

行動制限データベース

行動制限の指示・記載・入力

- ・開始指示書
各病院で指示、指示の伝達、カルテ記載は様々
- ・日々カルテ記載
隔離は一回、拘束は頻回に必要



新たに必要

- ・行動制限データベース入力

メリット 研究から

- ・実態把握
- ・将来の有効な介入を行うための基礎データ
- ・介入後の追跡調査

メリット 臨床から

- ・出力画面
 - 厚労省の求める「一覧性のある台帳」に合致した画面（基本出力画面）
 - 患者の時系列画面
 - 病院の月毎の一覧画面（詳細出力画面）
 - ・詳細が表示できるようにする
 - ・病棟別、開始日別、診断別でソートできる機能
 - 月毎の行動制限患者の割合

月毎の新規入院患者の行動制限数

	行動制限患者数		拘束		隔離		入院患者数
	数	割合	数	割合	数	割合	
2005年4月	4	14.3%	4	14.3%	0	0%	28
5月	6	37.5%	5	31.3%	2	13%	16
6月	7	28.0%	7	28.0%	0	0%	25
7月	5	28.6%	4	19.0%	2	10%	21
8月	5	23.8%	5	23.8%	0	0%	21
9月	4	19.0%	4	19.0%	0	0%	21

月毎の在院患者の行動制限割合

	拘束			合計	隔離	合計
	終日	一時中断あり	時間開放あり			
2004年4月	3.0%	9.9%	0.8%	13.7%	3.6%	17.3%
5月	0.6%	9.5%	2.7%	12.8%	3.6%	16.4%
6月	1.5%	6.8%	3.3%	11.6%	3.9%	15.6%
7月	0.5%	8.1%	4.4%	13.1%	3.1%	16.1%
8月	1.2%	5.5%	4.4%	11.1%	6.6%	17.7%
9月	1.0%	4.5%	3.0%	8.6%	8.2%	16.8%

診療支援のためのオプション

- 入力されたデータを様々な加工し表示
- 日々カルテ記載として利用
 - 各種の印刷帳票を作成
- 各病院での、入力・出力の機能拡張

インプット:集中管理 日々記載

- 入力年月日
 - 隔離
 - 终日、一時中断あり、時間開放あり
 - 拘束
 - 终日、一時中断あり、時間開放あり
 - 腕、上肢、下肢、肩
 - 強制投薬
 - 薬回投与、経口、筋注、静注、
 - 留置ルート投与、胃管投薬、点滴静注、持続皮下注、その他
 - ライン管理
 - 有り、無し
 - 身体管理(身体ケア)
 - 有り、無し
 - 危険性
 - 自傷自残企図、他害、器物破壊、迷惑行為、脱院、転倒転落、ルート抜去
 - 日々状態記載(フリー入力)
- 目的が記載終了指示とはしない

インプット:その他の行動の制限

- 通信
- 面会
- 任意入院患者の開放処遇の制限
- 閉鎖処遇

各病院の必要性に応じて使用

強制投薬 定義

- 患者の意志に反して投薬を行うために、心理的に強い圧力をかけて行う行為。(少なくとも3人のスタッフがかかわる)
- また、拘束中に行われるルート投与。

隔離及び身体拘束等の行動制限について一覧性のある台帳の整備

精神科病院への入院患者に対する行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるよう、行動制限について一覧性のある台帳（行動制限を受けている患者や患者ごとの行動制限の期間を記載した台帳（様式は一律には定めませんが、患者氏名、行動制限開始日、入院形態、行動制限内容（昭和63年4月8日厚生省告示第129号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限」に定める隔離・拘束については必須記載）について記載すること。）を整備する。

（意義）

- ①病院として行動制限を受けている患者をもれなく把握すること
- ②患者毎の行動制限の期間を視覚的に把握すること

- ・精神科病院の管理者が台帳を整備・管理。
- ・経時的変化を一覧するため、月毎に1枚とする。
- ・台帳への記入は、行動制限を行った際に直ちに記入。
- ・指導監査において台帳の整備・記載状況を確認。
- ・それぞれの行動制限の内容に関して詳細な記載は不要。
- ・病院単位でも病棟単位でも可。

なお、本取扱いは医療観察法においても対応する予定。

(別添様式)

行動制限に関する一覽性台帳(様式例)

〇〇〇〇病院 平成〇年〇月分

No.	ID	患者氏名	入院開始日	入院形態	行動制限開始日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	1111	〇〇〇〇	H△△△△	任	H〇.〇.〇	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	他解																						
2	2222	〇〇〇〇	H△△△△	医療→18.8.7日	H〇.〇.〇	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
3	3333	〇〇〇〇	H△△△△	措	H〇.〇.〇	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
4	4444	〇〇〇〇	H△△△△	医療	H〇.〇.〇	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
5	5555	〇〇〇〇	H△△△△	特医療	H〇.〇.〇	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
18																																						
19																																						
20																																						

備考

隔離	閉	開始	任意入院
拘束	繼	継続(前月末から継続中)	医療保護入院
他	解	解除	措置入院
	→	行動制限の継続	応急措置入院
			緊急性措置入院
			特定医師の診察に基づき入院

グループワーク 4

薬剤師

処方最適化

薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会
2007年1月26日～27日
桜丘記念病院
吉尾隆

統合失調症の薬物治療

多剤併用

大量療法

抗パーキンソン薬の併用

抗不安薬の併用

多剤併用とは

- 抗精神病薬が2種類以上処方されている場合
- 併用されている抗精神病薬の薬理的特徴が同じ場合
- 患者の訴えの背後にある標的症候を考えずに一つの訴えに一つの薬剤となっている場合
- 薬理学的根拠を無視した処方の場合

大量投与とは

- クロルプロマジン換算で1,000mg以上を大量投与という
- 大量投与の目的は鎮静
- 多剤併用により投与量が増加し大量投与となる
- 投与量の目安
 - ・急性期治療では300mg～1,000mg
 - ・慢性維持期では300mg～600mg

第一世代抗精神病薬から得た教訓

- 低用量は危険である
- 間欠投与はきわめて危険である
- 用量を増やせば、それでよいわけではない
- 用量を増やすほど、副作用が懸念される
- 用量を増やすほど、服薬コンプライアンス不良により服用が減る
- 治療の範囲(therapeutic window)が狭い、ただし個人差が大きい

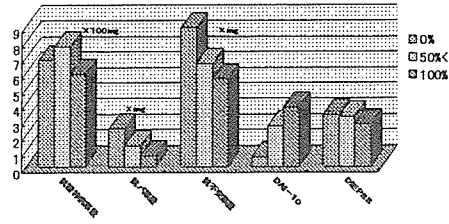
Buckley P F, CNS Spectr. 2004;9(Suppl 9)

非定型抗精神病薬vs定型抗精神病薬

	非定型 (N:31)	定型 (N:31)	P-値
抗精神病薬投与量	622.28±397.30	623.78±690.85	0.207
抗パ薬剤数	0.55±0.51	0.94±0.63	0.015
抗パ薬投与量	1.17±1.31	2.73±2.23	0.003
抗不安薬剤数	0.55±0.77	0.52±0.72	0.878
抗不安薬投与量	6.16±11.97	5.17±13.78	0.594
DAI-10	4.19±3.98	0.42±4.70	0.002
DIEPSS(Perkinson)	1.19±1.56	1.74±1.73	0.112
DIEPSS(Total)	1.74±2.08	2.61±1.98	0.035

Mann-Whitney検定

非定型抗精神病薬の処方比率による比較



	0% (N:27)	50%+ (N:45)	100% (N:16)
抗精神病薬量	689.4*	768.0*	593.3*
抗A薬量	2.4*	1.3*	0.7*
抗不安薬量	8.9	6.6	5.6
DAI-10	0.6*	2.6*	3.6*
DEPSS	3.3	3.2	2.7

*P<0.05 2002年11月

リスベリドンの用量等価性(mg/日)

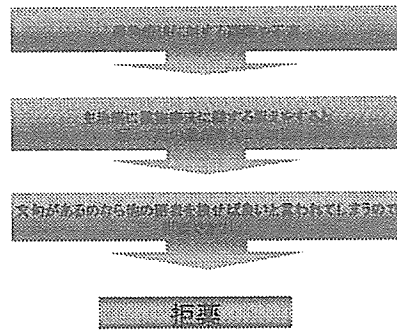
	Kane JM, et al	TRS-RG版	吉尾ら
リスベリドン	4(1)	1	3(1)
クロザピン	340(85)		
ジプラシドン	115(29)		
クエチアピン	439(110)	66	313(104)
オランザピン	14(3.5)	2.5	11(3.7)
アリピプラゾール	17(4.3)		
ハロペリドール	7(2)	2	

Kane JM, Leucht S, Carpenter D, et al. J. Clin. Psychiatry 2003;64(suppl 12):1-100
Buckley P F, CNS Spectr. 2004;9(Suppl 9)

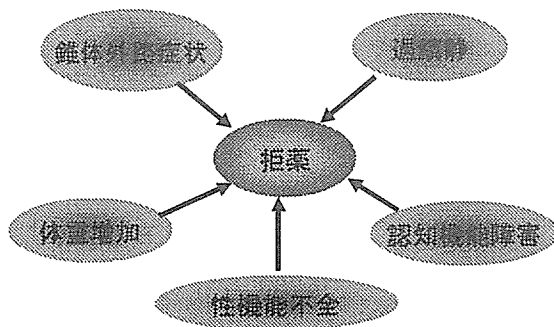
コンプライアンスに関係すること

- ➔ 服薬教育により知識・病識が有意に向上するがコンプライアンスには変化がみられなかった。
Macpherson 1996
- ➔ 教育によりコンプライアンスが向上し、症状が軽減する。
Seltzer, A. 1980 & Goodman, C.R. 1988
- ➔ 服薬に重点をおき、自己管理、スケジュール表、刺激を用いた行動上の介入により優れたコンプライアンスを達成できる。
Boczkowski, J.A. 1985
- ➔ 錐体外路症状の発現がコンプライアンスに大きな影響を及ぼす。
Van Putten, T.V. 1974

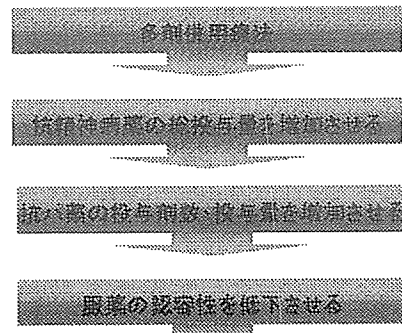
医師に対する不満

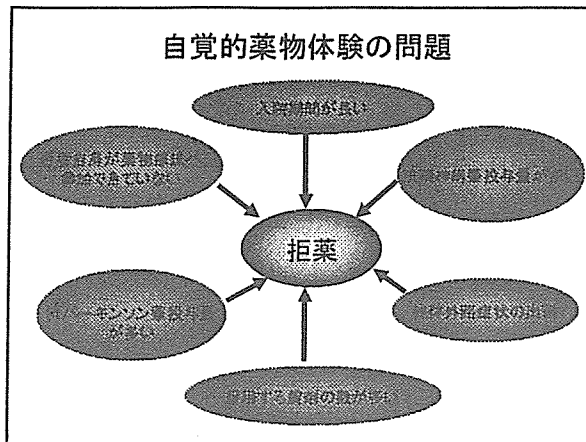


副作用の問題



多剤併用大量投与の問題





自覚的薬物体験とは

薬物投与後に患者がそれをどのようにとらえるか。

自覚的薬物体験は、患者がその薬物を継続するか止めるかに影響する。

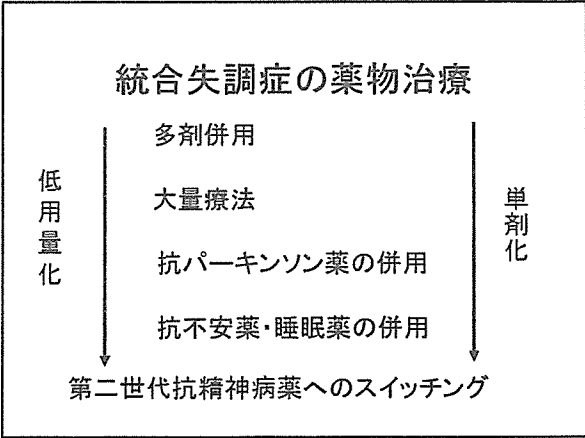
自覚的薬物体験は、「治療継続性」「服薬コンプライアンス」を決定する重要な要因であると考えられている。

明らかな副作用(アカシジア、アキネジアなどの錐体外路症状、自律神経系の副作用、過鎮静など)ではないが、薬物による潜在的な影響を表していると考えられている。

患者の受け止め方は様々であり、自覚的薬物体験は、各々の患者のいろいろな意見や体験の集まりである。

- ### 統合失調症における薬物療法の特徴
- 副作用、特に錐体外路症状の発現率が高い
 - 従来型(定型)抗精神病薬では治療効果と錐体外路症状の出現が同時期
 - 錐体外路症状の出現は服薬の認容性を低下させる

- ### 統合失調症患者における薬物療法の視点
- 多剤併用大量療法 → 単剤による処方
 - 定型抗精神病薬 → 非定型抗精神病薬へのスイッチング
 - 抗パーキンソン薬の併用 → 抗パーキンソン薬の減量と中止
 - 抗不安薬の併用 → 抗不安薬の減量と中止
 - 自覚的薬物体験 → 陽性反応へ
 - 錐体外路症状 → 錐体外路症状の改善



抗精神病薬減量の方法

- ① 等価換算表に基づきそれぞれの薬物投与量を換算し、主要薬物を決定する
- ② 3種類以上の抗精神病薬が投与されている場合、投与量の最も少ないものから徐々に減薬していく
- ③ 2種類まで処方整理ができた場合、主剤へさらに統一を試みる
- ④ 単剤化が可能となった場合、それでもクロルプロマジン換算で大量処方であると考えられる時はその薬物の漸減を試みる
- ⑤ 他の併用薬剤(抗パーキンソン薬、ベンゾジアゼピン系薬物などのいわゆる向精神薬)は減薬期間中には維持し、症状の安定が得られた後に適切に調整する
- ⑥ 効果と副作用の両面から治療有効性を再評価する

鈴木健文:臨床精神薬理Vol.4 No.10,2001

急性期(統合失調症)

- 病歴・薬歴などの情報収集
- 薬物療法計画作成への支援
- 予測される効果と副作用のチェック
- 薬歴管理による重複投与・相互作用・禁忌等のチェック
- 医療スタッフへの情報提供と服薬指導

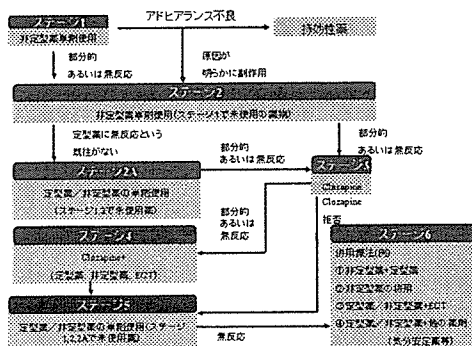
回復期(統合失調症)

- 薬物療法のチェック(多剤併用、大量療法)
- 抗パーキンソン薬・ベンゾジアゼピン系薬等の継続に関するチェック
- 効果の評価と副作用(認知機能障害、遅発性錐体外路症状等)のチェック
- 服薬の継続に関する問題点(自覚的薬物体験等)のチェック
- 医療スタッフへの情報提供と服薬指導

社会復帰期(統合失調症)

- 服薬の継続に必要な知識の提供(副作用に対する対処法等)
- 服薬自己管理に向けた支援
- 退院時処方に関する薬学的チェック
- 医療スタッフへの情報提供
- デボ剤に関する情報提供
- 退院後の服薬に関する情報提供と服薬指導

TMAP(2003)Texas Medication Algorithm Project



第二世代抗精神病薬の併用の問題

- ① 第一世代抗精神病薬による多剤併用大量投与は、第二世代抗精神病薬の登場により単剤化、低用量化がようやく進展し始めたところであるが、第二世代抗精神病薬同士の併用や高用量化が報告されている。
- ② TMAP統合失調症アルゴリズムでは、Stage6において第一世代薬と第二世代薬、第二世代薬同士の併用を提案しているが、そのエビデンスは確立していない。
- ③ 現時点では、第二世代抗精神病薬同士の併用はエビデンスの確立された治療が全て無効であって、代替手段が難しい場合に行うべきで、早い段階に積極的にを行う治療とはいえない。

Miller, A.L., Hall, C.S., Buchanan, R.W. et al: The Texas Medication Algorithm Project Antipsychotic Algorithm for Schizophrenia: 2003 Update. J. Clin. Psychiatry, 65:500-508, 2004.
 福垣中:新規抗精神病薬間の併用の可能性と問題点,臨床精神薬理 8:174-180,2005

薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会（薬剤師部門事例）

<参考事例>

急性期における薬剤師の係り（保護室において）

42歳、男性。身長165cm、65kg。特記すべき既往歴はない。両親は健在、妹が一人いる。大学卒業後会社員として勤務するが、入社2年目頃より欠勤が目立ち始め、入社しても周囲から見張られている、上司と父親がグルになって自分を監視しているといった急性精神病症状で発症。近所のクリニックに通院し服薬を行い改善している。前回の入院時には、不眠、食事摂取不良、近隣を徘徊するなどの症状にて警察に保護されて入院している。

前回入院時処方： Haloperidol(3) 2T

Biperiden(1) 2T

2×M.A

Levomepromazine(25) 1T

Promethazine(25) 1T

入院後処方①： Haloperidol(3) 3T

Zotepine(25) 3T

Biperiden(1) 2T

2×M.A

Levomepromazine(25) 1T

Promethazine(25) 1T

入院後処方②： Zotepine(50) 3T

Biperiden(1) 2T

2×M.A

Levomepromazine(25) 1T

1×Vds

Haloperidol-decanoate 100mg/4w IM

退院時処方： Haloperidol-decanoate 100mg/4w IM

Zotepine(25) 3T(1-2)

Biperiden(1) 2T

2×M.A

Levomepromazine(25) 1T

1×vds

約1ヶ月の入院にて症状は軽快し、退院。その後外来に規則正しく通院し服薬も継続していた。前回退院後約半年間は規則的に通院していたが、1ヶ月前から不機嫌などが見られるようになる。やや易怒的となり不眠が続くため入院治療を検討していたが、その間に行方不明となった。4日後に三重県鳥羽市の警察より連絡があり、かなり疲れている様子だとのこと。警察に保護してもらい友人が迎えに行った。帰宅後、家族が入院治療を進める

が、本人了解しないため、医師、PSW に説得してもらい本人も了承、医療保護入院となる。

入院時、不穏、易怒的、易刺激であり、緊張状態のため保護室使用となる。

身長 165cm、67.5kg、BD:165/115、P:125、KT:37.1

ECG:右軸偏位、洞性頻脈、X-P:np、GOT/GPT39/53、CK501(36-200)

保護室入室後、Risperidone OS2mg/2ml 1 本服用し、就寝前に Risperidone OS2mg/2ml 1 本、Levomepromazine(25) 1T を服用。

入院後、主治医、看護師と共に保護室内にて面接。易刺激的であり、疎通性も良好とはいえない。薬剤師に対してもやや攻撃的な態度を見せる。

入院時における薬剤師の役割は何か

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

入院時処方： Zotepine(25) 3T(1-2)

2×M.A

Levomepromazine(25) 1T

1×vds

(4w 前に Haloperidol-decanoate 100mg は実施している。)

入院2日目

入院2日目の処方変更に関し薬剤師の役割は何か

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

入院時処方① Haloperidol-decanoate 100mg/4w IM

Zotepine(25) 2T(1-0-1)

Zotepine(50) 3T

3×M.A.vds

Carbamazepine(200) 2T

2×M.vds

Risperidone OS2mg/2ml 3 本(1-2)

2×M.vds

入院5日目、午前中のみ一般病床へ限定的に開放となるが、易刺激的であり、喫煙の件にてスタッフに易怒的となり、保護室入室の誘導に対しても抵抗が強く攻撃的となったため、

保護室内にて四肢拘束となり以下の処置が行なわれた。

BD:121/94、P:121

Flunitrazepam inj 2mg 2A +生理食塩液 5ml IV

Levomepromazine inj 25mg 2A IM

BD:101/84、P:122、呼吸抑制（－）

本エピソードについて薬剤師の役割は何か

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

入院6日目

CBZconc:9.6 μ g/ml(4-10)、HPDconc:1.3ng/ml(3-17)

血中濃度の結果から推定されることは何か、また薬剤師の役割は何か

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

入院時処方② Zotepine(25) 2T(1-0-1)

Zotepine(50) 3T

3×M.A.vds

Carbamazepine(200) 2T

2×M.vds

Risperidone OS2mg/2ml 3本(1-2)

2×M.vds

Fluphenazine(1)3T

3×ndE

入院9日目

今回の処方変更に関し、薬剤師の役割は何か

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

入院時処方③ Fluphenazine-decanoate 25mg/1w IM

Zotepine(25) 2T(1-0-1)
Zotepine(50)3T
Carbamazepine(200) 3T
Fluphenazine(1)2T(1-1-0)
3×M.A.vds

入院 16 日目

今回の処方変更に関し、薬剤師の役割は何か

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

入院時処方④ Fluphenazine-decanoate 25mg/4w IM

Zotepine(25) 2T(1-0-1)
Zotepine(50)3T
Carbamazepine(200) 3T
Fluphenazine(1)2T(1-1-0)
3×M.A.vds

自身の要求が通らないことでやや興奮気味になることはあるが、疎通性、睡眠共に良好となる。しかし、依然、易刺激性が残存しており今後も薬物調整を行っていく必要がある。

今後の処方最適化に関し、薬剤師は何を行うべきか

1. 患者に対して
2. 医師に対して
3. 看護師に対して
4. 薬学的管理
5. その他

参考：

○ 急性期治療における薬剤師の役割（薬剤師業務の概要）

1. 病歴・薬歴・家族歴・生育歴等の情報収集
2. 薬物療法計画作成に対する支援（向精神薬以外の合併症治療に用いる薬剤に関する情報提供も含む）
3. 予測される効果と副作用（過鎮静、急性期錐体外路症状等）のチェック
4. 薬歴管理による重複投与、相互作用、禁忌等のチェック
5. 医療スタッフへの情報提供
6. 患者への服薬指導

○ 薬剤処方最適化とは

最適な処方とは、効果的で副作用のない処方であるが、患者が規則正しく継続して服用ができなければならない。したがって患者への適切な薬剤情報の提供を行い、処方の意図が理解でき、“自ら服薬できる”処方であることが必要である。その条件として、以下の項目が挙げられる。

1. 抗精神病薬投与量はクロルプロマジン換算で1,000mg以下
2. 抗精神病薬は単剤で処方
3. 抗パーキンソン薬は必要最小限とし、できれば使用しない
4. 抗不安薬・睡眠薬は必要最小限とし、できれば使用しない
5. 抗うつ薬・気分安定薬の使用には相互作用も考慮し、必要最小限に留める
6. 自覚的薬物体験を考慮する

○ 薬剤処方最適化における薬剤師の役割

1. 薬物療法のチェック（多剤併用、大量療法：力価換算等）
2. 抗パーキンソン薬・ベンゾジアゼピン系薬等の継続に関するチェック
3. 効果の評価と副作用（認知機能障害、遅発性錐体外路症状等）チェック
4. 服薬の継続に関する問題点（自覚的薬物体験）のチェック
5. 服薬指導

グループワーク 4

看護師

薬剤処方適正化のための研修会参加の皆さまへ

研修会参加にあたり、下記の2点についてお願いいたします。

- (1) 八幡浜医師会立双岩病院における受け持ちナースによるCP換算表作成の試みについて、あなたが勤務する病院で同様の試みを導入したときの ①予想される効果 ② 予想される障害とその解決方法 について、考えてきてください。
(導入の経過と換算表は、別紙参照)

- (2) あなたが勤務する病院（病棟）での「イレウス対策（予防法・観察項目等）」がありましたら、ご持参ください。

「受け持ちナースによるクロルプロマンジ換算」

愛媛県 八幡浜医師会立双岩病院
渡辺とよみ

1. CP換算表導入の経過

抗精神病薬の副作用として抗コリン作用による腸蠕動運動の抑制があり、精神科看護の中でも古くから、現場で「便秘に注意することが大切」と伝えられ、排便確認は重点観察項目の1つに挙げられてきた。本年5月、イレウスの患者が3人続いたことで、医師より「看護の観察はどうなっているんだ」という指摘があった。3事例の分析を行って、スタッフのフィジカルアセスメント能力の不足が考えられたため、精神科看護者として、「身体面の副作用を具体的にどのように観察していくか」ということをテーマとした研修を計画、実施した。

研修資料に用いた精神科看護関係雑誌の特集記事「抗コリン作用によるイレウスの機序」の項に、「イレウスは抗精神病薬が単剤で処方されている時は少なく、多剤併用や抗パーキンソン薬が併用されている時が圧倒的に多い。クロルプロマンジ換算量が1500mgを超えると明らかにイレウスを起こしやすくなる。」という内容があり、講義中に医師から「抗精神病薬だけでなく、他の薬剤による副作用もある。受け持ちナースが自分の担当患者がどのような薬を飲んでいるかを知るために、CP換算をやってみたら？」と提案があった。

後日、医師、薬剤師の協力で看護者が行うCP換算表を作成、導入することとなった。当院の換算表の特徴は、当院で使用している薬剤名を使っていることと、抗コリン作用についての分類を表しているということである。

2. 活用の実際

- ① 看護者全員を対象に、CP換算表の表記と使い方についての説明会（各自が実際にその場で計算してみる等）を行う
- ② 全ての入院患者に対して、受け持ちナースがCP換算を実施する。
- ③ 受け持ちナースは、換算量1500mg以上を赤で記入する。
 - *換算対象にはならないが、抗コリン作用の強い薬剤の処方には青い□をつける。
 - *臨時薬の中に換算対象となる薬剤がある場合は「+○」とし、○の中に数値を記入する。
- ④ イレウス防止への観察強化として、「1500mg以上+□」等チェックの印ある患者には従来の「3日排便(-)」の場合のチェックに加え、聴診・触診実施して観察を行う。
- ⑤ 運動量、排便習慣に関する看護計画を立案し、実施する。
- ⑥ 処方の変更があれば、処方内容と換算値を確認する。換算値に変化がなければ、処方内容の書き換えのみを行う。
- ⑦ 換算量に変化のみられる処方に関しては、換算表を新たに作成する。
- ⑧ 換算表はカルテ内（処方箋裏）に保管し、処方時に確認できるようにする。

経口抗精神病薬の等価換算表

患者名	スタッフ名	医師名
現在処方されている薬		換算される薬剤
(vds)		(臨時薬・注射含む)
		合計
		mg

下記 () 内の処方について換算 1500mg 以上をチェック

経口抗精神病薬の等価換算表		aripiprazole (エビリファイ)	4
bromperidol (インプロメン) (ブリンドリル)		perphenazine (トリラホン)	10
chlorpromazine (CP)		pimozide (オーラップ)	4
haloperidol (セレネース) (エセックチン) (ハロペリドール) (レモナミン)		propericyazine (ニューレプチル) (イリヤキン)	20
		suetiapine (セロクエル)	66
		risperidone (リスパダール)	1
levomepromazine (LP)		sulpiride (ミラドール)	200
olanzapine (ジブレキサ)		timiperone (セルマニル)	1.3
oxyperition (ホーリット)		zotepine (メジャピン) (セトウス)	66
* ベゲタミンA (CP 25mg・ヒベルナ 12.5mg・フェノバルビタール 40mg)			
* ベゲタミンB (CP 12.5mg・ヒベルナ 12.5mg・フェノバルビタール 30mg)			

— 慶應義塾大学精神神経臨床精神薬理研究班 2001 —

(上の換算表に入らないもの)

(抗コリン作用の強いもの)	(抗うつ剤で抗コリン作用の弱いもの)
①抗うつ剤	トレドミン ルボックス パキンル
イミドール ノーマルン	(抗コリン作用は少ないもの、無いもの、マイナーが中心)
アンデプレ アナフラニール	デパス ユーロジン サイレース
ルジオミール アモキサシ	ネルボン ドラール ソピクール
テシプール テトラミド	ベンザリン レンデム ハルシオン
②抗パーキンソン剤	(他に以下も抗コリン作用が少ない)
アキネトン ビカモール	リチウム テグレートール レキシシ

八幡浜医師会立双岩病院

精神科で使われる薬についての資料