

# 基礎看護

- 臨床看護概論
- 特論：治療法概説

薬物療法

手術療法

食事療法

リハビリテーション

輸液療法

放射線療法

透析療法

救急時の対応

## 臨床看護概論

---

### 編集

中村 恵子 札幌市立大学副学長・大学院看護学研究科長・教授

小山 敦代 明治国際医療大学看護学部教授

### 執筆

井澤美樹子 青森県立保健大学健康科学部講師

角濱 春美 青森県立保健大学健康科学部准教授

小山 敦代 明治国際医療大学看護学部教授

佐藤 愛 青森県立保健大学健康科学部講師

出貝 裕子 八戸市立市民病院主任看護師

中村 恵子 札幌市立大学副学長・大学院看護学研究科長・教授

藤本真記子 青森県立保健大学健康科学部准教授

堀口由美子 前青森県立保健大学健康科学部講師

本間ともみ 青森県立保健大学健康科学部

三浦 博美 茨城キリスト教大学看護学部講師

## 特論：治療法概説

---

### 監修

小林 寛伊 関東病院名誉院長，東京医療保健大学学長

### 執筆

阿部 哲夫 横浜市立みなと赤十字病院副院長・外科部長

新井 雅信 横浜市立みなと赤十字病院リハビリテーション科担当部長

落合 慈之 関東病院院長

小尾 俊一 青藍会鈴木病院産婦人科

折井 孝男 関東病院薬剤部長

亀山 周二 関東病院泌尿器科部長

河手 良一 関東病院麻酔科部長

小西 敏郎 関東病院副院長

小檜山 律 深谷赤十字病院呼吸器外科部長

五味 朋子 前関東病院高血圧・腎臓内科部長

斎藤 健一 関東病院歯科・口腔外科部長

櫻井 淳 櫻井医院院長

下出 真法 関東病院整形外科シニアアドバイザー

谷野 洸 たにの眼科院長

戸塚 康男 東山会調布東山病院院長

中野 清治 東京女子医科大学東医療センター心臓血管外科教授

深谷 卓 二木・深谷耳鼻咽喉科院長

町田 徹 関東病院放射線科部長



# 目次

## 臨床看護概論

### 第1章 臨床看護の特徴

中村恵子 2

臨床看護活動.....	2	4. 在宅介護支援センター, デイサービス, ナイトケア, ショートステイ .....	4
1. 医療施設 .....	3	看護師の役割と機能.....	5
2. 保健施設 .....	4		
3. 訪問看護ステーション.....	4		

### 第2章 臨床看護活動と患者・家族の理解

中村恵子 10

患者の理解.....	11	3. 社会的側面.....	13
1. 身体的側面.....	11	家族の理解.....	13
2. 精神的側面.....	11		

### 第3章 健康障害の経過に伴う看護

小山敦代 15

健康障害の経過と看護 .....	15	.....	24
急性期にある患者の看護 .....	17	<b>C</b> 回復期・リハビリテーション期にある 患者・家族の援助の基本.....	25
1. 急性期とは.....	17	1. 急性期からのリハビリテーション看護の 必要性 .....	25
2. 急性期の看護の対象と看護を受ける 「場」.....	18	2. 障害の受容と克服に向けての援助... ..	26
3. 急性期にある患者の特徴 .....	18	3. 日常生活行動の自立を目指した援助 .....	27
4. 急性期にある患者・家族への援助の 基本 .....	18	4. 家族への支援 .....	28
回復期・リハビリテーション期にあ る患者の看護.....	22	慢性期にある患者の看護 .....	28
<b>A</b> 回復期・リハビリテーション期とは .....	22	1. 慢性期とは.....	28
1. 回復期とは.....	22	2. 慢性期の看護の対象 .....	28
2. リハビリテーション・リハビリテーシ ョン期とは .....	22	3. 慢性期にある患者の特徴 .....	29
<b>B</b> 回復期・リハビリテーション期にある 看護の対象と特徴 .....	23	4. 慢性期にある患者・家族への援助の基本 .....	30
1. 回復期にある患者の特徴 .....	23	終末期にある患者の看護 .....	32
2. リハビリテーション期にある患者の特徴		1. 終末期とは.....	33
		2. 終末期の看護の対象 .....	34
		3. 終末期にある患者の特徴 .....	34

4. 終末期にある患者・家族への援助の基本	35	3. 危篤時における患者・家族への援助の基本	39
5. ホスピス	38	B 臨終・死亡時の看護と死後の処置	40
危篤時～死への看護	38	1. 死の判定	40
A 危篤時の看護	38	2. 死後の身体的変化	40
1. 危篤時とは	38	3. 死亡時のケア	41
2. 危篤時の対象の特徴	39		

## 第4章 主な症状に対する看護 43

貧血のある患者の看護 …… 佐藤 愛	43		62
1. 貧血とは	43	4. 悪心・嘔吐のある患者の看護	63
2. 貧血のある患者の特徴	43	嚥下困難のある患者の看護	64
3. 貧血が患者の生活に及ぼす影響	44	1. 嚥下困難とは	64
4. 貧血のある患者の看護	44	2. 嚥下困難のある患者の特徴	64
出血傾向のある患者の看護	46	3. 嚥下困難が患者の生活に及ぼす影響	65
1. 出血傾向とは	46	4. 嚥下困難のある患者の看護	65
2. 出血傾向のある患者の特徴	46	排尿障害のある患者の看護	66
3. 出血傾向が患者の生活に及ぼす影響	47	1. 排尿障害とは	66
4. 出血傾向のある患者の看護	47	2. 排尿障害のある患者の特徴	66
ショック状態の患者の看護	49	3. 排尿障害が患者の生活に及ぼす影響	66
1. ショックとは	49	4. 排尿障害のある患者の看護	67
2. ショック状態の患者の特徴	49	排便障害のある患者の看護	68
3. ショック状態が患者の生活に及ぼす影響	50	1. 排便障害とは	68
4. ショック状態にある患者の看護	50	2. 排便障害のある患者の特徴	69
咳嗽・喀痰のある患者の看護 …… 出貝裕子	52	3. 排便障害が患者の生活に及ぼす影響	70
1. 咳嗽・喀痰とは	52	4. 排便障害のある患者の看護	70
2. 咳嗽・喀痰のある患者の特徴	52	黄疸のある患者の看護	72
3. 咳嗽・喀痰が患者の生活に及ぼす影響	53	1. 黄疸とは	72
4. 咳嗽・喀痰のある患者の看護	54	2. 黄疸のある患者の特徴	72
呼吸困難のある患者の看護	57	3. 黄疸が患者の生活に及ぼす影響	72
1. 呼吸困難とは	57	4. 黄疸のある患者の看護	73
2. 呼吸困難のある患者の特徴	57	脱水のある患者の看護 …… 角濱春美	74
3. 呼吸困難が患者の生活に及ぼす影響	58	1. 脱水とは	74
4. 呼吸困難のある患者の看護	60	2. 脱水のある患者の特徴	75
悪心・嘔吐のある患者の看護 …… 藤本真記子	61	3. 脱水が患者の生活に及ぼす影響	76
1. 悪心・嘔吐とは	61	4. 脱水のある患者の看護	76
2. 悪心・嘔吐のある患者の特徴	62	浮腫のある患者の看護 …… 佐藤 愛	77
3. 悪心・嘔吐が患者の生活に及ぼす影響		1. 浮腫とは	77
		2. 浮腫のある患者の特徴	77

3. 浮腫が患者の生活に及ぼす影響	77	88
4. 浮腫のある患者の看護	78	90
発熱のある患者の看護	角濱春美 80	91
1. 発熱とは	80	91
2. 発熱のある患者の特徴	81	92
3. 発熱が患者の生活に及ぼす影響	82	93
4. 発熱のある患者の看護	82	93
痛みのある患者の看護	83	93
1. 痛みとは	83	95
2. 痛みのある患者の特徴	84	96
3. 痛みが患者の生活に及ぼす影響	85	97
4. 痛みのある患者の看護	85	97
感覚障害のある患者の看護	出貝裕子 87	96
1. 感覚障害とは	87	97
2. 感覚障害のある患者の特徴	88	97
3. 感覚障害が患者の生活に及ぼす影響		

## 第5章 治療・処置に伴う看護

100

安静療法を受ける患者の看護	井澤美樹子 100	119
1. 安静療法の目的と意義	100	120
2. 安静療法の特徴	101	
3. 安静療法が患者の生活に及ぼす影響	102	
4. 安静療法の効果を高めるための援助	104	
食事療法を受ける患者の看護	105	
1. 食事療法の目的と意義	105	
2. 食事療法の特徴	105	
3. 食事療法が患者の生活に及ぼす影響	106	
4. 食事療法の実施と患者への援助	108	
薬物療法を受ける患者の看護	110	
1. 薬物療法の目的と意義	110	
2. 薬物療法の特徴	110	
3. 薬物療法が患者の生活に及ぼす影響	114	
4. 薬物療法の実施と患者への援助	114	
輸液療法を受ける患者の看護	三浦博美 116	
1. 輸液療法の目的と意義	117	
2. 輸液の種類と方法	118	
3. 輸液療法が患者の生活に及ぼす影響		
4. 輸液療法の実施と患者への援助		
放射線療法を受ける患者の看護	本間ともみ 124	124
1. 放射線に関する基礎知識	124	
2. 放射線療法の目的と意義	124	
3. 放射線療法の特徴	125	
4. 放射線療法が患者の生活に及ぼす影響	127	
5. 放射線療法の実施と患者への援助	128	
手術療法を受ける患者の看護	三浦博美 130	130
1. 手術療法の目的と意義	130	
2. 手術療法に伴う看護	131	
3. 手術室の設備・環境	148	
4. 基本的無菌操作	149	
精神療法を受ける患者の看護	中村恵子 155	155
1. 精神療法の種類と適応	155	
2. 精神療法を受ける患者への援助	156	
臨床検査を受ける患者の看護	本間ともみ 156	156
1. 臨床検査の目的と意義	156	
2. 臨床検査における看護師の役割	158	
3. 臨床検査を受ける患者への援助	158	
救急処置を受ける患者の看護	三浦博美 161	161

1. 救急処置の目的と意義	162	8. ME 機器への対応	174
2. 救急患者・家族の特徴	162	9. 救急医療体制	175
3. 救急処置の方法	163	ICUの看護	<b>本間ともみ</b> 175
4. 救急患者への援助	172	1. ICUの目的と意義	175
5. 家族への援助	172	2. ICUの特徴	176
6. ショックへの対応	173	3. ICUに入室する患者・家族の理解	176
7. 出血に対する処置	173	4. ICU看護の実際	177

## 第6章 継続看護

堀口由美子 183

継続看護の意味	183	4. 退院計画の目標	189
1. 継続看護の意義と目的	183	5. 退院指導	189
2. 継続看護の概念	184	6. 退院サマリーの作成と活用	191
継続看護の必要性	185	訪問看護（在宅ケア）	191
看護が継続すべき内容	186	1. 訪問看護とは	191
1. 情報の継続	186	2. 訪問看護の対象	192
2. 継続するための方法	186	3. 訪問看護で提供するケア	192
3. 継続する情報	187	外来看護	193
退院調整看護	187	1. 外来看護の特徴	193
1. 退院計画とは何か	188	2. 外来看護の目標	193
2. 退院計画を立てる時期	188	3. 患者会や家族会，ボランティアの必要性	194
3. 退院計画にかかわる人	188		

## 特論：治療法概説

## 第1章 薬物療法

折井孝男 196

薬物療法の目的とその特徴	196	A 神経系作用薬	207
A 薬物療法の目的	196	1. 中枢神経作用薬	207
B 薬物療法の特徴	197	2. 末梢神経作用薬	212
C 薬物療法の種類	198	B 循環器官作用薬	214
薬物療法の進め方	199	1. 強心薬	214
A 薬物療法を行う際の留意点	199	2. 抗不整脈薬	215
1. 薬物の選択	199	3. 血管拡張薬	215
2. 用量，用法の設定	199	4. 脂質異常症治療薬	218
3. 薬物相互作用	201	C 呼吸器官作用薬	219
4. 薬物治療モニタリング（TDM）	204	1. 鎮咳薬	219
5. 服薬アドヒアランス	205	2. 去痰薬	219
6. 薬歴	206	3. 気管支喘息治療薬	219
薬物療法に使用される薬物	207	D 消化器官作用薬	221

1. 胃・十二指腸潰瘍治療薬	221		226
2. 下剤, 止瀉薬	222	2. 抗悪性腫瘍薬	226
3. 制吐薬	222	<b>G</b> 泌尿器・生殖器官作用薬	228
4. 肝疾患治療薬	223	1. 排尿困難治療薬	228
5. 胆道疾患治療薬	223	2. 頻尿・尿失禁治療薬	228
6. 脾疾患治療薬	223	3. 子宮収縮薬	229
<b>E</b> 内分泌作用薬	223	<b>H</b> 血液系作用薬	229
1. 糖尿病治療薬	223	1. 貧血治療薬	229
2. ホルモン製剤	224	2. 血液凝固阻止薬	229
<b>F</b> 化学療法薬	226	3. 止血薬	230
1. 抗菌薬, 抗真菌薬, 抗ウイルス薬		4. 白血球減少治療薬	231

## 第2章 手術療法

232

手術療法の目的	小西敏郎	232	<b>A</b> 呼吸器系合併症	272
術前検査と手術の決定		233	<b>B</b> 循環器系合併症	274
<b>A</b> 術前検査		233	<b>C</b> その他の合併症	275
<b>B</b> 手術のクリティカルパス		233	主な領域の手術療法	276
麻酔の種類とその施行に伴う診療	河手良一	238	<b>A</b> 消化器	小西敏郎
<b>A</b> 全身麻酔		238	1. 食道	276
1. 全身麻酔の要素		238	2. 胃・十二指腸	277
2. 全身麻酔の導入		238	3. 小腸	279
3. 全身麻酔の維持		238	4. 虫垂	279
4. 全身麻酔における気道確保		239	5. 大腸	279
5. 全身麻酔の種類		242	6. 肛門	280
6. 特殊な全身麻酔		244	7. 肝臓	281
7. 全身麻酔に使用する薬物		245	8. 胆嚢	281
8. 全身麻酔中合併症		250	9. 脾臓	281
<b>B</b> 局所麻酔・区域麻酔		254	10. ヘルニア	282
1. 局所麻酔の分類		254	11. 腹膜炎	283
2. 局所麻酔に使用する麻酔薬		255	<b>B</b> 心臓血管	中野清治
3. 局所麻酔薬中毒とアレルギー反応		257	1. 正中切開, 体外循環使用開心術	283
4. 手術室でよく行われる局所麻酔法		258	2. 左開胸手術	286
<b>C</b> 術前訪問と患者状態の評価		268	3. 右開胸手術	286
1. 術前訪問の目的		268	4. 小切開手術	286
2. 患者状態の評価		268	<b>C</b> 呼吸器	小檜山 律
3. 患者との面接		269	1. 麻酔法	287
4. 常用薬		271	2. 開胸法	287
5. 前投薬		271	3. 術式	289
6. 経口摂取の制限		271	4. 胸腔ドレナージ	292
回復室での術後合併症		272	<b>D</b> 脳神経	落合慈之
			1. 穿頭術	293
			2. 開頭術	294



<b>E</b> 骨・関節・筋.....	下出真法	298	3. 扁桃摘出術の進め方 .....	315
1. 骨折の手術 .....		298	4. 喉頭手術の進め方 .....	315
2. 関節の手術 .....		300	<b>I</b> 眼.....	谷野 洗
3. 脊椎の手術 .....		301	1. 外眼手術 .....	316
4. 腱や腱鞘の手術 .....		302	2. 内眼手術 .....	317
5. 四肢や指の切断術 .....		303	3. 眼科レーザー手術 .....	319
<b>F</b> 女性生殖器.....	小尾俊一	303	<b>J</b> 口 腔 .....	齋藤健一
1. 膣式手術 .....		303	1. 智歯（親知らず）の抜歯 .....	320
2. 腹式手術 .....		305	2. 歯根尖（端）切除術 .....	321
<b>G</b> 泌尿器 .....	龜山周二	307	3. 顎骨骨折 .....	322
<b>H</b> 耳鼻咽喉 .....	深谷 卓	312	4. 腫瘍切除術 .....	322
1. 耳の手術の進め方 .....		312	5. その他 .....	322
2. 鼻の手術の進め方 .....		314		

### 第 3 章 食事療法

戸塚康男 324

食事療法の目的 .....	324	4. 栄養バランス .....	325
食事療法と食事指導.....	324	5. 塩分制限食 .....	326
食事療法の種類 .....	325	6. コレステロール制限食 .....	326
1. 栄養摂取の確保 .....	325	7. たんぱく制限食 .....	326
2. 特定の食品の除去 .....	325	治療食と特別食加算 .....	326
3. エネルギー制限 .....	325	食事療法の実施と継続 .....	327

### 第 4 章 リハビリテーション

新井雅信 329

リハビリテーションの目的と特徴.....	329	2. リハビリテーションの時期とアプ ローチ .....	337
<b>A</b> リハビリテーションの概念と歴史 ...	329	3. 介護保険とリハビリテーション看護 .....	337
<b>B</b> リハビリテーション医療の領域 .....	330	理学療法 .....	338
1. 理学療法とリハビリテーション ...	330	<b>A</b> 理学療法の目的と特徴 .....	338
2. リハビリテーション医療の対象 ...	330	<b>B</b> 運動療法 .....	338
3. リハビリテーション医療関連の職種とそ の役割 .....	331	1. 関節可動域 ( range of motion ; ROM ) 訓練 .....	338
4. リハビリテーション看護 .....	333	2. 筋力増強訓練 .....	339
<b>C</b> リハビリテーションの層別障害モデルとア プローチ .....	333	3. 耐久性訓練 .....	339
1. 障害モデル .....	333	4. 巧緻性訓練 .....	339
2. 障害とアプローチ .....	334	5. 治療体操 .....	341
3. 最近の障害のとらえ方 .....	335	6. 基本動作訓練 .....	341
<b>D</b> リハビリテーションの場，時期とアプ ローチの方法 .....	336	7. 歩行訓練 .....	344
1. リハビリテーションの場と方法 ...	336	<b>C</b> 物理療法 .....	346
		1. 温熱療法 .....	346



2. 寒冷療法	348	3. 日常生活活動・動作 (ADL) 訓練	
3. 水治療	348		358
4. 光線療法	350	4. 自助具, 装具の作製	358
5. 電気治療	350	5. 義手の装着, 操作訓練	359
6. 牽引療法	352	6. 職業前作業療法	359
7. マッサージ	352	7. 認知機能に対する作業療法	359
8. マニピュレーション	353	8. 精神障害に対する作業療法	359
9. バイオフィードバック	354	言語聴覚療法	360
作業療法	355	A 言語聴覚療法の目的と特徴	360
A 作業療法の概念と歴史	355	B 言語聴覚療法の進め方	360
B 作業療法の進め方	356	1. 失語症	360
1. 機能的作業療法	356	2. 構音障害	362
2. 支持的作業療法	356		

## 第5章 輸液療法

櫻井 淳 364

輸液療法の目的と特徴	364	A 輸液の必要性の判断	366
A 輸液療法とは	364	B 輸液療法各論	366
B 体液と栄養	365	1. 体液異常	366
1. 体液	365	2. 電解質異常	367
2. 栄養	365	3. 低栄養	369
輸液療法と患者管理	366	4. 各種疾患	370

## 第6章 放射線療法

町田 徹 371

放射線療法の目的と特徴	371	4. 経過観察	376
A がん治療と放射線治療	371	B 放射線治療各論	377
B 放射線治療の特徴	371	1. 脳	377
1. 放射線の生物学的効果	371	2. 頭頸部	377
2. 放射線治療の利点	372	3. 食道	378
3. 放射線治療の問題点	372	4. 肺	378
4. 分割照射	373	5. 乳腺	378
C 放射線治療の適応	373	6. 子宮	379
1. 適応疾患と適応の決定	373	7. 膀胱	379
2. 根治的適応	374	8. 前立腺	379
3. 予防的適応	374	C 放射線治療の進歩	380
4. 姑息的適応	374	1. 原体照射	380
放射線治療の実際	374	2. ガンマナイフ	380
A 放射線治療の流れ	374	3. ライナックナイフ	382
1. 照射の適応決定	374	4. 強度変調放射線治療 (IMRT)	383
2. 照射の準備	375	5. 画像誘導放射線治療 (IGRT)	383
3. 実際の照射	376	6. 粒子線	383

D 放射線障害	385	3. 2次性発がん	385
1. 急性期放射線障害	385	放射線治療の将来	385
2. 亜急性期から慢性期放射線障害	385		

## 第7章 透析療法

五味朋子 387

透析療法の目的と特徴	387	1. 患者側の準備	391
A 血液浄化法	387	2. 透析用の機材	393
1. 透析療法	387	3. 血液浄化法の事故と対策	396
2. 血液吸着法	390	B 腹膜透析法 (PD)	397
3. 血漿交換療法	391	1. 患者側の準備	397
透析療法の進め方	391	2. 透析用の機材	398
A 慢性血液浄化法 (HD, HF, HDF)	391	3. 合併症と対策	400

## 第8章 救急時の対応

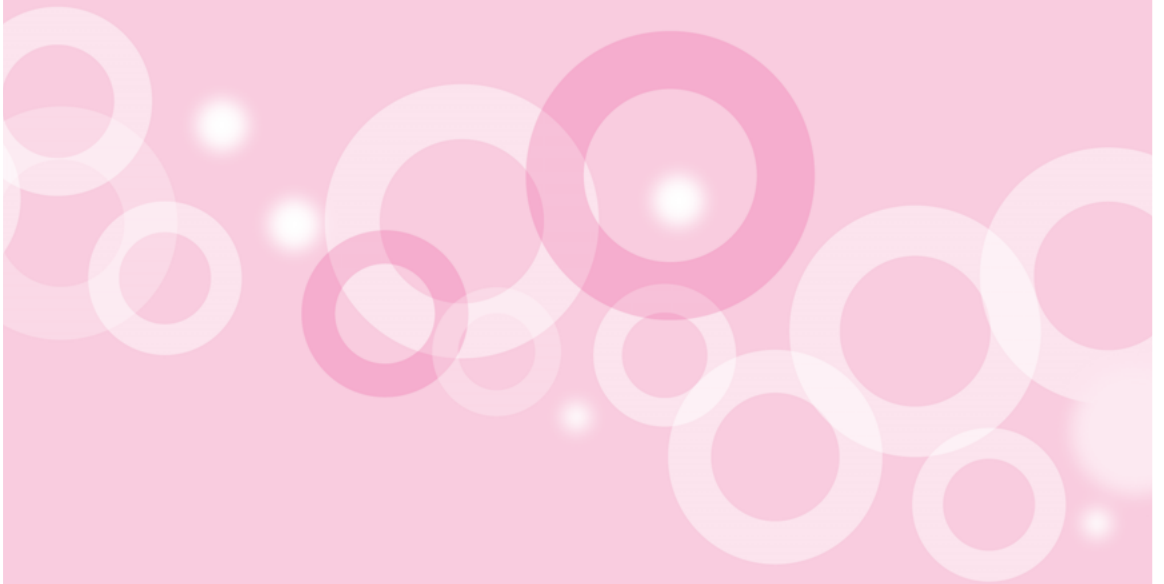
阿部哲夫 401

心肺蘇生法	401	と静脈路の確保	407
A 1次救命処置におけるABC	402	5. E (ECG): 心電図モニター	407
1. A (airway): 気道確保	402	6. F (fibrillation treatment): 除細動	407
2. B (breathing): 呼吸 = 人工呼吸	402	7. G (gauge): 計測	407
3. C (circulation): 循環 = 胸骨圧迫	403	8. H (hypothermia or human mentation): 低体温または脳蘇生	408
B 2次救命処置	404	9. I (intensive care): 集中治療	408
1. A (airway): 気道確保	404	ショックへの対応	408
2. B (breathing): 呼吸 = 人工呼吸	405	A ショックの分類	408
3. C (circulation): 循環 = 胸骨圧迫	405	B ショックの徴候と関連した病態	409
4. D (drugs and I. V. lifeline): 薬物投与	405	1. ショックの徴候	409
		2. ショックに関連した病態	410
		C 診断と治療	410

索引	413
----	-----

基礎看護

臨床看護概論



## ■ 臨床看護概論

## 第 1 章 臨床看護の特徴

## ▶ 学習の目標

臨床看護活動の意味を学ぶ。

多くの看護師が勤務する医療施設での活動を学ぶ。

保健施設や訪問看護ステーションなど医療施設以外での活動を理解する。

看護にはどのような機能があるのか、またどのような役割があるのかを学ぶ。

臨床看護とは、健康を障害された人、または健康障害や健康破綻<sup>はたん</sup>が疑われる人に対し、看護職（看護師、准看護師等、以下看護師）が実際にそれらの人々に接して看護活動を行うことを指す。臨床看護の概念は、最近になって訪問看護ステーション活動にもみられるように、従来の医療施設内看護だけでなく、在宅や福祉施設へとその活動の場が広がっている。しかし、看護師の活動の多くは病院や診療所などの医療施設であり、それら医療施設では看護師による組織化された援助活動が展開される。

## 臨床看護活動

看護は健康・不健康を問わず、個人・家族、または集団に対し健康の増進、健康の回復<sup>しゅっぺい</sup>、疾病の予防あるいは苦痛の緩和に向けて援助することを目的にした活動である。その具体的活動内容は、人々の生命を守り、体力を増進させ、生活環境を整え、日常生活への適応に向けて援助し、健康を回復し社会復帰できるように支援することである。また時に、対象者が死に臨む<sup>のそ</sup>場合には心安らかな死への援助も重要な看護活動である。

看護活動は、この目的を達成するために個人・家族、または集団ごとに立てた看護理念（ミッション）、看護目標の実現に向けた活動である。いうまでもなく、この看護目標を達成するための活動は、看護過程（情報収集、アセスメント、看護診断、計画、実施、評価）の展開そのものである。

看護活動の場は看護師が働く場であるが、それは必ずしも看護師だけが関与する場ではない。なぜなら看護活動は、一般にはチーム（看護チーム、保健医療チ

ーム)を形成し、この協力体制のもとに実施されるからである。ところでこの看護の場は、看護の役割・機能の拡大によって、年々広がりを見せている。以下に示すような場で、看護活動が行われる。

医療施設：病院，診療所，助産所

保健施設：保健所，市町村保健センター

訪問看護ステーション

在宅介護支援センター，デイサービス，ナイトケア，ショートステイ

教育施設：幼稚園，小中高等学校

介護老人保健施設

社会福祉施設：乳児院，児童養護施設，身体障害者施設，知的障害者施設，

介護老人福祉施設，老人ホーム

看護職等養成施設：大学，短期大学，専門学校，専修学校，専攻科

事業所や看護行政

次に主な活動の場について述べる。

## 1. 医療施設

医療行為を行う施設は大きく病院，診療所，助産所の3種に分けられる。

医療施設における看護部門は，保健師，助産師，看護師，准看護師および看護助手など（看護職員）により構成される。2010（平成22）年現在，病院で働く看護師は70万6279人，准看護師は17万576人で両者を合計すると就業者の66.4%を占めている。

**病院**とは，医師または歯科医師が，公衆または特定多数人のため医業または歯科医業を行う場所であって，20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの（医療法第1条）で，**診療所**とは19人以下の患者を入院させるための施設もしくは患者を入院させるための施設を有しないものをいう。**助産所**とは開業権をもつ助産師が開業している施設で，正常分娩のみを扱い，9床以下の入所施設をもつことができる。

一般に病院と診療所のほかに，病状に応じて適切な医療施設が選択できるよう，また高度な医療が提供できるよう特定機能病院と，地域医療支援のための地域医療支援病院がある。

**特定機能病院**は，高度な医療を行うための人員，設備，技術水準を備え，400人以上の患者を入院させるための施設を有し，**地域医療支援病院**は，主にほかの病院・診療所から紹介された患者の診療を行い，200人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。それらの病院では看護の役割機能および責任の所在を明らかにし，継続した看護を提供する単位として看護単位が組織され，看護師長などの中間看護管理者と看護要員が従事する。

**看護単位**は，病棟，外来，手術部，ICU，CCU，救命救急センター，保健指導部，看護相談部，訪問看護部など各々の施設の理念や役割・ニーズにより活動部

門が設けられている。看護業務における計画、実施・評価とその責任は看護師にある。看護職にも高度な知識と技術が要求される時代である。准看護師は自己の判断の範囲を見極めるとともに、医師や歯科医師の指示のほか、看護に関しては看護師から指示を受け、報告の義務を遂行することによって看護ケアの質を保証するなど、細心の注意を払うことが求められる。

## 2．保健施設

**保健所**は、主に保健指導と行政指導によって住民の保健・衛生を行う地域の総合的で中心的な機関である。**市町村保健センター**は、主に市町村レベルで地域に密着した保健活動を行う場である。両者は互いに情報を交換し連携しながら、具体的な活動を実践するが、その内容は、地域や地区、生活環境を単位として、健康増進、疾病予防・早期発見、母子保健、栄養改善、衛生教育、治療、リハビリテーションをとおして総合的な健康づくりを推進するというものである。この活動は、地域の特性や住民の価値観、生活状況、家族との関係など、生活に密着した指導や助言を行うことに特徴がある。なお、市町村保健センターでは、在宅療養期にある人々へのケア支援も実施している。

## 3．訪問看護ステーション

訪問看護ステーションは、看護師もしくは保健師が都道府県知事の指定を受け、常時看護師、保健師が勤務し、在宅で療養が必要な人に対しかかりつけ医の指示を受け直接看護を行う施設である。この制度により疾病や障害をもった人であっても、病院などの施設を離れ、在宅において社会生活を営むことが可能になった。

## 4．在宅介護支援センター、デイサービス、ナイトケア、ショートステイ

**在宅介護支援センター**は、在宅で療養している要介護者や介護者のニーズに対応し、円滑かつ適切に関係機関と連絡調整を行う施設で、在宅サービスの紹介、情報提供、介護相談、介護機器の展示などを24時間無料で行っている。

**デイサービス**とは、日帰りのサービスである。在宅における要介護者（寝たきり者も含む）をバスなどでデイサービスセンターなどに送迎し、入浴サービス、食事サービス、日常動作訓練、生活指導などを行う。また、在宅訪問により入浴サービス、給食サービス、健康チェックなどを行うことにより介護負担を軽減するという活動もある。

**ナイトケア**は、介護者の夜間介護が困難なとき（認知症など）、夜間一時的に利用できる制度である。

**ショートステイ**は、家族の介護負担を軽減するため、在宅の寝たきり高齢者などを特別養護老人ホームや養護老人ホームなどで一時保護するシステムで市町村が設置する。**地域包括支援センター**は2005（平成17）年の介護保険法改正により設置され、保健師などの配置が義務づけられた。

# 看護師の役割と機能

看護がどのような機能を担っているか、そしてどのような役割を果たすことが求められ、期待されているかを、看護師一人ひとりが常に考えながら任務を遂行していくことが大切である。

看護師の役割には、看護師が独自に果たす役割と他職種の人と協働して果たす役割とがある。看護師が担う役割は、健康の保持・増進、健康障害から自立し社会復帰へと至る一連のプロセスを支えることであり、死の看取りまでが看護への重要なニーズである。

看護師の担う役割をもう少し細かくあげると、地域保健医療活動や高度医療あるいは療養病床のある病院・診療所など、その活動の場がいかなるところであれ、日常生活の援助、環境の保持調整、教育・指導、社会資源の活用などについての情報提供、診療に伴う援助、患者に対する援助、医師の診療の介助、患者のモニタリング機能、看護管理、看護についての研究・開発などを果たすことにあり、全体がバランスよく遂行されることが望まれる。

医学や薬学の発展に伴い、医療技術も年々高度になるとともに、看護職の対応も難しさが増してきている。そのため看護師にとっては、従来にも増して高度で複雑な判断が求められる状況になっている。したがって、看護師にはより専門的な知識と技術をもつことが期待されている。一方、看護師が専門職として自立し、社会の要請に応えられる責任を果たすことも重要な課題といえる。

日本看護協会は、1973（昭和48）年「看護の本来の機能と役割」として、「看護とは、健康のあらゆるレベルにおいて個人が健康的で正常な日常生活ができるよう援助することである」と示している。

WHO（世界保健機関）では、1950年に看護教育専門委員会において看護の機能として以下のことをあげている。

患者のために医師が指示する治療の計画を果たし、同時に各個人が衛生と安楽の点でそれぞれ満足できるよう努める。

疾病の回復に必要な身体的・心理的環境を保持する。

患者とその家族に対し、患者の回復と更生に取り組みさせる。

患者と健康者に対し、心身の健康法を積極的に指導する。

疾病の予防に携わる。

他の保健医療チームと看護事業が同調するよう努力する。

次にV. ヘンダーソンが述べている看護の役割について紹介する。

V. ヘンダーソンは「看護の役割を果たすには、看護婦は患者を知り、患者の皮膚の内側まで見通し、患者の肉体的・情緒的ニーズを見極めねばなりません。患者が寝たきりであれば彼に代わって歩き、患者が口をきけなかったり意識がな



かったりすれば彼に代わって話し、自殺のおそれのある患者であれば、生命への愛着が湧いてくるまで彼を死から守るのです。

自分の肉体的・精神的な平衡を保持することの難しさを思えば、私たちは他者のそれを助けることがいかにたいへんな難しい仕事であるかがわかるはずです。看護婦は患者が体力あるいは意志力あるいは知識をどれほど必要としているかを絶えず見極めねばなりませんし、患者がなるべく自立を獲得ないし再獲得できるように、どこからどのように介助の手を引っ込めていくかを知らねばなりません。また、患者の年代や知能の程度、生活経験や生活環境、価値観、気質、そして障害や疾患しっかんに由来する限界のそれぞれに合わせたサービスができなければなりません。」(『ヘルスケアは誰もの務め』ヴァージニア・ヘンダーソン論文集〔増補版〕、小玉香津子編訳、日本看護協会出版会、1989、p.95.)

これらのことは看護の機能、看護師の役割をよく表している。

以下に看護師の役割について記述する。

### 1 日常生活の援助

人々が健康な生活を送るためには、身体的・精神的・社会的なニーズを満たしていることが条件となる。看護職が担う生活の援助は、条件が欠けていたり、ニーズが満たされていない事柄に対して援助することである。

**身体的援助**は、人体の機能・生理学的なアセスメントを必要とする。一般的には食事、排泄、睡眠や休息、清潔、体位と移動、衣服の着脱のほか、呼吸・循環・体温などが正常に保たれるよう援助することも身体的援助である。

**精神的援助**は、直接的な看護活動の重要な内容である。個人の特性と一般化されている理論やモデルを用いて適切な援助方法を選択する。病気や外傷(けが)は不安と緊張を引き起こし、精神的に安定せず自立を阻むことがある。精神状態を観察・判断し、その人を支持したり見守る、勇気づける、あるいは励ますなどである。心の動揺や心配事、理解の状況を把握し、その時々に応じた援助方法を考える。

**社会的援助**は、社会的な環境や家族環境、経済状況、友人関係、趣味仲間など社会との関係を援助のなかに組み込むことである。

### 2 環境の保持調整

われわれは環境のなかで生活し、環境との相互作用に影響を受けている。環境はその性質や要素から大別すると、習慣、宗教、教育、風土、知識の水準、生活スタイルなどの文化的環境要素、組織や役割、家族、親族、学校、地域、職業、経済などの社会的環境要素、空気、水、土壌、放射線、音、光、色彩、空間などの物理的環境要素、化学薬品、化学物質、溶剤などの化学的環境要素、などがある。

看護師は環境をよりよく整え、健康を阻害する原因や要因を除き、より健康な生活が送れるよう援助する。特に患者の療養中は、療養環境がベッドとその周囲や施設内に限定されるので、患者の適応を助長するものであるよう工夫すること

が大切である。環境整備は単にベッドの周囲をきれいにすることではなく、危険がなく心地よく療養できるように生活全般の環境を整えることである。ベッド柵の位置、床の水滴、履物の置き方などその人に合った環境調整が一人ひとりの事故防止につながるのである。

さらに、病院内は様々な病原微生物が存在している環境であるため、院内感染を防ぐための感染管理ガイドラインに基づく環境調整が常に求められている。

### 3 教育・指導

健康は与えられるものではなく、自分で獲得していくものであるという考え方のもとでは、看護の専門家が症状の緩和<sup>かんわ</sup>、在宅における世話の仕方、食生活や日常生活での注意項目などを患者や家族の情報からアセスメントし、個別もしくは集団に対し教育・指導を行う。より健康へと導くために行われる教育・指導もあり、いずれも看護にとって重要な役割である。教育・指導は知識の理解を促すことや知識を伝達することによって、患者や家族の行動変容を生み初めて評価される。栄養相談、退院指導、健康教育、健康相談とよばれているものも教育・指導に入る。

### 4 社会資源の活用、情報提供

社会資源とは、健康回復、健康増進のために活用できる社会保障制度、社会福祉施設、保健医療施設、公共施設や公共団体などと、そこで働く医師や看護師を含めた医療・福祉専門職の人々、家族、友人、近所の人々、ボランティアなどの知識・技術をも含めた制度・システム、人的・物的諸資源を総称している。社会資源の内容や質・量は時代や地域によって異なるので、看護師は常に最新の情報を得て、ライフサイクルに伴う社会資源を提供することが求められる（図1-1）。

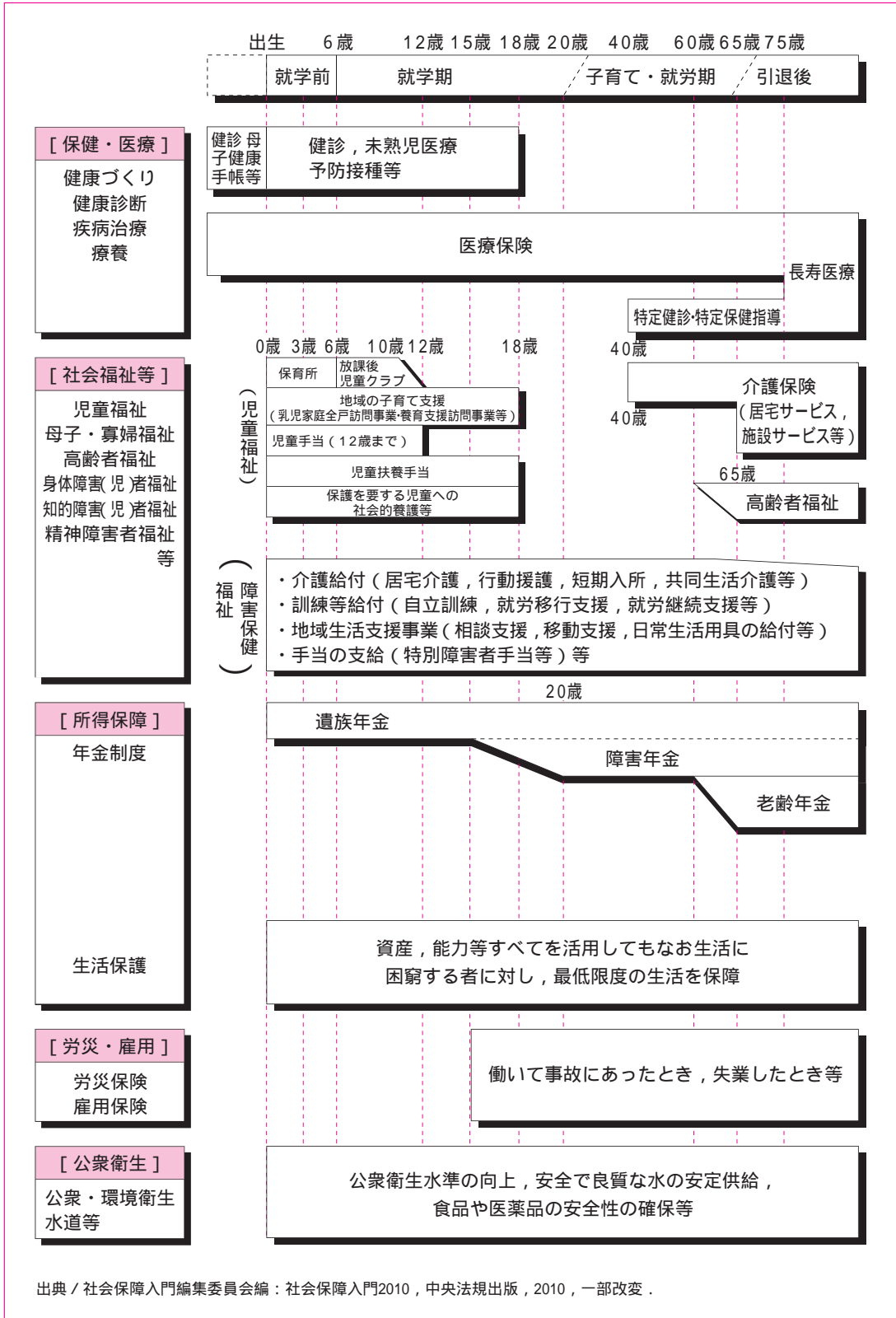
### 5 診療に伴う援助

外来、入院、在宅いずれでも医療を受ける人の望むことの第一は、的確な診断、治療により早く安全に社会復帰が果たせることである。日も早く病気や外傷（けが）が治り、社会へ復帰するのは患者の経済的負担の軽減という意味からも有用である。また、医師により行われる診察、検査、治療、処置を患者が安全に苦痛が少なく受けられるよう援助することは、看護師としての重要な任務である。その際は、単に医師の手助けをすればよいと考えるのではなく、あくまでも中心は患者とその家族であることを前提として援助する必要がある。

患者は不安や恐怖を抱いていることが多いため、看護師はいち早くその不安（恐怖）の要因が何であるかを把握し、治療の前や治療実施中の説明を行う、そばに付き添う、環境を整えるなど、患者が安心して診療を受けられるよう、患者を援助することが大切である。

### 6 モニタリング機能

モニタリングとは、患者の状態を逐次観察し、必要時に警告を発するということである（単に機器を用いて監視することのみを指しているのではない）。モニタリング中は、患者の状態や変化を見逃さないよう注意深い観察が必要であり、



出典 / 社会保障入門編集委員会編：社会保障入門2010，中央法規出版，2010，一部改変。

図1-1 ライフサイクルと社会保障

異常が発見された場合には直ちに医師に報告し、対応への指示を受ける。

さらには、リスクや合併症を最小限にするため、患者を取り巻く環境すべてを継続的に監視（モニタリング）することによって、治療と看護の質を保証することができる。

## 7 看護管理

どのような仕事にも、仕事の目的・目標があり、目的・目標を達成するための様々な方法、そしてプロセス、その結果（成果）がある。これをより効率的に、確実に実現させるのが管理である。管理という言葉に対しては、一般的には“締め付けられる”“抑えつけられる”という印象をもつが、管理の概念は、方法やプロセスが能率的・効果的で期待する結果が得られるよう働きかけ、よりよい結果を出すことである。したがって、だれもが管理の概念や方法を知っていることにより、その仕事の効率や安全性は高くなる。

看護管理という言葉に対しても、だれか（看護部長、総看護師長、看護師長など）が行うもので自分には関係がないと受け止めがちであるが、看護管理の機能を考えると看護管理者のみの役割ではなく、個々の看護師が自らの課題とすべき事柄である。というのは、今日より明日へとよりよい看護を行うために看護過程を展開するが、その際にどのように人、物、金、時間、情報、環境を整えるかというのは、どの看護師でも日常的に取り組んでいることであり、看護管理はまさに、ここから始まるからである。看護管理の概念を全員がもつことによって、毎日の看護過程がより患者に即したものになり、不測の事態にも対応できる準備が可能になる。

## 8 研究・開発

看護研究とは、科学的な方法を用いて看護にかかわる様々な事柄を探究することである。看護のなかの現象や反応を観察、分析、考察し、ケアの向上に役立てる。臨床研究は日頃の看護実践のなかにある疑問や問題を研究、検証し、看護や健康に対する共通性、法則性、普遍性などを導き出す。そして、研究から得られた結果が看護の質を保証し、看護の質向上につながるのである。

### 学習の手引き

1. 看護活動の行われる場にはどのようなところがあるかあげてみよう。
2. 看護師が臨床の場で担うべき役割について話し合ってみよう。併せてそれぞれの場の特徴を理解しておこう。
3. 看護の機能とは何かを、グループで討議してみよう。

## 臨床看護活動と患者・ 家族の理解

### ▶ 学習の目標

病人に変化を与えることのできる看護とは何かを学ぶ。  
患者を身体的側面から理解するための方法を学ぶ。  
患者を精神的側面から理解するための方法を学ぶ。  
家族のもつ機能を知り、その機能が破綻したときの援助について学ぶ。

人間は時間、年齢、対人関係、環境などによって変化し続け、成長・発達している存在である。また、人間は家族の一員、社会の一員としての役割を担う一方で、個人としてのクオリティを求めながら生きている。このような人間の変化は、心と身体を切り離して考えてはならず、常に両側面から観察と判断を行うことが求められ、期待されている。

F. ナイチンゲールは、変化について「病人というものは、ちょうど骨折のときに脚を動かせないと同じように、外から変化が与えられない限り、自分で自分の気持ちを変えることが出来ないのである。」(『看護覚え書』より)と語っている。つまりこのことは、病人が変化する場合(変化している状況からよい意味での変化を生じるため)には、だれかの援助を必要としているということである。したがって看護師は、変化の現象を、変化に気がつく、変化を見逃さない、変化を追う、変化をとらえる、変化をつける、変化をもたせる、などの視点から考え援助活動に活かすことができるし、また、活かすことが大切である。

先に記した看護活動の場では、患者は身体的・精神的・社会的に通常とは異なる状態・状況に変化していることを述べた。人間は一人ひとりに特徴があり、それぞれの価値観をもつ存在である。このように、一人ひとり異なる人間という存在は、健康が障害されたときはさらに特徴的な対処の方法をとる場合がある。看護師の行動や態度は患者の心理に影響を与えることがあるので、誠意ある態度で接し、不快感を助長するような行為は<sup>つし</sup>慎み、人間としての愛情と良心を基本にし、患者が不利益を被ることがないよう注意を払う。

本章では、健康破綻<sup>はたん</sup>をきたした際の患者と家族を理解し、援助に役立てることについて学ぶ。



# 患者の理解

## 1. 身体的側面

健康なのか不健康(病気)なのかの判断は非常に難しい。患者が環境に適応し、体内の諸器官が働き、自覚的な痛みや苦痛、機能の異常を感じないで生活している場合には、通常、自分は健康であると判断している(この時期には健康・不健康を意識していない)ことが多い。しかし、すでに身体はたんの健康破綻への変化が起こり始めている場合もある。

病気とは、解剖学的・生理学的変化、生体機能・諸臓器の変化、機能障害、外部からの損傷を受けたときに起こる状態であり、その経過や転帰は一樣ではない。発症直後に死の転帰をとるもの、長い経過をたどるもの、早期に治癒ちゆするもの、長期間の経過観察を要するもの、積極的で高度な治療が必要なもの、生活指導を要するものなど多様である。

患者の理解に必要な身体のアセスメントは精神のアセスメントに先立って、あるいは同時に行われるのが一般的である。それはわれわれが経験しているように、「ささくれ」一つでも、また「歯痛」でも、気が晴れず憂うつな気分になるというように、身体の不調が心のあり方に大きく影響するからである(もちろん、この逆の場合もある)。たとえば、憂うつな気分を晴らそうとしてその人とゆっくり話しても、楽しい話をして気分転換に努めても、その人の憂うつは解消しない。この例からもわかるように、患者の理解という場合にはしばしば精神・心理面が強調される傾向があるが、純粋な心の病いを除いては身体面の理解、つまり身体のアセスメントおよびケアが十分に実施されることにより、不安が緩和かんわされることも多い。

## 2. 精神的側面

一般に病気にかかる健康のときとは違う心理状態になる。このような心理状態は個人によって異なるが、前にも触れたように病気の発症や進行によっても異なる。

H. D.レーダー(Henry D. Lederer)は、3つの過程を経る時期として次のように説明している(図2-1)。

### 1 健康から病気への移行期

身体こちゆうの健康破綻による不安が起こるが、このような場合でも、その事実を否定し他人にも話さず秘密にし、無理な日常生活を送る人もあれば、軽い病気と自己判断したり、不平を言ったり、誇張した表現をする人、そして病気に逃避する人、病人役割を受け入れ過ぎる人など様々である。いずれもその表現の仕方は異なるが、病気への移行期であり、病気に対する不安を抑えようとしている時期の対処

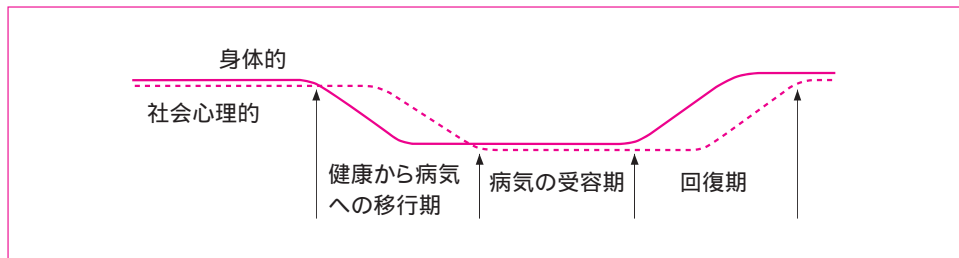


図2-1 病気の各段階と経過（H. D. レーダー）

行動である。

この時期には外来でかかわることが多いが、看護師は、病院における日常生活の過ごし方や病気のこと、検査のこと、治療のこと、看護のことを理解しやすく説明する役割を担う。

### 2 病気の受容期（病気であることを認識する時期）

健康の回復に専念するため社会における役割や活動を中止し、医師、看護師などの援助を受ける。この時期の患者は、自己中心的・依存的になりやすく、興味が限定されたり身体機能に強い関心を示すが、これも一つの適応の過程といえる。

この時期は安全に配慮しつつ早期離床に向けて援助する。

### 3 回復期

健康な社会生活へと復帰する過程である。長期の療養生活を送った場合はこの時期へ移行するのが遅れる。

この時期は自信を回復し自立へと促す援助が大切である。

以上の如くレーダーが説いているように、医療施設を訪れる患者の心理には、自己中心的、抑うつ、心気傾向、依存性、被暗示性、猜疑心、攻撃性あるいは忠実性（特に医師に対し）などの特徴があげられる。

これらは病者役割行動ともいわれ、自分が病者であることを信じている人たちが織りなす行動であり、妥当な行動プロセスである。しかし、時に逸脱した行動がみられる場合もある。

**対処**とは、考えたり、決意したり、選択したり、時には放棄するなどの精神的な活動である。われわれは多くのストレスに遭遇し、そのつど自分の選んだ方法で対処（コーピング）している。同じことを経験しても、絶望的になる人、挑戦的になる人、防衛的になる人、悲観的になる人、強迫的になる人、または喜ぶ人、感謝する人など、出来事をプラスにとらえる人とマイナスにとらえる人がいるなど、個人によって受け止め方が大きく異なる。

人は様々な出来事に遭遇したとき、その人の性格、受けた教育、生活、体験、身近な人の体験談、生き方、信条・信念、考え方、あるいは価値観に影響を受けながらどのように対処するかを決定している。



### 3. 社会的側面

われわれは、生涯を通じてだれかに支えられ、だれかを支えながら相補的な関係を形成し生きている。社会生活においては、家族、会社（職場）、趣味の会、コミュニティ活動、ボランティアなど何らかの組織やグループに属している。そのなかで共に喜び、共に悲しみ、共に楽しみながら相互の関係を育んでいる。人間は孤立無援では生きていけず、常に社会とのつながりを必要としている。

入院は、それまでの社会と離れる環境になるので患者に孤立感や孤独感を抱かせることが多く、活動意欲を低下させ、回復を遅延させることも考えられる。人と人との関係を大切にソーシャルサポートは、ストレスの対処にも重要である。

ソーシャルサポートを得られる人は得られない人に比べ、ストレスに直面したとき、ストレスに立ち向かう力が大きいといわれる。

## 家族の理解

家族は最も基本的な集団である。人間はだれもが、家族なくしてはこの世に生を授かることはなかったし、生活スタイル、好み、食生活など意識下のことも含め、幼いときから様々な影響を家族から受けている。

家族は個人と社会を結ぶ最も身近な単位である。その家族の機能をあげれば次のようになる。

人間関係形成の最小単位

情緒の育成とコントロールを学ぶ

最小単位としての社会

経済の単位

健康を保持増進させる最小単位

家族の連続性に関する生殖の機能

このような家族と患者の関係は、家族が患者に対して望ましい支援ができる場合と、病気の家族を抱えることによってほかの家族に負担が生じ、そのことが患者の健康状態や家族関係にも悪い影響を及ぼす場合とがある。

健康破綻は患者の心理ばかりでなく、家族にも心理的に大きな変化をもたらす。家族のだれかが病気になることは、その家族にとっては緊急事態であり、なかにはパニックに陥る家族もある。家族に病人が出ると家族の役割が変化し、家族ダイナミズムにも影響を与える。特に日本におけるその典型的な例が母親（妻）の入院であろう。父親（夫）が家事や育児を行い、仕事のうえにも変化が及ぶ。長期になると疲労や心労、家族の不安、家族間における潤いの欠如、経済面の問題

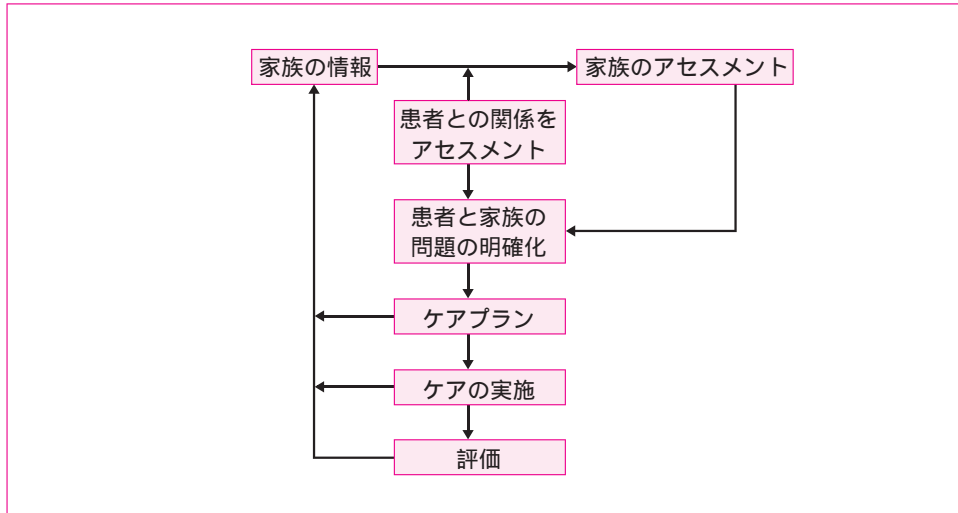


図2-2 家族看護のプロセス

などが出てくる。近年、家族看護が重要視されてきているが、患者の看護にあたっては、患者だけでなく最も大切な家族がバックにいることを念頭においてケアする必要がある（図2-2）。

一方、父親の入院は、その家族の経済的基盤を揺るがせることにつながり、家族に心理的にも多大な影響を与える。

一般に、家族は患者についての情報を最も詳しくもっている。看護師は家族との接点を大切にし、家族の悩みが患者に波及するのを防ぐことも大切な役割といえよう。

### 学習の手引き

1. 患者の特徴を身体面，精神面，社会面からとらえてみよう。
2. 患者をサポートする人々にはどのような人がいるか話し合ってみよう。
3. 家族の役割と機能を理解したうえで、その一員が病気になったときに起こる問題をあげてみよう。

## 第 3 章

## 健康障害の経過に伴う看護

## ▶ 学習の目標

急性期にある患者の特徴を理解し，患者・家族への援助方法を学ぶ。  
回復期・リハビリテーション期にある患者の特徴を理解し，患者・家族の援助方法を学ぶ。  
慢性期にある患者の特徴を理解し，患者・家族の援助方法を学ぶ。  
終末期にある患者の特徴と援助方法を学び，併せて死後の処置についても学ぶ。

## 健康障害の経過と看護

かぜをこじらせて気分がすぐれない状態が続き、<sup>ちゆ</sup> 治癒するまでに 週間以上も学校を休んでしまったというように、身体的にも精神的・社会的にも健康とはいえない状態に陥ったという経験はないだろうか。健康と健康障害は、今日は健康、明日は健康障害といったような、その境界が明確な対比的な概念でなく連続的な概念である。また、**図3-1**の健康と疾病の連続性<sup>1)</sup>のように、健康 健康障害 回復というプロセスを、人は一生の間に何度も繰り返している。看護師の役割が、こうした常に変動している様々な健康レベルにある人を支えることにあることはいうまでもない。

また、経過とは、“物事の移りゆく状態”をいうので、**経過別看護**とは、“その変化の特徴に適した看護を展開すること”をいう<sup>2)</sup>。すなわち、対象者の健康レベルの移り変わりの特性を、疾病の経過という視点だけではなく、生活という視点からもとらえて援助することである。健康障害の経過は単純には区分できないが、**図3-2**のように急性期、慢性期、リハビリテーション期、終末期、と大別することができる。しかし、健康障害の経過は、急性期を切り抜けて回復して治癒する場合、病状が改善せず慢性化する場合、運動・機能障害などを残した状態で寛解する場合、急速に悪化して終末期から危篤<sup>きとく</sup>、死へと移行する場合、また、逆戻りする場合など実際には様々である。

このように健康障害の経過には、流動的に変化しやすい、順調な経過をたどるとは限らない、経過には個人差がある、時期の境界が明瞭でない、などという特徴がある。

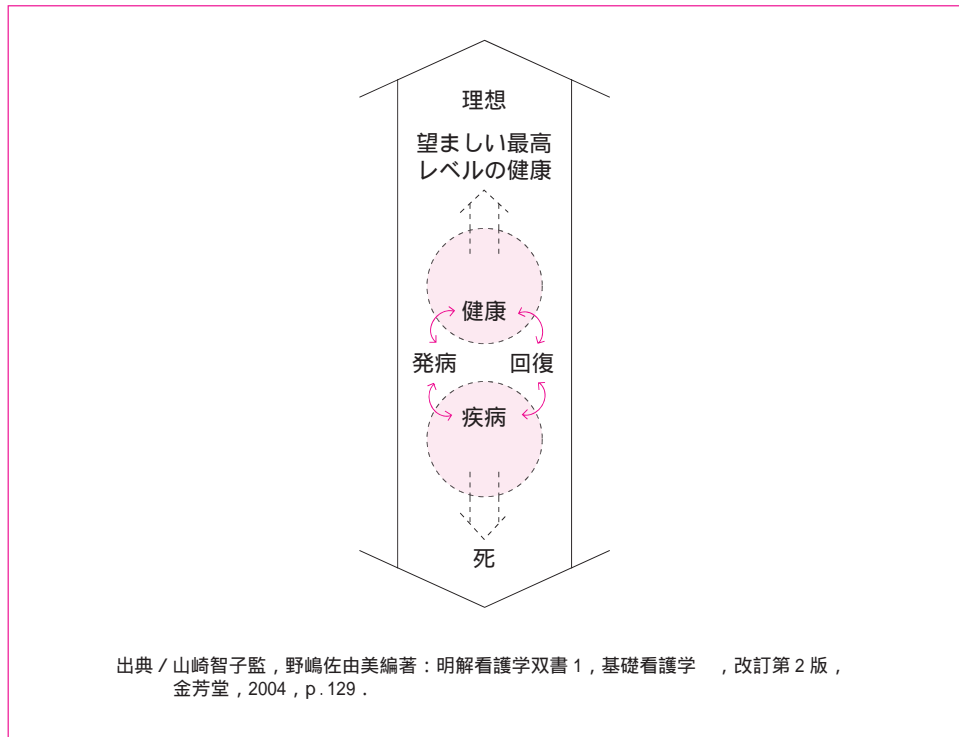


図3-1 健康と疾病の連続性

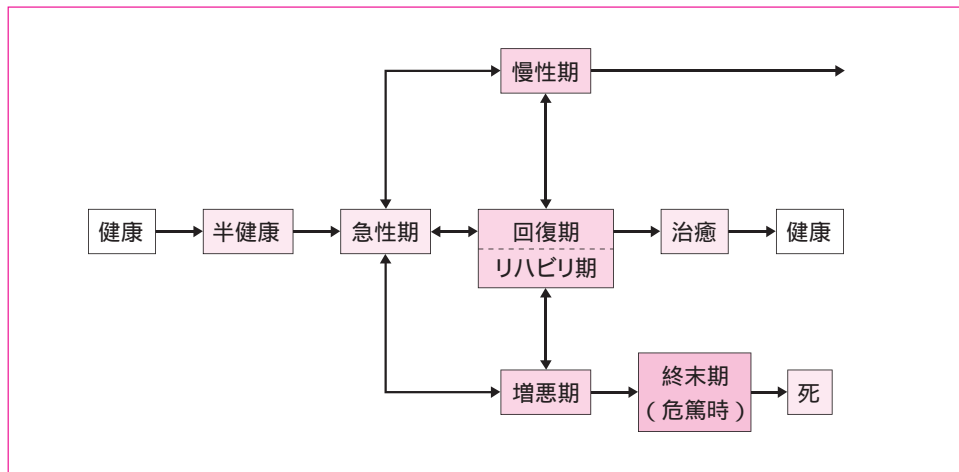


図3-2 健康障害の経過

図3-3は、看護における経過<sup>3)</sup>を表したものである。縦軸は生命の危険度、横軸は時間の経過を示し、各ゾーンは一般的な治療場所を示している。たとえば、脳出血を起こした患者の場合、発作直後の救命、手術療法を受けた急性期から回復期・リハビリテーション期を経て、慢性期へと経過をたどる場合もあれば、再出血を起こし死に至る場合もある。こうした健康レベルの変動の状態により治療・看護を受ける場所も程度も異なるが、どのような経過をたどるにしても、基本的

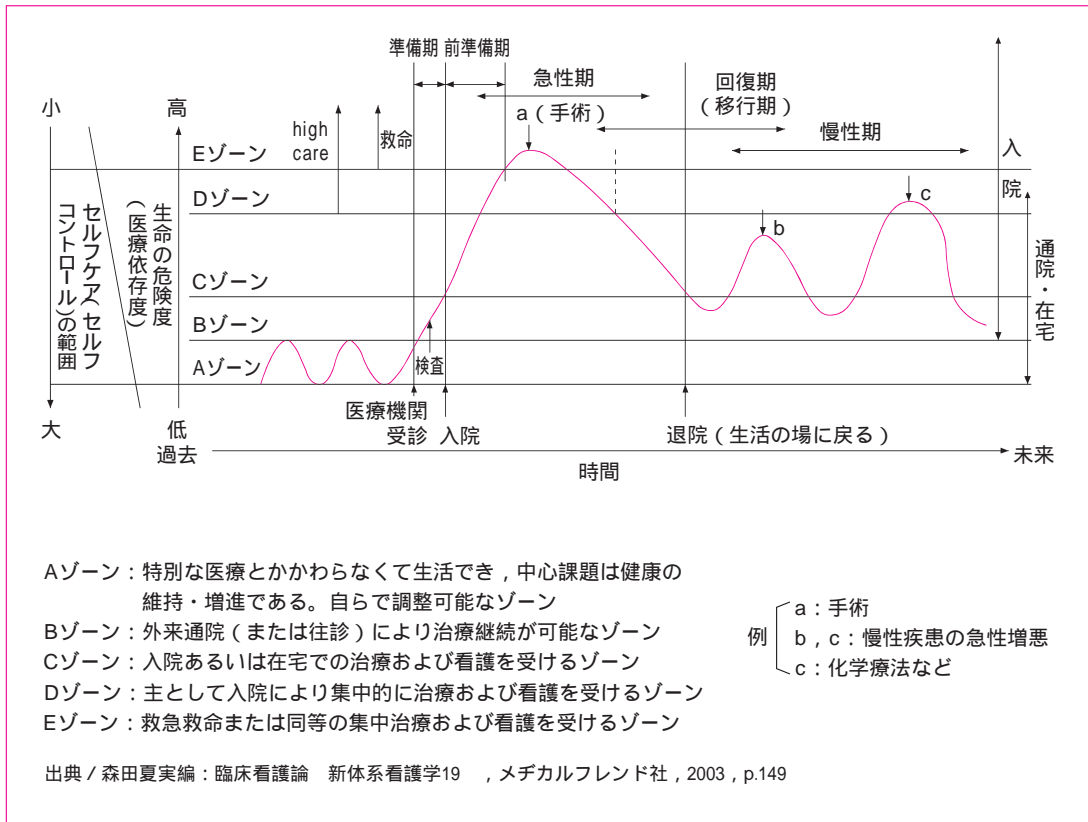


図3-3 看護における経過

な看護の視点に基づいて、それぞれの期の特徴を生かした看護が必要になってくる。臨床看護の場では、経過別をはっきり区分して静的にとらえ、断面的にかかわっていけるものではないが、その特徴を包括的にとらえることにより援助の視点や方法がみえてくる。

## 急性期にある患者の看護

### 1. 急性期とは

急性期とは、病状の経過が急速かつ短期で、症状が顕著に現れている時期をいう。それは病状の進行あるいは変動が速やかで、短期間に回復から治療に向かう場合もあれば、生命の危機に脅かされ不幸にして死の転帰をとる場合もある。また、慢性に移行したり、増悪や寛解を繰り返す場合もある。いずれにせよ急性期は、苦痛や不安が強く出現する時期である。

## 2. 急性期の看護の対象と看護を受ける「場」

急性期の看護の対象は、激痛、高熱、出血、呼吸困難、ショック状態、交通事故、災害事故などによって搬入されてきた救急患者やがん末期などの重症で経過中に状態が悪化した患者、病状が急変した患者、周手術看護を受ける患者など表3-1のように様々である。

また、このような急性期にある患者が治療・看護を受ける「場」も、一般外来、救急センター、手術室、回復室、入院病棟や高度で専門的な治療・看護を受けるICU（集中治療管理室）やCCU（冠動脈疾患集中治療管理室）などと様々である。

## 3. 急性期にある患者の特徴

急性期にある患者の一般的な特徴は、表3-2のようにあげられるが、急性状況にある対象が様々であるように、健康障害の程度により症状も軽度のものから重度のものまで様々である。また、発達段階や生活背景などにより看護上の問題も一人ひとり異なるので、患者の個別性を迅速かつ的確にとらえる必要がある。特に急性期は、突然の身体的苦痛や不安、また生命の危機にさらされることもあるため、本人のみならず家族の動揺も大きい。緊急手術が必要であることを突然告げられた場合には、患者や家族は不安というよりショックを受けることもある。

## 4. 急性期にある患者・家族への援助の基本

急性期における看護の質は、その後の患者の経過を大きく左右する。それだけに急性期の看護は、生命の維持・生理的機能の安定を最優先に考えつつも、合併

表3-1 急性期の看護の対象

### 救急患者

- ・交通事故・災害などの事故による外傷、熱傷、心臓発作、脳出血、薬物中毒などで搬入されてきた救急看護が必要な患者

### 病状が急変した患者

- ・がんの末期などで意識障害、呼吸困難、その他一般状態が悪化した患者
- ・回復期・慢性期にありながら病状が急変した患者
- ・一過性の苦痛を伴う症状が出現した患者

- ・応急的な治療・看護が必要な患者

### 手術を受けた患者

- ・手術療法を受け、病状が安定するまでの患者

### 特殊治療・検査を受けた患者

- ・胸腔内持続吸引、腹膜灌流などの治療や常時付き添いの必要な検査などを受けた患者

### 緊急状態の患者

- ・急性心不全、呼吸不全、ショック状態、多発性外傷、全身熱傷、などの緊急状態を脱却するまでの患者

### 意識障害、精神障害の高度な患者

- ・昏睡、失神、てんかん発作、精神不穏状態などのみられる患者

表3-2 急性期にある患者の特徴

症状の経過が急速かつ短期である。  
 状態の変化が著しい。  
 症状が顕著に現れている（激しい痛みや苦痛）  
 生命の危機状態にあるときもある。  
 医療の必要度が高い（濃厚な治療・処置が必要）  
 生活行動においては依存度が高い。  
 急な事態のため、不安・恐怖が強い。  
 家族も患者と同様に不安・苦痛が強く、精神的に混乱状態にある。

症の予防，患者・家族の苦痛の緩和<sup>かんわ</sup>，基本的な日常生活の援助についても十分に  
 対応することが必要である。

### 1 生命を維持し，全身状態の改善に努める

病院では，救急車で患者が搬入されてきたり，入院している患者が急変することもある。そのようなとき，最初に接するのは多くの場合看護師である。したがって，看護師としては，まず何をしたらよいか迅速かつ的確に判断し，あわてずに行動する必要がある。急性期は，診断と治療・看護が同時にあるいは並行して進められる。看護師には，病状の刻一刻の変化に対する客観的での確な観察と判断，対応が求められる。

特に救急の場合などは，情報を十分に得てから行動を起こしたのでは遅いこともあるので，少ない情報をもとに看護活動を実践しなければならないことも多い。そのため看護師は，患者の状態を細かく観察するとともに，付き添ってきた人から患者の背景や発症の状況を要領よく聴き取ることも必要である。

看護師には，患者の観察などをとおして，重症度・緊急度を判断できる能力が要求されるが，その過程で，意識障害，呼吸困難，バイタルサインの不安定，ショック状態，大量出血，痙攣<sup>けいれん</sup>，激しい頭痛などの徴候がみられた場合には，速やかに医師に連絡して指示を受けながら生命維持と全身状態の改善に努めることが重要である。また，急性期には様々な検査や治療，手術の決定や施行が医師の判断でなされるのが一般的である。このような場合，医療チームの連携の善し悪しは患者の生命に直結する問題である。医療チームのなかで，看護師としては何をどう考えて行動すればよいか，学習・訓練を積み重ねることが必要である（第5章「治療・処置に伴う看護」参照）。

### 2 苦痛（症状）を緩和し，基本的二 - ズの充足を図る

身体<sup>からだ</sup>の各機能が急激に強い衝撃を受けると，生体は防御反応を起こし，痛み，発熱<sup>げり</sup>，下痢<sup>おうと</sup>，嘔吐<sup>おうと</sup>などの症状が現れたり，重篤な場合は呼吸や脈拍の異常，体液の異常，意識障害などを伴って身体的苦痛をもたらす。

患者にとって苦痛は何よりも耐え難いものである。特に痛み，呼吸困難，発熱などの症状は急性期に多くみられる。苦痛があることによって食事，睡眠，休息など，人間にとって最も基本的な生理的ニーズの充足が阻害され，さらには安全



のニーズの充足さえも阻害される。したがって、苦痛（症状）を緩和（かんわ）することが、不安を緩和することにもつながる。

急性期には、こうした苦痛（症状）緩和に努め、基本的ニーズが充足されるように働きかけることが特に重要である。また、検査や治療のなかには痛みを伴ったり、長い時間を要するものもある。それらは患者にとっては苦痛や不安を助長するものであることから、検査・治療中も患者の安全・安楽への配慮を忘れてはならない（第 2 章「主な症状に対する看護」を参照）。

### 3 強度の不安・恐怖を緩和し、情緒的安定を図る

急性期の重症患者のなかには、自分に起こった急変を受け止められないうちに医療機関に移送されたり、見慣れない環境や生命維持装置・各種のモニターなどの器械に囲まれ、いくつもの点滴・器械類のコード・管につながれるという状況におかれる人もある。このような患者の場合、突然の発病、身体的苦痛だけでなく、自分のおかれた環境や施行される検査・治療に大きな不安を抱くこともある。また、症状が強いときや呼吸困難などがあるときは、「死」を連想して強度の不安・恐怖の状態に陥（おちい）ることもある。

このような患者の不安は症状に影響し、悪化につながることもある。しかし、患者は「痛い」とは訴えても、身体的苦痛や検査・治療による不安・恐怖・孤独感・おびえなどは表現できない状態にあることも心得ておく必要がある。器械に囲まれているという環境や、緊張のなかでは看護師の言葉かけや、思いやりのある態度が何よりも不安・恐怖の緩和につながる。

また、急性期には安静を強いられるなど、様々な日常生活の規制があり、苦痛のみならず抵抗や不安を感じる者もある。不安緩和のためには、十分な説明をすることができない場合でも、常に言葉をかけながら援助することが重要である。

さらに、急な発病によって、仕事や学校を休まなければならないことなどが苦痛になることも多いので、患者の気持ちや状況を思いやり、適切な支援が必要である。

### 4 患者のQOL（Quality of Life；生命の質，生活の質）を尊重し，日常生活を援助する

急性期には、生命の維持・延命を優先した濃厚な治療が行われることによって、患者は人間性の尊厳が損なわれやすい状況におかれる場合がある。したがって、常にその人にとってのQOLを中心に考えることが大切である。

たとえば、急性期は熱による汗で身体が汚れやすい。しかし、入浴や洗髪が病態を悪化させるために許可が出ていないこともある。そのような場合でも、病状を悪化させない方法で、患者の身体を清潔に維持するよう工夫することが患者のQOLの維持につながる。このことなどはまさに看護師ならではの援助である。

また、体動の制限、絶食・塩分制限、床上排泄など治療の必要上厳しい制限が必要な場合は、患者の苦痛と気持ちを理解し、患者が気兼ねすることなく援助を受けられるように配慮する。ことに緊急に入院した場合などは、十分な

説明もなされないままに、排泄の援助を受けることに苦痛を感じることもあるので、患者の気持ちを思いやり、さりげない言葉かけや思いやりのある態度を心がけたいものである。

こうした日常生活の援助に細心の配慮をすることは、看護師として最も大切な役割である。そのためには、患者に安心して任せてもらえる日常生活援助技術をしっかり身につけておくことが重要である。安楽のためにマッサージや足浴、体位変換など種々の看護技術を活用し、工夫する必要がある。たとえば、意識障害を伴う患者の場合、口腔が不潔になりやすいので口腔清拭を行うとか、尿失禁などで陰部が不潔になりやすいので陰部洗浄を行うなどの清潔を保つ援助とともに、褥瘡や関節拘縮予防のための体位変換や他動運動など、患者の状態に合った日常生活の援助が重要になる。

#### 5 家族の不安・苦痛への配慮をする

家族も患者の急変に遭遇して、<sup>そうくう</sup>多かれ少なかれ平静さを失っている。そのうえ、突然の入院や手術ということになれば、患者や家族はより大きな<sup>しょうげき</sup>衝撃を受ける。看護師は緊急の処置に追われながらも言葉かけや説明をしながら温かく<sup>じょう</sup>接し、<sup>ちよ</sup>情緒の安定が図れるよう配慮する必要がある。

入院が必要な場合は、動揺している患者や家族の気持ちを考え、スムーズに入院準備ができるように相談にのるなど、配慮ある言動に心がけることが必要である。しかし、このような場合、家族は心理的動揺が激しく、無力感に<sup>おちい</sup>陥る一方、医療に対して過度の期待を抱きやすいことも心にとめておくことが不可欠である。また、急性期にある患者の家族は、患者と同様に不安で緊張した心理状態にあり、時には患者よりも不安が強いこともある。特に子どもや一家の大黒柱である父親の場合などはその傾向が強い。

ややもすれば医療者は、症状を訴える患者だけに目を奪われがちであるが、家族にも配慮することを忘れてはならない。家族の心理的安定は患者の心理にも影響する。そして、家族は心理的に不安を覚えているだけでなく、疲労していることが多い。そのような家族の疲労に対しても思いやりのある言葉かけや配慮が必要である。

#### 6 倫理的側面への配慮をする

急性期における混乱した状況のなかでは、プライバシーや人権が軽視されがちなことも起こりうるので、看護師として倫理的側面への配慮をすることが大切である。

# 回復期・リハビリテーション期にある患者の看護

## A 回復期・リハビリテーション期とは

急性期を脱し、残された機能の回復訓練が積極的に開始されはじめる積極的リハビリテーション期が、回復期の時期と重なる場合が多いことから、本節では、回復期・リハビリテーション期をまとめた。

### 1. 回復期とは

回復とは、一度失ったものを取り戻すこと、あるいは元どおりになることである。

回復期とは、生命の危機状態である急性期から脱し、身体<sup>ちゆ</sup>の治癒過程が回復に向かって進行している時期であり、入院から退院に向けての範囲にある。それは、病気からの回復あるいは障害、不安定な状態から安定、依存から自立、病院から自宅での生活などへの移行の時期である。

その期間の長さは、健康障害の種類や程度、個人の回復力や意思、環境などに左右される。この時期は、健康状態が回復に向かっているとはいえ、まだ不安定な面もあり、合併症や2次的障害を予防しながら社会復帰の準備をする時期でもある。

この回復過程は、身体面だけでなく、心の状態や社会関係のあり方に大きく影響を受ける。こうした社会復帰の準備段階でもある回復期の看護は、リハビリテーション看護との関係が非常に大きい。

### 2. リハビリテーション・リハビリテーション期とは

リハビリテーション（rehabilitation）という語は、re-（再び）とラテン語の形容詞であるhabilis（適した）と-ation（すること）からなり、「再び適したものにすること」を意味している。

リハビリテーションの概念は、近年拡大変化を遂げてきた。障害については、1981年「完全参加と平等」をテーマとした「国際障害者年」を契機に障害者の人権尊重やノーマライゼーションの考え方が広がり、だれもが身近な問題であるというあたりまえのことにようやく気づかされてきた。

リハビリテーションとは、「疾病や障害をもった者が、その人に可能で最大の身体的・精神的・社会的・職業的・経済的な能力を有するまでに回復するという意味合いで用いられ、病者や障害者が人間らしく生きるための統合的な取り組みのことをさす」<sup>1)</sup>。

このようにリハビリテーション自体は広い概念であり、身体的（生理学的）機

能や心理的・社会的・経済的自立を妨げる何らかの障害をもつ人（またはもつと予測される人）に対し、その人なりのより高次の自立水準に向けて生活を変化させるよう援助していくことである。しかし、まだ一般的にはリハビリテーションといえば「機能訓練」と思われたり、リハビリテーション看護は「日常生活活動動作（activities of daily living；ADL）の自立を目的にして行われる看護である」とか「回復期の看護」と同じようにとらえられたりするが、医療者の間では、リハビリテーションは障害発生の急性期から治療処置と並行して行うべきであるという考え方がかなり浸透してきている。リハビリテーション看護について、石鍋ら<sup>5)</sup>は次のように定義している。「リハビリテーション看護とは、リハビリテーション過程の促進を目指した多職種チームによるアプローチのなかで、身体的または精神的障害、慢性疾患、老化に伴う生活の再構築に直面した人々を対象に、可能な限りの自立と健康の回復・維持・増進によって生活の質を向上させるために、看護師の専門的な知識をもって行うケアである」。

## B 回復期・リハビリテーション期にある看護の対象と特徴

### 1. 回復期にある患者の特徴

回復期の看護の対象は、病院の治療中心の環境から、生活中心の地域の環境へ戻る準備段階にある。したがって、健康状態はよくなりつつあるとはいえ、まだ合併症や2次障害の危険性もあり、心身ともに不安定な健康状態にある。

回復期には、治療と同時に合併症や2次障害の予防に関するリハビリテーション看護が重要になってくる。回復期の看護の焦点となるのは、その人の「生活」への視点であり、生活にかかわる障害は個別性そのものである。

しかし、急性期から回復期に向かう患者のショックの程度は様々であるが、少なからず、衝撃（不安、パニックなど） 防御的退行（現実逃避、否認など） 承認（苦しみ、悲しみ） 適応（建設的・積極的な状況対応）という危機の段階を繰り返しながら経過していく。

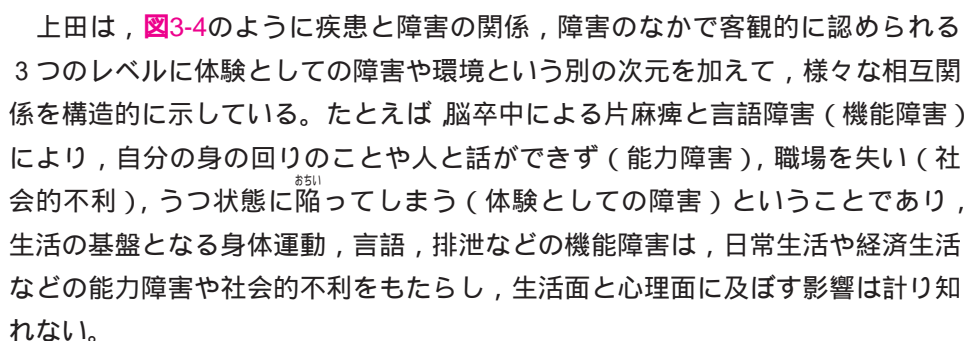
すべての患者がこのようなプロセスをたどるわけでも一直線に進むわけでもないが、このプロセスを理解しておくことで患者の気持ちを理解してそれぞれの段階に合ったかわり方をしようという意味が働き、気持ちに余裕をもつことができる。

たとえば、<sup>せきずい</sup>脊髄損傷のように他人からの援助が必要不可欠な状態で退院となり、生活を再構築しなければならない場合や、乳房切断、人工肛門などのように自分の身体に対してもっていたイメージを変更しなければならない場合など、患者・家族の抱える問題は一人ひとり異なるというだけでなく、それぞれが非常に厳しいものである。こうした患者の生活すべてにわたる様々なニーズに対応するためには、医療・保健・福祉・教育の各分野の専門家チームの連携が不可欠である。

## 2. リハビリテーション期にある患者の特徴

リハビリテーション期の看護の対象は障害をもった人である。一口に障害といってもその種類や程度は様々であったが、1981年の国際障害者年を機に、精神障害、知的障害、身体障害に大別された。障害をもった人のとらえ方としては、1980年世界保健機関（WHO）が発表した機能障害、能力障害、社会的不利の「障害の3つのレベル」からみる障害モデル\*であったが、2001年に新しい考え方「国際生活機能分類：ICF」が出された。たとえば、以前の「国際障害分類：ICIDH」では、<sup>せきずい</sup>脊髄損傷のため下半身<sup>まひ</sup>麻痺があり（機能障害）、歩行できない場合（能力障害）、通勤が困難となり職を失ってしまう（社会的不利）などである。

新しい「国際生活機能分類：ICF」では、下半身麻痺（機能障害）のため、歩行できなくなり（活動制限）、生活や仕事の（参加制限）があったとしても、訓練（心身機能・身体構造）によって、車椅子移動が可能となりADLが自立（活動）することや、バリアフリー化等によって仕事への復帰（社会活動への参加）が可能と考える。それでも生活機能を障害するものがあるとすれば、健康状態（変調/疾患）としての「心身機能・身体構造および活動と参加」と背景因子としての「環境因子・個人因子」の面から障害をもつ人にかかわる多くの専門職者がアセスメントし、かかわることができる生命レベル、生活レベル、人生レベルを統合したモデルといえる。

上田は、のように疾患と障害の関係、障害のなかで客観的に認められる3つのレベルに体験としての障害や環境という別の次元を加えて、様々な相互関係を構造的に示している。たとえば、脳卒中による片麻痺と言語障害（機能障害）により、自分の身の回りのことや人と話ができず（能力障害）、職場を失い（社会的不利）、うつ状態<sup>おちい</sup>に陥ってしまう（体験としての障害）ということであり、生活の基盤となる身体運動、言語、排泄などの機能障害は、日常生活や経済生活などの能力障害や社会的不利をもたらし、生活面と心理面に及ぼす影響は計り知れない。

こうした例からも、リハビリテーション期の看護の対象は、身体的・心理的・社会的に様々な問題をもちながら、<sup>しっぺい</sup>疾病や受傷によって被った障害を克服し、新しいやり方を学んで生活の再構築を必要とする人々である。また、小児期、成人期、老年期といった発達段階においてそれぞれ、機能障害による日常生活の不適應、患者・家族の精神的・社会的問題、治療上の活動制限により起こる身

\* 障害モデル：国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps：ICIDH）により示された3つのレベル。WHOでの障害に関する様々な論議を経て2001年にICIDHを改称し「国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）」が採択された。ICFは、障害に対する新しい考え方として、リハビリテーションや障害を考えるときの枠組みとなる。それらは心身機能・身体構造および活動と参加の部門と背景因子（環境因子・個人因子）の2つの部門からなっている。



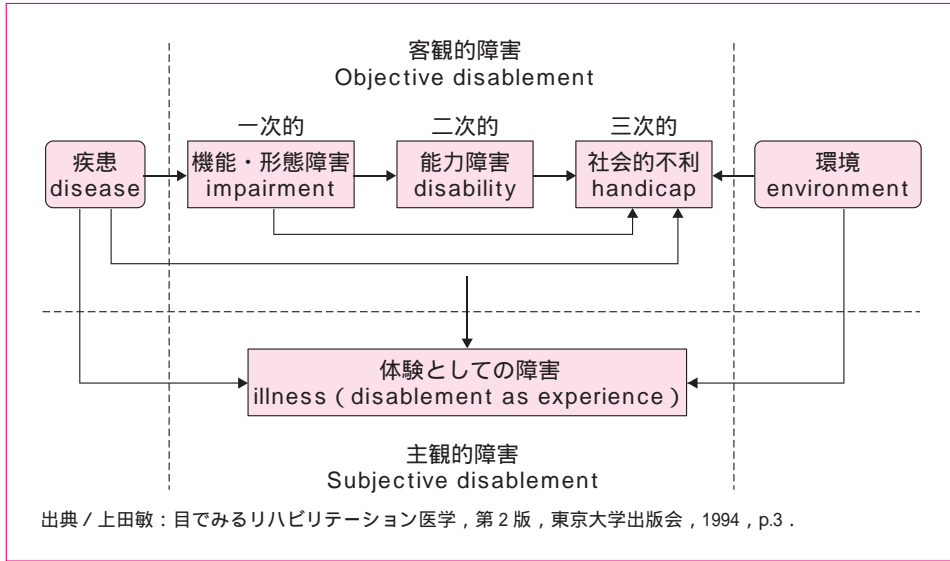


図3-4 障害の構造

体面の2次障害などと、問題は多岐にわたる。

## C 回復期・リハビリテーション期にある患者・家族の援助の基本

### 1. 急性期からのリハビリテーション看護の必要性

リハビリテーション期の看護は、疾病や受傷による生命の危機から脱した時期から始まり、障害をもった人がその人なりに自立を果たすまでの計画的なかかわりである。具体的には、治療上の活動制限や不動状態に対して2次的障害を発生させないための予防的活動を行い、日常生活動作の自立を図るように働きかけることである。

急性期の看護は、どうしても救命第一になる。そのため、次に起きる後遺症まで考えて対処することが後回しになり、積極的なリハビリテーションへのアクセスメントとケアが難しい。急性期から清拭時に関節を伸展・屈曲するなどして関節拘縮を予防したり、体位変換による褥瘡や尿路結石予防、口腔内のケアによる感染や嚥下性肺炎の予防などを意識的に行うことが、2次的障害の予防的視点と回復の促進というリハビリテーションの第一歩なのである。この時期のケアの善し悪しが回復・障害の予後やQOL（生活の質，人生の質）に大きく影響することを忘れてはならない。また、障害の部分のみならず残された健康な部分への働きかけも重要である。

急性期を脱した後では、残存機能の保持と拡大に向けての援助がなされる。看護師は理学療法士や作業療法士，言語聴覚士などのリハビリテーションチームのメンバーと連携を保ちながら日常生活活動動作（行為）の拡大が図れるように援

助する。この時期は一つの動作をするにしても、健康人の数倍の時間を要することを念頭においてかかわる必要がある。時間をかければ自分でできることもあるので、看護師や家族がいらいらして手伝ってしまわないように心がける。

リハビリテーション期を意義のあるものにする大きな柱は、まず第一に患者が障害を受容し、肯定的に自己概念を保持できるようにすること、第二は可能な限り、自らのもつ能力の範囲で日常生活ができるようにすること、第三は患者を支える人々、すなわち家族や患者を取り巻く周囲の人々を支え、励まし、見守ることである。

## 2. 障害の受容と克服に向けての援助

多くの患者は現実には障害をもっているが、いつかは治る、もっとよくなりたいと願って療養生活を送りながら徐々に現実を受け入れていくことになる。期待と不安、希望と絶望の葛藤のなかで揺れ動く患者の心理に対するケアは非常に大切である。上田<sup>6)</sup>は、「障害の受容とは、あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観(感)の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間としての人間の価値を低下させるものでないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずることなのである」と述べ、障害の受容過程に関する諸説を表3-3のように紹介している。

一見その内容はかなり異なっているが、上田は共通する点も少なくないとし、ショック期、否認期、混乱期、適応への努力期、受容期の5段階に整理している。それは決して一直線に進むわけではなく、絶望から受容の段階を行きつ戻りつし、また停滞する場合もある。

障害受容のプロセスにおいては、障害者自身が自分の生をどのように意味づけ、方向づけ、価値づけるかが重要となる。すなわち、障害を受け入れるということは、障害を負った事実を目をつぶらずに、自分自身を価値ある存在と考える「価

表3-3 障害受容の過程に関する諸説

Cohn	Fink	Di-Michael	高瀬	岩坪	Herman	キューブラー＝ロス(死の受容過程)
Shock (ショック)	Shock-stress (ショッカーストレス)	Regression(退行)	損失過大視の時期	ショック	Shock(ショック)	(ショック)
Expectancy of Recovery (回復への期待)	Defensive retreat (防衛的退却)	Accommodation(調和)	潜在能力再認識の時期	混乱	Denial(否認)	否認と隔離
Mourning (悲嘆・喪)	Acknowledgement- renewed stress (現実認識—ス トレスの再起)	Adjustment(適応)	動機づけの時期	義肢への期待	Turnbulent awareness (認識の混乱)	(孤立化)
Defence(防衛)	(防衛的退却)	Integration of disability (障害の統合)	職業相談の時期	苦悩	Working through (解決への努力)	怒り
Final adjustment (最終的適応)	Adaptation and change (適応と変容)		障害受入れの時期	再適応への努力	Separation anxiety (分離への不安)	取り引き
			社会復帰の時期	適応	Adaptation (適応)	抑うつ
						受容
						(デカセクシス)

出典 / 上田敏：障害の受容，総合リハビリテーション，8(7)：518-519，1980。



値の変換」こそが、キーポイントとなる。そのためには、他者と比較するのではなく自分自身が今までもっている能力とそのものを評価することである。といっても障害を受容するのは容易なことではなく、受容への心理的アプローチが大変重要になる。

障害受容への**心理的アプローチ**としては、困ったときにはだれかが助けられるという情緒的な支持や助け、疾患・障害について正しく理解できるような教え、患者・家族の心の支えになる共感的かわり、患者・家族が疾病・障害を受け入れて前向きに生きるような支援が必要である。そのためには、患者の不安・苦悩に耳を傾け、患者のもっている不安や苦悩を外に表出できるような人間関係（信頼関係）の樹立に努めるとともに、希望のもてるイメージづくりが患者自身でできるように、気持ちを支持することである。こうした肯定的自己概念は、可能な範囲での自らの日常生活の営みができるようになることや、家族と本人を取り巻く人々の支えや励まし、見守りによって形成され支えられる。また、患者自らパワー（力）を取り戻すように支援するエンパワーメントアプローチも必要である。

### 3. 日常生活行動の自立を目指した援助

自分で自分の身の回りのことができないほど辛いことはない。したがって、看護師にとっては、患者が自らの力で可能な限り日常生活ができるようにすることが援助の目標になる。

ADLとは、「ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に繰り返される一連の身体的動作群をいう」（日本リハビリテーション医学会評価基準委員会1976）。実際には、日常生活における身の回りの動作である食事、更衣、整容、排泄、清潔、および生活関連動作、移動動作とコミュニケーションで構成される。

日常生活行動の自立を目指しての看護の役割は、残存機能の活用と後退の予防、2次的障害（合併症）の予防、リハビリテーションの専門家との連携と調整、言語障害のある場合の意思疎通<sup>もつう</sup>などである。日常生活のなかで到達可能な具体的な目標をあげ患者の意欲を引き出しながら、残存機能が十分に発揮できるように患者と共に努力を一步一步重ねていくことが生活への適応と喜びにつながる。それがリハビリテーション看護の基本であるが、それは決してあせらず、どんな小さなことでも進歩がみられたときはほめるという忍耐強いかわりでもある。また、リハビリテーション看護は、単に日常生活行動の自立にとどまるのではなく、家族、職場、地域での社会的役割をも果たせるようにすることを目指したものである。そのためには、障害をもった人が現実を受け止め、困難にも立ち向かっていける精神的な支援と家族への励まし、他職種との連携、社会資源<sup>\*</sup>の

\* **社会資源**：病気や障害によって起こりうる生活上の問題を解決するために、利用できる各種の社会制度、施設、機関、団体、その他知識・技術を含めていう。

活用が重要である。

## 4．家族への支援

患者の心理的・身体的・経済的援助者として、家族はなくてはならない存在である。しかし、家族は一番愛情を分かち合える関係の存在であると同時に、抱える負担、葛藤も一番大きい存在でもある。一時的には介護が可能であっても長期にわたれば家族の健康が損なわれたり、ストレスが高まって家庭崩壊などの問題を生じることもある。家族は患者と共に、直接的に生活設計と価値観の変更を迫られる存在である。家族が患者に対してもっている気持ちやその変化を知るとともに、患者が家族に対して感じている気持ちや考えを知り、患者と家族の抱えている問題や苦しみを理解しようとする姿勢が大切であり、必要に応じ相談にのる。その内容によっては、単に家族の力だけではなく、社会的なサポートシステムなどの社会資源を有効に活用しながら、他職種との連携や協働のもとに家族の機能を高める支援が必要である。

# 慢性期にある患者の看護

## 1．慢性期とは

**慢性期**とは、健康障害が慢性の経過をたどり、長期的に経過している時期をいう。一般的には6か月以上にわたり一定の治療・ケアを必要とする病状の安定期ととらえることができる。しかし、比較的病状が安定している時期と、症状が出現または病状が悪化している時期が一定せず長期的に経過していく場合もある。

そのため、慢性期は、患者本人が健康障害と付き合っ、長期間、自己管理やセルフケアを必要とするので、その援助においては、健康教育や行動変容を促すかわりなど、身体的・精神的・社会的側面からトータルにその患者を支えるかわりが重要になる。

## 2．慢性期の看護の対象

慢性期の看護の対象は、一般的には表3-4のように、急性肝炎や急性腎炎などが急性期を経て慢性化した状態にある患者、いわゆる生活習慣病と総称される一群の慢性疾患をもつ患者や難病患者であることが多い。

生活習慣病は、1996（平成 8）年に従来の成人病に代わるものとして導入された概念であり、その多くは、日常の生活様式と関係が深く、若いときからの食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症や進行に関与することが多い。それは、日常生活のなかで自覚症状がないまま過ごし、健康診断やほかの目的で医療施設を訪れたときに発見された糖尿病や、加齢現象とともにみられる心臓疾患、

表3-4 慢性期の看護の対象

急性期を経て慢性化した状態の患者  
 急性肝炎や急性腎炎などが慢性化した患者（慢性肝炎，慢性腎炎など）  
 いわゆる慢性疾患と総称される患者  
 経過はきわめて緩慢で，療養によりコントロールが可能な患者（糖尿病，高血圧症など）  
 急性増悪を繰り返しながら徐々に悪化して生活障害をきたしていく患者（関節リウマチ，多発性硬化症など）  
 慢性に経過し，徐々に進行して重度の生活障害と生命危機につながる患者（パ・キンソン病，肝硬変など）

脳血管障害，動脈硬化症，高血圧症，関節炎などの慢性疾患である。しかもその多くは，不可逆的な病理的变化がみられ，慢性的な経過をたどる。

こうした慢性疾患をもつ患者は，病状の経過と生活障害の程度によって，経過はきわめて緩慢で療養によりコントロール可能な糖尿病・高血圧症などの患者，急性増悪を繰り返しながら徐々に悪化して生活障害をきたしていく多発性硬化症・関節リウマチなどの患者，慢性的に経過し，徐々に進行して重度の生活障害や生命危機につながるパーキンソン病・肝硬変などの患者，などのタイプに分けることができる。

がん患者は，その生存年数が長くなっているため，がん患者特有の看護とともに慢性期の看護の対象に入る場合もある。

こうした慢性期の看護の対象は，長い経過のなかで，入退院，外来通院，家庭療養を繰り返していくが，最近では酸素療法や点滴療法などの治療が必要な場合でも，病院の継続看護部門や訪問看護ステーションなどを利用して在宅で療養する患者も多くなってきている。

また，慢性期の看護の対象は成人・老年期だけでなく，幼児期，学童期においても喘息やアレルギー疾患，慢性皮膚炎，ネフローゼなどの慢性疾患をもつ患児がみられる。

### 3. 慢性期にある患者の特徴

慢性期にある患者の一般的な特徴は，表3-5にあるように，きちんとコントロールができて家庭生活や職業生活に復帰できる場合，長い闘病生活のなかで様々な症状を体験しながらも健康障害を受け入れ，症状コントロールを図りながら生涯を送る場合，緩やかな経過をとりながら病気の再燃や合併症に苦しんで死に至る場合，など様々である。

長い経過のなかには，病気がコントロールされ症状が落ち着いている時期があり，この時期を寛解期という。反対に体調の変化やコントロールの失敗により，著明な症状を伴って再発する時期を増悪期という。

こうした寛解期と増悪期を繰り返しながら少しずつ進行していくのが慢性疾患の特徴であり，症状や経過は状況によりかなりの個人差がある。また，長期間疾

表3-5 慢性期にある患者の特徴

自覚症状を必ずしも伴わないことや著明な変化がみられないことが多い。  
 生活の仕方が病状を左右する。  
 適切な処置やケアをすれば病状をコントロールすることが可能な場合や潜在的に病状が進行する場合がある。  
 発病因子が複雑にからみ合い、複数の健康障害が重なっている場合も多い。  
 寛解期、増悪期を繰り返しながら、徐々に進行していく場合や、「急性増悪」とよばれ、急速に病態が悪化する場合がある。  
 慢性の健康障害を自己の現実として受け入れる受容過程は患者によって様々である。  
 長期に継続して疾病、生活の自己管理が必要である。  
 これまでの生活習慣や日常生活の変更を迫られることが多い。  
 長期にわたる闘病により、患者・家族に及ぼす身体的・精神的・社会的負担や影響が大きい。  
 いつまで続くかわからない治療への負担や不満、医療への不信などから民間療法に心ひかれる者もある。  
 チーム医療や保健医療の連携が必要な場合が少なくない。

病にかかっているうちに、複数の疾患をもつことも慢性疾患患者の特徴である。特に成人期の患者の場合、社会生活や家庭生活に伴う制約から、疾病のコントロールが難しいために、疾患そのものの問題だけでなく、さらに多様化した問題に直面することになる。

慢性期にある患者や家族が直面する問題としては、自己管理の困難性、生活習慣変更の難しさ、長期にわたる身体的・心理的苦痛、経済的・社会的・家族的問題などがあげられる。急性期と違って表面的には落ち着いてみえる場合でも、患者・家族に及ぼす身体的・心理的・社会的影響は大きい。

#### 4. 慢性期にある患者・家族への援助の基本

慢性期にある患者や、生活習慣病を含む慢性疾患患者は、日常生活をするうえで、様々な障害や多くの規制・制約をもって生活している。したがって、慢性疾患そのものは治らなくても、どのような生き方をしていくかに焦点を合わせた援助が求められる。すなわち、人生を「よりよく生きる」という人生の質、QOLの考えを患者・家族が見出せるような援助・支援が必要である。

##### 1 健康障害受容への援助

慢性期にある患者は、自分の健康障害という現実をどのように受け止め、どのように生きようとしているのかという考え方によって、患者としての役割行動の現れ方が違ってくる。初期で症状が軽度であったり、日常生活に障害がなければ、たとえ慢性疾患の診断がついたとしてもなかなか現実を認めることは難しい。

しかし、症状が進行したり、生活習慣の変更を迫られたりしてくると現実<sup>じつじ</sup>に直面せざるをえなくなる。

病気の受容過程は、身体的な変化に対して内面の変化や社会的変化がやや遅れて生じるので、身体的変化に比べて心理的・社会的適応のほうが困難であること