

令和5年度九州がんセンター 地域医療従事者向けがん看護専門研修
緩和ケアコース

症状マネジメントと援助技術

精神症状マネジメント

2023年10月26日（木）13時10分～14時10分
九州がんセンター 緩和ケアセンター
緩和ケア認定看護師 泊 由布子

目標

研修目標

がんに伴う心理反応や精神症状に対するアセスメントおよび看護技術について理解できる

単元目標

- (1) がん患者の心理反応と基礎的なストレス対処行動について理解できる。
- (2) 精神症状に対する看護技術について理解できる。

本日の内容

- ✓がんに伴う心理反応
- ✓ストレスコーピング
- ✓精神症状のメカニズム
- ✓精神症状のアセスメントと看護技術
(事例検討：せん妄)

本日の内容

- ✓がんに伴う心理反応
- ✓ストレスコーピング
- ✓精神症状のメカニズム
- ✓精神症状のアセスメントと看護技術
(事例検討：せん妄)

最近感じた

ストレス

気持ちの落ち込み

怒り

ありますか？

それは

解決できましたか？

解決できそうなことですか？

ずっと抱えつづけていることですか？

ずっと抱えていかなければならないことですか？

生活はどのように変わりました？

少し考えてみよう・・・
がんになったら・・・

不確かな状況（不安）
不眠

体の症状
（痛みやきつさ）

役割の変化
（仕事・家庭など）

治療に伴う身体の変化
（見た目や機能）

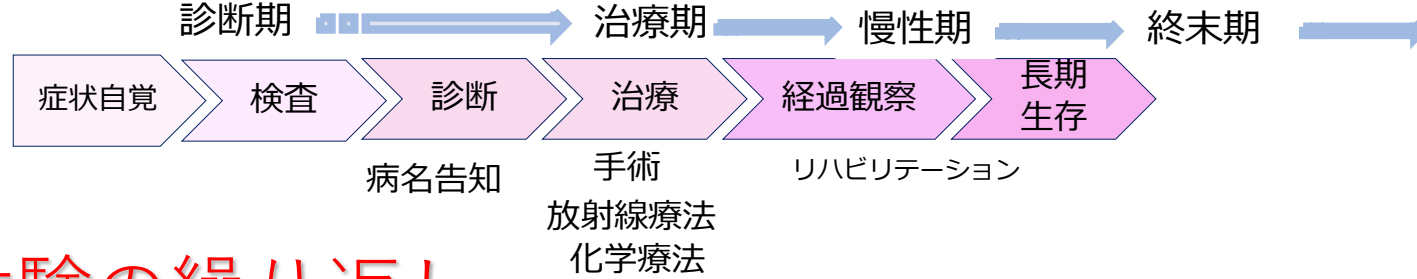
経済的負担

持続的な通院に伴う
生活パターンの変化

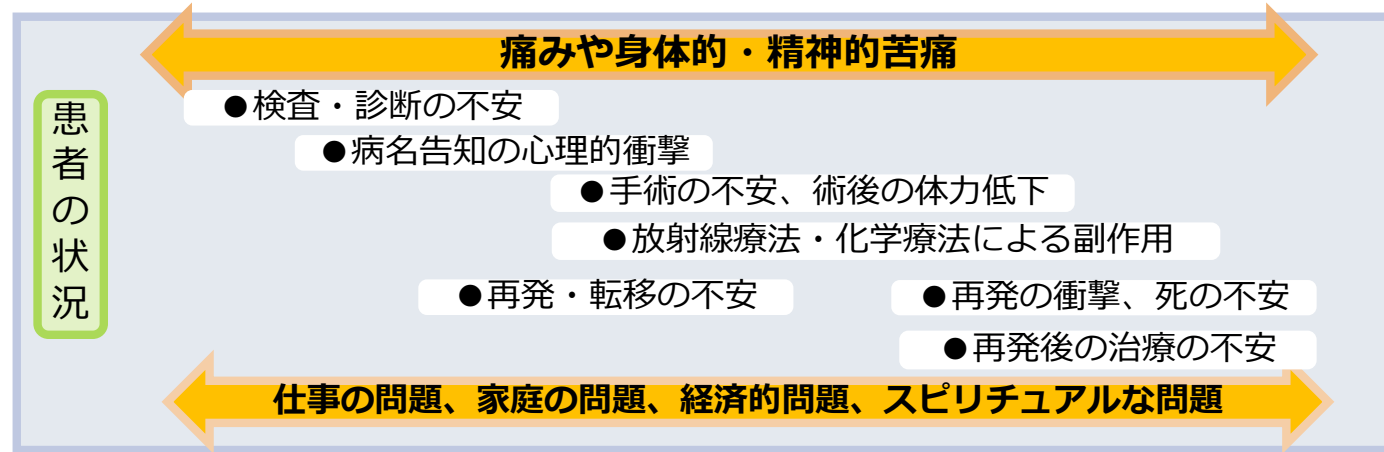
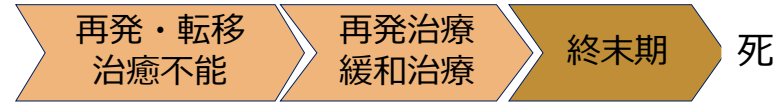
将来の喪失
大切な人やモノとの別れの予感



がん患者の臨床経過



喪失体験の繰り返し
意思決定の繰り返し



精神的苦痛

- 1) 不安・苛立ち・孤独感・恐れ・うつ状態・怒りなどがある
 - 2) 病状の進行に伴い、喪失体験を重ねていく
(環境や地位、役割、所有物、愛情の対象、身体)
 - 3) 身体的・社会的・スピリチュアルなど側面と絡み合っている
 - 4) 危機的状況が対処できないと「適応障害」や「うつ病」
- QOL低下、がん治療に対するアドヒアランス低下、
家族の精神的負担の増大、入院期間の長期化、自殺など

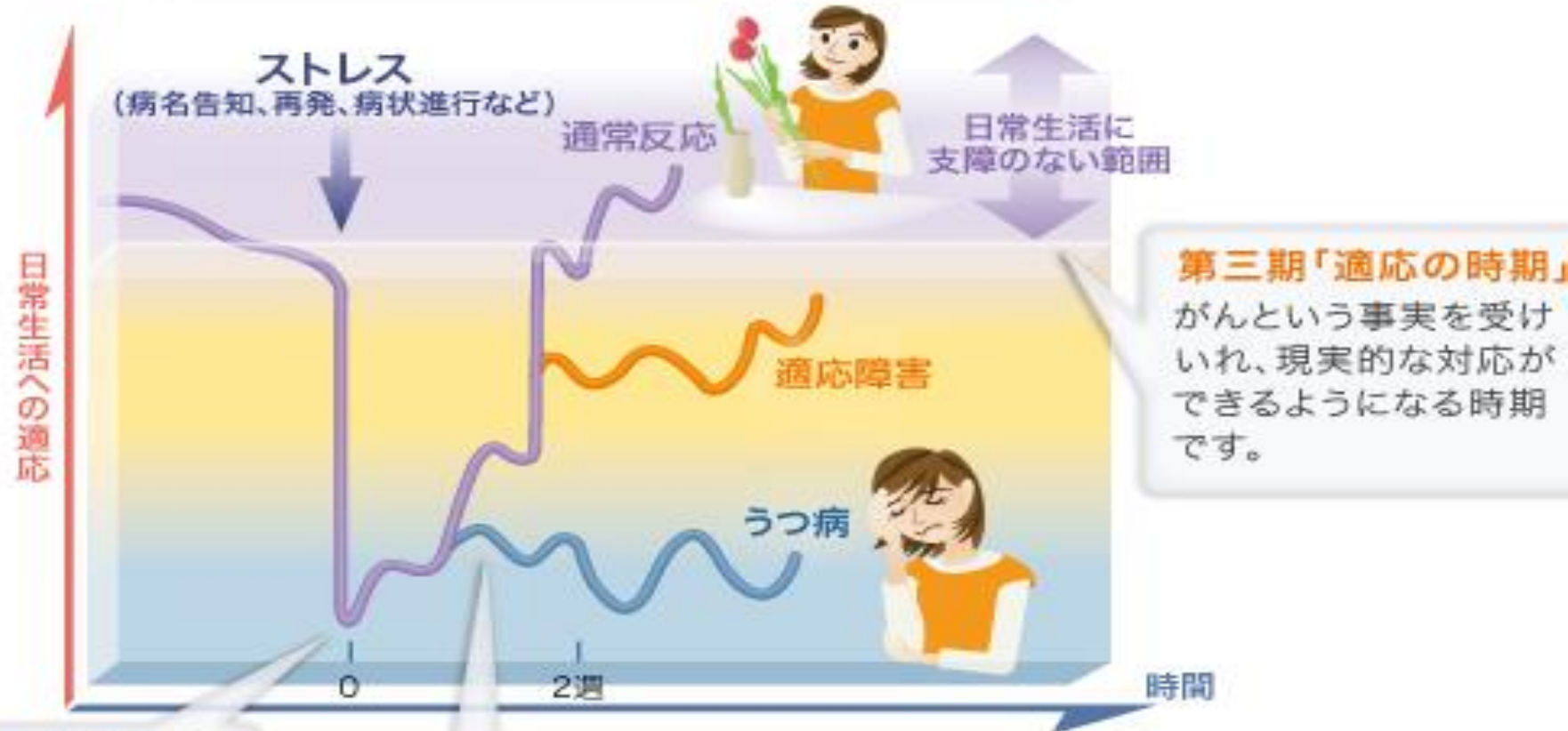
「応えようのない問い」などの
スピリチュアルペインや悲嘆に関する内容は
明日の「臨死期のケア」でご紹介します。

介入の実際（スキル）は、
「コミュニケーションスキル」でご紹介します。

進行がん患者の心理面のニーズ

心理面のニーズ	コメント
安全なこと	無事であると感じていること
連帯感があること	他の人から必要とされたい 負担になりたくないと感じていること
愛があること	愛の表現や人間らしいふれいあがあること
理解されていること	症状や病気の本態が説明され、死に向かう過程を話し合う機会があること
受け入れられていること	気分、社会的、容姿などに関係なく、 人に受け入れられていること
自尊心を維持すること	他人に頼らなければならなくなったときでも 決定に参加できること 与え与えられる機会があること
信頼感が維持されていること	家族がケア担当者とうそのない意思の疎通があり、できる限りの ケアの提供が保証されていること

図：悪い知らせが伝えられたときの心の反応



第三期「適応の時期」
がんという事実を受けいれ、現実的な対応ができるようになる時期です。

第一期「衝撃の時期」

頭の中が真っ白になり、何も考えられない、信じられないといった状態です。この時期はおよそ1週間続きます。

第二期「不安・抑うつ」の時期

病気や今後の生活に対する不安や落ち込みを経験する時期です。この時期も1週間ほど続きます。

しかし、2週間以上経っても、不安や気持ちの落ち込みなどの症状が回復せず、**日常生活への支障が続く**ようであれば、専門的治療が必要になる場合があります。以下の様子が見られる場合は、要注意！

適応障害

社会生活上のストレスへの反応が強く現れ、「とらわれ」てしまい、仕事上、学業上、家庭内の生活が著しく障害された状態。

◎不安症状を中心とする状態

不安、恐怖感、焦燥感、心理状態に伴う動悸、吐き気などの身体症状など

◎うつ症状を中心とする状態

憂鬱、喪失感、絶望感、涙もろさなど

◎問題行動を中心とする状態

勤務怠慢、過剰飲酒、喧嘩、無謀な運転など
年齢や社会的役割に不相応な行動

うつ病

適応障害よりもさらに精神的苦痛が強く、落ち込みが2週間以上続き、日常生活に大きな支障がきたす状態。

◎抑うつ気分 ◎興味・喜びの喪失 (どちらか当てはまる)

+

- 食欲・体重の変化
 - 不眠・睡眠過多
 - 焦燥・制止
 - 易疲労性・気力の減退
 - 罪責感・無価値観
 - 思考力・集中力の減退、決断困難
 - 自殺企図
- (上記から4つ当てはまる)

本日の内容

- ✓がんに伴う心理反応
- ✓ストレスコーピング
- ✓精神症状のメカニズム
- ✓精神症状のアセスメントと看護技術
(事例検討：せん妄)

みなさんはストレスを感じたとき

どんな反応をしますか？

→情動面：イライラする・落ち込む・そわそわする

→身体面：過食・食欲減退・緊張・不眠

→行動面：貧乏ゆすりをする・髪を抜く・ボールペンをまわす

どんな対処をしますか？

カナダ生理学者 ハンス・セリエ(生物学的ストレス理論)

「外界から受けるさまざまな刺激や負荷(ストレッサー)が人間の心身に影響を与える」

ストレス

ストレッサー (刺激: 原因) とその結果生じるストレス反応 (情動・生理・行動)



警告反応期: ストレスに対して身体が反応し始める



抵抗期: ストレッサーに抵抗しながら身体の機能を維持している



疲弊期: 抵抗力が限界となる

ストレスに対する

意識的な行動→コーピング

無意識な反応→防衛機制（心の安全装置）

あなたのタイプはどれ??

ストレスコーピングの種類

1.問題焦点型コーピング



(例) 苦手な人がいる場合はできるだけ距離を置く

2.社会的支援探索型コーピング



(例) ストレスの基となる出来事を身近な人に相談

3.情動焦点型コーピング



(例) マイナスな感情を家族や専門家などに伝える

4.認知的再評価型コーピング



(例) 捉え方の角度を変えるピンチをチャンスに考える

5.気晴らし型コーピング



(例) 自分の趣味や好きなことに取り組みリフレッシュ

6.リラクゼーション型コーピング



(例) ヨガやマッサージアロマセラピーなど

防衛機制 (無意識：心の安全装置)

- 逃避 : 適応ができない時にその状況から逃れること
- 否認 : 内外の客観的現実を無視することにより、意識にのぼらせないようにする働き
- 抑圧 : 苦痛な感情や記憶などを意識から追い出し、無意識へ閉め出すこと
- 打消し : 意識された内容を否定することで再抑圧を凶ろうとすること
- 知性化 : 欲求や感情を直接表出するかわりに、論理的なものとしてあるいは抽象化して表現すること
- 合理化 : 満たされなかった欲求に対して、適当な理由をつけて正当化しようとする事
- 退行 : 以前の発達段階へともどること
- 反動形成 : ある抑圧を行った時に、それと正反対の行動をとること
- 置き換え : 代理となるものに不安や恐怖、怒りを感じたり、ぶつけること

ストレスに対する

意識的な行動→コーピング

無意識な反応→防衛機制

このコーピングや防衛機制がうまく働かなくなることで

危機に陥る

「不安の強度な状態で、喪失に対する脅威あるいは喪失という困難に直面して、それに対する自分のレパートリーが不十分で、そのストレスに対処するのにすぐに使える方法をもっていない時に経験するもの」

精神症状の観察のポイント

- ・ 表情や視線→仮面様顔貌、医療者と視線を合わせるかなど
- ・ 動作→そわそわしているか、動作緩慢、手遊び、下肢のゆすりなど
- ・ 身なり・ベッド周囲→髪型、めあに、ひげ、服装などを気遣う動作があるか
- ・ 意欲→活動意欲など、おっくうか、いつものことをおっくうと感じる
- ・ 無価値・罪責感：人生に意味がない、迷惑をかけているなど
- ・ 興味・喜び→テレビや新聞、携帯を見る。家族や医療者、同室者に対する興味など
- ・ 睡眠状況→入眠困難・中途中途覚醒、早朝覚醒、熟眠感がない。

通常の睡眠スケジュールとの違い

- ・ 食欲→減退か過食か
- ・ 思考・集中力→会話の時間、書類の説明をどのくらい聞いているか
- ・ 易疲労感→つかれやすい

精神的苦痛のケア：支持的な精神療法

- **感情表出の促進**：心の負担について話すことの大切さを伝える
- **傾聴**：患者の声にしっかりと耳を傾ける
- **受容**：批判・解釈することなく、あるがままを受け止める
- **保証**：適切な情報を提供し、現実的な範囲で保証を与える
- **支持**：患者の言葉に対して肯定的に接し
- **共感**：患者の背景に存在する意味、気がかりやつらい感情を理解し、それに対応することを心がける

がんの罹患は、その人の将来の見通しを根底から揺るがすことがある。

大きくふさぎ込み、絶望する

ただ、どんな病状であろうと、患者さんが現実を生きていかなければならない

その人なりの生き方を見出してくプロセスがあります。

たとえ一度、大きくショックを受けても、

そこから立ち直るころのあり方をレジリエンスといいます。

このレジリエンスが発揮できるように、支援することが大切



清水研：薬剤師のための死と向き合う患者のこころのケア

ストレスに対する

意識的な行動→コーピング

無意識な反応→防衛機制

このコーピングや防衛機制がうまく働かなくなることで

危機に陥る

危機介入モデルに関しては別紙を参照

事例紹介 (フィンクの危機理論に沿って)

A氏 30代後半 すい臓がん

妻と二人暮らし 子どもなし

仕事：システムエンジニア 中間管理職

治療：抗がん剤（副作用に脱毛・末梢神経障害）

ある日、主治医より相談あり、面談

何を話しても「はあ〜」ってしか言わないんだよね。

患者の部屋を訪室

A氏「はあ……」

オーバーテーブルの上は、散乱している

髭や髪も乱れている 動作は緩慢 医療者とは視点はあう

無気力

泊「何かお元気がないようですが、どういったお気持ちでお過ごしですか？」

A氏「うーん。もう何もかもどうでもいいかな」

ショック（衝撃）の段階

泊「といたしますのはどういったことでしょうか？」

A氏「はあ、こんな髪が抜けてしまってさ、情けない。もう仕事もやめるし、妻とも別れる」

泊「そうでしたか、髪が抜けてしまったことに情けないとお感じなのですね。お話くださってありがとうございます。何か力になりたいなと思うのですが」

看護プラン

心理的にも安全であることの確保

*この時期は現実思考アプローチは脅威となるため注意！

A氏「もう、どうしていいかわからない。何も考えたくない（抑圧）。眠れないし。途中で目が覚める」

判断力低下
思考の放棄

防衛退行の段階

数日～3週間かけて

A氏「夜は薬のおかげで眠れるようになった。はあ。」
めあにはついたまま、髭も髪も乱れている。動作緩慢。
夜間は23時～6時まで入眠できた

自己認知

承認の段階

泊「ため息はどういった思いからですか？（感情の促進）」

A氏「・・・髪が抜けてさ、もううんざり。こんなに抜けるの？怖くて鏡も見れないよ。
こんな自分が情けない」

大きな声で泣き叫ぶ

看護プラン
ストレスの自己認知促進

泊「そうでしたか。鏡を見れないくらい怖かったのですね。（受容）」

A氏「うん、もうこんな俺は俺じゃない。職場でもがんってことがばれて、同情される
だろうし、妻もこんな俺じゃかっこ悪いだろ？」

泊「そのようなお気持ちだったのですね。お辛かったですでしょう。これまで、いろいろな困難なことが
あったと思うのでどのように乗り越えてこられました？」

A氏「割と、強気だった。考えないようにもしてきた。でももう病気だし強気にもなれない。
部下や嫁さんに頼らないといけない。それが情けない」

退院～外来で 半年かけて

泊「そうだったんですね。これまの対処ではなかなか立ち行かなくなってきたんですね。」

A氏「そう。いつまでもこのままじゃいけないと思っではいるんだけど。」

泊「といたしますのは？どうなるといいと思っではいるんでしょうか？」

A氏「この自堕落な生活をどうにかしないと。」

泊「そうですか、以前とは違って前を向く言葉ですね。
でわ、まずはどうしていくといいでしょうか？」

A氏「うーん、どう思う・・・？鏡を見れるようにならんとね。
どこにでも鏡ってあるじゃん？つい目を背けてしまう。」

泊「そうでしたか、では鏡を見れるようになることがまずは目標ですか？」

A氏「そうしようと思う」

再構築

現実的な自己評価を
促進

適応の段階

看護プラン
積極的な問題解決方法の模索
本人の成長を自身で感じる

その後・・・

- ・ 鏡を見ることができるようになった
- ・ 在宅ワークでオンライン会議から参加できるようになった
(最初は画面に出ることができなかったが時間をかけてできた。)
- ・ 6か月後に妻と外出ができるようになった
- ・ 1年後に、会社に出勤することができた
- ・ まだ、時々、怖くなることもあるが、医療者に相談にきている

一旦、まとめ

→その人の心の守り方を知り、尊重する

→患者が泣いても動揺する必要はない。

「悲しむ」という役割であって、癒しの効果がある。

回復へのひとつのプロセスをたどっている。

「泣けてよかった」という考え方もできる。

→患者は、新たなストレスと対峙するが、

自身で乗り越える力を信じ、ともに模索する

コミュニケーションの最後には

THANKS FOR SHEARING

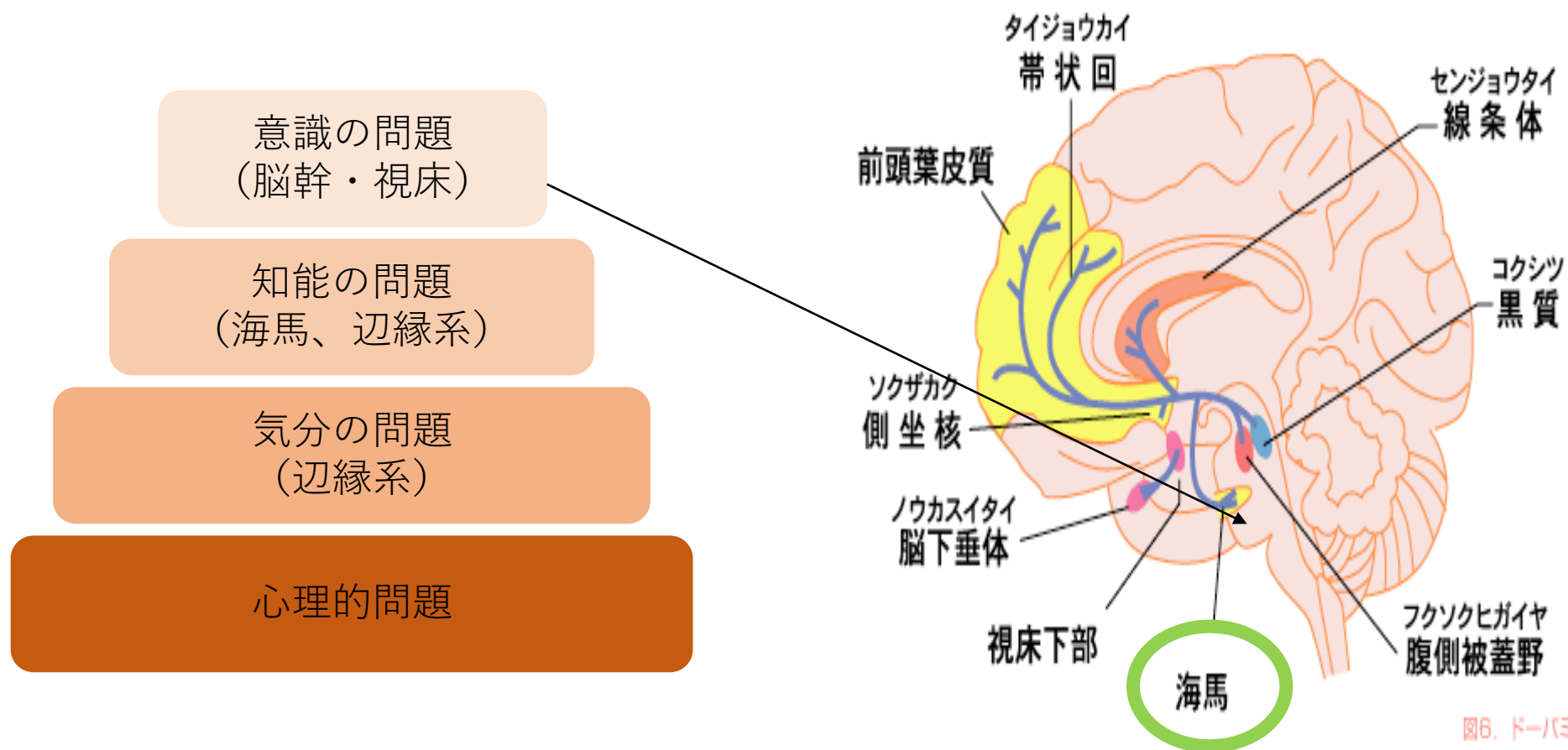
「話してくださってありがとうございます」

患者も感情を認識して話す事は時として
現実を知らしめることとなり苦しい場合もある。

本日の内容

- ✓がんに伴う心理反応
- ✓ストレスコーピング
- ✓精神症状のメカニズム
- ✓精神症状のアセスメントと看護技術
(事例検討：せん妄)

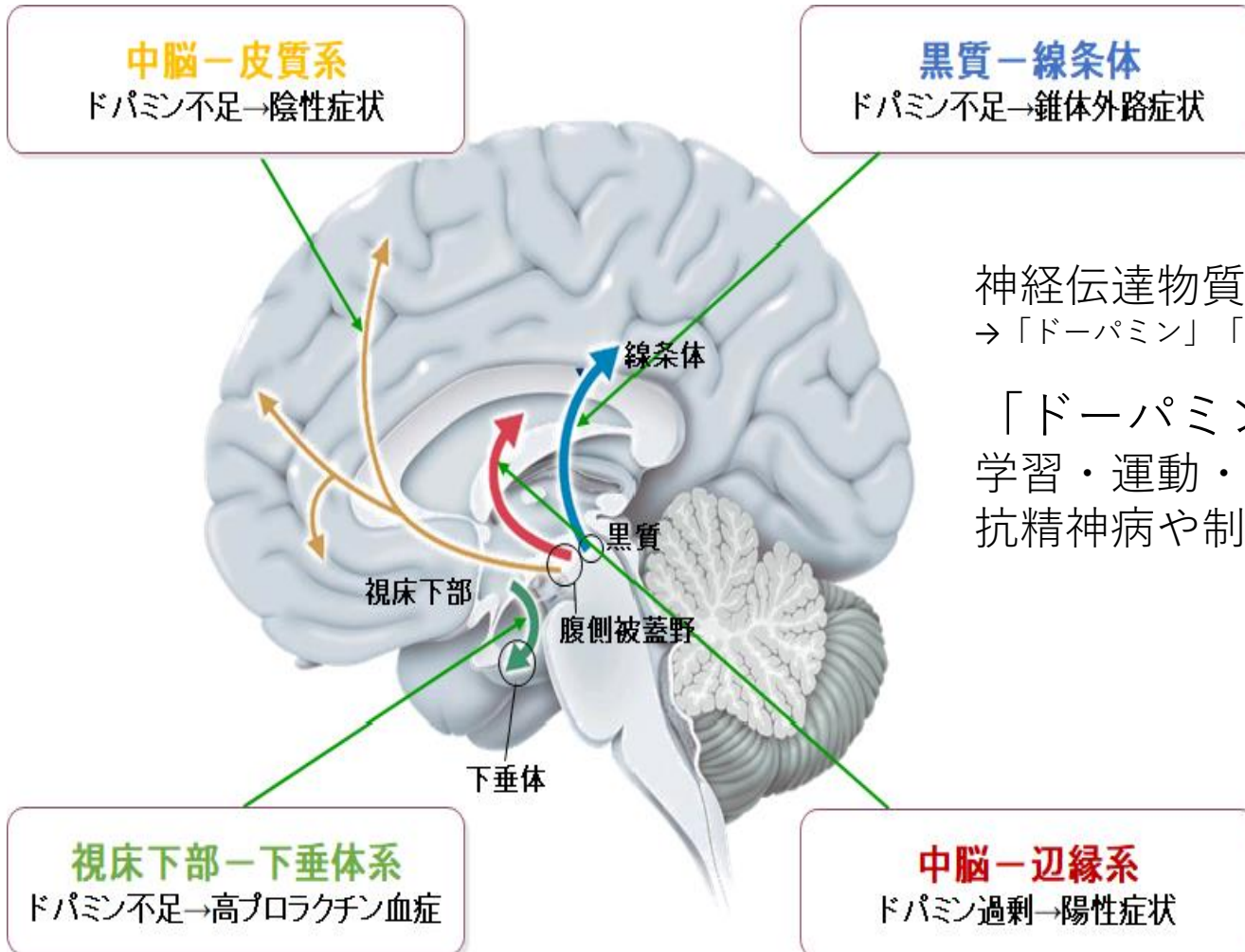
精神症状と対応する脳の構造



「精神症状」は、こころの問題だと誤認されがち
病態生理を十分にアセスメントすることが大事

< 抗精神病薬の作用機序 >

中枢におけるドーパミン神経はしばしば4つの主要経路に分類される。



神経伝達物質：脳の情報を伝達する運搬屋
→「ドーパミン」「ノルアドレナリン」「アセチルコリン」「セロトニン」

「ドーパミン」
学習・運動・感情・意欲・ホルモン調整などの生命維持に関与
抗精神病や制吐剤の中にドーパミン分泌を抑制する作用



元住吉こころみクリニック
MOTOSUMIYOSHI COCOROMI CLINIC

本日の内容

- ✓がんに伴う心理反応
- ✓ストレスコーピング
- ✓精神症状のメカニズム
- ✓精神症状のアセスメントと看護技術
(事例検討：せん妄)

事例A氏 80歳代 男性

診断名：肺がん、骨転移（胸腰椎転移）、脳転移

症状：腰背部痛

治療：全脳照射目的で入院

投薬：オキシコドン60mg(分2)、ロブ3錠(分3)、その他
PSL 60mg

臨時指示：疼痛時：オキノーム2.5mg
不眠時：ブロチゾラム0.25mg
不穏時：リスパダール0.5mg

この数週間 薬剤の変更はしていません

もともと穏やかな方で
ここ数週

症状の悪化もなく過ごされていきました

昨夜のことです ナースコールがあり、訪室すると



- ・ 会話は成り立たない
- ・ 「痛い」「帰る」と易怒性が高まる
- ・ 何かの怯え逃げ出そうとしている
- ・ ベッド周囲にコップや携帯が散乱している



入院時、患者を担当したあなた・・・

課題 1

①どのようなことに注意しますか？

次の日に血液検査を行いました

WBC 11090 Hb 11.7 PLT 25万

ALB 2.2 AST/ALT 14/11 UN 9.5 Cre 0.4

Na 133 K 3.9 Ca 9.9 (<10.2) 補正Ca 11.7

CRP 2.8

課題 2

- ①あなたならまず何に注意してどうしますか？
- ②昨夜の出来事の主な原因は何でしょうか？
- ③この患者に対してどのように対処しますか？（薬物・非薬物ケア・その他）

キーマッセージ1

せん妄は

患者に身体的異変が生じているという
危険信号です

せん妄の患者をみたら
(何かいつもと違ってなにか変と感じたら)
危険行動に注意しつつ
まず、橈骨動脈を触れる

- 脈圧は触れるか (触れが弱いと血圧<60)
- 熱感はないか
- 発汗はないか (発汗あれば迷走神経反射前触れ)
- 落ち着いたら、呼吸数を測定
(呼吸数はオピオイド過剰かどうかの重要な指標)

せん妄とは

「せん妄」とは

器質的な中枢神経系の脆弱性があるところに
身体的な要因が加わり
意識障害をきたした状態

意識障害: 昼夜逆転、集中できない、
会話がまとまらない、場所・時間
人が分からない、出来事が思い出せない

気分の障害: 気分の変動、易怒性

知覚の障害: 幻覚、妄想

行動の障害: 点滴抜去などの問題行動

日内変動があり夜間に症状が悪化することが多い

「せん妄」診断基準

1. 注意・意識障害の障害：ぼーっとしていて、周囲の状況をよくわかっていない
2. 変動性：短期間で出現。
1日の中でもむらがある。夜間に悪化
3. 認知・知覚の異常：記憶障害、見当識障害、幻覚、妄想。
4. 原因となる薬物の、または医学的疾患が存在する。

上記を全て満たす場合、せん妄の診断に該当

キーマッセージ2

せん妄の本態は意識障害です

(身体的異変によって脳に影響)

JCS1レベルの「なんか変」

会話できるからといって「意識障害ない」ではないです

キーマッセージ3

「痛み」で
せん妄になる(意識障害生じる)ことはありません
(痛みはせん妄の促進因子であって直接因子ではない)

せん妄が別の身体要因・薬剤要因があるはずで

* 心理的要因でも「せん妄」にはなりません。

せん妄は**身体**の**負担**によって生じます



「せん妄発症の因子」

準備(素)因子:

(せん妄を起こしやすい患者の元々の因子)

高齢、脳血管障害、認知症、
既往歴(慢性疾患)

誘発(促進)因子:

(心理反応、行動を悪化する因子)

入院、転出、心配事、ストレス
不確実な疼痛管理、睡眠障害
感覚遮断、身体拘束など

直接(器質)因子:

認知機能に影響する生理学的な因子

薬剤の影響、糖代謝異常、
電解質バランス異常、脳神経疾患
尿路・呼吸器の感染、低酸素症
侵襲度の高い手術、処置
アルコール・薬物の離脱症状など

直接因子(ライター)

- ①身体疾患
- ②薬剤(副作用または離脱)
- ③手術

引き金になる



促進因子(油)

- ①身体的要因
疼痛・便秘・尿閉・脱水
不働化・ドレーン類・拘束
視力低下・聴力低下
- ②精神的要因
不安・抑うつ
- ③環境変化
入院・ICU入室・明るさ・騒音
- ④睡眠
不眠・睡眠関連障害

促進・遷延化させる

準備因子(薪)

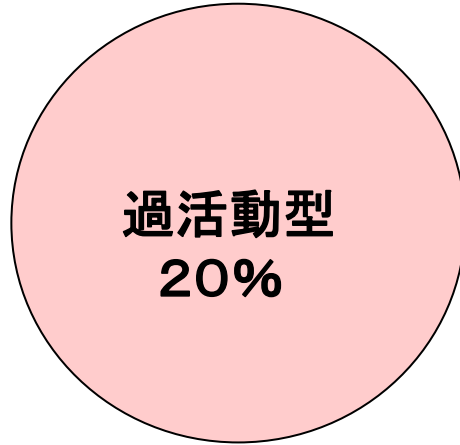
- ①高齢
- ②認知機能障害
- ③重篤な身体疾患
- ④頭部疾患の既往
- ⑤せん妄の既往
- ⑥アルコール多飲
- ⑦侵襲度の高い手術の前

起こりやすい素因

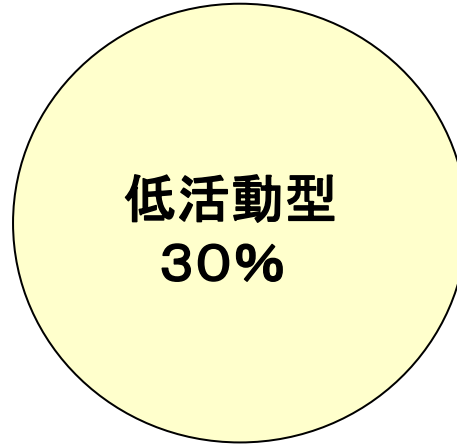
「せん妄と認知症の特徴比較」

	せん妄	アルツハイマー型 認知症
発症様式	数時間～数日	数ヶ月～数年
初期症状	注意困難、意識障害	記憶障害
経過と持続	動揺性 特に夜間増強	慢性・進行性 (数年)
注意	障害	通常は「正常」
覚醒水準	動揺・混濁	日中覚醒時は「正常」}
思考内容	通常豊かで無秩序 錯覚・幻覚が多い	通常発展しにくく、不毛

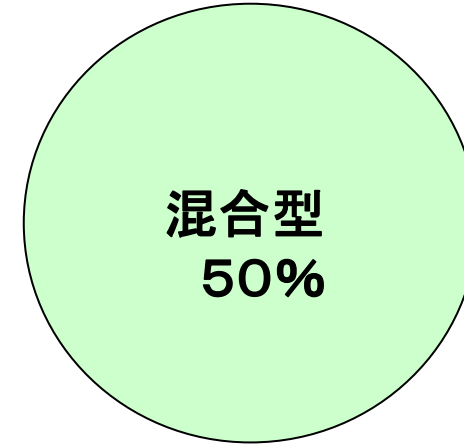
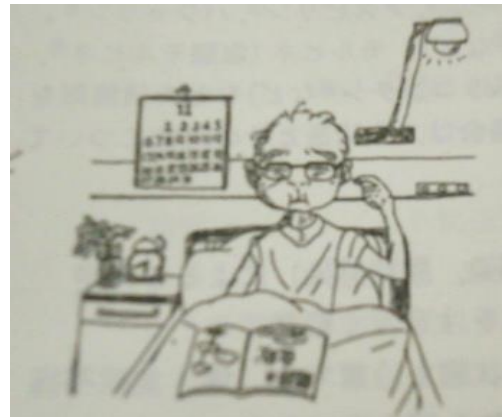
「せん妄の3つのタイプ」



幻覚
妄想
焦燥性興奮
失見当識

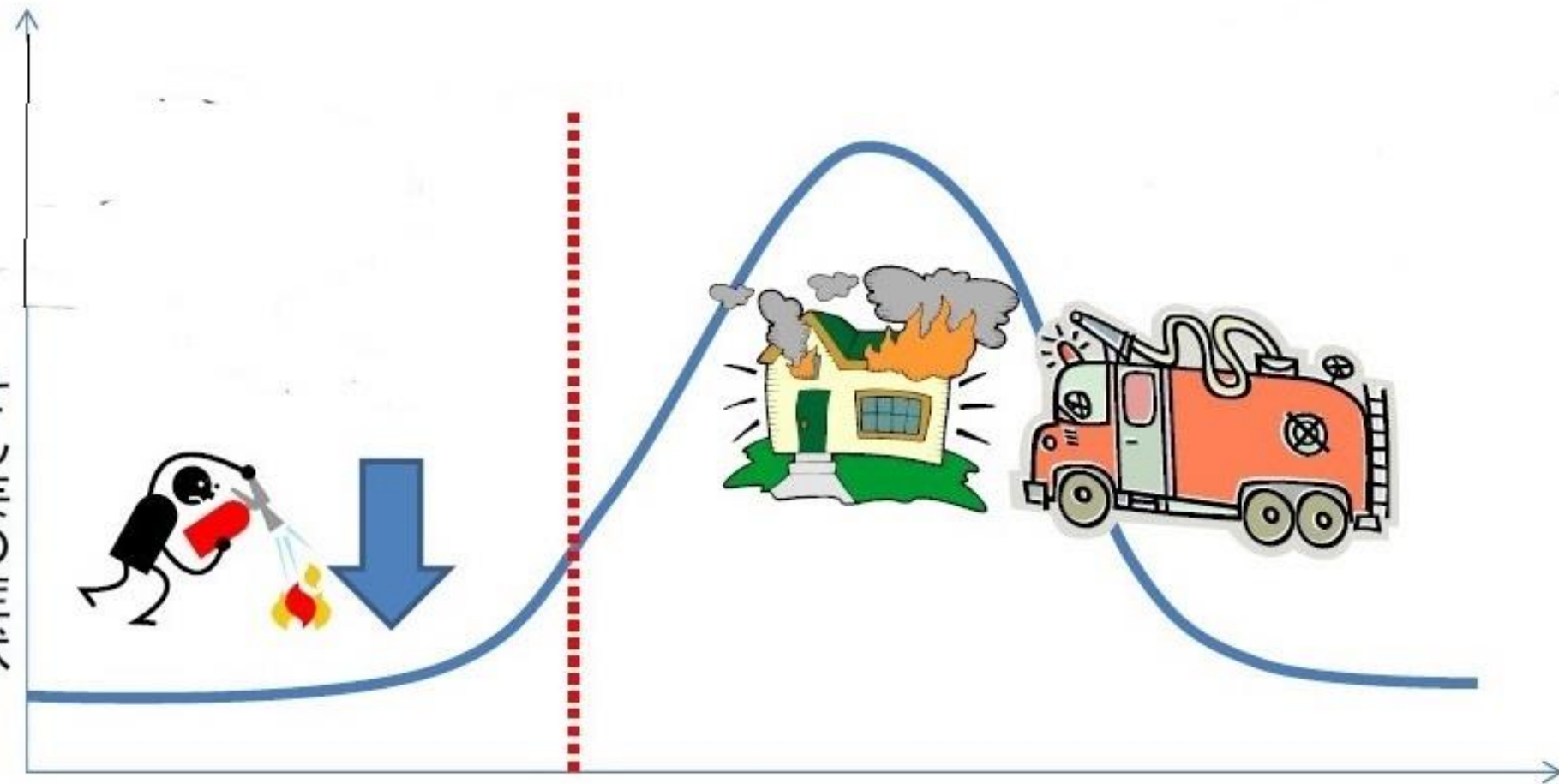


錯乱
沈静



両方が交互

せん妄の症状
(鎮静に必要な薬の量)



日中

夕食

20時

朝

キーマッセージ4

抗精神薬は対症療法薬剤
せん妄の治療薬ではない

せん妄は**身体的要因に対処しないと治らない**

キーマッセージ5

ブロチゾラムなどの睡眠剤単独投与は
せん妄を悪化させる

せん妄の本態は意識障害
睡眠剤でさらに意識障害を悪化させ
せん妄症状が悪化する

「せん妄を引き起こしやすい薬物」

抗パーキンソン薬	アーテン、アキネトン、シンメトレル
抗うつ薬	ドグマチール、トリプタノール、アナフラニール
抗不安薬 (ベンゾジアゼピン系薬)	ハルシオン、ホリゾン、ワイパックス、デパス、セルシン
非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs)	アスピリン、ボルタレン、ロピオン、ロキソニン、モービック、ナイキサン
抗生物質	チエナム
インターフェロン製剤	スミフェロン
副腎皮質ステロイド	コルチゾン、デキサメタゾン
胃薬 (H2ブロッカー)	ガスター、タガメット、ザンタック
心臓病薬	ジギトキシン、ジゴキシン
β 遮断薬	プロプラノロール
抗がん剤	5-FU、キロサイド
オピオイド	モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル

精神科の薬ってどういう種類があるの？

抗精神病薬

せん妄や統合失調症に使われる薬

幻覚、興奮や昼夜リズム障害など
症状そのものに使用

セレネース®、リスパダール®
ジプレキサ®、セロクエル®
コントミン® など

睡眠剤とは違う

抗不安薬・睡眠薬
(ベンゾジアゼピン系)

不眠時や不安時に使われる薬

マイスリー®、ゾピクロン®
レンドルミン®、ロヒプノール®
エバミール®など

せん妄を悪化させる
ベンゾジアゼピン系は注意

せん妄悪化

抗精神病薬を使ったときの観察ポイント

効果

●認知機能・注意集中力の改善ぐあい

例)使用1時間後、見当識が改善して落ち着いて話ができる

※眠ったから効果があるわけではない

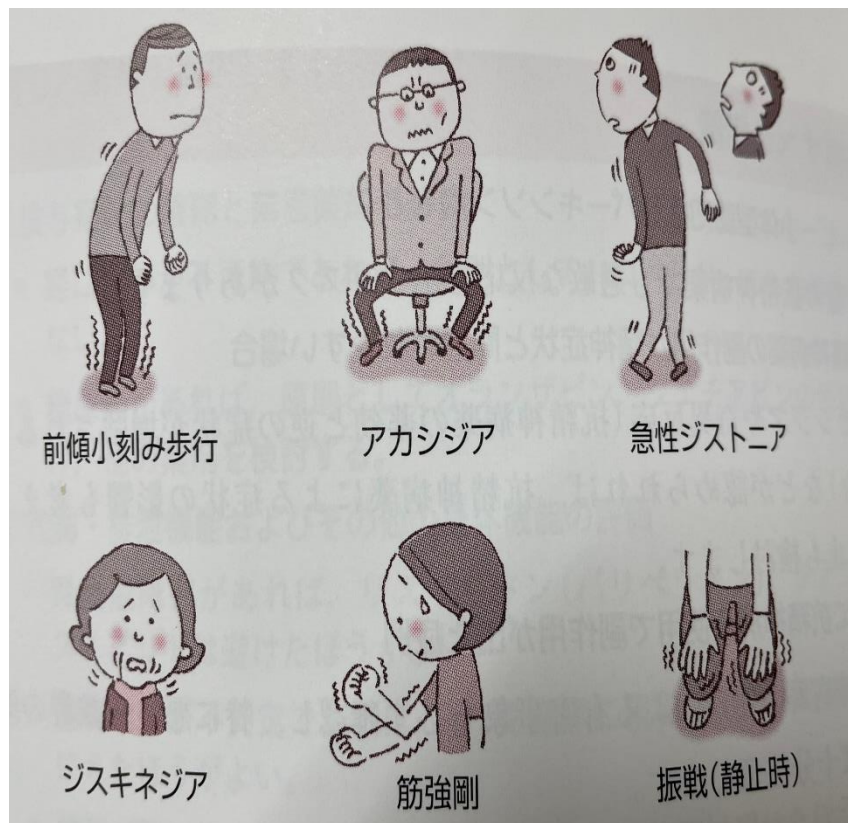
副作用

●錐体外路系副作用

- パーキンソニズム(振戦、固縮、小刻み歩行、嚥下障害など)
- アカシジア(下肢を中心とした不快感・苦痛感)
- 悪性症候群(高熱、固縮、意識障害) など

- 抗 α 作用; 立ちくらみ、ふらつき、血圧低下
- 抗コリン作用; かすみ眼、便秘、尿閉、(せん妄の悪化)
- 抗ヒスタミン作用: 鎮静、血圧低下
- 心電図異常; QTc延長

< 錐体外路症状のいろいろ >



- アカシジア：下肢がムズムズしてじっとしてられなくなる。
単に精神的にイライラしているのが目立つ場合もある。

- パーキンソニズム

前傾小刻み歩行：前傾姿勢で小刻みな歩行が見られる

動作緩慢：全体的に動きが鈍くなる

仮面様顔貌：表情変化が乏しくなる

流涎：つばがうまく飲み込めず、

口に溜まり涎がでることがある

筋強剛：筋肉の動きが悪くなり、固まったようになる

振戦：手などの震えが認められる

- ジストニア：筋緊張が異常に亢進し、舌や頸部、
身体全体が捻転したり、異常な姿勢になるなど
- ジスキネジア：口を絶えずもぐもぐ動かすなど

「せん妄ケア」

- ・せん妄は「患者のバイタルサイン」の一つ
 - 環境変化への適応力の低下のサイン「脆弱性」
 - 身体内部の異常の兆候
 - まずはそっと、バイタル測定・フィジカルアセスメント
- ・せん妄は「ケアの質」を表す指標の一つ
 - 多職種との連携により、発症率・発症期間を抑えられる
 - 「ケアの質」が高いと予防・早期発見・治療の効果が高まる
- ・せん妄の体験は患者自身辛い体験であることも
 - 自分ではコントロールできない 幻覚・幻聴は恐怖体験であることも
(医療者から知らされる現実)

目標：せん妄という苦しい体験からくる不安を和らげる

せん妄体験は苦痛・・・

対象 : せん妄の体験を記憶していたがん患者54人 (53.5%)
: 家族 75名
: 看護師101名

評価 (0-4点)	患者 (N=54)	家族 (N=75)	看護師 (N=101)
非常につらい (4)	80%	76%	73%
平均 (SD)	3.2 (1.1)	3.8 (0.5)*	3.1 (0.8)
予測因子	妄想	PS	幻覚、 せん妄重症度

*P<.001 (one-way ANOVA)

Breitbart et al, Psychosomatics, 2002



「何か見え(聞こえ)ていらしゃるんです
ね？私には見えないのですが、それは
怖いですか？
それはお辛い体験でしたね。」



「お体が辛いときは、誰でもぼんやりとなります。
お体の調子を確認するためにもいくつか質問さ
せてください。ここはどこかわかりますか？
今日はだいたい何日何時くらいでしょうか？」

せん妄予防とケア

患者に対するケア

- 全人的苦痛の緩和(便秘・疼痛・呼吸苦など)
- 活動と休息のバランスを整える(リハビリなど)
- 自宅での過ごし方をヒントに(寝る時間起きる時間)
- 感覚遮断を減らす(メガネ、補聴器、入れ歯の装着など)
- 心地よく過ごせるような環境を整える(毛布や枕の持参など)
- 現状への認識を促す(カレンダーや時計、ラジオやテレビなど)
よく見ていた番組を本人や家族から聞いておく
- せん妄リスクアセスメント(ポケットマニュアル参照)

家族に対するケア

- せん妄について説明する
- 予防のケアへの参加を促す



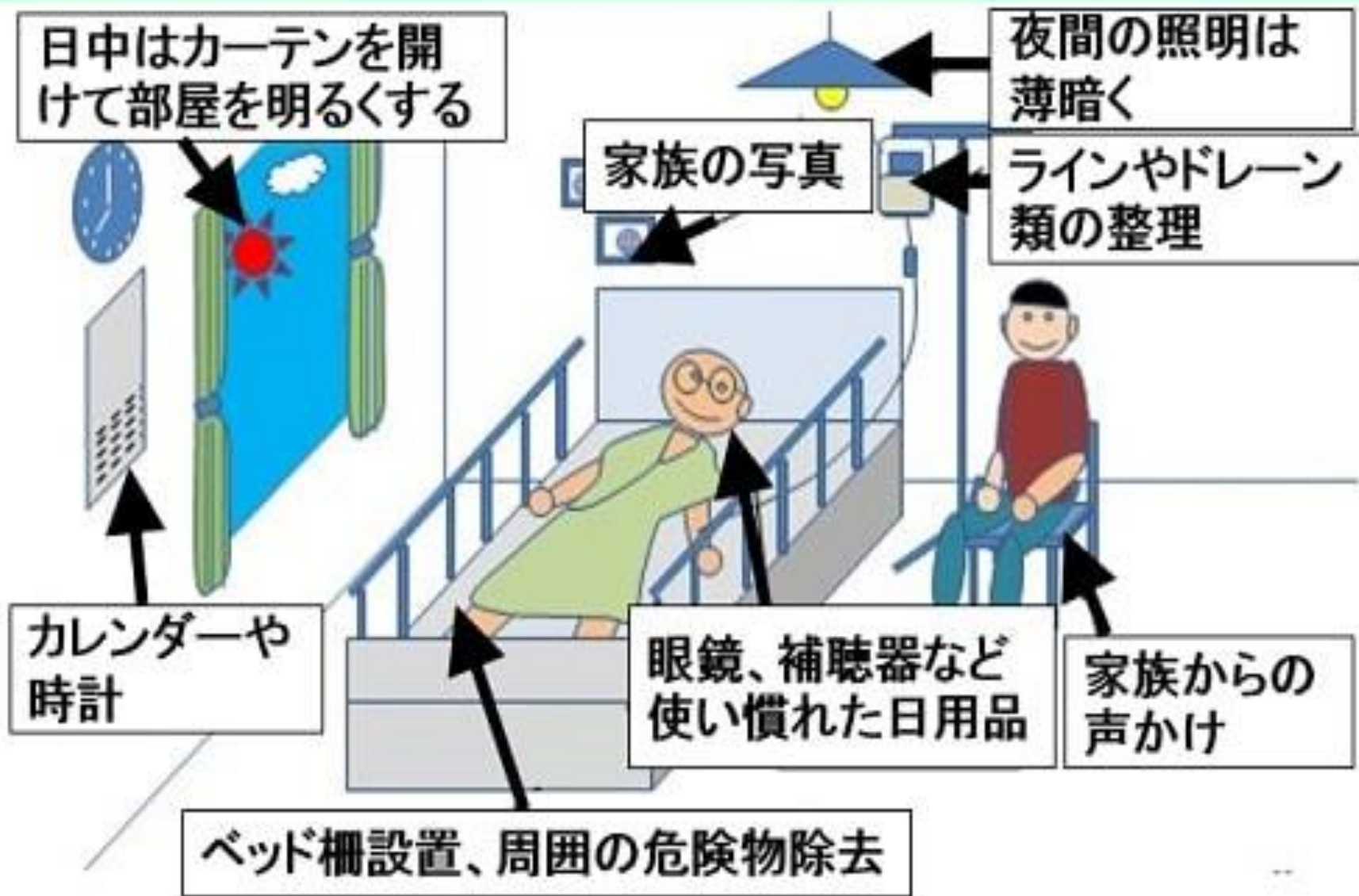
せん妄予防とケア

- ・説得は無効、肯定すること
- ・患者の**強みや得意とすること**を関わりのヒントにする
(性格、仕事、趣味などと取り入れる)
- ・**味方**であることを伝える
- ・今起こっていることを、**簡単な言葉**で伝える
- ・見当識を修正することは避ける→日常的な会話の中でそれとなく伝える。
- ・**SPEACH ROCK**はできるだけしない。
- ・低いトーン、はっきり、ゆっくり話す。
- ・目線は患者より低め、視線を合わせるように(マスクは可能なかぎり外す)



今、きつくないですか？
きつそうに見えますけど。心配してますよ。
何か力になれたらいいと思ってきてます。

促進因子の除去 看護師や家族ができるケア



Step1

「出会いの準備」



自分の来訪を告げ、相手の領域に入って良いと許可を得る

Step2

「ケアの準備」



ケアの合意を得る

Step3

「知覚の連結」



いわゆるケア

Step4

「感情の固定」



ケアの後に共に良い時間を過ごしたことを振り返る

Step5

「再会の約束」



次のケアを受け入れてもらうための準備

<引用・参考文献>

