



統合失調症患者における長期入院の原因に関する 医師を対象としたオンライン調査

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 医薬開発本部
スペシャルティケアメディシン 中枢神経領域

種田悠佑／名倉 仁／高野晶寛

● 要旨

統合失調症患者の長期入院理由を施設横断的に調査することを目的に、統合失調症の長期入院患者を担当している精神科医 200 名を対象とした全国的なオンライン調査を実施した。調査項目は、医師の属性、長期入院患者の割合、抗精神病薬での治療状況、長期入院の原因、長期入院が病院運営に与える影響、1 年以内の退院率などの設問で構成された。調査に参加した医師が診療する統合失調症の入院患者のうち、入院期間が 1 年を超える患者が占める割合は平均 52% であった。長期入院患者の入院継続の主な理由として陽性症状の残存 (46.5%)、認知機能の低下 (37.5%) を挙げた回答者が多く、直近 3 年間の新規入院患者に限った場合も同様の傾向であった。長期入院患者のうち退院を希望している患者は平均 27%、実際に退院可能な患者は平均 15% であり、退院を希望する患者や実際に退院できる患者が多くはない現状が示された。本調査の結果から、統合失調症患者の退院をより促進するためには、残存する陽性症状や認知機能障害の改善を図ることが重要と考えられる。

Key words : 統合失調症, 認知機能障害, アンケート調査

I. はじめに

厚生労働省による患者調査では、本邦における統合失調症患者の入院期間がしばしば 1 年を超えることが示されている¹⁾。入院期間を短縮するための行政、医療制度の様々な改革が行われてきているものの、退院患者の平均在院日数は 2017 年の調査で 531.8 日、2020 年の調査で 570.6 日と、平均在院日数が短縮する傾向は表れていない¹⁾²⁾。国によって定義は異なるが、この日数は経済協力開発機構 (OECD) に加盟している諸外国と比較しても著しく長く³⁾、未だ改善の余地が大いに残されている。

統合失調症患者の入院が長期化する理由としては、症状が改善しない、生活能力が回復しない、再発しやすい、身体疾患を有する、家族が受け入れに積極的ではない、退院先が見つからないなど、様々な要因が報告されている⁴⁾。特に生活能力の回復

は、退院し自立して日常生活を送るためには不可欠である。仮に疾患の症状が改善しても、日常生活機能の欠落が持続している場合には、家族などの手厚いサポートが必要となる。このようなケースでは、退院のハードルが上がり退院後の受け入れの問題に発展する可能性も高く、日常生活機能を回復することの重要性が窺える。統合失調症患者では、主症状の一つとして認知機能の低下が認められるが、この認知機能障害が、日常生活およびその機能に大きく影響を及ぼす要因であることが指摘されている⁵⁾⁶⁾。

このような背景から、統合失調症患者における認知機能の低下は入院を長期化させる要因の一つになっていることが推察されるが、その程度は不明である。そこで、統合失調症患者の長期入院理由を施設横断的に調査することを目的として、全国的なオンライン調査を実施した。

表 1-1 オンラインアンケートの調査項目一覧

質問 No.	質問内容
1	所属施設
2	外来患者数, 入院患者数
3	長期 (1年を超える) 入院患者の割合
4	長期入院患者における年齢比率
5	長期入院患者の抗精神病薬の薬剤数
6	長期入院患者の入院の主な原因 トップ3
7	長期入院患者が病院運営に与える影響
8	長期入院患者の退院希望
9	実際に退院できる長期入院患者の割合
10	直近3年間で入院をした患者における, 1年以内の退院率
11	直近3年間で入院をした患者において, 1年時点での退院可否を分ける要因 トップ3

II. 対象および方法

1. 調査の概要

本オンライン調査は, 約31万人の医師が登録する m3.com (エムスリー株式会社) に委託し, 2022年8月15日~8月25日に実施した。対象となった医師は, m3.com のウェブサイト上でアンケートに回答した。回答完了者には, 謝礼としてギフトカードを提供した。本オンライン調査においては, 人体から採取された試料を用いることや人体への負荷を伴うことはなく, 調査対象の医師が個人的な経験を回答する調査であり, 質問内容も回答者の心理的苦痛をもたらすと想定されないものであったため, 倫理委員会での審議は不要と判断した。

2. 対 象

2022年8月3日時点で m3.com に会員登録している精神科医を対象とし, 回答者数は先着順で200名を予定した。本オンライン調査への参加基準として, 直近1年以内に長期入院 (1年以上継続して入院) している統合失調症患者を5名以上担当していること, かつこれまでに急性期の統合失調症患者を5名以上担当したことがあること, 所属が日本国内の精神科または心療内科であることを設定した。

3. 調査項目

調査項目は, 回答者である医師の属性, 長期入院患者の割合, 抗精神病薬による治療状況, 長期入院の原因, 長期入院が病院運営に与える影響, 1年以内の退院率など, 11問の質問で構成された (表 1-1)。長期入院の原因については, 2種類の回答選択肢を用意した (表 1-2)。一つは, 現在まで長期

入院を継続しているすべての患者について, 退院できない原因を調査したもので, もう一つは, 直近3年間で新たに入院をした患者のみについて, 1年時点での退院可否を分ける要因を調査したものであった。それぞれの理由の選択肢として, ①身体的, 精神的な症状, ②生活能力や意欲, ③周囲や社会のサポート, ④その他に分類される計16項目を提示し, 頻度の高い理由として上位3項目の回答を得た。長期入院の原因, 退院可否の要因のいずれにおいても, 16項目の選択肢の順番が回答に与える影響を少なくするために, 提示される順番を3パターン (①~③の表示順がそれぞれ異なる) に分けて設定し, アンケートを実施した。また, 長期入院が病院運営に与える影響については, 計6項目提示し, 複数選択可として回答を得た (表 1-3)。得られたすべての回答は記述的に要約し, 各項目の回答者数から割合を算出した。

III. 結 果

1. 回答者の背景ならびに治療中の患者の概要 (表 2)

m3.com から通知が送られた医師のうち, 548名より反応があり, スクリーニングののち200名の精神科医から回答を得た。回答者の所属 (質問 No. 1) は, 単科精神科病院171名, 総合病院精神科18名, 大学病院精神科10名, その他1名で, 回答者の年齢分布は27~86歳 (平均48歳, 中央値49歳) であった。直近3カ月間に回答者が診療している統合失調症患者数 (質問 No. 2) の平均は, 外来および入院で, それぞれ118名および40名, 中央

表 1-2 質問 No. 6 および 11 の原因/要因の回答選択肢

質問 No.	回答選択肢	
6	長期入院患者の入院の主な原因 トップ 3	
	① 身体的, 精神的な症状	<ul style="list-style-type: none"> 陽性症状 (幻覚・妄想など) が強く残っているため 自傷・他害の恐れがあるため 陰性症状 (感情の平板化, 思考の貧窮, 意欲欠如, 自閉など) が強く残存するため 気分症状が強いため 認知機能 (記憶力, 注意・集中力, 遂行機能, 判断力, 流暢性など) の低下が大きい 身体機能 (筋力, 平衡感覚, 柔軟性など) が著しく低下しているため 統合失調症以外の合併症の管理のため (例: 重度の身体疾患や認知症が原因で入院を余儀なくされているようなケース)
	② 生活能力や意欲	<ul style="list-style-type: none"> 服薬の自己管理できる見込みがないため 食事, 整容, 入浴, 睡眠などの基本的な日常生活が行えないため 買い物や公共移動など社会との関わりが生じる行動が行えないため 退院することに本人が強い不安/意思・意欲の低下を感じているため
	③ 周囲や社会のサポート	<ul style="list-style-type: none"> 家族などの介助が受けられないため 住居の確保ができないため 患者が社会・地域に受け入れられないため (偏見・差別・スティグマなど) 医師以外の医療者のサポート (精神保健福祉士), 地域のサポート・資源 (地域包括ケアシステム [例: ACT]・グループホームなど) が利用できないため
	④ その他	
11	直近3年間で入院をした患者において, 1年時点での退院可否を分ける要因 トップ 3	
	① 身体的, 精神的な症状	<ul style="list-style-type: none"> 陽性症状 (幻覚・妄想など) が強く残っているかどうか 自傷・他害の恐れがあるかどうか 陰性症状 (感情の平板化, 思考の貧窮, 意欲欠如, 自閉など) が強く残存するかどうか 気分症状が強いかどうか 認知機能 (記憶力, 注意・集中力, 遂行機能, 判断力, 流暢性など) の低下が大きいかどうか 身体機能 (筋力, 平衡感覚, 柔軟性など) が著しく低下しているかどうか 統合失調症以外の合併症の管理が外来で問題なく行えるかどうか
	② 生活能力や意欲	<ul style="list-style-type: none"> 服薬遵守など, 自己管理能力があるかどうか 食事, 整容, 入浴, 睡眠などの基本的な日常生活が行えるかどうか 買い物や公共移動など社会との関わりが生じる行動が行えるかどうか 退院することへの強い不安・意欲の低下があるかどうか
	③ 周囲や社会のサポート	<ul style="list-style-type: none"> 家族などの介助が受けられるかどうか 住居の確保ができるかどうか 患者が社会・地域に受け入れられるかどうか (対偏見・差別・スティグマなど) 医師以外の医療者のサポート (精神保健福祉士), 地域のサポート・資源 (地域包括ケアシステム [例: ACT]・グループホームなど) が利用できるかどうか
	④ その他	
提示順	①②③④ (N=65), ②③①④ (N=69), ③①②④ (N=66)	

値は 50 名および 21 名であった。また, 入院患者のうち, 入院期間が 1 年を超えている長期入院患者の割合 (質問 No. 3) は, 平均 52%, 中央値 60% であった。

2. 長期入院患者の年齢構成ならびに抗精神病薬の薬剤数 (表 3)

回答者の回答による長期入院患者の年齢構成別の割合 (質問 No. 4) の平均は, 30 歳未満, 30 ~ 60 歳および 60 歳超で, それぞれ 8.3%, 38.6% および 53.1% であった。長期入院患者における抗精神

表 1-3 質問 No. 7 の回答選択肢

質問 No.	回答選択肢
7	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者さんの診療に割ける人手（人的リソース）が削られ、急性期治療に集中できなくなる（急性期の患者対応に支障が出る） ・統合失調症患者さんの病床利用数が多くなるため、他に入院しなくてはいけない患者さんのベッド数が不足しがちになる ・入院患者さんに対応するために人手（人的リソース）が増加し、それに伴い人件費が増加することにより、病院財政が圧迫されている ・長期入院患者さんに関連する収入が安定した財源となり、病院経営には欠かせないものになっている ・長期入院を望む（または必要とする）患者さんをすぐに退院させず、丁寧にケアしてくれる病院として、患者さんや地域からの評判を向上させている ・その他

表 2 回答者の背景ならびに治療中の患者の概要（質問 No. 1～3）

回答者の背景（N = 200）		
所 属	単科精神病院	171 名（85.5%）
	総合病院精神科	18 名（9.0%）
	大学病院精神科	10 名（5.0%）
	その他	1 名（0.5%）
年齢範囲	27～86 歳	
平 均	48 歳	
中央値	49 歳	
直近 3 カ月間に診療した 統合失調症患者数（平均）	外来患者	118 名
	入院患者	40 名
直近 3 カ月間に診療した 統合失調症患者数（中央値）	外来患者	50 名
	入院患者	21 名
入院患者のうち、入院期間が 1 年を超える長期入院患者の割合（平均）		52%
入院患者のうち、入院期間が 1 年を超える長期入院患者の割合（中央値）		60%

表 3 長期入院患者の年齢構成ならびに薬剤投与状況（質問 No. 4, 5, N = 200）

		平 均	中央値
年齢構成別	30 歳未満	8.3%	5%
	30～60 歳	38.6%	40%
	60 歳超	53.1%	50%
抗精神病薬投与状況 (薬剤数)	0 剤	2.0%	0%
	1 剤	26.5%	20%
	2 剤	40.5%	50%
	3 剤	23.6%	20%
	4 剤以上	7.5%	0%

病薬の薬剤数（質問 No. 5）については、2 剤で治療している患者の割合の平均が最も高く、40.5%を占めた。

3. 長期入院患者の入院／退院に関する質問

現在長期入院をしている患者における入院継続の主な理由（質問 No. 6）は、「陽性症状が強く残っているため（46.5%）」、「認知機能の低下が大きい

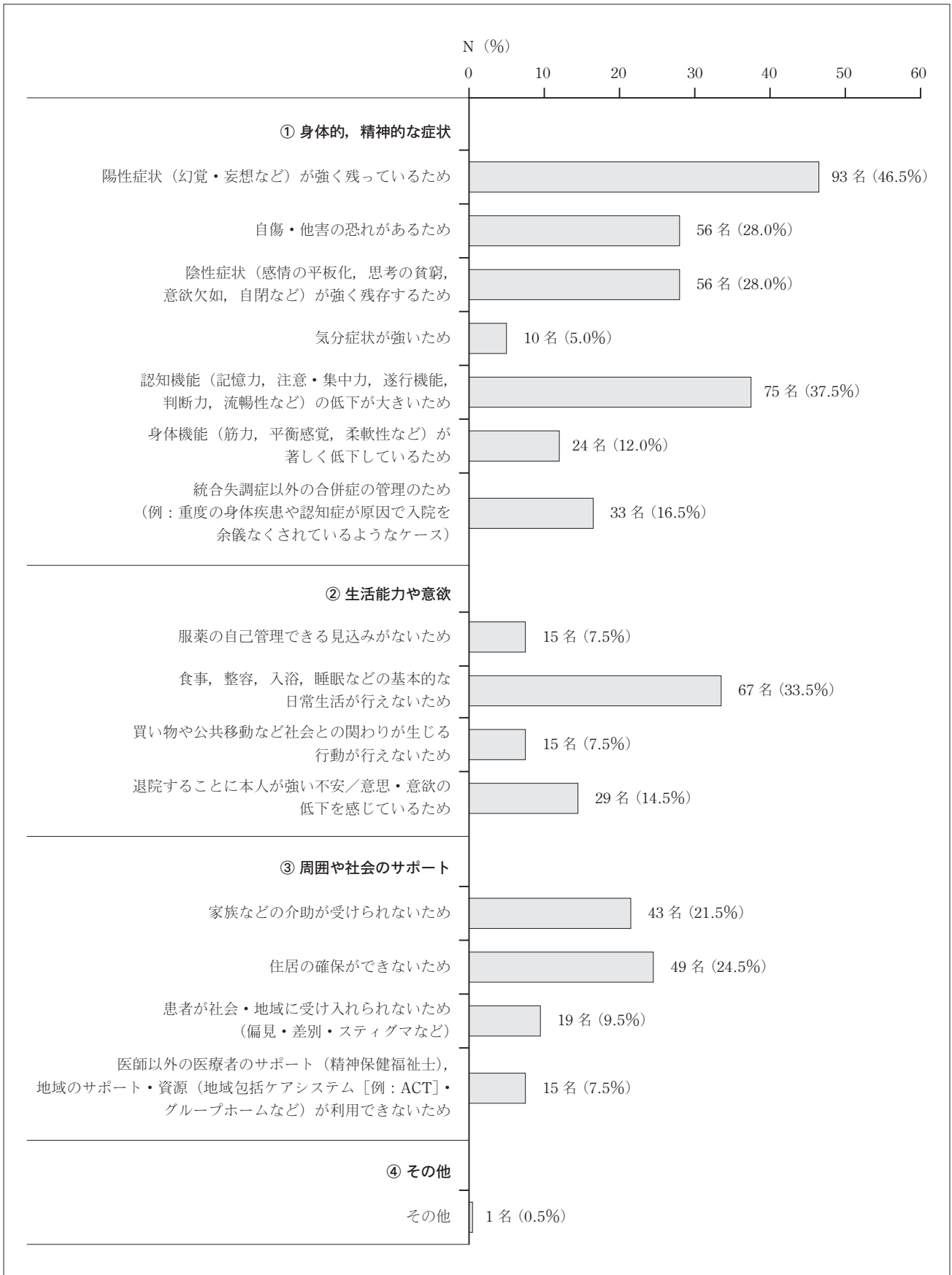


図1 長期入院患者の入院の主な原因 トップ3 (質問 No. 6, N = 200)

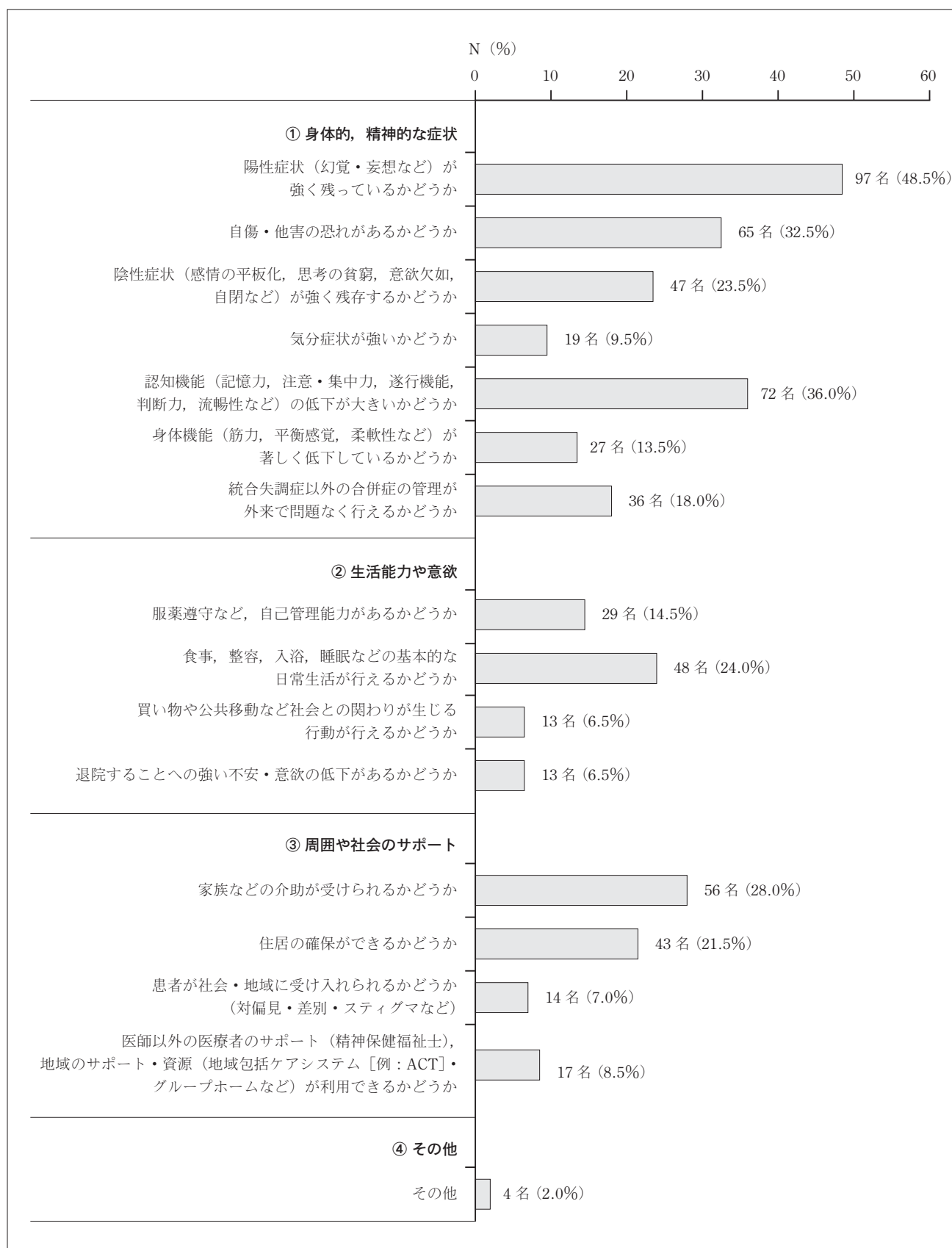


図2 直近3年間で入院をした患者において, 1年時点での退院可否を分ける要因トップ3 (質問 No. 11, N = 200)

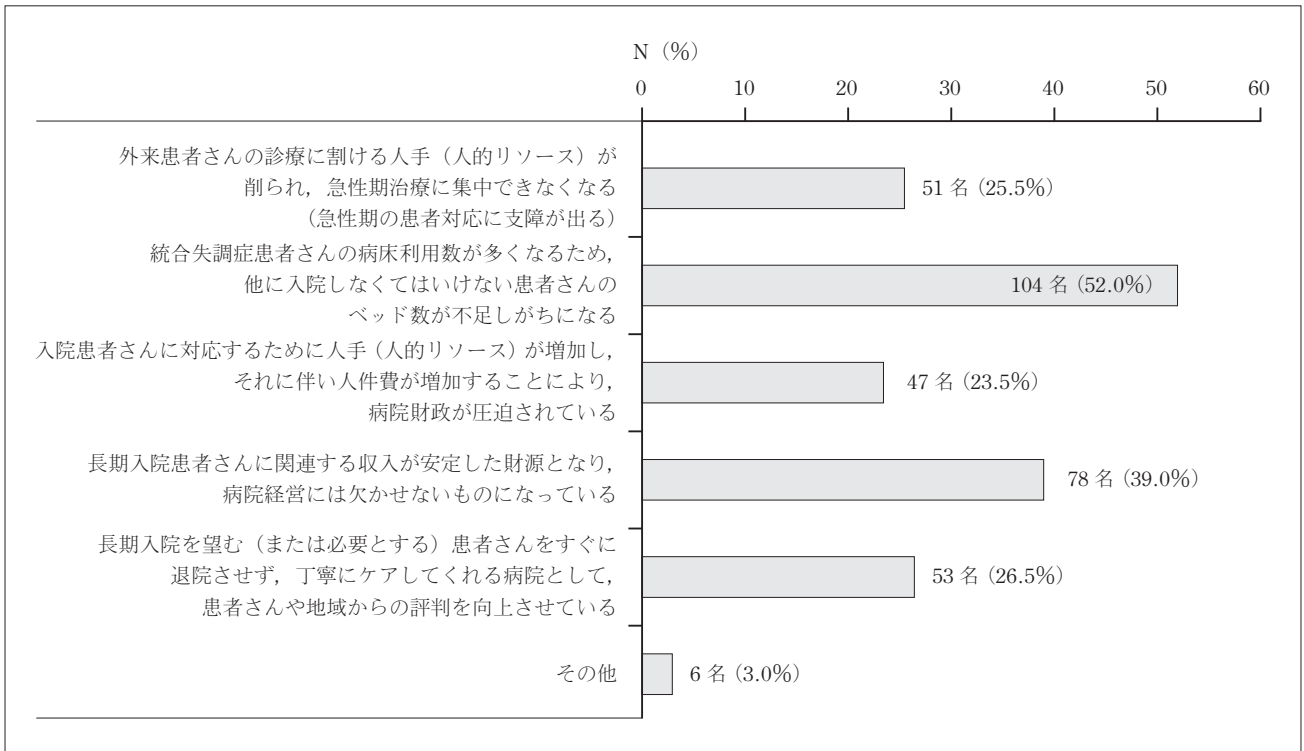


図3 長期入院患者が病院運営に与える影響 (質問 No. 7, 複数選択可, N = 200)

ため (37.5%)」, 「食事, 整容, 入浴, 睡眠などの基本的な日常生活が行えないため (33.5%)」の順に多かった (図1)。

直近3年間に新たに入院した患者について, 1年時点での退院可否を分ける理由 (質問 No. 11) を確認した結果も, 陽性症状 (48.5%), 認知機能 (36.0%) が同様に多かった (図2)。

統合失調症患者の長期入院が病院運営に与える影響 (質問 No. 7) として, 最も多く選択された回答は, 「統合失調症患者さんの病床利用数が多くなるため, 他に入院しなくてはいけない患者さんのベッド数が不足しがちになる (52.0%)」であった (図3)。次いで, 「長期入院患者さんに関連する収入が安定した財源となり, 病院経営には欠かせないものになっている (39.0%)」が多かった。「外来患者さんの診療に割ける人手 (人的リソース) が削られ, 急性期治療に集中できなくなる (急性期の患者対応に支障が出る)」や, 「入院患者さんに対応するために人手 (人的リソース) が増加し, それに伴い人件費が増加することにより, 病院財政が圧迫されている」との回答も約四分の一にみられた。また一方で, 「長期入院を望む (または必要とする) 患者さんをすぐに退院させず, 丁寧にケアしてくれる病院

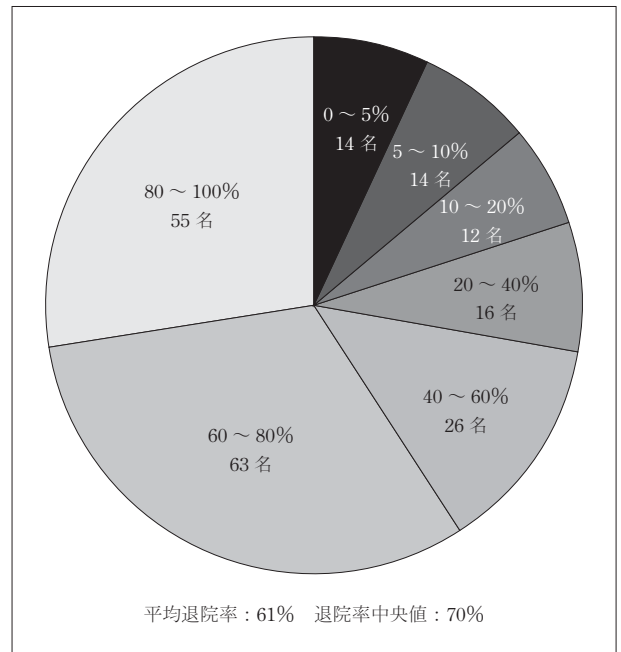


図4 直近3年間で入院をした患者における, 1年以内の退院率 (質問 No. 10, N = 200)

として, 患者さんや地域からの評判を向上させている」との回答も約四分の一にみられた。また, 長期入院患者のうち, 平均して27%が退院を希望しているものの (質問 No. 8), 実際に退院しているの

は各年で平均して15%程度であるという回答を得た(質問No. 9)。

直近3年間に新たに入院した患者について、1年以内の退院率を尋ねた設問(質問No. 10)では、平均退院率は61%、退院率の中央値は70%であった(図4)。回答者のうち55名が80~100%と高い退院率を回答していた一方で、0~5%、5~10%など、低い退院率を回答した回答者も一定数存在した。

IV. 考 察

精神科医を対象として統合失調症患者の長期入院理由を施設横断的に調査した。その結果、長期入院患者の入院継続の主な原因を尋ねた設問、ならびに直近3年間に新たに入院した患者の退院可否を分ける要因を尋ねた設問のいずれに対する回答においても、陽性症状が強く残っていること、認知機能の低下が大きいことが順に多く挙げられた。

本オンライン調査に参加した精神科医の約86%は、単科精神科病院の勤務医であった。日本の精神科病院の実情として、単科精神科病院の割合が高いことが報告されている⁷⁾。本オンライン調査では入院病床を持たない医療機関の医師を除外したため、単科精神科病院の勤務医の割合が一段と多くなったと考えられた。回答者の年齢分布については、27~86歳と幅広い年代にわたっていたが、平均年齢が48歳、年齢中央値が49歳であり、回答者の年齢分布に特徴的な偏りなどはみられなかった。

回答の中で対象となった入院患者のうち約半数が、入院期間が1年を超える長期入院患者であった。抗精神病薬投与状況については2剤以下がほぼ7割であった。精神科臨床薬学研究会によって実施された2020年の処方調査では、抗精神病薬の1日平均投与剤数は入院患者で1.6剤、外来患者で1.4剤と報告されている⁸⁾⁹⁾。本オンライン調査において示された投与状況は、こうした既報の傾向とも一致するものであり、長期入院患者の薬剤処方状況は統合失調症患者全般の薬剤処方状況と著しい差があるわけではないことが示唆された。

本オンライン調査において実態として示された入院の長期化は、病院経営に安定をもたらし得る一方で、外来診療へ割り当てることのできるリソースの低下や、入院を必要とする他の患者向け病床の不足

を招く可能性がある。本オンライン調査の回答において実際にその懸念が示されたことから、長期化の要因を分析し解決の方策を探ることの意義が改めて示唆された。入院が長期化する要因としては、本オンライン調査では陽性症状の残存が最多回答であった。統合失調症は、患者全体の約20~50%が治療抵抗性¹⁰⁾、その実態が少なからず反映された可能性が考えられる。一方、治療抵抗性患者のうち約30~60%は、治療抵抗性統合失調症に唯一適応があるクロザピンに反応することが指摘されている¹⁰⁾。しかし諸外国と比較して本邦では、クロザピンの処方率は低い¹¹⁾。本邦では、クロザピンによる治療は指定の登録施設での入院を要し慎重に処方されている実態があるが、入院の長期化の理由として陽性症状の残存が挙げられる遠因となっている可能性も考えられる。

長期入院の原因ならびに退院可否を分ける要因として、本オンライン調査では、陽性症状の残存に次いで認知機能の低下が挙げられた。長期入院患者の認知機能については、過去にいくつかの調査が行われている。例えば、長期入院患者の認知機能を外来患者の認知機能と比較した小数例の先行研究において、入院患者群の認知機能がより低下していたことが確認されている¹²⁾。また、地域で生活する高齢統合失調症患者において過去の入院歴が認知機能に及ぼす影響を検討した海外の研究では、長期入院歴を有する患者は、短期入院歴を有する患者と比較して日常生活技能簡易評価尺度のスコアが悪化していた¹³⁾。こうした長期入院患者における認知機能や日常生活技能の低下傾向は、本オンライン調査で聴取された回答と一貫している。また、統合失調症患者における認知機能の低下は病期にわたり継続し高齢になるとさらに悪化することが、最近の総説において指摘されている¹⁴⁾。本オンライン調査においても患者の一定数は、時間経過に伴って退院がより困難な状況になり、入院が長期化している可能性が否めない。

各患者の入院期間については本オンライン調査の対象としていないが、令和3年度精神保健福祉資料(630調査)において10年を超える長期入院患者の存在が明らかになっていることから⁷⁾、本オンライン調査における長期入院患者にも10年を超える患者が含まれている可能性がある。また、本オンライ

ン調査の集計では、長期入院患者のうち退院を希望している患者の割合が平均して27%、実際に退院可能な患者の割合が平均して15%という結果が得られており、退院を希望する患者や実際に退院できる患者が多くはない現状が示唆された。長期入院中の統合失調症患者を対象とした過去の調査においても、退院意向を示さない患者が一定数存在し、決して少なくはないことが指摘されている^{15)~19)}。

退院の意向を示す患者が少ない状況には、グループホームなど受け皿となる社会資源が十分でないことなどが影響している可能性がある。社会資源が必要となる背景には、認知機能の低下やそれによる生活能力の低下もまた密接に関わっていると考えられる。本オンライン調査では、陽性症状の残存や認知機能の低下が長期入院の原因ならびに退院可否を分ける要因として示されており、これらの要因を改善することにより退院を目指すことができる患者が増加する可能性があると期待される。一方で、陰性症状も退院を阻害する要因として認識されており、長期入院患者では陰性症状の一つである非社会性が特徴的であることが示されている²⁰⁾。陰性症状が退院意向に影響している患者も一定数存在する可能性がある。

本オンライン調査の結果では、最近3年間で入院した患者の1年以内の退院率として80~100%と高い退院率を回答する回答者が多く存在した一方で、0~20%の回答者も同程度存在し、ばらつきがみられた。早期退院を促す本邦の方針がある一方で、都道府県別の人口10万対病院病床数には地域差があり、特に精神病床および療養病床数は、最多の県と最少の県の間で4~5倍の差がある²¹⁾。グループホームなど地域支援においても同様に地域差が存在しており²²⁾、これらの地域差により退院率が大きく異なる実態が反映された可能性がある。

本オンライン調査には、いくつかの限界が存在する。まず、長期入院の原因ならびに退院可否を分ける要因を尋ねる設問に対して、選択肢の中から頻度の高い3項目を選択する手法をとったことによる限界である。長期入院には様々な理由が複雑に関係しあうため、本オンライン調査で回答された理由のみが退院できない理由と結論づけることはできない。これらの要因が改善されれば長期入院の問題のすべてが解決できるという性質のものではなく、あくま

で重要度の高い項目として優先的に回答されたものである。また、選択肢が異なれば異なる回答が得られた可能性もある。また、認知機能低下に関する質問では、高齢化に伴う認知症との区別を意図して、「認知機能(記憶力、注意・集中力、遂行機能、判断力、流暢性など)の低下」とその症状例を具体的に挙げ、統合失調症以外の合併症の管理の例示として認知症を提示したが、回答者によっては完全に区別されなかった可能性もある。さらに、本オンライン調査には選択基準を設けたが、全国の医療施設に従事する精神科医数は令和2年の調査で16,490名であり²³⁾、200名の回答者はその2%にも満たないこと、回答者の年齢分布は幅広かったものの、オンライン調査に慣れている医師によって回答された可能性があり、サンプルの代表性の点からも限界がある。今後、長期入院理由のインタビューを行うことで根本原因を探りながら、より回答者属性が広がるような大規模な調査の実施が必要であろう。

V. 結 論

統合失調症患者における長期入院の主な原因としてこれまでに、陽性症状など患者の臨床症状や家族の受け入れに関連する理由が報告されてきた。本オンライン調査では、陽性症状の残存に加え患者の認知機能の低下が、長期入院の要因として精神科医の間で認識されていることが明らかになった。このことから、退院促進に向けた取り組みにおいて、環境調整に加え、患者の残存する陽性症状や認知機能障害の改善を図ることが重要と考えられた。今回は、200名の精神科医を対象とした小規模な調査であったが、今後、さらに大規模な調査の実施によって本結果を検証するとともに、早期退院を目指す新たな取り組みについても検討する必要がある。

謝辞および開示事項

本調査の実施にご協力いただいた医師、メビックス株式会社ならびに株式会社QLifeの関係者の皆様に厚くお礼申し上げます。また、本論文の作成にあたり、執筆の支援をいただいたEMC株式会社の夏目和明氏、佐々木裕美氏にお礼申し上げます。

本研究の実施、および本論文の作成と投稿に関する費用は日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社が負担した。種田悠佑、名倉仁、高野晶寛は日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社の社員である。

文 献

- 1) 厚生労働省:「令和2年(2020)患者調査(確定数)の概況」. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanja.pdf> (アクセス; 2023年3月2日)
- 2) 厚生労働省:「平成29年(2017)患者調査の概況」. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf> (アクセス; 2023年3月2日)
- 3) OECD.Stat:「Health: Health Care Utilisation: Hospital average length of stay by diagnostic categories: Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders」 <https://stats.oecd.org/> (アクセス; 2023年3月2日)
- 4) 河野稔明, 白石弘巳, 立森久照, 他: 精神科病院の新入院患者の退院動態と関連要因. *精神経誌* 2012; **114**: 764-781.
- 5) Kharawala S, Hastedt C, Podhorna J, et al: The relationship between cognition and functioning in schizophrenia: A semi-systematic review. *Schizophr Res Cogn* 2022; **27**: 100217.
- 6) Green MF, Kern RS, Braff DL, et al: Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 2000; **26**: 119-136.
- 7) 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター:「精神保健医療福祉に関する資料 令和3年度 630調査」. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> (アクセス; 2023年3月2日)
- 8) 吉尾 隆: 薬剤師から見た精神科薬物療法の出口戦略—統合失調症の薬物治療における出口戦略. *臨精薬理* 2021; **24**: 901-909.
- 9) PCP研究会広報委員会:「PCP研究会 Newsletter No.29 (2021年4月)」 <https://pcp-rg.org/work/pdf/newsletter/Newsletter29.pdf> (アクセス; 2023年3月2日)
- 10) Nucifora FC Jr, Woznica E, Lee BJ, et al: Treatment resistant schizophrenia: Clinical, biological, and therapeutic perspectives. *Neurobiol Dis* 2019; **131**: 104257.
- 11) Bachmann CJ, Aagaard L, Bernardo M, et al: International trends in clozapine use: a study in 17 countries. *Acta Psychiatr Scand* 2017; **136**: 37-51.
- 12) 岩野健蔵, 小林正義: 統合失調症長期入院患者の認知機能障害—外来患者との比較. *作業療法* 2018; **37**: 403-409.
- 13) Harvey PD, Reichenberg A, Bowie CR et al: The course of neuropsychological performance and functional capacity in older patients with schizophrenia: influences of previous history of long-term institutional stay. *Biol Psychiatry* 2010; **67**: 933-939.
- 14) McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK: Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry* 2023; doi: 10.1038/s41380-023-01949-9. Epub ahead of print.
- 15) 大部美咲, 山上早苗, 本村幸永, 他: 長期入院統合失調症患者の退院に対する意識とその関連要因の分析. *作業療法* 2010; **29**: 183-194.
- 16) 渡部誠一, 杉原素子: 長期入院統合失調症患者の退院意向と個人因子—Defeatist Beliefsと陰性症状の検討—. *作業療法* 2019; **38**: 314-324.
- 17) 大島 巖, 住吉 昭, 稲沢公一, 他: 精神分裂病長期入院者の退院意向と希望する生活様式—全国の精神科医療施設約4万床を対象とした自記式調査から—. *病・地域精医* 1996; **38**: 558-567.
- 18) 菊池謙一郎, 新開淑子, 小口 徹, 他: 長期在院の精神分裂病患者の退院の意向とそれに関連する要因について. *臨精医* 1998; **27**: 563-571.
- 19) Oshima I, Mino Y, Inomata Y: Institutionalisation and schizophrenia in Japan: social environments and negative symptoms. *Br J Psychiatry* 2003; **183**: 50-56.
- 20) 岡田宏基: 長期入院統合失調症者の陰性症状の特徴および退院困難要因との関連—地域在住統合失調症者との比較から. *精リハ誌* 2020; **24**: 193-200.
- 21) 厚生労働省:「令和3(2021)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/02sisetu03.pdf> (アクセス; 2023年3月2日)
- 22) 厚生労働省:「障害者の居住支援について(令和3年6月28日)」. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000797837.pdf> (アクセス; 2023年3月2日)
- 23) 厚生労働省:「令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況: 結果の概要1 医師」. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/dl/R02_kekka-1.pdf (アクセス; 2023年3月2日)

Online Survey of Physicians on the Causes of Long-Term Hospitalization of Schizophrenia Patients

Yusuke TANEDA / Hitoshi NAGURA / Akihiro TAKANO

Nippon Boehringer Ingelheim Co. Ltd, Tokyo, Japan

Abstract

A nationwide, cross-sectional, online survey of 200 psychiatrists was conducted in order to investigate the reasons for the long-term hospitalization of patients with schizophrenia in Japan. The survey comprised questions regarding the attributes of the psychiatrists, the prescription patterns of antipsychotic drugs, the percentage of long-term hospitalized patients among all of their patients, the reasons for prolonged hospitalization, the effects of prolonged hospitalization on hospital management, and the discharge rate at 1 year. For the results, the mean percentage of patients with schizophrenia hospitalized for more than 1 year was 52%. Residual positive symptoms (46.5%) and cognitive impairment (37.5%) were the main reasons for long-term hospitalization. Similar trends were observed when the analysis was limited to inpatients admitted within the last 3 years. The mean percentage of long-term hospitalized patients who wished to be discharged was 27%, and the mean percentage of those patients who were actually discharged was 15%, which indicates the current situation wherein only a small proportion of patients wished to be discharged and fewer were actually discharged. In conclusion, residual positive symptoms and cognitive impairment are considered to be important reasons for long-term hospitalization. Improvements of these factors may promote the discharge of long-term hospitalized patients with schizophrenia in the future.

Key words: Schizophrenia, Cognitive impairment, Questionnaire survey
