

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第8巻第2号

第15回 学術集会プログラム・抄録集

The 15th Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：看護を見える化する



会 期 2019年11月30日(土)

会 場 つくば国際会議場
茨城県つくば市竹園2丁目20番3号

大会長 筑波大学医学医療系 教授
日高 紀久江

開催によせて

第15回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会 大会長

日 高 紀久江

(筑波大学 医学医療系 教授)

新元号最初の記念すべき年に、日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会をつくば市で開催させていただくことになりました。

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（Nursing Independence for the Consciousness and Disuse syndrome Patient: NICD）は、意識障害、認知機能の低下や廃用症候群を有する高齢者、重症心身障碍児（者）、精神障害者など、全国の病院、施設、在宅など、さまざまな療養の場で実践されつつあります。NICD による効果については、本学会において多くの事例が発表されており、一定の成果を得ることが出来ています。事例を集積することにより、年齢、疾患や病態、実施した看護技術や頻度、技術を実施するタイミングや再獲得した生活機能の程度、回復に至るプロセスなどの普遍性に関する分析が可能になりますが、対象者に生じた表情や意思表出、頸部保持、座位耐性、経口摂取の獲得などについての科学的な検証は十分に行われていません。

そこで、NICD のエビデンスの構築に向けて、本大会のテーマを「看護を見える化する」にしました。基調講演には、本学会の理事であり、意識障害患者の看護の第一人者である紙屋克子先生に、「看護の創造とその評価—生活行動の回復を目指す看護の未来へ向けて」というテーマでご講演していただく予定です。教育講演では、筑波大学システム情報系の鈴木健嗣先生に「笑顔の定量的評価」と題して、療育支援のための実証研究として実施している、自閉症児等の表情測定に関する研究についてご講演いただきます。また、15 演題の発表を予定しておりますので、本大会への参加を通して、医療や福祉を担う皆様の学びを深めていただければ幸いです。

つくば市は、有名な観光名所はありませんが、本大会にご足労いただくことで、わが国の高水準の研究拠点である研究学園都市の雰囲気を味わっていただけたらと思います。また、懇親会もございますので、会員ではない方々にも是非ご参加いただき、NICD の発展に向けての情報交換や熱いディスカッションをしていただけることを期待しています。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

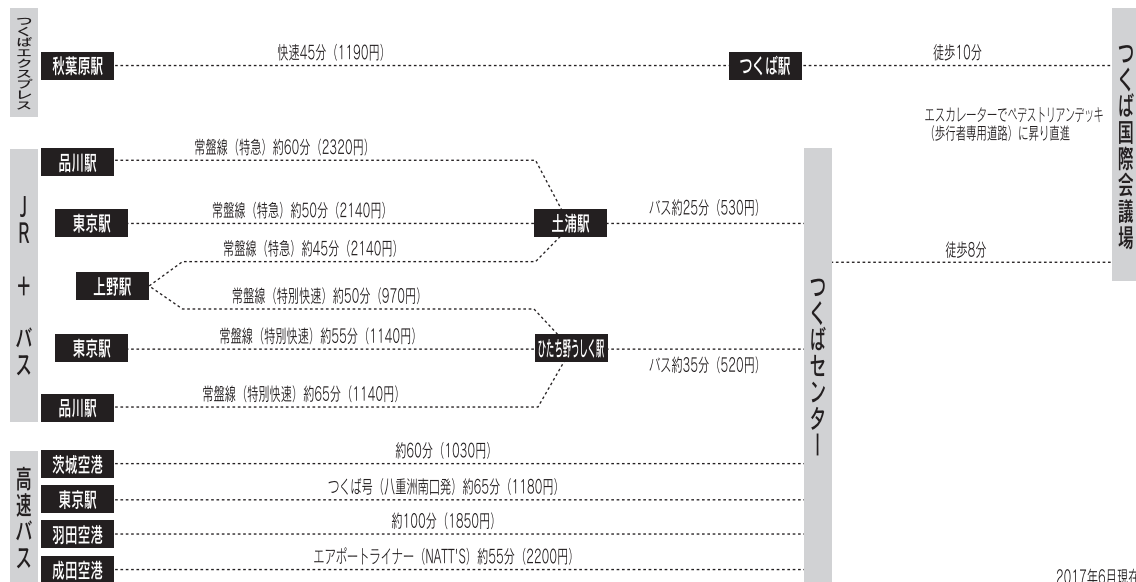


目 次

学会会場までのアクセス	3
学会参加者へのお知らせ	4
プログラム	6
講演資料	9
一般演題・実践報告	13
投稿規定	29
会 則	32
入会要項	35

学会会場までのアクセス

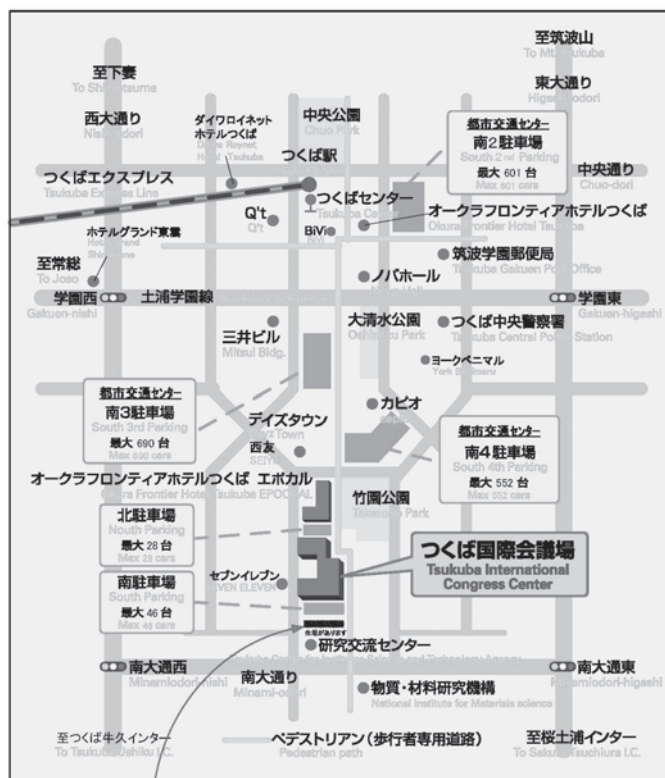
会場：つくば国際会議場
茨城県つくば市竹園 2 丁目 20 番 3 号



2017年6月現在

👉つくば駅 A3 出口を出て、バスロータリーに沿って右に進み、階段を上り、遊歩道を直進およそ 800m。

つくば国際会議場近隣駐車場案内



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 11 月 8 日(金)まで、Web 上で受付けます。
- ・抄録集と領収証つき参加証は、11 月中旬に事前参加登録者に発送いたします。当日は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、あらためて 1,000 円でご購入いただきます。11 月 22 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。
- ・11 月 15 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 11 月 30 日(土) 9:20 から行います。
- ・学会の当日参加費は会員 6,000 円、非会員 7,000 円、懇親会の参加費は 5,000 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。

3. 総会・N I C D 認定証書授与式について

13 時 00 分～13 時 30 分に総会および第 9 期生 N I C D 認定証書授与式が行われます。皆様ご参加下さい。

4. 懇親会

- ・学会終了後、1 階レストラン『エスポワール』にて懇親会を行います。
- ・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、5,000 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、講師控室（小会議室 303）をご利用いただけます。

7. 演者の方へ

- ・口演スライドは、第1群の方は9:20～9:50までに受付とスライド受付をお済ませください。第2群・第3群の方は9:20～11:00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第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 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、用意してあるフォルダにセットの上、試写を行ってください。PC (Microsoft Power Point 2019) 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、Mac 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12分（発表7分質疑応答5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
学会として駐車場は準備していません。なるべく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。お弁当を用意してあります。
- ・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。
- ・クロークについて
303 会議室にてお預りいたします。
- ・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。

プログラム

3F 中ホール 300

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

「看護の創造とその評価」 9

講師：紙屋 克子（筑波大学 名誉教授）

座長：日高 紀久江（筑波大学医学医療系 教授）

一般演題 第1群 11:10～12:10

座長：青木 容子（訪問看護ステーションブレックス）

杉本 笑子（社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院）

1-1 誤嚥性肺炎患者の発症にかかる要因の検討 13

川合 麻友（社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院）

1-2 廃用症候群高齢者の栄養摂取方法の違いによる栄養状態の比較 14

宮田 久美子（北海道科学大学）

1-3 障害者病棟でのNICDの導入による患者家族の期待と看護職の意識の変化 15

元生 早苗（社会医療法人祐生会 みどりヶ丘病院）

1-4 寝たきり状態の在宅療養者に対する理想の看護と実践できない理由 16

久保田 直子（北海道科学大学）

1-5 NICDの適応の現状と課題 —2012年～2018年に報告された症例報告より— 17

福良 薫（北海道科学大学）

総会・NICD認定証書授与式 13:00～13:30

教育講演 13:30～14:30

「笑顔の定量的評価」 11

講師：鈴木 健嗣（国立大学法人 筑波大学 システム情報系 教授）

座長：林 裕子（北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 教授）

一般演題 第2群 14:40～15:40

座長：宇佐見 希子（社会医療法人 厚生会木沢記念病院）

川崎 伸絵（泉大津市立病院）

- 2-1 食事介助時に設定する姿勢角度の定量的評価…………… 18
倉本 尚美（筑波大学医学医療系）
- 2-2 看護基礎教育における生活援助技術項目の教育内容の検討…………… 19
田中 沙也香（北海道科学大学大学院看護学専攻）
- 2-3 早期離床と生活行動の回復の看護における文献の検討…………… 20
大野 貴子（北海道科学大学大学院看護学専攻）
- 2-4 廃用症候群寝たきり患者に対する多職種連携による生活行動回復への介入の一考察…………… 21
青木 千江子（医療法人恒仁会 近江温泉病院）
- 2-5 一般急性期にある廃用症候群高齢者に対しての生活行動回復看護の検討…………… 22
井尾 望見（札幌同交会病院）

一般演題 第3群 15:50～16:50

座長：市橋 乃里子（札幌同交会病院）

小川 千代子（静岡徳洲会病院）

- 3-1 高次脳機能障害患児の意思疎通に向けた取り組み ―遊びを取り入れて―…………… 23
田中 秀美（社会医療法人厚生会 木沢記念病院 中部療護センター）
- 3-2 症候性てんかんを繰り返す患者への摂食機能改善に向けた取り組み…………… 24
篠原 さゆり（社会医療法人 雪の聖母会聖マリア病院）
- 3-3 重度遷延性意識障害患者への意識賦活化のための治療と NICD の相乗効果の一考察…………… 25
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）

【実践報告】

- 3-4 延髄梗塞後の開口困難な患者への NICD の介入 ～患者の嗜好を取り入れたアプローチ～…………… 26
松井 良子（社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院）
- 3-5 ブレインモニターを活用した意識障害患者への効果的なケアの探求…………… 27
坂上 裕明（泉大津市立病院）

閉会の挨拶 16:50

第15回 学術集会タイムテーブル

9:20	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 「看護の創造とその評価」 講師: 紙屋 克子 (筑波大学名誉教授) 座長: 日高紀久江 (筑波大学医学医療系 教授)
11:00	11:00～11:10(10分) 休憩
11:10	11:10～12:10(60分) 一般演題第1群
12:10	12:10～13:00(50分) お昼休憩
13:00	13:00～13:30(30分) 総会・NICD9期生認定証書授与式
14:00	13:30～14:30(60分) 教育講演 「笑顔の定量的評価」 講師: 鈴木 健嗣 (筑波大学システム情報系 教授) 座長: 林裕子 (北海道科学大学保健医療学部看護学科 教授)
	14:30～14:40(10分) 休憩
	14:40～15:40(60分) 一般演題第2群
15:00	
	15:40～15:50(10分) 休憩
	15:50～16:50(60分) 一般演題第3群
16:00	
	16:50～ 閉会の挨拶
17:00	移動
17:30	17:30～19:00 1F レストランにて 懇親会

講演資料

看護の創造とその評価－生活行動の回復を目指す看護の未来へ向けて

紙屋 克子 博士 (医学)

Katsuko Kamiya, Ph.D.

京都看護大学大学院教授、筑波大学名誉教授



意識障害は、脳性の一時障害だけでなく、循環器・呼吸器系疾患や代謝障害など、さまざまな原因によって生じます。原疾患に対する積極的な治療にもかかわらず、医学的に「意識の回復は困難である」と判断された患者の治療と看護は、いまだ確立をみていません。意識障害が遷延化した患者については、看護活動も生命維持や身体機能の調整といった消極的なものになりやすく、加えて長期臥床生活による重度の廃用障害は、日常のケアと回復を困難なものにしています。

1991年日本看護研究学会において、意識障害患者を「重複生活行動障害者」と看護学的に規定することを提唱し、我々は意識障害や廃用症候群の患者を対象に、生活の再構築と患者・家族のQOL向上を目的とした看護プログラム(NICD)の開発に取り組み、一定の成果を上げてきました。しかし、生活行動の回復に向けた看護技術と成果に関しては科学的な検証が困難なことや、経済評価が十分に行われていないなどの課題もあり、診療報酬体系に位置付けるまでに至っていません。看護者が行う日常生活支援活動の中には、リハビリの専門職から素人の家族にさえできる行為まで、幅広い技術の存在が確認されます。しかしながら、専門職としての看護者が行う生活支援技術には、その目的、方法、効果の期待において他職種と異なるものがなければなりません。

生活行動の回復に向けた看護の普及を目指すために、看護の「臨床から紡ぎだされた知」と活動の中核をなす生活支援技術の「科学的根拠や方法について明らかにする」必要があります。本講演では意識障害や廃用症候群の看護実践についての成果を紹介するとともに、看護技術の未来と展望について私見を述べたいと思います。

略歴

- 1968年 北海道大学医学部附属看護学校卒業
- 1968～79年 北海道大学医学部附属病院 看護師
- 1984年 北星学園大学文学部 社会福祉学科卒業
- 1985年 医療法人札幌麻生脳神経外科病院 看護部長、副院長
- 1990年 北海学園大学法学部 法律学科卒業、1994年 同大学 大学院修士課程修了
- 1995年 筑波大学 医科学研究科 社会医学系 教授
- 2000年 筑波大学 人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学 教授
- 2008年 筑波大学 名誉教授
- 2009年～2012年 静岡県立大学大学院 看護学研究科 教授

受賞歴

- 1993年 意識障害患者に関する看護活動の功績により、第27回吉川英治文化賞受賞
- 2006年 「ケア付き青森ねぶた」活動により、内閣府バリアフリー化推進功労者賞受賞

笑顔の定量的評価

鈴木 健嗣 博士（工学）

Kenji Suzuki, Ph.D.

<http://www.ai.iit.tsukuba.ac.jp/index-j.html>

国立大学法人 筑波大学 システム情報系 教授
人工知能研究室

サイバニクス研究センター長

筑波大学附属病院 未来医工融合研究センター副部長



1997 年早稲田大学・理工学部・物理学科卒。

日本学術振興会特別研究員(DC1)，早稲田大学理工学部応用物理学科助手，筑波大学講師，准教授を経て，2016 年筑波大学教授。現在に至る。

2011・2015 年 JST さきがけ研究者。2014 年より JST CREST 研究代表者。

人工知能，拡張生体技術，サイバニクス，医療・福祉・介護支援ロボット，人支援ロボティクス，社会的インタラクション／発達支援研究，機械学習理論，及び人間-機械系の適応的インタラクションに興味を持つ。2003 年，人間-機械系におけるマルチモーダルコミュニケーションに関する研究にて早稲田大学より博士（工学）の学位取得。2006 年より筑波大学人工知能研究室を設立、研究活動を行っている。

人々の残存機能や、本来もっている能力を引き出すための技術（サイバニクス）、および人の脳神経系を通じた情報と機会系の機能を融合する人工知能の研究が専門。

医工融合研究や、心理学との共同研究による子どもの発達支援に加え、在宅を含めたコミュニティにおける嚥下機能の計測に関する研究にも従事している。



表情の計測 顔面麻痺等により表情が作れない人に対する表情の表出支援

表情筋活動により、表情の有無や笑顔を識別する技術を用いた「顔の表情」に関する研究

一般演題・実践報告

誤嚥性肺炎患者の発症にかかる要因の検討

○川合 麻友 佐藤 さゆり 杉村 洋子

社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

【はじめに】

日本人の死因の第三位は肺炎で、高齢者の7割以上が誤嚥性肺炎と言われている。また、肺炎は再発するたびに耐性菌が出現し、重症かつ難治性を示すことも多く、予防がきわめて重要となってくる。今回、関西圏の地域支援病院における障害者病棟に入院する高齢患者の肺炎に関わる要因について記述統計を用いて調査したので報告する。なお、調査にあたっては当該施設の倫理委員会の承認を得た。収集したデータは統計的に処理し個人が特定されないように厳重に管理した。

【研究方法】

〔研究デザイン〕量的アプローチ相関関係的研究〔調査期間〕2018年10月12日～2019年3月31日〔対象者〕調査期間中、2日を選択し入院中の74～100歳の患者50名〔調査項目〕年齢、性別、主病名、誤嚥性肺炎の既往の有無、ADLの状況として移動方法、食事摂取方法、認知度、口腔ケアの方法〔分析方法〕単純集計と調査項目間のロジスティクス回帰分析

【結果】

対象となった50名の患者の平均年齢は 86.7 ± 6.0 歳であった。性別は女性が58.0%、男性が42.0%であった。疾患は多い順に脳神経疾患32.0%、呼吸器疾患18.0%、整形外科疾患14.0%であった。誤嚥性肺炎の既往はありが64.0%、なしが36.0%であった。移動手段は、独が16.0%、車いすが46.0%、ベッド上臥床状態が38.0%であった。栄養経路は多い順に経口、絶食、経管栄養であった。認知症高齢者の日常生活自立度判定基準では、認知症なしが8.2%、Ⅰが4.1%、Ⅱbが36.7%、Ⅱaが20.4%、Ⅲbが24.5%、Ⅳが6.1%であった。

各項目間のロジスティクス回帰分析の結果、関係性が認められたものは次の2点であった。①女性に比べて、男性のほうが6.7倍誤嚥性肺炎に罹患していた。②経口摂取に比べて、絶食の患者のほうが、52.3倍誤嚥性肺炎に罹患していた。

【考察】

2015年人口動態調査による性別死因順位では、肺炎が男性で第3位に対し、女性では第5位となっている。中でも死因としての肺炎と気道閉塞を生じた食物の誤嚥は、摂食嚥下障害と大きく関連する。摂食嚥下障害関連死のリスクは男性のほうが高いと考えられる。誤嚥性肺炎は食事の際の顕性誤嚥ではなく、不顕性誤嚥によって口腔内で繁殖した細菌を誤嚥して起こる。誤嚥性肺炎は食事をしていない患者でも起こることがわかる。高齢者は嚥下機能が低下していることが多く、誤嚥している量も多いことが予測され、誤嚥性肺炎に罹患すると考えられる。

高齢で絶食の患者は咀嚼や嚥下に必要な筋力を使用していないことから、さらに嚥下機能は低下し、誤嚥のリスクは高まる。そのため、誤嚥性肺炎を予防するためには、口腔ケアの徹底と口腔リハビリによる摂食・嚥下能力の向上が必要である。

廃用症候群高齢者の栄養摂取方法の違いによる栄養状態の比較

○宮田 久美子¹⁾ 林 裕子¹⁾ 福良 薫¹⁾ 日高 紀久江²⁾

1) 北海道科学大学 2) 筑波大学

【はじめに】廃用症候群の状態にある高齢者（以下、廃用症候群高齢者）の大部分は低栄養であり、そのことが生活行動の発動を阻む一因であると考えられる。また近年の科学において、栄養の摂取方法は味覚を伴う経口摂取が他の栄養法よりも消化吸収の効率が良いことが明らかになっている。今回、廃用症候群高齢者の栄養摂取方法の違いによって、栄養状態に差があるのかを検討した。このことは廃用症候群高齢者が生活行動を行うための身体づくりの一助となる。

【方法】対象者は2つの医療機関の療養病棟に入院中の患者で、1年以上前から廃用症候群の診断を受け、測定時前後2週間程度の間には著明な健康状態の変動がない者とした。また、栄養に関連する基準値に年齢差、性差があることから、対象者を90歳以上の女性とした。データは、診療二次データから基本的属性、測定日から1か月以内の体格測定値と栄養摂取方法と1日の摂取カロリー、栄養関連の血液データを取得した。またメジャーで上腕周囲長と下腿周囲長、キャリパーで上腕三頭筋皮下脂肪厚を測定し、さらに体成分分析装置（Inbody S10、InBody Japan Inc.）を用いて体水分量、体脂肪率、基礎代謝量、骨格筋量、SMI 骨格筋指数を測定した。データ分析は記述統計のうえ、経口摂取群と非経口摂取群の群間の測定値についてRanked Welch's t-testにて差の検定を行った。有意水準は5%未満とした。本研究は、北海道科学大学倫理委員会の承認を得て実施し、本人の理解にかかわらず、すべての対象者に対し、口頭および文書で研究の目的や意義、方法と参加の自由意思について説明した。本人から参加の意思が確認できない場合は、代諾者に対し文書にて説明し、文書で同意を得た。

【結果】栄養の摂取方法は、経口摂取群（以下、経口群）が3名（年齢 92.7 ± 2.1 歳）、非経口摂取群（以下、非経口群）は経静脈栄養が3名（年齢 91.0 ± 0.0 歳）であった。身長は経口群が 145.7 ± 5.1 cmで非経口群が 144.3 ± 5.5 cm、体重は経口群が 38.4 ± 2.9 kgで非経口群が 30.4 ± 4.2 kgであり、BMIは経口群が 18.1 ± 1.4 kg/m²で非経口群が 14.7 ± 3.2 kg/m²であった。摂取カロリーは経口群が 846.7 ± 152.8 kcalで非経口群が 778.0 ± 110.9 kcalであった。血液データについて血清総蛋白は経口群が 6.1 ± 0.8 g/dlで非経口群が 6.1 ± 0.3 g/dl、血清アルブミンは経口群が 3.0 ± 0.4 g/dlで非経口群が 2.8 ± 0.0 g/dl、ヘモグロビンは経口群が 10.7 ± 1.1 g/dlで非経口群が 7.9 ± 0.7 g/dlであった。上腕周囲長は経口群が 19.2 ± 2.0 cmで非経口群が 15.8 ± 2.1 cm、下腿周囲長は経口群が 21.8 ± 3.5 cmで非経口群が 18.8 ± 1.7 cm、上腕三頭筋皮下脂肪厚は経口群が 9.7 ± 1.5 mmで非経口群が 4.0 ± 1.0 mmであった。体成分について体水分量は経口群が 17.6 ± 1.10 で非経口群が 14.2 ± 2.50 、体脂肪率は経口群が $36.0 \pm 6.6\%$ で非経口群が $32.8 \pm 8.1\%$ 、基礎代謝量は経口群が 892.7 ± 35.1 kcalで非経口群が 808.7 ± 47.1 kcal、骨格筋量は経口群が 11.2 ± 1.0 kgで非経口群が 8.5 ± 1.9 kg、SMI 骨格筋指数は経口群が 3.1 ± 0.2 kg/m²で非経口群が 2.4 ± 0.5 kg/m²であった。経口群と非経口群の測定値間の統計学的有意差は、体重、ヘモグロビン、上腕三頭筋皮下脂肪厚、体水分量、基礎代謝量、骨格筋量において認められた（ $p < 0.05$ ）。

【考察】廃用症候群高齢者は、栄養摂取方法にかかわらずやせの状態にあり、血中のアルブミンやヘモグロビンが低下した低栄養の傾向にあった。さらにSMIの結果からサルコペニアの状態であることが示された。また対象者の栄養摂取方法の相違による年齢や性別、身長に差がなくとも、栄養状態を示す項目において、経口群がより高値を示していた。特にヘモグロビンや骨格筋量、基礎代謝量といった活動に必要な身体を示す値において、経口群が高いことから、廃用症候群高齢者が生活行動を回復するために経口的に栄養を摂取する能力の維持と回復が重要であることが示唆された。今後さらに対象者を拡大し実態を把握することが必要である。

障害者病棟でのNICDの導入による患者家族の 期待と看護職の意識の変化

○元生 早苗 永島 由紀子 玉井 和子
社会医療法人祐生会 みどりヶ丘病院

はじめに：

A 病院は、急性期や回復期、地域包括ケア病棟をもつ 300 床以上の病床数を抱えるケアミックス型の病院であり、救急搬入件数 1 ヶ月 300 件以上 1 日の外来患者数 370 人以上病床稼働率 99.5%である。急性期を経た患者は回復期や障害者病棟または地域包括病棟へと病棟を移ることが頻繁にある。2018 年の常勤看護職の離職率は 15.7%と高く慌ただしい毎日の中で働きがいを感じ疲弊している様子が伺え日々の看護に対する意識変革の必要性を感じた。高齢者を多く看ているケアミックス型の病院として看護の質の向上のために生活行動回復看護（＝以下 NICD とする）を導入したところ看護職の意識にも変化が生じたので報告する。

研究デザイン：質的記述的研究

研究対象：B 病棟スタッフ 11 名と対象患者家族 3 名

倫理的配慮：所属施設の倫理審査委員会で承認され、患者家族には目的方法匿名性の確保、データ写真の使用について口頭と文書で説明し同意を得た。

データ収集法と分析方法：半構造化面接による面接内容を意味内容の類似性でコード化した。

結 果：①C 氏、34 才、診断名：蘇生後脳症②D 氏 89 才 診断名慢性硬膜下血腫術後③E 氏 79 歳 診断名急性硬膜下血腫 V-P シャント後。それぞれの患者の看護目標、看護計画、また理学療法士や言語聴覚士との連携、チームでの関わり、受け持ち看護師の関わりを計画し実行した。患者 1 人ひとりのその日のケア計画に基づき、NICD の介入時間を決め認定看護師と受け持ち看護師で関わっていった。介入前の家族は、「介入することに喜びを感じ、たとえ成果は無くても良い」「夫の状態は変わらず何かしてほしい」「夫に良い事をしてもらえてありがたい」と意識障害や寝たきり患者の家族から「患者の日常生活の向上への期待」が抽出できた。一方看護者側は、介入前には「日常の業務へのもどかしさ」「新たな取り組みへの不安」「NICD の介入時間の確保が難しい」「人員不足」のコードが抽出され、介入後は、「患者が座位をとる姿勢に感動」「患者の変化にやりがい」「関節可動域拡大の実感」「多職種との連携」「介入患者の時間確保」「介入方法」のコードが抽出できた。また目指したい理想の看護には「患者家族に寄り添う看護」「あきらめない看護」「患者中心の看護」のコードが抽出された。

おわりに：本研究において意識障害や寝たきり患者への家族の期待と NICD の介入により患者に向き合い一人ひとりに実施する看護に対する意識の変化がみられた。日常生活を取り戻すという視点で看護を捉え患者に関わることで、患者家族の喜びと患者の QOL 向上を実感でき、専門職としての意識向上に繋がっていくと考える。看護職は、現状の人員不足や業務多忙による介入時間の確保が難しいと感じているが「患者に寄り添い患者中心の看護」「あきらめない看護」を理想としていた。NICD 介入は看護職の意識変化にもつながり、看護のやりがいにつながることを示唆された。今後は NICD 介入において「介入方法」「時間の確保」「多職種連携」を課題として継続していきたい。

寝たきり状態の在宅療養者に対する理想の看護と実践できない理由

○久保田 直子 宮田 久美子 林 裕子
北海道科学大学

【はじめに】超高齢社会にともない、生命の危機的状況ではなくとも医療を必要としながら在宅で療養を続ける者は増加傾向にある。そのような療養者は筋萎縮や関節拘縮があり自力で起き上がることができない者（以下、寝たきり療養者）も多い。しかし、訪問看護は訪問時間の制約があり、施設内看護と異なり看護が限定的になりやすいと指摘されている。そこで、在宅の寝たきり療養者への看護の基礎資料とするために、訪問看護師が描く「理想の看護」とその看護が「実践できない理由」について調査したので報告する。

【方法】寝たきり療養者の看護を実践している訪問看護師 110 名を対象に、基本属性および寝たきり療養者への看護に関して「理想とする看護」とそれが「実践できない理由」を A4 用紙半分程度の用紙に自由記載を求めた。分析は、記載の内容を意味のまとまりごとに 1 文脈として抽出した。さらに計量テキスト分析を利用しながらコードを作成し、内容の類似性に基づきカテゴリー化した。倫理的配慮は A 大学倫理委員会の承認を得、対象者に協力の任意性、匿名性の確保、学会等での公表を文書で説明し、用紙の返信をもって研究の同意とした。

【結果】自由記載への回答者は、「理想の看護」の有効回答数は 71 名（在宅看護経験年数の平均 8.1 ± 6.9 年；平均年齢 46.1 ± 8.2 歳）であり、「実践できない理由」の有効回答が 58 名（在宅看護経験年数の平均 8.4 ± 7.1 年；平均年齢 45.8 ± 8.4 歳）であった。

寝たきり療養者への「理想の看護」では 136 文脈があり、全てを分析対象とした。得られたカテゴリー 6 件とコード 20 件であった。6 件のカテゴリーは、14 文脈 2 コードの【療養者の生活行動の援助】、18 文脈 4 件のコードの【廃用症候群や合併症の予防】、43 文脈 5 コードの【療養者と家族の生活を支える】、30 文脈 4 コードの【療養者の自立に向ける】、12 文脈 3 コード【療養者に応じた適切な訪問計画】、21 文脈 2 コード【多職種との連携】であった。寝たきり療養者への「理想の看護」で出現回数の多い語は《家族》の 40 回、ケア・援助・支援を統合した《ケア》37 回、《看護》34 回であった。

理想の看護を「実践できない理由」では 99 文脈があり、全てを分析対象とした。得られたカテゴリーは 6 件とコードが 13 件であった。6 件のカテゴリーは、13 文脈 1 コードの【家族の経済的な制約】、26 文脈 3 コードの【家族の協力の制約】、15 文脈 1 コードの【療養者の思いの制限】、22 文脈 3 コードの【訪問時間の制約】、8 文脈 2 コードの【看護師の技術力の制約】、15 文脈 3 コードの【多職種との連携の制約】であった。「実践できない理由」の出現回数の多い語は《家族》23 回、《看護》20 回、《療養者》16 回、《訪問時間》14 回であった。

【考察】訪問看護師は、理想の看護とその看護を実践できない理由において家族に関する発言が多くみられた。このことから、寝たきり状態の療養者の訪問看護は家族とのかかわりが重視されていると推測される。また、療養者への看護は生活援助や合併症予防が重要視されており、自立に向けた看護は少数であった。その実践できない理由は、訪問時間や経済状況、家族の協力などの資源に限界を感じていた。このことから在宅看護において、資源の限界がありながらも、家族にとって負担感のない看護の提供の構築が今後重要と思われる。

NICDの適応の現状と課題 —2012年～2018年に報告された症例報告より—

○福良 薫¹⁾ 林 裕子¹⁾ 宮田 久美子¹⁾ 大内 潤子¹⁾ 久保田 直子¹⁾ 日高 紀久江²⁾

1) 北海道科学大学 2) 筑波大学

【はじめに】NICD とは、身体的に様々な障害を併発したいわゆる寝たきり状態にある患者を、生理学的、病理学的視点からアセスメントを行い、生活行動を自立へと導くための看護であり、日本ヒューマン・ケア学会において学会認定看護師を育成している。2019 年度に 10 年目を迎え、現在約 100 名の学会認定看護師が排出されており、当学会の学術誌には NICD の実践報告を掲載し、エビデンスの構築を実施してきた。今回、学術誌として発刊されてから報告された NICD の介入症例を分析することで、NICD の適応範囲や今後の課題について検討した。

【方法】日本ヒューマン・ナースング研究学会（以下学会とする）が学術誌として医学中央雑誌に登録を開始した、2012 年から 2018 年までの計 7 年間に掲載された症例報告を対象に分析を行った。掲載された症例について、対象者の年齢、主たる医学的診断、寝たきりの期間、介入開始の時期、介入時の主な状態、介入結果及び介入場所の特徴を分類してその傾向について分析した。

【結果】学会誌に掲載された症例報告は 89 件であり、複数の症例を 1 件の研究で報告しているものもあり、症例の延べ数は 104 例であった。

症例の年齢は 80 歳代が 21 名（20.0%）と最も多く、続いて 60 歳代が 16 名（15.4%）、70 歳代が 14 名（13.5%）であり、60 歳以上が 56%を占めていた。また、最少年齢は 10 歳、最高年齢は 99 歳であった。寝たきりになった原疾患は脳血管障害が 30 名（28.8%）と最も多く、交通事故による脳挫傷が 19 名（18.3%）、認知症 7 名（6.7%）、低酸素脳症 6 名（5.8%）と続き、その他心疾患、悪性新生物、腎疾患、先天性の障害などであった。介入時の主訴は遷延性意識障害と廃用症候群が 65%を占めていた。介入の時期は発症から 4 日目の急性期が最も早く、寝たきり状態から 10 年以上経過し介入を開始した症例もあった。症例報告では、介入 4 週間後での評価が 40 例と最も多く、2 週間から 1 年 10 か月の長期間にわたる介入報告例もみられた。介入を実施した場所は 90%が病院施設であったが、訪問看護、デイサービス、重症心身障害児（者）施設、有料老人ホーム、外来など多岐にわたっていた。介入の効果は、関節可動域の拡大、自力座位保持、筋緊張の緩和、体幹のアライメントの調整が多くを占めていたが、摂食・嚥下が可能になったり、自然排便が見られたりする生理的機能の向上により生活行動の改善が得られるという介入効果が報告されていた。

【考察】NICD による介入が、65 歳以上の高齢者で脳疾患による寝たきり患者に実施されており、身体機能の改善により、食事や排泄の行動が改善傾向になる事が示された。しかし、対象者が寝たきり高齢者であるため、改善傾向後の介入の必要性の有無が示されていないため、介護量の変化も重要と思われる。また、最小年齢が 10 歳であり、介入時期に定まった傾向がないことから、NICD の適応が年齢と介入時期を問わない傾向にあることが示された。さらに、NICD の実施場所は、看護師が多く存在する病院施設以外でも実施されており、NICD における対象者への直接的介入が、看護師以外でも可能であることが推測される。今後は、NICD の介入後の維持に関する介入方法や、幅広い年齢層へ適応、看護師と他の職種との関係性などについて事例分析を重ねる必要性が示唆された。

食事介助時に設定する姿勢角度の定量的評価

○倉本 尚美 日高 紀久江
筑波大学医学医療系

【目的】廃用症候群の高齢者や意識障害者は、原疾患からの影響やそれに伴う筋力ならびに反射能力の低下により誤嚥しやすい状態にある。食事時の誤嚥予防への対応として、ベッドの角度により患者の頸部の角度を調整していることが多いが、在宅や施設等においては角度表示のないベッドが多く、食事介助者は目視により角度を想定してベッドを挙上している。そこで、本研究では、医療専門職者の目視によるベッドの挙上角度、ならびに実際のベッドの挙上角度と患者の頸部角度に相違があるか明らかにすることを目的にした。



図 1

【方法】食事時の誤嚥予防として一般的に活用されている頸部の角度（30 度、45 度、60 度）について、日常的に在宅等で摂食嚥下障害患者の治療を行っている歯科医師 1 名に角度設定を行ってもらい、同時に頸部角度の計測が可能なデバイス（GOKURI）（図 1）を使用して患者役 1 名の頸部角度を測定し（図 2※₁）、実際のベッド角度（図 3※₂）と比較した。本研究では、各ベッド角度を 3 回ずつ設定してもらい、その平均値を算出した。デバイスは約 60 ミリ秒ごとに頸部角度を計測し、各角度について 6 秒間（約 100 フレーム）の平均値を算出した。なお、ベッドは（株）パラマウントベッド社製を使用した。

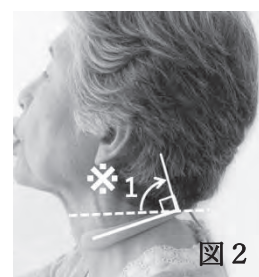


図 2



図 3

【結果】デバイスによる頸部の計測角度と実際のベッド角度の誤差は 4 度以下であった。また、医療者が設定した角度は、各角度設定において一定して角度が低い傾向にあった。

ベッド角 (θ_1)	デバイス計測角度 (θ_2)	SD	医療者の設定 (θ_3)	SD
30	34	0	18	0
45	42.7	0.47	31.3	1.2
60	57	0	44	2

【考察】摂食嚥下障害に精通した医療専門職者がベッド角度を設定しても誤差が生じていた。目視によるベッド角度設定は個人の感覚に左右され、食事介助を行う介助者間で異なる可能性があり、一定した角度調整が行われない可能性がある。また、デバイスによる角度計測の方が実際のベッド角度との差異が少ないことから、患者の頸部角度の設定に活用できる可能性があり、対象者数を増やしてさらに研究する必要がある。特に医療専門職以外の介護者がベッド角度を設定することが多い施設や在宅では、誤嚥予防となる頸部角度に関してはデバイス等による定量的な評価を活用することで誤嚥予防につながる可能性もある。

看護基礎教育における生活援助技術項目の教育内容の検討

○田中 沙也香¹⁾ 大野 貴子¹⁾ 高橋 眞紀¹⁾ 福良 薫²⁾ 宮田 久美子²⁾ 林 裕子²⁾

1) 北海道科学大学大学院看護学専攻 2) 北海道科学大学

〔はじめに〕看護基礎教育の内容は、人口構造や疾病構造の変化に応じて1951年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則が設定されて、高齢社会を担うために1989年2次改定から2008年4次改正まで実施されている。現在では「看護実践能力の質の担保」のための教育が展開され、さらに高齢社会の時代のニーズに沿うべく、教育改革を模索している段階である。そこで今回、現在使用されている看護基礎教育の教科書における生活援助の技術に焦点を当てて看護学の専門領域による掲載内容の違いを調査することを目的とし検討したので報告する。

〔方法〕対象は一般的に使用されており、閲覧が可能な2013年以降に出版された5社による基礎看護学、老年看護学、リハビリテーション看護（以下、RH看護）の教科書とした。調査項目は各看護専門領域における生活援助について技術の提供目的を比較した。さらに生活援助項目の中で食事、排泄、清潔援助について注目し、各看護学における援助方法の掲載内容の違いについて比較分析した。

〔結果〕看護援助技術の提供の目的は、基礎看護学では「人が生活していくのに必要な日常生活行動を支援する」とされていた。老年看護学やRH看護では「日常生活を維持する」「患者の障害の程度に応じて自立を支援する」とあり、基礎看護学の看護技術の提供の目的を基盤にして老年看護学とRH看護では生活行動の回復や維持を目指すことを目的とされていた。また、食事援助技術について基礎看護学では、「自力では摂取できない、あるいは摂取量が確保できない人が安全に必要な栄養量を摂取できる」「食事行動が自力で不可能な対象者の食事を介助する」と説明されている。老年看護学では「高齢者は全般的な機能低下で、誤嚥を起こしやすいので、咀嚼と嚥下がうまくできるかの評価が必要」とし、RH看護では「心身の障害の程度や体力などについてアセスメントし、食事動作に関する個別の目標を立てていく」などと説明されていた。食事援助技術について、基礎看護学では、対象者の現在の状態をアセスメントし、その状況に応じて安全安楽に実施するための基本的な援助方法について説明されていた。この基礎看護学の技術を基盤に老年看護学では、加齢により機能が低下していく高齢者には現状の維持のための技術の説明であり、RH看護では障害に応じながら自立のための技術提供について説明がされていた。また、老年看護学とRH看護では、対象者の生活行動の維持や自立のための援助に必要なアセスメントの視点についても具体的に説明されていた。この援助方法の記載内容は、排泄援助や清潔援助でも同様であった。

〔考察〕生活援助技術における看護技術の提供目的や援助方法について、各社によって構成の違いはあるが、基礎看護学の生活援助の目的や援助方法を基盤に、対象者の状況をアセスメントし、生活行動である食事や排泄、清潔の行動について維持や自立のための生活援助の提供の方法が示されていた。

〔まとめ〕看護基礎教育における生活援助の目的は時代の要請に応じて、対象者の生活行動の維持や自立の視点が教育されている。しかし、その一方で臨床現場における看護が、この看護基礎教育における生活行動の維持や自立に向けた看護技術の活用や応用に関して、実態が明らかになっていないため、今後さらなる調査が必要と推察される。

早期離床と生活行動の回復の看護における文献の検討

○大野 貴子¹⁾ 田中 沙也香¹⁾ 高橋 眞紀¹⁾ 高橋 智哉¹⁾ 宮田 久美子²⁾ 林 裕子²⁾

1) 北海道科学大学大学院看護学専攻 2) 北海道科学大学

【はじめに】日本の医療が年々高度化する中で、救命率が上昇している。そして、集中治療学会や脳卒中治療ガイドライン 2015 の早期リハビリテーション（以下、早期リハ）の基準に基づき、急性期リハが進められている。早期リハは、身体機能の回復に向けて訓練することであり、その一部として早期に離床すること（早期離床）が提唱されている。一方、日本離床学会は「手術や疾病の罹患によっておこる臥床状態から、可及的早期に座位・立位・歩行を行い、日常生活動作（以下、ADL）の自立へ導く一連のコンセプト」としている。この定義は、看護が生活行動の援助や回復に寄与することと一致する。しかし看護実践において、早期離床と ADL の回復を目指すことが、一連のコンセプトとして捉えられているかが明確ではない印象がある。そこで、過去の文献を用いて、早期離床と ADL の回復に関する看護実践について比較検討したので報告する。

【方法】医中誌 Web から「早期離床 and 看護過程」（以下、早期離床）をキーワードとし、期間を指定せず原著論文を検索し、該当した 56 件と、「生活行動 and 回復 and 看護過程」（以下、生活行動回復）をキーワードとし、期間を指定せず原著論文を検索し、該当した 68 件の中から、看護が介入を実施した研究を対象とした。分析方法は、文献に記載された看護過程について、アウトカムモデルを用いて整理し、その内容を比較検討した。アウトカムモデルとは、①インプット(input)；どのような対象者に対して、②プロセス(processes)；どのような介入や設定を行い、③アウトカム(outcome)；その目標/ゴールは何か、あるいは何でその介入や設定の結果を評価するのかを横軸とし、①クライアント(client)：対象、②プロバイダー(provider)；ケア提供者、③セッティング(setting)；状況を縦軸とする二次元的なモデルである。

【結果】分析対象となったのは、早期離床の文献が 35 件、生活行動回復の文献が 22 件であった。早期離床の文献では、看護の対象は術後患者が 28 件、身体機能低下を来した患者が 6 件、人工呼吸器装着患者 1 件であった。看護介入の方法は、術後患者にはバイタルサインや一般状態を観察し、疼痛コントロールや不安の軽減を図りながら、患者のペースに合わせて進めていた。目指すものは座位、立位、歩行、ベッドから離れることであった。生活行動回復の文献では、看護の対象者は身体機能低下を来した患者 14 件、長期臥床による廃用症候群患者 4 件、その他 4 件であった。看護介入の方法は、生活スケジュールの作成、口腔ケア、口腔リハビリ、座位姿勢、バランスボール運動、用手微振動などがあり、声掛け・励まし・共感しながら、繰り返し統一した方法で行われていた。また、期間を決めて集中的に実施する介入があった。目指すものは睡眠-覚醒リズム・生活リズムの改善、意識レベルの改善、座位、立位、食べる、トイレで排泄するなどであった。協力者として看護補助者や理学療法士などであった。

【考察】看護の対象は、早期離床の文献では術後患者が、生活行動回復の文献では身体機能の低下した患者が最も多かった。さらに介入の時期や内容が異なっていた。特に早期離床は、合併症の予防と ADL 低下の予防することが介入の目的となっており、敢えて生活行動の回復に関して看護が介入する必要のない対象者であったと推測される。一方、生活行動回復の対象は、自ら生活行動ができない状態にある者であったと推測される。このことから、早期離床の看護は、生活行動を困難にしない「きっかけづくり」であり、生活行動の回復の看護は、生活行動を「獲得させる」ことを目指していると推測される。

廃用症候群寝たきり患者に対する多職種連携による 生活行動回復への介入の一考察

○青木 千江子

医療法人恒仁会 近江温泉病院

【はじめに】

高齢化が進む日本において平均寿命は年々上昇を続け、2017 年には過去最高を更新した。一方で日常生活が制限されることなく生活できる期間、いわゆる健康寿命と平均寿命の差が拡大し人生の最後まで健康に過ごせるわけではないことが社会問題となっている。今回、誤嚥性肺炎を繰り返し自宅での介護が困難になった事例に対してリハビリテーションスタッフと協働で生活行動を再獲得できる介入を実施した結果、経口摂取や ADL の拡大が図れたため報告する。なお、報告にあたって患者の匿名性に努めた。

【事例紹介】

事例は 84 歳の男性で、慢性心不全・誤嚥性肺炎後廃用症候群にて 2 年前より自宅にて療養中の患者であった。ADL は室内歩行出来ていたが、徐々に ADL 低下し寝たきり状態で要介護であった。栄養管理は胃ろうからの注入食であった。今回、誤嚥性肺炎のため約 1 ヶ月入院し自宅での介護が困難となり当院に転院となった。転院時の ADL は全介助で意思疎通は問いかげにに対し頷きにて反応する程度で発声は聞かれなかった。

【看護の展開】

約 1 か月の入院期間に多くの機能低下が進んだもののもととは自宅で経口摂取や会話ができていたことから介入することで、口腔機能の改善をはかり生活行動を再獲得することが可能と考えた。

介入にあたっては理学療法士・言語聴覚士と検討を重ね介入プログラムと日課を作成した。

介入開始から 3 週間：口腔マッサージ、口輪筋や表情筋のマッサージ、棒付き飴を使用した味覚刺激を毎日実施した。また、日中は 30 分程度の車椅子乗車にて他患者と一緒に過ごす時間を作ったり話しかけた。座位時にはバランスボールを使用した運動を取り入れた。結果自分でも口腔マッサージに取り組むなど自発的な動作がみられるようになった。

4～6 週間：座位時のバランスボール運動に加え呼吸訓練としてかぎぐるまを呼気で回すトレーニングを加えた。その結果味覚刺激の飴がなくなると「飴ちょうだい」や「今日はしないの？」などの発語が聴かれるようになりゼリー食開始となった。

16 週後の現在：自らスプーンを持ち、ペースト食を安全に食べられるようになった。また、車椅子の自走動作などが見られるようになり、会話が増し、表情も豊かになった。

【考察】

高齢者が何らかのきっかけで入院すると治療期間にもともと持っていた身体機能が短期間で急激に低下する一方で回復には多くの時間を要することは知られている。今回の事例を通して介入することにより時間がかかっても生活行動は回復することができることは自明である。その理由として、もともとの生活や可能性をアセスメントした個別のプログラムを作成したこと、プログラム作成と実施にあたり事例に関わる多職種と情報交換をしたり役割分担をして日課の中に機能回復の介入を効果的に組み込んだことが有効であったと考えられる。

一般急性期にある廃用症候群高齢者に対しての 生活行動回復看護の検討

○井尾 望見¹⁾ 後藤 玉子¹⁾ 古川 智代¹⁾ 高橋 恭子¹⁾ 市橋 乃里子¹⁾ 菊地 まり子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】高齢化が進み高齢者の急性期の治療の看護する機会が増えている。特に一般急性期にある高齢者は、治療に伴う安静や急変等から廃用が進行し、自発性が乏しくなり様々な感覚も鈍麻していき、次第に日常生活行動に低下を来し、最後を迎える場面を臨床で経験することが多い。そこで、今回、病状変化をアセスメントしながら、その変化に応じた生活行動の再構築に向けた介入を実施した事例について報告する。

【事例紹介】事例報告について家族の同意を得た A 氏 80 代男性。レビー小体型認知症のため、「はい、うん」等の簡単な発語のみであり、日常生活全般において全介助であった。肺炎での入退院を繰り返しており、臥床時間が増えていた。今回の入院においては、上気道からの分泌物の喀出が困難であり、食事の摂取も困難となり 1120Cal/day の高カロリー補液が開始となった。

【看護過程の展開】入院から 19 日目から発熱することが減少したため、本人の「食べたい」という意欲と、帰施設に向けて経口摂取の獲得のために介入を開始した。しかし、臥床により頸部周囲の筋緊張のため頭部後屈となり、姿勢は脊椎の後弯と頭部前方姿勢であった。そこで、姿勢と体力調整のために、①座位の姿勢保持の獲得、②発声の維持、③自力によるハフティングを目標とした。介入計画は、平日に 10 分間車椅子に移乗することと、端座位 5 分間の保持することから開始した。その際に、覚醒を促すよう声掛けを行った。その介入の結果、開始直後は車椅子移乗前に「本を読みたい。」と発言があったが、読むことができず一点注視していた。30 分経過後ごろから姿勢が保てない状態となった。同様の状態が続いた介入 8 日目に腎機能の悪化、貧血状態となり、2 日間の治療が開始された。この時点で、再度アセスメントし、痰の自力喀出困難、湿性嚔声のため嚥下困難と判断した。また、貧血の改善の可能性が低いと、エネルギーの消耗を最小にする必要があることと、股関節や下肢関節柔軟性の担保の必要性があると判断した。そのため、目標を①股関節と下肢の関節の柔軟性の担保、②自発的発語の維持に変更した。介入計画は、端座位の中止基準として、収縮期血圧が 180 以上、発熱が 38 度以上、本人の強い拒否がある時や、顔色不良な時は中止とした。端座位が可能な時は、2 名の看護師でバランスボールを抱えさせ他動的に弧を描くように上半身をゆっくり回し不安定な状態をつくり、自ら体勢を整えるよう促した。また、臥床時には、バランスボールを使用し股関節や下肢運動を実施した。結果、端座位時の不安定な姿勢に不安感を示していたが、6～8 週目には崩れた体勢を自ら戻し、お礼の仕草も見えた。また、臥位姿勢にて腰部挙上が維持された。家族の面会時には笑顔と感謝の言葉がきかれた。しかし、介入 62 日目ごろには肺炎悪化に伴い介入困難となり、死亡退院となった。

【考察】高齢者が病気を発症すると活動性が低下し、フレイル状態が進行し廃用症候群のリスクが高まる。その対応として、対象者の病状や身体状態を常にアセスメントしながら介入方法を模索することや、日々の介入においても中止基準を設けるなど患者の状態に応じて柔軟な介入を行う事は、患者が自らの意思を伝え、自分自身でできることを保障することとなり、その人らしく生きることを支える看護となったのではないかと考える。

高次脳機能障害患児の意思疎通に向けた取り組み —遊びを取り入れて—

○田中 秀美 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】小児にとって遊びは、精神状態を安定させ、成長発達を促すとされている。今回、感覚刺激として遊びを取り入れることで、意思の疎通につなげられないかと考え取り組みを行ったため報告する。

【事例紹介】A氏は10歳の男児である。2017年8月交通事故で受傷し急性期病院へ搬送され、直後から高度の意識障害、徐皮質肢位で筋緊張亢進状態にあった。2018年2月リハビリ目的で当該施設へ転院となった。転院当初は両上肢が屈曲し自動運動は見られず、声かけに対し笑顔が見られたが内容の理解は不明だった。同年7月、認知面の向上と上肢の可動域拡大を目的としてNICDの取り組みを行った結果、問いかけに対して右上肢を頭の位置まで挙上しYes、No返答ができるまで改善した。気管カニューレの閉鎖訓練を1年間継続しているが、「アー」と発声があるのみだった。質問に対して右手を挙上する事が出来、言語理解はあると思われたが、高次脳機能障害があるため、意思の疎通は困難な状態にあった。

【倫理的配慮】当該施設の看護部倫理委員会に承認を受け、今回の介入の目的および方法と、研究における個人情報の保護について、家族に文書と口頭で説明し同意を得た。

【看護過程の展開】「言語的コミュニケーション障害により意思の疎通が困難な状態」を看護問題とし「挨拶復唱時の口の動きが明瞭に出来る」を目標として看護介入を行った。A氏は障害児支援学校の授業を受けているため、取り組み期間は夏休みに入ってから2週間とした。ピーナツボールで上下運動を行った後、車椅子に乗車してもらい15分～20分遊びとして、事故前から好んで行っていた神経衰弱や、かるたなどのゲームを行った。

神経衰弱はトランプ6～8枚で行った。視覚的に数字を認識出来ない様子があったが初めに選んだ2枚のトランプの数字を言葉で伝えて印象づけるようにすると数字の場所を記憶する事が出来た。正解すると喜び、何度も集中して行った。かるたは、あ行5枚の取り札を並べて行った。取り組み開始時は書かれている文字や絵を認識出来ない様子があったが、取り組み終了時は5枚とも間違えず選ぶ事が出来た。挨拶復唱時の口の動きは、取り組み期間を通して「イ」「ウ」は不明瞭で「ア」「オ」は明瞭だった。

【考察】今回、挨拶復唱時の口の動きは明瞭に出来ず看護目標の達成は出来なかった。しかし、視覚失行や高次脳機能障害のため文字の理解が困難であった児に対し、音声からの情報を多くしたことや繰り返し同じ遊び通して行い、出来たときに褒めることで認知機能への働きかけが可能となったと考えられる。このように遊びを取り入れたNICDの取り組みは、患児の成長発達を促し入院中のストレス軽減効果もあり、認知機能への活性化には有効であったと考えられる。

症候性てんかんを繰り返す患者への摂食機能改善に向けた取り組み

○篠原 さゆり 藤丸 小夜 坂本 さゆり

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院

【はじめに】今回、交通事故後の遷延性意識障害がある患者で症候性てんかんの併発に伴い、廃用症候群からの嚥下機能低下をきたした患者に対して、NICD（意識障害・寝たきり・廃用症候群患者の生活行動回復看護 以後、「NICD」とする）の看護実践を行った。介入において食べる為の口づくりに向けアプローチを行った結果、症候性てんかん発症する前の摂食機能まで改善がみられた症例について考察を踏まえ報告する。

【事例紹介】事例は1年前に交通事故により意識障害となった40歳の女性で、入院当時より開眼し、右上下肢の動きもあり、瞬目反射にて「はい」「いいえ」の反応もあった。摂食に関しては、開口1横指程度、咀嚼は見られないが、口に物を入れると舌で送りこもうとする動作は見られた。そのため、食事は朝夕経管栄養、昼のみ注射器にてミキサー食を摂取していた。しかし、その後、重積てんかんをきたしたため、抗痙攣薬が増量となり、鎮静状態となった。そのため、口輪筋の緊張、舌の動きも悪く、開口障害が出現、誤嚥を繰り返し、経口摂取が困難となった。

【倫理的配慮】当核施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。患者の家族に介入の目的とリスクと方法、学会発表などに用いる事などについて説明し口頭と文書で同意を得た。

【生活予後診断】生活するための姿勢を整え、摂食するための口を作ることができる。

【介入方法】1クール4週間とし、表情筋や舌筋の緊張軽減や、柔軟性、拘縮改善を目指し、腹臥位用手微振動法、バランスボールを用いた微振動法及びムーブメント、起立訓練、顔面・口腔内のマッサージを4週間行った。

【結果】1週間は、大きな変化は見られなかった。2週目より唾液の嚥下が可能となり、口腔内と表情筋マッサージした後直接口腔内にトロミ付きジュースを少量注入し、嚥下が可能となった。3週目より覚醒状態も良くなり注入する量を増やし、注射器にて嚥下訓練を行った。2mlからはじめ、100ml摂食できるようになった。4週目より摂食回数を増やし、ミキサー食を昼のみ摂取出来るようになった。介入中3回程度てんかん発作を起こすも、毎日継続し食べ物を口に入れることで表情変化が見られるようになった。また意識の向上につながり上肢の動きが見られ装具装着による起立訓練も出来るようになった。

【考察】今回、てんかん発作にて抗痙攣薬増量に伴い、意識レベルや身体機能の低下をきたした。食べるためには、意識づくり・身体づくり・口づくりは欠かせない。今回の事例は薬物療法により鎮静状態となったが、生活行動の再獲得に向け寝たままにせず、使える機能を維持する関わりをしたことで、嚥下機能の維持改善が図れた。また、多くの刺激を行うことで、瞬目反射や表情変化もみられ、覚醒も良好になり生活行動の拡大にもつながったと考える。

重度遷延性意識障害患者への意識賦活化のための 治療とNICDの相乗効果の一考察

○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】多くの意識障害患者は意識障害が長期化するにつれて体力の低下や運動器官への廃用性を伴い運動反応が低下する。自動車事故後の遷延性意識障害患者を受け入れている施設では意識賦活のための治療（以下、治療）と看護ケアを行っている。今回当該施設に入院し治療を開始し、筋緊張があり常に顔を左側に向け明確な反応がみられなかった患者がNICD介入をきっかけに変化がみられ、身体機能と意識状態が改善したので報告する。

【事例紹介】事例は30代男性、自動車にはねられ受傷した。多発性脳挫傷、外傷性くも膜下出血、左基底核出血、水頭症と診断され、開頭減圧術、気管切開術、頭蓋形成術、胃瘻造設術を施行したが、意識状態の変化がなく受傷約6ヶ月後に当該施設へ転院となった。入院時広南スコア68点（総計最悪点70点）、筋緊張あり、顔や眼球を左に向けていることが多く、表情や明確な反応がない。身長175cm、体重41kgでるい瘦状態であったため栄養状態の改善をはかり、受傷9か月後に正中神経刺激療法を行っていたが、治療効果として明確な反応が表れていなかった。

【看護の展開】生活予後診断は「明確な表情変化が出現する」「ゼリー1個を介助で摂取出来るようになる」とした。実践内容は、温浴刺激、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、表情筋マッサージ、口腔内マッサージ、端座位を行い、右側にも顔を向けられるように右側からの声掛けも取り入れた。受傷後9か月から介入開始し、4週間1クールをインターバルをあげながら2クール実践した。治療は2クール前より意識賦活化のため非ベンゾジアゼピン系睡眠薬投与と2クール後右大腿と下腿へボツリヌス療法を行った。

【実践結果】広南スコアは入院時67点から1クール後65点、2クール後60点に改善した。改善の主な変化として、1クール目終了後追視・注視がはっきりし、顔は正中を向くようになった。2クール目終了後は近親者の判別ができ、泣き顔や笑顔がみられ、顔をわずかに右へ向けることができるようになった。介入9か月後の現在（2019年6月時点）では顔を右方へ向け、声掛けをすると首を横に振るようになり、時折縦に振り頷くような動きや笑顔がはっきりとするようになった。瞬きで反応するようになり、左手の動きは物をつかもうとする動きがみられ、刺激に対する反応が改善した。

【考察】今回の介入ではゼリーの摂取には至らなかったものの表情や意思を表出できるようになっており、予後診断を達成している。その理由として医学的な治療により意識の改善が図れたと同時に、その意思を表現できる身体機能の改善がNICD介入ではかかれたことにあると考えられる。すなわち表情筋や頸部、上肢の可動性を向上させたことで表現できる身体を作ると同時に筋緊張緩和へのアプローチや右側へ注意が向くような声掛けにより治療効果である意識賦活化を促進したため、身体の可動性と自発動を促進させ、生活行動再獲得につながったと考える。

延髄梗塞後の開口困難な患者へのNICDの介入 ～患者の嗜好を取り入れたアプローチ～

○松井 良子 中山 由美子 大井 洋子 佐野 由美子 西元 光 中本 秀美 玉井 和子
社会福祉法人 あじろぎ会 宇治病院

I. はじめに

脳梗塞の後遺症は脳の障害を受けた部位によって異なる。遷延性意識障害は自らの意思と能力では、食事、排泄、会話によるコミュニケーションなどの生活行動を確立することができず、生活全般に看護・介護を必要とする。今回、延髄梗塞後に意識障害となり自発呼吸がない為、人工呼吸器装着中で開口困難があり、十分な口腔ケアが提供できない患者に対し、口腔内に生じるトラブルの早期発見・唾液の分泌を促して口腔内の環境の調整・表情の表出が図れる目的でNICDと黒岩メソッドの介入を行った。その結果、刺激によって容易に反応し開口でき、視覚的に表情の変化がみられるという結果が得られたのでここに報告する。倫理的配慮として、プライバシーの保護について口頭と書面をもって説明し同意を得た。

II. 介入について

- 1) 介入期間：平成30年7月31日～平成30年9月30日（1ヶ月1クールで3クール実施）
- 2) 対象：事例は70代後半の女性で延髄梗塞と診断され人工呼吸器装着中の意識障害患者であった。
- 3) 介入方法：NICDと黒岩メソッドを取り入れ看護介入を行い、介入前後の変化を検討する。①手順表に従い、毎日午後から看護師2名で介入。②行った結果をカルテに記入する。③1回/週 別紙の評価シートに結果を記入し推移・変化をチェックする。④1クール目は保湿剤、2クール目はレモン水、3クール目はたこ焼きソースを使用して評価する。

III. 結果

1 クール目は終日閉眼していた状態が施行時は常時開眼するようになった。もぐもぐ運動が時々ある程度で開口はほとんどなかった。2 クール目では施行時は常時開眼があり、もぐもぐ運動は頻回、2cmの開口、視覚的に表情の表出、呼びかけで視線が合うような眼球の動きがあった。3 クール目では、舌の動きが頻回にあり最大4cmの開口があった。瞬きや凝視と思われる表情の変化があり、刺激で上下肢の動きがみられた。

IV. 考察

口腔内への刺激はいずれの機械刺激であっても広く開口反射を起こすので、口腔周囲筋のマッサージとストレッチ、舌の廃用性萎縮へのアプローチを行う事で開口を引き出すことができたと考える。また、レモン水や患者の嗜好を取り入れた、味を感じる細胞を刺激した事で開口反射やもぐもぐ運動の顎運動や嚥下反射の誘発が行えたと考える。顎運動が活発になり、唾液分泌が活性化した事で口腔機能のリハビリに繋がり、口腔内の環境の調整もできたと考える。家族の情報に基づき事例の好物であるたこ焼きからのソースを使用して味覚にアプローチしたことが、脳の様々な部位を活性化させ、間接的な効果として脳への覚醒効果があったのではないかと考える。個々の患者の口腔状態や全身状態によって施行の方法を変えるオーダーメイドの口腔ケアを提供しなければならないという事を学んだ。

ブレインモニターを活用した意識障害患者への効果的なケアの探求

○坂上 裕明 川崎 伸絵 西山 知子 藤原 美幸

泉大津市立病院

【はじめに】

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（以下、NICD）は、患者の自立を引き出す看護として、様々な施設で実践されている。当院でも、勉強会や療護看護プログラム（以下、RNP）をとおして、技術指導を行い実践している。しかし、意識障害患者の反応の観察は、看護師経験、特に脳神経外科領域での経験が基盤となっており、それらの経験が浅い看護師において、患者の反応の観察に困難さを感じている印象がある。そこで、脳活動を指標とすれば、客観的な評価となり、経験の差を問わず効果的なケアを提供できるのではないかと考えた。昨年当院で行った RNP で、全脳波計を活用し、意思疎通が図れない患者へ行っているケアの中で、脳活動が活発になるものが何かを調査した。しかし、解析が複雑な為、看護師独自での考察が困難だった。そこで、解析も簡便で、看護師独自の考察も可能であり、簡易的に脳活動の状況が把握できるブレインモニターを用いた。今回、RNP 後に継続して行っているケアをブレインモニターで評価した症例を報告する。

【事例紹介】

A 氏 40 歳代男性。2016 年 4 月下旬、高速道路でトラックに衝突し受傷。JCSⅢ-300。右急性硬膜下血腫と診断された。開頭血腫除去術、外減圧術の術後に橋出血と、脳幹、両側後頭葉、右前頭葉に脳梗塞を認めた。また、血腫によるヘルニアも認められた。さらに、視床下部の損傷から尿崩症を併発した。呼吸管理が長期化し、気管切開術を受ける。受傷から 3 か月後、脳浮腫が改善し頭蓋形成術を施行。水頭症併発による脳室-腹腔シャント術も行った。同年 8 月に当院へ転院される。

転院時、JCSⅢ-300、GCS3 点（E1V1M1）、MMT 四肢 1/5、リハビリ 6 単位/日のほか、背面開放座位や五感刺激を実施。JCSⅢ-200、MMT 四肢 2/5 に改善した。2018 年 1 月に筋緊張の緩和と四肢の合目的な動作を目標に RNP を実施した。その結果、全身の筋緊張が緩和、特に顔面の筋肉が柔軟になり、味覚刺激による口腔不随意運動や嚥下反射が増加した。終了時 JCSⅢ-200、GCS6 点（E1V1M4）であった。RNP 終了時にブレインモニターで α 波と β 波の測定をした。安静臥床時と比較したが、背面開放座位姿勢でも著名な上昇はなかった。

【結果】

毎回測定時に安静時の脳波を測定した。背面開放端座位、味覚刺激、聴覚刺激での α 波、 β 波を比較。背面開放座位時の脳波数が一番上昇した。味覚刺激、聴覚刺激では変化がなかった。背面開放座位時に味覚刺激、聴覚刺激を追加した複数異種感覚刺激においても、背面開放座位で上昇した脳波数からの上昇はなかった。また、味覚刺激においては、脳波数に関わらず、口唇閉鎖や口腔周囲筋の不随意運動や嚥下反射を認めた。

【考察】

背面開放端座位、味覚刺激、聴覚刺激などの意識障害患者に対するケアで、A 氏にとっては、背面開放端座位が脳活動を活発にさせるケアだった。単一の刺激では脳活動の維持は困難であり、複数異種感覚刺激による刺激が脳の活性化には有効であると言われている。しかし、A 氏は背面開放座位を実施中のみ脳波数が上昇した。今回、複数異種感覚刺激による脳波数の上昇を認めなかったのは、脳へのダメージが大きく、A 氏の脳活動の状況が現状では最大限であったことが示唆される。看護師は日々、予測しながら看護を行う。その予測には看護師の経験値が多く関与している。しかし、脳活動を指標とすることで、予測に根拠が生まれ、看護師の経験値に関わらず、統一した看護の提供が可能になるのではないだろうか。NICD は統一した方法で、継続して看護することが患者の自立への効果的な方法と言われている。そのため、意識障害患者の看護に脳活動を指標とすることは有効であると考ええる。

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「日本ヒューマン・ナース研究学会誌原稿」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脳活動評価の検討，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

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

著者校正を 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

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 役員の任期は次の通りとする

1. 理事長、副理事長、常任理事、理事及び監査の任期は 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 24 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			
氏名	職 種 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

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

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第8巻 第2号
第15回 学術集会プログラム・抄録集

発行日 2019年11月30日

発行 第15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

在宅看護・地域医療にかかわる全スタッフ必携！ パーキンソン病の 看護と日常生活支援

紙屋 克子 監修／丸本 浩平 医療監修／山下 哲平 編集
パーキンソン病看護研究会 著

長年地域の患者・家族に寄り添い、意識障害・廃用症候群の看護を行ってきた著者らがパーキンソン病の支援に生きる看護ノウハウを解説。マインドマップ®で実践ポイントが一目でわかり、患者・家族への説明、介護士の理解を助けるイラストと動画も豊富に掲載。パーキンソン病の看護が体系的に理解でき、実践につながる！

contents

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1章 パーキンソン病とは | 2章 運動症状に対する治療 |
| 3章 症状と対応 | 4章 日常生活における看護 |
| 5章 リスクに関する看護 | 6章 患者のQOL を向上させる看護実践 |
| 7章 その他 | |



定価（本体4,500円＋税）B5判／192頁
ISBN978-4-8404-6595-3
Web 302270800
(メディカ出版WEBサイト専用検索番号)

本当に臨床で使えるビジュアルブックが誕生！！



患者がみえる新しい 「病気の教科書」 がんテキ 脳神経

広島大学大学院医系科学研究科脳神経外科学 診療講師 岡崎 貴仁 編集
広島大学大学院医系科学研究科脳神経内科学 診療講師 青木 志郎 編集

脳のシェーマを“実寸大”で多数掲載！各部位の機能・役割がわかりやすく、症状もイラスト化されているので、注意したいサインがイメージできる！発症から退院後までの流れも症例&チャートでストーリーに沿って理解できる！

contents

定価（本体3,400円＋税）
B5判／432頁
ISBN978-4-8404-6922-7
Web 302060430
(メディカ出版WEBサイト専用検索番号)

- | | | | |
|---------|-------------|------------------|-----------|
| 1章 解剖 | 2章 機能 | 3章 脳血管障害 | 4章 脳腫瘍 |
| 5章 頭部外傷 | 6章 神経変性疾患 | 7章 炎症性疾患 | 8章 末梢神経障害 |
| 9章 筋疾患 | 10章 感染性疾患 | 11章 代謝性疾患 | 12章 機能的疾患 |
| 13章 認知症 | 14章 脊椎・脊髄疾患 | 15章 脳神経疾患によくある症状 | |

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