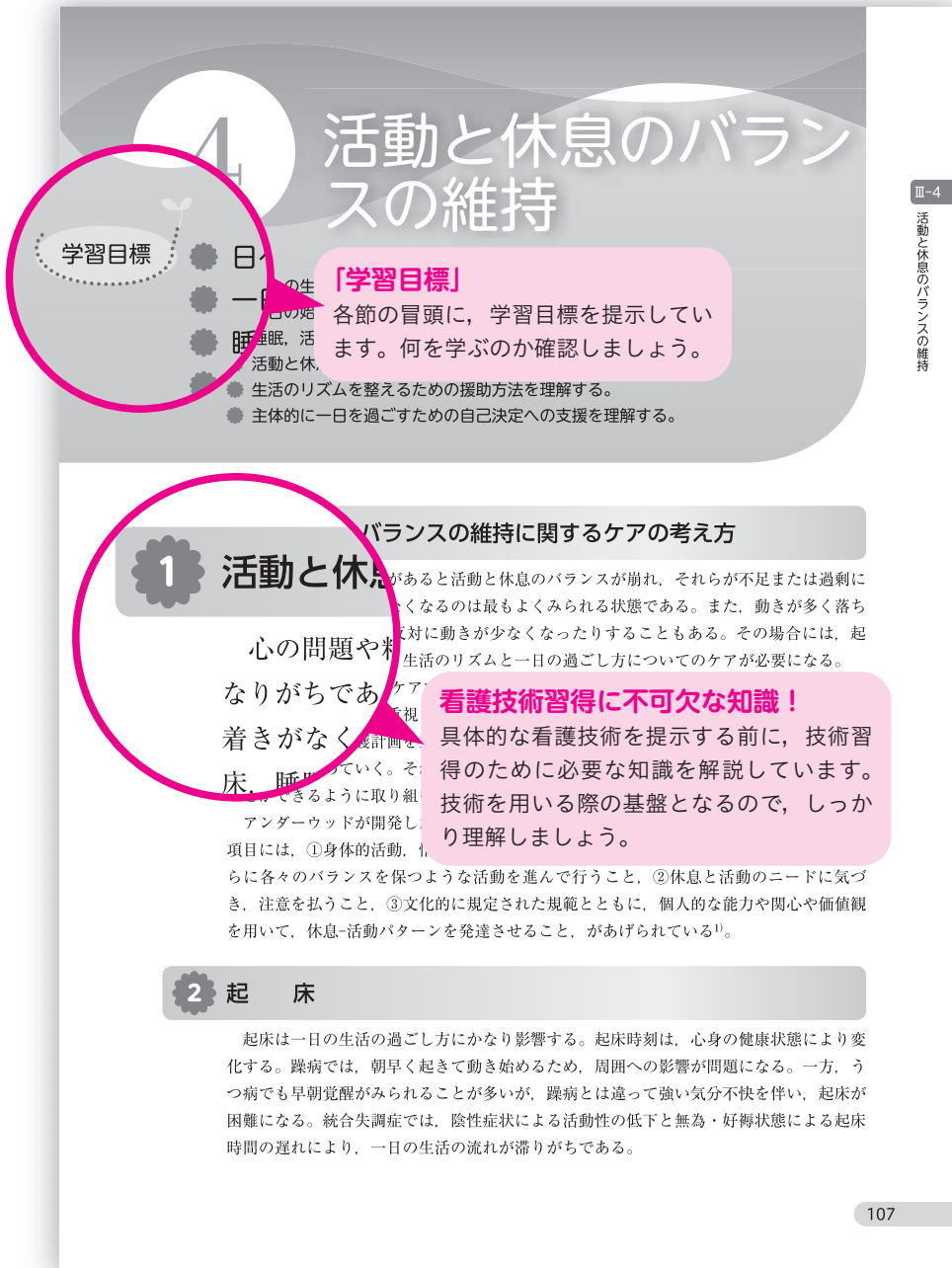


本書の特長と使い方—よりよい学習のために—



個別性を考えた看護技術を

実際に患者に対して技術を実施する場合には、患者それぞれの個別性を考えて応用することが必要です。応用できるようになるには、“なぜそうするのか？”といった根拠をきちんと学び、確実に理解・習得することが第一歩です。

「看護技術の実際」

各節で習得してほしい看護技術を事例に基づいて提示しています。看護技術の習得には、本書で示している内容を読むことに加え、シミュレーション（①模擬患者 ②教員 ③臨床指導者を相手に行う演習や、学生同士のロールプレイング）することで、より実践的に学ぶことができます。

看護技術の実際

●目的：妄想への

大きな妄想の
関係の改善
孤独と社会
30歳

対応技術の「目的」

何を指してこの技術を用いるのかを簡潔に示しています。

対応技術の「事例紹介」と「場面」

具体的な事例を提示し、場面を設定しています。

●事例紹介：Aさん、

を訴えている。人の声や物音に対して敏感に反応し、他者に回って攻撃的な
目に入
妄想によ

具体的事例を提示し、場面を設定しています。

●場

面

患者の言動

対応技術と根拠

1	Aさんは、Bさん（患者）の大きな笑い声が聞こえてきた。すると、Bさん（患者）は突然大きな声で「なんでそんなこと言ってるのよ」と言い、Bさんをにらみつけながら「あいつは俺の話を聞いてないよ」と声を下げて言う	Aさんの顔を見て「Aさん、急にどうしたのかな口調で問いかける（➡①） ①突然大声を出す患者に穏やかな言動が他者を驚かせない
2	看護師Yの目を凝視して、「いつだって悪い言ってるよ」と「そうですか…」と静かに言う（➡③）	
3	顔をしかめて「しよっちゅうですきりという	

「患者の言動」への「対応技術と根拠」が見やすい！

表形式で、左欄には患者の言動を、右欄にはそれに対応する看護師の言動とその根拠を示しています。表形式で左右の欄を見比べやすく、また根拠を示す箇所には番号（①など）をふっているのので、看護師がなぜそのような対応をするのかを、根拠とともに学ぶことができます。

文 献

1) 野嶋佐由美監：セブツクケア看護アプローチ、第2版、日総研出版、2000。
2) 山本勝則・他：入退院時間と覚醒時間との関係の検討、第21回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ）、109-111、1990。
3) 小川洋子：日本人の生活時間・2010-減少を続ける睡眠時間、増える男性の家事、放送研究と調査（月報）、4：2-2、2011。
4) 山本勝則・他：うつ病における躁病相の一体感追求欲に応じた援助、第20回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ）、2013。

「文献」

引用・参考文献を提示しています。必要に応じてこれらの文献にもあたり、さらに学習を深めましょう。

第 I 章 精神看護技術の考え方

1

1 精神看護における精神看護技術の特徴 (山本勝則)	2
1 精神看護の枠組み：精神看護の普遍性と特殊性	2
1) 精神看護の普遍性	2
2) 精神看護の特殊性	3
3) 心の問題の個別性	4
2 精神看護の技術	5
1) 援助方法の基本	5
2) 精神看護の特徴	7
3) 精神看護技術と精神療法・心理療法	8
4) 精神看護の道具としての看護師自身の用 い方	9
2 精神看護の領域と課題 (山本勝則)	10
1 精神看護とは	10
2 精神看護の主な領域	10
1) 人間の発達と精神看護	10
2) 精神看護が行われる場	12
3 精神看護の立ち位置と役割の拡大	13
3 精神看護に活用される看護理論 (松田光信)	15
1 ウィーデンバックの看護理論	15
1) 看護の考え方	15
2) 看護師に必要な特性	15
3) 看護行為の3つのタイプ	16
4) 〈援助へのニード〉を明らかにする段階	16
5) 再構成	16
6) 理論の活用	17
2 ペプロウの看護理論	17
1) 看護の考え方	17
2) 仮説	18
3) 患者-看護師関係の諸局面と看護師の役割 の変遷	18
4) 人間関係のプロセスとしての看護研究の 方法	18
5) 理論の活用	19
3 トラベルビーの看護理論	19
1) 看護の考え方	19
2) 人間対人間の関係確立に至る諸相	19
3) コミュニケーション	20
4) 相互作用のプロセスを学ぶアプローチ	21
5) 理論の活用	21
4 オレムの看護理論	21
1) 看護の考え方	21
2) セルフケア不足理論	21
3) 重要な概念	22
4) 看護システム	23
5) セルフケア要件 (要素)	23
6) 理論の活用	23
5 オレム-アンダーウッド理論	25
1) 特徴	25
2) セルフケア概念	25
3) セルフケアニード	25
4) ケアレベル	26
5) 理論の活用	26

第Ⅱ章 関係の成立・進展のための援助技術

29

1 信頼関係の大切さ (山本勝則) 30

- 1 患者-看護師関係の成立の背景 30 3 精神看護における患者-看護師関係 31
 2 患者-看護師関係における信頼の意義 31

2 コミュニケーション技術 (山本勝則) 33

- 1 精神看護におけるコミュニケーションの
 枠組み 33 5) 疾患の状態 57
 2 コミュニケーションの機能と要素 34 7 精神症状をもつ患者とのコミュニケーション 58
 1) コミュニケーションの機能 34 1) 活動性の低下と抑うつ感情 58
 2) コミュニケーションの要素 35 2) 誤解・無知と妄想 59
 3 コミュニケーション媒体の種類と操作 37 3) かかわりを拒絶する 59
 1) 言語媒体 37 4) 訴えが多い 60
 2) 非言語媒体・中間的媒体 41 5) 焦燥感が強い 60
 4 コミュニケーションの場所 50 6) 自殺念慮がある 61
 1) 場所の選択によるトラブルの防止 50 7) うつ病 62
 2) 場所の移動による「患者-看護師関係」の
 成立・進展 50 8) 統合失調症 62
 5 コミュニケーションの場面・機会 51 9) 境界性パーソナリティ障害 63
 6 コミュニケーションに影響する患者側の
 因子 54 8 コミュニケーションにおける交流分析
 (吉田一子) 63
 1) 年齢と発達課題 55 1) 言語的ストロークと非言語的ストローク 64
 2) 性に関する問題 55 2) 肯定的ストロークと否定的ストローク 64
 3) 生活歴と時代背景 56 3) 条件付きストロークと無条件のストローク 64
 4) 個性 57

3 患者-看護師関係成立のための援助技術 (山本勝則) 65

- 1 患者-看護師関係の段階の例 65 3) 今、ここ 67
 1) 信頼関係ができるまでの段階 65 3 患者-看護師関係の各段階における援助 68
 2) 信頼し頼りにする段階 66 1) 信頼関係ができるまでの段階での援助 68
 3) 自立し始める段階 66 2) 信頼し頼りにする段階での援助 68
 4) 自立の段階 66 3) 自立し始める段階での援助 68
 2 患者-看護師関係に必要な基本的態度 67 4) 自立の段階での援助 69
 1) 受容 67 4 相談面接技術：マイクロカウンセリングを
 活用して (守村 洋) 69
 2) 安全の保障 67

1) かかわり行動	69	3) 明確化：最小限のはげましといいかえ	71
2) 会話への導入：開かれた質問と閉ざされた質問	71	4) 要約技法	72
		5) 感情と情動にこたえるということ	72

4 対人関係のスキルを高める方法 (山本勝則) 73

1 振り返りの方法	73	1) アサーティブネストレーニング	75
1) 記録の方法	73	2) リラクゼーション技法	77
2) 相談場面の検討方法	74	3) 手軽にできるリラックス	77
2 対処能力を高めるための援助技術	75		

第Ⅲ章 普遍的セルフケア要素への援助技術 79

1 空気・水・食物の十分な摂取 (山本勝則) 80

1 空気・水・食物の摂取とセルフケア	80	1) 食べ方とマナーおよび食物保管の援助	83
1) 空気	80	2) 食行動の不適正に関する援助	84
2) 水	80	4 栄養	84
3) 食事	80	5 食欲と食による満足	85
4) 喫煙	81	6 窒息のリスク	86
5) 服薬	81	看護技術の実際 (相澤加奈)	86
2 水分摂取と出納バランス	81	A 適切な食行動	86
3 食行動とマナー	82	B 食物購入・保管	87

2 排泄と排泄のプロセスに関するケア (山本勝則) 90

1 排泄の種類と観察のポイント	90	2) 高齢者の排尿の問題	93
2 排泄のケアに関する考え方	91	3) そのほかの排尿の問題	93
3 排便	91	5 昏迷状態での排泄の援助	94
1) 便秘	91	6 排泄の援助を受ける患者の精神的負担への配慮	94
2) 下痢	92	看護技術の実際 (東谷敬介)	95
3) 排泄行動の問題	92	A 排便	95
4) 身体的運動制限がある場合の注意点	92	B 排尿	96
4 排尿	92		
1) 抗うつ薬による排尿困難	92		

3 体温と個人衛生の維持 (伊東健太郎) 98

1 清潔の意義	98	2) 化粧品	102
2 洗面・歯みがき	98	3) ひげそり	102
1) 口腔ケア	98	4) 爪切り	102
2) 洗面	99	7 身の回りの整理・整頓	103
3 入浴	99	1) 洗濯の援助	103
1) 身体の清潔	99	2) リネン・寝具	103
2) 入浴の援助	100	3) 床頭台・ロッカー	103
3) 入浴に際しての注意	100	4) ごみ箱	104
4 洗髪	100	看護技術の実際	104
5 陰部の清潔に対する援助	101	A 洗面	104
6 身だしなみ	101	B 入浴	105
1) 更衣	101		

4 活動と休息のバランスの維持 (吉田一子・山本勝則) 107

1 活動と休息のバランスの維持に関するケアの考え方	107	1) 活動に関する状態別の援助	112
2 起床	107	2) 活動の内容と援助の方法	113
1) 起床に関する状態別援助	108	3) 様々な状況における活動の援助	113
2) 目覚めと起床に関する援助	108	6 生活のリズムと一日の過ごし方	114
3 睡眠	109	1) 状態別の援助	114
1) 入眠環境	109	2) 一日の過ごし方	115
2) 不眠のタイプと援助	110	7 アンダーウッドが開発した普遍的セルフケアの要素	115
4 休息	110	8 活動と休息のバランスの維持における患者の自己決定	116
1) 休息に関する状態別の援助	111	看護技術の実際 (宮本 晶)	116
2) 様々な状況における休息の援助	111	A 離床	116
5 活動	112		

5 孤独と社会相互作用のバランスの維持 (石崎智子) 118

1 人間の発達という視点からみた孤独の意味	118	1) 急性期における社会相互作用とケア	122
2 対人関係のスキルと社会相互作用	119	2) 回復期における社会相互作用とケア	123
3 患者を孤立させ、社会相互作用を困難にする要因	120	3) 退院準備期における社会相互作用とケア	124
4 個人の自律性と集団の一員としての立場の両立	121	4) 地域での生活における社会相互作用と支援	124
5 孤独と社会相互作用のバランスを維持するための援助方法	122	看護技術の実際 (伊東健太郎)	125
		A 夫との死別による孤独の場合	125

6 安全を保つための能力 (石崎智子)…………… 128

1 安全を保つことの意義……………	128	1) 私物と金銭を自身で取り扱うことの意義……………	132
2 安全を保つ能力への支援……………	129	2) 私物管理の支援……………	133
1) 安全で安心できる環境の整備……………	129	3) 私物に関するトラブルへの支援……………	133
2) 急性期において安全を保つためのケア……………	129	4) 金銭管理の支援……………	134
3) 安定期において安全を保つためのケア……………	131	5) 金銭管理に関するトラブルへの支援……………	134
3 薬物療法を受けている患者の看護……………	131	5 火の始末と火災予防……………	134
1) 薬物を患者自身で取り扱うことの意義……………	131	看護技術の実際 (伊東健太郎)……………	135
2) 薬物療法に伴う有害反応に対する看護……………	132	㊦私物の管理と安全……………	135
4 私物と金銭の取り扱い……………	132		

第IV章 症状マネジメント…………… 137

1 興奮 (大森真澄)…………… 138

1 症状の特徴……………	138	1) 興奮の原因と程度を観察し、患者のおか れている状況や周囲への影響を査定する……………	142
1) 興奮状態とは……………	138	2) 興奮を助長させない……………	142
2) 興奮状態を引き起こす主な疾患と特徴……………	138	3) セルフケア不足を補う……………	142
2 アセスメント……………	141	4) 感情の表出を助ける……………	143
1) 躁病性興奮……………	141	看護技術の実際……………	143
2) 緊張病性興奮……………	141	㊦興奮への対応技術……………	143
3) せん妄性興奮……………	141		
3 援助方法……………	142		

2 抑うつ (大森真澄)…………… 145

1 症状の特徴……………	145	2) 安心できる対人関係とコミュニケーション……………	148
1) 抑うつ状態とは……………	145	3) 患者の意思を尊重しながら、セルフケア 不足を補う……………	148
2) うつ病にみられる症状……………	145	4) 自殺企図の予見と回避に努める……………	149
2 アセスメント……………	147		
3 援助方法……………	147		
1) 安心して休養できる環境を整える……………	147		

3 躁 (大森真澄)	150
1 症状の特徴	150
1) 躁状態とは	150
2) 躁状態を引き起こす主な疾患	150
3) 双極性障害 (躁病相) にみられる症状	151
2 アセスメント	152
3 援助方法	152
1) 意欲や活動性の亢進を抑える	152
2) 身体機能の消耗を防ぐ	153
3) 服薬の管理と効果的な与薬を行う	153
看護技術の実際	153
A 躁への対応技術	153
4 幻覚・妄想 (松田光信)	155
1 症状の特徴	155
1) 幻覚とは	155
2) 妄想とは	155
2 アセスメント	155
1) 幻覚・妄想によるセルフケア不足の状態を把握する	155
2) 患者が語る体験世界を理解する	156
3) 患者自身による症状のマネジメントを理 解する	157
3 援助方法	157
1) 看護の原則	157
2) 看護の要点	157
看護技術の実際	158
A 幻覚・妄想への対応技術	158
5 せん妄 (鈴木真人)	162
1 症状の特徴	162
1) せん妄とは	162
2) せん妄の原因	163
3) せん妄のタイプ	163
4) せん妄の種類	163
5) せん妄と認知症	164
2 アセスメント	164
1) 現実感覚の喪失	164
2) 活動性の低下	165
3) 興 奮	165
4) 気分の変動	165
5) 睡眠-覚醒のリズムの乱れ	165
6) 精神症状の発症パターン、症状の変動性	165
3 援助方法	165
看護技術の実際	166
A せん妄への対応技術	166
6 不 安 (結城佳子)	168
1 症状の特徴	168
1) 不安とは	168
2) 病的な不安	168
3) パニック発作と予期不安	168
2 アセスメント	169
1) 不安のレベル	169
2) 病的な不安の表れ	169
3) 観察の要点	170
3 援助方法	170
1) ケアのポイント	170
2) 介入としてのコミュニケーションの流れ	171

🌸 看護技術の実際	171	㊦不安への対応技術	171
-----------	-----	-----------	-----

7 暴力 (鈴木啓子) 173

1 症状の特徴	173	を共有する	175
1) 暴力とは	173	2) 観察の要点	176
2) 暴力の発生に影響する要因	174	3 援助方法	177
3) 行動上の反応としての攻撃・暴力	174	1) 暴力の危険性に応じた援助方法	177
4) 攻撃性や暴力に関連する生物学的作用	175	2) ケアの要点 (コミュニケーション)	179
5) 精神疾患と暴力	175	🌸 看護技術の実際	180
2 アセスメント	175	㊦暴力への対応技術	180
1) 暴力をプロセスでとらえ、チームで情報			

8 強迫 (一ノ山隆司) 183

1 症状の特徴	183	る	184
1) 強迫とは	183	2) 観察の要点	184
2) 強迫観念	183	3 援助方法	185
3) 強迫行為	183	🌸 看護技術の実際	186
2 アセスメント	184	㊦強迫への対応技術	186
1) 強迫への対処能力、苦痛の程度を理解す			

9 無為・自閉 (河野あゆみ) 188

1 症状の特徴	188	🌸 看護技術の実際	189
2 アセスメント	188	㊦無為・自閉への対応技術	189
3 援助方法	189		

10 拒絶 (拒否) (守村 洋) 193

1 症状の特徴	193	4 シミュレーション演習「拒否傾向の強い統合失調症患者に対する作業療法への誘い(援助)」	196
1) 拒食	193	1) 到達目標	196
2) 拒薬	193	2) 学生提示課題	196
3) その他の拒否	194	3) 患者役状況設定 (患者役への演技上の指示)	197
2 アセスメント	194	4) 評価	197
3 援助方法	194		
1) 拒食時のケア	194		
2) 拒薬時のケア	195		
3) その他の拒否のケア	196		

11 水中毒 (松田光信)	199
1 症状の特徴	199
2 水中毒の原因	199
3 アセスメント	200
1) 行動の変化を把握する	200
2) 精神症状を把握する	200
3) 神経症状を把握する	200
4) 身体症状を把握する	200
4 援助方法	200
1) 看護の原則	201
2) 看護の要点	201
3) 治療の補助	201
4 看護技術の実際	202
A) 水中毒への対応技術	202
12 アディクション (嗜癖) (結城佳子)	206
1 症状の特徴	206
1) アディクションとは	206
2) アディクションの分類	206
3) アディクションに共通すること	207
4) アディクションの理解を深めるためのキーワード	207
2 アセスメント	208
3 援助方法	210
1) 援助の要点	210
2) 介入としてのコミュニケーションの流れ	210
4 アルコール依存症	210
1) アルコール依存症とは	210
2) 経過	211
3) 援助方法	211
13 不眠 (平上久美子)	213
1 症状の特徴	213
1) 不眠とは	213
2) 不眠の分類	213
2 アセスメント	214
1) 不眠の原因の5つのP	214
2) 観察の要点	215
3 援助方法	215
4 看護技術の実際	217
A) 不眠への対応技術	217
14 希死念慮・自殺企図 (守村 洋)	219
1 症状の特徴	219
1) 自殺に傾く人たちに共通する心理	219
2) 精神疾患と自殺	220
3) 自殺予防方略の基本的な考え方	221
2 アセスメント	222
3 援助方法	222
1) TALKの原則	222
2) 希死念慮を訴える患者への対応	223
4 シミュレーション演習「希死念慮のあるうつ病患者に対する援助」	224
1) 到達目標	224
2) 学生提示課題	224
3) 患者役状況設定 (患者役への演技上の指示)	224
4) 評価	226

15 ASDとPTSD (一ノ山隆司) 227

- 1 症状の特徴 227
 - 1) ASD (急性ストレス障害) とは 227
 - 2) PTSD (外傷後ストレス障害) とは 227
- 2 アセスメント 228
 - 1) 各症状のアセスメント 228
 - 2) 観察の要点 228
- 3 援助方法 229

第V章 治療と精神科リハビリテーションの援助技術 231

1 薬物療法 (安保寛明) 232

- 1 治療と看護における薬物療法の位置づけ 232
 - 1) 薬物療法の位置づけと回復への支援 232
 - 2) 神経系の情報伝達の仕組みと向精神薬の役割 232
 - 3) 薬物療法の効果 (精神症状と苦痛の緩和) のアセスメントと複合的な介入 233
 - 4) 薬物療法について看護師が認識しておくべきこと 234
- 2 薬物療法における当事者との協働 234
 - 1) 当事者からみた服薬行動 234
 - 2) 医療者からみた服薬と治療の概念 235
- 3 価値の尊重と協働的意思決定 236
- 3 向精神薬の種類と作用 237
 - 1) 抗精神病薬 237
 - 2) 抗躁薬・気分安定薬 240
 - 3) 抗うつ薬 242
 - 4) 抗不安薬・睡眠薬 243
 - 5) 抗酒剤 244
 - 6) 下剤 245
- 4 薬物療法に関して重要な看護技術 246
 - 1) アセスメント技術 246
 - 2) 面接や関係づくりの技術 247

2 電気けいれん療法 (川添郁夫) 249

- 1 電気けいれん療法に使用される電気刺激 249
- 2 m-ECT (修正型電気けいれん療法) の始まり 249
- 3 電極配置 250
- 4 電気けいれん療法の適応となる疾患 250
 - 1) 大うつ病性障害 250
 - 2) 躁病 250
 - 3) 統合失調症 250
- 5 電気けいれん療法の継続療法 251
- 6 患者評価 251
 - 1) 身体的評価 251
 - 2) 認知機能の評価 251
- 7 治療室での看護の実際 251
 - 1) ECT前に行う指示内容の確認 251
 - 2) 治療室での患者の準備と看護の実際 251
- 8 ECTを受ける患者へのケアのポイント 252
 - 1) 治療中の患者の安全確保 252

3 精神科リハビリテーション (松田光信・河野あゆみ) 254

1 精神科リハビリテーションの意義と課題	254	3) SSTの目的と目標	270
1) 精神医療と精神科リハビリテーション	254	4) SSTの経緯	270
2) 精神科リハビリテーションとは何か	254	5) SSTの理論的背景	270
3) 精神科リハビリテーションの課題	255	6) SSTの基盤となる技能	272
2 作業療法	255	7) SSTの種類	273
1) 作業療法の必要性	255	8) SSTの前提となる対象のとらえ方	274
2) 作業療法とは何か	256	9) SSTの実践方法	274
3) 作業療法の位置づけ	256	10) SSTの限界と課題	275
4) 作業療法の目的と適応	256	5 心理教育	276
5) 作業療法の経緯	256	1) 心理教育の必要性	276
6) 作業療法の種類	257	2) 心理教育とは何か	277
7) 作業活動の特徴	258	3) 心理教育の目的	277
8) 集団の種類	258	4) 心理教育の経緯	278
9) 作業療法の実践方法	260	5) ストレス - 脆弱性モデル	278
10) 作業療法実施者に求められるもの	261	6) 心理教育の実践方法	279
3 レクリエーション療法・芸術療法	262	6 認知行動療法	282
1) レクリエーション療法・芸術療法の起源	262	1) 認知行動療法の必要性	282
2) レクリエーション療法と芸術療法の相違	262	2) 認知行動療法とは何か	282
3) レクリエーション療法	263	3) スキーマと自動思考	282
4) 芸術療法	267	4) 行動療法と認知療法	283
4 生活技能訓練 (SST)	269	5) 原理と原則	283
1) SSTの必要性	269	6) 認知行動療法の基本モデル	284
2) SSTとは何か	269	7) 認知行動療法のポイント	284
		8) 認知行動療法の実践方法	284
		9) 認知行動療法の限界と課題	286

第Ⅵ章 精神障害者をめぐる法・倫理とリカバリー 289

1 精神障害をめぐる法・倫理と援助技術 (柏葉英美・藤井博英) 290

1 精神保健福祉に関する関係法規	291	2) 入院は本人の同意が基本	294
2 自己決定とインフォームドコンセント	292	4 行動制限最小化	295
1) インフォームドコンセントとは	292	1) 隔離	296
2) 入院時のインフォームドコンセント	293	2) 身体拘束	297
3 精神科への入院における権利擁護	294	3) 通信・面会の制限	298
1) 入院は患者への説明と話し合いが重要	294	5 成年後見制度	299

2	精神障害者のリハビリと援助技術	(守村 洋)	301
1	リハビリとは		301
2	リハビリ概念に基づいた各段階の精神看護の援助技術		302
	1) 入院前 (精神科救急を含む)		302
	2) 入院直後 (~2週間程度)		303
	3) 入院中 (臨界期: 入院2週間~6週間程度)		306
	4) 退院へ向けて (回復期: 入院後3か月以内を目指して)		307
	5) 退院後 (地域生活支援)		308
索引			315

4

幻覚・妄想

学習目標

- 幻覚・妄想の特徴を理解する。
- 幻覚・妄想状態にある患者のアセスメントの視点を理解する。
- 幻覚・妄想状態にある患者に対する看護援助の方法を理解する。
- 幻覚・妄想状態にある患者への対応技術を理解する。

1 症状の特徴

1) 幻覚とは

幻覚（知覚の障害）とは、対象なき知覚のことである。これには、次のような種類がある。

- ・幻聴：人や神の声が聞こえる。耳から、頭の中から、口の中から聞こえるなど。
- ・幻視：アリなどの小動物や黒い人影が見える。
- ・幻触：皮膚の上を虫が這う、性器を触られる、電気をかけられるなど。
- ・幻嗅：ガス、大便、ものの腐敗した臭いがする。
- ・幻味：変な味がする。
- ・体感幻覚：脳が流れ出す、腸が腐っているなど、奇妙で奇異な体験。
- ・幻肢：四肢を切断した後に、その切断した四肢が存在するよう感じられること。その部位に激痛を感じるなど、幻肢痛という。

2) 妄想とは

妄想（思考の障害）とは、強く確信され、論理的に訂正不能な外的現実に対する誤った思考・判断のことである。妄想は、一次妄想と二次妄想に分類される（表4-1）。このような幻覚・妄想の背景には、統合失調症、うつ病、躁病などが存在する。

- ・一次妄想：その内容が現実の生活史とつながらず、他者から了解不能なもの。
- ・二次妄想：その内容が現実の生活史とつながり、生じている状況が他者からある程度了解可能なもの。

2 アセスメント

1) 幻覚・妄想によるセルフケア不足の状態を把握する

幻覚・妄想が現れることによって、患者の日常生活にどのような支障が出ているか、セ

表4-1 一次妄想と二次妄想

一次妄想	
妄想気分	周りの環境が何となく変わったように感じる。何となく不気味な感じがする
妄想知覚	たまたま見た猫が前足を上げたのを見て、「これは母が今日死ぬことを教えている」などと、他者にとっては了解不可能な特別な意味づけをして強く確信する
妄想着想	突然「自分はキリストである」などと、何のきっかけもなく頭に浮かんだ考えが異常に強い確信をもつ
二次妄想	
関係妄想	テレビや新聞で自分のことを報道している
注察妄想	外出しているといつも誰かに見られている
被害妄想	食べ物や薬の中に毒が入られている
憑依妄想	神や悪魔が自分に乗り移っている
恋愛妄想	ある女優が私と結婚したいと思っている
血統妄想	自分は皇族の家系である
宗教妄想	自分は神に召された救世主である
発明妄想	珍しい機械を発明した

表4-2 幻覚・妄想をもつ患者が体験する世界

知覚の変化	人の声が聞こえる ないものが見える テレパシーを感じる	身体的変化	脳が溶けるように思う 心臓が止まるように思う 身体がふらつく 胃がむかつく
思考の変化	ありえないことを考える 思考が混乱する 思考力が低下する 考えが空っぽになる 突飛な思いつきをする	気分・感情の変化	いらいらする 精神的に疲れる 圧迫感がある 恐怖感がある 気分の浮き沈みを感じる 絶望感がある 死にたいと思う 気分が重い 生き生きした感じがない
日常生活行動の変化	幻覚の声に従って行動する 人との交流を避ける 独り言を言う 物忘れが多くなる 時間の感覚がわからなくなる 掃除・洗濯・外出・買い物などが おっくうになる	自律感の喪失	誰かに動かされる感じがする 自分が自分でなくなるように思う

ルフレケア不足の状態や程度に目を向ける必要がある。

2) 患者が語る体験世界を理解する

幻覚・妄想をもつ患者が体験する世界は、実に様々であり主観的である(表4-2)。このような病的体験という患者の主観的世界を理解することなしに、看護はありえない。

表4-3 幻覚・妄想状態にある患者の症状への対処

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 音楽を聴く | <input type="checkbox"/> 映画に行く |
| <input type="checkbox"/> ハミングをしたり、歌を歌う | <input type="checkbox"/> 本、新聞、雑誌を読む |
| <input type="checkbox"/> 症状が止まるようにと願う | <input type="checkbox"/> テレビ/ビデオを見る |
| <input type="checkbox"/> 『これは本当の声ではない』と心の中でいう | <input type="checkbox"/> 横になってリラックスする |
| <input type="checkbox"/> 友達と話をする | <input type="checkbox"/> 昼寝をする |
| <input type="checkbox"/> 好きな趣味にとりかかると | <input type="checkbox"/> 運動する |
| <input type="checkbox"/> 症状に消えてほしいという | <input type="checkbox"/> ラジオを聞く |
| <input type="checkbox"/> 手紙を書く | <input type="checkbox"/> タバコを吸う |
| <input type="checkbox"/> コーヒーやコーラなどを飲む | <input type="checkbox"/> 好きなものを食べる |
| <input type="checkbox"/> 散歩に行く | |

3) 患者自身による症状のマネジメントを理解する

幻覚・妄想状態の患者は、無意識的または意識的に症状への対処を行っているものである(表4-3)。看護師にはその内容を理解しようとする姿勢が必要となる。

3

援助方法

1) 看護の原則

- ①否定も肯定もしないで受け止める。
- ②深く追究して聞き出さない。
- ③知的な論争をしない。
- ④決して茶化さない。
- ⑤いつものこととして軽視しない。
- ⑥体験に伴う不安やつらい気持ちを受容する。

2) 看護の要点

(1) 安心できる環境を提供する

- ①体験に伴う情緒的な反応の表出を促す。
- ②できるだけ刺激を避ける(静かな場所の選択、1対1のかかわり)。
- ③誠実で一貫した態度で対応する。

(2) 対処するために行っている思考や行動を理解する

- ①原因を追究するのではなく、症状に伴って生じる生活上の困難を理解する。
- ②患者が解決しようとする方法や行動を見出す。
- ③患者がしている楽に過ごす方法や自分自身を守る方法を見出す。

(3) 新しい対処方法について共に考える

- ①症状が出現する前後の体験、誘因やパターン、出現頻度と強度を話し合う。
- ②症状を軽減する方法について話し合う。
- ③症状が軽減する方法を実行した効果について話し合う。

(4) 現実的なかかわりを強化する

- ①症状に対処しようとしている健康な側面に働きかける。

- ②短く、具体的でわかりやすい言葉で話す。
- ③日常の具体的な話題を利用する（食事、音楽など）。
- ④患者が関心をもてる実際の活動を増やす（スポーツ、レクリエーションなど）。
- ⑤患者が気分転換できるような活動を増やす。
- ⑥活動できたことについて肯定的なフィードバックをする。

(5) 現実世界のなかでセルフケア能力をはぐくむ

- ①患者が幻覚や妄想のために日常生活上できない行動を介助する。
- ②休息を保証する（状況によっては昼寝の邪魔をしない）。
- ③患者ができることを用意する（携帯音楽プレイヤーなどの持ち込みを許可する）。
- ④患者が自分で対処していることについて、その努力を支持する。
- ⑤患者が成功したことを肯定的に認め支持する。
- ⑥患者が幻覚や妄想のために日常生活にどのような問題が生じているかを話し合う。

看護技術の実際

A 幻覚・妄想への対応技術

- 目的：幻覚・妄想によって他者に攻撃的な訴えをする患者に対して、妄想と現実の区別ができるように支援し、妄想から離れるためのきっかけづくりをすることによって対人関係の改善を目指す。つまり、オレム-アンダーウッド理論の普遍的セルフケア要素の孤独と社会的相互作用のバランスの維持に焦点を当てて援助する。
- 事例紹介：Aさん、30歳、男性、統合失調症。21歳のときに3か月の入院治療を受け、今回2回目の入院をしている。人の声や物音に対して敏感に反応し、他者に向かって攻撃的な訴えをするため、他者が寄りつかなくなっている。
- 場面：幻覚・妄想によって、他者に向かって暴言を吐いたり、非難する。

	患者の言動	対応技術と根拠
1	看護師YとAさんがデイルームで一緒にトランプをしていると、周囲で会話を楽しむBさん（患者）の大きな笑い声が聞こえた。すると、Aさんが突然大きな声で「なんでそんなことばかり言うんだ！ お前は馬鹿か！」と言い、Bさんをにらむ	Aさんの顔を見て「Aさん、急にどうしたんですか」と穏やかな口調で問いかける（⇒①） ①突然大声を出す患者に穏やかな声で問うことで、自身の言動が他者を驚かせるものであると患者に気づかせる
2	Aさんは、問いかけたことに答えず、小声でぶつぶつとつぶやく	何も言わずAさんの様子をうかがう（⇒②） ②発言しないことで、不要な刺激を避けて患者の興奮を鎮める
3	Bさんをにらみつけながら「あいつは馬鹿なんだ。人の悪口ばかり言うんだ」と声を下げて言う	「そうなんですか…」と静かな声で答える（⇒③）
4	看護師Yの目を凝視して、「いつだって悪口言ってるよ」と険しい顔で言い切る	「そうですか…」と静かに言う（⇒③）
5	顔をしかめて「しょっちゅうですよ。つらいですよ」とはつきりという	「悪口言われるのはつらいですよ」と穏やかに話す（⇒③） ③否定も肯定もせず患者の気持ちを受け止めることで、

	患者の言動	対応技術と根拠
		“今、ここ”に起きている気持ちの表出を促す
6	「はい。つらいです」とはっきりした口調で言う	「つらいことがあったら、そのとき、私に教えてくださいよ」と穏やかに言う (⇒4)
7	「いいですよ。教えてあげる」と、少し目を開いて話す	「お願いしますね」と微笑みながら言う (⇒4) ④患者に協力を求めることで、今後の対処方法を共に考えるための関係性の構築を目指す
8	Aさんはトランプに視線を移したが、直ぐにBさんをにらみつけ、荒い口調で「お前は馬鹿か。馬鹿野郎だ」と大きな声で繰り返し言う。Bさんは知らぬふりをしている	何も言わずにAさんの顔を見て様子をうかがい、「Aさん」と呼ぶ (⇒5) ⑤すぐに発言せず、タイミングを見計らって呼名することにより、患者の興奮を助長せず現実に引き戻す
9	看護師Yのほうを向き、視線を合わせる	「Aさん、Bさんをよく見てくださいよ。Bさんは今、Cさんと楽しそうに笑ってお話されているみたいですよ」(⇒6) ⑥状況の現実的な解釈を示すことで、患者が現実を理解するきっかけをつくる
10	険しい表情で「あいつは悪口言うんだ」と興奮を抑えるようにやや粗い息をしながらかう	眉間にしわを寄せ困った表情をしながら「…今も悪口言われていますか?」と穏やかに問いかける (⇒7) ⑦患者の興奮が落ち着いた頃に状況を確認することで、患者が現実に目を向けるきっかけをつくる
11	「…」Bさんをにらみ黙っている	「今は楽しそうに話されているだけですよね」と穏やかに問いかける (⇒8) ⑧“今、ここ”の状況の現実的な解釈を伝えることで、患者が現実を理解できるように促す
12	「…でも、あいつ悪口言うんですよ」とBさんをにらんだまま小声で答える	「そうですね。じゃあ、今度Bさんに悪口言われてつらいときに私を呼んでくださいよ」と穏やかに言う (⇒9) ⑨患者に協力を求めることで、今後の対処方法を共に考えるための関係性の構築を目指す
13	看護師Yの顔を見て、「呼んだらいいのか?」という	「そう、呼んで教えてくださいよ」と視線を合わせて穏やかに言う
14	右手でOKサインをしながら「わかった。わかった」と笑顔で言う	「お願いしますね」と、笑顔で言う
15	Aさんはテーブルに身を乗り出して看護師Yに近づき、「あいつ、あいつは馬鹿なんだ」と耳元でささやき、椅子に座りなおす	Aさんと目を合わせ「そうなんですか…」と穏やかに答え微笑む (⇒10)
16	そのとき、別の看護師ZがAさんの側を通った。すると突然、看護師Zに向かって「お前は泥棒だ。泥棒」と大きな声で言い放つ。やや粗い息づかいをしている	黙ったままAさんの顔を見る (⇒10) ⑩相づちをうったり、黙って聞くことで、不要な刺激を避け、患者の興奮を鎮める
17	「泥棒は出ていけ!」と、看護師Zに向かって大声で言った後、黙って看護師Zをにらむ	「…Aさん、今通ったのは看護師のZさんでしたよ」と穏やかに話す (⇒11)
18	看護師Yと視線を合わせて、「そうだ。泥棒だ」と言う	眉間にしわを寄せて困った表情をしながらAさんと視線を合わせる (⇒11) ⑪興奮がやや静まった頃に事実を言語・非言語で伝えることにより、患者の目が現実に向くように促す
19	看護師Zをにらみながら、「見てみる、泥棒みたいな顔してるだろ」と小さな声で言う	Aさんの顔を見ながら、「…看護師Zさんが泥棒?」と穏やかに問いかける (⇒12)

	患者の言動	対応技術と根拠
		<p>⑫感じたことや疑問を穏やかに伝えることで、患者が現実を理解できるように促す</p>
<p>20: 看護師Yの顔を見て、「だって、俺の部屋の人がいつもお菓子がなくなるって言うてる。盗まれるって。みんな困ってるんですよ」とはっきりと言う</p>	<p>Aさんと視線を合わせて、「そんなことがあったのですか」と穏やかに言う (⇒⑬) ⑬患者の気持ちを受け止めることで、患者の思いを引き出す</p>	
<p>21: 看護師Yと視線を合わせ、「そうですよ。本当ですよ」とやや目を開いて話す</p>	<p>「そうですか…」とやや声を下げて答え、「Aさんって優しい人ですね」と笑顔で穏やかに言う (⇒⑭)</p>	
<p>22: 目を開き、驚いたような表情で「えっ？」という</p>	<p>「だって、困っている人を放っておけない性格みたいですからね」と笑顔で言う (⇒⑭) ⑭患者の気持ちを受け止めた後に、リフレーミングや肯定的フィードバックを用いることで、患者の怒りを鎮める</p>	
<p>23: 照れ笑いしながら「いや…そんなことないですけど…」と答える</p>	<p>「いやいや、他人に気遣いできる人なんだと思いますよ」と笑顔で言う (⇒⑮) ⑮患者のよいところ（他者への思いやりや気遣い）に焦点を当てて肯定的に評価することで、患者の自尊心を高める</p>	
<p>24: 「そうかなあ…」と言いながら笑顔を見せる</p>	<p>「今後、困っている人がおられたら教えてくださいね」と笑顔で言う (⇒⑯) ⑯患者に協力を求めることで、患者に適切な対処方法の獲得を促す</p>	
<p>25: 「うん、わかった」と笑顔で言った直後、急に顔をこぼばらせ、人差し指を口元にあて「ほら！何か盗んでる！コトコトっていう音が聞こえるだろ」とささやく。そして、ゆっくりと目を左右に動かし周囲を伺う</p>	<p>黙って耳を澄まし、周囲の様子をうかがう (⇒⑰)。近くのテーブルにいる患者がコトコトとボールペンの音を立てながら手紙を書いている ⑰患者と同じ言動をとることで、患者の体験を理解しようとする態度を示す</p>	
<p>26: 硬い表情で「さっきの看護師さんだよ。盗んでいるんだよ」とささやく、再び周囲の様子をうかがう</p>	<p>Aさんと同じように周囲の様子を観察し、「…Aさん、ナースステーションの中を見てくださいよ。さっきの看護師さんは、記録を書いているようですよ」と穏やかに話す (⇒⑱) ⑱妄想的な言動に対して直ぐに反応せず、間をとった後に事実を目で確認してもらうことにより、患者が妄想と現実が区別できるように促す</p>	
<p>27: 黙ってナースステーションを見る。しばらくして、Aさんは看護師Yの顔を見て「そしたら別の泥棒だよ。ほら、まだコトコト音が聞こえるだろ？」と小声で言う</p>	<p>「確かに音は聞こえますよね。Aさん、この音ってAさんの後ろのテーブルで手紙を書いておられる方のペンの音じゃないですか？」と穏やかに話す (⇒⑲)</p>	
<p>28: 黙ったまま、手紙を書いている患者をじっと見る</p>	<p>振り向いたAさんと視線を合わせて「違いますか？」と問いかける (⇒⑲) ⑲事実を共有した後に妥当な解釈の提案と確認をすることで、患者の現実的な認知を促す</p>	
<p>29: 首をかしげて「おかしいなあ…。そうかなあ…」と小声で言う</p>	<p>「Aさんって、すごく耳がいいんですね。耳がよすぎるのですね」と笑顔で話す (⇒⑳) ⑳リフレーミングと肯定的フィードバックを活用し、患者の思考内容の焦点を変換することで、患者の怒りを鎮める</p>	
<p>30: 「そうかなあ…」と言って笑顔を見せる</p>	<p>「きっとそうなんでしょうね。私は、Aさんのように耳がよくないから、今の音ぐらいじゃ気になりませんけどね」と笑顔で話す (⇒㉑)</p>	

	患者の言動	対応技術と根拠
31	「ははっ」と声を出して笑う	<p>⑳ 肯定的フィードバックを活用し、患者の優れた点を強調することで、患者の自尊感情を高める</p> <p>Aさんに合わせて声を出して笑う。そして、窓を見ながら「Aさん、外を見てくださいよ。すごく天気がいいですよ」と言う (→㉓)</p> <p>㉑ 患者の感情に波長を合わせるにより、関係性の構築を目指す。また、視覚によって“今、ここ”の状況の理解を促すことで、患者の現実感覚を取り戻す</p>
32	明るい表情で「そうですね」と言う	<p>「トランプはこれぐらいにして、少し散歩にでも行きましょうか」とやや目を開きながら視線を合わせて話しかける (→㉓)</p> <p>㉑ 場所の移動を提案することで、患者の思考や意識を別のことに向ける</p>
33	視線を合わせて笑顔を見せながら、「いいよ。行こうか」と言って立ち上がる	<p>Aさんの横に移動して並んで歩き、屋外に向かう (→㉑)</p> <p>㉑ 行動を共にすることで、対等であるというメッセージを伝え関係性の構築を目指す</p>

文献

- 1) 松下正明・他監：新クイックマスター精神看護学，医学芸術新社，2009.
- 2) 上島国利・渡辺雅幸・榎恵子編著：ナースの精神医学，改訂3版，中外医学社，2011.