

表 3 : 統合失調症急性期入院医療パスの内容 (n = 5)

	想定症例パス (n = 3)			既存パス (n = 2)		計
	1	2	3	1	2	
	薬物療法					
入院時治療開始内容	HP im	HP div	×	HP div(3d)	×	○ : 3
経口薬開始時期 (週)	1	1	×	×	×	○ : 2
(内容)	RIS	HP				
処方変更検討時期 (週)	5	2	1	×	4,8	○ : 4 (1~8)
(薬剤指定)	RIS	×	×	×	×	
服薬指導 (週)	8	5	8	4~8	8~12	○ : 5 (4~12)
自己管理 (週)	×	6	×	4~8	8~12	○ : 3 (4~12)
m-ECT の検討 (週)	×	×	×	×	×	○ : なし
隔離 (解除の時期 : 週)	○(3)	×	○(4)	○(2) △ (必要時)		○ : 3, △ : 1
作業療法開始 (週)	×	3	2~3	×	4~8	○ : 3 (2~8)
外出開始 (週)	5	5	8	4~8	8~12	○ : 5 (4~12)
外泊開始 (週)	6	6	8	4~8	8~12	○ : 5 (4~12)
退院 (週)	8	8	1 2	4~12	12	4 ~ 1 2 w

表 4 : 統合失調症隔離室利用パスの内容 (n = 4)

	想定症例パス (n = 3)			既存パス (n = 1)
	1	2	3	1
薬物療法				
入院時治療開始内容	HP	(*)	?	×
	div		po	
(日数)	4			
経口薬開始時期 (日)	3	(*)	初日	×
(内容)	OLZ		?	
処方変更検討時期 (日)	×	×	1~21	×
(薬剤指定)	×	×	×	×
m-ECT の検討 (週)	×	×	×	×
隔離・拘束 (日)				
拘束中止	5	2~4	×	×
開放開始	6	2~4	1 4	×
隔離中止	9	2~4	2 1	×
作業療法開始 (週)	×	×	×	×

(*) 想定症例パス 2

- ①服薬に応じた場合：経口 RIS, OLZ, HP など
- ②拒薬：HP, LP, DZP など 筋注
- ③拒薬+右記が存在（自殺企図、治療抵抗、筋注無効）
 - a. 拘束
 - b. HP の div
 - c. 内服可能になったら経口薬投与

—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—

国公立病院の精神科急性期・救急治療病棟における

統合失調症の薬物療法に関する研究

分担研究者 原田誠一 国立精神・神経センター武蔵病院 外来部長

研究要旨：本研究では、統合失調症に対する薬物療法の実態把握を目的として、国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）・公立病院の精神科急性期・救急治療病棟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：**本研究の対象施設は、平成15年8月の時点で精神科急性期治療病棟または精神科救急入院病棟を有していた7カ所の国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）・公立病院である。調査は、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、さらに看護師か薬剤師に入院時・初回処方変更時・中間日・退院時の処方についての回答を依頼して行った。**結果：**対象の7施設から、計43名の統合失調症患者に関する情報が得られた。患者全員に抗精神病薬が処方されており、およそ8割の処方は国際的なガイドラインが推奨する処方量の範囲（CPZ換算投与量1000mg/日以下）で行われていた。2割の大量投与群では、抗精神病薬の処方剤数や抗パーキンソン病薬の併用量が多く、罹病期間が長い患者が高率に認められた。また、妄想や攻撃性が認められ隔離なども要する重篤な症例で、大量投与となることが多かった。加えて、退院時に抗精神病薬の剤数が3剤以上となっている多剤投与症例が3割強存在した。多剤投与群には、罹病年数や入院日数が長い患者、攻撃性がみられる患者が多く認められた。一方、退院時に「非定型抗精神病薬・単剤投与」となっている症例が約3割存在し、その特徴として「罹病期間が短い」「入院期間が短い」「退院時抗精神病薬の投与量が少ない」「退院時GAF得点が高い」などが認められた。**まとめ：**本研究によって、国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）・公立病院における統合失調症の薬物療法の現状と問題点が示された。

A. 研究目的

本研究の目的は、国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）・公立病院の精神科急性期・救急治療病棟における統合失調症の薬物療法の実態を明らかにすることである。

B. 研究方法

本研究の対象施設は、平成15年8月の時点で精神科急性期治療病棟または精神科救急入院

病棟を有していた7カ所の国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）・公立病院である。調査は、調査期間内（2ヶ月間）に退院が決定した統合失調症患者（診断基準はDSM-IV）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、さらに看護師か薬剤師に入院時・初回処方変更時・中間日・退院時の処方についての回答を依頼して行った。以上のデータ

をもとにして統計学的検討を行い、国公立病院における急性期統合失調症の薬物療法の実態と問題点を明らかにすることを試みた。

C. 研究結果

1. 対象者の属性 (表 1～4)

対象の 7 施設から、計 43 名の統合失調症患者についての情報が得られた。表 1～4 に、対象患者の属性を示す。患者の平均年齢は 40.7 歳 (SD=16.1) で、男女がほぼ同数であった。平均発症年齢は 27.0 歳 (SD=13.6)、平均罹病年数は 13.1 年 (SD=12.2) で、入院回数は初回が 11 名、2 回目以上が 32 名であった。入院形態は医療保護入院が最も多く 77% を占め、平均入院日数は 141.7 日 (SD=551.1) であった。機能の全体的評価尺度 GAF の平均値は入院時が 28.3 点 (SD=13.0)、退院時が 57.9 点 (SD=14.7) であった。また、入院治療中に隔離を要した患者は 70%、拘束を要した患者は 19% 存在した。

2. 処方内容の概要 (表 5, 6)

入院時と退院時に処方されていた抗精神病薬の概要を表 5, 6 に示す。平均抗精神病薬投与量 (1 日当たりの CPZ 換算投与量) は、入院時が 646.4mg (SD=464.9)、退院時が 676.6mg (SD=481.4) であり、入院時・初回変更時・中間日・退院時で有意差は認められなかった。また抗精神病薬の平均処方剤数は、入院時が 1.8 (SD=0.9)、退院時が 2.1 (SD=1.0) であり、やはり入院時・初回変更時・中間日・退院時で有意差は認められなかった。

国際的なガイドラインが推奨する範囲 (CPZ 換算投与量 1000mg/日以下) で薬物療法が行われていた患者の割合は、入院時が 81%、退院

時が 75% であった。

また、抗精神病薬の一日投与量の中央値は入院時が 620mg、退院時が 480mg となっていた。そこで以下の統計学的検討を行うにあたって、対象患者数が比較的少ないことをふまえて、① CPZ 換算投与量が 500mg 以下の群 (適量群) と、②投与量が 500～1000mg (準・大量群)・1000mg 以上 (大量群) の 2 群に分けることにした。

3. 抗精神病薬の投与量と関連する因子 (表 7～13)

入院時の適量群 (CPZ 換算投与量 500mg 以下) は 42%、準大量～大量群 (CPZ 換算投与量 500mg 以上) は 58% であった (表 7)。適量群と比べると、準大量～大量群の処方剤数は有意に多く (表 7)、抗パーキンソン薬の投与量や退院時の処方量も有意に多くなっていた (表 8)。また、適量群の罹病期間は有意に短かった (表 9)。一方、他の因子 (精神症状や GAF など) と入院時の抗精神病薬投与量との間には関連は認められなかった。

退院時の適量群は 49%、準大量～大量群は 51% であった (表 10)。適量群と比べると、準大量～大量群の処方剤数は有意に多く (表 10)、抗パーキンソン薬の投与量や入院時の処方量も有意に多くなっていた (表 11)。また、適量群の罹病期間は有意に短く、退院時 GAF は有意に高くなっていた (表 12)。一方、他の因子 (精神症状など) と退院時の抗精神病薬投与量との間には関連は認められなかった。

また、退院時に「非定型抗精神病薬の単剤処方」となっている症例が約 3 割存在し、その特徴として、①罹病期間が短い、②入院期間が短い、③退院時 CPZ 換算量が少ない、④退院時

GAF 得点が高い、などが認められた (表 13)。

4. 入院中の抗精神病薬投与量の変化と関連する因子 (表 14~16)

入退院時の抗精神病薬投与量の変化と関連する因子を明らかにするために、全体を以下の 4 群 (表 14) に分けて各群の特徴を検討した。

- ① 適量 (入院時) → 適量 (退院時) 群 : 5 名 (12%)
- ② 適量 → 準大量・大量群 : 13 名 (30%)
- ③ 準大量・大量 → 適量群 : 16 名 (37%)
- ④ 準大量・大量 → 準大量・大量群 : 9 名 (21%)

4-1 : 適量 → 適量群の特徴

本群の患者は、全員が 2 回目以降の入院であり、妄想症状や攻撃性が認められたり拘束を要した症例が少なかった (表 15)。以上より、本群には比較的軽症な再発患者が多いと推測された。

4-2 : 適量 → 準大量・大量群の特徴

本群の患者では、妄想症状や攻撃性が比較的高率に認められた (表 16)。

4-3 : 準大量・大量 → 適量群の特徴

本群の患者は、妄想症状は比較的多いが (75%)、攻撃性がみられる症例は比較的少なかった (19% : 表 16)。

4-4 : 準大量・大量 → 準大量・大量群の特徴

本群の患者は、2 回目以降の入院患者、医療保護入院者が約 9 割を占め、隔離を要した症例が 8 割近く存在し、攻撃性が認められた症例が半数近く存在した (表 17)。以上より、本群には比較的重篤な再発患者が多いことがうかがわれた。

5. 入院中の抗精神病薬の投与剤数の変化と

関連する因子 (表 18~20)

入退院時の抗精神病薬の処方剤数の変化と関連する因子を明らかにするために、全体を以下の 4 群 (表 18) に分けてそれぞれの特徴を検討したところ、表 19~20 の結果となった。

- ① 適正剤数 (入院時 2 剤以下) → 適正剤数 (退院時 2 剤以下) 群 : 25 名 (58%)
- ② 適正剤数 → 多剤 (退院時 3 剤以上) 群 : 8 名 (19%)
- ③ 多剤 → 適正剤数群 : 4 名 (9%)
- ④ 多剤 → 多剤群 : 6 名 (14%)

表からわかるように、退院時に抗精神病薬の剤数が多剤 (3 剤以上) となっている症例が 3 割強存在した。多剤投与となっている群には、罹病年数や入院日数が長い患者、攻撃性がみられる患者が多く認められた。

6. 民間病院のデータとの比較

国公立病院と民間病院の薬物療法の差の有無を調べるために「入院・退院時の抗精神病薬の投与量、処方剤数、非定型抗精神病薬単剤処方割合」を比較したところ、両者に有意差は認められなかった (表 21)。

D. 考察

本研究では、国公立病院の急性期・救急治療病棟における統合失調症の薬物療法に関する薬剤調査を行った。

その結果、8 割の症例で国際的なガイドラインによって適正とされている投与量で治療が行われていたが、大量投与が約 2 割で認められた。大量投与群では、抗精神病薬の処方剤数や抗パーキンソン病薬の併用量が多くなっており、罹病期間が長い患者が多く認められた。また、妄想や攻撃性が認められ隔離なども要する重篤な

症例で、入院中に大量投与となることが多かった。

また、退院時に抗精神病薬の剤数が多剤（3剤以上）となっている症例が3割強存在した。多剤投与となっている群には、罹病年数や入院日数が長い患者、攻撃性がみられる患者が多く認められた。

一方、退院時に「非定型抗精神病薬・単剤投与」となっている症例が約3割存在し、その特徴として「罹病期間が短い」「入院期間が短い」「退院時抗精神病薬の投与量が少ない」「退院時 GAF 得点が高い」などの特徴が認められた。

E. 結論

本研究によって、国公立病院の精神科急性期・救急入院治療病棟における統合失調症の薬物療法の現状と課題が明らかになった。

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 なし

資料1

表1:国公立病院の対象者属性①

総数:43名(男性21名、女性22名)
平均年齢:40.7±16.1歳
平均発病年齢:27.0±13.6歳
平均罹病年数:13.1±12.2年
入院回数: 初回=11名
2回目以上=32名

表2:国公立病院の対象者属性②

入院形態:任意入院	4名
医療保護入院	33名
措置入院	4名
その他	2名
平均入院日数:141.7±551.1日	
入院時GAF:28.3±13.0	

表3:国公立病院の対象者属性③

隔離: なし 13名 (30%)
あり 30名; 1日以下=2名
1~4日=6名
5~7日=10名
8日以上=11名
拘束: なし 35名 (81%)
あり 8名; 1日以下=4名
1~4日=2名
5~7日=1名
8日以上=1名

表4:国公立病院の対象者属性④

筋注施行者: 2名
電撃療法施行患者: 1名
退院時GAF: 57.9±14.7
退院時転帰: 自宅37名(86%)
転棟 4名 (9%)
転院 2名 (5%)

表5:入院時の抗精神病薬処方の概要

CPZ	300mg以下	12名(28%)
換算	300~1000mg	23名(53%)
	1000mg以上	8名(19%)
平均投与量	646.4±464.9mg	
平均処方剤数	1.8±0.9	

表6:退院時の抗精神病薬処方の概要

CPZ	300mg以下	10名(23%)
換算	300~1000mg	22名(51%)
	1000mg以上	11名(25%)
平均投与量	676.6±481.4mg	
平均処方剤数	2.1±1.0	
(*)入院時、初回変更時、中間日と有意差なし		
(*)中央値:入院時=620mg、退院時=480mg →500mg/dを境に2群にわけて検討を行った		

表7:入院時CP換算量と関連する因子①
—入院時処方剤数—

CPZ	500mg以下(適量群)	18名(42%)
換算	500~1000mg(準大量群)	17名(40%)
	1000mg以上(大量群)	8名(19%)
入院時 処方剤数	適量群	準大量~大量群
1~2	18	19
3以上	0	6
(*)P<0.05(Fisher)		

表8:入院時CP換算量と関連する因子②
—入院時抗パ薬、退院時投与量—

CPZ	500mg以下(適量群)	18名(42%)
換算	500mg以上(準大量~大量群)	25名(58%)
入院時抗パ剤(BIP換算):	適量群	2.1±2.8mg
	準大量~大量群	3.3±1.7mg
(*)P<0.01		
退院時投与量:	適量群	380.3±338.4
(CP換算)	準大量~大量群	889.8±459.7
(*)P<0.05		

表9:入院時CP換算量と関連する因子③
—罹病期間—

CPZ	500mg以下(適量群)	18名(42%)
換算	500mg以上(準大量~大量群)	25名(58%)
罹病期間:	適量群	9.5±10.8年
	準大量~大量群	15.2±12.9年
(*)P<0.01		

表10:退院時CP換算量と関連する因子①
—退院時処方剤数—

CPZ	500mg以下(適量群)	21名(49%)
換算	500~1000mg(準大量群)	11名(26%)
	1000mg以上(大量群)	11名(26%)
退院時 処方剤数	適量群	準大量~大量群
1~2	20	9
3以上	1	11
(*)P<0.05(Fisher)		

表11:退院時CP換算量と関連する因子②
—退院時抗パ薬、入院時投与量—

CPZ	500mg以下(適量群)	21名(49%)
換算	500mg以上(準大量~大量群)	22名(51%)
退院時抗パ剤(BIP換算):	適量群	1.9±2.4mg
	準大量~大量群	3.3±2.5mg
(*)P<0.01		
入院時投与量:	適量群	380.9±236.3mg
(CP換算)	準大量~大量群	899.8±491.3mg
(*)P<0.05		

表12:退院時CP換算量と関連する因子③
—罹病期間、退院時GAF—

CPZ	500mg以下(適量群)	21名(49%)
換算	500mg以上(準大量~大量群)	22名(51%)
罹病期間:	適量群	6.5±7.3年
	準大量~大量群	19.6±12.8年
(*)P<0.01		
退院時GAF:	適量群	64.4±15.9
	準大量~大量群	51.6±10.4
(*)P<0.05		

表13: 退院時・非定型抗精神病薬
単剤処方と関連する因子

退院時・非定型単剤群(n=12: 28%)と その他の群(n=31)の比較		
	非定型・単剤(n=12)	その他(n=31)
罹病期間(年)	5.1±7.3	16.3±12.4
入院期間(日)	59.8±44.6	173.4±648.6
退院CP換算量	345.2±175.8	804.8±502.2
退院時GAF	67.3±16.1	54.2±12.6
(P<0.05)		
(*)12例中8例が、入院時から非定型・単剤処方		

表14: 入～退院時のCP換算量の
変化と関連する因子①
—変化のパターン—

(1) 適量→適量	5名 (12%)
(2) 適量→準大量・大量	13名 (30%)
(3) 準大量・大量→適量	16名 (37%)
(4) 準大量・大量→準大量・大量	9名 (21%)

表15: 入～退院時のCP換算量の
変化と関連する因子②

(*)「適量→適量」群(5名、12%)の特徴
・全員、2回目以降の入院患者
・妄想症状: 全員なし
・攻撃性あり: 1名のみ
・拘束: なし

表16: 入～退院時のCP換算量の
変化と関連する因子③

(*)「適量→準大量・大量」群(13名、30%)の特徴
・妄想(+)=9名(69%)
・攻撃性(+)=7名(54%)
(*)「準大量・大量→適量」群(16名、37%)の特徴
・妄想(+)=12名(75%)
・攻撃性(+)=3名(19%)

表17: 入～退院時のCP換算量の
変化と関連する因子④

(*)「準大量・大量→準大量・大量」(9名、21%) の特徴
・2回目以降の入院: 8名(89%)
・医療保護入院: 8名(89%)
・攻撃性あり: 4名(44%)
・隔離あり: 7名(78%)

表18:入～退院時の処方剤数の
変化と関連する因子①
—変化のパターン—

(1) 1・2剤→1・2剤	25名 (58%)
(2) 1・2剤→3剤以上	8名 (19%)
(3) 3剤以上→1・2剤	4名 (9%)
(4) 3剤以上→3剤以上	6名 (14%)

表19:入～退院時の処方剤数の
変化と関連する因子②

(*) 「1・2剤→1・2剤」群(25名、58%)の特徴
・短い入院日数:45.4±40.0日
・攻撃性(+) = 8名(32%)
(*) 「1・2剤→3剤以上」群(8名、19%)の特徴
・入院日数:96.6±40.5日
・攻撃性(+) = 5名(62.5%)

表20:入～退院時の処方剤数の
変化と関連する因子③

(*) 「3剤以上→1・2剤」群(4名、9%)の特徴
・初発2名
・入院日数:57.8±31.6日
・罹病年数:13.3±18.0年
・攻撃性(+) = なし
(*) 「3剤以上→3剤以上」(6名、14%)の特徴
・入院日数:658.8±1471日
・罹病年数:28.5±10.7年
・攻撃性(+) = 2名(33%)

表21:民間病院とのデータの比較

入院・退院時
CP換算量:有意差なし
処方剤数: "
非定型・単剤処方: "
ベゲタミン投与患者数
国公立:43例中10例(23%)
民間 :109例中12例(11%) P=0.053

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—

うつ病の処方データの解析

分担研究者 原田誠一 国立精神・神経センター武蔵病院 外来部長

研究要旨：本研究は、うつ病の入院治療の処方内容を検討して、近年うつ病の治療薬として広く用いられている SSRI と SNRI の使用の実態を明らかにすることを目的としている。

研究方法：うつ病の入院治療中の処方内容情報が得られた 108 例に関して、①入院時に SSRI の処方があった群の特徴、②退院時に SSRI の処方があった群の特徴、③入院時に SNRI の処方があった群の特徴、④退院時に SNRI の処方があった群の特徴を調べた。

結果：①入院時 SSRI 処方あり群の特徴：入院時に 33 例で SSRI の処方があった。このうち 22 例で退院時にも SSRI の処方があり、SSRI 単独で入院治療を完結できたのは 8 例であった。②退院時 SSRI 処方あり群の特徴：33 例で退院時に SSRI の処方があり、そのうち 17 例が SSRI 単独処方であった。33 例中 11 例は入院後に SSRI 投与開始となり、9 例が SSRI 単独で入院治療終結となっていた。SSRI の併用薬は、(A)薬理学的プロファイルが異なるもの、(B)セロトニン強化薬剤、(C)不眠治療薬が主であった。③入院時 SNRI 処方あり群の特徴：入院時に 17 例で SNRI の処方があり、8 例は SNRI の単独投与であった。6 例が SNRI 単独で入院治療を終えていた。④退院時 SNRI 処方あり群の特徴：退院時に SNRI の処方があった症例は 16 例で、そのうち 10 例が SNRI 単独投与であった。SNRI の併用薬としては、Sulpiride や Mianserin が多かった。

まとめ：入院時・退院時ともに、約 3 割の症例で SSRI の処方があった。SSRI の単独投与率は入院時が 6 割、退院時が 5 割であった。SSRI の主な併用薬剤は(A)薬理学的プロファイルが異なるもの、(B)セロトニン強化薬剤、(C)不眠治療薬であった。一方、入院時・退院時ともに約 15% の症例で SNRI の処方があった。SNRI の単独投与率は入院時が 5 割、退院時が 6 割であった。

A. 研究目的

本研究の目的は、うつ病の入院治療で処方された薬剤を検討して、近年うつ病の治療薬として広く用いられるようになってきている SSRI と SNRI の使用実態を明らかにすることである。

B. 研究方法

うつ病の入院中の処方情報が得られた 108 例に関して、以下を調査した。①入院時に SSRI の処方があった群の特徴（SSRI の処方がなかった群との比較によって調査。以下、同じ）。②退院時に SSRI の処方があった群の特徴。③入院時に SNRI の処方があった群の特徴。④退院時に SNRI

の処方があった群の特徴。

C. 研究結果

①入院時に SSRI の処方があった群の特徴

入院時に 33 例（約 3 割）で SSRI の処方があり、75 例で SSRI の処方がなかった（表 1）。入院時に SSRI の処方があった群（以下、処方あり群）、となかった群（以下、処方なし群）の患者属性・入院時 GAF・症状・副作用・医師属性では、いずれも有意差は認められなかった。

処方あり群（n=33）のうち、単剤処方であったのは 20 例（約 6 割）、併用処方があったのは 13 例であった（表 1）。SSRI の併用薬は、Sulpiride 7 例、Trazodone 2 例、Mianserin 2 例、Maprotiline 1 例、SNRI 1 例、三環系抗うつ薬 TCA 1 例であった（表 2）。

入院時処方あり群で退院時処方に SSRI が含まれているか否かを調べたところ、22 例で SSRI 処方があった（表 3）。そのうち 8 例が単剤処方、残りの 14 例では併用薬が用いられていた。SSRI 中止症例の中の 5 例ではすべての抗うつ薬が中止となっており、躁転が生じた可能性が推定された。

退院時に SSRI の処方が他の薬剤となされていた 14 例の併用薬は、他の SSRI 3 例、Sulpiride 3 例、Mianserin 3 例、Trazodone 2 例、Maprotiline 2 例、CMP 2 例、SNRI 1 例であった（表 4）。併用薬は、①SSRI と薬理学的プロファイルの異なる薬剤（Sulpiride, Mianserin, Maprotiline, SNRI）、②5-HT 強化薬剤（SSRI, CMP）、③不眠の治療薬（Trazodone）が用いられていた。

また、SSRI 処方あり群で入院時の非定型抗精神病薬の併用の有無を調べると、併用ありが 5 例であった（表 5）。併用薬は、Risperidone 2 例、Perospirone 2 例、Quetiapinr 1 例であった。

②退院時に SSRI の処方があった群の特徴

33 例で退院時に SSRI の処方があり、そのうち 17 例が SSRI 単剤処方であった（表 6）。33 例中 22 例は入院中から SSRI 投与があり、11 例は入院後に SSRI 投与開始となっていた（表 7）。入院後に SSRI の投与が開始となった 11 例のうち、9 例が SSRI 単剤で入院治療終了となっていた。

退院時 SSRI あり群で併用薬のあった 16 例の他の薬剤は、Sulpiride 4 例、SSRI 3 例、Mianserin 3 例、CMP 3 例、Maprotiline 2 例、Trazodone 1 例、SNRI 1 例、TCA（CMP 以外）1 例であった（表 8）。併用薬は、①SSRI と薬理学的プロファイルの異なる薬剤（Sulpiride, Mianserin, Maprotiline, SNRI）、②5-HT 強化薬剤（SSRI, CMP）、③不眠の治療薬（Trazodone）が用いられていた。また、退院時に 3 例で非定型抗精神病薬が併用投与されていた。

③入院時に SNRI の処方があった群の特徴

入院時に 17 例で SNRI の処方があり、91 例で処方されていなかった（表 9）。SNRI 投与群と SNRI 投与なし群で、患者属性・入院時 GAF・症状・副作用・医師属性に有意差は認められなかった。SNRI 処方あり群 17 例のうち、8 例が SNRI の単剤投与であった。多剤併用症例 9 例での SNRI 以外の併用薬は、Sulpiride 6 例、Mianserin 2 例、Trazodone 2 例、SSRI 1 例となっていた（表 10）。SNRI 処方あり群の 17 例のうち 10 例は退院時にも SNRI 投与が続いており、6 例は SNRI 単剤投与、4 例は多剤併用となっていた（表 11）。併用薬の内訳は、Sulpiride 2 例、Mianserin 2 例であった（表 12）。また SNRI の投与が中止となった 7 例の退院時処方、SSRI 4 例、TCA 1 例、Mianserin 1 例、抗うつ薬なし 1 名であった。

④退院時に SNRI の処方があった群の特徴

退院時に SNRI の処方があった症例は 16 例で、

そのうち 10 例が SNRI 単独投与であった (表 1 3)。SNRI の併用薬としては、Sulpiride 3 例、Mianserin 2 例、SSRI 1 例となっていた (表 1 4)。

D. 考察

本研究では、うつ病の入院処方データを基にして SSRI と SNRI の処方の実態を調査した。

その結果、SSRI に関して以下の事項が明らかになった (表 1 5, 1 6)。①入院時、退院時とも約 3 割で SSRI の処方があった。②単剤投与率は入院時 6 割、退院時 5 割程度であった。③入院時から退院時まで SSRI 単独投与ですんだのは、入院時 SSRI 投与症例の 25%程度であった。④退院時 SSRI 投与例の 3 分の 1 は入院後から投与開始となり、その約 8 割が単剤投与で治療を終えていた。⑤約 15%で SSRI 投与中止となっており、その後の処方内容から一部で躁転があった可能性が考えられた。⑥SSRI の主な併用薬は、(1)薬理学的プロファイルが異なるもの、(2)5-HT 強化薬剤、(3)不眠治療薬であった。⑦SSRI 投与と関連する患者属性、GAF 値、症状、副作用、医師属性などは認められなかった。⑧副作用で差が認められなかった背景には、併用症例が比較的多い (約 4 割) ことがあるものと思われた。⑨SSRI と非定形抗精神病薬の併用は、入院時 5 例、退院時 3 例と比較的少数であった。

一方、SNRI に関して以下の事項が明らかになった (表 1 7, 1 8)。①入院時・退院時とも SNRI の処方あり群は約 15%で、SSRI の約半分であった。②SNRI の単独投与率は入院時 5 割、退院時 6 割程度であり、SSRI とほぼ同様であった。③入院時から退院時まで SNRI 単独投与ですんだ症例の割合は 35%で、SSRI の値 (25%) よりも若干高値であった。④入院時 SNRI 投与があり、その後抗うつ薬がすべて中止となった症例は 6%で、躁転が疑われた。

⑤退院時の併用薬剤は、Sulpiride と Mianserin が多かった。⑥入院後 SNRI 投与が中止となり他剤に処方変更となった症例での新薬剤は、SSRI が最多であった。⑦SNRI 投与と関連する患者属性、GAF 値、症状などは認められなかった。

E. 結論

本研究によって、うつ病の入院治療における SSRI と SNRI の使用状況の一部が明らかになった。

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)

表1: SSRIの処方調査 I 入院時SSRI処方あり群①

- ・SSRI処方あり: 33名、なし: 75名
- ・SSRI(+)群の抗うつ薬処方の内訳
単剤処方 20
多剤併用 13

(*)入院時3割強でSSRIの処方があり、
そのうち約6割で単剤投与

表2: SSRIの処方調査 I 入院時SSRI処方あり群②

- ・SSRI(+)群の抗うつ薬多剤併用13例(約4割)
- ・SSRI併用薬の内容
Sulpiride 7、 Trazodone 2
Mianserin 2、 Maprotiline 1
SNRI 1、 TCA 1

(*)併用薬は、薬理学的プロファイルの異なる
薬剤や不眠の治療薬が多く用いられている

表3: SSRIの処方調査 I 入院時SSRI処方あり群③

- ・SSRIあり(n=33)群の退院時抗うつ薬
 - ・SSRI(+): 22; 単剤処方 8
多剤併用 14
 - ・SSRI(-): 11; 他の抗うつ薬 6
抗うつ薬中止 5

(*)3分の2で退院時にSSRI処方継続
(*)SSRI単剤で入院治療完結は約4分の1
(*)抗うつ薬中止群(約15%)は躁転か?

表4: SSRIの処方調査 I 入院時SSRI処方あり群④

- ・SSRIあり群の退院時の併用抗うつ薬
SSRI(+): 22→多剤併用14
 - SSRI 3、 Sulpiride 3
 - Mianserin 3、 Maprotiline 2
 - Trazodone 2、 CMP 2
 - SNRI 1

(*)併用薬は、①薬理学的プロファイルが異なるもの、②5-HT強化薬剤、③不眠治療薬が主

表5: SSRIの処方調査 I 入院時SSRI処方あり群⑤

- ・入院時SSRIあり群での非定型抗精神病薬併用
 - ・入院時併用あり: 5
Risperidone 2, Perospirone 2, Quetiapine 1
 - ・退院時併用あり: 3
Risperidone 2, Perospirone 1

(*)退院時併用ありのうちの1例は、抗うつ薬
中止となっており、躁転の可能性あり

表6: SSRIの処方調査 II 退院時SSRI処方あり群①

- ・SSRI処方あり33名、なし: 77名
- ・SSRI(+)群の内訳
SSRI単剤投与 17
他の抗うつ薬併用 16

(*)退院時処方の約3割でSSRIがあり、
うち半数が単剤処方

表7:SSRIの処方調査Ⅱ 退院時SSRI処方あり群②

退院時SSRIあり(n=33)群の入院後の処方変化

- ・入院時SSRI処方あり:22名 単剤処方 8
多剤処方14
- ・入院時SSRI処方なし:11名 単剤処方 9
多剤処方 2

表8:SSRIの処方調査Ⅱ 退院時SSRI処方あり群③

・退院時SSRIあり群で併用抗うつ薬あり:16

・併用薬の内容

Sulpiride	4、	SSRI	3
Mianserin	3、	CMP	3
Maprotiline	2、	Trazodone	1
SNRI	1、	TCA(CMP以外)	1

(*)併用薬は、①薬理学的プロファイルが異なるもの、②5-HT強化薬剤、③不眠治療薬が主

表9:SNRIの処方調査Ⅰ 入院時SNRI処方あり群①

- ・SNRI処方あり:17名、なし:91名
- ・SNRI(+)群の内訳:単剤処方 8
多剤併用 9

(*)入院時症例の15%でSNRIの処方があり、半数が単剤投与

表10:SNRIの処方調査Ⅰ 入院時SNRI処方あり群②

・SNRI(+)群での多剤併用 9例

・併用薬の内容

Sulpiride	6、	Mianserin	2
Trazodone	2、	SSRI	1

表11:SNRIの処方調査Ⅰ 入院時SNRI処方あり群③

SNRIあり(n=17)群の退院時処方

- ・SNRIの処方あり:10名 単剤処方 6
多剤処方 4
- ・SNRIの処方なし: 6名
- ・抗うつ薬の処方なし:1名

(*)35%でSNRI単剤で入院治療を完結

表12:SNRIの処方調査Ⅰ 入院時SNRI処方あり群④

SNRIあり(n=17)群の退院時処方

- ・SNRIの処方あり:10名中、多剤処方4名
→併用薬 Sulpiride 2
Mianserin 2
- ・SNRIの処方なし:7名;SSRI 4名
TCA 1名
Mianserin 1名
抗うつ薬なし 1名

表13: SNRIの処方調査Ⅱ
退院時SNRI処方あり群①

- ・SNRI処方あり16名、なし:92名
- ・SNRI(+)群の内訳:単剤処方 10
多剤併用 6
- ・入院時SNRIあり→退院時あり: 10
なし→ あり: 6

表14: SNRIの処方調査Ⅱ
退院時SNRI処方あり群②

- SNRIあり(n=16)群の退院時処方
- ・SNRIの処方あり:16名→多剤処方6例
 - ・併用薬:Sulpiride 3、Mianserin 2、SSRI 1

表15: SSRI処方のおまとめ①

- ・入院時、退院時とも約3割でSSRIの処方があった
- ・単剤投与率は入院時6割、退院時5割程度であった
- ・入院時から退院までSSRI単剤投与ですんだのは、入院時SSRI投与症例の25%程度であった
- ・退院時SSRI投与例の3分の1は入院後から投与開始となり、8割が単剤投与で治療を終えていた
- ・約15%でSSRI中止となっており、躁転があった可能性が考えられた

表16: SSRI処方のおまとめ②

- ・主な併用薬剤は、①薬理学的プロファイルが異なるもの、②5-HT強化薬剤、③不眠治療薬であった
- ・SSRI投与と関連する患者属性、GAF値、症状、副作用、医師属性などは認められなかった
- ・副作用で差が認められなかった背景には、併用例が比較的多いことがあるものと思われた
- ・SSRIと非定型抗精神病薬の併用は入院時5例、退院時3例と比較的少数であった

表17: SNRI処方のおまとめ①

- ・入院時、退院時とも約15%でSNRIの処方があった(→SSRIの約半数)
- ・SNRIの単剤投与率は入院時5割、退院時6割程度(→入院時はSSRIと同じ、退院時は若干高め)
- ・入院時から退院までSNRI単剤投与ですんだのは、入院時SNRI投与症例の35%程度であった(→SSRIの25%より若干高め)
- ・入院時SNRIの投与があり、その後抗うつ薬がすべて中止となった症例は6%であった(→躁転?)
(→SSRIの15%と比べてやや低め)

表18: SNRI処方のおまとめ②

- ・退院時併用薬はSulpirideとMianserinが多かった(→SSRIの場合と若干相違)
- ・入院後SNRI投与が中止となり多剤に処方変更となった症例での新薬剤はSSRIが最多であった
- ・SSRI投与と関連する患者属性、GAF値、症状などは認められなかった(→SSRIと同じ)

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

計見・渋谷分担研究班

分担研究班総括報告書

分担研究者 計見一雄（H15, 16年度） 千葉県精神科医療センター名誉センター長
渋谷孝之（H17年度） 同 医長

はじめに

将来の精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟の在り方を考えるにあたり、本分担研究者らは特にクリニカルパスに着目した。クリニカルパスは治療の標準化、効率化に有効であることが期待されるが、精神科領域での蓄積は乏しい。クリニカルパスの現状を把握し、有用なクリニカルパスのアウトラインを提示することは、何よりも臨床的な要請である。このような背景の下、公立病院のパス調査（H15年度）、社会復帰期パス調査（H17年度）を行った。

統合失調症急性期治療における薬剤処方類型（H16年度）は、定型・非定型抗精神病薬の最多処方剤数に基づく処方類型を用いて、統合失調症急性期患者を臨床的に特徴ある患者群に分類する試みである。以前よりわが国の薬物療法については多剤大量との批判がなされてきたが、日々臨床を行っている、いわゆる至適投与量では病状の改善がみられない患者に少なからず遭遇する。いわゆる難治性の患者であるが、このような患者群を抽出し、臨床的な特徴を把握することを目指した。

【公立病院のクリニカルパスに関する調査】

A. 研究目的

公立（自治体）病院のクリニカルパスの調査を行い、代表的類型の暫定的な輪郭を提示すること。

B. 研究方法

対象は、計4つの公立病院から提出された統合失調症急性期入院医療パス3例、大うつ病性障害入院医療パス3例、興奮状態による隔離室使用パス4例である。これらを比較検討し、互換性のある要素を抽出し、千葉県精神科医療センター作成のパスに統合した。

C. 研究結果

資料参照。

D. 考察

ある段階から次の段階へ移るための評価の基準とすべきマイルストーンを設定する必要がある。マイルストーンに到達する時間は、スタッフの充実度や病棟の構造に依存する。マイルストーンは具体的で、程度を示す表現を伴うことが望ましい。程度を示すことによって、時間経過と回復過程をイメージすることが容易になる

E. 結論

公立病院の暫定的なクリニカルパスを提示した。評価の基準となる具体的なマイルストーンの設定の必要が示唆された。

[統合失調症急性期治療における薬剤処方類型]

A. 研究目的

「全国の精神科急性期・救急病棟治療における統合失調症の薬物治療に関する薬剤処方調査」の結果を分析し、定型・非定型抗精神病薬の最多処方剤数により患者を分類し、各群の臨床的特徴、処方量の比較を行うこと。

B. 研究方法

対象は精神科急性期治療病棟、旧国立療養所、大学病院を調査期間に退院した患者260名。そのうち入院期間が180日以内であった237名を、入院中の定型・非定型抗精神病薬それぞれの最多処方剤数に基づき5つの処方類型に分類し、処方類型ごとの患者の臨床的・人口統計的特徴、入院時・初回処方変更時・中間時・退院時における処方量の推移を比較した。

C. 研究結果

処方類型として

- A (定型 \leq 1剤、非定型 \leq 1剤)
- B (定型=2剤、非定型 \leq 1剤)
- C (定型 \geq 3剤、非定型 \leq 1剤)
- D (定型 \leq 1剤、非定型 \geq 2剤)
- E (定型 \geq 2剤、非定型 \geq 2剤)

を設定した。年齢はDが低くCが高く、入院日数はAが短くEが長い傾向があった。CP換算処方量は入院期間の各時点において概ねA<B<C \approx D<Eとなっていた。Aは入院から退院まで処方量が横ばいである一方、C、Eは処方量が増加されその量が保持されたまま退院となっていた。

D. 考察

Aは少量の処方で順調に回復する症例、Cは攻撃性を定型抗精神病薬で鎮静する症例、Eは難治性で変薬・多剤投与に陥る症例であると推測された。

E. 結論

統合失調症急性期患者は、定型・非定型抗精神病薬の処方類型を用いて、臨床的に特徴ある患者群に分類可能である。

[社会復帰病棟におけるクリニカルパス調査]

A. 研究目的

社会復帰病棟に必要な治療計画を提案するため、現在行われている活動の把握を目的として、社会復帰病棟におけるクリニカルパス調査を行うこと。

B. 研究方法

調査対象(47施設)に対し、退院に向けて異なる課題を持つ統合失調症患者3事例を想定し、課題に優先順位をつけること、治療計画をクリニカルパスに展開することを求めた。

C. 研究結果

17施設より回答を得た。退院に向けた課題の優先順位は施設間で大きな差異はなかった。パスの期間はほとんどの施設が2~6か月を設定したが、1施設はすべての事例に2年間を設定した。12施設は事例ごとに異なるパスを作成し、1施設は2事例のパスがほぼ同一、4施設は3事例のパスがほぼ同一であった。事例ごとにパスの項目と時間軸の関係を集計した結果、「何をいつ行うか」という点では複数のパスに共通の傾向が存在したが、記載の具体性

はパスにより大きな差がみられた。

D. 考察

調査結果からは、多くの施設でいまだ有用な社会復帰期クリニカルパスの作成に至っていないことが伺われた。パスを有用なものとするため、(1) 社会復帰期のクリニカルパスをさらに4期に分けること (2) 課題を明確にし、項目を具体的に記述すること (3) パスを運用途中で適宜修正すること、を提案した。

E. 結論

社会復帰病棟におけるクリニカルパスの現状を示した。今後、社会復帰期における標準的なクリニカルパスを提示する必要がある。

まとめ

本分担研究で行ったクリニカルパスについての2つの調査は、臨床的には急性期病棟・リハビリテーション病棟における治療行為に直結するものであり、その意義は大きいと自負する。行政的にも、有用なクリニカルパスのアウトラインを提示することは、急性期病棟の入院期間短縮や社会復帰病棟からの退院促進につながるものである。学術的には、「クリニカルパスにおけるマイルストーン設定の必要性」を指摘し、「クリニカルパスの運用途上での修正」を提案して従来のパスの考え方に一石を投じた。

統合失調症急性期治療における薬剤処方類型により、難治性患者を一定の基準で抽出することが可能になった。