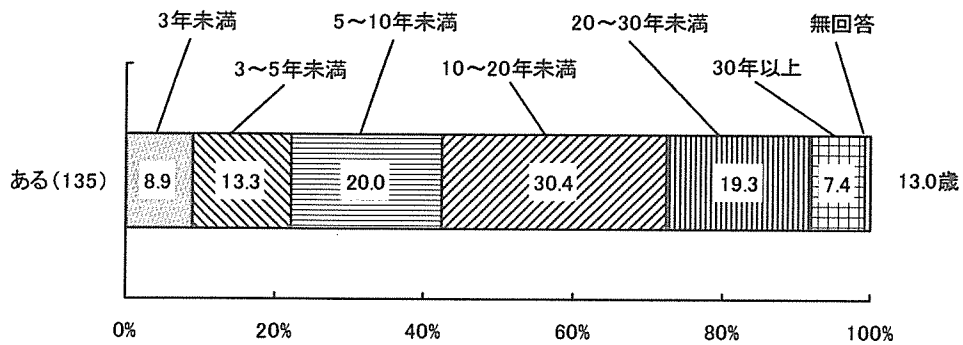


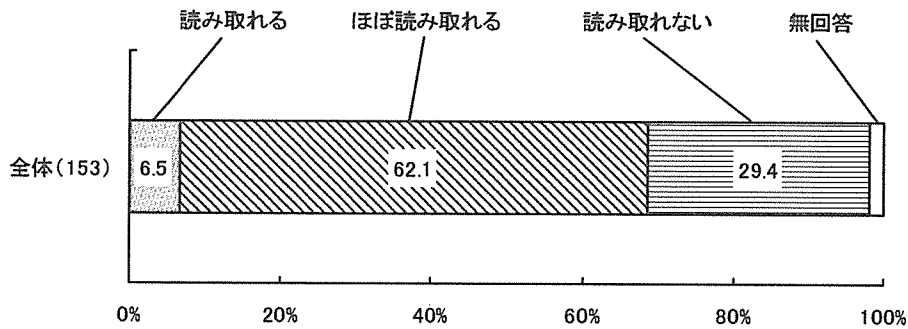
薬物処方に関心がある方の臨床経験年数



処方への関心が「ある」と回答した方の臨床経験年数の状況を見ると、「10年以上20年未満」が最も多く30.4%であった。「あまりない」と回答した方では「20年以上30年未満」が最も多く、37.5%であった。

看護者の薬剤処方への関心は新人から中堅にかけての時期は高いものの、臨床経験が20年以上と長くなると関心が薄れる傾向が見られる。

医師の処方意図の読み取り状況

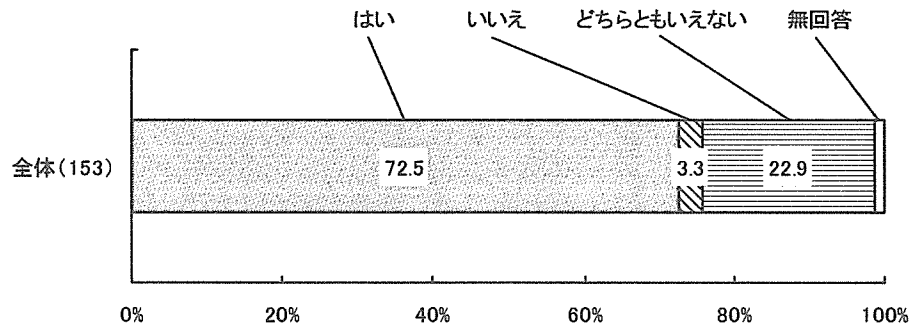


医師の処方の意図を読み取ることができるかについては、「読み取れる」が6.5%、「ほぼ読み取れる」が62.1%、「読み取れない」は29.4%となっている。この設問については、薬剤処方の把握と同じように「把握している」「読み取れる」という自信をもった回答は少ないものの、「ほぼ把握している」「ほぼ読み取れる」という回

答が最も多いという結果が出ている。

しかし、「読み取れない」と回答した方が3割近くもおり、処方への関心の有無との関係を見ると、関心がある方の26.7%が、関心がない方の50%が「読み取れない」と回答している。薬剤処方に関心があっても、医師の処方意図を読み取ることは容易ではないといえる。

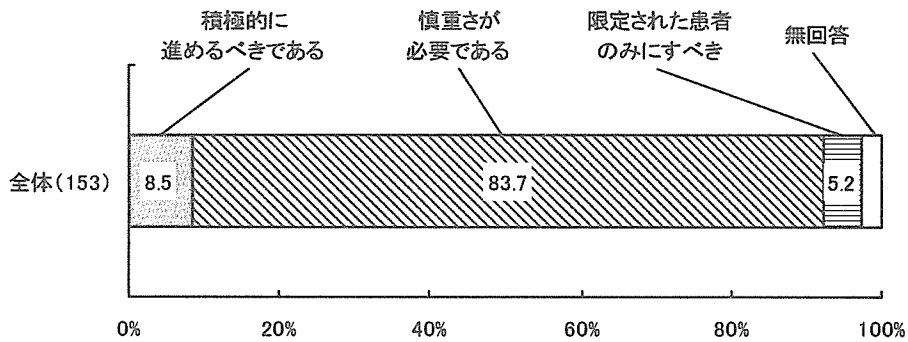
### 看護師の情報が処方に及ぼす影響



看護師の情報が処方に影響を与えているかについては「はい」が72.5%、「どちらともいえない」が22.9%、「いいえ」が3.3%で

あった。多くの看護師が、自分たちが行う情報提供の影響力を認識していると言える。

### 新規抗精神病薬への切り替えについて



新規抗精神病薬への切り替えについての看護師の回答は、「積極的に進めるべきである」が8.5%、「慎重さが必要である」が83.7%、「限定された患者のみとするべき」が5.2%であった。

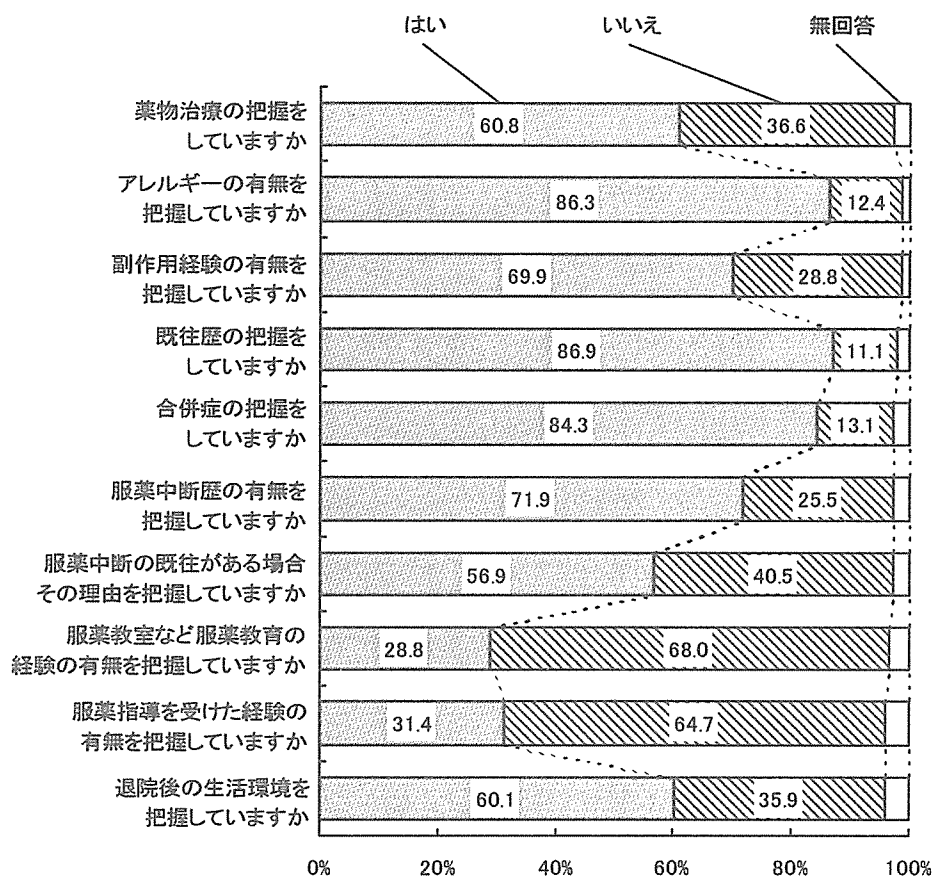
臨床経験年数別に見ると、年数が長くなるほど慎重な回答が増える傾向が見られた。また、処方に関心があると回答した方については「積極的に進めるべきである」が9.6%、「慎重さが必要である」が82.2%、「限定された患者のみとするべき」が5.9%であった。一

方、関心があまりないと回答した方は「慎重さが必要である」が100%であった。

看護師は、処方の変更によって患者の病状が大きく変化するという事態に、しばしば遭遇する。それが、病状の安定した患者が悪化する経験であったならば、看護師は処方の変更で慎重になる可能性が高くなる。新薬への切り替えについても同様のことが考えられ、看護師は自分の臨床経験を通して処方の変更については慎重に考える傾向があると推察される。

### 3) 急性期治療を開始した患者の情報収集

急性期治療を開始した時の患者の情報収集について



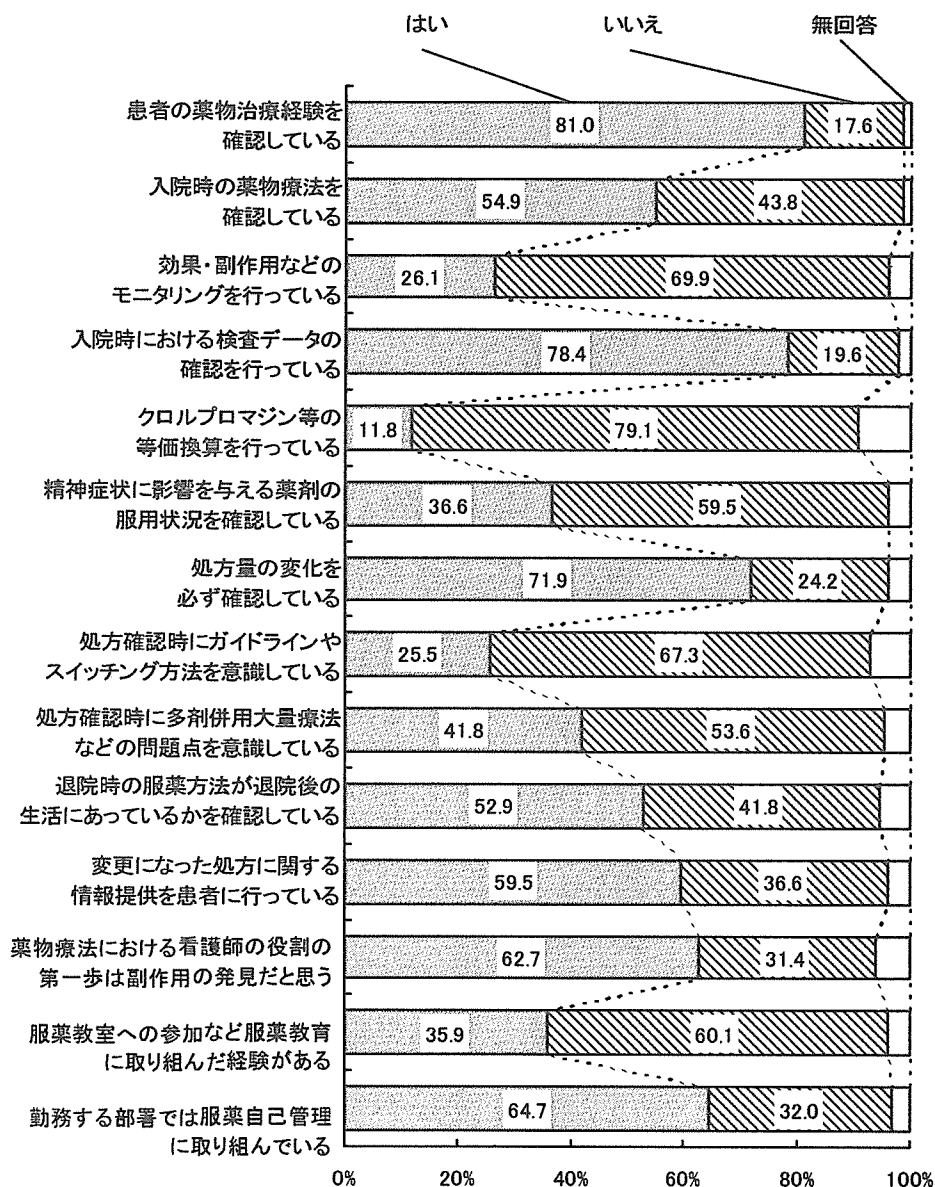
10 項目の情報についての収集状況を聞いたところ、「はい」の回答が多かったのは、既往歴とアレルギーの有無と合併症の項目でいずれも 8 割を超えている。それに対して、服薬教育の経験の有無と服薬指導を受けた経験の有無については「いいえ」が 7 割近くを占めている。服薬教育の経験については、処方に関心のある方の 31.9%、ない方の

6.3%しか把握できていない。

「はい」の回答が高い 3 項目は、カルテに記載されることの多い項目であり、看護者が意識して収集しなくても入手できる情報である。急性期治療開始時に、看護者によって薬物療法に関する情報収集は積極的に行われていない実態があると推察される。

#### 4) 薬物療法における看護

薬物療法における看護について



薬物療法における看護として該当するものについての設問では、「はい」が最も多いのが「患者の薬物治療経験を確認している」が81.0%、次いで「入院時における検査データの確認を行っている」が78.4%、「処方量の変化を必ず確認している」が71.9%であった。一方、「いいえ」については「クロルプロマジン等の等価換算を行っている」が79.1%、「効果・副作用等のモニタリングを行っている」が69.9%、「処方確認時にガイドラインやスイッチングの方法を意識して

いる」が67.3%であった。

つまり、患者の薬物療法経験や入院時の検査データ、処方量の変化についての確認は7割以上の看護師が薬物療法における看護として認識し行っているが、クロルプロマジン等の等価換算や効果・副作用等のモニタリング、処方ガイドラインやスイッチング方法を意識しての処方の確認については、7割以上の看護師が薬物療法における看護と認識していないという結果が出ている。

処方への関心の有無別に見ると、「クロルプ

ロマジン等の等価換算を行っている”については、関心がある方の77.0%が、あまりない方の100%が「いいえ」と回答している。“効果・副作用等のモニタリングを行っている”についても、関心がある方の68.1%が、関心のあまりない方の93.8%が「いいえ」と回答している。処方への関心があっても、クロルプロマジン等の等価換算や効果・副作用のモニタリングは看護の役割として認識されていないという結果が出ている。

しかし、“薬物療法における看護師の役割の第一歩は副作用の発見だと思う”について「はい」の割合は62.7%と高くなっており、モニタリングの回答と矛盾が見られる。これについては、モニタリングを日常的な観察ではなく厳密なものとして捉えた可能性が考えられる。

この他に、“勤務する部署では服薬自己管理に取り組んでいる”に「はい」が64.7%であるのに、“服薬教室への参加など服薬教育に取り組んだ経験がある”に「はい」と回答した割合は35.9%であった。服薬教育に取り組んだ経験は、処方に関心のある方が、あまりない方よりも多いという結果が出ているものの、薬物療法に関する教育的活動に看護師が参加する機会が多くないことがわかる。それぞれの設問の中の自由記載についてみると、7. 処方量の変化を確認する時に

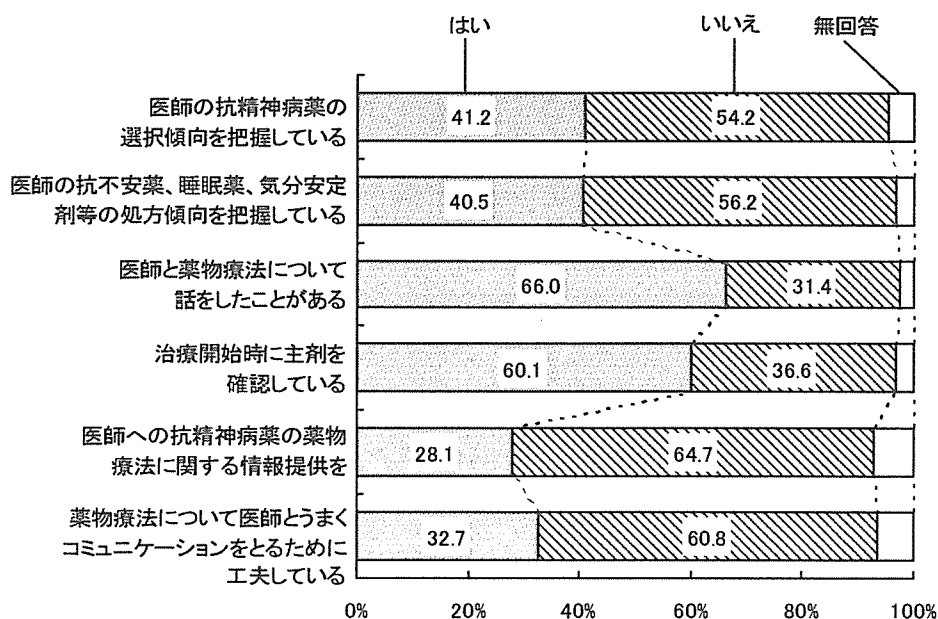
については、病棟での診察に立会い、医師から処方変更の指示を直接受ける看護師は、医師が処方の変更を行った時に確認するという回答が最も多かった。また、指示を直接受けなかった看護師でも、勤務交替の際の申し送りの中で処方変更の情報を確認することができている。この他にも、処方箋と薬を照合する作業の中で確認する場合もあり、全ての看護師が処方変更をタイムリーに確認していることがわかった。

11. 変更になった処方に関する情報提供を患者に行う時については、処方変更の指示を受けたすぐ後という回答も多く、診察場面で医師が患者に説明した後に再度補足説明を行う看護師も少なくなかった。あとは、変更になった薬を患者が服用する際に説明したり、患者の希望や質問に答える形で説明する場合もあった。

12. 見逃してはいけない副作用については、悪性症候群を上げた看護師が最も多かった。これは、生命に危険を及ぼす重篤な副作用であり、早期発見早期治療が必要であるためと考えられる。次いで、アカシジア、ジスキネジア、錐体外路症状といった患者にとって不快な副作用が、多く上げられていた。そして、便秘、イレウスといった看護師の観察やケアによって早期発見や症状の緩和が見込まれる副作用も多く上げられていた。

## 5) チームの医師との関係

チームの医師との関係について



チームの医師との関係について該当する項目についての設問では全ての項目で低かったが、特に“医師への抗精神病薬の薬物療法に関する情報提供を行っている”が28.1%、“薬物療法について医師とうまくコミュニケーションをとるために工夫している”が32.7%と低かった。最も高い項目は“医師と薬物療法について話したことがある”が66.0%、次いで“治療開始時に主剤を確認している”が60.1%であった。

処方への関心の有無別に見てみると、“医師への抗精神病薬の薬物療法に関する情報提供を行っている”について「はい」と答え

た割合が、関心のある方は31.1%、あまりない方は6.3%と大きく違っている。

これまでの設問の回答から、薬物療法における看護者の役割意識が見えてくる。看護者は自らの情報が処方に影響を与えていると認識していながら、処方量の変化や治療開始時の主剤の確認は行うものの、医師に対して薬物療法に関する情報提供は積極的には行わない。つまり、情報提供という直接的関与ではなく、把握や確認という間接的関与が薬物療法における看護者の役割であると認識していると考えられる。

## 6) 医師の処方

医師のイメージについて、項目ごとに「いつも (+5)」「しばしば (+4)」「ときどき (+3)」「たまに (+2)」「めったにない (+1)」で回答してもらい、その平均を一覧表にした。

1) 医師はコメディカルスタッフの強い要望があれば、抗精神病薬を増量する。もしくは減量しない。	3.13
2) 医師はコメディカルスタッフの強い要望があれば、抗精神病薬を減量する。もしくは増量しない。	3.06
3) 医師は患者の強い要望があれば、抗精神病薬を増量する。もしくは減量しない。	3.08
4) 医師は患者の強い要望があれば、抗精神病薬を減量する。もしくは増量しない。	3.04
5) 医師は家族の強い要望があれば、抗精神病薬を増量する。もしくは減量しない。	2.64
6) 医師は家族の強い要望があれば、抗精神病薬を減量する。もしくは増量しない。	2.68
7) 医師の十分な説明でも患者や家族の不安が強いために処方の最適化が進みにくいことがある。	2.79
8) 医師は薬物の相互作用・副作用、薬理学的プロフィールを常に考慮して抗精神病薬を処方する。	3.88
9) 医師は抗精神病薬の副作用を考えて定期的に医学的諸検査を患者に実施している。	3.96
10) 医師は処方した薬が合計でいくらになるかだいたい理解して処方している。	3.39
11) 医師は薬価の高い薬を1つ選ぶより薬価の安い薬を組み合わせる。	2.42
12) 医師は副作用が目立つ場合、多少陽性症状があれば薬は減量・変更しない。	2.50
13) 医師は無気力・不活発といった症状が目立つ場合、多少陽性症状があれば薬は減量・変更しない。	2.66
14) 医師は興奮や幻覚妄想が目立つ場合、多少副作用があっても薬は増量する、もしくは減量しない。	3.08
15) 医師は患者の症状がしばらく安定している場合、前医の処方不適切でも減量・変更しない。	2.82
16) 医師は患者を鎮静する場合、抗精神病薬以外の薬も考慮する。	2.97

17) 医師は処方した抗精神病薬が無効だった場合、統合失調症の診断を症例検討会などで再検討する。	2.59
18) 医師は同僚もしくはコメディカルスタッフと診断や治療について定期的に話し合う。	2.86
19) 医師は抗精神病薬を処方する場合、自分の経験よりもエビデンスを重視する。	2.84
20) 医師は抗精神病薬処方の最適化を試みた場合、よい結果を出すことができる。	3.15
21) 医師は治療ガイドラインやアルゴリズムを信頼して統合失調症患者を診察している。	3.12
22) 医師は今まで使用したことのない薬を使う場合、RCTやメタアナリシスなどの情報を集める。	3.17
23) 医師は今まで使用したことのない薬を使う場合、製薬会社からの情報を頼りにする。	3.35
24) 医師は今まで使用したことのない薬を使う場合、同僚や先輩の意見を頼りにする。	3.39
25) 医師は精神運動興奮、幻覚妄想など標的症候別に処方を変えて抗精神病薬を使用する。	3.47
26) 医師は副作用を避けるためにはいくつかの薬を少量ずつ使う。	3.06
27) 医師はあらかじめ抗パーキンソン病薬や睡眠薬、抗不安薬を抗精神病薬に組み合わせて処方する。	3.63
28) 医師は患者や家族が薬の増量を希望した場合、薬を増量する前に心理教育・精神療法を行う。	2.91
29) 医師は患者や家族が薬の増量を希望した場合、しばらくの間経過を観察する。	3.20
30) 医師は患者や家族に十分な説明をして信頼関係を作ってから投薬することを意識している。	3.06
31) 医師は処方箋を書き換えるのが大変なため処方の変更をしない。	1.75
32) 医師は担当患者数が多すぎるため自分の処方を再検討する時間が十分でない。	2.56
33) 医師は病棟の構造やスタッフの配置を考えて抗精神病薬を増量もしくは変更・減量しない。	2.17
34) 医師は複数の内容の薬を組み合わせた合剤や約束処方、習慣処方を使用する。	2.68
35) 医師は在院日数の制約を意識して早期に鎮静をかけるために抗精神病薬を増量する。	2.47
36) 医師は治療効果不十分で薬を変更する際、今まで効果のなかった抗精神病薬は漸減・中止する。	3.40
37) 医師は患者が幻覚や妄想を呈している場合、併用薬もしくは抗精神病薬自体の副作用を考慮している。	3.54
38) 医師はクロザピンがあれば副作用に十分配慮しつつ処方内容変更を行おうと思っている。	3.29
39) 医師は抗精神病薬の保険適用上限が不十分なため上限にて効果がなければ他の薬を上乗せする。	2.81
40) 医師は統合失調症患者が頑固な不眠を訴えた場合、少量の抗精神病薬を使用する。	3.20
41) 医師は統合失調症患者が病院よりも地域で生活を送ることを意識して抗精神病薬の処方を考える。	3.39
42) 医師は精神的な診断が未確定の場合、とりあえず抗精神病薬を含め種々の薬を使ってみる。	3.04
43) 医師は初診時の幻覚妄想や興奮の程度が強ければ普段の量より多い量の抗精神病薬を使用する。	3.12
44) 医師は抗精神病薬の変更や減量の方法を十分検討した上で計画	3.41

的に行う。	
45) 医師には抗精神病薬を変更・減量することでは患者の人生は変えられないという諦めがある。	2.33
46) 医師は抗精神病薬種類だけではどうしても治療がうまくいかない症例と出会うことがある。	3.48
47) 医師は病院の収益を優先するために投薬量を多くすることがある。	1.74
48) 医師は診療報酬 10%逡減のルールを意識しながら処方を行っている。	2.32
49) 医師はコメディカルスタッフの投薬ミス危険性や患者の服薬ミスの可能性に配慮して処方する。	2.47
50) 医師は抗精神病薬の変更を行う場合、家族や普段生活に関わるスタッフの情報を参考にする。	3.42

項目 5) 6) 7) については平均が 3 以下となっており、医師は家族の要望によって処方を変更することは少ないと看護師は考えている。

項目 8) 9) については平均が 3 以上となっており、医師は相互作用や副作用等を常に考慮して処方しており、副作用を考えて定期的検査を実施していると看護師は考えている。

項目 10) 11) については、医師は薬価について理解しているものの、薬価の安い薬を組み合わせることは少ないと看護師は見ている。つまり、医師は新薬への切り替えには消極的で多剤処方を行うことが多いという印象を看護師はもっていると言える。

項目 12) 13) の項目については、医師は副作用が目立つ場合には処方の変更を行い調整を図る場合が多いと看護師は見ている。

項目 17) 18) については、医師は症例検討会やコメディカルスタッフとの話し合いへの参加にはあまり積極的でないとして看護師は感じている。

項目 23) 24) については、医師は使用経験のない薬を使用する際には製薬会社からの情報や同僚・先輩から情報収集することが多いと看護師は見ている。

項目 25) 27) については、医師は症状に合わせたり、副作用止めとして数種類の薬剤を組み合わせることは多いと看護師は感じている。

項目 31) 32) については、処方箋を書き換えるのが面倒だという理由で処方変更しない医師は少ないと看護師は考えている。しかし、医師は担当患者数が多すぎるため処方の再検討する時間が不十分な状況であるという印象をもっている。

項目 33) 34) 35) については、医師は病

棟構造やスタッフ配置によって処方を変更することや約束処方や習慣処方を多用することは少なく、在院日数を意識しての大量処方を行うことは少ないと看護師は見ている。

項目 36) 37) 38) については、医師は治療効果や副作用の出現に考慮して使用する薬剤を少なくしようと考えているという印象を看護師はもっている。

項目 41) については、医師は患者が早期に退院するために処方を考えていると看護師は感じている。

項目 45) については、医師は処方によって患者の回復や人生へのよい影響があると考えており、薬物療法に期待する傾向があると看護師は考えている。

項目 47) 48) については、医師は病院の収益や診療報酬上の制約を考慮して処方することは少ないと看護師は感じている。

項目 49) 50) については、医師は処方変更の際には家族やスタッフからの情報を参考にしているものの、コメディカルスタッフの投薬ミスや患者の服薬ミスに配慮した処方を行わない傾向にあると看護師は見ている。

参考までに、上記の看護師の回答と同じ設問による医師を対象とした調査の回答(平成 19 年 1 月 26~27 日の薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会にて報告)を比較してみると、両者の回答で特徴的傾向が見られた項目がいくつかあった。

項目 10) では、処方している薬の合計金額を理解して処方しているか否かについて医師の意識と看護師の印象が逆の傾向を示しており、医師は処方薬の金額を意識していない傾向が強いが、看護師は医師は金額を理解した上で処方しているという印象をもっていた。また、項目 11) では 6 割以上の医師が「めったにない」と回答しており、薬価によって処方を考慮することはないという意識が、看護師の印象より医師の方が強かつ



た。

項目 17) については、医師・看護師ともにほぼ同じ傾向の回答が得られており、処方に関して事例検討会で再検討することは少ないという結果が出ている。それに対して項目 18) では医師の意識と看護師の印象が若干異なっており、診断や治療について医師とコメディカルスタッフが定期的に話し合う機会について医師は比較的多いと感じているが、看護師はそれほど多くないと感じている。

項目 26) の“医師は副作用を避けるためにはいくつかの薬を少量ずつ使う”については、「めったにない」と回答した医師が 8 割近くいたのに対して、看護師の印象はばらばらしている。

項目 30) の“患者や家族に十分な説明をして信頼関係を作ってから投薬することを意識している”については、医師の 7 割以上が「いつも」「しばしば」行っていると回答したのに対して、看護師は「ときどき」と回答した方が最も多く、看護師は医師の患者・家族との信頼構築のための働きかけを十分だとは評価していないことがわかる。

項目 44) については、医師の 7 割近くが十分な検討を行ったうえで計画的な処方変

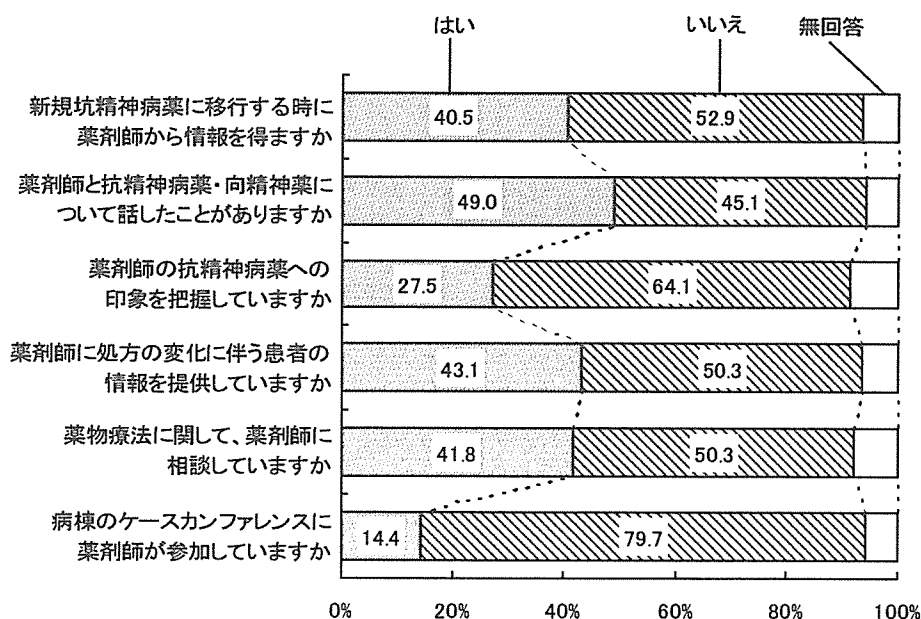
更を行っているとは回答したのに対して、看護師の半数近くが「ときどき」と回答しており、医師の意識と看護師の印象に差がある。

項目 47) の“医師は病院の収益を優先するために投薬量を多くすることがある”については、100%の医師が「めったにない」と回答している。それに対して、看護師は「めったにない」と回答した方は半数であった。また、項目 48) の処方に際して診療報酬上の規制を意識しているかについては、6 割以上の医師が「めったにない」と回答したのに対して、看護師の「めったにない」という回答は 2 割程度に止まっている。

項目 50) の処方変更の際に家族やスタッフの情報を参考にするか否かについては、「いつも」「しばしば」と回答した医師が 8 割もいたのに対して看護師は 3 割強であり、看護師の 4 割強は「ときどき」と回答している。2-4) の設問で看護師の情報が医師の処方に影響を与えていると回答した看護師は 7 割ほどおり、情報提供の影響力を認識している看護師は多いものの、医師に対して処方変更の際に情報収集を積極的に行っているとは言えないと考えていることがわかる。

## 7) チームの薬剤師との関係

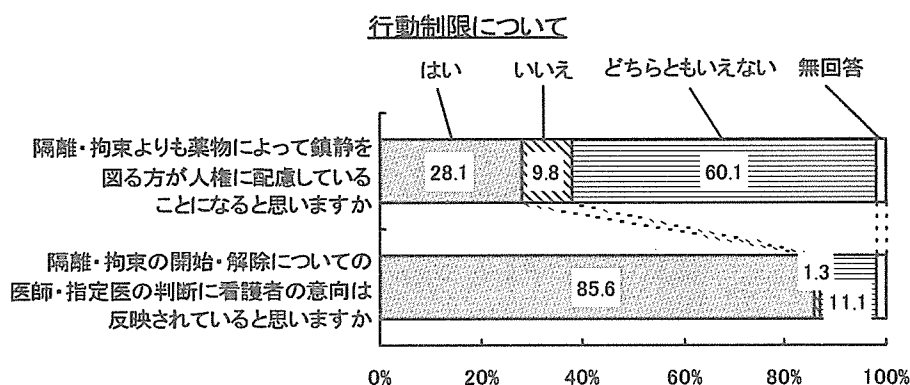
チームの薬剤師との関係について



チームの薬剤師との関係については、全ての項目が低い傾向であった。「はい」が最も多い項目は“薬剤師と抗精神病薬・向精神薬について話したことがありますか？”で

49.0%であった。最も少ない項目は“病棟のケースカンファレンスに薬剤師が参加していますか？”で14.4%であった。

## 8) 行動制限について



隔離・拘束よりも薬物によって鎮静を図る方が人権に配慮していることになると思うか？の設問に、「はい」が28.1%、「いいえ」が9.8%、「どちらともいえない」が60.1%であった。

隔離・拘束の開始・解除についての医師・指定医の判断に看護者の意向は反映されていると思うか？の設問に、「はい」が85.6%、「いいえ」が1.3%、「どちらともいえない」が11.1%であった。

隔離・拘束を少なくするために必要なこと

については、128票のコメントがあった。マンパワーの確保に関する意見が多いと予想していたが、インフォームドコンセントや、十分な観察や的確な判断といったケアの有効性を高める関わりが必要というコメントが最も多く、55票であった。効果的な薬物療法に対する期待も高く、薬剤処方 of 適正化等のコメントが34票あった。次いで、マンパワーの充実が27票、アメニティの充実等の環境の整備が12票であった。

## 9) - 1 シナリオ1の入院時の処遇と投薬方法

### ① 入院時の処遇

- 9 (きわめて適切) 8 (通常は適切) 7 (通常は適切)  
 6 (どちらともいえない) 5 (どちらともいえない) 4 (どちらともいえない)  
 3 (通常は不適切) 2 (通常は不適切) 1 (極めて不適切)

(数字は%)

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	NA	平均値
身体拘束を用いる	4.6	5.2	11.8	7.2	11.1	3.3	5.9	9.2	30.7	11.1	3.44
隔離を用いる	30.1	20.3	19.0	3.3	5.9	5.9	1.3	3.3	2.0	9.2	6.50
個室で治療を行う	16.3	6.5	7.8	13.1	11.1	11.8	9.8	6.5	6.5	10.5	4.85
大部屋で治療を行う	1.3	0	0	2.0	3.3	2.6	7.2	17.6	55.6	10.5	1.63

処遇については、“身体拘束を用いる”では「極めて不適切」が最も多く30.7%であった。“隔離を用いる”では「通常は適切」が最も多く39.3%であった。“個室で治療を行う”では「どちらともいえない」が36.0%で

あった。“大部屋で治療を行う”では「極めて不適切」が最も多く55.6%であった。平均値を見ると、“隔離を用いる”が最も高く6.50、“大部屋で治療を行う”が最も低く1.63という結果が出ている。

## ② 投薬方法

9 (きわめて適切) 8 (通常は適切) 7 (通常は適切)  
 6 (どちらともいえない) 5 (どちらともいえない) 4 (どちらともいえない)  
 3 (通常は不適切) 2 (通常は不適切) 1 (極めて不適切)

(数字は%)

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	NA	平均値
強制的に持続点滴静注を行う	5.9	1.3	7.2	9.8	5.9	5.2	9.2	14.4	28.8	12.4	3.08
強制的に静注を行う	4.6	5.2	10.5	6.5	5.2	10.5	11.8	13.1	19.6	13.1	3.44
強制的に筋注を行う	9.2	15.7	29.4	10.5	10.5	5.2	2.0	3.3	2.6	11.8	5.65
強制的に経口投薬を行う	7.2	3.3	10.5	12.4	13.7	7.2	11.8	9.8	14.4	9.8	4.05
内服について30分以上説得する	10.5	10.5	11.1	9.2	9.8	10.5	10.5	7.8	5.9	14.4	4.54
投薬せずに経過をみる	0.7	0.7	5.2	5.2	8.5	5.9	10.5	14.4	37.9	11.1	2.43

投薬方法については、“強制的に持続点滴静注を行う”では「極めて不適切」が最も多く28.8%であった。“強制的に静注を行う”では、かなりバラツキがあるものの「極めて不適切」が最も多く19.6%であった。“強制的に筋注を行う”では、「通常は適切」が最も多く29.4%であった。“強制的に経口投薬を行う”ではバラツキが大きかったが、「極めて不適切」が最も多くて14.4%であった。

“内服について30分以上説得する”は更にバラツキが大きく、「通常は適切」が最も高かったものの11.1%であった。“投薬せずに経過をみる”では「極めて不適切」が最も多く37.9%という結果が出ている。投薬方法については、平均値を見てもわかるように、入院時の処遇よりも意見が分かれている。

## (6) 結論と今後の課題

今回の調査対象となった急性期治療に携わる看護師は、薬物療法に対する関心が高く、処方内容の確認や処方変更の把握に努め、迅速に対応している実態が明らかになった。しかし、調査結果を詳細に見ていくと、いくつかの問題があることがわかった。

薬物療法における看護については、入院時の処方内容や薬物治療経験などの患者の薬物療法に関する情報収集は看護師の役割であると認識して積極的に行っているが、効果・副作用のモニタリングやクロルプロマジン等の等価換算、多剤併用大量療法の問題意識などの認識は低かった。また、医師と薬物療法についての話をすることはあっても、看護師の立場からの薬物療法に関する情報提供はあまり行っていない。つまり、薬物療法に関して、看護師は受身的で、積極的な役割の遂行が行えていない現状があることが明らかになった。

その原因の1つとして、医師とのコミュニケーション不足があげられており、今後の改善が求められる。また、薬剤師のカンファレンスへの参加率が低いという実態もあるため、患者の薬物療法に関わる専門職としてそれぞれの立場で、医療チームの中でのコミュニケーションを積極的に図る場をもつことが必要であると考えられる。

今後、看護師が薬剤処方最適化のために効果的に機能していくためには、もう少し積極的に薬物療法に関わる姿勢が求められる。そのための方策について、調査結果の中いくつか示されている。まず、定期的な勉強会に参加するなど看護師が薬物療法の正しい知識を学習する場をもつことである。そして、ケースカンファレンスなど処方に関する医師の考えを聞く機会をつくることである。また、薬物療法に関するわかりやすいガイドラインなど薬物療法に関する情報共有のための工夫の必要性もあげられていた。

以上、薬物療法に対する看護師の意識を明らかにして問題点や課題について述べてきたが、これらを解決し薬剤処方最適化を進めていくためには、医師・薬剤師・看護師といった薬物療法に関わる専門職種がそれぞれに努力や工夫を行うのではなく、相互のコミュニケーションの改善を中心にチームで取り組むことが効果的であると考えられる。本研究は、看護師による退院促進の活動がどのように業務の中で機能しているのかを明らかにして、今後の診療報酬に組み込むことを目的とした。退院促進の観点からパスとカンファレンスに着目し、研究報告や文献、学会発表について検索した。その結果、パスについては妥当性や問題点についての報告は

なされているが、それらの研究からは退院促進機能を充実強化するための要件としての経済性を示唆する研究は、まだ蓄積されていない段階であった。

今後は、多くの病院で退院促進活動として実施されている退院支援カンファレンスのあり方や、日本精神科看護技術協会の精神科認定看護師養成コースとして始まった「ディスチャージプランナー養成研修会」修了者の評価などから、退院促進に関する今後の課題を明らかにしていきたい。また、診療報酬上の看護料の算定要件の1つになっている「看護必要度」の精神科分野での導入をも視野に入れることも必要であると考えられる。

<引用参考文献>

- 1) 橋本喜次郎：クリニカルパスによる急性期統合失調症治療－BPRSと薬物療法などの解析－，精神医学，第46巻第7号，2004. 医学書院
- 2) 橋本喜次郎：クリニカルパスによる救急病棟運営と薬物療法，臨床精神薬理，Vol.6 No.12，2003.
- 3) 平成13年度国立病院・療養所共同基盤研究報告書「精神科急性期看護プランの標準化－精神科クリティカルパスを導入して 第三報クリティカルパスの検証－」：国立肥前療養所共同研究班 平成13年
- 4) 退院調整チームにおける看護師の役割と機能：社団法人日本精神科看護技術協会 2004年度ディスチャージプランナーナー養成支援事業テキスト編集委員会，2005

－精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究－

## 精神科における薬剤処方・行動制限最適化に関する研究

分担研究者 伊藤 弘人

国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長

**研究要旨**：我が国の精神科救急・急性期治療において、その実施方法にばらつきがあると考えられる抗精神病薬の処方と行動制限を取り上げ、これらの治療法の実態を調査し現状を把握することを目的とした。**研究方法**：精神科救急および急性期を担当する医師・薬剤師にアンケート調査を行った。**結果および考察**：医師を対象とした調査では薬剤の処方態度および身体拘束の適切性の判断についてはばらつきが認められた。また薬剤師を対象とした調査では、精神科急性期に関わりたい、また関わる必要があると多くの薬剤師が考えながらも実際にそれを実現させるためにはマンパワー不足やチーム医療におけるコミュニケーションなど課題があることが示唆された。**まとめ**：本研究結果によって、我が国における薬剤処方と行動制限の実態の一端を把握することができた。今後はこれらの最適化および標準化が課題である。来年度以降 WEB 上に薬剤処方を共有できるシステムを用いた薬剤処方最適化のためのプロジェクトも予定している。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
野田 寿恵	NTT 関東病院精神科 医師 国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部 協力研究員
藤田 純一	神奈川県立精神医療センター 荻香病院 医師
三澤 史斉	山梨県立北病院 医師
馬場 寛子	明照会常磐病院薬局主任 薬剤師

## A. 研究目的

平成 18 年度診療報酬改定でも鮮明となった通り、近年の我が国の精神保健福祉は医療においては、より救急・急性期治療に特化し、その

後の慢性期は可能な限り福祉の領域でサポートするという大きな流れの過渡期にある。このような状況下で精神科医療現場においては特に救急・急性期の患者に対する医療の質の向上が喫緊の課題の一つと言えよう。

そこで本研究では、従来から精神科救急および急性期治療においてその実施方法にばらつきがあると考えられ、患者の治療期間内の QOL や予後に甚大な影響を与える多剤大量薬物療法と行動制限を取り上げ、これらの治療法に関する多職種の視点から最適な在り方はどのようなものであるのか、また最適と思われる治療を標準的に実施するためにどのような工夫が必要であるのかを検討することを目的とする。

## B. 研究方法

本分担研究は、(1) 行動制限および、(2) 薬剤処方最適化に関する研究から構成されている。

わが国で診療報酬上の精神科救急入院料病棟を取得もしくは取得予定である 25 ヶ所、および急性期治療病棟 187 ヶ所に対して、本研究への協力をかねた研修会と会議への参加を依頼した。その結果精神科救急入院料病棟 21 病棟および精神科急性期治療病棟 28 病棟から協力可能な回答を得た。実務的に運営可能な規模を考慮し、今年度は精神科救急入院料病棟との研修会・会議を実施し、精神科急性期治療病棟については本年度は郵送による調査を行い、来年度研修会・会議を実施することになった。

### 1. 行動制限の最適化に関する研究

行動制限の最適化に関する研究では、精神科急性期治療における身体拘束の適切性の判断に関する調査を実施した。

#### 1) 調査対象

精神科救急入院料病棟および急性期治療病棟を担当する医師である。精神科救急入院料病棟 25 ヶ所のうち 21 病棟の医師、および急性期治療病棟 187 ヶ所のうち 28 病棟の医師、合計 49 名から回答が得られた。

#### 2) 調査方法

精神運動興奮モデル事例を用いた郵送式アンケート調査を行った。モデル事例に対して、身体拘束と投与経路の適切性の判断、抗精神病薬の初期投与についての回答を求めた。

#### 3) 分析方法

調査内容について、回答のばらつきについて検討を行った。また身体拘束とそのほかの医療

行為との間の相関係数を算出した。さらに、抗精神病薬初期投与の選択医師数と選択された薬剤の平均投与量を算出した。

### 2. 薬剤処方最適化に関する研究

薬剤処方最適化に関する研究は、さらに、(2-1) 精神科救急および急性期における医師の処方態度に関する調査、(2-2) 精神科救急入院料病棟における初期治療の現状、および(2-3) 急性期医療への薬剤師の関与に関する研究から構成されている。

#### 2-1. 医師の処方態度に関する調査

処方や行動制限のばらつきの要因のひとつと考えられる医師の処方態度尺度を開発することを目的として調査を行った。

##### 1) 調査対象

救急入院料病棟を担当する医師の 21 名と急性期治療病棟を担当する医師 26 名、合計 47 名である。

##### 2) 調査方法

「医師の処方態度に関する調査票」に回答を郵送法により求めた。調査票の主な項目は、医師を取り巻く人々（コメディカルスタッフや患者、家族）との関係性、医師が治療を行う環境（病棟環境や在院日数の制約など）の問題、医師の知識や経験、嗜好といった医師自身の個々の特性の問題から構成される 50 の質問項目からなる。なお、この質問項目は“いつも”“しばしば”“ときどき”“たまに”“めったにない”の 1~5 段階評価とした。調査項目に対する回答を選択肢別に整理し、検討を行った。

#### 2-2. 統合失調症精神運動興奮への初期治療

精神運動興奮を示す統合失調症への初期治療

を把握することも目的に、モデル事例に対する治療方針を調査した。

#### 1) 調査対象

対象は、精神科救急入院料病棟を有する医療機関に勤務する医師 20 名である。

#### 2) 調査方法

精神運動興奮状態にある統合失調症のモデル事例を提示し、その症例に対する入院直後の各種行動制限及び抗精神病薬投与経路の適切性と使用する向精神薬の種類・投与量について質問を行うアンケート用紙を郵送にて送付した。

薬物療法の各投与経路について度数とパーセンタイル値を算出し、検討を行った。

### 2-3. 急性期医療への薬剤師の関与

急性期医療への薬剤師の関与の可能性を明らかにするために、薬剤師への調査を実施した。

#### 1) 調査対象

精神科急性期病棟を持つ病院で勤務する薬剤師 11 名である。

#### 2) 調査方法

精神科急性期病棟で薬剤師が実際にどの程度係っているのか。今後どのように急性期に係ろうとしているのかについて質問を行うアンケート用紙を郵送にて送付した。調査項目に対する回答の度数とパーセンタイル値を算出し、図示した上で検討を行った。

## C. 研究結果

### 1. 行動制限の最適化に関する研究

身体拘束の適切性の判断は「きわめて不適切」から「きわめて適切」まで「ばらつき」が認められた。投与経路についても「ばらつき」が認められ、その中で、身体拘束と持続点滴静注の適

切性判断に強い相関を認めた。

## 2. 薬剤処方最適化に関する研究

### 2-1. 医師の処方態度に関する調査

医師を取り巻く環境、医師と患者、家族、スタッフなど周囲の人々との関係性、医師自身の特性といった3つの要素に関して一定の傾向が示された。結果からは対象者の精神科治療に関する意識はある程度高いことが伺えた。しかし16項目の質問において標準偏差が1点以上の回答のばらつきを認めた。

### 2-2. 統合失調症精神運動興奮への初期治療

抗精神病薬の主剤としてはリスペリドン(55%)、ハロペリドール注射液を9名(45%)が選択し、ほぼ同数の2群に分かれた。両群の総クロロプロマジン換算量(平均±標準偏差)はリスペリドン群  $653.6 \pm 146.7$  (mg/day)、ハロペリドール注射液群  $1951.4 \pm 162.2$  (mg/day)であった。

### 2-3. 急性期医療への薬剤師の関与

急性期から薬剤師に係ることが必要だと考えている薬剤師は11名中9名だった。実際に入院時から係っている薬剤師は3名いた。しかし、医師や看護師と薬物療法について話し合いをしているのはおよそ半数にとどまった。

## D. 考察

### 1. 行動制限の最適化に関する研究

海外での大規模実態調査において、地域・病院による身体拘束使用頻度に「ばらつき」があることが示されている。日本においても同様のことが生じている可能性が考えられた。欧米で

は急性期精神科治療において、静脈ルートからの投薬はまれとされている。日本では身体拘束と持続点滴静注がセットと行われている可能性が考えられた。

## 2. 薬剤処方最適化に関する研究

### 2-1. 医師の処方態度に関する調査

今回の研究結果は、精神科救急・急性期病棟の医師の処方態度の特性とばらつきがあることを示している。これらのばらつきを均てん化していく必要が示唆された。

### 2-2. 統合失調症精神運動興奮への初期治療

精神運動興奮状態にある統合失調症の急性期治療技法は、中等量用量のリスペリドンと高用量のハロペリドール注射液を主剤する2群に分かれていることが示唆された。このような治療技法の差が生じる原因を探り、同時にどちらの群が効果的であるかを比較していく必要がある。

### 2-3. 急性期医療への薬剤師の関与

現状で急性期にかかわっている薬剤師はまだまだ少ないが、今回参加した薬剤師は必要性を感じていることを示していた。

## E. 結論

本研究結果は、精神科救急・急性期医療において、身体拘束の使用や医師の処方態度にばらつきがあることを示していた。精神運動興奮状態にある統合失調症の急性期治療技法が、中等量用量のリスペリドンと高用量のハロペリドール注射液を主剤する2群に分かれている可能性が示唆されており、ばらつきに、診療スタイルともいべき、臨床医には2つに分類できる処

方戦略があることが考えられる。

今回は、モデル事例への処方を調査するという方法で行われたため、実際の薬剤処方や行動制限との関連は、今後の検討課題である。またこれらのばらつきや2分された診療スタイルの背景に、患者特性などの要因がどのように関連しているかについても明確になる研究デザインを組む必要がある。急性期への薬剤師への関与など、多職種によるチーム医療の影響についても検討すべきである。さらに、診療スタイルによるアウトカムを比較する臨床研究により、最適な診療スタイルを示すことも将来的には求められるであろう。

以上の限界や課題があるものの、本研究により、薬剤処方および行動制限の現状についての知見を深めることができた。特に、本研究班の初年度として、我が国を代表する精神科救急・急性期医療機関との交流が深めることができたことは、第1段階としての一定の進展を認めることができる。今後は、協力病院と「医療の質」の向上に資する情報を共有するとともに、質の高い臨床研究を進めることができる基盤を整備していくことが必要である。

F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表 準備中

#### 1. 論文発表

- 1) 野田寿恵他 行動制限の最適化に関する研究 第103回日本精神神経学会総会 2007年5月 発表予定
- 2) 藤田純一他 精神科救急および急性期における医師の処方態度に関する調査 103回日本精神神経学会総会 2007年5月 発表予定
- 3) 三澤史斉他 精神科救急入院料病棟におけ



る初期治療の現状-統合失調症精神運動興奮  
モデル事例から- 103 回日本精神神経学会  
総会 2007 年 5 月 発表予定  
4) 馬場寛子他 いかにかかり手が急性期医療に  
かかわるか 103 回日本精神神経学会総会

2007 年 5 月 発表予定  
2. 学会発表  
なし  
H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)  
なし

## 精神科急性期治療における身体拘束の適切性の判断

協力研究者 野田 寿恵 国立精神・神経センター 精神保健研究所  
社会精神保健部 協力研究員

研究要旨：本研究では、精神科急性期治療における身体拘束の適切性の判断について、その関連要因を明らかにするための調査を行った。研究方法：対象は、精神科救急入院料病棟および急性期治療病棟を担当する医師である。精神科救急入院料病棟 25 ヶ所のうち 21 病棟の医師、急性期治療病棟 177 ヶ所のうち 28 病棟の医師から回答が得られた。研究方法として、精神運動興奮モデル事例を用いた郵送式アンケート調査を行った。モデル事例に対して、身体拘束と投与経路の適切性の判断、抗精神病薬の初期投与についての回答を求めた。結果：身体拘束の適切性の判断は「きわめて不適切」から「きわめて適切」まで「ばらつき」が認められた。投与経路についても「ばらつき」が認めら、その中で、身体拘束と持続点滴静注の適切性判断に強い相関を認めた。まとめ：海外での大規模実態調査において、地域・病院による身体拘束使用頻度に「ばらつき」があることが示されている。日本においても同様のことが生じている可能性が考えられた。欧米では急性期精神科治療において、静脈ルートからの投薬はまれとされている。日本では身体拘束と持続点滴静注がセットと行われている可能性が考えられた。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名  
藤田純一 神奈川県立精神医療センター 芦香病院 医師  
三澤史斉 山梨県立北病院 医師  
伊藤弘人 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 部長

ある。

隔離処遇、鎮静法については「ばらつき」があることが、報告されているが、身体拘束については検討されていない。今回は、1. 身体拘束の適切性判断の「ばらつき」について、2. 身体拘束と抗精神病薬 初期投与の関連について検討する。

### A. 研究目的

急性期治療の重要性が高まってきており、精神運動興奮症状の初期治療に対して、行動制限、鎮静法、初期の抗精神病薬投与についてより治療効果の高い方法について検討していく必要が

### B. 研究方法

精神科救急入院料病棟 25 ヶ所（2006 年 10 月 1 日）と急性期治療病棟 177 ヶ所を担当する

精神科医師のうち、21カ所の救急入院料病棟の21人、28カ所の急性期治療病棟の28人から回答が得られた。回答が得られた医師は、平均43.4才、平均精神科経験年数15.5年、男性46人、女性3人であった。

調査方法として、精神運動興奮モデル事例を提示して、その事例に対する身体拘束の適切性の判断に関する質問を郵送法で行った。精神運動興奮モデル事例は、20歳代の男性、初発の統合失調症、PANSS 120点以上の症例で、身体合併所のないものを想定した。身体拘束の適切性については、エキスパート コンセンサス調査用(2002年 アルタ出版より引用)の9段階評価(資料1)を用いた。また、投与経路の適切性について同様に9段階評価を用いた。投与経路は持続点滴静注、静注、筋注、経口投薬、30分の内服説得、無投薬観察とした。抗精神病薬 初期投与量については、資料8に示す薬剤からの記述とした。

統計解析には、Pearsonの相関係数、t検定を用いた。

(倫理面への配慮) この調査はモデル事例を用いたアンケート調査であり、個人のデータ解析はない。

### C. 研究結果(資料参照)

身体拘束の適切性判断の分布を資料2に示す。「きわめて不適切」から「きわめて適切」まで幅広く分布していた。投与経路の適切性判断について、「不適切(1~3)」「どちらともいえない(4~6)」「適切(7~9)」の割合を資料3に示す。次に、身体拘束の適切性判断と投与経路の適切性判断の相関係数を資料4に示す。身体拘束と持続点滴静注の相関係数0.798(有意確率0.000)、身体拘束と静注の相関係数0.483

(有意確率0.000)。身体拘束と無投薬観察の相関係数-0.412(0.003)であった。これらの散布図を資料5, 6, 7に示す。抗精神病薬の初期投与量については、選択した医師数と、選択されたものの平均投与量を資料8に示す。身体拘束と抗精神病薬の選択において相関係数に有意差を認めたものはなかった。

尚、身体拘束の適切性判断において、精神科救急入院料病棟では平均5.33(SD2.75)、精神科急性期治療病棟では平均4.89(SD2.17)で、両者に有意差を認めなかった。

### D. 考察

#### 1) 回収率

精神科救急入院料病棟からは84.0%と十分な回答が得られたが、急性期治療病棟からは15.8%と十分でとはいえなかった。急性期治療病棟の身体拘束、抗精神病薬投与についての分析については今後の課題である。

#### 2) 身体拘束の「ばらつき」

海外での大規模実態調査では、身体拘束の発生頻度、持続時間に地域・病院による「ばらつき」が指摘されている。今回の結果から、日本の急性期治療においても、同様の課題が存在する可能性が示された。今回はモデル事例を用いた医師の意識調査であり、今後、実態調査が必要である。

たとえばフィンランドにおいては、大規模実態調査によって「ばらつき」があることが明らかにされた後、法改正がなされ、隔離拘束患者については2週間毎に自治体に報告することが義務化された。現在、その報告をもとに調査がすすめられている。日本において、平成18年度、行動制限について一覧性台帳の整備が求め

られたことから、各病院で身体拘束数、患者ごとの使用日数が把握されている。これらを集約できるデータベースシステムを社会精神保健部で作成中である。これを用いた実態調査を行い、今後の身体拘束の議論・研究の基礎データにしていく。

### 3) 持続点滴静注の適切性判断

精神科急性期治療における、焦燥、興奮に対する鎮静について、英国のガイドラインでは、「経口投薬の内服拒否や効果不十分があれば、非経口投薬を必要とする。非経口投薬として、筋注があり、例外的な方法として静脈投与がある。」と記されている。USAにおいては、「化学的拘束」を身体拘束と同等にみなす立場がある一方で、強制投薬は治療として必要とする意見があり議論が進められている。この議論の中で強制投薬の方法は経口、筋注が主であり、静脈投与については多く述べられていない。従って、急性期精神科治療において、静注についての報告は非常に少ない。

今回の持続点滴を含む静注の適切性判断の結果について、海外のガイドライン・議論だけでは、比較することはできない。しかし、国内において適切性半判断として容認されている割合が高い可能性は考えられる。

現在、欧州12ヶ国での共同研究（EUNOMIAプロジェクト）にて、行動制限、鎮静法の調査がなされ、まもなく報告される。この結果を視野におくことは重要と考える。

### 4) 身体拘束と持続点滴静注の適切性判断の相関

静脈ルート of 安全確保のためには身体拘束を

要し、また身体拘束時の苦痛緩和のために鎮静の維持を要するという両観点から、身体拘束と持続点滴静注の適切性判断に強い相関を認めたことの要因の1つと考える。両者を選択する治療技法と、両者を行わない治療技法において、焦燥興奮の病状の改善、安全性、患者の認識についてどのような差異があるのか、重要な課題である。

### E. 結論

海外での大規模実態調査において、地域・病院による身体拘束使用頻度に「ばらつき」があることが示されている。日本においても同様のことが生じている可能性が考えられた。欧米では急性期精神科治療において、静脈ルートからの投薬はまれとされている。日本では身体拘束と持続点滴静注がセットと行われている可能性が考えられた。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

なし

#### 2. 学会発表

平成19年5月、第103回日本精神神経学会総会「薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト（1）－3職種合同研修会から問題点の抽出－」にて発表する。

### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし