

内服自己管理に向けたアセスメントシートの作成

— 神経科・神経内科患者に視点をおいて —

東病棟 2 階 ○竹内清華 北川隆 藤井正美 新村和世
東美和子 向智子 越野みつ子

Keyword：内服、自己管理、アセスメントシート、
神経科、神経内科

II. 研究方法

はじめに

患者を取り巻く療養環境は、平均在院日数の短縮化に伴い入院中心の医療から在宅医療へと変化し、在宅での疾病コントロールの重要性が高まっている。また、高齢者単独世帯の増加、老々介護など高齢化に伴う社会問題が深刻化する中、疾病のコントロールをしていく上で内服管理を自身の責任で行っていかねばならないケースも増えている。

当病棟は神経科および神経内科を中心とする混合病棟であり、退院後も長期的に内服を継続しなければならない患者が多い。患者が自身の疾病と内服の必要性を理解し、疾病のコントロールを良好に行っていくためには、入院中から退院後を予測した内服指導や介入が不可欠である。しかし現状は、患者の内服管理能力を評価する際看護師間で統一した基準はなく、その評価の視点は個々の看護師に委ねられている。また、入院時に選択した管理方法が見直されず、計画的な関わりができないことも多い。先行研究では内服管理能力を評価する基準についての報告はあるが、神経科患者や神経内科患者を対象にしたものは少なかった。そこで当病棟患者の疾患による特性を考慮し、評価の視点を統一させ、自己管理に向けた介入を行うため、先行研究にある基準を参考にアセスメントシートを作成したので報告する。

I. 目的

神経科・神経内科患者の特性を考慮し、患者の内服管理能力を評価する視点を統一させるためのアセスメントシートを作成する。

1. 実施期間：平成 19 年 7 月～9 月

2. 方法

1) 先行研究の J-RACT や山口らのフローシート、新井らのアセスメントシート等の基準を参考に、神経科・神経内科患者の内服行動に影響を与えると思われる機能面と認識面を抽出した。

2) 神経科・神経内科患者の内服自己管理に向け内服管理能力を評価するアセスメントシートを独自に作成した。

3) 作成したアセスメントシートを用いて、研究者 6 名で当病棟入院中の 34 名の患者について内服管理能力を評価した。

4) アセスメントシートが当病棟の神経科・神経内科患者に使用できるかを検討した。

3. 倫理的配慮

データは研究の目的以外には使用せず、個人が特定されないよう配慮した。

III. 結果

1. アセスメントシートの作成 (表 1)

認知機能障害がある患者は内服自己管理は不可能であり、看護師管理が必要と判断し、【認知機能障害の評価】でアセスメントした。認知機能障害のない患者に対しては、【身体機能の評価】と【薬の理解と自己管理継続能力の評価】(以下、【継続能力の評価】とする)の視点から内服管理能力を評価した。

【身体機能の評価】は〈日常生活に支障をきたすほどの視力障害の有無〉〈内服動作の問題の有無〉〈嚥下の問題の有無〉の 3 つの視点でアセスメントした。

【継続能力の評価】は、〈内服の飲み忘れの有無〉〈指示どおりの内服行動〉〈内服薬の個数と種類の理解〉〈内服の必要性の理解〉〈病状、治療上自己管理が不可能と考えられる〉の 5 つの視点でアセスメントした。

それぞれの視点には評価項目を設けた。

2. アセスメントシートの試行

平成19年9月7日～9月10日の時点で当病棟入院中の患者34名について、作成したアセスメントシートを用いて内服管理能力の評価を行った。患者の内訳は神経科6名、神経内科21名、整形外科3名、眼科2名、その他2名であった。そのうち、経管栄養患者、内服薬がない患者4名は対象外とした。

【身体機能の評価】は、3つの視点すべてにおいて研究者間で評価の結果が一致した。しかし、【継続能力の評価】では、〈内服薬の個数と種類の理解〉〈内服の必要性の理解〉において評価の結果は一致しなかった。

3. アセスメントシート試行の問題点

アセスメントシートの内容に関して、「身体機能の評価はこれまでの観察内容やケアしていることを基に評価できる」、「病識や内服することへの思いについて、どのように質問すればよいかわからなかった」、「自分の解釈が正しいのか自信がない」、「評価基準があいまいで、判断に困った」という意見があった。

IV. 考察

今回作成したアセスメントシートでは、身体機能の評価と継続能力の評価の2つの方向から患者の内服管理能力を評価することとした。当病棟では疾患の進行により意識や認知レベルの低下をきたす患者もおり、そのような患者は薬の正しい理解や内服習慣の継続が困難であり内服自己管理が不可能と考えられる。丸山ら¹⁾は「認知機能障害があると思能力の低下がみられ、内服の理解能力が低下する」と述べている。そこで内服管理能力を評価する前段階として、認知機能障害の有無をアセスメントすることが必要と考えた。

身体機能の評価は視力・内服動作・嚥下の3つの視点から評価した。一般に患者の高齢化が進んでいることに加え、特に神経内科患者は疾患により視力低下や視野狭窄などの眼症状が出現することも多く、視力の低下により生じる誤薬の危険性を避ける²⁾ために、日常生活に支障をきたすほどの視力障害がないかをアセスメントすることが重要である。次に、疾患により麻痺や手指の巧緻機能障害がある患者、上肢が挙上できず自分で口に薬を運べない患者、姿勢が安定せず口まで運ぶ際に薬を落とす危険が高い患者もいることから

内服動作に問題がないかをアセスメントする必要があると考えた。更に、誤嚥の危険が高い患者や、嚥下障害がありトロミ剤やゼリーを使用しなければ内服できない患者もいることから、当病棟では嚥下機能の評価は内服管理能力を評価する上では重要であると判断した。

身体機能の障害は、内服行動に直接的に影響を及ぼすため評価することは不可欠であり、看護師間で同一の視点で評価を行うことが重要である。アセスメントシートを試行し看護師の評価の視点が一一致したことで、患者の生活状況やADLを視覚的に観察し判断でき、身体機能の評価の結果が一致したと考えられる。このことから、アセスメントシートの使用は有効であると考えられる。今後は、患者の内服管理能力を評価していく中で、今回挙げた3つの視点以外に必要と考えられるものはないかを検討する必要がある。

自己管理継続能力については、飲み忘れの有無や、自己中断などなく指示どおり内服できているか、薬の理解度、内服の必要性の理解、病状や治療上自己管理が可能かの5つの視点から評価した。

神経科、神経内科ともに長期の経過をたどる疾患が多く、入院時薬の種類によって残数に大きな差がある患者もいる。入院時の残数のばらつきは自宅での内服管理状況を反映する指標となる。残数のばらつきの原因として、飲み忘れや自己中断・自己調整が多い^{3) 4)}とされ、疾患の経過が長く、内服薬の薬効が自覚症状として現れにくい薬は飲み忘れや自己中断・自己調整が多い³⁾と報告されている。当病棟ではメスチノンやネオドパストンなど、症状の改善が早期に自覚できる薬については比較的飲み忘れが少ないと感じられるが、実際にどの程度飲み忘れがあるかについては十分把握できていない。患者は内服薬の重要度を自身の中で決定していると考えられ、その把握も必要である。

精神疾患をもつ患者等は薬に対する知識不足や誤った認識、副作用、内服習慣が確立していないことを理由に内服を中断することが多く⁵⁾、当病棟の神経科患者には同様の経験をもつ患者もいた。石神ら⁴⁾は「自己中断や自己調整は薬に対する不信感や不安感、理解不足が理由で起こる」とし、「疾病の予後改善のために予防的に内服するということを理解しているかが、退院後の内服継続に大きく影響する」とも報告している。そのため、飲み忘れの有無や指示どおりに内服できて

いるかといった内服行動の現状を把握し、病識、内服薬および内服の必要性の理解、退院後の予測される生活状況など多角的な視点で評価することが重要であると考えられる。

また、神経科患者の場合、内服薬の変更が多いことや病状を理由に主治医が自己管理を許可しないことがある。神経内科患者では、急な疾患の増悪により自己管理不可能となるケースもあることから、看護師だけでなく医師の方針を確認し、病状、治療上自己管理が可能かをアセスメントする項目を加えた。

自己管理の継続能力の評価においては、結果は一致せず、質問方法や解釈の方法の不確かさ、評価項目のあいまいさを問題視する意見が挙げられた。評価結果が一致しなかった理由として、評価項目があいまいであったほか、評価する看護師と患者との信頼関係および看護師の経験年数の相違、疾患に対する知識の相違、実際に患者から得た情報を解釈するスキルの相違が考えられる。

アセスメントシートのような患者の自己管理に向けた内服管理能力を評価する基準があることで、患者の自己管理における問題点が明らかとなり、看護師間で自己管理に向け統一した評価を行うことができると考えられる。今回の研究では自己管理継続能力の評価の結果が一致しなかったため、今後はアセスメントシートの視点や評価項目、シート的使用方法について検討を重ね、シートを改良することが望まれる。そして、患者が自身の疾病や治療を正しく理解し、正確に、より能動的に治療に参加できるよう、患者の能力に見合った内服方法の選択と自己管理に向けた介入方法を確立することを目指す。

V. 結論

1. 神経科・神経内科患者の自己管理に向けた評価の視点として、【認知機能障害の評価】、【身体機能の評価】【継続能力の評価】が挙げられた。
2. 今回作成したアセスメントシートでは【身体機能の評価】は研究者間で評価の結果は一致したが、【継続能力の評価】の評価の結果は一致しなかった。

引用文献

- 1) 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），p240 - 242, 2005
- 2) 塩見利明、岡田啓：服薬能力判定試験(J-RACT) について、看護実践の科学, 22 (1), p52 - 56, 1997
- 3) 越野純子：内服薬を自己管理する上での服薬コンプライアンスの実態調査, 第 36 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p246 - 248, 2005
- 4) 石神亜由美：循環器病棟における服薬行動－服薬行動に対する患者の実態調査－, 第 34 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p108 - 110, 2003
- 5) 安馬英規：服薬自己管理の実例報告 服薬自己管理プログラムマニュアルの作成と実践, 第 27 回日本精神科看護学会岐阜大会論文集, p271 - 274, 2006

参考文献

- 1) 山口裕美：患者に適した内服管理方法確立への取り組み－フローチャートを導入して－, 第 35 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p208 - 209, 2004
- 2) 新井俊美：内服管理判断基準作成と内服管理状況の変化, 第 36 回日本看護学会論文集（老年看護）, p151 - 153, 2005
- 3) 山尾奈緒美：内服自己管理者の残薬に関する実態調査, 第 36 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p243 - 245, 2005
- 4) 加藤ゆり：服薬自己管理に向けた一考察－チェックシートを使用し服薬自己管理方法の適正を考える－, 第 35 回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p205 - 207, 2004
- 5) 菊池幸絵：内服自己管理におけるフローチャート使用の検証, 第 38 回日本看護学会抄録集（看護総合）, p70, 2007
- 6) 勝部千恵：心理教育とフローシートを用いた服薬自己管理への取り組み, 第 28 回日本精神科看護学会沖縄大会論文集, p61 - 64, 2005
- 7) 仁歩布未：入院患者の服薬行動についての実態調査, 第 35 回金沢大学医学部附属病院看護研究発表論文集, p126 - 129, 2003

表1 作成したアセスメントシート

患者氏名	年齢	歳
入院日 平成 年 月 日		
疾患名		
☆現在の内服管理方法 ・Ns管理(時間毎配薬／一日配薬) ・自己管理		

<認知機能障害の評価>

認知機能障害がある

- Nsとの会話が成立しない
- 受け答え、話し方がはっきりしていない
- 記憶障害がある
- HDS-R20点未満

→上記の項目に当てはまる、認知機能障害がある患者は、内服自己管理困難と判断
Ns管理(時間毎配薬)とする。下記の評価は不要。

☆認知機能障害がない患者に対して、以下の視点で項目を評価する。

<身体機能の評価>	/	/	/
1. 日常生活に支障をきたすほどの視力障害の有無			
薬袋の文字を読むことが出来ない			
2. 内服動作の問題の有無			
食事動作ができない(口まで手が運べない)			
薬袋が手、もしくはハサミで開けられない			
薬袋から薬を出せない、指でOKサインを作ることができない			
3. 嚥下機能の問題の有無			
食事を自分で食べることができない			
食事や飲水時、頻回にむせる			

<薬の理解と自己管理継続能力の評価>	/	/	/
1. 内服薬の飲み忘れの有無			
入院時、薬の残数にばらつきがある			
飲み忘れが3回以上ある			
2. 指示どおりの内服行動			
自己中断歴がある			
Drの許可なく、自己調整(時間、個数)している			
3. 内服薬の個数・種類を理解			
薬の効能を述べる事ができない			
朝・昼・夕の内服薬の個数が言えない			
4. 内服の必要性を理解			
自分の病気について理解できていない			
何のために入院したか理解できていない			
内服自己管理への意欲がない、または内服自己管理をしていて問題がある			
5. 病状・治療に自己管理が不可能と考えられる			
薬の変更が多く、患者様がそれを理解できていない			
主治医が自己管理を許可しない、もしくはNs管理の指示あり			
薬の乱用歴、自傷行為歴など危険行動があり、現在もハイリスク状態である			

☆評価☆

/	・Ns管理(時間毎配薬／一日配薬) ・自己管理	
/	・Ns管理(時間毎配薬／一日配薬) ・自己管理	
/	・Ns管理(時間毎配薬／一日配薬) ・自己管理	