

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第5巻

第12回 学術集会プログラム・抄録集

The 12th Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：人らしい生活の実現を目指して



会 期 2016年10月15日(土)

会 場 北海道科学大学
札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

大会長 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 教授
福良 薫

開催によせて

第12回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 大会長
福良 薫
(北海道科学大学保健医療学部看護学科 教授)

昨今、地域包括ケアシステムの構築が推進され、在宅で療養しながら生活するために必要な支援の仕組みが整いつつあります。この仕組みは、患者・家族が住み慣れた地域・家で自分らしい暮らしを続けることができるための医療政策の要ともいえます。しかし、この仕組みは支える地域によってばらつきがあることや財政的な問題などの課題も多く抱えています。特に本学会の対象となる意識障害・廃用症候群患者においては、入院施設から在宅に移行したものの本人や家族が本当に質の高い生活を営めているのかは不明な点も多く残されています。そこで本年度の学術集会では「人らしい生活の実現を目指して」をテーマに、現在の日本の医療の在り方を見直す機会になるよう企画しました。

基調講演ではキーワードである「人らしい生活」に向けた本学会の取り組みや成果を交えて、患者の可能性を実現するための看護について北海道科学大学の林裕子教授にご講演していただく予定です。また、教育講演では厚生労働省医政局地域医療計画課長の迫井正深先生に「地域包括ケアシステム構築と在宅医療の推進」と題して日本の政策がどのような舵を切ろうとしているのかについてお話しいただきます。

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：以下NICD）は、認定教育や教本の普及などを通して少しずつ医療界で知られるようになってきました。また、学会認定看護師の活躍の場は臨床のみならず在宅やデイサービス、重症心身障害者施設などさまざまであり、多岐に渡って実践されています。本学会ではこうした取り組みを報告する場にもなっております。今回15、演題の貴重な発表が予定されていますので参加の皆様には是非活発な質疑などにて意見交換をしていただく場になればと考えております。

10月の札幌はすでに紅葉が始まる季節です。今年は度重なる台風の北海道通過にともない農作物や生活に甚大な被害がでておりますが、その復興のためにも北海道に足をお運びいただき大会への参加を通して皆様で学びを深めていきたいと思っております。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おります。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

目 次

会場への交通アクセス	3
プログラム	4
参加される方々へのお知らせ	6
講演資料	9
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：北海道科学大学

札幌市前田7条 15 丁目 4-1

交通のご案内

飛行機でお越しの方

新千歳空港からJRで約 50 分です。快速エアポートは 1 日 26 本運行しています。

JRでお越しの方

JR 札幌→手稲(快速で 約 10 分)

JR 手稲駅下車 JRバス科学大線循環手 48 番に乗り「北海道科学大学」で下車(約 9 分)

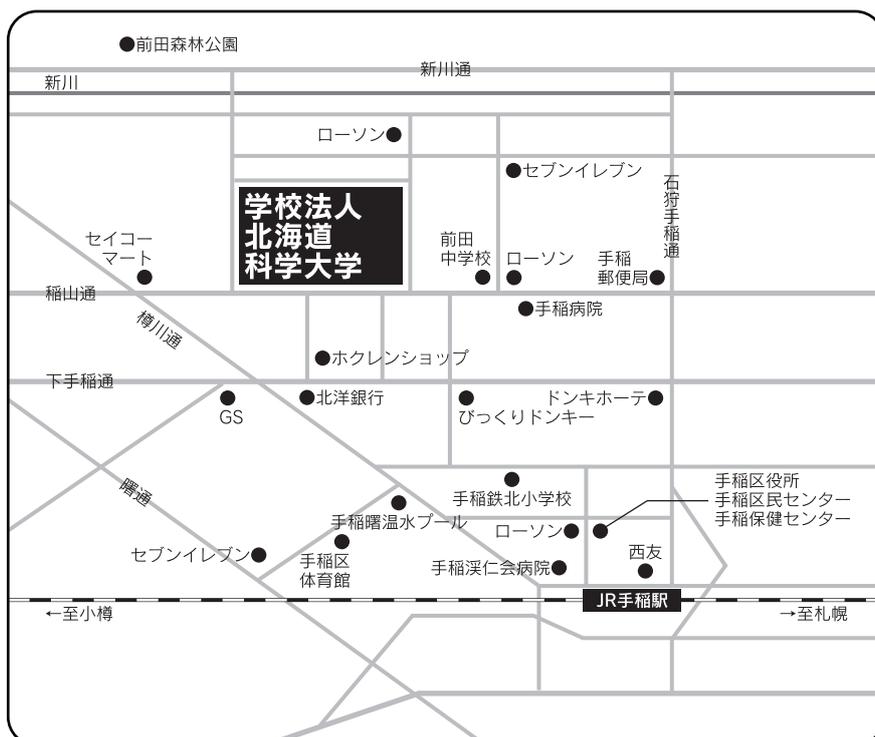
* 当日は路線バス以外に学会の開催に合わせて無料シャトルバスを用意します。

地下鉄でお越しの方

東西線宮の沢駅から「北海道科学大学」行きのバスで約 25 分です。

お車でお越しの方

十分な駐車スペースはあります。大学HPにて地図をご確認下さい。



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

「患者の可能性を未来につなぐ！」…………… 9
講師:林 裕子(北海道科学大学 教授)

一般演題 第1群 11:10～12:00

座長:小笠原 幸枝(独立行政法人 自動車事故対策機構 岡山療養センター)
大内 潤子(北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)

1-1 NICD の取り組みにより立位保持が可能となった事例…………… 11
阿部 美由紀(社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院)

1-2 遷延性意識障害者への生活行動回復看護(NICD)実践の成果と課題…………… 12
大槻 尚美(一般財団法人 広南会 広南病院 東北療護センター)

1-3 遷延性意識障害患者へのNICD導入とその効果…………… 13
大谷 真由美(千葉大学医学部附属病院)

1-4 入居者へのサービス提供量と看取り件数を増加する取り組み…………… 14
ー「介護予防」「エンド・オブ・ライフケア」体制を強化してー
松本 弘子(神鋼ケアライフ(株)ドマーニ神戸)

1-5 中国新疆における看護職員の身体負担の実態と生活支援技術普及の必要性…………… 15
帕丽达·买买提(中国新疆医科大学看護学科)

昼食 12:00～12:50

総会・NICD認定証書授与式 12:50～13:10

教育講演 13:10～14:40

「地域包括ケアシステム構築と在宅医療の推進」

講師:迫井 正深(厚生労働省 医政局 地域医療計画課長)

座長:中川 奈緒美(岐阜県下呂市 訪問看護ステーション虹 所長)

一般演題 第2群 15:00～15:50

座長: 藪中 梨枝子(一般財団法人 札幌同交会病院)

久保田 直子(広島文化学園大学 看護学部看護学科)

- 2-1 遷延性意識障害患者に理学療法だけでなく NICD を実践することで得られた効果…………… 16
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)
- 2-2 慢性意識障害のある利用者への取り組み…………… 17
大口 博(社会福祉法人 札幌緑花会 大倉山学院)
- 2-3 訪問看護における NICD の取り組み…………… 18
青木 容子((株)Leap 訪問看護ステーションブレックス)
- 2-4 自発性に基づいた行動の再獲得につながった一事例の報告…………… 19
竹内 葉子(自動車事故対策機構 千葉療護センター)
- 2-5 低酸素脳症による遷延性意識障害の患者への NICD 介入…………… 20
～A 氏の表情パターンからの気づき～
森田 里美(社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院)

第3群 16:00～16:50

座長: 濱田 崇宏(社会福祉法人 札幌緑花会 大倉山学院)

宮田 久美子(北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)

- 3-1 意識障害患者の経口摂取に向けた取り組み…………… 21
—生活の質の向上を目指して—
眞岩 好子(医療法人社団秋桜 丸川病院)
- 3-2 麻痺を伴う高齢者に誤嚥防止を図りながら食事行動が回復できた事例…………… 22
高橋 恭子(一般財団法人 札幌同交会病院)
- 3-3 機能予後の改善は望めないと言われた患者へのアプローチ…………… 23
～経口摂取ができるまで～
北脇 基史(東近江敬愛病院)
- 3-4 3軸一体圧電型加速度センサを用いた用手微振動法による振動波形の周波数解析についての報告…………… 24
山下 哲平(姫路獨協大学 看護学部)
- 3-5 ナーシングバイオメカニクスに対するスタッフの意識調査…………… 25
坪田 憲明(兵庫県立リハビリテーション西播磨病院)

理事長挨拶 16:50～17:00

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 17:00

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7日(金)まで、メールもしくはFAXにて受付けます。
- ・抄録集は、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7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15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円です。
できるだけ釣り銭がいないようご準備願います。
- ・領収証つき参加証(ネームタグ)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6期NICD認定証書授与式が行われます。
認定証書授与式には是非、皆様ご参加下さい。

4. 懇親会

学会終了後、大学内HITプラザにて懇親会を行います。当日参加も可能ですので受け付け時にお申し出下さい。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はご遠慮ください。

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階スタッフ控え室にてミーティングスペースを用意していますのでご利用ください。

7. 演者の方へ

- ・演者の方は以下の時間内に受付とスライドの受付をお済ませください。
第1群：9:00～9:50
第2群・第3群：9:00～12:00
- ・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受付横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コピーの上、試写を行ってください。PC (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 Mac 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、Mac でのご発表の場合は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
会場の北海道科学大学には十分な駐車スペースがあります。第1駐車場は「大学西通り」沿いから入れます。満車の場合は第2駐車場をご案内します。
- ・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3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、9:00～17:30です。貴重品は各自で保管してください。
学会終了後懇親会会場には手荷物を受け取ってからご移動願います。
- ・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。

第12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 (A308)	HITプラザ
9:00	受付開始	
	9:50～ オリエンテーション・大会長挨拶	
10:00	10:00～11:00(60分) 基調講演 「患者の可能性を未来につなぐ！」 講師:林裕子(北海道科学大学 教授)	
11:00	11:00～11:10(10分) 休憩	
	11:10～12:00(50分) 実践報告 I 第1群 5題	
12:00	12:00～12:50(50分) お昼休憩	
	12:50～13:10(20分)	
13:00	総会・NICD第6期生認定証書授与式	
	13:10～14:40(90分) 教育講演 「地域包括ケアシステム構築と在宅医療の推進」 講師:迫井正深(厚生労働省 医政局 地域医療計画課長) 座長:中川奈緒美(下呂市 訪問看護ステーション虹 所長)	
14:00	14:40～15:00(20分)休憩	
15:00	15:00～15:50(50分) 実践報告 第2群 5題	
	15:50～16:00(10分) 休憩	
16:00	16:00～16:50(50分) 実践報告 第3群 5題	
	16:50～17:00 理事長挨拶	
17:00	閉会宣言	
18:00		17:30～19:00 懇親会

講演資料

患者の可能性を未来につなぐ

林 裕子

北海道科学大学保健医療学部看護学科

我が国の医療水準は高く、昭和 30 年以降から一貫して世界一の長寿国です。さらに近年、健康寿命も延伸しており、世界一です。健康寿命の概念は、2000 年に WHO（世界保健機関）が「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義しています。つまり、日常的に医療や介護に依存して生きる期間を除いた期間になります。しかし、この除かれた医療や介護に依存する「健康でない期間」は、平均寿命との差であり、老若男女を問わず存在します。2015 年におけるこの差は、男性 9.60 年、女性 12.84 年です。そして、この医療や介護に依存する「健康ではない期間」の原因疾患は、循環器疾患、股関節骨折や脳卒中などの運動機能に大きく影響を及ぼす疾患が多いのが現状です。そして、この「健康でない期間」は長期化し、療養にともなう廃用性の障害も大きな課題となり、生活全般を他者に委ねざるを得ない状況となっています。

一方、医療政策では長期の療養を必要とする者への治療や療養は、住み慣れた地域で療養していく地域完結型医療を目指しています。そのため、廃用性の障害を持った多くの方は、医療者や福祉サービスのほかに家族にも依存しなければならない現状があり、このことによって不幸な事件へ発展しているケースは少なくはありません。

看護は、このような長期の療養している患者の残存機能の維持・増進を担いながらも、その回復へのリハビリテーションを他の医療者に一任する傾向があるように思えます。そこで、看護も WHO（1981 年）の定義によるリハビリテーションを担う一員として、より慎重に大胆に患者の可能性に向かって、看護の展開が必要です。その看護の展開をなすために、この Nursing to Independence from Consciousness Disturbance and Disuse Syndrome (NICD) は、患者の可能性を未来につなぐ重要な看護と考えております。

今回は、この NICD によって患者の可能性を未来につなぐことの意義や今後の展望について考察したいと思います。

発 表 抄 録

NICDの取り組みにより立位保持が可能となった事例

○阿部 美由紀

社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院

【はじめに】脳性小児麻痺の症状は、ぎこちなさを感じる程度の軽いものから、痙攣によって子供の手や脚が捻転しギプス・松葉杖・車椅子が必要な重いものもある。本事例は、脳性小児麻痺に加え頸部脊柱管狭窄症を発症し、立位保持困難でトイレは全介助で尿器を使用していた患者である。この患者に、生活行動回復看護(以下NICD)を集中的に行なった結果、四肢脱力・関節拘縮が改善され立位保持が可能となったため報告する。

【事例紹介】54歳の男性で、性麻痺と精神発達遅延により、幼少期より施設で生活していた。53歳で頸部脊柱管狭窄症を発症。発症前は、跛行ではあったが自分で歩行し公共の乗り物も自分で乗っていた。発症後は、施設内で車椅子生活となりトイレは全介助で行っていた。入院後は、尿器を使用しており腰上げも出来ない状態であった。平成26年10月3日後方椎弓形成術施行。10月31日回復期病院に転院した。しかし、創感染により11月10日当院に再入院となり感染に関する治療後リハビリテーションを行っている。

【看護介入と評価方法】手術後リハビリを行ったが歩行までには至らず、NICD介入後家族から歩けるようになってほしいと希望あり3月から関わる。朝の清拭後、仰臥位と腹臥位で微振動を施行。その後、車椅子に乗車しバランスボールを使用し、足踏み運動と立位訓練を46日間施行した。介入前後の変化は、作業療法士が施行したROM測定を指標とした。苦痛は本人が自分の意志を訴えられるため看護師が言葉で確認し、ビデオを撮影した。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・写真について本人・家族に説明し書面で同意を得た。

【結果】NICD介入開始前は、体幹を支えないと立位保持できなかったが、28日目には膝は屈曲しているが自分で手すりにつかまり、立位がとれるようになった。日中、トイレは膝折れ現象があるため介護者2人介助、夜間は尿器を使用していた。52日目には声掛けで膝伸ばし可能となり、昼夜1人介助で排泄できるようになった。腰上げも可能となった。手の拘縮も改善され、洗面所のペーパータオルを自分で取れるようになった。その結果S氏より、微振動後「気持ちがいい」「動きやすい」などの言動が聞かれ、笑顔も見られ積極的に会話をするようになった。ROM測定では、股関節より下はほとんど変化はなかったが、右肩屈曲が125度から140度、外旋25度から40度、背屈55度から65度と変化がみられた。

【考察】この事例を通し、集中的にNICDを基盤に介入を行う事で、拘縮が改善されADLが向上し、患者の言動から看護の効果を実感されリラックスすることにも繋がった。退院後、S氏が再び拘縮しないために、微振動と車椅子でのバランスボール運動を施設長に指導しDVDを作成した。今回の事で、当院だけではなく他の施設にも技術を広められるきっかけとなったと考える。

遷延性意識障害者への生活行動回復看護(NICD)実践の成果と課題

○大槻 尚美 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

【はじめに】療護センターは国内4ヵ所に設置され、交通事故後の遷延性意識障害者を受け入れている。2011年より生活行動回復看護(以下NICDと称す)介入を導入している。療護センターにおける遷延性意識障害者は、NICD介入をしても、広南スコアや筋硬度、可動域などのあらゆる評価方法による変化があらわれにくく、独自にRyogo Nursing Program(以下RNPと称す)評価表を作成し、2012年より使用している。RNP評価表とは『運動』『認知』『摂食』『排泄』の4項目で構成され、1点刻みで点数化する。点数が高くなるほど良い状態を示し、運動70点、認知60点、摂食60点、排泄60点満点で評価される。当センターではこれまで34名にNICD介入を行い、うち11名に現在使用しているRNP評価表を用いて評価してきた。そこでRNP評価表を使用したNICD介入を振り返り実践成果と当センターが抱える課題を検討する。

【研究方法】対象:2014年7月から2016年6月までNICD集中介入を行った11名。NICD介入とは温浴看護刺激療法、用手微振動、ムーブメントなどが中心であった。

データ収集方法:介入の前後でNICD学会認定看護師とプライマリーナース、看護プログラム係にて評価した。

データ分析:RNP評価表を用いて『運動』『認知』『摂食』『排泄』項目を介入前後の変化を比較した。

【結果】今回対象となった11例すべてに介入前後で変化があった。『運動』では9例に点数の上昇、『認知』では10例に上昇、1例に下降、『摂食』では9例に上昇、『排泄』では7例に上昇があった。RNP評価表は、ほとんどNICD学会認定看護師が評価し、看護プログラム係とプライマリーナースが確認する状況で、評価に携わったことのあるスタッフは全スタッフ32名中9名であった。インターバル期間中も部分介入として集中介入の一部を日常ケアに取り入れているが、部分介入の評価はしていない。

【考察】RNP評価表はNICD介入前後で変化があった。RNP評価の全ての項目で変化が見られたのは、種々の感覚刺激を与えたことによるものと考えられる。RNP評価表は微細な変化が可視化できるツールとして活用できる。しかしRNP評価表は日頃から患者を注意深く『運動』『認知』『摂食』『排泄』の4つの視点から観察する意識を持たないと評価が出来ない。またプライマリーナースでなければ評価に携わらない現状にあり、全スタッフに対する普及が必要と考える。現在部分介入の評価をしていないため、部分介入の有効性は不明である。今後はRNP評価表を使用し、部分介入の評価をしていきたいと考える。

遷延性意識障害患者へのNICD導入とその効果

○大谷 真由美 日野 瑞希 沼倉 知世 新井 加代子
千葉大学医学部附属病院

1. はじめに

当病院は急性期病院であり、遷延性意識障害患者の看護経験が少ない。そのため、日々のケアやその効果に疑問を持ちながら実践していた。そこで遷延性意識障害患者への効果的な看護を検討しNICDを導入した。その結果、刺激への反応が増え、家族もスタッフもケアの効果を実感できる変化がみられたのでここに報告する。

2. 事例紹介

A氏 20歳代男性。骨形成異常のためX年上顎骨形成術施行。術後心停止となり、遷延性意識障害と診断された。X+2年に在宅用人工呼吸器を装着し一般病棟へ転棟した。

転棟後は合併症予防のケアが中心で、意識回復に対してはバランスボール運動や味覚刺激を実施していた。広南スコアは重度。筋緊張が強く四肢の拘縮がある。日中から傾眠傾向でケア中も入眠していることが多く、抗痙攣薬等の影響と考えられていた。

3. NICD導入準備

これまでの看護実践の評価のほか、看護師のケアの実施状況や家族の思い、医師やPTなどの介入状況など人的・物的環境をすべて見直した。それをふまえてNICDを実践している施設を見学し指導を仰いだ。助言をもとに患者の再アセスメント、看護計画再立案、ケアプログラムを作成、スタッフの学習会や技術練習など4ヶ月を要した。神経の可塑性、感覚刺激のバランス、記憶の想起、生活リズムの確立、と、家族看護についてスタッフ間で共有した。

4. 看護過程の展開

看護目標は例えば「関節可動域維持」から「膝関節可動域5度の拡大と頸部の筋肉の強化」と具体的かつ前向きな目標を設定した。計画は3つの構成要素の目的に沿って立案、休息と活動のバランスを考慮してケアの所要時間を明記した。日常生活動作では家族と相談し本人が徹底していた歯磨きを一緒に実践した。意図的に声をかけながら家族と協力して実践した。提供者による差違が少なく、導入1ヶ月後には、覚醒時間が増え半開眼からはっきりとした開眼へ変化した。味覚刺激では開口や咀嚼運動が増加した。新たな刺激による不随意運動の出現には、慣れるまでケア方法を調整し継続することができた。患者の変化により家族は積極的にケアに参加している。また、関節の動きがスムーズになった、話に耳を傾けているなど、新たな反応を看護師と共有しながらNICDの効果を実感している。

5. 考察

NICD導入により患者に明らかな変化があった。これは生活リズムを調整した結果であり、患者の持っている力に働きかけた結果であると考えられる。現段階では広南スコアやROM、嚥下評価等の客観的指標では変化はない。それでも、日々関わる看護師は様々な変化を捉えて、やりがいをもってケアを継続している。患者の様々な変化はケアの効果を判断する重要な指標であり、看護師の主観的な解釈を客観的に評価していくことが今後の課題である。

入居者へのサービス提供量と看取り件数を増加する取り組み —「介護予防」「エンド・オブ・ライフケア」体制を強化して—

○松本 弘子

神鋼ケアライフ(株) ドマーニ神戸

【目的】

高齢化の進展に伴い、重度要介護者の増加が見込まれその対応が急務となっている。地域包括ケアシステムの地域単位の提供体制の構築により、在宅・介護領域における看護の役割が重要になっている。当ホームは、1995年に終の棲家として介護付有料老人ホームを設立し、2014年より、3大ブランドの「認知症ケア」「介護予防」「エンド・オブ・ライフケア」体制の強化を推進してきた。エンド・オブ・ライフケアでは、医療連携と教育体制を強化した結果、看取り件数が増加した。介護予防では、高齢化と介護の重症化が増加し、一般居室のケアの述べ総数が2012年67,814から年々増加し、2014年84,528となった。そこで訪問介護ステーションの移設工事と専用浴室増設工事などハード面の改修を実施した。その結果、一般居室におけるサービス提供量が増加した。これらの結果を検証したので報告する。

【方法】

方法：1. 背景調査として：一般居室195室・介護居室58室における男・女平均年齢を比較した。2. 看取りについて：看取り件数・占有率を比較した。3. 一般居室サービス量について：ちょうじゅ記録より、①ケア業務を（モニングケア、食事、排泄、入浴、清潔、生活援助、健康、医療、服薬、アクティビティ、訪室・送迎、病院訪問、見守り、ナイトケア）の総件数を改修前・後の月別集計で比較した。②入浴の午前介助と午後介助の月別件数と③入浴介助要員数を改修前・後で比較した。

調査期間：1. 2015年、2016年（3月末）。3. 改修前：2015年11～12月と改修後：2016年3～6月。

【結果・考察】

1. 2015年3月末一般居室男性85.3歳、女性84.1歳、介護居男性89.9歳、女性91.0歳。2016年3月末一般居室84.8歳、女性84.0歳、介護居男性92.1歳、女性91.6歳であった。厚生労働省が示した2016年の平均寿命は、男性80.5歳、女性86.8歳であり、特に介護居室の入居者は平均寿命を超えた長寿と言える。この介護居室では、入居者の状況をクリニック医師と日々情報を共有し、変化や異常な症状を観察するなど24時間スパイラルに看護とケアを実践しているためと考える。

2. 2014年度の死亡数22人中、看取り件数13人（59%）であり、2015年度は死亡数29人中、看取り件数24人（83%）であった。この看取り件数増加の要因は、医療連携強化として、協力病院との連絡会議や入院訪問など情報共有を強化したことや緩和ケア専門医の訪問診療により、苦痛を伴う疾患においても静かな日常の環境を提供できることが大きな要因と考える。また、教育体制の強化では、入居者・ご家族にその人らしく生きることや尊厳ある死を看取る支援の重要性やそのスキルを教育した。これらの取り組みにより、ご本人からは「ここで最期を迎えたい」と希望されたり、看取られた家族より「家族としての最善をつくせた」などの言葉が聞かれた。また急性期の病院においては、保存的治療があっても退院を受け入れる体制があることで、在院日数の短縮となり、病院と利用者の双方にメリットをもたらすことができたと考える。

3. 一般居室のケアサービス提供では、3-①改修前は、2015年11月7,891件、12月7,869件で、平均7,869件であった。改修後は、2016年3月11,057件、4月14,638件、5月13,870件、6月14,826件で、平均13,598件であり、改修前と比較して、月平均5,730件増加した。3階介護居室と共有していた浴室から、1階訪問介護ステーション横に専用浴室を増設した結果、3-②入浴項目の午前：午後の件数では、2015年11月131件：166件、12月143件：188件、2016年3月163件：210件、4月171件：224件、5月196件：204件、6月190件：181件であり、改修後の件数が増加していた。さらに介助要員数では、3-③改修前は、午前の介護浴4.5人、午後の介護浴4.5人、見守り浴4人であり、改修後は午前の介護浴3.5人、午後の介護浴3.5人、見守り浴3人で、改修後の要員は合計3人減少していた。これらの結果より、入浴では、介助した件数が増加し、介助要員数が減少していることから、ハード面の改善によって業務が効率的になり、増加するニーズに対しサービスの質が低下しない組織的な取り組みができたと言える。今後さらなるサービスの質向上を目指して、介護居室におけるケアに専門的な看護支援技術を導入するなど、ケア技術の向上とスタッフのモチベーションアップに取り組んでいきたい。

中国新疆における看護職員の身体負担の実態と 生活支援技術普及の必要性

○帕丽达·买买提¹⁾、紙屋 克子²⁾、日高 紀久江³⁾

1) 中国新疆医科大学看護学科、2) 京都看護大学、3) 筑波大学

【目的】

看護職員の身体負担の軽減に貢献することを目標に、中国新疆ウイグル自治区における病院及び老人施設勤務看護職員の身体負担に関する実態調査を実施した。

【方法】

2015年4月から8月にかけて新疆の三甲病院5施設と老人施設10施設に勤務する看護職員（看護師、介護士、ヘルパー）に対して無記名式調査票を配布し、回収した10例のうち有効回答704例（回収率99.1%）を分析対象とした。調査項目は、看護職員の基本属性（年齢、性別、学歴、民族など）、勤務形態（勤務期間、夜勤状況、睡眠時間など）、職務中における身体負担（疼痛）の有無、程度、部位、業務内容、痛みが起こる職務、Verbal rating scale（VRS）、痛み予防意識と実施対策、生活支援技術への必要性とした。看護職員の基本属性、勤務形態、職務中における身体負担（疼痛）の有無、程度、部位、業務内容、疼痛が起こる職務、VRSの単純集計と、痛みの有無と生活支援技術への必要性、看護職員の基本属性、勤務形態、業務内容などについて t 検定ならびに χ^2 検定を行い分析した。なお、有意水準は5%とし、SPSS 17.0を用いて実施した。

【結果】

看護業務中の身体疼痛有訴率は581人（82.5%）であり、疼痛の程度は軽度400人（56.8%）、中度251人（35.7%）、重度53人（7.5%）であった。また疼痛発生部位は腰背部586人（83.2%）、下肢361人（51.3%）、肩295人（41.9%）、上肢183人（26.0%）であった。体位変換、中腰による処置、移乗動作など直接腰部に負担のかかる業務中に疼痛を感じていた。それらの職業性の疼痛により離職希望がある者は356人（92%）であった。疼痛発生率と性別、業務所属、業務病棟、睡眠時間、夜勤状況、痛みによる受診及び休暇の有無、離職意図の有無などの間に統計的に有意な関連が示された（ $P<0.05$ ）。予防意識を持っている者は465人（66.1%）であり、具体的な予防策がわからない者は548人（77.9%）であった。生活支援技術を身につけることを求める者は659人（93.6%）であり、生活支援技術への期待と性別、業務期間、業務所属、業務病棟、職種などの間に統計的に有意な関連が示された（ $P<0.05$ ）。

【結論】

新疆における看護職員の身体負担（疼痛）有訴率は高率であり、疼痛の発生は業務の性質及び業務環境と密接に関連していることが示唆された。体負担の予防を認識していても、具体的な護技術を知らない割合が高く、予防策として生活支援技術を身につけることを求めている。看護職員の身体負担を取り巻く要因は多岐にわたるため、理学的要因、労働環境の改善、勤務体制の見直しに加え、看護職員へ具体的な予防策を提示し、技術指導が受けられる機会ならびに、看護職者の意識改革にむけた看護基礎教育・職場での腰痛予防教育が必要であると思われる。

遷延性意識障害患者に理学療法だけでなく NICDを実践することで得られた効果

○佐藤 登志枝 大槻 尚美

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と診断された患者が、入院期間約3年半で入院している。今回の事例は受傷後約7か月間治療や理学療法を実施しても表情や眼球運動がなく、意識状態は変わらないといわれていたが、意識障害・寝たきり（廃用症候群）患者に対する生活行動回復看護（以下NICDと称す）の介入により全身のゆがみの改善だけではなく、表情や眼球運動が出現するなどの効果が得られたのでここに報告する。

【事例紹介】事例は50代男性で、医学的診断は外傷性くも膜下出血と脳挫傷、びまん性脳腫脹で脳室ドレナージ術および頭蓋内圧センサー留置施行と気管切開術施行され人工呼吸器管理されていた。受傷1か月後には呼吸器離脱し、さらにその1週間後には自主開眼するようになった。生命の危機を脱してから理学療法士による可動域訓練を受けていた。受傷3か月後にヒルトニン投与を行ったものの意識状態に改善がみられず、遷延性意識障害と診断され、当センターに入院となった。入院直後から理学療法士が端坐位などの座位訓練をしていたものの表情や眼球運動に変化はみられなかった。

【看護過程の展開】生活予後診断は「何らかの形で意思疎通を図れるようになる」とし、以下の実践を行った。

集中介入：月曜から土曜に温浴刺激看護療法、拘縮部位のリリース、用手的微振動、バランスボールによるエクササイズ、表情筋マッサージ、口腔内マッサージ、胡座位、端坐位、パピーポジション、トランポリンなどを行い、ケアごとに行動を想起させるような声かけを心がけた。日曜は休日とした。受傷後約7か月から介入開始し、4週間1クールをインターバルを開けながら3クール実践した。

実践結果：広南スコアは入院時、NICD介入前ともに66点で変化みられなかったが、NICD介入4週間後には、60点と改善がみられた。療護ナーシングプログラム評価表では、介入前27点だったものが2クール目終了後77点と改善がみられた。全身にあったゆがみが改善し、一定のケアに対して眉間にしわを寄せる、看護師や家族の声かけに笑顔を見せるなどの表情変化が現れるようになった。また、声かけや周囲の物音への追視などの眼球運動がはっきりとみられるようになった。集中介入終了後の家族に対するアンケートの「患者の変化」には「意識がはっきりしてきた。ゆがんでいた骨格が矯正され、関節が柔らかくなった」と記入があった。担当理学療法士もNICDの介入後、表情や眼球運動の出現などの変化が出てきたと認識していた。

【考察】結果より7か経過してからのNICD介入ではあったが理学療法だけでは現れなかった変化があった。これはNICD介入そのものが、身体機能を強化する看護介入であり理学療法、作業療法、言語療法など多方面からの視点がケアの基盤となっていること、看護介入には時間の制限がないことが要因と考えられる。また行動を想起させるような声かけによってさらに効果が得られたと考えられる。

慢性意識障害のある利用者への取り組み

○大口 博

社会福祉法人 札幌緑花会 大倉山学院

【はじめに】社会的に在宅での生活が推進される中、通所系施設での看護師の役割は大変重要になってきている。そして、限られた時間の中で、その方の個別性を理解し必要な看護を展開する必要がある。今回、慢性意識障害のある利用者に対し、座位姿勢の保持や覚醒度を上げる働きかけを行い、五感への刺激を多く取り入れた結果、身体機能や意識状態に回復が見られたのでここに報告する。

【事例紹介】事例は30歳代の女性、医学的診断名は辺縁系脳炎、症候性てんかん。ミュージシャンとして活動されていたが、7年前に脳炎により意識障害となり、四肢麻痺、気管切開、胃瘻造設となった。2年程前に退院し自宅にて母と二人暮らしの生活を始め、生活介護事業所を利用している。

【看護過程の展開】頭部保持が不安定で頭部を下げた状態であることが多く、刺激が入りにくい状態となっていた。そこで、看護目標を、顔が前を向いた状態で安定した端座位が取れる、意識レベルが上がり問いかけに対し反応を見せる時間・回数が増える、苦痛やニードを表現することができるとした。背面開放端座位ケアやバランスボールによる足踏み運動を実施し声かけを絶えず行い覚醒度を上げ、好みの音楽や本人自作のCDを流し、ハンドベルやキーボードの演奏、嗅覚や味覚の刺激を行った。また、ミスト浴中には可動域訓練などを6週間実施した。さらに通所利用者であったためケアが継続できるよう家族とも情報を共有し、家族が実践できるケアを自宅で行ってもらった。

【結果】端座位中の頸部の角度については有効な評価にはいたらなかった。顔が前を向いた状態で保持できる時間は、1週目には保持する様子がみられなかったが、4週目に235秒と介入期間中で最も長く保持する状況がみられた。日中に睡眠が確認された回数は減少し、問いかけに反応がみられた回数は増加した。足関節の拘縮については軽度の改善がみられた。排便処置の際に「いたいの」、昨夜の様子を確認した際に「はじめてみた、こわいゆめ」、職員の挨拶に対して「おはよう」と、発語が表れるようになった。

【考察】背面開放端座位ケア、車いすでのバランスボール運動により身体機能の回復がみられた。これは覚醒時間の延長に伴い、脳幹網様体へ刺激が入りやすくなったことに加え、生活歴などを元に個別性のある刺激を活動の中に取り入れたことで、記憶や情動に働きかけることができたため覚醒回数や反応が増え、発語の発現に繋がったと考える。これらのことから、通所という日中の限られた時間であっても、個別性のある刺激を入力することと、家族とのパートナーシップによる支援を行うことで生活予後の改善が実現できたと考える。

訪問看護におけるNICDの取り組み

○青木 容子

(株)Leap 訪問看護ステーションブレックス

【はじめに】

病院における長期意識障害や廃用障害を有する対象者に対する NICD の取り組みは、多くの成果が報告されている。しかし、在院日数短縮化に伴う施設や在宅療養への移行が積極的に進められている現在、病院を退院した後も NICD が継続的に実践されているとは言い難い。

今回訪問看護サービスの中で、脳血管障害を持つ対象者に対して NICD を実践した。その結果在宅においても効果を認めたので報告する。なお、倫理的配慮は対象者及び家族に症例報告の主旨を説明し口頭で了承を得た。

【看護の実践】

事例は 80 代の女性で、医学的診断は左上腕骨近位骨折、右不全麻痺（10 年前脳梗塞）、アルツハイマー型認知症であった。80 代の夫と二人暮らしで、家屋は室内に段差があり、道路から室内へは 20cm 程度の段差が 3 箇所あった。介護度は要介護 4 で、週 1 回 60 分の訪問看護の他に デイケア・訪問介護（生活支援）を利用していた。○月×日より、骨折による肩関節拘縮改善のリハビリ目的で訪問看護が開始となった。拘縮は 1 か月で改善したが、10 年前の脳梗塞により麻痺側の肩が 5cm ほど低く、体幹にゆがみが生じていた。室内は 4 点杖を使って歩行していたが、前傾姿勢ですり足のため、転倒を繰り返していた。戸外は車椅子を使用していたが、道路までの段差昇降も困難となっていた。

【看護の展開】

目標を「姿勢の改善と下肢筋力アップにより、歩行が安定し安全に外出出来る」とし、週 1 回 60 分 を 3 ヶ月 1 クールと設定し 3 クール関わった。実践として、リハビリは和室で行い、最初にバランスボールを用いてムーブメントプログラムを行った。次に手すりを持って腰を伸ばして胸を張った姿勢で立位保持する練習を行い、徐々に保持時間を延長した。家族に対して、トイレ歩行後に立位での姿勢保持と踵挙げ 10 回を行うように指導した。毎回介入後に、肩の高さの左右差は縮小し姿勢改善を認めた。介入 1 クール後トイレ歩行時の介助が楽になったと報告を受けた。3 クール後戸外を 4 点杖で 60m 歩行できた。

【考察】

姿勢のゆがみは右麻痺による影響と考えると、姿勢維持のために生活上の注意を繰り返し指導したが、生活習慣を変えることは困難であった。立位保持や踵挙げはトイレに行くついでに行うことで取り組みやすく、介護者の健康維持のためにも効果があったことから継続されたと考えられる。また訪問看護の介入後に介護者が介護負担の軽減を感じられたことも、継続された要因と思われる。介護が必要となっても最後まで住み慣れた自宅で自分らしく暮らしたいと希望する人は多い。週 1 回の訪問看護においても、介護者や介入するサービス担当者との連携により継続的な取り組みが可能で、在宅でも NICD の効果を発揮することができる。

自発性に基づいた行動の再獲得につながった一事例の報告

○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】理解度は高いが、易疲労性が強く訓練を嫌がる患者に今回部分介入を取り入れ、集中介入と同様に変化が認められた。その中でできることが増え自分の意思が反映された行動の再獲得につながった事例を報告する。

【事例紹介】事例は交通事故による受傷から3年が経過した40代女性である。びまん性脳挫傷のため両側開頭減圧術（両側骨片除去）、ICPセンサー挿入、気管切開術、胃瘻造設術、V-P シャント術を施行した。受傷翌年頭部外傷後遺症の治療・リハビリ目的で当院に入院となり、同年両側骨欠損に対し骨形成術を施行した。自発的な発声はないが促せば小声で返答があり、感情失禁が多かった。オムツ交換時に腰を浮かせたりズボンを引き上げる動作がみられた。掌握可能だが手指の拘縮著明で右手は座位で胸まで挙上できた。呼吸状態は安定し、むせは少なく気管カニューレを挿入していた。入院1年後から摂食しているが集中力が続かず20分程度で疲労感があった。

【看護の展開】「自分でスプーンを口まで運び摂食できる」ことを最終ゴールとして、看護目標を『坐位姿勢の安定』『上肢の拘縮改善』とした。看護介入の内容は肩と肘に小バランスボールでの微振動、両上肢の挙上運動を行った。また、坐位姿勢安定のために端座位時にバランスボールを抱えて体幹を揺らしたりバランスボールを使用した足踏み運動を行った。今回の介入の特徴は、介入が嫌な体験にならないように端座位は快の刺激として足浴をしながら行った。また「訓練」と聞くと嫌がり進まなかったため、鏡を見ながらの顔拭きや整髪等の目的を持った日常生活動作として取り入れ休日を作ることなく、上肢の挙上を促した。8週介入した結果、体力が向上し易疲労性が改善した。また同時期にカニューレを抜去したことで食形態がアップでき、咀嚼が確認できた。運動面では上肢の可動域が拡大し、四肢の動きが素早くなった。関節の把持は必要だがスプーンでの自力摂取が可能になった。認識面では「泣き」に加え「怒り」の表出もみられるようになり、感情表現の幅が広がった。更に次の動作を想起した行動（Nsが枕を持つとベッド柵を持って横を向く）や訓練を早く終わらせるために行動の工夫（お手玉を入れるカゴを手前にずらす）等もみられるようになった。

【考察】今回の事例では新しく始めることに対する抵抗感が強かったため慣れるまで嫌な体験にならないように適宜工夫したこと、訓練ではなく日常生活の一部として継続して行動を引き出したことが目標達成につながったと考えられる。また、事例は自発動の低下があり、「持てる力」を活かせていなかった。端座位時の複数異種感覚刺激の入力がきっかけとなって自発的な生活行動の再獲得につながり、発動性の誘導が意思表示の拡大につながったと考える。介入が脳神経の活動を活発にし、自発動を促進させたことで生活行動の再獲得が進んだと考える。

低酸素脳症による遷延性意識障害の患者へのNICD介入 ～A氏の表情パターンからの気づき～

○森田 里美 吉田 郁代 駒井 富代 杉村 洋子 玉井 和子
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

[はじめに] 近年、心肺停止の蘇生率が上がったとともに、低酸素脳症による遷延性意識障害などの合併症を来す場合も増加している。今回、取り組んだ事例も低酸素脳症により重度の意識障害を呈していた。当該施設は、生活行動回復看護（以下 NICD と称す）を導入して 2 年目である。転入時、A 氏の表情は変化に乏しかった。NICD の介入により、今回事例にもたらされた変化にスタッフが気づき、事例の表情から快・不快が読み取れるようになったため、表情の変化に焦点を当てて報告する。

[事例紹介] A 氏 40 代後半の女性で、H27 年 9 月に心室細動発症し低酸素脳症による遷延性意識障害を併発した。家族構成は 4 人家族で子供 2 人の母親である。家族は NICD の効果を期待し転院してきた。転院時には、四肢の拘縮が強いものの、頸部はコントロールができず、グラグラとして支えがないと固定出来なかった。呼吸は気管孔より自発呼吸で SPO₂ は 98% で経過していた。栄養は胃瘻より 1200 kcal/日 が注入されていた。コミュニケーションは確立せず、表情も乏しく意思表示できない状態であった。

[介入方法] 介入期間は 2016 年 5 月より 4 週間を 2 クールであった。内容は、温罨法、バランスボールを使用したムーブメント、腹臥位にて背部の微震動、温浴刺激看護療法、足浴、背面開放型端坐位保持具(以後「座ろうくん」)を使用し約 10 分間の座位、口腔ケア時に顔面マッサージ、訪室毎にポジショニング用のバランスボールの揺さぶりを一日の中にスケジュール化した。また A 氏の好きな音楽を流し、柑橘類のアロマを焚き心地よい環境づくりをした。介入中、さまざまな表情を写真に撮り快・不快の表情の変化をスタッフ間で検討した。

なお、介入や写真撮影については家族に主旨を説明し書面にて承諾を得た。

[結果] 介入より 2 週間後、乏しかった表情が NICD 介入の中で少しずつ変化が出てきた。大別すると 4 つのパターン（無表情・驚き・つらい・穏やか）に分けられることに気付いた。朝方は無表情で、驚く時は音や刺激に敏感で目を大きく開け、下痢や便秘時はつらそうな表情、家族の面会、散歩時、好きな音楽を流し柑橘系のアロマを焚いている時は穏やかな表情が多くみられた。さらに、「座ろうくん」実施中も、頸部を支えなくても少しの間保持ができ、つらそうな表情から落ち着いた表情へと変化がみられた。

[考察] NICD を取り入れて間もない病院である。しかし、介入方法を掲示し、訪床毎に声かけを行い全員で継続したことは、スタッフも重荷にならず前向きに取り組むことが出来た。このことで、何気ない表情の変化も敏感に感じとることができるようになり、それが、A 氏や家族の希望に応えることに繋がったと考える。

今後も、A 氏の理解や家族との関係性を深めるコミュニケーションツールとして表情パターンを活用し、残存能力を引き出す NICD の介入を検討していきたい。

意識障害患者の経口摂取に向けた取り組み —生活の質の向上を目指して—

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

【はじめに】経口から食事を摂るということは単なる栄養補給ばかりではなく、外部刺激として、脳を活性化させることで意識の改善にも繋がる。経鼻経管栄養で反応が乏しく傾眠がちであった事例に対し、経口摂取獲得に向け働きかけを行った結果、食行動が自立、コミュニケーションも確立し自宅退院を目指すことが出来るまで、生活の質向上を図ることが出来たので報告する。

【事例紹介】A氏は70歳の男性で、脳出血（左被殻出血、脳室穿破）のため平成28年3月仕事中に発症、同日開頭血腫除去術施行した。1.5カ月後にリハビリ目的で当院に転院。入院時は、寝たきり、全介助の状態です。右片麻痺が強く、左上肢は筋力低下があり、僅かに挙上できるのみであった。意識は、声掛けに頷きや首振りです。反応が得られるが、すぐに閉眼してしまい傾眠がちであった。栄養は、経管栄養です。舌の動きは悪く、口腔内には粘稠痰が付着していた。

【事例展開】生活予後診断を「摂食・嚥下機能が改善し、坐位が安定することにより左手で3食自力摂取ができる」とした。生活リズムの整えや、姿勢保持及び体軸の安定、呼吸筋の向上のために、日中は車椅子で過ごす時間を長くし、天気の良い日は外の散歩を行い、窓際のベッドに転床し光を浴びるようにした。またバランスボールを利用して、屈伸運動や腰部捻転運動、バウンドの運動を行った。摂食・嚥下機能に対しては、モアブラシによる口腔ケア及びマッサージ、顔面筋機能向上に向けて、顔面マッサージなどの間接訓練をSTと共に実施。間接訓練と並行して、直接訓練は、半固形から全粥軟菜そして米飯へと食形態を段階的に進めていった。以上を10週間介入した。

【結果】①食事は米飯軟菜食を、左手で3食自力摂取できるようになった。②体軸及び坐位が安定、一人介助で立ち上がりや立位保持ができ、移乗可能になるなど筋力も向上した。③昼夜のリズムが整い、日中の活動と休息時間のメリハリができた。④表情が豊かになりジェスチャーを交え意思表示をし、単語レベルの発語が聞かれ、日常の簡単なコミュニケーションが可能になった。⑤左手での動作を促し、自分で顔全体を拭いたり、髭剃りが綺麗にできるようになり、更衣時の協力動作が得られるようになった。

【考察】食事は人間の基本的欲求であり、その欲求を満たす事は、人としての生きがいにも繋がる。また経口的に摂ることで、大脳半球の神経細胞が刺激され脳の活性化が促される。そのことで意識が改善し表情が豊かになった。そして言葉や表情、ジェスチャー、首振りや頷きによるコミュニケーションができるようになり、その人らしい生活の質向上に繋がったと考える。意識障害があり、重度右片麻痺の寝たきり全介助状態で自宅退院が困難と思われた患者が、生活行動を回復し、自宅退院を目指すことが出来るまで生活の質向上を図ることができたことから、生活行動回復看護プログラムの実践は効果があったと評価できる。

麻痺を伴う高齢者に誤嚥防止を図りながら食事行動が回復できた事例

○高橋 恭子 藪中 梨枝子 杉澤 千香子 桜田 不二子
一般財団法人 札幌同交会病院

1. はじめに 高齢者では不使用により身体に廃用変化をきたすことがあり、更に麻痺がある場合にはその影響はより顕著になる。麻痺のある患者の嚥下機能が低下すると、誤嚥性肺炎を起こしやすく絶食にせざる得ない場合も多い。今回の対象において誤嚥防止を重要な目標として介入を行った結果、食事行動が回復出来たので報告する。

2. 事例紹介 対象：A氏は80代の男性で 脳梗塞の既往で左上下肢麻痺があるが、通常の食事摂取が出来ていた。横行結腸がんの診断がされ転院後手術目的で1カ月間の外科入院をした。術後イレウスと誤嚥性肺炎を併発、腸炎の発症により絶食と摂食を繰り返した。食事の確立にいたらないまま、リハビリと食事調整の継続のため A 病院に転院した。(手術前 59.2kg～転院時 54.5kg Ht152cm)

3. 看護過程の展開 (1) 開始時の状況(転入3日目)：ギャッチアップでは右に体幹傾斜あり。端座位時は円背で頭部を保持出来ずすぐに頸部前屈してしまう状態であった。口腔粘膜は乾燥が強く、口腔周囲の筋肉の緊張が弱く、喉頭隆起の運動も不明瞭で会話は小声で聞きとれなかった。食事と水分摂取でムセこみ、肺炎徴候がみられたが食事への強い意欲を持っていた。そこで誤嚥防止のために口腔、嚥下機能の改善が必要であり、耐久力の向上と体幹、頭部保持を強化することで食事摂取に繋がると予測し介入を開始した。

(2) 介入内容：1) 嚥下食による直接訓練時には複数回嚥下を指導実施 2) 顔面マッサージと口腔のストレッチ 発声練習と頸部ストレッチを食前に実施 3) 端座位を2分程度から徐々に延長しながら毎日実施した。 データと分析方法：食事内容、摂食状況 姿勢と座位保持時間 MMASA スコア(神経原性の嚥下障害の評価尺度)を経時的に比較した。倫理的配慮：患者と家族に介入目的と方法、写真の使用と参加および中止の自由について説明し同意を得た。

(3) 結果：介入直後から舌の乾燥が改善し、食事の際には複数回嚥下を確実に実施してもらい食後喘鳴は無かった。介入6日目からミキサー食を2食に増やしたが、摂取量低下や疲労は見られなかった。嚥下機能が改善したことと経口での栄養確保を目的として、介入11日目からは形態を全粥と軟菜一口大に変更した。介入16日目からは3食に増やし7~8割摂取が出来た。座位姿勢では麻痺側の傾きが無くなり、体幹が安定し頭部保持したまま20分の端座位が可能になった。声が大きく明瞭になり、自力での喀痰が出来るようになった。MMASAスコアでは12項目中11項目でスコアが上昇した。特に呼吸状態、構音障害、口蓋、随意的な咳の変化が著明であり、開始時71点が最終評価時99点であった。

4. 考察 摂食訓練を食事直前に実施したことで、口腔周囲筋の運動性が上がり、体力向上による姿勢の改善も安全な摂食に影響したと考える。誤嚥徴候が見られた時でも、A氏の食事に対する意欲を尊重し絶食とはせず、複数回嚥下を確実に実施してもらいながら介入を継続した。食事の継続は訓練であると同時に嚥下機能を評価することに繋がった。結果、麻痺のある対象に誤嚥を起こすことなく、食事行動の回復を可能にすることができたと考える。

機能予後の改善は望めないと言われた患者へのアプローチ ～経口摂取ができるまで～

○北脇 基史 国領 久美 小池 眞理子 上園 恵子
東近江敬愛病院

【はじめに】

脳疾患の急性期では生命維持が最優先となり廃用症候群が生じやすい。今回の事例は、左視床出血脳室内穿破を発症し医師より機能予後の改善は認められないと家族に説明されていた。発症3ヶ月経過後、呼びかけに対し反応があったため、生活行動回復看護技術（NICD）を取り入れ、寝たきり状態の患者の意識が戻り、車椅子乗車から経口摂取まで回復が認められたのでここに報告する。

【事例紹介】

A氏は70代後半の男性である。2016年1月に右片麻痺、意識障害が出現。救急搬送後、左視床出血脳室内穿破と診断。内視鏡下血腫除去術を施行。右顔面麻痺、右片完全麻痺および全失語、経口摂取や意思疎通、指示従命は不可能な状態であった。2月に気管切開施行、経鼻胃管留置による経管栄養開始。その後、症状固定のため3月に当院に転院。転院時、左上下肢運動が認められたが、意思疎通、指示従命困難。流涎、気切部からの痰流出多く頻回の吸引が必要な状態であった。4月に入り体位変換時や声かけにわずかな目の動きと時々追視がみられた。意思疎通は困難であったが、吸引回数が減り唾液嚥下を認めることもあった。

【看護展開】

流涎が少なくなったという事は嚥下ができてきていると判断され、また頻回に声かけを繰り返すことで、時に追視や眼で合図ができるようになってきた。そこで背面解放座位をとることで脳の活性化を図り、意識回復、経口摂取が可能になると考えた。まず関節硬縮や筋萎縮から身体を開放と食べられる口づくりのための顔面マッサージ、口腔内マッサージの看護プログラム取り入れた。1週間後には端座位とすわろうくに座り座位姿勢保持がとれたため、とろみ付飲料で経口摂取を試みた。しかし頸部保持が不完全のため、むせも見られ右口角から唾液と飲料がこぼれおち嚥下は十分とはいえなかった。2週目には、味覚や嗜好に対して瞬きやうなづきで返答ができるようになり、頸部も安定し右口角から食物がこぼれることはあったが、時間をかけながらむせることなくとろみ付ヨーグルト200cc飲用することができた。3週目には摂取量も安定し、口腔内よりこぼれることもなくなった。4週目には車椅子乗車をし、食堂で昼食にソフト食を1品、確実に摂取できるまでになった。

【考察】

口腔周囲筋や舌筋、顔面頬筋を鍛えることで右顔面麻痺の改善につながり、意志表出、感情表現を抽出することができ、また経口摂取が可能となったと考える。脳の活性化には、すわろうくんや端座位姿勢が大きく影響したと考える。急性期で医師に機能予後が難しいと診断されて家族もあきらめていたが、看護師の関わりの中でわずかな目の動きに気づき、かわった結果、寝たきり状態の患者が座位獲得と経口摂取に導くことにできた。意識障害患者であっても、患者が意志表出をできるかわりが重要であるということを再認識できた貴重な症例であった。

3軸一体圧電型加速度センサを用いた 用手微振動法による振動波形の周波数解析についての報告

○山下 哲平¹⁾ 紙屋 克子²⁾

1) 姫路獨協大学 看護学部 2) 京都看護大学

【目的】

医療現場で用いられている振動刺激によるアプローチ法は、機器を用いた報告が多くある。部分振動刺激はもちろんであるが、欧米を中心とした宇宙工学の分野で発展した全身振動刺激についても近年臨床医学での応用が期待されている。今回着目した用手微振動法は、手を用いた部分振動刺激として、看護師を中心に廃用症候群へのアプローチとして臨床で活用されている。この手法による効果について評価した報告は散見するが、振動そのものの性質について調査した報告は見当たらない。よって本研究では、加速度センサを用いて用手微振動法による振動波形の周波数解析を行い、他の振動刺激療法と比較することを目的とした。

【方法】

対象：用手微振動法を臨床で実施している看護師 4 名

測定方法：3 軸一体圧電型加速度センサ（モーシオンレコーダ MVP-A3）を使用した。

子機を右手背に設置して、手掌が地面に向く姿勢で実施して測定した。

計測時間は 30 秒から 40 秒程度とし、サンプリング周期は 5ms とした。

分析方法：振動波形を高速フーリエ変換（Fast Fourier Transform : FFT）解析にて周波数を算出した。スペクトルの最大値の周波数を採用して分析した。

【結果】

振動波形について大きな個体差がみられた。周波数については、5~6Hz の対象と 11~12Hz の対象に別れた。周波数の平均が 9.04Hz (SD=3.16) であった。

【考察】

本研究で用手微振動の性質について分析を試みたが、標本数が少なくまだまだ検証の余地がある。しかしながら、振動波形について個体差があること、周波数についても対象によるグループ形成ができるのではという示唆が得られた。効果が報告されている振動療法の周波数域は 20~40Hz が多く、なかには 200Hz といった機器もある。よって、用手微振動の 5~12Hz の周波数は、先行研究と比較しても低い周波数である。用手微振動の低い周波数で効果が出た要因として、機械的振動と用手的振動による違いが大きく影響していると考えられる。部分振動で用いられる機器の多くは構造上 2 次元での振動であるが、用手で行うと 3 次元的な振動となりその差による影響か、または不随的な生体の機械的振動と用手的に発生させている振動、さらに被験者の生体の機械的振動との複数の振動による何らかの相乗効果なのか推察の余地は多い。今後用手微振動法について科学的に検証していきたい。

ナーシングバイオメカニクスに対するスタッフの意識調査

○坪田 憲明

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

【目的】

当院では平成 27 年度より、生活支援技術指導者コースを修了した看護師を中心に、ナーシングバイオメカニクスの定着を目的とした、ワーキンググループを発足した。患者の安全、安楽及び、スタッフの腰痛軽減、更には家族指導も視野に入れ、技術研修を実施している。今回、技術研修した内容に関して、スタッフの知識と技術使用状況について、アンケートを用いた実態調査を実施し、研修内容の理解と実技実施状況を把握、分析することにより、今後の技術研修の改善へと繋げていきたいと考えた。

【研究方法】

研究対象者は、回復期病棟、障害者病棟に勤務するスタッフ（看護師及び看護補助員）を対象とした。①仰臥位から側臥位（膝を立てる）、②仰臥位から側臥位（膝を立てない）、③枕元への引き上げ（スライディングシート活用）④起き上がり（側臥位を経過する）、⑤仰臥位から腹臥位への体位変換、⑥ナーシングハンドケア（下肢へのリラクゼーション）の 6 項目について知識として知っているかと、実施しているかについてアンケート調査を行った。アンケートの回収は留め置き調査とし、アンケートの回収をもって研究への同意を確認した。アンケートは単純集計し、「実施している」/「知っている」を使用率として算出した。

【結果】

2 病棟スタッフ 67 名に配布し 50 名より回答を得た（回収率 74%、有効回答率 94%）。使用率の高い技術は、①仰臥位から側臥位（膝を立てる）、③枕元への引き上げ④起き上がり、②仰臥位から側臥位（膝を立てない）⑥ナーシングハンドケアが 50%以上であった。

表 知識と使用技術の比率

技術番号	①	②	③	④	⑤	⑥
知識として知っている	45 名	34 名	43 名	32 名	26 名	24 名
使用したことがある技術	38 名	20 名	35 名	21 名	4 名	13 名
使用率	84%	59%	81%	66%	15%	54%

【考察】

技術番号②、⑤、⑥に関しては実際の使用率が 60%を下回っており、現場での実施率が低い傾向にあった。しかしながら②に関しては①で対処できていると解釈もできる。⑤に関しては、視床下部への刺激により、廃用症候群を予防する有効な技術であり、今後使用率を伸ばしていく必要があると考える。⑥に関しては、看護師でも簡便に実施できるリラクゼーションの一つとして、看護師のみならず家族指導の一環として指導する意義があると考えられる。今回の結果を踏まえ、スタッフの知識と技術の使用状況を詳細に知るために、技術確認のための手帳等を作成し、病棟患者の特色に合わせた技術研修が重要と考える。

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】
 - 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」に自筆署名し、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		

協賛企業

御協賛をいただき
誠にありがとうございました

メディカ出版 様
(株)特殊衣料 様

abonet + Noriko

抗がん剤と戦う女性へ、どんな時でも笑顔を
ゆったりサイズでふんわり軽い、心地良い帽子です。

★全2型 / ¥5,800 ~ 6,200 (税別)
★WEB サイトでカラー等ご確認頂けます → <http://www.abonet.jp/>

 株式会社 特殊衣料 tel.011-663-0761/fax.011-663-0955



日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第5巻 第1号
第12回 学術集会プログラム・抄録集

発行日 2016年10月15日

発行 第12回 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

看護の力でここまでできる！看護の実践必須スタンダード 意識障害・

寝たきり〔廃用症候群〕患者への 生活行動回復 看護技術NICD教本

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 編著

あなたは今、どんな看護をしていますか？あなたの看護を、見方を変えて振り返ろう！いつでも、どこでも（急性期～維持期、訪問・在宅看護）、だれもが今日からできる。これからの時代の、信頼される看護の新スタンダード！患者が変わる、看護の素晴らしい力を再確認しよう！

contents

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1章 NICDとは | 3章 生活を再構築するためのアセスメント法 |
| 2章 NICD看護の実際
—3つの看護技術 | 4章 NICDの看護計画の立て方 |



定価（本体3,500円+税） B5判/204頁
ISBN978-4-8404-5354-7
T020160（メディカ出版WEBサイト専用検索番号）

学ぶ人も 教える人も 実践が変わる！臨床看護のeラーニング つづく、はなさく。

Candy e Link

キャンディリンク

2016年秋
発売開始

新人・復職、
異動者の
看護力の向上に！

OJT・指導業務
の充実・効率化、
指導力向上に！

管理者の
人材育成
業務の効率化に！

臨床シナリオ 問題を解いて
現場対応力をつける！

ポイント解説 予習・復習に
ササッと使える！

手技ムービー 動画だからこそ
手順や流れがわかる！

メディカ キャンディリンク 検索

Candy Link

キャンディリンク
続く(Continue)・成果が上がる(Yield)・つながる(Link)

①実践が変わる！ ②成果の見える化！ ③続ける楽しさ！

新人が学びたい 先輩が教えたい
“実践力”が身につく！

人材育成の環境改善が見える化
強力サポート！

楽しいだけじゃなく
学びに引き込む！

eラーニングで実践が変わる！

学習教材「**インストラクショナルデザイン**」に基づく教材設計

Candy Linkの学習法は、「学習効果上がる教え方」である学習理論「**インストラクショナルデザイン**」を採用しています。ただ学ぶだけでなく、**実際の行動が変わるeラーニング**です。これまでの指導者による教え方のバラつきをなくし、教育の均一化を図ることで、**病院全体のレベルアップ**につながります。

厚生労働省 新人看護職員研修ガイドライン改訂版準拠

全86テーマ		
学習目標		
学習教材は3つの学び方で構成		
臨床シナリオ 約300タイトル	ポイント解説 約300タイトル	手技ムービー 約100タイトル
確認テスト・フィードバックシート		

全86テーマは、「厚生労働省 新人看護職員研修ガイドライン改訂版」をベースに、当社のノウハウを反映させたラインナップとなっています。学習教材は3つの学び方で構成しており、現場のニーズに応じた「臨床シナリオ」「ポイント解説」「手技ムービー」のどこからでも学習できます。すべてのテーマごとに行動レベルで目標を立てており、やるべき目標が明確になります。学習後、実際に現場での行動が改善されたか、学習者・先輩が確認できるツールも備えています。

MC メディカ出版

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