

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)

平成 30～令和 2 年度 総合研究報告書

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
令和 3 (2021) 年 3 月

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）

平成 30～令和 2 年度 総合研究報告書

目次

1 章 総合研究報告

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・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

研究代表者 山口創生

2 章 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41

3 章 謝辞・・ 45

1 章. 総合研究報告書

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

総合研究報告書

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い。

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(標準偏差[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取得できなかった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]データについては、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分析結果および各時点の集計結果は表 3-9 に記されている。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（表 4_その 3）。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（表 4_その 1）。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（表 6_その 1）。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（表 7）。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（表 8）。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（来住班）

来住分担班は、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。

表 10-14 は、再入院をアウトカムとした各曝露の分析結果を示している。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（OR = 0.79, P < 0.001）、退院時の症状の程度（OR = 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（表 10）。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（表 11）。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）（表 14）。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（表 13）。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。通常の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なつた上で、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、サブクラスに関連を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。事例分析の対象機関は、
本研究に参加する21協力医療機関のう
ち、①精神科治療における主要な専門職
について、全ての専門職を平均以上に配
置していた機関、あるいは②精神科治療
において関心が高まっているピアサポー
ターを配置している機関を選定した（合
計3機関）。インタビューは、3つの好事
例について聞き取りをする内容であった。
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。

2019年度および2020年度の好事例の
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
活を見据えた柔軟な個別支援と包括的な
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
ヵ月経過時点[T4]の追跡率も82%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

I. 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

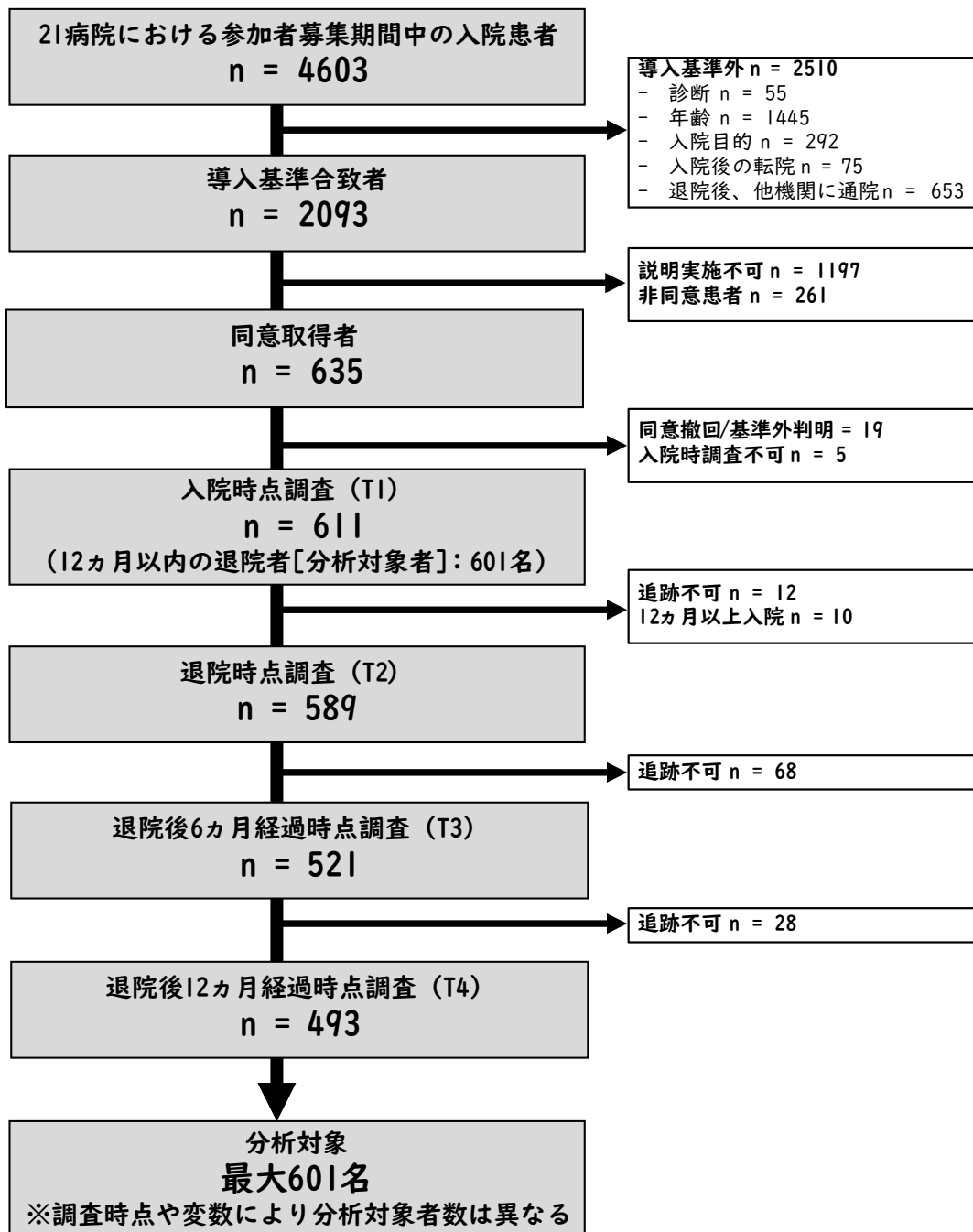


図1 参加者組み入れの進捗とフロー

※追跡状況は2021年3月10日時点のもの

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3 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	601	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 3 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 3 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
あり		30	5.0

表3 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 3 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3 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

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 4 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
		医療保護措置	230 39.3
		緊急措置	4 0.7
		応急	1 0.2
			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 4 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	8.6
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 4 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 職種	なし	41	7.0
	あり	546	93.0
	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 4 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 4 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
職業・社会的役割	585 なし	431	73.7
	あり	154	26.3
	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		
PSP 合計	585 平均値，標準偏差	66.9	14.4

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 5 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 入院理由	521	再入院あり	34	6.5	
		119	他害	8	6.7
		119	自傷・自殺企図	11	9.2
	119	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 5 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
		(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 5 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

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 6 退院後 12 カ月経過時点調査 [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	86.5
		入院中	13.5
12 カ月間の再入院有無	493	再入院なし	63.7
		再入院あり	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	8.2
		自傷・自殺企図	14.2
		セルフネグレクト	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	95.9
		あり	4.1
過去 6 カ月の診察回数	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	10.8
		定期	89.0
外来診察の中断	483	なし	94.2
		あり	5.6

表 6 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
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 6 退院後 12 ヶ月経過時点調査 [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 ヶ月未満	1	
	6 ヶ月以上	13	
	企業等：一般求人	65	
	6 ヶ月未満	23	
	6 ヶ月以上	41	
	企業等：障害者求人	14	
	6 ヶ月未満	7	
	6 ヶ月以上	5	
	就労継続 A 型	11	
	6 ヶ月未満	3	
	6 ヶ月以上	7	
	その他（主婦・学生含む）	16	
6 ヶ月未満	2		
6 ヶ月以上	3		
PSP 合計	480 平均値, 標準偏差	67.0	16.6

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7 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		
VAS	n = 490		482		474		469		
SPA-5	n = 490		482		473		469		
SDS	n = 489		473		463		463		
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		
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

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 8 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 勧める		どちらかという 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 満足		どちらかという 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
あなたの感想を教えてください										
			思う	どちらかという 思う		どちらかという 思わない		思わない		
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
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。										
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 理解している		どちらかという 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 9 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 勧める		どちらかという 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 満足		どちらかという 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
あなたの外来通院に関する感想を教えてください。										
			思う	どちらかという 思う		どちらかという 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
あなたのご家族や家庭について教えてください。										
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？	465	239	51.4	117	25.2	61	13.1	48	10.3
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 理解している		どちらかという 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

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 10 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%CI	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 11 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	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 12 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 13 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	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 14 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

2 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 2020

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

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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).	International Journal of Mental Health Systems	13	40	2019
山口創生	研究におけるコ・プロダクションと当事者参画の世界潮流と日本での可能性.	響き合う街で	124	31-35	2019
瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他	長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究.	臨床精神医学	48(5)	637-648	2019
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ませんか?.	精神科治療学	34(8)	921-925	2019
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
来住由樹	都道府県立病院におけるclozapineの意義.	臨床精神薬理	23(1)	35-42	2020

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋 ほか	措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究(その1):措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について	臨床精神医学	48	323-333	2018
稲垣中, 瀬戸秀文, 島田達洋 ほか	措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究(その2):措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討	臨床精神医学	48	335-342	2018
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(1)	87-93	2018
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(10)	1363-1370	2018
渡邊博幸	多職種チームを活性化するにはどうしたら良いでしょうか?	精神科治療学	33 (増刊号)	312-313	2018
渡邊博幸	統合失調症患者における抗精神病薬変更のコツ	臨床精神医学	47 (増刊号)	89-95	2018
来住由樹, 中島豊爾	平成30年度診療報酬改定を分析する:平成30年度改定をふまえた救急医療戦略 岡山県精神科医療センターにおける取り組み	救急医学	42(12)	1746-1751	2018
来住由樹	地域医療構想で精神病院を活かそう:一般病院と精神病院の人材交流 地域医療構想を踏まえた精神科病院の挑戦	日本病院会雑誌	66(1)	35-46	2019

3 章. 謝辞

謝辞

本研究は、21 精神科医療機関の職員の皆様や多くの研究協力者の皆様の支えによって実施されました。本研究に関わっていただきました皆様方には心より感謝申し上げます。

特に、本頁にお名前を掲載させていただいた皆様には、研究計画へのご助言や各機関での調査のマネジメント、データ収集、分析へのご助言などに関わっていただきました。通常業務や臨床業務でお忙しい中、本研究に積極的に取り組んでいただきました皆様方にあらためて深く感謝申し上げます。

○地方独立行政法人 宮城県立病院機構 宮城県立精神医療センター
大塚達以、鈴木亮、芳野昭文

○竹田健康財団 竹田総合病院
上島雅彦、齋藤裕紀、小野奈緒美、板橋ひろみ

○医療法人崇徳会 田宮病院
渡部和成、菊入恵一、数藤武彦、関正寛、会田千草、渡邊真理子、小林のぶ子、酒井智史、森谷芙美、江口恵輝、古澤久美子、高山莉乃、西川満里子、平山香

○石川県立高松病院
北村立、村井千賀、竹澤翔

○日本赤十字社 成田赤十字病院
赤田弘一

○地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院
川副泰成、中山達也、櫻井孝二、小山田雅弘、矢島雅子、片倉知雄、坂本泰樹、名雪和美*

○医療法人同和会 千葉病院
小松尚也、松田悠、服部広郷、伊藤恵子

○東京都立 松沢病院
齋藤正彦、黒田治、今井淳司、梅田健太郎、宮野康寛、福田陽明、谷本直彦、川上伸太郎、木村朴、江越正敏*

- 医療法人学会 木村病院
渡邊博幸、木村大*、鈴木克紀、有馬晶子、詫間未来

- 学校法人北里研究所 北里大学東病院
宮岡等、大石智、熊坂真由美、行俊可愛*、山口明子、黒谷美桜、廣岡孝陽、石田匡宏、滝澤毅矢、本野千絵美

- 社会医療法人社団さつき 袖ヶ浦さつき台病院
菊池周一、鈴木均、高山淳一、中村五百香、水谷久美

- 社会医療法人社団同仁会 木更津病院
関根博、近山佳代、山田将夫、中村浩子

- 公益財団法人復康会 沼津中央病院
杉山直也、小野剛、内田裕之、澤野文彦、久野満津代、八田智代、牛島一成

- 医療法人静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター
藤田潔、坪井宗二、福井夕希子、深谷佳弘、依田喬士、松本陽介、佐藤輝美、村田るつこ、野中英雄、山田晃

- 医療法人成精会 刈谷病院
垣田泰宏、濱島洋司、磯部智春

- JA 三重厚生連 鈴鹿厚生病院
中瀬真治、松岡みゆき*、瀬戸和加子、山村哲史、福井知子

- 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター
来住由樹、太田理香、渋谷厚子*、吉川輝、立花康平、村尾利之、芳野篤行、牧野秀鏡、黒岡真澄、児玉匡史、耕野敏樹、竹中央、矢田勇慈、佐藤康治郎

- 公立大学法人 奈良県立医科大学附属病院
岸本年史、松田康裕、有田恵亮、道崎真平、大島直人、鈴木啓介、杉本麻衣、元吉浩司

- 長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
瀬戸秀文*、宮崎大輔、光富理沙、中濱裕二、中村仁、山中利文、松尾寛子、吉井美和、高橋克朗

○医療法人如月会 若草病院

水野謙太郎、久米田律子、吉村淑子、小川和彦、西海勇気、渡辺剛司、今西有里

○独立行政法人 国立病院機構 琉球病院

大鶴卓、森根薫、松井廉、松本学*、奥浜伸一、大城利恵子、島袋美雪、吉田和史*

○研究アドバイザー（五十音順）

立森久照、山之内芳雄、吉田光爾

○研究協力者（五十音順）

内布智之、熊耳彩、古関俊彦、小林絵理子、佐々木理恵、澤田高綱、松岡恵子、宮澤啓子

○研究補助者（五十音順）

相田早織*、岡野茉莉子、河野稔明*、佐藤さやか、塩澤拓亮、鈴木浩太*、田中純子、土屋治美、橋本理恵子*、檜垣早苗、藤本悠、細谷章子、三輪靖子、吉田美沙子*

○事務局研究員（五十音順）

小塩靖崇、小川亮、小池純子、松長麻美

注1 研究開始当時のご所属でお名前を掲載しておりますので、ご異動されている方には「*」を付けています。

注2 各機関の順番については、高い緯度に所在する機関から順に記載しています。