

日本ヒューマン・ナーシング 研究学会誌

第11巻 第1号

第18回

学術集会プログラム・抄録集

The18th Japan society of Human Nursing Research

会期 2022年11月26日（土）

会場 ハイブリッド開催 北海道科学大学およびWeb 〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

大会長 福良 薫 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科

大会テーマ

Move on!
未来をひらく

目 次

学会参加者へのお知らせ	2
プログラム	4
シンポジウム資料	7
一般演題	9
投稿規定	19
会 則	22
入会要項	25

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/bgmmmaxzDQgEjnx7A>

- 参加費

申込 (期限)	会員	非会員	学生
事前申込 (10/15 迄)	3,000 円	4,000 円	1,000 円
直前申込 (11/15 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

- 9時40分よりLIVE配信接続を受け付けます。
- オンデマンド配信はありません。

3. 総会について

- 12時50分～13時00分に総会が行われます。会員の皆様はご参加下さい。

4. 懇親会について

- 懇親会は行われません。

5. 著作権の保護について

- ライブ配信動画、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。

6. 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。

7. 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。
- ・当日学会場にてご発表の方は、12 : 00 までに会場にお越しください。
発表スライドの動作確認をいたします。

3) 発表データの受付

- ・作成した音声付き動画は指定するドライブに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 11 月 14 日とさせていただきます。

8. 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

開会宣言 9:50
オリエンテーション

シンポジウム 10:00～12:00

「NICD 看護の創造とその普及のために」..... 7

シンポジスト:石本 政恵(医療法人 溪仁会 札幌 溪仁会リハビリテーション病院)

田中 沙也香(独立行政法人 地域医療機能推進機構 東海北陸事務所)

大野 貴子(JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院)

座 長 : 林 裕子(北海道科学大学)

大内 潤子(北海道科学大学)

昼休憩 12:00～12:50

総会 12:50～13:00

第1群 一般演題 13:00～13:50

座 長 : 日高 紀久江(筑波大学)

1-1 重症心身障害児(者)に対する看護師の排便ケアのイメージと課題..... 9

小六 真千子(北海道科学大学大学院保健医療学研究科看護学専攻)

1-2 せん妄予防の看護実践の実態.....10

吉田 朱利(北海道科学大学大学院保健医療学研究科看護学専攻)

1-3 外来通院する在宅高齢者への口腔機能の実態調査.....11

市橋 乃里子(北海道科学大学大学院保健医療学研究科看護学専攻)

1-4 医療的ケアが必要な療養者と暮らす家族介護者が在宅介護を続ける上で

医療的ケアと仕事を両立している現状.....12

甲斐 由香里(北海道科学大学大学院保健医療学研究科看護学専攻)

第2群 実践報告 14:00～14:40

座 長 : 日下 博子(医療福祉センター あゆみの園 学会認定看護師)

2-1 意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復看護技術介入により

認知機能向上、姿勢アライメント向上を認めた1症例.....13

東原 まり(聖マリア病院 聖母3階病棟)

2-2 関節可動域拡大プログラムを日常看護に取り入れた若年性拘縮患者の一事例.....14

富加見 美智子(医療法人 鎗田病院)

2-3 自分で食べたいと望んだ関節拘縮・筋緊張が強い患者への関わり.....15

西山 知子(泉大津市立病院)

第3群 実践報告 14:50～15:30

座 長 : 宮田 久美子(北海道科学大学)

3-1 リハビリテーションスタッフと協働による生活行動再獲得が可能となった一事例.....	16
青木 千江子(医療法人恒仁会 近江温泉病院)	
3-2 脳卒中術後による生活行動の低下した事例への看護.....	17
松浦 典美(つるい養生邑病院)	
3-3 訪問看護における NICD 導入の実践報告.....	18
林 裕子(北海道科学大学)	

閉会宣言 15:30

抄 録

NICD 看護の創造とその普及のために

○林 裕子 大内 潤子
北海道科学大学

I. シンポジウムの開催について

NICD は対象者の未来を想像し創造していきます。そのため、その対象者の想像した未来に向かって今、看護は何ができるのかを計画し、実践し、評価して、計画して看護を創造していきます。つまり、未来に向かって看護が“Move on”です。しかし、看護の提供は、24時間365日一人の看護者によって実践されるものではなく、多くの仲間によって継続されていきます。そのため、看護を提供するチームの仲間にはNICDを周知し、共に実践することで広めていくことが必要です。NICDの普及のためには、「仲間づくり、人づくり、環境づくり、組織づくり」です。そこで、このシンポジウムでは、NICDの普及に関する臨床での課題やその取り組みなどの実践を紹介し、学会への参加者の皆様の“Move on”のための一役となることを願っております。

II. シンポジストの皆さんの紹介

学会認定の石本さん（札幌溪仁会リハビリ病院）は、回復期リハビリテーション病院の開業と同時に入職しました。そこで、「NICDを実践してほしい」とお伝えしましたが、期待するなという笑顔にならない笑顔で回答していました。しかし、開業から4年目の昨年に、札幌溪仁会回復期リハビリテーション病院の看護部長から、NICDの研修の依頼が来ました。看護部長からこの依頼の理由をお聞きすると、「石本さんが担当する患者さんの回復が早い」「他のスタッフと看護が違う」とのことでした。石本さんは言葉ではなく、実践でNICDを伝えていました。そこで、このシンポジウムで石本さんに、NICDが周知されていない組織で実践し、仲間を増やせた背景と今後の課題についてお話をさせていただきます。

学会認定の田中さん（独立行政法人地域医療機能推進機構東海北陸地区事務所）は、名古屋の第3次医療を担う大規模病院に勤務しております。多くの仲間が病院から時間的・物理的なサポートを受けながら看護協会の認定看護師や専門看護師を目指しているなか、病院のサポートが受けられない、しかも認知度の低いNICDの研修を受講して認定者となりました。この大規模病院で急性期を担う病院で、どのような看護の問題を感じ、なぜNICDを実践したいのか、そしてさらに急性期看護にけるどのような問題を提起したいのかについて、お話をさせていただきます。

学会認定の大野さん（JA岐阜厚生連 中濃厚生病院）は、岐阜の地域の医療を担う中核病院から、NICDに興味をもち学会認定を修得しました。そして、多くの仲間を誘いNICDの認定者になることをすすめ、現在5名の仲間と活躍しております。この活動は、地域の病院や看護の学校からも注目されております。しかし、院内全体に普及していないことに悩みがあります。そこで、普及とは何かという学問の問いから、病院の看護体制の構築へ全力投球をしております。そこで、仲間を増やしたが普及しないと思う問題点や今後どのように看護を展開するための組織づくりのへの課題についてお話をさせていただきます。

III. 普及のための仲間づくりについて

みなさんは、NICDを病棟内で普及するにあたり、仲間が増えて「NICDに好意的・積極的なグループ」ができる一方で、「NICDに懐疑的・消極的なグループ」が生じて、そのグループ間の埋まらない溝に頭を悩ませたことはないでしょうか。ここでは、そのようなグループ間での溝がなぜ生まれるのか、それを少しでも埋められる術はないのか、組織心理学的な視点から大内先生からお話しさせていただきます。

重症心身障害児（者）に対する看護師の排便ケアのイメージと課題

○小六真 千子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】重篤な障害を持つ重症心身障害児（者）（以下；重症児（者））は、自らの症状や意思を伝えることが難しい。したがって、重症児（者）の看護ケアを実践する際には、常に重症児（者）の心身状態を観察し、個々の重症児（者）に適した看護ケアを実施する必要がある。しかし、重症児（者）への排便の看護ケア（以下、排便ケア）の実践事例報告の文献では、「便を出す」方法についての報告が全てであった。本来、教科書では排便ケアとは、認知機能や身体機能、消化吸収の機能のアセスメントから、排泄行動が自ら可能になる看護ケアの方法が示されている。このように重症児（者）への排便ケアの実際の報告が教科書とは異なっていることから、重症児（者）が自ら排便が可能になるための排便ケアの構築が進んでいないと推測された。そこで重症児（者）を専門に看護している者を対象に、臨床において排泄行動を自ら実施できない重症児（者）の排便ケアの実際を明らかにするためにインタビューをした。今回はそのインタビューの中の一部である、排便ケアのイメージについてまとめたので報告する。

【方法】研究対象者は、重症児（者）施設に勤務する重症児（者）看護の経験豊富な看護師（重症心身障害看護師）6名に対し、対象者の基本属性と、排便ケアに関するイメージについてインタビューを実施した。本研究の「排便ケア」とは、便秘・下痢・便失禁・排便困難などの状態を、排便リズムや生活習慣を改善して、自らの力で自然排便を再獲得するためのケアと定義する。分析はインタビュー内容の逐語録を作成、データとして使用した。データは意味内容のまとめごとにより1文脈として抽出し、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クラスター分析をし、グループ分けをした。倫理的配慮は、A大学の倫理委員会の承認（申請番号第591号）を得て実施した。

【結果】対象者6名は、平均年齢46.5±5.5歳、看護師経験年数23.5±6.5年、重症児（者）看護経験年数16.8±6.2年、「重症心身障害看護師」資格取得年数5.5±4.5年であった。『排便ケアと言われてイメージするもの』の回答は、21文脈あった。計量テキスト分析を行った結果、抽出語数150語であった。そのうち2回以上出現した抽出語は、「排便ケア」が13回、次に「出る」が12回、「言う」9回、「座薬」「病棟」6回、「ケア」5回、「強制的排便ケア」「思う」「腹部マッサージ」4回、「感じ」「姿勢」3回、「強い」「使う」「手技」「出す」「食べる」「多い」「難しい」「浮かぶ」「便処置」2回であった。この抽出語をクラスター分析した結果、4つの意味あるグループに分類した。このグループに意味ある命名をした結果【出ることが大切なケア】、【強制的に出すケア】、【自然に出すケア】、【薬剤を使用して出すケア】であった。

【考察】分類したグループ名から、重症児（者）のケアをする看護師は、排便ケアのイメージは「便を出す」ということであった。また、重症児（者）にとって便を出すことは重要なケアであり、そしてそれは多くの重症児（者）にとって、自然に出すというよりも看護師が薬剤などを使用して強制的に便を出さなければいけない状況にあるということも推測された。よって、本調査から、「排便ケア」のイメージが教科書とは異なっており、実際の看護も異なることが予測される。そして今後、本来の「排便」という排泄行動が自ら可能になるような、重症児（者）への看護ケアのあり方を構築していくことが課題と思われる。

せん妄予防の看護実践の実態

○吉田 朱利¹⁾ 石川 幸司²⁾ 林 裕子²⁾

1) 北海道科学大学大学院保健医療学研究科看護学専攻

2) 北海道科学大学保健医療学部看護学科

【はじめに】せん妄を発症した場合は、身体機能の低下、入院期間の延長など生活の質(QOL)が低下することが知られている(Quinlan et al., 2011)。そのため、せん妄の発症を予測し、リスクを抑制する必要がある。集中治療や循環器領域の看護において、せん妄の発症の予測や予防の看護の研究が進められている。また、せん妄予防に対して日本クリティカルケア看護学会がせん妄予防ケアリスト(以下、ケアリスト)を公表している。それに加え、せん妄予防における実践研究が報告されている。しかし、せん妄の発症リスクが高い高齢者が入院している消化器や整形領域において、せん妄発症を予防するための看護は進んでいない。そこで、消化器や整形領域における、せん妄発症の予防のための看護の実態を調査した。

【研究方法】対象者はA市内の消化器と整形領域の治療を専門に実施している施設で協力が得られた施設の看護師175名(配布数)とした。調査項目は、ケアリストの4つのカテゴリーである【現状認知を促進するケア】【不安・苦痛緩和と安心・安楽の促進するケア】【生活リズム・サーカディアンリズムの調整】【不働化の解除と早期離床の促進】に示されている実践可能なケアと事例報告に示されていた看護の88項目について、実践しているもの全てを選択させた。調査方法は郵送式質問紙調査を行った。分析は選択率を算出し記述統計を行った。倫理的配慮は北海道科学大学学長の許可(第608号)を得て実施した。

【結果】有効回答128名(73.1%)を分析対象とした。対象者の性別は、男性10名(7.8%)、女性118名(92.2%)、看護師経験年数は10年未満68名(53.1%)、10年以上60名(46.9%)であった。実践していた看護の選択率は、【現状認知を促進するケア】19項目で最も高いのは「会話の中で日時や場所を伝える」(85.2%)であり、低い項目は「せん妄状態であることを説明する」(10.9%)であった。【不安・苦痛緩和と安心・安楽の促進するケア】28項目では、「落ち着いた態度でコミュニケーションを図る」(89.1%)が最も高く、「表情が分かるようにマスクをしない」(3.1%)、「お気に入りの音楽を流す」(3.1%)が低い項目であった。【生活リズム・サーカディアンリズムの調整】27項目では、「時間に合わせた挨拶をする」(82.0%)が最も高い項目であり、「日の当たる部屋へ移動する」(12.5%)が最も低い項目であった。【不働化の解除と早期離床の促進】14項目では、「不必要なルート類は抜去する」(90.6%)高く、低い項目は「家族に立ち会ってもらい、離床状況を共有する」(7.8%)、「ベッド上安静も定期的にROMを実施する」(21.1%)であった。

【考察】結果から消化器と整形領域においては、ケアリストに示されているせん妄予防の看護が実践されていた。しかし、自然光を取り込むなどの環境調節に関するケア、新型コロナウイルスの感染対策中の影響か、家族の協力を得ることや、看護師の顔を見せるケアが少なかった。今後は、看護経験別にせん妄予防看護の実施状況を分析することにより、せん妄予防の看護の実践するために必要な方向性が示されると思われる。

外来通院する在宅高齢者への口腔機能の実態調査

○市橋 乃里子^{1、2)} 白井 小百合²⁾ 佐々木 寿子²⁾ 林 裕子³⁾

1) 北海道科学大学大学院看護学専攻 2) 札幌同交会病院

3) 北海道科学大学

【はじめに】高齢者の摂食嚥下機能の低下は、フレイルの原因になると言われている。二次予防事業の対象者である「要介護状態等となるおそれのある高齢者」は、要介護の予防または軽減を目的に、通所型介護予防事業や健康教室等において、口腔機能向上への介入を受ける機会がある。しかし、その事業に該当しない高齢者（以下、高齢者）は口腔機能向上の介入を受ける機会が少ないと報告されている。そこで、一般病院外来に通院している高齢者に対し、口腔機能向上の介入の必要性の有無について検討する資料を得るために、高齢者の口腔・嚥下・栄養状態、身体機能の実態を調査した。

【方法】対象は、一般外来に通院している65歳以上高齢者であり、かつ介護保険を使用していない在宅生活者とした。調査方法は、基本的属性、現疾患、残存歯数については聞き取り調査を行った。口腔機能評価は健口くんハンディ[®]を用いて、1秒あたりの/pa/ta/ka/の発音回数を計測した。嚥下機能評価はEAT-10を用いた。栄養状態評価はMNA-SFと食品多様性スコアを用いた。さらに機能的自立度評価はFIM評価の運動項目（運動FIM）を用いた。これらの関連について統計的に比較した。倫理的配慮は、協力施設の倫理審査委員会の許可とA大学の倫理審査委員会審議を受け学長の許可（第626号）を得た。対象者には個人が特定されないことなどを説明して口頭および書面にて同意を得た。また、対面による調査のため、COVID-19感染予防に留意し実施することも併せて説明し口頭にて同意を得た。

【結果】対象者は21名であり、平均年齢は77.8±6.6歳、男性7名、女性14名であった。EAT-10において自覚症状を1つでも感じている者（以下、自覚有群）は10名（79.0±6.5歳、男性4名、女性6名）であり、自覚症状がなかった者（以下、自覚無群）は11名（76.6±6.8歳、男性3名、女性8名）であった。BMIにおいては、自覚有群は22.5±3.6kg/m²、自覚無群は22.6±4.9kg/m²であった。年齢とBMIはt検定では有意な差がなかった。自覚有群と自覚無群において、MNA-SF評価の中央値は両群ともに12〔最大14—最小8〕点、食品多様性スコアの中央値は6〔最大9—最小1〕点、6〔最大8—最小1〕点、運動FIMの中央値は91〔最大91—最小66〕点、91〔最大91—最小73〕点であり、Mann-WhitneyのU検定では有意な差がなかった。残歯では自覚有群の平均値は5.5±8.0本、自覚無群が16.2±9.1本であり、t検定では有意な差（p<0.01）があった。口腔機能では、/pa/ta/ka/の平均では、自覚有群では/pa/4.7±0.8回、/ta/4.8±1.0回、/ka/4.5±1.0回であり、自覚無群では/pa/5.2±1.4回、/ta/5.1±1.3回、/ka/4.5±1.4回であり、t検定では有意な差がなかった。なお、/pa/ta/ka/の合計が基準値の6回以下より1つでも低いものは、自覚有群では9名、自覚無群では5名であり、フィッシャーの直接確率検定では自覚有群が有意な差（p<0.04）があった。

【考察】口腔機能向上の介入を受けていない一般外来通院患者を対象とした。その結果、嚥下機能の低下に関しては、自覚のある者においては残歯が少なく、自覚の有無にかかわらず、/pa/ta/ka/が基準値以下の者がいたことから、特定高齢者に移行する前段階にある一般高齢者が存在していたことがわかった。このことから、口腔機能向上にむけて外来における介入の必要性があると思われる。

医療的ケアが必要な療養者と暮らす家族介護者が在宅介護を続ける上で医療的ケアと仕事を両立している現状

○甲斐 由香里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：我が国では、自分らしい暮らしを続けながら住み慣れた生活の場において療養を行うことを可能とするために、在宅医療の提供体制が整備されてきた。そのため、皮下埋め込み型中心静脈アクセスポートなどの医療的ケアを必要とする療養者は増加し、それに伴い壮年期にある家族介護者が医療的ケアを理由に離職する者が年々増えている。これらの現状から、医療的ケアと仕事の両立の困難さがうかがえる。そこで、本研究では病院を退院した療養者の家族介護者が在宅で療養者とともに生活をしている中で、医療的ケアと仕事を両立している現状を知ることが目的とした。

方法：対象は訪問看護ステーションを利用している医療的ケアを必要とする療養者の家族介護者1名とした。調査方法は、基本情報、退院後に在宅での生活を送る中で生じた出来事について対面での半構成的インタビューを実施した。分析方法はインタビューデータを逐語録として、カテゴリーに分類した。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613号）を得た。

結果：対象者は50代女性のA氏で、地域の中核病院に看護管理者として働きながら自宅で90代の父親を介護していた。カテゴリー名を【 】で示した。被介護者である父親の状態は【腸閉塞などの合併症などによる繰り返しの入退院】や【病院と在宅での療養環境の違いから生じるADL・身体状態の乖離】から、さらなる体力の低下や合併症を併発する懸念があった。そして、【被介護者の医療行為によるサービスの利用制限】があることでショートステイなどの利用ができず被介護者が常に在宅にいるため、主たる家族介護者は【利用できるサービスの調整】をしていた。さらに、仕事と医療的ケアの両立へと繋げるために仕事に「このまま逝っても」「家で亡くなっても全然いい」など【仕事をしながら在宅で介護することの覚悟】をもっていた。そして、「当直の調整をしている」ことや「調整が無理なら辞める」という【職場との勤務調整と離職の覚悟】をしていた。このような状況下で、他介護者である夫と【連絡・連携・協力】が確立していた。その背景として、両者の間には医療的ケアのある母親を在宅で介護をしていたという【過去の経験】が基盤となったことが連絡連携へ繋がっていた。次いで、【仕事と介護の時間調整】では仕事・家庭内の介護と訪問看護の日程調整をしていた。そのような調整の中で、隙間時間を作りだし【時間の有効活用】へと繋げていた。しかし、サービス利用により生じる時間を待つストレスや自分の時間が欲しいといった思いも持ち合わせていた。そのような中で、在宅で介護を継続する心構えとして「職場にいるのは19時まで」と決めて仕事をし、気持ちの切り替えをすることでメリハリをつけていた。さらに、「手抜きをする」ことや「こんなもんかな」といったように医療的ケアに対して折り合いをつけながら自分の時間の確保に努めていた。

考察：本事例の家族介護者は看護職であるため、先行研究と同様に被介護者の状況を理解していた。その上で、在宅での医療的ケアをする覚悟や仕事での急変する覚悟を持ち、仕事と介護の時間を調整していた。その一方で、家族介護者自身の時間を確保するための努力をしていた。このことは、介護者が医療的ケアと仕事の両立において、自身が担う介護量を増加させず、介護状況と折り合いをつけながら働くことが必要であると述べている先行研究と同様であった。また、他介護者と共同連携が必須であったことも、先行研究と同様である。しかし、今後は非医療職において、被介護者の状況の理解、仕事と医療的ケアの両立する家族介護者の現状を知ることが、医療的ケアを必要とする療養者とその家族介護者を支援するための方法を検討するために重要と思われる。

意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復看護技術介入により 認知機能向上、姿勢アライメント向上を認めた1症例

○東原 まり 篠原 さゆり 武藤 ゆかり 相園 和美
聖マリア病院 聖母3階病棟

【はじめに】 遷延性意識障害患者に生活行動回復看護技術（以下NICD）による集中的なケアを実施した結果、認知機能向上、姿勢アライメント、首振りによる意思表示が可能となったため報告する。

【事例紹介】 事例は50歳代の男性である。2020年10月に自動二輪車で単独事故により受傷した。搬送時は意識レベルはJCSⅢ-200、びまん性軸索損傷の所見であった。その後意識回復せず、遷延性意識障害にて、2021年2月に自動車事故対策機構の病棟（以下NASVA病棟）に入院となった。介入にあたり患者および家族に介入の目的・方法を説明し、同意を得た。

1) NICD介入時の身体状況 ・意識レベル:3~10/JCS、四肢は右上肢屈曲位、左上肢展位、右下肢は自動運動あり、左下肢は痛み刺激で屈曲認め、四肢・体幹の筋緊張亢進があった。痙縮により、右肘関節は145度に屈曲していた。両肘関節・手関節・手指関節・両股関節・両膝関節・両足関節に拘縮を認めた。痙縮に対しA型ボツリヌス毒素注射を施行した。顔面には過敏症状があった。ADLは全介助で、排泄はオムツ内失禁、食事は胃瘻より経管栄養を注入していた。

2) 看護目標: (1) 日中の覚醒時間が延長する (2) 首振り動作など意思疎通の手段が確立する (3) 股関節の関節可動域が拡大し動かしやすくなる、として4週間の介入を実施した。

3) 介入内容: 午前に①温浴刺激療法②腹臥位用手微振動③バランスボールを用いて両肩関節挙上④股関節・膝関節・足関節リラクゼーション⑤両僧帽筋・腹斜筋リリース⑥顔面マッサージ・口腔ケアを、午後に⑦両股関節のリラクゼーション⑧看護師2名で背面開放座位を実施した。

【結果】 看護目標は、(1) 開眼時間が延長し覚醒レベルが向上した、(2) 筋緊張緩和時「はい」または「いいえ」での質問に対して頷きや首振りでの意思疎通が可能となった、(3) 股関節の可動域拡大には至らなかった。加えて、看護目標には挙げていなかったものの、左上肢が挙上出来る様になり、姿勢アライメントの失調症状が改善した。また過敏症状が緩和し咬反射が軽減した。さらにア行（特にあいう）の口型模倣が可能となった。拡大ナスバスコアは入院時69点/70点からNICD介入後59点/70点へ改善した。

【考察】 意思表示が可能となったのは、背面開放座位により脳幹網様体が刺激され覚醒時間の延長につながり、一連の看護プログラムは視覚刺激・聴覚刺激・触覚刺激・味覚刺激による、複数異種感覚刺激が大脳皮質で感覚統合されたことによるものと考えられる。更に拘縮の改善により首振り、頷き、左上肢挙上など随意運動による意思表示が可能となったと考えられる。温浴刺激療法により温熱・水圧・浮力の作用で全身・関節周囲の血流改善し、副交感神経が優位になったことから関節や筋肉の疼痛閾値が高まり、リラクゼーション効果が得られ、この時間帯に用手微振動、ムーブメントプログラムを入れたことが体幹や腰部周囲の失調症状姿勢アライメントの改善にとって相乗効果をもたらしたと言える。股関節の可動域拡大に至らなかったことは、股関節に関与する筋群は骨盤腔内にあり筋肉量が多いこと、覚醒向上に伴い随意運動が可能となったが、下肢は伸展方向への筋緊張亢進に傾いたことが原因ではないかと考える。

関節可動域拡大プログラムを日常看護に取り入れた 若年性拘縮患者の一事例

○富加見 美智子¹⁾ 石渡 聖子¹⁾ 大野 昭子¹⁾ 村上 由紀¹⁾

西尾 るみ子²⁾

1) 医療法人鎗田病院 2) 医療法人社団仁成会 高木病院

【目的】

当該病院は2018年からNICD（生活行動回復看護技術：以下、NICD）を導入した。この技術の導入により拘縮の緩和、排便コントロールに効果、表情の改善があった事例を経験したため報告する。

【事例紹介】

事例は40歳代の男性である。27歳で十二指腸潰瘍にて入院したが、3日後に脳梗塞を発症し、急性期治療を受けたが、意識レベル2桁となりベッド上生活となった。リハビリテーションによる介入はあったが、年月とともに四肢の拘縮、尖足の進行などがみられた。5年後には左上肢は前胸部に握りこぶしが常に強く密着している状況であり、筋緊張が強く常時、過度な緊張状態であった。膝関節・足関節は伸展し棒のような状態になっていた。毎日面会に来る70歳代の父親は自分が高齢になる中で、自分がいなくなった時に残される事例の事を心配していた。また、経口摂取が可能になるという希望もあった。なお、倫理的配慮として患者と家族に介入目的と方法と、介入および中止の自由について説明し同意を得た。

【看護の展開】

事例の状況は拘縮が強いために、看護目標（生活予後診断）を以下の2点とした。①座位を取ることができる。②感情表現ができる。

介入期間は、2019年7月～2021年5月の約2年であった。座位姿勢に向けて股関節を、胸郭を広げるために肩関節の関節可動域を拡大するため以下の内容を毎日2回/日実施した。実施に当たっては入浴中の循環動態の良い状況の時間帯を活用するなど効果を引き出す工夫をした。

- ① 膝関節、足関節の可動域拡大をはかるため、膝下・足首の下に小バランスボールを入れ、膝上・足関節に小バランスボールにて用手微振動を行った。
- ② 肩甲骨下に小バランスボールを入れ、肩関節下にボールを押して大胸筋付け根と二頭筋側に微振動を行う。
- ③ 両大腿をバンドで巻き、大バランスボールを膝下・両足底にもバランスボールがあたるようにオムツ交換時と入浴時も関節を回し、お湯の中で足関節を90度に近づけるように足底を手で押す、指をゆっくり伸展させる。お湯の中でゆっくり手を広げ、指と指の間に介助者の指を交互に入れ指間を少しずつ広げる。

【実践の結果】

介入時は左手掌に隙間がなく手指の伸展もできなかったが、バランスボールを使用することによって2週目は日に日に介助者の指が2本挿入できるまでの隙間が確認できた。股関節や頸部など、徐々に拘縮緩和していき、介入後2年経過した時点では起座位をとれるまで改善した。また、介入に伴い追視のみならず頸部の動きが出現し、感情の表現も可能になり、看護目標は達成した。加えて排便も下剤の使用回数が減少した。

【考察】

今回経験した事例は20歳代という若年時に発症し、16年間にわたり徐々に関節拘縮が進んだ事例であったため、改善には介入後約2年という時間経過が必要であったと考えられる。しかし、わずかずつであっても可動域が拡大し、筋緊張緩和時間の増加したことにより、緊張を伴わず声かけなどの外部刺激に対し反応できるようになったと考えられる。加えて当初目標としていなかった排便についても、バランスボールを用いて微振動を行うことにより腸蠕動へのアプローチができたと考えられる。

以上より、廃用状態での経過期間が長期にわたる患者でも効果が期待できることが示唆された。患者の変化が看護師のモチベーションにつながるよう今後事例を重ねていきたい。

自分で食べたいと望んだ関節拘縮・筋緊張が強い患者への関わり

○西山 知子 川崎 伸絵 坂上 裕明 藤原 美幸

泉大津市立病院

【はじめに】嚥下機能低下はないが関節拘縮や筋緊張が強いことから、自らで食べることができず介助を要している患者に対して、NICD 技術を用いて療護看護プログラム（以下 RNP とする）を実施したところ、自らで食べる行動を取り戻し生活行動を再獲得することができたため報告する。

【事例紹介】A 氏は 50 歳代女性で、2014 年に歩行中に受傷した。脳挫傷、遷延性意識障害の状態です受傷後 1 年 8 カ月で当院に入院となった。受傷後の長期臥床による影響で臥床中は特に肩から上肢にかけて筋緊張が強く、両上肢と体幹の間にクッションを挟まなければ内転し胸郭を狭めてしまう状態であった。嚥下は可能で入院 7 か月後には昼食のみ経口摂取を開始するに至ったが、口に溜め込むことも多く摂取量は少なかった。さらに肩関節の拘縮や全身の筋緊張が強いため食事摂取動作はできず介助を要していた。

倫理的配慮:本研究の目的と実施について患者と家族に対し口頭と文書で説明し同意を得た。

【方法】関節拘縮や筋緊張から身体解放ができれば食事摂取動作が可能になるのではないかと考え 4 週間の RNP を計画し実施した。前半 2 週間で主に関節拘縮改善と筋緊張緩和を目的に腹臥位、背部・肘関節・手関節・手指関節に対して用手的微振動、温浴刺激療法、下肢へのムーブメントを中心とした身体解放技術や、嗜好品を用いた手指の巧緻機能訓練を行った。後半 2 週間で身体解放技術も継続しながら、座位姿勢の調整や食事動作獲得を重点的に RNP を実施した。

【結果】介入 1 週目より両上肢を動かす時の抵抗感が軽減し、筋緊張の緩和や肩関節、手関節、手指関節が柔軟になり、A 氏自身も介入前よりスムーズに動くようになったと感じる事ができた。2 週目からはスプーンですくう動作ができるようになったため、自分で食べる認識を持ってもらえるよう介助方法を統一した。結果 4 週間後には 8 口自己摂取ができるようになった。関節可動域は右肩関節屈曲位が 50 度から 80 度、外転位が 70 度から 90 度、右手関節での背屈、掌屈位が 10 度の拡大を認めた。体幹のアライメントが改善したことでそれまで使用していた車椅子が合わなくなったため調整を行った。またテーブル位置を低くしたことでリーチ動作がスムーズに行えるようになった。RNP 前は表情が乏しかったが笑顔が増えた。また以前は、午前中に傾眠傾向だったが日中はほぼ覚醒し、夜間の中途覚醒がなくなった。2 週目からは皿の食べ物を見ながら食べるようになり、嫌いな物を認識し食べたくないと言うようになった。RNP 終了後も関節拘縮改善や筋緊張緩和へのアプローチを継続した結果、ほぼ自力で全量を食べる事ができるようになり 3 食を経口摂取に移行することができた。

【考察】腹臥位や用手的微振動などの身体解放技術が関節可動域の拡大や筋緊張緩和に効果的であった。また嗜好品を取り入れた事により A 氏の意欲を引き出し継続した介入ができたことも結果に繋がった。さらに生活リズムが整い覚醒度が向上したことや、「食べる」を意識した介入も結果に繋がったと考える。そして 3 食とも自己摂取できるようになったのは RNP 終了後も統一した介入の継続によるものだと考える。

リハビリテーションスタッフと協働による 生活行動再獲得が可能となった一事例

○青木 千江子

医療法人恒仁会 近江温泉病院

【はじめに】

2040年に向かい75歳以上の高齢者は増え続け、1.5人に1人が高齢者という時代が近付いており、同様に要介護者や認知症患者も増え続けていることが社会問題になっている。今回、外傷性くも膜下出血後廃用状態となった高齢患者にリハビリテーションスタッフ（以下、リハスタッフ）と協働で、生活行動再獲得に向けて介入した結果、本人が希望されていた転帰をたどった事例を報告する。

【事例紹介】

事例は80歳代後半の女性である。8ヶ月前に交通事故のためくも膜下出血、脳挫傷となり以降廃用状態となり当該施設に転院となった。転院時、要介護5でADLすべてにおいて介助を要する状態であった。意識はあり発声が困難ではあったが、頷き等で意思表示が出来た。表情は硬く表出が少ない。痰が多く、頻回の吸引を要していたため栄養は胃瘻より注入食1200kcal/日で維持していた。なお、事例への介入にあたっては本人及び家族に同意を得た。

【看護の展開】

転院時、痰が多く口腔内汚染が強かったが嚥下機能は保持されていたため、舌の動きと表情筋群を訓練することで経口摂取が可能になると考えられた。また、姿勢を保持することで上肢の可動性を増やし食事摂取や口腔ケアなど自力でできる動作も獲得可能であると考えられた。そのためリハスタッフと介入プログラムを作成し、座位姿勢をとる時間に看護のプログラムを組むなど工夫した。主なプログラムとして毎日車椅子離床、口腔ケアと口腔ストレッチ、口輪筋や表情筋のマッサージ、はちみつや綿菓子、レモン水等で味覚刺激を実施した。また、車いす乗車時にはバランスボールでの頸部の微振動を行い、リハスタッフによるホットパックでの温熱刺激後に体幹や下肢への微振動を実施した。

【結果】

介入開始から3週間後、歯ブラシを自分で持とうとするなど、自発的な動作がみられるようになり、笑みの表情が出現した。4～6週目には、発語や嚥下時の呼吸訓練として、かざぐるまを呼気で回したり、拭き戻しなどの吹く息のトレーニングを加えたところ、息が漏れるような声であるが発語も出てきた。唾液の飲み込みは良好であった為、お昼のみゼリー食とした。7週目には、頸部の保持が改善し自力で歯磨きやスプーンを持ちゼリーを口へ運ぼうとする動作が可能となった。いくつかのADLが可能となったことで本人が希望するサービス付き高齢者向け住宅への転院が可能となり、退院指導をリハビリスタッフと共に実施した。

【考察】

今回の事例80年代後半という高齢患者であったが、リハスタッフと共同し日中に座位姿勢をとる時間と日常生活動作を引き出す時間を組み合わせることで行動拡大を獲得できたと考えられる。要介護度が高い高齢者は本人の希望する生活の場に戻ることができないケースがあるため、本事例はADLの獲得が生活の場の選択肢を増やすことにつながることを示唆している。

脳卒中術後による生活行動の低下した事例への看護

○松浦 典美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】前頭葉に脳卒中を発症すると高次脳機能障害を起し、日常生活を自力で行うことやコミュニケーションが困難になる事例が多く報告されている。また、このような事例では、生活行動の自立への介入には、対象に応じた援助が求められる。さらに、高齢者である場合は、身体機能の低下や誤嚥性肺炎、転倒などのリスクがあり、自立した生活行動の確立が困難となる事例も多い。本事例においては、脳卒中発症から介入までの1年間に転倒による急性硬膜下血腫、誤嚥性肺炎などを合併した患者に対し、NICDを実践したので報告する。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、参加及び中止の自由について説明し同意を得た。

【事例紹介】A氏、62歳、男性。2年前にA病院で前頭葉のくも膜下出血にてクリッピング術とV-Pシャント術を受けた。術後は徘徊、易興奮性があるため生活行動が制限された。さらに、半年前に転倒し急性硬膜下血腫となりA病院で血腫除去術を受けた。

【介入前の状態】血腫除去術後から介入までの半年間に誤嚥性肺炎を7回発症し、ほぼ寝たきり状態で点滴による栄養補給のみであった。7回目の誤嚥性肺炎後にBMIが16.7となり、血液データ上も低栄養となった。また摂食嚥下機能は、捕食、咀嚼、食物の送り込みが可能であったが、MMASAは36点であった。身体機能は右麻痺があり、全身の関節可動域の制限と拒否があり自力での座位は困難であった。また、前頭葉の損傷による症状として声がけ時は無表情・無反応であった。

【介入】誤嚥性肺炎の主な原因は、絶食による口腔機能の低下と口腔内の乾燥、身体機能の低下、低栄養による免疫力の低下と思われる。そこで、介入の目標は口腔内の清潔と口腔機能の向上により経口からの食事が可能になることとした。この目標に対しNICDの介入を行った。介入方法は、顔面マッサージ、口腔ケア、口腔内リハビリ、頸部と肩の微振動を用いた摂食機能訓練を継続した。さらに、一日1回10分程度の下肢にバランスボールを用いた微振動と1日4回のおむつ交換時両大腿部の揺らぎを10回実施した。摂食嚥下機能に問題はないと評価し、全介助にてミキサー食をギャッジアップによる長座位姿勢で、摂取を開始した。

【介入後の状態】NICDの介入早々に血液データ上では肝機能の著しい上昇がみられた。そこで、下肢への微振動のみ中止し、その他の介入は疲労感がないかを確認しながら継続した。その介入1カ月後の結果は、口腔内の乾燥が消失した。また、MMASAは介入2日目で66点、1カ月後には91点となり、ミキサー食を全介助で摂取できるようになった。関節可動域が左肘関節屈曲で90度から140度、左股関節外旋で45度から50度に拡大した。そのため端座位の姿勢を試みるが、拒否的であった。しかし、発語数も増え、「ちょっとみせて」と話しかけてくるようになった。また、配膳して食事であることを告げると、無表情から笑顔が見られるようになった。

【考察】本事例は、前頭葉の機能障害のため介入の理解が困難であった。それに伴い誤嚥性肺炎による栄養摂取が困難となり体力の低下を招いていた。このことは、看護者は介入が困難という先入観から、生活行動の回復のための看護を妨げていたと思われる。そして、看護介入しないことで、さらなる合併症を併発させていた。しかし、改めてアセスメントし介入を行うことで、対象者は易興奮性が出現せずに食べられる状態となった。この事例から、先入観を持たずに患者の残存機能を観察しアセスメントを行い、体調を管理しながら看護援助することは重要であることを再学習できた。

訪問看護におけるNICD導入の実践報告

○林 裕子¹⁾ 小六 真千子²⁾

1) 北海道科学大学

2) 訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央

はじめに：訪問看護の利用者は、年々増加しており、乳児から後期高齢者まで幅広い年齢層であり、多岐にわたる疾患、障害を有している。今回、AVM 破裂による左脳内出血のため寝きたり状態になった18歳の女性に対し、初回の訪問看護からNICDを実施したので報告する。

方法：事例について、時系列に整理し、NICDの導入と継続実施について検討した。倫理的配慮は、ご家族並びに本人の承諾を得た。

結果：【事例紹介】本事例は、17歳の夏に左側頭葉のAVM破裂による脳内出血を発症し、覚醒障害を伴う意識障害と右半側完全麻痺となり緊急手術施行と気管切開術を受けた。脳浮腫を合併したが、2回の水頭症による手術を受けたことにより、意識障害がJCS I桁となった。気管切開チューブは、入院から5か月後に抜去した。しかし、経口による栄養摂取が困難なため、入院から9か月後に胃瘻を造設した。そして、発症から約11か月後に回復期リハビリ病棟を経て自宅退院した。介護者は、実の母親であり40歳代であった。

【退院後4日間の評価】臥床状態であり、自ら起き上がることができない。全介助にて端座位を試みると左上肢で柵につかまり体を支えようとする動作があるが、端座位の保持は困難であった。また、右下肢が蒼白となり血液の循環状態が不良となるため、介助を受けながら5分程度の端座位保持であった。上肢は、右側の肩関節の可動も認められない完全麻痺であった。左上肢は麻痺がないが、5本の指の第2から1の関節が軽度の拘縮があり巧緻性に障害を生じていた。顔面は、能面様の顔貌であり、口角が右下にさがり、舌の右側が短縮気味であり右側に変位した右麻痺が確認された。そのため、口形を形成できずDOKは、全て「あー」という発生となり測定が不能であった。口唇閉鎖力も測定が不可であった。発語は聞き取りにくく意思伝達に困難を要した。右眼球の動きに遅延があり二重に見える状態であった。左右を見るときは、眼球を動かさずに頸部を回転させていた。しかし、失語症がなく会話が成立した。自宅での入浴は困難なため全介助による介護浴の業者が必要と判断された。排泄は床上でオムツ使用であった。

【介入】退院1日目より訪問開始し、14日間のみ特別指示書によって訪問した。その訪問目的は、「利用者の状況確認とNICD介入計画の立案」「介護者による介護方法の確認と生活の再構築の計画立案」とした。その後は、週2回の訪問看護と1回の訪問リハビリテーションとした。NICDの介入目的は「作業動作をできるように継続した端座位が可能になる」、「端座位の保持が可能になり介助によるシャワー浴ができる」、「食事摂取のための口腔機能の向上」とした。介入は、「ボールを利用した微振動」、「足底に加重を加える端座位」「黒岩メソッド」とし、訪問4日目から開始し1か月後の評価を実施した。この介入は、訪問看護時と、介護者が一人でできる介入方法のみを学習し毎日実施した。

【介入後の評価】自力で端座位が可能となり、下肢の血流障害は見られなかった。立位から車椅子移乗動作が可能となり、シャワーチェアを使用しシャワー浴が可能になった。排泄はできていないがトイレ移乗動作は可能。発語は聞き取りにくい、あいうえお表の導入で簡単な意思伝達は可能となった。

考察：訪問看護におけるNICDの介入は、毎日実施するためには家族に依頼することになる。今回のケースでは、利用者介護者ともに若い世代であり、初回訪問からNICDを導入により何らかの変化が確認されたことが、NICDの導入が可能になった。また、2週間毎日の訪問がNICDの介入を介護者が学ぶ機会になったことと、介入方法が介護者に負担にならない内容を選定したことで、訪問看護師への信頼関係が形成されたことが、訪問看護においてもNICDの継続が可能になったと思われる。

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・ナーシング研究学会論文原稿」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—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

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 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。申込書と振り込みが確認されましたら、会員番号をお知らせいたします。

1. 申込書の送付について

申込書に必要事項を記載して下記宛に郵送またはFAX・メールにて送付して下さい。

〒006-8585 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

北海道科学大学 保健医療学部 看護学科

FAX: 011-688-2274 E-mail: fukura@hus.ac.jp

2. 入会金・年会費の納入について

新規に入会される方は入会金2,000円、年会費5,000円を郵便局備え付けの振り込み用紙にて振り込んで下さい（青色の振込用紙を使用する）。振り込み料金は入会者にてご負担下さい。

口座記号・番号： 02780-0-101086

加入者名： 日本ヒューマン・ナーシング研究学会

（点線より切り取ってご提出下さい）

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

日本ヒューマン・ナーシング研究学会 理事長 紙屋克子殿
貴会の趣旨に賛同して西暦_____年度より入会を申し込みます。

ふりがな		職 種
氏名		1. 看護師 2. 保健師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護福祉士 7. 医師 8. 歯科医師 9. 歯科衛生士 10. 栄養士 11. その他（ ）
勤務先 名称： 〒		
電話番号	TEL	FAX
自宅住所 〒		
電話番号	TEL	FAX
E-mail	連絡先（いずれかに○） 自宅 ・ 所属	
事務局処理欄		

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌 第11巻 第1号
第18回 学会プログラム・抄録集

発行日 2022年11月26日

発行 第18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

