

図 2: (左) 診療科別 睡眠薬の 3 ヶ月処方率の推移 (2005~2012 年、0~74 歳)  
 (右) 診療科別 睡眠薬の処方占有率 (2012 年、0~74 歳)

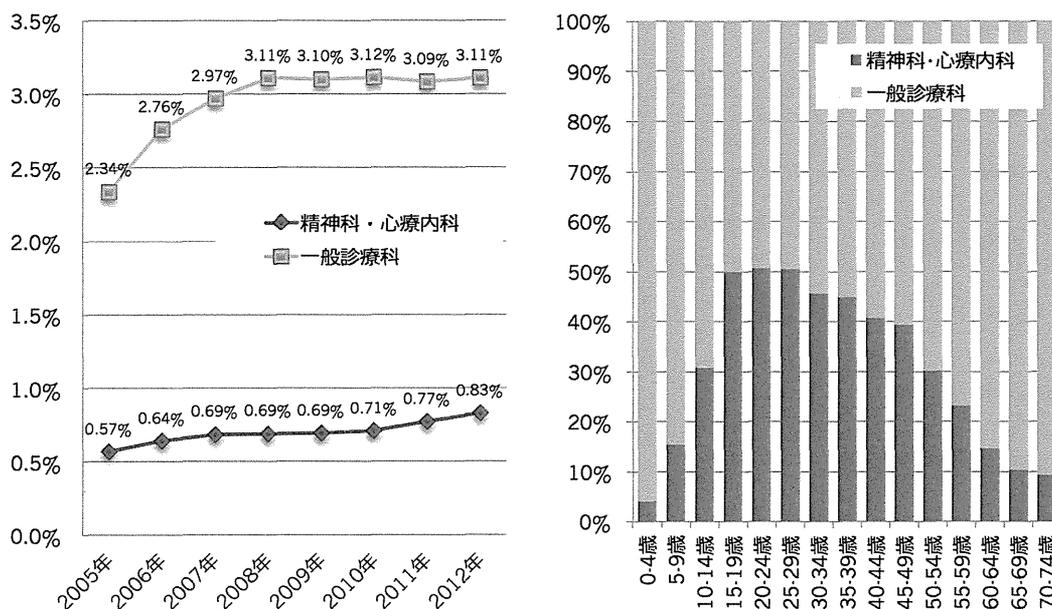


図 3: (左) 診療科別 抗不安薬の 3 ヶ月処方率の推移 (2005~2012 年、0~74 歳)  
 (右) 診療科別 抗不安薬の処方占有率 (2012 年、0~74 歳)

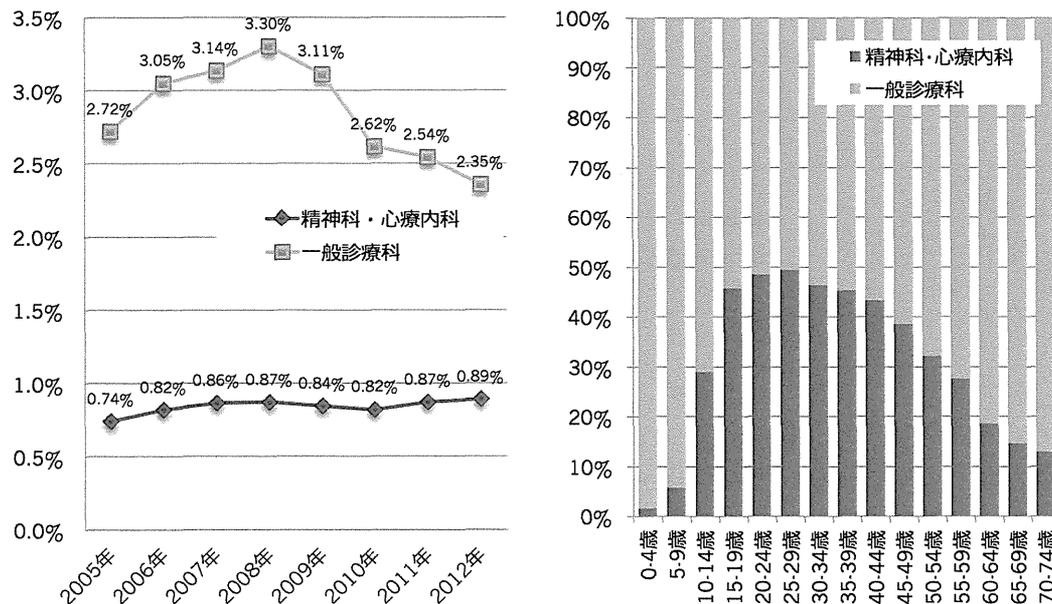


図4: (左) 診療科別 抗うつ薬の3ヶ月処方率の推移(2005~2012年、0~74歳)  
 (右) 診療科別 抗うつ薬の処方占有率(2012年、0~74歳)

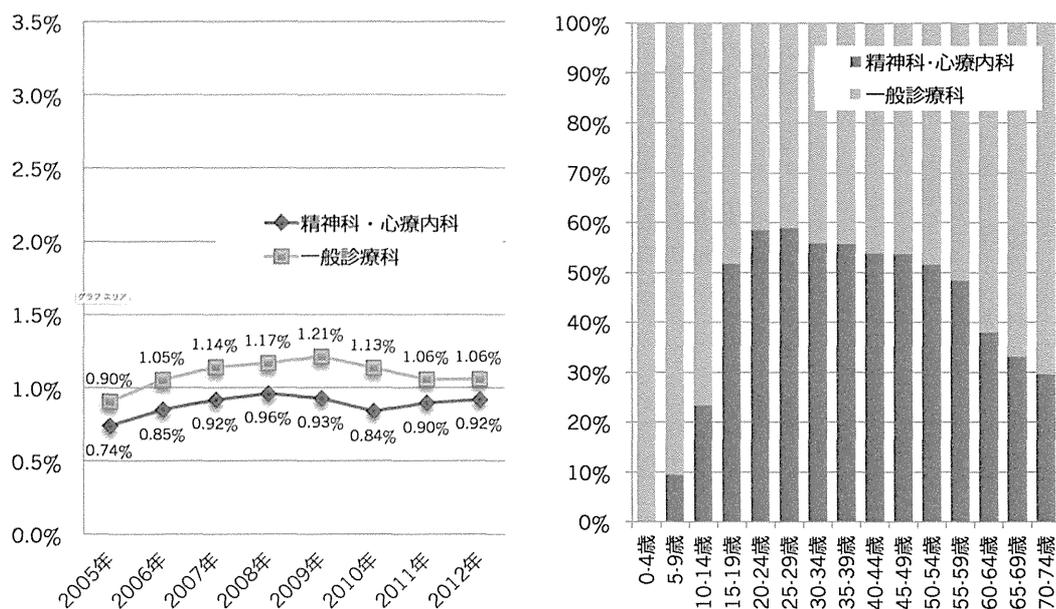


図5: (左) 診療科別 抗精神病薬の3ヶ月処方率の推移(2005~2012年、0~74歳)  
 (右) 診療科別 抗精神病薬の処方占有率(2012年、0~74歳)

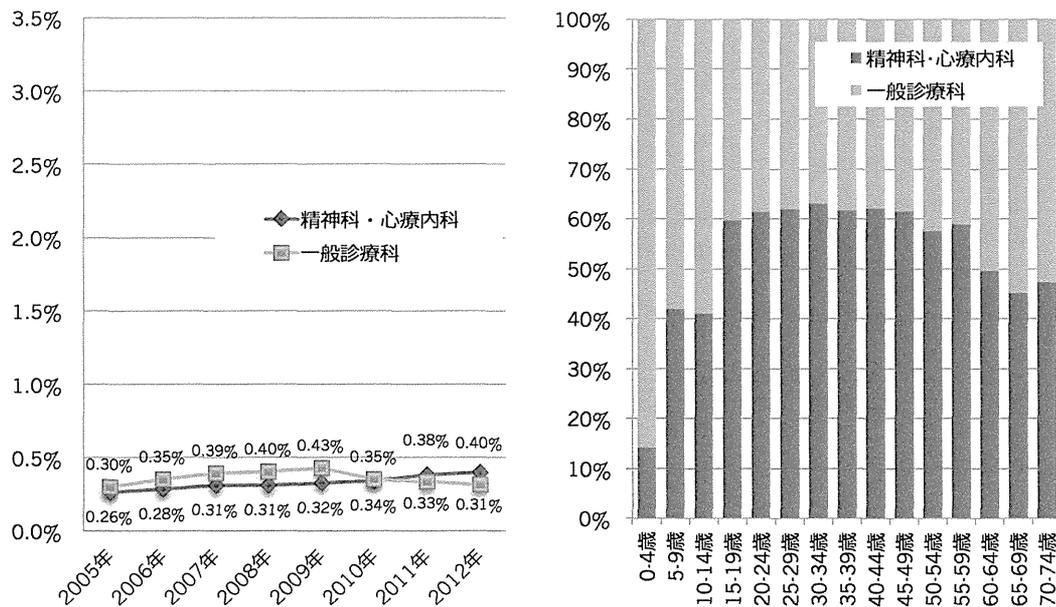


図 6: 睡眠薬の処方力価の推移(2005~2012 年、0~74 歳)

(左)全診療科 (右)診療科別

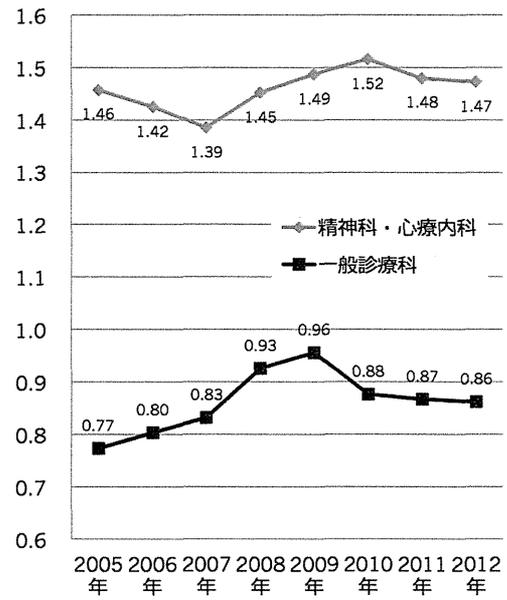
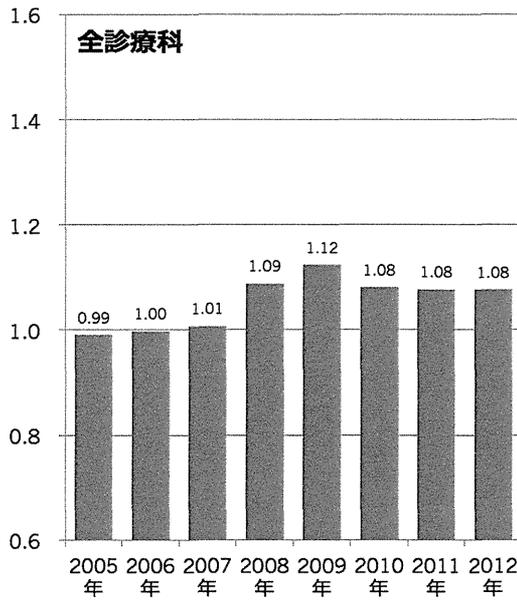


図 7: 抗不安薬の処方力価の推移(2005~2012 年、0~74 歳)

(左)全診療科 (右)診療科別

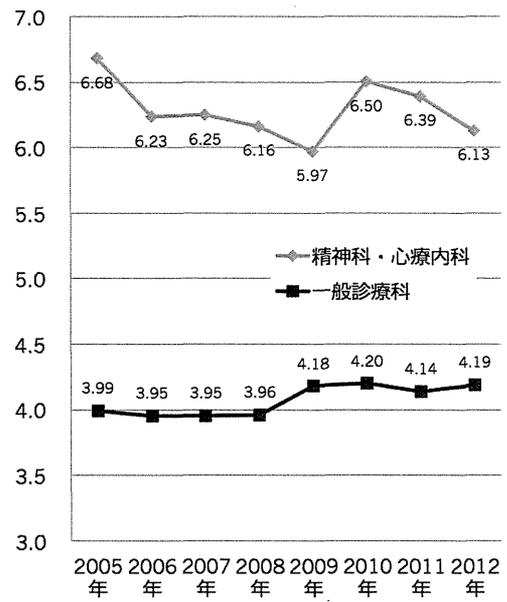
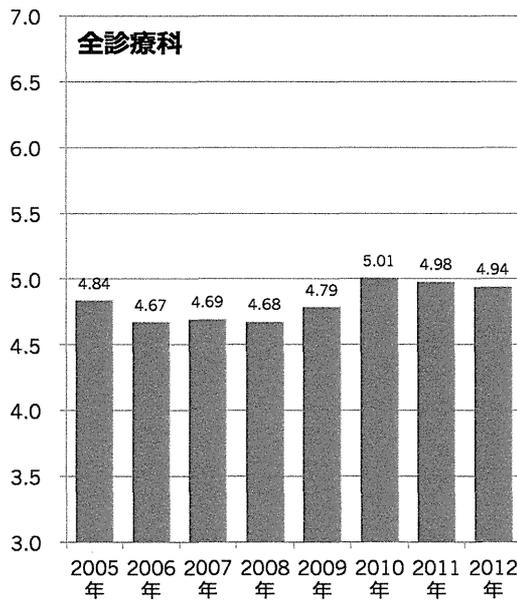


図 8: 抗うつ薬の処方力価の推移(2005～2012 年、0～74 歳)

(左) 全診療科 (右) 診療科別

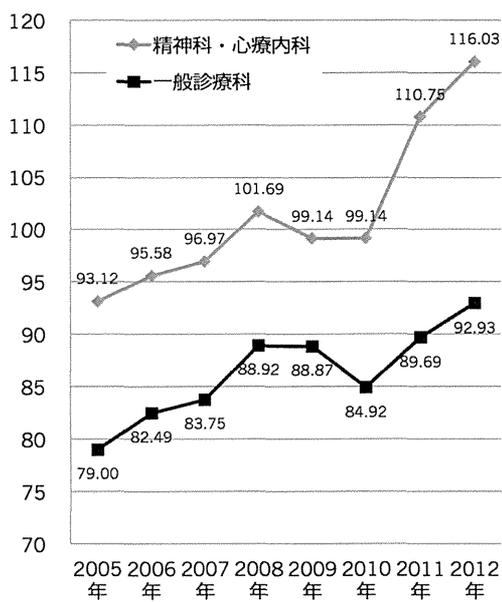
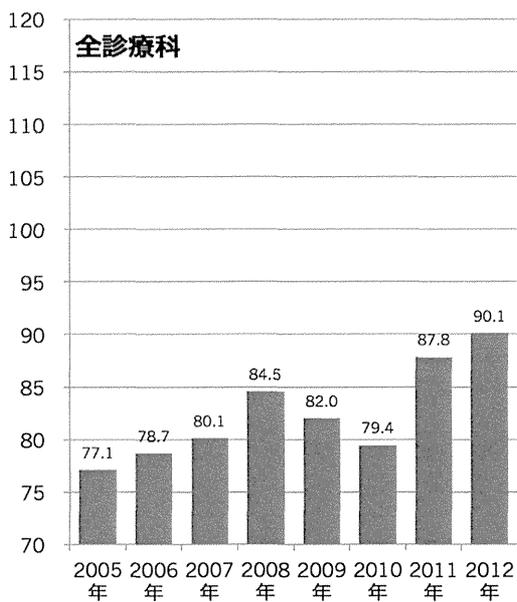


図 9: 抗精神病薬の処方力価の推移(2005～2012 年、0～74 歳)

(左) 全診療科 (右) 診療科別

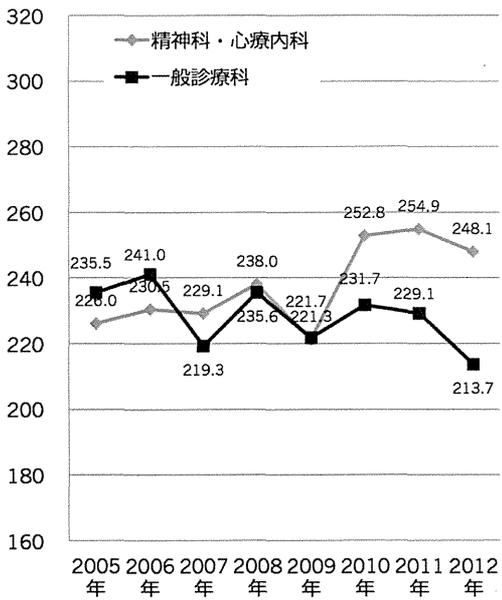
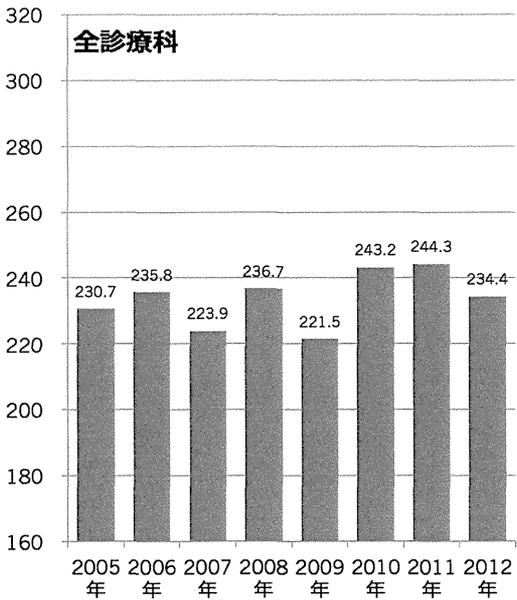


図 10: 睡眠薬の多剤併用率の推移 (2005～2012 年、0～74 歳)

(左) 精神科・心療内科 (右) 一般診療科

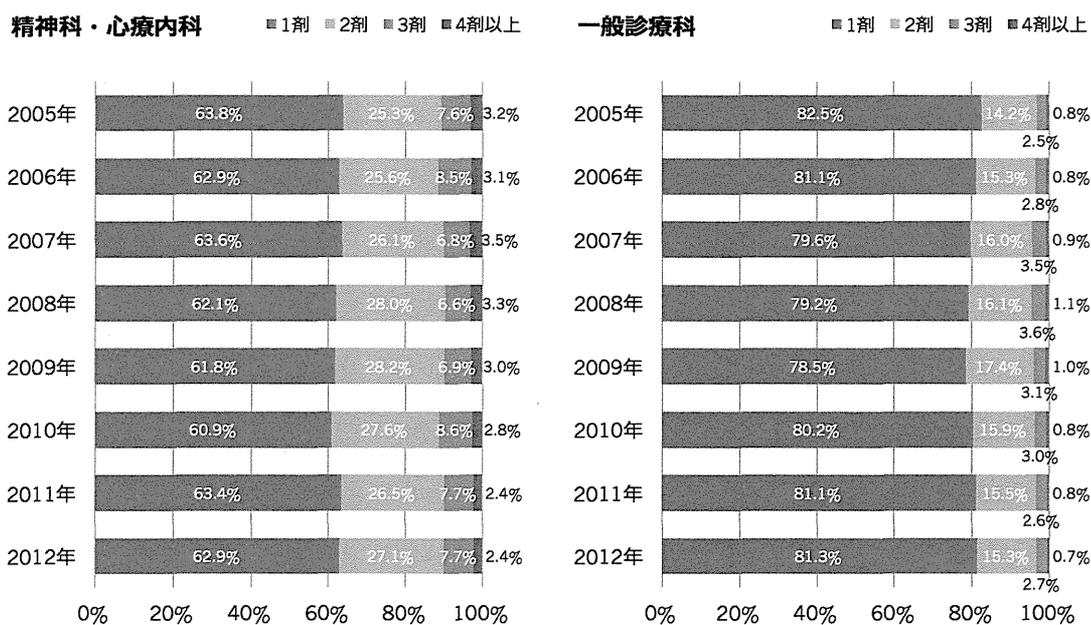


図 11: 抗不安薬の多剤併用率の推移 (2005～2012 年、0～74 歳)

(左) 精神科・心療内科 (右) 一般診療科

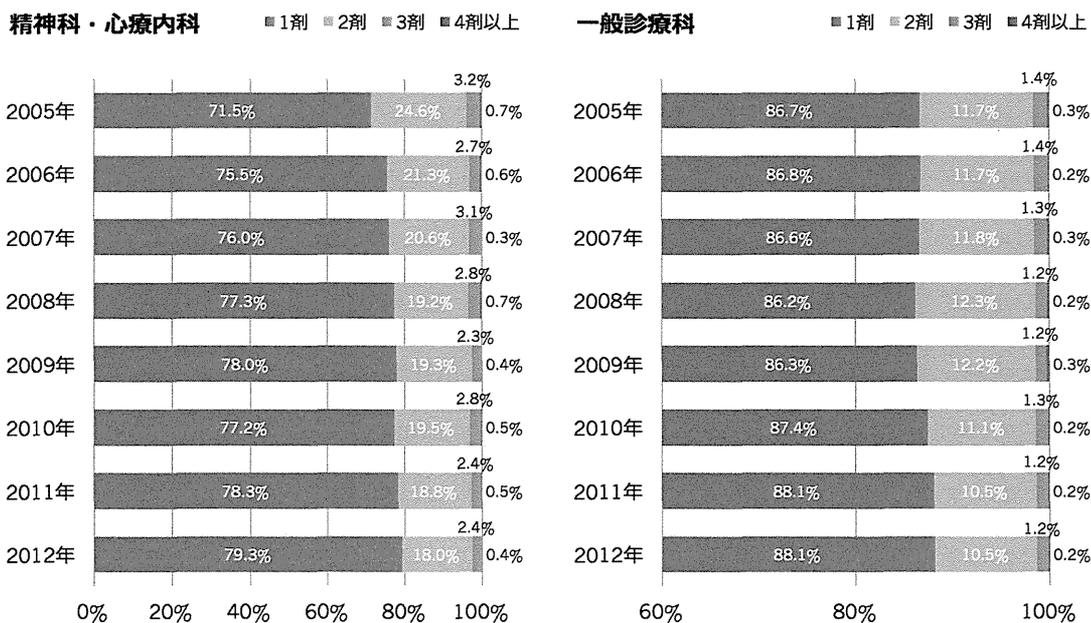


図 12: 抗うつ薬の多剤併用率の推移(2005～2012 年、0～74 歳)

(左)精神科・心療内科 (右)一般診療科

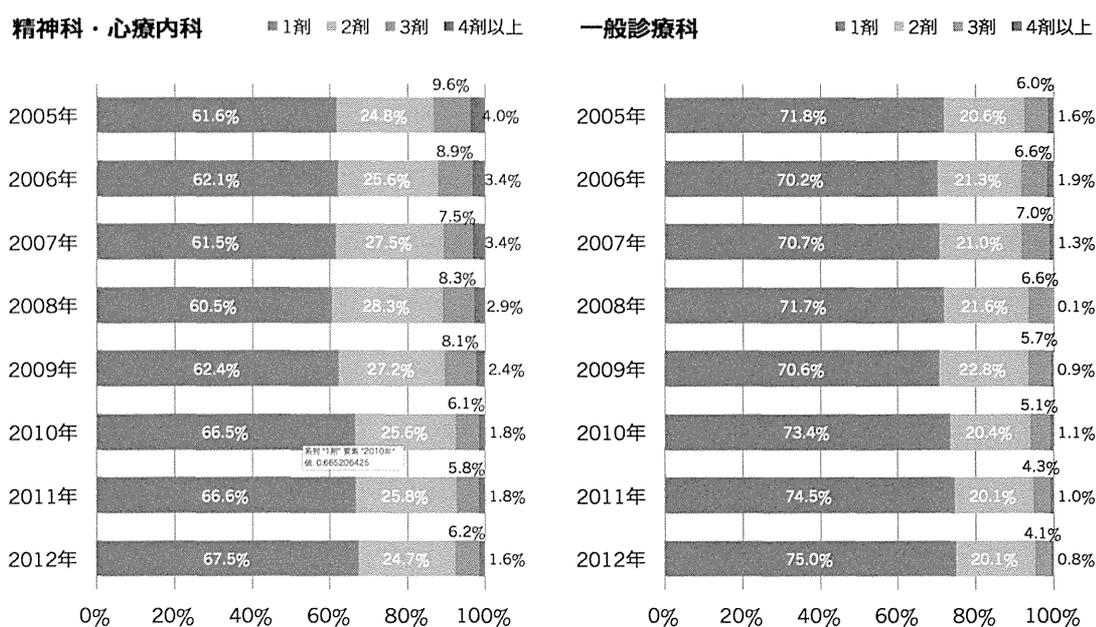


図 13: 抗精神病薬の多剤併用率の推移(2005～2012 年、0～74 歳)

(左)精神科・心療内科 (右)一般診療科

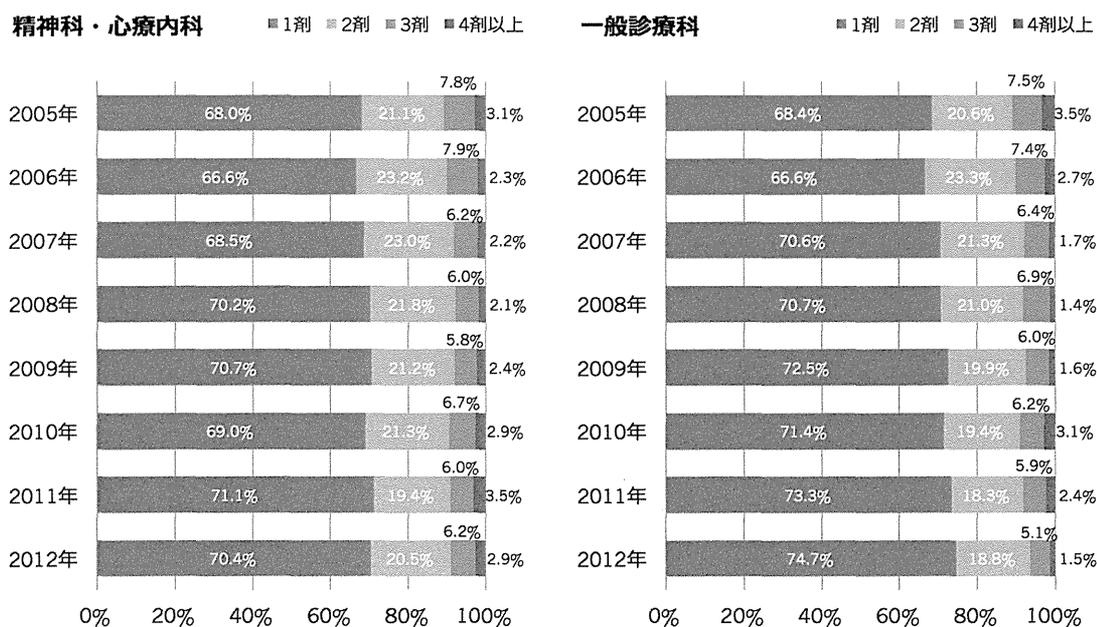


図 14: 平成 24 年度診療報酬改定前後の睡眠薬の多剤併用率の推移 (2005~2012 年、0~74 歳)

(左)精神科・心療内科 (右)一般診療科

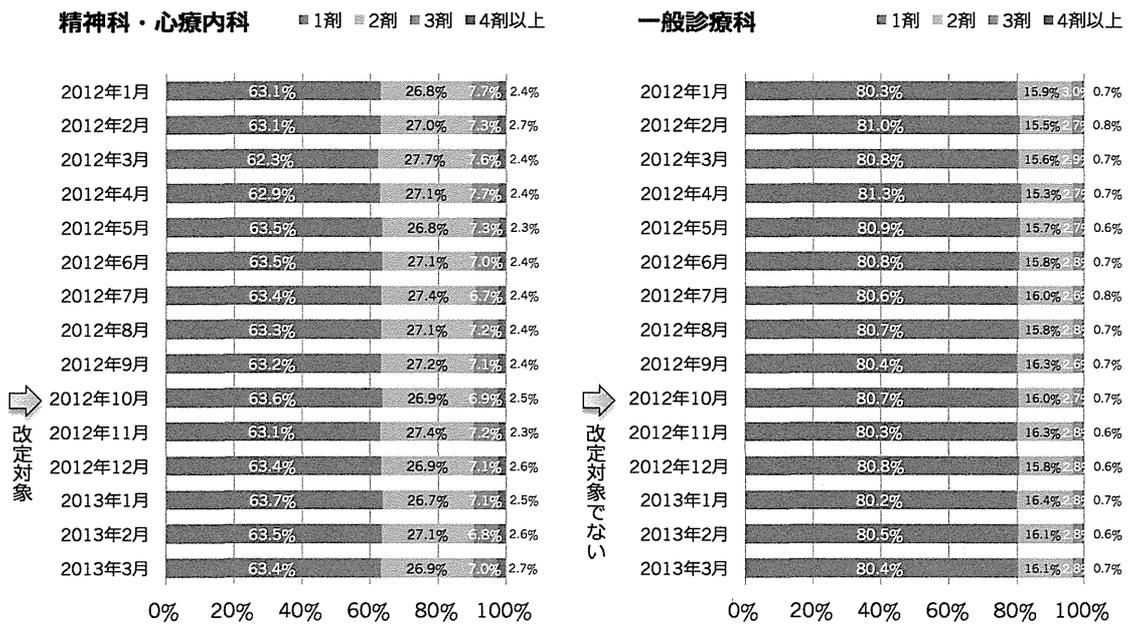


図 15: 平成 24 年度診療報酬改定前後の抗不安薬の多剤併用率の推移 (2005~2012 年、0~74 歳) (左)精神科・心療内科 (右)一般診療科

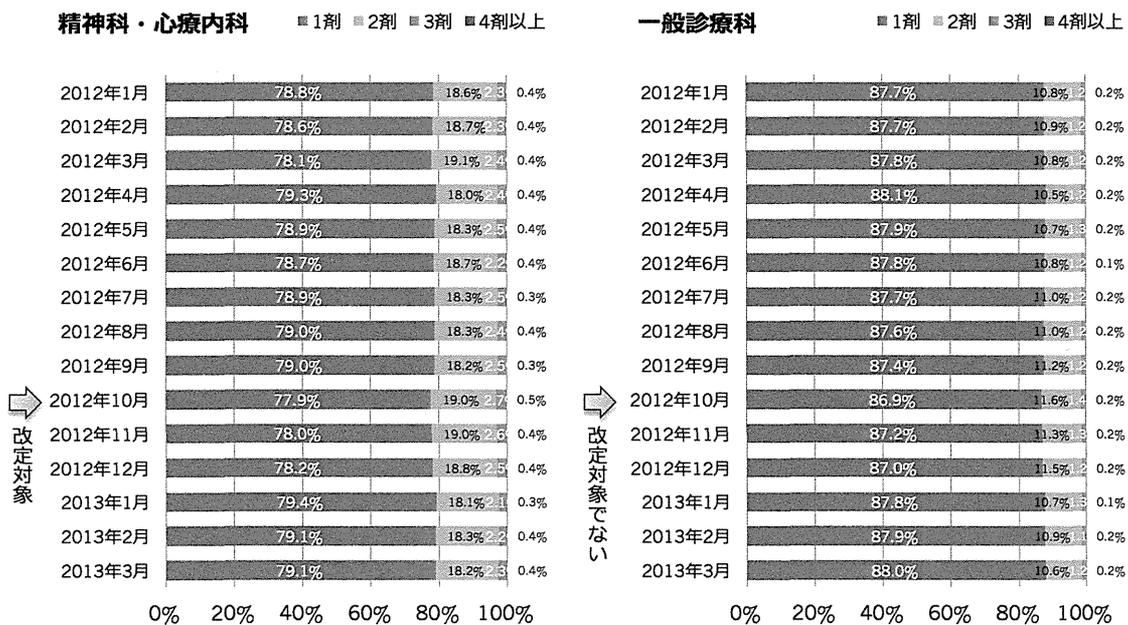


図 16:平成 24 年度診療報酬改定前後の抗うつ薬の多剤併用率の推移(2005～2012 年、0～74 歳) (左)精神科・心療内科 (右)一般診療科

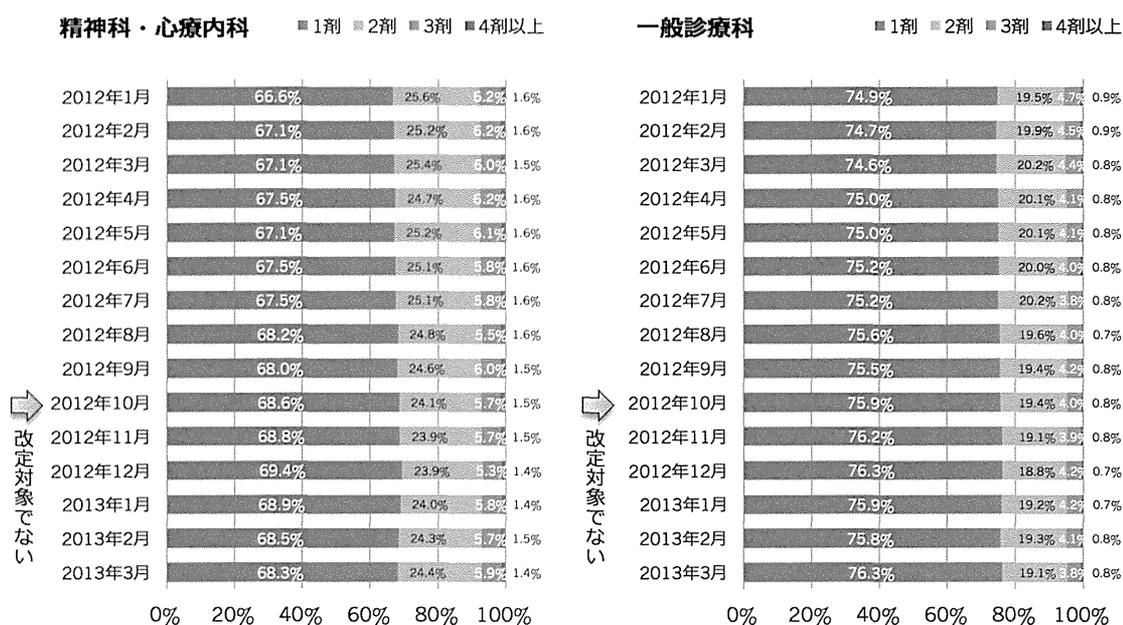


図 17:平成 24 年度診療報酬改定前後の抗精神病薬の多剤併用率の推移(2005～2012 年、0～74 歳) (左)精神科・心療内科 (右)一般診療科

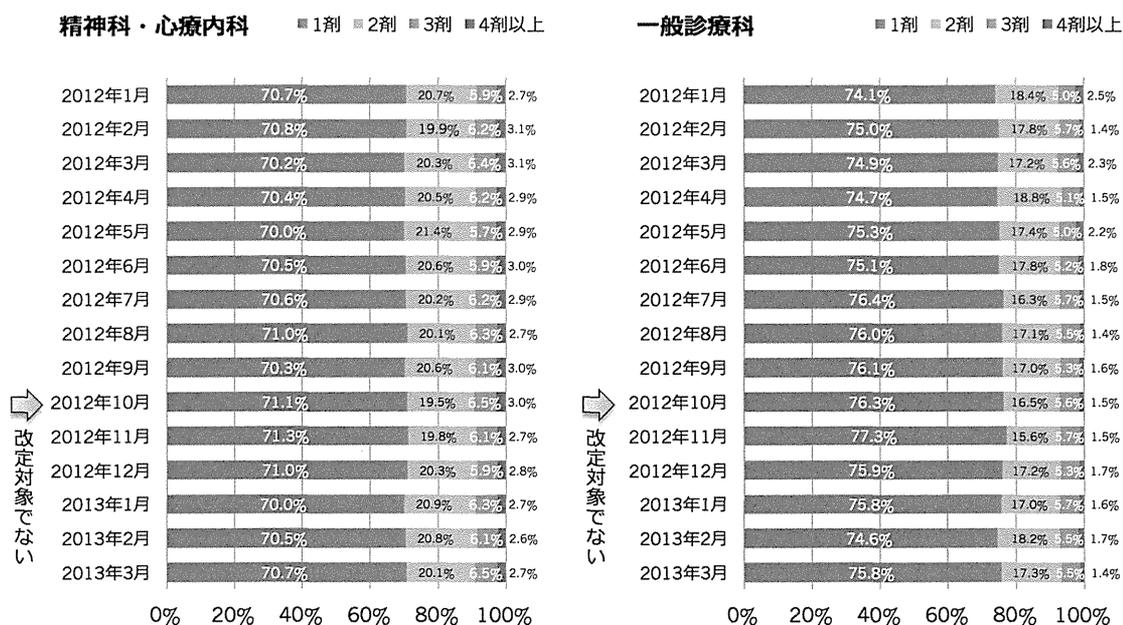


図 18:平成 24 年度診療報酬改定前後の向精神薬の 1 ヶ月処方率の推移 (2012 年 1 月～2013 年 3 月、0～74 歳) (左)睡眠薬・抗不安薬 (右)抗うつ薬・抗精神病薬

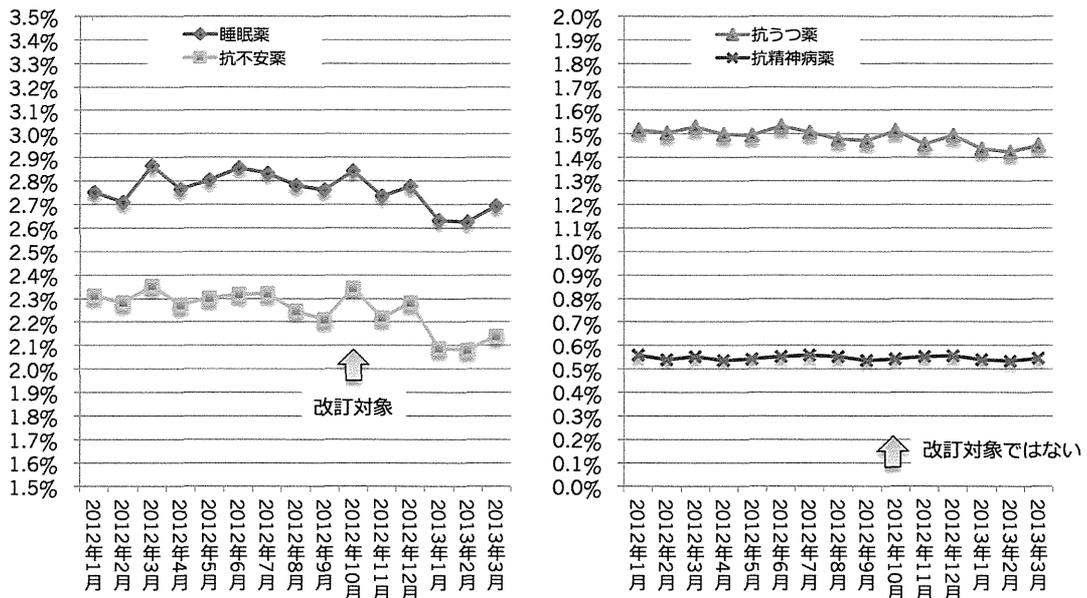


図 19:平成 24 年度診療報酬改定前後の診療科別の向精神薬処方力価の推移 (2012 年 1 月～2013 年 3 月、0～74 歳) (左)睡眠薬 (右)抗不安薬

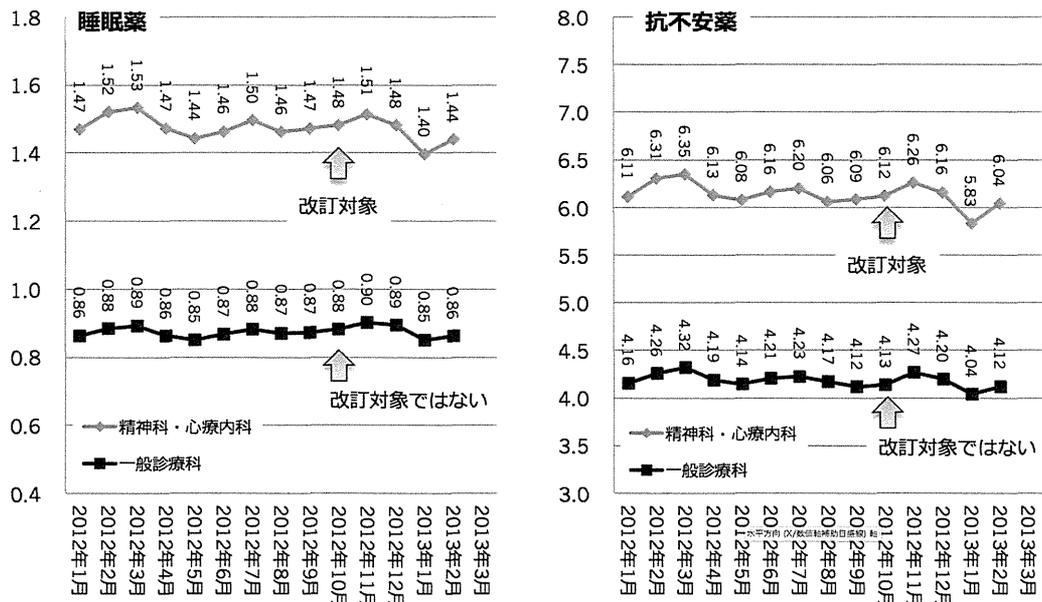
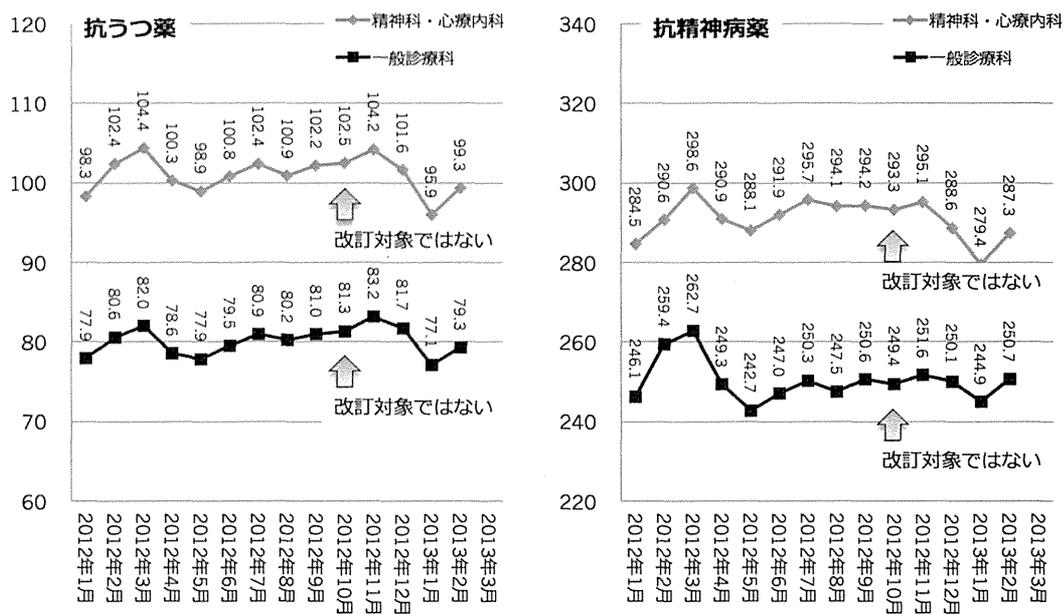


図 20:平成 24 年度診療報酬改定前後の診療科別の向精神薬処方力価の推移(2012 年 1 月～2013 年 3 月、0～74 歳) (左)抗うつ薬 (右)抗精神病薬



「精神科医のうつ病治療選択に関する日米比較:ケースビネット調査」

研究分担者:中川敦夫(慶應義塾大学医学部臨床リサーチセンター)

研究協力者:ウィリアムズ彩<sup>1</sup>、佐渡充洋<sup>2</sup>、小口芳世<sup>2</sup>、Felicia Smith<sup>3</sup>、David Mischoulon<sup>3</sup>、三村將<sup>2</sup>、佐藤裕史<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 慶應義塾大学医学部臨床リサーチセンター、<sup>2</sup> 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室、

<sup>3</sup> Massachusetts General Hospital, Department of Psychiatry

研究要旨

本研究では、うつ病の重症度の違いが、うつ病の治療戦略の選択(薬物療法、精神療法、傾聴・支持的療法など)の経過観察等)が異なるのかを検討すべく、日本とアメリカの精神科専修医(卒後12年目未満)を対象としたインターネットを用いた無記名アンケート調査(横断研究)を行った。アンケート調査では2つの仮想のうつ病患者症例(ケースビネット-1 軽症うつ、-2 反応性の中等症うつ)について治療選択を調べた。さらに、精神科薬の処方選択の際の情報源、各薬剤の副作用への態度を調べた。有効回答は、日本の医師から33例、アメリカの医師から32例であった。

本研究は、日本とアメリカそれぞれ1つの大学関連病院の小規模な予備的調査であることから、結果の解釈には十分な注意が必要であるものの、日本では1日あたり多くの外来患者を限られた時間の中で診療にあたらなければならないという、アメリカとの診療の実施体制に大きな違いが認められた。精神薬を選択する際に最も参考にする情報源として、診療ガイドラインが日本の医師では好まれた。一方、アメリカでは、治療ガイドラインよりも臨床意思決定支援サイトが多く活用されていた。日本の医師は、ベンゾジアゼピン系薬(抗不安薬・睡眠薬)ならびに非ベンゾジアゼピン系薬(睡眠薬)に対してアメリカの医師より寛容であるという結果が得られた。これは、日本の精神科医師と精神科を診療科としない医師において同様であった。一方、アメリカの医師はSSRIを含む抗うつ薬全般にわたり、その副作用により寛容であった。一方、患者が精神科薬に関する情報の入手先について、日本では、アメリカに比べ「インターネット」から情報入手が多いことが認められた。「インターネット」から入手される情報の信頼性がはっきりしないなかで、医師を対象に「Up To Date」などの臨床意思決定支援サイトが米国で整備されつつある一方、イギリスでは患者を対象に意思決定支援サイト「NHS Shared Decision Making(<http://sdm.rightcare.nhs.uk/>)」が登場しその整備が進んでいる。

A. 研究目的

この10年、わが国ではうつ病受診者数が4倍増加し、これに伴い抗うつ薬の処方件数も顕著に増加した。特に比較的忍容性の高い新規抗うつ薬であるSSRIの登場した1999年以降、その後の5年間でわが国の抗うつ薬処方件数は1.5倍まで増えた(Nakagawa et al., 2007)。抗うつ薬処方率はその後も微増しているものの、

抗うつ薬の処方率はアメリカに比べ日本は半分の水準にある(厚生労働省班研究調査, 2010)。その一方同調査で、わが国ではうつ病に対して抗不安薬・睡眠薬等のベンゾジアゼピン系薬の処方率は高いという特徴も報告されている。また、2008-2011年の診療報酬保険データベースを用いた調査によれば、うつ病に対する精神科薬物療法は、6か月以内に治療を中止する者が

68%にも上ることが報告されている(Furukawa, et al., 2013)。

うつ病治療ガイドラインでは、抗うつ薬処方では6か月以上継続すること、抗不安薬は短期間で減量中止することが、推奨されているものの、Furukawaらの疫学データが示唆するように、実臨床では短期間で治療が中止される症例や抗不安薬が長期にわたり継続されてしまう症例も少なくない。そこで、今回、うつ病の重症度によって、精神科医のうつ病の治療戦略の選択が異なるのかを検討すべく、日米で仮想症例(ケースビネット)を用いたアンケート調査を実施し、比較検討することとした。

本研究では、うつ病の重症度によって、うつ病治療法の選択(薬物療法、精神療法、傾聴・支持的な精神療法などでの経過観察等)が異なるのかを検討すべく、日本とアメリカの精神科専修医を対象とした比較調査を実施した。

## B. 研究方法

本研究のデザインは、個人を識別する情報を含まないインターネットを用いた無記名アンケート調査(横断研究)である。

対象者は、東京にあるA大学病院精神・神経科の後期臨床研修プログラムならびにアメリカのボストンにあるB大学関連医療機関であるC総合病院のAdult Psychiatry Residency Programで研修をうけている精神科医である。対象者の組み入れ基準としては、調査時点においてA大学医学部精神・神経科の後期臨床研修プログラムに参加している専修医、または、A大学医学部精神・神経科の後期臨床研修プログラムを修了して6年未満の医師(卒後12年未満)、ならびに調査時点においてC総合病院のAdult Psychiatry Residency Programに参加している専修医、または同Adult Psychiatry Residency Programを修了して6年未満の医師とした。なお、A大学病院ならびにC総合病院の日米の2つのプログラムは、大都市に所在すること、うつ病を含む様々な精神疾患患者の診療並びに研究にあたっている大学関連病院で

実施されているという共通点を有する。なお、日米の精神科医の比較対照として、2つの大学病院、8つの総合病院で新医師臨床研修制度(平成16年以降卒)の精神科初期研修を受けた精神科以外の診療科を専門とする医師218名も調査した。

アンケート調査では2つの仮想のうつ病患者症例(ケースビネット-1 軽症うつ、-2 反応性の中等症うつ)について、医師の治療選択を調べた。また、精神科薬の処方選択の際の情報源、各薬剤の副作用への態度についても調べた。統計解析は、単回帰分析では連続変数の場合はt-test、カテゴリー変数の場合は $\chi^2$  testを用いた。

## C. 研究結果

### 回答者の属性

回答は、日本のA大学医学部精神・神経科の後期臨床研修プログラム参加医師から41名得られ、このうち33例が有効回答であった。アメリカのC総合病院Adult Psychiatry Residency Programからは34名の回答が得られ、このうち32例が有効回答であった。

有効回答者における、日本の医師(n=33)の平均年齢は34.2(SD 5.4)歳で、男性は30例(91%)であった。一方、アメリカの医師(n=32)の平均年齢は32.6(SD 4.9)歳で、男性が16例(50%)であった。日米の医師ともに、これまでの臨床研修場所としては、病院(入院、外来)、精神科救急、デイケア、往診、地域精神保健と同様であった。

### 外来の1日患者数ならびに診察時間

外来での1日平均患者数は、日本の医師は、アメリカの医師よりも約8倍多かった(日本 vs アメリカ: 32.7 (SD 12.2) vs 4.4 (SD 2.5),  $t=-12.01$ ,  $df=63$ ,  $p<0.001$ )。また、外来患者の一人あたりの診察時間は、日本は、アメリカの約1/4であった(日本 vs アメリカ: 8.3 (SD 2.7) vs 36.1 (SD 13.6),  $t=12.19$ ,  $df=63$ ,  $p<0.001$ )。

## 精神薬を選択する際に医師が参考にする情報源 (図1)

精神薬を選択する際に最も参考にする情報源について、日本の医師の上位 4 つは、「論文・学術雑誌」(47.1%, n=16)、「治療ガイドライン」(APA, NICE, Maudsley 処方ガイドライン、日本うつ病学会ガイドライン; 38.2%, n=13)、「自身の処方経験」(38.2%, n=13)、「上級医からのスーパービジョン」(32.4%, n=11)であった。一方、アメリカの医師の上位 4 つは、「上級医からのスーパービジョン」(72.7%, n=24)、「論文・学術雑誌」(33.3%, n=11)、「PDR(医師用添付文書集; 例-いわゆる『今日の治療薬』)」(33.3%, n=11)、「自身の処方経験」(30.3%, n=10)であった。

アメリカの医師では日本の医師に比べ、「上級医からのスーパービジョン」を精神薬選択する際に最も参考にする情報源として多く選択されたのに対して( $\chi^2=10.94$ ,  $p=0.0009$ )、日本では、アメリカの医師よりも治療ガイドラインを選択する医師が多く認められた( $\chi^2=4.54$ ,  $p=0.03$ )。一方、オンライン情報に関して、日米での差が認められ、アメリカの医師では日本の医師に比べ、「オンラインサイトからの情報」を多く参考に行っていることが認められた( $\chi^2=4.16$ ,  $p=0.04$ )。このオンラインサイトとして「Up To Date (<http://www.uptodate.com>)」が挙げられた。

## 医師が考える患者の精神科治療薬に関する情報の入手先(図 2)

患者が精神科薬に関する情報の入手先について、日米ともに「インターネット」と「テレビ、新聞、雑誌、ラジオなどのマスメディア」が多く挙げられた。日本では、アメリカに比べ「インターネット」からの情報入手が多いことが認められた( $\chi^2=6.66$ ,  $p=0.00986$ )。

## 医師の精神科薬物療法への態度 (図 3)

各精神科薬についてどの程度、副作用を気にするかについて 7 件法でその態度を調査し

たところ、日本の医師の方が、アメリカの医師よりも抗うつ薬全般にわたって、副作用をより気にするという回答が得られた。これに対して、ベンゾジアゼピン系薬(抗不安薬・睡眠薬)ならびに非ベンゾジアゼピン系薬(睡眠薬)に対しては、アメリカの医師の方が、日本の医師よりも、副作用をより気にするという回答が得られた。なお、精神科を診療科としない日本人医師と比較すると、日本の精神科医と各精神科薬の副作用に関する態度について同水準の回答が得られた。

## ケースビネット

### ① : 軽症うつ症例への対応

#### [ケースビネット-1]

I さん(24 才、女性)は「ストレスが強く、疲れた」と訴え受診しました。法律事務所でアシスタントとして働いていますが、最近では長時間職場に居ることもあり、簡単な事務的なミスをよくしてしまい同僚に悪いとしばしば感じています。来月開催される大きな会議で間違いをしてしまうのではないかと最近不眠もあり、緊張が続いています。しかし仕事から離れる週末には幾分か楽になって、友人と会うこともできたりします。

## 症例-1 への治療選択

この症例-1 にまず開始すべき治療選択(択一)の問いに対して、日本の医師は、「傾聴、支持的療法などの慎重な経過観察(watchful waiting)」が最も多く選択され、これはアメリカの医師よりも多かった(61.8%(n=21) vs 6.1%(n=2);  $\chi^2=23.0$ ,  $p<0.001$ )。これに対して、アメリカの医師は「特異的な精神療法(CBT, IPT, 力動的療法など)」が最も多く選択され、これは日本の医師よりも多かった(5.9%(n=2) vs 84.8%(n=28);  $\chi^2=42.2$ ,  $p<0.001$ )。日本の医師において「精神科薬物療法」の選択が 2 番目に多く、これはアメリカの医師よりも多かった(32.4%(n=11) vs 6.1%(n=2);  $\chi^2=7.4$ ,  $p=0.007$ )。

もしこの症例に精神科薬物療法を開始する場合、この患者にとって最も妥当な治療の選択は

どれかの問いに対しては、日本の医師は抗不安薬・睡眠薬 – ベンゾジアゼピン系薬のみが最も多く選択されたのに対して(79.4%, n=27)、アメリカの医師は抗うつ薬 – SSRIのみが最も多く選択された(69.7%, n=23)。

## ② : 反応性の中等症うつ症例への対応

### [ケースビネット-2]

Tさん(24才、男性)は2ヶ月前に失職しました。新しい仕事を探していますが、いまだ見つかりません。妻は、生後6ヶ月の赤ちゃんの養育に関する今後のことや経済についてとても心配しています。家族との会話は少なくなり、家庭では空気が張りつめています。このことを友達や両親に相談することはできていません。田中さんは今後の展望が描けないこの現状に対して絶望感が強く、妻と娘に対して最近ますます申し訳ないと思っており自責感も強く認めます。「眠ったまま眼が覚めなければよいのに」と淡い自殺念慮を時々認めておりますが、具体的な実行計画まではありません。

### 症例-2への治療選択

この症例-2にまず開始すべき治療選択(択一)の問いに対して、日本の医師は、「精神科薬物療法」が最も多く選択され、これはアメリカの医師と変わらなかった(50.1%(n=17) vs 42.4%(n=14);  $\chi^2=0.39$ ,  $p=0.53$ )。日本の医師において2番目に多い選択は、「傾聴、支持的精神療法などの慎重な経過観察(watchful waiting)」であったが、これはアメリカの医師はより多く選択された(47.1% (n=16) vs 18.2% (n=6);  $\chi^2=6.3$ ,  $p=0.01$ )。アメリカの医師において2番目に多い選択は、「特異的な精神療法 (CBT、IPT、力動的療法など)」で、これは日本の医師より多かった(日本 vs アメリカ: 0.0%(n=0) vs 30.3% (n=10);  $\chi^2=12.1$ ,  $p=0.0005$ )。

もしこの症例に精神科薬物療法を開始する場合、この患者にとって最も妥当な治療の選択はどれかの問いに対しては、日本の医師は抗うつ

薬 – SSRI (35.3%, n=12)と抗不安薬・睡眠薬 – ベンゾジアゼピン系薬 (41.2%, n=14)が多く選択されたに対して、アメリカの医師は抗うつ薬 – SSRI が選択され (100%, n=33)、抗不安薬・睡眠薬 – ベンゾジアゼピン系薬の選択はなかった。

上記で選択した薬剤を4週間治療用量で投与しても症状が改善しない場合、次のステップの治療選択(択一)に対して、日米の医師は、ともに主剤の増量を行うという選択が最も多かったが、日米でその差はなかった(日本 vs アメリカ: 41.2% (n=14) vs 63.6% (n=21);  $\chi^2=2.88$ ,  $p=0.08$ )。一方、日本の医師においては、2番目に多い選択は、選択した主剤の精神科薬に他の精神科薬を併用する(augmentation)が多く、これはアメリカの医師よりも多かった(日本 vs アメリカ: 29.4% (n=10) vs 3.0% (n=1);  $\chi^2=8.19$ ,  $p=0.004$ )。

## D. 考察

本研究は、日本とアメリカそれぞれ1つの大学関連病院での小規模の調査であるということから、本研究結果の解釈には十分な注意が必要である。また、情報が限られた仮想事例を交えたアンケートを利用した横断研究のため、実際の臨床現場での医師の処方行動と異なることも十分考えられる。このような、いくつかの限界があることから、日本とアメリカの精神科医において一般化できることはできない限界を有するものの、本研究からは、興味深い結果が示された。

まず、日本の医師はアメリカの医師よりも、1日平均外来の患者数は8倍多く、その診療時間は1/4程度であった。すなわち、日本では多くの外来患者を限られた時間の中で診療にあたらなければならない、日米の診療の実施体制に大きな違いがあることが示された。

次に精神薬を選択する際に最も参考にする情報源では、「上級医からのスーパービジョン」をアメリカの医師で多く選択されていた。一方、ガイドラインを選択する医師が日本では、アメ

カの医師よりも多く認められ、日本の医師においてはガイドラインの位置づけが高いという点は留意すべきであろう。日本のような多忙な診療場面では、エビデンスをもとに治療指針が比較的明快に示されている診療ガイドラインがより好まれる可能性がある。

アメリカでは、治療ガイドラインよりも臨床意思決定支援サイトの「Up To Date (<http://www.uptodate.com>)」が多く活用されていたことに注目すべきである。この「Up To Date」は Wolters Kluwer Health 社が提供する、最新のエビデンスに基づき適宜更新される臨床意思決定支援サイトであり、アメリカの約 90% の大学病院では活用されているという。「Up To Date」の各診療ガイドは査読を受けており、作成にあたって製薬会社、医療器具メーカーまたはその他の商業組織からの資金提供を受けていない。こうした、いわばエビデンスの更新が頻回になされる電子版の診療ガイドラインがアメリカでは活用されていることが示された。一方、患者が精神科薬に関する情報の入手先について、日本では、アメリカに比べ「インターネット」から情報入手が多いことが認められた。「インターネット」から入手される情報の信頼性がはっきりしないなかで、医師を対象に「Up To Date」などの臨床意思決定支援サイトが米国で整備されつつある一方、イギリスでは患者を対象に意思決定支援サイト「NHS Shared Decision Making (<http://sdm.rightcare.nhs.uk/>)」が登場しその整備が進んでいる。

各精神科薬の副作用に関する態度に関して、本研究対象のアメリカの医師は SSRI を含む抗うつ薬全般にわたりその副作用により寛容であることに対して、日本の医師は、ベンゾジアゼピン系薬(抗不安薬・睡眠薬)ならびに非ベンゾジアゼピン系薬(睡眠薬)に対してより寛容であるという結果が得られた。本研究結果の解釈には十分な注意が必要であるものの、わが国では、臨床現場でのベンゾジアゼピン系薬(抗不安薬・睡眠薬)ならびに非ベンゾジアゼピン系薬(睡眠薬)その即効性からその位置づけは高いものと考えられる。これは、ケースビネットの「反応性の中等症うつ」症例に対して、薬物療法の

first line として、日本の医師は、SSRI とベンゾジアゼピン系薬の併用療法の選択が多かったのに対して、アメリカの医師は、SSRI などの抗うつ薬のみでの療法が多いという結果とも一致する。なお、本研究結果において、前薬の薬物療法が 4 週間を経ても奏功しなかった場合の治療戦略として、前薬(主剤)に他の精神科薬を併用(augmentation)する戦略が日本の医師で好まれる傾向は留意すべきである。限られた時間の中で診療にあたらなければならない日本の医師においては、併用(augmentation)の方が、前薬の部分反応の利用できるという点で変薬(switch)より好まれる可能性が考えられる。さらに、興味深いのは、日本の精神科医師と精神科を診療科としない医師では、各精神科薬の副作用に関する態度は同様であったことである。精神科に関する専門的な研修の有無によって精神科薬の副作用に関する態度が変わると予測していたが、本結果は異なった。精神科薬の副作用に関する態度は、専門教育での精神科医師と精神科を診療科としない医師での違いよりも、国での違いの方が大きかったことを本結果は示唆している。

ケースビネットの「軽症うつ」症例ならびに「反応性の中等症うつ」症例の初期治療として日本の医師は、「傾聴、支持的精神療法などの慎重な経過観察(watchful waiting)」が選択されるに対して、アメリカの医師は「特異的な精神療法(CBT、IPT、力動的療法など)」が選択された。これは、アメリカでは精神療法へのアクセスが日本よりも容易のため、この選択が上位にあがってくると考えられるが、日本では精神療法へのアクセスが容易でないために、精神科医によるフォローが行われる現状から、「傾聴、支持的精神療法などの慎重な経過観察(watchful waiting)」が多く選択されたと考えられる。本データが示すように、日本の医師はアメリカの医師よりも、1 日平均外来の患者数は 8 倍多く、その診療時間は 1/4 程度と短い中で診療をおこなっている現状を鑑みると、treatment modality のより一層の充実の観点からも精神療法へのアクセス向上は今後検討すべき課題であろう。

## E. 結論

本研究は、日本とアメリカそれぞれ 1 つの大学関連病院での小規模の調査であるということから、本研究結果の解釈には十分な注意が必要であるが、日本では 1 日あたり多くの外来患者を限られた時間の中で診療にあたらなければならないという、日米の診療実施体制に大きな違いがあった。このような背景のもと、精神薬を選択する際に最も参考にする情報源として、エビデンスをもとに比較的治療指針が明快に示されている診療ガイドラインは、情報を短時間で入手しやすく日本で好まれていることが示された。その一方で、アメリカやイギリスでは意思決定支援サイトが整備されつつあり、それが医師や患者自身の意思決定の判断材料となっている動向がある。

ケースビネットの「反応性の中等症うつ」症例に対しての治療選択として、日本の医師は、SSRI とベンゾジアゼピン系薬の併用療法の選択が多く、また日本の医師は、ベンゾジアゼピン系薬(抗不安薬・睡眠薬)ならびに非ベンゾジアゼピン系薬(睡眠薬)に対してより寛容であるという結果が得られた。一方、アメリカの医師は SSRI を含む抗うつ薬全般にわたって、その副作用により寛容であった。そして、「軽症うつ」症例に対して日本では精神療法へのアクセスが容易でないためか、精神科医による「傾聴、支持的な精神療法などの慎重な経過観察(watchful waiting)」が「特異的な精神療法 (CBT、IPT、力動的な精神療法など)」より多く選択された。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- Nakagawa A, Williams A, Sado M, Oguchi Y, Mischoulon D, Smith F, Mimura M, Sato Y: Comparison of treatment selections by Japanese and American psychiatrists for major depressive disorder: A case vignette study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Jan in press.

### 2. 学会発表

- 中川敦夫: 向精神薬開発における「死の谷」問題の克服にむけて: 臨床現場での課題とその取り組み, 第 24 回日本臨床精神神経薬理学会・第 44 回日本神経精神薬理学会合同年会, 名古屋, 2014 年 11 月 22 日
- 中川敦夫: 精神科薬物療法と薬物性肝障害: 臨床での注意点を中心に, 第 11 回日本うつ病学会総会ワークショップ, 広島, 2014 年 7 月 18 日
- 中川敦夫, 佐渡充洋, 小口芳世: 精神科研修医のうつ病治療選択に関する日米比較: ケースビネット調査, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日
- 中川敦夫: 向精神薬の重篤な副作用の早期発見と対処法を学ぶワークショップ(薬事委員会), 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 27 日

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず

図1 精神薬を選択する際に医師が参考にする情報源

(医師) 普段の診療で精神薬処方を選択する際に参考に使っている情報源はどれですか？

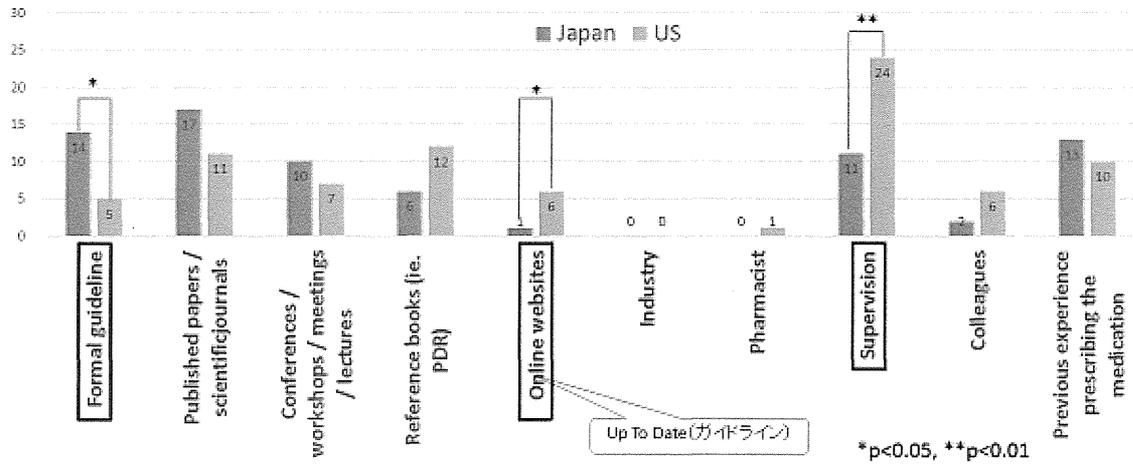


図2 医師が考える患者の精神科治療薬に関する情報の入手先

患者さんはどこから精神科薬に関する情報を最も入手していると先生はお考えですか？

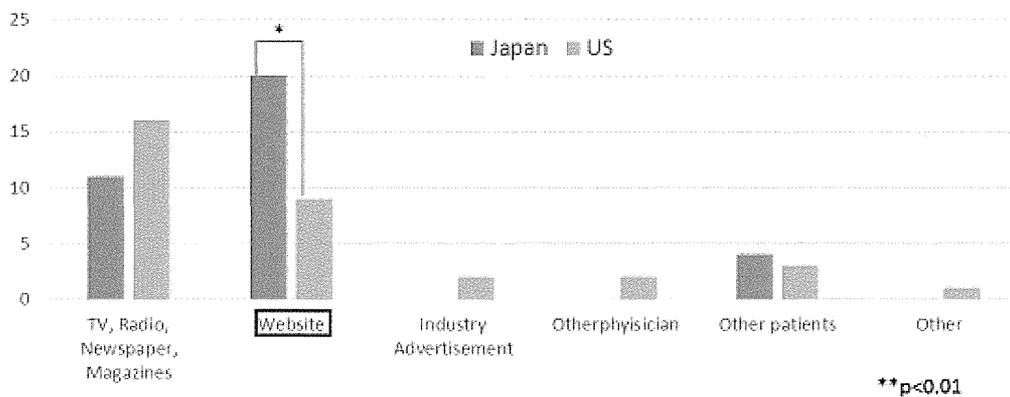
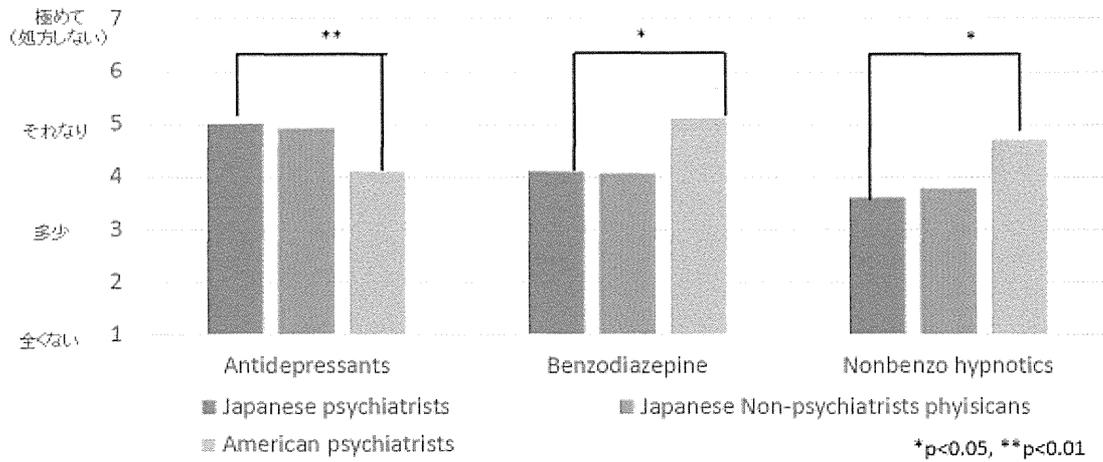


図3 精神科薬物療法への態度

以下の精神科薬を処方する場合、その薬の副作用はどの程度気になりますか？

(1 = not at all concerned, 7 = extremely concerned)

## 精神科薬を処方する際、その薬の副作用はどの程度気になりますか？



向精神薬の処方実態に関する研究：病院コホート調査  
20歳未満の精神科病院受診者処方実態調査

研究分担者 稲垣 中（青山学院大学国際政治経済学部・教授）  
（青山学院大学保健管理センター・副所長）

要旨

目的：2か所の国立精神科病院で治療中の20歳未満の患者の向精神薬処方実態を調査する

対象患者：対象施設において2013年12月1日の時点で何らかの向精神薬が処方されていた20歳未満の患者

方法：対象施設の薬剤部に保管されていた薬歴データより、対象患者の性別、年齢、2013年12月1日の時点で処方されていた経口薬剤の種類と用法・用量について調査した。

結果：調査日の時点で何らかの向精神薬が処方されていた443名のうち、抗精神病薬が293名に、抗うつ薬が80名に、ADHD治療薬が113名に、抗不安薬・睡眠薬が127名に処方されていた。新規抗精神病薬の中ではaripiprazole（183名）、risperidone（137名）、quetiapine（78名）などが、新規抗うつ薬の中ではfluvoxamine（35名）、sertraline（21名）の処方頻度が高く、ADHD治療薬である延長放出型methylphenidateは87名、atmoxetineが43名で使用されていた。抗精神病薬の単剤投与率は77.1%、抗うつ薬の単剤投与率は95.0%、ADHD治療薬の単剤投与率は84.9%であり、抗精神病薬のCPZ換算の平均投与量（中央値）は $234 \pm 235$ mg/日（150mg/日）であった。抗うつ薬と抗精神病薬、あるいは抗うつ薬と気分安定薬の併用は抗うつ薬服用者のそれぞれ60.0%、23.8%で行われており、ADHD治療薬と抗精神病薬、あるいは気分安定薬との併用はそれぞれADHD治療薬服用者の45.1%、27.4%で行われていた。ベンゾジアゼピン（いわゆるZ-drug含む）、あるいはバルビツレートは88名で投与されており、DZP換算平均投与量は9.3mg/日（5mg/日）であった。Ramelteonは47名で使用されていた。

考察：昨年度に全国34ヶ所の精神科診療所を受診した20歳未満の患者を対象とした処方調査結果と比較すると、抗精神病薬同士、および抗うつ薬同士の多剤併用状況、CPZ換算投与量、DZP換算投与量のいずれに関しても診療所と精神科病院の間に臨床的に意味のある差は見られず、また、診療所受診者、精神科病院受診者とも抗精神病薬や抗不安薬・睡眠薬が大量に使用されているとは言い難いように思われた。一方、抗うつ薬と気分安定薬、抗精神病薬の併用や、ADHD治療薬と気分安定薬、抗精神病薬の併用に関しては精神科病院受診者の方が併用率が高いように思われたが、この背景には精神科病院受診者の方が重症、あるいは治療抵抗性の患者を多く含んでいることが関与しているものと推測された。

研究協力者氏名	所属研究機関名及び職名
吉住 昭	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部・非常勤医師
山住純二	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター薬剤科・科長
橋本喜次郎	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター・副院長
渡部京太	独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科診療科長
伊藤寿彦	独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院・精神科医長
塚田和美	独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院・副院長
遠藤 洋	公益財団法人神経研究所附属晴和病院薬剤部・主任

## A. 研究目的

これまでのわが国では精神障害を有する患者を対象とした向精神薬の処方調査が数多く実施され、①広範に向精神薬の多剤併用が行われていること、②諸外国よりも投与量が全体的に多い可能性があることなどが指摘されてきたが<sup>1, 2)</sup>、これまでに実施されてきた処方調査は慢性入院患者の割合が大きく、相対的に若年の患者や軽症の患者が少ないことをはじめとしたさまざまなバイアスがかかっていた可能性が否定できなかった。特に問題なのは、従来の調査には 20 歳未満の患者があまり含まれていなかったことであった。

昨年度、われわれは全国 34 ヶ所の精神科診療所において通院治療中の 20 歳未満の患者を対象とした処方実態調査<sup>3)4)5)</sup>を実施したが、今年度は児童精神科の専門医療を提供している国立医療機関をフィールドとした、電子データに基づく処方実態調査を施行した。

## B. 研究方法

### 1) 対象

国立病院機構肥前精神医療センター、あるいは国際医療研究センターの薬剤部に保管されている電子媒体の薬歴データより、2013 年 12 月 1 日の時点で何らかの向精神薬が処方されていた 20 歳未満の患者を抽出し、これを本調査の対象患者とした。

### 2) 方法

両施設の薬剤部に保管されていた薬歴データより、対象患者の性別、年齢、2013 年 12 月 1 日の時点で処方されていた経口薬剤の種類と用法・用量について調査した。なお、今回の調査では長時間作用型抗精神病薬をはじめとする注射製剤は検討対象には含めなかった。

### 3) 解析方法

各対象患者の背景因子に関する単純集計、およびクロス集計を行った上で、処方されていた薬剤を抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬・睡眠薬、注意欠如・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) 治療薬、気分安定薬、その他の薬剤の 6 つのカテゴリーに分類して、各カテゴリー別の処方率、および各カテゴリーに属する薬剤別の処方率を算出した。その上で、抗精神病薬は chlorpromazine (CPZ), tandospirone と ramelteon 以外の抗不安薬・睡眠薬は diazepam (DZP) に換算した投与量についても検討を行った。換算を行う際には稲垣・稲田の方法<sup>6, 7)</sup>に従った。

### 4) 倫理面の配慮

本研究の実施に際しては、分担研究者の属する公益財団法人神経研究所、調査実施施設である国立病院機構肥前精神医療センターと国際医療研究センターにおける研究倫理審査委員会の承認を受けた。また、データ収集に際しては患者名や施設内 ID などといった個人の特定に繋