

消化器内科病棟における入院中の内服自己管理間違いの実態調査

キーワード：内服、自己管理、実態

B棟7階病棟 ○植田絵美子、田口恭代、相地和代

I. はじめに

消化器内科病棟では、入院患者の内服管理方法の選択について、入院前の内服管理方法や、患者の服薬理解能力、持参した薬の残数を確認する等から、自己管理にするか看護師管理にするかを判断している。しかし、自己管理可能と判断しても誤って内服していたり、飲み忘れるということが過去にあり、途中で自己管理から看護師管理へ変更となる事例もあった。

内服の自己管理能力を客観的に判断し、介入方法を導き出せる評価基準として、田中ら¹⁾が作成した「内服管理選択 MAP」がある。「内服管理選択 MAP」は入院時など初回の能力判定と管理方法の決定には有用であると検証されているが、経過を追っての変化には対応しにくいとある。前年度に行われた加藤ら²⁾の研究で、「内服管理選択 MAP」を使用して、自己管理可能と判断された患者に対して内服管理の実態調査を行っている。今後の課題として加藤ら²⁾は「内服管理能力の判定は入院時だけでなく治療後にも再評価していく。また、消化器内科病棟の特徴に応じたツールにするため、内服管理選択 MAP に判断基準を追加する。」と述べている。

これらのことから、まずは消化器内科病棟の入院患者が、入院中の内服自己管理に問題が生じる状況を把握したいと考えた。

II. 研究目的

消化器内科病棟入院中の患者に「内服管理選択 MAP」を用い、内服自己管理可能と判断された患者を対象に、入院中の内服自己管理に問

題が生じる状況（以下、内服間違いとする）を実態調査し、その要因を明らかにすることを目的とする。

用語の定義：「内服間違い」とは、薬の用法用量間違いや内服飲み忘れのこと。

III. 研究方法

1. 調査期間

2012年9月24日～10月31日

2. 調査対象

内服管理選択 MAP で自己管理可能と判断され、研究に同意を得られた患者。

1泊2日の予定入院患者、自宅で内服自己管理していない、PTPシートから錠剤を出した状態で管理している、内服薬がない、緊急入院の患者は除く。

3. 調査方法

内服管理選択 MAP (図1) を行い自己管理可能と判断したら、文書と口頭で説明を行い研究同意書に同意頂く。患者にシャーレを渡し、内服すれば薬の空シートをシャーレに入れてもらう。看護師が、それぞれの患者の内服時間毎に、薬の空シートを見て処方箋通りに内服できているかを確認するためのチェックリストを用いた。入院日の夕食時から10日間行った。その間に内服トラブルがあった時点で研究を終了とした。内服間違いがあった患者は、データ分析シートを用いて分析を行った。データ分析シートは、内服薬について、身体症状の有無などをチェック項目とした。

分析の方法は、内服確認チェックリストとデータ分析シートを基に、単純集計を行った。

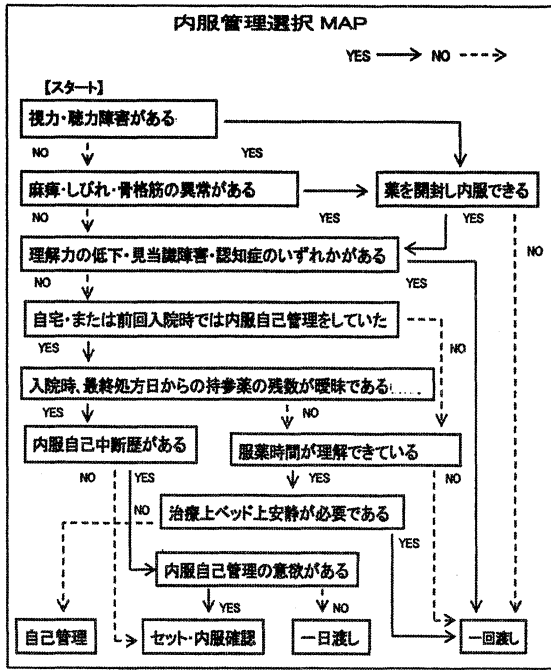


図1 内服管理選択 MAP (文献1から引用)

4. 倫理的配慮

「内服管理選択 MAP」開発研究者から「内服管理選択 MAP」を使用することについて口頭にて同意を得た。

病棟看護師に、研究の趣旨を同意書を用いて説明する際は、仕事に差し支えないよう時間帯を調整した。①同意しない場合でも何ら不利益を被ることはないこと、②一旦同意した後でも、いつでも参加を取り消すことができることを研究協力のお願いとして説明文を用い説明し、同意文書にて同意を得た。

患者には、①同意しない場合でも何ら不利益を被ることはないこと、②一旦同意した後でも、いつでも参加を取り消すことができること、③個人を特定できないようにし、個人情報保護すること、④研究の目的以外には一切使用致しないこと、⑤研究の終了をもって、チェックリスト等の資料は破棄することを文書で説明し、同意を得た。

当院看護部・看護研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

IV. 結果

調査期間中、患者 20 名の同意が得られ、平均年齢 69.5 歳±10.4 であった。内服間違いを認めたのが 10 名で、平均年齢 66.6 歳±12.9 であった。性別は男 6 名、女 4 名であった。以下、内服間違いを認めた 10 名の実態調査について述べる。

内服間違いの種類は図 2 の通りである。この内 1 名は同時に飲み忘れと用量間違いがあった。

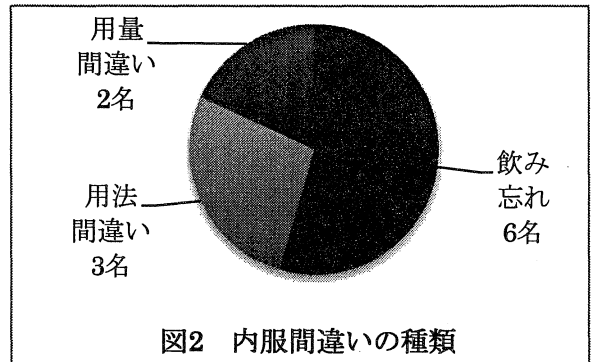


図2 内服間違いの種類

主病名は、肝細胞癌と胃癌は各々3名、糖尿病 2 名、肝硬変と食道静脈瘤は各々1名であった。

主病名以外で肝疾患を有している患者は図 3 の通りである。

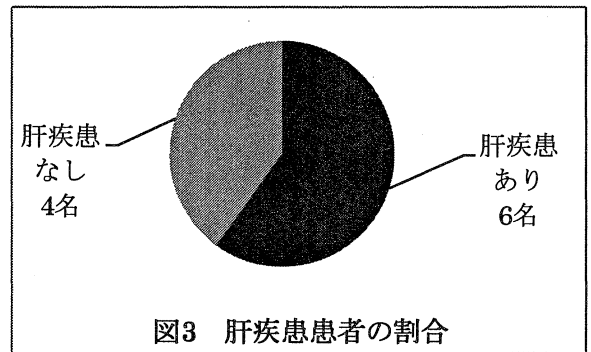


図3 肝疾患患者の割合

薬の服用数は平均 8 種類±2.7 で、肝疾患の有無と平均服薬数は図 4 の通りである。

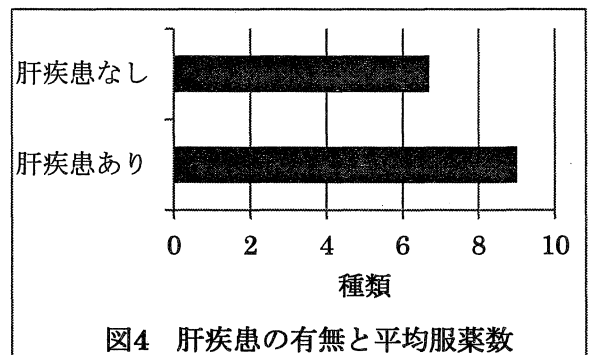


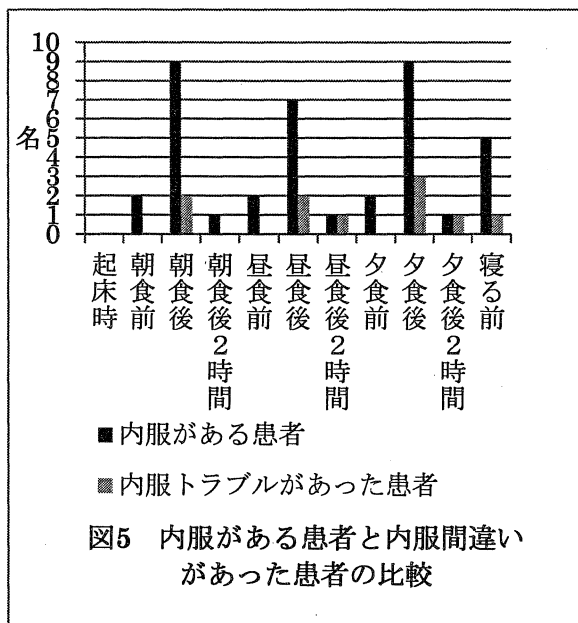
図4 肝疾患の有無と平均服薬数

入院目的は、内視鏡的粘膜剥離術 3 名、血管造影治療と糖尿病コントロールは各々 2 名、食道静脈瘤硬化療法とラジオ波焼灼療法と腹水コントロールは各々 1 名であった。

内服間違いがあった入院後日数は平均 3.6 日±2.2 であった。

内服間違いが治療前後 5 日間の期間内であった患者は、10 名中 7 名で内訳は、治療前 3 名、治療後 4 名であった。また、内服間違い日に何らかの症状を有していた患者は 10 名中 3 名で、疼痛・倦怠感・ふらつき 1 名、疼痛・倦怠感 1 名、倦怠感 1 名であった。

内服時間別で、内服がある患者と内服間違いのあった患者の比較は図 5 の通りであった。



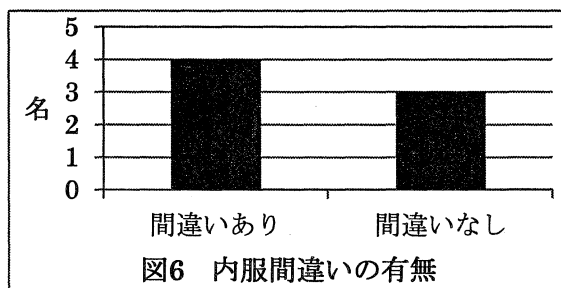
内服間違いがあった薬は、新たな処方や中止薬の再開が過去 5 日間にあった患者が 4 名であった。

内服間違いが外出・外泊前後であったのは 3 名で、内訳は外泊前 1 名、外泊後 2 名であった。内服間違いが部屋移動前後・ムンテラ前後であった患者はいなかった。

内服間違いのあった薬にシートの類似は認めなかった。用法が異なる数種類の薬を服用の有無では、全員が用法の異なる 2 種類以上の薬を服用していた。また用量が異なる数種類の薬の有無では、10 名中 9 名が用量の異なる 2 種

類以上の内服をしていた。

一つの薬袋に同じ用法用量の 2 種類以上の薬が入っていたのは 10 名中 7 名で、内服間違いの有無は図 6 の通りである。



V. 考察

内服間違いのあった患者の年齢は平均 66.6 歳と高齢者であった。高齢者は加齢に伴う身体的変化や環境要因などから常に内服間違いを起こしやすく、消化器内科病棟の入院患者の平均年齢は 68.1 歳±15.2 であるため、内服間違いを引き起こすリスクが高いと考えられる。

越野ら²⁾は、心疾患患者と肝疾患患者の内服間違いで、飲み忘れに注目すると心疾患患者 40%、肝疾患患者 83% に内服飲み忘れがあったと報告している。又、「内服薬が 5 種類以上になると 1/3 に間違いが発生している。」と述べている。消化器内科病棟では内服間違いを認めた患者の 60% が肝疾患で、全体の内服飲み忘れが 55% の内、肝疾患に注目すると 83.3% で、心疾患は胸部不快感など死に直結する恐怖体験や不安がある患者もいるが、肝疾患は内服を忘れても自覚症状が現れにくく経過も緩やかであるため、肝疾患患者は内服に対する意識が低下しておりコンプライアンスも低いことが内服間違いを起こす要因になっているのではないかと考える。肝疾患患者は服薬数が平均 9 種類と多いことから、特に内服間違いを起こす可能性が高いと考えられる。

検査・治療後で何らかの症状を有しており内服間違いのあった患者は 3 名、中止薬の再開や薬剤の追加があり内服間違いを起こした患者は 4 名であった。患者が服薬ミスを起こしやす

い状況として佐々木⁴⁾は「①精神的・身体的に苦痛があり、注意が集中していない場合②(入院・病室移動など)環境の変化が生じた場合③検査や治療により生活リズムに変化が生じた場合④複雑な処方や変更があった場合」と述べている。身体的な症状を有していることと薬剤の追加は、内服間違いを引き起こしやすい状態と言える。薬剤の追加に関しては、治療前に中止していた抗凝固薬が再開になったことや、内視鏡治療後に処方される胃薬の内服間違いや、糖尿病治療薬が追加になったことが原因で、消化器内科病棟での内服追加時の内服間違いが起こる要因の一つと考えられる。高齢者は新しく薬が処方されても、内服していくことを定着させるのに時間を要すると思われ、内服数が多くなるほど用法用量が混乱し、さらに内服間違いを招く恐れが高まると考えられる。間違いを認めた患者で一つの薬袋に同じ飲み方の数種類の薬が入っていたのは7名で、3名が内服間違いを起こしている。当院では1包化の処方も可能であるが、内服間違いリスクが高い患者や、一包化を希望した患者にしか行っていない。1つの薬袋に何種類もの薬が入っていることは内服間違いの基となりやすいことが伺える。今後、一包化が適している患者を洗い出す方法を導き出すことが必要と考えられる。

VI. 結論

今回の研究では内服間違いを認めた10名についての調査であったが、消化器内科病棟における入院中の内服自己管理間違いの要因として、服薬数が5種類以上と多いこと、治療後で身体的症状があること、中止薬の再開・薬の追加や、用法用量の異なる2種類以上の薬を内服している、一つの薬袋に2種類以上の薬が入っているなど、複雑な処方や変更があることが考えられる。

今後の課題として、「内服管理選択MAP」を消化器内科病棟の特徴に応じたツールにし、

入院中の経過を追っての変化に対応していきけるようにしたいと考える。

引用・参考文献

- 1) 田中節子, 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回成人看護Ⅱ, 114~116, 2003.
- 2) 加藤雅子, 他: 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—, 奈良県立医科大学附属病院看護研究発表会抄録集, 2012.
- 3) 越野純子, 他: 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回成人看護Ⅱ, 246~248, 2005.
- 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, Vol.23 No.12, 76~81, 2003.