

日本ヒューマン・ナーシング 研究学会誌

第14巻 第1号

第21回 学術集会プログラム・抄録集 論文集

The21th Japan society of Human Nursing Research

- 会 期 2025年11月29日（土）
- 会 場 東邦大学 健康科学部 千葉県船橋市三山2-2-1
- 大会長 日高 紀久江 東邦大学 健康科学部 看護学科 教授

大会テーマ

生活行動回復看護の
伝承に向けて

開催に寄せて

第21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

(東邦大学 健康科学部 看護学科 教授)

このたび、第21回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会を、千葉の地にて開催できますことを、心より嬉しく思います。関東での開催は久方ぶりとなりますが、今回の会場である東邦大学健康科学部は、コンパクトながら親密な雰囲気を持つ施設であり、人々との距離が近く、温もりを感じられる空間です。このような環境だからこそ、参加者の皆様の間に、より深い対話と実践の共有が生まれることを、大いに期待しております。

さて、本学術集会の開催に先立ちまして、誠に喜ばしい報告がございました。本学会理事である紙屋克子先生が、第50回フローレンス・ナイチンゲール記章を受章されました。紙屋理事は長年にわたり、遷延性意識障害患者の看護の実践と研究に尽力されてこられました。その取り組みは、患者の尊厳を護り、回復の可能性を信じ、科学的根拠に基づいた看護実践として世界に認められたものであり、日本の看護界にとって大きな励みであり、誇りでもあります。

看護職は、日々の実践の中で患者や家族の「生活」に寄り添い、「行動」を支えるという営みを繰り返してきました。生活行動回復看護（Nursing to Independence for the Consciousness Disorder and Disuse Syndrome Patient: NICD）とは、患者の身体的・精神的・社会的な側面を統合的に捉え、その人らしい生活を支える看護の姿勢であり、まさに看護の本質を体現するものです。なかでもNICDは、意識障害や廃用症候群を有する患者に対し、生活の再構築を支援する重要な実践であり、移乗・移動・食事・排泄などの生活行動を、少しでも、可能な限り自分で行えるよう支援することで、患者の尊厳と自立を支える看護です。

こうした実践を担う人材の育成において、当学会が主催する認定看護師教育制度は、極めて重要な役割を果たしてきました。制度創設当初は、北海道札幌にて集合研修を中心に展開し、実習では講師が研修生の所属施設に赴き、直接的な指導を行うという特色ある教育形態を採用しておりました。コロナ禍を契機に集合研修はオンライン形式へと移行しましたが、研修は現在も継続しております。

NICDにおいて、これらの認定看護師の活躍を含め、これまで築かれてきた実践知を記録し、語り、共有することは、看護の灯を次世代へと手渡すために大切なプロセスであると考えます。本学術集会では、NICDの実践を見つめ直し、その価値を再確認するとともに、伝承の方法についても議論を深めてまいります。多様な実践報告、研究発表、そして語りの場を通じて、看護の礎を見つめ直す貴重な機会となることを、心より祈念しております。

目 次

会場への交通アクセス.....	3
参加される方々へのお知らせ.....	5
プログラム・タイムテーブル.....	8
基調講演・シンポジウム・特別講演 資料.....	11
一般演題抄録.....	17
投稿論文.....	23
【実践報告】	
意識障害患者に対する甘味提供が睡眠覚醒リズム確立に及ぼす効果の検討 佐藤登志枝・宮田久美子・福良薫.....	23
排泄行動を再獲得し自宅退院可能となった高次脳機能障害患者の看護実践報告 竹内葉子・福良薫・宮田久美子.....	29
会則.....	35
投稿規定.....	38
入会案内.....	41

会場への交通アクセス

会場：東邦大学 習志野キャンパス 健康科学部棟

千葉県船橋市三山 2-2-1

【習志野キャンパスへの交通アクセス】



■JRからのアクセス

JR 総武線「津田沼駅」より北口**4・5**乗り場より京成バス**10**分、「東邦大学前」下車後すぐ。

JR 津田沼駅改札口を背に左側に進むと北口に出ます。一つ目奥の歩道橋を降りると北口**4・5**番バス乗り場があります。「三山車庫」「京成バス習志野出張所」、「二宮神社」「八千代台駅」、「日大実靱」行きのいずれかに乗車し（乗車時間約**10**分）、「東邦大学前」で下車してください。

※習志野キャンパスから JR 津田沼駅方面へお帰りの際は、バス停「ネイシア津田沼」が便利です。



※現地バス停にはのりば番号が振られていない場合があります。

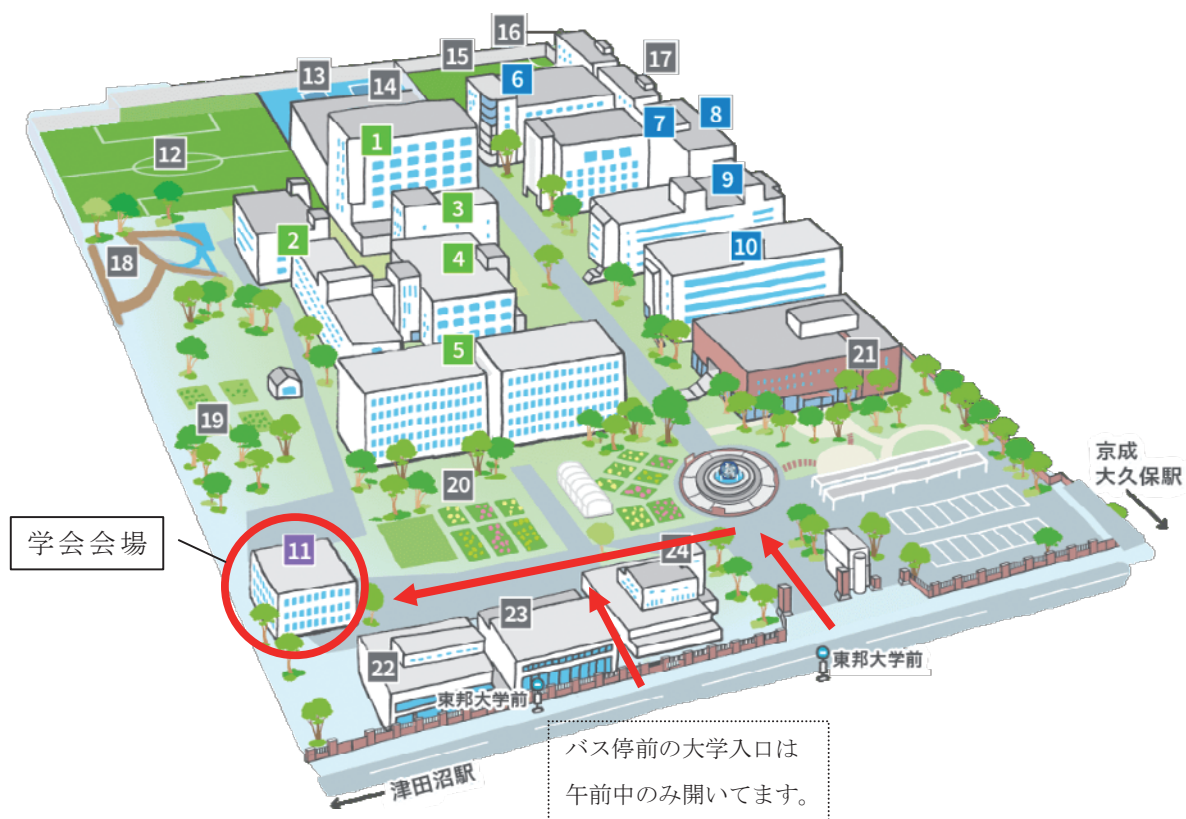
■京成本線からのアクセス

京成本線「京成大久保駅」から、徒歩約 **10 分**。

京成大久保駅改札を背にして右側の久保商店街をまっすぐ進みます。東邦大学の看板がある電柱を左折し 2 分ほど進むと正門に到着します。



【習志野キャンパス周辺図】



注意：自家用車でのご来校は固くお断り申し上げます。

参加される方々へのお知らせ

1. 事前参加登録

- 事前参加登録は11月22日（土）までとなっております。
- 事前にご登録いただいた方は、当日受付にてお名前をお知らせください。
- 確認ができましたら、抄録集・参加証・お弁当引換券をお渡しします。
- 記帳台に用意してあるネームホルダーに参加証を入れ、開催中は会場内で必ずご着用ください。

2. 当日受付について

- 11月22日以降に受付される方は、当日受付になります。
- 受付は11月29日（土）9:30から行います。
- 当日の受付はPeatixによるカード決済のみとなります。
- **現金でのお支払いはできません**のでご協力願います。
- 「当日受付」の方には、お弁当のご用意はございませんので、各自でご準備をお願いいたします。

	会員	非会員	学生
事前受付 (11月22日まで)	6,000 円	7,000 円	1,500 円 ※お弁当はつきません ※抄録集はお渡しします
当日受付 (11月23日以降)	6,000 円	7,000 円	

※学生とは学部生のみを指します。

3. 総会について

12時50分～13時00分に総会を開催いたします。会員の皆様はご出席くださいますようお願いいたします。

4. 座長の方へ

- 各群開始の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をお願いいたします。

5. 事例発表・一般演題の演者の方へ

- ご発表の方は、10:00までにスライド受付をお済ませください。
- スライド受付は、健康科学部棟K101で行います。
- 演者の方は、各セッションの開始10分前には、次演者席にご着席ください。
- 一般演題は、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。
- なお、スライドの作成にあたりましては、次ページの点にご留意ください。

スライドデータについて

- Windows および Mac で作成した 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ご持参ください。参加受付後、学会事務局の PC にて試写を行い、保存させていただきます。その後、USB フラッシュメモリーは返却いたします。PC は (Windows Microsoft Power Point) を使用します。
- Mac でご発表の場合は、1 週間前までに学会事務局に御連絡ください。また、ご自身のノート PC をご持参ください。
- 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 (元の動画ファイル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 でのご発表を予定されている場合は、ご自身の PC ならびに HDMI アダプターをご用意ください。

6. 録音と写真撮影について

講演・発表中の録音および撮影は、学会事務局が許可した関係者以外はお遠慮ください。また、他の参加者が特定される写真を SNS 等に投稿することはお控えください。

7. 領収書・参加証明書について

- 領収書は、Peatix 発行の領収書をご利用ください (「チケット購入履歴」から領収書が印刷できます)。
- 参加証がそのまま参加証明書となります。紛失しないようご注意ください。

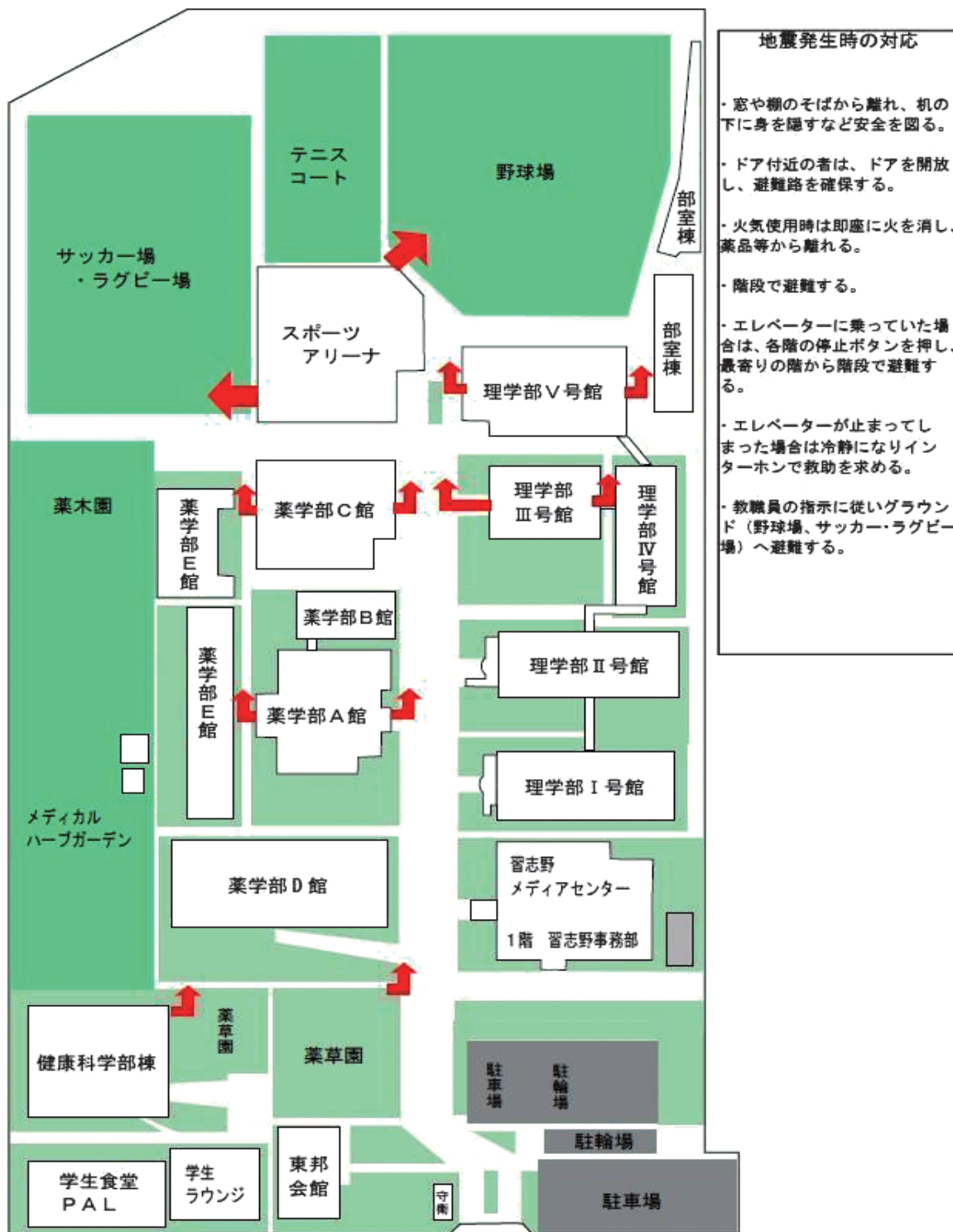
8. その他

- お車でのご来場はお遠慮ください。大学構内に駐車はできません。
- 昼食について
事前申し込み (11 月 22 日締め切り) の方は、参加証に付属のお弁当引換券にてお渡しいたします。当日受付でご参加される方は、各自で昼食をご用意ください。
なお、大学前のバス通り沿いにコンビニエンスストア (ファミリーマート) がございます。その他、京成大久保駅に向かう商店街に飲食店がございますが、大学から徒歩で 5-10 分ぐらいかかります。
- 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、マナーモードに設定してください。
- 携帯品について
クロークを設置いたしますが、貴重品はお手元で管理をお願いいたします。
場所：健康科学部棟 K102
時間：9:30~18:30
- 会場内の呼び出しについて
会場内での個別の呼び出しは、原則として行いません。
- 喫煙について
大学の敷地内は全面禁煙になっております。
- 学会誌 (抄録集・論文集) について
すべてのご参加者に、日本ヒューマン・ナースিং研究学会の学会誌 (抄録・論文集) をお渡しいたします。また、バックナンバーも含め 1 冊 1,000 円で購入することも可能です。ご希望の方は、当日、総合受付までお申し出ください。

9. 災害時・緊急時の対応

- ・ キャンパス内の避難場所は、サッカー場・ラグビー場となります。
- ・ 地震・火災などの緊急時はスタッフの指示に従い、落ち着いて避難してください。

東邦大学習志野キャンパス避難経路



プログラム

受付開始 9:30～

オリエンテーション

大会長挨拶 10:00～10:10

大会長: 日高 紀久江(東邦大学)

基調講演 10:10～11:00

「生活行動回復看護の科学的根拠—生活行動の再学習を促す看護技術」…………… 11

講師: 林 裕子(天使大学大学院)

座長: 日高 紀久江(東邦大学)

一般演題 第1群 11:10～11:50 (発表8分、質疑応答5分)

座長: 宮田 久美子(北海道科学大学)

1-1 看護援助による生活行動回復に向けた実践報告…………… 17

～拘縮改善、座位姿勢獲得、経口摂取を試みて～

菊地 まり子(医療法人同仁会 千歳第一病院)

1-2 遷延性意識障害患者の認知機能向上とADL再獲得に向けた長期看護介入の一事例…………… 18

竹内 葉子(自動車事故対策機構 千葉療護センター)

1-3 NICD学会認定看護師としてNICD看護の普及を目指した実践報告…………… 19

野田 麻美(JA岐阜厚生連 中濃厚生病院)

昼食 11:50～12:50

日本ヒューマン・ナーシング研究学会総会 12:50～13:00

シンポジウム 13:00～14:10

「独立行政法人 自動車事故対策機構 療護センターにおけるNICDの伝承に向けた現状と課題」…………… 12

シンポジスト: 秋広 由美子(千葉療護センター)

土屋 郁恵(中部療護センター)

佐藤 登志枝(東北療護センター)

金田 憲司(岡山療護センター)

座長: 福良 薫(北海道科学大学)

一般演題 第2群 14:20～15:00(発表8分、質疑応答5分)

座長：宇佐見 希子(中部脳リハビリテーション病院)

- 2-1 重症心身障害児(者)施設に従事する熟練看護師が呼吸の異常に気づく手がかり 20
小野 幸一(北海道科学大学保健医療学研究科 看護学専攻)
- 2-2 緩和ケア病棟でもう一度、自分らしく生きること 21
武井 利江(J A岐阜厚生連 中濃厚生病院)
- 2-3 日常生活動作(ADL)の拡大に繋がった自発性の乏しい高次脳機能障害患者への看護実践 22
井上 裕子(自動車事故対策機構 千葉療護センター看護部)

特別講演 第50回フローレンス・ナイチンゲール記章 受章記念 15:15～16:35

「生活行動回復看護の伝承 ―その課題と挑戦」

講師：紙屋 克子(筑波大学名誉教授)

座長：林 裕子(天使大学大学院)

閉会宣言 16:35

タイムテーブル

時間	スケジュール	会場
9:30	受付開始	コモンラウンジ入口
9:55 10:00	学会開始前の全体オリエンテーション 日本ヒューマン・ナーシング看護学会 開会挨拶	K103/104
10:10	基調講演(50分) 「生活行動回復看護の科学的根拠 -生活行動の再学習を促す看護技術」林 裕子教授(天使大学大学院)	K103/104
11:00	休憩	
11:10	一般演題:第1セッション(40分)	K103/104
11:50	昼休憩 弁当・お茶配布	K103/104 K101
12:50	学会総会(10分)	K103/104
13:00	シンポジウム(70分) 「独立行政法人 自動車事故対策機構 療護センターにおけるNICDの伝承に向けた現状と課題」	K103/104
14:10	休憩(10分)	
14:20	一般演題:第2セッション(40分)	K103/104
15:00	休憩(15分)	
15:15	特別講演(80分) 第50回フローレンス・ナイチンゲール記章 受章記念 「生活行動回復看護の伝承 -その課題と挑戦」 筑波大学名誉教授 紙屋 克子	K103/104
16:35	日本ヒューマン・ナーシング看護学会 開会挨拶	
17:00 -18:30	紙屋先生受賞お祝い会	コモンラウンジ/K101

基調講演・シンポジウム・特別講演 資料

「生活行動回復看護の科学的根拠 —生活行動の再学習を促す看護技術」

林 裕子

天使大学大学院

近年の高度医療の進展により、重篤な疾患や外傷を負った患者の救命率は向上しています。しかしその一方で、救命はされたものの、長期にわたる意識障害(consciousness disorder)や廃用症候群(disuse syndrome)により、生活行動が困難な障害を抱える患者が増加しています。これらの患者は、それまでの人生の継続性が断たれ、生活の質(QOL)が著しく低下する状況に置かれます。また、家族や介護者にとっても、日常的な介護負担は大きく、精神的・身体的・経済的な影響は計り知れません。

このような現状を踏まえ、患者の身体的変化を生理学的・病理学的視点からの確にアセスメントし、生活行動の自立へと導く看護の展開が重要であると考えています。私は、これまで、生活行動回復看護(Nursing to Independence for the Consciousness Disorder and the Disuse Syndrome Patient: NICD)の必要性について提唱してきました。生活行動回復看護は、身体調整・身体解放・生活行動再獲得の3つの看護技術を統合的に活用することで、患者の生活行動を再構築することを目的としています。まず、身体調整技術では、生活リズムの調整を通じて日中の覚醒を促し、次に、身体解放技術では、拘縮や側弯を予防・改善し、抗重力姿勢(座位)の獲得を目指します。そして、生活行動再獲得技術では、食事や排泄などの基本的な生活行動を再学習することで、脳内の行動記憶を刺激し、行動の自発性を回復させます。これらの看護介入は、本来であれば急性期から開始し、回復期・慢性期を経て在宅支援に至るまで、継続的かつ体系的に実施されることが望ましいと考えます。しかし、現実の医療現場では、制度的・人的資源の制約により、その実践の継続は困難な状況にあります。

本講演では、生活行動回復看護の中でも特に「生活行動の再学習」に焦点を当て、脳波等による研究成果を踏まえた科学的根拠に基づく看護技術についてご紹介いたします。実際の介入事例として、寝たきり状態だった患者が車椅子に座れるようになり、経管栄養から経口摂取へと移行したケースがございます。また、表情の変化や意思表示の増加が見られ、髭剃りや食事などの生活行動を自発的にできるようになった事例も報告されています。これらの成果は、記憶・感覚・身体機能を統合的に捉えた看護介入の有効性を示すものです。生活行動回復看護は、単なる身体機能の回復を目的とするものではなく、患者の尊厳を守りながら「その人らしい生活の再構築」を支援する看護です。また、廃用症候群の症状を有する認知症高齢者などにも応用可能であり、今後の高齢者ケアにおいても重要な役割を果たすと考えています。本学会を通じて、生活行動の再学習を促す看護技術の意義と方法を再考し、明日からの看護実践に繋げていくことを切に願っております。

テーマ：「独立行政法人 自動車事故対策機構 療護センターにおける NICD の伝承に向けた現状と課題」

シンポジスト：

秋広 由美子（第1期 認定看護師）

千葉療護センター【千葉県】

土屋 郁恵（第3期 認定看護師）

中部療護センター【岐阜県】

佐藤 登志枝（第2期 認定看護師）

東北療護センター【宮城県】

金田 憲司（第2期 認定看護師）

岡山療護センター【岡山県】

座長：福良 薫

北海道科学大学 看護学科 教授

1. 企画意図

本学会では、初めて千葉県での開催となることから、「千葉企画」として、千葉療護センターのご協力を得て、シンポジウムを開催いたします。本シンポジウムでは、学会のテーマに基づき、生活行動回復看護（Neurological Impairment and Consciousness Disorder: NICD）の学会認定看護師が所属する施設を対象に、NICD 看護の伝承に向けた新たな取り組みや、直面している課題・問題点などをご報告いただき、参加者の皆様と情報を共有・交換する機会としたいと考えております。本シンポジウムでは、千葉療護センターをはじめ、比較的早い時期から NICD 看護に取り組んでこられた自動車事故対策機構（NASVA）の療護センター 4 施設にご協力をいただき、それぞれの施設に所属する NICD 認定看護師の皆様に、シンポジストとしてご登壇いただくこととなりました。

2. 自動車事故対策機構 療護センターとは

自動車事故による脳損傷により重度の後遺障害が残り、継続的な治療と看護を必要とする患者を対象とした専門施設「NASVA 療護センター」を、全国に 4 か所設置しています。これらのセンターでは、急性期医療で生命の危機を脱した直後の患者から、受傷後一定期間を経過した患者まで、幅広く受け入れています。入院患者の多くは意識障害を抱えており、

さらに廃用症候群の症状を併発しているケースも少なくありません。このような患者に対応するため、看護師は早期から NICD 看護に関心を持ち、認定資格を取得したうえで、各センターにおいてその実践方法の普及に努めてまいりました。しかしながら、2020 年以降の COVID-19 感染拡大により、免疫力の低い患者を対象とする療護センターでは厳格な感染対策が求められ、NICD 看護の十分な実践が困難となる時期もありました。また、NICD 看護を理解し実践できる看護師の退職などにより、看護の継承にも課題が生じております。

3. シンポジウムの概要

本シンポジウムでは、前述の状況を踏まえ、各センターに所属する NICD 認定看護師の皆様、施設における NICD 看護の現状と、伝承に向けた課題についてご発表いただきます。これにより、参加者の皆様と情報を共有し、NICD 看護の伝承に向けた新たな取り組みや課題を明らかにすることで、実りあるディスカッションを行い、今後の各施設への展開の可能性を探ることを目的としております。

第50回 フローレンス・ナイチンゲール記章 受章記念

「生活行動回復看護の伝承 ―その課題と挑戦」



紙屋 克子

日本ヒューマン・ナースング研究学会理事
筑波大学名誉教授

意識障害は頭部外傷や脳血管障害など、脳の一次障害に限らず循環器・呼吸器疾患、代謝障害、中毒など、さまざまな原因によって引き起こされます。重度脳損傷における意識回復に向けた有効な治療法は国際的にも未だ確立されておらず、原疾患の治療が奏功した場合でも、意識障害が遷延化するケースにおいては看護の成果も限定的で生命維持や身体機能の調整といった消極的な対応にとどまりがちです。さらに、長期臥床によって生じる廃用症候群が、患者の生活行動の回復を一層困難にしています。このような状況を打開するため、1991年、我々は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、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の開発に取り組んでまいりました。看護師が担う生活支援技術には、目的・方法・効果において他職種と異なる独自性が求められますが、それらを客観的なエビデンスとして示すことが難しいという課題も存在しています。現在も多くの遷延性意識障害で病院・施設・在宅で、寝たきり状態が長期化した患者さんの生活行動を自立させる困難さは、なお大きな課題となっています。これらの患者に対しては、生理学的・運動力学的などの学際的な視点から身体的状態を的確にアセスメントし、看護技術を駆使して生活行動の自立を支援する実践を積み重ねていくことが求められています。

こうした背景を踏まえ、我々は2011年「日本ヒューマン・ナースング研究学会」を設立し、専門職としての看護実践者の育成を目的とした体系的な教育プログラムを作成し、生活行動回復看護の普及に向けた取り組みを進めてきました。そして、本学会の設立を含む長年の遷延性意識障害患者の看護実践の積み重ねと研究活動に対して、第50回フローレンス・ナイチンゲール記章（国際赤十字委員会；スイスジュネーブ）の受章という国際的な栄誉を得ることができました。このことは、日本の看護が世界に認められた証左であるといえましょう。

本講演では、長年にわたる遷延性意識障害患者との関わりから得た知見をもとに、「生活

行動回復看護」の理念と技術の本質を具体的事例に基づいて紹介させていただきます。そしてそれらの知識と技術をいかに次世代へと伝承していくかという視点から生活行動回復看護の伝承における今後の課題と展望について考察します。本学会において発言の機会を頂き、これまでの看護活動から大きな一歩を踏み出すチャレンジャーの出現に期待すると共に、生活行動回復看護の活動が広く普及し、多くの看護師の皆様を受け継がれていくことを心より願っております。

[略歴] 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、臨床看護を実践し、その後北星学園大学で 社会福祉学を学び、北海学園大学大学院で修士号（医事法・インフォームドコンセント）を修得した。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 年に筑波大学大学院医科学研究科 社会医学系 教授ならびに 看護・医療科学類長など、約 10 年間の教育・研究活動、臨床看護実践を継続する。静岡県立大学、京都看護大学において大学院の開設にかかわり責任者として就任。教育・研究活動を担いながら意識障害患者の看護実践の協力病院を募り、専門技術の普及と指導に取り組む。看護技術に対する診療報酬での経済評価を得ることを目的に日本ヒューマン・ナースング研究学会を設立し、学会認定看護師教育等の人材育成に努めている。

[受賞]

平成 5 年度	第 27 回吉川英治文化賞受賞：意識障害患者に関する看護活動により
平成 18 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」活動により
令和 7 年度	第 50 回 フローレンス・ナイチンゲール記章受章

[主な著書]

「私の看護ノート」医学書院

「パーキンソン病の看護と日常生活支援」メディカ出版

「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）、他

[社会活動]

日本ヒューマン・ナースング研究学会理事

日本意識障害学会名誉会員

日本脳神経看護研究学会名誉会員

一般演題

看護援助による生活行動回復に向けた実践報告 ～拘縮改善、座位姿勢獲得、経口摂取を試みて～

○菊地 まり子

医療法人同仁会 千歳第一病院

【はじめに】障害者病棟では、患者の多くが寝たきりであり拘縮のある患者が少なくない。拘縮のある患者においては、おむつ交換や入浴において、患者自身だけではなく看護補助者にも苦痛や負担が生じることが課題である。こうした状況の改善を目指し、紙屋らが提唱する生活行動回復看護技術（以下、NICD）を実施した。そこで本報告では、NICD の実践により拘縮の改善および離床、経口摂取再獲得を目指した看護の取り組みを報告する。

【事例紹介】患者は80歳代女性。2017年脳動脈瘤にてクリッピング術を受け、その後混合性認知症を発症。老人施設に入所後、大腿骨骨折、呼吸不全を合併した。さらに気管支炎や肺炎を繰り返し、廃用症候群となった。肺炎のため、2024年に障害病棟に転院した。この時の看護問題は、四肢拘縮によるおむつ交換や更衣時の苦痛、および経口摂取困難であった。繰り返す肺炎による嚥下機能の影響については、嚥下内視鏡スコア1点と評価されたが、認知機能の低下により経口摂取ができないため中心静脈栄養が施行された。栄養状態はBMI16.9点であった。この経過を経て、転院後7か月後にNICDを実践した。

【倫理的配慮】倫理審査委員会の承認を得たのち、個人が特定できないように配慮し、写真の公表については、口頭および文書にて対象者及び家族から自由意思による承諾を得た。

【看護の実践】看護目標を四肢拘縮の改善を図り車椅子での座位保持と、一口の経口摂取を可能とすることであった。NICD介入は35日間実施した。介入内容は、状態観察後に看護師2名で、ベッドサイドの左右に立ち、上肢と下肢にバランスボールの微振動10分、座位姿勢訓練を10分間実施した。その間、患者の様子を観察しながら、口腔ケアを10分間実施した。実施中は、常に次の動作を説明し自発性を引き出す試みをした。介入の効果は、関節可動域やMMASA日本語版スコアシートと表情の変化を評価した。

介入の評価では関節可動域は、開始後35日目では肩関節の屈曲は左右とも15度から右45度、左35度、外転は左右とも10度から右45度、左25度であった。また、肘関節の屈曲は右40度から70度、左70度から90度であった。下肢の可動域の改善は少ないが、車椅子に乗車することは可能となった。MMASA日本語版スコアシートでは、42点から75点となった。また、介入前は発語がみられなかったが介入中には「たいへんだね」などの発語がみられた。介入前の表情は苦痛時の変化が見られたが、介入後は苦痛表情がなく、周囲を見たりする様子がみられた。また、棒つきアイスを誤飲することがなく介助のもとで摂取することができた。栄養状態ではBMI16.8点と変化がなかった。

【考察】NICDの看護技術を実施したことで、関節の拘縮による苦痛の軽減と、座位姿勢の獲得が可能となった。それに伴い、経口摂取の実現や表情の変化にもつながったと考える。このことは生活行動の拡大、QOLの向上に寄与し、NICDが看護者にとって新たな援助技術として定着する可能性を示唆している。

遷延性意識障害患者の認知機能向上とADL再獲得に向けた 長期看護介入の一事例

○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】自動車事故による脳損傷により遷延性意識障害となった患者は、重度の後遺症を抱え、コミュニケーションが困難であることが多い。患者家族にとって最も切実なニーズは、患者の意識回復である。今回、脳損傷後に光刺激への反応や視力の有無が懸念されていた重度脳損傷患者に対し、長期にわたり継続的に看護介入を行った結果、認知機能の向上が認められ、日常生活動作（以下、ADL）とコミュニケーションの再獲得に繋がった事例について報告する。

【対象】本事例は、交通事故による頭部外傷から4ヶ月が経過した20歳代の男性である。入院時に自発的な開眼は認められたが、瞬目や追視はみられず、口頭指示への反応もなかった。一方で、家族の声かけには泣くような表情がみられた。ADLは全介助の状態であり、胃管および気管カニューレを挿入していた。上下肢は伸展位であり、時折筋緊張の亢進がみられた。

【倫理的配慮】発表に際して、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家族に口頭で説明し、書面にて同意を得た。また所属施設から発表に関する承認を得ている。

【看護の展開】本事例のアセスメントとして、苦痛や怒りの表情がみられ、簡単な指示に対しては随意的な運動による反応が認められたことから、言語を理解している可能性があった。また、下肢の活発な動きや視覚機能が保持されていることが確認できた。筋緊張により体幹が右へ傾く傾向はあったが、体幹アライメントの調整を図ることで筋緊張の緩和や姿勢矯正に繋がり、生活行動の再獲得が可能になるのではないかと判断した。事例の患者は、嫌だと思ふことには強い拒否反応を示し、興奮することもあったが、「サインを見つける」ことを目標に、端座位で受傷前に好んでいた音楽や動画の視聴、指先を使ったボール投げや積み木等を継続的に行った。その結果、6ヶ月後に凝視・追視がみられ、ベッド上のボールを手探りで探し出すようになり、12ヶ月後には一部介助で歯磨きや衣服の着脱が可能になったため、「患者の持てる力を引き出し、ADLを拡大・再獲得する」と目標を修正した。24ヶ月後には端座位が安定し、車椅子へのトランス移乗が可能になった。36ヶ月後（退院時）は笑顔や左上肢の挙上、指によるOKサインの表出やタブレット操作ができるようになった。さらに、介助は必要であるが、足こぎペダル車椅子の運動やポータブルトイレでの排泄が可能になった。

【考察】入院から退院までの3年に及ぶ看護介入の結果、本事例では座位姿勢において頸部保持が可能となり、座位保持ができるようになったことでADLの再獲得に繋がったと考えられる。運動機能の改善により覚醒レベルが安定すると、コミュニケーション能力が向上すると言われており、本事例においても座位姿勢の獲得により手指の使用が可能となり、ADLの再獲得および認知機能の向上に繋がったものと考えている。また、患者の体調不良やアキレス腱延長手術などにより看護介入が困難な期間もあったが、状態に応じた介入を繰り返し実施することができた。遷延性意識障害患者の回復には時間を要するが、本事例のように変化が認められた場合には、退院後も積極的かつ継続的な看護介入が望まれる。

NICD学会認定看護師としてNICD看護の普及を目指した実践報告

○野田 麻美

JA岐阜厚生連 中濃厚生病院

【目的】当該施設ではNICD看護実践を臨床で広める活動を行ってきた。しかし、実践の普及には困難感があり、先行研究でもNICDの理論的根拠をもって知識を伝えることの困難さが課題として挙げられていた。今回、NICD学会認定看護師を委員長として昨年度に発足した看護部栄養管理委員会が、委員会活動を通して変革を推進した経緯を、コッターの変革理論を用いて振り返り、患者および委員の行動変容に与えた影響を考察する。

【実践内容】看護部栄養管理委員会に属する委員13名に対し、委員長からの活動目標の周知と現状の問題の共有をした。そして、食べられる口づくりという共通目標を設定し実践につなぐ支援のもと、各病棟の課題に応じた行動計画表を策定し看護実践に取り組んだ。その内容は1ヶ月毎に報告の時間を設けて、活動開始から1年後に実践報告会を開催した。各病棟で対象となった患者は、褥瘡・創保有患者、認知症患者、周手術期患者など、栄養管理が特に必要とされる患者群とした。実践内容は、口腔ケアの徹底、栄養アセスメントの強化とし、NICDon-line研修やNICD学会認定看護師による勉強会を受講し知識の共有を図った。今回、変革の段階と課題を明らかにするために、13名の委員の行動変容と、対象となった患者の変化のデータを収集し、その変化を分析した。

【倫理的配慮】本活動は、患者の安全に考慮した看護実践の体制に関連するものであり、個人の特定がされないように配慮した。

【結果】委員の行動変容として、委員会による体系的な知識伝達と成功体験の共有を通じ、「栄養管理に関する看護計画の早期立案・修正」や「多職種チームカンファレンスでの意見交換」など、委員の行動に明確な変化がみられた。患者への影響は、認知症患者の経口摂取が困難だった事例では、体重減少が認められず良好な栄養状態での退院が可能となった。また、誤嚥性肺炎を繰り返す看取り患者においても、継続的な口腔ケアにより口腔内環境を良好に保ち、数口の経口摂取が可能となった。

【考察】コッターの変革理論では、低栄養状態の患者、口腔衛生状態不良患者の存在を共有「危機意識を高める」(第1段階)、NICD学会認定看護師を委員長とし組織的な推進体制を構築「変革推進チームを作る」(第2段階)、共通目標を設定「適切なビジョンを周知徹底する」

(第3段階)、看護部目標と委員会の役割の関連を伝達「変革のビジョンを周知徹底する」(第4段階)、NICDon-line研修と委員長の勉強会を受講し各病棟の課題を踏まえ行動計画を策定後、NICD看護を実践「従業員の自発的な行動を促す」(第5段階)とした。実践報告会で報告された患者への影響は「短期的な成果を創出」(第6段階)と言える。「短期的な成果の創出」には現場の看護師と協働しておりNICD看護実践の広がりがあったと推察できる。今後の課題は第7段階の「さらに変革を進める」ために、看護師や多職種が協働し患者の変化を継続的に引き出し、成果を可視化することが必要である。そして、NICD実践者を増やし継続することで、第8段階「変革を根付かせる」ことにつなげることである。

重症心身障害児（者）施設に従事する熟練看護師が 呼吸の異常に気づく手がかり

○小野 幸一¹⁾ 笹木 弘美²⁾ 福良 薫²⁾

1) 北海道科学大学保健医療学研究科 看護学専攻 2) 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科

【研究目的】重症心身障害児（者）（以下、重症児者）の死因は肺炎などの呼吸疾患が多い。重症児者は苦痛を訴えることができないため、モニタリングできない福祉型病棟において呼吸の異常は看護師の主観的判断に頼らざるを得ない。そこで、本研究の目的は重症児者施設に従事する熟練看護師が、利用者の呼吸の異常に気づく手がかりを明らかにすることである。なお、手がかりとは呼吸が異常だと察知した根拠や基準、よりどころとなった事柄とした。

【研究方法】本研究は質的記述的デザインである。研究参加者は、看護師免許取得後 5 年以上の経験を有し、うち 3 年以上を重症児者施設の福祉型病棟に従事した熟練看護師 3 名とした。データ収集方法は半構造化面接法によるインタビューとし、分析方法は Berelson の内容分析を参考に、逐語録より呼吸の異常に気づいた手がかりを抽出し、意味内容の類似性に従って類型化した。分析の妥当性は研究者間で検討し、担保する努力を行った。

【倫理的配慮】本研究は研究参加者に研究の主旨、方法、参加の自由、撤回は可能であること、不参加や撤回しても不利益を被らないことなどを口頭及び紙面で説明し、同意を得た。なお、研究者が所属する機関の倫理審査委員会を通して所属長の承認を得て実施した。

【結果】研究に参加した 3 名の看護師は、40 歳～50 歳代で、全員女性であった。また、看護師としての平均経験年数は 23 年、重症児者施設での平均経験年数は 10 年であった。インタビューの平均所要時間は 27 分であった。得られた手がかりは、182 の記録単位で、53 コード、30 サブカテゴリ、6 カテゴリから形成された。最も記録単位数が多かったのは「いつもより活動性がない」や「昨日とは違うな」といった語りから形成された【いつもとの違い (18)】というカテゴリであった（以下カッコ内はコード数）。続いて「顔色」や「呼吸の型」などから形成された【身体兆候 (14)】、「過去の危険な経験」などから形成された【過去の経験からの学び (9)】、「側弯の程度」や「自力喀痰ができない」などの【重症心身障害者の身体的特徴 (8)】、「耳と目による感覚」などの【看護師の感覚 (3)】、「気を付けるための学習」で形成された【重心の対象者に関する学習 (1)】であった。

【考察】呼吸に異常が生じれば、顔色や呼吸の型に変化が生じるため身体兆候は重症児者に限らず看護師が異常を判断するための根拠である。今回の結果は、【身体兆候】以上に【いつもとの違い】をよりどころに呼吸の異常を発見している点が特徴的であった。重症児者や廃用状態の患者の多くは自身の苦痛や痛みを言語で表出することはできない。したがって、いつもとのわずかな変化に看護師が気づき、臨床推論を進めるために SpO_2 などの客観的データを収集するステップに移行することで早期の対応が可能となる。さらに気づくためのコンテクストとして、重症児者は側弯により肺が拡張しにくいなどの【重症心身障害者の身体的特徴】や看護師が遭遇した過去の呼吸にまつわる【経験からの学び】が看護師の手がかりとなっていることが明らかになった。これらを言語化し、共有することができれば勤務経験年数にかかわらず共通した観察が可能となると考えられる。

緩和ケア病棟でもう一度、自分らしく生きること

○武井 利江 島崎 美代

J A 岐阜厚生連 中濃厚生病院

【はじめに】生活行動の再獲得に向けた看護実践が、緩和ケア病棟で全人的苦痛（精神的苦痛・身体的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアルペイン）を抱えた患者に対し、その人らしく生きることにつながった事例を報告する。

【事例紹介】A氏は、60歳代の女性であった。仙骨部脊索腫と診断され陽子線治療を受けたが、肺転移が認められ、腫瘍切除術を実施した。その後、再発を認めBest Supportive Careに移行することとなり、緩和ケア病棟に転入となった。転入時、下肢の痺れ感が強く、日常生活動作（以下、ADL）としては、ヒップアップや歩行が困難であった。また、仙骨部に持続痛があり仙骨部を浮かし左側臥位で過ごしていた。さらに、長期的な発熱により急激にADLが低下し不安を訴えることが多くなった。加えて、疼痛による活動量低下と麻薬鎮痛剤の使用、疾患による感覚鈍麻のため便秘の悪化を認めた。

【倫理的配慮】本報告にあたり、対象者には口頭と書面で報告の目的と内容を説明し書面で同意を得た。発表にあたり所属施設の看護部長の許可を得た。

【看護の展開】転入時A氏は、「足が動けば家に帰りたい。息が苦しくなるのと足が動かなくなるのとどっちが先だろう」と毎日泣きながら寝て過ごしていた。ケースカンファレンスの結果、まずは、ありのままの自分を受けとめることを目標とした。実施内容として朝の検温時に1日の行動計画を日勤看護師と一緒に考え、1日のスケジュールを共有できる専用ボードを作成し、行動計画を視覚的に確認できるようにした。専用ボードを活用することで時間を意識し、A氏自らがリハビリ前に痛み止めを使うタイミングを提案するなど症状コントロールができるようになった。痺れが増強することに対し、不安な言動は度々聞かれたが、転入数日後には、現状を受け入れようとする発言があった。排便コントロールが不良な時には、突出痛が出現するためバランスボールを用い微振動を取り入れ、腹部マッサージを実践した。腹部マッサージを取り入れたことで突出痛の緩和ができた。生活行動の再獲得に向けた看護実践により1ヶ月半ごろには「バランスボールやマッサージで便の調子が良くなった」、2か月後には「リハビリのおかげで踏ん張って便が出せた」と前向きな言動に変化し、約4カ月の介入後には歩行器歩行で、一般浴に軽介助で入れるようになった。

【考察】今回の緩和ケア病棟で全人的苦痛を抱えた患者が生活行動の再獲得に向けた看護実践を実施した。終末期ではあったが、痛み止めの薬効を調整しながらADLの確立を目指した関りは便秘の改善にもつながり、身体的苦痛を緩和することができたと考えられる。さらに関わり方としてA氏の不安や思いを受け止め、本人の意思を尊重する看護実践は、目標であったありのままの状況を受け止めつつ、自分らしく生きるA氏に伴走する形で精神的苦痛やスピリチュアルペインをも軽減することにつながったと考えられる。

日常生活動作（ADL）の拡大に繋がった 自発性の乏しい高次脳機能障害患者への看護実践

○井上 裕子 竹内 葉子 秋広 由美子 岸部 友美

自動車事故対策機構 千葉療護センター看護部

【はじめに】自動車事故対策機構に入院する患者の多くは自動車事故による脳損傷により重度の後遺症を有し運動障害を抱えている。今回、脳損傷による高次脳機能障害により自発性が乏しく臥床時間が長かった患者に端座位を継続した事で離床時間が延長し、日常生活動作（以下 ADL とする）の拡大に繋がった症例を報告する。

【対象】患者は交通事故受傷から 10 ヶ月が経過した頭部外傷後遺症の 40 歳代男性であった。右上下肢に麻痺はあったが、両上下肢の拘縮・可動域制限はなかった。高次脳機能障害により失語・失行・失認・記憶障害、注意障害等があり、自発性の低下に加えて筋力・体力の低下のため活動性が低く ADL は全介助であった。

【倫理的配慮】発表に際し個人が特定される事のないように十分な配慮をする事を家族に口頭で説明し書面で同意を得た。また所属施設の承認を得た。

【看護の展開】体力や筋力が低下しており円背もあるため、骨盤位になり姿勢崩れがあった。しかし、膝立てができることから端座位保持ができれば生活行動を獲得できる可能性があると考えた。また、便秘傾向であり腸蠕動を活発にするため運動量や筋力を増やす必要があると考えた。介入開始時、日中傾眠傾向だったため「覚醒時間の延長と頸部保持」を目標とし、動画を一緒に見たりテニスボールの受け渡しをしたり、コミュニケーションを取りながら端座位を実施した。9 か月後、覚醒時間が延長し頸部保持は徐々に安定してきたため、目標を「端座位が 20 分でき排便姿勢の意識付けができる」に修正した。実施内容として、バランスボールを使用し立ち直り反射を誘発させ、座位姿勢保持を取り入れた。10 か月後、端座位保持が 20 分程度可能となったため「座位姿勢保持とポータブルトイレで腹圧をかけられる」と目標を変更した。ベッド手前に両手を接地するように促し座位保持時間を少しずつ延長できるようにした。ポータブルトイレでは腹部に触れ腹圧を確認し声をかけた。

15 ヶ月後、軽介助で端座位ができるようになり数分間の自力座位保持が可能になった。声かけで腹筋に力が入るようになり、ポータブルトイレで自力排便がみられるようになった。また、発語が増え、さらに前向きな発言や肯定的な言葉が増え、表情も穏やかになった。

【考察】15 か月という長期にわたった介入ではあるが、最終的には座位にて腹圧をかけて排便するという本来人間が持つ排泄メカニズムと排便動作を獲得することができた。これは座位保持に加え、繰り返し腹圧を意識させたことが有効であったと考えられる。また、介入により自発性が乏しかった患者に穏やかな表情や前向きな発言や肯定的な言葉が増えたことから、継続して端座位を行い頸部保持・端座位の時間延長等の成功体験を積み重ねた事は、本人の自己効力感が高まり意欲向上となったと考えられる。一般に高次脳機能障害患者の行動拡大は脳の損傷による自発性の低下により困難であると言われているが、本事例から時間をかけてスモールステップで目標設定し、継続して関わることで ADL を再獲得し、自発性を獲得する可能性が示唆された。

投 稿 論 文

■実践報告

意識障害患者に対する甘味提供が睡眠覚醒リズム確立に及ぼす効果の検討

The effect of providing sweetness on regulating sleep-wake rhythm to patients with disorder of consciousness

佐藤登志枝¹⁾ 宮田久美子²⁾ 福良 薫²⁾

1) 一般財団法人広南会 広南病院 東北療護センター 2) 北海道科学大学保健医療学部看護学科

要 旨

本研究は、意識障害患者への経管栄養のタイミングに合わせた経口的な甘味提供が、睡眠覚醒リズム確立に及ぼす効果を検討することを目的とした。この試みは睡眠覚醒を調節する脳内物質オレキシンが、空腹と甘味により活性化する特性を利用することを背景とした。

対象者は50歳代の女性で低酸素脳症を診断され16か月が経過した意識障害患者1名であった。甘味の提供は、1日3回経管栄養注入前に色のついたオリゴ糖をスワブに吸わせ舌の上にのせる方法で行った。未介入・感覚刺激等の複合刺激・複合刺激+甘味提供・甘味提供の4つの介入それぞれ7日間の睡眠と覚醒の24時間の状態の記録から睡眠、覚醒、浅眠の時間数を算出した。その結果、感覚刺激や温浴などの複合刺激よりも、甘味提供において、活動時間帯の覚醒時間が増え、一日を通して浅眠時間が減少した。

このことから、意識障害患者への甘味提供は、睡眠覚醒リズムの確立に有効である可能性が示唆された。

キーワード：意識障害、甘味、睡眠覚醒リズム、睡眠、概日リズム

I 序論

意識障害は覚醒や自身と周囲の認識が低下した状態である¹⁾。意識障害の回復には、薬物療法や電気生理学的な治療、リハビリテーション（以後、リハビリとする）^{2) 3)} の他、味覚や聴覚、触覚への感覚刺激の方法やそれらの効果⁴⁾ に関する研究が行われているが、未だ有効な治療は立証されていない。一方、意識回復には概日リズムの調整に関する有効性が着目されている⁵⁻⁸⁾。概日リズムとは人間に生来備わっている体内時計であり、自律

的な約24時間の周期的変動である。意識障害患者の意識回復について、Blumeら⁵⁾ は体温の概日リズムを、Gobertら⁶⁾ は脳波とメラトニン、コルチゾールを指標と考え、意識回復にはそれらのリズムが良好であることが関係していると報告している。また、概日リズムの主要項目である睡眠覚醒リズムは、特に重度の意識障害患者において不規則な周期であることを示唆している⁷⁻¹⁰⁾。

近年、睡眠覚醒を調節する脳内物質としてオレキシンが発見された。オレキシンは覚醒状態を維持する他に、摂食行動に関与している¹¹⁾。特にオレキシンが関与する神経系は、マウスの実験において空腹時に活性化しながら覚醒状態を維持して食餌の探索行動を促進し、血糖値上昇とともにその神経系が抑制されることが示された¹²⁾。また、オレキシンは甘味の摂取により放出が促進されることが報

<連絡先>

佐藤登志枝

〒982-0012 仙台市太白区長町南4-20-6

自動車事故対策機構 東北療護センター

center-nurse@kohnan-sendai.or.jp

受理日：2025年2月14日



図1 甘味の提供方法の実際

告されている¹³⁾。このことから、経口的に食事が摂取できない意識障害患者においても、経管栄養と少量の甘味を経口的に提供するという方法により、睡眠覚醒のリズムを整えることが可能ではないかと考えた。

そこで本研究は、意識障害患者を対象に、経管栄養のタイミングに合わせて甘味を提供し、睡眠覚醒のリズムに変化があるかどうか検討することを目的とした。また、対象とする事例は、本研究のデータ収集期間中に、意識回復に向けた複合的な刺激導入を継続的に実施していたため、甘味のみにおける睡眠覚醒リズムの変化と、他の複合的な刺激期間時の睡眠覚醒のリズム確立への変化についても検討した。

II 研究方法

1. 研究対象者

対象は、交通事故後の低酸素脳症と診断されている50歳代の女性である。大脳に全般的な萎縮がみられ、発症16か月時の広南スコアでは最重症の68点だった。全身的に筋の緊張が強く、軽いタッチングにより顔面に痙攣や眼振がみられていた。視覚誘発電位検査では、視覚情報は脳に伝達されていないと診断されており、昼夜問わず閉眼していた。光療法や薬物療法等の医学的治療を実施していたが、睡眠覚醒リズムに関する効果はなく、呼名により容易に開眼する「浅眠」と、「断片的な睡眠」が続いている状態だった。また、気管カニューレを挿入していたが、唾液嚥下時に誤嚥するため、3食とも非経口的に栄養摂取を行っていた。

2. データ収集方法

対象者は、本施設で実施している意識回復を目的とした8週間の複合刺激プログラム(温浴刺激、筋膜リリース、用手微振動、バランスボールによるエクササイズ等)の看護介入を4週間実施し、終了した翌日から甘味提供を行った。甘味は1日3回、経管栄養を注入する前にオリゴ糖1mLをスワブに吸わせ、対象者の舌上にのせた(図1)。唾液嚥下時の誤嚥があるため、甘味提供の前後で口腔ケアを行い、齲歯や誤嚥性肺炎を予防した。なお、本研究では、複合刺激プログラム(以後、複合刺激とする)の開始1週間前から、1時間ごとに開閉眼の状態を記録した。複合刺激の期間である8週間を含む、計70日間の意識障害患者の24時間の開閉眼の記録をデータとして分析した。また、開閉眼の確認は1時間に一度であるが、確認時の状態を当該の1時間の状態としてみなした。

3. 分析方法

記録データは、開眼している状態を「覚醒」、容易に開眼しない状態を「睡眠」、閉眼していても容易に開眼する、あるいは半開眼の状態を「浅眠」とした。睡眠覚醒の状態について、縦軸を経過日、横軸を時間軸として、睡眠と覚醒の状態に応じて色分けを行った。

分析時期として、①介入開始前、②複合刺激のみ、③複合刺激+甘味提供、④甘味提供のみ、の4つの期間中、各7日間(24時間/日)の睡眠覚醒の状態に関する記録から「睡眠」、「覚醒」、「浅眠」の時間数を算出した。なお、前述した①の期間に基づき、①から④までにおいて各7日間連続して得られているデータ

を抽出した。

また、9 時台～20 時台を活動時間帯、21 時台～8 時台を就寝時間帯と区分し、活動時間帯における「覚醒」時間 (A)、「睡眠」時間 (B)、「浅眠」時間 (C)、就寝時間帯の「睡眠」時間 (D)、「浅眠」時間 (E) の 5 つの相の時間を各日で合計した。

III 倫理的配慮

本研究は広南病院倫理委員会の承認を得た (承認番号：2024-1120-01)。患者家族に対しては、介入の目的、方法、論文公表におけるデータの使用、個人が特定されないよう配慮することについて口頭で説明し、了承を得た。

IV 結果

分析対象の経過日における24時間の覚醒・睡眠・浅眠の状態を色分けし、図2に示した。

活動時間帯の覚醒 (A)、睡眠 (B)、浅眠 (C)、および就寝時間帯の睡眠 (D)、浅眠 (E) の各相における、看護介入①～④群内の平均時間を示した (表1)。

1. 活動時間帯における看護介入群による比較

1) 覚醒時間 (A)

活動時間帯の覚醒時間は介入開始前が平均

表1 5つの相における介入ごとの平均時間の比較

相	介入	平均 (hr)	標準偏差
A: 活動時間帯－覚醒	未介入	6.7	1.1
	複合刺激	7.3	1.9
	複合刺激＋甘味	9.0	1.6
	甘味	9.6	1.4
B: 活動時間帯－睡眠	未介入	3.6	1.4
	複合刺激	2.1	0.9
	複合刺激＋甘味	2.3	1.1
	甘味	2.0	0.8
C: 活動時間帯－浅眠	未介入	1.7	1.1
	複合刺激	2.6	2.1
	複合刺激＋甘味	0.7	1.0
	甘味	0.4	1.1
D: 就寝時間帯－睡眠	未介入	6.3	1.5
	複合刺激	7.4	1.6
	複合刺激＋甘味	7.4	1.7
	甘味	8.3	2.0
E: 就寝時間帯－浅眠	未介入	2.9	1.7
	複合刺激	1.4	0.8
	複合刺激＋甘味	0.7	0.8
	甘味	0.6	0.8

6.7±1.1時間であり、複合刺激が7.3±1.9時間、複合刺激＋甘味が9.0±1.6時間、甘味のみが9.6±1.4時間であった。

2) 睡眠時間 (B)

活動時間帯の睡眠時間は介入開始前が3.6±1.4時間であり、複合刺激が2.1±0.9時間、複合刺激＋甘味が2.3±1.1時間、甘味のみが2.0±0.8時間であった。また、③複合刺激＋甘味、④甘味のための計14日のうち11日は、活動時間帯の12時～14時の「睡眠」があったが、他の

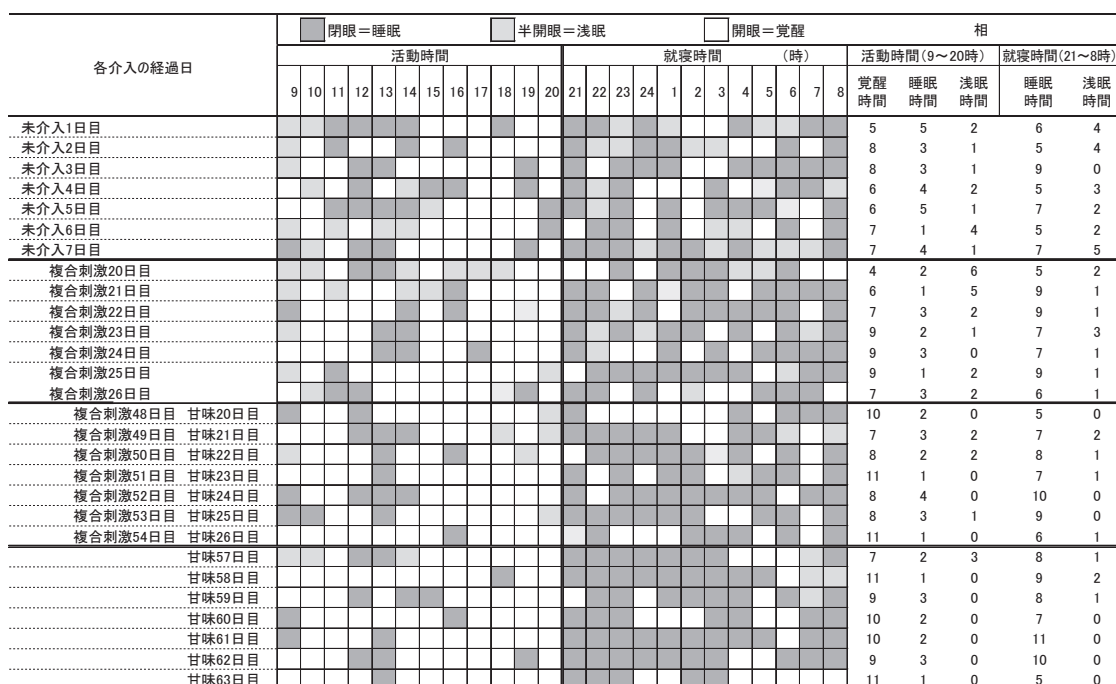


図2 覚醒・睡眠・浅眠の24時間経過

活動時間帯の睡眠はほぼ見られなかった。

3) 浅眠時間 (C)

活動時間帯の浅眠時間は、介入開始前が 1.7 ± 1.1 時間であり、複合刺激が 2.6 ± 2.1 時間、複合刺激+甘味が 0.7 ± 1.0 時間、甘味のみが 0.4 ± 1.1 時間であった。

2. 就寝時間帯における看護介入群による比較

1) 睡眠時間 (D)

就寝時間帯の睡眠時間は、介入開始前が 6.3 ± 1.5 時間であり、複合刺激が 7.4 ± 1.6 時間、複合刺激+甘味が 7.4 ± 1.7 時間、甘味のみが 8.3 ± 2.0 時間であった。

2) 浅眠時間 (E) について

就寝時間帯の浅眠時間は、介入開始前が 2.9 ± 1.7 時間であり、複合刺激が 1.4 ± 0.8 時間、複合刺激+甘味が 0.7 ± 0.8 時間、甘味のみが 0.6 ± 0.8 時間であった。

V 考察

意識障害患者を対象に、経管栄養のタイミングに合わせて甘味を提供し、睡眠覚醒のリズムに変化があるかどうか検討した。また、甘味の効果の検討において、温浴刺激やマッサージ、端座位等の複合刺激の介入の有無を含めた。その結果、活動時間帯における覚醒時間が未介入より甘味提供で長かった。また活動時間帯の浅眠時間は複合刺激より甘味提供が短く、就寝時間帯の浅眠時間は未介入より複合刺激+甘味、および甘味提供が短かった。

本研究において、甘味を提供することによって、活動時間帯と就寝時間帯の双方で浅眠時間が短縮されたことが着目される。浅眠は意識障害患者に特有の睡眠と覚醒のリズムが欠如していることによる断続的な覚醒¹⁴⁾と関係していると考えられる。松本ら¹⁰⁾の報告によると、意識障害患者の睡眠は24時間を通して浅い状態であったことが報告されている。本研究結果として、活動時間帯の覚醒時間が増え、24時間を通じて浅眠が減少したことは、夜間の深い段階の睡眠が得られ、睡眠覚醒リズムを獲得した可能性を示唆している。Racitiら⁷⁾によると、睡眠の深さが正常化することと意識障害の回復には重要な関係があ

るとされている。本研究では睡眠の生理的データは検討していないため、夜間の睡眠がどのような深さであったかを明らかにできないが、客観的には日中覚醒し、夜間に睡眠をとるといった正常な睡眠覚醒リズムに近づいた。これは未介入では見られなかったため、本研究における介入の効果であると考えられる。

本研究において、5つの相である未介入、複合刺激、複合刺激+甘味、甘味の介入期間の順序性が持つ時間経過の影響を考慮する必要がある。睡眠覚醒リズムの正常化が、複合刺激によるものか甘味によるものかは明確にできない。しかし、複合刺激の介入のみににおいて、覚醒や睡眠、浅眠の状況に統計学的な差は認めなかった。本研究における複合刺激のデータ分析対象期間は、刺激開始20日目からの7日間とした。Ohら¹⁵⁾によると感覚刺激の効果が発現するためには約2週間以上の介入が必要であると報告されていることから、複合刺激が及ぼす睡眠覚醒リズムへの効果は本研究の結果に反映すると推察される。一方、経管栄養注入のタイミングに合わせた甘味の提供を行った期間では、未介入の期間よりも覚醒時間が増加し浅眠時間が減少した。このことは経管栄養注入のタイミングに合わせた甘味の提供が、睡眠覚醒リズムに良好な影響をもたらしたと考えられる。

また、甘味提供開始時から昼時の経管栄養注入後の睡眠が確認された。このことは、本研究の方法の根拠とした覚醒に関与する物質オレキシンの性質が、空腹時に活発化し満腹になると抑制されること¹²⁾に裏付けられる。午睡は生体に組み込まれたリズムによって引き起こされるため¹⁶⁾、決まった時間に午睡することは概日リズムが正常に調整されていることを示すと考えられる。

概日リズムは光や食事、運動といった生活のリズムと同調する¹⁷⁾。今回、温浴刺激やマッサージ、端座位といった複合刺激は意識障害患者が適度に疲労する運動に相当したと考えられる。これまでの意識障害患者の回復の看護は、覚醒を高める刺激を中心にして援助を行ってきた。本研究の結果、意識障害患者の看護において、覚醒のみならず睡眠に着目す

ることは、睡眠覚醒リズムの獲得につながることが示唆された。そのことは、良い睡眠が良い覚醒をもたらし、意識障害患者の回復のための新しい看護になり得ると考えられる。今後、他の患者においても甘味の提供を行い、睡眠覚醒リズム、さらには意識障害の回復について検討を継続していくことが必要である。

VI 結論

本研究は、意識障害患者への経管栄養のタイミングに合わせた経口的な甘味提供が、睡眠覚醒リズム確立に及ぼす効果を検討することを目的とした。その結果、活動時間帯の覚醒時間が増え、一日を通して浅眠時間が減少した。その効果は、温浴やマッサージなどの複合刺激よりも明確であった。このことから、意識障害患者への甘味提供は、睡眠覚醒リズムの確立に資する可能性が示唆された。

文献

- 1) Young, M. J., Bodien, Y. G., Giacino, J. T., et al.: The neuroethics of disorders of consciousness: a brief history of evolving ideas, *Brain*, 144(11), 3291-3310, 2021.
- 2) Edlow, B. L., Claassen, J., Schiff, N.D., et al.: Recovery from disorders of consciousness: mechanisms, prognosis and emerging therapies, *Nature Reviews Neurology*, 17(3), 135-156, 2021.
- 3) Thibaut A, Schiff N, Giacino J. et al.: Therapeutic interventions in patients with prolonged disorders of consciousness, *Lancet Neurol*, 18(6), 600-614, 2019. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30031-6. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31003899.
- 4) Alashram, A. R., Annino, G., Aldajah, S. et al.: Effects of sensory stimulation on level of consciousness in comatose patients after traumatic brain injury: A systematic review, *Physiotherapy Practice and Research*, 41(2), 143-153, 2021.
- 5) Blume, C., Lechinger, J., Santhi, N. et al.: Significance of circadian rhythms in severely brain-injured patients: a clue to consciousness?, *Neurology*, 88(20), 1933-1941, 2017.
- 6) Gobert, F., Corneyllie, A., Bastuji, H. et al.: Twenty-four-hour rhythmicities in disorders of consciousness are associated with a favourable outcome, *Commun Biol*, 6, 1213, 2023. <https://doi.org/10.1038/s42003-023-05588-2>
- 7) Raciti, L., Raciti, G., Militi, D. et al.: Sleep in Disorders of Consciousness: A Brief Overview on a Still under Investigated Issue, *Brain Sciences*, 13(2), 275, 2023. <https://doi.org/10.3390/brainsci13020275>
- 8) Wislowska, M., Del Giudice, R., Lechinger, J. et al.: Night and day variations of sleep in patients with disorders of consciousness, *Sci Rep*, 21;7(1), 266, 2017.
- 9) Wielek, T., Lechinger, J., Wislowska, M. et al.: Sleep in patients with disorders of consciousness characterized by means of machine learning, *PLoS One*, 13(1):e0190458, 2018.
- 10) 松本勝, 大貝和裕, 根本鉄他: 意識障害のある寝たきり高齢者における 24 時間の睡眠評価とバイタルサインズのモニタリング, *看護理工学会誌*, 2(1), 47-53, 2015.
- 11) Sakurai T.: The neural circuit of orexin (hypocretin) : maintaining sleep and wakefulness, *Nat Rev Neurosci*, 8(3), 171-81, 2007.
- 12) 恒枝宏史, 笹岡利安: オレキシンによる代謝調節機構, *日本薬理学雑誌*, 142.6: 316-317, 2013.
- 13) 山本隆: おいしさと食行動における脳内物質の役割, *日本顎口腔機能学会雑誌*, 18(2), 107-114, 2012.
- 14) “Turner-Stokes, Lynne; Wade, Derick; Playford, Diane; Kitzinger, Jenny ;Allanson, Judith ; Pundole A et al. : Prolonged disorders of consciousness following sudden onset brain injury:

national clinical guidelines. UK: Royal College of Physicians, 2020.”

- 15) Oh, H., Seo, W.: Sensory stimulation programme to improve recovery in comatose patients, *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 394-404, 2003. doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00750.x.
- 16) 田村聖, 松浦倫子, 北村航輝他: 眠気の日内変動モデル—ウルトラディアン振動体と概日振動体—, *生理心理学と精神生理学*, 39(1), 79-93, 2021.
- 17) 山仲勇二郎: 生活環境と生物時計, *日本生気象学会雑誌*, 53(2), 69-81, 2016.

■実践報告

排泄行動を再獲得し自宅退院可能となった高次脳機能障害患者の看護実践報告

Nursing practice report of Cognitive Dysfunction Patients who Reacquire defecation behavior, and became able to leave the hospital at home

竹内 葉子¹⁾ 福良 薫²⁾ 宮田久美子²⁾

1) 自動車事故対策機構 千葉療護センター 2) 北海道科学大学保健医療学部看護学科

要 旨

高次脳機能障害による社会的行動障害は、患者の退院を妨げる大きな要因であり、特に排泄動作が自立していないと自宅復帰困難のリスクが高いといわれている。今回高次脳機能障害で自発性が著しく低下し、廃用状態にあった60歳代の交通事故後の患者への看護介入を行った。介入方法は、身体調整によって座れる身体づくりをしたうえで、排泄行動パターンを把握し、計画的に排泄誘導を実施した。その結果、排泄動作の獲得の他、口腔ケア等の日常生活動作の拡大や自発性を高めることができた。以上のことから、廃用を伴う高次脳機能障害患者へのアプローチとして、身体調整を基盤として患者の生理的メカニズムを把握し、根気よく介入することで、生活動作全体が向上する可能性が示唆された。

キーワード：高次脳機能障害 排泄行動 自宅退院

1. はじめに

「高次脳機能障害」は、学術用語としては、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中にはいわゆる巣症状としての失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる¹⁾。2001～2003年に実施された高次脳機能障害支援モデル事業において集積された脳損傷者のデータによると、その原因の約80%は外傷性の脳損傷であり、次いで14%が脳血管障害であった²⁾。高次脳機能障害診断基準ガイドラインでは主要な4症状のうち、記憶障害、注意力障害、遂行機能障害は「認知」の障害とみな

されるが、そこに分類できないような行動障害は「社会的行動障害」に含まれ、運動機能に障害がなくとも、意欲・発動性の低下により一日中ベッドから離れないなどの症状を呈する者がいる¹⁾。

この「社会的行動障害」により患者の退院を妨げる大きな要因となるのが、排泄動作の障害である。津坂ら(2013)は、脳血管疾患等の患者が自宅退院するために必要な日常生活活動能力として「トイレ動作」が最も重要であることを示唆している³⁾。同様に植松ら(2002)は排泄動作の自立が家族にとって在宅介護の可否を考える際の重要な因子であり、トイレ移動能力が退院先分類に最も関連する因子になっている⁴⁾と述べており、排泄行動の自立度が低いと自宅復帰困難のリスクが高いことが指摘されている⁵⁾。

さらに高次脳機能障害による意欲の低下は単に遂行動作が行えないばかりか、動かないことによる廃用を引き起こし、さらに生活動

<連絡先>

竹内 葉子

〒261-0012 千葉市美浜区磯辺3丁目30-1

自動車事故対策機構 千葉療護センター

crcnied@gmail.com

受理日：2025年4月7日

作の発動性を低下させることにつながる。今回、高次脳機能障害により排泄動作をはじめとする日常生活動作に対して自発性が著しく低下した事例に対し、座位の保持を基盤として動作のできる身体づくりをしたうえで排泄動作獲得に向けた看護を実施した結果、排泄行動が自立して自宅退院が可能となった。本事例を通し、自発性の低下によって長期臥床状態にあった高次脳機能障害患者への看護について示唆を得たので報告する。

II. 倫理的配慮

患者と代諾者である妻に対象者として選択された理由を十分に説明して看護介入を行った。結果の公表にあたり匿名性が確保されることなどを説明し、書面にて同意を得た。なお、本研究の報告は、所属施設の承認を得て公開している。

III. 事例紹介

対象者は、頭部外傷後遺症の60代男性であった。交通事故で救急搬送され、外傷性クモ膜下出血、脳挫傷、硬膜下血腫、胸腹部外傷、外傷性気胸、肺挫傷、頸椎骨折と診断され、頭部は保存的治療を行った。受傷から4か月後、リハビリテーション病院入院中に呼吸状態の悪化があり、VPシャント術を実施し、リハビリテーションを再開した。その後、意識レベルの低下が認められ水頭症の診断にてシャント圧調整を行った。受傷から9か月後、リハビリテーション病院から自動車事故対策機構が設置・運営している交通事故被害者を対象とした入院施設にリハビリテーション目的にて転院となった。

入院時の状態は、次の通りであった。気管切開カニューレは抜去されており、呼吸状態に問題はなかった。日常生活行動（以下、ADL）はほぼ全介助であった。食事は3食ペースト食（1200Kcal/day）を全介助で摂取しており、排泄は排尿・便とも失禁状態であり、おむつを使用していた。高次脳機能障害（注意障害、記憶障害、病識の欠如等）があり、特に前頭葉の障害による自発性の低下は顕著だった。言語によるコミュニケーションは可

能であるが、自分から言葉を発することは殆どなく、表情も乏しかった。移動は車椅子の自操が可能であったが、促さなければ自発的な動作は見られなかった。

家族構成は、妻と娘の3人家族で、患者も家族も自宅退院を希望していた。

IV. 看護の展開

看護介入時期・内容とその成果を、以下の2期に分類し説明する（図1参照）。

1. 第1期：主に座位獲得に重点を置いた時期（介入開始時～7週間）

1) 介入時のアセスメント

入院時のBMIは19.7だったが、受傷前も痩せていた。四肢関節の可動性は狭く、受傷から9か月間のベッド上での生活により、筋力低下が顕著であった。また、易疲労性が強かったため、一日のほとんどをベッド上臥床で過ごしていた。上下肢には失調症状があり、活動時には転倒の危険性があったため、動作の獲得に先立って身体を整える必要があると考えた。

2) 看護目標と介入方法

看護目標は、「座位姿勢が保持できる」とした。看護介入の開始時は60分程度の座位時間を設けたが、座位時間を徐々に延長し、看護介入1週間後には2～3時間程度、7週間後には4～5時間程度、18週間（6か月）後には起床から消灯まで車椅子に乗車して過ごすように促した。

3) 結果

看護介入当初は、端座位やトイレに移動し便座に数分座ると腰臀部の痛みを訴えるため、姿勢を保持するのが困難であった。特に骨盤の位置が前傾しているため、理学・作業療法士と協力し、車椅子やクッションの調整、トイレへの移乗訓練などを試みながら姿勢補整を行った。しかし、車椅子移乗後も腰臀部痛があるようでベッドに戻ろうとすることが多く、ベッドに戻ればすぐに入眠し、昼夜がわからなくなることもあった。また、食事時は背面解放座位保持具や車椅子上で食べることを計画していたが、腰痛や車椅子への移乗を

拒否することもあり、ベッド上での摂取を希望していた。

毎日少しずつ座位の時間を延長し、また、姿勢を調整した結果、看護介入時から7週目頃には4～5時間の座位姿勢の保持が可能となったため、排泄はトイレまで移動することとした。最終的に介入から6か月後には姿勢が改善し、起床時から消灯までの殆どの時間を車椅子に乗車して過ごすことができるようになった。

2. 第2期：主に排泄動作の獲得に重点を置いた時期（介入7週間～10か月）

1) アセスメント

対象とする患者の排尿日誌の記載と看護記録から、排尿の間隔と量を把握した。患者の腎機能は正常であることから、機能性失禁であると考えられた。また、前頭葉部位の障害による自発性の欠如により生活行動に援助が必要であったが、口頭指示により動作が実施できるため、行動を習慣化することで、排泄動作を再獲得できる可能性があると考えた。

2) 看護目標と介入方法

トイレでの排泄行動の自立を目的に、「排泄行動が自立し自宅退院できる」という目標を本人や家族と共有した。

先に述べた排尿パターンに基づき排尿誘導を行ったが、誘導時には直接的に介助するの

ではなく、患者に繰り返し声をかけ、動作ができるようになったら口頭指示を減らし、見守った。退院が近づいた時点(10か月後)では、1日のタイムスケジュールを作成し、スマートスピーカーを活用してスケジュールに沿って声をかけることでトイレに行くようになった。

3) 結果

介入開始時は、尿意がはっきりせず、失禁する回数が多かった。尿意の有無を問わず、時間を決めて尿器での排尿誘導を行ったが、排尿がみられないことも多かった。5週間経っても、尿意と排尿のタイミングが合わず失禁していたが、失禁後の気持ち悪さからか、自分でおむつを外すようになり、また、「トイレ行きたい」と自ら訴える機会が増えた。7週間後に初めてトイレで排尿できるようになり、その後は、尿意と排尿のタイミングが合う回数が増えてきたため、日中はおむつからリハビリパンツに変更した。3か月頃よりトイレ誘導を毎日行った結果、4か月頃にはトイレで排尿できるようになり、トイレで排尿する成功率は上がっていった。また、定時にトイレ誘導することで排尿が習慣化され、尿意を感じると「トイレ」と伝えるようになった。7か月後、誘導によりトイレでの排尿に失敗がなくなってきたため、リハビリパンツから布パンツに変更し、自宅での下衣の着脱やトイレ移動をイメージできるよう関

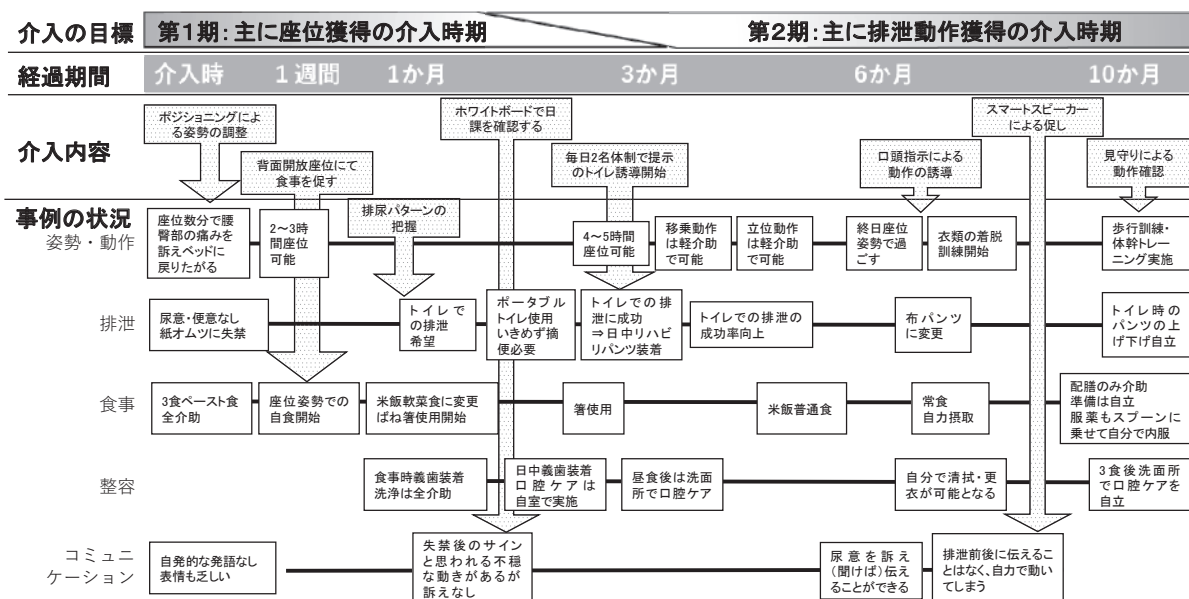


図1 事例の変化と介入の状況

わった。布パンツに変更後は、失禁回数が減少し、10か月目には排尿動作を再獲得するに至った。さらに、見守りの期間を経て、患者の排尿動作が自立できた。

この間のADLの変化について概説する。看護介入当初は、筋力低下により座位姿勢や立位を保持することができなかったが、患者自身はできないという認識がなかった。そのため、落とした歯ブラシを拾おうとして車椅子から転倒したことが数回あった。転倒を回避するため、トイレに行く際には看護師等に声をかけてから行くように繰り返し伝えていたが、記憶障害のため患者から声をかけられることはなかった。

食事動作は、座位時間が延長し2～3時間程度の座位保持が可能になった3週目頃より自力摂取可能となった。食形態についてもペースト食から米飯軟菜に変更され、箸とスプーンを使い分けて使用することも可能になり、10か月目には準備をすれば内服も自力で可能となった。食後の口腔ケアについては、7週目頃までは「ここでいいです」と移動を面倒がる様子があり、自室で行っていた。しかし、トイレへの移動回数が増えるとともに洗面所で口腔ケアを行うようになり、退院前には食後は必ず洗面所へ移動し、忘れがちであった義歯の装脱着、洗浄も自分で行うようになった。また、布パンツに変更した7か月頃より清拭や更衣も自力で可能となった。退院間近の10か月目には歩行訓練が開始され、ラジオ体操など体幹トレーニングに加え下肢の筋群のトレーニングを始めたことにより、トイレでのパンツの着脱なども自立し、自宅への退院が可能となった。

VI. 考察

高次脳機能障害患者の「社会的行動障害」は繰り返しの訓練と多職種チームによる統一したかかわりによって根気強く動作を獲得していくことが重要であるといわれている⁶⁾⁷⁾。しかし本事例は、頭部外傷後の高次脳機能障害に加え、ベッド上臥床が続いたため、身体の調整が優先された。宮田ら(2019)は、廃用症候群状態の後期高齢者では、座位姿勢

をとるためのすべての筋肉において筋量が減少していることを明らかにしており、自ら行う運動の欠如が起因していることを示唆している⁸⁾。本事例の年齢は60歳代ではあったが、受傷後9か月にわたる臥床状態により座位姿勢を保持する筋量の低下に加え、股関節の可動性に制限が生じていたことが高次脳機能障害による自発性の低下を助長させていた。そのため、行動獲得のアプローチに先行し、座位姿勢の獲得を優先させたことがその後続くADLの自立の第一歩となったのではないかと考える。

体幹の安定を図る期間に並行して行ったことは、排尿の自立を促すための排尿パターンの把握であった。排泄動作は、尿意・便意を感じ、トイレまで移動して排泄し、後始末を自分で行う一連の動作であり、この一連の流れのどこかを他人に介助されることや、排泄を失敗することは自尊心の喪失につながる⁹⁾。本事例でも、看護介入当初は排尿・便とも失禁状態であったが、トイレへの排尿誘導に先立ち、まずは患者の排泄パターンを把握することにより失禁の種類と自立が可能であるとアセスメントを行った。また、排泄誘導の時間等の計画を立案していたため、体幹の保持が可能となった際に排尿誘導にスムーズに移行できたと考えられる。

さらに、トイレ誘導を開始し始めた3か月頃より食事、口腔ケアなどの動作に自発性が出てきたことに着目したい。水谷ら(2015)は、トイレ動作は脳の運動系と感覚系の神経細胞の両方を動員した活動であり、認知機能に対する有効な刺激となり得ることを指摘している¹⁰⁾。すなわち、運動系と感覚系を動員し、複数の動作で構成される「排泄」活動を毎日のルーティンワークとして行い、習慣化することで排泄動作のみならず食事や整容などの動作が獲得できたと考えられる。さらにトイレ動作の獲得が認知機能への刺激となり、ADLの拡大のみならず排泄欲求を自ら訴えるなど自発性の増強という相乗効果につながったと考えられる。

林(2003)は、身体機能が回復し自ら「生理的ニード」を満たすことが可能になるとさ

らなる段階の欲求を満たすための自立性が生じると述べている¹¹⁾。本事例では、身体機能の回復から、患者の持てる力を活かし、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したことで自宅退院を可能にしたのではないかと考える。

引用文献

- 1) 厚生労働省HP, 厚生労働省, 第1章 高次脳機能障害診断基準ガイドライン (2025/1/20) http://www.rehab.go.jp/application/files/3115/1669/0095/3_1_04_1.pdf
- 2) 厚生労働省HP, 「高次脳機能障害支援モデル事業 中間報告書」の概要 (2025/1/20) <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0410-1a.html>
- 3) 津坂 翠, 梅本 吉昭, 林 浩之他: 脳血管障害等の患者が自宅退院するために必要な日常生活活動能力, 作業療法32(3), 256-261, 2013.
- 4) 植松海雲, 猪飼哲夫: 高齢脳卒中患者が自宅退院するための条件—Classification and regression trees (CART) による解析—, リハビリテーション医学39, 396-402, 2002.
- 5) 長峰翔吾, 齋藤圭介, 原田和宏他: 回復期リハビリテーション病棟の高齢患者における排泄動作プロセスの障害特性についての検討, 理学療法科学36(1), 79-84, 2021.
- 6) 岩崎彩, 香川琴美, 久保田恵美他: 脳神経外科疾患患者の排尿誘導がもたらす日常生活行動向上への影響, 第32回東京医科大学病院看護研究集録, 52-56, 2012.
- 7) 西望: 高次脳機能障害患者に対する排尿誘導におけるQOLの向上 ～失禁の改善に向けての援助～, 福岡赤十字看護研究会集録 26巻, 45-47, 2012.
- 8) 宮田久美子, 福良薫, 林裕子他: 廃用症候群の高齢者における座位に必要な筋肉の実態—健康な高齢者との差異の検討, 日本ヒューマン・ナースング研究学会誌8(1), 1-6, 2019.
- 9) 中澤真弥著: 排泄ケアのキホン第1版, 秀和システム社, 東京, 10, 2018.
- 10) 水谷俊介, 内田陽子: 高齢者のおむつ外しの取り組みに関する研究の動向と課題, 群馬大学保健学紀要36, 115-124, 2015.
- 11) 林裕子: 意識障害回復後の高次脳機能障害患者の看護 摂食行動を回復するための援助とその有効性, EB NUSING3(2), 46-51, 2003.

会則・投稿規定・入会案内

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、理事及び監査の任務は 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。

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）等にならなければならない。

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				

