令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（障害者政策総合研究事業）
地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

措置通報および措置入院の実態に関する研究
その１（２）

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究
《２》措置入院中の精神障害者の社会機能の改善度

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）
研究協力者：稲垣 中*（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（宮城県立精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木﨑英介（大泉病院），椎名明大（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），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），戸高 聰（国立病院機構・肥前精神医療センター），冨田真幸（大泉病院），中西清晃（石川県立高松病院），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）
（* 論文執筆者）

要旨
【目的】措置入院患者の措置入院中の社会機能の改善度について検討する。
【方法】『措置入院患者の前向きコホート研究』のデータベースから 2016 年 6 月 1 日以降に協力施設に措置入院となり，2019 年 11 月 11 日までに措置解除となった患者のデータを抽出し，個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）により評価された措置入院時，および措置解除時の社会機能と，措置入院期間中の改善度について検討した。
【結果】対象患者は男性 243 人，女性 142 人の合計 385 人（平均年齢 44.1 歳）で，対象患者の 90.1%を警察官通報，59.2%を統合失調症圏が占め，80.8%が今回の措置入院より前に精神科治療歴を，51.9%が精神科入院歴を，24.2%が措置入院歴を有していた。平均措置入院期間は 67.5 日であった。PSP の下位項目のうち，「セルフケア」は措置入院中に平均 3.78 点から 2.08 点まで，「社会的に有用な活動」は 4.22 点から 2.68 点まで，「個人的・社会的関係」は 4.36 点から 2.75 点まで，「不穏な・攻撃的な行動」は 4.85 点から 2.02 点まで，PSP 総得点は平均 24.1 点から 60.2 点まで，いずれも統計学的有意に改善していた。
【考察】今回の解析の結果，措置入院機関中の社会機能の平均改善度が PSP 総合点で 36.0 点に相当することが示された。

A.研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば，平成 30 年度のわが国では 7,108 人の精神障害患者が措置入院となったことが示されている[1]。措置入院となる際には，精神障害のために自身を傷つける，あるいは他人に害を及ぼす恐れがあることが要求され，一方，措置解除に際しては，入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることが要件とされるが，これらの基準には曖昧な点があり，精神保健指定医間の判断に齟齬が見られる可能性を否定できない。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分の一種であり，その費用が公費によって賄われることを考慮すると，かかる齟齬は医療の公平性や納税者に対する説明責任の点で問題であり，客観的指標に基づく検証が必要と思われる。現在，われわれは『措置入院患者の前向きコホート研究（Prospective Cohort Study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下，ProCessors 研究）』と呼ばれる研究を実施しているが，今回われわれは 2019 年 11 月 11 日までにこの研究に登録された患者の入院時，および措置解除時データを利用して，措置入院期間中の社会機能の改善の程度について予備的検討を行った。

B.方法

ProCessors 研究は協力施設に措置入院となった全ての患者を対象とした現在進行中の前向きコホート研究である。入院の際に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて，①性別，②生年月日，③措置入院年月日，④入院時点の精神科主診断，精神科従診断，身体合併症，⑤措置入院に際しての申請等の形式，⑥精神科治療歴，⑦措置要件，⑧精神症状，問題行動，状態像などの概要などについて登録されるとともに，『個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）』と呼ばれる評価尺度による社会機能の評価を受けた。登録完了後，対象患者は概ね月 1 回のペースで PSP の評価を受け，措置解除の際には PSP 評価と併せて，『症状消退届』と診療録の記載に基づいて，⑩措置解除時の精神科主診断，精神科従診断，身体合併症，⑪措置解除年月日，⑫措置解除後の処置に関する意見，⑬措置解除時処方に関する情報が，また，退院時には⑬退院年月日，⑭退院後の帰住先，⑮退院時処方に関する情報が登録された。

PSP とは，Morosini ら[2]によって作成された精神障害者の社会機能を評価する尺度で，「セルフケア」，「社会的に有用な活動」，「個人的・社会的関係」，「不穏な・攻撃的な行動」の 4 つの下位項目より成るプロファイル型評価尺度としてのパートと，Global Assessment of Functioning（GAF: 機能の全体的評定尺度）[3]と同様に，1 点（最低レベル）から 100 点（最高レベル）の範囲で包括的に社会機能を評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4 つの下位項目はそれぞれマニュアルのアンカーポイントにしたがって，症状なし（1 点）から最重度（6 点）までの 6 段階で評価される。PSP 総得点はマニュアルに記載されているアンカーポイントに基づいて，4 つの下位項目の評点から操作的に 1～10 点，11～20 点，・・・・，91～100 点の 10 点刻みの 10 カテゴリーに分類され，1 桁目の点数は評価者が判断するようになっている。PSP には Morosini らによる原版以外に複数の版が存在するが，ProCessors 研究では UBC 社版 PSP の日本語版[4]を採用した。PSP は対象者の直近 4 週間程度の状態を考慮して評価されるのが一般的であるが，臨床現場の実態としては，措置解除決定の際に過去 4 週の症状に基づいて決定されるとは考えにくいと思われたので，本研究では直近 2 週間の状態を評価することとした。また，措置解除・継続の判断とは独立した PSP 評価を行うために，ProCessors 研究

では事前に訓練を受けた看護師，あるいは後期研修医により評価を行った。

今回の中間報告では ProCessors 研究に2019 年 11 月 11 日までに登録され，かつ，同日までに措置解除された患者を対象に，対象患者の背景因子，措置入院時の精神症状・状態像の概要，措置入院時の PSP 評点に関する単純集計，およびクロス集計を行うとともに，措置入院期間中の社会機能の改善度について検討を行った。検討に際しては，措置入院前後の比較を行う場合は Wilcoxon の符号付順位検定を，2 群間の比較を行う場合は Wilcoxon の順位和検定を，3 群以上の群間比較を行う場合は最初に Kruskal-Wallis 検定を行い，全体として有意差が見られた場合の群間比較に際しては Steel-Dwass 検定を行った。解析ソフトは JMP 15.0 を使用した。

ProCessors 研究を実施するにあたっては，研究グループの長である瀬戸秀文が所属する長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認（承認日：2016 年 4 月 15 日）を得るとともに，UMIN 試験 ID: 000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C.結果／進捗

1） 背景因子

2019 年 11 月 11 日までに 504 人の措置入院患者が ProCessors 研究に登録され，このうち 385 人が研究協力施設内で措置解除された。この 385 人の性別は男性が 243 人（63.1%），女性が 142 人（36.9%）で，平均年齢（標準偏差：最小～最大）は 44.1（14.6: 15～84）歳であった。入院施設内訳は，栃木県立岡本台病院が 89 人（23.1%），宮城県立精神医療センターが 74 名（19.2%），長崎県精神医療センターが 51 人（13.3%），大泉病院が 46 人（12.0%），石川県立高松病院が 25 人（6.5%），井之頭病院が 34 人（8.8%），八幡厚生病院と肥前精神医療センターがそれぞれ 20 人（5.2%）ずつ，沼津中央病院が 15 人（3.9%），国立病院機構琉球病院が 10 人（2.6%），岡山県精神科医療センターが 1 人（0.3%）であった。入院時の ICD-10 による精神科主診断内訳は統合失調症圏が 228 人（F2: 59.2%）と最も多く，以下，気分障害（F3: 62 人，16.1%），アルコール・薬物関連障害（F1: 26 人，6.8%），器質性精神障害（F0: 20 人，5.2%），パーソナリティ障害（F6: 14 人，3.6%），発達障害（F8: 13 人，3.4%），精神発達遅滞（F7: 9 人，2.3%），神経症性障害（F4: 10 人，2.6%），行動・情緒障害圏（F9: 3 人，0.8%）の順に多かった。身体合併症は 38 人（9.9%）に存在した。措置入院の際の申請等の形式の大半を警察官通報（精神保健福祉法第 23 条: 347 人，90.1%）が占め，以下，検察官通報（第 24 条: 21 人，5.5%），親族又は一般人申請（第 22 条: 7 人，1.8%），矯正施設長通報（第 26 条: 7 人，1.8%），精神科病院管理者届出（第 26 条の 2: 3 人，0.8%）の順に多かった。措置要件の内訳は自傷が 130 人（33.8%），他害（対人）が 288 人（74.8%），他害（対物）が 221 人（57.4%）で（重複あり），自傷行為のみで措置入院となったと考えられた者は 35 人（9.1%），措置要件に他害（対人），あるいは他害（対物）が含まれていたことが確認できたものが 339 人（88.1%）であった（一部データ欠損あり）。今回の措置入院より前に精神科治療歴を有した者は 311 人（80.8%），精神科入院歴を有した者は 200 人（51.9%），今回の入院以前に措置入院歴を有した者は 93 人（24.2%）であった。

措置入院から措置解除に至る期間（措置入院期間）の中央値（最小～最大）は 52（3～857）日，平均措置入院期間（標準偏差）は 67.5（75.2）日であった。

2） PSP 下位項目評点の改善幅

対象患者の措置入院時，および措置解除時の PSP 下位項目の症状プロフィールを表 1 に示した。4 つの下位項目のうち，「セルフケア」の平均点（標準偏差）は 3.78（1.34）点から 2.08（1.09）点まで，「社会的に有用な活

動」は 4.22（1.09）点から 2.68（1.02）点まで，「個人的・社会的関係」は 4.36（1.03）点から 2.75（1.01）点まで，「不穏な・攻撃的な行動」は 4.85（0.82）点から 2.02（0.99）点まで，いずれも統計学的に有意に改善していた（いずれも p<0.0001; Wilcoxon の符号付順位検定）。ただし，「不穏な・攻撃的な行動」の平均改善幅が 2.83 点であったのに対し，その他の 3 項目の平均改善幅は 1.54～1.70 点にとどまった。

3） PSP 総得点の改善幅

措置入院時点の PSP 総得点は 11～20 点をピークとするやや左に偏った分布を示し，貧弱な機能レベルを示す 30 点以下の者は 289 人（75.1%），軽度機能障害を示す 71 点以上の者は 1 人で，平均 PSP 総得点（標準偏差）は 24.1（10.3）点であった。一方，措置解除時点の PSP 総得点は 61～70 点をピークとする分布を示し，PSP 総得点が 30 点以下の者は 19 人（4.9%），71 点以上の者が 78 人（20.3%）を占め，平均 PSP 総得点（標準偏差）は 60.2（14.7）点であった。措置入院中に PSP 総得点は統計学的有意に改善しており（p<0.0001; Wilcoxon の符号付順位検定），その平均改善幅（95%信頼区間）は 36.0（34.4～37.5）点であった（表 1，図 1）。

背景因子別に見てみると，性別と PSP 総得点の改善幅の間に有意な差はなかったが，警察官通報で措置入院となった患者はそれ以外より改善幅が有意に大きく（p=0.0008，Wilcoxon の順位和検定），精神科治療歴のある患者（p=0.0383，同），入院歴のある患者（p=0.0079，同），措置入院歴のある患者（p=0.0098，同）はそれらのない患者より有意に改善幅が小さかった。措置要件に関しては，他害（対人），他害（対物）の有無と PSP 総得点の改善幅の間に有意な差はなかったが，自傷が見られた患者は自傷の見られなかった患者よりも PSP 総得点の改善幅が有意に大きかった（p=0.0171，同）。年齢，精神科主診断に関しても PSP 総得点の改善幅に有意な差は認められなかったが（Kruskal-Wallis 検定），発達障害患者と器質性精神障害患者の改善幅はやや小さかった（表 2，表 3，表 4）。

D.考察

わが国の精神保健福祉法の規定によると，精神障害のために自身を傷つける，あるいは他人に害を及ぼす恐れがある場合に措置入院が適用され，一方，入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなった場合に措置解除が行われることになっているが，これらの基準には曖昧な点があり，地域間，病院間，あるいは精神保健指定医間で様々な差が存在する可能性も否定できないところである。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分の一種で，費用のかなりの部分が公費により賄われている関係上，このような齟齬は可能な限り小さくすることが望まれるが，現在のわが国には措置入院患者がどのような状態で入院となり，どの程度改善した段階で措置解除がなされているかに関する客観的データが存在しないのが実情である。本研究はこれらの実情に踏まえて実施された本邦初の前向きコホート研究で，既に報告済みである後ろ向きコホート研究である ReCoMendors 研究[5, 6] と併せて，今後の措置入院制度の運用や措置入院・解除の客観的判断基準を検証する際の基礎資料となることが期待される。

今回の検討対象である 385 人の措置入院時点の平均 PSP 総得点は 24.1 点，各下位項目の評点は「不穏な・攻撃的な行動」の平均評点が 4.85 点で最も高く，「セルフケア」の 3.78 点が最も低かった。海外でこれまでに実施された臨床研究を見る限りでは，全体として，「社会的に有用な活動」と「個人的・社会的関係」の評点は相対的に重症で，「セルフケア」と「不穏な・攻撃的な行動」は相対的に軽症であったが[7-11]，本研究における下位項目の評点の分布はこれらと大きく異なっていた。その

背景には本研究の対象が自傷・他害のおそれを有する措置入院患者であったことが寄与しているものと推測され，実際，自傷・他害のおそれの改善した措置解除の時点では先行研究と同様に「社会的に有用な活動」と「個人的・社会的関係」の評点は相対的に重症で，「セルフケア」と「不穏な・攻撃的な行動」の評点は相対的に軽症となっていた。

本研究では措置入院から措置解除までの間に PSP 総得点が平均 36.0 点改善していたことが示された。これまでのわが国では，入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることという曖昧な基準で措置解除がなされていたが，今回，評価尺度の改善幅の形で具体的に示された。一方，これまでに海外で実施された統合失調症を対象とする臨床研究を参照すると，抗精神病薬の投与による平均改善幅は 20.8 点 [7]，12.3 点 [11]，6.6～8.8 点 [12]，9.16 点 [13]，8.3～12.2 点 [14]，10.7 点 [15]に留まっていたが，本研究における改善幅はこれらより明らかに大きかった。この背景には，本研究の対象が臨床試験に編入される患者より総じて重症であったため，改善幅が大きくなったものと推測される。

診断と PSP 総得点改善幅の関係に関しては，アルコール・薬物関連障害患者，気分障害，パーソナリティ障害患者，統合失調症圏患者の平均改善幅は 36.2～39.6 点と相対的に大きく，一方，発達障害患者（32.8 点），器質性精神障害患者（28.2 点）の平均改善幅は相対的に小さかった。本稿執筆時点で措置解除に至るまでのデータが回収されていた器質性精神障害患者，パーソナリティ障害患者，発達障害患者，およびその他の患者のサンプルサイズは 13～22 人と少ないことに注意を要するが，数字上，発達障害患者の措置入院時の平均 PSP 総得点が他よりも低く，措置入院中の改善幅も大きいとは言えないことはさらなる検討を要するものと思われる。

ところで，図 1 にも示した通り，措置入院時と措置解除時の PSP 総得点の分布には明らかな差が認められた。精神症状が極めて重症であるにもかかわらず措置入院とならないことや，逆に精神症状が比較的軽症であるにもかかわらず措置入院となったり，措置入院が継続されたりすることは実務上必ずしも珍しいことではないので，PSP 総得点のみで措置入院・解除の判定を行いえないことは自明であるが，集団レベルで措置入院・措置解除の適否を検討する際の指標として PSP を用いることに関しては，医療の質（Quality of Care）の検証の観点から考慮の余地があるかもしれない。例えば，ある地域の措置解除時の PSP 総得点の分布が他の地域と大きく異なるなどと言った場合には，その原因について検証を行うなどといったことを行うのである。以前から，都道府県・政令指定市間で人口あたり措置入院件数に大きな差が見られることが指摘されてきたが [16]，このような格差が発生する原因については十分に明らかにされてはいない。しかしながら，例えば，「措置入院に関する診断書」，「措置入院者の定期病状報告書」，「措置入院者の症状消退届」などを提出する際に PSP の評価も要求し，定期的に一括集計するシステムを設けることができれば，措置入院の運用の妥当性や地域差の要因の検証が可能になるとともに，社会への説明責任も果たせると考える。

最後に今回の中間報告の限界と今後の課題について述べる。

今回の報告では，ProCessors 研究の対象患者のうち，2019 年 11 月 11 日までに措置解除となった 385 名に検討対象を限定したが，検討から除外された 119 人の中に措置入院が長期間継続された患者が多く含まれている可能性があるので，バイアスが発生した可能性が否定できない。実際，今回の中間報告における平均措置入院期間は 67.5 日と，2010 年度に措置解除された患者の約 4 分の 1 が登録された後ろ向きコホート研究である ReCoMendors 研究（76.6 日）と比較すると

9.1 日も短い。

第二に今回の検討対象がわが国の措置入院患者全体を代表しているかどうかが問題となる。ReCoMendors 研究では協力施設 76 ヶ所と概ね全国規模と言っていいと考えられたが，今回の報告では協力施設は 11 ヶ所と少ないので，対象患者の代表性において議論の余地があるかもしれない。しかしながら，今回の調査は確かに施設数こそ少ないものの，大都市圏から農村部まで，また，西は沖縄から東は栃木県まで広範に患者をリクルートしており，しかも，わが国の 1 年あたり措置入院件数（7,108 人）の 7%に相当する患者が組み入れられているので，結論に大きな影響をもたらすような問題は発生していないであろうと考えている。ただし，この問題については全登録患者の追跡の完了後に再検討を行うなどといった対策が必要であろう。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

1) 瀬戸秀文，稲垣　中，島田達洋，大塚達以，太田順一郎，吉住　昭：長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究．臨床精神医学 48 (5)：637-648, 2019.

2.学会発表

1) 大塚達以，稲垣 中，瀬戸秀文，島田達洋，岩永英之，中西清晃，中村 仁，渡辺純一，横島孝至，奥野栄太，太田順一郎，吉住昭：自傷のおそれを伴って措置入院となった患者の実態調査．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019 年 6 月 20～22 日．
2) 稲垣 中，瀬戸秀文，島田達洋，大塚達以，岩永英之，中西清晃，中村 仁，渡辺純一，横島孝至，奥野栄太，太田順一郎，吉住昭：措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究（その３）：措置入院時の精神症状・社会機能について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019 年 6 月 20～22 日．
3) 稲垣 中，瀬戸秀文，島田達洋，大塚達以，岩永英之，中西清晃，中村 仁，渡辺純一，横島孝至，奥野栄太，太田順一郎，吉住昭：措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究（その４）：措置解除までの精神症状の改善度について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019 年 6 月 20～22 日．
4) 瀬戸秀文，藤井千代，稲垣 中，太田順一郎，島田達洋，大塚達以，小口芳世，岩永英之，椎名明大，平林直次，中西清晃，中村 仁，吉住 昭：精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究（その１）通報・事前調査について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019 年 6 月 20～22 日．
5) 瀬戸秀文，藤井千代，稲垣 中，太田順一郎，島田達洋，大塚達以，小口芳世，岩永英之，椎名明大，平林直次，中西清晃，中村 仁，吉住 昭：精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究（その２）指定医診察要否判断について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019 年 6 月 20～22 日．
6) 瀬戸秀文，藤井千代，稲垣 中，太田順一郎，島田達洋，大塚達以，小口芳世，岩永英之，椎名明大，平林直次，中西清晃，中村 仁，吉住 昭：精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究（その３）指定医診察例について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019 年 6 月 20～22 日．

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) 厚生労働省. 衛生行政報告例/平成 30 年度衛生行政報告例/統計表/年度報　第 1 章　精神保健福祉/1/精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況，申請通報届出経路・処理状況・都道府県―指定都市（再掲）別.（2020 年 3 月 27 日アクセス）https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001132823&tclass2=000001132824&tclass3=000001134083

2) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand 101: 323-329, 2000.

3) American Psychiatric Association（高橋三郎，大野　裕，染矢俊幸・訳）：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院，東京, 2002.

4) 稲田俊也，山本暢朋，相澤　玲ほか: 日本語版 PSP（個人的・社会的機能遂行度尺度）評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.

5) 瀬戸秀文，稲垣　中，島田達洋ほか: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究（その１）：措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. 臨床精神医学 48: 323-333, 2018.

6) 稲垣　中，瀬戸秀文，島田達洋ほか: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究（その２）：措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. 臨床精神医学 48: 335-342, 2018.

7) Fu DJ, Turkoz I, Walling D, et al.: Paliperidone palmitate once-monthly maintains improvement in functioning domains of the Personal and Social Performance scale compared with placebo in subjects with schizoaffective disorder. Schizophr Res 192: 185-193, 2018.

8) Rocca P, Montemagni C, Zappia S, et al.: Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting. Psychiatry Res 218:284-289, 2014.

9) Schreiner A, Bergmans P, Cherubin P, et al.: A prospective flexible-dose study of paliperidone palmitate in nonacute but symptomatic patients with schizophrenia previously unsuccessfully treated with oral antipsychotic agents. Clin Ther 36: 1372-1388, 2014.

10) Suttajit S, Arunpongpaisal S, Srisurapanont M, et al.: Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains? Neuropsychiatr Dis Treat 11:2471-2477, 2015.

11) Kane JM, Peters-Strickland T, Baker RA, et al.: Aripiprazole once-monthly in the acute treatment of schizophrenia: findings from a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry 75: 1254-60, 2014.

12) Marder SR, Kramer M, Ford L, et al.: Efficacy and safety of paliperidone

extended-release tablets: results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. Biol Psychiatry 62: 1363-1370, 2007.

13) Mauri M, Mauri MC, Adami M, et al.: Efficacy and tolerability of paliperidone ER in patients with unsatisfactorily controlled schizophrenia by other antipsychotics: a flexible-dose approach. Int Clin Psychopharmacol 30: 329-337, 2015.

14) Meltzer HY, Bobo WV, Nuamah IF, et al.: Efficacy and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from three 6-week, placebo-controlled studies. J Clin Psychiatry 69: 817-829, 2008.

15) Zhang H, Li H, Liu Y, et al.: Safety and efficacy of paliperidone extended-release in Chinese patients with schizophrenia: a 24-week, open-label extension of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Neuropsychiatr Dis Treat 12: 69-77, 2016.

16) 厚生労働省 web ページ 2019 年 3 月 15 日アクセス）
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/sankou1_2.pdf（.

表１　　措置入院時，措置解除時の PSP プロフィール（平均値±標準偏差）

	措置入院時評点	措置解除時評点	改善幅
セルフケア	3.78±1.34	2.08±1.09	1.70*
社会的に有用な活動	4.22±1.09	2.68±1.02	1.54*
個人的・社会的関係	4.36±1.03	2.75±1.01	1.61*
不穏な・攻撃的な行動	4.85±0.82	2.02±0.99	2.83*
総得点	24.1±10.3	60.2±14.7	36.0*

PSP: 個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale）

*: $p<0.0001$（Wilcoxon の符号付順位検定）

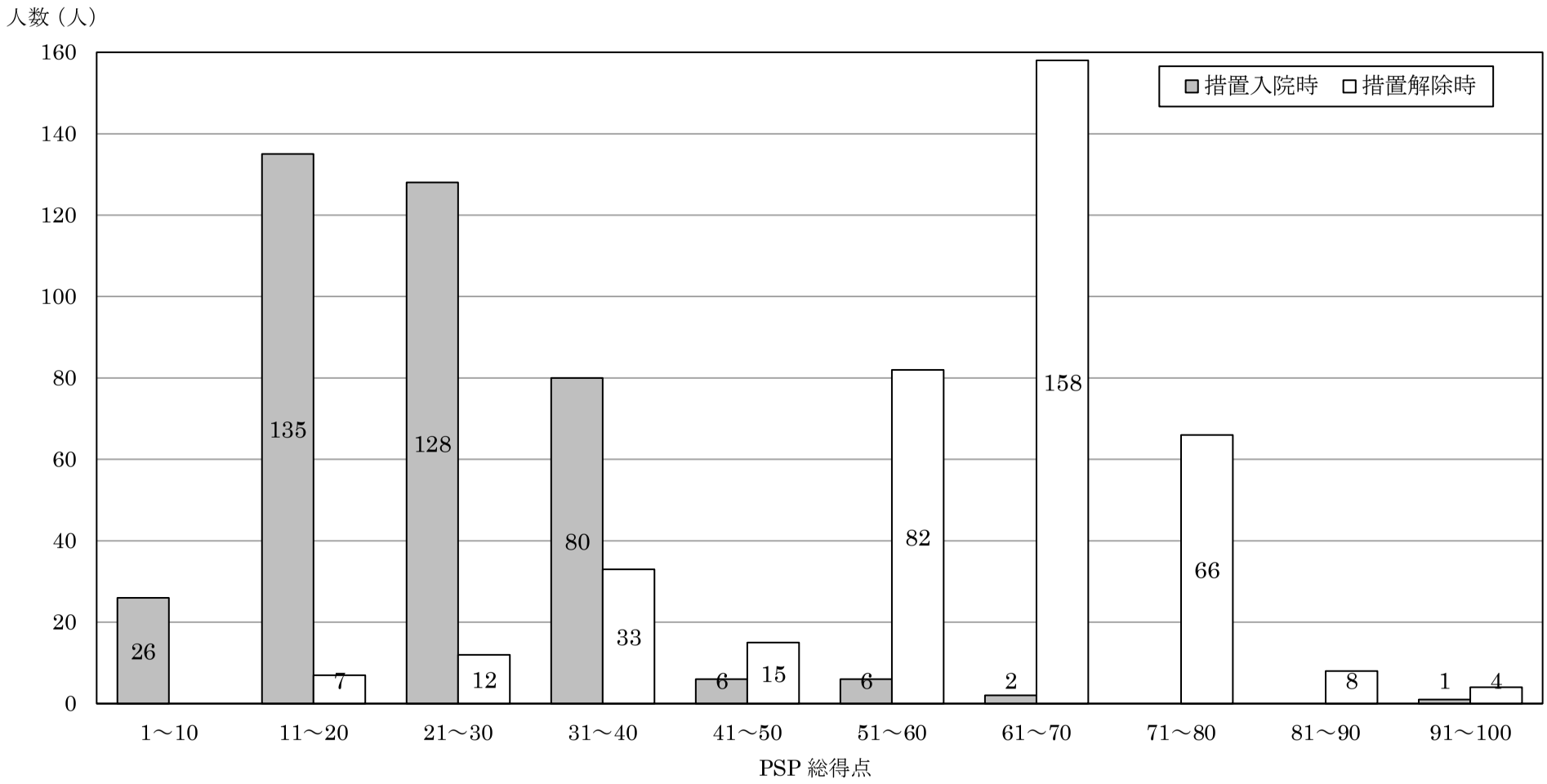

図１　　PSP 総得点の分布の変化：措置入院時対措置解除時

表２　　措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子（その１，平均値±標準偏差）

因子	あり	なし	検定*
性別			
男性	35.7±16.0	36.6±14.9	
通報の種別			
警察官通報	37.0±15.2	27.8±16.6	p=0.0008
治療歴			
治療歴	35.5±15.3	38.5±16.7	p=0.0383
入院歴	34.4±14.8	38.1±16.3	p=0.0079
措置入院歴	33.4±14.8	37.8±15.5	p=0.0092
措置要件			
自傷	38.7±16.8	34.5±14.9	p=0.0171
他害（対人）	36.3±15.9	35.6±15.4	
他害（対物）	37.1±14.5	34.8±17.4	
自傷のみ**	36.2±15.5	37.7±17.3	

*: Wilcoxon の順位和検定

**: 措置要件が自傷行為のみの者と措置要件に他害行為を含む者の比較を行った

表３　　措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子（その２）

因子	患者数	PSP 総得点改善幅 （平均値±標準偏差）
年齢		
29 歳まで	63	33.4±18.0
30 代	87	37.3±12.1
40 代	103	36.4±16.4
50 代	75	36.7±15.6
60 代以上	57	35.9±16.1
ICD-10 精神科主診断		
統合失調症圏（F2）	228	36.2±14.7
気分障害（F3）	62	39.6±13.1
アルコール・薬物関連障害（F1）	26	38.1±16.7
パーソナリティ障害（F6）	14	37.9±17.4
発達障害（F8）	13	32.8±22.7
器質性精神障害（F0）	20	28.2±20.4
その他	22	30.8±17.1

表４　　措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子（その３）

因子	患者数	措置入院時評点 （平均値±標準偏差）	措置解除時評点 （平均値±標準偏差）	改善幅 （平均値±標準偏差）
ICD-10 精神科主診断				
器質性精神障害（F0）	20	23.5±8.6	51.7±20.4	28.2±20.4
アルコール・薬物関連障害（F1）	26	22.0±6.8	60.1±15.1	38.1±16.7
統合失調症圏（F2）	228	24.1±9.7	60.3±13.3	36.2±14.7
気分障害（F3）	62	24.9±11.0	64.2±11.3	39.6±13.1
パーソナリティ障害（F6）	14	29.1±5.8	67.1±16.3	37.9±17.4
発達障害（F8）	13	17.6±6.2	50.5±21.0	32.8±22.7
その他	22	26.2±4.0	57.0±19.8	30.8±17.1