

看護研究へのご協力をお願い

私たち 3-2 病棟看護研究班では、本年度「内服管理選択 MAP 使用による内服アセスメントの定着ー内服自己管理患者のインシデントの割合を比較してー」というテーマで研究を行っています。当病棟では、内服管理方法の選択に関して、これまで看護師の主観で判断し、自己管理できる人でも手術等をきっかけに看護師管理のままになっていることがありました。平成 28 年度のインシデント数において、当病棟では内服によるインシデントが一番多かったことから、内服管理能力を評価し、患者に適した内服管理をすることが重要であると考えました。単に認知力等から内服管理方法を決めるのではなく、手足のしびれの有無等の身体的側面や自宅での支援を受けられるか等の社会的側面からも評価する必要があると考えました。

つきましては、当病棟の看護師の皆様を対象に、質問紙による調査と、内服管理選択 MAP を使用にご協力いただき、内服自己管理患者が正しく内服できていたかを調査するために研究を計画いたしました。

この研究は、本院の倫理審査委員会の承認を受け、病院長の許可のもとに実施しています。質問紙は無記名であり、データから個人が特定されることはありません。回答いただいた未然に防いだ内服間違いについての調査用紙の投函をもって本研究に対するご協力の承諾を得たものとさせていただきますことをご了承ください。

- 1.研究目的：内服管理選択 MAP を使用することで看護師が内服管理方法を評価でき、内服自己管理患者が正しく内服することができていたかを明らかにする。
- 2.研究対象：北海道医療センター3-2 病棟看護師
- 3.実施内容：①未然に防いだ内服間違いの調査用紙記載
②内服管理選択 MAP の使用（平成 29 年 12 月～平成 30 年 2 月）、MAP 使用中の飲み忘れチェックシートの記載
③内服管理選択 MAP 使用後のアンケート
- 4.研究協力について：
 - ・本研究への協力は自由意思によるものであり、強制するものではありません。研究への不参加による不利益等は一切ありません。
 - ・得られたデータは研究の目的以外には使用いたしません。研究に使用したデータは使用後に破棄いたします。
 - ・内服管理選択 MAP 使用にあたり、約 5～10 分程度のお時間をいただきます。
- 5.回答方法：ご回答いただいた調査用紙、アンケート用紙は個別に封筒に入れて封をし、指定の回収袋への投函をお願いいたします。

何かご不明な点がございましたら、以下の研究者にお知らせください。

研究実施者：北海道医療センター 3-2 病棟
鎌田 千賀子

未然に防いだ内服間違いの調査

1. 過去 1 ヶ月に内服自己管理患者の内服薬チェックをしたときに、「内服薬の飲み間違い」を発見したことはありますか？

①はい

②いいえ

*以下の質問より 1. で「①はい」と答えた方にお聞きします。「②いいえ」と答えた方は 1. への回答のみで提出してください。

2. それは過去 1 ヶ月の間に何件発見しましたか？

3. 具体的にどのような事例が簡単に記載してください。

4. その事例について病棟スタッフと情報共有ができるように、SOAP 記録を記載したり、カンファレンスで話合う等の対策はとりましたか？

①毎回記載もしくはカンファレンスを行った

②時々記載もしくはカンファレンスを行った

③1 回も記載もしくはカンファレンスを行わなかった

ご協力ありがとうございました。

3-2 病棟 鎌田

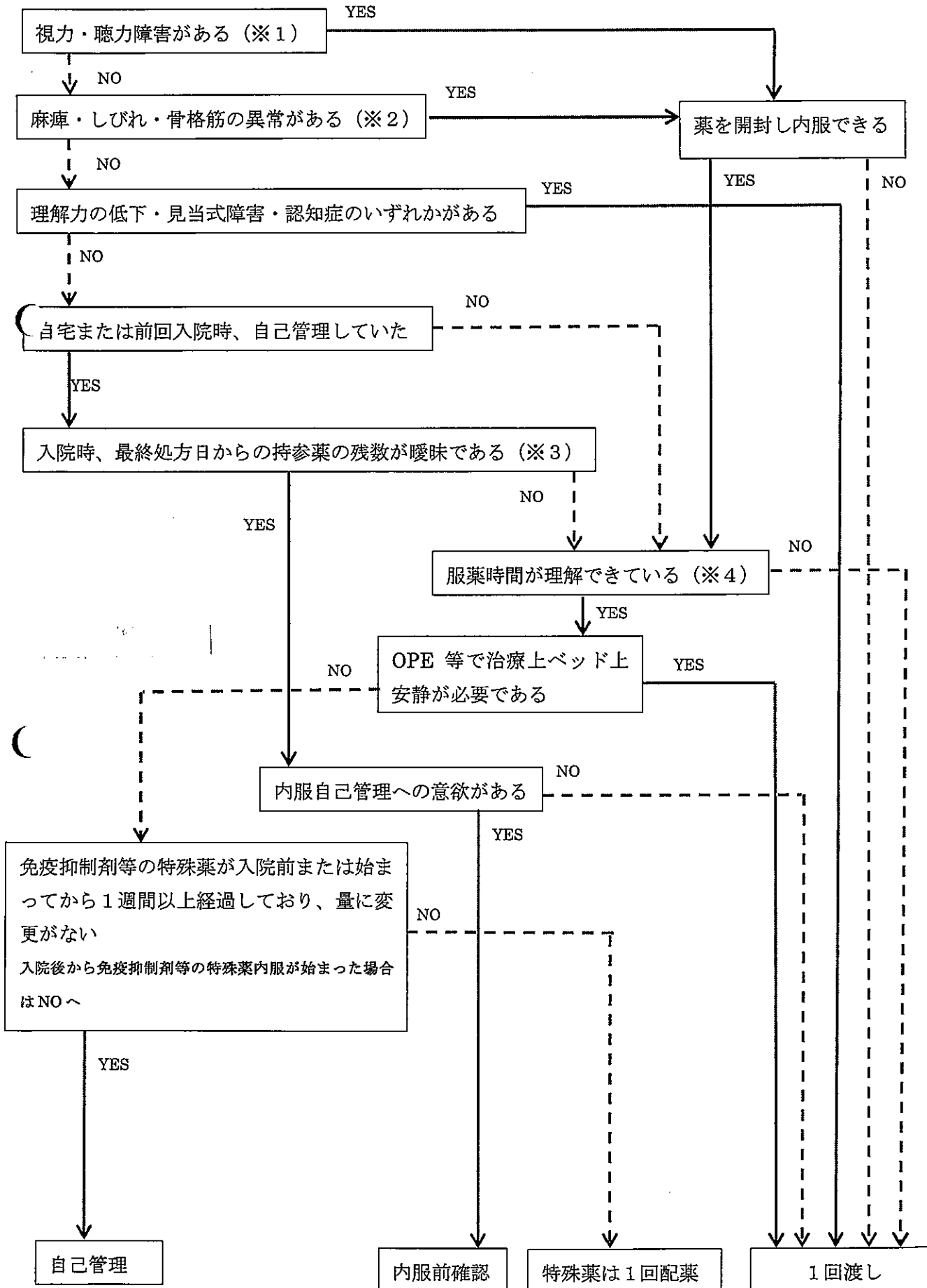
内服管理選択 MAP (入院時)

患者氏名：

評価日 月 日⇒次回評価日

☆矢印に従ってチェックしてください。

選んだ内服方法がどれかわかるように○で囲む等しるしをつけてください。



内服管理選択 MAP 判断基準

1.視力・聴力障害がある

- ・薬袋の文字が見えない、通常の声の大きさでは聞こえない⇒YES へ
- ・薬袋の文字が見える、通常の声の大きさが聞こえる⇒NO へ

2.麻痺・しびれ・骨格筋の異常がある

- ・両第 1～2 指でマル（OK サイン）を作ってもらい、①片手のみしかできない②マルがうまく作れない③手が震える場合（①では片麻痺・末しょう神経障害、②ではリウマチ・中枢神経障害、③ではパーキンソンニズムが考えられる）⇒YES へ
- ・第 1～2 指でマル（OK サイン）を作ってもらった時に、両手で震えることなくできる場合⇒NO へ

3.入院時、最終処方日からの持参の残数が曖昧である

- ・受診日の間隔の都合、処方変更など、残薬の理由を明確に言うことができる⇒NO へ

4.服薬時間が理解できている

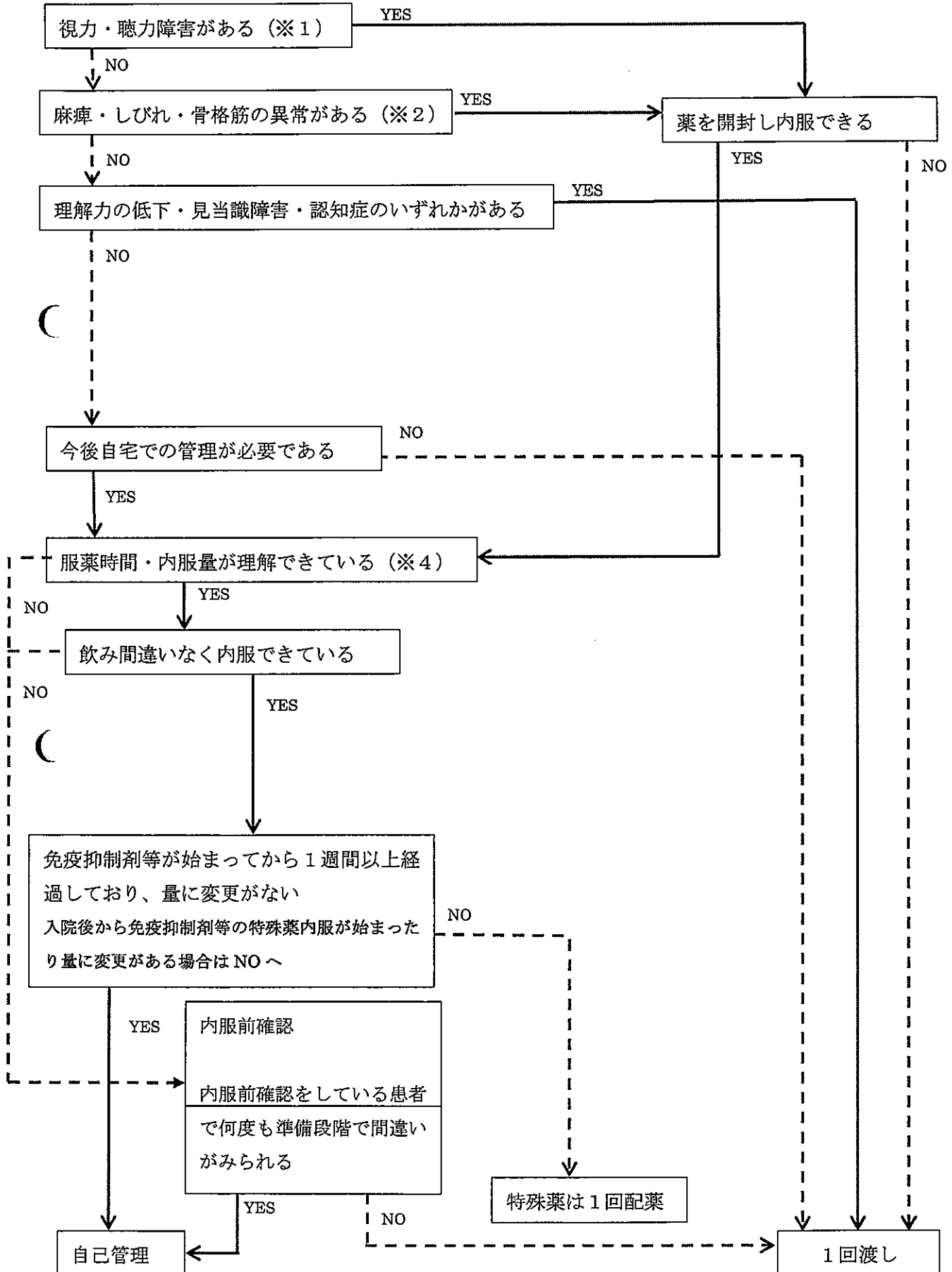
- ・「それぞれの服薬時間について教えてください」と質問し、食前・食後・食間・眠前の区別ができている⇒YES へ
- ・「それぞれの服薬時間について教えてください」と質問し、医師の指示と異なる時間を答えた場合⇒NO へ

内服管理選択 MAP (入院後継続用)

患者氏名：

月 日 ⇒次回評価日：

☆矢印に従ってチェックしてください。選んだ内服方法が分かるようにしるしをつけて行ってください。
(状態が変化したとき、内服間違いがあった時は必ず再評価してください。)



内服自己管理患者の飲み忘れチェックシート

日付	部屋番号/患者氏名	内容
例) 10月19日	32〇〇号室 〇〇〇〇さん	朝の薬チェック時にネキシウムのヒートがなく、本人に確認したところ飲み忘れがあった。
C		
C		

内服管理選択 MAP に関するアンケート

1. 経験年数（看護師経験年数）についてお聞きします。

- ① 1年目 ② 2～3年目 ③ 4年目～5年目 ④ 6年目以上

2. 内服管理選択 MAP を使用してみてどう思いましたか。

- ① 良かった ② どちらかという良かった ③ どちらかという良くなかった ④ よくなかった

3. 内服管理選択 MAP を使用してみた感想をお聞きします。（改善したほうがよいと思ったところ、使
（ 試してみてよかったと思ったところ、よくなかったと感じたところ等）

4. 今後、内服管理選択 MAP を継続して活用していきたいと思いませんか。

- ① 思う ② どちらかというと思う ③ どちらかというと思わない ④ 思わない

（
ご協力ありがとうございました。