

## 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<sup>1)</sup>。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<sup>2-4)</sup>。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<sup>5)</sup>および2018年度総括報告書<sup>6)</sup>・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<sup>7)</sup>、機能については、Personal and Social Performance Scale (PSP)を用いて測定した<sup>8)</sup>。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-5L<sup>9)</sup>、主観的障害度を測る Sheehan Disability Scale (SDS)<sup>10)</sup>、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)<sup>11)</sup>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)<sup>9)</sup>。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<sup>12)</sup>。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<sup>11)</sup>。

#### 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<sup>15)</sup>。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<sup>16)</sup>。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<sup>17)</sup>、得点が大きく動かなかった可能性もある。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<sup>11)</sup>、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<sup>18,19)</sup>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られる傾向にあり、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<sup>20,21)</sup>。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<sup>22,23)</sup>。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<sup>24,25)</sup>、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<sup>26)</sup>。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.

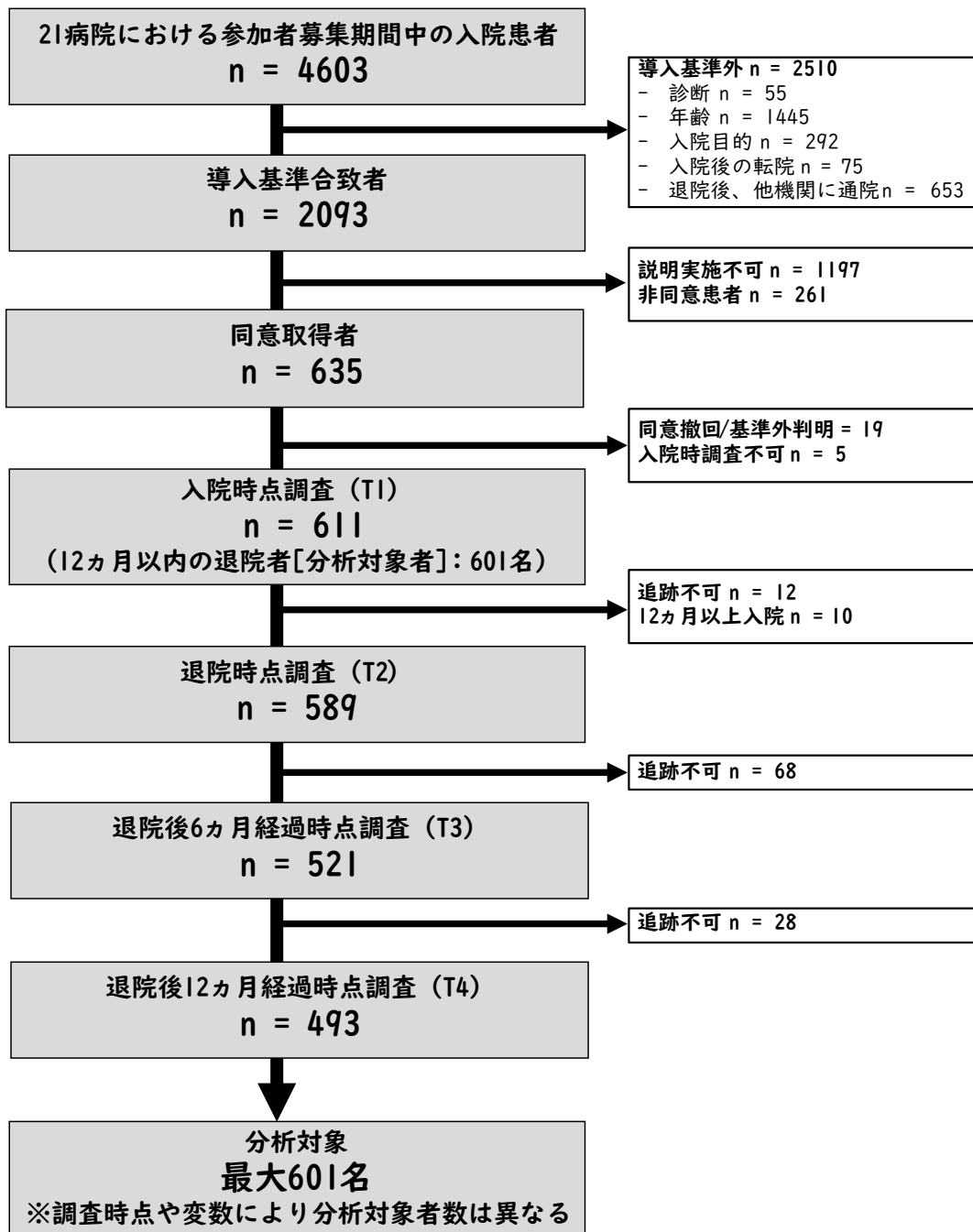
- 8) 稲田俊也：日本語版 PSP（個人的・社会的機能遂行度尺度）評価トレーニングシート ver.1.0. 日本精神科評価尺度研究会，東京，2011.
- 9) 池田俊也，白岩 健，五十嵐中，他：日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. 保健医療科学 64:47-55, 2015.
- 10) 吉田卓史，大坪天平，土田英人，和田良久，上島国利，福居顯二：Sheehan Disability Scale (SDISS) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 臨床精神薬理 7:1645-1653, 2004.
- 11) Yamaguchi S, Shiozawa T, Matsunaga 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.

### 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	
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



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