

平成 20 年度「病院薬剤部門の現状調査」結果における中小病院の業務解析報告

- 「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」報告書で挙げられた業務の実施状況について -

中小病院委員会

担当副会長 石巻市立病院薬剤部門 佐藤秀昭

委員長 長野県厚生連 富士見高原病院薬剤部 大倉輝明

副委員長 医療法人 山本総合病院薬局 澤部公子

委員 社会保険 高浜病院薬剤部 荒木隆一

医療法人愛仁会 太田総合病院薬剤部 井上順博

医療法人社団スズキ病院 スズキ記念病院薬剤部 岩崎雅弘

厚生年金 高知リハビリテーション病院薬剤部 川島克啓

NTT 西日本 長崎病院薬剤科 七種均

社会医療法人社団カレスサッポロ 稲積記念病院薬剤部 田中協

医療法人穂翔会 村田病院薬局 久岡清子

はじめに

平成 19 年 8 月の「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書」では、「病院薬剤師のあるべき業務と役割」が示され、病院の規模や機能に応じあるべき業務の必要性や重要性などは異なるとされたが、薬剤師数が少ない病院では実施状況の不十分な項目がある実態を指摘し、今後の業務拡大を求めたものとなっている。そこで、病院薬剤部門の現状調査の結果から中小病院（20～199 床）のデータを抽出し、報告書で挙げられた業務の実施状況を把握し、今後中小病院薬剤師が取り組むべき業務を課題として提言することを目的として解析を行った。

解析対象及び方法（表 1、図 0-1、図 0-2：参考データ P11）

平成 20 年度病院薬剤師部門の現状調査データを用いた。調査期間は 2008 年 6 月の 1 ヶ月間で、調査回答病院数は 4,144 施設、回答率は 61.5%、有効回答病院数は 3,992 施設であった。このうち病床規模が 20～199 床で精神病床のみを有する病院を除いた 2,223 施設のデータを用い、表 1 に示す 20-49、50-99、100-149、150-199 床規模に分けて抽出し、合わせて 200 床以上のデータと比較検討した。なお、調査病院の規模別概要について表 1 および図 0-1 に示した。

解析は報告で挙げられた病院薬剤師のあるべき業務と役割を、(1) 医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務、(2) 医療の安全確保のための情報に関する業務、(3) その他取り組むべき業務の 3 つに分け、現状調査の 97 項目の中から、各々の業務に該当する

業務として 30 項目を選定して行った。ただし、精神科領域の調査項目については解析の対象から外して行った。

具体的には、これらの業務が病院の規模や勤務薬剤師の配置数によってどのような影響を受けるか検討するため、病床規模別に各業務における実施病院の全該当病院に対する割合（以下、実施率と略す）について比較検討した。さらに、これらの業務の実施が外来処方せんの院内調剤の実施状況により大きな影響を受けると考えられたことから、薬剤師の人員配置基準を用いて次式によりこの業務にかかる人員を補正した薬剤師一人あたりのベッド数（以下、ベッド/薬剤師と略す）と実施率を比較検討した。

$$\text{ベッド/薬剤師} = \text{許可病床数} / (\text{総薬剤師数} - \text{外来処方せん（院内）枚数}/75)$$

なお、本式による各病床規模のベッド/薬剤師の施設数分布を図 0-2 に示した。

結果及び考察

(1) 医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務

1) 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方鑑査の充実（図 1-1～図 1-3：参考データ P 11）

全処方について薬歴に基づいて鑑査している施設は、病床規模 199 床以下ではどの規模も 5 割近くあり、200 床以上の施設より高い実施率であった。また、全処方またはハイリスク薬について薬歴に基づいて鑑査している施設は、病床規模 100～199 床では 8 割におよぶが、病床規模が小さくなるほど減少する傾向がみられた（図 1-1）。全処方について薬歴に基づいて鑑査している施設のベッド/薬剤師と実施率の関係を比較すると、200 床以上ではベッド/薬剤師による実施率への影響がみられなかったが、199 床以下の病床規模ではベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向にあった（図 1-2）。また、全処方またはハイリスク薬について薬歴に基づいて鑑査している施設は、施設規模に関係なくベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向にあった（図 1-3）。処方鑑査は薬剤師が実施すべき基本業務であり、鑑査する際の視点が重要となる。中小規模の病院ではオーダーリングシステムや電子カルテを導入している施設はまだまだ少ないと思われるため、全ての患者に対して一人ひとりの患者情報を把握し薬歴に基づいた処方鑑査するためには、独自で工夫せざるをえないのが現状である。特に、抗がん剤、免疫抑制薬などのハイリスク薬の処方については、過去の副作用発生状況の確認や薬剤名違いなどによる重大な事故を回避するために、薬歴に基づいた処方鑑査ができるように優先的に取り組む必要がある。また、添付文書に記載されている必要な定期検査が適確に実施されているか等への関与も副作用予測または回避に非常に重要であり積極的に行うべきである。

2) 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（図 2-1～図 2-8：参考データ P 12～13）

① 薬剤管理指導届

安全で効果的な薬物療法の実現のために、薬剤管理指導業務は必要不可欠な業務である。しかし、薬剤管理指導の届出は、病床規模 20～49 床で 4 割弱、50～99 床で 6 割弱と実施

率が低くなっている（図 2-1）。その理由としては、「施設基準に満たない」が一番多く、次いで「実施したいが人手がない」であった（図 2-2）。「施設基準に満たない」をあげた施設のうちで、薬剤管理指導料の施設基準でもある常勤薬剤師が 2 名以上を確保できない施設（以下、一人薬剤師施設と略す）は約 8 割あり、中小病院における実施率伸び悩みの大きな理由として考えられる（図 2-3）。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、病床規模 200 床以上のグラフに比べ 199 床以下のグラフでは 30 床超えるあたりで実施率の急激な低下がみられること（図 2-4）や、その中でも特に小規模施設でその影響が大きいこと（図 2-5）からも、人的問題（人数不足）、中でも一人薬剤師施設の影響が大きいと考えられる。

②薬学的ケア

（病棟常駐）

病床規模にかかわらず病棟に薬剤師が一部または全病棟常駐している施設はまだまだ少なく、約 1 割であった（図 2-6）。薬剤師が病棟に常駐できる体制を作るためには、外来調剤の有無、薬剤師の人数等の因子が大きく左右すると思われる。常駐できない場合でも、中小規模ならではの小回りの利く特性を生かし、他職種との協働（スキルミックス）を積極的に図り、良好なコミュニケーションの基に患者への良質で安全な薬物療法ができる体制作りが望まれる。

（薬剤師による調剤薬の直接患者交付等）

病棟で薬剤師による調剤薬の直接患者交付を何らかの形で行っている施設は、病床規模にかかわらず 3 割近くあった（図 2-7）。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみるとベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向がみられた（図 2-8）。薬剤師による調剤薬の直接患者交付等は予薬過誤防止に有効で、同時に副作用の発現状況の確認もできると考えられることから、看護師とのスキルミックスを進める上で、また調剤した薬に最後まで責任を持つという姿勢からも、今後積極的に取り組むべき業務である。

3) 入院患者の持参薬の管理（図 3-1～図 3-3：参考データ P13）

「すべての入院患者に対して持参薬チェックをし、医師等と情報を共有している」と回答した施設は病床規模 199 床以下では約 6 割あり、200 床以上の施設より 2 割ほど高い実施率であった（図 3-1）。また、ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、病床規模 199 床以下においてベッド/薬剤師による影響はあまりみられていない（図 3-2）。さらに、「一部の入院患者に対して持参薬チェックをしている」も加えるとすべての病床規模で約 8～9 割の持参薬が管理されており（図 3-1）、ベッド/薬剤師による影響もほとんどみられないことから（図 3-3）、持参薬管理は病院薬剤師の必須業務として定着してきていると考えられた。

DPC 制度の導入や中小病院に多い介護療養病棟の包括化などの医療制度の変化に伴い、医療資源有効利用などの点から入院患者の持参薬の利用は増加している。中でもジェネリック医薬品の使用促進に伴い、今まで看護師でも可能であった持参薬の鑑別は非常に難し

くなってきている。また、持参薬との重複投与、相互作用による重大な医療事故を未然に防ぐためにも、薬剤師による入院患者の持参薬の鑑別、保管、取り揃え、院内処方日に合わせた調整、1回施用ごとによる1日分の交付など、一歩踏み込んだ取り組みが望まれる。

4) 注射剤の処方せんによる調剤の実施 (図 4-1～図 4-4 : 参考データ P13～14)

注射剤の処方せんによる取り揃えの中で患者毎の取り揃えの実施率は、完全実施が 5～7割で病床規模が大きいほど高い傾向にあった (図 4-1)。注射剤の処方せんによる投薬・管理は薬剤管理指導業務の要件にもなっているため、薬剤管理指導届と同様に病床規模 20～99 床の実施率が低い結果となっている。しかし、ベッド/薬剤師と実施率の関係では、199 床以下でも薬剤管理指導届 (図 2-4) と比べてベッド/薬剤師の影響は小さく (図 4-2) なっている。人手不足という問題はあるもののベッド/薬剤師 130 以上の病院でも約 5 割の施設で実施されており、薬剤管理指導業務以外の要因もあると思われるが詳細な検討は出来なかった。

一方、一施用毎取り揃えを実施している施設は 2～3 割と全体的に低かった (図 4-3)。ベッド/薬剤師と実施率の関係ではどちらの病床規模もベッド/薬剤師による影響はみられなかった (図 4-4)。今後、薬剤師が患者毎に注射剤の処方情報を把握し薬物療法の適正化と患者の安全確保を念頭に置いて、全ての患者に注射処方せんによる一施用毎の取り揃えが実施できるような取り組みが望まれるが、人手が必要な業務であり、診療報酬上の評価が望まれる。

5) がん化学療法への参画 (図 5-1～図 5-3 : 参考データ P14)

外来における抗悪性腫瘍薬の調製を実施している施設は病院機能によって異なるが、病床規模が大きいほど高く 150～199 床で約 2 割であった (図 5-1)。また外来化学療法において薬剤師単独または看護師と共同で服薬指導している施設も、中小病院では 1 割程度であった (図 5-2)。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、200 床以上の施設に比べグラフの傾きは小さいもののベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向がみられた (図 5-3)。病床規模の小さな施設ではがん化学療法の対象患者のいない施設も多いが、実施施設においては安全確保のためにも積極的な関与が望まれる。

6) 手術室、集中治療室等における病院薬剤師による医薬品の適正管理 (図 6-1、図 6-2 : 参考データ P15)

中小病院においては手術室に薬剤師が常駐して医薬品の管理をしている施設は、20～49 床の病床規模でわずか 1 施設あった。定期的に訪問して管理している施設は 20～149 床の病床規模で 2 割、150～199 床の病床規模で 3 割であり、セットによる管理をしている施設は規模に関係なく 2 割弱であった (図 6-1)。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、両病床規模ともベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向にあった (図 6-2)。中小病院では

手術室がない施設も多くあると思われるが、今回の調査からは手術室がある施設だけでの薬剤師の現状を把握することはできなかった。しかし手術室や集中管理室がある施設においては、麻薬、毒薬、向精神薬など法律に準拠し管理すべき薬剤が大量に使用されており、医薬品の安全な使用と適正な管理に対して薬剤師が積極的に取り組むべきである。

7) 高齢者に対する適正な薬物療法への参画 (図 7-1、図 7-2 : 参考データ P 15)

認知症等疾患により理解力の低下した患者への服薬支援または、身体機能や嚥下機能の低下した患者への服薬支援を実施している施設をみると、20～49床規模においてやや低い傾向にあった(図 7-1)が、ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、ベッド/薬剤師による影響は少なく、199床以下の病院の方が実施率は高い傾向がみられた(図 7-2)。病院機能によっても異なるが、介護を必要とする高齢者が多い施設では、高齢者の身体的機能・嚥下機能等の特性に応じた個別の服薬支援は薬剤師が係わることによる効果が大きいと期待できる分野であり、さらに実施対象患者を拡大することが望まれる。

8) チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上 (図 8-1～図 8-9 : 参考データ P 15～17)

(院内感染対策と感染制御チーム)

院内感染防止対策に関しては、感染委員会への参加は院内感染防止対策の基準によりほぼ9割以上の施設が参加していた(図 8-1)。しかし中小病院において消毒薬の情報提供を実施している施設は5割程度であり、抗菌薬の選定基準を設けている施設は1割程度と低かった。抗菌薬ガイドラインの整備への関わりは病床規模が大きいほど高い傾向があり150～199床の病床規模で3割であった。一方、感染制御チームに参加している施設は、病床規模が大きいほど高い傾向があり、病床規模150～199床では3割であった(図 8-2)。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、ベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向がみられた(図 8-3)。感染制御については専門薬剤師制度も創設されており、中小病院ではICDや感染制御に精通した医師も不足していると考えられることから、今後一層専門性を高め薬剤師として係わる業務の拡大・整備を図る必要がある。

(褥瘡対策チーム)

褥瘡対策チームで回診に参加している施設は、病床規模が大きいほど高い傾向にあり150～199床で3割であった(図 8-4)。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、ベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向がみられた(図 8-5)。中小病院においては療養患者など寝たきりで褥瘡の発生しやすい患者も多く、薬剤師は専門性を発揮して、褥瘡の病態にあった薬剤の選択と適切な治療材料等についての助言を行うなど、今後さらに専門性を発揮した参画が望まれる。

(栄養サポートチーム)

栄養サポートチームに参加している施設は他のチームへの参加より多く、病床規模が大きいほど高い傾向にあり、150～199床の施設で約5割であった(図8-6)。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、ベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向がみられた(図8-7)。栄養管理実施加算では薬剤師の参加が必要とされており、また中小病院では嚥下・摂食障害を持つ高齢者・療養患者も多いことから、適切な輸液選択や薬剤の投与方法等への支援、服薬支援などの積極的な参画が望まれる。

(緩和チーム)

緩和ケアチームへの参加は病院機能によっても異なるが、中小病院では1割以下であった(図8-8)。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、200床以上の病床規模では40床を超えると急に低下する傾向がみられたが、199床以下の病床規模では実施している施設が少ないため影響はわからなかった(図8-9)。中小病院ではチーム体制がとれない場合も多いが、地域医療の中で緩和ケアを必要とする患者も少なからずいることから、他の医療職種者や介護・福祉の関係者とともに薬の専門家として、疼痛緩和のための麻薬処方の提案や、副作用軽減への処方提案、麻薬に関する正しい知識や管理方法を含めた服薬指導等、積極的に関与していくべきである。

9) 個々の患者に応じた薬物療法への参画(図9-1～図9-5: 参考データP17)

①院内製剤業務の実施

院内製剤の実施率は病床規模が大きいほど高くなる傾向はあるが(図9-1)、ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、199床以下の病床規模では薬剤師数に関係なく必要に応じて対応していると思われる(図9-2、図9-3)。院内製剤時の薬剤師の役割に関する調査はしていないが、使用に当たって患者に期待される有用性と、リスクについて分かりやすく説明し、患者の同意を得た上で使用するという環境作りが重要である。またできる限り品質を保証した製剤を供給することも薬剤師の重要な業務である。一方、消毒薬の希釈などのようにコスト面等を理由に市販薬があっても院内製剤化している施設では、市販薬ではPL法等の施行により法的規制を受けていることを考え、院内での調製の可否を再検討する必要がある。

②薬物血中濃度の測定・解析による薬物療法の最適化

TDM(Therapeutic Drug Monitoring)は高齢者や肝機能、腎機能の低下などを考慮し、初期投与量の提案や投与時間等の処方設計の支援、投与量が適正かどうかの確認、副作用発現のチェックなど薬剤の適正使用の推進には欠かすことのできない業務である。中小病院では薬物血中濃度測定を外部の検査センターに依頼している施設が多く、解析のみ実施している施設でも1割前後とまだまだ低かった(図9-4)。ベッド/薬剤師と実施率の関係を

みると、199床以下の病床規模では実施率は低い、限られた設備や人員のなかで実施している施設もある（図 9-5）。対象となる薬剤はハイリスク薬でもあることから、今後さらなる取り組みと業務の質的向上を図っていく必要がある。

10) 夜間・休日における病院薬剤師の業務の実施（図 10-1～図 10-4：参考データ P 18）

夜間・休日における薬剤師の宿日直体制には、薬剤師数が大きく影響し、「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書」からも、宿直体制として24時間対応するには最低でも10人程度の薬剤師が必要であることが明らかとなった。20～49床の小規模施設では夜間・休日共に「体制無し」が7割近くあったが、同時に薬剤師が1～2人の少人数の中で3割近くがオンコール体制をとっていることがわかる（図 10-1, 図 10-2）。夜間宿直体制をとっている施設のベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、200床以上でベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向があり（図 10-3）、何らかの形で夜間体制をとっている施設をみると、199床以下でベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向があった（図 10-4）。夜間・休日の時間帯に医薬品に関連する医療事故が増加する傾向にある昨今、それぞれの病院の規模や機能に応じて、オンコール等により医薬品の使用に関して薬剤師が責任をもって対応できる体制の確保に努めるべきである。

(2) 医療の安全確保のための情報に関する業務

1) 医療安全確保のための情報の共有化（図 11-1～図 11-5：参考データ P 18～19）

病院の中で薬剤師の役割は、適切な情報提供による医薬品の適正使用と薬剤管理指導による医療への患者参加、副作用等の早期発見および介入を通じて、安全かつ効果的な医療に貢献することであり、さらには医薬品や医療用具への直接的・間接的関わりを通じて医療機関全体のリスクマネージャーとして活動することである。

（医療安全対策への関与）

医療安全管理委員会への参加は医療安全対策の基準によりほぼ9割近くの施設が参加していた（図 11-1）。しかし医薬品安全管理責任者として薬剤師が担当している施設は病床規模が小さくなるほど低い傾向があり20～49床で約6割であった（図 11-2）。また薬剤師が医療安全管理者として活動している施設は病床規模に関係なく約2割であり、看護師と共同で業務を行っている施設を合わせると病床規模が大きいほどその割合は高く150～199床で4割弱であった（図 11-3）。薬剤師は医療サービスの提供過程で起こりうる様々なリスクを薬の専門家の視点でとらえ、医薬品の安全管理に対して積極的に取り組むべきである。

（病棟カンファレンスへの参画）

医薬品を安全かつ適正に使用するためには情報の共有化が重要となる。理解力や身体機能低下のある患者を対象にしたカンファレンスへの参加状況をみると、どの病床規模においても2割弱であった（図 11-4）。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、ベッド/薬剤師

による影響は少なかった（図 11-5）。今回は療養関連項目の中での調査になっていたが、一般病床においても患者情報の共有化の一つとして、薬剤師が積極的に病棟カンファレンス等へ参画していくことが必要である。

2) 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供（図 12-1～図 12-4：参考データ P19～20）

中小病院における薬事委員会の設置率は 6～8 割であった（図 12-1）。院内採用薬の審査資料を薬剤師が作成していると回答したのは 4～7 割で、病床規模が大きくなるほど高い傾向にあり、薬剤による使用制限を設けている施設は 1～2 割であった（図 12-2）。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、薬事委員会の設置や審査資料の作成については、ベッド/薬剤師が少ないほど実施率が高い傾向にあった（図 12-3, 図 12-4）。限られた設備や人員ではあるが、新規医薬品の採用に当たっては、国内外の治験成績、承認審査報告書及び添付文書等の情報を収集・評価し、さらに薬剤経済学的な検討も行い、それらを基に薬事委員会での資料を作成するなど、薬剤師として適正な医薬品の採用に関与していくべきである。

(3) その他取り組むべき業務

1) 教育・研修への積極的な関与（図 13-1～図 13-3：参考データ P20）

中小病院において研修生の受け入れ状況は 1 割弱であり（図 13-1）、ベッド/薬剤師と実施率の関係をみても、199 床以下の病床規模では実施している施設が少ないため影響はわかりにくかった（図 13-2）。新人教育に関しても教育研修カリキュラムができていない施設は病床規模が大きくなるほど高い傾向はあるが 150～199 床規模で約 2 割であり、その環境が十分に整備されていない現状が推察される（図 13-3）。中小病院の多くは薬剤師が定着せず、全体のレベルが上がりにくいといった問題を抱えているが、2012 年には 6 年制教育を受け、比較的大規模な病院で研修を行った薬剤師が誕生することから、新任薬剤師がやりがいを感じるような職場作りに向けて積極的に取り組む必要がある。

2) 退院後の在宅療養への関与（図 14-1～図 14-4：参考データ P20～21）

在宅訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導を実施している施設は、どの病床規模も 1 割未満であった（図 14-1）。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみても、ベッド/薬剤師による影響は少なかった（図 14-2）。

退院後の在宅療養における薬物療法の質の担保と安全確保のためには、病院-保険薬局の連携のみならず、地域の医療機関・薬局・訪問看護ステーション等との連携が必要となる。情報提供のツールとして考えられるお薬手帳の交付状況をみると、どの病床規模においても 5～6 割の施設が何らかのかたちでお薬手帳を交付していた（図 14-3）。ベッド/薬剤師と実施率の関係をみると、病床規模にかかわらずベッド/薬剤師が少ないほど施設実施率が少し高い傾向がみられた（図 14-4）。今後は在宅療養を必要とするすべての患者に対して、薬

剤師が入院期間中に作成した薬歴などの患者情報を適切に医療機関・薬局・介護施設等に提供し連携をとっていくことが必要である。

まとめ

各業務の実施状況の解析結果では、基本業務の中でも特に入院患者の持参薬管理の実施率が病床規模にかかわらず高かった。また、処方鑑査、薬剤管理指導業務、注射剤調剤、TDM、院内製剤、医薬品管理等については、病床規模が大きく薬剤師の人員配置が多いほど実施率の高い傾向がみられ、薬剤管理指導の届出実施率については小規模になるほど一人薬剤師施設が大きく影響することがわかった。一方、中小病院では診療報酬の有無にかかわらず従来看護師が行っていた配薬業務等を薬剤師が行っている病院も多く、員数が少ない中で積極的に医薬品の安全管理・適正使用に関与し、一部ではスキルミックスが進んでいる実態もみられた。チーム医療への参画については病床規模が大きいほど実施率は高く、診療報酬で薬剤師の関与が認められているチームへの参加が高い傾向がみられた。しかし、具体的な関与の内容等においては病院の機能や規模により実施状況が異なることが推測されたが、今回の調査結果からは詳細な検討は出来なかった。今後の課題としては、チームへの参加率の評価だけでなく薬剤師としてチーム関与の質的評価（薬学的関与）をどのようにしていくか、またそれを可視化（数値化）することが重要だと考えられる。医療の安全確保のための情報共有化については、申し送りやカンファレンスに参加している割合はまだまだ少ないが、中小病院の小回りの利く環境の中で前向きに取り組んでいるように思われる。また情報伝達の委員会（薬事委員会、医薬品安全委員会）や医薬品の採用に必要な情報の収集・提供への薬剤師の関与は、病床規模が大きくなるに従って高くなっていった。今後の課題として、中小病院の薬剤師が少ないマンパワーの中で医薬品適正使用あるいは医療安全確保のための情報をどのように入手、評価、加工し提供するか、またその業務をどのように可視化するかが重要である。

以上、中小病院における薬剤師の業務実態を解析したが、少人数にもかかわらず医療・薬物治療の安全確保と質の向上のためのあらゆる項目において多くの業務に取り組んでいた。一方、各業務の実施率には差も認められたが、これは病院の規模や機能、また表 1 に示したように中小病院の薬剤部（薬局）が抱える人的問題（人数不足）等が複雑に影響していると考えられる。

おわりに

中小病院は施設規模も経営母体もさまざまであり、小規模の病院ほど一人薬剤師の施設率も高く薬剤師員数の確保の問題が常に大きな課題となっている。今回の調査結果から、員数問題を抱えながらも多くの業務にかかわっている現状が把握出来たが、全ての業務で十分な活動が出来ているとは言い難い実態も見えた。今後、各病院においては、個々の業務内容が薬剤師の専門性を生かし医療の質および安全性の向上につながっているのかを総点検する必要があると考える。さらに薬剤業務の見直しにあたっては、少ない人数で薬剤

師に求められている大きな役割を果たすため、病院の規模・機能に応じた重点課題を定めて取り組むことも必要だと考える。

一方、入院患者の持参薬管理や処方鑑査をはじめとする基本業務に関しては、「できない」のではなく「どうしたらできるか」という視点で、すでに取り組んでいる病院の導入・実施方法(日本病院薬剤師会中小病院委員会編集の「病院薬剤師業務推進実例集」等に紹介されている)を参考に、現状よりさらに一步踏み込んで取り組んでいただくことが望まれる。また、中小病院委員会もそのような活動に対して必要な情報を提示していきたいと考えている。