内服管理選択MAPより自己管理可能と判断された患者の実態調査

―血管造影治療、ラジオ波焼灼療法、食道静脈瘤硬化療法を受ける患者を対象にして―

キーワード：内服管理選択MAP、内服自己管理、内服間違い

B病棟7階　○加藤　雅子、東　悦子、田中　奈都

Ⅰ．はじめに

入院患者の内服管理方法の選択については、入院時に担当看護師が入院前の内服管理方法や、服薬理解能力、持参薬の残数を確認するなどから、管理方法を判断している。しかし、自己管理可能と判断した患者に、入院後服薬方法の間違いや、飲み忘れがあり、途中で自己管理から看護師管理へと変更となる事例もあった。

入院中には治療や検査による身体的な変化や内服薬の変更など、様々な変化がある。そのため自己管理可能と判断された患者でも、内服管理能力に変化が起こるのではないかと考えた。そこで、内服管理方法を選択するツールとして田中[1)]の内服管理選択 MAP(以下MAP)を導入した。MAP は入院時など初回の服薬能力判定と内服管理方法の決定には有用であるが、経過を追っての変化には対応しにくいと述べている。

そこで、内服管理能力に変化をもたらすものとして、治療後の身体的症状と内服薬の変更に着目した。さらに治療や検査の中でも、当病棟に多い血管造影治療（以下IVR)、ラジオ波焼灼療法（以下RFA)、食道静脈瘤硬化療法（以下 EIS）を受ける患者に内服管理の実態調査を行ったところ、MAP で「自己管理」と判断された患者 23 名中２名に治療後の内服間違いがあった。その要因を考察したのでここに報告する。

Ⅱ．目的

１．MAP を使用して内服自己管理可能と判断された患者が治療後の身体侵襲や内服薬の変更により内服自己管理能力に変化をもたらすのかを知る。

２．治療後の内服自己管理能力に変化があった場合、MAP を使用して内服自己管理と判断された患者に影響を与えた要因を探る。

Ⅲ．研究方法

１．対象および期間

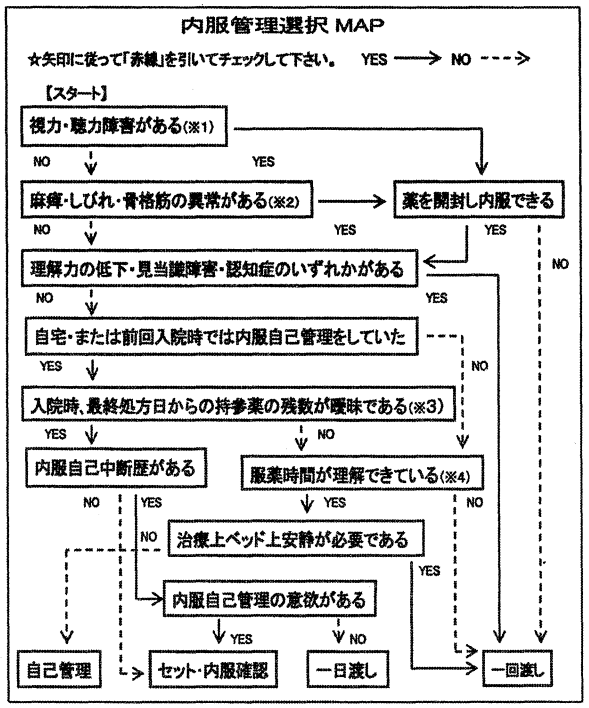
対象：内服自己管理をしており、IVR・RFA・EIS 施行目的の入院患者 23 名

期間：平成23年８月22日～10月28日

２．方法

（１）入院時、MAP※（図１）を使用する。

内服管理選択 MAP：塩見らの服薬能力判定試験を参考に、運動領域・認知領域・情動領域の側面から質問項目を決め、各質問項目にYES･NOで答え、矢印に沿って進み、内服管理方法にたどりつくよう工夫されたもの。解釈を困難と予測する質問項目は判断基準を設け明文化されている。



【判断基準】

1. 視力・聴覚障害がある
- 薬袋の文字が見えない、通常の声の大きさでは聞こえない ⇒ YESへ
- 薬袋の文字が見える、通常の声の大きさで聞こえる ⇒ NOへ

2. 麻痺・しびれ・骨格筋の異常がある
- 両第1～2指でマル(OKサイン)を作ってもらい、①片手のみしか出来ない②マルが上手く作れない③手が震える場合(①では片麻痺・末梢神経障害、②ではリウマチ・中枢神経障害、③ではパーキンソンニズムが考えられる) ⇒YESへ
- 両第1～2指でマル(OKサイン)を作ってもらった時に、両手で震えることなく出来る場合 ⇒ NOへ

3. 入院時、最終処方日からの持参の残数が曖昧である
- 受診日の間隔の都合、処方変更など、残薬の理由を明確に言うことができる ⇒ NOへ

4. 服薬時間が理解できている
- 「それぞれの服薬時間について教えて下さい」と質問し、食前・食後・食間・眠前の区別ができている ⇒ YESへ
- 「それぞれの服薬時間について教えて下さい」と質問し、医師の指示と異なる時間を答えた場合 ⇒ NOへ

図１．内服管理選択 MAP

※「入院時、最終処方日からの持参薬の残数が曖昧である」という項目は、残数の合わない理由を明確にするために「受診日の間隔の都合、処方変更など、残数の理由を明確に言うことができる」を判断基準に追加した。

（２）MAP で「自己管理」となった患者に対し、治療前後４日間の内服確認を行う。

１）内服確認方法

①内服後の PTP シートはすべて捨てずにケースに入れてもらう。

②看護師が毎食前後・眠前に内服後の PTP シートを回収し、処方箋で確認する。

２）内服確認期間

①治療前：入院翌日から４日間とし、その４日間内に治療があった場合は治療前日で終了する。

②治療後：治療当日は内服中止になることが多いため、治療翌日から４日間の内服確認とする。

３．倫理的配慮

院内の看護研究倫理委員会の承諾を得た。また患者には、研究協力のお願いとして説明文を用い説明を行い、同意文書にて同意を得た。

Ⅳ．結果

内服自己管理をしており、IVR・RFA・EIS 施行目的の入院患者 23 名（男性 14 名・女性９名）に入院時に MAP を使用した結果、23 名全員が自己管理と判定された。年齢は 52 歳～80 歳（平均年齢 67 歳）で、治療前の内服間違いはなかった。

治療後４日間中、問題なく自己管理できていた患者は 21 名（91.3%）、内服間違いがあった患者は２名（8.7%）であった。身体的症状が出現したのは 12 名（52.1%）で、そのうち１名（8.3%）に内服間違いがあった。調査中に内服変更された患者は５名(21.7%)で、内服間違いはなかった。

治療別の身体的症状として、IVR12 名中７名、EIS５名中１名、RFA６名中３名に症状が出現した。出現した症状として、IVR を受けた患者には 37.0～38.5 度の発熱・腹痛など、EIS を受けた患者には嘔吐、RFA を受けた患者には 37.0 度台の微熱・腹痛が生じた。

Ⅴ．考察

内服間違いがあった患者１名をＡ氏(表１)とし、Ａ氏は TAE（肝動脈塞栓療法）後２日目の朝に食後の薬剤を朝食前に内服し、４日目の朝には一部の薬剤の飲み忘れがあった。治療後４日間に発熱が続いており、起床後「どこかわからない」というような発言や、夜間便失禁が見られたりと、発熱による判断力や認知力の低下がみられた。このような状態から見て、A 氏にはせん妄の様な症状が出現していたのではないかと考えた。

表１．Ａ氏　70 歳代男性

内服状況	・TAE後2日目の朝に朝食後の薬剤を7種類全て朝食前に内服した ・TAE後4日目の朝に1種類を飲み忘れた
治療後の身体的症状	・TAE後4日間に発熱していた(体温37.8度～38.3度) ・TAE後2日目の起床後に「どこかわからない」という発言があった ・TAE後3日目の夜間に便失禁があった
内服薬の変更	なし
処方内容	1. ポルトラック 原末6gヒート 3包／毎食後 2. リーバクト配合顆粒4.15g 3包／毎食後 3. オメプラール錠20mg 1錠／朝食後 4. ラシックス20mg 1錠／朝食後 5. アタラックスPcap 1Cap／夕食後 6. アルダクトンA細粒10% 12.5mg／朝食後 7. 酸化マグネシウム錠330mg 3錠／毎食後 8. マイスリー錠10mg 1錠／寝る前 9. アリナミンF錠25mg 2錠／朝･夕食後

白取[2]は高齢者が病気によって入院するということは、それだけでせん妄を引き起こす要因が複数存在することになると述べている。

A 氏の場合、高齢であること、入院という環境変化や心理的ストレス、TAE 後の副作用症状の発熱などの身体的症状が要因となって判断・理解力の低下が引き起こされ、内服管理能力に変化をもたらしたのではないかと考える。

山本[3]の研究では、服薬管理能力におけるインシデント・アクシデントの要因で「患者の判断・理解力の低下」が 35%を占めており、最も多い発生要因だと報告している。

また、佐々木[4]は患者が服薬ミスを起こしやすい状況を「精神的・身体的苦痛があり、注意が集中していない場合、検査・治療により生活リズムに変化が生じた場合」と述べている。治療後４日間という調査期間は急性期かつ治療に伴う苦痛が生じている時期であり、IVR・RFA・EIS を施行した患者 52.1%に身体的症状が出現しており、治療後という環境そのものが服薬ミスを起こしやすい状況にあると考える。

以上のことから、治療後は全ての患者が服薬ミスを起こしやすい状況にあり、治療による身体侵襲は自己管理能力に変化をもたらす要因の一つとなりうる。よって、今回の研究においても内服管理選択 MAP は経過を追っての変化には対応しにくいことがわかった。今後は治療後の身体的症状により引き起こされる判断力や認知力の低下も考慮し、個々の状態に応じた看護介入をしていく必要がある。

もう一名の患者Ｂ氏（表２）は RFA 後２日目と４日目の朝に飲み忘れがあった。調査期間中に内服薬の変更や身体的症状はなかったことから、自宅での内服状況の確認を行ったところ、普段より飲み忘れの自覚があることがわかった。

表２．Ｂ氏　70 歳代男性

内服状況	・RFA後2日目の朝に2種類の飲み忘れがあった ・RFA後4日目の朝に1種類の飲み忘れがあった
治療後の身体的症状	なし
内服薬の変更	なし
処方内容	1. フリバス OD錠75mg 1錠／朝食後 2. デトルシトールCap4mg 1Cap／朝食後 3. ウルソ100mg 3錠／毎食後

MAP では自己管理可能という判断になったが、本来では普段から飲み忘れがあるため、「入院時、最終処方日からの持参薬の残数が曖昧である」という項目で YES となり自己セットとなるため、看護師管理が必要であった。

当病棟のほとんどの患者の持参薬は残数にバラつきがあるため、残数だけでは内服状況についての判断ができない。そのため、新たな判断基準を追加することで、残数が合わない理由を明確にできると考えていたが、自宅での内服忘れを把握するには不十分であることが明らかになった。よって、自宅での内服状況を明確にするためには「自宅・または前回入院時では内服自己管理をしていた」という項目に判断基準を新たに追加することで、当病棟の特徴に応じたツールになると考える。

Ⅵ. 結論

1．治療後は、服薬ミスを起こしやすい状況にあり、治療による身体侵襲は自己管理能力に変化をもたらす要因の一つとなりうる。

2．「入院時、最終処方日からの持参薬の残数が曖昧である」という項目の理由を明確にするために判断基準を追加したが、自宅での内服状況の把握には不十分であった。今後は自宅での内服状況を把握するための判断基準を追加する必要がある。

Ⅶ. 今後の課題

内服管理能力の判定は入院時だけではなく治療後にも再評価していく。

また、当病棟の特徴に応じたツールにするため、田中の内服管理選択 MAP に判断基準を追加する。

Ⅷ. 文献

引用文献

1）田中節子・大友裕子，他：循環器疾患患者への内服管理選択 MAP の有用性の検証－看護師の内服管理方法の客観的判断を目指して－，第 34 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p．114～116，2003.

2）白取絹恵：高齢者の機能低下をアセスメントする！機能別・高齢者のアセスメントとケア「せん妄」，ナース専科，31（2），P.45～51，2011.

3）山本浩一：患者・家族の服薬自己管理におけるインシデント・アクシデントの要因－振り返りシートの分析から－，第 38 回日本看護学会論文集（看護管理），p．389～391，2007.

4）佐々木久美子：患者の服薬ミス防止のマネジメント，月刊ナーシング，23（12），p．76～81，2003.

参考文献

1）塩見利明：服薬能力判定試験（J-RACT）について，看護実践の科学，p．52～56，1997.

2）丸山理恵：患者の服薬管理方法を判断するために服薬 MAP 作成を試みて，第 36 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p．240～242，2005.