

B. 研究方法

1) 精神科包括病棟の取得動向の調査

(1) 調査対象

調査対象は、精神科包括病棟の届出先である都道府県社会保険事務所である。調査内容は2006年9月から12月にかけての精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、2、精神療養病棟入院料、老人性認知症疾患治療病棟入院料、および児童・思春期精神科入院医療管理加算の取得動向である。

(2) 調査方法

2006年9月に調査票を郵送し、FAXまたは郵送にて回収した。社会保険事務局からの回答率は100%であった。調査にあたって行政文書開示請求が必要な場合には、必要な手続きを経て調査票を回収した。

本研究は、次の協力研究者とともに実施した。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
佐藤さやか	国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部 流動研究員

2) 精神科医療クリニカルパス調査

医学中央雑誌WEB版を用い、1983年～2008年に刊行された論文を対象として文献の抽出を行った。検索語は「精神科」「クリニカルパス」の2語であり、症例報告および会議録を除いて検索を行った。

本研究は、次の協力研究者とともに実施した。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
佐藤さやか	国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部 流動研究員

3) 「退院準備プログラム」の人的コスト計算

(1) 退院準備プログラムについて

「退院準備プログラム」とはビデオ映像、リーダー用マニュアル、参加者用のワークブック

という3つのツールを用いて行う病院内でのグループセッションが17回と、病院内外のセッションにおいて学習についての実習を行う「退院準備プログラム実践編」(以下、「実践編」)が7回、合計24回で構成されている。セッションは1回60～90分で、1週間に1～2回の割合で実施することを想定している。

病院内で行われるグループセッションでは退院後に地域生活で利用できる施設や制度、自立した生活を営む上で必要な知識、疾病や服薬の自己管理に必要な知識やスキルについて、心理教育やSSTの手法を用いて身につけられるようになっている。また「実践編」は病院内のグループセッションで学んだ情報やスキルを実際の生活の場で体験し実行するために設けられたもので、外出や調理、金銭管理の練習などが病院内のグループセッションと連動する形で組み込まれている。また、毎回のセッションの最後には「宿題」が提示され、参加者は自身が決めた援助者とともに次回セッションまでの間に「宿題」を行ってることが求められる。これは参加者が主体的に当該セッションの振り返りを行い、参加の効果を高めることを目的として設定されている。

(2) 調査内容

① 「退院準備プログラム」の準備に要した時間に関する調査

「退院準備プログラム」の準備を行うにあたり必要と思われる作業を一覧にした表を作成し、厚生労働省「退院促進研究班」に参加し退院支援に取り組んでいる国立病院機構病院3病院に対して、作業ごとに必要だった時間(分数)と人数について、各職種ごとに記入を求めた。取り上げた職種は医師・看護師・

精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士であり、これらの職種以外のスタッフが関わった際にはその旨を別途記入するように求めた。

②「退院準備プログラム」の実施に要した時間に関する調査

「退院準備プログラム」の各セッションを実施するにあたり必要と思われる作業を一覧にした表を作成し、①と同様に記入を求めた。またセッションごとの参加者数についても記入を求め、得られた延べ時間をセッションごとに参加者数で除し、参加者一人あたりのプログラム実施に要した時間を算出した。参加者一人あたりのプログラム実施時間についてセッションごとに算出を行ったのは、欠席者などのためにセッションによって参加者数が異なったためである。

③「宿題」対応のために要した時間に関する調査

退院準備プログラム参加者のうち、もっとも標準的なケース、すなわち家族関係や経済状況に特別な事情がなく、身体合併症がないケースを1名選び、このケースの宿題対応に要した時間について記入を求めた。

最後に①～③の調査によって明らかとなった活動に要する時間と各職種の時給を用い「退院準備プログラム」に関連する活動の人的コストを計算した。

本研究については、次の研究協力者の協力により実施した。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
 安西信雄 国立精神・神経センター武蔵病院
 リハビリテーション部 部長
 池淵恵美 帝京大学医学部精神科学教室教授
 宇佐美しおり 熊本大学医学部保健学科 教授
 佐藤さやか 国立精神・神経センター
 精神保健研究所社会精神保健部
 流動研究員
 高田耕吉 国立病院機構鳥取医療センター

精神科医長
 高見 浩 国立病院機構賀茂精神医療センター
 精神科医長
 水野準也 国立病院機構病院東尾張病院
 作業療法士

C. 研究結果

1) 精神科包括病棟の取得動向の調査

2003年9月および2006年12月現在の各入院料および加算の総数は表1、表2のとおりであった。老人医療関連病棟については2003年と2006年では入院料の枠組みが大幅に変更されたためその時点ごとの入院料に従い分類した。

表1. 本調査の結果と濱野(2003)の比較 1

	2003年	2006年
精神科救急入院料	463	1138
精神科急性期治療病棟入院料1	5147	8883
精神科急性期治療病棟入院料2	581	408
精神療養病棟入院料1	74478	93152
精神療養病棟入院料2	1677	130
児童・思春期精神科入院医療管理加算	561	631

表1から、精神科救急入院料は、3年で2倍以上(675床)の急激な増加を見せている。また精神科急性期治療病棟1.2についても3年で約73%(3736床)増の伸び率となっている。

一方、精神療養病棟は、そのうち1については、22%(18674床)の増加がみられ、老人医療関連病棟は7%(2101床)の減少がみられた。さらに児童・思春期精神科入院医療管理加算は12%(70床)の増加であった(表2)。

表2. 本調査の結果と濱野(2003)の比較 2

2003年		2006年	
老人性痴呆疾患 治療病棟	9879	老人性認知症疾患 治療病棟入院料1	21096
重度痴呆患者 入院治療料	1882	老人性認知症疾患 治療病棟入院料2	5853
老人性痴呆疾患 療養病棟入院料 (医療保険適応)	12774		
老人性痴呆疾患 療養病棟入院料 (介護保険適応)	4515		
合計	29050	合計	26949

2) 精神科医療クリニカルパス調査

検索の結果、150の文献が抽出された。このうちクリニカルパスの開発・作成等を主たる目的としていなかった文献やレビューなど特定の状態や疾患について言及を行っていなかった文献(63文献)を除いた87の文献についてその対象や目的などによって分類したところ、統合失調症を対象としたものでは、退院支援、身体ケア、特定の処遇の終了、ECT、服薬指導などを目的としたもののほか、統合失調症以外の疾患・障害・症状・状態を対象としたものでは、うつ病、依存症、絶食療法、アスペルガー障害、認知症、薬物急性中毒、摂食障害、思春期、などを対象としたクリニカルパスが開発・作成されていた。これらのうち最も多く検討されていたのは、統合失調症患者の退院支援のためのクリニカルパスであり、35件であった。

3) 「退院準備プログラム」の人的コスト計算

「退院準備プログラム」の準備に要した人的コストは医師が38,619円、看護師が86,571円、精神保健福祉士が10,843円、作業療法士が25,677円であった。合計は161,711円であった。また入院中における「退院準備プログラム」の実施と宿題対応に要した人的コストは、医師が

36,343円、看護師が70,201円、精神保健福祉士が8,005円、作業療法士が26,885円であった。合計は141,494円であった。以上の合計は303,204円となった。

D. 考察

1) 精神科包括病棟の取得動向の調査

以上の結果が明らかにした、2006年4月の診療報酬改定後における全国の精神科包括病棟の取得動向は、精神科医療の近年の新たな流れを表していると考えられる。すなわち、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟1.2の急速な増加は、精神科病院が入院から地域へという精神科医療の望ましい形を整えつつあることを示している。また、精神療養病棟の増加も精神医療現場ではその施設基準自体により退院促進の効果をもたらしてきており、これもまた入院から地域への流れに沿った動向と考えられる。

しかし、一方、本調査の数量把握では必ずしも明らかとなっている訳ではないが、この動向に対する別の観点からの指摘もなされている。すなわち、精神科急性期治療病棟1・2は、入院期間が一義的に基準となっていることから、疾患別の治療プログラムの維持発展が可能か、患者個別の治療は担保されるか、退院後の地域支援は保証されているか、などである。精神療養病棟についても、退院促進が停滞するのではないかと指摘されることがある。さらにまた、この両者の基準では、身体合併症、精神疾患の複数併存、介護度、発達上の課題や生活歴や家族歴上の困難さ等の重症度や難易度が評価されていないことも課題である。これらの指摘を踏まえながら、今後も精神科包括病棟の取得動向を把握する必要がある。

老人性認知症疾患治療病棟は、近年の高齢者

に関する医療機関、介護施設や地域の居住施設の多様化と、高齢者医療制度の変化の影響を視野に入れながら、さらに調査と分析を継続する必要がある。

児童・思春期精神科入院医療管理加算の現状は、その必要性が年々高まっているにも拘わらず、病床数は増加しているとはいえないため、診療報酬の側面でも検討が求められる。それは病棟単位の施設基準を対象とした加算だけではなく、例えば1人の事例やあるいは少人数のユニットで採算が可能となるような診療報酬上の工夫により、医療的対応の裾野を広げることを考慮することもひとつの方法と思われる。

「入院から地域へ」という命題は、まだまだ発展途上にある。これをより実効性のあるものにするためには、方法論の研究とそのためのコストを精査し、かつ、個々の事例の退院後転帰や当事者の「満足度」をも調査し、事例研究を積み上げることが求められよう。

2) 精神科医療クリニカルパス調査

クリニカルパスに関する文献検索の結果、統合失調症患者の退院支援のクリニカルパスが多かったという調査結果は、患者を病院に長く留めることなく円滑に地域社会での生活に復帰させようとする医療関係者の工夫が感じられる。しかし、現状ではおのおのの医療機関が独自のクリニカルパスを用いており、論文の内容も事例検討のような形で実践の結果を報告するに留まっているものが多い。今後は望ましい「医療と地域の連携」を実現している医療機関のクリニカルパスを複数検討した上で統合し、多くの医療機関で使用できるパスを開発・作成することとその普及が望まれている。

クリニカルパスは、医療の内容を分りやすく

提示することに加え、別の分担研究で試みている通り、人的コスト計算のツールとしての可能性がある。統合失調症の退院支援のためのクリニカルパスが開発・作成されつつあるという今回の結果は、今後退院支援を標準化して、そのコスト計算から新たな診療報酬を提案できる可能性があることを示している。

3) 「退院準備プログラム」の人的コスト計算

「退院準備プログラム」は、心理教育、スキルトレーニング、フィールドトリップを用いた全24回の心理社会的介入法であり、国内でもっとも構造化されている退院支援のためのプログラムと考えられる。本研究では、この「退院準備プログラム」をモデルとして、統合失調症の退院支援プログラムのコストを試行的に計算した。

「退院準備プログラム」の準備と実施と宿題対応に要した人的コストの合計は303,204円であった。これは一般の入院医療費用の約23日分である(注:平成17年日本精神科病院協会医療経済実態調査報告の13,156円を基準に算出)。今日のわが国の精神科医療の現状に照らし、医療それ自体としての必要性に関連するエビデンスが蓄積されつつある「退院準備プログラム」は、医療経済的な観点からも意義あることを、本分析結果は示していた。

なお、本研究はパイロット調査として、標準的なモデル事例を想定して算出したため、限界がある。そのため、退院に影響する要因として考えられる、患者特性(初発再発の区別、罹病期間、入院期間、精神疾患の併存の有無、教育歴、職歴、家族の協力度等)、社会資源の現状や地域特性の観点からの分析は、今後の課題として残された。また、論文検索においては「退院

準備プログラム」も加味した分析が今後必要である。

E. 結論

本研究結果から、2006年4月の診療報酬改定後における全国の精神科包括病棟の取得動向が明らかとなった。また、精神科医療における「医療と地域の連携」が既に多くの医療機関で実践されており、今後はその標準化が望まれていることが示された。さらに退院支援活動にかかる人的コストの計算は可能であり、再入院コスト

などさまざまな関連指標との比較によって診療報酬改定に寄与できる可能性が示唆された。今後は調査対象施設を増やして検討するなどさらに研究を重ね、診療報酬改定に直接的に寄与できる知見の提供を目指したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

未定

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

精神科訪問看護における診療報酬の在り方に関する研究

研究分担者 萱間 真美 聖路加看護大学 教授

研究要旨:本研究では、入院医療から地域生活への移行を支える有効なサービスとして評価され、その普及が進んでいる精神科訪問看護に焦点を当て、複数の専門職による同行訪問、退院前訪問および家族ケアの実態を把握・分析し、今後の診療報酬のあり方を検討することを目的とした。

研究方法:以下の2つの調査研究のデータを再分析し、精神科訪問看護における複数訪問、退院前訪問、家族ケアの実態について分析した。1. 社団法人全国訪問看護事業協会が委託を受けて行った平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業の実態調査、2. 平成17,18年度に訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて行った訪問看護・家庭訪問基礎調査

結果:H18年度調査では、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションのうち、82.2%が複数の看護師による同行訪問の実施経験があると回答していた。一方、H19年度の調査では、複数訪問の回数は平均月1.63回であり、直近に訪問した統合失調症患者計495名において同行者がいたのは5.7%であり、医療機関からの訪問看護対象者の44.9%に比べて大きく低かった。退院前訪問看護は、病院からの訪問看護で、一カ月平均2.5人に、月あたり延べ3.8回実施されていた。家族に対する援助は、訪問看護ステーションから63.1%、病院からの訪問で44.6%で実施されており、同居家族がいる割合とほぼ一致していた。また、家族からの電話相談は、訪問看護ステーションで11.5%の利用者に、月平均2.7回、29.3分、病院では2.9%の利用者に、月平均3.5回、平均14.6分行われていた。

まとめ:精神科訪問看護における同行訪問は、利用者とケア提供者双方の安全感を保障し、訪問ケアによって対応可能な対象者の症状のレベルを広げることができる手段であると言える。また、精神科訪問看護における家族ケアは、利用者の療養生活を支援する家族の生活上の困難や負担感を軽減し、家族を支えることで利用者本人の地域生活を維持する関わりであるといえる。家族が同居している場合には、利用者本人の症状の重症度が高くても、家族が日常生活上の支援を行うことで地域生活を継続している利用者も多く、家族の担う役割が大きい一方、家族自身が高齢化しケア機能が弱まっていることも併え、家族への支援が利用者本人の地域生活の維持に大きく影響することが示唆された。

訪問看護ステーションでの精神科訪問看護の適応が拡大している現状を考えると、訪問看護ステーションからの同行訪問および家族ケアが診療報酬の裏づけを得て実施される必要性は極めて高いと考えられた。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

瀬戸屋 希 (聖路加看護大学 准教授)

沢田 秋 (聖路加看護大学 助教)

赤江 麻衣子 (ハートランドしぎさん)

佐藤 美穂子 (訪問看護振興財団 常務理事)

田久保 恵美子 (訪問看護振興財団 事業部長)

吉武 久美子 (訪問看護振興財団 主任研究員)

井伊久美子 (日本看護協会 常任理事)

上野 桂子 (全国訪問看護事業協会 常務理事)

澤 温 (医療法人社団 北斗会さわ病院)

仲野 栄 (日本精神科看護技術協会 専務理事)

田中美恵子 (東京女子医科大学 教授)

野中 博 (野中医院 院長)

羽藤 邦利 (医療法人社団邦秀会代々木の森診療所 院長)

伊藤順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部 部長)

柳井 晴夫 (聖路加看護大学 教授)

木全 真理 (全国訪問看護事業協会)

立森 久照 (国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 室長)

瀬尾 智美 (千葉大学附属病院)

船越 明子 (三重県立看護大学 講師)

岡本 典子 (聖路加看護大学大学院)

A. 研究目的

精神科訪問看護は、精神保健福祉施策における入院医療から地域生活への移行を支える有効なサービスとして評価され、その普及が進んでいる。

研究者が行った統合失調症患者についての研究では、訪問看護サービスを受け始めた前後2年間で、精神科への総入院日数や1回の入院あたりの入院日数が大幅に減少することが示され、地域生活の継続という点において、精神科訪問看護は一定の効果を有することが明らかになったり。

精神科訪問看護の提供主体は、訪問看護ステーションと、医療機関に大別できる。しかし、近年の医療制度の改革によって急性期の有効な医療を提供することに特化した医療機関も増加していることや、精神科訪問看護に対するニーズの高まりから、地域の訪問看護ステーションに期待される役割は高まりつつあり、訪問看護ステーションの精神科訪問看護実施率も年々増

加している²⁾。しかしながら、診療報酬上、精神科医療機関からの訪問看護では算定可能であるが、訪問看護ステーションでは算定できないものがある。一点目は、退院前訪問指導料である。これは、平成20年度の診療報酬改定において、入院期間に関わらず、退院に先立って訪問した場合に3回(6ヶ月以上の入院では6回まで)算定できるようになり、短期間の入院であっても、退院後の生活に向けた支援が開始しやすくなった。二点目は、複数名での訪問による加算である。複数の保健師、看護師、作業療法士または精神保健福祉士による訪問、あるいは准看護師が保健師または看護師に同行した場合に、450点の加算が認められている。これら2点については、訪問看護ステーションから実施する場合は、事業所の負担によって実施しなければならない。

しかしながら、先にも述べたように、退院促進と病院の急性期治療への重点化により、今後重症度の高い患者を訪問看護ステーションが継続支援する可能性があり、退院前訪問看護と、複数名による訪問は必須であるといえる。

加えて、昨年度報告した、訪問看護利用者の家族支援については、その実施率が高いにもかかわらず、病院からの訪問、訪問看護ステーションからの訪問、いずれについても診療報酬化されていない。

今年度は、過去2年間に於いて明らかになった診療報酬上の課題について、いくつかのデータを統合し、「退院前訪問看護」「複数名による訪問」「家族支援」の三点について、実態を把握・分析し、今後の診療報酬のあり方を考えることを目的として実施した。

B. 研究方法

本研究は、1. 社団法人全国訪問看護事業協会が委託を受けて行った平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業の実態調査と、2. 訪問看護振興財団が平成17,18年度に看護協会の委託を受けて行った訪問看護・家庭訪問基礎調査結果を再分析し、①複数の専門職による同行訪問、②退院前訪問、③家族ケアの実態について、

把握・分析することを目的とし実施した。

C. 研究結果

1. 実態調査の結果の概要

1) 対象施設の概要

(1) 平成 19 年度調査

訪問看護ステーションによる訪問看護と、病院からの訪問看護を対象とした。訪問看護ステーションは、全国訪問看護事業協会が委託を受けて実施した厚生労働省平成 19 年度障害者保健福祉推進事業における実態調査(全国訪問看護事業協会に加盟する全国 3,307 箇所の訪問看護ステーションに依頼)に回答のあった 1,664 事業所のうち、精神訪問看護を実施していると回答した 664 事業所。精神訪問看護を行っていると回答した 664 事業所を対象に、最近訪問した統合失調症の利用者 3 名の状況と提供したケア内容について質問紙に回答・返送してもらった。記入は実際に訪問した訪問看護師に記入してもらうよう依頼した。その結果、322 事業所(回収率 48.5%)、495 名分の統合失調症利用者についての回答を得た。病院は、精神科訪問看護を行っている病院のうち、訪問看護ステーション 664 事業所の所在地域ブロックに対応した地域ブロックから選定し、調査協力が得られた 11 病院とした。11 病院から、345 名分の回答を得た。

(2) 平成 18 年度調査

訪問看護振興財団が看護協会の委託を受けて実施した平成 17、18 年度の訪問看護・家庭訪問基礎調査(全国の 550 訪問看護ステーション、350 病院に配布)である。

2) 利用者の概要

(1) 平成 19 年度調査

訪問看護ステーションからの訪問看護を受けている統合失調症利用者 495 名の概要は、以下の通りであった。性別は、男性 186 人(37.6%)、女性 306 人(61.8%)と女性が多く、平均年齢は 55.0 歳(SD=13.9, 範囲 14~96)、訪問看護開始年齢の平均は 52.4 歳(SD=14.0, 範囲 13~96)であった。婚姻状況

は、婚姻 106 人(21.4%)、未婚 251 人(50.7%)、離別・死別 127 人(25.7%)であった。居住形態は、独居が 192 人(38.8%)、同居者がいる者が 279 人(56.4%)、グループホーム入居者が 3 人(0.6%)、その他 11 人(2.2%)であった。過去の精神科入院歴がある者は 385 人(77.8%)、過去の精神科入院回数の平均は 3.9 回(SD=4.2, 範囲 1~36)であった。1ヶ月の訪問回数は平均 5.6 回(SD=3.3, 範囲 1~21)、直近の訪問での滞在時間は平均 53.2 分(SD=17.5, 範囲 15~120)であった。

病院からの訪問看護を受けている統合失調症利用者 345 名の概要は、以下のとおりであった。

性別は、男性 190 人(55.1%)、女性 155 人(44.9%)と男性が多く、平均年齢は 51.9 歳

(SD=11.6, 範囲 21~77)、訪問看護開始年齢の平均は 47.8 歳(SD=11.7, 範囲 18~75)であった。婚姻状況は、婚姻 30 人(8.9%)離婚・死別 64 人(18.9%)、未婚 244 人(72.2%)であった。居住形態は、独居が 191 人(55.8%)、同居者がいる者が 124 人(36.3%)、グループホーム入居者が 24(7.0%)、その他 3 人(0.9%)であった。過去の精神科入院歴がある者は 331 人(95.9%)であり、過去の精神科入院回数の平均は 5.3(SD=4.4, 範囲 1~25)であった。1ヶ月の訪問回数は平均 2.5 回(SD=1.8, 範囲 0~13)、直近の訪問での滞在時間は平均 44.6 分(SD=15.9, 範囲 15~150)であった。

3) 複数職種による訪問の実態

平成 19 年度調査では、直近に訪問した統合失調症患者への同行訪問の有無を尋ねたところ、訪問看護ステーションでは、同行者ありが 5.7%であったのに対し、病院では同行ありが 44.9%であり(図 1)、大きな差があった。

病院からの訪問での複数名の内訳は、「看護師+看護師」が最も多く 86 人(55.5%)、つぎに「看護師+精神保健福祉士」が 68 人(43.9%)であった。一カ月間での実施回数では、「看護師+看護師」で一カ月あたり平均 37.3 回(SD=56.4)、「看護師+精神保健福祉士」で一カ月平均 15.1 回(SD=15.5)の訪問を行っていた。一方、訪問

看護ステーションでは、同行者がいた訪問は、月平均 1.63 回であった。実施回数でも、病院と訪問看護ステーションでは大きな開きがあった。

精神科訪問看護を実施していない訪問看護ステーション (n=981) に対し、どのような報酬・制度があれば実施可能かをたずねたところ、「二人以上の職員による訪問に対する報酬」と答えた事業所が 57.6% と、もっとも高かった (図 2)。

平成 18 年度調査では、一般病院と精神科病院における関連職種同行訪問実施割合を比較した

ところ、一般病院 (n=150) では同行訪問実施ありが 58.0% であったのに対し、精神科病院 (n=46) では 71.7% と高い割合で実施されていた。また、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションのうち、82.2% が複数の看護師による同行訪問の実施経験があると回答した。精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーション (n=113) で、訪問看護従事者が被害者となる暴力があった割合は、言葉による暴力 (28.3%)、身体的暴力 (23.0%) 等であった。

図 1 同行訪問者の有無

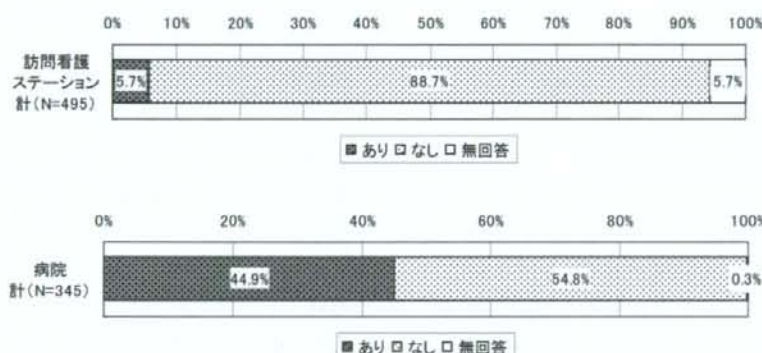
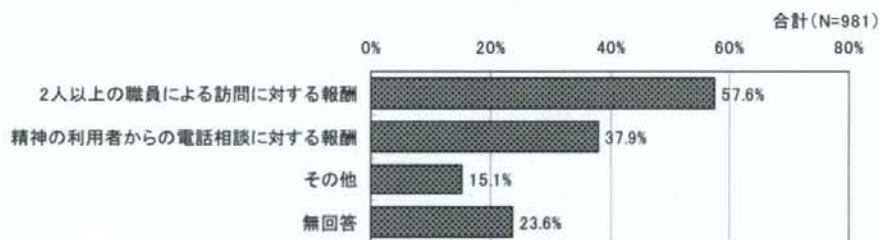


図 2 今後、精神科訪問看護の実施が可能となる報酬・制度



4) 退院前訪問看護の実態

平成 19 年度調査の、病院からの訪問看護について、訪問看護基本療養費 (I) による利用者で退院前訪問看護を利用していた者は、11 病院で、一カ月平均 2.45 人 (SD=1.67)、延べ回数は 3.82 回 (SD=3.82) であった。訪問看護基本療養費 (II) では、8 病院で、一カ月平均 0.63 人 (SD=1.65)、延べ回数 0.88 回 (SD=2.32) であった。また、精神科

訪問看護を実施していない事業所 (n=981) にその理由を尋ねたところ、「精神訪問看護の訪問依頼がないため」が 77.8% と突出して多かった。

平成 18 年度調査では、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションのうち 77.8% が精神科を含む退院前訪問を行っていた。これに対し、精神科訪問看護を実施していない訪問看護ステーションによる精神科以外の患者への退院前

訪問の実施割合は58.1%であった。また退院前カンファレンスへの参加を行っている訪問看護ステーションは、精神科訪問看護を実施しているステーションでは64.1%であり、精神科訪問看護の実施がないステーションでは53.1%であった。

5) 家族ケアの実態

(1) 訪問による家族援助

平成19年度調査において、訪問看護ステーションが家族に提供する看護援助では、475名の利

用者のうち237名(47.9%)が、家族への援助(家族の話聞く、ねぎらう、情報や本人への接し方を伝える)を、「直接援助を提供した」と回答した。観察・アセスメントの実施を含めると、312人(63.1%)の利用者で家族への援助が実施されていた(図3)。病院からの訪問では、同じく、直接援助が84人(24.3%)、観察とアセスメントを含めると、154人(44.6%)で実施されていた(図4)。

図3 家族関係の調整 (訪問看護ステーション: n=495)

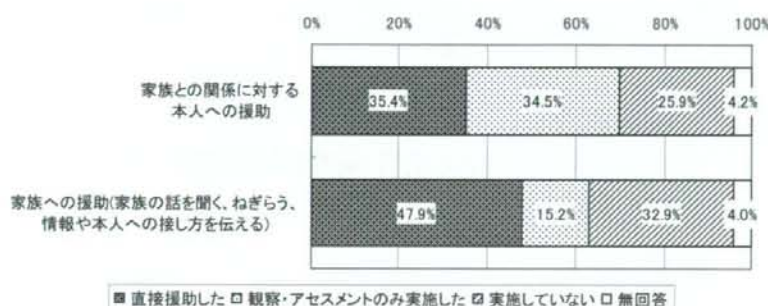
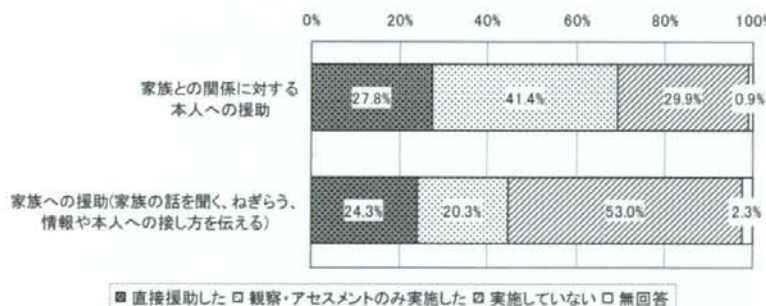


図4 家族関係の調整 (病院: n=345)

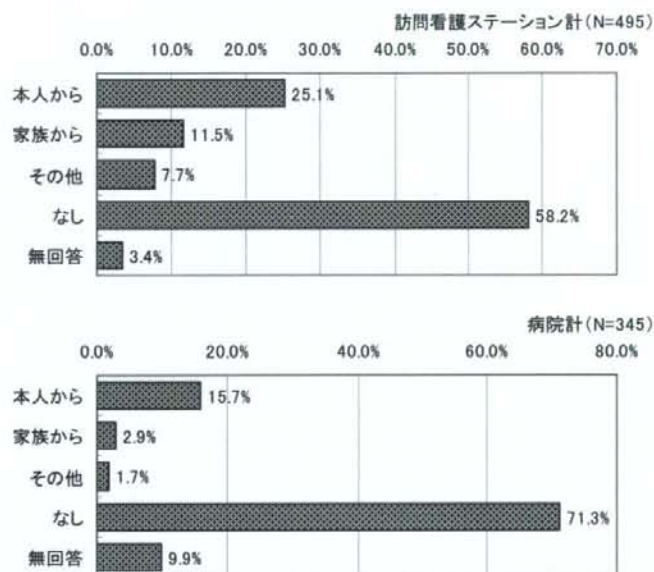


(2) 電話相談による家族援助

調査対象者について、訪問外で訪問看護ステーションや訪問看護担当部門が一ヶ月間で電話で相談にのった件数は、訪問看護ステーション利用者(n=495)では「本人から」が124人(25.1%)、家族からが57人(11.5%)であった。家族からの相談があった者では月平均2.65回、29.3分

(SD=32.06)であった。病院からの訪問看護利用者(n=345)では「本人から」が54人(15.7%)、「家族から」が10人(2.9%)であり、家族からの電話相談があったもののうち月平均回数は3.5回(SD=3.46)、時間は14.6分(SD=8.17)であった。(図5)

図5 訪問看護への電話相談



D. 考察

1) 複数名・複数職種による訪問の実態
病院からの複数名訪問は、約半数のケースで実施されていた。一方で、診療報酬の裏付けがない訪問看護ステーションにおいても、わずかではあるが複数名訪問が実施されており、各事業所が必要に応じ、いわゆる事業所の持ち出しで実施している実態が示された。これは訪問看護ステーションにおいても複数名訪問のニーズがあることを示している。平成18年度調査で示されたような、安心感を持って訪問に臨めないよう

な状況が精神科訪問看護を実施している部署のスタッフに起きていたことから、利用者の状態に応じ、同行訪問がしやすくなるような診療報酬体系が、訪問看護ステーションにおいて適用されることが望まれる。平成18年度報告書で述べたように、精神科訪問看護において、利用者とケア提供者双方にとって、安心や安全感を確保するためにも、同行訪問の早急な制度整備が求められる。

病院における複数名訪問の実施は「看護師+看護師」の組み合わせが最も多いものの、「看護師+精神保健福祉士」の組み合

わせも各施設月平均15.1回と、一定量実施されており、複数の専門職で援助している実態が示された。このような専門職によるサービスを地域で広く普及させるためにも、訪問看護ステーションからの複数名訪問は必要であるといえる。

2) 退院前訪問看護の実態

平成18年度調査によると、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの74%で退院前訪問が実施されていた。利用できる制度があれば、退院前から訪問看護を始める準備態勢はあるといえる。しかしながら、訪問看護ステーションから退院前訪問看護を実施するには、現状では平成20年度の診療報酬改定で創設された「退院時共同指導料」を利用して一回実施するのが上限であり、今後、制度の充実が望まれる。

また、訪問看護ステーションで精神科訪問看護未実施の事業所は、「依頼がないため」と答えた事業所が7割以上を占め、訪問看護ステーションへの連携が十分なされていないことが示された。

3) 訪問看護での家族ケアの実態

訪問看護ステーションで6割、病院で4割の対象者に、「家族への援助」が提供されていた。これは、訪問看護ステーション、病院の各利用者の同居者がいる者の割合とほぼ一致しており、同居家族がいる場合、ほとんどのケースでなんらかの家族援助が行われていると考えられる。家族援助のニーズの高さと重要性を示唆させる。

電話相談では、家族からの相談割合は一

割程度と少なかったものの、もっとも身近な支援者である家族が孤立せずケアを続けるためにも、訪問看護師が、訪問看護以外にも家族を支える重要な役割を担っていることを示している。訪問日と訪問日のあいだに起きる困難時の解決を電話でしているとも考えられ、電話相談も、地域で生活する上での重要な支えとなるといえ、診療報酬等による裏づけが必要といえよう。

4) まとめ

精神科医療の場が地域へと移行している中、地域の訪問看護ステーションに期待される役割は高まっている。訪問看護ステーションが、医療機関や関連機関と連携しながら、地域で生活する精神障害者を支えるサービスとして有効に活用されるためには、複数名・複数職訪問、退院前訪問、家族ケアが診療報酬上の裏づけを得て実施されることが必要と考えられた。これらのケアの実態は、また十分には明らかにされておらず、今後は複数名・複数職訪問の実態とその背景・理由に関する調査研究、また退院前訪問の実施状況とその効果、家族ケアの実態の焦点を当てた調査研究が必要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

看護師の頓用薬に関する意識

研究分担者 末安民生 慶應義塾大学看護医療学部 准教授
協力研究者 仲野 栄 （社）日本精神科看護協会専務理事
松本佳子 国立精神・神経センター精神保健研究所
社会精神保健部 流動研究員

研究要旨：精神科病棟においては、頓用薬の処方が抗精神病薬の多剤大量処方の原因の1つであり、その関連要因のひとつが「看護師からの追加処方の要望」であることが明らかにされていた。そこで本研究では、医師への追加処方の要望の背景にある看護師の頓用薬に対する意識や態度が処方にどのような影響を与えているか、また看護師のどのような意識の在り方が抗精神病薬の過剰投与を予防するために有効なのかを明らかにすることを目的に調査を行った。**研究方法**：看護師の頓用薬に関する意識・態度について、25項目からなる調査票を専門家7名で作成した。調査票は、「定期処方と頓用薬に関する考えについて」「病棟の構造とスタッフ配置について」「頓用薬使用の状況について」「頓用薬に関する患者との関係について」「専門スタッフとの関係について」「頓用薬に関する経験について」の6つの要素から構成されている。9病院・18病棟の精神科急性期治療病棟・およびそれに準ずる病棟に勤務する看護師323名に調査票を配布し、309票の回答を得た。回収率は95.67%であった。質問項目の一つである「あなたは医師に、頓用薬の追加を依頼したことがある」の質問項目を従属変数とし、ロジスティック回帰分析を用いて分析した。分析には、Spss11.0 For Windowsを用いて行った。**結果**：「患者の定期処方について、投与量を増やして欲しいと感じたことがある」「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」「頓用薬処方についてあなたは医師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は、「医師に頓用薬の追加を依頼したことがある」に「はい」と答える割合が有意に高かった。また逆に「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は「医師に頓用薬の追加を依頼したことがある」に「はい」と答える割合が有意に低いことが明らかになった。**まとめ**：本調査結果から、抗精神病薬の過剰投与に大きく関与する頓用薬処方を最小限にするための有効的な戦略として、看護師が薬剤師と話し合うこと・専門家である薬剤師とのコミュニケーションがあげられることが明らかになった。つまり、チーム医療における多職種との密な連携や話し合いと、そのことを可能にする病棟のあり方に、抗精神病薬の過剰投与を防ぐ可能性があることを示唆している。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名	野田寿恵	国立精神・神経センター	室長
西田淳志	東京都精神医学総合研究所統合失調症プロジェクト統合失調症研究チーム 研究員	伊藤弘人	国立精神・神経センター	部長

A. 研究目的

精神科急性期治療病棟では、頓用薬は日常的に使用されており、入院患者の80%がその投与を受けていると言われている¹⁻⁵。近年の欧米における研究⁶では、頓用薬の処方抗精神病薬の多剤大量処方の主な原因であると言及されている。また、日本における精神科医の抗精神病薬多剤大量処方の関連要因も報告され⁷、その要因もいくつか見いだされており、「看護師からの追加処方の要望」が、医師の頓用薬指示の増量にも反映されていることが考えられる。現在の精神科臨床において、看護師が患者に頓用薬を投与することは一般的な治療技法となっている。しかし、コ克蘭・レビュー⁸ではこの技法が看護師に薬物療法への過信を生む可能性があることも指摘されており、頓用薬の有用性や有害性を示唆するに足る質の高い研究は皆無であるとしている。そこで本研究では、医師への追加処方の要望の背景にある看護師の頓用薬に対する意識や態度が処方などのような影響を与えているか、また看護師のどのような意識の在り方が抗精神病薬の過剰投与を予防するために有効なのかを明らかにすることを目的に調査を行った。

B. 研究方法

看護師の頓用薬に関する意識・態度について、25項目からなる調査票を専門家7名で作成した。調査票は、「定期処方と頓用薬に関する考えについて」「病棟の構造とスタッフ配置について」「頓用薬使用の状況について」「頓用薬に関する患者との関係について」「専門スタッフとの関係について」「頓用薬に関する経験について」の6つの要素から構成されている。

9病院・18病棟の精神科急性期治療病棟・およびそれに準ずる病棟に勤務する看護師323名に調査票を配布し、309票の回答を得た。回収率は95.67%であった。

質問項目の一つである「あなたは医師に、頓用薬の追加を依頼したことがある」の質問項目を従

属変数とし、ロジスティック回帰分析を用いて分析した。分析には、Spss11.0 For Windowsを用いて行った。

C. 研究結果

「あなたは医師に、頓用薬の追加を依頼したことがある」と関連性の強い質問項目は、「患者の定期処方について、投与量を増やして欲しいと感じたことがある」「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」「頓用薬処方についてあなたは医師と話し合うことができる」「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」の4項目であった。

4項目のうち、「患者の定期処方について、投与量を増やして欲しいと感じたことがある」「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」「頓用薬処方についてあなたは医師と話し合うことができる」の3項目に「はい」と答えた看護師は、「医師に頓用薬の追加を依頼したことがある」に「はい」と答える割合が有意に高かった。また逆に、「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は、「医師に頓用薬の追加を依頼したことがある」に「はい」と答える割合が有意に低いことが、本研究結果から明らかになった。

(表1)

D. 考察

本調査結果から、「患者の定期処方について投与量を増やして欲しいと感じたことがある」「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」「頓用薬処方についてあなたは医師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は、医師への頓用薬追加依頼が増える傾向にあることが推測される。また逆に、「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は、医師への頓用薬追加依頼が減る傾向にあることが考え

られる。

「定期処方投与量を増やして欲しい」に「はい」と答えた看護師が、医師への頓用薬追加を依頼することは自然な現象であると考えられる。

ここでは、看護師が「医師と話し合うことができる」といった一見好ましく見える要因が、頓用薬の追加依頼につながる結果が出たこと、また「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」に「はい」と答えた看護師が、医師への頓用薬追加依頼が増える傾向にあること、また逆に、「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師が、医師への頓用薬追加依頼が減る傾向であることとの関連性について、考察していきたいと思う。

医師と看護師の関係については、近年、次のことが言われている。英国における薬剤師の立場からの頓用薬に関する論文¹⁰では、Junior doctor と看護師の関係が指摘されており、On call してから医師の到着までにかかる時間と到着してからの看護師からのプレッシャーが頓用薬の多さに大きく関係していると考察している。日本での本調査においても、『「医師と話し合うことができる」ことが医師への頓用薬の追加依頼につながる』結果がでたことも、看護師-医師関係が、頓用薬使用の多さに関係しているという英国論文の示唆することを裏付けているといえよう。

また、病棟における医師と看護師の関係について、そのやりとりをスタインは「医師-看護師ゲーム」と名づけ、次のような例を挙げている。看護師と医師の間には、表向きには臨床的な判断は医師が行うことになっているもの、実は看護師がそれとなく「〇〇さんは××が効くんですよ・・・」とほのめかすと、医師はあたかも自分が考えたかのように処方するという「医師-看護師ゲーム」が展開されている¹¹とスタインは言及している。このように、表面的には話し合うことができるように見えていても、実は看護師が医師にプレッシャーをかける「ゲーム」といえるよ

うなやりとりが、本調査結果で示された医師への頓用薬処方依頼の中で起こっていることもあり得ると考えられる。

では、看護師が医師にプレッシャーをかけざるを得ない状況というのはどういった状況なのであろうか。

精神科病棟で向精神薬が使われた状況について研究したメイン⁹は、表面的な理由は何であれ、看護師が与薬するのは患者の問題に対処するのに限界を感じたときだということが分かったと記している。具体的には、患者への対応で不安やイライラ、怒り、罪悪感などを感じた看護師の要求によって医師は患者に薬を処方しているとされている。

このことは、本調査結果の「患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなると思う」に「はい」と答えた看護師が、医師への頓用薬追加依頼が増える傾向にあることを裏付けていると考えられる。つまり、現場で患者との関係に何らかの困難を感じている看護師は、その困難感に対する思いを医師への頓用薬追加へのプレッシャーというかたちで現している可能性があるということである。

さらに、メインは調査を続けるうちに、自分たちがいつもどういった感情を抱いているかに看護師が気づき、それを語り合うようになると、処方される薬が次第に減っていったとも報告している。つまり、看護師が自ら抱く感情的な問題に気づくこと、それらを語り合うことが処方の減量に繋がると言えるのではないだろうか。逆に言えば、そうした問題に蓋をし、病棟が薬剤師をはじめとする多職種と語り合うことが難しい雰囲気であれば、薬剤の増量に結び付くリスクがあるといえるのではないだろうか。これらのことは、今回の調査結果から導き出された「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」に「はい」と答えた看護師は、医師への頓用薬追加依頼が減る傾向にあることを、強く裏付けていると考えられる。

本データは回収率 95.67%であり、日本における急性期病棟に勤務する看護師の考え方や意識をある程度反映していると考えられる。しかし、あくまでもアンケート調査のため、実践との間に乖離がみられる可能性も否めないことが本研究の限界^{註1}である。また、薬剤師との関係のみでなく、他の職種との関係性についても同様に検討していくことが今後の課題である。

E. 結論

これまでに、頓用薬の処方抗精神病薬の多剤大量処方の主な原因であり⁶、その関連要因のひとつに「看護師からの追加処方の要望」⁷があることが明らかにされており、本調査結果から頓用薬処方を最小限にするための有効的な戦略が初めて明らかになった。頓用薬処方を最小限にするためには、看護師が、薬剤の専門家である薬剤師に、薬剤に関する疑問などを日頃から気軽に相談するといった、密なコミュニケーションをとる必要があるといえる。つまり本研究結果は、チーム医療における多職種との密な連携や話し合いと、そのことを可能にする病棟の文化が、抗精神病薬の過剰投与を防ぐ可能性があることを示唆していると考えられる。

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（予定を含む）

なし

^{註1}本調査結果を顧みて、臨床現場における看護師と薬剤師のコミュニケーションの実態を把握しようと、さらなるアンケート調査を行った。対象は看護系の学会に参加した精神科病棟で働く看護師 205 名であった。結果は、「病棟では薬剤師

と一度も話したことはない」25%、「病棟では薬剤師と話し合うことはほとんどない」54%、「病棟では薬剤師と話し合うことがよくある」20%であった。この結果から、臨床現場で薬剤師とよく話し合っている看護師は決して多数派とはいえないのが現実であることが分かった。中には、薬剤師が病棟に入っていない病院もあった。しかし少数派ではあるが、看護師が患者に関する詳細な情報を薬剤師と積極的に共有したり、薬剤師が処方調整について医師と看護師の間に入るといった役割をとっている病院も存在した。看護師が「頓用薬の使い方について薬剤師と話し合うことができる」ためには、頓用薬の使い方に限らず、看護師自身の薬に関する疑問などを気軽に薬剤師に質問し、連携をとれるような病院全体のシステムが必要であろう。そのためには、組織の中における薬剤師の役割やその在り方についても検討する必要があるであろう。

参考文献

1. Hales H, Gudjonsson G. Effect of ethnic differences on the use of prn (as required) medication on an inner London Medium secure unit. *Journal of Forensic psychiatry & psychology* 2004; 15(2): 303-13.
2. Walker R. PRN psychotropic during use on a psychiatric unit. *Psychiatric quarterly* 1991; 62(1): 1-8.
3. Voirol P, Robert P, Meister P, Oros L, Baumann P. Psychotropic during prescription in a psychiatric university hospital. *Pharmacopsychiatry* 1999; 32(1): 29-37.
4. Curtis J, Capp K. Administration of 'as needed' psychotropic medication: a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003; 12: 229-34.
5. Thapa P, Palmer S, Huntley A, Clardy J, Miller L. PRN (as needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. *Psychiatr Serv* 2003; 54(9): 1282-6.
6. Carol Paton, Thomas R.E. Barnes,

Mary-Rose Cavanagh, et al. High-dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing. *British Journal of psychiatry* 2008; 192: 325-439.

7. Ito H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *British Journal of psychiatry* 2005; 187: 243-247.
8. Chakrabarti A, Whicher E, Morrison M, Douglas-Hall P. 'As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002.
9. Main T. The Ailment. in J. Johns (Ed.). *The Ailment and other Psychiatric essays*. Free Association Books, 12-35, 1989.
10. Simon J. C. Davis, Martin S. Lennard, Parviz Ghahramani, Peter Pratt, et al. PRN prescribing in psychiatric inpatients: potential for pharmacokinetic drug interactions. *Journal of Psychopharmacology* 2007; 21(2): 153-160.
11. Stein, L.I., Watts, D.T. & Howell, T. "The Doctor-Nurse Game Revisited", *The England Journal of Medicine*, 546. 1990.

表1. 医師への頓用薬依頼歴と関連する要因
要因

	オッズ比(Unadjusted)			オッズ比(調整済)		
	OR	95%CI	p Value	OR	95%CI	p 値
年齢	1.004	0.983 1.025	0.732			
性別 (male/female)	0.347	0.012 0.57	<0.001			
Psychiatric Ward experience (yes/probably yes/ probably no/no)	1.036	1.004 1.069	0.027			
3)患者の定期処方について投与量を増やして欲しいと感じたことがある	5.048	3.09 8.244	<0.001	7.234	3.865 13.54	<0.001
4)患者の定期処方について投与量を減らして欲しいと感じたことがある	3.302	2.059 5.294	<0.001			
5)患者の定期処方について薬を変更して欲しいと感じたことがある	4.474	2.742 7.298	<0.001			
7)病棟では安全な治療ケアが提供できるように配慮されていると感じている	0.914	0.52 1.606	0.755			
8)病棟に十分なスタッフ配置があれば頓用薬を減らすことができる	1.672	0.934 2.995	0.084			
9)治療ケアに十分な時間的余裕があれば頓用薬を減らすことができる	1.433	0.829 2.479	0.198			
10)病棟構造が充実していれば頓用薬を減らすことができる	1.287	0.722 2.291	0.392			
11)頓用薬は患者の必要性というより看護師の安心のために使用されることがある	2.261	0.555 9.211	0.255			
12)患者との治療関係が構築されていれば頓用薬使用は少なくなってしまう	2.711	1.344 5.467	0.005	2.551	0.993 6.554	0.052
14)患者の病歴を把握していることにより頓用薬使用の判断は変わってくると思う	2.938	1.839 4.693	<0.001			
15)頓用薬使用前に、看護師は患者と話し合いの場を持っている	1.444	0.911 2.29	0.118			
16)病棟では頓用薬使用をめぐり、患者が怒ったり攻撃的になったりすることがある	1.87	1.141 3.064	0.013			
17)頓用薬の使い方や疑問についてスタッフが間で話しやすい雰囲気がある	2.073	1.311 3.28	0.002			
18)頓用薬使用についてのカンファレンスをもつことができる	2.56	1.526 4.295	<0.001			
19)頓用薬処方についてあなたは医師と話し合うことができる	6.708	3.817 11.786	<0.001	9.584	4.613 19.913	<0.001
20)頓用薬の使い方 (薬物療法) について病棟学習会の機会がある	1.526	0.801 2.908	0.199			
21)頓用薬の使い方について医師と看護師の意見が対立することがある	6.458	1.841 22.658	0.004			
22)医師は頓用薬変更について、看護師に相談することがある	3.02	1.638 5.569	<0.001			
23)頓用薬の使い方について、薬剤師と話し合うことができる	1.233	0.508 2.997	0.643	0.292	0.09 0.946	0.04
24)あなたは頓用薬使用に関して先輩看護師の投与の仕方の影響を受けていると思う	1.173	0.699 1.969	0.546			
25)あなたは頓用薬の使用をめぐって、患者と口論になったことがある	3.37	1.615 7.033	0.001			

26) 暴言や威嚇を用いて頓用薬を強く要求する患者に対応したことがある	2.16	1.363	3.424	0.001
27) 頓用薬を投与した時に、患者に著しい副作用が出たことがある	1.215	0.519	2.846	0.654
28) 頓用薬を投与した時に、患者が急変したことがある	4.486	0.495	40.61	0.182
29) 頓用薬 (薬物療法) に関する知識に自信がある	0.651	0.153	2.776	0.562

薬剤処方最適化に関する研究

研究分担者 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
協力研究者 坂田 睦 井上会篠栗病院薬剤室室長

研究要旨：精神科急性期医療において、向精神薬の位置づけは大きく、また処方パターンにばらつきがあることも指摘されている。本分担研究では、薬剤処方を最適化する方法として、薬剤師の管理指導に関する研究を実施した。**研究方法**：（１）精神科救急病棟及び精神科急性期治療病棟を有する 230 病院の薬剤部門責任者のうち、薬学的管理を行っている者 69 名を対象に処方内容に関する行を行った。（２）精神科専門薬剤師セミナーへ参加した薬剤師 59 名に対して、実施している管理指導関連項目と、開発した薬剤管理指導内容の精神科急性期治療現場での実施可能性について調査し改定を行った。**結果**：（１）薬学的管理を実施する際に薬物療法ガイドラインやスイッチングの方法を参照している薬剤師は、主剤や向精神薬投与量の換算値のモニタリングを実施していた。退院後の処方に関する項目や評価尺度を用いたモニタリングの実施率は全般的に低かった。（２）開発した薬剤管理指導内容が、実施可能と回答した割合は、役割パスが 81.3%、処方モニタリングシートが 62.5%、入院時シートが 68.8%、薬剤モニタリングシートが 62.5%、退院時シートが 87.5%、検査・観察シートが 31.3%であった。この結果に基づいて薬剤管理指導内容を改定した。**まとめ**：現在精神科急性期医療において薬剤師が実施している薬学的管理の内容に差が生じている。抗精神病薬の換算値や評価尺度など客観的な手法を用いたモニタリングを実施して、標準化された薬学的管理を行うことが必要である。今回改定した精神科急性期薬剤管理指導プロトコルは入院時、退院時の確認項目を設定し、薬物療法のモニタリングを実施するという緩やかなシートであり、現場での活用に期待したい。

A. 研究目的

精神科急性期医療において、向精神薬の位置づけは大きく、また処方パターンにばらつきがあることも指摘されている。本分担研究では、薬剤処方を最適化する方法をとって、薬剤師の薬剤管理指導に関する研究を実施した。平成 19 年度の調査において、薬剤師とのコミュニケーションを密にとっての看護師は、身体拘

束や持続点滴といった制限的な方法をとらない傾向にあることが明らかになり、薬剤師の業務の標準化が重要であると考えられたからである。

B. 研究方法

研究は、（１）精神科救急・急性期治療病棟の薬剤部門責任者への調査と、（２）薬剤管理