

## 【教育内容】目次

### 表1 症候別看護

表1-1 意識障害

表1-2 頭痛

表1-3 呼吸困難

表1-4 胸痛

表1-5 腹痛・腹部膨満

表1-6 嘔気・嘔吐

表1-7 下痢

表1-8 便秘

表1-9 睡眠障害

表1-10 感覚の異常(視覚・皮膚)

表1-11 運動の異常(麻痺・失調)

表1-12 摂食嚥下障害

表1-13 ショック

表1-14 体温異常(発熱・低体温)

表1-15 脱水

表1-16 黄疸

表1-17 咳嗽・喀痰

表1-18 吐血・咯血

表1-19 チアノーゼ

表1-20 不整脈

表1-21 下血

表1-22 排尿異常(無尿・乏尿、頻尿)

表1-23 浮腫

表1-24 貧血

表1-25 けいれん

### 表2 基本的看護技術

### 表3 身体機能別フィジカルイグザミネーション

### 表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-1 呼吸器系

表4-2 循環器系

表4-3 消化器系

表4-4 内分泌代謝系

表4-5 造血器系

表4-6 感染症系

表4-7 免疫系

表4-8 脳神経系

表4-9 腎・泌尿器系

表4-10 運動器系

表4-11 生殖器系

表4-12 皮膚系

表4-13 感覚器系

表4-14 精神系

表4-15 妊娠と分娩

表4-16 遺伝性疾患

### 表5 主な臨床・画像検査

表1 症候別看護

表1-1 意識障害

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>意識障害</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> AUEOTIPS(意識障害の原因を体系的に整理するためのフレーム) A:アルコール、アシドーシス I:低血糖、高血糖 U:尿毒症 E:電解質異常、脳症、内分泌異常 O:薬物中毒、低酸素血症、高二酸化炭素血症、一酸化炭素中毒 T:外傷、体温異常(低体温、熱中症) I:感染、中毒 P:精神疾患 S:脳血管障害、ショック、てんかん</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ※本人から聴取できないことが多いため、家族や同伴者などに確認する ・発症機転: いつから意識障害が始まったか、急性か徐々に進行か、頭部外傷、薬物摂取、アルコール、感染症、ストレスなどの有無 ・寛解・増悪: 悪化要因:体位変化、発熱、運動、特定の薬剤摂取など、緩和要因:休息、薬剤投与(糖分補給や酸素療法など)の効果 ・性質・強さ: 意識障害の程度 ・部位: 関連症状の部位:頭痛の有無、特定の部位の痛み、しびれ、片麻痺など ・随伴症状: けいれん、麻痺、吐きけ・嘔吐、発熱、頭痛など 発語・行動:意味のある発語、徘徊、不安定な行動の有無 ・時系列経過: 症状の変化:断続的か持続的か、症状の増悪や緩和のパターン、持続時間:数分、数時間、数日など、時間帯:特に症状が強くなる時間帯</p> <p><b>【身体所見】</b> ・皮膚の色(チアノーゼ、蒼白)、発汗の有無 ・呼吸状態:呼吸パターン(チェーン・ストークス呼吸、クスマウル呼吸など)、顔面・頭部:外傷痕、眼瞼下垂、瞳孔の左右差、構音障害の有無、けいれんや不随意運動の有無 ・頸部血管雑音の有無、心音:呼吸音:ラ音、喘鳴、呼吸音の減弱、心音:心雑音、不整脈の有無、腸蠕動音の亢進、減弱 ・胸部打診音:濁音(胸水)、鼓音(気胸) ・腹部打診音:異常(鼓音、濁音)、異常腱反射の有無 ・瞳孔反射:対光反射の有無と左右差 ・四肢の反応:筋緊張の増減、麻痺の有無 ・皮膚の温度:末梢冷感、痛み刺激への反応:四肢の動きや顔の表情、頸部硬直:髄膜刺激症状(項部硬直) ・神経学的所見の有無(NIHSS:National Institutes of Health Stroke Scaleでの評価など)</p> <p><b>【検査】</b> ・血液検査(電解質、糖代謝、腎機能、肝機能) ・動脈血液ガス分析 ・超音波(エコー)検査(心臓、腹部) ・尿検査 ・胸部X線検査 ・12誘導心電図検査 ・CT ・脳脊髄液検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、モニタリング、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・モニタリング ・気道確保(気管挿管準備、介助) ・酸素管理 ・薬剤管理(輸液、降圧剤、ブドウ糖投与など) ・体温管理など</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> ・苦痛の緩和(体位変換、良肢位の保持など) ・栄養管理(意識障害の程度に応じた摂取方法(経口、経管、食事種類の選択)、誤嚥予防) ・排便・排尿の援助 ・褥瘡の予防 ・清潔の保持(特に、口腔、鼻腔、陰部、殿部、眼) ・危険防止・環境調整(自己抜管・自己抜去の予防、安楽に向けた声かけ、転倒・転落予防) ・プライバシーの配慮 ・症状に関する本人や家族への説明 ・精神・心理面の支援 ・リハビリテーション</p>

表1 症候別看護

表1-2 頭痛

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
頭痛	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： クモ膜下出血、脳出血、脳動脈または頸動脈の動脈解離、髄膜炎、脳炎、高二酸化炭素血症、緑内障、側頭動脈炎など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから頭痛が始まったか、急性か徐々に発症か、ストレス、体位変化、運動、外傷、薬物使用、睡眠不足など ・寛解・増悪： 悪化要因：光、音、体動、食事、ストレス、薬物など、緩和要因：休息、薬物(鎮痛薬、カフェインなど)の使用、特定の体位 ・性質・強さ： 痛みの性質：バットで殴られたような痛み、拍動性、圧迫感、鈍痛、刺痛など、痛みの強さ：軽度～重度(10段階評価)、随伴症状：吐きけ、嘔吐、めまい、視覚異常(閃輝暗点)、発熱、意識障害、構音障害、片麻痺など ・部位： 痛みの場所：片側性、両側性、前頭部、後頭部、側頭部など、放散：首、肩、目などへの放散の有無 ・血圧上昇の有無 ・時系列経過： 症状の変化：持続的か断続的か、波があるか、持続時間：数分、数時間、数日など、時間帯：特に症状が強くなる時間帯(朝、夜間など)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・顔色、表情(苦痛の有無)、瞳孔の左右差、縮瞳・散瞳、充血、眼瞼下垂、発疹(帯状疱疹など)、腫れ、外傷痕、姿勢・動作：頭部の傾きや姿勢異常 ・血管雑音：側頭部や頸部での血管雑音(動脈瘤や血管炎を疑う場合) ・前頭部や上顎洞の打診痛 ・頭皮：圧痛の有無(側頭動脈炎、緊張型頭痛)、頭部：リンパ節腫脹、筋緊張の有無、頭蓋骨：外傷や骨の変形の有無、眼窩周囲：圧痛(副鼻腔炎を示唆) ・髄膜刺激徴候(項部硬直の有無、ケルニツヒ徴候の有無、ブルジンスキー徴候の有無) ・神経脱落所見の有無(NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scaleでの評価など)</p> <p><b>【検査】</b> ・モニター心電図 ・血液検査(生化学検査、血算、血液ガス、細菌培養) ・頭部CT ・頭部MRI ・腰椎穿刺</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、心電図モニター装着、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・検査、治療、処置に対する説明 ・採血、各種検査の援助、 ・薬物管理(鎮痛剤の使用) ・酸素管理 ・緊急手術への準備</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【苦痛や思いに対する援助】</b> ・苦痛の増悪因子の除去 ・温電法、冷電法 ・治療に伴う苦痛の増悪因子の除去 ・安全、安楽に向けた声かけ ・気分転換を促す(足浴や手浴の実施、散歩、マッサージなど) ・家族への説明と声かけ</p> <p><b>【体位保持】</b> ・安楽な体位の確認 ・原因に応じた体位調整 ・急な移動を避ける ・嘔吐がある場合は、窒息に留意する</p> <p><b>【環境調整】</b> ・刺激を減らす(照明を下げ静かな個室) ・プライバシーの配慮 ・室温、湿度の調整 ・寝具、寝衣の調整</p> <p><b>【水分出納の確認】</b> ・水分摂取量、食事摂取量、輸液量、尿量の記載 ・時間ごとの水分出納バランスを確認する</p> <p><b>【生活習慣の改善】</b> ・カフェインやアルコールの摂取を控える ・適切な睡眠時間の確保 ・ストレスの軽減</p>

表1 症候別看護

表1-3 呼吸困難

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
呼吸困難	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： うっ血性心不全、COPD急性増悪、重症肺炎、肺血栓塞栓症、緊張性気胸、アナフィラキシー、気管支喘息重症発作、上気道閉塞など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴（併存疾患含む）、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道（発声の有無） ・呼吸（数、様式、リズム） ・循環（脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗） ・意識障害の有無 ・バイタルサイン（酸素飽和度を含む） ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから呼吸困難が始まったか、急性か徐々に悪化したか、運動、体位変化、感染症、アレルギー、ストレスの有無 ・寛解・増悪： 悪化要因：運動、横になる、冷気、特定のアレルギーや刺激物、緩和要因：休息、体位の変更（座位、起座位）、薬（吸入薬、酸素療法など）の効果など ・性質・強さ： 呼吸困難の性質：息苦しさ、吸気・呼気どちらが困難か、症状の程度（ヒュー-ジョーンズ分類、VASスケール）、随伴症状の有無（咳、胸痛、喘鳴、発熱、めまい、意識障害など） ・時系列経過： 症状の変化：断続的か持続的か、波があるか、持続時間：短時間か長時間続いているか、時間帯：症状が強くなる時間帯（夜間、早朝など）</p> <p><b>【身体所見】</b> ・チアノーゼ（口唇、爪床）、発汗、顔色の変化、眼瞼結膜蒼白の有無、頸静脈怒張の有無 ・呼吸状態：呼吸回数、呼吸パターン（努力呼吸、浅い呼吸、速い呼吸） ・胸部の動き：左右差、使用筋（呼吸補助筋の使用） ・呼吸音：減弱音、異常音（喘鳴、クラックル、胸水音）、心音：心雑音・心膜摩擦音 ・胸部打診音：濁音（胸水）、鼓音（気胸）の有無 ・圧痛：胸壁の圧痛の有無（筋肉痛、肋骨骨折など）、皮下気腫：皮膚下の空気の触知（気胸の可能性） ・全身浮腫や下肢浮腫の有無</p> <p><b>【検査】</b> ・胸部X線検査 ・動脈血液ガス分析 ・血液検査 ・尿検査 ・呼吸機能検査 ・12誘導心電図検査 ・心臓超音波（エコー）検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、心電図モニター装着、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・気道管理（気管挿管準備、介助） ・体位管理 ・酸素投与 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・モニタリング</p> <p><b>【呼吸管理】</b> ・呼吸不全管理 ・酸素投与 ・末梢静脈路確保</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【体位管理】</b> ・原因に応じた体位調整 ・安楽な体位の確認</p> <p><b>【苦痛緩和】</b> ・症状に関する説明 ・苦痛の増悪因子の除去 ・安全、安楽に向けた声かけ ・家族への説明</p>

表1 症候別看護

表1-4 胸痛

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
胸痛	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 急性冠症候群、大動脈解離、肺塞栓症、緊張性気胸、食道破裂など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから痛みが始まったか、急性か徐々に発症したか、運動、ストレス、体位変化、食事、咳などの有無 ・寛解・増悪： 悪化要因：運動、深呼吸、体位変化など、緩和要因：休息、特定の体位、薬(ニトログリセリンなど)の効果 ・性質・強さ： 痛みの性質：締め付け感、刺痛、鈍痛、焼けるような痛みなど、痛みの強さ：軽度～重度(10段階評価)、随伴症状：息切れ、発汗、吐きけ、めまい、意識消失など ・部位： 痛みの場所：具体的な部位(胸部中央、側部など)、放散痛：腕、背中、顎、首などへの広がり ・時系列経過： 症状の変化：持続的か断続的か、波があるか、持続時間：数秒～数分、または持続的な痛みか、時間帯：特に痛みが現れやすい時間帯や状況</p> <p><b>【身体所見】</b> ・頸静脈怒張、胸部の外観：変形、皮膚の発赤、腫脹、癍痕の有無、呼吸に伴う胸壁の左右差の有無、呼吸困難や努力呼吸の有無、チアノーゼ、発汗、顔色の変化など ・心音：心雑音、心膜摩擦音、呼吸音：減弱音、異常音(クラックル、ラ音、胸水による消失音) ・胸部打診音：鼓音(気胸)、濁音(胸水貯留) ・肋骨や胸骨の圧痛の有無、圧痛：肋骨、胸骨、筋肉の圧痛の有無、下肢浮腫</p> <p><b>【検査】</b> ・血液   酸素素上昇(リパーゼ、アミラーゼ)、心筋逸脱酵素(クレアチンキナーゼ(CK)、AST、乳酸脱水素酵素(LDH))   Dダイマー、CRP、トロポニン   白血球数   血液ガスデータ ・12誘導心電図検査・モニター心電図   心電図波形、ST上昇・ST低下 ・胸部X線検査   炎症所見、心胸比、肺の透過性</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、心電図モニター装着、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・症状の機序、症状の誘因の特定 ・胸痛の再発予防   必要な安静の時期と理由の説明   努責を避ける(排痰法、排便コントロール・緩下剤の使用)   栄養状態の改善・維持(食事支援、脱水予防、輸液管理)   睡眠の確保(リラクゼーション、睡眠薬の使用)   生活リズムを整える</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> ・胸痛の緩和   原因に応じた疼痛緩和薬の使用   バイタルサインのモニタリング   体位・姿勢の工夫(安楽な体位の保持)   血中酸素飽和度の維持(酸素吸入)   胸痛時の安静保持   安静による日常生活動作への援助   胸痛を誘発する日常生活動作の特定と回避 ・胸痛出現に対する不安の緩和   リラクゼーション(体位の工夫、マッサージ)   思いや考えを語れる場をつくり傾聴する   今後の予定の説明(治療、安静など) ・セルフケア教育(緊急性がなくなったときに)   胸痛の発生機序や誘因の説明   胸痛の増悪を予防する生活(食事 運動・休息 薬物療法 排泄などの生活動作、など)の提案   ストレスマネジメントへの支援   仕事や家族役割の調整についての相談   違和感や症状出現時における医療機関への相談のタイミングや場について伝える ・サポート体制の調整   家族への支援   職場や地域でのサポートの調整</p>

表1 症候別看護

表1-5 腹痛・腹部膨満

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>腹痛・腹部膨満</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 腹部大動脈瘤破裂、消化管穿孔、腹膜炎、上腸間膜動脈閉塞、絞扼性イレウス、異所性妊娠、卵巣捻転、精巣捻転、糖尿病性ケトアシドーシス、急性心筋梗塞など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患、妊娠の可能性含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴(手術歴)、家族歴、嗜好、生活習慣(月経歴)、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから痛みが始まったか、急に始まったか、徐々に悪化したか、食事、体位変化、ストレス、外傷などの有無 ・寛解・増悪： 悪化要因：動作、食事、排便、体位変化などの影響、緩和要因：休息、薬、体位の変化で改善するか ・性質・強さ： 痛みの性質：鈍痛、刺痛、疝痛など、痛みの強さ(VASスケール) ・随伴症状： 発熱、嘔吐、下痢、便秘など ・部位： 痛みの場所：具体的な部位(例：右上腹部、下腹部)、放散痛：他の部位への広がり(背部、肩など) ・時系列経過： 症状の変化：一定か波があるか、持続時間：症状が続いている時間や期間、時間帯：特に痛みが強くなる時間帯</p> <p><b>【身体所見】</b> ・手術痕、黄疸、腹部の形状(臍の位置、輪郭)腹部の拍動、ヘルニアの有無、精巣腫脹などの異常 ・腸蠕動音(亢進、減弱) ・4領域(CVA含む)の打診(鼓音、濁音、疼痛の有無(腹膜刺激徴候)) ・マーフィー徴候、腹膜刺激徴候(板状硬、筋性防御、反跳痛(プルンベルグ徴候))、マック・バーニー点・ランツ点の圧痛の有無など</p> <p><b>【検査】</b> ・腹部X線検査 ・動脈血液ガス分析 ・血液検査(生化学、血算、電解質、肝酵素、腎機能) ・尿検査 ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査(心臓、腹部) ・腹部CT</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、モニタリング、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・モニタリング</p> <p><b>【薬剤管理】</b> ・末梢静脈路確保 ・鎮痛薬、抗菌薬</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> ・疼痛管理(原因に応じた体位調整、安楽な体位の確認、迷走神経反射の予防) ・苦痛緩和(症状に関する説明、苦痛の増悪因子の除去、安全、安楽に向けた声かけ、プライバシーの配慮) ・近親者への説明</p>

表1 症候別看護

表1-6 嘔気・嘔吐

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
嘔気・嘔吐	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 腸閉塞、脳血管障害、脳腫瘍、急性心筋梗塞、急性膵炎、異所性妊娠、糖尿病性ケトアシドーシス、髄膜炎、脳炎、薬剤性（抗生物質、抗てんかん薬、鎮痛薬など）、食中毒（ボツリヌス症、サルモネラ症など）など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴（併存疾患含む）、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道（発声の有無） ・呼吸（数、様式、リズム） ・循環（脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗） ・意識障害の有無 ・バイタルサイン（酸素飽和度を含む） ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから症状が始まったか、食事、薬の服用、旅行歴、ストレスの有無、急性か徐々に進行か ・寛解・増悪： 増悪要因：特定の食事、体位変化、におい、ストレスなど、症状が軽減した状況やきっかけ ・性質・強さ： 嘔吐の特徴：回数、量、内容物（血液、胆汁、未消化物の有無）、嘔気（程度：軽いむかつき～強い吐きけ、随伴症状：腹痛、頭痛、めまい、発熱など）、嘔吐物：量、色調（血液、胆汁、未消化物の有無） ・部位： 腹痛や不快感の部位（上腹部、下腹部など） ・時系列経過： 症状の安定性または波の有無、症状が続いている時間や日数、特に症状が現れやすい時間帯（朝、夜など）、同様の症状と治療歴など</p> <p><b>【身体所見】</b> ・腹部： 腹部膨満、手術痕の有無、腸蠕動音（減弱、亢進、消失の有無）、血管雑音（腹部大動脈瘤や血管障害の疑いがある場合） 腹部打診音：鼓音（ガス貯留）、濁音（腹水や腫瘍）、腎部叩打痛の有無（腎炎や尿路結石を疑う場合） ・圧痛、反跳痛（腹膜刺激症状の有無）、しこりの有無など</p> <p><b>【検査】</b> ・血液検査 ・尿検査 ・造影検査 ・内視鏡検査 ・X線検査 ・CT ・MRI</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の介助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法の準備・管理 ・消化管減圧の準備・管理 ・薬剤管理（制吐剤、鎮痛剤の使用）</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> ・嘔吐時の援助（誤嚥・窒息予防の体位、口鼻腔吸引の実施） ・栄養・水分の管理（食事の工夫、水分摂取の工夫） ・苦痛への援助（心理的支援、リラクゼーション、体位の工夫、口腔ケア、胃部冷罨法） ・環境整備（嘔吐の誘因となるものの除去、吐物の処理）</p>

表1 症候別看護

表1-7 下痢

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
下痢	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> ・生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 細菌性腸炎、偽膜性腸炎、急性腹症、潰瘍性大腸炎、クローン病</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状経過】</b> ・発症機転： いつから下痢が始まったか、最近の食事、飲料水、旅行歴、薬の服用など、急性か徐々に進行か ・寛解・増悪： 特定の食事、冷え、ストレスの有無、改善した状況やきっかけ ・性質・強さ： 便の特徴(水様性、粘血便、脂肪便など) 排便回数・量(頻度と程度) ・随伴症状： 不快感、血液・粘液の有無 腹痛の有無と部位(下腹部、右下腹部など)、痛みの性質(鈍痛、刺痛など) ・時系列経過： 症状の安定性または波の有無、下痢が起こりやすい時間帯、症状が続いている期間、同様の症状の治療歴</p> <p><b>【身体所見】</b> ・腹部の形状、腹部の硬さ、腸蠕動音、腹部の自発痛・反跳痛 ・肛門周囲膿瘍や瘻孔、直腸内腫瘍や異常感触、粘液や血液の付着(炎症性腸疾患、感染性下痢、腫瘍など)、直腸内腫瘍や異常感触 ・皮膚乾燥、ツルゴール低下、口腔粘膜の乾燥 ・関節腫脹や痛み ・神経学的異常など</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・呼吸機能検査 ・尿検査(尿比重、尿蛋白、尿潜血、尿糖、電解質) ・血液検査(CRP、白血球数、ナトリウム、カリウム、クロール、血中尿素窒素(BUN)、クレアチニン AST、ALT、γ-GTP、アルカリフォスファターゼ(ALP)、ヘモグロビン、ヘマトクリット、TSH、FT4、IgE) ・便培養、便潜血検査、便中の白血球・ラクトフェリン、寄生虫検査、便のpHと還元糖、便中の脂肪 ・画像検査 腹部超音波(エコー)検査 CT・MRI ・内視鏡検査(上・下部消化管内視鏡検査) ・生検検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、点滴や指示薬剤の適用判断と実施など ・酸素療法の準備・管理</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> ・体位調整や安楽の提供 ・食事と栄養管理(消化に良い食事の提供、経口摂取が難しい場合の対応、食欲の確認と促進：無理のない範囲で食欲が保たれるようサポートなど) ・感染予防(手洗いや消毒の徹底、周囲の清潔保持) ・心理的サポート(患者の不安やストレスの軽減、情報提供) ・スキントラブルの予防とケア(肛門周囲の皮膚ケア、排便後の清潔保持) ・回復に向けた指導(生活習慣の指導、症状が悪化した際の対処法) ・その人の健康の維持・増進に向けた援助</p>

表1 症候別看護

表1-8 便秘

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
便秘	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： イレウス、腫瘍、クローン病、潰瘍性大腸炎、ヒルシュスプルング病、S状結腸過長症、代謝性障害</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣(食事、水分、運動、生活リズム、性と性周期・妊娠、ストレス)、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから便秘が生じたのか、症状の発症が急性か慢性か ・寛解・増悪： 便秘が悪化するきっかけや改善する場合はあるか ・性質・強さ： どのような症状があるか(排便回数、硬い便など)、排便時に痛みや残便感はあるか、排便状態(回数、感覚、時刻、便の量・性状、努責、残便感、テネスマス、下血) ・部位： どの部位に腹痛や膨満感を感じるか ・随伴症状： 腹痛、吐きけ・嘔吐、腹部膨満、下腹部不快感、食欲不振、不安、不眠、頭重感・頭痛、集中力の低下など ・時系列経過： 症状は一定か波があるか、改善しているのか、増悪しているのか、最近の便秘期間など</p> <p><b>【身体所見】</b> ・腹部：腹部手術痕の有無、腹部形状、腹部膨満の有無、腸蠕動音(消失・減弱・亢進・金属音) ・肛門周囲の異常(裂肛、痔核)、直腸脱の有無、直腸内の便塊の触知(直腸診)、肛門括約筋の緊張(低下や亢進) ・腹部打診での鼓音・濁音の有無、便塊の触知の有無、腹膜刺激症状の有無 ・全身性浮腫や末梢性浮腫の有無、皮膚乾燥、甲状腺腫大 ・腹部超音波(エコー)検査にて、直腸内の便の有無を確認、小腸のkeyboard sign、to and froの所見の有無</p> <p><b>【検査】</b> ・血液検査：白血球数、CRP、貧血、電解質 ・腹部X線検査 ・腹部超音波(エコー)検査 ・便潜血検査 ・直腸診 ・内視鏡検査 ・注腸造影検査 ・CT ・MRI</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・各種検査、処置の援助 ・酸素療法の準備・管理 ・薬物療法の準備・管理 ・直腸超音波(エコー)検査の実施と評価</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【排便コントロール】</b> ・緩下剤の活用 ・浣腸・摘便 ・マッサージ・温電法 ・排便体位、呼吸法 ・環境調整 ・精神・心理的要因の軽減</p> <p><b>【生活習慣の見直し】</b> ・食事内容(食物繊維に富む野菜、果物などの摂取など) ・水分摂取量(飲水励行) ・適度な運動 ・生活リズムにあった排便習慣 ・排便環境の調整</p>

表1 症候別看護

表1-9 睡眠障害

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
睡眠障害	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b>                      ・生理学的に安定しているか                      ・薬物使用による意識障害に注意                      ・希死念慮を評価</p> <p><b>【原因検索】</b>                      見逃してはいけない疾患：                      睡眠時無呼吸症候群、うつ病、不安障害、甲状腺機能亢進症、レストレスレッグス症候群、ナルコレプシー、アルツハイマー型認知症、薬物やアルコール依存症など</p> <p><b>【基礎情報】</b>                      主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解                      睡眠パターン・習慣、睡眠の質、日中の状態・生活への影響、睡眠環境、アルコールやカフェインの過剰摂取、仕事や学業のパフォーマンス低下、対人関係の悪化</p> <p><b>【症状緩和】</b>                      症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b>                      ・気道(発声の有無)                      ・呼吸(数、様式、リズム)                      ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗)                      ・意識障害の有無                      ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む)                      ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b>                      ・発症機転：                      いつから睡眠障害が始まったか(例：ストレス、生活習慣の変化、薬剤使用、身体的な病気など)                      ・寛解・増悪：                      睡眠障害を悪化させる要因は何か(例：就寝前のスマートフォン使用、カフェイン摂取、精神的ストレスなど)、改善する要因はあるか(例：リラクゼーション、運動、薬の服用など)                      ・性質・強さ：                      睡眠の質について具体的に(例：浅い眠り、頻繁に目が覚める、夢を頻繁に見るなど)、眠れないと感じる強さほどの程度か(例：ピッツバーグ睡眠質指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)やエプワース眠気尺度(Epworth Sleepiness Scale, ESS)などでの評価)                      布団に入ってから眠りにつくまでの時間、眠れないことで日中の疲労感や集中力の低下をどのくらい感じるか、など                      ・部位：                      睡眠障害に特定の身体的な部位や感覚が関係しているか(例：不眠による頭痛、肩こり、胸の圧迫感など)                      ・随伴症状：                      睡眠障害に伴う他の症状はあるか(例：希死念慮の有無、疲労感、集中力低下、イライラ、不安感、頭痛、動悸・息切れ、胃腸の不調、夜間頻尿など)                      ・時系列経過：                      睡眠障害はいつ起きやすいか(例：入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒のどれか)、発症頻度や期間について(例：毎日、週に数回、断続的)</p> <p><b>【身体所見】</b>                      ・表情・情動反応(抑うつ、不安、焦燥の有無)                      ・記憶力・見当識(認知症の早期症状をチェック)                      ・瞳孔所見                      ・顔面浮腫・眼瞼周囲や眼瞼浮腫の有無                      ・眼球突出の有無                      ・甲状腺腫大の有無、頸部の脂肪沈着の有無、頸囲測定                      ・呼吸音の異常、胸郭の形状(漏斗胸や鳩胸など)                      ・心音異常、不整脈の有無、高血圧の有無、四肢冷感                      ・肝腫大、腹水、逆流性食道炎の症状の有無                      ・筋力や感覚異常、反射異常、異常運動                      ・筋緊張や振戦、足のむずむず感や異常感覚の訴え、                      ・皮膚乾燥や蒼白、発汗過多                      ・アルコール使用や薬物の兆候(瘢痕や注射痕など)</p> <p><b>【検査】</b>                      ・12誘導心電図検査                      ・心臓超音波(エコー)検査                      ・尿検査(尿比重、尿蛋白、尿潜血、尿糖、電解質)                      ・血液検査(ビタミン12、葉酸、腎機能、肝機能検査、メラトニン検査、薬物血中濃度)                      ・X線検査                      ・CT                      ・MRI                      ・呼吸機能検査                      ・遺伝子検査                      ・エプワース眠気尺度(ESS)、不眠重症度指数(ISI)、PHQ-9、GAD-7など</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b>                      ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など                      ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施                      ・体位管理                      ・応援要請                      ・必要部署への連絡                      ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b>                      ・治療方針の共有                      ・採血、各種検査の援助、点滴や指示薬剤の実施など                      ・静脈路の確保、酸素療法、薬物療法の準備・管理など                      ・服薬管理、副作用のモニタリング</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b>  <b>【生活リズムの調整】</b>                      ・睡眠リズムの維持                      ・規則正しい生活リズムのサポート                      ・適度な運動の推奨、日中の仮眠の調整</p> <p><b>【睡眠環境の整備】</b>                      ・部屋の温度・湿度の調整、光と音の管理、寝具の調整                      ・リラクゼーション法の指導、温熱療法                      ・カフェインやアルコールの摂取制限、スマートフォンやテレビの使用制限、適切な食事指導</p> <p><b>【心理的サポート】</b>                      ・不安の軽減、睡眠に関する教育                      ・睡眠日誌の活用、睡眠の質の評価</p> <p><b>【患者・家族への教育と支援】</b>                      ・家族への協力要請、セルフケアの支援                      ・その人の健康の維持・増進に向けた援助                      ・社会的健康の維持増進、社会復帰支援、社会的孤立の予防、健康教育とセルフケア支援、自己管理能力の向上、健康に関する知識提供、生活環境の整備(家庭環境の安全確認、生活環境改善の助言)、安全とリスク管理、スピリチュアルケア(価値観の尊重、希望の支援、生きがいのサポート)</p>

表1 症候別看護

表1-10 感覚の異常(視覚・皮膚)

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>感覚の異常 (視覚・皮膚)</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 代表的な疾患： 急性緑内障発作、網膜中心動脈閉塞症、一過性黒内障、側頭動脈炎、外傷性視神経症、脳血管障害、脊髄炎、脊髄梗塞、多発性硬化症、末梢神経障害(糖尿病、薬剤・重金属などによる中毒性疾患、感染性の疾患による)、ギラン・バレー症候群、带状疱疹、ビタミンB12欠乏症など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから症状が現れたか、突然なのか徐々に進化したのか(事故や外傷、環境の変化(例：新しい化粧品の使用、強い光に曝露)との関連性など)どのような状況で気づいたか(日常の活動中、休息中など具体的な状況を確認) ・寛解・増悪： 症状を悪化させる要因は何か(視覚)強い光や暗い場所(皮膚)温度変化や衣類の摩擦 症状を和らげる要因は何か(目を閉じる、冷湿布の適用、休息など) ・性質・強さ： 症状の性質や強さはどのような感じ方か(視覚)ぼやけて見える、暗点がある、光がちらつくなど(皮膚)ヒリヒリする、痒い、ピリピリとした痛みなど ・部位： 感覚異常の部位(視覚)片目か両目か、視野の特定部分(例：中央、周辺) (皮膚)特定の部位(例：手足、顔)や広範囲にわたるのか 部位の広がり(最初の発症部位から他の場所に広がっていないか確認) ・随伴症状： (視覚)頭痛、めまい、吐きけの有無、眼の充血、涙目、まぶたの腫れなど (皮膚)発疹、腫脹、発赤、麻痺、筋力低下など ・時系列経過： 症状が発生する時間帯や頻度(朝、夜間、特定の状況下など) 症状の持続時間(一時的か、断続的か、持続しているか) 発症から現在までの変化(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・感覚異常：痛覚、触覚、温度覚、位置覚、振動覚について評価 ・顔面神経麻痺の有無、眼瞼下垂の有無、眼瞼けいれん、視力低下、眼球の運動制限 ・瞳孔反射の異常、瞳孔不同 ・甲状腺腫大、頸部リンパ節腫脹、頸動脈の触知や雑音 ・呼吸音異常、心音の異常、不整脈の有無 ・筋力低下、深部腱反射の異常 ・そう痒感、紅斑、自律神経障害による発汗異常 ・触覚・痛覚の低下、感覚性運動失調、紫斑、冷感 ・皮膚の発疹や色素沈着(重金属中毒(鉛やヒ素)や薬剤性中毒の徴候) ・脱毛(甲状腺疾患や感染症など) ・爪の変形や潰瘍 ・振戦やけいれん、筋力低下(対称性か、非対称性か)</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・血液検査(電解質、炎症反応、貧血、出血傾向) ・CT ・MRI/MRA ・X線検査 ・脳波 ・各種培養検査(髄液) ・パレー徴候 ・徒手筋力テスト(MMT) ・眼振、眼球運動の診察 ・鼻指鼻試験、踵膝試験 ・神経伝導検査 ・筋電図</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、心電図モニター装着、気道確保、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、けいれんへの対応、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・モニタリング ・採血、各種検査の援助、静脈路の確保 ・薬物療法の準備・管理 ・酸素療法の準備 ・緊急手術への準備</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> 【体位保持】 ・安楽な体位の確認 ・原因に応じた体位調整</p> <p>【環境調整】 ・視覚障害(皮膚の感覚異常)による転倒・転落の予防 【熱傷、外傷の予防】 ・物品の配置の考慮</p> <p>【苦痛や不安に対する援助】 ・症状と原因疾患の関連の説明(理解を助ける教育) ・検査、治療、処置に対する説明 ・不安や心配など患者の気がかりに沿った声かけ ・日常生活動作、行動の支援 ・必要な装具、自助具の選択支援 ・意思疎通の工夫 ・家族への説明と声かけ</p> <p>【教育的援助】 ・症状のセルフモニタリングの援助 ・薬物療法への援助 ・食事療法への援助</p>

表1 症候別看護

表1-11 運動の異常(麻痺・失調)

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>運動の異常 (麻痺・失調)</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 代表的な疾患： (麻痺) 脳血管障害、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症、脊髄疾患、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、重症筋無力症、進行性筋ジストロフィー、中毒など(失調) 脳血管障害、脳・脊髄腫瘍、多発性硬化症、ビタミンB1欠乏症、脊髄小脳変性症、橋本病、薬剤性失調、クワイツフェルト・ヤコブ病、髄膜炎など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： 発症日時や状況を具体的に確認(突然か徐々に、特定のきっかけ(転倒、外傷、感染など)があったか) どのような活動中に気づいたか(歩行中に転びやすい、物を持つのが難しい等) ・寛解・増悪： 症状を悪化させる要因(疲労、運動後、気温の変化など) 症状を緩和する要因(安静、温熱療法、薬剤など) ・性質・強さ： 麻痺や失調の程度(完全麻痺～軽度の筋力低下、動きの不規則さ、目標とする動作の達成困難度) ・部位： 右上肢全体、左下肢、顔面、または全身なのか、片側性か両側性か、特定の筋群が影響を受けているか等 随伴症状(言語障害、構音障害、嚥下障害、けいれん、感覚異常(しびれ、痛み)、筋萎縮の有無、ふらつき、めまい、視覚の異常など) ・時系列経過： 症状の発生頻度や持続時間(持続的か、断続的か、再発するのか) 時間経過での変化(発症直後から悪化しているのか、安定しているのか、回復傾向があるのか)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・顔面麻痺、眼球運動異常、瞳孔反射の異常の有無 ・構音障害、失語、嚥下障害の有無 ・呼吸の浅さや努力呼吸の有無 ・徒手筋力テスト(MMT)、筋緊張評価(筋トーンス、静止時振戦の有無)、筋萎縮の有無(局所的または全身的) ・深部腱反射の異常、バビンスキー反射での異常所見 ・痛覚、触覚、温度覚、位置覚、振動覚の評価 ・パレー徴候、手回内・回外試験、鼻指鼻試験、踵膝試験、ロンベルグ試験 ・FMA(Fugl-Meyer Assessment: 脳卒中後の運動機能評価)やICARS(International Cooperative Ataxia Rating Scale: 運動失調の重症度評価)などを用いた機能評価</p> <p><b>【検査】</b> ・超音波(エコー)検査 ・血液検査(白血球数、CRP、電解質、乳酸、ビタミンB群、フェリチン、CK、LDH、抗核抗体、抗アセチルコリン受容体抗体など) ・髄液検査 ・脳波 ・誘発電位 ・筋電図 ・X線検査 ・CT(血管造影を含む) ・MRI ・SPECT ・PET ・筋・神経生検</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、気道確保(気管挿管準備、介助)、吸引、酸素投与、陽圧換気、静脈路確保、血糖測定・血糖管理、血液検査、12誘導心電図、けいれんの対処を実施 ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・モニタリング ・採血、各種検査の援助 ・薬物療法の準備・管理 ・理学療法</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【体位保持】</b> ・安楽な体位の確認 ・体位変換、調整</p> <p><b>【日常生活支援】</b> ・日常生活動作、行動の支援 ・必要な装具、自助具の選択支援 ・意思疎通の工夫</p> <p><b>【転倒転落予防】</b> ・環境整備 ・移動、歩行時の支援</p> <p><b>【苦痛や不安に対する援助】</b> ・検査、治療、処置に対する説明 ・苦痛の増悪因子の除去 ・安全、安楽に向けた声かけ ・家族への声かけ</p>

表1 症候別看護

表1-12 摂食嚥下障害

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>摂食嚥下障害</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 代表的な疾患など： 脳血管障害、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、多発性硬化症、脳腫瘍、重症筋無力症、多発性筋炎・皮膚筋炎、食道がん、食道アカラシア、薬剤性嚥下障害、心因性嚥下障害、強皮症など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： 発症時期(1週間前から、食事中に突然気づいた等) きっかけとなる状況(脳卒中後、外傷後、治療に伴う障害、薬剤の影響、心因性など) どのような食事や状況で気づいたか(固形物、液体、あるいは両方で問題が生じたか、特定の食事形態を避けるようになったなど) ・寛解・増悪： 特定の食事形態(硬いもの、粘り気のあるものなど)体位(寝ているときにむせる、座位では問題ない等) 症状が改善の要因(食べるスピードを遅くする、飲み物の粘度を変えるなど) ・性質・強さ： 食事・嚥下の状況、過去の食事形態や咀嚼・嚥下能力の程度、むせる頻度(全くない、時々、頻繁)、食事時の姿勢・摂食のスピード、頸部(前屈・後屈・体位:安定・不安定)、摂食のペース・捕食のタイミング、上肢の運動機能、言語機能(口唇音、舌尖音、奥舌音の観察)、認知機能(質問への反応、食物の認識) 食べ物が喉に引っかかる感覚(軽い違和感から完全な閉塞感など)、声の変化(ガラガラ声、飲食後の湿性嘔声の有無など) ・部位： 摂食嚥下過程の障害部位と程度(喉(咽頭部)、胸(食道部)、口腔内のどこに違和感があるか)、嚥下のどの段階で問題が生じるか(先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期) ・随伴症状： 誤嚥、窒息感、体重減少、胸やけ・逆流感、嘔声、倦怠感、発熱 ・時系列経過： 症状の発生頻度と持続時間(毎回、時々、特定の条件下のみ) 発症後の経過(徐々に悪化しているか、急激な進行があるか)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・嚥下時のむせ込み、咳嗽嚥下時の湿性嘔声の有無、嚥下時の酸素飽和度の低下、口唇の動き(閉鎖不全や動きの低下)、口腔内の清潔状態、舌の状態(舌の動きや左右対称性)、舌の萎縮や筋束収縮、乾燥・舌苔・潰瘍・喀痰の有無、歯・義歯の状態 ・咽頭反射の低下または消失 ・眼瞼下垂、動眼神経の異常、顔面麻痺の有無、片側性麻痺、頸部リンパ節の腫脹、甲状腺の腫大、頸部筋力の低下 ・肺雑音の有無、呼吸筋低下の有無 ・深部腱反射の異常、失語、構音障害 ・筋力低下(全身性か局所性か) ・体重減少、脱水の有無、褥瘡の有無</p> <p><b>【検査】</b> ・血液検査(電解質、栄養状態、貧血、腎機能、炎症反応) ・胸部X線検査 ・体重、体脂肪率 ・嚥下障害のスクリーニング検査:反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、フードテスト、頸部聴診法</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・誤嚥の有無の判断 ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・摂食嚥下障害が生じる原因の特定 ・摂食嚥下機能を向上するための摂食嚥下訓練 間接訓練:嚥下体操、口腔ケア、口腔内のアイスマッサージ、生活リズムを整え意識レベルを改善 直接訓練:段階的摂食訓練(嚥下機能に応じた嚥下訓練食の選択)</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【体位管理】</b> ・適切なポジショニング 体幹の保持と安定、足底接地、上肢の安定、頭頸部軽度前屈位、テーブルに肘が自然につく高さ ベッド上でのポジショニングは、自立度に応じ、体幹角度を30～45度、60度で症状に応じた段階的に座位に近づける。ベッド挙上後は背面の圧抜きを行いリラックスできる安楽姿勢 車いす(座位)でのポジショニングは、体幹を左右対称として頸部は軽度前屈、股関節・膝関節・足関節は直角(90度ルール)として体幹を軽度前傾</p> <p><b>【食事介助】</b> ・排泄を済ませ食事に集中できる環境の整備 ・感染対策として手や顔をおしぼりで拭く ・食事の配置は目線斜め45度下、30cm程度の距離とし、患者の見える位置におく ・食事開始時は水分やゼリーで口を潤す ・下口唇にスプーンを設置し食物が入ることを認識できるようにし、開口後は舌背斜め下からスプーンを挿入し、上口唇を滑らせるようにスプーンを抜く</p> <p><b>【療養支援】</b> ・口から食べられる喜びの支援 嗜好品を食事の中に取り入れる 食物の温度の調整 ・セルフケア教育(症状が安定したときに) 誤嚥の徴候の理解 誤嚥予防および誤嚥時の対処方法 安全に食べられる食事内容の説明 違和感や症状出現時における医療者への相談のタイミングの説明</p>

表1 症候別看護

表1-13 ショック

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>ショック</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか ショックと判断すれば、速やかに応援を要請する</p> <p><b>【原因検索】</b> ショックの分類 循環血液量減少性ショック、心原性ショック、血液分布異常ショック、心外閉塞・拘束性ショック</p> <p>代表的な疾患：敗血症、アナフィラキシー、肺塞栓症、緊張性気胸、脊髄損傷による交感神経遮断、急性心筋梗塞など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： 発症時刻や突然か、徐々にか ・寛解・増悪： 症状が緩和する要因(ショック体位、輸液、酸素投与などの医療介入で改善するか等) ・随伴症状： 頻脈、低血圧、四肢冷感、チアノーゼ、皮膚の紅潮、そう痒感、喉頭浮腫、呼吸困難、頻呼吸、酸素飽和度の低下、意識障害、乏尿・無尿、胸痛、頸静脈怒張、不整脈 ・時系列経過： 症状が出現してから経過、症状がどのくらい続いているのか(分単位、時間単位で記録) 治療後の変化(輸液や酸素投与後の症状の変化)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・外表所見(外傷(熱傷を含む)や出血の有無と出血量、止血状態) ・眼瞼結膜蒼白の有無、眼球黄染の有無 ・喉頭浮腫 ・頸部痛の有無 ・頸静脈怒張 ・甲状腺の腫大の有無 ・心音・呼吸音の異常の有無、胸部症状の有無 ・腹部膨満の有無、筋性防御の有無、腸蠕動音の減弱・亢進の有無、自発痛・圧痛の有無、反跳痛の有無 ・下腿浮腫の有無 ・チアノーゼ、皮膚の紅潮、そう痒感、湿潤、乾燥、温感、冷感、発汗の有無、皮膚の点状出血や発疹</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査 ・尿検査 ・血液検査(電解質、炎症反応、出血傾向、凝固系の異常、Dダイマー) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査 ・CT ・MRI</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・輸液、輸血の準備と管理(カテコールアミン、血管拡張薬の準備) ・呼吸管理(酸素吸入、挿管準備と介助、気管切開の準備と介助) ・検査、治療に伴う処置時の援助(動脈ライン、スワン-ガンツカテーテル挿入、バルーンカテーテル挿入、尿量測定、導尿もしくは膀胱留置カテーテルの挿入準備・管理)</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【体位保持】</b> ・水平仰臥位の保持(必要時、下肢の挙上) ・急な移動を避ける ・嘔吐がある場合は、窒息に留意する</p> <p><b>【褥瘡予防】</b> ・治療に伴う身体拘束を最小限にする ・定期的な体位変換 ・除圧マットの使用</p> <p><b>【事故防止】</b> ・転落防止(ベッド柵の位置、高さの調整) ・カテーテル事故除去予防(カテーテルの整理、患者への説明) ・最小限の身体拘束と拘束が必要な場合、家族の了承を得る</p> <p><b>【感染予防】</b> ・無菌操作(カテーテル感染の予防) ・保清、口腔ケア ・環境整備</p> <p><b>【栄養管理】</b> ・経腸栄養、経静脈栄養によるエネルギー管理</p> <p><b>【リハビリテーション】</b> ・廃用症候群の予防</p> <p><b>【苦痛や不安に対する援助】</b> ・検査、治療、処置に対する説明 ・疼痛緩和(薬剤の使用や鎮静を含む) ・治療に伴う苦痛の増悪因子の除去 ・プライバシーの配慮 ・家族への説明と声かけ</p>

表1 症候別看護

表1-14 体温異常(発熱・低体温)

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p style="text-align: center;">体温異常 (発熱・低体温)</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患(発熱) 敗血症、細菌性髄膜炎、急性喉頭蓋炎、壊死性筋膜炎、感染性心内膜炎、顆粒球減少症、熱中症など(低体温) 甲状腺機能低下症、副腎不全、敗血症、低血糖、脳卒中など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転: 突然か徐々にか、発症した日時や状況を確認 発症時の出来事や変化(感染症への曝露、外傷、寒冷環境や熱暴露、薬剤使用) ・寛解・増悪: 体温が上がったり下がったりする要因はあるか(運動や入浴後に体温が上がる、解熱薬や水分摂取で改善する等) ・性質・強さ: 発熱(微熱:37℃以上38℃未満、中熱:38℃以上39℃未満、高熱:39℃以上) 熱型(稽留熱、弛張熱、間欠熱、波状熱、二峰性発熱、不明熱) 低体温(深部体温:35~32℃(軽症)、32~28℃(中等症)、28℃未満(重症)) ・随伴症状: 発熱時の随伴症状(倦怠感、悪寒、発汗、頭痛、咳嗽、喉の痛み、鼻水、下痢、意識混濁、けいれん、呼吸困難など) 低体温時の随伴症状(震え、筋硬直、動作緩慢、眠気、混乱、昏睡、徐脈、不整脈、四肢冷感、チアノーゼなど) ・時系列経過: 急性発熱(発症から7日以内)、亜急性発熱(1~3週間)、慢性発熱(3週間以上)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・意識障害:GCS(Glasgow Coma Scale)・JCS(Japan Coma Scale)で評価 ・眼瞼結膜蒼白、眼球黄染、眼瞼浮腫、瞳孔反射の異常 ・咽頭や扁桃腫大、唇の乾燥 ・頸部硬直、ケルニツヒ徴候、ブルジンスキー徴候 ・頸部リンパ節腫脹、呼吸音の異常、呼吸数の低下、心雑音、徐脈 ・肝脾腫、腹部の自発痛、圧痛、反跳痛、腸蠕動音の亢進や減弱 ・皮膚の発赤や熱感、四肢冷感、蒼白、浮腫の有無、発疹や皮膚病変</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査 ・尿検査(尿蛋白、尿潜血) ・血液検査(電解質、炎症反応、栄養状態、貧血、ホルモン値、薬物血中濃度) ・動脈血ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、便、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査 ・CT ・MRI ・内分泌機能検査(負荷試験)</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法法の準備・管理、薬物療法法の準備・管理など ・指示による解熱剤の使用と効果の確認(急激な解熱に伴う低血圧症状の有無を確認) ・輸液療法法の管理 ・モニター管理下にて、深部体温・呼吸・循環の継続的観察を行う ・体温コントロール(冷水による胃洗浄や膀胱洗浄、血管内冷却カテーテルを使用した深部冷却や水冷式体表冷却など) ・循環抑制の強い低体温の場合、吸入器加温、加温輸液、胃洗浄、膀胱洗浄、結腸洗浄、腹膜灌流、胸腔・縦隔洗浄、血液浄化法、人工心肺などの方法による復温支援</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> (発熱) ・安静の保持(体力の消耗に応じたセルフケア支援) ・安楽な体位の工夫 ・室温の調節と衣類掛物の調節 悪寒がある場合は室温を高くし、保温する 体温上昇時は室温を下げ、冷電法を行う ・発汗時は、清拭、寝衣交換を行う ・含嗽、口腔ケアによる口腔内の清潔保持 ・水分摂取を促す ・患者の嗜好にあわせた食事摂取に向けた支援(高タンパク、高カロリーで摂取しやすい食事の選択) ・検査結果や治療に関する説明 ・高体温が持続することによる患者の不安に対する支援(うつ熱) ・日陰や涼しい場所、風通しの良い場所で休息をとる ・氷や保冷剤などを使用し、体表冷却を行う ・スポーツドリンクや市販の経口補水液を摂取し水分やナトリウムの補給を促す ・冷却による低体温を防止する(低体温) ・環境整備(室温調整、寒冷ストレスの除去) ・保温(衣類の調節、布団の調節、電気毛布、湯たんぽ、赤外線ヒーター) ・栄養摂取方法の工夫(適正体重の維持) ・受動的復温(寒冷ストレスの除去、断熱、被覆)</p>

表1 症候別看護

表1-15 脱水

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
脱水	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 腸閉塞、糖尿病性ケトアシドーシス、急性腎不全、重症感染症(敗血症)、熱中症など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【発症の経過】</b> ・発症機転： 明確な発症時間や日付を確認、発症が突然か徐々にどのような状況で症状が始まったか(嘔吐、下痢、発熱、大量発汗など) ・寛解・増悪： 水分補給や輸液後の変化、休息や安静で改善するか ・性質・強さ： 健常時の体力、食事摂取量、水分摂取量などを確認 起立時のふらつきや意識障害の程度を確認 ・随伴症状： 頻脈、低血圧、乾燥、蒼白、皮膚弾力性低下、嘔気、嘔吐、下痢、倦怠感、意識障害、けいれんなど ・時系列経過： 症状が出現してからの経過を確認、症状の変化(症状が改善しているか、悪化しているか、一定のままか)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・精神症状(錯乱、幻覚、せん妄) ・大泉門陥没の有無(乳幼児) ・眼瞼のくぼみ ・口腔粘膜の乾燥、舌苔、ひび割れ ・頸静脈の虚脱状態(怒張の程度) ・呼吸音異常、心音異常、頻脈 ・腹部膨満、腸蠕動音の減弱・消失、自発痛や圧痛の有無 ・表在性静脈の虚脱 ・皮膚乾燥、緊張度、弾力性 ・筋力、筋緊張、筋けいれん</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査 ・尿検査(尿蛋白、尿糖、ケトン体) ・血液検査(電解質、炎症反応、血糖値、栄養状態、腎機能) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、便、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査 ・CT ・MRI</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法法の準備・管理、薬物療法法の準備・管理など ・利尿薬の効果と副作用の確認 ・使用薬剤の副作用症状の確認</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【水分補給】</b> ・経口摂取の確保(水、白湯、電解質飲料) ・嘔吐症状が強い場合は、1回の水分摂取量を少量とし、こまめに水分摂取を促す ・経口摂取が困難な場合、含嗽、口唇を潤す</p> <p><b>【ナトリウム(Na)の補給】</b> ・食事内容の工夫 ・悪阻による吐きけ、嘔吐症状が強い場合、空腹を避ける食事摂取、水分摂取方法の工夫を支援 ・脱水を起こしやすい諸症状(嘔吐、下痢)の予防</p> <p><b>【水分出納のチェック】</b> ・水分摂取量、食事摂取量、輸液量、尿量の記載 ・時間ごとの水分出納バランスを確認する ・体重測定は時間を決め、同じ時刻と条件下で行う</p> <p><b>【環境整備による水分・塩分喪失の防止】</b> ・室温、湿度の調整 ・寝具、寝衣の調整 ・部屋の換気 ・心身の安静(安楽な体位、不安に対する支援、活動レベルに応じたセルフケア支援)</p> <p><b>【皮膚・粘膜の保護】</b> ・保清(清拭、洗髪、陰部洗浄) ・保湿剤による皮膚の保護(リップクリーム含む) ・含嗽を行う(嘔吐後は含嗽を促す) ・下痢が頻回の場合、殿部の皮膚状態の観察と排泄毎の洗浄、保湿 ・体位変換 ・褥瘡予防具の使用(マットレスの工夫)</p> <p><b>【転倒に伴う事故防止】</b> ・点滴ルートの確認 ・ベッドの高さ、ベッド柵の確認 ・ベッド周りの環境整備 ・起き上がり、立ち上がり時のふらつきの有無の観察と、歩行支援 ・ゆっくり起き上がる、立ち上がることを支援 ・自覚症状の悪化、軽快の有無</p>

表1 症候別看護

表1-16 黄疸

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>黄疸</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 急性肝不全、胆管閉塞(胆管結石、胆管がん)、溶血性貧血(例：自己免疫性溶血性貧血)、急性膵炎、劇症肝炎など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・ウイルス性肝炎の既往歴(新生児) 母乳栄養、低出生体重、早産</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから皮膚や目が黄色くなり始めたか、発症の誘因に心当たりはあるか(右上腹部痛、発熱、薬剤使用、アルコール摂取歴の有無など) ・寛解・増悪： 黄疸が悪化する要因について(食事、薬剤の服用など) 改善する要因について(薬物治療、禁酒、胆管ドレーン後など) ・性質・強さ： 黄疸の程度の確認 ・部位： 黄疸が見られる部位(眼球結膜、皮膚全体、手掌、足底など) ・随伴症状： 食欲不振、吐きけ、嘔吐、胆石症、そう痒感、ビリルビン尿、白色便、発熱、倦怠感、体重減少など ・時系列経過： 症状の出現時間とその後の経過を確認 症状の持続時間(持続的か、断続的か) 黄疸が進行する速度(急速か、緩徐か) 治療後の症状の変化について</p> <p><b>【身体所見】</b> ・活動的あるいは非活動的な不安・興奮状態(錯覚や幻覚による異常行動)、記憶力障害、構音障害の有無 ・眼瞼結膜蒼白の有無、眼球黄染の有無 ・頸部痛の有無 ・頸静脈怒張 ・甲状腺の腫大の有無 ・心音・呼吸音の異常の有無、胸部症状の有無 ・腹部膨満の有無、筋性防御の有無、腸蠕動音の減弱・亢進の有無、右季肋部痛の有無、自発痛・圧痛の有無、反跳痛の有無、腹水の有無と程度 ・クモ状血管腫、手掌紅斑、腹壁静脈の怒張 ・下浮腫の有無 ・羽ばたき振戦 ・協調運動障害 ・筋緊張の消失あるいは筋硬直 ・失禁の有無 ・顔面、体幹部、四肢の黄染の有無、皮膚そう痒感</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査(腹部) ・尿検査(尿中ビリルビン) ・血液検査(肝機能、炎症反応、貧血、出血傾向、凝固系の異常、栄養状態) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査 ・CT ・MRI ・胆管造影検査、膵胆管造影検査 ・経皮経胆管造影検査、内視鏡的逆行性膵胆管造影検査 ・腹腔鏡下肝生検 ・選択的腹腔動脈造影 ・脳波(三相波、徐波化)</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法の準備・管理、薬物療法の準備・管理など ・PTCD(経皮経肝胆道ドレーン)の管理(挿入部の発赤の有無、バッグの位置) ・痙痛発作に対する鎮痛薬の使用と効果の把握 ・医師の指示に基づく緩下剤の内服</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【苦痛の緩和】</b> ・痛みの部位、性質、程度の把握 ・安静臥床の保持 ・腹部膨満がある場合、体位の工夫と体位変換(ファウラー位、腹部の緊張を和らげる体位)</p> <p><b>【環境整備】</b> ・室温、湿度の調整 ・衣類、掛物の調整 ・睡眠環境の調整</p> <p><b>【排便・排尿コントロール】</b> ・便秘を予防する食品選択 ・腹部マッサージや腰部の温電法 ・安静度の範囲内で運動を支援 ・排尿を促し、尿中からのビリルビン排出を促進する</p> <p><b>【皮膚・粘膜の清潔と保護(そう痒感と二次出血の予防)】</b> ・2%重曹水による清拭 ・皮膚の保湿 ・爪を切る ・吸湿性のある衣類の選択 ・やわらかい歯ブラシの使用</p> <p><b>【院内感染予防】</b> ・手指、機器、器具の消毒 ・適切な方法による汚染物質の処理と破棄</p> <p><b>【食事療法】</b> ・肝底護食(高タンパク、高カロリー、高ビタミン、良質脂肪食) ・肝性脳症の恐れがある場合はタンパク質を制限する ・分割食(腹部膨満がある場合は、分割食にする) ・嗜好に合わせた食事内容の工夫 ・医師の指示に基づく水分、塩分制限</p> <p><b>【生活支援】</b> ・禁酒 ・禁煙 ・安静支援 ・爪切り、歯ブラシの選択、衣類の選択について患者と家族に説明する ・排便コントロールの必要性と方法の説明 ・感染予防の具体的な方法の説明</p> <p><b>【心理的な支援】</b> ・長期の安静に伴う苦痛や不安に対する支援 ・ボディイメージの変化に対する支援 ・気分転換方法を見つける ・衣類の工夫 ・感染に対する不安に対する支援</p>

表1 症候別看護

表1-17 咳嗽・喀痰

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p>咳嗽・喀痰</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： うっ血性心不全、気道異物、重症気管支喘息、肺塞栓症、結核など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・水分出納バランス(食事摂取量、水分摂取量、尿量)</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから咳や痰が出始めたか(1週間前、突然昨日からなど) 咳の期間による分類(急性咳嗽：3週間以内発症、遷延性咳嗽：3～8週間、慢性咳嗽：8週間以上) どのような状況で発症したか(突発的な咳、アレルギー反応、異物誤嚥など) ・寛解・増悪： 咳や痰が悪化する要因について(寒冷、乾燥、ほこり、タバコの煙、花粉、体位にて悪化する、運動後に増悪など) 軽減する要因について(水分摂取、加湿、薬剤など) ・性質・強さ： 乾性咳嗽か、湿性咳嗽か どのくらいの頻度か ・部位： 咳嗽や不快感が特定の部位に関連しているか(胸部の圧迫感や痛み、喉の違和感や異物感) 痰の出所(喉からの痰、気道からの痰の違いを確認) ・随伴症状： 咳嗽・喀痰に関連する症状(発熱、呼吸困難、胸痛、喘鳴、鼻汁、鼻閉、疲労、睡眠障害など) 喀痰の性状(透明または白色痰、黄色または緑色痰、血性痰) 喀痰の量(少量か、多量か) ・時系列経過： 症状が出現してからの経過を確認(一日中続くのか、特定の時間帯だけか) 治療後の変化(薬剤や吸入療法の効果を確認)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・意識障害の有無、眼瞼浮腫の有無、眼球黄染の有無、眼瞼結膜蒼白の有無 ・結膜充血、後鼻漏の有無、口腔粘膜の乾燥、咽頭発赤、咯血の有無 ・頸静脈怒張、リンパ節腫脹、気管偏位の有無 ・呼吸音の異常(喘鳴、湿性ラ音、乾性ラ音) ・胸部打診音(鼓音・濁音の有無) ・胸部の変形や異常(樽状胸郭、努力呼吸の有無) ・肝腫大や腹水の有無 ・浮腫(両側性、片側性) ・チアノーゼ、発疹、ばち指 ・腹部膨満や、腸蠕動音の減弱・亢進</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・気道過敏性検査、アレルギーテスト・呼吸機能検査 ・超音波(エコー)検査 ・喀痰培養、細菌検査、細胞診、細胞分画 ・尿検査 ・血液検査(炎症反応) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査(胸部) ・CT ・MRI ・気管支鏡検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法の準備・管理、薬物療法の準備・管理など ・酸素投与 ・去痰薬、鎮咳薬の内服と副作用症状の確認 ・吸入療法(超音波、コンプレッサー、MDI、DPI) ・指示に基づく緩下剤の与薬</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【苦痛の緩和】</b> ・体位の工夫(側臥位、起座位) ・腹部に創部がある場合、創部を押さえながら咳嗽ができるように支援する ・上気道への刺激を緩和するために、気道を潤わさせる(飴をなめる、あたたかい飲み物を摂取する) ・水分摂取を促す(炭酸飲料は腹部膨満につながるため避ける) ・深呼吸を促す ・呼吸理学療法の実施 ・体位ドレナージ</p> <p><b>【日常生活援助】</b> ・食事の援助(分割食、高エネルギー食) ・食事摂取時は、誤嚥を予防するためにファウラー位から座位の姿勢を保つ ・口腔ケアの実施(難しい場合、含嗽だけでも行う) ・睡眠の援助 ・症状に合わせた活動を支援(酸素消費量の増大に注意) ・セルフケア不足への支援 ・排便コントロールのための腹部マッサージや指示に基づく緩下剤の与薬</p> <p><b>【環境調整】</b> ・定期的な換気 ・たばこのにおいや香料による刺激を最小限にする ・マスクの着用</p> <p><b>【退院支援】</b> ・アレルギーの除去 ・症状再燃時の対処方法を伝える ・禁煙 ・長期的に用いる薬剤管理 ・基礎疾患の治療 ・外出時はマスクを着用する(感染予防、刺激の緩和)</p>

表1 症候別看護

表1-18 吐血・咯血

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
吐血・咯血	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： (吐血) 食道静脈瘤破裂、消化管穿孔、脳血管障害、大動脈解離など (咯血) 肺がん、結核、気管支拡張症、肺動静脈奇形、肺塞栓症など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・最終飲食の時刻 ・刺激物摂取、異物誤飲の有無 ・消炎鎮痛薬、ステロイド薬の使用の有無 ・精神的ストレスの有無</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： 発症の時刻を確認、どのような状況で症状が出始めたか(安静時か、運動中か)、特定の行動(咳嗽、嘔吐、体位変換)後に出現したか ・寛解・増悪： 症状の増悪要因(咳嗽、深呼吸、体位変化、食事摂取、アルコール摂取など) 症状が軽減する要因(水分摂取、安静、特定の薬剤(制酸薬、鎮咳薬)) ・性質・強さ： 出血の性状について 吐血(色調:暗赤色、コーヒー残渣様、鮮血など、食物残渣の有無) 咯血(色調:鮮紅色、泡を伴う、粘稠性のある痰に混入など) 量:コップ1杯などを目安で記録、頻度(断続的か持続的か) ・部位： 吐血(胸部や上腹部から込み上げる感覚) 咯血(喉や気管支から出る感覚) ・随伴症状： 吐血(めまい、倦怠感、嘔気、嘔吐、上腹部痛、黒色便など) 咯血(咳嗽、喉の違和感、呼吸困難、体重減少など) ・時系列経過： 症状が出現してからの経過を確認、 出血は持続的か断続的か、 出血が増減しているか(量、頻度、性状の変化)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・意識障害の有無、眼瞼結膜の蒼白、眼球黄染の有無 ・血液の付着の有無(吐血の場合は暗赤色、咯血の場合は鮮紅色の血液が付着している場合がある) ・出血源の特定:口腔内や咽頭の病変 ・頸静脈怒張、リンパ節腫脹の有無、気管偏位 ・呼吸音の異常、頻脈の有無、心雑音 ・打診音(濁音、鼓音) ・腹部膨満、腸蠕動音の亢進や減弱、自発痛、圧痛の有無、肝腫大 ・末梢チアノーゼ、ばち指、浮腫、蒼白、黄疽</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査 ・尿検査 ・血液検査(貧血、出血傾向、肝機能、腎機能、電解質) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査(胸部、腹部) ・CT ・MRI ・上部消化管内視鏡検査 ・胸腔鏡検査 ・中心静脈圧(CVP) ・血管造影検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保 ・酸素療法法の準備・管理、薬物療法法の準備・管理など ・静脈路の確保とルート管理 ・輸血、輸液の管理(循環血液量の維持) ・胃管カテーテルを挿入し、内容物の吸引を行う ・食道静脈瘤からの出血の場合、S-Bチューブ挿入の介助と管理(EIS、EVLの介助) ・食道静脈瘤からの出血に対するバゾプレッシンの点滴静注 ・呼吸状態の悪化、気道閉塞が疑われた場合は、挿管、気管切開ができる準備と介助 ・止血薬、H2受容体拮抗薬、プロトンポンプ阻害薬、鎮咳薬、去痰薬の内服と副作用症状の確認 ・血液製剤</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【苦痛の緩和】</b> ・安静の保持(安楽な体位の保持、吐物を誤嚥してしまわないように可能であれば側臥位とする) ・呼吸苦がある場合、ギャッチアップを行う ・大量喀血時は患側肺を下にした側臥位をとる ・血圧低下時はショック体位をとる ・心窩部の冷罨法 ・必要時、吸引を行う ・吐きけ症状が落ち着いたら、含嗽を促す</p> <p><b>【環境調整】</b> ・寝具が血液で汚染された場合、シーツ交換を行う ・騒音、光刺激の除去</p> <p><b>【呼吸運動の調整を支援】</b> ・規則正しい静かな呼吸 ・あくびの禁止 ・くしゃみの防止</p> <p><b>【日常生活援助】</b> ・食事の援助(絶飲食、流動食) ・口腔ケアの実施(難しい場合、含嗽だけでも行う) ・睡眠の援助 ・症状に合わせた活動を支援(心身の安静の必要性を説明) ・セルフケア不足への支援 ・症状が持続する不安に対する支援(検査処置、治療の説明) ・排便コントロールに向けた支援 ・コミュニケーションの工夫(筆談、文字盤)</p> <p><b>【感染予防】</b> ・血液汚染した寝具や器具の取り扱いに留意する</p> <p><b>【退院支援】</b> ・禁煙 ・長期的に用いる薬剤管理 ・基礎疾患の治療</p>

表1 症候別看護

表1-19 チアノーゼ

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
チアノーゼ	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 肺塞栓症、先天性心疾患（右左シャント：ファロー四徴症など）、中毒（例：一酸化炭素中毒、メトヘモグロビン血症）、重症感染症（敗血症によるショック）など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴（併存疾患含む）、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い、言動・理解 ・最終飲食の時刻、最終排便の時刻</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道（発声の有無） ・呼吸（数、様式、リズム） ・循環（脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗） ・意識障害の有無 ・バイタルサイン（酸素飽和度を含む） ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： 発症時刻を確認 どのような状況で症状が出現したか、発症前に特定の誘因があるか（激しい運動、外傷、感染症、薬剤摂取、入浴、運動、哺乳、排便との関係など） ・寛解・増悪： 症状が悪化する要因について 運動や寒冷環境で悪化するか（末梢性チアノーゼ）、深呼吸や酸素投与で改善しない場合（中心性チアノーゼ）の可能性 ・性質・強さ： チアノーゼが現れている部位について 中心性：口唇、舌（低酸素血症を示唆） 末梢性：指先、足先、耳朵（末梢循環不全を示唆） ※チアノーゼが全身に広がっているか局所的かを確認 ・随伴症状： 息切れ、呼吸困難、咳嗽、胸痛、頻脈、不整脈、意識障害、混乱、倦怠感、蒼白、冷感、紫斑や点状出血 ・時系列経過： 症状初期から現在までの進行状況を確認、症状が持続しているか（持続的か断続的か）、症状の頻度や範囲を確認</p> <p><b>【身体所見】</b> ・中心性チアノーゼ（口腔粘膜、舌、体幹）、末梢性チアノーゼ（手指、足趾） ・意識障害の有無、眼瞼結膜の蒼白、眼球黄染の有無 ・血液の付着の有無（吐血の場合は暗赤色、喀血の場合は鮮紅色の血液が付着している場合がある） ・出血源の特定：口腔内や咽頭の病変 ・頸静脈怒張、リンパ節腫脹の有無、気管偏位 ・呼吸音の異常、頻脈、不整脈の有無、心雑音 ・打診音（濁音、鼓音） ・腹部膨満、腸蠕動音の亢進や減弱、自発痛、圧痛の有無、肝腫大 ・ばち指、浮腫、蒼白、点状出血や紫斑、黄疽</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・血液検査（電解質、炎症反応、貧血、出血傾向） ・CT ・MRI/MRA ・X線検査 ・脳波 ・各種培養検査（髄液） ・バレー徴候 ・徒手筋力テスト（MMT） ・眼振、眼球運動の診察 ・鼻指鼻試験、踵膝試験 ・神経伝導検査 ・筋電図</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・薬物療法の準備・管理など</p> <p>（緊急性のあるチアノーゼ） ・全身性のチアノーゼで急激なバイタルサインの異常を伴う場合は、ショック状態に準じた対応を行う ・急激に起こった末梢性のチアノーゼに対しては、急性の動脈狭窄または動脈塞栓と考えると、超音波（エコー）・血管造影などの検査、血栓溶解などの治療が行える準備を整え、検査・治療の介助を行う ・気道閉塞による呼吸不全が原因の場合は、心肺蘇生を開始する。 ・原因物質の曝露によるアレルギーによるアナフィラキシーショックの場合、患者がエピペンを所有していれば速やかに使用する。</p> <p><b>【酸素療法の管理】</b> ・気道内分泌物を除去するためのネブライザー、排痰法、吸引の実施 ・酸素療法 ・人工呼吸による治療の支援（NPPVの管理）</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【安静の保持】</b> ・酸素消費量を増やさないようにベッド上安静を保つ ・安楽な体位の保持（起座呼吸） ・睡眠の確保 ・排便コントロール</p> <p><b>【環境調整】</b> ・適切な温度と湿度 ・活動耐性に合わせた環境作り</p> <p><b>【日常生活援助】</b> ・保清、口腔ケアの実施 ・薬物療法の管理 ・症状の増悪因子の理解と対処方法獲得に向けた支援 ・食事療法の支援</p> <p><b>【呼吸リハビリテーション】</b> ・心肺機能、筋力低下を予防するためのリハビリテーション ・活動耐性に応じたリハビリテーション</p> <p><b>【不安の緩和】</b></p>

表1 症候別看護

表1-20 不整脈

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
不整脈	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか 致死性不整脈や完全房室ブロックの所見が疑われる場合は速やかに応援を要請する</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない不整脈： 心室細動(VF)、無脈性心室頻拍(VT)、トルサード・ド・ポアンツ(TdP)、無脈性電気活動(PEA)、完全房室ブロック(Ⅲ度房室ブロック)、心房粗動(Atrial Flutter)での高心室応答、頻脈性不整脈による心不全、多形性心室頻拍、心房細動(AF)に伴う血行動態不安定、上室性頻拍(SVT)による血行動態不安定</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・最終飲食の時刻、最終排便の時刻</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから不整脈が始まったか、突然なのか徐々に進行したのか、環境の変化との関連性(内服の有無、生活習慣の変化)、どのような状況で気づいたか(日中の活動中、休息中、排便時など具体的な状況を確認) ・寛解・増悪： 不整脈の増悪因子(ストレス、緊張状態、睡眠不足、過労、労作時カフェインやアルコールの多飲、喫煙、薬剤)、不整脈の改善因子(ストレス管理、十分な睡眠、安静の保持、適度な運動、アルコールの節制、禁煙) ・性質・強さ： 性質(頻脈性不整脈、徐脈性不整脈、期外収縮)、脈が飛ぶ、脈の乱れの自覚 ・部位： 胸部の痛みや圧迫感、左肩や顎への放散痛、部位の広がり、左右差 ・随伴症状： 胸痛、息切れ、呼吸困難感、チアノーゼ、めまい、ふらつき、立ちくらみ、けいれん、失神、顔面蒼白、倦怠感、虚脱感、易疲労感、吐きけ、冷汗、四肢冷感、尿量減少 ・時系列経過： 症状が発生する時間帯や頻度(朝、夜間、特定の状況下)、症状の持続時間(一時的か、断続的か、持続か)、発症から現在までの変化(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・顔面蒼白、チアノーゼ、呼吸困難、努力呼吸、頸静脈怒張、中心静脈圧(怒張・拍動点の高さ)、意識消失、甲狀腺の腫大、眼球突出 ・頻脈、徐脈、I音の減弱、III音聴取、心雑音、振戦(スリル)、心尖拍動の位置と大きさ、傍胸骨拍動(右室負荷の所見)の有無、肺野の水泡音 ・末梢冷感、下肢の浮腫(程度、左右差)、肝腫大、アレテスト、CRT延長、ホーマンズ徴候</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・致死性不整脈(VF、VT、TdP) ・緊急性の高い不整脈(心室頻拍および徐脈、房室ブロック(Ⅱ度、モビッツⅡ型、Ⅲ度)、心室性期外収縮(RonT、連発、多源性、頻発) ・治療を要するもの(心房細動、心房粗動、発作性上室性頻拍) ・経過観察が必要なもの(房室ブロック(Ⅰ度)、軽度洞性徐脈および頻脈) ・超音波(エコー)検査(心臓) ・尿検査 ・血液検査(炎症反応、血中脂質、凝固系の異常、Dダイマー) ・動脈血ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査(胸部) ・CT ・MRI ・心臓カテーテル検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有</p> <p><b>【重症不整脈発見時の処置・介助】</b> ・致死性不整脈出現時 胸骨圧迫とAED(電気的除細動) ・発作性の頻拍発作出現時 迷走神経刺激法(息をこらえる、動脈洞圧迫法、眼球圧迫法、冷たい水を飲む、冷水に顔をつける)</p> <p><b>【緊急処置の準備および介助】</b> ・救急薬品、気管挿管セットなどの救急カートの準備 ・12誘導心電図の準備と装着</p> <p><b>【静脈路の確保】</b> ・末梢静脈 ・骨髄路</p> <p><b>【輸液の準備と管理】</b> ・抗不整脈薬 ・強心薬 ・β遮断薬</p> <p><b>【呼吸管理】</b> ・酸素吸入 ・挿管準備と介助 ・気管切開の準備と介助</p> <p><b>【検査、治療に伴う処置時の援助】</b> ・動脈ライン ・スワン・ガンツカテーテル挿入 ・バルーンカテーテル挿入</p> <p><b>【手術療法時の術前・術後管理】</b> ・カテーテル焼灼術 ・ペースメーカー植込込み術</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【苦痛や不安に対する援助】</b> ・安楽な体位 ・検査、治療、処置に対する説明 ・疼痛緩和(薬剤の使用や鎮静を含む) ・治療に伴う苦痛の増悪因子の除去 ・環境整備とプライバシーの配慮 ・家族への説明と声かけ</p> <p><b>【事故防止】</b> ・転落防止(ベッド柵の位置、高さの調整) ・カテーテル事故除去予防(カテーテルの整理、患者への説明) ・最小限の身体拘束と拘束が必要な場合、家族の了承を得る</p> <p><b>【感染予防】</b> ・無菌操作(カテーテル感染の予防) ・保清、口腔ケア ・環境整備</p> <p><b>【不整脈出現の誘因の軽減】</b> ・器質的原因疾患(心筋梗塞、高血圧、心不全など)の治療とコントロール 内服コントロール、心臓リハビリテーション ・機能的な原因疾患(高・低カリウム血症、スポーツ心臓など)の治療とコントロール、食事、排便、睡眠、安静度 活動と運動のバランス、食事、排便</p> <p><b>【栄養管理】</b> ・経腸栄養、経静脈栄養によるエネルギー管理</p> <p><b>【日常生活支援】</b> ・不整脈の原因、治療方法について説明する ・不整脈の発生を予防するための原因疾患コントロールの必要性を説明する ・前駆症状の理解と不整脈出現時の対処方法、受診のタイミングを説明する ・食事、睡眠、排便コントロール方法の検討を行う ・禁煙の必要性を説明する ・活動制限の必要性和活動時の留意点について説明する</p>

表1 症候別看護

表1-21 下血

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p style="text-align: center;">下血</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 上部消化管出血、上腸間膜動脈閉塞症、大動脈(ステント)消化管瘻、消化管穿孔、腸重積</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・最終飲食の時刻、最終排便の時刻</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから下血が始まったか、突然なのか徐々に進行したのか、事故や外傷、手術、環境の変化との関連性(内服の有無、生活習慣の変化)、どのような状況で気づいたか(日中の活動中、休息中、排便時など具体的な状況を確認) ・寛解・増悪： 下血の悪化要因(脂肪分の多い食事や刺激物の摂取、ストレス、感染症、自己免疫疾患の急性増悪、薬剤、睡眠不足、便秘、悪性腫瘍、痔核の有無)、下血の改善要因(食事管理、ストレス管理、適切な治療、十分な睡眠時間、排便コントロールの確立、定期的な健診) ・性状・量： 性状(タール便、血便、粘血便)、出血量 ・部位： 胸痛や背部痛(食道静脈瘤破裂や食道がん)、みぞおちや上腹部痛(胃・十二指腸潰瘍、胃がん)腹部全体の痛み(小腸潰瘍、メッケル憩室)、下腹部痛(大腸がん、虚血性大腸炎、潰瘍性大腸炎)、排便時痛(裂肛、痔核) ・随伴症状： めまい、ふらつき、息切れ、頻脈、血圧低下、顔面蒼白、冷汗、腹痛、胸痛、腹部膨満感、発熱、便秘、下痢、体重減少、吐きけ、嘔吐、関節痛、皮疹、腹膜刺激症状 ・時系列経過： 症状が発生する時間帯や頻度(朝、夜間、空腹時や食後などの特定の状況下)、症状の持続時間(一時的か、断続的か、持続か)、発症から現在までの変化(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・顔面蒼白、冷汗、チアノーゼ ・肛門周囲膿瘍 ・下腹部膨満、末梢冷感、ツルゴール低下、皮膚の乾燥、CRT延長 ・頻脈、血圧低下、腸蠕動音の亢進および減弱</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査 ・尿検査 ・便潜血検査 ・血液検査(貧血、出血傾向、電解質、栄養状態、肝機能) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査(胸部、腹部) ・CT ・MRI ・下部消化管内視鏡検査</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法の準備・管理 ・薬物療法の準備・管理 ・輸液による循環血液量の維持 ・輸血管理</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【苦痛の緩和】</b> ・安静の保持(安楽な体位の保持、下血時は側臥位) ・血圧低下時はショック体位をとる ・吐きけ症状が落ち着いたら、含嗽を促す</p> <p><b>【環境調整】</b> ・寝具が血液で汚染された場合、シーツ交換を行う ・騒音、光刺激の除去</p> <p><b>【薬剤管理】</b> ・止血薬、H2受容体拮抗薬、プロトンポンプ阻害薬、鎮咳薬、去痰薬の内服と副作用症状の確認</p> <p><b>【感染予防】</b> ・血液汚染した寝具や器具の取り扱いに留意する</p> <p><b>【日常生活援助】</b> ・食事の援助(絶飲食、流動食) ・口腔ケアの実施(難しい場合、含嗽だけでも行う) ・睡眠の援助 ・症状に合わせた活動を支援(心身の安静の必要性を説明) ・セルフケア不足への支援 ・症状が持続する不安に対する支援(検査処置、治療の説明) ・排便コントロールに向けた支援</p> <p><b>【療養生活】</b> ・禁煙 ・長期的に用いる薬剤管理 ・基礎疾患の治療 ・前駆症状が生じた場合の対処方法について説明する</p>

表1 症候別看護

表1-22 排尿異常(無尿・乏尿・頻尿)

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p style="text-align: center;">排尿異常 (無尿・乏尿、頻尿)</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患(無尿・乏尿、頻尿): 急性尿閉、腎不全、心不全、尿路感染症、膀胱がん、前立腺がん</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・最終飲食の時刻、最終排便の時刻 ・排尿状態の変化(回数、時間、尿量、尿性状) ・食事摂取量、水分摂取量</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転: いつから排尿異常が始まったか、突然なのか徐々に進化したのか、事故や外傷、手術、環境の変化との関連性(神経系の障害、筋肉の異常、尿路の物理的障害、ホルモンの異常)、どのような状況で気づいたか(日中の活動中、休息中など具体的な状況を確認) ・寛解・増悪: 排尿異常を悪化させる要因は何か(塩分の過剰摂取、長時間の立位や座位、過度のカフェインやアルコール摂取、ストレス、糖尿病、心不全、腎不全、尿崩症、膀胱炎、尿路感染症、神経因性膀胱、前立腺肥大症)、排尿異常を改善させる要因は何か(適切な水分摂取、規則正しい排尿習慣、骨盤底筋訓練、ストレス管理) ・性質・強さ: 性質(蓄尿障害、排出障害)、乏尿(400ml以下/日の排尿)、無尿(100ml以下/日の排尿)、多尿(2500ml以上/日の排尿)、頻尿(日中覚醒時の排尿回数が8回以上、夜間就寝中に覚醒しての排尿回数が2回以上)、排尿時痛、背部痛、残尿感 ・部位: 膀胱、尿道括約筋、神経系、前立腺 ・随伴症状: 尿回数の増加および減少、尿意切迫感、排尿困難、残尿感、尿失禁、排尿時痛、発熱、血尿、浮腫、体重増加、体重減少、呼吸困難、頭痛、腹部および腰背部痛、食欲不振、吐きけ、嘔吐、下痢、倦怠感、疲労感(乏尿・無尿) ・浮腫、体重増加、呼吸困難、頭痛、腰背部痛、食欲不振、吐きけ、嘔吐、下痢、倦怠感 (頻尿) ・排尿痛、残尿感、血尿、排尿困難、発熱、夜間頻尿、失禁、腹痛・側腹部痛、倦怠感や疲労感、浮腫、体重減少や口渇 ・時系列経過: 症状が発生する時間帯や頻度(朝、夜間、特定の状況下など)、症状の持続時間(一時的か、断続的か、持続しているか)、発症から現在までの変化(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・反応性関節炎の所見(結膜炎、口腔内潰瘍、手掌、足底、爪周囲の小胞または痴皮病変、関節の圧痛)、会陰部の炎症または病変や膣または子宮頸管に分泌物の有無、陰茎の病変および分泌物の有無、下腹部の膨隆、血尿、混濁尿、濃縮尿、皮膚ツルゴールの低下 ・圧痛および腫脹(腰背部、側腹部、腹部、精巣および精巣上体)、前立腺の大きさと硬さ ・膀胱の聴性打診による尿の確認、臥位と立位での血圧・脈拍の変化(起立性変化)</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査 ・尿検査(赤血球、白血球、尿蛋白、尿潜血、ケトン体、尿比重、電解質) ・血液検査(電解質、腎機能、肝機能、炎症反応、貧血、血糖値) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査 ・X線検査 ・CT ・MRI ・膀胱鏡検査 ・排泄性腎盂造影 ・逆行性腎盂造影</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・酸素療法準備・管理、薬物療法準備・管理など</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> 【安静・保温:腎血流量の増加】 ・制限に応じた日常生活援助 ・室温の調整</p> <p>【食事制限に対する支援】 ・水分制限に合わせた水分摂取量の調整 ・タンパク制限食(クレアチニン(Cr)の値に留意しながら) ・高カロリー食 ・必要時、ナトリウムやカリウムを軽減した食事の工夫 ・可能な範囲で嗜好に合わせた食事の提供や食事環境の調整を行う ・禁煙</p> <p>【輸液療法の管理】 ・利尿薬、強心薬の正確な投与と副作用症状の確認</p> <p>【排尿コントロール】 ・排尿日誌の記録 ・膀胱訓練の実施</p> <p>【排便コントロール】 ・便秘の予防と排便コントロール方法の調整</p> <p>【ストレス緩和に向けた支援】 ・心因性頻尿の場合、尿意があった時に我慢できるようにセルフケアの支援を行う</p> <p>【感染予防】 ・膀胱留置カテーテルからの逆行感染を予防する ・適宜、トイレ誘導を行う ・皮膚および陰部の保清、陰部洗浄を行う</p> <p>【生活習慣の改善】 ・カフェインやアルコールの摂取を控える ・長期的に用いる薬剤管理 ・基礎疾患の治療</p> <p>【心理・社会的苦痛の緩和】</p>

表1 症候別看護

表1-23 浮腫

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p style="text-align: center;">浮腫</p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： (局所的浮腫) 深部静脈血栓症やリンパ浮腫など (全身性浮腫) 心不全、腎不全、肝硬変、甲状腺疾患、薬剤性など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・最終飲食の時刻、最終排便の時刻 ・月経歴と妊娠の有無</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから浮腫が出現したか、突然なのか徐々に進行したのか(静脈性浮腫、リンパ浮腫)、事故や外傷、手術、環境の変化(災害時、車中泊)との関連性、どのような状況で気づいたか(日中の活動中、休息中など具体的な状況を確認) ・寛解・増悪： 浮腫が悪化させる要因は何か(塩分の過剰摂取、長時間の立位や座位、栄養状態の悪化、心不全、腎不全、肝不全、広範囲熱傷、局所の炎症)、浮腫を改善させる要因は何か(塩分制限、適度な運動、弾性ストッキングの着用、下肢の挙上、適切な水分補給) ・性質・強さ： 性質(圧痕性、非圧痕性)、強さ(長時間立っていた後に足がむくむ程度、靴がきつくなったり足が重くなって日常生活に支障を及ぼすことがある程度、足の腫脹が強く日常生活が困難になる程度)、圧痕の深さによる浮腫のアセスメントスケール、周径の測定 ・部位： 左右差、範囲、全身、足(腓骨前面や足首)、手(手や指)、顔(眼瞼や目のまわり)、腹部、陰囊 ・随伴症状： 体重増加、疲労感、脱力感、動悸、息切れ、呼吸困難、吐血、咯血、疼痛、圧迫感、皮膚の発赤・熱感・疼痛、しびれ、麻痺、食欲低下、吐きけ、嘔吐、便秘、下痢、尿量減少、蛋白尿、運動障害(指趾の屈曲や手指把握の困難)、精神症状(不安、不快感、イライラ感) ・時系列経過： 症状が発生する時間帯や頻度(朝、夜間、特定の状況下など)、症状の持続時間(一時的か、断続的か、持続か)、発症から現在までの変化(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・発赤、褐色調色の皮膚、熱感、冷感・黄疸、皮下出血、クモ状血管腫、頸静脈怒張、中心静脈圧の上昇、片側の下肢の腫脹と圧痛、チアノーゼ、乾燥、皮膚弾力性低下、四肢周囲径の増大、腹囲の増大 ・心臓の振戦、突出、傍胸骨部の挙上、非同期性の異常収縮期膨隆、肝腫大、脾腫、腹部腫痛 ・呼吸音の減弱または増強、断続性ラ音、類鼾音、および胸膜摩擦音、II音(S2)肺動脈弁成分増強、心雑音、心膜摩擦音、血圧上昇 ・濁音界、腹水</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査(心臓) ・尿検査(尿蛋白、尿比重、電解質) ・血液検査(栄養状態、肝機能、腎機能、電解質、炎症反応、ホルモン値) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、血液、髄液など) ・組織検査(腎生検) ・X線検査(胸部、腹部) ・CT ・MRI ・静脈圧測定(CVP) ・下肢静脈造影 ・内分泌機能検査(負荷試験)</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・転落、打撲などの二次的外傷や舌咬傷の防止(危険物の除去、ヘッド柵の保護) ・酸素療法法の準備・管理、薬物療法法の準備・管理など</p> <p><b>【急性うっ血性心不全に対する応急処置】</b> ・上体挙上と安静の保持 ・気道確保と酸素投与 ・静脈路の確保 ・利尿薬、強心薬、血管拡張薬の確実な投与</p> <p><b>【胸水、腹水に対する処置の介助】</b> ・胸腔穿刺、腹水穿刺の介助と観察</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【安静の保持と体位の工夫】</b> ・活動制限に合わせた日常生活援助 ・腹水、胸水、肺水腫がある場合、座位、半座位をとり呼吸面積を広くする ・末梢に浮腫がある場合は、浮腫がある四肢を挙上する ・長時間の同一体位を避ける</p> <p><b>【食事療法】</b> ・塩分制限、水分制限 ・タンパク質とエネルギーを補給することができる食事内容の工夫</p> <p><b>【保温】</b> ・衣類、寝具の調節 ・室温の調節 ・必要時、温罨法を行う</p> <p><b>【皮膚・粘膜の清潔と保護】</b> ・口腔ケア ・皮膚の保湿、陰部洗浄 ・擦傷、打撲、外傷を予防するために、やわらかい寝衣、寝具類を選択する ・爪を切る</p> <p><b>【褥瘡予防】</b> ・緊縛や圧迫のない衣類の選択 ・体位変換 ・特殊マットレスの使用 ・マッサージ</p> <p><b>【排便コントロール】</b> ・排便習慣の評価 ・食事療法(食物繊維の摂取、塩分制限、水分摂取) ・運動療法 ・薬物療法(下剤などの使用) ・排便時の体位と環境の配慮 ・トイレ環境の整備(プライバシーの確保や身体を支えるための補助具など)</p> <p><b>【薬物療法法の管理】</b> ・利尿薬使用時は、低カリウム血症の症状に留意する ・利尿作用による睡眠障害に留意し、内服時間の調整を行う</p> <p><b>【ボディイメージへの配慮】</b> ・安静や制限食に伴う苦痛が最小限になるように、患者の嗜好に合わせた工夫を行う ・長期療養に伴う社会復帰への不安など、患者の心理、社会的問題への支援を行う ・ボディイメージに対する患者の思いを理解し、洋服の選択などの支援を行う</p> <p><b>【自己管理の促進】</b> ・浮腫の要因、コントロール方法について説明する ・対象の生活リズムに合わせた活動、内服時間のコントロールを行う ・自宅でも継続可能な、食事内容の検討を行う</p>

表1 症候別看護

表1-24 貧血

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
<p style="text-align: center;"><b>貧血</b></p>	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> 生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 消化管出血(胃潰瘍・十二指腸潰瘍、食道静脈瘤)、悪性疾患、腎不全、再生不良性貧血、ビタミンB12欠乏症・葉酸欠乏症・自己免疫性溶血性貧血など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・月経歴と妊娠の有無 ・食事摂取量、水分摂取量</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： いつから症状が現れたか、突然なのか徐々に進行したのか、事故や外傷、環境(食事や外気に触れる時間)の変化、どのような状況で気づいたか(黒色便、血便、鼻出血、吐血、月経過多、日中の活動中、労作時など具体的な状況を確認) ・寛解・増悪： 貧血を悪化させる要因は何か(慢性的な出血、栄養不足、疲労、睡眠不足、ストレス、がん、膠原病、慢性腎不全などの慢性疾患の有無、胃切除、小腸切除に伴う吸収不全、過度な運動負荷、月経) 貧血を改善する要因は何か(栄養バランスのとれた食事、適切な治療、十分な休息、ストレス管理、定期的な運動) ・性質・強さ： 性質(疲労感、めまい、息切れ、顔色不良、動悸)、強さ(疲労感の程度、日常生活への支障の程度、疲労感やめまいを感じる頻度) ・部位： 全身(疲労感や倦怠感)、脳(めまいやたちくらみ、集中力の低下)、心臓(動悸や息切れ)、皮膚(蒼白、チアノーゼ)、筋肉(筋肉疲労)、爪(スプーン爪)、耳(拍動性耳鳴) ・随伴症状： 疲労感、めまい、頭痛、動悸、息切れ、顔色不良、冷え性、注意力や集中力の低下、眠気、食欲不振、体重減少、黄疸、感覚異常、舌の痛み ・時系列経過： 症状が発生する時間帯や頻度(朝、夜間、特定の状況下など)、症状の持続時間(一時的か、断続的な、持続的か)、発症から現在までの評価(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・皮膚・粘膜：皮膚、眼瞼結膜、爪、口腔・頬粘膜の色調 ・舌の萎縮、歯肉腫脹 ・チアノーゼ ・黄疸 ・爪の変化(スプーン爪) ・点状出血や斑状出血、若白髪、発汗 ・末梢冷感、CRT延長、脈圧低下 ・甲状腺の腫大、全身性のリンパ節腫脹、下肢の浮腫、脾腫、深部知覚障害、筋力低下 ・収縮期の心雑音、頸静脈コマ音、頻脈、低血圧、体位の変化に伴う血圧と脈拍の変化 ・頻呼吸、労作時の呼吸困難</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・超音波(エコー)検査(腹部) ・尿検査(尿蛋白、電解質、尿比重) ・血液検査(出血傾向、肝機能、腎機能、栄養状態、電解質、炎症反応) ・動脈血液ガス分析 ・各種培養検査(喀痰、尿、便、血液、髄液など) ・組織検査(骨髄生検) ・X線検査 ・CT ・MRI ・骨髄穿刺、生検</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・転落、打撲などの二次的外傷や舌咬傷の防止(危険物の除去、ベッド柵の保護) ・酸素療法法の準備・管理、薬物療法法の準備・管理など</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【食事療法】</b> ・高タンパク、高エネルギー食 ・高鉄分食 ・高ビタミン食(ビタミンB12、葉酸、ビタミンC)</p> <p><b>【安静療法法の管理】</b> ・貧血の程度に応じた活動の維持と日常生活援助を行う ・動悸、息切れ、めまいなどの症状が出現しない範囲での活動を行う(症状出現時は休息する)</p> <p><b>【保温】</b> ・室温の調整、保温器具の使用(カーペット) ・寝具、衣類の調整 ・就寝前の足浴、手浴</p> <p><b>【転倒・転落の防止】</b> ・動き始めはゆっくりとした動作で行う ・臥位から座位になる場合、ゆっくりと起き上がり、座位の状態でのめまいなどの症状が出現しないことを確認して、立ち上がる ・重症貧血がある場合、失神などを起こす可能性があるため、必ず歩行介助を行う ・転倒しにくい履物を選択する ・ベッド周囲の危険物を除去する</p> <p><b>【薬物療法法の管理】</b> ・エリスロポエチン製剤、ステロイド薬は副作用症状に留意する ・鉄剤の副作用(吐きけ、嘔吐、食欲不振、下痢、便秘)に留意し、食後の服用を勧める ・鉄剤服用中は、タンニンを含む緑茶やコーヒーの摂取を控えるように支援する ・与薬の必要性について説明し、対象に合わせた内服管理方法を検討する</p> <p><b>【輸血療法法の管理】</b> ・輸血中の副作用症状に留意する</p> <p><b>【皮膚損傷の防止】</b> ・寝具、衣類の調整 ・爪を切る</p> <p><b>【食事摂取に対する心理的支援】</b> ・ダイエット、偏食、菜食主義などの食事に対する本人の思いを理解し、実現可能な栄養摂取方法を目指す</p>

表1 症候別看護

表1-25 けいれん

症候	アセスメントの視点	観察	看護実践
けいれん	<p><b>【緊急性と重症度の判断】</b> ・生理学的に安定しているか</p> <p><b>【原因検索】</b> 見逃してはいけない疾患： 致死性不整脈、低血糖、脳血管障害、頭部外傷、髄膜炎・脳炎、熱中症、薬物中毒など</p> <p><b>【基礎情報】</b> 主訴、現病歴(併存疾患含む)、常用薬、アレルギー歴、既往歴、家族歴、嗜好、生活習慣、社会歴・職業歴、生活環境、家庭環境、海外渡航歴、システムレビュー、対象や家族などの健康に対する信念や価値観、治療に対する思い・言動・理解 ・最終飲食の時刻、最終排便の時刻 ・月経歴と妊娠の有無 ・食事摂取量、水分摂取量 ・日常生活における活動量 ・精神的ストレスの有無</p> <p><b>【症状緩和】</b> 症候原因に対する援助、随伴症状や合併症予防に対する援助、心理的負担に対する援助</p>	<p><b>【生理学的徴候】</b> ・気道(発声の有無) ・呼吸(数、様式、リズム) ・循環(脈拍、血圧、四肢冷感、冷汗) ・意識障害の有無 ・バイタルサイン(酸素飽和度を含む) ※ABCD評価を優先しつつ、バイタルサインも並行して評価する</p> <p><b>【症状の経過】</b> ・発症機転： けいれんが始まった時間、突然発症なのか徐々に発症したのか、予兆(気分変調、頭重感、めまい、食欲不振、胃部不快感、吐きけ、顔面や皮膚のしびれ、味覚異常、幻視、幻聴、幻臭、不安感)があるのか ・寛解・増悪： けいれんの誘因となる要因は何か(疲労、睡眠不足、ストレス、飲酒、体温変化、特定の光や音)、けいれんの改善因子(十分な休息、適切な水分補給、ストレス管理、規則正しい生活、適度な運動) ・性質・強さ： けいれんの性質(硬直性、間代性、硬直間代性)、けいれんの強さ(筋肉収縮の強さ、随伴症状の有無)、頻度、広がり方、重積状況 ・部位： 全身、顔面、四肢、局所的な部位、片側性か両側性か ・随伴症状： 意識障害、呼吸困難、発熱、発汗、外傷、舌咬傷、尿失禁、便失禁、頭痛、めまい、吐きけ、嘔吐、誤嚥、倦怠感、運動麻痺 ・時系列経過： けいれんが発生する時間や頻度(朝、夜間、特定の状況下など)、持続時間(一時的か、断続的か、持続か)、発症から現在までの変化(改善している、悪化している、変化なし)</p> <p><b>【身体所見】</b> ・筋肉の収縮と弛緩(持続的な収縮、収縮と弛緩を繰り返す) ・意識状態の変化(意識障害、意識消失、記憶障害) ・呼吸停止、浅呼吸、チアノーゼ ・眼球の位置、瞳孔の大きさ、まばたきの有無 ・外傷の有無(出血、打撲、四肢の変形)</p> <p><b>【検査】</b> ・12誘導心電図検査 ・脳波 ・尿検査(尿蛋白、尿潜血、尿糖、電解質) ・血液検査(炎症反応、電解質、薬物血中濃度、血糖値、出血傾向、凝固系の異常) ・各種培養検査(喀痰、尿、便、血液、髄液など) ・頭部CT ・頭部MRI</p>	<p><b>1. 緊急時の看護</b> ・生理学的徴候の状況に応じて、酸素投与、静脈路の確保、投与薬剤の準備と実施、AEDの準備と実施、気管挿管の準備と介助など ・急変時はBLS/ICLS/ACLS/ALSに基づき実施 ・体位管理 ・応援要請 ・必要部署への連絡 ・家族や支援者への連絡</p> <p><b>2. 検査・治療の援助</b> ・治療方針の共有 ・採血、各種検査の援助、気道確保、静脈路の確保 ・転落、打撲などの二次的外傷や舌咬傷の防止(危険物の除去、ベッド柵の保護) ・酸素療法法の準備・管理、薬物療法法の準備・管理など</p> <p><b>3. 症状緩和・療養支援</b> <b>【心身の安静・環境調整】</b> ・衣類を緩める ・光や音などの外的刺激を除去する ・精神的ストレスの除去 ・室温の調整</p> <p><b>【嘔吐・失禁に対するケア】</b> ・吐物の誤嚥に留意し、可能であれば顔を横に向ける ・失禁に対する羞恥心に配慮し、速やかに更衣を行う</p> <p><b>【排便コントロール】</b></p> <p><b>【薬物療法法の自己管理】</b> ・抗けいれん薬の確実な内服ができるよう、患者の生活リズムに合わせた服薬方法の検討を行う ・飲み忘れが起こらないような工夫を検討する ・自己判断で内服を中断しないことを説明する ・他の薬剤との相互作用で、効果の減弱を認めることがあるため、おくすり手帳を持参することを勧める ・就職や社会復帰に対する不安への支援を行う ・発作の誘因となる行動(睡眠不足や過度のアルコール摂取)を理解し、自己にてコントロールすることができるように支援する ・車の運転は医師の許可のもとに行う</p>

表2 基本的看護技術

大分類	小分類	基本的看護技術
日常生活ケア	清潔ケア	入浴
		シャワー浴
		沐浴
		手浴
		足浴
		洗髪
		洗面
		清拭
		陰部洗浄
		口腔清拭
		歯磨き介助
		義歯洗浄
		含嗽
		耳垢除去
		臍垢除去
		舌苔除去
		粘膜ケア
		皮膚ケア
		整容・更衣ケア
	爪切り	
	化粧	
	整髪	
	更衣	
	義歯装着	
	栄養・食事ケア	経管栄養
		経口摂取促進ケア
		口腔機能向上ケア
		補水
		誤嚥防止・嚥下の確認
		食事のためのポジショニング
		食事介助
		飲水介助
		授乳ケア
	排泄ケア	ポータブルトイレ排泄介助
		便尿器使用による床上排泄介助
		トイレでの排泄介助
		薬理的排便調整
		非薬理的排便調整
		排気(ガス抜き)
		尿意誘発
		導尿
		自己導尿の支援
オムツ交換		
蓄尿の指導と管理		
トイレ誘導		

表2 基本的看護技術

大分類	小分類	基本的看護技術
日常生活ケア	起居動作支援	体位の変換とポジショニング
		治療上必要な体位の保持
		座位保持介助
		シーティング
		起き上がり介助
	移動ケア	移乗介助
		ストレッチャー移乗介助
		車椅子移乗介助
		移送
		歩行介助
		杖・歩行器歩行介助
	安全ケア	転倒・転落防止ケア
		自傷行為の防止ケア
		自殺防止ケア
		自己抜去防止ケア
		離棟防止ケア
		徘徊時ケア
		虐待防止ケア
		暴力防止ケア
		患者識別バンド装着の確認
		手術部位マーキングの確認
		ヘッドギアの装着
		新生児の安全のためのケア
	睡眠ケア	入眠を促す援助
		睡眠パターンの調整
		睡眠への援助
	苦痛の予防・軽減ケア	疼痛緩和
		吐きけ・嘔吐緩和
		そう痒緩和
		体温調節
		末梢冷感の改善
		小児の苦痛予防・緩和ケア
	呼吸ケア	気道の加湿
排痰		
経鼻吸引		
経口吸引		
気管内吸引		
気管カニューレの閉鎖訓練		
肺理学療法		
喘息時のケア		
酸素吸入		
過換気時のケア		

表2 基本的看護技術

大分類	小分類	基本的看護技術
日常生活ケア	皮膚ケア	血栓の予防
		浮腫の予防
		褥瘡の予防
		体圧分散用具の使用
	病床・室内環境ケア	病床・室内環境整備
		ベッドメイキング
		保育器交換
		保育器内環境整備
		コット交換
	意思疎通ケア	意思疎通の援助(意識障害)
		意思疎通の援助(理解力低下)
		意思疎通の援助(聴覚障害)
		意思疎通の援助(発声障害・構音障害)
		意思疎通の援助(視覚障害)
		意思疎通の援助(失語)
	発育・発達ケア	日常生活習慣の獲得を促すケア
		育児支援
		小児同士の関係調整
		遊びの援助
		運動機能の発達ケア
		学習支援
	心理的ケア	悩みや思いを聞く
		安心感を与える声かけ
		コーピング強化
		カウンセリング
		タッチング
		患者・看護師間の信頼関係形成ケア
		マッサージケア
		傍にいる
		話し合い
		プレパレーション(術前・術後、処置前・処置後など)
		小児の心理的ケア
リフレッシュケア	散歩の支援	
	レクリエーションの支援	
	アクティビティケア	
	趣味活動の支援	

表2 基本的看護技術

大分類	小分類	基本的看護技術
家族支援	家族からの情報収集・ 家族への情報提供	療養状況に関する情報収集(家系図の作成を含む)
		療養状況に関する情報提供
		療養方法に関する情報提供
		家族への心理的支援
	家族の意思決定支援	家族の問題の明確化
		家族の意向確認
		家族の意思表明支援
	家族との調整	家族員間調整
		家族員－患者間調整
		家族員－医療者間調整
		家族員－地域支援者間調整
		家族員－地域ケアチーム間調整
	家族の健康管理	家族の健康状態確認
家族の健康管理に関する情報提供		
医療的ケア(治療に伴うケア)	医療的手技・処置・管理	術前訓練
		鼻洗浄
		プロテーゼ挿脱
		義眼装着
		人工乳房装着
		フットケア
		テーピング
		爪のケア
		ストーマ管理
		呼吸管理
		糖尿病管理
		胃瘻管理
		腸瘻管理
		経鼻経管栄養管理
		食道瘻管理
		透析管理
		酸素療法
		人工呼吸療法
		腹膜灌流
		中心静脈カテーテル管理
		輸液管理
		持続皮下注射管理
		硬膜外鎮痛法
		吸入療法
		注射(静脈・筋肉・皮下・皮内)による薬剤投与
		薬剤投与・調整(内服薬・点鼻・点眼・坐剤)
		気管カニューレ管理
		創傷管理

表2 基本的看護技術

大分類	小分類	基本的看護技術
医療的ケア(治療に伴うケア)	医療的手技・処置・管理	ドレナージ管理(脳室ドレナージ、胸腔ドレナージ、心嚢ドレナージ、イレウス管管理)
		尿道留置カテーテル管理
		腎瘻管理
		膀胱瘻管理
		胆管チューブ管理
		がん性疼痛管理
		がん薬物療法
		創傷処置
		ドレッシング交換
		医療関連機器褥瘡の予防
		ME機器フィルター交換
		ME機器作動状態の確認
		治療や療養環境に関する説明
		リハビリテーションケア
	リハビリテーションケア	生活リハビリの計画支援
	リハビリテーションケア	嚥下訓練
	リハビリテーションケア	自助具・補助具の使用訓練
	リハビリテーションケア	座位訓練
	リハビリテーションケア	立位訓練
	リハビリテーションケア	歩行訓練
	リハビリテーションケア	関節可動域訓練
	リハビリテーションケア	筋力強化訓練
	リハビリテーションケア	装具・義肢着脱指導
	リハビリテーションケア	起居動作訓練
	リハビリテーションケア	移乗動作訓練
	療養生活支援	生活リズムの支援
	療養生活支援	対人スキルの支援
	療養生活支援	家事の支援
	療養生活支援	金銭管理の支援
	療養生活支援	買い物の支援
	療養生活支援	身だしなみの支援
	療養生活支援	症状悪化時の対処への支援
	療養生活支援	転倒・転落予防の支援
	療養生活支援	禁煙の支援
	療養生活支援	禁酒の支援
	療養生活支援	体重管理の支援
	療養生活支援	疾患・症状に対する支援
	療養生活支援	排泄支援
	療養生活支援	食事支援
	療養生活支援	清潔支援
	療養生活支援	疼痛管理の支援
	療養生活支援	褥瘡管理の支援
療養生活支援	スキンケア管理の支援	
療養生活支援	生活不活発症候群予防の支援	
療養生活支援	治療に伴う行動制限時の支援	

表2 基本的看護技術

大分類	小分類	基本的看護技術
医療的ケア(治療に伴うケア)	療養生活支援	医療機器管理の支援
		福祉用具管理の支援
		排痰補助装置管理の支援
		薬物療法管理の支援
		周産期の対処への支援
	退院時の支援	社会資源活用のための調整
		患者および家族との調整
		他院の看護および他部門との調整
		訪問看護ステーションとの調整
		外来看護との調整
		地域保健師との調整
		ケアマネジャーとの調整
	就業先・復学先との調整	
意思決定支援	治療に関する情報提供状況の確認	
	理解・納得状況の確認	
	治療に関する情報提供	
職種・組織間連携	他職種からのケア・指導を受けるための調整	他職種へのコンサルテーション依頼
		認定看護師・専門看護師などへのコンサルテーション依頼
	社会保障制度の利用	育成医療支援
		特定疾患支援
		身体障害者手帳の交付支援
		その他の社会保障支援
	社会資源の利用	専門外来の紹介
		サポートグループ・患者会の紹介
		医療連携室の紹介
	緊急搬送時のケア	緊急時の患者および家族への説明
		緊急時の患者および家族への精神的サポート
		搬送先病院との調整
		搬送先病院への看護情報提供
		救急隊への対応と連携
	死者および遺族に対するケア	死者の尊厳ケア
遺族ケア		死者の尊厳ケアへの参画を促す
		家族の時間を保証するケア
		グリーフケア
		死亡患児の家族・親に対するケア
		死亡時の手続き支援

表3 身体機能別フィジカル・イザミネーション

基本技術	問診(包括的アセスメント・限定的アセスメント・症状の特徴(OPQRST・OLD CARTS)) 視診・聴診・打診・触診
	<p>アブローチの段階: Stage1:準備(準備・環境調整・事前情報収集・目標設定・挨拶とラポール構築・呼び名の確認) Stage2:情報収集(情報収集・目標設定・話を引き出す・対象の考えを知る・感情のサインを見つけて対応する・解剖学視点から情報収集・背景情報と経緯の情報収集) Stage3:身体診察・視診・聴診・打診・触診・超音波(エコー)診 Stage4:説明と計画(有用な情報の提供・対象の認識確認・共同意思決定・行動計画) Stage5:内省</p>
全身の観察・バイタルサイン・疼痛	<p>全身症状 疲労感・脱力・発熱・悪寒・発汗・体重変化・疼痛・呼吸困難・不安 全身の観察(外見・外見上の観察状態・不快や苦痛・皮膚の色・服装・身だしなみ・表情・体臭と口臭・姿勢・歩行・動作) 意識状態 呼吸観察・体重測定・BMI計算</p>
	<p>バイタルサイン 血圧計を用いた血圧測定、起立時の血圧測定、脈拍、心拍数、リズム 呼吸数、リズム、深さ、努力呼吸、酸素飽和度 中核体温の測定 急性疼痛と慢性疼痛の評価</p>
皮膚・毛髪・爪	<p>問診 そう痒感、疼痛</p>
	<p>視診 皮膚色調、性状、病変の有無(形、大きさ、左右差) 紅斑・紫斑・色素斑・形疹・丘疹・結節・水疱・びらん・潰瘍・表皮剥離・痂皮・鱗屑・亀裂 爪の色調、形状 頭皮・毛髪の状態・脱毛の有無</p>
頭部と頸部	<p>触診 皮膚の温度、湿度・乾燥の有無・弾力性・浮腫の有無</p>
	<p>視診 頭蓋の大きさ・形状・表面の性状・潰瘍・毛髪の状態 顔面の対称性・顔面・動き・痛み 甲状腺の位置・甲状腺の形状 頸部(喉)の可動域、左右対称性、腫瘍の有無</p>
眼	<p>触診 頸部リンパ節の大きさ・形・輪郭の形状・可動性・硬さ・圧痛</p>
	<p>外眼筋(眼の大きさ・形・左右対称性、眼瞼下垂の有無、眼瞼の浮腫・腫脹の有無、分泌性・炎症性、閉眼、眼瞼突出) 眼瞼結膜の色・充血・腫脹・炎症の有無 瞳孔の形・均等性・大きさ・虹彩の色調</p>
眼・耳・鼻	<p>外耳の大きさ・形 耳介の皮膚の状態、外耳道からの滲出液の有無、乳様突起の触診 耳孔内部の観察(外耳道の皮膚の発赤・異物・腫脹・浮腫・耳垢・分泌物の有無と性状、鼓膜の状態) 聴覚検査 聴覚・耳鳴・浮動性めまい・回転性めまいの有無</p>
	<p>外鼻の皮膚の状態・形状・位置・外鼻腔の形状、鼻翼呼吸 外鼻の硬さ・圧痛の有無 鼻腔粘膜の色・性状 鼻鼻腔の触診・打診(前頭洞・上顎洞の触診・打診) 鼻汁・鼻閉・鼻出血の有無</p>



表3 身体視診用フィジカル・アセスメント

男性生殖器	症状	陰茎からの分泌物、陰囊や精巣の痛み
	視診	皮膚、包皮、亀頭(潰瘍・瘻管・結核・皮症) 尿道口の皮膚の性状、発赤・びらん・分泌物の有無 陰茎の長さ・太さ、陰茎の腫脹・結節・圧痛の有無 陰囊の皮膚、陰毛、陰嚢(左右対称・発赤・腫脹・瘻管) 鼠径部の膨張の有無
	触診	陰囊・精巣の位置・形・性状 精索挙筋反射
女性生殖器	症状	閉経・月経・閉経 不正出血、骨盤痛、外陰症状
	視診	陰唇の大きさ・皮膚性状・発赤・左右対称性・びらん・腫脹 尿道口の位置・色調 陰門(膣口)の炎症、潰瘍、腫脹、結節、分泌物・帯下性状
	触診	外陰部の触診・腫脹・圧痛
妊娠と分娩	V.S測定	呼吸数、体温、脈拍数、血圧
	問診	下腹部痛、性器出血 頭痛、視覚異常の有無
	視診	腹部(ストロークマーク、色素沈着、大きさ・形状) 乳房・乳頭の形状・乳輪・乳汗の発達 下肢(下肢静脈瘤、浮腫)
	聴診	胎児心音
	触診	子宮(大きさや高さ、子宮収縮) 胎児の位置(胎位・胎向・胎勢)



表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-1 呼吸器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
気道の構造、肺葉・肺区域と肺門の構造 肺循環と体循環の違い 縦隔と胸膜腔の構造 呼吸筋と呼吸運動の機序 肺気量分画、換気、死腔(換気力学(胸腔内圧、肺コンプライアンス、抵抗、クローージングボリューム(closing volume))) 肺胞におけるガス交換と血流の関係 肺の換気と血流(換気血流比)が動脈血ガスにおよぼす影響(肺胞気-動脈血酸素分圧較差(A-aDO <sub>2</sub> )) 呼吸中枢を介する呼吸調節の機序 血液による酸素と二酸化炭素の運搬のしくみ 気道と肺の防御機構(免疫学的・非免疫学的)と代謝機能	息切れ	呼吸器感染症	気管支炎	喀痰検査(喀痰細胞診・喀痰培養) 胸水検査、胸膜生検 呼吸機能検査(スパイロメトリー・肺拡散能力・フローボリューム曲線)、動脈血ガス分析、ポリソムノグラフィ、ピークフローメーター 呼気NO検査 画像検査(X線検査・CT・MRI)、核医学検査(ポジトロン断層法(PET)) 気管支内視鏡検査	呼吸器理学療法・リハビリテーション 酸素療法 人工呼吸療法 抗菌薬 胸腔ドレナージ 薬物療法 手術 抗菌薬以外の薬物療法
	呼吸困難		細気管支炎		
	咳嗽・喀痰		間質性肺炎		
	血痰・咯血		誤嚥性肺炎		
	胸痛		クループ症候群		
	胸部圧迫感		肺化膿症・膿胸		
	呼吸数・リズムの異常		肺真菌症		
喘鳴	扁桃炎				
胸水	急性上気道感染症				
		免疫学的機序による肺疾患	肺結核 医療関連肺炎・人工呼吸器関連肺炎 過敏性肺炎 サルコイドーシス 好酸球性肺炎 薬剤性肺炎 びまん性汎細気管支炎 放射線肺炎		
		肺循環障害	肺高血圧症 肺血栓塞栓症		
		閉塞性換気障害・拘束性換気障害	慢性閉塞性肺疾患(COPD) 気管支喘息 膠原病血管炎関連性間質性肺炎 肺がん 胸膜中皮腫 転移性肺腫瘍 縦隔腫瘍(胸腺腫を含む) 非結核性抗酸菌症 気腫性嚢胞 珪肺 石綿肺		
		異常呼吸	過換気症候群(CO <sub>2</sub> ナルコーシス、脳卒中、薬剤性) 中枢性睡眠時無呼吸症候群		
		その他の機序による肺疾患	気管支拡張症 無気肺 急性呼吸促(窮)迫症候群(ARDS) 新生児呼吸窮迫症候群(IRDS) 肺リンパ脈管筋腫症(LAM) 間質性肺炎 肺胞タンパク症		
		胸膜・縦隔・横隔膜疾患	胸膜炎 気胸 縦隔気腫 血胸 縦隔炎 胸郭変形 横隔神経麻痺 横隔膜ヘルニア		

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-2 循環器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
心臓の構造と分布する血管・神経、冠動脈の特徴とその分布域  心筋細胞の微細構造と機能  心筋細胞の電気現象と心臓の興奮(刺激)伝導系 興奮収縮連関 体循環、肺循環と胎児・胎盤循環 大動脈と主な分枝(頭頸部、上肢、胸部、腹部、下肢) 主な静脈、門脈系と上・下大静脈系 毛細血管における物質・水分交換 リンパの流れ 心周期に伴う血行動態 心機能曲線と心拍出量の調節機序 主な臓器(脳、心臓、肺、腎臓)の循環調節 血圧調節の機序 体位や運動に伴う循環反応とその機序	体重増加	先天性心疾患	心房中隔欠損症	胸部単純X線検査  心電図(安静時・運動負荷心電図・Holter心電図)  心臓超音波(エコー)検査 心臓シンチグラフィ  冠動脈造影、冠動脈CT、MRI  心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)	虚血性心疾患に対する血行再建術(経皮的冠動脈形成術・ステント留置術・冠動脈バイパス術)  不整脈に対する非薬物療法(カテーテルアブレーション・電気的除細動・ペースメーカー植え込み・植え込み型除細動器)  心臓リハビリテーションなどの疾病管理プログラム 弁置換術  薬物療法
	意識障害		心室中隔欠損症		
	失神		動脈管開存症		
	浮腫	虚血性心疾患	ファロー四徴症	冠動脈造影、冠動脈CT、MRI	
	咳・痰		労作性狭心症		
	呼吸困難		冠拳縮性狭心症		
	胸痛		不安定狭心症		
	動悸	心不全	急性心筋梗塞	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)	
	腰背部痛		左心不全		
	胸水		右心不全		
	食欲不振	心筋・心膜疾患	急性心不全	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)	
			慢性心不全		
			特発性心筋症		
	二次性心筋症				
	急性心筋炎 感染性心内膜炎 急性心膜炎 収縮性心膜炎 心タンポナーデ				
	不整脈	洞不全症候群	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)		
		房室ブロック			
		心房細動			
		心房粗動			
		発作性上室頻拍症 心室頻拍 多形性心室頻拍(Polymorphic Ventricular Tachycardia, PVT) 心室細動 期外収縮(上室性・心室性) WPW症候群 ブルガダ症候群			
	弁膜症	僧帽弁疾患	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)		
		大動脈弁疾患 肺動脈弁疾患 三尖弁疾患			
	動脈疾患	動脈硬化症	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)		
		急性大動脈解離			
		大動脈瘤 閉塞性動脈硬化症 パージャール病 高安動脈炎			
	その他	挫滅(圧挫)症候群(crush syndrome)	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)		
	高血圧症	高血圧			
	低血圧症	起立性低血圧			
	静脈・リンパ管疾患	深部静脈血栓症	心カテーテル検査(心内圧・心機能・シャント率の測定)		
		上大静脈症候群 下肢静脈瘤 リンパ浮腫			

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-3 消化器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
各消化器官の位置、形態と関係する血管 腹膜と臓器の関係 食道・胃・小腸・大腸の基本構造と部位による違い 消化管運動のしくみ 消化器官に対する自律神経の作用 肝の構造と機能 胃液の作用と分泌機序 胆汁の作用と胆嚢収縮の調節機序 膵外分泌系の構造と膵液の作用 小腸における消化・吸収のしくみ 大腸における糞便形成と排便のしくみ 主な消化管ホルモンの作用 咀嚼と嚥下のしくみ 消化管の正常細菌叢(腸内細菌叢)の役割	倦怠感	食道疾患	食道・胃静脈瘤	肝炎ウイルス検査	経管・経腸栄養 内視鏡治療(止血・凝固・クリッピング・硬化療法など) 血管内治療(動脈塞栓術など) ESD(Endoscopic Submucosal Dissection):内視鏡的粘膜下層剥離術 EMR(Endoscopic Mucosal Resection):内視鏡的粘膜切除術 手術療法 薬物療法
	そう痒感		胃食道逆流症(GERD)	腫瘍マーカー(AFP・CEA・CA 19-9・PIVKA-IIなど)	
	発疹		逆流性食道炎	画像検査(X線検査・超音波(エコー)検査・CT・MRI)	
	腰痛		Mallory-Weiss症候群	内視鏡検査	
	関節痛	胃・十二指腸疾患	食道がん	生検、細胞診	
	黄疸		食道アカラシア	便潜血反応	
	吐血・咯血		消化性潰瘍(胃潰瘍・十二指腸潰瘍)		
	胃部不快感		急性胃粘膜病変		
	食欲不振		慢性胃炎		
	下痢		機能的消化管障害(機能的ディスペプシア)		
便秘	小腸・大腸疾患	胃ポリープ			
下血		胃切除後症候群			
浮腫		肥厚性幽門狭窄症			
意識障害		胃アニサキス症			
胃痛		ヘリコバクターピロリ感染症			
腹痛		胃がん			
体重減少		大腸ポリープ			
嘔声、発声障害		大腸がん			
食思(欲)不振		Crohn(クローン)病			
吐きけ・嘔吐		虫垂炎			
腹部膨満・腫瘤	イレウス				
胸やけ	大腸憩室炎				
肝腫大	大腸憩室出血				
	急性虫垂炎				
	腸閉塞				
	腸重積症				
	痔核・痔瘻				
	便秘症				
	機能的消化管障害(過敏性腸症候群)				
	感染性腸炎				
	虚血性大腸炎				
	潰瘍性大腸炎				
	乳児下痢症				
	鎖肛				
	ヒルシュスプルング病				
	急性出血性直腸潰瘍				
	上腸間膜動脈閉塞症				
	肝疾患	A型肝炎			
		B型肝炎			
		C型肝炎			
		急性肝炎			
		慢性肝炎			
		急性肝不全			
		脂肪肝			
		アルコール性肝障害			
		薬物性肝障害			
		肝膿瘍			
	原発性胆汁性胆管炎(PBC)				
	原発性硬化性胆管炎				
	自己免疫性肝炎				
	肝硬変				
	門脈圧亢進症				
	肝性脳症				
	肝がん				
	胆道疾患	胆石症			
		胆嚢炎			
		胆管炎			
		胆嚢ポリープ			
	先天性胆道拡張症・閉塞症				
	膵・胆管合流異常症				
	胆嚢・胆管がん				
	膵臓疾患	急性膵炎			
		慢性膵炎			
		膵がん			
		膵神経内分泌腫瘍			
	膵嚢胞性腫瘍				
	自己免疫性膵炎				
腹膜・腹壁・横隔膜疾患		ヘルニア			
		腹膜炎			
低栄養		脱水			
		浮腫			

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-4 内分泌代謝系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
ホルモンの構造的分類、作用機序および分泌調節機構	体重減少		先端巨大症	甲状腺疾患スクリーニング:甲状腺刺激ホルモン(thyroid releasing hormone;TSH)、遊離サイロキシン(free thyroxine;F-T4)、遊離トリヨードサイロニン(free triiodothyronine;F-T3)	手術療法
視床下部ホルモン・下垂体ホルモンの名称、作用と相互関係	体重増加		高プロラクチン血症	性腺機能:黄体形成ホルモン(luteinizing hormone;LH)、卵胞刺激ホルモン(follicle stimulating hormone;FSH)、下垂体ホルモン	薬物療法
甲状腺と副甲状腺(上皮小体)から分泌されるホルモンの作用と分泌調節機構	月経異常	間脳・下垂体疾患	視床下部下垂体炎	副腎皮質:コルチゾール、アルドステロン	放射線療法
副腎の構造と分泌されるホルモンの作用と分泌調節機構	低身長		中枢性尿崩症	副腎髄質:カテコールアミン	ホルモン補充療法
膵島から分泌されるホルモンの作用	甲状腺腫		抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)	経口的糖負荷試験	化学療法
男性ホルモン・女性ホルモンの合成・代謝経路と作用	ホルモンの過剰または欠乏がもたらす身体症状		多発性内分泌腫瘍症	TRH負荷試験	食事療法
三大栄養素、ビタミン、微量元素の消化吸収と栄養素の生物学的利用効率	エネルギー摂取の過剰または欠乏がもたらす身体症状		下垂体腫瘍	GnRH負荷試験	運動療法
糖質・タンパク質・脂質の代謝経路と相互作用	満月様顔貌		甲状腺炎	ACTH負荷試験	透析療法
血中ホルモン濃度に影響を与える因子およびホルモンの日内変動	倦怠感	甲状腺疾患	甲状腺がん	デキサメタゾン抑制試験	移植
カルシウム代謝	乏尿・無尿・頻尿 末梢冷感 運動の異常(麻痺・失調) 意識障害 浮腫 不整脈	副甲状腺疾患	腺腫様甲状腺腫 甲状腺機能亢進症 甲状腺機能低下症		インスリン療法
		副甲状腺疾患	副甲状腺機能亢進症 副甲状腺機能低下症		
		副腎皮質・髄質疾患	クッシング症候群 アルドステロン過剰症 原発性アルドステロン症 褐色細胞腫 副腎不全		
		糖代謝異常	1型糖尿病 2型糖尿病 低血糖症		
		糖尿病の合併症	糖尿病ケトアシドーシス 高血糖高浸透圧症候群 乳酸アシドーシス 糖尿病網膜症 糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 足病変		
		小児疾患	成長ホルモン分泌不全性低身長 先天性副腎皮質過形成		
		ビタミン・核酸・その他の代謝異常	ビタミン欠乏症 高尿酸血症・痛風 低ナトリウム血症 高カリウム血症 全身性アミロイドーシス		
		脂質代謝異常	脂質異常症 肥満症		

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-5 造血器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
骨髄の構造 造血幹細胞から各血球への分化と成熟の過程 主な造血因子(エリスロポエチン、顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)、トロンボポエチン) 脾臓、胸腺、リンパ節、扁桃とPeyer板の構造と機能 血漿タンパク質の種類と機能 赤血球とヘモグロビンの構造と機能 白血球の種類と機能 血小板の機能と止血や凝固・線溶の機序 鉄代謝 ビルルビン代謝	発熱 全身倦怠感 黄疸 リンパ節腫脹 貧血 出血傾向 血栓傾向 めまい 息切れ 動悸 易疲労感	貧血	鉄欠乏性貧血	骨髄穿刺 染色体検査 遺伝子検査 細胞表面マーカー	化学療法 放射線治療 造血幹細胞移植
			出血性貧血		
			腎性貧血		
			二次性貧血		
		出血傾向・血栓傾向	発作性夜間ヘモグロビン尿症 再生不良性貧血 骨髄異形成症候群 自己免疫性溶血性貧血 ビタミンB12欠乏性貧血 葉酸欠乏性貧血		
			脾機能亢進症 免疫性血小板減少症(ITP) 血友病 播種性血管内凝固(DIC) 溶血性尿毒症症候群(HUS) 血栓性血小板減少性紫斑病(TTP) 免疫性血小板減少性紫斑病(ITP) ビタミンK欠乏症		
		腫瘍	白血球減少症 急性白血病 慢性骨髄性白血病 成人T細胞白血病 真性赤血球増加症 本態性血小板血症 骨髄線維症 悪性リンパ腫 多発性骨髄腫		
			その他の重要な造血系疾患	無顆粒球症 血球貪食症候群 移植片対宿主病(GVHD)	

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-6 感染症系

基本概念	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
感染と感染症 病原体の種類(寄生虫(蠕虫)、原虫、真菌、細菌、ウイルス、プリオン) 感染症の経過(顕性感染、不顕性感染) 感染経路(水平感染、垂直感染、内因性感染)	発熱・高体温	ワクチン予防可能な疾患	インフルエンザ	血液検査	抗菌薬
	全身倦怠感		流行性耳下腺炎(ムンプス)	血液培養	人工呼吸
	意識障害		麻疹	尿培養	各種ドレーン挿入
	けいれん		風疹	カテーテル培養	
	浮腫	免疫不全	破傷風	便培養	
	発疹	全身感染症	COVID-19感染症		
	咳・痰		結核		
	血痰・咯血		ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染症		
	呼吸困難		敗血症		
	胸痛	その他の感染症	髄膜炎		
腹痛		咽頭炎			
吐きけ・嘔吐		血流感染・感染性心内膜炎			
吐血		肺炎(定型・非定型)			
下血		腹腔内感染			
便秘		膀胱炎・腎盂腎炎			
下痢		皮膚軟部組織感染			
黄疸		関節炎			
リンパ節腫脹		医療関連感染	血管内留置カテーテル関連感染		
血尿			尿路カテーテル感染		
頭痛・頭重感			医療関連肺炎・人工呼吸器関連肺炎		
腰背部痛			手術部位感染		
関節痛・関節腫脹			クロストリディオイデス・デIFIシル感染症		
咽頭痛					
胸水					
血便					
タンパク尿					
脱水					
ショック					

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-7 免疫系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
免疫系の構成因子	発熱	アレルギー性疾患	アナフィラキシー	血液検査 自己抗体	免疫抑制薬による治療 リウマチ性疾患へのリハビリテーション
免疫細胞の分化	全身倦怠感		食物アレルギー		
免疫細胞とその役割	浮腫	全身性結合組織病	全身性アレルギー性疾患		
免疫に関わる物質	咳・痰		関節リウマチ		
リンパ組織	呼吸困難		悪性関節リウマチ		
免疫機構(自然免疫と獲得免疫)	皮疹		成人Still病、若年性特発性関節炎(JIA)		
液性免疫	リンパ節腫脹	血管炎症候群	全身性エリテマトーデス(SLE)および合併症		
補体系	血尿		全身性強皮症		
細胞性免疫	関節痛・関節腫脹		皮膚筋炎・多発性筋炎		
	ドライアイ、ドライマウス		混合性結合組織病		
	口腔粘膜潰瘍		シェーグレン症候群		
			ベーチェット病		
		脊椎関節炎および類縁疾患	巨細胞性動脈炎		
			高安動脈炎(大動脈炎症候群)		
		その他	結節性多発動脈炎		
			顕微鏡的多発血管炎		
			多発血管炎性肉芽腫症		
			好酸球性多発血管炎性肉芽腫症		
			IgA血管炎		
			川崎病		
			強直性脊椎炎		
			反応性関節炎		
			乾癬性関節炎		
			掌蹠膿疱症性関節炎		
			変形性関節症		
			結晶誘発性関節炎		
			リウマチ性多発筋痛症		
			線維筋痛症		
			IgG4関連疾患		
			リウマチ熱		
			自己炎症性疾患		
			後天性免疫不全症(AIDS)		
			原発性免疫不全症(PID)		
			二次性免疫不全症		

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-8 脳神経系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
中枢神経系と末梢神経系の構成	意識障害	脳血管障害	脳内出血	脳・脊髄の画像検査(CT・MRI)  神経系の電気生理学的検査(脳波検査、針筋電図検査、末梢神経伝導検査)	脳血管障害の急性期治療とリハビリテーション医療  手術療法  薬物療法
脳の血管支配と血液脳関門	けいれん		くも膜下出血		
脳のエネルギー代謝の特徴	めまい	認知症と変性疾患	脳梗塞		
主な脳内神経伝達物質(アセチルコリン・ドパミン・ノルアドレナリン)とその作用	認知機能障害		Parkinson(パーキンソン)病		
髄膜・脳室系の構造と脳脊髄液の産生と循環	頭痛		筋萎縮性側索硬化症(ALS)		
脊髄の構造、機能局在と伝導路	運動麻痺・筋力低下		多発性硬化症 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症 血管性認知症 アルツハイマー型認知症 脊髄小脳変性症		
脊髄反射(伸張反射、屈筋反射)と筋の相反神経支配	行動・心理症状(BPSD) 歩行障害 感覚障害	感染性・炎症性疾患・脱髄性疾患	認知症		
脊髄神経と神経叢(頸・腕・腰・仙骨)の構成および主な骨格筋支配と皮膚分布(デルマトーム)	失語症・構音障害		髄膜炎		
脳幹の構造と機能および伝導路	振戦	発作性・機能的・自律神経系疾患	機能的疾患(てんかん)		
脳神経の名称、核の局在、走行・分布と機能	不随意運動(ミオクローヌス・舞蹈運動・ジストニア・固定姿勢保持困難・アテトーシス・チック)	腫瘍	脳腫瘍 膠芽腫 髄膜腫 神経鞘腫 転移性脳腫瘍		
大脳の構造と大脳皮質の機能局在(運動野・感覚野・言語野)	頭蓋内圧亢進(急性・慢性)				
辺縁系の構造と記憶・学習の機序との関連	脳ヘルニア				
錐体路を中心とした随意運動の発現機序					
小脳の構造と機能					
大脳基底核(線条体・淡蒼球・黒質)の線維結合と機能					
痛覚、温度覚、触覚と深部感覚の受容機序と伝導路					
視覚、聴覚、平衡覚、嗅覚、味覚の受容機序と伝導路					
交感神経系と副交感神経系の中 枢内局在、末梢分布、機能と伝達物質					
内分泌および自律神経機能と関連つけた視床下部の構造と機能					
ストレス反応と本能・情動行動の発現機序					

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-9 腎・泌尿器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
体液の量と組成・浸透圧(小児と成人の違いを含めて) 腎・尿路系の位置・形態と血管分布・神経支配 腎の機能の全体像やネフロン各部の構造と機能 腎糸球体における濾過の機序 尿細管各部における再吸収・分泌機構と尿の濃縮機序 水・電解質、酸・塩基平衡の調節機構 腎で産生されるまたは腎に作用するホルモン・血管作動性物質(エリスロポエチン、ビタミンD、レニン、アンギオテンシンII、アルドステロン)の作用 蓄排尿の機序	浮腫	腫瘍	腎がん	糸球体濾過量(実測・推算)を含む腎機能検査法 腎・尿路系の画像診断(X線検査・尿路造影・CT・MRI) 腎生検の適応と禁忌 尿流動態検査	腎代替療法(血液透析・腹膜透析・腎移植)
	血尿		腎盂尿管がん・膀胱がん		
	タンパク尿	腎機能の障害	急性腎障害(AKI)		
	尿量・排尿の異常		慢性腎臓病(CKD)		
	脱水	電解質異常	慢性腎不全		
	臨床症候の分類(急性腎炎症候群・慢性腎炎症候群・ネフローゼ症候群・急速進行性腎炎症候群・反復性または持続性血尿症候群)		高・低ナトリウム血症		
			高・低カリウム血症		
			高・低カルシウム血症		
			高・低リン血症		
高・低マグネシウム血症					
酸・塩基平衡障害	原発性糸球体疾患	アシドーシス(代謝性・呼吸性)			
		アルカローシス(代謝性・呼吸性)			
急性糸球体腎炎	高血圧および腎血管障害	IgA腎症			
膜性腎症					
尿細管・間質性疾患	全身性疾患による腎障害	巣状分節性糸球体硬化症			
		微小変化群			
急性腎盂腎炎	先天性異常と外傷	膜性増殖性糸球体腎炎			
		腎硬化症			
慢性腎盂腎炎	尿路疾患	腎血管性高血圧症			
		尿細管性アシドーシス			
急性腎盂腎炎	多発性嚢胞腎	尿細管間質性腎炎(急性・慢性)			
		急性腎盂腎炎			
糖尿病性腎症	膀胱尿管逆流	糖尿病性腎症			
		IgA血管炎			
IgA血管炎	腎外傷	アミロイド腎症			
		抗糸球体基底膜病(抗GBM病)			
ループス腎炎	尿道炎	ループス腎炎			
		血管炎症候群			
多発性嚢胞腎	尿道炎	多発性嚢胞腎			
		膀胱尿管逆流			
膀胱尿管逆流	尿道炎	膀胱尿管逆流			
		腎外傷			
腎外傷	尿道炎	尿道結石			
		神経因性膀胱			
尿道結石	尿道炎	膀胱炎			
		前立腺炎			
膀胱炎	尿道炎	尿道炎			
		尿道炎			

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-10 運動器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療	
骨・軟骨・関節・靭帯の構成と機能	運動麻痺・筋力低下	腫瘍	骨肉腫	筋骨格系の病態に即した徒手検査(四肢と脊柱の可動域検査・神経学的検査など) 筋骨格系画像診断(X線検査・CT・MRI・超音波(エコー)検査・骨塩定量) 関節液検査	運動器疾患のリハビリテーション 捻挫・骨折・脱臼の治療・処置	
頭頸部の構成	歩行障害		軟骨肉腫			
脊柱の構成と機能 四肢の骨格、主要筋群の運動と神経支配	感覚障害 腰背部痛		ユーイング肉腫 転移性脊椎腫瘍			
骨盤の構成と性差	関節痛・関節腫脹		運動器慢性疼痛			肩関節周囲炎 肩こり
骨の成長と骨形成・吸収の機序	頸部痛		運動器の障害			ロコモティブシンドローム サルコペニア
姿勢と体幹の運動にかかわる筋群 主動筋・拮抗筋 抗重力筋			外傷			四肢・脊椎外傷 骨折 脱臼 腱・靭帯・半月板損傷 筋損傷・挫滅症候群・コンパートメント症候群
			スポーツ外傷			肉離れ 突き指
			絞扼性末梢神経障害			胸郭出口症候群 手根管症候群 肘部管症候群
			感染性疾患			化膿性関節炎 骨髄炎 椎間板炎・化膿性脊椎炎・脊椎カリエス
			代謝性骨疾患			骨粗鬆症 くる病・骨軟化症
		先天性疾患	側彎症 内反足 筋ジストロフィー			
		骨壊死・骨端症・軟骨の障害	特発性大腿骨頭壊死症 離断性骨軟骨炎			
		脊椎・脊髄疾患	脊椎症・脊髄症・神経根症(脊柱靭帯骨化症を含む) 脊椎椎間板ヘルニア 腰部脊柱管狭窄症 脊椎分離・すべり症			
		滑膜炎、関節炎	関節炎 腱鞘炎 滑液包炎			
		その他の関節疾患	関節拘縮 変形性関節症 外反母趾 外反膝・内反膝・反張膝 神経病性関節症 肘内障 上腕骨外側上顆炎			

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-11 生殖系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
生殖腺の発生と性分化の過程	腹痛	腫瘍	前立腺がん	精巣と前立腺の画像検査法(尿路造影・CT・MRI)	体外受精—胚移植(IVF-ET)
男性生殖器の発育の過程	腹部膨満・腫瘍		精巣腫瘍	血中ホルモン(卵胞刺激ホルモン(FSH)、黄体形成ホルモン(LH)、プロラクチン、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(hCG)、エストロゲン、プロゲステロン)の測定	乳房腫瘍に対する画像診断(超音波(エコー)検査・マンモグラフィー・MRI)
男性生殖器の形態と機能	月経異常		子宮頸がん	骨盤内臓器と腫瘍の画像診断(超音波(エコー)検査、CT、MRI、子宮卵管造影(HSG))	乳房腫瘍に対する細胞・組織診断法
精巣の組織構造と精子形成の過程	勃起不全		子宮体がん	基礎体温測定	放射線治療
陰茎の組織構造と勃起・射精の機序	射精障害		卵巣腫瘍	腔分泌物所見	手術療法
女性生殖器の発育の過程	精巣機能障害		絨毛がん	超音波(エコー)検査	薬物療法
女性生殖器の形態と機能	不正性器出血		胞状奇胎	尿検査	卵管・卵巣予防的切除術
性周期発現と排卵の機序	乳汁漏出症		原発性乳がん	遺伝子検査	対側乳房切除術
閉経の過程と疾病リスクの変化	腔分泌物(帯下)の増量		線維腺腫		
乳房の構造と機能	腔乾燥感		乳がん		
成長発達に伴う乳房の変化	性交痛	乳腺症			
乳汁分泌に関するホルモンの作用	乳房腫瘍	男性生殖器疾患	男性不妊症		
	異常乳汁分泌(血性乳頭分泌)		前立腺肥大症		
	乳房の腫脹・疼痛・変形		前立腺炎		
	女性化乳房		停留精巣 陰嚢内腫瘍 精巣捻転症		
		女性生殖器疾患	機能性月経困難症		
			内外生殖器の先天異常		
			卵巣機能障害		
			更年期障害		
			不妊症		
			子宮筋腫・子宮腺筋症		
			子宮内膜症		
		外陰・腔と骨盤内感染症			

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-12 皮膚系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
皮膚の組織構造	皮疹(紅斑・紫斑・色素斑・丘疹・結節・腫瘤・水疱・膿疱・囊腫・びらん・潰瘍・毛細血管拡張・硬化・瘢痕・萎縮・鱗屑・痂皮・苔癬化・壊疽)	腫瘍	基底細胞がん	皮膚検査法(硝子圧法・皮膚描記法(Darier徴候)・Nikolsky現象・Tzanck試験・光線テスト)	外用療法
皮膚の細胞動態と角化の機能	そう痒		有棘細胞がん	皮膚アレルギー検査法(プリックテスト・皮内テスト・パッチテスト)	
皮膚の免疫防御機能	粘膜疹 脱毛 菲薄化	湿疹・皮膚炎	悪性黒色腫 悪性リンパ腫	微生物検査法(検体採取法・苛性カリ(KOH)直接鏡検法) ダーモスコピー ツルゴール反応 褥瘡リスク評価指標(プレーデンスケールなど) 褥瘡重症度評価指標(DESIGN-Rなど)	光線療法(PUVA療法) 創傷被覆材 手術療法
			湿疹反応 痒疹 接触皮膚炎 アトピー性皮膚炎 脂漏性皮膚炎 貨幣状湿疹 皮脂欠乏性湿疹 自家感作性皮膚炎 帯状疱疹		
		蕁麻疹、紅斑症、紅皮症と皮膚そう痒症	蕁麻疹 多形滲出性紅斑 結節性紅斑 環状紅斑 紅皮症 皮膚そう痒症		
		皮膚感染症	蜂窩織炎 白癬 梅毒 カンジダ症 伝染性膿痂疹 せつ・癬 毛囊炎 丹毒 ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群(SSSS) 壊死性筋膜炎 皮膚真菌症(表在性・深在性) 皮膚抗酸菌症 疥癬 後天性免疫不全症候群(AIDS)に伴う皮膚症状 単純ヘルペス 帯状疱疹 尋常性疣贅 伝染性軟属腫 麻疹 風疹 水痘 伝染性紅斑 手足口病		
		薬疹・薬物障害	固定薬疹 スティーヴンス-ジョンソン症候群 中毒性表皮壊死症(TEN) 薬剤性過敏症症候群(DIHS)		
		その他	尋常性痤瘡 失禁関連皮膚炎 酒皸様皮膚炎 褥瘡 ケロイド 粉瘤 尋常性白斑 壊疽性膿皮症 スキン-テア 凍傷・電撃傷		

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-13 感覚器系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
外耳・中耳・内耳の構造 聴覚・平衡覚の受容のしくみと伝導路 口腔・鼻腔・咽頭・喉頭の構造 喉頭の機能と神経支配 眼球運動、姿勢制御と関連させた平衡感覚機構 味覚と嗅覚の受容のしくみと伝導路 眼球と付属器の構造 視覚情報の受容のしくみと伝導路 眼球運動のしくみ 対光反射、輻輳反射、角膜反射の機能 歯、舌、唾液腺の構造と機能	めまい	眼瞼の異常	麦粒腫・霰粒腫	視野検査	レーザー治療 補聴器・人工聴覚器 気管切開 点眼・眼軟膏 切開排膿 観血的手術
	頭痛	眼組織の異常	白内障 緑内障	細隙灯顕微鏡検査 眼圧検査	
	吐きけ・嘔吐	視神経疾患	視神経炎(症)・うっ血乳頭	眼底検査	
	視力障害		糖尿病・高血圧による眼底変化(糖尿病網膜症など)	聴力検査と平衡機能検査	
	視野異常	網膜・硝子体の異常	裂孔原性網膜剥離 加齢黄斑変性・網膜色素変性 網膜静脈閉塞症と動脈閉塞症 網膜芽細胞腫	味覚検査と嗅覚検査 耳鏡、鼻鏡、喉頭鏡、鼻咽腔・喉頭内視鏡 光干渉断層計(OCT) 隅角検査	
	眼球運動障害	耳疾患	中耳炎 外耳炎 難聴 乳幼児の難聴 動揺病 良性発作性頭位めまい症		
	眼脂・眼の充血		メニエール病 前庭神経炎		
	飛蚊症	鼻疾患	鼻出血 副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 鼻炎		
	眼痛		う歯 歯周病 その他の歯科疾患 口角炎 口内炎 舌炎 唾石症		
	嚙下困難	口腔疾患	顎部リンパ節転移 シェーグレン症候群 顎関節症 顎部リンパ節炎 顎部膿瘍		
気道狭窄 難聴 鼻出血 咽頭痛	咽頭炎 喉頭炎 喉頭蓋炎 声帯ポリープ 扁桃炎 扁桃周囲炎 扁桃周囲膿瘍 口蓋扁桃肥大症 口腔・咽頭がん 喉頭がん				
開口障害	舌・咽喉頭疾患				
嚙声(反回神経麻痺) 耳鳴 鼻閉 鼻漏 嗅覚障害 いびき 味覚障害 唾液分泌異常 口腔内異常					

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-14 精神系

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療		
脳 の 構 造 と 機 能	意識混濁・意識変容	統合失調症	統合失調症	知能・発達の検査(ビネー式知能検査、ウェクスラー式知能検査)	精神療法(精神分析、行動療法、認知行動療法、芸術療法、家族療法、集団療法) 薬物療法(抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠薬、抗認知症薬、持続性注射剤(LAI))  電気けいれん療法  反復経頭蓋磁気刺激療法  作業療法		
	神経伝達と脳の働き	せん妄	気分の障害	うつ病		性格検査(Y-G性格検査、MMPI、ロールシャッハテスト、パウムテスト)	
		幻覚		双極症		症状の測定・評価(機能の全体尺度(GAF:Global Assessment of Functioning)、陽性・陰性症状評価尺度(PANSS:Positive and Negative Syndrome Scale)、簡易抑うつ症状尺度(QIDS-J)、簡易精神症状評価尺度(BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale))	
		観念奔逸	不安・ストレス	不安症群(パニック症・広場恐怖症・社交不安症など)		Hamilton うつ病評価尺度(Beckのうつ病自己評価尺度、状態特性不安検査(STAI:State-Trait Anxiety Inventory)、Mini-Mental State Examination (MMSE)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール)	
		思考抑制				強迫症	脳波
		思考途絶				心的外傷後ストレス障害	脳画像検査(CT・MRI・SPECT など)
		妄想	器質性精神障害	認知症		急性ストレス障害	脳波
		不安				解離性同一症	
		抑うつ				身体症状症	
		気分高揚	依存・嗜癖	物質使用症(乱用・依存)		病氣不安症	脳波
情動失禁	離脱症状・退薬症候群						
希死念慮	パーソナリティ症	境界性パーソナリティ障害	せん妄	脳波			
両価性							
精神運動興奮	神経発達症	自閉スペクトラム症	注意欠如多動症	脳波			
精神運動抑制			学習障害				
途絶			知的発達症				
昏迷	摂食障害	神経性やせ症	神経性過食症	脳波			
カタトニア			過食性障害				
自我障害							
記憶力障害	睡眠覚醒障害	不眠障害	過眠障害	脳波			
健忘			ナルコレプシー				
認知機能障害			概日リズム睡眠-覚醒障害				
不眠・過眠・中途覚醒		レストレスレッグス症候群					

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-15 妊娠と分娩

構造と機能	症状・徴候	分類	検査	治療
生殖腺の発生と性分化の過程	妊娠に伴う生理的変化	正常妊娠	基礎体温測定	子宮収縮抑制剤投与 膣炎の治療
女性生殖器の発育の過程	胎児の健康状態		尿中hCG検査	
女性生殖器の形態と機能	妊娠に伴う不快症状(マイナー トラブル:つわり、腰部痛、背部 痛、胸やけ、浮腫、静脈瘤、頻 尿、便秘、下肢のけいれん)	異常妊娠	超音波(エコー)検査(胎嚢・胎児心拍・胎児計測・羊水量)	血糖コントロールのための食事療法・ インスリン療法
性周期発現と排卵の機序	妊娠悪阻		体重	
閉経の過程と疾病リスクの変化	膣分泌物の性状・量の変化	異常妊娠	血圧	分娩介助 会陰切開と縫合
妊娠・分娩・産褥期の女性生殖器の変化	異所性妊娠		尿検査(尿糖・尿蛋白)	
	流産	異常妊娠	腹部触診(レオポルド触診法)	帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	切迫流産		腹囲・子宮底長の測定	
	糖代謝異常・妊娠糖尿病	異常妊娠	胎児心音聴取、胎児心拍数モニタリング	帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	妊娠高血圧症候群、HELLP症 候群		糖代謝異常スクリーニング(随時血糖値、HbA1C)	
	多胎妊娠	異常妊娠	糖負荷試験(50gGCT、75gOGTT)	帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	前期破水、早期破水		胎児心拍数モニタリング、胎児心拍数陣痛図(CTG)	
	切迫早産	合併症妊娠	膣分泌物所見	帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	胎児発育不全		破水の評価	
	胎児機能不全	合併症妊娠	産後うつ病スクリーニング	帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	妊娠貧血			
	社会的ハイリスク妊娠	母子感染		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	糖尿病合併妊娠			
	甲状腺異常	母子感染		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	免疫性血小板減少症			
	TORCH症候群	母子感染		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	B型肝炎			
	C型肝炎	母子感染		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	HIV感染症			
	HTLV- I 感染症	母子感染		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	バルボウイルスB19感染症			
	B群連鎖球菌感染症	母子感染		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	分娩開始の徴候			
	分娩の機序	正常分娩		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	正常分娩経過	正常分娩		
	早産	異常分娩		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	微弱陣痛			
	遷延分娩	異常分娩		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	回旋異常			
	前置胎盤	異常分娩		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	癒着胎盤			
	常位胎盤早期剥離	異常分娩		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	子癇			
	分娩外傷	異常分娩		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	産褥期の生理的変化			
	生殖器の復古	正常産褥		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	乳汁の産生・分泌	正常産褥		
	帝王切開術後	異常産褥		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	子宮復古不全			
	産褥熱	異常産褥		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	排尿障害、尿路感染症			
	乳腺炎	異常産褥		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	産褥期精神障害(マタニティー ブルーズ、産後うつ)			
	産科危機的出血	異常産褥		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	弛緩出血			
	羊水塞栓	異常産褥		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	播種性血管内凝固			
	新生児の生理的特徴	正常新生児		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与
	新生児の子宮外生活適応過程		正常新生児	
	新生児の発達	正常新生児		帝王切開 器械分娩(吸引・鉗子分娩) 麻酔(無痛)分娩 分娩誘発・分娩促進のための子宮収 縮剤投与

表4 構造と機能、症状・徴候、疾患、検査、治療

表4-16 遺伝性疾患

構造と機能	症状・徴候	分類	疾患	検査	治療
セントラルドグマ 塩基配列 染色体と細胞分裂の 機序 常染色体顕性遺伝 常染色体潜性遺伝 X染色体連鎖性遺伝  ミトコンドリア遺伝 多因子遺伝	多発性 若年性 先天性 難治性 遺伝性 進行性	染色体異常症	ダウン症候群	遺伝学的検査	対症療法 薬物療法 酵素補充療法 除去食 遺伝子治療 手術療法 リスク低減手術
			13, 18トリソミー	染色体核型分析	
			ターナー症候群	染色体構造異常解析	
			22q11.2欠失症候群	新生児マススクリーニング	
		遺伝性神経筋疾患	ジストロフィン異常症	胎児超音波(エコー)検査	
			家族性筋萎縮性側索硬化症	出生前遺伝学的検査	
			遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシス	発症前遺伝学的検査	
			脊髄性筋萎縮症	着床前遺伝学的検査	
			遺伝性不整脈	ハイリスク臓器のサーベイランス	
		遺伝性循環器/結合織疾患	マルファン症候群		
			家族性高コレステロール血症		
			軟骨無形成症		
		遺伝性骨系統疾患			
		遺伝性皮膚・感覚器疾患	遺伝性難聴		
			色素性乾皮症		
			網膜芽細胞腫		
		遺伝性腎疾患	常染色体顕性多発性嚢胞腎		
		先天代謝異常症	フェニルケトン尿症		
			ファブリー病		
		ミトコンドリア遺伝病	ミトコンドリア脳筋症・乳酸アシドーシス・脳卒中様発作症候群		
多因子遺伝病	口唇・口蓋裂				
遺伝性腫瘍	遺伝性乳がん卵巣がん				
	リンチ症候群				

表5 主な臨床・画像検査

検査項目
血液学検査
血液生化学検査
免疫血清学検査
尿検査
便検査
血液型(ABO、RhD)検査、血液交差適合(クロスマッチ)試験、不規則抗体検査
動脈血ガス分析
妊娠反応検査
細菌学検査(細菌の塗抹、培養、同定、薬剤感受性試験)
脳脊髄液検査
胸水検査
腹水検査
骨髄検査
病理組織検査や細胞診検査(術中迅速診断を含む)
遺伝子関連・染色体検査
心電図検査
呼吸機能検査
内分泌・代謝機能検査
脳波検査
超音波(エコー)検査
X線撮影
CT 検査
MRI 検査
核医学検査
内視鏡検査