

看護学を構成する 重要な用語集

日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会
第9・10期委員会

平成23年6月24日

看護学を構成する重要な用語集

◇看護学学術用語検討委員会の経緯

看護学学術用語検討委員会では、1986年に委員会が発足して以来、看護学において用いられている学術用語や看護実践を記述する用語を取り上げ、さまざまな観点から検討を行ってきた。本委員会は、その時々々の看護学のおかれている状況をふまえながら、看護学学術用語の体系化を図る取り組みを続けてきた。

第1期委員会（原萃子委員長）は、当時の学会員511名への調査の結果、「用語の統一見解を図る」、「用語集の作成」という要望・期待を受けて、第4期まで「わが国の看護学研究の発展を支える学術用語の検討」を重ね、「看護学の核的用語（看護実践のコア部分を説明または記述するために不可欠な用語）」35について概念規定を行い、報告している（第2期：前原澄子委員長、第3・4期：薄井坦子委員長）。

第5期委員会（中西睦子委員長）では、成人看護領域の看護実践における行為ラベル433件を6項目に分類し、「看護行為を言語化し用語体系を構築する一つの方向性」として報告した。そして、第6期委員会（川島みどり委員長）、第7期委員会（数間恵子委員長）では、第5期の活動を受けて、「わが国において看護職者が人々の健康保持・増進および健康問題に伴う種々の困難の解消や軽減を目的として行う行為」を整理・分類し、「看護行為用語分類」として提示、これらの用語の普及を目的としてWebに公開している。

以上の本委員会の経緯を受けて、今期、第9・10期の看護学学術用語検討委員会では、看護学の根幹を成す用語、時代が変わっても根幹となる用語を特定し、概念規定を行うという試みに取り組むこととした。

◇看護学を構成する重要な用語の抽出

委員会発足以降の20年の間に、数多くの海外の看護理論が紹介され、多様な看護研究方法が取り入れられるようになるなど、看護学において用いられている用語は、著しく増加しており、その一方で、その概念規定については共通理解が得られていないものも多数存在しているのが現状であろう。このような看護学を取り巻く状況の変化や、これまでの活動をふまえ、看護学の根幹を成す用語を抽出し概念規定を行うこととした。

2期に渡り、8名の委員間で会合やメール審議を行いながら、100語を特定し、概念規定を行う過程では、10名の方に協力していただきながら洗練化を重ね、最終案としてまとめるに至ったのでここに報告する。

概念規定を行うにあたっては、その用語に関するベーシックな文献や、広く活用されている文献などから、ある程度のコンセンサスが得られている定義を用いて、その用語の語源や歴史的背景、構成要素、類義語との比較などを含めて記述するように努めたが、看護領域や場、状況によってさまざまな用いられ方がされている用語も多くあり、現段階ですべての看護者からのコンセンサスを得ることは、難しいであろう。しかし、この概念規定を一つの礎として検討を重ねていくことをとおして、会員の学術研鑽、資質の向上に寄与する用語の検討という、本委員会の活動目的を達成できるものと考えます。

◇「看護学を構成する重要な用語」100語の特定化 作業のプロセス

Step1:用語の選定と調査票の作成(平成20年6月～平成21年2月)

- 1.看護学で用いられている用語の抽出と絞り込み
看護学事典(日本看護協会出版会)より4022語、日本看護科学学会誌(1982-2008)掲載の論文よりKey Word1267語、合計5289語を抽出した。
- 2.「看護学を構成する重要な用語」の選定
委員会において、「看護学を構成する重要な用語」としての重要度という視点で検討を重ね、最終的に268語に絞り込んだ。
- 3.調査票の作成
各用語について、「もっとも重要である」「重要である」「今回は取り上げない」の三択で意見を求めることとし、調査票を作成した。

Step2:代議員からの意見聴取;第1回・第2回調査の実施(平成21年3月～12月)

- 1.第1回調査:平成21年3月～4月実施
 - ・配布数:170 回答数:97(回収率57.05%)
 - ・「もっとも重要である」とした回答者の割合を根拠として167語を選定した。
- 2.第2回調査:平成21年8月～9月実施
 - ・配布数:170 回答数:93(回収率54.7%)
 - ・「もっとも重要:10点」「重要:5点」として各用語に重みづけを行い、上位100語を選定した。

Step3:特定された100語の定義(案)の作成と修正・洗練化(平成22年1月～11月)

- 1.定義(案)の構成等の決定と定義(案)の作成
 - ・定義(案)に含める内容、文字数等について検討し統一を図った。
 - ・選定した100語について、委員8名と10名の協力者で分担し、定義(案)を作成、委員会においてディスカッションしながら洗練化を図った。
- 2.定義(案)の修正と洗練化
 - ・各定義(案)について、担当者以外の2名から意見を求め修正を行った。

Step4:代議員からの意見聴取とそれに基づく修正(平成22年12月～平成23年4月)

- 1.定義(案)の代議員への送付と意見聴取
 - ・配布数:170、各用語の定義(案)について、「よい」「修正意見あり」という選択肢で回答を求め、「修正意見あり」の用語については、修正案を記入し、返送を依頼した。
- 2.代議員の意見に基づく修正
 - ・1.で得られた意見をまとめて各担当者に返し、修正を行った。
 - ・同じような言葉の表記のゆれ(たとえば、「看護師」「看護者」「看護職者」など)については、文脈をふまえて可能な限り統一を図り、文献記載のしかた、外国人名や英語表記のしかたは統一を図った。

目次

1. アセスメント assessment.....	1
2. 安全 safety.....	1
3. 安楽 comfort.....	2
4. 意思決定 decision-making.....	2
5. インフォームド・コンセント informed consent.....	3
6. エビデンス・ベースド・ナーシング Evidence Based Nursing: EBN.....	3
7. エンパワーメント empowerment.....	4
8. 家族 family.....	4
9. 環境 environment.....	5
10. 看護 nursing.....	5
11. ナーシングインターベンション nursing intervention.....	5
12. 看護学 discipline of nursing.....	6
13. 看護過程 nursing process.....	7
14. 看護管理 nursing administration.....	7
15. 看護技術 nursing art.....	8
16. 看護教育 nursing education.....	8
17. 看護記録 nursing record.....	9
18. 看護計画 nursing care plan.....	9
19. 看護研究 nursing research.....	10
20. 看護実践 nursing practice.....	10
21. 看護師の倫理綱領 Code of Ethics for Nurses.....	11
22. 看護職 nurse.....	11
23. 看護診断 nursing diagnosis.....	12
24. 看護の質 quality of nursing care.....	12
25. 看護の専門性 nursing specialty.....	13
26. 看護の専門分野 field of nursing specialty.....	13

27. 看護目標 nursing goal	14
28. 看護モデル nursing model	14
29. 看護理論 nursing theory	15
30. 看護倫理 nursing ethics	15
31. 患者・患児 patient	16
32. 患者-看護師関係 patient-nurse relationship.....	16
33. 患者教育 patient education	17
34. 患者の権利 patient's rights	17
35. 感染管理 infection control	18
36. 緩和ケア palliative care.....	18
37. 基本的欲求 basic human needs.....	19
38. 共感 empathy	19
39. 苦痛 suffering	20
40. クリティカルシンキング critical thinking	20
41. ケアリング caring	21
42. 継続看護 continuing nursing care	21
43. 傾聴 listening.....	22
44. 健康 health	22
45. 健康教育 health education	23
46. 権利擁護 advocacy	23
47. 行動変容 behavior modification	24
48. コミュニケーション communication	24
49. コンサルテーション consultation	25
50. 死 death.....	25
51. 自己概念 self-concept	26
52. 自己決定 self-determination.....	26
53. 自己実現 self- actualization.....	27

54. 受容 acceptance	27
55. 症状マネジメント symptom management	28
56. 食事 eating	28
57. 自立 independence	29
58. 自律 autonomy	29
59. 信頼関係 a relationship of mutual trust	30
60. 診療の補助 nurse's role in helping examination and treatment.....	30
61. 睡眠 sleep	31
62. ストレス stress	31
63. ストレスマネジメント stress management.....	32
64. スピリチュアリティ spirituality	32
65. 生活 life.....	33
66. 生活習慣 life style.....	33
67. 生活の質 / クオリティ・オブ・ライフ quality of life / QOL	34
68. 清潔 cleanliness	34
69. セルフケア self care.....	35
70. 全人的痛み（トータルペイン） total pain	35
71. 専門職 profession.....	36
72. 喪失 loss.....	36
73. ソーシャル・サポート social support	37
74. 対処（コーピング） coping.....	37
75. 地域（コミュニティ） community	38
76. チーム医療 term care.....	38
77. 調整 coordination	39
78. 適応 adaptation	39
79. 疼痛 pain	40
80. 日常生活行動 Activities of daily living	40

81. 人間 human being	41
82. 人間関係 interpersonal relationship	41
83. 排泄 excretion	42
84. バイタルサイン vital signs	42
85. 発達 development	43
86. 悲嘆 grief	43
87. 病気 illness (disease)	44
88. 不安 anxiety	44
89. フィジカル・アセスメント physical assessment	45
90. プライバシー privacy	45
91. プライマリヘルスケア primary health care	46
92. ヘルスプロモーション health promotion	46
93. 保健行動 health behavior	47
94. 保健指導 health guidance	47
95. 身体像 body image	48
96. 予防 prevention	48
97. ライフサイクル life cycle	49
98. リスク・マネジメント risk management	49
99. リハビリテーション rehabilitation	50
100. 療養上の世話 assist of activities of daily living life	50

1. アセスメント assessment

アセスメント (assessment) は、一般的には、査定、評価あるいは事前評価と訳されている。医療においては、患者アセスメント、環境アセスメント、リスクアセスメントなどのように様々な用いられている。また、看護では、患者および家族、ケア環境などの状況を査定する過程をさしている。

看護においてアセスメントは、看護過程の最初の段階として位置づけられ論じられている。看護過程におけるアセスメントは、情報の収集・分析・集約・解釈のプロセスであり、看護の対象となる人々に最適な看護を提供する上で重要な段階である。「情報の収集」では、人間の健康についてのアセスメントの枠組みを用い、コミュニケーション技術を活用して、目的、系統的に身体や心理・社会的な情報を収集する。そして、得られた情報を「分析」し、それらを「集約」して「解釈」を行い、看護の視点から問題（解決を要することがら）や強み（看護活動に活用できるその人の長所を判別し、最適な看護を導きだす根拠を明示する。

アセスメントの「解釈」には、現象を多面的に捉える能力、知識や経験を活用しながらその意味・原因を探求する能力、予測する能力、統合する能力などが必要である。

参考文献

- 1) Janet Weber (著) / 森山美知子 (訳) : 看護診断のための看護アセスメント, 医学書院, 1994.
- 2) Patricia A. Potter (著) / 大石実, 大石加代子 (訳) : 看護診断に必要なヘルスアセスメント 最新看護ガイド , 医学書院, 2000.
- 3) Marjory Gordon (著) ; 上鶴重美 (訳) : アセスメント覚え書—ゴードン機能的健康パターンと看護診断, 医学書院, 2009.
- 4) 小田正枝(著) : 看護過程がよくわかる本—看護理論を実践に活かす, 照林社, 2002.

2. 安全 safety

安全とは、危険のない状態をいい、看護を提供する際の必須要件である。安全は、看護職者の意図的な活動と組織的な活動とによって確保される。

安全の維持・確保を目指す組織的な活動を安全管理という。安全管理には、保健医療（福祉）機関全体で危険を予測し、調査し、事前に事故を防ぐ体制を構築する段階と起きてしまった事故への対策を考える段階がある。また、安全は、患者やその家族、面会者、医療従事者など複数の人々の安全意識の向上と確立とともに、安全管理基準に基づき保健医療従事者の安全を守る対策を整えることが必要である。

看護職者は、安全を確保するために、法的責任のみならず、安全と人権を保障するという倫理的責任を負う。このような責任を果たすべく、看護職者は、家庭、地域、学校、職場などの生活環境や、病院、施設など保健医療福祉の場において、常に安全を阻害する要因を観察・予測し、傷害、有害事象、事故、感染などが起こらないよう対処する。また、看護職者自身も、感染、放射線被曝、生体リズムの乱れなどの多様なリスクを抱えており、看護の対象となる人々のみならず、自身の安全を守ることも重要な責務である。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 (編) : 看護学学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, p.6, 1995.
- 2) 中西睦子(編) : 看護サービス管理, 医学書院, 2007.
- 3) 村島さい子, 他 (編) : ナーシング・グラフィカ②基礎看護学—看護管理, メディカ出版, 2006.

3. 安楽 *comfort*

安楽は人間の基本的な欲求であり、看護の基本原則として、安全・自立とともに重視される要素であるが、安全以上に広く多面的な意味が含まれている。キャサリン・コルカバ (K.Kolcaba) は、安楽とは「緩和、安心、超越に対するニーズが、経験の4つのコンテクスト(身体的、サイコスピリットの、社会的、環境的)において満たされることにより、自分が強化されているという即時的な経験である」と定義している。「緩和」とは具体的な安楽のニーズが満たされた状態、「安心」とは平静もしくは満足した状態、「超越」とは問題や苦痛を克服した状態をいう。すなわち、身体的安楽とは、痛みや煩わしい自覚症状などが無い状態、精神的安楽とは、穏やかで落ち着いた気持ちでいることができ、周囲の人々との間に安定した相互作用をもたらすような状態、社会的安楽とは、自身の社会的役割の遂行状態に対して、自分にも家族やその他の周囲の人々にも不満や苦痛のない状態などとして捉えることができる。環境的な安楽としては、快適な室温や清浄な空気、適度な明るさや静かさ、くつろぎをもたらすような物理的環境が備わっていることが挙げられる。

様々な保健医療従事者の中で、最も「安楽」に関わるのは看護職者である。安楽は、当事者にとっての主観的な評価であり、どのような状態に安楽を感じるかは個性が大きいこと、同じ人であっても状況によって安楽の至適範囲は変化することを念頭におき、看護援助を行うことが重要である。

参考文献

- 1) K.Kolcaba (著) / 太田喜久子 (監訳) : コルカバ コンフォート理論—理論の開発過程と実践への適用, 医学書院, 2008.
- 2) J. R. Cutcliffe, H. P. McKenna (著) / 山田智恵里 (監訳) : 看護の重要コンセプト 20—看護分野における概念分析の試み, エルゼビア・ジャパン, 2008.
- 3) 川島みどり (編) : 看護技術の安楽性, メヂカルフレンド社, 1974.

4. 意思決定 *decision-making*

意思決定とは、問題解決や目的・目標の達成のために、その方向性や手段に関して、複数の選択肢の中からどれか一つを選択し決定することである。意思決定は、因果関係を判断し、将来を予測し、価値や好みに基づいて評価して選択するという高度な認知活動である。

意思決定のプロセスは、問題と状況の把握、目的・目標の設定、選択肢の模索、その選択肢がもたらす結果についての予測、予測結果の評価に基づいて選択、決定することからなる。人は純粋に個人の意思だけに従って決定してはいない。前例や慣習、同調圧力(社会的圧力)などの影響を受けている。また、組織や集団の意思決定は、個人の意思決定よりも優れたものになる可能性がある反面、状況によってはアイデアや適切な判断が圧殺され、個人の意思決定よりも劣ることがある。

健康課題を抱えている人は、治療、疾患管理の方法、日常生活の過ごし方など、様々な意思決定が求められている。看護職者は看護の対象となる人々の意思決定を支える重要な役割があり、患者の権利を擁護しつつ、意思決定を支えていくことが求められている。患者が直面する健康課題が生死に関わるような深刻な場合には、認知・感情レベルは低下し、建設的な意思決定が困難であるので、患者の意思決定能力を判断しつつ、支援していくことが重要である。

参考文献

- 1) 林政孝(著) : 意思決定 *decision-making*, (馬場一雄,他編 : 看護 MOOK18 看護過程), 金原出版, p.51-60, 1986.
- 2) 印南一路 (著) : すぐれた意思決定—判断と選択の心理学, 中央公論新社, 2002.
- 3) 宮川公男 (著) : 意思決定論—基礎とアプローチ, 中央経済社, 2010.

5. インフォームド・コンセント informed consent

インフォームド・コンセントとは、患者あるいは被験者が、治療や看護、または研究について十分な情報を得て、それらを理解し同意した上で、保健医療従事者に治療やケアの権限を委ねること、または研究者に研究参加の承諾を与えることをいう。このように、インフォームド・コンセントは、医療者や研究者が必要な情報を提供すること以上に、患者や被験者の自己決定権を高めるプロセスと捉えることができる。

ルース・フェイドン (Ruth R.Faden) らは、インフォームド・コンセントの要素として、①開示、②理解、③自発性、④能力、⑤同意を挙げている。患者や被験者が自発的に意思決定をすることがインフォームド・コンセントの基本であり、医療者や研究者は、自律、善行、無危害、正義、誠実、忠誠の倫理的な基本原則を遵守して、患者や被験者の意思決定を支援しなければならない。また、意思決定の支援には、患者や被験者が意思決定する能力を有していることの判断や、コミュニケーションが重要とされる。そのために、場の雰囲気づくり、患者や家族と関わり合う時間の確保などのサポート体制が必要である。

インフォームド・コンセントの類似概念としてインフォームド・アセントがある。これは7～15歳未満(14歳)の子どもや知的ハンディキャップの子どもに対して用いられている。

参考文献

- 1) 日本看護協会(監)：新版 看護者の基本的責務一定義・概念／基本法／倫理, 日本看護協会出版会,2006.
- 2) Dolores Dooley, Joan McCarthy (著)／坂川雅子(訳)：看護倫理 1, みすず書房, 2006.
- 3) 吉武久美子(著)：医療倫理と合意形成—治療・ケアの現場での意思決定, 東信堂, 2007.
- 4) Ruth R. Faden, Tom L. Beauchamp (著)／酒井忠昭, 秦洋一(訳)：インフォームド・コンセント—患者の選択, みすず書房, 1994.

6. エビデンス・ベースド・ナーシング Evidence Based Nursing: EBN

エビデンス・ベースド・ナーシング(以下、EBN)は、直観や経験に基づいた看護から、科学的根拠や研究結果に基づいた看護へと、すなわち臨床の根拠を見直そうという動きである。

EBNは、「科学的根拠に基づく看護」あるいは「根拠に基づく看護」と訳され、医学領域での Evidence Based Medicine (EBM) に由来する。また、専門領域を問わず、多職種による学際的な取り組みを背景とする EBP

(Evidence Based Practice) という用語も広く活用されるようになってきている。これらの用語は、科学的根拠を学問的に研究することよりも、研究結果を用いて実践を遂行することを重視している点において共通性がある。

EBNの基本的な考え方は、患者をケアするときに、研究から得られる最善のエビデンスを、看護の専門的知識を用いて判断し、その患者に対して良心的にかつ思慮深く使っていくことである。また、この考え方は、①そのときに利用可能な最善の研究結果としてのエビデンスを看護に適用すること、②患者の意向を尊重すること、③臨床の専門的知識を用いて研究成果を看護に適用するか否か判断を行うこと、④資源の利用可能性、の4要素を統合し、その時代の最善のケアを提供することを重視している。

EBNの実施にあたり重要なことは、患者一人ひとりの価値観を最大限に尊重することであり、説明を受けた上で、患者が自己決定する機会を保障されることともいえる。

参考文献

- 1) 日野原重明(監)：基本からわかる EBN, 医学書院, 2001.
- 2) 阿部俊子(監)：看護実践のための EBN—ベストエビデンスへの手引, 中央法規出版, 2001.
- 3) 菱沼典子, 小松浩子(編)：Evidence-Based Nursing 看護実践の根拠を問う 第2版, 南江堂, 2007.
- 4) 深井喜代子(監)：実践へのフィードバックで活かす—ケア技術のエビデンス, へるす出版, 2006.

7. エンパワーメント empowerment

エンパワーメントとは、「権限を委譲する」という意味をもつ用語で1960年代から人種差別や女性運動など社会的に脆弱性を有する人々が、自己のもつ力を発揮できるよう社会や環境を変革するという考えのもと提唱された概念である。

看護では、まず看護管理領域に導入され、看護職の自立性や決定権を保障することに主眼がおかれていたが、その後、看護の援助のあり方として注目されるようになった。看護の援助としてのエンパワーメントとは、「人々が自己の生活をコントロールし、決定する能力を開花させていくプロセス」を意味し、看護職がパートナーシップを形成し、そのもつ力を引き出し、看護の対象となる人々が自己決定・実行できるよう関わることをさす。エンパワーメントは相手との協働関係と信頼の上に生じるものであり、誰でも自らが成長する力や自己決定する力をもっているという考えを前提とし、保健医療者は相手が本来もつ力を発揮しさらに強化できるよう資源や環境を提供する役割をもつ。

エンパワーメントの対象は個人だけでなく、家族、集団組織、地域、社会と様々であり、またその意味もプロセスに焦点を当てる考えだけでなく、結果として捉える考えなどがあり、エンパワーメントの概念は幅広く使われている。

参考文献

- 1) J. R. Cutcliffe, H. P. McKenna (著) / 山田智恵里 (監訳) : 看護の重要コンセプト20—看護分野における概念分析の試み, エルゼビア・ジャパン, 2008.
- 2) 野嶋佐由美 (監), 中野綾美 (編) : 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, へるす出版, 2005.
- 3) 井上孝代 (編・著) : マクロ・カウンセリング実践シリーズ エンパワーメントのカウンセリング—共生的社会支援の基礎, 川島書店, 2008.

8. 家族 family

家族 (family) とは様々に定義づけられた用語であり、それぞれの学問領域もしくは分野により多様な言説を有する。一般的には、家族は構造や機能、役割、勢力、関係性、システム、文化・民族学などの視点から捉えられ論じられている。

社会学者バージェス (E. W. Burgess) は家族の特徴を、①結婚、血縁、養子などによって結合され、②同居別居にかかわらず自らの世帯であるという認識があり、③家族内役割を担う家族成員同士の相互作用があり、④固有の家族文化を有する、と挙げている。しかし、現代の家族においては、これらの特徴では捉えきれない多様な家族像が見られる。

家族看護学者のフリードマン (M. M. Friedman) は、家族は相互に情緒的に巻き込まれ、物理的に近くで生活をしている人々からなると定義し、家族看護学者のハンソン (S. M. Harmon Hanson) らは、家族とはお互いに情緒的、物理的、経済的サポートを依存しあっている2人かそれ以上の人々のことであると定義づけている。

また、家族看護学では、家族は病者をケアする存在であるとともに、その家族自身も援助の対象となりうるひとつの有機体であると捉えられており、家族アセスメントや家族に対するナーシングインターベンションが開発されるなど、家族看護の視点独自の看護展開が積み重ねられている。

参考文献

- 1) Marilyn M. Friedman (著) / 野嶋佐由美 (監訳) : 家族看護学—理論とアセスメント, へるす出版, 1993.
- 2) Shirley May Harmon Hanson, Sheryl Thalman Boyd (著) / 村田恵子, 津田紀子, 荒川靖子 (訳) : 家族看護学—理論・実践・研究, 医学書院, 2001.
- 3) 鈴木和子, 渡辺裕子 (著) : 家族看護学—理論と実践 第3版, 日本看護協会出版会, 2006.
- 4) 野嶋佐由美 (監), 中野綾美 (編) : 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, へるす出版, 2005.

9. 環境 environment

環境は、一般的に内部環境と外部環境の2つの側面に分類して捉えられる。内部環境は、生体内の恒常性を維持する内的メカニズムを含み、外部環境とは、人間の生活と生存に影響を与える外的条件を含めて、物理的環境、化学的環境、生物的環境、社会的環境などとして論じられている。

環境の概念は看護学を構成する重要な概念である。看護学において環境の概念を明確化し、看護実践に取り入れたのはフローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) である。ナイチンゲールの環境論では、看護に必要な環境調整の「目標」として「健康回復」を、そしてそのための「手段」として「技術の提供方法」が論じられ、人間と環境は一体であるという人間-環境系の考え方を見据えた視点を含んでいる。人間-環境系の環境論は、多くの看護理論の基本理念として反映され、ヒルデガード・ペプロウ (H.E.Peplau) やジョイス・トラヴェルビー (J.Travelbee) は、看護職者を対人的環境の重要な要素と捉えている。人間-環境系からみた環境調整の視点として、患者の生活空間を形成している物的環境、患者と関係している人の集まりである対人環境、患者の生活に関わる規範や慣習などを形成する教育・管理的環境がある。人間を含むすべての生物が環境の影響を受けて存在しており、影響を受けるだけでなく、存在自体が環境となり、取り巻く環境に働きかけて相互に影響しあっている。

看護職者は、人の健康に影響を及ぼしている環境、そして環境およびその中の重要な要素の相互作用を分析する方法に関して、十分な知識と技術をもつことが必要である。そして、その分析に基づいて、健康に及ぼしている環境を改善しつつ、人々の健康の回復を支援する。

参考文献

- 1) 川口孝泰：ベッドまわりの環境学，医学書院，1998.
- 2) 深井喜代子，前田ひとみ編：基礎看護学テキスト—EBN志向の看護実践，南江堂，2006.
- 3) Florence Nightingale (著) / 湯楨ます，他 (訳)：看護覚え書—看護であること、看護でないこと 改訂第6版，現代社，2000.

10. 看護 nursing

看護とは、個人、家族、集団、地域を対象として、その人々が本来もつ自然治癒力 (健全さ、力) を発揮しやすいように環境を整え、健康の保持・増進、健康の回復、苦痛の緩和を図り、生涯を通してその人らしく生を全うすることができることを目的として、専門的知識・技術を用いて身体的・精神的・社会的に支援する働きである。看護のルーツは家庭や近隣における乳幼児、傷病者、高齢者の世話、つまり人々の生活におけるケアという営みにあり、フローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) により近代職業の礎が築かれ、専門職へと発展してきた。日本では、1948年に保健師助産師看護師法が制定され、職業実践としての看護の定義、免許資格や業務が定められており、法的には同法に則り免許交付を受けた看護職が保健医療福祉の様々な場で行う実践ということになる。

医療の発展や社会の変化により看護の役割機能は拡大してきたが、その本質がケアにあることは変わらない。すなわち、看護の特質は看護の対象である人々の身近にあり、関心を寄せ関わることにより、苦痛や苦悩に気づき、人々の尊厳を守る人間的な配慮を行うことである。

その人を尊厳を守り、その人らしく生きていくことを支えるという看護の価値は、人間性を重視する社会になくってはならない価値であり、社会の基盤を支える価値である。

参考文献

- 1) 菱沼典子，井上智子，武田利明，他 (著)：看護の原理—ケアすることの本質と魅力，ライフサポート社，2009.
- 2) 田村やよひ (著)：私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法，日本看護協会出版会，2008.
- 3) 日本看護協会：看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈，<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/youngokaisetu.pdf> <2011.5.19>

11. ナーシングインターベンション nursing intervention

ナーシングインターベンションとは、看護職者が、患者の健康の保持・増進、さらに、最期までその人らしく生きるために、専門的知識や技術を意図的に活用して行う看護援助のことである。ナーシングインターベンションを表す言葉は、看護介入、看護技術、看護活動、看護行動など多様であり、定義も様々であるが、国際看護業務分類 (ICNP: International Classification for Nursing Practice) では、「看護の領域の中でもたらされる、患者にとってよい成果につながる看護職者の活動である」と定義している。また、ナーシングインターベンションを分類する試みも活発に行われており、その代表として、看護介入分類 (NIC: Nursing Intervention Classification) や看護実践国際分類がある。看護介入分類は、看護職が看護の対象となる人々に関わることで、望ましい結果をもたらすケアや教育活動などを概念化し、分類したものである。その内容は、生理的健康 - 基本的介入 (身体機能をサポートするケア)、生理的健康 - 複雑な介入 (恒常性により調整を支援するケア)、行動への介入 (心理社会的機能を支えライフサイクルの変容を促すケア)、安全への介入 (危害への防護を支えるケア)、家族 (家族集団を援助するケア)、医療システムへの介入 (ヘルス提供システムの効果的な活用を支えるケア)、地域社会の健康を支えるケアに分類されている。

ナーシングインターベンションは看護介入と訳されており、看護介入という用語に対する疑義も聞かれるが、いずれにしても、看護職者の専門的な知識と技術に基づいた意図的な看護援助であり、望ましい成果をもたらすべく熟考された看護援助を意味していることが特徴である。

参考文献

- 1) Mariah Snyder (著) / 野島良子 (監訳) : マラヤ・スナイダー看護論—看護診断と看護独自の介入, へるす出版, 1996.
- 2) Gloria M. Bulechek, Joanne McCloskey Dochterman, Howard K. Butcher (編) / 中木高夫, 黒田裕子 (訳) : 看護介入分類(NIC)原著 第5版, 南江堂, 2009.
- 3) 国際看護師協会 (編) / 日本看護協会「看護実践国際分類第1版日本語版作成ワーキンググループ」(訳) : ICNP (看護実践国際分類) 第1版日本語版, 日本看護協会出版会, 2006.
- 4) Mariah Snyder (著) / 尾崎フサ子, 早川和生 (監訳) : テキスト看護介入 ナースの自主的診断による患者へのアプローチ, メディカ出版, 1994.

12. 看護学 *discipline of nursing*

学問とは、一定の原理によって説明し体系化された知識と、理論的に構成された研究方法などの全体を示すとともに、概念・判断・推理を用いた知的思考活動による真理の探究でもある。看護学は、主として人間・環境・健康・看護をパラダイムとして、個人、家族、地域社会に生起する健康にまつわる事象を概念化し、科学的な根拠に則って説明するとともに、判断と推論を用いて実践を説明する知識体系である。また、看護学は人文科学・社会科学・自然科学といった基礎科学に対置する、応用科学、いわゆる実学として位置づけられ、基礎科学の多彩な学問分野を学際的に応用することによって、すべての健康段階にある人間について包括的な理解を得ようとするものである。

このような看護学の発展に寄与するものとして、看護系学会の存在がある。これは、看護職者が自身の研究の成果を発表したり、看護職者同士が最新の情報を把握したりすることを通して、看護実践に還元される知識体系を蓄積していくものである。近年では、科学技術の発達により看護学の分野でも専門分化が進み、日本において看護学の学術的発展のために組織された日本看護系学会協議会には、2011年現在38の看護系学会が登録されており、看護学の体系化に向けた基盤が整備されつつある。

参考文献

- 1) ペギー L. チン, メオーナ K. クレイマー (著) / 川原由佳里 (訳) : 看護学名著シリーズ チン&クレイマー 看護学の統合的な知の構築に向けて, エルゼビア・ジャパン, 2007.
- 2) Jan Reed, Ian Ground (著) / 原信田実 (訳) : 考える看護—ナースのための哲学入門, 医学書院, 2001.
- 3) Hesook Suzie Kim (著) / 上鶴重美, 原田裕子 (訳) : 看護学における理論思考の本質, 日本看護協会出版会, 2003.

13. 看護過程 *nursing process*

看護の知識体系と経験に基づいて、人々の健康上の問題を見極め、最適かつ個別的な看護を提供するための組織的・系統的な看護実践方法の一つであり、看護理論や看護モデルを看護実践へつなぐ方法である。看護過程は、5つのステップ（アセスメント、看護診断[問題の明確化]、計画立案、実施、評価）に分けられている場合が多く、これらのステップは互いに関連して動的に循環しらせん状に進み、「評価」に基づいて再び次の「アセスメント」へとつながっている。また、看護過程は、看護の対象となる人々と看護実践者との対人的関係の中で成立し、展開するものである。すなわち、看護過程は、対人的援助関係の過程を基盤として、看護の目標を達成するための科学的な問題解決法を応用した思考過程の筋道である。

看護過程を活用して看護を展開するためには、次に示す能力や技能を必要とする。その能力とは、問題に気づく能力、問題を同定するための批判的思考能力や意思決定能力、問題解決策の考案に向けた柔軟な創造的思考などの多様な思考力（知的技能）、聴く能力・伝える能力、情報収集する能力などの人間関係の技能、特定の結果や望ましい行動反応をもたらすための方法を展開する技術的スキル、看護の対象となる人々の心情を感じ取り、気遣いを行うケアリングの能力である。

参考文献

- 1) R.Alfaro-LeFevre (著) / 江本愛子 (監訳) : 基本から学ぶ看護過程と看護診断 第6版, 医学書院, 2008.
- 2) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (編) : 看護学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, p.50, 1995.
- 3) H. Yura, M. B. Walsh / 岩井郁子, 他 (訳) : 看護過程—ナーシング・プロセス・アセスメント・計画立案・実施・評価 第2版, p.180-181, 医学書院, 1986.

14. 看護管理 *nursing administration*

看護管理とは、最適な看護の提供を目指し、人・物・金・情報・時間に関して計画・立案、組織化、調整、統制、変革を行う活動およびその過程である。主な活動は、看護の組織化を図り、業務の明確化・監査・開発、人材の確保・活用・育成、予算計画と執行・評価、労働環境の調整を含む労務管理などを合理的・効果的に行うことである。これらは、行政・機関・部門・看護単位の各段階において実施される。

管理は、営利・非営利にかかわらず、組織としての存続・発展を図るために基本的かつ重要な機能である。看護管理は、看護職者のもつ能力が有効に発揮されるよう間接的に支援するとともに、最小限度の時間、エネルギー、経費、人員をもって最適な看護を提供することを目的とする。看護管理者である看護部長、看護副部長、看護師長などが主にこの役割を担うが、看護職者個々人もその一員である。

具体的には、看護職者は最適な看護の提供を目指し、専門職業人としての責任のもと、看護実践における様々な意思決定をする。同時に、関連分野の職員と協働したり、多種類の物品、機械器具類、設備、施設を活用したり、事務的処理をも担う。そのため、あらゆる段階で看護管理を行うことが求められる。

参考文献

- 1) 橋本和子 (編・著) : これからの看護管理—マネジメントに活かす理論と実践 改訂2版, メディカ出版, 2007.
- 2) 永野貞 (編) : WHO 看護管理ゼミナール記録, 日本看護協会出版部, p.5, 1963.
- 3) 大串正樹 (著) : ナレッジマネジメント—創造的な看護管理のための12章, 医学書院, 2007.

15. 看護技術 nursing art

看護技術とは、看護の問題を解決するために、看護の対象となる人々の安全・安楽を保証しながら、看護の専門的知識に基づいて提供される技であり、またその体系をさす。看護技術は、目的と根拠をもって提供されるものであり、根拠に基づく専門的知識は熟練・修練により獲得され、伝達される。また、看護技術は、個別性をもった人間対人間の関わりの中で用いられるものであり、そのときの状況（context）の中で創造的に提供される。

看護技術は様々に分類されており、例えば「看護過程を展開する技術」「対人関係の技術」「生活援助技術」「診療に伴う援助技術」、「身体ケアを提供する技術」「認知・情動へ働きかける技術」「環境に働きかける技術」などに類別されている。

「看護過程を展開する能力」は、患者の状況をアセスメントする能力、療養上の問題を抽出する能力、問題に対する看護援助の計画を立て実行する能力、批判的思考力などを含み、看護技術を系統的に提供する上で重要な能力である。「対人関係の技術」は、相手の感情や思考を捉え自分の感情や思考を伝える能力、他者との関係を築き調整する能力などを含み、人間対人間の関わりを通じて提供される看護の基盤となる。そして、「生活援助技術」は、清潔・摂食・排泄・運動などの日常生活行動を援助する技術、「診療に伴う援助技術」は手術・検査など診療・医療処置に伴う援助技術を含み、共に直接的な看護の基礎となる。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会（編）：看護学学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，p.9, 1995.
- 2) Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry（著）／井部俊子（監）：看護学名著シリーズ ポッター&ペリー看護の基礎—実践に不可欠な知識と技術，エルゼビア・ジャパン，2007.
- 3) 深井喜代子（編）：実践へのフィードバックで活かすケア技術のエビデンス II，へるす出版，2006.
- 4) 川島みどり（著）：看護技術の基礎理論，ライフサポート社，2010.

16. 看護教育 nursing education

看護教育とは、広義には、看護という人類共有の営みに関する一般的・普遍的教育をいい、様々な人々に適応されている。狭義には、看護学に関わる教育をいい、看護基礎教育および資格取得後の継続教育、卒後教育に大別できる。

狭義の看護教育のうち、看護基礎教育とは、保健師助産師看護師法および保健師助産師看護師学校養成所指定規則に法的基盤をおき、看護職養成に向けた組織だった教育をいう。看護基礎教育には、看護系大学、看護系短期大学、看護専門学校などがある。看護継続教育とは、看護基礎教育の上に積み上げられる学習経験であり、看護基礎教育を修了し、保健師助産師看護師法による免許を受けたすべての看護職者を対象とする。看護継続教育とし、国・地方自治体、看護職能団体などが提供する教育、看護職者が就業する施設が行う教育がある。そして、看護卒後教育とは、看護の実践および特定の能力を伸ばすことを目的とし、大学院が提供する学位取得につながる教育をいう。看護系大学院は、看護学の学術研究を通じて社会に貢献できる研究者や教育者の養成、特定領域の高度専門職業人の養成、多医療専門職との協働においてマネジメント能力を発揮できる人材の育成を目指す。

看護職者は、人々の健康ニーズに対応し質の高い看護を行うために、教育の機会を積極的に活用し、自己研鑽に努めることが要請されている。このような看護職者の責務を果たすためにも、看護教育は重要であり、看護のケアの質を保証し、看護学の発展を支えるものである。

参考文献

- 1) 杉森みどり，舟島なをみ（編）：看護教育学 第4版，医学書院，2009.
- 2) 氏家幸子：看護MOOK37 看護教育，金原出版，1991.
- 3) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会第一次報告 平成21年8月18日，
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1283190.htm<2011.5.19.3>

17. 看護記録 nursing record

看護記録とは、看護職者が行う記録であり、看護記録、助産録、指定訪問看護などの提供に関する諸記録がある。その思考と行為を示し、看護実践の一連の過程を記録したものである。基本的に、看護の対象となる人々に関する基礎情報、看護計画、経過記録、看護サマリーの4つの要素により構成される。

看護記録の目的および意義は次の7点である。①看護の実践を明示する、②提供す看護の根拠を示す、③医療チーム間、患者と看護職者の情報交換の手段となる、④患者の心身状態や病状、医療の提供の経過およびその結果に関する情報を提供する、⑤患者に生じた問題、必要とされた看護に対する看護実践と、患者の反応に関する情報を提供する、⑥施設がその設立要件や診療情報上の要件を満たしていることを証明する、⑦看護の評価や質向上および開発の資料となる。

看護記録は、2007年の「医療法」改正に伴い、2年間の保管が義務づけられ（医療法第21条第1項第9号、医療法施行規則第20条第10項）、助産録は、保健師助産師看護師法第42条により、5年間の保存が義務づけられている。このように、看護職者が行う記録は、診療録と同様に重要な証拠（書証）となるものである。情報開示などの近年の社会情勢も踏まえ、記録および用語の標準化や記載基準の明文化、記録の質の向上と情報の取り扱いに関する倫理教育などが必要である。

参考文献

- 1) 日本看護協会（編）：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針，日本看護協会出版会，2005.
- 2) 井部俊子，竹股喜代子（編）：看護記録のゆくえ―「看護記録」から「患者記録」へ，日本看護協会出版会，2000.
- 3) 黒江ゆり子（訳）：看護記録をマスターする―実践の質的向上をめざして，医学書院，1998.
- 4) 医療法改正の概要：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf><2011.5.19.>

18. 看護計画 nursing care plan

看護計画は、看護の対象となる個人・家族に対する個別的な看護を行うために、看護上の問題の解決するための看護活動の計画を記述したものである。看護過程の一環であり、アセスメントの結果、明らかにされた看護上の問題の優先順位を定め、その解決目標と達成時期、目標達成に必要な看護活動を選択し、実施計画を記述する。看護計画の立案に際しては、まず明らかになった看護上の問題について、その緊急性、患者や家族の欲求や苦痛の程度など多面的な検討を行い、優先順位を決定する。目標は達成可能なものであり、患者と看護職者間で共有し、具体的かつ評価可能な表現で定める。看護活動は、エビデンスに基づき、患者に最適で、受け入れられるものを選択し、一般に①観察計画、②ケアの計画、③指導／教育計画の3つのカテゴリーに分けて立案される。また、患者の状態は、絶えず変化しているため、看護計画は実践の結果を評価し、その評価のもとに修正・変更していく必要がある。

また、看護計画は、看護記録の一部として看護職者間で共有されることによって、看護実践の指針となり、継続的で一貫した看護の提供を可能にするものである。

参考文献

- 1) Lynda Juall Carpenito - Moyet（著）／藤崎郁，山勢博彰（訳）：カルペニート 看護過程・看護診断入門―概念マップと看護計画の作成，医学書院，2007.
- 2) 高橋照子（編）：看護学原論 看護の本質的理解と創造性を育むために，p.165-166，南江堂，2009.

19. 看護研究 *nursing research*

研究とは、特定の疑問に対する答えを導きだしたり、問題を解決したりするために、科学的方法を用いて行う系統的な探究であり、その目的は、学術の発展や実践のための知識体系の構築である。看護研究は、看護活動や看護教育、看護管理など、看護の現象に関する疑問に答えたり、問題を解決したり、あるいは看護現象の説明や検証のために、組織的・科学的な方法を用いて行う系統的な探究である。これらの取り組みに対して、一定の秩序（研究のプロセス）に従って、明確な目的・研究の枠組み・方法を活用することで、一方では、事物間の関係を解明し、他方では、新しい理論の構築や検証を試みる。

研究には数種類の分類があり、一般的には量的研究と質的研究に分類される。量的研究は、コントロールの程度により実験研究、準実験研究、非実験研究に分類されたり、量的記述研究や仮設検証研究などに分類されたりする。質的研究には、現象学的研究、グラウンデッドセオリー、民俗学的研究、歴史（学）的研究、哲学的探求などが含まれる。また、経時的な研究分類には、横断的研究と縦断的（コホート）研究があり、研究目的や内容による分類には、基礎研究と応用研究、アクションリサーチなどがある。そして、概念や理論に関しては、演繹的・帰納的研究の分類が用いられる。

参考文献

- 1) D. F. Polit, C. T. Beck (著) / 近藤潤子 (監訳) : 看護研究—原理と方法 第2版, 医学書院, 2010.
- 2) Nancy Burns, Susan K. Grove (著) / 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 他 (監訳) : バーンズ&グローブ看護研究入門—実施・評価・活用, エンゼビア・ジャパン, 2007.
- 3) 南裕子 (編) : 看護における研究, 日本看護協会出版会, 2008.

20. 看護実践 *nursing practice*

看護実践とは、看護職が看護を必要とする人々に働きかける行為であり、看護職の活動の主要な部分をなすものとして位置づけられる。その内容としては、看護の対象となる個人や家族、集団、地域社会を身体的、構神的、認知的、社会的側面から援助することである。それには、看護を必要とする人々を継続的に観察・判断して、問題を予知し、モニタリングする側面や、緊急事態に対して効果的な対応を行う危機対応の側面、医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察していくための看護的判断といった側面などがある。

近年では、看護基礎教育や新人看護師教育において、看護実践能力の育成・向上に重点がおかれているが、看護実践能力の定義や概念は様々であり、統一されていない。看護実践能力の構成要素としては、例えば、スチウインレン (P.M. Schwirian) によるリーダーシップ、クリティカルケア、教育・評価、計画・評価、人間関係・コミュニケーション、専門職的発達の6側面や、ベナー (P. Benner) による援助役割、指導/手ほどきの機能、診断機能と患者モニタリング機能、急変時の効果的な対応、治療処置の実施と観察、ケア実践のモニタリングと質の保障、組織化と役割遂行能力の7領域分類などがある。

また、国際看護師協会 (ICN) は、看護実践を捉える枠組みとして、看護現象、看護活動、看護アウトカムの3分類体系からなる看護実践国際分類 (ICNP) を紹介し、ICNP は、看護実践を記述するためのツールとして周知されている。

参考文献

- 1) Mariah Snyder (著) / 尾崎フサ子, 早川和生 (訳) : 看護独自の介入—広がるサイエンスと技術 改訂新版, メディカ出版, 1996.
- 2) 菱沼典子, 井上智子, 武田利明, 他 (著) : 看護の原理—ケアすることの本質と魅力, ライフサポート社, 2009.
- 3) 松木光子, 小笠原知枝, 久米弥寿子 (編) : 看護理論—理論と実践のリンケージ—看護研究の成果に基づく理論を实践しよう, スーヴェルヒロカワ, 2007.

21. 看護師の倫理綱領 Code of Ethics for Nurses

倫理綱領とは、自律的かつ自制的であるべき専門職に不可欠な倫理的行為の基準を定め、社会に表明し、それを遵守することを成員に求める、専門職による専門職のための指針である。倫理綱領をはじめとする道徳的指針には、価値、義務、徳の3つの要素が含まれる。それは、専門的実践の目的である価値、職業に従事する上での専門職としての道徳的義務、そして当該専門職に期待する徳、すなわちよい性格である。

看護師の倫理綱領としては、国際看護師協会 (ICN) によって1923年に国際的な倫理コード(規定と訳されることもある)の検討が開始され、1953年に「看護国際道徳律」が採択された。何回かの改訂を経て現在は、前文に「看護師と人々」「看護師と実践」「看護師と看護専門職」「看護師と協働者」という4つの基本領域における行動基準、活用方法が挙げられている。日本看護協会は1988年、10条からなる「看護師の倫理規定」を定め、15年後にあたる2003年に15条に拡充した「看護者の倫理綱領」として改訂した。そして、この「看護者の倫理綱領」は、専門職として引き受ける責任の範囲を社会に対して明示するものであるとともに、看護実践を展開する上での行動指針であり、実践を振り返る際の基盤として活用することを勧めている。

参考文献

- 1) 石井トク,野口恭子(編・著):看護の倫理資料集—看護関連倫理規定/綱領/宣言の解説 第2版,丸善,2007.
- 2) Anne J. Davis, Verena Tschudin, Louise de Raeve (編) /小西恵美子, 和泉成子, 江藤裕之(訳):看護倫理を教える・学ぶ—倫理教育の視点と方法,日本看護協会出版会,2008.
- 3) Sara T. Fry, Megan - Jane Johnstone (著) /片田範子, 山本あい子(訳):看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド 第3版,日本看護協会出版会,2010.

22. 看護職 nurse

看護職とは、看護基礎教育課程を修了し、保健師助産師看護師法の規定に基づき保健師、助産師、看護師および准看護師のいずれかもしくは複数の免許を受け、看護を行う権限を与えられた者である。これらの免許取得者の総称として用いられる場合もある。

看護職には、専門看護師および認定看護師を含む。専門看護師とは、看護系大学大学院修士課程を修了し、日本看護協会専門看護師認定試験に合格し、特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有することが認められた者である。専門看護師の役割は、「実践」「教育」「相談」「調整」「倫理調整」「研究」である。また、認定看護師とは、認定看護師教育課程を修了し、日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を有することが認められた者である。認定看護師の役割は、「実践」「指導」「相談」である。

看護職者は、自律的に生涯にわたり学習を継続し、専門職として研鑽する能力を身につけ、それぞれの立場において果たすべき役割を見極め、専門性を発展させながら社会のニーズに応える責務を負っている。

参考文献

- 1) 日本看護協会:看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈,
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/youngokaisetu.pdf><2011.5.19>
- 2) 杉森みど里, 舟島なをみ(編):看護教育学 第4版,医学書院,2009.
- 3) 日本看護協会:看護者の倫理綱領,<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html><2010.5.18>

23. 看護診断 *nursing diagnosis*

看護診断とは、看護職者の実践によって扱うことが可能で、かつ扱うことが認められている患者の顕在的ないし潜在的な健康上の問題の表明であり、1970年代からアメリカの専門職団体や看護理論家によって、看護診断が特定化され定義づけられている。当初は、医学診断と混乱されて論争を呼んだが、その後、看護過程の一つの重要な段階として考えられるようになった。

看護診断の定義は多様であり、そのうち、北米看護診断協会 (NANDA) による定義が、現在、わが国で最も広く受け入れられている。NANDA は、看護診断を「实在または潜在する健康問題／生活過程に対する個人・家族・地域社会の反応についての臨床判断である。看護診断は、看護師に責務のある目標を達成するための決定的な治療の根拠を提供する」と定義している。

医学診断は、医師が主要な治療を管理する問題の記述であるのに対して、看護診断は、看護独自の看護実践の範囲内で看護職者が責任をもって援助する健康問題の記述である。

共通言語としての看護診断用語の開発は、NANDA を中心に行われており、世界各国で翻訳され活用されている。臨床の中で活用され、継続的に検証が重ねられており、なお開発の途上にある。

参考文献

- 1) T.Heather Herdman (編)／中木高夫,日本看護診断学会 (訳) : NANDA - I 看護診断 定義と分類 (2009 - 2011) , 医学書院, 2009.
- 2) 黒田裕子 (監) : 看護診断のためのよくわかる中範囲理論, 学習研究社, 2009.
- 3) Lynda Juall Carpenito - Moyet (編) /新道幸恵 (訳) : カルペニート看護診断マニュアル 第4版, 医学書院, 2008.

24. 看護の質 *quality of nursing care*

「質」には二つの意味がある。一つは他のものと区別する特色で、本質という言葉に近い。もう一つは内容のよしあし、価値である。「看護の質」という言葉は後者の意味合いで用いられることが多い。わが国で看護の質への関心が高まってきたのは1990年代であり、この高まりは、高度成長期を過ぎ社会が量的な充足から質的な豊かさを問う時代へと変化し、価値観の多様化が進んだことなどを背景に、医療や看護サービスという側面から看護の質を見直す働きとして表れてきた。

看護の質は測定や評価という文脈の中で探求されているが、何をもって看護の質が高いとするかについては、多様な考え方がみられる。広範囲に用いられている考え方にアベディス・ドナベディアン (Avedis Donabedian) の考え方があり、「構造」「過程」「結果」という相互に関連しあう3つの構成要素から、看護の質を捉え保証しようとするものである。「構造」には、病院建築構造や設備、看護職の人数や配置など、「過程」には看護活動や看護職の臨床判断を含む諸能力など、そして「結果」には患者満足や入院日数などが含まれている。日本医療機能評価機構による評価やクリティカルパスの導入が盛んに行われるようになったのも、看護を含む医療の質向上が高く求められている証左ともいえる。

参考文献

- 1) Ora Lea Strickland, Colleen Dilorio (編) /井部俊子 (著・監) : 看護学名著シリーズ 看護アウトカムの測定—患者満足とケアの質指標, エルゼビア・ジャパン, 2006.
- 2) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas (編) /江本 愛子 (訳) : 看護成果分類(NOC)—看護ケアを評価するための指標・測定尺度 第4版, 医学書院, 2010.

25. 看護の専門性 *nursing specialty*

専門とは、特定の分野の学問や職業に専心従事することであり、またその学問や職業のことである。看護の専門性とは、看護は何をするのかという提示であり、看護職でなければならないことは何かという看護独自の機能をさす。そして、看護のアイデンティティの中核をなすものである。看護理論家はこの看護の専門性をそれぞれの視点から提示している。

看護職は、保健医療福祉の分野で医師をはじめとする多職種と協働して人々の健康生活を支援する。また、多職種との協働を円滑に進めるために、業務上の重なりについての考え方を明確にすることが求められている。保健師助産師看護師法は、「療養上の世話」と「診療の補助」を看護師の業とすると定め、「診療の補助」は医師の指示を必要とする一方、「療養上の世話」は看護師独自の判断で行ってよいとする法律解釈を示す。看護独自の機能はこの解釈にあると考えられてきた。しかし、これらの業を分けて捉えるのではなく、両者は、相互に関連し合うため、一方の的確な遂行が他方を遂行する際に役立ち、より効果的になるという性質をもつことも指摘されている。

社会の変化により、専門性の内容は変化・拡大していくものである。看護職は、医療界や科学の進歩を踏まえて、主体的に看護の専門性をめぐる議論を継続し、社会に対しても説明することが必要である。

参考文献

- 1) 日本看護協会：看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈，
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/youngokaisetu.pdf> <2011.5.19.>
- 2) 厚生労働省：新たな看護のあり方に関する検討会報告書，
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html> <2011.5.19.>
- 3) 菱沼典子，井上智子，武田利明，他（著）：看護の原理—ケアすることの本質と魅力，ライフサポート社，2009.
- 4) 時井聡（著）：専門職論再考—保健医療観の自律性の変容と保健医療専門職の自律性の変質（淑徳大学社会学部研究叢書），学文社，2002.

26. 看護の専門分野 *field of nursing specialty*

看護の専門分野とは、健康の保持・増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して最期まで、その人らしく生を全うできるよう援助することを目指す特定の領域を実践したり研究したりする際の一つの方向や活動範囲をいう。例えば、成人看護、精神看護、がん看護などである。

看護が専門職としての基盤をより確実なものとしていくためには、ある特定の看護分野をより深く研究し、その分野の高度な知識・技術をもち、かつ看護を科学的に確立し実証する看護職者を必要とする。

近年、教育水準の向上に伴い、看護職に対する社会的評価や期待は急速に高まっている。また、看護職独自の判断に基づく行為が認められる範囲も拡大してきた。この変化の中、看護職者は、それぞれの立場において果たすべき役割を見極め、その専門性を高めながら社会のニーズにこたえていくことが求められる。

看護職者は、それぞれが関わる看護の専門分野において、研究や実践などを通して得られた最新の知識を活用し看護を実践するとともに、より質の高い看護を提供できるよう、新たな専門的知識・技術の開発に最善を尽くす必要がある。

参考文献

- 1) 日本看護協会：看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈，
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/youngokaisetu.pdf> <2011.5.19.>
- 2) 奥井幸子：看護学大系2，日本看護協会出版会，1990.
- 3) 日本看護協会：看護者の倫理綱領，<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> <2010.5.18.>

27. 看護目標 nursing goal

看護目標とは、看護活動を実施することで対象の反応として期待される結果であり、看護活動の方向性を示すものである。

広義では、人々に代わってあるいは人々とともに看護職者が行う活動やその成果であり、看護の概念モデルにおけるメタパラダイムの一つである「看護」の論述の中に示されるものである。看護目標に関する記述は、それぞれのモデルの提唱者によって焦点をあてている現象は異なるため、各々異なった視点から示されている。狭義では、看護過程における看護目標であり、看護上の問題に焦点化されており、それに対する看護職者による意図的な看護活動の結果、達成可能と考えられる、望みうる最善の状態を示したものである。看護の対象となる人々の状態を踏まえ、看護活動の成果としてどのような反応や行動をとるか、どのような状態になるかということが評価可能な形で提示される。このような2つの意味の混同を避けるために、看護過程における看護目標をいう場合には、看護成果、あるいは患者目標という言葉が用いられることもある。

また、患者と共有する共同目標、他職種との間で設定する協働目標なども看護活動の目標として挙げることができる。患者との共同目標を設定することは、患者の積極的なケア参加を促し、目標を達成する上で望ましい結果をもたらすであろう。他職種との協働目標では、共通の目標を達成するために、各職種が果たすべき役割行動と責任の所在を明確にすることができるであろう。

参考文献

- 1) J.Fawcett (著) / 太田喜久子, 筒井真優美 (監訳) : フォーセット 看護理論の分析と評価 新訂版, 医学書院, 2008.
- 2) 松木光子 (編) : 看護学概論 看護とは・看護学とは 第4版, ヌーヴェルヒロカワ, 2007.
- 3) H. Yura, M. B. Walsh / 岩井郁子, 他 (訳) : 看護過程—ナーシング・プロセス・アセスメント・計画立案・実施・評価 第2版, 医学書院, 1986.

28. 看護モデル nursing model

モデルとは、現実そのものではなく、現実を抽象化して再構築した型、すなわち現実の概念的表象である。また、ある現象の諸要素とそれら相互の関係を定式化して表す方式（装置）である。したがって、看護モデルとは理論開発の諸段階において、理論を構成する重要概念と概念間の関係を言語、図、数式などを用いて明確に示したものである。

看護モデルという用語については、メタ理論的な議論がなお続いている。そのため、看護界の中で必ずしも統一的な見解が得られているわけではないことに注意する必要がある。

看護概念モデルは、看護の目標、その受益者、そのほか、看護に関する重要な要素とその関係を示し、モデルの特徴に従って看護全体についての抽象ではあるが知的イメージを提供する。また、看護現象についての展望あるいは準拠枠を提供し、研究、実践、教育、管理のための一般的ガイドラインを導くことができる。このような看護概念モデルにおける概念や命題（概念間の関係）は、理論に比べると抽象的かつ一般的であり、現実世界において直接観察したり検証したりすることはできない。

現在、複数の看護モデルが誕生し、臨床や研究、教育の中で活用されており、看護モデルが看護学の発展の牽引ともなっている。

参考文献

- 1) Ruby L. Wesley (著) / 小田正枝 (監訳) : 看護理論とモデル 第2版, へるす出版, 1998.
- 2) Jacqueline Fawcett (著) / 小島操子, 小松浩子 (訳) : 看護モデルの理解—分析と評価, 医学書院, 1990.
- 3) Lorrain M. Wright (著) / 森山美知子 (監訳) : 癒しのための家族看護モデル—病いと苦悩、スピリチュアリティ, 医学書院, 2005.

29. 看護理論 *nursing theory*

看護理論とは、看護に関する見方や方向性を示す系統的な論述である。また、その定義は多様である。看護理論は、患者が望ましい安寧や健康を回復できるよう援助するための専門職としての看護の実践基盤を提供する。さらに、看護理論は、看護職者が看護実践・教育実践・研究の質を上げ、専門職として十分な社会的承認を得るために必要不可欠である。

看護理論は、看護実践に対して実践の記述、説明、予測、コントロールという4つの機能を果たし、看護場面に生じる複雑な現象の関係を系統的に整理する。また、比較的特定かつ具体的な現象および実質的特異性の相対的レベルを扱うが、その範囲は多様である。適応範囲は、その理論を構成する概念と命題の具体性で決まり、大理論、中範囲理論、小理論に分類できる。さらに、開発レベルに基づき、記述理論、説明理論、予測理論に分類できる。加えて、看護理論の有用性は、開発過程の妥当性、内的一貫性、簡潔性、検証性、経験的適切性、実践的適切性を評価することによって判断できる。

フローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) 以来、多様な看護理論が提唱され、看護職者は、看護の理論的な知識体系とそれを活用する方法を習得し、専門的な看護実践を行っている。

参考文献

- 1) G. Torres (著) / 横尾京子, 田村やよひ, 高田早苗 (監訳) : 看護理論と看護過程, 医学書院, 1992.
- 2) A. M. Tomey, M.R. Alligood (著) / 都留伸子 (監訳) : 看護理論家とその業績 第3版, 医学書院, 2004.
- 3) J. Fawcett (著) / 小島操子 (監訳) : 看護モデルの理解 分析と評価, 医学書院, 1990.

30. 看護倫理 *nursing ethics*

看護倫理とは、看護実践現場において看護職が直面する、患者・家族と医療従事者らの間に立ち起こる問題に対して最善を尽くして取り組むための指針であり、また、看護職が自らの行動を律するための倫理規定である。

1970年代、アメリカから起こった生命倫理 (bioethics) は、バイオテクノロジーの発展により生命の意味が揺らぎ始めたことに起因し新たな倫理を構築する運動として、また、一種の学問体系的展開として始まった。この生命倫理に基づき、医療の臨床場面で倫理的葛藤が生じた際の具体的な行為指針となる倫理原則として、「無危害」「善行」「正義」「自律尊重」という「医療倫理の四原則」が提示された。

1980年代はじめに、倫理学の領域で相互依存性と脆弱性に焦点をおいたケアの倫理という新しい倫理観が登場し、ケアを実践し続けてきた医療の領域、とりわけ看護の領域に大きな影響を及ぼした。また、看護職が遭遇する倫理的問題は医師のそれと異なるため、ケアの倫理が看護倫理にとって有用だと主張されている。現在、看護の倫理規定は、国際看護師協会により「ICN 看護師の倫理綱領」(2005)、日本看護協会により「看護者の倫理綱領」(2003)が作成され、看護職の責任や責務、看護の対象となる人々の尊重や秘密の保持などの倫理的行為の基準が示されている。

参考文献

- 1) 日本看護協会 (監) : 新版 看護者の基本的責務—定義・概念/基本法/倫理, 日本看護協会出版会, 2006.
- 2) Sara T. Fry, Megan - Jane Johnstone (著) / 片田範子, 山本あい子 (訳) : 看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド 第3版, 日本看護協会出版会, 2010.
- 3) Joyce E. Thompson, Henry O. Thompson (著) / ケイコ イマイ・キシ, 竹内博明, 山本千紗子, 他 (訳) : 看護倫理のための意思決定 10 のステップ, 日本看護協会出版会, 2004.
- 4) Daniel F. Chambliss (著) / 浅野祐子 (訳) : ケアの向こう側—看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾, 日本看護協会出版会, 2002.

31. 患者・患児 patient

患者・患児とは、病気や外傷など、何らかの健康障害のために病院や診療所などの医療機関を受診する、あるいは医師・歯科医師、看護師など医療従事者の訪問を受け、診断・治療や看護などを受ける者をいう。患者という用語は、個人をさす場合だけでなく、糖尿病患者やがん患者などのように特定の疾患をもつ患者集団を表す場合もある。また、一般的に成人期に該当するこれらの人々を患者と称し、小児期に該当するこれらの人々を患児と称することが多い。

「患」は、病気・傷を意味する。また、英語の「patient」は、「patience」を語源とし、耐えている人という意味をもつ。すなわち、日本語の「患」は病気や傷があるという事実をさし、英語はその苦痛に耐えているという主観的体験をさす。従来、医療・看護が必要ならば権威者が施すという考え方があったため、患者という用語には、病む人の非人格化を伴っていた。しかし現在、医療従事者と患者は情報を共有し、共に疾病を克服するという関係に変化している。また、医療・看護の対象は、病気や外傷をもつ人に限られないため、保健医療福祉の従事者は、医療や看護を受ける人の意思を尊重するという考え方に立ち、患者のみならずクライアント、利用者、障害者、子ども、小児、入院児、病児など多様な呼び方を用いている。

参考文献

- 1) 日本看護協会：看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈、
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougokaisetu.pdf> <2011.5.19>
- 2) 氏家幸子（監）：母子看護学 小児看護学 第2版，廣川書店，2007.
- 3) アメリカ看護師協会（ANA）；上泉和子監訳：看護実践基準—専門職業業務遂行基準，インターナショナル ナーシング レビュー，29(3)，p.28-38，2006.

32. 患者-看護師関係 patient-nurse relationship

患者-看護師関係は、援助的な人間関係であり、看護実践の基盤として位置づけられ、患者と看護職者の相互作用によって発展していく。

ヒルデガルド・ペプロウ(Hildegard E. Peplau)は、患者-看護師関係について、両者がお互いを同等であるがまったく異なる人間として、また協働して問題を解決していく人間として、知り合い尊敬しあうようになるとき、看護は教育的・治療的なものになると述べ、「方向づけ」「同一化」「開拓利用」「問題解決」の4つの局面を示している。また、ジョイス・トラベルビー(Joyce Travelbee)は、患者と看護師をステレオタイプに捉え関わる場合と、お互いを独自の人間として関わる場合、すなわち人間対人間の関係では、患者-看護師関係は異なってくる述べている。さらに、トラベルビーは患者-看護師関係の構築のプロセスを、互いをステレオタイプで捉える「初期の出会いの位相」から、「同一性出現の位相」「共感の位相」「同感の位相」へと発展し、最終的には、看護職者に対する信頼感が高まり、人間対人間の関係になるとしている。すなわち、互いに独自性をもつ人間として尊重することを通して、健康問題の解決に向けて互いの役割や目標を明確にし、協働していくことが可能になると言えよう。

患者-看護師関係を効果的に構築するためには、看護職者は、看護の対象である人を理解しようとする気持ちを持ち、その人に関心を寄せ、独自の人間として尊重するとともに、両者が共通の目標に向かって進めるよう専門知識・技術を活用することが必要である。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，1995.
- 2) Anita Werner O'Toole, Sheila Rouslin Welt(著)／池田明子，川口優子，吉川初江，他（訳）：ペプロウ看護論—看護実践における対人関係理論，医学書院，1996.
- 3) Josephine G. Paterson, Loretta T. Zderad（著）／長谷川浩，川野雅資(訳)：ヒューマニスティックナーシング，医学書院，1983.
- 4) 外口玉子（著）：人と場をつなぐケア—こころ病みつづつ生きることへ，医学書院，2000.

33. 患者教育 *patient education*

患者教育とは、最適なレベルの健康を維持増進させるという目標に向かって、患者および家族が自ら疾患あるいは健康の管理、療養、生活調整をするために必要な知識、技術、態度を教育内容として提供する看護実践である。また、この教育は、必要な態度や行動の形成、行動変容などを目的とし、系統的・計画的・継続的に実施される。

患者教育の概念は、健康教育に含まれる。患者教育は、患者の学習に対する準備状態およびニーズのアセスメント、計画の立案、実施、評価というプロセスを踏むとともに、このプロセスの循環を必要とする。また、目的や内容に応じ医師、薬剤師、栄養士などといった他の専門職とチームを作り実施される。さらに、個別にあるいは、集団に対して行われ、実施場所は、病棟や外来などの医療施設内、あるいは患者などとなる。入院患者に対しては、毎日の看護援助を通し、教育・指導することもあり、教育を提供する場所、機会は多様である。

参考文献

- 1) N. I. Whitman, B.A. Graham, C.J. Gleit, 他 (著) / 安酸史子 (監訳) : ナースのための患者教育と健康教育, 医学書院, 1996.
- 2) D. A. Bille (編) / 小島操子 (監訳) : 患者教育のための実践的アプローチ, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1986.
- 3) 宮坂忠夫 (編・著) : 最新 保健学講座別巻1 健康教育論, メヂカルフレンド社, 2006

34. 患者の権利 *patient's rights*

患者の権利とは、患者として護られるべき、あるいは主張すべき権利のことである。

これには、①良質の医療を受ける権利、②選択の自由の権利、③自己決定の権利、④意識のない患者の権利、⑤法的に無能力な患者の権利、⑥患者の意思に反する処置に対する権利、⑦情報に対する権利、⑧守秘義務に対する権利、⑨健康教育を受ける権利、⑩尊厳に対する権利、⑪宗教的支援に対する権利がある。これらは、1981年に「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言」として採択され、1995年に一部修正された。これを受けて世界各国で、十分な説明を受けた上での自己決定権やセカンド・オピニオンを受ける権利、情報開示を求める権利、プライバシー保護、治療選択あるいは拒否の自由などを中心に、患者の権利に関する法律や指針が整備されてきている。

本来人間は、人間であることにより当然有する権利、基本的人権を有しているが、保健医療専門職は専門性が高いがゆえに患者は受け身の立場であることが多く、自己決定権などの権利を行使することは難しい立場におかれていた。しかし、慢性疾患中心の疾病構造への変化などから医療の成果を得るためには、患者自らが主体となって医療に参加する必要があることや、人々の人権意識・権利意識の向上、ターミナル期の延命治療の問題などから、改めて患者の権利を明確にし、これを尊重することが求められるようになってきている。

参考文献

- 1) 日本看護協会 (監) : 新版 看護者の基本的責務—定義・概念/基本法/倫理, 日本看護協会出版会, 2006.
- 2) George J. Annas (著) / 谷田憲俊 (監訳) : 患者の権利—患者本位で安全な医療の実現のために, 明石書店, 2007.
- 3) N. L. Diekelmann (編) / 堀内成子 (監) : 看護学名著シリーズ あなたが患者を傷つけるとき—ヘルスケアにおける権力、抑圧、暴力, エルゼビア・ジャパン, 2006.

35. 感染管理 *infection control*

感染管理とは、感染の制御と予防の2つの側面を含み、感染の現状把握（感染サーベイランス）、感染防止の方針作成、職員の感染防止活動、感染防止対策の評価などの一連のプログラムを作成しシステムを構築し、その活動や機能を制御・調整する取り組みである。

1990年代以降、新興感染症や再興感染症の発生、多剤耐性化の問題などの動向を受けて、わが国では1999年「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」が施行された。それ以後、感染防止対策は、診療報酬上で加算あるいは減算の対象として定められ、医療施設ではより積極的な感染防止対策が取られるようになってきている。

看護界では、日本看護協会が2004年「感染管理に関するガイドブック(改訂版)」を策定し、感染管理に関する考え方、感染対策の基本やケアに伴う感染防止策、部門別の感染防止策などを示している。

感染管理においては、感染対策チーム（Infection Control Team : ICT）による感染の早期発見と早期治療、感染経路遮断などの迅速な活動とともに、医療従事者全員が感染防止の基本的知識を十分に理解し、日常の感染防止対策（スタンダードプリコーションや感染経路別予防策など）を確実に実行することが重要である。

参考文献

- 1) 日本看護協会：感染管理に関するガイドブック 改訂版，2004，
http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/kansen_kaitei.pdf<2011.5.19.>
- 2) 国立病院機構大阪医療センター感染対策委員会, ICHG 研究会（編）：新・院内感染予防対策ハンドブック，南江堂，2006.
- 3) 菱沼典子，小松浩子（編）：Evidence-Based Nursing 看護実践の根拠を問う 第2版，南江堂，2007.

36. 緩和ケア *palliative care*

緩和ケアとは、1970年代からカナダで提唱された概念で、死にゆく人々に全人的ケアを提供するホスピスケアの考え方の影響を受けている。世界保健機関（WHO）では、「緩和ケアとは生命を脅かす病気に直面している患者とその家族に対して、診断時から人生の最期のときまで、さらには悲嘆に対しても、痛みや症状からの解放を図り、霊的・心理社会的サポートを提供することで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を改善することである」と定義され、病気の早期の段階から治療と並行して実施し、末期になるに従って緩和ケアの比重を大きくするという考え方がとられてきている。緩和ケアでは、死は自然な過程と捉え、早めたり引き延ばしたりせず、最期のときまでその人が人生を積極的に生きていけるように支え、死別後の家族の生活適応も支えようとする。

緩和ケアはその提供形態によって、病院や病棟を中心とした施設緩和ケアと患者の自宅で提供する在宅緩和ケアに区分される。施設緩和ケアでは、診療報酬上の認可を受けた専門の緩和ケア病棟で提供される場合と、一般病院・病床に居ながら、専門家からなる緩和ケアチームによって提供される場合とがある。

参考文献

- 1) World Health Organization (WHO) : Palliative care, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> <2011.5.19.>
- 2) NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会：WHO（世界保健機関）の緩和ケアの定義（2002年）
<http://www.hpcj.org/what/definition.html><2011.5.19.>
- 3) 鈴木志津枝，内布敦子(編)：緩和・ターミナルケア看護論，ヌーヴェルヒロカワ，2005.

37. 基本的欲求 *basic human needs*

基本的欲求とは、人間に生得的・本能的に備わっている欲求で、人間の行動はこれらの欲求を満たすために生じると考えられている。

アブラハム・マズロー (A.H.Maslow) は、これらの基本的欲求は階層をなしており、これらの欲求が満たされることで心理的健康や成長が達成されると述べ、次の5つの階層を示している。①生理的欲求 (生きていくために必要な食物、水、空気、性などへの欲求)、②安全の欲求 (危険から守られ安心していたいという欲求)、③帰属と愛の欲求 (自分の居場所があり愛されていたいという欲求)、④承認の欲求 (人に認められたい、評価されたいという欲求)、⑤自己実現の欲求 (自分らしくありたいという欲求) である。①から④の欲求は欠乏欲求と称され、これらが充足されていない状態では成長につながる⑤の自己実現の欲求には至らないとされている。⑤は成長欲求と称され、これが満たされることによってますます成長へと向かう。

また、人間が生命を維持し日常生活を営みつつ社会的な活動を行う過程において、心身や社会との関係に均衡を保とうとするときに生じる不充足状態を、ニーズ (needs) という。

基本的欲求は、疾患や治療、環境、個人的特性などにより影響を受ける。これらの影響因子を考慮しながら基本的欲求が満たされるように援助することが看護の焦点となる。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (編) : 看護学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, 1995.
- 2) A.H.Maslow (著) / 小口忠彦 (訳) : 改訂新版 人間性の心理学—モチベーションとパーソナリティ, 産業能率大学出版部, 1987.
- 3) Virginia Henderson (著) / 湯楨ます, 小玉香津子 (訳) : 看護の基本となるもの 新装版, 日本看護協会出版会, 2006.

38. 共感 *empathy*

共感とは、一般的には他人の体験する感情を自分のもののように感じとることであり、他者理解の概念として知られている。

共感は「他者と同じ感情をもつこと」(情動としての共感)と「他者の感情がわかること」(認知としての共感)に大別される。いずれにしても、共感は、他者の思考や感情を理解する能力であり、他者が知覚するように外界を知覚することである。

類似した概念に「同情」があるが、共感とは過度の自己投入や自分を失うことをしないという点からこの「同情」とは異なるとされる。看護における共感概念は、その多くを心理学的定義から援用しており、「他者の立場を自分自身のように感じながらも、自己を他者に同一化せず独立させること」ということができる。また、そこには、共感が単なる他者理解にとどまらず、相手に共感していることや理解していることを伝達することができてはじめて、共感が成立するとの見方もある。共感を伝達することで、相互理解という親密な関係性を確立することができ、専門職としても患者—看護師関係を形成することができる。看護学において共感とは重要な基礎概念であるとともに、実践に欠かせない能力として基礎教育のときから、共感能力の育成に取り組んでいる。

参考文献

- 1) Carol Leppanen Montgomery (著) / 神郡博, 濱畑章子 (訳) : ケアリングの理論と実践—コミュニケーションによる癒し, 医学書院, 1996.
- 2) 広瀬寛子 (著) : 看護カウンセリング 第2版, 医学書院, 2003.
- 3) Joyce Travelbee (著) / 長谷川浩, 藤枝知子 (訳) : トラベルビー 人間対人間の看護, 医学書院, 1974.

39. 苦痛 *suffering*

苦痛とは、痛み・苦しみ・状況が関連して生じる個人の不快な緊張状態の体験である。苦痛は、人間が遭遇する生活体験であり、自分に起こっている状況を悲痛なものとして知覚したときに表出される。苦痛の表出には個人差がある。その人が苦痛をどのように知覚するかは、苦痛の強さの程度や持続性、状況の深刻さによって様々に変わる。それは、単なる身体的・心理的な不快感であったり、極度な絶望感であったり、生きる意欲喪失を伴うほどの体験であったりする。苦痛は不可視的かつ流動的であり、他者が苦痛を理解するのは困難さを伴うものである。

患者の苦痛は、その人が病気をどのように理解するか、病気をどのように意味づけるかに深く関係する。また、その人の生活の営み、病気に対する文化的価値や社会的認知が関係する。患者の苦痛を緩和するためには、その人のおかれた状況から苦痛を理解するとともに、その人の病気に対する意味づけに注意を払う必要がある。看護による苦痛の緩和は、患者を安らかにするだけではなく、健康の回復や日常生活の自立に効果をもたらす。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，，1995.
- 2) J. R. Cutcliffe, H. P. McKenna（著）／山田智恵里（監訳）：看護の重要コンセプト 20—看護分野における概念分析の試み，エルゼビア・ジャパン，2008.
- 3) S.Kay Toombs（著）／永見勇（訳）：病いの意味—看護と患者理解のための現象学，日本看護協会出版会 2001.

40. クリティカルシンキング *critical thinking*

看護実践におけるクリティカルシンキングは、多様な健康上の問題を抱える人々が最高の看護を受けられるようにするために用いる技術であり、科学の原理と方法を基盤に、憶測ではなく証拠（事実）を基に判断を下す思考、探究的態度、経験などに基づいている。

クリティカルシンキングとは、能動的、系統的な認識の過程であり、自分や他者の考えを注意深く検証するために用いられるもので、問題の存在を認識し、その問題に関連する情報を探索・分析し、推測や証拠も活用しながらその情報を評価し、結論を導き出すことが含まれる。クリティカルシンキングの技術として、解釈、分析、推論、評価、説明、自己規制が挙げられる。そして、クリティカルシンキングを用いるためには、真実の探索、偏見をもたない開かれた心、分析性、組織性、自信、知的好奇心、成熟といった概念が必要である。すなわち、効果的にクリティカルシンキングを用いる人は、問題に直面したとき、安易に一つの解決策に飛びつくのではなく、問いかけ続ける姿勢と最新の情報を受け入れる力をもっており、どうすればよいか、どう考えればよいかとこのことを選択肢に焦点を当てる。

看護を提供することは、正確で適切な臨床上の意思決定を行う責任を負うことである。意思決定は、問題の解決に焦点を当てたクリティカルシンキングの結果として生まれるものであり、クリティカルシンキングは、看護職としての実践において重要かつ不可欠である。

参考文献

- 1) Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry（著）／井部俊子（監）：看護学名著シリーズ ポッター&ペリー看護の基礎—実践に不可欠な知識と技術，エルゼビア・ジャパン，2007.
- 2) Rosalinda Alfaro - LeFevre（著）／田原勇，江本愛子，牧本清子，他（訳）：アルファロ 看護場面のクリティカルシンキング，医学書院，1996.
- 3) E. B.Zechmeister, J. E. Johnson／宮本博章，道田泰司，谷口高士，他（訳）：クリティカルシンキング あなたの思考をガイドする 40 の原則<入門編>，北大路書房，1996.

41. ケアリング *caring*

ケアリングは、ケア (care) と同義として用いられることもあるが、ケアの対象との関係性をより意識した概念といえる。人と人が通じ合おうとすることであり、その人の成長・発達を助けるものであり、そして、それは相手を人間として尊重し、誠意と希望をもって信頼関係を発展させることであって、単に「世話」を意味するものではない。すなわち、その人があるがままに受容するだけでなく、成長・発達の可能性をもつ人として尊重することである。

1980年代以降、ケアリング/ケアこそが看護の本質であり、他者に対する配慮に満ちた態度・行為であると考えられるようになった。ケアリング/ケアは多義的であり、看護職者と看護の対象である人々との相互関係の中でみられる感情や態度・行為であるという見解や、単なる関心や配慮ではなく人間の尊厳を守ることを目指した道徳的な理念であるとする見解もある。

看護におけるケアリングには、当然専門職としての知識や技術、態度が必要であり、これらを活用して、その人のニーズに適切にケアを実践することを意味している。そして、ケアリングによってもたらされるものは、その人らしい自己実現であったり健康生活の獲得であるが、一方、専門職者もまたこの経験を通して、専門職として、ひとりの人間として成長していくことである。

参考文献

- 1) Jean Watson (著) / 筒井真優美, 飯村直子 (訳) : ワトソン看護におけるケアリングの探究—手がかりとしての測定用具, 日本看護協会出版会, 2003.
- 2) Jean Watson (著) / 稲岡文昭, 稲岡光子 (訳) : ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア, 医学書院, 1992.
- 3) Milton Mayeroff / 田村眞, 向野宣之 (訳) : ケアの本質—生きることの意味, ゆみる出版, 1987.

42. 継続看護 *continuing nursing care*

継続看護とは、看護の対象となる人々の療養生活における昨日、今日、明日といった継続性と、療養の場の移動や健康状態の変化にかかわらず、責任をもって、一貫した看護が提供されるという看護の質的な継続性を意味している。1969年のモントリオール国際看護師協会 (ICN) 大会では、「その人にとって必要なときに、必要な場所で、適切な人によって看護を受けるシステムである」と定義づけられた。

疾病構造の変化、人口の高齢化、在院日数の短縮、在宅看護の導入により、疾病や障害をもったまま医療施設を退院し、福祉施設や在宅で生活する人が多くなっている。そのため、多職種との連携のもとに、生活の場の状況にあわせて一人ひとりのニーズが満たされるために、ますます看護の継続性が重要となっている。継続看護を実践するためには、疾病・症状マネジメントや社会福祉制度などに関する幅広い知識、根拠に基づいた多彩な看護援助技術、多職種間連携のためのコミュニケーション能力などが必要となる。医療機関での退院支援、在宅療養中の訪問看護などの活用を通して、そのときどきのニーズやあらゆるライフステージに応じた一貫した適切な看護が切れ目なく提供されることが重要である。

参考文献

- 1) 木下安子 (編) : こころと体のケア 8 継続看護と在宅ケア, 出版研, 1992.
- 2) 日本訪問看護振興財団 (編) : 継続看護実践ガイド—医療機関と訪問看護をつなぐ看看連携, 中央法規, 2002.

43. 傾聴 *listening*

傾聴とは、相手に関心をもって、相手の話に注意深く耳を傾けることである。それは、相手が何を伝えようとしているのか、何を伝えていないのかを聴きとりながら、相手の自己表出を促していく行為である。傾聴することは、単なる言語的コミュニケーションの手段ではなく、人に共感し、人を受容するための最初のステップであり、信頼関係を築いていくための重要な行為である。

カール・ロジャース(C.Rogers)の言う積極的傾聴(アクティブリスニング)は、傾聴の仕方であり、聴く側の心構えである。その聴き方は相手の言葉に反応するのではなく、相手の感情に適切に応答することである。つまり、相手を指導したり、評価したり、自分の意見を納得させようとする聞き方ではなく、言葉そのものに表現されている意味や、言葉の裏に隠されている感情を含め全人的に理解しようとする聴き方である。同時に、相手の存在を意識して、相手の呼吸や発声、表情、動作を感受しながら身体感覚レベルの情報を得ていることでもある。看護職者が患者との間で援助的関係を作り上げる最も有効な方法は、積極的傾聴の態度をとることである。

参考文献

- 1) 鷺田清一(著)：「聴く」ことのカ—臨床哲学試論, 阪急コミュニケーションズ, 1999.
- 2) 川野雅資(著)：傾聴とカウンセリング, 関西看護出版, 2004.
- 3) 広瀬寛子(著)：看護カウンセリング 第2版, 医学書院, 2003.

44. 健康 *health*

健康の定義には、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな統合的存在としての人間、絶えず変動する現象としての健康、連続体としての健康の要素が含まれる。世界保健機関憲章(1948)では、健康を、身体的、心理的、社会的に完全な安寧を保っている状態であり、単に疾患や虚弱でないということとした。その後、オタワ憲章(1986)は、健康を、生きる目的ではなく、毎日の生活のための資源であって、身体的能力とともに社会的・個人的な資源であると捉えている。

健康の捉え方は、疾患がないという概念から、心理社会的、環境的、文化的機能を含む概念へと拡大してきた。例えば、健康—不健康の段階的変化モデルは、健康を生理的レベルで捉える臨床モデル、社会的レベルで捉える役割遂行モデル、個人と環境との力動的関係として捉える適応モデル、well-being や自己実現で捉える幸福論モデルとして示され、健康の概念が近代史において順次拡大してきたことを表わしている。また、健康は人間の基本的権利であり、社会福祉や社会保障などを受けることが保証されている。それと同時に健康づくりに国民が参加する義務もある。看護は、そのような人間の健康づくりに向けて支援する役割・機能をもっている。

参考文献

- 1) Judith A. Smith(著)／都留春夫, 藤田八重子, 佐々木百合子,他(訳)：看護における健康の概念,医学書院, 1997.
- 2) 宗像恒次(著)：最新行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 1996.
- 3) Midred Blaxter(著)／渡辺善嗣(訳)：健康とは何か—新しい健康観を求めて, 共立出版, 2008.

45. 健康教育 health education

健康教育とは、健康の保持・増進、疾病予防、早期受診・治療、社会生活の回復、生活習慣の改善を目的とした教育内容を提供する教育的・啓発的な看護実践をいう。この目的を達成するためには、健康の維持・向上、好ましい生活をするために必要な知識・技術の習得、態度・行動の変容の3点を必要とする。

健康教育の概念は、衛生教育や健康指導を同義語とし、保健指導や患者教育といった教育・指導を包含する。健康教育の対象は、個人や集団であり、この教育は病院や保健所、保健センター、学校、企業、事業所などの場において展開される。

健康教育には、教育を目的として計画された学級、健康教室などの事業、テレビや新聞の健康番組や健康欄の広報活動などがある。また、保健指導、健康相談、家庭訪問に伴う教育などもある。これらの教育は、目的や内容に応じ他の専門職とチームを作り実施される。

近年、健康概念の拡大に伴い健康教育のあり方は拡大し、それぞれの健康レベルに応じた教育的支援が重要視されている。また、慢性疾患の増加に伴い、健康教育はヘルスプロモーションの中心的要素として位置づけられ始めた。

参考文献

- 1) 日本健康教育学会（編）：健康教育ヘルスプロモーションの展開，保健同人社，2003.
- 2) 宮坂忠夫（編・著）：最新 保健学講座 別巻1 健康教育論，メヂカルフレンド社，2006.
- 3) 吉田亨：健康教育と栄養教育，臨床栄養，85(3)，p.317-323，1994.

46. 権利擁護 advocacy

権利擁護とは、一般に、擁護、代弁、支持という意味である。医療・福祉における権利擁護では、権利を侵害されやすい立場の人々の権利を保護・チェックする機能と、当事者の権利の行使と自律を支援する機能の側面をもつ。

保護・チェック機能としては、2000年に改正・名称変更された社会福祉法の成立以後、利用者保護の仕組みとして、苦情解決の仕組みや福祉サービスの第三者評価の導入、成年後見制度や消費者契約法など、様々な形で整備されてきている。

一方、権利の行使と自律を支援する機能では、治療法やサービスの選択などの場面において、看護の対象となる人々がもつ情報について理解を深め、自己決定を支援する。日本看護協会の「看護者の倫理綱領」第4条には、看護は人々の知る権利、自己決定する権利を尊重し、その権利を擁護すると謳われ、看護職にとって権利擁護は倫理的責務の一つとされている。

また、看護職者は、医療・福祉と患者の両方を理解できる立場にあり、かつ最も患者の身近で長時間接する者として、患者の思いや声をその人の立場に立って仲介する代弁者や自己決定の支援者として権利擁護の役割を果たすことが期待されている。

参考文献

- 1) 日本看護協会（編）：新版 看護者の基本的責務—定義・概念／基本法／倫理，日本看護協会出版会，2006.
- 2) Sara T. Fry, Megan - Jane Johnstone（著）／片田範子，山本あい子（訳）：看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド 第3版，日本看護協会出版会，2010.
- 3) 石本傳江（企画・構成）：特集 看護におけるアドボカシー，臨床看護，32（14）臨時増刊，2006.

47. 行動変容 *behavior modification*

行動変容とは、学習理論、認知行動療法、保健行動モデルなど、心理学の原理と実験的知見から導きだされた理論に基づき、望ましい行動を導き、不適切な行動を修正することを目指す方法論である。修正しようとする行動および目標とする行動を具体的にかつ客観的に捉え、その行動に影響を与える要因を特定し、これらの行動および要因に働きかけて、望ましい行動の獲得を図る。行動変容には、行動に先立つ働きかけ（先行刺激）と行動に伴う働きかけ（強化刺激）があり、これらに働きかける方法や行動変容をステージとして捉えて働きかける方法が論じられている。

重要な看護援助の一つに、行動に変化をもたらす働きかけがある。そのため、看護職は、行動変容への動機づけを高める働きかけや、望ましい行動あるいは不適切な行動がもたらす結果について情報提供したり、具体的に行動や技術を教えたり、ロールモデルの導入などを行っている。あるいは、家族や友人からの励まし、保健医療専門家からの保証などを活用して望ましい行動を強化することも行っている。しかし、それを行う上で、最も重要なことは、相手の立場で行動に伴う価値観や、その人がおかれている状況を踏まえて考えていく姿勢であり、自己効力感やコントロール感を獲得し、自信をもって行動変容できるように支援することである。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，1995.
- 2) 宗像恒次（著）：最新行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，1996.
- 3) R.G.Miltenberger（著）／園山繁樹，野呂文行，渡部匡隆，他（訳）：行動変容法入門，二瓶社，2006.
- 4) B.H. Marcus, L. H. Forsyth（著）／下光輝一，岡浩一朗，中村好男（監訳）：行動科学を活かした身体活動・運動支援—活動的なライフスタイルへの動機付け，大修館書店，2006.

48. コミュニケーション *communication*

コミュニケーションとは、「伝える」「分かち合う」あるいは「共有する」という意味のラテン語「*communicare*」からきた言葉であり、言葉・文字、その他視覚・聴覚に訴える身振り・表情・声などの手段によって、人間や動物が互いに感情や思考などを伝達し共有することをさす。

コミュニケーションは、言語的要素（言葉・文字）と、非言語的要素（表情、しぐさ、声の調子、姿勢など）に大別される。非言語的メッセージは言語的メッセージに比べ、無意識の行動によるものであり、感情をより正確に表すと考えられている。コミュニケーションの過程には、刺激、送り手、メッセージ、伝達経路、受け手、の5つの構成要素が存在し、これらはコミュニケーションの効果に影響を与える。送り手は、受け手の年齢や発達段階、言語の認知能力、聴覚・視覚などの知覚能力に合わせて、メッセージを具体的に表現する必要があり、受け手は、音や文字、しぐさや表情などによるメッセージを、受け手の感覚を通して知覚し、解読する能力が必要である。

コミュニケーションは、信頼関係の構築が必要な看護場面で、欠くことのできないものである。

参考文献

- 1) アーネスティン・ウィーデンバック，キャロライン・E・フォールズ（著）／池田明子（訳）：新装版 コミュニケーション—効果的な看護を展開する鍵，日本看護協会出版会，p.2-3，2007.
- 2) Julia Balzer Riley（著）／渡部富栄（訳）：看護のコミュニケーション，エルゼビア・ジャパン，2007.
- 3) 広瀬寛子（著）：看護カウンセリング 第2版，医学書院，2003.

49. コンサルテーション consultation

コンサルテーションとは専門家との相談・協議・諮問を意味し、コンサルトとは権威・資格のある人などに助言（指導・意見・情報など）を求める、相談するという意味である。その基本は「特定の専門性をもった専門職（コンサルティ）が、職業上の必要性から他の専門職（コンサルタント）に相談すること」である。

コンサルテーションの種類には、①クライアント中心のケース・コンサルテーション、②コンサルティ中心のコンサルテーション、③対策中心の管理的なコンサルテーション、④コンサルティ中心の管理的コンサルテーションがある。

コンサルテーションとは、卓越した能力をもつコンサルタントと、仕事に関連する困難な問題を抱え、援助を受けたいと希望するコンサルティの間において、コンサルティが問題を解決したり変化を起こしたりできるように、組織内外に存在する資源（能力・人材・経済的支援）を動員し、援助していくことである。そのプロセスは、①アセスメント、②問題の発見、③実行、④評価・終結からなり、また、再び同じような問題が生じたとき、コンサルティが対応できるように育成することも意図している。

日本におけるコンサルテーションは、看護専門分野において、卓越した存在である専門看護師の機能として明確に位置づけられ、より洗練化がなされている。

参考文献

- 1) P.R.Underwood/勝原裕美子（訳）：コンサルテーションの概要—コンサルタントの立場から、インターナショナル ナーシング レビュー,18(5), p.4-12, 1995.
- 2) 野末聖香（編・著）：リエゾン精神看護—患者ケアとナース支援のために、医歯薬出版, p.208-209, 2004.
- 3) Edgar H. Schein（著）/稲葉元吉, 尾川丈一（訳）：プロセス・コンサルテーション—援助関係を築くこと、白桃書房, 2002.

50. 死 death

死とは、生命活動が不可逆的に止まることであり、医学的には、心停止、呼吸停止、瞳孔散大・対光反射の消失の3徴候をもって医師により死亡と判定される。

救命医療の発達により、さらに脳死という概念が生まれ、日本では脳死とは臓器移植法（1997年）により「脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止した状態」と定義され、判定基準がつけられている。臓器提供する場合には、脳死は人の死であることが前提とされるが、現在のところ、脳死＝人の死とする社会的合意にまでは至っていない。

また、人間の死の定義および死生観は文化圏、宗教、時代、学問分野などにより様々である。それと同時に、死をどのような立場から論ずるかによっても捉え方や意味が異なってくる。平山は三人称としての死（脳死判定基準などで論じられるモノとしての死）、二人称としての死（「われ」と「なんじ」の関係性において捉える死）、一人称としての死（自分の死）ではその性質が全く異なる述べている。いずれにしても、死は不安や恐怖と密接に結びつきタブー視されてきたが、現在においては病名告知が積極的に行われるようになり、日常的にも死について語ることがオープン化されてきている。

看護では人々の健康増進・維持・回復とともに安らかな死への援助も重要な課題とされ、ターミナルケアやホスピスケアの領域がある。

参考文献

- 1) 平山正実：死生学とはなにか、日本評論社, 1991.
- 2) 日本死の臨床研究会（編）：死とむきあうための12章、人間と歴史社,1999.
- 3) Elisabeth K'ubler - Ross（著）/鈴木晶（訳）：死ぬ瞬間—死とその過程について、中央公論新社, 2001.

51. 自己概念 *self-concept*

自己概念とは、自分自身について抱いている概念で、自己の外見や性質、行動、能力、価値などの全体に関する認知と評価、感情を含んだものとされ、「自己同一性（アイデンティティ）」「身体像（ボディイメージ）」「自尊感情」「理想自己」「役割」から構成されている。

自己概念は、自己観察や周囲の人々との相互作用、文化や社会的習慣などの影響を通して後天的に形成されていく。自己概念の発達において幼児期には親からの影響が大きいですが、その後、成長発達とともに、様々な体験を通して自己概念は明確に形成されてくる。

自己概念はその人の行動や思考の基盤を形成するものであり、人は自己概念に沿った振る舞いをすると言われる。従って、その人の行動を理解するためには自己概念を理解することが重要となる。

身体像の変化や歩行障害など、生活機能の喪失を伴う健康障害を負ったときには、人は現実の自己と理想自己との不一致により自己概念を否定的に変容させ、自尊心を低下させることがある。こうした自己概念における問題は精神的な安定性を欠き、人間の治癒力や健康維持に必要な能力を阻害するとされる。

シスター・カリスタ・ロイ（S.C.Roy）は、自己概念を看護実践に取り入れ、すなわち、変化に反応する人の適応様式の中の一つとして自己概念様式を取り入れている。看護実践においては、自己概念様式に関するデータを収集、理解、解釈してアセスメントすることや、適応に向けて自己概念に関する援助が必要であると説いている。

参考文献

- 1) G.W.Stuart, S.J.Sundeen（編・著）／樋口康子, 稲岡文昭, 今井敬子（監訳）：新臨床看護学大系 精神看護学1, 医学書院, 1986.
- 2) 遠藤辰雄（編）：アイデンティティの心理学, ナカニシヤ出版, 1981.
- 3) S.C.Roy（著）／松木光子（監訳）：ロイ適応看護モデル序説 第2版, へるす出版, 1998.

52. 自己決定 *self-determination*

自己決定とは、自己の生命やライフスタイルなどについて、いくつかの選択肢の中から意図的に自分で決定することをいう。これは自分の願望や力を認識し、適切な方法を選び、判断し、様々な支援を得ながら自己の要求を具現化していくプロセスである。このプロセスは、個々人の背景に影響を受け、極めて個別的である。

医療においては、患者が自分自身の受ける医療について十分な説明を受け、理解、納得した上で自主的な判断によって最善と思える方法を選択、決定するという行為のプロセスとして、また自分自身の健康を維持・増進させるための自己管理を示す用語として用いられる。このように医療において自己決定が強調されるようになった背景には、医師にすべてをゆだねる「おまかせ医療」や「パターンリズムに基づいた医療」を改め、患者の権利、自由や自律する権利を尊重するという倫理的原則や考え方が根底にある。

看護職者は、十分な情報を提供し、相手の理解を確認しながらの説明、意思表示をしやすい環境の調整などを行い、その人の意思を尊重し自己決定を支援する。

参考文献

- 1) 高橋隆雄, 八幡英幸（編）：自己決定論のゆくえ—哲学・法学・医学の現場から, 九州大学出版会, 2008.
- 2) 日本保健医療行動科学会（編）：日本保健医療行動科学会年報 自己決定の行動科学, メジカルフレンド社, 1996.
- 3) E.L. Deci（著）／石田梅男（訳）：自己決定の心理学—内発的動機づけの鍵概念をめぐる, 誠信書房, 1985.
- 4) 日本看護協会：看護者の倫理綱領, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> <2011.5.19.>

53. 自己実現 self-actualization

自己実現とは、自己の発達の可能性を成就することをいう。自己実現について、カール・ロジャーズ(C.R. Rogers)は、人が自己の内に潜在している可能性を最大限に実現して生きることと概念化し、健全な人間を、人の一生において最も重要な目標を定めて努力する存在であるとしている。また、アブラハム・マズロー(A.H.Maslow)は、自己実現を可能性・能力・才能の絶えざる実現と使命の達成、個人自らの本性についての知識や受容、人格内の一致などを挙げている。カール・ユング(C.G.Jung)は、自己実現を個性化と同義語に用いて、個性化を自己性への到達あるいは自己実現化と言い換えることができるとし、個性化は追い求めるべき目標であるが、稀にしか到達されないものであり、さらに、個性化した人間とは、人格の全側面が調和的な均衡状態を成就しており、自己が統合された人間であるとしている。

看護では、人間の基本的欲求の最終段階において、その人らしい生活を最大限に実現して生きるときに自己実現を用いることが多い。看護の対象となる人々は、疾患、障害、健康課題などを様々な脆弱性を抱えている。それゆえに、看護職者は個々の人の立場に立って、その人らしい自己実現が可能となるよう、専門的知識と看護援助技術を活用して支援していくことが求められている。

参考文献

- 1) Carl R. Rogers (著)／諸富祥彦, 保坂亨, 末武康弘 (訳) : ロジャーズ主要著作集 ロジャーズが語る自己実現の道, 岩崎学術出版社, 2005.
- 2) Frank Coble (著) / 小口忠彦 (監訳) : マズローの心理学, 産業能率大学出版部, 1972.
- 3) 千原美重子 (著) : 人間関係の発達臨床心理学—自己実現への旅立ち, 昭和堂, 2006.

54. 受容 acceptance

受容とは、ある事象について評価や価値判断を加えず、それをありのままに受けとめ、心理的に安定した状態をいう。誰を受容するのか、何を受容するのかによって、自己受容、他者受容、障害受容、疾病の受容、死の受容、老いの受容、役割の受容など、様々な側面で用いられる。

死別や身体の機能的・形動的喪失、役割喪失などの悲哀からの回復過程を段階説で捉える。受容は、喪失を現実的に認識し適応に向かえるようになった回復の最終段階として位置づけられている。しかし、すべての人が受容の段階に到達するわけではなく、また、到達しても再び揺れ動くことがあり、受容はむしろプロセスとして捉えられるという主張もある。

看護職者として、看護の対象となる人々に向かい合うときに、相手の訴えや考え、感情を価値判断せず、相手の立場に立ってありのままに受け入れる姿勢を受容的態度という。その人を、何の条件もつけず、ありのままに固有の価値がある存在とみる姿勢である。受容的態度は援助的関係成立の基盤であり、人は自己が他者に受容されていると感じることで防衛的でなくなり、自己受容が可能になる。自己受容が進めばそれに伴って他者に対しても受容的になることが示されている。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 (編) : 看護学学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, 1995.
- 2) 岡本五十雄(著) : ゆらぐところ—日本人の障害と疾病の受容・克服, 医歯薬出版, 2004.
- 3) 梶田叡一 (編) : 自己意識研究の現在, ナカニシヤ出版, 2002.

55. 症状マネジメント *symptom management*

症状マネジメントとは、患者の生活の質（quality of life; QOL）を高めるために、患者の生活に影響を及ぼす症状と、それによる苦痛を緩和・除去することをさす。

症状は生理的・心理的・社会的機能や感覚、認知の変化を反映した主観的体験であり、症状マネジメントにおいて看護職は、まず患者の抱える症状を理解し、症状の機序と現れ方を理解するとともに、症状をどのように体験しているかを理解する。その上で、症状・苦痛の緩和のための専門的援助を提供するとともに、患者自身が主体的に症状を緩和・除去できるよう情報提供や心理的サポートを行い、セルフケアが高まるよう支援する。また看護職は、症状マネジメントの過程と結果の評価を行う役割をもつ。症状への対処方略としては、食事療法、運動療法、薬物療法、精神療法、外科的治療、リラクゼーション、ストレスマネジメントなどが挙げられ、経過と状況に応じて対処方略を評価・変更する。

症状マネジメントには、患者自身が主体となって症状に対処することと、援助者や周囲の人々が対処することの双方が含まれ、看護職は患者・家族・他の専門職との連携のもと、症状が患者の生活全般にもたらす事柄の改善・維持を目指す。

参考文献

- 1) 和泉成子：看護師による症状マネジメントモデル—がん患者を主体とした症状体験の理解と看護師の方略，看護研究，39(3)，p.167-179，2006.
- 2) UCSF 症状マネジメント教員グループ：症状マネジメントのためのモデル，インターナショナル ナーシング レビュー，20(4)，p.22-28，1997.
- 3) パトリシア・ラーソン：症状マネジメント：看護婦の役割と責任，インターナショナル ナーシング レビュー，20(4)，p.29-37，1997.

56. 食事 *eating*

食事とは、生存に必要な栄養分をとるために、毎日の習慣として物を食べることで、またその食物をいう。食事は社会的・経済的要因や文化、個人および家族の発達段階、価値観などから影響を受け、そのありようは多様である。また、人間にとっての基本的欲求の一つであり、身体活動に必要なエネルギーの供給や身体組織の維持・修復、人間が成長・発達し健康を維持・増進するための栄養交換という生理的意義、おいしく食べられることで新たな活力や生きる意欲をもてるという心理的意義、コミュニケーションの場を提供し交流の媒介的役割を果たすという文化的意義とともに、社会的なルールやマナーを学ぶという社会的意義など、多面的な意義をもっている。生活行動としての「食べること」には、食欲を感じることで、食物を口に入れること、食物を咀嚼し嚥下すること、身体の中で消化・吸収することまで、人体の様々な器官と機能が関与している。

看護職者は、単なるエネルギー供給として食事を理解するのではなく、人体の構造・機能の視点から食行動全体を捉えるとともに、心理的側面や社会文化的側面からも多面的に食事を理解し支援を行うことが必要である。

参考文献

- 1) 菱沼典子（著）：看護形態機能学—生活行動からみるからだ 改訂版，日本看護協会出版会，2006.
- 2) Karen Holland, Jackie Solomon, Jane Jenkins,他（編）／川島みどり監訳：ローパー・ローガン・ティアニーによる生活行動看護モデルの展開，エルゼビア・ジャパン，2006.
- 3) 伏木亨（著）：人間は脳で食べている，筑摩書房，2005.

57. 自立 independence

自立とは、他者への依存や従属から離れ、自らの力で日常生活や社会生活が営めることをいう。これには、生活的自立、経済的自立、精神的自立の側面がある。生活的自立は日常生活行動の自立であり、経済的自立は自ら収入を得て生活を維持していくことである。精神的自立については明確な概念規定がないが、他者の力を借りず自分で意思決定でき、それに対して責任をもつ態度が主要な要素とされる。

成長発達過程において、人は始めから自立した存在ではないが、段階的に養育者から独立していき、成人期には自立した存在であることが期待される。自立は、自己決定と決定したことの遂行における自己管理能力によって成立する。健康障害時には日常生活行動が制限されたり心理的依存が生じたりするため、自立のレベルが低下しやすい。また、自立は、健康障害により日常生活に他者の援助を必要とすることとなった人のリハビリテーションや看護の目標となる。

類義語の「自律 (autonomy)」は、「他からの支配・制約などを受けずに、自分自身で立てた規範に従って行動すること」をいい、区別して用いられる。（「自律」の項参照）

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，1995.
- 2) Virginia Henderson（著）／湯槇ます，小玉香津子（訳）：看護の基本となるもの 新装版，日本看護協会出版会，2006.
- 3) 障害者自立支援六法編集委員会（編）：障害者自立支援六法 平成22年版，中央法規出版，2010.

58. 自律 autonomy

自律とは、個々の意思決定を、他者からの束縛や干渉を受けることなく、自らの価値観に基づいて決定し行動することであり、そのことに対して自分自身で責任を負うことが含まれる。自律的な行動は、適切な情報、ある行動をとった場合の損失と利益に関する理解、決断を下す能力、そして自発性をもち合わせていなければならない。強い立場にある者が、弱い立場にある者の利益になるようにと、本人の意思に反して行動に介入・干渉するというパターンリズム(paternalism)は、自律の反対の意味の用語として用いられる。

専門職として機能する条件の一つとして、また看護実践にとって重要な倫理原則の一つとして自律性が挙げられる。専門職の自律性とは、外部のコントロールを受けることなく、行為を選択する自由さがあり、規範に従った職業上の意思決定を専門職自らが行うことである。

また、看護職は、健康に生きる権利を有する人々の健康回復、維持、増進へ寄与してこそ、専門職であるといえる。そのため、専門的知識・技術を用いて、患者中心の医療の中で変わりゆく社会のニーズに応え、他職種と協働して自律的な新しい役割を担っていくことが期待されている。

参考文献

- 1) Linda M. Gorman, Marcia L. Raines, Donna F. Sultan(著)／池田明子，荒井良直，橋本ゴンティエルミ（訳）：心理社会的援助の看護マニュアル—看護診断および看護介入の実際，医学書院，p.54，1999.
- 2) Eliot Freidson（著）／進藤雄三，宝月誠（訳）：医療と専門家支配，恒星社厚生閣，1992.

59. 信頼関係 *a relationship of mutual trust*

信頼は対人関係を促進する潤滑油としての役割を果たすと考えられている。発達心理学者のエリクソン (E.H. Erikson) は、生後一年の経験から獲得される自己自身と世界に対する「基本的信頼感」の獲得が、その後の他者や自己に対する信頼、対人関係の基盤となると主張している。社会学の視点からは、専門職に対する信頼は、社会関係や社会制度の中でその専門的な役割を遂行する能力をもっているという期待であり、また専門職は信託された責務と責任を果たすことであろう。専門職として看護職者は、役割と責任を遂行する中で、信頼関係を形成するための技術や知識を活用して、一定のプロセスを積み、看護の対象となる人々と信頼関係を形成していくこととなる。

信頼関係が成立した状態とは、看護の対象となる人々と相互に信頼し合い、安心して感情や思いを開示し、交流できる状態であり、信頼関係を形成することは看護活動の第一歩である。また同時に看護実践の基盤でもある。日本看護協会の「看護者の倫理綱領」では、「看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する」と明示している。このように、専門職として、信頼関係を形成することも、ひとつの責務であるとも言える。

参考文献

- 1) 荒木正見, 荒木登茂子 (著) : 医療経営士上級テキスト 11 医療コミュニケーション—医療従事者と患者の信頼関係構築, 日本医療企画, 2010.
- 2) John R. Cutcliffe, Hugh P. McKenna (著) / 山田智恵里(監訳) : 看護の重要コンセプト 20—看護分野における概念分析の試み, エルゼビア・ジャパン, 2008.
- 3) Erik H. Erikson (著) / 仁科弥生 (訳) : 幼児期と社会 1, みすず出版, 1977.
- 4) Carol Leppanen Montgomery (著) / 神郡博, 濱畑章子 (訳) : ケアリングの理論と実践—コミュニケーションによる癒し, 医学書院, 1996.

60. 診療の補助 *nurse's role in helping examination and treatment*

診療の補助とは、医師または歯科医師が患者を診察・治療する際に看護師・准看護師が行う補助行為であり、診療に伴う苦痛緩和、症状出現の予測、状態変化への対応なども含む。

診療の補助は、療養上の世話とともに看護師・准看護師の業務として保健師助産師看護師法 (第5条・第6条) に規定されており、看護職者の独占業務 (同法第31条・第32条) である。

看護職者が行う補助行為は、医療行為全般にわたり、患者の生命や身体に危険をもたらすおそれのある医行為の代行をも含む。しかし、医師の指示があればどのような医行為も看護職者が行い得るわけではない。指示に対して、その行為を医師が行うべきか、自ら行っても問題の生じない行為であるかどうかを判断することが求められる。指示の内容、患者の状態、看護職者自身の力量、行為による侵襲の程度、薬剤の種類などを考慮するとともに、その行為が患者にどの程度の危険をもたらす可能性があるかを見極める専門的判断が必要である。診療の補助行為の法的責任は、医師、看護職者ともに生ずる。

参考文献

- 1) 日本看護協会 : 看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈, <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougokaisetu.pdf> <2011.5.19>
- 2) 井上清成 : 法律用語の基礎知識, 日本医事新報, p.84, 2010.
- 3) 松木光子 (編) : 看護学概論—看護とは・看護学とは 第4版, ヌーヴェルヒロカワ, 2007.

61. 睡眠 sleep

睡眠とは、動物の身体の動きが静止し、外的刺激に対する反応が低下して意識も失われているが、内外の刺激に反応して容易に覚醒水準に戻ることができる状態をいう。意識や身体の機能が部分的ないし完全に休止している状態で、心身に休息をもたらすとともに、覚醒時の活動を積極的に支えている。人の睡眠は、徐波睡眠（ノンレム、NREM）とレム（REM）睡眠に分けられ、およそ90分周期で交代して現れる。脳波パターンから徐波睡眠の深度は入眠期、軽睡眠期、中等度睡眠期、深睡眠期に分けられ、脳が休養している状態である。レム睡眠時には、覚醒期に似た低振幅速波が出現するが、筋緊張は消失し、眼球運動が盛んに起こる。レム睡眠期にはほとんどの場合、夢を見ているといわれている。

看護では、より良質な睡眠を確保するために、規則正しい生活習慣と十分な睡眠時間を確保できるような環境条件を整える。例えば、生活習慣では、睡眠前の歯磨きや洗顔、寝衣に着替える援助、また環境条件では、照明、温度、湿度、換気、音、臭いなどの物理的環境調整や、プライバシーへの配慮を行う。また、電法や足浴によって眠りやすい状況を作り出す援助を行うことができる。

参考文献

- 1) ケビン・モーガン, ホセ・クロス (著) / 川上勝 (訳) : 看護実践における睡眠管理, コメディカルエディター, 2003.
- 2) 白川修一郎 (編・著) : おもしろ看護睡眠科学, メディカ出版, 1999.
- 3) 深井喜代子 (監) : ケア技術のエビデンス—実践へのフィードバックで活かす, へるす出版, 2006.

62. ストレス stress

ストレスとは、心身の負担になる刺激や出来事・状況により個体内部に生じる緊張状態をいう。ホームズ (T.H.Holmes) とレイ (R.H.Rahe) らは、ストレスを生活上の変化であるとし、個人の生活に変化を引き起こす様々な出来事と疾病との関連を示した。ハリス・セリエ (H. Selye) は、ストレスを、有害刺激に対する一連の生理的反応であるとし、有害刺激 (ストレッサー) によって身体に現れる副腎皮質の肥大、胸腺・リンパ腺の委縮、胃・十二指腸潰瘍や出血などの非特異的な生理学的反応を汎適応症候群と命名した。リチャード・ラザルス (R.S. Lazarus) とスーザン・フォルクマン (S. Folkman) は、ストレスを、人間と環境との特定な関係であるとし、その関係とは、その人の原動力に負担をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かしたりすると評価されるものであるとした。ラザルスらは、心理的ストレスに関与するのは、生活に変化を引き起こす大きな出来事よりも日常の些細な苛立ちごと、持続する不快な感情などであり、そのような状況に対する人間の反応は一様ではなく、その状況がストレスになるかどうかは個人の認知的評価によって左右されるとしている。適度なストレスは、活動のエネルギーとなって人間の成長・発達を促すが、過剰なストレスは健康障害を引き起こすなど有害となる。

看護の対象となる人々は疾患や障害、あるいは健康課題のために多かれ少なかれストレス状態で生きていると考えられ、それゆえに看護職者は、専門的な看護援助技術を活用して、ストレス状態からの回復やストレス状況からの脱却に向けて援助することが求められる。

参考文献

- 1) R.S.Lazarus, S.Folkman (著) / 本明寛, 春木豊, 織田正美 (訳) : ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究, 実務教育出版, 1991.
- 2) Richard S. Lazarus (講演) / 林峻一郎 (編・訳) : ストレスとコーピング—ラザルス理論への招待, 星和書店, 1990.
- 3) 小杉正太郎 (編・著) : ストレス心理学—個人差のプロセスとコーピング, 川島書店, 2004 (←2002?) .

63. ストレスマネジメント *stress management*

ストレスマネジメントとは、日常生活において行うストレス軽減のためのあらゆる努力であり、自己の判断で意思決定し行動することをいう。ストレスマネジメントは、ストレス予防や健康増進のために、個人がストレス軽減のための対処を選択し、主体的かつ能動的に活動することである。その活動は、今までの対処パターンを見直し、新しい対処方法を学習するものであり、内面的な対処の調整に焦点が合わせられている。

その対処は、ストレスに働きかける、認知を変える、情動反応を弱める、生理的反応を弱める、行動を変えるなどストレスの成立過程によって異なる。具体的な活動としては、情動的対処法としての気晴らしや気分転換のための散歩・趣味・他者との会話・余暇の活用・ストレッチ体操、心の平静を保持しストレス耐性を高めるための瞑想法・筋弛緩法・呼吸法・自律訓練法・気功、そして認知や行動を変えるための交流分析やセルフカウンセリング（自己理解）、ピアカウンセリングやグループカウンセリング（対人関係理解）、ソーシャルスキルズトレーニング（対人関係訓練）などがある。

看護職者は、これらの知識と技術を基盤とする看護援助技術を活用して、看護の対象となる人々が効果的にストレスマネジメントできるように支援する。

参考文献

- 1) 二木鋭雄（編・著）：ストレスの科学と健康，共立出版，2008.
- 2) 中野敬子（著）：ストレス・マネジメント入門—自己診断と対処法を学ぶ，金剛出版，2005.

64. スピリチュアリティ *spirituality*

スピリチュアリティとは、人間の尊厳や存在意義などを表現するものであり、人が、その人にとっての意味や価値、信念をどのように捉え、どう生きるかに関連するものである。霊性、魂、精神性などと訳されることもある。

スピリチュアリティは、信仰や宗教との関連の中で表現あるいは経験されることも多いが、これらにのみ限定されるものではない。スピリチュアリティは全ての人に存在するもので、超越した存在や神、死、自然、先祖、縁、真理など、その人が至高のものとして、あるいは大切なものとして重んじるものとの間に感じるつながりから生まれる。このつながりの感覚は、イントラパーソナル（自身の内にあるものと）、インターパーソナル（他者と、または自然や社会、文化の中で）、そしてトランスパーソナル（目に見えないものや神、天、偉大な力などとの間で）に経験され得る。これらの経験を通じて愛や信念、希望、信頼、信仰、啓示、畏怖の念などが生じる中で、存在の意味や理由が見出されることがある。

スピリチュアリティは内面の安らぎや強さとして表れることもある。また、関連するものとしてスピリチュアルペイン（喪失感や不全感、自身の信条や希望からの乖離感、神から引き離された感覚、罪責感、悔悟の念などから生じる深い痛み、苦悩、魂の孤独）がある。

看護職者は、その人が重んじている価値や習慣を尊重し、その個人のスピリチュアルなニーズが満たされるように支援する。

参考文献

- 1) 窪寺俊之：スピリチュアルケア学序説，三輪書店，2004.
- 2) エリザベス・ジョンストン・テイラー（著）／江本愛子，江本新（監訳）：スピリチュアルケア—看護のための理論・研究・実践，医学書院，2008.
- 3) 田崎美弥子：スピリチュアルケアの潮流—研究・思想とケアをつなぐ WHO Quality of life 調査におけるスピリチュアリティ，緩和ケア，19(1),p.11-15,2009.

65. 生活 life

生活とは、人間の生存そのものであり、各個体の主体的営みである。この営みには、生命維持に直結する呼吸・循環・体温や、生活リズムを作り出す運動・休息・食事・排泄・清潔・更衣、社会的活動としての遊びや学習を含む労働、地域社会における活動としての慣習、性差に応じた活動や環境が内包されている。その生活は、その人の価値観、習慣、考え方、暮らし方、生き方などによって形成される。また、生活にはその人にとっての意味があり、人は自分がおかれている状況に関与しながらその意味を見出している。その意味は、通常、意識下におかれがちであるが、何らかの体験が生活の支障として捉えられたときに意識化される。

看護の使命は、どのような健康状態であろうと、生活を営む人々が安心してその人らしく生活をすることができるように援助することである。生活の状態は心身の健康状態に影響を及ぼすので、その人の生活を総合的に捉え、よい健康状態を維持できるよう看護する。そのために、教育、職業、婚姻状態、食習慣、日常生活、一日の過ごし方などの情報のほかに、どのような生活を営んできたかなど、その人の生活史を把握することも重要である。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，1995
- 2) 日本看護系大学協議会：21世紀に向けての看護職の教育に関する声明，日本看護系大学協議会誌，1999.
- 3) Patricia Benner, Judith Wrubel（著）／難波卓志（訳）：ベナー／ルーベル 現象学的人間論と看護，医学書院，1999.
- 4) 中島紀恵子（著）：生活の場から看護を考える—看護概念の転換への提起，医学書院，1994.

66. 生活習慣 life style

生活習慣とは、食事、運動、睡眠、衛生、嗜好品の摂取など、毎日の基本的な生活行動の中で、長い間繰り返し行われるうちに、そうすることが定着して形成された行動パターンをいう。基本的な生活習慣は親の影響を最も受けて幼児期に自立するが、その後、発達段階が進むにつれ、周囲の人々やおかれている立場、役割、職業や労働の形態などからの影響を受け、変化していく。生活習慣のありようは国や地域、宗教や文化などによっても異なるため、その背景とともに捉えることが重要である。

生活習慣は、健康状態との関係が深く、不適切な生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群を総称して生活習慣病という。生活習慣病の予防、健康の維持・回復のためには各人が生活習慣を定期的に見直すことが重要である。また、健康診断や人間ドックを通して健康に関する情報を収集し、自己管理をする必要がある。長年かけて定着された生活習慣の変容は容易なことではないが、看護においては、生活習慣と健康障害の関係についての知識提供、変容に向けた動機づけ、具体的方法の提示などを通して、その人が生活習慣の改善に向けた実現可能な方法を見出す援助を行う。

参考文献

- 1) 東めぐみ（編）：進化する慢性病看護，看護の科学社，2010.
- 2) A. L. Strauss, J. Corbin, S. Fagerhaugh, 他（著）／南裕子（監訳）：慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点，医学書院，1987.
- 3) 田中逸（著）：健診・健康管理専門職のためのセミナー生活習慣病 第2版，日本医事新報社，2008.

67. 生活の質 / *Quality of Life* / QOL

一般的にクオリティとは「よい状態」のことである。クオリティ・オブ・ライフ (Quality of life, QOL) とは、生活 (人生) の良い状態のことであり、個人が自分の生活 (人生) に、いかに充実感や満足感をもっているかという認識である。

世界保健機関 (WHO) では、クオリティ・オブ・ライフを、個人が生活する文化や価値観において個人の目標や期待、基準や関心との関わりから得られた、個人の認識に基づくものと定義している。それは、身体健康、心理的状況、自立の程度、社会的関係、個人の信条、環境との関係性に影響されるとしている。

また、最近では、主観的ウェルビーイング (幸福、生活満足感、モラル、自尊感情、自己概念、首尾一貫感覚) もクオリティ・オブ・ライフと関連していると言われている。

クオリティ・オブ・ライフにおいて、個人の視点からみた健康度や、日常・社会生活の機能に焦点をあてたものを健康関連 QOL (Health-related QOL) という。また、個人が人生において重要であると認識・期待していることはそれぞれ違っており、個人が重要と思っていることの達成感と満足感に焦点をあてたものを IQOL (Individualized QOL) という。

医療の分野では、従来は疾病の治療をアウトカムとすることが多かったが、QOL もアウトカムの指標として重視されるようになってきている。看護では、その人らしい生活の実現と達成感、QOL を念頭において、看護の対象となる人々を援助していくことが重要となる。

参考文献

- 1) A. Bowling : Measuring Health ; A Review of Quality of Life Measurement Scales 2nd edition, Buckingham, Open University Press, 1997.
- 2) P. Fayers , R. Hays (編) : Assessing Quality of Life in Clinical Trials ;Methods and Practice 2nd edition, Oxford University Press, 2005.
- 3) 池上直己, 下妻晃二郎, 福原俊一, 他 (編) :臨床のための QOL 評価ハンドブック, 医学書院,2001.
- 4) 日野原重明 (監) : 看護に活かす QOL 評価, 中山書店, 2003.

68. 清潔 *cleanliness*

清潔とは、一般的に汚れがなく、衛生的であるそのさまを意味する。看護においては、全身の皮膚、毛髪、爪などの汚れを取り去り、保護することである個人の身体衛生と、人の皮膚を含むすべての物体の表面に病原微生物が付着していない状態である感染管理の2つの側面をもつ。

身体衛生の側面では、個人の生活習慣に基づく衛生観念および文化的背景が大きく影響を及ぼす。よって、医学的な清潔の必要性基準とは一致しないものであり、その行動化においても個人差が大きい。清潔を保持するためには、入浴、シャワー浴、沐浴、清拭、歯磨きなど、部位や目的に応じて様々な方法がある。身体の汚れを除去する以外にも、爽快感をもたらす、血液循環を促す、生活習慣を維持するなどの点から、身体的・心理的・社会的に必要不可欠である。また、このような個人の身体の衛生を保持することは、皮膚や粘膜から、病原微生物が体内に侵入し、増殖することを防ぐ非特異的防御機構の役割を果たしていることから、感染から個人を守る上でも重要である。一方、感染管理の側面においては細菌学および衛生学的な意味で用いられ、清潔と対置概念である不潔の境界線は環境的なゾーニング、また数値的な基準においてより明確に示されている。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (編) : 看護学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, p.17, 1995.
- 2) 川口孝泰, 佐藤蓉子, 宮腰由紀子, 他 (著) : リンクで学ぶ看護基本技術ナビゲーション—清潔の援助技術, 中央法規出版, 2003.
- 3) Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry (著) / 井部俊子 (監) : 看護学名著シリーズ ポッター&ペリー看護の基礎—実践に不可欠な知識と技術, エルゼビア・ジャパン, 2007.
- 4) 深井喜代子 (監) : ケア技術のエビデンス—実践へのフィードバックで活かす, へるす出版, 2006.

69. セルフケア self care

セルフケアとは、ドロセア・オレム (Dorothea E. Orem) によると、人が生命や健康、そして幸福を維持していく上で自分のために活動を起こし、やり遂げることでありと捉えている。セルフケア理論を構築したオレム (Orem, Dorothea E.) は、「セルフ」を、身体面だけでなく、心理面や精神面のニーズを含めた全体としての人と捉え、「ケア」を、人が生命を維持し自分にとって正常なやり方を作り上げていくようにする活動全体と捉えている。また、レビン (L.S. Levin) によると、セルフケアは、指示された内容をいかにきちんと守れるかというコンプライアンスではなく、本人が自分で健康の必要性を感じて自ら行動を起こし、二次・三次医療ではない一次的な身近な資源を自分の意思で利用し、自分で健康を守ることができたと実感するセルフリアランスの感覚が重要であるとしている。

セルフケアモデルは、セルフケア理論を用いて、看護の現象を実践に応用しやすい形に表現したものである。セルフケアモデルは、セルフケアニーズ (セルフケア要件) とセルフケア能力 (エージェンシー) のバランスを示すモデルと、そのアンバランスの結果として起こるセルフケア不足の程度によって、看護ケアをどのレベルまで提供し、患者と看護職者がどのような役割を担い協働していくかを示す看護システムのモデルが使われてきた。セルフケアモデルは、各臨床領域で必要に応じて修正・改良しつつ、広く活用されている。

参考文献

- 1) Dorothea E. Orem (著) / 小野寺杜紀 (訳) : オレム看護論—看護実践における基本概念 第4版, 医学書院, 2005.
- 2) Connie M. Dennis (著) / 小野寺杜紀 (訳) : オレム看護論入門—セルフケア不足看護理論へのアプローチ, 医学書院, 1999.
- 3) Karen Glanz, Frances Marcus Lewis, Barbara K. Rimer (編) / 曾根智史, 渡部基, 湯浅資之, 他 (訳) : 健康行動と健康教育—理論、研究、実践, 医学書院, 2006.

70. 全人的痛み (トータルペイン) total pain

全人的痛みとは、身体的な痛みに加えて、心理的な痛み、社会的な痛み、スピリチュアルな痛みの4つの要因が統合されて患者が感じている痛みをいう。その痛みは不快な感覚・情動体験であり、あくまで個人の主観的な感覚である。全人的痛みは、患者の病気だけに焦点を当てるのではなく、患者の全人格にわたる痛みを焦点を当てたものであり、がん患者に関わったシシリー・ソンドース (Dame Cicely Saunders) がうみだした概念である。

患者の感じる痛みは、身体・心理・社会・スピリチュアルな面にまで広範囲に及ぶが、各々の面の痛みとして明確に分類されるものではなく、相互に関連しており複雑である。疼痛など身体的な痛みは、不安・恐怖・怒り・抑うつなどの心理的な痛み、社会的な存在からの離脱という社会的な痛み、生きることの無意味さ・無価値などの実存的な痛みへと広がり、痛みの悪循環が生じて痛みを増幅させる。全人的痛みは、患者のみならず家族をも苦悩させる。全人的痛みの緩和に向けたケアは、患者・家族に向けた全人的アプローチであり、そのためには、各職種が各々の専門性を生かしたチームによる総合的なアプローチが不可欠である。

参考文献

- 1) Dame Cicely Saunders (編・著) / 岡村昭彦 (監訳) : ホスピス—その理念と運動, 雲母書房, 2006.
- 2) 恒藤暁 (著) : 最新緩和医療学, 最新医学社, 1999.

71. 専門職 profession

専門職という用語は、その語源において「神の宣託 (profess) 」を受けた者を意味している。したがって、従来専門職と呼ばれる人々は、聖職者、大学教授、医師、法律家のように、神の仕事の代行者として神の意志を遂行することを使命とする職業であった。神の宣託としての専門職は、科学技術の発展とともに近代社会において、実証的な科学と技術を基盤とした近代の専門職へと転換していった。そして現代では、専門職は高い水準の能力を有し、専門的な知識や技術を維持・拡大する責任があり、利他主義、自律性、人間としての尊厳、専門職倫理、公平性などの価値観を基盤に専門的職業を行う者とされている。また、専門職は明確な職業的責務であるプロフェッショナルリズムに基づき、誠実に社会に貢献することを第一義とする社会的に認知された職業である。

看護職は、患者の利益を一義的とする利他主義を基として、人々の健康を護り、人間・生活・社会に対する深い理解、人権を尊重する人間的成熟、広範な専門的知識・技術、的確な判断と行動力、責任感を必要とする専門職である。日本看護協会の「看護者の倫理綱領」では、専門職として引き受ける看護者の責任の範囲を社会に明示している。

参考文献

- 1) 日本看護協会：看護者の倫理綱領, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> <2011.5.29.>
- 2) Donald A. Schön (著) / 佐藤学, 秋田喜代美 (訳) : 専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える, ゆみ出版, 2001.
- 3) 新千年紀のプロフェッショナルリズム憲章 (新ミレニアムにおける医のプロフェッショナルリズム, <http://acpjcnaike.or.jp/jpnchap/chart3.html> <2011.5.29.>
- 4) 菱沼典子, 井上智子, 武田利明, 他 (著) : 看護の原理—ケアすることの本質と魅力, ライフサポート社, 2009.

72. 喪失 loss

喪失とは、何かを失うことであり、失う対象は多岐にわたる。

喪失には、身体部分の喪失、愛する者の喪失、役割の喪失、記憶や判断力を失うことなどがある。身体部分の喪失は、手術や外傷だけでなく、妊娠や出産によりボディイメージが変化することも含み、直ちに受容し、順応できないことがある。愛する者の喪失は、伴侶や親子、兄弟姉妹など近親者を失うことであり、一般に悲嘆のプロセスを経て受容に至る。役割の喪失は、社会的・家庭的・性的な役割を失うことであり、アイデンティティの喪失につながることもある。記憶や判断力の喪失は、認知症など器質的な問題によって引き起こされる。喪失体験には大きなストレスと深い悲しみを伴い、失った状況に再適応する必要が生じてくる。またこのような喪失体験、あるいは喪失に対する恐れは心理的ストレスを高め、危機的状態を生み出すことにつながる。

看護では、喪失体験への適応を促進することを目的として、グリーフカウンセリングなどで心理的なケアを行ったり、その人が自身の連続性を保ち、また新たな自己像を回復する (リカバリ) ことを援助したりする。認知症など器質的な問題によって引き起こされる記憶の喪失なども、本人には強い恐怖や悲しみを伴うとされており、喪失体験にも考慮した看護を行う必要がある。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (編) : 看護学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, p.17, 1995.
- 2) 寺崎明美 (編) : 対象喪失の看護—実践の科学と心の癒し, 中央法規出版, 2010.

73. ソーシャル・サポート *social support*

ソーシャル・サポートとは、専門家による支援だけでなく非専門家によるものも含み、サポートの種類としては基本的に2つのタイプに分けられる。第1のタイプは、心理学的サポートであり、情緒的なサポートや自己価値へのサポートなど様々なものがある。第2のタイプは実際上のサポート、つまり直接援助や情報提供、物質的サポート、経済的サポートである。

ソーシャル・サポートは、直接的に心理的ストレスを軽減させたり、間接的にストレスフルな状況に対する認知パターンに働きかけたりして、身体的に健康を促進させる効果をもつとされている1)。しかし、ソーシャル・サポートの否定的側面が考慮されてこなかったことも指摘されている3)。

ソーシャル・サポートの概念は、ソーシャル・ネットワークの概念と関係している。ソーシャル・サポートは人間関係のネットワークという文脈において起こり、ソーシャル・サポートはネットワークのメンバーからもたらされるが、ソーシャル・ネットワークのすべての人々がサポートを提供するとは限らない。

看護領域においては、健康の維持・増進にソーシャル・サポートが深く関係していることから、ソーシャル・サポートの活用や活性化など、ソーシャル・サポートに働きかけることもある。病気や障害などによって、社会生活に困難を抱えた個人および家族に対してソーシャル・サポートを提供・活用することの重要性は認識され、実践や研究で注目されている。

参考文献

- 1) 看護学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, 1995.
- 2) Jane Norbeck: 看護におけるソーシャル・サポート—理論と研究の接点, 看護研究, 19(1), p.5-17, 1986.
- 3) Sheldon Cohen, Benjamin H. Gottlieb, Lynn G. Underwood (著) / 小杉正太郎, 大塚泰正, 島津美由紀, 他 (訳): ソーシャルサポートの測定と介入, 川島書店, 2005.

74. 対処 (コーピング) *coping*

対処とは、人間が脅威や課題などによるストレス状態におかれたとき、その場の状況の混乱や危機を回避・克服するために、自己の判断で意思決定し行動することをいう。リチャード・ラザルス(R.S. Lazarus)とスーザン・フォルクマン(S. Folkman)は、対処を、個人の資源に負荷を与える、またはその資源を超えると評価された外的内的要求を処理するために行う個人の絶え間ない努力であるとし、常に変化する動的なプロセスとして捉えている。

対処のプロセスは、認知的評価によって規定される。対処は、個人の価値観、自我の強さ、教育が関与しており、独自の行動様式が形成される。また、対処は、苦痛をもたらす厄介な問題を巧みに処理し変化させていくという問題中心の対処と、厄介な問題に対する情動反応を調整していくという情動中心の対処の機能に大別される。それらの対処は、互いに促進したり抑制したりして、ストレスフルな刺激によって生じる情動を処理している。対処が有効な場合、ストレスは人間の成長を助け、そうでない場合はストレスが増強し生命力を消耗させる。健康とエネルギー、積極的な信念、問題解決の技能、社会的スキル、ソーシャル・サポートでは、金銭などの資源は対処の原動力であり、それらの資源が十分である場合、効果的な対処が可能となる。

看護職者は、看護の対象となる人々が体験しているストレスに対する対処方法を支援することが求められているがゆえに、様々な場面で、対処に関する知識や援助技術を活用している。

参考文献

- 1) 看護学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, 1995.
- 2) Richard S. Lazarus (講演) / 林峻一郎 (編・訳): ストレスとコーピング—ラザルス理論への招待, 星和書店, 1990.
- 3) 加藤司(著): 対人ストレスコーピングハンドブック—人間関係のストレスにどう立ち向かうか, ナカニシヤ出版, 2008.
- 4) R.S.Lazarus, S.Folkman (著) / 本明寛, 春木豊, 織田正美(訳): ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究, 実務教育出版, 1991.

75. 地域 (コミュニティ) community

地域とは、①何らかの意味で共通の課題をもつ人々の集まり (共同性) 、または②一定の地理的範囲において成り立っている共同生活のシステム (地域性) をいう。前者は家族、学校、職場、患者会、ボランティアグループなど帰属意識や連帯感をもつ人々であり、相互に認識し、何らかの相互作用をもち影響しあう。後者は、近隣、地区、市町村といった空間的広がりとしての「場」であり、健康に対して良い影響あるいは悪い影響を与える物理的・社会的環境である。また、個人では解決できない地域社会の問題解決など政治的活動も行う。

ケアの対象として地域を捉える場合には、共同性と地域性を併せもった集団をさしている場合が多く、地域の様々な場への支援、場を共有する人々への支援、地域の中の組織・人間関係・文化・価値観などに目を向けた包括的なとりくみが求められる。シャマンスキー(S.L.Shamansky)らは、地域を把握するための枠組みとして、①対象となる人々・関係者はだれか (who) 、②その現象が起こっている空間と場所はどこか (where・when) 、③コミュニティの機能(how)という3つの側面を提案している。

参考文献

- 1) Barbara Walton Spradley (編) / 村嶋幸代, 野地有子 (訳) : 地域看護活動の方法—概念の明確化からアセスメント・施策化へ, 医学書院, 1998.
- 2) Elizabeth T. Anderson, Judith Mcfarlane (編) / 金川克子, 早川和生 (監訳) : コミュニティ アズ パートナー—地域看護学の理論と実際 第2版, 医学書院, 2007.
- 3) 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 他 (編) : 最新地域看護学, 日本看護協会出版会, 2010.

76. チーム医療 term care

チームとは、同じ目標に向かって協同して取り組む集団である。チーム医療とは、医療職だけではなく、患者、家族やその関係者 (地域住民など) に関わる全職種 (社会福祉士 ヘルパー、OTやPT、宗教家など) 各々がもつ専門的な意見をもとに相互に尊重しながら議論し、その中で得られたチームのコンセンサス (目標) に基づき、各職種が協働、連携しながら行う医療である。患者・家族もこのチームの一員であり、医療に主体的に参加する。よって、チーム医療を展開していくことにより、患者・家族も各職種と目標や今後の方向性を共有できる。チーム医療の目的は、患者・家族の希望、ニーズに応じた患者中心の医療・ケアを提供し、患者の満足度や医療の質を高めることである。

2010年3月に発表された「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書において、チーム医療における看護師の役割について「看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば“チーム医療のキーパーソン”として患者や医師そのほかの医療スタッフから寄せられる期待は大きいことから、いわば“チーム医療のキーパーソン”として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい」と提言している。

参考文献

- 1) 厚生労働省: チーム医療の推進に関する検討会報告書, 2010.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf><2011.5.19.>
- 2) 細田満和子 (著) : 「チーム医療」の理念と現実—看護に生かす医療社会学からのアプローチ, 日本看護協会出版会, 2009.
- 3) 鈴木伸一 (著) : 医療心理学の新展開—チーム医療に活かす心理学の最前線, 北大路書房, 2008.

77. 調整 coordination

調整（コーディネーション）とは、看護の対象となる人々やケア提供者のために資源を活用する際に、重複を省きかつ効率よく利用するために、便利な組織構造を作るためのアプローチである。他の専門職と協働するためのアプローチの一つである。また調整とは、管理機能の重要な要素の一つであり、組織に生じた葛藤や困難ごとあるいは問題を解決し、組織共通の目標を達成するために内部均衡を図っていくこととされている。

チームの中心である患者や家族が最良の健康状態を得られるように、チームの一員である専門職者がそれぞれの専門性を発揮し、協働することを目指すチームアプローチにおいて、看護職者が担う調整役割は重要である。看護職者は患者や家族のニーズを把握し、チーム全体がそれらを認識、理解できるように橋渡しをする役割が求められている。

日本では専門看護師機能の一つとして調整が位置づけられている。専門看護師が行う調整による成果としては、①医療チーム全体でケアをする体制が整う、②医療者間の葛藤が軽減する、③治療に必要な他部門や他職種への橋渡しができる、④患者の早期回復・退院の促進などが挙げられている。

参考文献

- 1) 佐藤直子(著)：専門看護制度—理論と実践，医学書院，p.108，1999.
- 2) 野末聖香（編・著）：リエゾン精神看護—患者ケアとナース支援のために，p.299，医歯薬出版，2004.

78. 適応 adaptation

人と環境とが調和した、よい状況での心身の状態を適応といい、環境からの要請に応えようとして生活体が行動の仕方や考え方を変える努力をすることを適応行動という。通常に対処反応で対応できないときに生体は、①新しい行動を学習する、②環境を変える、③環境から逃避する、④目指す状態を変更する、の4つの方法で適応しようとする。また、ストレスラーに対してストレス反応（心理学的反応、身体的反応、行動的反応、認知的反応）が起こり、それに適応できると危機が回避でき、恒常性（ホメオスタシス）を回復するが、不適応を起こすと危機となり、不均衡が持続し、疾病状態となる危険性がある。

シスター・カリスタ・ロイ(Sister Callista Roy)は、「ロイ適応看護論」の中で、変化に反応する人の適応様式として、生理的ニード様式、自己概念様式、役割機能の適応様式、相互依存の適応様式、の4つを挙げている。看護職者は、これらの適応様式の行動を全て統合してアセスメントをする必要があり、そのため、アセスメントに必要なデータは4つの様式全てにおいて収集、理解、解釈する必要がある。また、個人の適応反応を評価するためには、その人の潜在能力をよく理解することも重要である。

適応の考え方は、個人のみならず、多様なシステムすなわち、家族、集団、地域などにも適用することが可能である。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，1995.
- 2) 小田正枝（編）：ロイ適応看護理論の理解と実践，医学書院，2009.
- 3) 谷口弘一，福岡欣治（編・著）：対人関係と適応の心理学—ストレス対処の理論と実践，北大路書房，2006.

79. 疼痛 pain

疼痛とは、痛みの医学用語である。疼痛は人間にとって排除あるいは緩和したい不快な体験である。一方で、疼痛は傷害から身を守るための警報信号としての意味もある。

疼痛は、発生する原因によって、侵害受容性疼痛、神経因性疼痛、心因性疼痛に分類される。身体的痛みを示す侵害受容性疼痛は、物理的あるいは化学的な刺激を感覚受容器が感知し、電気信号に変換された刺激が末梢神経（Aδ線維とC線維）を介して脳へと伝えられ、脳がこれを痛みとして認識することで発生する。神経因性疼痛や心因性疼痛については、その発生機序は明らかではない。また、発生の仕方や持続期間によって、急性疼痛と慢性疼痛という分類の仕方がある。

疼痛は体験している人の主観的・情動的な体験であり、その感じ方は個別的で、様々な物理的、心理的、文化的要因の影響を受ける。一般に、不安や孤独、疲労、不眠などは疼痛閾値（疼痛の感じやすさ）を低下させ、周囲の人の疼痛への共感や疼痛の意味・成り行きについての理解、休息、注意転換などは閾値を上昇させる因子となる。

看護職者は、医師の指示による薬物療法を効果的に実施するとともに、疼痛閾値を上げるよう疼痛の増強因子、緩和因子に働きかける。そして、緩和ケアでは疼痛コントロールが最も重要視される。

参考文献

- 1) 柳田尚（著）：看護に役立つ臨床疼痛学，日本看護協会出版会，1996.
- 2) 深井喜代子（編）：看護者発痛みへの挑戦，へるす出版，2004.
- 3) 深井喜代子（監）：実践へのフィードバックで活かすケア技術のエビデンス，へるす出版，2006.

80. 日常生活行動 activities of daily living

日常生活行動とは、人間が成長・発達し、社会活動を営むための行動の総称である。これらの行動は、生命維持に関わる側面から、人間的成熟に関する側面、社会的関係を形成・発展させる側面へと、相互に関連しあって現れるものであり、個別的特徴をもつ。

類義語に、日常生活動作（活動）と訳されているADL（activities of daily living）、家事や買い物、公共機関の利用などの関連（または応用）動作を示すAPDL（activities of parallel to daily living）またはIADL（Instrumental activities of daily living）がある。ADLは、元来、リハビリテーション医学の用語であり、1976年に日本リハビリテーション医学会が、食事、排泄、整容、更衣、入浴、移動などの万人に共通して毎日繰り返される一連の身体動作群と定義している。日常生活行動と日常生活動作（活動）は、ほとんど同義に用いられる場合もあるが、「日常生活行動」（←鍵括弧削除？）は、単なる身体動作群だけではなく、人間的成熟や社会的関係の形成・発展などにも関連し、その人らしさを形作る行動を含むより包括的な視点をもつ概念である。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会（編）：看護学術用語，日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会，1995.
- 2) 川島みどり（著）：新訂生活行動援助の技術，看護の科学社，1987.
- 3) 早川宏子（編）：作業療法技術論2 日常生活活動 改訂第2版，協同医書出版社，1999.

81. 人間 *human being*

人間とは、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面をもつ存在であり、それらが統合された生活体である。同時に、人間は、それを構成する部分の総和以上の存在であり、単なる総和と異なる特性を示す統一体である。

また、人間は、受胎・誕生・成長・成熟の過程を経て、やがて死を迎える生命体である。この連続的な発達段階をたどる過程において、人間と環境は絶えず物質やエネルギーを交換し、作用し合いながら変化し続ける。さらに、人間は、発達段階や職業などが異なっても生物体としての共通性をもつ。その一方、同じ年齢でも成長・発達の程度が異なったり、それぞれの社会・文化的背景の中で固有の感性や価値観、役割、関係をもつたりするなど、他の人には代わることのできない個性と独自性をもつ。これは、人間が尊厳ある存在であり、自分自身の価値ある生命を自覚しながら、より良い生き方を目指すという人格的自由をもち、自己を決定する能力をもつことを意味する。

人間は、個体を維持し子孫を残す営みをしている。人間の性が他の生物と決定的に異なる点は、性が単に生物学的なものではなく精神的・社会的なものでもあることである。

参考文献

- 1) M. E. Rogers (著) / 樋口康子, 中西睦子 (訳) : ロジャーズ看護論, 医学書院, 1979.
- 2) 松木光子 (編) : 基礎看護学 看護学概論—看護とは・看護学とは 第3版, ヌーヴェルヒロカワ, 2004.
- 3) 田畑邦治, 田中美恵子 (編) : 哲学—看護と人間に向かう哲学, ヌーヴェルヒロカワ, 2003.

82. 人間関係 *interpersonal relationship*

家庭・学校・職場・地域社会などの場における個人対個人、および集団における心理的な関係をいう。人は人間関係の中で育ち、性格を形成し、自己を成長させ、人間らしく発達させていく。また、両親から受け継いだ遺伝的な素質のもとに家庭や地域社会の中で養育され、仲間や友人と協力したり争ったりすることで、社会性を発達させる。

看護理論家で最初に人間関係に注目したヒルデガルド・ペプロウ(Hildegard E. Peplau)は、患者—看護師関係に焦点をあて、対人関係のプロセスの構造を記述する看護モデルを開発した。また、ヴァージニア・ヘンダーソン(Virginia Henderson)は、看護職者を「患者の基本的ニーズを充足する行動を専門的立場から援助するもの」と捉え、患者—看護師関係、看護師—医師関係、ヘルスケアの一員としての看護師のそれぞれの関係性の必要性を言及している。さらに、ジョイス・トラベルビー(Joyce Travelbee)は、人間対人間の関係を看護の目的を成し遂げるための手段であるとし、「人間対人間の関係は看護師と看護を受ける人が最初の出会い、同一性の出現、共感、同感という段階を経たあと、ラポールの段階に達したとき確立される」と説明している。

参考文献

- 1) 斉藤勇 (編) : 人間関係の心理学 第2版, 誠信書房, 2007.
- 2) 岡堂哲雄, 鈴木志津枝 (編) : シリーズ患者・家族の心理と看護ケア (5) 危機的患者の心理と看護, 中央法規出版, 1987.
- 3) 岡堂哲雄 (編) : ナースのための心理学4 人間関係論入門, 金子書房, 2000.

83. 排泄 excretion

排泄とは、代謝産物や老廃物を体外に排出するシステムのことである。生命維持に不可欠な基本的欲求の一つであり、日常生活行動でもある。排泄物には、尿、便、喀痰、水（汗や不感蒸泄として）のほか、月経血、外傷や侵襲的処置に伴う排液、広くは呼気に含まれる二酸化炭素などがあるが、一般的には尿・便をさす。これらの排泄物や、食物や水分の摂取状況とのバランスなどは、身体内部の状態を推測する上での重要な情報源である。

生理学的側面からは、排泄器官の働きや排泄物について、それらが生理的で正常であるかどうかという視点で捉えられる。しかし、排泄は、生理的な快・不快感を伴い、自尊感情に深く影響することや、生殖器と密接に関係しているためタブー視されたり、汚いものといったイメージが強く、羞恥心を招きやすいなど、心理・社会的な意味ももっている。また、日常生活行動としての排泄は、文化によって影響を受ける。生理学的には正常な排泄であっても、排泄に伴う苦痛や気兼ねなどがあれば、そのニーズが充足されているとは言い難い。また、排泄行動は、移動や姿勢保持、関節運動などの身体機能や、排泄行為に関わる生活様式や習慣などからも影響を受けている。

看護職者は、排泄を人間の基本的なニーズであり生命の証と捉え、生理学的側面だけでなく、身体の機能的側面や心理・社会的、文化的な側面からもその人の排泄を援助する。

参考文献

- 1) Ruth F. Craven, Constance J. Hirle (著) / 藤村龍子, 中木高夫 (監訳) : 基礎看護科学, 医学書院, 1996.
- 2) 菱沼典子 : 改訂版 看護形態機能学—生活行動からみるからだ, 日本看護協会出版会, 2006.
- 3) Karen Holland, Jane Jenkins, Jackie Solomon, 他 (編) / 川島みどり (監訳) : ローパー・ローガン・ティアーニーによる生活行動看護モデルの展開, エルゼビア・ジャパン, 2006.

84. バイタルサイン vital signs

バイタルサインは、vital=生きている、signs=徴候、すなわち人間が生きていることを示す最も基本的な徴候(しるし)である。一般的にバイタルサインとは、「体温」「脈拍」「呼吸」「血圧」をさす。しかし、近年広義の意味で、意識レベルや心音、腸蠕動音、酸素飽和度など、生体の全ての生命徴候を含み、バイタルサインと表す場合もある。

バイタルサインは、気温などの環境的要因や身体運動、疾患の影響など、多くの要因によって変化する。バイタルサインの観察を行うことは、患者の健康状態、全身状態を把握し、身体的・心理的ストレス状態とともに、治療や看護ケアに対する反応を判断する指標となる。また、看護職者がバイタルサインを測定し継続的にモニタリングを行うことは、フィジカル・アセスメントの重要な専門技術として位置づけられている。

看護職者は、病院はもちろん在宅においても、聴診器、体温計、血圧計などの簡易な測定道具を用いバイタルサインを正確に測定し、問診・視診・触診などのフィジカル・アセスメント技術と合わせて患者の状態を把握する。それらの測定結果を基に患者の身体状態のアセスメントを行い、看護の必要性について判断をしている。

参考文献

- 1) Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry (著) / 井部俊子 (監) : 看護学名著シリーズポッター&ペリー看護の基礎—実践に不可欠な知識と技術, p.284, エルゼビア・ジャパン, 2007.
- 2) 日野原重明, 阿部正和, 岡安大仁, 他 (著) : バイタルサイン—そのとらえ方とケアへの生かし方, p.1, 医学書院, 1980.
- 3) 田中裕二 (編) : 根拠に基づくバイタルサイン, 学習研究社, 2006.

85. 発達 development

発達とは、身体・心理・社会的側面をもつ統合体としての人間が一生を通して変化する過程であり、その変化の過程には高度の分化や複雑さ、機能の効率を獲得していくことに加え、構造と機能の減退を含む。

人間の発達は、受胎から始まり、死に至るまで継続する。人間は、変化する過程を通して環境と影響し合い、様々な機能や構造の分化を通して、さらに統合されてより有能に、より複雑な存在になっていく。この機能や構造は、それぞれ異なった速度とパターンにより量的、質的な変化を遂げる。また、人間の発達は、遺伝的因子に加え環境的因子の影響を受けるため、個人差が生まれる。

発達には、成長や成熟、学習などの類似、関連用語がある。一般に、身長や体重など量的増大を示す形態的な変化を成長とよび、機能的な変化を発達とよぶことが多い。しかし、本来、形態と機能の変化は相互に関連しており、分離して考えることができないため、「成長と発達」のように2つの用語を並べて使用することも多い。また、成熟は、個々の器官や生体全体が形態的・機能的に完成に至るまでの過程をさし、学習は、同一または類似の状況が反復された結果として生じる比較的永続的な行動の変化過程をさす。これら成熟と学習は、発達に影響を及ぼす。

参考文献

- 1) 舟島なをみ (著) : 看護のための人間発達学 第4版, 医学書院, 2011.
- 2) B. N. Newman, F.R. Newman (著) / 福富護 (訳) : 新版生涯発達心理学—エリクソンによる人間の一生とその可能性, 川島書店, 1988.
- 3) 鯨岡峻 (著) : 関係発達論の構築—間主観的アプローチによる, ミネルヴァ書房, 1999.

86. 悲嘆 grief

悲嘆とは、その人にとって重要な人や物、立場、役割などの実際の喪失、予期的な喪失、または知覚した喪失に対して体験している心理的、身体的、社会的および行動上の自然な反応の過程をいう。苦悩、絶望、無関心、怒り、免疫機能や神経内分泌機能の変調、睡眠パターンの変化、活動レベルの変調、パニック行動などによって示される。

予期的な喪失に対する悲嘆は、予期的悲嘆と呼ばれ、この段階で十分に嘆き悲しむことは実際の喪失を体験したときに喪失の衝撃に耐える力となり得る。実際の喪失を体験したときには、時間的経過によってたどるプロセスがあり、アルフォンス・デーケン(A.Deeken)はこれを次の12の段階として示している。①精神的打撃と麻痺状態、②否認、③パニック、④怒りと不当感、⑤敵意とうらみ、⑥罪責感、⑦空想形成ないし幻想、⑧孤独感と抑うつ、⑨精神的混乱と無関心、⑩あきらめ：受容、⑪新しい希望：ユーモアと笑いの再発見、⑫立ち直り：新しいアイデンティティの誕生、である。これらは正常なプロセスであり、やがて回復に向かう。これに対して、病的悲嘆は、これらの過程が長期化あるいは慢性化したり、悲嘆反応が抑圧されて表現されなかつたりしてうつ状態に至るもので、看護職からの積極的な援助が必要となる。

参考文献

- 1) Alfons Deeken, / メヂカルフレンド社編集部(編) : 死への準備教育2 死を看取る, メヂカルフレンド社, 1986.
- 2) 小此木啓吾 (著) : 対象喪失—悲しむということ, 中央公論新書, 1979.
- 3) David W. Kissane, Sidney Bloch (著) / 青木聡, 新井信子 (訳) : 家族指向グリーフセラピー—がん患者の家族をサポートする緩和ケア, コスモスライブラリー, 2004.

87. 病気 *illness (disease)*

病気とは、生体がその構造や機能に障害を起し、苦痛や不快感が発生して日常生活に支障をきたす状態である。客観的判断に基づいて病気を論じる立場と主観的判断に基づいて病気を論じる立場、さらに文化や社会との関係を踏まえて病気を論じる立場が見られる。

医学用語では、客観的な医学的診断基準に基づいて分類されたものとして、病気という用語よりも疾病 (*disease*) という用語を用いる。身体的に異常な状態があると、エビデンスに基づいてその状態に適合する診断名が下り、疾病となる。科学進歩に基づき医学が発達し、多数の疾病が認められるようになった。この考え方では、疾病の分類、病因、診断方法、治療方法の専門的知識と技術に基づいて、看護を実践していくことが求められる。

主観的判断に基づき病気を論じる立場からは、疾病をどのように解釈し体験するかは、個人個人によって異なることを強調し、疾病の体験を踏まえて病気 (*illness*) として捉える。この考え方では、病気体験を理解する姿勢を重視し、病気についての解釈、病気からの回復・療養などについてどのように考えているかを聴き、共によい健康な状態へと導いていくことを重視している。

健康の連続線という考え方からすると、健康と病気の間には、簡単に境界線を引き、分けることができない非常に複雑な関係が成り立っていること、さらに、この線引きに文化や社会制度が強く関わっていることも忘れてはならない。

参考文献

- 1) 山口和克 (監) : 新版 病気の地図帳, 講談社, 2000.
- 2) Florence Nightingale (著) / 薄井担子, 小玉香津子, 他 (訳) : 看護小論集—健康とは病気とは看護とは, 現代社, 2003.
- 3) 岡堂哲雄 (著) : シリーズ患者・家族の心理と看護ケア (1) 病気と人間行動, 中央法規出版, 1987.

88. 不安 *anxiety*

不安とは、漠然とした不確かで頼りない気持ちであり、自分自身の存在価値が揺るがされるときに生じる感情である。不安は不特定または不確かな脅威によって生じる感情である。これに対して、恐怖は特定の対象による明確な脅威によってもたらされる感情であるとされている。

不安の兆候は身体、心理、認知、対人関係などに広く表れ、身体面には、通常、自律神経系の反応を伴い、脈・呼吸数の増加、口渇、発汗、尿回数の増加、排便の変化、食欲の低下、過食、悪心、嘔吐、不眠などを認める。自律神経系の反応の他に、落ち着きのなさ、手の震え、身震い、まとまりや一貫性のなさ、イライラする、また憂うつ、自己卑下、自信がないなどの情緒的反応として自覚される。不安は認知レベルに (や?) 対人関係にも表れる。

不安は軽度、中程度、重度、パニック状態に分類される。不安は、自己保存本能からくる危険信号として有用であり、軽度の不安は、注意力を高め、学習や変化への刺激となり、成長をもたらす。しかし、不安が強度になり、持続時間が長くなったり、場面にそぐわず反復して表れるようになると病的不安となる。

健康課題をもつ人は多かれ少なかれ不安を抱えているので、看護職としては、不安の兆候とその程度をアセスメントし、適切な不安緩和を図ることが必要である。

参考文献

- 1) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 (編) : 看護学学術用語, 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会, 1995.
- 2) 野嶋佐由美, 南裕子 (監) : ナースによる心のケアハンドブック—現象の理解と介入方法, 照林社, 2000.
- 3) G.W.Stuart, S.J.Sundeen (著) / 樋口康子, 稲岡文昭, 南裕子 (監) : 新臨床看護学大系 精神看護学2, 医学書院, 1986.

89. フィジカル・アセスメント *physical assessment*

看護におけるフィジカル・アセスメントとは、全身の状態を系統別に把握し、その情報を整理、分析して、状態が正常であるのか、正常から逸脱しているのか、予測される問題はないかなどを判断することである。問診から得られた主観的情報と、視診、触診、打診、聴診から得られた客観的情報が必要である。人体の解剖・生理学的知識、病態生理学的な知識は、的確な情報収集とアセスメントを行う上で重要である。常時、全身のアセスメントが必要なわけではなく、身体・精神状況に応じて優先度を考慮して行う。フィジカル・アセスメントは、北米（アメリカ、カナダ）において看護職の役割拡大による必要性から始まり、1970年代から大学・大学院で教育が開始された。わが国においては、1990年代半ばから大学教育に導入され、今日では看護の現場において活用されている。

フィジカル・アセスメントに対して、身体のみならず、心理的、社会的な側面をも看護アセスメントするヘルス・アセスメントがある。ヘルス・アセスメントには、身体的、心理的、社会的な *well-being*（満足のいく状態、安寧、幸福など）が含まれる。

参考文献

- 1) 山内豊明 (著) : フィジカルアセスメントガイドブック—目と手と耳でここまでわかる, 医学書院, 2005.
- 2) 日野原重明 (編) : フィジカルアセスメント—ナースに必要な診断の知識と技術 第4版, 医学書院, 2006.
- 3) 小野田千枝子 (監) : 実践! フィジカル・アセスメント—看護者としての基礎技術, 金原出版, 2008.

90. プライバシー *privacy*

プライバシーは、秘密、聖域、独居、静謐、匿名などの要素を含むものであり、伝統的には、個人の私生活に関する事柄が他者の目に触れたり、他者から侵害・干渉されたりすることのない状態である。「一人にしておいてもらう権利」「個人情報から自らコントロールできる権利」「個人の秘密あるいは私生活を守る権利」などのことをさし、物理的な状況や周囲との関係のもち方に関わる権利である。

看護においては、プライバシーの保護は、自己決定や自由意志の尊重、インフォームド・コンセントの遂行とともに、看護の基本原則の一つとして位置づけられている。看護援助技術におけるプライバシーの保護には、不必要な身体露出を避けることや個人空間を確保することなど、心身の安全や安楽、自立、個別性に配慮することなどが含まれている。また、看護援助技術という限られた側面だけでなく、医療の場では、看護の対象となる人々の生活背景や家族関係などの個人情報を扱うことも多く、近年の情報化社会の進展や個人の権利・尊厳に対する人々の価値観の変化や意識の向上などから、個人情報の保護としてのプライバシーへの配慮も重要である。看護職者は、看護援助技術を遂行する際はもちろん、看護実践全般にわたって専門職者としてプライバシーを守ることに對する全面的な責任を負っている。

参考文献

- 1) 日本看護協会 (編) : 看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針, 日本看護協会出版会, 2005.
- 2) Verena Tschudin (著・編) / 井部俊子 (監) : 看護学名著シリーズ 境界を越える看護—倫理学へのアプローチ, エルゼビア・ジャパン, 2006.

91. プライマリヘルスケア *primary health care*

プライマリヘルスケアとは、世界保健機構（WHO）が採択した「すべての人に健康を」を目標とした世界的な健康戦略の基本理念である。この理念は、すべての人にとって健康を基本的な人権として認め、住民の主体的な参加や自己決定権を基盤とするものであり、そのために地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的にかつ平等に解決していく方法論・アプローチでもある。

プライマリヘルスケア実施のための5つの基本原則は、「公平／平等性」「地域共同体／住民の主体的参加」「予防重視」「適正技術」「複数の分野からの複合的／多角的アプローチの必要性」であり、プライマリヘルスケアの8つの基本的活動としては、「保健教育と予防」「食料供給と適切な栄養」「安全な水と衛生」「家族計画を含む母子保健」「主要な感染症の予防接種」「風土病の予防・対策」「日常的な病気治療とケガの手当て」「必須医薬品の供給」が挙げられている。日本では、この考えを受けて「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（2000年）が制定された。

それに基づいて、現在、看護職者は、人々の健康を増進させ、病気を予防する活動をはじめ、障害や病気をもちながらも人生を豊かに暮らしていただけるように、プライマリヘルスケアの重要な役割をになっている。

参考文献

- 1) 松田正己, 奥野ひろみ, 菅原スミ, 他(編) : 変わりゆく世界と21世紀の地域健康づくりーやってみよう
プライマリヘルスケア 第3版, やどかり出版, 2010.
- 2) 日本家庭医療学会(著) : 新家庭医プライマリ・ケア医入門ー地域で求められる医師をめざして, プリメド社, 2010.

92. ヘルスプロモーション *health promotion*

ヘルスプロモーションとは、世界保健機関（WHO）のオタワ憲章において、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」として提唱された。ヘルスプロモーションは、健康の前提条件、3つの基本戦略、5つの活動領域の視点から論じられている。健康の前提条件としては、経済的、社会的条件があり、3つの基本戦略には「アドボカシー」「イネィブリング（能力付与）」「メディエイティング（調停）」が、そして5つの活動領域としては「保健政策の制定」「支援環境の整備」「地域活動の強化」「情報スキルと教育スキルを介した個人スキルの開発」「疾病の予防と健康づくりのための医療の再設定」が挙げられている。

日本ではこの考えに基づき、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（2000年）、「健康増進法」（2002年）が制定された。

看護では、ペンダー（N. J. Pender）のヘルスプロモーションモデルが広く知られており、予防から健康増進、また終末期に至るまで、人々が自らの行動をコントロールし改善することを目指し、その支援を行うための基盤となる考え方、かつ方法論として用いられている。

参考文献

- 1) Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter (著) / 神馬征峰 (訳) : 実践ヘルスプロモーションー
PRECEDE-PROCEEDモデルによる企画と評価, 医学書院, 2005.
- 2) 日本健康教育学会(編) : 健康教育ーヘルスプロモーションの展開, 保健同人社, 2003.
- 3) Karen Glanz, Frances Marcus Lewis, Barbara K. Rimer(編) / 曾根智史, 渡部基, 湯浅資之他 (訳) : 健康
行動と健康教育ー理論、研究、実践, 医学書院, 2006.

93. 保健行動 *health behavior*

保健行動とは、安全かつ健康な生活を送りたいという基本的な欲求に基づき、個人が自己の健康の保持・増進、回復のために行う行動、あるいは個人が健康上好ましいと信じている行動をいう。しかし、その行動が、客観的にみて健康的であるか否かは問題にしない。

保健行動は、ある社会状況におかれたある健康状態の個人が生活する過程を通して生起する現象である。そのため、個人が健康をどのように捉えて位置づけているか、健康に対してどのような信念や価値観をもっているかなどに大きく影響を受ける。また、保健行動は、年齢、性、健康に関する知識や情報、経済状況、過去の経験、宗教、人間関係などの個人的要因にも影響を受ける。さらに、社会資源、関係者の援助およびコミュニケーション能力、社会規範といった社会環境も保健行動の影響要因となる。

この保健行動は、個人が健康の保持・増進、回復を目的として、日常生活の中で習慣的に行う運動や禁煙などであり、看護職はその人がもっている健康観を尊重しつつ、より良い生活を送れるように、保健行動を査定し、より高い健康レベルに向けて支援する。

参考文献

- 1) 宮坂忠夫 (編・著) : 最新 保健学講座 別巻1 健康教育論, メヂカルフレンド社, 2006.
- 2) 宗像恒次 (著) : 最新行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 1996.
- 3) 荒賀直子, 後閑容子 (編) : 地域看護学.jp, インターメディカル, 2004.

94. 保健指導 *health guidance*

保健指導とは、看護における相談・教育的機能として位置づけられる。個々人が自らの疾病を予防し、健康を保持・増進するために、保健医療従事者が専門的な助言と援助をすること、健康に障害のある者には再び健康生活を取り戻すための援助と指導を行うことである。

保健指導を行うための看護援助技術としては、必要な情報 (健診結果、ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ[準備状態]など) を収集するためのコミュニケーション、それに基づいて支援方を判断する技術 (アセスメント)、看護の対象となる人々が自らの生活行動の課題に気づき、生活改善の行動目標を決定することを援助する技術などがある。これらは、行動変容などに関する様々な理論から導き出されたもので、保健指導の実施者はこれらの技術を統合させて用いることが求められている。

2008年4月から、健康保険組合、国民健康保険などに対し、40歳以上の加入者を対象としたメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査および特定保健指導の実施が義務づけられることになった。特定保健指導は、リスクの程度に応じて、「動機づけ支援」と「積極的支援」に分類される。そして、個々人が生活習慣を振り返り、生活改善の行動目標を設定し、目標達成に向けて行動するように指導を行う。

参考文献

- 1) 松本千明 (著) : 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎—生活習慣病を中心に, 医歯薬出版, 2002.
- 2) 足達淑子 (著) : 行動変容をサポートする保健指導バイタルポイント—情報提供・動機づけ支援・積極的支援, 医歯薬出版, 2007.
- 3) Nancy I. Whitman, Barbara A. Graham, Carol J. Gleit, 他 (著) / 安酸史子 (監訳) : ナースのための患者教育と健康教育, 医学書院, 1996.

95. 身体像 *body image*

身体像とは、自分の身体全体あるいは身体部分の空間的關係に対する自己イメージをいう。そのイメージを成立させるには、意識下に自分の身体についてのもつ表象または空間的イメージ（身体図式）の働きがあり、身体図式が意識化されると身体像になる。よって、身体像と身体図式が同義語であるとの考え方もある。身体像は自分の身体に関連する知覚と経験によって形成され、人はそれぞれ自分自身の身体像をもっている。また、身体像は、固定化したものではなく、身体そのものが受ける様々な影響によって変動する。加齢、手術（乳房摘出、子宮摘出、喉頭摘出、人工肛門造設、臓器移植など）、事故や疾患などの機能障害（麻痺、火傷、切断など）による身体形態・機能の変化や喪失は、身体像に変化をもたらす。その変化は、年齢、教育、生活環境、サポート体制、価値、対処能力などによって個人差も大きく、その変化を修正するには時間も費用も要する。身体像は自己概念を形成する一つの要素でもあるため、看護職者はボディイメージの再構築や修正に向けて援助を行う。

参考文献

- 1) Mave Salter (著) / 前川厚子 (訳) : ボディ・イメージと看護, 医学書院, 1992.
- 2) 波平恵美子 (著) : からだの文化人類学—変貌する日本人の身体観, 大修館書店, 2005.
- 3) 松木光子, 小笠原知枝, 久米弥寿子 (編) : 看護理論—理論と実践のリンケージ—看護研究の成果に基づく理論を实践しよう, ヌーヴェルヒロカワ, 2006.

96. 予防 *prevention*

予防とは、悪い事態が起らないように前もって防ぐことであり、医療においては、治療に対置される概念として用いられる。今までわが国では疾病が発症してから治療する治療医学が中心であったが、医療費の削減や、より健康的な国民生活を目指す流れの中で、関心が予防医学へとシフトしてきている。今日の予防医学は、傷病の発生予防と、疾病の増悪予防という2つの観点から構成され、前者は地域と社会を対象にし、後者は診療の場を対象にしている。

医療における予防は以下の3つに分類される。一次予防とは疾病の発生を未然に防ぐ行為であり、健康増進と特異的予防に分かれる。健康増進には生活習慣の改善、特異的予防には予防接種、事故防止、職業病対策や公害対策などがある。二次予防とは、重症化すると治療が困難、または、大きなコストのかかる疾病を早期に発見・処置する行為であり、早期発見と早期治療に分かれる。早期発見には健康診断（スクリーニング）、人間ドックなどがあり、早期治療には臨床的治療がある。三次予防とは重症化した疾病から社会復帰するための行為であり、機能低下防止、治療、リハビリテーションがこれに含まれる。看護においても、一次予防、二次予防、三次予防のすべてのレベルで看護活動を展開しており、これらの3つのレベルにおいて国民の健康に貢献している。

参考文献

- 1) Karen Glanz, Frances Marcus Lewis, Barbara K. Rimer(編) / 曾根智史, 渡部基, 湯浅資之, 他 (訳) : 健康行動と健康教育—理論、研究、実践, 医学書院, 2006.
- 2) 津田謹輔 (著) : 京大人気講義シリーズ 健康科学—知っておきたい予防医学, 丸善, 2003.
- 3) Geoffrey Rose (著) / 曾田研二, 田中平三 (監訳) : 予防医学のストラテジー—生活習慣病対策と健康増進, 医学書院, 1998.

97. ライフサイクル *life cycle*

ライフサイクルとは、生命体の一生において、規則的に繰り返される一定の周期をいう。

人のライフサイクルとは、誕生から死までの一連の過程における発達段階の順序や、世代の循環をさす。人のライフサイクルはしばしば季節にたとえられ、成長の段階である小児期・思春期は春、成熟期は夏、中年期（更年期）は秋、そして衰退期を迎える老年期は冬とされてきた。精神分析家で発達心理学者のエリック・エリクソン（E.H.Erikson）らが、その著『ライフサイクル、その完結』で取り上げてから、この言葉は、広く一般に浸透するようになった。なお、エリクソンは、人間の自我という側面に焦点を当てて人生を8つの段階（乳児期、幼児期前期、乳児期後期、児童期、青年期、成人期初期、壮年期、老年期）に分け、各段階にはそれぞれで解決すべき課題（発達課題）があり、前段階の発達課題は次段階の発達段階の基礎となるという心理、社会的発達段階を示した。

一方、具体的な人生の特徴を示すライフコースおよび命の長さを表すライフスパンは、個々の人の生き方に注目した用語であり、世代を含まない点において、ライフサイクルとは異なる概念である。

参考文献

- 1) Erik H. Erikson, Joan M. Erikson (著) / 村瀬孝雄, 近藤邦夫 (訳) : ライフサイクル、その完結 増補版, みすず出版, 2001.
- 2) Paul Tournier (著) / 三浦安子 (訳) : 人生の四季—発展と成熟, 日本基督教団出版局, 2007.
- 3) 馬場礼子, 永井徹 (編) : ライフサイクルの臨床心理学, 培風館, 1997.

98. リスク・マネジメント *risk management*

リスク（危険）とは障害の原因（ハザード）または障害を悪化・増幅させる原因のことであり、リスク・マネジメントとは、リスクの状況を正確に見定め、継続的な改善プロセスを踏まえながら様々な危険因子を管理していくことである。

医療のリスク・マネジメントは、発生した医療ミスや医療事故への対応に限らず、保健医療従事者、患者、家族の損失を最小限におさえ、その発生を防止することに重点がおかれている。医療のリスク・マネジメントは、医療の質を保証するための一連のプロセス、すなわちリスクの把握、分析、回避計画・防止計画の立案と実施、評価からなる。

看護のリスク・マネジメントは、施設の関係部門と連携をとりながら、患者・家族、来院者、職員の安全を守り、危険を回避することである。看護実践の場で起こりうる具体的なリスクには、転倒・転落、誤薬、患者の誤認、針刺し事故、院内感染、暴力、盗難、災害などが挙げられる。これらのリスクを適切にマネジメントするために、看護職者への教育・研修、マニュアルの作成、労働環境の整備、他部門・他職種との確認システムの構築、インシデントの収集、リスク・マネジメント委員会の設置などの取り組みが行われている。リスク・マネジメントは、看護の質とともに医療の質の保証に欠かせないことである。

参考文献

- 1) 嶋森好子 (編) : ヒヤリハットや事故事例の分析による—医療安全対策ガイドライン, じほう, 2007.
- 2) 日本リスクマネジメント協会 (編) : 医療現場シリーズ (3) 医療現場の安全管理とリスクマネジメント, 同友館, 2004.
- 3) 坂田三允 (編) : 精神看護エクスペール リスクマネジメント 第2版, 中山書店, 2009.

99. リハビリテーション *rehabilitation*

リハビリテーションとは、身体機能の回復のみならず、精神的・社会的な回復の側面を含み、人間が人間らしく生きることに关するあらゆる権利の回復、すなわち、全人間的復権を意味する。社会的不利を克服し、本来のその人らしい生き方や生活を取り戻していくための再学習と努力のプロセスのことである。

1968年、世界保健機関（WHO）では、「能力低下の場合に機能的能力が可能な限り最高の水準に達するように、個人を訓練あるいは再訓練するために、医学的、社会的、職業的手段を併せて、かつ調整して用いること」と定義している。

リハビリテーションの範囲は幅広く、運動機能障害、認知障害、視聴覚言語障害、心機能や呼吸器の機能障害、精神障害、ストーマ造設後・がんの術後の生活障害などからの回復、人間としての復帰も含まれる。また、発症からの回復経過により、急性期・回復期・維持期リハビリテーションおよび地域リハビリテーションと機能分化し、それぞれの時期と場に応じた目標をチームアプローチで達成すると同時に、切れ目のない連携が求められている。

地域リハビリテーションとは、ノーマライゼーションの理念を基盤とし、障害のある人や高齢者が住み慣れた場所で、そこに住む人々とともに、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活に関わるあらゆる人々や機関・組織が協力し合って行う行動のすべてをいう。

参考文献

- 1) 佐々木日出男，津曲裕次（監）：リハビリテーションと看護—その人らしく生きるには，中央法規出版，1996。
- 2) 貝塚みどり，大森武子，江藤文夫 他（編・著）：QOLを高めるリハビリテーション看護 第2版，医歯薬出版，2006。
- 3) 大田仁史：地域リハビリテーション原論 Ver.3，医歯薬出版，2004。

100. 療養上の世話 *assist of activities of daily living life*

療養上の世話とは、診療の補助（「診療の補助」の項参照）とともに保健師助産師看護師法第5条・第6条に規定された看護師・准看護師の業務である。この法律において、看護師とは、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」と規定されている。

療養上の世話は、療養中の患者に対して、病状の観察をしながら食事や排泄、更衣、清潔の保持、移動、活動と休息、環境整備などの日常生活に対する援助であり、看護師の臨床的判断により実施される。療養上の世話は、患者が受けている生活行動の制約や制限に対して、自立に向けた援助として行われる。診療の補助が医師の指示を必要とするのに対して、療養上の世話は、行政解釈からすれば医師による指示を必要としない。しかしながら、その実施には、治療方針との整合性を必要とし、食事形態や安静度、清潔保持の方法などの決定や変更について、医師の意見を求めることもある。看護職には、患者に最適な療養上の世話を実施するために、医師の意見を求めるべきかどうかの判断も含め、病態や治療に関する医学的知識に基づいた適切な判断と技術が求められる。

参考文献

- 1) 保健師助産師看護師法60年史編纂委員会（編）：保健師助産師看護師法60年史—看護行政の歩みと看護の発展，日本看護協会出版会，2009。
- 2) 田村やよひ（著）：私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法，日本看護協会出版会，2008。

日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会（第9・10期）

委員長	野嶋佐由美
委員	萱間真美・高田早苗 高橋真理・長戸和子 中西純子・林 優子 舟島なをみ
協力者	秋山美紀・大熊恵子 岡本典子・坂本章子 佐東美緒・瀬戸屋希 角田 秋・立石彩美 升田茂章・宮本有紀 (五十音順)

公益社団法人 日本看護科学学会
〒1213-0033 東京都文京区本郷 3-37-3 富士見ビル 201 号
TEL 03-5805-1280 FAX 03-5805-1281
E-mail jans-office@umin.net