

平成 21 年度厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業
精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

分担研究報告書

実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究

高齢化が進む中、精神・身体共に専門医療を要する患者が増加することは自明であり、その対応として総合病院型精神病床の必要性は益々高まる。ところが精神病床を有する総合病院は減少しており、無策であれば身体的専門医療を受けられない事例の増加が危惧される。19 年度は東京都の全数調査（前向きコホート）から身体合併症の発生頻度を人口比で推計し、20 年度も東京都の全数調査（横断研究）を通して合併症・ECT・初発精査・救急急性期といった総合病院型精神病床の必要数と機能を推計した。21 年度は、それら前 2 年間の成果について現場感覚との乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査を企画した。また、現場のコンサルテーション・リエゾン活動に資する目的で、各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成を企画した。実証的な精神科救急医療の構築については、19 年度、20 年度は、多施設共同研究にて内服鎮静法の無作為比較試験（RCT）、非経口鎮静法の横断研究、および急性期薬物療法の RCT（第二世代抗精神病薬 4 種）を実施した。21 年度は、急性期薬物療法の RCT（第二世代抗精神病薬による 4 週後の寛解を 2 週後の薬物反応で予測する）を追加して分析し、精神科救急医療ガイドライン作成を目的とした。

総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証については、総合病院精神病床の充実化と即応性のための機能分化誘導に関する質問票を作成し、日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）に対してエキスパート・コンセンサス調査の形式で実施した。その結果、機能分化を誘導、身体合併症治療・ECT・初発精査に積極的な役割を担うことに高い水準で同意が得られた。救急・急性期治療に積極的な役割を担うことについては、人員配置の充実や単科との連携が必須、さもなくば崩壊する、開放病棟では無理といった意見など慎重であった。神経症圏の休息に積極的な役割を担うことについては、反対意見が大勢であった。BPD のリスク回避に積極的な役割を担うことについての同意水準は極めて低かった。精神症状も身体症状も重症の事例に総合病院の精神病床が対応するには、開放病棟より閉鎖病棟を整備すべきという見解、総合病院の精神病床を整備する際、個室中心にすべきという見解、総合病院精神科病床が不足の状態に陥っているという見解については、高い水準で同意が得られた。

各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドラインについては、コンサルテーション・リエゾン活動に重要な悪性腫瘍、膠原病、リウマチ疾患、糖尿病、高脂血症、内分泌疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、消化器疾患、神経疾患、慢性腎臓病、前立腺肥大、緑内障、外傷、妊娠、周産期、授乳期の向精神薬使用といった項目を調べ、一覧表を作成した。

急性期治療の RCT では、前 2 年に引き続き、全国の主要な精神科救急医療機関を網羅した類を見ない多施設共同研究 (Japan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study group) を実施した。今年度は「急性期治療における抗精神病薬の切り替えについて：投与開始 2 週間で治療反応が乏しい場合、従来のガイドラインのようにさらに数週効果発現を待つべきか？あるいは別の抗精神病薬に置換すべきか？」を検証した。最初の 2 ヶ月間は救急入院する統合失調症 (DSM-IV : 295.x) の患者に risperidone (RIS) で治療開始し、2 週間後の CGI-I が 4 以下の場合に治療反応不十分として、olanzapine (OLZ) に置換するかそのまま RIS を継続するかランダム割付けして 4 週間後の寛解率を比較した。次の 2 カ月間は OLZ で治療開始して同様の手順を踏んだ。

その結果、RIS 治療開始群と OLZ 治療開始群との間にランダム化率 (2 週後の CGI 4 以下) の差はなかった (25%vs23%, RR 1.03, p=1.00) ため、2 週間の時点では RIS と OLZ との間に効果出現速度の差はなかったといえる。しかし、RIS 群では 4 週後の非寛解が 2 週後の反応不十分さで高い特異性 (0.94 [95%CI: 0.72-1.00]) をもって予測できたのに、OLZ 群では有意な予測ができなかった。OLZ 群では 2 週間の時点で反応不十分なためランダム化した症例のうち OLZ の継続に割付けられた 8 例中 3 例が 4 週後に寛解に至ったことが影響したと考えられる。これは、RIS は 2 週時点での治療反応の予測が妥当であるが、OLZ では早すぎることを示唆している。また、2 週間後 RIS への反応不十分な症例を通常量の OLZ に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。2 週間後 OLZ への反応不十分な症例を通常量の RIS に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。

これらの成果は、前 2 年間に呈示した身体合併症医療に関する提言をさらに補強する。また、これらの成果を基に実証性とエキスパート・コンセンサスの調和のとれた精神科救急・急性期治療ガイドラインを作成した。

分担研究者：

順天堂大学医学部

八田耕太郎

研究協力者：

さわ病院

京都府立洛南病院

静岡県立こころの医療センター

群馬県立精神医療センター

埼玉県立精神医療センター

土佐病院

旭川圭泉会病院

佐藤病院

岩倉病院

兵庫県立光風病院

東京都立松沢病院

東京都保健医療公社豊島病院

東京都立府中病院

澤温，濱川浩，渡邊治夫

川畑俊貴

平田豊明，村上牧子

武井満，大館太郎

杉山一，竹林宏，島袋盛洋

須藤康彦，須藤諭理子

直江寿一郎，田端一基，森川文淑

長谷川朝穂，寺西美佳

蓑島豪智，佐藤晋一

白井豊，玉岡徹

分島徹，林直樹

一瀬邦弘，中村満

西村隆夫，正木秀和

千葉県精神科医療センター
東京武蔵野病院
瀬野川病院
茨城県立友部病院
三重県立こころの医療センター
栃木県立岡本台病院
肥前精神医療センター
福井県立病院こころの医療センター
国立国際医療センター国府台病院
ほくとクリニック病院
日本医科大学武蔵小杉病院
国立がんセンター東病院
東邦大学医療センター佐倉病院
北里大学医学部
広島大学大学院医歯薬学総合研究科
広島市立広島市民病院
独協医科大学
埼玉医科大学総合医療センター
順天堂大学医学部

林偉明
伊藤新, 糟谷将隆
津久江亮太郎
土井永史, 白鳥裕貴
中瀬玲子
堀彰
橋本喜次郎
榎戸芙佐子
早川達郎, 芦澤裕子
畑和也
岸泰宏
内富庸介, 小川朝生
桂川修一
上條吉人
佐伯俊成
和田健
下田和孝, 佐伯吉規
松木秀幸
白井千恵

A. 研究目的

高齢化が進む中、精神・身体共に専門医療を要する患者が増加することは自明であり、その対応として総合病院型精神病床の必要性は益々高まる。ところが精神病床を有する総合病院は減少しており、無策であれば身体的専門医療を受けられない事例の増加が危惧される。研究初年度の東京都の全数調査では、精神病床への入院を要する身体合併症 501 件のうち 384 件 (77%) にしか対応できていなかった。しかも、即日入院を要する事例の謝絶率は 34%であった。しかし、コホートデザインにより推計された incidence から算出した必要病床数 231 は、都内の全総合病院型精神病床数 1135 の 20%にすぎない。このため、必ずしも総合病院型精神病床でなくてよい事例が総合病院型精神病床を使用しているか、あるいは総合病院型精神病床が既に不足の状況なのか?といった疑問が生じた。そこで前年度に疫学的手法を用い、

全都で総合病院型精神病床に入院している事例の目的別の集計を実施し、総合病院型精神病床の現状の機能分析と機能分化への方向性、および量的過不足について検討した。その結果、総合病院型精神病床が対応していた症例は、救急・急性期 43% >> 身体合併症 15% > ECT 13% > 初発精査 12% > 神経症圏休息 10% > BPD リスク回避 4% の順であり、必ずしも総合病院である必要のない後 2 者のために割いていた病床は 14%のみであった。すなわち、総合病院型精神病床が果たすべき役割をほぼ全うしている実態が明らかになったが、同時に既に病床が不足していること、特に個室が不足していることが明らかになった。今年度は、これらの調査から明らかになった問題点が、現場感覚と乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査を企画した。

技術論的には、身体合併症医療に、各種身体疾患の治療薬と向精神薬と

の相互作用に関する現時点での知見の整理が必須である。そのような視点から、現場のコンサルテーション・リエゾン活動に資する目的で、各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成を企画した。

また、精神科救急医療も高齢化の影響を避けられず、これまでに増して実証的な技術の構築が望まれている。研究初年度は多施設共同研究にて鎮静法に関する無作為化比較試験（RCT）や横断研究を実施した。前年度は、急性期治療に広げて第二世代抗精神病薬4種のRCTを実施した。同時に、その結果について現場感覚との乖離がないか「エキスパート・コンセンサス」を形成する目的の調査も実施した。今年度は、急性期薬物療法のRCT（第二世代抗精神病薬による4週後の寛解を2週後の薬物反応で予測する）を追加して分析し、精神科救急医療ガイドライン作成を目的とした。

B. 研究方法

研究1. 総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証

【調査デザイン】

現場専門家へ質問票を郵送して回答を得るエキスパート・コンセンサス調査の形式

【対象】

日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）を対象とした。

【質問項目】

資料1に示したとおり、総合病院精神病床の充実化と即応性のための機能分化誘導に関する質問票を作成して実施した。

【研究倫理】

臨床研究倫理指針および疫学研究倫理指針の対象外であるため倫理委員会の審査対象外である。ただし、日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携専門医）の名簿の目的外使用のため、日本総合病院精神医学会理事会に諮り、実施承認を得た。

研究2. 各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成

【検討項目】

コンサルテーション・リエゾン活動に重要な悪性腫瘍、膠原病、リウマチ疾患、糖尿病、高脂血症、内分泌疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、消化器疾患、神経疾患、慢性腎臓病、前立腺肥大、緑内障、外傷、妊娠、周産期、授乳期に使う主要薬剤（表1~9）を縦軸に、クロルプロマジン、レボメプロマジン、フルフェナジン、ゾテピン、ハロペリドール、スルトプリド、リスペリドン、ルーラン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール、ブロナンセリンといった抗精神病薬、ジアゼパム、ブロマゼパム、ロラゼパム、アルプラゾラム、エチゾラム、ヒドロキシジン、タンドスピロンといった抗不安薬、炭酸リチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸といった気分安定薬、クロミプラミン、アミトリプチリン、アモキサピン、マプロチリン、ミアンセリン、トラゾドン、フルボキサミン、ミルナシプラン、パロキセチン、セルトラリンといった抗うつ薬、クアゼパム、フルニトラゼパム、ミダゾラム、プロチアゾラム、ゾピクロン、ゾルピデムといった睡眠薬、シアナミド、ジスリフラム、ドネペジル、フルマゼニル、ダントロレンといった向精神薬を横軸に、相互作用を検索した。

【検討方法】

日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会委員および専門家の協力を得て、Medline 等各種データベースおよび製薬会社の医薬品情報を網羅した。

【研究倫理】

臨床研究倫理指針および疫学研究倫理指針の対象外であるため倫理委員会の審査対象外である。

研究3. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

【研究期間】

登録期間：2009年7月1日～10月31日

薬剤投与開始より4週間フォローする。

【対象】

(1) 選択基準：65歳未満の急性精神病状態（初発・再燃とも可）で入院する患者（入院から1週間未満）

（DSM-IV：295.xx に該当する患者・統合失調症，統合失調症様障害，失調感情障害）

(2) 除外基準：

1) 重篤な肝機能障害，腎機能障害，心・肺機能障害を有する患者

2) 糖尿病に罹患あるいは既往のある患者

3) 妊婦・授乳婦または研究期間中に妊娠を希望している患者

【手順】

前半：7月1日～8月31日

リスペリドンを開始して2週後に効果不十分な場合に、さらに2週間リスペリドンを継続するかオランザピンに置換するか、開封した封筒（番号順）内の指示に従う。

後半：9月1日～10月31日

オランザピンを開始して2週後に効果不十分な場合に、さらに2週間オランザピンを継続するかリスペリドンに置換するか、開封した封筒（番号順）内の指示に従う。

* 「2週後に効果不十分」の判定法：2週後の CGI-C にて 4(軽度の改善)～9(非常に大きな悪化)

* 2週後の CGI-C が 1(非常に大きな改善)～3(中等度の改善)の症例も、4週時点での PANSS, CGI-C と投与薬剤の種類・量を記録する。

1) 薬剤の投与量の目安（一日量）
前半 開始時：リスパダール 3mg；
2週間経過までの上限は 6mg, それ以降は 6mg を超えても可。

2週後にジプレキサに置換する場合は、直前のリスペリドンとの等価量 (RIS 3mg=OLZ 10mg)

後半 開始時：ジプレキサ 10mg

2週後にリスペリドンに置換する場合は、直前のジプレキサとの等価量 (RIS 3mg=OLZ 10mg)

* ただし、現場の判断でこれより低用量あるいは高用量も可。

2) 増量のタイミングは任意。

3) 併用薬剤について：

* 抗精神病薬の併用は4週までは眠前の LP や CP なども含めて不可。4週間過ぎからは可。

* 併用しない方が好ましいが、ベンゾジアゼピン系（代謝が単純な lorazepam など）や抗ヒスタミン薬は最初から可（眠前も日中も）。

* 気分安定薬は、当該の抗精神病薬を上限まで使っても継続が困難と判断されるときにバルプロ酸を併用可。

4) 抗パ剤は予めの投与は避け、EPS 出現時に投与とする（抗パ剤の抗コリン作用は認知機能に悪いため、予めの投与は患者の不利益）。ただし、再入院ケースで、抗パ剤が既に投与されており、服薬遵守にもかかわらず再燃した場合は最初から可。

5) 不穏時は、内服可能なら割りつけられた抗精神病薬（RIS/OLZ）。ベンゾジアゼピン，抗ヒスタミン薬，バルプロ酸も可。内服不可ならハロ

ペリドールの注射製剤。

【評価者】

各医療機関で評価者を指定する。評価者は投与薬剤の種類を知らない（盲検）。

入院時の評価はその時に入院担当者が評価するが、3日以内にその評価を評価者と見直す。

1週、2週、4週、退院時あるいは中止時の評価は評価者が行う。

【評価項目】

(1) 基本情報

年齢、性別、身長、体重、疾患名（DSM-IV：295.xx）、アルコール・薬物歴、服薬歴、投与前の服薬状況（未治療・怠薬・服薬遵守の別）、退院までの日数

(2) 投与薬剤情報

2週後の切替えの有無、投与量、併用薬剤、ハロペリドール等注射使用の有無、退院時（中止時）の投与薬剤

(3) 症状の時間推移

陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）、臨床的全般改善度（CGI）、全般的機能評価（GAF）を用いて入院時、1週、2週、4週、および退院時（中止時）に評価する。

(4) 副作用

薬原性錐体外路症状評価尺度

（DIEPSS）を用い2週、4週、および錐体外路症状発現時に評価する。

(5) 臨床検査

通常臨床項目（血糖・T.Chol・TGは必須）を測定する。

4週間前に退院する場合、外来で上記評価を行う。

(6) 寛解の定義

Andreasen が 2005 年に提案している寛解のうち、PANSS の 8 項目によるものを用いた。ただし、症状改善が 6 ヶ月間持続するという期間に関する項目を除外した。

【研究倫理】

研究計画は順天堂大学医学部倫理

委員会に諮り、承認を得た。さらに、研究実施について、各医療機関の倫理委員会の承認を得た。患者あるいは家族からインフォームド・コンセントを得られた場合を対象とした。得られたデータは匿名化して集計し、プライバシー保護に十分な配慮を行った。

C. 研究結果

研究 1. 総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証

日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）456名のうち、252名（回収率 55.3%）から回答が得られた。回答者の精神科臨床歴は、メジアン 20 年、総合病院での臨床歴はメジアン 15 年であった。最も時間を費やす業務は、外来業務 63%、病棟業務 22%、管理業務 12%、その他 3%の順であった。

以下、質問 4 以降について、メジアンと、代表的な自由意見を示す。

Q4: 総合病院精神病床の即応性のため、機能分化を誘導することによるどの程度の水準で同意できるか：7

（人員配置の充実も併行することを望む意見が多かった）

Q5: 総合病院精神科病床が身体合併症治療に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか：8

（精神症状の程度によって、一般病床で診るか精神病床で診るか区分するといった意見が多かった）

Q6: 総合病院精神科病床が救急・急性期治療に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか：6

（人員配置の充実や単科との連携が必須、さもなければ崩壊する。開放病棟では無理 といった意見が目立つ

た)

Q7: 総合病院精神科病床が ECT に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 7

Q8: 総合病院精神科病床が初発精査に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 7

Q9: 総合病院精神科病床が神経症圏の休息に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 5

(反対意見が大勢であった)

Q10: 総合病院精神科病床が BPD のリスク回避に積極的な役割を担うことに、どの程度の水準で同意できるか: 3

Q11: その他に総合病院精神科病床が積極的に担うべき役割

摂食障害 5 名, 認知症診断 4 名, 児童思春期 2 名, 鑑定 2 名

Q12: 精神症状も身体症状も重症の事例に総合病院の精神科病床が対応するには、開放病棟より閉鎖病棟を整備すべきという見解に、どの程度の水準で同意できるか: 7

(ほとんど賛成意見。明確な反対は 1 名のみ)

Q13: 総合病院の精神科病床を整備する際、個室中心にすべきという見解に、どの程度の水準で同意できるか: 7

(差額代発生を理由にした反対意見もあるが、賛成意見が大勢)

Q14: 総合病院精神科病床が不足の状態に陥っているという見解に、どの程度の水準で同意できるか: 9

(病床不足と、それ以上に総合病院の精神科医不足を憂う意見が多数)

研究 2. 各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成

各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関する一覧表は、表

11~19 に示した。

研究 3. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

全国 18 の精神科救急医療機関から登録された 131 例のうち 2 週までのインフォームド・コンセント撤回 6 例と中断 11 例以外が対象となった。

1. 前半 (RIS 開始)

67 例のうち 2 週間後に CGI-I が 4 以上であったのは 20 例 (30%) であった。

その 20 例のうち、4 週間後に寛解の定義に合致したのは 1 例 (5%) のみであったが、2 週間後の CGI-I が 3 以下の 47 例のうち 4 週後に寛解に至ったのは 25 例 (53%) であった (Fisher's Exact Test: $p=0.0015$)。4 週後の寛解の有無を 2 週後の CGI-I が 4 以上か 3 以下かで予測した結果、感度: 97% (PANSS 総点 50% \leq 改善)、特異性: 53%、陽性反応的中度: 81%、陰性反応的中度: 91%、陰性尤度比: 0.057 であった。

2. 後半 (OLZ 開始)

47 例のうち、2 週間後に CGI-I が 4 以上であったのは 14 例 (30%) であった。この点について、RIS 開始の場合との有意差は認められなかった ($p=1.00$)。

その 14 例のうち、4 週間後に寛解の定義に合致したのは 4 例 (29%) であった。一方、2 週間後の CGI-I が 3 以下の 33 例のうち 4 週後に寛解に至ったのは 19 例 (58%) であり、両群に有意差は認められなかった ($p=0.49$)。

3. 2 週後に治療反応不十分 (CGI-I 4 以上) の症例を、そのままの薬でいか切り替えるかランダム割りつけして 4 週後の寛解率を比較した。

RIS で開始してランダム割付けにて OLZ に置換した 9 例のうち、寛解に至ったのは 0 例、一方、RIS で開始して、ランダム割付けにて RIS を継続した 11 例のうち寛解に至ったのは 1 例であった。両群に有意差は認められなかった ($p=1.00$)。

OLZ で開始してランダム割付けにて RIS に置換した 6 例のうち、寛解に至ったのは 1 例、一方、OLZ で開始して、ランダム割付けにて OLZ を継続した 8 例のうち寛解に至ったのは 3 例であった。両群に有意差は認められなかった ($p=0.55$)。

D. 考察

研究 1. 総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証

本研究の初年度および前年度の結果に対する日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）の現場感覚からの納得度の水準は高かったことから、本研究結果と現場感覚との乖離は少ないと考えられる。

総括すれば、総合病院精神病床の即応性のために機能分化を誘導することに賛成であり、総合病院精神科病床が積極的に担う役割として、身体合併症治療、ECT、初発精査に意義を感じており、救急・急性期治療に積極的な役割を担うことも理想と感じながら、人員配置の充実や単科との連携が必須、さもなければ崩壊すると認識している。また、開放病棟では無理と考えている。一方、医学的には総合病院精神科病床を必要としない神経症圏の休息や BPD のリスク回避に積極的な役割を担うことには否定的であった。精神症状も身体症状も重症の事例に総合病院の精神病床が対応するには、開放病棟より閉鎖病棟を整備すべきと考え、総合病

院の精神病床を整備する際、個室中心にすべきとも考えている。また、総合病院精神科病床が既に不足の状態に陥っていると感じており、それ以上に総合病院の精神科医不足への認識が明瞭であった。

本研究の成果は、このように疫学的デザインに基づき現場感覚からもずれがないため、今後の総合病院型精神病床の機能と数を考える上で、極めて重要な意義をもつ。

研究 2. 各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関するガイドライン作成

各種身体疾患の治療薬と向精神薬との相互作用に関する一覧表は、2009 年 8 月 31 日時点を最終版としている。今後適宜改訂される必要がある。

研究 3. 精神病性障害における急性期薬物療法の研究

RIS と OLZ との間にランダム化率（2 週後の CGI 4 以上）の差はなかった（25% vs 23%, RR 1.03, $p=1.00$ ）ため、投与開始 2 週間の時点では RIS と OLZ との効果出現速度の差はなかったといえる。

しかし、RIS 開始例では 4 週後の非寛解が 2 週後の反応不十分さで高い特異性で予測できたのに、OLZ 開始例では有意な予測ができなかった。OLZ への反応不十分でランダム化した症例のうち OLZ の継続が割付けられた 8 例中 3 例が 4 週後に寛解に至ったことが要因として大きい。

これらの結果は、RIS は 2 週時点での治療反応の予測が妥当であるが、OLZ では早すぎることを示唆している。

また、2 週後に RIS への反応不十分な症例を通常量の OLZ に置換しても、4 週後の寛解は望めないことが示唆される。2 週後に OLZ への反応不十

分な症例を通常量の RIS に置換しても、4 週後の寛解は望めないことが示唆される。

本研究の長所：本研究は、救急場面という研究に最も困難な臨床状況、しかし最も実際の救急・急性期治療を反映する現場において、無作為化割り付けおよび盲検という実証性の高いデザインを実施したわが国で 2 度目の試みであった（最初の試みは本研究の前年度試験）。限界：症例数の不足に起因する統計学的パワーの不足の可能性がある。

E. 結論

本研究成果は、前 2 年間の総合病院型精神病床の在り方に関する提言、すなわち、身体合併症、ECT、初発精査、救急・急性期医療といった医学的視点から本質的に総合病院型精神病床を必要とする機能に特化すること、重症対応を可能にするために閉鎖病棟かつ個室を整備すること、既に量的にも不足の状態であるため、機能誘導と同時に増床することを補強した。

精神病性障害の救急・急性期治療技術論では、RIS で治療開始する場合、2 週間後反応不十分であれば 4 週後の寛解の可能性は低い。2 週時点で OLZ に置換しても 4 週後の寛解の可能性は低い。したがって、併用療法の是非が検討されるべきである。OLZ で治療開始する場合、2 週間後反応不十分であっても 4 週後の寛解を十分には予測できない。反応不十分であっても継続可能なら、2 週時点で RIS に置換すべきでない。これらの成果を基に、実証性とエキスパート・コンセンサスの調和のとれた精神科救急・急性期治療ガイドラインを作成した。

このような精神科救急医療、身体合併症医療に関する疫学的検討、多施設共同研究をさらに推進し、高齢

化する人口構造を加味しつつシステム論と技術論を融合させ、現場、患者側、社会にとっての最善を構築する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Hatta K, Kurosawa H, Arai H: Hospitalization for medical comorbidities among psychiatric patients in Tokyo. *Psychiatric Services* 58: 1502, 2007

2) Hatta K, Kawabata T, Yoshida K et al: Olanzapine orally disintegrating tablet versus risperidone oral solution in the treatment of acutely agitated psychotic patients. *General Hospital Psychiatry* 30: 367-371, 2008

3) Hatta K, Nakamura H, Usui C, et al: Medical and psychiatric comorbidity at psychiatric beds in general hospitals: a cross-sectional study in Tokyo. *Psychiatry Clin Neurosci* 63: 329-335, 2009

4) Hatta K, Sato K, Hamakawa H, et al: Effectiveness of second-generation antipsychotics with acute-phase schizophrenia. *Schizophr Res* 113: 49-55, 2009

5) Hatta K, Nakamura M, Yoshida K, et al: A prospective naturalistic multicenter study of intravenous medications in behavioral emergencies: haloperidol versus flunitrazepam. *Psychiatry Res* (in press)

6) Hatta K, Nakamura M, Yoshida K, et al: The prevalence of intravenous thiopental use in psychiatric emergency settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 63: 658-662, 2009

7) 八田耕太郎：精神科救急医療ガイドライン 2，薬物療法，2009 年版，日本精神科救急学会，東京，2009

8) Hatta K, Usui C, Nakamura H, et al: Open wards versus locked wards of general hospitals in the treatment of

psychiatric patients with medical comorbidities: a cross-sectional study in Tokyo. Psychiatry Clin Neurosci (in press)

9) Hatta K, Nakamura H, Usui C, et al: Utility of psychiatric inpatient units in general hospitals: a cross-sectional study in Tokyo (on submission)

2. 学会発表

1) 八田耕太郎, 他: 急性精神病性興奮に対する Olanzapine 口腔内崩壊錠と risperidone 液剤との比較: 精神科救急医療機関多施設共同研究. 第 105 回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2009

2) 八田耕太郎: 激越・攻撃性対応の薬物療法および急性期薬物療法への展開. 第 17 回日本精神科救急学会, 山形, 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 悪性腫瘍

略語	一般名		商品名
ADR, ADM, DOX, DXR	ドキシソルビシン	doxorubicin	アドリアシン
AMR	アムルビシン	amrubicin	カルセド
ANA	アナストロゾール	anastrozole	アリミデックス
Ara-C	シタラビン	cytarabine	キロサイド、サイトサル
ATRA	トレチノイン	tretinoin	ベサノイド
BHAC	エノシタビン	enocirtabine	サンラビン
BLM	ブレオマイシン	bleomycin	ブレオ
BU, BUS	ブスルファン	busulfan	マブリン
CBDCA	カルボプラチン	carboplatin	パラプラチン
CDDP	シスプラチン	cisplatin	ブリプラチン、ランダ
CPA, CPM, CY	シクロホスファミド	cyclophosphamide	エンドキサン
CPT-11	イリノテカン	irinotecan	カンプト、トポテシン
CQ	カルボコン	carboquone	エスキノン
DES	ホスフェストロール	fosfestrol	ホンパン
DEX	デキサメサゾン	dexamethasone	デカドロン
DNR	ダウノルビシン	daunorubicin	ダウノマイシン
DTIC	ダカルバジン	dacarbazine	ダカルバジン
DTX, TXT	ドセタキセル	docetaxel	タキソテール
EP	エストラムスチン	estramustine	エストラサイト
EPI	エピルビシン	epirubicin	ファルモルビシン
EXE	エクセメスタン	exemestane	アロマシン
F-ara-A	フルダラビン	fludarabine	フルダラ
FT	テガフル	tegafur	フトラフル、サンフラール
GEM	ゲムシタビン	gemcitabine	ジェムザール
HCFU	カルモフル	carmofur	ミフロール
HU	ヒドロキシカルバミド	hydroxycarbamide	ハイドレア
IDR	イダルビシン	idarubicin	イダマイシン
IFN- α	インターフェロン α	interferon α	スミフェロン、オーアイエフ
IFN- β	インターフェロン β	interferon β	フェロン
IFN- γ	インターフェロン γ	interferon γ	オーガンマ
IFM, IFX	イホスファミド	ifosfamide	イホマイド
L-ASP	L-アスパラギナーゼ	L-asparaginase	ロイナーゼ
ι-LV	レボホリナート	levofolinate	アイソポリン
L-OHP	オキサリプラチン	oxaliplatin	エルプラット
L-PAM	メルファラン	melfalan	アルケラン
LV	ホリナート	falinate	ロイコポリン
MCNU	ラニムスチン	ranimustine	サイメリン
MIT, DHAD	ミトキサントロン	mitoxantrone	ノバントロン
MMC	マイトマイシンC	mitomycin C	マイトマイシン
MPA	メドロキシプロゲステロン	medroxyprogesterone	ヒスロンH、プロペラ200
mPSL	メチルプレドニゾロン	methylprednisolone	デポ・メドロール
MTX	メトレキセート	methotrexate	メソレキセート
OK-432	OK-432		ピシバニール
PCZ	プロカルバジン	procarbazine	ナツラン
PEP	ペブレオマイシン	pepleomycin	ペブレオ
PSL	プレドニゾロン	prednisolone	プレドニゾロン、プレドニン
PTX, TAX	パクリタキセル	paclitaxel	タキソール
TAM	タモキシフェン	tamoxifen	ノルバデックス、タスオミン
TEPA, TT	チオテパ	thiotepa	テスパミン
THP-ADM	ピラルビシン	pirarubicin	テラルビシン、ピノルビン
TMZ	テモゾロマイド	temozolomide	テモダール
TS-1, S-1	テガフル・ギメラシル・オテラシル	tegafur gimeracil oteracil	ティーエスワン
UFT	テガフル・ウラシル	tegafur uracil	ユーエフティー
VCR	ビンクリスチン	vincristine	オンコピン
VDS	ビンデシン	vindesine	フィルデシン
VLB	ビンブラスチン	vinblastine	エクザール、ビンブラスチン
VNB, VNR	ビノレルビン	vinorelbine	ナベルビン
VP-16, ETP	エトポシド	etoposide	ペブシド、ラステット
5FU	カペシタビン		ゼローダ
	トラスツズマブ	trastuzumab	ハーセプチン
	ベバシズマブ	bevacizumab	アバスタチン
	トシリズマブ	tocilizumab	アクテムラ
	セツキシマブ	cetuximab	アービタックス
	リツキシマブ	rituximab	リツキサン
	イマチニブ	imatinib	グリベック
	スニチニブ	sunitinib	スーテント
	ソラフェニブ	sorafenib	ネクサバール
	ゲフィチニブ	gefitinib	イレッサ
	エルロチニブ	erlotinib	タルセバ
	ボルテゾミブ	bortezomib	ベルケイド
	サリドマイド	thalidomide	サレド
	ピカルタミド		カソデックス
	デキサメサゾン		
	プレドニゾロン		

表 2 膠原病

プレドニゾロン

金チオリンゴ酸ナトリウム

オーラノフィン

ペニシラミン

ブシラミン

メトレキサート

アザチオプリン

シクロスポリン

タクロリムス

ミゾリビン

シクロフォスファミド

インフリキシマブ

アダリムマブ

エタネルセプト

トシリズマブ

リツキシマブ

表 3 糖尿病・高脂血症・内分泌疾患

インスリン抵抗性改善薬		ピオグリタゾン	アクトス
αグルコシダーゼ阻害薬(αGI)		アカルボース	グルコバイ
		ボグリボース	ベイスン
		ミグリトール	セイブル
ビグアナイド薬		ブホルミン	ジベトンS
		メトホルミン	メルビン メデット
インスリン分泌促進薬	スルホニル尿素(SU)系薬	トルブタミド	ラスチノン
		グリメピリド	アマリール
		グリクラジド	グリミクロン
		グリベンクラミド	オイグルコン ダオニール
	グリニド系薬	ナテグリニド	スターシス ファステック
		ミチグリニド	グルファスト
インスリン製剤	超速効型	インスリンアスパルト	ノボラピッド
		インスリンリスプロ	ヒューマログ
	速効型	生合成ヒト中性インスリン	ペンフィルR, ノボリンR, イノレットR
		ヒトインスリン	ヒューマカートR, ヒューマリンR
	混合型	二相性プロタミン結晶性インスリンアナログ水性懸濁	ノボラピッド30ミックス
		インスリンリスプロ混合製剤	ヒューマログミックス25, 50
		生合成ヒト二相性イソフェンインスリン水性懸濁	ペンフィル10R・20R・30R・40R・50R, ノボリン10R・20R・30R・40R・50R, イノレット10R・20R・30R・40R・50R, ヒューマカート3/7, ヒューマリン3/7
	中間型	中間型インスリンリスプロ	ヒューマログN
		生合成ヒトイソフェンインスリン水性懸濁	ペンフィルN, ノボリンN, イノレットN
		ヒトイソフェンインスリン水性懸濁	ヒューマカートN, ヒューマリンN
	持続型	インスリングルルギン	ランタス
	スタチン(HMG-CoA還元酵素阻害薬)		プラバスタチン
シンバスタチン			リポバス
フルバスタチン			ローコール
アトルバスタチン			リピトール
ピタバスタチン			リバロ
ロスバスタチン			クレストール
コレステラミン			クエストラン
陰イオン交換樹脂		コレステミド	コレバイン
プロブコール		プロブコール	ロレルコシンレスタール
フィブラート系		クロフィブラート	ピノグラッグ
		クリノフィブラート	リポクリン
		ベザフィブラート	ベザトール
		フェノフィブラート	リピディル
ニコチン酸系		ニコチン酸トコフェロール	ユベラ
		ニコモール	コレキサミン
		ニセリトロール	ペリシット
その他		γオリザノール	ハイゼット
		エラスターゼ	エラスチーム
		イコサペント酸エチル	エパデール
痛風発作予防薬		コルヒチン	コルヒチン
尿酸排泄促進薬		プロベネシド	ベネシッド
		ブコローム	パラミチン
		ベンズプロマシン	ユリノーム
尿酸生成抑制薬		アロプリノール	ザイロリック

表 4 呼吸器疾患

		一般名	商品名
気管支拡張薬	β 刺激薬	塩酸エフェドリン	塩酸エフェドリン
		dl-塩酸メチルエフェドリン	メチエフ
		塩酸メトキシフェナミン	フェナミン
		硫酸イソプレナリン	ストメリンD
		塩酸イソプレナリン	プロタノール-L
		硫酸オルシプレナリン	アロテック
		塩酸トリメキシノール	イノリン
		硫酸サルブタモール	ベネトリン
		硫酸テルブタリン	ブリカニール
		塩酸ツルブテロール	ホクナリン
		塩酸プロカテロール	メプチン
		臭化水素酸フェノテロール	ペロテック
		フマル酸ホルモテロール	アトック
		塩酸クレンブテロール	スピロベント
		塩酸マブテロール	ブロンコリン
		キシナホ酸サルメテロール	セレベント
		テオフィリン薬	テオフィリン
	ジプロフィリン		コルフィリン
	プロキシフィリン		モノフィリン
	アミノフィリン		ネオフィリン
プロキシフィリン、塩酸エフェドリン、 フェノバルビタールの合剤	アストモリジン(配合薬)		
ジプロフィリン、塩酸エフェドリン、塩酸 パパペリン、ノスカピン、塩酸ジフェン ヒドラミン含有	アストフィリン(配合薬)		
抗コリン薬	臭化イプラトロピウム	アトロベント	
	臭化オキシトロピウム	テルシガン	
	臭化チオトロピウム水和物	スピリーバ	
気管支喘息治療薬	吸入用ステロイド	プロピオン酸ベクタメサゾン	キューバル
		プロピオン酸フルチカゾン	フルタイド
		ブデソニド	パルミコート
		シクレソニド	オルベスコ
		キシナホ酸サルメテロール・プロピオン 酸フルチカゾン	アドエア
	ヒスタミン加入免疫グロブリン	ヒスタミン加入免疫グロブリン	ヒスタグロピン
	抗アレルギー薬	メディエーター遊離抑制薬	クロモグリク酸ナトリウム
トラニラスト			リザベン
アンレキサノクス			ソルファ
レピリナスト			ロメット
イブジラスト			ケタス
ペミロラスト			アレギサール
タザノラスト			タザレスト
ヒスタミンH1拮抗薬		フマル酸ケトフェチン	ザジデン
		塩酸アゼラスチン	アセブチン
		オキサトミド	セルテクト
		メキタジン	ゼスラン
		塩酸エピナスチン	アレジオン
トロンボキササンA2阻害薬		塩酸オザグレレル	ベガ
トロンボキササンA2拮抗薬	セラトロダスト	ブロニカ	
ロイコトリエン拮抗薬	プラナルカスト	オノン	
	ザフィルルカスト	アコート	
	モンテルカスト	シングレア	
Th2サイトカイン阻害薬	トシル酸スプラタスト	アイピーディ	
呼吸促進薬	末梢性呼吸刺激薬	塩酸ドキサプラム	ドプラム
	中枢性呼吸刺激薬	ジモルホラミン	テラブチク
		フルマゼニル	アネキセート
	麻薬拮抗薬	酒石酸レバロルフアン	ロルフアン
		塩酸ナロキソン	ナロキソン
	肺サーファクタント	肺サーファクタント	サーファクテン
	好中球エラスターゼ選択的阻害薬	シベレスタットナトリウム水和物	エラスポール
炭酸脱水素酵素抑制薬	アセタゾラミド	ダイアモックス	

鎮咳薬	中枢性麻薬性鎮咳薬	リン酸コデイン	リン酸コデイン
		リン酸ジヒドロコデイン	リン酸ジヒドロコデイン
		オキシメテバニール	メテバニール
	中枢性非麻薬性鎮咳薬	ヒベンス酸チペピジン	アスベリン
		臭化水素デキストロメトルファン	メジコン
		塩酸ホミノベン	ルプタン
		ノスカピン	ナルコチン
		リン酸ジメモルファン	アストミン
		塩酸エスプラジノン	レスプレン
		クエン酸ペントキシベリン	トクレス
		クロペラスチン	フスタゾール
		リン酸ベンプロペリン	フラベリック
		塩酸クロフェダノール	コルドリン
		シャゼンソウエキス	フスタギン
		鎮咳去痰配合薬	桜皮エキス、リン酸コデイン
	リン酸ジヒドロコデイン、塩酸エフェドリン、塩化アンモニウム		セキコデ
	リン酸ジヒドロコデイン、dl-塩酸メチルエフェドリン、マレイン酸クロルフェニラミン		フスコデ
	リン酸ジヒドロコデイン、dl-塩酸メチルエフェドリン、ジプロフィリン、サリチル酸ジフェンヒドラミン、アセトアミノフェン、ブロムワレリル尿素		カフコデーN
	dl-塩酸メチルエフェドリン、マレイン酸クロルフェニラミン		ネオアス
	塩酸メチルエフェドリン、塩酸ジフェンヒドラミン		アスドリン
マオウエキス200mg(エフェドリンとして11.8mg)、安息香酸ナトリウムカフェイン100mg、酸化マグネシウム100mg、アセトアミノフェン200mg、ロートエキス10mg、水製エキス(ハンゲ123mg、シヤクヤク74mg、カンゾウ74mg、コウボク246mg、サイコ25mg、シャゼンソウ123mg、茶葉246mg)135mg	アスゲン		
去痰薬	塩類去痰薬	アンモニア、ウイキョウ	アンモニアウイキョウ精
	刺激性去痰薬	炭酸水素ナトリウム	炭酸水素ナトリウム
	気道分泌促進薬	サポニン系製剤	セネガ
		塩酸ブロムヘキシソール	ビスルボン
	気道粘液溶解薬	桜皮エキス	プロチン
		アセチルシステイン	ムコフィリン
		メシステイン塩酸塩	ゼオチン
		塩酸エチルシステイン	チスタニン
		カルボシステイン	ムコダイン
気道潤滑薬	フドステイン	クリアナール	
界面活性剤	塩化アンブロキシソール	ムコソルバン	
生薬	チロキサポール	アレベール	
	キョウニンアキス	キョウニン水	
禁煙補助薬	ニコチン	ニコチンTTS	

表 5 抗菌剤

ペニシリン系	ベンジルペニシリンカリウム(PCG)	注射用ペニシリンGカリウム
	ベンジルペニシリンベンザチン(DBECPDG)	バイシリンG
	フェネチシリンカリウム(PEPC)	ソルシリン、ピクシリン
広範囲ペニシリン系	アンピシリン(ABPC)	ベングッド
	塩酸バカンピシリン(BAPC)	ベングット
	塩酸タランピシリン(TAPC)	アセオシリン
	塩酸レナンピシリン(LAPC)	バラシリン
	シクラシリン(ACPC)	バストシリン
	アモキシシリン(AMPC)	アモリン、サワシリン
	塩酸ピブメリナム(PMPC)	メリシリン
	トシル酸スルタミシリン(SBTPC)	ユナシン
	アスポキシシリン(ASPC)	ドイル
	ピペラシリンナトリウム(PIPC)	ペントシリン
	複合ペニシリン	アンピシリン・クロキサシリン
アンピシリン・ジクロキサシリン		コンビペニックス
βラクタマーゼ阻害薬	アンピシリン・スルバクタム	ユナシンS
	アモキシシリン・クラブラン酸	オーグメンチン
	タゾバクタム・ピペラシリン	タゾシン
	セフォペラゾン・スルバクタム	スルペラゾン
注射第1世代セフェム	セファロチン(CET)	コアキシ
	セファゾリン(CEZ)	セファメジンα
注射第2世代セフェム	セフォチアム(GTM)	パンスポリン
	セフメタゾール(CMZ)	セフメタゾン
	セフミノクス(CMNX)	メイセリン
	セフペラゾン(CBPZ)	トミボラン
	フロモキセフ(FMOX)	フルマリン
注射第3世代セフェム	セフピラミド(CPM)	サンセファール
	セフスロジン(GFS)	タケスリン
	セフォタキシム(CTX)	クラフォラン
	セフォペラゾン(CPZ)	セフォペラジン
	セフメノキシム(CMX)	ベストコール
	セフチゾキシム(CZX)	エポセリン
	セフトリアキソン(GTRX)	ロセフィン
	セフタジジム(CAZ)	モダシン
	セフォジジム(CDZM)	ノイセフ
	ラタモキセフ(LMOX)	シオマリン
	注射第4世代セフェム	セフピロム(OPR)
セフォゾプラン(CZOP)		ファーストシン
セフェピム(C)CFPM		マキシピーム
経口第1世代セフェム	セファレキシム(GEX)	ケフレックス
	セファトリジン(CFT)	セアブロン
	セフロキサジン(CXD)	オラスポア
	セファクロル(CCL)	ケフラール
	セファドロキシル(CDX)	サマセフ
経口第2世代セフェム	セフォチアムヘキセチル(GTM-HE)	パンスポリンT
	セフロキシムアキセチル(CXM-AX)	オラセフ
経口第3世代セフェム	セフジニル(CFDN)	セフゾン
	セフチブテン(CETB)	セフテム
	セフジトレンピボキシム(CDTR-PI)	メイアクト
	セフィキシム(CFIX)	セフスパン
	セフテラムピボキシム(CFTM-PI)	トミロン
	セフポドキシムプロキセチル(CPDX-PR)	バナン
	セフカペンピボキシム(CFPN-PI)	フロモックス
	イミペネム・シラスタチン(IPM/CS)	チエナム
カルバペネム系	パニペネム・ベタミプロン(PAPM/BP)	カルベニン
	メロペネム(MEPM)	メロペン
	ピアペネム(BIPM)	オメガシン
	ドリペネム(DRPM)	フィニバックス

抗菌薬

モノバクタム系	アズトレオナム(AZT) カルモナム(GRMN)	アザクタム アマスリン
ペネム系	ファロペネム(FRPM)	ファロム
アミノグリコシド系	ストレプトマイシン(SM)	硫酸ストレプトマイシン
	カナマイシン(KM)	カナマイシン
	ゲンタマイシン(GM)	ゲンタシン
	トブラマイシン(TPB)	トブラマイシン
	ジベカシン(DKB)	パニマイシン
	アミカシン(AMK)	硫酸アミカシン
	シソマイシン(SISO)	シセプチン
	ミクロノマイシン(MCR)	ネチリン
	イセパマイシン(ISP)	イセパシン
	ベカナマイシン(AKM)	カネンドマイシン
	リボスタマイシン(RSM)	ヴィスタマイシン
	アストロマイシン(ASTM)	フォーチミン
	スペクチノマイシン(SPCM)	トロビシン
	アルベカシン(ABK)	ハベカシン
マクロライド系	エリスロマイシン(EM)	エリスロシン
	クラリスロマイシン(GAM)	クラリス
	ロキシスロマイシン(RXM)	ルリッド
	アジスロマイシン(AZM)	ジスロマック
	ジョサマイシン(JM)	ジョサマイシン
	キササマイシン(LM)	ロイコマイシン
	アセチルスピラマイシン(AC-SPM)	アセチルスピラマイシン
	ミデカマイシン(MDM)	メデマイシン
	ロキタマイシン(RKM)	リカマイシン
	ケトライド系	テリスロマイシン(TEL)
ストレプトグラミン系	キヌプリスチン・ダルホプリスチン(QPR/DPR)	シナシッド
リンコマイシン系	リンコマイシン(LCM)	リンコシン
	クリンダマイシン(CLDM)	ダラシン
テトラサイクリン系	テトラサイクリン(TC)	アクロマイシン
	(OTC)	テラマイシン
	デメチルクロルテトラサイクリン(DMCTC)	レダマイシン
	ドキシサイクリン(DOXY)	ビブラマイシン
	ミノサイクリン(MINO)	ミノマイシン
クロラムフェニコール系	クロラムフェニコール(CP)	クロロマイセチン
	チアンフェニコール	アーマイ
ホスホマイシン	ホスホマイシン(FOM)	ホスミン
ポリペプチド系	コリスチン(CL)	コリマイシンS
グリコペプチド系	ポリミキシンB(PL-B)	硫酸ポリミキシンB
	バシトラシン・フラジオマイシン(BC)	バラマイシン
	バンコマイシン(VCM)	塩酸バンコマイシン
	テイコプラニン(TEIC)	タゴシッド
キノロン系	ナリジスク酸(NA)	ウイントマイロン
	ピロミド酸(PA)	バナシッド
	ピペミド酸(PPA)	ドルコール
ニューキノロン系	ノルフロキサシン(NFLX)	バクシダール
	エノキサシン(ENX)	フルマーク
	オフロキサシン(OFLX)	タリビット
	レボフロキサシン(LVFX)	クラビット
	シプロフロキサシン(GPFX)	シプロキサシン
	ロメフロキサシン(LFLX)	ロメバクト
	トスフロキサシン(TFLX)	オゼックス
	フレロキサシン(FLRX)	メガキサシン
	スバルフロキサシン(SPFX)	スバラ
	ガチフロキサシン(GFLX)	ガチフロ
	パズフロキサシン(PZFX)	パシル
	プルリフロキサシン(PUFX)	スオード
	モキシフロキサシン(MFLX)	アベロックス

		リネゾリド(LZD)	ザイボックス
		ガレノキサシン	ジェニナック
		シタフロキサシン	グレースビット
サルファ剤		スルファモノメキシシ	ダイメトン
		スルファジメキシシ	アブシード
		サラゾスルファピリジン	サラゾピリン
		ST合剤(スルファメキサゾール・トリメプリム)	バクタ
抗結核薬		イソニアジド(INH)	イスコチン
		パラアミノサリチル酸(PAS)	ニツパスカルシウム
		アルミノパラアミノサリチル酸	アルミノニツパスカルシウム
		ピラジナミド(PZA)	ピラマイド
		エタンブトール(EB)	エサンブトール
		リファンピシン(RFP)	リファジン
		エンピオマイシン(EVM)	ツペラクチン
		エチオナミド(ETH)	ツベルミン
		サイクロセリン(CS)	サイクロセリン
抗ウイルス薬	抗ヘルペスウイルス	アシクロビル(ACV)	ゾピラックス
		バラシクロビル	パルトレックス
		ピダラビン(Ara-A)	アラセナA
	抗サイトメガロウイルス薬	ガンシクロビル(GCV)	デノシン
		バルガンシクロビル	バリキサ
		ホスカルネット	ホスカビル
	抗インフルエンザウイルス薬	オセルタミビル	タミフル
		ザナミビル	リレンザ
		アマンタジン	シンメレル
	抗RSウイルス	バリビズマブ	シナジス
	SSPE予防治療薬	イノシンプラノベクス	イソプリノシン
	抗HIV薬(ヌクレオチド系逆転写酵素阻害薬)	ジドブジン(AZT)	レトロビル
ジダノシン(ddI)		ヴァイデックス	
ザルシタピン(ddC)		ハイビッド	
ラミブジン(3TC)		エピビル	
ザニルブジン(d4T)		セリット	
アバカビル(ABC)		ザイアジェン	
テノホビル(TDF)		ビリアード	
エムトリシタピン		ツルハダ	
抗HIV薬(非ヌクレオチド系逆転写酵素阻害薬)		ネビラビン(NVP)	ピラミューン
		エファビレンツ(EFV)	ストックリン
		デラビルジン	レスクリプター
抗HIV薬(HIVプロテアーゼ阻害薬)		インジナビル(IDV)	クリキシバン
	サキナビル(SQV)	フォートベイス	
	リトナビル	ノービア	
	ロピナビル・リトナビル	カレトラ	
	ネルフィナビル(NFV)	ビラセプト	
	ホスアンブレナビル	レクシヴァ	
	アタザナビル(ATV)	レイアタツツ	
	ダルナビル	プリジスタ	
	ラルテグラビル	アイセントレス	
抗真菌薬	アムテリシンB(AMPH-b)	ファンギゾン	
	フルシトシン(5-FC)	アンコチル	
	ミコナゾール(MCZ)	フロリード	
	フルコナゾール(FLCZ)	ジフルカン	
	ホスフルコナゾール(F-FLCZ)	プロジフ	
	イトラコナゾール(ITCZ)	イトリゾール	
	ボリコナゾール(VRCZ)	ブイフェンド	
	テルビナフィン	ラミシール	
	深在性抗真菌薬	ミカファンギン(MCFG)	ファンガード
カリニ肺炎	ペンタミジン	ベナンバックス	

表 6 循環器疾患

ミオコール、ニトロペン、ミリスロール
ニトロール

レペタン
モルヒネ
クリアクター
アスピリン
プラビックス
プレタール
ラシックス
ハンプ
イノバン、プレドパ
ドブトレックス
ノルアドレナリン
ミルリーラ
メイロン
アトロピン
ジゴシン
ワソラン
キシロカイン
シンビット
アンカロン
ワーファリン
レニベース
タナトリル
プロプレス
ニューロタン
ディオバン
アーチスト
メインテート
ロプレソール
アルダクトン

ガスター
ザンタック
破トキ
テタノブリン
ノボセブン
マンニットール
グリセオール
ソル・メドロール

表 7 消化器疾患

メクログラミド(プリンペラン)
H2 blocker
シメチジン
オメプラゾール
スルファメトキサゾール・トリメプリーム(バクタ)
L-トリプトファンを含有するアミノ酸製剤、経腸成分栄養剤

表 8 神経疾患

アクチバシン スロンノン、ノバスタン カタクロット ラジカット グリセオール ワーファリン アスピリン パナルジン プレタール プラビックス メロペン ロセフィン ゾビラックス ジフルカン ファンギゾン イスコチン リマクタン エサンブトール デカドロン NSAIDs トリプタン系薬剤 テラナス テルネリン ミオナール デパケン テグレートール アレビアチン エクセグラン ガバペン トピナ ラミクタール フェノバルール リボトリール マイスタン レボドパ製剤 ドパミンアゴニスト シンメトレル 抗コリン薬 エフピー コムタン ドプス セレジスト ヒルトニン 副腎皮質ステロイド イムラン エンドキサン プログラフ サンディミュン 免疫グロブリン 抗コリンエスエラーゼ剤 ベタフェロン

表 9 慢性腎臓病・前立腺肥大・緑内障

β 遮断薬	チモロール カルテオロール レボブノロール ベタキソロール
$\alpha\beta$ 遮断薬	ニブラジロール
$\alpha 1$ 遮断薬	ブナゾシン
プロスタグランジン関連薬	トラボプロスト ラタノプロスト ウノプロストン
炭酸脱水酵素阻害薬	ドルゾラミド 布林ゾラミド
副交感神経刺激薬	ピロカルピン
交感神経刺激薬	ジピペフリン
炭酸脱水酵素	アセタゾラミド
高浸透圧薬	マンニトール グリセリン イソバイド
降圧剤	ACE阻害剤 ARB サイアザイド系利尿剤 ループ系利尿剤 Ca拮抗薬
脂質異常症治療薬	HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン) フィブラート系 小腸コレステロールトランスポーター阻害薬 陰イオン交換樹脂(レジン) プロポコール ニコチン酸系 イコサペント酸エチル(EPA)
排尿障害治療薬	バラプロスト® パロメタン®(現在販売中止) セルニチンポーレンエキス(セルニルトン®) エピプロスタット® オキシンドロン(プロステチン®) タムロシン(ハルナールD®) ナフトピジル(フリバス®、アビショット®) シロドシン(ユリーフ®)