

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

研究 C : 大学病院デイケア通所中の患者の処方に関する研究

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－
デイケア通所患者の抗精神病薬使用の調査研究

分担研究者 前田久雄 久留米大学医学部精神神経科学教室 教授

研究要旨：新規非定型抗精神病薬が導入され統合失調症圏患者の薬物療法は大きく変化したが、本研究は当院デイケアに通所しリハビリテーションを行っている患者の薬物療法について調査し、今後の課題を明らかにすることを目的とした。**研究方法：**当院デイケア通所中の統合失調症および抗精神病薬が処方されている患者を対象に、2003年(n=61)、2004年(n=73)、2005年(n=78)の処方を調査し、比較検討した。**結果：**3年間で、薬剤数は平均1.8剤から1.5剤へと有意に減少し、単剤の割合は38%から55%へ、新規非定型抗精神病薬使用の割合は70%から82%へといずれも増加していたが、抗精神病薬のchlorpromazine換算量、抗Parkinson病薬併用の割合（約60%）およびbiperiden換算量はいずれも3年間で差はなかった。2005年の処方では抗精神病薬、抗Parkinson病薬いずれの投与量も抗精神病薬の投与剤数と相関が認められ、3剤以上が大量投与であった。新規非定型抗精神病薬は82%で使用され、44%は単剤であった。抗Parkinson病薬の併用はrisperidone単剤よりolanzapine単剤で有意に少なかったが、2剤ともその投与量とbiperiden換算量との間に相関がみられた。**まとめ：**処方では多剤併用から新規非定型抗精神病薬単剤へと向かっていることが明らかになったが、今後更に投与薬剤数を減らし、無用な抗Parkinson病薬の併用を避けること等が今後の課題であると考えられた。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
石田重信	久留米大学医学部精神神経科学教室 講師
丸岡隆之	久留米大学医学部精神神経科学教室 助手

Guideline¹⁾でも急性期治療の一次選択薬とされている。本邦でも新規非定型抗精神病薬が導入され、統合失調症圏患者の薬物療法は大きく変化した。また、本邦では特に多剤併用・大量投与が従来行われてきたという経緯から、単剤処方を目指し、ひいては認知機能の低下が示唆される抗Parkinson病薬の併用もなるべく行わないのが望ましい、といった方向で議論が行われている。こうした経緯をふまえ、昨年の分担研究では精神科急性期治療病棟である当院退院

A. 研究目的

統合失調症治療には以前より欧米諸国では従来型の抗精神病薬から新規非定型抗精神病薬が使用されており、2003年のExpert Consensus

患者の処方調査を行い報告した。

今年度は当院デイケアに通所しリハビリテーションを行っている患者の処方内容について検討した。なお、当院デイケアは平成1年に開設された大規模型デイケアで、80～90名が在籍し、1日25から35名が通所している。

B. 研究方法

1. 対象及び調査方法

当院デイケア通所中の患者のうち、統合失調症および非定型精神病、躁鬱病、てんかん性精神病と診断され抗精神病薬が処方された患者を対象とし、2003年、2004年、2005年各年の1月の第1回目の処方内容を後方視的に診療録から調査した。抗精神病薬の投与薬剤数の集計には、抗うつ効果を目的としたと考えられる150mg以下のsulpiride、睡眠導入目的でのchlorpromazine、phenobarbital、promethazineの配合剤(商品名Vegetamin A錠、Vegetamin B錠)、抗躁薬の炭酸リチウム、感情調整剤のcarbamazepineとsodium valproateは投与薬剤数の集計から除外した。

2. 調査内容

対象患者の処方のうち、抗精神病薬の処方内容、処方剤数、投与量、抗Parkinson病薬の併用の有無と処方量を調査した。その結果から、3年間の処方内容、投与薬剤数、投与量、抗Parkinson病薬について比較検討した。

さらに2005年1月の処方内容について、特に新規非定型抗精神病薬を中心に、剤数、chlorpromazine換算量、抗Parkinson病薬の併用の有無とbiperiden換算量を検討した。

C. 研究結果(資料参照)

I : 3年間の分析結果

(1) 対象患者プロフィール(資料1-1)

対象患者のプロフィールを表1に示した。2003年1月(以下2003年)は61例(男性39例、女性22例)で平均年齢は 33.7 ± 9.3 歳、2004年1月(以下2004年)は73例(男性40例、女性33例)で平均年齢は 33.1 ± 9.2 歳、2005年1月(以下2005年)は78例(男性51例、女性27例)で平均年齢は 31.9 ± 9.4 歳であった。

投与薬剤数の集計から除外した薬剤が処方されていた患者数を表2に示したが、睡眠導入目的のVegetamin A錠、B錠の処方数は3年間で12例から8例へと減少していた。

(2) 抗精神病薬の処方内容(資料1-1, 2)

表3および図1、2に処方薬剤数および投与量を示した。抗精神病薬の処方剤数の平均は2003年 1.8 ± 0.8 剤、2004年 1.6 ± 0.8 剤、2005年 1.5 ± 0.7 剤で、2005年は2003年より有意に減少していた。処方剤数別には、単剤処方では2003年の23例(38%)から2004年の37例(51%)、2005年の43例(55%)と増加し、半数を越えていた。逆に3剤以上は2003年の9例(15%)、2004年の11例(15%)から、2005年には5例(6%)へと減少し、2005年には4剤以上処方されているものはなかった。なお、抗精神病薬が処方されていなかった2例はcarbamazepine、sodium valproateが処方されていた。

抗精神病薬投与量のchlorpromazine換算量は2003年 678 ± 587 mg、2004年 597 ± 506 mg、2005年 623 ± 538 mgで3群に有意な差は認められなかった。

表4および図3に処方されていた抗精神病薬の内容を示した(併用があるため、数字は処方のべ数である)。3年間を通し最も多くの患者に

使用されていた薬剤は新規非定型抗精神病薬 risperidone であったが、処方された割合は 2003 年の 44% から 2004 年には 48% に増加し、2005 年には 51% と約半数で処方されていた。次いで olanzapine が多く、2003 年の 21% から 25%、28% と処方される割合が増えていたが、quetiapine、perospirone の処方数は増えてはいなかった。一方従来型抗精神病薬の 3 年間の処方数の動きを見ると、haloperidole の 21% から 12% をはじめ、すべての薬剤で処方数、処方される割合ともに減少していた。

対象患者のうち、単剤、多剤にかかわらず新規非定型抗精神病薬を処方されていた患者は 2003 年の 43 例 (70%) から 204 年の 60 例 (82%)、2005 年の 64 例 (83%) と増加したが (表 5)、投与量については risperidone、olanzapine、quetiapine、perospirone いずれの薬剤も 3 年間で差は認められなかった (図 4)。

表 6 に抗精神病薬の単剤率を示した。2003 年の単剤率は 38% であったものが、2004 年には 51% と半数を越え、2005 年にはさらに増加し 55% が単剤であった。処方数の多い risperidone、olanzapine は上述のように過去 3 年間で処方数が増加していたが、単剤での使用も増加し、risperidone の単剤率は 2003 年の 37% (10/27 例) から 2005 年には 53% (21/40 例) へ、olanzapine も 31% (4/13 例) から 41% (9/22 例) へと上昇していた。

(3) 抗 Parkinson 病薬の併用 (資料 1-3)

表 7 に示したように、抗 Parkinson 病薬は 3 年間ともに約 6 割で併用されていた。抗 Parkinson 病薬の処方剤数をみると、3 年間を通し症例全体での平均は 0.7 剤前後であったが、抗 Parkinson 病薬併用例に限ってみると 3 年間

で平均 2.03 ± 2.29 剤から 1.80 ± 1.74 剤、 1.68 ± 1.84 剤へと減少してはいたが有意な差は認められなかった (図 5)。抗 Parkinson 病薬の処方量を biperiden 換算でみると、全症例での 3 年間の平均は各々 1.87 ± 2.03 mg、 1.77 ± 1.85 mg、 1.62 ± 1.74 mg で、抗 Parkinson 病薬併用例のみに限ってみると 3.08 ± 1.74 mg、 2.92 ± 1.46 mg、 2.69 ± 1.46 mg で、有意な差はなかった (図 6)。

II : 2005 年の処方内容の分析結果

(1) 抗精神病薬の処方内容 (資料 2-1)

表 8 に新規非定型抗精神病薬の単剤および多剤併用数を示した。対象患者のうち、新規非定型抗精神病薬を処方されていた患者は 64 例 (82%) で、このうち単剤で使用されていたものは 35 例 (44%) であった。新規非定型抗精神病薬の併用薬剤としては従来型抗精神病薬のみとの併用が 14 例 (18%) と多く、新規非定型抗精神病薬のみとの併用は 11 例 (14%)、新規非定型抗精神病薬、従来型抗精神病薬両者との併用が 4 例 (5%) であった。一方、従来型抗精神病薬が処方されていた者は従来型抗精神病薬のみ 12 例、新規非定型抗精神病薬との併用 18 例の合わせて 30 例 (38%) であった。表 9 に従来型抗精神病薬のみが処方されている 12 例の処方薬剤を示したが、単剤が 8 例、2 剤 3 例、3 剤 1 例であった。単剤症例の処方内容は haloperidol 単剤が 2 例で、bromperidol 単剤、chlorpromazine 単剤、thioridazine 単剤、zotepine 単剤、pipamperone 単剤、sulpride 単剤が各々 1 例ずつであった。多剤症例ではいずれも haloperidol が処方されていた。

新規非定型抗精神病薬の単剤率をみると、処方数をもっとも多い risperidone は 53% (21/40

例)と半数以上が単剤処方であった。次いで処方数の多かった olanzapine は41% (9/22例)で、quetiapine は30% (3/10例)、perospirone は33% (2/6例)であった(表10)。

(2) 抗精神病薬の投与量(資料2-1)

剤数別の抗精神病薬の投与量は、chlorpromazine 換算量で単剤 $433.3 \pm 279.9\text{mg}$ 、2剤 $759.2 \pm 473.7\text{mg}$ 、3剤 $1736.7 \pm 982.5\text{mg}$ と剤数が増えるに従いCP換算量は有意に増加し、薬剤数とchlorpromazine換算量との間には有意な相関が認められた(Pearsonの相関係数 $r=0.547$ 、 $P<0.0001$) (図7)。

(3) 抗Parkinson病薬の併用(資料2-1)

薬剤数別の抗Parkinson病薬投与量はbiperiden換算量で単剤 $1.41 \pm 1.70\text{mg}$ 、2剤 $1.86 \pm 1.74\text{mg}$ 、3剤 $2.80 \pm 1.92\text{mg}$ で、この3群では有意な差はなく、また相関も認められなかった(図8)。図9に示すように、当然のことながらchlorpromazine換算量とbiperiden換算量との間には有意な相関が認められた(Pearsonの相関係数 $r=0.2066$ 、 $P<0.0001$)。

(4) 抗Parkinson病薬の併用の割合と

chlorpromazine換算量およびbiperiden換算量(資料2-2)

表11に抗Parkinson病薬の併用の有無によるchlorpromazine換算量とbiperiden換算量を示した。全体の78例でみるとchlorpromazine換算量で $622.8 \pm 537.6\text{mg}$ が処方され、biperiden換算量で $1.6 \pm 1.7\text{mg}$ が処方されていた。抗Parkinson病薬はこのうち47例(60%)で平均 $2.7 \pm 1.5\text{mg}$ 処方されていた。錐体外路症状が少ないとされる新規非定型抗精神病薬が使用されている64例に限ると40例(62%)にbiperiden換算で平均 $2.6 \pm 1.1\text{mg}$ が、新規非定型抗精神病

薬の単剤35例では18例(45%)にbiperiden換算で $2.4 \pm 1.5\text{mg}$ の抗Parkinson病薬が処方されていた。従来型抗精神病薬のみの12例では抗Parkinson病薬の投与量はbiperiden換算で $2.0 \pm 1.9\text{mg}$ であった。図10上段に78例全体、新規非定型抗精神病薬投与群、新規非定型抗精神病薬の単剤投与群、従来型抗精神病薬投与群のchlorpromazine換算量とbiperiden換算量を示した。chlorpromazine換算量は従来型抗精神病薬投与群が新規非定型抗精神病薬投与群より有意に低量であったが、biperiden換算量に関しては各群に差は認められなかった。これは、従来型抗精神病薬のみが投与されている症例は、上述のように単剤例が多く(8/12例、67%)投与量も少ないことを示しているが、抗Parkinson病薬の投与量に関してはchlorpromazine換算量が多かった新規非定型抗精神病薬投与群と差はなく、新規非定型抗精神病薬が錐体外路症状などの副作用が少ないことを示していると思われた。図10下段は従来型抗精神病薬投与群を除く各群をさらに抗Parkinson病薬併用の有無で分けたchlorpromazine換算量とbiperiden換算量を示している。抗Parkinson病薬が併用されている全症例47例のchlorpromazine換算量は $768.1 \pm 610.4\text{mg}$ 、新規非定型抗精神病薬投与群40例では $854.0 \pm 626.6\text{mg}$ で、いずれも抗Parkinson病薬が投与されていない群より有意に多く、またこの2群はいずれも従来型抗精神病薬投与群の $295.8 \pm 231.9\text{mg}$ より有意に多かったが、抗Parkinson病薬の投与量に差は認められなかった。新規非定型抗精神病薬単剤では、抗Parkinson病薬併用の有無でchlorpromazine換算量に差はなかった。

(5) 新規非定型抗精神病薬と抗 Parkinson 病薬
(資料 2-3)

表 12 に新規非定型抗精神病薬別の抗 Parkinson 病薬併用の割合を示した。一番処方数の多い risperidone は 73% (29/40 例) で抗 Parkinson 病薬が併用され、単剤でも 67%

(14/21 例) で併用されていた。olanzapine 処方例では 55% (12/22 例) で併用されていたが、Olanzapine 単剤に限ると併用は 22% (2/9 例) であった。quetiapine、perospirone は処方数が少ないが、抗 Parkinson 病薬の併用は各々 40% (4/10 例)、50% (3/6 例) であった。

処方数の多い risperidone と Olanzapine について抗 Parkinson 病薬併用の有無をみると、各薬剤処方例全体ではこの 2 剤に差はなかったが、単剤では 2 剤で差がみられ ($\chi^2=5.17, p<0.05$)、抗 Parkinson 病薬併用例は risperidone 単剤よりも Olanzapine 単剤で有意に少なかった (表 13)。

新規非定型抗精神病薬の投与量と抗 Parkinson 病薬の投与量の関係を見ると、risperidone (Pearson の相関係数 $r=0.5069, P<0.0001$)、Olanzapine (Pearson の相関係数 $r=0.4242, P<0.05$) とともに投与量と biperiden 換算量との間に有意な相関がみられたが、quetiapine、perospirone では投与量と biperiden 換算量に相関は認められなかった。

D. 考察

(1) 3 年間の分析結果

当院デイケアに通所しリハビリテーションを行っている患者の 3 年間の処方内容の調査では、抗精神病薬の投与剤数が年々減少し、単剤処方の割合が増加していた。

まず、すべての新規非定型抗精神病薬で処方数が増加し、逆に従来型抗精神病薬はすべて処方数が減少していた。昨年の精神科急性期治療病棟退院患者の処方調査と同様に、3 年間を通し risperidone は最多投与薬剤であり、かつ処方数、単剤処方数ともに年々増加しており、デイケアを利用しリハビリテーションを行っている患者でも第一選択薬となっていることが示された。risperidone が最多投与薬剤となった理由として、導入が新規非定型抗精神病薬の中で早かったこと、急性期治療において従来多用されていた haloperidol の筋肉内投与に代わり risperidone 内用液投与が用いられ始めたこと、olanzapine の高血糖問題などが考えられる。

olanzapine は全体で 2 番目の処方数であったが、3 年間でみると olanzapine 処方数も年々増加していたが、3 年間ともに risperidone 処方例の約半数であった。quetiapine、perospirone については処方数が少なく一定の見解を述べるには至らないが、現時点では当科外来に通院しながらデイケアを利用している症例においても第一選択としての認識はやや低いと思われた。

次に投与剤数、投与量に関して考察する。今回の調査では投与剤数は 3 年間で平均 1.8 剤、1.6 剤、1.5 剤と年々減少し、逆に単剤処方率は 38%、51%、55% と増加していた。一方、3 年間の投与量は chlorpromazine 換算で $678 \pm 587\text{mg}$ 、 $597 \pm 506\text{mg}$ 、 $623 \pm 538\text{mg}$ と有意な変化はなく、またすべての新規非定型抗精神病薬で投与量に差はなく、Risperidone は平均 4.9 ~ 5.9mg、Olanzapine 10.9 ~ 11.9mg、quetiapine 300 ~ 313.9mg、perospirone 17.7 ~ 20.7mg であった。我が国における多剤大量処方への問題提起や批判は多くの論文で論じられて

おり、本邦での単剤投与率 12.5%~32.4%²⁾、chlorpromazine 換算投与量の平均 1003.8mg³⁾と比較すると、単剤投与率が高く、chlorpromazine 換算量は低いという今回の調査結果から、多剤大量処方から脱却しつつある現状が示された。

ところで、抗 Parkinson 病薬が認知機能に悪影響を与え、健常者に対しても意識水準や言語性の記憶を障害すること、統合失調症患者で脳室拡大などの器質的変化を伴う例や認知機能障害の顕著な例では更に認知機能障害を増悪させると考えられること、多幸作用のために濫用される例があること等から Parkinson 症状が出現したとき以外の予防投与や自動的な定期処方避けるべきとされている。

今回の調査で抗 Parkinson 病薬の併用は3年間とも全体の約6割であった。退院患者の処方調査した昨年の分担研究の約7割に比較すると抗 Parkinson 病薬併用の割合は少ないものの、今後抗 Parkinson 病薬が併用されている患者に対してその必要性を吟味し、不要な併用を避ける努力が必要であると考えられる。

(2) 2005 年の分析結果

上述のように、2003年から2005年までの3年間の調査結果から、抗精神病薬の投与剤数が年々減少し単剤処方の割合が増加していたが、ここで直近の2005年の処方調査について考察する。

新規非定型抗精神病薬は患者の82%での処方されていたが、一方で従来型抗精神病薬はまだ患者の38%で処方されていた。剤数については、新規非定型抗精神病薬処方例の44%、従来型抗精神病薬の27%、全体では過半数を越える55%が単剤であったことより、当科に所属する、多くは若い精神科医が単剤化を意識しているもの

と考えられた。

抗精神病薬の剤数と投与量については、薬剤数と chlorpromazine 換算量には相関関係が認められ、単剤投与では平均 433.3±279.9mg/day、2剤では 759.2±473.7mg/day、3剤では 1736.7±982.5mg/day であった。このことから、chlorpromazine 換算 1000mg 以上とされる大量投与は3剤以上の併用と考えられ、昨年の退院時処方の調査と同じ結果となった。加えて chlorpromazine 換算量と biperiden 換算量との間にも有意な相関が認められたことより、投与薬剤数を減らし可能な限り単剤化を目指すことで大量投与や抗 Parkinson 病薬の併用を避けることが可能と考えられる。

次に抗 Parkinson 病薬併用について考察する。2005年でも抗 Parkinson 病薬は全症例の60%で、新規非定型抗精神病薬が処方されている64例に限っても62%で併用されていたが、新規非定型抗精神病薬単剤では45%と半数以下であった。錐体外路症状が少ないとされる新規非定型抗精神病薬でも、従来型抗精神病薬との併用もしくは新規非定型抗精神病薬の多剤併用では単剤での使用に比べると抗 Parkinson 病薬併用の割合が高くなることより、従来型抗精神病薬との併用や新規非定型抗精神病薬の多剤併用を避け、単剤を目指す必要があることを示している。

chlorpromazine 換算投与量を抗 Parkinson 病薬併用の有無で分けると、当然のことながら抗 Parkinson 病薬併用での投与量が多く、必要に迫られて抗 Parkinson 病薬の併用がなされている症例も多いものと考えられた。しかしながら、このような症例でも、先に述べたように抗精神病薬の剤数を減らすことで chlorpromazine 換算量が減少し、ひいては抗 Parkinson 病薬の併

用例を減少させる可能性はあると思われる。

処方数の多い risperidone と olanzapine の抗 Parkinson 病薬併用の有無をみると、各薬剤処方例全体でみると差はなかったが、単剤に限っては risperidone 単剤よりも olanzapine 単剤で Parkinson 病薬併用例は有意に少なかった。しかし 2 剤とも投与量と biperiden 換算量との間に有意な相関がみられたことより、抗 Parkinson 病薬の併用を避ける、もしくは抗 Parkinson 病薬の併用量を少なくするためには、risperidone、olanzapine といえども可能な限り少量とし、必要最小限の投与にすべきことを示している。

これらの結果からも、無用な抗 Parkinson 病薬の併用を避けるためには抗精神病薬の投与量を可能な限り減らし、新規非定型抗精神病薬単剤を目指すことが重要と考えられる。

E. 結論

今回の処方調査の結果をふまえ、①大量療法を避けるためには抗精神病薬は 2 剤までとすること、②新規非定型抗精神病薬と従来型抗精神病薬の併用を減らすこと、③抗 Parkinson 病薬が既に併用されている症例についてはその必要性を再検討し、不必要な併用を避けること、④新規非定型抗精神病薬のうち risperidone と olanzapine の処方数は増加しているが、quetiapine、perospirone の使用は少なく特性を生かした使い分けが出来ているといった段階には至っておらず、今後さらに使用経験を蓄積が必要である、といった点が今後の課題としてあげられる。

文献

- 1) Kane, J. M., Leucht, S., Carpenter, D. and Docherty, J. P.: The expert consensus guideline series: Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders, J. Clin. Psychiatry, 64(Supple 12):1-100, 2003.
- 2) 稲垣中、富田真幸: 日本における新規非定型抗精神病薬と多剤大量処方、臨床精神薬理、6:391-401、2003.
- 3) 藤井千太、前田潔、新福尚隆: 抗精神病薬の処方についての国際比較研究—東アジアにおける向精神薬の国際協同処方調査 (REAP: Research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern) の結果から、臨床精神医学、32:629-626、2003.

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

第 102 回日本精神神経学会総会 (予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし

資料 1-1

表1. 対象患者

2003年1月	
患者数:	61 (Male 39, Female 22)
年齢:	33.7±9.3 (17~57)
診断:	Schizophrenia 57
	Atypical Psychosis 2
	Manic-Depressive Illness 1
	Epileptic Psychosis 1
2004年1月	
患者数:	73 (Male 40, Female 33)
年齢:	33.1±9.2 (17~58)
診断:	Schizophrenia 69
	Atypical Psychosis 2
	Epileptic Psychosis 2
2005年1月	
患者数:	78 (Male 51, Female 27)
年齢:	31.9±9.4 (16~59)
診断:	Schizophrenia 71
	Atypical Psychosis 4
	Manic-Depressive Illness 1
	Epileptic Psychosis 2

表2. 除外薬剤処方数

	2003年	2004年	2005年
ベータミンA:	7	4	3
ベータミンB:	5	3	5
カルバマゼピン:	2	3	6
バルプロ酸:	2	2	2
炭酸リチウム:	4	2	1
スルピリド:	5	5	4

表3. 抗精神病薬の処方薬剤数と処方量

	2003年1月	2004年1月	2005年1月
投与剤数			
無	0	1	2
単剤	23	37	43
2剤	29	24	28
3剤	7	10	5
4剤	2	1	0
平均	1.8±0.8	1.6±0.8	1.5±0.7
CP換算量 (mg)	678±587	597±506	623±538

図1. 投与薬剤数と投与量

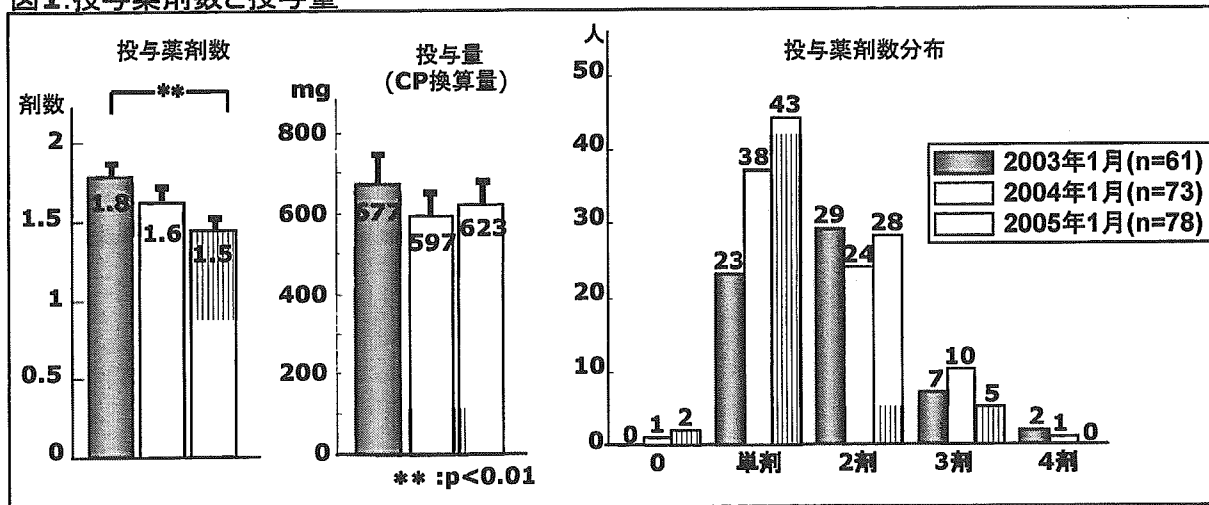
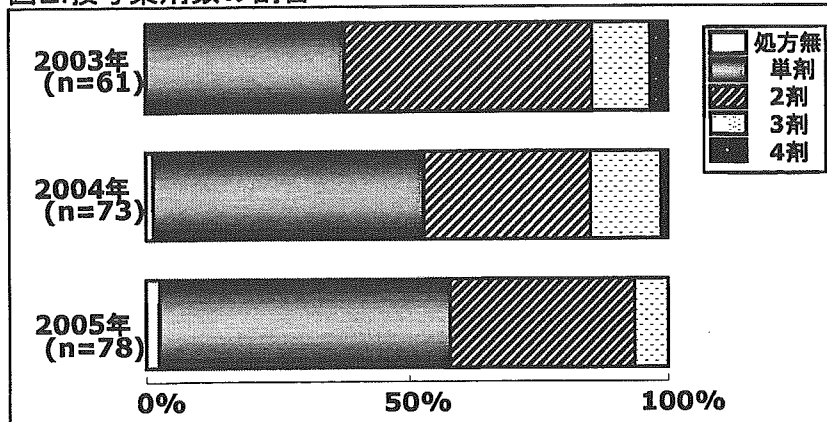


図2. 投与薬剤数の割合



資料 1-2

表4. 薬剤別処方数(のべ数)

	2003年(108例)	2004年(119例)	2005年(112例)
RIS	27(44%)	35(48%)	40(51%)
OLZ	13(21%)	18(25%)	22(28%)
QTP	9(15%)	11(15%)	10(13%)
PER	7(12%)	11(15%)	6(8%)
HPD	13(21%)	13(18%)	9(12%)
BPD	4(7%)	3(4%)	2(3%)
CP	7(12%)	6(8%)	5(6%)
LP	11(18%)	9(12%)	6(8%)
TRZ	6(10%)	4(6%)	4(5%)
others	11(18%)	9(12%)	8(10%)

RIS:リスペリドン
 OLZ:オランザピン
 QTP:ケエチアピン
 PER:ペロスピロン
 HPD:ハロペリドール
 BPD:プロムペリドール
 CP:クロルプロマジン
 LP:レボメプロマジン
 TRZ:チオリダジン

図3. 薬剤別処方数(のべ数)

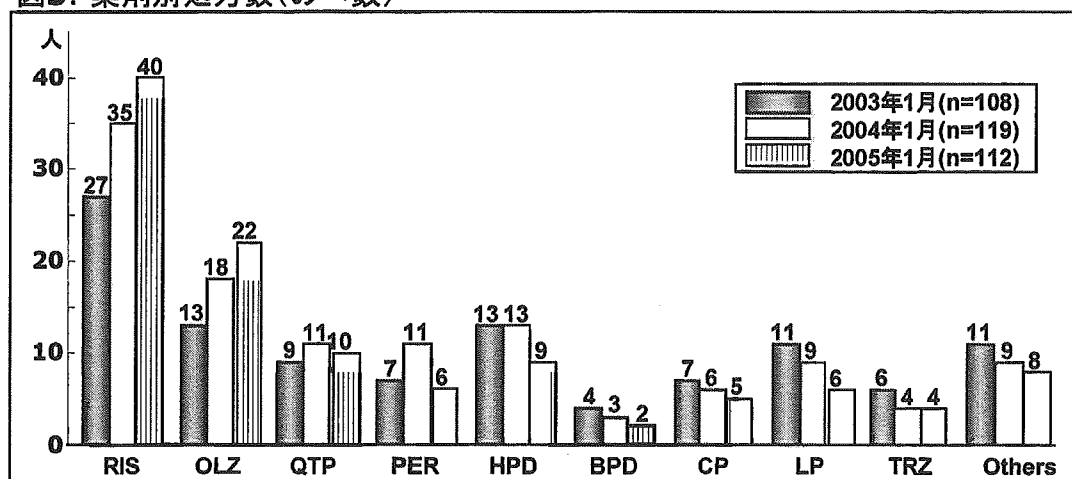


表5. 新規抗精神病薬の使用

43/61例(70%) → 60/73例(82%) → 64/78例(82%)

図4. 新規抗精神病薬の投与量

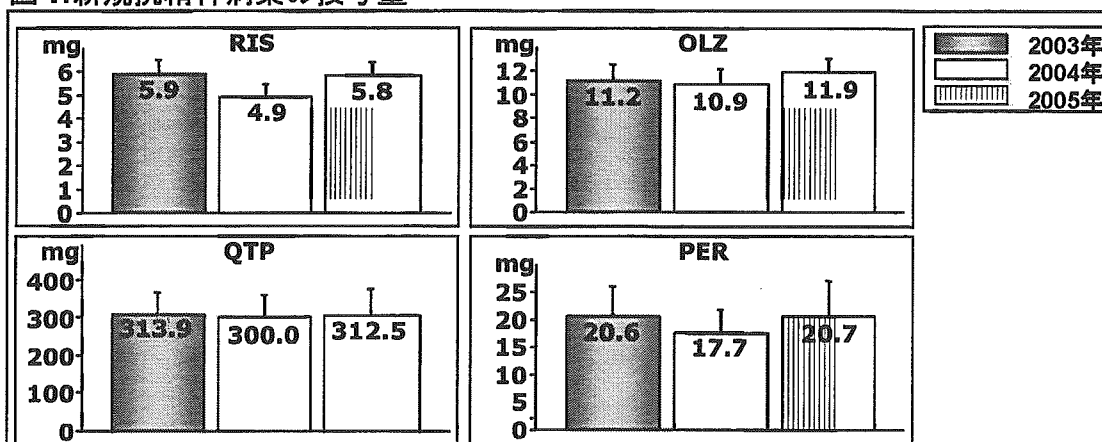


表6. 抗精神病薬の単剤処方率

	2003年	2004年	2005年
	23/61名(38%)	37/73名(51%)	43/78名(55%)
RIS	37%(10/27例)	43%(15/35例)	53%(21/40例)
OLZ	31%(4/13例)	39%(7/18例)	41%(9/22例)
QTP	0%(0/9例)	27%(3/11例)	30%(3/10例)
PER	29%(2/7例)	36%(4/11例)	33%(2/6例)
定型	13%(7/52例)	18%(8/44例)	24%(8/34例)

資料 1-3

表7.抗パーキンソン病薬の使用

	2003年	2004年	2005年
	37/61名 (61%)	45/73名 (62%)	47/78名 (60%)
投与剤数			
無	24	28	31
1剤	31	40	39
2剤	5	5	8
3剤	1	0	0

図5.抗パーキンソン病薬の処方剤数

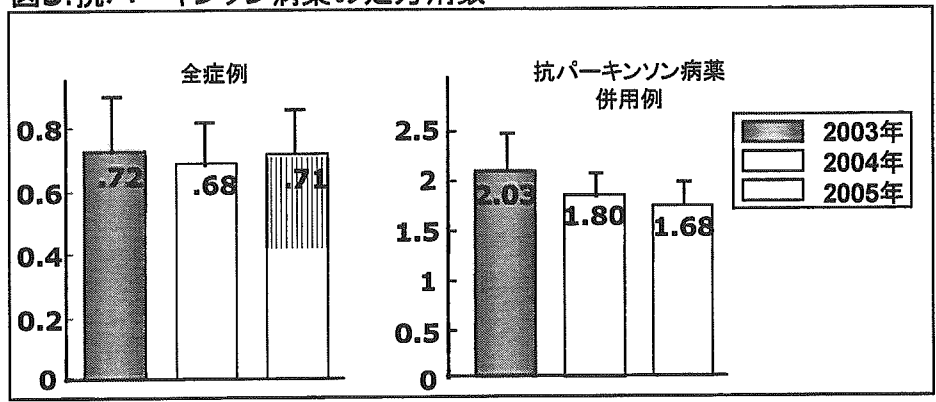
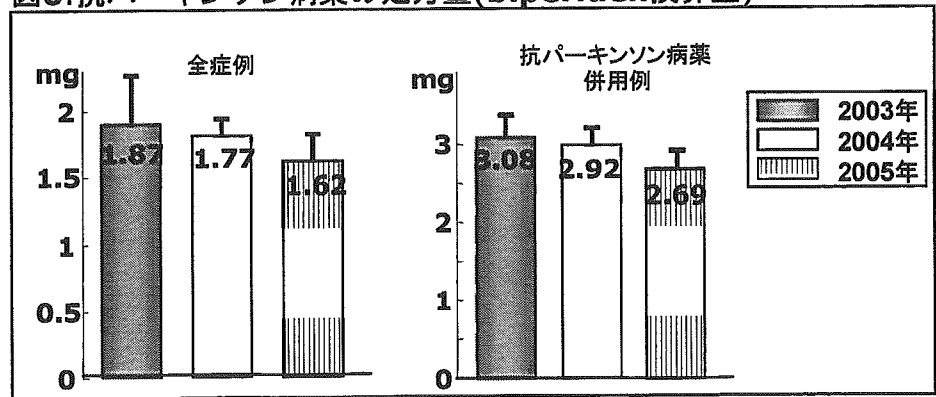


図6.抗パーキンソン病薬の処方量(biperiden換算量)



資料 2-1

表8.新規非定型抗精神病薬の単剤と多剤併用

新規非定型抗精神病薬使用	64/78例(82%)
新規非定型抗精神病薬単剤使用	35例(44%)
新規非定型抗精神病薬のみとの併用	11例(14%)
従来型抗精神病薬のみとの併用	14例(18%)
新規非定型、従来型両者との併用	4例(5%)
*従来型抗精神病薬のみ	12/78例(15%)

表9.従来型抗精神病薬のみの処方例

従来型抗精神病薬のみ	12/78例(15%)
単剤 8例	HPD:2 BPD:1 CP:1 TRZ:1 Zotepine:1 Pipamperone:1 Sulpride:1
2剤 3例	HPD+LP:1 HPD+TRZ:2
3剤 1例	HPD+TRZ+Propericiazine:1

表10.新規非定型抗精神病薬の単剤率

	単剤	併用	単剤率
RIS	21名	19名	53%
OLZ	9名	13名	41%
QTP	3名	7名	30%
PER	2名	4名	33%

図7.抗精神病薬の剤数と投与量(CP換算量)

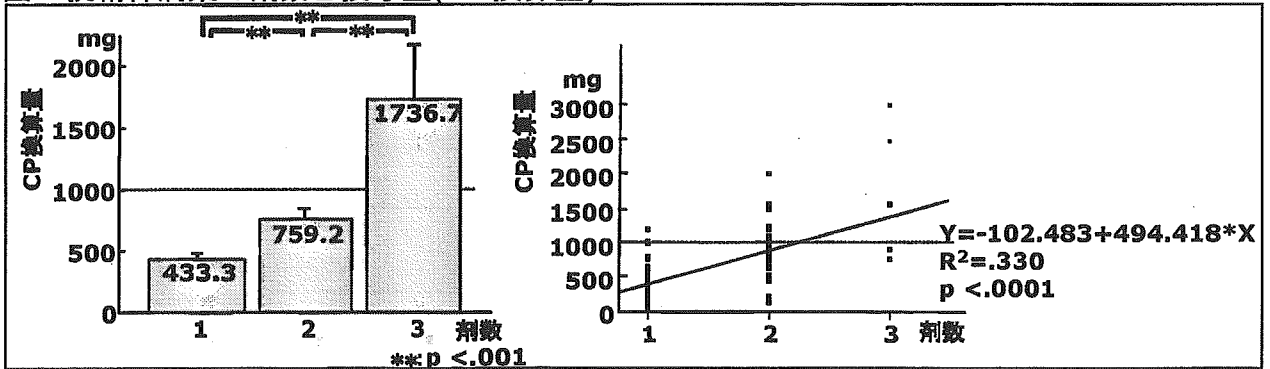


図8.抗精神病薬の剤数と抗パーキンソン病薬投与量(biperiden換算量)

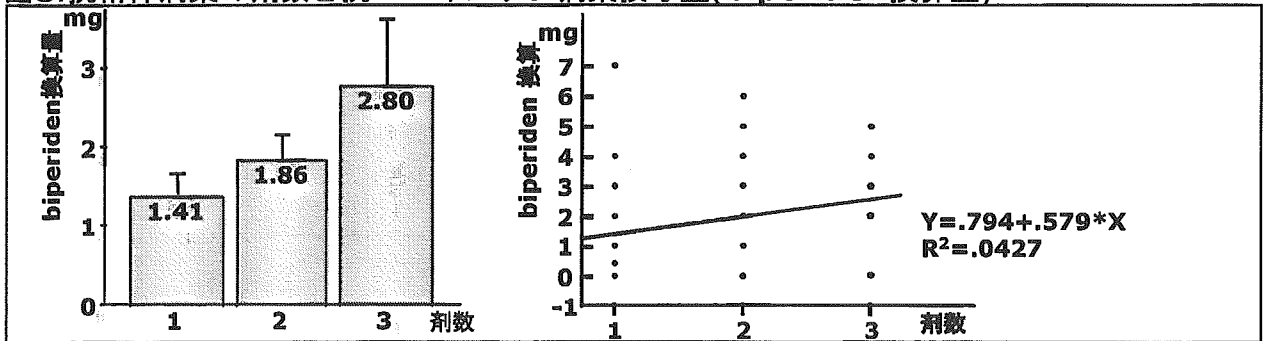
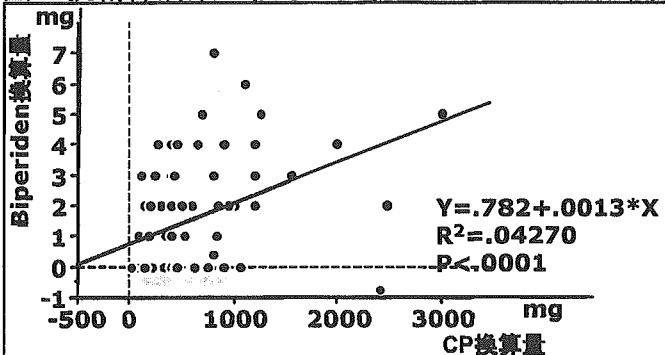


図9.抗精神病薬の投与量と抗パーキンソン病薬投与量



資料 2-2

表11. 抗Parkinson病薬併用の割合とCP換算量およびbiperiden換算投与量

	chlorpromazine換算量	biperiden換算量
全体(78例)	622.8±537.6mg	1.6±1.7 mg
併用なし 31例(40%)	402.4±295.4mg	
併用あり 47例(60%)	768.1±610.4mg	2.7±1.5mg
新規非定型抗精神病薬投与(64例)	703.5±551.9mg	1.6±1.7mg
併用なし 24例(38%)	467.6±274.9mg	
併用あり 40例(62%)	845.0±626.6mg	2.6±1.5mg
新規非定型抗精神病薬単剤投与(35例)	468.4±282.7mg	1.2±1.6mg
併用なし 17例(55%)	382.8±220.9mg	
併用あり 18例(45%)	549.2±315.7mg	2.4±1.5mg
定型抗精神病薬のみ投与(12例)	295.8±231.9mg	2.0±1.9mg

図10. 抗Parkinson病薬併用の割合とCP換算量およびbiperiden換算投与量

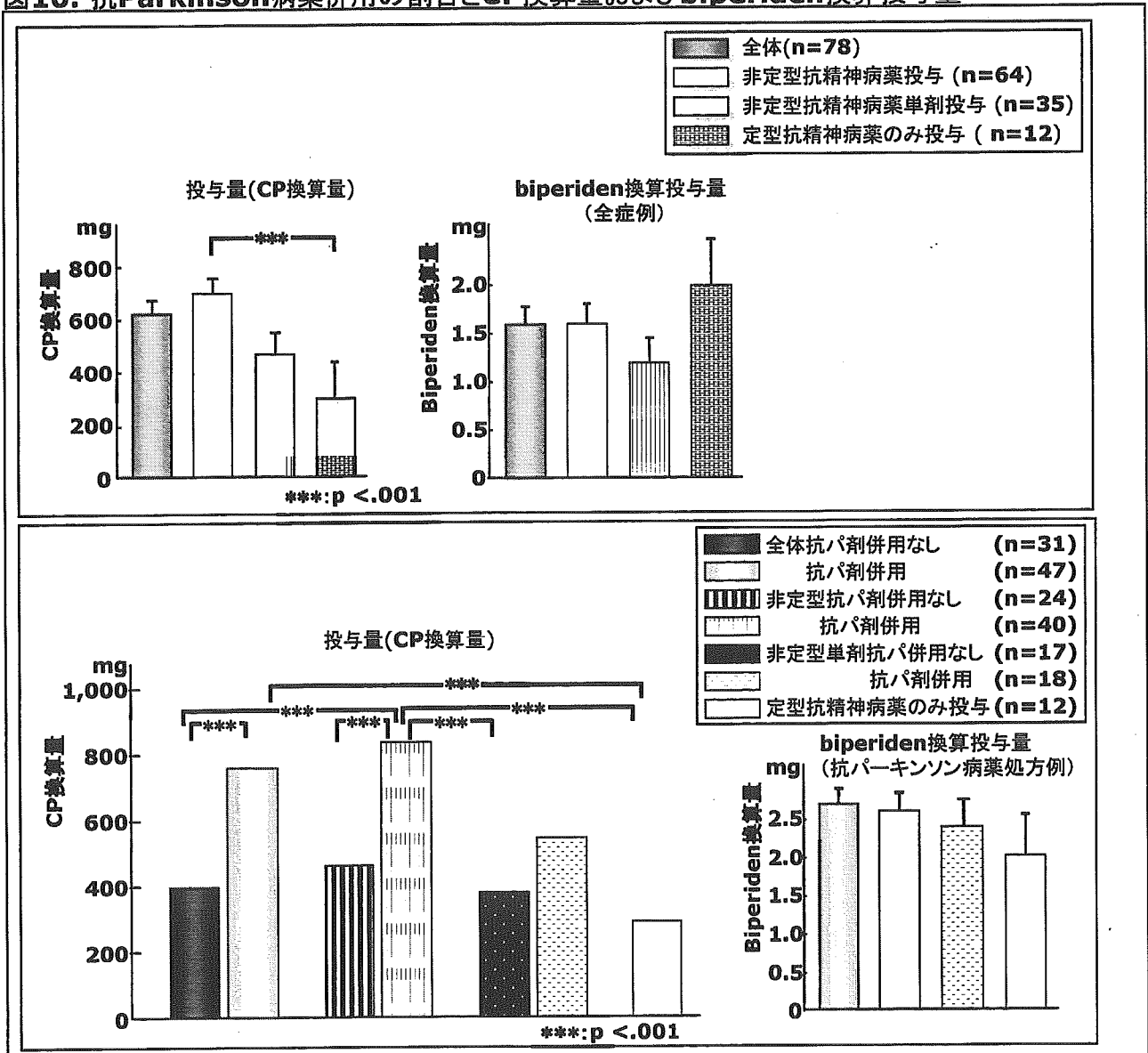


表12. 抗パーキンソン病薬の使用

	全体	単剤例 多剤併用例	
		有	無
RIS	29/40名(73%)	14/21名(67%)	15/19名(79%)
OLZ	12/22名(55%)	2/ 9名(22%)	10/13名(77%)
QTP	4/10名(40%)	0/ 3名(0%)	4/ 7名(57%)
PER	3/ 6名(50%)	2/2名(100%)	1/ 4名(25%)

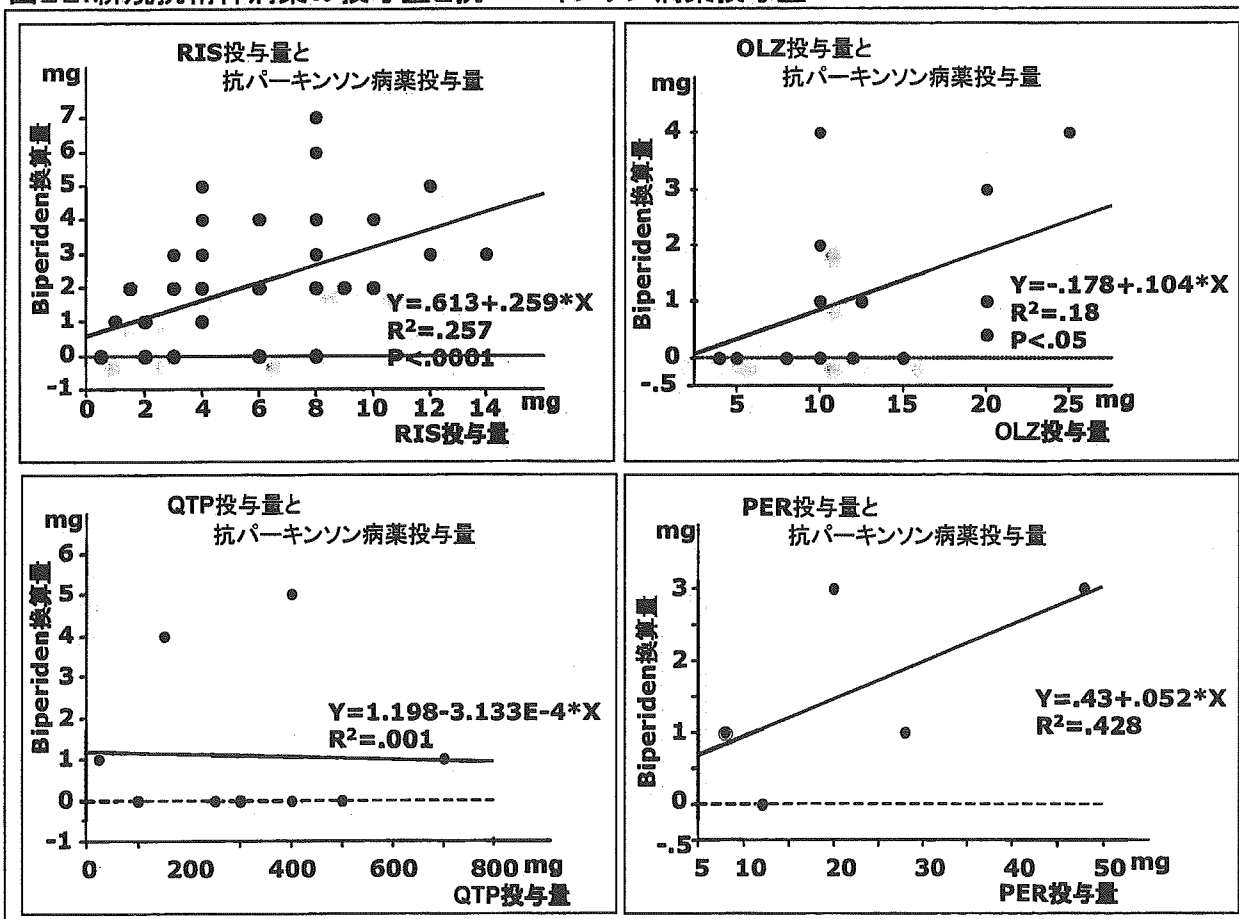
表13. 抗パーキンソン病薬の使用

処方例全体			
薬剤	抗パーキンソン病薬		計
	有	無	
RIS	29	11	40
OLZ	12	10	22
計	41	21	62

単剤処方例			
薬剤	抗パーキンソン病薬		計
	有	無	
RIS	14	7	21
OLZ	2	7	9
計	16	14	30

$\chi^2=5.187, p<0.05$

図11. 新規抗精神病薬の投与量と抗パーキンソン病薬投与量



Ⅲ. 卷末資料：調査票等

研究 A：精神科急性期病棟における大うつ病性障害患者に対する薬物治療の検討

調査協力依頼文 1

精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟を有する病院

精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟を有する病院 院長殿
調査御担当者殿

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は、お忙しいところを厚生労働科学研究「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」研究班のクリニカルパス調査にご協力戴きましたことを、深くお礼申し上げます。

さて、ご承知のとおり、研究班では今後薬剤処方の実態調査を実施致します。多くの施設より協力を検討してもよいとのご回答を戴いております。各協力施設の皆様のご負担にならぬよう細心の注意を払う所存でございます。

調査説明書及び調査票案（実際の調査までに若干改訂する予定です）を見本として同封させていただきましたので、ご一読いただき、最終的にご協力いただけるかのご検討をよろしくお願い申し上げます。最終的にご協力いただける施設数にもよりますが、調査期間は2ヶ月程度（1～3ヶ月）、1施設あたりの対象患者数は20～30名を見込んでいます。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、再度、同封のFAX票にて最終的にご協力いただけるかどうかを10月8日（水）までにご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

2003年9月29日

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1
国立精神・神経センター 国府台病院
院長 樋口輝彦

調査事務局：

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6
国立保健医療科学院 経営科学部
伊藤弘人・小山明日香・中西三春
TEL: 048-458-6139 FAX: 048-451-7711

調査協力依頼文 1

国立療養所

精神科政策医療ネットワーク 国立療養所 所長殿
調査御担当者殿

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は、お忙しいところを厚生労働科学研究「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」研究班のクリニカルパス調査にご協力戴きましたことを、深くお礼申し上げます。

さて、ご承知のとおり、研究班では今後薬剤処方の実態調査を実施致します。多くの施設より協力を検討してもよいとのご回答を戴いております。各協力施設の皆様のご負担にならぬよう細心の注意を払う所存でございます。

調査説明書及び調査票案（実際の調査までに若干改訂する予定です）を見本として同封させていただきましたので、ご一読いただき、最終的にご協力いただけるかのご検討をよろしくお願い申し上げます。最終的にご協力いただける施設数にもよりますが、調査期間は2ヶ月程度（1～3ヶ月）、1施設あたりの対象患者数は20～30名を見込んでいます。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、再度、同封のFAX票にて最終的にご協力いただけるかどうかを10月8日（水）までにご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

2003年9月29日

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1
国立精神・神経センター 国府台病院
院長 樋口輝彦

調査事務局：

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6
国立保健医療科学院 経営科学部
伊藤弘人・小山明日香・中西三春
TEL: 048-458-6139 FAX: 048-451-7711

調査協力依頼文 1

大学病院

精神科病棟を有する大学病院精神科 科長 殿
調査御担当者殿

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は、お忙しいところを厚生労働科学研究「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」研究班のクリニカルパス調査にご協力戴きましたことを、深くお礼申し上げます。

さて、ご承知のとおり、研究班では今後薬剤処方の実態調査を実施致します。多くの施設より協力を検討してもよいとのご回答を戴いております。各協力施設の皆様のご負担にならぬよう細心の注意を払う所存でございます。

調査説明書及び調査票案（実際の調査までに若干改訂する予定です）を見本として同封させていただきましたので、ご一読いただき、最終的にご協力いただけるかのご検討をよろしくお願い申し上げます。最終的にご協力いただける施設数にもよりますが、調査期間は2ヶ月程度（1～3ヶ月）、1施設あたりの対象患者数は20～30名を見込んでいます。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、再度、同封のFAX票にて最終的にご協力いただけるかどうかを10月8日（水）までにご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

2003年9月29日

〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1
国立精神・神経センター 国府台病院
院長 樋口輝彦

調査事務局：

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
国立保健医療科学院 経営科学部
伊藤弘人・小山明日香・中西三春
TEL: 048-458-6139 FAX: 048-451-7711