Vol.13. No.1

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌

第13巻 第1号

第20回

学術集会プログラム・抄録集

The20th Japan society of Human Nursing Research

会　期	2024年11月3日（日）
会　場	北海道科学大学　札幌市手稲区前田7条15丁目4-1
大会長	宮田久美子　北海道科学大学　保健医療学部　看護学科　教授

大会テーマ

生活行動回復の看護
～その知恵を知る～

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 寄 せ て

第20回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会
大会長　宮田　久美子
（北海道科学大学　保健医療学部　看護学科　教授）

この度、第20回日本ヒューマン・ナーシング研究学会学術集会を昨年度に引き続き、北海道科学大学にて開催することとなりました。

日本ヒューマン・ナーシング研究学会は、意識障害ならびに拘縮等により生活行動が著しく低下した対象者の生活行動の回復を促進し、対象者と家族のQOLを高めるための専門的看護の研究・実践、そして普及を目的としています。その専門的看護である、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（Nursing Independence for the Consciousness disorder and Disuse syndrome Patient: NICD）は、本学会認定看護師が全国各地でリーダーとなり、多くの臨床で実践されています。一方、NICDに興味や関心があり、その看護に取り組む意欲があっても具体的な展開の方策が分からず、実践に至らない課題も聞き及びます。

現在、日本の医療は「治す医療」から「治し、支える医療」への転換期にあります。本学会の主軸となるNICDは、まさに自立・自律を支える看護であり、これからの「支える医療」に必要な看護の判断や技術を基礎としていることから、これまでよりもさらに多くの病院や施設、在宅等での普及が望まれます。

そこで、本大会は第20回の学術集会という大きな節目において、テーマを「生活行動回復の看護 ～その知恵を知る～」としました。「知恵」とは、物事の筋道を立て、計画し、正しく処理していく能力とされています。また、哲学者アリストテレスは、人間の知能は感覚・記憶・経験知・技術知を経て知恵に進むと論じています。知恵を知る第一歩として、基調講演には、本学会理事長の紙屋克子先生に「生活行動回復の看護の根幹」をご講演していただく予定です。これまでNICDを実践されてきた方のみならず、これからNICDを実践しようとされている方にとって、生活行動回復看護の実践における「知恵」を知ることが、多様に変化する対象者の状況に対応する看護のための貴重な機会となれば幸いです。

11月上旬の札幌中心部は、紅葉が見頃です。また、冬の足音が聞こえる時期でもあり、季節の移ろいを楽しんでお過ごしいただきたいと存じます。皆様のご参加を心よりお待ち申し上げております。

目　　　　次

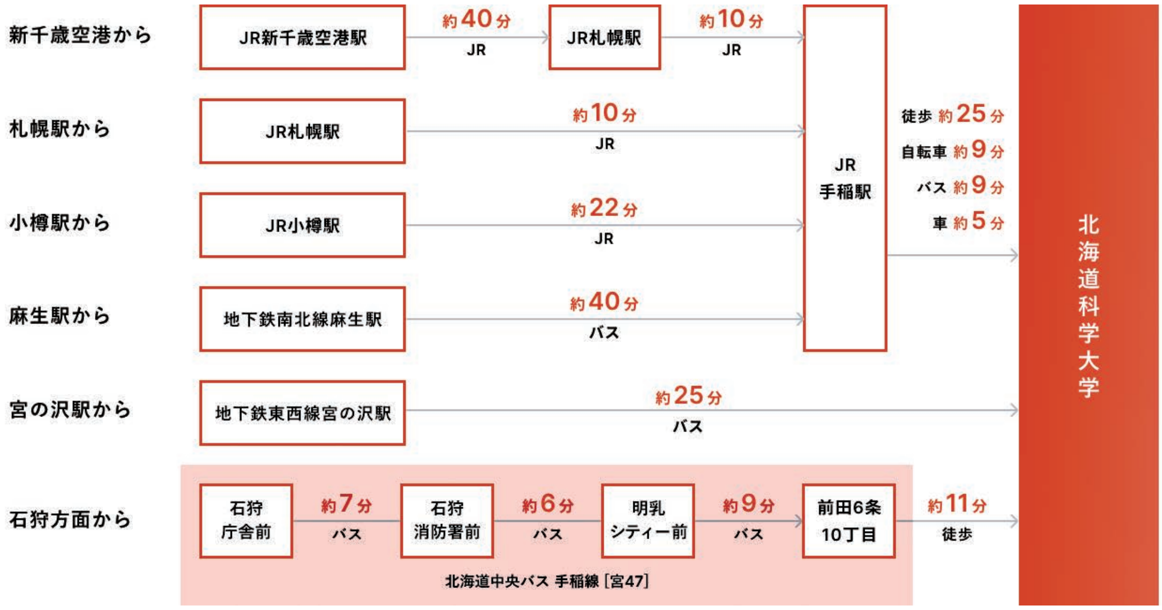
学会会場までのアクセス…………………………………………………… 3
プログラム…………………………………………………………………… 5
学会参加者へのお知らせ…………………………………………………… 7
基調講演・事例検討　資料………………………………………………… 9
一般演題……………………………………………………………………11
会　　則……………………………………………………………………19
投稿規定……………………………………………………………………22
入会要項……………………………………………………………………25

学会会場までのアクセス

会場：北海道科学大学　A 棟 308 教室

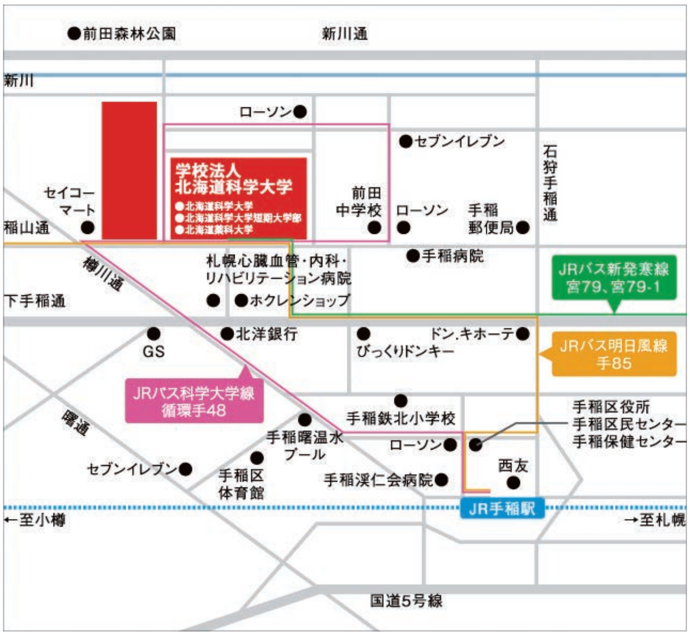
札幌市手稲区前田 7 条 15 丁目 4-1

【交通のご案内】



＊手稲駅からのバスについては大学 HP にてご確認いただけます。

【手稲駅北口からのアクセスマップ】

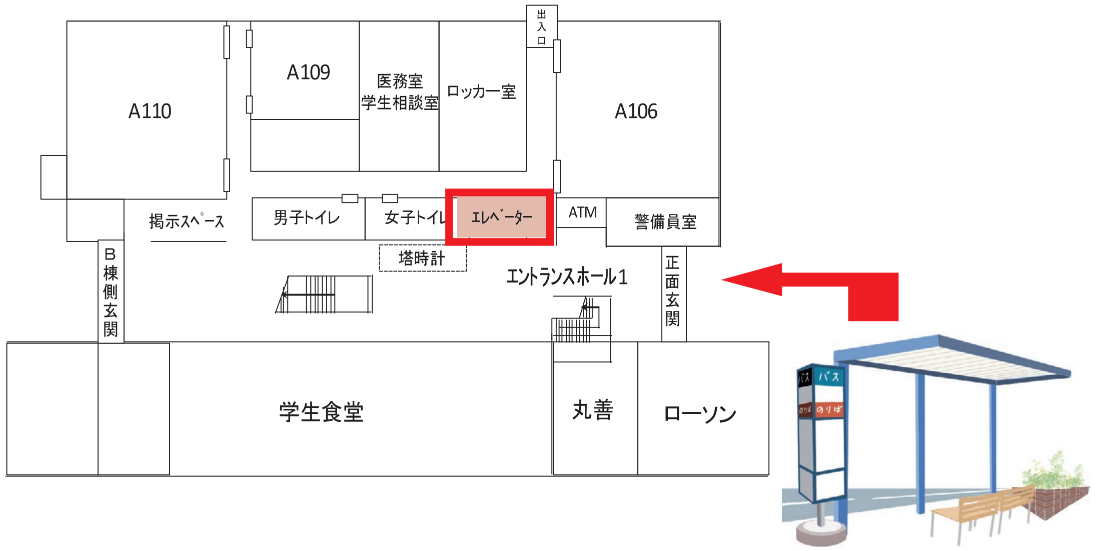


【駐車場のご案内】

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

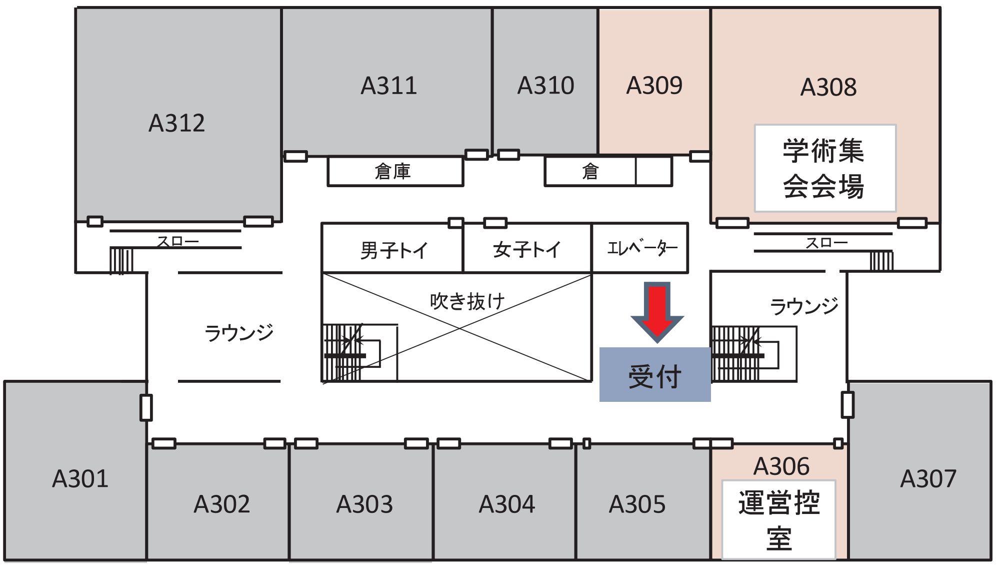
大学内見取り図

A棟1F



本学会開催当日、同じく北海道科学大学 A 棟 1 階～ 2 階を使用し、第 35 回北海道臨床工学会が開催されます。
お間違えの無いよう、**A 棟に入りましたら 3 階に上がって受付をしてください**。

A棟3F



プ ロ グ ラ ム

受付開始　9:00～

オリエンテーション　総合司会：大内　潤子（北海道科学大学）

大会長挨拶　9:50～10:00　大会長：宮田　久美子（北海道科学大学）

基調講演　10:00～11:00

「生活行動回復の看護の根幹」…… 9
講師：紙屋　克子（筑波大学名誉教授・日本ヒューマン・ナーシング研究学会理事長）
座長：宮田　久美子（北海道科学大学）

一般演題　第1群　11:10～12:00　（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）

1-1　スライディングシートを導入した病棟看護職員の負担軽減効果のアンケート調査…… 11
建山　幸（医療法人　桜十字病院）

1-2　意識障害患者に対する甘味刺激が生活リズムの確立に与えた効果…… 12
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）

1-3　食べられることへの喜びをもたらした一症例 …… 13
本山　由美子（社会医療法人雪の聖母会　聖マリア病院）

1-4　受傷から2年以上経過した高次脳機能障害患者にRNP施行し改善があった1症例…… 14
石田　恵里子（独立行政法人自動車事故対策機構　岡山療護センター）

日本ヒューマン・ナーシング研究学会総会　12:00～12:10

昼食　12:10～13:30

公開事例検討会　13:30～14:40　（事例提供15分、意見交換15分）

第1席：バランスボールムーブメントを行い緊張が増強し、方法を変更したことで緊張緩和した事例を振り返る…… 10
竹内　葉子（自動車事故対策機構　千葉療護センター）
座長：日高　紀久江（東邦大学）

第2席：他職種と協働した廃用症候群患者への生活行動回復 …… 10
西　千江子（医療法人　恒仁会　近江温泉病院）
座長：福良　薫（北海道科学大学）

一般演題　第2群　14:50〜15:50（発表8分、質疑応答5分）

座長：梅林　秀行（北海道科学大学）

2-1 特別養護老人ホームにおいて介護職との協働による誤嚥性肺炎予防に向けた取り組み…………… 15
青木　容子（特別養護老人ホーム　エル・グレイス六甲）

2-2 啼泣することが唯一の表現手段である患者の看護に関する一事例 …………………………………… 16
土屋　郁恵（中部脳リハビリテーション病院）

2-3 患者のQOL向上に向けた取り組み　〜拘縮改善と離床再獲得を目指して〜 ………………………… 17
宮本　友子（医療法人　桜十字病院）

2-4 回復期リハビリテーション病棟におけるNICDの実践報告……………………………………………… 18
内山　友紀（医療法人渓仁会　札幌渓仁会リハビリテーション病院）

理事長挨拶　15:50

閉会宣言　16:00

学 会 参 加 者 へ の お 知 ら せ

1. 事前参加登録
・事前参加登録は10月20日までとなっております。
・事前受付された方は、当日受付にお名前をお知らせください。
・確認ができきましたら、抄録集と参加証（領収書付き）・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入れて開催中は会場内では参加証を必ずお付けください。
・学生の事前登録は1,500円（弁当付き）です。

2. 当日受付について
・10月21日以降に参加される方は、当日受付になります。
・受付は11月3日(日) 9:00から行います。
・受付はPeatixのみでの受付になりますので、カードでの支払いとなります。
・学会の当日参加費は会員5,000円、非会員6,000円でお弁当はございません。

3. 総会について
12時00分～12時10分に総会が行われます。会員の皆様はご出席ください。

4. 録音と写真撮影について
講演・発表中の録音や撮影は学会事務局が許可した関係者以外はご遠慮ください。

5. 座長の方へ
・各群開始10分前までに次座長席にて待機していただきますようお願いいたします。
・質疑応答が円滑かつ有意義に進行するようにご配慮ください。
・なお、座長間での打ち合わせが必要な場合は、A306教室がご利用いただけます。

6. 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。
・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。
・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。 USBフラッシュメモリーは返却いたします。PCは（ Windows Microsoft Power Point）を用意しています。Mac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。 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。

7. その他

・駐車場について

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

・昼食について

　事前申し込み（10 月 20 日）の方は、参加証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、近隣には飲食店やコンビニエンスストアはありませんので各自でご用意ください。

・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

　会場内に大きな荷物をおけるスペースを確保いたします。貴重品はお手元で管理をお願いいたします。

・会場内の呼び出しについて

　会場内の呼び出しは原則として行いません。

・喫煙について

　敷地内は禁煙です。

・当日ご参加の方には日本ヒューマン・ナーシング研究学会の学会誌を1冊お渡しいたします。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。当日、総合受付にお申し付けください。

基調講演・事例検討　資料

基調講演

生活行動回復看護の根幹

紙屋 克子

日本ヒューマン•ナーシング研究学会　理事長

意識障害が長期化した、いわゆる遷延性意識障害者に対する治療と看護は、国際的にもその方法が確立していません。さまざまな研究的取り組みは行われていますが決定打となるものはなく、日本はこのような事態に看護職が積極的に実践・研究を進めている数少ない国です。また世界に例を見ない速さで高齢化が進行しているわが国で、要介護 4〜5 度で介護生活を余儀なくされている対象者は施設入所者で 300 万人（厚労省 2022 年）であり、在宅での障害者を加えるとその数は増加の一途をたどっています。

人類は 400 万年前直立 2 足歩行を始めます。立ち上がった前足は手となり、5 本の手指は日常生活のほぼ全てを遂行することになります。しかし横臥して手指を用いず要介護状態にある対象者は人類進化の退行状況に置かれていると言えるでしょう。このような現状を看護的に解決するために、2011 年「日本 ヒューマン・ナーシング研究学会」が設立されました。学会では、意識障害者に対する基本的な看護のプログラムが、廃用症候群で介護を受けている対象者の身体機能を改善することにも着目し、長期意識障害者のみならず、疾病・加齢による廃用性障害のために 生活機能（行動）に障害のある患者さんに対する生活の再構築に向けた看護技術の開発と方法を体系化し、NICD（Nursing to Independence for the Consciousness Disorder and the Disuse Syndrome Patient，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）プログラムとして再編・構築しました。

この看護技術の導入・普及を目的に、看護の専門的技術介入によって患者さんをはじめとするあらゆる看護の対象者に生活の質的変化を起こすため、全国の病院・看護職に提案させていただき、拠点病院として NICD を実践したところでは大きな成果を確認することができました。横臥して要介護状態にある対象者が日常生活行動を回復する看護の根幹は、横臥から座位・立位・歩行を獲得し、手指を用いて生活行為を遂行することが重要です。

NICD の看護は過去のデータや、それまでの症例の結果をただ数字に頼って結論を出すのではなく、「看護者が学ぶべき最新の教科書は、今、目の前にいるこの患者さん」であると考え、その患者さんと謙虚に向き合っていくことで看護者に求められる看護の課題、そして学びと実践の方向を明らかにしていきます。「生活行動回復看護の根幹」について講演の機会をいただき、日ごろの皆様の看護の振り返り、それぞれの専門領域の可能性を拓く端緒にしていただければ幸いです。

事例 1

バランスボールムーブメントを行い緊張が増強し、方法を変更したことで緊張緩和した例を振り返る

竹内 葉子
自動車事故対策機構　千葉療護センター

所属施設には、複数の遷延性意識障害となった患者が入院しており、関節の拘縮や筋委縮により日常生活が制限されている。看護師は、日常的に筋緊張の強い患者に対し、下肢バランスボールムーブメントを実施し、筋緊張や関節拘縮の改善を図っている。しかし、この介入により却って緊張を増強させてしまう事例もある。

今回、全身の筋緊張が強くオムツ交換や更衣が困難であった患者にムーブメントの介入を行い、緊張増強がみられたため、方法を変えて再介入したことで緊張緩和につながった事例を報告する。

本事例は介入により効果が出なかったことに対応し、介入方法を変えたことで緊張の緩和につながったが、他施設では同様の状況に対し、どのように対応しているかについて意見交換を行いたい。

事例 2

他職種と協働した廃用症候群患者への生活行動回復

西 千江子
医療法人　恒仁会　近江温泉病院

要介護 5 の高齢患者に対し、リハビリスタッフや介護職と協働し、日中に座位姿勢をとる時間と、日常生活動作を引き出す時間を組み合わせたスケジュールを立案し、協働して実践した。そのことで患者の行動拡大を獲得できた事例を紹介する。

本事例は、リハビリチームと協働できたが、リハビリスタッフとの連携が困難な場合も見受けられる。

そこで本事例をもとに、病棟での看護・リハビリとの協働のしくみについて、今後に活かす点や工夫されている点について、意見をいただき検討したい。

一　般　演　題

一般演題　1－1

スライディングシートを導入した病棟看護職員の負担軽減効果のアンケート調査

○建山 幸　宮本 友子

医療法人　桜十字病院

【はじめに】

看護職は、患者の日常生活をサポートするにあたり、患者の身体を抱えたり、支えたりするケアに多く携わる。そのため、腰や膝の痛みなどの身体的負担を抱えることが多い。今回、日常生活自立度Ｃ２レベルの寝たきり患者が常に50数名入院している特殊疾患病棟で、バスタオルを用いた体位変換を変更し、スライディングシート（以下シート）を使用した体位変換を導入し、職員の身体的負担の軽減の効果について検討した。

【方法】

実施期間は、2023年8月30日から2023年10月10日までとした。方法は、①シートを使った体位変換技術の実技演習を、看護要員27名に実施した。②バスタオルから、シートを使った体位変換に変更した。③シート導入前後の身体負担に関するアンケート調査を実施した。

回収したアンケート結果について記述統計し、シート導入前後のデータを統計学的に比較した。

【結果】

アンケートの有効回答数は23名であり、平均年齢は38歳±15.3歳であった。

導入前の就労中の腰痛は、腰痛なし（13.0%）、腰が疲れやすい（21.7%）、時々腰痛がある（52.2%）、常に腰痛がある（13.0%）であった。シート導入後は、腰痛なし（60.9%）、腰が疲れやすい（17.4%）、時々腰痛がある（21.7%）、常に腰痛がある（０%）となった。シート導入で、就労中の腰痛が45%減少した（p＝0.002）。腰痛の程度調査では、１痛くない、３少し痛い、５中程度の痛み、７、やや強い痛み、９我慢できない痛みの９段階で評価した結果は、腰痛の程度が軽減した（p＝0.005）。腰痛対策についてシート導入前は、何もしていない（4名）、腰痛ベルトを時々使用（6名）、腰痛ベルトを常に使用（1名）、痛み止めを時々服用（5名）、痛み止めを常に服用（2名）、その他（3名）、無回答（6名）であり、シート導入後はなにもしていない（1名）、腰痛ベルトを時々使用（1名）、痛み止めを常に服用（0名）、その他（7名）、無回答（8名）で、腰痛対策分布はシート導入前後で有意差はなかった（p＝0.45）。

シート導入前の日勤就労後の身体的疲労は、疲労感なし（０%）、あまり感じない（4.8%）、時々感じる（34.8%）、よく感じる（47.8%）、何もできないほど（13.0%）となった。シート導入後は疲労感なし（8.7%）、あまり感じない（39.1%）、時々感じる（39.1%）、よく感じる（4.3%）、その他（4.3%）、無回答（4.3%）となった。スライディングシート導入で日勤就労後の身体疲労感が50%減少となった（p＜0.00１）。

【考察】

看護職にとって、日常生活支援による身体的な負担は、職業を続けるにあたり常に隣り合わせである。シート導入により、腰痛の軽減や就労後の疲労感の軽減が示唆され、ケア側が長期間にわたり健康を維持し、働くことができる可能性があると考える。また、身体への負担軽減は、仕事の効率をあげ、より丁寧なケアが行える質の向上に繋がると考える。

一般演題　1－2

意識障害患者に対する甘味刺激が生活リズムの確立に与えた効果

○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

【はじめに】事故などにより脳に障害を受けた意識障害の患者は、自発的な活動が困難であり、生活リズムの乱れが生じやすい。夜間に十分な睡眠を得られないことは、日中に覚醒できず意識障害の回復に有効なリハビリテーションや看護が受けられないことに繋がる。そのため意識障害患者の看護において、生活リズムの確立は最重要であるといわれている。また、生活リズムの確立には規則的な経口からの食事摂取が有効であるが、多くの意識障害患者は食事の経口摂取が困難な状態である。今回、昼夜逆転に対し光療法や薬物療法などの医学的な治療の効果が見られず、生活リズムが確立していない意識障害患者に対して、身体解放技術に加え食事を意図した甘味刺激を行い、その効果を検討した。

【事例紹介】50 歳代、女性。低酸素脳症で全大脳萎縮と診断され、広南スコア 68 点（最重症）である。発症から 16 か月経過しており、全身の筋緊張が強くタッチングで顔面の部分的な痙攣や眼振があった。視覚誘発電位検査で、眼からの刺激は脳に伝わっていないと診断された。昼夜問わず閉眼しており、浅眠、断片的な睡眠であった。カニューレ挿入中で唾液の飲み込み時にむせがあるため 3 食経管栄養であった。

【倫理的配慮】患者の家族に対して看護介入の目的、方法、学会発表においてのデータ、写真の使用について説明し了承を得た。

【看護の展開】集中介入を開始する 1 週間前から 1 時間ごと開閉眼の状態を記録した。生活予後診断は「声掛けに対して表情変化がある」とし、身体解放の集中介入として温浴刺激、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、表情筋マッサージ、口腔内マッサージ、端座位を行った。集中介入開始 4 週間後から 1 日 3 回経管栄養注入前に色のついたオリゴ糖を 1m l 程度スワブに吸わせたものを舌の上にのせる方法で甘味刺激を行った。

【実践結果】集中介入の 4 週間後には夜間のまとまった睡眠が見られたが、日中眠っていることが多かった。集中介入は 8 週間で終了し、その後も甘味刺激を継続した。甘味刺激開始 11 週間後ごろから断片的な睡眠がなくなり、日中の大部分の時間は覚醒していた。

【考察】甘味刺激は長期間継続することで徐々に生活リズムの確立につながった。生活リズムにおける覚醒は、空腹時に活発となる脳内物質オレキシンが関与しているといわれる。またオレキシンは規則的な口からの味覚、特に甘味の期待によって増幅する特徴がある。今回、身体解放技術により患者の空腹をもたらし、さらに規則的に味覚を提供したことが生活リズムの改善に寄与したと考えられる。意識障害患者にとって意識の改善、生活行動の再獲得のためには生活リズムの確立は必要不可欠である。経口摂取が不可能な意識障害患者においても、看護師が日常的に行う口腔ケアに甘味を導入することは、生活リズムの確立に向けた看護として、安全で有効な看護であることが示唆され、長期的に継続可能な技術であると考えられた。

一般演題　１－３

食べられることへの喜びをもたらした一症例

○本山 由美子　篠原 さゆり　田原 優香　相園 和美
社会医療法人雪の聖母会　聖マリア病院

【はじめに】交通外傷後、遷延性意識障害に伴い廃用症候群をきたした患者に対し、食べられる口作りに向けたアプローチのために、意識障害・廃用症候群患者の生活行動回復看護（NICD）介入を行った。結果、摂食嚥下機能・認知機能の改善を認めたため報告する。
【事例紹介】事例は、20代の男性で、2020年に交通外傷にて受傷している。V-Pシャント留置中である。自律神経過活動状態が常にありギャバロン髄注療法（ITB）で調整している。全身筋緊張・口腔過敏が強く表情筋・口輪筋が硬い状態であり摂食嚥下は難しい状態であった。先行期は食品を見せると注視するが、準備・口腔期では、食品が口元に近づくが開口しない。舌の前方突出があり徒手的開口幅は１ｃｍ以下の状態であった。咽頭期は食品が梨状窩に達すると速やかに嚥下反射が起こる。尖足が強く座位筋困難であった。
【倫理的配慮】介入には患者の家族に介入の目的とリハビリと方法、学会発表などに用いるなどについて説明し口頭と文書で同意を得た。当該施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。
【生活予後診断】予後診断は、①関節可動域が拡大する、②筋緊張及び顔面の過敏が軽減し摂食嚥下機能が向上することにより食による喜びが得られる、③認知機能が改善する、の３点である。
【介入方法】半腹臥位・用手的微振動療法、バランスボールを用いた微振動法及びムーブメント、端坐位訓練、顔面・口腔内マッサージを4週間行った。摂食嚥下訓練は舌圧子にゼリーを乗せ摂食を行った。
【結果】摂食嚥下に関しては介入１・2週目は、変化がほとんどみられなかった。3週目より舌腺が硬口蓋に密着し緊張と過敏の減少を認めた事で0.5横指の開口幅が、2横指開口できるようになった。口元が緩み動かすようになった事でゼリーを3口から８口へと量が徐々に増えていった。また、肩関節と背部の緊張の緩和と右前傾姿勢の歪みの減少、右足の底屈の緩みにより座位姿勢の安定性を認めた。更に介入2週目より自力での右手関節の動作も認めた。3週目には、たこ焼きソースと焼き肉ソースを使い味覚刺激をした。その直後にどちらが美味しいと感じたのか尋ね、意思とも思える手関節の動きが出始めた。
【考察】今回NICD介入により脱感さや表情筋・口腔内マッサージを行い、視覚・嗅覚・味覚を中心に刺激を与え緊張と過敏が減り食べられる口作り環境を整えた事が、摂取量の増加につながったと考えられる。人にとって食事行動は基本的欲求行動であるが、特に本事例は、家族より食べたいと思う貪欲さは強い子だったと情報があった。そのため食に関する五感の刺激は廃用症候群をきたした患者にとって食べる動作のみならず、自ら突き動かすことにつながると考える。人間は口から食べる事は生命維持に必要な栄養を摂取することだけではなく生きる楽しみに直結した重要な生活行動の一つであると大内は述べている。この事例は、食べれた事が喜びに繋がり、その感情をつき動かし身体の動きに反映されたと感じとれた事例であると考える。

一般演題　1－4

受傷から2年以上経過した高次脳機能障害患者にRNP施行し改善があった1症例

○石田 恵里子　深田 真樹
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】A病院は自動車事故による脳損傷の重度後遺障害者専門病院（独立行政法人自動車事故対策機構　以下、NASVA）である。NASVAの報告では「入院までの事故後経過期間が短いほど改善が良い」[1]と言われている。更に「受傷・発症後1年程度までの時期が高次脳機能障害に対する認知訓練の訓練効果がもっとも高い時期」[2]とされる。今回、受傷後2年以上経過した高次脳機能障害患者に寝たきり患者の生活行動回復看護技術をNASVA独自に改良した療護看護プログラム（以下、RNP）を行い、改善があったので報告する。

【事例紹介】対象者は、20歳代男性である。2019年10月に交通外傷で左脳挫傷・外傷性くも膜下出血で開頭血腫除去術及び外減圧を施行した。痙性麻痺に対しITB療法ポンプ設置術をし、受傷後3ヶ月でA病院へ入院となった。眠剤を試すが昼夜逆転あり。両上肢の自動運動が僅かに認めたが意欲低下により、リハビリが進まず。自発的な口型は見られていない。短期記憶障害もあり、看護師の名前や日付なども直ぐに忘れてしまう状態であった。

【介入と評価方法】目標は①新曲や芸能人・看護師の名前を記憶できる②サーガディアンリズムが整うに設定し、RNPを4週間実施した。 セラピストのリハビリと看護師の端座位やセルフケア訓練に加え、RNP として午前は覚醒を促す目的で長坐位と足底マッサージをしながら TV を視聴した。昼注入時は認知訓練としてボディソニックで趣味の音楽を流し、ipad でも視覚刺激を行った。午後は、高次機能脳機能訓練として端坐位で好みの芸能人や看護師の写真を使用した記憶訓練とバランスボールを使用した足踏み運動を実施した。評価方法は睡眠覚醒状態を単純集計し、RNP前中後で比較した。また、RNP前後の認知・身体機能の経過を看護記録とNASVAスコア・ADL評価表で調査し、比較した。

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

【結果】歌や看護師・芸能人の名前を完璧に覚える事ができ、記憶障害が改善した。RNPやリハビリも意欲的となった。また、夜間良眠し、日中の覚醒時間が延長し、目標を達成した。

【考察】高次脳機能障害のリハビリテーションで石合は「興味を持てる課題で少しずつ集中できる時間を延ばすなど、注意障害に対するアプローチが主体となる」[4]と述べている。今回、患者の音楽や芸能人等の嗜好を取り入れた様々な認知訓練を行う事で患者の意欲を引き出せたのではないか。また、吉尾は「下肢への荷重や筋紡錘の伸張などによる体性感覚刺激は脳幹網様体を刺激し、その上行賦活刺激は視床髄板内核から大脳皮質へと伝わり、覚醒を促します」[3]と述べている。日中の座位時間の延長とバランスボールでの足踏み運動を加える事で脳幹網様体を活性化し、覚醒時間の延長となったと考える。更にセラピストによるリハビリと日常生活上の刺激にRNPを加える事で適度な疲労が得られ、夜間のまとまった睡眠がとれ、サーカディアンリズムを整える事が出来た。よって、受傷後2年以上経過していても、あきらめずにアプローチする事は重要でRNPは有効であると示唆された。

一般演題　２－１

特別養護老人ホームにおいて 介護職との協働による誤嚥性肺炎予防に向けた取り組み

〇青木 容子

特別養護老人ホーム　エル・グレイス六甲

【はじめに】2022年の人口動態統計によると、誤嚥性肺炎は死亡原因の第6位となっている。当施設でも、全身状態の悪化により救急搬送される入居者の多くは誤嚥性肺炎を発症しており、介護施設にとって誤嚥性肺炎予防に向けた取り組みは重要な課題である。今回、介護職員との協働により誤嚥性肺炎を効果的に予防していくことができた事例について、その取り組みを振り返り報告する。

【事例紹介】A氏は90歳代後半の女性。ケアハウスで生活中に転倒し、骨盤骨折による入院を機にADLの低下と認知症の進行があり、約3年前に当施設に入所となった。入所時は車椅子で自走することができ、食事も常食を自力摂取できていた。入所2年目にうっ血性心不全による呼吸状態の悪化で、約２ヶ月間入院した。入院中から原因不明の微熱が続き、持続的に解熱剤を使用しながらの退院となった。退院後四肢は拘縮し、体幹には歪みが生じていた。ADLは全介助となり、上半身が前後に揺れる不随運動と、舌にも不規則な動きがあった。食事はミキサー食を提供することになったが、口唇閉鎖が不十分でむせ込みがあり、食後は湿性咳嗽の増加がみられた。酸素飽和度も90%前後で、退院後直ぐに在宅酸素療法（以下、HOT）が導入された。家族の意向で経口摂取は続けられていた。

【倫理的配慮】当施設では、入所時に施設の紹介や症例発表などの際に入居者の写真を使用することについて紙面で了承を得ている。また今回の発表についてはキーパーソンに事例の紹介をするが、個人の情報は保護されることを口頭で説明し承諾を得た。

【看護の実際】退院後、嚥下状態が不安定であったA氏に対し誤嚥性肺炎の予防を第一に考え、安全な食事の提供のために口腔ケアと口腔リハビリテーション、食事姿勢と介助方法の統一、食形態の調節と適切な水分量の提供を介護職と共に行った。具体的には、食事時の姿勢調整、食べさせ方、観察ポイント、中止するサイン、口腔ケアの方法について、対象者に関わる職員一人ひとりに伝達した。特に姿勢、食べさせ方、口腔ケアと排痰方法については、介護職員一人ひとりの手技を看護師が確認し、ケア方法の統一を図った。看護師間でも看護の方針を共有し、朝食前と毎食後の口腔ケアと排痰を徹底した。

【結果】誤嚥性肺炎が疑われることもあったが、呼吸状態は徐々に安定し、退院から半年後にHOTが中止となった。現在は、微熱や食事時のむせ込みは認めず、食事に関係なく湿性咳嗽は消失している。また、退院時はねたきりであったが、現在はティルト式車椅子に移乗することができ、入院前と同様に食堂で食事をすることができている。短時間であれば標準型の車椅子にも座れるようになり、調子が良ければ職員と簡単な会話も行えている。

【考察】特別養護老人ホームでは、日常生活支援の多くを介護職員が担っている。しかし、外国籍や、介護資格を持たない介護職員もおり、介護に関する知識･技術は個人差が大きい。また、夜間は看護師が不在となる。そのため、今回介護職員とケア方法の統一を図り、A氏に一貫したケアを行えたことが誤嚥性肺炎を効果的に予防し、A氏の全身状態の回復およびQOL向上に寄与していったと考える。

一般演題　２−２

啼泣することが唯一の表現手段である患者の看護に関する一事例

○土屋 郁恵[1)]　森 洋子[1)]　矢野 大仁[2)]

1）中部脳リハビリテーション病院・中部療護センター看護部　2）脳神経外科

【はじめに】低酸素脳症では重度のコミュニケーション障害が生じる場合があり、神経学的な回復も困難と言われている。今回我々は低酸素脳症により啼泣することが唯一の表現手段となった遷延性意識障害患者を看護するに当たり、患者を落ち着かせることに難渋した１例を経験したので、これまでの実践の効果を考察し、今後の看護への示唆を得ることとした。

【事例紹介】A 氏、30 代女性。交通事故の受傷時は外傷性出血性ショック及び心タンポナーデのため ER にて心肺停止状態となり、12 分後に蘇生された。約１か月後 MRI にて低酸素脳症と診断された。受傷から５か月経過し、遷延性意識障害の状態でリハビリテーションを目的として当施設へ入院した。入院時から啼泣し続ける不穏症状が見られ、時間や間隔は定まっていないが昼頃、夕方、夜中に多い傾向があった。日中の方が短時間で、特に夜間は何を行っても 30 分〜1 時間以上続くことが多い傾向にあり精神科医の介入で眠前に薬物治療（デエビゴ）も併用した。しかし、症状は日増しに悪化し、昼夜のリズムも整わずリハビリテーションが進まなかった。受傷６か月後の ECD-SPECT や FDG-PET の結果、帯状回・側坐核などに遷延性意識障害に特徴的な血流低下や糖代謝の低下を認め、また両側後頭葉に脳梗塞の所見を認め皮質盲の原因と考えられた。従って、声掛けや楽器の音に対して音源を探すような眼球の動きがあるが、家族の写真を眼前で動かしても追視は認めず、まれに追視と思われる動きがあるが再現性はない。家族や友人の録音音声をじっと聞く様子や、他者の笑いに反応して小さく笑う様子はあるが、内容を理解しているかは不明である。四肢麻痺、徐皮質肢位、時に全身の筋緊張亢進もあるため ADL は全介助である。皮質盲に加えて、失語や四肢麻痺の A 氏にとって啼泣することが唯一の表現方法と想像され、脳損傷により抑制がきかず啼泣を続けてしまう機序も考えられた。啼泣の原因として排泄、身体が熱くて不快など理解できることもあるが、その他不明の場合の対応策は見いだせていない。

【倫理的配慮】A 氏の家族に対し、介入目的と方法、ケアの安全性、個人情報の保護について口頭で説明し書面で同意を得た。また所属施設の倫理審査委員会にて承認を得た。

【介入と結果】入院当初は昼夜逆転が見られたため、昼夜のリズムを整え、リラックスし穏やかに過ごせることを目的に、バランスボール運動や車いす乗車を実施し、筋緊張緩和を持続させるとともに、声掛けや散歩で覚醒を促す介入をした。A 氏は昼間に眠っていることが多く、刺激すると啼泣が始まるため、当初は介入に難渋した。しかし、日中の穏やかな時間を見計らい、介入を継続することで、徐々に啼泣の頻度が減り、夜間の睡眠が取れれば日中開眼し穏やかに過ごせる日が増えた。

また、啼泣への介入として、啼泣が始まりそうな時は、まず排泄や発汗などの不快感による原因を考え、下腹部を軽く圧迫し排尿を促したり、クーリングや寝衣交換をしたりする援助を実施した。その結果、大きな声での啼泣に繋がらないことが増えた。それでも啼泣が大きくなり止まらない時は、側で声掛けを行い、肩や胸の辺りをトントンと優しくタッチングする介入や、好きだった音楽やラジオ、家族や友人の声をボイスレコーダーで聞かせる介入を実施した。看護師が側に寄り添うことで A 氏は泣き止むことが多いが、離れると再び泣き出すため、効果は限定的であった。また、慣れ親しんだ音源を流す介入は、短時間で啼泣が落ち着く場合があり、一定の効果が見られた。しかし、これらの介入で啼泣が治まらないことも多く、対症療法として不穏時の頓用薬を使用する場合もあった。

【考察】A 氏は啼泣することでしか自己の思いを表現することができず、不安を抱えて生活していることが推察される。看護師が側に寄り添うことや馴染みのある音源を聞いてもらうことで、一時的であっても泣き止む効果が見られたため、A 氏が訴えたいことを分かってもらえたという安心感に繋がっているのではないかと考える。昼夜逆転は改善してきており、リラックスし穏やかに過ごせる時間も増えたが、現在も啼泣は続いているため、A 氏の思いを十分に理解できているとは言い難い。今後も薬剤に頼るだけではなく、A 氏の不安や恐怖心、不甲斐なさ等の感情を少しでも理解しようと努力する姿勢が、看護として重要であるとの示唆が得られた。

一般演題　2－3

患者のQOL向上に向けた取り組み
～拘縮改善と離床再獲得を目指して～

○宮本 友子　建山 幸

医療法人　桜十字病院

【はじめに】

特殊疾患病棟では、患者の80％が寝たきりで、拘縮がある患者も多い。その中で、患者のオムツ交換や入浴介助は時間を要し、看護補助者や患者も負担や苦痛を伴う状況である。その状況改善を目指し、紙屋らが提唱する生活行動回復看護技術（以下、NICD）を行った事例について、関節拘縮と離床再獲得の効果を評価し報告する。

【方法】

患者は60歳代男性。2017年に椎骨脳底動脈解離に伴う両側小脳半球、両側後頭葉の脳梗塞を発症した。一時、人工呼吸器使用をしたが離脱し、咽頭気管分離術を行った。四肢の完全麻痺、眼球運動障害、閉じ込め症候群が疑われた。2020 年の入院時には、まばたきでコミュニケーションが取れていた。また開口障害で全く口腔ケアが行えていない状況であった。日常生活自立度はランク C の寝たきりで、ベッド上生活を送っていた。脳梗塞発症5年経過時の看護問題として、四肢拘縮のためオムツ交換や更衣に苦痛を伴う状況であった。看護目標は四肢の拘縮が改善し、オムツ交換や更衣時の苦痛軽減が図れること、さらに車椅子座位が可能となり、クリスマスに家族と窓越し面会ができるようになることを設定した。NICD 介入期間は 11 月から 12 月の 60 日間であり、実施内容は毎日オムツ交換時にバランスボール微振動を5分間実施、端座位訓練を血圧測定しながら3分間実施した。

介入の効果は、関節可動域と行動の変化で評価した。

【倫理的配慮】

個人が特定できないように配慮し、動画および写真の公表については、口頭にて対象者及び家族から自由意志による承諾を得た。

【結果】

関節可動域は、開始後2週間で、右上下肢で9カ所、左上下肢で9カ所の改善が見られた。また、1番改善したのが右上下肢で、手関節の掌屈運動で、65度の可動域が向上した。左上下肢では、前腕の回外運動で60度可動域が向上した。看護補助者からは、以前に比べ、下肢の拘縮が改善し、オムツ交換がしやすくなったとの声が聞かれるようになった。クリスマスのイルミテーションの最終日に、妻との面会が出来、2人でイルミネーションを見ることができた。家族から、以前に比べ活気があり車椅子に乗れるようになってよかったとの声が聴かれた。

【考察】

NICD の身体調整看護技術、身体解放看護技術、生活行動獲得看護技術の3要素からアプローチしたことで、拘縮改善及び離床再獲得が出来たと考える。

一般演題　2－4

回復期リハビリテーション病棟におけるNICDの実践報告

○内山 友紀
医療法人渓仁会　札幌渓仁会リハビリテーション病院

【はじめに】2022年度の診療報酬の改定により、回復期リハビリテーション病棟に入院する患者に重症者（入院時日常生活機能評価10点以上の患者を4割以上）が増え、看護ケアの必要度が高くなった。そのような患者に対して効果的にリハビリを行なうためには、身体機能を整えるほか意識障害を改善し患者自身の意欲や意志を引き出すことが重要である。急性硬膜下血腫の患者に対してNICDを実践し、身体機能・意識レベルの改善について報告する。
【事例紹介】70歳代男性。外出先で飲酒後転倒、急性硬膜下血腫により開頭血腫除去術施行。術後に脳ヘルニアとなった。回復期リハビリのため当院転院。JCSⅡ-10～20、右上下肢の運動麻痺（MMT 上肢0 下肢1）、右半側空間無視、経鼻経管栄養、舌の拘縮と緊張のため、舌が口腔内奥に留まっており、舌根沈下と無呼吸のために間歇的に酸素送気していた。入院時に、家族からリハビリに対して「家族を認識できるように」という希望があった。
【目標】1）口腔内汚染が改善する　2）栄養とリハビリ以外に車椅子に乗車して過ごせる　3）オウム返し以外の自発語が出る　4）合追視が明らかになる　5）家族を認識できる
【看護介入】①頻回の口腔ケア②モアブラシ®を使用して舌と頬、顔面のマッサージを行う。オーラルリハ®はスタッフだけではなく、家族へ指導し面会時に実施する。③関節拘縮予防のためベッド上でバランスボールによるムーブメントを実施する。④背面開放座位でバランスボールを抱え、上体を前後左右に揺らす。⑤昼の栄養をリクライニング型車椅子で実施する。
【結果】口腔内汚染は1週間で改善、舌の緊張と舌根沈下が改善し、9日目に酸素送気終了した。唾液の自己処理が可能となったため、4週目以降サクションがほぼ不要になり、以降肺炎徴候無く経過し、3週間目から経口直接訓練開始になった。また2週目から姿勢崩れがなく1時間程度の離床が可能になり4週目から普通型車椅子へ変更した。6週目には立位経由の移乗介助量が軽減した。ラウンジでテレビを見たレクリエーションを見学することもあった。自発語は1週間目で「うん」と小声の返答、1ヶ月で「おはよう」の声かけに「ございます」と返答あり、6週目で2～3語文を発し、8週目で失禁後に「出た」と返答があった。さらに10日目で追視あり。3週目には右側へ視線を向ける事ができるようになり、4週目には15～20分程度の安定した覚醒が得られるようになった。6週目には対象者を認識して見つめる様子が出てきた。また1週間で家族の面会時に「この方は誰？」と尋ねると、長女に視線を向け名前を呼んだ。
【考察】口腔内環境の改善により誤嚥性肺炎を予防し、食べるための口腔状態を作る事ができた。舌根沈下の改善により呼吸状態と酸素化が良好となり、意識レベルの向上に繋がった。表情筋の刺激や家族の介入、離床機会を増やすことで認知面への刺激となり、発話や表情変化によるコミュニケーションを促進した。背面開放座位を転院早期から取り入れることで、起立挙筋へ刺激を与え座位バランスの保持や移乗介助量の軽減、離床耐久性を獲得することに繋がった。突然の受傷で患者の状態に対する受け止めができず悲嘆の中にいた家族に、ケアへの参加を誘導することで、回復の過程を共有することができた。このことから患者の重症化に伴い看護ケアの必要量が増加する回復期におけるNICDの実践は、リハビリができる身体づくりや意識状態の改善に寄与し、ADL の向上や効果的なリハビリに繋がると考える。

会則・投稿規定・入会要項

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 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) 等にかなっていなければならない。

4．原稿の投稿方法

原稿の投稿は次のどちらかとする

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

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

5．原稿の受付および採否

1）原稿の投稿は随時受け付ける。

2）原稿が学会事務局あてに到着した日を受付日とする。

3）原稿は理由の如何を問わず返却しない。

4）原稿の採否は１論文につき複数名以上の査読者による査読を経て、学会事務局において決定する。
5）学会事務局の判定により、原稿の修正および論文の種類の変更を著者に勧めることがある。
6）投稿原稿の採否は、査読者の意見を元に、学会事務局が決定する。

６．原稿執筆の要領

1）原稿の本文は原則としてワードプロセッサーで作成する。
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 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)：病いの語りー慢性の病いをめぐる臨床人類学，40-45，誠信書房，東京，1996.
- Tanner JM：Growth at adolescence，2nd edition，56，Blackwell Scientific Publications，Oxford，2005.

10）原稿にはA4版の表紙を付し、表紙には以下のことを記載する。

- 希望する論文の種類
- 表題（和文・英文）
- キーワード（論文内容を表す重要な語句。和文・英文）3～5句

- o　ランニングタイトル（30字以内）
- o　著者名（和文・英文）および会員番号、共著者および会員番号
- o　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）
- o　連絡先（メールアドレス、電話番号、FAX番号、郵便番号、住所）
- o　添付した図表、写真の枚数
- o　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			

日本ヒューマン・ナーシング研究学会誌　第13巻　第1号
第20回　学会プログラム・抄録集

発行日　2024年11月3日
発　行　第20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