

# 日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第7巻第1号

## 第14回 学術集会プログラム・抄録集

The 14<sup>th</sup> Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：変化をもたらす看護の探求



会 期 2018年10月27日(土)

会 場 京都看護大学  
京都府京都市中京区壬生東高田町1-21

大会長 社会福祉法人 あじろぎ会宇治病院 看護部長  
杉村 洋子

# 開催によせて

第14回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 大会長  
杉村 洋子  
(社会福祉法人あじろぎ会宇治病院 看護部長)

今年は災害の多い年で全国の被災された方々には、心よりお見舞いを申し上げます。

さて、この度第14回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 in 京都を、2018年10月27日に京都市の京都看護大学にて開催する運びとなりました。

日本ヒューマン・ナーシング研究学会（理事長：紙屋克子・京都看護大学教授）は、「看護技術の診療報酬化をめざす研究プロジェクト」の実践報告会を前身とし、2011年より学会として認可された学術集会です。

本学会では、脳損傷に伴う意識障害や、疾病・加齢により生活機能に障害のある患者の生活を再構築するための看護技術の普及を行ってきました。学会認定看護師研修の修了者も多数輩出され、さらなる技術の向上と普及を目指すことで、寝たきり患者に生活行動の獲得を促すことに寄与すると考えております。

看護師は、自分の体を「道具」とし、人に触れ、声を聴き、身体の状態や人生の歴史を感じ取り、その方がどのようにライフサイクルを送るかに寄り添う仕事であります。それにはアート（技術）クリエイティブ（創造）セオリー（確かな理論）を必要とします。そして、実践したケアがどのようなアウトカム（結果）を生み出したかを探求することなしには、看護の発展はないと考えます。今回の大会は、「変化をもたらす看護の探求」をテーマに全国で実践された生活行動回復看護につき参加者と意見交換し、看護を探求できたらと思っております。

基調講演では看護職の自立・自律を目指し、次代の看護師育成に携わる京都看護大学 豊田久美子学長にご登壇頂きます。先生は看護実践を研究としてまとめる指導を多くの臨床看護師に行い、臨床の智と教育の智がつながることの重要性を教えていただいております。

シンポジウムでは、意識障害・廃用性症候群患者の生活行動看護が急性期・慢性期・在宅、そして重症心身障害者施設などで実践されている報告をご紹介します。

ランチョンセミナーは、摂食嚥下に焦点をあてた2演題を予定しており、京都大学 末廣篤先生と社会医療法人健和会 福村直毅先生にお話しいただきます。

今回は一般演題が18演題、実践報告3演題で貴重な発表が予定されております。はじめて、ポスターセッションでの発表を取り入れて、活発な意見交換ができるよう企画しました。

10月の京都は紅葉には少し早い時期ですが、歴史ある町で秋の週末をお過ごしいただけたら幸いです。非会員の方、当日の参加も受け付けておりますのでご参加いただけたらと思います。

最後になりましたが、ご講演いただきます先生方、応募いただいた演者の皆様、サポートいただく方々に心より感謝、御礼を申し上げ、挨拶とさせていただきます。

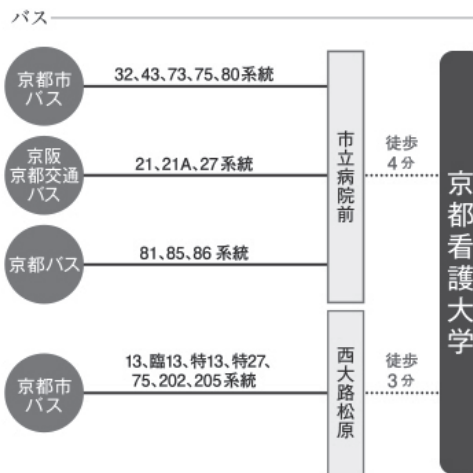
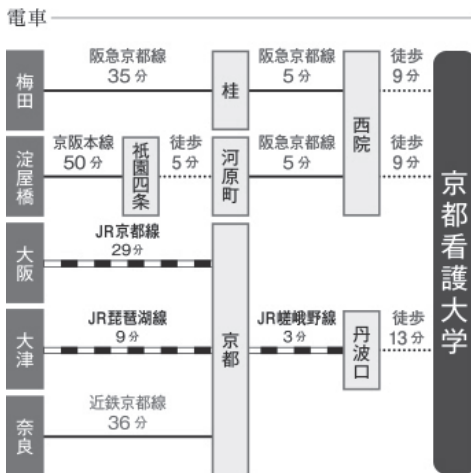
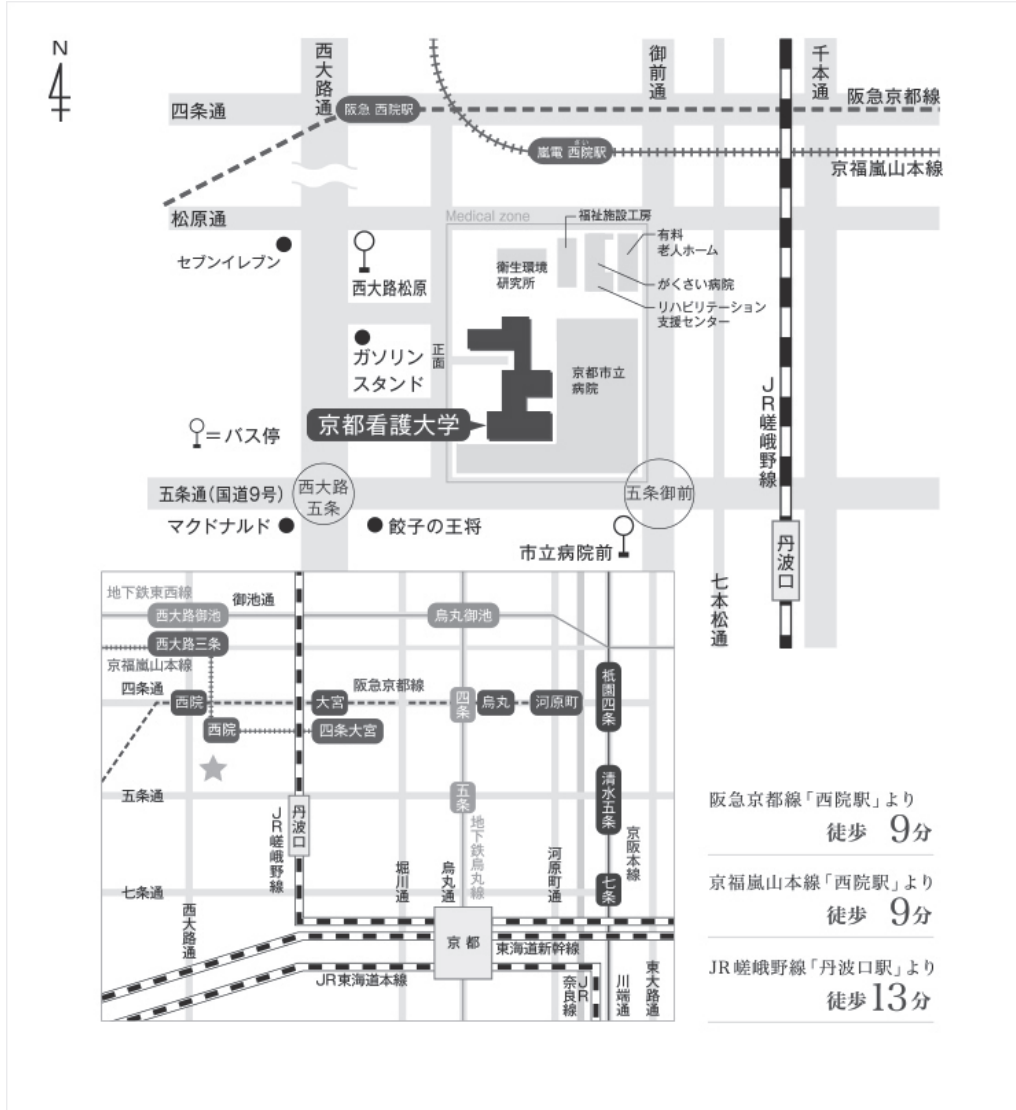
## 目 次

学会会場までのアクセス .....	3
プログラム .....	4
会場案内図 .....	8
参加者へのお知らせ .....	10
講演資料 .....	13
シンポジウム資料 .....	15
発表抄録 .....	19
投稿規定 .....	41
会 則 .....	44
入会要項 .....	47

# 学会会場までのアクセス

会場：京都看護大学

京都府京都市中京区壬生東高田町 1-21





# プログラム

## メインホール（多目的ホール）

### 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

「変化をもたらす看護の探求」…………… 13

講師：豊田 久美子（京都看護大学 学長）

座長：杉村 洋子（社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院 看護部長）

一般演題 第1群 11:00~11:50

座長：石田 恵里子（独立行政法人 自動車事故対策機構 岡山療護センター）

和田 澄子（JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院）

1-1 気管切開チューブが自然抜去した患者へのアプローチ ～QOL 向上を目指して～…………… 19  
賀集 幸子（社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院）

1-2 気管切開チューブ留置患者に対する嚥下機能向上のための取り組み…………… 20  
川崎 伸絵（泉大津市立病院）

1-3 肺野への微振動を与えることの効果について…………… 21  
～重症肺炎にチームで取り組んだ一症例～  
吉田 実紅（京都大原記念病院）

1-4 廃用症候群の高齢者に対するバランスボール運動と端座位の看護による効果の報告…………… 22  
宮田 泉（一般財団法人 札幌同交会病院）

1-5 高齢の慢性心不全患者に対する排泄行動の再獲得へ導いた事例…………… 23  
—バランスボールを用いた運動の効果—  
西盛 一美（河北中央病院）

シンポジウム 13:00~14:30

「つなげよう！生活行動回復看護！急性期から慢性期、そして在宅」……………

座長：紙屋 克子（京都看護大学 教授）

シンポジスト：宇佐見 希子（社会医療法人 厚生会 木沢記念病院）

小川 千代子（医療法人沖繩徳洲会 静岡徳洲会病院）

青木 容子（訪問看護ステーションブレックス）

濱田 崇宏（札幌緑花会大倉山病院）

一般演題 第2群 14:40~15:30

座長: 西山 知子 (泉大津市立病院)

田中 沙也香 (地域医療機能推進機構 中京病院)

- 2-1 体験から学ぶ黒岩メソッドモアブラシの有用性…………… 24  
杉本 笑子 (社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院)
- 2-2 脳卒中急性期における早期離床にむけた筋緊張緩和の看護の取り組み…………… 25  
中島 摩耶 (社会医療法人厚生会 木沢記念病院)
- 2-3 RNP 介入後在宅療養となった患者の実態調査と退院指導の課題…………… 26  
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)
- 2-4 家族とのチームで関わった下肢拘縮改善に向けた取り組み…………… 27  
中村 瑞穂 (社会医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院)
- 2-5 通院中の高齢患者のサルコペニアの実態 ~健康寿命を延ばすための基礎調査~…………… 28  
竹澤 直美 (社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院)

総会・NICD認定証書授与式 15:30~16:00

一般演題 第3群 16:00~16:50

座長: 竹内 葉子 (社会医療法人厚生会 千葉療護センター)

国領 久美 (医療法人 敬愛会 東近江敬愛病院)

- 3-1 高次脳機能障害患者の生活行動再獲得を目指して…………… 29  
大野 仁也 (社会医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院)
- 3-2 脳幹出血で全介助となった外国籍患者の自宅退院に向けた取り組み…………… 30  
金城 美奈 (医療法人 厚生会 木沢記念病院)
- 3-3 閉じ込め症候群寝たきり状態患者にNICDを取り入れ、残存機能の回復をきたした事例…………… 31  
坂本 紀代美 (社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院)
- 3-4 ウェルニッケ脳症の高齢者に対する背面開放座位が生活行動に及ぼす影響…………… 32  
山本 享 (かがわ総合リハビリテーション病院)
- 3-5 遷延性意識障害患者に対するADL回復に向けたNICDの取り組み…………… 33  
~ワンハンド車椅子での自走を目指して~  
西脇 由佳 (社会医療法人厚生会 木沢記念病院 中部療護センター)

閉会の挨拶 16:50

## 会場1 ( 1階 大講義室1 )

示説発表 14:40~15:30

- P-1 失語症患者の意思表示を促すための取り組み…………… 32  
—生活歴を組み込んだ美容からのアプローチ—  
中森 如恵 (社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院)
- P-2 自己表出に焦点をあてたNICDプログラムの効果…………… 33  
大塚 清美 (医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科)
- P-3 排泄行動の再獲得に向けての取り組み…………… 34  
～成功体験からの意欲向上をめざして～  
北本 恵里 (社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院)
- 【実践報告】
- P-4 咽頭ケアの必要性 ～急に声が出なくなった患者の一例～…………… 35  
中島 遥 (湘南藤沢徳洲会病院)
- P-5 介護付き有料老人ホームにおける介護職員を中心としたNICD実践報告…………… 36  
青木 容子 (訪問看護ステーションブレックス)
- P-6 9年目を迎えたNICDの取り組み…………… 37  
～リラクゼーションと微振動を取り入れた家族指導～  
上園 恵子 (東近江敬愛病院)

## 会場2 ( 3階 大講義室4 )

ランチョンセミナー1 「京都大学における摂食嚥下診療 —スクリーニングから栄養管理まで—」  
講師：末廣 篤 (京都大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科助教)

## 会場3 ( 3階 大講義室3 )

ランチョンセミナー2 「医療・看護・介護に役立つ嚥下治療」  
講師：福村 直毅 (社会医療法人健和会病院総合リハビリセンター長)

## ワークショップ会場 ( 1階 中講義室4 )

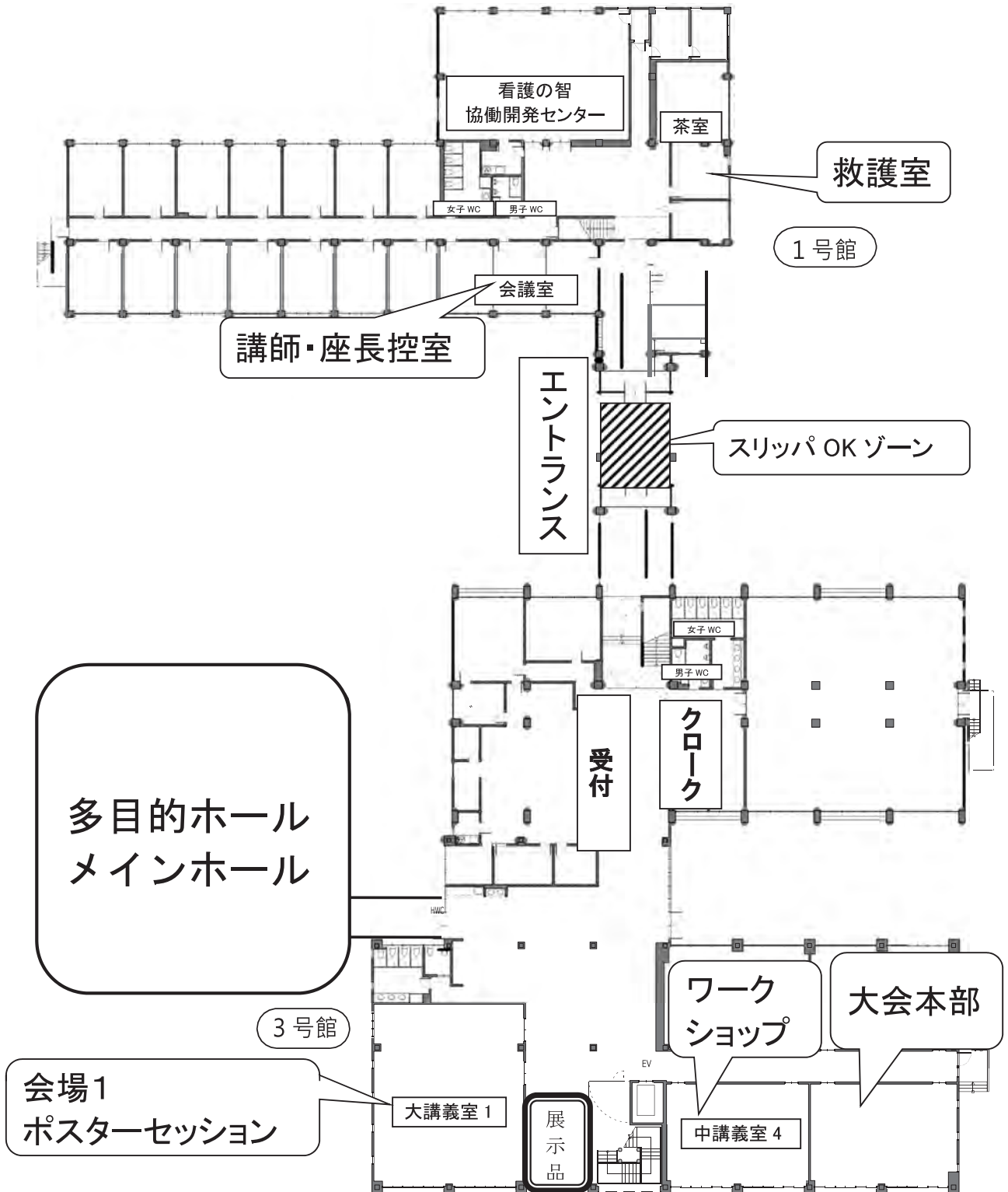
ワークショップ 1	口腔ケアの実践	①11:00~11:50	②15:30~16:00
ワークショップ 2	用手微振動の実践	①11:00~11:50	②15:30~16:00

# 第14回 日本ヒューマンナーシング研究学会 タイムテーブル

会場	9:00~9:50	9:50~10:00	10:00~10:50	11:00~11:50	12:00~13:00	13:00~14:30	14:40~15:30	15:30~16:00	16:00~16:50	16:50~17:00
メインホール 多目的ホール		オリエンテーション 大会挨拶	基調講演 テーマ:変化をもた らす看護の探求 京都看護大学学長 豊田久美子	一般演題 (第1群) 1-1~1-5		シンポジウム	一般演題 (第2群) 2-1~2-5	学会総会 NICD認定表彰	一般演題 (第3群) 3-1~3-5	閉会挨拶
	会場1 1階大講義室	一般演題 ポスター展示 (9:20~17:00)								
会場2 3階大講義室4					ランチョン セミナー1					
	会場3 3階大講義室3				ランチョン セミナー2					
ワークショップ会場 1階 中講義室4				ワークショップ1 (口腔ケア)					ワークショップ1 (口腔ケア)	
				ワークショップ2 (微振動)					ワークショップ2 (微振動)	
展示 (1階大講義室前)	看護用具の展示 (9:00~16:00)									

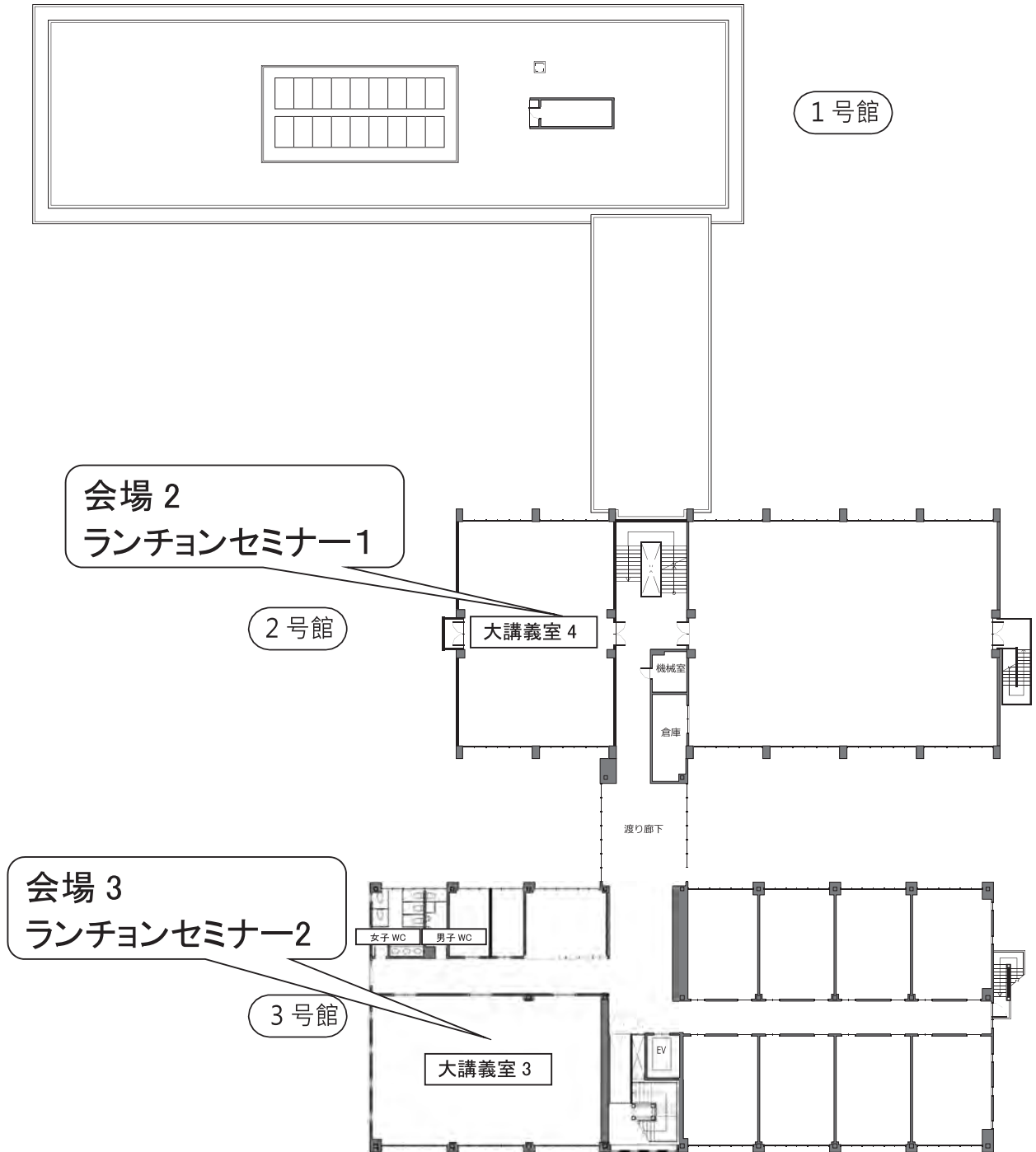
# 会場(京都看護大学)案内図

1階





# 3階



# 学会参加者へのお知らせ

## 1. 事前参加登録

- ・事前参加は、抄録集発送の都合上10月5日(金)まで、メールにて受付けます。
- ・抄録集と領収証つき参加証は、10月中旬に事前参加登録者に発送いたします。当日は抄録集を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、ご購入いただけます。10月15日(月)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。
- ・10月12日(金)までにご入金がなかった方は当日受付扱いとなりますのでご了承ください。

## 2. 受付について

- ・受付は10月27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ないようご準備願います。
- ・ネームホルダーをお渡ししますので、会場内では参加証を必ずお付けください。
- ・開場直後の受付は混み合いますので、つり銭の要らないよう金額を準備していただくなど、受付がスムーズに行なえるようご配慮ください。
- ・受付時にランチョンセミナーの参加引換券をお渡しします。セミナー1・2とも、定員は100名となっておりますのでご希望のセミナーを受付にてお申し込みください。
- ・会場は2足制になっております。スリッパを準備しておりますが、必要な方は上履きを持参してください。

## 3. 総会・NICD認定証書授与式について

15時30分～16時00分にメインホールにて総会および第8期生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、『メルパルク京都』で懇親会を行います。詳しいご案内は参加者に当日お渡しいたします。
- ・当日参加も可能です。学会受付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のご遠慮ください。
- ・ポスターの写真撮影は発表者に許可を得てください。

## 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、講師控室をご利用いただけます。

## 7. 演者の方へ

### 口演発表される方へ

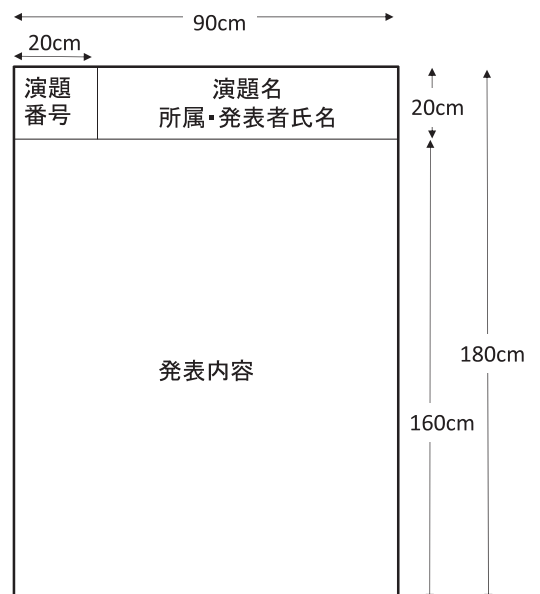
- 口演スライドは、1群の方は9:00～9:50までに受付とスライド受付をお済ませください。2群・3群の方は9:00～13:00までに受付をお済ませください。午前中の受付が込み合った場合は1群の方を優先させていただきます。スライドの作成に当たりましては、下記の点をご考慮ください。

Windows および Mac の Power Point ファイルを受け付けます。USBフラッシュメモリーにファイルを保存して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ならびにアダプターをご用意ください。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7分質疑応答3分) です。時間を厳守してください。

### ポスター発表される方へ

- ポスターは、9:00～9:50までに貼付し、16:00～17:00までに撤去してください。
- 14:40になりましたら司会の指示に従い1演題5分間で発表をお願いします。発表後15:30までご自分のポスターの前で待機し質疑対応してください。
- パネルのサイズは横90cm、縦180cmです。  
(右図を参照してください)。
- 演題名、所属、演者氏名は各自ご用意ください。
- 演題番号は事務局で用意し、パネル左側に貼ってあります。
- 押しピン (画鋏) 等は会場に準備してあります。



## 8. その他

- 駐車場について  
駐車場はありません。公的交通機関をご利用ください。
- 昼食について  
学会参加費に昼食代は含まれています。ランチョンセミナーにご参加しなくともお弁当を用意しております。
- 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、9:00～17:30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。
- 体調が悪い方がいらっしゃいましたら医務室にて対応させていただきます。

# 講演資料



## 変化をもたらす看護の探究 ～実践知から理論へ、理論から実践へ～

豊田 久美子  
京都看護大学

少子・超高齢・多死社会を迎えた今日、地域包括ケアシステムの構築に見られるように看護職にも大きな変化が求められています。

社会の変化に伴い、医療・看護にも大きなうねりの中にあるこの時期をピンチと捉えるか、チャンスとして引き寄せるかが問われています。F.ナイチンゲールは「あなた方は進歩し続けられない限りは退歩していることになるのです。目的を高く掲げなさい。」と述べています。

1992年、NHKスペシャル・ドキュメンタリー「あなたの声が聞きたいー植物人間・生還への挑戦ー」で紹介された紙屋克子氏の看護活動は、医療・看護界のみならず広く一般の人々にも看護の成果と素晴らしさを伝えたことで注目されました。私も視聴時の感動を今も熱く思い起こすことができます。それから多くの看護学生にこの映像を教材として用い、ともに学びあってきました。

人は、生後まもなく自ら呼吸し生命活動を維持し、成長発達の過程で‘食べること’、‘排泄すること’、‘動くこと’、‘休息すること’‘清潔にすること’など細々とした生活行動を獲得し、‘その人のやり方’を繰り返し、生命、人間としての尊厳・その人らしさ・QOL（生活・人生）を創りだしています。

よって、看護師が行う患った人への生活行動の援助は、人体の構造・機能、疾病の病態と治療を念頭に、‘いま、ここで、どのように整えるか？’、‘患者にどのような変化をもたらすか？’といった目的意識的なものでなければならぬと言えるでしょう。つまり、看護師によって行われている日々のケアは、ナイチンゲールが言う‘こまごまとしたこととはいえ、それは生と死にかかわること’であり、看護の専門性の本質なのです。

本基調講演では、第14回学術集会のテーマである「変化をもたらす看護の探究」における‘変化’を、‘患者の変化’および‘看護職者の変化’として捉え、日々、看護職において実践されている生活行動援助の中に潜んでいるその‘変化’をどのように探究していくのかについて皆様とともに考えたいと思います。

シンポジウム 資料

## 末廣 篤先生 プロフィール

《現所属》京都大学大学院 医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 助教

《生年月日》昭和48年10月27日生 京都出身

《略歴》

平成11年3月 京都大学卒業

倉敷中央病院等を経て

平成18年4月 京都大学大学院 入学

平成22年3月 学位取得

平成21年1月より2年半 米国テネシー州ヴァンダービルト大学留学

帰国後、神戸市立医療センター中央市民病院等を経て

平成28年5月より京都大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科 助教

平成30年4月より同病棟医長

現在に至る。

《所属学会》

日本耳鼻咽喉科学会、

日本頭頸部外科学会、

日本頭頸部癌学会

などの耳鼻咽喉科関連の学会、

および

日本静脈経腸栄養学会、

日本摂食嚥下リハビリテーション学会

などに所属

## 福村 直毅 先生 プロフィール

1998年 山形大学医学部卒業 山形大学脳神経外科入局

2001年～リハビリテーション科

2003年 聖隷三方原病院、秋田県立リハビリテーション精神医療センターで研修

2004年 鶴岡協立リハビリテーション病院リハビリテーション科長

2006年 東京医科大学医学部医学科卒業

2015年 社会医療法人健和会 健和会病院 リハビリテーションセンター長 (現職)

2017年 日本リハビリテーション医学会論文賞 最優秀論文賞

【資格】

・嚥下認定士

【所属学会・役職】

・日本リハビリテーション医学会

・日本摂食嚥下リハビリテーション学会

・日本脳神経外科学会

・日本東洋医学会

・日本内科学会

・山形摂食嚥下研究会会長

【書籍等】

・医療・看護・介護に役立つ嚥下治療エッセンスノート (全日本病院出版、2015年11月)

・飲み込みらくらくお助け枕 ふたこぶラックン (嚥下障害のある方が食事をする際の誤嚥を防ぐ枕) の監修 (株式会社ウイステリア、2017年1月)

## 「急性期からつなげよう！生活行動回復看護」

NICD学会認定看護師 宇佐見 希子  
社会医療法人厚生会 木沢記念病院  
岐阜大学医学研究科 脳病態解析学

意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復看護（NICD）は看護師の役割である「療養上の世話」、すなわち看護の視点における生活行動の回復について知識と技術、理論を提示しています。

私は慢性期における意識障害看護の経験を基に、急性期は病態管理と、疾患の経過を見通し生活行動の回復を目的とした看護展開が患者と家族の可能性を上げ、慢性期、在宅へつなぐと考えチームでNICDを実施してきました。特に急性期で大事にしてきたことは、看護計画に責任と誇りを持つことです。先輩の姿をみてきた新人看護師が3年後、「重度意識障害があっても脳の賦活は未知であり可能性を信じさまざまな日常生活動作を提供することが大切」という学びは、NICDの実施が看護の未来に繋がると実感しました。

「つなぐ」は長く続く・絶えないようにする意味があり、急性期は患者の可能性をつなぐ第一歩であり、臨床看護は継続するチーム力が必要です。学会の皆様はNICDを実施し看護の醍醐味を感じる方がおられる一方で、NICD継続に困難を感じている方も多いと考えます。シンポジウムでは当院の活動と症例を報告し、皆様と意見交換したいと考えています。

## 「NICDの介入による看護師の意識変化」

小川 千代子  
静岡徳洲会病院

私は紙屋克子氏との出会いから NICD を知り、先生による病棟ラウンドにて「看護の力で患者に変化を起こす」ことを実感した。

10年にわたる遷延性意識障害の呼吸器装着患者を初めて端坐位にすることができた。患者の堅い背中を見ながら長い間の苦痛を思い、起こすことをしなかった自分を反省した。私たちの看護はここから変化し、半年で10人の患者の呼吸器を離脱可能とした。呼吸器が長期化せず離脱が可能になったことで、医師は必要な期間のみ呼吸器装着という指示が出せるようになった。

ある患者は低酸素脳症による意識障害であり、廃用症状が進んでいた。関節拘縮の改善にバランスボールを使ったムーブメントプログラムを行い関節可動域が広がった。頸部が安定し、端坐位保持ができ、声の方向に顔を向け、時折視線が合うまでになった。患者の変化が家族を悲嘆に満ちた表情から和らいだ表情に変化させた。

NICDの介入で患者に変化を起こせたことで看護師の意識に変化が起こった。意識障害や廃用症候群を看護の力でいかに回復させ継続していくかを急性期や慢性期そして在宅で考えていかなければならない。



## 「諦めない看護をめざして ～住み慣れた家だからできること～」

青木 容子

株式会社Leap 訪問看護ステーション ブレックス

私が従事する訪問看護ステーションは神戸市中央区にあり、利用者は主に慢性期疾患を持つ高齢者である。中央区は、神戸市の中心部で人口 135,153 人、高齢化率は 25.5% (2015 年国勢調査) であり、高齢化率は今後さらに高まることが予測されている。そしてその高齢者の多くは、単身者や老夫婦二人暮らし世帯である。このような世帯では、住環境や人的環境など総合的に介護力が低い傾向にある。そのため私は生活行動回復看護と出会うまで、訪問看護における目標を現状維持と考えていた。しかし、介護力が低くても生活機能は回復・向上できる。大切なことは「もう歳だから」「病気や障害があるから」と限界を作らないこと。利用者とその家族が望む生活をめざして活動している在宅での実践例を紹介する。介入に時間的制限がある訪問看護で必要なことは、他職種連携である。病院と自宅や施設、看護師とセラピストと介護士、効果的な連携について意見交換の場としたい。

## 重症心身障害児（者）における、NICD介入の効果について

濱田 崇宏

社会福祉法人 札幌緑花会 大倉山学院

重症心身障害児（者）とは重度の精神薄弱と重度の肢体不自由を重複する児童および満 18 歳以上のものと児童福祉法では定義されている（以下、重症児（者）と略す）。近年医療の発達に伴い従来では生後死亡してしまうような重度な症例でも命を落とす事例が減少している。そのため、重症児（者）の中でも医療ケアを濃厚に必要とする超重度障害児が増加している。重症児・者は、脳性麻痺や精神遅滞による運動および姿勢障害により、多くは一般的な発達段階を経ておらず、廃用症候群を呈している場合が多い。一方、重症児（者）においても健常者と同様に高齢化が進んでおり、生来の障害に加えて加齢による廃用症状を呈する者が増加している。さらに生活の場が自宅や施設など障害児（者）のありようは多様であり、個々の状態・生活に応じた支援の在り方が求められている。

ここ 10 年、こうした廃用症候群を呈する対象者への生活行動回復看護（Nursing Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome Patient：以下、NICD）が普及しつつある。これまでの NICD 実践の報告では意識障害患者や高齢患者への効果が多数報告されているが、重症児（者）での実践報告は数少ない。当施設においては、開院して 50 年以上経過しており、5 歳から 80 歳台に至るまで様々な年代の利用者が入所している。今回年齢の異なる 3 事例の NICD 看護の介入により、介入が長期間であっても発達段階向上の可能性のあることについて報告する。

発 表 抄 録

## 気管切開チューブが自然抜去した患者へのアプローチ ～QOL向上を目指して～

○賀集 幸子 吉田 郁代 西條 絵里 藤井 結華  
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

### 【はじめに】

現在の日本は医療技術の向上に伴い、急性期を脱しても介護が必要な患者が増えている。今回、気管切開、胃婁造設、片麻痺となり、身寄りもなく、生きる意欲を喪失していた患者が気管切開チューブ自然抜去後、NICD とリハビリテーションにより生きる意欲を取り戻したケースを報告する。

### 【事例紹介】

本事例は、多発性脳膿瘍にて呼吸器管理となった後、気管切開チューブ管理、胃婁栄養、頻回の吸引が必要な64才男性であった。入院時日常生活自立度C1、ADL 全面介助、声をかければ口元を動かし話す素振りがあったが自発性は乏しく、笑顔もなかった。しかし、気管切開チューブ自然抜去時より発声可能、患者とのコミュニケーションがスムーズに取れた。その後、それまで寡黙であった患者から「TV がみたい」「ご飯が食べたい」と自己主張ができるようになった。

なお倫理的配慮として、事前に患者に研究内容と守秘義務について説明し同意を得た。

### 【看護過程の展開】

看護目標として1.普通食の摂取ができる、2.誤嚥を起こさない、3.整容、保清が一部介助下で充足できる、4.麻痺側の認知が出来る、5.生きる喜びや達成感を得ることができるとした。またNICDメニュー介入内容は以下の通りであった。①口腔マッサージ（毎食前）②肩甲骨の微振動（車椅子移動前後60秒）③車椅子乗車時に髭剃りやコップの把持の実施④麻痺側の手掌をゴムボール使用し離握手運動（30秒/適宜）

### 【結果】

目標1. 2. 入院当初は3食/日胃婁栄養であったが気管切開チューブ自然抜去1週間後には昼のみ固形3品となり、3週間後に朝昼嚥下食Ⅲハーフ、1か月後には嚥下食Ⅳキザミ食になった。日中、就寝時の咳嗽は増えたが自己排痰できている。目標3.「今日は髭剃りしないの?」「歯磨きしたよ」等の整容に関する発言と足趾白癬の改善が認められた。目標4. 車椅子自操時の麻痺側下肢の使用が増え、使いにくいと使用しなかった麻痺側で柵を掴む動作、コップを支える動作が増え、麻痺側手指の拘縮も起こさなかった。目標5. TVのリモコン操作、塗り絵などが出来るようになり、患者より「出来るようになってうれしい」「自分で番組変えるからいいよ」等の発言と笑顔が得られた。また、自発的におむつ交換時のヒップアップや衣服着脱時の協力を行おうという姿勢が見えるようになった。

### 【考察】

NICD 介入により、患者の全体像を捉え生活行動を自立に導く看護が出来たと考える。さらに患者の意志で出来る事が増え、他者に認められることにより患者の生きる喜び、達成感が得られ、活動性の向上につながったと考える。

## 気管切開チューブ留置患者に対する嚥下機能向上のための取り組み

○川崎 伸絵 坂上 裕明 西山 知子 西川 朝子  
泉大津市立病院

【はじめに】頭部外傷患者は、急性期治療の段階で気管切開を行うことが少なくない。しかし、高次脳機能障害による理解力の欠如等から、気管切開チューブの自己抜去も多い。本症例は、気管切開チューブの自己抜去が頻発の為、身体拘束をしていた。しかし、意識回復や人間らしさを取り戻す看護の中で行う身体拘束には、疑問を感じていた。今回、気管切開チューブ抜去の可能性を引き出す為、NICDによる嚥下機能向上に取り組んだ結果を報告する。

【事例紹介】事例は平成27年10月に交通事故でびまん性軸索損傷と診断されたA氏、60歳代男性であった。治療中に肺炎を合併し、気管切開術を受け、受傷後7カ月目に当該施設へ転入した。気管切開術後より気管切開チューブを自己抜去する為、両上肢を拘束されていた。A氏は身体拘束によるストレスで不眠であった。その為、日中は傾眠状態で、リハビリに対して抵抗が強かった。介入前の嚥下機能評価は、右側の声帯麻痺により、唾液を誤嚥しやすい状態だった。倫理的配慮は、院内倫理審査の承認を受け、本人と家族へ説明し同意を得た。

【看護過程の展開】介入期間は、平成29年9月～10月の約5週間であった。アセスメント：意識障害により意識的な嚥下運動が困難であった為、嚥下機能の向上には覚醒を促すことが必要であった。A氏は夜間の覚醒が多くバイタルサインも不均衡であった。これらは、日中の活動量が少ないこと、身体拘束によるストレスや、夜間のオムツ交換による刺激が原因であると推測した。また、声帯麻痺の他に、流涎が多く、表情筋や舌の筋力低下等、口腔機能の廃用による誤嚥があると考えた。そして、誤嚥せずに唾液の嚥下が可能になると、気管切開チューブの抜去に繋がるのではないかと考えた。看護目標は、1. 睡眠・覚醒パターンが整う、2. 口腔内の唾液が嚥下できる、とした。介入内容：目標1に対して、1) バランスボールに座り上下に弾むムーブメントや、頸部に用手的微振動、ストレッチ、2) 腹臥位や端坐位、3) 大容量の尿取りパッドを使用し、オムツ交換の回数の削減を実施した。目標2に対して、1) に加えて、スピーチバルブを装着し、表情筋マッサージや間接訓練、舌のストレッチを実施した。更に、3週目から味覚刺激を追加した。介入の効果は、覚醒と睡眠表、バイタルサイン、Crysdaleらの作成した流涎スコア、カフ上部からの吸引回数と吸引量で評価した。

【結果】日中の開眼時間の増加と、3週目の夜間から継続した睡眠があった。バイタルサインの日内変動に変調を来していたが、6週間後には整った。3週目から嚥下後、口腔内に唾液が残らなくなった。また、自発的な嚥下運動を認める頻度が増加した。流涎スコアも9点から5点に改善した。夜間のカフ上部からの吸引回数と吸引量が減少した。

【考察】日中の活動量が増加し、五感刺激を継続したこと、またサーカディアンリズムが整い、良質な睡眠を得られたことが脳幹網様体賦活系への刺激となり覚醒度の向上に繋がったと考える。そして、夜間の吸引物の減少は下咽頭への流入が減少したことから唾液の嚥下ができるようになったことが示唆された。今回の介入による嚥下機能の変化は気管切開チューブ抜去への可能性に向けて一歩前進できたと考える。



## 肺野への微振動を与えることの効果について ～重症肺炎にチームで取り組んだ一症例～

○吉田 実紅 瀬戸口 真之介 稲田 仁美 高橋 佑輔 田中 佑樹  
京都大原記念病院

### I. はじめに

今回、重症肺炎・無気肺を発症した患者へ肺本来の機能や仕組みの復活を期待し、肺のコンプライアンスを高め吸引の不必要性や自己排痰咯出が望めるよう肺野への微振動を実施した。医師、リハビリ、看護師がチームアプローチし、肺炎・無気肺が改善し重症化が防げたので報告する。

### II. 研究方法

1. 入院期間：平成29年4月～8月末
2. 対象：A氏 50歳後半 診断：重症肺炎・無気肺 人工呼吸器使用中患者で医師より呼吸理学療法指示と同時に用手微振動の許可有 既往歴：脳梗塞、間質性肺炎、難治性気胸、ARDS、MRSA陽性、糖尿病、完全房室ブロック・ペースメーカー埋め込み後、胆嚢炎・敗血症性ショック
3. 研究方法：①個別メニューの作成、②スタッフへ指導（スタッフにNICD理論を説明後、実技指導、メニューをもとに説明し、一緒に実施）③リハビリ規定の実施時間（1単位：20分）で呼吸理学療法実践後と、日勤で担当看護師が協力者を得て用手微振動を実施

### III. 看護過程の展開

入院時：左肺優位の両側肺炎像と無気肺を呈し多発性嚢胞、両側胸水を併発。WBC12400 Alb2.7であった。入院3日目からNICD介入開始。

介入3日目：医師指示で肺理学療法・呼吸介助開始。同時にバランスボールムーブメントによる肺野へ微振動、背臥位での横隔膜運動抑制予防の為体位変換時に背部微振動を実施。

介入5日目：個別メニューを作成、病棟スタッフに統一して実施できるよう講義・指導。リハビリ時は療法士と呼吸介助と肺野への微振動を実施。リハビリ以外でも病棟スタッフ2名で毎日用手微振動実施。介入8日目にCT上浸潤像は残存していたが無気肺は改善傾向。

介入約2週目：人工呼吸器離脱、インスピロンへ変更。WBC7200 Alb3.2 SpO<sub>2</sub>100%

### IV. 考察

今回、人工呼吸器装着に至った背景には、既往の呼吸器疾患が関連したと考える。人工呼吸器装着後、半腹臥位による体位ドレナージや体位変換、徒手的呼吸介助による換気量・肺循環血液量の増加、横隔膜運動の効率化ができ、肺実質の換気量が増加したと考えられる。また、療法士と協同で、的確に呼吸状態を観察・評価し、肺理学療法と肺野への微振動を組み合わせ実践した結果、排痰が効果にできた。経過中、経鼻経管栄養を継続したことでAlbが低下せず、水分補給もできた。そのため痰の粘稠度が上がり吸引が容易であったことで気道浄化が出来たと考える。人工呼吸器装着が必要な重症肺炎例に対して、あきらめることなくチームで集中的に介入することで呼吸状態が改善し、人工呼吸器離脱が可能となる症例を経験した。今後もチームで協力して患者の回復に取り組んでいきたい。

## 廃用症候群の高齢者に対するバランスボール運動と 端座位の看護による効果の報告

○宮田 泉<sup>1)</sup> 木原 朝子<sup>1)</sup> 長尾 綾子<sup>1)</sup> 林 裕子<sup>2)</sup>

1) 一般財団法人札幌同交会病院 2) 北海道科学大学保健医療学部看護学科

【はじめに】脳神経疾患や認知症のある高齢患者は加齢による身体機能の脆弱性に加え運動機能の低下と指示の理解困難などによって、さらなる日常生活行動（以下 ADL）の機能が低下し要介護5に相当する廃用症候群を招きやすい。また、入院期間の長期化が更に ADL 低下をきたし、自宅退院が困難になることがある。今回、疾病治療の目的で入院となったパーキンソン病を有する廃用症候群の高齢患者に対し、ADL の獲得を目的として、バランスボール運動と端座位の介入を行い、入院前と同様の ADL が再獲得できた事例の看護について報告する。

【事例紹介】A 氏 74 歳男性、急性腸炎にて入院。パーキンソン病があり、自宅では要介護5で週5回デイサービスを受けていた。主介護者は妻だが長女も協力的であった。自宅では、食事は端座位で自立か一部介助で可能。排泄は日中、トイレ誘導し、夜間はオムツ使用。移動は掴まり歩行あるいは手つなぎ歩行が可能な時があり、体調によって ADL は変化していた。

【方法】介入方法：4 週間ベッドサイドにて端座位とバランスボール運動を行った。

分析方法：経過記録から食事摂取の状況と座位の姿勢について抽出して整理した。

倫理的配慮：プライバシーの保護について本人および家族に文書と口頭で説明し、家族に書面をもって同意を得た。

【結果】入院当初から臥床傾向であったことにより、ADL 低下が見られた。自宅退院に向け生活行動を行うための座位姿勢の確立と食行動の自立を目的として、バランスボールを用いたムーブメントプログラムと端座位を実施した。仮面様顔貌や筋緊張の強いときを避けて介入を行い、本人が拒否しないペースに合わせて介助を行った。介入前は端座位が保持できず、食事はベッド上でのギャッチアップをした。また、食べ物を自力ですくえないため、介助者が患者の持っているスプーンに食べ物をのせ患者がスプーンを口元まで持っていき摂取した。しかし日によっては、全く手を動かさず介助した。食行動の獲得のため、1 週目は食事の時に車椅子乗車を促したが拒否もありベッド上でのギャッチアップで食事を介助した。2～3 週目頃より昼・夕食時に車椅子乗車し、手が止まってからは介助していた。4 週目は日によっては端座位の時間が短い時もあったが、両手で万歳することが出来、また傾きもなく座位姿勢も安定していた。そのため、車椅子上で介助することなく自力摂取が出来ていた。

【考察】端座位の平均時間は 1 週目～4 週目を比較し緩やかに延長し座位姿勢も安定してきた。座位姿勢が崩れても体勢を戻すことが出来るようになった。また車椅子での食事摂取が可能になった事は、バランスボール運動と端座位の介入により、体幹の筋力が強化された為であると考えられる。このことは、自宅退院に向けた食行動の獲得に繋がると考えられる。介入を続けていく中でパーキンソン病を有する A 氏でも、端座位時間の延長や食行動の自立、車椅子乗車が習慣化できた。また、端座位は脳への刺激となり食行動の再獲得が可能となり意欲的な言動に繋がったと考えられる。

## 高齢の慢性心不全患者に対する排泄行動の再獲得へ導いた事例 — バランスボールを用いた運動の効果 —

○西盛 一美 山下 昭美  
河北中央病院

### 【はじめに】

心不全の急性期では、循環動態が不安定な時期は患者の安静度がベッド上のみの生活になること事が多い。しかし、過度の安静は深部静脈血栓症のリスクになるだけでなく、呼吸器合併症やせん妄、認知機能低下など様々な症状（廃用性症候群）を呈する事がある。

今回、慢性心不全の急性増悪により身の回りの事が自分で出来なくなってきていた A 氏に対し、排泄行動の自立を目的にバランスボールを用いて介入した結果、排泄行動の再獲得に繋がったのでここに報告する。

### 【事例紹介】

A 氏は 70 歳代の女性：糖尿病・慢性心不全があり 3 年前から外来通院している。長年夫と 2 人で理髪店を営んでいたが、現在は長女夫婦が継ぎ、80 歳代の夫と 3 女（40 歳代：知的障害あり）の 3 人暮らしとなる。血糖コントロールが不良となり 1 年前から入院を強く勧められていたが、娘の世話や家事が夫の負担になると思い外来通院を続けていた。また、両下腿の腫脹や左下肢の疼痛を伴う浮腫の増悪もあり、家では臥床している事が多かった。体重は 66～67kg 前後で推移していたが、入院直後には下肢～全身の浮腫があり 1 ヶ月で 76.3kg（BMI：32.4）と急激に増加した。早期退院を強く希望されたが、症状が改善しない事や排泄面において患者の羞恥心や自尊心も自立の妨げとなり、介助を要する様になっていた。

### 【看護過程の展開】

自宅復帰するには、身の回りの事を自分でできる力を維持・再獲得する必要がある。そこで、①浮腫軽減、②筋力低下防止、③排泄行動の拡大を目的に、心負荷が少なくベッドサイドでも手軽にできる運動療法としてバランスボールを実施した。約 2 週間、ベッドサイドで看護師の掛け声に合わせてバランスボールの足踏み運動 50 回（約 1～2 分）を午前・午後の 2 回実施した。その際に、介入前後のバイタル（血圧、脈拍、SpO<sub>2</sub> 値）や心電図モニターの心拍数、波形、本人の訴え（呼吸困難感、易疲労性）などモニタリングしながら行った。

### 【結果】

介入当初は、下肢の浮腫が強く自分でバランスボールに足を乗せる事が出来なかったが、介入 7 日目から自分で足を乗せる事が可能となる。実施中、心拍数、SpO<sub>2</sub> 値低下は認めず。午後の実施時、眠気が強く疲労感を訴える事が 1 回あり。排泄状況は、便失禁はないが、ポータブルトイレに移乗する回数が少なく、紙パンツ・パッドでの尿失禁が多かった。自分で交換が難しく、本人の意向を確認しながら看護師が介助した。浮腫や体重減少に伴い、自分で紙パンツ・パッド交換が可能となった。介入 12 日目からは、日中は看護師付き添いの下、病棟のトイレまで（自室から 5m）歩行器歩行が可能となる。（2 回/日）2 週間の実施で、体重は -4.4kg となった。下腿部周囲は、右 -3.5cm 左 -3.5cm、足首は、右 -1.5cm 左 -2.5cm の浮腫の軽減が見られた。

### 【考察】

バランスボールの施行中は、本人の訴えやバイタルなどのモニタリングを行い継続できた事から、患者に負担が少なく安全に施行できたと考える。また、食事を待つ間に自主的にバランスボールを踏む場面もあり、何かをするついでに運動する事も、患者に無理が生じないで継続できる要因であったと考えられる。さらにボールを踏む行為を通して歩く事を想定し、自分で動ける・できるという気持ちを意識づけする事にもつながったと考えられる。退院後も手軽に継続できる運動療法としてバランスボールを選定し、入院前の患者の生活リズムや身体状況を考慮して介入時間を設定した介入は効果的であったと評価される。

## 体験から学ぶ黒岩メソッドモアブラシの有用性

○杉本 笑子 玉井 和子

社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

### I 始めに

近年、口腔ケアが単なる口腔内の清潔にとどまらず、「口腔機能を向上させるための口腔のケア」としての必要性が高まりを見せている。その中に黒岩が開発した黒岩メソッド「クルリーナシリーズ」(オーラルケア社)のブラシがある。これは、口腔ケアをしながら口腔周囲筋や舌のストレッチが容易にできる。つまり、口腔リハビリまで行うことができる道具(黒岩2013)として評価され注目されている。そして、その需要は拡大してきている。

A 病院では、黒岩メソッドのモアブラシの導入はしているものの、認知度が低く従来のスポンジ付き歯ブラシが主流を占め使用している現状がある。そこで今回、誤嚥性肺炎の予防と口腔機能向上のために、モアブラシを活用した患者体験を通して口腔ケアの研修会を開催した。その際、実践事例の感想の提出を課題とした。その提出された事例の自由記載から、モアブラシの効果の有用性が具体的に示され、今後のモアブラシの定着への示唆を得たのでここに報告する。

### II 研究方法

1. 対象：モアブラシ体験型研修を終えた看護職者 40 名 2. 期間：平成 30 年 4 月～6 月  
3. 方法：A 病院における誤嚥性予防と口腔機能向上のために、モアブラシを活用した口腔ケア体験研修会後、実践事例の感想(自由記載)を提出、その記述内容を分析しカテゴリー化した。 4. 倫理的配慮：対象に研究の主旨、任意参加及び匿名性等を説明し回答をもって研究参加の同意を得たものとした。

### III 結果

回収数は 30 部(回収率 75%)であった(有効回答率 100%)。体験から実践した事例の自由記載から、以下 4 つのカテゴリー【モアブラシの使いやすさ】【口腔機能向上への効果】【口腔内汚染の軽減効果】【今後の活用の課題】が抽出された。それぞれのサブカテゴリーは以下のとおりである。【モアブラシの使いやすさ】には『ジェル効果』『短時間で爽快にできる』『疼痛軽減』の 3 つのサブカテゴリー、【口腔機能向上への効果】には『開口促進の効果』『微振動の効果』の 2 つのサブカテゴリー、【口腔内汚染の軽減効果】には『舌苔の汚染軽減』『ねばねば痰や塊の除去』『咽頭部の痰除去』『口臭の除去』の 4 つのサブカテゴリー、【今後の活用の課題】には『開口困難で観察できない』『力を抜く方法がわからない』『継続の必要性』の 3 つのサブカテゴリーが抽出された。

### IV 考察

井上(2013)は、「黒岩メソッドのモアブラシを使用すると唾液腺に対するマッサージ効果で血流と唾液が増加する。それがまず第一歩となる。」と、その効果について述べている。記載内容から研修で学んだモアブラシの活用は、スポンジブラシでは得られない効果の有用性を実感していることが示唆された。今後、モアブラシの活用の定着につなげていきたい。



## 脳卒中急性期における早期離床にむけた 筋緊張緩和の看護の取り組み

○中島 摩耶 四宮 佳菜子 外山 まゆ  
社会医療法人厚生会 木沢記念病院 看護部 西6階病棟

### 【はじめに】

脳卒中ガイドラインより、不動・廃用症候群を予防し、早期の ADL 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症早期から積極的なリハビリテーションを行う事が強く勧められている。

脳卒中の発症後、血圧が不安定な状態でも循環動態を確認しながら介入できるバランスボールを使用した微振動を行い、筋緊張緩和を目指した結果、病状悪化もなく筋緊張が緩和され、早期離床ができ ADL 向上につながった事例を報告する。

### 【事例紹介】

50代男性。病名左被殻出血。JCS I-1。Brunnstrom stage 右手指、上肢、下肢共に I。左手指、上肢、下肢共に VI。FIM 評価全て 1 点。発症直後は安静指示状況に応じて、出血を最小限にするため止血剤を 2 週間投与していた。また血圧が不安定であり、降圧剤を持続投与しコントロールしていた。離床は発症 8 日目より許可が出た。体位変換など麻痺側に触れるだけで、筋緊張が亢進する為日常生活行動の妨げになっていた。

### 【倫理的配慮】

家族に口頭で写真撮影、学会発表について説明・同意を得た。また当該施設の倫理審査委員会の承認を得た。

### 【看護の展開】

患者は触刺激で筋緊張が亢進するため、積極的なリハビリテーションができない状況であった。また早期離床を図る妨げになり、廃用症候群になる可能性があった。そこで発症 2 日目より、麻痺側の筋緊張が緩和することを目標に看護介入を開始した。介入方法として、循環動態を観察しながら、毎日 2 回 10 時と 15 時にバランスボールを膝下、踵下に入れ微振動を 10 分間施行した。またその他訪室時には、徒手での ROM 訓練を施行していった。その結果体動による負荷などによって血圧が急激に上昇するなどのバイタルサインの変動はなく、発症 5 日目より徐々に筋緊張の緩和がみられるようになった。発症 8 日目には他動的に膝立ができるまでになった。発症 13 日目には座位姿勢も取ることができるようになった。FIM 評価で食事、整容、排尿、排便、車いす自走の項目で 5 点へと上昇がみられた。

介入中、関節拘縮や肺炎などの廃用症候群が出現なく経過できた。

発症時「なんでこうなってしまったのだろう」などの悲嘆的発言が聞かれた。ADL 拡大をきっかけにリハビリテーションに対しても「やるぞ」と意欲的な発言が聞かれ、自主練習を行う姿もみられるようになった。

### 【考察】

意識レベルやバイタルサインを指標に注意深く評価することで、安全にリハビリテーションが実施でき出血の吸収過程も伴い身体機能の改善がみられた。触刺激で筋緊張亢進がみられたが、バランスボールを使用した微振動を行う事により筋緊張が軽減でき、座位姿勢獲得など ADL 向上につながった。また早期離床が可能になったことで廃用症候群予防にもなったと考える。

脳卒中によって手足の麻痺などが生じた場合、その程度はさまざまであるが、多くは何らかの障害が残る。障害を自覚することは大きな衝撃であり、活動性を低下させてしまうことがある。しかし今回筋緊張の緩和が図れ、座位姿勢獲得などできることが増え ADL 拡大により、「やるぞ」などの前向きな発言や行動に繋がったと考える。またリハビリテーションを意欲的に取り組むことが出来たことにより、ADL 拡大の進捗を速めた。

## RNP介入後在宅療養となった患者の実態調査と退院指導の課題

○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

### I. はじめに

交通事故後の遷延性意識障害患者を受け入れている施設において入院中に NICD をプログラム化した療護看護プログラム (Ryogo Nursing Program:以下 RNP) を実施している。RNP は NICD に基づいた独立行政法人自動車事故対策機構 (NASVA) の療護施設における看護実践のことで、実践内容は NICD と変わらない。また退院後在宅療養を控えた家族には自宅で実施可能な技術を選択して退院指導している。これまでのべ 44 症例に RNP を実施し、うち退院指導を行ったのは 5 事例となった。退院後在宅療養している患者の実態調査をすることで継続的な RNP の効果とより効果的な退院指導方法を明らかにすることとした。

### II. 研究方法

調査対象は当該施設入院中に RNP を実施し、退院指導を受けた 4 名の患者と家族とした。データ収集方法は、指導された技術の実施状況や患者の変化などを記述するアンケートと RNP 評価表を家族に伝わりやすいように修正した表と動画や写真で撮影してもらった記憶媒体 (SD カード) を郵送で回収した。分析方法は、回答内容を整理し、画像と RNP 評価表の点数の変化を確認した。

### III. 倫理的配慮

当該施設倫理委員会の承認を得た。調査にあたり依頼の内容と解答の自由、個人情報の保護などを書面にて説明し同意を得た。

### IV. 結果

4 家族より回答を得た。指導されたことを実施しているのは 4 家族全員で患者の状態により実施していない技術もあった。実施頻度は週に 1~7 日実施し、1 回あたり 1~20 分実施、実施のタイミングはリハビリスタッフやヘルパーの訪問時が多く、表情筋・口腔マッサージは歯磨きや食事前に実施していた。RNP 評価表と画像から【運動】2 名【認知】3 名【摂食】4 名【排泄】1 名に改善がみられた。特に摂食面での変化が著しくあり、入院中味覚刺激に留まっていたが直接嚥下訓練や経口食摂取ができるようになった事例があった。パンフレットを用いた退院指導を行った事例は 3 例であった。指導内容の不明点はなく、家族自身が在宅支援スタッフへ伝達し、協力を得ながら一緒に実施していることがわかった。怪我の報告はないが退院指導時パンフレットを配布していない事例において指導と相違がある手技が見られた。

### V. 考察

退院指導内容は在宅で継続的に実施されており、選択した技術は適切であったと考える。RNP 評価表や画像より入院中と比較すると改善していることが明らかになった。特に摂食面の改善が大きく、入院中味覚刺激に留まっていた患者が経口摂取や直接摂食訓練が出来るようになった。これは継続的な RNP 実施によるものと考えられる。また家族が患者に望むことは「食べること」であることが示唆された。在宅支援スタッフへの指導内容の伝達は家族自身が実施し、退院指導時パンフレットを配布していない事例において指導と相違がある手技が見られたため、個別的なパンフレット作成がより退院指導に有効と考える。

## 家族とのチームで関わった下肢拘縮改善に向けた取り組み

○中村 瑞穂 江川 道代 岡本 浩世 平沢 直子 渋谷 智美  
社会医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院

【はじめに】高度医療の進展に伴い、救命はされたものの意識障害の遷延化や身体機能の廃用により長期臥床を強いられている患者は多い。A病院では、入院患者の約70%が寝たきり度C-2であり、患者の自立を目指した看護実践を提供するために平成29年9月より生活行動回復看護技術(NICD)の導入を開始した。今回、重度の意識障害で下肢拘縮が強く座位困難な患者に対して、家族と協力して身体解放看護技術を実施した結果、スタンダード車椅子に座ることができたので報告する。

【倫理的配慮】介入目的・方法及び研究における個人情報保護について、家族に文書と口頭で説明し同意を得た。

【事例紹介】B氏は20歳代の男性で、平成X年10月自宅にて完全縊死しているところ発見された。救急隊到着時CPAにてCPRを施行し心拍再開する。C病院へ搬送後、人工呼吸器を装着したが、翌月には気管切開術を行い人工呼吸器から離脱できた。しかし、遷延性意識障害は重度であり今後の回復は難しいとの判断から、療養目的にて平成X年1月A病院に転院となった。入院後3ヶ月間はリハビリ介入を行ったが、変化は認められなかった。左股関節・膝関節の拘縮が強く、又少しの刺激でも強い筋緊張が認められた。家族は入院当初から「重度の意識障害でも回復している人はいる。回復させて欲しい」と発言していた。

### 【看護過程の展開】

実施期間：平成29年10月から平成30年1月

目標：下肢拘縮改善によりスタンダード車椅子座位ができる

実践内容：表情筋マッサージ・口腔内マッサージ、好きな音楽をかけての温浴刺激看護療法2回/週、バランスボールを用いたムーブメントプログラムの実施、背面解放座位の実施、好きな果物を使用した視覚・嗅覚に対する感覚刺激へのアプローチを行った。また、介入と同時に活動の実施状況とB氏の反応を記し、写真と共にファイリングして家族と情報共有を図った。家族は面会時に声掛けを積極的に行い、バランスボール運動等を工夫しながら実施していた。

【結果】①左股関節屈曲90度から120度へ拡大。②1月スタンダード車椅子座位可能となり誕生日を家族や職員と祝うことができた。③刺激による筋緊張の頻度が減少した。④覚醒時間が長くなった。

【考察】B氏は、スタンダード車椅子への座位が可能となった。これは、身体解放看護技術の実施が、全身の筋緊張を緩和させ、全身のリラクゼーションに繋がり関節や筋肉の拘縮改善に効果があったと考えられる。特に温浴刺激看護療法直後のバランスボール運動の実施は関節可動域拡大が顕著であった。今回、看護職だけでなく、家族を含めたチームで情報共有し協力して実施したことは、提供する機会が増えたことにつながり、B氏の改善に影響を与えたと考える。患者の変化は、回復してほしいと願う家族の行動を変化させ、そのことで、患者が新たな反応をするという関係性を認めることができた。私たち看護職が諦めないことが重要であり日々、そのことを意識して活動を継続していきたい。

## 通院中の高齢患者のサルコペニアの実態 ～健康寿命を延ばすための基礎調査～

○竹澤 直美 三宅 ひろ美 大北 美樹 坂本 紀代美 杉本 笑子  
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

### 【はじめに】

A 病院は慢性期病院であり、75 歳以上の高齢者が多く通院している。A 病院には誤嚥性肺炎や転倒による骨折での緊急入院が多く寝たきりの原因につながっている。通院中、入院中の患者・家族は独居や老老介護も多く、家族がいても介護ができない状態にあり、家族がいても自力での生活を望む方、入院ではなく、自宅で過ごしたいと希望される方が多くいる。そのために A 病院の実態はどうか、サルコペニアが存在しているのかを調査し、今後その結果を生かすことで地域住民の健康寿命を延ばせるのではないかと考えた。

### 【研究方法】

対象者：A 病院、通院中 75 歳以上の患者で自力歩行が可能な方 21 名

調査期間：平成 30 年 2 月 1 日から平成 30 年 6 月 30 日

調査方法：①サルコペニアの有無を調べるために有効とされる 10m 歩行速度、指むっかテスト、舌圧、握力を測定する  
②栄養状態を表す BMI、血液検査データ  
③質問票を用いて生活習慣を聞き取る  
①～③をルビーン検定で分析した

### 【倫理的配慮】

研究の趣旨、目的を説明し、研究への参加は自由でいつでも参加をやめることができるなど患者に不利益がないことを紙面で説明し同意を得た。

### 【結果】

「日本人にあったサルコペニアの簡易基準」を用いて診断を行った。男性 8 名、女性 13 名、計 21 名の調査の結果、健常者は 13 人（男 6 人、女 7 人）サルコペニアに該当する患者は 0 人であり、脆弱だがサルコペニアでない 8 人（男 2 人、女 6 人）であった。舌圧に関しては 21 人中 18 名は誤嚥のリスクはなく、3 名が誤嚥のリスクがあった。男女年齢に関係なく統計学的に歩行速度と BMI に優位な相関関係を認め、また歩行速度、舌圧、握力、血液学的所見、総タンパク質値にも関連性がある傾向にあった。

### 【考察】

今回調査した結果、サルコペニア状態の患者は 21 人中 0 人であった。このことは地域の健康志向が高い地域と推測される。しかし脆弱だがサルコペニアの状態ではない患者は 21 人中 8 人（38%）であることは今後サルコペニアの状態になる可能性がある。サルコペニアは早期発見により介入することで予防が可能である。脆弱だがサルコペニアではない患者、今後そのようなサルコペニアの症状を呈すると予測される患者、または地域の高齢の方へ、運動、食事等の生活を主とした保健活動を行っていく必要がある。



## 高次脳機能障害患者の生活行動再獲得を目指して

○大野 仁也 中島 明子 矢野 明美 平沢 直子 西島 りつよ  
社会医療法人 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟は多くの専門職がチームを組んで入院から退院まで集中的にリハビリテーションを行っている。チームの中で看護師は日常生活行動回復に向けて繰り返し働きかけながら生活の全体像を描いていくことが必要である。今回、高次脳機能障害により意思疎通が難しく、興奮状態から身体拘束が必要な患者に対し生活行動回復看護技術（以下 NICD）を行った結果、生活行動の再獲得に繋がったので報告する。

【事例紹介】A 氏 70 歳代女性。平成 X 年 1 月 31 日大動脈解離を認め同日、弓部大動脈置換術施行後に右麻痺出現し頭部 CT 上左内頸動脈領域に広範囲脳梗塞の所見あり。2 月 13 日気管切開術施行し経過良好でリハビリ目的にて当院入院となる。入院時より ADL は全介助、栄養は、経管栄養を実施していた。また、意思疎通も難しく高次脳機能障害に伴う興奮状態から自身を傷つける恐れがあった。更に、気管切開チューブを抜去するリスクもあり、臥床時は体幹及び左上肢抑制が必要な状態であった。入院当初家族は「こうなったら終わりですね」と投げやりな言動であった。

【倫理的配慮】患者および家族に匿名性の保持、研究データの厳重な管理、個人情報について院内規定の用紙について説明し、書面にて同意を得た。

【看護過程の展開】実施期間：平成 X 年 3 月 26 日～5 月 25 日 生活予後診断：離床ができ、生活の再構築（口から食べる、コミュニケーション手段が確立できる、歩行ができる）ができる  
実践内容：介入開始時より身体拘束の解除を行い表情筋マッサージ及び口腔内マッサージ・舌の体操を開始し、介入 2 週目にはトロミ茶から開始した。2 回/週の温浴刺激看護療法時に右足関節の可動域運動及びバランスボール運動を実施。車椅子乗車時間を増やす目的で歯磨きや整容動作の実施を行った。また、離床拡大と共にトイレへの定時誘導を行った。コミュニケーション手段については、介入 2 週目まではリハビリ時のみスピーチバルブを使用し、3 週目からはリハビリ以外でも装着していた。発症前にコーラスに参加していたという情報から、童謡や歌謡曲などを歌い発声を促した。

【結果】①介入 6 週目には昼のみペースト食の摂取が可能となった②バランスボール運動は車椅子乗車から端坐位での実施が可能となった③一部介助による歩行が可能となった④整容動作が自力で可能となった⑤歩行可能に伴いトイレでの排泄ができた⑥笑顔が増え簡単な言語での意思疎通が可能となった

【考察】A 氏は、高次脳機能障害に伴う興奮状態であったが、早期に身体拘束を解除することで精神的な安定が図れたと考えられる。歯磨きの実施時に始めは、歯ブラシを認識できず口にも入れようとせず、逆さまに持つなどしていたが、同じ動作を行う事で一連の動作に繋がっていった。NICD の取り組みのなかで頻回の声掛けと日常生活行動回復に向けた働きかけを繰り返し行ったことが、これまで培ってきた記憶の再生に繋がって感覚を刺激したことによって、生活行動再獲得に繋がったと考える。日々改善する A 氏に家族も驚き面会時には、一緒に散歩するなど家族にも変化が認められた。私たち看護師は、患者の可能性を最大限に引きだせるように支援し、その人らしく生活できるよう関わっていくことが私たちの役割である。

## 脳幹出血で全介助となった外国籍患者の自宅退院に向けた取り組み

○金城 美奈 熊澤 知夏 宇佐見 希子 酒向 あかね 遠山 香織  
医療法人厚生会 木沢記念病院

【背景と目的】近年、わが国の在留外国人数は増加し続けている。当該施設は外国人住民比率が最も高い都市にて開業しており、外国人患者受け入れ拠点病院の機能を担っている。退院後の生活保障は患者のみならず家族も含め行政も巻き込んだ支援が必要である。

今回、来日中に脳幹出血を発症し、日常生活動作（以下 ADL）が全介助となった外国籍の患者と家族に、患者の回復と介護負担軽減を目的にチーム医療を提供した。退院調整が難航する例が多い外国人に対し、日本での在宅への退院を支援できたため、現在の在宅生活と多職種連携の看護について報告する。

【事例紹介】本事例は、家族に会うため来日した 50 歳代の外国籍男性であり、来日 6 ヶ月目で帰国する数日前に脳幹出血を発症し、ICU に入院した。入院時 JapanComaScale（以下、JCS）200、血圧・人工呼吸器管理、点滴治療を開始した。一般病棟で経鼻経管栄養を開始、気管切開術を施行し、病日 58 日目に回復期リハビリテーション病棟に転棟した。JCS20、四肢不全麻痺あり頸部・座位保持困難、気切部からの頻回な吸引が必要で、経口摂取は困難なため胃ろうを造設した。意思表示は英語で話しかけると開眼するなど簡単な指示動作のみだった。当初妻は転院を希望したが、金銭面と緊急時の処置（人工呼吸器の使用、心臓マッサージ実施の有無）に関して、家族と転院先の条件が一致しなかったため「介護を頑張る」と日本在住の娘の自宅へ退院することを決意した。

【倫理的配慮】介入事例のデータ使用、研究の目的と学会発表については日常会話が日本語で可能な娘の通訳を介し妻に説明と同意を得た。本研究は当該病院の倫理審査委員会の承諾を得て実施した。

【看護過程の展開】脳幹損傷による四肢麻痺と嚥下障害、長期臥床による廃用症候群は意識障害の遷延と、誤嚥性肺炎リスクがあった。患者の筋力回復は妻の介護負担を軽減すると考えた。そこで、安心した在宅生活を目的に患者は座位の確立、妻には介護技術の習得と社会資源の調整を目標に看護計画を立案した。方法は、理学療法士・作業療法士・言語療法士と協力して患者の日課を作成し、日中の離床時間の拡大を図った。毎日 5 分間のシムス位と背部・腰臀部に微振動、昼食はリクライニング車椅子に乗車し、30 分間座ろうくんでの座位保持を 5 か月間取り組んだ。気管内吸引・気管切開部の管理、経管栄養の管理、排泄と体位変換の介護技術の指導は介護指導スケジュールを作成し、患者の母国語に訳したパンフレットを用い看護師が妻と一緒に実施した。併行して院内外泊を 3 回・退院前訪問・多職種カンファレンスを 4 回実施した。

【結果】ソーシャルワーカー・担当ケアマネジャーとともに退院後のサービス調整を行うことで介護負担を軽減することができた。患者は頸部・座位保持が確立し、喀痰の自己喀出が可能になり吸引回数が減少した。そして病日 229 日目に娘の自宅へ退院した。退院後 5 か月経過した現在、夜間の吸引は減少し、訪問入浴・訪問看護・デイサービス・訪問リハビリを各月 4 回利用しながら生活している。退院後訪問時には妻と端座位訓練を実施し、妻からは「不安はないよ」と発言があった。

【考察】言語・文化の違う状況でも、多職種が連携し妻の意思決定を尊重し患者の可能性に働きかけた結果が、妻の介護を支える力と患者の生活の質向上という成果に繋がったと考える。

## 閉じ込め症候群寝たきり状態患者にNICDを取り入れ、 残存機能の回復をきたした事例

○坂本 紀代美 森田 里美 西川 泰子 寺川 麻衣子 玉井 和子 加藤 富美子  
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

### 1. はじめに

脳底動脈閉塞症により閉じ込め症候群は、意識清明にあるにも関わらず、意志の疎通はアイコンタクトのみで、機能回復に対する治療はないと言われている。特に発症から長時間の経過により、身体機能は廃用性を呈し、機能回復がさらに困難になる場合が多い。しかし生活行動回復看護（以後 NICD と表す）における複数異種感覚刺激が生活行動の再獲得や脳の活性化につながると言われている。このような事例に NICD を実施した結果、在宅退院を検討する段階まで来たのでその事例を報告する。

### 2. 事例紹介

A 氏（65 歳 男性）は平成 29 年 5 月 27 日自宅で突然倒れ救急病院へ救急搬送された。脳底動脈閉塞症のため閉じ込め症候群診断と診断され、気管切開術が施行された。発症後 50 日目、B 病院に転院された。一般・障害者病棟から 97 日目に医療療養病棟に転棟された。麻痺状態は四肢麻痺で、意志疎通は問いかけに対し瞬目で応答があった。喀痰吸引は頻回で、酸素は 35%6L/分流用していた。食事は胃瘻より 1000Kcal/日が注入されていた。家族構成は妻との 2 人暮らしであった。

### 3. 看護の実際

第 1 段階：発病後 124 日目 ボールで四肢の微振動 口腔ケア・フェイスマッサージを毎日実施・ゴムボール握り・ナースコールを押す

第 2 段階：発病後 187 日目 家人と共に車いすにて院内外の散歩

第 3 段階：発病後 225 日目 座ろう君を用い端座位（20 分）から車いすへの移乗が出来る  
昼間デイルームにて 1 時間目指し座位施行. ペチャラを用い、言葉の変換  
キーボード演奏・テレビカード購入の操作が可能・エレベーターボタン操作

4. 結 果：第 1 段階：124 日目～186 日目 左手にてナースコールを押すことが出来る。メガネの位置を自ら直すことが出来る。指でテレビチャンネルを伝える。排便時お尻辺りを指さし知らせる事が出来た。第 2 段階：187 日目～224 日目 車いすに座り、指が動くようになると、おもちゃのオルガンを左指で 1 曲演奏できる。ペチャラを使用して思いを言葉に変換でき、筆で字が書ける。第 3 段階：225 日目～現在に至る。 院内散歩時には酸素を 1 時間程度止めることが可能になった。又、顔の表情に活気がみられ、笑顔や車いすでの演奏が出来る等行動の広がりもみられるようになった。

### 5. 考 察

段階的に看護実践を行うことにより、座位保持が確立し、左上肢の動きが細かい運動へ導き自動運動が出来るようになった。キーボードを動かすこと、意思伝達装置（ペチャラ）から言葉の変換などが複数異種感覚刺激となり脳の活性化につながったと考える。今回機能回復が困難と思われた A 氏の看護実践に NICD を取り入れ、残存機能に働きかけたことが効果につながったと思われる。

## ウェルニッケ脳症の高齢者に対する背面開放座位が生活行動に及ぼす影響

○山本 享 秋友 ミカ 西村 かをる  
かがわ総合リハビリテーション病院

【はじめに】 コルサコフ症候群と四肢脱力を併発し、寝たきりの状態にあるウェルニッケ脳症の高齢者に対する背面開放座位の看護が、生活行動にどのような影響があるのかを明らかにすることを目的とした。

【研究方法】 本研究は1事例の看護に関する事例研究であり、研究期間は平成29年11月～平成30年7月であった。

【倫理的配慮】 本研究は、A病院倫理委員会の承認を得た。また、患者・家族に口頭及び書面にて研究の目的、研究の参加不参加に関わらず不利益が生じないこと、途中での中断も可能であること、プライバシーの保護について説明し同意を得た。介入の結果、経過を画像、動画で残すこと、顔を隠すことなく公開することについても本人・家族の同意を得た。なお開示すべき利益相反関係にある企業はない。

【事例紹介】 対象者は70歳代の女性であり、平成29年7月にウェルニッケ脳症・コルサコフ症候群と診断された。診断から4ヶ月目の状態は、経鼻経管栄養であり、経口摂取は、STの摂食訓練で嚥下食を摂取していた。移乗はリフターを使用し、リクライニング車椅子に乗車していた。上下肢の自動運動はあるが、疼痛や発動性の低下があり、自ら行える生活行動はなく、全介助の状態であった。ベッドで端座位を行うと自分でバランスをとろうとする動作はあるが保持ができず、すぐに支えが必要であった。

【介入方法】 目標を意識レベルの改善と座位保持能力を向上させること、普通型車椅子へ乗車し、上肢を使って自ら生活行動をとれるとした。介入内容は、背面開放座位の方法・目的を記載したパンフレットを作成し、スタッフ・本人・家族に説明を行った。入院1ヶ月後より開始し、看護師が平日日中の10分間、平均週2～3回実施した。

【結果】 介入1週目頃は、夜間せん妄が出現していた。背面開放座位で5秒程度保持が可能となり、介入3週目を過ぎた頃から、10分間保持が可能となった。介入5週目頃には、夜間せん妄の出現はなくなった。介入9週目、背面開放座位で30分保持が可能となった。介入10週目、胃瘻増設のため転院し、2週間後再入院となった。再入院後、夜間せん妄が再び出現し、バランス能力の低下もみられた。再介入1週目、背面開放座位で10分保持が可能となった。再介入2週目を過ぎた頃から、夜間せん妄の出現はなくなった。再介入8週目、背面開放座位で15分以上保持が可能となった。再介入11週目、スライドボードを使用し2名介助で跳ね上げ式普通型車椅子へと乗車できるようになった。再介入12週目には、自分で摂食、口腔ケアを行えるようになった。介入当初の食事量は、介助にて5割程度であったが、再介入13週目には、自己摂取と介助にて10割摂取可能になった。

【考察】 背面開放座位を行うことで、バランス能力、座位保持能力が向上し、摂食・口腔ケアといった生活行動の拡大に繋がった。また、自己摂食後より食事量が増加したことは、生活する意欲を向上させたと推測できる。よって背面開放座位は生活行動再獲得に有効である。



## 遷延性意識障害患者に対するADL回復に向けたNICDの取り組み ～ワンハンド車椅子での自走を目指して～

○西脇 由佳 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】交通事故による遷延性意識障害の多くは、重度の脳損傷により覚醒の低下や長期臥床による全身の廃用状態にある。今回の事例は、交通事故後遺症において認知機能の低下があり意思疎通が困難な患者に対して、他動的に日常生活動作（以下 ADL）から認知機能の改善を図り、さらに車椅子自走を目指した NICD の取り組みを行った。わずかではあるが改善が見られたので報告する。

【事例紹介】A氏 30代男性。遷延性意識障害。交通事故にて受傷。受傷時 GCSE1/V1/M1 対光反射鈍麻。E4/Vt/M5、対光反射迅速、追視見られる程度まで意識レベル改善認め、受傷後7ヶ月後転院。入院時は追視、注視はみられたが、明らかな表情変化はみられなかった。右利き。右上肢は可動域制限なし。左上肢・両下肢は不全麻痺。体幹は硬直状態となり、端座位時、後屈姿勢となるため介助が必要であった。PET や SPECT では両側前頭葉、左側頭葉、右頭頂葉の低下が認められ、新しいことを覚えたり、短期記憶をすることは難しいと言われていた。

【倫理的配慮】当院の倫理委員会の承認を受け、今回の介入の目的および方法と、研究における個人情報保護について、家族に文書と口頭で説明し同意を得た。

【介入方法】4週間プログラムを1クール実施。認知機能向上に対しては、1～4週目まで毎日車椅子乗車時に歯磨き、髭剃りを他動的に実施。筋力アップ、関節可動域の拡大、座位姿勢安定、意識賦活目的にてピーナッツボール、足踏みバランスボールと蹴り出しバランスボール、端座位の実施。座位の安定が図れた3週目よりワンハンド車椅子乗車を開始した。

【結果】認知機能については、1週目より歯ブラシを他動的に2～3回介助すると、その後は、動きは小さいが自己にて動かすようになった。回数を重ねるにつれて、その動きが大きくなり、4週目には歯ブラシの向きを変えて行うことが出来るようになった。髭剃りも数回ではあるが出来るようになった。少しずつではあるが、模倣したり指示動作が出来るようになった。また、声掛けに対してうなずきや笑顔、眉間にしわを寄せるなどの反応がみられるようになった。

ADL回復については、セッティングや見守りは必要であるが歯磨きや髭剃りが不十分ながらも自己にて行うことが出来るようになった。介入前、ワンハンド車椅子乗車姿勢が安定しないこともあり、ハンドルは掴めるが操作が出来ず、前進しなかった。介入後は端座位姿勢が数秒であるが取れるようになったことでワンハンド車椅子乗車姿勢もわずかではあるが安定し、少しずつ操作が出来るようになった。3週目は、小さく数回動かすのみであったが、4週目には動きが大きくなり、数メートル前進できるようになった。

【考察】車椅子乗車中に残存機能のある右手で歯磨きや髭剃りを他動的でも毎日行うことは、事故前の記憶に働きかけることとなり、認知機能向上に繋がったと考える。また、座位を取り、バランスボールによる足底から脳幹への刺激が入る事や複数異種間隔刺激を他動的に施行することで、その刺激が脳内で相互に融合し記憶、感情、知識と照合し実世界を認知する機会となった。段階を経て行うことで、新たな行動の獲得が出来た。遷延性意識障害患者に対する NICD の取り組みは、毎日集中したアプローチを多方面から長期的に継続することが必要である。

## 失語症患者の意思表出を促すための取り組み —生活歴を組み込んだ美容からのアプローチ—

○中森 如恵 井形 和美 名和田 理恵 山本 卓矢 栗崎 ちよ栄 林 絢美 玉井 和子  
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

### 1. はじめに

失語症とは高次脳機能障害の一種であり獲得した言語機能が傷害された状態である。今まで普通に使っていた言語が使えなくなり、不安や孤独、疎外感で苦しむことが多いと言われている。今回、発症して約2か月経過したA氏80歳代女性と関わった。A氏は発語は見られないが、触れると強く手を握り返したり、吸引時は顔をそむけ拒否するなどの反応があったことから、A氏を理解したい思いがありNICDの介入を開始した。その結果、徐々に自発的な行動が増え、意思表出が分かりやすくなったのでここに報告する。

### 2. 事例紹介

80歳代女性。元美容関係の仕事に従事していた。2018年4月会話ができなくなり、急性期病院へ救急搬送。急性期脳梗塞、左内頸動脈閉鎖、左中大脳動脈閉鎖の診断を受け、治療後同年5月、リハビリ目的でA院転院。全失語、右重度片麻痺が残存のため、ADL全介助を要する。栄養は経鼻経管栄養を実施している。微笑まれるなど意思表示があるが乏しい。

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。

### 3. 介入方法

介入期間2018年7月から1クール、毎朝、口腔ケア、モアブラシを用いて口腔リハビリ、顔清拭等のモーニングケアを実施。午後、ベッド上臥位にて上下肢、ハンドケアによるリラクゼーション、その後小ボールを使用し、全身微振動、上下肢屈伸運動後、端座位から車椅子乗車を行い、洗面所にて手浴と顔の清拭後、整容を行った。その際、家族がA氏のために持参していた物品を使用した。

### 4. 結果

#### 1) 整容について

1週目、顔にクリームをのせ、看護師が見本を示すと少し自分で塗ることができた。看護師が髪をとくとその後自分でくしを使用しとくことができた。2週目、手にクリームをのせると少し手でのばすことができた。鏡を提示すると手にとってみていた。くしを手にとり、髪をとくように手を添えると自分でとき始めた。3週目、洗面所にて手浴、顔清拭後左手に化粧水のコットンを手渡すと自ら顔につけた。くしも同様に自らとき始めた。

#### 2) 意思表出について

介入初日、長女よりA氏の好きだった曲を聴かせてあげたいと申し出があり、端座位となりクラシック音楽「田園」をCDで流すと感極まるような悲しそうな表情となった。1クール、ケアを実施する際N0の時は首を横に振ったり、手を振りかえす、気が乗らないような表情が見られた。YESの時は、頷き、表情明るく反応も速かった。特に美容に関しては興味がある様子であった。鏡をみせると、目を見開いて覗き込んだ。しかし、意思表出が分かりづらい時もあった。

### 5. 考察

仰臥位から座位になることで、血行が促進され、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。さらに座位では視界が広がり、刺激が増え意欲がわくと言われている。ベッド臥床が多かったA氏に対し、家族の協力がありA氏の好みに合わせた美容行動を取り入れた計画を実施したことで、意思表出の向上につながったと考える。身なりを整えることは身体の清潔を保つことだけでなく気持ちを前向きに有効であると示唆された。

## 自己表出に焦点をあてたNICDプログラムの効果

○大塚 清美

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科

### 【はじめに】

遷延性意識障害患者の多くは、重度の意識障害による覚醒の低下や長期臥床による全身の廃用状態にある。セラピストの介入の合間に療養上の世話の一連で温浴刺激療法や端座位での余暇活動を取り入れたことで、自己表出が可能となった症例を経験したので、その結果を報告する。

### 【事例紹介】

40代男性。平成X年4月に頭蓋咽頭腫の手術を行い、2ヶ月後に脳室腹腔短絡術を経て、自宅退院をした。同年10月に奇行、記憶障害を主訴に外来受診、腫瘍の再発を認め再手術。術後、多動、人格変化など出現、放射線治療目的で転院が決まっていたが、脳出血を発症し、人工呼吸器装着。2週間後抜管するが意識障害が遷延し、脳底動脈先端部症候群による重度後遺症が予知された。

### 【倫理的配慮】

介入の目的と安全性を代諾者に説明し、同意を得て、結果の公表にあたっては、本人の顔写真を目隠しなしで公開することについても書面で同意を得ている。

### 【介入方法】

4週間のプログラムを2クール実施。1クール目は平成X年12月14日～2月20日。介入内容は、仰臥位での肩関節、肘関節、手関節、股関節、膝関節、足関節、骨盤に小ボールを使った微振動、背面解放座位、週2回の温浴刺激療法を行なった。また温浴後は口渴を予知したアプローチで複数異種感覚刺激を取り入れた。2クール目は、平成X1年5月18日～5月30日とし、背面解放座位での整容動作や週3回の温浴刺激療法を行なった。

### 【結果】

1クールは、介入2週間を過ぎた頃から、声かけで容易に開眼し、声かけの内容に表情の変化が見られた。3週目には、実践者が終了の挨拶をすると自発的に実践者の腕をつかみ離さないような動作が見られた。4週目以降は、温浴中に左手で自発的に陰部を洗おうとしたり、実践者の大腿部を触ったり、温浴後にゼリー等の経口摂取が可能となり、ゼリーに嗜好がうかがえる反応が見られた。2クール目は介入2週目で、電気カミソリを持たすと自ら剃る動作をしたり、声かけの内容で涙を流す感情表現が見られた。関節可動域においては、肩関節、股関節、膝関節いずれも拡大した。

### 【考察】

脳幹周辺のダメージが強いため、意識の回復や身体刺激による脳幹反射の出現が良肢位保持を困難としていた。動作に加速度が増すと筋緊張が著明で四肢の痙性を引き起こすと考え、ゆっくりとした速度を意識したことが、脳幹反射の出現を抑えた。また左手の自発的な動きが脳を刺激し意識の向上につながったと考える。複数の感覚器から積極的に刺激を行うことで覚醒が鮮明となり、自己表出に至ったと考える。

## 排泄行動の再獲得に向けての取り組み ～成功体験からの意欲向上をめざして～

○北本 恵里 辻田 八栄子 岡本 実樹 畑田 政子 部粟 英美 大西 志保  
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

### 【はじめに】

排泄は生命の維持には欠かせない働きであり、その中でも排便・排尿は生理的欲求に基づき、日常生活の中でごく自然に行われる生活行動のひとつである。しかし、疾患・障害の影響によって生活行動の援助が必要となった時、自尊心や意欲がそがれがちとなる。今回、脳幹梗塞により入院後オムツ内排泄となった症例に対し、排泄行動の再獲得にむけたアプローチを行った結果、効果を認めたのでここに報告する。

### 【事例紹介】

A氏は80歳代の女性で、夫と2人暮らしであった。既往歴として、糖尿病、高血圧、脂質異常症があった。変形性膝関節症があり疼痛時は時折内服薬を使用していた。自宅で転倒後、体動困難となり救急要請し左側橋腹側の脳梗塞にて入院となる。徒手筋力テストでは右上肢4/5、下肢4/5であり、上肢Barre徴候として右上肢回内し落下、Mingazzini徴候として両膝疼痛のため評価不可であった。また、起き上がり動作と座位保持は可能であるが、立ち上がりと移乗動作は、右膝の疼痛が出現したため介助を要していた。

### 【看護の展開】

右膝の疼痛は、変形性膝関節症と麻痺により筋力の低下も影響していると考えられた。疼痛があることで、動かすことへの意欲低下や動かさないことによる更なる筋力の低下があると考えられた。「自分でトイレに行くことができる」ことを最終ゴールとし、看護目標を“下肢筋力の強化”“膝の疼痛緩和と拘縮予防”とした。ムーブメントプログラムとしてバランスボールを使用し膝関節への用手的微振動と下肢の足踏み運動を実施した。また午前・午後に1回ずつトイレ誘導を実施した。

その結果膝の関節拘縮の進行はなく、微振動の際には「気持ちがいい」との発言があった。また、誘導の際には排泄がみられることがあった。A氏は、「トイレで出来た、嬉しい」「やっぱりトイレですると気持ちがいい」との発言があり、スタッフからは介助量が減ったという意見があり、本人は「お世話になってばかりじゃなくて、自分でいけるようにもっと頑張らないと」という意欲的な発言がみられた。

### 【考察】

膝関節は下肢の中心となる関節であり、その機能障害は日常の動作に強い影響を及ぼす。下肢へのアプローチを実施したことで、関節可動域の拘縮の予防への効果に加え患者の言動からリラックス効果もあったのではないかと考えられる。また、入院後オムツ内で排泄していたがこの排泄行動の成功体験は自信になり、意欲向上へと繋がったと考えられる。本事例は自宅へ帰ることが目標であり、在宅のサービス調整も含め排泄行動の再獲得に向け継続して取り組むことで、在宅で安定した生活が送れ、生活の質の改善へ繋がっていくと考える。



## 咽頭ケアの必要性 ～急に声が出なくなった患者の一例～

○中島 遥  
湘南藤沢徳洲会病院

### 1. はじめに

急性期病院である当院では以前より黒岩恭子先生の指導の下、口腔ケアに力を入れている。数年に渡り口腔ケアについての勉強会や発表会を設けるなどする中で、看護師の口腔ケアへの関心は高まり、質は向上していると実感できるまでになった。その中で口腔ケアだけでなく咽頭ケアの必要性を感じた事例があったため報告する。

### 2. 事例紹介

事例は、グッドパスチャー症候群の診断で入院されて維持透析が必要な 60 代女性であった。患者家族へ説明し本学会での発表について同意を得ている。廃用性症候群より寝たきりで、意識レベル JCS II-30、GCS : E4V2M4 で指示動作はできず簡単な質問にも「あー」という発声がある程度であった。舌運動の低下が顕著で意識障害が遷延したため会話は困難で、精神的な不安定さから「あーあー」と叫び声を上げ続けていた。透析室での他患者への影響を考慮し抗精神病薬を使用し始めたところ叫び声は一切なくなり 1 週間程度経過していた。経口摂取は困難であったため、転院を視野に入れて胃瘻造設をすることになった。胃瘻増設前に嚥下内視鏡を行い嚥下障害の程度を確認することになった。

### 3. アセスメント情報と分析

嚥下内視鏡を行うとカメラの視界が真っ白で声帯の確認はおろか何も見えない状態であった。気道閉塞寸前であると判断し即刻嚥下内視鏡を中止した。すぐに咽頭ケア用のブラシで徹底的に保湿を行いながら咽頭ケアを行い 6×3×2.5cm の痰塊を取り出すことができた。すると 1 週間ほど治まっていた声だしが再開した。

看護師による口腔ケアにより口腔内の清掃状態は良好と考えていたが、痰塊を除去した直後より叫び声が再開したことを考えると、咽頭に痰塊が詰まっていたため、声を出すことができない状態だったことが推測された。痰を蓄積させた原因として、透析をしていること、経口摂取ができないことが原因で口腔内は普段から乾燥しやすい状態にあり、抗精神病薬の使用で乾燥状態を助長し、徐々に痰が蓄積したものと考えられた。患者の状況としては、舌運動が乏しく奥舌の緊張が高かったこと、常時臥床状態だったことから舌根沈下が生じていたことから最大開口時も咽頭部分が一切見えなかったことや喀痰が一切なかったことも咽頭ケアをしようという思考に至らなかった要因だと考えられた。

### 4. 考察

廃用性症候群により口腔機能の低下があり、開口時に咽頭部分が見えない患者には、奥舌の緊張を緩め、咽頭ケアによる痰除去を行うことが安楽な呼吸や生命を守るためには必要であることがわかった。見えるところだけでなく咽頭内の環境にも配慮したケアの充実をはかっていきたいと考える。

## 介護付き有料老人ホームにおける介護職員を 中心としたNICD実践報告

○青木 容子<sup>1)</sup> 松本 弘子<sup>2)</sup>

1) 訪問看護ステーションブレックス 2) スミリンケアライフ(株) ドマーニ神戸

【目的】 少子高齢社会における介護付き有料老人ホームでは、入居者を手厚く支えることにより、反って入居者の機能や自主性を低下させる危険性が存在している。筆者らは生活行動回復看護（NICD）の重要性から、介護付き有料老人ホームに月に1回定期的な訪問を行い、看護職、介護職、セラピストによる介護予防チームと共に、入居者の介護の重度化を予防する取り組みを行っている。これまでの取り組みにおいて、入居者の生活維持機能が改善し介護職の認識にも変化が起こったことが確認されている。そこで今回、入居者2事例についてNICD看護師が訪問時にケアの担い手である介護職と共にNICDの視点から介入方法の検討及び修正を行い、歩行状態やADLと自発性に生じた変化について報告する。

【報告】 <対象者>介護付き有料老人ホームに入居中の80歳代の男女各1名。

<実践内容>NICD看護師が月1回訪問し介入方法の助言を開始してから9か月間の対象者の生活行動の変化を、介護記録から抽出して整理した。<倫理的配慮>対象者と親族に対し、事例として発表すること、その際写真の公表も伴うこと、発表は個人が特定できない様配慮することを口頭説明後書面で同意を得た。また、施設に対し介護記録より対象者の状態を抽出し、撮影された写真についても発表で使用するを、口頭と紙面において承諾を得た。

【結果】 事例1は一般棟に入居するに80歳代の男性で、腰痛のために椎間板ヘルニアで髄核摘出術を受けていた。術後ADLは自立していたが、移動には歩行器を使用するようになっていた。具体的な介入方法は、介護職と本人に必要な運動プログラムを提示し、昼食待ち時間に集団で実施している約5分間のバランスボールを使用したムーブメントプログラムへの参加を促した。ほぼ毎日主体的に参加された結果、自力歩行が可能となり、ゴルフのラウンドができるようになった。事例2は介護棟に入居する80代の女性で、アルツハイマー型認知症と右皮質出血による左半身麻痺があり、左下肢と両上肢の拘縮と体幹に歪みが生じて寝たきり状態であった。NICD看護師は介護予防チームと共にアセスメントを行い、達成可能な目標として、リクライニング車椅子から通常タイプの車椅子に変更することとした。そして月1回の訪問で、運動プログラムの立案と修正、自発性を促す介入方法の助言をすると共に、ケアを行っている介護職が感じている疑問点の解決を行った。その結果、目標通り車椅子が変更でき、座位が安定したことで食事は一部自力摂取が可能となった。精神面では、表情がよくなり自ら他者へ語りかけるようになった。

【考察】 NICD看護師の訪問と支援によって、2事例共にADLの改善ができた。その結果として、入居者の変化を体験できたことは、介護の方法によって良い変化を起こすことができることを実感し、漫然と介護を行っていた介護職の意識改革に繋がったと考えられる。更に入居者の回復は介護職やセラピストの意欲を活性化させる好循環につながると考える。今後も定期訪問を続け、介護予防チームのアセスメントおよびプランニングや実践能力の向上を図りたい。介護職自身が主体的に多くの入居者にNICD実践できることは、少子高齢社会における介護の重度化予防と、高齢者自身が自立した生活を継続できることに貢献できる。

## 9年目を迎えたNICDの取り組み ～リラクゼーションと微振動を取り入れた家族指導～

○上園 恵子 小池 眞理子 川野 睦子 国領 久美 北脇 基史  
東近江敬愛病院

### はじめに

当院はNICDの取り組みを始め9年が経過し院内で継続した取り組みが定着してきた。今回、NICDプロジェクトを希望し他府県から家族とともに来院した患者14名の家族を対象に、介護する方もされる方も安全・安楽に、そして誰でも簡単に行える微振動とリラクゼーションを家族に指導することで退院後も継続した看護技術ができ、患者の現状維持・改善に結びつけることができるように指導を行った。また、それぞれの患者に応じた看護プログラムを組み実践することで、硬縮改善、意思表示や経口摂取の改善に結び付いたのでここに報告する。

### 当院のNICDの経過

2009年11月～2年契約のNICD拠点病院として院内で取り組みを開始、NICD学会認定養成研修に2010年・2011年・2015年、3名が参加し、2015年院内プロジェクトチームの計画を立案に至った。また、第11回日本ヒューマンナーシング研究学会学術集会を南草津ニプロIMP大ホールで開催、2017年4月に「院内プロジェクトチーム」が本格的にスタートし、毎日の病棟ラウンドと週1回木曜日にNICD会議を開催、定着した。

他府県からの患者受け入れ条件として入院前に、「必ず当院に家族（患者）が来院し、面談を行う」とし、①患者情報と希望を確認、②NICDの目的と取り組みの内容を説明し理解と納得を得る。③院内見学④家族指導が中心であるため毎日来院する④原則2か月間と期間限定⑤在宅復帰を原則とした。

### 結果

NICD看護を受けた患者14名のうち1名は病状悪化により転院、中止したため13名とする。家族指導については、ボールを利用した微振動やリラクゼーションを中心に指導することで、家族の体力的負担が少なく安心して患者の傍で過ごしながらできる内容だった。また、家族とともに個々に応じたプロジェクトのスケジュール内容を共有することで、10名の家族は端座位確保や車椅子乗車の方法を身につけ在宅復帰となったが、できなかった3名は転院となった。患者の状態は、13名のうち12名は気管カニューレ装着と吸引と胃瘻増設で9名が在宅復帰、他院への転院は3名だった。また、硬縮の改善を認めたのは13名全員、意識回復については8名に改善を認め、経口摂取に関しても10名に改善を認め、微振動やリラクゼーションにより硬縮改善や筋緊張の緩和につながり全員が車椅子乗車（リクライニング含む）時の姿勢に改善が認められた。

### 考察

NICDの家族指導は、在宅復帰を原則として行い微振動とリラクゼーションは13名全員ができるようになったが、端座位確保や車椅子乗車の方法を身につけられなかった3名は転院となった。このことから在宅復帰を希望される家族の思いの強さ、覚悟を改めて感じる事ができた。



投稿規定・会則・入会要項

# 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。

投稿先：

〒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  
日本ヒューマン・ナーシング研究学会 事務局



## 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、北海道科学大学保健医療学部看護学科に置く。

### 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。
- 平成 30 年 10 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		





## 「生活支援技術」 セミナー

ケアに必要な知識と技術が満載

看護・介護の生活支援技術において「ナーシングバイオメカニクスに基づく生活支援技術」の開発研究でご活躍中の筑波大学名誉教授 紙屋克子氏を講師に、「生活支援技術セミナー」を開催中！

臨床看護や訪問看護領域および看護学校、施設や在宅介護のケア技術担当者が安全で安楽なケア知識と技術を楽しく学べます

<セミナー受講メリット>

☆紙屋先生直接指導で、生活支援技術を理論的に学べる

(1ベッド3人、1人のインストラクター)

詳細はホームページ

株式会社ナーシングサイエンスアカデミー

Tel:03-6325-3249 Fax:03-4296-5424

## より美しくーより速く

まごころを伝える情報づくりが  
私たちの仕事です。

情報化社会に素早く対応できるよう  
最新のシステムで、みなさまの  
おこしをお待ちしています。  
なんでも気軽にご相談ください。

## 株式会社印刷株式会社

〒060-0009 札幌市中央区北9条西23丁目 TEL (011)641-5373  
FAX (011)611-4343

# マーメッドワン 1

## TERUMO

pHの低下により、  
液体から半固形に  
変化する。

1.0  
kcal/mL

粘度可変型栄養材

300kcal/300mL 400kcal/400mL  
水分 252mL/300kcal 水分 336mL/400kcal



- 使いやすい流動性※ ※当社従来品と比較して
- アルギン酸ナトリウム、大豆たんぱく、カルニチン含有／半消化態として設計
- 日本人の食事摂取基準(2015年版)対応

テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

TERUMOはテルモ株式会社の商標です。マーメッドはテルモ株式会社の登録商標です。本製品は(株)カネカの技術で作られています。 ©テルモ株式会社 2018年3月

# 協賛企業

ご協賛をいただき  
誠にありがとうございました

メディカ出版 様  
テルモ株式会社 様  
コミナミ印刷(株) 様  
(株)ナーシングサイエンスアカデミー 様

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第7巻 第1号  
第14回 学術集会プログラム・抄録集

発行日 2018年10月27日

発行 第14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             | 2章 NICD看護の実際—3つの看護技術 |
| 3章 生活を再構築するためのアセスメント法 | 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  
Web 301020160  
（メディカ出版WEBサイト専用検索番号）



## 医療従事者と家族のための

# 遷延性意識障害患者の 在宅ケアサポートブック

呼吸管理、栄養、排泄、褥瘡予防などの  
困りごとを解決！

大阪医科大学 脳神経外科 教授 黒岩 敏彦／

藤田保健衛生大学脳神経外科 教授／日本意識障害学会 理事長 加藤 庸子 監修  
日本意識障害学会 編集

訪問診療スタッフや患者家族が直面する困りごとを解消する、遷延性意識障害患者の在宅ケア初の実践書。患者目線の解説で、家族の不安やストレスを軽減するコツがわかり、実践にすぐ役立つ。患者に寄り添ったケアができる！

## contents

- |                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| 1章 意識障害を正しく理解する    | 2章 遷延性意識障害患者および家族を取りまく社会環境 |
| 3章 在宅医療・在宅ケア開始に向けて | 4章 遷延性意識障害患者の在宅医療・在宅ケアの実際  |
| 5章 在宅でできる蘇生処置      | 6章 遷延性意識障害家族の心のケアとレスパイトケア  |



定価（本体3,000円＋税）B5判／176頁  
ISBN978-4-8404-6512-0  
Web 302260130  
（メディカ出版WEBサイト専用検索番号）

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