

薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト

平成19年1月26～27日

目次

プログラム	105
アンケート	112
薬剤師	113
医師	116
医師アンケート結果	124
グループワーク 1, 2	136
ミニレクチャー 1	141
ミニレクチャー 2	145
ミニレクチャー 3	149
話題提供	158
ミニレクチャー 4	165
医師	166
薬剤師	168
看護師	171
データベース紹介	176
薬剤処方	177
行動制限	184
グループワーク 4	188
薬剤師	188
看護師	198
精神科で使われる薬についての資料	202
調査票	224

プログラム

1月26日(金)

13:00	受付開始
13:30	開講式：30分 樋口輝彦先生 国立精神・神経センター武蔵病院院長から開会の辞 スタッフ紹介 オリエンテーション
14:00	モデル事例からのデータ発表：三澤史斉，藤田純一：15分
14:15	グループワークの進め方：藤田純一：5分
14:20	グループワーク1：藤田純一：90分 アイスブレイキング15分 多剤大量投与例から75分
15:50	休憩
16:10	グループワーク2：藤田純一：70分 急性期治療を最適化するためには
17:20	ミニレクチャー1：三澤史斉：20分 最適化とは何か
17:40	ミニレクチャー2：京極真，野田寿恵：20分 チーム機能の向上
18:00	休憩
18:20	ミニレクチャー3：平田豊明：30分 これからの精神科救急・急性期ネットワークについて
18:50	夕食（お弁当） 話題提供：伊藤弘人：30分 精神保健医療政策の動向と薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト
20:30	解散

1月27日(土)

9:00	集合
9:10	グループワーク3：野田寿恵：70分 行動制限
10:20	ミニレクチャー4：杉山直也，馬場寛子，辻脇邦彦：30分 行動制限調査の意義と将来，行動制限時の服薬指導について
10:50	休憩
11:10	データベース紹介：伊藤弘人，坂田睦，野田寿恵，医療情報：30分
11:40	グループワーク4（職種ごと）：50分 薬剤処方・行動制限最適化 薬剤師（吉尾隆） 看護師（末安民生）， 精神科医（杉山直也，野田寿恵，医療情報）
12:30	代表からの総評：A～Eグループ代表，末安民生，吉尾隆：20分
12:50	閉講式：伊藤弘人：10分 調査票の説明，今後の予定，おわりに
13:00	解散

1月26日(金)

開講式 13:30 30分

開会の辞:

スタッフ紹介:

オリエンテーション:

資料, グループ表の見方, グループワークのエリアの確認をする.
研修成果を学会発表することを説明

モデル事例からのデータ発表 14:00 15分

担当: 三澤史斉, 藤田純一

テーマ:

三澤史斉 「モデル事例から, 精神科救急・急性期病棟における, 鎮静法, 薬剤使用, 行動制限のばらつきについて」

藤田純一 「医師の処方への態度のアンケート結果から」

目的:

参加者が他施設の状況を知ること, 薬剤処方・行動制限について幅広く考えるきっかけとする.

グループワークの進め方 14:15 5分

担当: 藤田純一

テーマ: 「グループワークに円滑に参加できるように, ルールを説明する」

内容:

1. グループに分かれる. 司会を確認する.
2. グループの司会は, メンバーの積極的な参加, 円滑なコミュニケーション, 建設的で批判的な意見を促す. かつメンバーは相互に協力する.
3. グループで書記, 発表者を決める.
4. 各個人が本テーマについての意見を思いつく限り, できるだけたくさん意見記入用紙にボールペンで記入する. 話し合ったりしながらでも良い. フレームが用意されている場合, 各フレームの問題点について1人最低1つは考える.
5. グループ内で話し合いながら各自が書いた意見記入用紙を模造紙(話し合い用)のフォーマットで適切と思われる場所に貼る. 同じ内容は重ねて貼る.
6. グループの書記は模造紙(まとめ発表用)に下記フォーマットをマジックで書く.
7. グループ内で話し合いながら各項目について, 似たものをグルーピングする.
8. グルーピングし抽出したものを, 書記は模造紙(まとめ発表用)にマジックで大きく書く.
9. ファシリテーターから終了時刻を知らされたら, 各グループで作成した模造紙(発表用)を全体発表会場に持参し, ボードに貼り付けて発表準備をする.
10. グループAから, 発表者が4分以内で発表を行う. Eグループの発表の後, 発表者は前に集まる. 10分間の全体討論を行う.
11. 発表に使用した模造紙を提出する.

テーマ: 「アイスブレイキングの進め方: 他己紹介」

内容:

1. 各グループで集まり, グループ全員が立ち2人1組となる. カップリングができた人から着席する.
2. 最初に自己紹介を2人で行う(5分). 相手への質問は所属などではなく人柄・趣味・特技などにする.
3. 他己紹介のときは, 相手のことを「〇〇先生」ではなく「〇〇さんは~な人です」(1分)と紹介する.

グループワークに関する資料

グループワーク成功の条件：

- ① グループワークは全メンバーの積極的な参加があって、はじめて成り立つものである。全員が最初から終了まで参加し、途中で脱落者がいてはならない。
- ② グループワークの成功の責任は参加者全員にある。
- ③ 全メンバーは互いに Resource Person として働く。
- ④ グループとしての学習と円滑なコミュニケーションが、目標を達成するためには極めて重要である。
- ⑤ 参加者はグループ討議・作業をより効果的にするために建設的で批判的な意見を述べる。
- ⑥ もっとも大切なことは、どんな質問でも無意味ではないとい認識することである。

カード作りのルール：

- ① 一枚の紙に1つの問題点を書く。
- ② 主語をはっきり書く。
- ③ 具体的に書く。
- ④ 「書いたら恥ずかしいこと、いけないこと」は何もない。
- ⑤ 大きな字で、わかりやすく書く。

貼るとき、話し合う時のルール：

- ① メンバーの合意で貼る。
- ② 人の意見を否定しない。(批判家にならない)
- ③ 傍観者にならない。
- ④ 少数意見もどこかに残す。
- ⑤ 沈黙は罪

アイスブレイキングの必要性とは：

グループワーク開始時に参加者は次のような未知への不安感や緊張感をもっている。

- ① 内容は理解できるだろう。
- ② 恥をかくことはないだろうか。
- ③ 講師や他の参加者はどのような人達だろうか。
- ④ 他の人達はどのような服装をしてくるのだろうか。

同時に参加者は受け身で、次のような潜在的フラストレーションももっている。

- ① 「なぜ私に参加する必要があるのか」という疑問
- ② 「研修内容は自分には関係ない」という思い
- ③ わからない言い回しや自分の感性にマッチしない言葉の存在
- ④ 講師や他の参加者が言っていることがわからない・納得できない・という誤解や反発
- ⑤ 感情的に「この種の人は嫌い」「不愉快だ」「押しつけだ」という気持ち

そのため緊張感を取り除きリラックスさせる目的で自己紹介・他己紹介・いくつかのゲームなど多くのアイスブレイキング技法が取り入れられる。

グループワーク ファシリテーター：

グループワークが活発に進む雰囲気作りに配慮して、進行を見守り、また、必要に応じて情報を提供して、討議・作業の方向を修正する責任があるが、強圧的に方向づけることのないように心掛ける。

グループワークの成果を回収する。

グループワーク1 14:20 90分

担当：藤田純一

テーマ：「多剤大量投与例について」

目的：

導入グループとなる。アイスブレイキングを最初に行う。

多剤大量投与にいたった、理由をあげて、各グループで分類してもらう。

アイスブレイキング：15分

5分 カップリングでの自己紹介

10分 他己紹介（1分×8人）

スケジュール：75分

5分 テキストにある「多剤大量例の処方箋と患者背景」2例を読む

20分 理由、条件、状況の列挙

理由に善し悪しの判断を入れず、起こりうるものとして共有していく。

20分 整理、キーワードの抽出

30分 各グループによる全体発表、討論、まとめ

フレーム：グループで分類できたものをフレームとする

模造紙（まとめ発表用）

グループワーク2 16:10 70分

担当：藤田純一

テーマ：「急性期治療を最適化するには」

目的：

グループワーク1で抽出された理由について、できる限り、現在は実現不可能なものであっても、解決方法をあげる。

スケジュール：

5分 オリエンテーション

15分 問題点、手段の列挙

20分 問題点、手段の整理、キーワードの抽出

30分 各グループによる全体発表、討論、まとめ

フレーム：

模造紙(まとめ発表用)

分類1	分類2	分類3
理由 解決方法	理由 解決方法	理由 解決方法
理由 解決手段	理由 解決方法	理由 解決方法

ミニレクチャー1 17:20 20分

担当：三澤史斉

テーマ：「最適化とは何か」

ミニレクチャー2 17:40 20分

担当：京極真，野田寿恵

テーマ：「チーム医療において信念対立を超えるために」

ミニレクチャー3 18:20 30分

担当：平田豊明

テーマ：「これからの精神科救急・急性期ネットワークについて」

夕食をはさんだ意見交換 18:50

夕食：同会場にてグループごとにお弁当。

話題提供：伊藤弘人 30分

「精神保健医療政策の動向と薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト」

意見交換

1月27日(土)

グループワーク3 9:10 70分

担当:野田寿恵

テーマ:「急性期治療最適化にかかわる行動制限のあり様」

目的:

急性期精神医療の最適化に向け、行動制限について『人権を守る』『安全を保つ』『病状改善を図る』『病識を育む』『医療コスト』の観点から問題点を列挙し、分類整理する。

スケジュール:

5分 オリエンテーション

15分 問題点の列挙

20分 問題点の整理、キーワードの抽出

30分 各グループによる全体発表、討論、まとめ

フレーム:

模造紙(まとめ発表用)

	人権を守る	安全を保つ	病状改善を図る	病識を育む	医療コスト
問題点					

ミニレクチャー4 10:20 30分

担当:杉山直也,馬場寛子,辻脇邦彦

テーマ:「行動制限調査の意義と将来」

内容:

杉山直也:精神科治療技法としての隔離・身体拘束

馬場寛子:薬剤師からみた行動制限 行動制限時の服薬指導

辻脇邦彦:行動制限の基礎知識

データベース紹介 11:10 30分

担当:伊藤弘人,坂田睦,野田寿恵,医療情報

テーマ:「調査の電子化」

内容:

伊藤弘人:調査電子化の意義,有用性について

坂田睦:薬剤処方への入力と出力画面の紹介,運用面から

野田寿恵:行動制限への入力と出力画面の紹介,今後について

医療情報:画面遷移の概要(入院患者基本情報,処方入力出力画面,行動制限入力出力画面,調査票)

グループワーク 4 (職種ごと) 11:40 50分

薬剤師担当：吉尾隆

テーマ：「薬剤処方最適化，薬剤師から」

内容：

統合失調症の多剤大量投与，処方の適正化について。
参考事例

看護師担当：末安民生

テーマ：「薬剤処方の最適化，看護師から」

内容：

クロルプロマジン換算の活用。
抗精神病薬による副作用の早期発見。

医師担当：杉山直也，野田寿恵，医療情報

テーマ：「薬剤処方・行動制限最適化にむけたデータベース作成について」

内容：

各病院の要望・意見，今後のシステム作成。

代表からの総評 12:30 20分

担当：AからEグループの代表，末安民生，吉尾隆

閉講式 12:50 10分

担当：伊藤弘人

テーマ：「薬剤処方・行動制限最適化プロジェクトへの期待」

アンケート

薬剤師の精神科急性期医療へのかかわりについて以下のアンケートにお答えください。

【急性期治療へのかかわりについてお伺いします】

1. 興奮を伴う幻覚・妄想状態の急性期患者が入院した時、あなたは主にどの時点からかかわっていますか。以下より、1つお選びください。

- 1) 入院時点からかかわる
- 2) 症状がある程度落ち着いてからかかわる
- 3) かかわらない
- 4) その他 ()

2. 薬剤師が急性期にかかわることは必要だと思いますか (YES・NO)

3. あなたは急性期治療にかかわりたいと思いますか (YES・NO)

【急性期での治療開始時の情報収集についてお伺いします】

1. 薬物治療歴の把握をしていますか (YES・NO)

2. アレルギー歴の有無 (YES・NO)

3. 副作用経験の有無 (YES・NO)

4. 既往歴の把握をしていますか (YES・NO)

5. 合併症の把握をしていますか (YES・NO)

6. 服薬中断歴の有無 (YES・NO)

7. 服薬中断の理由を把握していますか (YES・NO)

8. 服薬教室など服薬教育の経験の有無 (YES・NO)

9. 薬剤管理指導による服薬指導を受けた経験の有無 (YES・NO)

10. 退院後の服薬に関する支援体制を把握していますか (YES・NO)

【急性期の薬物療法についてお伺いします】

以下の場合の状況での薬剤選択はどのようにお考えでしょうか。(薬剤〔注射、輸液製剤を含む〕を挙げ、優先順位の高い薬剤から記入してください)

1. 興奮を伴う幻覚妄想状態、また昏迷状態 (1) _____ (2) _____ (3) _____
2. 上記興奮を伴わない幻覚妄想状態 (1) _____ (2) _____ (3) _____
3. 意欲・活気がなく不活発な状態 (1) _____ (2) _____ (3) _____
4. 薬剤などで鎮静がかかっている状態 (1) _____ (2) _____ (3) _____
5. その他のケース () (1) _____ (2) _____ (3) _____

【薬学的管理についてお伺いします】

1. 患者の薬物治療経歴を確認している (YES・NO)

(アレルギー歴 有害反応歴 物質乱用歴 その他)

2. 入院時の薬物療法を確認している (YES・NO)

(相互作用 併用禁忌 疾患禁忌 クロロプロマジン等の等価換算値 その他)

3. 効果・副作用等のモニタリングを行っている (YES・NO)

(BPRS DIEPSS DAI その他)

4. 入院時における検査データの確認をしている (YES・NO)

5. 精神症状に影響を与える薬剤を服用しているかどうかの確認をしている (YES・NO)
(H2ブロッカー インターフェロン その他)

【チームの医師との関係についてお聞かせください】

1. 医師の抗精神病薬の選択傾向を把握していますか (YES・NO)
2. 医師の抗不安薬、睡眠薬、気分安定薬、抗うつ薬、抗パーキンソン薬の処方傾向を把握していますか (YES・NO)
3. 医師と薬物療法 (抗精神病薬等) について話し合っていますか (YES・NO)
4. 治療開始時に主剤 (抗精神病薬の選択) を確認していますか (YES・NO)
5. 医師への抗精神病薬の処方量 (クロロプロマジン換算量) の提供を行っていますか (YES・NO)
6. 情報提供を行っている場合: どんな形式で情報提供をしていますか
(CPZ換算量をカルテへ記載・CPZ換算量を処方箋へ提示・グラフで提示・その他)
7. 睡眠薬の処方量 (ベンゾジアゼピン換算量) の提供を行っていますか (YES・NO)
(ベンゾジアゼピン換算量をカルテへ記載・ベンゾジアゼピン換算量を処方箋へ提示・グラフで提示・その他)
8. 抗うつ薬の処方量 (イミプラミン換算量) の提供を行っていますか (YES・NO)
(イミプラミン換算量をカルテへ記載・イミプラミン換算量を処方箋へ提示・グラフで提示・その他)
9. 抗パーキンソン薬の処方量 (ビペリデン換算量) の提供を行っていますか (YES・NO)
(ビペリデン換算量をカルテへ記載・ビペリデン換算量を処方箋へ提示・グラフで提示・その他)
10. 気分安定薬の処方量の提供を行っていますか (YES・NO)
(気分安定薬の総量をカルテへ記載・気分安定薬の総量を処方箋へ提示・グラフで提示・その他)

【チームの看護師との関係についてお聞かせください】

1. 新規抗精神病薬へ移行されるとき看護スタッフへ情報提供をしていますか (YES・NO)
2. 看護スタッフと抗精神病薬・向精神薬について話し合っていますか (YES・NO)
3. 看護スタッフの持っている抗精神病薬への印象を把握していますか (YES・NO)
4. 看護スタッフへ処方変更について情報提供をしていますか (YES・NO)
5. 処方変更時に看護スタッフの不安を感じることがありますか (YES・NO)
6. 看護スタッフへの定期的な勉強会を行っていますか (YES・NO)

【入院中の薬物療法へのかかわりについてお伺いします】

1. 処方量の変化はいつ確認していますか
(処方変更時随時・パスなど確認日・薬剤管理指導算定時・その他)
2. 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ますか (YES・NO)
3. 処方確認時にわが国における多剤併用大量療法などの問題点を意識していますか (YES・NO)
4. 退院時の服薬方法が退院後の生活にあっているか確認していますか (YES・NO)
5. 患者の処方変更時の情報提供はいつ行っていますか
(処方変更時随時・パスなど確認日・薬剤管理指導算定時・その他)

【処方調査についてお伺いします】

1. 今までに院内の処方調査を行ったことがありますか (YES・NO)

2. YESと答えた方におたずねします

- | | | | |
|---------------------------|---|-------|-----|
| ① 抗精神病薬の単剤処方率は | 約 | _____ | % |
| ② 非定型抗精神病薬の処方率は | 約 | _____ | % |
| ③ 非定型抗精神病薬の単剤処方率は | 約 | _____ | % |
| ④ 抗精神病薬の平均投与量はクロルプロマジン換算で | 約 | _____ | m g |
| ⑤ 抗パーキンソン薬の併用率は | 約 | _____ | % |
| ⑥ 抗パーキンソン薬の平均投与量はビペリデン換算で | 約 | _____ | m g |
| ⑦ 抗不安薬(睡眠薬)の併用率は | 約 | _____ | % |
| ⑦ 抗不安薬の平均投与量はベンゾジアゼピン換算で | 約 | _____ | m g |
| ⑧ デポ剤の使用率は | 約 | _____ | % |

⑨ 抗精神病薬の使用頻度の高い順に記載願います

(1) _____ (2) _____ (3) _____

⑩ 各薬剤の処方量について適正だと思われましたか

a. 抗精神病薬 (YES・NO)

b. 抗パーキンソン薬 (YES・NO)

c. 抗不安薬(睡眠薬) (YES・NO)

⑪ 処方調査の結果は医師や他のスタッフへフィードバックをされましたか (YES・NO)

⑫ その他、処方調査でお気づきになったことがございましたら、ご自由に記載願います。

ご協力ありがとうございました。

調査票 1・2

1月9日までにご返送ください。

お願い

調査票1: <参考事例>をお読みいただき、先生がこの事例の主治医となり、**シナリオ1**および**シナリオ2**の状況になったとき、どのような治療がなされるのかについて、設問1～3にご回答いただきますよう、お願い申し上げます。

当日は、ご回答を集計した無記名の図を作成します。当日は、ご本人にのみご自身のご回答が図のどれであたるのをご報告申し上げます。

調査票2: 最も近いものに○をつけてくださいますようお願い申し上げます。

回答は、(1)電子メール、(2)ファックス、もしくは(3)郵送で、1月9日(火)までに、ご返送ください。

ご質問については、恐れ入りますが、メール(ItoHiroto@ncnp.go.jp)にてお問い合わせいただきたく、お願い申し上げます。

連絡先：〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立精神・神経センター精神保健研究所

社会精神保健部 伊藤弘人

TEL: 042-346-2046 FAX: 042-346-2047

E-mail: ItoHiroto@ncnp.go.jp

調査票1

<参考事例>

23 歳男性。身長 175cm、体重 68kg。特記すべき既往歴、精神科治療歴は無い。体型は筋肉質。両親と 3 人暮らし。学生時代は成績もよく文武両道。剣道で県大会に出場し優秀な成績を収めた。家族関係も良好であり、友人も多かった。

大学 3 年頃から少しずつ人付き合いが減り、ゼミの出席率も悪くなったが、父親のつてを頼り某一流企業に就職した。仕事の能率はあがらず、就職後の 1 年は休みがちながらも会社に通った。

6 ヶ月前より、夜も眠れなくなり、帰宅すると深夜までインターネットに没頭した。日中の仕事はボーっとしていることが多く、度々上司が心配して注意した。

3 ヶ月前に「ある巨大な国家規模の陰謀があって、会社のトップが自分をおとし入れようとしている。父親や母親もその組織の支配下にあることを知ってしまった。彼らは自宅の盗聴内容を密かに会社のトップに漏らしている。24 時間監視されている。」とネットの掲示板に書き込んでいる履歴を父親が発見した。

その 1 ヶ月後に突然会社に辞表を提出した。同居している両親ともほとんど顔をあわせずに昼夜逆転の生活をして自室に閉じこもるようになった。食事は 1 人で深夜のコンビニエンスストアで弁当やインスタント食品を買い込み自室で調理し食べ風呂にも入らぬ生活。徐々に独語が目立つようになり、時に外の通行人にむかって大声で「わかってるんだぞ。この野郎。」と怒鳴るようになった。

ある日の朝、突然家を飛び出して近所の路上で大声を出しながら金属バットを振り回したため警察官に保護され来院した。診察中は興奮気味に、「お前らもあのヤクザとグルなんだな？〇〇組とはどういう関係だ！」と唐突に意味不明なことを大声で怒鳴り、診察医の前に仁王立ちになった。同行した警察官になだめられ、渋々着席するが、家族や診察医に疑い深い視線を向ける。頭髪は長いこと風呂に入っていないためか、べったりと汚れており、トレーナーにサンダル履きといったいでたちである。診察医より「やくざとは何か？今日はどのようなことがあったのか？」という内容を共感的な態度で聴取されるも、黙秘権を行使すると述べほとんど何も語らない。

家族からの情報により上記一連の経過が判明する。受診直前もなんらかの食事、水分は摂取できているとのこと。シンナーや覚せい剤などの濫用の既往はない。発汗は著明であるが、舌や口唇の乾燥は認めず、表面上の外傷は特に認めない。

シナリオ1

診察後、統合失調症の診断にて 15 時 20 分に入院が決定となったが、告知文書を破り捨て威圧的な態度。2 名の男性看護師に伴われ個室に入室するが、看護師が血圧を測定しようとしても腕を強く振り払って、更衣の促しにも応じない。また主治医が入院治療と服薬の必要性を説明しても拒絶的である。

結果的に医師と男性看護師に取り囲まれる形となり、緊張感が漂う中約 15 分が経過した。

【設問2】

シナリオ1までの経過で考える入院時の処方例について以下に回答してください。

選択できる薬剤

一般名	単位	一日使用量
Haloperidol	3mg 錠	
	1.5mg 錠	
	5mg 注射液	
Chlorpromazine	12.5mg 錠	
	25mg 錠	
Levomepromazine	5mg 錠	
	25mg 錠	
	25mg 注射液	
Zotepine	25mg 錠	
Sultopride	100mg 錠	
Risperidone	2mg 錠	
	1mg 液剤	
Olanzapine	5mg 口腔内崩壊錠	

		一日使用量
Quetiapine	25mg 錠	
	100mg 錠	
Aripiprazole	6mg 錠	
Biperiden	1mg 錠	
	5mg 注射液	
Etizolam	1mg 錠	
Brotizolam	0.25mg 錠	
Vegetamin	A 錠	
Lithium	100mg 錠	
SodiumValproate	200mg 錠	
Carbamazepine	200mg 錠	
Diazepam	10mg 注射液	
Midazolam	10mg 注射液	

シナリオ2

入院後、14日間が経過した。その後の血液検査、尿検査、CTなどの諸検査にて特記すべき身体的異常は認めなかった。またその後の聴取にて家族歴にも特記事項が無いことが確認された。入院して10日目頃には法的な根拠をまくし立てて、看護師や医師に対して処遇改善要求を繰り返すこともなくなった。

現在、入眠は夜11時頃、頓用薬を追加することで朝4時まで良く眠っているが、朝の起床と同時に何度もナースコールを鳴らしトイレトイレットペーパーを要求する。食事は3食残さず食べることができる。主治医が部屋を訪れるとトイレトイレットペーパーで作った紙縊りを並べ象形文字のようなものを床上に作っている。それについて尋ねると「先生だけには話しますけど、ここは発信機が使えないから、こうしてるんですよ。」と答える。

入院当初見られた拒絶的な態度は見受けられず、女性看護師1名でも更衣や入浴の促しに応じることができる。表情の変化は乏しく、会話の内容は「会社と暴力団のつながりからやっと足を洗うことができホッとしている」というものだが、その陳述は断片的でまとまりに欠く。

本人の自覚的な副作用の訴えはないが、排尿間隔は8時間に1回程度で数日おきの排便がある。日中は概ねベッドの周囲を歩き回っていることが多い。部屋の中で単独になると独語、空笑をしている姿が観察される。家族は前回の面会で本人に怒鳴られることがあったため今週の面会には消極的である。

【設問3】

シナリオ2までの経過で考える入院時の処方例について以下に回答してください。

なお、選択できる薬は上記と同様です。

選択できる薬剤

一般名	単位	一日使用量
Haloperidol	3mg錠	
	1.5mg錠	
	5mg注射液	
Chlorpromazine	12.5mg錠	
	25mg錠	
Levomepromazine	5mg錠	
	25mg錠	
	25mg注射液	
Zotepine	25mg錠	
Sultopride	100mg錠	
Risperidone	2mg錠	
	1mg液剤	
Olanzapine	5mg 口腔内崩壊錠	

		一日使用量
Quetiapine	25mg錠	
	100mg錠	
Aripiprazole	6mg錠	
Biperiden	1mg錠	
	5mg注射液	
Etizolam	1mg錠	
Brotizolam	0.25mg錠	
Vegetamin	A錠	
Lithium	100mg錠	
SodiumValproate	200mg錠	
Carbamazepine	200mg錠	
Diazepam	10mg注射液	
Midazolam	10mg注射液	

調査票 2

薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会に参加された医師の皆様への処方に関するアンケート

【設問 1】医師の処方について以下 50 の質問にお答え下さい。ご協力をお願いします。

- Q01：あなたはコメダイカル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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 01
- Q02：あなたはコメダイカル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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 02
- 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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 03
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 04
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 05
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 06
- 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の最適化がすすみにくいことがある (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 07
- Q08：あなたは薬物の相互作用・副作用・薬理学的プロファイルを常に考慮して抗精神病薬を処方する (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 08
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 09
- Q10：あなたが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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 10
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 11
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 12
- 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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 13
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 14
- Q15：あなたは患者の症状がしばらく安定している場合、前医の処方が不適切でも減量・変更しない (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 15
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 16
- 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などで再検討する (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 17

- Q18：あなた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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 18
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 19
- Q20：あなたは抗精神病薬処方の処方最適化を試みた場合よい結果を出すことができる (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 20
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 21
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 22
- 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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 23
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 24
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 25
- Q26：あなたは副作用を避けるためはいくつかの薬を少量ずつ使う (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 26
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 27
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 28
- 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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 29
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 30
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 31
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 32
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 33
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 34
- 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.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 35
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 36
- 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 (1.いつも 2.しばしば 3.ときどき 4.たまに 5.めったにない) 37