内服自己管理患者のインシデント減少を目指した取り組み
～内服管理アセスメントシートの活用～

The Use of Self-medication Assessment Tool for Decreasing the Incidence of Medication Error.

西５階病棟
栗幅勇治　堀美佳　永田賢子

〈要旨〉患者の内服管理方法を決定するために2012年から内服フローチャートを活用してきたが、内服インシデントの減少がなかった。発生したインシデントの内容を分析した結果、内服薬を自己管理している患者の内服間違いによるインシデントが多かった。今回、身体機能、自己管理継続能力について評価出来る内容を加え、吉沢らが作成した内服管理アセスメントシートを元にA病棟独自の内服管理アセスメントシートを作成し、使用を開始した。患者の内服管理方法を複数の看護師の視点でアセスメントし、状態に合った管理方法を決定することができ、内服自己管理患者のインシデントの減少につながった。このことから内服管理アセスメントシートは有効であった。

キーワード：内服インシデント，内服管理アセスメントシート，内服自己管理

Ⅰ．はじめに

A病棟は消化器外科、消化器内科、移植外科の混合病棟で手術を目的に入院される患者が多い。A病棟で内服インシデント減少のため、2012年に内服フローチャートを作成し、患者の内服管理方法の決定に活用してきた。しかし、内服フローチャート導入後も2013年度内服インシデント50件、2014年度は62件と減少がみられなかった。発生したインシデントの内容をみると、2014年度インシデント62件のうち、22件は内服フローチャートに基づいて自己管理になった患者の内服間違いによるインシデントであった。内服フローチャートは患者の内服管理に関する情報を元に内服管理方法を決定するツールであるが、記入することが目的になっており内服管理方法の再評価が出来ていない現状があった。この現状から内服フローチャートが有効でないと考え、22件の内服インシデントを分析して内服フローチャートの内容の再検討を行った。他病棟への聞き取り調査やA病棟でこれまで発生している内服インシデントの分析を元に内服フローチャートの変更を行った（資料１）。佐々木は「服薬する患者の状況を十分理解し、個々に応じた服薬指導と援助を行っていく必要がある」[1]と述べている。さらに、井上らは「根拠をもって内服方法を決定するために、J-RACTを用いて内服管理フローチャートを作成し、患者の理解力・判断力のアセスメントを強化した。」[2]と述べている。J-RACTでは患者の服薬理解能力、服薬作業能力などが評価できる。しかし、J-RACTを用いても内服管理方法を評価するタイミングは推奨されていないため、患者の状態や部署の傾向に合わせて早急に見直すことは困難であると考えた。そこで患者の身体機能、自己管理継続能力の評価に加えてA病棟で多く発生している手術後や状態変化後の内服インシデントの傾向を踏まえて、内服管理アセスメントシート（以下アセスメントシート，資料２）を2015年３月に作成し使用した。今回、アセスメントシート使用後のインシデント件数の変化とその効果について報告する。

Ⅱ．目的

内服自己管理患者の内服インシデント減少とアセスメントシート導入による効果を明らかにすること。

Ⅲ．方法

１．期間：2015年３月～2015年10月末日
２．対象：期間中にA病棟に入院しアセスメントシートを使用した患者
３．調査内容
①内服自己管理患者の内服インシデント件数・内容

②A病棟に入院した患者のアセスメントシートの活用状況

4．分析方法:調査内容の①と②のデータから、アセスメントシートの効果について分析をする。

Ⅳ．倫理的配慮

データは患者個人が特定されないように配慮し、研究以外での目的では使用しないこととした。カルテからは主に検査内容、処置内容、カンファレンス記録などの情報を収集した。研究に使用したアセスメントシートは病棟で厳重に保管し、研究終了後、アセスメントシートとデータは削除した。

Ⅴ．結果

2015年３月～10月末日でアセスメントシートを使用して内服自己管理となった患者は561人いた。2014年３月～10月末日までに発生した内服自己管理患者のインシデントが16件に対して、2015年３月～10月末日の発生件数は６件と減少していた（図１）。６件の内容は内視鏡的逆行性胆管膵管造影施行後２件、肝動脈塞栓術施行後１件、内服中止になっていた薬を誤って内服してしまったのが２件、アンモニア値が上昇し意識レベルが低下して発生したものが１件であった。561人のうち、管理方法に変化が無かった件数が224件で39%、アセスメントシートを使用して内服管理方法の見直しが出来ている件数が31件で5.5%、カンファレンスで内服管理方法を検討し、記録している件数は31件で5.5%であった（図２）。カンファレンスでは複数の看護師で患者の状況に応じて内服管理方法について話し合い、対応方法を決定していた。

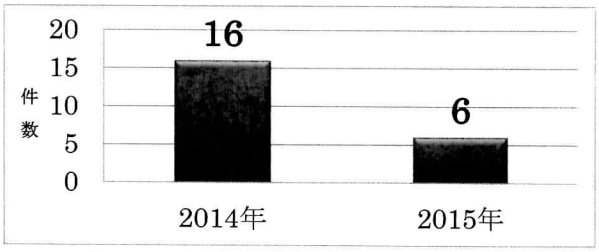

図１　内服自己管理患者のインシデント発生件数の推移

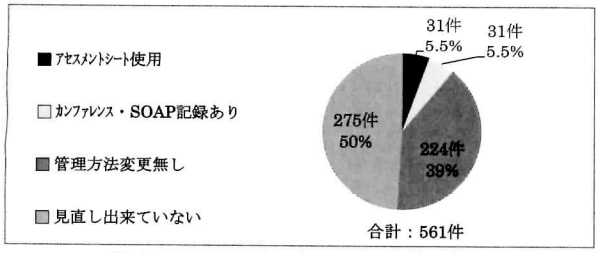

図２　アセスメントシートの使用状況

Ⅵ．考察

アセスメントシートの導入により、昨年度と比較し内服自己管理患者の内服インシデントは減少した。減少した要因は、入院時の段階で患者の身体機能と自己管理継続能力を評価したことである。更に、患者の状態に沿った内服管理方法を選択できるようになったためと考えられる。また、A病棟の内服インシデントの傾向である手術後患者の内服間違いを踏まえて、アセスメントシートに「手術後」という評価する目安を設定した。その結果、手術後の内服管理方法の再検討が実施しやすくなりインシデントの減少につながったと考えられる。吉沢らは「内服管理アセスメントシートの使用により、内服管理方法について看護師間の統一ができたこともインシデントの減少につながった」[3]と述べている。アセスメントシートを導入したことで、いつ再アセスメントをする必要があるのか明確になった。そのため、看護師の内服管理に対する意識が向上し、カンファレンスやペア検温時にアセスメントシートの内容に沿って、患者の内服管理能力を複数の看護師の視点でアセスメント出来るようになったと考える。しかし、今回発生した６件のインシデントは、処置・治療後、内服薬変更時、状態変化時でありアセスメントシートには自由記載としたため、患者の内服管理方法について再検討するタイミングを逸していたことが問題であったと考えられる。また、図２の通りアセスメントシートを使用して見直しが出来ていない件数が275件であった。今後は、内服管理方法の見直しが必要な患者に、適切なタイミングで再アセスメントが出来るように、活用方法の再検討とアセスメントシートの修正を行うことが課題と考える。

Ⅶ．結論

アセスメントシートを導入したことにより内服自己管理患者の内服インシデントが減少した。アセスメントシートの導入は有効であった

が、適切なタイミングで患者の内服管理方法の検討が出来るように活用方法の検討が課題である。

引用文献

1）佐々木久美子：患者の内服ミス防止マネジメント，月刊ナーシング10月増刊号，p76，2003.

2）井上真理・長澤亜矢子・小高玲子，他：内服管理フローチャートの検討：服薬能力判定試験を用いて，信州大学医学部附属病院看護研究集録，33（1），p76-82，2004.

3）吉沢佳代・両角祐子・伊藤喜世子：内服インシデントの減少を目指した取り組み，信州大学医学部附属病院看護研究集録，38（1），p199-204，2009.

参考文献

1）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,第39回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ），p211-213，2008.

資料１

内服フローチャート

評価日　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿

実施者＿＿＿＿＿＿＿

情報提供者＿＿＿＿＿＿

評価理由：□入院　□状態変化　□インシデント発生　□その他（　　）

□寝たきり　□包装があけられない　□視力低下　□自己管理していない
□その他（ope 後、状態変化、意識レベル低下）

□あり → 看護師管理

□なし → □抗凝固薬　□免疫抑制剤　□使用回数の限られるもの
□時間で決まっている薬がある　□眠剤　□麻薬

□あり → 自己管理できていた
- □NO → 看護師管理
- □YES → ＢＯＸ・カラ確認

□なし → □自宅で飲み忘れ・飲み間違えがあった
□理解力の低下がある
- □あり → ＢＯＸ・カラ確認
- □なし → ＢＯＸ確認

資料２

内服管理アセスメントシート

患者氏名　　年齢　　歳　　ID

【アセスメントシート】　　各項目を○か×で診断してください。

		入院時 ／	手術後 ／	（　　）
身体機能評価	A　自分の口までこぼさず運ぶ動作ができる			
	B　薬袋から薬が出せる			
	C　食事や飲水時頻回にむせない			
自己管理継続能力評価	1　自宅で薬を自己管理している			
	2　自己判断で内服の中断がない			
	3　薬の薬効・用法・用量を述べることができる(※1 参照)			
	4　飲み忘れ、理解力、意識レベル、認知機能低下がない			
	5　医師の許可なく自己調整（時間・個数）していない			
【アセスメント】	アセスメント内容 (※2 参照)			
	内服管理方法	自己管理・配薬	自己管理・配薬	自己管理・配薬
	サイン			

※1 薬効は述べられなくても一包化になっていたり、自分の覚え方があり、用法・用量が言える場合は○とする。

※2 入院時に自己管理になった場合は記載不要。配薬となった患者、管理方法が変更になった場合についてはＳＯＡＰ記録に記載する。

★アセスメントの指標★

①自己管理（セット確認、１回分配薬 BOX を使用）：身体機能評価 A～C 項目、自己管理継続能力評価１～５項目の全てに○がつく場合

②配薬：身体機能評価 A～C のいずれか一つに×がつく、もしくは自己管理継続能力評価１～５項目のいずれか一つに×がつく場合　　2015 年１月　事故対策係作成