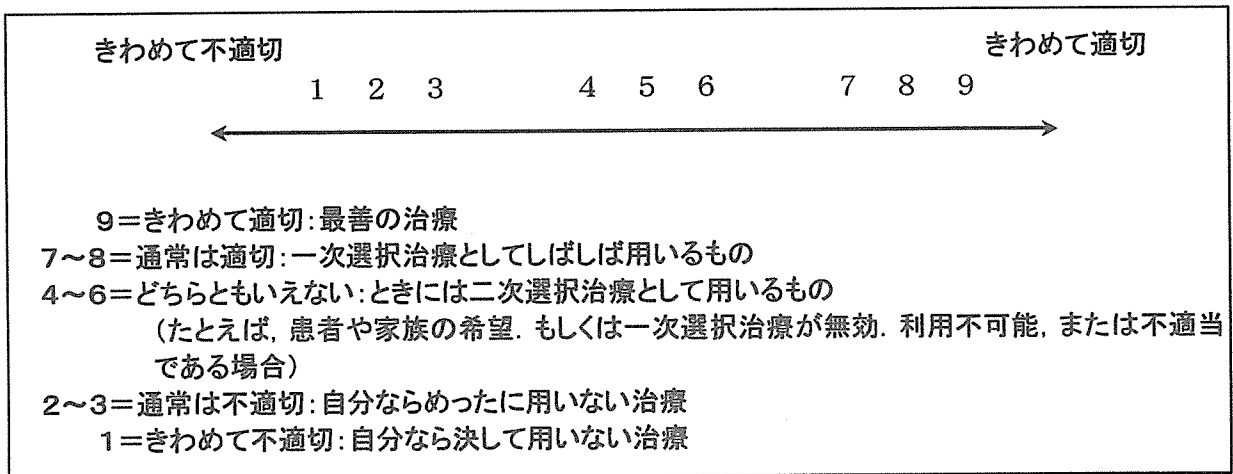


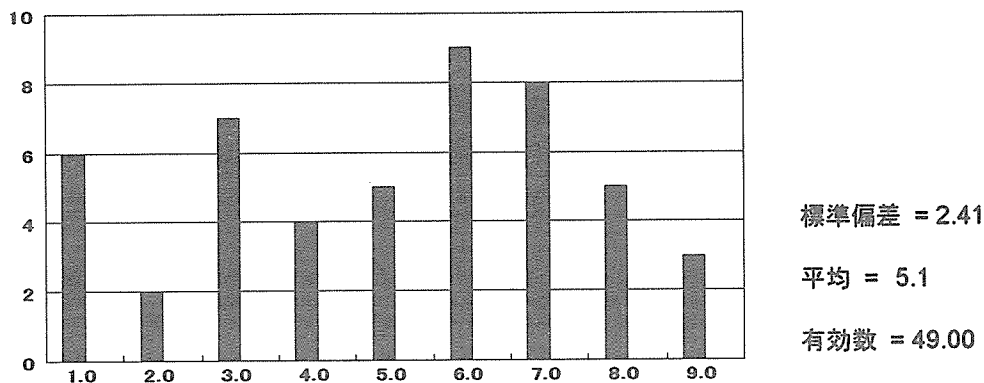
必要な資料

資料1 適切性9段階評価

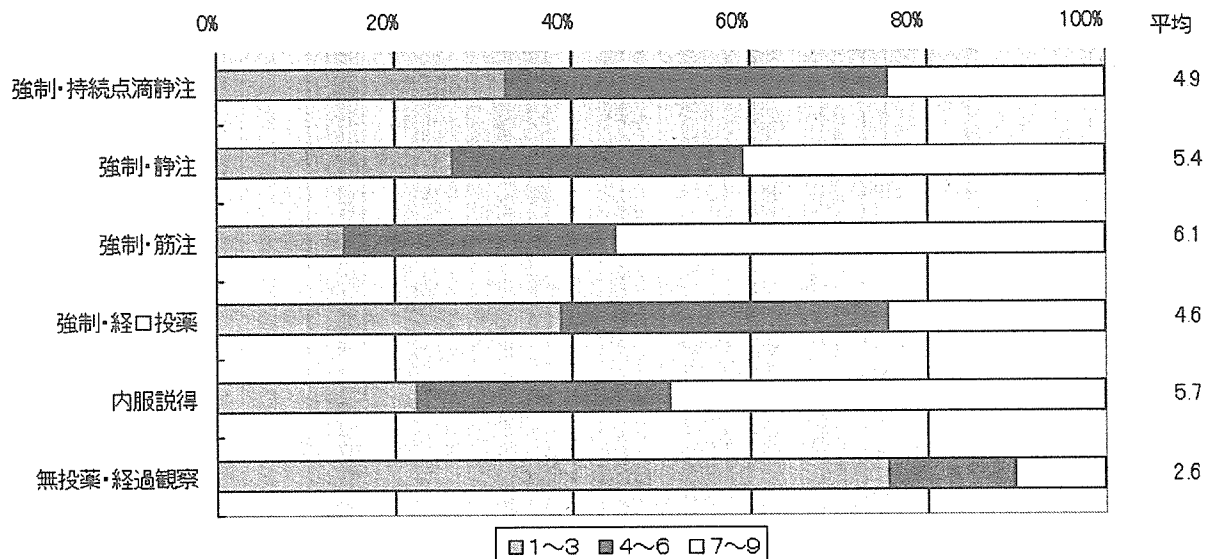


エキスパート コンセンサス ガイドライン シリーズ 精神科救急治療  
2002年 アルタ出版より引用

資料2 身体拘束 適切性判断の分布



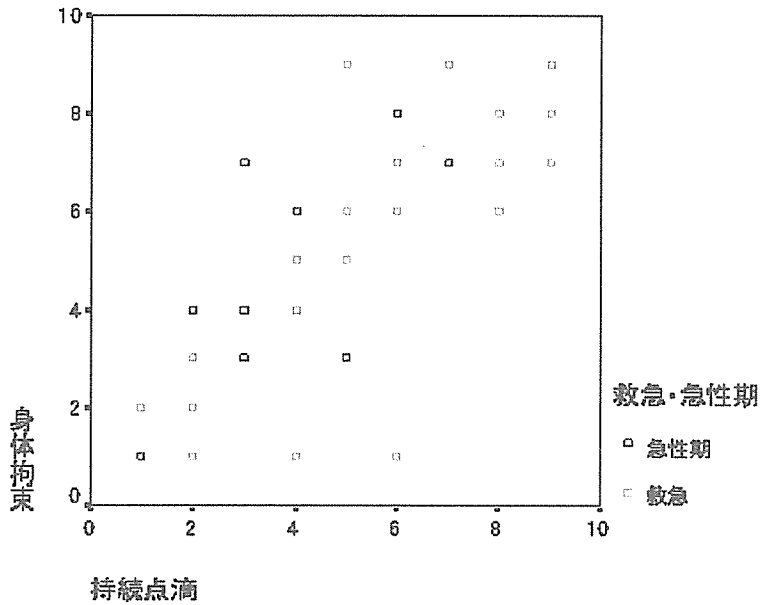
資料3 投与経路 適切性判断の割合



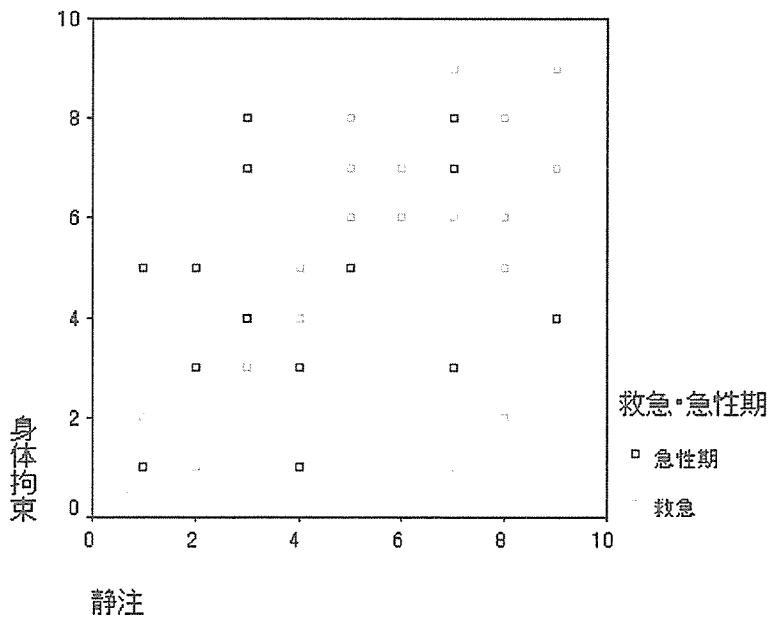
資料4 身体拘束 適切性判断と投与経路 適切性判断の相関係数

	身体拘束	
	Pearson の相関係数	有意確率
持続点滴静注	.798	.000*
静注	.483	.000*
筋注	-.028	.850
経口投薬	.002	.998
30分以上説得	-.250	.083
無投薬観察	-.412	.003*

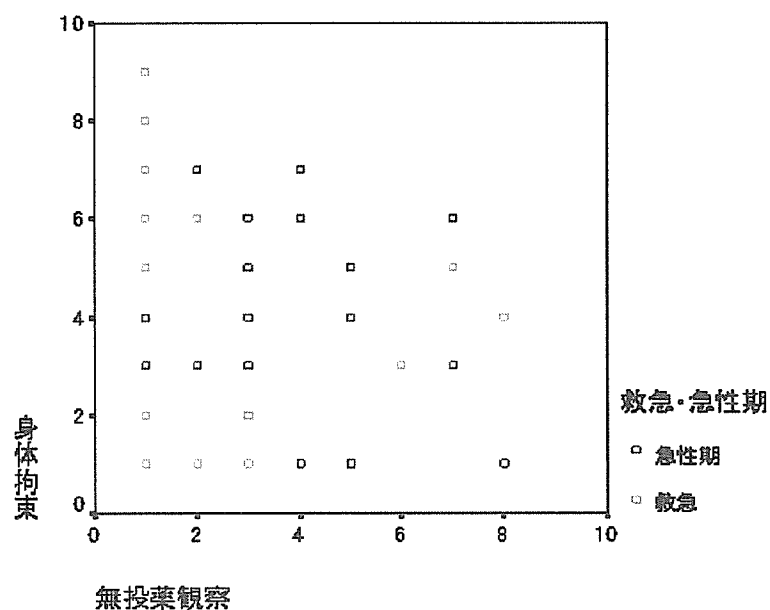
資料5 身体拘束と持続点滴静注の散布図



資料6 身体拘束と静注の散布図



資料7 身体拘束と無投薬観察の散布図



資料8 抗精神病薬 初期投与の選択医師数と選択されたものの平均投与量

		選択した医師数	選択されたものの平均投与量
Haloperidole	錠剤	1	9
	注射	24	11.4 (6.25)
Chlorpromazine	錠剤	2	62.5 (37.5)
Levomepromazine	錠剤	9	61.4 (34.90)
	注射	9	30.6 (10.39)
Zotepine	錠剤	4	150 (91.86)
Sultopride	錠剤	0	-
Risperidone	錠剤	17	4.8 (1.20)
	液剤	24	5.0 (1.62)
Olanzapine	口腔内崩壊錠	9	13.1 (5.56)
Quetiapine	錠剤	1	600
Aripiprazole	錠剤	0	-

## 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

分担研究者 藤田純一 神奈川県立精神医療センター 芹香病院 医師

研究要旨：多剤併用療法の問題が長年指摘されているにも関わらず充分解決できていない。この要因について本邦の医師をとりまく背景が存在することに着目し、その背景を明らかにすることを目的として本研究を実施した。研究方法：2007年1月に医師・薬剤師・看護師が参加する「急性期治療における薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会」を企画した。この企画にあたって精神科救急入院料病棟および精神科急性期治療病棟を有する病院を対象にして5段階評価で構成される「医師の処方態度に関するアンケート」を作成し、回答を依頼し、有効回答が得られた救急入院料病棟の21名と急性期治療病棟の26名のアンケート結果の集計を行った。結果：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、これらのばらつきをある程度均てん化していく必要が示唆された。まとめ：今回の研究で精神科救急・急性期病棟の医師の処方態度の特性とばらつきが一部明らかになったが、今後はそれをさらに深めて医師の処方態度評価尺度として改定を進める予定である。

協力研究者  
三澤史斉 山梨県立北病院 医師

協力研究者  
野田寿恵 NTT 東日本関東病院精神  
神経科 医師

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

## A. 研究目的

1970年代から海外でも我が国でもすでに多剤併用療法に関する問題意識が臨床精神薬理学的な立場から論じられている。背景と問題点はすでに様々な場面でとりあげられ、減量に向けての提言が継続的に行われ、1980年代には伊藤（参考文献）らが近年では Kingsbury（参考文献）や竹内（参考文献）が抗精神病薬の多剤併用が行われる理由について総説としてまとめている。このように継続的に提言がなされたにも関わらず、現場での多剤併用療法の問題は解決できていない。その理由としては様々なものが挙げられるが、精神科医が処方を行う際の環境や医師自身の信念、制約など本邦特有の背景が存在し、単なる提言や勧告のみでは解決できなかった可能性が考えられる。2004年のAPAガイドライン（参考文献）には「常用量を投与して2~4週間、精神科医にとって重要なことは反応の遅い患者の投与量を増やしたいという早まった誘惑に打ち勝つことである」とあるが、実はこの“誘惑”にあたる医師に及ぼす影響の内容は明らかになっていない。今回はそのような本邦の精神科医をとりまく特有の背景を具体的に明らかにすることを目的として本調査を行った。

## B. 研究方法

### 1) 質問項目

これまでの総説や研究で述べられてきたことをもとにして医師の処方に影響する要因を大きく以下の3つの要素に分類した。（参考資料1）

（1）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

（2）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

（3）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

これら3つの要素を軸として50の質問項目からなる「医師の処方態度に関するアンケート」を作成した。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。

### 2) 対象者

今回は精神科救急入院料病棟25施設と急性期治療病棟177施設に対してアンケートを送付した。このうち有効回答が得られた救急入院料病棟の21名と急性期治療病棟の26名（平均43.9才、平均精神科経験年数15.7年、男性45名、女性2名）のアンケート結果の集計を行った。なお、参加者の専門領域（一部重複回答あり）の内訳を参考資料2に示す。

### 3) 倫理面への配慮

本研究は協力の意思を表明した医師を対象としており、患者のプライバシーに関わる内容は一切含まれていない。本研究の対象となる医師や調査対象となった医師が関わる患者に心理的、物理的に侵襲が加えられることは一切ない。調査に要する時間は約15分であり、時間的な負担もわずかである。収集したデータは研究責任者によって連結不可能匿名化された後に保存され、個人の人権は擁護されている。

## C. 研究結果

アンケートの質問内容と単純集計の内訳を参考資料3に示す。

医師を取り巻く人々との関係性について

Q18の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かどうかの問いについては“いつも”が10.6%、“しばしば”が40.4%であったが、Q17の治療が無効だ

った場合診断を症例検討会で再検討するかどうかの問いについては“いつも”が2.1%、“しばしば”が6.4%となっており、診断や治療を見直す意識がある意識が半数である一方、症例検討会を開く医師はむしろ少なかった。

Q50の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かどうかの問いについては“いつも”が34%、“しばしば”が51.1%であり処方を行う上で家族やコメディカルスタッフとの連携を意識している医師は多かった。

なお、Q01～Q06までのコメディカルスタッフ、家族、患者からの強い要望を受けた場合の問いについての回答はばらつきを認めた。

医師が治療を行う環境の問題について

Q31の処方箋の書き換えが大変で処方変更をしないかどうかについての問いには“めったにない”が78.7%、たまにが14.9%であり、処方箋の書き換えの煩雑さが処方に影響する医師は少ないことがうかがわれた。

Q34の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かどうかの問いについては“めったにない”が51.1%、“たまに”が27.7%であり約束処方、習慣処方の使用を行っている医師も少ないことがうかがわれた。

なおQ32、Q33、Q35の担当患者数、病棟構造やスタッフの配置、在院日数の制約に関する質問に対する回答にはばらつきを認めた。

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について

Q08の薬物相互作用・副作用、薬理学的プロフィールを考慮しながら処方をしているかどうかを問う質問では“いつも”が51.1%、“しばしば”が38.3%と高い割合を占めた。同様に副作用を意識して定期的に医学的諸検査を実施して

いるかを問う質問では“いつも”が38.3%、“しばしば”が53.2%と高い割合であり、さらにQ12の副作用が目立つ場合、多少陽性症状があれば薬を減量・変更しないかどうかを問う質問でも“めったにない”が70.2%、“たまに”が29.8%であった。今回参加した医師の薬理学的興味、副作用への関心は高いことがうかがわれた。一方、Q13の無気力・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の減量・変更はしないかどうかの問いは“いつも”が2.1%、“しばしば”が4.3%、“ときどき”が42.6%、“たまに”が38.3%、“めったにない”が12.8%とばらつき(SD1.30)がみられ、さらにQ14の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かどうかについては“しばしば”が53.2%、“ときどき”が29.8%と高率であり、無気力・不活発といった症状への考え方にはばらつきがある上に多少の副作用であれば興奮や幻覚妄想などの陽性症状への対処が優先される傾向がみられた。

Q11の薬価の高い薬を一つ選ぶよりも安価な薬を組み合わせるかどうかを問う質問では“めったにない”が70.2%、“たまに”が23.4%であり、Q47の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かどうかという質問では100%が“めったにない”を選択しており、10%逓減のルールを意識して処方しているかどうかを問う質問でも63.8%が“めったにない”を選択している。この結果から今回調査に参加した医師は病院経営や医療経済的制約にとらわれる傾向は低いことがうかがわれた。

Q41の統合失調症患者が病院よりも地域で生活することを意識して処方をしているかどうかを問う質問では“いつも”が40.4%、“しばしば”

が 34.0%と高率であった。

Q19、Q20、Q21 のガイドライン、アルゴリズム、EBM に関する質問は“ときどき”に回答が集中し一定の傾向を認めなかった。

Q22、Q23、Q24 の使用経験のない薬を使う場合の情報源についての質問に対する回答はある程度ばらつきを認めたが、Q24 の RCT やメタアナリシスなどの情報を集めるかどうかを問う質問では“いつも”が 8.5%、“しばしば”が 19.1%なのに対し、Q25 製薬会社からの情報を頼りにするかどうかを問う質問では“いつも”が 2.1%、“しばしば”が 44.7%、Q26 の先輩や同僚からの意見を頼りにするかどうかを問う質問では“いつも”が 8.5%、“しばしば”が 51.1%であり、今回の調査対象者が RCT やメタアナリシスといったエビデンスレベルの高い情報よりも簡易に得られる情報に頼りがちであることも示唆された。

上記のように今回の調査対象からは一定の傾向が読み取れたが、SD1.00 以上の質問項目も 16 項目存在し回答の内容にばらつきを認めるものも多数あった。

#### D. 考察

1981 年に上島（参考文献）はその総説の中で多剤併用の背景の一つとして約束処方や習慣処方の存在について指摘しており、さらに 2002 年の竹内（参考文献）の総説では処方箋書き直しの煩わしさが指摘されている。しかし、今回の調査においてはこれらの傾向はむしろ少なかった。医師を取り巻く治療環境は少なくとも今回の調査対象においては以前から論じられているものとは変わってきていることが伺えた。

従来、医師の薬理学的知識の欠如も多剤併用の背景因子として指摘されてきているが、今回の調査対象では薬理学的知識や副作用への意識

は高いといえた。ただし、興奮や幻覚妄想といった急性期の陽性症状が治療上優先される傾向はあるようで、これは精神科救急・急性期の特性を示しているといえよう。また患者、家族およびコメディカルスタッフとの関係を重要視して、最終的には地域での生活をゴールと考えている医師が多かった。今回の調査対象となった病院群は急性期治療・精神科救急の分野でも中心的な役割を担っており、これらの病院に勤める医師の意識の高さがある程度反映された結果となった。

ただしこのように意識が高いと思われる群であるが、治療に関する態度がばらつく質問も相当数みられた。例えば不活発・無気力といった陰性症状とされて放置されやすい副作用についての考え方、ガイドライン、アルゴリズム、EBM に関する考え方、コメディカルスタッフ、家族、患者の強い要望があったときの対処の仕方、病棟構造や在院日数、受け持ち患者数などの影響、薬に関する情報の入手の仕方、薬価に関する理解といった質問項目である。これらは従来多剤併用療法に至る背景として数多く論じられている点である。今後はこのばらつきを適正化しよりよい医療を提供していくためにもさらに医師の処方態度についての検討をすすめる予定である。

#### E. 結論

精神科救急入院料病棟・急性期治療病棟の医師を対象に 50 項目からなる処方態度についてのアンケートを独自に作成して実施した。これらの病院に勤務する医師を取り巻く環境、医師と周囲の人々との関係性、医師自身の特性といった大きく分けて 3 つの要素の特徴が明らかとなった。この中でも回答の内容にば

らつきを認める項目も多く、今後更に検討を行う必要がある。これらの項目を整理し医師の処方態度評価尺度として改定するとともに、その有用性を検討することにより、適正化を評価する指標としたい。

<参考文献>

竹内啓善, 渡辺衝一郎: 多剤併用療法はなぜ行われるか—抗精神病薬の併用を中心として—. 臨床精神医学 32(6) : 621-627, 2003

伊藤斉, 藤井康男: 向精神薬の併用— Polypharmacy の実態とメリット・デメリットの

論議をめぐって—. 神経精神薬理 5(3) : 149-184, 1983

上島国利, 津村哲彦: 精神科外来薬物療法の問題点. 精神経誌 83:691-699, 1981

Kinsbury SJ, Yi D, Simpson GM: Rational and irrational polypharmacy. Psychiatric Services 52(8) :1033-1036, 2001

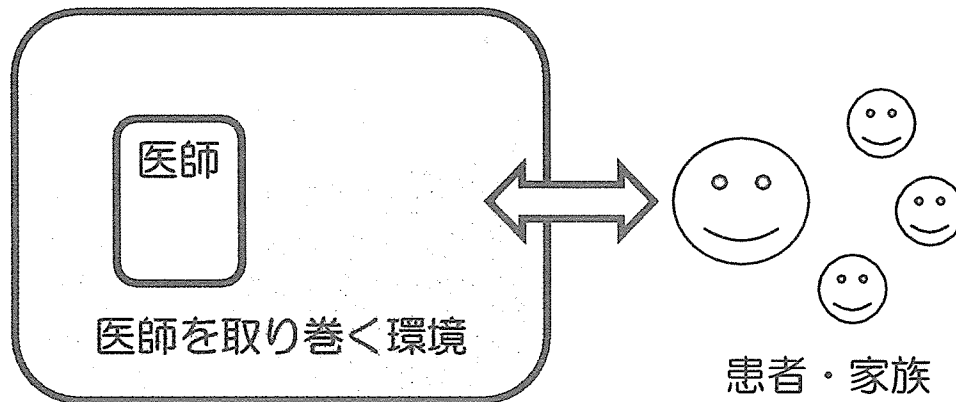
Lehman AF, Lieberman JA: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. APA Practice Guidelines:1-120, 2004



必要な資料

【参考資料 1】

## 医師の処方に影響を与える医師側の背景



緑・・・医師を取り巻く治療環境について(サービスの構造上の問題)

ex.病院の経営、医療保険上の制約、病棟の構造、スタッフとの関係、仕事のノルマ

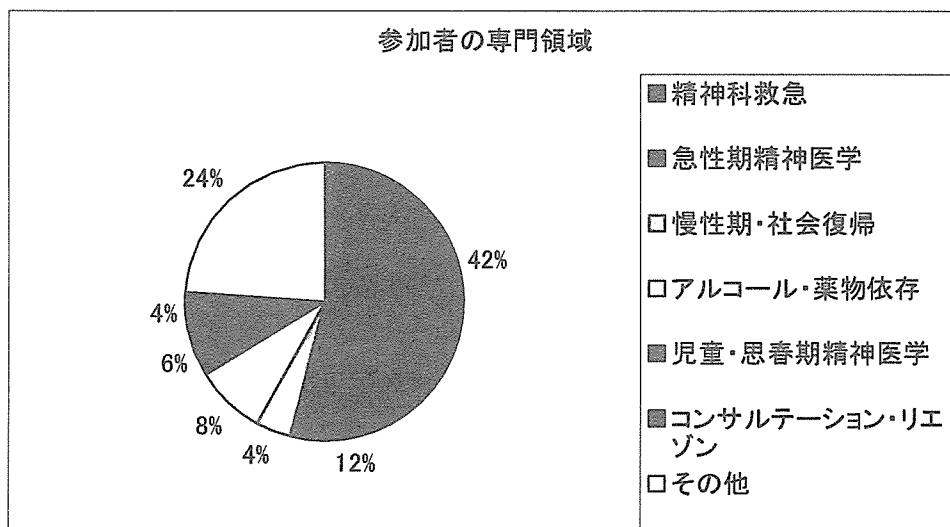
青・・・医師自身について(サービスを提供者の問題)

ex.治療観、経験・知識量、価値観、意識

赤・・・医師と診療対象との関係について(サービス受給者とサービス提供者の関係の問題)

ex.医師と家族・患者との関係、医師の家族・患者への態度

【参考資料 2】



【参考資料3】医師の処方態度アンケートとその集計結果

	いつも	しばしば	ときどき	たまに	めったにない
Q01：あなたはコメデイカールスタップ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	1人 (2.1)	11人 (23.4)	23人 (48.9)	9人 (19.1)	3人 (6.4)
Q02：あなたはコメデイカールスタップ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	1人 (2.1)	17人 (36.2)	15人 (31.9)	9人 (19.1)	5人 (10.6)
Q03：あなた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	1人 (2.1)	13人 (27.7)	22人 (46.8)	5人 (10.6)	6人 (12.8)
Q04：あなた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	0人 (0.0)	7人 (14.9)	23人 (48.9)	13人 (27.7)	4人 (8.5)
Q05：あなた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	0人 (0.0)	5人 (10.6)	16人 (34)	11人 (23.4)	15人 (31.9)
Q06：あなた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	0人 (0.0)	5人 (10.6)	19人 (40.4)	11人 (23.4)	12人 (25.5)
Q07：あなたの十分な説明でも患者や家族の不安が強いため処方するために処方者の最適化がすすみにくいことがある	0人 (0.0)	4人 (8.5)	20人 (42.6)	19人 (40.4)	4人 (8.5)
Q08：あなたは薬物の相互作用・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	24人 (51.1)	18人 (38.3)	5人 (10.6)	0人 (0.0)	0人 (0.0)
Q09：あなた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	18人 (38.3)	25人 (53.2)	4人 (8.5)	0人 (0.0)	0人 (0.0)
Q10：あなたが処方した薬が合計でいくらかになるかだいたい理解して処方している	5人 (10.6)	7人 (14.9)	9人 (19.1)	15人 (31.9)	11人 (23.4)
Q11：あなたは薬価の高い薬をひとつ選ぶよりも薬価の安い薬を組み合わせて使う	0人 (0.0)	1人 (2.1)	2人 (4.3)	11人 (23.4)	33人 (70.2)
Q12：あなた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	0人 (0.0)	0人 (0.0)	8人 (17.0)	14人 (29.8)	25人 (53.2)
Q13：あなたは無気力・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	1人 (2.1)	2人 (4.3)	20人 (42.6)	18人 (38.3)	6人 (12.8)
Q14：あなた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	2人 (4.3)	25人 (53.2)	14人 (29.8)	4人 (8.5)	1人 (2.1)
Q15：あなたは患者の症状がしばらく安定している場合、前医の処方でも減量・変更しない	1人 (2.1)	13人 (27.7)	14人 (29.8)	7人 (14.9)	12人 (25.5)
Q16：あなたは患者を鎮静する場合、抗精神病薬以外の薬も考慮する	8人 (17.0)	28人 (59.6)	6人 (12.8)	2人 (4.3)	3人 (6.4)
Q17：あなた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	1人 (2.1)	3人 (6.4)	17人 (36.2)	17人 (36.2)	9人 (19.1)
Q18：あなたは同僚もしくはコメデイカールスタップと診断や治療について定期的に話し合う	5人 (10.6)	19人 (40.4)	16人 (34.0)	7人 (14.9)	0人 (0.0)
Q19：あなた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	0人 (0.0)	11人 (23.4)	20人 (42.6)	16人 (34.0)	0人 (0.0)
Q20：あなたは抗精神病薬処方の場合最適化を試みた場合よい結果を出すことができる	0人 (0.0)	15人 (31.9)	26人 (55.3)	5人 (10.6)	1人 (2.1)
Q21：あなた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療している	0人 (0.0)	20人 (42.6)	17人 (36.2)	9人 (19.1)	1人 (2.1)
Q22：あなた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	4人 (8.5)	9人 (19.1)	15人 (31.9)	11人 (23.4)	8人 (17.0)
Q23：あなた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	1人 (2.1)	21人 (44.7)	16人 (34.0)	8人 (17.0)	1人 (2.1)
Q24：あなた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	4人 (8.5)	24人 (51.1)	16人 (34.0)	3人 (6.4)	0人 (0.0)

Q25：あなたは精神運動興奮、幻覚妄想など標的症状別に処方を組み合わせて抗精神病薬を使用する	7人 (14.9)	12人 (25.5)	10人 (21.3)	5人 (10.6)	13人 (27.7)	SD1.448
Q26：あなたは副作用を避けるためにいくつかの薬を少量ずつ使う	0人 (0.0)	2人 (4.3)	1人 (2.1)	7人 (14.9)	37人 (78.7)	SD0.726
Q27：あなた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	0人 (0.0)	15人 (31.9)	17人 (36.2)	8人 (17.0)	7人 (14.9)	SD1.042
Q28：あなた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	3人 (6.4)	17人 (36.2)	13人 (27.7)	10人 (21.3)	4人 (8.5)	SD1.088
Q29：あなたは患者や家族が薬の増量を希望した場合、しばらくの間経過観察をする	1人 (2.1)	9人 (19.1)	21人 (44.7)	12人 (25.5)	4人 (8.5)	SD0.924
Q30：あなた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	17人 (36.2)	18人 (38.3)	7人 (14.9)	5人 (10.6)	0人 (0.0)	SD0.978
Q31：あなたは処方箋を書きかえるのが大変なため処方の変更をしない	0人 (0.0)	0人 (0)	3人 (6.4)	8人 (17.0)	36人 (76.6)	SD0.587
Q32：あなた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	0人 (0.0)	5人 (10.6)	14人 (29.8)	18人 (38.3)	10人 (21.3)	SD0.931
Q33：あなた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するもしくは変更・減量しない	6人 (12.8)	8人 (17.0)	13人 (27.7)	9人 (19.1)	11人 (23.4)	SD1.339
Q34：あなた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	0人 (0.0)	4人 (8.5)	6人 (12.8)	13人 (27.7)	24人 (51.1)	SD0.977
Q35：あなた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	1人 (2.1)	5人 (10.6)	12人 (25.5)	12人 (25.5)	17人 (36.2)	SD1.110
Q36：あなた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	16人 (34.0)	26人 (55.3)	4人 (8.5)	1人 (2.1)	0人 (0.0)	SD0.690
Q37：あなた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する	6人 (12.8)	17人 (36.2)	13人 (27.7)	11人 (23.4)	0人 (0.0)	SD0.990
Q38：あなた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う	5人 (10.6)	10人 (21.3)	12人 (25.5)	16人 (34)	4人 (8.5)	SD1.158
Q39：あなたは抗精神病薬の保険適応上限量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	3人 (6.4)	14人 (29.8)	12人 (25.5)	11人 (23.4)	7人 (14.9)	SD1.184
Q40：あなた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	5人 (10.6)	23人 (48.9)	15人 (31.9)	2人 (4.3)	2人 (4.3)	SD0.903
Q41：あなた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	19人 (40.4)	16人 (34.0)	9人 (19.1)	2人 (4.3)	1人 (2.1)	SD0.987
Q42：あなたは精神科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試してみる	0人 (0.0)	13人 (27.7)	10人 (21.3)	11人 (23.4)	12人 (25.5)	SD1.169
Q43：あなた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人 (6.4)	20人 (42.6)	12人 (25.5)	7人 (14.9)	5人 (10.6)	SD1.116
Q44：あなた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的に行う	10人 (21.3)	21人 (44.7)	15人 (31.9)	1人 (2.1)	0人 (0.0)	SD0.780
Q45：あなたには抗精神病薬の変更・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	0人 (0.0)	0人 (0.0)	10人 (21.3)	20人 (42.6)	16人 (34.0)	SD0.749
Q46：あなたは抗精神病薬一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	0人 (0.0)	27人 (57.4)	15人 (31.9)	4人 (8.5)	1人 (2.1)	SD0.658
Q47：あなた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	0人 (0.0)	0人 (0.0)	0人 (0.0)	0人 (0.0)	47人 (100)	SD0.000
Q48：あなたは診療報酬10%減のルールを意識しながら処方を行っている	2人 (4.3)	5人 (10.6)	2人 (4.3)	7人 (14.9)	30人 (63.8)	SD1.129
Q49：あなたはコメディカルスタッフの投薬ミスの危険性や患者の服薬ミスの可能性に配慮して処方する	5人 (10.6)	16人 (34)	13人 (27.7)	8人 (17.0)	5人 (10.6)	SD1.167
Q50：あなた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に参考にする	16人 (34.0)	24人 (51.1)	7人 (14.9)	0人 (0.0)	0人 (0.0)	SD0.680

( )内の数字はいずれも%

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 —

三澤史斉 山梨県立北病院 医師

研究要旨：本研究は、我が国の統合失調症急性期における治療技法のばらつきを把握することを目的に行った。研究方法：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に対して、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治療方法についての質問をした。結果：抗精神病薬の主剤としてはリスペリドン（11名（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。両群の総クロルプロマジン換算量（平均±標準偏差）はリスペリドン群653.6±146.7（mg/day）、ハロペリドール注射液群1951.4±162.2（mg/day）であった。まとめ：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。

協力研究者 野田寿恵 NTT東日本関東  
病院精神神経科 医師  
協力研究者 藤田純一 神奈川県立精神  
医療センター芹香病院 医  
師  
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

A. 研究目的

近年、わが国における精神病院の役割は、これまでの隔離収容を中心とした考え方から、急性期治療中心へと移行してきている。そのため今後の精神医療の展開に、急性期治療の発展がより大きな影響を及ぼすことになるであろう。

これまでいくつかの急性期治療ガイドラインなどが発表されているが、何れも臨床現場に広く浸透しておらず、治療技法にばらつきが多いことが指摘されている。特にこのばらつき

は、精神運動興奮状態などで早急な鎮静を要するような症例で目立つとも言われている

(1), (2)。急性期治療の発展には、このようなばらつきを最小限にとどめ、最適な治療が標準化されて行われることが重要である。

そこで、わが国では実際にどのような急性期治療が行われ、との程度のばらつきがあるかという現状を把握することを目的として本調査を行った。

## B. 研究方法

精神科救急入院料病棟を有する医療機関全25施設にアンケート用紙を送付して、急性期治療に携わっている医師1名へ回答を求めた。

アンケートでは、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した。

各種行動制限及び抗精神病薬投与経路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段階評価を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は協力の意思を表明した医師を対象とし、密封された封筒による郵送法で実施した。返送される調査票には、研究事務局で施錠して管理し、個人が特定できないデータベースを作成して分析を行った。

## C. 研究結果 (資料参照)

20施設 (80%)から有効回答が得られた。

### 1) 行動制限

隔離の適切性については9段階評価で $8.2 \pm 1.2$  (平均±標準偏差)であり、11名(55%)が9点であった。身体拘束は $5.2 \pm 2.7$  (平均±標準偏差)であり、最頻値は6点の4名である一方、3名が1点と回答した。

### 2) 薬物治療

各投与経路についての回答結果は図1の通りである。選択された抗精神病薬は図2が示すように、リスペリドンが15名(75%)と最も多く、続いてハロペリドール注射液が11名(55%)で

あった。リスペリドン以外の非定型抗精神病薬はオランザピンの1名のみであり、クエチアピン、アリピプラゾールを選択した医師はいなかった。

また、抗精神病薬の使用数及び総クロルプロマジン換算量の平均±標準偏差はそれぞれ、 $1.8 \pm 0.9$  (剤)、 $1237.6 \pm 814.2$  (mg/day)であった。

### 3) 抗精神病薬の主剤

選択された抗精神病薬の内、最もクロルプロマジン換算量の高い薬剤を主剤とした。その結果、主剤としてはリスペリドン11名(55%)、ハロペリドール注射液9名(45%)とほぼ同数の2群に分かれた。

リスペリドン群のリスペリドン投与量の平均±標準偏差は $5.2 \pm 1.5$  (mg/day)で、ハロペリドール注射液群のハロペリドール注射液投与量の平均±標準偏差は $16.1 \pm 7.0$  (mg/day)であった。

この2群において、選択された抗精神病薬数はリスペリドン群 $1.7 \pm 0.3$  (剤)、ハロペリドール注射液群 $1.7 \pm 0.2$  (剤)と有意差はないが、総クロルプロマジン換算量はリスペリドン群 $653.6 \pm 146.7$  (mg/day)、ハロペリドール注射液群 $1951.4 \pm 162.2$  (mg/day)であり、ハロペリドール注射液群はリスペリドン群と比べ有意に抗精神病薬を高用量で選択されていた( $p=0.0003$ )。

また、両群における拘束及び内服説得の適切性評価を比較すると、拘束はリスペリドン群 $4.2 \pm 0.8$ 、ハロペリドール注射液群 $6.3 \pm 0.8$ であり有意差はないが、ハロペリドール注射液群の方が拘束を適切と考える傾向を認めた( $p=0.07$ )。

内服を説得することについては、リスペリドン群 $6.5 \pm 0.5$ 、ハロペリドール注射液群 $3.3 \pm 0.6$ と有意にリスペリドン群で適切と評価されていた( $p=0.003$ )。

#### D. 考察

精神科救急入院料病棟は、わが国の急性期治療を牽引していく立場にある病棟である。このような病棟で急性期治療に従事している医師たちに対して、治療技法のばらつきを明らかにしていく試みは、これまでにほとんどされてこなかった。今回、病棟構造やスタッフ割合にほとんど差がない全国の精神科救急入院料病棟に対して同一のモデル症例を呈示して、その8割についての行動制限、薬物治療などを比較できたことは、ある程度の意味があると思われる。

その結果として、精神科救急入院料病棟において精神運動興奮状態にある統合失調症の治療技法は大きく2つに分けられることが示された。すなわち、中等度の用量のリスペリドンを使用する群と高用量のハロペリドール注射液を使用する群である。前者は世界的にも標準的な治療技法であるが、後者は恐らく日本特有の治療技法であろう(3)。欧米では、オランザピン、ジプラシドンといった非定型抗精神病薬の注射液が利用可能であることや人権や感染の面で注射液、特に静注が避けられる傾向にあることなどが一因となっているかもしれない。いずれにせよ高用量のハロペリドール注射液の使用については、エビデンスが不十分な治療方法である。不十分なエビデンスの治療技法が、わが国の急性期治療をリードしていく病棟の約半数で行われていることは、検討を要すると考えられる。わが国の急性期治療で慣習的に行われてきたハロペリドール注射液高用量治療

について、そのエビデンスを早急に示していかなければならない。

本調査は、アンケート調査であるため実際の臨床現場の状況を反映していない可能性がある。一般的に架空の事例に対しては、「理想的」な処方になる傾向があると考えられるため、実際の臨床現場での処方と比較して控えめな結果となっていると考えられる。上述したような治療技法の差異と実際の治療技法の差異との関連の確認は今後の課題である。

精神科救急入院料という枠組みの中で構造的側面にほとんど差がないにもかかわらず、治療技法に大きな差を生じさせる原因を探ることは、治療の標準化の足がかりになる。さらに、この2群のどちらが急性期治療に最適であるかを、短・長期的な視点で有効性・安全性を検証していくことが急性期治療の発展につながっていくと思われる。

#### E. 結論

精神科救急入院料病棟において精神運動興奮状態にある統合失調症の治療技法は、中等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使用する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。

#### 参考文献

1. 平田豊明、市江亮一：精神科救急病棟における治療内容の検討-鎮静法、薬物療法、電気けいれん療法の現状-。臨床精神薬理，9：1343-1353，2006
2. 柳沢宏一、伊藤寿彦、青木勉他：新規抗精

神病薬導入前後の重症統合失調症治療の変化  
独立行政法人、効率4病院の調査結果（病院間  
比較）．第102回日本精神神経学会総会抄録集、  
pp255, 2006

3．平田豊明：重症精神病の急性期治療ガイド  
ライン-国際比較の試み-．臨床精神薬理, 8:  
1529-1536, 2005

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

1) 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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）  
なし

## 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） —

分担研究者 馬場寛子 明照会常盤病院 薬局主任

**研究要旨：**本研究では急性期における統合失調症の治療に、薬剤師が係ることで薬物療法の安全性を確保し、薬剤処方と行動制限の最適化を実現することを目指している。**研究方法：**対象は精神科急性期病棟を持つ病院で勤務する薬剤師である。医師・看護師・薬剤師が参加する「急性期治療における薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研究会」を実施した。

**結果：**1) 医師・看護師・薬剤師の3職種合同のワークショップでは「多剤大量療法」「行動制限」をテーマに、職種を越えた自由な論議をすることができた。2) アンケート調査から、急性期から薬剤師が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。3) 急性期治療における薬学的管理の重要性を確認し、事例検討することにより薬学的管理の実際を学んだ。4) 処方状況のフィードバックシステムを解説し、システムを提供した。5) 急性期の服薬指導の必要性について解説し患者教育ツールを提供した。

**まとめ：**現状で急性期にかかわっている薬剤師はまだ少ないが、今回参加した薬剤師は必要性を感じていることはわかった。提示したツールや、ワークショップあるいは講演で得た知識をもとに今後積極的に急性期治療にかかわり、より効率的で安全な薬物療法を実践し、薬剤処方・行動制限の最適化に貢献してくれるものと考ええる。

#### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

吉尾 隆	桜ヶ丘記念病院	薬剤部長
坂田 睦	篠栗病院	薬剤室長
林やすみ	武蔵野中央病院	薬局長
三澤史斉	山梨県立北病院	医師
藤田純一	神奈川県立精神センター	芹香病院医師
野田寿恵	NTT 東関東病院	医師
平田豊明	静岡県立こころの医療センター	院長
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
樋口輝彦	国立精神神経センター	武蔵病院院長



## A. 研究目的

近年、第二世代・第三世代精神病薬治療の登場により統合失調症の治療が大きく変化した。しかし、その一方で依然として統合失調症の治療において抗精神病薬の多剤大量療法が行われている。我々は処方最適化を目指すために治療の最初の段階である急性期に注目した。急性期に適正な薬物療法がなされずに多剤大量処方を実施されてしまうと、その後の維持期の薬物療法もそのまま継続されてしまう可能性があるからである。また、急性期に適正な薬物療法がなされれば行動制限も最小期間で終了することが可能である。したがって急性期の薬物療法は大変重要な意味を持っている。

また、急性期は患者の情報も少なく薬物療法のリスクは高い。そこで、薬の専門家である薬剤師が薬物療法について薬学的管理を実施し、患者や医療スタッフに適切な情報提供することにより、効率よく安全な薬物療法が実現でき、薬剤処方・行動制限の適正化に貢献できると考えた。

また、患者や患者の家族が求める回復は、家庭や社会で普通に生活することであり、処方の最適化はそれを実現するためにも必要な要素である。したがって治療のスタートである急性期治療が適切かどうかでその後の経過が決定されるとすれば、その意味でも急性期治療は重要な期間といえる。

この研究では薬剤師が精神科急性期に係ることの重要性を示し、急性期治療に積極的に参加できるよう研修を構成した。

## B. 研究方法

医師・看護師・薬剤師の3職種合同の研修会を企画・実施した。

実施日：2007年1月26-27日

会場：国立精神神経センター武蔵病院

参加病院：24施設

薬剤師参加人数：11名

(資料1：プログラム)

## 研究会の内容

この研究会は、3職種参加で実施された。今回は薬剤師を対象としたプログラムを中心に報告する。

1) <医師・看護師・薬剤師合同のワークショップ> 薬剤処方・行動制限に関する検討

2) <薬剤師を対象とした部分>

- ① 事前のアンケート調査：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をアンケート調査した。(精神科急性期病棟では、薬剤管理指導業務は包括医療の中に含まれるため実際にどの程度係ることができているのか懸念された。患者情報の少ない急性期において、安全な薬物療法を実践するためには、基本的な薬学的管理が必要であり薬剤師の係りをはずすことはできない)
- ② 薬学的管理・状況にあった薬物療法を学ぶための「事例検討」(グループワーク)：具体的に症例を提示し、その症例を通して薬学的管理の実際を学び、事例について薬剤師グループで検討した。
- ③ 処方状況のフィードバックシステムの提供(ミニレクチャー)：最適な薬物療法をするために抗精神病薬のクロルプロマジン換算量や他の薬剤の適正量が常時確認できるシステムを構築し提供する。
- ④ I) 他の職種に薬剤の情報提供するための

ツールの提供・Ⅱ) 患者教育のためのツールの提供 (ミニレクチャー) : 精神科急性期病棟における薬学的管理の重要性、他の職種への薬剤情報の提供 (特に看護師へ) の必要性、早期の患者教育の必要性を解説し、「薬剤情報提供ツール」「患者教育ツール」を提供した。

### C. 研究結果

①事前のアンケート調査 : 事前に送ったアンケート用紙を回収し、研修会で結果報告を行った。その結果、急性期患者に入院時からの係りが必要だと考える薬剤師は82% (11名中9名)、に対し実際係っている薬剤師は27% (11名中3名)、係りを希望する薬剤師は82% (11名中9名)であった。しかし、医師や看護師との関係については、薬物療法についての話し合いをしているのは、およそ半数にとどまった。薬剤師が急性期に係るためにも、他のスタッフとの良好なコミュニケーションが重要だと考える。

患者情報収集や、薬学的管理についての回答では行っている内容に差があり、標準化の必要性も示唆される。

処方調査を行っている施設については5施設のみで、結果は医師や他のスタッフへフィードバックされている。処方量について適正であるとの回答は、抗精神病薬で1名、抗パーキンソン薬で1名、抗不安薬では0名であり、適正でないと感じている薬剤師はほぼ半数にのぼり、薬剤処方の最適化の必要性を感じた。

(資料2 : アンケートの結果)

②薬学的管理「事例検討」 : 薬剤管理指導業務を行う上で薬学的管理は薬剤師にとって当然の業務である。特に精神科急性期病棟において、患者情報の少ない状況で副作用の多い向精神薬を

安全に使用するためには欠かせない。このグループワークでは、実際に症例について検討しながら薬学的管理について活発に意見交換を行った。医療現場で薬剤管理指導業務に携わっているかどうかで討議への参加の積極性の差が感じられた。臨床の現場では基本的な医薬品の知識はもとより、症状や薬効の評価、副作用の早期発見のために薬剤師自身がさらに臨床経験を積み重ねることが必要と考える。また、このような事例検討を行うことにより、自分自身の知識や経験の不足を補うことも有用である。

(資料3 : 処方の最適化)

(資料4 : 薬学的管理 : 参考事例)

③処方状況のフィードバックシステム : 医師をはじめ多職種との多剤併用情報を共有するツールのひとつとして処方を視覚的に共有するシステムを提案し、情報共有による処方の適正化の一施設での研究を発表した。処方量、剤数が視覚的に共有できるシステムを運用し、視覚的に処方状況 (剤数、処方量) を共有することによりそれぞれの職種でチームの中での処方に関する提案ができると考えた。また、精神科急性期医療での処方状況を多施設で集積することにより、精神科医療における医療の質を確保するための指標、道標の明確化ができるのではないかと考えられた。多剤大量処方へ薬剤師が積極的に情報提供を行うためには、医師やそのほかのスタッフとの処方に関する情報交換が必須と考えられたためアンケートにおいてその関係も調査したが、医師と処方に関しての情報交換を行っている薬剤師は、40%であった。このシステムの運用が医師と処方に関する情報交換を行う手がかりとなり、薬剤師が処方に関して積極的に情報提供を行えるようになる可能性があると考えた。

(資料5 : 薬剤処方最適化に向けた調査データベースシステム)

### ④

I) 薬剤情報提供ツール : 薬剤処方・行動制限の適性化を考える時、一番患者の近くにいる看護師の観察や報告は重要な要素となる。特に行動制限に関しては看護の技量によって差がでる

可能性がある。看護師の観察や報告が正しく行われるためには、薬物療法の知識の習得と共有が求められる。したがって看護師に対して、定期的に薬の勉強会を開催し薬の情報提供することは重要で薬剤師がその一端を担うべきである。また近年登場した、第二世代・第三世代の抗精神病薬をはじめ、新しい情報を医師はじめ各スタッフに提供する必要もある。今回は基本的な向精神薬の情報ツールを提供した。

(資料6：精神科で使われる薬—基礎編—)

(資料7：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト—抗精神病薬—)

(資料8：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト—抗うつ薬—)

(資料9：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト—気分安定薬・抗不安薬・睡眠薬—)

Ⅲ) 患者教育ツール：薬剤師の目からみていると急性期の行動制限は、医師により期間や方法に差があるように見える。その根底には薬物療法の差や他のスタッフとのコミュニケーションがかかわっているようである。また最近、急性期の段階で心理教育を開始するべきだという意見がある。確かに急性期は患者自身もこれからどうなるのか、薬に関しても何を飲まされているのだろうと不安がいつぱいの時期でもある。早い段階で心理教育がなされれば少しでも不安が解消されるに違いない。さらに行動制限下では患者の不安はより大きい。早期に不安を軽くし、まだ病気の辛さがある早い時期に薬の効果や治療について解説することにより、患者を早い段階で治療チームの一員とし、医療スタッフとともに治療を進めていくことが必要である。薬剤師による早期の服薬指導は重要な仕事と考える。今回はごく簡単な患者教育用のツールを

提供した。

(資料10：薬剤師から見た行動制限・行動制限時の服薬指導)

(資料11：患者さまのための統合失調症のガイドライン)

#### D. 考察

現状で急性期にかかわっている薬剤師はまだ少ないが、今回参加した薬剤師は必要性を感じていることはわかった。提示したツールや、ワークショップあるいは講演で得た知識をもとに今後積極的に急性期治療にかかわり、より効率的で安全な薬物療法を実践し、薬剤処方・行動制限の最適化に貢献してくれるものと考ええる。

#### E. 結論

精神科の急性期の場面での薬剤師の係りはまだ十分とはいえない。しかし、薬学的管理・服薬指導・他職種への薬剤情報提供と果たす役割は大きい。また、処方状況をデータベース化し状況確認をしやすくすることで、医師と薬剤師また他の職種も含め処方の検討・確認をすることができ、薬剤処方・行動制限の最適化が実現できると考える。

また、今回の研修会を通じて今後も施設間の交流が生まれ有意義な情報交換を行い、さらにデータベース化された処方情報を集積し、現在は施設ごともしくは医師ごとに異なる薬物治療が標準化されることにつながることを期待したい。

F. 健康危険情報：該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：  
2007年 第103回 日本精神神経学会  
(発表誌名巻号・ページ・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)：  
該当なし

#### 必要な資料

- (資料1：プログラム)
- (資料2：アンケートの結果)
- (資料3：処方最適化)
- (資料4：薬学的管理：参考事例)
- (資料5：薬剤処方最適化に向けた調査データベースシステム)
- (資料6：精神科で使われる薬—基礎編—)
- (資料7：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト—抗精神病薬—)
- (資料8：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト—抗うつ薬—)
- (資料9：薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト—気分安定薬・抗不安薬・睡眠薬—)
- (資料10：薬剤師から見た行動制限・行動制限時の服薬指導)
- (資料11：患者さまのための統合失調症のガイドライン)