

厚生労働科学研究費補助金

(障害者政策総合研究事業)

第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した

地域包括ケアシステム構築に係る

成果目標の見直しに資する研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 黒田 直明

令和6 (2024)年 5月

目 次

I. 総括研究報告	
第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る 成果目標の見直しに資する研究-----	1
黒田直明	
II. 分担研究報告	
1. 障害福祉計画における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の 施策評価に関する自治体の実態調査-----	6
岡田隆志	
2. 精神障害福祉サービスの評価に関する国内外の文献レビュー-----	16
森山葉子	
3. 精神障害当事者におけるAdult Social Care Outcomes Toolkit(ASCOT SCT4) 日本語版の妥当性・信頼性の検証-----	26
奈良麻結	
4. 市区町村職員の精神保健福祉相談支援の困惑感に関連する自治体特性の 検討-----	37
五十嵐百花	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	43
IV. 倫理審査等報告書の写し-----	44

第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る
成果目標の見直しに資する研究

研究代表者：黒田直明（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）

要旨

計画の1年目にあたる今年度は、自治体における計画策定や成果目標・活動指標の設定に関する実態把握及び、次年度以降の研究を見据えた予備的研究を複数行った。実態調査から「市町村にとって成果目標が縁遠い」「市町村等で取り組む活動が十分に指標化されていない」「計画の策定過程における情報・助言の不足」ことが課題抽出された。市区町村職員が精神保健福祉相談を行う際に直面する困難感の程度を中間アウトカムと見立てて、自治体の基礎特性や「にも包括」構築に関連する自治体の体制の関連を分析したところ、市区町村設置の保健所がある自治体、「にも包括」の協議の場を年6回以上開催している自治体で困難感が低いという現場感覚と近い結果が得られた。

自治体の現場課題への解決と同時に精神保健医療福祉サービスの目指すべき理想からの逆算する視点も必要である。国内外の文献レビューでは、サービスを受ける当事者自身の視点による評価を重要アウトカムとして含めることの重要性が強調されていた。

「にも包括」構築分野に限らず、当事者自身による生活の質をアウトカムとして評価できる体制を支援していくことが望まれる。今年度我々は福祉サービスのアウトカム評価として英国で公的に使用されている **Adult Social Care Outcomes Toolkit** の日本語版が精神障害の当事者においても十分な妥当性と信頼性を有することを示すことができた。

次年度は、これらの結果を踏まえながら、自治体現場で障害福祉計画の「にも包括分野」の評価のためのツール開発を行なっていく予定である。

A.研究の背景と目的

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の分野の第7期障害福祉計画の成果目標は、退院後1年の地域平均生活日数、1年以上の長期入院患者数、入院後3・6・12ヶ月時点での退院率という都道府県の医療計画のアウトカム指標と共通の指標が用いられている。これらは精神病床から地域への移行を促進する指標としては的確であるが、データ利用制度の制約により市区町村単位では指標値算出ができない不便さがある。また入院退院は医療機関にイニシアティブがあり、市区町村の活動状況が直接影響を及ぼす程度は小さ

いかかもしれない。

他方「にも包括」の理念は、「誰もが安心して自分らしく生活」できることや「医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合い、普及啓発の包括的な確保」であり、精神病床からの退院後の生活の支援体制の確保も重要であると考えられるが、地域の中での精神障害者に対する障害福祉サービスの提供体制やサービスの成果を評価することは十分に研究・議論されていない。

障害福祉計画の策定あたりアンケート等によるニーズ調査を実施することが自治体に奨励されており、それらの結果は市区町村が評価指標として適時に利用できる可能

性が高いが、そのようなニーズ調査の実施率や活用状況についての全国的な実態は明らかになっていない。

本研究の目的は、「にも包括」構築のために自治体が障害福祉計画で取り組むべき事項と成果を整理し、市町村が収集可能なデータや実施可能な調査にもとづいた評価指標案を提案することである。

3年にわたる研究期間の初年度であり、第7期計画の策定年度でもあった令和5年度は、次年度以降の準備作業として次の4つの研究を行った。

- 1) 障害福祉計画の「にも包括」構築の分野における成果目標と活動指標の設定実態と課題の把握(障害福祉計画における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の施策評価に関する自治体の実態調査)
- 2) 精神障害を持った人々の生活支援のあり方や支援サービスの評価に関する国際動向の把握(精神障害福祉サービスの評価に関する国内外の文献レビュー)
- 3) 「にも包括」分野を含む障害福祉計画アウトカム評価に実装しうる評価尺度を検証する臨床研究(精神障害当事者における Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) SCT4 日本語版の妥当性・信頼性の検証)
- 4) 二次利用データによる市区町村の地域特性と「にも包括」構築推進の関連を探索する地域相関研究(市区町村職員の精神保健福祉相談支援の困難感に関連する自治体特性の検討)

B.方法

1) 障害福祉計画における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の施策評価に関する自治体の実態調査

a. 本調査に先立ち、予備調査として第6期障害福祉計画の成果目標と活動指標の設

定状況、計画策定にあたって自治体が発行しているアンケート調査の内容を把握する調査を行った。

b. 第7期障害福祉計画について、全市区町村に対してアンケートを配布し、「成果目標の設定内容」「活動指標の設定内容」「策定時の他部局との連携状況」「計画策定・指標設定等で困ること」「実態把握調査の内容」を調査した。

c. 第7期障害福祉計画について自治体職員のインタビュー調査を行い、「にも包括」において定める予定の成果目標と活動指標の項目や困難点を具体的に聴取した。

2) 精神障害福祉サービスの評価に関する国内外の文献レビュー

精神障害福祉サービスのアウトカム評価の方法や評価指標に関する国内外の情報を Pubmed、Google Scholar、Google 等の検索エンジンを用いて探索的に検索した。日本における高齢者の介護サービスのアウトカム評価の政策議論の流れも踏まえながら、同定された文献を総合し、今後の精神障害福祉サービス評価について望まれる方向性について考察した。

3) 精神障害当事者における Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) SCT4 日本語版の妥当性・信頼性の検証

Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) は英国で開発された社会的ケア関連 QOL の評価尺度であり、精神障害をふくむ障害タイプ横断的に利用できる強みをもつ。英国では自治体による公的福祉サービスのモニタリング指標の一つとして採用されており、様々な言語に翻訳され英国外でも活用されている。ASCOT SCT は既に日本語版が作成され、要介護高齢者の社会的ケア関連 QOL のモニタリングへの活用が始まっているが、精神疾患を主な障害とする人における尺度特性は国際的にも十分には検証

されていない。そこで、全国の精神医療機関・障害福祉サービス事業所（22施設）を利用して精神障害当事者 397 名を対象とした臨床研究を行い、ASCOT 日本語版の精神障害者における妥当性（因子構造、基準関連妥当性、構成概念妥当性）と信頼性（内的一貫性、再検査信頼性）の評価を行った。

4) 市区町村職員の精神保健福祉相談支援の困難感に関連する自治体特性の検討

「にも包括」の構築に向けた市区町村の役割としてメンタルヘルスに問題を抱える住民の相談に応じ、助言や情報を提供し、医療・福祉施設の紹介を行うこと（精神保健福祉相談支援）が重要視されてきている。しかしながら、多くの市区町村において職員は精神保健福祉相談支援が困難であると感じていると報告されて（地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究、研究分担者：野口正行、研究代表者：藤井千代）。「にも包括」が円滑に機能するためには市区町村の現場職員の精神保健福祉相談の実務上の困難感が低減された状態がまず必要であり、困難感の低減は「にも包括」実現のための「中間アウトカム」（論理的に先行して達成すべき状態）としても位置づける。1700 以上の市区町村の中で、精神医療や福祉サービス資源の量は不均一であり、サービス機関同士の連携しやすさも地域差がある。どのような市区町村では困難感がより強いのか、あるいは低いのかを調査することは、「にも包括」を促進する要因を見つける上で役立つと考えられる。本研究では市区町村が精神保健福祉相談支援において抱える困難感に関連する自治体特性を検討した。

C. 結果／進捗

1) 障害福祉計画における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の施策評価に関する自治体の実態調査

a. 第 6 期障害福祉計画に関する策定状況などを予備的に把握するため、厚生労働省がインターネット上に掲載していた「地域包括ケアシステムの構築に関する事例集」の中から人口規模を考慮しつつ 20 自治体を選定した。成果目標を 1 つ以上採用していた自治体は 25%、協議の場に関する活動指標を 1 つ以上掲載していた市町村は 70%、障害福祉サービスに関する活動指標を 1 つ以上掲載していた市町村が 80%であった。約 8 割の自治体は障害者基本計画と障害福祉計画を統合的に策定していた。アンケート内容は障害者基本計画を意識した項目で構成されていた。

b. 各自治体が第 7 期計画を策定し終える令和 5 年度末に行ったため、本報告ではアンケート結果は単純集計までをまとめた。第 7 期障害福祉計画の策定状況に関するアンケート調査では、700 市区町村から回答を得た。国から示された成果目標を設定していると回答した市区町村は 17.4%であった。67.6%の市区町村が障害福祉計画と障害者基本計画の同時策定しており、70.1%が実態把握のために「障害をもった住民のみを対象とするアンケート調査」を行っていた。「にも包括」部分の計画や指標設定で困ることとしては「市町村では適時に算出できない指標が含まれている」が最も多く肯定された（67.7%）。

c. 各自治体が第 7 期計画を策定し終える令和 5 年度末に人口 1～3 万人規模の 1 町、20 万人規模の 1 市、中核市の 1 市に対してインタビュー調査を行った。精神科病院からの退院後の支援体制準備のための個別支援活動、地域の連携体制の強化や課題の共有などには取り組んでいたが、それらが地域平均生活日数や早期退院率の成果目標に寄与している実感は持ちにくい、「地域移行支援」「地域定着支援」「自立生活援助」等のサービス給付量は低調であることをもって「にも包括」構築や地域移行の取組みが進

んでいないと評価することは適切ではない、などの意見が聞かれた。サービスの利用量だけの評価だけでなく、その質として満足度等を聴取する必要性は感じているものの、適切な評価方法がなく、通知などで一定の指標が示されることを全ての自治体が希望していた。目標設定にあたり都道府県や医療機関とやりとりしていた自治体はなかった。

以上三調査の結果から、市町村が抱える課題が「市町村にとって成果目標が縁遠い」「市町村等で取り組む活動が十分に指標化されていない」「計画の策定過程における情報・助言の不足」の三点に集約された。

2) 精神障害福祉サービスの評価に関する国内外の文献レビュー

国内外の学術論文、政策報告書、公的機関ホームページなどが同定された。精神障害者へのケアの評価においては、医療サービスと福祉サービスを一体的に評価している文献が多く見られた。国際的な潮流として、患者やサービス利用者による主観的指標が重要視されていた。イギリスでは、福祉的ケアを医療の枠組みと分けて、かつサービス利用者やそのケアを担う家族の主観的評価を含めて行う仕組みが構築されていた。わが国においてもサービスの質を評価する視点が第6期障害福祉計画の中で初めて導入されていた。今後は第三者評価や当事者による評価を充実させることが望まれる。「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」ことを理念とする「にも包括」の実現のためには、入院期間を短縮していくことに加えて、地域の中でどう暮らしていくかにも着目した施策を整備し、達成度を評価する仕組みの構築が必要だと考えられた

3) 精神障害当事者における Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) SCT4 日本語版の妥当性・信頼性の検証

397名から研究参加の同意を得られ、64名が再検査信頼性のための追跡調査に参加した。1因子構造を仮定した適合度指標は、CMIN= 25.98、df= 20 (CMIN/df= 1.299)、 $p=0.166$ 、RMSEA= 0.028、SRMR= 0.029、CFI= 0.989、TLI= 0.985 と良好であった。ASCOT SCT4 日本語版は健康関連 QOL ($\rho=0.619$, $p<0.001$)、主観的な主体性 ($\rho=0.502$, $p<0.001$)、ウェルビーイング ($\rho=0.657$, $p<0.001$)、客観的 QOL ($\rho=0.240$, $p=0.001$) と有意な正の相関、抑うつ、症状 ($\rho=-0.657$, $p<0.001$)、機能評価自己記入版 ($\rho=-0.613$, $p<0.001$)、機能評価面接者版 ($\rho=-0.247$, $p<0.001$) と有意な負の相関を示した。クロンバックの α 係数は 0.76、ICC は 0.71 (95%CI: 0.57-0.81, $p<0.001$) であった。

ASCOT SCT4 日本語版は、地域サービスを利用している日本人精神障害当事者における主観的 QOL を簡便に測定できる尺度として有用な可能性が示唆された。

4) 市区町村職員の精神保健福祉相談支援の困難感に関連する自治体特性の検討

市区町村 ($n=1,005$) の医療・福祉サービス資源の豊富さに関する変数や、機関同士の連携のしやすさを間接的に示す変数について、市区町村の困難感との関連を順序ロジスティック回帰モデルで分析した。その結果、市区町村設置の保健所があること、すなわち市区町村と保健所に組織的な障壁がないこと (OR 0.22, 95%CI 0.09-0.52, $p<0.001$) および、「にも包括」の協議の場を年6回以上開催していること

(OR 0.65, 95%CI 0.44-0.96, $p=0.032$) が、低い困難感と関連していた。他機関との間にある組織的な障壁を取り除く、あるいは地域関係者との協議の場を頻繁に設けることで、連携を取りやすくすることが、

市区町村が精神保健福祉相談を行う際の困難感を軽減させることに寄与する可能性があることが示唆された。

D.総括的考察

計画の1年目にあたる今年度は、自治体における計画策定や成果目標・活動指標の設定に関する実態把握及び、次年度以降の研究を見据えた予備的研究を複数行った。

実態調査の結果は、我々の仮説を概ね支持するものであり、「市町村にとって成果目標が縁遠い」「市町村等で取り組む活動が十分に指標化されていない」「計画の策定過程における情報・助言の不足」ことが明らかになった。成果目標に関しては指標値が市区町村の単位では算出できないことに加えて、市区町村の業務活動が成果目標に寄与しているとは実感しづらいことが指摘された。市区町村の活動が成果目標達成に寄与していく論理的な過程上で、活動の結果を比較的早期に反映するような指標

(ロジックモデルにおける初期アウトカムや中間アウトカム)を自治体が設定できるよう援助することが重要であろう。本年度の研究の一つとして、市区町村職員が精神保健福祉相談を行う際に直面する困難感の程度を中間アウトカムと見立てて、自治体の基礎特性や「にも包括」構築に関連する自治体の体制の関連を分析したところ、市区町村設置の保健所がある自治体、「にも包括」の協議の場を年6回以上開催している自治体で困難感が低いという現場感覚と近い結果が得られている。

自治体の現場課題に対処することが重要である一方で、精神保健医療福祉サービスの目指すべき理想から逆算する戦略も必要である。障害福祉サービスの評価に関する国内外の文献レビューでは、サービスを受ける当事者自身の視点による評価を重要アウトカムとして含めることの重要性が強調されていた。「にも包括」構築分野に限ら

ず、当事者自身による生活の質をアウトカムとして評価できる体制を支援していくことが望まれる。今年度の研究で、我々は英国で用いられている福祉サービス（社会的ケア）のアウトカム評価として公的に使用されている **Adult Social Care Outcomes Toolkit** の日本語版が精神障害の当事者においても十分な妥当性と信頼性を有することを示すことができた。本スケールは障害種別に関わらず使用することができるが精神障害の当事者における尺度特性は国際的にも先行研究がほとんどなく、大変意義のある研究であると考えられる。

次年度は、今年度の研究で得られた具体的課題への対処と問題意識を踏まえ、自治体現場で計画立案と進捗評価に利用できるツールの開発研究を行っていく。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

Igarashi M, Kuroda N, Okada N, Moriyama Y, Abe M, Nara M, et al. Analysis of local authorities providing mental health consultation: toward establishing a community-based integrated mental health care system. (In preparation)

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

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る
成果目標の見直しに資する研究
分担研究報告書

障害福祉計画における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の
施策評価に関する自治体の実態調査

研究分担者：○岡田隆志（福井県立大学 看護福祉学部）
研究代表者：黒田直明（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
研究分担者：森山葉子（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
研究協力者：阿部真貴子（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
五十嵐百花（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
奈良麻結（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
山口創生（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
臼田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター 公共精神健康医療研究部）

※○＝執筆者

要旨

第7期障害福祉計画に位置付けられている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する指標の設定状況及び策定に係る課題等を明らかにすることが本分担研究班の役割である。3年を期間とした本研究の1年目にあたる本年度は、第6期計画の策定状況を踏まえて、市町村を対象とした調査（アンケート・インタビュー）を行った。

アンケート調査及びインタビュー調査ともに年度末での実施であったため、本報告では、アンケート調査は設問に対する単純集計結果まで、インタビュー調査は3市町村の結果をまとめた。成果目標及び活動指標の掲載状況、計画策定に係る連携状況、困りごと等を分析した結果、市町村が抱える課題を「市町村にとって成果目標が縁遠い」「市町村等で取り組む活動が十分に指標化されていない」「計画の策定過程における情報・助言の不足」の3点に暫定的に整理した。次年度以降、これらを軸にさらに実態把握を進めながら、課題の解消に向けた方策を提示していく予定である。

A.研究の背景と目的

令和5年度末に各自治体では、令和6年4月から3か年を計画期間とする第7期障害福祉計画を策定した。同計画の目標の一つとして挙げられている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の構築は、第5期計画から提示されている。第7期の成果目標は、前回（第6期）のままとなり、活動指標につい

ては「精神障害者の自立訓練（生活訓練）」が追加されるなど若干の修正が加えられた。

第7期計画の国の基本指針を策定する過程において、社会保障審議会障害者部会から、自治体が成果を評価するうえで適時に把握又は測定可能な項目となっていないことが指摘された。そこで、自治体取り組みを成果するうえで適時に把握又は測定が

可能となる新たな成果目標及び目標値の提示が求められている。

本分担研究班では、現行の計画に位置付けられている「にも包括」に関する指標の設定状況及び策定に係る課題等を明らかにすることを主な役割として班活動を行っている。3年度を期間とした本研究の1年目にあたる本年度は、「にも包括」の基礎自治体である市町村を対象として調査分析を進めることにした。

B.方法

1. 第6期障害福祉計画に関する策定状況の実態把握

第6期計画の国基本指針では、これまでの成果目標である「精神病床の1年以上入院患者数」と「退院率：入院後3ヵ月、6ヵ月、1年」に「精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数」が指標に追加された。そして活動指標には、協議の場の開催に関することと、精神障害者が地域生活への移行後に利用が見込まれる障害福祉サービス、そして都道府県には精神病床における退院患者の退院後の行き先も設定された。

そこで、市町村が国の基本指針を受けて、「にも包括」の指標をどのように設定しているか、また、精神障害者のニーズを把握するためのアンケートはどのような項目で行われているかを調査した。

自治体の選定にあたっては、厚生労働省がインターネット上に掲載していた「地域包括ケアシステムの構築に関する事例集」の中から人口規模を考慮しつつ20自治体を選定した。

2. 第7期障害福祉計画の策定状況に関するアンケート調査

第7期障害福祉計画の「にも包括」において定める予定の成果目標と活動指標の項目や困難点について調査することを目的と

した。調査対象は全国の市区町村とし、都道府県の障害福祉主管課を通じて、市区町村の障害福祉計画担当あてにアンケート用紙を送付した。

主な質問項目は、「成果目標の設定内容」「活動指標の設定内容」「策定時の他部局との連携状況」「計画策定・指標設定等で困ること」「実態把握調査の内容」とした。

3. 第7期障害福祉計画の策定状況に関するインタビュー調査

第7期障害福祉計画の「にも包括」において定める予定の成果目標と活動指標の項目や困難点を具体的に聴取することを目的とした。市町村の実態をより詳しく理解するため、アンケート調査の結果と合わせて解釈が行えるよう上記2「第7期障害福祉計画の策定状況に関するアンケート調査」と並行しながら取り組むこととした。調査対象は研究者と日頃からかかわりのある自治体か主に、人口規模を考慮しながら選定することにした。インタビューは精神障害者福祉業務に携わる職員と障害福祉計画の策定を中心的に担った職員とした。

インタビューはインタビューガイドを用いて行い、主な質問項目は「自治体の概要」「精神障害者に対する障害福祉サービス提供に関する課題」「障害福祉計画の策定と実施に関する課題」とした。

4. 倫理的配慮

本研究のアンケート調査及びインタビュー調査については、福井県立大学人権擁護・倫理委員会の承認を受け、実施した（受付番号S2023008）。

C.結果／進捗

1. 第6期障害福祉計画に関する策定状況の実態把握

調査対象とした自治体の約8割は、障害

者基本計画と障害福祉計画を統合して計画を策定していた。

成果目標の指標のうち少なくとも1つ以上を採用していた自治体は、20市町村のうち5(25%)であり、指標化せず文章として掲載していた市町村は15(75%)であった。活動指標に関しては、協議の場に関する指標1つ以上掲載していた市町村は14(70%)であり、障害福祉サービスに関する指標を1つ以上掲載していた市町村が16(80%)であった。記載のない市町村は3(15%)であった。

市町村が行うアンケートに関しては、統一された調査項目とはなっておらず、その内容も障害者基本計画の11分野に関連した項目であり、「にも包括」に関する調査項目は確認できなかった。

各項目の質問区分は、主に本人の現状、サービス等の利用状況、サービス等の認知度・頻度、サービス利用の変化、満足度・必要度等に関する質問に大別できた。

2. 第7期障害福祉計画の策定状況に関するアンケート調査

全国1747市区町村にアンケート調査を配布したが、2024年1月に発災した能登半島地震の被災の影響があった市区町村には回答を求めないことにした。結果、700か所(40.1%)からの回答があり、そのすべてを有効回答として扱った。

本調査の実施時期が令和5(2023)年度末であったことから詳細な分析まで至っておらず、本報告では、主だった質問内容の単純集計結果のみ取り上げる。

人口規模別の回答状況を見ると、人口1万人未満の回答率が26.8%(142)と他の人口規模と比べると10ポイント以上低かった。

成果目標の設定に関しては「国から示された成果目標、かつ、独自の成果目標を設定している」または「国から示された成果

目標のみを設定している」と回答した市区町村は17.4%(122)であった。一方、記載のない市区町村は31.4%(220)であった。

障害福祉計画と障害者基本計画の同時策定している市区町村は、67.6%(473)であり、「にも包括」部分の計画策定時の他部署との連携を「あり」と答えたのは、44.4%(311)市区町村であった。連携先としては、精神保健医療38.3%(268)、障害福祉31.6%(221)、高齢者福祉19.4%(136)という順で多かった。

「にも包括」部分の計画や指標設定で困ることに関しては、「市町村では適時に算出できない指標が含まれている」が最も高く67.7%(474)であり、次いで「退院率など精神病床からの移行指標は市町村の活動と関連させづらい」が60.1%(421)、「地域移行支援・地域定着支援の利用者数が伸び悩んでいる」が47.6%(333)、「にも包括自体の概念がわかりにくい」が40.4%(283)と続いた。

実態把握のための調査に関しては「障害をもった住民のみを対象とするアンケート調査」が70.1%(491)と最も多く、次いで「サービス事業者へのヒアリングまたはアンケート調査」が51.6%(361)、「当事者団体等へのヒアリング又はアンケート調査」が42.1%(295)と続いた。実態調査をしていない市区町村は13.6%(95)であった。

3. 第7期障害福祉計画の策定状況に関するインタビュー調査

各自治体が第7期計画を策定し終えたのは令和6(2024)年3月であった。そのため、インタビュー調査は同時期から開始した。本報告では、令和6(2024)年3月に行った3自治体の結果概要を報告する。

3自治体の構成は、人口1~3万人規模の1町、20万人規模の1市、中核市の1市である。

① 精神障害者への障害福祉サービスの

提供状況

就労系サービスの提供に関しては待機者がいないことから量としては充足しているが、一部の自治体で居宅介護事業所が減少しておりサービスが提供しにくい状況となっていた。また、小規模の自治体では同自治体にはないサービスの種類を提供するうえでの近隣自治体との連携強化が必要であること、また、重度の障害がある利用者の受け入れ先が十分でないこと等が課題とされていた。

相談支援体制に関しては、その機能はかなりひっ迫している現状と評価されていた。事業所数及び相談支援専門員の不足、計画相談に係る業務の増大に加え、相談支援事業所の中には精神障害・発達障害利用者の相談を「困難ケース」として委託相談・基幹相談事業所に対応を委ねるため、必要以上の業務負担がかかっていた。生活支援に係る利用者の満足度を高めるために、自治体として相談支援専門員との密な連携を図っていた。

② 第7期の策定状況

各数値目標を設定するにあたっては、全ての自治体が所属で利用している管理台帳システムを用いていた。それ以外の障害福祉等に関連するデータを利用していなかった。サービスを利用する当事者の意向、地域の実情の把握に関してはアンケート等の調査を行っており、3自治体全てが無作為抽出した障害者へのアンケート調査を実施、2自治体は当事者団体へのヒアリング、1自治体は住民向け・事業所向けのアンケート調査を行っていた。ただし、調査の主旨は、全ての自治体とも障害福祉計画の評価のためというより障害者基本計画を含む施策全般の評価のためであった。

各種調査の設問の組み立て方に関して、担当者が優先的に考えていたことは、経年比較できることであった。そのため、質問項目は既存の内容を踏襲し、そこに国指針

として重点項目として新たな内容等があれば追加、修正していた。結果の活用方法は、各設問の単純集計がほとんどであり、詳細な分析までは手が行き届かない、方法が見いだせないとのことであった。

成果目標及び活動指標の実績の分析、評価に関して国基本指針ではロジックモデル等のツールの活用、EBPMやPDCAに関する取り組みを考慮することが提示されているが、そのような導入を計っている自治体は1つもなかった。

全ての自治体で、サービスの利用量だけの評価だけでなく、その質として満足度等を聴取する必要性は感じているものの、適切な評価方法がなく、通知などで一定の指標が示されることを希望していた。

「にも包括」の活動指標には、障害福祉サービス量のうち、精神障害者の実績や見込量を反映させる項目があるが、精神障害者だけの実績を算出することは全ての自治体ともシステムから抽出できるため困難さはないと回答していた。

「にも包括」に関する成果目標については、全ての自治体が具体的な指標項目を掲載していなかった。その理由は市町村が主体となって把握できないデータであり確認・評価できないからであった。また、都道府県から助言を受けて掲載していないという自治体もあった。活動指標に関しては、国基本指針の項目を全て設定していた自治体、「にも包括」に特化せずに障害福祉サービスの見込量の算定の際に地域移行者数分を上乗せしていた自治体などがあった。また、目標設定にあたり、都道府県や医療機関とはやりとりしていたかどうかを尋ねたところ、全ての自治体が行っていなかった。

長期入院患者の地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備量（利用者数）の把握に関して、国基本指針にはその積算方法が示されているが、それを参考に

した自治体はなかった。

活動指標の策定にあたり、市町村独自の項目として、ピアサポーターの活用に関する内容を導入している自治体があった。

③ 「にも包括」の目標・指標値と自治体が提供するサービスとの連動状況

地域平均生活日数の向上や早期退院率の上昇などに直結するような具体的な取組みを尋ねたが、思い浮かぶことがないという自治体が全てであった。ただ、精神科病院から退院する住民に対して、退院前の会議への参加、障害福祉サービスの認定調査のための訪問などは求めに応じて自治体として取り組んでいた。また、協議会を開催し、地域の連携体制の強化、地域定着に関する課題の把握なども行っていた。サービス給付としての「地域移行支援」「地域定着支援」「自立生活援助」等の利用者数が低調であることによって、「にも包括」の取組み、地域移行の取組みが進んでいないと評価されたくはないとの考えを持っていた。「地域移行支援」「地域定着支援」に関しては、パンフレット等を作成して周知をしている自治体もあった。しかし、相談支援事業所の人的問題、報酬体系の不十分さなどもあり、活用に至らないことが影響していると考えられていた。

地域特性によっては長期に入院していた者が退院するにあたりきめ細やかなサービスが提供できない実情、住民の無理解によって生じる受入拒否など、サービス給付量だけでは進められない実情をどのように考慮するかが課題として挙げられた。

D.考察

今年度、本分担研究班で取り組んだ上記の内容をもとに、障害福祉計画における

「にも包括」部分の策定における課題点を中心に考察を行う。そのうえで、今後取り組んでいく調査研究の方向性を記す。

①市町村にとって成果目標が縁遠い

アンケート調査の結果、約3割の自治体で、成果目標が設定されていない、活動指標においても2割強の自治体は具体的な指標の設定がなされていない実情が明らかになった。アンケートとインタビューの結果を踏まえると、市町村にとって成果目標は自分たちの業務に縁遠く捉えられていると考えられるだろう。その要因として考えられることは、指標自体が市町村で把握することができず、また、業務との関連が薄いと考えられているからであろう。もっとも、「にも包括」の概念等もいまだ理解が浸透されていないことも明らかになり、障害福祉計画に導入されてすでに3期目になるものの、今後も丁寧に説明する機会を増やすことが求められる。

また、「にも包括」の目標は、地域でその人らしく暮らせることである。そのことを踏まえ、市町村では、住民が「退院後どれくらい地域で生活し続けられているか」と併せて「どのように暮らし続けているか」の把握に努めていく必要を感じていた。しかし、それを評価する指標も把握する方法も今のところは存在しない。今後、この点について研究班では他分野の取り組みなどを踏まえて、調査を進めていくことが必要と考えている。

②市町村等で取り組む活動が十分に指標化されていない

第7期計画における活動指標は、「精神障害者の地域移行支援の利用者数」など全8項目が設定されている。そのうち、「地域移行支援」「地域定着支援」の利用者数は給付事業となって以降、低調のままである。市町村の約半数がこの状況を課題としているが、それは利用者数の拡大を目指すことだけを意味しているのではなく、この数値が低調であることで、地域移行への取り組みが行われていないと考えられたいという意向も含まれていると推察される。実際、インタビュー結果から明らかに

なったとおり、地域移行への支援にあたっては、自治体職員や相談支援事業所職員は医療機関等にアウトリーチ支援を行っているが、それが数値として計上できていない。また、地域移行や定着にあたっては、住民への普及啓発や居住支援の充実などあらゆる取り組みが連動して行われていなければならない。このことから「にも包括」に向けた市町村の取組みが十分に指標化されていないことが課題として考えられるため、今後はその点を踏まえ、市町村の実態に即した活動指標の見直し等を検討・検証していく必要がある。

③計画の策定過程における情報・助言の不足

国基本指針「第三 計画の作成に関する事項」の「2 計画の作成のための体制の整備」に記載されているとおり、障害福祉計画は、市町村内外の幅広い関係者との連携、そして都道府県との間の連携をもって策定することが求められている。しかし、アンケート調査では、他部署と連携している市町村は半数に満たず、最も連携している「精神医療保健」部署でも4割弱という結果であった。連携という意味合いが多義的であるため、アンケート結果だけではその内容までは把握できないため、今後、連携に関する課題について詳細に確認、分析していく必要がある。

一方、より深刻であることは都道府県との連携不足についてであろう。アンケート結果を見ると、都道府県からの助言等が得られないことを課題にしている市町村は1割強であった。これだけを見ると、助言等が得られていると判断できそうであるが、インタビュー結果から、策定に関して都道府県とのやりとりがほぼ行われていないことがうかがえた。つまり、都道府県からの助言等は市町村から期待されていないとも捉えることができる。一方で、市町村はアンケートの結果等に関する分析方法、ロジ

ックモデルなど評価指標の導入、基盤整備量の積算方法などに困難さを抱えていることがうかがえる。これらを踏まえれば、市町村が抱える課題の解消あるいはより実態を反映した計画の策定に資するためには都道府県の関与は不可欠であり、たとえ市町村から積極的な求めがなくても、都道府県としては市町村支援に取り組むことが必要ではないかと考えられる。この点については、今後都道府県へのインタビュー調査等で実態を把握していく必要がある。

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

障害福祉計画「にも包括」分野の策定・評価に関する自治体実態調査（速報値）

問1 回答自治体について

回答自治体の属性

	政令市	特別区	中核市	保健所設置市	一般市町村	Total
	20 (1.1%)	23 (1.3%)	62 (3.5%)	5 (0.3%)	1,637 (93.7%)	1,747 (100.0%)

回答

あり	17 (85.0%)	13 (56.5%)	42 (67.7%)	3 (60.0%)	625 (38.2%)	700 (40.1%)
なし	3 (15.0%)	10 (43.5%)	20 (32.3%)	2 (40.0%)	1,012 (61.8%)	1,047 (59.9%)

回答自治体の人口規模

	1万人未満	1~5万人	5~10万人	10~30万人	30万人以上	Total
	530 (30.5%)	685 (39.4%)	242 (13.9%)	197 (11.3%)	86 (4.9%)	1,740 (100.0%)

回答

あり	142 (26.8%)	278 (40.6%)	114 (47.1%)	106 (53.8%)	60 (69.8%)	700 (40.2%)
なし	388 (73.2%)	407 (59.4%)	128 (52.9%)	91 (46.2%)	26 (30.2%)	1,040 (59.8%)

問2 第7期障害福祉計画の「にも包括」部分の成果目標について

・国から示された成果目標、かつ、独自の成果目標を設定している	15 (2.1%)
・国から示された成果目標のみを設定している	107 (15.3%)
・成果目標は設定していないが、計画書内に記述がある	280 (40.0%)
・成果目標は設定しておらず、計画書内に関連する記述もない	220 (31.4%)
・独自の成果目標のみを設定している	78 (11.1%)
	700(100%)

国による成果目標の採用状況

・退院後1年間の地域平均生活日数	
設定あり	61 (8.7%)
設定なし	639 (91.3%)
・精神病床における退院率	
設定あり	82 (11.7%)
設定なし	618 (88.3%)
・精神病床における1年以上の長期入院患者数	
設定あり	74 (10.6%)
設定なし	626 (89.4%)

3 第 7 期障害福祉計画の「にも包括」部分の活動指標について

活動指標の設定

・国から示された活動指標、かつ、独自の活動指標を設定している	25 (3.6%)
・国から示された活動指標のみを設定している	462 (66.1%)
・活動指標は設定していないが、計画書内に記述がある	86 (12.3%)
・活動指標は設定しておらず、計画書内に関連する記述もない	88 (12.6%)
・独自の活動指標のみを設定している	38 (5.4%)
	700(100%)

国による活動指標の設定状況

・保健・医療・福祉関係者による協議の場（設置・開催回数・参加者数・実施回数のいずれか又は複数）	
設定あり	482 (68.9%)
設定なし	218 (31.1%)
・サービス種別の障害福祉サービス利用者数（地域移行支援・共同生活支援・地域定着支援・自立生活援助・自立訓練（生活訓練）のいずれか又は複数）	
設定あり	347 (49.6%)
設定なし	353 (50.4%)
・精神病床からの退院患者の退院先	
設定あり	15 (2.1%)
設定なし	685 (97.9%)

問 4 障害福祉計画と障害者基本計画の同時策定について

・している	473 (67.6%)
・していない	224 (32.0%)
・無回答	3 (0.4%)
	700(100%)

問 5 障害福祉計画の「にも包括」部分の策定時に他部局との連携について

・あり	311 (44.4%)
・なし	387 (55.3%)
・無回答	2 (0.3%)
	700(100%)

「にも包括」部分の計画策定時の連携先

・精神医療/精神保健関連の部局	
あり	268 (38.3%)
なし	432 (61.7%)
・障害福祉関連の部局	
あり	221 (31.6%)
なし	479 (68.4%)

・高齢者生活・介護関連の部局	
あり	136 (19.4%)
なし	564 (80.6%)
・児童福祉関連の部局	
あり	121 (17.3%)
なし	579 (82.7%)
・交通関連の部局	
あり	21 (3.0%)
なし	679 (97.0%)
・消防関連の部局	
あり	14 (2.0%)
なし	686 (98.0%)
・その他	
あり	28 (4.0%)
なし	672 (96.0%)

問6 障害福祉計画の「にも包括」部分の計画・指標の設定やモニタリングで困ることについて

・市町村では適時に算出できない指標（退院率など）が含まれている	
あり	474 (67.7%)
なし	226 (32.3%)
・退院率など精神病床からの移行指標は市町村の活動と関連させづらい	
あり	421 (60.1%)
なし	279 (39.9%)
・共同生活援助（GH）など特定サービス利用者数を精神障害者に限定して算出することが大変	
あり	160 (22.9%)
なし	540 (77.1%)
・地域移行支援・地域定着支援等の利用者数が伸び悩んでいる	
あり	333 (47.6%)
なし	367 (52.4%)
・「協議の場」の設置・運営・評価方法に苦慮している	
あり	173 (24.7%)
なし	527 (75.3%)
・策定にあたって都道府県からの助言等が得られない	
あり	98 (14.0%)
なし	602 (86.0%)
・にも包括自体の概念がわかりにくい	
あり	283 (40.4%)
なし	417 (59.6%)
・サービス支給量や活動回数に基づく指標では当事者や家族の声を反映させにくい	
あり	225 (32.1%)
なし	475 (67.9%)

・その他	
あり	22 (3.1%)
なし	678 (96.9%)
・特になし	
あり	48 (6.9%)
なし	652 (93.1%)

問 7 障害福祉計画の「にも包括」部分の計画・指標の設定やモニタリングの参考としての実態把握調査について

・障害を持った住民のみを対象とするアンケート調査	
あり	491 (70.1%)
なし	209 (29.9%)
・障害の有無を問わず住民一般へのアンケート調査	
あり	122 (17.4%)
なし	578 (82.6%)
・当事者団体等へのヒアリング又はアンケート調査	
あり	295 (42.1%)
なし	405 (57.9%)
・サービス事業者へのヒアリング又はアンケート調査	
あり	361 (51.6%)
なし	339 (48.4%)
・その他	
あり	30 (4.3%)
なし	670 (95.7%)
・実態調査はしていない	
あり	95 (13.6%)
なし	605 (86.4%)

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る成果目標の見直しに資する研究

精神障害福祉サービスの評価に関する国内外の文献レビュー

研究分担者 ○ 森山葉子（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
研究代表者 黒田直明（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
研究分担者 岡田隆志（福井県立大学 看護福祉学部）
研究協力者 阿部真貴子（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
五十嵐百花（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
奈良麻結（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
山口創生（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
白田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター 公共精神健康医療研究部）

※○＝執筆者

研究要旨

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」）の成果目標を検討するにあたり、国内外における精神障害福祉サービスのアウトカムがどのように評価されているか把握し参照するため、文献調査を行った。

Pubmed、Google Scholar、Google 等の検索エンジンを用いて、日本語では、精神障害福祉サービスや精神疾患、精神保健と評価の組み合わせ、英語では、Mental health や Mental disorder と care や care service との組み合わせ、あるいは、Social welfare, Social Care, Mental health service, Mental health support service と、Quality measurement, Quality indicators, Outcome measurement, QOL, Patient-reported outcome measure との組み合わせ、また、Quality of mental health care, Mental health care quality assurance 等の用語を用いて探索的に検索した。

精神疾患を起因として精神障害保健福祉サービスを利用している人は、同時に医療を受けることも多く、医療と福祉を切り離せないためか、海外における評価では、医療と福祉の両面を見ながらも、医療における客観的な指標が多く設定されていた。一方で、国際的な潮流として、患者やサービス利用者による主観的指標も重要視されてきていた。イギリスでは、ケアを医療の枠組みと分けて、かつサービス利用者やそのケアを担う家族の主観的評価が行われるしくみが構築されていた。

また、各国で障害の考え方やサービス認定の方法が異なり、機能の障害程度に着目するか、そのことにより社会参加や日常生活にどの程度支障があるかを重視するかにより、その後の評価の着眼点も異なり、後者では当事者による主観の評価が重視されるのではないかと考えられた。

わが国では、自治体の障害福祉計画に係る成果目標として、地域生活や一般就労への移行を重視した目標が設定されてきたが、障害福祉サービスの質の向上を図るための取組みに係る体制を構築することが、第6期障害福祉計画の中で初めて盛り込まれた。現行の

サービスの質向上に向けた取組としては、指定基準、指導監査、報酬制度、情報公表制度などを用いており、利用者や家族による評価は一部でのみ行われているが、今後は第三者評価や当事者による評価の充実が望まれる。

「にも包括」の大きな目標として、「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」ことを掲げており、地域移行を入院期間の短縮のみから評価するのではなく、地域の中でどう暮らしていくかにも着目した施策を整備し、達成度を検討できる指標や評価の仕組みを構築していくことが必要だと考えられた。

A. 研究目的

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」）の分野の第7期障害福祉計画の成果目標は、退院後1年の地域平均生活日数、1年以上の長期入院患者数、入院後3・6・12カ月での退院率となっている¹⁾。長期入院をしてきた精神疾患を抱える患者の地域移行に向けては重要な指標であり、また、これらは医療計画と統一されており、整合性の観点からも必要な指標である。一方で、「にも包括」が目指す「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」²⁾ことが物理的にも心理的にも達成されているかを評価すること、あるいはここに至る取組が適切に行われているかを評価していくことも必要であり、今後、これらを指標としてどのように取り入れていくか検討が必要である。

「にも包括」の成果目標を検討するにあたり、国内外の精神障害福祉サービスのアウトカムの評価がどのような指標、方法でなされているのか、文献レビューを行い、検討の参考とすることを目的とした。

B. 研究方法

Pubmed、Google Scholar、Google等の検索エンジンを用いて、日本語では、精神障害福祉サービスや精神疾患、精神保健と評価の組み合わせ、英語では、Mental healthや

Mental disorderとcareやcare serviceとの組み合わせ、あるいは、Social welfare, Social Care, Mental health service, Mental health support serviceと、Quality measurement, Quality indicators, Outcome measurement, QOL, Patient-reported outcome measureとの組み合わせ、また、Quality of mental health care, Mental health care quality assurance等の用語を用いて、探索的に検索した。（システマティックレビュー等を行う目的ではなく、系統的な検索は行っていない）。

C. 研究結果

精神疾患を起因として精神障害福祉サービスを利用する人は、医療サービスも同時に受けることが多いためか、評価の枠組みや指標を独立して構築している国は少ない。また数値で示せるような客観指標が多かった。以下に、精神疾患・障害に関わる指標として挙げられていたものを示す。

欧州では、European Commissionのヘルス・モニタリング・プログラム（HMP）が1997年に発足し、このプログラムの元、EU加盟国とノルウェーが参加し、Mental Healthをモニタリングするための指標を確立するプロジェクトが進められた³⁾。メンタルヘルス指標として、健康状態（自殺を含む死亡率や罹患率）、健康の決定要因

(本人の状況、孤立やサポートなど社会的・環境的要因)、ヘルスシステム(医師数などの医療資源、ヘルスケア利用量、医療費、認定の有無によるヘルスケアの質指標)が定められた³⁾。

また、米国の研究者らにより、メンタルヘルスケアの質評価指標が国際的に統一されておらず、国際比較が難しいことから、11か国と2機関(OECD、EU)から指標を収集し、17領域、80サブ領域に整理された656の指標が得られた⁴⁾。17領域の指標は、1 症状や診断、2 根拠に基づく薬物療法、3 根拠に基づく心理社会的介入、4 その他の身体的介入、5 物質使用、6 一般的な医療、7 ケアの継続性と調整、8 アクセス、9 利用率やコスト効率、10 医療安全、11 法医学・法的問題、12 アウトカム評価、13 リカバリー、14 文化・民族問題、15 人口あたり資源、17 患者や家族のケアに対する評価であり、いずれの指標も全部の国や機関で得られたものではなく、国際比較するためには、共通の測定枠組みが必要であった。17領域の中には、アウトカム評価や患者・家族視点の評価等も含まれていた⁴⁾。

OECDがHealth Care Quality Indicators (HCQI)⁵⁾を検討する中で、ケアの質指標を開発する優先領域としてMental health careを掲げ、これまでに示されてきた医療従事者数(例:精神科医)や健康状態(例:自殺)に関する指標を元に、治療、ケアの継続性、ケアの連携、患者のアウトカムの4つの主要領域をカバーする12の指標を選定した⁶⁾。いずれも治療に関するものや、自殺や死亡率に関する客観的指標であり、福祉サービスに関する指標は見当たらなかった。

さらに、OECDにより、メンタルヘルスを予防、治療、管理するための取組が不十分

であるとし、メンタルヘルスパフォーマンスの6つの主要原則(患者中心、利用しやすく質の高いメンタルヘルスサービス、統合され連携されたアプローチ、心の健康の予防と促進、リーダーシップとガバナンス、将来思考で革新的)が示された^{7,8)}。この主要原則にそれぞれ具体を示す副原則も示し、これらを合わせてOECDメンタルヘルスパフォーマンスフレームワークを構築した。患者中心の項目の中には、患者が回答するアウトカムや、入院中に医師や看護師から丁寧に扱われたと回答した患者の割合、といった患者本人による主観評価も含まれていた^{7,8)}。

わが国で行われた調査では、精神保健福祉医療体制の国際比較として、各国の精神医療提供体制や、精神医療・精神障害福祉におけるケアについてまとめられており、急性期の治療が終了したあとの長期ケアについて、脱施設化、地域移行を進めてきた国が多く、欧米では1950年代以降に順次移行を開始し、オーストラリア、韓国は1990年代からであった⁹⁾。欧州の各国が地域生活への移行を進めてきた中で、ベルギーは人口当たりの精神病床数が2011年時点で日本に次いで多く、私立精神科病院が多いという共通の特徴もあった¹⁰⁾(以下、ベルギーに関する記述はすべて引用文献10)から引用)。その後、精神医療改革として、精神科病院が自主的に病床を削減し、それまでの病院収入を補償しながら、急性期治療チームと慢性期治療を行う地域治療チームからなるモバイルチームを開始し、地域移行につなげてきた。単なる病棟転換ではなく、早期介入や、リカバリー思考の精神保健サービスを目指すなど、患者本位の理念のもと改革が行われたことが、成功につながっているようであった。

長期ケアは居住型ケア施設や住居で提供される国が多く、ドイツやイタリアでは長期ケア向けの病床が存在せず、フランスも同様に存在しないが1年以上の入院患者が一定数存在する。韓国では、長期ケアも主に病院で提供されている⁹⁾。

また、精神障害に限らず、障害福祉サービス全般として、障害福祉制度の枠組みや、障害サービスの給付内容等についてまとめられている調査があり¹¹⁾（以下本段落の内容はすべて引用文献¹¹⁾より引用）、障害関連施策を主導する省庁について、医療・福祉を所管する省が務める国（アメリカ、フランス、韓国）と、労働・年金を所管する省が務める国（イギリス、ドイツ）、双方を所管する省が主導する国（スウェーデン）があった。障害の定義については、日常生活や社会活動に相当程度の影響を与えているかという観点で、調査国全般で、含まれている点で共通していたが、アセスメント方法について、包括的な方法をとる国（ドイツ、フランス、韓国）と、個々の給付ごとに実施する国（アメリカ、イギリス、スウェーデン）がみられた。

障害の捉え方に、障害の社会モデルと医療モデルの2つの考え方があり、医療モデルは障害者本人の身体的・知的・精神的機能に着目しているが、社会モデルでは、障害の問題を障害者が経験する社会的不利として、その原因は社会にあるとしている¹²⁾。障害の定義や障害サービス認定をする際に、どちらの考え方に近いかにより、認定の方法や考え方が異なる。また、アセスメントする際に医療従事者のみか、それ以外の組織や人も含まれるかといった、誰がアセスメント（障害程度認定）を行うかにより、認定で重視される要件も変わり、大きく、障害手帳の有無や障害程度に基づき

認定する国（フランス、ドイツ、ベルギー等）と、ニーズアセスメントにより認定する国（オランダ、スウェーデン、デンマーク、ノルウェー、イギリス等）に分けると、後者の方が障害当事者の参加が進んでいると指摘されていた¹²⁾。日本は、障害程度に基づく認定を行っているが、認定は主に機能評価に基づいており、医療モデルを主としている¹²⁾。

ここまで海外の精神障害福祉サービスの提供体制や評価体系について示したが、急性期治療のあとの長期ケアについても、サービスの評価指標についても、全般的に医療と福祉は分かれておらず、また評価指標では客観指標が多かったが³⁻⁸⁾、一方で、当事者による回答や、当事者の主観を扱う指標の重要性も謳われていた^{4,7,8)}。

イギリスでは、国の逼迫した財政負担、慢性疾患や併存疾患を持つ患者の増加、また質の高いケアの要請などに対応するため、2010～2012年の間に、国民の健康アウトカムに関する変革が行われ、健康・医療、公衆衛生、社会的ケアに関する3つのフレームワークが構築された¹³⁾。そのうちのひとつ、社会的ケアに関連するアウトカム指標体系として、Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) が構築され、ケアや支援サービスが、人々にとって最重要アウトカムをどれだけ達成しているかを測定し評価している。ASCOFの枠組で評価することにより、地域としては、地域介入の効果を評価し、改善を行う優先順位を特定したり、地域での戦略計画やリーダーシップの役割を示したりすることもできる。また、サービスによる効果を可視化することで、サービスの質を示すことも可能である。国としては、質の高いサービスの提供と、その成果を蓄積していくことで、

成人のSocial Careシステム全体のパフォーマンスを実行していく。また、サービスの評価をし、国の政策策定に生かし、情報提供と支援をしていくことが可能となる¹⁴⁾。

英国では、毎年、自治体に対し調査がなされ、The Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) により、サービス利用者とそのケアを担う家族の社会的ケアに関連する状態が把握される。その結果を自治体間で比較したり、推移を検討したりすることができるよう、公表されている¹⁵⁾。また、ASCOTは嗜好に基づく尺度であり、重みづけを用いて社会的ケア関連QOL

(Social Care related QOL:SCRQOL) を算出することができる^{16,17)}。得られたSCRQOL値は、質調整生存年 (QALY) 計算に基づいて、ケアに関する経済評価にも適用することができる。

ASCOTの枠組みの中でMental Healthについては、ASCOTによる評価の他に、精神保健サービスにつながっている成人のうち、有償雇用に従事している者の割合と、自立生活をしている者の割合を評価しており、これらは健康・医療の枠組みや、公衆衛生の枠組みとの共通指標として設定されている¹⁸⁾。

ASCOTは、Social Careを利用する人の社会的ケア関連QOLを測定する尺度であり、成人であれば、必要な支援の理由は問わない。英国ではASCOTの中で、精神疾患・障害によりSocial Careを利用している人にもASCOTによる調査がなされている。研究としては、精神疾患・障害によるSocial Care利用者を対象としてASCOTを用いることについて、妥当性は確認されたが、フォローアップ調査ができず、再現性は確認できていないとするものがあった¹⁹⁾。また、

精神疾患・障害によるSocial Care利用者のSCRQOLは、身体障害や、視覚・聴覚などの感覚障害によるサービス利用者より低かったとされている¹⁹⁾。

ASCOTについては、自己記入式ASCOT SCT-4の日本語版が開発されており²⁰⁾、介護保険サービスを利用する高齢者を対象に妥当性が確認され²¹⁾、SCRQOLと関連する要因等が分析されており²²⁾、今後の活用が期待されている。

次に、わが国の精神障害福祉サービスの評価について見ていく。精神障害に限らず、自治体の障害福祉サービスの評価としては、地域生活や一般就労への移行が重視され、施設入所者のうち地域生活へ移行した者の割合や、精神病床からの退院率や、退院後1年以内の地域における平均生活日数、一般就労への移行率や定着率、地域生活支援拠点の整備、相談支援体制の強化等が目標として設定されてきた²³⁾。障害福祉サービスの質の向上を図るための取組みに係る体制を構築することが、第6期障害福祉計画の中で初めて盛り込まれ、令和5年度中に都道府県や市町村で実施することを目標として取り組んできた。

現行のサービスの質向上に向けた取組としては、指定基準による人員配置や基準の順守、指導監査による基準の徹底、報酬制度による専門職の配置や個別支援の実施、情報公表制度等を用いており、第三者評価の受審率は低く、サービス利用者やその家族その家族による評価は一部で行われているのみである²⁴⁾。指定基準や報酬による評価は、主にストラクチャーの評価であり、今後はより提供されたサービス内容の評価となるプロセス指標やアウトカム指標での評価を検討することなどが社会保障審議会でも議論された。合わせて、第三者評価や

当事者による評価の充実が望まれる。

D. 考察

国内外で、精神障害福祉サービスのアウトカムがどのように評価されているかを検討した。OECDやEU等で指標が提示され、同じ指標で国際比較を行うことが目指されていたが、いずれも医療に関する指標や、客観指標が多かった。わが国の精神障害福祉サービスに関する評価においては、ストラクチャー視点での評価が多く、サービス内容を評価するようなプロセス指標やアウトカム指標の導入が検討されているところである。

日本では、2004年の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」以来、欧米より数十年遅れて、地域移行を進めてきた。ベルギー同様、精神科病床の多い国であったが、ベルギーの精神医療改革の失敗と成功から学ぶこととして、長期入院の解消を目的とした病棟転換ではスムーズに進まず 早期発見や、症状の軽減ではなく患者の価値観を実現することを理念にするなど、患者本位の治療やケアを目指すことが必要だと考えられる¹⁰⁾。こうした改革の理念や、医療モデル、社会モデルのいずれでとらえるか、誰がアセスメントを行うかなど、障害の定義や認定に向けた考え方や方法のちがいは、その後のサービスの評価における着眼点も異なることが想定される。日本では、認定方法など医療モデルよりの考え方があり、評価の方法もストラクチャーの視点が中心であるが、まずは当事者が社会の中でどのように生活していくか、どのようなケアをすることがよりよい生活に結び付くかといった視点による施策をしていくことが重要で、そのことを評価するために精神障害福祉サービスの評価もおのずと当事者の

主観的な評価が必要になってくるのではないかな。

介護保険制度の文脈の中で構築されてきた地域包括ケアシステムは、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしをすることが目指されており、その評価にあたっては、自治体の事業のプロセス指標と共に、アウトカム指標として、主観的幸福感や主観的健康感を指標とすることが提唱され²⁵⁾、介護保険事業計画策定に向けた調査の中で、これら指標を含めることとなっている。また、健康・医療・介護情報利活用検討会介護情報利活用ワーキンググループでは、今後介護データベースの更なる活用に向けてASCOT等主観的評価を含めてはどうかといった議論もなされた²⁶⁾。介護保険制度の中では、地域の実情に沿った地域包括ケアシステムを構築し、地域の目標に向けた取り組みが十分に機能しているか、またその成果はどうか、それぞれ評価し、次期計画に反映することが重要とされている。

「にも包括」も「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」を目指しており、この目標に向けた自治体の取り組みができていくかといったプロセスの視点での評価と、その取り組みが目指す目標を達成できているかといったアウトカムの視点での評価を、客観的にも当事者の主観からも評価することが必要である。

英国では、ケアを提供する施設に関する国の規制による評価とASCOTによる社会的ケア関連QOLとの関連を検討する研究もなされており、規制を守れていることと、そうした施設利用者のQOLが高いことは関連が見られた²⁷⁾。規制による評価の悪いところが少なかったため、さらに詳細な分析

が必要だと思われるが、わが国でも指定基準を守れている施設・事業者の利用者のQOLがどうかといった視点で主観の評価をする必要があると考えられる。

評価に用いる指標を設定する際には、1) 入手可能性、2) 対象範囲、3) 比較可能性、4) 実現可能性を考慮することが必要だとされている³⁾。「にも包括」の指標を検討するにあたっては、自治体が上記について、受け入れられる指標を検討することが重要である。

E. 結論

精神障害の領域では、その性質上、医療と福祉を切り離すことは難しいかもしれないが、精神障害福祉サービスの評価をするためには、社会的側面を評価することも必要である。その際、客観的評価のみならず、当事者による回答や、当事者の主観的な指標を検討することも重要である。「にも包括」の大目標「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる」を叶えるためにも、社会の中で自分らしくどのように暮らしていくか、そのために必要な施策は何かを根本から問い、これらに即した取組とその成果を評価できる指標が必要と考えられる。

F. 健康基本情報

(総括研究報告書にまとめて記載)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

引用文献

- 1) 厚生労働省. 「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」改正後概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001114934.pdf>
- 2) 厚生労働省. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル. 「にも包括」とは. 「にも包括」の概要. 1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム. <https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/aa/1a>
- 3) based on the Agreement No SOC 98 201412 05F03 (98CVVF3-509-0) between the Commission of the European Communities and the National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES. Establishment of a set of mental health indicators for European Union Final Report. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_09_en.pdf
- 4) Fisher et al. Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework. International Journal for Quality in

- Health care. 2013;25(1):75-80.
- 5) OECD: Health Care Quality Indicators (HCQI)
<https://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-mental-health-care.htm>
 - 6) Richard Hermann, Soeren Mattke and the Members of the OECD Mental Health Care Panel. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. 2004.
<https://www.oecd.org/els/health-systems/33865630.pdf>
 - 7) OECD. OECD Health Policy Studies. A New Benchmark for Mental Health Systems - Tackling the Social and Economic Costs of Mental ILL-Health. 2021.
<https://www.oecd.org/health/a-new-benchmark-for-mental-health-systems-4ed890f6-en.htm>
 - 8) OECD. OECD Mental Health Performance Framework. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4ed890f6-en/index.html?itemId=/content/publication/4ed890f6-en#:~:text=The%20OECD%20Mental%20Health%20System%20Performance%20Benchmark%20answers,by%20stakeholders%20and%20experts%20from%20across%20OECD%20countries.>
 - 9) PwC コンサルティング合同会社. 令和3年度障害者総合福祉推進事業. 精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査事業報告書. 2022.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000963589.pdf>
 - 10) 伊勢田堯. フィンランドとベルギーの精神医療改革—発病早期の治療 VS 長期入院の解消. こころの科学. 2015;180:63-69.
 - 11) PwC コンサルティング合同会社. 令和3年度障害者総合福祉推進事業. 障害福祉サービス等障害保健福祉分野における予算・制度の国際比較に関する調査研究事業報告書. 2022.
<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/assets/pdf/international-comparison-budgets-and-systems-report2022.pdf>
 - 12) 勝又幸子. 国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ—国際比較研究と費用統計比較からの考察—. 季刊・社会保障研究. 2008 ; 44 (2) : 138-149.
 - 13) 高橋秀人、森川美絵、森山葉子. 英国の地域包括ケアに用いられる社会指標の枠組み. 公衆衛生. 2019 ; 83(9) : 683-689.
 - 14) Department of Health & Social Care, GOV.UK. Guidance The adult social care outcomes framework 2023 to 2024: handbook of definitions.
<https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-outcomes-framework-handbook-of-definitions/the-adult-social-care-outcomes-framework-2023-to-2024-handbook-of-definitions>
 - 15) NHS Digital. Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF), England 2021-22.
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmI4ODk2M2QtOGQzZC00Tk3LTk5MTgtNzhiYzViMGFkODg1IiwidCI6IjUwZjYwNmZmL>

- WJiZmUtNDaxYS040DAzLTY3Mzc00GU2Mj1lM
iIsImMi0jh9
- 16) Shiroiwa T, Moriyama Y, Nakamura TH, Morikawa M, et al. Development of Japanese utility weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) SCT4. Quality of Life Research. 2020;29:253-263.
- 17) Shiroiwa T, Nakamura-TH, Yamaguchi M, Morikawa M, Moriyama Y, et al. Japanese preference weights of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers (ASCOT-Carer). Quality of Life Research. 2022;31:2143-2151.
- 18) NHS Digital. Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) Mental Health Data (1F, 1H).
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTg3M2FmNWmtZmNhYS00ODlkLThkMjQtOTU4ZjdmN2MONWM4IiwidCI6IjUwZjYwNzFmLWJiZmUtNDaxYS040DAzLTY3Mzc00GU2Mj1lMiIsImMi0jh9>
- 19) Rand S, Malley J, Towers AM, et al. Validity and test-retest reliability of the self-completion adult social care outcomes toolkit (ASCOT-SCT4) with adults with long-term physical, sensory and mental health conditions in England. Health and Quality of Life Outcomes. 2017;15:163. DOI 10.1186/s12955-0127-0739-0
- 20) 森川美絵、中村裕美、森山葉子、白岩健. 社会的ケア関連QOL尺度the Adult Social Care Outcomes Toolkit(ASCOT)の日本語翻訳：言語的妥当性の検討. 保健医療科学. 2018 ; 67 (3) :313-321.
- 21) Nakamura-Thomas, Hiromi, Morikawa, Mie, Moriyama, Yoko, Shiroiwa, Takeru, Kyougoku, Makoto, Razik, Kamilla and Malley, Juliette (2019) Japanese translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) in Japanese social service users. Health and Quality of Life Outcomes, 17 (59).
<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1128-7>
- 22) 森山葉子、森川美絵、中村裕美、白岩健、田宮菜奈子、高橋秀人. 日本語版ASCOTによる要介護高齢者の社会的ケア関連QOLの測定と関連要因. 保健医療科学. 2020 ; 69 (5) : 460-470.
- 23) 厚生労働省. 「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」改正後概要
<https://www.mhlw.go.jp/content/1220000/001114934.pdf>
- 24) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課・障害福祉課. 障害福祉サービス等の質の確保・向上等について. 障害児通所支援の在り方に関する検討会第6回 (R3.9.15) 参考資料3. 社会保障審議会障害者部会第117回 (R3.9.6) 資料1.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000832350.pdf>
- 25) 厚生労働省老健局介護保険計画課. 第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用～. 2018年.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000558269.pdf>

26)厚生労働省. 健康・医療・介護情報利活用検討会介護情報利活用ワーキンググループ（第6回）資料.

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/000198094_00066.html

27) Towers AM, Palmer S, Smith N, et al. A cross-sectional study exploring the relationship between regulator quality ratings and care home residents' quality of life in England. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019;17.

<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1093-1>

精神障害当事者における Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT SCT4)日本語版の妥当性・信頼性の検証

研究代表者： 黒田直明（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
研究分担者： 森山葉子（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
岡田隆志（福井県立大学 看護福祉学部）
研究協力者：○奈良麻結（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
山口創生（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
阿部真貴子（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
五十嵐百花（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
臼田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター 公共精神健康医療研究部）

※○＝執筆者

要旨

【目的】地域で生活支援サービスを利用する精神障害当事者を対象に Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT SCT4) 日本語版の妥当性と信頼性を検証する。

【方法】全国の精神医療機関/障害福祉事業所 22 施設で地域サービスを利用する精神障害当事者を対象とした。ASCOT SCT4 日本語版、健康関連 QOL、主観的な主体性、ウェルビーイング、抑うつ症状、機能評価を自記式調査票として、人口統計学的変数、機能評価、客観的 QOL をスタッフ評価式調査票として、それぞれ評価した。確認的因子分析 (Confirmatory Factor Analysis; CFA)によって 1 因子構造の確認を行い、各尺度との相関係数により、ASCOT SCT4 日本語版の基準関連妥当性と構成概念妥当性を検証した。さらに内的一貫性 (クロンバックの α 係数)、再検査信頼性 (級内相関係数、intra-class correlation coefficients; ICC) を評価した。

【結果】397 名から研究参加の同意を得られ、64 名が再検査信頼性のための追跡調査に参加した。1 因子構造を仮定した適合度指標は、CMIN= 25.98、df= 20 (CMIN/df= 1.299)、 $p= 0.166$ 、RMSEA= 0.028、SRMR= 0.029、CFI= 0.989、TLI= 0.985 と良好であった。ASCOT SCT4 日本語版は健康関連 QOL ($\rho = 0.619$, $p < 0.001$)、主観的な主体性 ($\rho = 0.502$, $p < 0.001$)、ウェルビーイング ($\rho = 0.657$, $p < 0.001$)、客観的 QOL ($\rho = 0.240$, $p = 0.001$)と有意な正の相関、抑うつ、症状 ($\rho = -0.657$, $p < 0.001$)、機能評価自己記入版 ($\rho = -0.613$, $p < 0.001$)、機能評価面接者版 ($\rho = -0.247$, $p < 0.001$)と有意な負の相関を示した。クロンバックの α 係数は 0.76、ICC は 0.71 (95%CI: 0.57-0.81, $p < 0.001$)であった。

【考察】ASCOT SCT4 日本語版は、地域サービスを利用している日本人精神障害当事者における主観的 QOL を簡便に測定できる尺度として有用な可能性が示唆された。

A. 研究の背景と目的

患者報告型アウトカムの意義が認識される中で、地域での生活支援サービス（以下、地域サービス）を利用する精神障害当事者においても、本人評価による生活の質（以下、QOL）や wellbeing をサービスのアウトカム指標に含めることが求められてきている。先駆的な取り組み事例として、2010年～2012年に国民の健康アウトカムについて改革が行われた英国では、ケント大学の主導により、公的な生活支援サービス（以下、社会的ケア）に関するアウトカムの指標として、The Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)が開発されている [1, 2]。ASCOTは、ケアにおける生活モデルや利用者視点にもとづき社会的ケア関連の QOL (Social care related QOL; SCRQOL)を測定する尺度である [2, 3]。ASCOTにはサービス利用者一般が自己記入する ASCOT SCT4のほか、知的障害のある人のためのイラストによる ASCOT SCT4 Easy Read、介護者が自己記入する ASCOT Carers SCT4 など様々なバージョンがある [4]。現在、オランダ語版、ドイツ語版など様々な言語版が開発されており [5, 6]、国際的にも活用が進んでいる。我が国においても ASCOT SCT4 の日本語版が開発され、介護サービス利用者における有用性が確認されている [7, 8]。ASCOT は福祉・介護などのケアやサポートを利用する成人に幅広く使用できる尺度であり [4]、精神障害当事者においても有用なアウトカム指標であると考えられるが、わが国の地域サービス利用者を対象とした ASCOT の有用性はまだ確認されていない。

そこで本研究では、地域サービスを利用する精神障害当事者を対象として、ASCOT の妥当性と信頼性の検証を行った。

B. 方法

精神科デイケア、外来、地域での障害福祉

事業所を利用している精神障害当事者を対象に質問票による横断調査を行った。調査時期は、2023年9月1日から11月30日であった。

1. 対象者

全国の 22 施設から研究協力を得た。対象施設には、精神科外来 1 機関、精神科デイケア 11 機関、障害者総合支援法下の就労移行支援事業所 10 機関、就労継続 B 型支援事業所 3 機関、自律訓練（生活訓練）事業所 1 機関が含まれた（複数回答可）。これらの施設を利用する者のうち、精神疾患を主診断とし、65歳未満のものを対象とし、認知症、知的障害、日本語の読解が困難、事業所の利用日数が 1 か月に満たない利用者を除外し、協力機関の窓口となるスタッフを通じて調査協力を依頼した。

調査票は、対象者が回答する自己記入式とスタッフが回答するスタッフ評価式で構成された。各機関において、調査担当スタッフが研究説明文書を配布し、同意取得後、質問紙への回答を依頼した。再検査信頼性の検証のために、2 機関の対象者には、2 週間後に ASCOT 部分の回答を追加で依頼した。

2. 調査内容

① 人口統計学的変数

人口統計学的変数はスタッフ評価式質問紙に組み込まれ、性別、年齢、教育歴、婚姻状況、主診断、住居状況、社会資源の利用状況などを調査した。

② ASCOT

ASCOT SCT4 を用いて地域サービス利用者本人に回答を求めた。ASCOT SCT4 は、森川ら (2018)により、日本語版が作成され、「日常生活のコントロール」「個人の清潔さと快適さ」「飲食」「個人の安全」「社会参加と関与」「有意義な活動」「居所の清潔さと快適さ」「尊厳」の 9 項目 8 つの領域に対し、4 段階の選択肢による回答から QOL を把握することができる [9]。ASCOT SCT4 日本語版は、項目 8 を除いた 8 項目を用いて

効用値を算出し、-0.38~1 の値を取る [10]。1 は、「理想的な状態」、0 は、「死と同じ状態」を表す [1]。詳細な効用値の算出方法に関しては、Shiroiwa ら (2020) の論文を参照されたい。

③ その他の尺度

ASCOT の妥当性の検証のために、自己記入式質問紙には、健康関連 QOL (EuroQol 5-dimensions 5-levels: EQ-5D-5L)、主観的な主体性 (Five-item Subjective and Personal Agency scale: SPA-5)、ウェルビーイング (Single-item well-being scale: SWB)、抑うつ症状 (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9)、機能評価 (WHO Disability Assessment Schedule-12 自己記入版: WHO-DAS12 自己記入版) に関する設問を設けた。

スタッフ評価式質問紙には、機能評価 (WHO Disability Assessment Schedule-12 面接者版: WHO-DAS12 面接者版)、客観的 QOL (Quality of Life Scale: QLS) に関する設問を設けた。

3. 倫理的配慮

国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した (A2023-059)。研究の実施にあたり、研究協力機関の調査担当スタッフに研究者が作成した研究説明文書を送付し、研究対象候補者に対して研究説明を行った。対象者が回答する自己記入式質問紙の冒頭に研究参加の意思を問うチェックボックスを設け、チェックの付与をもって、同意意思を確認した。なお、

4. 統計解析/分析方法

① 基本属性

対象者の特徴を把握するため、人口統計学的変数と各尺度の得点の記述統計量を算出した。

② 因子構造

ASCOT SCT4 日本語版は、8つの領域から QOL を把握する尺度であるが、8項目の回答を用いて 1 つの効用値を算出する。そのため、1 因子構造であることの検証のため、確認的因子分析 (Confirmatory Factor Analysis; CFA) を行った。モデルの適合性には、カイ 2 乗統計量 (Chi-squared Statistic; CMIN)、近似誤差 2 乗平均平方根 (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA)、標準化残差 2 乗平均平方根 (Standardized Root Mean Square Residual; SRMR)、比較適合度指標 (Comparative Fit Index; CFI)、タッカー・ルイス指標 (Tacker-Lewis Fit Index; TLI) を用いた。各統計値の値は RMSEA<0.06、SRMR<0.08、CFI>0.95、TLI>0.95 で良好な適合と解釈されている [11]。

③ 妥当性

基準関連妥当性と構成概念妥当性の確認を行った。基準関連妥当性のなかの併存的妥当性の検証として、健康関連 QOL のゴールドスタンダードとされる EQ-5D-5L と ASCOT SCT4 日本語版の相関係数 (スピアマンの順位相関係数) を算出した。また、構成概念妥当性における収束的妥当性の検証のために、ASCOT SCT4 日本語版と SPA-5、SWB、QLS がそれぞれ正の相関を、ASCOT SCT4 日本語版と PHQ-9、WHO-DAS12 自己記入版・面接者版がそれぞれ負の相関を示すかどうかをスピアマンの順位相関係数を算出して検証した。

④ 信頼性

信頼性として、内的一貫性と再検査信頼性をクロンバックの α 係数と級内相関係数 (intra-class correlation coefficients; ICC) を算出して、それぞれ検証した。各係数の値は、クロンバックの α 係数 ≥ 0.70 、ICC ≥ 0.70 で良好な信頼性と解釈できる [11]。

全ての統計解析は、R version 4.3.1 を用いた。

C. 結果

1. 対象者の特徴

研究協力の同意が得られた 397 名が研究に参加し、64 名が再検査信頼性のための追跡調査に協力した。欠損値がある変数もあり、変数によって分析対象者数が異なる結果となった。

表 1 に対象者の基本属性を示す。平均年齢は 43 歳 (SD=11.86) であり、162 名 (40.81%) が女性であった。70 名 (17.63%) が既婚またはパートナーがおり、232 名 (58.44%) が家族・パートナー等と同居をしていた。約 40% が統合失調症圏の診断を受けており、約 30% が重複診断を有していた。

各尺度得点を表 2 に示す。ASCOT SCT4 日本語版は、効用値を算出し、平均値 0.64 (SD=0.30) であった。

2. 因子分析

確証的因子分析の結果を図 1 に示す。ASCOT SCT4 日本語版を 1 因子構造と仮定した場合の効用値の適合度指標は、CMIN= 25.98、df= 20(CMIN/df= 1.299)、 $p=0.166$ 、RMSEA= 0.028、SRMR= 0.029、CFI= 0.989、TLI= 0.985 であった。

3. 妥当性

ASCOT SCT4 日本語版と各尺度得点におけるスピアマンの順位相関係数を表 3 に示す。ASCOT SCT4 日本語版は、EQ-5D-5L ($\rho=0.619$, $p<0.001$)、SPA-5 ($\rho=0.502$, $p<0.001$)、SWB ($\rho=0.657$, $p<0.001$)、QLS ($\rho=0.240$, $p=0.001$) と有意な正の相関を示した。また、PHQ-9 ($\rho=-0.657$, $p<0.001$)、WHO-DAS12 自己記入版 ($\rho=-0.613$, $p<0.001$)、WHO-DAS12 面接者版 ($\rho=-0.247$, $p<0.001$) とは、それぞれ有意な負の相関を示した。

4. 信頼性

効用値の内的一貫性を示すクロンバックの α 係数は 0.76 であった。再検査信頼性における ICC は 0.71 (95%CI: 0.57-0.81, $p<0.001$) であった。

D. 考察

本研究は、地域サービスを利用する精神障害当事者を対象に ASCOT SCT4 日本語版の有用性の検証を行った。ASCOT SCT4 日本語版の効用値は 1 因子構造に対して良好な適合を示した。また、健康関連 QOL 尺度のゴールドスタンダードとされる EQ-5D-5L と有意な正の相関を示し、他の各尺度とも有意な相関を示したことから基準関連妥当性と構成概念妥当性が確認された。さらに、良好な内的一貫性と再検査信頼性が示され、ASCOT SCT4 日本語版は、地域サービスを利用している精神障害当事者の主観的 QOL を簡便に測定できる尺度として有用であることが確認された。

自己記入式尺度との相関の強さと比較すると、ASCOT SCT4 日本語版とスタッフ評価式尺度との相関は小さく、主観的な QOL は客観的に評価された QOL や機能水準とは必ずしも一致しないことが示唆される。地域サービスに対するニーズの認識に関する先行研究においても利用者スタッフの認識が一致しないことが指摘されている。[12] これらのことは、障害福祉サービスを含む地域サービスのアウトカム評価において主観的 QOL を独立したアウトカム領域として扱う必要性を示しているだろう。

本研究の対象者は全員が地域在住の社会的ケアの利用者ではあるものの、精神科デイケアと就労移行支援事業所が大半を占めているため、障害福祉サービス利用する精神障害当事者を代表してはいないことに留意が必要である。

障害福祉サービスの「にも包括」構築分野

のアウトカム評価ツールとして実際に ASCOT SCT4 日本語版を自治体等で実際に活用していくためには、多様なサービスの利用者を含む大規模な調査によって日本の障害福祉サービスを利用する精神障害当事者における ASCOT SCT4 の標準的な得点分布を明らかにしていくことが有用である。障害種に関わらず使用できることが ASCOT の最大の強みである。本研究をきっかけに様々な障害を有する人におけるサービス関連 QOL を ASCOT で評価する研究が進み、日本の障害福祉サービスの施策立案における Evidence-based Policy Making の推進に拍車がかかることを期待したい。

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

- 1) Netten A, Burge P, Malley J, Potoglou D, Towers AM, Brazier J, et al. (2012). Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, 16(16), 1–166.
- 2) Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Adult Social

Care Outcome Toolkit.
<https://www.pssru.ac.uk/ascot/>
 (accessed 2024-05-07)

- 3) 高橋秀人, 森川美絵, 森山葉子. (2019). 英国の地域包括ケアに用いられる社会指標の枠組み. *公衆衛生*, 83(9), 683-689
- 4) 下妻晃二郎(監), 能登真一(編). (2023). 臨床・研究で活用できる! QOL 評価マニュアル. 医学書院.
- 5) van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Rand SE, Towers AM, Smith N, et al. (2015). Dutch translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). *Health Quality of Life Outcomes*, 13:56.
- 6) Trukeschitz B, Litschauer J, Hajji A, Kieninger J, Schoch A, Malley J, et al. (2020). Cross-cultural adaptation and construct validity of the German version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for service users (German ASCOT). *Health Quality of Life Outcomes*, 18:326.
- 7) Nakamura-Thomas H, Morikawa M, Moriyama Y, Shiroiwa T, Kyougoku M, Razik K, et al. (2019). Japanese translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) in Japanese social service users. *Health Quality of Life Outcomes*, 17:59.
- 8) 森川美絵, 中村祐美, 森山葉子, 白岩健. (2018). 社会的ケア関連 QOL 尺度 the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) の日本語翻訳: 言語的妥当性の検討. *保健医療科学*, 67(3), 313-321.
- 9) Public Health Research Foundation. 社会的ケア関連 QOL ASCOT 日本語

版. <https://scrqol-ascot.jp/index.html>

(accessed 2024-05-07)

- 10) Shiroiwa T, Moriyama Y, Nakamura-Thomas H, Morikawa M, Fukuda T, Batchelder L, et al. (2020). Development of Japanese utility weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) SCT4. *Quality of Life Research*, 29, 253–263.
- 11) Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 27, 1147–1157.
- 12) Miyamoto Y, Hashimoto-Koichi R, Akiyama M, Takamura S. (2015). Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs. *International Journal of Mental Health Systems*, 9:19.

表 1 対象者の基本属性

	n/mean	%/SD
年齢	43	11.86
性別		
女性	162	40.81
男性	234	58.94
その他	1	0.25
教育		
中学校	42	10.58
高等学校	172	43.32
専門学校	51	12.85
短大	17	4.28
大学	111	27.96
大学院	4	1.01
婚姻状況		
未婚・離別・死別	327	82.37
既婚またはパートナー有	70	17.63
住居		
家族・パートナー等と同居	232	58.44
独居	127	31.99
グループホームなどの居住施設	38	9.57
主診断		
F0:器質性精神障害	5	1.26
F1:精神作用物質使用	22	5.54
F2:統合失調症圏	164	41.31
F3:(F30/F31以外) 気分障害	65	16.37
F30/F31:躁病・双極性障害	45	11.34
F4:神経症性障害圏	42	10.58
F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群	3	0.76
F6:人格障害圏	2	0.50
F7:知的障害	3	0.76
F8:心理的発達の障害	37	9.32
F9:小児期・青年期に発症する行動・情緒の障害	9	2.27
重複診断		
あり	128	32.24
F0:器質性精神障害	2	0.50
F1:精神作用物質使用	9	2.27
F2:統合失調症圏	9	2.27
F3:(F30/F31以外) 気分障害	24	6.05
F30/F31:躁病・双極性障害	15	3.78

F4:神経症性障害圏	20	5.04
F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群	2	0.50
F6:人格障害圏	2	0.50
F7:知的障害	12	3.02
F8:心理的発達の障害	21	5.29
F9:小児期・青年期に発症する行動・情緒の障害	4	1.01
その他	8	2.02
<u>障害年金</u>		
なし	209	52.64
あり	188	47.36
<u>生活保護</u>		
なし	312	78.59
あり	85	21.41
<u>過去1年の概ね1ヶ月以上継続した就労就学経験</u>		
就労も就学もしていない	204	51.39
就学している	16	4.03
賃金なし～最賃以下の仕事活動	75	18.89
最賃以上の仕事	104	26.20
<u>過去1年以内の精神科入院回数</u>		
0回	332	83.63
1回	46	11.59
2回	9	2.27
3回	8	2.02
4回	1	0.25
7回	1	0.25

表 2 各尺度得点

	n	mean	SD
自己記入式			
ASCOT SCT4	395	0.64	0.30
EQ-5D-5L	395	0.77	0.17
SPA-5	393	17.57	4.81
Single-WB	392	5.60	2.43
PHQ-9	391	9.12	5.98
WHO-DAS12	390	20.92	17.21
スタッフ評価式			
WHO-DAS12	394	18.04	14.65
QLS total	395	76.86	24.09
下位尺度 1	395	27.16	11.26
下位尺度 2	395	12.24	5.90
下位尺度 3	395	27.98	7.85
下位尺度 4	395	9.48	2.13

図 1 確証的因子分析の結果

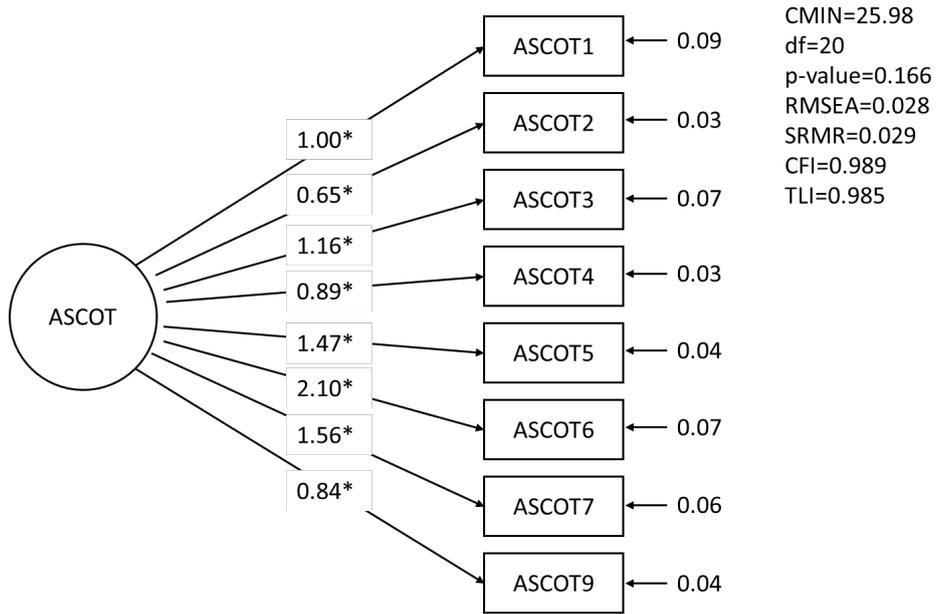


表 3 妥当性の結果

	n	ρ	p-value
基準関連妥当性			
EQ-5D-5L	395	0.619	< 0.001
構成概念妥当性			
自己記入式			
SPA-5	393	0.502	< 0.001
Single-WB	392	0.657	< 0.001
PHQ-9	391	-0.657	< 0.001
WHO-DAS12	390	-0.613	< 0.001
スタッフ評価式			
WHO-DAS12	394	-0.247	< 0.001
QLS total	395	0.240	< 0.001
下位尺度 1	395	0.231	< 0.001
下位尺度 2	395	0.187	< 0.001
下位尺度 3	395	0.204	< 0.001
下位尺度 4	395	0.201	< 0.001

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る
成果目標の見直しに資する研究
分担研究報告書

市区町村職員の精神保健福祉相談支援の困難感に
関連する自治体特性の検討

研究代表者： 黒田直明（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
研究分担者： 森山葉子（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
岡田隆志（福井県立大学 看護福祉学部）
研究協力者：○五十嵐百花（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
阿部真貴子（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
奈良麻結（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
山口創生（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部）
臼田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター 公共精神健康医療研究部）

要旨

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」）構築に向けた取り組みの1つとして、市区町村による精神保健福祉相談の強化が進められようとしている。本研究は、市区町村職員が精神保健福祉相談を行う際に直面する困難感に関連する自治体特性を明らかにすることを目的とした。2020年に行われた市区町村全国調査、および公開されている政府統計のデータを用いて分析を行った。市区町村の医療・福祉サービス資源の豊富さに関する変数や、機関同士の連携のしやすさを間接的に示す変数について、市区町村の困難感との関連を順序ロジスティック回帰分析で検討した。

- ① 精神科病床の有無、②福祉事業所数の人口比、③保健所または精神保健福祉センターとの連携度、④市区町村設置の保健所の有無、⑤「にも包括」の協議の場の回数（年6回以上か否か）の5つの変数を同時に投入し、人口、高齢化率、失業率、納税者1人あたり課税所得で調整したモデルで分析した結果、市区町村設置の保健所があること、すなわち市区町村と保健所に組織的な障壁がないこと（OR 0.22, 95%CI 0.09 to 0.52, $p<0.001$ ）および、「にも包括」の協議の場を年6回以上開催していること（OR 0.65, 95%CI 0.44 to 0.96, $p=0.032$ ）が、低い困難感と関連していた。他機関との間にある組織的な障壁を取り除く、あるいは地域関係者との協議の場を頻繁に設けることで、連携を取りやすくすることが、市区町村が精神保健福祉相談を行う際の困難感を軽減させることに寄与する可能性があることが示唆された。

A.研究の背景と目的

精神障害の有無にかかわらず地域で安心して生活を送れる社会を作るためには、個

人に合わせた医療・福祉等のサービスを適時に提供できる、包括的なサービスシステムの確立が不可欠である。障害福祉計画は

福祉サービスを含む様々な事業を通じて精神障害を有する人々の生活のしづらさを総合的に軽減するための施策であり、成果目標として精神科病院からの早期退院と地域生活日数の延長が設定されている。しかしながら、これらの目標の指標値は、都道府県単位でしか集計公表ができず、また医療サービスの外部から住民に直接サービスを提供することが多い市区町村からは馴染みにくいものとなっている。

他方、市区町村の重要な役割として、メンタルヘル스에問題を抱える住民の相談に応じ、助言や情報を提供し、医療・福祉施設の紹介を行うこと（精神保健福祉相談支援）が重要視されてきている。しかし多くの市区町村において、職員は精神保健福祉相談支援への困難感を抱いている。「にも包括」が円滑に機能するためには市区町村の現場職員の精神保健福祉相談の実務上の困難感が低減された状態がまず必要であり、困難感の低減は、「にも包括」実現のための「中間アウトカム」（論理的に先行して達成すべき状態）としても位置づける。

このような精神保健福祉相談における困難さには、未治療・治療拒否、引きこもり、隣人とのトラブルといった個別事例への対応の困難さだけでなく、市区町村が持つ特性や背景も関係していると考えられる。1700以上の市区町村の中で、精神医療や福祉サービス資源の量は不均一であり、サービス機関同士の連携しやすさも地域差がある。どのような市区町村では困難感がより強いのか、あるいは低いのかを調査することは、「にも包括」を促進する要因を見つける上で役立つと考えられる。

よって本研究の目的は、市区町村が精神保健福祉相談支援において抱える困難感に関連する自治体特性を検討することである。

B.方法

1. 研究デザイン

市区町村を分析単位とする地域相関研究（エコロジカル研究）

2. データ

本研究では、市区町村全国調査と政府統計の2つの情報源から得られた自治体データを分析した。市区町村調査は、2020年に全国1741市区町村すべてを対象に実施されたものであり、1246市区町村（71.6%）から回答を得た

（参照：地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 研究分担者：野口正行 研究代表者：藤井千代）。政府統計からは、人口、失業率、精神医療・福祉施設の情報等のデータを得た。すべてのデータを統合した後、欠損データのある市区町村を除外し、最終サンプルは1005市区町村（57.7%）となった。

3. 分析に使用した変数

独立変数として、市区町村の精神保健福祉相談支援の困難度を用いた。市区町村全国調査の「精神保健相談に関する対応の困難さについて伺います。貴市区町村での対応について該当する項目を1つチェックしてください。」という設問に対し、1: 概ね対応ができる（あまり困難ではない）、2: 多少の困難はあるが対応できる、3: ある程度困難を抱えており、対応に苦慮している、4: 対応は困難、の4段階で市区町村の担当者が回答した点数を使用した。

説明変数として使用した変数は以下の6つである。

①精神科病床の有無

データは2020年度医療施設調査 (<https://www.e-stat.go.jp/stat-search?page=1&toukei=00450021>) より取得した。

②福祉事業所数（人口比）

データは2020年度社会福祉施設等調査 (<https://www.e-stat.go.jp/stat->

[search?page=1&toukei=00450041](https://www.phcd.jp/03/HCSui/index.html))

より取得した。精神障害を持つ人がよく利用する14の福祉サービスを選定し、それらの事業所数の合計を人口で割った値を使用した。

- ③保健所または精神保健福祉センターとの連携度
データは市区町村全国調査より取得した。市区町村が通常実施している13の精神保健福祉業務のうち、保健所または精神保健福祉センターと連携していると回答された業務の合計値を使用した。

- ④市区町村設置の保健所の有無
データは全国保健所長会資料 (<https://www.phcd.jp/03/HCSui/index.html>) より取得した。

- ⑤「にも包括」の協議の場の回数（年6回以上か否か）
データは2022年度「にも包括」実施状況調査 (<https://mhlw-houkatsucare-ikou.jp.psilocybe.co.jp/aa/4a>) より取得した。

4. 分析

5つの説明変数を、順序ロジスティック回帰モデルに同時に入力した。モデルは、人口、高齢化率、失業率、納税者一人当たりの課税所得で調整された。統計的有意性は5% ($p < 0.05$) に設定した。分析にはRバージョン4.2.2を使用した。

C.結果／進捗

1. 市区町村の特徴

分析した1005市区町村の特徴を表1に示す。サンプルの代表性を確認するために、各変数についてサンプルの市区町村とデータが入手可能なすべての市区町村を比較したところ、有意差は見られなかった。

2. 市区町村の困難度に影響を与える要因 順序ロジスティック回帰分析の結果を表

2に示す。市区町村設置の保健所を持つ市区町村は、そうでない市区町村と比較して、困難度が低い傾向があった (OR 0.22, 95%CI 0.09 to 0.52, $p < 0.001$)。さらに、「にも包括」の協議の場を年6回以上設けている市区町村は、協議の場が5回以下の市区町村と比較して、困難度が低い傾向があった (OR 0.65, 95%CI 0.44 to 0.96, $p = 0.032$)。その他の説明変数（精神科病床の有無、福祉事業所数の人口比、保健所又は精神保健福祉センターとの連携度）では、困難度と有意な関連は示されなかった。

D.考察

本研究では、市区町村職員が住民に対して精神保健福祉相談を行う際の困難感に関連する自治体特性として、当該自治体が保健所を設置していることと、「にも包括」の協議の場を頻繁に設けていることが関連していることを明らかにした。当該自治体が保健所を設置している場合には、都道府県が保健所を設置している場合に比べて、保健所と自治体との組織的な壁が低いと考えられ、精神保健業務における連携や精神科医療機関への協力依頼などが行いやすい可能性がある。また、「にも包括」の協議の場を頻繁に設けることで、市区町村の職員が地域の精神医療・福祉施設から最新の情報を得たり、顔の見える関係を作ったりすることができ、医療福祉サービスのニーズのある市民を紹介しやすくなる可能性がある。

増加する精神保健福祉ニーズの中で、「にも包括」を持続的に発展させていくためには、市区町村の職員の負担感への配慮は欠かせない。本研究は、専門職員の配置や専門研修の実施と同時に、外部の支援機関との連携がさらにしやすくなるような仕組み作りが重要であることを示している。障害福祉計画の活動指標として協議の場の

設置や実施頻度を設定することが、「にも包括」全体の推進に一定の有効性を持つことを示唆しているともいえる。保健所による市区町村への支援体制のさらなる強化も必要といえるだろう。

本研究の強みは、日本の市区町村による精神保健福祉相談の現状を分析した初めての研究であることと、サンプルサイズが大きく、代表性と信頼性が確保されていることが挙げられる。限界としては、本研究の従属変数である市区町村職員の抱く困難感「にも包括」の中間アウトカムの一つにすぎず、住民の QOL や地域共生社会の実現などの最終アウトカムとの関連は確認できていないこと、回帰分析の効果量は比較的小さく、結果の解釈には注意が必要であることが挙げられる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

Igarashi M, Kuroda N, Okada N, Moriyama Y, Abe M, Nara M, et al. Analysis of local authorities providing mental health consultation: toward establishing a community-based integrated mental health care system. (In preparation)

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

表 1 市区町村の特徴

	データが入手 可能な 市区町村数	N = データが入手 可能な市区町村数	N = 1005 (分析サンプル)	p	検定法 ²
		Mean±SD/ n(%)	Mean±SD/ n(%)		
人口 (単位 : 10,000 人)	1,740	7.2 ±19.1	6.9 ±19.3	0.706	t-test, log
65 歳以上人口割合 (%)	1,740	35.0 ±7.8	35.2 ±7.6	0.399	t-test
失業率 (%)	1,739	3.7 ±1.2	3.7 ±1.1	0.839	t-test
納税者 1 人当たりの納税額 (1,000 円/年)	1,741	2910 ±563	2879 ±505	0.126	t-test, log
精神科病床数	1,687	145 ±394	160 ±410	0.270	Wilcox
福祉事業所の数 ¹	1,740	54.8 ±167.0	49.2 ±123.3	0.750	Wilcox
保健所または精神保健福祉センターと連携している精神保健事業の 数 (0-13)	1,218	6.8 ±3.6	6.8 ±3.6	0.718	t-test
「にも包括」の協議の場の年開催数	1,563	2.0 ±4.6	2.0 ±5.0	0.979	Wilcox
市区町村設置の保健所の有無 (「有」の数)	1,741	110 (6.3%)	48 (4.8%)	0.106	Fisher
市区町村による精神保健福祉相談支援の困難度	1,209			0.951	Fisher
1: 概ね対応ができる (あまり困難ではない)		23 (1.9%)	18 (1.8%)		
2: 多少の困難はあるが対応できる		550 (45.5%)	469 (46.7%)		
3: ある程度困難を抱えており、対応に苦慮している		589 (48.7%)	481 (47.9%)		
4: 対応は困難		47 (3.9%)	37 (3.7%)		

1 精神障害を持つ人がよく利用する 14 の福祉サービスを行う事業所に限定した。

2 “log” は、対数変換後に検定を行ったことを示す。“Wilcox” はウィルコクソン順位和検定、“Fisher” はフィッシャー正確検定を示す。

表 2 市区町村の困難度と説明変数との関連（順位ロジスティック回帰モデル）

	N = 1005		
	OR	95% CI	p
精神科病床数が 1 床以上である	1.01	0.77 to 1.33	0.938
精神障害を持つ人がよく利用する福祉サービス事業所数（1000 人対比）	0.90	0.73 to 1.10	0.288
保健所または精神保健福祉センターとの連携度	0.99	0.95 to 1.02	0.497
「にも包括」の協議の場の開催数が年 6 回以上である	0.65	0.44 to 0.96	0.032*
市区町村設置の保健所がある	0.22	0.09 to 0.52	<0.001***

モデルは人口、高齢化率、失業率、納税者一人当たりの納税額により調整された。疑似 R²(Nagelkerke) は 0.035 であった。モデルは帰無モデルと比べて有意であった (p < 0.001)。モデルはアウトカムの 53.6%を予測した。 *p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 : 該当なし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 : 該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る成果目標の見直しに資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 地域精神保健・法制度研究部 室長
(氏名・フリガナ) 黒田 直明 ・ クロダ ナオアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 福井県立大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 窪田 裕行

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る成果目標の見直しに資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 看護福祉学部・准教授
(氏名・フリガナ) 岡田 隆志・オカダ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福井県立大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 国立保健医療科学院
 所属研究機関長 職名 院長
 氏名 曾根 智史

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 第8期障害福祉計画の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る成果目標の見直しに資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官
 (氏名・フリガナ) 森山 葉子・モリヤマ ヨウコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。