監修・執筆者

● **監修**

高木　永子　　元岡山県立大学保健福祉学部看護学科教授

● **執筆者**（50 音順）

市村久美子　　茨城県立医療大学保健医療学部看護学科教授

大西　純一　　元国際医療福祉大学大学院教授
大分大学医学部附属病院客員教授、四国医療専門学校看護学科講師

高木　永子　　前掲

高橋　博美　　元福岡大学医学部看護学科教授

竹内　博明　　香川大学名誉教授、大樹会回生病院名誉院長

常盤　文枝　　埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科教授

安ヶ平伸枝　　元聖路加看護大学看護学部

横山　寛子　　東海大学医学部看護学科教授

監修のことば

初版を 1985 年に発刊し、第 5 版の刊行を迎えたこの機会に、改めて**看護の守備範囲の問題**と対症看護の関連性、症状に注目すべき理由などについて再確認させていただきたいと考えています。

看護の守備範囲の問題は、次の 2 つの領域の問題によって構成されています。

第 1 の領域の問題は、看護師が問題の診断とその対応に**独自的責務**（義務と責任）を担わなければならない**看護診断**（ND：Nursing Diagnosis）であります。看護診断の代表例は、**図 1 に示す看護モデル**（Nursing Model）に依拠した「**S.C. ロイの 4 つの適応様式における適応問題**」や「**D.E. オレムの 3 領域のセルフケア不足**」などです。

看護モデルは、現実の看護実践を抽象化して、看護を構成する 4 つの主要概念である**人間**（クライアント、患者など）、**健康**、**環境**、**看護**を系統的・論理的に関係づけた構成体です。これら 4 つの概念に対するとらえ方・考え方は、看護理論家をはじめとする開発者によって異なることから、各々の看護モデルに特徴が現れることになります。

看護モデルと並ぶもう 1 つの看護診断の代表例は、多数存在する看護モデルを超えて、看護が独自に診断とその対応を担うべきであるという共通認識の下で開発された NANDA インターナショナルの「**看護診断分類法 II の 13 領域における看護診断**（2018 年 8 月時点で 244 個）」です。この看護診断リストは今後とも増え続け、多くの国の看護職者によって活用され、それによって改善・洗練されていくことでしょう。

第 2 の看護の守備範囲の領域の問題は、看護師が徴候や症状を監視して発症の早期発見と対応に医師と一緒にかかわる**主体的責務がある図 1 に示す共同問題**（CP：Collaborative Problem）である**潜在性の合併症**（PC：Potential Complication）です。なお、この問題の最終的な確定診断は医師によって行われ、看護は主体的に合併症の顕在化（実在化）の予防と最小化のために、看護としての対応活動を行う必要があります。

図 1 に示す医学的問題（MP：Medical Problem）は、看護の守備範囲の問題である看護診断（ND）、共同問題（CP）と異なり、医師が独自に診断とその対処に責務を担う問題であります。

この ND、CP、MP の**関係性**は、**図 1 に示す**ように相互に関係しあっています。すなわち、MP は CP、ND の最大の発症・悪化要因になります。逆に ND の悪化や CP の顕在化・悪化は、MP の悪化要因

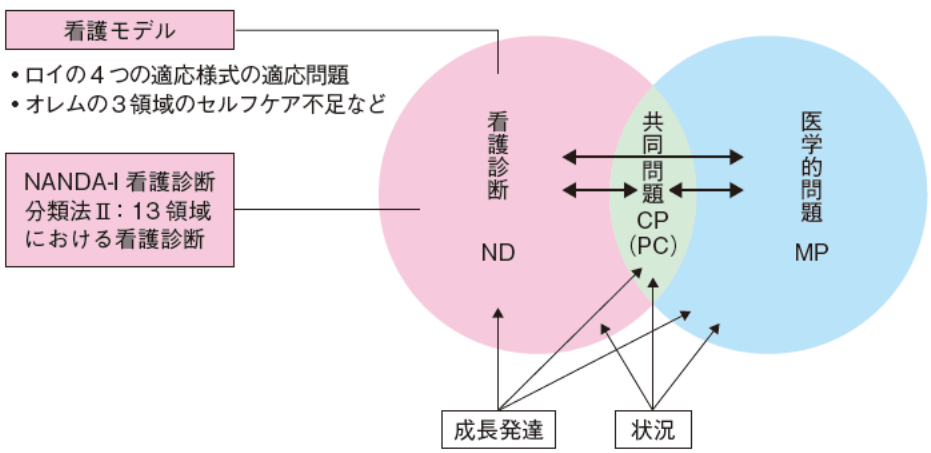

図 1　看護の守備範囲の問題

になり、反対にNDの好転やCPの顕在化の防止は、MPの軽減・回復・治癒などの好転要因になるなどの相互関係が認められます。

この他にも、**図1**に示す**状況**や**成長発達**に関連する出来事や変化が人間（クライアント、患者）の内部・外部環境を悪化させてND、CP、MPのハイリスクな発症・悪化要因になります。とくにND領域の問題では、主な発症・悪化容易になることさえ少なくありません。下記の12項目は、状況と成長発達に関連してよくみられる発症・悪化要因の例としてあげてみました。

①健康生活の維持に必要な食事・排泄・清潔・被服・休息と睡眠などの不適切さや不足。なお、これらの発症要因は、ND領域の問題にもなる。
②居住環境（間取り、広さ、設備など）の不備や不足
③病原体や病原体の媒介生物などの生物的要因に対する対応不足
④家族の経済的困窮と、それに対する対応不足
⑤家族の生活習慣やリズムの乱れと、それによる各家族メンバーの健康への影響
⑥家族の健康問題と発症・悪化要因に対する関心や理解の不足
⑦健康問題の解決に必須の手段的・情緒的サポーターの不在、あるいはサポート力の不足
⑧過去における家族の重要他者の不在時における家族メンバーの役割分担と協力体制にかかわる問題
⑨健康問題とその対処にかかわる本人と家族の宗教上の問題や異なる考え方
⑩住居・地域・都道府県・国レベルにおける空気・光・気温・水・土壌・音などの環境要因の問題
⑪地域における交通の便や保健医療・福祉機関などの不足や不備など。
⑫成長・発達・成熟・老化などの成長発達段階における出来事や変化（結婚、妊娠、出産、子育てや離婚、別離、さらに仕事や能力・体力・視覚や聴覚などをはじめとする種々の喪失体験など）

これまでの説明で、本書で取り上げる50項目の症状が、診断とその対処に独自に、あるいは主体的にかかわる責務がある看護の守備範囲の問題であること、ND、CP、MPのいずれの問題であってもその悪化は、他の2つの問題の悪化要因になり、逆にいずれの問題であってもその好転は、他の2つの問題の好転要因になること、加えて種々の状況や成長発達に伴う変化や出来事が、3つの問題の原因あるいは誘因になりやすいことをご理解いただけましたでしょうか。

さて、症状のなかには、時に生命危機をまねく症状があります。ショック、呼吸困難、吐血・下血・喀血などの出血、脱水や浮腫とそれらに伴う水・電解質・pHの異常、意識障害などは、その代表的な症状です。また、すべての症状は、程度の差はあろうとも心身に苦痛をもたらすばかりでなく、その人の食事、排泄、清潔、更衣、活動、休息などの個別的な日常生活を崩し、これらによって緊張、不安、恐怖、ボディイメージの障害（混乱）、無力感、自尊感情の低下、喪失とそれに伴う悲嘆などの精神心理的問題を生じさせる危険性があります。さらに、症状自体とこれらの身体的・精神心理的問題は、過剰な依存や孤独などの対人間関係的問題、家族や職場、学校などにおける役割葛藤、役割失敗（不全）などの役割の問題や経済的問題などの社会的問題をも引き起こす危険性があります。つまり、症状は、身体的問題にとどまらず、精神心理的・社会的問題に進展する危険性を孕んでいます。

症状が長期に持続する場合は、身体的・精神心理的・社会的問題が一層過酷になり、単に健康回復を阻むばかりでなく、その人の人間としての成長発達や成熟までをも遅延させたり、歪めてしまう危険性があります。さらに死にゆく人々にとっても、症状とそれによる身体的・精神心理的・社会的問題は、心身の安楽性を阻害するにとどまらず、人間としての尊厳性を阻む最大要因になる危険性を孕んでいます。

このようなことから、看護職者が症状に注目しなければならない理由を次の6つにまとめてみました。

①看護診断、共同問題のどちらかに該当する症状は、どちらも看護の守備範囲の問題であるため。
②呼吸困難、急激な大量出血や脱水、意識障害、ショックなどを代表とする生命危機をまねく症状の出現時、あるいはその危険性が高い場合は、それらの原因が判明していなくとも即刻の救命救急対応を必要とするため。
③いずれの身体症状も身体的苦痛にとどまらず、緊張、不安、恐怖などの精神心理的苦痛をもたらし、身体的・精神心理的・社会的活動の混乱・低下を引き起こすため。
④症状による身体的苦痛や精神心理的苦痛は、日常生活習慣やリズムを壊し、それが長期におよぶ場合には成長・発達・成熟の遅滞やゆがみなどを引き起こし、その人の一生にわたる悪影響を及ぼす危険性が高いため。
⑤死にゆく人々は、身体的痛みにとどまらず、精神心理的・社会的・霊的痛み、つまり全人的痛み（トータルペイン）によって人間として最も大切な尊厳性を奪われる危険性が高くなります。この4つの痛みは、相互に影響し悪循環することによって全人的痛みをさらに強くしますが、そのおおもとになりやすいのが身体的痛みであります。身体的痛みの原因になる疼痛・呼吸困難・悪心・下痢・全身倦怠感などをはじめとする全ての症状に注目し、その予防と緩和に最善の看護対応を尽くす責務を果たすため。
⑥症状の悪化・持続は、生命危機、深刻な合併症の発症、病態の回復遅延・悪化などの身体的問題にとどまらず、日常生活動作行動の低下ひいては生活の質の低下に加えて次項で述べさせていただく「成り行き」としての二次的問題である合併症の増加、重症化などの身体的問題、精神心理的・社会的問題の発症や深刻化などであります。看護はこれらの予防・早期発見・最小化をはかるために二次的問題の発症・悪化のメカニズムをふまえて素早く対応しなければならないため、など。

以上のことをふまえると、看護学生や看護職者には、種々の症状とその原因・誘因に関する情報を収集し、その原因・誘因がどのようなメカニズムでその症状を発生・悪化させているのか、さらに、その症状がその人の日常・社会生活や精神生活全体にどのような影響を及ぼしているのか、その症状の持続・悪化がどのような成り行き（二次的問題）を生じさせる危険性があるのかなどについて分析できる能力が期待されるのは当然のことでありましょう。加えて、看護学生や看護職者には、これらのアセスメント・診断結果を基盤にして、予防・軽減・解決したり、ウエルネスな状態をさらに向上させるための個別的な援助活動を計画・実践し、さらに看護活動全体を評価・修正できる能力が今後とも変わることなく期待されることでありましょう。

実践の科学である看護学と看護にとって大切なことは、理論と実践を循環させることであろうと考えています。どうぞ読者の皆様が、本書を看護実践に活用してくださるのと同時に、看護実践をとおして気づかれた本書の記載内容の疑問点などをご指摘くださいますよう心よりお願い申し上げます。

最後に、いつもいつも的確な助言と温かい助力を惜しまず下さいました学研メディカル秀潤社の増田和也氏をはじめ関係者の方々に心より深く感謝申し上げます。

高木永子　識す

各症状の成り行きとして二次的に生じやすい主な精神心理的・社会的問題

1. 各症状の成り行きとして二次的に生じやすい主な精神心理的問題

人は、2歳半頃から自分の身体を対象化し始め、やがて自分の身体的特徴のみならず、能力・性格などの人格的特徴についても統一したイメージを描くようになる。この身体的・人格的イメージは、他者をはじめとする環境とのやりとりのなかで、①自分自身で、②他者との関係を通じて、③価値の観点などから自分自身を知覚・評価しながら形成し、死に至るまで継続的に発達・変容していく。

健康障害や治療、入院などは、患者の内部・外部環境を大きく変化させてしまうことが多い。患者は、それらの変化によって身体的苦痛に悩まされている自分、他者の介助に依存せざるを得ない日常生活を送っている自分、自由に他者と親交ができない自分、働けなくなった自分、他者に対する種々の役割を失った自分などのように、これまで形成・発達させてきた自分の身体的・人格的イメージを大きくマイナス方向に変容あるいは喪失してしまい、以下のような精神心理的問題を発生させやすくなる。

#1 ボディイメージの障害（混乱）body image disturbance

自分の身体の構造や機能が実際に変化・喪失してしまった、あるいは変化・喪失していると知覚し、思い込むことによって、自分の身体について否定的・歪曲的なイメージ（像）を抱いている状態をいう。

例：自分は肥っていて醜い、現在の消化器の機能や身体の動きは半人前で情けない、酸素ボンベを引きずって歩かざるを得ない自分は惨め、この手術で私の身体は変形してしまうだろう、など

#2 喪失 loss

身体の一部、自尊心、性的・社会的役割などを失った状態、または失うリスクがある状態をいう。なお、喪失には、その人が大切に思っている人・仕事・地位・ペット・物品・金銭・家・名誉・抽象的な思考内容などを失うことも含まれる。

喪失に伴う悲嘆にはプロセスがあり、各段階（時期）によって表出する反応（行動）とその発生要因は異なることから、現在どのプロセス段階にいるかを正確に診断し、その段階に応じた対応・援助を行うことが大切である。

#3 不安 anxiety と恐怖 fear

その人が、1人の人間として存在するうえで重要とみなしている特定の価値が脅かされていると感じ・考えるときに、かもし出される漠然とした気掛かり・苛立ち、または恐れの感情をいう。なお、不安が非常に強度になった場合は、**危機** crisis 状態に陥る。

不安と**恐怖** fear の主な違いは、不安が未知のつかみどころのない、つまり、特定できない脅威（危険）に対する反応であるのに対して、恐怖は脅威（危険）を特定でき、それに対する反応であることから、脅威（例：ヘビ）さえ取り除かれれば消失する。なお、不安は恐怖がなくては存在しないが、恐怖は不安がなくても存在する。しかし、通常、両者は共存しやすい。

#4 無力感 powerlessness

将来の見通し・目標・生活様式に影響する出来事・状況（例：症状、病気、予後など）に対して、身体的あるいは心理的にコントロールできないと認識することによってアパシー（無感動、感情鈍麻）、怒り、抑うつなどで反応している状態をいう。なお、無力感が長期に持続する場合は、対策の立案が困難になる**絶望感** hopelessness に進展しやすい。

#5 自尊感情の低下 low self-esteem

自分の価値や能力あるいは自己全体を否定的にとらえ、評価している状態をいう。

自尊感情の低下は、役割遂行や対人関係における行動を消極的にし、環境への適応を低下させやす

い。逆に、役割遂行や対人関係が円滑に進まない場合やボディイメージの障害などがある場合は、自尊感情を低下させる。つまり、これらは、相互に影響し合い悪循環することを念頭にアセスメントしたり、援助していくことが重要である。

2. 各症状の成り行きとして二次的に生じやすい主な社会的問題

患者や家族の社会的側面を把握するには、**役割、人間関係、経済**を抜くことができない。

役割とは、集団的地位（例：世帯主、主婦）あるいは関係的地位（例：夫と妻、母と子）にある者に期待されている定型的･反復的･継続的な行動である。

この期待される役割行動は、性差ならびに地域社会、家族などの所属集団の慣習や文化などのなかで成長発達しながら直接･間接体験によって学習され、やがてその人のなかで定型化されていくが、置かれた役割遂行状況によっては変化も生じる。たとえば、父親の多くは、自分がとるべき定型化された役割行動を、その受け手である子ども達に毎日反復しながら提供し続けている。しかし、妻が入院した場合は、それによる役割遂行状況の変化に応じて、これまでの父親役割に、母親役割も追加する人が多い。

役割行動は、次の手段的役割行動と表出的役割行動から成り立っている。

手段的役割行動とは、特定の目標達成を直接目指す役割行動である。

例：乳児の母親役割の手段的役割行動は、乳児の成長発達を直接目指す哺乳、沐浴、更衣をはじめとする育児行動である。

表出的役割行動とは、自分の役割遂行に対する感情、意欲、態度である。

例：乳児の母親役割の表出的役割行動は、母親役割を喜んで受け入れ、一生懸命担おうとしている。また、母親役割に何の心配もなく自信がある、などである。

役割克服とは、役割期待（社会的期待）に応えられるよう特定の役割に必要な手段的･表出的行動を実際に十分とれている状態をいう。言い換えると、特定の役割を十分円滑に果たしている状態である。

役割問題としては、以下の問題がある。

＃1 役割転移（移行）role transition

新しい役割を引き受け、発達させる過程をいう。

①**効果的な役割転移 effective role transition**：特定役割の効果的な表出的行動を示し、かつ、不十分ながら手段的行動も示している。しかし、それらの量と質が役割克服には達していない役割行動をいう。

例：高血糖患者が、インスリンの自己注射ができるようになりたいと意欲を示すが、清潔動作や注射方法がまだ十分とはいえない。

②**非効果的な役割転移 ineffective role transition**：効果的な表出的行動は示しているが、手段的行動がとれていない役割行動をいう。

例：家族が、患者の介護を引き受けたいと言うが、具体的な介護には全く手がでない。

＃2 役割距離 role distance

特定役割に必要な手段的･表出的行動の両方をとることはできているが、それらが役割規定の行動から著しくかけ離れている役割行動をいう。なお、役割規定とは、たとえば母親が乳児の期待内容を認知すると同時に、これからは自分が哺乳、沐浴などの育児を担わなければならないという状況を考慮したうえで、自分の母親役割をとらえたり、とらえなおすことをいう。

例：乳児の母親が、促されていやいやながら沐浴室には来るが、粗雑な洗い方しかしない。

＃3 役割葛藤 role conflict

役割内あるいは役割間において葛藤を起こしている状態をいう。

①**役割内葛藤 intrarole conflict**：1つの役割について対立する圧力がかけられたために、その役割に

ふさわしい手段的･表出的行動をとることができない状態をいう。

例：乳児の母親が、育児について夫や姑が自分と異なる意見を強力に主張するために、母親としての役割行動を円滑にとれなくなる。

②**役割間葛藤** interrole conflict：2つ以上の異なる役割を担う必要があり、それらが対立する行動を求めるために、いずれの役割においても効果的な手段的･表出的行動をとることができない状態をいう。

例：入院患者役割と、家に残してきた乳児の母親役割の2つの役割の間で揺れ動き、どちらの役割も十分担い切れない。

＃4 役割失敗（不全）role failure

特定役割の表出的行動と手段的行動のいずれか一方、あるいは両方が欠如しているか、効果的でない状態をいう。言い換えると、全く役割遂行ができていない状態である。

以下は、社会的問題に含まれる患者や家族に発生しやすい**人間関係的問題と経済的問題**である。

人は誰でも、愛情のニード、正常な発達のニード、健康生活に必要な資源獲得のニードをもち、その充足を期待している。これらのニードは、与える（寄与行動）人と、受け取る（受容行動）人との密接な人間関係によって成立する。このような人間関係の築き･維持･発展には、与えたり、受け取ろうとする両者の積極的な意思と能力を必要とする。

患者は、健康障害によってこれらのニード充足を健康時よりも一層強く望む存在になるが、一方、健康障害によって寄与行動、受容行動の量･質のいずれもが低下する危険性が高いことから、次のような人間関係的問題や経済的問題を発生させやすい。

＃5 養育する･されることにかかわる非効果的パターン ineffective pattern of giving and receiving nuturing

相手が満足できる愛情･助言･ケア･保護･財政的援助･時間などを効果的に与えたり、逆に、これらを相手から効果的に受け取ることができない人間関係の状態をいう。

＃6 分離不安 separation anxiety

重要他者から引き離された、あるいは引き離される危険性を感じることによって生じる激しい苦しみを伴う不安状態をいう。

上記の精神心理的問題としてあげた不安は、未知のつかみどころのない、特定できない脅威（危険）に対する反応である。しかし、分離不安は、特定できる重要他者との実際の別れ、あるいは差し迫った重要他者との別れによって生じる不安であることから、精神心理的問題よりも人間関係的問題として扱うのが一般的である。なお、分離不安は、随伴症状や各症状の成り行きとして発症するよりも、入院時に患者あるいは重要他者に現れることが多い。

＃7 孤独 loneliness

自分と、重要他者やサポートシステムとの間において、親密な人間関係をもちたいという強いニードをもっているが、それを適切に充足できないことによって、きわめて強い不快感や衝動を感じている状態をいう。

＃8 自立性と依存性の非効果的パターン ineffective pattern of dependency and independency

年齢、病状や治療による身体的状態、精神心理的状態などに見合った依存性と自立性のバランスがとれた人間関係の築き･維持ができない状態をいう。

＃9 不適切な資源 inadequate resources

飲食物、排泄、清潔、体温維持、衣服、運動と休息などの生理的ニードの充足や健康にかかわる安全のニードの充足にとって必要な物的･経済的資源やサポートシステムなどの量･質が不足している状態をいう。

本書の構成

各症状の項目・内容の構成は、大きく2編に区分し、最初に《**基礎的知識**》、それに続けて《**看護のポイント**》としています。

■基礎的知識

《基礎的知識》では、各症状をもつ患者のアセスメント・診断ならびに看護の計画立案・実施と評価に際して、最低必要な知識と考える次の項目内容を中心に記述しています。

1. 各症状の定義
2. 各症状に関連する解剖生理ならびに病態生理
3. 各症状の分類と原因・誘因ならびに症状の発生・悪化のメカニズムと特徴
4. 各症状の随伴症状
5. 各症状の成り行き（悪化したときに生じやすい二次的問題）
6. 各症状に対する主な診察と検査
7. 各症状に対する主な治療

■看護のポイント

《看護のポイント》では、看護活動を理解し、その実践を系統的・論理的に展開できるよう**図1**に示す“**5段階で構成されている看護過程**”に沿って、看護活動とその根拠について記載を進めています。

●第1・2段階：アセスメント Assessment・診断 Diagnosis

各症状ごとに記載している“**必要な情報**”には、右欄の“**情報分析の視点**”である次の4項目を明らかにできる情報項目をあげています。

1. その症状の有無・種類・程度の明確化
2. その症状と随伴症状の発生時期と現在までの経過の明確化
3. その症状の原因・誘因とメカニズムの明確化
4. その症状が悪化したときの成り行き（二次的問題）の明確化

これら4つの視点は、各症状の全貌を明らかにするうえで欠くことができないことから、あえて各症状ごとに同文で記述しています。

加えて、必要な情報収集と各情報・情報群の解釈・分析にあたっての**留意事項**を“情報分析の視点”の下に加筆しています。

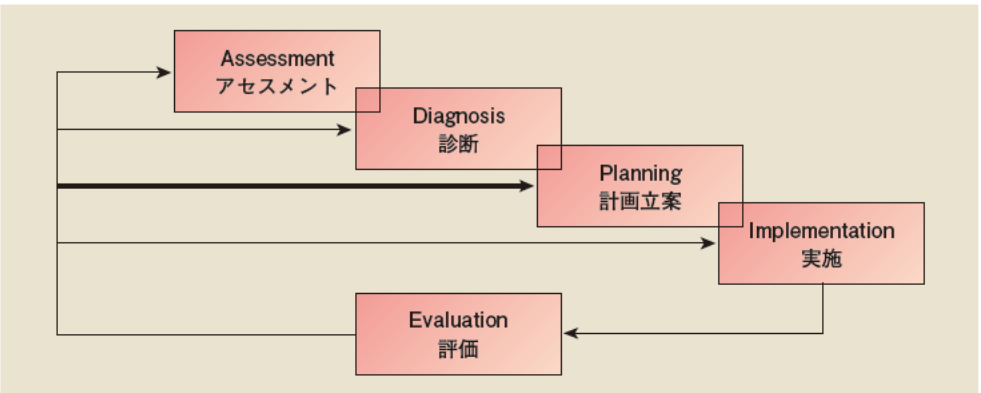

図1　看護過程の前後の段階の関連性

●第 3 段階：看護計画の立案 Planning

各症状ごとに、“**目標設定の視点**”と、それらの目標を達成するための“**対策（OP・TP・EP）**とその**立案根拠**”を記述しています。

1. 目標設定の視点

問題解決型の看護では、数週間から数か月かけて達成される**長期的目標** long term goal と約 1 週間以内に達成される**短期的目標** short term goal を設定することが一般的です。この 2 種類の目標設定に際しては、いずれも患者の年齢、病状と経過、精神心理的状態、サポートシステムの適否などをはじめとする多くの諸条件を考慮する必要があることから、本書では、各患者のいずれの目標設定にも役立つであろうと考えた目標設定の視点にとどめています。すなわち、“**目標設定の視点**”にあげた目標は、対象個々の諸条件を組み入れ、その対象にぴったり合った、つまり、**個別的な長期的・短期的目標**（応用型）を設定するための原型的なものであり、①原因・誘因の減少・消失、②随伴症状の軽減・消失、③成り行きとしての二次的問題の発生防止、④検査や診察所見の好転、⑤治療の減少などを視点にしています。

2. 対策の立案

“**対策**”は、活用しやすいよう次の 3 つに区分して記述しています。

1) **観察（OP：Observational Plans）**：症状とそれによる心身の状態が好転・変化なし・悪化のいずれの経過を辿っているかを端的に判定するための観察項目をあげています。具体的には症状自体の変化、随伴症状や診察・検査所見の好転・悪化、原因・誘因や治療の増減、成り行き（二次的問題の種類・程度など）も活用できます。

2) **看護療法（TP：Therapeutic Plans）**：症状の予防・軽減・解決をはかるために必要な①直接的な身体的ケア、②カウンセリング、③傾聴、④励まし、⑤支持、⑥管理、⑦照会、⑧医師が指示した処置などの項目

3) **教育（EP：Educational Plans）**：患者や家族の症状に対する主体的・能動的な予防・軽減・解決への取り組みを促進するための教育項目

これら 3 区分した対策の各々には、その**立案根拠**を右欄に記述しています。

これらの対策の各々は、目標設定の視点と同じように、いずれも原型的なものです。したがって、対象個々の対策立案時には、この原型的な対策を基盤にして対象個々の諸条件を組み入れ、その対象にぴったり合った、つまり、個別的な対策を創意工夫したり、追加・削減してください。なお、看護療法（TP）と教育（EP）対策には、原因・誘因の如何を問わず、生命危機、心身の苦痛、その人らしい生活の崩壊などを予防・軽減・解決するために、その患者が段階的・個別的な目標を達成できる対策を選択・創意工夫して立案します。また TP と EP の立案に際しては、常にその人の健康な部分や強さを活かして援助の過不足を防ぐよう心掛ける必要があります。そのためにも、治療計画に対する患者や家族の理解や意欲を高めるための援助と同時に治療計画との不一致を防いだ看護計画の立案と実施が実現するよう、患者や家族と話し合うことが大切です。

●第 3・4 段階：看護計画の立案 Planning・実施 Implementation 時の留意点

各症状ごとに、“**計画段階・実施段階の留意点**”を箇条書きにしています。

●第 5 段階：評価 Evaluation の視点

各症状ごとに、患者個々の個別的な評価・修正に活用しやすいよう“**評価の視点**”を記述しています。

1) **評価の第 1 ステップ**は、評価時点における患者や家族の状態・行動の値や像と、看護計画の目標とを比較照合して「**全面達成・部分達成・未達成**」などの**目標の達成度**を判定します。目標の達成度の判定には、目標設定時と同じように、その人の性別・年齢に該当する集団の正常・平均・標準

の値や像の両方に達したか否かを検討する必要があります。

2) **評価の第２ステップ**は、目標の達成度の如何を問わず、看護過程の全段階を遡って評価し、修正点を見出して、これまで以上に各患者に個別的な看護を提供することを目的にしています。
看護過程は、**図１**に示すように順序立て統一されたつながりをもつ系統性と同時に、前段階から後続段階を導き出すという論理性を備えています。したがって診断はアセスメントによって、計画は診断によって、実施は計画によって決定づけられます。このことは、前段階の誤りは後続段階においてはじめて最終確認できることを意味することから、評価の第２ステップは、**図１**の矢印のように、一般に看護過程の進め方とは逆である実施→計画→診断→アセスメントというように遡って行います。しかし、**図１**の太線の矢印が示すように看護職者全員が看護計画に沿って看護を実施するのは当然であることから、看護計画の評価から着手することも少なくありません。

本書の使い方

1. **《看護のポイント》**のアセスメント段階の“必要な情報”は、症状の診断にとって必須であるばかりでなく、後続の看護の計画立案や援助活動の実施の個別化にとって欠くことができない資料になることから、最低でも収集してほしい情報項目をあげています。
したがって実際に患者の症状について情報を収集する際は、この“必要な情報”項目に対象に応じて他の情報項目を追加したり、逆に不必要な情報項目を削除して活用していただきたいと考えています。
2. 実際の患者の症状に対する目標は、その患者の諸条件を踏まえなければ、その患者にぴったり合った、つまり、個別的な目標（応用型）にはなりません。
したがって、患者の症状の長期的・短期的目標を設定する際には、患者、家族をはじめ医療・看護チームメンバー全員が同じイメージで目標をとらえ、それに向かって行動がとれるよう検討する必要があります。その検討資料の１つとして本書の“目標設定の視点”を活用していただきたいと考えています。
3. OP、TP、EP の各対策とその立案根拠は看護学生や看護職者の一人ひとりが how - to 的な看護行為あるいは他者の指示にもっぱら依存する看護行為などの悪習から脱却し、自分で自分自身の看護行為を科学的・論理的に思考・判断・意思決定していく、つまり、“指示待ち看護職者”から脱して自律・自立した看護専門職者になるための必須能力の育成にも役立つと考えています。
これらの原型的な対策を実際の患者に活用する際には、その患者の諸条件を踏まえて個別的な対策（応用型）になるよう創造したり、臨機応変な実践をしていただきたいと考えています。
4. 本書の**《基礎的知識》**は、身体的側面に片寄っています。実際の患者個々は、精神心理的・社会的側面ももつ全体的な存在であることから、各症状によって、前述した精神心理的・社会的問題も複雑に引き起こすのは当然のことです。したがって、それらに関する知識の深化・拡大を図るための他文献も同時に活用していただきたいと考えています。

最後に、繰り返しになりますが、科学的な裏づけ・根拠のある診断・援助・評価活動から成り立つ看護活動を自律・自立して実践していきたいとお考えならば、次の問いを自らに投げかける必要があるのではないでしょうか。「根拠をもって、この看護活動を行うには、一体どのような知識や理論が必要であろうか」。逆に「この知識や理論は、看護活動にどのように活かすことができるであろうか」。少々面倒であっても、このような自問自答こそが、知識や看護理論、看護モデルなどと看護実践との分断を防ぎ、科学的・専門的な看護活動を全うできる能力を自ら開発・育成する第一歩になるのではないでしょうか。

高木永子　Nagako Takagi

CONTENTS

CONTENTS（50音順）

あ行

易感染性 50 …… 840
意識障害 26 …… 376
運動麻痺 28 …… 419
嚥下障害 1 …… 2
黄　疸 4 …… 49
悪心・嘔吐 2 …… 20

か行

咳嗽・痰 14 …… 212
喀　血 15 …… 231
かゆみ（瘙痒） 48 …… 797
感覚障害 27 …… 399
がん疼痛 46 …… 747
関節痛 45 …… 726
胸　水 16 …… 242
胸　痛 44 …… 708
痙　攣 29 …… 447
血　尿 23 …… 333
下　痢 11 …… 164
言語障害 30 …… 465
倦怠感 8 …… 118
高血圧 17 …… 253
呼吸困難 13 …… 191

さ行

嗄　声 12 …… 178
耳　鳴 33 …… 511
出血傾向 36 …… 550
褥　瘡 49 …… 814
食欲不振 7 …… 102
ショック 41 …… 645
視力障害 31 …… 483
頭　痛 42 …… 663

た行

脱　水 40 …… 626
多　尿 20 …… 300
蛋白尿 22 …… 323
低血圧 18 …… 275
低血糖 38 …… 589
動　悸 19 …… 284
糖　尿 24 …… 341
吐血・下血 3 …… 33

な行

難　聴 32 …… 498

は行

排尿障害 25 …… 356
発　熱 35 …… 533
肥　満 5 …… 64
貧　血 37 …… 570
腹　痛 43 …… 688
腹部膨満 9 …… 134
浮　腫 39 …… 605
不　眠 47 …… 771
便　秘 10 …… 148
乏尿・無尿 21 …… 312

ま行

めまい 34 …… 519

や行

や　せ 6 …… 89

CONTENTS（項目順）

1 嚥下障害 …… 2
■基礎的知識　3 ／■看護のポイント　11

2 悪心・嘔吐 …… 20
■基礎的知識　21 ／■看護のポイント　27

3 吐血・下血 …… 33
■基礎的知識　34 ／■看護のポイント　42

4 黄　疸 …… 49
■基礎的知識 1：肝臓と胆嚢　50 ／■基礎的知識 2：黄疸　53 ／■看護のポイント　58

5 肥　満 …… 64
■基礎的知識　65 ／■看護のポイント　78

6 や　せ …… 89
■基礎的知識　90 ／■看護のポイント　95

7 食欲不振 …… 102
■基礎的知識　103 ／■看護のポイント　111

8 倦怠感 …… 118
■基礎的知識　119 ／■看護のポイント　127

9 腹部膨満 …… 134
■基礎的知識　135 ／■看護のポイント　141

10 便　秘 …… 148
■基礎的知識 1：排便　149 ／■基礎的知識 2：便秘　152 ／■看護のポイント　158

11 下　痢 …… 164
■基礎的知識　165 ／■看護のポイント　171

12 嗄　声 …… 178
■基礎的知識　179 ／■看護のポイント　186

13 呼吸困難 …… 191
■基礎的知識　192 ／■看護のポイント　204

14 咳嗽・痰 ……212
■基礎的知識　213 ／■看護のポイント　222

15 喀　血 ……231
■基礎的知識　232 ／■看護のポイント　236

16 胸　水 ……242
■基礎的知識　243 ／■看護のポイント　247

17 高血圧 ……253
■基礎的知識　254 ／■看護のポイント　268

18 低血圧 ……275
■基礎的知識　276 ／■看護のポイント　280

19 動　悸 ……284
■基礎的知識　285 ／■看護のポイント　294

20 多　尿 ……300
■基礎的知識　301 ／■看護のポイント　307

21 乏尿・無尿 ……312
■基礎的知識　313 ／■看護のポイント　317

22 蛋白尿 ……323
■基礎的知識　324 ／■看護のポイント　329

23 血　尿 ……333
■基礎的知識　334 ／■看護のポイント　337

24 糖　尿 ……341
■基礎的知識　342 ／■看護のポイント　348

25 排尿障害 ……356
■基礎的知識　357 ／■看護のポイント　367

26 意識障害 ……376
■基礎的知識　377 ／■看護のポイント　391

27 感覚障害……399
■基礎的知識 1：感覚　400 ／■基礎的知識 2：感覚障害　401 ／■看護のポイント　412

28 運動麻痺……419
■基礎的知識　420 ／■看護のポイント　436

29 痙　攣……447
■基礎的知識　448 ／■看護のポイント　457

30 言語障害……465
■基礎的知識　466 ／■看護のポイント　476

31 視力障害……483
■基礎的知識　484 ／■看護のポイント　492

32 難　聴……498
■基礎的知識 1：聴覚　499 ／■基礎的知識 2：難聴　501 ／■看護のポイント　505

33 耳　鳴……511
■基礎的知識　512 ／■看護のポイント　515

34 めまい……519
■基礎的知識 1：平衡覚　520 ／■基礎的知識 2：めまい　521 ／■看護のポイント　527

35 発　熱……533
■基礎的知識 1：体温　534 ／■基礎的知識 2：発熱　536 ／■看護のポイント　543

36 出血傾向……550
■基礎的知識　551 ／■看護のポイント　562

37 貧　血……570
■基礎的知識　571 ／■看護のポイント　583

38 低血糖……589
■基礎的知識　590 ／■看護のポイント　596

39 浮　腫……605
■基礎的知識 1：体液　606 ／■基礎的知識 2：浮腫　609 ／■看護のポイント　619

40 脱　水 ……626
■基礎的知識　627 ／■看護のポイント　638

41 ショック ……645
■基礎的知識　646 ／■看護のポイント　656

42 頭　痛 ……663
■ 基礎的知識 1：各疼痛のアセスメント　664 ／■基礎的知識 2：頭痛　667 ／
■看護のポイント　681

43 腹　痛 ……688
■基礎的知識　689 ／■看護のポイント　702

44 胸　痛 ……708
■基礎的知識　709 ／■看護のポイント　719

45 関節痛 ……726
■基礎的知識　727 ／■看護のポイント　741

46 がん疼痛 ……747
■基礎的知識　748 ／■看護のポイント　762

47 不　眠 ……771
■基礎的知識　772 ／■看護のポイント　789

48 かゆみ（瘙痒） ……797
■基礎的知識　798 ／■看護のポイント　807

49 褥　瘡 ……814
■基礎的知識　815 ／■看護のポイント　832

50 易感染性 ……840
■基礎的知識　841 ／■看護のポイント　854

INDEX ……864

薬物表の使用方法 ……883