

EGUIDE版ポリファーマシー対策の進め方

E!GUIDE
Psychiatry

EGUIDEプロジェクトチーム

目次

1. はじめに	3
2. ガイドライン一致率とその活用	5
3. 処方整理の具体的手順	14
4. ガイドライン一致率を用いた減薬実践例	19
5. 副作用チェックリスト	23

1. はじめに

精神科医療では、薬物療法と心理社会的療法が重要だが、その実践にはばらつきがあり、質の高い医療の普及が求められている。特に日本では、統合失調症治療における抗精神病薬の多剤投与が依然として多く、海外ほど単剤治療が十分に普及していない。この状況を改善するために、EGUIDEプロジェクトが立ち上げられた。このプロジェクトは、ガイドラインの普及と教育を目的とし、精神科医への講習を通じて、より適切な治療の実践を促進する取り組みである。

この資料は、日本病院薬剤師会の資料¹⁾をベースに、統合失調症とうつ病に対する薬物療法の最適化を目指すため、EGUIDEプロジェクトの一環として、単科の精神科病院や総合病院の精神科病棟で働く薬剤師を対象に作成した。具体的には、統合失調症薬物治療ガイドライン2022²⁾、うつ病治療ガイドライン³⁾で推奨されている主剤（抗精神病薬もしくは抗うつ薬）の単剤化の促進と、主剤以外の他の向精神薬の減薬に焦点を当てている。本資料は、精神科薬物療法に関する一定の知識を有しながらも、処方提案や減薬の働きかけにまだ慣れていない薬剤師に対して、“対話のきっかけ”を提供することを目的としている。ガイドライン一致率を用いた確認手順などを通じて、現場で実際に行動に移すための道筋を明確にし、医師との協働を後押しすることを意図している。

この資料では、EGUIDEの理念とツールを活用し、ガイドラインの一致率を測定するツールを用いたポリファーマシー対策を紹介する。**ガイドライン一致率は、患者が受けている治療がどの程度ガイドラインの推奨治療に沿っているかを評価している。同効薬の多剤併用や、不必要な向精神薬が使用されるとガイドライン一致率は低下するため、ガイドライン一致率が高い治療を目指すことで、多剤併用の見直しにつながることを期待される。薬剤師がガイドライン一致率を活用することで、ポリファーマシーを是正し薬物療法の最適化に寄与することが可能となる。本資料は主に入院診療を想定して構成しているが、外来診療においても処方整理を行う際には、服薬アドヒアランスの確認や実際の服薬状況の把握が重要である。**

- 1) 日本病院薬剤師会 ポリファーマシー対策に関する特別委員会. ポリファーマシー対策の進め方 (Ver 2.1) [Internet]. 日本病院薬剤師会; 2024 Apr 15 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://www.jshp.or.jp/activity/guideline/20240415-1.html>
- 2) 日本精神神経薬理学会. 統合失調症薬物治療ガイドライン作成委員会 [Internet]. Available from: https://www.jsnp-org.jp/csinfo/03_2.html (accessed 2025-07-05)
- 3) 日本うつ病学会. ガイドライン検討委員会 [Internet]. Available from: <https://secretariat.ne.jp/jsmd/inkai/katsudou/kibun.html> (accessed 2025-07-05)

2. ガイドライン一致率とその活用

ガイドライン一致率は、統合失調症およびうつ病の治療がガイドラインにどの程度適合しているかを評価するための指標である。**本ツールはガイドラインの改訂等に合わせて随時更新される。最新版の情報はEGUIDEのホームページ（<https://byoutai.ncnp.go.jp/eguide/ifs-top.html>）にて公開されている。**この指標は数値として表現されるため、治療内容を客観的に把握することが可能となる。0から100の範囲でスコアが設定され、100がガイドラインに完全に準拠した治療となる。ガイドライン一致率は、患者に治療の現状をわかりやすく説明するためのツールであり、患者と医師が共同で治療方針を決定する際に有用である。これにより、治療内容が可視化されるようになり、患者の積極的な治療参加を促すことができる。

1. ガイドライン一致率の活用と効果

ガイドライン一致率は、現在の治療がどれほどガイドラインに適合しているかを客観的に評価する指標である。この指標を活用することで、治療計画の改善点を明確にし、治療効果の最大化が期待される。

統合失調症およびうつ病の治療ガイドラインでは、下位診断にもよるが基本的には統合失調症では抗精神病薬の単剤使用、うつ病では抗うつ薬の単剤使用が推奨される。抗不安薬・睡眠薬、気分安定薬、抗コリン薬などの向精神薬の併用は必要に応じて考慮されるが、積極的な推奨はされていない。実際の臨床では、主剤の多剤併用が入院中に見直されないまま退院となるケースも多い。入退院時の処方内容を調査した研究¹⁾によると、入院時に抗精神病薬または抗うつ薬を多剤併用していた患者のうち、退院時も多剤併用が継続されていた割合は、統合失調症で34.2%、うつ病で16.7%に上った。これらの結果は、**ガイドラインで推奨される単剤治療が実施されていないケースが一定数存在することを示しており、処方内容をふりかえる視点が求められることを示唆している。**

また、統合失調症患者を対象とした研究では、ガイドライン一致率が高いほど精神症状が軽減される傾向がわかっている²⁾。さらに、ガイドライン一致率が高い患者は労働時間が長い傾向があり、社会機能の改善にも寄与する可能性が示唆されている³⁾。別の研究では、ガイドライン一致率が高い患者は、記憶機能も良好であることが報告されている⁴⁾。統合失調症では、認知機能障害が陽性症状・陰性症状と並ぶ中核症状の一つとされており、ガイドラインに沿った薬物療法の実践が、こうした機能の維持にも寄与する可能性が示唆されている。これらの知見は、ガイドライン一致率を治療の指標として活用することで、薬物療法の適正化を通じて患者の治療効果を最大化する意義を示している。

ガイドライン一致率は、治療アプローチを標準化する手段として活用できるだけでなく、医療者全体にとって薬物療法に関する教育的なツールとしても有用である。この指標を用いることで、治療の質を均一化し、患者に対してより一貫性のある治療を提供することが期待される。

ただし、ガイドライン一致率にはいくつかの注意点もある。最も重要なのは、ガイドライン一致率はあくまで参考値であり、絶対的な基準ではないという点である。実臨床では、併存症の存在などにより患者

が置かれた状況はさまざまであり、ガイドラインから外れた治療が最適となる場合も存在する。また、ガイドライン一致率は薬物療法を中心に評価しているため、心理社会的療法などの非薬物療法の重要性が十分に反映されない可能性がある。

- 1) Hashimoto N, et al. Change of prescription for patients with schizophrenia or major depressive disorder during admission: real-world prescribing surveys from the effectiveness of guidelines for dissemination and education psychiatric treatment project. BMC Psychiatry, 23(1):473, 2023. DOI: 10.1186/s12888-023-04908-4
- 2) Kodaka F, et al. Relationships between Adherence to Guideline Recommendations for Pharmacological Therapy among Clinicians and Psychotic Symptoms in Patients with Schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol, 26(8):557-565, 2023. DOI: 10.1093/ijnp/pyad037
- 3) Ito S, et al. Better adherence to guidelines among psychiatrists providing pharmacological therapy is associated with longer work hours in patients with schizophrenia. Schizophrenia (Heidelb). 9(1):78, 2023. DOI: 10.1038/s41537-023-00407-3
- 4) Kawamata Y, Ohi K, Ito S, Hasegawa N, Yasuda Y, Fujimoto M, Yamamori H, Fukumoto K, Kodaka F, Matsumoto J, Yasui-Furukori N, Hashimoto R. Relationships between clinician adherence to guideline-recommended treatment and memory function in patients with schizophrenia. J Psychiatr Res, 185:169-176, 2025.5 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2025.03.054

2. ガイドライン一致率の計算方法

ガイドライン一致率（Individual Fitness Score: IFS）は、治療内容がガイドラインにどの程度一致しているかを0～100%の範囲で示す指標である。評価は「基本条件」と「追加条件」の2つから構成される。

まず、「基本条件」に該当する治療内容に応じて初期スコアが設定される（例：抗精神病薬の単剤＝100%、2剤併用＝80%、3剤以上＝60%など）。次に、「追加条件」に該当する項目があれば、定められた値だけ減点する（例：第一世代抗精神病薬の使用＝－10%、抗コリン薬の使用＝－10%、その他の向精神薬の併用＝－20%など）。複数の減点項目がある場合は、その合計値を減じる。

また、状況に応じて必要と判断される治療（例：中等症・重症うつ病における気分安定薬併用、mECTやCBTの実施など）に該当する場合は、「基本条件」からさらに5%減じる。

計算の結果、スコアが0%未満になる場合は、一律0%として扱う。

統合失調症

計算表

基本条件（抗精神病薬について検討）	
抗精神病薬が単剤	100%
抗精神病薬が2剤併用	80%
抗精神病薬が3剤以上併用	60%
抗精神病薬の処方がない	10%
追加条件（抗精神病薬の種類や他の併用薬について検討）	
第一世代抗精神病薬処方がある（剤数に関わらず）	-10%
抗コリン薬の処方がある（剤数に関わらず）	-10%
抗精神病薬、抗コリン薬以外の向精神薬の処方がある（抗うつ薬、気分安定薬、抗てんかん薬など）	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方がある（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無が不明	-15%

計算表（mECTあり）

基本条件（抗精神病薬について検討）	
抗精神病薬が単剤	95%
抗精神病薬が2剤併用	75%
抗精神病薬が3剤以上併用	55%
抗精神病薬の処方がない	0%
追加条件（抗精神病薬の種類や他の併用薬について検討）	
第一世代抗精神病薬処方がある（剤数に関わらず）	-10%
抗コリン薬の処方がある（剤数に関わらず）	-10%
抗精神病薬、抗コリン薬以外の向精神薬の処方がある（抗うつ薬、気分安定薬、抗てんかん薬など）	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方がある（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無が不明	-15%

治療抵抗性統合失調症

計算表

基本条件（抗精神病薬について検討）	クロザピン処方あり	クロザピン処方なし
抗精神病薬が単剤	100%	60%
抗精神病薬が2剤併用	80%	40%
抗精神病薬が3剤以上併用	60%	20%
抗精神病薬の処方がない	N/A	0%
追加条件（抗精神病薬の種類や他の併用薬について検討）		
第一世代抗精神病薬処方がある（剤数に関わらず）	-10%	
抗コリン薬の処方がある（剤数に関わらず）	-10%	
抗精神病薬、抗コリン薬以外の向精神薬の処方がある （抗うつ薬、気分安定薬、抗てんかん薬など）	1剤毎 -20%	
向精神薬の屯用処方がある（薬の種類、剤数、用量は問わない） もしくは屯用処方の有無が不明	-15%	

計算表（mECTあり）

基本条件（抗精神病薬について検討）	クロザピン処方あり	クロザピン処方なし
抗精神病薬が単剤	95%	75%
抗精神病薬が2剤併用	75%	55%
抗精神病薬が3剤以上併用	55%	35%
抗精神病薬の処方がない	N/A	0%
追加条件（抗精神病薬の種類や他の併用薬について検討）		
第一世代抗精神病薬処方がある（剤数に関わらず）	-10%	
抗コリン薬の処方がある（剤数に関わらず）	-10%	
抗精神病薬、抗コリン薬以外の向精神薬の処方がある （抗うつ薬、気分安定薬、抗てんかん薬など）	1剤毎 -20%	
向精神薬の屯用処方がある（薬の種類、剤数、用量は問わない） もしくは屯用処方の有無が不明	-15%	

軽症うつ病

計算表

基本条件（新規抗うつ薬について検討）	
新規抗うつ薬の処方がない	100%
新規抗うつ薬が単剤	95%
新規抗うつ薬が2剤併用	75%
新規抗うつ薬が3剤以上併用	55%
追加条件（他の併用薬について検討）	
新規抗うつ薬以外の向精神薬の処方あり（新規以外の抗うつ薬を含む）	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

計算表（CBTなし）

基本条件（新規抗うつ薬について検討）	
新規抗うつ薬の処方がない	95%
新規抗うつ薬が単剤	90%
新規抗うつ薬が2剤併用	70%
新規抗うつ薬が3剤以上併用	50%
追加条件（他の併用薬について検討）	
新規抗うつ薬以外の向精神薬の処方あり（新規以外の抗うつ薬を含む）	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

中等症/重症うつ病

計算表

基本条件（抗うつ薬について検討）	
抗うつ薬が単剤	100%
抗うつ薬が2剤併用	80%
抗うつ薬が3剤以上併用	60%
抗うつ薬の処方がない	10%
追加条件（他の併用薬について検討）	
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 1剤	-5%
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 2剤以上（2剤目から）	1剤毎 -20%
抗うつ薬、気分安定薬、第二世代抗精神病薬以外の向精神薬の処方あり	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

計算表（mECTあり）

基本条件（抗うつ薬について検討）	
抗うつ薬が単剤	100%
抗うつ薬が2剤併用	80%
抗うつ薬が3剤以上併用	60%
抗うつ薬の処方がない	100%
追加条件（他の併用薬について検討）	
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 1剤	-5%
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 2剤以上（2剤目から）	1剤毎 -20%
抗うつ薬、気分安定薬、第二世代抗精神病薬以外の向精神薬の処方あり	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

計算表（CBTあり）

基本条件（抗うつ薬について検討）	
抗うつ薬が単剤	95%
抗うつ薬が2剤併用	75%
抗うつ薬が3剤以上併用	55%
抗うつ薬の処方がない	0%
追加条件（他の併用薬について検討）	
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 1剤	-5%
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 2剤以上（2剤目から）	1剤毎 -20%
抗うつ薬、気分安定薬、第二世代抗精神病薬以外の向精神薬の処方あり	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

計算表（mECTあり、CBTあり）

基本条件（抗うつ薬について検討）	
抗うつ薬が単剤	95%
抗うつ薬が2剤併用	75%
抗うつ薬が3剤以上併用	55%
抗うつ薬の処方がない	0%
追加条件（他の併用薬について検討）	
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 1剤	-5%
気分安定薬もしくは第二世代抗精神病薬 2剤以上（2剤目から）	1剤毎 -20%
抗うつ薬、気分安定薬、第二世代抗精神病薬以外の向精神薬の処方あり	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

精神病的うつ病

計算表

基本条件（抗うつ薬と抗精神病薬の併用について検討）	
抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用	100%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」に、抗うつ薬または抗精神病薬1剤を併用（合計3剤）	80%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」に、抗うつ薬または抗精神病薬2剤以上を併用（合計4剤以上）	60%
抗うつ薬と抗精神病薬のどちらも処方なし	10%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」ではない、抗うつ薬または抗精神病薬の処方あり	0%
追加条件（他の併用薬について検討）	
抗うつ薬、抗精神病薬以外の向精神薬の処方あり	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

計算表（mECTあり）

基本条件（抗うつ薬と抗精神病薬の併用について検討）	
抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用	100%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」に、抗うつ薬または抗精神病薬1剤を併用（合計3剤）	80%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」に、抗うつ薬または抗精神病薬2剤以上を併用（合計4剤以上）	60%
抗うつ薬と抗精神病薬のどちらも処方なし	100%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」ではない、抗うつ薬または抗精神病薬のどちらか1剤	80%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」ではない、抗うつ薬または抗精神病薬どちらかのみ2剤併用	60%
「抗うつ薬1剤と抗精神病薬1剤の併用」ではない、抗うつ薬または抗精神病薬どちらかのみ3剤以上併用	40%
追加条件（他の併用薬について検討）	
抗うつ薬、抗精神病薬以外の向精神薬の処方あり	1剤毎 -20%
向精神薬の屯用処方あり（薬の種類、剤数、用量は問わない）もしくは屯用処方の有無不明	-15%

3. 処方整理の具体的手順

1. 現在の処方内容と一致率の確認
 - まず、現在の処方薬を確認し、ガイドライン一致率を算出する。
 - 一致率の算出には、診断名や下位診断（例：治療抵抗性統合失調症、うつ病の重症度など）の情報が必要となる。診療録に明記がない場合は、処方の背景を確認する中で、主治医に診断を確認できるとよい。
2. 一致率低下の要因整理と患者の意向把握
 - 一致率が低いからといって、直ちに不適切な治療であるとは限らない。しかし、これまでの研究では、ガイドラインに沿った治療が認知機能や社会機能の維持に寄与する可能性が報告されており、逆に一致率が低い治療では、こうした面への影響が懸念される。
 - こうした背景を踏まえ、一致率が低い場合には、その要因を整理し、診療録や持参薬の情報などから、現在の処方に至った経緯を把握する。
 - 主剤として使用されている薬剤が何であるかを考えながら、併用薬が追加された理由を検討する。必要に応じて患者に直接聴取を行い、過去の医療機関への問い合わせを通じて情報を補足する。
 - そのうえで、治療が妥当と判断された経緯や、処方見直しの余地があるかを確認する。
 - あわせて、患者との面談を通じて現在の治療への認識や、処方変更への意向も確認し、今後の方針を検討する。

3. 処方整理に向けた対応方針の明確化

- 面談内容や一致率低下の理由をふまえ、表「統合失調症：処方整理に向けた一致率低下理由別アプローチ一覧」や表「うつ病：処方整理に向けた一致率低下理由別アプローチ一覧」を参照しながら、処方整理の方針を明確にし、それを記録に反映させる形で対応方法を整理する。

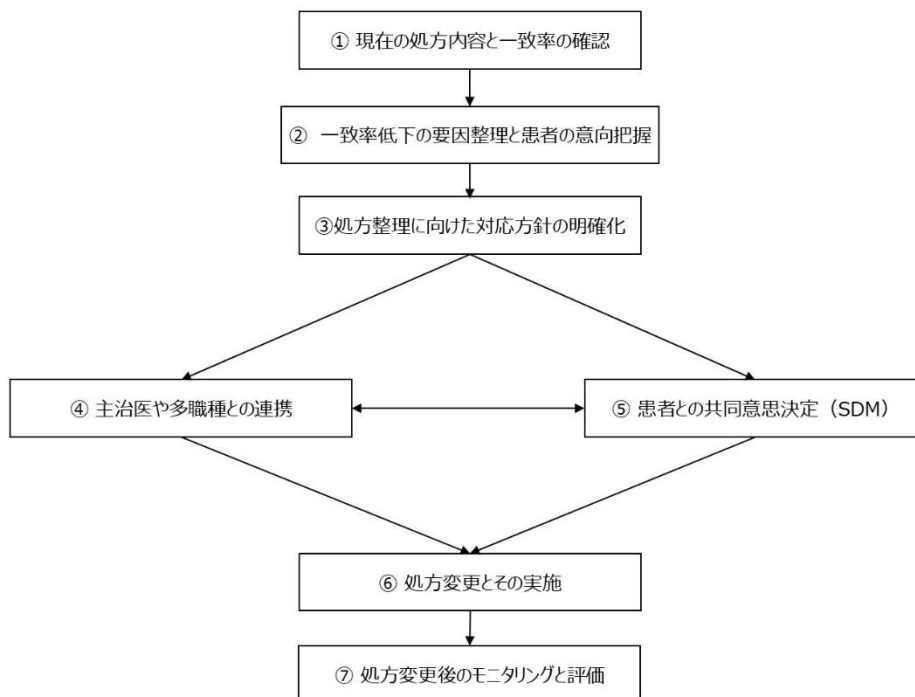


図 1 柔軟な治療方針の決定フロー

- 必要に応じて、主治医や他の医療スタッフと内容を共有し、臨床的意義や対応方針について議論する。

主治医や多職種との連携、および患者との共同意思決定（SDM）は、いずれも治療方針を実施する上で重要なステップである。ただし、これらの手順の順序は施設や状況によって異なる。以下の例に示すように、柔軟に対応することが求められる：

- 主治医との連携を優先する場合
治療内容を主治医に提案し、ガイドラインやエビデンスを基に治療方針を確認した後、患者への説明を行う。
 - 患者とのSDMを優先する場合
患者と治療目標や現在の治療内容について共有し、変更の必要性や意向について話し合ったうえで、主治医に提案して最終的な治療方針を確認する。
- それぞれのアプローチは、現場の状況や患者の状態を考慮して選択する。

4. 主治医や多職種との連携

主治医との直接対話

- 病棟のカンファレンスや回診時のタイミングを利用し、改善案を提案する。処方決定前の相談が受け入れられやすい場合がある。
- 提案にはガイドラインのエビデンスや具体的なデータを活用する。

多職種を巻き込む

- 看護師と協力し、患者の治療状況や日常生活での観察結果を共有する。
- リハビリスタッフやソーシャルワーカー等と連携し、薬剤変更が患者の生活全体にどのように影響するかを確認する。

病棟スタッフ間での連携が難しい場合

- 病棟スタッフ間での連携が難しい場合、簡潔なメモや文書で主治医に提案する方法も有効である。

5. 患者との共同意思決定（SDM）

- 患者に現在の処方の意図や治療目標を説明し、変更を希望するかどうかの意向を確認する。
- 患者が理解しやすい形で情報を提供し、納得できる治療方針を模索する。
- 共同意思決定（SDM: Shared Decision Making）の過程では、主治医の処方方針を尊重し、伝え方に配慮する。
- 直接的な否定ではなく、患者の理解を深める形で情報提供を行う。
- 必要に応じて家族も交え、治療方針を共有する。

6. 処方変更とその実施

- 副作用が認められる場合には、その対処を優先し、必要に応じて処方変更を検討する。
- たとえば、QT延長がある場合には、まず原因と考えられる薬剤の減量や中止を行い、主治医と相談してどの薬剤を残すかを決定する。
- 処方変更にあたっては、漸減を基本とし、離脱症状や副作用の出現を防ぐよう注意する。特に、併用薬間の相互作用が治療効果や副作用に影響する可能性があるため、減量の順序やタイミングを慎重に検討する。ただし、複数薬剤の同時減量や中止が必要な場合には、患者の状態を見極めながら進める。
- 主治医と協議の上、処方を変更し、変更内容と出現しうる有害事象や副作用、さらにはその対処法を患者に説明する。
- 必要に応じて家族や多職種と共有し、治療計画を調整する。
- 変更後の影響を観察し、適切なフォローアップを行う。

7. 処方変更後のモニタリングと評価

- 変更後の処方が患者のQOLや症状の改善に寄与しているかを継続的に評価する。
- 退院時にもモニタリングを行い、処方変更の影響を最終確認する。
- 必要に応じてガイドライン一致率を再算出する。

統合失調症：処方整理に向けた一致率低下理由別アプローチ一覧

一致率低下のきっかけ	記録の書き方	薬剤師のアクション	関連CQ
抗精神病薬の併用	単剤化を行う。	主剤以外の抗精神病薬をどのように中止していくかを検討する。	CQ1-3
第一世代抗精神病薬の処方	第一世代抗精神病薬はガイドラインで推奨されていないため、第二世代抗精神病薬への変更を検討する。	第二世代抗精神病薬への切り替えを提案する。	CQ2-4 CQ3-1 CQ3-2 CQ3-3 CQ3-4 CQ4-1 CQ6-5 CQ7-1 CQ7-3
抗コリン薬の併用	錐体外路症状の評価を行う。	認知機能障害リスクを踏まえ抗コリン薬を中止する。錐体外路症状に対して使用中の場合は、抗精神病薬（必要に応じて変薬も含む）および血中濃度に影響する薬剤の整理後に中止する。	CQ4-3 CQ6-5 CQ3-1 CQ3-2 CQ1-4
抗精神病薬、抗コリン薬以外の併用	薬剤の併用が行われているため、精神症状・副作用に注意して薬剤調整を行う。	処方の意図を確認したうえで、抗精神病薬・抗コリン薬以外の向精神薬は中止を検討する。特に、血中濃度に影響を与える薬剤（例：パロキセチン、カルバマゼピン）は中止の優先度が高い。	CQ1-4 CQ4-3 CQ6-1 CQ6-3 CQ6-4 CQ6-5
屯用の使用	屯用が処方されているため、主剤が適切であるか評価する。	屯用の頻用がみられる場合には、処方の意図を確認したうえで、主剤の効果不十分の可能性を検討し、必要に応じて主剤の用量調整や変更を考慮する。頓服の頻用は主剤の効果不十分を示す可能性があり、必要に応じて主剤の変更を考慮する。	CQ6-2

うつ病：処方整理に向けた一致率低下理由別アプローチ一覧

一致率低下のきっかけ	記録の書き方	薬剤師のアクション	参照すべき項目
軽症うつ病への抗うつ薬の投与	軽症うつ病において、患者の希望がない限り、抗うつ薬の使用は慎重にすべきとされる。非薬物療法を優先する。	不必要な抗うつ薬の投与となっていないか検討し、副作用を確認しつつ、支持的精神療法や心理教育を行う。	第2章 軽症うつ病
中等症/重症うつ病に抗うつ薬が未使用	中等症/重症うつ病に対して、抗うつ薬の投与が行われていない。	主治医に抗うつ薬の提案を行う。	第3章 中等症・重症うつ病
精神病性うつ病に抗うつ薬または抗精神病薬が未使用	抗うつ薬と精神病薬の併用がなされていない。	抗うつ薬と抗精神病薬の併用を提案する。	第4章 精神病性うつ病
抗うつ薬の併用	抗うつ薬の併用が行われている。	抗うつ薬の併用を見直し、可能であれば単剤治療に移行する。	第2章 軽症うつ病 第3章 中等症・重症うつ病
抗うつ薬以外の処方	抗うつ薬以外の併用が行われている。	処方の意図を確認したうえで、抗うつ薬以外の併用薬を再評価し、不要な薬剤を中止する。	第2章 軽症うつ病 第3章 中等症・重症うつ病
屯用の使用	頓服が処方されているため、主剤が適切であるか評価する。	屯用の頻用がみられる場合には、処方の意図を確認したうえで、主剤の効果不十分の可能性を検討し、症状に応じて用量の調整や薬剤変更を考慮する。	ガイドラインに記載のない治療

4. ガイドライン一致率を用いた減薬実践例

ガイドライン一致率を用いた薬剤師による減薬の提案方法を、架空症例を用いて説明する。

【統合失調症症例】

症例 45歳 男性

現病歴 統合失調症

自分の悪口が聞こえる、命令する声が聞こえるといった幻聴が出現し入院となった。入院後前薬からパリペリドンに切り替えられた。また、入眠困難があったため、就寝前にプロチゾラム0.25mg/回が追加された。しかし、改善乏しくクロルプロマジン50mg/日が追加された。その際、錐体外路系副作用の予防目的でビペリデンが開始された。各薬剤により、幻聴および不眠症状は改善した。症状改善に伴い来月退院が決定した。退院決定後の服薬指導の際、患者より「もともと震えとか筋肉のこわばりはない」「薬を減らせるなら減らしたい」との申し出があった。また、「毎日下剤を飲まないといけない」と便秘症状の訴えもあった。

現在の処方内容

- ・ パリペリドン9mg 1日1回 朝食後
- ・ クロルプロマジン錠50mg 1日1回 寝る前
- ・ プロチゾラム錠0.25mg 1日1回 寝る前
- ・ ビペリデン錠2mg 1日2回 朝夕食後
- ・ センノシド錠12mg 1日1回 就寝前

この時点でのガイドライン一致率は40%

【計算方法】

抗精神病薬2剤併用のため基本条件80%から開始し、以下の要素ごとに減点する：

- ・ 第一世代抗精神病薬の使用（－10%）
- ・ 抗コリン薬の併用（－10%）
- ・ 抗精神病薬以外の向精神薬の併用（－20%）

薬剤師は、患者からの「薬を減らしたい」「毎日下剤を飲まないといけない」といった訴えを受け、主治医に対して処方整理の方針を提案した。提案内容は以下の通りである。

便秘の訴えは薬剤の抗コリン作用による副作用であると考えた。錐体外路症状の訴えはなく、不眠症状も改善したことから、それらの対処療法も不要であると考えた。以上より、まずは抗精神病薬の2剤併用となっている原因薬であり、**抗コリン作用と鎮静作用を持つクロルプロマジンの中止を提案した。**抗コリン作用を持つ薬剤の中止による離脱症状に注意が必要だが、**抗コリン薬であるビペリデンの服薬を継続させることで離脱**

症状を予防できると考えた。さらに、不眠の再燃がない場合には、**プロチゾラムの中止も検討可能であること**を伝えた。

同日に患者に対し、薬を段階的に整理していくことで体への負担が少ない治療に近づけることや、便秘などの症状が軽減する可能性があることを説明した。

また、治療内容がガイドラインに照らしてどの程度適正化されているかを数値で示し、**現在の一致率40%が、クロルプロマジン中止で70%、ビペリデン中止で80%、プロチゾラム中止で100%に改善する見込みがある**ことを説明し、納得が得られた（図参照）。

ガイドライン 一致率	処方内容	中止薬剤 (+改善率)	中止理由
40%	バリバリドン9mg 1日1回 朝食後 クロルプロマジン錠50mg 1日1回 寝る前 プロチゾラム錠0.25mg 1日1回 寝る前 ビペリデン錠2mg 1日2回 朝夕食後		
70%	バリバリドン9mg 1日1回 朝食後 プロチゾラム錠0.25mg 1日1回 寝る前 ビペリデン錠2mg 1日2回 朝夕食後	クロルプロマジン中止 (+30%)	副作用（便秘）の改善を優先
80%	バリバリドン9mg 1日1回 朝食後 プロチゾラム錠0.25mg 1日1回 寝る前	ビペリデン中止 (+10%)	副作用（便秘）の改善を優先
100%	バリバリドン9mg 1日1回 朝食後	プロチゾラム中止 (+20%)	錠数を減らす

同週のカンファレンスでは、看護師に対し、抗コリン薬の中止に伴う離脱症状や不眠・精神症状の変動などの注意喚起を行い、観察ポイントを共有した。

その後、主治医の判断のもと提案された減薬が実施され、**退院時にはプロチゾラムのみが継続され、一致率は80%に改善していた**。あわせて、抗コリン作用を有する薬剤の中止に伴って便秘症状も軽減し、センノシドも不要と判断され中止されていた。

【うつ病症例】

症例 40代女性

現病歴 中等症うつ病

職場の人間関係に悩み、精神科クリニックにてうつ病の診断で加療されていた。部署異動に伴う仕事内容の変化などを機に不安および焦燥感が出現し、処方薬を過量服用するようになった。家族が心配し入院加療を希望され、当院に入院となった。

入院後休養できている様子であったが、**臥床して過ごす時間が多く**、本人からは「**仕事中に眠くなって困っていた」「薬が多い気がする**」という訴えがあった。

現在の処方

- ・ セルトラリン錠25mg 1日1回 夕食後
- ・ ミルタザピン錠15mg 1日1回 寝る前
- ・ アルプラゾラム錠0.4mg 1日3回 毎食後
- ・ ブロチゾラム錠0.25mg 1日1回 寝る前
- ・ ロラゼパム錠0.5mg 不安時 1回1錠

この時点でのガイドライン一致率は25%

【計算方法】

抗うつ薬2剤併用のため基本条件80%から開始し、以下の要素ごとに減点する：

- ・ その他の向精神薬（アルプラゾラム、ブロチゾラム）の併用： $-20\% \times 2$
- ・ 屯用処方の追加（ロラゼパム）： -15%

薬剤師は、抗不安薬・睡眠薬による傾眠が日中の眠気に関与している可能性を考慮したまた、抗うつ薬の種類を減らすことを目的に、単剤化の可能性についても検討し、主治医に対して処方整理の方針を提案した。提案内容は以下の通りである。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の調整として、まず、アルプラゾラムは1日3回処方から2回、1回と段階的に減量し、3週間で中止とする案を提示した。次に、ブロチゾラムは、1週目で0.125mgに減量し、3週目で中止とする案を提示した。さらに、うつ症状の悪化が見られない場合には、抗うつ薬の単剤化を目的としてミルタザピンの中止も検討可能であることを伝えた。

これらの提案は主治医の了承を得、実施されることとなった。カンファレンスでは、**看護師に対し、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量・中止に伴う離脱症状（不安、焦燥、不眠など）への注意喚起**を行い、観察ポイントを共有した。

患者には、**薬を整理していくことで日中の眠気やだるさが軽減され、体への負担が少ない治療に近づけることを伝えた**。また、現在のガイドライン一致率25%が、アルプラゾラム中止で45%、ブロチゾラム中止で65%まで改善する見込みがあることを数値で示し、理解が得られた（図参照）。

ガイドライン 一致率	処方内容	中止薬剤 (+改善率)	中止理由
25%	セルトラリン25mg ミルタザピン15mg アルプラゾラム1.2mg プロチゾラム0.25mg ロラゼパム0.5mg (屯用)	アルプラゾラム中止 (+20%)	過鎮静や持越しを疑い、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の中止を提案
45%	セルトラリン25mg ミルタザピン15mg プロチゾラム0.25mg ロラゼパム0.5mg (屯用)	プロチゾラム中止 (+20%)	
65%	セルトラリン25mg ミルタザピン15mg ロラゼパム0.5mg (屯用)	ミルタザピン中止 (+20%)	抗うつ薬の単剤化を提案
85%	セルトラリン25mg ロラゼパム0.5mg (屯用)	ロラゼパム (屯用) (+15%)	屯用処方の中止を提案
100%	セルトラリン50mg		

その後、患者は「日中の眠気がなくなり、体が軽くなった」「眠剤がなくても夜眠れたので安心した」と訴えた。

不眠の悪化無く経過したため、薬剤師より主治医に抗うつ薬の単剤化に提案した。その結果、ミルタザピンが中止となり、セルトラリンが25mgから50mgに増量となった。

また、屯用のロラゼパムは、**入院中に使用実績がなかったことから中止となった。**

最終的な処方方はセルトラリンのみとなり、ガイドライン一致率は100%に改善した。

5. 副作用チェックリスト

本チェックリストは、向精神薬の服用患者における副作用を早期に捉え、主治医への報告や減薬・処方整理を行う際の参考資料として作成したものである。作成にあたっては、日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会 編『専門医のための臨床精神神経薬理学テキスト』1)を参考にした。

本資料では、添付文書の頻度情報や文献報告をもとに、副作用ごとに「起こりやすい薬剤の一例」を記載している。あくまで一例であり、記載のない薬剤であっても同様の副作用が生じる可能性があるため、注意が必要である。

■ QT延長

症状：動悸、ふらつき、失神など

観察ポイント：高齢者・女性・多剤併用でリスク上昇。

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（ハロペリドール、クロルプロマジン）、三環系抗うつ薬（アミトリプチリン）、SSRI（エスシタロプラム）

薬剤師の対応：心電図検査を主治医に提案。ポリファーマシーの整理を検討。

■ 悪性症候群

症状：発熱、筋硬直、意識低下

検査所見：CK上昇

観察ポイント：急な増量、急な中止、他薬との併用開始時に注意

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（ハロペリドール、リスペリドン、クロルプロマジン）、抗パーキンソン病薬、リチウム併用時

薬剤師の対応：主治医へ緊急報告。原因薬の中止を提案。

■ セロトニン症候群

症状：発熱、発汗、振戦、興奮、不眠、下痢など

観察ポイント：急な増量、急な中止、他薬との併用開始時に注意

起こりやすい薬剤例：SSRI（フルボキサミン、パロキセチン）、SNRI、トラゾドン、リチウムなどの併用例

薬剤師の対応：主治医に報告し、併用薬や投与量の見直しを提案。

■ 錐体外路症状（パーキンソニズム）

症状：動作緩慢、手のふるえ、無表情、歩行障害

観察ポイント：高力価抗精神病薬で多く、治療開始4～10週頃に出やすい

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（ハロペリドール、リスペリドン）、SSRI、リチウム

薬剤師の対応：まずは減量提案。薬剤変更も検討。抗パーキンソン薬の追加は慎重に。

■ アカシジア

症状：落ち着かない、そわそわする、足を動かす、焦燥感

観察ポイント：早期（数日以内）に出ることが多いが、遅発性もあり

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（リスペリドン、アリピプラゾール）

薬剤師の対応：主治医へ報告。まずは減量提案。対症療法は慎重に判断。

■ ジストニア（急性・遅発性）

症状：眼球上転、首のひきつり、体幹のねじれ、呼吸困難（急性時）

観察ポイント：急性は投与初期、遅発性は数ヶ月後に出現。若年男性に多い

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（ハロペリドール、クロルプロマジン）

薬剤師の対応：急性時は緊急報告、遅発性は通常報告し減量を提案。

■ 遅発性ジスキネジア

症状：舌の突出、口もぐもぐ、手足の異常運動

観察ポイント：慢性投与で出現。高齢者・女性に多い

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（長期使用時）

薬剤師の対応：早期報告。減量・中止を主治医に提案。不可逆性リスクを説明。

■ 高プロラクチン血症

症状：無月経、乳汁分泌、性欲低下

検査所見：血中プロラクチン値上昇

観察ポイント：血中プロラクチンの上昇と相関あり

起こりやすい薬剤例：抗精神病薬（リスペリドン、ハロペリドール、スルピリド）

薬剤師の対応：プロラクチン値の測定を提案し、まず減量を主治医に相談。

■ 性機能障害

症状：性欲低下、勃起障害、射精遅延、オルガスムスの欠如

観察ポイント：患者が訴えづらい症状。SSRIやトラゾドンに注意

起こりやすい薬剤例：SSRI（パロキセチン、フルボキサミン）、トラゾドン

薬剤師の対応：希望があれば減量や変更の可能性を主治医と相談。

■ 眠気・鎮静

症状：日中の眠気、だるさ、集中力低下

起こりやすい薬剤例：三環系抗うつ薬、ミルタザピン、トラゾドン、フェノチアジン系抗精神病薬

薬剤師の対応：投与時間調整や減量提案。必要に応じて他剤も見直し。

■ 排尿困難・尿閉

症状：尿が出にくい、残尿感、頻尿

起こりやすい薬剤例：三環系抗うつ薬（アミトリプチン）、抗精神病薬（レボメプロマジンなど）

薬剤師の対応：抗コリン作用の少ない薬剤への変更を提案。

■ 低ナトリウム血症（SIADH）

症状：倦怠感、頭痛、けいれん、意識障害（重症例）

検査所見：血漿バソプレシン濃度上昇、血漿浸透圧低下、尿浸透圧上昇、尿中Na濃度上昇、血清クレアチニン値正常

観察ポイント：高齢女性で注意。内服後2～4週で発症しやすい

起こりやすい薬剤例：SSRI（パロキセチン、フルボキサミン）、カルバマゼピン

薬剤師の対応：Na値測定提案。異常あれば主治医に報告し見直しを促す。

- 1) 日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会 編, 下田和孝, 古郡規雄（編集）. 専門医のための臨床精神神経薬理学テキスト. 星和書店, 2021. ISBN: 9784791110742