

急性期クリニカルパス 1週目

患者氏名: 性別: 年齢: 入院日: 病室: 主治医: 入院時チェック: 1. 入院時検査 2. 入院時オリエンテーション 3. 入院時教育 4. 入院時評価

Table with 7 columns (1-7日目) and 11 rows (1-11項目). Columns contain checkboxes for various clinical observations and interventions. Includes a '期待される結果' (Expected Results) section at the bottom.

平川病院

急性期クリニカルパス 2週目

患者氏名: 性別: 年齢: 入院日: 病室: 主治医: 入院時チェック: 1. 入院時検査 2. 入院時オリエンテーション 3. 入院時教育 4. 入院時評価

Table with 7 columns (1-7日目) and 11 rows (1-11項目). Columns contain checkboxes for various clinical observations and interventions. Includes a '期待される結果' (Expected Results) section at the bottom.

資料 6

1. 異なる診断の患者を同一の病棟で治療することについて

	人数	%
賛成	105	35.6
反対	14	4.7
どちらともいえない	175	59.3
無回答	1	0.3
計	295	100.0

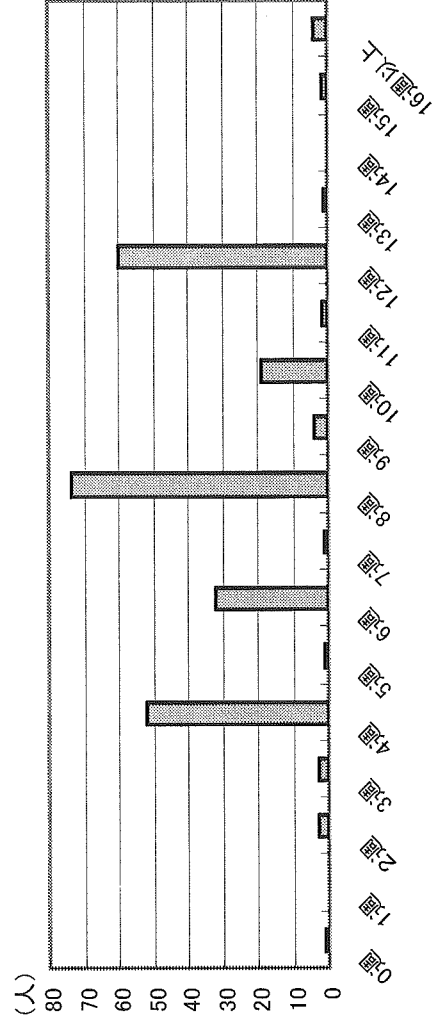
2. 気分障害専門病棟で補強すべき点 (複数回答可)

	人数	%
医師数	103	34.9
看護師数	124	42.0
作業療法士数	32	10.8
PSW数	75	25.4
薬剤師数	6	2.0
臨床心理技術者数	117	39.7
個室	207	70.2
施設可能な個室	39	13.2
観察用個室	60	20.3
遮音個室	95	32.2
各室トイレ	60	20.3
各室シャワー	34	11.5
面積	68	23.1
トレーニングルーム	29	9.8
リラクゼーションルーム	145	49.2

3. 治療の重要度 上段は人数, 下段()は%

	重要 ← → 不要				
	1	2	3	4	5
個人精神療法	137 (46.4)	130 (44.1)	26 (8.8)	2 (0.7)	0 (0.0)
集団精神療法	21 (7.2)	103 (35.3)	88 (30.1)	73 (25.0)	7 (2.4)
電気痙攣療法	60 (20.3)	99 (33.6)	82 (27.8)	43 (14.6)	11 (3.7)
光療法	5 (1.7)	29 (10.1)	105 (36.5)	132 (45.8)	17 (5.9)
薬剤指導	89 (30.4)	122 (41.6)	62 (21.2)	19 (6.5)	1 (0.3)
作業療法	18 (6.2)	85 (29.1)	109 (37.3)	73 (25.0)	7 (2.4)
心理検査	23 (7.9)	99 (34.0)	110 (37.8)	55 (18.9)	4 (1.4)
心理カウンセリング	47 (16.1)	106 (36.3)	109 (37.3)	29 (9.9)	1 (0.3)

4. 気分障害の望ましい入院治療期間



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－
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研究

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 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実態把握を目的として、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、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、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、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。**結果：**対象施設のうち最終的に47施設から260名の統合失調症患者についての回答が得られた。9割以上の患者に抗精神病薬が処方されており、およそ8割の処方国際的なガイドラインが推奨する処方量の範囲内で行われていた。処方量にはかなりのばらつきがみられ、患者の要因（症状や属性など）のみでは説明力が高くなかった。**まとめ：**本研究により、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、急性期治療にあたっている大学病院病棟や国立療養所における統合失調症の薬物治療の現状が示された。治療の標準化の検討にあたっては、患者の要因だけでなく施設特性や医師の考え方といった要因と治療の関連を考慮する必要があると考えられる。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名	研究協力者氏名	所属施設名及び職名
原田誠一	国立精神・神経センター武蔵病院 部長	渋谷孝之	千葉県精神科医療センター 医師
計見一雄	千葉県精神科医療センター センター長	昆 啓之	同 上 医師
澤温	さわ病院 院長	清水千春	同 上 看護師長
宮岡等	北里大学医学部精神科学教室 教授	長島美奈	同 上 生活療法科
前田久雄	久留米大学医学部 精神神経科学教室教授	高橋恵	北里大学医学部精神科学教室講師
笈淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長	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
		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	同 助手
		大江美佐里	同 助手
		工藤真人	国立保健医療科学院研究生
		中山茂樹	千葉大学工学部助教授
		小山明日香	東京大学大学院医学系研究科博士課程
		中西三春	東京大学大学院医学系研究科博士課程
		沢村香苗	国立精神・神経センター武蔵病院 リサーチレジデント

A. 研究目的

近年わが国においては精神科入院医療における急性期・救急医療の充実が図られている。機能に応じた人員配置や標準的な治療計画等についての検討は重要でかつ緊急性のある課題である。これらの課題を検討する際に、現在行われている診療に関する具体的な情報が必要となるが、現段階ではそのような情報が十分に得られているとはいえない。

そこで、本研究ではわが国における精神科急性期・救急入院治療の具体的な診療内容に関する、全国規模での多施設調査を行うこととした。特に今回の研究では、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に注目し、薬剤処方調査を行った。本調査の目的は、精神科急性期・救急治療に現在取り組む施設において、統合失調症患者への薬物治療がどのように行われているかを把握することであった。結果の集計によって、現在行われている薬物治療についての情報を得るとともに、施設ごと・患者ごとのばらつきに関する検討や国際的なガイドラインが推奨する薬物治療との比較検討も行った。

B. 研究方法

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、および大学病院 85 施設の計 213 施設に調査協力を依頼した。国立療養所については、必ずしも急性期の治療を目的としているわけではないが、急性期患者を最も多く受け入れている病棟に限定して調査を行った。それぞれの施設につき 1 つの病棟を調査対象とし、当該病棟が複数

ある場合には急性期の患者をもっとも多く受け入れている病棟を対象病棟とした。

対象施設の施設長ならびに精神科長（医局長）あてに FAX 票を郵送し、調査への協力の可否について回答を依頼した（巻末資料：協力依頼文 1）。調査協力を検討してもよい旨の返答が得られた施設に調査票の見本を郵送し、同封した FAX 票にて最終的な調査協力の可否を尋ね回答を依頼した（巻末資料：協力依頼文 2）。民間病院 26 施設、公立病院 5 施設、国立療養所 8 施設、および大学病院 20 施設の計 54 施設から最終的な調査協力への同意が得られた。

2. 調査方法

本調査は質問紙法により実施された。各施設の調査担当者が調査マニュアルに従い調査のとりまとめを行った（巻末資料：調査マニュアル）。

調査担当者は 2 ヶ月間の調査期間内に退院が決定した、DSM-IV に基づく統合失調症の診断を有する患者を全員リストアップし、患者リストに記載した（巻末資料：調査票 A）。なお、入院の主理由が精神障害でない場合は対象から除外した。主治医が患者に調査の主旨を説明し、書面による同意を得た（巻末資料：調査票 B, B'）。同意の得られた患者の入院中の治療や症状について担当看護師および主治医が振り返りで評価し、質問紙に回答した。調査にあたっては病院と医師および患者に ID を割りあて、調査事務局が質問紙を回収した時点で患者および医師が匿名化されるようにした。

3. 調査内容

薬剤処方調査に用いた調査票は主治医記入の患者調査票（巻末資料：調査票 C）と看護師記入の患者調査票（巻末資料：調査票 D）で構成

されている。

主治医記入の患者調査票（巻末資料：調査票 C）では、患者の初発年齢もしくは初発年、入院暦の有無、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を尋ねた。入院中に受けた治療は 10 項目から複数回答とした。副作用は 15 項目から複数回答とした。患者の症状では DSM-IV における統合失調症の症状 9 項目および大うつ病性障害の症状 9 項目を用いて、複数回答とした。服薬に対する必要性の認識は、病識評定尺度 Schedule for Assessment of Insight (SAI) の日本語版 SAI-J の下位尺度「治療の必要性」より 1 項目を用いた。全体的機能の評価は、DSM-IV における機能の全体的評定尺度 Global Assessment of Functioning (GAF) を用いた。

看護師記入の患者調査票（巻末資料：調査票 D）では、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。また患者の入院中の処方に対し、看護師自身の要望（増薬・減薬・種類の変更）とその理由（増薬 5 項目・減薬 4 項目・種類の変更 8 項目からそれぞれ 1 つを選択）、医師への相談や情報提供およびその後の処方変更の頻度を尋ねた。また、患者の処方について、看護師（または薬剤師）に入院日、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の記入を依頼した。

なお参加施設には、平成 16 年 6 月に調査結果のフィードバックとして調査報告書を送付した。

4. 分析

患者調査票への記入を元に、患者の属性や入院に至る経緯、症状等についての単純集計を行った。また、記載された処方内容から、稲垣らの等価換算表（1999）などをもとに、研究班が 1 日あたりの処方量や処方剤数を算出し集計を行った。抗精神病薬についてはクロロプロマジン（CPZ）換算量、抗パーキンソン薬についてはピペリデン換算量、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。

C. 研究結果

調査に協力すると回答のあった 54 施設のうち、診療報酬上の精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟に該当する病棟を有する民間病院 21 施設と公立病院 3 施設、国立療養所 5 施設（うち精神科急性期治療病棟を有する病院 1 施設）、および大学病院 18 施設（うち精神科急性期治療病棟を有する病院 1 施設）の計 47 施設から調査票が返送された。47 施設の薬剤処方調査の対象に該当する 362 名の患者のうち、260 名から調査協力への同意が得られた。施設によっては調査期間中に該当患者がなかったところもあり、施設ごとの患者数にはばらつきがあった。

資料 1 の表 1 に対象患者の属性を示す。患者の平均年齢は 39.2 歳（SD=14.2）で、約半数が男性であった。入院日数は平均ではおよそ半年であったが、中央値では 3 ヶ月以内であった。約 8 割が再発で、合併症のある者が 2 割程度おり、過去に入院歴がある者が約 7 割であった。同じ施設の外来治療から継続で入院治療となった者がもっとも多かった。入院の形態は医療保護入院が約 6 割で多く、次いで任意入院が多かった。入院時の平均 GAF 得点は 31.1 点

(SD=13.8)で、現実吟味か意志伝達にいくらかの欠陥、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥があるとされる状態であった。退院時の平均GAF得点は57.8点(SD=16.1)で、中等度の症状または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害があるとされる状態であった。退院後は自宅退院するものが7割であった。患者の半数が入院中に保護室を使用しており、期間は8日間以上の者が多かった。身体拘束は2割近くの患者で使用されており、期間は8日間以上の者が多かった。

<処方概要>

資料2の表2は患者260名に対する処方の集計である。9割以上の患者に抗精神病薬が処方されていた。抗精神病薬のCPZ換算量の平均は入院時から退院時にかけて増加していた。国際的なガイドラインによって抗精神病薬のCPZ換算量の適正範囲とされている300-1000mg/日には、入院時から退院時にかけて、概ね6割の処方が該当した。1日1000mgを越える処方は入院時では16.0%であり、その後増加して退院時には24.1%であった。入院時から退院時にかけて抗精神病薬の単剤処方割合は3割~4割で推移しており、非定型抗精神病薬の単剤処方は退院時には全体の3割近くに達していた。併用処方は入院時から退院時にかけて6割前後で推移しており、うちもっともよくみられたのは定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬の併用であった。

抗パーキンソン薬および抗不安・睡眠薬の処方量は、入院時から退院時にかけて大きな変化はみられなかった。

資料3の図1には施設ごとに、各患者の退院時における抗精神病薬の処方量(CPZmg/日)を示す(対象患者が3名以上の病院のみ)。同一の施設内でも抗精神病薬の処方量には患者ごとにばらつきがあり、また平均値が似通っている施設間でも処方量のばらつきのパターンは異なっていた。

資料4の図2は、患者の年齢・性別・入院時GAF得点・退院時GAF得点・初発年齢で処方量を調整し、施設間の比較を試みたものである(対象患者が3名以上の病院のみ)。図には患者の属性や症状から算出された処方量の予測値の95%信頼区間と実際の処方量の平均を示した。平均値は患者の要因から予測された処方量の範囲におおむね収まっている。しかし、薬理学的にみて、症状の改善度は処方量に比例しているわけではなく、この結果をもって処方量の妥当性を検討することは困難である。また、このモデルでの説明力は高くなく、処方量には患者要因以外の要因の関与も大きいと考えられる。

資料5の図3には退院時に処方されていた抗精神病薬の種類数の分布を施設ごとに示した。処方量と同様に、種類数の分布も施設によって異なる結果であった。

抗パーキンソン薬はおよそ半数の患者に処方されていた。資料5の図4に退院時に処方されていた抗パーキンソン薬の施設ごとの分類を示した。睡眠薬・抗不安薬はおよそ半数の患者に処方されていた。資料6の図5は睡眠薬、図6は抗不安薬の種類数の施設ごとの分布である。施設によるばらつきはこれらの薬剤についてもみられた。

資料7の表3に、入院時と退院時の抗精神病薬の処方をそれぞれ0剤処方・1剤(単剤)処方・2剤・3剤・4剤以上に分類した表を示す。

入院時と退院時ともに同じ剤数の範囲であった処方方が58.7%であった。

資料7の表4は、入院時と退院時の抗精神病薬の処方量（CPZmg/日）をそれぞれ0mg、0mg<<300mg、300mg≤≤600mg、600mg<≤1000mg、1000mg<≤1300mg、1300mg<≤1600mg、1600mg<≤1900mg、1900mg<、と分類したものである。入院時と退院時ともに同じ範囲に属する処方方が46.0%であった。また、入院時と退院時とも国際的に適正とされている1000mg以下の範囲にあった処方方が全体の71.9%を占めた。

<処方に対する看護師の要望>

処方調査の対象となった患者の入院中の処方に対する看護師自身の要望とその理由、要望を医師に伝えたか否か、伝えた後に処方に変更になったか否かについて資料8の表5から表16に示した。

およそ3割の患者について、担当の看護師は投与量を増やしてほしいと思ったことが「よくあった」か「たまにあった」と回答した。その理由として最も多かったのが「患者さんの症状が改善しないから」というものであった。うちほとんどのケースについて医師に情報を伝えたり相談したりすることが「よくあった」か「たまにあった」と回答し、またそのようなやりとりの後で処方に変更されたことが「よくあった」か「たまにあった」と回答した。

およそ3割の患者について、担当の看護師は投与量を減らしてほしいと思ったことが「よくあった」か「たまにあった」と回答した。その理由として最も多かったのが「患者さんの症状が安定しているから」というものであった。2割強のケースについて医師に情報を伝えたり相

談したりすることが「よくあった」か「たまにあった」と回答し、またそのようなやりとりの後で処方に変更されたことが「よくあった」か「たまにあった」と回答した。

4割強の患者について、担当の看護師は投与量を減らしてほしいと思ったことが「よくあった」か「たまにあった」と回答した。その理由として最も多かったのが「患者さんの症状が改善しないから」というものであった。5割強のケースについて医師に情報を伝えたり相談したりすることが「よくあった」か「たまにあった」と回答し、3割強のケースについてそのようなやりとりの後で処方に変更されたことが「よくあった」か「たまにあった」と回答した。

D. 考察

本研究では全国の精神科急性期病棟において、統合失調症の薬物治療に関する薬剤処方調査を行った。

1. 処方

分析にあたり、本研究では処方量（mg/日）と処方剤数に焦点をあてた。抗精神病薬については、国際的なガイドラインによって適正とされている処方量を超えたいわゆる「大量処方」とされる処方は全体の2割前後であり、ほとんどの処方は適正とされる処方量の範囲内であった。また、およそ半数が2剤以上の処方であった。処方量のばらつきを説明するために患者要因による回帰モデルを作成し、施設ごとの平均処方量の予測を行ったが、説明力は高くなかった。抗パーキンソン薬や抗不安薬、睡眠薬についても処方量と剤数について集計を行った。処方量は4時点を通してそれほど変動はなかった。施設ごとの集計では処方剤数にばらつきがみられた。以上のことから、現在全国で行われている

統合失調症の薬物治療にはばらつきがあることが明らかになった。またそのばらつきは患者要因でのみでは説明できず、その他の要因が関連していると考えられた。

2. 処方に対する看護師の要望

患者の処方に関して、担当の看護師は症状に応じて増量・減量・変更をしてほしいと感じていた。また、希望した際には医師に情報を伝えたり相談したりし、その後で処方に変更されたことが多かった。看護師から情報が伝えられた場合、それが処方に反映されることが多かったと考えられる。

3. 本研究の課題

医療施設において行われる治療は、その施設および病棟の構造や、治療を担うスタッフの考え方といった要因に影響されていると考えられる。今後は、そうした要因と薬物治療との関連を詳細に検討することが必要である。

E. 結論

本研究の薬剤処方調査により、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、各都道府県の精神科救急システムに関与する大学病院、国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）における、統合失調症に対する薬物治療の現状が示された。治療の標準化の検討にあたっては、患者の要因だけでなく施設特性や医師の考え方といった要因と治療の関連を考慮する必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 小山明日香、石田重信、丸岡隆之、伊藤弘人、前田久雄：精神科急性期治療病棟退棟患者の特徴と患者の再入院を予測する要因。臨床精神医学 33(11)：1501-7, 2004
- 2) Ito H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrist's perception of antipsychotic drug Prescription. British Journal of Psychiatry (in press)

2. 学会発表

- 1) 小山明日香, 中西三春, 原田誠一, 計見一雄, 澤温, 宮岡等, 前田久雄, 笈淳夫, 伊藤弘人, 樋口輝彦:精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究(その1) 大うつ病性障害入院医療パス. 精神神経学雑誌 106(11) : 1517, 2004
- 2) 中西三春, 小山明日香, 原田誠一, 計見一雄, 澤温, 宮岡等, 前田久雄, 笈淳夫, 伊藤弘人, 樋口輝彦:精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究(その2) 統合失調症急性期入院医療パス・興奮状態による隔離室使用パス. 精神神経学雑誌 106(11):1517-1518, 2004
- 3) Koyama A, Sawamura K, Nakanishi M, Ito H, and Higuchi T: Is it important to know algorithm?: NCNP Medication Algorithm Project (NCNP-MAP) (1). XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, 2004
- 4) Sawamura K, Koyama A, Nakanishi M, Ito H, and Higuchi T: Communication among psychiatrists on medication: NCNP-MAP (Medication Algorithm Project) (2). XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, 2004
- 5) Nakanishi M, Ito H, Koyama A, Sawamura K, and Higuchi T: Interdisciplinary collaboration in managing medication improves patient outcomes in acute psychiatric care: NCNP-MAP (Medication Algorithm Project) (3). XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, 2004
- 6) 小山明日香, 中西三春, 沢村香苗, 伊藤弘人, 樋口輝彦:精神科急性期入院医療における抗精神病薬処方の多施設間比較. 病院管理 41(suppl.) : 252, 2004

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

資料 1

表 1. 調査の対象となった患者 260 名の属性

			統合失調症 (260 名)	
年齢		平均 (SD)	39.2 ¹⁾	(14.2)
入院日数		平均 (SD)	133.9 ²⁾	(412.3)
		中央値 (四分位範囲)	71.0 ²⁾	(32.0-98.0)
性別	男性	n (%)	144	(55.4)
	女性	n (%)	113	(43.5)
	不明	n (%)	3	(1.2)
初発	再発	n (%)	204	(78.5)
	初発	n (%)	56	(21.5)
合併症	有り	n (%)	57	(21.9)
	無し	n (%)	197	(75.8)
	不明	n (%)	6	(2.3)
入院歴	1 回目	n (%)	74	(28.5)
	2 回目以降	n (%)	178	(68.5)
	不明	n (%)	8	(3.1)
医療保険	国民健康保険	n (%)	146	(56.2)
	他の健康保険	n (%)	61	(23.5)
	生活保護	n (%)	23	(8.8)
	その他自費等	n (%)	3	(1.2)
	不明	n (%)	27	(10.4)
入院経路	同院外来から	n (%)	120	(46.2)
	他院外来から	n (%)	50	(19.2)
	同院他病棟から	n (%)	10	(3.8)
	他院病棟から	n (%)	20	(7.7)
	初診後即入院	n (%)	42	(16.2)
	その他の経路	n (%)	17	(6.5)
	不明	n (%)	1	(0.4)
入院形態	任意入院	n (%)	83	(31.9)
	医療保護入院	n (%)	152	(58.5)
	措置入院	n (%)	15	(5.8)
	その他	n (%)	2	(0.8)
	不明	n (%)	8	(3.1)
機能	入院時 GAF 得点	平均 (SD)	31.1	(13.8)
	退院時 GAF 得点	平均 (SD)	57.8	(16.1)

1) n=256

2) n=255

次頁表へ続く

表 1. 調査の対象となった患者 260 名の属性 (続き)

			統合失調症 (260 名)	
退院後転帰	自宅退院	n (%)	184 (	70.8)
	地域施設	n (%)	7 (	2.7)
	転棟	n (%)	49 (	18.8)
	転院	n (%)	16 (	6.2)
	その他	n (%)	1 (	0.4)
	不明	n (%)	3 (	1.2)
隔離	なし	n (%)	126 (	48.5)
	あり	n (%)	131 (	50.4)
	不明	n (%)	3 (	1.2)
隔離の期間	12 時間以内	n (%)	4 (	1.5)
	12 時間～1 日以内	n (%)	6 (	2.3)
	1 日～4 日	n (%)	25 (	9.6)
	5～7 日	n (%)	23 (	8.8)
	8 日以上	n (%)	67 (	25.8)
	不明	n (%)	6 (	2.3)
拘束	なし	n (%)	205 (	78.8)
	あり	n (%)	51 (	19.6)
	不明	n (%)	4 (	1.5)
拘束の期間	4 時間以内	n (%)	2 (	0.8)
	4 時間～1 日以内	n (%)	8 (	3.1)
	1 日～4 日	n (%)	11 (	4.2)
	5 日～7 日	n (%)	5 (	1.9)
	8 日以上	n (%)	22 (	8.5)
	不明	n (%)	3 (	1.2)

資料 2

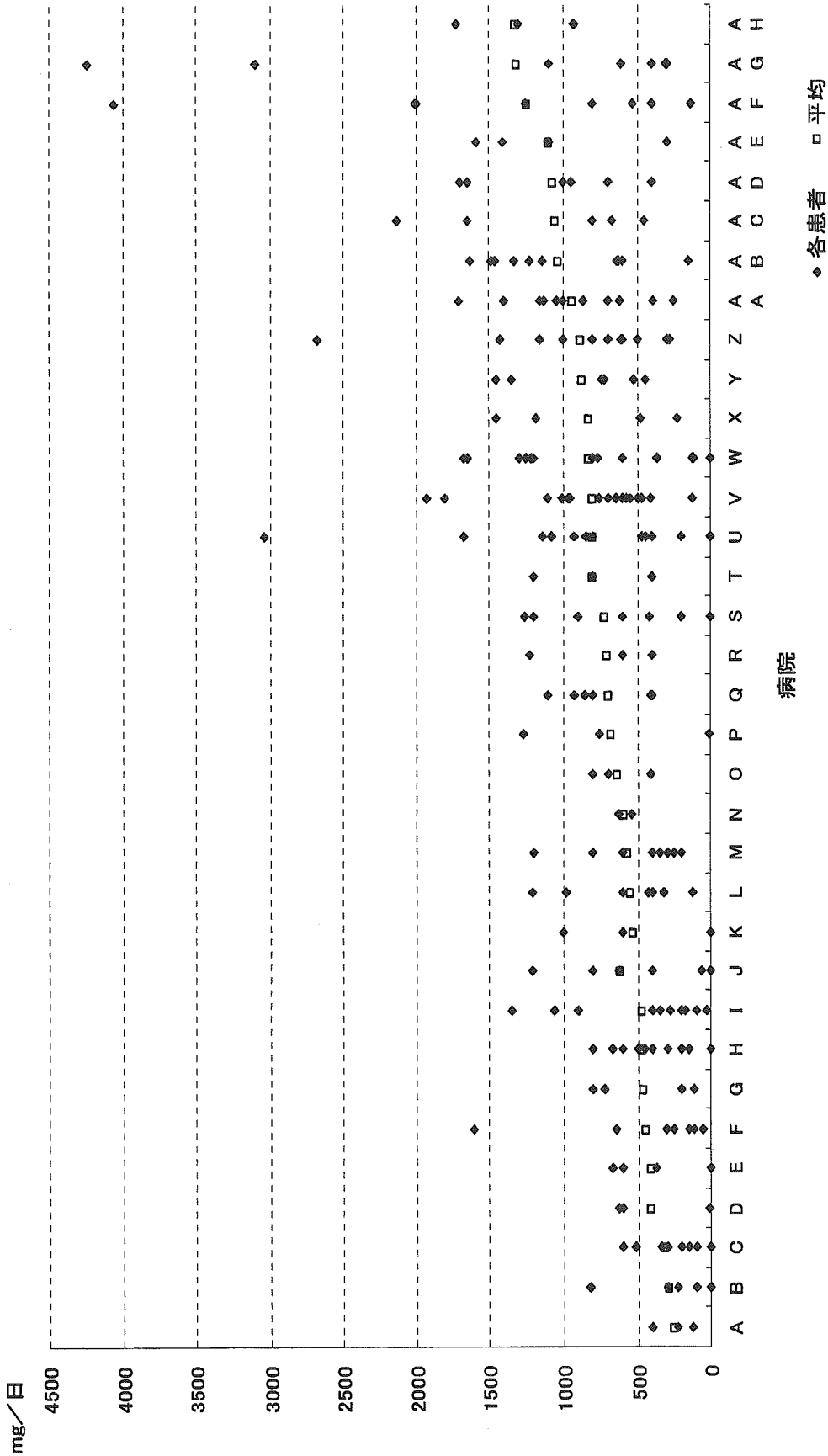
表 2. 統合失調症を有する患者 260 名における抗精神病薬の処方状況

	統合失調症 260 名				
	入院時 (256 名)	最初の変更時 (243 名)	中間日 (246 名)	退院時 (253 名)	
処方された抗精神病薬の種類 (数)	平均 (SD)	1.8 (1.0)	1.9 (0.9)	2.0 (1.0)	2.0 (1.1)
中央値	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
抗精神病薬の投与なし	n (%)	9 (3.5)	7 (2.9)	8 (3.3)	6 (2.4)
抗精神病薬の単剤処方	n (%)	101 (39.5)	93 (38.3)	76 (30.9)	98 (38.7)
単剤処方: 定型薬	n (%)	33 (12.9)	32 (13.2)	24 (9.8)	24 (9.5)
単剤処方: 非定型薬	n (%)	68 (26.6)	61 (25.1)	52 (21.1)	74 (29.2)
抗精神病薬の多剤併用	n (%)	146 (57.0)	143 (58.8)	162 (65.9)	149 (58.9)
多剤併用: 定型薬 + 定型薬	n (%)	49 (19.1)	43 (17.7)	43 (17.5)	45 (17.8)
多剤併用: 定型薬 + 非定型薬	n (%)	89 (34.8)	93 (38.3)	101 (41.1)	93 (36.8)
多剤併用: 非定型薬 + 非定型薬	n (%)	8 (3.1)	7 (2.9)	18 (7.3)	11 (4.3)
抗精神病薬の CPZ 換算量 (mg/日)	平均 (SD)	624.7 (522.6)	654.0 (466.8)	765.8 (567.9)	747.5 (581.4)
中央値	501.5	600.0	686.7	606.1	
抗精神病薬の CPZ 換算量 < 300mg/日	n (%)	66 (25.8)	55 (22.6)	41 (16.7)	44 (17.4)
抗精神病薬の CPZ 換算量 300-1000mg/日	n (%)	149 (58.2)	139 (57.2)	147 (59.8)	148 (58.5)
抗精神病薬の CPZ 換算量 > 1000mg/日	n (%)	41 (16.0)	49 (20.2)	58 (23.6)	61 (24.1)
抗バ薬のピペリデン換算量 (mg/日)	平均 (SD)	2.1 (3.0)	2.2 (2.2)	2.5 (2.2)	2.5 (2.3)
抗不安・睡眠薬のジアゼパム換算量 (mg/日)	平均 (SD)	10.8 (11.0)	10.5 (10.2)	11.0 (10.4)	11.4 (10.5)

資料 3

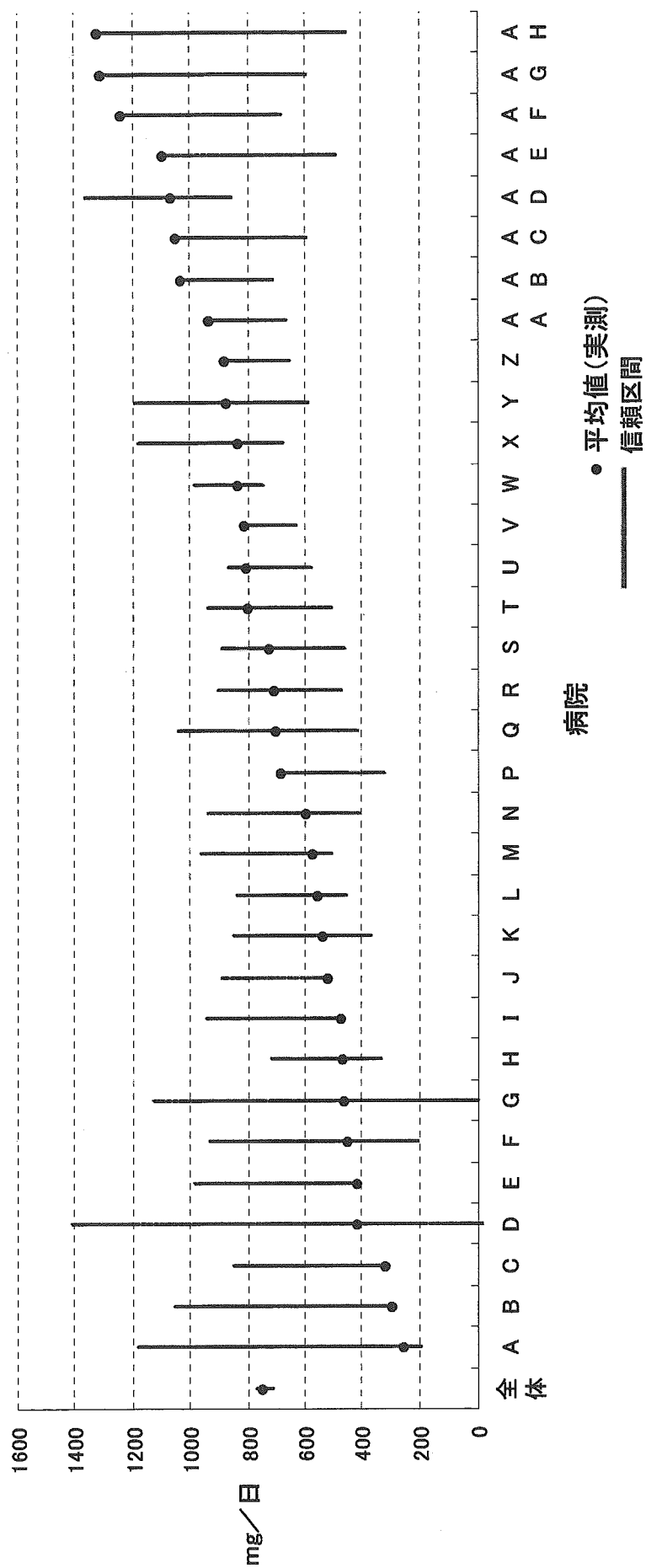
図 1. 退院時における抗精神病薬の処方量 (施設ごと・患者ごと)

各患者の抗精神病薬 (CPZ換算) 処方量 -退院時-



資料 4

図 2. 抗精神病薬処方量の施設ごとと平均（退院時）と患者要因から予測された値の 95%信頼区間



資料 5

図 3. 退院時における抗精神病薬の処方種類数

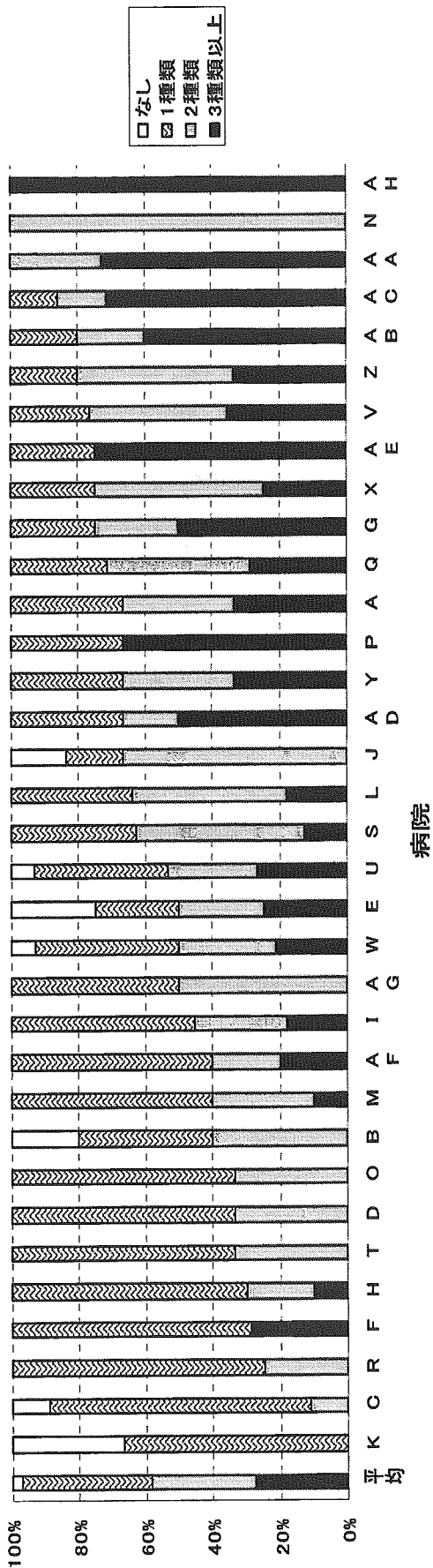
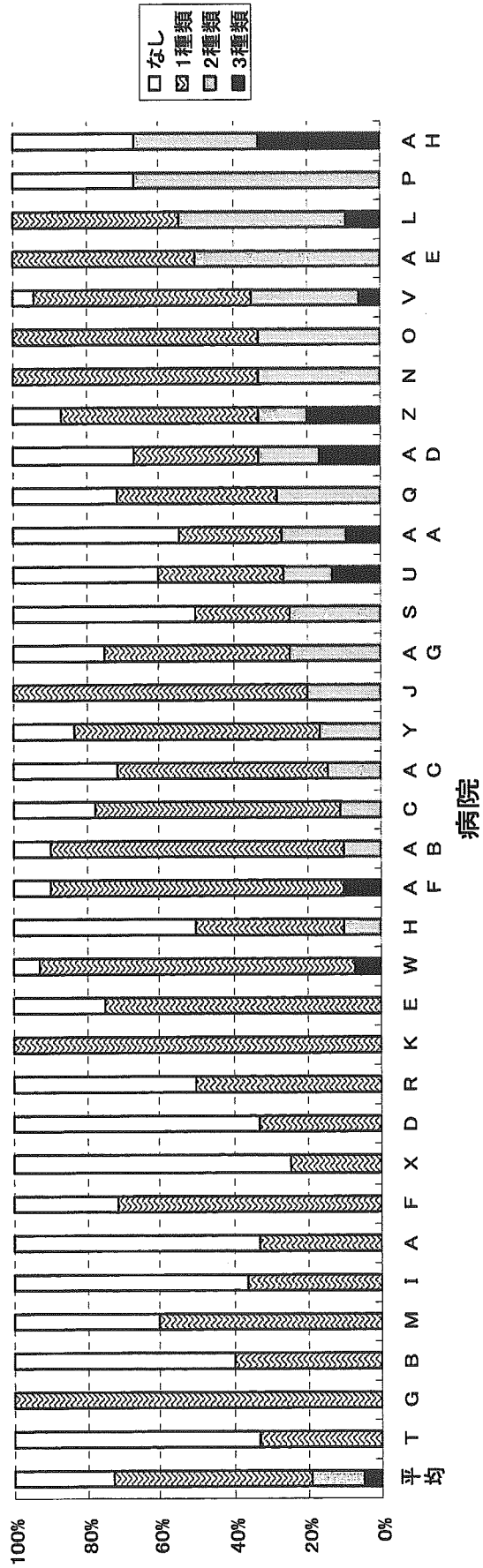


図 4. 退院時における抗パーキンソン薬の処方種類数



資料6

図5. 退院時における睡眠薬の処方種類数

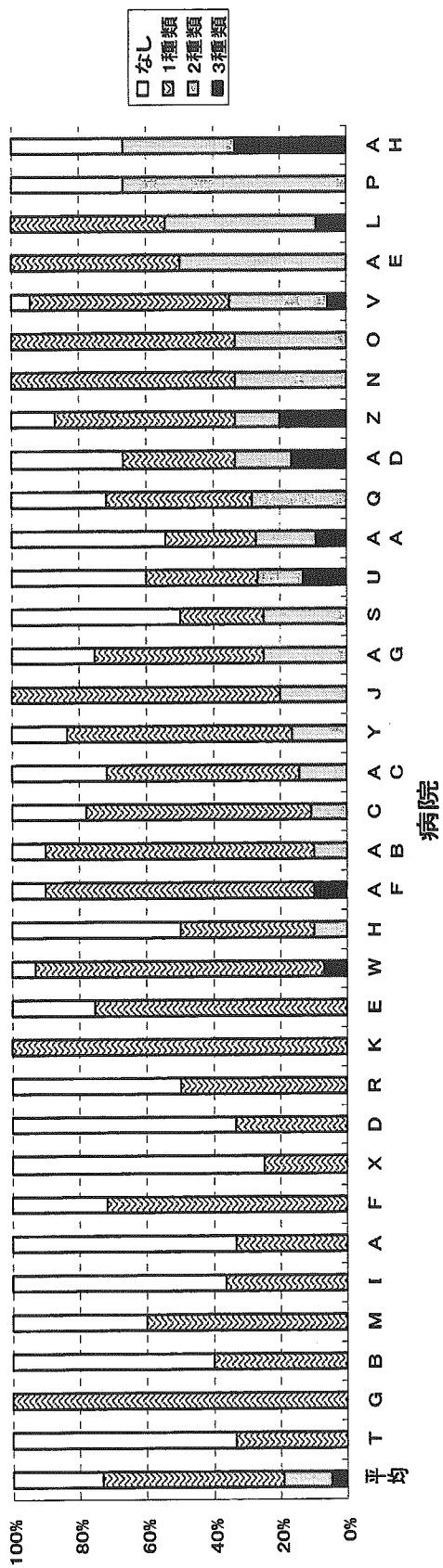
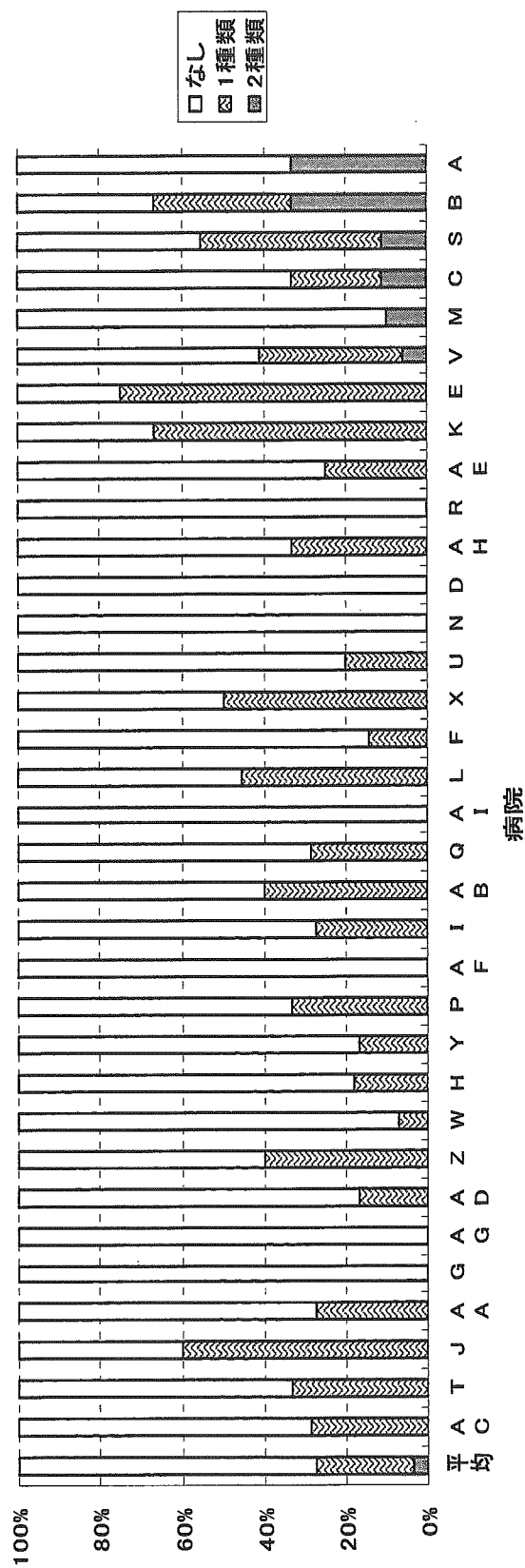


図6. 退院時における抗不安薬の処方種類数



資料 7

表 3. 入院時と退院時に処方された抗精神病薬の種類数の分類 < 人数 (%) > 注: 太枠は入院時・退院時とも種類数が同じカテゴリーだったもの

種類数	退院時					合計
	0	1	2	3	4以上	
0	2(0.8)	2(0.8)	3(1.2)	1(0.4)	1(0.4)	9(3.9)
1	3(1.2)	70(27.7)	20(7.9)	6(2.4)	0(0.0)	99(39.1)
2	1(0.4)	20(7.9)	44(17.4)	13(5.1)	5(2.0)	83(32.8)
3	0(0.0)	5(2.0)	11(4.3)	23(9.1)	9(3.6)	48(19.0)
4以上	0(0.0)	1(0.4)	0(0.0)	4(1.6)	9(3.6)	14(5.5)
合計	6(2.4)	98(38.7)	78(30.8)	47(18.6)	24(9.5)	253(100.0)

表 4. 入院時と退院時における抗精神病薬の処方量の分類 < 人数 (%) >

CPZ mg/日	入院時	退院時										合計	
		0	0<<300	300≦ ≦600	600< ≦1000	1000< ≦1300	1300< ≦1600	1600< ≦1900	1900<				
0	2(0.8)	2(0.8)	1(0.4)	17(6.7)	3(1.2)	1(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(4.0)
0<<300	1(0.4)	22(8.7)	17(6.7)	13(5.2)	2(0.8)	2(0.8)	1(0.4)	1(0.4)	1(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	57(22.6)
300≦ ≦600	2(0.8)	11(4.4)	42(16.7)	13(5.2)	13(5.2)	3(1.2)	2(0.8)	2(0.8)	2(0.8)	2(0.8)	2(0.8)	1(0.4)	76(30.2)
600< ≦1000	1(0.4)	3(1.2)	18(7.1)	30(11.9)	2(0.8)	8(3.2)	2(0.8)	4(1.6)	2(0.8)	4(1.6)	3(1.2)	4(1.6)	70(27.8)
1000< ≦1300	0(0.0)	0(0.0)	1(0.4)	1(0.4)	2(0.8)	11(4.4)	2(0.8)	2(0.8)	3(1.2)	2(0.8)	3(1.2)	1(0.4)	20(7.9)
1300< ≦1600	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.8)	0(0.0)	2(0.8)	5(2.0)	1(0.4)	5(2.0)	1(0.4)	0(0.0)	8(3.2)
1600< ≦1900	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.2)	3(1.2)	0(0.0)	3(1.2)	0(0.0)	2(0.8)	0(0.0)	2(0.8)	0(0.0)	5(2.0)
1900<	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.8)	2(0.8)	0(0.8)	2(0.8)	1(0.4)	0(0.0)	1(0.4)	0(0.0)	2(0.8)	7(2.8)
合計	6(2.4)	38(15.1)	79(31.3)	68(27.0)	27(10.7)	24(9.5)	10(4.0)	9(3.6)	252(100.0)				

注: 太斜字は入院時・退院時とも処方量が1000mg/日以下であったもの
太枠は入院時・退院時とも処方量が同じカテゴリーだったもの

資料 8

表 5. 患者さんの処方について、投与量を増やしてほしいと感じることがありましたか

	n	%
まったくなかった	132	51.2
あまりなかった	33	12.8
たまにあった	83	32.2
よくあった	10	3.9



表 6. そう感じた理由は何ですか

	n	%
患者さんの症状が改善しないから	75	28.8
患者さんの症状が悪化しているから	28	10.8
患者さん自身が希望しているから	8	3.1
看護の関わりでは限界があるから	8	3.1
夜勤体制時など、病棟運営上、患者さんの鎮静が必要と考えるから	5	1.9

表 7. 投与量を増やしてほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか

	n	%
まったくなかった	44	16.9
あまりなかった	14	5.4
たまにあった	63	24.2
よくあった	43	16.5



表 8. そのやりとりの後に患者さんへの処方の変更されたことがありましたか

	n	%
まったくなかった	7	2.7
あまりなかった	8	3.1
たまにあった	80	30.8
よくあった	30	11.5

表 9. 患者さんの処方について、投与量を減らしてほしいと感じることがありましたか

	n	%
まったくなかった	176	68.2
あまりなかった	46	17.8
たまにあった	32	12.4
よくあった	4	1.6



表 10. そう感じた理由は何ですか

	n	%
患者さんの症状が安定しているから	31	11.9
患者さんの副作用が強いから	25	9.6
患者さんが過鎮静になっているから	16	6.2
患者さん自身が希望しているから	10	3.8

表 11. 投与量を減らしてほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか

	n	%
まったくなかった	55	21.2
あまりなかった	24	9.2
たまにあった	35	13.5
よくあった	24	9.2



表 12. そのやりとりの後に患者さんへの処方の変更されたことがありましたか

	n	%
まったくなかった	11	4.2
あまりなかった	13	5.0
たまにあった	44	16.9
よくあった	20	7.7

表13. 患者さんの処方について、薬を変更してほしいと感じることがありましたか

	n	%
まったくなかった	138	53.3
あまりなかった	40	15.4
たまにあった	72	27.8
よくあった	9	3.5



表14. そう感じた理由は何ですか

	n	%
患者さんの症状が改善しないから	56	21.5
患者さんの症状が安定しているから	15	5.8
患者さん自身が希望しているから	14	5.4
患者さんの症状が悪化しているから	14	5.4
患者さんの副作用が強いから	11	4.2
看護の関わりでは限界があるから	6	2.3
夜勤体制時など、病棟運営上、患者さんの鎮静が必要と考えるから	5	1.9
患者さんが過鎮静になっているから	2	0.8

表15. 薬を変更してほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか

	n	%
まったくなかった	43	16.5
あまりなかった	23	8.8
たまにあった	61	23.5
よくあった	31	11.9



表16. そのやりとりの後に患者さんへの処方に変更されたことがありましたか

	n	%
まったくなかった	10	3.8
あまりなかった	19	7.3
たまにあった	68	26.2
よくあった	23	8.8

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－

研究A：精神科急性期病棟における大うつ病性障害の薬物治療に関する研究

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 院長

研究要旨：研究では大うつ病に対する薬物治療の実態把握を目的として、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、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。研究方法：対象は平成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、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、調査期間内に退院が決定した大うつ病性障害患者について、主治医や看護師が患者の属性や入院中の症状を評価し、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。結果：対象施設のうち最終的に36施設から110名の大うつ病性障害患者についての回答が得られた。8割以上の患者に抗うつ薬が処方されており、イミプラミン換算量の中央値は入院時75.0mg/日、中間日100.0mg/日、退院日90.0mg/日であった。また、同時に2種類以上の抗うつ薬を処方されていた者は入院時で30.0%、中間時で32.7%、退院時で30.9%存在した。まとめ：本研究により、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、急性期治療にあたっている大学病院病棟や国立病院機構に属する病院における大うつ病性障害の薬物治療の現状が示された。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名	研究協力者氏名	所属施設名及び職名
原田誠一	国立精神・神経センター武蔵病院 部長	計見 一雄	千葉県精神科医療センター 名誉センター長
洪谷孝之	千葉県精神科医療センター 医長	清水千春	同上 看護師長
澤 温	さわ病院 院長	長島美奈	同上 生活療法科
宮岡等	北里大学医学部精神科学教室 教授	高橋恵	北里大学医学部精神科学教室講師
前田久雄	久留米大学医学部 精神神経科学 教室教授	石田重信	久留米大学医学部精神神経科学教室 講師
笈淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長	丸岡隆之	同 助手
		工藤真人	国立保健医療科学院研究生
		小山明日香	東京大学大学院医学系研究科博士課程
		中西三春	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 リサーチレジデント
		沢村香苗	国立精神・神経センター武蔵病院 リサーチレジデント
		田島美幸	東京大学大学院医学系研究科博士課程