

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その1 (5)

#### 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 退院後1年死亡率に関する検討

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者：朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），稲垣 中\*（青山学院大学教育人間科学部／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），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），小池純子（国立精神・神経医療研究センター），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高こころの病院），竹澤 翔（石川県立こころの病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（国立精神・神経医療研究センター），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）  
(敬称略・五十音順)

\*執筆担当：稲垣 中

#### 要旨

【目的】措置入院患者の退院後死亡リスクを検証する。【方法】2016年6月1日から2019年9月30日に岡本台病院，宮城県立精神医療センター，大泉病院，長崎県精神医療センター，井之頭病院，高松病院，八幡厚生病院，肥前精神医療センター，岡山県精神科医療センター，沼津中央病院，琉球病院に措置入院となった後に，措置解除を経て退院となり，かつ，退院後に当該施設と1回以上接触を持った226人のKaplan-Meier法に基づく退院1年以内死亡率を求めるとともに，厚生労働省作成の簡易生命表に基づいて，標準化死亡比（standardized mortality ratio: SMR）を算出した。

【結果】対象患者の性別は男性143人，女性83人，退院時平均年齢は42.2歳で，全体の約半数を統合失調症圏（109人）が占めた。退院後の総観察日数は67,484日で，その間に6人の死亡が確認された。Kaplan-Meier法による退院1年以内死亡率は3.0%で，SMRは11.0であった。統合失調症圏と気分障害の患者のSMRはそれぞれ9.3，15.6であった。

【考察】措置入院患者の退院後死亡リスクが一般の精神障害者の死亡リスクより著しく高いことが示唆された。

## A.研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、令和2年度のわが国では7,220人の精神障害患者が措置入院となっている<sup>1)</sup>。措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して相対的に精神症状が重症であり、社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので、措置入院患者が退院後に地域で生活するためには、彼らが受けている治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助提供体制を構築することが望ましい。

しかしながら、措置入院患者がどの程度の期間、どのような治療を受けて退院となり、どの程度の期間通院治療が継続され、どの程度の患者が再入院となり、一般人口と比較してどの程度死亡リスクが高いかなどといった問題については、必ずしも十分なデータが蓄積されてはいない。かつて、本研究班の前身にあたる平成24～26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究（主任研究者：平林直次）」内の分担研究「医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究（分担研究者：吉住昭）」は『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（以下、吉住班コホート研究）』<sup>2,3)</sup>を行い、措置解除となった患者の退院後の治療継続率、再入院率、および死亡率などといった長期転帰について検討したが、後ろ向き研究という研究デザイン上の問題から精神症状の重症度をはじめとする臨床情報の収集が不十分であり、死亡イベントの捕捉率も低い可能性があるという限界があった。

今回われわれは現在進行中の『措置入院患者の前向きコホート研究』に登録されたデータを利用して、措置入院患者の退院後死亡リスクについて検討を行った。

## B.方法

『措置入院患者の前向きコホート研究』は協力施設に措置入院となった全患者を対象とする現在進行中の前向きコホート研究である。入院時に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）』<sup>4)</sup>による社会機能に関する評価が行われた。登録完了後、対象患者は概ね月1回のペースでPSPの評価を受け、措置解除の際にはPSP評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時には⑭退院年月日、⑮退院後の帰住先、⑯退院時処方、⑰退院時点でのケア会議の実施状況と参加者に関する情報が、さらに、退院後は1年、2年、3年経過時点における⑱生存の有無（死亡していた場合には死亡日と死因）、⑲治療継続の有無と最終受診日、⑳再入院の有無（再入院の場合、再入院年月日と入院形態）、㉑ケア会議の実施状況と参加者に関する情報が収集された。

PSPとは、Morosiniら<sup>4)</sup>によって作成された精神障害者の社会機能の評価尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行為」の4つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)<sup>5)</sup>のように、1点（最低レベル）から100点（最高レベル）の範囲で社会機能を包括的に評価するインデックス型評価尺度である「PSP総得点」のパートから構成されている。4つの下

位項目はそれぞれアンカーポイントに基づいて、症状なし（1点）から最重度（6点）までの6段階で評価される。PSP総得点は4つの下位項目の評点から操作的に1～10点、11～20点、・・・、91～100点の10点刻みの10カテゴリに分類され、1桁目の点数は評価者が判断することになっている。PSPにはMorosiniらによる原版以外にも複数の版が存在するが、本研究ではUBC社によるPSPの日本語版<sup>8)</sup>を採用した。本来、PSPは対象者の直近4週程度の状態に基づいて評価されることになっているが、臨床現場の実態としては、過去4週の症状に基づいて措置解除が決定されるとは考えにくいことに鑑みて、本研究では直近2週の状態を評価することとした。また、措置入院継続の是非に関連した判断とは独立したPSP評価を行うために、本研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医により評価を行うこととした。

今回の報告では前向きコホート研究に登録された患者のうち、当該医療機関で措置解除された後に退院となり、かつ、退院後に当該医療機関と1回以上の接触があった者を対象として、退院後1年以内の死亡者の性別、年齢、精神科主診断、死因などに関する検討を行った上で、Kaplan-Meier法に基づく退院後1年死亡率を算出した。死亡率は対象患者全体を対象としたもののみならず、男女別、あるいはICD-10精神科主診断が統合失調症圏（F2）と気分障害（F3）の患者に限定した死亡率も算出した。一般に死亡率は加齢に伴って高くなり、同年齢であれば男性は女性より死亡率が高いものなので、対象患者の性・年齢の構成を考慮することなく、単純に死亡率の多寡を論ずることは誤った方向に議論を誘導する可能性がある。そこで、本稿では対象患者がわが国の一般人口と同等の死亡リスクを有すると仮定した場合の退院後1年以内の期待死亡率を別途計算した上で、Kaplan-Meier法に基づく退院後1年以内の観察死亡率との比を標準化死亡比（standardized

mortality ratio: SMR）として、死亡リスクの指標とした。わが国の一般人口の死亡リスクのデータは本研究の対象患者が2016年6月1日から2019年9月30日までの間に登録され、2016年7月9日から2020年9月23日の間に退院となっており、退院日の平均が2017年9月4日前後にあったことに鑑みて、厚生労働省作成の2017年<sup>7)</sup>、および2018年<sup>8)</sup>の簡易生命表に記載された性年齢別死亡率の平均値を採用した。『措置入院患者の前向きコホート研究』は現在もおお追跡調査が進行中であるため、今回の報告では2022年1月9日までに登録されたデータを使用した。統計ソフトはEasy R（EZR）<sup>9)</sup>を使用した。

本研究を実施するに際しては、研究グループの長である瀬戸秀文が研究開始時に所属していた長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認（承認日：2016年4月15日）を得るとともに、UMIN試験ID:000022500として開始前に臨床試験登録を行った。

## C.結果

### 1) 対象患者の抽出作業

『措置入院患者の前向きコホート研究』では11ヶ所の研究協力施設から523人の措置入院患者が登録された。これらの523人のうち、措置解除されることなく転院となった者が110人、措置解除されることなく入院が継続されていた者が10人、措置解除されたものの入院が継続されていた者が10人、措置解除・退院後に当該医療機関と一度も接触することなく治療が中断・終結していた者が160人、当該医療機関との最終接触日に関するデータが回収できていないものが7人存在した。今回の報告ではこれらの307人を除いた残りの226人を検討対象とした。

### 2) 背景因子（表1、図1、図2、図3）

今回の検討対象である226人の性別は男性が143人（63.3%）、女性が83人（36.7%）で

あった。退院時の平均年齢（標準偏差：最小～最大）は42.2（14.4: 15～82）歳であった。

入院施設の内訳は、栃木県立岡本台病院が64人（28.3%）、宮城県立精神医療センターが43人（19.0%）、長崎県立精神医療センターが30人（13.3%）、石川県立高松病院が16人（7.1%）、大泉病院が16人（7.1%）、国立病院機構肥前精神医療センターが15人（6.6%）、井之頭病院が12人（5.3%）、八幡厚生病院が11人（4.9%）、沼津中央病院が10人（4.4%）、国立病院機構琉球病院が9人（4.0%）であった。

措置解除時のICD-10精神科主診断の内訳は、統合失調症圏が109人（F2: 48.2%）と最も多く、以下、気分障害（F3: 48人, 21.2%）、アルコール・薬物関連障害（F1: 18人, 8.0%）、器質性精神障害（F0: 13人, 5.8%）、精神発達遅滞（F7: 10人, 4.4%）、発達障害（F8: 10人, 4.4%）、パーソナリティ障害（F6: 8人, 3.5%）、神経症性障害（F4: 7人, 3.1%）、行動・情緒障害圏（F9: 1人, 0.4%）の順に多く、この他に診断に関する情報がない者が2人（0.4%）見られた。身体合併症は12人（5.3%）に見られた。

措置入院の際の申請等の形式は警察官通報（精神保健福祉法第23条:202人, 89.4%）が大半を占め、以下、検察官通報（第24条:13人, 5.8%）、矯正施設長通報（第26条:5人, 2.2%）、親族又は一般人申請（第22条:3人, 1.3%）、精神科病院管理者届出（第26条の2:3人, 1.3%）の順に多かった。

措置要件の内訳は自傷が71人（31.4%）、他害（対人）が176人（77.9%）、他害（対物）が131人（58.0%）で（重複あり）、措置要件が自傷行為のみの者は19人（8.4%）であった。

今回の措置入院より前に精神科治療歴を有していた者は189人（83.6%）、精神科入院歴を有していた者は120人（53.1%）、措置入院歴を有していた者は52人（23.0%）であった。

措置入院時PSPの各下位項目の評点が顕著（4点）以上であった者は、「セルフケア」

が148人（65.5%）、「社会的に有用な活動」が176人（77.9%）、「個人的・社会的関係」が181人（80.1%）、「不穏な・攻撃的な行為」が211人（93.4%）であった。各下位項目の平均点（標準偏差）はそれぞれ3.8（1.3）点、4.2（1.1）点、4.4（1.0）点、4.8（0.8）点であった。平均PSP総得点（標準偏差：最小～最大）は24.0（9.8: 3～61）点であり、PSP総得点が30点以下、すなわち社会機能が貧弱であると判定された者は171人（75.7%）であった。一方、措置解除時PSPの各下位項目の評点が顕著（4点）以上であった者は、「セルフケア」が18人（8.0%）、「社会的に有用な活動」が42人（18.6%）、「個人的・社会的関係」が47人（20.8%）、「不穏な・攻撃的な行為」が22人（9.7%）であった。各下位項目の平均点（標準偏差）はそれぞれ2.1（1.1）点、2.7（1.0）点、2.7（1.0）点、2.0（1.0）点であった。平均PSP総得点（標準偏差：最小～最大）は60.4（14.2: 16～91）点、PSP総得点が30点以下の者は8人（3.5%）であった。措置入院時から措置解除時までのPSP総得点の平均改善幅（標準偏差：最小～最大）は36.4（15.3: -7～75）点であった。

措置入院継続期間、すなわち、措置入院の開始から措置解除に至る期間の平均値（標準偏差）は66.5（50.3）日、中央値（最小～最大）は57（6～334）日であった。入院継続期間、すなわち、措置入院の開始から退院に至る期間の平均値（標準偏差）は128.4（154.1）日、中央値（最小～最大）は88.5（6～1279）日であった。退院後観察期間の平均値（標準偏差）は298.6（119.5）日、中央値（最小～最大）は366（5～366）日であり、対象患者226人の退院後総観察期間は67,484日であった。

### 3) 退院後の死亡状況

対象患者226人のうち、退院後1年経過時点で生存が確認されていた者は159人、治療中断や転院などによる追跡中断者は61人、死

亡が確認された者は6人であった。退院後の総観察期間は67,484日だったので、死亡リスクを人年法ベースで示すと1,000人年あたり32.5件の死亡が発生したことになる。

6人の死亡者の性別は男性が4人、女性が2人、死亡時年齢は20代が2人、40代が3人、60代が1人、80代が1人であった。精神科主診断の内訳は統合失調症圏が2人、気分障害が2人、器質性精神障害が1人、パーソナリティ障害が1人であった。死因は自殺が3人、事故死が1人、病死が2人、不明が3人であった。死亡時期は退院後14日目、23日目、55日目、164日目、189日目、259日目であった。Kaplan-Meier法に基づく対象患者全体の1年死亡率は3.0% (95%信頼区間 [95%CI]: 1.4~6.7%) であり、男性は3.2% (95%CI: 1.2~8.3%)、女性は2.8% (95%CI: 0.7~10.8%) であった (図4)。

簡易生命表に基づく退院1年以内の期待死亡数(期待死亡率)は男性0.4963人(0.347%)、女性0.1195人(0.144%)の合計0.6158人(0.272%)であった。したがって、措置入院患者の退院後のSMRは男性が9.2 (95%CI: 3.46~23.9)、女性が19.4 (95%CI: 4.86~75.0)、男女併せて11.0 (95%CI: 5.14~24.6)と推定された。

次に、統合失調症圏、および気分障害の患者に限定した死亡リスクについて検討したところ、Kaplan-Meier法に基づく1年死亡率はそれぞれ2.1% (95%CI: 0.5~8.0%)、4.6% (95%CI: 1.2~17.1%) であった。退院1年以内の期待死亡率はそれぞれ0.226%、0.295%だったので、統合失調症圏患者、および気分障害の患者に限定したSMRはそれぞれ9.3 (95%CI: 2.21~35.4)、15.6 (95%CI: 4.06~57.9)と推定された (図5)。

#### D.考察

本稿の冒頭で述べたとおり、措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して相対的に精神症状が重症であり、社会的・経済的な面に

おいてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので、措置入院患者が退院後に地域で生活するため、治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助を提供することが望まれる。中でも、措置入院者の死亡リスクを可能な限り低下させることは医療政策的観点からも最重要の課題の1つと考えられるが、これまでのわが国では措置入院患者の退院後の生命転帰について十分に検討されてきたとは言い難く、わずかに本研究班の前身にあたる旧・吉住班が実施した後ろ向きコホート研究が存在するのみである。しかも、この吉住班コホート研究は後ろ向きコホート研究であるという性質上、精神症状の重症度をはじめとする臨床情報の収集が不十分であり、死亡イベントの捕捉も完全ではない可能性があるため、別途前向きコホート研究を行うことが求められていた。現在進行中の『措置入院患者の前向きコホート研究』はこれらの問題を解消するために実施されたものであり、いわば、吉住班コホート研究の追試として行われたものである。

今回の報告では措置入院患者の退院後の1年死亡率を、Kaplan-Meier法に基づいて算出した上で、わが国の簡易生命表に基づく期待死亡率との比であるSMRを死亡リスクの指標とみなした。今回の検討では、措置入院患者の退院後のSMRは男性が9.2、女性が19.4、男女併せて11.0と、統合失調症圏と気分障害患者のSMRはそれぞれ9.3、15.6と推定された。これらの数値は吉住班コホート研究<sup>3)</sup>において得られたSMR(全体:11.2、男性:10.3、女性:13.5、統合失調症圏:8.6、気分障害:14.6)と概ね等しく、措置入院患者のSMRが男性で9以上、女性で13以上、統合失調症で9前後、気分障害で15前後、措置入院患者全体で11前後という結論の確実性は高いように思われた。

以前より、統合失調症をはじめとする重症精神障害を有する患者の死亡リスクは一般人口より高いことが様々なコホート研究におい

て示されており<sup>10)</sup>、これらのコホート研究を統合したメタ解析でもこの結論は維持されている。例えば、Saha ら<sup>11)</sup>は 1980～2006 年に報告された 37 論文に基づくメタ解析において統合失調症患者の SMR を 2.58 と結論しているし、Hayes ら<sup>12)</sup>は 1960～2016 年に報告された 31 論文に基づくメタ解析で双極性障害患者の SMR を 2.05 と結論している。また、Walker ら<sup>13)</sup>は 1962～2014 年に報告された 203 論文に基づくメタ解析で精神障害を有する患者、統合失調症圏患者、気分障害患者、大うつ病性障害患者、双極性障害患者の一般人口と比較した相対死亡リスクをそれぞれ 2.22, 2.54, 2.08, 1.71, 2.00 と結論している。すなわち、精神障害を有する患者、統合失調症患者、あるいは気分障害患者の SMR はいずれも 2～3 程度ということになるが、今回得られた SMR はこれらを大きく上回っていた。措置入院患者の退院後の SMR がこのように高い背景には今回の『措置入院患者の前向きコホート研究』や吉住班コホート研究では一般の患者より精神症状が重症と推測される措置入院患者が対象とされていたことが関連していると推測される。したがって、今後は措置入院患者の死亡リスクを低下させるために、退院後の治療・支援体制を整備することが極めて重要と考えられる。

今回の報告では措置入院患者の退院後 1 年以内の死亡リスクについて評価したが、根拠となる前向きコホート研究のサンプルサイズは 226 人に過ぎず、しかもそのうち 1 年以内に死亡したのは 6 人に留まるので、今回観察された措置入院患者の退院後 SMR (全体: 11.0, 男性: 9.2, 女性: 19.4, 統合失調症圏: 9.3, 気分障害患者: 15.6) の信頼性は高くないと感じる者がいるかもしれない。しかしながら、旧・吉住班によって行われた後ろ向きコホート研究<sup>3)</sup>においても今回と概ね等しい SMR (全体: 11.2, 男性: 10.3, 女性: 13.5, 統合失調症圏: 8.6, 気分障害: 14.6) が得られたことをも考慮すると、今回得られた結論の頑健性

は高く、措置入院患者の退院後死亡リスクが著しく高いとの結論は妥当と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 準備中

2.学会発表

- 1) 稲垣中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 大塚達以, 岩永英之, 富田真幸, 渡辺純一, 佐藤智絵, 藤井千代, 吉住昭: 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 (その 1): 社会機能から見た措置入院患者の類型化の試み. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 2021 年 6 月 11～12 日.
- 2) 稲垣中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 大塚達以, 木崎英介, 中西清晃, 奥野栄太, 横島孝至, 藤井千代, 吉住昭: 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 (その 2): 社会機能の改善度から見た措置入院患者入院後経過の類型化の試み. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 2021 年 6 月 11～12 日.

## G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

## 文献

- 1) 厚生労働省. 衛生行政報告例/令和 2 年度 衛生行政報告例/統計表/年度報 第 1 章 精神保健福祉 表番号 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. (2022年3月31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=000001161547&tclass2=000001161548&tclass3=000001161551&cycle\\_facet=tclass1&tclass4val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001161547&tclass2=000001161548&tclass3=000001161551&cycle_facet=tclass1&tclass4val=0)
- 2) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 小口芳世, 小泉典章, 吉住昭: 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.
  - 3) 稲垣中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 小口芳世, 小泉典章, 吉住昭: 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.
  - 4) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, 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.
  - 5) American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
  - 6) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤玲, 稲垣中: 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.
  - 7) 厚生労働省: 平成 29 年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html> (2022年3月30日アクセス)
  - 8) 厚生労働省: 平成 30 年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/index.html> (2022年3月30日アクセス)
  - 9) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48(3): 452-8, 2013.
  - 10) 稲垣中: 統合失調症の死亡リスクと薬物治療. 臨床精神薬理 16: 1119-1129, 2013.
  - 11) Saha S, Chant D and McGrath J: A systematic review of mortality in schizophrenia: is the different mortality gap worsening over time?. Arch Gen Psychiatry 64: 1123-1131, 2007.
  - 12) Hayes JF, Miles J, Walters K, et al.: A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. Acta Psychiatr Scand 131: 417-425, 2015.
  - 13) Walker ER, McGree RE and Druss BG: Mortality in mental disorders and global disease burden implication: a systematic review and meta-analysis. BMJ 72: 334-341, 2015.

表 1 対象患者の背景因子

男性／女性	143 (63.3%)	／83 (36.7%)
平均年齢 (標準偏差: 最小～最大)	42.2	(14.4: 15～82)
医療機関		
栃木県立岡本台病院	64	(28.3%)
宮城県立精神医療センター	43	(19.0%)
長崎県精神医療センター	30	(13.3%)
石川県立高松病院	16	(7.1%)
大泉病院	16	(7.1%)
国立病院機構肥前精神医療センター	15	(6.6%)
井之頭病院	12	(5.3%)
八幡厚生病院	11	(4.9%)
沼津中央病院	10	(4.4%)
国立病院機構琉球病院	9	(4.0%)
ICD-10 精神科主診断		
F2 (統合失調症圏)	109	(48.2%)
F3 (気分障害)	48	(21.2%)
F1 (アルコール・薬物関連障害)	18	(8.0%)
F0 (器質性精神障害)	13	(5.8%)
F7 (精神発達遅滞)	10	(4.4%)
F8 (発達障害)	10	(4.4%)
F6 (パーソナリティ障害)	8	(3.5%)
F4 (神経症性障害)	7	(3.1%)
F9 (行動・情緒障害圏)	1	(0.4%)
身体合併症あり	12	(5.3%)
通報の種別		
警察官通報 (第 23 条)	202	(89.4%)
検察官通報 (第 24 条)	13	(5.8%)
矯正施設長通報 (第 26 条)	5	(2.2%)
親族又は一般人申請 (第 22 条)	3	(1.3%)
精神科病院管理者届け出 (第 26 条の 2)	3	(1.3%)



措置要件		
自傷	71	(31.4%)
自傷のみ	19	(8.4%)
他害 (対人)	176	(77.9%)
他害 (対物)	131	(58.0%)
精神科治療歴		
精神科治療歴あり	189	(83.6%)
精神科入院歴あり	120	(53.1%)
措置入院歴あり	52	(23.0%)
措置入院期間		
平均 (標準偏差)	66.5	(50.3)
中央値 (最小～最大)	57	(6～334)
入院期間		
平均 (標準偏差)	128.4	(154.1)
中央値 (最小～最大)	88.5	(6～1279)
退院後観察期間		
平均 (標準偏差)	298.6	(119.5)
中央値 (最小～最大)	366	(5～366)

---

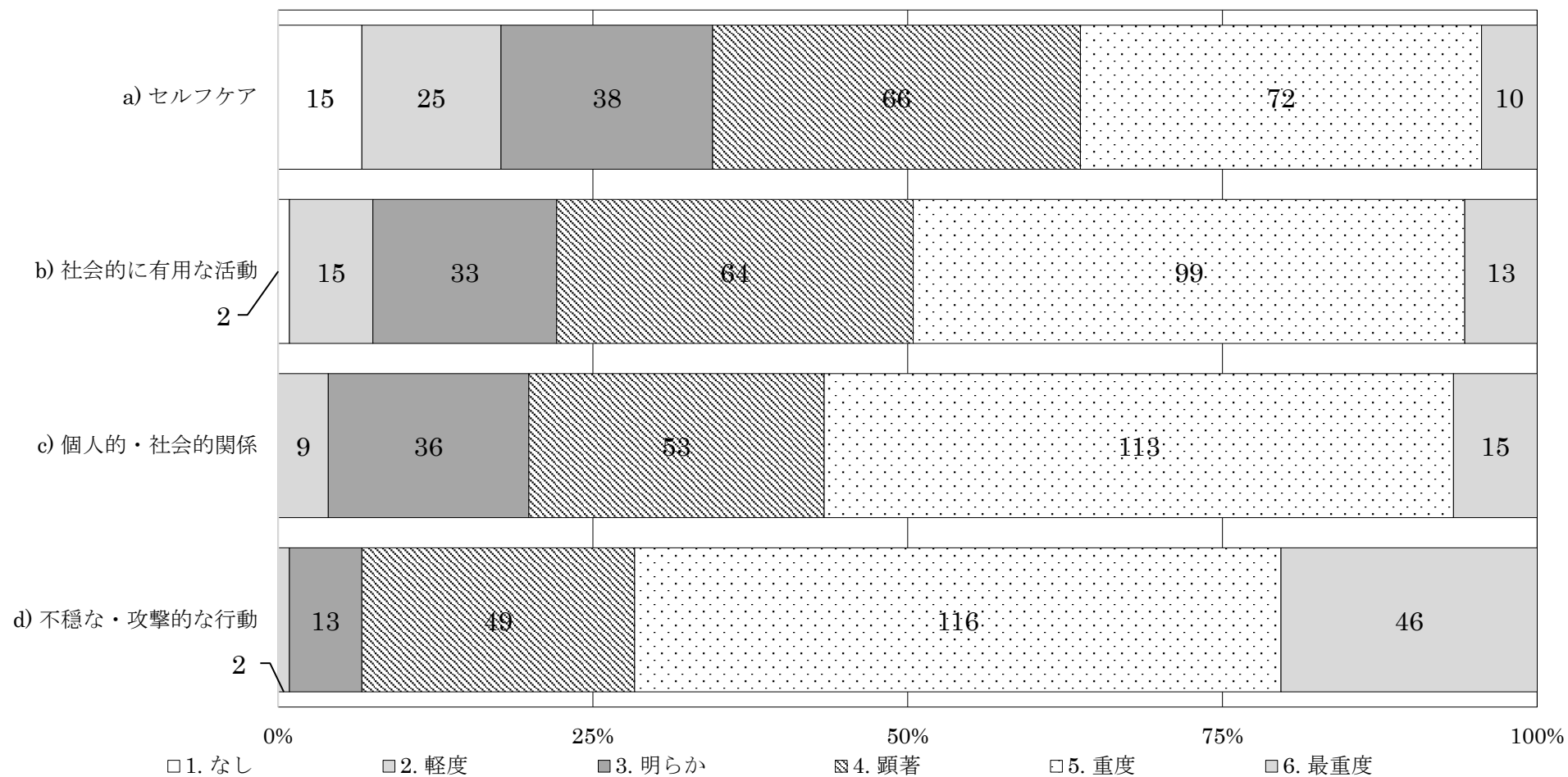


図1 措置入院時のPSPプロフィール

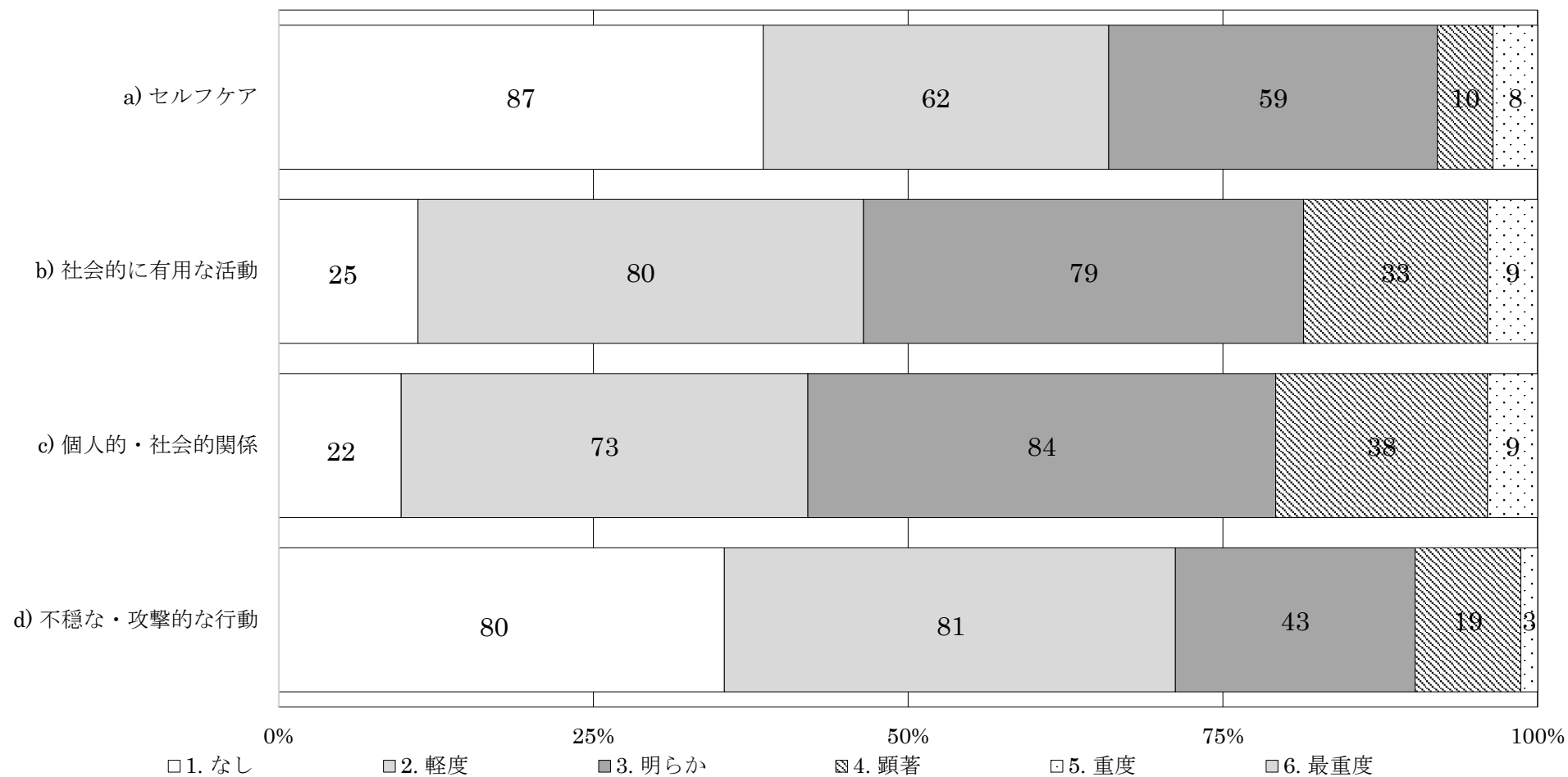


図2 措置解除時のPSPプロフィール

人数(人)

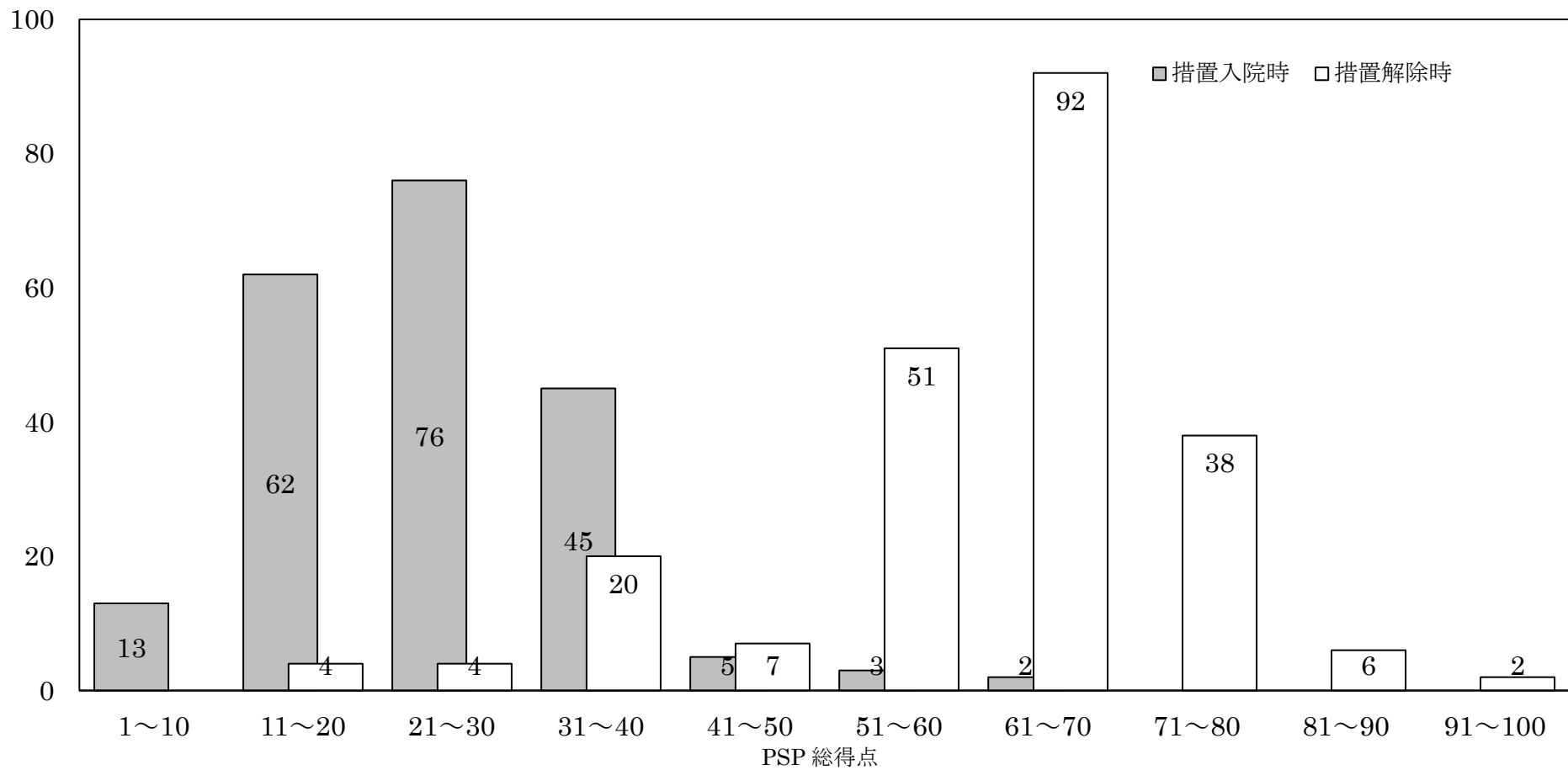


図3 措置入院時, および措置解除時 PSP 総得点の分布

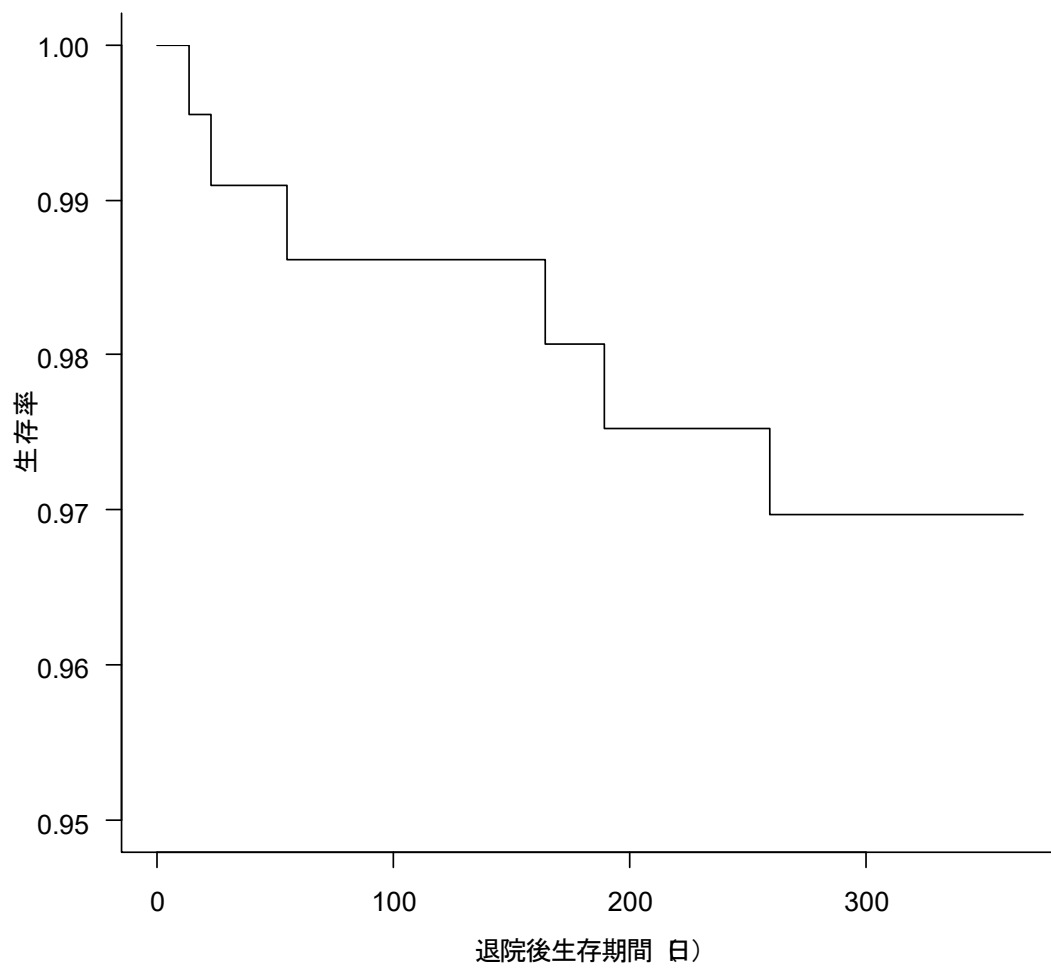


図4 措置入院患者の退院後生存率：全体

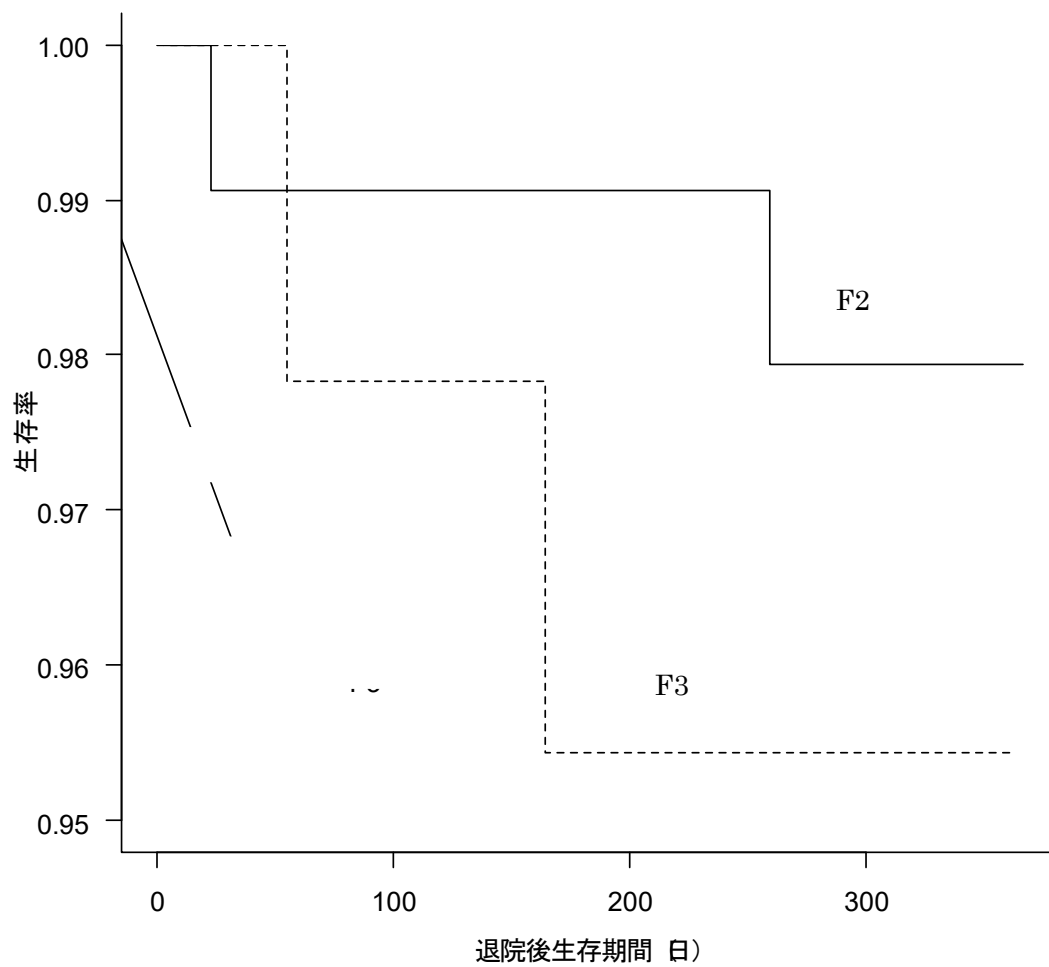


図5 措置入院患者の退院後生存率：統合失調症圏（F2）対気分障害（F3）