



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	急性期脳神経外科病棟における自宅退院患者に対する服薬自己管理能力判定基準標準化に向けた評価方法 : Functional Independence Measure (FIM) の有用性について
Author(s)	吉川, 貴之; 田村, 広恵; 前田, 麻美 他
Citation	Brain nursing, 32(6), 616-623
Issue Date	2016-06
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/70937
Type	journal article
File Information	J19_32_616.pdf



急性期脳神経外科病棟における自宅退院患者に対する服薬自己管理能力判定基準標準化に向けた評価方法 -Functional Independence Measure (FIM) の有用性について-

吉川貴之 *1、田村広恵 *1、前田麻美 *1、中村昌恵 *1、木藤貴弘 *2、新谷好正 *3、伊東雅基 *3、岩崎素之 *3、川堀真人 *3、馬渕正二 *3

- 1) 小樽市立病院 3階西病棟看護師
 - 2) 同 薬剤部
 - 3) 同 脳神経外科
- 〒047-0017 北海道小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号

別刷り請求先：

川堀真人 小樽市立病院脳神経外科 (〒047-0017 北海道小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号)

校正者連絡先：

川堀真人：

〒047-0017 北海道小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号 脳神経外科

電話：0134-25-1211 FAX：0134-32-6424

E-mail: masahitokawabori@yahoo.co.jp

原稿内容：本文（文献含む）約 5300 字、

写真 0 枚、図 1 枚、表 4 枚

<はじめに>

薬物療法は重要な治療法の一つであり、疾病の治療はもとより予防の面でも重要な意味をもっている。特に脳神経外科領域では抗血小板薬、抗凝固薬、抗痙攣薬、降圧薬など飲み忘れや重複服薬すると悪影響を及ぼすものも多い上に、高次脳機能障害や意識障害を持っている患者も多く、退院後の服薬管理が必ずしも容易ではないことが予想される。

これらの患者に対して服薬自己管理の可否を客観的に評価し、指導することは重要な看護支援の 1 つである。しかし自宅退院可能となった患者の服薬自己管理の可否を判断する為の統一基準は存在せず、当院においても担当看護師により服薬自己管理の判断および開始時期が一任されることで、看護師間の服薬管理の評価方法に差がみられるのが現状である。今回、自宅退院可能な患者の服薬管理能力判定基準統一に向け、日常生活動作能力判定法の **Functional Independence Measure**（以下 **FIM**）がその判定に有用かどうかを検討したのでここに報告する。

<方法>

(1) アセスメントシート作成

2014年7月1日から8月31日に当科に入院し、自宅退院が可能で服薬自己管理ができる可能性があると担当看護師が判断し、入院中に服薬自己管理を開始した35症例（男性26例、女性9例）を対象に行った。

服薬管理状況については入院当初は看護師管理とし、自宅退院が見込めると判断された後に担当看護師が服薬自己管理能力の可否を評価し、可能と判断した症例(A群)については、薬剤師による薬剤指導を経て自己管理を開始した（自己管理期間）。その際必要に応じて、PTP包装、カレンダー管理、一包化などを選択した。その後退院までの期間で服薬状況をチェックし、飲み残しや過量服用などが認められた患者を自己管理不可(B群)と判定した。服薬自己管理が可能であったかどうかとFIM（表1）との関連を後方視的に検討した。

(2) アセスメントシートの運用

さらに以上の結果を踏まえて、さらに当院独自の自己服薬管理判定アセスメントシートを使用し2015年4月から5月に入院し服薬自己管理して自宅退院となった30症例（男性14例、女性16例）において前方視的にこのシートの有効性を検証し、その有用性・問題点について検討することとした。FIMの測定は自宅退院が可能と医師が判断した時点で行った。

(3) 統計方法

数値は平均±標準偏差（standard deviation, SD）で表記し、統計学的解析はエクセル統計（SSRI、東京）を用いた。連続変数の群間比較にはStudent-t検定を用い、非連続変数の群間比較（上記A群・B群のFIMスコアなど）はWilcoxonの順位和検定を用い、 $P<0.05$ を有意とした。FIMスコアのcut off値を計測するためにはReceiver operating characteristic curve（ROC曲線）を使用した。

(4) 倫理的配慮

本研究は小樽市立病院臨床研究審査委員会において承認されている。倫理的配慮に関しては、調査により得られたデータは個人が特定できないようにし、研究者が責任を持って情報を管理することとした。

<結果>

(1) アセスメントシート作成

期間中に自宅退院し今回の検討に加えた 35 症例は、男性 26 例女性 9 例で、それぞれの疾患内訳は、脳梗塞/一過性脳虚血発作 (TIA) 15 例、予定手術入院 (頸動脈内膜血栓剥離術 (CEA) /未破裂脳動脈瘤/脊髄疾患) 12 例、慢性硬膜下血腫 2 例、痙攣 2 例、くも膜下出血 1 例、頭部外傷 1 例、その他 2 例であった。平均入院期間は 14.7 ± 8.1 日、自己管理期間は 6.2 ± 6.1 日であった。FIM 評価は退院直前の看護記録より情報を抜粋し、病棟看護師がスコアづけを行った。

自己管理期間に内服可能と判断された症例は 25 例 (A 群) で、不可能と判断された症例は 10 例 (B 群) であった。

年齢、性別、指導日数など患者背景には大きな違いは認められなかった (表 2)。

服薬自己管理の可否と FIM スコアとの相関については運動項目スコアでは有意差は認められなかったが、服薬自己管理できなかった症例 (B 群) において認知項目スコア合計にて有意に低下していることが判明した。またその内訳では理解、問題解決、記憶スコアで有意に低いスコアとなった (表 3)。

この結果から FIM 認知機能項目が内服自己管理可否の判断に有用である可能性が示唆された。そのカットオフ値を測定するために ROC 曲線を作成したところ、カットオフ値は 35 点満点となり AUC0.82、感度は 0.7、特異度 0.92 となった。

この結果をもとに、FIM 認知項目が 34 点以下は自己管理が難しい可能性があると判断し、内服自己管理アセスメントシート (図 1) を作成した。

(2) アセスメントシートの運用

アセスメントシートを利用した結果、内服自己管理可能群と評価された FIM 認知項目 35 点の患者は、30 症例中 24 症例 (80%) 存在し、34 点以下は 6 症例 (20%) であった。34 点以下の詳細は 31 点、32 点が各 1 例、33 点が 2 例、34 点が 2 例であった (表 4)。

実際 35 点だった 24 症例においては全例服薬自己管理可能であった。34 点以下の症例においても内服自己管理可能かどうかの検討を追加で行ってみたが、今回の判断は自己管理開始から退院までの間の可否とし 33 点の 1 症例 34 点の 2 症例の 3 症例は可能であったが、31 点、32 点、33 点の 1 症例の 3 症例は服薬自己管理が不可能であり、家族管理を依頼する結果となった。今回の検討では 34 点以下で独居 (一人暮らし) の症例は存在しなかった。

<考察>

患者を取り巻く医療環境は、在院日数の短縮や在宅医療へのパラダイムシフトなどの医療政策の変更、さらに個人の価値観の変化などによって、今まで以上に自宅での疾病コントロールが重要になってきている。その中で重要なウェイトを占める内服加療に関しても患者およびその家族がキープレイヤーとなっている。

急性期脳神経外科病棟である当病棟においては、その多くがリハビリテーション専門病院への転院の転機をたどることが多いが、一部ではあるが自宅退院可能な患者も存在しており、これらの患者の内服加療をどのように評価・指導していくかは重要な課題である。本研究では ADL を評価する FIM を用いて、その認知項目が内服自己管理可能かどうかの判断基準になりうると報告し、独自のアセスメントシートを作成した。これを用いて前方視的に観察したところ、35 点満点においては予想通り自己管理が可能であり、34 点以下においては 50% の患者で自己管理が出来なかったという結果が得られた。

過去に独自の評価法を使用し内服自己管理の評価方法を行っている報告も存在し²⁻⁵⁾、竹内ら²⁾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でアセスメントシートを作成しており、村橋ら³⁾は身体・認知機能以外も含む総合的アセスメントシートを、古里ら⁴⁾は本研究にかなり近い形で、FIM を使用しその中の排尿・排便・整容・記憶・社会交流の 5 項目にてアセスメントを、村岡は身体機能を中心としたアセスメントシートを作成している。しかしこれらの報告の中で、実際にそのアセスメントシートの有用性について言及した報告は少なく、村橋らがインシデント減少にアセスメントシートは有用ではなかったと報告している。本研究の特徴として、統計学的手法を用いて FIM の認知機能に着目しアセスメントシートを作成し、実際に運用してみた結果、35 点以上であれば 24 例全例で問題なく内服自己管理が行われていたことを確認し、34 点以下では 50% で自己管理不可能であったことで有用な検査法である可能性が示された。34 点以下の場合も自宅退院の方針であれば服薬自己管理は必須であるが、今回の研究結果からは 34 点以下で服薬自己管理を行う場合は 35 点の患者の場合より飲み忘れなど考えられ充分確認していく必要があること、できない可能性が高いと判断し関わるができるようになったと考える。そのため試みたができなかった、また、数日してから管理できていなかったことに気がつくことが無くなるなどの管理上の無駄を省くことが出来ると考えられる。

本アセスメントシートを使用した自宅退院患者への内服自己管理の可否判定はその有用性が示されたと考えているが、解決されていない問題点も多々あると思われる。その一つとして、医療者側が入院前の内服方法を把握しておらず、服薬指導に活かせなかったことから飲み間違えてしまうケースが存在した。これは今までとの管理方法に違いがあったことが原因と考えられた。これには入院前は 1 包化されておらず、シートの色や個数で認識している場合もあったなどが原因であると考えられ、個別に慣れているやり方で対応する必要があると考えられた。このように形態の変更やカレンダーの使用など入院前の管理方法と変更する場合には注意深く観察する必要があると考えられた。また今回の検討では症

例がなかったが、FIM34 点以下で、独居の患者の場合の内服管理をどのようにしていくかに関しては今後検討すべき重要な課題であると考えられる。また、年齢が高いということで看護師管理にしまいがちで行動が自立してからや退院が決まってから薬剤指導にかかり日数が充分確保できなかった事例もあった。これに関しては医師サイドとの連携を密にとり自宅退院可能な患者を把握し早期から介入することが必要と考えられた。また倉田⁶⁾の報告のように段階的服薬指導も有効である可能性があると考えた。

本アセスメントシートを使用することにより、看護サイドとしても、どの患者が内服自己管理が難しいのかの基準とすることが出来、その患者に対しては入院中に確認回数を増やすことや、指導方法の工夫、形態の変更や開封の工夫、リハビリにとり入れる等の共通した見解を持つことが可能になると考えられた。これは落合ら⁷⁾が指摘している「各看護師の経験や知識にのみ頼りケアの決定を判断するのではなく、それぞれの看護師の工夫とケアの視点を生かしながら統一したケアを提供することの必要性」と同じ考え方であると思われる。今後、入院前後の管理状況の確認、形態、ライフスタイルについて情報を得て、具体的な記録を残し情報を共有するなど看護師間でも意識を高めていくことにつながると考えられた。

<結論>

急性期脳神経外科病棟における、自宅退院患者の服薬自己管理のための看護支援において **FIM** の認知機能評価を用いた独自のアセスメントシートを作成し、その有用性と限界について検討した。34 点以下の患者においては、内服自己管理が不可能である症例が存在し、そのような患者に対しては早期から家族管理を含めたきめ細かい対応が必要であることが示された。

<参考文献>

- 1) 千野直一ほか. “脳卒中の機能評価－SIAS と FIM 〔基礎編〕”. 東京. 金原出版, 2012, 90-133
- 2) 竹内清華ほか. 内服自己管理に向けたアセスメントシートの作成. 看護研究発表論文集 録. 39, 2007, 101-104
- 3) 村橋千里ほか. 内服管理アセスメントシートの安全性の検討. 山口大学医学部附属病院看護部研究論文集. 85, 2010, 55-59
- 4) 古里恭子ほか. FIM を用いた脳卒中患者服薬自己管理練習開始へのアルゴリズム AIMS-F, Jpn J Compr Rehabil Sci. 4, 2012, 14-16
- 5) 村岡裕子. 患者のセルフケア能力を生かした服薬方法の選定. ブレインナーシング. 30 (1), 2014, 103-107
- 6) 倉田なおみ. 脳卒中に関するギモン. 薬局. 59 (8), 2008, 95-98
- 7) 落合香代子ほか. 認知障害のある脳血管障害患者の段階的服薬自己管理－指導を成功させる患者と看護師の要因－. 茨城県立医療大学紀要 92, 2004, 21-35

【図表説明】

表 1. FIM スコア

表 2. 2 群間での患者背景

表 3. 内服自己管理可能群と不可能群における FIM

図 1. 自己内服アセスメントシートとマニュアル

表 4. FIM を用いた内服自己管理可否

表1

運動項目 (91)	セルフケア(42)	A) 食事(箸、スプーン)	1-7
		B) 整容	1-7
		C) 清拭	1-7
		D) 更衣(上半身)	1-7
		E) 更衣(下半身)	1-7
		F)トイレ	1-7
	排泄(14)	G) 排尿コントロール	1-7
		H) 排便コントロール	1-7
	移乗(21)	I) ベッド、椅子、車いす	1-7
		J)トイレ	1-7
		K) 浴槽、シャワー	1-7
移動(14)	L) 歩行、車いす	1-7	
	M) 階段	1-7	
認知項目 (35)	コミュニケーション(14)	N) 理解(聴覚、視覚)	1-7
		O) 表出(音声、非音声)	1-7
	社会認識(21)	P) 社会的交流	1-7
		Q) 問題解決	1-7
		R) 記憶	1-7
合計			18-126

自立	7: 完全自立
	6: 修正自立
部分介助	5: 監視
介助あり	4: 最小介助
	3: 中等度介助
完全介助	2: 最大介助
	1: 全介助

表2

	A (N=25)	B (N=10)	P值
疾患(脳卒中罹患率)	68%	80%	0.7118
年齢	68.6 ± 12.2	72.1 ± 11.5	0.3545
性別(男性)	72%	80%	1.0000
自己管理指導日数	8.8 ± 5.9	7.9 ± 7.4	0.7229

表3

FIM	A (N=25)	B (N=10)	P值
運動項目合計	81.5 ± 6.2	82.4 ± 4.9	0.85
認知項目合計	34.8 ± 0.8	32.4 ± 3.1	< 0.01
理解	6.9 ± 0.2	6.7 ± 0.5	0.03
表出	6.9 ± 0.3	7 ± 0	0.36
社会的交流	6.9±0.2	6.7 ± 0.7	0.12
問題解決	6.9 ± 0.2	6.3 ± 1.2	0.02
記憶	7.0 ± 0	5.7 ± 1.9	< 0.01

図1

服薬自己管理アセスメントシート

患者氏名:	年齢: 歳	性別: 男・女
疾患名:	入院日: 平成 年 月 日	

入院時
/

入院前の服薬状況の確認

薬の管理方法:	本人	家族	病棟又は施設
1. 内服薬の飲み忘れの有無			
持参薬の残数にばらつきがある	有	無	
飲み忘れることがよくある	有	無	
2. 指示どおりの内服行動			
自己中断歴がある	有	無	
医師の許可なく、自己調節(時間、個数)していたことがある	有	無	

入院時
/

認知機能の評価

FIMの認知項目合計35点満点	☐
-----------------	--------------------------

↓
「認知機能の評価」にチェックがない場合は、下記の評価へ

身体機能の評価

○・×で評価

服薬自己管理前

1. 日常生活に支障をきたす程の視力障害の有無	
薬袋・分包紙の文字を読むことが出来る	
2. 内服動作障害の有無	
食事動作が出来る(口まで手が運べる)	
薬袋から薬を出すことが出来る	
分包紙をちぎって開けることが出来る	
3. 嚥下機能障害の有無	
食事を自分で食べることが出来る	
食事や飲水時、頻回にむせない	

↓
上記の項目に一つでも×がある場合、服薬自己管理困難と判断し、
看護師、薬剤師で管理方法を検討する。

【服薬自己管理アセスメントシートマニュアル】

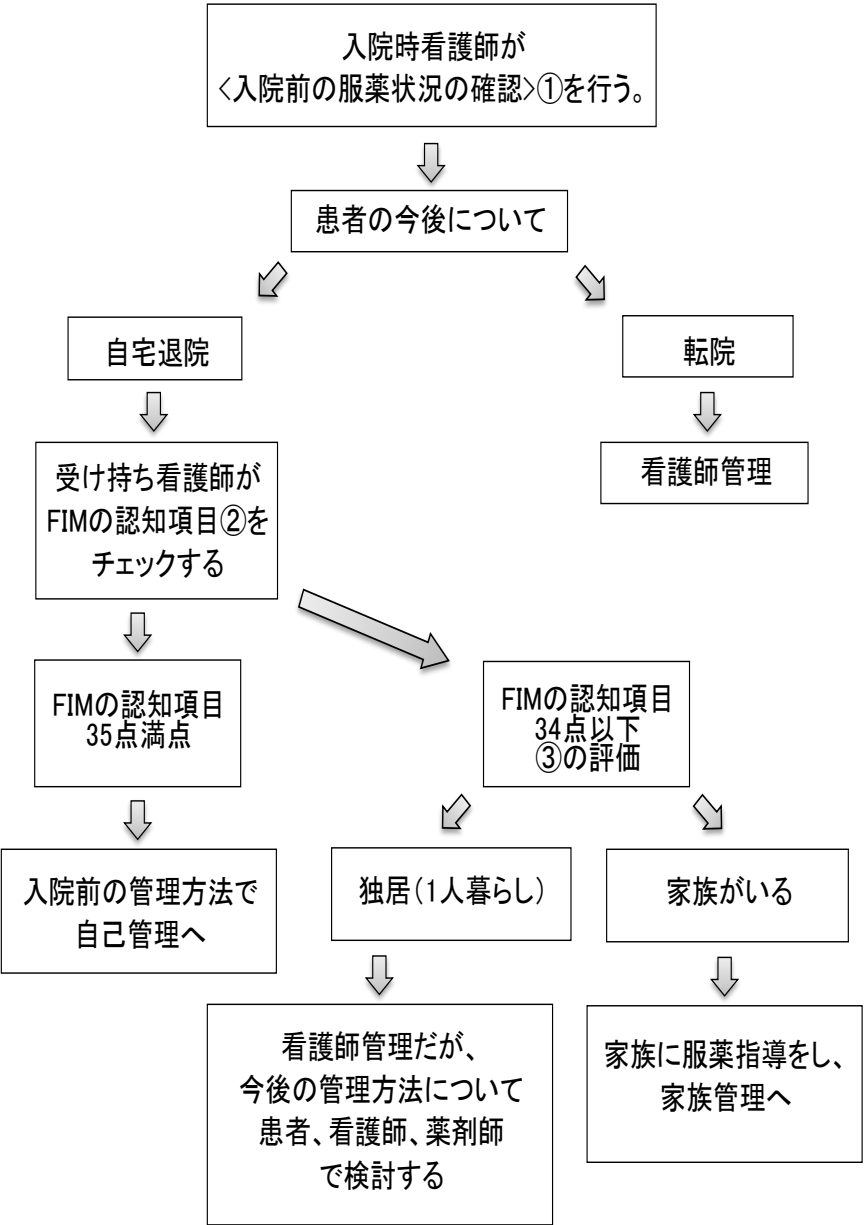


表4

FIMの点数	内服可能群	内服不可能群	合計
FIM 35点満点	24例	0例	24例
FIM 34点以下	3例	3例	6例