

日本ヒューマン・ナーシング 研究学会誌

第12巻 第1号

第19回

学術集会プログラム・抄録集

The19th Japan society of Human Nursing Research

会期 2023年12月2日（土）

会場 北海道科学大学 札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

大会長 大内 潤子 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 教授

大会テーマ

コロナ禍での奮闘,
そして再び前へ

開催によせて

第19回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会

大会長 大内 潤子

(北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 教授)

新型コロナウイルス感染症の世界的な流行から、私たちは未曾有の挑戦に立ち向かっています。大学における看護基礎教育もコロナ禍において大きな影響を受け、臨地実習や演習がほとんど実施できない日々が続き、人と人との関わり方にも大きな変化がもたらされました。また、2023年は、コロナ禍に加え、人口減少や戦争、異常気象など、私たちを取り巻く環境がさらに厳しさを増していることに、否が応でも気付かされる1年でした。そしてそれは、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の取り扱いが変わってもなお、決してコロナ以前の状態には戻れないことを思い知る日々でもありました。

しかし、このような状況下であっても、臨床現場で働く看護師を始めとする医療職者は、患者の生命を守り、より良い生活の質を叶えるという使命を果たすべく、不断の努力と献身を示しています。第19回日本ヒューマン・ナーシングケア研究学会学術集会を開催するにあたり、大会長として、心からの尊敬と感謝の念をもって、皆様をお迎えしたいと思います。

今回の学術集会のテーマは、「コロナ禍での奮闘、そして再び前へ」です。これは、この会を通して、コロナ禍において臨床が直面した困難、特に患者の生活機能の向上を目指した取り組みや、それを実施したくても出来なかったジレンマなどを参加者の皆様と共有し、今後への課題を整理し、活路を見出し、生活行動回復のための看護を明日に繋げていきたいと考えたからです。この場を通じて、私たちが、より複雑で困難な状況を乗り越え、看護のさらなる成長と発展を促進するヒントを得ることができれば大変嬉しく思います。また、第一線で活躍してきた皆様が、英気を養い、明日への希望や勇気を少しでも得ることが出来ましたら何よりの喜びです。今回は、盛大なおもてなしは出来ませんが、札幌ヤクルト販売株式会社さまのご協力を得て、楽しんでいただけるようなランチョンセミナーも企画しております。皆様の束の間の休息になりましたら幸いです。

最後に、この学術集会の成功に向けてご尽力いただいた皆様、そしてご参加いただく皆様に、心より感謝申し上げます。共に知識を深め、経験を交換し、新たな展望に向けて力強く歩みを進めましょう。



目 次

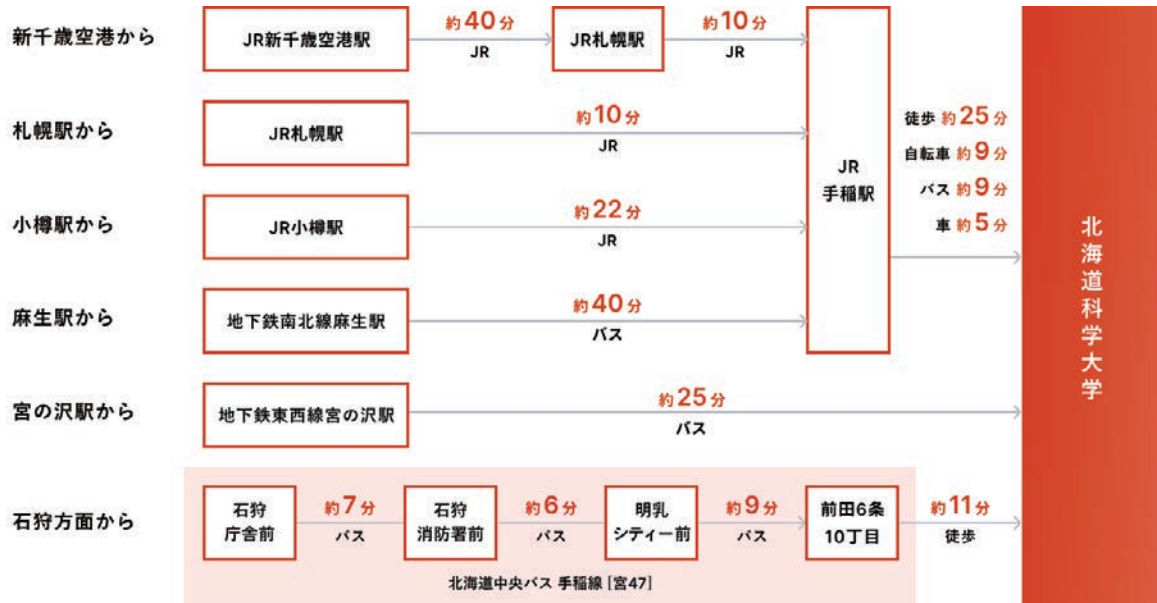
学会会場までのアクセス	3
プログラム	5
ご参加の皆様へ	6
シンポジウム資料	9
一般演題	15
投稿規定	21
会 則	24
入会要項	27

学会会場までのアクセス

会場：北海道科学大学 A棟3階 A308 教室

札幌市手稲区前田7条15丁目4-1

【交通のご案内】



*手稲駅からのバスについては大学HPにてご確認ください。

【手稲駅北口からのアクセスマップ】



【駐車場のご案内】

第1駐車場、第2駐車場があり、約740台の車を収容できます。駐車料金は無料です。

【キャンパスマップ】

学会会場は、A棟（赤枠で囲った建物）の3階です。

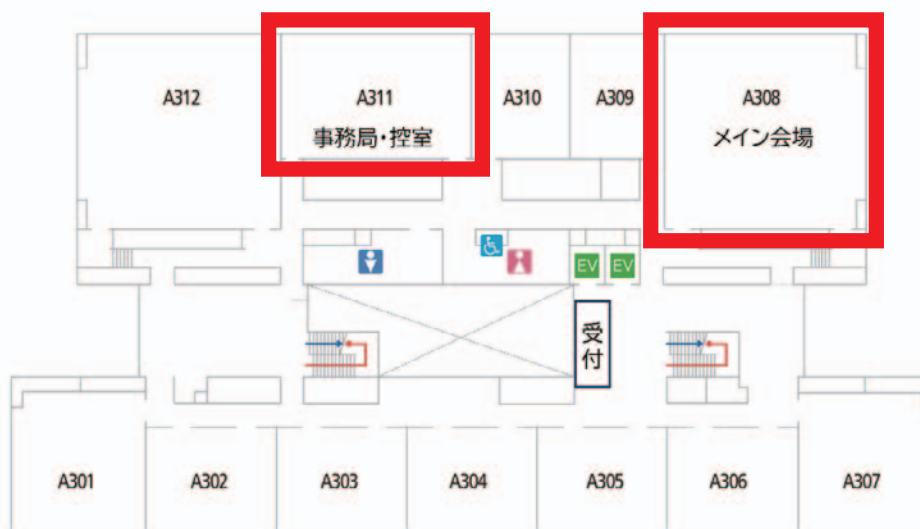


【A棟3階見取り図】

FLOOR INFORMATION

A棟

3F



プログラム

受付開始 9:00～

オリエンテーション

大会長挨拶 9:50～10:00

シンポジウム 10:00～12:00

「コロナ禍での NICD 実践の現状と今後の課題 ～多様な現場から～」 ……………9

シンポジスト: 亀山 清美(JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 看護師長)

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 師長)

杉村 洋子(あじろぎ会宇治病院 看護部長)

中川 奈緒美(訪問看護ステーション虹 管理者)

日下 博子(医療福祉センター 札幌あゆみの園 課長)

座 長 : 大内 潤子(北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 教授)

昼食 12:00～ (事前購入者にお弁当の配布)

ランチョンセミナー 12:30～13:00 「健腸長寿」 谷口 勇人(札幌ヤクルト販売株式会社 営業推進部イベント推進課 課長)

総会 13:00～13:10

一般演題

第1群 13:20～14:00

座長: 佐藤 登志枝(広南病院 東北療護センター)

1-1 後期高齢者の摂食嚥下機能訓練に微振動による運動機能訓練を導入した効果 …………… 15
逢坂かおり(一般財団法人 札幌同交会病院)

1-2 アセスメントシート活用による経口摂取への移行を試みて …………… 16
青木千江子(医療法人恒仁会 近江温泉病院)

1-3 絶食でのお看取りを覚悟した事例の‘食べる’ことへの訪問看護の支援
—その人らしさを支え続けるために看護ができること— …………… 17
御家瀬真由(医療法人 溪仁会 定山溪病院訪問看護ステーションエール)

第2群 14:10～14:50

座長: 川上美智子(医療法人恒仁会 近江温泉病院)

2-1 高次脳機能障害がありながら排泄行動を再獲得し自宅退院できた患者への看護実践報告 …………… 18
竹内葉子(自動車事故対策機構 千葉療護センター)

2-2 遷延性意識障害患者の言語反応を引き出すための取り組み …………… 19
酒向晴美(中部脳リハビリテーション病院・中部療護センター)

2-3 ユマニチュード技法の導入後の実態調査 …………… 20
井形和美(あじろぎ会 宇治病院)

閉会の挨拶 14:50

ご参加の皆様へ

1. 事前参加登録

- ・ 事前・通常にかかわらず前日までに受付された方は、事前参加受付にてお名前をお知らせ下さい。参加証とネームホルダーをお渡しいたしますので会場内では参加証を必ずお付けください。
- ・ 抄録集は、11月中旬ころより事前参加登録された方に配信いたします。
- ・ 日本ヒューマン・ナーシング研究学会員の方には、学会終了後抄録集の冊子体をお送りいたします。学会員以外の方でご希望の方は、当日1冊1,000円で購入が可能です。

2. 当日受付について

- ・ 受付は12月2日(土) 9:00から行います。
- ・ 学会の当日参加費は会員・非会員にかかわらず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。

3. 総会について

- ・ 13時00分～13時10分に総会が行われます。会員の皆様はご出席ください。

4. 録音と写真撮影について

- ・ 講演・発表中の録音や撮影は学会事務局が許可した関係者以外はご遠慮ください。

5. 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、A311教室がご利用いただけます。

6. 演者の方へ

- ・ 口頭発表の演者の方は、学会当日12:00までにスライド受付をお済ませください。スライドの作成に当たりましては、下記の枠内をご確認ください。
- ・ 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13分(発表8分質疑応答5分)です。時間を厳守してください。

【発表スライドの作成およびデータ持参に関する要領】

Microsoft 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、北海道科学大学A棟3階のスライド受付にお持ちいただき、事務局で用意したPC上のフォルダにファイルを保存の上、試写を行ってください。

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、Macでの発表を予定されている場合は、ご自身のMacならびにコネクタをご用意ください。

7. その他

- 駐車場について
第1駐車場、第2駐車場があり、約740台の車を収容できます。駐車は無料です。
- 昼食について
事前申し込み(11月20日まで)の方で、お弁当のチケットを購入された方は、午前のプログラムが終了しましたら、会場のA308教室の外でお弁当をお受け取りください。その際、参加証についている「お弁当引換券」が必要となりますのでご用意ください。お弁当を申し込みでない方は、近隣には飲食店やコンビニエンスストアが少ないので、予め昼食をご用意の上、ご参加されることをお勧めいたします。
- 携帯電話について
会場内での携帯電話での通話は禁止します。会場に入られる際には必ず電源をお切りいただくか、マナーモードに切り替えてください。
- 携帯品について
会場内に大きな荷物をおけるスペースを確保いたします。貴重品はお手元で管理をお願いいたします。
- 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。
- 喫煙について
敷地内は禁煙です。

シンポジウム資料

コロナ禍での看護の現場の奮闘 そして今後の課題

亀山 清美

JA岐阜厚生連 中濃厚生病院

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は3年以上も続き、いまだ終息とは言えない。この間、臨床の現場では、医療従事者自身が感染する不安、患者のベッドサイドで寄り添えないジレンマ等を抱えながら多忙な業務に追われた。感染者の増加に伴い感染病棟への支援、医療従事者の感染によるスタッフの欠員と病棟閉鎖が続き心身ともに疲労は蓄積し、多岐にわたり大きなパラダイムシフトを余儀なくされた。皆が無我夢中で走り続けた3年を振り返り、つらかった日々の中でも、患者の回復を目指し奮闘した看護管理者とスタッフ達の事、NICDという言葉が消えなかった日々をお伝えしたい。患者の早期離床と、生活行動をできる範囲で促し続けたことは、身体拘束患者割合の低下という数字として表れ、看護管理者間で共有することができた。コロナ禍で看護部長から見た現場、感染管理者から見た現場、看護管理者またスタッフから見た現場、それぞれの立場からこの状況下でできたこととできなかったことをお伝えし、今後の課題を考える場としたい。

コロナ禍でのNICD実践の現状と今後の課題

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

① 当院の紹介

当院は、回復期専門病院として2017年5月に開院した。札幌市の中心部に位置し、病床数は155床で職員数は約370名である。すべての病棟が回復期リハビリ入院基本料1である。各病棟には看護師、介護福祉士、療法士が所属しており、多職種が連携しやすい環境になっている。

② 私の背景

2012年にNICD学会認定を取得し、当院が開院した2017年から勤務している。

③ NICD普及の取り組み

開院した頃は、リハケアを安全に行うことで精一杯の状況だったが、ケアの中で取り入れられやすいことから始め、モアブラシの使い方や効果を病棟のスタッフに指導した。2021年からは、看護部の方針としてNICDを導入することになった。丁度2021年度はコロナ禍で、NICD認定研修は中止となっていたが、オンラインワークショップとしてWEBでの研修開催となっていた。2021年～2022年の2年間で20名以上の看護師が研修を受講し、NICDの理解が高まった。さらにNICDを推進する目的で委員会を設置した。委員が中心となってNICDを推進し、委員会では各病棟のNICD実践状況や課題を共有した。現在も院内研修の中でNICD研修を行いながらNICDに関する理解を深めている。

④ 現在の状況

NICDを導入し始めた時は、「分からない」、「やりたくない」という看護師もいたが、研修や看護実践を重ねたことでNICDを実践する看護師が増え、苦手意識のあった看護師も行うようになってきている。また、NICDが特別な技術や看護という感覚があったが、現在では看護計画の中に取り入れて実践、評価できるようになってきた。新卒看護師を含め新入職員が積極的に実践している現状がある。

⑤ 今後の課題

介護福祉士と一緒に実践することを考えているが、人員不足が課題である。病棟間によってNICDの実践に差があるため、NICD研修を看護ラダー研修の中に組み込むことを検討している。

NICDの全看護職員への浸透に向けて

杉村 洋子

社会福祉法人あじろぎ会 宇治病院

私が勤務する宇治病院は京都府宇治市にある 253 床の地域連携病院です。「利他の心をもって地域の医療と福祉に貢献する。」を理念に掲げ長く地域と繋がってきた病院です。私は急性期医療に携わっていましたが、看護部長として 11 年前から宇治病院に勤務しています。急性期の治療を終えて転院されてくる高齢者の方を受け入れて驚きでした。入院されてくる患者さんは廃用性症候群で僧帽筋が短縮し四肢関節が拘縮し臥床されている方で、在宅で生活していたとは想像がつかない状態でした。高齢者が急性期病院でつないだ命を何とか地域の生活者に戻していくことができないかと考えてきました。そのころに紙屋先生との出会いがあり NICDこそが患者を変えられると思い、それから私は病院での NICD 実践を進めてきました。

人口減少・高齢化が進み医療に求められるニーズが多様化し、医療、ケアスタッフの人材不足が進む中で、新しい看護実践を病院に取り入れていくことは難しいことでした。看護管理者の立場で介入できるようにいろんな仕掛けをしました。看護師達は NICD 実践で患者が変化することに感動して、介入事例を増しました。しかし、数名の看護師が実践する技術ではなく、すべての看護職員が日々の看護ケアに自然と組み込んでくれるものであってほしいと考えました。

2020 年から始まった新型コロナウイルス感染症のパンデミックは未曾有の事態でした。当院でも 3 回の院内クラスターを経験しました。看護職員は仕事の質と量の著しい変化を経験し、コロナ前まで行ってきた看護が行えないという葛藤がありました。ある看護師が「患者さんは食べるようになりたいそうです。何か方法ないですか。」と声をかけてきた。

私ははっとしました。社会情勢や医療体制がどんなに大きく変わっていても、私達看護が目指す目的や役割は変わりません。どんな事態でも、できることから少しでもやっていくことが重要と考え、NICD を組み込んだ黒岩メソッドだけは続けてきました。

宇治病院で NICD 実践の灯はコロナによって消えそうになりながらもここまで絶えることなく繋いでいくことができました。今後も、NICD 実践が遅滞なく看護師の責務である療養上の世話を組み込まれていくことができればと思います。シンポジウムでは、看護管理者の立場で当院のこれまでの取り組みを報告し、皆様と意見交換がしたいと考えています。

コロナ禍における訪問看護ステーションの活動 ～ NICDの実践の現状と今後の課題～

中川 奈緒美

一般社団法人あおぞら 訪問看護ステーション虹

訪問看護ステーション虹は岐阜県飛騨地方の南に位置する下呂市を拠点として活動している。2025年の下呂市の人口は29,611人と3万人を割り減少の一途をたどっているが、逆に高齢化率は全国平均の30%を大きく上回り40%以上となっており、2040年には50%を超えると予想されている。

本年5月8日に新型コロナウイルス感染症は5類感染症に位置付けられたが、下呂市では感染者が後をたたずデイサービスやショートステイの利用が制限されているのが現状であり、訪問看護ステーション虹を含め、あらゆる事業所が新型コロナウイルスと共存しながら活動を行っている。

弊社ではコロナ禍直前業務改善の一環としてICT化を行った。ICT化によって180名以上の利用者様の情報をいつでもどこからでもアイパッドで確認でき、緊急時の対応や、リアルタイムの情報共有等をスムーズに行う事が可能になった。

ICT化により新型コロナウイルス感染拡大防止のための働き方改革もスムーズに行うことが出来た。弊社はワンフロアで職員13名が座ると完全に三密を避けられない状態になる。コロナ禍以前は朝職員全員が集まってミーティングを行っていたが、今は事務所、自宅、車の中でそれぞれがアイパッドを活用しWEBミーティングを行っている。

事務所での三密を避ける為に非常事態宣言を機に思い切って直行直帰も取り入れた。「案ずるより産むが易し」とは良く言ったもので、アイパッド入力と直行直帰により職員の帰宅時間が今までより早くなり、残業も減っている。

パソコンを使って自宅で行う研修に各自が業務時間内に参加したり、三密を避けた状態で集合研修に参加するなど各自の技術や知識の向上に努めている。

利用者様のお宅に持参していたバランスボールも感染予防の目的から必要な方にはプレゼントしている。バランスボールを使ったリハビリとふあんふあんブラシ、モアブラシを使った口腔ケアは訪問看護ステーション虹の売りとなっており、ケアマネジャーさんからはリハビリや口腔ケアを目的に訪問看護導入の声がかかる事が多い。

しかし介護保険では要介護度により区分限度額が決まっており、もう少しNICDの実践を行いたいと思っても思うようにいかない事が多く、どのように効率的に介入していくかが今後の課題になっている。

今回コロナ禍の中で訪問看護ステーション虹がどのように利用者さんに関わってきたのか、在宅における感染防止の為に業務改善、NICDの実践と現状、今後の課題を報告する。

コロナ禍でのNICD実践の現状と今後の課題

日下 博子

社会福祉法人北翔会 医療福祉センター札幌あゆみの園

当施設は重症心身障害児（者）（以下、重症児（者）とする）の入所施設である。重症心身障害とは、遺伝子異常や分娩時の低酸素、不慮の事故など様々な原因により、胎生期から18歳までに発生した脳の障害が原因で重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複し、医学的には多くの合併症がある状態である。

そのため、コロナウイルスに感染した場合、重症化リスクがとて高いことが予測され、施設内にウイルスを持ち込まないことを最重要課題として、施設内の感染対策や職員の行動制限や有症状時の出勤制限など他医療機関や施設と比較してかなり厳しい対応を行っていた。対策の徹底によりコロナ禍2年目までは利用者からの感染者の発生はなく経過したが、ウイルスを持ち込まない対応の厳しさ故、慢性的なマンパワー不足が生じていた。コロナ禍3年目の春頃より各療養課2～3回のクラスターが発生し、当療養課でも道内の新規感染者数がピークに達した昨年11月から2度のクラスターを経験した。クラスター発生時には、感染した利用者のケア時間や感染対策にかかる時間の増大、職員の感染による離脱やそれに伴う応援体制により、施設内全体でマンパワーが不足する状態が3～4週間は続く状況にあった。

このような状況下で日々職員配置や業務に調整が必要となったことで、予定が崩れたりイレギュラーな動きが増えたことによる職員の苦労や苛立ち、それに伴う疲労の蓄積があった。しかし、感染対策によりコロナ禍以前に行っていた外出や集団活動を控えたことで、そこにかかるはずであったマンパワーに余裕ができ、療養課内でのクラスター発生時を除いてはコロナ禍以前と比較して利用者に関わる時間を調整しやすくなっている現状もあった。また、当療養課においては面会時のご家族との連絡調整や対話、職員複数名での車椅子移乗、呼吸器の車椅子への積み込みと安全確認などの散歩へ行くための準備にかかる時間削減もマンパワーに余裕ができる要因となった。その結果、これまでNICD技術を活かした介入に躊躇していた職員が介入を検討するようになる流れとなり、筋緊張緩和やリラクゼーションを兼ねた体位変換時のバランスボールを用いた微振動と口腔ケア時のオーラルリハを取り入れてみたところ、利用者に効果が見られたこともありNICDが広がった。

コロナ禍を経験したことで、時間をかけたりプログラム化することに固執せず、NICD技術を生活の中に取り入れることで、マンパワー不足に影響されることなくNICDが実践できたり、沢山の利用者に介入することができることを学んだ。また、利用者と職員双方に無理なく継続することができ、かつ十分に効果が得られることもわかった。

現在は、ほぼコロナ禍以前の状態に制限が緩和されたため、現在行っているNICDを日常ケアとして継続できるよう調整していく必要がある。また、生活に取り入れる介入方法を基盤にしながらも、より集中的に介入することでより効果が期待できる利用者にはプログラム化して介入することも検討していきたい。

一般演題

後期高齢者の摂食嚥下機能訓練に 微振動による運動機能訓練を導入した効果

○逢坂 かおり¹⁾ 市橋 乃里子¹⁾ 古川 智代¹⁾ 林 裕子²⁾

1) 一般財団法人 札幌同交会病院 2) 株式会社 町コム

【はじめに】加齢とともに摂食嚥下機能が低下している状態に、治療による安静が加わることで摂食嚥下機能の低下が顕著になり、食事摂取が困難になる高齢者が多いことが報告されている。安静治療により頸部の関節可動域の制限が、嚥下障害を増悪するといわれている。摂食嚥下機能訓練に運動機能訓練を取り入れることは、全身状態を整え、嚥下に関わる筋力・機能の維持向上を目指すこととなる。そこで、急性期の治療に伴い頸部の可動性が制限された後期高齢者に摂食嚥下訓練に運動機能訓練として微振動を実施した事例を報告する。

【事例紹介】対象は、95歳以上の男性、入院時のBMIは21.8であった。入院前は要介護3の車椅子乗車で生活行動の一部が介助であった。急性肺炎・心不全のため入院となった。肺炎治療のため安静が必要であり、両膝変形性膝関節症による疼痛のため廃用状態が進行し、頸部の関節可動が制限された寝たきり状態となった。入院前から退院までにおいて認知機能の低下はなかった。【方法】介入方法は、入院当日より摂食機能訓練を開始した。そして、肺炎の急性治療が終了した入院後21日目に肺炎の再燃予防と、機能維持をするための取り組みが必要と評価した。入院後23日目から41日目までの19日間において、摂食機能訓練と頸部から背部の体幹にバランスボールによる微振動を実施した。評価方法は、頸部の可動域、MASA (The Assessment of Swallowing Ability) 日本語版、食事摂取状況、表情や発話状態とした。評価は、介入前と介入終了時および介入終了の一週間後に実施した。【倫理的配慮】所属の倫理審査委員会の承認を受け、本人と家族に口頭で看護介入について説明し同意を得た。【結果】介入前の頸部と口腔の運動状態は、頸部可動域が他動的な可動にて屈曲35度、伸展22度であった。また、MASAの合計点が158点であり、下位項目である口腔の運動機能として口蓋6点、口唇閉鎖4点、舌の動き6点、舌の協調運が5点、咳反射3点であった。介入15日目では、頸部可動域は自動にて屈曲52度、伸展34度であり、MASAの合計点は181点、下位項目である口蓋8点、口唇閉鎖5点、舌の動き8点、舌の協調運が8点、咳反射5点であった。介入終了後10日目においては、頸部可動域は自動にて屈曲40度、伸展42度であり、MASAの合計点は177点、下位項目である口蓋6点、口唇閉鎖5点、舌の動き8点、舌の協調運が8点、咳反射5点であった。食事形態は、介入前から介入終了後においても嚥下食Ⅲであった。介入前より介入中と終了後の変化は、両肘肩を屈曲し挙上している姿が見られるようになった。また食べこぼしも少なくなり、食事摂取量の増加、食事時のむせこみの消失、笑顔などの感情の表現が可能、単語による発話が増加し明瞭になった。【考察】廃用症候群による関節可動域の制限は、筋力の低下が起因する。しかし、筋量の低下や骨密度の低い高齢者への運動負荷は、筋肉の断裂や骨折の危険性が高い。その一方、微振動はその危険性を回避し筋肉の柔軟性を回復することが可能である。本事例では、肺炎の治療直後から摂食嚥下訓練とバランスボールによる微振動の実施により、短期の介入で頸部の可動域が拡大し、介入後も摂食嚥下機能の低下がみられず、本介入は効果的であったと思われる。

アセスメントシート活用による経口摂取への移行を試みて

○青木 千江子

医療法人恒仁会 近江温泉病院

【はじめに】

意識障害・寝たきり（廃用症候群）患者の生活行動回復看護（以下、NICD と称す）を行う上で重要なことは、対象患者の状態を正しくアセスメントすることである。しかし、当施設では各スタッフのアセスメント力が異なっていたため、患者の生活行動の回復を妨げている可能性があった。そこで、個別の看護プランを大事にしながらも、一定の基準で患者の状態を評価して看護介入ができるためのアセスメントシートを導入した。本研究は、導入したアセスメントシートの効果について「経管栄養」から「経口摂取」への移行の経過より検証した。

【研究方法】

対象者：2021年4月～2023年8月に入所している患者のうち、要介護4または5で経管栄養にて栄養管理をしている者とした。

介入方法：「栄養状態」「摂取状況」「食事動作」「認知機能」「呼吸状態」など、13項目をそれぞれ0～5までの6段階で評価できるアセスメントシートで評価した。全身状態が良好だが覚醒レベルの低い方へ口腔ストレッチ、車椅子離床などを組み合わせて看護介入を行った。

データ収集：アセスメントシートの13項目の点数の推移に加え、看護介入の方法、体重、BMI、アルブミン値などの血液データ、口腔内の画像、その他患者の変化の記述を記録した。

分析方法：点数の推移と看護介入の方法、患者の変化よりアセスメントシートの効果について評価した。なお、倫理的配慮として介入にあたっては家族に口頭にて説明して同意を得た。また、発表に際しては、対象者個人が特定されないことを条件に施設の倫理委員会に許可を得た。

【結果】

対象となった患者は25名のうち、7名が経管からの食事が経口摂取に移行できた。患者への看護介入としては、口腔ストレッチ・車椅子離床、棒付き飴での口腔刺激などであった。「嚥下」・「咀嚼」の点数が2点以下の方への介入は、リハビリテーション職員と協働して覚醒状況や訓練食の付着性や一口量に留意して介入を進めた。また、「姿勢耐久性」「活動」の点数が2点以下の方の経口移行は、口腔や顔面へのアプローチに加え、座位時間を長くするなど姿勢保持訓練を取り入れ、活動性を高める工夫をした。介入期間は平均67.1日であった。アセスメント項目の「摂食状況」は、介入時の平均点数は1.08であったが、介入終了時の平均点数は1.8に上昇していた。中でも経口摂取に移行できた7名の患者は「摂食状況」の点数が4または5に変化した。

【考察】

今回、アセスメントシート活用後、経管栄養に頼っていた患者の1/3が経口摂取に移行した。その理由としてアセスメントシートの活用により、スタッフが一定の質で評価できるようになったことが大きな要因であると考えられる。さらに、アセスメント内容に応じて患者に個別のアプローチが可能となったため、画一ではなく個別のプラン作成の重要性を再確認することができた。

絶食でのお看取りを覚悟した事例の‘食べる’ことへの訪問看護の支援 —その人らしさを支え続けるために看護ができること—

○御家瀬 真由¹⁾ 川淵 一世¹⁾ 本橋 風夏¹⁾ 安原 真美²⁾

1) 医療法人溪仁会定山溪病院訪問看護ステーションエール 2) 医療法人溪仁会定山溪病院

【はじめに】誤嚥ハイリスクの患者である高齢者や寝たきり患者、終末期にある患者の在宅療養移行支援において、医療職は‘食べる’ことのリスクを回避する傾向がある。しかしながら、「最期まで食べたい」という患者や「食べさせたい」という家族のニーズは少なくない。今回、退院時には絶食と言われた患者とその家族が在宅で‘食べる’という選択を訪問看護師が支援し、3食食べることが可能となった事例を経験した。本研究は、今後の地域における摂食嚥下支援について考える機会とすることを目的とする。

【事例紹介】事例は90歳代前半の男性であり、長女と同居している。8年前に右脳梗塞、その翌年には左脳梗塞にて入院加療を受け、その頃より認知症状の低下を認めた。リハビリ目的の転院先で暴言・暴力等の症状があり精神科に入院となった。その後自宅退院となるが、肺炎が悪化しA病院へ入院となった。肺炎による発熱を繰り返していたために絶食となり、在宅での看取り目的にて1ヶ月後に自宅退院となり、同時に訪問看護が開始となった。

【倫理的配慮】本研究の目的と内容、結果の公表について、本人・家族に文書及び口頭での説明の上、同意を得た。また、A病院倫理委員会にて承認を得た（承認番号:第202313号）。

【看護過程の展開】退院時の状態は、尿カテーテル留置、在宅酸素2L/分の送気、貯痰状態が強く頻回な吸引を要した。しかし、長女は「(1か月前に)入院するまでは食べられていた。食べさせてあげたい。」との思いが強く、飲み物にとろみを付け少しずつ摂取させていた。「入院中(誤嚥リスクの)説明を受けた。でも、点滴も無いし餓死してしまう。」と長女の意味は強かった。退院4日目に発熱し、痰貯留が増え長女は頻回に吸引していた。訪問看護師は体位変換やスクウィーピング実施等の積極的な排痰に努めた。退院2週間目、呼吸状態が改善し解熱した。医療者は「少しでも安全に‘食べる’ための支援をしたい。」と長女と方向性を確認した。訪問看護師はA病院の摂食嚥下障害看護認定看護師研修修了看護師(以下、修了看護師)に同行訪問を依頼した。修了看護師は就寝時のベッドアップ角度と姿勢、環境調整、食前口腔ケアやマッサージの実施を指導した。訪問看護師は常に修了看護師と情報共有した。そして、長女のケアを承認しながらお粥やヨーグルト等ペースト食の安全な摂取方法を指導し、3食摂取が可能となった。結果、酸素使用頻度は減少し、吸引実施もほぼ無くなった。本人の発語は少ないものの表情豊かに感情を表現し、現在も安定的に在宅療養を継続している。

【考察】「生活の場においては、医療的尺度のみではなく、本人や家族の価値観を尺度におき、それが医療的に許容できるものでなかったとしても、本意を遂行すべく支援をすることが高齢者の自律から生み出される‘食事への楽しみ’となる」と言われている。訪問看護師はその方の状態像を適切に把握すると共に、地域の専門職と連携し摂食嚥下支援を行った結果、QOL向上につながったと考える。

高次脳機能障害がありながら 排泄行動を再獲得し自宅退院できた患者への看護実践報告

○竹内 葉子 秋広 由美子

自動車事故対策機構 千葉療護センター

【はじめに】 高次脳機能障害と生活行動に制限のある本事例は自宅退院が目標であったため、生活行動の自立が求められていた。脳損傷により自ら生理的欲求を満たすことが困難であった状態から自宅退院できた援助を振り返り報告する。

【事例紹介】 事例は交通事故受傷から3年が経過した頭部外傷後遺症の60代男性である。入院時は胃瘻挿入していたが、3食経口摂取であった。健常時より痩せており、筋力・体力低下のため持続した活動ができなかった。また、高次脳機能障害により注意障害、記憶障害、病識の欠如等があった。特に前頭葉の障害による自発性の低下は著明で自ら行動することは殆どなかった。移動は手足を用いた車椅子の自操が可能であった。

【倫理的配慮】 発表に際し、個人が特定されることのないように十分な配慮をすることを説明し、対象者には書面で同意を得た。また、所属施設の承認を得た。

【看護過程の展開】 看護アセスメントでは、体力や筋力がなく易疲労性が強く、手足の失調による転倒の危険性があったため、姿勢を保持し、生活行動を行える身体をつくる必要性があると判断した。また、自発性の欠如があるため生活行動を自ら行えるよう習慣化する必要性を考えた。そこで「自宅退院に向けて排泄行動が自立できる」ことをゴールとして、看護目標を『トイレでの排泄行動の自立』とした。

看護介入は、はじめに骨盤前傾であった姿勢補正と座位維持のため座位時間の延長を計画し、起床から消灯まで車椅子乗車した。介入当初は、便座に数分座ると腰臀部の痛みを訴え、姿勢保持が困難であったが、3週間後より便座に座れるようになった。そして、日々の介入により体力・筋力を獲得し、座位時間の延長と姿勢の改善がみられた。排尿に関しては、尿意はなかったが排尿後にわかることがあったため、排尿間隔を把握し尿意の有無にかかわらず日中決まった時間にトイレ誘導を行った。時間誘導で排尿することが習慣付くと尿意を感じはじめ、自発的に食事前後やリハビリ前にトイレに行くようになった。さらにおむつから下着に変更することでトイレ排尿を意識付けした。排便に関しては便の性状や排便間隔を調整し、ベッドサイドでポータブルトイレからトイレ移乗に移行した。下衣の着脱動作は介助していたが、声かけで動作を促すことより一人で出来るようになるとトイレ移乗も軽介助となった。さらに便意が分かるようになり排便動作が安定した。最終的にトイレでの一連の動作獲得に向けて働きかけた。排便時の清潔動作はウォシュレット使用からペーパーでの拭き取りまで、声かけを繰り返し行うことで一連の動作が見守りのできるようになった。

【考察】 座位姿勢の獲得は「トイレに座る」という動作につながり、複数の動作で構成される排泄行動を毎日の習慣にすることで「動作」「行為」の獲得につながったと考える。また、排泄行動は日常生活における食事・運動・精神的要因が影響を及ぼすと言われているため、排泄行動の獲得には排泄以外の他の生活行動との相乗効果もあったと考えられる。生活行動の多くは座位または立位で行うことから、座位姿勢の安定は事例が自ら生活を行うための第一歩となり、排泄行動の獲得は生活行動の拡大につながった。さらに、持てる力を活かし自分で出来ることが増えたことで自信を取り戻し、自発性の発動を引き出せたことも自宅退院を可能にしたと考える。

遷延性意識障害患者の言語反応を引き出すための取り組み

○酒向 晴美 土屋 郁恵 兼松 由香里

中部脳リハビリテーション病院・中部療護センター

【はじめに】脳挫傷は不可逆的な脳のダメージで、重度の意識障害をもたらす。交通外傷による脳挫傷で遷延性意識障害の状態となった患者の意識賦活を目指した看護の実践において、患者の反応を引き出すには時間が必要であり、反応を得られたとしても覚醒障害があると、反応を保持することや向上は難しい。

今回、広範囲な脳挫傷で遷延性意識障害となり、反応は得られてきてはいるが流動的である患者に対し、入院後の状態をアセスメントし、反応が得られやすい時間とタイミングに合わせケアを実施した。そこから得られた結果を考察し、今後の看護の示唆を得ることとした。

【事例紹介】A氏、60代後半男性。交通事故の受傷から8か月経過し、遷延性意識障害の状態でありリハビリテーションを目的としてリハビリテーション専門医療施設に入院となった。受傷直後のJapan Coma Scaleは300、左大脳半球に外傷性くも膜下出血、右被殻に脳挫傷性出血、脳梁を中心に微小出血を認め、脳軸索損傷と診断され、治療・療養していた。受傷8か月後のSPECT/PET検査では、左前頭葉、左側頭葉、両側の側座核、左帯状回などに相対的血流低下を認めた。声掛けにより開眼し、注視や追視を認めたが、刺激がないと閉眼していることが多かった。両下肢・体幹に重度麻痺を認め、ADLは全介助であった。右上肢には自発的な動きがあり、輪投げや風船バレーが可能であった。また注意機能と発動性の低下を強く認めた。挨拶程度の復唱が可能で、妻の名前を正答し、テレビを「観ない」と答えるなど、質問の内容に合った発語が僅かに増えていた。受傷から1年8か月後の状態は、挨拶の復唱以外にも質問に対応する発語が聞かれ、簡単な言葉を理解しているものの自発言語は少なく、反応はかなり流動的であった。起床時が最も良好で、ほぼ毎日「おはよう」と反応し、他の簡単な質問にも答えることができた。日中でも、休息の後には反応が良好であった。一方、モゴモゴと口元を動かしていても、発語に至らない場面も多く認められた。

A氏に対し、反応をよりよく引き出すために、反応が得られやすい時間とタイミングに合わせて、声掛けと看護介入を実施した。具体的な看護介入として、日中はリハビリテーションの後の休息に引き続き、バランスボール運動、端座位による舟漕ぎ呼吸を実施。口腔周囲筋の廃用に対して、ストレッチ、パタカラ体操を実施した。この看護介入を実施した1か月間の経過について、経時的に分析した。

【倫理的配慮】A氏と家族に対し、介入目的と方法、ケアの安全性、個人情報の保護について口頭で説明し書面で同意を得た。

【結果】反応が良い日と悪い日は交互し、流動的であることに変化はなかった。休息後は開眼が持続するため、このタイミングで語りかけると、ゆっくりと復唱でき、妻の写真を見せると笑顔になり名前や「おくさん」と答えることがあった。モゴモゴと口元を動かしている時は口腔周囲のストレッチで発語を誘発できることがわかった。また、口腔内の唾液の貯留も発語しにくい一因であると考え、吸引を行ってから声掛けを行うと発語を引き出すことができた。

【考察】A氏の覚醒のよいタイミングでのアプローチにおいては反応が得られやすかったことから、患者の日内変動を察知する看護の重要性が示唆された。患者の答えやすい言葉で質問することも効果的であった。構音の観点からも唾液の吸引や口腔周囲筋のマッサージなど、口腔環境の保全も重要な要素と考えられた。休息を取りながら患者自身のリズムを整え、反応が得られやすい環境や状況を増やすことが、遷延性意識障害患者の言語反応を引き出す看護において重要と考えられた。

ユマニチュード技法の導入後の実態調査

○井形 和美 小野 勝美 樋口 久子

あじろぎ会 宇治病院

【はじめに】

近年、高齢者の尊厳を支え全人的ケアを展開する指針の一つとしてユマニチュード (Humanitude) が注目されている。ユマニチュードに関する多くの研究が、施設でユマニチュードの研修を実施しその効果を示すもので、ケアを受ける側にも、ケアする側にも効果があることを実証している。しかし、導入した施設において実践レベルでどの程度ユマニチュード技法を実施されているかしているかの検証は少ない。本研究は4年前よりユマニチュードを用いたケアを導入している1施設において職員がどの程度実践しているのか調査をしたので報告する。

【研究方法】

1. 対象:A 病院に勤務し、患者ケアに直接あたる看護師、准看護師、看護補助者、115名とした。
2. 調査期間:2023年6月~7月であった。
3. 調査内容・分析方法:ユマニチュードに関連した行動について質問紙により調査した。内容は対象者の基本属性と、ユマニチュードの実践状況、患者への見る・話す・触れる・立つを柱とした対応技術9項目と出会いの準備・ケアの準備・知覚の連結・感情の固定・再会の約束の5つのステップについて概ね実施、まあまあ実施、30%以下の実施の3段階で回答してもらった。また、その他実践に関する自由記載を求めた。
4. 分析方法:得られたデータを記述統計で分析した。自由記載は内容の類似性でまとめた。
5. 倫理的配慮:対象者には研究目的を文書で説明し、回答は個人が特定されないよう無記名とした。本研究はA病院の医の倫理委員会の承認を得ている。

【結果】

115名に調査用紙を配布し、112名から回答を得た(回収率97%)回答者の属性は看護師・准看護師が74名、看護補助者が33名、無回答者が5名。経験年数は、看護師・准看護師では21年以上が最も多く25名、ついで11年~20年の18名であった。看護補助者では11~20年が最も多く12名であった。患者への対応において、実践している、まあまあ実践していると合わせると、すべての項目について80%以上がユマニチュードを実践していた。5つのステップにおいて看護職はすべての項目で、30%~40%が概ね実施していると答えた。対応技術について9項目の行動は、経験年数によっても実践の程度に差がみられた。その他意見としては、患者が安心感を得られる、孤独感・不安を和らげるケア、大切にされていることがわかる対応をしたい、患者に寄り添った看護をする、等の意見があった。

【考察】

ユマニチュードケア技法は、高齢者看護、認知症看護において患者自身にもケアする側にも効果があるとして、学習したり研究されたりしている。ケアを受ける患者の視点から考えると、日常にユマニチュード技法でケアを受けることが大切であると考え。A病院がユマニチュードを取り入れて、4年目になる。「看護職者も看護補助者も、ユマニチュードのケア技法を、実施するよう意識している。」と答えている。しかし、まあまあ実施しているという回答が概ね実施しているという回答と同程度あり、さらなる実践の余地を残している。また、ユマニチュード技法は十分な学習が必要な技術でもあり、実施していると回答した者も技術に差があることは否めない。また、今後、ケアする側の評価だけでなく、ケアを受ける側の高齢者の評価を行っていく必要がある。

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)等にかんがっていなければならない。

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

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		

