血と骨盤骨折で、気管カニューレ留置中であった。入院当初、言語聴覚士介入で直接嚥下訓練をしたが、誤嚥を認め中止となり、以降介入はない。全身の筋緊張が強く、四肢の拘縮のため更衣などの日常ケアが困難であった。糸状角膜があるため、常に閉眼している。

【看護過程の展開】生活予後診断は「家族が介護しやすい身体になる。誤嚥なく食物を口にすることができる。笑顔がみられる。」とし、以下の実践を行った。

集中介入（4週間）：月曜から土曜は温浴刺激療法を、日曜はホットパックにて関節可動域運動を実施した。その他、拘縮部位のリリース、用手微振動、バランスボールによるエクササイズ、顔面マッサージ、口腔リハビリなどを日課に取り入れた。

インターバル期間（1～8か月）：週2回の温浴刺激療法と用手微振動を実施した。その他、顔面マッサージ、口腔リハビリは毎日2回以上実施した。

実践結果：広南スコアは開始前後とも66点で変化はなかった。RNP評価（点数が高い方が軽症）は、集中介入前後で、1～23点の改善が認められた。また、インターバル1か月で点数変化はなかったが、インターバル約8か月でRNP評価は25点の減点となった。家族から、「身体が柔らかくなった。介護しやすい」と感想が聞かれた。開閉口が容易になり、大きな飴玉による味覚刺激が可能となった。一定時間の開眼が持続可能となった。

【考察】早期リハビリの重要性が確立されている様に、NICDによる介入も急性期から開始した方が、より大きな結果を得られる事はこれまでのヒューマン・ナーシング研究学会で報告された事例からも明かである。今回の事例は受傷後23か月での介入だった事が、生活行動の再獲得までに至らなかった要因の一つと考えられる。しかし、介入によってRNP評価では改善が見られたことから、慢性期からでも諦めないで介入することが患者に変化をもたらすと考えられる。また、インターバル期間は必要な部分介入を継続していても長期になることで患者の状態が悪化してしまうことから、短期間での継続的な介入の重要性が明かになった。

多系統萎縮症患者の看護の取り組み

○谷 暁美
東近江敬愛病院

【はじめに】

これまで多くの NICD の取り組みが報告されているが、進行性難病の患者の実践報告はない。今回多系統萎縮症を発症し、全身の拘縮が進み現在は臥床状態にある患者に対して、拘縮の緩和・進行の遅延を図り、その人らしい時間を取り戻した事例を経験したので報告する。

【事例紹介】

事例は 60 歳代の男性、6 年前に多系統萎縮症を発症し入退院を繰り返しており、3 年前より臥床状態となる。全身の筋緊張・拘縮が強く、起立性低血圧があるため座位姿勢が 5 分も保持できなかつた。運動失調性構音障害のため発語はないが、頷きで意志疎通を図ることはできた。栄養は胃瘻より 1200Kcal/日注入、BMI は 18.1 であった。キーパーソンは妻である。

【倫理的配慮】

今回、症例報告にあたり、本人および家族に主旨を説明し、承諾を得た。

【看護の実際】

看護上の問題は、全身の筋緊張・四肢拘縮による身体的苦痛と、臥床状態が続くことによる QOL の低下と考え、看護目標として、拘縮の改善・進行の遅延を図り、座位姿勢がとれるとした。介入方法は用手微振動・上下肢リラクゼーションの生活支援技術を用いてプログラムを作成し、4 週間 1 クールとして 3 クール実施した。

【結果】

起立性低血圧のためギャッジアップ 30 度でも収縮期血圧が 60mmHg まで低下したが、一度臥位に戻すことで血圧が上昇した。そのため 5 分座位をとり 5 分臥床してから再度座位をとると、収縮期血圧が 100mmHg 維持することができ、ギャッジアップ 90 度をとることが可能になった。座位保持時間は 1 クール終了時には 30 分、2 クール目は 1 時間となり、車椅子にも座れるようになった。また拘縮していた両上肢も腹部まで伸展した。3 クール目は座位時間が 2 時間近く可能になり、さらに頸部の筋緊張が軽減し若干左右に動くようになり、腹部まで伸展していた両上肢の自動運動がみられるようになった。座位時間の延長に伴い、スポーツ観戦やレクリエーションを取り入れたことにより、本人らしい生活を取り戻すに至った。

【考察】

多系統萎縮症患者は、意識は清明であるのに、徐々に体の自由を奪われ話すことができず自らの意思を表出するのが難しいため QOL が低下しがちである。しかし進行性であるため寝たきりになることが当然のように思われる傾向にある。本事例では長期の臥床により自律神経の調節能力が低下し、起立性低血圧が顕著にみられていたが、徐々に座位時間を延ばすことにより血圧コントロールが可能となった。このように進行性の難病であっても身体調整を行うことによって本人らしい生活の維持が可能であることが示唆された。

NICD技術に対するスタッフの意識調査

○水澤 弘代 佐々木 幸代 菊池 しのぶ 丸川 陽子
医療法人社団 秋桜 丸川病院

【はじめに】

意識障害・寝たきり（廃用症候群）患者の生活行動回復看護（以下 NICD と称す）は 5 年前に認定制度が始まり、全国的に普及し始めている。認定制度の開始とともに NICD を導入した当該施設においては、意識障害や廃用症候群の患者ばかりではなく、ほとんどの入院患者に対して NICD の看護技術を実践している。しかし、それぞれの看護技術の目的が、理解できて実践しているか把握できていない状況にあった。そのためアンケートによって NICD の看護技術に対するスタッフの理解状況を把握し、目的に沿った技術を提供するための認定看護師活動の在り方や方向性を検討した。

【研究方法】

研究対象は、病棟に勤務する NICD 認定看護師および夜勤専任看護師を除く看護職員全員とした。データ収集は、NICD 技術のうち、ムーブメントプログラム、用手微振動、温浴刺激療法、端座位訓練の 4 項目について理解、実践状況について選択式の自作のアンケート用紙を用いて調査した。分析はアンケート結果を単純集計し、結果に基づいて認定看護師の活動の在り方や方向性を検討した。

【結果】

対象となったのは、NICD 認定看護師 3 名、看護職 15 名で回収率は 100%であった。
①ムーブメントプログラムについての目的的理解状況は感覚系への刺激 94%、身体機能の改善 100%、コミュニケーション能力の向上 74%、自ら立案する看護計画にムーブメントプログラムを反映している 100%であった。
②用手微振動についての目的は、拘縮改善 94%、排痰 94%、リラクゼーション 94%、自ら立案する看護計画に用手微振動を反映している 86%であった。
③温浴刺激療法については、関節可動域の拡大や血流の改善は 100%であったが、肺機能の向上、自律神経のコントロール 74%、サーカディアンリズムの確立 60%、自らの立案する看護計画に温浴刺激療法を反映している 27%であった。
④端座位保持については生活行動の第一歩として捉えているのは 94%、端座位時に外部から刺激することが脳の活性化に繋がることと理解しているのは 80%、自ら立案する看護計画に端座位保持を反映しているが 94%であった。

【考察】

ムーブメントプログラムや用手微振動、端座位訓練の目的についての理解度は高く、実践状況、プランへの反映も良いことが伺えた。一方、温浴刺激療法は対象となるケースが限定されており、温浴に携わるスタッフや患者の受け持ちとなるスタッフも少ないため、理解状況および実践状況が低くなっていると推測された。以上より NICD 認定看護師は、端座位保持は脳の活性化に重要な技術であることや、ケースとして少ない温浴刺激療法の目的などについて、勉強会やケース検討会を行うなど知識の浸透を図る必要があることが示唆された。

意識障害のある寝たきりの患者に生活行動回復を目指した看護介入 ～背面開放座位・口腔マッサージを広南スコアで評価して～

○原田 結衣 藤森 暢彦 矢田 晴美
医療法人 恭昭会 彦根中央病院

【はじめに】背面開放座位や足踏み運動が寝たきりの患者の意識障害に効果的であることが明らかとなっている。今回、意識障害のある寝たきりの患者に背面開放座位と足踏み運動に口腔マッサージを追加することで、意識障害度や日常生活動作に新たな変化が得られたので報告する。

【研究方法】(対象) 意識障害のある寝たきりの患者6名。いずれの対象も経管栄養や輸液のみの患者。(実施内容) 臥床したまま約5分間、バランスボールを用いた足踏み運動や用手微振動を行い、次いでスタッフ2名で背面開放座位を5分間実施、その姿勢のままモアブラシを使用し口腔マッサージを実施。これを1日1回4週間行う。

(分析方法) 意識障害度は開始時から1週間毎に広南スコアの平均値の差を算出する。また、過去の研究での開始時と4週目の広南スコアの結果を元に比較検討する。

(倫理的配慮) 事前に患者及び家族に、研究内容と守秘義務について説明し同意を得た。

【結果】過去2回の実施内容を次に示す。1回目は看護介入として背面開放座位を8名の患者に1日1回4週間実施した。2回目は看護介入として背面開放座位に足踏み運動を追加して6名の患者に1日1回4週間実施した。それぞれの開始時4週間後の広南スコアの変化を表1に示す。

表1. 広南スコアの変化

* p < 0.05

	1回目 (8名の平均点)		2回目 (6名の平均点)		3回目 (6名の平均点)	
	開始時	4週目	開始時	4週目	開始時	4週目
自力移動	9.13	8.75	9.17	8.01*	8.33	4.17*
自力摂食	9.63	9.13	10.00	9.66	9.50	6.00*
尿尿失禁状態	10.00	10.00	9.93	9.77	10.00	10.00
眼球の動きと認識度	8.13	7.88	8.57	7.82*	9.17	5.50
発声と意味のある発語	9.25	7.25*	9.10	8.65	7.33	5.50*
簡単な従命と意思疎通	9.00	7.38*	9.23	8.28*	7.83	5.17*
表情変化	9.66	8.88	9.57	8.39*	9.83	7.50*
合計スコア	66.77	59.27*	65.57	60.58*	62.67	46.83*

今回有意差が見られた「自力摂食」については、2事例が介入中に経口流動食やペースト食が開始となり、4週間後には自ら口を開けほぼ全量摂食するようになり、療養病棟へ転棟するに至った。「自力移動」では、スコアの低下が顕著であった1事例は、4週間後にはベッド柵を持ち自力で体位変換するようになり、ほとんど体動はなかった1事例は3週間後には左手を拳上し4週間後には病衣の裾を整える等行えるようになるなど著しい変化が含まれていた。

【考察】3回の研究結果を比較すると、1回目は2項目、2回目は4項目での意識障害度の改善に対し、今回は5項目での改善が認められた。「自力摂食」については、口腔マッサージを追加した今回、①普段以上に口腔内の清浄化を得られたこと、②モアブラシによる口腔内への刺激が加わったこと、③その刺激により経口摂食していない時よりも自分の口元への意識が向上したこと等がスコアを低下出来た要因として考えられる。

ペンフィールドの脳の支配区分図において、足が脳へ与える刺激が極一部であるのに対して、口は脳の1/3をも刺激することが示されている。前回の研究では、「足は筋肉量・血流ともに多いため、足踏み運動をすることで脳へ与える刺激も多いのではないか」との考察もあったが、今回はそれに加えて口腔マッサージを行い、口への刺激も取り入れたことで、より広い脳領域へ影響を及ぼした結果、前回よりも大きな意識障害度の改善につながったものと考えられる。

身体解放技術を受けた脳卒中患者への看護介入とその効果 —夫と車椅子散歩を目指して—

○柏木 敏美¹⁾ 向本 加奈江¹⁾ 宮崎 絵美²⁾

1) 医療法人起生会表参道吉田病院 2) 医療法人如水会嶋田病院

【はじめに】高齢者の長期入院は廃用症候群となるリスクが高く看護ケアやリハビリの介入が障害の予後やADL、QOLを大きく左右する。今回、A病院では長期療養で廃用症候群を有する患者に日常生活回復看護「NICD」を取り入れ、認定看護師の指導の下、対象患者に身体解放技術を行った結果、意思表示の変化及び身体的機能の改善と「車椅子で散歩させたい」という夫の思いに添うことが出来たのでここに報告する。

【事例紹介】B氏：60代女性、糖尿病と高血圧症でかかりつけの病院に通院中。平成25年5月にアテローム血栓性脳梗塞を発症し急性期病院での治療と回復期リハビリを経てA病院に入院。左上下肢完全片麻痺、股関節と膝関節が屈曲拘縮のため伸展せず、追視はあるが呼名に反応はなく意思表示が出来ない状態であった。また、嚥下困難による胃瘻造設と糖尿病治療ではインシュリン療法を行っていた。

【方法】次の3つの看護介入を4週間1クールとして3クール実施した。①温浴刺激療法：月・水・金は入浴。火・木・土は高分子ポリマーシートに50℃のお湯を浸みこませ、腰臀部を15分間温める。②用手微振動：各部位1分間 腰臀部基本4部位 両膝、両足関節に施行する。③ムーブメントプログラム：好きな音楽を1曲（4～5分間）かけながらバランスボールを使って膝と股関節の屈伸と捻じる運動を実施する。

【倫理的配慮】研究対象者とその家族に研究の目的と方法及びプライバシー保持、匿名性の保証、得たデータは研究目的以外に利用しないことを口頭、文章で説明し承諾を得た。なおA病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】1クール目：ベッド上で用手的微震動とムーブメントプログラムを開始した。開始直後は複数の看護師の関わりに驚いた表情を示し、質問や意思を促した時に右手を上げる動作がみられた。2クール目：ムーブメントプログラムを行っている最中に気持ちよさそうな表情が見られた。ギヤッジアップで初回は血圧低下があったが、それ以後は低下なく安定して過ごすことができた。3クール目：関節可動域は股関節と膝関節で5～10度の改善が見られ、ベッド上からリクライニング車椅子移乗が出来た。座位時間が1時間程可能となり、夫と病棟内の散歩ができるようになった。また、血糖値が改善されインスリンから内服に変更となった。

【考察】車いす移乗と1時間程度の座位保持が可能となったことは、身体開放看護技術を取り入れたことにより、廃用性症候群による関節拘縮や筋肉の委縮による心身の発動性の制限から解放することが出来たものと考えられる。また、ムーブメントプログラムで感覚的刺激や体感刺激が覚醒水準を向上させ、表情を豊かにすることが出来たと考える。車椅子で散歩ができるようになったことはB氏や夫の生活の質の改善に繋がったと考えられる。

広範囲な脳梗塞を発症した重度の意識障害患者にNICD看護介入を試みて — 声かけに容易に開眼するようになった症例 —

○佐藤 さゆり 川合 麻友 福岡 志保 玉井 和子
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

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、生命維持と再発予防を目的とした看護が中心となる傾向がある。今回、広範囲な脳梗塞を発症した重度の意識障害となった患者に覚醒を促し意思の疎通を期待して、関節拘縮・筋緊張の改善を目的として NICD の看護介入を試みた結果、声かけに容易に開眼するようになった事例を経験したのでここに報告する。

II. 事例紹介

事例は 40 歳代前半の壮年期の女性であり、平成 26 年 10 月前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血で、コイル塞栓術を受けたが、翌日脳血管攣縮強く、両 ACA 領域・両 MCA 領域の広範囲な脳梗塞を認めた。11 月初めに気管切開、12 月に VP - シェント術施行し、以後重度の意識障害で経過している。発症約 7 カ月後の 5 月の時点での身体状態は、四肢麻痺、全身の拘縮、意識状態は傾眠傾向で、声かけにはゆさぶりで開眼する程度の状態であり、意識レベルは、JCS I - 3 ~ II 群と評価された。コミュニケーションは不可であった。呼吸は気管切開をしており自発呼吸で SpO₂ 95 ~ 98% であった。栄養は胃瘻、注入食 1200 kcal/日、身長 163cm、体重 50 kg 台で推移していた。全身の筋緊張は高く体温は 37.5 ~ 38°C 前後であり、常に発汗があった。発症時、中学生・高校生の二人の母親であり、実母は娘の現在の状況を受容できていなかった。

倫理的配慮：介入の成果と公表に当たっては目的・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及び中断の自由について口頭と書面で説明し、夫と実母に同意を得た。

III. 介入方法

介入期間は、2015 年 5 月 ~ 7 月の約 3 ヶ月弱であった。バランスボール、温罨法、マッサージ・ストレッチ、端坐位、口腔ケアとマッサージを 1 日約 30 分程度当日の受け持ち看護師 2 名で介入した。看護介入時は、好きなクラシックを耳元で流し心地よいと思われる環境づくりをした。

IV. 結果

介入の評価方法は覚醒状況と可動域を測定した。関節拘縮の改善は介入前と介入後と殆ど見られなかった。しかし、筋緊張は介入前は少し触れるだけで筋緊張が強くなっていたが、介入して 1 ヶ月経過すると筋緊張は緩んできた。また、介入前の反応は、ゆさぶりによる刺激にて開眼するレベルであったが、3 週目頃より呼びかけると開眼するようになった。介入して 1 カ月経過して、端坐位による看護介入を開始すると、開眼していることが増え声のする方へ眼が動くようになった。呼びかけに容易に開眼するようになり反応も早くなった。また、顔の表情も軟らかくなりスタッフの多くが主観的な評価ではあるが瞬きでの患者からの YES・NO のサインの表出と思える瞬間があった。

V. 考察

環境を整え看護プログラムを毎日実施したことで筋緊張は軽減したと考えられる。そして、家族との関わりの中で、対象の背景を深く理解し意図的で積極的な声かけ、さらに端坐位の導入が脳活動への刺激となり容易に開眼する時間に影響したと考える。寝たきりの人が座れば身体に縦の重力が加わったその時点から筋肉は動き出さざるを得なくなり、自然にバランス調整機能がスタートする。筋肉が動けば血行が促進され、肺は酸素摂取量を増大させる。心臓も活発に動き出す。頭部が上になることで縦の重力刺激によって交感神経は刺激され自律神経が活発に動き出すのである。

座位姿勢は人間としての尊厳を取り戻す第一歩となる。今後も、患者のわずかな変化や反応を見逃さず、患者と家族との関係の再構築を期待し、家族とスタッフ間で検討を重ねながら継続した看護を取り組んでいきたい。

今後の課題としては、主観的に捉えた変化の客観的な評価方法の確立が必要である。

遷延性意識障害患者の高齢者に対する座位姿勢の獲得に向けて

○酒井 知子 田中 秀美 兼松 由香里 遠山 香織
社会医療法人厚生会 木沢記念病院中部療護センター

はじめに

当該施設では交通事故によって遷延性意識障害となった患者に対し、生活行動回復看護を提供している。今回の事例患者は座位姿勢の崩れがみられ、普通型車椅子の乗車時、体幹が傾いてしまい転倒のリスクがあった。そのため座位姿勢の獲得を目指し取り組んだところ改善がみられたため報告する。

I 事例紹介

患者：A氏、80歳、男性 診断名：頭部外傷後遺症

H24年11月受傷し、H25年8月に当該施設に転院。左上下肢に麻痺あり。入院当初は座位姿勢の崩れが著しいためリクライニング車椅子を使用。家族より患者を普通型車椅子に乗車させて散歩に行きたいという希望があったが、普通車椅子に乗車すると左側に体幹ごと傾いてしまう状態であった。

倫理的配慮：患者の家族に今回の看護介入の目的や方法、写真やデータ使用、プライバシー保護について口頭と文書で説明をし、同意を得た。

II 実践

短期目標を「頸部・体幹が後方重心になることなく普通型車椅子に座ることができる」とし、患者の受傷前の生活リズムや日常行動を参考に、看護ケアを組み込んだ日課表の作成をした。患者は高齢であったため、ケアの施行時間を短時間で行うように配慮した。期間は4週間、月曜日～土曜日。ケア内容は口腔ケア、入浴（月・水・金）、端座位かピーナツボールでの座位訓練、バランスボール、用手微振動、普通型車椅子乗車を毎日施行した。

III 結果

普通型車椅子乗車の姿勢は体幹・頸部ともに左後方重心だったが、ケア開始2週目に入り、姿勢は大きく崩れることなく30分程乗車可能となった。しかし3週目より、乗車して間もなく頸部後方重心になってしまうこともあった。そのため頻回にポジショニングを整える必要があった。また乗車中に入眠してしまうこともみられた。ケアの時間を計画より短縮させたが、4週目も同様であった。

IV 考察

毎日の介入で下肢の筋力強化だけではなく座位姿勢が患者自身に想起されバランスの獲得につながり、体幹・頸部の正中保持が可能になったと考えられる。しかし3週目過ぎより、姿勢の崩れる頻度が多くなったことから疲労が生じてきたのではないかと考えられる。この事例患者には4週間のアプローチに耐える体力は不十分であった。今後は2週間のアプローチしてみるなど実施期間の調整もすることで、患者の状態の維持が保持しやすいのではないかと考えられる。

急性期脳神経外科病棟におけるNICDの挑戦

○宇佐見 希子 後藤 礼子 遠山 香織
社会医療法人厚生会 木沢記念病院

【はじめに】

治療・看護・リハビリテーションが並行して行われる急性期は、損傷脳の修復過程であることも含め、患者の回復が一概に NICD 実践の効果とはいえない。当該急性期病棟の NICD 実践は、看護計画に基づき毎日継続して提供し、看護記録に写真を貼付し実践評価をしている。さらなる患者の回復と生活支援技術の向上のためには、他職種の専門性を発揮する統合リハビリテーションプログラムとして、疾患と介入経過から生活の自立度を評価・分析する必要がある。

【目的】

2013年7月～2015年3月にNICDを実施した10症例の介入結果を分析し、当該急性期病棟におけるNICD実践の今後の課題を明らかにする。

【方法】

対象は、NICDを1日の日課として療法士と調整し、NICD学会認定看護師が助言を行い、看護を展開した10症例。基礎情報：診断名、脳損傷部位、性別、年齢、JCS、GCS、入院からNICD介入までの期間と転帰。生活行動：誤嚥性肺炎罹患と関節拘縮、筋緊張の有無、呼吸状態、栄養摂取方法、移動手段、排泄方法、コミュニケーションの状態を調査した。客観的評価として介入前後のBarthel Index（以下、BI）を用い分析した。介入事例のデータの使用にあたっては、匿名性の保護を前提として当該病院の倫理審査委員会の承諾を得ている。

【結果】

診断名は脳梗塞5人、脳出血2人、症候性てんかん、外傷性くも膜下出血、脳腫瘍が各1人で、脳損傷部位は右半球6人、小脳、両大脳半球、左半球が各1人だった。性別は男性6人、女性4人で、平均年齢は80.9歳（±9.71）だった。入院前の生活場所は自宅が9人、施設が1人で、転帰は自宅と回復期リハ棟が各1人、転院3人、施設2人（1人は元の施設）、死亡3人だった。NICD介入までの期間は平均32.0日（±33.0）で、最も早い介入は入院2日目から、最も遅い介入は入院100日目、介入時のJCSはⅡ・10～20、GCSは7～15だった。介入中の肺炎罹患は2人、転帰は死亡だった。転帰が死亡の3人を除く生活行動の回復は、経口摂取の自立2人、移動手段は全員座位が確立し、その中で車いす自乗2人と歩行器歩行1人、排泄は10人中9人がオムツ使用、わずかでも意思疎通の確立は4人だった。同じくBIは、介入前0～5点（平均2.14 ± 2.67）、介入後5～45点（平均17.14 ± 17.52）だった。実践中は急変を認めなかった。

【考察】

NICD介入により患者の変化は認めるが、客観的評価指標を用いると生活の自立度は低いことが明らかになった。この理由は、BIは簡便だが、5点刻みの尺度であるため詳細な評価ができないこと、重症度が高い症例に取り組んでいること、看護者の要因として、看護目標の設定や提供する技術の影響が考えられる。さらなる患者の回復と生活支援技術の向上のためには、病態像や疾患の経過とともに客観的評価指標によるNICD実践の評価・分析が、目標の設定（生活の予後予測）を高める上で重要である。その積み重ねが、看護の可能性を拡大させ、患者と家族の生活予後の改善と生活の質向上に繋がると考える。

脳に残存機能への刺激により覚醒時間の延長につながった一事例の考察

○竹内 葉子

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患者の多くは事故の強い衝撃により脳の広範の損傷により外部の刺激をキャッチすることができず覚醒状態を上げることが困難なケースが多い。今回右半球の脳の機能が比較的残っていると考えられた事例に対し、感覚刺激を多く取り入れた関わりによって日中の覚醒時間が延長し、反応が引き出された事例を経験したので報告する。

【事例紹介】事例は、2010年に自転車運転中にワゴン車と衝突して受傷した26歳の女性である。外傷性くも膜下出血・硬膜外血腫にて開頭血腫除去術および外減圧術施行したが意識は回復せず、気管切開術、胃瘻造設術、頭蓋形成術（左）、LPシャント術、頭蓋形成術（右）を施行した。また、下顎脱臼あり、ビスを埋め込み、ゴム牽引した。2011年、遷延性意識障害および左半球広範囲脳梗塞、正常圧水頭症の治療・リハビリリ目的で入院となり、以降3年が経過している。

【看護過程の展開】覚醒状態不良で閉眼が多く、従命には応じないものの左上肢の自動運動があり、覚醒時はものまねなどで笑顔が見られた。これは、残存している右脳半球が感覚刺激をキャッチしているためと考え、感覚刺激を多く取り入れることにより生活リズムにメリハリがつき、覚醒時間の延長とコミュニケーション手段の確立が可能と考えた。また、感覚刺激の一つである味覚刺激に関しては、下顎の脱臼による、苦痛を緩和する必要があった。そのため生活予後診断を「生活リズムが整うことで日中の覚醒時間が延長し、意思表示できる手段が確立できる」「座位時に頸部保持ができ、視野が広がることで外界に興味を持てる」とし、看護目標を、『開眼時間が増える』『刺激によりコミュニケーション手段が見つけられる』『食事（経口摂取）が楽しみにつながる』とした。

看護介入は4週間1クールとし、週5日のプログラムとした。端座位時にはボールキャッチやブザー押し等の感覚刺激を取り入れた。パピーポジションでは頸部を上げることで前に置いた鏡で自分の顔を見るよう視覚刺激を取り入れた。また、口腔へのアプローチでは「食べる」ということに特化せず、日常的に提供される病院食以外に以前本人が好んだ物や駄菓子といった味覚刺激を試みた。その他温浴、下肢リリース、下肢のバランスボール、腹臥位、を日課に取り入れ、身体調整を図った。

介入の結果、日や疲労度によって覚醒状態は異なっていたが、刺激が多ければ開眼時間も増えていた。コミュニケーション手段の確立においては、左手指でのブザー押しはタイミング良く押すこともあったが、確実性は認められなかった。食の楽しみについては、食物の種類の違いによる表情や摂取量の変化は認められなかったが、「おいしい？」の問いにブザーを押して答えることがあった。

【考察】今回の介入によって、日によって違いはあるが開眼時間の延長につながった。また、運動機能の向上は感覚刺激への反応による変化と考えられる。これは、温浴やバランスボールなどの身体調整を基本としながら、ボールキャッチや好みの味といった感覚刺激を多く取り入れたことで残存している右脳への刺激入力となり覚醒につながったと考えられる。以上から、残存している脳への刺激を意図的に選択することで覚醒が促進されたと考えられる。

加齢を伴う重症心身障害児（者）における 生活行動回復の看護介入による変化

○濱田 崇宏

社会福祉法人 札幌緑花会 大倉山学院

【はじめに】重症心身障害児（者）の特徴として、自発的な動きが少ないことや、変形、拘縮などの合併症が多いことがあげられる。また、一般的な発達段階を経ておらず実年齢と、発達段階は一致していない状況である。今回、精神遅滞および、全盲で加齢を伴った男性に対して、発達段階のアセスメントに基づき、生活行動回復の看護介入を行った結果、変化がみられたのでここに報告する。

【事例紹介】事例は、65歳の男性で施設に入所していた。精神遅滞、先天性白内障で全盲であった。身体状態は、左上肢麻痺があり左肘および両手指関節に拘縮がみられた。また、股関節、足関節に可動域制限あり介助歩行が可能であった。障害の重症度は、大島分類5でありIQ20以下、二語文程度話すことが可能で簡単な言葉は理解できる状態であった。

発達段階について「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表」を使用しアセスメントした結果、排泄の予告不可、身体機能の低下により、基本的習慣が10カ月程度、運動は1歳程度と評価された。しかし、以前はトイレでパンツを自分で下げていたことから、排泄の状況について表出できる可能性や、身体機能を維持することで機能低下を遅延できると考え、生活予後診断は、介助歩行維持、座位で好きな国会中継や音楽を聴いて過ごせる、尿意・便意を伝えられるとした。

【介入方法】移乗時は介助歩行に統一し、排泄の援助毎に尿・便意の確認と股関節の屈伸、外転運動を、手洗い時に手指と手関節の屈伸運動を取り入れた。入浴時に肘、足関節の屈伸運動を実施した。バランスボール運動は膝下にボールを入れて、屈伸運動、左右に倒す運動を実施した。盲目であることから新たな取り組みによる緊張を緩和するために実施時は、好んでいる音楽をかけてリラックスできる雰囲気を作った。用手微振動は、僧帽筋、三角筋、肩甲骨、肩甲骨中央部、肩甲骨下端、左肘関節に100～200/minの振動を実施し。座位保持は、ソファへの着座、正座を実施した。介入は4週間実施した。

【結果】歩行機能の維持については日によりばらつきがみられたものの精神状態が安定している時は、歩行の意思もみられ、目的の場所まで歩行できた。座位保持についてはソファへの着座時間は開始時1分程度であったが、開始3日目頃より3分程度着座できるようになり後半になると、10分程度着座できるようになった。排尿の表出については「う～ん」などの発語が時々みられたが、明確に伝えるには至らなかった。その他の変化として、姉の名前を言ったり、「あめ食べたい」、「コカ・コーラ飲みたい」など、発語が増えた。

【考察】重症心身障害児（者）の加齢による身体機能の低下は、一般的に早いと言われており、予防は難しいと考えられがちである。今回介入するにあたり、発達段階を細かく分析し、「どの項目で」「どの程度の」発達があるのか、以前と比較し「何が低下しているのか」を把握することにより、維持すべき生活行動を判断して統一したかかわりをできたことが発達段階の維持につながったと考えられる。しかし、重症心身障害児（者）の多くは反応が乏しく発達段階を見極めることも難しい傾向にあるため今後も事例を重ね、生活行動回復の看護介入で機能が維持できることを検証していく必要がある。

急性期病院から複数施設で関わった交通外傷患者事例の検討

○富加見 美智子¹⁾ 西尾 るみ子¹⁾ 渡辺 あつ子²⁾ 屋成 和子²⁾
黒岩 恭子³⁾ 日高 紀久江⁴⁾

1) 医療法人社団三秀会 羽村三慶病院 2) おか脳神経外科
3) 村田歯科医院 4) 筑波大学医学医療系

【目的】交通事故1か月後に家族からの強い希望により、施設の壁を越えて看護実践を行った。看護介入時は当院の患者でないため、家族から他院の主治医ならびに看護師長の許可を得ての取り組みであった。看護介入時は家族で実施可能なケアを実施してもらった。同時に当院でNICDが実施できるよう病院側に交渉し、回復期リハ病棟へ移動可能な期間内に当院に転院してもらった。当院の病棟看護師はNICDの知識や経験がなかったが、他院のNICD学会認定看護師とリハビリ科の協力のもと看護介入を実施した事例について報告する。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】A氏、36歳、男性。2014年12月に原付バイクと乗用車との正面衝突による交通事故であった。入院時の意識レベルはJCSでⅢ・300であり、全身打撲、頭部外傷（外傷性脳内出血・くも膜下出血）、意識障害（びまん性軸索損傷、意識障害）、多発骨折（右大腿骨開放骨折、右上腕骨骨折、右前腕骨骨折、右下腿骨骨折）、敗血症・播種性血管内凝固症候群と診断された。当院転入時はJCSⅡ・30、右前腕骨折は治療として常に拳上している状態であり、急性期病院からの褥瘡もあった。

【実践計画及び実践の評価】急性期病院に当院の看護師が訪問し、バランスボールを使用し肩関節・腰背部の関節拘縮の軽減を図った。2015年2月に当院転院後は看護プログラムを立案し、筋緊張緩和と関節拘縮軽減を目的に微振動、座ろうくんによる座位訓練、音楽療法・セラピーボールを毎日実施した。同時にセラペップやアカペラやおもちゃの紙風船などを使用した呼吸療法を実施し、意識的に嚥下力をつけるための換気量増大への訓練を行った。骨折や敗血症後の影響もあり、発熱の状態等のアセスメントを行いながらの訓練であったが、現在は意識レベルJCSⅠ・1に改善し、昼夜リズムも確立した。高次機能障害はあるものの相手の気持ちを思いやる声掛けもできるようになった。また、経口摂取も可能になり、今後は全食普通食に移行予定である。気管切開チューブも抜去し、回復期病棟の入院期限後は医療療養型病棟へ転棟予定である。

【考察】急性期から家族に看護プログラムの一部を実施してもらったことで、急性期の廃用を防止できた。また、回復期におけるNICD導入により全身の筋緊張の緩和、ADL拡大ができた。本事例は家族がNICDを切望していたため、家族に先行してケアを実施してもらったが、そのような家族の思いを知り、また学会認定看護師の指導を通して、病棟看護師の教育としての成果も得たのではないかと考える。看護人員や教育に限界はあるなか、質の高い看護実践ができる看護師の育成にも取り組んで行きたい。

その人らしく生きるための意思決定を支えた事例

○板倉 加奈子 丸川 陽子 水沢 弘代
医療法人社団秋桜 丸川病院

【はじめに】生活行動全般において他者の介助を要する状態であっても、みずからの意思を可能な手段で伝え、意思決定できることが、「その人らしく生きる」を支える力になる。症例は、生活行動の拡大が見られ始めた段階で、食事介助が待てず「お椀の蓋を取る」という行動がみられた。この場면을機に、自己の欲求をみずからの意志で判断、決定、行動を起こすことは、精神的自立と生活の質の向上に繋がると考え、看護プログラムを実践し、良い結果が得られたので報告する。

【事例紹介】A氏は50代の女性で、左視床出血脳室穿破の保存的治療後、急性期病院からB病院へリハビリ目的で転院してきた。転院時は、開眼はあるものの、外部からの刺激に対する明らかな反応はなかった。四肢は拘縮し伸展位となっており、経鼻経管栄養が施行されていた。生活行動再獲得の看護を開始。4週間を1クールとした、3クルールの介入を行った。終了後には、端座位や生活リズムの確立、全介助で経口摂取が可能となった。意思疎通においては、上肢の拳上や頷きでサインが確立された。

【看護の展開】サインが確立されたことで、4クール目からは、①みずからの意志で目的に沿った生活行動が行える、を看護目標とした。自力での食事摂取や整容動作、排泄動作が確立できるよう、一日のスケジュールに沿って実践を行った。徐々におしぼりで手を拭く、歯磨きをするなどの行為が可能になったが、自力での摂食行動が確立した時期に、嫌いな食事には手を付けない、スプーンをわざと片付けるといった意思表示が見られる様になった。そこで、看護目標を、②意思や欲求を他者に伝えることができる、としてA氏の意味を尊重した関わりを行った。食事や洗面が終了した時、看護師を呼ぶコールや鈴を鳴らす訓練を繰り返し行った。その結果、鈴を鳴らす行動が可能となった。また、自販機で自分の欲しいジュースを指で指して選び、更にはジュースの値段のコインを正確に選んで、購入するという行為も可能になった。リハビリなどを拒否した時は、退院して自宅で生活する為には何をしなければならないのかをA氏に伝え、目標に向かって頑張れるように励ました。その結果、拒否行動は見られなくなり、米を砥ぐ動作なども見せたりするようになった。また、看護師が発した言葉に笑ったりするなど感情の表出も見られた。そして、退院時には、泣きながら手を振って、皆に挨拶をして自宅に帰った。

【考察】本症例は、拒否行動が見られた時に、拒否自体を意思の表出だと認め、無理強いすることなく意思を尊重した関わりを心掛けた。そして、患者の回復過程、背景を踏まえた介入が、意欲や自発性の高まりに繋がったのではないかと考える。林は、「みずからの力で生きていくことを目指すよう支援することが看護の力である」と提唱している。したがって、身体的自立のみではなく精神的自立をも視野に入れ、みずから生きていく為の行動をとる、という自立を目指した看護を展開していく必要がある。

会則・投稿規定・入会案内

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。

投稿規程

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名以上の場合には最初の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】
 - 林裕子：脳波による意識障害患者の濃活動評価の検討，日本脳神経看護研究学会，33(2)，133～140，2011.
 - Doolittle, N. D. : The experience of recovery following lacunar stroke, 17(3), 122～125, 1992.
 - 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】
 - Kleinman, A./江口重幸, 五木田紳, 上野豪志(訳)：病いの語り-慢性の病いをめぐる臨床人類学, 40-45, 誠信書房, 東京, 1996.
 - 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

1. ネイティブチェックを受ける際の費用。（必要時）
2. 別刷料：別刷りはすべて実費を著者負担とし、最低冊数は 20 冊からとする。
3. その他：図表・写真など、印刷上特別な費用を必要とした場合は著者負担とする。

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・メー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

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円を郵便局備え付けの振り込み用紙にて振り込んで下さい（青色の振込用紙を使用する）。振り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 理事長 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・ナーシング研究学会誌 第4巻 第1号
第11回 学術集会プログラム・抄録集

発行日 2015年10月24日

発行 日本ヒューマン・ナーシング研究学会

発行者 学会事務局

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

TEL：011-688-2342 FAX：011-688-2274

印刷 コミナミ印刷株式会社

