

2. 自己管理能力向上への取組み ～慢性化を見直す～

川口病院 西3階病棟 徳田 季久
他 西3階病棟職員一同

1. はじめに

西3階病棟は男子の慢性期病棟である。平成20年2月現在、全入院患者の約半数が小遣い、日用品、煙草、おやつなどの嗜好品が看護者管理であった。

特に嗜好品の煙草については1日15本と決め、看護者が患者に1時間毎に1本ずつ手渡ししていた。また、おやつも看護者が選んで購入し、毎日小分けにして渡していた。ジュースも患者の希望を聞かずに購入し、看護者主体の管理的な援助を行っていた。

それはルーチン業務の大半を占め、患者の精神援助に当たる時間を圧迫すると共に、患者の廃用（不使用）から慢性化を助長していると考えられ、早急に改善が必要だった。

今回、入院患者の自己管理能力向上へ向けた取組みを行い、職員の慢性化の意識を変えると共に、患者の生活能力の改善・向上を目指した。

2. 実践方法

平成20年1月から平成20年8月までの期間において、認知力と意思がはっきりしている人を対象に行った。

①小遣い、嗜好品、日用品を看護者管理している患者の自己管理能力向上にむけた看護計画を作成し実施した。尚、事前に患者全体ミーティングで患者全員へ自己管理の必要性を説明をした。

②原則的に新たな転入者に対しては転入初日より小遣い・嗜好品はロッカーでの自己管理を促した。

以上、小遣い、嗜好品、日用品を看護者管理としている患者数の動向にどのような変

化が生じたかを考察する。

<看護計画の一例>

ケース1

患者紹介：T.O氏 45歳 統合失調症

入院暦：昭和62年1月6日（1回目）

在院年数 22年4ヶ月

問題点：精神症状によりノンコンプライアンスとなり喫煙過多、おやつの過食がある。

【煙草・おやつ（ソフトサラダ煎餅）は看護者管理であった】

解決目標

- ①1日の喫煙本数を20本から12本になる。
- ②おやつを月曜日からその週末（金曜日か土曜日）まで持たせることができる。

O-P

バイタルサイン、血液データ、体重の変化
喫煙、おやつに対しての認識と精神症状との関連

価値観、態度、感情などの自己概念の障害の程度

ペース配分、量、摂取時間などのセルフマネジメント能力

治療者との関係

C-P

本人の価値観の尊重と不適切な行動への修正する。

本人と嗜好品の残数を確認し、対処法を一諸に考える。

目標が達成した時には、肯定的な表現で褒める。

E - P

本人が希望する開放病棟転棟へ向け、管理能力向上が必要であることを説明する。喫煙による健康への害について、パンフレットを使用し説明する。
嗜好品のカロリーや塩分含有量を説明する。

ケース 2

患者紹介 : K. A 氏 55 歳 統合失調症
入院暦 : 平成 2 年 10 月 18 日 (3 回目)
在院年数 18 年

問題点 : 喫煙過多があり、煙草が無くなると、他患者との貸し借り行為やたかり行為でのトラブルが発生する。
【煙草は看護者管理であるが、おやつは自己管理している】

解決目標 : 煙草の貸し借りやたかり行為が 0 回になる。

O - P

喫煙に対する認識
煙草の手持ち数の増減と精神症状と言動の変化
セルフマネジメント能力
病棟規則に対する認識
治療者や他患との関わり

C - P

趣味の将棋を活用し喫煙への意識を他へ向ける。
小遣いの使い方を含めて、喫煙ペースを本人と一緒に考える。
煙草が減少している状況や困っていることをスタッフに話し易い環境を作る。

E - P

開放病棟への転棟の希望があり、現在の取り組みは、開放病棟へ転棟する為に必要であることを伝える。
たかり行為、貸し借りについては、他患とのトラブルになる可能性があることを、意識できるように提案する。

ケース 3

患者紹介 : I. Y 氏 36 歳 統合失調症
入院暦 : 平成 8 年 6 月 14 日
在院年数 12 年

問題点 : 喫煙過多があり、煙草が無くなると、他患者との貸し借りでのトラブルが発生する。要求コントロールするセルフマネジメント能力が低いことから、たかり行為と衝動行為がある。

【煙草は看護者管理であるが、おやつは自己管理している】

解決目標 : 煙草のたかり行為や貸し借り行為を、月に 12 回程度から 6 回になる。

O - P

煙草の手持ち数の増減と精神症状や言動の変化、衝動性の観察
セルフマネジメント能力
喫煙に対する認識、道徳性、病棟規則に対する認識
治療者や他患との関わり

C - P

趣味の音楽とギターに関心があり、それに関連したレクリエーションや会話で喫煙

から意識を他に向ける。

小遣いの使い方も含めた、喫煙ペースを本人と一緒に考える。

喫煙過多になっている状況や、困っていることをスタッフに話し易い環境を作る。
たかり行為が見られなく、煙草の喫煙ペースが 1 日 10 本程度である時には、肯定的表現でフィードバックする。

I 氏が、相手の気持ちを気遣えるような声かけをする。

E - P

たかり行為、貸し借りについては、他患とのトラブルになる可能性があることを、意識して指導にあたる。

3. 実施の結果

このように個別性にあわせた取り組みを行ったところ、ケース1では、煙草の喫煙本数が1月では1日20本だったのが、8月では12本に減少した。また、おやつを食べるペースについても、1月では月曜日に買い、水曜日には無くなっていたが、8月には金曜日か、土曜日まで持たせることができた。これは本人の「おかしはもう無いんだよ」という発言から、おやつを食べるペースが乱れていることに気付き、「早く食べ終わっちゃうんだね、どうしたら良いと思う？」と持ち掛けてみると、「金曜日までにもたせたい」という返事が返ってきた。そこで、「1日に何個だと金曜日までもつの？」と尋ねると、「1日2袋でいい」と言ったので、定期的に数を確認した。すると、初めのうちは夜中に食べてしまうことがあり、その対処法を一緒に考えながら進めていった。1日2袋に抑えているか、週2回、残数を確認し、食べ過ぎた日には、次の日に1袋にするようにもっていきましました。やがて徐々に、1週間近くおやつを持たせることができるようになった。このようにできた時にはできたことを認めて褒めていった。0氏とはこのような関わりを何度も繰り返していき、確認も週2回から週1回になり、煙草もおやつも自己管理になった。

ケース2は、「開放に行きたい」という本人の希望から、どうしたら開放病棟にいけるのか話し合った。「今、煙草のトラブルがありますね」と持ちかけると、「無くなったら、開放行ける？」と言うので「どうすればトラブルがなくなるとおもいますか？」と聞くと、「煙草が無くなるから誰かに借りる。借りるからトラブルになるんだよね」とA氏自身が気付いた。そして、話し合った結果、「週末まで持たせること」と目標ができた。その目標の達成のため、日中の過ごし方として将棋を薦めてみた。これはA氏が高校時代から将棋の経験があり、院内の将棋大会

でも優勝していることから提案してみたところ、A氏は喫煙時間を忘れるほど集中していた。その結果、日中1～2回の喫煙回数が減り、たかり行為や貸し借りが無くなって、煙草の自己管理ができるようになった。さらに、病状も安定したことから、8月16日に開放病棟に転棟となった。

次のケース3は、平成20年1月よりI氏の看護計画を立てた。煙草は1月以前より1時間に1本を看護者管理で渡していた。本人からは、以前より『自分で管理したい』という希望があったため、本人と話し合って1日1箱(20本)を渡したが、その日のうちに全て吸い終わってしまうこともあった。夕食後から消灯前の喫煙時間の間に、他患にたかる行為が見られ、スタッフが本人に確認すると、「していません。やってない」と言うので自己管理を継続した。その後の3月から、全ての自己管理を強く希望したことから、自発性を尊重し、小遣いは1週3000円を降金した。煙草は月曜日に1週間分として5箱を購入したが、木曜日前後で全て吸い終わってしまい、自分の煙草が無いため、他患へたかるようになった。たかられた患者からの苦情があり、スタッフとの話し合いを求めたが、「してません。やっていない」と言い、話し合いに応じなかった。たかり行為は特に週末に見られた。職員がたかり行為を見た時に、状況を確認すると「気をつけます。もう、しません」と答えた。この発言は『本人の反省』と思いきや静観してしまった。しかし、4月に他患とぶつかったことを発端に口論となり、暴力行為に発展して、急性期病棟に転棟し閉鎖隔離となった。

さて、病棟全体としては、急性期病棟からの転入者が殆どであるという病棟の性質から転入直後の自己管理については図1に示した通りである。そして、8月時点での自己管理状況では図2にあるような結果となった。このケースのように看護計画の実施による自己管理レベルの変化が図3に見られ、取り組み開始から自己管理レベルの変化が

図4のように見られた。

4. 考察

ケース1やケース2のように、オープン質問を行ない、患者とコミュニケーションを取り、患者の隠された意思を表出させ、ニードを看護者と共有して、同じ方向を向いたことで、患者と同一化できた。患者自身の意思を尊重することから、潜在能力を引き出す開拓利用ができる段階となったことが分かった。

ケース3の場合は、当人や他の患者にも自己管理を勧めていたことで、I氏のたかり行為がしやすい環境にあった。現在、病棟には認知力が低下している患者や、ソーシャルスキルを必要としている患者が多く、I氏の周りの弱い立場の人も守ろうとするスタッフ側の気持ちの方が強くなっていた。このような患者には不利益となる場合があった。I氏は他者とコミュニケーションをとる能力があるが、独りで過ごすことが多く、自身のストレスのはげ口は、煙草を吸うことだった。たかることができなくなり、喫煙が妨げられたI氏の不安、悩みに焦点をあてた看護ではなく、たかり行為のみに目を向けてしまっていたために、ストレスがさらに増し暴力に発展したと考えられる。回りの弱い立場の人たちに対しては、スタッフ側の「防がねばならない」と言う、ニードが強く現れてしまい、それは、I氏に対する援助ではなくなると同時に、I氏の思いを傾聴し、共感する姿勢が取れていなく、たかり行為を止めさせたいという、看護側のニードを優先させた結果となった。これは、I氏の不安へ目をむけられず、病状を悪化させたケースである。

しかし、病棟全体としては、図4より、一部及び全部看護者管理だった33名は20名に減少した。このことから、今回の取り組みを行った結果、西3階病棟入院患者の管理能力は、全体的に向上したといえる。

次に、図3に見られるように、看護計画を

図1. 転入後の自己管理

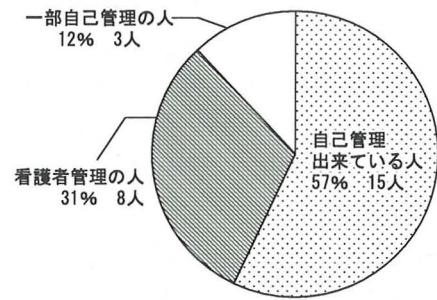


図2. 8月の転入後の管理状況

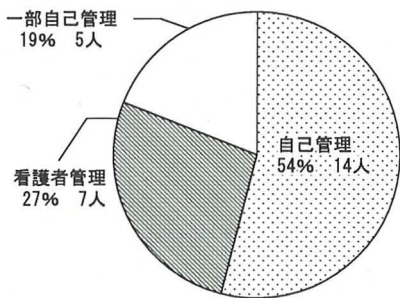


図3. 看護計画の実施による自己管理の変化

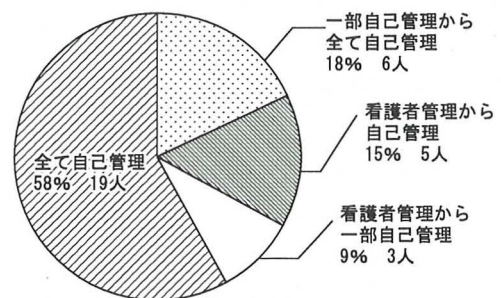
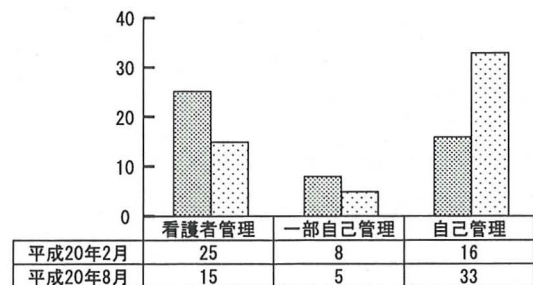


図4. 取組み開始から自己管理レベルの変化



立て実施したことで、慢性化した患者の能力を発揮する機会を意図的に増やし、看護者の援助によって、これまでは難しいと思われていた自己管理能力が向上したと考え

られる。また、転入してきた患者に対しても、原則的に小遣いと嗜好品の自己管理を促したことが大きな要因であると考えられる。図1にあるように転入後に自己管理を促された患者は転入当初58%であったが自己管理を始め、現在まで54%の患者が自己管理を継続していると言うことは、転棟してくる患者の半数以上が、直ぐに自己管理を行える可能性があることを示している。

慢性化について、ペプロウ¹⁾は「人間の実際の能力や力が病気その他の原因によって減退したり使用困難になったときに発現し、利用される代理的行動」と言う。これまで、私たち看護師は患者の能力に対して、減退した時期の能力がその人の能力であると判断してしまい、低く評価をしていた。また、ペプロウは、慢性化の特に際立つ特徴を「個人の能力がもはやきちんとしたかたちで尊重されず、必要とされず、用いられないこと」そして、「慢性化の予防または改善のために必要なことは、現在ある能力を明らかにし、それを現実的、かつ、やりがいのある仕方で、再び発輝できるようにすること」であると述べている。

今回の取り組みにあたり、このような理論をよりどころとし、患者の潜在能力に注目した。患者の失敗に対しては根気強く対応することをこころがけ、患者が能力を発揮する機会を意図的に増やして、看護師が援助したことも自己管理能力の向上に効果があったと考える。

5. おわりに

今回の取り組みをまとめる過程において、スタッフの慢性化についても考えさせられることが多かった。これまでは、患者の自己管理能力の向上への関わりは看護師の主観に焦点があてられ、看護師側の管理的状態が慢性化し、積極的に行われなかったことに気づかされた。

それは過去、『患者は平穏に入院していれば良い』という風潮もあり、患者に管理を委

ねれば、盗まれた、たかられる、喧嘩がおこる等のトラブルも多くなり、スタッフがこれらに振り回されては大変だという理由で、患者が能力を発揮する機会を奪ってしまった。私たちは、この管理方法に疑問をもたず自動的に引き継いできた。患者の自己管理能力は看護師に焦点が当てられ、自己管理能力の向上が行われなかった。いわゆるスタッフの慢性化である。

今回、このような取り組みを行ったことで、ペプロウ理論導入にあたり、焦点を患者に向けるという姿勢をもつことができ、『患者のニードを考え、患者の能力を尊重し、発輝する機会を作る』という意識が芽生え、今までの管理的な、対応に疑問を持つことができたことは、慢性化した患者及び、スタッフにとって、『小さな革命』と言える。

引用文献：1) アニタ W. オトゥール. (2005). ペプロウ看護論 看護実践における対人関係論. 医学書院