

# 内服管理アセスメントシートの安全性の検討 －導入前後のインシデント発生数を比較して－

キーワード：内服管理アセスメントシート・インシデント発生数・内服管理方法  
1 病棟 9 階東

村橋千里 井上知江 濱津紫乃 上林由佳 下川千鶴

## I. はじめに

入院患者の内服管理方法を安全かつ早期退院に向けてステップアップさせていくことは重要である。A 大学病院に内服管理基準はあるが、チェックリストがないため看護師独自の判断で内服管理方法を決定していた。そのため自己管理可能と判断しても服薬方法の違いや飲み忘れというインシデントが起りやすい状況であった。

そこで、A 大学病院内科病棟では、看護師全員が統一した基準のもと安全に内服管理のステップアップができることを目的に内服管理アセスメントシート（以下、アセスメントシート）を作成し使用を開始した。その結果、先行研究において、入院時の内服管理方法が決定しやすく、ステップアップする基準の統一が図れ、経験年数に関わらず内服管理方法を客観的に評価できる<sup>1)</sup> という有効性を得た。しかし、実際にアセスメントシートの導入が内服管理方法の誤選択を防ぎ、安全性を確保されているのかについての検証はされていない。

## II. 目的

アセスメントシート導入前後での内服管理方法誤選択によるインシデント発生率からアセスメントシートの安全性を検証する。

## III. 方法

### 1) 対象

A 大学病院内科病棟に平成 20 年 1 月から 6 月までに入院したアセスメントシート導入前の患者 376 人、7 月から 12 月までに入院したアセスメントシート導入後の患者 197 人（ただし、短期・パス入院の患者は除く）

### 2) 調査項目

①年齢 ②性別 ③内服管理方法誤選択によるインシデント（患者の内服忘れや飲み間違いによってインシデントが発生しステップダウンした症例）の有無

### 3) 研究方法

アセスメントシート導入前後のインシデント発生数の比較を Stat Flex (Ver5.0) を用いて  $\chi^2$  検定を行う時、有意差ありとした。

### 4) 倫理的配慮。P 値=0.01 以下の

対象となるインシデントレポートは、研究目的以外に使用しないこと、得られたデータは研究終了後責任を持って破棄する。また、本研究は A 大学病院の医薬品等治験・臨床研究等審査委員会の承認を得て実施した。

### <アセスメントシートの使用方法>

A 大学病院の内服管理基準と新井らが作成した与薬管理アセスメントシートと河内らが作成した入院時チェックシートと与薬管理アセスメントシートを基に作成されており、シート 1 は入院時の欄にチェックし、当てはまる項目の内服管理方法から開始する。2 日目以降よりシート 2 を用いて評価し、全ての項目をクリアした際、次の段階にステップアップする。（表 1）

### <用語の定義>

- ・1 回配薬…内服時間に看護師が患者に薬を渡し、その場で内服確認をする方法。
- ・1 日配薬…1 日分の内服薬を配薬箱に入れて患者に渡し、内服時間に患者自身で内服してもらう方法。患者に薬殻を残しておいてもらうことで内服確認を行う。
- ・準備確認…次の日の内服薬を患者に準備してもらい、用法・容量があっているか看護師が確認する方法。内服確認は 1 日配薬同様に行う。

表 1 内服管理アセスメントシート

シート1

	1回配薬	1日配薬	準備確認	自己管理	入院時
①急性期にあり病状の変化が著しい	○				
②意識レベルの低下がある (見当識障害、混乱など)	○				
③痴呆・不穏行動・せん妄・興奮などがある (誤薬や服薬忘れの危険性がある)	○				
④嚥下障害または誤嚥しやすい	○				
⑤運動性の障害(麻痺・不随運動など)により 内服が困難である(自分で薬が飲めない)	○				
⑥視力障害・聴力障害・失語などにより コミュニケーションに障害をきたしている	○				
⑦判断力・理解力・記憶力の低下がある	○				
⑧拒薬・薬物依存の可能性がある	○				
⑨自宅での内服管理					
A: 自分			○		
B: 他者	○				
⑩持参薬の残数					
A: 理由なしの飲み忘れ		○			
B: 内服薬に対して理解力不足	○				
C: 飲み忘れなし または仕事など何らかの理由で内服できていない (食事が不規則)			○		
⑪内服薬の形態					
A: 自動錠剤分包			○		
B: 自動錠剤分包+バラ			○		
C: バラ			○		

\* 以前の入院中に内服管理に問題があった場合は、退院時の方法で管理  
 \* カレンダーその他自宅での管理方法があれば、できるだけ継続  
 \* 転棟患者の薬は転棟サマリーから内服方法を確認し継続  
 \* 眠剤薬は段階に問わず看護師管理

シート2

\* 1回配薬から1日配薬へ                      月    日から1日配薬

	/	/
①病状の変化が著しくない		
②意識レベルの低下がない (見当識障害、混乱など)		
③認知症・不穏行動・せん妄・興奮などがない (誤薬や服薬忘れの危険性がない)		
④嚥下障害がなく誤嚥していない		
⑤運動性の障害(麻痺・不随運動など)がない また障害はあるが内服できる(薬が袋から取り出せこぼさず一人で内服できる)		
⑥視力障害・聴力障害・失語などがない またあるがコミュニケーションに障害をきたしていない		
⑦判断力・理解力・記憶力の低下がない		
⑧拒薬・薬物依存の可能性がない		
⑨薬に関して理解度の低い人や薬の多い人の場合、自動錠剤分包になっている		
⑩自動錠剤分包であれば小袋の朝・昼・夕の薬袋の字が読め、区別がつく		
⑪服薬回数と言える		

\* 1日配薬から準備確認へ                      月    日から準備確認

	/	/
①飲み忘れ・飲み間違いがない		
②薬袋、自動錠剤分包の字が読め、薬の区別がつく		
③退院後、自己管理しなければならない		
④薬に関して理解度の低い人や薬の多い人の場合、自動錠剤分包になっている (追加分は分包に入れる)		
⑤服薬回数と言える		

\* 準備確認から自己管理へ                      月    日から自己管理

	/	/
①準備確認が2日間正確に行えている		
②薬の必要性がわかる(病状を悪化させないために内服することがわかっている)		
③内服薬の数・合計の個数と言える		
④薬が変更になっても飲み間違いがない		

\* 退院までに薬剤指導をうける  
 \* 問題が生じた場合は継続するかまたは前の段階に戻す  
 \* 病状、入院経過に応じてチェック

《備考欄》インシデント、状態変化で管理方法が変わった時など記入してください。

#### IV. 結果

アセスメントシート導入前 376 人（男性 232 人、女性 144 人）の入院患者の平均年齢は 65.6 歳、導入後 197 人（男性 117 人、女性 80 人）の患者の平均年齢は 65.8 歳であった。導入前後で男女比、平均年齢に統計的な有意差はみられなかった。（図 1、2）

また、アセスメントシート導入前の患者の年齢構成は、39 歳以下 29 名（8%）、40～49 歳 14 名（4%）、50～59 歳 58 名（15%）、60～69 歳 94 名（25%）、70～79 歳 134 名（35%）、80 歳以上 47 名（13%）であった。アセスメントシート導入後の患者の年齢構成は、39 歳以下 10 名（5%）、40～49 歳 13 名（7%）、50～59 歳 31 名（16%）、60～69 歳 53 名（27%）、70～79 歳 66 名（33%）、80 歳以上 24 名（12%）であった。（図 3、4）導入前後で年齢構成に大きな変化はみられず、入院患者の約 70%が 60 歳以上の高齢者であることが分かった。

アセスメントシート導入前後におけるインシデント発生数（表 2）については、導入前が 4 件、導入後では 9 件と多く、有意差がみられた（ $P < 0.01$ ）。

インシデント内容については、アセスメントシート導入前では飲み忘れ 1 件、飲み間違い 1 件、重複して内服が 2 件であった。導入後は飲み忘れ 3 件、飲み間違い 5 件、重複して内服が 1 件という結果だった。（図 5、6）

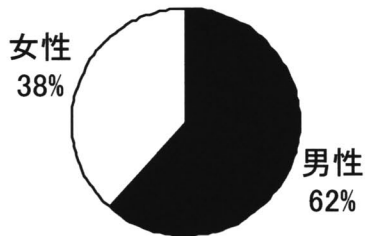


図1 アセスメントシート導入前の男女比

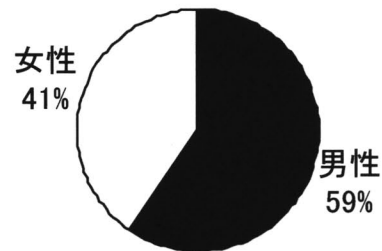


図2 アセスメントシート導入後の男女比

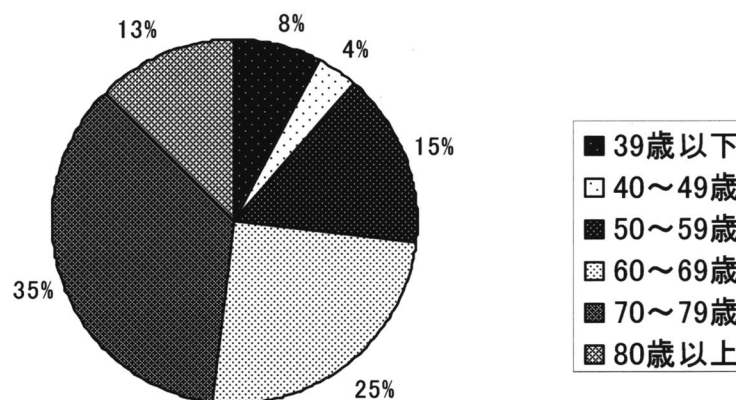


図3 アセスメントシート導入前の年齢構成

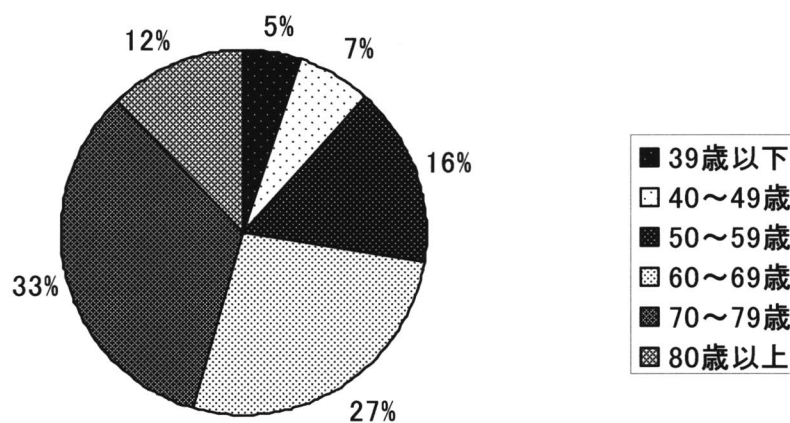


図4 アセスメントシート導入後の年齢構成

表2 アセスメントシート導入前後でのインシデント発生数の比較

	インシデント発生なし	インシデント発生あり
アセスメントシート導入前	372	4
アセスメントシート導入後	188	9

P<0.01

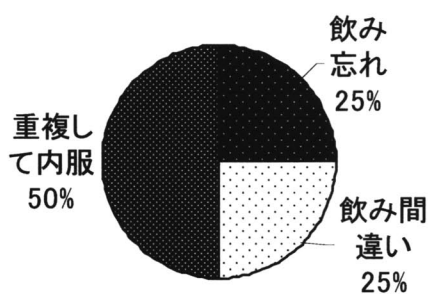


図5 アセスメントシート導入前のインシデントの内訳

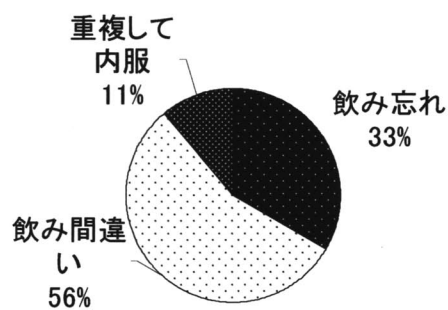


図6 アセスメントシート導入後のインシデントの内訳

## V. 考察

新井らは、「アセスメントシートを使用し理解力・身体能力の両面からその能力を客観的に評価できるようになり、看護師が自分の判断に根拠を持つことができ適切に判断できるようになった。」<sup>2)</sup>と述べ、アセスメントシートの導入がインシデントの減少につながったとしている。また、山口らも「インシデント事例を検討した上で、看護師が統一した判断で内服管理方法を決定できるようにフローチャートを作成した結果、インシデント発生防止につながった」<sup>3)</sup>と述べている。つまり、新井や山口らの研究においては、アセスメントシートやフローチャートの導入がインシデントの減少につながったと結論づけている。

しかし、今回の研究ではアセスメントシート導入によるインシデント発生数の減少は確認できなかった。中島らは「老人には、視力障害や難聴のために服薬方法を正確に理解していなかったり、説明を受けたときには正しく理解していても記憶が曖昧になってしまったりすることがある」<sup>4)</sup>と述べている。「高齢者の曖昧な記憶力」という点において、現在使用しているアセスメントシートに「判断力・理解力・記憶力の低下がないか」という項目はあるものの、表現が具体的でない。新井らの作成したアセスメントシートには、「自分の薬を飲んだかどうか覚えている」という表現となっており判断基準が分かりやすい。今後はアセスメントシートをより分かりやすく使いやすいものへ改善していく必要があると思われる。

また、河内らは「アセスメントシートで良かった点は患者に合わせた管理方法を定めるきっかけになった。難しかった点は細かいことを判断するのが難しかった」<sup>5)</sup>と述べている。これは、チェックリスト主体のアセスメントシートだけでは、患者の内服管理能力を評価しきれない部分があることを示していると考察する。アセスメントシート使用後に起こったインシデントとその患者のアセスメントシートを照らし合わせると、アセスメントシートのチェック項目をクリアして次の段階にステップアップしているにも関わらず、実際に薬を渡して患者に管理をしてもらおうと、用法・用量を間違えて内服したり、内服を忘れていたりというインシデントが発生していた。吉田らは「実際に服薬を自己で行うにあたっての日常生活動作は確保されているのか、どのような方法であれば可能であるかを判断する。とくに、高齢者の場合は、必要性は理解していても、数量や種類が判別しにくく、誤薬したり内服を忘れる場合もあり、服薬状況について注意深く評価することが必要である。」<sup>6)</sup>と述べている。

以上のことから、アセスメントシートをより分かりやすく使いやすいものへ改善していくと共に、高齢者の特徴をふまえ、ステップアップの際にはアセスメントシートのみで判断せず内服カンファレンスなどを必ず取り入れ、患者を総合的にアセスメントし、内服管理方法を決定していく必要があったと考察する。

## VI. 結論

1. アセスメントシート導入はインシデント発生数の減少にはつながっておらず、安全性は確立されなかった。
2. アセスメントシートのみで内服管理方法を評価する危険性が示唆されたため、内服カンファレンスなどを必ず取り入れ、患者を総合的にアセスメントし内服管理方法を決定していく必要がある。

## 引用文献

- 1) 池田美由紀, 井上知江, 片山美恵ら他: 安全な内服管理方法を決定するためのアセスメントシートの有用性, 第8回山口県看護研究会学術集会集録, 73-75, 2008.
- 2) 新井俊美, 入澤初美, 伊藤まゆみら他: 内服管理判断基準作成と内服管理状況の変化, 日本看護学会論文集, 老年看護(36), 151-153, 2005.
- 3) 山口裕美, 森佳代子, 間瀬照美ら他: 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—, 日本看護学会論文集, 成人看護II(35), 208-209, 2004.
- 4) 中島紀恵子ら他: 老年看護学, 医学書院, 148-149, 1997.
- 5) 河内彰子, 桶谷和美, 山田絵美ら他: 安全で正確な与薬を目指して—入院時チェックシートとアセスメントシートを使用してみても—, 日本看護学会論文集, 看護総合(38), 418-420, 2007.
- 6) 吉田俊子, 阿部光樹, 上塚芳郎ら他: 循環器疾患患者の看護, 医学書院, 244-247, 2004.