

2013 年 聖隷クリストファー大学大学院

保健科学研究科 博士論文

統合失調症の多飲症患者の看護における現状と課題
ー多飲症リスク状態に着目した看護援助への提言ー

10D013 茂木 泰子

論文要旨

I. 序文

本研究の研究領域は、長期入院している統合失調症患者の約 1 割にみられる多飲症患者（以下、多飲症患者とする）に対する看護援助である。多飲症は、従来、水中毒という診断名でとらえられてきており、水中毒の病因は、多飲水による体内への水分の過剰な貯留による希釈性低ナトリウム血症である。水中毒患者の精神症状は、易怒的で攻撃的になり、けいれんや意識障害などの神経症状が引き起こされ、身体症状が重篤になると横紋筋融解や脳圧亢進などにより死に至る場合もある。近年、川上（2010）は、水中毒と区別して「多飲症」を定義した。水中毒と多飲症の症状は混在することも多く、混同して理解されていることが多いのが現状である。このような状況において、多飲症患者の看護に焦点を当てた研究が少なく、多くの看護師は看護をしているにもかかわらず成果が実感できないと困難感を抱き、疲弊につながっている。この問題に対しては、多飲症患者に対する有効な看護援助方法を見出すことが喫緊の課題であると考えられる。

II. 研究の目的

本研究の目的は、多飲症患者の看護における現状と課題を明らかにし、看護援助への提言をすることである。

III. 研究の意義

有効な看護援助への提言をすることができれば、多飲症の予防や早期発見、治療に看護が貢献し、看護師の実践能力を活かすことによって看護師の困難感を軽減し、また、医療費の軽減にも寄与すると考えられる。

IV. 用語の定義

多飲症：飲水に対するセルフケア能力が低下しているために、体重が著明に増加するほどの飲水をしてしまうことであり、過剰な水分摂取により日常生活にさまざまな支障をきたすことである（川上，2010）。

V. 研究の構成

第1・2・3の3研究で構成する。各研究の「研究目的」と方法を簡略に示す。

A. 看護師の視点から見る看護の現状と課題

第1研究：「看護師は、多飲症患者に対し、どのような看護援助を行っているかを知る」。調査研究。看護師10名へのインタビュー調査。

第2研究：「看護師は、多飲症を疑う時の患者の特徴をどのようにみているかを知る」。調査研究。看護師50名へのアンケート調査。

B. 患者の視点から見る看護の現状と課題

第3研究：「多飲症患者はどのような看護援助をうけているかを知り、課題と看護援助への提言を見出す。調査研究。2病院3病棟の患者6名のマイクロエスノグラフィー、および看護師7名へのインタビュー調査。

VI. 結果

第1研究：「簡易整理法」および「テキストマイニング」を用いた分析により，多飲症患者の看護が優れていると看護管理者から推薦を受けた看護師は，1) 多飲症症状が表れない時の看護援助，2) 多飲症症状が表れた時の看護援助，3) 水中毒に移行した場合の看護援助，4) 看護師が経験している人間像，の4つのカテゴリーに分類される看護を行っており，症状が表れた時だけでなく，表れない時にも患者に関心を寄せ，人間関係に関心を寄せていることが分かった．一方，多飲症患者は言っても分からない人であるという諦めをもち，水中毒発作時の身体拘束等について意に沿わない「辛い経験」をしている場合もあった．

第2研究：因子分析を行った結果，第一因子：明らかな飲水量の増加を示す示す行動，第二因子：看護師と距離をおきたいという行動，第三因子：飲水量の増加を疑わせる行動，第四因子：低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動，第五因子：ストレスを抱えていることを疑わせる状態，が得られた．共分散構造分析では，第二因子「看護師と距離をおきたいという行動」と第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」との相関関係が(.96)であり，最も強い相関関係を示した．第1・2研究で得たこれらの現状から示唆される看護を整理して，看護の課題とした．

第3研究：統合失調症の多飲症患者は自我障害があり，ストレスをかかえやすい状態にあることから，環境に生じている人間関係を過剰なストレスとして取り込み，即時に多飲行動を起こすことがある現状が観察された．また，無症状の多飲症患者は，制限的・管理的に，飲水に関してのみ対応されていることが多い現状がわかった．このような現状から看護の課題を明らかにし，多飲症を発症してからの看護援助に視点の中心を置いていたこれまでのあり方から，「多飲症リスク状態」に中心を置くあり方に視点を転換する必要性を見出し，看護援助への提言を行った．

VII. 考察

看護師の視点からの第1・2研究では対応できない課題について，患者の視点から第3研究を行ったことで，看護援助の新たな課題を見出すことができたと考えられる．課題への対応を「統合失調症の多飲症リスク状態に着目した看護援助への提言」として要点を簡潔に一覧表に示したことで，臨床での看護の取り組みの手がかりの一助になると考えられる

VIII. 結論

多飲症患者の看護の現状と課題から，「多飲症リスク状態」に看護援助の重点を移すという新たな視点を見出した．看護援助方法として 1)多飲行動の原因の1つを環境に求め，ストレスに注目する．2)統合失調症患者は自我障害により透過性があるので，患者をとりまく環境の中での人と人との関係性について特に綿密な観察と配慮をし環境を整える，などを提示した．

目 次

第1章 序 章	
I はじめに	1
1 多飲症患者	1
2 水中毒患者	3
3 統合失調症患者	3
II 研究の背景と意義	4
1 精神科病棟の多飲症患者の看護の状況と問題	
2 研究の視点	
3 本研究の目標（着目点）と研究の意義	
4 研究の目的と研究の問い	
5 用語の定義	
第2章 多飲症患者の状態・症状の程度の分類と本研究の対象領域の位置づけ	10
第3章 文 献 検 討	13
1 1983年から2009年（1期）	
2 2010年から2013年（2期）	
第4章 研 究 の 構 成	20
1 本研究の目標（着目点）	
2 第1研究の概要と3研究全体のなかでの位置	
3 第2研究の概要と3研究全体のなかでの位置	
4 第3研究	
第5章 第 1 研 究	23
I 研究題目	23
II 研究の背景	23
III 研究目的と研究の問い	23
1 研究目的	
2 研究の問い	
IV 用語の操作的定義	24
V 研究方法	24
1 研究デザイン	
2 分析方法	

VI	倫理的配慮	25
VII	結果	25
	1 研究参加者（研究対象者）の属性と人数	
	2 インタビューの形態と人数、面接時間	
	3 水中毒看護マニュアルについて	
	4 質的分析結果	
VIII	考察	34
	1 簡易整理法による質的分析結果について	
	2 テキストマイニングによる分析結果について	
	3 研究の限界	
IX	結論	39
第6章	第2研究	40
I	研究題目	40
II	研究の背景	40
III	研究目的と研究の問い	40
	1 研究目的	
	2 研究の問い	
	3 用語の操作的定義	
IV	研究方法	41
V	倫理的配慮	41
VI	結果	41
	1 調査対象者	
	2 分析結果	
VII	考察	46
	1 因子分析の結果について	
	2 共分散構造分析の結果について	
VIII	結論	48
第7章	第3研究	49
I	研究題目	49
II	研究の背景	49
III	研究の目的と研究の問い	49
IV	研究の意義	50
V	研究方法	50

VI	研究の倫理的配慮	52
VII	結果	52
	1 病院の概要と患者の属性	
	2 第3研究の問い(1)～(5)に対する結果	
IV	考察	78
	1 統合失調症の疾患の特徴と多飲行動について	
	2 統合失調症と自我の関係からの視点	
	3 統合失調症の多飲症患者とストレスの関係	
	4 統合失調症患者の多飲症患者が経験していたストレスと防衛機制	
	5 統合失調症の多飲症患者に対する患者－看護師関係	
	6 看護に対する示唆	
V	結論	88
第8章	考察	90
第9章	結論	102
	研究の限界と今後の課題	
	謝辞	104
	文献	105

図・表・資料の目次

図ー 1	研究の構成	1
図ー 2	水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践 看護師インタビュー結果の頻度分析	2
図ー 3	水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践 看護師のインタビュー結果のこぼれネットワーク	3
図ー 4	精神科の入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の「患者の 特徴だ」と考えられる行動の特徴を示す共分散構造分析	4
図ー 5	統合失調症の人と健康な人の自我の比較	5
図ー 6	健康な人の自我状態におけるストレスとストレスの関係	5
図ー 7	統合失調症患者の自我状態と多飲症を引き起こす6つの要素	6
図ー 8	統合失調症の男性 A 氏：ストレスとストレス，多飲行動の関係	6
図ー 9	統合失調症の女性 C 氏：ストレスとストレス，多飲行動の関係	7
図ー 10	両者のストレスの受け止め方の違い	7
図ー 11	慢性期にある統合失調症患者の多飲症症状と現在の看護援助	8
図ー 12	マズローの欲求階層からみた現在の多飲症患者の看護援助	8
図ー 13	慢性期にある統合失調症患者の多飲症の症状とリスク型の看護援助	8
図ー 14	マズローの欲求階層からみた多飲症患者のリスク型の看護援助	8

表一 1	多飲症患者の状態・症状分類と本研究の対象領域の位置づけ	9
表一 2	検索期間 1983-2009 の文献	10
表一 3	検索期間 2010-2013 の文献	13
表一 4	研究参加者（研究対象者）の属性と人数	14
表一 5	精神科における水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護実践と看護経験の分類	15
表一 6	対象者の属性と人数	17
表一 7	精神科の入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の「患者の特徴だ」と考えられる行動	18
表一 8	病院の概要	19
表一 9	患者の属性	19
表一 10	クロザリル開始前後からみた経験の比較	20
表一 11	インタビュー対象の看護師の属性	21
表一 12	統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針（案）	22
表一 13	統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針	23
表一 14	多飲症リスク状態にある患者の状態・症状に対する看護の位置づけ	24
資料一 1	水中毒患者の看護プログラム開発に関するインタビューガイド	25
資料一 2	アンケート調査用紙	26
資料一 3	ストレススケール（案）	27
資料一 4	多飲症患者に対する看護援助（案）	28

第1章 序章

I はじめに

本研究の研究領域は、長期入院している統合失調症患者に見られる多飲症症状を呈する患者に対する看護援助である。この節では、先ず、多飲症患者、水中毒患者、および統合失調症患者について、一般的知見の概要を述べる。

1. 多飲症患者

1) 多飲症の定義

多飲症は、従来、多飲、多飲水、病的多飲水、多飲状態、多飲水行動など、さまざまな名称でとらえられてきた病的状態であったが、近年、川上（2010）が体系的に定義した病態である。川上（2010）は、多飲症は過剰に飲水をしてしまうという“行動”に着目した病態であると定義し、その具体的な問題点として次の4項目をあげている。

- ① 飲水行動を自分で調節できない
- ② たくさん水を飲むことで体内の水分・電解質のバランスを乱してしまう
- ③ 飲水行動により日常生活に支障をきたす
- ④ 上記の状態が長期間継続すると、器質的な異常にも発展しかねない

また、川上（2010）は、多飲症の合併は原疾患の治療を難しくする可能性があり、早期の発見と早期の介入が重要であると強調している。

2) 多飲症患者の症状

多飲症患者の症状（川上，2010）は、過剰な水分摂取によりもたらされる症状であり、
<水の飲みすぎ（消化器症状）：悪心，嘔吐，めまい，胸やけ，胃もたれ><水分の貯留：むくみ（下肢，顔面，腸管），頻尿，夜尿，尿失禁，下痢，一過性の高血圧，循環血液量の増大（血液の希釈）><慢性化に伴う合併症：巨大膀胱，無力性膀胱，尿管拡張，水腎症，腎不全，骨粗鬆症，高血圧，うっ血性心不全>などであるとしている。

3) 多飲症患者の経過

川上（2010）は、多飲症患者の経過を、多飲症期から低ナトリウム血症期へ、さらに身体合併症期へと進行するとし、各期の特徴と症状を下記のように整理している。

(1) 多飲症期：精神科疾患の発症後5～10年してから出現することが多い。多飲・多尿の状態。症状は前述（上記1.2）のとおりである。

(2) 低ナトリウム血症期：多飲症を呈するようになってから5～10年後、低ナトリウム血症による水中毒を起こすようになる。症状は、ぼんやり，いらいらする，頭痛，体のだるさ，筋肉の引きつれ，脱力感，運動失調，激しい嘔吐，大量の尿失禁，もうろう状態，け

いれん発作，意識障害（昏迷，昏睡），精神症状の悪化など．続発する症状は，横紋筋融解症（ミオグロビン尿症），腎機能障害，誤嚥性肺炎など．

（3）身体合併症期：大量の水分を摂取している状態が長年続いた結果，身体合併症状を呈する状態．症状は，骨粗鬆症，尿管・腸管や膀胱の拡張，水腎症，心疾患など．

4) 多飲症患者の疫学

多飲症のこれまでの疫学調査は，上に述べたように，近年になるまで，過剰に飲水をしてしまうという“行動”としてとらえられた体系的な定義がなされていないことから，評価基準等がまちまちであったが，おおよそのところでは，明らかな多飲症患者は，精神科病棟に長期入院中の患者のおおよそ20%であるといわれている．稲垣（2000）は，軽症多飲症患者は48.7%であったとの調査結果を報告しており，川上（2010）は，多飲傾向にある精神科入院患者は精神科臨床の医療者が想像する以上に多く，この他に，外来にいる軽症多飲症患者，医療者がその存在に気づいていない場合も含めると，その数は相当なものになるのではないかとし，発症頻度は必ずしも低くないので，「多飲症の患者は実際にはかなりいるのだ」と考えを切り替えて臨床を見る必要があると示唆している．

5) 多飲症を伴う疾患

多飲症患者の60～80%は統合失調症患者であるといわれている（川上，2010）．しかし，多飲症は精神疾患患者に特有の病態ではなく，気分障害，感情障害，精神発達遅滞，認知症，脳炎後や頭部外傷後などの器質的な脳疾患，神経性食思不振症，人格障害，アルコール依存症などでも報告が認められている（川上，2010）．多飲症がなぜ精神科疾患の患者に多いかについては現時点では明らかになっていない（川上，2010）．

6) 多飲症になりやすい素因・要因

多飲症（水中毒を含む）になりやすい素因として，これまでの研究では，①精神科疾患の罹病期間が長い，②統合失調症である，③喫煙者である，④低ナトリウム血症をおこしやすい薬物を服用している，⑤男性である，⑥白人である，などがあげられているが，川上（2010）は，これらが，早期の介入を判断するのに有用な情報であるかどうかを疑問視している．

多飲症の原因については，心因・ストレスの関与，器質的な脳の変異，遺伝，内分泌異常，原疾患の症状，常同行為，などとされており，川上（2010）は，多因症は単一の原因によるものではなく，①器質的要因（遺伝を含む），②精神病理的要因，③心理的要因，その他の要因（薬物・喫煙など）など，いくつかの要因が複合して出現する病態なのではないかと考えているとし，現在，さまざまな仮説がいわれている段階であって，確定した原因はまだ不明である．統合失調症においては，多飲症と関係する遺伝子の研究（新開ら，2007）が報告されている．

多飲症の素因・要因に関する上記の情報は、多飲症の危険因子としてとらえるにはまだ明らかとはいえないが、多飲症を早期に発見して早期に介入するための一定の手がかりになっている。

2 水中毒患者

1) 水中毒の定義

水中毒は医学的診断名であり、1983年に藤井によって日本ではじめて提示された。藤井(2010)によれば、当時、外国文献には、water intoxicationやpolydipsiaとして報告がなされていた。水中毒は、「多飲症により誘発されるもので、希釈性の低ナトリウム血症による諸症状を呈している状態である(川上, 2010)」と定義されている。時には一過性の水中毒発作を起こすことがあり、けいれん、意識障害、呼吸不全などの重篤な病態となり死に至る場合もある。

2) 水中毒患者の症状

水中毒患者の症状(川上, 2010)は、希釈性の低ナトリウム血症によりもたらされる症状であり、具体的には次の症状である。

- ① 精神症状：イライラ、ぼんやり、怒りっぽい、幻聴など精神症状の悪化
- ② 神経症状：ふらつき、頭痛、手足のふるえ、失調状態、不随意運動、脱力感、無気力、もうろう状態、けいれん、意識障害、昏睡
- ③ 合併症：肺炎(水分の誤嚥)、肺水腫、横紋筋融解症、急性腎不全、敗血症、DIC(播種性血管内凝固症候群)、ARDS(急性呼吸不全)。こうした合併症は、重篤な病態へと進展し致命的な病態を引き起こす可能性がある。

3. 統合失調症患者

1) 統合失調症の定義と患者の症状

統合失調症は青年期に発症することが多い精神疾患であり、発症すると知覚、思考、感情、意欲など多くの精神機能領域の障害をもたらす(蓮舎, 2010)。統合失調症の発症は陽性症状をもって定義される(蓮舎 2010)。陽性症状は(蓮舎, 2010)、「本来ないはずのもの」がみられるという症状であり、思考化声(自分の考えていることが声となって聞こえる)、幻聴(実際にはない声や音が聞こえる)、体感幻覚(実際にはない身体の異常感覚がみられる)、妄想(誤った考えや意味づけに異常な確信をもつ)、自我障害(自分の考えや行動が自分のものであるという認識が障害される)、させられ体験(他人の思慮で操られていると感じる)、思考伝播(自分の考えが人に伝わってしまうと感じる)、連合弛緩(考えがまとまらず筋が通らなくなる)、緊張病症(著しく興奮したり自発行動が停止したりする)などである。

統合失調症のもう1つの症状は陰性症状であり、陰性症状は(蓮舎, 2010)、「本来ある

はずのもの」がみられないという症状であり、感情鈍麻（喜怒哀楽の感情表現が減少し表情や声の抑揚に乏しくなる）、自発性の減退（仕事や学業に積極的でなくなり周辺にも無頓着となる）、疎通性の障害（共感性に乏しく意思が通じにくい）などである。

2) 統合失調症患者の行動特性

昼田（2007）は、2001年にWHOで採択されたICF（国際生活機能分類）を取り入れて統合失調症患者が社会生活のなかで示す行動特性を、①認知障害と過覚醒、②常識と共感③自我境界、④時間性に分類して示し、そうした特性をふまえた適切な支援をする必要性を強調している。

3) 統合失調症患者の疫学

統合失調症の有病率はこれまでおおまかに100人に1人といわれ、発病率は1万人あたり1.5人程度といわれている。発症年齢は15～35歳が大半を占めている。

統合失調症の診断で入院している患者数は187,400人、外来患者数は66,500（平成20年患者調査）と推計されている。統合失調症は、発病率は比較的低いが、比較的長期の治療が必要になるために、入院・通院の患者数が多い（秋山、2010）。

4) 統合失調症の原因

現在のところ明らかにされていない。脳の構造・機能の微細な異常が原因と考えられるようになってきている。原因ではないが、進学・就職などの人生の進路における変化が発症の契機となることが多いとみられており、発症には、遺伝などの素因と環境の両方が関係しているとされている。

II 研究の背景と意義

2011年発行の「国民衛生の動向（2011／2012年版）」によれば、2008年現在約30万の患者が精神科病棟に在院しており、その約6割が統合失調症患者である。統合失調症患者の平均在院年数は10年を越えており、自尊感情の低下や社会性の低下などが、社会復帰を阻害する要因の1つであるともいわれている。

1 精神科病棟の多飲症患者の看護の状況と問題

多飲症患者は、多飲症症状が見過ごされると、前節の「1 はじめに」で記述したように、多飲症により誘発される水中毒という病態に至り、その精神症状は、易怒的で攻撃的になり、身体症状は、激しい嘔吐や、意識混濁を引き起こすような電解質バランス異常、さらには横紋筋融解や脳圧亢進などの重篤な病態を引き起こして、死に至る場合もある。

入院している精神科の多飲症患者に対する看護は、水中毒発作時については、一般的な急性期看護の技術を中心に対応する。しかし、多飲症患者については、この症状に焦点を当てた研究が少ないために、体系化され標準化されるまでにいたっていない。

そのために、多くの看護師は、看護をしているにもかかわらず成果が実感できないと困難感を抱き、疲弊につながっている。したがって、多飲症患者に対する有効な看護援助方法を見出すことが喫緊の課題であると考えられる。

このような状況が続いているなかで、近年刊行された川上ら（2010）の著書『多飲症・水中毒』の第2部実践編には、水中毒の既往をもつ患者を対象とした多飲症専門病棟における看護実践の記録が体系的にまとめられており、これは画期的な報告であって、学ぶべき多くの治験が示されている。

しかし、川上らの報告は、20床の多飲症専門病棟という特別な環境で行われた治療・看護方法であり、この方法を一般的な病床数を有する精神病院あるいは一般病院の精神科病棟で活用するには、検討を加える余地があると考えられる。

2 研究の視点

一般の精神科病棟に入院する統合失調症の多飲症患者が、実際にどのような看護を受け、彼らがそれをどのように感じているのかを、精神科臨床において患者の言動から直接捉えようとする研究は、これまでほとんど見られていない。その理由の1つは、歴史的な背景から精神科の患者は意思決定をする機会が少なく、疾患の特徴からも、意思表示が困難な場合もあったからであると考えられる。

しかし、看護を受けている患者の客観的な成果（回復など）と同時に、患者が看護をどう受け止め、看護に何を求めているかを知ることは、看護の質の向上のために欠かすことはできないと考えられる。

同時に、看護を提供する看護師が、臨床現場でどのように看護を考え実践しているかを知ることも欠かすことができないと考えられる。

本研究はこのように考えて、研究の視点を、看護師の視点から看護援助を見ることと、患者の視点から看護援助を見ることの両方に定めた。

3 本研究の目標（着目点）と研究の意義

1) 研究の目標（着目点）

本研究は、精神科病院および一般病院の精神科病棟に入院している統合失調症の多飲症患者に焦点を当て、看護援助の現状を知り、課題を見出して、看護援助への提言をすることをめざしている。

本研究の目標（着目点）を、これまでに記述した研究の背景や研究の視点から、次の3つに定めた。

- ① 現在行われている看護援助を看護師の見方を通して知る
- ② 患者の体験を知る
- ③ 無症状および軽度・中等度の多飲症患者の看護援助に注目する

2) 研究の意義

本研究の意義は、第 1 に、この研究の調査結果に基づいて、統合失調症の多飲症患者の看護援助への提言をすることができることである。

第 2 に、川上ら (2010) の提示した多飲症患者の看護援助を、川上らのような特別な環境条件をもたない一般的な精神科病棟 (約 40~60 床) においても参考にして実施できる可能性を探ることができることである。

第 3 に、無症状および軽度・中等度の多飲症患者の看護援助に注目して看護師の実践を支援できる提言をすることによって、精神科臨床における現状において、隔離室を占拠せざるを得ない重症の多飲症患者、水中毒患者は勿論のこと、介入にかかわる看護師の両者の精神的負担の軽減に寄与することができると考えられる。

第 4 に、多飲症症状を経験したことのある (あるいは現在経験している) 統合失調症患者の経験を捉えた提言をすることによって、一般の精神科病棟で現在行われている無症状および軽度・中等度・重度の多飲症患者の看護を再構築して体系化することに寄与することができる可能性が考えられることである。

4 研究目的と研究の問い

1) 研究目的

本研究の研究目的は、看護師および患者への調査研究を行って看護援助の現状を知り、課題を見出して、精神病院あるいは一般病院の精神科病棟における統合失調症の多飲症患者に対する看護援助への提言をすることである。

2) 研究の問い (Research question)

(1) 主問

本研究の主問は、「精神病院あるいは一般病院の精神科病棟における統合失調症の多飲症リスク状態の患者にはどのような看護援助が必要とされているか」、である。

多飲症の発症は、統合失調症で 10 年以上の長期入院経過をたどった男性の喫煙者に多くみられるといわれている。中等度以上の多飲症患者は自分の意思では飲水制限が困難であるため、看護としては医師の指示に基づき飲水量の制限を指導したり、状況によっては隔離室などに隔離し飲水を遮断したりする。

しかし、隔離されても、患者は便器に溜まった水やポータブルトイレなどの自尿さえも飲んでしまうことがあり、医師の指示とはいえ、看護師はしかたなく患者を四肢抑制し、飲水行動を制止する場合がある。

隔離や四肢抑制は口渴を訴える患者にとって飲水の遮断という苦痛ばかりでなく、意識のある患者の行動制限を行うものであり、看護師は患者の激しい罵声を浴びせられるなかでの介入となる場合がある。このような状況は、水中毒発作や多飲症症状が改善されたあとも、患者と看護師の関係に傷を残すことが少なくない。看護師は患者が普段とは違う興奮状態であると分かっているにもかかわらず、やはりその言動は、看護師として苦痛を感じる状況である。

また、多飲症が見過ごされると低ナトリウム血症（水中毒）の発作につながり、意識消失や生命の危険さもあること、また、身体合併症（骨粗鬆症、水腎症、心疾患など）を呈するようになるため、早期の対応をしていくことが重要な課題となっている。また、軽度の多飲症や無症状の場合にも、多飲症の症状の進行を止め、患者の QOL を回復し高め、原疾患の回復を促進するためには、早期の発見と対応をしていくことが重要な課題となっている。

しかし、これらの重要な課題に現在の看護実践は必ずしもこたえることができず、それが看護師の苦悩にもつながっている。

本研究の主問は、このような現状のなかで、患者にとっても看護師にとってもより成果につながる看護援助への提言を探索する研究を行うための問いである。

(2) 副問

本研究の主問を支える研究上の問い（副問）を、次のように定めた。

精神病院あるいは一般病院の精神科病棟に長期入院している統合失調症の多飲症患者に対し：

- ① 看護師たちはどのように考えどのように行動して看護をしているか。
- ② 看護師たちは、どのような看護援助を行っており、それはどのような構造か。
- ③ 看護師たちは患者をどのようにとらえており、それはどのような構造か。
- ④ 患者は病棟での生活のなかでどのような経験をしているか。
- ⑤ 患者は病棟でどのような看護を受け、看護をどのように経験しているか。
- ⑥ 多飲症症状を経験したことのある人とない人の経験に差が見出されるか。
- ⑦ 同一患者で多飲症症状のある時とない時の経験はどのように異なっているか。
- ⑧ 調査研究の結果から見出される看護援助の課題は何か。
- ⑨ 課題に対応するためにはどのような看護援助が望ましいか。
- ⑩ 本研究の調査結果を一般の精神科病棟で実践に生かす方法はなにか。

5 用語の定義

本研究において、研究上必要な限定をして用いる用語の定義を次のように定めた。

1) 一般的な精神科病棟

次の条件のいずれかに相当する精神科病棟を示す。

- (1) 精神病院の病棟であって、多飲症専門病棟など特別な目的で設けられた病棟でないこと
- (2) 一般病院の精神科病棟で（40～60床）あって、多飲症専門病棟など特別な目的で設けられた病棟でないこと

2) 精神科病棟

精神疾患患者の入院治療を目的にする病棟。名称は、施設により、精神科病棟、精神神経科病棟などである。

3) 多飲症患者

次の条件のいずれかに相当する、精神科病棟入院患者を示す。

- (1) 多飲症と診断されている
- (2) 多飲症の症状が認められる
- (3) 多飲症の既往（あるいは経験）がある

4) 水中毒（多飲症を含む）患者

水中毒患者、および、あるいは、多飲症患者、または多飲症状を示す患者を示す。

次の条件のいずれかに相当する、精神科病棟入院患者を示す。

- (1) 水中毒と診断されている
- (2) 水中毒の既往（あるいは経験）がある
- (3) 多飲症と診断されている
- (4) 多飲症状が認められる
- (5) 多飲症状の経験がある

この用語は、主として第1研究で用いる。

5) 多飲症リスク状態

多飲症状が現在は見られていないが、症状が起こる可能性が比較的高いと予測される状態を示す。この用語は、潜在的な問題を予測し予防するという看護の視点からの命名であり、多飲症の発症を予防し、あるいは症状を早期に発見することに寄与するために本研究

が命名したもので、主として第3研究以降に用いる。

具体的には、多飲症状が現在は見られていないが、症状が起こる可能性が比較的高いと予測される状態を示す。先行研究から、その条件としては、統合失調症患者である、長期入院患者である、多飲症症状を経験したことがある、現在は無症状だが多飲症と診断されたことがある。多飲症症状を疑わせる行動がみられる、などである。

- ・水分制限など治療的介入が必要
- ⑤ 水中毒リスク 1 : (川上の重度 f に同じ. 一部 (下線) 追加)
- ・中等症以上の水中毒症状, 水中毒発作の既往がある
 - ・教育的なはたらきかけが困難な状態である
 - ・軽度水中毒, 中等度水中毒, 重症水中毒の症状がある
 - ・水中毒と診断されている

多飲症の低ナトリウム血症期に陥る可能性のある水中毒リスク 1 には標準的な看護方法 w があり, それに基づいて看護が行われている. 一方, 多飲症の, ①低リスク h, ②軽リスク i, ③軽度 j, ④中等度 k, については, これまでに述べたように, 患者の行動特性に合わせた看護を模索しながらも, 明確なものは見いだせず, 標準的な精神科看護方法 s, t を応用しながら看護している. しかし, 特に軽度 j, 中等度 k, については, 看護が飲水制限中心の, しかも強制的な制限・管理になりがちになるなかで, 試行錯誤を重ねているのが現状である.

川上ら (2010) は, 多飲症病棟という特別な環境条件を設定して看護を試み, 新機軸を打ち出した. これは, 軽度 d, 中等度 e, 重度 f, および水中毒の看護援助についてであった.

本研究の研究対象領域は, 多飲症専門病棟などの特別な環境的条件にはない一般的な精神科病棟での, 統合失調症の多飲症状患者の状態・症状の程度が, 低リスク h, 軽リスク i, 軽度 j, 水中毒リスク 1 の領域における, 患者の特性に合わせた看護 s, t, u, v である.

このような分類と領域を設定して行われた調査研究が先行研究に見当たらないところから, 本研究がこの点での最初の研究であると考えられる.

表-1 多飲症患者の状態・症状分類と本研究の対象領域の位置づけ

経過	程度	入院している統合失調症の多飲症患者の状態・症状		看護	
		川上 (必要とされる治療の観点)	茂木 (看護実践の観点)	特別な環境条件 (川上ら, 2010)	一般的な環境条件での現状
			低リスク h 既往 (経験) はない 症状 (行動) は認められない	n	s 標準的な精神科看護方法
			軽リスク i 既往 (経験がある) 症状 (行動) は認められない		t 標準的な精神科看護方法
多飲症期	軽度	d 明らかな多飲行動が認められる ・有害な症状の出現はない ・飲水量は自己調節が可能	軽度 j (川上 d に同じ) <u>一部改変</u> ・飲水量は自己調節が可能 (関わりが必要)	o 川上らの多飲症専門病棟における試み	u 飲水制限・管理中心になりがち
	中等度	e 顕著な多飲と、それによる弊害 (頻回のトイレや飲水、水を探す、隠れ飲水、軽度の水中毒症状、イライラする、失禁) がある ・水分制限など治療的介入が必要	中等度 k (川上 e に同じ)	p 川上らの多飲症専門病棟における試み	v 飲水制限・管理中心になりがち
低Na血症期	重度	f ・中等度以上の水中毒症状、水中毒発作の既往がある ・教育的な働きかけが困難な状態 (疎通が取れない、知的な問題がある) である	水中毒リスク l <u>一部追加</u> (川上 f に同じ)	q 標準的な看護方法	w 標準的な看護方法
身体合併症期		g ・大量の水分を摂取している状態が長年続いた結果、身体合併症を呈する状態 (骨粗鬆症や尿管・腸管や膀胱の拡張、水腎症、心疾患など)	m	r 標準的な看護方法	x 標準的な看護方法

は本研究の対象領域 アルファベットは、各カラムの識別の記号

第3章 文献検討

医学中央雑誌により、検索キーワードを精神・統合失調症・水中毒・多飲・多飲水・病的多飲水・多飲症・看護にし、検索期間を1983年から2013年までとすると24文献が得られた。また、これらに関するその他の文献も含み対象としている。川上が、2010年に多飲症を定義したことから、文献を1983年から2009年(1期 表-2)とし、2010年から2013年(2期 表-3)とに分け検討する。文献検討していくにあたり、内容が同類に分類されるものを、原則年代順にみていくこととする。なお、文献番号は各期に分けて付記した。

1. 1983年から2009年(1期)

1) グループや小集団を対象とした指導・教育に関するもの

文献検索番号No.1.(以下、文献検索番号はNo.で表記する)伊東(2001)やNo.3.横山ら(2004)は、患者をグループや小集団を作り、患者はグループの中での役割を担いながら多飲症に対する飲水制限や水中毒に対する知識などの学習する機会を設けていた。また、No.6.喜友名ら(2005)は心理教育プログラムを用いたグループアプローチを行っていた。

2) 1993~2002年の10年間の水中毒に関する援助方法についての文献検討に関するもの

柿坂(2004)らは、1993~2002年の10年間の水中毒に関する援助方法について文献検討を行っており、水中毒と看護の2つのキーワードにより検索された水中毒の看護については、行動制限、隔離、拘束、から開放化へと看護の視点に変化し患者個人に焦点を当てた援助の変化が見られていた。という結果を述べていた。

3) 2002~2006年の5年間、水中毒の看護介入に関する文献の動向に関するもの

茂木(2008)らは、2002~2006年の5年間、水中毒の看護介入に関する文献の動向として、1.多飲水/水中毒患者に関する研究の動向、2.多飲水/水中毒に対する治療の動向、3.看護ケアの動向と成果としてまとめた。3.の内容は、①多飲水/水中毒の予防に関する援助。②看護師の関わり方。③看護師による患者教育。④気分転換。⑤患者に気持ちを語らせる。⑥日常生活に目標をもたせる。であった。しかし、これらは看護師が経験的に行っている内容であった、という結果を述べていた。

4) 環境や関係性に関するもの

No.7.前田(2006)や柿崎ら(2006)は、環境への配慮や日々の関わりの中から患者と看護師との関係性に目が向けられるようになっていったと述べている。さらに、No.14 福田(2008)は、患者-看護師との関係は、スタッフ全員が患者と密なかかわりを持つことにより、水中毒の改善につながったと報告しており、看護師は、患者とマン

ツーマン で関わることや関わりの時間を増やすことで、水中毒の傾向が改善した (No. 13 柴田, 2008. No.19 田島, 2009) と述べている. ここでは, 患者—看護師の関係性に重きがおかれ, 集団ではなく個人に着目されるように変化していった.

5) 行動療法などを用いた看護に関するもの

No.18 大田 (2009) は, 体重測定や体重チェック表の作成により, 患者が自ら治療に参加し, 意識づけを行うことで多飲や尿失禁が軽減したと報告しており, No.19 田島ら (2009) は, 指示・抑止などの関わりを中止し, 対症療法的な支持的援助を行ない, 患者の希望するものを受容し, 動機付けをする, といった行動療法的な方法を行っていた.

6) 海外文献に関するもの

海外の研究では Pub Med を利用し, 検索期間は 1983 から 2012 までで, タイトルキーワードを “water intoxication” で検索すると 55 件であった. and 検索により “Schizophrenia” を入れて絞り込むと 11 件検索されたが, 生理学的な内容や医学所見に関する内容であり, 1 件の事例研究があったが有効と思われる内容では無かった. 佐藤 (2005) は, 血液の脱水に関する測定法を取り入れた bioelectrical impedance method の研究において, 統合失調症患者が「口渇を訴えたいくなる状況」を細胞レベルの脱水症状であると示した. また, Sheila (2000) の Polydipsia Screening Tool では, 施設で用いるスクリーニングツールとしての有効性を示している. この研究に関しては, No9 田場ら (2009) が, ‘精神科入院患者にみられる多飲水の評価基準の妥当性の検討 看護職のための Polydipsia Screening Tool (Reynolds) 日本版の導入に向けて’ というテーマで, 「Polydipsia Screening Tool」 (PST) 日本語版の評価項目 17 項目, およびそれと重複・類似のない, わが国の 3 つの評価基準の 9 項目を加えた計 26 項目を使用し, 多飲水の有無とその程度を評価し, その妥当性を検討している.

7) その他

水中毒に関する図書については, 木村 (2004) による ‘精神科における病的多飲水・水中毒のとらえ方と看護’ が発行されたが, 川上ら (2010) の ‘多飲症・水中毒—ケアと治療の新機軸’ が発行されるまでは, ほとんど水中毒や多飲症に関する看護の図書は無く, 吉浜 (2010) の ‘水中毒・多飲症患者へのケアの展開—取り締まりから患者参加のケアへ’ は, 間もなく発刊された. 2010 年に川上らが水中毒と多飲症の違いを述べ, 多飲症を定義したことで看護が担うべき対象が明らかにされた.

以上の結果から, 1 期 (1983 年から 2009 年) においては, これまで多飲の患者は, 日常生活において多くが管理されていた状況におかれていたが, 少しずつ治療に参加

を促されるようになり、患者の立場が変化していったことがうかがえる。また、看護師も集団に対する対応を行ってきたが、マンツーマンという患者個人に目を向けた看護を行なうように変化していった。

2. 2010年から2013年（2期）

1) 制限や監視の緩和に関するもの

No.1. 比嘉ら（2010）やNo.3 永岡（2010），No.5 岡浦ら（2010）は、多飲の患者の看護は、制限・監視だけでは患者との信頼関係に悪影響を及ぼすことであり、患者自らが実践可能な目標を設定し、その成果に対する報酬を約束することは効果的であると述べている。

2) ポジティブな関わりに関するもの

No.6 大田（2012）は、「多飲水患者に対するポジティブワードを共有したかかわり」というテーマにおいて、多飲水時に看護者にされたくないかかわり、されたいかかわり、を調査し、看護者の監視的な視点を和らげ、患者に安心感を与え、隠れ飲水の頻度を減少させたという結果を述べており、No.9 堂ヶ平ら（2012）も看護師からのポジティブフィードバックにより飲水行動の変化が見られ、自尊感情が芽生えてきたという報告をしている。

このように、第2期とした2010年に入ると、制限や監視という視点の看護は多飲している患者に悪影響を及ぼすとし、患者個人を尊重した、患者自身が治療に参加する看護へと変化してきた。

1983年から2013年までの期間を通して精神科における統合失調症の多飲症患者の看護は、1期（1983年から2009年）の集団や管理、制限などが主に実施されていたが、少しずつ患者の立場を尊重するような看護へと変化がみられた時期であった。そして、2期（2010年から2013年）は、個人の尊重や患者-看護師の関係性が着目され、全人的な看護を目指す方向性をみることができた。

表-2 検索期間 1983-2009 の文献

検索データ源：医学中央雑誌					
キーワード：精神・統合失調症・水中毒・多飲・多飲水・病的多飲水・多飲症・看護					
No.	内容	テーマ	著者	掲載誌	発行時期
1	事例研究	多飲症患者のQOL向上のための援助を通しての一考察	伊藤 真智子	日本精神科看護学会誌 44 巻 1 号 P328-331	2001.07
2	事例研究	慢性期統合失調症患者の多飲水への援助 水中毒予防のための飲水量の自己管理を試みて	遠藤 雅巳, 篠山 照美論文種類	日本精神科看護学会誌 46 巻 2 号 P255-258	2003.12
3	調査研究	多飲水患者にグループ教育を導入して 体重の変化と意識調査からの検討	横山 徹頭, 今村 静江, 岡田 隆, 長岡 香代子, 林 守, 桶谷 玲子	日本看護学会論文集：成人看護 II 34 号 P78-80	2004.01
4	事例研究	多飲水患者の開放処遇への援助 ストレッサーに注目した環境での変化	濱中 順子	日本精神科看護学会誌 47 巻 1 号 P45-48	2004.06
5	事例研究	病的多飲水患者へ経口的な電解質補正を試みて	牧田 加代子, 深野 玉恵, 西本 清二, 吉村 尚子	日本精神科看護学会誌 47 巻 1 号 P308-311	2004.06
6	事例研究	多飲水のある患者との心理教育を通しての関わり 自助グループの活用とグループアプローチを試みた効果	喜友名 悟, 知念 広晃, 佐久川 淳子, 嘉手苺 ヨシ子, 前川 正枝, 小松 智	日本精神科看護学会誌 48 巻 2 号 P128-132	2005.12
7	事例研究	患者の能力に視点をいた行動制限緩和への取組み	前田 拓郎	日本精神科看護学会誌 49 巻 1 号 P98-99	2006.06
8	事例研究	意思疎通困難な多飲水患者のストレス緩和を試みて	柿崎 智子, 樋口 章子, 上田 京子, 佐藤 大樹, 岩代 純	日本精神科看護学会誌 49 巻 1 号 P28-29	2006.06
9	事例研究	精神科入院患者にみられる多飲水の評価基準の妥当性の検討 看護職のための Polydipsia Screening Tool (Reynolds) 日本版の導入に向けて	田場 真由美, 栗 栖 瑛子, 當山 富士子	日本看護学会論文集 看護総合 37 号 P39-41	2006.12

10	文献研究	日本における「多飲水」に関する文献的考察(1) 「原著論文」「報告」を対象として	田場 真由美, 栗栖 瑛子	沖縄県立看護大学紀要 8号 P16-24	2007.03
11	事例研究	多飲水患者様にグループ学習を導入して 多飲水の自覚が全くない患者様への援助	森山 義明	精神保健 52号 P83	2007.06
12	事例研究	集中できるものを見つけて 多飲水傾向の患者が見つけた自分だけの楽しい時間	神里 隆, 上原 ヤス子, 仲宗根 かよ子, 知念 達彦, 新垣 京美, 安里 直人, 金城 克美	精神保健 52号 P81	2007.06
13	事例研究	水中毒の制御による行動制限緩和に向けたかかわり 時間と空間の共有を通して	柴田 晋	日本精神科看護学会誌 51 巻 2 号 P24-27	2008.09
14	事例研究	行動制限最小化の取り組みから見えてきたこと 長期隔離を余儀なくされている患者へのアプローチ	福岡 竜太郎	日本精神科看護学会誌 51 巻 2 号 P354-358	2008.09
15	事例研究	病的多飲水患者の水中毒予防に関する研究 紙芝居を用いた集団療法の効果	渡辺 康宏, 上島 節子, 池田 和彦, 中西 真理子, 岩井 眞弓	日本看護学会論文集: 精神看護 39号 P59-61	2009.01
16	事例研究	精神看護と水中毒(第2報) トークンエコノミー動機付けの効果 (Psychiatric Nursing Care and Water Intoxication(Report 2): Effect of Token-Economy Motivation) (英語)	Tashima Aiko, Egami Rinko, Nagano Takashi, Kano Kazunori, Kuniyoshi Masahiro	新薬と臨牀 58 begin_of_the_skype_highlighting 58 end_of_the_skype_highlighting 巻2号 P263-267	2009.02
17	事例研究	多飲行動をもつ精神障がい者を自宅で支える家族 多飲行動についての家族の思いとケア行動	Author: 下原 貴広, 桑名 千晃, 黒江 辰子, 佐藤 冷子, 井上 早代, 立花 幸美	日本精神科看護学会誌 52 巻 1 号 P326-327	2009.06
18	事例研究	多飲水のある患者へのアプローチ 体重測定でのかかわりを通じた意識づけを試みて	大田 早希, 伊藤 ミエ, 山崎 浩	日本精神科看護学会誌 52 巻 1 号 P260-261	2009.06

19	事例 研究	精神科看護と水中毒(第2報) トークンエコノミー式の動機付 けを行って	田島 愛子, 江上 倫子, 永野 孝, 鹿野 和徳, 國芳 雅広	筑水会神経情報研究所・筑水会病院 年報 27 卷 P60-62	2009.09
20	調査 研究	統合失調症患者の体内水分量に 影響する因子と病的多飲水患者 の体内水分分布の特徴	佐藤 美幸, 作田 裕美, 小林 敏生, 片岡 健	日本看護科学会誌 29 卷 3 号 P68-75	2009.09

表-3 検索期間 2010-2013 の文献

検索データ源：医学中央雑誌					
検索キーワード：精神・統合失調症・水中毒・多飲・多飲水・病的多飲水・多飲症・看護					
No.	内容	テーマ	著者	掲載誌	発行時期
1	事例研究	多飲水患者のセルフコントロールに向けた看護援助	比嘉 盛博, 當間 幸子	沖縄県看護研究会集録 25 回 P17-20	2010.02
2	事例研究	精神臨床看護検討レポート (case14) 水中毒患者の水分摂取方法の改善に対する援助 認知行動療法的なかかわりの取り組み	信永 州洋, 一ノ山 隆司, 千 英樹, 佐々木 祐一朗, 川野 雅資, 上野 栄一	臨床看護 36 begin_of_the_skype_highlighting 36 end_of_the_skype_highlighting 巻 9 号 P1218-1224	2010.08
3	事例研究	妄想状態の著しい多飲水のある患者へのアプローチ	永岡 幹夫	日本精神科看護学会誌 53 巻 2 号 P137-140	2010.08
4	事例研究	申告飲水を用いた長期行動制限の水中毒患者への看護援助の有用性	小松 英子	日本精神科看護学会誌 55 巻 1 号 P154-155	2012.05
5	事例研究	多飲症・水中毒患者の行動制限緩和を試みて 患者の行動観察を通して	岡浦 真心子, 堂ヶ平 卓紀, 三門 啓子	日本精神科看護学会誌 55 巻 1 号 P166-167	2012.05
6	事例研究	多飲水患者に対するポジティブワードを共有したかかわり	大田 早希, 榎原 美登子, 千葉 順子, 吉田 智美	日本精神科看護学会誌 55 巻 1 号 P152-153	2012.05
7	事例研究	多飲水行動にとらわれない水中毒患者の看護のあり方	高岡 宏次	日本精神科看護学会誌 55 巻 1 号 148-149	2012.05
8	調査研究	多飲水との関わりを通して 意識調査より	岡部 美智子, 佐藤 三恵, 松枝 登美子, 櫛田 寿量	精神保健 57 号 P28	2012.06
9	事例研究	多飲症・水中毒患者の行動制限緩和を試みて B 氏とともに作成した週課表を取り入れての変化	堂ヶ平 卓紀, 三門 啓子, 岡浦 真心子	日本精神科看護学会誌 55 巻 2 号 P127-131	2012.08
10	調査研究	精神科における統合失調症の水中毒(多飲症を含む)患者に対する看護実践の可能性を探る	茂木 泰子	ヘルスサイエンス研究 16 巻 1 号 P75-80	2012.10

第4章 研究の構成

本研究を、第1章の2節「2 研究の背景と意義」の3項「(3) 本研究の目標（着目点）と研究の意義」に記述した本研究の目標（着目点）に対応して、第1研究、第2研究、第3研究の3つの研究で構成した。（図-1）

各研究について、研究目的、研究題目、研究内容、および3研究間の関係と3研究全体のなかでの位置について以下に記述した。

1 本研究の目標（着目点）

本研究の目標（着目点）は、第1章(7頁)に述べたように、次の3つである。

- ① 現在行われている看護援助を看護師の見方を通して知る
- ② 患者の体験を知る
- ③ 無症状および軽度・中等度の多飲症患者の看護援助に注目する

2 第1研究の概要と3研究全体のなかでの位置

第1研究は、前述の目標（着目点）のうち「① 現在行われている看護援助を看護師の見方を通して知る」に対応する研究である。

研究目的は、現在行われている看護援助を看護師の見方を通して知ることである。具体的には、「一般的な精神科病棟に勤務している看護師は、水中毒症状（多飲症症状を含む）を呈する精神科患者に対し、どのような看護援助を行なっているのか、その看護実践と看護経験について知る」ことである。

研究題目は、「精神科における水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護実践の可能性を探る」である。

研究内容は、水中毒（多飲症を含む）患者の看護援助の実際に関する看護師へのインタビュー調査である。

3 第2研究の概要と3研究全体のなかでの位置

第2研究は、第1研究の結果を踏まえて、看護師の視点から多飲症患者の行動の特徴を明らかにし、目標（着目点）の「② 患者の体験を知る」につなげることに対応する研究である。

研究目的は、比較的多数の看護師が、水中毒（多飲症を含む）患者の行動についてどのように見ているかを知ることである。

研究題目は、「精神科入院患者で、水中毒（多飲症を含む）を疑う時の患者の特徴だと考えられる行動についてのアンケート調査」である。

研究内容は、水中毒（多飲症を含む）患者の行動の特徴に関する看護師へのアンケート調査である。

4 第3研究

第3研究は、目標（着目点）の「② 患者の体験を知る」、および目標（着目点）の「③ 無症状および軽度・中等度の多飲症患者の看護援助に注目する」、に対応する研究である。

研究目的は、統合失調症の多飲症患者はどのような看護援助を受けているかを知り、看護援助の課題を見出し、看護援助への提言をすることである。

研究題目は、「一般的な精神科病棟に入院している統合失調症の多飲症患者の経験から見る、多飲症患者の看護援助の現状、課題」である。

研究内容は、統合失調症の多飲症患者はどのような看護援助を受けているかを知るための参加観察とインタビューによるマイクロ・エスノグラフィー調査である。

その後「考察」において、第1,第2,第3の3つの調査研究の結果から得られた現状が示唆する課題に対応するための看護援助への提言を行う。

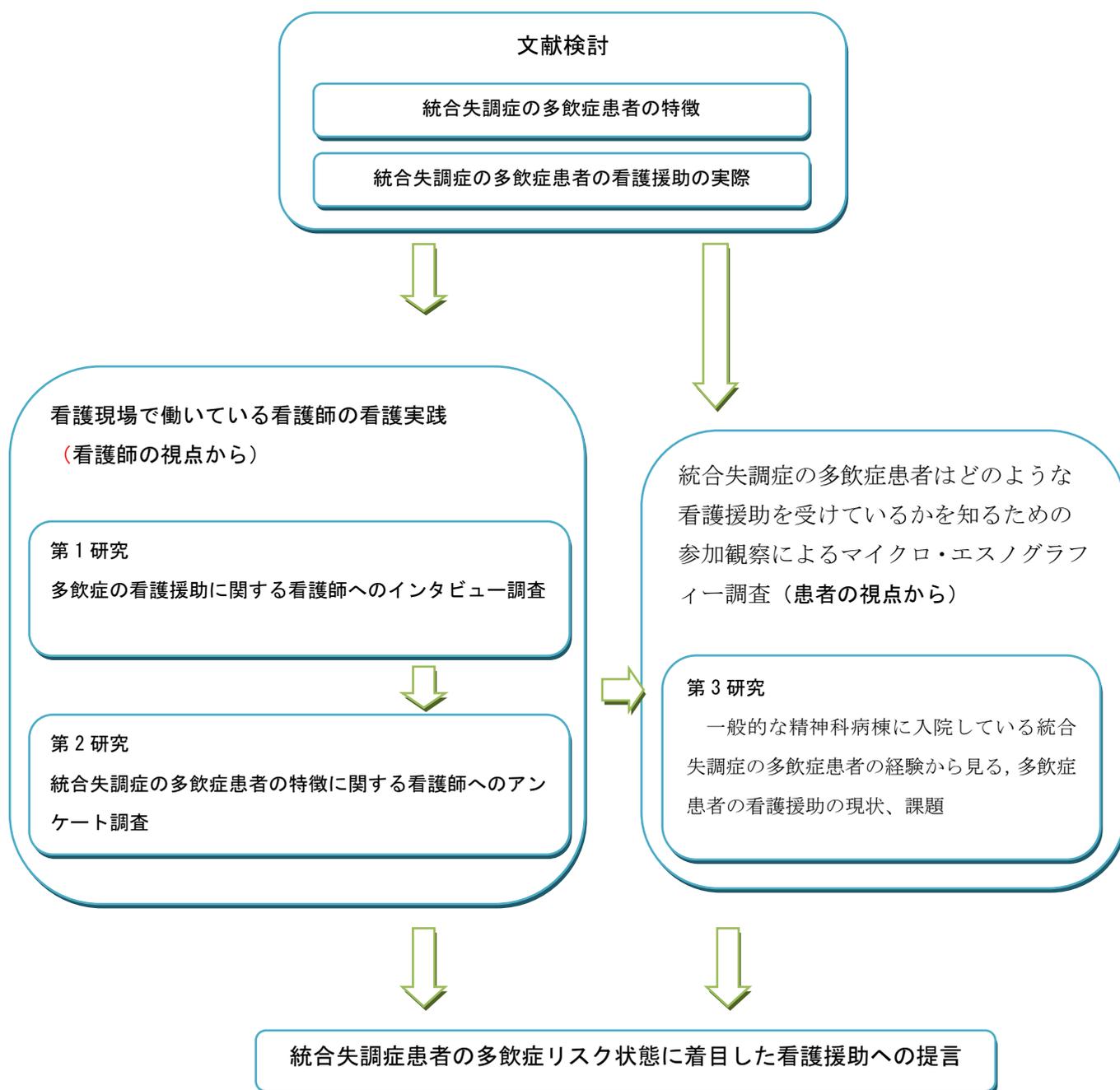


図-1 研究の構成

第5章 第1研究

I 研究題目

第1研究の研究題目は、「精神科における水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護実践の可能性を探る」である。

II 研究の背景

2011年発行の「国民衛生の動向（2011/2012年度）」によれば、2008年度現在約30万人の患者が精神科病棟に入院しており、その約6割が統合失調症である。この研究で着目したテーマは、統合失調症で長期入院している患者の約1割が呈する水中毒症状（多飲症を含む）に対する看護である。これらの水中毒患者は、水を求めて水道の付近にしゃがみこみ、人目を盗んで飲水するという行動が観察される。しかし、それを見過ごされている状況が続くと、意識消失や低ナトリウム血症となり、死に至る場合もある。そういった患者は、隔離室（個室など、以下隔離室）で、行動制限を受け、飲水の遮断や水分制限、時には身体拘束により集中的な看護を受けることになる。その結果、患者本人にとって苦痛であることは勿論のこと、看護師にとっても大変辛い経験になってしまうため、喫緊の課題となっている。

このような状況の中で、水中毒患者の看護援助方法は未だ確立されておらず、対症療法的な対応を行なっている現状であり、適切な看護援助方法の確立が求められている。

III 研究目的と研究の問い

1 研究目的

第1研究の研究目的は、一般的な精神科病棟に勤務している看護師は、水中毒症状（多飲症症状を含む）を呈する精神科患者に対し、どのような看護援助を行なっているのか、その看護実践と看護経験について知ることである。

2 研究の問い

第1研究の研究の問いは、看護師はどのように考えどのように行動して看護をしているか。すなわち、一般的な精神科病棟に入院している水中毒（多飲症を含む）の患者に対して、看護師たちは、どのような看護援助を行なっており、その看護実践と看護経験はどのような構造か、である。

IV 用語の操作的定義

第1研究において、研究上必要な限定をして用いる用語の定義を次のように定めた。

1) 水中毒（多飲症を含む）患者

水中毒患者、および、あるいは、多飲症患者または多飲症状を認める患者、を示す。

稲垣(2000)は、多飲症/水中毒について、健常人より大量の水分を摂取する症状が「多飲症 (polydipsia)」であり、多飲症の重症例として「水中毒 (water intoxication)」という、極度の低ナトリウム血症となった状態があると述べている。一方、第1章で記述したように2010年には、川上が、多飲症を、過剰に飲水してしまうという“行動”に着目して、日常生活に支障をきたすほどの逸脱行動を伴う病的多飲水の状況であるとして体系的に提示し、水中毒とは明確に区別した。

第1研究は、2008年に調査を行ったため、当時は水中毒という捉え方が一般的であり、水中毒には多飲症状を示す患者が含まれていた。そこで、第1研究では、研究の関心を向ける対象となる患者を、水中毒（多飲症を含む）患者と表現している。すなわち、水中毒症状（多飲症状を含む）を主な基準としており、逸脱行動を伴う多飲症という区別はしていない。

以上のような経緯から、第1研究は、水中毒（多飲症を含む）を、上記のように、水中毒患者、および、あるいは、多飲症患者または多飲症状を認める患者、を示すと定義した。

2) 精神科

第1研究においては、精神疾患患者を対象にする医療サービス部門を示す。施設により、標榜科名は、精神科、精神神経科などと異なって用いられている。

V 研究方法

1 研究デザイン

第1研究の研究デザインは調査研究であり、データ収集はインタビューにより行った。研究参加者（調査対象者）は、精神科勤務歴が5年以上あり、水中毒（多飲症を含む）患者の看護に携わった経験のある看護師で、看護部より推薦を頂いた、水中毒（多飲症を含む）の看護に関して優れた経験を持つ看護師10名とした。調査期間は、2008年8月～2009年8月であった。

インタビューは、インタビュー・ガイド「水中毒患者の看護プログラム開発に関するインタビュー・ガイド」（資料-1）を作成して、面接によるインタビューを行い、許可を得てICレコーダに録音した。

インタビューは次の点に留意して行った。

- ① インタビュー・ガイドに沿いながら、しかし、研究参加者（調査対象者）が自分が大切だと思っていることをできるだけ自由に話せるように、リラックスした雰囲気で行った。病院内のカンファレンスルームなどの落ち着ける部屋をお借りして行った。
- ② インタビューは研究者と 1 対 1 で行うことを原則にしたが、研究参加者（調査対象者）の勤務状況などにより複数の場合も含めた。
- ③ 1 人の研究参加者（調査対象者）について、インタビューは 1 回とした。時間は、1 人につき 1 時間程度をめやすにした。

2 分析方法

インタビューにより得られた内容を逐語録に起こした文章をデータにして分析を行った。データの分析を、次の 2 種類の方法を用いて行った。

① 簡易整理法を用いた分析

精神科領域の看護経験 10 年以上の看護師 2 名と看護臨床経験 10 年以上の研究者により、データを質的に分析した。分析のツールは、水野（2000）の、簡易整理法を用いた。

② 「テキストマイニング」を用いた分析

テキスト分析のソフトウェアである「テキストマイニング」（服部，2010）を用いて分析した。分析については、このソフトウェアの開発者である服部兼敏氏の指導を数回受けた。

VI 倫理的配慮

匿名性の厳守、研究協力の有無による不利益がないことなどを確認し口頭で説明し、さらに文章で説明して同意を得た。第 1 研究は、つくば国際大学医療保健学部の倫理委員会の承認を得た。

VII 結果

1 研究参加者（研究対象者）の属性と人数

精神科勤務歴が 5 年以上あり、水中毒（多飲症を含む）患者の看護に携わった経験のある看護師で、看護部より推薦を頂いた、多飲症の看護に関して優れた経験を持つ看護師 10 名は、単科精神病院 5 病院に所属していた。

研究参加者（対象者）の属性と人数は、30 歳代 4 名（男 3 名，女 1 名），40 歳代 6 名（男 5 名，女 1 名）であった。（表-4）

表-4 研究参加者（研究対象者）の属性と人数

精神科臨床経験年数	年齢	性	人数 (n=10)
5年以上 10年未満	30歳代	男	3
		女	1
10年以上	40歳代	男	5
		女	1

2 インタビューの形態と人数、面接時間

インタビューの形態、人数、面接時間は、次のような結果になった。

- | | | | |
|---------------------|----|-----|---------|
| (1) 研究者と1対1でのインタビュー | 3名 | 3施設 | 約 60分間 |
| (2) 研究者と1対2でのインタビュー | 2組 | 2施設 | 約 90分間 |
| (3) 研究者と1対3でのインタビュー | 1組 | 1施設 | 約 120分間 |

3 水中毒看護マニュアルについて

病棟に水中毒看護マニュアル等が有るかどうかを尋ねたところ、「有る」が2施設、「無い」が3施設であった。「有る」と答えた施設の対象者に、どのように用いているかを尋ねたところ、いずれも、「形だけです」、との回答であった。

4 質的分析結果

インタビューの逐語録について、簡易整理法を用いて質的分析を行った結果は、

- (1) 水中毒（多飲症を含む）症状が表れない時の一般的な看護援助
- (2) 水中毒（多飲症を含む）症状が表れた時の看護援助
- (3) 水中毒（低ナトリウム血症）に移行した場合の看護援助、
- (4) 看護師が経験している人間像

の4つのカテゴリーに分類された。これらのカテゴリーは15のサブカテゴリーから成っていた。（表-5）

表-5 精神科における水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護実践と看護経験の分類

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
水中毒（多飲症を含む）症状が表れない時の一般的な看護援助	気づかいと声かけ	・看護師として心配していることをアピールしていた。
		・必ず声かけをして、まず、辛いかどうかを聞いた。
		・隔離が必要な場合があることを意識づけするために定期的に声をかける。
	摂取水分量の推測	・食事摂取量の観察をしていた。
		・毎日、体重と血圧測定を行った。
		・目標体重（+3kg）やNDWGなどを参考に体重測定していた。
	飲水時の工夫	・コップを小さくしたりコップに線を引いたりする。
		・病棟に給茶器を設置し、日中は自由に茶が飲めます。
		・冷たい水は水道水よりももの越しが良いので、看護師室で美味しく飲んでもらった。
		・ひとつのテーブルに集まり、お茶会のような楽しい雰囲気を作って飲んでいる。
気分転換活動への誘い	・さまざまなレクリエーションを企画し参加を促していた。	
	・散歩や買い物の外出を企画し、一緒に出かけていた。	
水中毒（多飲症を含む）症状が表れた時の看護援助	飲水制限に関連する観察と関わり	・飲水制限について注意を促すが“大丈夫です”と返事をしたにもかかわらず、我慢できずに蛇口に向かうという行動を観察していた。
		・我慢しようと思えるのかどうかを、まず、口頭で確認した。
		・患者がウロウロしている時は、不安や焦燥感があると考え注意して観察していた。
		・飲水行動に対する追及ばかりせず、話しかけることを意識的に行なった時に、症状が軽快してきたケースがあった。
		・スタッフを避けようとする態度の患者については、注意深い観察をした。
		・給茶器前で2~3杯立て続けに飲むのを観察した後は注意して観ていた。
		・コップを渡すが、別の器でも飲水していた為、我慢していると観察した。
	生理的な徴候の観察と関わり	・寒さを訴える場合は水中毒を考え体重測定し水の飲み過ぎに注意を促した。
		・口渇の有無を確認した。
		・嘔声や話し方が変わったことで、異変に気付いた。
		・「ゲホゲホ」言っていないかという症状を注意深く観察した。
	排泄時の気にかかる行動の観察	・トイレに行く時に、かなり小刻みになったり、速足だったりした行動を観察した。
		・トイレへの歩行を急ぎ、凄い勢いで大量の排尿があったところを観察した。
		・夜間のトイレに行く回数が多くなった。
服薬に関する対応	・「薬を飲まなくなるのが一番怖い」と考えながら服薬の必要性を説明している。	
	・非定型薬への見直しや変更について医師に相談し行なった。	
水中毒（低ナトリウム血	精神症状を示す患者への観察と	・妄想や幻覚が激しくなった状態を観察した。
		・亜昏迷になってしまい個室から移せない状態となってしまったことを観察した。

症)に移行した 場合の看護 援助	関わり	・突然、何か行動を起こす患者がいた場合には、注意深く観察して関わった。	
	暴力的な行動の 観察と関わり	・かなり威嚇的になった言動が観察された。	
		・看護師に対し、頭突きをする行動が観察されたため、看護師自身の自己防衛と患者自身が怪我をしないよう意識的に関わり、安全に配慮した。	
		・ちょっと注意されても易怒的になってしまう状態にあることを観察していた。	
	意識状態を含め た全身状態の観 察と看護介入	・シーツまで濡れるような大量の尿失禁があった場合には、意識状態やふらつきなどの全身状態について注意深い観察を行った。	
		・突然、噴水様の嘔吐後に意識消失したため、身体管理を中心に看護した。	
		・検査データにより医師の指示で酸素や点滴を実施した。	
		・短時間で体重増加した患者が発見された場合には、医師の指示のもと、隔離や四肢抑制をした。	
	看護師が経験 している人間 像	患者	・「認知レベルが低い」、「理解力が乏しい」と観察される場面があった。
			・「水中毒の人は、無気力や人格の水準が低い」と感じる観察場面があった。
・長期入院の患者には「水中毒」とレッテルを貼られている人がいる。			
・閉鎖病棟の患者だが、解放処遇の患者と一緒に生活している現実がある。			
・患者同士「飲みすぎだよ」と注意し合っていた。			
・他患者とのお金の貸し借りやトラブルがあった。			
家族		・父親が暴力をふるってしまい、患者との関係が悪いと聞いている。	
		・家族の高齢化や状況が変化した場合には「病院には協力できない」と言われた。	
		・協力的なご家族では、差し入れもよくあった。	
		・家族に連絡し、外出の機会を作ってもらった。	
看護師		・「自分が担当した時に、意識混濁等の急性症状を起こしては困る」と考えている。	
		・多飲症の患者は、「言っても分からない人」のようだと感じることもある。	
		・個別性を大事にして関わっている。	
		・家族のような立場に立って考えることもある。	
		・患者を尊重して関わる。	
		・受け持ちチーム内で看護の方向性を決定し主治医と相談して実施している。	
医師		・ドクターコールの指示が出ている場合には、医師が診察し、直接、患者の話を聞いてくれるようになった。	
		・看護師が医師と違った意見を言った時に、その意見も考えてくれるようになった。	
		・処方薬や処方量を看護師の観察や意見を入れて調整していた。	
		・大量の嘔吐後も電解質バランスは異常がない患者がおり、医師の指示は要観察となった事例があった。	

(1) 水中毒（多飲症を含む）症状が表れない時の一般的な看護援助

このカテゴリーは、水中毒（多飲症を含む）症状が表れない時の一般的な看護援助が語られた内容であり、「気づかいと声かけ」、「摂取水分量の推測」、「飲水時の工夫」、「気分転換活動への誘い」の、4つのサブカテゴリーから成っていた。

「気づかいと声かけ」のサブカテゴリーは、3つの代表的なコードから成っていた。

それらのコードは、『看護師として心配していることをアピールしていた』『必ず声かけをして、まず、辛いかどうかを聞いた』『隔離が必要な場合があることを意識づけするために定期的に声をかける』と、患者の状況を気づかって、あるいは患者の理解を促すために、看護師の方から声をかけている内容であった。

「摂取水分量の推測」は、3つの代表的なコードから成り、『食事摂取量の観察をしていた』『毎日、体重と血圧測定を行った』、『目標体重（+3kg）やNDWGなどを参考に体重測定していた』と、一般的な観察のひとつとして、水中毒（多飲症を含む）症状の指標の1つである摂取水分量を推測することを意識して、観察や測定を行っている内容であった。

「飲水時の工夫」は、4つの代表的なコードから成っていた。

『コップを小さくしたりコップに線を引いたりする』は、患者が自然に、あるいは自分で意識して飲水量を調整できるようにコップの大きさ、目印など、簡便で具体的な工夫をしている内容であった。

『病棟に給茶器を設置し、日中は自由に茶が飲めます』『冷たい水は水道水よりものど越しが良いので、看護師室で美味しく飲んでもらった』『ひとつのテーブルに集まり、お茶会のような楽しい雰囲気を作って飲んでい』は、飲水を制限するというよりは、楽しく美味しく飲水ができるような方向を向いての、人間的な環境に配慮した工夫をしている内容であった。

「気分転換活動への誘い」は、2つの代表的なコードから成り、『さまざまなレクリエーションを企画し参加を促していた』『散歩や買い物の外出を企画し、一緒に出かけていた』と、患者の文化的な日常生活活動を計画し、参加を促したり、看護師もともに活動している内容であった。

(2) 水中毒（多飲症を含む）症状が表れた時の看護援助

このカテゴリーは、水中毒（多飲症を含む）症状が表れた時の看護援助が語られた内容であり、「飲水制限に関連する観察と関わり」、「生理的な徴候の観察と関わり」、「排泄時の気にかかる行動の観察」、「服薬に関する対応」の4つのサブカテゴリーから成っていた。

「飲水制限に関連する観察と関わり」は、7つの代表的なコードから成っていた。

『飲水制限について注意を促すが“大丈夫です”と返事をしたにもかかわらず、我慢できずに蛇口に向かうという行動を観察していた』『給茶器前で2~3杯立て続けに飲むのを観察した後は注意して観ていた』『コップを渡すが、別の器でも飲水していた為、我慢していると観察した』は、看護師が、患者の直接の飲水行動に逸脱傾向を見てとり、飲水を我慢していることを察して、注意を傾けて観察している内容であった。

『患者がウロウロしている時は、不安や焦燥感があると考え注意して観察していた』『スタッフを避けようとする態度の患者については、注意深い観察をした』は、直接の飲水行動ではないが、患者の態度や行動の変化を見てとり、飲水行動の逸脱につながらないように注意深く観察している内容であった。

『我慢しようと思えるのかどうかを、まず、口頭で確認した』は、患者が自分みずから我慢して、飲水量をコントロールできるように、助力して促している内容であった。

『飲水行動に対する追及ばかりせず、話しかけることを意識的に行なった時に、症状が軽快してきたケースがあった』は、話しかける内容を、飲水に関することばかりから切り替えて、意識的に日常的な内容にしたところ、症状の軽快につながったことを経験している内容であった。ここでは、‘声かけ’ではなく、‘話しかける’ということばが用いられていた。

「生理的な徴候の観察と関わり」は、4つの代表的なコードから成っていた。

『口渴の有無を確認した』は、水中毒（多飲症を含む）患者に多い主訴を確認している内容であった。

『「ゲホゲホ」言っていないかという症状を注意深く観察した』は、摂取水分量の多さを疑わせるもので、看護師が経験的に注目して捉えていた生理的な徴候の観察であった。

『寒さを訴える場合は水中毒を考え体重測定し水の飲み過ぎに注意を促した』は、水中毒（多飲症を含む）患者には比較的よくあるとされていた訴えをとりあげて対応している内容であった。

『嘔声や話し方が変わったことで、異変に気付いた』は、水中毒（多飲症を含む）とは直結しない可能性がある、一見、見落としそうな些細な変化を、看護師が患者をふだんから個別に注意深く観察して得た経験を活用して見落とさなかった内容であった。

「排泄時の気にかかる行動の観察」は、3つの代表的なコードから成っていた。

『トイレに行く時に、かなり小刻みになったり、速足だったりした行動を観察した』『トイレへの歩行を急ぎ、凄い勢いで大量の排尿があったところを観察した』『夜間のトイレに行く回数が多くなった』は、いずれも、水中毒（多飲症を含む）患者の排泄時の姿や行動の特徴を観察して拾い上げている内容であった。これらは、患者に多く見られる特徴とされていた行動であり、看護実践を重ねて得られた経験から、看護師間で共有している観察事項であった。

「服薬に関する対応」は、2つの代表的なコードから成っていた。

『「薬を飲まなくなるのが一番怖い」と考えながら服薬の必要性を説明している』は、患者の服薬のアドヒア

ランス形成への看護師の強い責任感を示す内容であり、『非定型薬への見直しや変更について医師に相談し行なった』は、看護師が患者の観察に基づいて薬物療法についてのフィードバックをして、医師とともによりよい服薬の処方と協議している内容であった。

(3) 水中毒（低ナトリウム血症）に移行した場合の看護援助

このカテゴリーは、水中毒（低ナトリウム血症）に移行した場合の看護援助が語られた内容であり、「精神症状を示す患者への観察と関わり」、「暴力的な行動の観察と関わり」、「意識状態を含めた全身状態の観察と看護介入」の3つのサブカテゴリーから成っていた。

「精神症状を示す患者への観察と関わり」は、3つの代表的なコードから成っていた。

『妄想や幻覚が激しくなった状態を観察した』は、飲水量が増えたことと関連させて捉えた症状として観察されている内容であった。

『亜昏迷になってしまい個室から移せない状態となってしまったことを観察した』は、個室に隔離されて、そのまま隔離が解除されないでいる状況の患者に対して、「なってしまった」と表現し、何とかしたいと、もどかしい思いを含んだ内容であった。個室における看護の原則としては、30分毎の巡視により、飲水状況や全身状態の観察、排泄状態の観察を行っていたことも語られた。

『突然、何か行動を起こす患者がいた場合には、注意深く観察して関わった』は、患者が、日常活動をしている時に、突然それまでとは異なる行動を起こす場合、潜在している精神症状の悪化を視野に入れて観察している内容であった。

「暴力的な行動の観察と関わり」は、3つの代表的なコードから成っていた。

『ちょっと注意されても易怒的になってしまう状態にあることを観察していた』は、患者の安定時とは異なる易怒的な状態であることを捉えて観察している内容であり、『かなり威嚇的になった言動が観察された』『看護師に対し、頭突きをする行動が観察されたため、看護師自身の自己防衛と患者自身が怪我をしないよう意識的に関わり、安全に配慮した』は、威嚇的、頭突きと、度合が強くなる暴力的な行動を観察し、自傷他害等に注意を払って関わっている内容であった。患者は勿論のこと、看護師も怪我をしないよう複数の看護師による注意深い対応を行っていた。

「意識状態を含めた全身状態の観察と看護介入」は、4つの代表的なコードから成っていた。

『短時間で体重増加した患者が発見された場合には、医師の指示のもと、隔離や四肢抑制をした』は、飲水を遮断するために、医師の指示とはいえ、隔離や四肢抑制という強硬手段をとらざるを得なくなった実情を語った内容であった。

『シーツまで濡れるような大量の尿失禁があった場合には、意識状態やふらつきなどの全身状態について注意深い観察を行った』『突然、噴水様の嘔吐後に意識消失したため、身体管理を中心に看護した』は、大量の尿失禁や噴水様の嘔吐などのエピソード時に、意識状態を含めて全身状態の観察と看護介入を行った内

容であった。

『検査データにより医師の指示で酸素や点滴を実施した』は、全身状態が悪化したり、重篤な低ナトリウム血症に移行した場合には、医師の指示で酸素吸入や点滴を行い、生命の危機も予測した看護を行っていた内容であった。

(4) 看護師の経験している人間像

このカテゴリーは、看護師が精神科病棟で看護をして、水中毒（多飲症を含む）患者と、患者をめぐる人々に対して、どのように感じ、どのようなことを経験しているかが語られた内容であり、「患者」、「家族」、「看護師」、「医師」の4つのサブカテゴリーから成っていた。

「患者」は、6つの代表的なコードから成っていた。

『「認知レベルが低い」、「理解力が乏しい」と観察される場面があった』『「水中毒の人は、無気力や人格の水準が低い」と感じる観察場面があった』は、看護師として関わっていると、患者の知的能力、生きる姿勢、人格などについて低いように感じて、看護師として対応していくうえで困難を感じるという内容が語られた。

『長期入院の患者には「水中毒」とレッテルを貼られている人がいる』は、患者が個人としてよりも、水中毒という疾患の枠のなかでとらえられていることを観察して、疑問を投げかけている内容であった。

『閉鎖病棟の患者だが、解放処遇の患者と一緒に生活している現実がある』『患者同士「飲みすぎだよ」と注意し合っていた』『他患者とのお金の貸し借りやトラブルがあった』は、看護師などの病棟職員とは直接かかわらないところでの患者同士の交流があることを語った内容であった。

「家族」は、4つの代表的なコードから成っていた。

家族は患者にとって大変重要な存在である。しかしながら、『父親が暴力をふるってしまい、患者との関係が悪いと聞いている』『家族の高齢化や状況が変化した場合には「病院には協力できない」と言われた』と、患者とも、病院とも関係が良くない、あるいは関係が切れている家族の状態が語られた。

一方で、家族の関係が良好である場合には、『協力的なご家族では、差し入れもよくあった』や『家族に連絡し、外出の機会を作ってもらった』と協力を求めることができおり、患者とも、病院とも関係が良い、あるいは関係が保たれ、つながっていて、患者の回復のために協力している家族の状態が語られた。

しかし、患者の長期の入院生活により、高齢となった家族や代替わりした家族では面会が少なくなり、患者は家族からの支援に対し、諦めたり精神的に不安定になったりする場合もあることが語られた。

「看護師」は、6つの代表的なコードから成っていた。

インタビューしたほとんどの看護師は、『「自分が担当した時に、意識混濁等の急性症状を起こしては困る」と考えている』と、水中毒の急性症状の大変さ、対応の大変さを語り、『短時間で体重増加した患者が発見された場合には、医師の指示のもと、隔離や四肢抑制をした（既述）』と、やむをえず隔離や身体拘束をするときの看護師のつらさも語られた。このような経験については、看護師は、‘医師の指示だから’と考えている反面、‘どこか不愉快な思いで実施している’と感じていた。これは、『多飲症の患者は、「言っても分からない人」のようだと感じることもある』という諦めの気持ちから、看取るはずの看護師が、まるで、取り締まるというような、看護師として「不愉快な経験」をしているということであった。

このように不愉快な経験をしている看護師がいる一方で、『個別性を大事にして関わっている』と、数値による一律の対応を見直し、飲水量や体重の管理にこだわることを止めた病院もあった。そこでは、試行錯誤の中から、患者との関係性に着目して患者に向き合っていた。『家族のような立場に立って考えることもある』『患者を尊重して関わる』は、こうした病院での経験として語られた。

『受け持ちチーム内で看護の方向性を決定し主治医と相談して実施している』では、看護師のチームや、医師との連携など、看護師個々だけを越えて、チーム医療による可能性が語られた。

「医師」は、4つの代表的なコードから成っていた。

『ドクターコールの指示が出ている場合には、医師が診察し、直接、患者の話を聞いてくれるようになった』『看護師が医師と違った意見を言った時に、その意見も考えてくれるようになった』『処方薬や処方量を看護師の観察や意見を入れて調整していた』と、看護師と医師が協働する方向に、変化している医師の姿が肯定的に語られた。

『大量の嘔吐後も電解質バランスは異常がない患者がおり、医師の指示は要観察となった事例があった』は、看護師が、医師の指示の意味を理解して協働することによって、患者の症状の表面をとらえて定型的に対応するのではなく、患者の症状を深くとらえてよりよいケアをすることができる可能性が語られた内容であった。

5 テキストマイニングによる分析結果

インタビューの逐語録についてテキストマイニングを用いて頻度分析をした結果は、「水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践：看護師インタビュー結果の頻度分析」の図になった。（図-2）「患者さん」、「人」、「看護師」、「自分」「医師」「本人」など「人物」に関する項目の頻度が40%近くを占めていた。

また、同じくインタビューの逐語録についてテキストマイニングを用いて「ことばネットワーク」で分析した結果は、「水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践：看護師インタビュー結果のことばネットワーク」の図表になった。（図-3）

言葉ネットワークには、6つのまとまりが見られた。「大事」から「人」の間、「関わり」

から「自分」の間、「処方箋」から「看護師」の間に関係性が見られ、矢印のどちらかの項目には人に関係する言葉が含まれていることが示された。また、それ以外は「水中毒」、「水」、「薬物」に向かって、水中毒（多飲症）に関連する内容が示された。

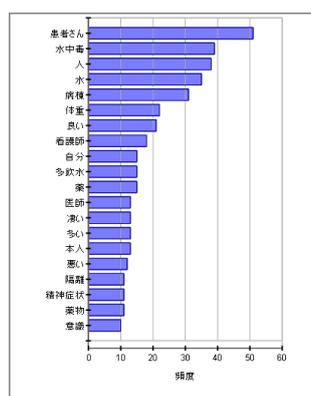


図-2 水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践
看護師インタビュー結果の頻度分析

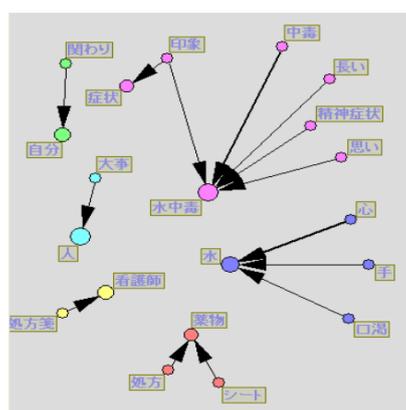


図-3 水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践
看護師のインタビュー結果のこばネットワーク

VIII 考察

1 簡易整理法による質的分析結果について

1) 水中毒（多飲症を含む）症状が表れない時の一般的な看護援助について

看護師は、患者をひとりの人として関わっており、必ずしも飲水行動に対する抑制に執着しているわけではなかった。これは、一般的な援助として、常に患者に対して関心を寄せ、声をかけるという、患者に正面から向き合い、人として関わっていたといえる。武井（2012）は、精神科における患者の問題について疾患（disease）としてではなく、その人自身が生きている病い（illness）として捉え、関わるという考えが基本にある、と述べており、ひとりの人として全人的に向き合うという点で、この見解と一致した。また、看護師が患者を気遣う言葉や態度などの支持的な対応が表現されていた。これは、精神科における看護師の基本的な姿勢であり、長期の入院患者が安心して日常生活を送ることが出来ているものと考えられた。

「摂取水分量の推測」のカテゴリーの体重測定に関しては、医師が示す、『目標体重（3kg）増加やNDWGなど参考に体重測定している』という目標体重（3kg）増加については、明確な根拠が示されておらず、医師のこれまでの経験をもとに定められた数値であった。し

かし、中には目標体重の設定として日内体重変動率（NDWG）を用いた根拠を示す病院もあった。このことから、水中毒（多飲症を含む）患者の飲水制限や行動制限を行う際には、患者の個別性を踏まえ明確な根拠を用いて患者に対しても示す必要があることが言える。

「飲水時の工夫」では、コップに線を引いたり、コップを小さくしたりするなど、具体的な手段を実施していた。このように、看護師は患者に対し、水を飲み過ぎないように日常生活の場面から関わっていた。また、「気分転換活動への誘い」では、長期入院で高齢の患者が多いため、施設症（ホスピタリズム）の傾向にある患者もいることを踏まえて、散歩や買い物に出掛けたり、バス旅行などの院外活動や季節の行事を計画したりしていた。

以上のように「多飲症症状が表れない時の一般的な看護」においては、飲水行動の制限だけに偏っておらず、様々な援助が行われていた。

2) 水中毒（多飲症を含む）症状が表われた時の看護援助について

「飲水制限に関連する観察と関わり」では、患者の不安や焦燥感などの精神状態について日常の行動のなかで観察されていた。特に水中毒（多飲症を含む）の既往がある患者に対しては、『嗄声』や『話し方が変わる』という、見過ごしてしまいそうな症状を看護師は観察していた。つまり看護師は、症状や訴えについて注意深い観察を行っていたといえる。

「生理的な徴候の観察と関わり」の中の『口渇の有無』は、抗精神病薬の副作用による自律神経性の症状であるとインタビューした看護師は考えていた。しかし、近年では生理学的な指標のひとつとして、バイオインピーダンス法を用いた研究報告がある。佐藤（2006）、（2009）らによれば、細胞内の脱水に起因した口渇があることが推測されており、患者の訴えは薬物の副作用ばかりでなく、細胞内の脱水である場合もある。つまり、飲水の遮断を全ての患者に一律に行うことは、実施条件として不十分ではないかと考えられる。この点は今後の課題である。

「排泄時の気にかかる行動の観察」では、日中に、『トイレに行くとき、かなり小刻みになったり、速足だったりする』や『夜間のトイレに行く回数が多くなる』という観察を行っていた。これは、単に飲み過ぎて尿量が多いということだけでなく、小山田（1998）によれば、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群（SIADH）による影響もあると考えなければならないといえる。以上のことから、細胞レベルでの電解質バランスが異常となっているために、飲水については、注意深く個別性を重視した指導を検討する必要があると考えられる。この点も今後の課題である。

「服薬に関する対応」では、『薬を飲まなくなるのが一番怖い』があげられていたが、服薬を拒否する患者がいる場合には、時間をかけて、患者が納得して服薬できるような促しを行っていた。患者が納得して服薬できない場合には、その後の患者との関係が崩れるだけでなく、その患者のストレスとなり、精神症状の悪化として表れる場合もある。また、看護師の中には「非定型薬」に対する意見や見直しについても着目している人もいた。今

回、インタビューの対象となった病院の精神科の看護体制は、機能別と受け持ち制の混合やチームナーシング制などであり、プライマリー制とは違い、患者が服用している薬剤については十分な把握をしていない看護師がいたり、担当する患者の処方薬に対する関心があまりなかったりする看護師もいるということだった。しかし、その一方で、精神科認定看護師によって、多剤併用をしていないかなど、処方薬や処方量に関する確認や非定型薬への変更などの見直しを行なっている病院もあった。統合失調症の患者の主な治療となる処方薬については、看護師一人一人が関心を持って知ろうとすることや看護体制についても検討していくことが求められる。今後は、各病院において、組織的・計画的に看護師の教育活動を行うことが可能となれば、たとえ看護体制が異なっていたとしても、患者の処方薬に対する知識と関心を高めることができ、根拠のある看護実践につながると考えられる。

3) 水中毒（低ナトリウム血症）に移行した場合の看護援助について

多飲症から水中毒に移行してしまった場合には、患者の全身管理が必要となり、隔離室での行動制限により分刻みで看護が行われている。

水中毒を繰り返す患者は、一度隔離室に入ると、飲水の遮断や飲水制限という、本人の意に沿わないことを強いられ、さらに、幻覚や妄想などの精神症状が悪化している場合もあり、暴力的な行動を起こすことが少なくない。このように、患者にとって制限のある環境で看護をする場合は、看護師は、追中（2002）や安永（2010）が言うように、対暴力ということ念頭において関わらなくてはならない。それは、患者を加害者にしてしまうと、患者は自責の念が強くなり、精神症状がさらに悪化する場合もあるからである。つまり、患者との信頼関係を視野にいれ、看護師は自分の身を守ることで、患者を加害者にしないよう意識して看護していた。

また、場合によっては身体拘束を行い、注意深い観察が必要となる。井上ら（1994）によれば、低ナトリウム血症があまりにも悪化した状態で発見された場合には、点滴による補正などの医学的な治療も困難となり、死に至る場合もあるとの報告もある。

このように、水中毒に移行してしまうと、マンパワーも必要とされ、医療経済の面からも大きな負担となっており、多飲症症状の早期発見による対応が求められる。

4) 看護師が経験している人間像について

先ず、「患者」の項目では、看護師は多飲症患者の特徴や患者同士の関係などを確認していた。それは、『認知レベルが低い、理解力が乏しい』という点が観察された患者同士であっても、お互いに協力しあっていることを看護師は観察し認識していた。つまり、後藤（2009）が示す、患者個人のもつ対処や力量（能力）を活用し、そこに着目して患者に対

する教育をすすめていけると考えられる。

次に、「家族」は、患者との関係のなかで最も重要な存在である。家族との関係が良好な場合には、面会も比較的多く、差し入れや外出などの協力も得られている。しかし、関係が悪化したり、代替わりしたりした場合には、それらの患者の楽しみも減り、安心した入院生活を送ることが困難になるという現状もあった。この点は患者の社会参加にも影響が大きく、病院内の看護だけでは対応は困難であるが、今後の重要な課題である。

また、「看護師」には、多飲症症状が顕著な場合に、『自分が担当した時に、意識混濁などの急性症状を起こしては困る』や『多飲症の患者は、言っても分からない人』という思いがあり、患者を取り締まるような看護を行わざるをえないという、「辛い経験」をしていることも分かった。ところが、その一方で、飲水量や体重の管理にこだわることをやめ、‘どのように関わっていったら良いのか’という試行錯誤の中から、患者の「持てる力」に気付き、『認知レベルが低い、理解力が乏しい』というイメージから‘何かできる人、過去の経験を生かせる人’と患者の見方が変化した看護師もいたのである。これらの過程においては、‘共にいること’や‘叱るより褒めること’の意義に気付いていったと考えられる。

さらに、患者と看護師の関係については、単に患者に向ける言葉というよりも、『家族のような立場に立って考えることもある』というように、浦河べてるの家（2003）で実践されていた、家族のような関係を感じながら、患者を尊重して言葉をかけていたことがわかった。

これらのことから、精神科の看護師は、日常の関わりにおいて、人間対人間として関わっていたと考えられる。つまり、水中毒（多飲症を含む）患者の看護は特別なことではなく、統合失調症を主とする精神科の一般的な看護として、‘患者に向き合い’、‘患者と共にいる’という関係性を深めた看護実践を経験していたといえる。これは、松浦ら²⁰⁾が述べている、《褒める》や《受け止める》という《患者との関係性》につながっているといえよう。

「医師」は、患者の精神や身体の大きな変化がおきた場合に、医学的な治療を施す役割を担っていた。しかし、『ドクターコールで、直接、患者と話し観察する』といったように、指示簿を介した関わりだけでなく、こまめな対応をしている医師もいた。

2 テキストマイニングによる分析結果について

テキストマイニングによる分析結果において、インタビュー内容の頻度分析からは、上位には「患者さん」、「人」、「看護師」、「自分」、「医師」などが抽出され、ことばネットワークによる分析結果でも、「人」と「人」の関係性が示されていた。

これらのことから、水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護援助においては、看護師は、人と人との関係性が重要であると考えて看護していることがわかった。これは、萱間（1996）により示された「人と人との関係」の重要性と同様の知見が現場の看護師に見られたということである。

質的に分類された 4 つの項目間について検討すると、「水中毒（多飲症を含む）症状がみられない時の日常生活に関する援助」、「水中毒（多飲症を含む）症状にある時の援助」、「水中毒に移行した場合の援助」が水中毒（多飲症を含む）患者に関わる看護援助の段階を示しているものと考えられる。

それに対し、「人と人との関係性」は、生活者として関わる部分が多く、看護師も含めた人間同士のかかわりであり、精神科ならではの患者を中心にした関わりであるといえる。このように、テキストマイニングの分析結果からも、看護師たちには関係性が重要視されていることが示唆された。

1) インタビュー調査の研究参加者（研究対象者）について

第1研究のインタビューに応じて研究参加者になってくださった5病院10名の看護師は、精神科勤務歴が5年以上あり、水中毒（多飲症を含む）患者の看護に携わった経験のある看護師で、水中毒（多飲症を含む）患者の看護に関して優れた経験を持っていると看護部より推薦を頂いた看護師であった。

したがって、インタビュー内容には優れた看護をしている看護師の看護実践の実際の姿が語られている。上に記述した分析と考察によって、その優れた姿が描写されていると言える。

研究参加者の語ったことは、本研究の研究題目「精神科における水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護実践の可能性を探る」について、まさにその可能性を明示してくれたものであったと言える。

2) 水中毒看護マニュアルについて

結果の節に記述したように、病棟に水中毒看護マニュアル等が「有る」病院が2施設、「無い」病院が3施設であり、有る」施設においては「形だけです」の回答であったことから、有効な看護マニュアルは準備されていないものと解釈した。

実際のインタビューでは、研究参加者が看護マニュアルについてあまり興味・関心をもっていない様子であり、深くは聞き取らなかったため看護マニュアルについての詳細は不明であるが、優れた看護をしている看護師は、看護マニュアルを越えた臨床知をもって、その臨床知をさら深めながら看護実践経験を積み重ねているものと考えられた。

したがって、誰もが優れた看護を実践できるようになるためには、看護マニュアルは不要であるということにはならず、優れた看護師の臨床知をどのように組み込んだ看護マニュアルを作って活用できるようにしていくかは、今後の必要な課題と考えられる。

また、現時点における水中毒（多飲症を含む）患者に対する教育は、看護師の個人レベルの対応が中心であり、未だ確立されていない。今後は、大城（1990）や松浦（2007）ら

のいう基本的な患者教育を行っていくために、松田（1992）のいう医師の協力も求め、水中毒（多飲症を含む）患者に対する教育の検討や内容の充実を図っていくことが必要である。

3 研究の限界

第1研究の結果から、水中毒（多飲症を含む）患者の看護として、看護師は《褒める》や《受け止める》という《患者との関係性》に着目し、自尊感情の低下や意思決定に困難があるという精神科疾患の特徴を踏まえ、患者に向き合った看護援助を行なうことの有効性が示唆された。

研究参加者（研究対象者）となった看護師は、多飲症の看護に優れた人たちであり、一般の看護師を代表しているとは言えないので、一般化することができない点が、この研究の限界である。

今後はさらに研究の対象を増やし、精神科臨床の経験が5年未満の看護師なども対象に看護実践を検証していく必要がある。

IX 結論

第1研究の結果から、水中毒（多飲症を含む）患者の看護が優れていると看護管理者から推薦を受けた精神科の看護師は、日常生活のなかで一般的な精神科の看護を行ない、普段から、水中毒（多飲症を含む）患者に関心を寄せているということが分かった。

看護師が感じている水中毒（多飲症を含む）患者は、言っても分からない人という諦めがあり、意に沿わない「辛い経験」をしている看護師がいた。

しかし、一方で、患者に向きあい、共にいる、ということで、信頼関係を築き、人間的な関係をもつという看護経験をしている看護師もいた。このような優れた看護を実践している看護師の語った看護実践の内容は、精神科病棟における水中毒（多飲症を含む）患者に対する、看護実践の可能性を豊かに示していた。

第6章 第2研究

I 研究題目

第2研究の研究題目は、「精神科入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の患者の特徴だと考えられる行動についてのアンケート調査」である。

II 研究の背景

第1研究の結果を踏まえて、看護師の視点から水中毒（多飲症を含む）患者の行動の特徴を明らかあきらかにし、序章に記述した本研究の目標（着目点）の「② 患者の体験を拾い上げる」につなげることに対応する研究を行う。

水中毒（多飲症を含む）患者の症状は、既に記述したことと重なるが、精神症状と身体症状との、大きく2つに分けてとらえることができる。精神症状は、易怒的で攻撃的になり、看護師が暴力を受けるといった報告もある。また、身体症状は、嘔気や嘔吐などが起こって電解質バランス異常を引き起こし、悪化すると横紋筋融解や脳圧亢進などの命に係わる場合もある。水中毒（多飲症を含む）は、一度発症すると治療には時間が掛かり、隔離室を独占したり、時には拘束したりするような状況になってしまい、治療は困難を極める。

そのような中で、近年、一部の病院において小規模ではあるが患者－看護師の関係性に着目した実践により成果を収めた施設があった。

そこで、柿崎ら(2004)、川上ら(2007)や茂木(2008)などの先行研究から得られた知見をもとに、看護師は、水中毒（多飲症を含む）患者がどのような特徴を持ち、それはどのような構造であると見ているのかを知ることが、患者－看護師の関係性を作ることにについて考える上で必要であると考えた。

III 研究目的と研究の問い

1 研究目的

第2研究の研究目的は、比較的多数の看護師が、水中毒（多飲症を含む）患者についてどのように見ているかを知ることである。

2 研究の問い

第 2 研究の研究の問いは、第 1 章 序章 に記述した副問のうち「② 看護師は患者をどのようにとらえており、それはどのような構造か」、である。

3 用語の操作的定義

水中毒（多飲症を含む）患者

水中毒患者、および、あるいは、多飲症患者または多飲症状を認める患者、を示す。（第 5 章 第 1 研究に記述したとおりである。）

IV 研究方法

第 2 研究の研究デザインは調査研究であり、データ収集は質問紙の郵送調査（留め置き）によりおこなった。調査対象者は、A 県 B 病院（精神科単科 220 床）の看護師（准看護師含む）で、多飲症患者の看護経験がある人 50 名であった。調査期間は、2010 年 8 月～同年 9 月であった。

調査は次のように行った。

- 1) 調査票を、調査対象者に郵送して回答を得た。
- 2) 精神科入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の『患者の特徴だ』と考えられる行動についてのアンケート調査用紙を作成して用いた。
- 3) 調査用紙は、先行研究において高い信頼性を示している Sheila(2000)の Polydipsia Screening Tool と、日本においては、松田（1988）や中山（1995）ら、による先駆的に行われた水中毒（多飲症）の研究による観察項目を含むものとした。これらのアンケート項目を基に、第 1 研究においてインタビュー調査から得た項目を追加して作成した。調査用紙は資料-2 に収録した。

分析は、調査用紙への回答をデータとし、因子構造を明らかにするために因子分析を行った。主因子法で因子抽出した後、プロマックス法で因子軸の回転を行った。その後、抽出された解釈可能な因子に対して命名を行った。さらに、因子分析により得られた因子仮説に基づくモデルを作成し、共分散構造分析により適合度の検討を行った。

V 倫理的配慮

調査対象病院看護部の責任者に、第 2 研究の趣旨について口頭にて説明し、許可を得たのち文書にてアンケートを依頼した。看護師の研究への参加は自由意志とし、拒否しても不利益を被らないことを明記した。アンケートの返信にて同意を得たものとした。

VI 結果

1 調査対象者

- 1) 調査用紙の郵送数 : 50 A 県 B 病院 (精神科単科 220 床)
- 2) 回収率 : 84%
- 3) 調査対象者の条件: 水中毒 (多飲症を含む) 患者の看護経験がある看護師 (准看護師を含む)
- 4) 調査対象者の属性と人数 : 表-6 に示す.

性別	男	女			
	4 (10%)	38 (90%)			
年齢	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代
	3 (7%)	4 (10%)	5 (12%)	21 (50%)	9 (21%)
経験年数	3 年未満	3~5 年未満	5~10 年未満	10~15 年未満	15 年以上
	2 (5%)	4 (10%)	4 (10%)	1 (2%)	31 (73%)

本研究は、比較的多数の看護師が、水中毒 (多飲症を含む) 患者についてどのように見ているかを知るためにアンケートによる調査を行った。調査対象者は、水中毒 (多飲症を含む) 患者の看護経験がある看護師 (准看護師を含む) に依頼した。50 名にアンケートを依頼し、回収率は 84% で、内訳は男性 4 名、女性 38 名の合計 42 名であった。

年齢構成は、20 代が 3 名で、30 代が 4 名、40 代が 5 名、50 代が 21 名、60 代が 9 名であった。経験年数は、3 年未満は 2 名であり、3~5 年未満と 5~10 年未満はそれぞれ 4 名であり、10~15 年未満が 1 名で、15 年以上は 31 名で最も多い割合を示した。

2 分析結果

- 1) 因子分析の結果、因子分析の結果、以下の 5 因子が抽出された。(表-7)

第一因子は「明らかな飲水量の増加を示す行動」

第二因子は「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」

第三因子は「飲水量の増加を疑わせる行動」

第四因子は「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」

第五因子は「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」

第一因子

負荷量の高かった項目は、①いつもよりコップを持ち歩く機会が増えた、②水道の近くにいることが多い、③洋服などが水で濡れている、④不機嫌や落ち着きがない、⑤夜間巡視時にトイレにいることが多いという5つの項目であった。

この項目は多飲行動そのものや多飲に伴う不安定な精神状態を反映している行動と考え「明らかな飲水量の増加を示す行動」と命名した。

第二因子

負荷量の高かった項目は、①看護師とは視線を合わせようとしない、②レクリエーション活動等の参加が減った、③看護師から逃げるような素振りがある、という3つの項目であった。この項目は看護師を避け、人目を盗んで飲水行動に走ろうという多飲症患者の思考的特徴を反映した行動であり、そのような状態の患者と看護師との関係を表していると考え「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」と命名した。

第三因子

負荷量の高かった項目は、①買い物に飲料水が増えた、②食事摂取量が減った、③抗精神病薬の副作用がある、④普段の日常生活行動は自立している、という4項目であった。この項目は飲料水の摂取量増加に伴う食事摂取量の低下や錐体外路症状などの日々の行動に関連した状況を反映した行動であると考え「飲水量の増加を疑わせる行動」と命名した。

第四因子

負荷量の高かった項目は、①不眠を訴える、②患者間、看護師等へのセクハラ行為がある、③下痢でも排便困難を訴える、④欧気や嘔吐など消化器症状の訴えがある、⑤意識が朦朧としている、⑥呂律が回らず言葉が不明瞭である、の6項目であった。この項目は多飲による低ナトリウム血症傾向により、盲聾状態や高揚状態、睡眠パターンの障害などを反映した言動と考えられ「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」と命名した。

第五因子

負荷量の高かった項目は、①言動が攻撃的である、②家族の面会がほとんどない、③患者同士等、対人関係に問題をかかえている、の3項目であった。この項目は統合失調症の対人関係の困難さを反映していると考え「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」と命名した。

表一7 精神科入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の「患者の特徴だ」と考えられる行動

N=42

項目	1	2	3	4	5
いつもよりコップを持ち歩く機会が増えた	0.869	-0.011	0.353	-0.170	0.020
水道の近くにいることが多い	0.862	0.041	0.077	0.025	0.064
洋服などが水で濡れている	0.763	0.208	-0.197	0.153	0.043
不機嫌や落ち着きがない	0.751	0.106	-0.063	-0.023	0.127
夜間巡視時にトイレにいることが多い	0.518	0.406	-0.097	0.152	0.000
看護師とは視線を合わせようとししない	0.138	0.952	-0.133	-0.066	0.058
レクリエーション活動等の参加が減った	-0.043	0.802	0.080	-0.043	0.043
看護師から逃げるような素振りがある	0.295	0.778	-0.015	-0.020	-0.137
買い物に飲料水が増えた	0.187	-0.313	0.970	-0.139	0.090
食事摂取量が減った	-0.158	0.112	0.697	0.127	0.133
抗精神病薬の副作用がある	0.290	0.302	0.618	-0.113	-0.141
普段の日常生活行動は自立している	-0.094	0.085	0.559	0.225	0.024
不眠を訴える	-0.006	-0.062	-0.074	0.908	-0.055
患者間、看護師等へのセクハラ行為がある	0.356	-0.395	0.081	0.662	0.023
下痢でも排便困難を訴える	-0.372	0.130	0.310	0.543	0.273
欧気や嘔吐など消化器症状の訴えがある	-0.070	0.295	0.276	0.538	-0.234
意識が朦朧としている	0.078	0.115	0.361	0.519	-0.199
呂律が回らず言葉が不明瞭である	0.184	0.345	-0.164	0.491	0.275
言動が攻撃的である	0.306	-0.199	-0.048	0.063	0.779
家族の面会がほとんどない	-0.144	0.393	0.233	-0.365	0.706
患者同士等、対人関係に問題をかかえている	0.238	-0.152	0.066	0.379	0.508
固有値	8.001	2.594	1.938	1.309	1.175
累積負荷量	38.101	50.455	59.683	65.916	71.513

プロマックス回転 8回で収束

第一因子：明らかな飲水量の増加を示す行動

第二因子：看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動

第三因子：飲水量の増加を疑わせる行動

第四因子：低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動

第五因子：ストレスを抱えていることを疑わせる状態

2) 共分散構造分析の結果

因子分析で得られた5因子における因果関係などの関係性を明らかにするために共分散構造分析をおこなった。

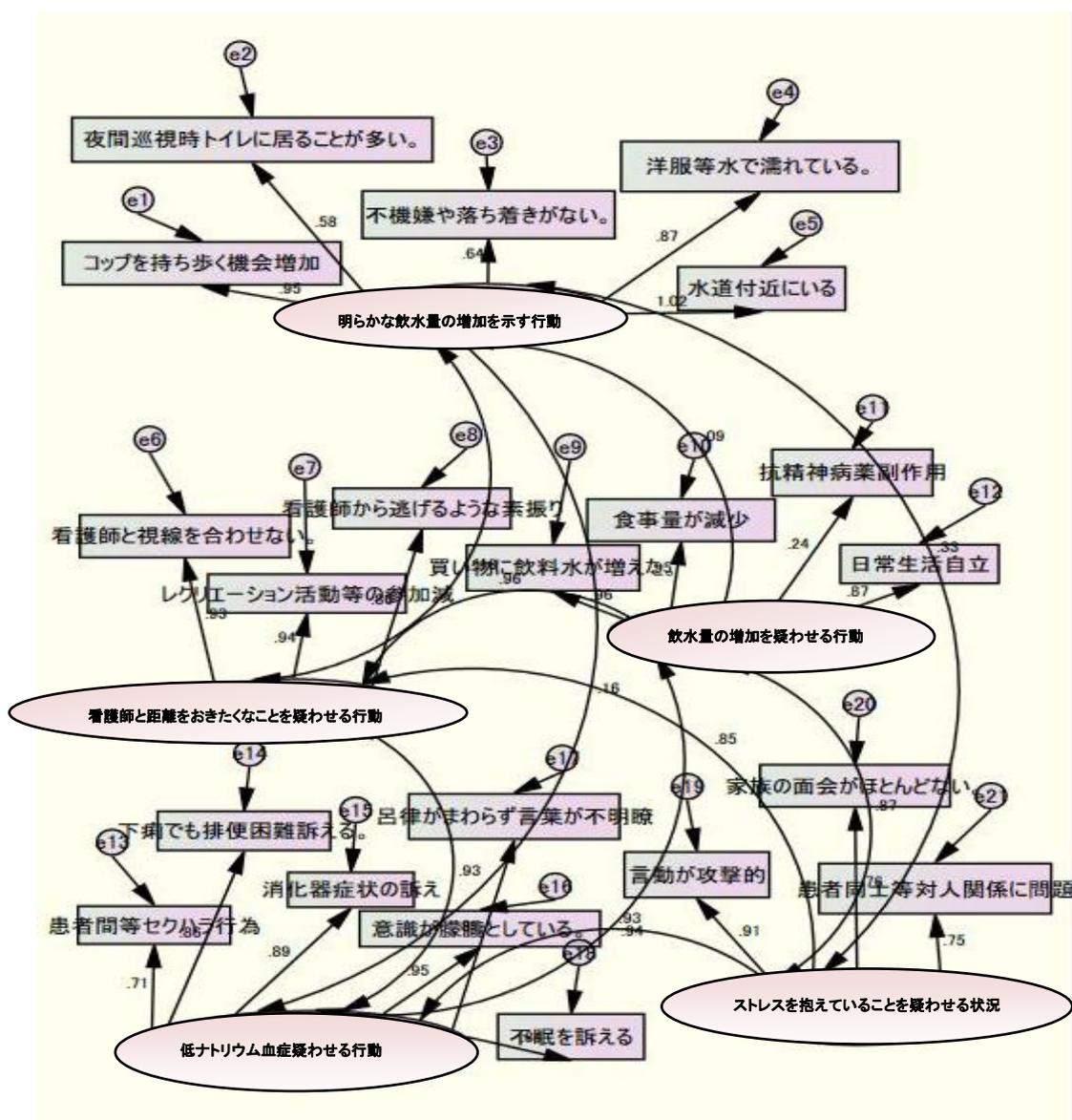


図 - 4 精神科入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の「患者の特徴だ」と考えられる行動の特徴を示す共分散構造分析

分析結果について、各観測変数の \rightarrow は影響指標であり、矢印の先の変数に与える影響の大きさを示している。 \leftrightarrow は、共分散であり、相互の影響の大きさを示している。e は、誤差変数である。いずれも値が大きいほど影響が大きく、パス係数は全て有意な値を示している。(p < 0.01).

水中毒（多飲症を含む）を疑う時の患者の特徴について、共分散構造分析により 5 因子の関係について構造を明らかにした。

最も強い関係を示したのは、第二因子「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」と第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」との関係が（.96）であり、共分散を示し相互に大きな影響があることを示していた。特に、“レクリエーション活動等の参加が減った”（.94）という項目については、看護師との関係性が大きく影響していることが分かった。

また、日常生活の項目である第三因子は、“買い物に飲料水が増える”（.96）という項目が大きく影響しているという結果を示した。

第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」と第五因子「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」との関係性は、（.94）であり、強い関係がみられた。

第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」と第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」との関係は、（.90）であり、高値を示した。

また、第二因子「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」と第五因子「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」は、（.85）であった。

しかし、第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」と第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」との関係は（.16）であった。

第一因子と第四因子との間は、一番強い関係を示すと予測していたが、かなり関係が低いということが明らかになった。

また、第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」と一番強い関係を持っている項目は、“意識が朦朧としている”（.95）であった。

Ⅶ 考察

1 因子分析の結果について

因子分析の結果は、第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」、第二因子「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」、第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」、第五因子は「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」の 5 因子となった。

第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」は、5 つの項目で形成されており、水を飲むという水そのものに直接行動に関する内容であった。これはインタビューをはじめ、多くの先行研究にみられる観察項目であり、看護師は飲水行動に対して強く着目していることが示されたといえる。

第二因子「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」は、看護師が関わる誘導に対して否定的な行動が示されており、第 1 研究のインタビューの結果に見られたように、

飲水行動に対し『患者は、自分でも、まずいと感じている』という内容からも予測できるものであり、やっではない行為であるという認識と罪悪感のような意識を自己に向けていることが予測された。

第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」は、日常生活一般の観察視点であり、看護師は患者が自立しているという側面も捉えているが、多飲と飲食の状況に関しても着目していたといえる。

第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」は、6項目から成り、一番多い項目を含む因子となった。この内容は、文字通り、精神・神経活動を含んでいるが、②の患者間、看護師等へのセクハラ行為という特徴的な行動を含み、これは水中毒（多飲症を含む）患者の精神的な高揚状態を含む内容であったと考えられる。

第五因子「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」は水中毒（多飲症を含む）症状の悪化により、結果として対人関係の悪化、つまり全く関係のない他者にも関心がむけられ、関係妄想を起こす場合もあることが予測された。精神科病棟の入院患者の多くを占める統合失調症患者の特徴の一つであるフィルター機能が過敏になった場合には、岡田（2010）のいう「選択的注意の障害」が含まれる結果になると考えられる。この障害に陥った時には、周囲にある情報がすべて取り込まれてしまい、処理能力のオーバー状態となり混乱をきたすため対人関係の悪化を起こすことが考えられる。

2 共分散構造分析の結果について

「精神科入院患者にみられる水中毒（多飲症を含む）症状を呈していると疑われる患者の特徴」について、看護師を対象にアンケート調査を行なった因子分析の結果で得られた5因子について、共分散構造分析により分析すると、第二因子「看護師と距離をおきたくなることを疑わせる行動」と第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」との関係が（.96）であり、一番強い関係を示していた。

このことは質的な分析を行った結果や先行研究の結果と同様であり、看護師と患者の日常生活の行動について、「関係性」という表現が示されていたが、数値化することで水中毒（多飲症を含む）患者の特徴的な構造が明らかになったといえる。

また、第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」と第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」の関係がほとんどなかったことは予想外の結果であり、看護師は水に直接関係する行動に着目するよりも患者の日々の生活における他者との関係性、つまり「人と人」という関係に着目することを重要視していることが明らかになったといえよう。

第2研究により水中毒（多飲症を含む）患者の看護援助との関係について5因子を抽出できたことと、看護師が見る水中毒（多飲症を含む）患者の特徴が構造化されたことは、大変画期的なことだといえる。

VIII 結論

第 2 研究の、研究の問いは「看護師は患者をどのようにとらえており、それはどのような構造か」であった。

これは、第 1 研究で少数の優れた看護師へのインタビュー調査を行い、看護師が行っている看護を看護師が表現したデータを分析して、とらえられた看護実践と構造を明らかにしたことと対照的に、本研究では、比較的多数の一般的な看護師にアンケート調査を行い、看護師が患者をどうとらえているかを回答したデータを分析して、看護師のとらえる患者の姿と構造を明らかにすることである。

調査結果について、因子分析および共分散構造分析を行った結果、看護師がとらえている患者像とその構造が次のように明らかになった。

- ・看護師は飲水行動に対して強く着目していることが示され、患者は飲水行動をする存在であると捉えられていることが予測された。
- ・患者は、飲水行動に対し『自分でも、まずいと感じており』、いけない行為であるという認識と罪悪感のような意識を自己に向けている存在であると捉えられていることが予測された。
- ・患者は、水中毒（多飲症を含む）症状の悪化により、結果として対人関係の悪化、つまり全く関係のない他者にも関心がむけられ、関係妄想を起こす場合もある存在であると捉えられていることが予測された。
- ・「日常生活の行動」について、看護師は患者が自立しているという側面も捉えているが、一方で、多飲と飲食量の状況に関しても着目しており、自分でコントロールすることの困難な場合もある存在であると捉えていることが予測された。
- ・「精神・神経活動」には、患者間、看護師等へのセクハラ行為という特徴的な行動が含まれており、患者の精神的な高揚状態がこうした行為につながると捉えられていることが予測された。
- ・「患者間や家族との関係性」は、水中毒（多飲症を含む）症状の悪化により、結果として対人関係の悪化、つまり全く関係のない他者にも関心がむけられ、関係妄想を起こす場合もあることが予測された。
- ・多飲症（水中毒）患者の「日常生活の行動」は、「看護師との距離を置きたくなる関係性」と強く影響を受けていることが予測された。これまで、「関係性」という抽象的な表現で示されていたが、数値化することで水中毒（多飲症を含む）患者の人間関係の特徴的な構造が明らかになったといえる。

第7章 第3研究

I 研究題目

第3研究の研究題目は、「一般的な精神科病院に入院している統合失調症の多飲症患者の経験から見る、多飲症患者の新たな要因（看護ニーズ）」である。

II 研究の背景

第1研究と第2研究を行った結果、看護師は、統合失調症の多飲症患者の看護について、人間と人間の関係性が大切であることなどの基本的な知識を持っており、患者に関心を寄せて真摯に看護をしていることがわかった。しかし、一方で、看護師は、看護の成果が感じられずに疲弊感をもち、より良い看護の方法が長く求められ続けている。なぜ、このような差が起こるのであろうか。研究者はこのことに疑問をもった。そこで、これまでの研究のように看護師の視点から看護を見るのではなく、患者の視点から看護の現状を見れば、新たな展望が開けるのではないかと考えた。

そこで、第3研究として、患者の視点から患者の経験を知り、そこから新たに看護ニーズを探ることにした。

III 研究目的と研究の問い

1 研究目的

第3研究の研究目的は、統合失調症の多飲症患者はどのような看護援助を受けているかを知り、患者の新たな看護ニーズを見出すことである。

2 研究の問い

第3研究の研究の問いは次の5つである。

- (1) 一般的な精神科病棟に長期入院している統合失調症の多飲症患者は、病棟での生活のなかでどのような経験をしているか
- (2) 一般的な精神科病棟に長期入院している統合失調症の多飲症患者は、病棟でどのような看護を受け、看護をどのように経験しているか
- (3) 多飲症症状を経験したことのある人とない人の経験に差が見出されるか
- (4) 同一患者で多飲症症状のある時とない時の経験はどのように異なっているか
- (5) 患者の経験から見る多飲症患者の新たな要因（看護ニーズ）は何か。

IV 研究の意義

先行研究においてほとんど取り上げられてこなかった患者の立場から「患者の経験」を記述し分析することによって、多飲症患者の看護の新たな要因（看護ニーズ）を見出すことができれば、一定の看護指針を提示できる可能性があることが、第3研究の意義である。

V 研究方法

第3研究の研究デザインは、質的研究方法を取り、焦点を絞ったエスノグラフィー（マクロ・エスノグラフィー）を用いた。

1 データ収集

データ収集は、①参加観察 ②インタビュー（フォーマル・インタビュー およびインフォーマル・インタビュー） ③入手可能な書類等の閲覧 の3方向から行う。

1) 参加観察

参加観察では、特に患者と看護師の関係や患者同士の関わりに着目しながら、患者自身が病棟での日常の生活で、あるいは受けている看護に対し、どのように感じ、どのように考え、どう行動しているかを表していると感じられることがらを、研究者の五感のすべてを鋭敏にして観察した。また、いま現在患者自身が体験している身体感覚について、患者のことは、表情、態度などをできるだけいねいに観察して捉えた。

参加観察のレベルには4つの段階（Roper & Shapira）があり、1. 完全な参加者 2. 観察者としての参加者 3. 参加者としての観察者 4. 完全な観察者である。本研究において研究者が行う参加観察のレベルは、1の段階を除き、3~4のすべての段階とし、状況に応じて段階を変えて行った。1の段階を除いた理由は、完全な参加者となることによって研究者が病棟の日常業務の多忙さに巻き込まれて本来の観察ができなくなる事態を避け、研究者が観察し内省することに集中できるようにするためである。

参加観察は、研究者が看護師と共に行動しながら行うこともあり、単独に病棟に居て行うこともあった。研究者は、看護師であると同時に他施設である大学の学生として病院にきているという立場が明らかになるような服装と名札をつけ、また適時自己紹介をして、違和感を少なくするようにした。名札に研究者の身分をどのように書くか（看護師・研究者と表現するか、看護師・実習生と表現するか、それ以外か）については、病院の管理者や看護師と相談をして決める。観察したことは、できるだけ早く人目に触れない場所でメモをとった。

2) インタビュー

インタビューは、参加観察の間に行う会話（インフォーマル・インタビュー）と、時間

と場所を設定して行うインタビュー（フォーマル・インタビュー）である。インフォーマル・インタビューは、できるだけ自然な会話をするように心がける。その場に違和感の生じないように気をつけながら、できるだけ早いうちに人目につかない場所でメモをとった。

フォーマル・インタビューは、インタビュー・ガイドを用いて行った。承諾を得て録音した。録音の承諾が得られない場合は、承諾を得てメモをとった。

患者に対するインタビュー・ガイドは以下である。

[患者へのインタビュー・ガイド]

1. 日常生活の中で最近気になったことを聞く
2. 多飲症の自覚症状に関する経験を聞く
3. 多飲症の自覚症状に関して強く印象に残っていることを聞く
4. 多飲症症状がおきた場面の看護について印象的なできごとを聞く
5. 多飲症症状がおきた場面の看護に期待や希望することを聞く

看護師に対するインタビュー・ガイドは以下である。

[看護師へのインタビュー・ガイド]

1. 多飲症患者の看護を経験する日常生活の中で最近気になったことを聞く
2. 多飲症患者の看護の経験内容を聞く
3. 多飲症患者の看護の経験の中で、強く印象に残っていることを聞く
4. 病棟でおきた多飲症患者の印象的なできごとを聞く
5. 多飲症患者の看護について、今後、期待することを聞く

患者へのフォーマル・インタビューの回数は、参加観察開始の前後 2 回を目安とし、状況に応じてその時以外にもインタビューをお願いした。

3) 入手可能な書類等の閲覧

入手可能な書類等としては、患者の現病歴・入院期間・家族背景・服薬内容・作業療法等の参加項目と参加状況・年間の隔離室使用時の回数や前後の状況などがあり、病院の許可を得て閲覧し、データとした。

2 研究の場と対象

研究の場は、精神科病床を有する病院で、研究の許可が得られた 2 病院の、各病院 1 病棟、計 3 病棟とした。

参加観察の対象となる患者は、次のいずれかの条件を満たし、許可の得られた方とした。

- ① 精神科に 10 年以上入院し、喫煙（または喫煙経験があった）しており、多飲症の症状を 3 年以内に呈したことがある方。
各病院男性 1 名，女性 1 名 計男性 2 名，女性 2 名程度
- ② 精神科に 10 年以上入院し、喫煙（または喫煙経験があった）しており、多飲症の症状を 1 度も呈したことがない方。
各病院男性 1 名，女性 1 名 計男性 2 名，女性 2 名程度
- ③ 飲症患者の特性をより明らかにするために、多飲症症状を呈したことがない患者の観察も同様に、喫煙経験の有無の条件を合わせ、各病院と各病棟で同数程度おこなう。
- ④ 同行させていただく看護師は、5 年以上の精神科臨床の経験を有する方とする。看護師へのインタビューは、5 年以上の精神科臨床の経験を有する方 6 名程度とした。

3 データ分析

Roper, J.M. & Shapira, J. (2009) の提唱するエスノグラフィーの方法論を用いて分析した。まず、データから記述ラベルを生成した。同じ意味をもつ記述ラベル同士に分類し、それらと比較することによって体系化し、患者や看護師の考え方や行動を示すパターンを見出していった。

見出されたパターンのなかから、看護援助プログラムの要因となるものを見出す。本研究の分析は、専門領域の研究者によるスーパーバイズを受け精度を高めた。

VI 研究の倫理的配慮

第 3 研究は、聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得たので(承認番号 10065)、その内容を遵守して実施した。

VII 結果

1 病院の概要と患者の属性

病院の概要と患者の属性について、表-8 に示した。2 病院の概要は、青病院は公立の 250 症以上の病院であり、チームナーシング制を取っていた。緑病院は、特定・特別医療法人で 400 床以上の病院であり、看護体制は機能別、受け持ち制をとっていた。

第 3 研究の調査対象となった患者の属性は、表-9 に示す通りである。先行研究より得られた統合失調書で多飲症の傾向を示す患者選定の条件として、入院経験が 10 年以上で喫煙経験または喫煙歴有りとし、ストレス対処行動にも影響するといわれる家族の支援体制について、キーパーソンを示した。事例 1~3 は多飲経験がある患者であり、事例 4~6 は多飲経験の無い患者の 6 名である。

	施設の概要	精神科単科	看護体制
青病院	公立病院	250床以上	チームナーシング制, 受け持ち制
緑病院	特定・特別医療法人	400床以上	機能別, 受け持ち制

	性別	年齢	入院歴	喫煙 (喫煙歴)	キーパーソン	多飲経験
事例1	男性A	50代	10年以上	あり (あり)	兄	あり
事例2	男性B	30代	10年以上	なし (あり)	父	あり
事例3	女性C	50代	10年以上	なし (あり)	母	あり
事例4	男性D	60代	10年以上	なし (あり)	妹	なし
事例5	男性E	50代	10年以上	なし (あり)	母	なし
事例6	女性F	50代	10年以上	なし (あり)	母	なし

2 第3研究の問い (1)～(5) に対する結果

(1) 一般的な精神科病棟に長期入院している統合失調症の多飲症患者は、病棟での生活のなかで以下のような経験をしていた。

以下の内容は日々の参加観察の結果から抽出したデータを質的に分析した経験パターンである。その中の一事例として多飲症患者の特徴的な場面を取り上げて示した。

A氏 (男) の新薬服用前 (期間8月31日～10月27日) の8の経験

- ① 幻聴があって辛い」と言い、苦痛表情があった。
- ② 族に電話を掛け、怒鳴るという行動をとっていた。
- ③ 時間に一回は、仕事であるかの様に喫煙所に出掛けていた。
- ④ 聴が聞こえていても声を掛けることで、現実を認識できることもあった。
- ⑤ 楽療法に参加し「楽しい」と言うが表情と発言は必ずしも一致しない。
- ⑥ にコップをズボンのポケットにいれ、いつでもコーヒーを飲める体制でおり、持続的に飲んでいるという行動があった。
- ⑦ 2時間に一回の点呼には必ず、戻って来るという行動をとっていた。
- ⑧ ふらりと、いなくなる時には、トイレに行くという行動をとっていた。

以下の□（四角）で囲んだ内容は、参加観察場面の一部であり、その時に筆者が感じ考えたことを「観察場面の解釈」として記述した。

<観察場面1>

【男性A氏の多飲症の特徴的な経験6に対する参加観察の場面】

経験6. 常にコップを持ち、いつでもコーヒーを飲める体制でおり、持続的に飲んでいるという行動があった。

M「ビール瓶に何本とか沢山飲むんですね」と聞き返すと、A「そう」と答えた。右手の指を折って「...だから...で、」と言うので、

M「Aさんは、いつもコップでコーヒーを飲んでますよね。どうしてそんなに飲んでいるのですか？」と聞くと、

A「ひまだから...テレビを見るわけではなく、新聞を読めるわけではなく、煙草を買えるわけではなく...」と指を5本折って、自分なりの理由を話してくれた。

M「そうなのですか、することがないと暇ですよ」と話した。

A氏は「そうだろ...」と語尾は、はっきりしないが、共感したことは分かってくれたようだ。

[観察場面1の解釈]

男性患者A氏の8つの経験パターンの中で示した内容の6番目に記載した具体的な内容を取り出した。

A氏は「ひまだから...」という返事は、忙しい日課なら沢山のコーヒーを飲んでいる時間はないのか？確かに、自分がしたい事や出来ることがほとんどないようだ。しかし、「新聞や煙草が買えるわけでもない」という発言については、売店で煙草などを購入していたため、購入時間や金額に対する制限について訴えていたと考えられる。

しかし、M「することがないと暇ですよ」と話すと、A「そうだろ...」と答えた。つまり、暇で、することが無いのでコーヒーを飲んでいるというひとつの理由だと解釈できた。

B氏（男）の8つの経験

- ①周囲への関心は、ほとんどない様子だが、親しい人には声を掛けるなど気遣う場面もあった。
- ②施錠された閉鎖病棟で院内のスケジュールや規則を守り、所在なく過ごしていた。
- ③自分が気に入ったゲームは一生懸命に行っていた。

- ④癌で亡くなった祖母に対する思いや祖母の死に対する発言があった
- ⑤眼瞼の浮腫があり、睡眠時間が曖昧で「あまり眠れない」と言った。
- ⑥落ち着かない様子で何度も人目を盗んで飲水し、給湯器に向かいながら「水を飲み過ぎだ」と言った。
- ⑦強迫行為や何かを蹴り飛ばすような行動など、現実とかけ離れた行動があった。
- ⑧ふらりといなくなる時にはトイレに行っていた。

<観察場面 2>

【男性B氏の経験6に対する参加観察の場面】

経験6. 人目を盗み、やや落ち着かない様子で給湯器に向かい、水を飲み過ぎだと言った。

B氏の病室を訊ねるが不在だった。ホールに行くと、ふらりと私の前に現れた。

M「お早うございます」というと

B「・・・」なにか話してくれたが、聞き取れなかった。そのまま、離れてしまう様子があり、眼瞼も腫れ気味で水を飲み過ぎている様子だった。

B氏は、やや朦朧状態だったため、今、話をしないと、また、どこかへ行ってしまおうと考え話しかけた。

M「Bさん、今日が最後の日なんです」と、伝えた。するとゆっくりからだを振り向けて、「飲み過ぎちゃった」と言った。

[観察場面2の解釈]

男性患者B氏の8つの経験パターンの中で示した内容の6番目に記載した具体的な内容を取り出した。

B氏は、給湯器に向かっていく時には、いつも落ち着かない様子で何度も周囲を振り返り、人目を盗むようにゆっくりと歩いて行った。給湯ボタンを一回押して出る量は約100mlであった。給湯器の前に着くと、一杯目は一気に飲みほした。2杯目からは、周囲を気にするように何度も振り返りながら続けて4杯飲んだ。そして、やや朦朧状態だったが、「飲み過ぎちゃった」と振り返り、答えてくれた。飲み過ぎているという自覚している言葉があり、私を避けようとしている行動については、多飲症患者が、多飲という状況について良くない行動であると自覚していると考えられた。B氏は自分の多飲行動についてよくない行動であると認識しているにもかかわらず水を飲んでしまう、といった特徴的な行動パターンをとっていた。

C氏（女）の7の経験

- ①C氏は周囲で、他の患者の大声をだしていることや自分の服に食べ物をこぼすということがあっても、ほとんど関心を示さないが、C氏が気に掛かることや知っている言葉には、興味や関心を示した。
- ②作業療法の参加は、楽しいといった。
- ③C氏は、決められた作業や病院の規則などは守っていた。
- ④患者同士の関係では、何らかの利害関係を持って、入院生活を送っていた。
- ⑤家族との関係について、面会が少なく、お盆外泊などに出かけても、あまり、歓迎されていないという内容の発言があった。
- ⑥多飲症症状にある時には、体重増加や嘔吐、イライラなどの症状があると
言った。
- ⑦看護師や助手により、検温、体重測定、食事の配膳や介助、点呼、誘導などの援助を受けていた。

<観察場面 3>

【女性C氏の経験6に対する参加観察の場面1.】

経験 6. 多飲症症状にある時には、体重増加や嘔吐、イライラなどの症状があった。

M「お変わりなかったですか」と声を掛けた。

F「はい、変わりません」とあっさりと、しかし、にっこりして答えてくれた。

M「今日は、お風呂の日でしたっけ」というとC「はい、そうです」と答えてくれた。そこに、看護助手の若い女性が温度板と体温計を持ってきた。体温計を4人に1本ずつ渡している。F氏の前に来ると、わざとすぐに、受け取れない距離で体温計を差し出した。

F「なあに、意地悪するん」と言った。困ったような気まずそうな表情の、しかし、薄笑いで返事をしている。この時に、私はC氏と思わず視線が合ってしまった。その看護助手に対して、C氏は『ちょっと呆れた』と言わんばかりに眉をひそめた表情をした。

F氏はやっとな受け取ると、早速、体温計を挟んだ。それぞれ、ベッドの上で体温測定している。…中略… 看護助手が、病室を出て行くと、先ほどの続きを話そうと、私は、F氏の前に立った。すると、C氏は、青いコップを持って、「お茶飲んで来よう」と言って病室を出た。

[観察場面3の解釈]

女性患者C氏の7つの経験パターンの中の6番目を捉え参加観察の具体的な場面を取り出した。

若い看護助手が体温計を持ってきて、F氏がすぐに受け取れない距離で体温計を差し出した。F氏は、困ったような気まずそうな表情だった。ベッドサイドぎりぎりまで手を伸ばし、やっと受け取った。この時に、C氏と私は視線が合い『ちょっと呆れた』といわんばかりの不愉快そうな表情であった。

この時のC氏は、F氏が意地悪をされて困った状況を目の当たりにした場面であり、その時には、筆者はC氏と視線が合い、おそらく、同じように嫌だと感じる経験をしたということが推察されたのである。

<観察場面 4>

【女性C氏の経験6に対する参加観察の場面2.】

C氏は、コップを持って「お茶飲んで来よう」と言って病室を出ていったが、私は、検温という一区切りがついたために、病室を出て行ったと解釈した。

帰室後に、M「お水飲んできたのですか？」と聞いた。

C氏「うん、お茶」と答えた。

M「暖かいお茶？」

C「うん、5杯飲んだ」 私は聞き間違いだと思い、

M「え？5杯ですか？」と聞き返した。すると、

C「うん、止まらなかったんだよね、気が済まなかったん」と言った。

M「気が済まない？1杯、2杯、・・・5杯？」と、C氏と一緒に数えて、

C氏「5杯」と言った。

M「それで、気が済んだ？」と聞くと、

C「すんだ」と真剣な表情で答えてくれた。

[観察場面4の解釈]

観察場面4は、観察場面3に引き続き見られたC氏の一連の経験であり、女性患者C氏の7つの経験パターンの中で示した6番目の具体例である。

C氏は、第三者の困った経験について、眉をひそめ不愉快そうな表情が観察された。その後、C氏は「うん、止まらなかったんだよね、気が済まなかったん」と言い、多飲行動に走ったと推察できた。M「それで、気が済んだ？」と聞くと、C氏は真剣な表情で「(気が) すんだ」といったが、「飲み過ぎてしまった」と失敗談として伝えるには照れ笑いがありそうだ。この時、C氏は真剣な表情で答えたのである。しかし、この時私は、単に飲み過ぎてしまったという報告として聞いていた。

- (2) 一般的な精神科病棟に長期入院している統合失調症の多飲症患者は、病棟で以下のような看護を受け、看護を以下のように経験していた。それらは以下 6 つの共通した経験としてまとめられた。

【統合失調症の多飲症患者が経験していた 6 つの共通した経験】

- ①一斉放送や大声で呼び掛けられて、誘導されていた。
- ②作業療法室などでは患者同士や看護師とも殆んど会話をしていなかった。
- ③体重測定など個人的な対応になった時に、看護師に話し掛けられていた。
- ④看護師から、飲水に関する観察や注意、確認をされていた。
- ⑤長期入院の患者であり数年間の情報を知った上で看護の提供があった。
- ⑥常に笑顔で話し掛けている看護師と事務的な対応の看護師がいた。

精神科では、無資格者も含め多職種による協働の場であり、患者はその様々な立場、役割の人たちからの対応を受けて入院生活をおくっているという現状を私（茂木）は改めて認識した。

以上の経験パターンから、多飲症患者の A 氏・B 氏・C 氏の 3 名は、6 つの共通の経験をしていたことが分かった。

経験 1. 一斉放送や大声で患者に呼び掛けられて、誘導されていた。という経験に対する具体的な内容を以下に示した。

<観察場面 5>

【男性A氏の参加観察の場面】

経験 1. 一斉放送や大声で患者に呼び掛けられて、誘導されていた。

A 「…」と、何か言ったが聴き取れず、決められた時間外に煙草を欲しいと看護師にお願いしているようだった。その時、「点呼の時間で一す、点呼で一す」と一斉放送が入った。

A氏もすぐに自分の席についた。点呼のため、移動できる患者全員がホールに集合する。車椅子の患者も誘導され、看護師が点呼をとっている。看護師の確認後、「点呼終了」の声で患者はそれぞれの部屋などに戻っていった。

[観察場面5の解釈]

多飲症患者のA氏・B氏・C氏の3名は、6つの共通の経験から得られた内容である。

経験 1. に対するA氏の具体的な場面について。

患者は、約2時間ごとの一斉放送が入ることで、移動できる患者は全員ホールに集合し、看護師が点呼をとっている。この時に看護師は、呼名はしていない。温度板のようなものを持ち、それを見ながら患者の顔を覗き込んでいた。間もなく、看護師の「点呼終了」の声で患者の存在を確認後、患者はそれぞれの部屋などに戻っていった。開放病棟では、どこの病院でも見られる光景であり、本来は安否確認で大切な業務の一つであるが、この時には、ふと、収容という言葉が頭をよぎった。

看護師は、時間ごとの一斉放送により、患者の存在を確認し、「点呼終了」という看護師の大きな声で、患者はそれぞれの部屋などに戻っていった。自傷他害、無断離院などが予測される精神科の開放病棟に入院している患者に対し、2時間ごとの点呼は、看護師が患者の安否確認を行なうという目的がある。しかし、ほぼ全員が2時間後の点呼には集合してくるため、患者は2時間という時間を予測して行動しているということが推察された。

<観察場面 6>

【男性B氏の参加観察の場面】

経験 1. 一斉放送や大声で呼び掛けられて、誘導されていた。

昼食時間がせまり、黒ひげゲームがテーブルに置かれたままであったために、

M「どうしますか？」というと

B「・・・」何かつぶやくが聞き取れず、看護師室に返却しに向かった。(カウンター側の開いている窓から黙って中にそのゲームを置いた。) 12 時を過ぎると、看護師により「食事が届きました」という一斉放送があり、ホールにいる患者は搬入された食事のワゴンに向かい、病室にいる患者は部屋から出てきた。

<解釈 6>

昼食時間が迫り、ゲームの片付けがまだだった。B 氏は何かつぶやくゲームを看護師室に返却したが、看護師室は昼食前の準備で誰もいなかった。一斉放送を聞いたホールにいる患者は、搬入された食事のワゴンに向かい、自分の名札を外し、食事を取ってテーブルに着き、すぐに食べはじめた。B 氏の病棟で、一斉放送で患者に知らせていたのは、食事、入浴、体重測定、作業療法に関する内容であった。

[観察場面6の解釈]

経験 1. に対する B 氏の具体的な場面について。

一斉放送を聞いたホールにいる患者は、搬入された食事のワゴンに向かい、ワゴンの中から自分の食事を取って自分の名札を外し、場所が決まっているテーブルに着いて、すぐに食べはじめた。患者は、毎日、一斉放送で食事、入浴、体重測定、作業療法に関する連絡を受けていた。療養型の閉鎖病棟では、家族の面会や外泊などがない限り、毎日がこの一斉放送で始まり、終わるといふ繰り返しが観察された。

<観察場面 7>

【女性 C 氏の参加観察の場面】

経験 1. 一斉放送や大声で呼び掛けられて、誘導されていた。

「作業（ホチキスの針詰め）と内作（手工芸など）に参加する人はコップを持ってホールに集まってください」と一斉放送があった。C 氏と F 氏の2人は、それぞれ自分の部屋で使っている持ち手のついたプラスチック製のコップを手に、すぐにホールに向かった。

F 氏は、看護助手が座って受付をしているテーブルの所に行き、そこに置かれた参加希望者の名簿に自分の名前を書いた。F 氏は、看護師がポンポンと患者の背中を叩きながら人数を数えている列に並んだ。C 氏は一度列に並んだが、間もなく給湯器の前に行き、持参してきたコップで2杯水を飲んだ。

その後、C 氏はその列の最後尾に並んだ。看護師は、おおよその参加メンバーがそろったのを見計らうと、「作業10人、内作6人」と誘導スタッフに告げるように言い、参加希望の名簿を見ながら患者の顔を確認した。患者の列の先頭と最後尾、中間にひとりの看護助手が入り移動の準備が整ったようだった。看護師は「はい、行くよー」と言った。一列に並んだ患者は、エレベーターの方に移動を始めた。

[観察場面 7 の解釈]

経験 1. に対する C 氏の具体的な場面について。

この病院では、院内のどこに行くにも、ほとんど「コップを持って」と、言っ誘導していた。入院患者は、作業に参加する人もしない人も、その時々の一斉放送を聞いている。

看護師は、「作業10人、内作6人」と誘導スタッフに告げ、参加希望の名簿と患者の顔を確認し、患者の列の先頭と最後尾、中間にひとりの看護助手が入り、一列に並んだ患者はエレベーターの方に移動を始めた。

このように、看護師は一斉放送による呼びかけと、点呼後には行動場所と人数の確認を行ない、患者は一列になって行動していた。

以上のような、一般的な精神科病棟に長期入院している統合失調症の多飲症患者が、どのような病棟の生活において共通の経験をしているのか、具体的に述べた。これらの経験は、日常生活における食事の配膳や生存確認が目的の点呼、作業療法室などへの誘導のために行われていた。

- (3) 多飲症症状を経験したことのある人と経験のない人の経験に差が見出されるか。
(多飲症症状の経験がないD氏・E氏・F氏の3名, 対照患者の経験)

3名の多飲症経験がない対照患者は病棟で以下のような看護を受け、看護を以下のように経験していた。それらは以下4つの共通した経験としてまとめられた。

- ①第三者に対し、配慮したり、関心を寄せたりする気遣いを示す行動があった。
- ②なんらかの対象に対し楽しみと感じていた。
- ③看護師は「心を癒す優しい女性で相談に乗ってくれる人がいい」などと、自分の意思を表わす言葉が聞かれた。
- ④「自分は馬鹿だから」と言う自尊感情が低い発言や困難を示す場面が観察された。

以上の経験パターンから、多飲症経験がない患者のD氏・E氏・F氏の3名は、4つの共通の経験をしていた。

経験2. なんらかの対象に対し楽しみと感じていた. という経験に対する具体的な内容を以下に示した。

【D氏 (男性) の8の経験】

- ①「野球をしたい」など意志を述べることはあるが、スケジュールが決まっている日課の中であり、なかなか現実にはできなかった。
- ②音楽療法への参加は「楽しい」というが、表情はあまり変化しない。
- ③同室者との関係について気遣いをしていた。
- ④看護師の中には、話したい看護師とそうでない人がいるようだ。
- ⑤「暇で、暇で」と言っていた。
- ⑥母親の面会が楽しみなのだが、「あまり面会に来てもらえない」と、うつむいていた。
- ⑦「自分は馬鹿だから」と言う自尊感情が低い発言をしていた。
- ⑧沈黙の後には、本当に言いたいことがあった。

<観察場面 8>

【男性D氏の参加観察の場面】

経験 2. 音楽療法への参加は楽しいというが、表情はあまり変化しない。

M「お腹の具合はどうでしたか、食事はできましたか」と聞くと、

D「うん、治った」と言った。間もなく音楽療法が始まるという一斉放送があった。積極的でないD氏は、看護師に促され「うん」と返事をし、参加することになった。参加中は、表情はほとんど変化しないが、時々手を動かして参加していた。そこで、終了後に感想を聞くと、

D「楽しかったですよ」と言った。

[観察場面 8 の解釈]

経験 2. に対する D 氏の具体的な場面について。

音楽療法の参加を拒否していたが、看護師に促されて音楽療法に参加できた。参加中の表情はほとんど変化せず、音楽に乗って手を叩いたり、身体を動かしたりしていた。終了後の感想は、D「楽しかったですよ」という言葉が聞かれたが、統合失調症の患者は、表情の変化が乏しいのも特徴のひとつである。また、意思決定が困難な場合もあるので、D氏にとっては、音楽療法などの参加に迷いがある時には、誘導が必要な患者であると分かった。また、感情や表情の平坦化は、長期化した統合失調症患者の病状のひとつでもあるということも再度認識した場面であった。

【E氏の（男性）6つの経験】

- ①看護師は「心を癒す優しい女性で相談に乗ってくれる人がいい」と言っていた。
- ②E氏は楽しみを4つ持っていた。
- ③E氏は、多飲症患者の症状について「神経の渴きなので普通の渴きと違い、胃液が上がって湿った咳が出る」という自分の考えを話してくれた。
- ④第三者に対し、配慮したり、関心を寄せたりする気遣いを示していた。
- ⑤妄想が活発であり、医師に対しては「不適切で不十分な説明」をすと言った。
- ⑥義歯を持っているが、あまり使用しておらず、義歯磨きには時間をかけた。

＜観察場面 9＞

【男性E氏の参加観察の場面】

経験2. E氏は楽しみを4つ持っていた。

現実に戻そうと

M「Eさん、久しぶりにお会いしたので、ここ2~3週間で一番楽しかったことを教え頂きたいのですが、何かありましたか？…中略…」

E「うーん、ラジオとかテレビだね」と返事をしてくれた。

M「カラオケはどうですか」と聞くと

E「あまり好きじゃない」と答え、

M「じゃ、なにか変わったことはありませんでしたか？」と聞くと、

E「これ」と笑顔になり、右の小指をたてた。

M「これですか」と私も小指を立てて、「彼女が出来たのですか？」

E「うふっ、そう、5人・・・6人目」と言った。

M「そんなに沢山いるんですか？」と聞いた。

E「ここには、・・・人、外には・・・人だから・・・」と真面目な表情で答えた。

続けて、女は胸が大きかったり、ここんところが（鎖骨の辺りに手を乗せて）・・・だったり、25歳の時、女の人とエッチして、大きな・・・50過ぎてても子供は産める・・・血圧が高くても腹をきれば変わらない・・・」

E「なかやまたけゆきは1万メートルのチャンピオンだった・・・20秒台かな？」と過去の思い出と混同したのか、妄想が活発になって来た。

[観察場面9の解釈]

経験2. に対するE氏の具体的な場面について.

E氏の楽しみだと感じる経験は、ラジオを聴く、テレビを見る、手紙を書く、女性に興味がある、ということだと分かった。また、女性患者と笑顔で立ち話をしている様子も観察され、女性患者に人気があることも事実のようだ。

E氏は様々な研究をしたという誇大妄想があり、現実と妄想の境目が無い状態の中で様々なことに興味を持っていた。時折、女性患者と立ち話をしている様子も観察されたが、異性への興味関心が強いようであり、50代の男性だが、思春期のような活動性も感じられた。

【F氏（女性）の6つの経験】

- ①病棟の規則やスケジュールに沿った日常生活を送っていた。
- ②内作業の参加は、「楽しみのひとつだ」と言っていた。
- ③自分の体調管理が出来ない時や気分が落ち着かない時には、移動が多くなったり優先順位の決定が困難になったりしていた。
- ④C氏について「自分の高校時代からの親友だ」という妄想があり、「大切な存在だ」といった。
- ⑤内作の参加はポイント制として扱われ、喫茶の券になると話してくれた。
- ⑥F氏は、第三者に対し、よく気遣いをしていた。

〈観察場面 10〉

【女性F氏の参加観察の場面】

経験 2. 内作業の参加は、楽しみのひとつだと言っていた。

一斉放送が流れ、「内作業とグループ活動に参加する人はホールに来て下さい」と看護師による参加の誘導があった。C・F氏は、それぞれ受付を済ませ、順番に、その列に並んだ。…中略…内作業室に着くとC氏は刺し子をやっていた。

F氏は前回の続きで、キルティングで作った手のひらサイズのポーチにファスナーの仕付けをしていた。

M「わあ、かわいいポーチですね」

F「そう？ふふ、かわいい？」と笑顔で答え、ポーチを改めて眺めた。

M「もう少しで出来ますね、楽しみですね」と伝えると

F「うん、もう少しなんだけど」と真剣な表情になり、ファスナーの仕付けの続きを再開した。7から8ミリ程度のざっくりした手縫いだった。

〈解釈 10〉

内作業室は別の建物であり、移動時は一列に並び、最初と最後に看護師らが1人ずついて人数確認をしていた。内作業室に着くと、C氏は刺し子を始めた。F氏は前回の続きで、手のひらサイズのキルティングで作ったポーチにファスナーの仕付けをしていた。…中略…F「うん、もう少しなんだけど」と真剣な表情になり、ファスナーの仕付けの続きを始めた。C・F氏にとっては、日常生活における真剣にむかえる作業であり、楽しみのひとつのようだった。

[観察場面10の解釈]

経験 2. に対する F 氏の具体的な場面について。

F氏の6つの経験からの2番目に挙げられた作業療法への参加は、楽しみのひとつだという具体的な経験が示された。

室内の作業室に着くと、C氏は作業療法士から受け取った刺し子を始めた。F氏は前回作っていた手のひらサイズのキルティングのポーチにファスナーの仕付けをしていた。真剣な表情で、ファスナーの仕付けの続きを再開した。C・F氏共に、日常生活の楽しみが少ない中で、週に2回の作業療法に参加するという事は、何かを作り上げるという達成感が得られるという経験をしていた。

本研究における調査結果

本研究における調査結果から、多飲症症状がある男性患者A氏・B氏の2名は幻覚や妄想を「辛い」と訴えたり、あまり周囲に関心を示さなかったりしており、自分だけの意識の中に居るといような経験をしていることが分かった。統合失調症の看護では、このような症状がある場合には、現実に戻す必要がある、しかし、その時には無理に引き戻すのではなく、不愉快な内容にならず、誰でも納得しやすいことを伝えることが重要になる。例えば、「おはようございます」と言って朝であるということを確認してもらうことや、「寒いですね」などの実体験を伝えることである。幻覚妄想の内容については、患者にとって良いことは本当に稀であり、ほとんどが自己否定的な内容であるといわれている。そのため自尊感情が低くなるといわれていることから、幻覚妄想状態を続けることは好ましくないといえる。そのため、身近な現実を伝えることで、現実に興味を向けることが多飲症の看護につながると考えられるのである。しかし、時には、テレビを見たり、他の患者と話をしたりすることもあり、これまでの幻覚妄想が確認できる行動は、常に継続している状況ではなかった。

また、多飲症を経験したことのない男性D氏と女性F氏は、「喉は乾かないのか」という質問に対し「喉は乾かない」とも答えており、健康な人が飲水する一般的な量の飲水をしており、持続飲水のような特化した多飲行動は見られなかった。しかし、男性E氏は、常にコップを持ち、持続的な飲水をしていたが、看護師に注意されることは一度もなく、E氏自身も自分で「トイレに行くこと、一度にたくさん水を飲まないことに注意すれば、水中毒にならない」と話してくれた。これは、自分なりに水の飲み方を工夫しているものと考えられた。

よって、多飲症患者3名の経験と多飲症経験が無い患者3名の経験を比較したところ、いくつかの異なる特徴が見られた。まず、多飲症患者3名に見られた行動の特徴は「人目を盗み、落ち着かない様子で給湯器に向かい『水を飲み過ぎた』という罪悪感があるような言動であったり、『うん、止まらなかったんだよね、気が済まなかったん』といったストレス対処行動であったりする言動がみられたことである。また、C氏の観察結果からは、統合失調症の特徴であるストレス脆弱性が顕著に表れた場合に多

飲症症状を呈する状態が観察された。一方、多飲症経験が無い患者 2 名は、興味関心を外に向けているという特徴が見られた。残りの 1 名は、なんらかの相談ができる患者がいるようで、時々声を掛けられており、信頼関係が結べる対象が居るようだった。

このように、多飲症患者は、比較的内向的であり、ストレスの発散の 1 つとして、多飲行動を行っている可能性が示唆された。そのため、多飲症経験がない患者のように、外的な動機づけを持たせるような工夫、看護を行うことが必要ではないかと考えられた。

(5) 同一患者で多飲症症状のある時とない時の経験はどのように異なっているか。

I 病院 A 氏の場合は、11 月上旬に、薬剤抵抗性統合失調症という診断が確定し、新薬（クロザリル）の使用許可がおりたために処方箋が変更となり、新薬の投与が開始された。そのため、この A 氏は、同一患者でありながら、参加観察期間中に多飲することが全く無い時期を観察することが出来た。

新薬開始前の参加観察当初においては、多飲症症状が顕著であった。A 氏は、絶えず水やインスタントコーヒーを飲み続けており、さらに、ほぼ毎日、午前中だけでも 10 回程度は自宅に電話をかけていた。電話に相手がでたと思われる状況になると、「ばか、ばか…だからあ…」と怒鳴っていた。不機嫌な表情で会話をしており、一度切っても、すぐに掛け直すこともしばしばみられた。そして、ホールでは、名前が貼ってある自分のテーブルに着くと頭を抱え、眉をひそめており苦痛表情が見られた。しかし、服薬量を調整しながら新薬が投与されると、しだいに、飲水やコーヒーをのむことは無くなり、「コーヒーは飲みたくないのか」という問いかけに、「飲まない」と明らかな意思表示をすることもあった。しかし、新薬開始に伴う血小板の減少や傾眠傾向などの副作用の心配があり、処方量の調整に困難があった。そのため、実際に A 氏はほとんどベッドから起き上がれないほどの傾眠傾向になったり、精神的に不安定になったりすることがあった。この期間は、ほとんど関わりを持つことが困難であり、被害妄想が活発になったらしく、医師をはじめ、スタッフに対しても、時折上目遣いで相手をみていることもあった。このような状態で私が話しかけようとする、私の前を通り過ぎて行ってしまおうといった、避けるような行動があり、スタッフが話しかけても拒否したりする姿が認められた。このような不安定な状況にあったが、自宅への電話は一度も掛けない日もあり、病状と新薬の効果は、一進一退の様相を呈していると予測できた。この間に行われた血液検査については、異常が認められることは一度もなかった。

一日の参加観察のうちで、一度も飲水しない日が何度かあった。もしかしたら、それほど強い薬効があるのだろうか、感じずにはいられない程、意識が清明に感じる日もあり、肩を落とし前かがみで歩く姿勢も心なしか背筋が伸び、姿勢が良く感じることもあった。

以下の表は、新薬服薬開始の前後でデータを分析し、A氏の経験として列挙した。ここでは、その経験内容を比較したい。

【クロザリル開始後の9の経験】

- ①不機嫌な表情があり「ばか、ばか」とつぶやいたり、怒鳴ったりしていた。
- ②こどもの頃の父や兄との思い出を語った。
- ③1時間に一本という決められた煙草の本数をどうしたら沢山吸えるのか、その工夫と喫煙に関する行動をとっていた。
- ④信仰心があり、宗教に関心を寄せていた。
- ⑤何かに集中したり、気持ちが落ち着いたりしている時には、「水を飲まない」と話した。
- ⑥いつでも飲水できる体制でいた。
- ⑦意思決定までに時間を要する場面があった。
- ⑧ 他者を気遣う発言があった。
- ⑨クロザリルの副作用と考えられる傾眠傾向が見られた。

以下の表は、新薬服薬開始の前後でデータを分析し、A氏の経験として列挙した経験内容を比較した。

表-10 クロザリル開始前後からみた経験の比較

⇒ は、同じ意味をなす経験と考えた	
【クロザリル開始前の9つの経験】	【クロザリル開始後の9の経験】
1. 苦痛表情があり、「幻聴があつて辛い」と言った。	⇒ 1. 不機嫌な表情があり、「ばか、ばか」とつぶやいたり、怒鳴ったりしていた。
2. 家族に電話を掛け、怒鳴るという行動をとっていた。	⇒ 2. こどもの頃の父や兄との思い出を語った。
3. 1時間に一回は仕事であるかの様に喫煙所に出掛けていた。	⇒ 3. 1時間に一本という決められた煙草の本数をどうしたら沢山吸えるのか、その工夫と喫煙に関する行動をとっていた。
4. 幻聴が聞こえていても、声を掛けることで、現実を認識することもあった。	⇒ 4. 信仰心があり、宗教に関心を寄せていた。
5. 音楽療法に参加し「楽しい」と発言し、飲水行動はない。	⇒ 5. 何かに集中したり、気持ちが落ち着いたりしている時には、「水を飲まない」と話した。
6. 常にコップを持ち、いつでもコーヒーを飲める体制でおり、持続的に飲んでいくという行動があった。	⇒ 6. いつでも飲水できる体制でいた。
7. 表情と気持ちは必ずしも一致しない表現をした。	⇒ 7. 意思決定までに時間を要する場面があった。
8. 点呼には必ず、戻って来るといふ行動をとっていた。	⇒ 8. 他者を気遣う発言があった。
9. ふらりと、いなくなる時には、トイレに行くという行動をとっていた。	⇒ 9. クロザリルの副作用と考えられる傾眠傾向が見られた。

この過程においては、新薬の量が確定せず調整中であったため、新薬の使用によって一定の効果を継続して得ることはできなかった。しかし、この期間中に、一度も水やインスタントコーヒーを飲まない日も数回経験していることが認められたため、処方量の調整ができれば、A氏にとって、多飲症状の軽減に期待できたのかもしれない。

以上の事から、同一患者による新薬の変更前後では、共通している経験項目は7項目であり、行動の変化はほとんど見られなかった。

(6) 以上の全体から、看護に関するどのような課題が見出されるか。

2施設6名の患者の参加観察を行い、この期間を通して振り返ると看護師は殆んど一斉放送で患者に呼び掛けを行っており、直接、個別に話しかける機会はあまり見かけることはなかった。看護師の主な役割は、日常生活に関する援助であり、入浴、食事介助と誤嚥に対する見守り、与薬に関する食事前後の3回～4回の服薬指導や管理であった。精神科の特徴として臨床心理士や作業療法士などの多職種による対応をはじめ、無資格の看護助手などの対応が見られた。このように、精神科の多飲症患者に対応す

る医療従事者は、職種がさまざまである。さらに、精神科の多飲症患者の多くが長期入院であることから、看護師の役割は一般科で行われる診療の補助業務（小沼，2007）よりも、さらに生活に密着している“療養上の世話”を優先して求められていた。以上は、協力いただいた患者と共に行動する中で、患者の経験という視点で得られた参加観察の内容である。

今回の参加観察で得られた看護師の言動の特徴については、患者全体への対応の中で関わりを持っている場面は多く観察されたが、個別の対応はあまり観察されなかった。統合失調症は患者の数だけ症状があると言われており、看護援助の一般化（マニュアル化）が困難であるともいわれているにも関わらず、齊一的に対応していることが明らかになった。本調査からは多飲症の患者による具体的な発言こそみられないが、精神科以外では、ひとりひとりの患者に向けた対応が当たり前であるにもかかわらず、それがなされていない現状が明らかになった。つまり、精神科での看護における多飲症患者に対する適切な看護援助の課題として、個別対応の充実をはかることが示唆された。

以上、(6)についての多飲症患者に対する参加観察による看護師の援助場面は以下の4項目が明らかになった。

- ①看護師は、一斉放送などで患者の誘導や全体に向けた伝達を行っていた。
- ②看護師は、多飲症患者に対し計画的な教育場面等は見られなかった。
- ③看護師は、多飲症患者に対し、時には個別対応が観察されたが、主に忠告をするか、全く誰も声を掛けることは無かった。（無関心・放任）
- ④数名の看護師は、笑顔で支持的な対応をしており、患者の方から看護師に声を掛けている場面も見られた。しかし、そういった時間は、ほとんどなかった。

次に、水中毒看護グループや日々の担当看護師、受け持ち看護師に対し、看護師の立場から考えている多飲症の看護についてインタビューを行った。インタビュー内容は、フォーマル・インタビューやイン・フォーマルインタビューを含み、ここでは、その属性とインタビューにより印象に残った場面を以下に示した。

看護師：受け持ち看護師と当日担当看護師

表-11	インタビュー対象の看護師の属性			7名
	性別	年齢	患者との関係	一般科の経験
a	女性	50代	当日担当看護師	あり
b	女性	40代	当日担当看護師	なし
c	女性	50代	当日担当看護師	なし
d	女性	60代	当日担当看護師	なし
e	男性	50代	当日担当看護師	あり
f	男性	50代	当日担当看護師	あり
g	男性	30代	受け持ち看護師	なし

表-11 は、今回のインタビュー対象となった看護師の属性を示す。対象の看護師は7名であり、性別、年齢、患者との関係、一般科の経験について質問した。その結果、5名はインタビュー当日に、対象患者の担当であった看護師であり、受け持ち看護師とは、プライマリー制をとっている病棟の看護師であった。一般科についての経験を質問した理由は、身体管理において、一般科を経験している看護師とそうでない看護師の対応の違いがあるのか知るために質問項目とした。

<観察場面 11>

【a 看護師のインタビュー1.】

1. ある多飲症患者が、その人特有な行動をとった場合には、水を飲み過ぎていると考え、注意深い観察を行うよう申し送りで確認している。

a 「飲水行動が活発になる前には、必ずセクハラ行為が始まり、看護師や患者同士に必要以上のタッチング行為が認められます。また、異常な陽気さが目立ち、入浴中は顔まで浴槽につけ、風呂の水をのんでしまうことがありました。そういった患者の水中毒のリスク状態が観察されると、申し送りにより飲水行動に対する観察を注意深く行なうようにしています。」

<観察場面の解釈 11>

a 看護師は、ある患者がいつもと違うと特徴的な行動を観察した場合には、申し送りなどで情報を共有していた。多飲症の傾向が認められた場合には、更に注意深い観察を行っている」と述べた。長期入院という患者と看護師の関係性から多飲症患者の「いつもと違う」と感じた特徴を捉えており、看護師の経験知と考えられる。

<観察場面12>

【b看護師のインタビュー2.】

2. ある多飲症患者に対し、臨床心理士より自我の形成が不十分であると指摘されたため、プライマリー看護師bは、看護計画を変更した。しかし、その後の成果を確認していなかった。記録を確認すると、月に一度の保護室の使用が半年間まったく無かったということが明らかになった。

b「妄想が活発で、なかなか落ち着かない30代の女性患者は、自分の鞆を背負っては『家に帰る』と興奮しています。しかし、精神療法の結果で自我の形成が不十分であるということを指摘されました。そこで、『子供に接するような優しさをもって受容的に関わる』というように指導され、看護計画を変更しました。でも、今でも、ああやって鞆を持って落ち着きません。」…中略…

M「看護計画の変更後は、何か他に変化はありませんでしたか？」と尋ねると

b「あんな風に同じ様ですね」と答えた。M「では、保護室の使用頻度は、どうなりましたか？」と尋ねる…中略…するとb「半年間一度も、保護室を使っていない」とb看護師自身が驚いていた。

M「凄いですね、成果が出ましたねえ」と伝えると

b「えー？それって私が褒められています？」と再度、驚きの声を上げた。

<観察場面の解釈 12>

看護計画を立て、その患者にとって有効な看護援助を行っていたにもかかわらず、看護師自身が、看護の有効性と成果を自覚していないということがわかった。これは、基本的な看護計画とその評価の意味を実践の場面で有効に活用できていないためだと解釈できた。

<観察場面13>

【c看護師のインタビュー3.】

3. c看護師は、看護師が『忙しい、忙しい』と言っている理由について感じていること.

M「看護師さんは、いつも忙しそうですね」と話した.するとその看護師は、
c「看護師が『忙しい』と言っている時に理由は2つあると思っているのだけれど、ひとつはカンファレンスや記録に、思いのほか時間がかかっている場合で、もうひとつは患者が同じような訴えを繰り返すことで『またか』と、嫌気がさす場合に『忙しい』という言葉を使っているようだと思っている.本当は、忙しいというのは理由にならないのだけれどね.」と話して下さった.そして、
c「本当は、看護師はもっと患者の所に行かなくちゃいけないと思っているのだけれど」とも話された.

<観察場面の解釈 13>

どの場面でも、どの患者からも好かれているc看護師は、よく患者の傍で話を聞いている方だ.もっと患者の傍に行って欲しいという看護師への思いを話して下さったと感じた.そして、『またか』という看護師の思いも、現実には参加観察の場面で自分の体験として感じることもあり、仕方がないのかもしれないと感じた.

<観察場面 14>

【d看護師のインタビュー4.】

4. d看護師は、身体合併症について自身の知識が不足していたと話して下さった.

d「水を沢山飲む人には、飲んじゃダメと言ってきたけれど、ある患者の血糖が168mg/dl以上あって、継続的な観察をしていなかったと気付いたのです.血糖が高くて口渇のための大量の飲水があったんだって.」

M「そうでしたか、薬によっては副作用で血糖が上がりますよね」

d「そうなんだ、知らなかった」と言った.

<観察場面の解釈 14>

薬剤の作用については、処方された時には確認することがあっても、副作用についてはあまり確認していないようだった.また、検査データを読むと言う機会も少ないようで、精神科では患者の高齢化に伴い、身体合併症が増加している状況もあるため、検査データの確認は積極的に行う必要があるだろう.

<観察場面 15>

【e 看護師のインタビュー5.】

5. 多飲症の患者は趣味を持っていないし、多飲症の看護についても積極的な関わりを持っていないと話した。

e 「病院にいる水（多飲症）の人で、趣味ってのは無いんですよ、活動療法とか、やったとか、そういうのでまあ、少しでもそっちの方に気が向くようなことはしてますけれども、まあ、趣味もってないですね。水中毒の人で今この病棟の人で。なので、病棟活動の方には参加してもらっていますけれどね。」

M 「はい、ひとりひとり関心が違うから難しいですよ。その中で、病棟でやっていくっていうのは、病院によっては水中毒指導プログラムっていう、あの一人を集めて、飲水をすることの危険とか、そういうものを分かっても分からなくても、月に1回とか、ちょっとした勉強会をやっているところもあるんですけど。」

e 「前の病棟とかで、SSTとかで、何人か水の人だけ集めてやったってことはあったんですけど、それだけで終わっちゃったんです。いま現在、ここの病棟では何もやっていないです。」

<観察場面の解釈 15>

多飲症患者の看護について、この病棟では積極的、継続的な対応はしていないということだった。また、患者自身も趣味を持っていないようで、思春期から10年以上もの入院をしている患者であり、趣味を持つ機会もほとんどなかったと推察できる。現時点では多飲症の患者は、したいことや出来ることが殆ど無く、そのような中で日々を送っているということがわかった。

<観察場面 16>

【 f 看護師のインタビュー 6. 】

f 看護師は、多飲症患者の対応について、看護師自身もストレスを感じている

f 「基本的に水を飲みたいと言う人は言葉で言っても、向こうは感情的になるところもあるし、水を要求したりしているんですけども、ストレスでもあるし、まあ、しょうがないっていうか、」と、患者が感情的になったり、看護師の言葉がとどかなかったりして、看護師自身もストレスを感じているようだった。精神科の経験が浅く 5 年目だという f 看護師は、多飲症患者の対応について困惑を感じているようだった。

<観察場面の解釈 16>

患者が感情的になったり、看護師の言葉が伝わらなかつたりして、あまり精神科に慣れていない f 看護師自身もストレスを感じているということだった。f 看護師は、患者が感情的になったり、看護師の言葉が伝わらなかつたりして、あまり精神科に慣れていないという f 看護師自身もストレスを感じていた。多飲症の患者は、精神科の経験が少ない看護師からの援助も受けており、看護師自身のストレスも考えなくてはならない。多飲症看護の一般化やマニュアル化に向けた看護は早急に必要だと感じた。

<観察場面 17>

【g 看護師のインタビュー7.】

7. g 看護師は、多飲症の患者は病棟により対象者の人数に差があるため、その看護援助を述べることは困難であり、生活面での不都合による指導をすることが優先されると話してくれた。

g 「…一般科もやってみましたけどね。まあ、水中毒の患者さんを観るのはあまりなかったです。病棟が他の場所にいたもんで、中に1人とか2人とか、いたんですけども、こんなに沢山の患者さん、水中毒でいる人がいっぱい、今、たくさんいるんですけども、」

M 「そうですか。」

g 「今まで、どういった水中毒の看護をしてきたかという、結構難しいですね。ただやみくもに飲むとか、そういうのはあまり言わないように、自分は心がけてますね。言い方だけ変えていますね、『注意してください』とか、」

M 「学会などで、ハーブティーを飲むとか、体重を自分で記述してもらおうとか、…中略…今、話して下さったのは、おもに言葉掛けの工夫だと思うのです。」

g 「経験があまりないので、工夫ってのは、あまりないですね。申し訳ないです、勉強不足で、水中毒っていうのは、その他の生活面、生活介助、そういった面の問題の方が多いですよね。例えば、身の回りの物を整理できない。で、彼は煙草を吸っていて、煙草に関するトラブルがとかね、何回も何回もあって、時には口論だけではなく暴力にまで発展してしまっ、…」

<観察場面の解釈 17>

g 看護師は、多飲症の患者については、生活面の問題も多いと語ってくれた。例えば、身の回りの物を整理できない。煙草に関するトラブルにより暴力にまで発展する。g 看護師が以前いた病棟では、多飲症患者は、1~2人だったが、この病棟においては、10人程いるということだった。大勢の多飲症患者の対応に困惑を感じているようだった。また、g 看護師は、多飲するという行動よりも、身の回りの整理・整頓が出来なかったり、感情的になったりする状態を問題と感じているようだった。

以上のことから、看護師へのインタビューにより、多飲症患者の看護に対する特徴的な場面として5項目があげられた。

- ①看護師は、多飲症患者が、その人に特有な飲水に関する行動をとった場合には、水を飲み過ぎていると考え、注意深い観察を行なっていると述べた。
- ②看護師は、多飲症患者によっては、未熟な自我であるという疾患の特徴を捉えながら関わったと述べた。
- ③看護師は、自分の看護を評価する機会が少なく、達成感について実感できないために、看護師自身もストレスを抱えていると述べた。
- ④看護師は、検査データや処方薬に関しては、強い関心は向けておらず、多飲症患者の指導や教育なども継続的に行っていることは殆どないと述べた。
- ⑤看護師は、多飲するという患者の行為よりも、日常生活における洗濯や衣類の整理・整頓、他の患者との関係が問題だと述べた。

IV 考 察

1 統合失調症の疾患の特徴と多飲行動について

本研究は、2病院の協力により6名の患者に対し、8か月間の参加観察を行い、精神科における多飲症患者の経験を捉えた。その結果、どのように多飲症の看護が行われているのか。そして、多飲症患者に関わる看護師はどのように感じ、考えて、看護を行っているのかが明らかになった。多飲症患者の立場から見た看護は、一斉放送などで患者の誘導や全体に向けた伝達を行われており、斉一的な対応が中心になっていた。また、個別対応が観察された場合、その内容は主に注意をすることであったが、全く誰も声を掛けることすら無い場面もしばしば観察された。さらに、多飲症患者に対する計画的な教育場面等は見られなかった。そのような中でも、数人の看護師は、笑顔で支持的な対応をしており、患者の方から看護師に声を掛けている場面も見られたが、そういった時間は、あまり多くはなかった。

統合失調症の患者には、幻覚妄想といった症状があり、それらを事実として捉えてしまうという思考の障害がある。このような特徴がある患者が、精神科に入院する患者の約6割をしめている。また、症状もひとりひとり様々で、統合失調症は患者の数だけ症状があるといわれている。そのような状況の中で、個別性を生かした多飲症に対する看護を行うことは困難を極めるものである。しかしながら、本研究を通し、多飲症リスク状態の患者の看護に対する有効と考えられる看護について幾つかの示唆を得ることができた。

ここで改めて疾患の特徴を振り返ることとする。姫井(2011)は、統合失調症の主な特徴について陽性症状(positive symptoms)と陰性症状(negative symptoms)、そ

して、認知障害の 3 つに分類している。陽性症状は、中脳辺縁系におけるドーパミンの過剰分泌が起きたために幻覚や妄想により易怒的で攻撃的になったり、滅裂思考などのような状態になったりするとしており、自我障害による思考化声や作為体験などの症状をおこしたりすると述べている。陰性症状については、中脳皮質系のドーパミン分泌の減少により起こる症状で、意識障害による能動性の低下、感情障害による感情鈍麻や両価性が指摘され、長期化した患者にみられる社会性障害としては閉じこもりなどの疎通性の低下が起こると指摘している。また、認知障害については、陰性症状と同様に前頭葉の機能低下であるといわれており、集中力や記憶力、整理や計画能力が低下するため、注意力の散漫や抽象的に考える能力に支障をきたし、さらに陰性症状と類似する症状も加わることで、一般的な日常生活を送ることに支障をきたすようになると述べている。

看護師は、以上のような統合失調症の特徴を再認識し、多飲症の患者が訴えを繰り返している場合であったとしても、自我障害による症状を呈していると考えていくことも必要だろう。また、このような自我障害により多飲行動を起こしてしまう間接的なストレスになる場合もあることを理解することによって、看護師は多飲症リスクの看護の対象として関わりをもっていくことができるのではないかと期待できるのである。

2 統合失調症と自我の関係からの視点

本研究の対象者は、統合失調症で 10 年以上の入院経験があり、思春期に発症している人たちである。自我の発達が無成熟な時期に精神疾患に罹患するということは、生活体験が乏しいばかりでなく、疾患に罹患するということにより自我障害を呈するのは前述のとおりである。そのため患者は、自分と外界を含んだ第三者との関係が正しく認識できない状態にあるといえる。そもそも、「自我」とは精神分析学の考え方からフロイトが人間の精神構造について述べたものであり、エス（イド）・自我・超自我という 3 つの機能の相互作用として捉えた考え方である。エス（イド）とは、生きるための本能的な欲望を示すものであり、超自我とは、理性的、倫理的な働きを示すと考えられている。自我とは、エスと超自我の間において調整をする役割を担っていると考えられており、人間らしさを示す大変重要な役割をもっている機能にあたる。統合失調症の患者が、自我障害があるといわれているが 24 時間全てがその状態ではなく、5 割程度は正常に機能しているとも言われている。つまり、統合失調症の患者は、外界からの刺激に対して、5 割程度は易刺激状態となっていることを意識して関わる必要があるといえる。このことは、風野（2002）や岡田（2010）のいうように、自分と外界との境目が分からなくなってしまう、混乱した状態になっているということである。

そこで、統合失調症の多飲症患者がどのように自我障害を経験しているのか、どのように捉えれば疾患について理解しやすいのか、本研究で得られた結果を通し、図で

示して考えていきたい。

図-5で示す左右の図の大きな違いは自我の部分と考えた。精神障害を持たない人は、自我と外界との境目が明確であり、ある一定の均衡を保てる範囲がある。しかし、統合失調症の多飲症の患者は、自我と外界との境目が明確ではないと考えられているのである。その自我が障害されてしまっているため、外界との関係について距離を保てる部分と、外界との境がほぼなくなってしまうような部分を持つ不均衡な自我の状態となっていると考えられる。そのため、境目が曖昧な部分では易刺激状態であると考えられる。図-5のように正常な自我形成を遂げた健康な人と自我障害のある統合失調症の多飲症患者を比較した模式図を作成し、自我状態について述べていきたい。



図-5

図-5の左側の障害を持つ自我とは、便宜上8角形の濃い色で表され8つの点で外界と接触している状態であると仮定する。するとその点は、外界からの情報が常に自我に流れ込み、また、自己の情報も外界へ流れだし、自分というベールが透けて外界との境がなくなってしまう（風野，2002），といった状態であるといえる。同様に、テレビやラジオから自分に命令する声が聞こえるなどという作為体験なども起こるという自分と他人の区別がつかなくなってしまう自我障害の状態が生じる。また、統合失調症であるということは、知覚や思考などの障害があることで、常に自尊感情の低下が起こる可能性を含んでいる状況にある。つまり、耳元で「ばか」や「死ね」などという批判的な言葉を怒鳴られ続け、思考のまとまりもなくなった状態を経験し、自我障害を抱えながら日常生活を送っている状態である。しかしながら、認知機能においては、5割程度は正常に機能しているといわれているため、認知機能が正常に機能している時には、現実的な理解を得ることは可能であると考えられる。このことから、統合失調症の多飲症患者に対して看護援助を計画していく場合には、認知機能が正常に

機能しているときと、そうでないときとを理解し、その状態を踏まえて関わる必要がある。

3 統合失調症の多飲症患者とストレスの関係

統合失調症患者の多飲症について、先行研究から得られた多飲症を引き起こす要因として考えられる要因として、疾患そのものからいわれている1.精神症状、2. 遺伝、3. 喫煙、4. 長期入院（10年以上）、5. 家族との関係、6. ストレス、7. 男性であるが考えられている。ここでは、上記の1-6の要因とその関係に焦点をあて、図式化により考察を進めていきたい。

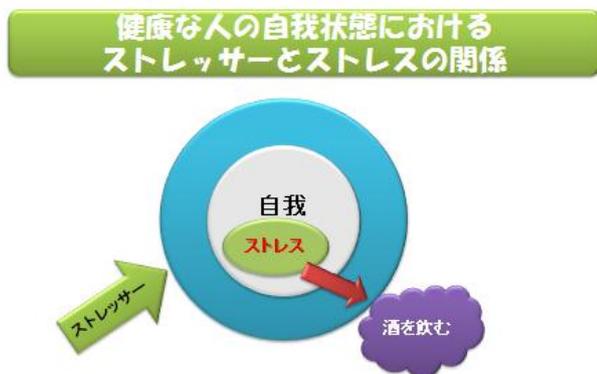


図-6

上の図-6では、精神障害を持たない健康な人がストレスを受けた場合の対処行動の例として「酒を飲む」という行動について示したものである。精神に障害を持たない人は、一般的にはストレス（こころのゆがみなど）を感じるとその状態から脱却しようとして、例えば「やけ酒を飲む」や「やけ食いをする」といった対処行動（以下コーピング行動とする）により、自己を保とうとする。つまり、この図では、ある個人が自己と認識している内側の円である「自我」に対し、外界の刺激であるストレスをなんとか受け止めようとすることで自己を保とうとするのがコーピング行動である。

統合失調症患者の自我状態と多飲症を引き起こす6つの要素



図-7

しかし、統合失調症の多飲症患者は、疾患の特徴である自我障害があるために、この図-7で示す自我は、外界との境目が大きかったり、境目がほとんどなかったりするような状態で一定の距離を保つことができず、不規則な形で外界と接点を持っているおり、それによって不安定なこころの状態と考えられる。統合失調症の患者が起こす多飲症症状の要因には、精神症状・遺伝・ストレス・長期入院・喫煙・家族などがあるといわれており、図-7は、そういった患者がおかれている前提を示したものである。

統合失調症の男性A氏：ストレスとストレス、多飲行動の関係



図-8

次に、今回の事例で述べた男性の多飲症患者A氏の状況について示したものが図-8である。この図では、それぞれ3つの内的要因・3つの外的要因が円の中と外に位置している。それぞれの要因の大きさや距離、関係については、個人差があると考えている。ここでは、円の外にある矢印であるストレス（原因）が、その円である個人に直接向けられている状況であり、なんらかの外的な要因によりストレスを受けたと考えている状況を示したものである。

つまり、この図では、ストレスは直接男性患者A氏に向けられたものであり、外的要因のストレスによりストレスを受けた結果、多飲症症状がおこすことを示

している。このことは、一般的に誰でも起こりうる「嫌な経験」によりストレス（こころのゆがみ）を感じ、ストレッサーとして受け止め、コーピング行動として多飲症症状をおこしたということが考えられる。

A氏の多飲行動は、ストレスを受けたときの一般的なコーピング行動と位置づけられる。しかし、女性患者C氏の場合には、やや異なった特徴が見られた。そのため、A氏を参考に、C氏のコーピング行動を分析していきたい。

1) 女性C氏の場面3. の解釈について

看護助手の若い女性が温度版と体温計を持ってきた。体温計を4人に1本ずつ渡している。F氏の前に来ると、わざとすぐに、受け取れない距離で体温計を差し出した。F「なあに、意地悪するん」と言った。F氏は困ったような気まずそうな表情の、しかし、薄笑いで返事をしている。この時に、私はC氏と思わず視線があってしまった。その助手に対して、C氏は『ちょっと呆れた』と言わんばかりの表情だった。この場面で解釈したことは、看護助手が体温計を持ってきて、F氏の前に来ると、すぐに受け取れない距離で体温計を差し出した状況であった。F氏は、困ったような気まずそうな表情だったが、ベッドサイドギリギリまで手を伸ばして、やっと受け取っていた。この時に、C氏と私は視線が合い『ちょっと呆れた』と自分自身も同じ不愉快な気持ちになったと推測できたのである。そして、その時点では理解できなかったこの続きの場面2. の解釈である。

2) 女性C氏の場面4. の解釈について

C「うん、止まらなかったんだよね、気が済まなかったん」と言った。M「気が済まない？1杯、2杯、・・・5杯？」と、C氏と一緒に数えて、C氏「5杯」と言った。M「それで、気が済んだ？」と聞くと、C「すんだ」と真剣な表情で答えてくれた。この場面での解釈は、C氏が真剣な表情で「(気が) すんだ」という言動がどうしても気にかかっていた。「飲み過ぎてしまった」と失敗談として伝えるには照れ笑いがありそうだが、真剣な表情で答えた。この時は単なる飲み過ぎたという報告として受け取っていたのである。

4 統合失調症患者の多飲症患者が経験していたストレスと防衛機制

1) 女性患者C氏の事例

この女性患者C氏の場面3と場面4は、時間が経過していたことで、はじめは一連の思考の流れだと考えていなかった。そのため、この事が一連の流れであると気付くまでには、データを繰り返し読み直すことで、しばらく時間がかかった。この場面については、ふと、C氏の「そうだったかもね」と、夜間嫌な経験をしたにもかかわらず、「何が理由なのか思い出せない」という言葉を想起した時に気付いた事だった。一般的に人は嫌な事を思い出したくないはずである。しかし、その反面、忘れたくても

忘れられないが、思い出すことはもっと嫌だと感じた経験があるはずである。つまり、ストレスに対する防衛機制として「抑圧」が起こっていたのではないかと推測できた。

抑圧とは意識より深い心の深部（前意識や無意識）にまで押し込められてしまう心の状態を示す言葉である。そのため基本的には思い出せなくなってしまう状況になる。思い出すには努力が必要であり、それほど悪い観念でなければ簡単に思い出せるが（前意識からの思い出し）、強い抑圧は無意識にまで押しやられているので思い出すのは困難である。

この一連の女性患者C氏の場面3と場面4の連続的な事象として、一つの場面として捉えた時に、若い看護助手は女性患者F氏に意地悪をしたと気付いたのである。このことは、同室の患者C氏と私が同じように感じたであろう不愉快な状況におかれたことに、私自身が気付いたことからであった。その時点では気付かなかったが、看護助手の対応に私は思わず女性患者C氏に顔を向け、目が合い『呆れた』と言わんばかりの表情で目が合った場面であった。看護助手が退出し、C氏が『お茶飲んでこよう』と言って病室を出て行った時には、検温というひと仕事で済んで茶を飲む、という、一般的なものごとの区切りとして捉えており、あまり気にすることではなかったのである。しかし、何度も何度も繰り返し参加観察記録を読み直すことで、場面1の『気が済まなかった』と言った時の言動が気に掛かり、C氏と目が合い『呆れた』と筆者も感じた場面があったことを思い出したのである。この場面における気付きは、参加観察の記録を繰り返し読み直したことに始まる。この気付きから、**これはただ事ではないと察したのである。**

つまり、C氏は、『お茶飲んでこよう』と言って病室を出て行ったのは、一仕事済んだからだけではなく、C氏が私と思わず視線が合い、「なあに、意地悪するん」と言ったF氏の**経験を自分のことのようにストレスとして感じて飲水行動を起こしていた**と考えられた。多飲症の要因には前述したとおり、一般的には6つの要因が考えられている。その要因の1つであるストレスの受け止め方が関与していたと推測できたのである。しかも、そのストレスには、**疾患の特徴である透過性**が影響を与えていると考えられるのである。ストレスについては、ラザルスの理論が一般的に知られている。ラザルス(2008)によれば、心理的なストレスとは、ある個人の資源 resources に何か重荷を負わせるような、あるいは、それを超えるようなものとして評価 appraise された要求であると定義している。C氏の場面3の解釈では、女性患者C氏個人に向けられた『呆れた』と感じた経験では、F氏に向けて意地悪をされた場面であった。そして、C氏は場面4の解釈で、「C『うん、止まらなかったんだよね、気が済まなかったん』と言った。」これは、F氏に向けられていた看護助手の意地悪な対応であったにもかかわらず、C氏にとっては自分の経験として捉えていたと推察された。このことは、図-9で示したように、ストレスは直接C氏に向かっている状態を指す。

統合失調症の女性C氏：
ストレッサーとストレス、多飲行動の関係

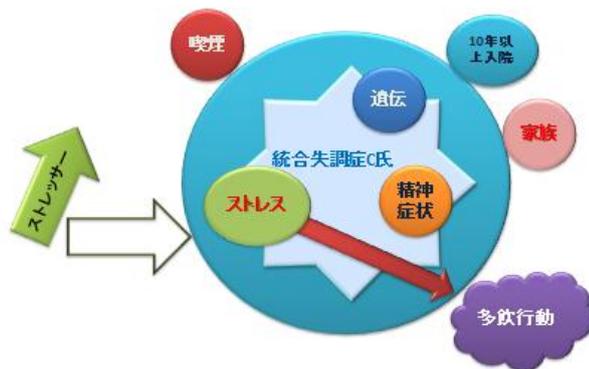


図-9

しかし、C氏が持つストレスの要因を、第三者であるF氏にむけたストレッサーが刺激していたと考えられる。つまり、C氏にとっては、他者に向けたストレッサーでさえも、自分と外界に接点を持ち入り込んでいるということが予測できたのである。これは、統合失調症という疾患が、自分と外界の関係について、透過性を持つという特徴を踏まえて考えることで理解できる。不均衡な状態である自我障害をもつ統合失調症の多飲症患者は、自他の区別がつかなくなり、第三者に向けたストレッサーであるにもかかわらず、そのストレッサーを自分に対するストレスと捉えてしまうと考えられるのである。

これまでに図-7で示したように、多飲症を引き起こす要因については、長期入院・喫煙（過去の喫煙経験も含む）・家族を外的要因として捉え、精神症状・遺伝・ストレスを内的要因として、6つの要因があることを前提に考えてきた。患者自身の中で、ストレスをどのように受け止めるのかは、障害された自我の状態により、捉え方は個人差があると考えられる。しかしながら、本来、統合失調症ではなく、健康であれば自己に向けたストレスとして受け留めることが無い状況であるにもかかわらず、C氏は自己に向けられたストレス刺激として受け止め、コーピング反応として多飲行動を起こしてしまったと考えられたのである。

2) 男性患者 A 氏と女性患者 C 氏が経験したストレスとストレスターの違い

図-10 では、男性患者 A 氏と女性患者 C 氏のストレスとストレスターの受け止め方の違いについて示した。

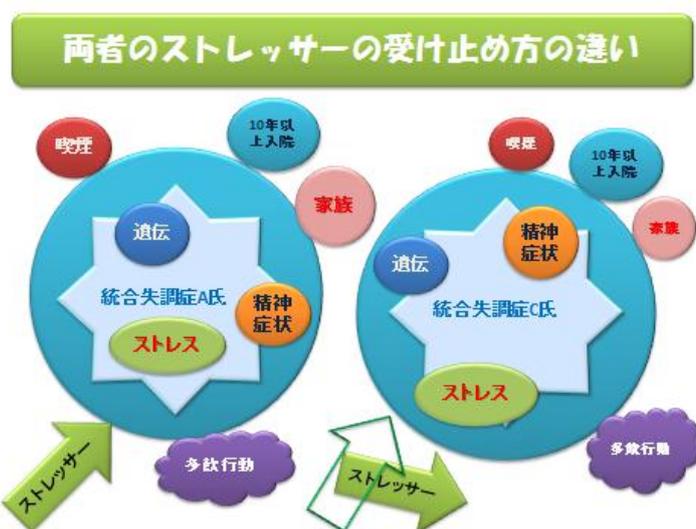


図-10

今回の事例では、男性患者 A 氏は自分に直接向けられたストレスターとなる要因により多飲行動に走ったが、女性患者 C 氏は、間接的なストレスターにより多飲行動を起こしており、患者によってストレスの受け止め方の違いがあることが明らかになった。ここでは、外的要因として捉えた長期入院・喫煙（過去の喫煙経験も含む）・家族については、入院期間の短縮や禁煙指導、家族指導などにより多飲症を引き起こす要因としての割合を軽減していくことも可能であろう。また、内的要素である精神症状については、医学的な治療をはじめ、統合失調症という疾患の特徴について、患者の家族に対しても理解してもらえるよう協力を求めることも必要である。これまでの要因と考えられているひとつひとつが改善されれば対象となる患者に対し、有効な対応が期待できると考えられるのである。遺伝については、環境要因もあるといわれ、まだ課題が残されている。しかし、看護の視点でストレスを捉えると、内的要因であるが、対象者個人だけの問題ではないのである。秋山（2000）らによれば、患者が抱えるストレスには、家族の感情表出なども影響すると述べているが、患者の周囲をも含む人的環境として看護師などの言動も重要な要因となっていると考えられた。先行研究より得られた6つの多飲症症状をきたす要因は、1. 精神症状、2. 遺伝、3. 喫煙、4. 長期入院（10年以上）、5. 家族との関係、6. ストレス、であり、本調査の多飲症患者の看護の視点は、自我障害によるストレスターの受け止め方に特徴があると推察できた。看護師などの日常的に関わる機会が多い立場にある人との関係性は重要な人的環境であることが再認識されたのである。

5 統合失調症の多飲症患者に対する患者－看護師関係

参加観察の結果，現時点で行われている多飲症患者に対する看護は，1. 一斉放送や全体を通して放送するなどの集団を対象に声を掛けていた。2. 多飲症患者に対する計画的な教育場面などはあまりみられなかった。3. 個別対応について，主に声をかけ時は多飲行動に対する忠告だった。4. 笑顔で支持的な対応をしている看護師もいたが，患者に接する時間的余裕はほとんどない様子だった。5. 多飲症の患者が，水を飲み過ぎている場合には，セクハラ行為などによるその人特有な行動があると観察している看護師もいた。6. 統合失調症の多飲症患者は自我障害によるストレス脆弱性であるという疾患の特徴に対する認識が低い。7. 明確な看護成果をみることが少ない精神科の看護師は疲弊しているようだ。8. 精神科の看護師は，身体合併症や処方薬に関して，あまり注意を向けていない人もいた。9. 精神科の患者は，意思決定が困難であったり，理解するのに時間がかかったりする場合があった。

そのため，こういった患者に向かっている看護師自身もストレスを抱えていた。看護師が統合失調症患者の多飲行動に対し，ストレスを推察することができれば，早期に対処を開始できるようになり，看護師の患者に対するストレスを軽減できると考える。このことは，様々な問題を抱えている多飲症患者に対する看護対応を容易にし，それによって，患者側は看護によって苦痛の軽減を図れ，コミュニケーションも改善するというような循環を作り出すことにつながると考える。

6 看護に対する示唆

第3研究の結果から，患者が求めている看護はどのようなものであるかについて考察し，以下のような課題を得た。

1) 多飲症状リスク状態に着目すること

第3研究において参加観察により患者の経験のパターンを知ることができた。患者の経験パターンは，それぞれが看護ニーズを示しているのとらえることができる。看護ニーズのなかで最も重要と考えられたのは，「多飲症状リスク状態に着目すること」であった。第1章でも記述したように，現在，看護師は，多飲症と水中毒の違いを明確に意識しないまま看護を行っていることも多い。この状況から脱して，潜在的な問題を予測し予防するという質の高い看護援助に移行していくためには，多飲症状リスク状態に着目することこそが多飲症の看護の中心であると，意識を変えていくことが必要である。このことが，第1研究，第2研究の上に積み重ねられた第3研究を行った結果，得られた成果であり，看護の新たな要因である。

この要因が，3研究全体の主問である「精神病院あるいは一般病院の精神科病棟における統合失調症患者の多飲症リスク状態の患者にはどのような看護援助指針が必要とされているか」への答えの基盤である。

2) 上記 1) を基本にして現在行っている看護援助を見直すこと

- (1) “集団に対しての声かけが中心となっている”，は，‘個々の患者に対し，直接声を掛ける’ ことへの課題である。
- (2) “継続的な実施が行われていない多飲症の患者教育について” は，‘多飲症患者に対する計画的な教育を継続して行う’ ことへの課題である。
- (3) “看護師は，患者の多飲行動に対し，言っても分からない人と諦めている。” は，‘患者の辛さを再認識し，共感的態度や支持的な対応をする.’ ことへの課題である。
- (4) “統合失調症の多飲症患者は自我障害によるストレス脆弱性であるという疾患の特徴に対する認識が低い。” は，‘自我障害をもつという疾患の特徴である透過性とストレスとの関係も踏まえてかかわる’ ことへの課題である。
- (5) “明確な看護成果をみるのが少ない精神科の看護師は疲弊しているようだ。” は，‘短期間の目標設定を行う’ ことへの課題である。
- (6) “精神科の看護師は，身体合併症や処方薬に関して，あまり注意を向けていない人もいた。” は，‘身体合併症や処方薬に関する学習を継続する’ ことへの課題である。
- (7) 統合失調症の多飲症患者には，疾患の特徴である自我障害により，ストレスをかえやすい状態にあることを注意深く認識し，一貫性のある態度で関わるということへの課題である。

3) 先行研究による多飲症をおこす内的要因（統合失調症という疾患に特有な症状、遺伝）と多飲行動との関係性を医療従事者や患者の家族に対して理解を促すこと

4) 先行研究による多飲症をおこす外的要因（長期入院・喫煙）などを軽減すること。

V 結 論

第 3 研究において，参加観察により明らかにされた患者のパターンとしては，男性患者 A 氏は自分に直接向けられたストレスラーによって多飲行動を起こしていた。しかし，女性患者 C 氏は，間接的なストレスラーにより多飲行動を起こしてしまっていたことがあった。

また，C 氏のように，自我障害による透過性により間接的なストレスラーが取り込まれたと推察されることも確認された。

患者によって多飲行動を引き起こすストレスラーには違いがあり，多飲行動を引き起こすストレスラーの受け止め方にも違いがあること，統合性失調症の症状もストレスラーになることが推察できた。

以上のことを踏まえ，統合失調症の多飲症患者に対する看護は，患者が統合失調症の疾

患的特徴である自我障害により、ストレスをかかえやすい状態にあることを注意深く認識し、一貫性のある態度で関わるということが重要であることが示唆された。

さらに、多飲症状リスク状態に着目すること、およびこのことを基本にして現在行っている看護援助を見直すことの必要も強く示唆された。

第8章 考察

1. 量的研究（第2研究）と質的研究（第1研究・第3研究）からの検討

量的研究（第2研究）において、看護師の視点から、「統合失調症の入院患者にみられる多飲症症状を呈していると疑われる特徴」を知るために、看護師を対象にアンケート調査を行った。それらについて因子分析を行った結果、第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」、第二因子「看護師と距離をおきたいという行動」、第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」、第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」、第五因子「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」の5因子が抽出された。

また、共分散構造分析によって、それら5因子の関係を調べたところ、第二因子「看護師と距離をおきたいという行動」と第三因子「飲水量の増加を疑わせる行動」(.96)が強い関係を示した。しかし、第一因子「明らかな飲水量の増加を示す行動」と第四因子「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」の関係(.16)はみられなかった。このことから、看護師は統合失調症の入院患者が多飲症症状を呈していると判断する場合に、**水に直接関わる行動よりも、患者の日々の生活における他者との関係性を指標**としていることが示された。以上のことから、看護師は、日常生活の面からも丁寧な観察を行っており、患者に寄り添っていた。しかし、そうでない看護師は、繰り返される患者の言動や多飲行動などに疲弊していたのである。

松下(2009)は、アルコール依存症を含む様々な嗜癖行動について「習慣化された行動」とし、「行動を可能とする条件と一定のプロセスがあり、それらの条件が健在であるために繰り返される」と述べている。また、その行為について「理屈では分かっているが否認がはたらき心の底からそれを理解することができず、これを支えているのが自己制御不能な渴望である」と述べている。つまり、日々の生活において、看護師が関わりを持つ機会を増やし、関係性を深めることによって多飲行動を引き起こす条件を断つことにつながっていくと考えられるのである。

質的研究（第1研究）では、多飲症に対する看護に優れていると認められている看護師は、日常生活の面からも丁寧な観察を行っており、患者に寄り添っていて、さまざまな専門的な判断と技術をもっていた。

質的研究（第3研究）では、患者の視点にたち、統合失調症の多飲症患者と時間を過ごし、患者の言動や看護師がどのような関わりを持っているのかについて参加観察した。その結果、今回のC氏のような自我障害による透過性に着目すべき事例が確認されたことは多飲症に対する看護について大きな示唆を得たといえるだろう。

本事例を通して統合失調症の特徴である自我障害に着目し、一貫性のある態度で関わることと、透過性により患者はストレスをかかえやすい状況におかれているということを再認識することが、多飲症患者に対する看護に必要であると考えられた。また、このことから、多飲症の入院患者を取り巻く人的環境は、多飲行動を減少させていく上で重要な位置

を占めると考えられる。

また、多飲症リスク状態に着目することの重要性が看護の新たな要因として見出されたことは、本研究の大きな成果の1つである。

2. 看護援助についての検討

それぞれの研究から得られた結果を踏まえ、統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目して看護援助を検討すると、まず、統合失調症における疾患の特徴を理解し、現時点であり積極的に実施されていなかった病院や病棟単位で行う看護援助計画を見直し、多飲症に対する患者教育を計画的・継続的に行うことが必要だろう。さらに、多飲症患者に対する看護について、看護師は「先が見えない」と疲弊しているため、多飲症患者に対する看護問題の明確化と看護成果を確認することで、多飲症患者に対する看護へのやり甲斐につなげる必要があると考えられるのである。

つまり、看護過程の基本的な考え方を踏まえて、統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針を作成するためには、第3研究における参加観察により得られた看護援助を振り返ることが必要である。今回の研究を通して、いくつかの場面で観察された看護は、実在型の看護援助であり、問題が起きてからの対応として観察された。それは、後追いの看護援助になっているといわざるを得ない。これを図-12として示した。図-13は、色のついた部分が看護の実際であり、立ち上がっている四角の部分は、急性症状や水中毒などに移行し状態が悪化した場合を示した。図-12の右傍一杯に色がついていない部分は、その後、隔離室などに誘導され、場合によっては10年以上の個室対応を強いられるような経過をたどった現状を示している。

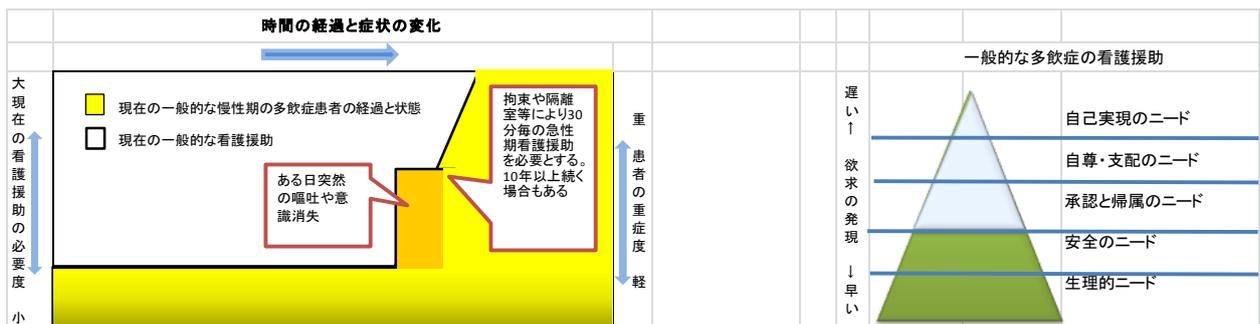


図-12

慢性期にある統合失調症患者の多飲症症状と現在の看護援助

図-13

マズローの欲求階層からみた現在の多飲症患者の看護援助

図-12の看護の実際について、図-13に照らして見ていくこととする。看護師が看護問題について優先順位を考える時には、一般的にマズローの欲求階層を基本としているが、この欲求階層の形は、底辺を大きくとった三角形で示されている。これは、対象の発達段

階を踏まえた欲求階層と内容の比重を示したものと理解できる。さらに、図-12 を実在型の看護問題に対する対応として捉えた場合には、看護援助が生理的ニーズに集中しており、さらに後追いになっていることが示された。しかし、この実際を図示したことで、患者の状態をアセスメントし看護問題を抽出していく段階から振り返ることができた。それは、図-14 で示すリスク型の看護問題も取り上げていくという看護過程の問題解決思考を振り返ることができたのである。医学的な診療の補助を中心とした看護援助を捉える視点でばかりでなく、精神疾患を持つ対象として、「気持ち」や「感覚」に対する看護援助について着目する必要があるといえるだろう。図-14 を示すことで、リスク型の看護問題としても患者の現象を捉えていくことが多飲症患者の看護援助の指針としてみえてきたのである。図-14 で示した通り、点線で示した部分はリスク型の看護問題について予測的な看護を実践した事を示している。そして、塗りつぶされている部分はリスク型の看護問題としての看護援助を受けている患者の状態であるが、状態が悪化しても早期に回復する経過をたどることが予測できる。図-15 は、患者は、10 年以上入院経験のある成人であるため、基本的にはセルフケアは自立している。マズローの欲求階層をこの患者の欲求から考えると身体ケアよりも、精神的な欲求に重きを置くことが必要だと考えられるのである。

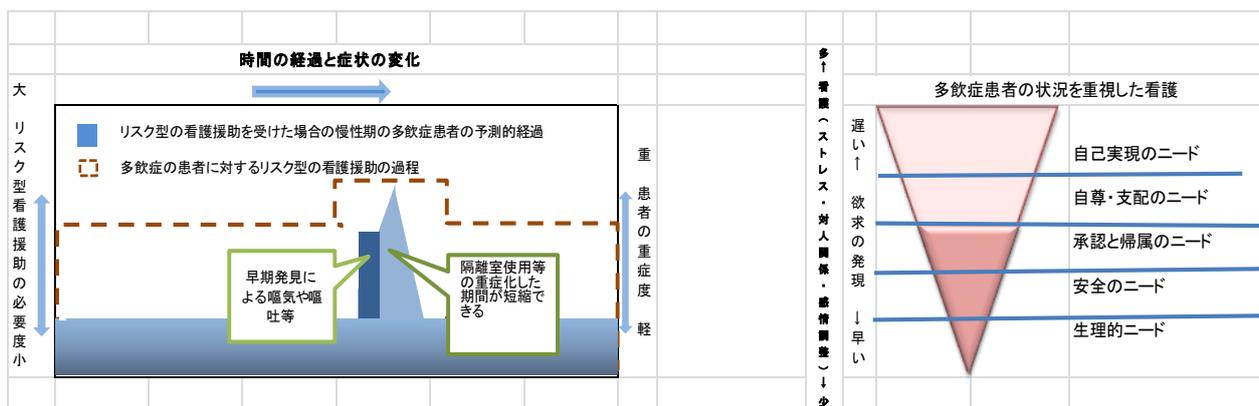


図-14

慢性期にある統合失調症患者の多飲症の症状と
リスク型の看護援助

図-15

マズローの欲求階層からみた多飲症患者の
リスク型の看護援助

3. 多飲症リスク状態に着目した看護指針

上に述べた「リスク型」の看護援助という文言は、NANDA-Iの看護診断をの形式を用いているので、臨床現場では親しみを持てない可能性がある。そこで、「リスク型」を「リスク状態」と表現することにした。

看護問題を解決するためには、問題が無くなる、または、問題となる症状が軽減するということを目標として挙げていくことが看護問題の解決思考である。このことから、前述の看護ニーズについて考察し、多飲症リスク状態に着目した看護援助は、以下の6つの点に集約されると考えた。

1) 個々の患者に対し、直接声を掛ける、

ここでは、精神科で行う看護の基本である個に対して話しかけること。(外来診療に対する診療報酬改定によれば、5分間ルールにより患者の訴えを十分聞くことができるとされている)つまり、1日1回5分間の時間を作ることで、その5分ずつの苦情処理や訴えを聞くというばかりでなく、5分間という診療の補助業務に捉われることなく、あえて何もしなくてもよいといえる時間を共有する、という継続した関わりによって、患者と看護師の関係性の充実をはかることにつながり、患者は看護師と話をすることで精神状態の安定を図れるばかりでなく、症状の悪化予防となるという二重の利点も考えられる。その結果として、急性症状を起こす回数が軽減され、隔離や拘束などを行うことも少なくなり、医療経済の面からも、多大な節約につながると考えられる。

2) 多飲症患者に対する計画的な教育を継続して行う。

どこの病棟でも1つか2つは多飲症患者に対する計画を持っていたが、ほとんど実施されていなかった。各病院にある患者教育計画を継続し、実施していくことが必要であろう。しかし、医師の立場からも協力を得て、さらに具体的で実践的な検討を行う必要があるだろう。

3) 看護師は、患者の多飲行動の苦痛に対する共感的態度や支持的な対応をする。

多飲行動のある患者は、幻覚や妄想などで自尊感情が低下している場合がある。そういった患者は、看護師の共感を得ることで精神状態の安定につながるといえる。また、多飲症の多くの患者は、意思決定が困難であったり、理解するのに時間がかかったりするということを踏まえ、多飲行動の苦痛に対する共感的態度や支持的な対応をする。

4) 自我障害をもつという疾患の特徴とストレスとの関係も踏まえてかかわる。

看護師自身が正しい看護援助に対する評価や自己評価をするためにも看護成果を見いだせるように、自我障害をもつという疾患の特徴とストレスとの関係も踏まえてかかわる。

5) 短期間の目標設定を行う。

つい目先の現象や患者の症状に振り回されてしまいがちである。多飲症患者の状態が軽快にむかっている場合でも看護師は気づかないという看護場面が観察された。今後は具体的な短期目標の設定から始めることが重要と考えられる。

6) 身体合併症や処方薬に関する学習を継続する、

精神科の看護師は、処方箋はあまり見ない、という発言があったが、今後は身体合併症や処方薬に関する知識も必要であり、継続的な学習を行っていくことが求められる。

以上のことから、慢性期・療養型の精神科病棟における多飲症患者に対する看護援助の課題を見出すことが出来たと考えられる。

4. 多飲症リスク状態に着目した看護指針の検討（案）作成の検討過程

これらの課題を取り入れ、先行研究にある川添ら（1995）の多飲症の看護援助分類を参考に、統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針の検討（案）を作成するにあたり検討してきた過程について以下に述べる。

1) 患者が受けている看護の特徴：

根拠となったのは第3研究の結果から得られたP87にある【5 統合失調症の多飲症患者に対する患者－看護師関係】で示された内容である。すなわち、現在行われている看護は以下1)～9)と観察された。1)一斉放送や全体を通して放送するなどの集団を対象に声を掛けていた。2)多飲症患者に対する計画的な教育的場面はあまりみられなかった。3)患者への個別対応は、主に声をかけることであり、内容は多飲行動に対する忠告がほとんどであった。4)意思決定が困難であったり、理解するのに時間がかかったりする、精神科患者の一つの特徴を示している患者が観察された。5)統合失調症の多飲症患者には自我障害によるストレス脆弱性があるという、統合失調症患者のもつ疾患由来の重要な特徴に対して、その重要性の認識が高いとはいえず、したがって、患者の日常生活においてこの特徴に対する配慮が必要なだけ十分提供されているとは言えない。6)多飲症の患者が水を飲み過ぎている場合には、セクハラ行為などによるその患者に特有な行動があると観察している看護師もいた。7)身体合併症や処方薬などの、身体症状や診療の補助に関しての注意が不足していると観察される看護師もいた。8)明確な看護成果をみることが少ないことが、精神科の看護師の疲弊をもたらしていると考えられる。9)笑顔で支持的な対応をしている看護師もいたが、患者に接する時間的余裕はほとんどない様子だった。

2) 患者が受けている看護の特徴から考えられる患者が望んでいる看護

統合失調症の疾患的特徴は自我障害による透過性をもつことである。精神科の看護師はその特徴を理解し、関わるのが重要と考えている。その対象となる患者は、透過性をもつことで易刺激性であるために様々なストレスを取り込みやすい状態にあるため、そういった疾患的特徴を持つ患者の看護に求めるもののひとつには、人的環境の整備と充実にあると考えられる。第1～第3までの3研究における参加観察の結果から推測される看護について、患者は看護師に対し、「大勢の中の一人ではなく、自分の傍にいて、話を聞いて欲しい。叱るばかりでなく、優しいことばを掛けて欲しい。またかと思わず、諦めずに丁寧に何度も話しかけて欲しい」という看護を求めていると考えられた。

また、多飲症リスク状態に着目して看護をすることの必要性が浮き彫りにされたことから、水中毒と多飲症との差を知り、多飲症の潜在的なリスクに着目して患者の環境を整えることは、「予測し予防する」という質の高い看護につながることを看護師が自覚して注目することによって、成果があがると考えられるのである。

3) 多飲症リスク状態 (表-1, h・i) に着目した看護援助指針

以上のように、3研究の結果を踏まえ、第3研究で得られた結果をもとに、表-13の、統合失調症患者の多飲症リスク状態 (表-1, h・i) に着目した看護援助指針を作成した。本表は、第3研究のマイクロ・エスノグラフィーにより、患者が示す行動パターンから得られた多飲症患者が必要とする援助をもとに、川添ら (2004) の研究やその他の先行研究を参考に作成した。横軸は援助内容を示しており、ストレスに対する情報収集、対人関係に関するアプローチ、感情調性的アプローチ、行動療法的アプローチの4つの視点からのアプローチを示した。これらのアプローチは、予防的な援助内を強化して設定し、患者の状態に応じて援助や方法を全て、または選択して行っていくこととした。

表-13の作成に当たり、根拠となった研究結果と看護援助となる根拠について述べていきたい。(表-13に対する「統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針」の説明のために表-12を作成した)

5. 多飲症患者の状態・症状分類と多飲症リスク状態との関係

第2章に多飲症の経過等を記述した (表-1)。本研究で、新たにつくり出した「多飲症リスク状態」は、表-1の多飲症の経過の分類に位置付けて考えることができる。すなわち、川上 (2010) の「多飲症患者の経過 〈 (1)多飲症期(2)低ナトリウム血症期 (3)身体合併症期 〉 (本文1頁~2頁に記載) と組み合わせて、多飲症患者の経過を新たに、〈 (1) 多飲症リスク状態 (2) 多飲症期 (3) 低ナトリウム血症期 (4) 身体合併症期 〉として、4期に整理して呈示する事ができると考えられる。そのように位置付けて表-14を作製した。(表-14)

表-12

統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針（案）の根拠

看護援助 の 内容					
	ストレスに関する情報収集		対人関係に関するアプローチ	感情調整的アプローチ	行動療法的アプローチ
	ストレスチェック	コミュニケーション			
看護援助	A. 入院時、または受け持ち時に一般的な観察を行い、ストレスに関するチェックを実施する。定期的なチェックを行う	B. 患者の訴えである幻覚や妄想を含む話であっても、必ず一度は十分に傾聴し、初対面の記録を残す。	C. 何について、どのような事を話す傾向がある人か、Bを参考に患者のコミュニケーションパターンを（探す）知る。	D. 共感や尊重する姿勢を示すことによって、易怒的攻撃的感情を軽減し感情の安定をはかり、自尊感情を高める。	E. 患者とともに行動療法的アプローチをする。何らかの簡単な約束をし、患者とともに行動することで行動変容を促し、患者の外界への意識を促進する。
患者が求める看護の根拠となる第3研究の結果	6. 自我障害によるストレス脆弱性という疾患の特徴を認識 2. 計画的な教育場面はあまりみられなかった。 3 研究の結果	7. 明確な看護成果をみない看護師は疲弊している。 8. 身体合併症や処方薬に関してあまり注意を向けていない。	1. 集団を対象に声を掛けていた。 3. 個別対応は、主に多飲行動に対する忠告だった。	4. 笑顔で支持的な対応をしている看護師もいたが、患者に接する時間的余裕はほとんどない様子だった。	5. 水を飲み過ぎている場合には、その人特有な行動がある。 9. 意思決定が困難であったり、理解に時間がかかったりする。
患者が求める看護の根拠となる理由	自我障害によるストレス脆弱性という疾患の特徴を認識し、計画的にストレスチェックしていくことが、患者にとって一貫性のある関わりとなり、看護師も患者の抱える問題を知り数値により成果を確認できる。	患者と対面でコミュニケーションをとるためには、患者を納得させるための患者の情報や看護に関する知識が必要である。そのため、看護師自身も学習することが求められ、身体合併症や処方薬に関する学習の動機付けとなると考えられる。	自我障害を持つ患者にとって多飲行動はストレスに対するコーピング行動である。その結果に対して忠告をすることではなく、個別対応により日常生活における困ったことや悩んでいることを知って、援助することが必要である。	あえて1日1回5分間という具体的な時間を作り、患者に寄り添い、時間を共有することにより、感情の安定を図ることが出来ると考えられる。	患者の行動特性を知り、障害を抱える部分を補ったり軽減したりできるような関わりを発見するための援助項目となると考えられる。
具体例	例) ストレスチェックは、必要と判断した場合に随時、少なくとも3ヶ月に1回実施する。ストレスチェックには(資料-3ストレスケール)を用いる。	例) ・声を掛けて、辛いかどうかを聞く。	例) ・ひとつのテーブルに集まり、お茶会のような楽しい雰囲気を作って集団内での対応も観察しながら行う。	例) ・気づかいと声かけを意識的に行う。	例) ・散歩や買い物の外出を企画し、一緒に出かける。

統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針（案）とした根拠について

表-13 の作成にあたり，‘患者が求める看護の根拠’となる理由を示すために，先行研究と第3研究の結果を踏まえて表-12 を作成した。

上段の（A）と（B）は，ストレスに対する情報収集を中心に行う項目とした。入院時や受け持ちの時点で，多飲症の既往歴がなく，長期入院や喫煙などの経験を持っているなどの多飲症の要因をもつ患者を対象としている。また，入院や転棟という状況や新しい環境に入るということから，何らかのストレスを抱えていることが予測される。そのため，ストレスに対する情報収集を中心に行う項目である。ここでは，先行研究より得られた内容をもとに作成したストレスチェック表を用いて，現時点のストレスの状態（点数）とストレスサーを知り，評価の目安を得る。

ストレスチェックの1回目と2回目の結果から，ストレスサー等を特定し，再評価することは重要である。看護師は，ストレスチェックを実施するにより患者のストレスの度合いを数値化したり，ストレスの対象を明らかにしたりすることができる。その結果，目標が見えずに疲弊している看護師にとって，看護師も何を指針として患者に向かって良いのかという目安が出来るため，複数回の実施を示した。

対人関係に関するアプローチ（C）は，患者のコミュニケーションパターンを（探す）知る項目である。この項目は，患者の話しを傾聴し，統合失調症の患者の自我に働き掛けることを中心に実施する項目である。そのため，極端な時間制限はせずに，じっくり関わる事が重要である。この項目では，患者がどのようなことに興味があるのか，または，無関心なのかを知ることができる。

感情調性的アプローチ（D）は，易怒的攻撃的な感情への対応や自尊感情の低下等に対する対応を行ない，感情に視点をおいた項目である。共感や尊重する姿勢で関わり，感情が安定できるよう関わる。

本研究の中核となる援助項目は感情調性的アプローチ（D）である。1日1回5分間という短い時間ではあるが，1対1で自由に過ごすという時間は，精神疾患を持つ患者にとって看護師の存在は大きく，患者への様々な影響を与える場となる。ここでは，看護師が患者と共に過ごすことで，時間や場を共有し，じっくりかかわることを目的として作成した援助項目である。

行動療法的アプローチ（E）は，多飲行動に対する身体的な影響についての指導・教育を行う項目である。

表-13 統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針

看護援助の種類				
ストレスに関する情報収集		対人関係に関する アプローチ	感情調整的アプロ ーチ	行動療法的アプロ ーチ
ストレスチェック	コミュニケーション			
A. 入院時、または受け持ち時に一般的な観察を行い、ストレスに関するチェックを実施する。定期的なチェックを行う	B. 患者の訴えである幻覚や妄想を含む話であっても、必ず一度は十分に傾聴し、初対面の記録を残す。	C. 何について、どのような事を話す傾向がある人か、Bを参考に患者のコミュニケーションパターンを（探す）知る。	D. 共感や尊重する姿勢を示すことにより、易怒的攻撃的感情を軽減し感情の安定をはかり、自尊感情を高める。	E. 患者とともに行動療法的アプローチをする。何らかの簡単な約束をし、患者とともに行動することで行動変容を促し、患者の外界への意識を促進する。
例) ストレスチェックは、必要と判断した場合に随時、少なくとも3ヶ月に1回実施する。ストレスチェックには（資料-3ストレス・スケール）を用いる。	例) ・声を掛けて、辛いかどうかを聞く。	例) ・ひとつのテーブルに集まり、お茶会のような楽しい雰囲気を作って集団内での対応も観察しながら行う。	例) ・気づかいと声かけを意識的に行う。	例) ・散歩や買い物の外出を企画し、一緒に出かける。

表-14 多飲症リスク状態にある患者の状態・症状に対する看護の位置づけ

経過	程度	入院している統合失調症の多飲症患者の状態・症状		看護	
		川上 (必要とされる治療の観点)	茂木 (看護実践の観点)	特別な環境条件 (川上ら, 2010)	一般的な環境条件での現状
多飲症リスク状態			低リスク h 既往 (経験) はない 症状 (行動) は認められない	n	s 標準的な精神科看護方法
			軽リスク i 既往 (経験がある) 症状 (行動) は認められない		t 標準的な精神科看護方法
多飲症中期	軽度	d 明らかな多飲行動が認められる ・有害な症状の出現はない ・飲水量は自己調節が可能	軽度 j (川上 d に同じ) 一部改変 ・飲水量は自己調節が可能 (関わりが必要)	o 川上らの多飲症専門病棟における試み	u 飲水制限・管理中心になりがち
	中等度	e 顕著な多飲と、それによる弊害 (頻回のトイレや飲水, 水を探す, 隠れ飲水, 軽度の水中毒症状, イライラする, 失禁) がある ・水分制限など治療的介入が必要	中等度 k (川上 e に同じ)	p 川上らの多飲症専門病棟における試み	v 飲水制限・管理中心になりがち
低Na血症期	重度	f ・中等度以上の水中毒症状, 水中毒発作の既往がある ・教育的な働きかけが困難な状態 (疎通が取れない, 知的な問題がある) である	水中毒リスク l 一部追加 (川上 f に同じ)	q 標準的な看護方法	w 標準的な看護方法
身体合併症期		g ・大量の水分を摂取している状態が長年続いた結果, 身体合併症を呈する状態 (骨粗鬆症や尿管・腸管や膀胱の拡張, 水腎症, 心疾患など)	m	r 標準的な看護方法	x 標準的な看護方法

は本研究の対象領域 アルファベットは、各カラムの識別の記号

【資料-3 ストレス・スケール(案)】

これはストレスと健康感の関係をみるためのアンケートです。

1. 年齢 (歳代) 以下に当てはまるものに○を付けてください。

2. 性別 (男性 女性)

3. 過去1ヶ月のストレス(困ったり嫌だと感じたこと)は？

1全くない	2少しある	3ある	4少し多い	5大変多い
				

4. ストレス(困ったり嫌だと感じたこと)のおもな原因は？

1. 家族	2. 友人	3. 小遣い	4. 自分の病気	5. わからない(その他)
-------	-------	--------	----------	---------------

5. 過去1ヶ月のストレス(困ったり嫌だと感じたこと)はどうなりましたか？

1解消した	2少し解消した	3どちらともいえない	4余り解消しない	5全く解消しない
				

6. 過去1ヶ月の健康感？

1最良	2ややよい	3ふつう	4やや悪い	5最悪
				

以上で質問は終わりです。有難うございました。

澤見(2012)より一部引用参照

【資料－４．多飲症患者に対する看護援助】（案）

目的：統合失調症の多飲症患者の多飲行動が軽減する。

- I. 患者の自我障害の部分に働きかけを行う。（今、現在のことだけに注意を向ける：森田療法の基本的な考え方《不安、恐怖の原因追究や症状除去を目的にせず、あるがままの自分の感情（純な心）に自然に服従し、回帰するもの》）
- II. 患者のストレスの状態を知る。
- III. 計画的な援助を行う。
- IV. 飲水行動に対して注意をしない。
- V. 支持的な対応を行う。

具体策

1日1回5分間、患者の傍で時間を共有する。

例) ベッドサイドで洗濯物等を一緒に片づけながら話をする。

※この時に、入室時と退室時に患者の姓名を呼ぶ。

例) 山田花子さん、おはようございます。

具体的なきっかけ ※話しかけるきっかけとして示した内容です。

- I. 患者の自我障害の部分に働きかける。（III. 計画的な援助を行う）
 1. ベッド周囲の片づけなどを一緒に（拒否がなければ）に行う。
 2. 食事や食欲などの食に関する話を聞く。（何が美味しかったのか）
 3. 1. を手伝ったり、声を掛けたりしながら話を聞く。
 4. 今日、会った時に良かったところ（歯磨きがうまい等）を褒める。
- II. 患者のストレスの状態を知る。（V. 支持的な対応を行う）
 1. 今、悩んだり嫌だと感じたりしていることは無いか。
 2. 今、同室者との関係などで心配なことは無いか。
 3. 今、小遣いなどで困っていることは無いか。
 4. 今、家族の関係などで困っていることはないか。
- IV. 飲水行動に対して注意をせず視点をかえて寛容な対応をする。
 1. 飲水に関する否定的（「また飲んでいるの」、「何杯目なの」）な表現はしない。
 2. お腹をこわしていないのか。
 3. 吐き気や嘔吐は無いか。
 4. 夜はよく眠れたか。（多飲による頻尿等でトイレに何度も起きなかったのか）
- VI. 日常生活で、あなた（看護師）が「気づいたこと」を簡単に教えて下さい。

第9章 結論

本研究は、統合失調症の多飲症患者に対する看護を、看護師の視点と患者の視点の両面から調査して看護援助の現状を明らかにし、現状から示唆される看護援助への提言を行った。

統合失調症の多飲症患者に対する看護の現状は、調査研究の結果から次のように要約された。

1) 看護師の視点からの研究結果（第1研究 第2研究）

インタビュー、およびアンケート調査から次のことが示された。

- (1) 看護師は、＜多飲症症状が表れてからの看護＞と＜多飲症症状があらわれないときの看護＞を行っていた。
- (2) ＜多飲症症状が表れてからの看護＞は、多飲行動が見え始めた状況では‘飲水制限’‘生理的な徴候’‘排泄行動’‘服薬’などの観察と関わりであり、水中毒に移行してからは‘精神症状’‘暴力的な行動’‘意識状態’‘全身状態’などの観察と関わりであった。看護師は、患者の「明らかな飲水量の増加を示す行動」、「低ナトリウム血症傾向を疑わせる行動」に注意を向けて多飲症症状の経過を把握していた。
- (3) ＜多飲症症状が表れないときの看護＞は、‘気づかいと声かけ’‘摂取水分量の推測’‘飲水時の工夫’‘気分転換活動へのさそい’などである。看護師は、患者の「看護師と距離をおきたいという行動」、「飲水量の増加を疑わせる行動」、「ストレスを抱えていることを疑わせる状態」、に注意を向けて多飲症症状の表れを『疑う』という状況に着目し、見逃さないようにしていた。

2) 患者の視点からの研究結果（第3研究）

参加観察において次のことが観察された。

- (1) 患者の病棟での生活
自分に直接向けられたストレスナーによって多飲行動を起こす、あるいは間接的なストレスナー（他の人に向けられたストレスナーをみて）によって多飲行動を起こしたことがあった。
- (2) 患者の視点から見る患者－看護師関係
一斉放送など集団を対象に声が掛けられることが多かった。検温、体重測定など個人対応の時には、看護師から話しかけられたり、患者から話しかけられていることもあった。看護師の多くは患者に個別に接する時間的余裕はほとんどない様子だった。

3) 看護への示唆

このような現状から示唆される看護の課題は、現在行っている看護のなかで特に＜多

飲症症状があらわれないときの看護>を補強することである。そのためには、<多飲症症状が表れないときの看護>の意義を看護師が得心し協働していくことが必要と考えられる。

そこで<多飲症症状があらわれないときの看護>を示す「多飲症リスク状態」というコンセプトを本研究では提示し、**潜在的な問題を予測し予防する先見性のある看護を、統合失調症の多飲症患者の看護の特徴にすることを提案**して、臨床の場で利用できる「統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針」を作成した。

研究の限界と今後の課題

本研究は、「多飲症リスク状態」という看護のコンセプトを臨床の場に示すことで、臨床での多飲症患者に対する看護の取り組みの手がかりの一助になればと考えている。しかし、今回の対象は長期入院の統合失調症患者であり、それ以外の状況・状態においても多飲症は発症するため、今後の課題である。

謝辞

本研究を実施するにあたり，ご協力いただきました対象者の皆様，ご協力いただきました調査施設の医師，看護師の皆様に深く感謝致します．本研究全過程においてご指導くださいました小島通代教授にこころから感謝致します．また，本研究を実施するにあたり，配慮してくださった職場の皆様，研究過程において助言・助力くださいました大学院の同輩・後輩の皆様に心よりお礼申し上げます．

文 献

- 秋山剛(2010). 特集 統合失調症. Q&A 特集 統合失調症. こころのりんしょう Vol. 29. 153
- 秋山一文, 齊藤淳 (2006). ストレスと精神障害. 独協医科大学紀要 33 (3) 211.
- 後藤優子 (2009). 精神看護スペシャリストに必要な理論と技法. : 49-50. 日本看護協会出版
- 林俊一郎 編訳 (2008). ストレスとコーピング-ラザルス理論への招待. 星和書店. 22
- 蓮舎寛子(2010). Q&A 集 統合失調症;こころのりんしょう 特集 統合失調症 Vol. 29. 154
- 服部兼敏 (2010). テキストマイニングで広がる看護の世界. ナカニシヤ出版
- 日高春美, 板谷真珠, 森山百合子, 中雄敏子, 焼山和憲 (2006). 保護室使用が長期になり早期解錠の機会を逃した水中毒患者 看護師が陥り易い看護の盲点. 日本精神科看護学会誌, 270-271.
- 樋口正元. 心身医学領域における治療の実態 森田療法(1982). 心身医 10. 第 22 巻第 5 号 443-449.
- 比嘉盛博, 當間幸子 (2010). 多飲水患者のセルフコントロールに向けた看護援助. 沖縄県看護研究学会集録, 17-20.
- 姫井昭男 (2011). 精神科の薬がわかる本 第 2 版. 医学書院, 第 2 版第 2 刷, 64-70
- 屋田源四郎 (2007). 『統合失調症患者の行動特性: その支援と ICF』 金剛出版 pp. 41-89
- 人見智美, 服部眞澄, 竹内あゆみ, 堀込恵子, 山口香代子 (2007). 青年期にある水中毒患者の飲水量の意識づけに参与型看護を導入して 飲水量自己管理ができた一事例の考察. 日本精神科看護学会誌, 38-42.
- 福井直樹. 北村秀明. 染矢俊幸 (2004). 水中毒を契機に反復した悪性症候群の 1 例. 新潟医学会雑誌
- 福岡竜太郎 (2008). 行動制限最小化の取り組みから見てきたこと 長期隔離を余儀なくされている患者へのアプローチ. 日本精神科看護学会誌, 354-358.
- 藤井康男: 推薦のことば (2010). 多飲水・水中毒 - ケアと治療の新機軸- 1. : 医学書院. 3.
- 市江亮一. 藤井康男: 特集 向精神薬の副作用や有害事象等への対策「多飲水・水中毒への対策」臨床精神 971-979. 2004. 7
- 市江亮一, 藤井康男 (2004). 多飲症・水中毒への対. 臨床精神薬理, 1. 7 (. 6), 971-979.
- 井上義之, 本間寿博, 飯島都子 (2006). 水中毒患者への関わり セルフコントロールが可能になった事例を通じて. 日本精神科看護学会誌, 268-269.
- 稲垣 中: シリーズ精神医学用語解説 「205. 多飲水/水中毒」臨床精神医学. 第 29 巻第 6 号. 696-6972000.
- 井上俊宏. 山崎英雄. 栗原正明 (1994). けいれん発作をきたした水中毒の 1 症例. 第 829 回千葉医学会例会 70. 59-64

- 石田隆也 (2008) . 慢性統合失調症患者の自覚的薬物体験から服薬に対する構えの実態. *日本精神科看護学会誌*, 431-435.
- 稲垣中 (2000). 日内体重変動に基づく入院精神分裂病患者の多飲症に関する研究 *慶応医学* 77. 289-298.
- 伊藤純一郎 (2008) . *統合失調症 正しい理解と治療法*. 4. 1. 第8刷. 講談社 28-29.
Janice M. Roper & Jill Shapira, (2009). *エスノグラフィー* 1 (2), : 日本看護協会出版会.
- 柿坂彰吾, 上平悦子 (2004) . 精神障害者にみられる水中毒に対する援助方法の検討 過去10年間における文献検討を通して. *日本看護学会論文集, 精神看護*, 223-225.
- 金澤明子, 石井奈美, 斎藤美加, 山里千栄子 (2006) . 長期間隔離室で生活する水中毒患者の回復へのアプローチ. *日本精神科看護学会誌*. 347-351.
- 川上宏人 (2007) 「多飲症の治療」を見つめなおす. *精神看護*. 医学書院. 2007. 136.
- 川上宏人, 松浦好徳 (2010). *多飲水・水中毒 - ケアと治療の新機軸- 1*. 医学書院. 10-11.
- 川上宏人, 松浦好徳 (2010). *多飲水・水中毒 - ケアと治療の新機軸- 1*. 医学書院. 18-21.
- 萱間真美 (1996) . 水中毒患者の看護過程. *精神科看護*. 56 : 31-35.
- 風野春樹 (2002) . わかるようでわからない精神科のコトバ-第5回統合失調症- *看護学雑誌*. 664-665
- 木下智之, 外村康子, 倉原まゆみ, 古澤小百合 (2005) . 行動制限最小化への取り組み 水中毒のため, 4年間隔離室入室を余儀なくされたA氏が完全退室に至るまで. *日本精神科看護学会誌*, 48, 24-25.
- 木村英司 (2004) . *精神科における病的多飲水・水中毒のとらえ方と看護*. 5. 290-294. すぴか書房
- 岸本年史. 平山智英. 洪基朝 (2004). 精神病患者での水中毒. *日本精神神経学会第100回*. 132
- Kazue SAWAMI¹, Naoko MORISAKI², Hidekazu KOUFUKU³ and Hirofumi HIROWATARI⁴, (2012) Relationship between mental stress and subjective health in older adults
- 近藤陽一, 田中俊三, 岩本昌志, 桑水流浩章, 西田幸一, 村上茂, 他, (2006) . 保護室開放観察延長への試み 制限緩和による問題 偽解決循環からの脱出. *日本精神科看護学会誌*, 90-94.
- 小林美奈子, 柿迫千津子, 矢口薫, 西塚久仁子, 堀口和夫 (2007) . 長期入院の水中毒患者への予測的なかかわりについて 描画と行動観察の分析を用いた一事例の検討. *日本精神科看護学会誌*, 370-373.
- 小沼敦 (2007) 看護師の業務範囲についての一考察 一 静脈注射と産婦に対する内診を例に—http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200709_680/068010.pdf
- 厚生省の指標 *臨時増刊 国民衛生の動向 2008年* 第55巻第9号 財団法人厚生統計協会 編集・発行 財団法人厚生統計協会 2008. 8. 31. 112~113.

- 前田拓郎 (2006) . 患者の能力に視点を置いた行動制限緩和への取り組み. 日本精神科看護学会誌, 98-99.
- 松田源一 (1988) . 精神障害者に発生する多飲の臨床的諸特性 - 水中毒準備状態の早期発見に向けて - . 慶応医学 30(2). 169-176.
- 松田源一 (1992) . 入院精神障害者の多飲行動に関する臨床的研究 - 病的多飲の経過と転機 - . 慶応医学 69(1). 159-172.
- 松田源一 (2000) . 精神障害者に発生する多飲の臨床的諸特性 一水中毒準備状態の早期発見に向けて一. 臨床精神医学. 第 29 卷 第 6 号. 696-697.
- 牧田加代子, 深野玉恵, 西本清二, 吉村尚子 (2004) . 病的多飲水患者へ経口的な電解質補正を試みて. 日本精神科看護学会誌, 47 (1) , 308-311.
- 松浦好徳, 河西敏也, 新津勇 (2007) . 水中毒への対応に革命を起こした病院のノウハウを受け止める, 一知識を提供する, 褒める, 看護の意識を統一する一. 精神看護, vol. 10. no4, 26-35.
- 松浦好徳 (2008) . 多飲症患者の退院支援についての一考察 精神発達遅滞を伴う統合失調症患者の知的障害者更正施設への退院. 日本精神科看護学会誌, 505-509.
- 松下年子, 吉岡幸子, 小倉邦子 (2009) . 事例から学ぶアディクション・ナーシングー依存症・虐待・摂食障害などがある人への看護ケアー. 中央法規. 10-11
- 宮本歩, 長尾喜代治, 長尾喜一郎, 松林武之, 近藤秀樹 (2002) . 「Risperidone による抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) を呈した精神分裂病の 1 例. 精神医学 44(1). 83-85.
- Miyuki Sato, RN, PhD, Hiromi Sakuda, RN, PhD, Toshiki Kobayashi, MD, PhD, Tsuyoshi Kataoka, MD, PhD, Fujiko Nakao, BA, RN, MSN and Sue Turale, DEd, RN, RPN, FRCNA, FACMHN -Comparison of the body fluid levels in healthy individuals and those with schizophrenia in Japan :Using the bioelectrical impedance method-Nursing and Health Sciences(2007). 9. 177-184.
- 水野節夫 (2000) : 現代社会学叢書 事例分析への挑戦 - 個人現象への事例媒介的アプローチの試み - 初版第 1 刷. 335.
- 茂木泰子, 石綿啓子 (2008) . 水中毒の看護介入に関する文献の動向. つくば国際大学紀要 No. 14. 203-210.
- 永岡幹夫 (2010) . 妄想状態の著しい多飲水のある患者へのアプローチ. 日本精神科看護学会誌, 53 (2) , 137-140.
- 西村充弘 (2006) . 水中毒患者の看護を振り返って, 援助を考える 患者への“お願い”が教えてくれたもの. 日本精神科看護学会誌, 272-273.
- 西村充弘 (2006) . 水中毒患者の看護を振り返って, 援助を考える 患者への“お願い”が教えてくれたもの. 日本精神科看護学会誌 49 卷 1 号. 272-273

- 中村百合子, 山崎登志子, 糠信憲明, 大沼いづみ (2008) . 慢性統合失調症患者の首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) の特徴とその関連要因 日本看護研究学会雑誌 131.No4.
- 中山和彦 (2007) . ドイツ医学とイギリス医学も対立が生んだ森田療法. 慈恵医大誌. 122. 279-94
- 中山温信, 不破野誠一, 伊藤陽, 松井望, 若穂困徹, 砂山徹, 藤巻誠, 中村秀美, 松井征二, 稲月まどか, 中野靖子, 吉田浩樹, 小熊千秋, 北村秀明, 永井雅昭 (1995) . 病的多飲水患者の疫学と治療困難性-多施設におけるスクリーニング調査および「看護難易度調査票」による検討-精神医学. 37 (5) . 467-476.
- 日本精神科看護技術協会, 精神科看護用語辞典 新訂第一版 「精神科看護用語辞典」編集委員会・編 メディカルフレンド社)
- 荻野えりか, 田村美津子, 北森久美子 (2010) . 隔離・拘束を繰り返す水中毒患者の外泊が可能になった要因. 日本精神科看護学会誌, 53 (1) , 450-451.
- 小笠原育子, 附田美佐子, 漆畑努, 一戸隆徳, 小原木彰, 川村勝子 (2007) . 15年以上もの行動制限を必要とした水中毒患者の看護 小さな行動目標を立案し達成感を得させる関わり. 十和田市立中央病院研究誌, 101-104.
- 大野泰良, 井尾 謙介, 川崎 雅規, 森田 則彦 (1998) . 水中毒により心不全を繰り返した 1 例 Japanese Circulation Journal 62 巻 . 688
- 岡田尊司 (2010) . 統合失調症-その新たな真実. 第一版四刷. PHP 新書. 97-100
- 岡田尊司 (2010) . 前掲.
- 小山田静枝 (1998) . 精神科患者における多飲の臨床的研究 - 疫学と向精神薬との関連 - . 精神医学 40 (6) . 613-618.
- 大田早希, 伊藤ミエ, 山崎浩 (2009) . 多飲水のある患者へのアプローチ 体重測定でのかわりを通じた意識づけを試みて. 日本精神科看護学会誌, 52 (1) , 260-261.
- 岡富弥生, 川辺絹江 (2005) . 多飲傾向にある患者へのグループ学習の効果 飲水制限の意識付けを行って. 日本精神科看護学会誌, 48 (1) , 270-271. 133.
- 大城孝, 新田厚子, 岸本正, 吉浜文洋 (1990) . 水中毒患者の長期経過を追って-「多飲水対策」から焦点をはずしたことで変化の起きた症例-. 日本精神科看護学会 33. 15. 252-254
- Pan JJ, Liu SI. Polydipsia and water intoxication in schizophrenia patients: report of two cases . Kaohsiung J Med Sci. 1996 Sep;12(9):549-54. Japanese
- 斎藤秀明, 横山すみ子, 中山充成, 片岡幸子, 宮澤加津枝, 根来由理子 (2005) . 多飲と盗食の激しい糖尿病を合併している統合失調症の患者のエンパワーメントを目標としたケアの分析. 日本精神科看護学会誌, 48 (1) , 244-245.
- 佐藤美幸, 山本貴志子, 百田武司, 三村聖子, 作田裕美, 西亀正之 (2002) . 精神分裂病女性患者の体内水分量に関する研究 バイオインピーダンス法による測定.

- 広島大学保健学ジャーナル, 2 (1) , 51-56. Satou S 佐藤美幸. 作田裕美. 小林敏生. 片岡健: 統合失調症患者における体内水分量に関する研究 病的多飲水患者と非多飲水患者との相違. 日本看護科学会誌 26(4) 30-36. 2006. 12
- 佐藤美幸, 西野弘員, 堤雅恵, 作田裕美 (2006) . 統合失調症患者における体内水分量の季節変動. 日本看護学会論文集: 精神看護, 36, 184-186.
- 佐藤美幸, 作田裕美, 小林敏生, 片岡健 (2006) . 統合失調症患者における体内水分量に関する研究 病的多飲水患者と非多飲水患者との相違. 日本看護科学会誌, 26 (4) , 30-36.
- 佐藤美幸, 作田裕美, 小林敏生, 片岡健 (2009) . 統合失調症患者の体内水分量に影響する因子と病的多飲水患者の体内水分分布の特徴. 日本看護科学会誌, 68-75 .
- 柴田晋 (2008) . 水中毒の制御による行動制限緩和に向けたかかわり 時間と空間の共有を通して. 日本精神科看護学会誌, 24-27.
- 下原貴広, 桑名千晃, 黒江辰子, 佐藤冷子, 井上早代, 立花美幸 (2009) . 多飲行動をもつ精神障がい者を自宅で支える家族 多飲行動について家族の思いとケア行動. 日本精神科看護学会誌, 53(1) , 326-327.
- 新開隆宏, 大森治, 中村純 (2007). 抗精神病薬による水中毒をどう予測するか 臨床精神薬理 10 : 1423-1431,
- 田場真由美, 栗栖瑛子, 當山富士子 (2006) . 精神科入院患者にみられる多飲水の評価基準の妥当性の検討 看護職のための Polydipsia Screening Tool (Reynolds) 日本版の導入に向けて. 日本看護学会論文集, 看護総合, 37, 39-41.
- 田島愛子, 江上倫子, 永野孝, 鹿野和徳, 國芳雅広 (2009) . 精神科看護と水中毒(第2報) トークンエコノミー式の動機付けを行って. 筑水会神経情報研究所, 筑水会病院年報, 60-62.
- 田場真由美, 栗栖瑛子 (2007) . 日本における「多飲水」に関する文献的考察(1) 「原著論文」「報告」を対象として. 沖縄県立看護大学紀要, 16-24.
- 武井麻子. かかわりの中で患者の「生きる」を支える看護を学ぶ-逆風の中の精神保健看護学実習-. 精神科看護 (2012) . Vol. 39.No. 1. 4-11.
- 浦河べてるの家 (2003) べてるの家の「非」援助論そのままでいいと思えるための 25 章. 4 : 164-166. 医学書院
- ViewegWV, GodleskiLS, HundlyPL. al, e :Antipsychoticdrugs, litium, carbom, carbamazepine, and abnormal diurnal weight gain in psychosis. Neturopsychopharmacology. 1989;2:39-43
- 渡辺康宏, 上島節子, 池田和彦, 中西真理子, 岩井眞弓 (2009) . 病的多飲水患者の水中毒予防に関する研究 紙芝居を用いた集団療法の効果. 日本看護学会論文集, 精神看護, 59-61 .

- 横山徹頭, 今村静江, 岡田隆, 長岡香代子, 林守, 桶谷玲子 (2004) . 多飲水患者にグループ教育を導入して 体重の変化と意識調査からの検討. 日本看護学会論文集, 成名看護 II, 34, 78-80.
- 横嶋清美 (2007) . 急性期病棟に再入院し症状悪化した患者とのかかわり 行動制限緩和をはかる過程で受けた刺激による反応と睡眠に焦点をあてて. 日本精神科看護学会誌, 236-240.
- 吉浜文洋 (2010). 水中毒・多飲症患者へのケアの展開—取り締まりから患者参加のケアへ 精神看護出版 1刷 1版
- 吉田則子, 佐藤雅美 (2009) . 多飲水患者とのかかわりにアディクションの視点を取り入れて. 日本精神科看護学会誌, 52 (1) , 264-285.
- 吉田幸代 (2008) . 多飲水患者の生活を支える看護 「管理や制限」から「見守る・支える」ケアへの転換. 日本精神科看護学会誌, 510-514.
- 喜友名悟, 知念広晃, 佐久川淳子, 嘉手苺ヨシ子, 前川正枝, 小松智 (2005) . 多飲水のある患者との心理教育を通しての関わり 自助グループの活用とグループアプローチを試みた効果. 日本精神科看護学会誌, 48 (2) , 128-132.

資 料

図-1

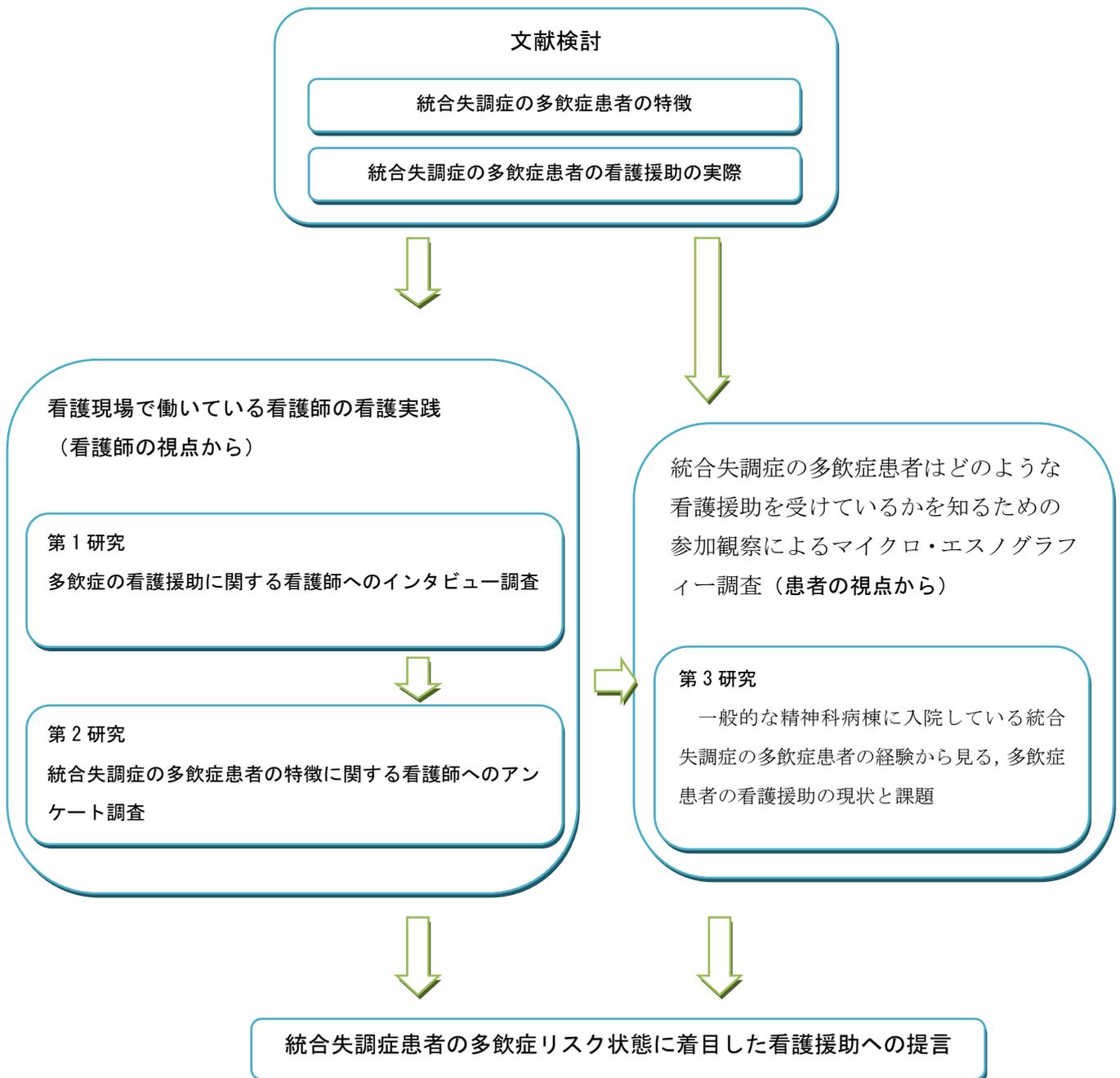


図-1 研究の構成

図-2

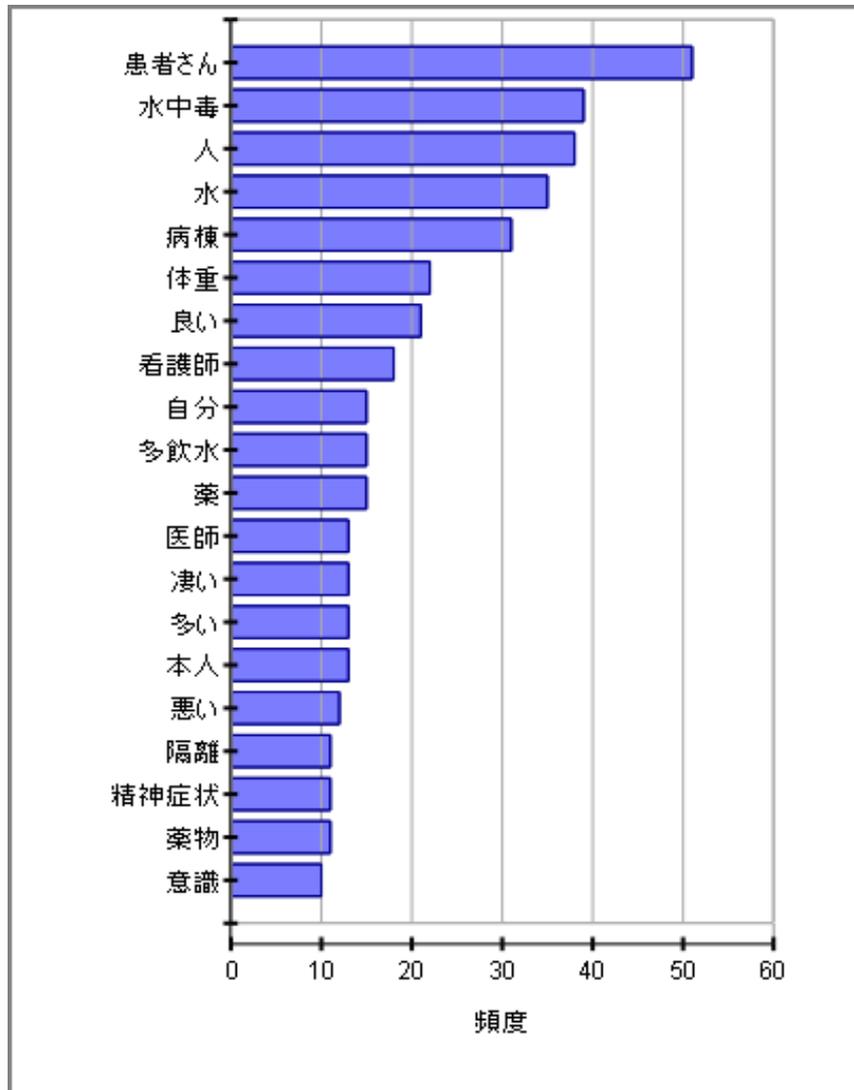


図-2 水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践
看護師インタビュー結果の頻度分析

図-3

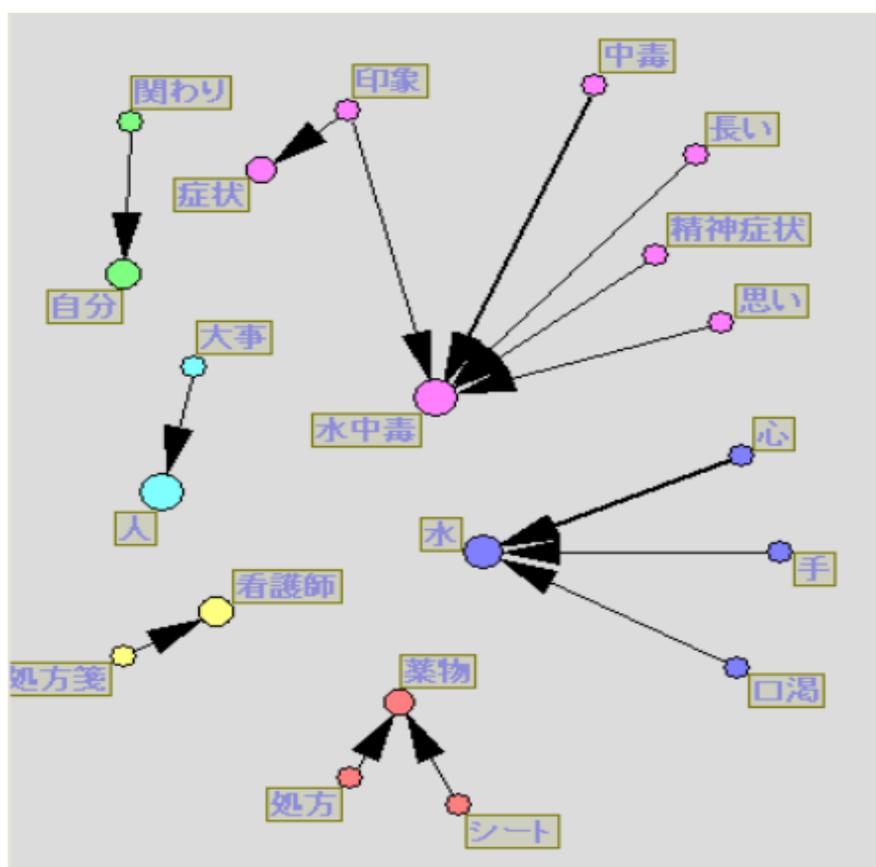


図-3 水中毒（多飲症を含む）患者の看護実践
看護師のインタビュー結果のこばネットワーク

図-4

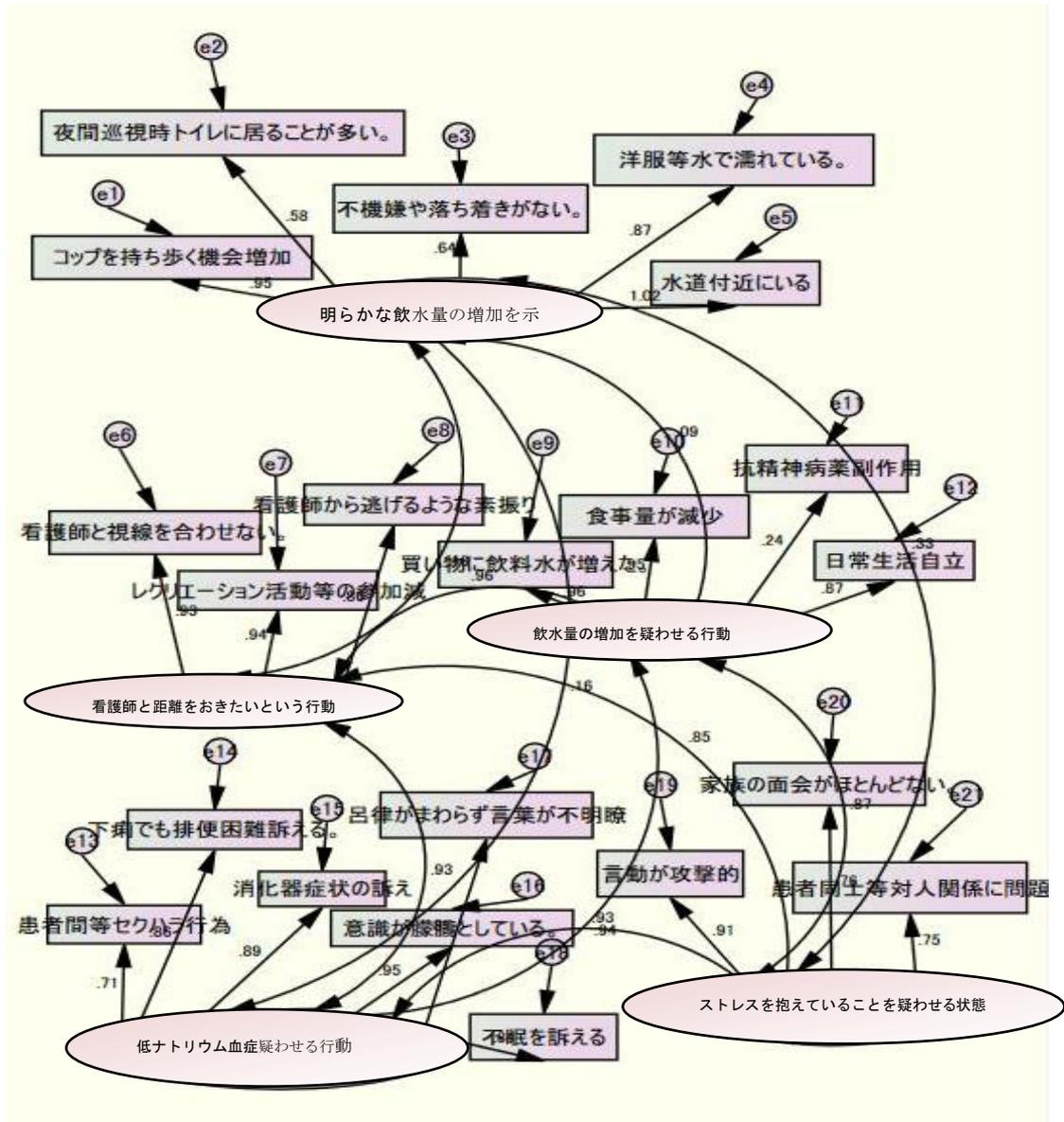


図-4 精神科の入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の「患者の特徴だ」と考えられる行動の特徴を示す共分散構造分析

図-5



図-5 統合失調症の人と健康な人の自我の比較

図-6



図-6 健康な人の自我状態におけるストレスとストレスの関係

図-7

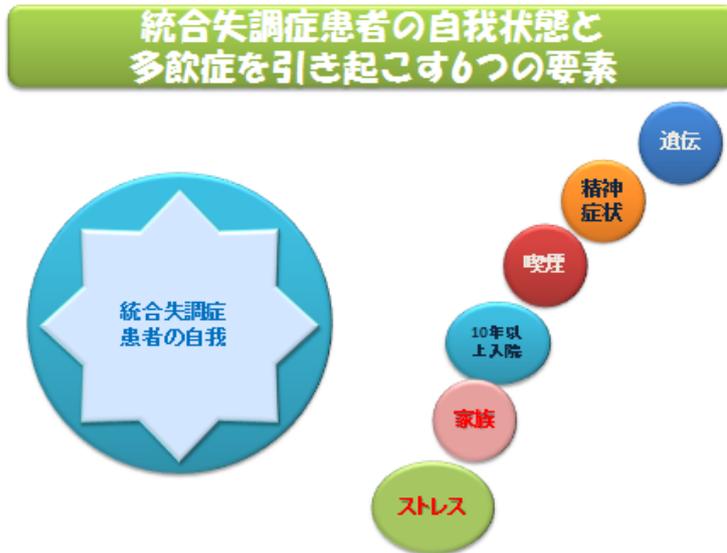


図-7 統合失調症患者の自我状態と多飲症を引き起こす6つの要素

図-8

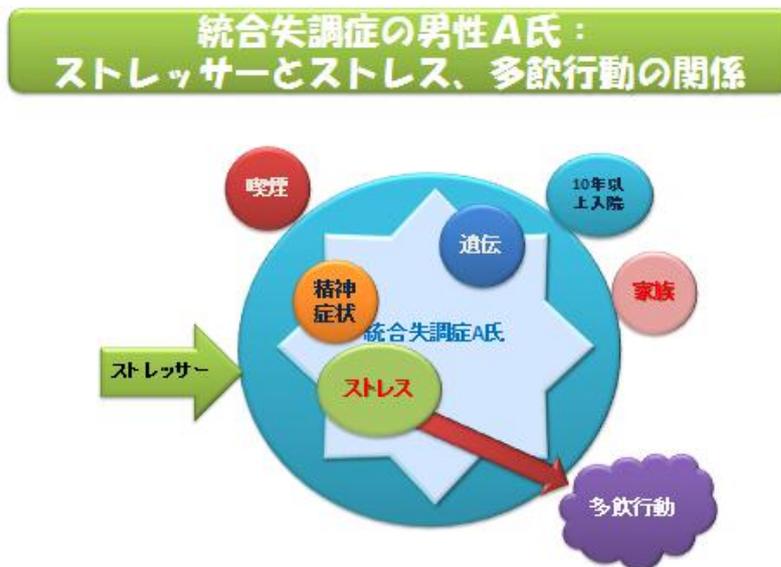


図-8 統合失調症の男性A氏：ストレスとストレス、多飲行動の関係

図-9

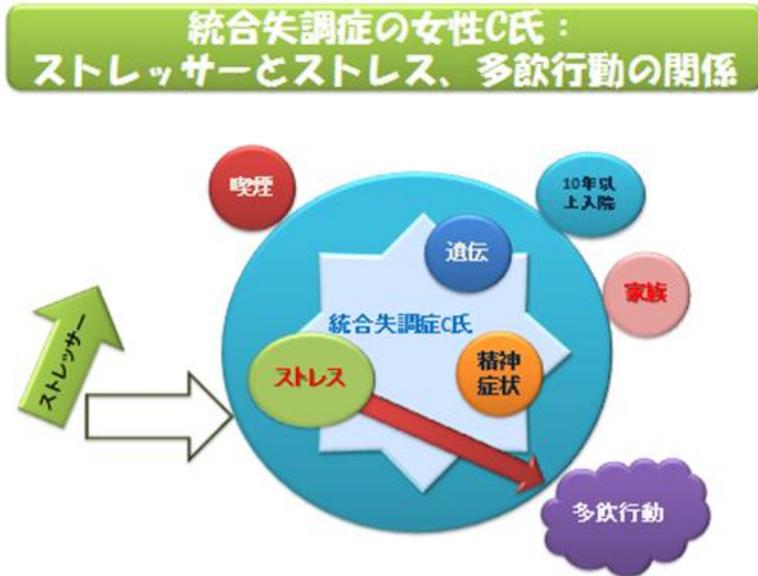


図-9 統合失調症の女性C氏：ストレスとストレス，多飲行動の関係

図-10

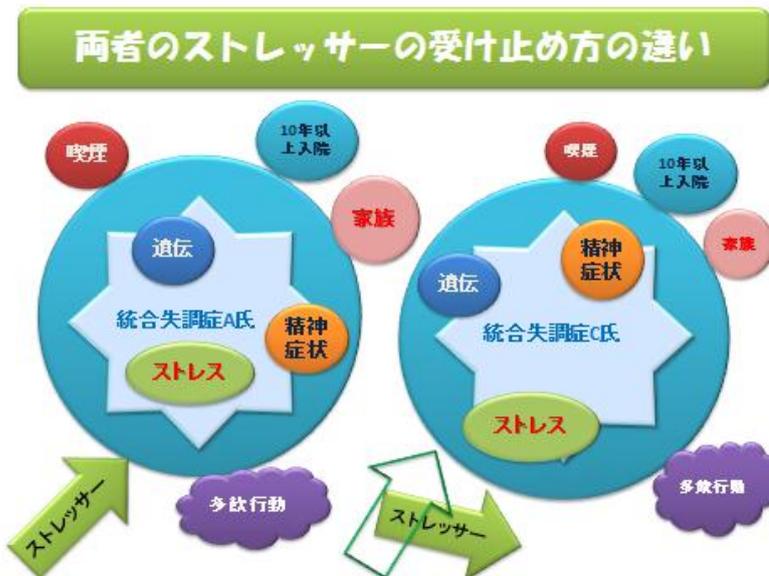


図-10 両者のストレスの受け止め方の違い

図-11

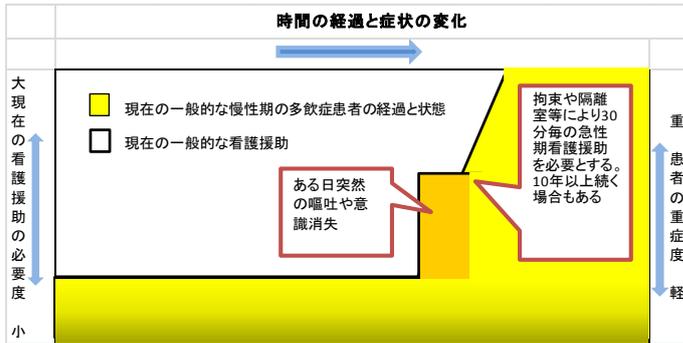


図-11

慢性期にある統合失調症患者の多飲症症状と現在の看護援助

図-12

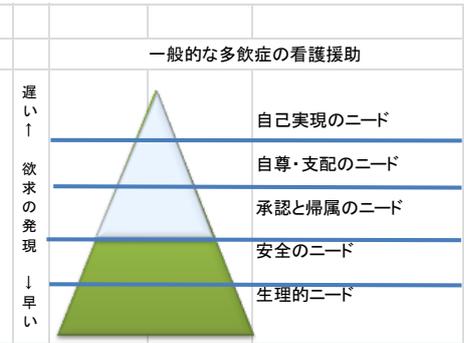


図-12

マズローの欲求階層からみた現在の多飲症患者の看護援助

図-13

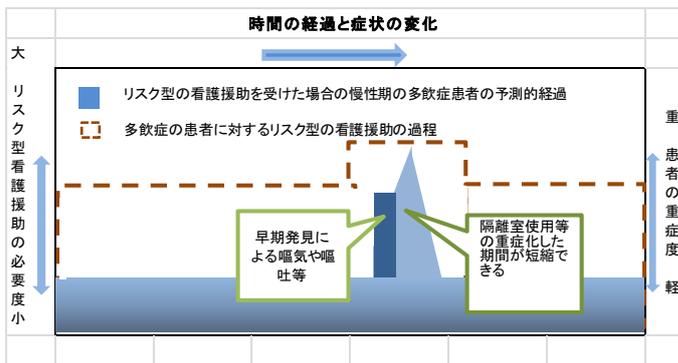


図-13

慢性期にある統合失調症患者の多飲症の症状とリスク型の看護援助

図-14

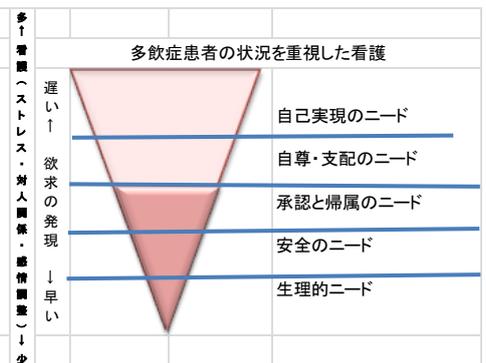


図-14

マズローの欲求階層からみた多飲症患者のリスク型

表 - 1

表 - 1 多飲症患者の状態・症状分類と本研究の対象領域の位置づけ

経過	程度	入院している統合失調症の多飲症患者の状態・症状		看護	
		川上 (必要とされる治療の観点)	茂木 (看護実践の観点)	特別な環境条件 (川上ら, 2010)	一般的な環境条件での現状
			低リスク h 既往 (経験) はない 症状 (行動) は認められない	n	s 標準的な精神科看護方法
			軽リスク i 既往 (経験がある) 症状 (行動) は認められない		t 標準的な精神科看護方法
多飲症期	軽度	d 明らかな多飲行動が認められる ・有害な症状の出現はない ・飲水量は自己調節が可能	軽度 j (川上 d に同じ) <u>一部改変</u> ・飲水量は自己調節が可能 (関わりが必要)	o 川上らの多飲症専門病棟における試み	u 飲水制限・管理中心になりがち
	中等度	e 顕著な多飲と、それによる弊害 (頻回のトイレや飲水、水を探す、隠れ飲水、軽度の水中毒症状、イライラする、失禁) がある ・水分制限など治療的介入が必要	中等度 k (川上 e に同じ)	p 川上らの多飲症専門病棟における試み	v 飲水制限・管理中心になりがち
低 Na血症期	重度	f ・中等度以上の水中毒症状、水中毒発作の既往がある ・教育的な働きかけが困難な状態 (疎通が取れない、知的な問題がある) である	水中毒リスク l <u>一部追加</u> (川上 f に同じ)	q 標準的な看護方法	w 標準的な看護方法
身体合併症期		g ・大量の水分を摂取している状態が長年続いた結果、身体合併症を呈する状態 (骨粗鬆症や尿管・腸管や膀胱の拡張、水腎症、心疾患など)	m	r 標準的な看護方法	x 標準的な看護方法

は本研究の対象領域 アルファベットは、各カラムの識別の記号

表-2 検索期間 1983-2009 の文献

検索データ源：医学中央雑誌					
キーワード：精神・統合失調症・水中毒・多飲・多飲水・病的多飲水・多飲症・看護					
No.	内容	テーマ	著者	掲載誌	発行時期
1	事例研究	多飲症患者の QOL 向上のための援助を通しての一考察	伊藤 真智子	日本精神科看護学会誌 44 巻 1 号 P328-331	2001. 07
2	事例研究	慢性期統合失調症患者の多飲水への援助 水中毒予防のための飲水量の自己管理を試みて	遠藤 雅巳, 篠山 照美論文種類	日本精神科看護学会誌 46 巻 2 号 P255-258	2003. 12
3	調査研究	多飲水患者にグループ教育を導入して 体重の変化と意識調査からの検討	横山 徹頭, 今村 静江, 岡田 隆, 長岡 香代子, 林守, 桶谷 玲子	日本看護学会論文集：成人看護 II 34 号 P78-80	2004. 01
4	事例研究	多飲水患者の開放処遇への援助 ストレッサーに注目した環境での変化	濱中 順子	日本精神科看護学会誌 47 巻 1 号 P45-48	2004. 06
5	事例研究	病的多飲水患者へ経口的な電解質補正を試みて	牧田 加代子, 深野 玉恵, 西本 清二, 吉村 尚子	日本精神科看護学会誌 47 巻 1 号 P308-311	2004. 06
6	事例研究	多飲水のある患者との心理教育を通しての関わり 自助グループの活用とグループアプローチを試みた効果	喜友名 悟, 知念 広晃, 佐久川 淳子, 嘉手苺 ヨシ子, 前川 正枝, 小松 智	日本精神科看護学会誌 48 巻 2 号 P128-132	2005. 12
7	事例研究	患者の能力に視点を果たした行動制限緩和への取組み	前田 拓郎	日本精神科看護学会誌 49 巻 1 号 P98-99	2006. 06
8	事例研究	意思疎通困難な多飲水患者のストレス緩和を試みて	柿崎 智子, 樋口 章子, 上田 京子, 佐藤 大樹, 岩代 純	日本精神科看護学会誌 49 巻 1 号 P28-29	2006. 06
9	事例研究	精神科入院患者にみられる多飲水の評価基準の妥当性の検討 看護職のための Polydipsia	田場 真由美, 栗栖 瑛子, 當山 富士子	日本看護学会論文集 看護総合 37 号 P39-41	2006. 12

		Screening Tool(Reynolds) 日本版の導入に向けて			
10	文献研究	日本における「多飲水」に関する文献的考察(1) 「原著論文」「報告」を対象として	田場 真由美, 栗栖 瑛子	沖縄県立看護大学紀要 8 号 P16-24	2007.03
11	事例研究	多飲水患者様にグループ学習を導入して 多飲水の自覚が全くない患者様への援助	森山 義明	精神保健 52 号 P83	2007.06
12	事例研究	集中できるものを見つけて 多飲水傾向の患者が見つけた自分だけの楽しい時間	神里 隆, 上原 ヤス子, 仲宗根 かよ子, 知念 達彦, 新垣 京美, 安里 直人, 金城 克美	精神保健 52 号 P81	2007.06
13	事例研究	水中毒の制御による行動制限緩和に向けたかかわり 時間と空間の共有を通して	柴田 晋	日本精神科看護学会誌 51 巻 2 号 P24-27	2008.09
14	事例研究	行動制限最小化の取り組みから見えてきたこと 長期隔離を余儀なくされている患者へのアプローチ	福岡 竜太郎	日本精神科看護学会誌 51 巻 2 号 P354-358	2008.09
15	事例研究	病的多飲水患者の水中毒予防に関する研究 紙芝居を用いた集団療法の効果	渡辺 康宏, 上島 節子, 池田 和彦, 中西 真理子, 岩井 眞弓	日本看護学会論文集: 精神看護 39 号 P59-61	2009.01
16	事例研究	精神看護と水中毒(第 2 報) トークンエコノミー動機付けの効果 (Psychiatric Nursing Care and Water Intoxication(Report 2): Effect of Token-Economy Motivation) (英語)	Tashima Aiko, Egami Rinko, Nagano Takashi, Kano Kazunori, Kuniyoshi Masahiro	新 薬 と 臨 牀 58 begin_of_the_skype_highlighting 58 end_of_the_skype_highlighting 巻 2 号 P263-267	2009.02
17	事例研究	多飲行動をもつ精神障がい者を自宅で支える家族 多飲行動についての家族の思いとケア行動	Author : 下原 貴広, 桑名 千晃, 黒江 辰子, 佐藤 冷子, 井上 早代, 立花 幸美	日本精神科看護学会誌 52 巻 1 号 P326-327	2009.06
18	事例	多飲水のある患者へのアプロー	大田 早希, 伊藤	日本精神科看護学会誌 52 巻 1 号	2009.06

	研究	チ 体重測定でのかかわりを通した意識づけを試みて	ミエ, 山崎 浩	P260-261	
19	事例 研究	精神科看護と水中毒(第2報) トークンエコノミー式の動機づけを行って	田島 愛子, 江上 倫子, 永野 孝, 鹿野 和徳, 國芳 雅広	筑水会神経情報研究所・筑水会病院年報 27 卷 P60-62	2009.09
20	調査 研究	統合失調症患者の体内水分量に影響する因子と病的多飲水患者の体内水分分布の特徴	佐藤 美幸, 作田 裕美, 小林 敏生, 片岡 健	日本看護科学会誌 29 卷 3 号 P68-75	2009.09

表-3 検索期間 2010-2013 の文献

検索データ源：医学中央雑誌					
検索キーワード：精神・統合失調症・水中毒・多飲・多飲水・病的多飲水・多飲症・看護					
No.	内容	テーマ	著者	掲載誌	発行時期
1	事例 研究	多飲水患者のセルフコントロールに向けた看護援助	比嘉 盛博, 當間 幸子	沖縄県看護研究学会集録 25回 P17-20	2010.02
2	事例 研究	精神臨床看護検討レポート (case14) 水中毒患者の水分摂取方法の改善に対する援助 認知行動療法的なかかわりの取り組み	信永 州洋, 一ノ山 隆司, 千 英樹, 佐々木 祐一朗, 川野 雅資, 上野 栄一	臨床看護 36 begin_of_the_skype_highlighting 36 end_of_the_skype_highlighting 巻9号 P1218-1224	2010.08
3	事例 研究	妄想状態の著しい多飲水のある患者へのアプローチ	永岡 幹夫	日本精神科看護学会誌 53 巻2号 P137-140	2010.08
4	事例 研究	申告飲水を用いた長期行動制限の水中毒患者への看護援助の有効性	小松 英子	日本精神科看護学会誌 55巻1号 P154-155	2012.05
5	事例 研究	多飲症・水中毒患者の行動制限緩和を試みて 患者の行動観察を通して	岡浦 真心子, 堂ヶ平 卓紀, 三門 啓子	日本精神科看護学会誌 55巻1号 P166-167	2012.05
6	事例 研究	多飲水患者に対するポジティブワードを共有したかかわり	大田 早希, 榎原 美登子, 千葉 順子, 吉田 智美	日本精神科看護学会誌 55巻1号 P152-153	2012.05
7	事例 研究	多飲水行動にとらわれない水中毒患者の看護のあり方	高岡 宏次	日本精神科看護学会誌 55巻1号 148-149	2012.05
8	調査 研究	多飲水との関わりを通して 意識調査より	岡部 美智子, 佐藤 三恵, 松枝 登美子, 榎田 寿量	精神保健 57号 P28	2012.06
9	事例 研究	多飲症・水中毒患者の行動制限緩和を試みて B氏とともに作成した週課表を取り入れての変化	堂ヶ平 卓紀, 三門 啓子, 岡浦 真心子	日本精神科看護学会誌 55巻2号 P127-131	2012.08
10	調査 研究	精神科における統合失調症の水中毒(多飲症を含む)患者に対する看護実践の可能性を探る	茂木 泰子	ヘルスサイエンス研究 16 巻1号 P75-80	2012.10

表-4 研究参加者（研究対象者）の属性と人数

精神科臨床経験年数	年齢	性	人数 (n=10)
5年以上 10年未満	30歳代	男	3
		女	1
10年以上	40歳代	男	5
		女	1

表 - 5

表-5 精神科における水中毒（多飲症を含む）患者に対する看護実践と看護経験の分類		
カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
水中毒（多飲症を含む）症状が表れない時の一般的な看護援助	気づかいと声かけ	・看護師として心配していることをアピールしていた。
		・必ず声かけをして、まず、辛いかどうかを聞いた。
		・隔離が必要な場合があることを意識づけするために定期的に声をかける。
	摂取水分量の推測	・食事摂取量の観察をしていた。
		・毎日、体重と血圧測定を行った。
		・目標体重（+3kg）やNDWGなどを参考に体重測定していた。
	飲水時の工夫	・コップを小さくしたりコップに線を引いたりする。
		・病棟に給茶器を設置し、日中は自由に茶が飲めます。
		・冷たい水は水道水よりもものど越しが良いので、看護師室で美味しく飲んでもらった。
		・ひとつのテーブルに集まり、お茶会のような楽しい雰囲気を作って飲んでいる。
気分転換活動への誘い	・さまざまなレクリエーションを企画し参加を促していた。	
	・散歩や買い物の外出を企画し、一緒に出かけていた。	
水中毒（多飲症を含む）症状が表れた時の看護援助	飲水制限に関連する観察と関わり	・飲水制限について注意を促すが“大丈夫です”と返事をしたにもかかわらず、我慢できずに蛇口に向かうという行動を観察していた。
		・我慢しようと思えるのかどうかを、まず、口頭で確認した。
		・患者がウロウロしている時は、不安や焦燥感があると考え注意して観察していた。
		・飲水行動に対する追及ばかりせず、話しかけることを意識的に行なった時に、症状が軽快してきたケースがあった。
		・スタッフを避けようとする態度の患者については、注意深い観察をした。
		・給茶器前で2~3杯立て続けに飲むのを観察した後は注意して観ていた。
		・コップを渡すが、別の器でも飲水していた為、我慢していると観察した。
	生理的な徴候の観察と関わり	・寒さを訴える場合は水中毒を考え体重測定し水の飲み過ぎに注意を促した。
		・口渇の有無を確認した。
		・嘔声や話し方が変わったことで、異変に気付いた。
		・「ゲホゲホ」言っていないかという症状を注意深く観察した。
	排泄時の気にかかる行動の観察	・トイレに行く時に、かなり小刻みになったり、速足だったりした行動を観察した。
		・トイレへの歩行を急ぎ、凄い勢いで大量の排尿があったところを観察した。
		・夜間のトイレに行く回数が多くなった。
服薬に関する対応	・「薬を飲まなくなるのが一番怖い」と考えながら服薬の必要性を説明している。	
	・非定型薬への見直しや変更について医師に相談し行なった。	
水中毒（低ナトリウム血	精神症状を示す患者への観察と	・妄想や幻覚が激しくなった状態を観察した。
		・亜昏迷になってしまい個室から移せない状態となってしまったことを観察した。

症)に移行した場合の看護援助	関わり	・突然、何か行動を起こす患者がいた場合には、注意深く観察して関わった。	
	暴力的な行動の観察と関わり	・かなり威嚇的になった言動が観察された。	
		・看護師に対し、頭突きをする行動が観察されたため、看護師自身の自己防衛と患者自身が怪我をしないよう意識的に関わり、安全に配慮した。	
		・ちょっと注意されても易怒的になってしまう状態にあることを観察していた。	
	意識状態を含めた全身状態の観察と看護介入	・シーツまで濡れるような大量の尿失禁があった場合には、意識状態やふらつきなどの全身状態について注意深い観察を行った。	
		・突然、噴水様の嘔吐後に意識消失したため、身体管理を中心に看護した。	
		・検査データにより医師の指示で酸素や点滴を実施した。	
		・短時間で体重増加した患者が発見された場合には、医師の指示のもと、隔離や四肢抑制をした。	
	看護師が経験している人間像	患者	・「認知レベルが低い」、「理解力が乏しい」と観察される場面があった。
			・「水中毒の人は、無気力や人格の水準が低い」と感じる観察場面があった。
・長期入院の患者には「水中毒」とレッテルを貼られている人がいる。			
・閉鎖病棟の患者だが、解放処遇の患者と一緒に生活している現実がある。			
・患者同士「飲みすぎだよ」と注意し合っていた。			
・他患者とのお金の貸し借りやトラブルがあった。			
家族		・父親が暴力をふるってしまい、患者との関係が悪いと聞いている。	
		・家族の高齢化や状況が変化した場合には「病院には協力できない」と言われた。	
		・協力的なご家族では、差し入れもよくあった。	
		・家族に連絡し、外出の機会を作ってもらった。	
看護師		・「自分が担当した時に、意識混濁等の急性症状を起こしては困る」と考えている。	
		・多飲症の患者は、「言っても分からない人」のようだと感じることもある。	
		・個別性を大事にして関わっている。	
		・家族のような立場に立って考えることもある。	
		・患者を尊重して関わる。	
		・受け持ちチーム内で看護の方向性を決定し主治医と相談して実施している。	
医師		・ドクターコールの指示が出ている場合には、医師が診察し、直接、患者の話を聞いてくれるようになった。	
		・看護師が医師と違った意見を言った時に、その意見も考えてくれるようになった。	
		・処方薬や処方量を看護師の観察や意見を入れて調整していた。	
		・大量の嘔吐後も電解質バランスは異常がない患者がおり、医師の指示は要観察となった事例があった。	

表 - 6

表-6 対象者の属性と人数		n = 42 (人)			
性別	男	女			
	4 (10%)	38 (90%)			
年齢	20代	30代	40代	50代	60代
	3 (7%)	4 (10%)	5 (12%)	21 (50%)	9 (21%)
経験年数	3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15年以上
	2 (5%)	4 (10%)	4 (10%)	1 (2%)	31 (73%)

表 - 7

表-7 精神科の入院患者で水中毒（多飲症を含む）を疑う時の「患者の特徴だ」と考えられる行動

N=42

項目	1	2	3	4	5
いつもよりコップを持ち歩く機会が増えた	0.869	-0.011	0.353	-0.170	0.020
水道の近くにいることが多い	0.862	0.041	0.077	0.025	0.064
洋服などが水で濡れている	0.763	0.208	-0.197	0.153	0.043
不機嫌や落ち着きがない	0.751	0.106	-0.063	-0.023	0.127
夜間巡視時にトイレにいることが多い	0.518	0.406	-0.097	0.152	0.000
看護師とは視線を合わせようとししない	0.138	0.952	-0.133	-0.066	0.058
レクリエーション活動等の参加が減った	-0.043	0.802	0.080	-0.043	0.043
看護師から逃げるような素振りがある	0.295	0.778	-0.015	-0.020	-0.137
買い物に飲料水が増えた	0.187	-0.313	0.970	-0.139	0.090
食事摂取量が減った	-0.158	0.112	0.697	0.127	0.133
抗精神病薬の副作用（口渇以外）がある	0.290	0.302	0.618	-0.113	-0.141
普段の日常生活行動は自立している	-0.094	0.085	0.559	0.225	0.024
不眠を訴える	-0.006	-0.062	-0.074	0.908	-0.055
患者間、看護師等へのセクハラ行為がある	0.356	-0.395	0.081	0.662	0.023
下痢でも排便困難を訴える	-0.372	0.130	0.310	0.543	0.273
欧気や嘔吐など消化器症状の訴えがある	-0.070	0.295	0.276	0.538	-0.234
意識が朦朧としている	0.078	0.115	0.361	0.519	-0.199
呂律が回らず言葉が不明瞭である	0.184	0.345	-0.164	0.491	0.275
言動が攻撃的である	0.306	-0.199	-0.048	0.063	0.779
家族の面会がほとんどない	-0.144	0.393	0.233	-0.365	0.706
患者同士等、対人関係に問題をかかえている	0.238	-0.152	0.066	0.379	0.508
固有値	8.001	2.594	1.938	1.309	1.175
累積負荷量	38.101	50.455	59.683	65.916	71.513

主成分分析法（プロマックス回転8で収束）

表 - 8

表-8		病院の概要	
	施設の概要	精神科単科	看護体制
青病院	公立病院	250 床以上	チームナーシング制, 受け持ち制
緑病院	特定・特別医療法人	400 床以上	機能別, 受け持ち制

表 - 9

表-9		6名の統合失調症患者の属性				
	性別	年齢	入院歴	喫煙 (喫煙歴)	キーパーソン	多飲経験
事例 1	男性 A	50 代	10 年以上	あり (あり)	兄	あり
事例 2	男性 B	30 代	10 年以上	なし (あり)	父	あり
事例 3	女性 C	50 代	10 年以上	なし (あり)	母	あり
事例 4	男性 D	60 代	10 年以上	なし (あり)	妹	なし
事例 5	男性 E	50 代	10 年以上	なし (あり)	母	なし
事例 6	女性 F	50 代	10 年以上	なし (あり)	母	なし

表-10 クロザリル開始前後からみた経験の比較

⇒ は、同じ意味をなす経験と考えた	
【クロザリル開始前の9つの経験】	【クロザリル開始後の9の経験】
1. 苦痛表情があり、「幻聴があつて辛い」と言った。	⇒ 1. 不機嫌な表情があり、「ばか、ばか」とつぶやいたり、怒鳴ったりしていた。
2. 家族に電話を掛け、怒鳴るという行動をとっていた。	⇒ 2. こどもの頃の父や兄との思い出を語った。
3. 1時間に一回は仕事であるかの様に喫煙所に出掛けていた。	⇒ 3. 1時間に一本という決められた煙草の本数をどうしたら沢山吸えるのか、その工夫と喫煙に関する行動をとっていた。
4. 幻聴が聞こえていても、声を掛けることで、現実を認識でることもあった。	4. 信仰心があり、宗教に関心を寄せていた。
5. 音楽療法に参加し「楽しい」と発言し、飲水行動はない。	⇒ 5. 何かに集中したり、気持ちが落ち着いたりしている時には、「水を飲まない」と話した。
6. 常にコップを持ち、いつでもコーヒーを飲める体制でおり、持続的に飲んでいるという行動があった。	⇒ 6. いつでも飲水できる体制でいた。
7. 表情と気持ちは必ずしも一致しない表現をした。	⇒ 7. 意思決定までに時間を要する場面があった。
8. 点呼には必ず、戻って来るといふ行動をとっていた。	8. 他者を気遣う発言があった。
9. ふらりと、いなくなる時には、トイレに行くといふ行動をとっていた。	9. クロザリルの副作用と考えられる傾眠傾向が見られた。

表 - 11

看護師：受け持ち看護師と当日担当看護師

表-11	インタビュー対象の看護師の属性			7名
	性別	年齢	患者との関係	一般科の経験
a	女性	50代	当日担当看護師	あり
b	女性	40代	当日担当看護師	なし
c	女性	50代	当日担当看護師	なし
d	女性	60代	当日担当看護師	なし
e	男性	50代	当日担当看護師	あり
f	男性	50代	当日担当看護師	あり
g	男性	30代	受け持ち看護師	なし

表-12 統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針（案）

	看護援助 の 内容				
	ストレスに関する情報収集		対人関係に関するアプロ ーチ	感情調整的アプローチ	行動療法的アプローチ
	ストレスチェック	コミュニケーション			
看護援助	A. 入院時、または受け持 ち時に一般的な観察を行 い、ストレスに関するチ ェックを実施する。定期 的なチェックを行う	B. 患者の訴えである幻覚や 妄想を含む話であっても、 必ず一度は十分に傾聴し、 初対面の記録を残す。	C. 何について、どのような 事を話す傾向がある人か、B を参考に患者のコミュニケ ーションパターンを(探す) 知る。	D. 共感や尊重する姿勢を 示すことによって、易怒 的攻撃的感情を軽減し感 情の安定をはかり、自尊 感情を高める。	E. 患者とともに行動療法 的アプローチをする。何 らかの簡単な約束をし、 患者とともに行動するこ とで行動変容を促し、患 者の外界への意識を促進 する。
患者が求 める看護 の根拠と なる研究 結果	6. 自我障害によるストレ ス脆弱性という疾患の特 徴を認識 2. 計画的な教 育場面はあまりみられな かった。(第3研究の結果)	7. 明確な看護成果をみない 看護師は疲弊している。 8. 身体合併症や処方薬に関 してあまり注意を向けてい ない。(第3研究の結果)	1. 集団を対象に声を掛けて いた。3. 個別対応は、主に 多飲行動に対する忠告だっ た。(第3研究の結果)	4. 笑顔で支持的な対応を している看護師もいた が、患者に接する時間的 余裕はほとんどない様子 だった。(第3研究の結果)	5. 水を飲み過ぎている場 合には、その人特有な行 動がある 9. 意思決定が困難であっ たり、理解に時間がかか る(第3研究の結果)
患者が求 める看護 の根拠と なる理由	自我障害によるストレス 脆弱性という疾患の特徴 を認識し、計画的にスト レスチェックしていくこ とが、患者にとって一貫 性のある関わりとなり、 看護師も患者の抱える問 題を知り数値により成果 を確認できる。	患者と対面でコミュニケー ーションをとるためには、患 者を納得させるための患者 の情報や看護に関する知識 が必要である。そのため、 看護師自身も学習すること が求められ、身体合併症や 処方薬に関する学習の動機 付けとなると考えられる。	自我障害を持つ患者にとっ て多飲行動はストレスに対 するコーピング行動であ る。その結果に対して忠告 をすることではなく、個別 対応により日常生活におけ る困ったことや悩んでいる ことを知って、援助するこ とが必要である。	あえて1日1回5分間と いう具体的な時間を作 り、患者に寄り添い、時 間を共有することによ り、感情の安定を図るこ とが出来ると考えられ る。	患者の行動特性を知り、 障害を抱える部分を補っ たり軽減したりできるよ うな関わりを発見するた めの援助項目となると考 えられる。
具体例	例) ストレスチェック は、必要と判断した場 合に随時、少なくとも 3ヶ月に1回実施する。 ストレスチェックに は(資料-3ストレスケ ール)を用いる。	例) ・声を掛けて、辛い かどうかを聞く。	例) ・ひとつのテーブル に集まり、お茶会よう な楽しい雰囲気を作っ て集団内での対応も観 察しながら行う。	例) ・気づかいと声か けを意識的に行う。	例) ・散歩や買い物の 外出を企画し、一緒に 出かける。

表-13 統合失調症患者の多飲症リスク状態に着目した看護指針

看護援助 の 種類				
ストレスに関する情報収集		対人関係に関する アプローチ	感情調整的アプロ ーチ	行動療法的アプロ ーチ
ストレスチェック	コミュニケーション			
A. 入院時、または受け持ち時に一般的な観察を行い、ストレスに関するチェックを実施する。定期的なチェックを行う	B. 患者の訴えである幻覚や妄想を含む話であっても、必ず一度は十分に傾聴し、初対面の記録を残す。	C. 何について、どのような事を話す傾向がある人か、Bを参考に患者のコミュニケーションパターンを（探す）知る。	D. 共感や尊重する姿勢を示すことにより、易怒的攻撃的感情を軽減し感情の安定をはかり、自尊感情を高める。	E. 患者とともに行動療法的アプローチをする。何らかの簡単な約束をし、患者とともに行動することで行動変容を促し、患者の外界への意識を促進する。
例) ストレスチェックは、必要と判断した場合に随時、少なくとも3ヶ月に1回実施する。ストレスチェックには（資料-3ストレスケール）を用いる。	例) ・声を掛けて、辛いかどうかを聞く。	例) ・ひとつのテーブルに集まり、お茶会のような楽しい雰囲気を作って集団内での対応も観察しながら行う。	例) ・気づかいと声かけを意識的に行う。	例) ・散歩や買い物の外出を企画し、一緒に出かける。

表-14

表-14 多飲症リスクにある患者の状態・症状に対する看護の位置づけ

経過	程度	入院している統合失調症の多飲症患者の状態・症状		看護	
		川上 (必要とされる治療の観点)	茂木 (看護実践の観点)	特別な環境条件 (川上ら, 2010)	一般的な環境条件での現状
多飲症リスク状態			低リスク h 既往(経験)はない 症状(行動)は認められない	n	s 標準的な精神科看護方法
			軽リスク i 既往(経験がある) 症状(行動)は認められない		t 標準的な精神科看護方法
多飲症中期	d 軽度	d 明らかな多飲行動が認められる ・有害な症状の出現はない ・飲水量は自己調節が可能	軽度 j (川上 d に同じ) <u>一部改変</u> ・飲水量は自己調節が可能 (関わりが必要)	o 川上らの多飲症専門病棟における試み	u 飲水制限・管理中心になりがち
	e 中等度	e 顕著な多飲と、それによる弊害(頻回のトイレや飲水、水を探す、隠れ飲水、軽度の水中毒症状、イライラする、失禁)がある ・水分制限など治療的介入が必要	中等度 k (川上 e に同じ)	p 川上らの多飲症専門病棟における試み	v 飲水制限・管理中心になりがち
低Na血症期	f 重度	f ・中等度以上の水中毒症状、水中毒発作の既往がある ・教育的な働きかけが困難な状態(疎通が取れない、知的な問題がある)である	水中毒リスク l <u>一部追加</u> (川上 f に同じ)	q 標準的な看護方法	w 標準的な看護方法
身体合併症期		g ・大量の水分を摂取している状態が長年続いた結果、身体合併症を呈する状態(骨粗鬆症や尿管・腸管や膀胱の拡張、水腎症、心疾患など)	m	r 標準的な看護方法	x 標準的な看護方法

水中毒患者の看護プログラム開発に関するインタビューガイド

1. テーマ：水中毒患者の看護介入プログラム開発を検討するために、今臨床で実践して有効と思われる看護介入について知る。

2. 目的：水中毒患者の看護介入について実際にはどのように行っているのか。どうしていきたいと思っているのか。今、何が必要かを引き出し、より患者に近い視点でQOLや看護サービスへの期待・評価に関する情報を把握する。さらに、今後に予定している水中毒看護介入に率先して取り組んでいる臨床での基礎データとして役立てる。

3. 対象者：関東地区の精神（科）病院に勤務し、精神科での臨床経験が5年以上の看護師5人にインタビューする。

4. 実施期間

平成20年4月～12月までの8ヶ月

5. インタビュー内容

- 1) 病院や病棟の多飲症マニュアルの有無について。
- 2) 多飲症マニュアルの活用について。
- 3) 水中毒の看護介入について理想と考える介入方法
- 4) 現在行っている看護介入の中で一番理想に近い方法にはどのような事があるか。
- 5) 今まで行ってきた看護介入で問題だと考えること。
- 6) 病院全体で行っている水中毒看護における看護マニュアルなど一定の基準看護とはどのような介入を行っているのか。
- 7) 水中毒の看護プログラム開発について必要と考えられる病院側へ希望したい支援体制はあるか。
- 8) 今回のインタビューの感想・意見

アンケート調査用紙

あなたの印象に残った統合失調症の入院患者で多飲症を疑う時の「患者の特徴だ」と考えられる行動について教えて下さい。

番号	質問項目	結果および評価				
1	患者について	2. 男性			1. 女性	
2	患者の年齢について	5. 60代以上	4. 50代	3. 40代	2. 30代	1. 20代
3	入院期間について（再入院を含む）	5. 10年以上	4. 5～10年未満	3. 3～5年未満	2. 1～3年未満	1. 1年未満
4	喫煙経験について	2. ある			1. ない	
番号	質問項目	5. 全くそ う思う	4. ややそ う思う	3. どちらとも いえない	2. あまり思 わない	1. 全く思 わない
5	水道の近くにいることが多い。	5.	4.	3.	2.	1.
6	抗精神病薬の副作用（口渇以外）がある。	5.	4.	3.	2.	1.
7	普段の日常生活行動は自立している人だ。	5.	4.	3.	2.	1.
8	食事摂取量が減った。	5.	4.	3.	2.	1.
9	嘔気や嘔吐など消化器症状の訴えがある。	5.	4.	3.	2.	1.
10	言動が攻撃的である。	5.	4.	3.	2.	1.
11	洋服などが水で濡れている。	5.	4.	3.	2.	1.
12	いつもよりコップを持ち歩く機会が増えた。	5.	4.	3.	2.	1.
13	夜間巡視時にトイレに居ることが多い。	5.	4.	3.	2.	1.
14	患者間、看護師等へのセクハラ行為がある。	5.	4.	3.	2.	1.
15	不眠を訴える。	5.	4.	3.	2.	1.
16	不機嫌や落ち着きがない。	5.	4.	3.	2.	1.
17	患者同士等、対人関係に問題を抱えている。	5.	4.	3.	2.	1.
18	家族の面会がほとんどない。	5.	4.	3.	2.	1.
19	意識が朦朧としている。	5.	4.	3.	2.	1.
20	下痢でも排便困難を訴える。	5.	4.	3.	2.	1.
21	呂律がまわらず言葉が不明瞭である。	5.	4.	3.	2.	1.
22	レクリエーション活動等の参加が減った。	5.	4.	3.	2.	1.
23	看護師とは視線を合わせようとししない。	5.	4.	3.	2.	1.
24	看護師から逃げるような素振りがある。	5.	4.	3.	2.	1.
25	買い物に飲料水が増えた。	5.	4.	3.	2.	1.

ご協力ありがとうございました。

資料-3. 【ストレススケール】(案)

これはストレスと健康感の関係をみるためのアンケートです。

1. 年齢 (歳代) 以下に当てはまるものに○を付けてください。

2. 性別 (男性 女性)

3. 過去1ヶ月のストレス(困ったり嫌だと感じたこと)は?

1 全くない	2 少しある	3 ある	4 少し多い	5 大変多い
				

4. ストレス(困ったり嫌だと感じたこと)のおもな原因は?

1. 家族	2. 友人	3. 小遣い	4. 自分の病気	5. わからない(その他)
-------	-------	--------	----------	---------------

5. 過去1ヶ月のストレス(困ったり嫌だと感じたこと)はどうなりましたか?

1 解消した	2 少し解消した	3 どちらともいえない	4 余り解消しない	5 全く解消しない
				

6. 過去1ヶ月の健康感は?

1 最良	2 ややよい	3 ふつう	4 やや悪い	5 最悪
				

以上で質問は終わりです。有難うございました。

【資料-4. 多飲症患者に対する看護援助】(案)

目的：統合失調症の多飲症患者の多飲行動が軽減する。

- I. 患者の自我障害の部分に働きかけを行う。(今、現在のことだけに注意を向ける：森田療法の基本的な考え方《不安、恐怖の原因追究や症状除去を目的にせず、あるがままの自分の感情(純な心)に自然に服従し、回帰するもの》)
- II. 患者のストレスの状態を知る。
- III. 計画的な援助を行う。
- IV. 飲水行動に対して注意をしない。
- V. 支持的な対応を行う。

具体策

1. 1日1回5分間、患者のベッドサイドに居る。
この時には、入室時と退出時に患者の生命を呼ぶ。

(例) 山田花子さん

具体的なきっかけ ※話しかけるきっかけとして示した内容です。

- I. 患者の自我障害の部分に働きかける。(III. 計画的な援助を行う)
 1. ベッド周囲の片づけなどを一緒(拒否がなければ)に行う。
 2. 食事や食欲などの食に関する話を聞く。(何が美味しかったのか)
 3. 1.を手伝ったり、声を掛けたりしながら話を聞く。
 4. 今日、会った時に良かったところ(歯磨きがうまい等)を褒める。
- II. 患者のストレスの状態を知る。(V. 支持的な対応を行う)
 1. 今、悩んだり嫌だと感じたりしていることは無いか。
 2. 今、同室者との関係などで心配なことは無いか。
 3. 今、小遣いなどで困っていることは無いか。
 4. 今、家族の関係などで困っていることはないか。
- IV. 飲水行動に対して注意をせず視点をかえて寛容な対応をする。
 1. 飲水に関する否定的(「また飲んでいるの」、「何杯目なの」)な表現はしない。
 2. お腹をこわしていないのか。
 3. 吐き気や嘔吐は無いか。
 4. 夜はよく眠れたか。(多飲による頻尿等でトイレに何度も起きなかったのか)
- VI. 日常生活で、あなた(看護師)が「気づいたこと」を簡単に教えて下さい。