

2 章. 研究分担報告書

主観的アウトカムの評価：入院時点データと記述統計

研究分担者：渡邊博幸（千葉大学社会精神保健教育研究センター 治療・社会復帰支援研究部門）

要旨

本分担班は、研究プロジェクトの中で、参加者の主観的な経験・アウトカムの評価を担当している。本報告は、入院時点（ベースライン）データを解析し、主観的な経験・アウトカムを含むほぼ全てのデータ（問題行動や薬剤処方など他分担班が担当する変数を除く）についての記述統計を紹介することを目的とした。分析の結果、参加者のうち女性は約55%、平均年齢は42歳、統合失調症の診断は約60%、医療保護入院（入院形態）は約50%であり、また過去1年に精神科入院の経験があった者が約40%であった。主観的な経験およびアウトカムの尺度得点については、入院時点データの平均値が極端に得点の高いあるいは低いものはない。基礎情報のデータは、過去の多施設共同研究やデータベース研究と大きな相違はないことから、本研究の参加者は、急性期治療を必要とする患者のサンプルとして大きく外れたものではないと推測される。また、入院時点において、主観的な経験およびアウトカム尺度のばらつきに大きな偏りがなく、これらの尺度の値はベースラインデータとして、有用なものになると示唆された。

A. 研究の背景と目的

過去20年間の精神科医療や地域精神保健サービスの国際的な発展の過程において、患者運動から生まれたパーソナル・リカバリー（希望する人生に到達するプロセス）の概念は、治療や支援のキーワードとなってきた。この国際的な文脈を背景として、近年では研究においても患者の主観的評価尺度を曝露やアウトカムとして用いることが推奨されている¹⁾。特に、近年では患者報告式の主観的な経験や曝露が将来の再入院に関連する可能性も指摘されており、国際的な関心も高まっている²⁻⁴⁾。しかしながら、日本では患者報告式の主観的な経験（曝露）との再入院の関連、あるいは再入院と主観的アウトカムの推移との関連については調査されていない。そこで、本研究班は、上記仮説を検証するために、急性期病棟や救急病棟に入院した患者を対象にした縦断調査を行った。なお、本研究の研究計

画の詳細については、プロトコル論文⁵⁾および2018年度総括報告書⁶⁾・2019年度総括報告書を参照されたい。本報告は、主観的な経験やアウトカムを含め、入院時点データ（ベースラインデータ）の記述統計を算出することを目的とした。

B. 方法

1. 対象

21協力医療機関の救急病棟あるいは急性期病棟に、2018年10月1日～2019年9月30日に入院した患者のうち、導入基準に適合し、かつ本研究への参加に自発的に同意し、入院時点のデータを得られた613名が分析対象となった。

2. 主観的な経験およびアウトカム

本報告では、問題行動や薬剤処方など他分担班が担当する変数以外データについての記

述統計を紹介する（調査項目はプロトコル論文・総括報告書を参照）。加えて、本分担当が担当する主観的な経験およびアウトカムについて、その平均値や標準偏差を報告する。なお、入院時点データで収集した主観的な経験およびアウトカムの尺度は、生活の質を測る EQ-5D-5L⁷⁾、主観的障害度を測る Sheehan Disability Scale (SDS)⁸⁾、そして生活における主観的な主体性を測る Five-item Subjective Personal Agency scale (SPA-5)⁹⁾であった。また、自記式のアンケートには、自宅からの病院までの距離と主とする交通機関も聞いている。

EQ-5D-5L は 5 項目からなり、その得点は効用値で算出される(0 から 1 点)⁸⁾。高得点は高い QOL を示す。また、EQ-5D-5L は、上記 5 項目に加えて、回答者が現在の健康状態について 0-100 点のメモリ上に印をつける Visual Analogue Scale (VAS) も併せ持っている。SDS は、仕事、学業・社会生活、家族とのコミュニケーションや役割の 3 項目で構成されており、回答者はそれぞれの項目において、自身が思う障害度について Visual Analogue Scale (VAS) で、0-10 で回答する(得点範囲:0-30)。高得点は主観的障害程度が重いことを意味する。また、いずれかの項目で 5 点以上であると、「重要な障害」ありと判断される¹⁰⁾。SPA-5 は、5 項目のリッカート尺度であり、回答者は自身が主体的に生活できているかについて各項目に記入する。得点範囲は 5-25 であり、高得点は回答者が主体的な生活をしていると感じていることを意味する⁹⁾。

3. 解析方法

各変数について、度数および割合あるいは平均値および標準偏差を算出した。全ての分析には Stata version. 15 を用いた。なお、本分担当報告書が示す記述統計は、2020 年 3 月 1 日時点のデータを分析したものである。今後、データクリーニングの過程で若干の修正がある可能性がある。また、研究が進む過程で同

意撤回による使用不可データが生じる可能性がある。よって、今回の報告するデータは最終的なものではなく、報告書作成時点のものであることを留意されたい。

C. 結果

1. 基礎情報

表 1 は、入院時点調査における参加者の基礎情報を含めた記述統計を示している。参加者のうち、56% (n = 343) が女性であり、平均年齢は 42.2 歳 (SD = 10.7) であった。また、参加者の 4 分の 3 が家族同居をしていた。また、診断名は統合失調症圏 (F2) が約 60% (n = 361) で最も多かった。入院時の精神症状として、約半数が幻覚妄想状態を抱えており、約 4 分の 1 が抑うつ状態にあった。管理が必要な身体疾患として、最も割合が多かったのは糖尿病であった (n = 55, 9.0%)。入院時の病棟は救急病棟が 85.5% (n = 523) であった。また、入院形態は医療保護入院が最も多かった (n = 375, 61.2%)。

過去の精神科病院への入院回数の平均は、4.3 回 (SD = 5.8) であったが、過去 1 年に限定すると 0.6 回 (SD = 0.9) であった。なお、過去 1 年に精神科病院に入院経験のある者は 233 名 (38.0%) であった。過去 1 年の精神科入院をした参加者における平均入院期間は、約 100 日 (SD = 146.1) であった。また、約半数が医療保護入院であった。外来医療について、参加者の多くが過去 1 年に精神科外来を受診していた (n = 525, 85.6%)。過去 1 年において警察介入あるいは行政介入を受けた者は、それぞれ約 20% (n = 120) と約 10% (n = 50) であった。

参加者のうち、288 名 (47.1%) が精神障害者保健福祉手帳を持参しており、2 級が最多であった。また、障害年金と生活保護の受給者は、それぞれ約 40% (n = 264) と約 10% (n = 74) であった。参加者の約 25% (n = 165) が訪問看護を利用していた反面、精神科デイケアを利用していたのは約 10% (n = 60 名)

のみであった。また、福祉サービスについては、就労継続B型が約10% (n = 66) に使用されており、最多であった。また、140名(22.8%)が計画相談支援でケースマネジメントサービスを利用していた。クライシスプランを有している人は約5% (n = 31) のみであった。

入院時点の(精神)症状について、「軽度の症状や徴候がほとんどの期間、または中等度の症状や徴候がまれに」、「中等度の症状がときどき」、「重度の症状や徴候がときどき、または中等度の症状や徴候が持続的にある」が約30%ずつを占めた。また、社会的接触については、「近所づきあい等を除きあわない」が約40% (n = 246) で最多であった。職業および社会的役割については、233名(38.0%)が役割を有していた。

2. 主観的経験およびアウトカム

表2は、主観的経験やアウトカムを測定した尺度の記述統計を示している。EQ-5D-5Lの効用値の平均値は0.7 (SD = 0.2) であり、添付されるVASの平均値は58.8 (SD = 24.6) であった。また、SDSとSPA-5の平均値は、それぞれ16.4 (SD = 8.0) と17.3 (SD = 4.9) であった。自宅と病院の移動距離の平均は39.3分 (SD = 26.6) であり、最も頻繁に使われている交通手段は、「自動車/タクシー」であった (n = 409, 67.5%)。

D. 考察

本分担任は、患者自記式尺度を用いた主観的経験およびアウトカムを担当している。本報告では上記データに加えて、入院時点調査の記述統計を示した。考察では、本研究のサンプルあるいはデータの代表性について検討する。先行して実施された全国60医療機関の精神科救急病棟の調査における参加者 (n = 553) においては、女性が約55%、平均年齢47歳、統合失調症の診断が約50%であった。入院形態における医療保護入院の割合は約65%であった¹¹⁾。特に性別や診断、医療保護入院

(入院形態)の数値は、本研究のデータと大きく異なるものではない。年齢については、本研究の平均値が42.2歳であり、同先行研究との間に約5歳の差があった。この差は、先行研究が参加者の組み入れの際に年齢制限を設けていないことに対し、本研究が参加者の適合基準として60歳以上の者を除外していることに起因すると推察される。先行研究との基礎情報についての比較から、本研究の参加者は、過去の研究と類似した背景を持つ者であると考えられる。

アウトカム(再入院率)については、ナショナルデータベースと比較検討する。本研究では、過去1年以内に入院を経験している者が約40%であった。ナショナルデータベースの研究においても、精神科の患者は退院後1年以内に約40%が再入院すると指摘されている¹²⁾。よって、本研究の参加者は、精神科患者のサンプルとして大きく外れたものではないと示唆される。

主観的な経験およびアウトカムの尺度得点について、全ての尺度について平均得点+標準偏差の値が尺度の最高得点を超えることなかった。よって、本研究の参加者においては、データに極端な偏りはないといえるかもしれない。これらの数値は、今後、縦断データを得る中で、入院アウトカムとの比較や尺度得点の推移を比較する中で、より重要な知見となると示唆された。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 渡邊博幸：「家族が連れてこなければ対応できない」と高齢両親に言っていないか？. 精神科治療学 34(8)：921-925, 2019.
- 2) 渡邊博幸：入院治療から地域医療へ—長期入院者の退院支援にどう取り組むか？. こころの科学 210：60-65, 2020.

2. 学会発表

- 1) 渡邊博幸：精神科救急病棟での New Long Stay 防止統合プログラムの導入と実践。第 27 回日本精神科救急学会学術総会，宮城，2019.10.18.
- 2) 渡邊博幸：いろいろな人達と連携し、ともに働く一多職種チームの作り方と運用のポイント。第 24 回 SST 普及協会学術集会，2019.12.7.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Thornicroft G, Slade M: New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry* 13:118-124, 2014.
- 2) Priebe S, Katsakou C, Amos T, et al: Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry* 194(1):49-54, 2009.
- 3) Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, et al: Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophr Res* 192:119-123, 2018.
- 4) Zhao Y, Hoenig JM, Protacio A, et al: Identification of risk factors for early psychiatric rehospitalization. *Psychiatry Res* 285, 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112803
- 5) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). *Int J Ment Health Syst* 13:40, 2019.
- 6) 山口創生：平成 30 年度 総括・研究分担報告書：入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究：コホート研究。国立精神・神経医療研究センター，小平，2020.
- 7) 池田俊也，白岩 健，五十嵐中，他：日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発。保健医療科学 64:47-55, 2015.
- 8) 吉田卓史，大坪天平，土田英人，和田良久，上島国利，福居顯二：Sheehan Disability Scale (SDISS) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討。臨床精神薬理 7:1645-1653, 2004.
- 9) Yamaguchi S, Shiozawa T, Matsunaga A et al: Development and psychometric properties of a new brief scale for subjective personal agency (SPA-5) in people with schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020. [in press]. DOI: 10.1017/S2045796020000256
- 10) Sheehan D, Harnett-Sheehan K, Raj B: The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 11(Suppl 3):89-95, 1996.
- 11) 山口創生，塩澤拓亮，佐藤さやか，他：精神科救急及び急性期医療後の退院困難例の要因分析及び適切なケアのあり方に関する研究。杉山直也 編：厚生労働科学研究費補助金 精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究 総括・分担報告書。国立精神・神経医療研究センター，小平，2019.
- 12) 精神医療政策研究部：平成 28 年度精神保健福祉資料。国立精神・神経医療研究センター，小平，2016.

留意事項

本分担報告書が示す記述統計は、2020年3月1日時点のデータを分析したものである。今後、データクリーニングの過程で若干の修正がある可能性がある。また、研究が進む過程で同意撤回による使用不可データが生じる可能性がある。今回のデータは最終的なもの異なる可能性がある。

表 1 入院時点調査における記述統計（その 1）

項目		n	%
性別	女性	343	56.1
	男性	269	44.0
年齢	平均値, 標準偏差	42.2	10.7
住居形態	家族同居	455	74.4
	一人暮らし	112	18.3
	グループホームなど	44	7.2
	その他	1	0.2
主診断 (ICD-10)	F0 気質障害圏	9	1.5
	F1 薬物依存障害圏	23	3.8
	F2 統合失調症圏	361	59.0
	F3: 気分障害圏, 双極性以外	82	13.4
	F3: 気分障害圏, 双極性	76	12.4
	F4 神経症圏	25	4.1
	F5 生理・身体障害圏	9	1.5
	F6 人格障害圏	6	1.0
	F7 知的障害圏	12	2.0
	F8 発達障害圏	8	1.3
	F9 小児精神障害圏	1	0.2
入院時の精神症状（有）	幻覚妄想状態	295	48.1
	精神運動興奮状態	87	14.2
	昏迷状態	20	3.3
	統合失調症残遺状態	30	4.9
	抑鬱状態	154	25.1
	躁状態	62	10.1
	せん妄状態	6	1.0
	もうろう状態	7	1.1
	認知症	0	0.0
	その他	48	7.8
重複診断（有）	薬物依存	25	4.1
	知的障害	53	8.6
	発達障害	39	6.4

表 1 入院時点調査における記述統計（その 2）

項目		n	%
管理が必要な身体疾患（有）	循環器・心疾患	29	4.7
	脳血管疾患	3	0.5
	末梢血管疾患	1	0.2
	糖尿病	55	9.0
	肝疾患	12	2.0
	腎疾患	7	1.1
	慢性肺・呼吸器疾患	11	1.8
	消化器潰瘍性疾患	3	0.5
	認知症	1	0.2
	麻痺	6	1.0
	膠原病	5	0.8
	HIV	0	0.0
	悪性腫瘍：原発性（リンパ腫・白血病含む）	3	0.5
	悪性腫瘍：転移性	3	0.5
	喫煙	70	11.3
身長	平均値, 標準偏差	162.9	8.6
体重	平均値, 標準偏差	65.6	16.9
Body Mass Index	平均値, 標準偏差	24.7	5.9
入院時の病棟	救急病棟	523	85.5
	急性期病棟	89	14.5
入院形態	任意	208	33.9
	医療保護	375	61.2
	措置	20	3.3
	緊急措置	3	0.5
	応急	7	1.1
入院理由	他害	89	14.5
	自傷・自殺企図	102	16.6
	セルフネグレクト	60	9.8

表 1 入院時点調査における記述統計（その 3）

項目		n	%
過去の精神科入院回数		4.3	5.8
(うち過去 1 年以内)	平均値, 標準偏差	0.6	0.9
過去 1 年以内の入院	あり	233	38.0
過去 1 年の平均入院日数			
<u>全ケース</u>			
合計,	平均値, 標準偏差	37.3	102.0
ECT, 検査入院なし	平均値, 標準偏差	36.2	101.6
レスパイト, ECT, 検査入院なし	平均値, 標準偏差	15.1	45.8
<u>過去 1 年以内に入院ありケースのみ</u>			
合計,	平均値, 標準偏差	99.0	146.1
ECT, 検査入院なし	平均値, 標準偏差	96.1	146.6
レスパイト, ECT, 検査入院なし	平均値, 標準偏差	40.0	67.3
過去 1 年の入院形態			
任意	あり	125	53.7
医療保護	あり	118	50.6
措置	あり	8	3.4
緊急措置	あり	1	0.4
応急	あり	3	1.3
過去 1 年の入院理由			
他害	あり	32	13.7
自傷・自殺企図	あり	39	16.7
セルフネグレクト	あり	31	13.3
過去 1 年の外来受診	0 回	66	10.8
	1 回	22	3.6
	2 回以上	525	85.6
過去 1 年の緊急外来受診	なし	325	53.0
	あり	243	39.6
	不明	45	7.3
過去 1 年の警察介入	なし	493	80.4
	あり	120	19.6
過去 1 年の保健所介入	なし	562	91.8
	あり	50	8.2

表 1 入院時点調査における記述統計（その 4）

項目		n	%
精神障害者保健福祉手帳	なし	324	52.9
	あり	288	47.1
	1 級	24	
	2 級	222	
	3 級	39	
身体障害者手帳	なし	584	95.6
	あり	27	4.4
療育手帳	なし	591	96.6
	あり	21	3.4
障害年金	なし	349	56.9
	あり	264	43.1
生活保護	なし	536	87.9
	あり	74	12.1
他のケースマネジメント（有）	計画相談	140	22.8
	介護保険	2	0.3
	医療観察法	3	0.5
医療訪問サービス（有）	訪問看護	165	26.9
	（平均訪問件数/月，標準偏差）	4.4	
	その他	22	3.6
	（平均訪問件数/月，標準偏差）	3.8	
その他の医療サービス（有）	精神科デイケア	60	9.8
	その他	8	1.3
障害福祉サービス（有）	就労継続 A 型	13	2.1
	就労継続 B 型	66	10.8
	就労移行支援	9	1.5
	生活訓練	7	1.1
	自立生活援助	3	0.5
	居宅介護	29	4.7
	生活介護	11	1.8
	地域移行支援	1	0.2
	地域定着支援	2	0.3
	地域活動支援センター	20	3.3
	その他	19	3.1
クライシスプラン	なし	580	94.9
	あり	31	5.1

表 1 入院時点調査における記述統計（その 5）

項目		n	%
(精神) 症状のなさ	症状や徴候がない	47	7.7
	軽度の症状や徴候がほとんどの期間、または中等度の症状や徴候がまれに	180	29.4
	中等度の症状がときどき	188	30.7
	重度の症状や徴候がときどき、または中等度の症状や徴候が持続的にある	168	27.4
	持続的で重度の症状や徴候	30	4.9
	社会的接触	週 1 回友人と会う	101
	月に 2, 3 回友人と会う	71	11.6
	月に 1 回友人と会う	106	17.3
	近所づきあい等を除きあわない	246	40.1
	だれとも会わない	89	14.5
職業・社会的役割	なし	380	62.0
	あり	233	38.0
	自営業あり	29	
	6 カ月未満	5	
	6 カ月以上	24	
	企業等：一般求人	163	
	6 カ月未満	43	
	6 カ月以上	119	
	企業等：障害者求人	15	
	6 カ月未満	5	
	6 カ月以上	10	
	就労継続 A 型	13	
	6 カ月未満	5	
	6 カ月以上	8	
	その他（主婦・学生含む）	28	
	6 カ月未満	8	
6 カ月以上	20		

表 2 主観的経験およびアウトカム尺度の記述統計

項目			
EQ-5D-5L：効用値	平均値, 標準偏差	0.7	0.2
VAS	平均値, 標準偏差	58.8	24.6
SDS	平均値, 標準偏差	16.4	8.0
SDS：重要な障害 (n, %)*	あり	497	82.3
SPA-5	平均値, 標準偏差	17.3	4.9
自宅からの時間	平均値, 標準偏差	39.3	26.6
自宅からの交通手段 (n, %)	公共交通機関	126	20.8
	自動車/タクシー	409	67.5
	自転車	33	5.5
	徒歩	38	6.3

*3つの質問項目のうち、1つでも5点以上があると、「重要な障害」と判断される

EQ-5D-5L = EuroQol 5 Dimension and 5 Level

VAS = Visual Analogue Scale

SDS = Sheehan Disability Scale

SPA-5 = Five-item Subjective Personal Agency scale