

相談支援事業所における精神障がい者へのサービス等利用計画（計画相談支援）に関する実態調査②

研究代表者：○吉田光爾¹⁾

研究協力者：瀧本里香²⁾，

1) 東洋大学 ライフデザイン学部、2) 日本社会事業大学

要旨

目的：本研究は総合支援法のもと導入されたサービス等利用計画（計画相談支援）が現在どのような方に提供され、そのいかなる効果をもたらしているのかを明らかにすることを目的としている。本報告は「9週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、1) 相談支援事業者における障害福祉サービスのケアマネジメントにおいてどのような支援要素が基準となる入院を抑制するために有効なのかを検討するとともに、2) 令和3年度における支援要素を検討するための二次調査の中での調査上の力点を検討することを目的とする。

方法：報告①で記述した方法で抽出された812の相談支援事業所を対象都市（事業所の廃止等や対象者が存在しないなど155事業所が除外）が、39都道府県の94事業所から回答を得た（回収率11.0%）。回答利用者数462名のうち、18歳～64歳の利用者409名を対象とした。①ICMSS（集中的ケアマネジメントのスクリーニング尺度）得点が1点以上（グループ1：n=291, 対象者全体の71.1%）、②ICMSS得点が2点以上（グループ2：n=269, 対象者全体の65.7%）、③ICMS得点が1点以上かつ過去2年間の入院が1週間以上（グループ3：n=106, 対象者全体の25.9%）、④ICMSS得点が2点以上かつ過去2年間の入院が2週間以上（グループ4：n=102, 対象者全体の24.9%）の4層にわけて、「9週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、これをアウトカム（目的変数）としたロジスティック回帰分析（変数増加法 Wald検定）を行い、相談支援事業者によるケアマネジメントを受けた利用者の中で、どのような支援要素が有効なのかを検討した。

結果と考察：グループ1・グループ2では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」「外来受診時の同行」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」が有意であった。またグループ3では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」が有意であった。グループ4では基準の入院を抑制する説明変数として「社会参加系サービスの利用量」「介護系サービスの利用量」「医療系サービスの利用量」、促進する可能性がある説明変数として「サービス等利用計画作成導入時会議での医療機関スタッフの同席」が有意であった。令和3年度に実施される2次調査においては、今回アウトカムと関連していることが示唆された社会資源や関わりについて、利用状況をより詳細に検討できるよう検討をしていく。

A. 研究の背景と目的

平成 24(2012)年度に自立支援法（現総合支援法）に基づきサービス等利用計画（計画相談支援）、いわゆるケアマネジメントが制度上精神障害を持つ方々にも提供されるようになったが、欧米では 1970 年代からクリニカルモデルのケアマネジメントを基本に ACT: Assertive Community Treatment など様々なインテンシブモデルのケアマネジメントを発展させ導入している。日本で先に導入された介護保険制度のケアマネジメントのように仲介型モデルのケアマネジメントでは、精神障がい者への効果は認められていないが、現行の障害者への計画相談支援が基本的なアセスメント・プランニング・モニタリング等以外にどのような支援を行い、どのような効果をあげているのかはこれまで検証されてきていない。また、民間の医療機関が多くを占め、医療に関わる支援との法体系も異なる日本の状況において、医療機関との連携の難しさがかつてより言われているが、通院や服薬の欠かせない精神疾患をもつ方に対してより効果的に計画相談支援が進めるためには、どのような医療との連携体制を構築すべきかは重要課題であり、現在その構築が求められている精神障害にも対応した包括的ケアシステムの中でも大きな位置を占めるであろう。本報告では先述した①の報告書の研究で対象となった利用者におけるサービス等利用計画作成・モニタリング 2 年間経過中における「9 週間以上の精神科医療機関への入院」についての要因を分析し、1) 相談支援事業者における障害福祉サービスのケアマネジメントにおいてどのような支援要素がこれらの入院を抑制するために有効なのかを検討するとともに、2) 令和 3 年度における支援要素を検討するための二次調査の中での調査上の力点を検討することを目的とする。

B. 方法

1) 対象事業所

全都道府県の相談支援事業所から無作為抽出を行った。その際、人口比を考慮し、基準として人口が最小の島根県を 2 と設定し、各都道府県から人口に基づいて抽出数を設定し 895 事業所を対象とした。また、計画相談支援の実施には差が大きいこと。また、医療機関との連携が重要と言われているが、そのような連携を含め積極的に実施をしている事業所が無作為抽出によりまったく含まれなくなってしまう可能性を考慮し、全国相談支援専門員協会に精神科病院との連携が密であり、積極的に計画相談支援を行っている事業所を推薦いただき、72 の事業所を追加し調査協力を依頼した。

事業所の廃止等や対象者が存在しないなど 155 事業所が除外となり、812 事業所が対象となった。39 都道府県の 94 事業所から回答を得た（回収率 11.0%）。

2) 対象者

対象事業所で 2017 年度にサービス等利用計画の契約を行い 2 年経過している利用者すべてを対象とし、相談支援事業所の職員に対象者に関する回答を依頼した。回答利用者数 462 名のうち、18 歳～64 歳の利用者 409 名を対象とした。

3) 調査方法

Web による調査を行った。対象となった相談支援事業所に調査の依頼文、調査サイトのアドレス、各事業所の ID、パスワードを送付し、調査に協力頂ける場合は Web 上で登録を行い、調査票への入力を依頼した。回答はサイト上から送信してもらい回収した。

4) 期間

2020 年 11 月～2021 年 2 月に調査をし回収を行った。

5) 調査内容

(1) 調査測度

報告書①に準ずる。

(2) 統計分析

本研究では「9 週間以上の精神科医療機関への入院」を基準として、これをアウトカム

(目的変数)としたロジスティック回帰分析(変数増加法 Wald 検定)を行い、相談支援事業者によるケアマネジメントを受けた利用者の中で、どのような支援要素が有効なのかを検討した。なおロジスティック回帰分析を行うにあたっては外れ値を除外するため、Cook の距離が 0.5 以下の事例に限定した。

なお、サービス等利用計画を作成しているものについては、本研究の対象者となっていたとしても、重症度などによって対象者像が異なる可能性がある。ロジスティック回帰分析での説明変数に年齢や性別などを加えたうえで、①ICMSS(集中的ケアマネジメントのスクリーニング尺度)得点が1点以上(グループ1: n=291, 対象者全体の71.1%)、②ICMSS得点が2点以上(グループ2: n=269, 対象者全体の65.7%)、③ICMSS得点が1点以上かつ過去2年間の入院が1週間以上(グループ3: n=106, 対象者全体の25.9%)、④ICMSS得点が2点以上かつ過去2年間の入院が2週間以上(グループ4: n=102, 対象者全体の24.9%)の4層にわけて分析を行った。

なお変数増加法を使用しているため、最終的にモデルに選択された変数は、分析結果によるが、以下の変数を投入した。

- ① 基礎属性: 年齢・性別・統合失調症か否か・過去2年間の入院週数・独居か否か・治療の必要な身体合併症の有無・知的障害/発達障害/精神作用物質使用などの重複障害の有無・ICMSSスクリーニング得点
- ② サービス利用の状況: 各サービスの利用記録からサービス量(利用頻度×利用週数で計算)を計算し投入した。カテゴリーは以下のとおりである。障害者総合支援法における介護系サービス(ホームヘルプサービス・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・療養介護・生活介護・施設等入所支援)/社会参加系サービス(就労

移行・就労継続A・就労継続B・就労定着・地域活動支援センター)/地域移行系サービス(地域移行・地域定着・自立生活援助・居住サポート)/就労系サービス(就業生活支援センター・ハローワーク・障害者職業センター・一般就労)/医療系サービス(デイケア・訪問看護・外来)/居住系サポート(グループホーム・生活訓練(宿泊型)・ショートステイ)/所得保障サービス(生活保護・基礎年金・障害厚生年金・他の手当)

- ③ 医療との連携状況: 相談支援事業所によるサービス等利用計画の作成・モニタリングにあたって医療機関がどのような連携状況にあるかを問い、変数に投入した。(相談支援の導入前の担当相談支援員への連絡・相談支援の導入時のケア会議における医療機関スタッフの同席・サービス等利用計画の作成における医療機関の参加・サービス等利用計画の内容の医療機関との共有・外来受診時に同行・診察に同席できる・外来時に限らず主治医との面談を行う・主治医のいる医療機関の訪問看護部門との連携・医療機関からの文章による情報提供・医療機関への文章による情報提供)

なお説明変数の投入にあたっては事前に相関行列を作成し、説明変数の間に $r > .80$ となる強い相関関係がないことを確認した。またクックの距離が0.5以上となるケースを除外した。

6) 倫理的配慮

Webに登録することで調査への協力の同意を得たとする旨、説明文に明記した。対象者の情報は、事業所の職員に過去の記録に基づき尋ねるもので、対象者本人へ侵襲的にならないような形で行った。また、対象事業所内に利用者向けに本調査に協力している旨の告知・説明文を掲示してもらい、対象事業所の

利用者が情報を調査に利用してほしくない場合は、職員に申し出て、情報の提供を拒否することができる旨を明記した。、入力する情報は個人が特定できないよう ID 管理とし、個人と ID の対照表は各事業所にて管理し研究者にその情報は送信されないよう設定した。なお、本研究に関しては東洋大学倫理委員会の承認を得た。

C. 結果

1) スクリーニング得点 1 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ 1)

スクリーニング得点 1 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム (2 年間での 9 週間以上の精神科医療機関への入院) の有無に影響していた要因は以下の通りであった (表 1)。

① 基礎属性

オッズ比について「身体疾患の合併症の有無」は 0.238 ($p < .05$)、「ICMSS スクリーニング得点」は 1.245 ($p < .01$)、「過去 2 年間の入院週数」は 1.026 ($p < .001$) であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比 0.997, $p < .01$) が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院を抑制している要因として「外来受診時の同行・診察への同席の有無」(オッズ比 0.436, $p < .05$) が挙げられた。

他方で、基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比 6.722, $p < .001$) が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。また Nagelkerke R^2 乗は.473、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は.175 であり、適合度が高いと考えられる。

2) スクリーニング得点 2 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ 2)

スクリーニング得点 2 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム (2 年間での 9 週間以上の精神科医療機関への入院) の有無に影響していた要因は以下の通りであった (表 2)。

① 基礎属性

オッズ比について「身体疾患の合併症の有無」は 0.248 ($p < .05$)、「ICMSS スクリーニング得点」1.225 ($p < .01$)、「過去 2 年間の入院週数」は 1.025 ($p < .001$) であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比 0.997, $p < .01$) が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院を抑制している要因として「外来受診時の同行・診察への同席の有無」(オッズ比 0.435, $p < .05$) が挙げられた。

他方で、基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比 6.630, $p < .001$) が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。

また Nagelkerke R^2 乗は.461、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は.099 であり、適合度が高いと考えられる。

3) スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ 3)

スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム (2 年間での 9 週間以上の精神科医療機関への入

院)の有無に影響していた要因は以下の通りであった。(表3)

① 基礎属性

オッズ比について「過去2年間の入院週数」は1.013 ($p < .060$)であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比.995, $p < .001$)が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比10.758, $p < .01$)が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。

また Nagelkerke R2 乗は.413、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は0.482であり、適合度が高いと考えられる。

4) スクリーニング得点2点以上かつ過去2年間の入院が1週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果(グループ4)

スクリーニング得点2点以上かつ過去2年間の入院が1週以上の対象者におけるロジスティック回帰分析の結果、アウトカム(2年間の9週間以上の精神科医療機関への入院)の有無に影響していた要因は以下の通りであった。(表4)

① 基礎属性

オッズ比について「独居状態の有無」は14.420 ($p < .01$)、「身体疾患の合併症の有無」0.183 ($p < .05$)であった。

② サービス利用量

基準以上の入院を抑制している要因としては「介護系サービスの利用量」(オッズ比0.993, $p < .05$)、「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比0.991, $p < .01$)、「社会参加系サービスの利用量」(オッズ比0.992 $p < .01$)が挙げられた。

他方で基準以上の入院に正に働いている要因としては「居住系サービスの利用

量の利用量」(オッズ比1.003, $p < .05$)が挙げられた。

③ 医療機関との連携状況

基準以上の入院に正に働いている要因として「導入時会議での医療機関スタッフの同席」(オッズ比46.524, $p < .01$)が挙げられた。

なお本モデルは $p < .000$ で有意であった。

また Nagelkerke R2 乗は.557、Hosmer-Lemeshow 検定の結果は0.071であり、適合度は保たれていると考えられる。

D. 考察

1) 9週間以上の入院に関連する要因

9週間以上の入院をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果のまとめが表5である。

分析の対象者層によって、結果に多少の差があるが、幾つかの点で重要な点があると考えられる。

(1) 基礎属性について

まず基礎属性について、ICMSS得点は過去の入院週数によってフィルターをかけなかったグループ1とグループ2において有意に正の関連をしていた。ICMSS得点が高い対象者は、フォロー時に再入院のリスクが高い可能性がある。また過去2年間の入院週数についても同様に正の関連をしている。これらの状況をチェックすることが相談支援開始時には重要であると考えられる。

他方で、グループ3・4については、過去の入院週数やスクリーニング得点の大きな影響は認められない。過去2年間の入院週数が1週以上という形で、重症度を絞った場合にはこれらの得点の影響は十分には示唆されていない。重症度が高い層については、後述するサービスの導入などが重要になってくると考えられる。ただし独居状態については層を絞った際には入院のリスクとなっており、身近なケアを提供できる人々がいるかどうか、入院に影響を与えている可能性が存在す

る。また身体疾患の合併症が存在することが入院の抑制につながっている結果が、グループ1・2・4で見られている。これについては身体疾患が内科的にケアされていることが、利用者の状態像のモニターにつながっている可能性などがあるが詳細は不明であり、今後検討が必要な事項である。

(2) サービス利用量について

グループ1~4については社会参加系サービスが、グループ4については介護系サービス・医療系サービスのサービス利用量が、入院を抑制していることが示唆されている結果となった。なお重症度について関連するような基礎属性についても本分析では投入・調整は行われているため、このようなサービスの導入が、入院について抑制している可能性が存在する。社会参加による日常生活の根本的な面からの安定が、入院を抑制している可能性がある。また重症な層については介護系・医療系サービスの利用が入院の抑制につながっている可能性がある。

他方でグループ4では居住系サービスの利用が、入院の促進につながっていることが示唆されている。このことは毎日の生活をまるごと支えている居住系サービスでは、利用者の不調により気づきやすく、結果的に入院を増加させている可能性がある。

ただし今回の調査は1次調査であり、具体的にどのような支援が行われているかを詳細に調査したものではないので、今後これらのサービスの可能性を精密に検討していくひつようがある。本結果は、各種あるサービスのついで、フォーカスすべき支援として、社会参加、介護系サービス、医療系サービス、居住系サービスなどが重要であると示唆していると考えられる。

(3) 医療機関との連携について

医療機関との連携と、アウトカムの関連については興味深い結果がでてきている。グループ1~2について「外来時の同行」は入院の抑制因子になっている他方で、グループ1~4

では導入時会議でのスタッフの同席は、入院の促進要因となっている。

「医療との連携」という言葉で整理される内容が、必ずしもアウトカムについて同じ性質をもっているとは限らないことを示している。外来受診時に相談支援専門員が同行できることは、医療機関との日頃からの良好な連携状況を示しており、入院の抑制要因として働いているかもしれない。他方で、導入時会議でのスタッフの同席は、ケアプラン作成時に「情報共有が必要」と判断されたケースであり、その見立て通りに、入院のリスクが高かい事例群なのかもしれない。ただし本研究ではロジスティック回帰分析の説明変数に他の基礎属性もいれて調整をしているため、必ずしも「もともとの属性が違う」という偏りだけの影響ともいえないだろう。医療機関とのスタッフの同席がある事例では「今後困難なケース」との見立てがあり、その意識や関わりが、結果的に、なにか問題がおきた時に発見・対応されやすいといった傾向があるのかもしれない。

いずれにしても医療機関との連携が、入院について促進的・抑制的に両方の方向性で働く可能性について中止しつつ、2次調査の内容を検討していく必要があると考えられる。

なお、障害福祉資源の利用や医療連携に着目して、それらが入院の抑制とどのように関連しているかを明らかにした研究は本邦ではなく、振り返り調査であること・回収率が低いことなどの限界はあるが、各種基礎属性を調整しても、「社会参加系サービス」を中心として障害福祉資源のサービス利用量や、医療との連携における「外来受診時の同行」という連携が、サービス等利用計画作成の契約から2年間における入院を抑制している可能性があることを示唆したことは、臨床的に重要であると考えられる。

2) 2次調査に対する示唆

本研究は令和3年度に2次調査として、サービスの投入量・関わりなどについて調査をする予定である。本研究の結果は、この調査計画についていくつか検討すべき観点を示唆している。

第一に今後重点的にプロセス調査で注視していく内容である。今回の一次調査の結果では、社会参加系のサービスの利用量が入院を抑制している可能性が示唆された。またグループ4では介護系・医療系サービスの利用量がこれらに関係している可能性が示されている。報告書①でサービス利用の実態についての報告が述べられているが、これらの成果を踏まえつつ2次調査で、今回アウトカムと関連していることが示唆された社会資源については利用状況をより詳細に検討できるかを考える必要がある。

第二に医療との連携についての状況である。先に述べたように「医療との連携」という言葉で整理される内容が、必ずしもアウトカムについて同じ性格をもっているとは限らないことを示している。むしろ導入時会議での医療機関スタッフの同席有無に見られるように、集中的に情報連携をすることが、入院を促進する可能性がある。集中的な情報連携が入院を促進する可能性があるという視点に立ち、2次調査の設計及び政策提言を慎重に行っていく必要がある。

第三にアウトカムとしての入院が妥当かどうか、という議論について検討の余地があることを本研究の結果は示していると考えられる。今回の調査では導入時会議でのスタッフの同席や、居住系サービスの利用量は、基準以上の入院を増やすというアウトカムと関連している。しかしこれらは必要時に適宜入院ができているという可能性も存在する。①報告書でも触れたが、本研究ではサービス等利用計画作成者の入院は必ずしも長くないという結果が明らかになっている。不必要な長期入院は必ずしも好ましいものではないが、一律に「入院が抑制されるのであればそれが是

なのか」という点については、注視していく必要がある。入院が非自発的入院になってしまっているのか、あるいは入院に代わる別の代替手段（医療的ケアもサポート可能な中間施設でのケア）で代替できないのか、などを今後の分析でさらに検討していく必要があると考えられる。

第四に本研究の政策研究としての主たるターゲットをどこに設定するかという問題である。今回の報告では、軽度な障害者と重度な障害者が混交したまま分析されるのを避けるため、ICMSS得点が1点～2点以上の対象者像に限定し、一定の集中的なケアマネジメントが必要な層を対象として分析を行った。単純なブローカータイプのケアマネジメントではなく、比較的集中的なケアマネジメントを要する対象として、分析結果を提示した。これに加えて入院1週以上という条件を加えて4グループで分析を行ったわけであるが、それぞれグループ1は対象者全体71.1%、グループ2は対象者全体の65.7%、グループ3は対象者全体の25.9%、グループ4は対象者全体の24.9%であり、ロジスティック回帰分析の結果もやや異なっている部分がある。様々な重症度や背景をかかえるサービス等利用計画作成者について、本研究は誰にフォーカスし、適用しどの水準で制度として提言していくのかについて、令和3年度の研究班の中で検討をしていく必要があると考えられる。

3.

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

表 1 スクリーニング得点 1 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=291)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 6	ステップ	3.998	1	.046
	ブロック	96.476	6	.000
	モデル	96.476	6	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 6	167.354	.282	.473

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
6	11.489	8	.175

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)	
ステップ 6	身体疾患の合併症の有無	-.1436	.595	5.833	1	.016	.238
	社会参加系サービスの利用量	-.003	.001	6.415	1	.011	.997
	ICMSS スクリーニング得点	.219	.075	8.636	1	.003	1.245
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	1.905	.537	12.596	1	.000	6.722
	外来受診時の同行・診察への同席の有無	-.831	.423	3.853	1	.050	.436
	過去 2 年間の入院週数	.025	.006	20.267	1	.000	1.026
	定数	-3.667	.586	39.200	1	.000	.026

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 2 スクリーニング得点 2 点以上の対象者におけるロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=269)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 6	ステップ	4.050	1	.044
	ブロック	89.238	6	.000
	モデル	89.238	6	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 6	166.122	.282	.461

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
6	13.395	8	.099

方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)	
ステップ 6	身体疾患の合併症の有無	-1.394	.593	5.529	1	.019	.248
	社会参加系サービスの利用量	-.003	.001	6.191	1	.013	.997
	ICMSS スクリーニング得点	.203	.076	7.068	1	.008	1.225
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	1.892	.536	12.433	1	.000	6.630
	外来受診時の同行・診察への同席の有無	-.833	.422	3.907	1	.048	.435
	過去 2 年間の入院週数	.025	.006	19.463	1	.000	1.025
	定数	-3.528	.599	34.713	1	.000	.029

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 3 スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者における
ロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=102)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 3	ステップ	10.708	1	.001
	ブロック	38.115	3	.000
	モデル	38.115	3	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 3	101.347	.302	.413

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
3	6.510	7	.482

方程式中の変数

		B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)
ステップ 7	社会参加系サービスの利用量	-.005	.001	14.608	1	.000	.995
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	2.376	.845	7.899	1	.005	10.758
	過去 2 年間の入院週数	.013	.007	3.525	1	.060	1.013
	定数	-2.251	.764	8.686	1	.003	.105

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 4 スクリーニング得点 1 点以上かつ過去 2 年間の入院が 1 週以上の対象者における
ロジスティック回帰分析変数増加法 (Wald) (n=102)

モデル係数のオムニバス検定

		カイ 2 乗	自由度	有意確率
ステップ 7	ステップ	4.644	1	.031
	ブロック	53.777	7	.000
	モデル	53.777	7	.000

モデルの要約

	-2 対数尤度	Cox-Snell R2 乗	Nagelkerke R2 乗
ステップ 7	81.925	.410	.557

Hosmer と Lemeshow の検定

ステップ	カイ 2 乗	自由度	有意確率
7	14.421	8	.071

方程式中の変数

		B	標準誤差	Wald	自由度	p	Exp(B)
ステップ 7	独居状態の有無	2.669	.892	8.959	1	.003	14.420
	身体疾患の合併症の有無	-1.700	.807	4.435	1	.035	.183
	介護系サービスの利用量	-.007	.003	5.020	1	.025	.993
	社会参加系サービスの利用量	-.009	.002	16.535	1	.000	.991
	居住系サービスの利用量	.003	.001	4.034	1	.045	1.003
	医療系サービスの利用量	-.008	.003	6.972	1	.008	.992
	導入時会議での医療機関スタッフの同席有無	3.840	1.090	12.419	1	.000	46.524
	定数	-2.329	.984	5.601	1	.018	.097

※変数増加法による最終モデルのみ表示

表 5 追跡 2 年間における入院 9 週間以上をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果まとめ

	オッズ比			
	グループ 1	グループ 2	グループ 3	グループ 4
	ICMSS 得点 1 点以上 (n=291)	ICMSS 得点 2 点以上 (n=269)	ICMSS 得点 1 点以 上かつ過去 2 年間 の入院 1 週以上 (n=106)	ICMSS 得点 2 点以 上かつ過去 2 年間 の入院 1 週以上 (n=102)
基礎属性				
独居状態の有無				14.420**
身体疾患の合併症の有無	0.238*	0.248*		0.183*
ICMSS 得点	1.245**	1.225**		
過去 2 年間の入院週数	1.026***	1.025***	1.013†	
サービス利用量				
社会参加系サービス利用量	0.997*	0.997*	0.995***	0.994**
介護系サービスの利用量				0.993*
医療系サービスの利用量				0.992**
居住系サービスの利用量				1.003*
医療機関との連携				
外来受診時の同行	0.436*	0.435*		
導入時会議での医療スタッフ同席	6.722***	6.630***	10.758**	46.524***

† p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001,