

日本ヒューマン・ナーシング 研究学会誌

第10巻 第1号

第17回 学術集会プログラム・抄録集

The 17th Japan society of Human Nursing Research

- | | |
|-----|------------------------------|
| 会期 | 2021年11月6日(土) |
| 会場 | WEB開催 桜十字病院 熊本市南区御幸木部1丁目1番1号 |
| 大会長 | 濱田みね子 桜十字病院 看護部長 |

大会テーマ 患者は、私たちをまっている。

創造的看護で変える 患者の生活

目 次

開催によせて	2
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	15
投稿規定	25
会 則	28
入会要項	31

開催によせて



第17回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会

大会長 濱 田 みね子

(医療法人 桜十字病院 看護部長)

2020年1月、COVID-19の世界的パンデミックが引き起こされ、約1年半が経過しております。私たち医療従事者は次々と変異するウイルスの脅威から尊い人命を守りぬくという使命感の中で臨床の現場に立ち続けていますが、今後ますます、患者の身体と心のケアにコロナ禍を意識して向き合う、看護職の豊かなプロフェッショナルリティが求められる時代となることは間違いありません。

さて、今年度、第17回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会を「日本三名城 熊本城」を有し「火の国」とも呼ばれる熊本にて開催することとなりました。当初は熊本城の真下にあります大ホールを貸し切った開催を企画しておりましたが、計り知れないCOVID-19の影響のもと、やむなくWEB開催へとシフトチェンジいたしました。開催の方向性をすぐに示せず皆様にご心配をおかけしましたことを深くお詫び申し上げます。願わくは、この軌道修正がCOVID-19の生活様式から生み出されたものとして福に転じ、より多くの医療者に生活行動回復看護（Nursing to Independence for the Consciousness Disorder and the Disuse Syndrome Patient, 以下NICD）の素晴らしさを「深め」「広げる」機会へとつながれば、関係者一同幸せに思います。

今学会の開催にあたり、テーマを「創造的看護で変える患者の生活―患者は、私たちをまっとうしている。」としました。今日現在も、患者は病床で「少しでも長く、生き生きとした人間らしい生活ができることを目標にした、自立支援型のケア」を待っています。そのためには、個々の患者が何を望んでいるかを知り、対象患者の自立できる能力を見極め、その能力を最大限に引き出すためにどのようなケアが必要となるかを検討する、このような思考過程を大切にして実践される看護が重要です。この看護が「創造的看護」であり、NICDに直結するものであると考えます。

NICDは、廃用症候群や遷延性意識障害の患者に対して、寝たきり状態となっている問題を明らかにし、自立できる力を引き出し、再び生活行動を回復させていく看護技術として、全国に少しずつ普及し、実践報告が上がってきております。「2025年問題」を控え、世界に類をみないスピードで超高齢社会を迎える日本にとって、NICDの基本的考え方、科学的根拠に基づいて考案された素晴らしい看護技術は、より多くの病院・施設・在宅に取り入れられ

るべきではと考えます。

実は当院も、昨年8月からこのNICDに取り組み始めたばかりです。この短期間の中でも看護師や介護士たちのケアに対する意識が明らかに変化し、自分たちのケアを見直そうとする動きが病棟内に始まりました。そして、今までのケアを振り返り、手を貸すことが先行してしまい、患者の自立を奪い、寝たきりや廃用状態を助長してしまうケアを提供していたのではないかと考えるに至りました。ただし、この現象は当院の中だけの問題ではなく、現代の看護界において大きな課題と言えるのではないかと考えます。このままのケアを継続しては、少子高齢化の時代、ますます増える要介護状態の患者に尊厳あるケアを提供するには、歪みが生じてくることは明白です。その課題を解決してくれる糸口がこのNICDであり、見事に時代の変化に適応し、なおかつ、患者の「生きる」を満たす看護へと導いてくれることが、実践を積み重ねていく中でよく理解できました。また、「看護で患者が変わる」「看護で患者の機能改善ができる」「看護で患者を元の生活者に戻せる」この体験をした看護師や介護士のモチベーションが格段にアップしたことは言うまでもありません。

今回の基調講演には筑波大学名誉教授 医学博士でいらっしゃる紙屋克子先生に「時代の要請に応える生活支援技術の開発と普及 常識を疑うことからの第一歩」というテーマでご講演いただきます。教育講演には静岡徳洲会病院師長の小川千代子先生に「呼吸器離脱への挑戦」というテーマでご講演いただきます。小川先生は紙屋先生の直接指導下でNICDを学ばれ、現在NICD認定看護師として、NICDの普及に尽力されておられます。今回は人工呼吸器患者に生活行動の改善に向けた看護介入を行ったことにより生み出された効果について、ご講演いただきます。もう一題の教育講演として、「ポストアキュートの治療戦略」というテーマで、治療を支える看護のチカラについて、当院 呼吸器内科医長の安田広樹医師が講演いたします。また、症例報告5件と研究報告4件を配信する予定であります。看護には無限の可能性があることを実感できるのではないかと思います。

今学会の目的である、NICDを実践する上で培われていく高いアセスメント力、洞察力から患者のQOLが高まった実践報告が全国から集積され、新しいエビデンスの構築へとつながり、看護領域に看護の質向上の進展がもたらされることを願います。

2016年に、400年の歴史を誇った熊本市のシンボルでもある「熊本城」は、熊本地震によりその原型をとどめない程に崩れおりましたが、約5年の歳月をかけて、見事に復興をとげました。この熊本城が復興されていくさまは、一度生活者としての機能を失った患者がNICDの看護を受け、生活行動を取り戻していく姿と重なって見えます。この雄大な姿を全国の皆様に直接見ていただけないことだけがとても心残りですが、COVID-19が収束を迎えたその時には、この熊本の地で皆様と熱く語り合える日を待ちたいと思います。

はじめての試みではありますが、この度の学会がインターネット環境を通じて皆様と深くつながり、NICDの発展に寄与するものであることを心から願っております。

学会参加者へのお知らせ

1. 参加登録について

- 参加申し込みは、申込フォーム(下記 URL)からのみとなります。
<https://forms.gle/f1Bb7A7e7HQnfrbW6>
- 参加費

申込 (期限)	会員	非会員	学生
事前申込 (10/18 迄)	3,000 円	4,000 円	500 円
直前申込 (10/27 迄)	4,000 円	5,000 円	

- 今年度の抄録集は PDF となります。抄録集と領収証つき参加証は、メールにてお送りいたします。

2. 当日のLIVE 配信について

- 8 時 40 分より LIVE 配信接続を受付けます。

3. オンデマンド配信について

- オンデマンド配信期間は、2021 年 11 月 15 日(月)12 時 ～ 2021 年 12 月 17 日(金)23 時 59 分です。

4. 総会について

- 12 時 20 分～12 時 30 分に総会が行われます。会員の皆様はご参加下さい。

5. 懇親会について

- 懇親会は行われません。

6. 著作権の保護について

- ライブ配信動画、オンデマンド配信動画、講演スライド等の録画・録音・撮影・印刷や画面のスクリーンショット等でキャプチャーする行為は一切禁止します。また、無断転用・複製も一切禁止します。

7. 座長の皆様へ

- 事前にお送りいたします ZOOM URL より 15 分前までにご入室をお願いいたします。
- 各セッションの進行は、座長に一任いたしますが、限られた時間内にて発表が円滑に進行するようご配慮ください。
- 一般演題は 1 演題あたり 12 分（発表 7 分、質疑応答 5 分）です。
- セッション開始の時刻になりましたら、セッションを開始してください。

8. 演者の皆様へ

1) 発表時間

- ・一般演題は1 演題 12 分（発表 7 分、質疑 5 分）です。

2) 発表方法

- ・一般演題の発表は音声付き動画を事務局より再生させていただきます。
事前に音声付き動画を事務局にお送りください。
なお、質疑応答はLive で実施いたします。
- ・事前提出の動画作成については個別のメールアドレスに「発表動画の作成マニュアル」をお送りしますのでご確認ください。
- ・当日は事前にお送りさせていただきます ZOOM URL より 15 分前までにご入室ください。

3) 発表データの受付

- ・作成した音声付き動画は指定するクラウド上へアップロードをお願いいたします。
- ・データのアップロード先 URL は個別にメールアドレスへお知らせいたします。
- ・提出期限は 10 月 18 日とさせていただきます。

9. 参加者の質疑応答・発言

- ・参加者の質疑応答は ZOOM の「手を挙げる」機能を利用し、座長が指名した参加者からの質問に対して発表者から口頭で回答いたします。
- ・質疑応答の際は ZOOM のカメラ及びマイクのミュートを解除してください。
- ・時間の都合上、途中で終了をお願いすることもありますので、予めご了承ください。

プログラム

オリエンテーション 8:55

大会長挨拶 9:00~9:20

基調講演 9:20~10:20

「時代の要請に応える生活支援技術の開発と普及 ～常識を疑うことからの第一歩～」 9

講師：紙屋 克子（筑波大学名誉教授）

座長：濱田 みね子（医療法人 桜十字病院 看護部長）

一般演題 第1群 10:30~11:30

座長：久保田 直子（北海道科学大学）

1-1 尖足を改善することでトイレ排泄を行うことができた事例 15

水谷 一斗（医療法人 桜十字病院）

1-2 寝たきり認知症高齢患者の看護 ～睡眠ケアへの取り組み～ 16

市橋 乃里子（一般社団法人 札幌同好会病院）

1-3 NICD 技術により関節拘縮に伴う更衣時の苦痛改善とコミュニケーション能力が向上した事例 17

上野 智清（医療法人 桜十字病院）

1-4 新看護プログラム介入により身体機能改善・認知機能改善につながった1例 18

星野 晴子（社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

1-5 2年間寝たきりの生活から離床が可能になった事例 19

吉良 智美（医療法人 桜十字病院）

一般演題 第2群 11:40~12:20

座長：福良 薫（北海道科学大学）

2-1 重度の認知機能低下した高齢者の摂食機能回復への看護 20

松浦 典美（つるい養成邑病院）

2-2 急性期病院における生活行動の自立に向けた看護に関する研究
～実践能力の差による排泄援助の関連について～ 21

田中 沙也香（北海道科学大学大学院看護学専攻）

2-3 生活行動の回復を促す看護技術を臨床で広める活動と困難感 22

大野 貴子（北海道科学大学大学院看護学専攻）

2-4 NICD を定着させるための取り組み ～活動報告書からの考察～ 23

坂上 裕明（泉大津市立病院）

総会	12 : 20～12 : 30	
昼休憩	12 : 30～13 : 00	
教育講演	13 : 00～15 : 10	
座長：宮本 友子（医療法人 桜十字病院 看護師長）		
教育講演 1	13 : 00～14 : 00	
「呼吸器離脱への挑戦 ～NICD の介入により自発呼吸を促す～」……………		11
講師：小川 千代子 （医療法人 徳洲会 静岡徳洲会病院 NICD 認定看護師）		
教育講演 2	14 : 10～15 : 10	
「ポストアキュート（急性期後）の治療戦略 ～呼吸器センターと口から食べるプロジェクト～」…		13
講師：安田 広樹 （医療法人 桜十字病院 呼吸器内科医師）		
閉会の挨拶	15 : 10	

講演資料

時代の要請に応える生活支援技術の開発と普及 ～常識を疑うことからの第一歩～



筑波大学名誉教授

紙 屋 克 子

高度先進医療の進展に伴い、救命はされたものの後遺症による意識障害をはじめ長期臥床に伴う廃用障害から、生活全般を他者に委ねざるを得ない患者は今後ますます増加することが予測されています。

本学会は、こうした状況にある人々が、再び生活行動を獲得することを可能にする Nursing to Independence from Consciousness Disturbance and Disuse Syndrome(NICD) 生活行動回復看護を開発しました。しかしながら、これらの技術を臨床現場に導入するためには、人材の育成、確保が必要であり、その原資として診療報酬による正当な経済評価が必要になります。

看護の第一義的役割は療養生活への専門的な援助を通してF. ナイチンゲールや、アブデラをはじめとする看護の先達が述べる「回復に寄与する看護」、すなわち看護の介入によって患者さんの生活に質的变化をもたらすことにあります。診療報酬委員会では、技術による変化の評価にエビデンスを要求します。

長い間、医師の診断に依拠してきた看護職の中には、生活支援技術で患者さんを変化させることに考えが及ばない人もいますが、それはただ経験がないからに他なりません。日常生活支援の中には、リハビリ（狭義の）スタッフから、家族にもできる行為まで、幅広い技術の存在が確認されます。しかしながら生活支援の専門職として、看護者が提供する支援技術には人間の尊厳を護るヒューマンケアとしての目的・方法・効果の期待において、明確な違いがなければなりません。これまでの常識（経験知）に疑問をもつこと、生活者としての視点で対象者を捉えることが、新しいスタートの第一歩としてエビデンスを構築していく取り組みについて、私見を述べさせていただきます。

紙屋克子（かみや かつこ）

筑波大学 名誉教授（医学博士）

中華人民共和国 新疆医科大学特任教授

（元）筑波大学大学院教授・静岡県立大学大学院教授

1968年北海道大学 医学部附属看護学校卒業

北海道大学医学部附属病院で11年間、臨床看護を实践（脳神経外科・精神神経科。その後北星学園大学で社会福祉学、北海学園大学大学院修士課程（医事法・インフォームドコンセント）修了。

1985年から医療法人札幌麻生脳神経外科病院 看護部長・副院長を経て、1995年から筑波大学大学院医科学研究科教授（社会医学系）就任、看護・医療科学類長など10年間の教育活動とNICDの基礎となる臨床看護活動を継続する。退職後はNICD実践協力病院を募り、診療報酬での経済評価を得るための日本ヒューマン・ナーシング研究学会を設立し、学会認定看護師教育課程での人材育成に努めている。

1993年度 第27回吉川英治文化賞受賞（意識障害患者に関する長年の看護活動の功績により）

2006年度 内閣府バリアフリー化推進功労者賞受賞（「ケア付き青森ねぶた」活動に対して）

主な著書

「私の看護ノート」医学書院、（録音図書：愛知県図書館）

「看護とはどんな仕事か」7人のトップランナーたち 勁草書房（教育選定図書）

「私たちの看護管理実践」紙屋克子、住吉蝶子、医学書院（共著）

「パーキンソン病の看護と日常生活支援」（共著）メディカ出版

社会活動

日本ヒューマン・ナーシング研究学会理事長

日本脳神経看護研究学会理事

呼吸器離脱への挑戦 ～NICDの介入により自発呼吸を促す～



医療法人 徳洲会 静岡徳洲会病院

NICD認定看護師

小 川 千代子

意識障害のある人工呼吸器依存患者は、長期にわたり安静を強いられ廃用性症候群が生じやすい状態にある。私が所属している慢性期の障害者病棟では覚醒障害を伴った人工呼吸器装着患者は2017から2020年にかけて15名おり、呼吸器関連肺炎を併発していた。2017年に紙屋克子教授の指導の下、離床をはじめとした生活行動の改善に向けた看護介入を開始した。人工呼吸器患者にも効果が表れ、自発呼吸が出現した。この看護介入を実践することで離脱につながるのではないかと考えた。

生活行動改善に向けた日課表を用いることで、生活のリズムが整えられ、覚醒障害が改善し、日中の覚醒度を上昇させた。また、呼吸機能が向上することにより、自発呼吸の増加につながり、15名の人工呼吸器依存患者の離脱が可能となった。意識障害の改善までの成果は出すことができなかったが、表情の変化や追視という変化は認められた。

人工呼吸器依存患者の離脱を試みて、看護師が意識障害患者の回復をどのように考えるかによって、患者の予後が変わることを実体験した。NICDの技術を実践することにより生活行動が回復しQOLの向上を目指すことができる。看護師は、患者の持っている能力を引き出すためのアセスメントを行い、患者の問題を解決し生活に変化を起こせたことで、「ワクワクする」と表現した。看護記録にも詳細に患者の変化が記載されるようになった。患者に変化が起き・看護師のやりがいが増したことに安堵することなく、私たちは、「臨床から紡ぎだされた知」を集積し、エビデンスを構築することを今後の課題として取り組んでいく。

ポストアキュート（急性期後）の治療戦略 ～呼吸器センターと口から食べるプロジェクト～



医療法人 桜十字 桜十字病院

呼吸器内科医長

安 田 広 樹

桜十字病院では、2008年から呼吸器センターを開設し、急性期治療後の人工呼吸器管理と、呼吸器離脱を目指した治療を行っています。また2014年からは「口から食べるプロジェクト」として、経口摂取が難しいと言われた症例に対する経口摂取訓練を行っています。そして、その両方で有効な治療成績をあげることが出来ています。「高齢だから治らない」「死ぬのを待つだけ」などと言われて転院してくることもありましたが、適切な治療をすれば多くの患者は回復します。それでも私達は特別な治療を行っているわけではありません。大切にしているのが、リハビリテーションと栄養、そして看護です。ポストアキュートでは廃用症候群による身体機能の低下を認めることが多くあります。また疾患による消耗などで栄養状態も悪化しています。それらを治療するにはリハビリテーションと栄養管理が重要になります。しかし、それ以上に重要なのが看護の力です。

リハビリテーションと栄養管理は看護の力が無ければ効果を発揮できません。リハビリテーションで1日6単位介入しても2時間、9単位でも3時間です。睡眠時間を除いても13～14時間に離床や日常生活動作が行われなければ、身体機能は改善しません。栄養でも、食事の摂取状況の確認や排便管理、水分管理などが無ければ効果は得られません。

看護として普段何気なく行われている日常の患者との関りが、ポストアキュートの治療を支えるかなめとなっています。そのことを、具体例を交えながら紹介したいと思います。

一般演題

尖足を改善することでトイレ排泄を行うことができた事例

○水谷 一斗 建山 幸 井野 美穂子

医療法人 桜十字病院

【目的】廃用症候群によって起こる尖足は、アキレス腱の拘縮と下腿三頭筋の短縮が原因である。尖足によって臥床時間が増える事で、さらに廃用が進行する。今回、リハビリテーション目的で入院となった廃用症候群の患者に対し、ADL 向上目的のため、NICD 看護技術である温浴刺激療法と用手的微振動の介入を行った結果、尖足状態が改善し立位可能となり、トイレ排泄行動を再獲得できた事例を報告する。

【事例】事例は 60 代の男性である。2019 年 9 月に右脳梗塞を発症した。治療後左不全麻痺があり 2020 年 3 月に施設入所となった。施設ではトイレ排泄を行っていたが、誤嚥性肺炎などで入退院を繰り返し ADL 低下し寝たきりとなった。リハビリ目的のため、2020 年 10 月当該施設へ入院となった。

【方法】介入期間は 2020 年 11 月から 12 月の 3 週間介入であった。入浴日(2 回/週)以外は温浴刺激療法を 1 日 1 回 10 分間、両下腿に実施した。温浴刺激療法中に用手的微振動を両大腿部と足関節にそれぞれ 1 分間実施した。入浴中は用手的微振動を同様に実施した。介入後、理学療法士によるリハビリを行った。評価としてリハビリ前後で、踵と床の距離を測定した。倫理的配慮:本研究の目的と実施、院外発表について患者本人に口頭及び文書で同意を得た。

【結果】

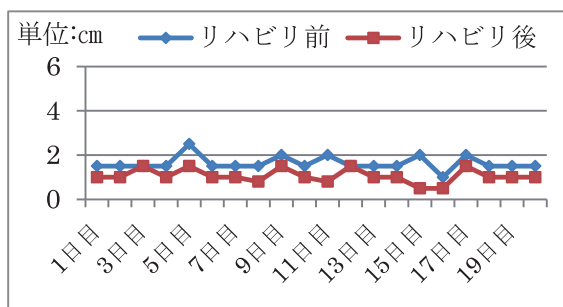


図1. 健側での測定結果

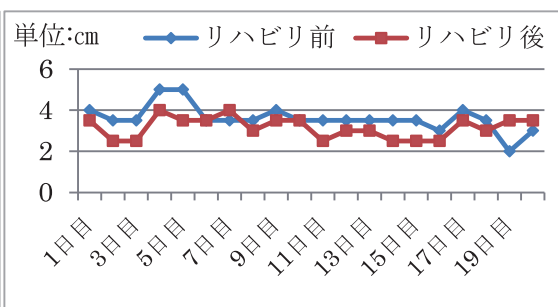


図2. 患側での測定結果

1. 尖足の改善について

介入開始前は健側 1.5 cm、患側 4 cmであった。リハビリ前後の改善状況としては、最大で健側 0.5 cm、患側 2.5 cmまで改善した。

2. 排泄動作について

入院から介入開始まではオムツ排泄であった。介入 8 日目には看護師 2 名による立位介助で車椅子から便座への移動ができるようになった。介入 16 日目には立位が安定したため、看護師 1 名によるトイレ移動が可能となった。

【考察】足浴と微振動により腱の拘縮と筋緊張が緩和され尖足改善につながった。これにより支持基底面が広くなり支持機能が向上したため、立位姿勢や移動動作の安定につながった。尊厳に関わるトイレ排泄行動を獲得できた事で、本事例は QOL 向上につながったと考える。

寝たきり認知症高齢患者の看護 ～睡眠ケアへの取り組み～

○市橋 乃里子¹⁾ 斎藤 昌代¹⁾ 佐々木 寿子¹⁾ 林 裕²⁾

1) 一般財団法人札幌同交会病院 2) 北海道科学大学

【はじめに】 認知症高齢者は、認知症の進行とともに昼夜リズムが崩れやすく、身体の可動性が低下することで、容易に寝たきり状態になりやすい。今回、在宅で転倒し骨折を機に、寝たきり状態となった認知症高齢者に対し、昼夜リズムを整える看護を実践したため報告する。なお、対象者と家族に説明し同意を得て実施した。

【事例紹介】 事例は、83歳女性である。7年前に左脳内出血による軽度右麻痺となるが、自宅で転倒し左上腕骨骨折を機に、認知症の症状が見られるようになった。知人の協力のもと自宅で生活していたが、2年前から施設に入所したのち、寝たきり状態となった。1年前より経口摂取が困難となり、療養型の病院に入院した。入院時、両上肢屈曲拘縮、右下肢屈曲拘縮、左下肢伸展拘縮、頸部可動域制限があった。痛みの原因となる疾患はないが、昼夜にかかわらず覚醒している時は、大声で泣きながら痛みを訴えていた。

【介入前アセスメント・介入計画】 入院時より拘縮改善のために腹臥位と腰背部微振動を実施していた。昼夜を問わず覚醒していることが多く、とくに夜間 0～4 時ごろに大声で泣きながら痛みを訴えることが多かった。このことから、昼夜リズムが消失していると分析し、生活リズムの調整のために、日中の活動量の増加が重要と判断した。しかし、介入前の栄養状態は、活動量の増加に耐えうるだけのカロリーが不足していたため、栄養士と情報共有し身体に負担のかからないように、2週毎に採血データで腎機能・肝機能障害が併発していないことを確認した上で、段階的に 840Kcal から 1050Kcal へ増加し、介入を開始した。また、ROM 制限のため座位保持ができず、活動するには身体調整が必要であった。発語はなくても表情などから、快・不快は判断できる状態のため、患者に日中離床について提案し同意された。日中離床することにより、寝たきりからの脱却が心身ともに可能であると考えた。看護目標を（１）夜間睡眠時間が延長できる（２）座位保持できる体づくり（３）離床へのかかわりを通して、安心感を得ることができるとした。介入方法は、毎日同時刻に介入を行い、活動に必要な座位保持への介入と、安心して取り組めるように常に声かけや傾聴を行った。介入は４週間実施し、評価は毎週行った。

【看護の展開結果】 介入１週目は、運動中に痛みを訴えることが多く表情も険しかったが、端坐位時の表情は穏やかで「気持ちいい」と明瞭な発語が聞かれた。しかし、股関節の拘縮が強く座位姿勢保持は困難であった。そして、スタッフを見ると痛みの具体的な部位を伝えられるようになった。日中テレビを見る時間が増えてきたが、昼夜問わず泣き声や声出しの頻度は変わらず、平均睡眠時間 6.4 時間であった。介入４週目は運動中の表情は穏やかとなり「気持ちいい」と話すことが増えた。日中ほとんどテレビを見て過ごし、痛みの訴えが減少した。夜間の覚醒頻度は 1～2 時間程度に減り、痛みの訴えや声出しは少なくなり、平均睡眠時間 7.5 時間となった。介入終了２週間後には、朝 6～8 時起床、夜 10 時就寝の生活リズムが整い、夜間中途覚醒は週に 1～2 回程度となった。開眼しても発語は聞かれず、平均睡眠時間 7.5 時間であった。

【考察】 本事例は、入院時から実施していた拘縮改善対策の運動から、全身の運動および離床活動を加えることで、夜間の睡眠を促す日中の運動量となったと推測される。心身への刺激が増え脳の活性化につながり、介入を毎日同時刻に行うことで意図的に生活リズムを作り出したことが、昼夜リズムを整えることにつながった。

NICD技術により関節拘縮に伴う更衣時の苦痛改善と コミュニケーション能力が向上した事例

○上野 智清 建山 幸 井野 美穂子 甲斐 真季 山内 しのぶ
医療法人 桜十字病院

【はじめに】 関節拘縮とは不動などにより、筋収縮が発生していない状況下で、関節周囲の軟部組織が器質的に変化し、関節可動域が制限される状態である。この関節拘縮は上下肢に拘縮が起きると、更衣時の上下肢の動きが制限され、寝衣交換などの介護が困難となる。今回、衣類着脱時に疼痛を訴える患者に NICD 看護技術を行い、関節拘縮を改善する事で、衣類着脱時の苦痛の改善とコミュニケーション能力が向上できたことを報告する。

【事例紹介】 事例は 90 代の女性である。2014 年に認知症と診断され、物取られ妄想が悪化した。同年に自室で転倒し、左大腿骨大転子部を骨折した。2016 年には認知症進行に伴う認知機能低下が出現し入院当該施設に入院となった。感染症などを繰り返すうちに認知機能の低下が悪化し、コミュニケーションがとれなくなった。オムツ交換や衣服の着脱時は「痛い」と発語ある程度となっていた。

【介入方法】

1. 期間：2020 年 12 月から 4 週間の NICD 看護技術による介入を実施した。
2. 実施方法：1) 上下肢へバランスボールによるムーブメントプログラム（1 回/日）
2) 肩と腰部への用手的微振動（1 回/日） 3) 温浴刺激療法（2 回/週）
3. 評価方法：2 週間毎に ROM を測定

倫理的配慮：本研究の目的と実施、結果の公表について患者・家族に文書で同意を得た。

【結果】 介入から 2 週間の変化としては、右肩関節の外転は 40°から 50°、屈曲は 35°から 40°、左肩関節の外転は 35°から 40°に改善したが、屈曲の変化は無かった。右膝関節の屈曲は 125°から 135°、伸展・80°から・70°に、左膝関節の屈曲は 105°から 120°に改善したが、伸展の変化は無かった。この間、ケア中の声かけに対し、首を横に振る動作や理解しているかは不明ではあるが「はい」などの発語がまれにみられた。

介入 3 週間から 4 週間の変化としては、右肩関節の屈曲は 35°が 40°、右膝関節の屈曲は 135°から 145°、伸展は・70°から・90°に改善、左膝関節の伸展は・70°から・80°に改善した。この間、患者自らの発語やケア中の質問に対して理解を示した発語ができるようになった。また、更衣時の苦痛の訴えは減少した。

【考察】 今回、NICD 看護技術を実施し更衣時の苦痛の訴えが減少したことは、肩関節や膝関節周囲の筋膜がリリースされ、関節可動域が拡大したからだと考える。さらに、発語ができるようになったのは、下肢へのバランスボール運動で足底から刺激入力が入り、脳が活性化しコミュニケーション能力が改善したからだと推測される。これらのことは、患者にとって人間らしさを獲得し幸福感をもたらす事ができたと考える。

新看護プログラム介入により身体機能改善 ・認知機能改善に繋がった1例

○星野 晴子 篠原 さゆり 武藤 ゆかり 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】交通外傷後、遷延性意識障害に伴う廃用症候群をきたした患者に対して、意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復看護（NICD）に基づく新看護プログラムを実施したことにより、身体機能改善・認知機能改善を認めた症例について報告する。

【事例紹介】患者は20代の男性で、2017年に受傷し、2019年に独立行政法人自動車事故対策機構（以下、NASVA）委託病床へ入院となった。入院時は、声かけに対して追視などの反応はあるものの明確な意思疎通は図ることのできない状態であった。入院後10か月程経過し、徐々に意識障害の改善が認められた。四肢の可動域制限があったが、右手をわずかに開く・挙手する、両下肢の伸展の指示入力が可能であった。端坐位時の自力座位保持・頸部挙上保持は不可であった。嚥下機能は、薄いところみ（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013）程度の水分を少量摂取することは可能なレベルとなったが、口腔内過敏や気分の影響もあり数口程度の摂取量にとどまっていた。患者は意識状態が改善している過程にあり、新看護プログラムを導入することによる更なる改善が期待できた。このことから、生活予後診断として関節可動域の拡大・摂食量の増加・認知機能の向上が可能と考えられた。

【方法】介入期間は、2020年6月の4週間であった。プログラム内容は、上下肢のバランスボールムーブメント及び肩肘膝関節への用手微振動、端座位、腹臥位バランスボールムーブメントでの頭部挙上訓練、顔面脱感作、口腔内マッサージ、嚥下訓練を1日のスケジュールとし、週に5日間実施した。なお、評価にはNASVAスコアを用いた。このスコアはNASVA療護施設入院中の患者の状態を判定するための基準で運動機能・摂食機能・認知機能・発音発語機能・口頭命令の理解の6つの項目を1点から10点で評価するもので点数が高いほど重症度が高いことを意味する。

【結果】新看護プログラム実施前のNASVAスコアは45点、実施後は、発声発語機能以外すべての点数が改善し34点となった。関節可動域の大きな変化はなかったが、四肢の動きの随意性は向上した。髭剃りや口腔ケアにおいて、自分で実施しようとする動作がみられるようになった。腹臥位でのバランスボールを用いた運動では、自発的に上肢を使用し上半身を持ち上げる動作がみられるようになった。また端坐位では、数秒間の頭部挙上が可能となり、車椅子乗車時など、左右へ側屈している頸部を自発的に中間位へ動かすことが可能となった。摂食に関しては、口腔過敏が軽減し、むせや誤嚥なく少量ずつでの嚥下訓練が継続でき、笑顔が表出される頻度も向上した。

【考察】本事例は受傷後2年間に廃用状態が進み意識状態や身体機能が低下していた状態であった。入院後より徐々に改善がみられ始めていたところに、新看護プログラムを用いた介入が廃用状態の改善の後押しとなり、可動域が拡大し自発性の向上に繋がったと考えられる。本事例は20代とまだ若く4週間での改善も早かったため、口腔へのアプローチも継続して行い、嚥下機能の回復を試みる予定である。

2 年間寝たきりの生活から離床が可能になった事例

○吉良 智美 建山 幸 井野 美穂子
医療法人 桜十字病院

【はじめに】長期臥床生活で両股関節、両膝関節に拘縮があり股関節の開閉、膝関節の伸展に制限がある患者に対し NICD 看護技術を実施した。結果、股関節の開閉がスムーズになり膝関節の伸展が拡大し、生活行動範囲を広げることができたので報告する。

【事例紹介】事例は 70 歳代男性である。2018 年に自宅にて転倒し右大腿骨骨頭を骨折したため手術目的のため入院となった。入院中は誤嚥性肺炎を繰り返し、別の病院との転院を繰り返していた。術後 2 年間はリハビリが行われていなかった。

2020 年 2 月、長期療養目的で当該施設に入院となった。入院時、前頭側頭型認知症の既往があり（診断年月不明）、意識状態は JCS10 で開眼をしていることはあるが発語、追視、凝視はなかった。ADL は全介助で歩行は困難でベッド上生活であった。関節拘縮が始まって 2 年が経過しており、オムツ交換をしようとする筋緊張が加わり、股関節の開閉が困難だった。家族はリハビリ回数の増加と会話の可能性に期待を寄せていた。

【方法】1. 介入期間：2020 年 12 月～2021 年 1 月（4 週間）NICD 看護技術を実施した。
2. 介入内容と回数：1) 股関節を中心とした用手的微振動（2 回/日）、2) バランスボールによるムーブメント（1 回/日）、3) 入浴時の全身温浴マッサージ（2 回/週）、4) 広背筋を中心とした全身ストレッチ（1 回/日）、5) 骨盤と体幹の正中位を意識したポジショニング（3 回/日）、6) ベッド上端座位訓練、リクライニング車いすへの移乗

【倫理的配慮】患者の家族に看護介入や目的、方法、写真やデータの使用、プライバシー保護について書面で説明し、同意を得た。

【結果】膝関節の屈曲は右が 130° から 135° 、左が 125° から 135° 、膝関節の伸展は右が -115° から -90° 、左が -110° から -70° に改善した。また、膝関節の伸展は最大 40° 拡大した。仰臥位時の体幹と骨盤のねじれも改善し正中で保持できるようになった。介入前はベッド上端座位が困難であったが、介入 12 日目より血圧測定を行いながら患者の状態に合わせて端座位訓練を開始した。その結果、端座位が可能となった。介入 22 日目にはリクライニング車いすへの移乗が実現し、患者は病室から廊下に出て車いすでの散歩が可能となった。

介入後は、オムツ交換時の筋緊張は起こらず股関節がスムーズに開閉できるようになり、オムツ交換時の苦痛が軽減した。意識状態に変化はないが、追視、凝視が出来るようになった。会話はできないが、ケア時に声が出るようになった。

【考察】事例は 2 年間寝たきりの状態であったが、NICD 看護技術を 4 週間実施したことで、苦痛の軽減と座位姿勢が可能となった。これらのことは患者の生活行動を拡大させたことは勿論であるが、患者の表情も変化させ、家族から意思の疎通ができていく感覚がもてたとの反応も得ることができた。今回の取り組みの成果は、患者と家族の関係性を深め、患者の生活を豊かにし、日常生活の QOL を向上することに繋がった。

重度の認知機能低下した高齢者の摂食機能回復への看護

○松浦 典美¹⁾ 土井 都江¹⁾ 菊地 まり子¹⁾ 林 裕子²⁾

1) つるい養生邑病院 2) 北海道科学大学

【はじめに】認知症にて長期に療養生活するなかで、入院時より認知機能や嚥下機能が低下した高齢者に対し、摂食機能の向上に向けたプログラムを実施し、嚥下機能が向上した高齢者への看護を経験したので報告する。

【介入評価方法】対象者事例は7名であった。介入時のHDS-R 平均値は 3.5 ± 4.4 点であった。療養生活の期間が平均4年10カ月 $\pm$ 2年10カ月であった。7名の内訳は、男性1名、女性6名、平均年齢 78.5 ± 11.5 歳（最高年齢93歳、最小年齢64歳）であった。介入前における7名は、食事時間以外をベッドにて過ごすことが多かった。食事を摂取する姿勢は、ベッドでファーラー位である者は1名、リクライニング車椅子に乗車する者は3名、車椅子に乗車する者は3名であった。介入内容は、午前に作業療法士による発声訓練や歌などの集団リハビリテーションに参加し、昼食直前に個別に頸部ストレッチ、顔面マッサージ、口腔のストレッチの嚥下機能向上プログラムを実施した。評価方法は摂食状況と食事内容の観察、MMASA スコア（神経原性の嚥下障害の評価尺度：100点満点）、頸部の可動域の測定を介入前と4週間ごとに3回実施した。分析方法は、経時的に比較した。倫理的配慮は、病院長の許可のもと患者と家族に介入目的と方法と、参加および中止の自由について説明し同意を得た。

【結果】7事例の開始時のMMASAの合計得点の平均点は 68.1 ± 15.1 点であり、最高点93点、最低点46点であった。介入後の合計得点の推移は、4週目で平均 74.9 ± 12.6 点、8週目で平均 79.4 ± 10.9 点、12週目で平均 80.7 ± 10.1 点であった。4週目の介入で14点上昇したのは2名であった。その内1名は、介入前の合計得点が最小の46点であった事例A（64歳女性）である。事例Aは12週の介入にてMMASAの合計点は28点の上昇があり74点となった。この事例AのMMASAの下位項目の中で、介入により変化した項目の、「協力」は介入前5点（10点満点中）が4週目で8点、12週目では10点となった。「聴覚による理解」は介入前2点（10点満点中）が8週目で4点となり、12週目で6点となった。「舌の筋力」は介入前2点（10点満点中）が4週目では8点となり、「呼吸状態」は介入前2点（10点満点中）であったが8週目で10点となった。また、頸部の可動域が介入前と比較して屈曲が35度、伸展が15度、左右側屈が左25度と右10度、左右回旋が左10度と右40度拡大した。食事の形態はミキサー食が継続されたが、食事中および食後の吸引回数の減少や食事時間が10分程度に短縮した。くわえて、浮腫の改善により体重が5.4Kg 減少したが、検査データの総タンパクが4.8g/dl から6.4 g/dl となり、アルブミンが1.4 g/dl から2.3 g/dl となった。さらに、ベッド上の生活から車椅子に乗車しても拒むことがなくなった。また、介入前のMMASA 総合点93点の事例B（73歳女性）は、「舌の動き」と「舌の筋力」は各8点（10点満点中）が12週目で10点、総合点97点となり食事時間も短縮された。

【考察】認知症高齢者への摂食機能訓練の介入は、説明により協力を得ることは困難な場合が多い。しかし、事例Aのように介入を拒むことなく継続できたことは、この介入が苦痛ではなかったことが伺える。そして、苦痛がなく介入することで摂食機能の向上、および食事摂取量が増加し、栄養状態も改善された。

急性期病院における生活行動の自立に向けた看護に関する研究 ～実践能力の差による排泄援助の関連について～

○田中 沙也香¹⁾ 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】超高齢社会にむけて看護基礎教育では、第3次指定規則改正において、生活行動の維持や回復にむけた援助方法がより具体的に示された。なかでも排泄の援助では、排泄機能の改善や排泄動作の自立にむけた援助方法が追加された。しかし、急性期病院において、看護実践能力の必要性が求められているが、排泄行動の自立に向けた看護の実践については、明らかではない。そこで本研究では、看護実践能力と排泄行動の自立にむけたアセスメントや援助との関連について調査したので報告する。なお、本調査における排泄行動とは、トイレに移動し排泄動作をし、排泄後の清潔動作を含むものとする。

【方法】急性期看護の院外研修を受講した看護師を対象とした。調査内容は、基本的属性、急性期病院における看護実践能力尺度（真下、2011）とした。また、排泄行動の援助については、術後の初回の排泄場面において、看護学基礎教育における教科書を参考にアセスメント情報と援助方法について複数選択を求めた。調査用紙は研修会修了後に配布し、その場で記述を求め回収とした。分析は、看護実践能力の差による関連をみるために、有効回答者の看護実践能力尺度の合計値の平均値を求め、平均値以下とそれ以上の2群に分けた。また、排泄行動の援助に関するアセスメントや実施については、各項目の選択率を算出し、群間の分析は、 χ^2 乗検定を行い、有意差水準を0.05とした。倫理的配慮は、所属大学の学長の承認を受けた（承認番号444）。対象者には研究の目的、協力の任意性、匿名性を確保することを説明し、研究の同意を得た。

【結果】161人に配布し、有効回答者74人（46.0%）を分析対象とした。看護実践能力尺度の平均値は152.8点であり、152点以下（以下、低群）42人と、153点以上（以下、高群）32人の2群とした。術後の初回の排泄場面において、トイレに行きたいと訴えた患者の援助へのアセスメント情報の選択の多い項目は、低群が、「下肢の筋力」37人（88.1%）、次いで「座位保持能力」35人（83.3%）、「立位保持能力」32人（76.2%）であった。高群は、「下肢の筋力」29人（90.6%）、次いで「座位保持能力」25人（78.1%）、「立位保持能力」23人（71.9%）であった。選択の少ない項目は低群、高群ともに「手指の巧緻性」、「上肢の可動域」であり、「手指の巧緻性」は低群が9人（21.4%）、高群1人（3.1%）で有意差（ $p=0.02$ ）がみられた。排泄の援助について検討する方法については、低群は、「ポータブルトイレの援助」23人（54.8%）、次いで「トイレの援助」15人（35.7%）、「尿器の援助」8人（19.0%）であった。高群も同様で「ポータブルトイレの援助」13人（40.6%）、次いで「トイレの援助」12人（37.5%）、「尿器の援助」12人（37.5%）であり有意差はみられなかった。

【考察】看護実践能力と排泄行動の自立にむけたアセスメントや援助との関連をみたが、実践能力による差はみられなかった。そして、アセスメントに必要な情報は、実践能力の低い者と高い者共に、下肢の筋力や座位、立位保持能力の選択が多かった。さらに、排泄の方法における援助では、実践能力に関わらず、ポータブルトイレやトイレの援助を選択するものが多かった。これは、アセスメントと援助方法において、排泄時の座位姿勢が、安全にとれるかを判断したうえで検討される方法であり、床上排泄の援助に比べ患者の自立にむけた援助の一つである。しかし、選択が少なかったのは、手の動きに関連するものであり、排泄後の清潔を担保する動作である。そのため、排泄援助において、患者の排泄行動の一連の動作が実施できるための計画が、一連の行動の確立を想定していないと思われる。今後、急性期病院においても、患者が自力で排泄動作を行うための視点を持った計画や援助を実践する実践力を培う必要があると考える。

生活行動の回復を促す看護技術を臨床で広める活動と困難感

○大野 貴子¹⁾ 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】日本ヒューマン・ナーシング研究学会は、看護の対象者(以下、患者)の状況に応じて生活行動の回復を促す看護技術(以下、NICD)の研修会を、2010年から開催している。研修受講生は100名を超え、患者の生活行動が回復した看護実践の成果の報告がある。しかし、受講生がこのNICDを広めるための活動に関する報告はない。そこで今回は、NICDを広める活動に関する調査を実施した中の困難感に焦点を当てて報告する。

【方法】対象はNICD研修受講生のうち3名とした。調査方法は、基本的属性、NICDを臨床で広める活動のエピソードについて、オンラインでの半構成的インタビューを実施した。分析方法は、3名の逐語録からSCAT法で分析し、カテゴリー、サブカテゴリーを抽出した後、ストーリーラインを作成した。倫理的配慮は、所属施設の倫理審査委員会の許可(承認番号第519号)を得た。なお、対象者には録画での記録となることの同意を得た。

【結果】対象者3名は女性で、急性期病院の脳神経系病棟勤務であった。対象者の概要は、A氏は30歳代、スタッフ、受講後5年以内、B氏は40歳代、副看護師長、受講後5年以上、C氏は40歳代、看護師長、受講後5年以上であった。対象者のストーリーラインにおいて、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕で表記した。

A氏の場合は、部署内の会議でNICDについて【伝達】の〔機会〕を設けて、口腔内環境改善のために新しい口腔ケアの方法を導入し、[一緒に実施]し実践に活用していた。しばらくすると、スタッフによっては【伝達】した方法で継続されず、方法を〔表示〕して継続する工夫を行っていた。また座位姿勢の獲得のために端座位も導入し、[自らが実践]しスタッフに患者の反応を〔見せて〕いた。しかし端座位の実施には人手と時間が必要であり、もっと実施したいができないというジレンマがあった。また〔言葉〕で上手く【伝達】できない、【伝達】の〔機会が減少〕した、【伝達】した〔スタッフが交代〕することに困難を感じていた。

B氏の場合は、座位姿勢の獲得のために端座位を実施し、さらに他の刺激を与え、スタッフに患者の反応を〔見せる〕ことをことで【伝達】していた。しかし、スタッフの主体的な実践に繋がっていなかった。またNICDによって患者が変化するには時間を要すること、患者の〔変化を示す方法〕が確立していないことが、【伝達】を困難にしていると感じていた。さらに〔言葉〕で【伝達】することへの苦手意識があり、〔言語化〕能力の必要性を感じていた。また〔スタッフの交代〕により、実践を継続する仲間を増やすことに困難を感じていた。

C氏の場合は、部署内にはすでにNICDが導入されている環境があった。しかし頻回に〔スタッフが交代〕するため、その都度NICDに関する【伝達】の〔機会〕を作り、周知する取り組みを行っていた。主に、患者のできることを引き出すためのアセスメントに関して、スタッフからの〔相談〕を受け、さらにベッドサイドで[一緒に実施]し指導的役割を担っていた。1~2名のスタッフは自発的に、関節拘縮を起こさないようにバランスボールを用いた運動や、座位姿勢獲得のために端座位を実施、排痰を促すために腹臥位にして背部への用手微振動などを行っていた。しかし院内の他の受講生との〔交流の減少〕や、事例をまとめて〔言語化〕することの苦手意識が強かった。

【考察】NICDを広げるための活動には、伝達のツールと伝達の手機があった。しかし、NICD実践を言語化して伝達することに困難感を抱えていた。その背景として、受講生がNICDの理論的根拠を持って知識を伝えることの困難さが伺えた。このことは、がん看護や認知症看護の普及において、知識の担保が重要であると述べていることと同様である。今後は、受講生自身が普及のための知識を獲得する必要があると思われる。

NICDを定着させるための取り組み ～活動報告書からの考察～

○坂上 裕明 川崎 伸絵 西山 知子 藤原 美幸

泉大津市立病院

【目的】当該施設はNICD認定看護師が技術の普及や指導を担い活動している交通外傷後のリハビリを専門的に行う施設であり、開設から9年目を迎える。私たちは、開設4年目からNICD認定看護師として活動している。今回、これまでの指導方法や普及の在り方の妥当性についてマルカム・ノールズが提唱した成人学習論に基づき検討することを目的とした。

【研究方法】過去5年間の活動報告書から指導方法を振り返り、データが残っている直近2年間分のNICDチェック表（以下、チェック表とする。）の評価値を考察する。そして、当該施設におけるNICD技術の普及方法や知識の定着化の方法を成人学習論にもとに考察する。

【活動内容】当該病棟ではNICD技術の獲得に向けて、活動1年目より、毎月1回NICDに関する勉強会を実施した。さらに、チェック表を作成し技術の評価を年2回行った。活動2年目は、異動や入職などにより未経験者が増加したため、看護師経験年数別に目標を設定した。看護師経験1、2年目及びNICD未経験者は、「NICDについての知識と技術を習得し指導の下、一緒に実践できる」、3、4年目は「知識と技術を深め、一人でNICDプログラムが実践できる」、5年目以上は「他者に指導ができる」とした。この目標に向けて毎月1回NICDに関する勉強会を実施した。勉強会では基本的な技術として腹臥位、用手的微振動、ムーブメントプログラム、表情筋マッサージの実技演習を行った。活動5年目にはこれらの技術DVDを作成し、いつでも自己学習できるようにした。知識と技術の習得状況についてはチェック表を作成し評価を年2回行った。チェック表33項目について5点満点とし、1点は未経験または分からない、2点は見学をした、3点は指導の下、一緒にできる、4点は資料を見ながらひとりで実施できる、5点は他者に指導・説明ができる、として自己評価を行ってもらった。総合点の165点中8割以上を到達目標とした。

【結果】活動初年度はチェック表を自己評価してもらったが、2年目以降は客観的評価となるよう他者評価とし、認定看護師3名で評価した。しかし評価者によるばらつきが生じたためチェック表の評価基準を作成し、技術項目に知識項目を加えた。その結果、活動3年目の看護スタッフの平均点は13名が107.92点、活動4年目の平均点は17名が134.08点、となり基本的な技術や知識が習得できていると考えた。また、毎月行っている勉強会を各自がフィードバックできるように計画したため、チェック表は廃止した。

【考察】ノールズは未知の領域に関しては年齢に関わらず、教師主導型モデル（ペタゴジー）が必要であると主張しており、活動当初は認定看護師がこの役割を果たしていたと考えられる。しかし当該施設の取り組みを振り返ると技術や知識を修得させるために自己あるいは他者による評価を試みたが、活動5年目くらいからはチームでのプラン作成ができるようになっており、これは成人が各自の目標を見据えた自己主導型学習（アンドラゴジー）へ切り替えられたと考える。今後は計画している勉強会での振り返りと自己学習による知識の定着を継続させていく必要がある。

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)等にかんがってなければならない。

4. 原稿の投稿方法

原稿の投稿は次のどちらかとする

1) 郵送：投稿原稿は3部を送付する。うち2部は複写でよい。投稿原稿は封筒の表に「日本ヒューマン・ナース研究学会論文原稿」と朱書きし、学会事務局あてに簡易書留にて送付する。原稿には6の10に示すA4版の表紙を付す。

2) メール：投稿原稿を「表紙」「要旨」「本文」「図表」ごとにファイルを作成し、下記の学会事務局に送付する。ファイル名は「表紙：ラーニングタイトル 氏名」「要旨：ラーニングタイトル 氏名」「本文：ラーニングタイトル 氏名」「図表：ラーニングタイトル 氏名」として作成する。

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)：病いの語りー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。

【原稿の送付先】

〒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
 TEL：011-688-2342 (ダイヤルイン)
 E-mail: fukura@hus.ac.jp

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 6 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 7 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 8 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 9 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10巻 第1号
第17回 学会プログラム・抄録集

発行日 2021年11月6日

発行 第17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

脳神経看護は面白い!

BRAIN ブレインナーシング NURSING

創刊 37 年目、『ブレインナーシング』は
大きくリニューアルしました!

脳神経疾患病棟ナースだけでなく、救急・ICU、回りハ病棟ナース
など、脳神経疾患患者さんを看護するすべてのナースに向けて届
けます。毎号ワンテーマを深く掘り下げ、看護に役立つ実践的な知
識に最新知見を交えてわかりやすく 1 冊にまとめて解説します。



【本誌】[B5 判/隔月刊]

特集号: 定価 2,420 円 (本体 + 税)

ビジュアル強化号: 定価 2,860 円 (本体 + 税)

【増刊】[B5 判/年 1 冊刊行]

定価 3,960 円 (本体 + 税)

リハビリ看護の実践力アップをサポートします!

リハビリナース REHABILITATION NURSE

みなさまの
『学びたい!』を
しっかりサポート



リハビリテーションは、チーム医療によって、患者さんの生命だけではなく、その後の生活まで見据えて行われ、ナースにも高い専門性が求められます。充実の特集で、現場が知りたい知識、技術、情報を深く広く取り上げます。多職種がかかわるリハビリテーションには、ナースだからできること、しなければいけないことがたくさんあります。読めば、ますますリハビリ看護が楽しくなる!

【本誌】[B5 判/隔月刊] 定価 2,200 円 (本体 + 税)

【増刊】[B5 判/年 1 冊刊行] 定価 4,620 円 (本体 + 税)

学び続けたいあなたのための
基本の振り返り&知識のアップデートができる!

年間購読

お得な 年間購読セット
料金がうれしい!

送料
無料!

●お申し込み・お問い合わせは、お近くの看護書・医学書
取り扱い書店、または小社へ直接ご注文ください。

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