

2. 退院指導における個別的援助の活動を試みて ～ウォーキングカンファレンスの活用～

川口病院 1階病棟 鹿野 敬子 伊東 直子
鳥井 順子

はじめに

川口病院1階女子開放病棟では平成21年度部署方針である「退院指導の実施」「ウォーキングカンファレンスの実施」を掲げ、大きな目標として『個別看護の充実により良質な看護の提供を行う』という実現に向けて努力しています。今回長期入院の患者4名の方を例に挙げ、ペプロウ看護理論のもとウォーキングカンファレンスを利用し、部署独自の「退院指導」を行いました。4例とも家族の受け入れは困難にて、退院後はハートフル荘、自宅マンション（独居）高齢者施設（ウエルハウス）へと達成目標を掲げ、それぞれ個別に援助・指導を実施してきました。常に相手の立場に立った援助方法のもとに看護実施を行った結果を報告したいと思います。

患者紹介

	スタッフA	スタッフB	スタッフC	スタッフD
	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4
年齢	56歳	61歳	61歳	71歳
発症年齢	28歳	23歳	18歳	24歳
入院期間	35年	5年	2年	22年
キーパーソン	実兄	義妹	実父	実兄
退院先(看護目標)	ハートフル荘	高齢者住宅	単身マンション	高齢者住宅
現在の業況	H21.11.14 入所予定	H21.11月中 入所予定	H21.7.24 退院	H21.8.20 退院

ケース1（担当スタッフA）

【患者紹介】

56歳 女性 統合失調症
入院月日 S63.6.21（2回目）
東京都出身、5人兄弟の末っ子、両親はすでに死亡。

仕事は事務員を2年経験後、短期間のア

ルバイト。母親が川口病院へ入院歴あり、母の見舞に病院へ来て当院の医師より本人の入院を勧められた。（当時28歳）

行動が落ち着かず、周囲が怖いと言い出し、近所より苦情があった。

1回目の入院では、単身生活まで至り退院するも、周囲への迷惑行為で再入院となる。

【退院前指導内容】

1. 内服管理（現在は1週間自己管理）
2. 周りとの協調性（人間関係、コミュニケーション能力の向上）
3. 金銭管理及び買い物（食品、日用品等）
4. 食生活の自立

【実践と結果】

毎日のウォーキングカンファレンスの実施のほかに、月2回の退院前指導を行い、本

表1

アセスメント	実施と結果
服薬自己管理	一週間の自己管理の実施で、特に問題なく経過。
対人関係	通院後、友人ができるか心配→入院中から他患との交わる場や機会をもつようにする。
集団生活協調性	規則は守る。他人に干渉気味。→本人の自我を支持し、良いことができたなら認めてフィードバックする。
治療意識	本人の興味のあるプログラムから参加し、SSTへも参加。参加中の状況はそのつど収集し、本人と振り返る。
日常生活	整理整頓、清潔面、規則的生活など、問題なし。
身体症状	精神状態の訴えとして、「頭痛」「歯痛」「顔面痛」「下肢痛」が出現。（表2）

表2

患者の訴え	時期(いつから)	対処と結果
両下肢痛	H21.4月～	湿布処方→X・P異常なし
両耳痛	1年前	耳鼻科受診→異常なし
頭痛	日常時々	MR1・血圧測定→異常なし
歯痛	2～3ヵ月前～	歯科受診→異常なし
顔面痛	H21.9月～	薬処方（ロキソ）→現在症状なし

人と一緒に現在や将来への悩みや不安、退院するために習得する事柄、どうすれば良いのか現在の不満や訴えを話しあった。

ケース2 (担当スタッフB)

【患者紹介】

61歳 女性 統合失調症 キーパーソン：義妹

入院月日 H16.6.17 (6回目)

東京都出身、S48年 23歳発症。

初回入院は、近所の子供を叩いたり、通りすがりの人に、わざとぶつかったりと、迷惑行為のため当院へ入院となり、以後入院を繰り返す。

入院前は弟夫婦と同居していたが弟、が他界 (H17) してからは受け入れを拒否。(義妹希望で弟の死は本人に知らされていない) 義妹は当院への長期入院を希望しており、それで本人の意思もゆらいでいる。

【指導内容】

1. 服薬自己管理 (現在は1週間分の自己管理中)
2. 外来通院への移動手段 (バスでの通院の練習→段差・階段に弱い)
3. 金銭管理 (小遣い帳をつけてる) 買い物練習
4. 掃除の練習 (掃除機の使い方)

【看護の実践】

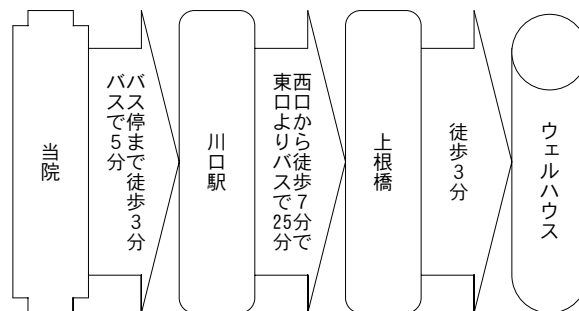
- 上記1：問題ないため以後見守り、観察。
- 3：スタッフ付添いを繰り返し、その後は一人でできるようになる。
 - 4：毎週2回見守りで実施して習得できた。
- ◎2：不安を訴える本人とウォーキングカンファレンスを通して納得するよう話し合い、本人と一緒に細かく計画を立て実施した。

ケース3 (担当スタッフC)

【患者紹介】

60歳 女性 統合失調症 キーパーソン：父

【通院手段】



《片道当院出発から、施設(ウエルハウス)到着》1時間30分

～1回目 (平成21年9月2日)～

本人の行動と様子	スタッフの援助と援助
①バスの整理券の取り方が分からない。	入院生活が長いため、社会環境との落差が大きい。そのことで「私は何もできない」「何もわからない」と自信を無くす言動が聞かれる。すべての場面で、援助や声掛けを行い、帰院することが出来た。
②バス代の支払い方法が分からない。	
③エレベータ・エスカレータの乗り方が分からない。	
④バスの乗り降り階段の下りに支えが必要。	
⑤下を向いて歩くため周囲の観察が出来ない。	

～2回目 (平成21年9月9日)～

本人の行動と様子	スタッフの援助と援助
①整理券は自ら取る。	初回より少しスムーズにでき空席を自ら見つけて座る工夫が見られた。不安の言葉は前回と同じに聞かれたが、出来たことへのフィードバックをして、危険な部分は介助を行い、他は見守りで行った。だが、道路にいた鳩を見つけて、後を付いていきそうになり注意する。
②支払方法は前回同様わからない。	
③エレベータ乗る時に不安ありエスカレータは支えなしで乗れた。	
④バスの乗り降りは一りで出来た。階段は手摺につかまり下りた。	
⑤歩行は促すと周りを見る。	

～3回目 (平成21年10月6日)～

本人の行動と様子	スタッフの援助と援助
前回わからなかった支払は自ら運転手さんに聞いている。時より不安になって聞くこともあったが、ほぼ交通機関の方法はできないのではないと思う。	前回より1ヵ月近く練習の日数が空いたが本人の前向きの姿勢の為かスムーズに出来た。不安な言葉は聞かれたが、施設内を見学できて現実のこととして、本人の中で確認でき、より一層意欲がましたようだ。

入院月日 H18.10.6

18歳の短大生の頃より無為・自閉となる事務の仕事にも就いていたが症状悪化とともに、退職し22歳で他院へ入院し、統合失調症の診断を受ける。

途中治療を中断し、H8年頃より当院通院。H12年怠業・拒食にて栄養状態悪化し、当院初回入院となる。その後退院するも通院中断で妄想活発、迷惑行為により、警察に頻回連絡が入る状態で、再入院となった。

【退院前指導内容】

1. 内服の必要性和症状の自覚
2. 他者へのかかわり（人間関係能力の向上）
3. 自立生活（単身生活）に必要な技能を身につける。

【看護の実践】

入院時から薬物療法・生活療法の実施で症状は軽快しているが、元々人付き合いが得意でないため、状況に応じて生活療法は実施。生活空間である自宅での生活を援助していく上で退院前訪問指導と怠薬歴があるため、薬の必要性や方法を指導し、自己管理の実施を行った。

～退院前訪問指導全6回～

訪問回数	内容
第1回目 (H21. 2. 16)	本人と共に自宅へ。入院後初めての帰宅。家中の家具や衣類が散乱しており足の踏み場もない状態であった。現状を見て自分が病気であったと自覚する。
第2回目 (H21. 4. 22)	外出中に訪問。自分で片付けを行っており、家事能力の低下も見られなかった。しかし家の修繕は不十分であった。(風呂、床の修繕)本人「やっぱり家はいいですね」との言葉も聞かれた。
第3回目 (H21. 5. 26)	男性に対する妄想が以前からあったが、男性スタッフが訪問に訪れても平常心で接することができた。また、本人より退院後に必要な物を揃えたいとの意欲がみられ、今度は外泊を希望される。
第4・5回目 (H21. 6. 19) (H21. 6. 23)	単独外泊中に訪問。生活リズムも整っており、初めての外泊も不安などの精神症状の出現もなかった。DCや外来OTを薦めるも、拒否。
第6回目 (H21. 7. 11)	2度目の外泊中に訪問。精神状態、日常生活リズム、家事能力など落ち着いている。家にはまだ必要な家電・家具が揃っていないが「自分が壊したので、しょうがないです」「父が業者に頼んでいるので待ちます」と冷静に話す。

ケース4（担当スタッフD）

【患者紹介】

71才 女性 統合失調症 キーパーソン：兄入院：S62. 1. 13
長野県出身、6人兄弟の5番目、両親ともすでに死亡

結婚歴あるが、(挙子なし) S59年離婚。発症はS60年で幻覚・妄想が出現し当院外来通院開始。しかし怠薬のため症状悪化し医療保護入院となる。(初回入院・閉鎖病棟)薬物療法を中心に行った結果、症状軽快し、H14年3月に開放病棟へ転棟となる。その後、退院に向け、内服自己管理、生活行動も自立できたため、H17年単身生活の

予定だったが、家族の同意、保証人協会の審査も通らず見送りとなってしまった。現在も妄想は続いている。(有名会社の社長と付き合っている。主治医にとって自分だけ特別であり、退院に反対している。など)

【指導内容】

1. 服薬自己管理 1週間(頓服薬・他科薬含め)
2. 金銭管理
3. 生活能力の維持
4. 通院の継続

【看護の実践】

22年間の長期の入院であったが、生活能力の劣えはなかった。

その分自分の意思を通そうとし、他患との交流はあまりみられなかった。

また退院することが、自分にとって良いことと思うことができなかった。

閉鎖病棟から解放病棟へ移る時も不安を抱えていたが実際にはすぐに慣れてくる。

ウォーキングカンファを通して(表3)スタッフがすすめていくと、強い抵抗もなく、退院、入所となった。現在は外来通院中である。

～退院前訪問指導全6回～

退院前指導回数	本人の声・思い	スタッフの関わり
第1回目	入所に関する金銭面が心配	現実的に金銭の詳細を考える
第2回目	環境が変わることが心配だ	具体的に施設見学計画を立てる(一緒に考える)
第3回目	施設の場所が病院から遠い部屋も狭い	他患が同じ施設に入所し通院しているため、話す場を持つ
第4回目	別の施設を見学したい	他の施設は今以上に遠いため現在の方が良いと説明し納得させる
第5回目	主治医が退院しなくても良いと言っている	主治医より説明してもらい入所を促してもらう
第6回目	施設に入所することは反対しない	入所に納得されH21. 8. 20施設入所

考察

今回は全てのケースに於いて、長期入院・自宅以外への退院であり、家族の援助も期待できず、本人の退院意欲がない4例であった。

そのため、まずは退院するという意識を持ってもらうことが必要であった。

ケース1の例では、35年間の長期入院であり、ずっと病院の中での生活の側面が同じ場所で同一規則の下で過ごされていた。

ケース2では1人で外出することにも不安を感じ、特に坂道や階段は困難と思い込み施設からの通院も1人ではできないと訴えていた。

ケース3ではマンションが在るものの、病識が無く怠業を繰り返していた。

ケース4では22年の長期入院で、退院に対して拒否的であったが何度もウォーキングカンファレンスを行い受け入れてもらうことができた。

以上の4ケースの退院指導を試みて各担当者は、ウォーキングカンファレンスを利用し個別的に患者を尊重し患者が障害を認め自己管理できるよう、自立をするための援助ができた。

また、ウォーキングカンファレンスにより、変わっていく不安にも早く気づき話し合うことで解決方法を見つけ出すことのできる関係ができていたことも自信をもち退院に結びついたと考えられた。そして、すべてのケースでペプロウの同一化の段階、開拓利用の段階、そして2ケースは問題解決の段階を体験できた。

まとめ

4人のケースをとうして、個別に関わることにより毎回、同じスタッフに安心して相談でき問題点も1つ1つ解決していき、信頼関係も築けた。

現在はケース3、4の方が退院され、ケース1、2の方も11月中に退院予定である。

業務に追われる中であっても、今回の体験を活かし今後もウォーキングカンファレンスを実行しサービスの向上に努め、患者さんの声を傾聴していきたいと思った。
