

る入院期間の短縮を目指す方向に動いている。急性期治療病棟では、看護師は入退院に伴う業務に追われる中で、疾病も背景も多様な患者を対象として、急性発症や増悪への対処、回復のための援助や家族へのサポートまでを担っている²⁾。そのような中これまで、急性期看護や処遇に関する治療プログラム・服薬教育やケアの意味や質に関する報告などなされている^{3) 4)}。

しかし、看護師の薬物療法への関心が、急性期の処遇やその看護ケアの特性とどのように関連しているのかを検討したものではなく、国内ではエッセイ^{5) 6)}などにとどまっているのが現状である。

精神科急性期における薬物療法と、隔離・拘束などに関するケアは、急性期治療の中でも大きなウエイトを占めていると考えられる。そのため今後も、急性期病棟における看護師の薬物療法への関与と看護ケアは、さらにその役割の重要性を増していくと考えられる。そこで今回、看護師の薬物療法への関心が、隔離・拘束など急性期の処遇に関するケアへの意識とどのように関連しているのかを検討することにした。

B. 研究方法

1) 調査対象と方法

薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会に参加した10名の看護師に対して、調査協力を依頼した。8名の看護師から調査協力を得ることができ、アンケート調査票配布の協力を依頼した。その結果、調査票153票を回収した。

2) 調査票

調査票は、精神科臨床での看護師歴を有する専門家によって作成され、「薬物療法における看護について」「薬剤師との関係について」「薬物療法における医師との関係について」及び「モデル事例に対する手技について」で構成されている。

「薬物療法における看護について」は、「効果・副作用等のモニタリングを行っているか」「入院時における検査データの確認を行っているか」「薬物治療歴の把握をしているか」など24項目で成り立っている。また、「薬剤師との関係について」「医師との関係について」は、「新規抗精神病薬に移行されるときに薬剤師から情報を得ているか」「病棟のケースカンファレンスに薬剤師が参加しているか」「医師の抗精神病薬の選択傾向を把握しているか」などそれぞれ6項目で成り立っている。

モデル事例では、モデル事例の症例記述（約1200文字）を提示し、その事例に対する隔離・身体拘束・強制投薬の適切性の判断に関する質問を行った。モデル事例は、20才の男性、初発の統合失調症、PANSS(Positive and Negative Syndrome Scale: 陰性・陽性症状評価尺度)120点以上の症例で、精神運動興奮、拒絶症状を有し、身体合併症のないものを想定した。

モデル事例に対する手技として、(1)「身体拘束」、(2)「隔離」、(3)強制投薬の際の投与経路として「持続点滴静注」、「静注」、「筋注」、「経口投薬」、および(4)強制でない手技として、「30分の内服説得」(以後、「内服説得」と記載)、「無投薬経過観察」(以後、「経過観察」と記載)をあげた。なお、本調査における「強制投薬」は EUNOMIA project

7) で用いている「投薬にあたって3人以上のスタッフを要する」という定義を用いた。

モデル事例に対するそれぞれの手技についての適切性の判断程度は、エキスパートコンセンサス⁸⁾ 調査用の9段階評価を用いた。これは、9を「きわめて適切」、7～8を「通常は適切」、4～6を「どちらともいえない」、2～3を「通常は不適切」、1をきわめて不適切」の9段階から、看護師が1つ選択する評価方法である。

3) 解析

①薬物療法における看護・②薬剤師との関係
③医師との関係 と④モデル事例に対する手技と9段階評価のそれぞれの関連について、ノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney 検定) を用いて分析した。分析には、SPSS11.0 for Windows を用いて行った。

C. 研究結果 (資料参照)

1) 薬物療法への関心と急性期看護ケア

「薬物療法における看護」とモデル事例に対する隔離・身体拘束・強制投薬の適切性の判断に関する平均得点を示したのが、表1である。

「効果・副作用のモニタリングをしている」「入院時における検査データの確認をしている」「薬物治療歴を把握している」の3項目で「はい」と答えた看護師は、身体拘束・隔離・持続点滴・静注などのいわゆる『強制的治療』の割合が有意に高かった。また、「処方量の変化を必ず確認する」の項目で「はい」と答えた看護師は、「筋注」を選択する傾向が有意に高かった。このように拘束・隔離・持続点滴などいわゆる『強制的な治療』が有意に選択されたのは以上の4項目の質問項

目のみであった。

その一方で、「クロルプロマジンの等価計算をする」では「筋注」を選択しない傾向が有意に高かった。同様の傾向が、「変更になった処方に関する情報提供を患者に行う」では「持続点滴」、「服薬教室への参加など服薬教育にとりくんだ経験がある」では「筋注」、「勤務部署は服薬自己管理に取り組んでいる」では「静注」と「筋注」、「服薬中断歴の有無を把握している」では「静注」と「筋注」、「服薬中断の既往がある場合その理由を把握」では「経口投薬」にもみられた。

また、「処方量の変化を必ず確認」「変更になった処方に関する情報提供を患者に行う」「服薬中断歴の有無を把握」に関して「はい」と答えた看護師は「説得する」割合が有意に高かった。

さらに「処方確認時ガイドラインスイッチング方法を意識している」「勤務部署は服薬自己管理に取り組んでいる」「服薬中断歴の有無を把握している」で「はい」と答えた看護師は、「経過をみる」割合が有意に高かった。

2) 薬剤師との関係と急性期看護ケア

薬剤師との関係と、モデル事例に対する隔離・身体拘束・強制投薬の適切性の判断に関する平均得点を示したのが、表2である。

薬剤師との関係性を聞いた6項目中5項目で、薬剤師と連携を持つことに「はい」と答えた看護師は、「身体拘束」と「持続点滴」を選択しない割合が有意に高かった。

さらに、「薬剤師の抗精神病薬への印象を把握している」で「はい」と答えた看護師は、「説得する」割合が有意に高かった。また、「薬剤師に

処方の変化に伴う患者の情報を提供している」に「はい」と答えた看護師は、「経過をみる」割合が有意に高かった。

3) 医師との関係と急性期看護ケア

医師との関係では、「医師の向精神病薬の選択傾向を把握している」「医師の抗不安薬、睡眠薬、気分安定剤、抗うつ薬、抗パーキンソン薬の処方傾向を把握している」に「はい」と答えた看護師が、「説得する」を選択する割合が有意に高かった。

D. 考察

1) 看護師の薬物療法への関心と看護ケアの特性

今回の調査では、急性期治療病棟に関わる看護師の薬物療法への関心と急性期の看護ケアに対する看護師の意識との関連が明らかになった。

調査結果から、「効果・副作用のモニタリング」「入院時における検査データの確認」「処方量の変化確認、薬物治療歴を把握」など、薬物療法における管理的側面に重点を置く看護師は、「強制的な治療」を有意に選択したと考えられる。

宮本ら²⁾は、精神科急性期病棟における看護量の特徴のひとつとして、「隔離直前はケア時間が長い」ことを挙げている。隔離直前には、見守りや付き添い、誘導による「行動をともにするケア」が多くなされていたという。このような隔離直前の行動をともにするケアに関わりつつ、同時に看護師は、検査データの確認や薬物治療歴を把握するなど薬物療法への配慮も行っていると考えられるであろう。中でも、入院直後に隔離・拘束と

なるケースの場合、それらの処遇を医師と共に決定し、ケアにあたる看護師は、入院患者の検査データを確認し、薬物治療歴を把握している傾向があることが、本結果から推測される。

一方、急性期治療病棟という環境では、患者の症状の早期鎮静を第一に考え、隔離などの行動制限や身体拘束を使用する治療に偏りがちな傾向に陥ることも考えられるが、行動制限を最適化することに意識を向けることが必要であろう。

今回の調査結果から、薬物療法に興味・関心を持っている看護師一すなわち、「処方量の変化の確認」、「クロルプロマジンの等価換算」、「患者の薬物中断に関する情報の把握」などの薬物療法に関する情報を意識的に収集し、「変更になった処方を患者へ情報提供する」など患者へのケアに活かそうと試み、あるいは、服薬教育に取り組んだ経験を有し、病棟で服薬自己管理に取り組んでいるという環境にいる看護師一は、身体拘束や点滴注射などを強制的に用いようとはしない傾向があることが分かった。このことは、薬物療法に関心を持ちつつ患者の視点によりそう意識を持つ看護師は、症状の改善という結果を急がず、医療側のやり方を押し付けない感覚を持っている可能性を示唆しているといえるであろう。つまり、看護師個人が薬物療法への関心を抱き、服薬教室に取り組んだ体験があり、さらに、病棟で服薬自己管理に取り組んでいるといった環境にいる看護師は、患者との関係にじっくり時間をかけて築き上げていく看護を支持する姿勢がうかがわれる。また、服薬に関する病棟の治療の在り方が、看護師の薬物療法に対する意識を強化していることも考えられる。

隔離・拘束も考えられるような急性期の患者は、思考や感情の障害を伴い、対話も困難な場合があるが、中井¹⁾がこの時期にある患者はコミュニケーション再開の時期にあると述べている通り、急性期においても患者が対話を求めていることに変わりはない。精神科急性期治療病棟で研究者と患者との対話を記述し、患者の語りから患者の病の体験を明らかにした大柄⁹⁾は、患者の語りたい欲求と感情の理解について言及している。またかつてシュヴィング¹⁰⁾が、保護室に拘束され、見捨てられていた重症患者に静かに近づき座って反応を待ち、回復する姿を記述した。現代の急性期のケアにおいても、まず看護師が、シュヴィング的ケアの意義を見直し、その上で鎮静効果がある薬物療法を選択する必要があるのではないだろうか。急性期ケアにおいても、見守り・待つ看護と薬物療法使用のバランスやそのタイミングについて検討することはまた、今後の精神科看護のケアの質の向上にも繋がると考えられる。

2) 看護師の医師・薬剤師との関係と行動制限に関する認識

～医師・薬剤師との関係が強制治療に関わる看護師の意識に及ぼす可能性 と 今後の課題

今回の調査結果から、医師や薬剤師とのコミュニケーションを密にとっている看護師は、すぐに「身体拘束・持続点滴」という選択や発想に結び付かない感覚が存在することがうかがえた。看護師が患者の受ける薬物療法への興味・関心を持ち、薬剤師をはじめとする他職種とのコミュニケーションや連携を深めるほど、すぐに身体拘束・持

続点滴という発想につながらない可能性を示唆していると思われる。

近年、薬剤師と協働した病棟全体の取り組みを積極的に推し進めることについては、数は少ないがその活動が報告されている¹¹⁾。また、看護師と薬剤師の連携に関しては、大谷ら¹²⁾の研究がみられる。しかしそういった多職種の連携が、急性期における身体拘束などの強制治療への意識との関係に具体的に言及している研究はみられない。

現在、行動制限をめぐる行政の動向も、行動制限最小化委員会の設置や一覧性台帳の義務付けなど、行動制限最小化への努力が要求されつづけている。吉浜¹³⁾は、臨床の現場からどのような行動制限最小化戦略を対応すればよいかについて、「最も臨床のありように関連をもつのは、看護者に共有された病棟文化なのではないかと思う。隔離・拘束を含む患者処遇は病棟文化の影響を避けることができず、その影響下で処遇プランが立てられ実行されるからである」と述べ、「患者を依存させ、支配し、コントロールする病棟文化を変革していくことに、行動制限最小化の鍵があるかもしれない」と続けている。

このように急性期においてチーム医療を推し進める病棟文化こそが、隔離・身体拘束といった強制治療へ何らかの影響を与える可能性があるのではないだろうか。精神科病院の入院治療に携わってきた精神科医の吉田¹⁴⁾は、その臨床経験から、「患者をよくするのは決して一人の治療者の力ではなく、スタッフ全員が作り出す病棟の雰囲気のようなものであると考えている」とチーム医療について述べている。同様のことが、急性期

における治療にもいえるであろう。こうした患者を取り囲む多職種医療スタッフが、チームとしてどのように結び付いていくのかが病棟文化を変えていくもうひとつの鍵といえるであろう。チームの中で大多数を占める看護師自身、自らが病棟文化を創り出している担い手であることを自覚する意識が必要になってくるのではないだろうか。

また看護師と医師の関係については、Stein¹⁵⁾が「医師-看護師ゲーム」と名づけたやりとりが臨床場面に及ぼす影響について分析している。同様のことが病棟において、看護師と薬剤師との関係においても起こっていることも考えられるのではないか。こういった多職種におけるやりとり～病棟文化におけるチームワークの在り方～が、実際の身体拘束などの急性期治療にどのような影響を与えるのかを分析していくことも今後の重要な課題となるであろう。

今回は医師と薬剤師との関係に焦点を当てたが、他のコメディカル（作業療法士や精神科ソーシャルワーカー）などと看護師との関係性が急性期のケアへの意識にどう反映されているのかについても今後の課題であると考えられる。

E. 結論

隔離・拘束も考えられるような急性期の患者は、思考や感情の障害を伴い、対話も困難な場合があるが、この時期にある患者はコミュニケーション再開の時期とも言われており、急性期においても患者が対話を求めていることに変わりはない。本結果から、薬物療法への興味・関心を抱いている看護師は、強制的治療を好まず、患者に寄り添い

関わりを持ち、待つことを看護観として抱いている可能性を示していると考えられた。急性期ケアにおいて、患者と対話を持ち、見守り・待つ看護と薬物療法との兼ね合いや方法について検討することもまた、精神科看護のケアの質の向上に繋がるといえるであろう。さらに、薬剤師をはじめとする他職種とのコミュニケーションや連携を深めること、つまり、チーム医療を推し勧めようとする病棟文化こそが、行動制限最適化へのひとつの鍵をにぎる可能性があることが、本結果から示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 準備中
2. 学会発表 準備中

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む） なし

参考文献

- 1) 中井久夫, 山口直彦: 看護のための精神医学. 医学書院: 66, 2002.
- 2) 宮本有紀, 萱間真美, 沢田秋, 瀬戸屋希, 松浦彩美: 精神科急性期看護のケア量に応じた増減の特徴 「精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討」のための研究調査から. 精神科看護 134: 42-46.2003.
- 3) 松田光信: 看護介入としての服薬心理教育導入プロセス 精神科急性期治療病棟での試み. 精神科看護 142: 42-47.2004.
- 4) 川野豊, 堀久美子, 山下夕美子: 現在の診療報酬制度における看護内容の質の問題-精神科急性期治療病棟から-. 精神科看護 81.27-31.1999.
- 5) 柴崎麻里, 大林恭子, 山本康次郎他 : 薬にか

- かわる患者さんの安全. 看護学雑誌 71(6) : 536-540. 2007.
- 6) 花岡久美子, 佐原美智子 : 医師・薬剤師・看護者の信頼関係が服薬を支える. 精神科看護 113 : 19-23. 2002.
- 7) Kallert, T. W., Glockner, M., Onchev, G. et al.: The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4;168-172, 2005.
- 8) 大野裕 訳 : エキスパートコンセンサスガイドライン 精神科救急治療. アルタ出版, 東京, 2002.
- 9) 大柄昭子 : 精神科急性期病棟の患者の語り. 日本精神保健看護学会誌 15 : 50-57. 2006.
- 10) Schwing, G, 小川信夫・船渡川佐和子訳 : 精神病者への魂への道. みすず書房. 1966.
- 11) 浅原久子, 粕田孝行 : 看護職とかかわりある治療メンバーの活動. 月間ナースデータ 23(4) : 46-51, 2002.
- 12) 大谷友美, 曾田広美, 神田厚美他 : 服薬継続についての問題点の分析方法と薬剤師との連携の効果. 日本精神科看護学会誌 48 : 236-237. 2005.
- 13) 吉浜文洋 : 行動制限最小化のための変革 患者をコントロールする病棟文化から患者と協働する病棟文化へ. 精神科看護 174 : 16-22. 2007.
- 14) 吉田勇 (武井麻子/鈴木純一編集) : レトリートとしての精神病院 チーム精神医療はラグビーによく似てる. ゆみる出版. 1998.
- 15) Stein, L.I., Watts, D.T. & Howell, T. "The Doctor-Nurse Game Revisited", *The England Journal of Medicine*, 546. 1990.

(表1) 薬物療法における看護師の意識と処遇に関する意識の関連性

	身体拘束	隔離	持続点滴	静注	筋注	経口投薬	読得	経過
効果・副作用のモニタリングを行っている	はい 5.3(2.5)* 3.2(2.6)	8.0(1.5)* 6.8(2.2)	5.3(2.5)* 2.8(2.3)	5.5(2.6)* 3.4(2.4)	6.7(1.8) 6.3(2.0)	5.7(2.3)* 4.1(2.4)	5.0(2.5) 5.5(2.5)	2.7(2.2) 2.8(2.0)
入院時における検査データの確認を行っている	はい 4.2(2.8)* 2.9(2.2)	7.4(2.1)* 6.5(2.1)	3.9(2.7)* 2.3(1.8)	4.3(2.7)* 3.0(1.9)	6.5(2.0) 6.2(1.9)	4.6(2.5) 4.2(2.4)	5.4(2.5) 5.2(2.7)	2.7(2.0) 2.9(2.2)
薬物治療歴の把握をしている	はい 4.3(2.9)* 3.2(2.4)	7.3(2.1) 7.0(2.1)	3.9(2.8)* 2.9(2.2)	4.0(2.4) 4.0(2.8)	6.4(1.9) 6.4(2.1)	4.5(2.5) 4.5(2.4)	5.5(2.3) 4.9(2.8)	2.9(2.1) 2.5(2.0)
処方皿の変化を必ず確認している	はい 3.7(2.7) 4.3(2.6)	7.2(2.1) 7.1(2.2)	3.3(2.6) 4.1(2.5)	3.8(2.6) 4.5(2.4)	6.6(1.9)* 5.8(1.9)	4.5(2.5) 4.5(2.4)	5.7(2.4)* 4.4(2.5)	2.7(2.1) 2.8(2.1)
クロルプロマジンの等価換算をしている	はい 3.3(2.7) 3.9(2.7)	6.8(2.2) 7.1(2.1)	2.9(2.7) 3.5(2.5)	4.1(2.5) 4.0(2.6)	5.6(1.8) 6.6*(1.9)	4.3(2.5) 4.5(2.4)	5.1(2.8) 5.4(2.4)	6.8(2.2) 2.6(2.0)
変更になった処方情報の提供を患者に行っている	はい 3.5(2.7) 4.4(2.7)	7.0(2.2) 7.4(2.0)	3.1(2.5) 4.2(2.6)*	3.8(2.7) 4.2(2.4)	6.5(1.8) 6.3(2.2)	4.3(2.5) 4.7(2.4)	5.9(2.4)* 4.5(2.5)	3.0(2.1) 2.4(1.9)
服薬教育に取り組んだ経験がある	はい 3.8(2.7) 3.9(2.7)	7.2(2.0) 7.2(2.1)	3.6(2.6) 3.4(2.6)	3.6(2.4) 4.3(2.6)	6.0(2.0) 6.8(1.7)*	4.9(2.4) 4.3(2.4)	5.8(2.4) 5.0(2.5)	3.0(2.1) 2.6(2.0)
勤務部署は服薬自己管理に取り組んでいる	はい 3.9(2.8) 3.8(2.6)	7.0(2.1) 7.5(2.0)	3.4(2.6) 3.7(2.6)	3.5(2.3) 5.1(2.9)*	6.2(1.9) 7.0(1.8)*	4.3(2.4) 4.8(2.6)	5.4(2.4) 5.0(2.7)	3.0(2.1)* 2.1(1.9)
服薬中断歴の有無を把握している	はい 3.9(2.9) 3.9(2.4)	7.2(2.0) 7.1(2.3)	3.7(2.7) 3.1(2.2)	3.6(2.4) 5.0(2.8)*	6.2(2.0) 7.0(1.8)*	4.3(2.5) 4.9(2.3)	5.5(2.4)* 4.7(2.6)	3.0(2.1)* 2.1(1.9)
服薬中断の既往がある場合その理由を把握している	はい 3.7(2.8) 4.1(2.6)	7.0(2.1) 7.3(2.1)	3.4(2.6) 3.6(2.6)	3.7(2.4) 4.3(2.7)	6.2(1.9) 6.7(2.0)	4.0(2.4) 5.1(2.4)*	5.5(2.5) 5.1(2.5)	3.0(2.2) 2.4(1.8)
処方確認時,ガイドライン,スライディング方法を意識している	はい 4.2(2.7) 3.8(2.7)	6.9(1.8) 7.1(2.2)	3.5(2.2) 3.5(2.7)	3.7(2.0) 4.0(2.4)	6.1(2.1) 6.5(1.8)	4.2(2.3) 4.6(2.5)	5.3(2.5) 5.3(2.5)	3.1(1.8)* 2.6(2.1)

* p < 0.05

(表 2) チーム薬剤師との関係

	身体拘束	隔離	持続点滴	静注	筋注	経口投薬	説得	経過
新規抗精神病薬に移行される時薬剤師から情報を得る	はい	7.1(1.9)	3.0(2.5)	3.8(2.6)	6.2(2.0)	4.6(2.4)	5.4(2.7)	2.7(2.1)
	いい	7.2(2.2)	3.9(2.6)*	4.1(2.6)	6.6(1.8)	4.2(2.5)	5.3(2.4)	2.8(2.0)
	え							
薬剤師と抗精神病薬・向精神薬について話ことがある	はい	7.0(1.9)	2.8(2.2)	3.8(2.5)	6.8 (1.8)	4.5(2.6)	5.6(2.6)	2.5(2.0)
	いい	7.3(2.3)	4.2(2.7)*	4.3(2.7)	6.5(2.0)	4.4(2.3)	5.0(2.4)	3.2(2.1)
	え							
薬剤師の抗精神病薬への印象を把握している	はい	6.7(2.1)	2.7(2.2)	3.9(2.5)	6.3(1.9)	4.7(2.6)	6.2(2.4)*	2.7(2.2)
	いい	7.4(2.0)*	3.8(2.6)*	4.1(2.6)	6.7(1.8)	4.5(2.4)	4.9(2.4)	2.8(2.0)
	え							
薬剤師に処方の変化に伴う患者の情報を提供している	はい	6.8(2.1)	2.6(2.1)	3.8(2.5)	6.5(1.8)	4.3(2.5)	5.7(2.5)	2.4 (1.9)*
	いい	7.5(1.9)*	4.1(2.7)*	4.3(2.6)	6.6(1.9)	4.6(2.4)	4.9(2.5)	3.1(2.1)
	え							
薬物療法に関して薬剤師に相談している	はい	7.0(2.0)	2.7(2.2)	3.8(2.7)	6.2(1.9)	4.7(2.6)	5.6(2.7)	2.7(2.1)
	いい	7.2(2.1)	4.0(2.6)*	4.2(2.5)	6.7(1.8)	4.3(2.3)	5.0(2.3)	2.9(2.1)
	え							
病棟のケースカンファに薬剤師が参加している	はい	7.6(1.9)	4.3(2.4)	5.1(2.6)*	6.7(1.5)	5.0(2.4)	5.9 (2.5)	2.7(2.1)
	いい	7.1(2.1)	3.4(2.6)	3.8(2.5)	6.4(1.9)	4.3(2.4)	5.1(2.5)	2.8(2.1)
	え							

* p < 0.05

薬剤処方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：昨年度の医師・薬剤師への薬剤処方最適化調査に続き、本年度は薬剤師の本研究では、薬剤師の機能の現状および課題を明らかにすることを目的として、独立した3つの研究（1. 医師・看護師に対する薬剤師機能の現状と期待調査、2. 薬剤師の活動状況調査、および3. 精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成）を実施した。**研究方法：**調査対象は全国234の精神科救急入院料病棟と精神科急性期治療病棟に勤務する（1）看護師（師長）と医師（医長）、（2）薬剤師である。（3）プロトコル作成はこれまでの先行研究に基づき検討班会議を開催して実施した。**結果：**（1）看護師・医師が認識している現状の薬剤師の主要な機能は、薬の管理、処方内容の説明および薬物情報の提供であり、患者との直接的な関わりの中で機能する職種としての期待はあるものの現状ではその機能は十分に認識されていなかった。（2）薬剤師への調査によると、精神科急性期における参画状況は薬学的管理で69%、服薬指導で75%であった。（3）患者指導、スタッフへの情報提供における効果的なアプローチ方法を抽出した。**まとめ：**薬剤師の機能の現状認識は職種間でばらつきがあり、今回作成した薬剤管理指導プロトコル試案等を精緻化・普及させるなどして、多職種からのニーズに合致する薬剤師の機能をつくりあげる必要がある。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

町田いづみ	明治薬科大学 医療コミュニケーション学准教授
坂田 睦	井上会篠栗病院 薬剤室室長
吉尾 隆	桜ヶ丘記念病院 薬剤部長
稲垣 中	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科准教授
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室長
藤田 純一	神奈川県立精神医療センター 芹香病院医師
三澤 史斉	山梨県立北病院医師

ンケート調査を実施した。その結果、医師の薬剤の処方態度にばらつきが認められた（藤田ら、2008）。また、薬剤師を対象とした調査では、薬剤処方に資するであろう薬事師が関与する上での課題も明らかになった（馬場ら、2007）。多くの薬剤師は精神科急性期に関わりたい、また関わる必要があると考えながらも、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不足など課題があることが示唆されていたのである。

薬剤処方の最適化のためには、薬学の知識を有する薬剤師の関与は不可欠である。たとえば

A. 研究目的

薬剤処方の最適化のために、昨年度は精神科救急および急性期を担当する医師・薬剤師にア

看護師と薬剤師との連携が密であるほど行動制限を控える姿勢が看護師にあるとの今年度の末安分担研究の結果からも、薬剤師の機能の現状と課題を明確にする必要がある。

そこで本分担研究では、それぞれ独立した3つの研究を実施した。すなわち、(1) 精神科医療における薬剤師機能の現状と期待（町田研究協力者）、(2) 精神科急性期医療における薬剤師活動状況と今後の課題：精神科急性期医療における薬剤師の活動状況調査（坂田研究協力者）、(3) 精神科急性期医療における薬剤師管理指導業務の確立：精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成（坂田研究協力者）である。

B. 研究方法

1) 薬剤師機能の現状と期待

対象は、全国 234 の精神科救急入院料病棟と精神科急性期治療病棟に勤務する看護師（師長）、医師（医長）で、回収数は 109、回収率は 47%であった。

2) 薬剤師活動状況と今後の課題

対象は精神科救急病棟及び精神科急性期治療病棟を有する病院の薬剤部門責任者である。230施設へアンケート調査票を郵送し、薬剤部門の責任者に回答を依頼した。96施設より回答があった（回収率 42%）。精神科急性期治療への参加状況に関する4項目と、薬剤管理指導業務内容項目17項目からなる調査票を発送し、集計、解析を行った。

3) 精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成

医師、薬剤師で構成される専門家会議を開催し、精神科急性期での薬剤管理指導業務を処方

モニタリング、薬学的管理、服薬指導の3点から分析した。

（倫理面への配慮）

調査については、当該研究者の所属する組織の倫理委員会で承認を経た上で実施した。また、研究班会議を含む研究全体を通して、倫理的側面を十分配慮しながら実施した。

C. 研究結果

1) 薬剤師機能の現状と期待

看護師・医師が認識している現状の薬剤師の機能は、薬の管理、処方内容の説明、薬物情報の提供であり、看護師と医師は現状の薬剤師を、患者と直接的、積極的な関わりの中で機能する職種としては認識していなかった。

一方、精神科医療における薬剤師に期待する機能については、医薬品を管理し、患者や医療スタッフに医薬品情報を提供する現行の薬剤師像に加え、患者から治療に必要な情報を収集し、病気・病状を理解する、さらに、処方内容、薬物治療の効果や副作用、状況に適切な剤形や服薬方法について評価する薬剤師像を挙げており、ここでは直接的・積極的介入が期待された。

本調査で「治療者」と認識されているか否かを評価する項目と考えた「病気の予防や早期発見（予防医療）」と「病気を治療すること」の2項目については、看護師・医師のいずれからでも、実践されているとも期待しているとも評価されなかった。看護師・医師に実践も期待もないと評価された他の薬剤師機能には、「薬物治療のための治療計画」があり、さらに医師においては、「病気・病状の評価」および「薬物治療の効果の評価」の機能も選択されなかった。これら

の結果からは、薬剤師は看護師・医師から「治療者」として認識されているとはいい難い現状が明らかとなった。

2) 薬剤師活動状況と今後の課題

精神科急性期における参画状況は薬学的管理で69%、服薬指導で75%であった。薬剤管理指導では相互作用84%、併用禁忌92%などの確認の実施率は高かったが処方モニタリングの実施率は低く、主剤の確認を実施しているのは55%、換算値のモニタリングの実施率は一番高いクロルプロマジン換算値でも35%であった。退院後のアドヒアランスを考慮した指導を実施している施設は42%とわずかであった。服薬指導ができない理由として薬剤師数や保険制度が関係していると回答した施設が83%、そのほかの理由として薬剤部内のほかの業務との兼ね合いをあげた施設が86%であった。

3) 精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成

精神科急性期医療における薬剤師の役割パス、薬剤処方データベースを用いた処方モニタリングシート、薬剤管理指導用確認シートを作成し、患者指導、スタッフへの情報提供における効果的なアプローチ方法を抽出した。

D. 考察

1) 薬剤師機能の現状と期待

精神科医療において薬物治療は重要である。それゆえに、薬剤師がその知識や技能を十分に発揮し、効果的な薬物治療に貢献することはその責務でもある。他職種からの認識は、薬剤師自身が「治療者」としての確固たる認識をもち、

臨床活動の中で治療効果として結果を示すことで変わっていくはずである。

2) 薬剤師活動状況と今後の課題

精神科急性期医療への薬剤師の参画は十分とはいえない。参画を妨げている理由として、配置基準・診療報酬体系など制度的なものが考えられるが、各種委員会等への薬剤師の参加の必要性が高くなってきており、これらも考慮する必要があると考えられた。また、実施している薬剤管理指導業務の内容に差があり、これは精神科急性期医療における薬剤師の業務が確立されておらず、精神科に勤務する薬剤師の知識や意識の差が原因と考えられる。今後、精神科急性期医療における薬剤師の業務を確立し、薬剤師の参画による患者のアドヒアランス等への効果を調査する必要があると考えられた。

3) 精神科急性期薬剤管理指導プロトコル作成

精神科急性期医療において薬剤師は、患者への情報提供だけではなく医療スタッフに対し薬に関連した情報提供を行っており、その情報は処方の形成に影響していると考えられた。今回、精神科急性期医療における薬剤師の業務を分析し、患者、医療スタッフに対する情報提供を行うための各種シートを作成した。これらのシートを活用し、情報提供を行うためには、薬剤師が病棟で活動する時間が必要であることが考えられた。今後、薬剤師役割パスを利用し、シートの活用時点を明らかにし、プロトコルの実施を行い、薬剤師の情報提供に要する時間を明確にし、プロトコルを改善し、薬剤師の精神科急性期医療への参画が薬物療法の最適化、アドヒアランスへの影響を調査する必要があると考えられた。

E. 結論

薬剤師の機能の現状認識は職種間でばらつきがあり、今回作成した薬剤管理指導プロトコール試案等を精緻化・普及せせるなどして、多職種からのニーズに合致する薬剤師の機能をつくりあげる必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 藤田純一、三澤史斉、野田寿恵、西田淳志、伊藤弘人・樋口輝彦：精神科医の処方態度に関する研究：精神医学 50： 159-167, 2008.
- 野田寿恵、藤田純一、三澤史斉、伊藤弘人、樋口輝彦。精神科急性期治療における身体拘束と強制投薬の類型化の試み。精神科治療学（印刷中）。
- 三澤史斉、助川鶴平、前田昭彦他：New long-stay (NLS) 要因調査-統合失調症患者の入院期間と薬物治療の関連-：精神政策医

療ネットワークによる統合失調症の治療及び社会復帰支援に関する研究 総括研究報告書：77-85, 2007.

2. 学会発表

- 野田寿恵、三澤史斉、藤田純一、吉尾隆、末安民夫、杉山直也、伊藤弘人、平田豊明、樋口輝彦。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の問題点の抽出。第103回日本精神神経学会総会特別号：S251, 2007.
- 藤田純一、三澤史斉、野田寿恵、伊藤弘人、平田豊明、樋口輝彦。精神科医の薬剤処方に対する態度スケールの開発：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト（2）。第103回日本精神神経学会総会特別号：S252, 2007.
- 馬場寛子、林やすみ、坂田睦、吉尾隆、藤田純一、三澤史斉、野田寿恵、伊藤弘人、平田豊明、樋口輝彦。いかに薬剤師が急性期医療にかかわるか：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト（3）。第103回日本精神神経学会総会特別号：S252, 2007.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む） なし

精神科医療における薬剤師機能の現状と期待

協力研究者 町田いづみ 明治薬科大学医療コミュニケーション学准教授

研究要旨：精神科医療における薬剤師の機能を明らかにするために、医師および看護師へのアンケート調査をおこなった。**研究方法：**対象は、全国 234 の精神科救急入院料病棟と精神科急性期治療病棟に勤務する看護師（師長）、医師（医長）で、回収数は 109、回収率は 47%であった。**結果：**看護師・医師が認識している現状の薬剤師の機能は、薬の管理、処方内容の説明、薬物情報の提供であり、看護師と医師は現状の薬剤師を、患者と直接的、積極的な関わりの中で機能する職種としては認識していなかった。一方、精神科医療における薬剤師に期待する機能については、医薬品を管理し、患者や医療スタッフに医薬品情報を提供する現行の薬剤師像に加え、患者から治療に必要な情報を収集し、病気・病状を理解する、さらに、処方内容、薬物治療の効果や副作用、状況に適切な剤形や服薬方法について評価する薬剤師像を挙げており、ここでは直接的・積極的介入が期待された。本調査で「治療者」と認識されているか否かを評価する項目と考えた「病気の予防や早期発見(予防医療)」と「病気を治療すること」の2項目については、看護師・医師のいずれからとも、実践されているとも期待しているとも評価されなかった。看護師・医師に実践も期待もないと評価された他の薬剤師機能には、「薬物治療のための治療計画」があり、さらに医師においては、「病気・病状の評価」および「薬物治療の効果の評価」の機能も選択されなかった。これらの結果からは、薬剤師は看護師・医師から「治療者」として認識されているとはいえない現状が明らかとなった。**まとめ：**精神科医療において薬物治療は重要である。それゆえに、薬剤師がその知識や技能を十分に発揮し、効果的な薬物治療に貢献することはその責務でもある。他職種からの認識は、薬剤師自身が「治療者」としての確固たる認識をもち、臨床活動の中で治療効果として結果を示すことで変わっていくはずである。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

井上三男	明治薬科大学
佐藤智代	明治薬科大学
藤井彰夫	明治薬科大学
坂田 睦	井上会篠栗病院 薬剤室室長
吉尾 隆	桜ヶ丘記念病院 薬剤部長
野田寿恵	国立精神・神経センター室長
伊藤弘人	国立精神・神経センター部長

A. 研究目的

精神科医療において薬物治療は重要な役割を果たす。とくにこの数年、さまざまな新薬が開発、認可され、それらは治療効果に反映されている。しかし依然として、効果的な治療と服薬に伴う副作用への対応は、精神科医療の中の重要な課題のひとつである¹⁾²⁾。

薬物治療では、薬理学的知識や薬剤学的

知識を個々の患者の生物学的情報にいかにか効果的に当てはめられるかが治療の質を左右する³⁾。こうした状況にあって、薬剤師の機能は有用であり、その知識と技能は十分に活用されるべきであると考えられる。

もちろんこれは、精神科医療に限ったことではないが、例えば、精神科医療における統合失調症の急性期では、患者は身体的に消耗していることが少なくないため、薬物治療に伴うリスクも高くなる。また、抗精神病薬の不適切な使用は、患者のアドヒアランスを低下させるだけでなく、生命的危機を招くことにもなる。それゆえに、この時期の適切な薬物治療計画や効果の評価は重要であり、精神科治療における薬剤師の役割はより大きくなるものと予測される。

さて、「治療」に携わる者にとって、「治療者」としての確たる「認識」を有することは必要不可欠である。「治療者」ということは、言い換えれば、治療に責任をもつということであり、臨床家としての前提条件と言える。

治療のプロセスは、情報収集に始まり、症状を含む状況の評価、そしてそれらに基づいた治療プランに進む。さらに治療開始後では、症状の変化をモニターしながら、効果を評価することになる。治療者として機能するためには、これら一連の作業に関し、責任を持つことが求められる。

さて、この治療者としての意識に関しては、薬剤師自身が自らを評価するだけでは十分とはいえない。臨床活動の中で治療者としての役割を実践し、そしてその結果として、他者によって「治療者」として評価される必要がある。

以上の考えに基づいて、本研究では、医療チームの中での他職種である医師・看護師からみた、精神科医療における病院薬剤師の機能と期待について明らかにすることを目的とする。

精神科医療における病院薬剤師の機能についてその現状を明らかにし、そして、そこをスタート地点として、今後の薬剤師の、また、薬学教育のあるべき姿を考えていくことの意義は大きいものと思われる。

B. 研究方法

1. 対象と方法

【対象】

本研究は、全国 34 の精神科救急入院料病棟(以下、「精神科救急病棟」と略記)および、200 の精神科急性期治療病棟(以下、「精神科急性期治療病棟」と略記)をもつ精神科医療機関、合計 234 機関に勤務する、看護師(師長)、医師(医長)を対象におこなった。回収数は 109、回収率は 47%であった。

全国の精神科救急病棟と精神科急性期治療病棟の地域区分と本研究の分析対象となった医療機関の地域区分を図-1 に示す。

対象者の勤務する機関の規模と病棟ごとの病床数をそれぞれ表-1 と表-2 に示す。

【対象者の背景要因】

①看護師

性別：男 43(45%)、女 52(55%)

年齢：平均年齢 46 歳(28-65)

標準偏差 7.5 歳

経験：平均年数 22 年(4-45)

標準偏差 8.2 年

②医師

性別：男 87(93%)、女 7(7%)

年齢：平均年齢 46 歳(31-73)

標準偏差 8.3 歳

経験：平均年数 20 年(2-46)

標準偏差 8.3 年

【方法】

調査期間：平成 19 年 11 月 15 日～

平成 19 年 12 月 15 日

①全国 234 の精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟に依頼書(資料 1)、薬剤師用(資料 2:属性に関する項目)、医師用・看

看護師用(資料 3)の承諾書とアンケートを郵送する。

- ②各機関の医師(医長)1名, 看護師(師長)1名, 薬剤師(薬局長)1名に無記名にて回答を依頼する。
- ③回収は郵送とし, この返信をもって, 研究への承諾とする。
- ④データ回収後, 直ちに統計学的処理および検討をおこなう。

【調査内容】

- ①機関の属性
- ②薬物治療に関する項目(5項目)・薬剤師の精神科医療貢献度
- ③薬剤師機能に関する15項目

薬剤師法に定められた薬剤師の業務に加え, 薬物治療をおこなう上で必要不可欠な項目を想定し, 全12項目を設定した。

他の1項目として「患者さんに処方内容を説明すること」の質問を設定した。しかし, 単に処方内容を説明するだけでは, 治療者として機能しないことは明らかである。

他の2項目として「病気の予防や早期発見(予防医療)」と「病気を治療すること」の質問を設定した。この2つの項目は, 具体的な業務内容を示すものではないが, 「治療者」としての基本的かつ必要不可欠な機能であると考え, 薬剤師が「治療をおこなう職種」として明確に認識されているか否かを確認するために加えた。

【結果の解析】

①解析の対象

本調査は, 薬剤師・看護師・医師の3職種に対してそれぞれ別々にアンケートの返送を依頼した。本報告書では, 看護師と医師の結果を示すが, 機関の属性に関する項目は薬剤師用アンケートに含まれるため, 本稿では, 「属性」に関するデータが得られた機関の, 看護師・医師のデータの解析をおこなった。

属性に関するデータはあるが, 看護師, 医師のどちらかのデータがない場合, その部分は欠損値として除外した。また, その他の無回答欄も欠損値として除外した。

②統計解析

対象者の背景要因と薬剤師1人当たりの病床数, 処方箋枚数について記述統計解析をおこなった。

さらに, 看護師・医師における, 薬物治療に関する困難度, 薬剤部(師)への相談・期待状況等についての記述統計解析, および, 薬物情報収集方法と薬剤師の機能に関する15項目の現状・期待についての χ^2 検定をおこなった。

統計ソフトはSPSS-Version. 13を使用した。

2. 対象となる個人の人権擁護上の配慮 倫理上の配慮

- ①調査に先立って文書にてインフォームド consentをおこない, 調査への参加をもって承諾とする。
- ②明治薬科大学倫理委員会の承認を得る。
- ③調査は無記名でおこなう。

【研究により生じる可能性のある対象者への不利益又は危険性等に対する配慮】

本研究調査における対象者への不利益や危険性はない。

C. 結果

1. 薬剤師の業務量

①処方箋枚数

各機関の薬剤師の平均人数は5.7人, 標準偏差6.9人(表-3)であった。

人数区分で見ると, 薬剤師人数1人は1%, 2-4人は61%, 5-9人は28%, 10人以上が10%であった。

平成19年10月1ヶ月の薬剤師1人当たりの外来処方箋(院内)枚数, 入院処方箋枚数を表-4と表-5に示す。

薬剤師1人当たりの外来処方箋(院内)枚

数の平均は 169 枚/月 (5.5 枚/日), 入院処方箋枚数の平均は 619 枚/月 (20 枚/日)であった。

②病棟業務割合

全薬剤師の 1 週間の業務全体を 10 とし、その内、精神科病棟業務にかける時間の割合の平均は、2.3 であった(表-6)。

院外処方については、80%の機関で実施していた。

さらに、全病床数を薬剤師の人数で割って求めた薬剤師 1 人当たりの病床数の平均は 82 床であった(表-7)。

また、院内の各委員会参加は、平均 4.8 (1-11) (標準偏差 2.1) であった。

2. 看護師による薬剤師認識

①薬物情報収集の方法と困難

薬物情報の収集方法については、表-8 図-2 に示すように、有意に多くの看護師が「薬剤部」、「添付文書」と回答した。

一方、薬物治療に関する情報収集について困ることが「しばしばある(11%)」「ときにある(53%)」と感じている看護師は全体の 64% であった(表-9, 図-3)。

困難度について、「しばしばある」「ときにある」→「ある」群と「あまりない」「ない」→「なし群」の 2 群間で χ^2 検定をおこなったところ、両群間に有意差が認められ ($P < 0.02$)、薬物情報収集に困難性を感じている状態が明らかとなった。

②薬物治療に対する薬剤師への相談

薬物治療の過程で薬物選択に疑問を感じることが「しばしばある(19%)」、「ときにある(74%)」と感じている看護師は全体の 94% であった(表-10, 図-4)。

一方、「薬物治療に関して薬剤師と相談する」の設問に、「しばしば相談する」と回答した看護師は全体の 21% であった(表-11, 図-5)。

また、「薬物治療に関して薬剤師としばしば相談したい」と感じている看護師は全体

の 30% であった(表-12, 図-6)。

③薬剤師業務に関する看護師の認識

薬剤師の精神科医療における薬物治療への貢献度では、「とても」と回答した看護師は 43%、「まあまあ」と回答した看護師は 38% で、全体の 81% であった(表-13, 図-7)。

看護師が考える、現在、自分が勤務する機関の薬剤師が、精神科医療においておこなっていると思う業務では、「医師の処方箋に基づいて調剤すること」、「病院・薬局内の医療品を管理すること」、「患者さんに処方内容を説明すること」、「患者さんに薬の適切で正しい使用方法や薬に関する情報を提供すること」、「医師や看護師に薬の適切で正しい使用方法や薬に関する情報を提供すること」の 5 項目への回答が有意に高かった(表-14, 図-8)。

一方、精神科医療において薬剤師に期待する業務については、全 15 項目中、12 項目で有意に高い回答が得られた(表-15, 図-8)。

現在実践していると評価された業務と期待する業務とで、実践されておりかつ期待もしている業務、実践はされていないが期待をしている業務、実践されておらず期待もしていない業務の分類を表-16 に示す。

なお、本研究で「治療者としての認識」の評価項目と考えた「病気の予防や早期発見(予防医療)」と「病気を治療すること」の 2 項目は、実践も期待もなしと評価された。

2. 医師による薬剤師認識

①薬物情報収集の方法と困難

情報収集の方法について、表-17, 図-9 に示す。医師においては看護師で選択された「薬剤部」、「添付文書」に加え、「メーカー」と回答した者が有意に多かった。

薬物治療に関する情報収集については、

困ることが「しばしばある」と回答した医師は全体の4%であったが、「ときにある」と感じている医師は73%であった(表-18, 図-10)。「しばしばある」「ときにある」→「ある」群と「あまりない」「ない」→「なし群」の2群間で χ^2 検定をおこなったところ、両群間に有意差が認められ($P<0.01$)、薬物情報収集に困難性を感じていることが明らかとなった。

②薬物治療に対する薬剤師への相談

薬物治療の過程で薬物選択に迷うことが「しばしばある(36%)」「ときにある(55%)」と感じている医師は看護師同様に高く、9割以上であった(表-19, 図-11)。

一方、「薬物治療に関して薬剤師と相談する」の設問に「しばしば相談する」と回答した医師は全体の20%であった(表-20, 図-12)。

また、「薬物治療に関して薬剤師としばしば相談したい」と感じている医師も全体の20%であった(表-21, 図-13)。

③薬剤師業務に関する医師の認識

薬剤師の精神科医療における薬物治療への貢献度では、「とても」と回答した医師は46%、「まあまあ」と回答した医師は43%で全体の89%であった(表-22, 図-14)。

医師が考える、現在、自分が勤務する機関の薬剤師が、精神科医療においておこなっていると思う業務については、看護師と同様の「医師の処方箋に基づいて調剤すること」、「病院・薬局内の医療品を管理すること」、「患者さんに処方内容を説明すること」、「患者さんに薬の適切で正しい使用方法や薬に関する情報を提供すること」、「医師や看護師に薬の適切で正しい使用方法や薬に関する情報を提供すること」の5項目に加え、「医師の処方内容が適切で正しいか否かを評価すること」、計6項目への回答が有意に高かった(表-23, 図-15)。

一方、精神科医療において薬剤師に期待

する業務では、全15項目中、10項目で薬剤師の業務と回答した医師が有意に多かった(表-24, 図-15)。

現在実践していると評価された業務と期待する業務とで、実践されておりかつ期待もしている業務、実践はされていないが期待している業務、実践されておらず期待もしていない業務に分類し表-25に示す。

なお、本研究で「治療者としての認識」の評価項目と考えた「病気の予防や早期発見(予防医療)」と「病気を治療すること」の2項目は、看護師の結果と同様に、実践も期待もなしと評価された。

D. 考察

1. 薬剤師の業務量

薬剤師の業務量について考察するに当たり、各機関の薬剤師の人数について、日本病院薬剤師会による、全国の20床以上を有する医療機関を対象($N=4,714$)とした調査結果(以下、「全国調査」と略記)⁴⁾と比較した。

全国調査による単科精神病院を除く医療機関では、薬剤師数1人が10%、2-4人が45%、5-9人が23%、精神科病床のみの機関では、薬剤師数1人が10%、2-5人が76%、5-9人が14%であった。これに対し、本調査では、薬剤師数1人が1%、2-4人が61%、5-9人が28%であった。

また、1施設当りの平均人数でみると、本調査が5.7人であったのに対し、全国調査における単科精神病院以外の医療機関の平均は4.6人、単科精神病院の平均は3.7人であった。

これらの結果から、本調査対象となった機関は全国の単科精神病院以外の医療機関と同様、あるいはそれ以上の人員配置がなされていることがわかる。

そこで、以下、薬剤師の業務量については、単科精神病院を除く医療機関の結果と比較することとする。

まず、薬剤師 1 人当たりの病床数では、本調査における平均が 82 床であったのに対し、全国調査の結果では許可病床数が 167 床、平均在院患者数が 100 床であり、ここでも、本調査の対象となった医療機関は、全国調査対象機関と比べて、薬剤師 1 人当たりの病床数は少ない傾向にあった。

さらに、薬剤師 1 人当たりの外来処方箋(院内)枚数、入院処方箋枚数の比較では、本調査対象機関における外来処方箋(院内)枚数の平均は 169 枚/月(5.5 枚/日)、入院処方箋枚数の平均は 619 枚/月(20 枚/日)であったのに対し、全国調査の平均は前者が 17 枚/日、後者が 41 枚/日であり、いずれも、全国調査結果より薬剤師 1 人当たりの処方箋枚数は少ない傾向にあった。

精神科においては、薬剤師のマンパワー不足がチーム医療への貢献を困難にしていると言われて⁵⁾いるが、本調査対象機関においては、作業密度の相対関係からは軽減した状態にあると考えられる。

そこで次に、薬剤師の業務内容について考えてみる。

病棟業務量について全薬剤師の 1 週間の業務全体を 10 とした精神科病棟業務にかける時間の割合について調査した。結果、平均 2.3 であった。本調査では、その 8 割が院外処方を実施しており、外来調剤業務に多くの時間をとられているとは考えにくい。本調査対象となった医療機関では、精神科以外の病床を有している機関が 83% あり、精神科病棟以外での病棟活動なども考えられる。しかし残念ながら、今回の調査項目からは、他の時間がどのような業務で占められているかを考察することはできなかった。

2. 看護師・医師による薬剤師認識

①薬物情報と薬剤師

看護師と医師の多くが、薬物情報収集の方法として「薬剤部」を挙げていた。しか

し、その中であって、6 割以上の看護師が、そして、7 割以上の医師が情報収集について困ることがあると感じていた。

さらに、薬物治療の過程では、9 割以上の看護師と医師が薬物選択への疑問や薬物選択への困難を感じていた。

しかし、薬物治療に関してしばしば薬剤師と相談する看護師・医師は 2 割、相談したい看護師は 3 割、医師は 2 割であった。

ところで、三谷ら⁶⁾によって報告された薬剤科に問合せのあった質疑応答 398 件の統計分析(質疑率:医師・薬剤師を除く看護師を含む医療スタッフ 38%, 医師 25%, 薬剤師 24%)によると、質疑の内容は、「薬剤の安定性」が 40%、「使用法」が 25%であり、そこでは「薬剤」そのものへの情報提供が期待されていた。

一方、看護師による精神科医療における薬物治療に関する研究では、看護師の役割として、薬物療法の作用や副作用のモニタリング、患者の疾患理解と薬物治療継続を可能にすること⁷⁾、精神科急性期治療病棟で薬物療法に関する情報提供をおこなうためには、看護師による治療的プログラムによる服薬教育が必要であること⁸⁾、さらに、怠薬による再入院の防止への対策として、看護師による怠薬の経験に関する情報収集と怠薬原因の検討が必要であること⁹⁾が示唆されている。

これら看護師による研究のデザインや結果・考察からは、看護師は自らの職種を「治療」の主たる担い手と考えていることが推測される。医師については、治療全体に対して責任を有する職種であり、「治療」をおこなう者として自認していることは当然であろう。

治療全体を考えた場合、「薬物治療」はその一部である。そして、この「薬物治療」においても「薬剤」に関する情報はさらになぜか部分にしか過ぎない。

「治療」の担い手として、薬物治療の過程で感じる「情報収集」や「薬物選択」に関する困難や疑問は、単に「薬剤」情報だけではその解決には至らない。こうした結果が、薬剤部への相談や相談期待への割合に反映したのではないだろうか。

②薬剤師業務に関する看護師・医師の認識

8割の看護師と医師は、薬剤師が精神医療において薬物治療に貢献していると回答していた。では、実際の薬剤師の機能をどのように見ているのだろうか。

看護師が認識している薬剤師の現状機能は、「医師の処方箋に基づいて調剤すること」、「病院・薬局内の医療品を管理すること」、「患者さんに処方内容を説明すること」、「患者さんに薬の適切で正しい使用方法や薬に関する情報を提供すること」、「医師や看護師に薬の適切で正しい使用方法や薬に関する情報を提供すること」の5項目であった。医師においては、看護師が選択した5項目に加えて、「医師の処方内容が適切で正しいか否かを評価すること」の項目が選ばれていた(図-16)。これは疑義照会によって認識された機能と思われるが、いずれにしても全ての項目が、患者への間接的な関わりと薬剤に関する情報提供に分類されるものであった。

つまり、看護師と医師は、現状の薬剤師を患者と直接的、積極的な関わりの中で機能する職種として認識していないことがわかる。

一方、精神科医療における薬剤師に期待する機能について(図-17)看護師は、医薬品の管理をし、患者や医療スタッフに医薬品情報を提供する現行の薬剤師像に加え、患者から治療に必要な情報を収集し、病気や病状を理解する、さらに、病気や病状、処方内容、薬物治療の効果と副作用、状況に適切な剤形や服薬方法について評価する薬剤師像を挙げていた。

同様に医師からも、患者から治療に必要な情報を収集し、病気や病状を理解し、薬物治療の副作用、剤形等について評価する薬剤師が期待されており、いずれの職種からも、患者への直接的な介入と薬物治療への薬剤師の有する知識と技能の提供が期待されていた。

精神科病棟において、患者から直接情報収集する薬剤管理指導業務が患者のQOLの向上や医療経済効果において有益であることが示されており¹⁰⁾、薬剤師にとって、ここに「期待」された機能を果たすことは、すでに多くの問題を抱える現状の医療の中にあっては急務であると考えられる。

さて、本調査で「治療者として認識」の評価項目と考えた「病気の予防や早期発見(予防医療)」と「病気を治療すること」の2項目は、看護師・医師のいずれからも、実践もされていない、期待もしていない機能と評価された。もちろんこの2項目だけをもって「治療者」と認識されているか否かを定めることはできない。しかし、もし、同様の項目を自他共に治療者と認識する医師の機能として聞いた場合、「否」と答えられることは稀であろう。

看護師・医師に実践でも期待でも評価されなかった他の薬剤師機能には、「薬物治療のための治療計画」があった。医師においては、「病気・病状の評価」および「薬物治療の効果の評価」の機能も選択されなかった。

患者の状況を十分に把握し、それら情報を基に適切な治療プランを立てること、そして、立てたプランの効果を確認することは、治療において必要不可欠な作業である。当然、「薬物治療」も例外ではない。そして、このプロセスが遂行できなければ、薬物治療全体に対して責任をもつことはできない。こうした視点からみても、薬剤師は看護師・医師から「治療者」として認識されて

いるとは言い難いのが現状である。

薬剤師が参加している病院内の委員会活動が幾つかあるが、参加委員会数と「治療者としての認識」として設定した2項目との間に相関はなく、多くの委員会に参加するだけでは、治療者として認識されることは難しいようである。

精神科医療において薬物治療は重要である。それゆえに、薬剤師がその知識や技能を十分に発揮し、効果的な薬物治療に貢献することはその責務でもある。

他職種からの認識は、薬剤師自身が「治療者」としての確固たる認識をもち、臨床活動の中で治療効果として結果を示すことで変わっていくはずである。

E. 結論

精神科医療における、薬剤師の現状の機能と期待される機能を明らかにするために、医師および看護師へのアンケート調査をおこなった。

看護師・医師から見た現状の薬剤師の機能は、「治療者」と認識されるものではなかった。こうした結果を得て、薬剤師の卒前・卒後教育の見直しは急務である。

まず、卒前教育においては、従来の有機化学系中心の教育内容では、臨床家としての認識が育ちにくいことは明らかであり、「病を有する者を診る」、「病気を治す」といった「治療者」としてのスタンスを基礎とした臨床教育の導入とその教育内容の検討が必須である。

さらに卒後教育においても同様に、「治療者」として機能することを目指した臨床活動の実践が求められる。

看護師も医師も、卒後ただちに臨床家として十分に機能できるわけではない。臨床に必要な知識や技能は、日々の業務の中で患者と直接向き合い、患者の中にあるさまざまな問題解決に向けて努力する過程で育

っていく。

薬剤師が調剤を主な任とする時代は終わった。そしてすでに、処方された薬の説明や薬物情報の提供といった消極的、間接的なかわりでは、社会の期待に答えられない時代に入っている。

薬物治療の専門家として、かつ臨床家として、社会に必要とされる職種として機能することがこれからの薬剤師に課せられた重要な課題ではないだろうか。

謝辞

本調査をおこなうにあたり、多大なご協力を賜りました、全国精神科救急病棟、精神科急性期病棟のスタッフの方々、さらに、各機関の関係者の方々に深く感謝の意を表します。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点の発表はなし

2. 学会発表

現時点での発表はなし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【引用文献】

- 1)長嶺敬彦：世代抗精神病薬と代謝障害 非肥満、非糖尿病での検討、臨床精神薬理 9巻1号 113-121 2006
- 2)長嶺敬彦：第2世代抗精神病薬と高中性脂肪血症 Clozapine 類似構造を有する抗精神病薬でのリスクの違いについて、新薬と臨床、巻2号 239-245 2006