

精神科病院での入院期間1年以上の退院患者における 外来ケースマネジメントと関連診療報酬に関する実態調査

○研究分担者

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 地域精神保健・法制度研究部）

○研究協力者

山口創生（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部）

岩永麻衣（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部）

小池純子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部）

佐藤さやか（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部）

要旨

【目的】本研究は、精神科病院に入院した患者のうち、入院期間1年以上を経て退院した者を対象として、退院時の状態やケースマネジメントの実態、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算の算定状況などについて把握することを目的とした。

【方法】本研究は、国内6精神科病院の退院患者を対象として、彼らの臨床像や関連診療報酬・ケースマネジメントに関する実態などについて調査した。調査期間は2023年10月1日から2024年9月30日までであった。分析の際には、対象者を①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者（65歳未満&認知症以外群）と②65歳以上あるいは主診断が認知症の者（65歳以上 OR 認知症群）に分け、群間比較を実施した。さらに、①65歳未満&認知症以外群については、外来ケースマネジメントの有無で2群に分け（外来CMあり群、なし群）、各項目の回答を比較した。

【結果】6機関で合計101名を本研究の分析対象とした。対象者の約60%が男性であり、平均年齢は62.2歳（SD=19.5）であった。また、診断は統合失調症（n=55）が最も多かった。平均入院期間は約1,134日（SD=1459.4）であった。対象者の約60%がグループホーム等の入所施設へ退院したが、65歳未満&認知症以外群では、家族同居や一人暮らしでの退院割合が高かった。退院時の状態では、約90%に残存する精神症状が認められた。また、Global Assessment of Functioning（GAF）の平均得点は全体的に低い傾向にあり（約30点）、特に65歳以上 OR 認知症群で顕著に低かった。一方で、包括的支援マネジメントスクリーニングシート（Intensive case management screening sheet: ICMSS）の得点から、65歳未満&認知症以外群がより多くの生活課題を有していた。対象者の全員が入院中にケースマネージャーを選任されていたが、外来ケースマネジメントの支援を受けていた者は22.8%であった。また、精神科退院時共同指導料や療養生活継続支援加算はほとんど算定されていなかった。

【結論】本研究の対象となった、入院期間が1年を超える患者は精神症状が残存する形で退院しており、重い機能障害を抱えていた。調査に参加した精神科病院では、入院中のケースマネジメントが徐々に広がり始めているが、外来ケースマネジメントの普及には大きな課題があり、また2つの加算の算定実績は低いものであった。今後はケースマネージャー業務や加算によるケースマネジメントを必要とする患者の特定、より使いやすい制度の在り方を検証する必要がある。

A. 研究の背景と目的

精神科医療において、入院治療から外来・地域ケアのスムーズな移行は国際的な課題の一つである¹⁾。地域ケアに関しては、先進国では、ケースマネジメントが地域精神科医療の中核的な支援あるいはシステムとして位置付けられ、関連する制度・体制が整備されてきた。特に、欧米では、サービスの調整・仲介機能だけでなく、ケースマネージャー自身が一定の頻度で日常生活の支援も行う集中的ケースマネジメント（intensive case management: ICM）は、入院日数の減少や生活の質の向上などに貢献できる可能性が報告されている^{2, 3)}。他方、入院医療と外来・地域ケアとの連携や移行支援の在り方については国際的に必ずしも有用な方法が見つかったわけではなく、現在も模索中である⁴⁾。特に、入院期間の長い患者が退院する際のケアの在り方については研究自体が乏しく⁵⁾、データに基づいた議論に限界がある。

翻って、我が国の精神科医療は、急性期医療が進む中で、徐々に長期入院患者が減少している。そのような中、医療制度においてはケースマネジメントを念頭に置いた診療報酬が徐々に整備され始めている。例えば、2020年4月の診療報酬改定において精神科退院時共同指導料が新設された。精神科退院時共同指導料は、入院ケアと退院後の外来・地域ケアを担当する機関同士の連携の促進を目的としており、ケア会議をした場合に両者に報酬が支払われる加算である。また、2022年4月からは療養生活継続支援加算も新設された。同加算は、患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、報酬を支払う内容となっている。このように、日本の精神科医療においてもケースマネジメントに関する診療報酬が整備されつつある。

精神科の急性期医療やケースマネジメントに関する制度的な整備が進む一方で、長期に入院する患者のケースマネジメントや地域ケアの状況についての実態は明らかになっていない。そこで、本調査は複数の精神科病院の協力を得て、入院期間が1年を超えて退院した患者を対象として、ケースマネジメントや関連する加算に関する状況について把握することを目的とした調査を行った。

B. 方法

1. デザイン

本研究は、精神科病院の退院患者を対象として、2つの診療報酬加算の利用状況やケースマネジメントに関する業務の実態などについて調べる横断調査であった。情報源は電子カルテや支援記録であり、患者報告式の評価は実施しなかった。調査期間は、2023年10月1日から2024年9月30日までであった。

2. 対象者

国内6精神科医療機関において、下記の基準を全て満たす退院患者を対象とした：1) 2023年10月1日から2024年9月30日までに退院した患者のうち、2) 入院期間が1年を超えた者。なお、身体的なケアなどで一時的に転院し、その後当該医療機関に戻ってきた患者については、合計入院期間が1年を超えた場合には、本調査の対象となった。

3. 調査票

調査項目は、国内の精神科病院を対象とした横断調査⁶⁾や多施設共同縦断調査⁷⁾、精神科病院を3ヵ月以内に退院した患者の後ろ向き調査⁸⁾の際に使用された調査票を基に原案第1版が作成された。原案の項目には属性（例：性別、年齢、診断、手帳）、管理の必要な身体疾患の有無、入院形態、過去の入院履歴、入院中のケースマネジメント支援の有無、外来ケースマネジメントの有無、特定の治療

(クロザピンや持続性注射剤)、Global Assessment of functioning (GAF)、包括的支援マネジメントスクリーニングシート (Intensive case management screening sheet: ICMSS)、臨床全般印象・重症度 (臨床全般印象・重症度スコア (Clinical Global Impression of illness Severity: CGI-S)、退院先の住居、地域医療サービスや障害福祉サービス、高齢者福祉サービスの利用状況などが含まれた。次に、医療機関に従事する医師、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、障害福祉事業所の職員、精神疾患およびサービスを利用した経験のある者、行政職員、その他の学術関係者などの研究分担者・協力者からの助言を基に、2つの診療報酬加算に関する質問項目を加えた原案第2版を作成した。さらに、協力者から原案第2版に対して再フィードバックを受け、修正を重ね、完成させた。具体的な調査項目は、結果と共に紹介する。なお、調査票への記入は、各機関のケースマネージャーや精神保健福祉士、看護師、作業療法士等が行った。

4. 分析方法

各調査項目について単純集計を行い、記述統計を算出した。次に、対象者を①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者 (65歳未満&認知症以外群) と②65歳以上あるいは主診断が認知症の者 (65歳以上 OR 認知症群) に分け、群間比較を実施した。さらに、①65歳未満かつ主診断が認知症以外の者については、外来ケースマネジメントの有無で2群に分け (外来CMあり群、なし群)、各項目の回答を比較した。比較の際には、 χ^2 検定、Fisher 正確確率検定、t 検定を適宜用いた。統計的有意水準は5%未満とした。なお、質問項目によって欠損値が確認されたが、本報告の分析は記述統計が主であるため代入法は用いなかった。よって、質問項目によって対象者数は異なる。

5. 倫理

本調査はオプトアウトを採用した。対象者が入院している病棟に公告文を掲示し、さらに国立精神・神経医療研究センターのホームページでも文章を公開した。潜在的な対象者から拒否がない限り、調査対象として情報を得た。本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会により承認を得て実施された (No. A2023-030)。

C. 結果

1. 対象者の属性

6機関で合計101名を本研究の分析対象とした。表1-3は、対象者の属性情報を示している。対象者の約60% (n=60) が男性であり、平均年齢は62.2歳 (SD=19.5) であった。最も多い診断は統合失調症 (n=55) であり、続いて認知症 (器質性精神障害) であった (n=31)。①65歳未満&認知症以外群と②65歳以上 OR 認知症群を比較すると、性別以外の全ての項目で有意な差が確認された。外来CM有無の比較では、両群の性別と生活保護の割合に有意な差が観察された。特に、生活保護については、外来CMあり群が有意に多い割合であった (n=7, 41.2%, P=0.027)。

2. 退院時の病棟と退院先

対象者の平均入院期間は、1,134.3日 (SD=1,459.4) であった (表4-5)。年齢・診断および外来ケースマネジメントの有無で比較した際に、入院期間に有意な差はなかった。対象者のうちの約40% (n=42) は療養病棟から退院しており、約60% (n=60) の退院先はグループホームなどの入居施設・入所施設であった。②65歳以上 OR 認知症群と比較し、①65歳未満&認知症以外群では、家族等の同居 (n=11, 24.4%) や一人暮らし (n=4, 8.9%) の割合が高かった (P<0.001)。

3. 退院時の状態

90%の対象者 (n=90) に退院時に幻覚妄想状態や精神運動興奮状態などの残存症状が認められた (表 6-7)。また、管理が必要な身体疾患については、約 40%(n=39)に観察されたが、特に②65 歳以上 OR 認知症群で高い割合であった (n=34, 60.7%, $P<0.001$)。GAF の平均値は 31.4 (SD=14.0) であり、CGI-S については中等症が最も多かった (n=34, 33.7%)。また、ICMSS の平均点は 4.4 (SD=2.4) であった。①65 歳未満&認知症以外群と②65 歳以上 OR 認知症群を比較すると、②65 歳以上 OR 認知症群では、GAF の平均得点が有意に低く (26.2, SD=11.2, $P<0.001$)、CGI-S もやや重症 (n=17, 30.4%) や重症 (n=17, 30.4%) が多くなっていた ($P<0.001$)。一方で、ICMSS の平均点は、①65 歳未満&認知症以外群が有意に高く (5.0, SD=2.3, $P=0.019$)、生活課題を多く抱えていた。ICMSS の各項目の評価結果は表 8-10 に示されている。なお、退院時の状態に関するケースマネジメントの有無の比較では、有意差が観察された項目はなかった。

4. 入院中の治療・支援

表 11, 12 は入院中のケースマネジメントや特定の治療について示している。101 名全員が、入院中にケースマネジメント担当者 (退院後生活環境相談員や相談担当者、ケースマネージャー) が選任されていた。また、ほぼ全てのケースマネジメント担当者の職種は、精神保健福祉士であった。約 80%の対象者において 3 職種以上が参加する院内の多職種会議が開催されており、約 60%の対象者において院内の多職種チームが主催する院外の支援者が参加する会議が開催されていた。また、約 20%の対象者については、ケースマネージャーが病院外の機関が主催する会議に参加していた。②65 歳以上 OR 認知症群と比較し、①65 歳未満&認知症以外群では、ケースマネジメント関連会議の開催割合や LAI やクロザピンな

ど特定の治療を受ける割合が有意に高かった (表 11)。一方で、外来ケースマネジメントの有無の比較では、クロザピン以外に有意差が観察された項目はなかった (表 12)。

5. 退院時のケースマネジメント関連加算

精神科退院時共同指導料 2 については、101 名中 100 名が算定をしていなかった (表 13)。その理由として「必要なし」(n=52) が最も多く、次いで「自院に通院するため算定できない」(n=41) であった。退院時の療養生活継続支援加算については、予定なしが約 90%であった (n=91)。その理由としては、「本人の希望なし」(n=74)、「自院に通院するため連携の必要がない」(n=22) の回答が多かった。群間比較では、②65 歳以上 OR 認知症群と比較し、①65 歳未満&認知症以外群では、療養生活継続支援加算の算定予定が多かったが ($P=0.021$)、それ以外に有意差が認められる項目はなかった (表 14, 15)。

6. 外来ケースマネジメントと医療サービス

表 16, 17 は、外来ケースマネジメントと医療系地域サービスの利用状況を示している。外来ケースマネジメントを利用していた対象者は 23 名 (22.8%) であり、そのうち 18 名のケースマネージャーは入院中から継続して担当していた。また、全体で約 70% (n=73) が障害者総合支援法、介護保険、自治体のケースマネジメントのいずれかを利用して利用していた。訪問看護など医療機関からの訪問支援を日常的に利用している対象者の割合は 26.7%(n=27) であり、デイケアなどその他の医療サービスを日常的に利用している者は 10.9% (n=11) であった。外来ケースマネジメント、その他のケースマネジメント、あるいは医療サービスについては、②65 歳以上 OR 認知症群よりも①65 歳未満&認知症以外群において利用している対象者の割合が有意に高かった (表 16)。一方、ケースマネジメントの有無で比較では、

外来 CM なし群と比較し、あり群でデイケアなどその他の医療サービスを日常的に利用している対象者の割合が有意に高かったが (P=0.039)、その他の項目に有意な差はなかった (表 17)。

7. 障害福祉サービスと高齢福祉サービス

障害福祉サービスについては、対象者の約 90% (n=91) が説明を受けており、また、約 75% が実際に障害福祉サービスを日常的に利用していた。②65 歳以上 OR 認知症群と比較し、①65 歳未満&認知症以外群ではサービスを利用している割合が高かった (P=0.036)。特に②65 歳未満&認知症以外群では、障害者総合支援法の日中活動居場所、訓練就労系、住居支援系など多様なサービスが利用されていたが、②65 歳以上 OR 認知症群では、介護保険の宿泊入所施設が主要なサービスであった。福祉サービスを利用しない理由で最も多い回答は「必要としていない (ように見える)」であった (n=39, 38.6%)。金銭管理に関するサポートを利用していた対象者は 17 名 (16.8%) であったが、①65 歳未満&認知症以外群 (P=0.057)、特に外来 CM あり群で有意に利用している者が多かった (P=0.031) (表 18, 19)。

D. 考察

本研究は、国内 6 つの精神科病院に入院し、1 年以上の入院期間を経て退院した患者を対象として、退院時の状態やケースマネジメント支援の利用状況、関連加算の算定状況を調べた。調査の結果、対象となった患者は平均して約 3 年弱の期間入院しており、退院時に重い機能障害や残存症状が確認された。また、全対象者において入院中のケースマネージャーが選任されている一方で、外来ケースマネジメントの利用者は約 20%であった。さらに、ケースマネジメントの関連加算は算定されていない実態が明らかになった。

1. 対象者の状態

対象者の退院時の状態から、精神症状や機能障害がある状態で退院していることが明らかになった。退院時に残存症状の認められる対象者が 90%以上であり、CGI-S の評価でも中等度～重症度の割合が多く、さらに GAF の平均点は約 30 であった。精神科病院の急性期病棟や救急病棟に入院し、3 ヶ月以内で退院した患者の退院時の GAF の平均得点 (約 50) と比較すると⁸⁾、入院期間が 1 年を超える本研究の対象者は重い機能障害があると考えられる。

2. 入院ケースマネジメントの実態

本研究では、全ての対象者において入院中にケースマネージャーが選任されていた。前述のように対象者は重い機能障害を抱える傾向にあり、入院中から地域生活における社会資源や退院先の施設との連携が不可欠だったことが、入院中からのケースマネジメントの徹底に関係していると思われる。②65 歳以上 OR 認知症群と比較し、①65 歳未満&認知症以外群は GAF の平均点は高く、退院後に家族同居や一人暮らしをする者の割合が多い傾向にあったが、入院中のケースマネジメント関連の会議の開催の割合は高かった。この結果から、単純に機能障害が重いことだけがケースマネジメントにつながるのではなく、6 病院では、地域生活を見据えた地域資源との連携など必要とされる対象者に対してケースマネジメントが行われていたと考えられる。

3. 外来ケースマネジメントの実態

入院中においては対象者全員にケースマネジメントが選任されていたのに対して、外来においてケースマネージャーの支援を受けていたのは約 20%であった。①65 歳未満&認知症以外群における外来ケースマネジメントあり群となし群の比較では、退院先 (家族同居・一人暮らし・施設) でこの割合が大きく変わる

わけではない。すなわち、退院した後の支援が非常に希薄になっていると推測される。ただし、医療機関からの訪問サービスや障害福祉サービスについては利用している対象者が多く、退院後の地域生活で全く地域ケアが提供されていないわけではない。一方で、ICMSSの得点に基づくと、①65歳未満&認知症以外群は生活課題が多く、ケースマネジメント的な支援が必要になる集団と考えられる。また、精神科病院の急性期病棟や救急病棟の退院患者のコホート調査で明らかになった通り、退院後に患者が地域の中で孤立しやすい⁹⁾。よって、医療機関における外来ケースマネジメントの実装は大きな課題となるであろう。

4. 関連加算の算定状況

本研究の対象者においては、精神科退院時共同指導料2と療養生活継続支援加算の2つの診療報酬はほとんど算定されていなかった。精神科退院時共同指導料2については「自院に通院するため算定できない」が回答の多い理由であったが、これは精神科病院を3か月以内で退院した患者の調査と同様の結果であった⁸⁾。また、療養生活継続支援加算を算定しない理由は、「本人の希望なし」が回答の多い項目であった。診療報酬は患者本人の負担のある制度であるため、本人が同意なしには算定できず、障壁の一つになっていると考えられる。さらに、養生活継続支援加算は、外来に専任の精神保健福祉士あるいは看護師を配置する必要があるが、外来ケースマネジメントを利用していた対象者の多くは、入院中にケースマネジメントを担当したスタッフから継続して支援を受けていた。この結果は、外来のケースマネージャーが入院中からかかわっていた事実を反映している可能性もあるが、入院病棟のケースマネージャーが退院後の外来ケースマネジメントを担当していた可能性が大きいと推測される。この背景には、療養生活継続支援加算の報酬額では各機関が外来

に専任のケースマネージャーを置いていない可能性も示唆される。外来ケースマネジメントの普及を実現する診療報酬の在り方や関連加算の在り方については、今後も継続的な議論が必要となるであろう。

5. 限界と今後の調査

本研究にはいくつかの限界がある。第1に、本調査は6精神科病院の調査であり、その施設要因の一般化可能性には留意が必要である。第2に、本研究は回答者から見た診療報酬の課題などを調査しており、その回答は必ずしも患者の主観的なものではない。また、調査は横断調査であり、変数間の因果の流れを説明できない。よって、本研究の結果をもって、2つの加算の低い算定実績に直結する客観的な要因の把握をすることは困難である。第3に調査時期が挙げられる。特に療養生活継続支援加算の開始は2022年4月であり、本調査は当該加算の新設から2年半を経過した時期に実施した。よって、算定実績やその課題も長期的には好転する可能性がある。

本研究は複数の限界を抱えるが、精神科医療制度でケースマネジメントを念頭に置いた診療報酬について、入院期間1年以上の退院患者を対象とした初めての実態調査であった。今後の制度改革に向けた基礎的な資料になると予想される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yamaguchi S, Usui K, Iwanaga M, Kawaguchi T, Hada A, Yoshida K, Nishio M, Yanata H, Watanabe M, Taniguchi K, Aoki H, Hisajima Y, Sato S, Fujii C: 10-year outcome trajectories of people with mental illness and their families who receive services from

multidisciplinary case management and outreach teams: protocol of a multisite longitudinal study. *BMJ Open* 14(8):e085532, 2024.

- 2) Sawada U, Matsunaga A, Taneda A, Sasaki N, Yamaguchi S: Perspectives of people with schizophrenia on clinical outcome scales and patient-reported outcome measures: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 24(1):861, 2024.
- 3) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, Matsunaga A, Ogawa M, Kikuchi A, Kawashima T, Tachimori H, Bernick P, Kimura H, Inagaki A, Watanabe H, Kishi Y, Yoshida K, Hirooka T, Oishi S, Matsuda Y, Fujii C: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 60(1):79–93, 2025.
- 4) Yamaguchi S, Koike J, Igarashi M, Kawaguchi T, Shiozawa T, Usui K, Iwanaga M, Matsunaga A, Yoshida K, Sato S, Fujii C: Comparative analysis of independent reviewer-rated and self-rated fidelity scores in individual placement and support programs: Repeated cross-sectional surveys. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 52(2):379–389, 2025.

2. 学会発表

- 1) Yamaguchi S, Koike J, Matsunaga A, Ojio Y, Ogawa M, Kimura H, Watanabe H, Fujii C: Associations between clinical and subjective outcomes and social determinant factors in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *The 10th World Congress of Asian Psychiatry, Bari, 2024.12.06*

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) Mutschler C, Lichtenstein S, Kidd SA, et al: Transition experiences following psychiatric hospitalization: A systematic review of the literature. *Community Ment Health J* 55(8):1255-1274, 2019.
- 2) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD007906, 2017.
- 3) Lim CT, Caan MP, Kim CH, et al: Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv* 73(2):180-187, 2022.
- 4) Hegedüs A, Kozel B, Richter D, et al: Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 10:969, 2020.
- 5) Sato S, Nakanishi M, Ogawa M, et al: Rehospitalisation rates after long-term follow-up of patients with severe mental illness admitted for more than one year: a systematic review. *BMC Psychiatry* 23(1):788, 2023.
- 6) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. *Int J Ment Health Syst* 13:22, 2019.
- 7) 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.

- 8) 藤井千代, 山口創生, 岩永麻衣, 他: 精神科病院からの退院患者における外来ケースマネジメントに関連する診療報酬(療養生活継続支援加算・精神科共同指導料)についての実態調査. 山口創生編: 厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究(22GC1003): 令和5年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp9-15, 2024.
- 9) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a multicenter prospective longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 60(1):79–93, 2025.

表 1 属性情報
(全ケース)

項目	n=101	
年齢 (mean, sd)	62.2	19.5
性別 (n, %)		
女性	41	40.6
男性	60	59.4
診断 (n, %)		
F0 : 器質性精神障害	31	30.7
F1 : 精神作用物質使用障害	2	2.0
F2 : 統合失調症圏	55	54.5
F3 (F30/F31 以外) : 気分障害	3	3.0
F30/F31 : 気分障害 (躁病エピソード・双極性障害)	5	5.0
F4 : 神経症性障害圏	1	1.0
F5 : 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0	0.0
F6 : 人格障害圏	3	3.0
F7 : 知的障害	1	1.0
F8 : 心理的発達の障害	0	0.0
F9 : 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	0	0.0
重複診断の有無 (n, %)		
なし	86	85.1
あり	15	14.9
精神作用物質使用障害	0	
知的障害	7	
発達障害	8	
精神保健福祉手帳の有無 (n, %)		
なし	64	63.4
あり	37	36.6
1 級	3	
2 級	30	
3 級	4	
生活保護受給の有無 (n, %)		
なし	87	86.1
あり	14	13.9

表 2 入院時情報
(年齢と主診断でのクロス表)

	65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
年齢 (mean, sd)	44.7	11.3	76.4	11.4	-13.944	<0.001
性別 (n, %)						
女性	17	37.8	24	42.9	0.267	0.605
男性	28	62.2	32	57.1		
診断 (n, %)						
F0 : 器質性精神障害	1	2.2	30	53.6	40.508	<0.001
F1 : 精神作用物質使用障害	2	4.4	0	0.0	Fisher's P	<0.001
F2 : 統合失調症圏	37	82.2	18	32.1		
F3 (F30/F31 以外) : 気分障害	0	0.0	3	5.4		
F30/F31 : 気分障害 (躁病エピソード・双極性障害)	3	6.7	2	3.6		
F4 : 神経症性障害圏	0	0.0	1	1.8		
F5 : 生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群	0	0.0	0	0.0		
F6 : 人格障害圏	1	2.2	2	3.6		
F7 : 知的障害	1	2.2	0	0.0		
F8 : 心理的発達の障害	0	0.0	0	0.0		
F9 : 小児期及び青年期に通常発症 する行動及び情緒の障害	0	0.0	0	0.0		
重複診断の有無 (n, %)						
なし	32	71.1	55	98.2	12.647	<0.001
あり	13	28.9	1	1.8	Fisher's P	<0.001
精神作用物質使用障害	0		0			
知的障害	7		0			
発達障害	7		1			
精神保健福祉手帳の有無 (n, %)						
なし	14	31.1	50	89.3	36.375	<0.001
あり	31	68.9	6	10.7		
1 級	3		0			
2 級	25		5			
3 級	3		1			
生活保護受給の有無 (n, %)						
なし	35	77.8	52	92.9	4.752	0.029
あり	10	22.2	4	7.1	Fisher's P	0.042

表 3 入院時情報
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
年齢 (mean, sd)	44.2	9.6	45.5	13.9	-0.338	0.738
性別 (n, %)						
女性	7	25	10	58.8	5.148	0.023
男性	21	75	7	41.2		
診断 (n, %)						
F0 : 器質性精神障害	1	3.6	0	0.0	4.221	0.518
F1 : 精神作用物質使用障害	2	7.1	0	0.0	Fisher's P	0.781
F2 : 統合失調症圏	22	78.6	15	88.2		
F3 (F30/F31 以外) : 気分障害	0	0.0	0	0.0		
F30/F31 : 気分障害 (躁病エピソード・双極性障害)	2	7.1	1	5.9		
F4 : 神経症性障害圏	0	0.0	0	0.0		
F5 : 生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群	0	0.0	0	0.0		
F6 : 人格障害圏	1	3.6	0	0.0		
F7 : 知的障害	0	0.0	1	5.9		
F8 : 心理的発達の障害	0	0.0	0	0.0		
F9 : 小児期及び青年期に通常発症 する行動及び情緒の障害	0	0.0	0	0.0		
重複診断の有無 (n, %)						
なし	20	71.4	12	70.6	0.004	0.952
あり	8	28.6	5	29.4		
精神作用物質使用障害	0		0			
知的障害	5		2			
発達障害	3		4			
精神保健福祉手帳の有無 (n, %)						
なし	10	35.7	4	23.5	0.733	0.392
あり	18	64.3	13	76.5	Fisher's P	0.513
1 級	1		2			
2 級	15		10			
3 級	2		1			
生活保護受給の有無 (n, %)						
なし	25	89.3	10	58.8	5.679	0.017
あり	3	10.7	7	41.2	Fisher's P	0.027

表4 退院時の病棟と退院先
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
入院日数 (mean, sd)	1134.3	1459.4	1071.9	1389.6	1184.4	1523.9	-0.387	0.699
(median, iqr)	550.0	787.0	533.0	825.0	604.0	749.0		
退院時の入院病棟 (n, %)								
救急病棟	2	2	1	2.2	1	1.8	0.742	0.863
急性病棟	3	3	1	2.2	2	3.6	Fisher's p	0.851
療養病棟	42	41.6	17	37.8	25	44.6		
その他	54	53.5	26	57.8	28	50.0		
出来高 (精神病棟入院基本料)	6		4		2			
地域包括ケア病棟	2		2		0			
精神病棟入院基本料 15 : 1	13		4		9			
精神科地域包括ケア病棟	9		8		1			
認知症治療病棟	9		0		9			
認知症疾患治療病棟	6		0		6			
精神一般病棟	9		8		1			
退院先の住居 (n, %)								
家族、兄弟・パートナー等と同居	17	16.8	11	24.4	6	10.7	17.750	0.001
一人暮らし	5	4.95	4	8.9	1	1.8	Fisher's p	<0.001
グループホームなどの 入居施設・入所施設	60	59.4	29	64.4	31	55.4		
転院	9	8.91	0	0.0	9	16.1		
死亡	10	9.9	1	2.2	9	16.1		

表 5 退院時の病棟と退院先
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
入院日数 (mean, sd)	1209.9	1687.5	844.7	645.3	1.028	0.310
(median, iqr)	522.0	844.8	550.0	501.0		
退院時の入院病棟 (n, %)						
救急病棟	1	3.6	0	0.0	1.303	0.728
急性病棟	1	3.6	0	0.0	Fisher's P	1.000
療養病棟	10	35.7	7	41.2		
その他	16	57.1	10	58.8		
出来高 (精神病棟入院基本料)	3		1			
地域包括ケア病棟	1		1			
精神病棟入院基本料 15 : 1	4		0			
精神科地域包括ケア病棟	1		7			
認知症治療病棟	0		0			
認知症疾患治療病棟	0		0			
精神一般病棟	7		1			
退院先の住居 (n, %)						
家族、兄弟・パートナー等と同居	7	25.0	4	23.5	1.054	0.788
一人暮らし	3	10.7	1	5.9	Fisher's P	1.000
グループホームなどの入居施設・入所施設	17	60.7	12	70.6		
転院	0	0.0	0	0.0		
死亡	1	3.6	0	0.0		

表 6 退院時の状態
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
残存症状の有無 (n, %)								
なし	11	10.9	8	17.8	3	5.4	3.966	0.046
あり	90	89.1	37	82.2	53	94.6	Fisher's P	0.058
幻覚妄想状態	61	60.4	28	62.2	33	58.9		
精神運動興奮状態	14	13.9	9	20	5	8.9		
昏迷状態	0	0	0	0	0	0		
抑鬱状態	6	5.9	2	4.4	4	7.1		
躁状態	8	7.9	6	13.3	2	3.6		
せん妄状態	0	0	0	0	0	0		
もうろう状態	0	0	0	0	0	0		
認知症状態	29	28.7	0	0	29	51.8		
その他 *	7	3	3	6.7	4	7.1		
管理が必要な身体疾患の有無 (n, %)								
なし	62	61.4	40	88.9	22	39.3	25.899	<0.001
あり	39	38.6	5	11.1	34	60.7		
うっ血性心不全	2		0		2			
脳血管疾患	6		0		6			
認知症	27		0		27			
膠原病	1		0		1			
消化性潰瘍	2		0		2			
片麻痺または対麻痺	2		0		2			
軽度肝疾患	2		2		0			
中等度から重度の肝疾患	1		0		1			
合併症を伴わない糖尿病	5		4		1			
合併症を伴う糖尿病	1		0		1			
限局性固形がん	1		0		1			
GAF (mean, sd)	31.4	14.0	37.9	14.5	26.2	11.2	4.440	<0.001
CGI-S (n, %)								
判定不能	2	2	0	0	2	3.6	26.089	<0.001
正常	0	0	0	0	0	0	Fisher's P	<0.001
ごく軽症	7	6.9	7	15.6	0	0		
軽症	15	14.9	11	24.4	4	7.1		
中等症	34	33.7	18	40	16	28.6		
やや重症	21	20.8	4	8.9	17	30.4		
重症	22	21.8	5	11.1	17	30.4		
最重症	0	0	0	0	0	0		
ICMSS (mean, sd)	4.4	2.4	5	2.3	3.9	2.4	2.386	0.019

*その他の内容：コロナ禍症候群、てんかん、パーキンソン病・症候群、水中毒、浪費、ためこみ、被害念慮、緊張病状態

表 7 退院時の状態
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
残存症状の有無 (n, %)						
なし	6	21.4	2	11.8	0.676	0.411
あり	22	78.6	15	88.2	Fisher's P	0.690
幻覚妄想状態	15	53.6	13	76.5		
精神運動興奮状態	6	21.4	3	17.6		
昏迷状態	0	0	0	0		
抑鬱状態	0	0	2	11.8		
躁状態	5	17.9	1	5.9		
せん妄状態	0	0	0	0		
もうろう状態	0	0	0	0		
認知症状態	0	0	0	0		
その他 *	2	7.1	1	5.9		
管理が必要な身体疾患の有無 (n, %)						
なし	24	85.7	16	94.1	0.756	0.384
あり	4	14.3	1	5.9	Fisher's P	0.635
うっ血性心不全	0		0	2		
脳血管疾患	0		0	6		
認知症	0		0	27		
膠原病	0		0	1		
消化性潰瘍	0		0	2		
片麻痺または対麻痺	0		0	2		
軽度肝疾患	2		0	4		
中等度から重度の肝疾患	0		0	1		
合併症を伴わない糖尿病	3		1	9		
合併症を伴う糖尿病	0		0	1		
限局性固形がん	0		0	1		
GAF (mean, sd)	36.6	16.2	40.1	11.5	-0.827	0.413
CGI-S (n, %)						
判定不能	0	0	0	0	1.377	0.848
正常	0	0	0	0	Fisher's P	0.891
ごく軽症	4	14.3	3	17.6		
軽症	7	25	4	23.5		
中等症	10	35.7	8	47.1		
やや重症	3	10.7	1	5.9		
重症	4	14.3	1	5.9		
最重症	0	0	0	0		
ICMSS (mean, sd)	4.8	2.3	5.3	2.5	-0.637	0.529

表 8 退院時の包括的支援マネジメントスクリーニングシート (ICMSS: Intensive Case Management Screening Sheet)の詳細
(全ケース)

	n=101	不明		なし		あり	
		n	%	n	%	n	%
1 6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある		4	4.0	16	15.8	81	80.2
2 自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）		1	1.0	8	7.9	92	91.1
3 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある		4	4.0	71	70.3	26	25.7
4 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある		3	3.0	86	85.1	12	11.9
5 自傷や自殺を企てたことがある		2	2.0	87	86.1	12	11.9
6 家族への暴力、暴言、拒絶がある		2	2.0	75	74.3	24	23.8
7 その他の警察・保健所介入歴がある		2	2.0	71	70.3	28	27.7
8 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は無）*		6	5.9	69	68.3	25	24.8
9 外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は無）		4	4.0	78	77.2	19	18.8
10 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない		3	3.0	41	40.6	57	56.4
11 直近の入院は措置入院である		0	0.0	95	94.1	6	5.9
12 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある		0	0.0	90	89.1	11	10.9
13 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている		1	1.0	97	96.0	3	3.0
14 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）		0	0.0	79	78.2	22	21.8
15 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）		0	0.0	77	76.2	24	23.8

*1 名欠損

表 9 退院時の包括的支援マネジメントスクリーニングシート (ICMSS: Intensive Case Management Screening Sheet)の詳細
(年齢と主診断での「あり」の比較)

		65 歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65 歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		
		n	%	n	%	
1	6 か月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) を遂行することに重大な問題がある	あり	29	64.4	52	92.9
2	自分一人で地域生活に必要な課題 (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等) を遂行することに重大な問題がある (家族が過剰に負担している場合を含む)	あり	38	84.4	54	96.4
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	あり	14	31.1	12	21.4
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	あり	7	15.6	5	8.9
5	自傷や自殺を企てたことがある	あり	8	17.8	4	7.1
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	あり	16	35.6	8	14.3
7	その他の警察・保健所介入歴がある	あり	20	44.4	8	14.3
8	定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった (初発の場合は無)	あり	15	33.3	10	17.9
9	外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合は無)	あり	10	22.2	9	16.1
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	あり	26	57.8	31	55.4
11	直近の入院は措置入院である	あり	4	8.9	2	3.6
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	あり	7	15.6	4	7.1
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	あり	1	2.2	2	3.6
14	支援をする家族がない (家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	あり	13	28.9	9	16.1
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている (介護・貧困・教育・障害等)	あり	17	37.8	7	12.5

**表 10 退院時の包括的支援マネジメントスクリーニングシート (ICMSS: Intensive Case Management Screening Sheet)の詳細
(65歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無での「あり」の比較)**

		外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		
		n	%	n	%	
1	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	あり	18	64.3	11	64.7
2	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	あり	24	85.7	14	82.4
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	あり	8	28.6	6	35.3
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	あり	3	10.7	4	23.5
5	自傷や自殺を企てたことがある	あり	5	17.9	3	17.6
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	あり	9	32.1	7	41.2
7	その他の警察・保健所介入歴がある	あり	13	46.4	7	41.2
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は無）	あり	10	35.7	5	29.4
9	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は無）	あり	5	17.9	5	29.4
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	あり	17	60.7	9	52.9
11	直近の入院は措置入院である	あり	3	10.7	1	5.9
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	あり	4	14.3	3	17.6
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	あり	1	3.6	0	0.0
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	あり	5	17.9	8	47.1
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	あり	10	35.7	7	41.2

表 11 入院中の治療・支援
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
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選任の有無 (n, %)								
なし	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
あり	101	100.0	45	100.0	56	100.0		
院内のケースマネージャーの職種 (主たる国家資格 1 つのみ) (n, %)*								
欠損	1		0		1			
精神保健福祉士	94		44		50			
看護師	6		1		5			
作業療法士	0		0		0			
社会福祉士	0		0		0			
3職種以上が参加する院内の多職種会議の開催 (n, %)								
なし	18	17.8	2	4.4	16	28.6	9.917	0.002
あり	83	82.2	43	95.6	40	71.4	Fisher's P	0.002
患者自身の参加	53		39		14			
院内の多職種チームが主催する院外の支援者が参加する会議の開催 (n, %)								
なし	42	41.6	6	13.3	36	64.3	26.665	0.000
あり	59	58.4	39	86.7	20	35.7		
患者自身の参加	47	46.5	36		11			
病院外の機関が主催する会議への参加 (n, %)								
なし	79	78.2	26	57.8	53	94.6	19.902	<0.001
あり	22	21.8	19	42.2	3	5.4	Fisher's P	<0.001
患者自身の参加	22	21.8	19		3			
デポ/LAIの有無：退院時に使用 (n, %)								
なし	91	90.1	37	82.2	54	96.4	5.645	0.018
あり	10	9.9	8	17.8	2	3.6	Fisher's P	0.022
クロザピンの有無：退院時に使用 (n, %)								
なし	87	86.1	34	75.6	53	94.6	7.613	0.006
あり	14	13.9	11	24.4	3	5.4	Fisher's P	0.008

**表 12 入院中の治療・支援
(65 歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)**

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
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選任の有無 (n, %)						
なし	0	0.0	0	0.0		
あり	28	100.0	17	100.0		
院内のケースマネージャーの職種 (主たる国家資格 1 つのみ) (n, %)*						
欠損	0		0			
精神保健福祉士	27		17			
看護師	1		0			
作業療法士	0		0			
社会福祉士	0		0			
3 職種以上が参加する院内の多職種会議の開催 (n, %)						
なし	2	7.1	0	0.0	1.271	0.260
あり	26	92.9	17	100.0	Fisher's P	0.519
患者自身の参加	23		16			
院内の多職種チームが主催する院外の支援者が参加する会議の開催 (n, %)						
なし	5	17.9	1	5.9	1.313	0.252
あり	23	82.1	16	94.1	Fisher's P	0.385
患者自身の参加	21		15			
病院外の機関が主催する会議への参加 (n, %)						
なし	17	60.7	9	52.9	0.262	0.609
あり	11	39.3	8	47.1		
患者自身の参加	11		8			
デポ/LAI の有無 : 退院時に使用 (n, %)						
なし	23	82.1	14	82.4	0.000	0.986
あり	5	17.9	3	17.6	Fisher's P	1.000
クロザピンの有無 : 退院時に使用 (n, %)						
なし	26	92.9	8	47.1	12.013	0.001
あり	2	7.1	9	52.9	Fisher's P	0.001

表 13 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の算定状況
(全ケース)

n=101		
精神科退院時共同指導料 2 の算定の有無 (n, %)		
算定なし	100	99.0
算定あり	1	1.0
算定なしの理由		
必要なし	52	
算定基準を満たさない	15	
スタッフが不足しており算定できない	1	
自院に通院するため算定できない	41	
通院先の協力が得られない_通院先の算定基準が満たされていない	0	
書類仕事が煩雑であるから	0	
その他	7	
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1	
死亡	1	
老人保健施設入所	1	
転科のため	1	
転院のため	3	
療養生活継続支援加算の算定の有無 (n, %)		
算定予定なし	91	90.1
算定予定	2	2.0
不明 (まだわからない)	8	7.9
算定予定なしの理由		
本人の希望なし	74	
患者の算定基準を満たさない	15	
スタッフが不足しており、算定できない	0	
自院に通院するため連携の必要がない	22	
連携は必要だが地域に連携先がない	1	
書類仕事が煩雑であるから	1	
その他	7	
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1	
嘱託医に通院するため	1	
地域援助事業者に退院後の支援を十分引き継げたと感じたため	1	
外来移行の見通しが立たない	1	
施設入所	1	
死亡のため	2	

表 14 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の算定状況
(年齢と主診断でのクロス表)

	65歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
精神科退院時共同指導料 2 の算定の有無 (n, %)						
算定なし	45	100.0	55	98.2	0.812	0.368
算定あり	0	0.0	1	1.8	Fisher's P	1.000
算定なしの理由						
必要なし	15		37			
算定基準を満たさない	2		13			
スタッフが不足しており算定できない	1		0			
自院に通院するため算定できない	29		12			
通院先の協力が得られない	0		0			
通院先の算定基準が満たされていない	0		0			
書類仕事が煩雑であるから	0		0			
その他	1		6			
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1		0			
死亡	0		1			
老人保健施設入所	0		1			
転科のため	0		1			
転院のため	0		3			
療養生活継続支援加算の算定の有無 (n, %)						
算定予定なし	37	82.2	54	96.4	6.556	0.038
算定予定	1	2.2	1	1.8	Fisher's P	0.021
不明 (まだわからない)	7	15.6	1	1.8		
算定予定なしの理由						
本人の希望なし	28		46			
患者の算定基準を満たさない	2		13			
スタッフが不足しており、算定できない	0		0			
自院に通院するため連携の必要がない	16		6			
連携は必要だが地域に連携先がない	1		0			
書類仕事が煩雑であるから	1		0			
その他	2		5			
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	1		0			
嘱託医に通院するため	0		1			
地域援助事業者に退院後の支援を 十分引き継げたと感じたため	1		0			
外来移行の見通しが立たない	0		1			
施設入所	0		1			
死亡のため	0		2			

表 15 精神科退院時共同指導料と療養生活継続支援加算の算定状況
(65歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)	外来 CM あり (n=17)	統計値 (χ^2/t)	p 値		
精神科退院時共同指導料 2 の算定の有無 (n, %)						
算定なし	28	100.0	17	100.0		
算定あり	0	0.0	0	0.0		
算定なしの理由						
必要なし	9	6				
算定基準を満たさない	2	0				
スタッフが不足しており算定できない	0	1				
自院に通院するため算定できない	19	10				
通院先の協力が得られない	0	0				
通院先の算定基準が満たされていない	0	0				
書類仕事が煩雑であるから	0	0				
その他	0	1				
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	0	1				
死亡	0	0				
老人保健施設入所	0	0				
転科のため	0	0				
転院のため	0	0				
療養生活継続支援加算の算定の有無 (n, %)						
算定予定なし	22	78.6	15	88.2	0.980	0.613
算定予定	1	3.6	0	0.0	Fisher's P	0.806
不明 (まだわからない)	5	17.9	2	11.8		
算定予定なしの理由						
本人の希望なし	17	11				
患者の算定基準を満たさない	0	2				
スタッフが不足しており、算定できない	0	0				
自院に通院するため連携の必要がない	11	5				
連携は必要だが地域に連携先がない	0	1				
書類仕事が煩雑であるから	0	1				
その他	0	2				
すでに地域支援者の関わりあり必要ないため	0	1				
嘱託医に通院するため	0	0				
地域援助事業者に退院後の支援を 十分引き継げたと感じたため	0	1				
外来移行の見通しが立たない	0	0				
施設入所	0	0				
死亡のため	0	0				

表 16 外来ケースマネジメントと医療系地域サービスの利用状況
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)	65歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)	65歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)	統計値 (χ^2/t)	p 値
外来または退院後の生活におけるケースマネージャーの有無 (関連加算の算定の有無を問わない) (n, %)					
なし	78 77.2	28 62.2	50 89.3	10.391	0.001
あり	23 22.8	17 37.8	6 10.7		
ありの場合、担当者について					
入院時と同じ担当者	18	14	4		
入院時と異なる担当者	1	1	0		
欠損 (不適切回答)	4	2	2		
ありの場合、所属について (複数選択可)					
地域連携室等	13	9	4		
訪問看護	3	2	1		
デイケア	5	4	1		
病棟	5	5	0		
ケースマネジメントの関連制度の利用 (退院時) (n, %)					
欠損	2 2.0	1 2.2	1 1.8	6.520	0.011
なし	26 25.7	6 13.3	20 35.7		
あり	73 72.3	38 84.4	35 62.5		
総合支援法の相談支援事業_計画相談	39	38	1		
介護保険	34	1	33		
自治体のケースマネジメント	5	3	2		
日常的な訪問支援の利用 (n, %)					
なし	74 73.3	23 51.1	51 91.1	20.342	<0.001
あり	27 26.7	22 48.9	5 8.9		
訪問看護の利用	20	16	4		
月当たり回数 (n, %)					
1回	2	1	1		
2回	5	5	0		
4回以上**	13	10	3		
その他の機関からの訪問の利用	11	11	0		
月当たり回数 (n, %)					
1回	9	9	0		
2回	1	1	0		
4回**	1	1	0		
日常的なその他の医療サービスの利用 概ね週 1 回以上使う予定のサービス (n, %)					
なし	90 89.1	37 82.2	53 94.6	3.966	0.046
あり	11 10.9	8 17.8	3 5.4	Fisher's P	0.058
デイケア	10	8	1		
その他	2	2	0		
デイナイトケア	1	1	0		
ピアスタッフの関わり	1	1	0		

*保健所・市町村・児童相談所など, **3回はなし

表 17 外来ケースマネジメントと地域ケアの利用状況

表 17 外来ケースマネジメントと医療系地域サービスの利用状況
(65歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)	外来 CM あり (n=17)	統計値 (χ^2/t)	p 値		
外来または退院後の生活におけるケースマネージャーの有無 (関連加算の算定の有無を問わない) (n, %)						
なし	28	100.0	0	0.0		
あり	0	0.0	17	100.0		
ありの場合、担当者について						
入院時と同じ担当者	0		14			
入院時と異なる担当者	0		1			
欠損 (不適切回答)	0		2			
ありの場合、所属について (複数選択可)						
地域連携室等	0		9			
訪問看護	0		2			
デイケア	0		4			
病棟	0		5			
ケースマネジメントの関連制度の利用 (退院時) (n, %)						
欠損	0	0.0	1	5.9	0.028	0.868
なし	4	14.3	2	11.8	Fisher's P	1.000
あり	24	85.7	14	82.4		
総合支援法の相談支援事業_計画相談	23		14			
介護保険	1		0			
自治体のケースマネジメント	2		1			
日常的な訪問支援の利用 (n, %)						
なし	14	50.0	9	52.9	0.037	0.848
あり	14	50.0	8	47.1		
訪問看護の利用						
月当たり回数 (n, %)	10		6			
1 回	0		1			
2 回	3		2			
4 回以上**	7		3			
その他の機関からの訪問の利用						
月当たり回数 (n, %)	8		3			
1 回	6		3			
2 回	1		0			
4 回**	1		0			
日常的なその他の医療サービスの利用 __概ね週 1 回以上使う予定のサービス (n, %)						
なし	26	92.9	11	64.7	5.735	0.017
あり	2	7.1	6	35.3	Fisher's P	0.039
デイケア	2		6			
その他	1		1			
デイナイトケア	1		0			
ピアスタッフの関わり	0		1			

*保健所・市町村・児童相談所など, **3 回はなし

表 18 障害福祉サービスの利用状況
(全ケース / 年齢と主診断でのクロス表)

	全体 (n=101)		65歳未満 & 認知症以外の主診断 (n=45)		65歳以上 OR 認知症の主診断 (n=56)		統計値 (χ^2/t)	p 値
障害福祉サービス高齢者サービスについての説明の有無 (n, %)								
欠損	6	5.9	3	6.7	3	5.4	0.033	0.855
説明した	91	90.1	42	93.3	49	87.5	Fisher's P	1.000
説明していない	4	4.0	0	0.0	4	7.1		
日常的（概ね週 1 回以上使う予定の）に利用している日中の地域福祉サービス (n, %)								
なし	26	25.7	7	15.6	19	33.9	4.406	0.036
あり	75	74.3	38	84.4	37	66.1		
障害福祉_日中活動居場所系	17		17		0			
障害福祉_訓練就労系	14		14		0			
障害福祉_訪問系	5		5		0			
障害福祉_居住支援系	28		25		3			
障害福祉_その他	12		12		0			
計画相談	12		12		0			
介護保険の相談系	4		1		3			
介護保険の訪問	2		1		1			
介護保険の宿泊入所施設	34		0		34			
介護保険の通所	3		1		2			
介護保険の訪問_宿泊_通所の複合サービス	1		0		1			
介護保険のその他	0		0		0			
その他	0		0		0			
福祉サービスを利用しない理由：担当者視点 (n, %)								
障害福祉サービスを/障害福祉サービスを使うことに；								
必要としていない（ようにみえる）	39	38.6	6	13.3	33	58.9		
知らない・関心がない	19	18.8	1	2.2	18	32.1		
不安・不信心・負担感がある	2	2.0	2	4.4	0	0.0		
心理的負担・抵抗感がある	2	2.0	1	2.2	1	1.8		
前向きであったが、希望に合うサービスがない	1	1.0	0	0.0	1	1.8		
前向きであったが、サービス利用までの過程が複雑	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
金銭管理に関するサポートの利用 (n, %)								
欠損	3	3.0	2	4.4	1	1.8	3.623	0.057
なし	81	80.2	32	71.1	49	87.5		
あり	17	16.8	11	24.4	6	10.7		
成年後見制度	9		5		4			
日常生活自立支援事業	2		2		0			
施設職員	2		2		0			
家族	4		2		2			

表 19 障害福祉サービスの利用状況
(65歳未満 & 認知症以外の主診断ケースにおける外来 CM の有無でのクロス表)

	外来 CM なし (n=28)		外来 CM あり (n=17)		統計値 (χ^2/t)	p 値
障害福祉サービス高齢者サービスについての説明の有無 (n, %)						
欠損	3	10.7	0	0.0	1.952	0.162
説明した	25	89.3	17	100.0	Fisher's P	0.279
説明していない	0	0.0	0	0.0		
日常的（概ね週 1 回以上使う予定の）に利用している日中の地域福祉サービス (n, %)						
なし	6	21.4	1	5.9	1.946	0.163
あり	22	78.6	16	94.1	Fisher's P	0.227
障害福祉_日中活動居場所系	8		9			
障害福祉_訓練就労系	10		4			
障害福祉_訪問系	1		4			
障害福祉_居住支援系	12		13			
障害福祉_その他	8		4			
計画相談	8		4			
介護保険の相談系	1		0			
介護保険の訪問	1		0			
介護保険の宿泊入所施設	0		0			
介護保険の通所	1		0			
介護保険の訪問_宿泊_通所の複合サービス	0		0			
介護保険のその他	0		0			
その他	0		0			
福祉サービスを利用しない理由：担当者視点 (n, %)						
障害福祉サービスを/障害福祉サービスを使うことに；						
必要としていない（ようにみえる）	5	17.9	1	5.9		
知らない・関心がない	1	3.6	0	0.0		
不安・不信感・負担感がある	2	7.1	0	0.0		
心理的負担・抵抗感がある	0	0.0	1	5.9		
前向きであったが、希望に合うサービスがない	0	0.0	0	0.0		
前向きであったが、サービス利用までの過程が複雑	0	0.0	0	0.0		
金銭管理に関するサポートの利用 (n, %)						
欠損	0	0.0	2	11.8	5.380	0.020
なし	24	85.7	8	47.1	Fisher's P	0.031
あり	4	14.3	7	41.2		
成年後見制度	1		4			
日常生活自立支援事業	1		1			
施設職員	1		1			
家族	1		1			