

## 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：措置入院患者の退院後自殺リスクに関する検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：\*稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学）、小泉典章（長野県精神保健福祉センター）、吉住 昭（医療法人社団翠会八幡厚生病院）

\*論文執筆者

### 要旨

【目的】措置入院患者の退院後自殺リスクについて検証する。

【方法】2010年4月1日～2011年3月31日に研究協力施設で措置解除された1,421人の措置入院患者を対象とする後ろ向きコホート研究データベースより、退院後に当該施設と1回以上接触を持った704人を抽出し、退院後自殺率、および自殺に関する標準化死亡比（以下、自殺SMR）を算出した。

【結果】対象患者の性別は男性499人、女性205人、平均年齢は44.5歳で、全体の6割強を統合失調症圏（439人）が占めた。対象患者704人の総観察期間は493,274日であり、この間に発生した37人の死亡者のうち、少なくとも11人が自殺であった。Kaplan-Meier法による退院後1年以内の推定自殺率は1.47%、人年法に基づく自殺リスクは1,000人年あたり8.14件、自殺SMRは退院1年後の時点で41.8、2年後の時点で24.6であった。自殺SMRを最初の1年は3ヶ月刻み、その後は1年刻みで評価したところ、退院後の第1トリメスタ（退院1～91日後）の自殺SMRは66.85と最も高く、第2トリメスタ（退院92～182日後）、第3トリメスタ（退院183～273日後）がそれぞれ37.99、41.12とこれに次いで高く、第4トリメスタ（退院274～365日後）と2年目（退院366～730日後）はそれぞれ21.93、6.82と低下傾向にあった。

【考察】これまでに海外で行われたコホート研究では重症精神障害患者の自殺SMRは11.5～32.3とされていたが、今回観察された措置入院患者の退院後自殺SMRはこれよりも高く、わが国の措置入院患者は一般の重症精神障害患者より高い退院後自殺リスクを有すること、また、自殺リスクは退院3ヶ月以内が特に高く、その後も退院9ヶ月までは高い状態が持続することが示唆された。

### A. 研究の背景と目的

厚生労働省が毎年公表している衛生行政報告例によると、平成22年度のわが国では1年あたり5,504人の精神障害患者が措置入院となったとされている<sup>7)</sup>。措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して精神症状が相対的

に重症であり、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<sup>17)</sup>、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

しいと考えられるが、現在のわが国には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、どの程度社会機能が改善した状態で退院となり、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に関するデータが存在しない。

このため、われわれは『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 (Retrospective Cohort study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下, ReCoMendors と略)』と呼ばれるコホート研究を完了し、『措置入院患者の前向きコホート研究 (Prospective Cohort Study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下, ProCessors 研究)』と呼ばれるコホート研究を遂行中である。

本稿では ReCoMendors 研究で収集されたデータを用いて、措置入院患者の退院後の自殺リスクについて検討する。

## B. 方法

ReCoMendors 研究は 2010 年度、すなわち 2010 年 4 月 1 日から 2011 年 3 月 31 日の間に全国 76 ヶ所の精神科医療機関で措置解除された患者の診療記録、措置入院に関する診断書、および症状消退届に記載された表 1 の情報に基づく退院後 1.5~3.5 年転帰に関する後ろ向きコホート研究である。既に退院後の再入院率、治療継続率、全体の死亡率に関する検討結果が論文化されているが<sup>10,16)</sup>、今回は死亡の中でも自殺率に特化した検討を行う。

ReCoMendors 研究では 1,421 人分の調査票が回収された。全体の死亡率に関する論文と同様に、今回の自殺率に関する検討においても、この 1,421 人から措置解除後に即座に転医、転院、帰国となった 147 人、措置解除時に治療不要とされて治療終了となった 16 人、おそらくは入院前に触法行為を行ったた

めに措置解除後に警察対応となった 15 人、医療観察法の鑑定入院に移行した 9 人、施設入所となった 1 人、患者死亡に伴って措置解除となった、あるいは措置解除後も入院継続となり、最終的に死亡退院となった 10 人、措置解除後も入院継続となり、調査日に至るも入院が継続されていた 38 人、措置解除後の詳細な状況を把握できない 2 人、退院日に関するデータが欠落していた 3 人、退院後に研究協力施設と 1 回も接触していなかった 476 人を除く 704 人を解析対象とした。

自殺リスクについて検討するに際しては、Kaplan-Meier 法に基づいて、対象患者の退院後自殺率を算出した上で、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の仮定を置いて算出した期待自殺率を計算し、Kaplan-Meier 法に基づく自殺率との比を標準化死亡比 (standardized mortality ratio: SMR) として、自殺リスクの指標とみなした。わが国の一般人口の自殺率に関しては、厚生労働省社会・援護局総務課自殺対策推進室に照会して、2010 年、および 2011 年の性年齢別自殺率に関するデータ (警察庁自殺統計原票データを基にした特別集計) の提供を受け、退院後の最初の 1 年間の自殺率は 2010 年データ、次の 1 年間の自殺率は 2011 年データを採用するものとして、1 年 (365 日) 自殺率、2 年 (730 日) 自殺率、および退院後 1~91 日 (第 1 トリメスタ)、92~182 日 (第 2 トリメスタ)、183~273 日 (第 3 トリメスタ)、274~365 日 (第 4 トリメスタ)、366~730 日 (2 年目) の自殺率と、それぞれの SMR を算出した。データ解析には統計ソフト JMP 11.0 を使用した。

ReCoMendors 研究を実施するにあたっては国立病院機構肥前精神医療センターの研究倫理審査委員会の承認を受けた。調査に際しては患者名や施設内 ID、生年月日などといった個人の特に繋がる情報は収集しない形式の調査票を作成し、各施設の職員の協力を得て、必要事項を転記する方式を採用した。

## C. 結果

### 1) 背景因子

対象患者の性別は男性が 499 人 (70.8%)、女性が 205 人 (29.1%)、平均年齢(標準偏差)は 44.5 (13.6) 歳、年齢の中央値(最小~最大)は 43 (14~81) 歳であった。措置入院から措置解除までの平均期間は 76.6 日、中央値(最小~最大)は 49.5 (1~1,826) 日、措置入院から退院までの平均期間は 153.2 日、中央値(最小~最大)は 88 (1~2,390) 日であった。退院後の平均観察期間は 700.7 日、中央値(最小~最大)は 773.5 (2~1,347) 日で、対象患者 704 人の総観察期間は 493,274 日であった。診断、措置入院の際の申請等の形式、措置要件、治療歴、措置入院から措置解除に至る期間などの背景因子に関しては、既に別論文にて触れているが、ここでは表 1 および表 2 に要約した。

### 2) 退院後自殺リスク

対象患者 704 人のうち、調査日の時点で生存が確認されていた者は 441 人で、この他に治療中断や転院などによる追跡中断者が 226 人、死亡が確認された者が 37 人存在した。

37 人の死亡者の死因内訳は自殺が 11 人 (29.7%)、病死が 10 人 (27.0%) で、残る 16 人 (43.2%) は死因不明、あるいは死因に関する情報が得られていなかった。

自殺者の死亡時期の内訳は第 1 トリメスタが 4 人、第 2 トリメスタが 2 人、第 3 トリメスタが 2 名、第 4 トリメスタが 1 人で、この他に退院後 2 年目と 3 年目 (731 日~) にそれぞれ 1 名ずつ自殺していた。

Kaplan-Meier 法に基づく推定 1 年自殺率は 1.47% (95%CI: 0.51~2.42)、推定 2 年自殺率は 1.69% (同: 0.64~2.75)、また、人年法に基づく自殺リスクは 1,000 人年あたり 8.14 件と考えられた (図 1)。

厚労省より提供された 2010 年のわが国における自殺率データに基づく 1 年期待自殺数は男性が 0.216 人、女性が 0.032 人の合計

0.247 人 (期待自殺率 0.0351%)、2 年期待自殺数は男性が 0.419 人、女性が 0.065 人の 0.484 人 (同 0.0688%) であった。すなわち、自殺に関する SMR は 1 年時点で 41.8 (95%CI: 14.5~69.0)、2 年時点で 24.6 (同: 9.3~39.9) であった。

退院後の自殺率を時期別に検討したところ、第 1~4 トリメスタ内の Kaplan-Meier 法による推定自殺率はそれぞれ 0.59% (95%CI: 0.01~1.16)、0.33% (同: 0.00~0.79)、0.36% (同: 0.00~0.86)、0.19% (同: 0.00~0.57) であった。一方、第 1~4 トリメスタ内の期待死亡率はそれぞれ 0.00878%、0.00873%、0.00880%、0.00884% であった。したがって、第 1~4 トリメスタの自殺 SMR はそれぞれ 66.85 (同: 1.51~132.2)、37.99 (同: 0.00~90.54)、41.12 (同 0.00~98.01)、21.93 (同: 0.00~64.86) である。また、退院後 2 年目の 1 年間の Kaplan-Meier 法による推定自殺率は 0.23% (同: 0.00~0.68)、期待自殺率は 0.034% (505 人中 0.172 人) であった。したがって、退院後 2 年目の自殺に関する SMR は 6.82 (同: 0.00~60.16) である (表 3)。

## D. 考察

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。したがって、措置入院患者が退院後に地域で生活するためには、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。特に、措置入院者の退院後自殺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、措置入院に関するこれまでの調査は行政機関の保有するデータに基づくもののみであったために、この問題については十分な検討が行われておらず、おそらくは今回の報告が最初のコホート研究であると推測される。

今回の報告では最初に Kaplan-Meier 法に

基づく退院後自殺率と 95%信頼区間を算出した上で、わが国の一般人口の性・年齢別自殺率に基づく期待自殺率を別途算出して、Kaplan-Meier 法に基づく自殺率を期待自殺率で割った商を自殺に関する SMR (以下、自殺 SMR) と定義して、自殺リスクの指標とした。このような手法を採用したのは、若年者の自殺率は相対的に低く、男性と比べて女性の自殺率は低いので<sup>11)</sup>、実際には性・年齢別の死亡リスクに差がなかったとしても、その集団の性別や年齢の分布の差によって、見かけ上の自殺率(粗自殺率)に大きな差が見られる可能性があるためである。

今回の検討では Kaplan-Meier 法による措置入院患者の推定 1 年自殺率は 1.47%、1 年経過時点における自殺 SMR は 41.8 であった。以前より重症精神障害を有する患者の自殺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きた。表 4 に比較的最近に報告された調査の結果を要約したが、海外における重症精神障害患者の自殺 SMR は 11.5~32.3 程度であったのに対して、今回 ReCoMendors 研究で観察された自殺リスクはこれよりも高く、わが国の措置入院患者は一般の重症精神障害患者より高い退院後自殺リスクを有するものと推測された。

永田ら<sup>14)</sup>は 2007 年 7 月から 2012 年 7 月の間に退院となった医療観察法入院患者 216 人の退院後死亡リスクについて検討したが、この時の Kaplan-Meier 法による推定 1 年自殺率は 0.6%と今回観察された自殺率の 4 割強に留まっていた。医療観察法入院患者は殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、傷害などといったより重大な他害行為を行った精神障害者を対象としているので、措置入院患者より相対的に高い自殺リスクを有すると推測されるが、実際にはそのようになってはいないことになるが、その背景には医療観察法医療は精神保健福祉法の下での医療と比較して潤沢な費用とマンパワーが投入され、通院医療が継続できるよう配慮されていること

が関与していると推測されるので、措置入院患者の死亡リスクを改善するべく、退院後の支援体制を整備することの優先度は高いものとする。

なお、これまでの議論においては、自殺 SMR は退院後一定であると仮定して検討を行ったが、実はこの仮定は自明ではなく、SMR が時期によって大きく変動する可能性は十分に考えられるところである。そこで、今回の検討では退院 1~91 日後(第 1 トリメスタ)、92~182 日後(第 2 トリメスタ)、183~273 日後(第 3 トリメスタ)、274~365 日後(第 4 トリメスタ)、366~730 日(2 年目)の 5 つに分割して、それぞれの SMR を算出したが、第 1 トリメスタの SMR が 66.85 と最も高く、第 2、第 3 トリメスタの SMR がそれぞれ 37.99、41.12 とこれに次いで高く、第 4 トリメスタより SMR が低下してゆくことが観察された(表 3)。厚生労働省は平成 30 年 3 月に「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」<sup>15)</sup>を発表したが、このガイドラインでは精神保健福祉法第 47 条に基づく相談支援業務の一環として、自治体を中心となって措置入院患者への退院後支援を原則として 6 ヶ月行うこととされたが、少なくとも、自殺リスク回避の観点からは退院後 6 ヶ月では十分とは言えないように思われた。

#### 【謝辞】

本研究で使用された 2010 年、および 2011 年の性年齢別自殺率に関するデータを提供いただいた厚生労働省社会・援護局総務課自殺対策推進室の御厚意に厚く御礼申し上げます。

ReCoMendors 研究に御協力いただいた各施設のスタッフ、およびデータ入力を担当した独立行政法人国立病院機構花巻病院の菊池たえ子氏、押切悦子氏、長崎県精神医療センターの吉富麻里子氏の御協力に心からの感謝を申し上げます。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1.論文発表

- 1) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 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.
- 2) 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.

### 2.学会発表

- 1) Inagaki A, Seto H, Shimada T, et al.: Social functioning at admission in patients with mental illness hospitalized compulsorily by prefectural governors in accordance with the provisions of Article 29 of the Japanese Mental Health Act. ISPOR 21<sup>st</sup> Annual European Congress, Barcelona, Spain, November 10-14, 2018.

## 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) Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 177: 212-217, 2000.

- 2) Brown S, Kim M, Mitchell C, et al.: Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. Br J Psychiatry 196: 116-121, 2010.
- 3) Castagnini AC and Bertelsen A: Mortality and causes of death of acute and transient psychotic disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 46: 1013-1017, 2011.
- 4) Castagnini AC, Foldager L, Bertelsen A, et al.: Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 128: 370-375, 2013.
- 5) Crump C, Sundwust K, Winkleby MA, et al.: Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. JAMA Psychiatry 70: 931-939, 2013.
- 6) Dutta R, Murray RM, Allardyce J, et al.: Mortality in first-contact psychosis patients in the UK: a cohort study. Psychol Med 42: 1649-1661, 2012.
- 7) e-Stat: 衛生行政報告例/平成 22 年度衛生行政報告例 統計表 年度報.  
[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&query=%E5%B9%B3%E6%88%9022%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E3%80%80%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E7%94%B3%E8%AB%8B%E3%83%BB%E9%80%9A%E5%A0%B1%E3%83%BB%E5%B1%8A%E5%87%BA%E5%8F%8A%E3%81%B3%E7%A7%BB%E9%80%81%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81&layout=dataset&stat\\_infid=000012536335](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&query=%E5%B9%B3%E6%88%9022%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E3%80%80%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E7%94%B3%E8%AB%8B%E3%83%BB%E9%80%9A%E5%A0%B1%E3%83%BB%E5%B1%8A%E5%87%BA%E5%8F%8A%E3%81%B3%E7%A7%BB%E9%80%81%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81&layout=dataset&stat_infid=000012536335) (2019 年 3 月 6 日アクセス)
- 8) Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ: Mortality after hospital discharge for

- people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* 243: d5422, 2011.
- 9) Høye A, Jacobson BK, Hansen V: Increasing mortality in schizophrenia: are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980-2006 in northern Norway. *Schizophr Res* 132: 228-232, 2011.
  - 10) 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.
  - 11) 警察庁: 平成 29 年中における自殺の状況資料.  
[http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H29/H29\\_jisatsunoukyou\\_01.pdf](http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H29/H29_jisatsunoukyou_01.pdf) (2019 年 3 月 6 日アクセス)
  - 12) Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S, et al.: Regional differences in five-year mortality after a first episode of schizophrenia in Finland. *Psychiatr Serv* 61: 272-279, 2010.
  - 13) 厚生労働省: 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン. 2018.  
[http://www.phcd.jp/02/t\\_seishin/pdf/seishin\\_tmp03.pdf](http://www.phcd.jp/02/t_seishin/pdf/seishin_tmp03.pdf) (2019 年 3 月 6 日アクセス)
  - 14) 永田貴子, 平林直次, 立森久照ほか: 医療観察法指定入院医療機関退院後の予後調査. *精神医学* 58: 633-643, 2016.
  - 15) Osby U, Brandt L, Correia N, et al.: Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844-850, 2001.
  - 16) 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.
  - 17) 杉山直也, 長谷川花, 野田寿恵ほか: 精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析. *精神医学* 59: 779-788, 2017.
  - 18) Walter F, Carr MJ, Mok PLH, et al.: Suicide methods and specific types of accidental death and fatal poisoning among discharged psychiatric patients: a national cohort study. *J Clin Psychiatry* 79: 17m11809, 2018.

表1 背景因子（その1）

男性／女性	499人（70.8%）／205人（29.1%）
年齢（歳）	
平均（標準偏差）	44.5（13.6）
中央値（最小～最大）	43（14～81）
ICD-10 精神科主診断	
統合失調症圏（F2）	439人（62.4%）
気分障害（F3）	87人（12.4%）
アルコール・薬物関連障害（F1）	69人（9.8%）
器質性精神障害（F0）	27人（3.8%）
パーソナリティ障害（F6）	26人（3.7%）
不安障害（F4）	19人（2.7%）
精神発達遅滞（F7）	17人（2.4%）
発達障害（F8）	14人（2.0%）
行動・情緒障害圏（F9）	3人（0.4%）
精神運動興奮	1人（<0.1%）
情報なし	2人（0.3%）
身体合併症	38人（5.4%）
治療歴	
精神科治療歴あり	532人（75.6%）
精神科初回接触日～措置診察日	
0日	146人（20.7%）
1～90日	16人（2.3%）
91～180日	10人（1.4%）
181～365日	15人（2.1%）
366～730日	27人（3.8%）
731～1,825日	73人（10.4%）
1,826～3,650日	89人（12.6%）
3,651～7,300日	126人（17.9%）
7,301日以上	109人（15.5%）
治療期間不明	66人（9.4%）
精神科入院歴あり	376人（53.4%）
措置入院歴あり	145人（20.6%）
精神科治療歴なし	
精神科治療歴不明	27人（3.8%）

表2 背景因子（その2）

措置入院の際の申請等の形式		
警察官通報（旧第24条）	588人	(83.5%)
検察官通報（旧第25条）	62人	(8.8%)
一般人申請（旧第23条）	23人	(3.3%)
矯正施設長通報（旧第26条）	16人	(2.3%)
知事等職務診察（旧第27条第2項）	6人	(0.9%)
精神科病院管理者届出（旧第26条の2）	3人	(0.4%)
保護観察所長通報（旧第25条の2）	3人	(0.4%)
情報なし	3人	(0.4%)
措置要件（重複あり）		
自傷	226人	(32.1%)
他害（対人）	508人	(72.2%)
他害（対物）	367人	(52.1%)
措置入院日～措置解除日（日）		
平均（標準偏差）	76.6	(142.7)
中央値（最小～最大）	49.5	(1～1,826)
措置入院日～退院日（日）		
平均（標準偏差）	153.2	(232.5)
中央値（最小～最大）	88	(1～2,390)
退院後観察期間（日）		
平均（標準偏差）	700.7	(419.3)
中央値（最小～最大）	773.5	(2～1,347)



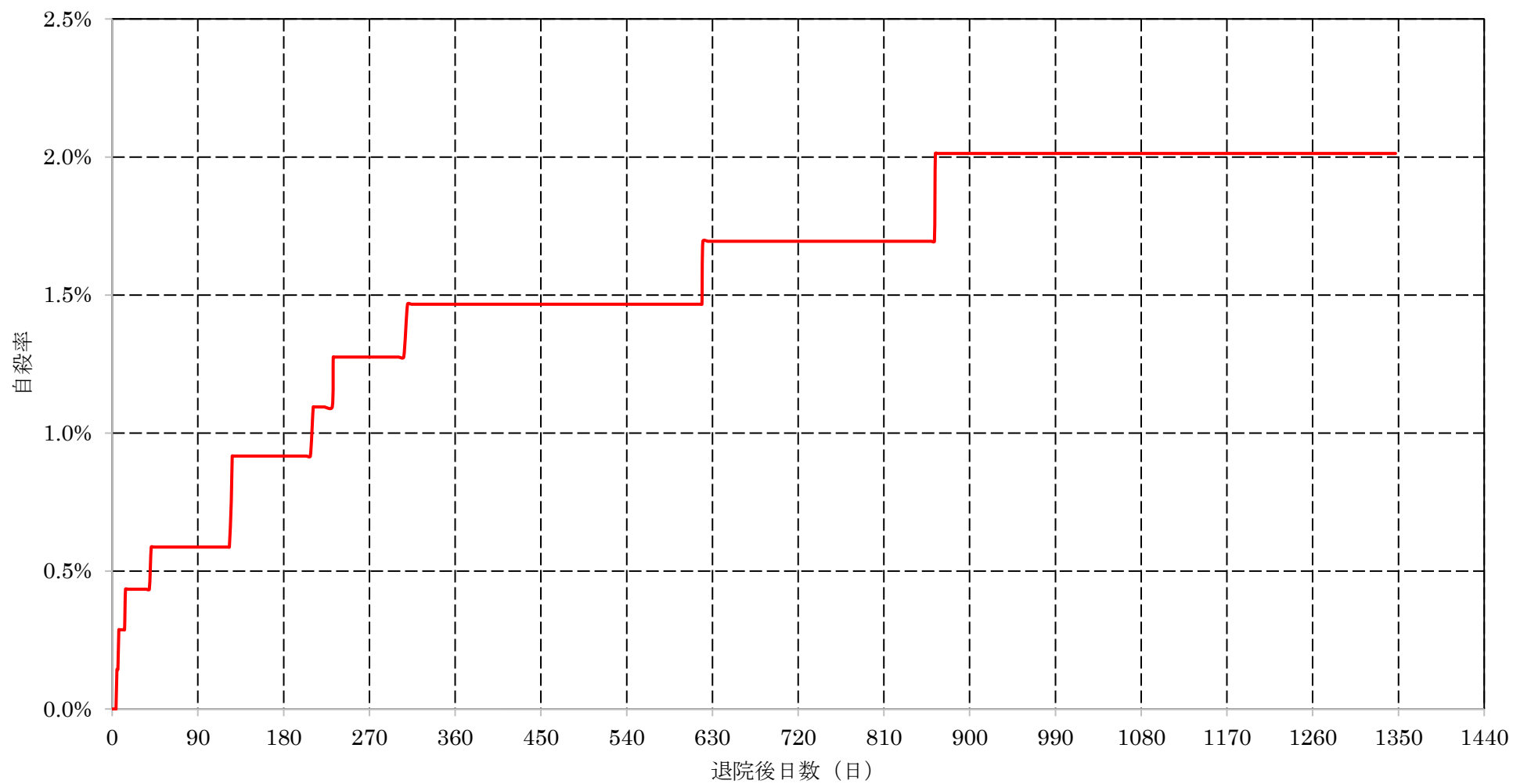


图1 退院後自殺曲線

表3 退院後日数と自殺に関する標準化死亡比

時期	患者数	観察死亡数	推定死亡率* (95%信頼区間)	期待死亡数 (期待死亡率)	自殺に関する SMR (95%信頼区間)
第1 トリメスタ (1~91 日)	704	4	0.59% (0.01~1.16)	0.062 人 (0.00878%)	66.85 (1.51~132.2)
第2 トリメスタ (92~182 日)	619	2	0.33% (0.00~0.79)	0.054 人 (0.00873%)	37.99 (0.00~90.54)
第3 トリメスタ (183~273 日)	572	2	0.36% (0.00~0.86)	0.050 人 (0.00880%)	41.12 (0.00~98.01)
第4 トリメスタ (274~365 日)	526	1	0.19% (0.00~0.57)	0.046 人 (0.00884%)	21.93 (0.00~64.86)
2年目 (366~730 日)	505	1	0.23% (0.00~0.68)	0.172 人 (0.03396%)	6.82 (0.00~20.16)

SMR: standardized mortality ratio (標準化死亡比)

\*: Kaplan-Meier 法による

表4 重症精神障害患者の自殺に関する標準化死亡比

報告者	研究実施国	自殺に関する標準化死亡比			追跡期間 (年)	備考
		全体	男性	女性		
統合失調症						
Brown et al. (2000) <sup>1)</sup>	英国	27.94	—	—	13	
Brown et al. (2010) <sup>2)</sup>	英国	18.18	—	—	25	
Kiviniemi et al. (2010) <sup>12)</sup>	フィンランド	13.97	—	—	5	
Høye et al. (2011) <sup>9)</sup>	ノルウェー	—	17.5	15.0	14.5*	一般人口より抽出された対照群と比較したリスク比
Hoang et al. (2011) <sup>8)</sup>	英国	17.8~24.7	—	—	1	
Castagnini et al. (2013) <sup>4)</sup>	デンマーク	15.7	—	—	—	
急性一過性精神病性障害						
Castagnini et al. (2011) <sup>3)</sup>	デンマーク	30.9	—	—	5	
Castagnini et al. (2013) <sup>4)</sup>	デンマーク	14.7	—	—	6.9*	
双極性障害						
Osby et al. (2001) <sup>15)</sup>	スウェーデン	—	18.0	22.4	11.1*	
Hoang et al. (2011) <sup>8)</sup>	英国	13.5~32.1	—	—	1	故意の自傷及び自殺，不慮か故意か決定されない事件
Castagnini et al. (2013) <sup>4)</sup>	デンマーク	15.2	—	—	—	

Crump et al. (2013) <sup>5)</sup>	スウェーデン	—	5.09	4.66	7	年齢, 婚姻, 教育, 薬物依存歴を勘案したハザード比
		—	11.98	16.98		年齢のみを勘案したハザード比
Høye et al. (2016) <sup>9)</sup>	ノルウェー	22.8	16.1	31.8	9.6**	
単極性うつ病						
Osby et al. (2001) <sup>15)</sup>	スウェーデン	—	20.9	27.0	10.2*	
Høye et al. (2016) <sup>9)</sup>	ノルウェー	23.9	24.0	23.7	9.6**	
混合						
Dutta et al. (2012) <sup>6)</sup>	英国	11.65	11.53	12.04	11.5±9.3***	初回接触患者 (統合失調症: 53.6%, 統合失調感情障害: 14.1%, 双極性障害: 10.5%, 精神病性うつ病: 6.3%, その他: 15.5%)
Walter et al. (2018) <sup>18)</sup>	デンマーク	32.3	—	—	~30	神経症性障害: 25.8%, 物質関連障害: 22.3%, 気分障害: 21.5%, 統合失調症圏: 14.9%, パーソナリティ障害: 7.2%, その他: 8.2%

\* : 平均値, \*\* : 双極性障害, 単極性うつ病を併せた平均値, \*\*\* : 平均値±標準偏差