

厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業)

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
(H30-精神-一般-004)

令和2年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：山口創生

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
令和3(2021)年3月

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

（H30-精神-一般-004）

令和2年度 総括・研究分担報告書

目次

1 章 総括研究報告

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 |

研究代表者 山口創生

2 章 研究分担報告

1. 各時点データの記述統計と主観的アウトカムの評価 |7

研究分担者 渡邊博幸

2. 特定薬剤治療を含む様々な要因と再入院との関連についての評価 49

研究分担者 来住由樹

3. 問題行動の評価 65

研究分担者 菊池安希子

4. 精神科入院患者の入院時社会機能サブクラス分類の試み 81

研究分担者 稲垣 中

5. 好事例分析 101

研究分担者 藤井千代

6. 処方薬剤データ管理システムの開発 111

研究協力者 松長麻美

3 章 研究成果の刊行に関する一覧 115

1 章. 総括研究報告書

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

総括研究報告書

研究代表者：山口創生（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研究所）

要旨

本研究班は、国内の精神医療機関における救急・急性期病棟に入院し、かつ1年未満で退院する入院患者を対象として、入院時から追跡を開始し、退院後12ヵ月間にわたって追跡調査を実施し、退院後12ヵ月間の再入院（アウトカム）に関連する要因を検証することを目的とした調査を実施した。本研究の研究デザインは、国内21精神科医療機関（協力医療機関）が参加する前向きのコホートあるいは縦断研究であった。同意取得を得た参加者からは、インデックス入院の入院時点[T1]、退院時点[T2]、退院後6ヵ月経過時点[T3]、退院後12ヵ月経過時点[T4]であった。本研究の主要アウトカムはインデックス入院からの退院後12ヵ月以内の再入院の有無であり、主要曝露は退院時[T2]の主観的経験（生活の質を測る尺度の得点）であった。上記データに加え、本研究は通常診療で得られる様々なデータおよび複数の自記式尺度によるデータを得た。本総括研究報告書は、研究プロトコルを簡易に説明したうえで、各調分担報告書の主たる知見を要約する形で紹介する。なお、インタビュー調査を除く各分担報告書の知見は、データクリーニングの途中段階であるデータセット（2021年3月10日時点）を用いた分析の結果である。よって、最終的な分析結果は本報告の結果と異なる点があることに留意されたい。

21精神科医療機関の急性期・救急病棟において、2018年10月1日～2019年9月30日の間に4603名の患者が入院した。入院時点[T1]において、同意およびデータを取得できたのは、611名であった。退院時点[T2]データについて、589名からのデータを得た（追跡率：98%）。また、6ヵ月経過時点[T3]と12ヵ月経過時点[T4]の追跡者数は、それぞれ521名（87%）と493名（82%）であった。

調査の結果、期間中に参加者の症状の減退、機能の向上および問題行動の改善が観察されたが、社会的役割や主観的評価（生活の質や主体性）は改善が見られなかった。（インデックス）入院期間について、迷惑行為とアドヒアランス問題が観察された者は入院日数が長くなる傾向にあり、機能尺度の得点で「軽症（患者）群」に分類された者は入院日数が短くなる傾向にあった。再入院に関連する要因については、主要曝露である退院時[T2]の生活の質、主体性、障害程度を含む主観的な評価あるいはサービス満足度は仮説に反して、再入院の有無に関連を示さなかった。他方、一人暮らしをしていること、インデックス入院以前の過去1年に入院経験があること、入院回数が多いこと、退院時の症状の程度、入院時・退院時に社会的役割があること、入院中に多職種ミーティングが開催されたことが、低い再入院率と統計的に関連していた。訪問看護やケースマネジメントの利用と再入院が関連していた背景には、機関連携の改善や入院機関へのアクセシビリティの向上、退院後の生活支援ニーズの増大、再入院に対する認識の変化などが影響している可能性がある。

今後の政策推進の際には、本研究の知見が利用されることが期待される。具体的には、患者の状態像に応じた入院日数の勘案や院内の多職種ケア会議などは今後のケアや政策決定にいかすことができるデータとなると予想される。また、アウトリーチ系の地域ケアの充実やケースマネジメントの主体の選定などを提案した分析結果は、今後の地域ケアの見直しの際に有用なデータとなると示唆される。

研究分担者

- 稲垣 中 (青山学院大学教育人間科学部 / 同保健管理センター, 教授)
- 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, 特任教授)
- 菊池 安希子 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部, 室長)
- 来住 由樹 (岡山県精神科医療センター, 院長)
- 藤井 千代 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部, 部長)

A. 背景

国際的に精神疾患を持つ者のケアは、入院治療から地域ケアに移行して約 50 年が経過する¹⁾。我が国の精神科医療は長らく入院治療中心であったが、2010 年代からは転換期を迎え、国レベルで精神科医療の地域ケア化の方針を明確に打ち出してきた²⁾。実際、平成 28 年度精神保健福祉資料によると、入院患者の約 80%が 1 年以内に退院している³⁾。しかしながら、一方で多くの患者が退院後に安定した地域生活を送っているわけではなく、退院患者の約 40%が再入院を経験している³⁾。すなわち、退院後の安定的な地域生活に関連する要因や治療、支援についての科学的検証が必要とされている⁴⁾。実際、欧米では、20 世紀後半に退院後の地域生活に関連する要因を検証する研究が取り組まれてきた⁴⁻¹¹⁾。他方、適切な地域ケアの発展や入院治療と地域ケアのバランスは、その地域の特性を考慮する必要がある^{12,13)}、国際的な知見を参照しながらも、

日本国内のシステムで早期に退院する精神科入院患者における再入院に関する要因を包括的に検証する必要がある。そこで、本研究は、早期に退院する精神疾患患者の安定した地域生活に影響する要因を探るために、国内複数の精神科医療機関の入院患者を対象に、前向き縦断研究を実施中である。なお、本研究のプロジェクト名は、英語名の頭文字をとって『ePOP-J』(Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan)と呼ばれている。

本総括研究報告書では、研究の目的およびプロトコルを簡易に再紹介し、参加者の組み入れ状況など現在の進捗について記述することを目的とする。次に、各分担報告書の内容を要約する形で紹介する。なお、入院時点(ベースラインデータ)の記述統計については、各分担報告書を参照されたい。

B. 研究の目的

本研究は、多施設での前向き縦断研究を通して、精神科医療機関における救急病棟や急性期病棟に入院し、かつ 1 年未満で退院する入院患者を対象として、入院時から追跡を開始し、退院後 12 ヶ月間にわたって追跡調査を実施し、退院後 12 ヶ月間の再入院(アウトカム)に関連する要因を検証することを目的とした。その際に、主要曝露は、患者報告式の主観的な経験・曝露(特に生活の質)に設定した。その他の曝露データとして、個人の特性・薬剤治療の内容・入院中の薬剤以外の支援内容、退院後の支援状況、地域・環境の特性などのデータも収集し、アウトカムとの関連を検証することを第 1 の目的とした。また、入院

アウトカムや地域生活に関連する要因について、他研究との比較やインタビューなどを通して検証することを第2の目的とした。

C. 研究計画：プロトコル

1. 基本デザイン

本研究の研究デザインは、国内21精神科医療機関（協力医療機関）が参加する前向きのコホートあるいは縦断研究であった。同意を得た参加者からは、インデックス入院の入院時点[T1]、退院時点[T2]、退院後6ヵ月経過時点[T3]、退院後12ヵ月経過時点[T4]に通常診療で得られるデータおよび自記式尺度に関するデータを得た。

2. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学医学研究院倫理委員会からの承認を得ている（no. 3154）。また、研究計画（プロトコル）はUMIN-CTRに登録されており（no. UMIN000034220）、さらに、研究計画は国際雑誌で論文として発表されている。よって、研究計画の詳細は該当論文を参照されたい¹⁴⁾。

3. 研究対象者の選定

本研究では、主要アウトカムである退院後間の12ヵ月の再入院と主要曝露である生活の質（主観的指標）の関連を検証した過去の研究などから目標症例数（サンプルサイズ）を計算した。その結果、624名が目標症例数となった¹⁵⁾。各医療機関においては、2018年10月1日からリクルートを開始し、毎月10名を上限として先着で導入基準に合致する新規入院患者に研究の説明を実施し、同意を得た。下記に、具体的な研究参加者の選択基準と除外基準を記す。

1) 導入基準

- (i) リクルート期間中(2018年10月1日～2019年9月30日)にICD-10における精神科の主診断をもち、急性期

の精神科治療を目的として入院する者

- (ii) (i)かつ各医療機関の救急病棟や急性期病棟に入院する者

2) 除外基準：

- (i) てんかんが主診断の者
- (ii) 20歳未満、60歳以上の者
- (iii) 特定の治療や検査入院（例：mECT目的入院、計画的レスパイト入院、鑑定入院）で入院した者
- (iv) 入院中に長期の転院があらかじめ予想される者（例：身体疾患の治療目的で入院した者）
- (v) 退院後に入院した機関あるいは連携医療機関で外来治療をうけないと予想される者

4. 観察・検査・調査・報告項目

- 1) 入院状況および社会的接触・就労・症状、機能、問題行動、処方状況

（再）入院の有無や社会的接触・就労の状況や症状については、Strauss-Carpenterの転帰基準調査票を基にした簡便な項目で情報を収集した^{5,6)}。また、機能は他者評価尺度である日本語版 Personal and Social Performance Scale (PSP:個人的・社会的機能遂行度尺度)を用いた^{16,17)}。問題行動については、Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)日本語版を参考にした項目を用いて評価した^{18,19)}。処方状況について、持続性注射剤 (Long Acting Injection: LAI) やクロザピンなど特定の薬剤の使用の有無については、担当者が記載した。その他の薬剤については、担当者が各調査時点での処方箋データから収取した。

2) アンケート

参加者が自身で記載するアンケートは、生活の質を測る尺度 (Euro-QOL 5D-5L :

EQ-5D-5L)²⁰⁾の他、主体性を測る尺度 (Five-item Subjective Personal Agency scale: SPA-5)と主観的障害度を測る尺度 (Sheehan Disability Scale: SDS)^{21,22)}を用いた。また、入院満足度および主観的家族関係(退院時のみ)と外来満足度と主観的家族関係(退院後6ヵ月後経過時のみ)について、当事者と共同で作成した項目を用いて参加者に尋ねた。

3) 入院中の治療状況

国内において、再入院に潜在的な関連が指摘されている入院中の治療や支援について、その提供の有無について調べた。また、持続性注射剤 (Long Acting Injection: LAI)・クロザピンなど特定の薬剤の使用の有無について調べた。

4) 退院後の支援状況

退院後の地域生活における支援状況に関する調査票は、主に外来診察や国内の地域医療サービス、地域福祉サービスなどの利用状況で構成された。また、調査項目には、オンライン診療の有無や持続性注射剤 (Long Acting Injection: LAI)・クロザピンの有無などが含まれ、特定の診療や薬剤の使用が評価された。

5) その他の情報

参加医療機関の情報については、研究前に各医療機関の病床数や病床稼働率、スタッフ数などについて調査した。また、参加者の住居地の地域福祉サービスの資源状況については、地域精神医療データベース (ReMHRAD) を利用して、参加医療機関の1次医療圏内および2次医療圏内の地域事業所数などの情報を得た。最後に、2医療機関については、参加者の医療サービス、地域福祉サービス等の利用状況は、日本版クライアントサービス受給票 (CSRI-J: Client service receipt

inventory - Japanese version) を用いて情報を得た²³⁾。

D. 本年度の進捗状況

1. 全体状況

本報告はデータクリーニングの途中段階であるデータセット (2021年3月10日時点) を用いた。よって、最終的な分析結果は本報告の結果と異なる点があることに留意された。

表1は、参加した21協力医療機関の基礎情報を示している。参加医療機関の約60%が民間の医療機関であり、公立系の医療機関が約30%であった。精神科病床数の平均は255.2 (SD = 172.4) であり、過去1年の平均精神科病床利用率は86.4% (SD = 7.1) であった。90%以上の医療機関が精神科デイケアや訪問看護ステーションを併設していた。表2は本研究の対象病棟となった、21協力医療機関における35病棟の基礎情報を示している。病床数および平均入院患者数の平均値は、それぞれ48.7 (SD = 7.2) と42.9 (SD = 6.7) であった。また、精神科医の平均配置数は5.6 (SD = 4.7) であり、看護師は23.1 (SD = 6.5) であった。精神保健福祉士と作業療法士は、それぞれ1.7 (SD = 1.1) と0.7 (SD = 1.0) であった。

21精神科医療機関の急性期・救急病棟において、2018年10月1日~2019年9月30日の間に4603名の患者が入院した。そのうち、2093名が導入基準に合致し、635名から研究参加の同意を得た。同意撤回や調査開始後に除外基準の該当が判明した者、入院時から全くデータを得ることができなかった24名を除くと、入院時点[T1]データを取得できたのは、611名であった。退院時点[T2]データについて、589名からのデータを得た (追跡率: 98%)。また、6ヵ月経過時点[T3]と12ヵ月経過時点[T4]の追跡者数は、それぞれ521名 (87%) と493名 (82%) であった (図1)。

2. 分担班の状況

1) 各時点調査の記述統計の要約（渡邊班）

渡邊分担報告によると、参加者のうち女性は約 57%、平均年齢は 42 歳、統合失調症の診断は約 60%であった。退院時点調査[T2]において、1 年以内に退院し、かつ追跡可能だった参加者は 589 名であった（追跡率：98%）。また、6 カ月経過時点[T3]と 12 カ月経過時点[T4]の追跡者数は、それぞれ 521 名(87%)と 493 名(82%)であった。入院中のケアについて、90%以上 (n = 546) の参加者に退院後生活環境相談員/相談担当などケースマネージャーがついていた。55.2% (n = 324) の参加者に院内の多職種チームによる会議が開催されており、27.1% (n = 159) に院外の支援者が参加する会議（ケア会議）が開催されていた。入院日数が計算可能だった者の平均入院日数は、67.9 日 (SD = 46.9) であった。12 カ月間追跡期間内に再入院を経験した参加者は 36.3% (n = 179) であった。また、追跡期間中に機能や症状の改善が観察されたが、社会的接触や社会的役割については改善が見られなかった。先行研究と比較する限り、本研究のデータは大きく偏りのあるものではないと考えられる。また、分析結果は、急性期・救急病棟に入院した患者が入院中のケアなどによって継続的に症状や機能を改善させる可能性と、退院後に社会的あるいは主観的な回復を図れていない可能性の双方を示したとえいる。

2) 主観的経験/アウトカムの評価（渡邊班）

主観的評価について、主観的障害度を測る尺度 (SDS) の得点が追跡間中に継続的に改善した。例えば、SDS の入院時点[T1]の平均得点は 16.4 (SD = 7.9) であったが、12 カ月経過時点[T4]では 10.8 (SD = 7.6) に低下していた。他方、生活の質に関する尺度 (EQ-5D-5L) や主体

性に関する尺度 (SPA-5) では、著しく大きな改善は観察されなかった。また、EQ-5D-5L、SPA-5、SDS の全ての尺度の退院時点の得点は退院後 12 カ月以内の再入院に関連しなかった。

退院時点[T2]と 6 カ月経過時点[T3]における厳封アンケートの結果から、参加者が治療を受けた医療機関のサービスに対して高い満足感を持っていたことや、家族関係について相対的に良好な感触を持っていたことが明らかになった。例えば、退院時点[T2]の厳封アンケートの結果において、「あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたはこの病院の治療をお勧めしますか？」を問うことで測定した入院治療の満足度については、「勧める」「どちらかという」と勧める」の合計が 85%以上となった。また、退院時のサービス満足度や主観的家族関係は 12 カ月以内の再入院と関係していなかった。SDS で測定した主観的障害度が改善された反面、生活の質 (EQ-5D-5L) や主体性 (SPA-5) が改善されなかった背景には、社会的接触や社会的役割も入院時点から退院後 12 カ月経過時にかけて改善していないことも関係していると思われる。換言すると、人間関係や雇用の安定が図られない中で、主観的な生活評価の得点が上がらないことは妥当な結果といえるかもしれない。他方、SDS を含めた全ての尺度の退院時点の得点は退院後 12 カ月後以内の再入院の予測はできなかった。よって、退院時点の主観的評価の得点が、その後の再入院のリスク要因として重要なものにはならないと予想される。

3) 再入院に関連する要因の評価（來住班）

來住分担班は、クロザピンや持続性注射剤 (Long Acting Injection : LAI) などの特定薬剤治療の評価に加え、インデ

ックス入院から退院後 12 ヶ月以内の再入院をアウトカムとし、特定薬剤を含め、アウトカムに関連する様々な要因を探索的に検証することを目的とした。調査の結果、退院後 12 ヶ月間の追跡が可能であった 493 名を分析対象とした。退院後 12 ヶ月以内の再入院と関連した個人要因には、一人暮らしをしていること (Odds Ratio [OR] = 2.02, P = 0.008)、インデックス入院以前の過去 1 年に入院経験があること (OR = 3.37, P < 0.001)、入院回数が多いこと (B = 0.79, P < 0.001)、退院時の症状の程度 (B = 0.36, P = 0.013)、入院時・退院時に社会的役割があること (例：入院時：OR = 0.50, P = 0.002) が含まれた。治療・支援要因として、入院ケアでは、多職種ミーティングが開催された参加者において再入院が少ない傾向にあった (OR = 0.60, P = 0.017)。LAI などを含め、その他の治療法については再入院と関連がなかった。また外来・地域ケアでは、退院後 6 ヶ月経過時点と 12 ヶ月経過時点の定期的な外来診察は、低い再入院率と関連していた (例：6 ヶ月経過時点：OR = 0.48, P = 0.027)。他方、退院後 7 日以内の外来診察 (OR = 1.60, P = 0.028)、訪問看護の利用 (例：6 ヶ月経過時点：OR = 2.32, P < 0.001)、外来医療ケースマネジメントの利用 (例：6 ヶ月経過時点：OR = 1.64, P = 0.040) は高い再入院率と関連していた。加えて、入院中の多職種ミーティングの開催と退院後の訪問看護/ケースマネジメントの両方がない参加者と比較し、入院中に多職種ミーティングがなく、退院後に訪問看護/ケースマネジメントを利用した参加者は再入院の確率が有意に高くなっていた (例：多職種ミーティング(無)×6 ヶ月経過時点の訪問看護(有) OR = 3.22, P = 0.001, 多職種ミーティング(無)×6 ヶ月経過時点のケースマネ

ジメント(有) OR = 2.13, P = 0.047)。自宅と病院との距離や居住地域の社会資源の多寡は、再入院と有意な関連を示さなかった。再入院についての関連要因を検証した結果、個人要因については、症状や過去の入院経験、社会的役割など先行研究で指摘されている変数が再入院と関連しており、臨床的ケアと社会的ケアの双方の必要性が示唆された。一人暮らしについてはリスクと捉えるよりもニーズとして捉え、一人暮らしを希望する患者に適切な支援を届ける方法が今後の課題になると予想される。治療・支援要因については、再入院防止という観点で、入院中から退院後の生活を見据えた多職種によるかかわりの重要性が示唆された。

4) 問題行動の評価(菊池班)

当該分担本報告では、入院中から退院後における問題行動と、臨床判断に基づくリスク推定の評価を行うことを目的とした分析が実施された。問題行動(身体的暴力、自傷、自殺企図、物質乱用、セルフネグレクト、多飲水・水中毒、迷惑行為、アドヒアランス問題。重複あり)の有無の男女比、平均年齢、既往と発生頻度(入院中、退院～6 ヶ月後、退院後 6 ヶ月～12 ヶ月)の記述統計を算出した。各問題行動の有無と入院期間との関連は、 χ^2 検定によって比較した。各問題行動が今後 6 ヶ月以内に生じるリスク推定の予測妥当性について、ROC 分析を行った。

入院前の問題行動の既往で多かったのは、迷惑行為 55.5%、アドヒアランス問題 45.7%、身体的暴力 35.5%、セルフネグレクト 30.7%であり、自傷 24.2%、自殺企図 24.2%、物質乱用 22.8%、多飲水・水中毒 7.7%であった。入院中の問題行動で多かったのは、迷惑行為 21.7%、アドヒアランス問題 14.9%であり、その他は 1 割に満たなかった。退院後 6 ヶ月間でも、最多

がアドヒアランス問題 13.0%、迷惑行為 12.3%であり、その他は 1 割に満たなかった。退院後 6 ヶ月から 12 ヶ月にかけても同様の傾向で、アドヒアランス問題 13.0%、迷惑行為 12.3%であり、その他は 1 割に満たなかった。入院期間中に暴力 ($t(581) = -3.27, P = 0.003$)、迷惑行為 ($t(581) = -1.051, P = 0.001$)、アドヒアランス問題 ($t(580) = -4.34, P = 0.001$) があつた場合には、なかつた場合に比べて、有意に入院期間が長くなつていた。「6 ヶ月以内」の問題行動についての臨床判断によるリスク推定は、退院時の自殺企図に対するリスク判断を除いて、全ての時点において中等度～高い ($AUC \geq 0.64, P < 0.010$) 予測妥当性を示した。中でも身体的暴力については、既往よりも臨床判断の予測妥当性が高い傾向が認められた。

入院中から退院後 12 ヶ月間のどの時期においても、最も多い問題行動は、一貫して迷惑行為とアドヒアランス問題であつた。この 2 つの問題行動および身体的暴力が入院期間の延長に関連していたことは、先行研究に一致する結果であつた。既往で 3 割以上にみとめられた身体的暴力の頻度が入院以降は各時期で 1 割以下になっていることは、観察密度が下がっていることだけでなく、暴力が病状に関連していたことが示唆される。本研究では、臨床判断に基づくリスク推定が標準化されたリスクアセスメントと同等の予測妥当性を示していた。身体的暴力のリスク推定では、既往（静的要因）だけでなく、病状や病識等の動的要因を総合した推定を行つたと考えられる。通常臨床においても本研究で収集したような臨床関連要因を広く把握している現場スタッフによる問題行動のリスク推定は、いわゆる構造的臨床家判断タイプのリスク推定と同等の精度を持つ可能性が示唆

された。

5) 客観的アウトカムの評価（稲垣班）

稲垣分担班は、医療保護入院患者の入院時社会機能を PSP 評点に基づいてサブクラス分類することを目的とした分析を行つた。具体的には、当該研究班の医療保護入院患者のデータを抽出し、別途行われた「措置入院コホート研究」において観察された PSP 評点による分類法を用いて、対象患者のサブクラス分類を行つた。その上で、各サブクラス間の年齢、性別、精神科主診断、管理が必要な身体合併症、入院形態、入院病棟、精神科治療歴、入院時の EQ-5D-5L 評点などに関する比較を行つた上で、各サブクラスが入院期間に及ぼす影響を Log-rank 検定、および強制投入法による Cox 回帰分析で検討した。対象患者の性別は男性 164 人、女性 201 人、平均年齢は 41.2 歳であつた。精神科主診断は統合失調症圏が 241 人、気分障害が 86 人、その他が 38 人であつた。管理が必要な身体合併症は 98 人に見られた。入院形態は医療保護入院が 358 人、応急入院が 7 人であつた。病棟は救急病棟が 319 人、急性期病棟が 45 人であつた。PSP の下位項目の平均評点は、a)セルフケアが 2.5 点、b)社会的に有用な活動が 3.3 点、c)個人的・社会的関係が 3.5 点、d)不穏な・攻撃的な行為が 3.0 点であり、平均 PSP 総得点は 43.6 点であつた。サブクラス分類によって対象患者は a)～d)の平均点が 5.7～6.0 点の最重症群(6 人)、4.4～5.1 点の重症群(26 人)、2.9～3.9 点の中等症群(176 人)、1.5～2.3 点の軽症群(108 人)、a)のみ 1.9 点でそれ以外は 4.6～5.1 点のセルフケア以外重症群(16 人)、d)のみ 4.5 点でそれ以外は 1.4～3.1 点の不穏のみ重症群(33 人)に分けられた。入院期間と性別、年齢、サブクラスの関連を Cox 回帰分析

で検討したところ、男性は女性より入院期間が有意に長く（ハザード比:0.801）、軽症群は中等症群より入院期間が有意に短く（同 1.575）、55 歳以上の者は 45～54 歳の者より入院期間が長くなる傾向がみられた（同 0.719, P = 0.067）。措置入院コホート研究と同様に、軽症群は中等症群より入院期間が短いことが示された。

6) 好事例分析（藤井班）

藤井分担班は、21 協力医療機関のうちインタビュー協力機関を選定し、入院治療や退院後の支援に関する好事例について、聞き取り調査を実施し、分析することを目的とした。具体的には、①入院治療が効果的だったと思われるパターン、②退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン、③良好な地域連携が効果的だったと思われるパターンの 3 つの好事例についてインタビュー調査を実施した。3 つの好事例の分析結果から、効果が期待される支援内容として、①入院初期からの退院後の生活を見据えた柔軟で包括的な入院支援の提供、②入院中からの多機関連携（外部の人が入りやすい開かれた病棟）、③地域におけるアウトリーチ系サービスの重要性、④地域支援において支援の窓口となるキーとなる支援者の選定、⑤生活課題の継続を前提とした支援の在り方が観察された。これらの支援内容は、現在の診療報酬では算定されないものも多く、今後の研究の発展と制度化への取り組みが期待される。

7) 松長協力班

松長班は、精神保健サービス評価において重要な処方薬剤データの入力、管理のためのシステムを開発した。本システムは Microsoft Access データベースとして設計し、薬剤処方データの入力と、

入力された処方内容とあらかじめ用意された薬価データを対応させることで調査対象期間中の処方薬、処方量などの蓄積および薬剤コストの集計を可能にした。蓄積された処方データに付与される薬剤ごとのコードを用いることで、条件に応じた処方内容の名寄せ・抽出が可能となり、処方実態の分析がより容易になると予想される。

E. 総合考察

本研究は、リクルート期間終了（2019 年 9 月 30 日）までに、目標症例数にそって約 630 人の患者が本研究に組み入れられ、同意撤回者等を除いた約 610 名が分析対象となった。また、退院時点 [T2] データについて、589 名からのデータを得た（追跡率:98%）。また、12 ヶ月経過時点 [T4] の追跡率も約 80%であった。コホート研究の脱落率は、研究の質の評価にしばしば用いられる。英国の強制入院のコホート研究では 1 年後の追跡率が約 50%であった結果と比較すると³¹⁾、本研究の追跡率は非常に高いものとなっており、症例組み込みや追跡状況については質の高いものと言えるであろう。また、渡邊分担班の報告から、先行研究と比較する限り、本研究のデータは大きく偏りのあるものではないと考えられる。

渡邊分担班や菊池分担班の報告から、入院期間の平均日数は約 70 日であったが、入院治療は患者の症状の減退、機能の向上および問題行動の改善に貢献できる可能性が示唆された。他方、社会的役割や主観的評価（生活の質や主体性）は改善が見られず、今後の課題と言えるであろう。ただし、これらのアウトカムは入院治療というよりも、外来・地域ケアが担当する範囲のアウトカムとも考えられる。実際、藤井分担班のインタビュー調査では、退院後の生活を見据えた柔軟で包括的な入院支援の提供だけでなく、地域におけるアウトリーチ系のサービスや地域支援において支援の窓口となるキーとなる支援者の選定の重要

性が報告されており、退院後の支援の質を担保する必要性が示唆された。

(インデックス)入院の日数に関連する曝露については菊池分担班と稲垣分担班が検証した。具体的には、迷惑行為とアドヒアランス問題が観察された場合には、入院日数が長くなる傾向にあった。逆に、PSP(機能評価尺度)の得点を基にした分類による分析では、「軽症(患者)群」は、「中等症(患者)群」よりも入院日数が短いことが示唆されていた。すなわち、迷惑行為をする患者や中等症以上の患者は生活課題・社会規範的な課題を露呈しやすいことが多く、入院の長期化と関連しているものと思われる。アドヒアランスについては病識の問題や服薬の拒絶などのために症状が治まらないことが、入院の長期化と関連している可能性がある。

再入院に関連する要因については、2つの分担班が検証した。渡邊分担班の報告では、退院時の生活の質、主体性、障害程度を含む主観的な評価あるいはサービス満足度は仮説に反して、再入院の有無に関連を示さなかった。この結果は、英国の先行研究と異なるが³¹⁾、英国の先行研究は、非同意入院者のみを対象としているため、本研究も今後追加の分析をすることでより詳細な知見を報告できる可能性がある。

来住分担班の報告からは、退院後12ヵ月以内の再入院に関連する複数の変数が報告された。例えば、一人暮らしをしていること、インデックス入院以前の過去1年に入院経験があること、入院回数が多いこと、退院時の症状の程度、入院時・退院時に社会的役割があること、入院中に多職種ミーティングが開催されたことが、低い再入院率と統計的に関連していた。これらの変数は、海外の先行研究においても再入院との関連が指摘されており³¹⁾、³⁶⁾、本研究は同様の知見を再現したことになる。

本研究の結果には、海外の選考研究とは異なる知見もあった。例えば、LAIやクロザピン

は、無作為化比較試験(randomized controlled trial: RCT)では、その効果が発表されているが³⁷⁻³⁸⁾、本研究の結果では再入院率との関連を見いだせなかった。現実場面において、LAIやクロザピンを使用する患者は、難治性の症状や服薬問題を抱えやすく、再入院の可能性が高い集団であり³⁹⁾、そのような集団のみを対象としたサブ解析などが今後の課題となるかもしれない。加えて、訪問看護の利用、外来医療ケースマネジメントの利用は高い再入院率と関連していた。訪問看護やケースマネジメントの利用と再入院が関連していた背景には、機関連携の改善や入院機関へのアクセシビリティの向上、退院後の生活支援ニーズの増大、再入院に対する認識の変化などが影響している可能性がある。他方、現制度下では包括的かつ効果的な外来・地域サービスを提供することは困難であり、参加者が調子を崩した場合の治療の選択肢が入院に限られていることも訪問看護やケースマネジメントの利用と再入院との関連を説明するかもしれない。

本研究にはいくつかの課題がある。第1に、本研究で用いたデータセットは、データクリーニングの途中段階のものであり、本研究の知見は今後変わる可能性がある。第2に、本研究は主要アウトカムである再入院の有無についての分析を中心に行ったが、再入院の際の種別(任意入院、医療保護入院、措置入院など)や再入院の日数、再入院までに日数などに関連するアウトカムデータの詳細な分析は、データセットの完成を待つ必要がある。加えて、今後は松長班が開発した薬剤データシステムを活用し、薬剤に関するデータを含めた様々な曝露変数とアウトカムとの関連についてより詳細に分析を重ねる予定である。最後に、参加医療機関の代表制について触れる。本研究に参加した医療機関は、日々の臨床業務に加えて、調査の実施をした。また、参加者の90%以上に入院中にケースマネージャーがついていた。すなわち、参加機関は、比較的豊

富なマンパワー、そして非常に高い資質を持つスタッフを持つ機関であると予想される。

本研究は、21 病院における約 600 名の参加者に対して、80%の追跡率を持つことからデータには一定の信頼性があると考えられる。今後の政策推進の際には、本研究の知見が利用されることが期待される。具体的には、患者の状態像に応じた入院日数の勘案や院内の多職種ケア会議などは今後のケアや政策決定にいかすことができるデータとなると予想される。また、アウトリーチ系の地域ケアの充実やケースマネジメントの主体の選定などを提案した分析結果は、今後の地域ケアの見直しの際に有用なデータとなると示唆される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 山口創生, 小池純子, 小川亮, 松長麻美, 小塩靖崇, 菊池安希子, 藤井千代: 「早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究 (ePOP-J)」の紹介. 日本精神科病院協会雑誌 40(2):38-42, 2021.
- 2) 山口創生: 優先すべきは治療か生活か? 支援者が認識すること・できること. 臨床心理学 21(1):44-48, 2021.
- 3) 山口創生: 精神疾患患者の地域移行支援:エビデンスと多職種・多機関連携. 精神科治療学 35(8):799-806, 2020.

2. 学会発表

なし

H. 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, Szmukler G, Mueser K, et al: Oxford textbook of community mental health. Oxford University Press, Oxford, 2011.
- 2) 樋口輝彦: 精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて. 精神神経学雑誌 113:490-495, 2011.
- 3) 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.
- 4) Kasai K, Fukuda M: Science of recovery in schizophrenia research: brain and psychological substrates of personalized value. npj Schizophrenia 3:14, 2017.
- 5) Strauss JS, Carpenter WT, Jr: The prediction of outcome in schizophrenia: I. characteristics of outcome. Arch Gen Psychiatry 27:739-746, 1972.
- 6) Strauss JS, Carpenter WT, Jr: The prediction of outcome in schizophrenia: II. relationships between predictor and outcome variables: a report from the who international pilot study of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 31:37-42, 1974.
- 7) Stein LI, Test MA: Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 37:392-397, 1980.
- 8) Weisbrod BA, Test MA, Stein LI: Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost

- analysis. *Arch Gen Psychiatry* 37:400-405, 1980.
- 9) Thornicroft G, Gooch C, Dayson D: 17: Readmission to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ* 05:996-998, 1992.
- 10) Leff J, Trieman N, Knapp M, et al: The TAPS Project: A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatr Bull* 24:165-168, 2000.
- 11) Knapp M, Beecham J, Anderson J, et al: The TAPS project: III. Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 157:661-670, 1990.
- 12) Thornicroft G, Deb T, Henderson C: Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 15:276-286, 2016.
- 13) Thornicroft G, Tansella M: Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 1:84-90, 2002.
- 14) 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.
- 15) Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, et al: Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophr Res* 192:119-123, 2018.
- 16) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, et al: 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.
- 17) 稲田俊也: 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. 日本精神科評価尺度研究会, 東京, 2011.
- 18) Webster CD, Martin M, Brink J, et al: Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) Version 1.1, British Columbia Mental Health & Addiction Services, Coquitlam, Canada, 2009.
- 19) O'Shea LE, Dickens GL: Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): systematic review and meta-analysis. *Psychol Assess* 26:990-1002, 2014.
- 20) 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.
- 21) 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.
- 22) 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*, 29:e111, 2020.
- 23) 山口創生, 下平美智代, 吉田光爾, 他: 精神保健福祉サービスにおける医療経済評価のための調査ツール: 日本版クライアントサービス受給票の開発の試み. *精神医学* 54:1225-1236, 2012.
- 24) Thornicroft G, Gooch C, Dayson D: The

- TAPS project. 17: Readmission to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ* 05:996-998, 1992.
- 25) Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, et al: Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449, 2016.
 - 26) Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P: Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 17:2, 2017.
 - 27) Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, et al: Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:376, 2016.
 - 28) Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, et al: Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17:227, 2017.
 - 29) Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 883.
 - 30) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M: Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:CD007906, 2017.
 - 31) Priebe S, Katsakou C, Amos T, et al: Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry* 194:49-54, 2009.
 - 32) Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, et al: Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449, 2016.
 - 33) Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P: Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 17:2, 2017.
 - 34) Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, et al: Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:376, 2016.
 - 35) Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, et al: Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17:227, 2017.
 - 36) Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 883.
 - 37) Land R, Siskind D, McArdle P, et al: The impact of clozapine on hospital use: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 135:296-309, 2017.
 - 38) Ting E, Kamalvand S, Shang D, et al: Does the frequency of administration of long acting injectable

antipsychotics impact psychiatric
outcomes and adverse effects: A
systematic review and meta-analysis.
J Psychiatr Res 109:193-201, 2019.

- 39) 酒井要, 沖野剛志, 中村英樹, 他: 退院
後 2 年間の観察が可能であった統合失調

症患者の再入院に関連する要因の検討.
臨床精神薬理 23:1143-1155, 2020.

留意事項

本分担報告書が示す記述統計および分析結果は、2021年3月10日時点のデータを分析したものである。今後のデータクリーニングの過程でデータセットに修正が生じる可能性がある。よって、本報告の結果は、最終的な分析結果と異なる可能性がある。また、データクリーニング完了前であることから、データに矛盾がある箇所がある可能性もある

表 1 21 協力医療機関の基礎情報

		n	%
法人	公立系	7	33.3
	大学系	2	9.5
	私立系	12	57.1
所在地	東日本	13	61.9
	西日本	8	38.1
精神科病床数	平均値, 標準偏差	255.2	172.4
過去1年の平均精神科病床利用率(%)	平均値, 標準偏差	86.4	7.1
利用率_最低値(%)	平均値, 標準偏差	82.4	7.6
利用率_最高値(%)	平均値, 標準偏差	91.3	7.3
1日平均精神科外来患者数	平均値, 標準偏差	169.6	84.1
精神科デイケア	設置あり	19	90.5
訪問看護	設置あり	20	95.2
福祉事業所	設置あり	11	52.4

表 2 協力医療機関における 35 病棟の基礎情報とスタッフ配置

	平均値	標準偏差
病床数	48.7	7.2
平均入院患者数	42.9	6.7
精神科医	5.6	4.7
歯科医師	0.0	0.1
薬剤師	0.6	1.3
看護師	23.1	6.5
精神保健福祉士	1.7	1.1
作業療法士	0.7	1.0
理学療法士	0.1	0.3
心理士	0.3	1.0
介護士	0.5	1.6
栄養士	0.2	0.4
ピアサポーター	0.0	0.0

留意事項

本分担報告書が示す記述統計および分析結果は、2021年3月10日時点のデータを分析したものである。今後のデータクリーニングの過程でデータセットに修正が生じる可能性がある。よって、本報告の結果は、最終的な分析結果と異なる可能性がある。また、データクリーニング完了前であることから、データに矛盾がある箇所がある可能性もある

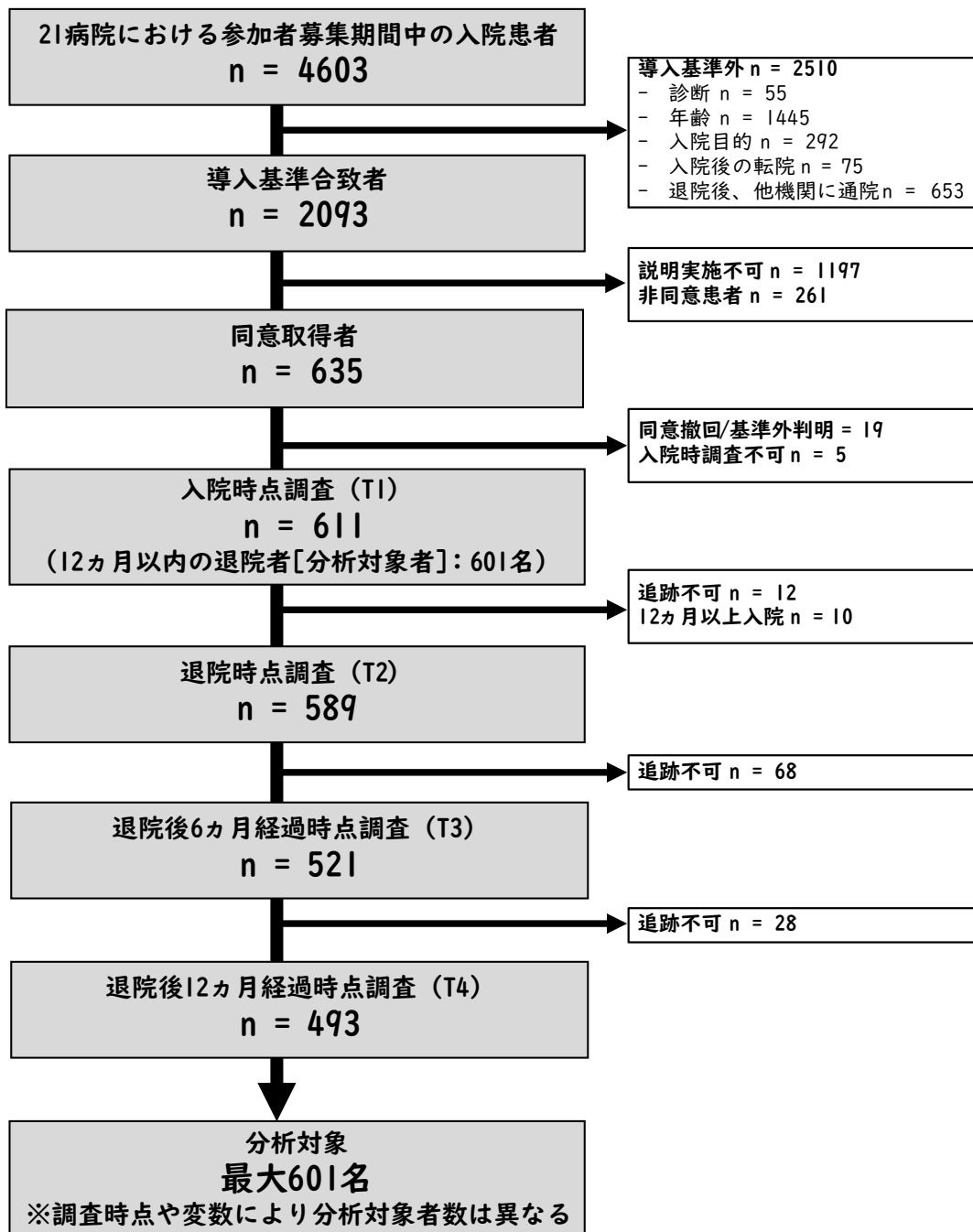


図 1 参加者組み入れの進捗とフロー

※追跡状況は 2021 年 3 月 10 日時点のもの

2 章. 研究分担報告書

各時点データの記述統計と主観的アウトカムの評価

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、Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan (ePOP-J) 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。本分担報告では、①2021年3月10日時点のデータセットを用いて、各時点の記述統計を示すこと、そして②主観的経験と再入院との関連を検証することを目的として分析を実施した。本研究は、2018年10月1日～2019年9月30日に入院した患者のうち、1年以内に退院する者を対象として、入院時点[T1]、退院時点[T2]、6カ月経過時点[T3]、12カ月経過時点[T4]の4時点で調査を行った。研究の結果、リクルート期間中に4603名の患者が入院し、635名から研究参加の同意を得た。19名については同意取得後に撤回や導入基準外判明があり、データから除外した。さらに、5名については入院時点調査[T1]からデータ取得が不可能であった。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%であった。退院時点調査[T2]において、1年以内に退院し、かつ追跡可能だった参加者は589名であった（追跡率：98%）。また、6カ月経過時点[T3]と12カ月経過時点[T4]の追跡者数は、それぞれ521名（87%）と493名（82%）であった。入院中のケアについて、90%以上（ $n = 546$ ）の参加者に退院後生活環境相談員/相談担当などケースマネージャーがついていた。55.2%（ $n = 324$ ）の参加者に院内の多職種チームによる会議が開催されており、27.1%（ $n = 159$ ）に院外の支援者が参加する会議（ケア会議）が開催されていた。12カ月間追跡期間内に再入院を経験した参加者は36.3%（ $n = 179$ ）であり、平均再入院回数は1.2回（SD = 0.3）であった。また、追跡期間中に機能や症状の改善が観察されたが、社会的接触や社会的役割については改善が見られなかった。主観的評価について、主観的障害度を測る Sheehan Disability Scale (SDS) の得点が追跡間中に継続的に改善した。他方、生活の質に関する尺度（EQ-5D-5L）や主体性に関する尺度（Five-item Subjective Personal Agency scale: SPA-5）を含め、全ての尺度の退院時点の得点は退院後12カ月以内の再入院に関連しなかった。退院時点[T2]と6カ月経過時点[T3]における厳封アンケートの結果から、参加者が治療を受けた医療機関のサービスに対して高い満足感を持っていたことや、家族関係について相対的に良好な感触を持っていたことが明らかになった。サービス満足度は12カ月以内の再入院と関係していなかったが、6カ月経過時点[T3]における主観的家族関係は、12カ月以内の再入院と関連していた（Odd ratio = 4.3, 95%CI = 2.1 to 8.5, $p < 0.001$ ）。先行研究と比較する限り、本研究のデータは大きく偏りのあるものではないと考えられる。また、分析結果は、急性期・救急病棟に入院した患者が入院中のケアなどによって継続的に症状や機能を改善させる可能性と、退院後に社会的あるいは主観的な回復を図れていない可能性の双方を示した。本研究の知見が今後の精神科医療や地域精神保健サービスの改善にいかされることが期待される。

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）と再入院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、Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan (ePOP-J) プロジェクトを立ち上げ、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、ePOP-J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⁾・2020年度総括報告書を参照されたい。加えて、本報告はデータクリーニングの途中段階であるデータセット（2021年3月10日時点）を用いる。よって、最終的な分析結果は本報告の結果と異なる点があることに留意されたい。

本報告の第1の目的は、主観的な経験やアウトカムを含め、4時点のデータの記述統計を算出することであった。第2の目的は、主観的経験と再入院との関連を検証することだった。なお、客観的アウトカムの表や問題行動の評価に関する詳細は、それぞれ稲垣分担班および菊池分担班の分担報告書に記されている。また、本分担報告では、参加者から同意を取得した際の入院を、その後の再入院と区別するために「インデックス入院」と呼ぶことがある。

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、下記の導入基準に合致し、除外基準に当てはまらないものであった。

1) 導入基準

- (i) リクルート期間中（2018年10月1日～2019年9月30日）に ICD-10 における精神科の主診断をもち、急性期の精神科治療を目的として入院する者
- (ii) (i)かつ各医療機関の救急病棟や急性期病棟に入院する者

2) 除外基準：

- (i) てんかんが主診断の者
- (ii) 20歳未満、60歳以上の者
- (iii) 特定の治療や検査入院（例：mECT 目的入院、計画的レスパイト入院、鑑定入院）で入院した者
- (iv) 入院中に長期の転院があらかじめ予想される者（例：身体疾患の治療目的で入院した者）
- (v) 退院後に入院した機関あるいは連携医療機関で外来治療をうけないと予想される者

2. 測定変数

本研究が測定する変数は、参加者の性別や年齢、症状、機能などの属性・状態に関する変数、参加者が受けた治療や支援などに関する変数などを含んだ。また、患者の居住市区町村の社会資源数の変数も測定された。症状や社会的接触については米国の調査を基にした尺度を利用して計測し⁷⁾、機能については、Personal and Social Performance Scale (PSP) を用いて測定した⁸⁾。なお、調査のタイミングは、入院時点[T1]、退院時点[T2]、退院後6ヵ月経過時点[T3]、退院後12ヵ月経過時点[T4]

の4時点であった。

3. 主観的な経験およびアウトカム

1) 4時点共通の尺度

3つの主観的な経験およびアウトカムの尺度が全調査時点で用いられた。具体的には、生活の質を測るEQ-5D-5L⁹⁾、主観的障害度を測るSheehan Disability Scale (SDS)¹⁰⁾、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)¹¹⁾であった。上記尺度に加えて、調査票では、自宅からの病院までの通院時間と主とする交通機関についての患者報告式フォームを設けた。

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)⁹⁾。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¹²⁾。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¹¹⁾。

2) 厳封アンケート

本研究は、退院時[T2]に主観的入院満足度および主観的家族関係についてのアンケート調査実施し、退院後6ヵ月経過時[T3]に外来満足度と主観的家族関係についてのアンケート調査を実施した。各アンケートの調査項目は、精神障害当事者と共同で作成された。ま

た、医療機関のスタッフがアンケートの回答内容を見ることができると参加者が本音の回答ができないと予想されたため、参加者は記入済みのアンケート票を厳封封筒にいれ、事務局に郵送した。

4. 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。主観的な経験と再入院の関連については、12ヵ月間の追跡が可能だった参加者を分析対象とした。退院時[T2]のEQ-5D-5L得点やSDS得点、SPS-5得点をそれぞれ主曝露として、12ヵ月間の再入院の有無をアウトカムとしたロジスティック回帰分析を実施した。同様に、退院時[T2]と退院後6ヵ月経過時[T3]の厳封アンケートの調査についても、再入院との関連を検証した。具体的には、「あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたはこの病院の治療をお勧めしますか?」(勧めるー勧めないの4段階評価)および「あなたはご家族と一緒に住むことで、安心したり、心地よいと思ったりしますか?」(思うー思わないの4段階評価)の回答をそれぞれ主曝露としてロジスティック回帰分析を実施した。それぞれのロジスティック分析後に、性別、年齢、診断、インデックス入院の入院時点から過去1年の入院回数、インデックス入院の入院日数退院時のPSP得点、を調整した感度分析も実施した。全ての分析にはStata version. 15を用いた。

C. 結果

1. 参加者の組み入れ状況

21精神科医療機関の急性期・救急病棟において、2018年10月1日~2019年9月30日の間に4603名の患者が入院した。そのうち、2093名が導入基準に合致し、635名から研究参加の同意を得た。参加同意を示した参加者のうち、15名は研究途中で同意を撤回した。また4名については同意取得後に、除外基準

に該当することが判明した。また 5 名については同意撤回を出していないが、全くデータを得ることができなかった。その結果、入院時点[T1]データを取得できたのは、611 名であった。退院時点 [T2] データについて、10 名が 1 年以内に退院できなかったため本調査の対象から外れた。また、12 名についてはデータを取得することができなかったことから、最終的に 589 名からのデータを得た（追跡率：98%）。また、6 カ月経過時点[T3]と 12 カ月経過時点[T4]の追跡者数は、それぞれ 521 名（87%）と 493 名（82%）であった。なお、追跡状況は 2021 年 3 月 10 時点のものであることから今後変更となる可能性がある。

2. 入院時点調査

表 1 は、入院時点調査[T1]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、57% (n = 341) 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。診断名は統合失調症圏 (F2) が約 60% (n = 351) 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 = 56, 9.3%)。入院時の病棟は救急病棟が 85.5% (n = 512) 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 = 366, 60.9%)。

参加者のうち、278 名 (46.3%) 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 = 256) と約 10% (n = 72) であった。参加者の約 25% (n = 161) 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 = 58 名) のみであった。また、福祉サービスについては、136 名 (22.6%) 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おいた。個別のサービスでは、就労継続 B 型の約 10% (n

= 65) の利用が、最多であった。クライシスプランを有している人は約 5% (n = 30) のみであった。

過去の精神科病院への入院回数の平均は、4.3 回 (SD = 5.7) であったが、過去 1 年以内に限定すると 0.5 回 (SD = 0.9) であった。過去 1 年以内に精神科病院に入院経験のある者は 226 名 (37.6%) であった。過去 1 年以内に精神科入院をした参加者における平均入院期間は、90.3 日 (SD = 79.0) であった。全参加者の約 90% が過去 1 年以内に精神科外来を受診していた。また、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 19.1% (n = 115) と 7.8% (n = 47) 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 = 240) で最多であった。職業および社会的役割については、225 名 (37.4%) が役割を有していた。PSP の平均得点は、47.1 (SD = 18.8) であった。

自宅距離から入院した病院までの最短ルート の平均距離は 16.7km (SD = 22.4) であり、直線距離は 13.7km (SD = 21.5) であった。また、自宅のある市区町村にける訪問看護ステーションの平均事業数は 3.8 (SD = 4.4) であった。相談支援事業所 (計画相談や地域移行、地域定着) を除く、障害福祉サービスとして最も平均事業所数が多い事業形態は、居宅介護 (23.5, SD = 24.4) であり、次いで就労継続 B 型 (9.1, SD = 8.4) であった。

3. 退院時点調査

表 2 は、退院時点調査[T2]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。365 日以内に退院した参加者 (n = 589) であ

り、入院日数が計算可能だった者の平均入院日数は、67.9日 (SD = 46.9) であった。約95%が計画的な退院であった。また、退院時の入院形態は任意入院が最も多く約60% (n = 348) を占めた。なお、入院中の隔離の指示があった参加者は約40% (n = 236) であったが、身体拘束の指示があった参加者は10%未満 (n = 43) であった。

入院中のケアについて、90%以上 (n = 546) の参加者に退院後生活環境相談員/相談担当などケースマネージャーがついていた。また、全体の半数 (n = 324) に、院内の多職種チームによる会議が実施されていた。さらに、1/4の参加者については、院外の支援者が参加する会議(ケア会議)が開催されていた。入院中の特定の治療について持続性注射剤やクロザピン、修正版電気けいれん療法を利用した参加者は、それぞれ92名(15.7%)、24名(4.1%)、15名(2.6%)であった。また、特定の心理社会的プログラムとして最も多くの参加者が利用した支援は、外泊訓練・退院前訪問指導であった (n = 389, 66.3%) であり、次いで、服薬指導 (n = 226, 38.5%)、疾病教育 (n = 136, 23.2%) であった。

退院時点の(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」が60%以上を占めた。職業および社会的役割については、入院中に約半数が職業や社会的役割を失っていた。PSPの平均得点は、66.9 (SD = 14.4) であった。

4. 退院後6ヵ月経過時点調査

表3は、退院後6ヵ月経過時点調査[T3]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。123名(23.6%)の参加者がインデックス入院から退院後6ヵ月以内に、再入院を経験していた。退院後7日以内に外来診察を受けた参加者は32.7% (n = 168名) であった。また、90%以上の参加者が安定した外来診察ができており、過去6ヵ月の平均外来診察回数は10.2 (SD = 5.7) であった。

123名(23.9%)については、退院後の地域ケアを担当する医療機関のケースマネージャーがついていた。他方、障害福祉サービスのケースマネジメントである計画相談を利用していた参加者は142名(27.6%)であった。退院後6ヵ月時点で訪問看護を利用していた参加者は38.5% (n = 198) であった反面、精神科デイケアは11.5% (n = 59) に留まった。障害福祉サービスの中で最も利用されていたサービスは、就労継続B型であった (n = 62, 12.1%)。

退院後6ヵ月経過時点の(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」が最も多く、約50%を占めた。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33.4% (n = 170) で最多であった。職業および社会的役割については、135名(26.4%)が役割を有していた。PSPの平均得点は、65.0 (SD = 16.4) であった。

5. 退院後12ヵ月経過時点調査

表4は、退院後12ヵ月経過時点調査[T4]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。12ヵ月間の再入院を経験した参加者は36.3% (n = 179) であった。また、再入院を経験した参加者における平均再入院回数は1.2回 (SD = 0.3) であった。約90%の参加者が過去6ヵ月の間に安定した通院をしており、平均通院回数は8.5回 (SD = 5.2) であった。

地域ケアを担当する医療機関のケースマネージャーがついていた参加者は、23.6% (n = 114) であり、障害福祉サービスのケースマネジメント(計画相談)を利用している参加者は26.8% (n = 129名) であった。6ヵ月後の調査の続き、35%以上の参加者 (n = 176名) が訪問看護を利用していたが、精神科デイケアを利用していた参加者10%に満たなかった。

退院後12ヵ月経過時点の(精神)症状や社会的接触、役割については退院後6ヵ月経過

時点と大きな差はなかった。具体的には、「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」が最も多く、約50%を占めた。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34.0%(n = 162)で最多であった。職業および社会的役割については、126名(26.3%)が役割を有していた。PSPの平均得点は、67.0(SD = 16.6)であった。

6. 主観的評価尺度

表5は、12ヵ月間の追跡が可能だった参加者についての主観的評価尺度の結果を示している。生活の質を計測するEQ-5D-5Lの効用値については、入院時点[T1]の平均値(0.72, SD = 0.19)が最も低く、退院時点[T2]の平均値(0.81, SD = 0.17)が最も高かった。この傾向はVASについても同様であった。生活の主体を測るSPA-5については、研究を通して得点の動きが少なかった。主観的な障害程度に関するSDSの得点は、入院時点[T1]が最も重い得点(16.4, SD = 7.9)であり、12ヵ月経過時点[T4]が最も軽い得点(10.8, SD = 7.6)となっていた。また、自宅からの通院時間は常に35分程度となっており、最も頻繁に用いる手段は自動車やタクシーであった。

退院時点[T2]の厳封アンケートの結果は、表6にまとめられている。「あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたはこの病院の治療をお勧めしますか？」を問うことで測定した入院治療の満足度については、「勧める」「どちらかという勧める」の合計が85%以上となった。また、「あなたはご家族と一緒に住むことで、安心したり、心地よいと思ったりしますか？」について問う質問では、「思う」「どちらかという思う」の合計が約80%以上となっていた。表7は退院後6ヵ月経過時点[T3]の厳封アンケートの結果を示している。外来治療を受けた病院を他者に薦める程度については、「勧める」「どちらかという勧める」の合計が約90%以上であっ

た。また、家族と一緒に住むことに対する安心感について問う質問では、「思う」「どちらかという思う」の合計が約75%であった。

7. 退院時点の主観的評価と再入院の関連

退院時点[T2]のEQ-5D-5Lの効用値は、インデックス入院からの退院後12ヵ月間の再入院の有無を予想しなかった。同様に、退院時点のSPA-5やSDSの得点と12ヵ月間の再入院との間に有意な関連はなかった。

8. 厳封アンケートの結果と再入院の関連

退院時点[T2]における「あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたはこの病院の治療をお勧めしますか？」および「あなたはご家族と一緒に住むことで、安心したり、心地よいと思ったりしますか？」の回答は、インデックス入院からの退院後12ヵ月間の再入院の有無と統計的に有意な関連を示さなかった。退院後6ヵ月経過時点[T3]における「あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたはこの病院の治療をお勧めしますか？」も同様に、再入院の有無と関連しなかった。退院後6ヵ月経過時点[T3]において「あなたはご家族と一緒に住むことで、安心したり、心地よいと思ったりしますか？」で「思わない」と回答した参加者は、「そう思う」と回答した参加者と比較して、より再入院している傾向にあった(Odd ratio = 4.3, 95%CI = 2.1 to 8.5, p<0.001)。感度分析もこれらの傾向を支持した。

D. 考察

本研究は、急性期・救急病棟に新規に入院した患者について幅広い調査項目について検証した。本分担報告書では、問題行動部分を除く、各項目の記述統計を示した。さらに、患者報告式尺度などを用いた主観的評価が、退院後の再入院に関連しているかについては検証した。調査の結果、退院時の主観的評価は、

再入院を予想することはできなかった。本分担報告書は、これらの結果についてデータの妥当性と主観的評価の解釈について、考察を加える。

1. データの妥当性

本研究のデータの妥当性については、他研究のデータと比較することで部分的な検証が可能と思われる。本研究の参加者においては、インデックス入院以前の過去1年における再入院率が約38%であった。また、インデックス入院から退院後1年間の追跡における再入院率は約36%であった。2016年度および2017年度のNational database (NDB) 調査では、入院期間1年未満の患者の再入院率は35-38%であった。よって、再入院率という点において、本研究のサンプルは代表性が保たれているといえるかもしれない。

基本属性については、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¹⁵⁾。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。障害福祉サービスの利用状況について、退院後の地域生活を追跡した先行研究が退院後に障害福祉サービスを利用する人は30%未満であることを指摘している¹⁶⁾。本研究においても入院時点から退院後12カ月経過時点において、障害福祉サービスを利用する参加者が30%を超えることはなかった。上記、基礎情報やサービス情報に関する先行研究との比較から、本研究の参加者は大きな偏りのある

サンプルではないと考えられる。

2. 主観的評価

患者報告式の尺度を用いた主観的評価については、尺度によって結果が大きく異なった。まず健康関連の生活の質を測るEQ-5D-5Lは、効用値もVASも入院時点の得点が最も低く、退院時が最も高い結果であったが、得点の変化幅は必ずしも大きいものでなかった。生活の質の結果については、2つの解釈が考えられる。第1に、生活の質は症状の悪化などによって一定程度阻害されるが、症状の回復によって大きく上がるものではない可能性がある。もう1つはEQ-5D-5Lが統合失調症の患者などに対して感度が良くない可能性があり¹⁷⁾、得点が大きく動かなかつた可能性もある。同様に主体性を測るSPA-5については、4時点でほとんど得点に動きがなかった。SPA-5はassertive community treatmentの統合失調症の利用者を対象として開発されており¹¹⁾、障害程度の重い対象者も利用可能な尺度である。実際、SPA-5開発時の平均得点は17であり、本研究の結果と同程度である。すなわち、現在の入院ケアや地域ケアあるいは地域生活では、生活における主体性を感じる程度は変わらないとする解釈ができる。実際、生活の質や主体性に関連すると予想される社会的接触や社会的役割^{18,19)}も入院時点から退院後12カ月経過時にかけて改善しているわけではなく、主観的な生活評価の得点が上がらないことは妥当な結果といえるかもしれない。

主観的な障害の程度を測定するSDSについては、大きな変化が見られた。具体的には、参加者は入院時点が最も障害程度が重いと考える傾向にあり、時間経過とともに改善していった。この傾向は、スタッフ評価の機能尺度や症状評価とも類似したパターンとなっている。精神疾患、特に統合失調症を持つ患者は、認知機能や自我認識、病識の問題などが治療や支援の上で課題となることが多い^{20,21)}。他方、本研究の結果は、参加者が生活の中での

障害程度をある程度正確に把握できる可能性を示唆している。換言すると、退院後の患者の自己モニタリングが治療や支援にも役立つ可能性がある。他方、SDSを含めた全ての尺度の退院時の得点は退院後 12 ヶ月後以内の再入院の予測はできなかった。よって、退院時点の主観的評価の得点が、その後の再入院のリスク要因として重要なものにはならないと予想される。

3. サービス満足度と家族関係

厳封アンケートを用いた主観的サービス満足度については、参加者の多くが入院・外来治療を他者に勧める旨の回答をしていた。本研究に参加した医療機関には、地域の拠点病院や患者の退院後ケアを見据えた手厚いサービスを提供する機関が多く含まれている^{22,23)}。本研究に参加していない医療機関と直接比較することは困難であるが、一般的な医療機関よりも得点が高い可能性がある。他方、本研究の参加者は、口頭同意を得た人に限られており、比較的スタッフと関係性を作りやすい人が調査に参加した可能性がある。よって、高い満足度にはサンプリングバイアスが関連している可能性は否定できない。

主観的家族満足度については、特に良好であったのは退院時点であった。退院後 6 ヶ月後経過時点においてはやや家族満足度が下がる傾向にあった。この結果は、入院中に患者と家族との間に一時的に物理的距離ができることによって、両者の関係性が回復し、退院後に主観的な関係性に変化が生じたと解釈できるかもしれない。退院時点と比較し、退院後 6 ヶ月経過時点の満足度が低くなったことは、患者と家族と一緒に住むことで物理的距離が近くなり、両者に感情的なわだかまりが生じた可能性を示している。特に退院後 6 ヶ月時点の満足度は再入院の有無とも関連していた。地域によって多少の文化差はあるが、家族関係の悪化と患者の再発との関連は国際的に共通しており^{24,25)}、本研究の知見はそれ

らのエビデンスを再現する形となった。これらの結果は、患者が退院後に安心して暮らせる住環境の支援や家族支援の必要性を明示しているものと考えられる。

4. 本研究の限界

本研究はいくつかの限界を抱えるが、特に研究結果に影響を与える 2 点について言及する。第 1 に、本研究の参加者は口頭同意を得たものである。すなわち、入院時に重篤な症状や認知機能の低下を有していたものは、研究説明ができず本研究の対象となっていない。すなわち、最も重い症状を持つ患者層は、本研究に参加することが困難であった予想される。第 2 に、退院後 12 ヶ月経過時点の参加者の約 20%が脱落していたことがあげられる。仮に脱落した半数の参加者が再入院をしたと仮定すると、再入院率は 40%以上となる。今後、脱落者の特徴を把握するための分析が必要になると予想される。ただし、本研究と比較した類似した、英国の非同意入院患者を対象としたコホート研究では、追跡率が 50%となっている²⁶⁾。すなわち、本研究の追跡率は低い値ではないと考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 渡邊博幸：統合失調症の予後と転帰は改善しているのか？. 精神科治療学 33 : 87-93, 2018.
- 2) 渡邊博幸：就労(定着)支援を踏まえた統合失調症薬物治療. 臨床精神薬理 21 : 1363-1370, 2018.
- 3) 渡邊博幸：就労(定着)支援を踏まえた統合失調症の包括的治療. デイケア実践研究 23: 10-17, 2019.
- 4) 渡邊博幸：精神療法としての薬物療法 : 患者とのやりとりをめぐって. こころの

科学 203 : 58-62, 2019.

- 5) 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 : 921-925, 2019.
- 6) 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.
- 7) 渡邊博幸, 木村大: 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. 精神科救急 24 : 31-34, 2020.

2. 学会発表

- 1) 渡邊博幸: 30年後の地域精神科医療-人口減時代の多機関連携をテーマに-. 第114回日本精神神経学会学術総会, 神戸市, 20180623.
- 2) 渡邊博幸: 就労(定着)支援を踏まえた統合失調症の包括的治療. 日本デイケア学会第23回年次大会, 浦安市, 20181014.
- 3) 渡邊博幸: 就労(定着)支援のための包括的統合失調症治療. 第8回日本精神科医学会学術大会, 札幌市, 20190704.
- 4) 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, 仙台市, 20191018.
- 5) 渡邊博幸: いろいろな人達と連携し, ともに働く-多職種チームの作り方と運用のポイント-. SST 普及協会第24回学術集会, 前橋市, 20191207.

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: 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. 山口創生編: 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 平成30年度 総括・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, ppl-10, 2019.
- 7) Strauss JS, Carpenter WT, Jr: The prediction of outcome in schizophrenia: I. characteristics of outcome. Arch Gen Psychiatry 27:739-746, 1972.

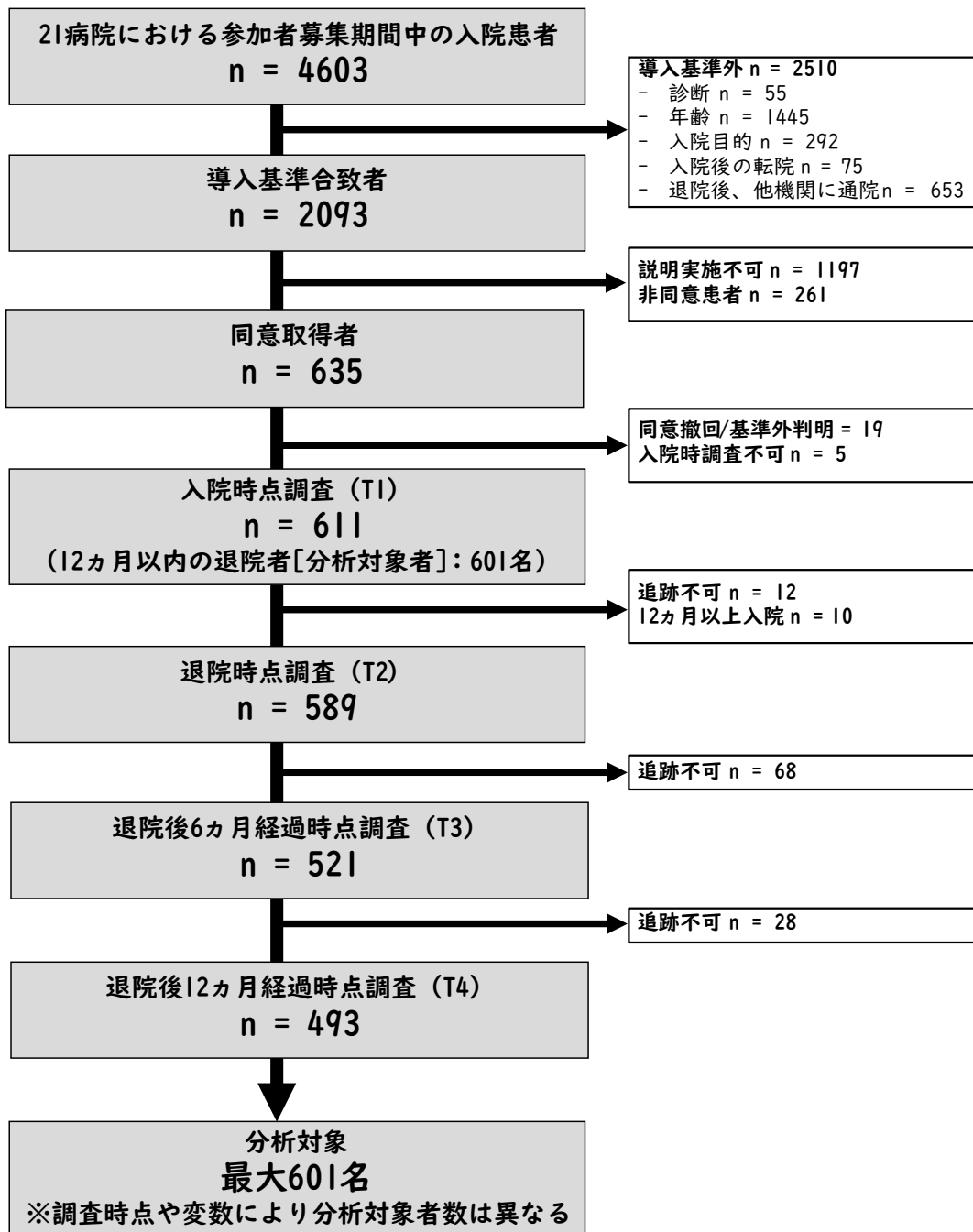
- 8) 稲田俊也：日本語版 PSP（個人的・社会的機能遂行度尺度）評価トレーニングシート ver.1.0. 日本精神科評価尺度研究会，東京，2011.
- 9) 池田俊也，白岩 健，五十嵐中，他：日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. 保健医療科学 64:47-55, 2015.
- 10) 吉田卓史，大坪天平，土田英人，和田良久，上島国利，福居顯二：Sheehan Disability Scale (SDISS) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 臨床精神薬理 7:1645-1653, 2004.
- 11) Yamaguchi S, Shiozawa T, Matsunaga 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
- 12) Sheehan D, Harnett-Sheehan K, Raj B: The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 11(Suppl 3):89-95, 1996.
- 13) 公共精神健康医療研究部：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.
- 14) 公共精神健康医療研究部：平成 29 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，2019.
- 15) 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 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）平成 30 年度 総括・分担報告書 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，国立精神・神経医療研究センター，小平，2019.
- 16) 山口創生，古家美穂，吉田光爾，他：重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト：ネステッド・クロスセクショナル調査. 精リハ誌 19:52-62, 2015.
- 17) Brazier J, Connell J, Papaioannou D, et al: A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures. *Health Technol Assess* 18:vii-viii, xiii-xxv, 1-188, 2014.
- 18) Marino CK: To belong, contribute, and hope: first stage development of a measure of social recovery. *J Ment Health* 24(2):68-72, 2015.
- 19) Secker J, Membrey H, Grove B, et al: Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental health problems for employment support services. *Disability & Society* 17(4):403-418, 2002.
- 20) 福田正人，村井俊哉，笠井清登，他：統合失調症の認知障害論. *Progress in Medicine* 32:2369-2375, 2012.
- 21) Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, et al: Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry* 17:12-23, 2018.
- 22) 山口創生：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. 山口創生編：厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）令和元年度 総括・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， ppl-10， 2020.
- 23) 藤井千代：好事例分析．山口創生編：厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）令和元年度 総括・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， pp57-66， 2020.
- 24) Butzlaff RL, Hooley JM: Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 55(6):547-552, 1998.
- 25) O'Driscoll C, Sener SB, Angmark A, et al: Caregiving processes and expressed emotion in psychosis, a cross-cultural, meta-analytic review. Schizophr Res 208::8-15, 2019.
- 26) Priebe S, Katsakou C, Amos T, et al: Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. Br J Psychiatry 194:49-54, 2009.
- 24) Butzlaff RL, Hooley JM: Expressed emotion and psychiatric relapse: A

留意事項

本分担報告書が示す記述統計および分析結果は、2021年3月10日時点のデータを分析したものである。今後のデータクリーニングの過程でデータセットに修正が生じる可能性がある。よって、本報告の結果は、最終的な分析結果と異なる可能性がある。また、データクリーニング完了前であることから、データに矛盾がある箇所がある可能性もある

図1 参加者の組み入れの流れ図



※追跡状況は2021年3月10日時点のもの

表 1 入院時点調査 [T1] における記述統計 (その 1)

項目	n	n	%
性別	601	女性	341 56.7
		男性	260 43.3
年齢	601	平均値, 標準偏差	42.0 10.7
住居形態		家族同居	447 74.4
		一人暮らし	109 18.1
		グループホームなど	44 7.3
		その他	1 0.2
主診断 (ICD-10)	601	F0	9 1.5
		F1	23 3.8
		F2	351 58.4
		F3: 双極性以外	83 13.8
		F3: 双極性	75 12.5
		F4	24 4.0
		F5	9 1.5
		F6	6 1.0
		F7	13 2.2
		F8	7 1.2
F9	1 0.2		
入院時の精神症状 (有)	601	幻覚妄想状態	286 47.6
		精神運動興奮状態	86 14.3
		昏迷状態	20 3.3
		統合失調症残遺状態	29 4.8
		抑鬱状態	152 25.3
		躁状態	60 10.0
		せん妄状態	6 1.0
		もうろう状態	7 1.2
		認知症	0 0.0
重複診断 (有)	601	薬物依存	25 4.2
		知的障害	52 8.7
		発達障害	39 6.5

表 1 入院時点調査 [T1] 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)	601 循環器・心疾患	28	4.7
	脳血管疾患	3	0.5
	末梢血管疾患	1	0.17
	糖尿病	56	9.3
	肝疾患	12	2.0
	腎疾患	7	1.2
	慢性肺・呼吸器疾患	12	2.0
	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	68	11.3
身長	601 平均値, 標準偏差	162.8	8.6
体重	601 平均値, 標準偏差	65.4	16.8
BMI	601 平均値, 標準偏差	24.6	6.0
特定薬物治療	601 LAI	67	11.2
	601 クロザピン	19	3.2
入院時の病棟	601 救急病棟	512	85.2
	急性期病棟	89	14.8
入院形態	601 任意	205	34.1
	医療保護	366	60.9
	措置	20	3.3
	緊急措置	3	0.5
	応急	7	1.2
入院理由	他害	85	14.1
	自傷・自殺企図	101	16.8
	セルフネグレクト	59	9.8

表 1 入院時点調査 [T1] における記述統計 (その 3)

項目		n	%
精神障害者保健福祉手帳	601 なし	323	53.7
	あり	278	46.3
	278 1 級	23	
	2 級	216	
	3 級	39	
身体障害者手帳	601 なし	575	95.7
	あり	26	4.3
療育手帳	601 なし	579	96.3
	あり	22	3.7
障害年金	601 なし	345	57.4
	あり	256	42.6
生活保護	601 なし	528	88.0
	あり	72	12.0
他のケースマネジメント (有)	601 計画相談	136	22.6
	介護保険	2	0.33
	医療観察法	3	0.5
医療訪問サービス (有)	601 訪問看護	161	26.8
	161 (平均訪問件数/月, 標準偏差)	4.3	3.6
	その他	21	3.5
	21 (平均訪問件数/月, 標準偏差)	3.8	5.1
その他の医療サービス (有)	精神科デイケア	58	9.7
	その他	7	1.2
障害福祉サービス (有)	601 何らかの障害福祉サービスあり	140	23.3
	就労継続 A 型	12	2.0
	就労継続 B 型	65	10.8
	就労移行支援	9	1.5
	生活訓練	7	1.2
	自立生活援助	3	0.5
	居宅介護	28	4.7
	生活介護	10	1.7
	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	3.2
クライシスプラン	601 なし	571	95.0
	あり	30	5.0

表 1 入院時点調査 [T1] における記述統計 (その 4)

項目		n	%
過去 1 年以内の入院	587 あり	226	37.6
過去の精神科入院回数	601 平均値, 標準偏差	4.3	5.7
(うち過去 1 年以内)	601 平均値, 標準偏差	0.5	0.9
(うち過去 1 年以内に入院ありの人)	226 平均値, 標準偏差	1.4	0.9
過去 1 年の平均入院日数	600	33.9	65.2
(うち過去 1 年以内, 入院ありの人のみ)	226	90.3	79.0
過去 1 年の入院に含まれる内容			
レスパイト	226	37.0	16.4
ECT		6.0	2.7
検査		1.0	0.4
その他		11.0	4.9
過去 1 年の入院形態			
任意	226 あり	123	54.4
医療保護	226 あり	113	50.0
措置	226 あり	8	3.5
緊急措置	226 あり	1	0.4
応急	226 あり	3	1.3
非同意入院	226 あり	120	53.1
過去 1 年の入院理由			
他害	226 あり	27	12.1
自傷・自殺企図	226 あり	41	18.3
セルフネグレクト	226 あり	30	13.4
過去 1 年の外来受診	601 0 回	66	11.0
	1 回	21	3.5
	2 回以上	514	85.5
過去 1 年の緊急外来受診	601 なし	316	52.6
	あり	241	40.1
	不明	44	7.3
過去 1 年の警察介入	601 なし	486	80.9
	あり	115	19.1
過去 1 年の保健所介入	601 なし	554	92.2
	あり	47	7.8

表 1 入院時点調査 [T1] における記述統計 (その 5)

項目		n	%
症状のなさ	601 症状や徴候がない	35	5.8
	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	183	30.5
	中等度の症状がときどき	188	31.3
	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	166	27.6
	持続的で重度の症状や徴候	29	4.8
	社会的接触	610	
	週 1 回友人と会う	98	16.3
	月に 2, 3 回友人と会う	72	12.0
	月に 1 回友人と会う	105	17.5
	近所づきあい等を除きあわない	240	39.9
	だれとも会わない	86	14.3
職業・社会的役割	601 なし	376	62.6
	あり	225	37.4
	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	142	
	6 カ月未満	32	
	6 カ月以上	109	
	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	12	
	6 カ月未満	5	
	6 カ月以上	7	
	その他（主婦・学生含む）	46	
	6 カ月未満	17	
6 カ月以上	29		
PSP 合計	600 平均値, 標準偏差	47.1	18.8

表 1 入院時点調査 [T1] における記述統計 (その 6)

病院と自宅の距離 (入院時データ)			
	n	平均値	標準偏差
最短ルート距離	600	16.7	22.4
直線距離	600	13.7	21.5
サービス普及状況			
	n	平均値	標準偏差
A 訪問看護ステーション	599	3.8	4.4
B 居宅介護	599	23.5	24.4
C 生活介護	599	5.3	5.3
D 短期入所	599	1.8	2.4
E 共同生活援助	599	4.6	3.8
F 自立訓練(生活訓練)	599	1.7	2.0
G 就労移行支援(一般型)	599	4.2	4.8
H 就労移行支援(資格取得型)	599	0.0	0.0
I 就労継続支援(A型)	599	4.7	6.7
J 就労継続支援(B型)	599	9.1	8.4
K 地域活動支援センター(精神)	461	4.9	5.7
L 計画相談支援	599	9.2	8.4
M 地域移行支援	599	4.2	4.9
N 地域定着支援	599	4.1	4.9
地域精神保健サービス (A-L)	601	71.5	61.3
精神障害福祉サービス (B-L)	601	67.7	57.5
精神障害福祉サービス, 相談支援除く (B-K)	601	58.5	49.7
地域サービスの整備状況			
	n	度数	割合
基幹相談支援センター	443	207	46.7
住宅入居等支援事業 (居住サポート)	472	148	31.4
障害者総合支援法の協議会設置	472	447	94.7
障害者総合支援法の協議会設置 (精神)	473	90	19.0

表 2 退院時点調査 [T2] における記述統計 (その 1)

項目	n	n	%
365 日以内の入院	なし	10	
	あり	589	98.0
	追跡不可	12	2.0
入院日数	585	平均値, 標準偏差	67.9 46.9
計画的な退院	587	計画的	557 94.9
		非計画的	30 5.1
退院時の病棟	581	救急病棟	441 75.9
		急性期病棟	98 16.9
		療養病棟	42 7.2
退院時の入院形態	585	任意	348 59.5
		医療保護	230 39.3
		措置	4 0.7
		緊急措置	1 0.2
		応急	2 0.3
診断名の変更	589	なし	575 98.0
		あり	12 2.0
	589	F0	8 1.4
		F1	22 3.7
		F2	342 58.1
		F3: 双極性以外	81 13.8
		F3: 双極性	75 12.7
		F4	25 4.2
		F5	10 1.7
		F6	6 1.0
		F7	12 2.0
		F8	7 1.2
		F9	1 0.2
住居変更	583	なし	541 92.8
		あり	42 7.2

表 2 退院時点調査 [T2] 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)	587 循環器・心疾患	29	4.9
	脳血管疾患	1	0.2
	末梢血管疾患	0	0
	糖尿病	48	8.2
	肝疾患	7	1.2
	腎疾患	6	1.0
	慢性肺・呼吸器疾患	12	2.0
	消化器潰瘍性疾患	5	0.9
	認知症	0	0.0
	麻痺	5	0.9
	膠原病	3	0.5
	HIV	0	0.0
	悪性腫瘍：原発性 (リンパ腫・白血病含む)	5	0.9
	悪性腫瘍：転移性	0	0.0
	喫煙	73	12.4
	身長	589 平均値, 標準偏差	162.8
体重	586 平均値, 標準偏差	65.9	15.8
BMI	586 平均値, 標準偏差	24.8	5.6
隔離の指示	587 なし	351	59.8
	あり	236	40.2
	236 平均日数 (ありケースのみ)	17.2	18.2
身体拘束の指示	なし	544	92.7
	あり	43	7.3
	43 平均日数 (ありケースのみ)	11.6	13.0
特定薬物治療	587 LAI	92	15.7
	587 クロザピン	24	4.1
	587 ECT	15	2.56
特定の支援	587 退院後の支援計画表	152	25.89
	587 クライシスプラン	71	12.1

表 2 退院時点調査 [T2] における記述統計 (その 3)

項目		n	%
退院後生活環境相談員/ 相談担当者/ケースマネージャーの有無	なし	41	7.0
	あり	546	93.0
職種	精神保健福祉士	500	91.6
	看護師	36	6.6
	作業療法士	3	0.6
	ソーシャルワーカー	7	1.3
院内の多職種チーム による会議	なし	263	44.8
	あり	324	55.2
	322 月当たりの回数 (M±SD)	1.5	0.9
	322 当事者の有無	178	55.3
	320 最初開催日までの日数 (M±SD)	23.6	28.2
	177 最初開催日までの日数+当事者 (M±SD)	28.8	30.3
院外の支援者が参加する 会議 (ケア会議) の開催	なし	428	72.9
	あり	159	27.1
	158 月当たりの回数 (M±SD)	1.1	0.5
	156 当事者の有無	140	89.7
	158 最初開催日までの日数 (M±SD)	50.1	37.0
	139 最初開催日までの日数+当事者 (M±SD)	49.7	38.2

表 2 退院時点調査 [T2] における記述統計 (その 4)

項目		n	%
住居支援	587 あり	61	10.4
外泊訓練・退院前訪問指導	587 あり	389	66.3
運動プログラム	587 あり	96	16.4
	94 月当たりの回数 (M±SD)	7.3	6.8
服薬指導	587 あり	226	38.5
	225 月当たりの回数 (M±SD)	2.1	3.2
疾病教育	587 あり	136	23.2
	136 月当たりの回数 (M±SD)	2.8	1.7
身体健康管理	587 あり	43	7.3
	43 月当たりの回数 (M±SD)	4.5	7.9
栄養指導	587 あり	42	7.2
	41 月当たりの回数 (M±SD)	1.2	0.6
金銭・生活管理	587 あり	45	7.7
	44 月当たりの回数 (M±SD)	4.5	7.8
その他の個別心理教育	587 あり	39	6.6
	38 月当たりの回数 (M±SD)	3.1	1.6
社会技能訓練 (SST)	587 あり	63	10.7
	63 月当たりの回数 (M±SD)	2.6	1.5
認知行動療法 (CBT)	587 あり	10	1.7
	10 月当たりの回数 (M±SD)	2.7	2.2
元気回復行動プラン (WRAP)	587 あり	13	2.2
	13 月当たりの回数 (M±SD)	3.2	5.2
個別作業療法 (個別 OT)	587 あり	82	14.0
	81 月当たりの回数 (M±SD)	10.9	7.6
認知機能リハビリテーション	587 あり	0	0.0
	0 月当たりの回数 (M±SD)	-	-
家族心理教育	587 あり	14	2.4
	14 月当たりの回数 (M±SD)	1.6	1.1
ピアスタッフの支援	587 あり	12	2.0
	12 月当たりの回数 (M±SD)	1.6	1.0

表 2 退院時点調査 [T2] における記述統計 (その 5)

項目		n	%
症状のなさ	584 症状や徴候がない	107	18.3
	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	368	63.0
	中等度の症状がときどき	75	12.8
	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	28	4.8
	持続的で重度の症状や徴候	6	1.0
	<hr/>		
	職業・社会的役割	585 なし	431
あり		154	26.3
<hr/>			
自営業あり			
入院中継続		15	
入院中に退職		12	
企業等：一般求人			
入院中継続		66	
入院中に退職		21	
企業等：障害者求人			
入院中継続		5	
入院中に退職		4	
就労継続 A 型			
入院中継続		6	
入院中に退職		3	
その他（主婦・学生含む）			
入院中継続	29		
入院中に退職	1		
<hr/>			
PSP 合計	585 平均値, 標準偏差	66.9	14.4

表 3 退院後 6 カ月経過時点調査 [T3] における記述統計 (その 1)

項目	n		n	%
調査時点の入院ケース	511	入院なし	435	85.1
		入院中	76	14.9
6 カ月間の再入院有無	521	再入院なし	398	76.4
		再入院あり	123	23.6
入院回数 (入院ケース)	123	平均値, 標準偏差	1.2	0.5
6 カ月間の再入院有無: 同意入院	521	再入院あり	62	11.9
6 カ月間の再入院有無: 非同意入院	521	再入院あり	68	13.1
6 カ月間の再入院有無: レスパイト	521	再入院あり	34	6.5
入院理由	119	他害	8	6.7
		自傷・自殺企図	11	9.2
		セルフネグレクト	7	5.9
身長	472	平均値, 標準偏差	162.9	8.5
体重	581	平均値, 標準偏差	68.4	16.4
BMI	581	平均値, 標準偏差	25.8	5.8
住居変更	512	なし	483	94.3
		あり	29	5.7
退院後 7 日以内の外来診察	514	なし	346	67.3
		あり	168	32.7
過去 6 カ月の診察回数	514	平均値, 標準偏差	10.2	5.7
定期的な外来診察の傾向	515	不定期	48	9.3
		定期	467	90.7
外来診察の中断	514	なし	492	95.7
		あり	22	4.3

表 3 退院後 6 カ月経過時点調査 [T3] における記述統計 (その 2)

項目	n		n	%
ケースマネージャーの有無	515	なし	392	76.1
		あり	123	23.9
ケースマネージャーの所属	118	訪看	57	
		デイケア	7	
		相談室/連携室	50	
		その他	4	
ケースマネージャーの職種	115	PSW	65	56.0
		Ns	40	34.5
		OT	4	3.5
		SW	2	1.7
		その他	4	3.5
他のケースマネジメント (有)	515	計画相談	142	27.6
		介護保険	1	0.2
		医療観察法	1	0.2
医療訪問サービス (有)	515	訪問看護	198	38.5
		197 (平均訪問件数/月, 標準偏差)	4.3	3.5
		その他	27	5.2
		- (平均訪問件数/月, 標準偏差)	-	-
その他の医療サービス (有)	515	精神科デイケア	59	11.5
		その他	21	4.1
障害福祉サービス (有)	513	何らかの障害福祉サービスあり	136	26.5
		就労継続 A 型	6	1.2
		就労継続 B 型	62	12.1
		就労移行支援	15	2.9
		生活訓練	4	0.8
		自立生活援助	6	1.2
		居宅介護	26	5.1
		生活介護	9	1.8
		地域移行支援	2	0.4
		地域定着支援	2	0.4
		地域活動支援センター	18	3.5
その他	9	1.8		
特定薬物治療	515	LAI	82	15.9
		クロザピン	24	4.7
特定の支援	514	オンライン診察	0	0.0
		クライシスプラン	48	9.3

表 3 退院後 6 カ月経過時点調査 [T3] における記述統計 (その 3)

項目		n	%
症状のなさ	508 症状や徴候がない	105	20.7
	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	239	47.1
	中等度の症状がときどき	101	19.9
	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	54	10.6
	持続的で重度の症状や徴候	9	1.8
	社会的接触	509	
	週 1 回友人と会う	87	17.1
	月に 2, 3 回友人と会う	60	11.8
	月に 1 回友人と会う	91	17.9
	近所づきあい等を除きあわない	170	33.4
	だれとも会わない	101	19.8
職業・社会的役割	511 なし	376	73.6
	あり	135	26.4
	自営業あり	12	
	6 カ月未満	3	
	6 カ月以上	9	
	企業等：一般求人	74	
	6 カ月未満	31	
	6 カ月以上	40	
	企業等：障害者求人	13	
	6 カ月未満	6	
	6 カ月以上	5	
	就労継続 A 型	8	
	6 カ月未満	4	
	6 カ月以上	4	
	その他 (主婦・学生含む)	23	
	6 カ月未満	7	
6 カ月以上	16		
PSP 合計	509	平均値, 標準偏差	65.0 16.4

表 4 退院後 12 ヶ月経過時点調査 [T4] における記述統計 (その 1)

項目	n		n	%
調査時点の入院ケース	481	入院なし	416	86.5
		入院中	65	13.5
12 ヶ月間の再入院有無	493	再入院なし	314	63.7
		再入院あり	179	36.3
入院回数 (入院ケース)	139	平均値, 標準偏差	1.2	0.5
入院理由	119	他害	11	8.2
		自傷・自殺企図	19	14.2
		セルフネグレクト	13	9.7
身長	493	平均値, 標準偏差	162.8	8.5
体重	483	平均値, 標準偏差	68.8	16.8
BMI	483	平均値, 標準偏差	25.9	5.9
住居変更	485	なし	465	95.9
		あり	20	4.1
過去 6 ヶ月の診察回数	484	平均値, 標準偏差	8.5	5.2
定期的な外来診察の傾向	482	不定期	52	10.8
		定期	430	89.0
外来診察の中断	483	なし	456	94.2
		あり	27	5.6

表 4 退院後 12 ヶ月経過時点調査 [T4] における記述統計 (その 2)

項目	n	n	%
ケースマネージャーの有無	484	なし	370 76.5
		あり	114 23.6
ケースマネージャーの所属	112	訪看	49 43.8
		デイケア	7 6.3
		相談室/連携室	48 42.9
		その他	8 7.1
ケースマネージャーの職種	111	PSW	67 60.4
		Ns	30 27.0
		OT	4 3.6
		SW	6 5.4
		その他	3 2.7
他のケースマネジメント (有)	482	計画相談	129 26.8
		介護保険	0 0.0
		医療観察法	1 0.2
医療訪問サービス (有)	485	訪問看護	176 36.3
		(平均訪問件数/月, 標準偏差)	4.1 3.2
		その他	27 5.6
		(平均訪問件数/月, 標準偏差)	3.4 2.6
その他の医療サービス (有)	485	精神科デイケア	46 9.5
		その他	7 1.4
障害福祉サービス (有)	484	何らかの障害福祉サービスあり	137 28.3
		就労継続 A 型	10 2.1
		就労継続 B 型	68 14.1
		就労移行支援	18 3.7
		生活訓練	7 1.5
		自立生活援助	5 1.0
		居宅介護	22 4.6
		生活介護	9 1.9
		地域移行支援	5 1.0
		地域定着支援	5 1.0
		地域活動支援センター	14 2.9
		その他	10 2.1
特定薬物治療	485	LAI	77 15.9
		クロザピン	28 5.8
特定の支援	514	オンライン診察	0 0.0
		クライシスプラン	35 7.2

表 4 退院後 12 カ月経過時点調査 [T4] における記述統計 (その 3)

項目		n	%
症状のなさ	473 症状や徴候がない	112	23.7
	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	226	47.8
	中等度の症状がときどき	89	18.8
	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	35	7.4
	持続的で重度の症状や徴候	11	2.3
	社会的接触	476	
	週 1 回友人と会う	68	14.3
	月に 2,3 回友人と会う	61	12.8
	月に 1 回友人と会う	88	18.5
	近所づきあい等を除きあわない	162	34.0
	だれとも会わない	97	20.4
職業・社会的役割	480 なし	354	73.8
	あり	126	26.3
	自営業あり	14	
	6 カ月未満	1	
	6 カ月以上	13	
	企業等：一般求人	65	
	6 カ月未満	23	
	6 カ月以上	41	
	企業等：障害者求人	14	
	6 カ月未満	7	
	6 カ月以上	5	
	就労継続 A 型	11	
	6 カ月未満	3	
	6 カ月以上	7	
	その他（主婦・学生含む）	16	
6 カ月未満	2		
6 カ月以上	3		
PSP 合計	480 平均値, 標準偏差	67.0	16.6

表 5 参加者の主観的評価の結果

項目	入院時_T1		入院時_T2		6ヵ月後_T3		12ヵ月後_T4		
	n/M	%/SD	n/M	%/SD	n/M	%/SD	n/M	%/SD	
EQ-5D-5L：効用値	n = 488		481		473		462		
平均値, 標準偏差	0.72	0.19	0.81	0.17	0.76	0.19	0.78	0.19	
VAS	n = 490		482		474		469		
平均値, 標準偏差	58.2	24.8	70.5	21.3	64.3	22.6	66.1	22.1	
SPA-5	n = 490		482		473		469		
平均値, 標準偏差	17.2	5.0	17.7	4.8	17.0	5.1	16.9	5.1	
SDS	n = 489		473		463		463		
平均値, 標準偏差	16.4	7.9	12.2	7.4	11.4	8.1	10.8	7.6	
SDS：重要な障害	n = 489		473		463		463		
(n, %)	なし	87	17.8	171	36.2	200	43.2	212	45.8
	あり	402	82.2	302	63.9	263	56.8	251	54.2
自宅からの時間	n = 488		479		472		468		
平均値, 標準偏差	37.7	24.6	37.7	24.8	36.9	23.7	36.1	23.8	
自宅からの交通手段	n = 489		478		474		467		
(n, %)	公共交通機関	101	20.7	104	21.8	112	23.6	116	24.8
	自動車/タクシー	330	67.5	316	66.1	293	61.8	291	62.3
	自転車	26	5.3	32	6.7	41	8.7	34	7.3
	徒歩	32	6.5	26	5.4	28	5.9	26	5.6

*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」ありと判断される

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

VAS = Visual Analogue Scale for EQ-5D-5L

SDS = Sheehan Disability Scale

SPA-5 = Five-item Subjective Personal Agency scale

表 6 退院時点調査 [T2] における厳封アンケートの結果

		回答者数	勧める		どちらかという と勧める		どちらかという と勧めない		勧めない	
		N	n	%	n	%	n	%	n	%
今回の入院に関して、あなたの満足度に関する感想を教えてください。										
1	あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたは この病院の治療をお勧めしますか？	534	291	54.5	169	31.7	47	8.8	27	5.1
今回の入院に関して、以下の項目について全体的な満足度を教えてください										
			満足	どちらかという と満足		どちらかという と不満足		不満足		
2	医師の対応（例：気遣いや気配り、配慮など）	535	310	57.9	168	31	35	6.5	22	4.1
3	医師による治療（例：診察や処方内容など）	535	292	54.6	170	32	53	9.9	20	3.7
4	医師以外のスタッフの対応（例：気遣いや気配り、配慮など） *医師以外のスタッフ = 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理師など	532	264	49.6	197	37	48	9.0	23	4.3
5	医師以外のスタッフによる治療（例：面談やプログラム内容など） *医師以外のスタッフ = 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理師など	532	264	49.6	203	38	49	9.2	16	3.0
6	施設と設備（例：お部屋、ベッド、トイレ、お風呂、電話、テレビ、自動販売機、掲示物など）	530	220	41.5	199	38	82	15.5	29	5.5
今回の入院について、あなたは必要だったと思いますか？										
7	今回の入院について、あなたは必要だったと思いますか？	534	361	67.6	113	21.2	36	6.7	24	4.5
今後の外来通院について、あなたは必要だと思いますか？										
8	今後の外来通院について、あなたは必要だと思いますか？	532	413	77.6	82	15.4	21	4.0	16	3.0
あなたのご家族や家庭について教えてください。										
			思う	どちらかという と思う		どちらかという と思わない		思わない		
9	あなたのご家族と一緒に住むことで、安心したり、心地よいと思ったり しますか？	531	273	51.4	148	27.9	58	10.9	52	9.8
あなたのご家族との関係に関して、以下の項目について全体的な感想を教えてください										
			理解している	どちらかという と理解している		どちらかという と理解していない		理解していない		
10	あなたの病気のことを理解している	532	250	47.0	167	31.4	72	13.5	43	8.1
11	経済的に助けてくれている	531	345	65.0	95	17.9	28	5.3	63	11.9
12	適度な距離を保ってくれている（がみがみ言わないが、無視もしない）	532	256	48.1	178	33.5	55	10.3	43	8.1

表 7 退院後 6 カ月経過時点調査調査 [T3] における厳封アンケートの結果

		回答者数	勧める		どちらかという と勧める		どちらかという と勧めない		勧めない	
		N	n	%	n	%	n	%	n	%
今回の入院に関して、あなたの満足度に関する感想を教えてください。										
1	あなたにとって大切な人が、同じ治療が必要になったときに、あなたは この病院の治療をお勧めしますか？	472	277	58.7	141	29.9	26	5.5	28	5.9
今回の入院に関して、以下の項目について全体的な満足度を教えてください										
			満足	どちらかという と満足		どちらかという と不満足		不満足		
2	医師の対応（例：気遣いや気配り、配慮など）	475	274	57.7	143	30.1	40	8.4	18	3.8
3	医師による治療（例：診察や処方内容など）	474	258	54.4	155	32.7	44	9.3	17	3.6
4	医師との診察の中で、言いたいことを伝える時間	477	227	47.6	164	34.4	60	12.6	26	5.5
5	医師以外のスタッフの対応（例：気遣いや気配り、配慮など） *受付スタッフ、相談室のスタッフ、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理師など	474	261	55.1	154	32.5	37	7.8	22	4.6
6	待合室の環境と待ち時間（例：待ち時間、混雑度、掲示物、ソファ、トイレ、 照明、音楽、自動販売機、ウォーターサーバーなど）	470	190	40.4	180	38.3	78	16.6	22	4.7
あなたのご家族や家庭について教えてください。										
			思う	どちらかという と思う		どちらかという と思わない		思わない		
7	これまでの外来通院について、あなたは必要だったと思いますか？	477	349	73.2	83	17.4	28	5.9	17	3.6
8	今後の外来通院について、あなたは必要だと思いますか？	475	344	72.4	83	17.5	31	6.5	17	3.6
あなたのご家族との関係に関して、以下の項目について全体的な感想を教えてください										
			理解している	どちらかという と理解している		どちらかという と理解していない		理解していない		
10	あなたの病気のことを理解している	470	218	46.4	154	32.8	66	14.0	32	6.8
11	経済的に助けてくれている	468	287	61.3	80	17.1	31	6.6	70	15.0
12	適度な距離を保ってくれている（がみがみ言わないが、無視もしない）	469	233	49.7	153	32.6	51	10.9	32	6.8

特定薬剤治療を含む様々な要因と再入院との関連についての評価

研究分担者：来住由樹（岡山県精神科医療センター）

要旨

本分担班は、Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan (ePOP-J) プロジェクトの中で、クロザピンや持続性注射剤 (Long Acting Injection: LAI) などの特定薬剤治療の評価を担当した。本報告では、インデックス入院から退院後 12 ヶ月以内の再入院をアウトカムとし、特定薬剤を含め、アウトカムに関連する様々な要因を探索的に検証することを目的とした。調査の結果、退院後 12 ヶ月間の追跡が可能であった 493 名を分析対象とした。退院後 12 ヶ月以内の再入院と関連した個人要因には、一人暮らしをしていること (Odds Ratio [OR] = 2.02, P = 0.008)、インデックス入院以前の過去 1 年に入院経験があること (OR = 3.37, P < 0.001)、入院回数が多いこと (B = 0.79, P < 0.001)、退院時の症状の程度 (B = 0.36, P = 0.013)、入院時・退院時に社会的役割があること (例：入院時：OR = 0.50, P = 0.002) が含まれた。治療・支援要因として、入院ケアでは、多職種ミーティングが開催された参加者において再入院が少ない傾向にあった (OR = 0.60, P = 0.017)。LAI などを含め、その他の治療法については再入院と関連がなかった。また外来・地域ケアでは、退院後 6 ヶ月経過時点と 12 ヶ月経過時点の定期的な外来診察は、低い再入院率と関連していた (例：6 ヶ月経過時点：OR = 0.48, P = 0.027)。他方、退院後 7 日以内の外来診察 (OR = 1.60, P = 0.028)、訪問看護の利用 (例：6 ヶ月経過時点：OR = 2.32, P < 0.001)、外来医療ケースマネジメントの利用 (例：6 ヶ月経過時点：OR = 1.64, P = 0.040) は高い再入院率と関連していた。加えて、入院中の多職種ミーティングの開催と退院後の訪問看護/ケースマネジメントの両方がない参加者と比較し、入院中に多職種ミーティングがなく、退院後に訪問看護/ケースマネジメントを利用した参加者は再入院の確率が有意に高くなっていた (例：多職種ミーティング (無) × 6 ヶ月経過時点の訪問看護 (有) OR = 3.22, P = 0.001, 多職種ミーティング (無) × 6 ヶ月経過時点のケースマネジメント (有) OR = 2.13, P = 0.047)。自宅と病院との距離や居住地域の社会資源の多寡は、再入院と有意な関連を示さなかった。再入院についての関連要因を検証した結果、個人要因については、症状や過去の入院経験、社会的役割など先行研究で指摘されている変数が再入院と関連しており、臨床的ケアと社会的ケアの双方の必要性が示唆された。一人暮らしについてはリスクと捉えるよりもニーズとして捉え、一人暮らしを希望する患者に適切な支援を届ける方法が今後の課題になると予想される。治療・支援要因については、再入院防止という観点で、入院中から退院後の生活を見据えた多職種によるかわりの重要性が示唆された。外来・地域支援において、訪問看護やケースマネジメントの利用と再入院が関連していた背景には、機関連携の改善や入院機関へのアクセシビリティの向上、退院後の生活支援ニーズの増大、再入院に対する認識の変化などが影響している可能性がある。他方、現制度下では包括的かつ効果的な外来・地域サービスを提供することは困難であり、参加者が調子を崩した場合の治療の選択肢が入院に限られていることも訪問看護やケースマネジメントの利用と再入院との関連を説明するかもしれない。本報告の分析が扱ったアウトカム変数は「再入院の有無」だけであり、大きな研究の限界となっている。今後は、再入院の種類 (例：レスパイト、非同意)、最初の再入院までの期間、追跡期間中の再入院日数および地域生活日数、その他の社会的役割など、様々な変数をアウトカムとした検証が必要になると予想される。また、より上位の統計分析を用いて、再入院やその他のアウトカム変数に特に関連が強い曝露変数を特定する作業が期待される。

A. 研究の背景と目的

過去 70 年間で、国際的に精神疾患の患者の脱施設化が進み、地域で生活する患者が増加している。脱施設化後の精神科ケアにおいては、患者のニーズに基づき、患者の安定かつ継続的な地域生活を支援することが大きな目標となった¹⁾。この目標の達成のために、多くの研究が再入院のリスク要因の解明や再入院防止に役立つ治療や支援の開発に取り組んできた。例えば、診断、問題行動の有無、重い症状、低い機能、頻回入院、長い入院期間、身体疾患の有無などの個人要因はしばしば指摘される再入院のリスク要因である²⁻⁴⁾。住居形態、社会的機会（あるいはソーシャルサポート）の有無、地域ケアの地域資源の状況、自宅と病院との距離などの環境要因も再入院に関連する可能性があるリスクとして、紹介されることがある⁴⁻⁶⁾。加えて、多職種によるケア、ケースマネジメントの提供、近年発展が著しいクロザピンや持続性注射剤（Long Acting Injection:LAI）などの特定薬剤などは、再入院の減少に期待できる介入として、システムティックレビューやメタ分析で指摘されている⁷⁻¹⁰⁾。上記のように、精神科患者に対する地域ケアの国際的な発展の中で、精神科患者の再入院予防に関するエビデンスは多角的に検証されてきた歴史がある。

国際的にエビデンスが蓄積される一方で、日本では入院時点から地域生活までを継続して追跡し、再入院に関連する要因を包括的に検証した研究はごくわずかである¹¹⁾。また、日本の精神科医療が長期入院時代から短期入院時代に移行中であるが、比較的短期、例えば入院後 1 年以内に退院する患者の予後に焦点を当てた研究は見当たらない。すなわち、日本の短期入院時代の文脈における再入院のリスク要因や治療・支援は未解明のままとなっている。このエビデンスギャップに取り組むために、本分担班は入院後 1 年以内に退院する患者を対象として、特定薬剤治療を含めた治療・支援要因、個人要因、環境要因が退院

後 12 ヶ月以内の再入院の有無に関連するかについて探索的に検証することを目的とした。

本研究は、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である、Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan (ePOP-J) プロジェクトの一部である。ePOP-J の研究計画の詳細については、プロトコル論文¹¹⁾および 2018 年度総括報告書¹²⁾・2020 年度総括報告書を参照されたい。加えて、本報告はデータクリーニングの途中段階であるデータセット（2021 年 3 月 10 日時点）を用いた。よって、最終的な分析結果は本報告の結果と異なる点があることに留意されたい。

B. 方法

1. 分析対象

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、導入基準に合致し、かつ同意を得た者は 611 名であった。本分担報告では、そのうち 12 か月間の追跡可能であった 493 名を分析の対象とする。ただし、変数によってはデータに欠損があるため、実際の分析対象数は各変数によって異なった。導入基準の詳細や組み入れの詳細は、総括報告書 (ppl-15) を参照されたい。

2. 調査タイミングと曝露

本研究における調査のタイミングは、入院時点[T1]、退院時点[T2]、退院後 6 ヶ月経過時点[T3]、退院後 12 ヶ月経過時点[T4]の 4 時点であった。本分担報告では、参加者から同意を取得した際の入院を、その後の再入院と区別するために「インデックス入院」と呼ぶこともある。各時点の変数の記述統計については渡邊分担班報告書 (ppl7-48) で報告されている。

本研究は研究目的に沿って、個人要因（例：性別、年齢、診断、症状など）、治療・支援要因（例：入院中や退院後の支援、特定薬剤な

ど)、環境要因(地域における資源数)に焦点を当てて、それらの変数とインデックス入院から退院後12ヵ月経過時点[T4]以内の再入院との関連について探索的に分析を実施した。なお、特定薬剤の分析の際には、統合失調症の参加者のみを分析対象とした。

3. 分析方法

分析方法はロジスティック回帰分析を用いた。その際、インデックス入院から退院後12ヵ月経過時点[T4]以内の再入院の有無を従属変数とし、先行研究で指摘されている変数を中心に個人要因、治療・支援要因、環境要因の各仮説変数を独立変数とした。また、性別、年齢、診断、インデックス入院の入院時点から過去1年の入院回数、インデックス入院の入院時、退院時のPSP得点を調整変数とした(性別を仮説変数としたモデルでは、調整変数から性別を除くなど、モデルによって微調整あり)。入院中[T2]の多職種ミーティングの開催の有無と退院後[T3/T4]の訪問看護や外来医療ケースマネジメントの有無については、両者の有無の組み合わせを独立変数と再入院を従属変数として、関連を検証した。分析の結果について、仮説変数が連続変数・順序カテゴリカル変数だった場合は回帰係数(B)、二値変数だった場合にはオッズ比(Odds ratio: OR)を算出した。ロジスティック回帰分析は、全ての仮説変数を一緒に投入するのではなく、変数ごとに実施した。よって、複数回のロジスティック回帰分析を繰り返した。ただし、本報告は探索的な分析を目的としているため、多重検定の問題は考慮しなかった。全ての分析にはStata version.15を用いた。

C. 結果

表1は、インデックス入院からの退院後12ヵ月以内の再入院と個人要因との関連を示している。個人要因として、一人暮らしをしていることが、再入院と関連していた(OR = 2.02, 95%CI = 1.2—3.41, P = 0.008)。ま

た、インデックス入院より以前の過去1年に入院経験があること(OR = 3.37, 95%CI = 2.26—5.03, P < 0.001)や入院回数が多いこと(B = 0.79, 95%CI = 0.51—1.07, P < 0.001)が再入院と有意に関連していた。入院時の症状の程度は再入院と有意な関連を示さなかったが、退院時の症状の程度(重い症状があること)は、再入院と有意に関連していた(B = 0.36, 95%CI = 0.08—0.65, P = 0.013)。また、入院時・退院時の双方で、社会的役割(仕事や学業、家事役割)があることが、再入院をしないことと有意に関連していた(入院時: OR = 0.50, 95%CI = 0.32—0.78, P = 0.002, 退院時: OR = 0.57, 95%CI = 0.35—0.93, P = 0.025)。

治療・支援要因について、入院ケアでは、多職種ミーティングが開催された参加者において再入院が少ない傾向にあった(OR = 0.60, 95%CI = 0.39—0.91, P = 0.017)。LAIなどを含め、その他の治療法については再入院と関連がなかった(表2)。ただし、クロザピンや修正版電気痙攣療法などについては、治療を受けた参加者自体が非常に少なかった(表2)。

表3は、退院後12ヵ月以内の再入院と外来・地域ケアとの関連を示している。インデックス入院からの退院後7日以内に外来診察を受けた参加者は再入院をする傾向にあった(OR = 1.60, 95%CI = 1.05—2.44, P = 0.028)。一方で、退院後6ヵ月経過時点と12ヵ月経過時点の定期的な外来診察は、低い再入院率と関連していた(6ヵ月経過時点: OR = 0.48, 95%CI = 0.25—0.92, P = 0.027, 12ヵ月経過時点: OR = 0.44, 95%CI = 0.23—0.81, P = 0.009)。訪問看護を利用していた参加者は、有意に再入院をしやすい傾向にあった(6ヵ月経過時点: OR = 2.32, 95%CI = 1.50—3.59, P < 0.001, 12ヵ月経過時点: OR = 2.18, 95%CI = 1.41—3.39, P < 0.001)。同様の傾向は、外来医療ケースマネジメントでも観察された(6ヵ月経過時点: OR = 1.64, 95%CI =

1.02—2.64, $P = 0.040$, 12 ヶ月経過時点:
OR = 1.97, 95%CI = 1.23—3.15, $P = 0.005$ 。

環境要因については、病院までの通院時間と再入院との関連が有意傾向であった(表4)。具体的には、通院時間が短い参加者が再入院を若干しやすい傾向にあった ($B = -0.01$, 95%CI = $-0.02—0.01$, $P = 0.053$)。居住地域における訪問看護ステーション事業所数や障害福祉サービスの事業所数、基幹相談支援センターなどの市町村の取り組みの有無は、再入院の有無に有意な関連を示さなかった。

表5は入院中[T2]の多職種ミーティングの開催の有無と退院後[T3/T4]の訪問看護や外来医療ケースマネジメントの有無の組み合わせの結果を示している。入院中の多職種ミーティングの開催と退院後の訪問看護/ケースマネジメントの両方がない参加者と比較し、入院中に多職種ミーティングがなく、退院6ヵ月経過時に訪問看護/ケースマネジメントを利用した参加者は再入院の確率が有意に高くなっていた(多職種ミーティング[無]×訪問看護[有] OR = 3.22, 95%CI = 1.65—6.26, $P = 0.001$, 多職種ミーティング[無]×ケースマネジメント[有] OR = 2.13, 95%CI = 1.01—4.47, $P = 0.047$)。また、この傾向は退院後12ヵ月経過時と同様であった(多職種ミーティング[無]×訪問看護[有] OR = 2.61, 95%CI = 1.34—5.09, $P = 0.005$, 多職種ミーティング[無]×ケースマネジメント[有] OR = 2.82, 95%CI = 1.32—6.02, $P = 0.008$)。

D. 考察

本分担報告は、インデックス入院からの退院後12ヵ月経過時点までの再入院に関連する要因について、多角的に検証した。具体的には、性別や診断、症状などの個人要因、特定薬剤治療やケースマネジメントの有無を含めた治療・支援要因、環境要因が退院後12ヵ月以内の再入院の有無に関連するかについて検証した。調査の結果、インデックス入院以前の入院経験や一人暮らし、退院時の症状など

複数の個人要因と、訪問看護やケースマネジメントなどの治療・支援要因が再入院と関連する可能性があった。考察では、有意な関連が観察された変数を中心に議論を進める。

1. 個人要因

個人要因については、複数の変数が再入院の有無に関連していた。まず、過去の入院経験や症状の重症度が再入院と関連していた。症状については、入院時の程度が再入院に関連していないにもかかわらず、退院時の程度が関連している結果から、一次的な症状の増悪というよりも、治療反応性が悪い参加者が再入院をしやすいと解釈できるかもしれない。また、そのような参加者が入院を繰り返しているとも想定できる。過去の入院経験や症状の程度は、過去のシステムティックレビューや国内の研究でも再入院と関連する変数として度々指摘されており、国際的な共通要因と考えられる^{2-4,13)}。

個人要因の分析結果として、一人暮らしをしていた参加者が再入院をする傾向にあったことは、複数の視点を持つ必要がある。第1に、日本では、家族がケアの責任を負わされた時代が長く、現在も患者の生活を支えていることがめずらしくない¹⁴⁻¹⁶⁾。すなわち、本人が調子を崩した時に家族がケアを提供したことで、再入院を防いだケースがあると想定される。逆に、家族と同居していない参加者は調子が悪くなった際に、入院サービスが第1選択となった可能性があり、そのことが再入院率の高さと関連したかもしれない。第2に、そもそも他者とのつながりのない一人暮らしはメンタルヘルスの悪化と関係しやすい指摘されている¹⁷⁾。重症度や慢性化の程度などに関係なく、一人暮らしはメンタルヘルスの調子を崩しやすいのかもしれない。第3に、一人暮らしをリスクではなく、ニーズとして捉える視点があげられる。患者の主観的な回復過程にとって、独立した生活や一人暮らしは重要な位置づけとなっている^{18,19)}。よって、

一人暮らしをリスク要因ではなく、患者のニーズとして捉えることも重要である。換言すると、一人暮らしをしても安定的な地域生活を可能とする支援を提供することが求められていると考えられる。

再入院に統計的に関連した個人要因には、社会的役割も含まれた。就労に関する国内外の研究が、就労支援を受け就労した患者において(再)入院が少ない可能性を示しており、本研究の知見と合致する²⁰⁻²²⁾。本研究のデータは、就労だけでなく、就学や家事なども含む形で社会的役割を規定しているが、退院後の生活において、何らかの社会的役割があるということは、再入院の防止に貢献できる可能性がある。ただし、退院した直後は、エネルギーの低下している時期である可能性もあり、社会的役割取得に向けた支援のタイミングは、個々のケースによって異なると予想される。

2. 治療・支援要因：入院ケア

入院中のケアにおいて、再入院に予防的関連を示した変数は、多職種ミーティングの開催であった。多職種ミーティングは参加者の様々な生活問題（例：住居問題や家族関係調整、金銭問題）を明らかにし、入院中からその課題に取り組むという点に利点があると考えられる。特に、入院中に、参加者の衣食住などの生命に関する基本的ニーズが満たされることで、各参加者が抱える生活問題（に対して参加者とスタッフが一緒に取り組む時間が増え、退院後の安定した生活に影響を与えた可能性がある。実際、入院中から退院後の生活を見据えた多職種によるかわりには、好事例調査でも効果的な実践として指摘されている²³⁾。本研究の結果は、現場の経験則を支持した形となった。また、入院中のケースマネージャーの選任は多くの参加者に実施されているが、再入院率に影響を与えるには、マネジメント担当者を決めるだけでなく、実際に多職種ケアをマネジメントする会議を開くなど具体的な取り組みが必要となると示唆された。

多職種による関わりの重要性が明らかになった一方で、その他の治療や支援については有意な差はみられなかった。ここには3つの解釈ができる。第1にクロザピンや一部の入院中のプログラム（例：認知行動療法）などは利用した参加者が非常に少なく、統計的な検証が困難であった。第2に、国際的なシステムティックレビューや国内の研究が言及しているとおり、退院に向けた介入は心理教育やニーズアセスメント、個別支援、外泊訓練、ケースマネジメントなど複合的な支援が効果的とされている²⁴⁻²⁶⁾。すなわち、個々の支援プログラムで効果を判断するよりも、入院医療が包括的な支援をできているか否かについて調査をすることがより意味のある検証となるかもしれない。第3に入院中の支援の質が単純に退院後の再入院と関連していない可能性もある²⁷⁾。例えば、入院中に患者の状態を改善しても、外来・地域支援が脆弱であったり、家族関係が不良であったりする場合には、再入院の可能性は高まると予想される（渡邊分担班報告書参照 pp17-48.）。

上記の議論は、クロザピンやLAIが本研究の仮説に反して再入院を減少できていない結果にもあてはまるかもしれない。クロザピンやLAIは統合失調症の患者の再発・再入院を減少させる効果的な実践として知られている²⁸⁻²⁹⁾。一方で、例えば、LAIを利用して再発する群は少なからず存在する³⁰⁾。本研究ではLAIを利用していた参加者が30%未満、クロザピンの利用していた参加者が10%未満であった。例えば、海外ではLAIの使用率が約40%となることもある³¹⁾。疾患の難治性だけでなく、人間関係や日常生活などの生活課題を抱えていたために再発を繰り返しやすい、限られた参加者だけが、これらの特定薬剤を使用していたと仮定した場合には、再入院との関連に差を観察できなかった説明の一つになるかもしれない。

3. 治療・支援要因：外来・地域ケア

外来・地域ケアについては、複数の変数が再入院に関連していた。まず、定期的な外来診察を受けていた人が再入院をしない傾向にあった。継続的な外来診察はできていることは、入院治療をしなくても良い状態にあることがモニタリングできている状態であり、当然の結果といえるかもしれない。一方で、退院後7日以内に外来診療を受けた人は再入院をしやすい傾向にあった。この結果については、退院後にすぐに受診が必要な状態にあった参加者が外来受診を利用したという推察ができる。ただし、退院後30日以内に治療を受けていることが180日以内の再入院の防止につながるとする国内の知見もあり³²⁾、曝露とアウトカムを調整した分析が今後必要と考えられる。

訪問看護や外来医療ケースマネジメントについてもサービスを利用している参加者が再入院をしやすい傾向にあった。この結果は、それぞれのサービスを利用することによって、地域ケア機関と入院医療機関との連携が高まること、入院医療機関へのアクセスが良くなること、症状や生活環境の悪化による生活支援ニーズの増加などが関連していると思われる。特に、入院中の多職種ミーティングが開催されていないが、退院6カ月経過時や12カ月経過時に訪問看護やケースマネージャーを利用していた参加者が再入院する確率が高いという結果は、退院後に生活ニーズの増大し、訪問看護やケースマネジメントサービスを利用した可能性と入院中に生活課題の解決に取り組むことに関する重要性の2つを示しているものと思われる。加えて、短期入院時代における精神科サービスにとっては、レスパイト目的の入院サービスも増えていると予想され、(再)入院自体を必ずしも悪いアウトカムとして捉えていない臨床感覚も影響している可能性もある。アウトカムの議論は各国で患者や家族も交えて慎重に行うべきであり、本報告が再入院を推奨しているわけではないが、

欧州の研究は支援者と当事者の双方が治療上で入院ケアが必要なタイミングがあることを認識していると指摘している³³⁻³⁴⁾。要約すると、機関連携の改善や入院医療機関へのアクセシビリティの向上、退院後の生活支援ニーズの増大、再入院に対する認識の変化などが、訪問看護やケースマネジメントの利用と高い再入院率との関連につながった可能性がある。

訪問看護や外来医療ケースマネジメントとの再入院率との関連は、現行の制度の限界も関係していると思われる。精神科病院から退院した患者の支援には豊富な医療・社会・地域サービスが必要とされている³⁵⁾。一方で、現在の制度は精神科長期入院時代に設けられた制度が基盤となっており、「多職種ケア」「アウトリーチ・サービス」「ケースマネジメント」などをキーワードとした包括的かつ効果的支援を提供できる医療サービスの事業形態や制度がない。本研究は、参加者が利用した訪問看護や外来医療ケースマネジメントの質を測定したわけではないが、現行制度下では多職種アウトリーチ型の包括的な地域サービスを提供する機関は多くないと予想される。欧米を中心とした研究では、多職種アウトリーチチームが頻繁なサービスを提供する集中的ケースマネジメントは再入院を減少させる効果を期待することができる反面³⁶⁾、それ以外のケースマネジメントは再入院率を減少できず、むしろ入院やコストが増える可能性すらあると指摘されている³⁷⁻³⁹⁾。本研究の結果はかつて欧米が経験した内容と重なるところがあるかもしれない。加えて、日本では英国のクライシスハウス⁴⁰⁻⁴²⁾のような入院ケアを代替する医療的休息ケアサービスがない。よって、訪問看護のスタッフあるいはケースマネージャーが患者の調子の悪化に気付いた際、たとえ休息的な目的であったとしても、入院ケアが治療の主要な選択肢になりやすい傾向にあると推察される。これらの結果と解釈は、短期入院時代の外来・地域ケアの制度の再考に貢献できるものと考えられる。

4. 環境要因

環境要因については、病院との通院時間と再入院が有意傾向であった。この結果は、先述した入院医療機関へのアクセシビリティと高い再入院の関連を支持する結果の一つと考えることもできるかもしれない。他方、居住地域における社会資源の多寡は、再入院率と有意な関連を示さなかった。個別のサービスに目を向けると、比較的重い障害や症状を持つ患者を対象とした場合、訪問看護は再入院防止に関する効果は認められていない^{43,44)}。また、障害福祉サービスについては、そもそも効果検証などに関するエビデンスが乏しい。よって、障害福祉サービスの利用と再入院の関連については不透明な部分が多い。ただし、他分担研究の報告によると、障害福祉サービスを利用してる参加者自体が多くなかった。換言すると、居住地域における社会資源の多寡は、再入院の有無以前にサービス利用者数に関連していない可能性もあり、今後さらなる検証が必要となる。

5. 研究の限界

本報告には大きな限界が2つある。第1に本報告で用いたデータはクリーニングの途中であるため、様々な再入院アウトカムデータを使用できず、分析に用いたアウトカムデータは再入院の有無だけであった。再入院の種類（例：レスパイト、非同意）、最初の再入院までの期間、追跡期間中の再入院日数および地域生活日数などをアウトカムとした場合には、支援に有用な要因として異なる変数が抽出される可能性がある。同様に、入院関連アウトカム以外の社会的アウトカム（例：社会的接触、社会的役割）も検証が必要なアウトカムになると予想される。

第2に、本研究は探索的な分析を目的としたことから、明確な主仮説変数を規定せずに、各変数と再入院との関連について分析を繰り返した。他方、この手法は多重比較となることから、P値に調整をかけることが推奨され

ることもある。また、より上位の統計モデリングを用いて関連する変数を一緒に投入し、再入院に特に強く関連し、効果量が大きい変数を特定する検証も重要な作業となると予想される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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, Tansella M: Better mental health care, Cambridge University Press, Cambridge, 2009.
- 2) Thornicroft G, Gooch C, Dayson D: The TAPS project. 17: Readmission to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ* 05:996-998, 1992.
- 3) Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, et al: Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449, 2016.
- 4) Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P: Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature

- review. *BMC Psychiatry* 17:2, 2017.
- 5) Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, et al: Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:376, 2016.
- 6) Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, et al: Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17:227, 2017.
- 7) Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 883.
- 8) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M: Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:CD007906, 2017.
- 9) Land R, Siskind D, McArdle P, et al: The impact of clozapine on hospital use: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 135:296-309, 2017.
- 10) Ting E, Kamalvand S, Shang D, et al: Does the frequency of administration of long acting injectable antipsychotics impact psychiatric outcomes and adverse effects: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 109:193-201, 2019.
- 11) 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.
- 12) 山口創生: 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. 山口創生編: 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 平成 30 年度 総括・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, ppl-10, 2019.
- 13) 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 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 平成 30 年度 総括・分担報告書 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, 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2019.
- 14) Sono T, Oshima I, Ito J: Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: Adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. *Psychiatry Clin Neurosci* 62:584-590, 2008.
- 15) Kageyama M, Solomon P: Characteristics of parents with high expressed emotion and related factors: A study of parents of adults with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 206:955-961, 2018.
- 16) 山口創生, 古家美穂, 吉田光爾, 他: 重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト:ネステッド・クロスセクショナル調査. 精リハ誌

- 19:52-62, 2015.
- 17) Tamminen N, Kettunen T, Martelin T, et al: Living alone and positive mental health: a systematic review. *Systematic Reviews* 8:134, 2019.
- 18) Repper J, Perkins R: Recovery and social inclusion. IN Callaghan P, Playle J, Cooper L: *Mental health nursing skills*, Oxford University Press, Oxford, pp85-95, 2009.
- 19) 山口創生, 小川知子, 三ツ井幸子: 社会人としてみられたいのですが: 社会とのかかわり. *Progress in Medicine* 41, 2021.[印刷中]
- 20) Knapp M, Patel A, Curran C, et al: Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 12:60-68, 2013.
- 21) Luciano A, Metcalfe JD, Bond GR, et al: Hospitalization risk before and after employment among adults with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression. *Psychiatr Serv* 67:1131-1138, 2016.
- 22) Yamaguchi S, Sato S, Horio N, et al: Cost-effectiveness of cognitive remediation and supported employment for people with mental illness: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 47:53-65, 2017.
- 23) 藤井千代: 好事例分析. 山口創生編: 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 令和元年度 総括・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, pp57-66, 2020.
- 24) Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, et al: Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry* 202(3):187-194, 2013.
- 25) Tyler N, Wright N, Waring J: Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res* 19:883, 2019.
- 26) Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, et al: Effect of adding individualized occupational therapy to standard care on rehospitalization of patients with schizophrenia: A 2-year prospective cohort study. *Psychiatry Clin Neurosci* 73:476-485, 2019.
- 27) Hegedüs A, Kozel B, Richter D, et al: Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 10:969, 2020.
- 28) Land R, Siskind D, McArdle P, et al: The impact of clozapine on hospital use: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 135:296-309, 2017.
- 29) Kishimoto T, Hagi K, Nitta M, et al: Effectiveness of long-acting injectable vs oral antipsychotics in patients with schizophrenia: A meta-analysis of prospective and retrospective cohort studies. *Schizophr Bull* 44:603-619, 2018.
- 30) Rubio JM, Schoretsanis G, John M, et al: Psychosis relapse during treatment with long-acting injectable antipsychotics in individuals with

- schizophrenia-spectrum disorders: an individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 7:749-761, 2020.
- 31) Barnes TRE, Shingleton-Smith A, Paton C: Antipsychotic long-acting injections: Prescribing practice in the UK. *Br J Psychiatry* 195:s37-s42, 2009.
- 32) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T: Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry Res* 270:490-495, 2018.
- 33) Ådnanes M, Cresswell-Smith J, Melby L, et al: Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Educ Couns* 103:1033-1040, 2020.
- 34) Ådnanes M, Melby L, Cresswell-Smith J, et al: Mental health service users' experiences of psychiatric rehospitalisation - an explorative focus group study in six European countries. *BMC Health Serv Res* 18:516, 2018.
- 35) Walter F, Carr MJ, Mok PLH, et al: Multiple adverse outcomes following first discharge from inpatient psychiatric care: a national cohort study. *Lancet Psychiatry* 6:582-589, 2019.
- 36) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD007906, 2017.
- 37) Burns T, Catty J, Dash M, et al: Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 335:336, 2007.
- 38) Simpson A, Miller C, Bowers L: Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10(4):472-483, 2003.
- 39) Marshall M, Gray A, Lockwood A, et al. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 3, 1998.
- 40) Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, et al: Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *Br J Psychiatry* 195:109-117, 2009.
- 41) Barker V, Taylor M, Kader I, et al: Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *Psychiatrist* 35:106-110, 2011.
- 42) Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B, et al: In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry* 194:456-463, 2009.
- 43) Leach MJ, Jones M, Bressington D, et al: The association between community mental health nursing and hospital admissions for people with serious mental illness: a systematic review. *Syst Rev* 9:35, 2020.
- 44) 天野敏江, 春日ちえ, 畠山美恵, et al: 精神科病院で実施する訪問看護の効果 GAF により 2 群に分けての分析. *精神科看護* 43:48-56, 2016.

留意事項

本分担報告書が示す記述統計および分析結果は、2021年3月10日時点のデータを分析したものである。今後のデータクリーニングの過程でデータセットに修正が生じる可能性がある。よって、本報告の結果は、最終的な分析結果と異なる可能性がある。また、データクリーニング完了前であることから、データに矛盾がある箇所がある可能性もある

表 1 再入院と個人要因との関連

	再入院なし			再入院あり			ロジスティック回帰		
	n	Case/Mean	%/SD	n	Case/Mean	%/SD	OR/B	95%CIs	P
性別（男性）	314	134	42.68	179	72	40.22	0.90	0.60, 1.35	0.611
年齢（M±SD）	314	41.46	10.78	179	43.34	10.62	0.02	-0.01, 0.03	0.096
診断（統合失調症）	314	184	58.6	179	107	59.78	1.02	0.69, 1.52	0.923
住居（一人暮らし）	314	45	14.33	179	45	25.14	2.02	1.2, 3.41	0.008
入院時の入院病棟	314	268	85.35	179	150	83.8	0.93	0.54, 1.61	0.795
入院時の入院形態（非同意）	314	216	68.79	179	107	59.78	0.79	0.50, 1.23	0.288
入院時の特定理由（自傷他害など）	314	120	38.22	179	55	30.73	0.81	0.53, 1.24	0.331
過去1年の入院（有）	314	95	30.25	179	104	58.10	3.37	2.26, 5.03	<0.001
過去1年の入院回数（M±SD）	314	0.38	0.73	179	0.88	1.06	0.79	0.51, 1.07	<0.001
入院時の症状の程度（M±SD）	314	2.90	0.99	179	3.04	1.02	0.06	-0.15, 0.26	0.601
退院時の症状の程度（M±SD）	310	1.99	0.71	178	2.25	0.85	0.36	0.08, 0.65	0.013
入院時のPSP得点（M±SD）	314	48.04	18.85	179	47.36	18.48	0.00	-0.01, 0.01	0.990
退院時のPSP得点（M±SD）	310	68.25	13.09	179	65.11	16.04	-0.01	-0.02, 0.01	0.202
入院時の身体疾患（有）	314	78	24.84	179	63	35.20	1.35	0.87, 2.11	0.182
退院時の身体疾患（有）	312	72	23.08	179	57	31.84	1.27	0.81, 2.01	0.295
入院時のBMI（M±SD）	314	24.65	5.13	179	25.31	6.94	0.02	-0.01, 0.06	0.178
退院時のBMI（M±SD）	311	24.83	4.79	179	25.37	6.68	0.02	-0.01, 0.06	0.196
入院時の社会的接触（M±SD）	314	3.32	1.27	179	3.17	1.32	-0.14	-0.29, 0.02	0.089
入院時の社会的役割	314	134	42.68	179	42	23.46	0.50	0.32, 0.78	0.002
退院時の社会的役割	310	94	30.32	179	34	18.99	0.57	0.35, 0.93	0.025

PSP = Personal and Social Performance Scale（個人的・社会的機能遂行度尺度）、BMI = Body Mass Index

表 2 再入院と入院ケアとの関連

	再入院なし			再入院あり			ロジスティック回帰		
	n	Case/Mean	%/SD	n	Case/Mean	%/SD	OR/ B	95%CI _s	P
持効性注射剤（有）*	183	45	24.59	107	29	27.10	1.06	0.6, 1.86	0.839
クロザピン（有）*	183	11	6.01	107	11	10.28	1.61	0.61, 4.22	0.336
修正版電気痙攣療法（有）	312	10	3.21	179	3	1.68	0.18	0.03, 1.02	0.053
クライシスプラン（有）	312	40	12.82	179	17	9.5	0.84	0.44, 1.61	0.591
ケースマネージャーの設置（有）	312	291	93.27	179	165	92.18	1.17	0.53, 2.57	0.691
多職種ミーティングの開催（有）	312	188	60.26	179	84	46.93	0.60	0.39, 0.91	0.017
地域関係者込みのケース会議の開催（有）	312	82	26.28	179	47	26.26	0.89	0.55, 1.43	0.621
住居支援（有）	312	36	11.54	179	14	7.82	0.56	0.27, 1.15	0.114
外泊訓練・退院前訪問指導（有）	312	219	70.19	179	108	60.34	0.70	0.46, 1.08	0.106
運動プログラム（有）	312	61	19.55	179	21	11.73	0.63	0.36, 1.13	0.122
服薬指導（有）	312	131	41.99	179	63	35.2	0.78	0.51, 1.18	0.235
疾病教育（有）	312	79	25.32	179	34	18.99	0.73	0.44, 1.20	0.218
身体健康管理（有）	312	25	8.01	179	15	8.38	0.94	0.44, 1.98	0.867
栄養指導（有）	312	16	5.13	179	19	10.61	2.08	0.97, 4.49	0.061
金銭・生活管理（有）	312	22	7.05	179	9	5.03	0.76	0.31, 1.82	0.535
その他の個別心理教育（有）	312	26	8.33	179	9	5.03	0.55	0.23, 1.31	0.177
社会技能訓練（有）	312	31	9.94	179	19	10.61	1.45	0.75, 2.80	0.269
認知行動療法（有）	312	6	1.92	179	3	1.68	1.22	0.28, 5.31	0.790
WRAP（有）	312	11	3.53	179	1	0.56	0.29	0.04, 2.31	0.241
個別作業療法（有）	312	47	15.06	179	22	12.29	0.90	0.50, 1.62	0.724
認知機能リハビリテーション（有）	312	0	0.00	179	0	0.00	-	-	-
家族心理教育（有）	312	11	3.53	179	1	0.56	0.16	0.02, 1.31	0.087
ピアスタッフの支援（有）	312	8	2.56	179	2	1.12	0.53	0.10, 2.72	0.449

* 統合失調症の診断を持つ参加者が分析対象、WRAP = Wellness Recovery Action Plan®（元気回復行動プラン）

表 3 再入院と外来・地域ケアとの関連

	再入院なし			再入院あり			ロジスティック回帰		
	n	Case/Mean	%/SD	n	Case/Mean	%/SD	OR/B	95%CI	P
退院後 7 日以内の外来診察 (有)	305	91	29.84	177	70	39.55	1.60	1.05, 2.44	0.028
6M_定期的な外来診察 (有)	305	285	93.44	178	153	85.96	0.48	0.25, 0.92	0.027
6M_過去 6 ヶ月間の外来診察回数	305	10.42	4.96	177	10.26	6.92	-0.01	-0.05, 0.03	0.618
12M_定期的な外来診察 (有)	308	282	91.56	174	148	85.06	0.44	0.23, 0.81	0.009
12M_過去 6 ヶ月間の外来診察回数	308	8.28	4.56	176	8.82	6.26	0.01	-0.03, 0.05	0.651
6M_訪問看護 (有)	304	96	31.58	178	94	52.81	2.32	1.50, 3.59	<0.001
12M_訪問看護 (有)	308	89	28.90	177	87	49.15	2.18	1.41, 3.39	<0.001
6M_デイケア (有)	304	33	10.86	178	22	12.36	1.45	0.77, 2.72	0.247
12M_デイケア (有)	308	26	8.44	177	20	11.30	1.58	0.79, 3.14	0.193
6M_外来医療ケースマネジメント (有)	304	61	20.07	178	56	31.46	1.64	1.02, 2.64	0.040
12M_外来医療ケースマネジメント (有)	307	57	18.57	177	57	32.20	1.97	1.23, 3.15	0.005
6M_相談支援 (有)	304	72	23.68	178	60	33.71	1.32	0.84, 2.09	0.234
12M_相談支援 (有)	306	68	22.22	176	61	34.66	1.31	0.82, 2.09	0.266
6M_障害福祉サービス (有)	303	75	24.75	177	54	30.51	1.10	0.69, 1.74	0.700
12M_障害福祉サービス (有)	308	82	26.62	176	55	31.25	1.00	0.63, 1.58	0.990

6M = インデックス入院からの退院後 6 ヶ月経過時 (T3)、12M = インデックス入院からの退院後 12 ヶ月経過時 (T4)

表 4 再入院と環境要因との関連

	再入院なし			再入院あり			ロジスティック回帰		
	n	Case/Mean	%/SD	n	Case/Mean	%/SD	OR/B	95%CI _s	P
病院までの通院時間（退院時）	304	39.24	25.39	175	34.97	23.44	-0.01	-0.02, 0.01	0.053
病院までの最短ルート距離（入院時）	314	15.52	18.45	179	13.75	13.39	-0.01	-0.02, 0.01	0.297
訪問看護事業所数（入院時住所）*	313	3.61	4.04	179	4.23	5.02	0.03	-0.01, 0.08	0.167
相談支援事業所数（入院時住所）*	313	8.70	8.08	179	10.04	9.18	0.02	-0.01, 0.04	0.144
就労継続 B 型事業所数（入院時住所）*	313	8.90	8.11	179	8.99	8.40	0.01	-0.02, 0.03	0.659
地域精神保健福祉サービス総数（入院時住所）*	314	68.48	56.76	179	77.22	70.30	0.01	-0.01, 0.01	0.126
地域精神保健福祉サービス総数（11 以上）*	314	279	88.85	179	159	88.83	0.94	0.49, 1.79	0.848
基幹相談支援センター（入院時住所）	228	105	46.05	131	60	45.80	1.07	0.66, 1.71	0.790
自立支援協議会 精神部会（入院時住所）	249	43	17.27	135	27	20.00	1.13	0.63, 2.03	0.690
住宅入居等支援事業（入院時住所）	249	74	29.72	135	48	35.56	1.40	0.86, 2.29	0.181

* 政令指定都市の中で、ReMHRAD に区ごとの事業数が登録されていない場合は、市全体の事業所数を入力

表 5 入院時の多職種ミーティングの開催と退院後の訪問看護とケースマネジメントの有無が再入院に与える影響

		再入院なし		再入院あり		χ ² 検定		ロジスティック回帰		
		n	%	n	%	χ ²	P	OR	95%CI	P
入院中[T2]	6ヵ月時点経過時点[T3]									
多職種 MTG (無)	訪問看護 (無) *	100	65.36	53	34.64	34.513	<0.001			
多職種 MTG (無)	訪問看護 (有)	23	35.94	41	64.06			3.22	1.65, 6.26	0.001
多職種 MTG (有)	訪問看護 (無)	107	77.54	31	22.46			0.62	0.35, 1.10	0.105
多職種 MTG (有)	訪問看護 (有)	72	57.60	53	42.40			1.39	0.79, 2.44	0.252
入院中[T2]	12ヵ月時点経過時点[T4]									
多職種 MTG (無)	訪問看護 (無) *	100	64.94	54	35.06	31.823	<0.001			
多職種 MTG (無)	訪問看護 (有)	24	37.5	40	62.5			2.61	1.34, 5.09	0.005
多職種 MTG (有)	訪問看護 (無)	118	76.62	36	23.38			0.59	0.34, 1.02	0.061
多職種 MTG (有)	訪問看護 (有)	64	57.66	47	42.34			1.30	0.73, 2.31	0.377
入院中[T2]	6ヵ月時点経過時点[T3]									
多職種 MTG (無)	ケースマネジメント (無) *	105	60.00	70	40.00	16.504	0.001			
多職種 MTG (無)	ケースマネジメント (有)	18	42.86	24	57.14			2.13	1.01, 4.47	0.047
多職種 MTG (有)	ケースマネジメント (無)	137	72.49	52	27.51			0.69	0.42, 1.12	0.132
多職種 MTG (有)	ケースマネジメント (有)	42	56.76	32	43.24			0.99	0.52, 1.88	0.975
入院中[T2]	12ヵ月時点経過時点[T4]									
多職種 MTG (無)	ケースマネジメント (無) *	109	61.93	67	38.07	22.204	<0.001			
多職種 MTG (無)	ケースマネジメント (有)	15	35.71	27	64.29			2.82	1.32, 6.02	0.008
多職種 MTG (有)	ケースマネジメント (無)	141	72.68	53	27.32			0.67	0.41, 1.09	0.110
多職種 MTG (有)	ケースマネジメント (有)	41	57.75	30	42.25			1.12	0.59, 2.12	0.729

MTG = ミーティング

問題行動の評価

研究分担者：菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

要旨 本研究は、Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan (ePOP-J)プロジェクトのうち、入院中から退院後における問題行動と、臨床判断に基づくリスク推定の評価を行うことを目的とした。

【方法】問題行動（身体的暴力、自傷、自殺企図、物質乱用、セルフネグレクト、多飲水・水中毒、迷惑行為、アドヒアランス問題、重複あり）の有無の男女比、平均年齢、既往と発生頻度（入院中、退院～6か月後、退院後6ヶ月～12ヶ月）の記述統計を算出した。各問題行動の有無と入院期間との関連は、 χ^2 検定によって比較した。各問題行動が今後6ヶ月以内に生じるリスク推定の予測妥当性について、ROC分析を行った。

【結果】入院前の問題行動の既往で多かったのは、迷惑行為55.5%、アドヒアランス問題45.7%、身体的暴力35.5%、セルフネグレクト30.7%であり、自傷24.2%、自殺企図24.2%、物質乱用22.8%、多飲水・水中毒7.7%であった。入院中の問題行動で多かったのは、迷惑行為21.7%、アドヒアランス問題14.9%であり、その他は1割に満たなかった。退院後6ヶ月間でも、最多がアドヒアランス問題13.0%、迷惑行為12.3%であり、その他は1割に満たなかった。退院後6ヶ月から12ヶ月にかけても同様の傾向で、アドヒアランス問題13.0%、迷惑行為12.3%であり、その他は1割に満たなかった。入院期間中に暴力 ($t(581) = -3.27, p = .003$)、迷惑行為 ($t(581) = -1.051, p = .001$)、アドヒアランス問題 ($t(580) = -4.34, p = .001$)があった場合には、なかった場合に比べて、有意に入院期間が長くなっていた。「6ヶ月以内」の問題行動についての臨床判断によるリスク推定は、退院時の自殺企図に対するリスク判断を除いて、全ての時点において中等度～高い ($AUC \geq 0.64, p < 0.01$) 予測妥当性を示した。中でも身体的暴力については、既往よりも臨床判断の予測妥当性が高い傾向が認められた。

【考察】入院中から退院後1年間のどの時期においても、最も多い問題行動は、一貫して迷惑行為とアドヒアランス問題であった。この2つの問題行動および身体的暴力が入院期間の延長に関連していたことは、先行研究に一致する結果であった。既往で3割以上にみとめられた身体的暴力の頻度が入院以降は各時期で1割以下になっていることは、観察密度が下がっていることだけでなく、暴力が病状に関連していたことが示唆される。本研究では、臨床判断に基づくリスク推定が標準化されたリスクアセスメントと同等の予測妥当性を示していた。身体的暴力のリスク推定では、既往（静的要因）だけでなく、病状や病識等の動的要因を総合した推定を行ったと考えられる。通常の臨床においてもePOP-Jプロジェクトで収集したような臨床関連要因を広く把握している現場スタッフによる問題行動のリスク推定は、いわゆる構造的臨床家判断タイプのリスク推定と同等の精度を持つ可能性が示唆された。

A. 研究の背景と目的

退院後の精神科サービス利用者の予後を考える上で自傷、自殺、物質乱用、セルフネグレクト等の一連の問題行動は、入院長期化や再入院、司法的関与等の原因となり、地域滞在期間の減少に結びつく可能性がある。

本分担班研究では、精神科救急病棟に入院中および退院後1年間に観察される問題行動の発生頻度を明らかにし、入院期間との関連、および、医療従事者による問題行動のリスク推定の精度を明らかにすることを目的とした。

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¹⁾および2018年度総括報告書²⁾・2020年度総括報告書を参照されたい。加えて、本報告はデータクリーニングの途中段階であるデータセット(2021年3月10日時点)を用いる。よって、最終的な分析結果は本報告の結果と異なる点があることに留意されたい。

B. 方法

1. 分析対象

21 協力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、導入基準に合致し、かつ同意を得た者は611名であり、その内、分析対象としたのは、12ヶ月以内に退院した601名であった。ePOP-J研究全体の導入基準の詳細は、総括報告書(pp.)を参照されたい。また、12ヶ月以内に退院した者の記述統計については、渡邊班報告書(pp.)を参照されたい。

本分担報告では、問題行動についてのデータの得られた者を分析対象とした。入院時点[T1]で600人、退院時点[T2]で585人、退院後6か月経過時点[T3]で506人、退院後1年経過時点[T4]で463人が分析対象となった。問題行動評価の各調査時点でのデータフローを図1に示した。但し、データの欠損状況に応じて、各分析に含まれた対象数は異なる。

問題行動を示す患者は医療従事者との関係

構築が難しく、ドロップアウトしやすい可能性がある。分析を4時点[T1, T2, T3, T4]のそろったデータに限定すると問題行動評価については代表性が失われる可能性が高いため、本報告書では各時点の最大人数を対象とした解析を行った。

2. 分析方法

問題行動を示した者の基本属性として、各時期の性別比と平均年齢を記述した。また、入院中、退院から6ヶ月間、退院後6ヶ月から1年経過時点までの問題行動の発生率(何人の対象者に問題行動が観察されたか)を示した。

次に、問題行動が入院期間に及ぼす影響を分析するために、各問題行動の有無別の平均在院期間のt検定を行った。有意水準は5%とした。探索的分析のため、反復的検定に対する有意水準の補正はしなかった。また、同じ個人が同期間に複数の問題行動を示すこともあるため、問題行動間の平均在院期間の比較は行わなかった。

入院中の問題行動と退院後12ヶ月以内の再入院の関連をロジスティック回帰分析で確認した。各問題行動の有無を独立変数、退院後1年以内の再入院の有無を従属変数とした単回帰分析を行った。有意な関連があった場合には、性別、年齢、過去の入院回数を調整するために同時に投入して問題行動との関連を確認することを計画した。

リスク推定の精度を検討するために、まず、各時点における、「今後6ヶ月間にその問題行動が生起するリスク」を低・中・高の3段階で推定した結果の記述を行った。

なお、リスクが低いとはおよそ「問題行動が生じる可能性は無いか低い(その問題行動のマネジメントのための特別な介入は不要)」な状態を指し、中等度とは「問題行動が生じる可能性は平均よりやや高い(何らかのマネジメントをする必要がある)」状態、高いとは「その問題行動が生じる可能性が高い(マネ

ジメントのための介入計画が早急に必要)」なことを指す³⁾。

臨床判断に基づくリスク判断の精度の分析には、Receiver Operating Characteristics (ROC)分析を用いた。ROC分析は、事象発現のベースレートに影響されにくいため、暴力等問題行動の予測妥当性に広く使用されている。ROC分析の結果はArea Under the Curve (AUC)で示され、AUC=0.5は予測能力が無いことを意味し、1.0が完全な予測を指す。暴力リスクアセスメントの領域では、およそ.56、.64、.71がそれぞれ、低い、中等度、高い、予測力の指標とされている⁴⁾。

C. 結果

各問題行動の調査時期別の性別を表1に示した。男性が各時期において半数～過半数を占めるのが身体的暴力、多飲水・水中毒、迷惑行為であり、女性が各時期半数～過半数を占めるのが自傷、自殺企図、物質乱用、セルフネグレクトであった。各時期の性別の χ^2 検定では一貫した傾向は見られなかった。

各時期に問題行動を起こした者の平均年齢(入院時平均年齢)を表2に示した。退院後6ヶ月間に身体的暴力を振るった者(平均35.0歳±12.0)は、振るわなかった者(平均42.7歳±10.6)に比べ、有意に年齢が低かったが、他の時期に有意差はなかった。入院中に自傷した者(平均35.4歳±9.63)は、自傷しなかった者(平均42.4歳±10.7)に比べて、有意に年齢が低く、退院後6ヶ月間でも同様だった。退院後6ヶ月間に多飲水・水中毒を示した患者は(平均44.3歳±9.6)、示さなかった患者(平均42.0±44.3)よりも、平均年齢が有意に高かった。

各問題行動の入院時点までの既往と、その後の各追跡期間内の頻度(期間内のイベント頻度では無く、何人の対象者に観察されたか)を表3に示した。

入院前の問題行動の既往で多かったのは、迷惑行為55.5%、アドヒアランス問題45.7%、

身体的暴力35.5%、セルフネグレクト30.7%であり、自傷24.2%、自殺企図24.2%、物質乱用22.8%、多飲水・水中毒7.7%であった。入院中の問題行動で多かったのは、迷惑行為21.7%、アドヒアランス問題14.9%であり、その他は1割に満たなかった。退院後6ヶ月間でも、最多がアドヒアランス問題13.0%、迷惑行為12.3%であり、その他は1割に満たなかった。退院後6ヶ月から12ヶ月にかけても同様の傾向で、アドヒアランス問題13.0%、迷惑行為12.3%であり、その他は1割に満たなかった。

入院中の問題行動の有無と入院期間の関係を表4に示した。入院期間中に暴力($t(581)=-3.27, p=.003$)、迷惑行為($t(581)=-1.051, p=.001$)、アドヒアランス問題($t(580)=-4.34, p=.001$)があった場合には、なかった場合に比べて、有意に入院期間が長くなっていた。入院期間の差は、身体的暴力において最大で平均40.34日、次いでアドヒアランス問題で平均23.47日、迷惑行為で平均15.46日であった。

表5には、入院中の各問題行動の有無と退院後12ヶ月以内の再入院の有無のロジスティック回帰分析の結果が示してある。いずれの問題行動も再入院の有無とは有意な関連を示さなかったため、調整変数を投入した解析は実施しなかった。

調査の各時点で、研究対象患者がその後、6ヶ月間に各問題行動を示すリスクがどの程度あるかを、臨床スタッフが臨床判断に基づき、3段階(低・中・高)で推定した結果を表6と表7に示した。いずれの時期、問題行動においても、最多は「低リスク」であった。多飲水・水中毒を除き、いずれの問題行動でも、追跡時点が後になるほど、「低リスク」者の割合が増えていく様子が認められた。「低リスク」者が最も少ない(つまり中等度以上のリスクと推定される者の率が多い)のは、いずれの時期でも、迷惑行為とアドヒアランス問題であった。

表 8 には、リスク推定または既往がその後 6 ヶ月の問題行動をどの程度予測するかについての ROC 分析結果を示した。「6 ヶ月以内」の問題行動についての臨床判断によるリスク推定は、退院時の自殺企図および入院時と退院時のセルフネグレクトに対するリスク推定を除いて、全ての時点において中等度～高い (AUC \geq 0.64, $p < 0.01$) 予測妥当性を有意に示した。身体的暴力については、既往よりも臨床判断の予測妥当性の方が高い傾向が認められた。身体的暴力、自殺企図、物質乱用、セルフネグレクトについては、入院中に該当する問題行動が観察されたかどうかは、退院後 6 ヶ月間の問題行動発現を予測していなかった。しかし、多飲水・水中毒、迷惑行為、アドヒアランス問題については、いずれの時期においても、リスク推定を行った前の期間の行動の有無がその後 6 ヶ月間の行動を有意に予測していた。

D. 考察

本分担報告では、入院から退院後 12 ヶ月経過時点までの問題行動の有無別の性別、平均年齢、発生率の記述統計を算出した。次いで、問題行動の有無と入院期間および再入院との関係、スタッフによるリスク推定の精度について検証した。

入院中から退院後 1 年間のどの時期においても、最も多い問題行動は、一貫して迷惑行為とアドヒアランス問題であった。本研究では、臨床判断に基づくリスク推定が標準化されたリスクアセスメントと同等の予測妥当性を示していた。

以下に、各結果についての考察を進める。

1. 性別比、年齢と問題行動の関係

本研究では、いくつかの問題行動において、いくつかの時期に、性別比に有意な差が認められたものの、一貫した傾向は示されなかった。身体的暴力は、一般人口においては、暴力（傷害、殺人等）は女性よりも男性

において多く認められる⁵⁾⁶⁾。一方、精神科においては、入院でも外来でも女性の暴力率が男性とあまり変わらないことが指摘されており⁷⁾⁸⁾、本研究とも一致する結果であった。精神科において女性は男性よりもリスクが低いと判断される傾向にある⁹⁾。そのため、男性に比べて女性では、暴力の徴候に対する対応が遅れがちになり、余計に暴力行為にまで至りやすい可能性もある。

自殺行動については、自殺既遂は男性に多いが、自殺企図は女性に多いことが指摘されてきた¹⁰⁾。本研究の結果でも、有意水準には達していないながら、自傷や自殺企図は女性の方に、より多く認められた。

多飲水・水中毒は、国内外の先行研究¹¹⁾¹²⁾によれば女性よりも男性に多く認められている。本研究では、退院後 6 ヶ月間を除けば、男性に有意に多く認められ、一致した結果であった。

平均年齢との関係では、退院後 6 ヶ月以内に身体的暴力が観察される者は、されない者に比べて有意に若年齢であった。一般に精神科における暴力は、より若い年齢の患者に観察されやすいとされるが¹³⁾、ePOP-J の研究デザイン上では、60 才以上の患者が除外されているため、結果として、入院患者全体の平均年齢が 45 才以下となり、年齢による有意な差が示されなかった可能性がある。

自傷は、入院中から退院後 6 ヶ月間では、有意に若年齢であったことと、性別比ではその時期に女性が多かったことより、より平均年齢の低い女性に自傷が多く認められていることを示唆している。

その他、いずれの時期でも自殺企図、物質乱用、セルフネグレクト、迷惑行為、アドヒアランス問題と年齢は関連していなかった。

2. 問題行動の発生頻度

入院中の身体的暴力の頻度は 5.3%であった。先行研究によれば、医療観察法指定入院医療機関における病棟暴力率の観察人年 100

人あたり 11.8 であった¹⁴⁾。本研究では、入院期間が患者により異なるため、直接的な比較は困難であるものの、入院処遇者全員に他害行為歴がある医療観察法対象者に比べ、急救急病棟とはいえ一般精神科において入院中の暴力発生率がより低いのは想定される結果であった。

発生頻度が最も高かったのは、既往、入院中、退院後 1 年の各時期に共通して、迷惑行為とアドヒアランス問題であった。

アドヒアランス問題は統合失調症または双極性障害の精神科治療において主要な問題の一つであることが知られており、抗精神病薬に対する服薬のアドヒアランス問題は 20-72%ともいわれている¹⁵⁾。本研究では、観察期間のいずれの時期でも 20%以下であり、先行研究に比べて特に高いということではなかった。

迷惑行為は既往では 5 割を超えており、入院中も 2 割の者に観察されたが、退院後 6 ヶ月間では半減しており、治療による効果であることが示唆される。

自傷、自殺企図は、入院中よりも退院後 6 ヶ月以内の発生率が高かった。自殺のリスクは退院直後に高まり、その後に減少していくことが知られている¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。本研究においても発生率は、入院中よりも退院後 6 ヶ月間が高く、その後は減少していた。

退院後の各時期、セルフネグレクトは、アドヒアランス問題または迷惑行為に次いで 3 番目に高い発生率を示した。医療観察法通院処遇者の問題行動リスクを Short-Term Assessment of Risk and Treatability

(START) で評価し、その後 6 ヶ月間、問題行動を追跡した先行研究¹⁹⁾においても、セルフネグレクト、暴力、自傷、自殺、物質乱用、無断退去、他者からの被害、の中で最も高い割合を示したのはセルフネグレクトであり、本研究と同様であった。ただし、医療観察法通院処遇者のセルフネグレクトが、対象者の 13%に観察されたのに比較すると、本研

究対象者ではその約半数であった。

3. 入院中の問題行動の有無と平均入院期間

入院中に身体的暴力が観察された者はされなかった者に比べて入院期間が有意に長かったのは、重度慢性患者の入院長期化要因の一つとして暴力が挙げられているのと同じ結果であった²¹⁾。既往で 3 割以上にみとめられた身体的暴力の頻度が入院以降は各時期で 1 割以下になっていることは、観察密度が下がっているからだけでなく、暴力が病状に関連していたからであると示唆される。

迷惑行為およびアドヒアランス問題があると入院期間が延長するのは、この 2 つの問題行動が病状に関連しており、病状回復するまでは退院になりにくいからだと考えられる。特にアドヒアランス問題は病状管理に必須であることから、アドヒアランスが向上、ないし、退院後に通院や服薬を支援する体制（例、グループホームにおける服薬管理支援、通院支援）が整うまでの時間をかけた結果、入院期間が延長した可能性がある。

4. 入院中の問題行動の有無と退院後 12 ヶ月の再入院との関係

入院中のいずれの問題行動も、退院後 1 年以内の再入院との関連を示さなかった。本来、問題行動の既往は、その後の問題行動の予測妥当性を持つことが多い。しかし、再入院と関連しなかったという結果からは、「問題行動のリスクが下がってから退院した」かつ/または、問題行動が発現しても入院せずに済むような地域内の支援体制が構築された可能性が示唆される。

5. 各調査時点における問題行動のリスク推定

日本国内における暴力リスクアセスメントに関する研究によれば、入院中の医療観察法患者の暴力に対する HCR-20（ヒストリカル・クリニカル・リスクマネジメント）の 6 ヶ月以内の暴力に対する予測妥当性は、

AUC=0.80 と高い値を示した²¹⁾。一方、本研究では、スタッフはリスクアセスメントのトレーニングを受けておらず、医療観察法指定入院医療機関のように患者の受け入れ当初から精神鑑定書からの既往等情報もない状態で、スタッフが対象者の身体的暴力のリスク推定を行った。このような違いがあるにも関わらず、各調査時期におけるリスク推定はいずれも有意であり、かつ AUC も中等度（約 0.64）～高い（約 0.71 以上）予測妥当性を示していた。身体的暴力のリスク推定では、推定時よりも前の期間の問題行動の有無（既往）よりも、スタッフが行ったリスク推定の AUC の方が高い傾向があり、臨床家が既往（静的要因）だけでなく、病状や病識等の動的要因を総合した推定を行ったからであると考えられる。

自傷においても、既往情報よりも臨床判断の予測妥当性の方が高いという結果であった。

注目すべきは、自殺企図に関する退院時判断の予測妥当性の低さである。入院環境は通院中とは比較にならないほど観察密度が高く、自殺行動も出現しにくいため、入院中の自殺企図の有無は、退院後のリスク推定には貢献しない。自殺行動は退院直後にリスクが高まりやすいことがわかっているため、この時期の訪問等を確保するなど、何らかのリスク管理の方策が求められる。

自殺企図、物質乱用、セルフネグレクトのように入院中に行いにくい問題行動は、入院中の発生の有無が予測には貢献していなかった。一方、飲水・水中毒、迷惑行為、アドヒアランス問題については、リスク推定の既往または前 6 ヶ月間の行動の有無だけでも有意な予測妥当性が得られていた。

日本国内における、医療観察法通院処遇者の Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) で評価後に 6 ヶ月追跡した研究¹⁹⁾によれば、問題行動リスクの予測妥当性は、身体的暴力で AUC=0.86

($p<.01$)、自殺企図で AUC=0.83 ($p<.01$)、自傷で AUC=0.95 ($p<.05$)、物質乱用で AUC=0.78 ($p<.01$)、セルフネグレクトで AUC=0.66 ($p<.05$) であった。この先行研究と比較しても、本研究のリスク推定は中等度～高い予測妥当性を示しており、リスクアセスメントツールを用いた結果に匹敵していた。

ではリスクアセスメントツールなしで、なぜ予測妥当性が高い結果となったのか。HCR-20 や START といった、諸外国で広く使用されているリスクアセスメントツールは、いわゆる構造的臨床家判断ツールと呼ばれるカテゴリーに属する（2018 年度報告書参照）。問題行動の既往や、関連要因の最近の状態についての情報を系統的に評価したのちに、最終的には臨床判断によってリスク推定をするタイプのリスクアセスメントである。このことをふまえると 2 つの可能性が考えられる。1 つは、今回の調査協力機関が、患者への協議の精神科治療だけではなく、ケア会議の開催、多職種チーム医療など先進的なケアを行っている機関であり、日常臨床の中で広く患者に関する情報を得るのが常態であり、その上で臨床判断を行ったことにより、結果的に構造的臨床判断を行っているのと同じになったという可能性である。もう一つは、ePOP-J 研究に参加したことで、多様な臨床関連情報を収集することになり、その上でリスク推定したことで、結果的に構造的臨床判断を行っているのと同じになっていた可能性である。どちらが当てはまるにせよ、今回の結果が示唆しているのは、通常精神科臨床においても臨床関連要因を広く把握している現場スタッフによる問題行動のリスク推定は、いわゆる構造的臨床家判断タイプのリスクアセスメントを使用した場合と同等の予測精度を持つという可能性であった。

6. 本研究の限界と強み

本分担報告には、大きく 2 つの限界がある。1 つは、分析に用いたデータがクリーニ

ングの途中であり、発生頻度の高くない問題行動に関しては特に、最終的な分析結果が変わってくる可能性があることである。2つ目は、研究対象者のリクルートが口頭同意によるため、治療者と関係構築しやすい患者が含まれた可能性が高く、問題行動の多い患者が相当数、同意しなかったかリクルート候補者から外れた可能性があることである。同じことは追跡率との関係でも推察され、退院後12ヶ月経過時点までに生じた20%程度の脱落者の中には、問題行動を示す患者が多く含まれていた可能性もある。

一方、日本国内では希少な大規模縦断研究の中で問題行動の発生率とリスク推定の評価を行っている点、問題行動に関する研究の多くが単一の問題行動を追跡するデザインを採用しているのに対し、本研究では複数の問題行動を同時に追跡している点は、本研究の大きな強みであると考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

I. 論文発表

- 1) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆. 日本社会精神医学会雑誌 30(1), 20-34, 2021.
- 2) Kikuchi A, Soshi T, Kono T, Koyama M, Fujii C: Validity of Short-Term Assessment of Risk and Treatability in the Japanese Forensic Probation Service. *Frontiers in Psychiatry*. *Front. Psychiatry*, 2021.5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645927>

2. 学会発表

- 1) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆. 第16回日本司法精神医学会大会. オンライン, 2020.11.12-13.
- 2) 河野 稔明, 曾雌 崇弘, 菊池安希子, 藤井千代: 共通評価項目のスコア変化からみた医療観察法入院対象者の治療経過パターン. 第16回日本司法精神医学会, かごしま(オンライン開催), 2020.11.12-13.

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) 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.
- 2) 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.
- 3) Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Desmarais SL: *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability*. Coquitlam, BC: British Columbia Mental Health and Addiction Services, 2009.

- 4) Rice ME & Harris GT: Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d , and r . *Law and Human Behavior*, 29, 615-620, 2005.
- 5) Eagly AH & Steffen VJ: Gender and aggressive behavior: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, 309-330, 1986.
- 6) 法務省法務総合研究所：令和元年版犯罪白書－平成の刑事政策－
<http://hakusyol.moj.go.jp/jp/66/nfm/mokujii.html>
- 7) Lam JN, McNeil DE, & Binder RL: The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatric Services*, 51, 1167-1170, 2000.
- 8) Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 55(5), 393-401, 1998.
- 9) McNeil D & Binder R: Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 152, 901-906, 1995.
- 10) Narishige, R., Kawashima, Y., Otaka, Y., Saito, T., & Okubo, Y.: Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC psychiatry*, 14, 144, 2014.
- 11) Mercier-Guidez E, Loas G. Polydipsia and water intoxication in 353 psychiatric inpatients: an epidemiological and psychopathological study. *Eur Psychiatry*. 15(5), 306-11, 2000.
- 12) 岩波明、小山田静江、田所千代子、宮岡等、上島国利：精神科患者における多飲・水中毒の臨床的研究(第1報)精神薬療基金研究年報 28, 264-269, 1997.
- 13) Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand*, 127(4), 255-68, 2013.
- 14) 菊池安希子：「医療観察法病棟スタッフのためのメンタルヘルス・ケアガイドブック～職務ストレスと暴力～」平成 27-29 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究、長寿・障害総合研究事業障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)「医療観察法における新たな治療的介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究」(研究代表者：平林直次)、研究開発分担報告書「医療観察法医療従事者のメンタルヘルスに関する調査」(研究分担者：菊池安希子) 成果物
- 15) Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 63(10), 892-909, 2002.
- 16) Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 7, 694-702, 2017.
- 17) Madsen T, Erlangsen A, Hjorthoj C, Nordentoft M. High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge. *Acta Psychiatr Scand*, 142, 355-65, 2020.
- 18) Qin P, Nordentoft M, Hoyer EH, Agerbo E, Laursen TM, Mortensen PB. Trends in suicide risk associated with hospitalized psychiatric illness: a case control study based on Danish longitudinal registers. *J Clin Psychiatry*, 67, 1936-41, 2006.
- 19) Kikuchi A, Soshi T, Kono T, Koyama M,

Fujii C: Validity of Short-Term Assessment of Risk and Treatability in the Japanese Forensic Probation Service. *Frontiers in Psychiatry*. *Front. Psychiatry*, 2021.5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.64592>
7

- 20) 松原三郎 (2009) 精神科病院における医療実態の把握に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」平成 20 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 伊豫雅臣) 平成 20 年度分担研究報告書.
- 21) Arai K, Takano A, Nagata T, Hirabayashi N. Predictive accuracy of the Historical-Clinical-Risk Management-20 for violence in forensic psychiatric wards in Japan. *Crim Behav Ment Health*, 27(5), 409-420, 2017.

留意事項

本分担班が示す記述統計および分析結果は、2021年3月10日時点のデータを分析したものである。今後のデータクリーニングの過程でデータセットに修正が生じる可能性がある。よって、本報告の結果は、最終的な分析結果と異なる可能性がある。また、データクリーニング完了前であることから、データに矛盾がある可能もある。

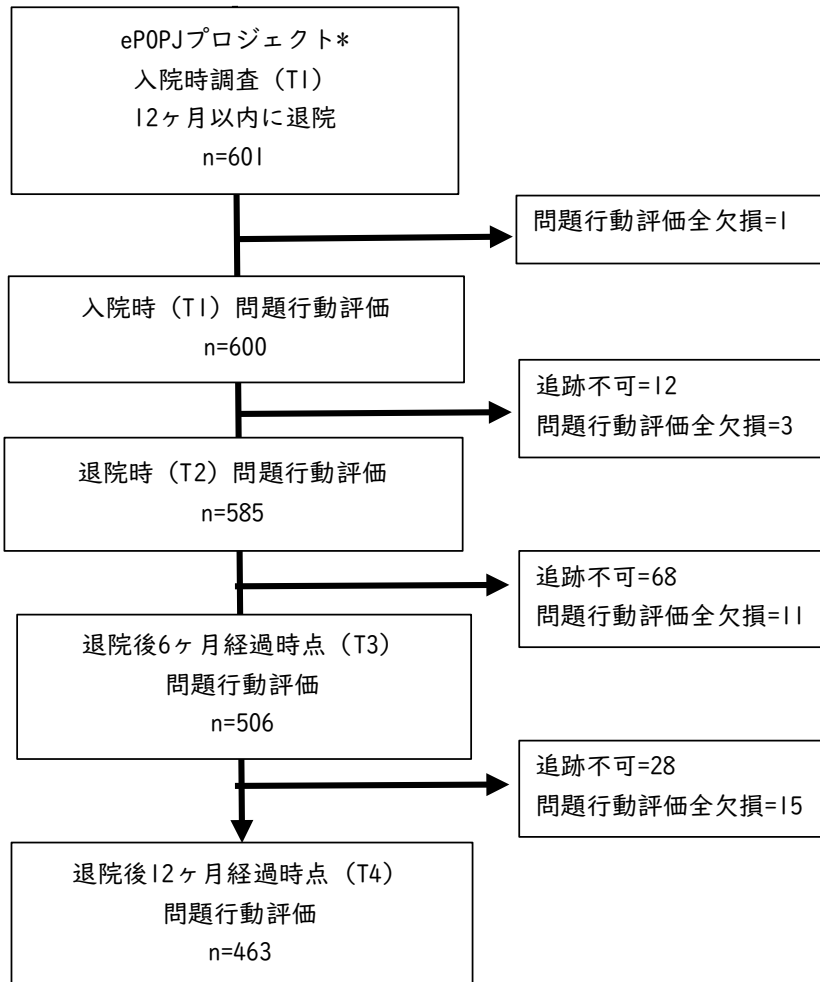


図1 問題行動データのフロー

*プロジェクト全体のデータフローは渡邊班報告書を参照

表1 各時期の問題行動の有無と性別の関連

		N	問題行動あり				問題行動なし				χ^2 *1	p
			女		男		女		男			
			n	%	n	%	n	%	n	%		
身体的 暴力	入院中	585	14	43.8	18	56.3	318	57.5	235	42.5	2.332	.127
	退院後6ヶ月間	510	9	37.5	15	62.5	283	58.2	203	41.8	4.016	.045
	退院後6～12ヶ月の間	482	8	40.0	12	60.0	273	59.1	189	40.9	2.874	.090
自傷	入院中	585	19	73.1	7	26.9	313	56.0	246	44.0	2.954	.086
	退院後6ヶ月間	510	20	62.5	12	37.5	272	56.9	206	43.1	0.384	.536
	退院後6～12ヶ月の間	482	14	82.4	3	17.6	267	57.4	198	42.6		.046
自殺 企図	入院中	585	10	71.4	4	28.6	322	56.4	249	43.6		.291
	退院後6ヶ月間	510	12	63.2	7	36.8	280	57.0	211	43.0	0.281	.596
	退院後6～12ヶ月の間	482	12	80.0	3	20.0	269	57.6	198	42.4		.111
物質 乱用	入院中	585	10	71.4	4	28.6	322	56.4	249	43.6		.291
	退院後6ヶ月間	510	17	51.5	16	48.5	275	57.7	202	42.3	0.475	.491
	退院後6～12ヶ月の間	482	17	60.7	11	39.3	264	58.1	190	41.9	0.071	.789
セルフ ネグレクト	入院中	585	22	73.3	8	26.7	310	55.9	245	44.1	3.542	.060
	退院後6ヶ月間	510	24	64.9	13	35.1	268	56.7	205	43.3	0.944	.331
	退院後6～12ヶ月の間	482	19	63.3	11	36.7	262	58.0	190	42.0	0.334	.564
多飲水 水中毒	入院中	585	7	33.3	14	66.7	325	57.6	239	42.4	4.867	.027
	退院後6ヶ月間	510	13	50.0	13	50.0	279	57.6	205	42.4	0.589	.443
	退院後6～12ヶ月の間	482	6	31.6	13	68.4	275	59.4	188	40.6	5.809	.016
迷惑 行為	入院中	585	63	49.6	64	50.4	269	58.7	189	41.3	3.375	.066
	退院後6ヶ月間	510	27	43.5	35	56.5	265	59.2	183	40.8	5.418	.020
	退院後6～12ヶ月の間	482	23	46.0	27	54.0	258	59.7	174	40.3	3.471	.062
アドヒア ランス 問題	入院中	584	48	55.2	39	44.8	284	57.1	213	42.9	0.117	.732
	退院後6ヶ月間	509	38	57.6	28	42.4	253	57.1	190	42.9	0.005	.943
	退院後6～12ヶ月の間	481	27	51.9	25	48.1	254	59.2	175	40.8	1.013	.314

*1 度数が5未満のセルがある場合にはFisherの直接法を用いた

表2 各時期の問題行動の有無別の平均年齢

		N	問題行動なし		問題行動あり		<i>t test</i> <i>p</i>
			Mean	SD	Mean	SD	
身体的 暴力	入院中	585	42.14	10.617	41.28	12.376	.659
	退院後6ヶ月間	510	42.36	10.569	34.96	11.955	.001
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.23	10.733	43.55	10.206	.589
自傷	入院中	585	42.40	10.665	35.42	9.630	.001
	退院後6ヶ月間	510	42.40	10.631	36.19	10.852	.001
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.36	10.672	40.06	11.697	.384
自殺 企図	入院中	585	42.15	10.695	39.79	11.477	.415
	退院後6ヶ月間	510	42.01	10.729	42.21	11.341	.935
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.30	10.598	41.67	14.085	.821
物質 乱用	入院中	585	42.04	10.739	44.36	9.548	.424
	退院後6ヶ月間	510	41.98	10.685	42.48	11.678	.795
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.30	10.622	41.96	12.176	.872
セルフ ネグレクト	入院中	585	42.02	10.775	43.53	9.482	.450
	退院後6ヶ月間	510	42.19	10.543	39.70	12.957	.174
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.37	10.636	40.97	11.804	.488
多飲水 水中毒	入院中	585	42.01	10.748	44.33	9.619	.330
	退院後6ヶ月間	510	41.80	10.791	46.08	8.997	.048
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.16	10.799	45.37	7.668	.200
迷惑 行為	入院中	585	41.91	10.716	42.75	10.708	.438
	退院後6ヶ月間	510	42.10	10.708	41.35	11.041	.607
	退院後6～12ヶ月の間	482	42.20	10.690	42.98	10.920	.627
アドヒ アランス 問題	入院中	584	42.13	10.656	41.79	11.094	.788
	退院後6ヶ月間	509	42.09	10.587	41.29	11.691	.573
	退院後6～12ヶ月の間	481	42.09	10.642	43.90	11.285	.249

表3. 各調査時点間の問題行動の有無

	既往				入院中				退院後6ヶ月間				退院後6ヶ月～1年間			
	なし		あり		なし		あり		なし		あり		なし		あり	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
身体的暴力	387	64.5	213	35.5	553	94.5	32	5.3	482	95.3	24	4.8	445	96.1	18	3.9
自傷	455	75.8	145	24.2	559	95.6	26	4.3	474	93.7	22	6.3	447	96.5	16	3.5
自殺企図	455	75.8	145	24.2	571	97.6	14	2.3	487	96.2	19	3.8	450	97.2	13	2.8
物質乱用	463	77.2	137	22.8	571	97.6	14	2.4	473	93.5	33	6.5	437	94.4	26	5.6
セルフネグレクト	416	69.3	184	30.7	555	94.9	30	5.1	469	92.7	37	7.3	434	93.7	29	6.3
多飲水・水中毒	554	92.3	46	7.7	564	96.4	21	3.6	480	94.9	26	5.1	445	96.1	18	3.9
迷惑行為	267	44.5	333	55.5	458	78.3	127	21.7	444	87.7	62	12.3	415	89.6	48	10.4
アドヒアランス問題*	326	54.3	274	45.7	497	85.0	87	14.9	439	86.8	66	13.0	413	89.2	49	10.6

*入院中、退院後6ヶ月間、退院後6ヶ月～1年間にそれぞれ欠損値n=1 (.2%)

表4 入院中の問題行動の有無別の平均入院期間(日)

	問題行動				ttest <i>p</i>
	なし		あり		
	Mean	SD	Mean	SD	
身体的暴力	65.84	44.39	106.19	69.09	.003
自傷	67.73	46.82	75.00	49.42	.441
自殺企図	67.34	46.24	97.21	64.79	.110
物質乱用	68.38	47.00	54.79	42.68	.284
セルフネグレクト	67.20	47.11	83.90	40.73	.058
多飲水・水中毒	67.66	46.57	78.62	55.69	.294
迷惑行為	64.72	44.76	80.17	52.45	.001
アドヒアランス問題	64.58	42.78	88.05	62.77	.001

表5 入院中の問題行動の有無と退院後12ヶ月間の再入院との関係

	再入院なし		再入院あり		ロジスティック回帰		
	n	%	n	%	OR	95%CI	<i>p</i>
身体的暴力(有)	14	43.8	18	56.3	1.32	0.64 2.70	.450
自傷(有)	16	61.5	10	38.5	0.62	0.28 1.39	.243
自殺企図(有)	8	57.1	6	42.9	0.75	0.26 2.20	.603
物質乱用	7	50.0	7	50.0	1.01	0.35 2.92	.985
セルフネグレクト(有)	15	50.0	15	50.0	1.01	0.48 2.11	.977
多飲水・水中毒(有)	11	52.4	10	47.6	0.92	0.38 2.19	.843
迷惑行為(有)	61	48.0	66	52.0	1.12	0.76 1.66	.571
アドヒアランス問題(有)	44	50.6	43	49.4	0.98	0.62 1.55	.935

表6 入院時（T1）および退院時（T2）における問題行動のリスク推定

	入院時リスク推定*							退院時リスク推定						
	低		中		高		欠損値	低		中		高		欠損値
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
身体的暴力	473	78.8	99	16.5	28	4.7		515	88.0	60	10.3	10	1.7	
自傷	497	82.8	73	12.2	30	5.0		506	86.5	63	10.8	16	2.7	
自殺企図	494	82.3	78	13.0	28	4.7		524	89.6	55	9.4	5	.9	1 .2
物質乱用	507	84.5	51	8.5	40	6.7	2 .3	513	87.7	47	8.0	25	4.3	
セルフネグレクト	428	71.3	135	22.5	37	6.2		512	87.5	58	9.9	15	2.6	
多飲水・水中毒	557	92.8	25	4.2	18	3.0		557	95.2	16	2.7	12	2.1	
迷惑行為	338	56.3	188	31.3	74	12.3		419	71.6	131	22.4	34	5.8	1 .2
アドヒアランス問題	383	63.8	142	23.7	75	12.5		406	69.4	140	23.9	39	6.7	

*今後6ヶ月間に問題行動が起こるリスクの推定。

表7 退院後6ヶ月経過時点（T3）および退院後1年経過時点（T4）における問題行動のリスク推定

	退院後6ヶ月時点のリスク推定*							退院後1年時点のリスク推定						
	低		中		高		欠損値	低		中		高		欠損値
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
身体的暴力	457	90.3	38	7.5	10	2.0	1 .2	423	91.4	28	6.0	10	2.2	2 .4
自傷	458	90.5	34	6.7	13	2.6	1 .2	435	94.0	17	3.7	9	1.9	2 .4
自殺企図	470	92.9	27	5.3	8	1.6	1 .2	432	93.3	19	4.1	10	2.2	2 .4
物質乱用	456	90.1	30	5.9	18	3.6	2 .4	426	92.0	21	4.5	14	3.0	2 .4
セルフネグレクト	450	88.9	40	7.9	16	3.2		418	90.3	29	6.3	14	3.0	2 .4
多飲水・水中毒	473	93.5	19	3.8	14	2.8		433	93.5	18	3.9	8	1.7	4 .9
迷惑行為	415	82.0	59	11.7	32	6.3		391	84.4	50	10.8	20	4.3	2 .4
アドヒアランス問題	408	80.6	67	13.2	31	6.1		387	83.6	45	9.7	29	6.3	2 .4

*今後6ヶ月間に問題行動が起こるリスクの推定。

表8 リスク推定または既往がその後6ヶ月の問題行動に対する予測妥当性

	AUC	SE	95%CI		p	
			下限	上限		
身体的 暴力	入院時リスク判断	.644	.056	.535	.753	.006
	入院時までの既往	.644	.051	.545	.744	.006
	退院時リスク判断	.685	.066	.556	.814	.002
	入院中暴力有無	.515	.062	.394	.636	.808
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.710	.075	.564	.856	.003
	退院後6ヶ月間の暴力有無	.562	.075	.415	.709	.371
自傷	入院時リスク判断	.797	.052	.695	.899	.000
	入院時までの既往	.775	.049	.680	.871	.000
	退院時リスク判断	.684	.057	.572	.795	.001
	入院中自傷有無	.624	.059	.509	.739	.019
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.820	.071	.681	.958	.000
	退院後6ヶ月間の自傷有無	.794	.074	.648	.939	.000
自殺 企図	入院時リスク判断	.756	.079	.601	.910	.001
	入院時までの既往	.669	.079	.515	.823	.030
	退院時リスク判断	.612	.074	.468	.757	.096
	入院中自殺企図有無	.488	.066	.358	.617	.855
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.832	.072	.691	.974	.000
	退院後6ヶ月間の自殺企図有無	.738	.086	.570	.906	.002
物質 乱用	入院時リスク判断	.836	.065	.708	.964	.000
	入院時までの既往	.856	.043	.773	.940	.000
	退院時リスク判断	.774	.053	.669	.878	.000
	入院中物質乱用有無	.586	.057	.473	.698	.100
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.866	.050	.768	.963	.000
	退院後6ヶ月間の物質乱用有無	.813	.057	.701	.925	.000
セルフ ネグレクト	入院時リスク判断	.630	.058	.516	.744	.016
	入院時までの既往	.687	.051	.587	.787	.001
	退院時リスク判断	.646	.054	.539	.753	.003
	入院中セルフネグレクト有無	.545	.052	.443	.647	.360
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.797	.054	.691	.903	.000
	退院後6ヶ月間のセルフネグレクト有無	.773	.057	.661	.884	.000
多飲水 水中毒	入院時リスク判断	.891	.051	.791	.991	.000
	入院時までの既往	.928	.037	.855	1.000	.000
	退院時リスク判断	.737	.063	.613	.861	.000
	入院中多飲水・水中毒有無	.665	.066	.536	.793	.005
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.789	.072	.649	.930	.000
	退院後6ヶ月間の多飲水・水中毒有無	.791	.071	.652	.930	.000
迷惑 行為	入院時リスク判断	.702	.026	.652	.753	.000
	入院時までの既往	.689	.025	.641	.738	.000
	退院時リスク判断	.681	.039	.605	.758	.000
	入院中迷惑行為有無	.611	.041	.531	.691	.004
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.727	.046	.638	.817	.000
	退院後6ヶ月間の迷惑行為有無	.675	.047	.582	.767	.000
アドヒア ランス 問題	入院時リスク判断	.730	.031	.669	.791	.000
	入院時までの既往	.690	.029	.632	.747	.000
	退院時リスク判断	.657	.039	.581	.734	.000
	入院中アドヒアランス問題有無	.607	.041	.528	.687	.005
	退院後6ヶ月時点リスク判断	.730	.045	.641	.818	.000
	退院後6ヶ月間のアドヒアランス問題有無	.736	.045	.648	.824	.000

精神科入院患者の入院時社会機能サブクラス分類の試み

研究分担者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター，
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

研究協力者：佐藤智絵（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

要旨

【目的】広義の医療保護入院患者，すなわち医療保護入院，または応急入院となっていた患者の入院時社会機能を Personal and Social Performance Scale (PSP) 評点に基づいてサブクラス分類する。【対象と方法】令和3年3月10日までに「早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究 (ePOP-J)」に登録されたデータベースから医療保護入院患者のデータを抽出し，別途行われた「措置入院コホート研究」において観察された PSP 評点による分類法を用いて，対象患者のサブクラス分類を行った。その上で，各サブクラス間の年齢，性別，精神科主診断，管理が必要な身体合併症，入院形態，入院病棟，精神科治療歴，入院時の EQ-5D-5L 評点などに関する比較を行なった上で，各サブクラスが入院期間に及ぼす影響を Log-rank 検定，および強制投入法による Cox 回帰分析で検討した。【結果】対象患者の性別は男性 164 人，女性 201 人，平均年齢は 41.2 歳であった。精神科主診断は統合失調症圏が 241 人，気分障害が 86 人，その他が 38 人であった。管理が必要な身体合併症は 98 人に見られた。入院形態は医療保護入院が 358 人，応急入院が 7 人であった。病棟は救急病棟が 319 人，急性期病棟が 45 人であった。PSP の下位項目の平均評点は，a)セルフケアが 2.5 点，b)社会的に有用な活動が 3.3 点，c)個人的・社会的関係が 3.5 点，d)不穏な・攻撃的な行為が 3.0 点であり，平均 PSP 総得点は 43.6 点であった。サブクラス分類によって対象患者は a)～d)の平均点が 5.7～6.0 点の最重症群 (6 人)，4.4～5.1 点の重症群 (26 人)，2.9～3.9 点の中等症群 (176 人)，1.5～2.3 点の軽症群 (108 人)，a)のみ 1.9 点でそれ以外は 4.6～5.1 点のセルフケア以外重症群 (16 人)，d)のみ 4.5 点でそれ以外は 1.4～3.1 点の不穏のみ重症群 (33 人)に分けられた。入院期間と性別，年齢，サブクラスの関連を Cox 回帰分析で検討したところ，男性は女性より入院期間が有意に長く (ハザード比:0.8012)，軽症群は中等症群より入院期間が有意に短く (同 1.575)，55 歳以上の者は 45～54 歳の者より入院期間が長くなる傾向がみられた (同 0.7194， $p=0.06952$)。【考察】措置入院コホート研究と同様に，軽症群は中等症群より入院期間が短いことが示された。

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ると，令和元年度のわが国ではのべ 186,930 人の患者が医療保護入院に，のべ 3,350 人の患者が応急入院に，のべ 7,217 人の患者が措置入院

となっている¹⁾。医療福祉と医療経済の両面からは，これらの非自発的入院患者に適切な治療を行って，可能な限り早急な退院を可能とすることが求められるが，これまで非自発的入院患者の入院期間に影響をもたらす因子

については必ずしも十分に検証されてこなかった。

しかしながら、そのような中で厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業「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(主任研究者:藤井千代)」の一環として実施された全国 11ヶ所の研究協力施設に措置入院となった患者を対象として実施された「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究(以下,措置入院コホート研究,分担研究者:瀬戸秀文)」²⁾では、「個人的・社会的機能遂行度尺度(Personal and Social Performance Scale: PSP)」^{3, 4)}と呼ばれる社会機能評価尺度の評点に基づく潜在クラス分析によって,対象患者を「中等症群」,「重症群」,「セルフケア以外重症群」,「不穏のみ重症群」,「最重症群」,「軽症群」の6つのサブクラスに分類し,これらの間に統計学的に有意な措置入院継続期間の差があることが報告された。この研究で観察されたサブクラスの臨床的妥当性に関しては現在もなお検討中であるが,これらのサブクラスが措置入院患者の措置入院継続期間のみならず,それ以外の非自発的入院患者の入院期間も予測可能であるかについてはさまざまな観点から関心が持たれるところである。

そこで,今回われわれは措置入院コホート研究と同様に PSP を社会機能評価尺度として使用した「早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究(Early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan (ePOP-J): a longitudinal study)」のデータを利用して,措置入院以外の非自発的入院患者を「措置入院コホート研究」で得られた方法によって分類した上で,各サブクラスの入院期間について検討した。

なお, ePOP-J の研究計画の詳細についてはプロトコル論文⁵⁾, 2018年度総括報告書⁶⁾・2020年度総括報告書を参照されたい。加えて,

本報告はデータクリーニングの途中段階であるデータセット(2021年3月10日時点)を用いているので,最終的な分析結果は本報告の結果と異なる点があることに留意されたい。

B. 方法

ePOP-J は精神科救急病棟,あるいは精神科急性期病棟に入院した入院患者を対象とする入院時から退院 12ヶ月後に至るまでの前向きコホート研究である^{5, 6)}。ePOP-J の主要評価項目は退院から 12ヶ月以内の再入院や EQ-5D-5L⁷⁾によって評価される健康関連 QOL であるが,この他にも投与されている薬剤,入院中の薬剤以外の支援の内容,退院後の支援の状況,コストなどといったさまざまなデータを収集するようにデザインされている。

今回の検討では令和 3 年 3 月 10 日までに ePOP-J に登録された広義の医療保護入院,すなわち,医療保護入院,または応急入院となっていた患者を「措置入院コホート研究」で得られた方法に基づいて 6 つのサブクラスに分類し,年齢,性別,精神科主診断,管理が必要な身体疾患(以下,合併症)の有無,入院時の入院形態,入院時の入院病棟(救急病棟,急性期病棟),精神科治療歴,入院時の EQ-5D-5L 評点などについて群間比較を行なった上で,各サブクラスが入院期間に及ぼす影響を Log-rank 検定,および強制投入法による Cox 回帰分析によって検討した。なお, ePOP-J の対象患者のサブクラス分類を行う際には,「措置入院コホート研究」で観察されたそれぞれのサブクラスのクラスサイズと, PSP を構成する 4 つの下位項目評点の応答確率(別表)²⁾に基づいて,まずは ePOP-J に登録された各対象患者が各サブクラスに属する帰属確率を計算した上で,最も帰属確率の高いサブクラスにその患者が属しているとみなして,それ以降の解析を行った⁸⁾。

サブクラス分類後の統計解析には Easy R (EZR)⁹⁾を使用し, p 値が 5%未満の場合に「有

意差あり」，10%未満の場合に「傾向差あり」と見なした。

C. 結果

ePOP-Jに登録された635人の新規入院患者のうち，広義の医療保護入院となった有効症例は368人であった。このうち3人は技術的問題によって「措置入院コホート研究」で観察されたサブクラスへの分類ができなかった。したがって，今回の検討対象は残りの365人である。

1) 背景因子

対象患者の性別は男性が164人(44.9%)，女性が201人(55.1%)であった。平均年齢(標準偏差)は41.2(10.7)歳，年齢の中央値(四分位範囲)は42(33~50)歳であった。

ICD-10 精神科主診断は統合失調症圏(F2)が241人(66.0%)と最も多く，以下，双極性障害以外の気分障害(F32~39: 51人，14.0%)，双極性障害(F30/F31: 35人，9.6%)，器質性精神障害(F0: 8人，2.2%)，アルコール・薬物関連障害(F1: 8人，2.2%)，精神発達遅滞(F7: 8人，2.2%)，神経症性障害(F4: 7人，1.9%)，生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5: 4人，1.1%)，パーソナリティ障害(F6: 3人，0.8%)の順に多かった。精神科併存症は58人(15.9%)に存在した(表1)。

管理が必要な身体合併症を有する者は98人(26.9%)で，内訳は糖尿病が26人(7.1%)，循環器・心疾患が14人(3.8%)，慢性肺・呼吸器疾患が8人(2.2%)，肝疾患，腎疾患，麻痺がそれぞれ4人(1.1%)ずつ，原発性悪性腫瘍と転移性悪性腫瘍がそれぞれ3人(0.8%)ずつ，脳血管疾患と膠原病がそれぞれ2人(0.6%)ずつ，認知症と低Na血症がそれぞれ1人ずつ(0.3%)であった(重複あり)。チャールソン併存疾患指数(Charlson Comorbidities Index)¹⁰⁾は0点の者が301人(82.5%)，1点の者が46人(12.6%)，2点の者が12人(3.3%)，3点の者が3人(0.8%)，

6点の者が3人(0.8%)であった。喫煙者は40人(11.0%)，平均BMIは24.1(5.4)kg/m³，BMIの中央値は23.4(20.1~27.6)であった(表2)。

入院要件が自傷行為の者は68人(18.6%)，他害行為の者は61人(16.7%)，セルフネグレクトの者は30人(8.2%)であった。入院形態が医療保護入院の者は358人(98.1%)，応急入院の者は7人(1.9%)であった。入院時に救急病棟を使用した者は319人(87.6%)，急性期病棟を使用した者は45人(12.4%)であった。過去1年以内の精神科受診歴があった者は319人(87.4%)，同じく過去1年以内に入院歴があった者は122人(33.4%)であり，過去に入院歴があった者は270人(74.0%)であった(表3)。

PSPを構成する4つの下位項目の平均点は，「セルフケア」が2.5(1.4)点，「社会的に有用な活動」が3.3(1.3)点，「個人的・社会的関係」が3.5(1.3)点，「不穏な・攻撃的な行動」が3.0(1.5)点であった(図1)。平均PSP総得点は43.6(18.0)点，中央値は41(30~59)点であった(表3)。

EQ-5D-5Lを構成する5つの下位項目の平均点は，「移動の程度」が1.4(0.9)点，「身の回りの管理」が1.3(0.7)点，「普段の活動」が2.1(1.2)点，「痛み/不快感」が2.0(1.1)点，「不安/ふさぎこみ」が2.2(1.2)点であった(図2)。平均効用値は0.7412(0.1855)，中央値は0.7723(0.6627~0.8673)であった。また，健康関連QOLの平均VAS値は61.9(25.1)点，中央値は60点(45~80)であった(表3)。

2) 各サブクラスのPSP評点

ePOP-Jの対象患者となった広義の医療保護入院患者を「措置入院コホート研究」で観察された6つのサブクラスに分類した上で，各サブクラス間のPSP評点について検討した(表4)。なお，各サブクラスの名称は「措置

入院コホート研究」の報告書²⁾で命名されたものをそのまま使用した。

① クラス1：中等症群

クラス1，すなわち「中等症群」には全体の48.2%に相当する176人が属し，PSP総得点の平均値は39.2(11.6)点であった。PSP下位項目の平均評点は「セルフケア」が2.9(1.2)点，「社会的に有用な活動」が3.9(0.7)点，「個人的・社会的関係」が3.8(0.8)点，「不穏な・攻撃的な行為」が3.0(1.2)点と，いずれも「明らかな(3点)」から「顕著(4点)」に相当するレベルにあった。

② クラス2：重症群

クラス2，すなわち「重症群」には全体の7.1%に相当する26人が属し，PSP総得点の平均値は21.2(5.6)点であった。各下位項目の平均評点は「セルフケア」が4.4(0.8)点，「社会的に有用な活動」が5.1(0.4)点，「個人的・社会的関係」が5.0(0.5)点，「不穏な・攻撃的な行為」が4.6(0.9)点と，4項目とも「重度(5点)」に近いレベルにあった。

③ クラス3：セルフケア以外重症群

クラス3，すなわち「セルフケア以外重症群」には全体の4.4%に相当する16人が属し，PSP総得点の平均値は24.3(5.3)点であった。各下位項目の平均評点は「セルフケア」のみが1.9(1.2)点と「2点(軽度)」に近いレベルにあったものの，その他の3項目は「社会的に有用な活動」が4.6(0.5)点，「個人的・社会的関係」が5.1(0.7)点，「不穏な・攻撃的な行為」が5.1(0.9)点と「重度(5点)」に近いレベルにあった。

④ クラス4：不穏のみ重症群

クラス4，すなわち「不穏のみ重症群」には全体の9.0%に相当する33人が属し，PSP総得点の平均値は30.5(7.8)点であった。各下位項目の平均評点は「不穏な・攻撃的な行為」の

みが4.5(0.7)点と「重度(5点)」に近かったものの，その他の3項目は「セルフケア」が1.4(0.7)点，「社会的に有用な活動」が2.2(0.7)点，「個人的・社会的関係」が3.1(1.1)点と比較的軽度であった。

⑤ クラス5：最重症群

クラス5，すなわち「最重症群」には全体の1.6%に相当する6人が属し，PSP総得点の平均値は15.8(4.9)点であった。各下位項目の平均評点は「セルフケア」が5.8(0.4)点，「社会的に有用な活動」が5.7(0.5)点，「個人的・社会的関係」が6.0(0.0)点，「不穏な・攻撃的な行為」が6.0(0.0)点と，いずれも「最重度(6点)」，あるいはそれに近いレベルにあった。

⑥ クラス6：軽症群

クラス6，すなわち「軽症群」には全体の29.6%に相当する108人が属し，PSP総得点の平均値は64.8(9.7)点であった。PSPの下位項目の平均評点は「セルフケア」が1.5(0.6)点，「社会的に有用な活動」が2.1(0.9)点，「個人的・社会的関係」が2.3(0.9)点，「不穏な・攻撃的な行為」が1.7(0.8)点と，他の5つのクラスよりも軽症であった。

3) 各サブクラスの背景因子の比較

ここでは各サブクラスの性別，年齢，BMI，身体合併症，健康関連QOL，入院歴，入院病棟，入院の要件などといった背景因子の比較を行った。

まず，性別，年齢，BMI，身体合併症の有無，チャールソン併存疾患指数，ICD-10主診断，入院歴，入院病棟に関しては統計学的に有意な差は見られなかった。EQ-5D-5Lの効用値については統計学的有意差を認め($p=0.0008$ ，Kruskal-Wallis検定)，群間比較では「不穏のみ重症群」($p=0.0051$ ，Steel-Dwass検定)，「軽症群」($p=0.0097$ ，Steel-Dwass検定)は「中等症群」よりも効用値が有意に高かった。

同様に、VAS 値に関しても統計学的有意差を認め ($p=0.0018$: Kruskal-Wallis 検定), 群間比較では「不穏のみ重症群」($p=0.0166$, Steel-Dwass 検定), 「軽症群」($p=0.0097$, Steel-Dwass 検定) は「中等症群」よりも VAS 値が有意に高かった。入院の要件に関しては、他害による入院の占める割合に有意差を認め ($p=0.0003$, χ^2 検定), 数字の上では「重症群(26.9%)」, 「セルフケア以外重症群(50.0%)」, 「不穏のみ重症群(30.3%)」は他の群(11.1~16.7%)よりも他害を要件とした入院の割合が高かった(表5, 表6, 表7, 表8)。

4) Log-rank 検定 (図3)

クラス1からクラス6までの6つのサブクラスの入院期間を Log-rank 検定によって比較したところ, 「中等症群」の入院期間の中央値は 75.5 日 (95%信頼区間: 70~81), 「重症群」は 69.5 日 (53~80), 「セルフケア以外重症群」は 72 日 (36~77), 「不穏のみ重症群」は 67 日 (44~78), 「最重症群」は 88.5 日 (63~NA), 「軽症群」は 50.5 日 (41~60) で統計学的有意差を認め ($p=0.00809$, Log-rank 検定), 群間比較では「中等症群」は「軽症群」より入院期間が有意に長かった ($p=0.0052$, Bonferroni 検定)。

5) Cox 回帰分析 (表8)

ここでは性別, 年齢, および6つの潜在クラスを独立変数, 入院期間を従属変数とした強制投入法による Cox 回帰分析を行った。解析を行うに際し, 年齢に関しては 24 歳以下, 25~34 歳, 35~44 歳, 45~54 歳, 55 歳以上の5つの年齢階級に分けて, 45~54 歳を参照群 (reference) とみなし, 性別に関しては女性, サブクラスに関してはサンプルサイズが最も大きい「中等症群」を参照群とみなした。

Cox 回帰分析の結果, 「中等症群」と比較して「軽症群」は入院期間が有意に短く (ハザード比: 1.575, 95%信頼区間: 1.225~2.026), 男性は女性よりも入院期間が有意に長かった

(ハザード比: 0.8012, 95%信頼区間: 0.6464~0.9931)。また, 統計学的に有意ではなかったものの, 55 歳以上の者は 45~54 歳の者より入院期間が長い傾向 (ハザード比: 0.7194, 95%信頼区間: 0.5041~1.027, $p=0.06952$) が認められた。

D. 考察

「措置入院患者のコホート研究」²⁾では措置入院患者の入院時 PSP 評点に基づく潜在クラス分析を行い, 研究対象である措置入院患者は「中等症群」, 「重症群」, 「最重症群」, 「セルフケア以外重症群」, 「不穏のみ重症群」, 「軽症群」の6群に分類されること, これらのサブクラスに性別, 年齢を加えた Cox 回帰分析によると, 45~54 歳の者と比較して 24 歳以下の者は入院期間が有意に短く (ハザード比: 1.610), 65 歳以上の者は入院期間が有意に長いこと (ハザード比: 0.6130), 「中等症群」と比べて「重症群」 (ハザード比: 1.459) と「軽症群」 (ハザード比: 2.767) は措置入院継続期間が有意に短く, 統計学的には有意でないものの, 「不穏のみ重症群」 (ハザード比: 1.463), 「最重症群」 (ハザード比: 1.568) も措置入院継続期間が短い傾向があり, 各サブクラスは措置入院継続期間という臨床アウトカムの面で特徴を有する存在であると結論された。

「措置入院コホート研究」で見出されたこれらの所見は措置入院患者への介入を効率的に行う上での基礎資料となるのみならず, 新たな診療報酬体系を開発する際にも応用可能な情報と思われるが, 医療保護入院をはじめとする他の入院形態において同様の結果が得られるかは臨床医学的にも医療経済的にも深い関心が持たれるところである。そこで, 今回の検討では「措置入院コホート研究」で観察された PSP 評点に基づいたサブクラス分類方法を広義の医療保護入院患者, すなわち, 医療保護入院患者と応急入院患者に適用した

場合も同様にサブクラス間の入院期間の差が観察されるかについて検討を行った。

結果としては、第一に措置入院患者では「重症群」が32.9%、「セルフケア以外重症群」が12.8%、「最重症群」が4.6%と相対的に多く、「軽症群」が1.7%にとどまったのに対して、医療保護入院患者では「重症群」が7.1%、「セルフケア以外重症群」が4.4%、「最重症群」が1.6%にとどまり、「軽症群」が29.6%と相対的に多かった。また、「中等症群」は措置入院患者では38.8%にとどまったが、医療保護入院患者では48.2%と半数弱を占めていた(表9)。ePOP-Jと「措置入院コホート研究」のサブクラス構成比にこのような違いが見られた背景には、措置入院患者と医療保護入院患者の精神症状の違いが反映されていることは明らかである。

第二にCox回帰分析の結果からは医療保護入院患者の入院期間は措置入院患者の措置入院継続期間と類似した構造にあると考えられた。「措置入院コホート研究」では「中等症群」と比較して「軽症群」と「重症群」はともに措置入院継続期間が有意に短く(ハザード比はそれぞれ2.767, 1.459)、「不穏のみ重症群」と「最重症群」は有意差はないものの、いずれも措置入院継続期間が短い傾向にあった(ハザード比はそれぞれ1.463, 1.568)。一方、ePOP-Jの医療保護入院患者では、ハザード比が1.575とやや低いものの、「軽症群」は「中等症群」よりも入院期間が有意に短く、「重症群」と「不穏のみ重症群」は有意差はなかったものの、「措置入院コホート研究」における措置入院継続期間のハザード比に近い値をとっていた。性別の及ぼす影響に関しても、「措置入院コホート研究」とePOP-Jにおける男性のハザード比はそれぞれ0.8648, 0.8012と、ほぼ等しかった(表10)。

一方、ePOP-Jと「措置入院コホート研究」の相違点としては、ePOP-Jにおける「最重症群」のハザード比が0.7045と低いこと、同じく若年であることによる影響がePOP-Jにお

いて観察されなかったことが挙げられる。「最重症群」のハザード比が低かった理由としては、対象患者の性質上、ePOP-Jでは「最重症群」の患者数が少ないことや、同じ最重症ではあっても医療保護入院患者と措置入院患者の間に何らかの質的な差が存在した可能性が考えられる。したがって、今後は医療保護入院の最重症患者に関するデータを蓄積して、この問題に関するさらなる検討を行う必要があるであろう。なお、ePOP-Jでは高齢者に関しては「措置入院コホート研究」と同様に入院期間が長くなる傾向にあったものの(ハザード比:0.7194, $p=0.06952$)、「措置入院コホート研究」と異なり、若年者の入院期間が短くなるという結果は再現されなかった。このような結果がもたらされた理由としては、ePOP-Jにおける広義の医療保護入院患者が25人にとどまり、サンプルサイズが小さかったことが関与していたかもしれない。また、精神科入院歴を有する者の割合がePOP-Jでは74.0%であったのに対して、「措置入院コホート研究」では52.4%であったが、ePOP-Jでは治療反応性が高い初回エピソード患者が相対的に少なく、その結果として若年者の入院期間が短くならないという結果がもたらされた可能性も考えられるところである。さらに、「措置入院コホート研究」で解析対象となったのは措置入院継続期間、すなわち、措置入院となってから措置解除となるまでの期間であり、今回検討対象とした入院期間とは意味合いが異なることがCox回帰分析の結果に影響を及ぼした可能性もある。措置解除にせよ、退院にせよ、双方とも精神症状や社会機能が一定以上改善したことによって発生するイベントなので、どちらを評価指標としても理論上は問題ないはずであるが、精神症状や社会機能と直接関係がない社会的問題による影響が混入する可能性は否定できないところである。したがって、退院というイベントに基づく解析のみならず、医療保護入院から任意入院への入院形態の変更といった別のイベント

を評価対象とした解析を一種の感度分析として行うなどといった対策が考えられるであろう。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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/令和元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. (2021年3月24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=000001148807&tclass2=000001148808&tclass3=000001148810&tclass4val=0>
- 2) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣 中ほか: 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: 社会機能から見た措置入院患者のサブクラス分類の試み. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究_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 (19-GC2-003) 令和2年度総括・分担研究報告書, 2020 (発行中).
- 3) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, et al.: 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.
- 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) 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: 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. 平成30年度 総括・研究分担報告書, 2020.
- 7) 池田俊也, 白岩健, 五十嵐中ほか: 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) 岡太彬訓, 木島正明, 守口 剛 (編): マーケティングの数理モデル. 朝倉書店, 2001.
- 9) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZRR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48 (3): 452-8, 2013.
- 10) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al.: A new method of classifying prognostic comorbidity in

longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 40: 373-383, 1987.

本分担報告書が示す記述統計および分析結果は、2021年3月10日時点のデータを分析したものである。今後のデータクリーニングの過程でデータセットに修正が生じる可能性がある。よって、本報告の結果は、最終的な分析結果と異なる可能性がある。

表1 背景因子（その1）

性別，人（%）		
男性	164	（44.9%）
女性	201	（55.1%）
年齢（歳）		
平均（標準偏差）	41.2	（10.7）
中央値（四分位範囲）	42	（33～50）
ICD-10 精神科主診断，人（%）		
器質性精神障害（F0）	8	（2.2%）
アルコール・薬物関連障害（F1）	8	（2.2%）
統合失調症圏（F2）	241	（66.0%）
双極性障害（F30/F31）	35	（9.6%）
双極性障害以外の気分障害（F32～F39）	51	（14.0%）
神経症性障害（F4）	7	（1.9%）
生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5）	4	（1.1%）
パーソナリティ障害（F6）	3	（0.8%）
精神発達遅滞（F7）	8	（2.2%）
精神科併存症，人（%）	58	（15.9%）

表2 背景因子 (その2)

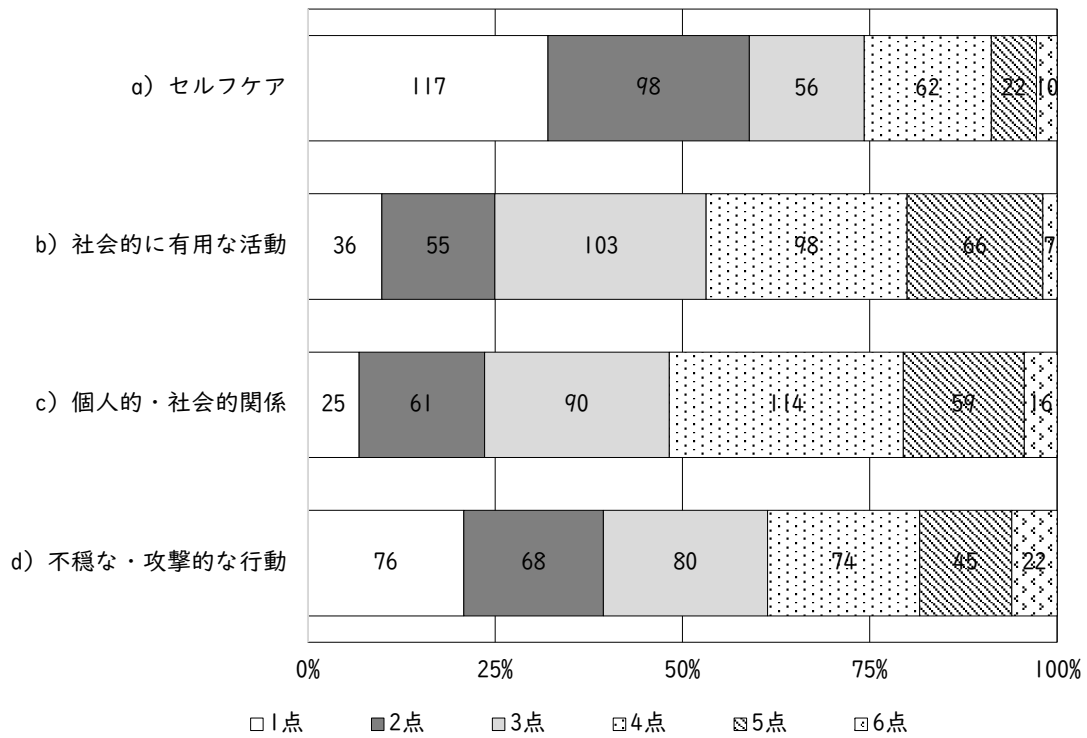
身体合併症, 人 (%)	98	(26.9%)
循環器・心疾患	14	(3.8%)
脳血管疾患	2	(0.6%)
糖尿病	26	(7.1%)
肝疾患	4	(1.1%)
腎疾患	4	(1.1%)
慢性肺・呼吸器疾患	8	(2.2%)
認知症	1	(0.3%)
麻痺	4	(1.1%)
膠原病	2	(0.6%)
原発性悪性腫瘍	3	(0.8%)
転移性悪性腫瘍	3	(0.8%)
低Na血症	1	(0.3%)
チャールソン併存疾患指数, 人 (%)		
0点	301	(82.5%)
1点	46	(12.6%)
2点	12	(3.3%)
3点	3	(0.8%)
6点	3	(0.8%)
喫煙者, 人 (%)	40	(11.0%)
Body Mass Index (kg/m ²)		
平均 (標準偏差)	24.1	(5.4)
中央値 (四分位範囲)	23.4	(20.1~27.6)

表3 背景因子（その3）

入院要件，人（%）		
自傷行為	68	（18.6%）
他害行為	61	（16.7%）
セルフネグレクト	30	（8.2%）
入院形態，人（%）		
医療保護入院	358	（98.1%）
応急入院	7	（1.9%）
入院時病棟，人（%）		
救急病棟	319	（87.6%）
急性期病棟	45	（12.4%）
過去1年間の精神科受診歴あり，人（%）	319	（87.4%）
精神科入院歴あり，人（%）	270	（74.0%）
過去1年間の精神科入院歴，人（%）	122	（33.4%）
PSP 総得点		
平均（標準偏差）	43.6	（18.0）
中央値（四分位範囲）	41	（30～59）
EQ-5D-5L 効用値		
平均（標準偏差）	0.7412	（0.1855）
中央値（四分位範囲）	0.7723	（0.6627～0.8673）
EQ-5D-5L VAS 値		
平均（標準偏差）	61.9	（25.1）
中央値（四分位範囲）	60	（45～80）

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

VAS: Visual Analogue Scale



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

図1 PSP 症状プロフィール

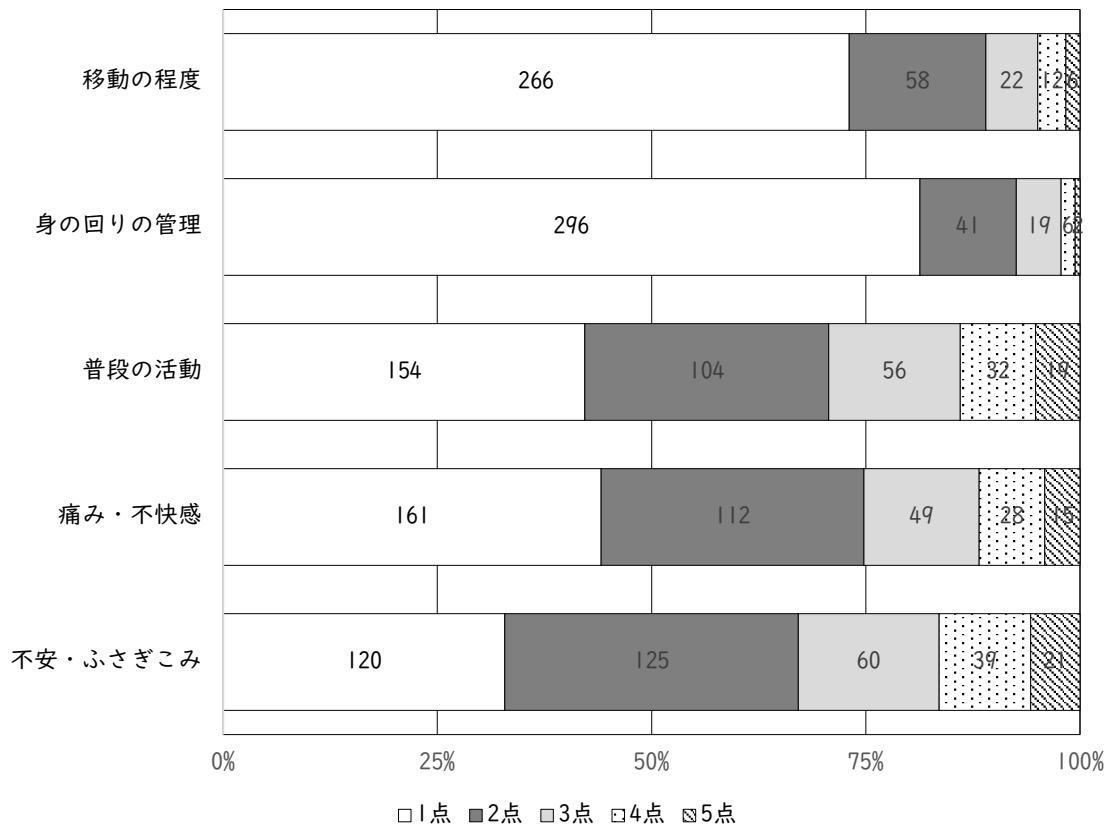


図2 EQ-5D-5L プロフィール

表4 各サブクラスのPSP評点

	クラス1: 中等症群	クラス2: 重症群	クラス3: セルフケア以外重症群	クラス4: 不穏のみ重症群	クラス5: 最重症群	クラス6: 軽症群
人数	176	26	16	33	6	108
PSP 評点, 平均点 (標準偏差)						
a) セルフケア	2.9 (1.2)	4.4 (0.8)	1.9 (1.2)	1.4 (0.7)	5.8 (0.4)	1.5 (0.6)
b) 社会的に有用な活動	3.9 (0.7)	5.1 (0.4)	4.6 (0.5)	2.2 (0.7)	5.7 (0.5)	2.1 (0.9)
c) 個人的・社会的関係	3.8 (0.8)	5.0 (0.5)	5.1 (0.7)	3.1 (1.1)	6.0 (0.0)	2.3 (0.9)
d) 不穏な・攻撃的な行為	3.0 (1.2)	4.6 (0.9)	5.1 (0.9)	4.5 (0.7)	6.0 (0.0)	1.7 (0.8)
PSP 総得点	39.2 (11.6)	21.2 (5.6)	24.3 (5.3)	30.5 (7.8)	15.8 (4.9)	64.8 (9.7)

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

表5 各サブクラスの背景因子の比較（その2）

	クラス1： 中等症群	クラス2： 重症群	クラス3： セルフケア以外重症群	クラス4： 不穏のみ重症群	クラス5： 最重症群	クラス6： 軽症群
人数	176	26	16	33	6	108
ICD-10 主診断, 人 (%)						
F0	4 (2.3%)	0 (0.0%)	0 (0.00%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (3.7%)
F1	4 (2.3%)	0 (0.0%)	0 (0.00%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (3.7%)
F2	128 (72.7%)	20 (76.9%)	10 (62.5%)	21 (63.6%)	4 (66.7%)	58 (53.7%)
F30/F31	13 (7.4%)	2 (7.7%)	2 (12.5%)	4 (12.1%)	1 (16.7%)	13 (12.0%)
F32~F39	15 (8.5%)	2 (7.7%)	3 (18.8%)	5 (15.2%)	1 (16.7%)	25 (23.2%)
F4	4 (2.3%)	1 (3.9%)	0 (0.0%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)
F5	3 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (2.8%)
F7	5 (2.8%)	1 (3.9%)	1 (6.3%)	1 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

表6 各サブクラスの背景因子の比較（その3）

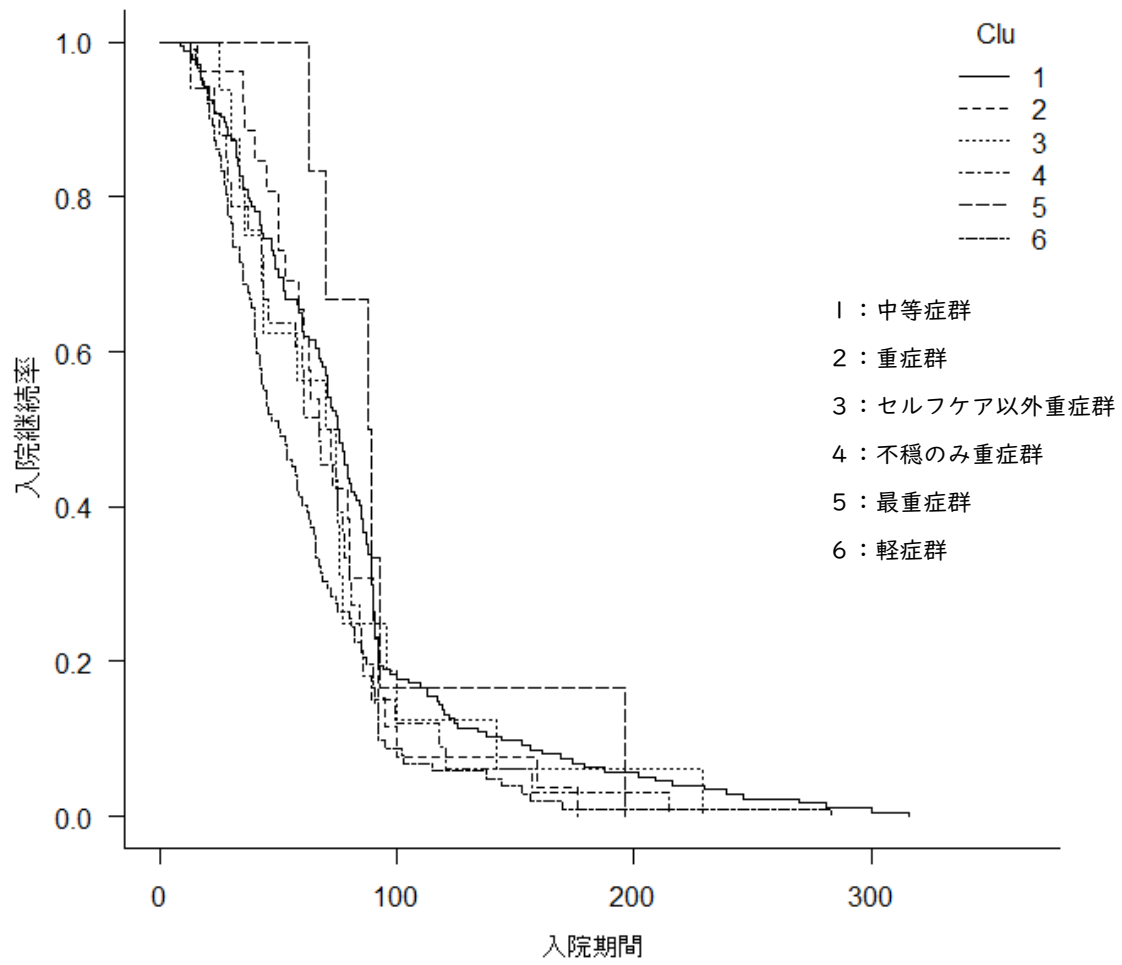
	クラス1： 中等症群	クラス2： 重症群	クラス3：セルフ ケア以外重症群	クラス4： 不穏のみ重症群	クラス5： 最重症群	クラス6： 軽症群
人数	176	26	16	33	6	108
男性，人（%）	88（46.0%）	14（53.9%）	7（43.8%）	13（39.4%）	1（16.7%）	48（44.4%）
平均年齢，歳（標準偏差）	41.9（10.6）	44.1（9.0）	40.4（10.0）	39.2（10.8）	40.0（10.1）	40.0（11.3）
平均 Body Mass Index（標準偏差）	24.4（5.8）	23.6（5.5）	26.6（7.7）	24.1（5.0）	22.9（3.0）	23.5（4.3）
身体合併症あり，人（%）	44（25.0%）	10（38.5%）	3（18.8%）	11（33.33%）	0（0.0%）	30（27.8%）
平均チャールソン併存疾患指数（標準偏差）	0.23（0.55）	0.27（0.53）	0.06（0.25）	0.18（0.46）	0（0）	0.39（1.11）
EQ-5D-5L：平均効用値（標準偏差）*	0.7199（0.1820）	0.6924（0.2187）	0.7057（0.2037）	0.8256（0.1541）	0.7748（0.1042）	0.7817（0.1816）
EQ-5D-5L：平均VAS値（標準偏差）**	57.1（24.9）	65.2（28.2）	51.6（30.7）	71.9（19.1）	62.5（36.6）	67.4（22.8）

VAS: Visual Analogue Scale, *: p=0.0008 (Kruskal-Wallis 検定), **: p=0.0018 (Kruskal-Wallis 検定)

表7 各サブクラスの背景因子の比較（その4）

	クラス1： 中等症群	クラス2： 重症群	クラス3：セルフ ケア以外重症群	クラス4： 不穏のみ重症群	クラス5： 最重症群	クラス6： 軽症群
人数	176	26	16	33	6	108
過去1年以内の精神科受診あり，人（%）	162（90.5%）	22（84.6%）	15（93.8%）	26（78.8%）	5（83.3%）	92（85.2%）
入院歴あり，人（%）	131（74.4%）	20（76.9%）	12（75.0%）	25（75.8%）	4（66.7%）	78（72.2%）
入院病棟，人（%）						
救急病棟	154（87.4%）	22（84.6%）	16（100.0%）	30（90.9%）	6（100.0%）	92（85.2%）
急性期病棟	22（12.6%）	4（15.4%）	0（0.0%）	3（9.1%）	0（0.0%）	16（14.8%）
入院の要件，人（%）						
自傷	32（18.2%）	3（11.5%）	3（18.8%）	8（24.2%）	0（0.0%）	22（20.4%）
他害*	23（13.1%）	7（26.9%）	8（50.0%）	10（30.3%）	1（16.7%）	12（11.1%）
セルフネグレクト	22（12.5%）	2（7.7%）	1（6.3%）	0（0.0%）	0（0.0%）	5（4.6%）

*: $p=0.0003$ (χ^2 検定)



p=0.00809 (Log-rank 検定)

軽症群 < 中等症群 (p=0.0052, Bonferroni 検定)

図3 各サブクラスの措置入院継続期間

表8 各潜在クラスが入院期間に及ぼす影響 (Cox 回帰分析)

因子	ハザード比 (95%CI)	p 値
性別		
男性	0.8012 (0.6464~0.9931)	0.04309
女性	1 (reference)	—
サブクラス		
クラス1：中等症群	1 (reference)	—
クラス2：重症群	1.246 (0.8196~1.895)	0.3032
クラス3：セルフケア以外重症群	1.062 (0.6236~1.809)	0.8246
クラス4：不穏のみ重症群	1.319 (0.8974~1.938)	0.1588
クラス5：最重症群	0.7045 (0.3106~1.598)	0.4019
クラス6：軽症群	1.575 (1.225~2.026)	0.0004025
年齢		
~24 歳	0.8924 (0.5645~1.411)	0.6259
25~34 歳	1.003 (0.7496~1.343)	0.9831
35~44 歳	0.8459 (0.6371~1.123)	0.2471
45~54 歳	1 (reference)	—
55 歳以上	0.7194 (0.5041~1.027)	0.06952

表9 ePOP-Jと措置入院コホート研究の比較：サブクラス構成比

研究プロジェクト名	ePOP-J	措置入院コホート研究 ²⁾
対象患者	医療保護入院患者	措置入院患者
クラス1：中等症群	176 (48.2%)	203 (38.8%)
クラス2：重症群	26 (7.1%)	172 (32.9%)
クラス3：セルフケア以外重症群	16 (4.4%)	67 (12.8%)
クラス4：不穏のみ重症群	33 (9.0%)	48 (9.2%)
クラス5：最重症群	6 (1.6%)	24 (4.6%)
クラス6：軽症群	108 (29.6%)	9 (1.7%)

表10 ePOP-Jと措置入院コホート研究の比較：措置入院継続期間，入院期間の予測因子

因子	ハザード比 (95%CI)	
	ePOP-J	措置入院コホート研究 ²⁾
	医療保護入院患者	措置入院患者
性別		
男性	0.8012 (0.6464~0.9931)	0.8648 (0.6936~1.078)
女性	1 (reference)	1 (reference)
サブクラス		
クラス1：中等症群	1 (reference)	1 (reference)
クラス2：重症群	1.246 (0.8196~1.895)	1.459 (1.125~1.893)
クラス3：セルフケア以外重症群	1.062 (0.6236~1.809)	1.129 (0.7910~1.611)
クラス4：不穏のみ重症群	1.319 (0.8974~1.938)	1.463 (0.9904~2.161)
クラス5：最重症	0.7045 (0.3106~1.598)	1.568 (0.9752~2.520)
クラス6：軽症群	1.575 (1.2250~2.026)	2.767 (1.193~6.416)
年齢		
24歳以下	0.8924 (0.5645~1.411)	1.610 (1.090~2.378)
25~34歳	1.0030 (0.7496~1.343)	0.9851 (0.7016~1.383)
35~44歳	0.8459 (0.6371~1.123)	0.8277 (0.6115~1.120)
45~54歳	1 (reference)	1 (reference)
55~64歳*	0.7194 (0.5041~1.027)	0.8012 (0.5555~1.155)
65歳以上	—	0.6130 (0.4039~0.9304)

*：ePOP-Jでは55歳以上

別表 「措置入院コホート研究」における各サブクラスの応答確率²⁾

	クラス1: 中等症群	クラス2: 重症群	クラス3: セルフケア 以外重症群	クラス4: 不穏のみ 重症群	クラス5: 最重症群	クラス6: 軽症群
クラスサイズ	37.88%	33.71%	11.69%	10.38%	4.03%	2.31%
人数(人)	203	172	67	48	24	9
応答確率						
a) セルフケア						
1点	2.70%	0.00%	21.41%	36.84%	0.00%	70.76%
2点	10.78%	0.05%	30.34%	33.54%	0.00%	23.15%
3点	30.78%	1.54%	30.74%	21.83%	0.00%	5.42%
4点	45.95%	27.11%	16.28%	7.43%	0.50%	0.66%
5点	9.75%	67.84%	1.23%	0.36%	38.64%	0.01%
6点	0.04%	3.46%	0.00%	0.00%	60.86%	0.00%
b) 社会的に有用な活動						
1点	0.00%	0.00%	0.00%	14.36%	0.00%	9.89%
2点	0.51%	0.00%	0.01%	42.88%	0.00%	38.81%
3点	32.49%	0.03%	4.94%	41.58%	0.00%	49.45%
4点	60.01%	6.39%	55.57%	1.18%	0.01%	1.84%
5点	6.98%	90.10%	39.40%	0.00%	15.43%	0.00%
6点	0.00%	3.48%	0.08%	0.00%	84.56%	0.00%
c) 個人的・社会的関係						
1点	0.36%	0.00%	0.00%	8.47%	0.00%	5.69%
2点	3.01%	0.00%	0.00%	18.74%	0.00%	15.37%
3点	28.47%	0.13%	0.32%	46.93%	0.00%	46.97%
4点	56.00%	10.01%	15.53%	24.46%	0.01%	29.88%
5点	12.14%	85.86%	81.80%	1.40%	12.25%	2.09%
6点	0.01%	4.00%	2.34%	0.00%	87.74%	0.00%
d) 不穏な・攻撃的な行為						
1点	0.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	14.73%
2点	1.40%	0.00%	0.00%	0.03%	0.00%	26.45%
3点	14.19%	0.33%	0.04%	1.37%	0.00%	37.59%
4点	52.72%	11.83%	3.83%	23.87%	0.08%	19.62%
5点	30.61%	67.10%	54.23%	65.06%	11.42%	1.60%
6点	0.97%	20.75%	41.90%	9.66%	88.50%	0.01%

好事例分析

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

要旨

本分担班は、21 研究協力医療機関からインタビュー協力機関を選定し、入院治療や退院後の支援に関する好事例について、聞き取り調査を実施し、分析することを目的とした。具体的には、①入院治療が効果的だったと思われるパターン、②退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン、③良好な地域連携が効果的だったと思われるパターンの3つの好事例についてインタビュー調査を実施した。3つの好事例の分析結果から、効果が期待される支援内容として、①入院初期からの退院後の生活を見据えた柔軟で包括的な入院支援の提供、②入院中からの多機関連携（外部の人が入りやすい開かれた病棟）、③地域におけるアウトリーチ系サービスの重要性、④地域支援において支援の窓口となるキーとなる支援者の選定、⑤生活課題の継続を前提とした支援の在り方が観察された。これらの支援内容は、現在の診療報酬では算定されないものも多く、今後の研究の発展と制度化への取り組みが期待される。

A. 研究の背景と目的

我が国の精神科医療は、入院治療中心から地域ケアへの移行が始まっている。加えて、根拠に基づく実践（evidence-based practice: EBP）や根拠に基づく政策決定（evidence-based policy making: EBPM）が発展する中で、精神科医療や地域ケアの領域においても、研究からのエビデンスが求められるようになってきている。このような社会的要請を背景として、本研究班では精神科救急・急性期医療を必要とする患者を対象として、退院後の安定的な地域生活に関連する要因を実証的に検証することを目的とした、縦断研究を実施中である¹⁾。EBPやEBPMが急速に関心を集める一方で、近年では、数量的なエビデンスと並行して、患者の価値観や臨床家の経験もベストプラクティスの選定や政策決定に重要な役割を持つと強調されている²⁾。すなわち、臨床現場に即した分析や多角的なエビデンスの構築には、実証的な研究に加えて、実際の治療支援内容を記述的に描写する研究も必要とされている。そこで、本分担

班は、昨年に引き続き、縦断研究に参加する21 協力医療機関からインタビュー実施機関を選定し、入院治療や外来治療、地域サービスとの連携などについて聞き取り調査を実施し、好事例として、その内容をまとめることを目的とした。

B. 方法

1. 対象機関の選定

聞き取り調査の選定は、21 協力医療機関のスタッフ配置の情報をを用いて行われた。具体的には、2018 年度のワーキンググループでの作業により⁶⁾、①精神科治療における主要な専門職（医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理職、薬剤師）について、全ての専門職を平均以上に配置していた機関と、精神科治療において関心が高まっている②ピアサポーターを配置している機関から、対象機関を選出した。2020 年度は、②に当てはまる1 機関にインタビュー調査を実施した。

2. 調査方法

本年度は、COVID-19 感染拡大の影響からインタビューはオンラインによって実施された。2 名の調査員が対象医療機関のスタッフから聞き取り調査を行った。2018 年に本分担任が作成した好事例インタビューガイドを基に⁶⁾、入院患者が安定した地域生活を送れるようにするために、対象医療機関のスタッフがサービスを提供した事例やそのプロセスについて尋ねた。具体的には、入院治療が効果的だったと思われるパターン、退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン、良好な地域連携が効果的だったと思われるパターンの 3 つの好事例についてインタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、録音と調査員によるメモで記録された。

3. 分析方法

録音されたインタビュー内容の逐語録およびメモに記された内容を基に、それぞれのパターンごとに治療や支援内容をまとめた。より具体的には、入院から退院後の地域生活までの流れの時間軸を基に、課題とニーズ、支援内容、支援対象（本人あるいは家族）、地域関係者の関わりの有無、支援の窓口となるキーとなる支援者（キー支援者）について整理した。

4. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学医学研究院倫理委員会からの承認を得ている (no. 3154)。また、インタビュー実施機関の倫理委員会からの承認も得たうえで、インタビュー調査を実施した。

C. 結果

表 1 は入院治療が効果的だったと思われるパターンの支援内容や課題を示している。入院初期には、精神症状の減退や心理的安定を図る医療的介入が行われており、かつ早期に多職種による情報共有が実施されていた。院内の精神保健福祉士（以下 PSW）が入院中にお

ける退院に向けた支援のキーパーソンとなっていた。入院中期になると、退院後の生活を鑑み、服薬支援やグループホームスタッフとのミーティング、院外への外出活動が実施されていた。入院後期においては、ケア会議が開催されるなど、退院後の生活支援の役割確認や本人の生活ニーズに対応した支援の調整（例：金銭管理）などが図られていた。また、入院初期から後期に時間が進むにつれて、医療的支援の割合が減り、福祉的支援の割合が増えることに特徴があった。退院後のキー支援者は、院内の PSW であり、継続したかわりがあった。退院後は、院内の PSW がケースマネジメントを展開し、法人内の訪問看護スタッフや地域のグループホームスタッフと共同して、生活支援を提供していた。当該ケースは退院後も内服の自己管理や血糖コントロール、金銭管理などに課題を抱えていたが、インタビュー時まで再入院はなく、地域で生活を続けていた。

次に、退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターンを紹介する（表 2）。当該ケースは緊急サービスをしばしば利用し、再入院を繰り返す傾向にある一方で、入院治療には抵抗を示すケースであった。入院中における退院に向けた支援のキーパーソンは PSW であり、入院初期からケースマネジメントを含む多職種チームにサービスが提供されていた。また、入院中からグループホームや相談支援などの福祉サービスなどが紹介されており、退院後の生活に向けた支援体制の準備が図られていた。退院後の地域生活において、キー支援者の役割は同法人内の地域障害者相談窓口スタッフが担った。地域障害者相談窓口スタッフが中心となって、主治医との診察回数の増加や法人外訪問看護の導入を図る他、パートナーとの連絡調整などを実施し、ケースが信頼できる人と触れ合う機会を意図的に増やした。実際、退院後の支援は、外来診療、精神科デイケア、訪問看護スタッフ、地域障害者相談窓口スタッフ、パートナーなどから

のインフォーマルの支援が含まれる形となり、非常に豊富な資源が充当されていた。その結果、当該ケースは、退院後も服薬の自己調整をする可能性は継続して存在し、また支援者に対する頻回の電話なども記録されているが、インタビュー時点では、緊急サービスの利用や再入院の回数が減少も見られるようになった。

表3は、地域連携が効果的だったと思われるパターンの支援内容や課題をまとめている。当該ケースは身体疾患を持っていることやパートナーも精神疾患を抱えていることに特徴がある。他のケース同様に、入院中における退院に向けた支援のキーパーソンはPSWであり、入院初期から多職種カンファレンスが行われるなどチーム医療の体制が組まれていた。特に、退院後にキー支援者となる法人外訪問看護スタッフが入院初期の多職種カンファレンスにも参加しており、入院中から何度か病棟を訪問し、退院後の生活支援を計画した。また入院中から、パートナーへの心理的支援が提供されていた。退院後は、法人外訪問看護スタッフがキー支援者となり、生活支援、身体疾患の処置、精神症状への対応を含むサービスを提供した。また、院内のPSWは退院後もパートナーの支援を継続しており、法人外訪問看護スタッフと頻りに連絡調整を図っていた。さらに、毎回の受診に合わせてケア会議が開催され、本人の希望の確認や支援者の意思統一が図られた。当該ケースは退院後も訪問支援や受診を拒否する可能性があり、身体疾患の管理や衛生面やパートナーとの関係性にも課題を抱えていたものの、インタビュー時まで精神症状の悪化による再入院はなく、地域で生活を続けていた。

D. 考察

本分担任では、1医療機関における3パターンの好事例の分析をすることを目的として、インタビュー調査を実施した。分析の結果、3事例には、退院後の生活を念頭にいた入院

中の治療や支援についての共通点と地域支援に関するキー支援者の相違点などが確認された。本研究は事例分析であり、その知見の一般化には限界がある。また、分析は構造化された質的分析方法を用いたわけではない。本稿は、これらの限界を認めつつ、3事例に共通するあるいは異なる好事例のポイントを考察する。

1. 入院中の多職種連携と柔軟性、包括性

全ての事例において、入院初期から退院に向けた各職種の情報共有などを目的とした多職種カンファレンスが実施されていた。入院初期からの多職種カンファレンスは、昨年度の好事例分析の結果と共通する内容でもあり⁷⁾、病院の特色に関係なく、精神科の入院治療にとって横断的に必要な治療プロセスの一つであるといえるかもしれない。

入院治療が効果的だったと思われるパターンで特徴的であったが、入院初期には精神症状などに対応する医療的な支援の割合が多い反面、退院が近づくにつれ福祉的支援の割合が多くなっていた。この割合の変化から、入院中の支援内容には、患者の回復過程に沿って徐々に退院後の地域生活を想定したものに变化する柔軟性が必要とされることが示唆される。また、2つの事例に確認されたように、入院治療では身体疾患のケア（医療支援）や外泊訓練、インフォーマルケアの調整（パートナーの支援・相談）が実施されており、様々な支援が入院中に提供されていることが明らかになった。近年の統合失調症の入院患者を対象とした研究においても、包括的な個別入院治療・支援の機能向上や再入院予防についての効果が指摘されている^{8,9)}、よって、好事例と紹介された3ケースの予後が比較的安定している要因の一つには、3ケースが入院中に包括的かつ柔軟な入院ケアを受けていたことも関係しているかもしれない。

2. 入院中の多機関連携

入院中に、退院後の地域ケアを担当する支援者が病棟を訪問し、ケースとの面会や入院スタッフとの調整などを行っている点も、各事例に共通していた。事例によっては、入院初期の多職種カンファレンスに退院後の地域支援を担当する訪問看護スタッフが参加している場合もあり、退院後の生活を見据えたカンファレンスとなっていることが想定された。退院後の支援のための関係づくりや役割の確認、安定した地域生活などのために、地域の支援者が入院中から患者に関わることは、assertive community treatment (ACT) フィデリティ尺度などでも重要な支援要素として、指摘されている¹⁰⁾。ケースマネジメントの一環として、入院中時から地域の支援者がかかわることや、支援関係者がお互いの意図を共有することは、地域生活支援をより円滑にし、その継続性を向上させると推察される⁷⁾。換言すると、多機関連携を可能とする地域に開かれた病棟であることが、精神科病院の良好な治療実績にとっても重要と言えるかもしれない。

3. 地域支援の特徴

退院後の地域支援において3事例に共通することは、アウトリーチ系のサービスを利用していたことであった。特に退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターンでは、病院の地域障害者相談窓口スタッフと訪問看護という2つのアウトリーチ系サービスが併用されていた。退院した患者が退院後すぐに通所型のサービスを利用することは、様々な理由で難しいことがしばしばあり¹¹⁾、昨年度の報告でもアウトリーチ系サービスは、地域支援の中核であった⁷⁾。よって、精神科医療機関から退院した際の支援としてアウトリーチ系サービスはニーズの高いサービスとして考えられる。

もう一つの共通点として、3つの事例の地域支援は、訪問看護やデイケアといった医療

的枠組みのサービスが中心となっていた点が挙げられる。これには2つの理由が考えられる。第1に、個々のケースが福祉的支援を望まなかったことである。福祉サービスは通所型のものが多いことや身体疾患などのケアが難しいことから、ケースのニーズと合致しなかった可能性がある。第2に居住地域に選択が可能なほど十分な福祉サービスが存在しないことも理由になるかもしれない。何らかの理由で特定の福祉サービスを好まない場合に、各ケースの選択肢には医療的な枠組みでのサービスしか残っていなかった可能性もある。すなわち、患者のニーズやサービスの普及状況によっては、医療系のサービスが地域支援の主体となりうるということが観察された。

4. キーとなる支援者

3事例の地域生活における支援の窓口となるキー支援者は全て異なった。現在の制度では、入院治療と外来・地域支援との連続性が必ずしも担保されているわけではなく、また医療制度と福祉制度もそれぞれに発展が進んでいる。この制度的な特徴が3つのケースのキー支援者の相違に関連していると思われる。本分担報告で紹介した3事例のケースは、個別のニーズに合わせたうえで、キー支援者を選択できたという意味で、現行制度を適切に運用した好事例といえるかもしれない。一方で、様々な支援を統括するキー支援者が制度的に整理されていない状況では、2機関以上のスタッフが自身をキー支援者と思い独自に支援計画をたて、利用者が困惑する問題（ダブルケースマネジメント問題）が浮上する可能性もある。逆に支援者同士がお互いに相手がキー支援者だと思い、結果的にキー支援者が不在になってしまう問題も生じうる。医福連携の中で制度的な垣根を超えたキー支援者の指定、あるいは各地域における患者ニーズに合致したキー支援者の決定方法は今後の課題といえるかもしれない。

5. 生活課題の継続

3 事例に共通する内容として、各ケースが必ずしも入院治療や退院後の支援で全ての課題を解決していたわけではないことがあげられる。この結果は、昨年度のインタビュー調査協力機関の事例でも同様であった⁷⁾。生活課題への支援は、地域生活を送る中で適切なケースマネジメントを通じて実施することが重要であると考えられる。しかし外来では時間的な制約やケースマネジメントに十分な診療報酬上の評価がされていないこともあり、退院した後に地域支援体制を構築することは現状では困難なことも多い。このため可能な限り入院中に退院後の生活を見据えた支援体制の構築や、地域生活に向けた準備を行うことになる。実際、ケースの予後を見る限り、入院中に支援体制を構築し、退院後に計画に則って地域で包括的な支援が提供されれば、入院中に全ての課題が解決していなくても、地域生活を継続することは可能であると考えられる。事例分析の結果からは、入院時に入院の目的を本人と支援者で共有し、入院で対応すべきことと退院後にすべきことを入院早期の段階から明確化しておくこと、入院中に生活課題への対応の準備をして、入院から地域生活に戻る際の支援の継続性を確保することを特に意識する必要があると考えられた。

6. 将来への示唆

3 事例で提供されていた治療や支援の在り方は、精神症状だけでなく、身体疾患や生活上の様々なニーズを抱える患者に対する支援例として捉えることができる。特に、入院中の多職種連携による柔軟で包括的な支援、入院中の多機関連携、アウトリーチ系の地域サービスの提供、キー支援者の選定などは、具体的な診療活動として有用なものであると示唆される。他方、これらの支援は、実際には診療報酬として現行の制度では反映されていないことが多い。本研究は事例研究であり、それぞれの支援の効果については言及できない

が、本研究が示した好事例をもとに今後の研究や効果的な実践の制度の推進が期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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) 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.
- 2) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH: Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 324:1350, 2002
- 3) Thornicroft G, Tansella M: Community mental health care in the future: nine proposals. *J Nerv Ment Dis* 202:507-512, 2014.
- 4) Thornicroft G, Tansella M: *Better mental health care*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009.
- 5) Slade M: *100 ways to support recovery*:

- A guide for mental health professionals, Rethink, London, 2009.
- 6) 藤井千代：好事例分析. 山口創生 編：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，2019.
 - 7) 藤井千代：好事例分析. 山口創生 編：令和元年度 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.
 - 8) Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, et al.: Effect of adding individualized occupational therapy to standard care on rehospitalization of patients with schizophrenia: A 2-year prospective cohort study. *Psychiatry Clin Neurosci* 73:476-485, 2019.
 - 9) Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, et al.: A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PloS One* 13:e0193869-e0193869, 2018.
 - 10) 瀬戸屋雄太郎：日本の ACT の概観：フィデリティ調査などから見えていること. *精神神経学雑誌* 113:619-626, 2011.
 - 11) 山口創生，古家美穂，吉田光爾，他：重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト：ネステッド・クロスセクショナル調査. *精神障害とリハビリテーション* 19:52-62, 2015.

表 1 入院治療が効果的だったと思われるパターン

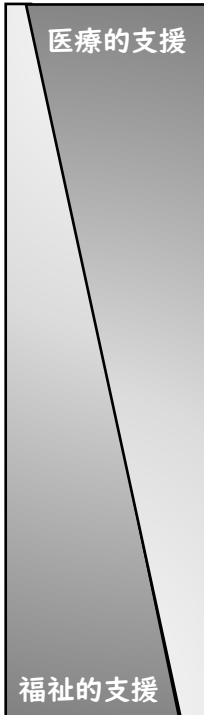
入院時の課題	入院中の支援・治療 [対応課題]
a. 内服の自己管理（断薬あり） b. 血糖コントロール c. グループホーム支援者との関係性 d. 飲酒の管理 e. 家族関係の不良（口論など） f. 暴言(初期の病状) g. 初診時に主治医に暴力 h. 金銭管理 i. 過去の頻回入院	<p>入院時ケースマネージャー：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 初期の隔離拘束（医療保護入院） [a, f, g] ● 看護面接 [f, g] ● 主治医による服薬調整（剤型の変更を含む） [a] ● 作業療法士との面接と心理的サポート（不眠症状の相談を含む） [f, g] ● グループホームからの情報提供（入院前後の状態把握） [a-e] ● 入院初期の多職種病棟カンファレンス（精神保健福祉士によるケース概要の説明と主治医や看護師の状態説明） [a-i] ● 看護師による服薬指導（飲み忘れ防止の工夫） [a] ● 主治医・栄養士による血糖値コントロールに関する助言 [b] ● 精神保健福祉士の面接(入院生活の悩みや趣味関心の相談) [c] ● 外出ありの日中活動支援 [a-i] ● 精神保健福祉士とグループホーム管理者と生活指導員とのミーティング [a-e] ● グループホーム管理者が病棟に来院し、個人面談 [c] ● ケア会議の開催（本人、グループホーム管理者なども参加） [a-e] ● 長期外泊訓練（グループホーム生活指導員・デイケアも利用） [a-e, h, i] ● グループホーム生活指導員と連携した金銭管理の支援 [h] ● 拡大ケア会議の開催（院内スタッフ、法人内訪問看護スタッフ、相談支援事業スタッフ、グループホームスタッフ） [a-e, h, i] <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>入院初期</p> <p>入院中期</p> <p>入院後期</p> </div>  </div>
退院時の課題	退院後の地域支援・治療 [対応課題]
a. 内服の自己管理（断薬経験あり） b. 外来治療継続 c. 血糖コントロール d. グループホーム支援者との関係性 e. 飲酒の管理 f. （妄想に基づく）家族関係の不良 g. 金銭管理	<p>■地域生活におけるキー支援者：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 初期外来主治医による飲酒の報告の受付と血糖コントロールの対処相談 [a, c, e] ● 精神保健福祉士による院内看護師、医師などの連絡調整や行政書類の作成など [b, f] ● 法人内訪問看護スタッフによるグループホーム訪問と服薬状況のモニタリング（ケア会議の決め事） [a, b, d, f] ● 法人内訪問看護スタッフとの情報共有 [a, b, f] ● 診察同行（グループホームスタッフ） [b] ● グループホームスタッフによる金銭管理や相談支援事業所との連携調整 [g]
<p>現在の生活</p> <p>○再入院なし ○定期受診あり ○デイケア・訪問看護の継続利用 ○グループホームの継続利用 ○（妄想に基づく）家族関係の不良</p>	

表 2 退院後の治療や支援が効果的だったと思われるパターン

入院時の課題	入院中の支援・治療 [対応課題]
<ul style="list-style-type: none"> a. 副作用の恐れからの内服の抵抗 b. 薬を自己変更・調整 c. 身体症状（めまいなど） d. 頻回な臨時・救急受診 e. 自傷行為とストレス対処 f. 支援者に対する頻回の電話 g. 高齢の両親との関係性の不良 h. 両親の精神疾患 i. 入院治療への抵抗 j. スタッフへの被害的態度 k. 他の患者に対する被害的態度 l. 退院後の生活への不安 （退院日が近づくと強まる） m. 浪費（ネットショッピング） n. 経済問題（借金あり） 	<p>■入院時ケースマネージャー：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 隔離（医療保護入院） [e] ● 主治医による服薬調整 [a, b, c] ● 入院初期の多職種病棟カンファレンス [a-n] ● 早期の開放病棟への転棟 [i] ● 家族（パートナー）間の調整や自己破産情報提供 [m, n] ● パートナーとの連絡調整 [m, n] ● 両親との面談、電話 [g, h] ● 作業療法（主に傾聴） [d-f, j, k] ● 看護師の傾聴と生活指導 [a-f, j, k] ● 心理職による検査と性格分析（情報共有と本人への指導） [a-f] ● 相談支援事業所の利用調整 [d-f, l] ● グループホームへの相談 [d-f, l] ● 自治体の障害福祉課の担当と相談 [d-f, l] ● グループホームの見学 [d-f, l] ● 外泊訓練と体験入所 [d-f, l] ● 院内ケア会議の開催（本人、地域スタッフ、病院スタッフ） [a-n]
退院時の課題	退院後の地域支援・治療 [対応課題]
<ul style="list-style-type: none"> a. 副作用の恐れからの内服の抵抗 b. 薬の自己変更・調整 c. 頻回な臨時・救急受診 d. 支援者に対する頻回の電話 e. 症状悪化による再入院 f. 一人暮らしによる多訴的不安 g. 高齢の両親との関係性の不良 	<p>■地域生活におけるキー支援者：地域障害者相談窓口スタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師・精神保健福祉士による受診の頻度の調整（増加） [a-e] ● 精神保健福祉士による住居探し [f] ● 院内精神科デイケアの利用とスタッフによる生活支援 [c-f] ● 法人外訪問看護による生活支援 [c-f] ● 精神保健福祉士による両親との関係性についての助言 [g] ● 退院後のケースマネージャーとして地域障害者相談窓口スタッフの利用調整 [a-g] ● 地域障害者相談窓口スタッフによる心理的支援（一緒に散歩するなど） [c-f] ● ケア会議を開催（主治医、院内精神保健福祉士、地域の関係者）：1, 2カ月に1度 [a-g] ● 法人外訪問看護スタッフによる支援（一緒に買い物なども行く） [c-f] ● 関係スタッフによるレスパイト入院の利用調整 [e] ● 精神保健福祉士によるパートナーとの連絡調整 [c, d, f] ● 精神保健福祉士によるパートナーの受診サポート [c, e] <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">支援のポイント</p> <p style="text-align: center;">フォーマル・インフォーマルケアを活用して、複数の人が当事者にかかわっている</p> </div>
<p>現在の生活 ○浪費なし ○自傷行為の減少 ○緊急時受診・再入院の減少</p>	

表3 地域連携が効果的だったと思われるパターン

入院時の課題	入院中の支援・治療 [対応課題]
a. 訪問支援拒否 b. 受診拒否 c. 持効性注射剤（デポ）剤中止 d. パートナーに対する暴力 e. パートナーの精神疾患（病状は安定） f. 糖尿病の管理 g. 過飲水 h. スタッフへの威嚇・暴力	<p>■入院時ケースマネージャー：院内の精神保健福祉士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 内服調整，持効性注射剤（デポ）剤の再投与 [b, c, d, h] ● 内科医師の診察 [f] ● 主治医との話し合い [f, g] ● 本人およびパートナーとの面接（暴力への振り返り）[d] ● 家族の心理的サポート [d, e] ● 入院初期の多職種病棟カンファレンス（本人、妻、医師、病棟スタッフ、訪問看護スタッフ）[a-h] ● 法人外訪問看護の利用調整 [a] ● 法人外訪問看護による家族の心理的サポート [d, e] ● 入院スタッフの見守り [g] ● 本人に対する相談支援事業所の利用調整 [a] ● パートナーに対する相談支援事業の利用再開（パートナーの支援負担軽減）[a] ● ケア会議（主治医、院内精神保健福祉士、作業療法士、病棟・訪問看護師、相談支援事業所スタッフ）[a-e]
退院時の課題	退院後の地域支援・治療 [対応課題]
a. 訪問支援拒否の可能性 b. 受診拒否の可能性 c. パートナーに対する暴力の可能性（心理的負担） d. 糖尿病の管理 e. 過飲水 f. 喫煙 g. 排泄の問題・失禁 h. 整容の問題	<p>■地域生活におけるキー支援者：法人外訪問看護スタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 受診に合わせたケア会議（本人、パートナー、主治医、訪問看護師）[a, b] ● 法人外訪問看護週3回（男性スタッフによる訪問、2名体制でサービス提供）[d-h] <ul style="list-style-type: none"> - 家族支援 [c] - 入浴介助 [g, h] - 趣味・余暇活動支援 [a] - 血圧や糖尿病、過飲水など身体疾患等の管理・見守り [d-f] <ul style="list-style-type: none"> → 定期的な訪問看護を本人が楽しみにしている（信頼している外部の人と会う機会） ● 病院内での法人外訪問看護スタッフの情報交換、電話での情報交換 [a, b] ● 院内精神保健福祉による電話でのパートナー（家族）支援 [c] ● 相談支援事業所スタッフによるパートナーの心理的サポート [c] ● 身体疾患ケアのための入院（パートナーのレスパイトも兼ねる）[c, d] ● 友人による受診サポート [d] <p>※計画相談でのヘルパーの導入は調整断念</p>
<p>現在の生活 ○糖尿病の問題で再入院 ○精神症状悪化での再入院なし ○パートナーと一緒に暮らしを継続 ○継続的な妄想</p>	

支援のポイント

- 本人に対する直接支援は訪問看護スタッフ
- 病院の精神保健福祉士は家族サポートおよび各種サービスの調整

処方薬剤データ管理システムの開発

研究協力者：松長麻美（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

要旨

本研究では、精神保健サービス評価において重要な処方薬剤データの入力、管理のためのシステムを開発した。本システムは Microsoft Access データベースとして設計し、薬剤処方データの入力と、入力された処方内容とあらかじめ用意された薬価データを対応させることで調査対象期間中の処方薬、処方量などの蓄積および薬剤コストの集計が可能となった。また、蓄積された処方データに付与される薬剤ごとのコードを用いることで、条件に応じた処方内容の名寄せ・抽出が可能となり、処方実態の分析もより容易となった。

A. 研究の背景と目的

現在の精神科医療において薬物療法は主要な治療法であり、ほとんどの精神科サービス利用者に薬が処方されている。したがって、処方内容は治療の状況を反映する重要な情報の一つとなる。一方で、精神科薬物療法においては副作用、多剤大量療法の問題など、主観的アウトカムに影響するような側面も考慮する必要もあり、特に地域精神保健サービスの評価においてこの観点はより重要であると考えられる。

精神保健サービスを含む保健医療福祉サービスの評価においては、臨床的・主観的アウトカムに加えて、医療経済的な評価もまた重要である¹⁾。2019年4月からは一部の医薬品、医療機器に対して費用対効果評価が行われるようになっており、今後、医療保険制度の枠組みで提供されるサービス全般について、その評価を行う場合には医療経済分析を行うことが望ましいと考えられる。社会の立場からの医療経済評価にはサービスに係るコストを算出する必要があるが、これまで国内で実施されてきた地域精神保健サービスのコスト評価においては医療費がその多くを占めており^{2,3,4)}、さらに医療費のうち、薬剤に係るコストはその 1/5~1/4 を占めているという報告も

ある³⁾。

こうした背景から、精神保健サービスの評価を伴う研究においては、薬剤の処方状況の把握が重要であり、また今後ますますその重要性は高まるものと考えられる。一方で、処方状況は処方薬、処方量、剤形、薬剤数、薬価など様々な切り口からの検討が可能であり、またそれぞれに異なる意味を持つ。それゆえ、単純なデータの蓄積ではその後のデータ抽出、加工が複雑となり、その過程におけるヒューマンエラーの可能性も考えられる。

本研究では、より簡便に処方データを入力・管理し、また目的に応じたデータ抽出・加工を行うためのシステムを作成することを目的とした。

B. 方法

前項の目的にかなうシステムとして、処方薬剤の入力・管理データベースの作成を試みた。

現時点で最も普及しているデータベースアプリケーションであり、異なる環境での汎用性の高さが期待されたため、今回のデータベースは Microsoft Access 環境で作成した。作成にあたってはシステム開発技術者と協働してデータベース全体の設計を行った。また

薬価データには薬剤名および剤形、規格別にコードが付番されているものを用いた。

C. 結果

データベースはデータテーブルおよび入力フォームから構成される。

データテーブルは処方箋入力一覧、薬価計算集計、入力者一覧、(研究)参加者一覧、薬価表一覧の5種類を作成した。なお、薬価表一覧には薬剤名(商品名)および剤形、規格ごとの薬価データが格納される形とした。

入力フォームは、処方データ入力用に作成した。調査回数、研究参加者ID、処方日、入力者、処方薬および処方薬ごとの処方量、処方日数が入力可能となっている(図1)。なお、処方薬は商品名、規格、剤形別に入力する形とした。また、処方薬を入力すると、対応する薬価が表示される。また、薬価表一覧にない薬剤を入力すると、薬価表テーブルに薬剤の情報が新規追加される形となっている。

データテーブルのうち、薬価表は既存の薬価データをテーブルとして用意したものであるが、その他のテーブルは主に入力フォームからデータ入力によってデータが蓄積される。具体的には、処方箋入力一覧では入力された処方内容が処方薬ごとに対応する処方箋、調査ID、参加者ID、調査回数、処方日、処方内容(処方薬、薬価、処方量、処方日数、調査対象期間あたり薬価)が一覧として蓄積される仕様とした。また、薬価計算集計画面では調査回、参加者IDごとに調査対象期間あたりのトータルの薬価が集計される仕様となっている。

D. 考察

本研究では、精神科治療における処方データの集約、活用のためのデータベース開発を行った。その結果、データの入力および蓄積とともに、データの抽出および加工がより容易な入力システムが作成された。

本システムの利用により、薬価集計が基本

的にシステム内で完結するため、これまで集計に要していた煩雑な手続きが簡略化され、ヒューマンエラーのリスクの低減にもつながることとなった。また、経年的に変化する薬価も反映させることができ、より正確な集計が可能となったと考えられる。

一方、薬価以外の処方内容の分析、例えば処方量・種類の変化や剤形の変更などについては、本データベースのテーブルから、さらに分析目的に応じた加工を要し、必ずしも本システム内で完結しない。しかしながら、商品名、規格、剤形ごとに付番されたコードに紐づけられたデータが作成されることにより、コードを用いた名寄せ、抽出などが容易となった。

今後、本システムを利用した研究を行いながら、新たな課題やニーズについてシステムに反映させ、改良を重ねることでより実用的なシステムとしていくことが期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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) Vos, T., Haby, M.M., Magnus, A., et al.: Assessing cost-effectiveness in mental health: helping policy-makers

prioritize and plan health services.
Aust N Z J Psychiatry 39: 701-712,
2005

- 2) Yamaguchi, S., Sato, S., Horio, N.,
et al.: Cost-effectiveness of
cognitive remediation and supported
employment for people with mental
illness: a randomized controlled
trial. Psychol Med 47: 53-65, 2017
- 3) 山口創生, 古家美穂, 吉田光爾ほか: 重
症精神障害者における退院後の地域サー
ビスの利用状況とコスト ネステッド・
クロスセクショナル調査. 精神障害とリ
ハビリテーション 19: 52-62, 2015
- 4) 松長麻美, 山口創生, 佐藤さやかほか:
精神科デイケアにおけるアウトリーチ型
サービスの提供によるコストの推移. 臨
床精神医学 46: 795-804, 2017

FM10_処方箋入力

処方箋入力 調査名: A調査 2021年4月13日 23:18:00

参加者ID: SANKA1 調査回数: 第 1 回 処方箋日: 2021/04/13 入力者名: 入力者A

処方薬1	処方薬1	薬価1	1	処方量1	2	処方日数1	3
処方薬2	処方薬2	薬価2	4	処方量2	5	処方日数2	6
処方薬3	処方薬3	薬価3	7	処方量3	8	処方日数3	9
処方薬4	トランサミン散50%	薬価4	16.4	処方量4	10	処方日数4	11
処方薬5		薬価5		処方量5		処方日数5	
処方薬6		薬価6		処方量6		処方日数6	
処方薬7		薬価7		処方量7		処方日数7	
処方薬8		薬価8		処方量8		処方日数8	
処方薬9		薬価9		処方量9		処方日数9	
処方薬10		薬価10		処方量10		処方日数10	

クリア

登録

閉じる

図 1 処方箋入力フォーム画面

3 章. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山口創生	精神疾患患者の地域移行支援：エビデンスと多職種・多機関連携	精神科治療学	35(8)	799-806	2020
山口創生	山口創生：優先すべきは治療か生活か？支援者が認識すること・できること	臨床心理学	21(1)	44-48	2021
山口創生, 小池純子, 小川亮, 松長麻美, 小塩靖崇, 菊池安希子, 藤井千代	「早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究 (ePOP-J)」の紹介	日本精神科病院協会雑誌	40(2)	38-42	2021
渡邊 博幸, 木村 大	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	精神科救急	24	31-34	2020
菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人	司法精神科病棟の機能分化：英国 Dangerous and Severe Personality Disorder(DSPD) 事業からの示唆	日本社会精神医学会雑誌	30(1)	20-34	2021
Kikuchi A, Soshi T, Kono T, Koyama M, Fujii C https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645927	Validity of Short-Term Assessment of Risk and Treatability in the Japanese Forensic Probation Service. Frontiers in Psychiatry	Frontiers in Psychiatry	12	645927	2021

令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）殿
（国立保健医療科学院長）

国立研究開発法人
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益
では以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部・精神保健サービス評価研究室長
(氏名・フリガナ) 山口 創生 ・ ヤマグチソウセイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益
衝突は以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 ・ 地域・司法精神医療研究部長
(氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相
ては以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 ・ 司法精神保健研究室長
(氏名・フリガナ) 菊池 安希子 ・ キクチ アキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年 4月 / 日

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

所属研究機関長 機関名 青山学院大学
 職名 学長
 氏名 阪本 浩

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 教育人間科学部・教授
 (氏名・フリガナ) 稲垣 中 (イナガキ アタル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 2 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 徳久 剛史

次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会精神保健教育研究センター・特任教授
(氏名・フリガナ) 渡邊 博幸・ワタナベ ヒロユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

令和3年 3月 26日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 地方独立行政法人
岡山県精神科医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中島 豊爾

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 医療部・院長
(氏名・フリガナ) 来住 由樹 (キシ ヨシキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	岡山県精神科医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。