精神科における服薬自己管理判断基準表の活用とその効果

キーワード：精神科 服薬自己管理 基準表

2病棟2・3階
佐藤美紗子　川石文子　村重仁美　加藤千恵　塩川雄也　中野圭子　板垣智恵子

Ⅰ．はじめに

精神疾患患者にとって退院後に服薬を自己判断で中断することは病状の悪化や再燃を招き、再入院につながる。そのため患者は退院後も継続した服薬が必要である。患者が自身の疾患と服薬の必要性を理解し、症状のコントロールをおこなっていくために、看護師は入院中から退院後の生活を予測した服薬自己管理（以下自己管理）への指導や介入が不可欠である。しかし、A病院精神科病棟では自己管理の導入時期を判断する際、院内共通の「内服管理の看護基準」はあるが、評価の視点が一般科と異なっているため使用しづらく、その判断は個々の看護師にゆだねられている。また、精神科経験年数に差があるため自己管理の導入時期の判断に対して苦慮し、退院決定をきっかけに自己管理を導入している現状がある。

先行研究では、一般科や慢性期の精神科病棟における服薬自己管理判断基準表（以下基準表）を作成したものや看護師の意識を調査したものはあるが、急性期の大学病院精神科において基準表の効果を明らかにしたものは少ない。そこで、A 病院精神科病棟独自の基準表を作成し、活用することで看護師の自己管理に対する意識の変化や統一した視点で導入の判断が可能かを明らかにすることを目的とし調査を行った。

Ⅱ．研究方法

1. 対象：A病院精神科病棟に所属する看護師 16 名（看護師長、副看護師長、研究者は除く）
2. 調査方法：A病院精神科に所属する看護師に対して患者に自己管理を導入する時の条件を聴取した。その結果と先行研究、文献を参考に、A病院精神科独自の基準表を作成した（表 1)。基準表の初回使用日から 2 ヶ月間、約 2 週間毎に基準表を使用してもらいその後「基準表について」と「使用前後の自己管理に対する意識について」質問紙調査を行った。
3. 調査期間：平成 23 年 5 月～10 月
4. 分析：単純計算による分析
5. 倫理的配慮：質問紙は無記名で行い研究の趣旨・目的・調査結果は研究目的以外には使用せず、研究への参加は任意であることを文面に明記し、回答を持って研究参加への同意とした。

Ⅲ．結果

質問紙の回収率は 15 名で、94％であった。看護師経験年数の平均は 13.2 年、精神科経験年数の平均は 5.87 年であった。

結果 1）基準表を使用する前

【自己管理の必要性を感じていたか】の設問に対し『はい』と答えた人は 15 名中 13 名であった。【積極的に自己管理の導入をしていたか】の設問に対し『はい』と答えた人は 2 名、『いいえ』と答えた人は 13 名であった。

また、自己管理について【自己管理導入の判断に困る】と答えた人は 11 名、【判断基準がわからない】と答えた人が 10 名、【担当看護師により違いを感じる】と答えた人は 14 名であった。【自己管理を導入する時間の余裕がない】と答えた人は 2 名であった。

結果 2）基準表を使用してみて

【基準表を使用した人数】について『0 人』と答えた人は 1 名、『2 人』と答えた人は 7 名、『3 人』と答えた人は 5 名、『4 人』と答えた人は 2 名であり計 37 人の患者に使用した。そのうち【自己管理を導入した患者】の人数は『0 人』と答えた人は 7 名、『1 人』と答えた人が 7 名、『2 人』と答えた人が 1 名で計 9 人の患者に対し自己管理が導入できた。また、15 名中 8 名の看護師が自己管理を導入できた。

担当患者 1 人に導入できたのは精神科経験年数 1 年目 1 名、2 年目 1 名、3 年目 2 名、5 年目 1 名、6 年目 1 名、11 年目 1 名であった。2 人に導入できたのは 1 年目の看護師であった。【基準表を使用することで自己管理導入の判断ができたか】という設問に対し『はい』と答えた人は 13 名であった（図 1）。基準表を使用してみて『使いやすかった』と答えた人は 12 名、『使いにくかった』が 2 名、『どちらでもない』が 1 名であった。使いやすかった理由としては、「2 段階に分けて評価でき、評価しやすい」「評価項目が具体的で評価しやすかった」「項目がシンプルで時間を要さず、記入しやすかった」「視覚的に評価でき、自己管理が導入しやすかった」等の意見があった。一方で使いにくかった、どちらでもないと答えた理由としては、「大量服薬の可能性などの判断に困った」等の意見があった。【今後継続して活用できるか】という設問に対し『できる』と答えた人は 10 名、『どちらでもない』が 5 名であった。『どちらでもない』と答えた理由としては、「患者の精神状態の変動によっては十分に判断できないところがあり、導入決定するには不安がある」等の意見があった。【基準表の必要性】については『必要』と答えた人が 11 名、『どちらでもない』が 4 名であった。『どちらでもない』と答えた理由としては、「判断に迷ったら使えばいい」等の意見があった。【基準表を使用することで経験年数に関わらず統一した視点で患者の自己管理の導入を判断できると思うか】という設問に対し『思う』と答えた人は 9 名、『どちらでもない』が 6 名であった（図 2）。『どちらでもない』と答えた理由としては、「判断するのは担当看護師であり経験年数によって左右される部分がある」「基準表のチェック項目の判断に悩むことがある」等の意見があった。

結果 3）基準表を使用しての意識について

【自己管理の必要性に対する意識の変化】については『意識するようになった』と答えた人が 13 名、『変わらない』が 2 名であった（図 3）。【自己管理導入にむけての取り組みの変化】については『意識して取り組むようになった』と答えた人が 12 名、『変わらない』が 3 名であった（図 4）。【入院早期から自己管理の導入を意識するようになっ

たか】の設問に対し『はい』と答えた人は10名、『変わらない』が5名であった（図5）。【基準表を評価日ごとに記入することができたか】の設問に対し『全てできた』と答えた人は2名、『大体できた』が5名、『あまりできなかった』が8名であった（図6）。理由としては、「忘れてしまうことがあった」「日々の業務に追われてできなかった」「評価することで意識づけになった」等の意見があった。

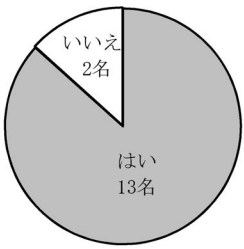

図1．基準表を使用することで自己管理導入の判断ができたか

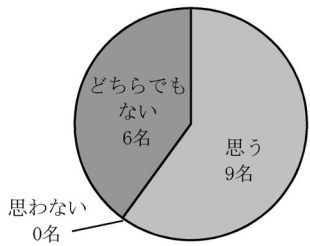

図2．経験年数に関わらず統一した視点で自己管理の導入を判断できると思うか

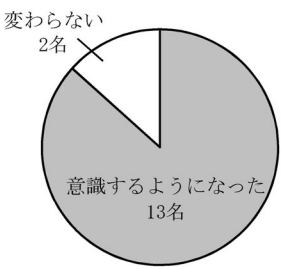

図3．自己管理の必要性に対する意識の変化

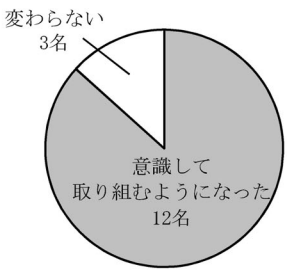

図4．自己管理導入に向けての取り組みに変化があったか

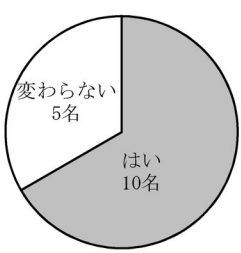

図5．入院早期から自己管理の導入を意識するようになったか

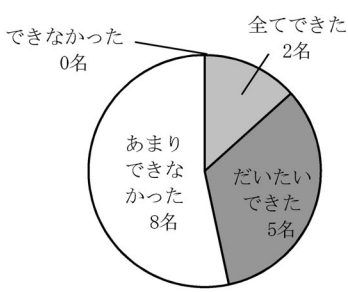

図6．基準表を評価日ごとに記入することができたか

Ⅳ．考察

結果１より基準表を使用する前は自己管理の必要性は感じていたが、実際に導入はできていない現状が明らかとなった。自己管理の必要性に対する意識は高く、導入する時間的余裕もあるが、積極的に導入できていないのは、判断基準が明確でないため多くの看護師が導入時期の判断に苦慮しているからだと示唆される。

結果２より基準表を使用した看護師の半数以上が自己管理導入の判断ができた。基準表を使うことでアセスメントの視点がわかり、判断に苦慮しなくなったため自己管理導入が行えたと示唆される。また、チームで統一した基準を持つことが、自信につながり、自己管理が導入できたと示唆される。これらのことから自己管理導入の判断に基準表は効果があったといえる。自己管理を導入できたのは精神科経験が 1、2 年目の看護師が多く、経験の浅い看護師にとっては、一定の基準で患者をアセスメントできる基準表は判断の一助となる。一方で「導入の判断には経験年数に左右される部分がある」「大量服薬をしないかの判断に困った」という意見があったように精神疾患に起因した行動は予測がつかず、精神状態の変動による誤薬や大量服薬のリスク、薬剤調整による誤薬のリスクがあり看護師は自己管理導入に対して慎重になりやすい。基準表の項目によっては個人の看護観や経験などから判断に差がでたり、迷ったりする項目もあり、基準表を使用することで必ずしも経験年数に関わらず統一した視点で自己管理導入の判断ができるとはいえない結果となった。基準表に関しては項目や記入方法について使いやすく、今後も継続して活用できるという意見が多かったが、「判断に迷ったら使えばよい」、「精神状態の変動により導入決定には不安がある」といった意見があったように項目、使用方法については改善、検討が必要である。「こまめに情報交換と患者さんの状態把握を行い、十分なカンファレンスの結果として自己管理へと移行することが望まれる」[1] と言われているように、基準表を使用し判断に迷ったり経験年数で差が出る部分、患者の状態で予測されるリスクについてはカンファレンスなどを行い、チームで相談、共有することが患者にとってよりよい援助を提供することにつながるといえる。

結果３より基準表を使用することで、患者の自己管理能力を視覚的・経時的に評価することができ、自己管理導入への動機づけとなったと示唆される。基準表使用前は必要性を感じていたが導入出来ていなかった看護師が多かったのに対し、半数以上の看護師が２ヶ月間の間に自己管理を導入できたことは実際の取り組みに対しても変化があったといえる。これらのことから基準表は自己管理の必要性、取り組みに対する意識の向上に効果があった。

また、半数以上の看護師が入院早期から自己管理を意識するようになったと答えており、入院早期からの導入に対する意識の向上にも効果があった。基準表を評価するためには、退院後の服薬方法や援助者などの情報を収集する必要があり、基準表を使用することで看護師は入院早期から患者の退院後の生活についても意識するようになると示唆される。

精神疾患患者は薬に対する認識、副作用、服薬習慣が確立していないことを理由に服薬を中断することが多い。吉浜らも「入院中に自己管理に取り組んでもらうことで、患者さん、看護者が共同して対策を考えることが可能になる。退院と同時に患者さん本人の自己管理となって戸惑うことがないように、退院計画のなかに薬剤の自己管理への移

行を組み込んでおくべき」[2] と述べているように、A 病院は慢性期の精神科病院と比べ入退院が多くみられるため退院が決まってからではなく、入院時から退院後の生活を見据えた取り組みが必要になってくる。基準表があることで、患者の自己管理における問題点が明らかとなり、患者それぞれにあった介入方法を考えることができ、患者の退院後の継続した服薬につなげることが可能といえる。

基準表は日々の業務のなかで患者の自己管理能力の評価を容易にする。しかし、基準表の評価を忘れる人が多く、現段階では慣れない基準表を意識的に使用することは難しかったといえる。意見の中には「評価することでよい意識づけになった」「今後も継続して行っていくとよい」という意見もあり、定期的に評価を行うことが看護師の自己管理に対する継続した意識づけになり、さらなる意識の向上につながると考えられる。

V．結論

1. 基準表は自己管理導入の判断に効果があった。
2. 精神疾患に起因した行動は予測がつかず、項目によっては経験年数により判断に差が生じた。
3. 基準表は入院早期からの自己管理の必要性、取り組みに対する意識の向上に効果があった。

引用文献

1) 辻脇邦彦,吉浜文洋,南風原泰:看護者のための精神科薬物療法 Q&A,中央法規出版株式会社,164,2011.
2) 辻脇邦彦,吉浜文洋,南風原泰:看護者のための精神科薬物療法 Q&A,中央法規出版株式会社,163,2011.

参考文献

- 吉浜文洋,南風原康：精神科ナースが行う服薬支援　臨床でいかす知識とワザ,中山書店,2010.
- 田中美香：内服自己管理に対する看護師の意識調査,第 38 回日本看護学会論文集,成人看護Ⅱ,195-197,2007.
- 佐藤始代,石黒みき子,本田登美子ら他：精神科療養病棟における服薬自己管理への援助,日本精神科看護学会大分大会学会誌,34,26-27,2009.
- 竹内清華,北川隆,藤井正美ら他：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,金沢大学看護研究発表論文集録,39,101-104,2007.
- 松浦美果,山本幸子,和田小枝子ら他：服薬自己管理に関わる看護師の判断に関する実態,第 39 回日本看護学会論文集,地域看護,203-205,2008.
- 川畑節子,宮崎智春,一森謙治郎：服薬自己管理能力を査定するための判断基準表を作成して,精神看護 4(6),医学書院,52-56,2001.
- 馬場啓子,渡久地智,岡あゆみら他：精神科における服薬自己管理開始時期の基準化－基準化に必要な評価項目に作成―,中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌,6,37-40,2010.

・ 米山瑞穂,澤井美香,小林哲朗：精神科開放病棟における服薬自己管理判断基準の活用とその評価,日本精神科学会誌,50(1),198-199,2007.
・ 松村美香,竹中健,梅沢ゆうひ：内服管理選択 MAP 使用による看護師の内服管理判断の変化,第 38 回日本看護学会論文集,成人看護Ⅱ,192-194,2007.
・ 小丸美寿恵,松島里美,坂口とよみら他：日常生活行動評価と DAI-10 を組み合わせた服薬自己管理者選定基準の作成を試みて,日本精神科看護学会誌,52(1),32-33,2009.
・ 大橋亜紀子,手塚永恵,中島裕子ら他：内服薬の自己管理にむけて－内服管理能力スケールを使用して－, 日本看護学会論文集,老年看護,37,106-108,2006.
・ 中野千秋,濱垣智子：服薬能力判定基準を用いた内服薬自己管理に対する援助方法の試み,日本看護学会論文集,成人看護Ⅱ,39,211-213,2008.
・ 木下綾：退院に向けた服薬アドヒアランス獲得への援助,医療者主体の服薬から患者主体の服薬へ変化した事例を通して,日本精神科看護学会 53(3),183-187,2010.

表１　服薬自己管理判断基準表

服薬自己管理判断基準表

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医＿＿＿＿＿＿＿＿　担当看護師＿＿＿＿＿＿＿＿　入院日＿＿／＿＿

○ × で記入　判断できないものは△

		初回評価日	2週間ごとに評価する。必要があれば随時評価する。			
	前提条件	（　／　）	（　／　）	（　／　）	（　／　）	（　／　）
①	個室隔離（拘束も含む）をしていない					
②	発達障害、認知機能障害（疑いも含む）の診断がない					
③	退院後自己管理の必要がある					
上記①～③の3項目すべてが○になった患者に対し下記 1～12 を評価してください。						
1	病感があり、症状に左右されない					
2	精神状態が落ち着いている					
3	薬剤調整がある程度終わっている					
4	大量服薬の可能性がない					
5	薬の必要性が理解できている（症状を悪化させないために内服することが理解できている）					
6	薬の内服方法がわかっている（例：リスパダールをお茶で飲まないなど）					
7	拒薬がない					
8	薬を自己調整する可能性がない（例：執拗に薬にこだわる、薬剤調整に敏感に反応するなどの言動がない）					
9	見当識障害がない					
10	理解力・判断力・記憶力の低下がない					
11	身体機能に関して介助なしで服薬できる（例：薬の開封ができる、印字されている文字が読める、聴力障害・失語などがなくコミュニケーションがとれるなど）					
12	嚥下状態に問題がない					
	担当医の許可※	（　／　） 可・不可	（　／　） 可・不可	（　／　） 可・不可	（　／　） 可・不可	（　／　） 可・不可
	自己管理	・始める ・始めない	・始める ・始めない	・始める ・始めない	・始める ・始めない	・始める ・始めない
	次回評価日	（　／　）	（　／　）	（　／　）	（　／　）	（　／　）

※ 1～12 のすべてが○になったら担当医に服薬自己管理の許可を確認する。あくまで判断基準であり、1～12 の項目すべてを満たしていなくても、服薬自己管理が可能と判断できれば担当医へ確認をする。

★ 服薬自己管理開始の判断ができない場合はカンファレンスを開く。

★ 基本的にはSTEPⅡ（1日配薬：患者は自分で服薬し、空袋を置いておく。看護師は服薬毎に空袋を確認する）から開始する。患者の状態に合わせて、「Nsセンターに取りに来る」「Nsの前で服薬」等のステップから開始する。ステップアップは担当看護師の判断で行う。