E、拘束が行われた患者の割合はA≒C≒E＜B＜Dとなっていた。

処方類型別の入院時・初回処方変更時・入院期間の中間時・退院時の各時点におけるＣＰ換算処方量の推移を表６、図１１に示す。処方量はどの時点でも概ねA＜B＜C≒D＜Eの傾向がみられた。時間経過と処方量の変化の関係は、Aは入院期間を通して処方量は横ばい、ＢＣは初回変更時→中間時で増量されたあと退院時まで中間時の処方量が保持され、Dは入院時→中間時に向け増量され退院時はやや減量、Eは退院時に向け漸増する傾向がみられた。一元配置分散分析の結果は各時点とも $p=10^{-5}$～10^{-9} の order で、処方類型別の処方量にはすべての時点で十分な差異があると考えられた。

D. 考察

研究結果より、処方類型ごとの特徴をまとめると以下のとおりである。

A（定型≦１剤、非定型≦１剤）は症例数が一番多い。他の処方類型に比べ年齢は比較的若く、女性の割合が高く、入院日数は短く、初発例・初回入院の割合が高く、攻撃性・隔離・拘束の少ない傾向がある。ＣＰ換算処方量は最少で、入院期間を通して処方量は横ばいである。少量の投薬で順調に回復する患者がこの類型に属すると思われる。

C（定型≧３剤、非定型≦１剤）は他の処方類型に比べ高年齢で、男性の割合は最多、再発例・複数回目の入院の割合が高く、攻撃性を示す患者の割合もEについで高い。処方量はE類型についで多くDと同等、入院途中に処方量が増加され退院までその量で維持される。この類型の典型は男性で比較的年齢が高く、攻撃性を示す再発患者で、複数の定型薬で鎮静し、安定したところで薬物減量をせずに退院となるケースであろう。

B（定型＝２剤、非定型≦１剤）は概ねA、Cの中間の性格を示すが、初発の患者の割合はAよりも高く、隔離が行われた割合は５類型中最多であった。

D（定型≦１剤、非定型≧２剤）は年齢は最も若く、女性の割合はAと同様高い。初発の割合は比較的少ない方であるが、初回入院の割合は全類型中最多である。攻撃性や隔離は比較的少ないが、拘束の割合は最多である。処方量は入院時から中間時に向け増量され、退院時はやや減量される。非定型薬で治療されていた若く攻撃性のない患者に対し、入院中にメインの非定型薬を変更する場合などがこの類型に属するであろう。

E（定型≧２剤、非定型≧２剤）は年齢は比較的高く、入院日数は他の類型より突出しており、再発の割合も多く、攻撃性は全類型中最多である。処方量は入院期間を通して最も多く、退院時に向け漸増する傾向がみられる。入院日数の長さと攻撃性の高さから、薬剤抵抗性で病状がなかなか改善しない難治症例がこの類型に属するものと推測される。

本研究の課題としては、多群間の比較という統計上のテーマに対して十分な処理を行えなかったことが挙げられる。また、本研究の基礎となる「全国の精神科急性期・救急治療病棟における統合失調症の薬物治療に関する薬剤処方調査」には服薬態度や幻覚妄想等の精神病症状、医師や施設の属性なども含まれていたが、今後は処方類型とこれらの項目の関係を比較検討することも必要である。

E. 結論

本研究により、統合失調症急性期の患者を定型・非定型抗精神病薬の処方類型を用いて、臨床的に特徴のある患者群に分類可能であることが示された。処方量には処方類型ごとにかなりの違いがみとめられた。今後は患者側の要因だけでなく、医師や施設の属性と処方類型の関係も検討することが必要であると考えられる。

F. 健康危険情報　なし

G. 研究発表

1．論文発表　なし
2．学会発表　なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

資料

表1 処方類型の定義

入院中の最多処方剤数		定型抗精神病薬			
		0剤	1剤	2剤	3剤以上
非定型抗精神病薬	0剤	A		B	C
	1剤				
	2剤以上	D		E	

表2 処方類型の具体例

例1	入院時	RIS＋LP	(非定型1剤、定型1剤)
	初回変更	RIS＋LP＋HP	(非定型1剤、定型2剤)
	中間時	RIS＋LP＋HP＋CP	(非定型1剤、定型3剤)
	退院時	RIS＋CP	(非定型1剤、定型2剤)
⇒処方類型はC			
例2	入院時	RIS＋OLZ	(非定型2剤、定型0剤)
	初回変更	RIS＋OLZ＋LP	(非定型2剤、定型1剤)
	中間時	OLZ＋LP＋HP	(非定型1剤、定型2剤)
	退院時	LP＋HP	(非定型0剤、定型2剤)
⇒処方類型はE			

RIS:risperidone、LP:levomepromazine、HP:haloperidol、CP:chlorpromazine、OLZ:olanzapine

表3 処方類型と患者の特徴(1)

処方類型	症例数		平均年齢	性別		平均入院日数(日)
	(例)	(%)	(才)	男性(例)	女性(例)	
A	108	45.5	37.3	56	52	59.0
B	51	21.5	40.3	31	20	67.2
C	45	19.0	43.0	29	16	71.1
D	21	8.9	33.2	10	10	65.0
E	12	5.1	41.3	7	5	88.8
TOTAL	237		39.0	133	103	64.0

表4 処方類型と患者の特徴(2)

処方類型	初発・再発		入院歴		GAFスコア	
	初発	再発	初回	2回目以降	入院時	退院時
A	26	82	35	67	31.6	59.6
B	15	36	14	36	30.1	55.7
C	6	39	5	40	30.0	56.3
D	4	17	9	12	34.5	64.5
E	2	10	3	8	30.3	53.0
TOTAL	53	184	66	163	31.3	58.3

表5 処方類型と患者の特徴(3)

処方類型	攻撃		隔離		拘束	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし
A	35	73	45	63	18	89
B	21	30	33	17	14	37
C	23	22	24	21	8	37
D	9	12	8	11	7	12
E	9	3	8	4	2	9
TOTAL	97	140	118	116	49	184

表6 処方類型と処方量(CP換算)

処方類型	平均処方量(CP換算mg)			
	入院時	初回変更	中間時	退院時
A	455.7	495.8	490.3	498.3
B	607.4	580.0	791.0	744.9
C	820.5	798.6	1015.7	988.6
D	803.1	914.9	970.5	864.8
E	1022.2	1133.9	1096.6	1153.9
TOTAL	616.5	643.5	733.5	711.5

図1 処方類型と症例数

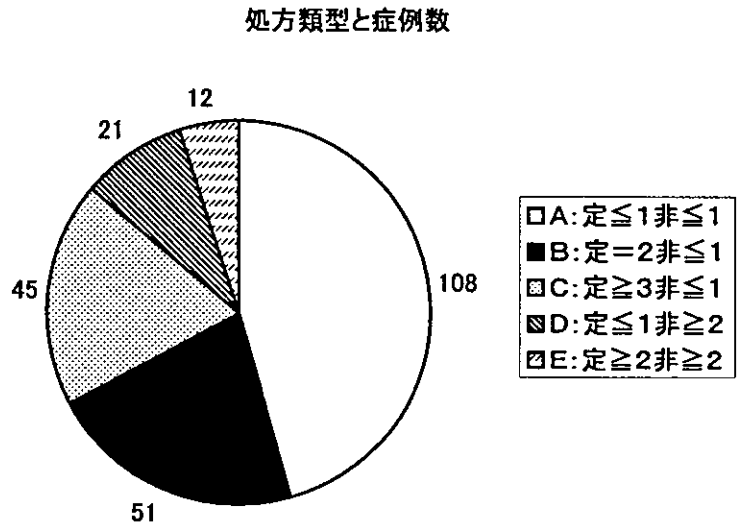


図2 処方類型と平均年齢

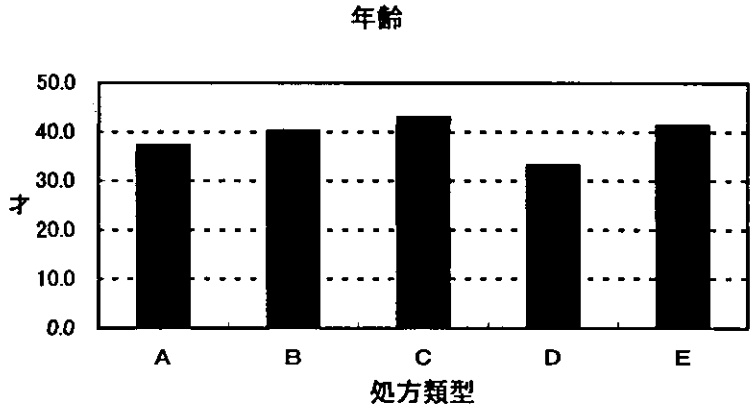


図3 処方類型と性別

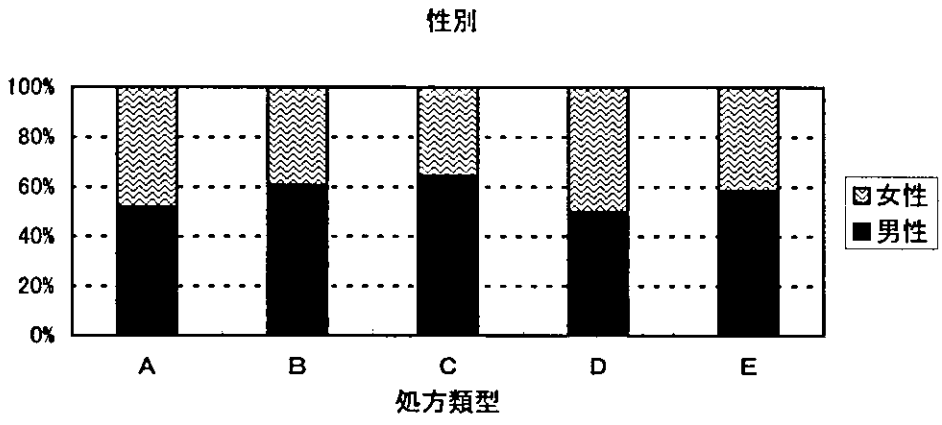


図4 処方類型と平均入院日数

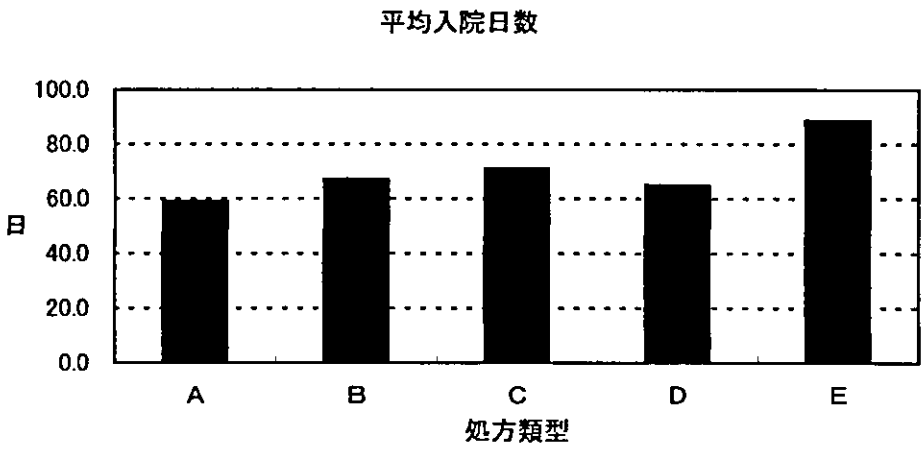


図5 処方類型と初発・再発の割合
（初発：入院日前1ヶ月以内に主治医の診察を初めて受けた今回が初発エピソードの患者or6ヶ月以上治療中断していた患者）

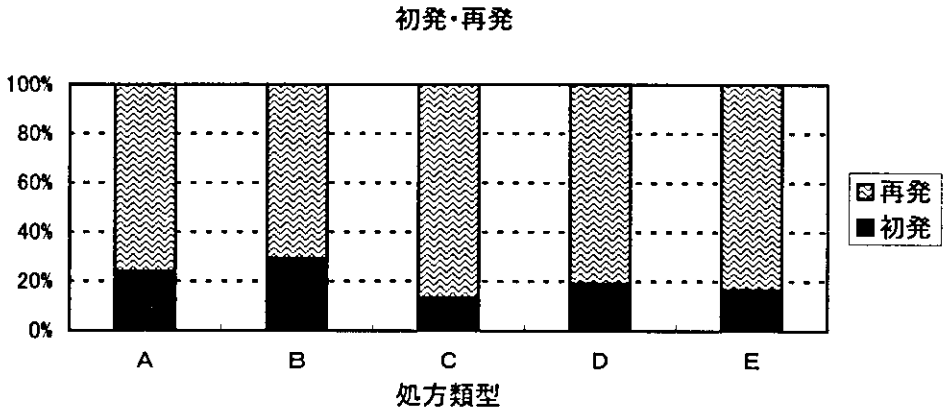


図6 処方類型と入院歴

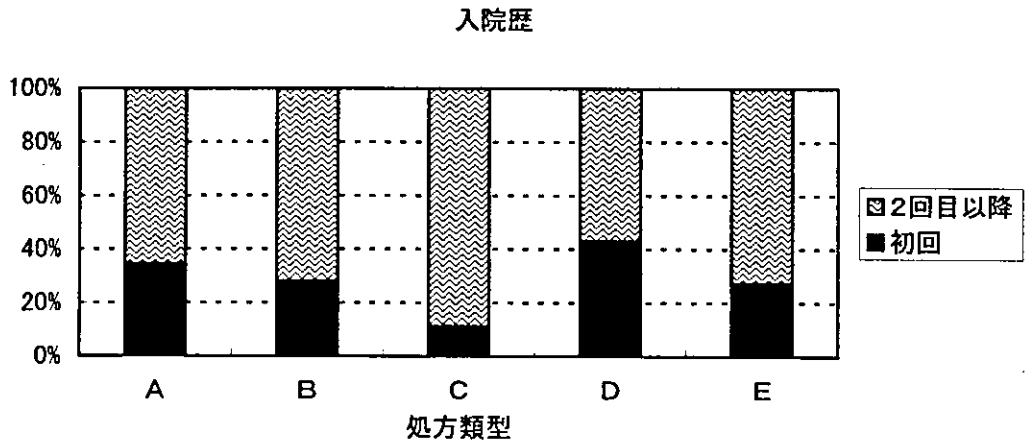


図7 処方類型と入退院時GAF

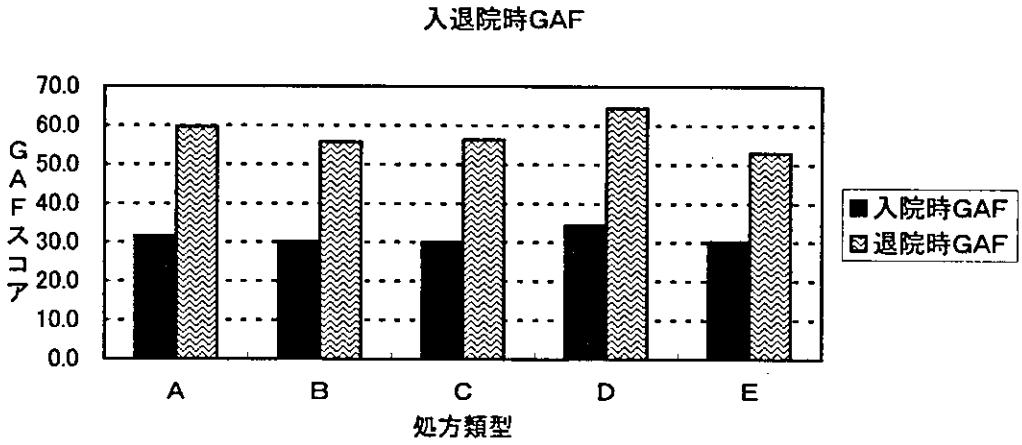


図8 処方類型と攻撃性

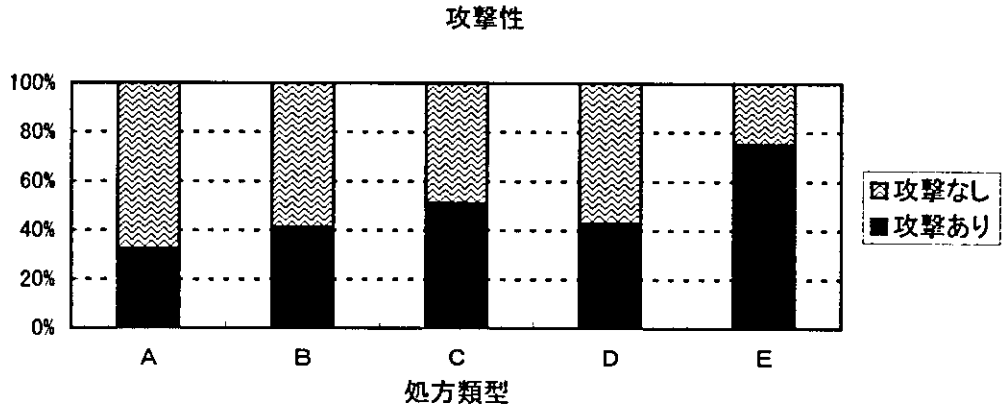


図9 処方類型と隔離

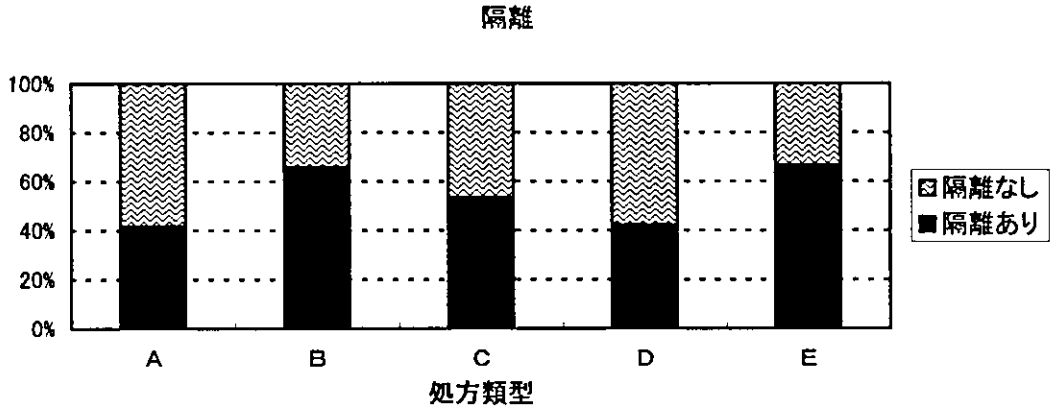


図10 処方類型と拘束

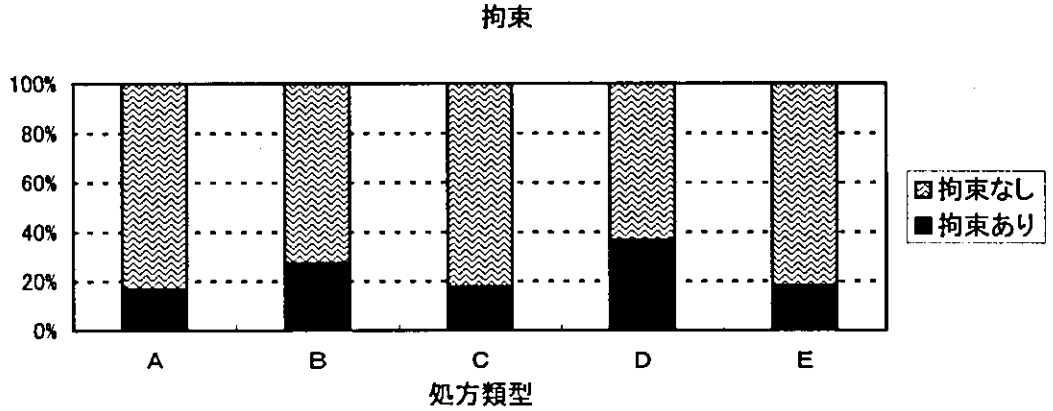
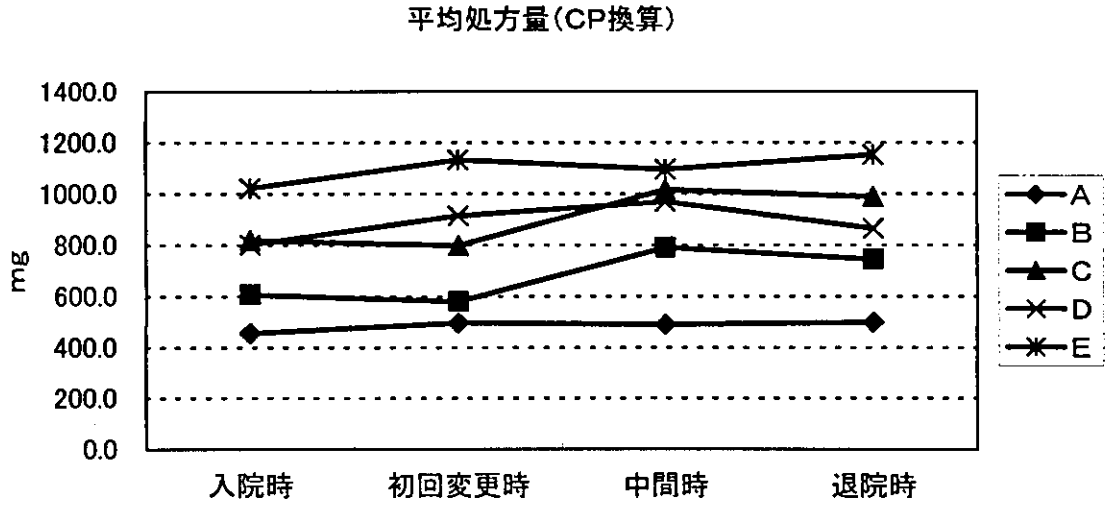


図11 処方類型と平均処方量(CP換算)



Ｈ１６年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

－精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究－

全国の精神科急性期・救急治療病棟における統合失調症の定型・非定型抗精神病薬治療の使用特徴とその効果に関する研究

分担研究者 澤　　温　さわ病院　院長

研究要旨：本研究では統合失調症に対する薬物治療の施設や医師の年齢ごとの使用特徴とその効果の把握を目的として、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院および各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加する大学病院、そして国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）における薬剤処方調査を行った結果を報告する。

研究方法：本研究の対象は平成15年８月に精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有していた全国の民間病院と公立病院112施設、国立療養所16施設、および大学病院85施設の計213施設であり、それぞれの施設につき１病棟を調査対象とした。調査内容は、調査期間内（２ヶ月間）に退院が決定した統合失調症患者について、主治医や看護師が患者の属性や入院中の症状を評価し、また看護師か薬剤師が入院時・初回処方変更時・中間日・退院時の処方について回答した。このなかで医師の年齢、入院期間、入院時と退院時のＧＡＦ，定型および非定型抗精神病薬の使用状況を整理し分析した。

結果：非定型抗精神病薬はその副作用の少なさからコンプライアンスの高さが期待され、ひいては再発再入院率の低下が期待されているが、医師の年代により従来の経験を変えようとしないことが明らかになった。また原因か結果かは今回の分析では明らかにならなかったが、非定型抗精神病薬の使用と入院日数の短さ、そして入院から退院までの間のＧＡＦの変化の大きさとが相関していた。しかし、非定型抗精神病薬は薬価が高いため包括支払い病棟では使いにくいことが実証できた。

Ａ．研究目的

１９９６年から急性期治療病棟が、そして２００２年から救急入院料病棟が診療報酬で規定され、また１９９５年に全国的に精神科救急システムがスタートして急性期・救急医療の充実が図られようとしている。特に急性期においては薬物療法を中心とした身体的療法が大きな役割を演じるが、近年使用されるようになった非定型抗精神病薬の位置づけはなおはっきりしない点がある。今回、民間、公的そして大学病院を含めて全国規模での多施設調査を行ない、以下に述べるような点で、急性期治療を目的として入院した統合失調症の患者に対する薬物療法の特徴とその問題点を明らかにしようとした。

Ｂ．研究方法

調査対象施設、調査方法、調査内容は分担研究者樋口の報告の通りである。

分析内容は以下の４点である。

①統合失調症については非定型抗精神病薬が最近使われている。これらについて医師の年齢別に使用割合がどのようにちがうかについて検討する。
②統合失調症の治療において非定型抗精神病薬を用いると入院期間が短いとの外国でのデータがあるがこれを検証する。
③同時に GAF の変化に非定型抗精神病薬使用群と従来薬使用群で差があるかを検討する。
④2004 本年の診療報酬改定で非定型抗精神病薬を統合失調症の治療において計画的に用いると加算されるようになったが、それ以前はなかった。これは非定型抗精神病薬が高価であるため包括支払い病棟では使いにくいという点からであった。このような影響を受けやすい民間病院と受けにくい公的病院や大学病院で使用割合に差があるかを検討する。

C．研究結果

① 定型、非定型抗精神病薬の使用おいて医師の年齢による差が見られるかについて分析した。

この点についてはデータ欠損のない２２７人について分析した。その結果を図１、２に示した。図１のグラフからわかるように人数が３０、４０、２０、５０、６０代の順に少なく、特に５０代、６０代の人数が極端に少ないので明らかなことはいえないが、図２のグラフからは５０代を除いて、２０代、３０代、４０代の順で定型の単独使用頻度が高くなり、また非定型の単独使用頻度が少なく、使っても混用が多くなることがわかった。

② 統合失調症の治療において非定型抗精神病薬を用いると入院期間が短いとの外国でのデータがあるがこれが明らかになるかを分析した。

欠損データのない２２８人について分析した。表１に示すように、操作的に５００日以上の入院を除くと、定型薬使用患者は６０人、非定型は７８人、混用は８０人であった。そして入院日数の平均と標準偏差はそれぞれ、定型が５７±６０日、非定型が３０±６７日、混用が８１±１９８日であった。この結果から非定型抗精神病薬では入院日数が短いとも見れるが、これは一般臨床での結果であって、副作用が少ないといわれている非定型抗精神病薬から始めて効かないから定型に移りあるいは混用になっていることを否定はできない。しかし諸外国では表２に示すように統制された研究[1,2,3]で、非定型抗精神病薬による治療では入院日数が少ないと言われており、筆者もリスペリドンについて同様の結果を報告した[4]が、日本でも他の非定型抗精神病薬についてこのような研究がされることが期待される。

③ GAF の変化に非定型抗精神病薬使用群と従来薬使用群で差があるかを分析した。

欠損データのない２３２人について分析した。ＧＡＦの変化（退院時－入院時）と定型・非定型抗精神病薬使用の関係を図３（人数）と図４（%）に示した。数の上では２０、３０、１０台の変化が圧倒的に多いが、%でみてみると大きなＧＡＦの変化を示すものは非定型抗精神病薬を用いるものに多く見られた。しかしこれは分析②と同様に原因でなく結果であるかもしれない。

④ 非定型抗精神病薬は高価であるため包括支払い病棟では使いにくいという点から２００４年の診療報酬改定で一日１０点（一日１００円つまり月に約３０００円）が加算されるようになった。表３に示すように３０００円では高薬価の薬を３０日使って薬価の８０%で購入しても到底この加算は追いつかない。この点から民間病院と公的病院や大学病院で使用割合に差があるかを欠損データのない２３３例について分析した。その結果を図５（人数）図

6（%）に示した。総数は民間病院が多いが、図6で明らかなように民間病院では定型薬が多く使われ、公的・大学病院では非定型薬が多く使われていることがわかった。

D．考察

急性期治療では迅速に症状を軽減すると同時に副作用が少ない治療で、急性期治療後のコンプライアンスを高め、またサイコエデュケーションもしやすくし、再発率、再入院率を減少することが求められている。その意味で非定型抗精神病薬の使用が近年勧められている。①で述べたように、その使用は医師の年齢によりかなり異なっており、特に４０代の医師はすでに自分のやり方ができているためか保守的となりやすい傾向があり、この点は副作用が少ないことが求められる現在、再度教育していく必要があると考えられた。また非定型抗精神病薬の使用で入院期間が短くなるのか、短い人が非定型抗精神病薬で治療が終えられるのかはわからない、またＧＡＦの変化から見た治療の効果も同様に非定型抗精神病薬の使用で最初に終わったためＧＡＦの変化が大きいのかもわからないが、まず非定型抗精神病薬の使用が推奨されるといえよう。それに反して④で述べたように、包括支払い病棟では非定型抗精神病薬を使うほど運営がしにくくなり、特に民間病院ではこのことに敏感に反応しているということがわかった。包括病棟は本来、薬物使用による収益の差も吸収しているつもりで診療報酬が規定されているのかもしれないが、実際には運営しえなくなるほどの差が定型薬と非定型薬との間に見られ、今後改定時には再検討する必要があると考えられる。

E．結論

非定型抗精神病薬はその副作用の少なさからコンプライアンスの高さが期待され、ひいては再発再入院率の低下が期待されているが、医師の年代により従来の経験を変えようとしないことが明らかになった。また原因か結果かは今回の分析では明らかにならなかったが、非定型抗精神病薬の使用と入院日数の短さ、そして入院から退院までの間のＧＡＦの変化の大きさとが相関していた。しかし、非定型抗精神病薬は薬価が高いため包括支払い病棟では使いにくいことが実証できた。

文献

1）Hamilton,S., Revicki,D., Edgell,E. et al: Clinical and economic outcomes of olanzapine compared with haloperidol for schizophrenia. Pharmacoeconomics, 5:469-480,1999.

2）Addington, D. E., Jones, B., Bloom, D., et al. : Reduction of hospital days in chronic schizophrenic patients treated with risperidone : a retrospective study. Clinical Therapeutics, 15 : 917-926, 1993.

3）Lynch,J., Morrison,J., Graves,N. et al: The health economic implications of treatment with quetiapine. E uropian psychiatry, 16:307-312,2001.

4）澤　温：民間精神科病院における抗精神病薬治療の変化、臨床精神薬理、6:411-416,2003.

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

資料1

図1　医師の年齢別にみた定型・非定型抗精神病薬の使用状況（人数）

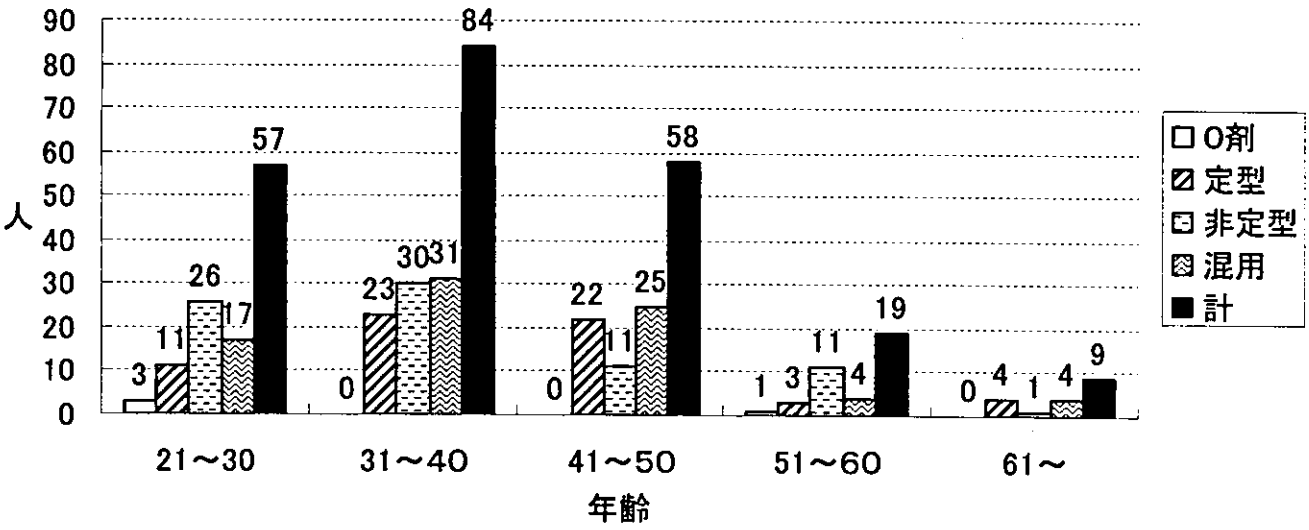
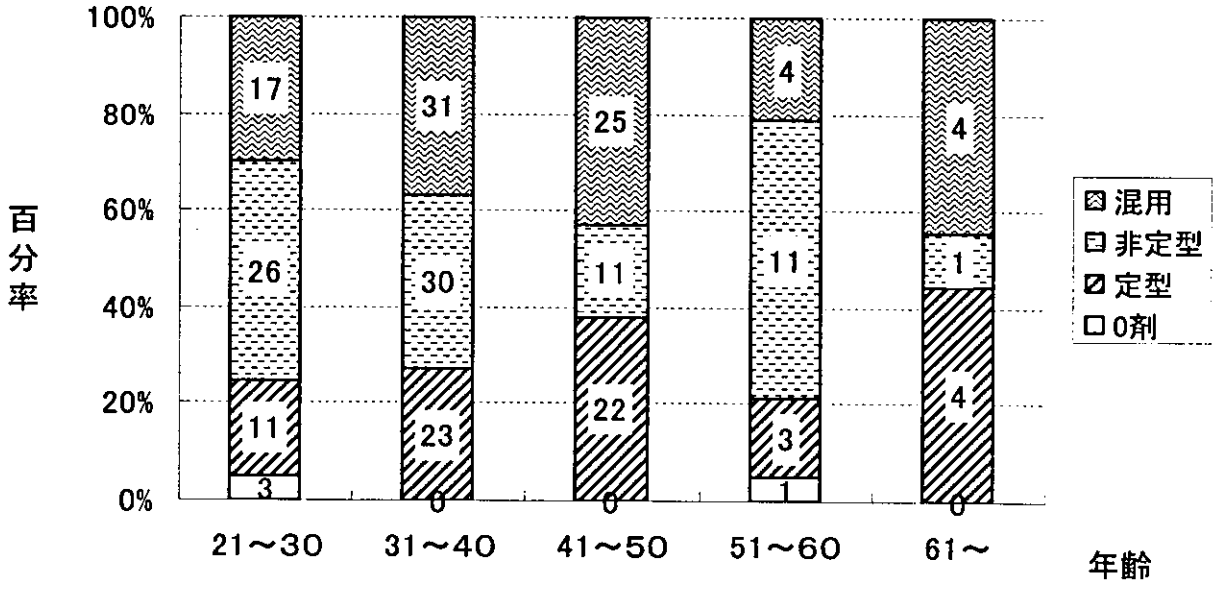


図2　医師の年齢別にみた定型・非定型抗精神病薬の使用状況（%）



グラフ内の数字は人数

資料2

表1　定型・非定型抗精神病薬使用による入院期間の差

	定型	非定型	混用
例数	65	80	83
<500日の例数	60	78	80
AV(日)	57	30	81
STD	60	67	198

表2　非定型抗精神病薬試験における入院日数の差についての報告

試験	症例数	対象薬	結果	有意差
Hamilton, et a[1]	817例	olanzapine ⇔haloperidol	7.76日 8.92日	p<0.05
		→haloperidol群の方が14. 9%長く入院していた。		
Addington, et al [2]	27例	risperidone ⇔antipsychotic	20%減少	p<0.003
Lynch, et al [3]	21例	quetiapine	11%減少	-----

資料3

図3 GAFの変化(退院時ー入院時)と定型・非定型抗精神病薬使用の関係(人数)

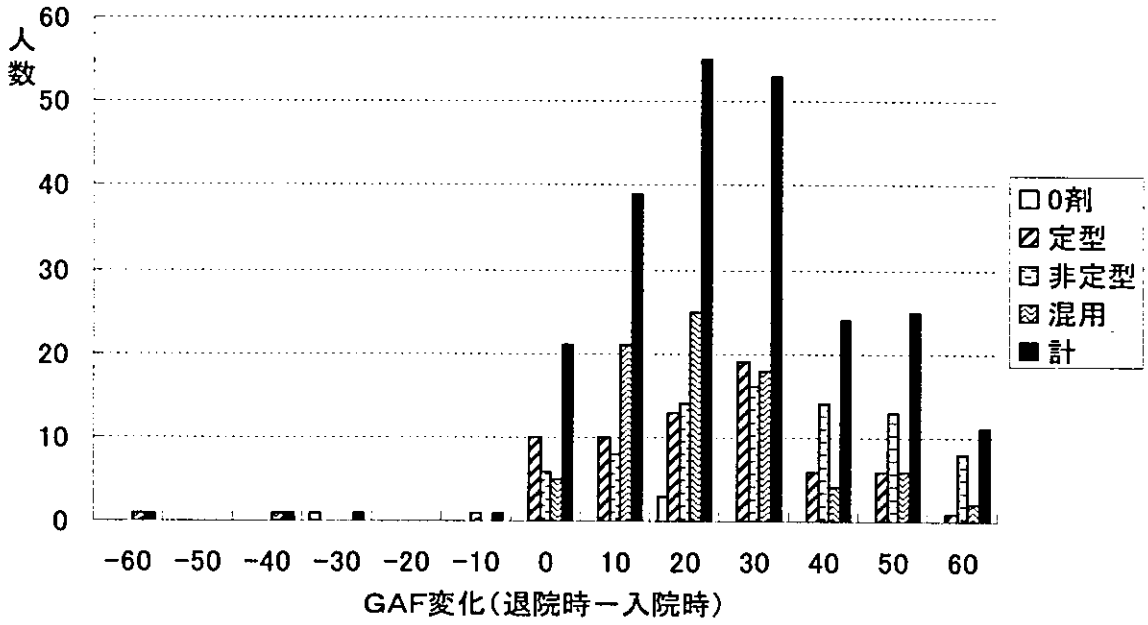
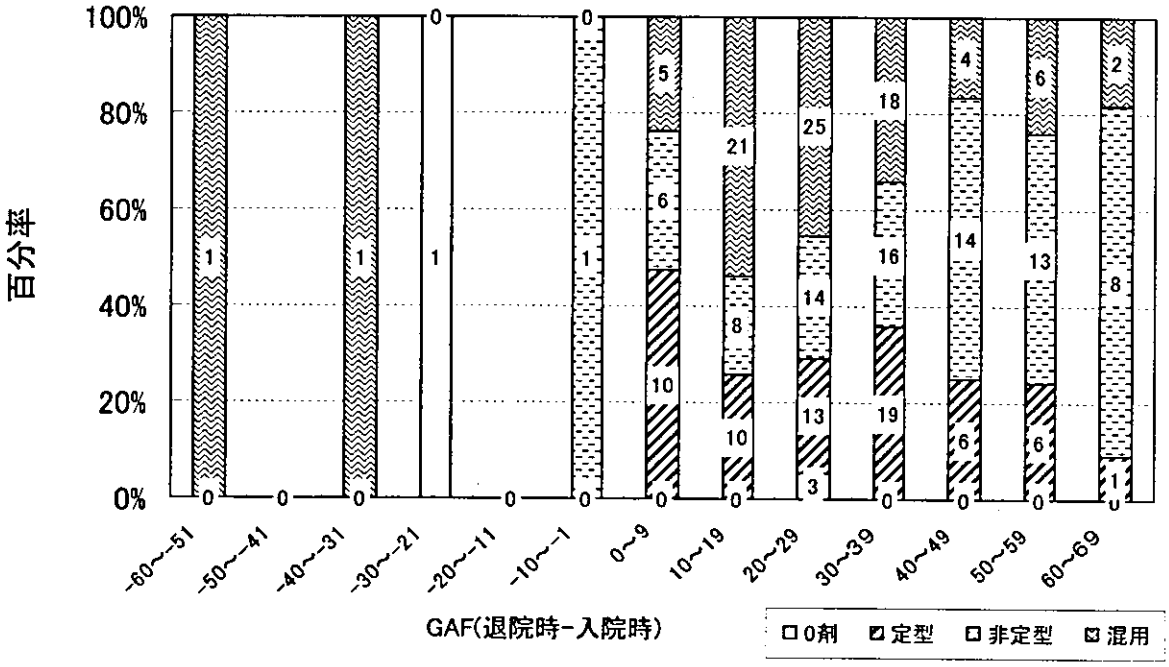


図4 GAFの変化(退院時ー入院時)と定型・非定型抗精神病薬使用の関係(%)

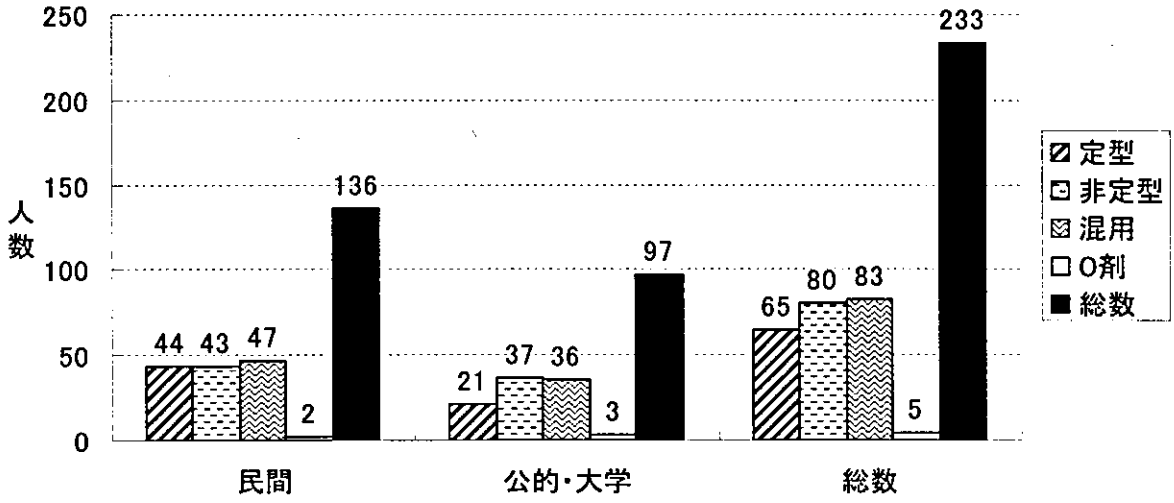


資料4

表3 主な定型および非定型抗精神病薬の等価換算と薬価

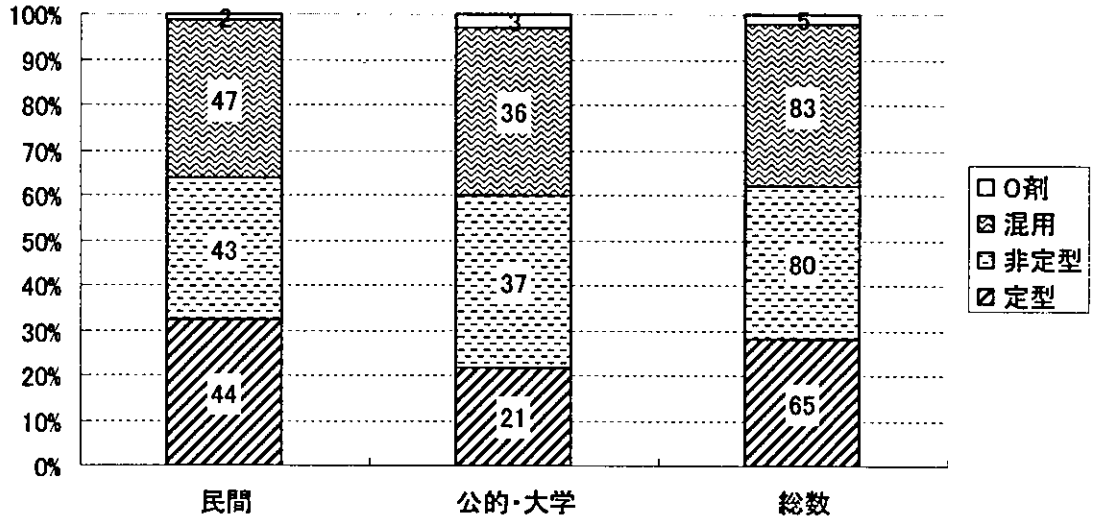
	等価換算	等価換算×10	その薬価
クロルプロマジン	100	1000	64
ハロペリドール	2	20	116.2
リスペリドン	1	10	430.9
オランザピン	2.5	25	1246.5
クエチアピン	66	660	1163.3

図5 民間病院と公的・大学病院での定型・非定型抗精神病薬の使用状況(数)



資料5

図6　民間病院と公的・大学病院での定型・非定型抗精神病薬の使用状況(%)



平成１６年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

－精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究－

大学病院における精神科急性期入院治療に関する調査

分担研究者　宮岡　等　北里大学医学部精神科学　教授

研究要旨：大学病院における精神科急性期医療での薬剤処方の現状を把握し、標準的な急性期医療のあり方を考察するため、調査協力の同意が得られた大学病院 20 施設とそれ以外の精神科病床（精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料病棟、旧国立療養所）へ入院した患者の急性期治療に関する比較調査を行ったのでその結果を報告する。*研究方法*：調査対象期間に調査対象病棟を退院した統合失調症患者 260 名を大学病院入院患者かそれ以外かに分け、患者・医師特性や入院時処方、退院時処方の比較検討を行った。比較のための解析には t 検定および χ^2 検定を用いた。*結果*：大学病院の患者特性は、若く罹病期間が短い患者が多い傾向にあり、男性や要隔離患者が少なく、措置入院が少なく、医療保護入院が多かった。入院時 GAF、退院時 GAF に有意差はなかった。医師特性は平均年齢が 31 歳と若く、勤務年数が短く、女性の割合が約 27%と多かった。入院時処方において levomepromazine, zotepine, lorazepam は大学病院以外での使用率が高く、逆に quetiapine は大学病院での使用率が高い傾向にあった。しかし、これらの薬剤の使用量には有意差を認めなかった。一方、抗精神病薬、抗パーキンソン薬、抗不安薬の平均合計使用量は大学病院の方が低かった。両群で risperidone は 45%近く使用されていたが、大学病院での平均使用量は有意に少なかった。退院時処方では、haloperidol, zotepine は大学病院以外での使用率が高く、逆に quetiapine は大学病院での使用率が高い傾向にあった。また抗精神病薬、抗パーキンソン薬の平均合計使用量は同等となったが、抗不安薬量は大学病院の方が少なかった。退院時の薬剤使用量に関しては quetiapine が大学病院で平均使用量が多く、逆に haloperidol は少なかった。*まとめ*：患者特性、医師特性、薬剤使用に関し、大学病院はそれ以外の精神科急性期治療病棟と異なった性格を持っていた。

研究協力者氏名　所属施設名及び職名

高橋恵　北里大学医学部精神科学教室講師
江村大　北里大学医学部東病院病棟医
田中克俊　北里大学大学院医療系研究科助教授

A. 研究目的

近年、我が国の精神医療の中で、専門性と高度の治療技術の必要な精神科急性期・救急治療の整備が全国的な課題となっている。さらに急性期・救急治療における医療の質の向上と治療の標準化に、医療経済の面からも大きな関心が

よせられている。しかしながら現在実施されている急性期治療に関しての十分な情報は把握されていない。

近年変革の著しい大学病院での精神科急性期治療のあり方は大学間でかなり差が出てきているとも言えよう。昨年報告したように、大学病院では積極的に精神科救急に関与している病院とそうでもないところがあるが、それは施設面での構造によると考えられた。大学病院の多くが特定機能病院であり、そこでは包括医療が導入され、医療の効率化が求められている。それとともに大学病院は教育機関でもあることから、標準的医療を実施することも大切であろう。

そこで、今回大学病院における急性期治療の現状を調査し、精神科病床を有する大学病院で精神科急性期・救急治療に取り組む施設では、どのような治療がどのような手順で行なわれているのかを把握するとともに、他の精神科病床での治療と比較検討し、今後の大学病院の精神科急性期・救急医療へのかかわりの標準型について考察する。

B. 研究方法

1．対象及び調査方法

大学病院85施設および平成15年8月時において精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有していた全国の民間病院と公立病院112施設、国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）16施設に調査協力を依頼した。最終的に調査協力の得られた大学病院20施設と急性期治療病棟または救急入院料病棟を有する民間病院26施設、国立または都道府県立病院13施設を本研究の調査対象とし、調査票を送付した（調査票の詳細は樋口研究者の報告書参照）。

2．調査期間と対象

調査対象期間は2ヶ月間で、この間に対象病棟を退院したDSM-IVに基づく統合失調症の診断を有する患者へ調査についての説明を行った。そして、調査への文書による協力同意の得られた患者の受け持ち医、受持ち看護師に調査票の記入を依頼した。

3．調査内容

受持ち医師の記入する調査票で、患者の初発年齢もしくは初発年、入院歴の有無、合併症の有無、入院に至る経緯、退院後転帰、入院中に受けた治療、入院中に見られた副作用、入院時の症状及び入院期間中にみられた症状、入院時と退院時の服薬に対する必要性の認識、入院時と退院時の全体的機能などを尋ねた。さらに看護師の記入する調査票で、患者の年齢、性別、医療保険、入院の形態、入院日、入院中に観察された攻撃的行動の頻度と程度、入院期間中の隔離・身体拘束の有無とその期間を尋ねた。患者の処方については、入院日、最初の処方変更時、入院日と退院日の中間日、および退院日の処方を調査した。

（この詳細は樋口研究者の報告書参照）

4．データ解析

調査対象施設から得られた統合失調症の入院患者データ260名のデータベースを解析対象とした。大学病院13施設とそれ以外の施設21施設にデータを分割し、患者特性、医師特性、入院時処方、退院時処方の比較検討をおこなった。

欠損値のあるデータは欠損値を含んだ解析

を行なうときに除外した。使用薬剤の平均使用量の比較検討のときは該当薬剤を使用している患者のみを抽出したのち、解析をおこなった。ただし、抗精神病薬の種類数の比較の時には欠損値以外の全てのデータを解析対象とした。

薬剤師用量では、抗精神病薬についてはクロルプロマジン（CPZ）換算量、抗パーキンソン薬についてはビペリデン換算量、抗不安薬と睡眠薬についてはジアゼパム換算量を用いた。

5．統計処理

統計解析はSSPS 10.0Jを使用した。

C.研究結果

1. 患者特性（資料1）

全対象患者260名中、大学病院入院患者69名、大学病院以外（非大学病院）の入院患者191名であった。項目ごとに欠損値を除いて患者特性を見たものを資料1に示す。

患者の平均年齢は全体で39.3歳で、大学病院では36.5歳、非大学病院では40.3歳で大学病院の方が年齢が若い傾向にあった。

罹患年数は全体で13.4年、大学病院では11.0年、非大学病院では14.2年で非大学病院の方が長い傾向にあった。

性別については、男性が大学病院44.9%、非大学病院では60.6%で、非大学病院の方が有意に男性が多かった。

隔離に関しては大学病院が31.9%、非大学病院が58.0%で、非大学病院の方が有意に低かった。

拘束に関しては大学病院が27.5%、非大学病院が17.1%で、大学病院のほうが多い傾向にあった。

2.医師特性（資料2）

患者の担当医は合計134名でこのうち、大学病院所属36名、それ以外98名であった。医師の平均年齢は、大学病院が31.3歳、非大学病院が41.5歳と、大学病院のほうが有意に年齢が若かった。

性別は、男性の割合が大学病院では72.2%、非大学病院では91.8%で、非大学病院のほうが有意に男性が多かった。

勤務年数は大学病院が4.2年、非大学病院が12.9年で、大学病院のほうが有意に短かった。

3.初回処方薬剤の選択と種類（資料3）

抗精神病薬の種類としては、大学病院・非大学病院ともにrisperidoneが最多でそれぞれ43.1%、44.0%の患者で使用されており、両者間で差はみられなかった。

levomepromazine(LP)、zotepine(ZP)は大学病院・非大学病院での使用頻度はそれぞれLP：18.5%、35.0%、ZP：2.0%、22.0と、ともに大学病院での使用頻度が有意に低く、quetiapine(QTP)は16.9%、9.4%で大学病院の方が使用頻度が高い傾向にあった。

また、抗精神病薬の併用に関しては、全体では大学病院で1.6種、非大学病院で2.0種であり、定型（従来型）抗精神病薬は大学病院で0.8種、非大学病院で1.3種で、ともに大学病院が有意に少なかった。非定型（新規）抗精神病薬は大学病院、非大学病院でともに0.7種で差はなかった。

抗パーキンソン病薬の併用率は大学病院で51.5%、非大学病院で66.8%と大学病院で有意に低かった。

抗不安薬の使用頻度についてはlorazepamが大学病院3.0%、非大学病院13.7%で大学病

院での使用頻度が有意に低く、alprazolam が大学病院 6.1%、非大学病院 1.6%で、大学病院での使用頻度が有意に高かった。

4.初回処方薬剤の使用量（資料４）

抗精神病薬(CP 換算)全体で見ると、大学病院で 469.7mg、非大学病院で 699.1mg であり、非大学病院の方が有意に多かった。RIS は大学病院で 389.3mg、非大学病院で 560.7mg と、有意に非大学病院の方が有意に多かった。QTP は大学病院で 557.9mg、非大学病院で 366.2mg であり、大学病院の方が多い傾向にあったが有意差はなかった。その他の抗精神病薬では差はみられなかった。抗精神病薬(CP 換算)全体において大学病院の方が使用量が少ないという使用量の差は、隔離下、服薬賛成下という条件をつけても変化がなかった。

抗不安薬・睡眠薬などの minor tranquilizer については diazepam 換算で、全体で大学病院が 12.0mg、非大学病院が 15.2mg で非大学病院の方が有意に多かった。個別では flunitrazepam のみが両者間で差があり、大学病院で 8.3mg、非大学病院で 11.6mg と非大学病院の方が有意に多かった。

抗パーキンソン病薬(biperiden 換算)では、大学病院が 2.5mg、非大学病院が 3.8mg で、非大学病院の方が有意に多かった。

5.最終処方薬剤の選択と種類（資料５）

抗精神病薬の種類としては RIS が大学病院・非大学病院でともに最多でそれぞれ 44.4%、45.0%であり、両者間に差はみられなかった。haloperidol(HPD)、ZP はともに非大学病院での使用頻度が有意に高かった(HPD 12.7%、24.3% ZP 4.8%、13.8%)。また CP・LP は非大学病院で多い傾向にあったが、有意差はみられなかった(CP 11.1%、20.1% LP 23.8%、34.9%)。perphenazine は大学病院で 3.2%、非大学病院では使用例なしであった。

抗精神病薬の併用については、全体では大学病院が 1.7 種類、非大学病院が 2.1 種類で非大学病院の方が有意に多かった。定型抗精神病薬は大学病院で 0.8 種類、非大学病院で 1.3 種類であり、非大学病院のほうが有意に多かった。非定型抗精神病薬は大学病院で 0.9 種類、非大学病院で 0.8 種類で、両者に差はなかった。

抗パーキンソン病薬は大学病院で 70.8%、非大学病院で 71.8%で併用されており、両者間に差はなかった。

minor tranquilizer は alprazolam が大学病院で 6.2%、非大学病院で 0.5%と大学病院で有意に多かったが、それ以外は差がなかった。

また、carbamazepine は大学で 4.6%、非大学病院で 12.2%で併用されており、非大学病院で多い傾向にあったが有意差はなかった。

6.最終処方薬剤の使用量（資料６）

抗精神病薬全体では大学病院で 730.2mg、非大学病院で 777.3mg で、両者に差はなかった。RIS は大学病院で 550.0mg、非大学病院で 580.0mg で、両者に差はなかった。QTP は大学病院で 708.9mg、非大学病院で 378.4mg であり、大学病院で有意に多かった。perospiron は大学病院で 466.7mg、非大学病院で 289.3mg で、大学病院で多い傾向にあったが有意差はなかった。

また、minor tranquilizer は全体で大学病院が 11.7mg、非大学病院が 14.7mg で、非大学病院が有意に多かった。flunitrazepam は大学病院で 8.1mg、非大学病院で 11.7mg で、非大

学病院で有意に多かった。

抗パーキンソン病薬は大学で3.7mg、非大学病院で3.5mgで両者間に差はみられなかった。

D. 考察

患者特性を比較すると措置入院患者が少なく、男性患者がやや少なく、隔離は少なく、拘束は多い傾向にあったが、GAFには有意差がなかった。これらの違いは多くの大学病院が措置入院を受け入れる体制にないことなどの施設特性違いによる結果と考えられよう。しかしこの点に関しては更なる分析が必要であろう。

医師特性では大学病院で、年齢が若く、経験年数が少ない医師が多かった。また女性医師の割合が高いという特徴があった。

初回処方の使用薬剤に関してはlevomepromazine, zotepineが非大学病院で使用頻度が高く、抗精神病薬使用量は大学病院で有意に低かった。退院時はhaloperidol, zotepineの使用頻度が非大学病院で多く、抗精神病薬の使用量は両者で差を認めなかったことから、大学病院では初回処方時の使用薬剤量が低くその後増量していくタイプが多いと推察される。初回使用量に関しては、隔離の有無、服薬に協力的か否かといった因子の影響はなかった。従って、初回薬剤使用量の大学病院における少量から開始するパターンは、患者特性によるのではなく、医師特性などを含めた大学病院固有のパターンと考えられる。

今後これらの差異の背景要因を探るとともに大学病院での急性期治療の標準化に向けての研究を継続することが医学教育の充実のためにも急務と思われた。

E. 結論

患者特性、医師特性、薬剤使用に関し、大学病院はそれ以外の精神科急性期治療病棟と異なった性格を持っていた。特に抗精神病薬は少量から開始して増量するパターンが多いと推察されたが、これは患者特性の違いではなく、医師特性などを含めた大学病院固有のパターンと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1．論文発表

1）高橋恵、福田真道、宮岡等.
大学病院における精神科急性期入院医療のクリニカルパスの現状.
精神医学 46（11）：1169-1176, 2004

2．学会発表

1）江村大、高橋恵、宮岡等、樋口輝彦、原田誠一、計見一雄、澤温、前田久雄、筧淳夫. 統合失調症急性期治療における大学病院での処方傾向. 第１０１回、日本精神神経学会　5月、2005、大宮（発表予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし