

# 市販薬・処方薬のODへのアプローチ

～OD患者の診療から考えられること～

---

淀川勤労者厚生協会附属西淀病院  
地域**総合内科** 総合・救急外来医長  
副院長 落合甲太

- 医療の質管理室長
- 患者安全室長
- 臨床研修PG責任者
- 防災委員長
- 教育委員長
- 働き方改革担当副院長

## 本日の内容

- 西淀病院紹介→自己紹介：「なぜ私が本日の演者なのか・・・」
- 大阪市救急年報：なぜODによる救急搬送が減ったのか
- 4症例
- ODの一般的な治療：アセトアミノフェン入りの「風邪薬」が怖い
- SDH：Social Determinants of Health：健康の社会的決定要因
- Take home message

# 西淀病院

- 都市型中規模病院、周囲に救急病院多数
- ベッド数：218床（急性期病棟108床）
- ICU（集中治療）ベッドなし
- 2次救命救急病院：救急車：約2500台（2022年度）
- 救急専門医なし
- **常勤精神科医なし**



公益財団法人 淀川勤労者厚生協会 附属

西淀病院・のざと診療所

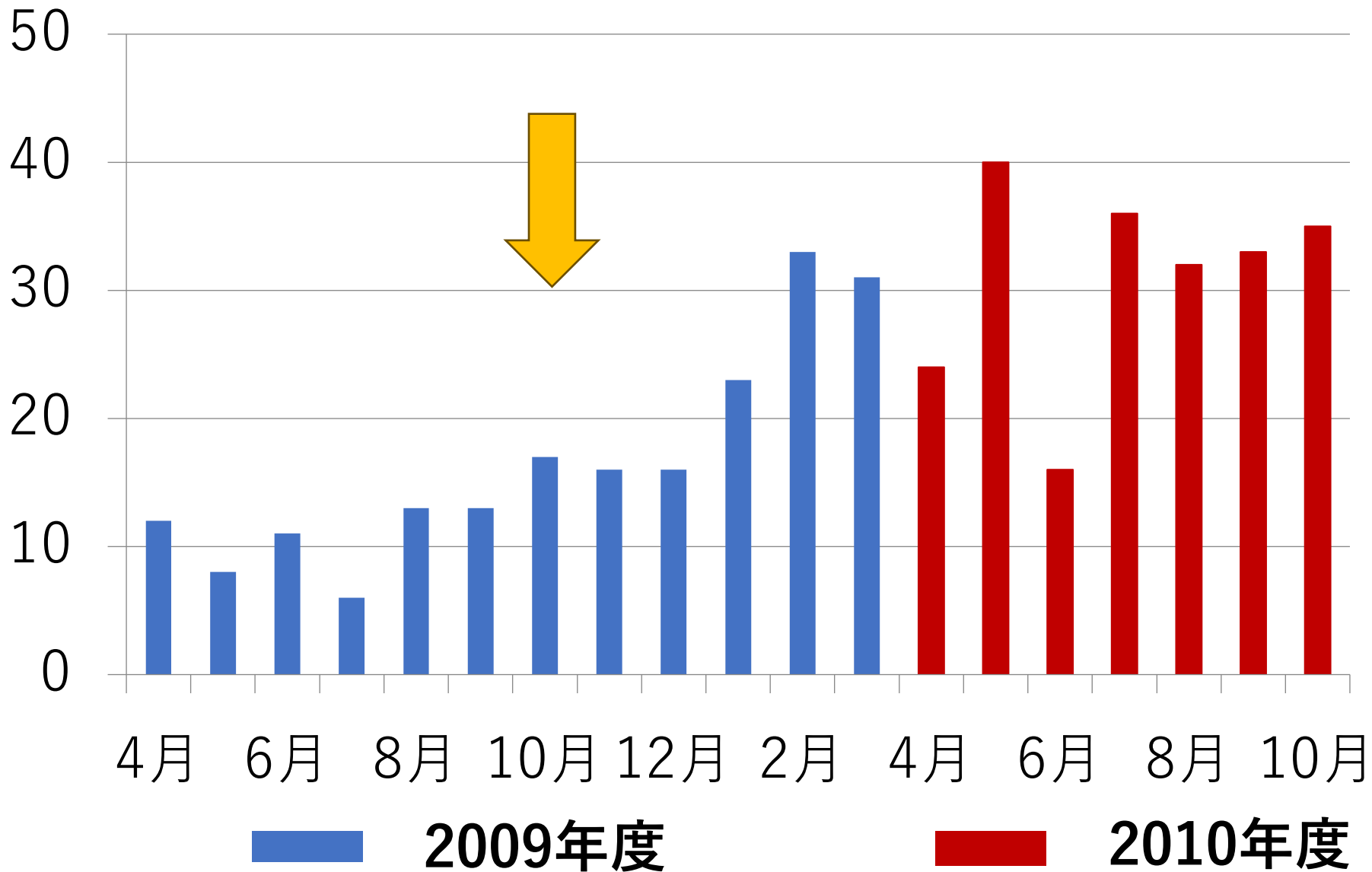
厚生労働省指定 基幹型臨床研修病院



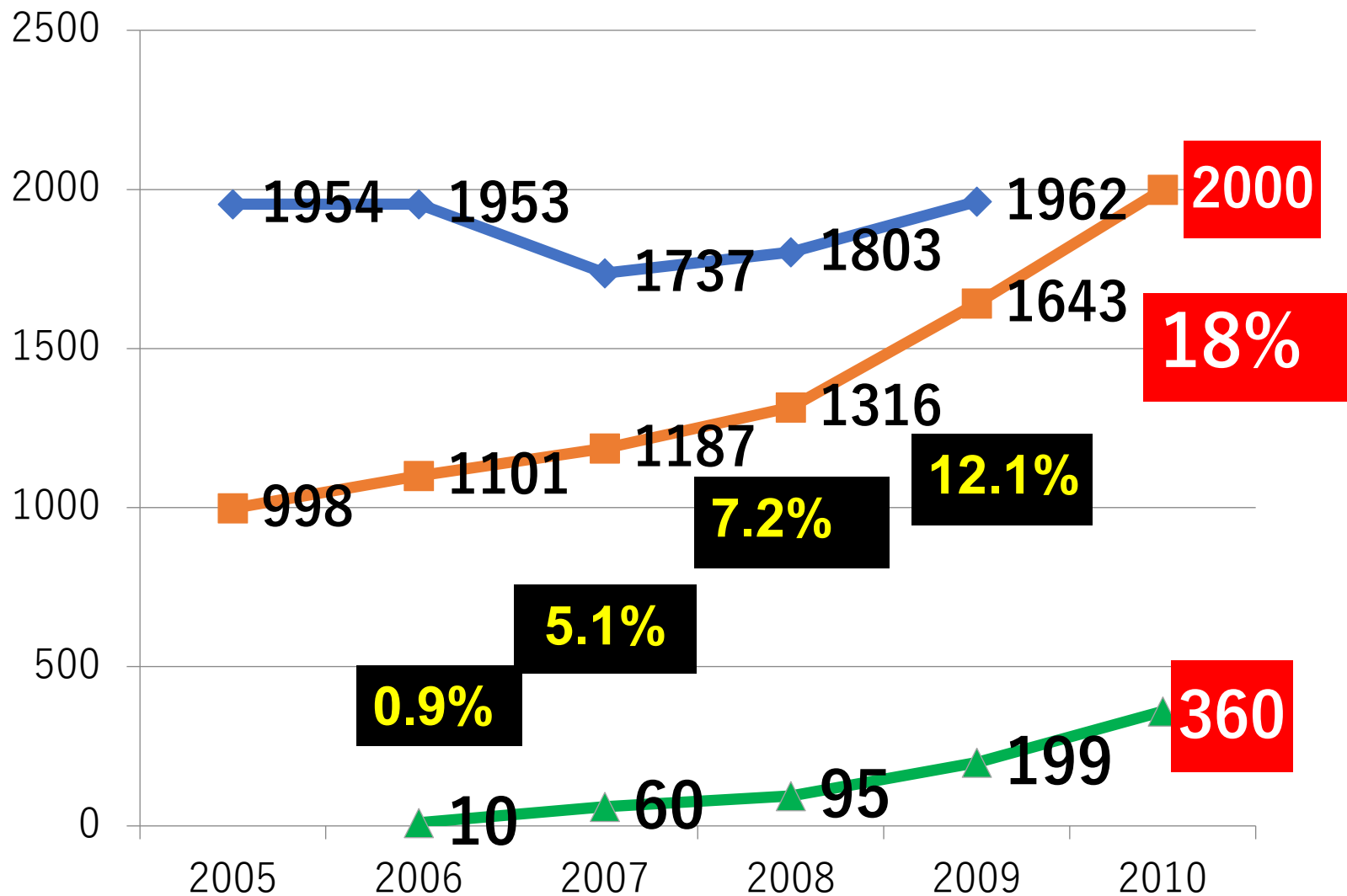
## 「救急車を断らず受け入れよう！」

- 「断らない救急外来」でOD患者が急増した（入院3000件問題）
- 医師、看護師、**病棟スタッフ**の負担大。よくもめる・・・
- ICUがない西淀病院で受けてもいいのか？
- 繰り返しODして、何回も搬送される人が多い。やりがいなし。
- 実際に危ない診療が行われている
- 他の病院が取ってない。地域医療の崩壊？
  - OD患者をもっと質高く、気持ちよく見たい

# 救急外来医長を引き継いでから・・・



# 救急患者搬送数



◆ 大阪市OD搬送数

■ 当院救急搬送数

▲ 当院OD搬送数

2009年度大阪市救急年報

中毒	8,046
ガス	37
薬物	1,962
食物(細菌性食中毒を除く)	39
麻薬・覚醒剤	23
急性アルコール中毒	5,834
その他	151

# 1か月の断面調査

- 救急搬送総数：164人
- OD患者：41人（25%）
  - 入院率：19.5%（8/41）
  - 重症管理：4.9%（2/41）
  - 血液浄化：0%（0/41）

※重症管理（ICU管理）：人工呼吸管理、昇圧剤投与、血液浄化など

## 取り組んだこと

- **西淀川救急隊**と懇談⇒救急車専用PHS導入
- 精神科単科病院：**さわ病院**と懇談
- 情報収集の徹底⇒**OD診療録**
- 院内OD診療ガイドライン作成
- OD診療院内学習会
- OD診療で**学会発表**
- 大阪府医師会「精神科救急医療研修会」で報告

⇒大阪府救急医療対策審議会専門委員選出

(精神科疾患・身体疾患合併症救急搬送患者の受入体制に関する検討WG委員)





# 「処方薬過量服薬患者の現状～2次救急医療機関の立場から～」

## 目的

- 西淀病院を受診する**OD患者の現状把握**
- OD患者診療における問題点が何であることを検討し、それを分析するなかで**2次救急病院がOD患者を受け入れるための条件**や、**診療の改善点**を抽出する

## 方法

- 28日間の救急外来OD患者の**情報収集**
  - **アンケート**：救急外来医師・看護師、救急隊
  - **インタビュー**：精神科医師4人、病棟看護師、救急隊2隊
  - 得られた情報をワーキンググループ（WG）で検討
- 2次救急病院がOD患者を受け入れる条件**を抽出

## 救急隊・看護師にインタビュー

- **救急隊**：「**OD+アルコール+外傷**はまず取ってくれない」、「**ER体制をひいてほしい**。そこまで救急隊でやらなあかんのかと思う。患者から文句を言われ、病院からは嘘言われて。**病院交渉で悩むことの方が多い**。」
- **看護師**：「**労多くして益なし**」、「**やりがいを感じられない**」、「**暴言・暴力**にさらされる」、「OD患者の**家族の対応が困難**な場合が多い」、「**覚醒したら飛び降りるんじゃないか**と心配」、「自殺企図があると**スタッフの負担が大きい**」、「動ける患者さんの場合、自己抜針や転倒が多く**安全性が保てない**」

OD患者を断りたくなる気持ちもわかる・・・

## 精神科医へのインタビューから

- 救急スタッフが感じる無力感・疲弊感には申し訳ないと思う。
- 救急医にとっては繰り返している患者さんに対して無力感・疲弊感はあるだろうが、そこを乗り越え、ODしなくなって、**子供ができて立派に母親をしている患者を私たちは知っている。**
- **精神科治療に協力してもらわなくてよい。** 淡々と命を助けること自体が治療的なこと、それだけで**大切な役割をして頂いています。**
- 過量内服しているということは精神科としても苦戦している時なので**一緒に乗り越えたい**と思う。

# 大阪市 救急年報

## 2009年

中毒	8,046
ガス	37
薬物	1,962
食物(細菌性食中毒を除く)	39
麻薬・覚醒剤	23
急性アルコール中毒	5,834
その他	151

- この10年で、薬物中毒は半減している
- 大阪市の人口は減っていない
- 急性アルコール中毒も減っている (コロナ)
- 麻薬・覚せい剤はあまり変わらないか . . .

中毒	2020年	5,543
薬物中毒		989
麻薬、覚醒剤		18
ガス中毒		46
食物中毒(細菌性を除く)		13
急性アルコール中毒		4,438
その他の中毒		39

中毒	2021年	4,440
薬物中毒		989
麻薬、覚醒剤		18
ガス中毒		75
食物中毒(細菌性を除く)		14
急性アルコール中毒		3,290
その他の中毒		54

中毒	2022年	5,060
薬物中毒		975
麻薬、覚醒剤		12
ガス中毒		39
食物中毒(細菌性を除く)		23
急性アルコール中毒		3,973
その他の中毒		38

## 精神科医とdiscussion：「なぜODの救急搬送は減っているのか？」

- ① 2019年4月からベンゾジアゼピン系眠剤の処方上限30日の制限ができた
- ② 呼吸抑制のあるベンゾジアゼピン系の眠剤処方が減った
- ③ 多剤併用が制限された

他に・・・

- 訪問看護が処方管理するようになった
- 薬剤総合評価調整加算・・・

## 2016年 診療報酬改定（入院、外来）

- 入院時において**6種類以上**の内服薬（頓用薬および服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた入院患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、退院時に**2種類以上減少した場合**の評価を新設する。
- 薬剤総合評価調整加算 **250点**（退院時に一回）

# Polypharmacy : 多剤併用 薬剤が多いほど転倒は増える

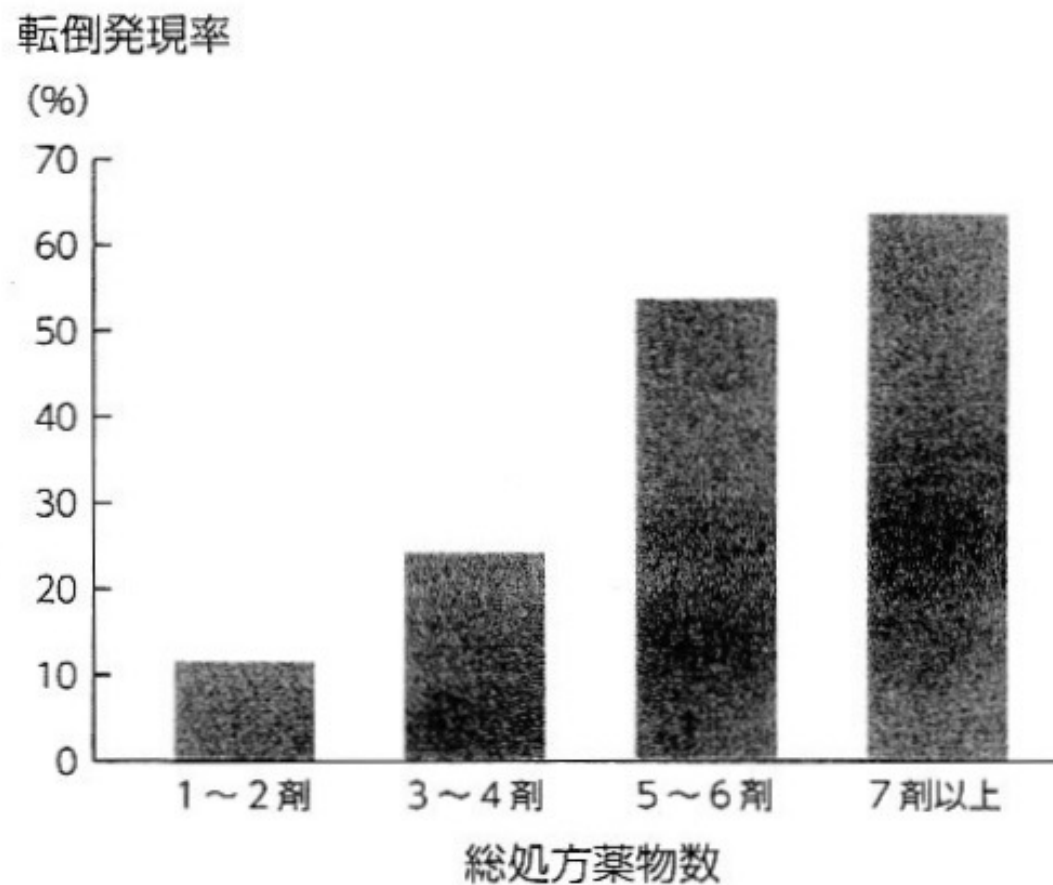


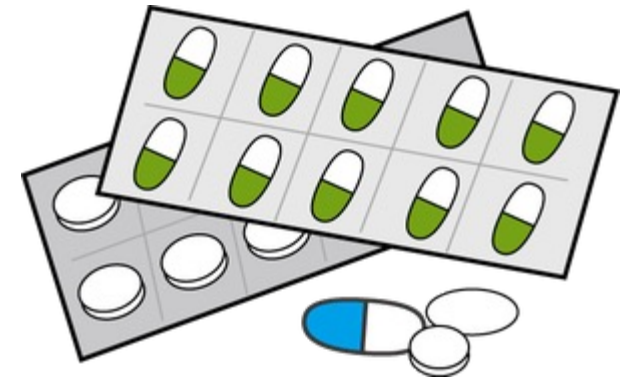
図7-2 総処方薬物数と転倒発現率

(倉沢高志ほか：高齢高血圧患者における転倒の危険因子.  
日本医事新報, 3698:47, 1995より改変)

## 20代 女性

### いちばん多いパターン

- 境界型人格障害で近所の精神科に通院中。彼氏が付き添い。
- 眠剤を合計58錠服薬（OD）して、意識障害で救急搬送された。
- 左前腕にリストカットの傷跡多数、意識改善なく即日入院。
- 携帯電話で「母親」に電話⇒「私は関係ない」
- 半覚醒時、夜間にオムツで病棟内を歩きまわる。
- 覚醒後、「早くご飯出せ！なんやこの病院！」と大声でNsに食ってかかる
- お金は払わず、知らぬ間にいなくなった。上記経過を繰り返した。



➡ 「またODで救急要請があったんですけど・・・受け入れますか？」



## 30代 女性

いちばん困る、怖い患者

- 5時間前に母親の眠剤を10錠ぐらい飲んでぼーっとしている
- かかりつけなし。ODは初めて。
- 救急外来で寝かせていたが、服薬量に比較して、反応が鈍い。
- 本人に自殺企図を聞くと「死にたかった」
- さらに聞くと「誰かの声が聞こえる」
- 付き添ってきた両親に聞くと「そういえば昨日から急に一人でしゃべりだしたり笑ったり泣いたりしておかしい」とのこと。
- 統合失調症急性期の疑いで精神科病院に転院。

## 40代 男性

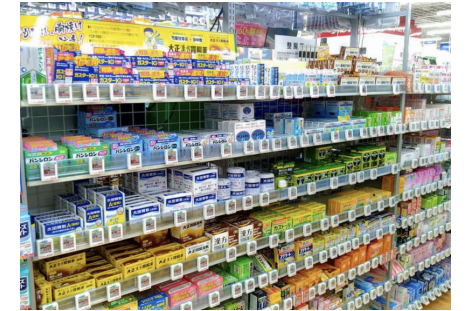
伝家の宝刀：総合病院精神科対応

- 躁うつ病の既往あり
- 「お薬を飲んでぼーっとしている」
- せん妄状態でベッド上でじっとしてられない
- この状態では当院での入院は難しい
- しっかり覚醒するまで救急外来でみて、その後に精神科に紹介しよう
- 採血すると腎障害があり透析治療が必要
- 精神科と内科（身体科）の両方の加療が必要
- 最後の砦、精神科併設の総合病院に直接電話して転送

# 10代 男性

## 最近増えている市販薬OD

- 1時間前に市販の風邪薬を50錠服用して、現在ゲーゲー吐いている
- 空箱で成分をみるとカフェインが入っている。これが吐き気の原因か・・・
- 他、1錠につきアセトアミノフェン150mg含有されている
- 1時間以内かもしれないので胃洗浄
- 150mg/kg以上なのでアセトアミノフェン拮抗薬であるNアセチルシステインを飲ます。  
入院後に「あの臭いの（Nアセチルシステイン）はもう飲みたくない。帰る」



# ODの治療



- 胃洗浄
- 活性炭
- 下剤
- 透析：適応となることは少ない
- 拮抗薬：少ない・・・中毒センターに電話して聞いてみる
- 入院後は合併症注意：低体温、誤嚥性肺炎、肝障害、横紋筋融解症（挫滅症候群）・・・
- **結局は対症療法**、症状に合わせて対応する。呼吸がとまりそうなら人工呼吸器！

これでよいのか・・・

# SDH : **S**ocial **D**eterminants of **H**ealth : 健康の社会的決定要因



WHO「ソリッド・ファクツ」  
(2003年)参照



## SDHとは

**SDH** : Social Determinants of Health



社会の



決定要因



健康

➡健康の**社会的**決定要因

➡他には、遺伝的、生活習慣的、などがある

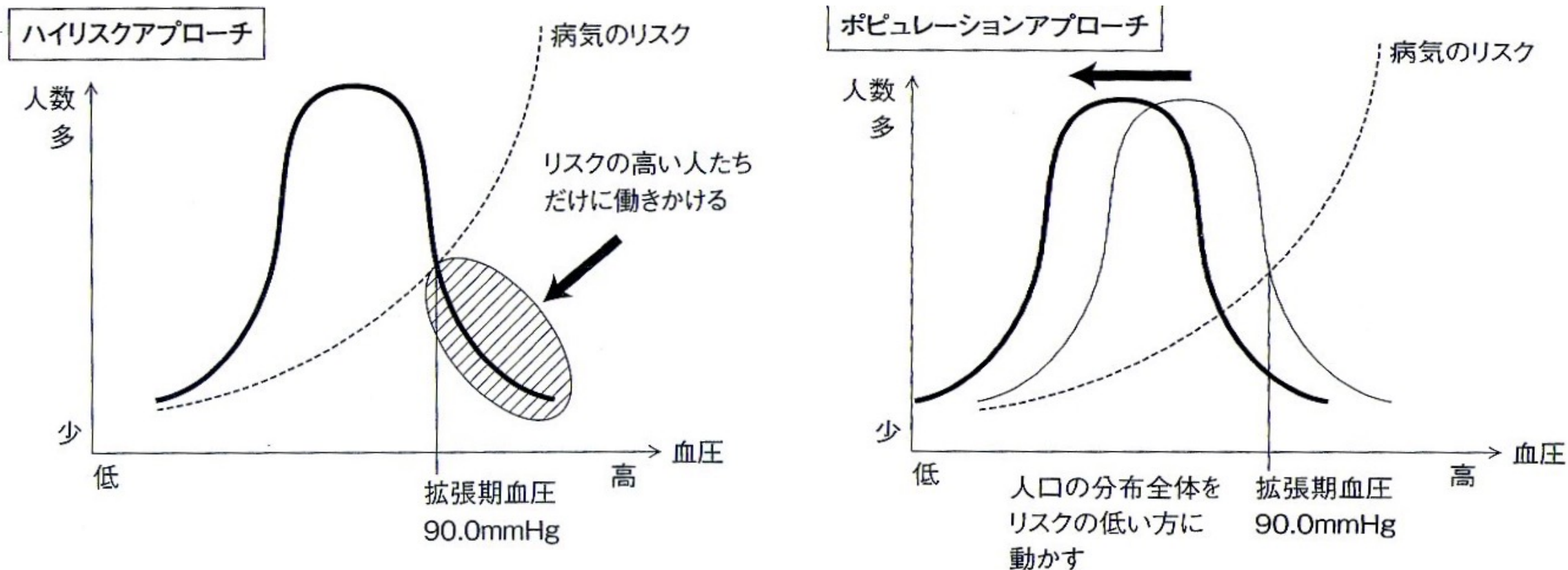
# 健康の社会的決定因子の階層構造：個人への介入の限界

ミクロな問題だけを治療しても病気は治せなかった！！

## 健康の決定因子の 階層構造



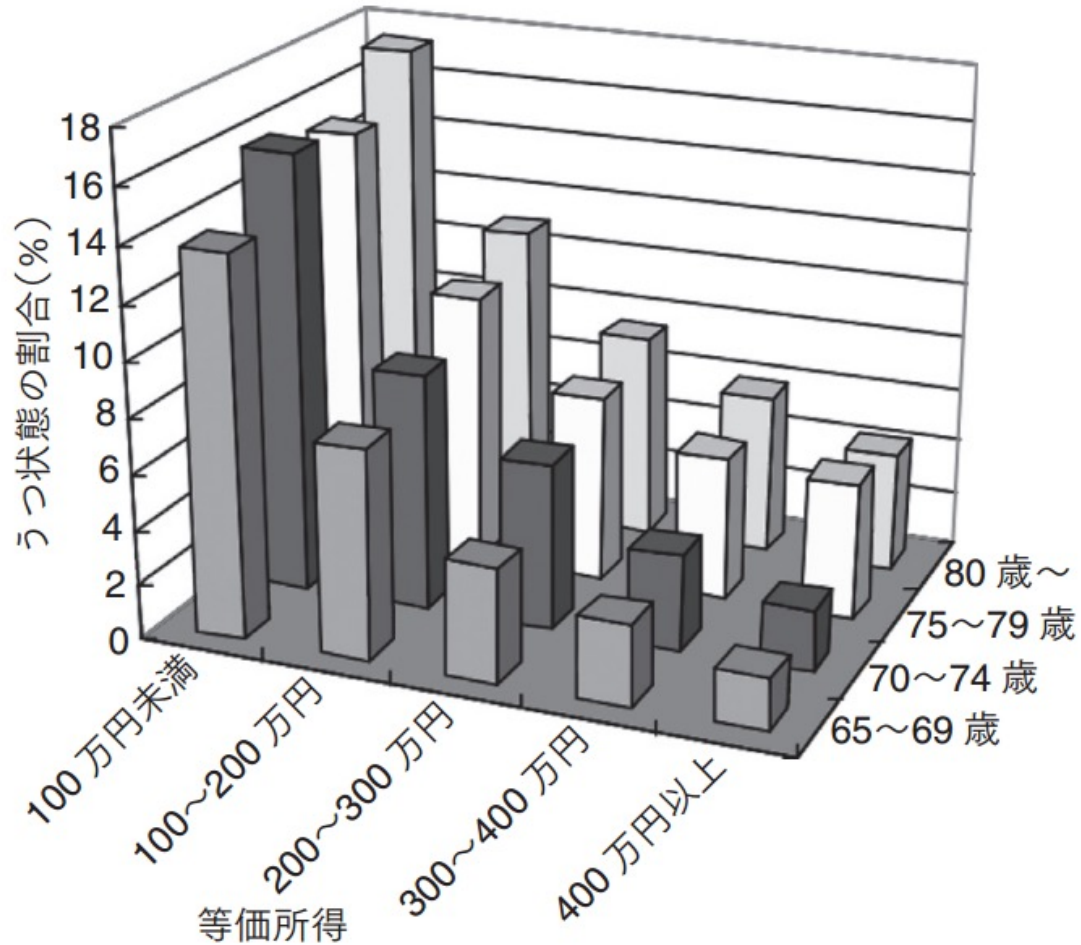
# 従来の医療はハイリスクアプローチ（第1層）に偏りすぎていた



- **ハイリスクアプローチ**は、「病気」の人を見つけ出して「治療」する従来の医療。
- **ポピュレーションアプローチ**は、健康な人も含めて地域全体をより健康にする介入。



# 所得階層間の格差（第2層）が健康格差を生む



- 最高所得層に比べ最低所得層は**5倍**
- 65-69歳に限ると**6.9倍**もうつが多い。

→ 所得格差が健康格差を生む

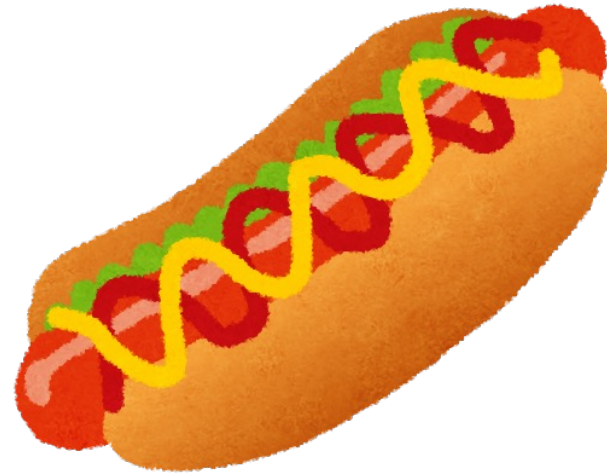
# AGES研究 2003年 4年後の**要介護**状態発生リスク

	週1回運動する	しない
スポーツ組織に所属あり	1.0	<b>1.16</b>
所属なし	<b>1.29</b>	1.65

年齢, 性, 所得, 学歴, 婚姻状態, 仕事の有無, 健康状態, 抑うつ, 喫煙, 飲酒を調整

# ■ ホットドッグとお茶：イチローカワチ先生の講演から・・・

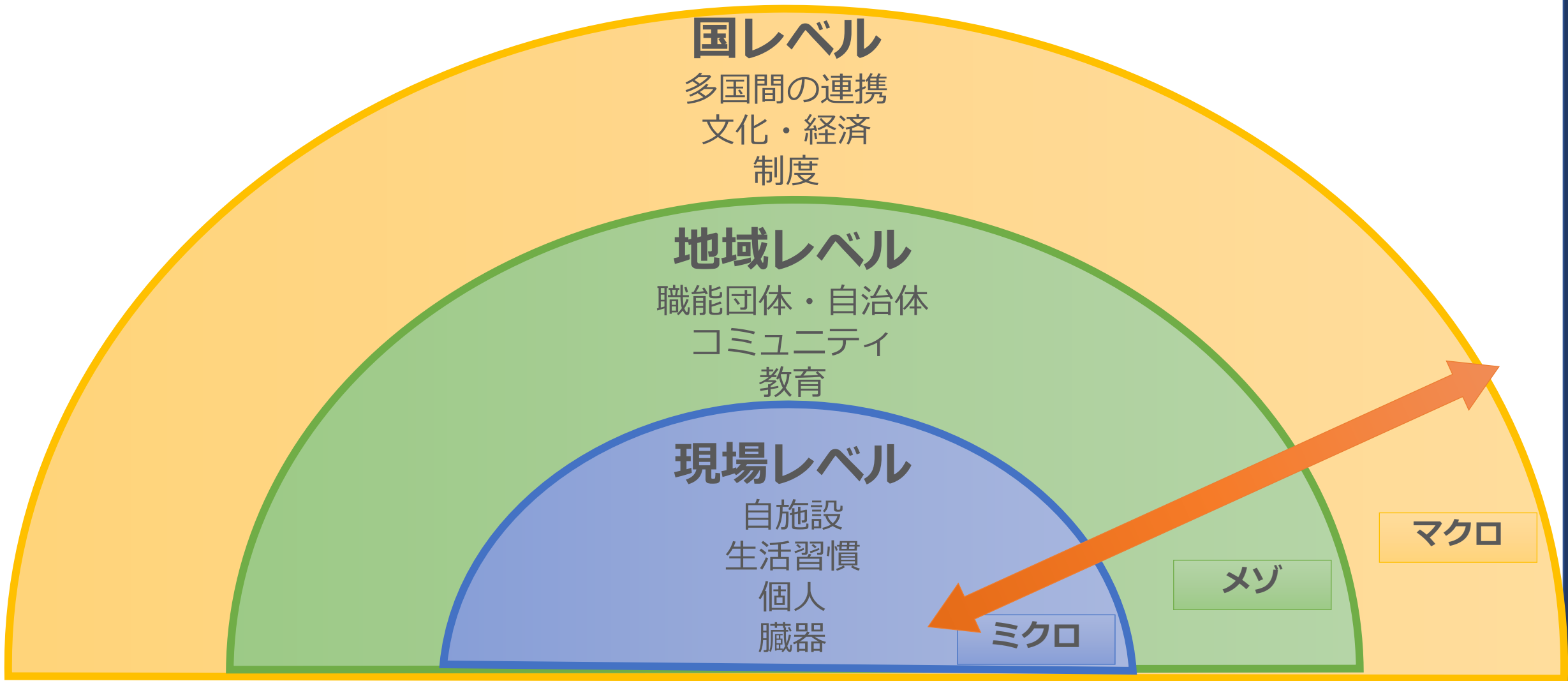
- ホットドッグパーティー：
- 食べる不健康 < 集まる健康



- 「静岡の人はお茶をのんで長生き。~~だからカーキンを摂ろう~~」

➡お茶会で集まっていることで健康なのかもしれない

# SDHで社会を**3**層で捉え、対策も**3**層で考える



## SDHの活動レベル：ミクロ、メゾ、マクロ

活動レベル	対象	具体的活動
ミクロレベル	目の前の患者さん	救急外来OD診療、相談
メゾレベル	地域コミュニティー	Freedom、互助会、連携
マクロレベル	社会	公共政策、診療報酬改定

→全てのレベルに働きかけることが大切と考えています

## Take home message

- SDHの概念を知り、陰性感情のコントロールして、ミクロレベルの医療の質を高める
- 地域と連携し、地域のOD患者対応レベルを上げるようなメゾレベルの活動を広げる
- マクロレベルに働きかけることによって劇的にOD患者を減らせる可能性がある
- OD患者を減らしていくためにミクロ・メゾ・マクロ、全てのレベルに働きかける

当院もまだまだ不十分な点がありますが、  
地域医療を守っていく一員としてがんばります。