

成人看護学 ①

成人看護学概論

電子版あり

●B5判 324頁 カラー 定価3,520円(本体3,200円+税10%)
ISBN978-4-8404-7528-0 第5版 2022年1月

本書の内容

- 成人看護学を学ぶ基盤として「成人とは何か」を明確にし、看護の対象としての成人を理解する看護学独自の視点を示しました。
- 生活者、大人としての成人の役割、健康問題を理解し、部位別看護・臓器別看護・系統別看護の考え方を整理したうえで、生活者としての成人をアセスメントするガイドを提示しています。
- 成人への看護に有用な7つの概念(病みの軌跡、セルフケア、ストレス、危機、適応、自己効力、ヘルスプロモーション)を取り上げ、どのように活用するのか、事例を通して具体的に学びます。
- 『健康危機状況／セルフケアの再獲得』『セルフマネジメント』と一貫性のある内容とし、成人看護学を体系立てて学べます。

編集

安酸 史子 日本赤十字北海道看護大学学長
鈴木 純恵 三育学院大学特任教授、獨協医科大学名誉教授

吉田 澄恵 東京医療保健大学千葉看護学部教授

執筆(掲載順)

吉田 澄恵 東京医療保健大学千葉看護学部教授
<序章, 3章, 8章1節・3節>

青木きよ子 順天堂大学特任教授, 名誉教授<1・2章>
板垣 昭代 元 常盤大学看護学部教授<4章>
草野恵美子 大阪医科薬科大学看護学部教授<5章>
二井矢清香 広島国際大学看護学部看護学科准教授<6章>
小野 美穂 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科教授<7章>
瀧本 みお (株)日立製作所日立健康管理センタ産業保健科科长<8章2節>
金子 昌子 獨協医科大学副学長, 地域共生協創センターセンター長, 看護学研究科博士課程特任教授<8章4節>

加納 尚美 茨城県立医療大学名誉教授<9章>

松浦 賢長 福岡県立大学理事・看護学部教授<10章>
黒江ゆり子 関西看護医療大学・大学院特任教授, 岐阜県立看護大学名誉教授<11章>
鈴木 純恵 三育学院大学特任教授, 獨協医科大学名誉教授<12章>
吉良 淳子 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科特任教授<13章>
佐藤まゆみ 順天堂大学大学院医療看護学研究科教授<14章>
日高 艶子 聖マリア学院大学看護学部学長補佐, ロイアカデミア看護学研究センターセンター長<15章>
岡本 里香 滋賀学園高等学校看護科・看護専攻科<16章>
市村久美子 茨城県立医療大学名誉教授<17章>
北川 明 順天堂大学保健看護学部教授<p.56, 149, 241>

目次

序章●「成人看護学」という視座の特徴と有用性

第1部 成人期にある人の理解

第1章●成人であるということ

「成人」の定義／「成人」であることの自覚／「成人看護学」分野で用いられている成人の特徴の概要

第2章●成長発達の特徴

成人の成長発達／成人の役割／成人各期の健康問題／成人と死／個人の成長発達のアセスメントガイド

第3章●身体機能の特徴と看護

身体機能の安定性と変化／医学的知識を応用した身体機能の理解に基づく看護／身体機能の変化を分析する視点／身体機能の変化に着目した看護／個人の身体機能を理解する方法

第4章●成人の生活を理解する視点と方法

生活とは何か／成人の生活の理解／成人の生活のアセスメントガイド

第5章●健康観の多様性と看護

主要な健康観／個人の健康観に影響を及ぼす要因／個人の健康観を理解する方法／保健行動と健康観／さまざまな健康観を踏まえた看護

第6章●学習の特徴と看護

おとなの学びの特徴／成人教育学の概念(アンドラゴジーモデル)／おとなの学びの目標／健康状態と学習方法の関係／看護者が効果的な学習方法を計画するために必要なアセスメントガイド

第2部 成人期にみられる健康障害

第7章●生活習慣に関連する健康障害

生活習慣に関連する健康課題／生活習慣のは正

第8章●ワーク・ライフ・バランスと健康障害

ワーク・ライフ・バランスと健康障害の関連／職業と健康障害／生活ストレスと健康障害／身体活動と健康障害

シラバス・
授業計画案 あり

詳細はP.132へ

動画
7本
収録1
頁

2 ヒトという生物として成熟した個体

現代社会では一般に、病氣 (illness) を疑った場合、疾病 (disease) であるかどうかの医師の診断を求める。この疾病に関する医学的知識の多くは、成人の身体を生物として成熟した個体とみなす見方(生物医学モデルと呼ばれる)に基づいて明らかにされている(図3-2)。言い換えれば、医学的知識として

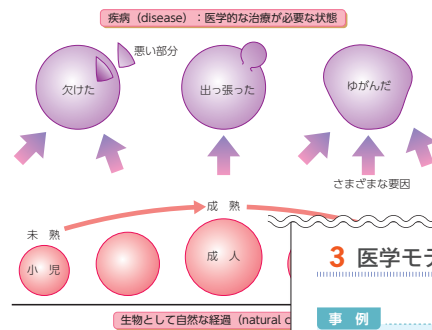


図3-2 身体機能の変化

p.59

成人の特徴を踏まえた
看護を解説

3 医学モデルとエンパワメントモデルの実践

事例

岡崎さん、49歳男性。大手自動車メーカーの総務部に所属している。2年前に職場の定期健康診断で肝機能異常を指摘され、受診の結果、数年前の輸血時の感染によるC型肝炎と診断された。診断された直後は落ち込んでいたが、好きだったお酒も断ち、食事療法の学習会に参加し、生活を少しずつ変えた結果、肝機能も徐々に改善し「自分がこんなにできるとは思わなかった」と自信もみえた。

しかし1カ月前、営業部への異動辞令があり、現在は朝から夜遅くまで営業活動で、休養する時間もとれないことに加

コンテンツが視聴できます
(p.2 参照)医学モデルとエンパ
ワメントモデル

p.142

|2| エンパワメント・アプローチ

- ❶ 職場が異動になったそうですね。
- ❷ ええ。新しい職場では前のような生活ができなくなりました。
- ❸ すいぶんお困りのようですが、もう少し詳しく話していただけませんか？
- ❹ 時間は不規則だし、食事は外食ばかりで、タンパク質やビタミンを多く摂るなんてできませんよ。それに人と一緒にいる時間も長くて、気を遣って疲れます。
- ❺ そうですね。職場が変わるといえるので大変ですね。今一番お困りのことは何でしょうか。
- ❻ 営業の仕事が嫌だということじゃなくて、こんな生活をしていたら肝硬変になってしまわないかと思っているのです。もともと器用な人間じゃないし、適応力だってないから……。
- ❼ そんなことはないですよ。初めて肝炎と診断されたから、食事療法や薬物療法もきちんとなさっていたではないですか。そのときはどんな感じがしていたのですか？
- ❽ そのときはとにかく病気に絶対負けたくないと思って自分に挑戦している感じでしたね。血液検査で肝機能が良くなっていると言われたときには、うれしかったな。
- ❾ そうですね。頑張っていたらいいですね。またそうなるためにしてみたいことがあるでしょうか。
- ❿ 本当は食事療法も続けたいですよ。でもあまりにも環境が変わりすぎて、その気持ちは萎えてしまうのです。
- ⓫ そうですか。今の状態が続くと、どんなことが起こりそうですか。
- ⓬ それは……。また肝機能が悪くなってだるさも強くなってくるでしょうね。下手をすれば肝硬変なんてことにもなりかねない。だから今の生活を変えなければいけないんです。
- ⓭ ……それでは、すぐに始められて効果がありそうな方法について、何かいいアイデアはありますか？
- ⓮ そうですね……。同僚に病気について話すことを考えてみたほうがいいですよ。そうすれば少し楽になれるかもしれません。それに妻に弁当のこと、相談してみます。
- ⓯ それはいい考えですね。

医学モデルのアプローチでは、患者と看護者の面接場面で、看護者は岡崎さんが中断してしまっている食事療法を続けられるように励ましたり言語的説得をしている。また、岡崎さんの気持ちを聞いてはいるが、その気持ちを共有しきれずにいる。

エンパワメント・アプローチでは、岡崎さんの気持ちを受け止めながら、岡崎さんに自分ができそうなことやしたいことを考えてもらっている。そして今後の行動を、岡崎さん自身が決定している。

p.143

おすすめ
副読本

成人看護学実習ワークブック 詳細は P.122 へ



成人看護学 ②

健康危機状況／セルフケアの再獲得

電子版あり

●B5判 368頁 カラー 定価3,960円（本体3,600円＋税10%）
ISBN978-4-8404-7538-9 第2版 2022年1月



本書の内容

- セルフケアという概念を軸に据え、「急激な健康破綻と回復過程にある人々を援助する能力」に必要な知識と支援方法を学びます。
- 「健康危機状況」では、自身の健康をセルフケアすることが困難な危機的状況に焦点を当て、個々の「健康観」「健康感」に沿った看護を提示しています。
- 「セルフケアの再獲得」では、セルフケア再獲得モデルを提示し、セルフケアが低下した状態にある人の回復に向けた支援を、リハビリテーション看護の視点も踏まえて解説しています。
- さまざまな状況にある患者への看護の実際を、事例を通して学びます。具体的な会話例も紹介しており、実践に生かせる内容になっています。
- 『成人看護学概論』『セルフマネジメント』と合わせて学ぶことで、成人のセルフケアについての理解を深め、急性期・回復期・慢性期とも関連づけて学習できます。

編集

吉田 澄恵	東京医療保健大学千葉看護学部臨床看護学教授 【第1部責任編集】	鈴木 純恵 安酸 史子	三育学院大学特任教授，獨協医科大学名誉教授【第2部責任編集】 日本赤十字北海道看護大学学長
-------	------------------------------------	----------------	--

執筆（掲載順）

吉田 澄恵	東京医療保健大学千葉看護学部臨床看護学教授 <序章，1章，2章2節，4章2節>	田村麻里子	常磐大学看護学部専任講師<4章4節>
鈴木 純恵	三育学院大学特任教授，獨協医科大学名誉教授 <序章，4章1節>	石川ふみよ	上智大学総合人間科学部看護学科成人看護学教授<5章1節>
伊能 美和	東京医療保健大学千葉看護学部講師 <1章3節4項，3章3・6節>	日高 聡子	聖マリア学院大学看護学部学長補佐・聖マリア学院大学ロイアカデミア看護学研究センターセンター長<5章2節>
江川 幸二	神戸市看護大学学長<2章1節>	板垣 昭代	元 常磐大学看護学部非常勤講師<5章3節1項，6章3節>
佐藤 正美	東京慈恵会医科大学医学部看護学科教授<2章3節>	小泉 未央	（株）ナラティヴ なないろ在宅ケアステーション所長・在宅看護専門看護師<5章3節2項1・3>
佐藤まゆみ	順天堂大学大学院医療看護学研究科教授<2章4節>	森田 圭子	獨協医科大学地域共生協創センター専任教員 <5章3節2項2・4>
竹内佐智恵	三重大学大学院医学系研究科看護学専攻教授<2章5節>	金子 昌子	獨協医科大学副学長・地域共生協創センターセンター長・看護学研究科博士課程特任教授<6章1節，コラム>
中村 美鈴	名古屋市立大学大学院看護学研究科教授<3章1節>	佐藤 静香	東海村福祉部健康増進課<6章2節>
山本 育子	順天堂大学医学部附属順天堂医院看護教育課課長<3章2節>	初谷留里子	足利赤十字病院看護部長<6章4節>
鈴木 育子	山形県立保健医療大学看護学科准教授<3章4節>	渡辺美加子	元 神奈川リハビリテーション病院副院長，認定看護管理者 <6章5節>
橘 敬子	東京医療保健大学千葉看護学部助教<3章5節>	山田 幸男	新潟県保健衛生センター内科常任顧問<6章6節>
村上 礼子	自治医科大学看護学部成人看護学教授<3章7節>	三留五百枝	元 信楽園病院附属有明診療所看護師<6章6節>
山口 道子	三育学院大学看護学部准教授<4章1節4項2>		
松尾ミヨ子	愛知医科大学大学院看護学研究科教授<4章3節>		

目次

序章●健康危機状況とセルフケアの再獲得

第1部 健康危機状況

第1章●健康危機状況にある成人の理解と看護

健康危機状況にある成人の理解／健康危機状況にある成人に生じるセルフケア不足／代表的な健康危機状況と看護の特徴／健康危機状況における看護者の苦悩と支え合い

第2章●健康危機状況における看護方法の検討

苦痛の緩和／身体機能悪化への対応／生活行動の変更への支援／心理的・精神的混乱への支援／家族または重要他人の不安や負担への対応

第3章●健康危機状況にある患者の看護

病棟入院患者－左尿管腫瘍手術により健康危機状況にある自営業の男性／緊急入院患者－化膿性脊椎炎で緊急入院を余儀なくされた会社員の男性／集中治療室入室患者－慢性閉塞性肺疾患の急性増悪により集中治療室に入室した男性／訪問看護を利用して患者－肝臓末期でほぼ寝たきりの独居の男性，肺癌で在宅酸素療法を続ける子育て中の女性／終末期患者－心不全で終末期にある男性とその家族／電話相談者－乳房切除術を受けた女性からの夜間の電話相談／救急搬送患者－急性薬物中毒で救命救急センターに搬送された男性

第2部 セルフケアの再獲得

第4章●セルフケアの低下状態にある成人の理解

成人にとってのセルフケア再獲得－セルフケアの低下した大人の理解と看護の視座／セルフケアの低下と再獲得／セルフケアの再獲得と自立／セルフケアを再獲得するプロセスにある人の人権擁護／アドボカシーの視点でみる事例

第5章●セルフケア再獲得を必要とする成人への看護

セルフケア低下状態のアセスメントと評価／セルフケア再獲得を支援する看護方法／セルフケア再獲得を支援する社会システム

第6章●セルフケア再獲得を目指す成人への看護の実際

生命維持レベルのセルフケアの再獲得－脳出血急性期にある人の看護／生活基本行動レベルのセルフケアの再獲得－脳出血回復期にある人の看護／家庭におけるセルフケアの再獲得－脳出血家庭復帰期にある人の看護／家庭生活の役割遂行に関わるセルフケアの再獲得－関節リウマチをもつ人の看護／職業生活とセクシュアリティに関わるセルフケアの再獲得－脊髄を損傷した人の看護／地域生活や余暇生活に関わるセルフケアの再獲得－中途視覚障害者のコミュニケーションに対する支援

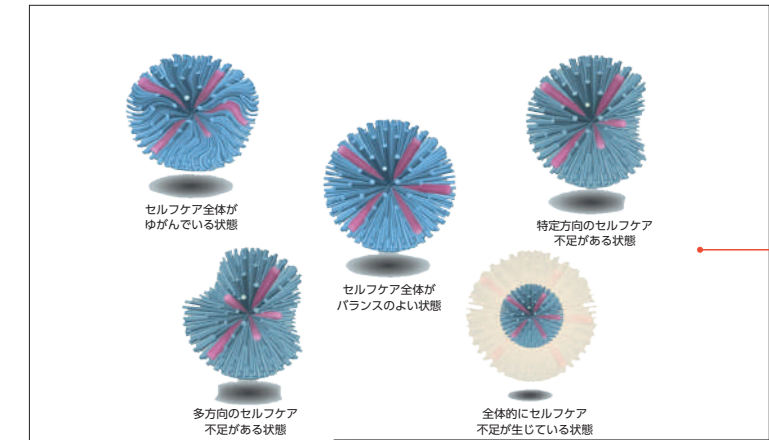
資料●身体障害者障害程度等級表

●障害者基本法

シラバス・
授業計画案

詳細はP.132へ

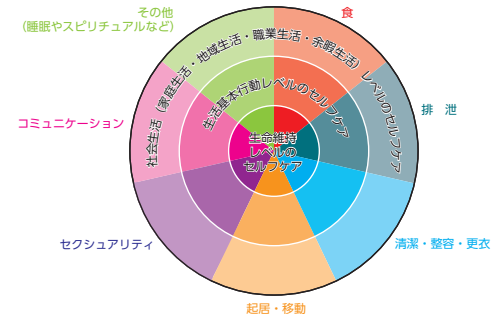
動画
17本
収録



p.26

セルフケア不足と看護問題を
イメージしやすく図解

セルフケアの再獲得モデルを
わかりやすく図解

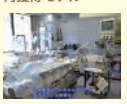


セルフケア再獲得モデルでは、「生命維持レベルのセルフケア」「生活基本行動レベルのセルフケア」「社会生活レベルのセルフケア」の三つの次元と、食、排泄、清潔・整容・更衣、起居・移動、セクシュアリティ、コミュニケーションの六つの種類のセルフケアを視座とする。社会生活はさらに「家庭生活」「地域生活」「職業生活」「余暇生活」の四つの側面からみていく。六つの種類のセルフケアは一人の「生命維持レベル」「生活基本行動レベル」「社会生活レベル」の

コンテンツが視聴できます
(p.2参照)



セルフケア
再獲得モデル



p.198

の上昇、換気量増加や自発呼吸の出現など、覚醒の徴候に留意して観察を続け、覚醒のタイミングを推論しながら星野さんのケアを続けた。そして、覚醒直後に星野さんが苦痛を訴えることを想定し、文字盤や筆談に必要な紙とペンを用意して星野さんが覚醒するのを待った（図3.3-6）。

- 星 (うっすら開眼し、伸ばしていた両上肢をお腹のほうに動かそうとしている)
- 看 星野さん！ わかりますか？ 今、集中治療室にいますよ。
- 星 (表情が変わらず、ピンと来ていない様子)
- 看 昨日、入院した後に呼吸が苦しくなってしまう、とてもつらい状態だったので、今は人工呼吸器を着けて治療していますよ。
- 星 (しっかりと開眼するが苦しそうなお表情で気管チューブに手を近づける)
- 看 のどがつらいですか？
- 星 (うなずく)
- 看 のどに呼吸を助けるための管が入っているの、そのせいでこの違和感があると思います。業で案になるので、医師と相談しますね。
- 星 (うなずく)
- 看 のどのほかにつらいところや痛いところはありませんか？ あれば、この紙に書いてもらってもいいですか？ (紙とペンを渡す)
- 星 (首を横にふる)
- 看 ほかにはない？
- 星 (うなずく)



図3.3-6 クローズドクエスチョンや筆談でコミュニケーションを図る

事例学習で
臨床実践能力を養う

p.157

成人看護学 ③

セルフマネジメント

電子版あり

●B5判 272頁 カラー 定価3,300円（本体3,000円＋税10%）
ISBN978-4-8404-7529-7 第4版 2022年1月

本書の内容

- 慢性病を抱えた人が依存的な存在ではなく、自立した存在としてセルフマネジメントしていくための支援方法を学びます。
- 概念図に沿って、患者が身に付ける三つの能力、「シンプトン・マネジメント」「サイン・マネジメント」「ストレス・マネジメント」を学びます。
- 「患者力」をうまく引き出すために必要な「対象理解」「援助方法」「評価方法」をイラストを用いて解説します。
- 糖尿病、腎不全、COPD、肝硬変、乳癌、慢性心不全、エイズ、ALS、死が近づいた人の事例を通して、実際の支援方法を会話形式で解説します。
- 病態の解説では図表を多く用い、動画コンテンツと連動させて理解を深めることができます。

■編集

安酸 史子 日本赤十字北海道看護大学学長【責任編集】 吉田 澄恵 東京医療保健大学千葉看護学部教授
鈴木 純恵 三育学院大学特任教授、獨協医科大学名誉教授

■執筆（掲載順）

安酸 史子 日本赤十字北海道看護大学学長
<1章1節1・2、2～6節、2章1節、4～6章>
岡本 里香 滋賀学園高等学校看護科・看護専攻科
<1章1節3・4、3-3章2節>
横山 悦子 順天堂大学保健看護学部教授<2章2節、3-3章1節>
金子 典代 名古屋市立大学大学院看護学研究科国際保健看護学教授
<2章3節>
二井矢清香 広島国際大学看護学部看護学科准教授<3-1章>
黒江ゆり子 関西看護医療大学・大学院特任教授、岐阜県立看護大学名誉教授
<3-2章>
藤澤まこと 岐阜県立看護大学看護学部教授<3-2章>
普照 早苗 福井県立大学看護福祉学部看護学科教授<3-2章>
坪井 桂子 神戸市看護大学看護学部教授<3-3章3節>
和泉 成子 オレゴン健康科学大学看護学部アソシエイトプロフェッサー
<3-4章>
住吉 和子 岡山県立大学保健福祉学部看護学科教授<7章>
岡 美智代 群馬大学大学院保健学研究科教授<8章、コラム>
森本美智子 岡山大学学術研究院保健学域教授<9章、コラム>
中野実代子 共立女子大学看護学部教授<10章>
国府 浩子 熊本大学大学院生命科学研究部教授<11章>
上村美智留 元 横浜創英大学大学院看護学研究科教授<12章、コラム>
前田ひとみ 熊本保健科学大学大学院保健科学研究科特任教授<13章>
村岡 宏子 元 順天堂大学大学院医療看護学研究科教授<14章>
牧野 智恵 一宮研伸大学看護学研究科特任教授<15章>

目次

第1部 セルフマネジメントとは
：セルフマネジメントを支える諸理論

第1章●セルフマネジメントとは
なぜセルフマネジメントなのか／セルフマネジメント支援の構成要素／セルフマネジメントのための主要概念／セルフマネジメントにおける看護職の主要な責任／セルフマネジメントの援助で障害になること／セルフマネジメントの援助が必要とされる看護職の能力

第2章●セルフマネジメントのための対象理解
本人と病気の位置関係モデル／コンプライアンスとアドヒアランス、コンコーダンス／健康信念モデル

第3-1章●成人教育学
成人教育学の基本的な考え方／成人教育の特徴／成人教育者の教育能力の向上

第3-2章●エンパワメントモデル
エンパワメントとパワレスネス／日本におけるエンパワメントの歴史的経緯／エンパワメントのアプローチ

第3-3章●自己効力理論
効力予期と結果予期／自己効力を高める四つの情報源／指導者の自己効力

第3-4章●コミュニケーション理論
コミュニケーションとは／コミュニケーションの形態／コミュニケーションの方法

第2部 セルフマネジメントを推進する看護方法
：セルフマネジメントの過程

第4章●対象理解
援助者としての役割の明確化／生活者としてのクライアントの物語を聴く

第5章●援助方法
クライアントの困っていること、気になっていることを明確にする／共同目標の設定／アクションプラン設定の援助／シンプトン・マネジメント／サイン・マネジメント／ストレス・マネジメント

第6章●評価のしかた
評価の時期／目標と行動の両方を評価する／次の計画につなげる評価

第3部 セルフマネジメントを目指す看護の実践

第7章●糖尿病とともに生きるセルフマネジメント支援
糖尿病に関する知識／糖尿病をもつクライアントのセルフマネジメント事例

第8章●腎不全とともに生きるセルフマネジメント支援
腎臓と腎不全に関する知識を深める／腎不全のクライアントのセルフマネジメント事例／コラム：臓器移植法

第9章●慢性呼吸不全とともに生きるセルフマネジメント支援
呼吸不全とはどのような状態か／慢性呼吸不全（慢性閉塞性肺疾患：COPD）をもつ人への一般的対応／呼吸不全のクライアントのセルフマネジメント事例／コラム：COPDの認知率は80%に

第10章●肝硬変とともに生きるセルフマネジメント支援
肝硬変とはどのような状態か／肝硬変をもつ人の一般的なマネジメント／肝硬変のクライアントのセルフマネジメント事例

第11章●がんとともに生きるセルフマネジメント支援
がん患者の痛みとはどういうものか／がんの痛みのあるクライアントに必要なマネジメント／化学療法・放射線療法時の看護／乳癌のクライアントのセルフマネジメント事例

第12章●慢性心不全とともに生きるセルフマネジメント支援
慢性心不全とはどのような状態か／慢性心不全をもつ人に必要とされるマネジメント／慢性心不全のクライアントのセルフマネジメント事例／コラム：虚血性心疾患治療薬の使用方法和効果

第13章●エイズとともに生きるセルフマネジメント支援
エイズ（AIDS）の理解／HIV感染症ならびにエイズとともに生きる人々の看護とセルフマネジメント／エイズのクライアントのセルフマネジメント事例

p.23

援助方法をイラスト
で具体的にイメージ

2 糖尿病をもつクライアントのセルフマネジメント

事例

鈴木さん、53歳、女性、無職
糖尿病外来に通院しているが、二度も治療を中断した経験のある鈴木さんがインスリン注射を開始することになり、インスリン指導を医師から依頼された。鈴木さんは現在、夫と二人暮らし。5年前に会社の健康診断で糖尿病と診断され、2週間の教育入院をして以来、糖尿病外来に通院していたが、無断で半年以上の中断が2回あり、そのつど血糖コントロールが悪化している。教育入院後、HbA1cは6.4%であったが、本日の外来受診時に11.0%と上昇しており、口渇と頻尿、3kgの体重減少がみられた。身長155cm、体重52kg、1カ月前から足の裏の痛みが出現している。

以下は、外来の処置室での会話である。

1 援助者としての役割の明確化

春 こんにちは、鈴木さん。はじめまして、看護師の田中です。インスリン注射の説明にまいりました。

鈴 こんにちは、こんなことになって情けない、悪くなっているような気がしたけど、注射するとは思わなかった。やっぱり来なかったほうがよかったな。どうしても注射しなくちゃいけないかしら。怖くてできない。家に帰ったら絶対できない。

p.119

第14章●難病とともに生きるセルフマネジメント支援

筋萎縮性側索硬化症に関する知識／筋萎縮性側索硬化症をもつ人への一般的対応／筋萎縮性側索硬化症のクライアントのセルフマネジメント事例

第15章●死が近づいた人のセルフマネジメント支援

終末期とはどのような時期か／「緩和ケア」「エンドオブライフケア」とはどのようなことか／スピリチュアルペイン（spiritual pain）／セルフマネジメントに沿った看護／「いのち」「生」の意味

会話形式で解説！

成人看護学 ⑤

リハビリテーション看護

電子版あり

●B5判 224頁 カラー 定価3,520円（本体3,200円＋税10%）
ISBN978-4-8404-8159-5 第5版 2024年1月

本書の内容

- 構成要素などの基礎知識から、心身機能・身体構造の具体的なアセスメント方法、事例での活用方法と、段階的に国際生活機能分類（ICF）が学べます。
- 急性期から生活期まで、各期の目的・特徴、チームアプローチ、倫理的課題、法律・サービスなど看護に必要な知識を解説。患者から療養者・生活者まで寄り添い援助する力を培います。
- 超高齢社会や在宅医療推進を踏まえ、予防的リハビリテーション、ADL 拡大や健康維持のための支援など、生活者が生活者であり続けるという視点が充実しています。
- リハビリテーションに関わる職種を紹介。チームにおける各職種のアプローチ方法や看護の役割が学べます。
- ICFの枠組みを用いたアセスメントから、課題の抽出、援助計画、評価まで問題解決型思考・目標指向型思考で解説。考え方の道筋が理解できます。
- 「心筋梗塞」「脊髄損傷」「慢性閉塞性肺疾患」「高次脳機能障害」などさまざまな事例を紹介。ICFを活用した情報の整理・アセスメント、看護の実施、評価の流れが具体的にイメージできます。

編集

石川ふみよ 上智大学総合人間科学部看護学科成人看護学教授 大久保暢子 聖路加国際大学大学院看護学研究科ニューロサイエンス看護学教授

執筆（掲載順）

石川ふみよ	上智大学総合人間科学部看護学科成人看護学教授 <1章1・2節, 6章>	山本 恵子	九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科教授<4・5章>
大久保暢子	聖路加国際大学大学院看護学研究科ニューロサイエンス看護学教授<1章3節, 3章1節・2節1項1・2・2節3項>	山田 君代	大阪けいざつ病院ER、救命救急センター看護部長<7章1節>
山本佳代子	元 横浜創英大学看護学部看護学科教授<1章4節>	坂元 千佳	神奈川リハビリテーション病院看護部副科長<7章2節>
結城美智子	東北文化学園大学医療福祉学部看護学科教授、北海道大学名誉教授<1章5節>	樋野 恵子	順天堂大学医療看護学部成人看護学准教授<7章3節>
荒木美千子	元 西武文理大学看護学部看護学科准教授<2章1・3節>	神島 滋子	天使大学看護栄養学部看護学科成人看護学領域教授<7章4節>
高橋 奈美	札幌市立大学看護学部准教授<2章2節>	中村 郁美	聖路加国際病院がん看護専門看護師<7章5節>
粟生田友子	埼玉医科大学保健医療学部看護学科教授 <3章2節1項3・2項・4項>	板垣 昭代	元 常磐大学看護学部非常勤講師<7章6節>
		高力むつみ	国家公務員共済組合連合会三宿病院脳卒中センター師長、 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師<7章6節>
		白坂 誉子	ういず・ユー白ゆり訪問看護ステーション管理者、摂食嚥下障害看護認定看護師<7章6節>

目次

第1部 リハビリテーション看護の概論

第1章●リハビリテーション看護とは

リハビリテーションとは何か／リハビリテーションの側面／リハビリテーション看護とは／時期および目的からみたリハビリテーション看護／リハビリテーションに用いられる主要な概念

第2部 リハビリテーションにおける看護の役割と援助

第2章●チームアプローチと看護師の役割

リハビリテーション関連職種によるチームアプローチ／チームアプローチに必要な要件／チームにおける看護師の役割

第3章●生活の再構築に向けた援助（支援）

生活の再構築とは／生活の再構築のための支援

第4章●リハビリテーションに必要な臨床倫理

リハビリテーション領域における倫理的課題と対応

第5章●地域で暮らすことを支える法律やサービス

障害者とは／障害者の権利／障害者を支える法律／障害者を支えるサービス

第6章●ICFの枠組みを用いた対象理解と援助

アセスメントの枠組み／問題・課題の抽出から援助と評価

第3部 事例で見るリハビリテーション看護

第7章●事例で学ぶICFの枠組みを用いた看護の展開

急性心筋梗塞患者の急性期リハビリテーション／脊髄損傷患者の回復期リハビリテーション／慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者の生活期（維持期）リハビリテーション／高次脳機能障害患者の生活期（維持期）リハビリテーション／がん患者の終末期（ターミナル期）リハビリテーション／脳血管疾患患者の急性期から回復期・生活期リハビリテーション

資料●身体障害者障害程度等級表

- 年表A リハビリテーションとリハビリテーション看護の歴史
- 年表B 障害者の権利に関する変遷

シラバス・
授業計画案 あり
詳細はP.132へ動画
26本
収録

チーム医療の視点を重視

- ・医師：基礎疾患に対する治療計画を立て、リハビリテーションの処方を行う。
- ・看護師：生命徴候（バイタルサイン）を観察して、再発を予防する。転倒、誤嚥、尿路感染、昼夜逆転などのリスク管理を行い、快適な入院生活となるよう考える。多職種の治療、ケアが円滑に提供できるよう調整する。
- ・理学療法士：右不全麻痺によるADL改善に向けた起居動作や移動動作訓練を行う（例：車椅子移動時に支えて立位がとれるようにする）。
- ・作業療法士：麻痺の影響による具体的なADLの改善や社会活動の適応に向けた支援を行う（例：利き手交換をして左手で食事ができるようにする）。
- ・言語聴覚士：失語症に対する言語訓練、嚥下障害の評価・訓練を行う。



- ・公認心理師（臨床心理士）：うつや認知症の検査を行う。
- ・薬剤師：処方通りに内服薬を患者に届け、服薬指導をする。
- ・管理栄養士：食材や食形態を検討する（例：ペースト食にする）。
- ・社会福祉士（MSW）：治療費の相談に乗り、退院先や介護保険サービスを紹介する。
- ・介護福祉士：入浴介助や食事介助などを行う。

図2-2 心原性脳塞栓症によって右不全麻痺と失語症、嚥下障害を来した成人女性患者の回復期のチームアプローチ

p.51

ICFの枠組みを用いて情報の整理やアセスメントを実践！

心原性脳塞栓症を来した成人女性患者の回復期のチームアプローチ

・インジケータ：心拍数 64 回/分、血圧 118/62 mmHg、SpO₂ 98%
・疼痛：NRS2/10
・栄養状態：総タンパク（TP）6.1g/dL、アルブミン（Alb）2.4g/dL
・3カ月前ほど前から食欲不振、5 kg程度の体重減少があった（身長 152.0 cm、体重 48.2 kg）
・3カ月前にがん治療を終了し、緩和ケア外来にかりながら自宅療養をしていた。
・徐々に全身状態の悪化がみられ、入院時にはできていたトイレ歩行や食事の自力摂取が困難となっている。
・骨転移による背部痛、肝転移による下腹部痛などを認めており、鎮痛薬や医療用麻薬を内服している。
・全身状態の悪化、反回神経麻痺に伴う嚥下困難から、時折むせ込むようになってきており、内服自体が患者の負担となってきたため、投与経路を内服から持続皮下投与に変更した。

入院時はトイレ歩行可能であった。徐々にADLが低下してからも、「なるべく筋力を保ちたい、また頑張ってトイレまで行けるようになりたい」とリハビリテーションに対しても積極的であった。

・補助員を使用し、看護師が両脇を抱えるようにしてトイレ歩行を介助していたが、徐々に介助下での歩行が困難となり、ポータブルトイレの使用、床上排泄となっていた。
・入院後、全身状態の衰弱に伴い、意識レベルの低下を認めるようになってからも、食事摂取について強い希望があった。「食べることが楽しみ、食べられなくなったら体力も落ちてもう終わりだと思う。たくさん食べなくてもよいから、楽しみたい」と話した。
・言語聴覚士の介入を依頼し、嚥下機能を評価した上で、食事介助により、アイスやオーグルト、かき氷などを摂取した。

・元来健康で、大きな外來歴なし。
・3カ月前まで、外來通院で治療を長期に継続していた。
・「自分のできることはなんでもやりたい、今までできていたことができなくなるのはつらい」と、看護師を頼らず自己管理を徹底していた。

アセスメント

・短期間に、がんの進行に伴う急激な体重減少、低栄養状態、ADLの低下がみられる。
・時折むせ込む様子があり、誤嚥の危険性があるが、現時点では発熱や頻脈はみられず、肺炎を疑う症状はない。
・転移による疼痛を自覚しているが、鎮痛薬、医療用麻薬の使用にて疼痛コントロールはまずまず図れている。

患者は残された機能を維持するためにリハビリテーションに対しても積極的であったが、徐々にADLの低下を認めている。

・急激な病状の変化により、患者の希望と実際に可能な動作とに乖離を認めるようになってきている。
・患者の病状の変化に合わせた排泄介助を提案し、床上で排泄できている。
・言語聴覚士による嚥下機能の評価をもとに、適切に介入することで経口摂取を楽しむことができていた。

・患者は元来健康で、約3カ月前まで外來化学療法を行い、仕事も家事もこなしていたため、急激な変化に対する受容が難しくついていないと考

p.185

事例

患者：Aさん、43歳、男性、会社員。

家族：妻（専業主婦）、息子（高校1年生）の三人暮らし。

経過：自宅で晩酌中に激しい胸痛を感じたため、妻に付き添われ救急外来を受診した。各種検査の結果、急性心筋梗塞と診断され、緊急カテーテル治療が行われた。左冠動脈前下行枝seg.7の99%閉塞に対してステントが留置され、再灌流が図られた。

カテーテル治療後はCCU*に入室した。入室直後から身体の安静が保てず、座位になろうとした際に左大腿動脈のカテーテル穿刺部から出血を生じたため、通常より長くベッド上安静が必要となった。

カテーテル治療翌日には穿刺部の止血を認めた。心エコー検査では、心筋壁運動は改善傾向にあるものの、左室駆出率*（LVEF）は40%であった。



事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

事例学習で臨床実践能力を養う

成人看護学 6

緩和ケア

電子版あり

●B5判 368頁 カラー 定価3,520円（本体3,200円＋税10%）
ISBN978-4-8404-7540-2 第3版 2022年1月

本書の内容

- 一般病棟や外来、在宅において、がんの診断時など早期から提供されるべき「基本的緩和ケア」を学ぶことができます。
- 緩和ケアの焦点である「苦痛の緩和」を、豊富な図表やイラストで視覚的にわかりやすく解説しています。
- 最新のガイドラインや治療薬の情報を掲載し、講義だけでなく臨床実習でも役立てられる一冊です。
- 事例を随所に設け、実際にどのような行動をし、声かけをすればよいかを具体的に考えることができます。
- 今後重要となる非がん患者への緩和ケアにも適用できる緩和ケアの基本的な知識や考え方を押さえています。

編集

宮下 光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授

医学監修

森田 達也 聖隷三方原病院副院長・緩和支援治療科

薬剤監修

高橋 理智 国立がん研究センターがん対策研究所がん政策評価研究部／緩和医療暫定指導薬剤師

執筆（掲載順）

宮下 光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授
<1章、2章1・2節、3章5節、10章、コラム>清水 陽一 国立看護大学校成人看護学講師／がん看護専門看護師
<2章3・4・6・7節、8節4、9・11節、コラム>佐藤 一樹 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻包括ケアサイエ
ンス領域高度実践看護開発学講座教授<2章5節、8節1・2・3・
5、10・12節、8章、11章1・2・4～5節>笹原 朋代 茨城県立医療大学・保健医療学部看護学科・教授
<3章1～3節、6節事例1>白井 由紀 関西医科大学看護学部・看護学研究科治療看護分野がん看護学
領域教授<3章4節、6節事例2、6章、コラム>清水 恵 東北大学医学部保健学科看護学専攻基礎・健康開発看護学講座
老年・在宅看護学分野講師<4章>河 正子 NPO法人緩和ケアサポートグループ理事長<5章>
三條真紀子 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科看護学分野がん看護
学領域・成人看護学領域准教授<6章2・4節、9章、11章3節>

石井 容子 国際医療福祉大学保健医療学部看護学講座准教授<7章>

目次

第1章●緩和ケア概論

生命を脅かす疾患を抱える患者の苦痛とQOL／緩和ケアとは何か／緩和ケアを患者・
家族に提供する方法／緩和ケアの歴史と海外における緩和ケアの現状／日本における
緩和ケアの現状／多職種連携と看護／緩和ケアにおける看護師の役割

第2章●身体症状とその治療・看護

身体症状概論／疼痛の治療と看護／全身倦怠感の治療と看護／消化器症状の治療と看護
／呼吸困難の治療と看護／リンパ浮腫の治療と看護／泌尿器症状の治療と看護／がん
治療に伴う苦痛の緩和／事例1：大腸癌が骨転移した患者の疼痛緩和／事例2：呼吸
困難の緩和／事例3：肺癌癌の転移による消化器症状の緩和／事例4：化学放射線療法
の副作用による苦痛の緩和

第3章●精神症状とその治療・看護

精神症状概論／不安の治療と看護／抑うつの治療と看護／せん妄の治療と看護／不眠
の治療と看護／事例：精神症状をもつ患者の緩和ケア

第4章●社会的ケア

社会的苦痛とは／社会的苦痛のアセスメント／ソーシャルサポート／社会的存在を支
えるための支援／事例：緩和ケアと就労の両立のための支援

第5章●スピリチュアルケア

スピリチュアリティとは／スピリチュアルペインとは／スピリチュアルケアとは／事
例：死が近いことを実感して表出されたスピリチュアルな苦悩

第6章●緩和ケアのコミュニケーション

患者と医療者をつなぐコミュニケーション／がん医療における悪い知らせ／難しいコ
ミュニケーション／事例：がん医療における病状説明場面での看護師の役割／事例：
対応の難しいコミュニケーション

第7章●地域・在宅緩和ケア

地域・在宅緩和ケアの現状と課題／病院から在宅への退院支援／在宅での緩和ケアの
実践／在宅療養の充実のための社会資源／事例：中心静脈栄養のポートを留置して自
宅へ退院する患者の退院調整

第8章●臨死期のケア

がん終末期の症状と全身状態／臨死期のケア／臨死期における輸液療法／苦痛緩和の
ための鎮静／臨死後のケア／事例：進行期大腸癌患者の臨死期のケア／事例：臨死期
の家族ケア

第9章●家族ケア

看護の対象としての家族／緩和ケアを受ける患者の家族が体験する問題／家族ケアに
おける看護師の役割／悲嘆と遺族ケア／事例：終末期患者の家族へのケア／事例：死
別後の遺族へのケア

第10章●非がん疾患の緩和ケア

非がん疾患の緩和ケアとは／神経疾患の緩和ケア／慢性心不全の緩和ケア／腎不全の
緩和ケア／慢性閉塞性肺疾患の緩和ケア／認知症の緩和ケア

第11章●緩和ケアと生命倫理

生命倫理とは／生命倫理の4原則／がん医療における意思決定／安楽死に関する倫理的
問題／事例：医師の指示による消極的安楽死

資料●緩和ケアで使用される主な薬剤一覧

シラバス・
授業計画案 あり

詳細はP.132へ

動画
29本
収録

最新の薬剤情報を掲載

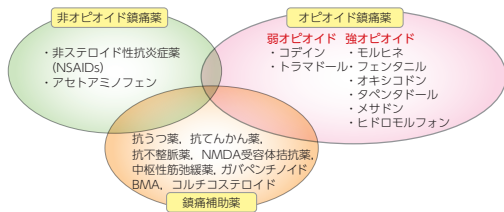


図2.2-9 鎮痛薬の分類

2 鎮痛薬の種類（図2.2-9）

鎮痛薬は非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、鎮
痛補助薬に分類される。

1 非オピオイド鎮痛薬（表2.2-3）

a 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）*

NSAIDsは、ステロイド構造以外の抗炎症作
用、鎮痛作用を有する薬剤の総称で、主な効
症がある局所におけるプロスタグランジン産生
を抑制する。がんは炎症を伴うことが多いため、多くの
でNSAIDsの効果が期待できる。特に、骨転

p.74

豊富な事例で
臨床をイメージ設問で
知識を確認

表2.2-3 代表的な非オピオイド鎮痛薬

項 目	非ステロイド性 抗炎症薬（NSAIDs）	アセトアミノ フェン
ロキソニン® ボルタレン®		カロナール アセトアミノ

5 事例：終末期患者の家族へのケア

事 例

Mさん（50歳、女性）は子宮癌が進行し、何度も入院を繰り返していた。医師か
らは、MさんとMさんの夫、高校生の娘に「がんに対する積極的な治療を続けることは、
Mさんの体力を奪ってしまう可能性が高いです。これからは苦痛を和らげるケアをし
ていきましょう」との説明がなされている。夫と娘はほぼ毎日、仕事や部活の終わっ
た夜に面会に訪れており、楽しそうに話している姿が見られていた。この10日間ほど
Mさんの全身倦怠感が強くなり、表情がすぐれず、寝ていることが増え、家族の面会
の頻度が少しずつ減ってきている様子であった。ある日、Mさんは看護師に「二人と
も忙しいのかしら」とつぶやいた。次の日の夕方、夫が4日ぶりに面会に来た。

【設問】

夫に対する看護師の声掛けとして、適切なのはどれか。①～④の中から二
つ選びなさい。①面会に来ていない間のMさんの様子について伝え、「お仕事は大変ですか」
と最近の家族の状況について尋ねる。②「慣れない家事などでお疲れではないですか」と声を掛け、疲労をねぎら
うとともに、早めにヘルパー派遣の手続きをすることや休息をとることを
強く勧める。③Mさんが家族の面会を楽しみにしていることを伝え、面会の頻度を増やし
てMさんを支えてほしいと伝える。

④面会後に声を掛けて、最近のMさんの病状の変化についてどのように感じ

p.312

1 非がん疾患の緩和ケアとは

日本では、緩和ケアはがんを中心として発展してきたため、緩和ケア＝がん
というイメージがあるが、定義（⇒p.25 表1-1参照）をみてもわかるように、
緩和ケアは、生命を脅かすすべての疾患を有する患者・家族に適応されるべき
ものである。実際、2015年のアメリカのホスピスケア（ほとんどが在宅ホス
ピス）の統計では、緩和ケアの適応となった患者のうち、がん患者は28％に
過ぎず、残り72％は心疾患、認知症、肺疾患、脳卒中、腎不全など、非がん
疾患の患者である¹⁾。

1 非がん疾患の緩和ケアの特徴

非がん疾患患者の緩和ケアには、次のような特徴があ
る（表10-1）。①がんと異なり、経過は比較的ゆっくりだが、時に急速に
病態が変化する図10-1に、がんとは非がん疾患の、終末期を迎えるまで
の経過を示す²⁾。がんは最後の1カ月に急速に身体機能が
低下することが多いが、心疾患、肺疾患などの場合は、

表10-1 非がん疾患の緩和ケアの特徴

- ・終末期を迎える経過はがんと異なり、比較的ゆっくりだが、時に急速に病態が変化する
- ・生命予後の予測が難しい
- ・DNRや延命治療中止の判断が難しい
- ・原疾患への治療が苦痛の緩和につながることもある
- ・認知症、神経変性疾患、脳卒中などでは、患者本人による意思決定が困難な場合が多い
- ・認知症、神経変性疾患、脳卒中などでは、長期的な介護の負担が大きい

p.318

非がん疾患の
緩和ケアも充実