

2) 治療抵抗性

(1) 標準的治療→治療内容、治療期間などで評価

- ・同じ病態の患者をプロスペクティブ（前向き）に見ていき、入院期間ごと（3か月未満、3か月～1年未満、1年以上）の標準的な治療を浮き彫りにしていくべきではないか。
- ・1年で退院させるための標準的な治療内容を明確にすべきではないか。
- ・現時点では、クロザピンや mECT を使う前の段階でも重度かつ慢性の対象として考える必要があるのではないか。

(2) クロザピン、mECT、デポ剤などの有無

- ・クロザピンや mECT を含めた基準が必要ではないか。
- ・入退院を繰り返すような患者にはクロザピンの効果がある。病態が進んでいるような長期入院患者についても、治療的なアプローチとして効果はあるのではないか。
- ・クロザピンが効果的な場合もあると思われるが、現在、mECT やクロザピンは一般的に使用できる環境ではないことに配慮すべきではないか。
- ・クロザピンを使用できる環境や仕組みが整備されれば、クロザピン使用の割合が増えるのではないか。
- ・クロザピンの適応に関する基準で判定するとともに、ドパミン過感受性精神病（DSP）の診断基準にて判定することが必要ではないか。

(3) 心理社会的治療

- ・クロザピン治療を行う機能とともに、心理社会的治療を行い社会復帰を促す機能が必要ではないか。

3) その他

- ・何らかの検証可能な評価基準を用いて患者の状態を評価すべきではないか。
- ・重度かつ慢性への対応を行う病院として、在宅医療や急性期医療をきちんと行っている必要があるのではないか。
- ・治療抵抗性の判断は、調査結果では1年以上が大多数だが、もう少し早い段階で判断しなければならぬのではないか。

3. 今後の検討に係る事項

1) 更なる調査・分析が必要な事項

- ・次年度以降、プロスペクティブ（前向き）の調査も行い、基準を作っていくべきではないか。
- ・ニューロングステイ（new long stay）とオールドロングステイ（old long stay）の2つの群に分け、前者を中心に考えるべき。今後、プロスペクティブ（前向き）な調査を引き

続き行う必要があるのではないか。

- ・同じ病態の患者をプロスペクティブ（前向き）に見ていき、入院期間ごと（3か月未満、3か月～1年未満、1年以上）の標準的な治療を浮き彫りにしていくべきではないか。（再掲）
- ・地域で患者を支える仕組みについて、地域生活支援の資源との関連性も比較・分析するため、今後の調査においては、デイケアや訪問看護等のサービスの実施状況も調べるべきではないか。
- ・統合失調症以外の疾病で、どのような状況で入院が1年を超えてしまうのか、調査してほしい。
- ・生活障害評価についても、分析・検討すべきではないか。（再掲）
- ・重度かつ慢性の状態像の分析に当たり、集合図的な考え方（評価尺度等が全部重なったところを取り出す）と、クラスター的な考え方（似たような群を集めてグループで括る）があり、後者を中心に分析してみてもどうか。
- ・調査に当たっては、患者の状態像によって基準が見えてくるような作り方をしているか。
- ・「クロザピンの適応にあたらぬ」理由を分析する必要があるのではないか。
- ・ADLが低い人を退院後に支えられる仕組みが必要で、新しい地域の仕組みづくりに寄与するようなデータ作りも期待したい。
- ・「家庭内調整がうまくいかない」、「居住・支援環境」のため退院できない群について、複合的な要因があり、詳細に検討する必要があるのではないか。
- ・精神症状や問題行動等について、どのような評価尺度を用いれば共通の議論ができるのか、次年度以降の調査の中で検証していくべきではないか。

2) その他、整理・検討が必要な事項

- ・急性か慢性かの軸として、政策議論としては入院期間で分けるべきではないか。（例：3ヶ月までがアキュート（急性期）、3ヶ月から6ヶ月がサブアキュート（亜急性期）、6ヶ月から1年がサブクロニック（亜慢性）、1年以上がクロニック（慢性））
- ・慢性の概念について、入院期間や状態を踏まえるべきではないか。
- ・重度かつ慢性の診断基準と施設基準も作り、ある一定の施設基準を満たした施設で、重度かつ慢性患者の治療を行うべきではないか。

資料 2

平成 24 年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制
整備促進事業

「重度慢性入院患者に関する調査」

平成 24 年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業

重度慢性入院患者に関する調査

報告書

平成 25 年 3 月

株式会社三菱総合研究所

目次

1	調査の概要	1
1.1	調査目的	1
1.2	調査方法・回収状況	1
1.2.1	調査対象	1
1.2.2	調査方法	1
1.2.3	調査時期	1
1.2.4	回収状況	1
2	単純集計結果 施設調査	3
2.1	集計方法	3
2.2	平成 24 年 6 月 30 日時点での総病床数／精神病床数	3
2.3	平成 24 年 6 月 30 日時点での病棟機能別平均病床数	4
2.4	平成 24 年度における 1 月当たりの患者数	4
2.5	調査日時点での各病棟の施設数と平均入院患者数	5
2.6	医療従事者数(常勤換算)	5
2.7	CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)の登録状況	7
2.7.1	CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)の登録状況	7
2.7.2	CPMSに登録していない理由	7
2.8	修正型電気けいれん療法について	8
2.8.1	修正型電気けいれん療法の実施	8
2.8.2	修正型電気けいれん療法を実施していない理由について	8
3	単純集計結果 患者調査	9
3.1	集計方法	9
3.2	患者の年代	9
3.3	患者の性別	9
3.4	保護者	10
3.5	精神障害者保健福祉手帳等級	10
3.6	障害年金	11
3.7	障害程度区分	11
3.8	要介護認定	12
3.9	入院日における入院形態	12
3.10	入院日における主たる入院理由	13
3.11	調査日における入院形態	13
3.12	調査日における入院病棟	14
3.13	調査日現在における在院日数	14
3.14	主診断名と副診断名	15
3.15	主診断名における発症年齢	16
3.16	調査日現在の精神症状についての評価	16

3.17	その他の症状・問題行動	18
3.18	退院後に予測される症状・問題行動	20
3.19	「物質依存」の具体的な内容	21
3.20	調査日現在の精神症状	22
3.21	調査日現在の GAF (機能の全体的評価) 尺度	23
3.22	調査日現在の ADL	23
3.23	調査日現在の IADL	24
3.24	生活障害評価	25
3.25	調査日現在の日常生活能力の程度	27
3.26	身体合併症	28
3.27	入院日から1年以内の処遇状況	29
3.28	調査日現在から過去 1 年間の処遇状況	30
3.29	1 年以上前の治療	32
3.30	1 年前に処方していた薬物治療内容 (薬物名、処方量)	33
3.31	調査日から過去1年間で取り組まれた治療内容	35
3.32	調査日現在行っている薬物治療の具体的な薬剤名及び処方量	35
3.33	CP 換算値	37
3.34	クロザピン治療	37
3.35	修正型電気けいれん療法	39
3.36	家族環境	40
3.37	退院後の受け入れ先	41
3.38	退院後想定される収入源	44
3.39	退院後に必要な地域医療／サービス	44
3.40	1 年以内に退院できなかった理由	47
3.41	退院の可能性	49
3.42	精神症状が重度または不安定で退院できない場合の症状	49
3.43	改善障害要因	51
参考資料: アンケート調査 調査票		54

図表 1	平成 24 年 6 月 30 日時点での総病床数／精神病床数	3
図表 2	平成 24 年 6 月 30 日時点での病棟機能別平均病床数	4
図表 3	平成 24 年度における 1 月当たりの患者数	4
図表 4	調査日時点での各病棟の施設数と平均入院患者数(複数回答)	5
図表 5	調査日時点での各病棟の医療従事者数	5
図表 6	調査日時点での各病棟の医療従事者数(再掲)	6
図表 7	CPMS の登録状況	7
図表 8	CPMS に登録していない理由	7
図表 9	修正型電気けいれん療法の実施の有無	8
図表 10	修正型電気けいれん療法を行う環境にない理由	8
図表 11	患者の年代	9
図表 12	患者の性別	9
図表 13	保護者について	10
図表 14	精神障害者保健福祉手帳等級	10
図表 15	障害年金の種類	11
図表 16	障害程度区分	11
図表 17	要介護認定について	12
図表 18	入院形態;入院時期別	12
図表 19	入院日における主たる入院理由;入院時期別	13
図表 20	調査日における入院形態	13
図表 21	調査日における入院病棟	14
図表 22	調査日現在における在院日数	14
図表 23	主診断名と副診断名	15
図表 24	発症時の平均年齢	16
図表 25	精神症状についての評価	17
図表 26	その他の症状・問題行動のうち退院後に予測されるもの	19
図表 27	退院後に予測される症状・問題行動	20
図表 28	「物質依存」の具体的な内容	21
図表 29	調査日現在の精神症状	22
図表 30	調査日現在の GAF (機能の全体的評価) 尺度	23
図表 31	調査日現在の ADL	23
図表 32	調査日現在の IADL	24
図表 33	生活障害評価	25
図表 34	参考:生活障害評価	26
図表 35	調査日現在の日常生活能力の程度	27
図表 36	身体合併症の症状	28
図表 37	(脳血管疾患「あり」の場合)身体合併症—脳血管疾患の後遺症	28
図表 38	入院日の隔離室の使用有無	29
図表 39	(入院日に隔離室を「使用した」場合)入院日からの隔離の期間	29

図表 40 (入院日に隔離室を「使用した」場合)その理由	29
図表 41 入院日の拘束の有無	30
図表 42 過去1年間の隔離室の使用有無	30
図表 43 過去1年間の隔離の期間(2回以上行った場合は、そのおおよその合計)	30
図表 44 過去1年間に隔離室を使用した主な理由	31
図表 45 過去1年間における拘束の有無	31
図表 46 調査日から1年以上前の治療法	32
図表 47 1年前に処方していた薬物治療薬物名—抗精神病薬	33
図表 48 1年前に処方していた薬物治療薬物名—抗うつ薬	33
図表 49 1年前に処方していた薬物治療薬物名—気分安定薬	34
図表 50 1年前に処方していた薬物治療薬物名—抗てんかん薬	34
図表 51 過去1年間で取り組まれた治療内容	35
図表 52 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—抗精神病薬	35
図表 53 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—抗うつ薬	36
図表 54 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—気分安定薬	36
図表 55 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—抗てんかん薬	36
図表 56 CP 換算値	37
図表 57 クロザピン治療の適応について	37
図表 58 クロザピン治療の有無	38
図表 59 クロザピン治療を行わなかった理由	38
図表 60 修正型電気けいれん療法の適応について	39
図表 61 修正型電気けいれん療法の有無	39
図表 62 修正型電気けいれん療法を行わなかった理由	39
図表 63 家族環境問題について	40
図表 64 家族環境問題への対応	40
図表 65 入院前にいた場所への退院	41
図表 66 入院前にいた場所へ退院できない理由	41
図表 67 家庭内調整がうまくいかない理由	42
図表 68 治療上、以前の場所に返すことが不適と判断した内容	42
図表 69 入院前にいた場所に退院出来ない場合、想定される退院先	42
図表 70 想定される退院先の、それぞれの困難度	43
図表 71 現在存在しないが、この患者が退院するにあたり必要と思われる退院先(自由記述)	43
図表 72 退院後想定される収入源	44
図表 73 退院後に必要な地域医療	45
図表 74 退院後に必要な障害者自立支援法等に係るサービス	45
図表 75 退院後に必要な介護保険法等に係るサービス	46
図表 76 退院後に必要なその他のサービス等	46
図表 77 退院に繋がると思われるサービス(自由記述)	46
図表 78 1年以内に退院できなかった主な理由	47

図表 79 家庭内調整がうまくいかない内容	48
図表 81 地域医療／サービスが不足している内容	48
図表 83 「退院が困難」の場合の理由	49
図表 84 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の主な症状	50
図表 85 退院後に予測される他害行為の具体的な内容	50
図表 86 迷惑／不潔行為の具体的な内容	51
図表 87 精神症状が安定しない場合の具体的な症状	51
図表 88 精神症状が改善しない主な理由	52
図表 89 治療抵抗性の要因	52
図表 90 治療抵抗性と判断するのにかかった日数	52
図表 91 治療抵抗性と判断した職種	52
図表 92 治療抵抗性と判断した職種－具体的な職種	53
図表 93 治療抵抗性と判断した後に転医をした理由	53
図表 94 治療抵抗性と判断した後の対応	53

1 調査の概要

1.1 調査目的

- 平成 24 年 6 月の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」において、精神科入院医療の今後の方向性として、精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1 年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられたことに伴い、「重度かつ慢性」に該当する入院患者の基準作成に活用すべく、精神科病院において長期にわたり入院治療を受療されている患者の実態を把握することを目的として本調査を実施することとした。

1.2 調査方法・回収状況

1.2.1 調査対象

- 以下①から④の精神病床を保有する病院合計 1,618 施設を対象に調査を行った。

①日本精神科病院協会加盟病院	1,200 施設	(平成 24 年 3 月末現在)
②日本総合病院精神医学会加盟病院	250 施設	(平成 18 年、有床施設)
③全国自治体病院協議会加盟病院	150 施設	(平成 22 年 12 月現在)
④国立精神医療施設長協議会	18 施設	(平成 24 年 11 月現在)
依頼数	合計	1,618 施設

- 調査対象患者は、調査日時時点で、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料 1・2、精神科急性期治療病棟入院料 1・2、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟に 1 年以上にわたり入院して治療を受けられている患者、および医療観察法病棟に 1 年半以上にわたり入院して治療を受けられている患者すべての中から無作為に抽出 (10%抽出) した方を対象とした。
- ただし、今回の調査では主病名が認知症である患者は調査の対象から外すこととした。

1.2.2 調査方法

- 本調査票は、郵送配布・郵送回収のアンケート方式とした。

1.2.3 調査時期

- 本調査は、以下のようなスケジュールで実施した。
調査票の設計及び印刷準備等を経て、2013 年 2 月 1 日 (金) に調査票を投函し、2 月 28 日 (木) を締め切りと設定し、2 月 28 日 (木) までの到着分を集計対象とした。

1.2.4 回収状況

- 1,618 施設のうち 663 施設 (41.4%) が回答し、4,978 名分の患者票を回収した。

1.3 報告書の構成・読み方

- 本報告書は以下のような構成からなる。
- 2. に施設票、3. に患者票の集計分析結果を整理した。
- 次節 1. 4 に調査結果のまとめを記載した。

1.4 調査結果のまとめ

- 各調査票の調査結果の概要は以下のとおりである。

1.4.1 施設票

- 平成 24 年 6 月 30 日時点での病棟機能別病床数について、「精神一般病棟 入院基本料」と回答した施設が 525 施設、平均病床数は 119 床、「精神療養病棟入院料」と回答した施設が 390 施設、平均病床数は 113 床であった。

- CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)の登録状況について、「登録している」施設は13.1%であった。
- CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)に「登録していない」理由について、「血液内科との連携がとれていない」が最も多く50.5%であった。
- 修正型電気けいれん療法の実施に有無について、「行う環境にない」施設は77.1%であった。
- 修正型電気けいれん療法を「行う環境にない」と答えた理由について、「麻酔科医が確保できない」が最も多く68.5%であった。

1.4.2 患者票

- 調査日時点での主診断名(認知症が主診断名である患者は調査対象外)は、「統合失調症(F20)」が最も多く79.4%であった。
- 調査日現在での精神症状の評価において、「やや高度」、「高度」、「非常に高度」の合計が最も多かったのは「思考内容の異常」(37.6%)であった。
- 退院後に予測される症状・問題行動について、「服薬非遵守」が最も多く51.7%であった。
- 調査日現在のGAF(機能の全体的評価)尺度の平均は「31.5」であった。
- 調査日現在のIADLについて「非常に困難(ほとんど、あるいはまったく本人は実施できない)」との回答が最も多かったのは「食事の用意」(68.7%)であった。
- 入院日の隔離室の使用については、「使用した」が14.5%であった。
- 調査日から1年以上前の治療について最も多かったのは、「精神療法」で92.1%、次いで「薬物療法(クロザピン治療、持続性抗精神病薬注射剤を除く)」で87.8%であった。
- 調査日からちょうど1年前に処方していた薬物療法のCP換算値は392mgであり、調査日現在に処方している薬物療法のCP換算値は555mgであった。結果、CP換算値の1年間の伸びは1.4倍であった。
- 調査対象の患者がクロザピン治療の適応基準にあたるかについては、「適応にあたらぬ」が80.9%であり、「適応にあたる」の13.1%を大きく上回った。
- クロザピン治療の「適応にあたる」場合、クロザピン治療を行ったかどうかについては、「行った(副作用により中断した場合も含む)」が3.3%であった。
- クロザピン治療を「行わなかった」理由については、「無顆粒球症などの副作用のリスクが心配」(38.3%)が最も多く、次いで「退院後クロザピン治療を外来で続けられる体制がとれない」(31.2%)、「60歳以上の高齢であり不相当と判断」(28.5%)、「退院後モニタリングのための頻回の通院が困難」(26.9%)、「使用にあたっての手続きやルールが煩雑すぎる」(24.9%)、「患者の服薬拒否や定期的な採血拒否」(22.5%)、「行ったとしても改善が認められるとは思えない」(21.3%)であった。
- 調査対象の患者が修正型電気けいれん療法の適応にあたるかについては、「適応にあたらぬ」(88.4%)の方が「適応にあたる」(4.6%)よりも多かった。
- 修正型電気けいれん療法の「適応にあたる」場合、修正型電気けいれん療法を行ったかについては「行った(副作用により中断した場合も含む)」が20.4%であった。
- 修正型電気けいれん療法を「行っていない」場合、その理由については「麻酔科との連携がとれない」(37.9%)が最も多く、次いで「行ったとしても、改善が認められるとは思えない」(28.2%)、「修正型電気けいれん療法を行える病院が近くにない/知らない」(26.2%)、「患者や代諾者の拒否」(23.3%)であった。

2 単純集計結果 施設調査

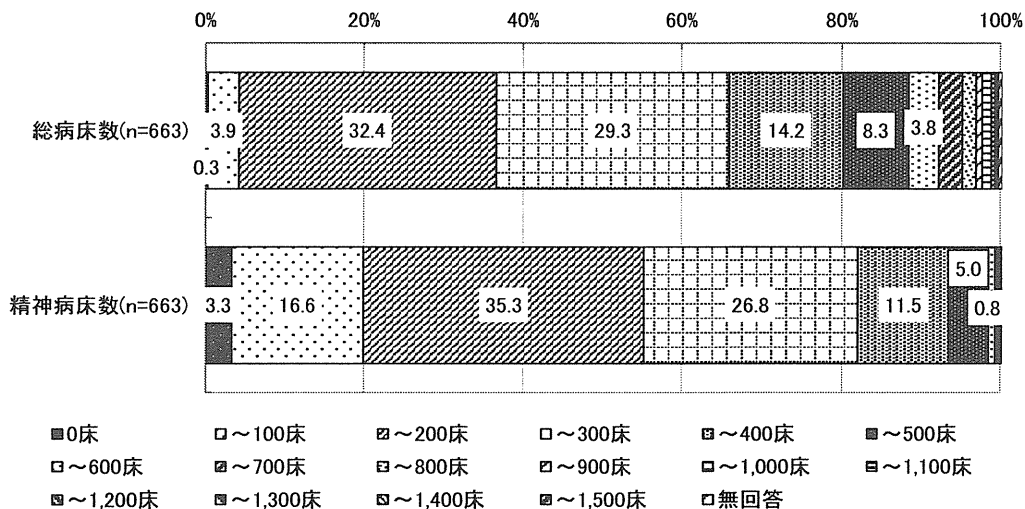
2.1 集計方法

- 本調査では、全国の精神病床を保有する 663 施設の回答結果を取りまとめ集計した。また、特徴的な傾向がみられるものをグラフ化した。

2.2 平成 24 年 6 月 30 日時点での総病床数／精神病床数

- 平成 24 年 6 月 30 日時点での総病床数は 100～200 床の範囲が最も多く 32.4%であった。精神病床数も 100～200 床の範囲が多く 35.3%であった。

図表 1 平成 24 年 6 月 30 日時点での総病床数／精神病床数



	0床	～100床	～200床	～300床	～400床	～500床	～600床	～700床	
総病床数(n=663)	2	26	215	194	94	55	25	20	
精神病床数(n=663)	22	110	234	178	76	33	5	2	
	～800床	～900床	～1000床	～1100床	～1200床	～1300床	～1400床	～1500床	無回答
総病床数	11	5	7	3	0	1	0	1	4
精神病床数	2	0	0	0	0	0	0	0	1

2.3 平成24年6月30日時点での病棟機能別平均病床数

- 平成24年6月30日時点での病棟機能別病床数について、「精神一般病棟 入院基本料」と回答した施設が525施設、平均病床数は119床、「精神療養病棟入院料」と回答した施設が390施設、平均病床数は113床であった。

図表 2 平成24年6月30日時点での病棟機能別平均病床数

n=663			
病棟	施設数	割合	平均病床数
1. 精神一般病棟 入院基本料	525	79%	119
2. 精神一般病棟 特別入院基本料	28	4%	25
3. 精神科救急入院料1	67	10%	42
4. 精神科救急入院料2	27	4%	12
5. 精神科急性期治療病棟入院料1	144	22%	43
6. 精神科急性期治療病棟入院料2	26	4%	11
7. 精神科救急・合併症入院料	25	4%	10
8. 精神療養病棟入院料	390	59%	113
9. 認知症治療病棟入院料1	198	30%	58
10. 認知症治療病棟入院料2	29	4%	13
11. 認知症療養病棟(介護保険)	36	5%	20
12. 特殊疾患病棟入院料	39	6%	34
13. 医療観察法病棟	35	5%	9

2.4 平成24年度における1月当たりの患者数

- 平成24年度における1月あたりの精神病床全体の平均新規入院患者数は20人、平均退院患者数は21人、平均在院患者数は1,681人という結果となった。

図表 3 平成24年度における1月当たりの患者数

	施設数	平均
平均新規入院患者数	643	20
平均退院患者数	643	21
平均在院患者数	643	1681

2.5 調査日時点での各病棟の施設数と平均入院患者数

- 調査日時点での各病棟の入院患者数について、「精神一般病棟 入院基本料」と回答した施設が 530 施設、平均入院患者数は 105 人、「精神療養病棟入院料」と回答した施設が 388 施設、平均入院患者数は 109 人とであった。

図表 4 調査日時点での各病棟の施設数と平均入院患者数(複数回答)

病棟	施設数	割合	平均病床数
1. 精神一般病棟 入院基本料	530	80%	105
2. 精神一般病棟 特別入院基本料	28	4%	17
3. 精神科救急入院料1	72	11%	38
4. 精神科救急入院料2	27	4%	11
5. 精神科急性期治療病棟入院料1	141	21%	35
6. 精神科急性期治療病棟入院料2	26	4%	9
7. 精神科救急・合併症入院料	25	4%	8
8. 精神療養病棟入院料	388	59%	109
9. 認知症治療病棟入院料1	204	31%	56
10. 認知症治療病棟入院料2	25	4%	7
11. 認知症療養病棟(介護保険)	33	5%	18
12. 特殊疾患病棟入院料	40	6%	33
13. 医療観察法病棟	34	5%	9

2.6 医療従事者数(常勤換算)

- 平成 24 年 6 月 30 日時点での精神科病院または精神科診療部門全体における常勤換算の医療従事者数及び、精神病床または病棟における常勤換算の医療従事者数を調査した。
 ※「精神科病院・診療部門」は病棟、外来、デイケアを含む精神科にかかわる全部門の医療従事者数を、「精神病床・病棟(再掲)」は病棟にかかわる医療従事者数を常勤換算で記載した。

図表 5 調査日時点での各病棟の医療従事者数
 【精神科病院・診療部門】

	医療従事者数(平均)
1. 医師	8
(内指定医)	5
2. 看護職員	70
3. 精神保健福祉士	5
4. 作業療法士	5
5. 臨床心理技術者	2
6. 看護補助者	26
7. その他	13

図表 6 調査日時点での各病棟の医療従事者数(再掲)
【精神病床・病棟(再掲)】

n=638

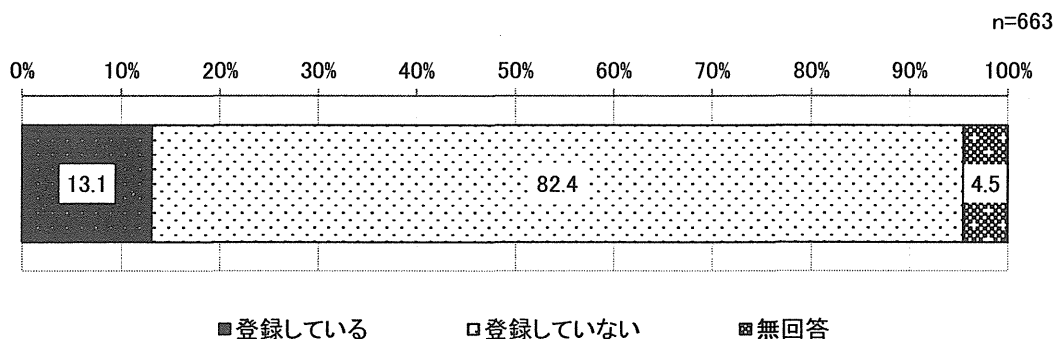
	医療従事者数(平均)
1. 医師	7
(内指定医)	5
2. 看護職員	64
3. 精神保健福祉士	3
4. 作業療法士	4
5. 臨床心理技術者	1
6. 看護補助者	24
7. その他	7

2.7 CPMS（クロザリル患者モニタリングサービス）の登録状況

2.7.1 CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)の登録状況

- CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)の登録状況について、「登録している」施設は13.1%、「登録していない」施設は82.4%であった。

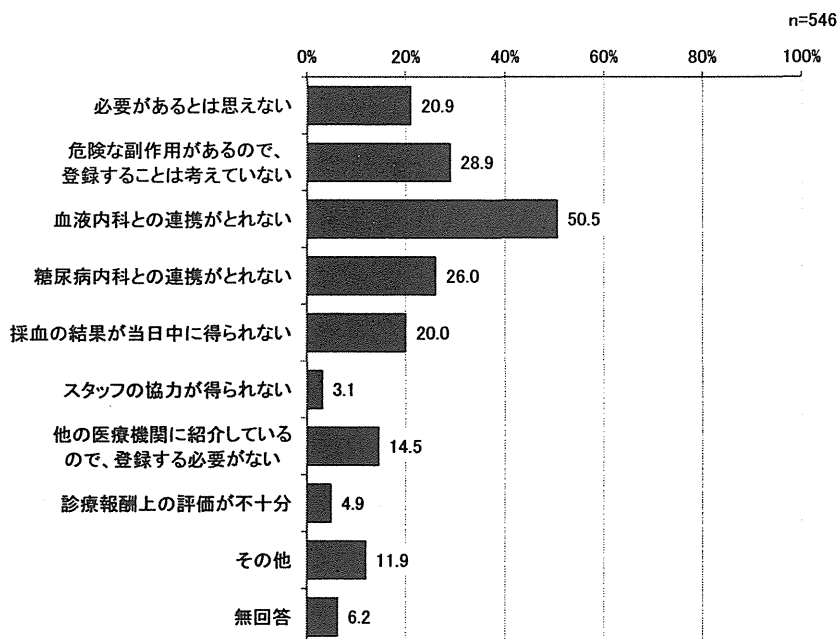
図表 7 CPMS の登録状況



2.7.2 CPMSに登録していない理由

- CPMSに「登録していない」と回答した理由について、「血液内科との連携がとれない」（50.5%）が最も多く、次いで「危険な副作用があるので、登録することは考えていない」（28.9%）、「糖尿病内科との連携がとれない」（26.0%）、「必要があるとは思えない」（20.9%）、「採血の結果が当日中に得られない」（20.0%）であった。

図表 8 CPMSに登録していない理由

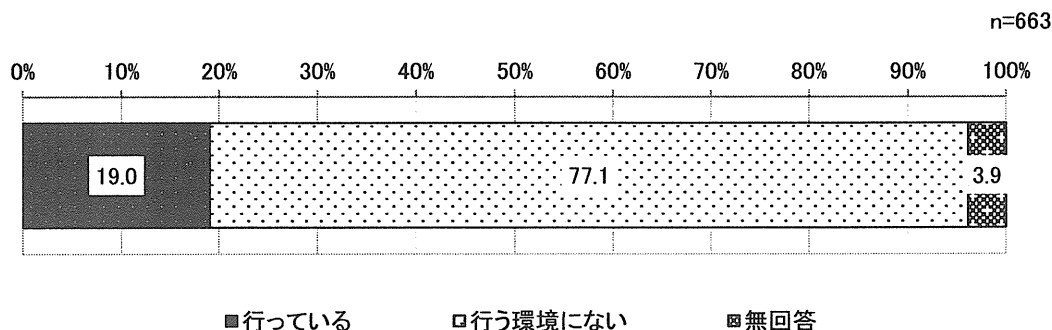


2.8 修正型電気けいれん療法について

2.8.1 修正型電気けいれん療法の実施

- 修正型電気けいれん療法の実施の有無について、「行う環境がない」施設は77.1%であった。

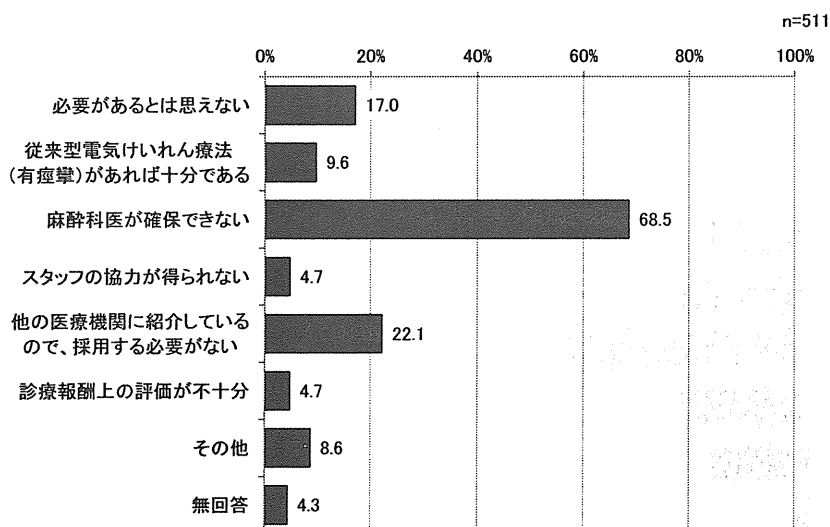
図表 9 修正型電気けいれん療法の実施の有無



2.8.2 修正型電気けいれん療法を実施していない理由について

- 修正型電気けいれん療法を「行う環境がない」と答えた理由については、「麻酔科医が確保できない」(68.5%)が最も多く、次いで「他の医療機関に紹介しているので、採用する必要がない」(22.1%)、「必要があるとは思えない」(17.0%)であった。

図表 10 修正型電気けいれん療法を行う環境がない理由



3 単純集計結果 患者調査

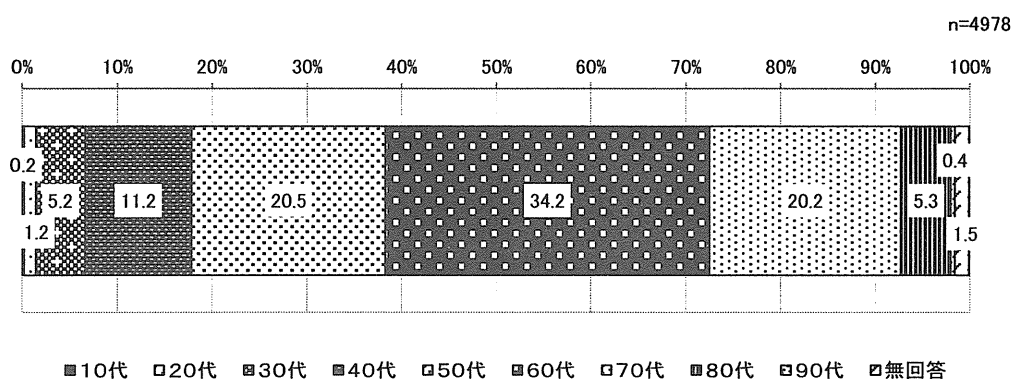
3.1 集計方法

- 本調査では、施設票回答施設 663 施設に、入院基本料病棟、精神科救急入院料 1、精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料 1、精神科急性期治療病棟入院料 2、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟に 1 年以上入院している患者 4,978 名（認知症が主診断名の患者は除く）の回答結果を取りまとめ集計した。また、特徴的な傾向がみられるものをグラフ化した。

3.2 患者の年代

- 調査対象の患者の年代で最も多かったのは、「60代」（34.2%）で、次いで「50代」（20.5%）であった。

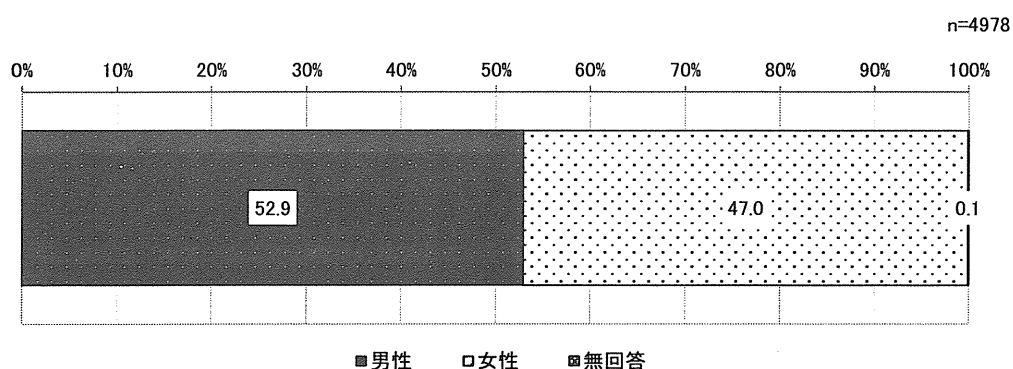
図表 11 患者の年代



3.3 患者の性別

- 調査対象の患者の性別は、「男性」（52.9%）、「女性」（47.0%）であった。

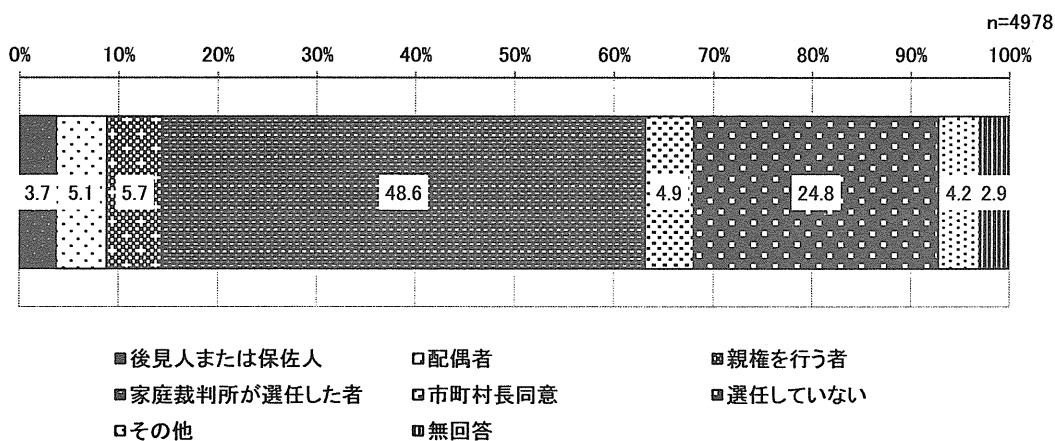
図表 12 患者の性別



3.4 保護者

- 調査対象の患者の保護者で最も多かったのは、「家庭裁判所が選任した者」（48.6%）で、次いで「選任していない」（24.8%）であった。

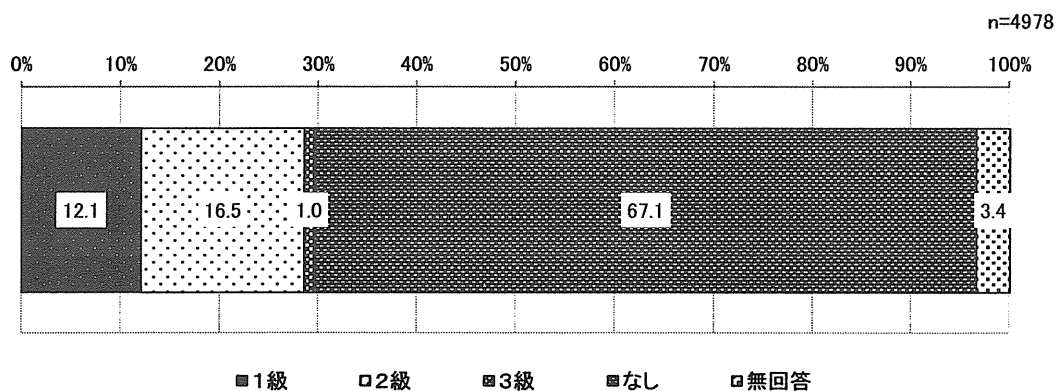
図表 13 保護者について



3.5 精神障害者保健福祉手帳等級

- 調査対象の患者の精神障害者保健福祉手帳の等級で最も多かったのは、「なし」（67.1%）、次いで「2級」（16.5%）であった。

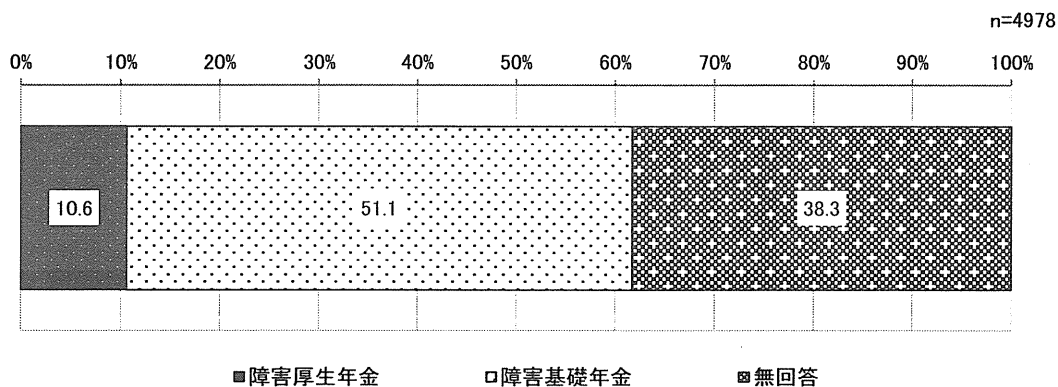
図表 14 精神障害者保健福祉手帳等級



3.6 障害年金

- 障害年金の種類については、「障害基礎年金」(51.1%)の方が「障害厚生年金」(10.6%)より多かった。

図表 15 障害年金の種類



3.7 障害程度区分

- 障害程度区分は、「申請なし」が90.5%であった。

図表 16 障害程度区分

