**第１章　症状別解説**

この章では、よく見られる12の症状を、以下の(1)～(3)の3つの観点で解説します。

**(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

・観察や判断、対応にあたってのベースとなる基礎知識を説明しています。まずこの内容をきちんと学習することが大切です。

**(2) 判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

　　・適切な対応をとるためには、基礎知識とともに、状況を的確に把握する観察力が必要です。観察の際の重要なポイントと対応方法の要点を説明しています。

**(3)さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

　・さらに詳しく調べるための手がかりとして、症状に関連して留意すべき疾患名等を列挙しています

**〔取りあげている症状 〕**

１．発熱（フローチャートP.6） 4

２．呼吸異常、チアノーゼ

　2-1 呼吸異常（フローチャートP.9） 7

　2-2 チアノーゼ（フローチャートP.9） 10

３．嘔吐、腹痛、便秘、下痢

　3-1 嘔吐（フローチャートP.16） 12

　3-2 腹痛（フローチャートP.19） 17

　3-3 便秘 20

　3-4 下痢（フローチャートP.25） 23

４．浮腫、脱水

　4-1 浮腫 26

　4-2 脱水 28

５．出血、貧血

　5-1出血（フローチャートP.33～35） 30

　5-2 貧血（フローチャートP.38） 36

６．発疹 39

７．意識状態の変化（フローチャートP.46） 43

８．てんかん、けいれん（フローチャートP.50） 47

９．頭痛、めまい、耳鳴り

　9-1 頭痛（フローチャートP.53） 51

　9-2 めまい 54

　9-3　耳鳴り 56

10．関節痛、神経痛〔身体の痛み〕 57

11．不眠と情緒不安定 61

12．ショック（フローチャートP.65） 63

**1.発熱**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　発熱とは、体温が平熱以上に上昇することです。

　発熱の程度は、平熱（36～36.9℃）、微熱（37～37.9℃）、中等熱（38～38.9℃）、高熱（39℃以上）に分けられます。体温は個人差があるため、平熱を知っておくことが必要です。

　発熱の原因は、感染症と非感染症に大別されます。発熱はエネルギーの消耗が大きく、心身の苦痛をもたらします。原因が不明であっても、苦痛を緩和することが大切です。

＜発熱時の特徴＞

①熱の出始め（急に熱がでる場合）

（ア）顔面蒼白、寒気がある、震えている

（イ）手足をさわると冷たい

②熱が上がりきった後

（ア）顔に赤み

（イ）手足が温かい

（ウ）身体が熱いと感じる

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①意識の確認：JCS（3-3-9度）方式（P.44参照）

②体温測定

③身体状況の確認（風邪症状含む）

顔色、ふるえ、手足が冷たい、咳、鼻水、発汗等

④他の体調不良との重複

　けいれん、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛、咳、呼吸異常等

【対応方法】（P.6フローチャート1参照）

①寒気を訴えている場合

・保温

②寒気を訴えていない場合

・３点クーリング（頭・腋下・鼠径部）

　・衣類の調整（衣類を薄着にします）

③こもり熱の場合

　・窓を開けたり、衣類の通気性を良くします

④感染症性の発熱の場合

　・必要に応じた感染症対策等を実施します

・高熱の場合は、インフルエンザの可能性を疑います

⑤共通

・脱水対策のための水分補給をします

⑥観察ポイント①～④のいずれかで異常がある場合

・医師や看護師に報告し、指示に従って対応します（解熱剤含む）

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) 意識の有無、状態

　(イ) 平熱と現在の体温

　(ウ) 発熱パターン（稽留熱、弛張熱、間欠熱、波状熱、二峰熱、不定熱）

　(エ) 発熱以外の症状（風邪症状及び他の体調不良との重複含む）

　(オ) 尿量、回数

　(カ) 発見後の対応

　(キ) 持病（治療中の疾患名、既往症）

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①風邪、急性鼻炎、急性咽頭炎・扁桃炎、気管支炎（咳、鼻水、くしゃみ、痰、のどの痛みを伴う症状）

②インフルエンザ（悪寒、頭痛、筋肉痛などの全身症状）

③はしか、水ぼうそう（発疹など皮膚の異常）

④肺結核（しつこい咳や痰等の症状）

⑤食中毒（腹痛、嘔吐、下痢等の症状）

⑥熱中症（顔面蒼白、めまい、呼吸数の増加、体温上昇、意識障害等の症状）

⑦急性中耳炎（耳の痛みを伴う症状）

⑧鉄欠乏性貧血（息切れ、動悸、だるさ等の症状）

⑨急性肝炎（倦怠感、吐き気、黄疸）、胆管炎、胆嚢炎（黄疸、発熱、右上腰部痛）

⑩急性腎盂腎炎（吐き気、腰から背中にかけての痛み、右上腹部の痛み、血尿、尿量減少、頻尿の症状、蛋白尿）



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**2.呼吸異常、チアノーゼ**

**2.-1 呼吸異常**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　呼吸の異常は心臓の疾患、肺の疾患、血液の酸性度や血液成分の変化を引き起こす疾患（糖尿病、尿毒症）、脳の疾患（脳卒中）、神経性の疾患で起こります。呼吸の異常をみるときはとくに呼吸の数と深さが大切です。

　正常の成人での呼吸数は１分間に14～20回位で、胸腹型で行われています。異常のときには、それが速くなるばかりでなく、呼吸の型も変化してきます。すなわち深く荒くなったり、浅くあえぐようになったり、また不規則になったりします。このように息が苦しい、息切れがするなどの症状を呼吸困難といいてます。この際、努力しても必要とされる酸素が十分に得られないときには、チアノーゼが現れます。

＜呼吸異常の種類＞

①鼻翼呼吸（肺炎・心不全など）

　鼻孔が拡大し鼻翼が動く

②起座呼吸（気管支炎喘息など）

　横になって足をのばすと、咳が出て息苦しく、呼吸困難が強くなる。座位または後ろに寄りかかる姿勢をとると楽になる

③チェーン・ストーク呼吸（脳卒中、重症心不全など）

はじめに小さい呼吸が起こり、次第に増盛して大きい呼吸となる。弱くときどき止まったかと思うと思い出したように深く遅い呼吸がはじまる

④死戦期呼吸

　しゃくりあげるような不規則な呼吸。心肺停止直後にしばしば認められる。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①意識の確認

(ア)返答があるか（肩を軽く叩きながら大声で呼びかける等）

　(イ)表情の確認（苦痛を伴っていないか等）

②呼吸状態の確認

　(ア)どんな呼吸をしているか（上記「呼吸の種類」参照）

　　(ⅰ)胸部と腹部の動きの観察に集中。正常な（普段通りの）呼吸がない限り、常に心停止の可能性を考える。

　　(ⅱ)呼吸回数の確認（1分間：呼吸の種類が概ね判断できる。ただし、死戦期呼吸など、心肺停止が考えられる場合には10秒以上かけない）

　(イ)気道確保が必要か

　　　痰や嘔吐物が詰まっていないか確認

③皮膚の状態

　　チアノーゼの有無や発汗・皮膚温など

④バイタルサインの確認

【対応方法】（P.9フローチャート2参照）

①心肺停止が疑われる場合は、直ちに救急要請し、心肺蘇生（胸骨圧迫）、AEDを行います

②舌根沈下や嘔吐等による気道閉塞がないか確認する。気道が閉塞されている場合、気道確保の措置を取る。気道閉塞の恐れがある場合には、回復体位とする（体を横向きにする）、それが難しい場合には顔を横向きにするなどの措置を取る

③意識が朦朧とし、胸が痛み、呼吸が極端に速く弱い場合は、救急要請し、

気道確保、酸素吸入します

④過換気症候群症状が出た場合はゆっくり大きく呼吸させます（呼気：換気＝1：2）

⑤吸引を行います（痰や嘔吐物）

⑥気持ちを落ち着かせます（急激な動作は避けます）

⑦衣類をゆるめて楽な姿勢をとります

　(ア)肩に枕を入れて顎をあげます

　(イ)新鮮な空気が吸えるように部屋の換気を行います

⑧医師や看護師の指示に従い対応します

観察ポイント①～④のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) 呼吸状態

　(イ) 意識の有無、状態

　(ウ) 他の体調不良との重複及び対応状況

　(エ) バイタルサイン

　(オ) 最後に食事した時刻

　(カ) 内服薬

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①気管支喘息（慢性的におこる）

②肺炎（熱を伴う）

③気管支拡張症（痰を伴う）

④自然気胸、過換気症候群（突然の呼吸困難、胸が痛む等の症状）



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**2.-2チアノーゼ**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　チアノーゼとは、低酸素症によって、皮膚（くちびる、鼻、耳、頬、爪など）の色が紫色になる状態のことをいいます。通常は、唇や爪の色で観察することが多いです。

　チアノーゼには末梢性と中心性があります。

①末梢性チアノーゼ

　毛細血管の酸素が組織によって過度に奪われるためにチアノーゼが現れます。原因は、外傷性ショックによる心拍出量の減少、動脈硬化、静脈瘤、肺塞栓、重篤な肺炎・敗血症等です。

②中心性チアノーゼ

　酸素飽和度の低い動脈血が全身に送られることによりチアノーゼが現れます。チアノーゼが現れる主な疾患は、先天性心疾患、無気肺、肺炎、気管内異物、閉塞性肺炎疾患、拘束性肺疾患、ヘモグロビン異常等です。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①意識の確認

　無⇒救急要請

②口腔内及び気管の確認

　(ア)何か詰まっていないか確認

(イ)バイタルサインの確認

※チアノーゼ消失・SpO2の回復・バイタルが正常値に戻ったら要観察解除

【対応方法】（P.9フローチャート2参照）

　チアノーゼは端的には身体の酸欠状態を意味するので、早期の応急治療的な処置が求められます。

①チアノーゼのある患部の保温、マッサージ

②心肺蘇生（胸骨圧迫、AED）、人工呼吸、酸素吸入

③バイタルサインの確認

④医師や看護師の指示に合わせた対応

観察ポイント①・②のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) 意識の有無

　(イ) 発見時及び直前の状況

　　　 食事中・発作中・嘔吐等

　(ウ) SpO2

　(エ) チアノーゼの部位

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①肺気腫（慢性的な息切れ、咳や痰、体重減少等の症状）

②肺線維症（痰のでない乾いた咳、バチ状指等の症状）

③肺動脈狭窄症（疲れやすさ、運動時の息切れ等の症状）

④無気肺（息切れ、心拍数の増加、咳、胸痛等の症状）

⑤気管支の通過障害（声にならない声をあげる、喉を押さえる仕草、息苦しさ等の症状）

**3.　嘔吐、腹痛、便秘、下痢**

**3.-1嘔吐**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

嘔吐とは、胃の内容物を口から吐き出す行為のことです。

　嘔吐の原因は以下の２つに大別されます。

①中枢性嘔吐（直接的刺激によるもの）

（ア）機械的刺激

　　・脳圧亢進：脳腫瘍、脳血腫、髄膜炎、クモ膜下出血によるもの

　　・血行障害：脳梗塞、脳貧血によるもの

（イ）科学的刺激

　　・代謝異常：尿毒症、糖尿病性昏睡、副腎機能不全によるもの

　　・中毒：薬剤中毒、鉛中毒、食中毒によるもの

　　・感染症によるもの

　　・酸素欠乏：高山病、貧血によるもの

　　・電解質異常：低ナトリウム血症、高カリウム血症によるもの

　　・肝不全によるもの

（ウ）精神心理的刺激

　　・不快な感情：悲嘆、拒絶、不安、異臭、不快な音によるもの

　　・神経症、神経性食欲不振症、ヒステリーによるもの

②反射性嘔吐（間接的刺激によるもの）

（ア）消化器からくるもの

・舌・咽頭疾患、食道疾患、胃腸疾患、肝臓疾患、胆のう・膵臓疾患等

（イ）消化器以外からくるもの

　　・偏頭痛、尿路疾患、婦人科疾患、メニエール病、乗り物酔い、妊娠等

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①意識の確認

②嘔吐物が口腔内に残っていないか確認

③嘔吐物の状況（量・色・形態・血が混ざっていないか等）

④食事・水分の摂取内容（通常量及び通常咀嚼との比較含む）

⑤バイタルサインの確認

⑥他の体調不良との重複（腹部痛・頭痛等）

・ノロウィルス等の感染症の可能性も検討

【対応方法】（P.16フローチャート3参照）

①誤嚥しにくい姿勢にします

(ア) 顔を横に向けます

(イ) 上体を高くしたほうが楽であればベッドを少し起こします

(ウ) 衣類は極力、腹・胸を締め付けないようにします

(エ) 暑さ、寒さを感じないようにこまめな温度調節をします

②口腔内の異物を除去します（喉に物を詰まらせた場合）

　(ア)咳は止めません

　(イ)吸引を行います

　(ウ)詰まった物が取れない場合は、ハイムリッヒ法が有効です

③自然に吐かせます（無理に吐かせない、がまんさせない）

　(ア)オムツを受け皿にすると吸収も良いです（洗面器のような物は少し高さがあるため、嘔吐時は体を少し起こす必要があり）

　(イ)嘔吐物の始末をしやすいように工夫します（気分が悪くなるのを防ぐ）

④脱水予防のための水分補給を行います

　　飲んでも吐く場合は吐き気がおさまるまで何も飲ませず、うがいなどで　口の中をスッキリさせます。吐き気がおさまったようであれば、一口ずつ、　何回にも分けてゆっくり水分摂取させます。

⑤嘔吐物を処理します

(ア)感染症の可能性を考え、ゴム手袋を着用して処理します

　(イ)必要に応じた感染予防対策を行います

**[感染症対策の基本事項]**

参考までに、標準予防策（スタンダード・プリコーション）をもとにした基本的な対策を記載します。詳細については、各施設の医療関係者と確認しながら、対応方法等を確認してください。

標準予防策では、あらゆる人の血液、すべての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜には感染の恐れがあるものと考えて対策を行います。

施設内で主に必要な予防策は次の6つです。

手指衛生、防護具の使用、せきエチケット、使用した物品の処理、環境の清掃、リネンの取扱い

　このうち、手指衛生と防護具の使用について紹介します。

手指衛生

　(ⅰ)日常的手洗い：石鹸と流水による手洗い（勤務開始・退勤時、食事介助の前、トイレの後、排せつケア等の言語、手袋を外した時など）

　(ⅱ)衛生的手洗い：流水と消毒剤による手洗い、アルコールベース擦式手指消毒剤による擦式消毒（無菌操作の前後や処置の前後など）

個人防護具の使用

　(ⅰ)手袋：血液、体液、排泄物、傷のある皮膚等に触れる時や体液などで汚染された物品や床などに触れる時に使用します

（留意事項）

・汚染された手袋は1回ごとに交換する

・長時間使用して汗をかいた場合には交換する

・汚染された手袋で、他の環境表面や物品に触れない

　(ⅱ)マスク：咳やくしゃみをしている人に近づく際に使用します

　　（留意事項）

　　 ・濡れると効果が激減するので、新しいマスクに交換する

　　 ・マスクを外した後は手指衛生を行う

(ⅲ)ガウン･エプロン：介護者の体幹部の汚染が考えられる際に使用しま　　　　　　　　　　　　す

　　（留意事項）

　　 ・汚染が予測される範囲に応じて、袖のついたガウンか体幹部のみを覆うエプロンかを選択します

　　・感染防止のためのガウン・エプロンは防水性であることが基本です（防水性でないと接触予防の効果が期待できない）

　　・使用後はすぐ脱ぐ（周囲の環境を汚染させないため）

⑥医師や看護師の指示に従い対応します

観察ポイント①～⑥のいずれかで異常がある場合には、医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) 嘔吐物の状況（量・色・形態・血が混ざっていないか等）

　　(ⅰ)異常を感じた際（食べ物ではないようなもの、黒っぽいもの等）は現物を見せる

　　(ⅱ)処理方法の報告

　(イ) 食事・水分の摂取内容（通常量及び通常咀嚼との比較含む）

　(ウ) バイタルサイン

　(エ) 他の体調不良との重複

　　　ノロウィルスの可能性も報告

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①食道アカラシア、逆流性食道炎、胃・十二指腸潰瘍、胃がん、胆石（吐き気、上腹部の痛み等を伴う症状）

②膀胱尿管逆流現象、急性腎盂腎炎（吐き気、側腹部痛、腰痛等を伴う症状）

③尿管結石、虫垂炎（吐き気、下腹部痛等を伴う症状）

④腸閉塞、急性腹膜炎（吐き気、腹部全体の痛み等を伴う症状）

⑤脳出血、クモ膜下出血（吐き気、頭痛、意識障害等を伴う症状）

⑥緑内障（吐き気、頭痛、眼痛等を伴う症状）

⑦急性心筋梗塞（吐き気、胸痛等を伴う症状）

⑧突発性難聴、内耳炎、メニエール病（吐き気、めまい等を伴う症状）

⑨急性腎不全（吐き気、無尿、乏尿等を伴う症状）

⑩糖尿病（吐き気、口渇、多尿、多飲、過食、拒食等を伴う症状）



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**3.-2腹痛**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

腹痛とは、腹部や胸部に隣接する臓器の他、消化器、泌尿器、婦人科領域、筋肉等から発生する痛みのことです。その部位と痛みの種類（鈍痛、疝痛、拍動痛など）、随伴症状により、いろいろな疾患が疑われます。

また、腹部の疾患は食事との関係が深いといわれており、空腹時に痛むようであれば、胃幽門部や十二指腸の潰瘍が疑われ、脂肪を摂った後に強く痛むようであれば、慢性膵臓炎や胆石症が疑われます。肝臓、脾臓、大腸、虫垂などの臓器は、それ自体で痛むことはなく、腹部全体として痛みます。腹部の部位区分（図参照）の他に、疾患それぞれの随伴症状によって診断されるため、腹痛以外の症状の観察をすることも必要です。



**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①痛む部位

②痛みに対する自制の可否

③食事内容・食事量（通常量との比較）

④最終排便の状況

　(ア)間隔が長い場合⇒便秘も考慮（P.20参照）

　(イ)下血の場合　　⇒救急要請

　(ウ)下痢の場合　　⇒下痢も考慮（P.23参照）

⑤バイタルサイン

【対応方法】（P.19フローチャート4参照）

①安楽な姿勢にします

②必要に応じて腹部を保温します

③医師、看護師の指示に合わせて対応します

観察ポイント①～⑤のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) どのように起こったか

　(イ) 部位・痛み（増減など）・硬さ・張り具合の程度

　(ウ) 痛みに対する自制の可否

　(エ) 腹痛以外の症状（発熱・下痢・血圧低下・黄疸など）

　(オ) 楽な姿勢の体位

　(カ) 食事内容・食事量（通常量との比較）

　(キ) バイタルサイン

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①急性胃炎、十二指腸潰瘍（心窩部・上腹部の痛み、吐き気、胸やけ等を伴う症状）

②虫垂炎（右下腹部・へそ部の痛み、食欲不振、発熱、吐き気、嘔吐等を伴う症状）

③急性膀胱炎（下腹部痛、突然の頻尿、排尿時の痛み、尿混濁、残尿感、尿失禁、血尿等を伴う症状）

④腸閉塞（へそ部・腹部全体の痛み、吐き気、嘔吐等を伴う症状）

⑤急性膵炎、慢性膵炎、膵がん（左上腹部の痛み）

⑥腎臓結石・尿管の疾患（右・左側腹部の痛み）

⑦尿管結石（右・左下腹部の痛み）

⑧子宮筋腫・子宮頸がん・慢性前立腺炎（下腹部の痛み）

⑨急性腹膜炎（腹部全体の痛み）



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**3.-3便秘**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　便秘とは、排便が順調に行われない状態のことをいいますが、2～3日に一回の排便であっても苦痛を感じないものは便秘とはいいません。一方、排便が毎日あっても、排便量が少なく、硬便のため苦痛を伴う場合には便秘といいます。本人が苦痛と感じていれば便秘であるため、普段の排便回数や量等の排便時の状態を知ることが重要になります。

　便秘は、さまざまな原因でおこりますが、以下のような型があります。

①弛緩性便秘

　大腸の蠕動運動が何らかの原因で弱くなると、便が送られず、大腸内を通過するのに長い時間かかります。症状としては、腹部の張り、１週間近く便が出ない、下剤を使用しないと出ないといった症状です。原因は生活習慣によるものが多く、運動不足や食物繊維不足によるものです。

②ストレス性便秘

　ストレスにより、腸の一部がけいれんし、腸の感覚が過敏になり現れます。普段から腹部の張りや、キリキリとした痛み、便秘と下痢が交互に起こる、便が硬くコロコロしているといった症状が見られます。

　ストレス性便秘は、医学的には過敏性腸症候群に含まれます。過敏性腸症候群とは、器質的な異常はないが、腹部の痛みや張り、不快感が続く状態です。

③直腸性便秘

　腸の蠕動運動自体は問題ないが、直腸まで便が到達していても、加齢や疾患（直腸の変形、直腸瘤）等により直腸の便を押し出す力が低下し、便を出せなくなる状態のことをいいます。症状としては、便が少量しか出ない、強くいきまないと便がでない、残便感がある、下剤を使っても効果がないというのが特徴です。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①通常の排便方法（自然排便・下剤内服・摘便・浣腸等）

②通常の排便間隔

③排便未確認日数

④腹部の張り

⑤腹痛の有無

⑥バイタルサインの確認

⑦次の排便時の血圧低下や意識消失

⑧排便量の確認

【対応方法】

①多めの水分提供

②トイレに長めに座る

　10分程度を目安に実施

③バイタルサインの確認

④必要に応じた失禁予防対応

　オムツ等の対応

⑤必要に応じた便座等からの転落予防対応

　リフトや転落防止バーの設置等

⑥薬物治療

⑦薬物治療以外の排便コントロール（自然な排泄リズムを整える）

　食事や水分摂取量の見直し

　（咀嚼力や嚥下力が落ちている場合⇒口当たりの良い素材を選ぶうち、食

　物繊維が足りなくなっていないか、夜間の排尿や発汗を嫌がって、水分

　 を十分摂れていないのではないか、脂肪分の摂取量が足りなくないか、など）

⑧生活習慣や運動能力への配慮

　(ア)決まった時間にトイレに行っているか、便意を我慢していることはな　　いか、状態に合わせた運動や入浴などはできているか

(イ)寝たきりの場合は、介助によって体を起こすことができているか、な　　ど

⑨気持ちよく排便できる環境に見直し

　　トイレには行きやすいか、ポータブルトイレ、床上排泄の場合はプライ

　バシーが十分保たれているか、トイレでの排便姿勢がきちんととれている

　か（足を踏ん張れることなど）、腹圧を掛けることができるか、衣服の着脱はしやすいかなど。

⑩医師・看護師への報告

観察ポイント①～⑦のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア)通常の排便支援ができているか

　　　下剤内服や摘便・浣腸の間隔等

　(イ)通常の排便間隔

　(ウ)排便未確認日数

　(エ)腹部の張り

　(オ)腹痛の有無

　(カ)便の色、形状、混合物

　(キ)腹痛以外の症状

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①腸閉塞（周期的に起こる強い腹痛、腹部膨満、腹部膨隆、吐き気、嘔吐等を伴う症状）

②大腸がん・直腸がん（便秘または慢性下痢、腹痛、血便、便が細くなる、残便感等を伴う症状）

③脊髄の腫瘍（背部痛、手足の痛み、感覚鈍麻、歩行障害等を伴う症状）

④甲状腺機能低下症（汗をかかない・寒がり・皮膚の乾燥・脱毛・顔のむくみ・かすれ声等を伴う症状）

⑤裂肛（排便に伴う肛門の痛み、出血の症状）

**3.-4下痢**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　下痢とは、何かしらの原因で、腸の蠕動運動が亢進し腸管から水分が吸収されずに短時間に排出されたり、腸粘膜の炎症等の疾患により、腸粘膜の水分吸収の低下や腸粘膜からの分泌物の増加で、液状または水様の便を排出する状態のことをいいます。一般的には排便回数が増加することを下痢といいますが、１日１回でも液状、水様の便であれば下痢といいます。排便回数が数回あっても便が固形であれば下痢とはいいません。

　原因は、以下の２つに大きく分かれます。

①感染症下痢：細菌・ウィルス・寄生虫等によるもの

②非感染症下痢：代謝性疾患、精神的・心理的緊張、食物アレルギー等によるもの

下痢が続くと、脱水症状を起こしやすいため、全身状態の観察が必要となります。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①下痢の発生時期

②食事・水分の摂取内容（通常時の摂取量との比較含む）

③下痢便の状況（色・臭い・形態・量）

④下血の場合⇒救急要請

⑤バイタルサインの確認

⑥他の体調不良等の重複

　発熱・腹痛・嘔吐等

【対応方法】（P.25フローチャート5参照）

①脱水症状への注意

多めの水分提供⇒スポーツドリンク・温かい番茶や麦茶など

　（水分摂取の目安は、普段通りの尿が出ているかどうか）

　＊手の皮膚をつまんでみて、すぐに元に戻らない場合も脱水が疑われます。

②感染症への注意

　感染症によるものかを確認し、必要に応じた感染予防対策を実施します

③腹部の保温

④必要に応じた失禁予防対応（オムツ等の対応）

⑤医師や看護師の指示に合わせた対応（下痢止め薬の服用含む）

観察ポイント①～⑥のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) 下痢の発生時間

　(イ) 食事・水分の摂取内容

　　　（食中毒の可能性・通常時の摂取量との比較含む）

　(ウ) 下痢便の状況（色・臭い・形態・量・血液混入）

　(エ) バイタルサイン

　(オ) 他の体調不良との重複

　(カ) 普段飲んでいる薬

　(キ) 緩下剤使用の有無

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

①黄色ブドウ球菌（発熱、嘔吐、吐き気等を伴う症状）

②病原性大腸菌食中毒・Ｏ-157等（繰り返す水様便、激しい腹痛、血便等を伴う症状）

③アレルギー性腸炎（特定の物を食べると下痢をする症状）

④Ａ型急性肝炎（急性下痢、腹痛、発熱、全身倦怠感、食欲不振、黄疸、茶褐色の尿、白っぽい便等を伴う症状）

⑤ノロウィルス感染症（急性下痢・嘔吐・発熱・呼吸器症状等を伴う症状）



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**4.浮腫、脱水**

**4.-1浮腫**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　浮腫とは、水分代謝障害によって血液中の体液が血管外に漏出することにより、血管外皮下組織に異常な量の体液が貯留した状態のことをいいます。皮膚・皮下組織は腫れ、圧迫を加えると圧窩が残ります。

足のむくみの中で最も多いのが一過性のもので、放置していると足の疲れが取れず免疫力の低下を引き起こすこともあります。

　また、足のむくみから心不全の原因となる動脈硬化や狭心症、心筋梗塞などの重大な疾患が発見されることもあります。

　施設利用者の方々は車いす使用者が多く、血行が阻害されることによるむくみや、排尿障害によるむくみがみられることがあります。

＜原因＞

①組織因子：細動脈拡張、静脈圧上昇、毛細血管透過性上昇（血漿タンパク低下）など

②全身因子：水分摂取

③腎性因子：糸球体濾過圧低下、ナトリウム排泄量低下など

④内分泌因子：ADH分泌不適合症候群など

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①全身の症状

(ア) 姿勢によってむくむ場所が違う

(イ) 姿勢に関係なくむくみがある

②身体の一部の症状

(ア) 血管が浮き出ている（一部膨れ上がっている）

(イ) 血管が浮き出ていない

③その他の症状があるか

【対応方法】

　リンパ流の活発性と組織液の軽減を図ることで、むくみの改善を行うことができます。

　※むくみは場合によっては重大な疾患が原因となっている場合があります。そのため、むくみ以外の体調不良が懸念される場合はまず、看護師や医師に報告することが求められます。

①浮腫部の挙上

②浮腫部の圧迫（約30～50ｍｍHg）

手圧によるマッサージや、空気圧を利用した波動マッサージ器、水圧を利用した水中運動、弾性包帯や弾性ストッキングの常用、弾性スリーブによる圧迫を行います。

③患肢の関節運動

関節を自動的あるいは他動的に動かします。関節を動かすことにより筋ポンプ作用が起こり、浮腫の軽減が期待できます。

④早期離床、早期歩行運動

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

（ア）むくみを感じはじめたのはいつからか

（イ）どのような姿勢でいたのか

（ウ）むくんでいる場所以外に症状はあるか

＜むくみ予防のために＞

（ア）適度の運動

ふくらはぎやももの筋肉が弱ると、血液などの流れが悪くなり、むくみやすくなります。

（イ）足の先を動かす

足の先を動かすと、ふくらはぎの筋肉も働き、血液などの流れが良くなります。

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①うっ血性心不全

②急性心膜炎

③急性心内膜炎

④ネフローゼ症候群

⑤肝硬変

⑥下肢静脈瘤

⑦静脈血栓症

⑧動脈硬化

⑨狭心症

⑩心筋梗塞

**4.-2脱水**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　脱水症とは、体重の5％以上の水分と電解質が失われた状態をいいます。また、全身の10％～25％以上の水分と電解質が失われると、命に危険が及びます。

　脱水状態では尿量が減少し、皮膚粘膜も乾燥状態となります。そして、舌は最も信頼できる脱水診断の部位であるとされているため注意して観察しましょう。

随伴症状として、発熱、貧血がみられ、高度な脱水状態になると意識障害を起こしやすいとされています。

①脱水の種類

(ア) 水分欠乏性脱水（高張性脱水）

純粋に水が欠乏するために起こるものであり、水分摂取不足や大量の発汗などはこれに入ります。

(イ) 塩（ナトリウム）欠乏性脱水（低張性脱水）

水とナトリウムが合わせて不足し、水分だけを補給したために起こります。

　　例）大量に汗をかいて、電解質を多く失っている状態で、電解質濃度の低い飲料や水・お茶を大量に飲むことで起きます。

(ウ) 混合性脱水（等張性脱水）

水分欠乏性脱水と塩（ナトリウム）欠乏性脱水の両者が混合した脱水のことをいいます。一般にみられる脱水症のほとんどがこれといわれています。

例）下痢や嘔吐などで一気に体液を喪失してしまう場合に起きます。

②原因

(ア) 水分の摂取不足

意識障害、強度の衰弱、神経系の障害、渇中枢の感受性が低下している高齢者に多いとされています。

(イ) 発汗・不感蒸泄の増加

　　発熱、高温下に長時間さらされると発汗や不感蒸泄が増加します。

(ウ) 消化液の喪失

　　大量の嘔吐、下痢により消化液中の電解質が失われてしまいます。

(エ) 腎疾患

　　　腎不全、尿崩症、アジソン病などで起こります。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

　脱水の初期症状は自覚がなく、見た目には分かりません。

①隠れ脱水

喉が渇く（渇かない場合もある）、尿量の減少

②中等度の脱水

(ア)倦怠感、めまい、嘔吐、立ちくらみ、食欲低下、集中力の低下

(イ)脚がつる、しびれ、脱力、頭痛、眠気

(ウ)喀痰排出困難、血圧低下、臓器血流低下

③高度の脱水

せん妄、嗜眠、昏睡、呼吸不全、心不全、腎不全、皮膚状態（乾燥等）

【対応方法】

　水分を経口的に摂取するか、点滴により摂取することで症状は改善されます。

①軽症の場合

喉の渇きを感じたり、倦怠感や食欲が減退する程度であれば水分を摂取することで回復できます。

②重症の場合

　脱力感や眠気、頭痛などを起こすほどの脱水の場合には医療機関で点滴による水分補給を受けた方が早く回復します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

1. 意識の明瞭度はどのくらいか
2. 大量の発汗があるか
3. 嘔吐や下痢の症状はあったか
4. 水分を摂取していたか
5. しびれや脱力感、頭痛などその他の症状はあるか
6. 尿量に変化があったか

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①熱中症

②腎不全、尿崩症、アジソン病

③消化管疾患

**5.出血、貧血**

**5.-1出血**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　出血とは、血液成分（赤血球を含む）が血管外へ流出することをいいます。

＜出血の種類＞

出血の種類は、血管の種類、出血の場所などにより様々に分類されます。

① 血管の種類による分類

　　動脈性出血、静脈性出血、毛細血管性出血に分類されます。

② 身体の内側か外側かによる分類

身体の内側での出血は内出血といい、身体の外に流れ出る出血を外出血といいます。

③ 外傷の有無や病変の種類による分類

点状出血や紫斑（皮下の小出血）、血腫（出血による凝血が組織内に腫瘤を形成すること）など

④ 出血箇所による分類

肺や気管からの出血を喀血といい、上部消化管からの出血があり、血液を含んだ内容物を嘔吐することを吐血、血液を含んだ糞便を排泄することを下血、尿路系の出血により尿に血液が混入していることを血尿と呼びます。

【留意事項】

　創部が心臓より上にある場合、傷口は小さくても出血量が多いことがあるので注意が必要です。また、消化管からの出血は持続的に出血していることが多く、貧血症状を引き起こすこともあります。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

① 外傷性

　(ア)傷の大きさ、深さ、出血の量

　(イ)熱感、痛みの有無（打撲などによる皮下出血の場合）

② 喀血

　鮮紅色、泡沫状、咳とともに排出

③ 吐血

　暗赤色、茶色～茶褐色、黒褐色、凝結塊状、嘔吐とともに排出

④ 下血

　血便の色によって異常の箇所が分類される

　(ア)鮮やかで便の表面だけに血液が付着している（直腸または肛門に近い部位の異常）

　(イ)暗赤色、赤褐色（大腸・小腸の異常）

　(ウ)タールのような黒っぽい赤（胃・十二指腸の異常）

【対応方法】

**○感染症対策を行って対応します。※P.13[感染症対策の基本事項]参照**

① 外傷性

　(ア) 状態確認

　　　出血部位、創部の大きさ、創部の深さなどを確認します。

　(イ) 止血処置

創部を直接圧迫するまたは、創部より心臓に近い部位をタオル等で縛り、創部をできる限り心臓より高く挙上します。

　(ウ) 皮下出血の場合

　　　　皮下出血が起きている部位を冷やし、様子観察⇒症状がひどくなるような場合は骨など違う部位の損傷も考えられるため、早期に医療機関を受診します。

　(エ) 鼻出血の場合

　座位が可能であれば、座位で前傾姿勢にし、出血側の鼻翼を鼻中隔方向へ圧迫止血します。

※口腔内へ流れた血液は吐き出すことで、口腔内の不快感による嘔吐等の2次被害を防ぐことができます。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

(ア)何が原因で怪我したか

(イ)いつから出血していたか

(ウ)出血の量・色

(エ)創部の大きさ・深さ

② 内臓系

　(ア) 意識確認、出血の部位（口からか排泄物からか）の確認を行います

　(イ) 口腔内に吐瀉物がある場合は口腔内を清潔に保ちます

　(ウ) 医療機関への受診します

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

(ア)どこからの出血か

(イ)出血の色

(ウ)出血の量・回数

(エ)どの様な状況で起きたか

(オ)腹部の症状はあるか

(カ)血圧、脈拍、呼吸、体温の状況

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意**

**すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①紫斑病、壊血病、血友病

②出血性胃炎、出血性大腸炎



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**5.-2貧血**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　貧血とは血液中の赤血球やヘモグロビン（酸素を運ぶ赤血球中のたんぱく質）の量が少ない状態をいいます。

　赤血球には、肺から酸素を運び、全身の組織に届ける役割がありますが、赤血球が減少したり、赤血球中のヘモグロビンが減少したりすると、組織が酸素を十分に補給できず、組織が酸欠状態となり貧血の症状が現れます。

①貧血の原因

　大量の出血によって貧血が起きることがあります。多くの場合は徐々に繰り返し発生する出血で、典型的な例は消化器や尿路の異常による出血や重度の月経出血です。慢性的な出血があると体内の鉄分が減少し、貧血が更に悪化します。

※脳貧血

　長時間立ちっぱなし、座りっぱなしの姿勢でいると血液が重力に引っ張られてしまい、心臓より高い位置にある頭へ送られる血液が足りなくなって脳貧血になります。通常の貧血よりも急激に脳の酸素が足りなくなるため転倒しやすいのが特徴です。

＜他に考えられる脳貧血の原因＞

　(ア) 失血（大量の出血）

　(イ) 赤血球の生産不足

　(ウ) 赤血球の大量破壊

②貧血の症状

顔面蒼白、四肢冷感、冷汗、悪心、嘔吐、立ちくらみ、動悸、息切れ、めまい、耳鳴、疲労感、頭重、頭痛、眼精疲労、不眠、意識を失い倒れるなど様々な症状があります。

【留意事項】

　貧血により意識を消失して倒れた場合、受け身を取ることができず、外傷など転倒による2次障害が起きる可能性があります。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

① 外観：顔面蒼白

② 意識：多くは正常、危篤では混濁

③ 脈拍：正常または頻脈。特に労作時に動悸があり頻脈著明

④ 体温：正常または微熱

⑤ 皮膚・四肢：（一般）貧血で黄色傾向、（重症）冷感、爪はスプーン状

⑥ 血圧：正常または低下

⑦ 呼吸：労作時に頻呼吸で呼吸困難を伴う。（重症）安静時にも頻呼吸で呼吸困難

⑧ 全身症状：微熱、昜疲労感、倦怠感、頭痛、耳鳴、めまい、失神、筋力低下、皮膚粘膜蒼白

⑨ 消化管：食欲不振、下痢、便秘

⑩ その他：無月経

【対応方法】

①転倒による二次被害を予防するため、姿勢を低くします

②臥床姿勢は頭部を低くし、膝の下にクッションなどをして下肢を高くして休みます

③シャツやズボンなど衣服の締め付けを緩めます

④バイタルサインの確認を行います

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

消化管の出血性疾患



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**6.発疹**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

皮膚・粘膜の病変はすべて発疹と呼ばれ、皮疹と粘膜疹に分類されます。また、発疹は原発疹と続発疹に分類されます。

①原発疹

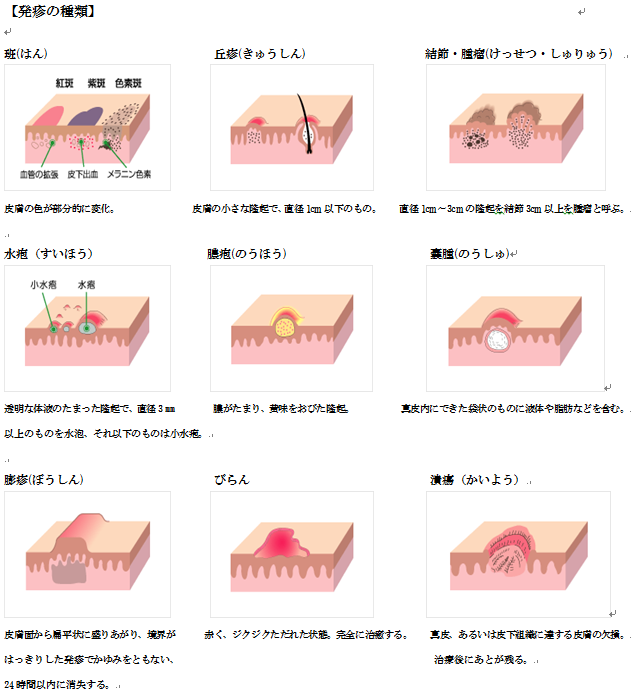
　(ア) 斑；紅斑、紫斑、色素斑、脱色素斑

　(イ) 丘疹、結節、腫瘤

　(ウ) 水疱、膿疱

　(エ) 嚢腫

　(オ) 膨疹



②続発疹

原発疹が時間的経過とともに続発して生じる発疹で、欠損、表面より隆起、陥凹や発疹状の変化があります。

　(ア) 表皮剥離（びらん）潰瘍

　(イ) 瘢痕

　(ウ) 亀裂

　(エ) 胼胝（べんち／たこ）

　(オ) 萎縮

　(カ) 痂皮

　（原発疹を示す主な皮膚疾患）

　・紅斑：乾癬・薬疹・SLE（全身性エリテマトーデス）など

　・紫斑：皮下出血・単純紫斑など

　・色素斑：扁平母斑・色素性母斑など

　・脱色素斑：白斑・脱色素母斑

　・丘疹：感染症に起因するもの（小疹、風疹、麻疹など）

　・結節：眼瞼黄色腫・サルコイドーシス

　・腫瘤：有棘細胞癌・脂肪腫など

　・水疱：単純ヘルペス・帯状疱疹・虫刺症・天疱瘡・類天疱瘡

　・膿疱：伝染性膿痂疹・癰（よう）

　・膿疱性乾癬など

　・膨疹：蕁麻疹・アナフィラキシー

　・嚢腫：粉瘤・粘液嚢腫など

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①全身状態の観察

　(ア)発熱の有無

　(イ)呼吸状態

　(ウ)倦怠感の有無

　(エ)発生部位　⇒一定の場所か、左右対称か片側か

　(オ)痒みの程度（例；局所的・全体的・他）

　(カ)痛みの程度（例；局所的・全体的・他）

②発疹の状態観察

　(ア) 大きさ・数・輪郭・境界

　(イ) 腫れの有無・程度

　(ウ) 熱感の有無

　(エ) 乾燥・湿潤

　(オ) 浸出液・出血の有無・程度

【対応方法】

①観察ポイント「①全身状態の観察（ア）～（ウ）」のいずれかの症状がある場合は、感染性疾患も疑われるため早急に医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　　(ア) バイタルサイン

　　(イ) 意識の状態(本章症状別解説7.｢意識状態の変化｣-p.41～p.44参照）

　　(ウ) 痒み・痛みの場所および程度

②観察ポイント「①全身状態の観察（エ）～（カ）」・「②発疹の状態観察」（ア）～（オ）を確認し、医師もしくは看護師に報告します。

＊対応時の注意＊

(ア) マスクを着用します。

　(イ) 使い捨てゴム手袋を装着し、素手では触らないようにします。

　(ウ) 使用後の手袋は廃棄し、他への汚染を防止します。

　(エ) 終了後、手洗いもしくは擦式アルコール製剤にて消毒を行います。

**※P.13[感染症対策の基本事項]参照**

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①発疹はあるが痛みも痒みもない

　(ア) 微熱がある

膠原病（特に顔に発疹出現）

　(イ) 発疹に変化がある

　　(ⅰ)老人性疣贅(ゆうぜい)（いぼ）

　　(ⅱ)皮膚がん

②発疹があり、痛い

　(ア) 発熱

・帯状疱疹：ウイルス性の皮膚疾患。神経を伝わって皮膚に水疱をつくり、片側性に神経痛様の痛みが続く。

・単発性疱疹（ヘルペス）：ウイルス性の皮膚疾患。おもに口唇や陰部などに小さな水疱ができる。

　(イ) 発熱・皮膚の腫脹・熱感

　　・蜂窩織炎：傷口から連鎖球菌やブドウ球菌が侵入して、皮下で化膿性の炎症を起こす。

　(ウ) 発熱・リンパの腫れ

　　・丹毒：皮膚の浅い所にできる化膿性炎症。高齢者や免疫力の低下した人に多い。あざやかな赤い腫れが現れ、急速に広がる。

③随伴症状

(ア) 急性感染症（麻疹、風疹など）

(イ) 膠原病（全身性エリテマトーデス〔SLE〕）

(ウ) 薬疹

(エ) 血管炎

(オ) 皮膚筋炎　⇒原疾患による発熱、関節痛、腹痛、胸痛など

**7.意識状態の変化**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　意識とは、外界からの刺激を受け入れ，自己を外界に表出することのできる機能をいい、周囲への対応や会話の内容にも混乱がなく、一定の目的に合わせて手足を動かせる状態像をいいます。

意識障害とはこの認知機能と表出機能が低下した状態です。

①意識障害の原因

　意識障害の原因となるものは数多くあり、何らかの原因により脳の血流が悪くなり脳細胞に酸素やブドウ糖が送り込まれなくなり、脳細胞の働きが低下したために起こります。

（例）低血糖や高血糖、極端な血中酸素濃度の低下、心停止など

②意識レベルと全身状態

　意識障害を起こした人に対して適切に対処するため、また原因を絞り込むために、速やかなるチェックを行うことが必要です。

【留意事項】

①認知症と区別がつかない意識障害を起こしたり、入院、手術などが引き金となることもあります。日常生活の把握をしっかり行います。

②低血糖と意識障害

　糖尿病で血糖降下剤服用している人やインシュリン治療をしている人、低血糖症状（四肢の冷感、冷汗、意識障害等）に注意します。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察のポイント】

①呼名反応の有無（意識障害の程度をみる）

後述のジャパン・コーマ・スケールも参照

②麻痺の有無や肢位異常

　(ア) 四肢の伸展

　(イ) 上肢の屈曲・硬直、下肢の伸展・硬直

　(ウ) 上下肢のうち一肢の麻痺

　(エ) 片麻痺

③呼吸状態

(ア) 舌根沈下はないか、嘔吐による誤嚥の有無など気道が確保されているかをチェック

(イ) 呼吸のパターンをチェック、チェーンストークス呼吸・失調性呼吸など脳の異常による呼吸の異常をチェック

※チェーンストークス呼吸：小さい呼吸から徐々に大きな呼吸になったあと、次第に呼吸が小さくなり、一時的に呼吸停止となることが繰り返される呼吸

※失調性呼吸：呼吸の大きさ、リズムがまったく不規則な呼吸

④脈拍

　(ア) 徐脈やリズム不整の有無をチェック

　(イ) 心筋梗塞や脳梗塞によるリズム不整や、脳圧亢進による徐脈などを観察

⑤血圧：血圧の変動をチェック

⑥体温：体温をチェック

⑦皮膚の状態

　(ア) チアノーゼの有無や発汗・皮膚温など

　(イ) ショック状態のチェックのため

⑧その他

　全身状態、代謝異常、外傷の有無や既往歴の有無（てんかん・脳梗塞・心筋梗塞など）

【対応のポイント】

　意識状態に変化がある場合は、できるだけ早く看護師や医師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

　(ア) いつから始まったか？

　(イ) 意識の低下は、急になのか？、徐々になのか？、反応はどうだったか？

　(ウ) 呼吸状態はどうだったか？

　(エ) 眼球の向き、瞳孔の状態はどうだったか？

　(オ) 失禁や怪我は？

＜意識障害時の対応＞

　(ア)急変時の対応（救命処置、救急医療機関への搬送等）

　(イ)家族への連絡

■緊急時の意識障害の評価方法

ジャパン・コーマ・スケール（3－3－9度方式）

　この評価法は、急性期の意識障害を対象としたものであり、慢性期の意識障害には使用できません。

刺激による開眼状態で大きく Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの３段階に分類し、さらにそれぞれを３段階に細分化して全部で９段階評価します。

点数が大きいほど意識障害が重症です。

|  |
| --- |
| Ⅰ　刺激しないでも覚醒している状態  1点：だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない  2点：見当識障害（自分がなぜここにいるのか、ここはどこなのか、といった状況が理解されていない状態）がある  3点：自分の名前、生年月日が言えない  Ⅱ　刺激すると覚醒するが刺激をやめると眠り込む状態  10点：普通の呼びかけで容易に開眼する  20点：大きな声または体をゆさぶることにより開眼する  30点：痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する  Ⅲ　刺激をしても覚醒しない状態  100点：痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする  200点：痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる  300点：痛み刺激に反応しない |

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

＜意識障害をもたらす疾患＞

①呼吸器系＝気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患

②循環器＝心不全、アダムス・ストークス症候群・急性心筋梗塞

③血圧の急激な低下＝心筋梗塞、吐血、下血、出血によるショック、糖尿病性こん睡、敗血症、その他ショック状態など

④血圧の急激な上昇＝高血圧性脳出血、くも膜下出血、高血圧性脳症など

⑤発熱の有無＝髄膜炎や脳炎、脳出血の可能性

⑥その他＝低血糖、糖尿病性昏睡、電解質異常Na・Ca、頭部外傷など



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**8.てんかん、けいれん**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　てんかんとは、脳の異常な電気活動によって神経細胞が過剰に興奮をおこし、けいれんや意識障害などの症状を呈する発作性の疾患です。

けいれんとは、全身または一部の筋肉の不随意かつ発作的収縮を示す症候名です。

①てんかんの種類

(ア)非てんかん性けいれん

(ⅰ) スパズム　～　眼瞼けいれんや片側顔面けいれん

(ⅱ) クランプ　～　ふくらはぎのこむらがえり

(ⅲ) ミオクローヌス　～　一群の筋肉の不随意な収縮

(イ)てんかん性けいれん

(ⅰ) 部分発作　～　意識はある

(ⅱ) 全般発作　～　意識はない

②てんかんの原因

(ア)特発性てんかん（真性てんかん）：脳波に異常がみられる

(イ)症候性てんかん：脳内の疾患や全身性疾患の症状としてけいれん発作をおこす

③けいれん発作の分類

(ア)部分発作

　　(ⅰ) 単純部分発作⇒意識障害を伴わない部分発作

　　(ⅱ) 複雑部分発作⇒意識障害を伴う部分発作

(イ)全般発作＝意識障害がある

　　(ⅰ)欠神発作⇒突然はじまり数秒から３０秒ほど持続し突然終了

　　(ⅱ)ミオクロニー発作

(a)ミオクロニーけいれん⇒突然起こる短時間の衝撃様の筋収縮

(b)間代発作⇒ミオクロニーけいれんが律動的に反復するもの

　(ウ) 強直発作⇒数秒程度の比較的短時間の強直状態、意識障害がみられるが回復は早い。眼球や頭部が一側偏位、胸部の強直けいれんで呼吸が停止することがある。

(エ) 強直間代発作⇒予告症状なしに意識を失う。地上に倒れ舌をかんだり、失禁する、チアノーゼもある

　(オ) 特発性全般性てんかん

　(カ) 症候性全般性てんかん

④けいれん重積の分類

(ア)発作がある程度の長さ以上に続くか、または短い発作でも反復し、その間の意識の回復がないもの

(イ)実際には5分から10分程度発作が持続するか、２回以上の発作が起こりその間に意識が完全に回復しない

(ウ)低酸素脳症を起こすため気道確保と酸素投与が必要

【留意事項】

日常よりけいれん誘発する因子の観察と除去に努めましょう。

①食事、睡眠、休養などの生活リズムを乱さない

②発熱、月経

③光などの刺激に注意する

④前駆症状の早期にチェック

　※前駆症状の例

　頭痛、胃部不快感、傾眠傾向、不機嫌、イライラ、不安、運動失調等

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①意識状態

②呼吸状態

③けいれん時間と部位

④眼球の位置

⑤チアノーゼの有無

【対応方法】

①慌てず、その場を離れない

②必ず応援を呼ぶ

③発作中は名前を呼んだり、体を揺らすなどの刺激を与えない

④観察と同時に早急な対応を行う

(ア)衣服をゆるめ胸部運動を楽にする

(イ)気道確保

(ウ)嘔吐した嘔吐物が気道へ誤嚥されやすい。口腔内の分泌物が急に多くなる嘔吐に備え、頭部を横に向けて嘔吐物による気道閉塞を防ぐ嘔吐物が口腔内にあればかき出す

(エ)外傷の防止～周囲の危険物を排除

　　(ⅰ)ベッド柵等柔らかい物をかける

　　(ⅱ)転落防止

⑤意識障害時または呼吸障害時は、早急に医師・看護師に報告します。

（フローチャート9参照）

＜医師、看護師に伝えるポイント＞

　(ア) どこからけいれんが起こり始めたか

　(イ) 何分位続いたか

　(ウ) 全身または部分的か

　(エ) 意識、呼吸の状態

　(オ) 連続的か断続的か

　(カ) 発作中の怪我はあるか

　(キ) 発作後眠ったか

　(ク) 眼球の位置

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

＜けいれん発作をきたす疾患＞

　(ア)　脳血管障害　～　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳血管奇形

　(イ)　脳腫瘍

　(ウ)　頭部外傷

　(エ)　感染症　～　脳炎、髄膜炎

　(オ)　膠原病

　(カ)　変性疾患　～　アルツハイマー型認知症

　(キ)　熱性けいれん

　(ク)　心因性　～　ヒステリー

　(ケ)　低血糖

　(コ)　電解質異常

　(サ)　過換気症候群

　(シ)　高血圧性脳症

　(ス)　尿毒症

　(セ)　甲状腺機能低下症

　(ソ)　てんかん



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**9.頭痛、めまい、耳鳴**

**9.-1頭痛**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】【留意事項】

　頭痛はおおむね4つに分けることができます。緑内障、虫歯、副鼻腔炎など、眼、歯、耳の疾患も頭痛の原因となることがあります。

①風邪や二日酔いなどが原因で起こる日常的な頭痛

②偏頭痛など「頭痛持ちの頭痛」と呼ばれる慢性の頭痛

③脳血管障害や高血　圧など脳や全身の疾患が原因で起こる頭痛（症候性頭痛）

④頭部を打った後にでる頭痛

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①バイタルサインの確認…体温、血圧、脈拍、SPO2に問題がないか確認

②突然起こる強烈な頭痛、嘔吐、意識障害がないか

③突然起こる強い痛み。頭痛とめまい、嘔吐がほぼ同時に起こっていないか

④痛みはそれほど強くないが、片方の手足が痺れたり、ろれつがまわらないなどの症状がないか

⑤急な頭痛や片目の痛み、吐き気、食欲不振がないか

【対応方法】

①バイタルサインが特に問題なく、日常的な頭痛や慢性の頭痛の場合は医師、看護師の指示で鎮痛薬を服薬し様子を見ます

②【観察ポイント】の②～④の症状が見られる場合は、脳血管障害が疑われるため、横向きに寝かせて頭をゆらさないようにします。救急車にて医療機関に搬送します

③【観察ポイント】⑤の症状がみられる場合は医療機関を受診します

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

（ア）バイタルサイン

（イ）どのように起こったか（突然起こったか、徐々に起こったか）

（ウ）部位・どのような痛みか

（エ）今までに同じような頭痛が起こったことはあるか

（オ）頭痛以外の症状はあるか(意識、嘔吐、手足のしびれや麻痺等…)

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①くも膜下出血

②脳出血

③脳梗塞

④硬膜下血腫

⑤緑内障



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**9.-2めまい**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　めまいは大きくわけて３つあり、回転性のめまい、浮動性めまい、立ちくらみのようなめまいがあります。

①回転性めまい（グルグル目が回る）

　周囲のものや自分自身がぐるぐる回るように感じるめまいです。回転性のめまいの多くは耳の異常が原因でおこります。放っておくと難聴になる危険性があります。

　急に発症し,吐き気、嘔吐、耳が聞こえづらくなる（難聴）などの症状を伴うことがあります。

　また、脳出血や脳梗塞といった脳の異常でも回転性めまいがおこることがあります。

②浮動性めまい（フワフワふらつく）

　急に、あるいは徐々に症状があらわれ、フワフワ揺れる感じと、頭痛やしびれ、運動麻痺などの神経に関係する症状を伴うことがあります。浮動性めまいの多くは、脳の異常が原因で起こります。

③立ちくらみのようなめまい（クラッとする）

　立ち上がるとクラッとしたり、目の前が暗くなったりするめまいは、血圧の変動に関係する全身性の疾患が原因として考えられます。

（参考）

○乗り物酔い：内耳の三半規管などに揺れの刺激が加わって起こる「めまい」の一種

○立ちくらみ：姿勢が急激に変化したために反射的に血圧が下がることによっておこる現象

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①バイタルサインの確認

②回転性めまい（グルグル目が回る）

　音が聞こえづらい、耳が詰まった感じ、耳鳴りがないか

③浮動性めまい（フワフワふらつく）

体がフワフワした感じでふらつく、まっすぐ歩けない、姿勢を保つのが難しい様子がないか

④立ちくらみのようなめまい（クラッとする）

　立ち上がるとクラッとくる、目の前が暗くなる、失神を伴うことがないか

【対応方法】

めまいが治らない場合は早めに医療機関で受診します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

（ア）バイタルサイン

（イ）どのように起こったか

（ウ）どのようなめまいか

（エ）めまい以外の症状はあるか

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①めまいを伴う耳の疾患

　(ア) 良性発作性頭位めまい症

　(イ) メニエール病

　(ウ) めまいを伴う突発性難聴

　(エ) 外リンパ瘻

　(オ) 中耳炎によるめまい

②めまいを伴う脳の疾患

　(ア) 脳梗塞、脳出血

　(イ) 脳腫瘍

③めまいを伴うその他の疾患

　(ア) 低血圧症、高血圧症

　(イ) 不整脈

　(ウ) 低血糖症

　(エ) 心因性めまい

　(オ) 頸性めまい

**9.-3耳鳴り**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】【留意事項】

耳鳴には自覚的耳鳴と他覚的耳鳴があります。

①自覚的耳鳴

　音刺激がないのに蝉鳴、風音流水音などの音を感じる異常感覚です。原因は聴神経の異常興奮によるもので、内耳疾患や中枢側の障害に多く見られます。中耳炎、耳管狭窄、メニエール病、内耳炎等の疾患にみられます。

②他覚的耳鳴

　頸静脈の血管雑音、口蓋筋、耳管筋のけいれんなど、耳周囲に音源があるものです。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①バイタルサインの確認

②耳鳴りの頻度、時間の観察

③めまいなど、他の症状はないか

④どのような耳鳴りか（「キーン」という高い音、血管が脈を打っているように感じるなど）

【対応方法】

　「疾患」が原因の耳鳴りもあるため、めまいと同時に起こる場合や、耳鳴りが続く場合は受診します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

（ア）バイタルサイン

（イ）どのように起こったか

（ウ）どのような耳鳴りか

（エ）耳鳴り以外の症状はあるか

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

耳鳴りを引き起こす疾患

①メニエール病

②突発性難聴

③老人性難聴

④自律神経失調症

⑤外耳炎、中耳炎

⑥脳の外傷、脳腫瘍、脳出血、脳幹梗塞

**10.関節痛、神経痛など（身体の痛み）**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　痛みとは、身体に何か異常があることを知らせ、更に休息が必要なことを知らせてくれる警報装置です。休息により組織の安静を保つことで治癒が早まります。

①痛みの発生機序

（ア）侵害受容性（末梢性）疼痛（体性痛・内臓痛）

　体性痛は、皮膚や粘膜の痛みである表面痛と、滑膜、靭帯、関節包、腱、筋膜、骨格筋の痛みである深部痛とに区分されます。

（イ）神経障害性疼痛

体性感覚神経（末梢神経、脊髄、脳を含む）の痛変や疾患によって生ずる痛み

（ウ）精神心因性疼痛

②急性痛と慢性痛

　組織を損傷する可能性を持った侵害刺激が生体に加わった時の痛みを急性痛といいます。慢性痛は障害の治療に十分な時間を超えて長期にわたって持続する痛み、もしくは継続する痛みの原因となる疾患と一体となっている痛みです。または数か月あるいは数年の間隔で再発する痛みのことです。

③骨・関節・靭帯・腱・筋・神経の痛みの種類

（ア）骨折

　(ⅰ) 転倒が原因で高齢者に起こりやすい骨折＝股関節・手関節

　(ⅱ) 自発的な運動が少ない障害者は骨粗鬆症になりやすく、転倒により骨折するリスクが高いです。

　(ⅲ) 閉経後の女性は女性ホルモンの減少により骨粗鬆症になりやすいです。

　(ⅳ) 骨粗鬆症の方はしりもちをつくような転倒によって脊柱の圧迫骨折を起こしやすいです。

（イ）脱臼

　(ⅰ) 関節面が全く相互にかみ合わない状態をいいます。

　(ⅱ) 転落・転倒や無理な外力が加わった時に発生します。

（ウ）靭帯損傷

　　　関節に生理的運動域を超えた運動が強制された場合に起きます。

　　　靭帯が断裂する完全断裂や部分断裂、断裂のない状態（一般的に捻挫といわれる状態）などがあり、骨折や脱臼を伴いません。

（エ）腱・筋損傷

　急激な筋肉の収縮、筋・腱への外力が加わって発生します。筋の断裂では筋の連続性が認められないものを完全断裂といい、部分的に断裂したものを不全断裂といいます。第1度：微細な断裂、第2度：より大きな断裂、第3度：完全断裂に区分され、肉離れ（筋挫傷）と呼ばれるものはほとんど第1度です。

　　 腱断裂はスポーツや骨折などによって発生します。

（オ）関節炎

（ⅰ）感染性関節炎

（ⅱ）変形性関節症

関節の変性・摩耗と増殖が混在する非炎症性、進行性疾患です。関節の軽い痛みから始まり、重い感じやこわばりと感じて現れることも多くあります。運動時に痛みが出現し、安静により消失します。重度化してくると運動後しばらくの痛み、関節の腫脹を認め、さらに悪化すると変形や拘縮をきたします（変形した関節軟骨⇒関節運動で摩耗⇒骨組織の露呈・骨増殖による関節変形⇒運動制限と疼痛（運動時痛）が強まる⇒拘縮、関節周囲の筋力低下）。

　脳性麻痺患者には慢性的な筋緊張により、変形性頸椎症を発症し２次障害をきたす方もいます。

（ⅲ）リウマチ

（ⅳ）痛風

（ⅴ）その他

（カ）神経痛

脊椎や関節の変形や筋の柔軟性の低下によって神経を圧迫し、しびれや疼痛が出現します。

　　代表的なものに、

（ⅰ）坐骨神経痛：下肢に放散する痛み、しびれ

（ⅱ）頸肩腕症候群：頸部、肩部、上肢の倦怠感、上肢に放散する疼　痛、肩こり

（ⅲ） 手根管症候群：中指のしびれ、夜間の疼痛が強い、手関節の手のひら側に腫脹と圧痛、母指球筋の委縮

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

＜関節の痛みの種類＞

①骨折

（ア）疼痛、（イ）腫脹、（ウ）機能障害、（エ）変形、（オ）異常可動性

②脱臼

（ア）疼痛、（イ）運動制限、（ウ）関節部の変形

③靭帯損傷

（ア）第1度（一部断裂）

自発痛、圧痛、軽度の腫脹がある。関節血腫はない

（イ）第2度（部分断裂）

自発痛、圧痛、中等度の腫脹、運動制限、軽度の異常可動性、関節　血腫がある

（ウ）第3度（完全断裂）

第2度の症状がすべて強度。関節の不安定性が著明

④腱・筋損傷

（ア）疼痛、（イ）断裂音（受傷した本人が自覚する）、（ウ）脱力、

（エ）断裂部の陥没（新鮮完全断裂のみ）、（オ）圧痛

⑤変形性関節症

（ア）関節痛、（イ）関節水腫、（ウ）可動域制限、（エ）変形

⑥神経痛

（ア）しびれ、（イ）疼痛、（ウ）知覚異常(皮膚感覚の過敏または鈍麻等)

【対応方法】

①痛みへの対応

(ア)急性期の痛み

炎症を伴っており、発赤、熱感がある場合は冷却します。

触れたり動かしたりすると激烈な疼痛があり、熱感、腫脹がある場合は、急性の感染性疾患が疑われるため、直ちに医師・看護師へ連絡します**。**

(イ)慢性的な痛み

筋緊張が亢進し、筋の柔軟性の低下、血行不良を招くため、温熱療法を行うと効果的です。

②損傷への対応

(ア)骨折

　　RICE療法：安静(Rest)･固定(Immobilization)･冷却(Cold)･挙上(Elevation)

　　(ⅰ)骨折部を中心に上下の関節を超えるような十分に長い板などをあてて、包帯やタオルなどで固定

　　(ⅱ)骨折部位を冷却

　　(ⅲ)圧迫包帯等を巻き、圧迫（※看護職員、医師のみ）

　　(ⅳ)部位を少し挙上させて休ませる

(イ)脱臼

RICE療法（(ア)骨折参照）

　　速やかに修復することが望ましいため、早期に医師・看護職員に報告する

　　※無理な修復操作は新たな骨折を起こすことがあるため注意する

(ウ)靭帯損傷

　RICE療法（(ア)骨折参照）

(エ)腱・筋損傷

　RICE療法（(ア)骨折参照）

　筋・腱が弛緩する位置で固定

(オ)変形性関節症

　安静

(カ)神経痛

　安静・原因筋の弛緩

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

(ア)痛みの部位

(イ)痛みの程度・感じ方（ズキズキ・刺すような）

(ウ)痛みの発生した時期

(エ)どの様にしたら痛みが発生するか（体位・肢位）

(オ)発赤や腫脹、熱感があるか

(カ)その他の症状があるか(その他の身体的な症状の有無など)

**11.不眠と情緒不安定**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　不眠は情緒不安定を招き、不安、落ち着きの無いイライラ気分、憂うつ気分などを引き起こします。

一般的な睡眠の型として、入眠後しばらくして、最も深い熟眠状態に入り、この状態が２～３時間続くと、睡眠度の比較的浅い状態が２～３時間続きます。ついで明け方近くになって、再び短時間の熟眠に入ったあとに覚醒するのが標準型睡眠です。

眠れない状態や眠りに問題がある状態を不眠と呼びます。

＜不眠の代表的な症状＞

①入眠障害

　いわゆる寝付きが悪いといわれる状態の不眠で、そのために熟眠感（ぐっすり眠ったという感じ）が得られないものをいいます。この状態の不眠がもっとも多くみられるもので、神経質症、不安神経症、慢性化した軽いうつ状態などによくみられます。このような場合、就眠時には「どうにかして眠らねば」という精神的な緊張が、かえって不安を助長することになります。

②継続型睡眠障害

　睡眠が全体的に浅く、よく中断されるものをいいます。

「ほとんど一晩中夢ばかりみて眠れない」と訴え、全く熟眠感を持ちません。このような状態のものは高齢者に多くみられ、また高血圧、脳循環障害などの患者にもみられます。

③早期覚醒型睡眠障害

　寝つきは一般に良いけれども、短時間の熟眠のあとに早期に覚醒して、その後は全く眠れないという状態のものをいいます。多くの場合、午後９時頃には就眠しますが、午前２時ころには覚醒し、その後起床するまでの数時間が非常に長く感じられて苦痛を訴えます。起床後も数時間にわたって、不快感、焦燥感が持続し、午前中の能率は悪く、午後を過ぎる頃になって、ようやく精神機能が活発になってきます。うつ状態の不眠は大部分がこれに属します。

④完全な睡眠障害

　一晩中全く不眠の状態が続くものをいいます。このような場合は、不眠と同時に他の種々の重篤な身体症状や精神症状を伴っています。

⑤精神障害者の不眠

　知能障害（統合失調症や認知症）が高度の患者の場合は、不眠を自ら訴えることが少なく、夜中になかなか落ち着かず、興奮や衝動行為をみることがあり、しだいに周囲にまで被害を及ぼすことがあります。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

①睡眠時間、疲れがとれているか、目覚めの状態を観察します。

②表情、言動を観察します（表情が乏しくないか、ぼーっとしていないか、会話がいつものようにできるか）

③体調が悪くないか観察します（食事摂取状況、排便の有無等の観察を行います）

【対応方法】

①不眠の状態が続く場合や体調が悪い場合（頭痛、腹痛、吐き気など）は早　めに医療機関で受診します

②精神障害者の不眠の場合は、言動、表情を観察し、精神科に受診します

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

（ア）日中の様子

（イ）どのような不眠状態か（いつ頃から、１日の睡眠時間、考える原因など）

（ウ）他にかかっている疾患と服薬内容

（エ）不眠以外の症状はあるか

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

【留意すべき疾患】

①統合失調症

②認知症

③うつ病

**12.ショック**

**（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識**

**～症状別の知識と留意事項**

【基礎知識】

　ショックとは、何らかの原因で低血圧になり、臓器潅流が低下して臓器への酸素運搬が低下した状態をいいます。酸素欠乏（ショック）が長引くと細胞機能が維持できなくなり、全身の臓器機能低下（多臓器不全）に陥り、不可逆性ショックとなり、多くは死に至ります。

①ショックの分類

(ア)循環血液量減少性ショック：出血や体液の喪失によるショック

（出血性ショック、体液喪失性ショック、熱傷性ショック）

(イ)心原性ショック：心機能の低下により、血圧が低下し、酸素供給が不足することで生じるショック

(ウ)心外閉塞・拘束性ショック：心臓外部の要因（血管の閉塞、周辺からの圧迫等）により、心機能が低下して生じるショック（心原性ショックの一種）

(エ)血液分布異常性ショック：血液量や心拍出量は低下していないものの、血管が拡張するなどして、血圧が低下して生じるショック（感染症(敗血症)性ショック、アナフィラキシーショック、神経原性ショック）

②ショックの５主徴

　(ア) 皮膚・顔面蒼白

　(イ) 肉体的・精神的虚脱

　　※具体的症状

　　　(ⅰ)元気がない

　　　(ⅱ)視線が合わない

　　　(ⅲ)反応がない

　　　(ⅳ)体がだらりとしている

　(ウ) 発汗・冷汗

　　※多汗の場合もある

　(エ) 脈拍微弱・触知不能

　(オ) 不充分な促迫呼吸

※生体に急激に発症する重篤な症状で、原因によって分類されてい　ますが、主要症状は共通しています。

**（2）判断のための知識　～症状別の観察ポイントと対応方法**

【観察ポイント】

　ショック状態になっているかどうかを確認するには、

①意識はあるか

耳元で声をかけたり、肩を叩いて確認します

②呼吸はしているか

胸と腹部の動きを見て呼吸の有無を確認します

③脈はあるか

手首・鼠蹊部・首に指を当てて確認します

④顔色はどうか

⑤体温はどうか

⑥手足は動くか

【対応方法】

P.65フローチャート11を参照ください。

**（3）さらに詳しく知りたい方へ　～とくに留意すべき疾患**

① 出血　⇒外傷性大動脈瘤破裂、消化管出血など

② 血漿喪失⇒熱傷、嘔吐、下痢、イレウスなど

③ 体液電解質喪失⇒糖尿病性ケトアシドーシス、副腎不全、利尿薬投与など

④ 心ポンプ機能不全⇒心筋梗塞、心筋炎、心筋症

⑤ 不整脈⇒心房細動、洞不全症候群、房室ブロックなど

⑥ 心タンポナーデ

⑦ 急性肺梗塞症

⑧ 緊張性気胸

⑨ 敗血症性ショック

⑩ アナフィラキシーショック



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

**【引用・参考文献】**※50音順(英字はアルファベット順)

**《第１章》**

・阿部康二(編)『神経難病のすべて～症状・診断から最先端治療・福祉の実際まで』

第１版・新興井垣出版　2007年

・阿部正和(著)『バイタルサイン』第１版,医学書院,2004年

・井上智子・佐藤千史(編)『緊急度・重症度からみた　症状別看護過程＋病態関連図第１版』医学書院　2012年

・居村茂幸(編)『系統理学療法学 内部傷害系理学療法学』第１版,医歯薬出版株式会社,2006年

・浦部晶夫・島田和幸・川合眞一(編)『今日の治療薬 解説と治療薬　2012年』南江堂,2012年

・オアシスナビ, http://www.oasisnavi.com/,(参照2014-7)

・介護職員関係養成研修テキスト作成委員会(編)『介護職員初任者研修テキスト第3巻

こころとからだのしくみ』初版,一般社団法人長寿社会開発センター,2013年

・介護職員初任者研修テキスト編集委員会(編)『介護職員初任者研修テキスト「老化・認知症・障害の理解」』,介護労働安定センター,2013年

・カラダノート,http://karadanote.jp/,(参照2014-7)

・小嶋温,秋元美世(編)『心と体のしくみ』,メヂカルフレンド社,2010年

・齋藤宣彦(著)『症状からみる病態生理の基本』,照林社,　2006年

・女性の健康週間委員会(監)『最新版女性の医学大全集』第1刷,主婦の友社,2010年

・『脊椎・脊髄損傷』,労災疾病等13分野研究普及サイト,独立行政法人労働者健康福祉機構,http://www.research12.jp/sekizui/,2015年4月

・全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会全療協部会ハンドブック編集委員会編

『新療護施設職員ハンドブック』　社会福祉法人　全国社会福祉協議会1988年

・全国脊髄小脳変性症友の会『脊髄小脳変性症Q&A100　医療・生活・福祉-100の質問に答える』脊髄小脳変性症友の会,1996年

・平孝臣・鈴木玲子(編)『わかるバイタルサインAtoZ』第4版,学習研究社,2004年

・竹尾　恵子(編)『看護技術プラクティス(第２版)』,学研メディカル秀潤社,2009年

・タケダ健康サイト, http://takeda-kenko.jp/,(参照2014-7)

・武田憲昭(監修)『めまいナビ』,http://www.memai-navi.com/,(参照2014-7)

・竹村信彦(著者代表)『系統看護学講座 専門分野Ⅱ成人看護学「脳 神経」』,医学書院,2012年

・東京医科大学病院看護部(著)『急変・院内救急対応マニュアルフローチャートでわかる看護ケアのポイント』,中央法規出版株式会社,2013年

・中島孝(監)『ALSマニュアル決定版！』第１版,日本プランニングセンター,2009年

・奈良勲・鎌倉矩子(監)『標準理学療法学・作業療法学専門分野整形外科学』第2版,医学書院,2005年

・奈良勲(監)『標準理学療法学専門分野日常生活活動学・生活環境学』第2版,医学書院,2006年

・日本整形外科学会『スポーツ外傷の応急処置』. https://www.joa.or.jp/jp/public/

sick/condition/athletic\_injury.html,(参照2015-10)

・日本蘇生協議会、日本救急医療財団(監)『JRC（日本版）ガイドライン2010（確定版）一次救命処置』.へるす出版.2011年

・林泰史(著書)『介護福祉専門情報誌　介護福祉平成24年春季号(№85)』財団法人社会福祉

振興・試験センター,2012年

・藤田勝治(編)『最新医学事典』第3版,医歯薬出版,2005年

・水谷仁(編)『Newton別冊原因と対処法をやさしく解説 体と体質の科学』,ニュートンプレス,2013年

・美濃良夫(編)『高齢者介護　完全図解　急変時対応マニュアル』講談社,2010年

・美濃良夫(編)『高齢者介護急変時対応マニュアル』,講談社,2007年

・『耳鳴り/原因/症状/治療　徹底解説！』http://33nari.com/,(参照2014-7)

・宮原伸二(編)『福祉医療用語辞典』第1版,創元社,2006年

・『メンタルヘルスONLINE』 http://www.k4.dion.ne.jp/~care/,(参照2014-7)

・渡辺照男(編)『カラーで学べる病理学』第２版,ヌーヴェルヒロカワ,2005年

・gooヘルスケア,http://health.goo.ne.jp/,(参照2014-7)