Vol.6, No.1

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第6巻第1号

第13回 学術集会プログラム・抄録集

The 13th Japan society of Human Nursing Research

大会テーマ：生きることを支える～NICDの挑戦～



会　期　2017年10月21日(土)

会　場　じゅうろくプラザ
岐阜県文化産業センター

大会長　JA岐阜厚生連　中濃厚生病院　看護部長
青木　京子

日本ヒューマン・ナーシング研究学会
Japan society of Human Nursing Research

開 催 に よ せ て

第 13 回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会　大会長
青木　京子
（JA 岐阜厚生連　中濃厚生病院　看護部長）

第 13 回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会を、日本の中央に位置する岐阜県で開催させていただくことになりました。テーマは、「生きることを支える～NICD の挑戦～」としました。

社会経済情勢やテクノロジーが急速に進展し変化し続ける現代、超高齢化と人口減少社会を背景に、医療においては、地域包括ケアシステムの構築の中で、在宅の生活を支えるということが示され、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう地域ケアシステムの構築が求められています。その人らしく生きることを支え、意識障害・寝たきり（廃用症候群）患者の生活行動回復看護（Nursing to Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome patient : NICD）を、急性期から在宅まで切れ目のない継続と定着に向けて挑み続けることに思いを込めました。

教育講演 1 では、生活するためのエネルギー源の栄養について「サルコペニアとフレイルの栄養管理」と題し、勝木竜介先生に、また教育講演 2 では、「看護ケアでの正当な評価を目指して」と題して、NICD の実践を診療報酬で評価させるためにどうするかについて大島敏子先生にご講演いただきます。

岐阜県には、戦国時代の覇者と呼ばれた織田信長の居城岐阜城があり、また、飛騨エリアには奥飛騨温泉郷や下呂温泉、さらに、ユネスコ世界遺産にも登録されている藁葺合掌造りの古民家を目の当たりにできる大野郡白川郷もあります。看護は、その地域の文化や歴史の中にあって、人々の生活やものの考え方支え、地域の人々とともに育つものだと思います。本学会を通じて、これからの地域包括ケア時代を推進できる NICD の力にしていただきたいと願っております。

大会では、多数の実践発表や、学びの場を用意しております。また懇親会もございますので、ぜひ非会員の方々にもご参加いただき、今後の NICD の発展に向けたディスカッションが深まることを期待しています。

皆様のご参加を心よりお待ち申し上げております。

目　　次

学会会場までのアクセス …… 3

プログラム …… 4

学会参加者へのお知らせ …… 8

講演資料 …… 11

発表抄録 …… 13

会　　則 …… 39

投稿規定 …… 42

入会案内

学会会場までのアクセス

会場：じゅうろくプラザ（岐阜県文化産業センター）
岐阜県橋本町 1 丁目 10 番地 11

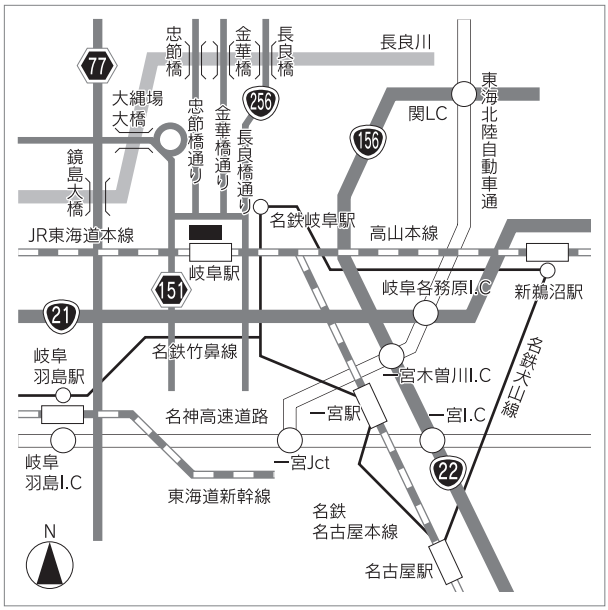
交通のご案内



じゅうろくプラザ

【交通のご案内】

■JR 岐阜駅隣接　　徒歩約 2 分
■名鉄岐阜駅より　　徒歩約 7 分
■岐阜各務原 I.C より　　車約 15 分
■岐阜羽島 I.C より　　車約 20 分



【駐車場のご案内】

じゅうろくプラザ併設駐車場のご案内

■機械式立体駐車場　58 台収容可能
■収容可能な車両ザイズ
　車長/5.0m　車幅/1.85m
　車高/2.0m　車重/2.3t 以下
■営業時間
　8：00～21:30
■料金のご案内
　～8時間……30 分/150 円
　8～13 時間 30 分…2,400 円
　13 時間 30 分～……2,400 円に 30 分 150 円を加算

プログラム

オリエンテーション
大会長挨拶　　9:50～10:00
教育講演 1　　10:00～10:50
「サルコペニアとフレイルの栄養管理」…… 11
講師:勝木 竜介(JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 救命救急センター 医師)
座長:和田 澄子(JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 NICD 認定看護師)

教育講演 2 13:00～14:00
「看護ケアの正当な評価を目指して」…… 12
講師:大島 敏子(NPO 法人看護職キャリアサポート フリージアナーの会 会長)
座長:青木 京子(JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 看護部長)

昼食 11:50～13:00

総会・NICD 認定証書授与式 15:20～15:30

一般演題
第 1 群　第 1 会場 11:00～11:50
座長:佐藤 登志枝(一般財団法人広南会広南病院東北療護センター)
久保田 直子(広島文化学園大学)

1-1 重度な遷延性意識障害患者への NICD の取り組み効果 …… 13
西脇 由佳(社会医療法人厚生会 木沢記念病院 中部療護センター)

1-2 高齢慢性期患者の開口困難事例に取り組んで …… 14
杉本 笑子(社会福祉法人あじろぎ会 宇治病院)

1-3 QOL の向上を目指した NICD の取り組み …… 15
～経口摂取と気管カニューレ抜去に向けて～
北脇 基史(医療法人 敬愛会 東近江敬愛病院)

1-4 摂食機能に焦点をあてた NICD の部分的介入の取り組み…… 16
小笠原 幸枝(独立行政法人 自動車事故対策機構 岡山療護センター)

1-5 黒岩式口腔ケアに対する主観的効果度と負担感に関連する要因…… 17
大内 潤子(北海道科学大学保健医療学部看護学科)

第 2 群　第 1 会場　14:20〜15:10

座長:黒木 大地(独立行政法人　自動車事故対策機構　岡山療護センター)

荒田 栄(医療法人恒仁会　近江温泉病院)

2-1 NICD 看護師が実施した健康講座後の施設入居者と介護スタッフの変化に関する調査 …… 18
青木 容子(訪問看護ステーションブレックス)

2-2 壮年期遷延性意識障害者に対する回復プログラムの介入及び看護の実際 …… 19
〜トランポリン選手の経験を活かした関わりの 1 事例〜
吉川 美智子(京都岡本記念病院)

2-3 小児脳挫傷患者の急性期からの NICD …… 20
西野 里彩(社会医療法人厚生会　木沢記念病院)

2-4 敗血症患者に対する腹臥位・用手的微振動の早期介入に向けた看護師の判断 …… 21
岡田 未希子(多治見市民病院)

2-5 用手微振動法の周波数に関する実態調査:横断研究 …… 22
山下 哲平(姫路獨協大学看護学部)

第 3 群　第 1 会場　16:00〜16:50

座長:兼松 由香里(社会医療法人厚生会　木沢記念病院中部療護センター)

萩原 亜矢子(市立島田市民病院)

3-1 遷延性意識障害患者の頸部の拘縮改善にむけた取り組み …… 23
小野 優喜代(木沢記念病院　中部療護センター)

3-2 重症心身障害児(者)における定頸と座位の確立による発達段階の維持・向上 …… 24
濱田 崇宏(社会福祉法人　札幌緑花会　大倉山学院)

3-3 筋緊張緩和ケアによる頸部可動域の向上及び意思表出に向けた取り組み …… 25
恵 有香(木沢記念病院　中部療護センター)

3-4 背面開放座位を導入した遷延性意識障害患者の家族が気づく変化 …… 26
禰宜田 亜耶(医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院高浜分院)

3-5 パーキンソン病患者へのバランスボールエクササイズの実施による姿勢づくりの取り組み …… 27
坂井 彩乃(JA 岐阜厚生連　中濃厚生病院)

第 4 群　第 2 会場　11:00〜11:50
座長:川崎 伸絵(泉大津市立病院)
松井 智枝(独立行政法人　自動車事故対策機構　岡山療護センター)

4-1 高齢の重症心身障害者の排泄ケアに取り組んで ····· 28
緒方 正彦(社会福祉法人　札幌緑花会　大倉山学院)

4-2 腰部用手微振動と温罨法による便秘の改善 ····· 29
岩瀬 加代子(刈谷豊田総合病院高浜分院)

4-3 用手的微振動により排便習慣が確立し QOL が向上した事例 ····· 30
山碕 泉(JA 岐阜厚生連　中濃厚生病院)

4-4 脳幹出血で重度意識障害を後遺し消化管出血を繰り返した患者に対する NICD ····· 31
牧野 綾香(社会医療法人厚生会　木沢記念病院)

4-5 長期臥床によって筋力低下が著しい患者への ADL 回復に向けた NICD 介入 ····· 32
〜寝たきりから歩けるようになるまで〜
寺川 麻衣子(社会福祉法人あじろぎ会　宇治病院)

第 5 群　第 2 会場　16:00〜16:50
座長:金田 憲司(岡山療護センター)
大槻 尚美(一般財団法人広南会広南病院東北療護センター)

5-1 意識障害のある時期から利き手交換を目的とした看護介入の報告 ····· 33
吉野 朋子(JA 岐阜厚生連　中濃厚生病院)

5-2 高度認知症高齢患者の反応を引き出すアプローチ ····· 34
伊勢谷 暁子(一般財団法人札幌同交会病院)

5-3 NICD 介入を行った重度の遷延性意識障害患者の事例報告 ····· 35
鈴木 敬子(自動車事故対策機構千葉療護センター)

5-4 急性期病棟から回復期病棟への継続介入 ····· 36
〜右半身麻痺のある患者への NICD を実施して〜
島田 月美(多治見市民病院　4 階南回復期リハビリ病棟)

5-5 多職種協働による NICD 介入の事例報告 ····· 37
佐々木 幸代(医療法人社団秋桜　丸川病院)

閉会の挨拶　16:50

第13回　日本ヒューマン・ナーシング研究学会　タイムスケジュール

	第1会場	第2会場	展示会場
9:00	受付開始		
	9:50～　ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ・大会長挨拶		
10:00	10:00～10:50　(50分)教育講演1 「サルコペニアとフレイルの栄養管理」 講師:勝木竜介 （中濃厚生病院　救命救急センター医師） 座長:和田澄子（中濃厚生病院　NICD看護師）	教育講演1～サテライト会場～	
	10:50～11:00(10分)　休憩	10:50～11:00(10分)　休憩	
11:00	11:00～11:50(50分)　一般演題1群	11:00～11:50(50分)　一般演題4群	
	11:50～13:00(70分)　お昼休憩	11:50～13:00(70分)　お昼休憩	
12:00			
13:00	13:00～14:00(60分)　教育講演2 「看護ケアの正当な評価を目指して」 講師:大島敏子 （フリージア・ナースの会会長） 座長:青木京子 （中濃厚生病院　看護部長）	教育講演2～サテライト会場～	
14:00	14:00～14:20(20分)　休憩		
	14:20～15:10(50分)　一般演題2群		
15:00			
	15:10～15:30(20分)　休憩		
	15:30～15:50(20分) 総会・NICD7期生認定証書授与式		
	15:50～16:00(10分)　休憩		
16:00	16:00～16:50(50分)　一般演題3群	16:00～16:50(50分)　一般演題5群	
17:00	16:50～　閉会の挨拶		

17:30	17:30～19:30 1F　レストラン「ラ・ローゼ・プロヴァンス」にて　懇親会

学会参加者へのお知らせ

1. 事前参加登録

・事前参加は、抄録集発送の都合上 9 月 25 日(月)まで、メールにて受付けます。
・抄録集と領収証つき参加証は、10 月中旬に事前参加登録者に発送いたします。当日は必ずご持参ください。ご持参いただけなかった場合は、受付でも若干の予備を用意いたしますが、ご購入いただきます。
・10 月 13 日(金)までに抄録集が届かない場合は、学会事務局までお問い合わせください。
・10 月 14 日(土)までにご入金がなかった方は当日受付扱いとなりますのでご了承ください。

2. 受付について

・受付は 10 月 21 日(土) 9:00 から行います。
・学会の当日参加費は会員 5,000 円、非会員 6,000 円、懇親会の参加費は 4,500 円です。
できるだけ釣り銭がいらないようご準備願います。
・ネームホルダーをお渡ししますので、会場内では参加証を必ずお付けください。
・開場直後の受付は混み合いますので、つり銭の要らないよう金額を準備していただくなど、受付がスムーズに行えるようご配慮ください。

3. 総会・ＮＩＣＤ認定証書授与式について

・15 時 30 分～15 時 50 分に総会および第 7 期生ＮＩＣＤ認定証書授与式が行われます。皆様ご参加下さい。

4. 懇親会

・学会終了後、じゅうろくプラザ 1 階のレストラン「ラ・ローゼ・プロヴァンス」で懇親会を行います。
・当日参加も可能です。学会受付時にお申し出下さい。参加費は、4,500 円です。

5. 録音と写真撮影について

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

6. 座長の方へ

・各群開始 10 分前までに次座長席にて待機していただきますようお願いいたします。
・質疑応答が円滑かつ有意義に進行するようにご配慮ください。
・なお、座長間での打ち合わせが必要な場合は、5 階　和会議室がご利用いただけます。

7. 演者の方へ

・口演スライドは、１群・４群の方は9:00～10:30 までに、また２群・３群・５群の方は9:00～12:30 までに、受付とスライド受付をお済ませください。
・午前中の受付が混み合った場合は１群・４群の方を優先させていただきます。
・スライドの作成に当たりましては、下記の点をご考慮ください。

> WindowsおよびMac のPower Point ファイルを受け付けます。USB フラッシュメモリーにファイルを保存して５階のスライド受付にお持ちいただき、用意してあるホルダーにセットの上、試写を行ってください。PC（ Windows Microsoft Power Point 2010）を用意しています。
> 動画がある場合は、元の動画ファイルと発表スライドを一つのファイルにまとめてお持ち下さい（元の動画がなければ動きません）。ただし、動画の量が多い場合あるいは Macintosh でのご発表を予定されている場合は、ご自身のPC ならびにアダプターをご用意ください。なお、Macintosh でのご発表の場合は１週間前までに学会事務局に御連絡ください。

・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10 分（発表８分質疑応答２分）です。時間を厳守してください。

8. その他

・駐車場について
　じゅうろくプラザの有料駐車場は58 台までの収容です。入れられない場合は近隣の駐車場をご利用ください。また、できるだけ公的交通機関をご利用ください。
・昼食について
　学会参加費に昼食代は含まれておりません。近隣には多くの飲食店がございますのでご利用下さい。また当日、受付横でお弁当の注文を受付けます。
・携帯電話について
　会場内での携帯電話の使用は禁止します。会場に入られる際には必ず電源をお切りいただくか，マナーモードに切り替えてください。
・携帯品について
　手荷物は５階の特設クロークにてお預かりします。
　クローク利用時間帯は，　9:00～17:30 です。貴重品は各自で保管してください。
・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。

講　演　資　料

教育講演１

「サルコペニアとフレイルの栄養管理」

勝木 竜介
JA岐阜厚生連　中濃厚生病院　救命救急センター　医師

サルコペニアとフレイルの認知度は未だ低く、十分な対応が出来ているとは言い難い現状がある。しかし、その有病率は極めて高く、80 歳以上では 50% 以上と言われている。原疾患の治療効果や予後と、サルコペニアやフレイルの有無には相関があるとされており、医療機関においては、原疾患の治療のみならず、積極的な栄養評価・管理を行い、フレイルティ・サイクルの負の連鎖を断ち切るよう努めなければならない。

本講は、「サルコペニアとフレイルの栄養管理」と銘打った。もちろん高齢者特有の生理学的特徴について考慮する必要はあるが、栄養管理の基本には何ら変わりはない。また、それらは多職種で取り組まなければ十分な効果が期待出来ない。よって、本講では、職種に関わらず、全ての医療スタッフが共有すべき栄養療法の基本事項について学んでいきたい。文献学的な考察は最小限とし、すぐに使える知識を、それを裏付ける理論とともにお話する。演者が救命救急センター勤務であることから、急性期からの栄養管理についても触れたいと考えている。

明日からの栄養管理の一助となれば、幸いである。

教育講演２

「看護ケアでの正当な評価を目指して」

大島　敏子
NPO法人看護職キャリアサポート　フリージア・ナースの会　会長

所属している日本看護管理学会には、多くの委員会活動の１つに「看護の適正評価の委員会」があって、２年ごとに行われる診療報酬改定時に、様々な調査や検証をして「看保連」を通して意見を発信しています。

前回は、記録の連動が図れないか？と言う提案をしました。診療報酬が決まると、それに関わる書類が増えて看護職の負担になっている。いくつかの記録をまとめて紐づけすることが出来ないか？と言う提案でしたが、厚生省としては、大変なら申請をしなければよいというスタンスでした。

「看護」は、保助看法第 5 条に規定された「病人及び褥婦の世話」と「診療の補助行為」の中で、多くの看護行為がドクターフィーに含み考えられており、口惜しい思いをしています。

入院基本料としての「７：１」「１０：１」看護料金でも、看護師の人数のみのカウントで、看護師が持っているスキルを経験或いはクリニカルラダーを評価するしくみがありません。

院内感染防止や医療安全褥瘡予防の取組も、看護師が中心に活動しているにもかかわらず、やらなければ減算という方式の評価です。

ましてや、看護師独自の業務である「日常生活援助」に関する診療報酬は、残念ながら皆無に等しい状況です。

日本ヒューマン・ナーシング研究学会が、意識障害や寝たきりの患者さんに生活行動回復看護を実践していることは素晴らしいことです。

この地道で根気強い活動は、ナースたちの僅かな変化も見逃さない観察力のお蔭であっても、診療報酬の評価を受ける事がありません。ナースのサービス行為としての認識でしかなく、残念でなりません。しかし、患者さんやご家族はお喜びであることが、やりがいの継続でしょう。

どうあったら、これらの看護職の日々の看護に加算を付けることが出来るのでしょう。

「保健医療２０３５」によれば、「費用」対「効果」の高いものを診療報酬で評価をするそうですから、ここに切り込むためにどうするか。また、職能的発想で見れば、看護の議員の得票を増やすことが、発言力を大きくし、行っている看護実践に点数を付けさせて給料のアップに繋げると言うことになります。

本学会で、看護実践を診療報酬で評価させるために、どうするか？一緒に考えたいと思います。

発　表　抄　録

発表抄録　１－１

重度な遷延性意識障害患者へのNICDの取り組み効果

○西脇 由佳　兼松 由香里　遠山 香織
社会医療法人厚生会　木沢記念病院　中部療護センター

【はじめに】遷延性意識障害の多くは、重度の意識障害による覚醒の低下や長期臥床による全身の廃用状態にある。そのため、経管栄養による栄養管理がされており、経口摂取の回復が困難なケースが多い。今回は、広範囲な脳挫傷で遷延性意識障害に陥り、覚醒が不良で嚥下障害をきたしている患者に対し、覚醒及び口腔機能や嚥下の改善を目指した看護を継続して行ったので、その結果を報告する。
【事例紹介】A氏 20 代女性。遷延性意識障害。平成 X 年 9 月交通事故にて受傷し、意識レベル JCS300。外傷性くも膜下出血を認め、開頭減圧術、脳室ドレナージ術施行。水頭症みられたため VP シャント、頭蓋形成術施行。以降、意識レベルの変化はみられず経過し平成 X2 年 4 月転院。画像上、脳幹の萎縮があり、両側前頭葉から側頭葉に脳挫傷痕、左の脳室が拡大しており、重度の脳障害をきたしていた。入院時は四肢が弛緩した状態で呼びかけにも反応がなく、時々左眼が開眼するが、無目的で、追視、注視は見られない状態であった。
【介入方法】4 週間プログラムを 3 クール実施。１クール目は、平成 X2 年 10 月 5 日～11 月 7 日。介入内容は、介入前より覚醒が良かった端座位とトランポリン（臥位で実施）をほぼ毎日施行することとした。そして、自動運動を引き出すために、端座位中に把持がある左手で柵を把持させ、左右に揺らすことを追加した。さらに嚥下に機能向上のための看護計画を立案し、取り組みをした。2 クール目は平成 X3 年 6 月 5 日～7 月 4 日とし、患者を座位、若しくは立った姿勢に保たせ物理的な上下運動の刺激を与えること[1]で更なる脳への刺激になることから、トランポリンからピーナッツボールに変更する。3 クール目は平成 X4 年 6 月 26 日～7 月 22 日。ピーナッツボールの強化をし、嚥下は飴なめからお酒のアイス綿棒に変更し行った。
【結果】覚醒については、1 クール目介入中より左眼開眼している回数が増え、持続時間の延長もみられ、ケア実施時には必ず左眼が開眼するようになった。また、夜間開眼していることが減った。2 クール目では、声掛けに対して容易に開眼がみられ、追視も毎回ではないがはっきり確認できるようになった。一瞬であるが右眼の開眼が出現する。自動運動の増加もみられた。3 クール目は両眼の開眼回数の増加し、時間が延長した。
　嚥下については、1 クール目の 1 週目に舌が歯より前に出るようになり、2 週目は上下、前後に動き、4 週目に入ると左右にも若干ではあるが動きが見られるようになった。嚥下反射の回数もプログラム介入前は、嚥下訓練中 1～2 回だったのが 3～5 回へ増加した。咬反射が減少し、嘔吐反射が誘発されるようになった。嚥下造影検査（以下、VF）では咽頭まで送り込むことを確認できた。2 クール目では、更に嚥下反射は 5 回～10 回に増加した。VF にて舌の動きの向上が確認された。表情筋が柔らかくなり、表情豊かになった。3 クール目では、安定して 5 回以上の嚥下反射があり、その反射の惹起までの時間が早くなった。気切孔からの唾液の流出することなく飲み込める回数が増加した。
【考察】端座位中に残存機能である把持可能な左手で柵を持ち左右に揺らすことは、体性感覚を身につけるとともに、身体が倒れていく感覚を危険と認知し、反射であっても自動運動を引出し、脳への刺激に繋がったと考える。縦揺れの刺激が加わり更なる覚醒に繋がった。長期間不使用であっても、嚥下に関わる器官へ特異的に働きかけたことが、各器官の機能や運動の協調性を改善させることに繋がったと考える。脳損傷が重症でも、集中的に 3 クールにわたって NICD を継続して行ったことは、体感刺激と口腔ケアが相乗効果を発揮し、わずかではあるが、覚醒及び口腔機能や嚥下の改善に効果があったと考える。
【引用文献】1)野田燎、後藤幸男：脳は甦るー音楽療法による蘇生リハビリ．大修館書店，東京，2000，P14-42

発表抄録　１－２

高齢慢性期患者の開口困難事例に取り組んで

○杉本 笑子　杉村 洋子　玉井 和子
社会福祉法人あじろぎ会　宇治病院

はじめに

長期臥床し常に生活支援が必要な高齢で慢性期患者の場合、口腔機能低下や嚥下性肺炎のリスクが高いことが指摘され、口腔ケアの重要性と効果が検証されている。しかし、これらの対象は「意思疎通が困難」「開口が困難」「口腔ケアの拒否」等、口腔ケアの実施が困難なケースが多い。患者は長期臥床のため筋萎縮や関節の拘縮が進み、全身がこわばっている状態にある。そのため、本研究では開口困難患者の口腔ケアをスムーズに行うために、口腔ケアの前にNICDによる全身の筋緊張の緩和である身体開放技術を実施した。その結果、「開口しやすくなる」のみではなく、「覚醒状態もよくなる」効果が示唆されたのでここに報告する。

Ⅰ　研究方法

1 対象　：急性期を脱した慢性期患者4名（事例　A、B、C、D）

A：73歳男性、左後頭部打撲、硬膜下血腫　　B：83歳男性、パーキンソン病

C：93歳女性、膵臓癌　　D：85歳女性、出血性脳梗塞、誤嚥性肺炎

2 期間　：平成29年2月～6月　（1事例約4週間）

3 介入方法　：温浴刺激看護療法、ハンドケアによる拘縮部位のリリース、用手的微振動、バランスボールによるエクササイズ、端座位などを実施。その後、モアブラシによる口腔ケア・口腔リハビリを実施。

4 評価方法　：開口状態及び生活意欲表（竹内らが行った先行研究2009）の５項目を用いて、介入前と介入後の変化を比較検討する。

生活意欲表の５項目：1)眼球の動きと認識度、2)表情の変化、3)従命動作と意思疎通、4)発声と意味ある発語、5)情動反応

5 倫理的配慮：看護介入にあたって、本人、家族に主旨と目的を説明、写真の掲載も含め口答・文書にて了解を得た。

Ⅱ　結果

１．開口状態　:4事例ともに「開口困難」状態（約0.5ｃｍ）から「開口しやすくなる」状態（約1～3ｃｍ）になった。

２．生活意欲表の５項目：

1)「眼球の動きと認識度」については、事例Cを除く事例ABDに追視する反応がみられた。

2)「表情の変化」については、Bを除く事例ACDに周囲の刺激に対する表情の変化があった。

3)「従命動作と意思疎通」については、4事例すべて呼びかけに対する何らかの反応があった。

4)「発声と意味ある発語」については、B以外事例ACDに呼名の対する口の動きや返事があった。

5)「情動反応」については、A事例は運動の拒否時は首を振って嫌がり、BCD事例でも嫌な時は顔をしかめる反応があった。

Ⅲ　考察

開口困難患者に対するNICDのプログラムは全身の筋緊張を緩和させ、全身のリラクゼーションにつながり「開口しやすさ」につながったと考える。さらに、NICDの介入により温浴刺激、関節へのバランスボールによる微振動を与えることで、関与する筋群への刺激、足底から脳幹への刺激が入ることで覚醒状態が良好になったと考える。そして、生活意欲表による５項目について改善が認められた。特に「従命動作と意思疎通」に関しては4事例すべてに呼びかけに対する反応が見られたことは、覚醒状態に影響していることが示唆された。今後、事例数を増やし「開口しやすさ」と「覚醒状態」の検証が必要である。

発表抄録　１－３

QOLの向上を目指したNICDの取り組み
～経口摂取と気管カニューレ抜去に向けて～

○北脇 基史　小池 眞理子　国領 久美　上園 惠子
医療法人　敬愛会　東近江敬愛病院

【はじめに】

前回、左視床出血脳室内穿破を発症し、医師より植物状態と診断されていた患者がNICD介入により、車椅子乗車とお楽しみ程度の経口摂取ができるまで回復した事例を発表した。しかし、経鼻胃管チューブ、気管カニューレ抜去予防のためミトンを装着されていた。そこで生活行動回復看護技術（以下、NICD）を継続し、生活動作を阻害している経鼻経管チューブの抜去と、気管カニューレ抜去を目指し取り組んだ結果をここに報告する。

【事例紹介】

事例は、70歳後半の男性である。発症4ヶ月経過後にNICD介入により意識回復につなげることができ、楽しみ程度の経口摂取が可能となり、意思表示はうなずきや目を長めに閉じることで行っていた。また、経鼻胃管チューブと気管カニューレが挿入されたままで右手ミトンの装着を余儀なくされていた。食事は朝と昼に副食一品を摂取、時々むせはあるが吸引も少なくなっていた。倫理的配慮については、口頭で本人、家族の了解を得ました。

【方法】

介入期間は2016年7月から2017年4月末までの10か月間であった。経口摂取の獲得にむけて、目標を3食全粥に挙げ、口腔内マッサージと顔面マッサージを継続、嚥下状態に応じて食事形態を変更した。気管カニューレ抜去にむけては、全身状態の観察を行いながら、身体解放看護技術を継続した。全身の循環を整えるための起立訓練をベッドサイドや起立台で行った。またベッド端坐位では横隔膜と肋間筋を鍛える前後屈伸運動を取り入れた。

【結果】

経口摂取については、食事はデイルームで朝と昼副食1品から始め、7カ月目には3食ソフト食全量摂取となり経鼻胃管チューブを抜去することができ、10カ月目には全粥経口摂取となった。気管カニューレ抜去への取り組みは、側孔付カニューレやレティナなど患者の状態を見ながら交換を繰り替えした。そして6カ月目にスピーチカニューレに変更となり閉塞キャップによる呼吸訓練を開始した。しかし、30～60分安定した状態もあるが、2、3分で呼吸苦や口唇チアノーゼが出現することが多く、閉塞練習は1か月で中止となった。そのため7カ月目からリラクセーション後に起立訓練やベッド端坐位での上半身前後屈伸運動等を追加、開始時は呼吸苦や口唇チアノーゼ、下腿足指のチアノーゼ、血圧の低下などみられたが徐々に安定すると呼吸も平静となり吸引回数も激減した。10カ月後半に主治医より本人と妻にカニューレ抜去の説明を行い抜去となった。

【考察】

今回の事例は、継続した口腔ケアと顔面マッサージにより嚥下の改善が図られたことと、身体解放看護技術の運動・姿勢プログラムで座位姿勢の獲得により経口摂取が可能となったと考える。3食口から食べることができ全身の栄養状態の改善が図られたことで、起立運動と胸郭運動を取り入れることができ循環動態が整えられ、自力呼吸が可能な状態となり気管カニューレ抜去となったと考える。結果、ミトンを外すことができQOLに結びついた。

発表抄録　１－４

摂食機能に焦点をあてたNICDの部分的介入の取り組み

○小笠原 幸枝
独立行政法人　自動車事故対策機構　岡山療護センター

【はじめに】交通事故による遷延性意識障害患者へ生活行動回復看護（以下 NICD）を取り組んでいる。重度の脳損傷により筋緊張や関節拘縮，骨密度の低下があり，生活行動に制限が生じ全身へのNICD介入に難渋するケースがある。今回，摂取時開口困難のある患者に対し，摂食機能に特化した部分的介入を行い，改善がみられた事例を経験したので報告する。
【事例紹介】事例は，受傷後３年５か月経過した遷延性意識障害のある30歳代の女性である。受傷後半年で入院，肺炎を繰り返し喉頭摘出術を施行した。骨密度は，著明に低下していた。右大腿骨転子部を骨折し髄内釘での骨接合術を施行した。間接訓練を継続し，入院後２年半よりトロミジュースで嚥下訓練を開始した。自発的な開口がなく，下顎を押し下げると歯列間 3〜5 ㎜の開口がある状態だった。施行前のVF所見は「開口がなく嚥下反射は惹起せず。後鼻腔への逆流みられる」とあり。体幹は左側屈位，骨盤右回旋，頸部は左回旋が著明，タッチングすると過敏で筋緊張の亢進があった。主治医より下肢へのNICD介入の許可は得られず。介入前のNASVAスコアは54点，RNP評価表68点だった。なお，倫理的配慮として，所属看護部長の承認を受け，家族に本看護の内容を説明し文書で同意を得た。
【看護過程の展開】①介入期間：４週を１クールとして，２クール実施した。４週目までの目標を「毎回少しでも開口がありトロミジュースを摂取できる」，大目標を「視覚刺激や声掛けで1㎝以上の開口がありゼリーが摂取できる」とした。評価項目をROM，RNP評価表，NASVAスコア，VF所見，摂取や体位の写真や動画撮影，看護記録とした。②実践内容：肩甲骨，大胸筋から頚部周囲筋の緊張緩和目的で温罨法，バランスボールを抱えたシムス位で背部から上肢に対して微振動を毎日行い，ポジショニングを整えた。間接訓練施行後，トロミジュースによる摂食訓練を実施した。１クール終了時評価で，温罨法を除き同プラン（リラクゼーション・ポジショニング・摂食訓練の組み合わせ）を継続した。
【結果】１クール終了時，食物を認識し，歯列間 1〜2 ㎝の開口が可能となり，体位が安定し頚部の左回旋が軽減した。２クール終了時のVFでは，咀嚼や送り込み運動が少しみられる様になり，嚥下時鼻腔逆流がなくなっていた。看護記録には，「徒手的開口が減り，自発的開口が増えた」「一回量が多くなり摂食時間が短縮した」「集中しているような表情がみられた」という記述がみられた。２クール終了時のNASVAスコアは52点，RNP評価表は72点で，摂取時の角度・自力開口・送り込みの項目で１点ずつ加点あり，ROMは変化がなかった。
【考察】本事例は，脳損傷による筋萎縮，長期臥床による廃用性症候群患者で，わずかな刺激でも筋緊張を繰り返していた。今回，部分的介入として，背部から上肢の微振動やポジショニングを整えることにより，姿勢が安定し，頚部周囲の過緊張が緩和された。合わせて間接訓練を行うことにより，口腔周囲筋を緩和し，摂食訓練を行ったことが摂食機能の改善に繋がったと思われる。結果，部分的介入であっても，長期的に毎日集中したアプローチをすることが必要であると考える。

発表抄録　１－５

黒岩式口腔ケアに対する主観的効果度と負担感に関連する要因

○大内 潤子　林 裕子　福良 薫
北海道科学大学保健医療学部看護学科

【目的】加齢や疾病，低活動や低栄養の影響を受けて低下した口腔機能を向上させる効果的な介入に対する関心が高まっている。そのなかで，黒岩（2010）が提唱する口腔ケア（以下，黒岩式口腔ケア）は，口腔機能を高めるためのブラシによるストレッチ等を取り入れたものであり，近年注目を集めている。しかし，黒岩式口腔ケアに限らず，新しい実践は導入後，定着せずに終わることも少なくない。これまでの研究で，新しい実践の定着には，効果性の知覚や負担感が影響することが示唆されている。そこで，すでに黒岩式口腔ケアを導入している施設を対象に，主観的効果度と負担感を調査し，それに影響を与える要因を検討した。
【方法】対象者は，黒岩式口腔ケアをすでに導入している 5 医療施設の病棟に勤務する看護師およびケアワーカー183 人であった。質問紙は研究者独自に作成し，回答者の属性，ケアの定着度，所要時間を聞いた。ケアの定着度は，対象者に必ず実施していれば「3」，実施されることがあれば「2」，ほとんど実施されていないを「0」として評価してもらった。また，所要時間は，そのまま実数で記載してもらった。黒岩式口腔ケアに対する主観的効果度および負担感は，7 件法で評価してもらった。得られたデータは，有意水準 5%とし，統計的に解析した。倫理的配慮として，研究者所属機関の倫理委員会の審査を受け，対象者に書面で研究目的・方法，任意参加，匿名性等を説明し，質問紙の回答をもって研究参加の同意とした。
【結果】168 人より回答を回収し，有効回答 167 人のデータを分析対象とした。参加者のうち看護師が 119 人（71%），准看護師が 12 人（7%），介護福祉士が 25 人（15%），その他 8 人（5%），未回答 4 人（2%）であった。定着度は，対象者に必ず実施していたとの回答が全体の 62%であった。所要時間は，1 分から 30 分まで，かなり幅があり，平均は 6.7±4.7 分であった。また，主観的効果度の全体の平均値は 4.9±2.5，負担感は 3.9±1.7 であった。調査対象の 5 施設を主観的効果度と負担感のそれぞれにおいて平均値を基に高い群と低い群に分けて，定着度，実施者の年齢，経験年数，黒岩式口腔ケアの経験年数，所要時間を比較したところ，主観的効果度が低い群に比べ高い群の方が，有意に定着度が高かった。また，実施者の年齢がより高く，黒岩式口腔ケアの経験年数は長く，所要時間も長かった。一方，負担感については，低い群に比べ高い群の方が，有意に定着度がより低く，年齢は若く，黒岩式口腔ケアの経験年数が短く，所要時間も短かった。
【考察】結果より，主観的効果度と負担感は，黒岩式口腔ケアの定着に関連していた。また，年齢が若く黒岩式口腔ケアの経験が浅いほど，効果を少なく負担を多く感じる傾向であった。よって，ケアの定着には，ケアの有効性を示していくとともに，年齢が若く，ケアの経験が浅い実践者を重点的にフォローをしていくことが重要であることが示唆された。所要時間については，所要時間を長く報告している人ほど，効果を感じ，負担感が少ない傾向であった。所要時間の長さが効果につながっているのか，効果を感じ負担感が少ないために時間をかけて実施しているのか，客観的な所要時間を測定した上で，今後の検討が必要である。

発表抄録　２－１

NICD看護師が実施した健康講座後の施設入居者と介護スタッフの変化に関する調査

○青木 容子[1)]　松本 弘子[2)]　宮田 久美子[3)]
1）訪問看護ステーションブレックス　2）神鋼ケアライフ㈱ドマーニ神戸　3）北海道科学大学

【目的】少子高齢化社会となったわが国において、高齢者一人一人の健康寿命が延伸し、自立した生活を継続できることは急務な課題である。今回、介護付き有料老人ホーム（A 施設）の一般入居者と介護スタッフに対して NICD 看護師が健康講座を実施し、その効果について、入居者の客観的変化及び介護スタッフの認識の変化から明らかにすることを目的とした。
【方法】平成 29 年 2 月に、NICD 看護師が A 施設一般入居者に対して健康講座を行い、健康寿命の延長を目的とした講義とムーブメントプログラムの体験を行った。その後施設介護職員により企画運営により、昼食前に運動プログラム（以下プログラムとする）が実施されている。プログラム開始 1 か月後に、プログラムを運営している介護スタッフに対してアンケート調査を実施した。アンケートは①入居者の変化および②取り組みを通じて自分自身の変化について、変化の有無に関する選択式質問法と変化内容の自由記載とした。分析方法は変化の有無について記述統計を行い、さらに自由記載の内容について意味内容の類似性に従って整理した。
【倫理的配慮】施設センター長に、アンケート実施と内容、アンケート結果を研究発表することに関して書面で承諾を得た。さらに対象者にはアンケートの協力は自由意志であり、途中での辞退や参加の拒否に関しても不利益が生じないこと、さらに個人が特定できない様配慮し、研究結果を発表する旨を書面により依頼し同意を得た。
【結果】アンケートは 12 名に配布し、11 人の有効回答が得られた。対象者の属性は介護福祉士が 4 名、ケアワーカーが 7 名であった。①入居者の変化について、全対象者より変化があると回答を得られた。変化の内容は、身体的変化として日課の拡大 16%、下肢可動性の拡大 19%、生活リズムの改善 6%、体力の増強 6%、体幹の安定 1%であった。精神的変化として、楽しみの拡大 13%、生活の満足 16%、他者との交流の拡大 13%、自発的活動の拡大 6%であった。次に②介護スタッフ自身の変化については、6 名があると回答した。その内容は、入居者との交流拡大が３名、個々の入居者への関心の高まりが３名、仕事の充実１名、介護予防の重要性の認識１名であった。
【考察】介護付き有料老人ホームの入居者と介護スタッフへの NICD 看護師が行った健康講座は、入居者の身体的変化と精神的変化の効果があることが示唆された。一般に高齢者にとって、生活に新しいことを取り入れることは困難である。本研究において、入居者の変化として、身体面では日課の拡大、精神面では生活の満足が最も高かった。これは、昼食の待ち時間にプログラムを実施したことが日課として習慣化し、新な事柄への取り組みを容易にしたものと考えられる。また介護スタッフ自身の変化として、入居者との関係性の変化が多かった。これは、介護スタッフが入居者を注意深く観察するようになり、漫然とお世話することから脱し、介護スタッフが積極的に自立した生活支援を考え実践できることにつながったと評価できる。今後は、NICD 看護師の健康講座の効果について入居者の主観的変化を含め評価しながら、継続的な介入を続けていくことが、健康寿命の延伸に寄与するものと考える。

発表抄録　２－２

壮年期遷延性意識障害者に対する回復プログラムの介入及び看護の実際 ～トランポリン選手の経験を活かした関わりの１事例～

○吉川 美智子[1)]　月本 純[1)]　飯田 弘江[1)]　徳光 明子[1)]　東 真理[2)]
1）京都岡本記念病院　2）同志社女子大学

【研究目的】

遷延性意識障害および筋・関節拘縮を有する患者に対し、回復プログラム実施前後の変化を明らかにするため。

【事例紹介】

40 代の女性でマラソン中に心肺停止後、低酸素脳症により廃用症候群を伴う患者１名。受傷して１年８か月後に当院に入院。意識レベルは GCS で E4－V2－M2、胃瘻あり。体感のアライメント失調あり。元トランポリン選手。

【介入及び看護の実際】

介入及び看護の実際は、１週間の予定を立案した。その内容は、温浴刺激療法は週２回と、腹臥位・用手微振動療法とムーブメントプログラムは毎日実施した。実施前後にはバイタルサイン測定、神経症状のアセスメントの後、介入実施が可能か判断を行い実施した。本事例の特徴は、対象者がトランポリンの選手であったため、ムーブメントプログラムにトランポリンを週１回追加した。

なお、倫理的配慮として介入の目的と安全性を代諾者に説明し同意を得た。また結果の公表にあたっては、本人の顔写真を目隠しなしで公開することについても書面で同意を得ている。

【結果・考察】

本研究の回復プログラム実施前後の変化として、関節可動域の拡大、日常生活援助の易化、表情や発語などの意思疎通の出現、涙を流す感情表現など、多岐にわたり認めることができた。特に車椅子乗車時骨盤と体幹が不安定であったが４週間後には安定するに至った。(図１)一方でバイタルサインの変化や、皮膚温の変化を認めなかったことは、トランポリンの運動は、循環動態に影響を及ぼすことなく、期待される反応にのみ影響することを示唆する。特に関節可動域の拡大が、患者のケアを容易にするという効果は、患者のみならず、援助の負担や時間を減らすことにつながる。これは、患者の単なる機能回復だけではなく、生活の再構築への手立てともなると考える。

広南スコアの改善は、69 点から 58 点へ変化した。１年以上最重症レベルの意識障害を有していた患者が、４週間のプログラムで改善が認められたことは、患者の残存機能へ働きかけることができたのではないかと考える。



図１姿勢の変化

発表抄録　２－３

小児脳挫傷患者の急性期からのNICD

○西野 里彩　片田 将司　辻 未奈　遠山 香織
社会医療法人厚生会　木沢記念病院

はじめに

近年、集中治療領域での早期リハビリテーション（以下、リハビリ）が注目されているが、急性期においては救命、治療が優先となりリハビリの介入が遅れる傾向にある。超急性期であっても、心身機能の不活化や低下は進み、比較的安定期に入った時には、全身の廃用性機能低下がみられ、身体機能が回復するまでに長時間を要することがある。安静により生じた廃用症候群は、リハビリの開始や今後の ADL 拡大の妨げになりうる。今回、筋緊張の強い小児に対し生活行動回復看護（NICD）を実施し、筋緊張の緩和がみられ、早期に歩行が可能になった事例を報告する。

Ⅰ．事例紹介

10 歳男児 A くん。キックボードにて横断歩道を走行中に、乗用車と衝突。気管内挿管実施。GCS E１V１M１、JCSⅢ-200　瞳孔不同、除脳硬直あり。CT にて、テント上に少量の急性硬膜下血腫、中脳脚間槽に外傷性くも膜下出血を認め、ICU 入室。身体刺激に対する筋緊張が強く、良肢位保持の困難、さらには筋緊張によりバイタルサインが容易に変動していた。リハビリや ADL の拡大の妨げとなっている筋緊張を軽減させるため、微振動やバランスボールを用いた介入を行った。

Ⅱ．看護過程の展開（結果）

第 1～4 病日は、身体刺激により筋緊張が出現、良肢位の保持が困難であった。第 5 病日より ROM 運動、第 6 病日より用手微振動を開始するも、微振動の刺激で筋緊張が増強、さらには心拍数や血圧が上昇するなどバイタルサインが変動した。第 10 病日頃から、微振動により心拍数が落ち着く反応がみられた。第 13 病日からはバランスボールを用いた微振動、関節運動を追加。身体刺激によって上昇した心拍数も、微振動により低下。PT と ICU 退室時の目標を「背面開放ができる」とし介入した。ICU 退室日の第 16 病日には、身体刺激による筋緊張が起きにくくなり、筋緊張持続時間も大幅に短縮した。ICU　退室後もリハビリが進み発症から 162 日目に、回復期リハビリ病棟において歩行も可能となった。

Ⅲ．考察

A くんは、身体刺激で筋緊張が生じ、そのために良肢位の保持が困難であった。良肢位の保持は循環、呼吸器系に大きく作用する。今回の介入において、微振動による筋群の弛緩作用、静脈環流の促進作用によって、筋緊張が緩和され、A くんの退院にむけたリハビリや ADL の拡大に関与したと考えられる。全身状態が不安定な急性期であっても、安静臥床という身体にとって低負荷な状態に身体が適応すると、筋肉の委縮や四肢関節の拘縮が生じる。急性期だからこそ、適切な鎮静管理のもと安全に介入を行っていく必要がある。

Ⅳ．まとめ

・筋緊張の緩和によりリハビリがスムーズに進むことで、今後の ADL の拡大に繋がる
・急性期であっても、多職種で協働し、十分なリスク管理を行えば、NICD は行える
・「今」できる最大の介入方法を考え、退院後の生活を見据えた介入をすることが重要

発表抄録　２－４

敗血症患者に対する腹臥位・用手的微振動の早期介入に向けた看護師の判断

○岡田 未希子
多治見市民病院

【はじめに】急性期領域は身体侵襲性の度合いから、患者に腹臥位・用手的微振動を受け入れるだけの余地がないことが多い。今回、寝たきりで敗血症性ショックのある患者への早期介入として心拍出量が保たれていることと EGDT(Early Goal-Directed Therapy＝敗血症の治療方針 以下 EGDT と称す)の基準から 2 項目を満たした入院 3 日目より介入することができたのでここに報告する。

【事例紹介】Y 氏男性 73 歳　誤嚥性肺炎、敗血症、脱水　既往歴：糖尿病・脳幹出血左大腿骨折手術後　ADL：全介助　現病歴：ノルアドレナリン使用し HCU に入室。CT 上Ｓ9.10 区に著明な肺炎像あり。酸素 10ℓ/分にて $SPO_2$90~93％

倫理的配慮：妻に電話で腹臥位・用手的微振動の目的を伝え了承を得た。

目標：拘縮の進行予防・呼吸筋萎縮の改善・肺炎の改善

方法：平均血圧 65mmHg 以上、尿量 0.5/㎏/時以上 SPO_2で初回 30 分を目標として 5 分毎の血圧測定、15 分毎の呼吸音の変化を確認する。必ず４名以上で実施し腹臥位中は１名が患者に付き添う。中止基準は脈拍 140 回/分以上、収縮期血圧 30±10mmHg 以上不整脈増多がみられた時。患者の状態が安定していれば最大 4 時間の腹臥位、呼吸筋の萎縮もあり肋間に指を添わせて 10~20 分の用手的微振動を行う。

実際：初回は入院 3 日目にノルアドレナリン 3ml/時にて血圧 110/60mmHg（77）脈拍 100 回/分前後、酸素 5ℓ/分にて $SPO_2$98~100％。尿量 54ml/時。両肺雑音著明。呼吸音左右差あり。フルモニター装着し吸引後 2 時間腹臥位実施。用手的微振動 10 分行った。2 回目はノルアドレナリン 2ml/時にて血圧 110/60mmHg（77）脈拍 80~90 回/分前後、酸素 2ℓ/分にて $SPO_2$95~98％尿量 78ml/時。4 時間腹臥位実施。用手的微振動を 20 分行った。3 回目は血圧 140/70mmHg（93）脈拍 90 回/分前後、酸素 2ℓ/分にて $SP_2$95~98 2 時間腹臥位実施。用手的微振動を 10 分行った。4 回目以降は 3 回目とバイタルサインの大きな変化はなく 4 回目は 3 時間腹臥位実施。用手的微振動を 15 分。5 回目は 2 時間腹臥位実施。用手的微振動を 10 分行った。

【結果】腹臥位実施中に血圧、SPO_2の低下認めず、腹臥位実施後に SPO_2改善され酸素を減量することができた。開始前後の胸部レントゲン上も上葉の透過性が更新した。

【考察】今回 EGDT の基準から 2 項目を満たし循環動態の安定が得られたと判断、開始した。急性期からの腹臥位・用手的微振動は早期離床の意味も含むため中止基準として日本離床研究会の中止基準を参考にスタッフに周知してから行った。実施基準と中止基準を明確にすることで腹臥位・用手的微振動を始めたばかりのスタッフからは患者の安全を確認したうえで腹臥位・用手的微振動の必要性が理解できたとの発言が聞かれた。今後は腹臥位・用手的微振動に対する知識を向上させ、急性期領域でもチームで協力し可能な限り安全に配慮しながら腹臥位・用手的微振動を継続していく必要がある。

発表抄録　２－５

用手微振動法の周波数に関する実態調査：横断研究

○山下 哲平[1)]　紙屋 克子[2)]
1）姫路獨協大学看護学部　2）京都看護大学

【目的】
遷延性意識障害者等を対象にした廃用症候群改善・予防の看護技術の一つとして用いられている、「用手微振動法」の振動の周波数を中心とした実態を明らかにし、技術のデータベース構築による効果検証のためのプロトコル作成に生かすことを目的とする。

【方法】
対象：用手微振動法を習得している医療従事者 35 名、内 4 名はデータ欠損により除外し、分析対象は 31 名。属性は女性 25 名、男性 6 名、平均年齢 50.2±9.9 歳、技術習得してからの期間 58.6±51.7 ヶ月。

測定方法：足底が床につく高さの椅子に座り、両下肢の間を 10～20cm 程度空け、両手掌を両大腿部の前面に置いた状態で用手微振動を実施した。計測にあたっては、加速度センサ（ATR-Promotions：TSND121）を用いて、機器を両手背に手袋をつけて固定し、測定時間は 20 秒（前後 5 秒：静止、10 秒：技術実施）とし、加速度レンジ：±8G、サンプリング周期：5ms、サンプル平均回数：1 回の設定で測定した。

分析方法：振動波形を高速フーリエ変換（Fast Fourier Transform：FFT）解析（窓関数：Hamming）を用いて周波数を算出した。左右の周波数とその差を単純集計し、周波数と属性の相関にはスピアマンの順位相関係数を用い、周波数と性差との比較は、ブルンナー・ムンツェル検定を用いて解析した。統計学的な有意水準は 5%未満とし、統計解析には Bell Curve for Excel (version 2.13)を用いて行った。

【結果】
周波数は両手 8.3±1.9Hz、左右差 0.8±1.1Hz（右＞左）であり、周波数と属性では「技術習得してからの期間」に相関がみられた（相関係数 0.5、P＝0.03）。性差での比較は男性 9.2±2.4Hz、女性 8.1±1.8Hz で男性の方が高値を示したが有意差はみられなかった（P＝0.34）。

【考察】
本研究結果より、用手微振動法の周波数の実態と属性との相関について検証した。周波数の左右差は小さいものの干渉波発生の条件は満たしている。また、「技術習得してからの期間」との正の相関は、習熟度の高さが周波数に比例、もしくは習得時期による技術の変化が要因として考えられる。今後も継続調査を続け、技術の特性を明らかにしていき、効果の検証を進めていきたい。なお、本研究は JSPS 科研費 JP16H07374 の助成を受けて行った。

【文献】
紙屋克子，日高紀久江，英系提，申自百百迷：重度意識障害患者の看護プログラムの開発と評価－温浴と反射の誘発ならびに背部微振動の組み合わせによる拘縮の解除－，第 10 回日中看護学会論文集，242～244，2006.

発表抄録　３－１

遷延性意識障害患者の頸部の拘縮改善にむけた取り組み

○小野 優喜代　大西 弘子　兼松 由香里　遠山 香織
木沢記念病院　中部療護センター

【はじめに】

交通事故後遺症患者においては長期の意識障害に起因した筋肉・関節拘縮が多くみられる。今回の事例は、持続する過緊張により頸部が拘縮している。重度の嚥下障害もあり、唾液誤嚥による激しいむせ込みが頻回にある。その為、一日の多くの時間を安楽に過すことができていない。頸部の拘縮位が唾液誤嚥によるむせ込みを助長していると考え、頸部の拘縮を改善することを目的に看護介入したところ、効果が得られたので報告する。

【事例紹介】

A 氏 19 歳男性。平成 27 年 7 月受傷。遷延性意識障害。気管切開。過緊張の為、抗痙縮剤の内服を開始するが効果なく、ITB ポンプを埋め込み、平成 28 年 6 月より抗痙縮剤の持続注入を開始した。受傷後 11 ヶ月で当該施設に転院。入院時より頸部は、20 度後屈・30 度左回旋位で拘縮、上肢は除皮質硬直位で拘縮している。右側臥位をとると、むせ込みが増加、苦痛表情を呈し頻脈になる為、左側臥位で過ごすことが多い。

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

【介入方法】実施期間：平成 29 年 3 月 1 日～3 月 28 日。

目標を「ケア後 15 分間頸部正中位が保持できる。」とし、緊張緩和ケアを組み込んだ日課表を作成した。具体的には、日曜日以外毎日、三角ボードを用いた腹臥位を行った。腹臥位中に僧帽筋と腰部の用手微振動を行った。週 3 日の温浴刺激看護療法（以下、温浴と称す）中に拘縮した上肢のストレッチを行った。温浴後、左半腹臥位を行った。非温浴日は頸部～肩・上肢の微振動、下肢のバランスボールを用いたムーブメントを行った。好んで聴いていた音楽をケア中 BGM として流した。ケア後、頸部の回旋状態、表情、心拍数を記録した。

【結果】

介入 4 週目で、ケア後 15 分間頸部正中位保持が可能となり、長い時は 30 分程度保持できた。可動域は頸部、両肩関節で拡大した。筋硬度は僧帽筋で介入前が 38Tone であり、介入後が 27Tone であった。その結果、苦痛なく右側臥位がとれるようになった。むせ込みに伴う吸引回数は 1 日平均、介入前が 15 回であり、介入後が 8 回であった。介入により頸部の拘縮が改善し、むせ込みを減少させることができた。介入前は見られなかった笑顔が介入後は見られるようになった。療護センターで使用している認知評価表では、介入前が 17 点であり、介入後が 21 点となった。

【考察】

遷延性意識障害患者の頸部の拘縮改善にむけた体位や温浴、微振動の複合的な看護介入は、全身の筋緊張緩和、関節・筋肉の拘縮改善の効果があった。さらに二次的な効果として、喀痰の誘導・導出、認知機能の向上が図られることが示唆された。

発表抄録　３－２

重症心身障害児（者）における定頸と座位の確立による発達段階の維持・向上

○濱田 崇宏
社会福祉法人　札幌緑花会　大倉山学院

【はじめに】重症心身障害児（者）は、脳性麻痺や精神遅滞による運動および姿勢障害により、一般的な発達段階を経ていない。今回、自力での座位ができず、定頸不完全な 10 歳の男児に対して、発達段階のアセスメントに基づき、生活行動回復の看護介入を行った結果、変化がみられたのでここに報告する。
【事例紹介】事例は 12 歳の男性、脳性麻痺、てんかん、精神遅滞、出血性水頭症。横地分類 A１、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表で介入前の評価(10 歳当時)は、移動運動 3.0 ヶ月、手の運動 5.5 ヶ月、基本的習慣 7.5 ヶ月、対人関係 6.5 ヶ月、発語 5.5 ヶ月、言語理解 難聴あり不明。股関節、足関節に可動域制限があり。自力座位および歩行不可。経口摂取。発声はあるが、発語は無い。養護学校による訪問授業を受けている。頭部を安定して維持できる時間は 30 秒程度であり、定頸不完全。端座位時は、両手で支えることが難しく、介助が必要。
【介入方法】車椅子へ移乗前に１日１回５分間、端座位を実施。端座位は２名介助で行い、頭部および背部の補助をそれぞれ分担した。実施中は、両手で支持できるよう、手の位置を修正した。また、ベッド上では側臥位にて用手的微振動（僧帽筋、肩関節、三角筋、肩甲骨下端部、腰部各部位 10 秒間２セット）および仰臥位でボール運動（膝、股関節の屈伸、左右に膝を倒す 10 回２セット）を実施。
【結果】端座位介入当初は、左上肢が活発に動くため、安定した支持ができていなかったが、介入６週目頃には１分間以上支持することもみられてきた。現在は、介助者なしで（背面開放の状態）両手で支え約１分間ほど端座位ができるようになった。また、定頸については、はじめ頭部が不安定であり、30 秒保持することも難しかったが、６週目頃より、顔をあげることが、みられるようになり、13 週目には、ほぼ頭部が安定している状況となった。現在は定頸している。発達段階の評価については、定頸により移動運動が 3.0 ヶ月から 4.0 ヶ月、対人関係の項目では、鏡を見て笑いかける場面もみられるようになり、6.5 ヶ月から 7.5 ヶ月となった。関節可動域については、大きな改善がみられなかったが維持することができた。
【考察】対象は学童期であり、運動や知的能力などの諸機能が発達し、興味と理解の範囲が広がる時期であるが、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表での評価で、定頸ができていない現状があり、座位確立の実践をはじめとした NICD の介入が必要と考えた。その中で先行文献などから、定頸は運動発達の基礎となり、その後の運動発達を促す重要な要因であることを確認した。重症心身障害児（者）は、発達の遅延が一般的であり、向上は難しいととらえがちである。しかし、今回介入するにあたり、発達段階の評価により、「定頸」に着目することで、今後の発達段階の向上へつなげる基礎を築くことができた。特に、小児期は心身共に発達する大事な時期であり、たとえ大幅な発達の遅れがあろうとも、介入することにより、発達段階の向上へつなげる基礎を築くことができ、持てる力を発揮する可能性を広げられることが示唆された。また、定頸が確立できた要因として、生活支援職員による生活場面における NICD の実践や、訓練職員から用手的微振動実施時の腹臥位姿勢について助言を得るなど、多職種協働での介入が効果につながったと考えられる。

発表抄録　３－３

筋緊張緩和ケアによる頸部可動域の向上 及び意思表出に向けた取り組み

○恵 有香　田中 秀美　兼松 由香里　遠山 香織
木沢記念病院　中部療護センター

【はじめに】

当該施設は交通事故により脳を損傷し意識障害となった患者に対し意識賦活の為のケアを行っている。今回の事例は左からの声掛けに対し視線を向けたり、わずかに頷くような反応が見られる事があった。しかし緊張が強く常に左を向いており明確な反応が引き出せないでいた。その為頸部の緊張を緩和し可動域を上げる事、座位を取り視覚的刺激を増やす事で頷きや視線の動きが拡大し、コミュニケーション手段の一つになるのではないかと考えた。その結果、可動域の拡大による頷き動作の増加及び視線の動き拡大が見られた為報告する。

【事例紹介】

A 氏 50 歳女性。受傷前より多発性硬化症疑い、モヤモヤ病による脳出血があり左不全肩麻痺があった。平成 28 年 3 月交通事故にて受傷し救急搬送される。搬送時意識レベル JCS100~200。保存的加療後リハビリ病院への転院を経て受傷後 8 ヶ月目に当該施設へ転院となる。入院時、発声あるも発語無し。全身の筋緊張強く四肢屈曲拘縮傾向。自発的合目的運動見られず。SPECT の結果、両側側頭葉、右前頭葉、脳梁に血流低下認められた。入院後、左側からの動きや声かけに左への注・追視わずかに見られるが頭部は常に左を向いており、ケア時や体位を変える際に発声や苦痛表情がみられることが多く、少し触れるのみで緊張亢進がみられていた。

【看護過程の展開】

実施期間：5 月 10 日から 6 月 6 日までの 4 週間

生活予後診断は「緊張亢進による苦痛表情が無くなり、問いかけに対し首の動きで意思表示が図れる」とし、筋緊張緩和後問いかけに対し 5 問中 2 問首の動きで反応がみられる事を目標に取り組んだ。全身の筋緊張緩和として入浴後や半腹臥位中ホットパックをしながら用手微振動や、上下肢のマッサージ、頸・胸部マッサージを中心に行った。また、座位姿勢をとり視覚的刺激の増加を図るとともに整容動作を他動的動作で取り入れた。4 週間後、マッサージ後は顔が正面を向くまで可動域が向上し、入眠時等緊張緩和している時は自然と正面を向いている事も増えた。声掛けに対し頷き動作も増え、視線の動きも右方向への追視が見られる様になった。しかし、まだコミュニケーション手段としての確立は図れていない為今後も引き続き継続したケアを行っていく。

【考察】

温刺激後にケアを行う事で軟部組織の伸展性が増大し、その後行った用手微振動や頸・胸部マッサージが効果的に介入でき頸部の可動域増大につながったと考える。また、頸・胸部だけでなく上下肢を意識的に触れることにより過敏であった触覚に変化がおこり触れられる事への緊張が軽減したと考える。さらに座位姿勢を取り、他動的動作を行う事は視野の増大及び感覚野へ働きかけ、視線の動きの拡大に繋がったと考える。

発表抄録　３－４

背面開放座位を導入した遷延性意識障害患者の家族が気づく変化

○禰冝田 亜耶　古橋 香代　泉 ゆかり
医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院高浜分院

１．目的

背面開放座位を行う遷延性意識障害患者の中で広南スコアに現れない家族が気づく患者の変化を明らかにする。

２．方法

１）研究対象者：遷延性意識障害のある患者とその家族（週１回以上面会がある人）各３名

２）データ収集方法・手順：背面開放座位を導入後、広南スコアを測定した。背面開放座位導入１ヶ月後、家族に患者の変化で気づいた事について、面接でインタビューガイドに沿って聴取を行った。面接は 30 分程度とし、半構造化面接法で家族面談室にて行った。

３）分析方法：面接内容は録音し、逐語録を作成した。家族の気づいた変化についての発言を抽出し、スタッフが背面解放座位導入時に測定した広南スコアと比較を行った。

３．倫理的配慮

対象患者への介入ではその安全性を家族に説明し了承を得た。また、家族に対しては面接の際、研究目的、辞退が可能であること、匿名性の保持などを書面にて説明し同意を得た

４．結果

A 氏は広南スコア総計 58～67 点。そのうち、【自力摂取】は 10 点と変化は全く見られなかったが、家族の面接から「舌を動かす事が増えた」との発言があった。【発声と意味のある発語】の項目では値は 5～10 点で時に意味のある発語がある程度であったが、面接から自ら発声し問いかけに答えるというスコア値以上の変化がわかった。B 氏は広南スコア総計 63～69 点。スコア項目【自力移動】【自力摂取】は共に 10 点と変化が見られなかったが、家族の面接から「手の握る力が強くなった」「嚥下動作が多くなった」との発言があった。また【眼球の動きと認識度】の項目で「追視は無い」との評価であったが、「右側から接すると見つめる動作がある」との発言があった。C 氏は広南スコア総計 61～68 点。スコア項目【発声と意味のある発語】【表情変化】が共に 10 点と変化は無かったが、家族の面接から「少し口を動かして返答する」「穏やかな表情と睨んでいる表情がある」という変化がある発言があった。

５．考察

背面解放座位導入後、広南スコアでは確認できなかった患者の変化に関する内容の発言が 3 名の対象者全てに確認された。点数以上の変化があった発言もあり、スタッフが気づかない変化に家族が気づく事が明らかになった。スタッフは業務上、一人の患者に長時間継続して関わる事が出来ない。しかし家族は面会時間のみではあるが、一人の患者の表情や身体の動きを長時間観察している。更に自分の家族である思い入れが、注意深く観察することに繋がり、スタッフは気づかない多くの変化に気づく事が出来たと考える。以上の事から、背面開放座位を実施する中で広南スコアには現れないが、家族が気づく患者の変化が認められる事が明らかになった。

発表抄録　３－５

パーキンソン病患者へのバランスボールエクササイズの実施による姿勢づくりの取り組み

○坂井 彩乃　亀山 清美
JA岐阜厚生連　中濃厚生病院

【はじめに】在宅や施設で生活をしているパーキンソン病患者が症状の悪化や誤嚥性肺炎により入院してくることがある。しかし、治療や運動療法を継続しているにも関わらず、退院時に入院時より ADL が低下していることが少なくない。そこでそのような患者に対し、急性期の治療中から生活機能を維持・向上させることが重要であると考え、生活の基本姿勢である座位姿勢を安定させることを目的とした介入を実施し、その効果を検討したので報告する。
【事例紹介】1 事例目は、A 氏、80 歳代の男性で、肺炎にて点滴治療目的で入院した。パーキンソン病 Hoehn&Yahr 分類 4 で、痰が多く絶食となり、3 時間毎の吸引が必要であった。2 事例目は、B 氏、70 歳代の男性で、蜂窩織炎にて入院した。Hoehn&Yahr 分類 5 で、入院前は、トイレや食事は自立していたが、歩行困難となり寝たきり状態であった。3 事例目は、C 氏、70 歳代の女性で、心不全の治療目的で入院した。Hoehn&Yahr 分類 4 で、入院前は、歩行できたが、心不全の悪化・軽快を繰り返し廃用症候群となり、寝たきりの状態となった。
【方法】骨盤の後傾を改善し、安定した座位姿勢が保持できることを目的とし、仰臥位で膝下と踵下にバランスボールを挿入して 4 種類のエクササイズを 1 日 2 回、3 週間実施した。週 1 回、正面と側面から写真撮影を行い姿勢の評価をした。耳垂と肩峰が垂直線上に並ぶ座位を安定した座位と定義し、写真を用いて耳垂と肩峰から垂直線を下ろし、その幅を測定した。また事例の二次診療データから ADL の変化も評価の指標とした。倫理的配慮に関しては、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て、本人と家族から書面にて参加の同意を得た。

表１　介入前後の耳垂と肩峰の幅の変化

	介入前	１週目	２週目	３週目
A 氏	0%	10%	−15%	
B 氏	0%	−10%	0%	−10%
C 氏	0%	10%	35%	5%

【結果】介入前後での姿勢の変化を表 1 に示した。介入前の耳垂と肩峰の幅を基準とし、介入後の幅の差を比率で示したものである。A 氏は骨盤が後傾し、頭部前方位であり、重心が後方へ移動した仙骨座りであった。しかし、2 週目には重心が前方へ移動し、頭部前方位が改善して、端座位で自己にて更衣を行うことができた。しかし、3 週目に肺炎が悪化し介入を中止した。B 氏は骨盤が後傾し柵を持っていなければ後方へ倒れ込んでいた。しかし 2 週目からは重心が前方へ移動し、脊椎が伸展して座位が安定し、歩行が可能となった。C 氏は骨盤が後傾し支えがないと座位保持が困難な状態であった。座位姿勢の改善はなかったが、3 週目には発語が聞かれるようになった。そして体を反らし座位を取ることに抵抗し、写真での評価が難しくなった。
【考察】介入前は骨盤の後傾がみられたが、介入後は耳垂と肩峰の距離が短縮し、坐骨座りができるようになった。それはバランスボールエクササイズにより股関節周囲の筋群に働きかけ、股関節の可動域が拡大したために、骨盤の後傾が改善したのではないかと考える。また、座位の安定に伴い、A、B 氏共に ADL が拡大している。C 氏は姿勢の改善がみられなかったが発語や意思表示がみられた。安定した座位の獲得に加えて、バランスボールのリズム刺激が快の刺激となり意欲や意思を引き出し ADL の拡大や自発性を引き出す事に繋がったのではないかと考える。今回の座位姿勢の評価に写真を使用したが撮影条件を全て統一することは難しく評価が困難であった。今後は評価の方法と指標を検討していく必要がある。

発表抄録　４－１

高齢の重症心身障害者の排泄ケアに取り組んで

○緒方 正彦
社会福祉法人　札幌緑花会　大倉山学院

【はじめに】排泄は人間の基本的欲求であり、看護において欠かすことの出来ないケアの一つである。重症心身障害児（者）の排泄行動は一様ではなく、支援者の不十分な排泄機能の評価や環境によって、適切な方法でケアが出来ていない現状がある。オムツによる排尿・排便は身体的・精神的な問題や生活の質、生活行動に大きな影響を及ぼす。

今回、頸椎症により尿意や便意が鈍くなっている利用者にNICDを導入し、自然な排便・排尿の獲得をめざした取り組みについてここに報告する。

【事例紹介】事例は、71才の男性で病名は精神発育遅滞、情緒障害であった。57才で多発性脳梗塞、63才で頚椎症性脊髄症を発症し手術を受けたが歩行困難となった。現在、意識障害はなく、簡単な言語の理解は可能である。日中はベッド上や車椅子で過ごしており自発的に何かをする事はなく低活動である。そのため特に下肢の筋力は低下し、軽度の拘縮が見られている。また、排便障害が強くなり腹部膨満、食欲不振で日常生活に影響を及ぼしている。

【看護過程の展開】看護目標を「排泄に適した環境で排便をすることが出来る」とした。

身体状況により自発的に体を動かす機会が少なく、腹筋や腸蠕動が低下しているため、バランスボールによる足踏み運動、腰部への微振動、下肢のリラクゼーション、他動運動・自動運動を取り入れて腹筋の増加・腸蠕動の亢進を目的に実践した。また、浣腸の処置以外はトイレに座る機会が少なかったため、１日3回トイレで排泄する機会を設けた。4週間1クールとして3クール実践した（2クール目と3クール目は2か月間空いている）関節可動域の評価は、理学療法士と共に測定を行った。

【結果】各クール4週間で浣腸処置 12 回、自力排便が3回でトイレ排泄出来たのは2回が平均の回数であった。1クール目でトイレ誘導にて排尿が出来ることが判明し誘導を 1 日3回に増やした。2クール目で排尿が出た確率は64％であったが3クール目には72％に上昇した。また、床上で運動することで排ガスが確認された。関節可動域の評価（股関節、膝）は大きな変化は見られなかったが、毎日運動を行うことで下肢の緊張が減少し、股関節の開排の動きが円滑になった。

【考察】排便に関しては、定期的に浣腸を行っているため、回数に変化はなかった。しかし、排ガスが確認されており腸蠕動が促進されていたと考えられるため、介入を継続して中・長期的に支援していく必要がある。トイレでの排尿の確率が上昇したことについては、トイレに座り抗重力姿勢を保つことで腹圧がかけやすくなり、円滑な排尿につながったことや、以前にトイレで排泄が出来ていたことを考えると誘導によって尿意を意識し、回数を重ねるごとに排泄行為を思い出して排尿に応じるようになったと考える。

歩行や立位が困難な利用者にオムツによる床上での排泄を行っている一般的な現状がある。これは尿路感染・スキントラブルを起こす可能性が高い。しかし今回の介入で身体状況や排泄環境を整えることで気持ちの良い排泄ができるようになり、これらの問題を予防することが出来ると考える。そして、トイレに座るという基本的な欲求を満たすことで、持っている機能を引き出すことが出来、生活行動の再獲得につながったと考える。

発表抄録　４－２

腰部用手微振動と温罨法による便秘の改善

○岩瀬 加代子　泉 ゆかり　古橋 香代
刈谷豊田総合病院高浜分院

【はじめに】

療養型病院は、ベッド上で過ごす患者が多い。日常生活に多くの支援が必要な高齢者が入院する療養型病院において，排便のコントロールのために薬剤を使用することが少なくない。しかし、高齢者は下剤や浣腸の使用により低血圧などの副作用が発現しやすい。そこで薬剤に頼らない排便コントロールを目指したいと考えた。便秘を改善すると言われている腰部への用手微振動と温罨法を組み合わせたケアを実践しその効果を検討した。

【研究方法】

1. 対象:下剤の内服やグリセリン浣腸を使用し排便コントロールを行なっている患者のうち、投与量の増減や浣腸実施の有無について、包括的指示が出されている年齢65歳から86歳までの，日常生活自立度がランクCの10名であった。
2. 研究期間：平成27年10月～平成28年11月
3. 倫理的配慮：対象患者または家族に研究の趣旨を説明し、了解を得た。
4. 介入方法：実施週2回は入浴後、週3回は腰部温罨法（45℃の湯に浸した尿取りパッドを20分当てる）の後に、1日1回，腰椎4～5番周囲に用手微振動を1分間実施した。1事例につき、介入期間は2ヶ月間であった。
5. データ収集と分析方法：実施前1ヶ月と実施中2ヶ月間の1ヶ月毎の総下剤投与量、グリセリン浣腸の回数、及びブリストルスケールによる便の性状を調査し介入前後の薬剤使用回数と便性状を事例ごとに比較した。また薬剤性便秘の原因となる薬剤を内服しているかも診療録から情報を得た。

【結果】

対象者のうち，パーキンソン病治療薬や抗うつ薬等、薬剤性便秘の原因となる薬剤を内服している患者は7名であった。介入後に下剤の投与量が減少した者が5名、うち1ヶ月の下剤使用量が50m l以上減少した者が2名、増加した者が4名、変化なしが1名であった。グリセリン浣腸は使用回数が減少した者が3名、うち2回以上減少した者が2名、増加した者2名、変化なしは5名であった。下剤、浣腸ともに減少した者は1名であったが、微妙な変化であった。便の性状は、3名がブリストルスケール1～3がほぼなくなり4～6に変化した。中にはこの方法を継続した結果、3ヵ月以降に浣腸をほぼ使用しなくなった事例もあった。

【考察】

今回の研究では排便状況のはっきりとした改善はみられなかった。しかし、10名中7名は、下剤・浣腸の使用減少や便性状の変化等、何らかの便秘改善傾向がみられた。以上の結果から、薬剤性便秘や長期臥床に伴う活動性の低下により腸管蠕動運動が低下しているため、便秘改善のケアは長期に渡り継続していくことが必要であることが示唆された。今後も便秘改善に向けたケアを継続していくとともに、薬剤に頼らない便秘コントロールケアの検討に取り組んでいきたい。

発表抄録　４－３

用手的微振動により排便習慣が確立しQOLが向上した事例

○山碕 泉　山田 美香
JA岐阜厚生連　中濃厚生病院

【はじめに】今回の事例は以前にバランスボールを使用して便秘改善の効果が得られていたものの急な便意を伴うなど排便コントロールに苦慮していた患者である。今回、排便を気にせず生活圏を広げることができたことでQOLが向上した事例として紹介する。なお、事例の報告にあたり匿名性の保護に努め報告する。

【事例紹介】A氏は60歳代の女性で、慢性糸球体腎炎から血液透析導入となった。現在、週3回4時間の血液維持透析を行っている。月水金に緩下剤を服用し少量の普通便が出ていたが、週末には腹部不快感を伴う急な便意が出現し悩んでいた。夫・娘・孫との4人家族で、A氏は家事全般を担い、娘をサポートしながら孫の面倒をみている。

【看護過程の展開】A氏に対して、下剤内服日・最終排便・便の性状・腹部症状を確認し、この内容から排便習慣が確立されていないことが考えられた。また、A氏は家族と共有する時間を大切にしており、急な便意により家庭内での役割や家族との時間に影響が出ることを苦痛と感じていたため、『排便習慣を整え、安心して家族との時間を共有することができる』ことを目標とした。直径20㎝のバランスボールを使って臍部を中心に『のの字』を描くように3分間の微振動を実施した。腹圧をかけなくても便が出るようになっていたが、腹腔鏡下胆嚢摘出術を機に再び便秘になり、手術後1か月半は創部痛があり中断を余儀なくされた。本来明るく前向きでチャレンジ精神旺盛な性格であるが、この時は表情も暗く口数も減った。創部痛が軽快した後A氏の希望で用手的微振動を再開し、さらに透析以外の日にA氏自身が用手的微振動を実施できるように指導した。その結果、月水金は夕方若しくは翌朝までに、A氏自身が実施した日も満足のいく量の排便を認めるようになり、排便習慣を整えることができた。また、外出先での排便が減少したことで、A氏からは「週末に安心して出掛けられるようになって嬉しい」と喜びの声が聞かれた。そして、『用手的微振動をすると便が出る』と理解したA氏は、排便習慣の調整に対する自信がついたことで気持ちが前向きとなり、表情も明るくなった。

【考察】「排泄とは人間らしく生きていくための基本的な営みであり、自分の思い通りにできないことは病気そのものよりもつらいことである。」「保助看法による療養上の世話とは、誰にも代わりができない生活行動を、患者さんが望むやり方やタイミングで行えるように援助することである。」と川嶋みどり氏は述べている。私達が継続して行った用手的微振動で決まった時間に排便があることは、A氏の苦痛を減少させ生活圏の拡大に繋がった。そして家族の役割を果たせたというA氏の喜びは、継続して行った用手的微振動がQOLを向上させた表れであると考える。私達が行う排便習慣の調整は、排便障害の改善だけでなく、その人のQOL向上に関わるということをこれからも念頭に置き、実践していく必要がある。

脳幹出血で重度意識障害を後遺し消化管出血を繰り返した患者に対するNICD

○牧野 綾香　宇佐見 希子　渡邉 智恵　遠山 香織
社会医療法人厚生会　木沢記念病院

はじめに：急性出血性直腸潰瘍は、主に脳血管障害など重篤な基礎疾患を有する寝たきり患者に発症し、要因は宿便や長期の仰臥位による血流障害が考えられている[1)]。本事例は脳幹出血で入院、入院31日目に急性出血性直腸潰瘍（以下、消化管出血）を発症し、1ヶ月間で計5回のクリップによる止血術を実施した。2回目の消化管出血の発症に伴い再度看護方法を見直し、セラピストと継続してリハビリテーションを実施した結果、NICDは消化管出血の改善にもつながることが確認できたので報告する。

事例紹介：事例は50代男性、脳幹出血でICUに入院した。入院時JCSⅢ-200、GCS（E1V1M2)、人工呼吸器装着（PCV、FiO2 0.35)、血圧高値（NBP290/170）のためニカルジピン持続点滴による血圧管理が開始された。入院5日目に一般病棟へ転棟、JCSⅢ-200、GCS（E1V1M2）血圧・人工呼吸器管理中だった。身長165㎝、体重78㎏、脳血管障害発症に関連する既往歴はなく、抗血小板薬や抗凝固薬の服用はなかった。なお、介入事例のデータ使用にあたっては、匿名性の保護を前提として、当該病院の倫理審査委員会の承諾を得ている（29-09)。

事例経過：入院18日目、経鼻経管栄養を開始。入院20日目、JCSⅢ-200、GCS（E1V1M2）血圧・人工呼吸器管理中。誤嚥性肺炎予防と人工呼吸器離脱の目的で、毎日1回、体位ドレナージ（30分）時に妻と小ボールを使用し背部から下肢へ1~2分の微振動を実施した。入院31日目、消化管出血（血便600g)、食道や胃は出血病変なく、直腸下部の露出血管にクリッピング術が施行された。入院36日目、血液検査でHb（7.4mg/dl）の低下を認め、輸血2単位を実施した。入院41日目、消化管出血（血便450g)、クリッピング術実施。看護方法を再検討し、シムス位/半腹臥位＋用手微振動・胸郭のリラクゼーションストレッチ（妻は小ボールを使用した微振動)、セラピストと背面解放座位を継続して実施した。入院52、53日目、消化管出血（血便2300g)、クリッピング術実施。輸血6単位、昇圧剤の持続点滴を開始した。入院55日目、NBP130代、昇圧剤OFF。入院61日目、卵大の血便を認め、クリッピング術実施。人工呼吸器離脱。医師管理のもと毎回出血の翌日から経管栄養は再開した。1回目出血後、Alb2.5㎎/dlまで低下したが、治癒後はAlb3.8㎎/dlに回復した。消化器医師は「ここまで良くなったのは看護師らが身体を動かしたから」と家族に説明した。入院114日目、GCS（E4V1M2)、気切あり、経鼻経管栄養、状態が安定したため転院した。

考察：急性出血性直腸潰瘍は、本事例のように出血を繰り返すことがあり、発症時期は平均30日前後に多いと報告があった[1,2)]。消化管出血の治癒とその後再発がなく経過した結果は、症例の状態を共有し継続してNICDを含めたチーム医療を実施した効果である。中村は、側臥位から仰臥位への体位変換による血流量の変化について本事例と同様の患者は「病変好発部位である下部直腸に一致して有意な粘膜血流量の減少を認めた」と述べている。本事例において消化管出血の治癒は、座位姿勢の追加が重要であることが示唆された。本事例後、当科では下部消化管出血の発症は0名である。

1. 井上義博他：下部消化管出血の原因疾患と内視鏡治療、日本腹部救急医学会雑誌 Vol. 27(7)、2007
2. 中村志郎他：急性出血性直腸潰瘍50例の臨床的検討、gastroenterological Endoscopy、1996
3. 中村志郎他：急性出血性直腸潰瘍の成因に関する研究-側臥位と仰臥位における直腸粘膜血流の検討-、Vol.38(7)、gastroenterological Endoscopy、1996

発表抄録　４－５

長期臥床によって筋力低下が著しい患者へのADL回復に向けたNICD介入 ～寝たきりから歩けるようになるまで～

○寺川 麻衣子　芝田 亜矢　杉村 洋子　玉井 和子
社会福祉法人あじろぎ会　宇治病院

【はじめに】
ADL（日常生活動作）とは、食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本行動のことをさす。今回、私たちは、自宅退院を希望としていたが、なかなか退院への検討が進まず、又、長期入院のため、リハビリ介入が困難な患者に対し、ADL の回復を目的とした、生活行動回復看護（以下 NICD）を看護師、ケアワーカー共に病棟全体で実施した。その後の介入の結果について報告する。
【事例紹介】
事例は６０歳代後半の女性で、子宮頸癌、左右水腎症（ステント留置）、脳梗塞、両側尿管皮膚廔造設、パーキンソン症候群、認知症、仙骨褥瘡。約 4 年間、在宅療養をしていたが、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返し、経口摂取困難にて経管栄養導入、尿管皮膚廔の管理、仙骨褥瘡形成など、自宅での介護困難な状態で、治療・療養目的にて、入院の運びとなった。
介入時の状態では、栄養は注入食であったが、状態が落ち着き経口摂取に移行し、柔らか食・ソフト食を１日 900ｋcal 自己摂取、その他ＡＤＬは全介助であった。リハビリ以外は終日臥床、会話はスムーズに行えたが、時々理解力・長期記憶力には欠けることがあった。上肢は、自己摂取できる程度の可動域であるが、下肢の可動はほぼなく、座位保持できない状況であった。
【研究方法】
研究期間：平成 28 年 4 月 21 日～平成 28 年 7 月 21 日
研究方法：NICD の看護プログラムに基づき看護介入し介入前後の状態変化を検討する。
倫理的配慮：看護介入にあたって、本人、家族に主旨と目的を書面で説明、写真の掲載も含め書面にて了解を得ている。
【介入方法】
NICD プログラム：1 日 1 回、週 5 回
<全身>ハンドケア、小さいバランスボールを使用し全身に微振動
<下肢>屈曲運動:端座位にて足踏み運動（大きいバランスボールを床に置き足踏みする）
<骨盤>骨盤ゆらし運動
【結果】
臥床状態から１人で端座位になり、車椅子をセッティングすると見守りで移乗が行えるようになった。ベッド柵等の支えがあると立位になり足踏み運動が出来るまでに至った。最終的には歩行が出来るようになった（病棟からリハビリ室まで)。それと共に、仙骨褥瘡は治癒し、試験外泊を行えた。
【考察】
NICD プログラム介入により、毎日の関わりや刺激により ADL が向上したと考える。それに伴い身体活動が向上した結果、病状が安定し、仙骨部のあった褥瘡も循環改善や除圧の変化によって改善した。夫への介護負担の軽減に繋がった結果、在宅療養に向かっての準備が可能となり、試験外泊が実施できた。そして、身体活動能力の向上だけでなく、患者本人の笑顔、さらには周りの家族の笑顔も多く見られるようになり、在宅療養への希望をつなぐことができたと考える。
NICD の介入は、臥床から端座位、端座位から見守りで車椅子、立位、杖歩行と介入当時の目標をはるかに上まわる成果が得られた。
そして、人間らしい生活を送ることで患者・家族に自宅に帰りたいという意欲をもたらしたと考える。

発表抄録　５－１

意識障害のある時期から利き手交換を目的とした看護介入の報告

○吉野 朋子　亀山 清美　野田 麻美
JA岐阜厚生連　中濃厚生病院

【はじめに】A病院では、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 とする）を実践している。しかし、急性期病院のため、入院 1、2 ヶ月の間に転院になることが多く、限られた時間の中で十分な結果が得られないこともあった。今回、被殻出血により利き手である右手が麻痺になった男性に、意識障害のある時期から利き手交換を目的とし、左手への感覚刺激や温浴刺激看護療法等の複合的な刺激による看護介入を行った。その結果、利き手交換を含む生活行動の拡大がみられたため報告する。

【事例紹介】A 氏、70 歳男性。左被殻出血により右上下肢麻痺、失語症あり。仕事中に倒れ、救急搬送され入院となった。保存的治療を行い、発症 5 日目で ICU から一般病棟へ転入となる。転入時、意識レベルはグラスゴー・コーマ・スケール（以下 GCS とする）3/1/5、食事は胃管カテーテルより注入し、排泄は膀胱留置カテーテル使用、便失禁であった。表情は乏しく、発語はなかった。家族構成は、妻と長男の 3 人暮らし。自営で喫茶店のマスターをしており、コーヒーが大好きであった。

【看護介入】生活予後診断として、利き手を左手に替えることができれば、左手で車椅子を自走し、食事、排泄という日常生活動作が行えるとした。A氏に対し、意識障害のある時期から 1 日 1 回以上、左手にボールやスプーンを握る感覚刺激を行った。また口腔ケア、表情筋・口唇マッサージ、温浴刺激看護療法、端坐位、用手微振動を含む 24 時間の看護計画を立案し実施した。

倫理的配慮に関しては所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て本人と家族に同意を得た。

【結果】1 週目の開始より 3 日間は、スプーンを渡すと握り返すことは無く、床に落ちてしまった。しかし 4 日目より、数秒握り込むことができた。2 週目には意識レベルが GCS4/4/6 と向上し、単語程度の発語もみられた。また自らスプーンでお粥をすくい、口元まで運べるようになった。そして 3 週目では、食べこぼしもほとんど無く自己摂取が可能になり、歯みがきも自分で行えた。またT字カミソリを使用した髭剃りも、顔の表情筋を動かしながら一人で行う事ができた。簡単な会話も可能となり、声を出して笑ったり、動かない右手を悲観し涙を流すなど、感情表出がみられるようになった。しかし、排泄に関しては、膀胱留置カテーテルを抜去したが、尿閉となり再留置となった。

【考察】意識障害のある時期から左手への感覚刺激や温浴刺激看護療法等の複合的な刺激による看護介入を行った結果、意識レベルの改善と左手での食事と整容の一部が可能となった。これは左手への刺激が大脳に送られ意識の向上に繋がったと考えられる。また左手への刺激は認知に働きかけ、介入 4 日目からスプーンですくうなどの道具を認識したと思われる行為が引き出されたのではないかと考える。また、握って使用する道具を選択したことも、患者の動作負担の軽減となり、動作の獲得に繋がった。また、感覚刺激を他動的に促すことで脳が活性化され、脳に蓄積されていた記憶が再生され、生活行動が拡大したと考える。

発表抄録　５－２

高度認知症高齢患者の反応を引き出すアプローチ

○伊勢谷 暁子[1)]　神 ユリ[1)]　市橋 乃里子[1)]　久保 喜美江[1)]
杉澤 千香子[1)]　菊地 広美[1)]　林 裕子[2)]　大内 潤子[2)]
１）一般財団法人札幌同交会病院　２）北海道科学大学

【はじめに】後期高齢者では、入院生活の長期化により廃用症候群や認知症の進行が生じやすいことは周知されている。今回、高度のアルツハイマー型認知症と心不全の悪化をきっかけに廃用症候群と認知症状が進行した患者に対し、生活機能の改善のための介入を行った結果、覚醒時間が延長し、会話が成立する反応がひきだされたため報告する。

【事例紹介】A 氏 92 歳女性、慢性心不全、アルツハイマー型認知症。日常生活自立度Ⅳ、誤嚥性肺炎を繰返し絶食し中心静脈栄養治療。廃用性変化により全身の筋緊張、筋萎縮、関節可動域(以下、ROM)の制限があり生活機能の低下状態であった。日中は傾眠で覚醒と睡眠の確立がなく、発語もなく意思疎通も困難であった。

【倫理的配慮】施設の倫理委員会と大学の倫理審査の了承を得た。家族には目的、方法、匿名性の確保、データー・写真の使用について口頭と文書で説明し同意を得た。

【看護過程の展開】(１)看護目標：①全身の筋緊張・ROM が改善する、②座位保持が可能になる、③覚醒と睡眠のリズムが整う、④会話が成立する。(２)介入内容：摂食嚥下訓練、腹臥位、バランスボール運動、用手微振動、端座位、車椅子乗車のプログラムを 4 週間実施した。日中ラジオや音楽を流し、足踏み運動と上肢の挙上運動、車椅子乗車でお茶会やお誕生会など人の集まる場所への参加も積極的に行った。

【結果】股関節の屈曲、肩、頸部の屈曲、伸展が各 20～50 度拡大し、筋緊張も緩和され ROM が改善された。端座位時には傾くと自分で座り直す行動がみられ、車椅子乗車は 1 時間可能となった。また、包布の端を縫う動作やティッシュで口を拭く、髪を直すなど上肢や手指の動きも顕著に改善した。音楽を聴くと歌を何小節かうたい、「ありがとう」と言葉を発するなど表情や反応もよく、家族の面会時には会話が成立するまでとなった。覚醒と睡眠は確立され、家族の希望である院外散歩が可能となった。

【考察】運動プログラムにより ROM が改善し、生活行動を可能にする身体づくりと、他動的な心・肺負荷による循環器の耐久性の獲得により、座位保持が可能となった。また、「何の刺激も加えずに座位を保持していると脳活動は低下する」[1)]と言われている。単に端座位を保持するだけでなく、目や耳など複数の感覚器から積極的に刺激を行ない覚醒が鮮明となり、小脳に蓄積された過去の仕事である「裁縫」の記憶が想起し、包布の端を縫う動作に繋がったと予測される。高度認知症高齢患者にたいしても、意図的な介入で潜在的なさまざまな反応をひきだす効果があることが示唆された。

【引用文献】１）日本ヒューマンナーシング研究学会：意識障害・寝たきり〔廃用症候群〕患者への生活行動回復看護技術（NICD）教本,株式会社メディカ出版,2015,P57

発表抄録　５－３

NICD介入を行った重度の遷延性意識障害患者の事例報告

○鈴木 敬子　秋広 由美子　竹内 葉子　遠山本徳
自動車事故対策機構千葉療護センター

【はじめに】NICD は生活行動回復看護であり、自立した生活に戻ることを目指している。多くの重度遷延性意識障害患者においては、脳波や PET での脳の活動性は低く積極的治療対象でなくても看護は存在する。今回、脳機能の活動性が低いと医学的判断され、自立した生活行動が難しい状態の患者に、生活行動回復に視点を置いた看護を試みたので報告する。報告にあたっては匿名性の保持に努めた。

【事例紹介】60 歳代女性。201X 年歩行時乗用車と接触し受傷、CPR にて心拍再開したが搬送後再度心拍停止となり蘇生した。［診断名］頭部外傷後後遺症・甲状腺腫瘍［NASVA スコア］58 点［呼吸］気切カニューレ挿入し、咳嗽反射が多い。［栄養］胃瘻による経管栄養である。［コミュニケーション］未確立。［排泄］オムツを使用し、下剤服用にて排便コントロールしている。［運動］四肢伸展緊張だが、咳嗽時の緊張による四肢の動きがある。［家族］キーパーソンは遠方在住の兄である。

【アセスメント】緊張と廃用により動きづらい身体となっており、顔も廃用により表情変化が乏しくなっている。浣腸を使用せず排便出来ることから咳嗽などにより怒責できる力を持っている。〈患者が自分で出来ること〉①痰の自己喀出ができる程度にむせる力がある。②浣腸を使用せず排便ができる。③経口摂取は出来ないが、経管流動食よる栄養の確保はできている。④睡眠覚醒リズムは安定している。⑤座位姿勢を取ることができる。

【看護展開】［生活予後診断］生活しやすい身体をつくる。［看護内容］1．顔面の緊張緩和を図るための顔面マッサージ 2．全身の緊張緩和・拘縮予防・体幹四肢への刺激のためのバランスボールムーブメント 3．生活行動を拡げるための端座位［結果］1．表情変化が見られるようになった。2．緊張が緩和したことで四肢の拘縮亢進がなく、加えて定期的排便が見られるようになった。3．自力座位保持は難しいが施行時の咳嗽が減り、落ち着いて座位姿勢がとれるようになった。

【考察】事例の患者は NASVA スコアでは重度の遷延性意識障害患者である。この患者の「自分の力でできること」をアセスメントし、目標を「生きるための力をつける」とした。そのためには過度な緊張による拘縮を防ぐ必要があると判断し緊張緩和に対して関わった。その結果、顔面の廃用の改善により表情変化が見られるようになったことで他者の関心を惹くこととなり、コミュニケーションの機会が増えることに繋がった。このことは今後の生活に於いて快の刺激を伴う介助を受けやすくなるものと思われた。またバランスボールは筋緊張の緩和に有効であり自らの意思で動けない患者への他動的な全身運動刺激となった。重度の遷延性意識障害患者にとって生活行動の再獲得は 4 週間や 8 週間で達成することは難しい長期的な目標である。しかし重度の遷延性意識障害患者にも「自力でできること」「生きるための力」が僅かながらもある。このような患者に対する生活行動回復の視点とは、その僅かな「自力でできること」「生きるための力」を見極めて、少しでも伸ばす、または増やすための関わりを考えることである。具体的には身体調整・身体解放を目指した看護であると考える。

発表抄録　５－４

急性期病棟から回復期病棟への継続介入
～右半身麻痺のある患者へのNICDを実施して～

○島田 月美
多治見市民病院　４階南回復期リハビリ病棟

Ⅰ.はじめに

急性期から回復期リハビリ病棟へ転棟した右半身不全麻痺の患者に、上下肢の筋力増強と端坐位確立を目的とした NICD の看護技術であるバランスボールでの継続した介入が取り組めたので報告する。

Ⅱ.　事例紹介

Ａ氏は 60 歳代男性であった。　左視床出血発症後、右半身不全麻痺となり、B 病院で治療後、当院の急性期病棟へ入院し、その後回復期リハビリテーション病棟に転棟した。入院時、全身の筋力低下と右上下肢の疼痛あった。すべての日常生活行動において全般的に介助が必要であった。

Ⅲ.　方法

実施期間は 2 ヶ月であった。倫理的配慮として、介入の目的と患者が特定されないことを説明し承諾を得た。自己にて端坐位ができることを目標とし、筋力増強目的に看護計画を立案しバランスボールエクササイズを１日２回　AM・PM　15 分実施した。内容は足関節を保持し１分間左右に振動し、膝関節・股関節を伸展させる動作を行った。寝返り動作の誘発では、ゆっくり腰をひねる動作を行い、座位ストレッチを実施した。筋肉をほぐすため上腕に微振動を行った。患者の意欲と疼痛の有無や ADL 動作の変化を観察した。

Ⅳ.　結果

急性期病棟では、筋肉、関節の拘縮予防として介入していく中で動作時の疼痛が減少し、ベッドGーUP での坐位の時間が 30 分から 90 分と長く座位が取れるようになった。転棟後も、筋力増強と端坐位確立のため介入を継続し、初めは補助をしながらバランスボールエクササイズを行った。気分の落ち込むときは出来る事からやり、声かけをしながら行った。毎日継続することで、補助がなく自己にて行えるようになってきた。出来る事が増え、本人の自信につながった。「一人で歩きたいから頑張る」と意欲的な言葉も増え、自己にて左側臥位ができ反動をつけて端坐位をとることが可能となった。

Ⅴ.　考察

急性期からの取り組みを継続するにあたって、疲労感も強く拒否することもあったが、できることが増え自信につながり、患者が一人で歩くという目標を持つことができた。その目標を共有することで信頼関係を築き、基本動作だけでなく意欲の向上につながったと思われる。急性期から継続して NICD の介入をしてきたことが効果を見いだせたと考える。今後も、院内で継続看護として NICD を取り入れていきたい。

発表抄録　５－５

多職種協働によるNICD介入の事例報告

○佐々木 幸代　菊池 しのぶ　水澤 弘代
医療法人社団秋桜　丸川病院

【はじめに】
当院では看護師を中心に意識障害・寝たきり患者の生活行動回復看護（以下、NICD と称す）を実践しているが、ケースによっては、理学療法士（以下 PT と称す）や作業療法士（以下 OT と称す）、介護福祉士（以下 CW と称す）と協働でムーブメントプログラムや温浴刺激療法などを行うことがある。これらの多職種が協働する介入によって、日常生活行動の確立や意識の改善が見られるなど、良い結果が得られているので事例を通して報告する。
【研究方法】
対象者：平成 28 年 6 月～平成 28 年 12 月まで多職種と協働で関与した４事例。
研究方法:診療録および看護記録から介入の内容と対象者の変化について抽出し、整理した。
【倫理的配慮】本研究の意図、介入の不参加による不利益は一切生じないこと、途中での不参加の申し出も自由であること、プライバシーの保護等について本人および家族に口頭で説明し、同意を得た。
【結果】事例１．60 代、男性、病名は脳梗塞で意識は清明、左股関節、膝関節の拘縮、体幹の筋力低下があり行動拡大が困難だった。毎日のセラピストによるリハビリテーションの開始直前にバランスボールで屈伸運動を実施し、体幹が安定、関節可動域も拡大し、早期の行動拡大ができた。事例２．80 代、男性、病名は視床出血、発症から一か月 JCS100、従命が曖昧で、栄養は点滴のみである。温浴刺激療法を実施し、JCS２となり、自力経口摂取可能となった。事例３．80 代、男性、病名は脳梗塞。発症から三か月 JCS200、声掛けに対する反応なく発語もなく、経鼻経管栄養である。温浴刺激療法を実施し、JCS20、経口摂取可能となった。事例４．30 代男性、病名は交通事故による脳挫傷、8 年前の交通事故以来、遷延性意識障害がある。筋緊張があり四肢拘縮強く伸展位である。受傷時から気管カニューレ挿入しており、胃瘻を造設している。温浴刺激療法とバランスボール運動を実施し、気管カニューレを抜くことが出来た。
【考察】事例１は PT と共に検討し、リハビリ直前にバランスボール運動を実践したことで、関節の柔軟性が増し、PT によるリハビリとの相乗効果が出て、早い段階での生活行動の確立に繋がった。事例２．３は PT と実施した温浴刺激療法により、意識の改善や生活行為の獲得となった。事例４は PT、OT、CW と血流の改善や肺機能の向上のために、バランスボール運動と温浴刺激療法を行い、長年の念願である気管カニューレを抜管することができた。気管カニューレが抜けたことで、今後の生活の質の向上や精神面にも大きく寄与することができたと考える。温浴刺激療法時には PT と立位訓練やあぐら座位の訓練を行ったり、上下肢関節の有効な動かし方ができるなど、協働で行うことで温浴刺激療法の更なる効果も期待できるようになった。またセラピストに対しては NICD に対する理解の拡大にも繋がった。

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，筑波大学人間総合科学研究科看護科学系に置く．

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. 次の各号に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 5 章　学術集会会長

第 17 条　学術集会会長

1. 毎年 1 回学術集会を主宰する為に学術集会会長を置く．
2. 学術集会会長は理事会で決定する．
3. 任期は 1 年とする．
4. 学術集会会長は学術集会を主宰する．

第 6 章　会計

第 18 条　本会の運営は会費その他の収入をもってこれにあてる．

1. 会員から年会費を徴収する．
2. 新会員から入会金を徴収する．
3. 賛助会員からの会費ならびに寄付．

第 19 条　本会の会計年度は毎年 4 月 1 日に始まり，翌年 3 月 31 日で終わる．

第 20 条　入会金，年会費は次の通りとする．

1. 入会金　　2,000 円
2. 年会費　　会費　5,000 円
   賛助会員（1 口）50,000 円
   名誉会員　会費の納入を必要としない

第 21 条　本会の運営費の収支決算は，役員会及び総会において報告する．

第 7 章　会則の変更

第 22 条　本会の会則を変更する場合は，役員会の議を経て総会の承認　を必要とする．

第 23 条　会則の変更の承認は，出席者の 3 分の 2 以上の賛成を必要とする．

第 8 章　付則

本会則は
平成 20 年 4 月 1 日から実施する．
平成 21 年 2 月 1 日から実施する．
平成 23 年 3 月 1 日から実施する．

投 稿 規 程

１． 投稿者

投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、本学会により依頼した者はこの限りではない。

２． 対象とする原稿

1）投稿原稿は他誌および関連する他の学会等で未発表であること。

2）患者の生活行動回復に関する看護に関連するものであること。

3）原稿の種類は以下の区分があり、投稿者は原稿にそのいずれかを明記する。

原著：研究論文のうち、独創性が高く、科学的な研究としての意義が認められ、研究論文としての形態が整っているもの。
総説：ある特定のテーマに関して、1つまたはそれ以上の学問分野における知見を広く概観し、そのテーマについて総合的に概説したもの。
研究報告：研究論文のうち、内容・論文形式において原著論文には及ばないが、研究としての意義があり発表の価値が認められるもの。
症例・実践報告：研究論文のうち、内容・論文形式において原著論文には及ばないが、臨床における実践報告としての意義があり発表の価値が認められるもの。
資料・その他：上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

３．倫理的配慮

１） 著者は、本研究が倫理的配慮のもとに実施されたものであることを本文中に明記する。
２） 倫理的配慮とは、主に以下のこととする。
a. 対象者への研究参加の説明と同意の手続きが適切に行われている。
b. 対象者が心身の負担・苦痛や不利益を受けない配慮がされている。
c. 個人データが守秘され、プライバシーが保護されている。
d. 研究者としてのモラルに反していない。

なお、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008) 等にかなっていなければならない。

4. 原稿の送付方法

1. 投稿原稿は3部を送付する。うち2部は複写でよい。
2. 投稿原稿は封筒の表に「日本ヒューマン・ナー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。
3. 原稿には6の10に示すA4版の表紙を付す。

5. 原稿の受付および採否

1. 原稿の投稿は随時受け付ける。
2. 原稿が学会事務局あてに到着した日を受付日とする。
3. 原稿は理由の如何を問わず返却しない。
4. 原稿の採否は1論文につき複数名以上の査読者による査読を経て、学会事務局において決定する。
5. 学会事務局の判定により、原稿の修正および論文の種類の変更を著者に勧めることがある。
6. 投稿原稿の採否は、査読者の意見を元に、学会事務局が決定する。

6. 原稿執筆の要領

1. 原稿の本文は原則としてワードプロセッサーで作成する。
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濃活動評価の検討，日本脳神経看護研究学会，33(2)，133〜140,2011.
- Doolittle,N.D.: The experience of recovery follwing 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」に自筆書名し、原稿とともに学会事務局あてに送付する。

11. 著者が負担すべき費用

1. ネイティブチェックを受ける際の費用。（必要時）
2. 別刷料：別刷はすべて実費を著者負担とし、最低冊数は 20 冊からとする。
3. その他：図表・写真など、印刷上特別な費用を必要とした場合は著者負担とする。

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･ﾅｰｼﾝｸﾞ研究学　入会申込書

申込年月日　　年　　月　　日

日本ﾋｭｰﾏﾝ･ﾅｰｼﾝｸﾞ研究学会　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			

YAGAMI



歴史に学び、「今を考え」
「有り難い」ことの実現を提案します。

八神製作所は、140余年に亘り、医療の発展とともに歩んできました。
その間、医療のあり方が治療のみならず、健康開発、介護・福祉へと広がるにつれて業容を拡大。
現在は「健康開発」「疾病治療」「介護・福祉」「保守点検・修理」を4本柱として確立。
ひたすら「有り難い」ことの実現を提案します。

株式会社 八神製作所
本社／〒460-8318 名古屋市中区千代田2-16-30 TEL(052)251-6671(代)
URL http://www.yagami.co.jp/

より美しく―より速く

まごころを伝える情報づくりが
私たちの仕事です。

情報化社会に素早く対応できるよう
最新のシステムで、みなさまの
おこしをお待ちしています。
なんでも気軽にご相談ください。

つつみ印刷株式会社
〒060-0009 札幌市中央区北9条西23丁目 TEL (011)641－5373
FAX (011)611－4343

先端医療に役立つベストツールを提供し、
社会へ貢献するために、
私たちは「3つのS」を大切にします。

Sympathy【人情】
どれだけハイテク化や合理化が進んでも、当社は人と人との温もりある関係こそが最も大切だと考えています。
地域社会に根ざした、あたたかいコミュニケーションにより、きめ細かいサービスに努めてまいります。

Sincerity【誠実】
大切な生命を預かる医療現場のニーズを満たすため、誠心誠意、ベストを尽くすこと。
期待に100%応えること。数々のお客様にお喜びいただくことが、我々フォームの喜びであり誇りです。

Spurt【奮闘】
その問題に対して、常にベストな姿勢で闘っているか。諦めていないか。当社のモットーである
3つめの「S」は、情熱をもって奮闘することです。生命を守るために努力は惜しみません。



先端医療に貢献する医療専門商社
株式会社 フォーム

本社・名古屋支店 〒465-0025 名古屋市名東区上社四丁目191番地 TEL:052-704-0610
岐阜支店 〒500-8154 岐阜市木ノ下町五丁目16番地 TEL:058-240-0059
三重支店 〒514-0131 三重県津市あのつ台四丁目6番10 TEL:059-231-2531
四日市支店 〒510-0018 三重県四日市市白須賀三丁目5番10号 TEL:059-340-0011
URL http://www.m-form.co.jp

著名講師陣によるe-ラーニング

学研ナーシングサポート

看護師・院内全職員向けインターネット講義

充実の 全191 テーマの講義映像を収録!

管理者の“困った”
研修担当が忙しい・カリキュラムづくりが大変

は

スタッフの“困った”
色んな講師の講義が聞きたい・研修にもっと参加したい

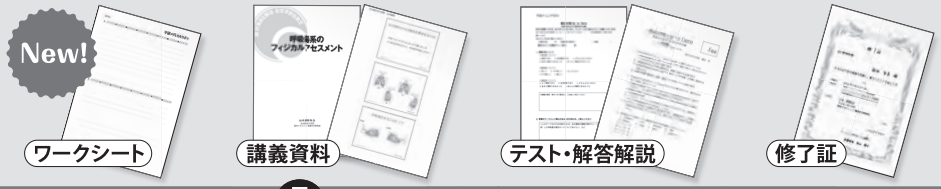
学研ナーシングサポートにおまかせください

研修カリキュラムに組み込みやすい!

最新の情報・技術・知識を習得できる!

15~60分間講義+豊富なサポートツール!

研修に
活用できる資料が
自由に使えます!



いつでもどこでも学習できる!

院内集合研修
院内で、配信期間中
いつでも研修が行えます



個別学習
パソコン・スマートフォン・
タブレット端末で受講できます



個人の学習状況を確認・集計できます



受講費用

「基本パッケージ(一般)」または「基本パッケージ(精神科)」

病床数	199床以下	200~399床	400~599床	600床以上	年度契約のみ
料金(税別)	39,800円/月	49,800円/月	59,800円/月	69,800円/月	

オプションコース(税別)

看護管理者特別コースⅠ	看護管理者特別コースⅡ	退院支援・地域包括ケアコース	ビジュアルナーシングメソッド	介護スタッフ研修コース	精神科コース(「基本パッケージ(一般)」をご契約のお客様向け)	年度契約のみ
120,000円/年度	120,000円/年度	120,000円/年度	20,000円/月※	120,000円/年度	10,000円/月	

※ビジュアルナーシングメソッドを単体で(基本パッケージのお申し込みなく)お申し込みされる場合は、40,000円/月(税別)となります

■年度途中からのお申し込みも可能です

お問い合わせ 資料請求

株式会社 学研メディカルサポート
〒141-8414 東京都品川区西五反田2-11-8

TEL.03-6431-1228(代表)
FAX.03-6431-1414 http://gakken-meds.jp

平日9:00~18:00
担当:営業企画部

協賛企業

御協賛をいただき

誠にありがとうございました

㈱学研メディカルサポート　様
㈱　フォーム　様
㈱　八神製作所　様
メディカ出版　様
コミナミ印刷㈱　様

ネスレ日本㈱ネスレヘルスサイエンスカンパニー　様
東洋羽毛東海販売㈱　様
アスタリール㈱　様
住商モンブラン㈱　様
ＪＡ全農　岐阜県本部　様

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌　第6巻　第1号
第13回　学術集会プログラム・抄録集

発行日　2017年10月21日

発　行　第13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

看護の力でここまでできる！看護の実践必須スタンダード

意識障害・寝たきり〔廃用症候群〕患者への 生活行動回復看護技術 NICD 教本



日本ヒューマン・ナーシング研究学会 編著

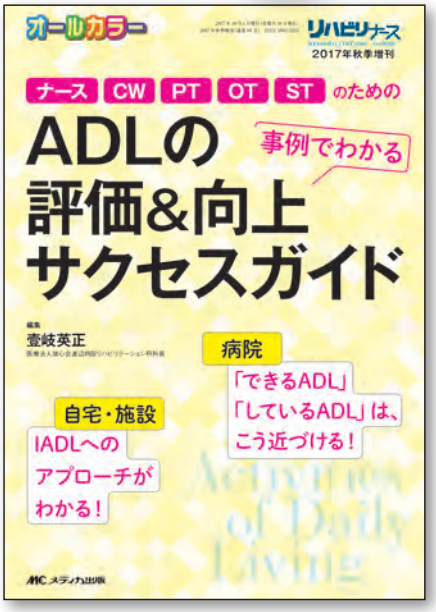
あなたは今、どんな看護をしていますか？あなたの看護を、見方を変えて振り返ろう！いつでも、どこでも（急性期～維持期、訪問・在宅看護）、だれもが今日からできる。これからの時代の、信頼される看護の新スタンダード！
患者が変わる、看護の素晴らしい力を再確認しよう！

contents

1章　NICDとは
2章　NICD看護の実際―3つの看護技術
3章　生活を再構築するためのアセスメント法
4章　NICDの看護計画の立て方

定価（本体3,500円＋税）　B5判／204頁
ISBN978-4-8404-5354-7
web T020160（メディカ出版WEBサイト専用検索番号）

リハビリナース 2017年秋季増刊　新刊　ナース　CW　PT　OT　ST　のための



ADLの評価&向上サクセスガイド

事例でわかる

医療法人瑞心会渡辺病院 リハビリテーション科科長 壺岐 英正 編集

ADL支援（介助）は、訓練ではセラピストが、日常生活ではナースやCWが担う、リハビリ病棟の一番大きな業務。リハにかかわる多職種がADLを正しく評価でき、そのうえで各ADLをどう向上させるのか（訓練）、どう維持するのか（病棟・生活）が学べ、さらにIADLにも踏み込んだガイドブック。

contents

1章　いま、あらためてADLの重要性を考える
2章　ここがポイント！ リハビリ病棟でのADLの評価
3章　こうすればうまくいく！ 事例で学ぶADL向上―「しているADL」を「できるADL」に近づける
4章　退院後の「生活」を見据える！ IADLの評価と向上

定価（本体4,200円＋税）　B5判／224頁
ISBN978-4-8404-6065-1
web M221751（メディカ出版WEBサイト専用検索番号）

MC メディカ出版　www.medica.co.jp
お客様センター　0120-276-591
本社 〒532-8588 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル16F