

表 17-6 神経疾患-その他

シナプシド	ジスルフィラム	ドネペジル	フルマゼシド	ダントロレン
アスピリン				
NSAIDs		消化性潰瘍		
デバケン		消化性潰瘍		
チグレートール		◇		
アレピアチン				
エタセグラン				
ガバペン				
トピナ				
ラミクタール				
フェニバルール	◇	◇		
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		◇ ↓		
エプヒー				
コムタン				
トラス				
セレジスト				
ヒルトニン				
別腎皮質ステロイド		◇		
イムラン				
エンドキサン				
プログライフ				
サントイミュン				
免疫グロブリン				
抗コリンエステラーゼ剤				
ベタフェロン				
◎ 禁忌				
↑: 治療薬の作用増強				
↓: 治療薬の作用減弱				
◇: 向精神薬の作用増強				
◇ ↓: 向精神薬の作用減弱				
その他				

表 18-1 腎臓病等一抗精神病薬

	クロルプロマジン	レボプロマジン	フルフェナジン	ゾピゼン	ハロペリドール	スルトアピド	リスベリデン	ペロスピロン	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	◎ 禁忌
β 遮断薬	チモロール	その他*	その他*	その他*			↑	その他*			↑ ^o	その他*	↑:治療薬の作用増強
	カルテオロール	その他*	その他*	その他*			↑	その他*			o	その他*	↓:治療薬の作用減弱
	レボプロロール	↑	↑	その他*			↑	その他*				その他*	o:向精神薬の作用増強
α β 遮断薬	ベタキソロール	その他*	その他*	その他*			↑	その他*				その他*	o:向精神薬の作用減弱
	ニブラゾロール	その他*	その他*	その他*			↑	その他*				その他*	その他
α 1 遮断薬	ブナゾシン	その他*	その他*	その他*			↑	その他*		その他*		その他*	
プロスタグランジン阻害薬	トラボプロスト												
	ラタプロスト												
	ウノプロストン												
	ドルゾラミド												
炭酸脱水酵素阻害薬	プリンゾラミド												
副交感神経阻害薬	ピロカルピン												
	ジヒベフリン												
交感神経刺激薬	アセチルアミド												
炭酸脱水酵素	マンニトール												
高度透圧薬	グリセリン												
	イソバイド												
降圧剤	ACE阻害剤	その他*	その他*	その他*			↑	その他*				その他*	
	ARB	その他*	その他*	その他*			↑	その他*				その他*	
	サイアザイド系利尿剤	その他*	その他*	その他*			↑	その他*				その他*	
	ループ系利尿剤	その他*	その他*	その他*			↑	その他*				その他*	
	Ca拮抗薬	その他*	その他*	その他*			↑	その他*			↑ ^o	その他*	
脂質異常症治療薬	HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)										↑ ^o		
	フィbrates系										o		
排尿障害治療薬	シロドシン(ユリーフ®)										↑ ^o		
	ハラプロスト®												
	相互作用不明												

その他*は抗精神病薬が持つα交感神経神経抑制作用等により降圧作用が増強される可能性あり

表 18-2 腎臓病等 抗不安薬

	ジアゼパム	プロマゼパム	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
ARB						⇕	
サイアザイド系利尿剤							
ループ系利尿剤							
Ca拮抗薬						↑⇕	↑
HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)						↑⇕	
バラプロスト®	相互作用不明						
◎: 禁忌							
↑: 治療薬の作用増強							
↓: 治療薬の作用減弱							
⇕: 向精神薬の作用増強							
⇓: 向精神薬の作用減弱							
その他							

表 18-3 腎臓病等-抗躁薬

		炭酸リチウム	カルマゼピン	バルプロ酸	◎:禁忌
	Ca拮抗薬		↓⇕		↑:治療薬の作用増強
	HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)		↓⇕		↓:治療薬の作用減弱
	フィブラート系				⇕:向精神薬の作用増強
	小腸コレステロールトランスポーター阻害薬				⇕:向精神薬の作用減弱
脂質異常症治療薬	陰イオン交換樹脂(レジン)				その他
	プロブコール				
	ニコチン酸系				
	イコサペント酸エチル(EPA)				
	バラプロスト®				
	バロメタン®(現在販売中止)				
排尿障害治療薬	セルニチンポレーレンエキス(セルニルトン®)				
	エピプロスタット®				
	オキセンドロン(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®,アビシヨット®)				
	シロドシン(ユリーフ®)		↑⇕		

表 18-4 腎臓病等-抗うつ薬

	チモロール	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
β遮断薬	カルテオロール	↑◇	↑◇		↑◇		↑		↓		
	レボプロロール	◇	◇		◇		↑		↓		
	ベタキソロール						↑		↓		
	ニブラジロール						↑		↓		
αβ遮断薬	ブナゾシン						↑	↑			
	トラボプロスト										
プロスタグランジン関連薬	ラタノプロスト										
	ウブプロストン										
炭酸脱水酵素阻害薬	ドルゾラミド										
	プリンゾラミド										
副交感神経刺激薬	ピロカルピン										
	ジピペプリン								↓		
交感神経刺激薬	アセタゾラミド								↑		
	マンニトール										
炭酸脱水酵素	グリセリン										
	インハイド										
高浸透圧薬	ACE阻害剤										
	ARB						↑				
降圧剤	サイアザイド系利尿剤						↑				
	ループ系利尿剤						↑				
脂質異常症治療薬	Ca拮抗薬	↑◇	↑◇		◇		↑	↑			
	HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)	↑◇	↑◇		◇		↑				
脂質異常症治療薬	フィブラート系	◇	◇		◇						
	小腸コレステロールトランスポート-阻害薬										
脂質異常症治療薬	陰イオン交換樹脂(レジン)										
	プロブコール										
脂質異常症治療薬	ニコチン酸系										
	イコサペント酸エチル(EPA)										
脂質異常症治療薬	バラプロスト®										
	パロメタン®(現在販売中止)										
脂質異常症治療薬	セルニチンポ-レンエキス(セルニルトン®)										
	エビプロスタット®									相互作用不明	
脂質異常症治療薬	オキセンドロン(プロステチン®)										
	タムロシン(ハルナルD®)										↓
脂質異常症治療薬	ナフトピジル(フリバズ®, アビシヨット®)										↓
	シロドシン(ユリーフ®)	↑◇	↑◇							↑	↓
◎:禁忌											
↑:治療薬の作用増強											
↓:治療薬の作用減弱											
◇:向精神薬の作用増強											
◇:向精神薬の作用減弱											
その他											

相互作用不明

表 18-5 腎臓病等-睡眠薬

		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
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			◇	◇	◇	
排尿障害治療薬	バラプロスト®	相互作用不明					
	ハロメタン®(現在販売中止)						
	シロドシン(ユリーフ®)						
◎:禁忌							
↑:治療薬の作用増強							
↓:治療薬の作用減弱							
◇:向精神薬の作用増強							
◇:向精神薬の作用減弱							
その他							

表 18-6 腎臓病等-その他

		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
β遮断薬	チモロール					
	カルテオロール					
	レボプロロール					
	ベタキソロール					
	ニブラジロール					
	ブナゾシン					
	トラボプロスト					
	ラタノプロスト					
	ウノプロストン					
	ドルゾラミド					
炭酸脱水酵素阻害薬	ブリンゾラミド					
	ピロカルピン			↑		
	ジペペフリン					
	アセタゾラミド					
	マンニトール					
	グリセリン					
	インバイド					
	ACE阻害剤					
	ARB					
	サイアザイド系利尿剤					
降圧剤	ループ系利尿剤					
	Ca拮抗薬					その他**
	バラプロスト®					
	バリメタン®(現在販売中止)					
	セルニチンポレーレンエキス(セルニルトン®)					
	エップロスタット®					
	オキセンドロン(プロステチン®)					
	タムロシン(ハルナールD®)					
	ナフトピジル(フリバズ®,アビシヨット®)					
	シロドシン(ユリーフ®)					
排尿障害治療薬						
◎: 禁忌						
↑: 治療薬の作用増強						
↓: 治療薬の作用減弱						
⇕: 向精神薬の作用増強						
⇓: 向精神薬の作用減弱						
その他						
その他** 高ca血症に伴う心室細動, 循環虚脱等の出現可能性あり						

表 19-1 妊娠-抗凝精神薬

添付文書	クロルプロマジン	レボプロロマジン	フルフェナジン	ゾテピン	ハロペリドール	スルトプリド	リスベリドン	ペロスピロン	クエチアピン	オランザピン	アリピプラゾール	プロナンセリン
	△	△	△	△	禁忌	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
FDA薬利胎児危険度分類	C	C	C	N/A	Cm	N/A	Cm	N/A	Cm	Cm	Cm	N/A
オーストラリア医薬品評価委員会基準	C	N/A	C	N/A	C	N/A	B3	N/A	B3	B3	B3	N/A
米国小児科学アカデミーによる評価	unknown	unknown	N/A	N/A	unknown	N/A	N/A	N/A	unknown	N/A	N/A	N/A
投与に関する危険性	L3	L3	L3	N/A	L2	N/A	L3	N/A	L4	L2	L3	N/A

薬剤添付文書

- △: 投与しないことが望ましい
- ◇: 治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合にのみ投与

FDA薬利胎児危険度分類

- A: ヒト対照試験で危険が見出されていない
- B: ヒトでの危険の証拠はない
- C: 危険性を否定し得ない
- D: 危険性を示すエビデンスがある
- X: 禁忌
- m: 製薬会社のデータによる

オーストラリア医薬品評価委員会基準

- A: 多数の経験から、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有毒作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。
- B1: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有毒作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究においても胎児へ障害が増加したという証拠はない。
- B2: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有毒作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究は不十分だが、現時点までには胎児へ障害が増加したという証拠はない。
- B3: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有毒作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎児へ障害が増加したという証拠が得られている。このことがヒトに関してどのような意義を持つかは現時点では不明。
- C: 催奇形性はないが、その薬理効果によって胎児や新生児に有害作用を惹起する。またはその疑いがある。これらの効果は可逆的なこともある。
- D: ヒト胎児の奇形や不可逆な障害の発生頻度を増す、または増すと疑われる。またはその原因と推測される。
- X: 胎児に永久的な障害を惹起する危険性が高い。妊娠中、または妊娠の可能性がある場合に使用すべきでない。

投与に関する危険性

- L1: 最も安全
- L2: ほぼ安全
- L3: 中等度の安全性
- L4: 危険の可能性がある
- L5: 禁忌
- N/A: not available

表 19-2 妊娠-抗不安薬

添付文書	ジアゼパム	プロマゼパム	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
FDA薬剤胎児危険度分類	◇	◇	◇	◇	◇	禁忌	◇
オーストラリア医薬品評価委員会基準	D	N/A	Dm	Dm	N/A	C	N/A
米國小児科学アカデミーによる評価	C	C	C	C	C	B1	N/A
授乳に関する危険性	L3(慢性使用ではL4)	N/A	L3	L3	N/A	N/A	N/A

薬剤添付文書

△: 投与しないことが望ましい
◇: 治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合にのみ投与

FDA薬剤胎児危険度分類

- A: ヒト対照試験で危険が見出されていない
- B: ヒトでの危険の証拠はない
- C: 危険性を否定し得ない
- D: 危険性を示すエビデンスがある
- X: 禁忌
- m: 製薬会社のデータによる

オーストラリア医薬品評価委員会基準

- A: 多数の経験から、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。
- B1: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといふいかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究にても胎仔へ障害が増したという証拠はない。

B2: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといふいかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎仔へ障害が増したという証拠はない。

B3: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用を増大するといふいかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎仔へ障害が増したという証拠はない。

C: 催奇形性はないが、その薬理効果によって胎児や新生児に有害作用を惹起する、またはその疑いがある。これらの効果は可逆的なこともある。

D: ヒト胎児の奇形や不可逆な障害の発生頻度を増す、または増すと疑われる、またはその原因と推測される。

X: 胎児に永久的な障害を惹起する危険性が高い。妊娠中、または妊娠の可能性がある場合に使用すべきでない。

授乳に関する危険性

- L1: 最も安全
- L2: ほぼ安全
- L3: 中等度の安全性
- L4: 危険の可能性がある
- L5: 禁忌

N/A: not available

表 19-3 妊娠-抗躁薬

	炭酸リチウム	カルバマゼピン	バルプロ酸
添付文書	禁忌	◇	原則禁忌
FDA薬剤胎児危険度分類	D	Dm	Dm
オーストラリア医薬品評価委員会基準	D	D	D
米国小児科学アカデミーによる評価	禁忌	使用可能	使用可能
授乳に関する危険性	L4	L2	L2

薬剤添付文書

△: 投与しないことが望ましい

◇: 治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合にのみ投与

FDA薬剤胎児危険度分類

A: ヒト対照試験で危険が見出されていない

B: ヒトでの危険の証拠はない

C: 危険性を否定し得ない

D: 危険性を示すエビデンスがある

X: 禁忌

m: 製薬会社のデータによる

オーストラリア医薬品評価委員会基準

A: 多数の経験から、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。

B1: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究にても胎児へ障害が増加したという証拠はない。

B2: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究は不十分だが、現時点までには胎児へ障害が増加したという証拠はない。

B3: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するとは現時点では不明。

研究では胎児へ障害が増加したという証拠が得られている。このことがヒトに関してどのような意義を持つかは現時点では不明。

C: 奇形性は少ないが、その薬理効果によって胎児や新生児に有害作用を惹起する、またはその疑いがある。これらの効果は可逆的なこともある。

D: ヒト胎児の奇形や不可逆な障害の発生頻度を増す、または増すと疑われる、またはその原因と推測される。

X: 胎児に永久的な障害を惹起する危険性が高い。妊娠中、または妊娠の可能性がある場合に使用すべきでない。

授乳に関する危険性

L1: 最も安全

L2: ほぼ安全

L3: 中等度の安全性

L4: 危険の可能性がある

L5: 禁忌

N/A: not available

表 19-4 妊娠-抗うつ薬

添付文書	クロミプラミン	アミトリプチリン	アモキシサピン	マプロチリン	ミアンセリン	トラゾドン	フルボキサミン	ミルナシプリン	パロキセチン	セルトラリン
FDA薬剤胎児危険度分類	△	◇	◇	△	◇	◇	△	◇	◇	◇
オーストラリア医薬品評価委員会基準	Cm	Cm	Cm	Bm	N/A	Cm	Cm	N/A	Dm	Cm
米国小児科学アカデミーによる評価	C	C	N/A	N/A	B2	N/A	C	N/A	D	C
授乳に関する危険性	unknown	unknown	unknown	N/A	N/A	unknown	unknown	N/A	unknown	unknown
薬剤添付文書	L2	L2	L2	L3	N/A	L2	L2	N/A	L2	L2

薬剤添付文書

△: 投与しないことが望ましい
 ◇: 治療上の有益性が危険を上回ると判断されるときのみ投与

FDA薬剤胎児危険度分類

A: ヒト対照試験で危険が見出されていない

B: ヒトでの危険の証拠はない

C: 危険性を否定し得ない

D: 危険性を示すエビデンスがある

X: 禁忌

m: 製薬会社のデータによる

オーストラリア医薬品評価委員会基準

A: 多数の経験から、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。

B1: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究にても胎仔へ障害が増加したという証拠はない。

B2: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎仔へ障害が増加したという証拠は得られている。このことがヒトに関してどのような意義を持つかは現時点では不明。

B3: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎仔へ障害が増加したという証拠は得られている。このことがヒトに関してどのような意義を持つかは現時点では不明。

C: 催奇形性はないが、その薬理効果によって胎児や新生児に有害作用を惹起する、またはその原因と推測される。

D: ヒト胎児の奇形や不可逆な障害の発生頻度を増す、または増すと疑われる、またはその原因と推測される。

X: 胎児に永久的な障害を惹起する危険性が高い。妊娠中、または妊娠の可能性がある場合に使用すべきでない。

授乳に関する危険性

L1: 最も安全

L2: ほぼ安全

L3: 中等度の安全性

L4: 危険の可能性がある

L5: 禁忌

N/A: not available

表 19-5 妊娠-睡眠薬

	クアゼパム	フルニトラゼパム	ミダゾラム	プロチゾラム	ゾピクロン	ゾルピデム
添付文書	◇	△	△	△	◇	◇
FDA薬剤胎児危険度分類	Xm	N/A	N/A	N/A	Cm	Bm
オーストラリア医薬品評価委員会基準	N/A	C	C	N/A	C	B3
米国小児科学アカデミーによる評価	unknown	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
授乳に関する危険性	L2	N/A	N/A	N/A	N/A	L3

薬剤添付文書

- △: 投与しないことが望ましい
 - ◇: 治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合にのみ投与
- FDA薬剤胎児危険度分類
- A: ヒト対照試験で危険が見出されていない
 - B: ヒトでの危険の証拠はない
 - C: 危険性を否定し得ない
 - D: 危険性を示すエビデンスがある
 - X: 禁忌
 - m: 製薬会社のデータによる
- オーストラリア医薬品評価委員会基準
- A: 多数の経験から、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。
 - B1: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究にても胎児へ障害が増加したという証拠はない。
 - B2: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究は不十分だが、現時点までには胎児へ障害が増加したという証拠はない。
 - B3: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎児へ障害が増加したという証拠が得られている。このことがヒトに関してどのような意義を持つかは現時点では不明。
 - C: 催奇形性はないが、その薬理効果によって胎児や新生児に有害作用を惹起する、またはその原因と推測される。
 - D: ヒト胎児の奇形や不可逆な障害の発生頻度を増す、または増すと疑われる、またはその原因と推測される。
 - X: 胎児に永久的な障害を惹起する危険性が高い。妊娠中、または妊娠の可能性がある場合に使用すべきでない。
- 授乳に関する危険性
- L1: 最も安全
 - L2: ほぼ安全
 - L3: 中等度の安全性
 - L4: 危険の可能性がある
 - L5: 禁忌
 - N/A: not available

表 19-6 妊娠-その他

	シアナミド	ジスルファミ	ドネペジル	フルマゼニル	ダントロレン
添付文書	禁忌	禁忌	◇	◇	△
FDA薬剤胎児危険度分類	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
オーストラリア医薬品評価委員会基準	N/A	B2	B3	B3	B2
米国小児科学アカデミーによる評価	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
授乳に関する危険性	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

薬剤添付文書

- △: 投与しないことが望ましい
- ◇: 治療上の有益性が危険を上回ると判断される場合のみ投与
- FDA薬剤胎児危険度分類
- A: ヒト対照試験で危険が見出されていない
- B: ヒトでの危険の証拠はない
- C: 危険性を否定し得ない
- D: 危険性を示すエビデンスがある
- X: 禁忌
- m: 製薬会社のデータによる

オーストラリア医薬品評価委員会基準

- A: 多数の経験から、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといういかなる証拠も観察されていない。
- B1: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといふいかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究にても胎児へ障害が増加したという証拠はない。
- B2: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといふいかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究は不十分だが、現時点までには胎児へ障害が増加したという証拠はない。
- B3: 使用経験は限定的だが、この薬物の使用により奇形の頻度や胎児に対する直接・間接の有害作用が増大するといふいかなる証拠も観察されていない。動物を用いた研究では胎児へ障害が増加したという証拠が得られている。このことがヒトに關してどのような意義を持つかは現時点では不明。
- C: 催奇形性はないが、その薬理効果によって胎児や新生児に有害作用を惹起する、またはその疑いがある。これらの効果は可逆的なこともある。
- D: ヒト胎児の奇形や不可逆な障害の発生頻度を増す、または増すと思われる、またはその原因と推測される。
- X: 胎児に永久的な障害を惹起する危険性が高い。妊娠中、または妊娠の可能性がある場合に使用すべきでない。

授乳に関する危険性

- L1: 最も安全
- L2: ほぼ安全
- L3: 中等度の安全性
- L4: 危険の可能性がある
- L5: 禁忌

N/A: not available

Q5: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的として、身体合併症治療が 15%と第二位の頻度でした。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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**



(自由意見: _____)

Q6: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的として、救急・急性期治療が 43%と第一位の頻度でした。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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**



(自由意見: _____)

Q7: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的として、ECT (電気けいれん療法)が 13%と第三位の頻度でした。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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**



(自由意見: _____)

Q8: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的として、初発精査 (画像・生理学・生化学検査などを用いた)が 12%と第四位の頻度でした。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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**



(自由意見: _____)

Q9: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的として、神経症圏の休息が 10%と第五位の頻度でした。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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 1 2 3 4 5 6 7 8 9



(自由意見:)

Q10: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的として、BPD のリスク回避が 4%でした。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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 1 2 3 4 5 6 7 8 9



(自由意見:)

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があれば、理由も含めて記載をお願いします (複数可)

[]

Q12: 平成 19 年に実施した都内の全数調査で、総合病院の精神科閉鎖病棟と比較して、総合病院の精神科**開放病棟**では、身体合併症患者を入院させられなかった割合が有意に大きく (25%対 42%)、さらに、入院させられなかった身体合併症患者に自殺企図例の割合が有意に大きい (22%対 46%) という結果でした。また、閉鎖病棟と比較して開放病棟に身体合併症治療目的で入院した患者は、病識欠如の程度が有意に軽く、手術例が有意に少ないという結果でした。これらは、開放病棟の患者が閉鎖病棟の患者に比べて精神症状も身体症状も軽症であったことを示しています。したがって、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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 1 2 3 4 5 6 7 8 9



(自由意見:)

Q13: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、調査当日入院を要するが断った理由として**個室満床**が 71%という結果でした。したがって、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に、どの程度の水準で同意できるでしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 1 2 3 4 5 6 7 8 9



(自由意見:)

Q14: 平成 20 年に実施した都内の全数調査で、総合病院精神科病床への入院目的を**身体合併症、ECT、救急・急性期治療、初発精査**といった主要 4 項目に絞っても、既に総合病院の精神病床は絶対数が不足という結果でした。このように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でしょうか。該当する番号に○をつけてください。

99 1 2 3 4 5 6 7 8 9



(自由意見:)

ご協力ありがとうございました。その他にご意見がございましたらお書きください。

(意見:)

平成 21 年度厚生労働科学研究 こ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

地方における精神科領域の身体合併症に関する研究

身体合併症治療を含む精神科救急医療において、各種精神科医療機関の機能分化と連携の充実をはかるためには、それぞれの医療機関に勤務する精神科医の負担を均等化し、かつ軽減できるような方略も考える必要がある。医療機関の施設形態ごとに勤務している精神科医の診療状況を把握し、今後のあり方を検討することを目的として、実態調査を行った。

調査期間は平成 21 年 10 月 19 日～10 月 25 日までの 7 日間とした。有床総合病院精神科 5 施設 (回答率 100.0%)、精神科病院 10 施設 (回答率 90.9%)、精神科診療所 11 施設 (回答率 64.7%) から回答があり、計 78 名の精神科医の勤務状況に関する資料が得られたが、このうち 2 名は非常勤医師であったため除外し、76 名 (総合病院精神科 18 名、精神科病院 48 名、精神科診療所 10 名) について検討した。

精神科医の週平均在院時間数は、総合病院精神科 3290.6±981.0 分、精神科病院 2758.6±579.9 分、精神科診療所 3266.9±739.8 分となっており、総合病院精神科、精神科診療所では精神科病院に比べて有意 ($p<0.05$) に長くなっていた。また、週平均時間外診察時間も総合病院精神科 130.8±195.2 分、精神科病院 52.1±85.1 分、精神科診療所 3.0±9.5 分となっており、総合病院精神科、精神科病院では精神科診療所に比べて有意 ($p<0.05$) に長くなっていた。

総合病院精神科勤務医の 72.2% は勤務上の負担が大きくなっていると感じており、その原因としては医師不足による業務量増加 (83.3%)、身体疾患合併症例への対応の増加 (55.6%)、診療に伴う事務処理の増加 (44.4%) が多くなっていた。また、総合病院精神科勤務医の診療に対する満足度は不満・やや不満が 38.9% となっており、他の施設形態より高く、改善を希望する項目としては、他施設・他職種との連携改善 (72.2%)、仕事内容に見合う収入 (61.1%)、時間外勤務の軽減 (50.0%) が多くなっていた。

それぞれの医療機関が、可能な範囲で協力できるような体制を構築する必要がある。そのためには、総合病院精神科には救急医療を含む一般医療との連携の充実が、精神科病院には身体疾患への対応能力の向上が、精神科診療所には時間外診療や施設外の業務への参加が期待される。行政も含め、現状を把握したうえで、課題を共有し、対応を協議するような場を設置する必要がある。

分担研究者：

島根県立中央病院 小林孝文

研究協力者：

島根大学

堀口 淳

松江市立病院
松江赤十字病院
隠岐病院
安来第一病院
八雲病院
松江青葉病院
こなんホスピタル
奥出雲コスモ病院
海星病院
島根県立こころの医療センター
石東病院
西川病院
松ヶ丘病院
青葉クリニック
杉原クリニック
クリニック大竹
釜瀬クリニック
小松クリニック
さんメンタルクリニック
細田クリニック
永生クリニック
出雲市駅南口クリニック
さとうクリニック
エスポアール出雲クリニック
島根県立中央病院

大竹 徹
室津和男
有田茂夫
杉原克比古
角南 譲
妹尾晴夫
福田賢司
今岡健次
西田 朗
竹下久由
須佐建紀
西川 正
長沼六一
春木繁一
杉原徳郎
大竹民子
釜瀬春隆
小松和久
瓦谷久志
細田眞司
藤原 卓
岡崎哲也
佐藤正保
高橋幸男
挾間玄以

A. 研究目的

身体合併症治療を含む精神科救急医療における各種医療機関の機能分化と連携体制¹⁾の構築を考える際には、それぞれの負担を均等化するような方略を考える必要がある²⁾。そのためには、医療機関の施設形態(総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所)ごとに勤務している精神科医のタイムスタディ調査を行うことで精神科医の診療状況を把握することが不可欠である。本研究では、精神科医の診療状況に関する実態調査を行うことを通して、関連する医療機関の負担を均等化でき、かつ精神科医療の質的向上にも寄与できるような体制を構築するための検討資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

研究全体の計画は順天堂大学の倫理委員会で対応済みであるが、分担研究者の研究範囲に関する事項に関しては、所属する島根県立中央病院の治験検討委員会でも承認を得た。

精神科医の勤務状況に関する実態調査を依頼したのは、島根県下の精神科病棟を有する総合病院(以下、総合病院精神科)5施設、単科精神科病院11施設、精神科診療所17施設である。今回行なった調査のそれぞれについて、その方法の概略を示す。統計学的な検討は、対応のないt検定によって行なった。

1. 施設形態ごとの精神科医の勤務状況に関する実態調査

調査票 A (精神科医の勤務状況・

実態調査・個票) (資料 1) を郵送し、平成 21 年 10 月現在の勤務状況の概略を記載するように依頼した。調査項目として、性、年齢、精神科経験年数、当該勤務施設の施設形態と勤務年数、週平均実労働時間数、勤務上の負担の変化、業務上負担を感じている項目、診療の満足度、診療上で改善を希望する項目などである。

精神科医療機関の施設形態ごと(総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所) に結果を集計した。

2. 施設形態ごとの精神科医の勤務状況に関するタイムスタディ調査

調査票 B (7 日間タイムスタディ調査・個票) (資料 2) を郵送し、平成 21 年 10 月 19 日～10 月 25 日までの 7 日間でのタイムスタディ調査を依頼した。調査項目として、在院時間、休憩時間、外来診療時間および診察患者数、入院診療時間および診察患者数、その他の時間(管理・運営、研究・教育関連、文書作成、施設外での業務など) である。記入する際に、在院時間の合計と、休憩時間、診療時間(外来、入院)、その他の時間の合計の差が、 ± 30 分以内になるように調整を依頼した。

精神科医療機関の施設形態ごと(総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所) に結果を集計した。

C. 研究結果

1. 回答率

総合病院精神科 5 施設、単科精神科病院 11 施設、精神科診療所 17 施設に調査を依頼し、総合病院精神科 5 施設(回答率 100.0%)、精神科病院 10 施設(回答率 90.9%)、精神科診療所 11 施設(回答率 64.7%) から回答があり、計 78 名の精神科医の勤務状況に関する資料が得られたが、このうち 2 名は非常勤医師であったた

め除外し、76 名(総合病院精神科 18 名、精神科病院 48 名、精神科診療所 10 名) について検討した。

2. 勤務状況

1) 回答者の背景

回答者の性、年齢、経験年数を図 1 に示す。性別に関しては施設形態間に有意差はみられなかった。年齢に関しては、総合病院精神科の勤務医が他に比べて有意 ($p < 0.01$) に若く、また精神科経験年数も有意 ($p < 0.01$) に短かった。当該勤務施設での勤務年数をみると(図 2)、10 年以上勤務している医師が精神科診療所で 50.0% を占めており、精神科病院では 41.7%、総合病院精神科では 22.2% であった。

2) 週平均実労働時間数と年休

週平均実労働時間数を図 3 に示す。総合病院精神科では 60～79 時間が 44.4% で最も多く、次いで 40～59 時間が 38.9% となっていた。精神科病院では 40～59 時間が 60.4% で最も多く、精神科診療所でも 40～59 時間が 50.0% で最も多くなっていた。年休の状況(図 4) は各施設形態とも 4 週 8 休が最も多く、総合病院精神科で 72.2%、精神科病院では 58.3%、精神科診療所では 50.0% となっていた。

3) 通常の診療とその内容

休憩を含む精神科医の施設形態ごとの週平均在院時間を図 5 に示す。総合病院精神科では 3290.6 ± 981.0 分、精神科病院 2758.6 ± 579.9 分、精神科診療所 3266.9 ± 739.8 分であり、総合病院精神科、精神科診療所では精神科病院に比べて有意 ($p < 0.05$) に長くなっていた。

施設形態ごとの外来診療、入院診療、その他、休憩に要した時間を図 6 に示す。

週平均外来診察時間は総合病院精