

(ECT) の考慮について調査した。心理教育や作業療法に関しては、作業療法、集団療法、本人への心理教育、家族への心理教育についての開始時期を調査した。行動範囲に関しては、入院時の行動範囲、初回外出・初回外泊・退院の時期を調査した。

## C. 研究結果 (資料参照)

### 1. 対象病棟の特性

都道府県の精神科救急システムへの関与に関するアンケートに対して、85 施設中 51 施設より回答があった (資料 1)。回答のあった 51 施設中 1 施設は精神科病床としての届出ではなく、医療法上の一般病床としての届出であった。残り 50 施設は閉鎖病棟と開放病棟の病床数の特徴から、両方を持つ 20 施設、閉鎖病棟のみを有する 18 施設、開放病棟のみを有する 12 施設に大別された。都道府県の救急システムへ関与している施設は 13 施設であった。この 13 施設は閉鎖病棟と複数の隔離室または個室を有していた。このうち 2 施設は開放病棟のみ、2 施設は閉鎖病棟のみで、残る 9 施設は両病棟を備えていた。開放病棟のみの施設では合併症への対応が中心であった。

### 2. パス利用の現状

調査対象とした 13 施設のうち、9 施設からパスの送付が得られた (資料 2)。これら 9 施設の共通特徴としては閉鎖病棟を有し、複数の隔離室または個室を有していた。これら 9 施設の内、既存のパスを持つ施設は 6 施設あったが、今回想定した大うつ病、統合失調症および興奮状態による隔離室使用のパスを全て持つ施設は 1 施

設のみであった。大うつ病のパスのみを持つ施設は 2 施設あり、統合失調症のパスのみを持つ施設は 1 施設であった。また 2 施設は症状に関係なく使用する共通のパスを持っていた。

一方、想定パスの報告があった施設は 5 施設あった。この中で既存のパスを持っておらず、今回の調査における全ての想定パスを報告したのが 2 施設あった。大うつ病の既存のパスを持つ 2 施設は統合失調症と興奮状態の想定パスを報告していた。1 施設は興奮状態における隔離室使用のパスのみを報告していた。

### 3. パスの分析

#### 1) 大うつ病性障害急性期入院パス

大うつ病性障害急性期入院医療パスは 5 施設から得られた。2 施設が想定パスで 3 施設が既存パスであった。共通パスを提示した 2 施設も組み入れて、計 7 施設を分析対象とした。指標となる出来事までの期間をまとめたのが資料 3-1 である。

パスの期間は 4 から 12 週で、平均 9 週であった。パスの時間軸の間隔は 1 週間から 1 ヶ月までと違いが認められた。

入院時検査は全施設で提示され、入院時から 1 週間までに一般血液・尿検査、胸部・腹部 X 線、心電図、脳波、頭部 CT または MRI が設定されていた。心理検査や SPECT が組み入れられている施設もそれぞれ 3 施設、1 施設存在した。反復検査は血液検査と心電図検査が 2 週から 4 週間隔で設定されているところが 3 施設存在した。

薬物療法に関しては、入院時に薬剤名まで指定された施設はなく、処方変更時期に関しては 2-4 週と期間を提示していたところが 2 施設あったが、それ以外は特に規定はなく使用薬剤、

変更時期に関しては自由度が高いと考えられる。服薬指導に関しては2週から8週までの時期に指定していた施設が4施設存在した。服薬自己管理は8週に設定した施設が3施設存在した。電気けいれん療法に関しては3から6週で考慮するとした施設が3施設存在した。

作業療法への参加を設定した施設は3施設で、開始時期は入院時から3週であった。集団療法への参加を設定した施設は1施設で、開始時期は入院時からであった。本人への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は入院時から2週であった。家族への心理教育を設定した施設は1施設で、開始時期は入院時からで、その後2-4週ごとの継続を設定していた。

行動範囲に関しては入院時に規定している施設が4施設で、個室1、自室内1、病棟内2、開放病棟1であった。外出に関しては6施設が設定しており2週から6週に開始され、外泊は2週目から8週で開始されていた。退院時期について設定したのは7施設あり、4週から12週であった。

## 2) 統合失調症急性期入院治療パス

統合失調症急性期入院治療パスは6施設から得られた。4施設が想定パスで2施設が既存パスであった。共通パスを提示した2施設を加え、計8施設を分析対象とした。指標となる出来事までの期間をまとめたのが資料3-2である。

パスの期間は4から12週で、平均9.5週であった。パスの時間軸の間隔は1週間から1ヶ月までと違いが認められた。

入院時検査は全施設で提示され、入院時から1週間までに一般血液・尿検査、胸部・腹部X線、心電図、脳波、頭部CTまたはMRIが設定されていた。心理検査やSPECTが組み入れら

れている施設もそれぞれ1施設ずつ存在した。反復検査は血液検査と心電図検査が2週から4週間隔で設定されているところが3施設存在した。

薬物療法に関しては、入院時の処方で非定型抗精神病薬を最初に処方する施設が1つあるが他は設定されていなかった。入院時の処方の効果が得られなければ処方の変更を検討している施設が3施設あり2~4週後に検討されていた。服薬指導をパスに導入している施設は4施設あり、2~8週に行われていた。服薬自己管理をしている施設は6施設あり、6~8週に行われていた。統合失調症において電気けいれん療法をパスに導入している施設は1施設で4週後に検討されていた。

作業療法への参加を設定した施設は3施設で、開始時期は入院時から3週であった。集団への参加を設定した施設は1施設で、開始時期は1週間からであった。本人への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は入院時から4~6週であった。家族への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は1~4週後に設定していた。

入院時の行動範囲では大うつ病のパスと同様に個室から開始のパスから病棟内と違いが見られた。外出は全8施設で設定しており2週から8週に導入され、外泊は7施設で設定され2週から8週の間導入されていた。退院は6施設で設定されていたが、1施設が6~8週に、残りの施設では12週に設定されていた。

## 3) 興奮状態による隔離室使用パス

興奮状態による隔離室使用パスは6施設から得られた(資料3-3)。このうち既存のパスを

持つ施設は1施設のみで他は想定パスであった。パスの期間は想定例に準じて、隔離解除までの期間で区切り分析した。入院時行動範囲では隔離をせず、抑制を行う施設が2施設あった。部分開放を設定している施設が4施設あり、4～8日までに設定させていた。隔離解除までの期間を設定している施設は5施設あり、最短で2日、最長で2週間であった。

検査に関しては入院時に最低血液検査と心電図を指定していた。脳波、CTを入院時検査に組み入れているところが2施設、1週間以内に行なう予定のところは3施設あった。評価期間に関しては毎日の見直しを規定している施設と、日数を指定している施設があった。

入院時の薬物を設定している施設は5施設あり、そのうち2施設が注射薬を選択し、1施設が内服薬を設定していた。1施設は投与経路も注射または内服とし、幅を持たせていた。隔離中の処方の変更時期を設定しているのが3施設あり、1週間目に検討されていた。輸液管理を指定していた施設が1施設存在した。2週間のうちに電気けいれん療法を考慮する施設は1施設あり、1週目に必要性が検討されていた。

#### 4) 共通のパス

共通のパスは2施設から得られた。共通のパスにおいては2施設とも退院までの期間を3ヶ月に設定してパスを作成していた。内容についての分析はすでに各疾患のパスの中に組み入れた。

### D. 考察

#### 1. 大学病院における急性期治療

今回の調査では都道府県の救急システムへの

関与ありとの回答を得た大学病院を調査対象とした。その理由としては本研究が精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を対象としており、今回の想定パスは精神症状が重篤でハイケアの必要な状態を想定しており、なかに興奮状態による隔離室使用パスが含まれ開放病棟よりは閉鎖病棟の適応と考えられたためである。今回の初めのアンケートに回答のあった大学病院50施設の中で、開放病棟のみしか持たない施設も12施設あり、施設間で入院対象となる疾患が異なることが予測された。

救急システムへの関与で対象選択をしたため、今回の想定症例のようなケースが入院すると考えられる閉鎖病棟をもつ38施設のうち今回対象として選択した13施設以外の25施設の状況を把握することができなかつた点で課題が残ったと言えよう。

#### 2. 大学病院精神科における精神科入院医療の 治療・ケア手順

今回のパス調査では既存のパスの有無に関わらず、大学病院精神科では、大うつ病性障害、統合失調症どちらの疾患も、4週間から12週間程度での退院を目指した治療がなされており、期間には4から8週程度のばらつきがあるものの、治療内容に大きなばらつきはなかった。ただし、既存パスの存在する施設のほうが治療・ケア手順が統一して整備されており、服薬指導、作業療法、集団療法、心理療法がプログラム化されているようであった。

今回のパス調査から把握できた精神科救急システムに関与する大学病院における大うつ病性障害急性期治療パス、統合失調症急性期治療パス、興奮状態による隔離室使用パスのそれぞれについて、共通事項を挙げることで標準的なパ

スの流れを想定するならば、以下のようになるであろう。

大うつ病性障害と統合失調症のどちらの疾患についても、退院までの期間を12週間に設定する。検査については入院時に評価し、定期的に期間を設定して評価していく。薬物療法については初回処方薬物を設定せず、2～4週の間薬物の効果を判定して変更を検討していく。症状にあわせ、2～4週で服薬指導をし、6～8週の間服薬自己管理までできるように検討していく。電気けいれん療法の導入については2週から4週の間評価していく。作業療法や集団療法は病状にあわせて、入院時から2週目ぐらいで順次導入していく。本人への心理教育は大うつ病性障害では比較的早く入院時から2週間ぐらいの間で導入し、統合失調症では4から6週ぐらいで導入する。家族への心理教育は入院当初より継続して行なわれるのが望ましいと思われる。入院時の行動範囲については症状にあわせ、個室から病棟内と幅を持たせる。外出は2週から4週の間に行い、外泊を2週から8週の間で行っていく。大うつ病および統合失調症のどちらの疾患に関しても、症状や状態により指標となるイベントまでの期間に幅をもたせていくのが望ましいと考えた。

興奮状態による隔離使用パスについてはまず症状により隔離を行うか、抑制が必要かを評価できるようにして隔離解除までの期間を1～2週間に設定する。検査についてはできる検査を入院時に行っていく。服薬については経口摂取できなければ注射薬を使用する。処方の変更については1週間程度で検討し、電気けいれん療法は1週間たっても拒否が強く薬剤反応が悪い、もしくは身体状況が悪い場合に検討する余地があるかもしれない。ただし、今回の調査で電気

けいれん療法をパスに載せた施設でも、実施時期を4週後に設定しており、電気けいれん療法のリスクや家族への衝撃も考え実施は4週間後ぐらいになることがうかがわれた。

精神科急性期・救急治療におけるパスはこのように薬物や退院までの時系列を細かく設定せず、ある程度症状にあわせて幅をもたせていくものが望ましいと考えられた。

また共通のパスをもつ施設もあることにより疾患を区別せずにチェック項目を挙げるようなパスを作成するほうが良いのかさらに調査していく必要があると考えられた。

### 3. 今後の課題

前述のように、今回の調査では、初めのアンケートに協力が得られたが対象とならなかった大学病院が37施設ある。この中で25施設は閉鎖病棟を有し、今回の想定症例のようなケースへの対応を行なっているものと思われる。これらの施設の中には、既にパスを有しているところや、パスにはなっていないものの標準化されたシステムティックな医療やケアを提供しているところもあるかもしれない。また開放病棟のみの施設でも隔離室を使用するなどの工夫次第で今回のような想定症例に対応しているかもしれない。そこで今回の調査対象とならなかった施設の実態を今後調査していくことで、大学病院の実態に即した標準化された治療を考察できる可能性がある。

現在、大学病院で精神科急性期病棟の届け出がなされているのは1施設のみであるが、これは急性期病棟が包括診療になることから、合併症や重症例の多くなる大学病院では診療報酬のメリットがあまりないと考えられ、急性期病棟の申請がなされていないと考えられる。

精神科以外の診療科との連携が可能な大学病院には、精神科単科の病院では対応しにくい合併症や重症例が集約する。このため、そのような状態にも対応可能な柔軟なパスの作成も今後の課題といえるだろう。

#### E. 結論

本研究により、都道府県精神科救急システムに関与している大学病院における精神科急性期入院医療の治療とケアの現状の明らかにされた。調査対象となった大学病院は閉鎖病棟と複数の隔離室または個室を備えていた。標準的な閉鎖病棟に入院を要するような大うつ病性障害や統合失調症に対する治療期間は4週から12週を考慮しており、検査、治療構造、治療内容、行動範囲にも大きな隔たりはなかった。精神科という診療科の特性上、患者の状態に合わせて薬剤や作業療法、心理教育などを含めた治療内容、行動範囲ともに柔軟性があるほうが望ましいと思われた。しかし、治療病棟の構造や医師の治療姿勢（処方行動の特性など）で治療内容やケアに差異が出ることも容易に予測できることであり、何処までの自由を取り入れるべきかの検討も必要であろう。また大学病院に期待される合併症治療など高度かつ集約的な医療との整合性をどうはかるかも課題と言えよう。

#### 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. 精神科病床を有する大学病院の特性

病院名	全病床数	精神科 病床数	開放病棟 病床数	開放病棟 個室数	開放病棟 隔離室数	閉鎖病棟 病床数	閉鎖病棟 個室数	閉鎖病棟 隔離室数	都道府県 システム関与	システム用 病床数
旭川医科大学医学部附属病院	602	33	7	1	0	26	5	1	0	0
北海道大学医学部附属病院	883	72								
札幌医科大学医学部附属病院	994	50	50	2	2	0	0	0	0	0
弘前大学医学部附属病院	630	41	0	0	0	41	0	1	0	0
岩手医科大学附属病院	1048	78								
東北大学医学部附属病院	1226	74	34	2	0	40	2	4 <sup>*2</sup>	1	0
秋田大学医学部附属病院	610	36								
山形大学医学部附属病院	604	40								
福島県立医科大学附属病院	830	50								
筑波大学附属病院	800	36	36	5	2	0	0	0	0	0
東京医科大学豊ヶ浦病院	598	32								
自治医科大学附属病院	984	41								
濃協医科大学病院	1005	42	42	2	0	0	0	0	0	0
群馬大学医学部附属病院	665	40								
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院	226	226								
防衛医科大学校病院	800	26	0	0	0	26	2	1	0	0
埼玉医科大学附属病院	1463	237	60	4	0	177	6	8	1	0
千葉大学医学部附属病院	835	45	0	0	0	45	7	4	0	0
帝京大学医学部附属市原病院	500	33								
昭和大学附属島山病院	867	454	108	2	2	346	23	17	1	2
東京医科歯科大学附属病院	687	41	41	1	1	0	0	0	0	0
東京大学医学部附属病院	1054	34	0	0	0	34	6	3	0	0
東京慈恵会医科大学附属病院	1076	50								
杏林大学医学部附属病院	1203	32	32	0	1	0	0	0	1	0
東京女子医科大学病院	1421	117								
慶應義塾大学病院	1071	31	31	4	0	0	0	0	1	0
東京医科大学病院	1080	40	7	0	1	33	2	1	0	0
東邦大学医学部付属大森病院	1106	52								
帝京大学医学部附属病院	1154	47								
日本大学医学部付属板橋病院	1208	44								
昭和大学病院	1180	50	0	0	0	50	1	2	0	0
日本医科大学附属病院	964	32	32	8	0	0	0	0	0	0
順天堂大学医学部附属順天堂医院	1020	15	0	0	0	15	6	1	0	0
横浜市立大学医学部附属病院	623	30								
横浜国立大学医学部附属浦船病院		60	22	10	0	28	10	5	1	4
北里大学病院	507	128	81	5	0	88	5	7	1	3
東海大学医学部附属病院	1133	37	37	7	0	0	0	0	0	0
東海大学病院	1133	37								
聖マリアンナ医科大学病院	1208	48	0	0	0	48	2	2	0	0
新潟大学医学部附属病院	778	64	35	2	0	29	0	2	0	0
富山医科大学附属病院	612	20								
金沢大学医学部附属病院	792	48	18	2	0	28	0	4	1	1
金沢医科大学病院	1020	58	24	0	0	32	0	2 <sup>*2</sup>	1	0
福井医科大学医学部附属病院	600	41	19	0	0	22	0	1	0	0
山梨医科大学医学部附属病院	600	40								
岐阜大学医学部附属病院	600	37	0	0	0	37	1	1	0	0
浜松医科大学医学部附属病院	613	37								
名古屋大学医学部附属病院	935	50	0	0	0	50	0	4	0	0
名古屋市立大学病院	808	36	0	0	0	36	34	2	0	0
愛知医科大学附属病院	1271	67								
藤田保健衛生大学病院	1673	35	35	0	0	0	0	0	0	0
三重大学医学部附属病院	731	40								
滋賀医科大学医学部附属病院	608	45								
京都大学医学部附属病院	1080	40	72	0	0	8	0	0	1	1
京都府立医科大学附属病院	1065	118								
大阪大学医学部附属病院	1076	52								
大阪市立大学医学部附属病院	1200	40	0	0	0	40	4	3 <sup>*2</sup>	0	0
大阪医科大学附属病院	1119	58	20	3	0	38	0	2	0	0
関西医科大学附属病院	1024	39	15	0	0	24	0	1	0	0
近畿大学医学部附属病院	1085	(45 <sup>*1</sup> )								
神戸大学医学部附属病院	928	46								
兵庫医科大学病院	1250	84								
奈良県立医科大学附属病院	910	80								
和歌山県立医科大学附属病院	811	40	0	0	0	40	8	3	0	0
鳥取大学医学部附属病院	697	42	42	0	0	0	0	0	0	0
鳥根医科大学医学部附属病院	616	40	20	6	0	20	0	2	0	0
岡山大学医学部附属病院	861	50	25	5	0	25	4	2	0	0
川崎医科大学附属病院	1178	24								
広島大学医学部附属病院	729	20	20	4	1	0	0	0	0	0
山口大学医学部附属病院	759	51	26	2	0	28	1	2	1	0
徳島大学医学部附属病院	670	45	0	0	0	45	5	2	0	0
香川医科大学医学部附属病院	613	26								
愛媛大学医学部附属病院	608	40								
高知医科大学医学部附属病院	605	35	35	33	2	0	0	0	0	0
九州大学医学部附属病院	1312	93	53	12	0	40	0	6	0	0
産業医科大学病院	618	40	0	0	0	40	3	2	0	0
久留米大学病院	1208	60	0	0	0	60	0	2	1	1
福岡大学病院	915	60								
佐賀医科大学医学部附属病院	611	26								
長崎大学医学部附属病院	829	50	0	0	0	50	2	2	0	0
熊本大学医学部附属病院	850	50	38	6	0	12	2	2	0	0
大分医科大学医学部附属病院	604	30								
富崎医科大学医学部附属病院	616	40	20	2	0	20	2	2	0	0
鹿児島大学医学部附属病院	702	45	0	0	0	45	1	4	0	0
琉球大学医学部附属病院	619	40	0	0	0	40	4	1	1	1

\*1: 医療法の一般病床のみ

\*2: 病床には数えず

\*3: 合併症対応

都道府県システム関与 1:あり、0:なし

資料 2. アンケート調査対象病院の特性とパスの現状

病院名	全病床	精神科病床	閉鎖病床数	隔離室	個室	対象病棟	備考	パス送付	既存パス			想定パス		
									大うつ病	統合失調症	興奮	大うつ病	統合失調症	興奮
久留米大学病院	1205	60	60	2	0	60	急性期病棟	○	○			○	○	○
東北大学医学部付属病院	1200	74	40	4	2	40		○			○			
埼玉医科大学付属病院	1400	237	177	3	6	50		○				○	○	○
昭和大学付属島山病院	567	454	346	17	23	40		○				○		
横浜市立大学医学部付属市民総合医療センター	700	50	28	5	10	28		○						○
北里大学真病院	507	129	68	7	5	68		○				○	○	○
金沢大学医学部付属病院	800	46	28	4	0	28		○					○	○
金沢医科大学病院	1020	56	32	2	0	32		○			○			
山口医科大学病院	759	51	25	2	1	25		○			○	○		
京都大学医学部付属病院	1080	80	8	8	0	8								
琉球医科大学病院	610	40	40	1	4	40								
杏林大学医学部付属病院	1203	32	0	(1)			合併症のみ							
慶応義塾病院	1071	31	0		(4)		合併症対応?							

調査への協力の得られた大学病院精神科病棟のパスの比較

1) 大うつ病性障害急性期入院医療パス

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	F大学	G大学
パスの種類	想定	想定	既存	既存	既存	共通	共通
パスの期間	12w	4w	30d	7w	3mo	12w	12w
検査	入院時 採血、甲状腺木	入院時 採血、 Xp, ECG, EEG, CT	0-2d 採血、 Xp, ECG, EEG 3-12d: CT	入院時 Xp, ECG EEG, CT or MRI, SPECT	1w 採血、Xp, ECG, CT	入院時 採血、 Xp, ECG, EEG	入院時 採血、 Xp, ECG, EEG, CT
初回検査	ルモン、Xp, 1w: EEG, CT, 2w: 心理検査	Xp, ECG, EEG, CT	12-24d: 心理検査		2w: 心理検査		
反復検査時期		2w毎に採血、 4w毎にECG			採血適宜、ECG: 3mo		
評価時期	1w毎			0, 1, 2, 4, 6w	2w毎	0, 2, 4, 8, 12w	
薬物療法・身体療法							
入院時	抗うつ薬	抗うつ薬	設定なし	設定なし	設定なし	設定なし	設定なし
処方変更時期	3w			2-4w			
服薬指導		4w		2-4w		8w	7w
自己管理	8w					8w	8w
ECT	4w	3w		3-6w			
心理教育・作業療法など							
作業療法		2w			入院時医師判断、 4wから自主的		3w
集団療法					入院時から		
家族への心理教育					入院時から2-4w毎		
心理教育			入院時～		2w		
行動範囲							
入院時	個室	病棟内	開放病棟			自室	設定なし
外出	4w	4w	12-24d	2-4w		4w	6w
外泊	8w	4w	12-24d	2-4w		8w	8w
退院	12w		30d	6-7w	3mo	12w	9-12w



## 2) 統合失調症急性期入院医療パス

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	F大学	G大学	H大学
パスの種類	想定	想定	想定	既存	想定	共通	共通	既存
パスの期間	12w	4w	4w	8w	3mo	12w	12w	3mo
検査	入院時 採血、甲状腺ホルモン、Xp	入院時 採血、Xp, EEG, EEG, CT	1w 採血、Xp, EEG, EEG	入院時 Xp, EEG EEG, CT or MRI, SPECT	入院時 採血、Xp, EEG, EEG, CT	入院時 採血、Xp, EEG, EEG, CT	入院時 採血、Xp, EEG, EEG, CT	入院時 採血、Xp, EEG, EEG
初回検査	1w: EEG, CT, 2w: 心理検査							2w: CT
反復検査時期		2w毎に採血、 4w毎にEEG		0,1,2,4,6,8w	4w毎に採血、 EEG			1mo毎に採血 1,4,8,12w
評価時期				設定なし	設定なし	設定なし	設定なし	設定なし
薬物療法・身体療法		非定型抗精神病薬	抗精神病薬	設定なし	設定なし	設定なし	設定なし	
入院時	抗精神病薬			2-4w				
処方変更時期	3w		4w	2-4w				2w
服薬指導	8w			2-4w	6w	8w	7w	2mo
自己管理	4w							
ECT								
心理教育・作業療法など								
作業療法		2w			入院時から		3w	
集団療法					1w			
家族への心理教育				2-4w	1w			
心理教育				4-6w	6w			
行動範囲								
入院時	個室	病棟内	2人部屋		病棟	自室	設定なし	
外出	4w	2w	4w	2-4w	2w	4w	6w	2mo
外泊	8w	4w		2-4w	6w	8w	8w	2mo
退院	12w			6-8w	12w	12w	9-12w	3mo

3) 興奮状態による隔離室利用パス

	A大学	B大学	C大学	D大学	E大学	I大学
パスの種類	想定	想定	想定	既存	想定	想定
パスの期間	12w	4w	2w	7w	1w	10d
検査	入院時	入院時	1w	入院時	入院時	入院時
初回検査	採血、甲状腺ホルモン、Xp	採血、ECG	血液	採血、Xp、ECG、EEG、CT	採血、Xp、ECG、EEG、CT	採血、Xp、ECG
評価時期	1w: EEG, CT, 2w: 心理検査	1w: Xp, EEG, CT	2w: EEG, CT	毎日		1d, 5d, 10d
薬物療法・身体療法 入院時		毎日				
処方変更時期	抗精神薬	注射	注射	注射or経口	設定なし	内服薬
身体療法	輸液管理 0~1w	1w	1w?			7d
ECT		1w				
行動範囲						
入院時行動範囲	隔離室、場合により拘束	隔離室	隔離室内抑制	隔離 or 拘束	隔離室	抑制
部分開放		1w	1w	4d-		8d
隔離解除	2w	2w	2w?	5d-	2-7d	10d
アウトカム	身の回りレベルでの自立、病棟内適応	安全性の確保、睡眠・休息の確保	安全性の確保、睡眠の確保、希死念慮の消失		安全な環境の確保、睡眠休息がとれる、治療同盟の成立	

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 $\chi^2$ 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、非大学病院のほうの方が有意に多かった。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、非大学病院の方が有意に多かった。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、箕淳夫. 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

資料1. 患者特性

1) 患者特性 その1

	大学病院			非大学病院			全体			t	p value
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD		
患者年齢	69	36.5	14	188	40.3	14.2	256	39.3	14.2	-1.9	0.06
入院日数	66	94.1	68.9	189	147.9	476.8	255	133.9	412	-1.5	0.13
初発年齢	49	25.2	8.7	123	25.2	9.2	172	25.2	9	0.03	0.98
罹患年数	63	11	12	181	14.2	11.9	244	13.4	12	-1.8	0.07
入院時GAF	69	31.1	14	189	31.1	13.9	258	31.1	13.9	0.03	0.98
退院時GAF	69	55.3	16.5	186	58.7	16	255	57.8	16.2	-1.5	0.13

2) 患者特性 その2

	大学病院			非大学病院			p
	総数	n	%	総数	n	%	
男性	69	30	43.5	188	114	60.6	0.01 *
初発	69	13	18.8	191	43	22.5	0.52
ECTあり	69	3	4.3	191	3	1.6	0.19
隔離あり	69	22	31.9	188	109	58	<0.01 *
拘束あり	69	19	27.5	187	32	17.1	0.06 \$
入院形態							0.65
任意		23	34.8		60	32.1	
医療保護		41	62.1		111	34.8	
措置		2	3		13	32.8	
計		66			187		
入院の経緯							0.04 *
自院外来		42	60.9		78	41.1	
他院外来		10	14.5		40	21.1	
転棟		0	0		10	5.3	
転入院		6	8.7		14	7.4	
初診即入		7	10.1		35	18.4	
その他		4	5.8		13	6.8	
計		69			190		
退院							<0.01
自宅退院		49	71		135	71.8	
地域施設		1	1.4		6	3.2	
転棟		7	10.1		42	22.3	
転院		11	15.9		5	2.7	
その他		1	1.4		0	0	
計		69			188		

\*: p<0.05

\$: 0.05<p<0.1

資料2. 医師特性

1) 医師特性 その1

	大学病院			非大学病院			t	p value
	n	mean	SD	n	mean	SD		
年齢	36	31.3	6.1	98	41.5	10.5	-7.9	<0.01 *
勤務年数	36	4.2	4.6	98	12.9	10.2	-6.7	<0.01 *

2) 医師特性 その2

	大学病院		非大学病院		χ <sup>2</sup>	p value
	n	%	n	%		
男性	26	72.20%	90	91.80%	8.71	<0.01 *
女性	10	27.80%	8	8.20%		

\*: p<0.01



資料2. 医師特性

1) 医師特性 その1

	大学病院			非大学病院			t	p value
	n	mean	SD	n	mean	SD		
年齢	36	31.3	6.1	98	41.5	10.5	-7.9	<0.01 *
勤務年数	36	4.2	4.6	98	12.9	10.2	-6.7	<0.01 *

2) 医師特性 その2

	大学病院		非大学病院		χ <sup>2</sup>	p value
	n	%	n	%		
男性	26	72.20%	90	91.80%	8.71	<0.01 *
女性	10	27.80%	8	8.20%		

\*: p<0.01

資料3. 初回処方薬の薬剤別使用頻度

薬品名 n	全体 256	%	大学病院 64	%	非大学病院 192	%	p value
risperidone	112	43.8	28	43.1	84	44	0.9
perospirone	12	4.7	2	3.1	10	5.2	0.74
quetiapine	29	11.3	11	16.9	18	9.4	0.1 \$
olanzapine	27	10.5	5	7.7	22	11.5	0.39
haloperidol	63	24.6	12	18.5	51	26.7	0.18
chlorpromazine	42	16.4	8	12.3	34	17.8	0.3
levomepromazine	80	31.3	12	18.5	68	35.6	0.01 *
vegetamin	38	14.6	11	15.9	27	14.1	0.72
bromperidol	5	2	0	0	5	2.6	0.33
zotepine	24	9.4	2	3.1	22	11.5	0.04 *
perphenazine	2	0.8	1	1.5	1	0.5	0.44
fluphenazine	1	0.4	1	1.5	0	0	0.25
thioridazine	4	1.6	2	3.1	2	1	0.27
sulpiride	7	2.7	2	3.1	5	2.6	1
sultopride	6	2.3	2	3.1	4	2.1	0.65
nemonapride	4	1.6	1	1.5	3	1.6	1
haloperidol decanoate	4	1.6	0	0	4	2.1	0.58
anti-Parkinson drugs	161	62.9	34	51.5	127	66.8	0.03 *
diazepam	11	4.3	2	3	9	4.7	0.73
lorazepam	28	10.9	2	3	26	13.7	0.02 *
alprazolam	7	2.7	4	6.1	3	1.6	0.08 \$
etizolam	21	8.2	4	6.1	17	8.9	0.46
bromazepam	12	4.7	3	4.5	9	4.7	1
flunitrazepam	100	39.1	23	34.8	77	40.5	0.42
nitrazepam	43	16.8	11	16.7	32	16.8	0.97
minor tranq	192	75	46	69.7	146	76.8	0.25
lithium	16	6.3	4	6.1	12	6.3	1
carbamazepine	21	8.2	3	4.5	18	9.5	0.21
valproate	17	6.6	4	6.1	13	6.8	1
stabilizer 1)	45	17.6	10	15.2	35	18.4	0.55

1) lithium, carbamazepine, valproate

\*: p<0.05

\$: 0.05<p<0.1

資料4. 初回処方薬の薬剤別使用量

薬品名	大学病院			非大学病院			effect size	95%IC		
	n	mean	SD	n	mean	SD		lower	upper	p value
major tranq	61	469.7	348.7	187	699.1	548.8	-229.4	-376.7	-82	0.002 *
risperidone	28	389.3	229.9	84	560.7	308.5	-171.4	-297.4	-45.6	0.008 *
perospirone	2	150	0	10	270	147.6	-120	-361.6	121.6	0.29
quetiapine	11	557.9	332.4	18	366.2	257.9	191.7	-34.3	417.7	0.09 \$
olanzapine	5	600	200	22	663.6	392.2	-63.6	-439.4	312.2	0.73
haloperidol	12	402.1	297	52	631.3	651.3	-229.2	-615.7	157.4	0.24
chlorpromazine	8	70.3	57.5	34	125.4	102	-55.1	-131.1	21	0.15
levomepromazine	12	32.9	24.4	68	71.3	97	-38.4	-94.8	17.9	0.18
vegetamin	11	26.1	8.8	27	27.8	19.7	-1.6	-14.2	11	0.79
zotepine	2	227.3	107.1	22	198	191.7	29.3	-259.7	318.3	0.84
sulpiride	2	187.5	159.1	5	220	115.1	-32.5	-301.7	236.7	0.77
抗精神病薬種類	65	1.6	0.9	191	2	1	-0.4	-0.7	-0.1	0.005 *
定型種類数	65	0.8	0.8	191	1.3	1.2	-0.4	-0.7	-0.1	0.005 *
非定型種類数	65	0.7	0.5	191	0.7	0.6	0.01	-0.16	0.17	0.94
隔離下										
cpz換算量合計	22	408.5	324	109	666.5	488.2	-28	-473.2	-42.8	0.019 *
抗精神病薬種類数	22	1.5	0.9	109	1.9	0.9	-0.36	-0.78	0.06	0.09 \$
服薬賛成下										
cpz換算量合計	34	394.4	345	81	687.8	505.7	-293.4	-481.4	-105.3	0.003 *
抗精神病薬種類数	33	1.73	1.01	81	2.02	1.13	-0.3	-0.75	0.15	0.19
anti-Parkinson drugs	34	2.5	1.5	127	3.8	3.5	-1.3	-2.4	-0.1	0.03 *
flunitrazepam	23	8.3	2.4	77	11.6	4.5	-3.4	-5.3	-1.4	0.001 *
minor tranq	46	12	7.7	146	15.2	11.2	-3.3	-6.2	-0.4	0.03 *
lithium	4	500	115.5	12	650	227.7	-150	-408.5	108.5	0.23
carbamazepine	3	333.3	230.9	18	494.4	183	-161.1	-407.3	85.1	0.19
valproate	4	450	191.5	13	575.4	490.1	-125.4	-669.7	419	0.63

抗精神病薬はcpz換算、抗パーキンソン薬はbiperiden換算、抗不安薬・睡眠薬はdiazepam換算

\*: p<0.05

\$. 0.05<p<0.1

資料5. 最終処方薬の薬剤別使用頻度

薬品名	全体	%	大学病院	%	非大学病院	%	p value
n	252		63		189		
risperidone	113	44.8	28	44.4	85	45	0.94
perospirone	17	6.7	3	4.8	14	7.4	0.57
quetiapine	28	11.1	7	11.1	21	11.1	1
olanzapine	47	18.7	16	25.4	31	16.4	0.11
haloperidol	54	21.4	8	12.7	46	24.3	0.05 *
chlorpromazine	45	17.9	7	11.1	38	20.1	0.1 \$
levomepromazine	81	32.1	15	23.8	66	34.9	0.1 \$
vegetamin	40	15.4	10	14.5	30	15.7	0.81
bromperidol	7	2.8	1	1.6	6	3.2	0.68
zotepine	29	11.5	3	4.8	26	13.8	0.05 *
perphenazine	2	0.8	2	3.2	0	0	0.06 \$
fluphenazine	4	1.6	1	1.6	3	1.6	1
thioridazine	1	0.4	0	0	1	0.4	1
sulpiride	5	2	2	3.2	3	1.6	0.6
sultopride	8	3.2	8	4.2	0	0	0.21
nemonapride	4	1.6	2	3.2	2	1.1	0.26
haloperidol decanoate	3	1.2	0	0	3	1.6	0.58
anti-Parkinson drugs	181	71.5	46	70.8	135	71.8	0.87
diazepam	4	1.6	2	3.1	2	1.1	0.27
lorazepam	27	10.7	4	6.2	23	12.2	0.17
alprazolam	5	2	4	6.2	1	0.5	0.02 *
etizolam	18	7.1	3	4.6	15	8	0.58
bromazepam	14	5.1	4	6.2	9	4.8	0.75
flunitrazepam	96	37.9	24	36.9	72	38.3	0.84
nitrazepam	47	18.6	11	16.9	36	19.1	0.69
minor tranq	209	82.6	55	84.6	154	81.9	0.62
lithium	18	7.1	4	6.2	14	7.4	1
carbamazepine	26	10.3	3	4.6	23	12.2	0.08 \$
valproate	27	10.7	9	13.8	18	9.6	0.34
stabilizer 1)	59	23.3	16	24.6	43	22.9	0.78

1) lithium, carbamazepine, valproate

\*: p<0.05

\$: 0.05<p<0.1