

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6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 黒田 直明

令和7（2025）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「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築分野における ロジックモデルと評価指標の開発過程-----	7
黒田直明・森山葉子	
2. 障害福祉計画「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築分野における ロジックモデルと評価指標の開発に関する自治体職員へのインタビュー調査-----	16
岡田隆	
3. 我が国の精神保健医療福祉システムを取り巻く現状の整理-----	23
臼田謙太郎	
4. 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 協議会に関する自治体の実態調査-----	33
片岡真由美	
5. 障害福祉計画「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築分野の ロジックモデル開発段階における当事者へのインタビュー調査-----	49
神川ちあき	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	59
IV. 倫理審査等報告書の写し-----	60

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
令和 6 年度総括研究報告書

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

研究代表者：黒田直明（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

本研究班では第 8 期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構築」（以下、「にも包括」構築）の分野における成果目標及び活動指標の見直しに資する研究を行っている。計画の 2 年目にあたる今年度は「にも包括」のロジックモデルの開発を行った。作成過程には、「にも包括」に関連する制度・事業の網羅的収集と相互関係の把握、自治体で使用しやすいものとするための作成条件の吟味、体系的な項目収集、自治体職員と当事者のインタビューによる意見聴取を行い、一定の妥当性（アクションの網羅性、論理連関のセオリー妥当性、当事者価値観を包含した正統性）と現場中心性（自治体現場に根付いた指標立て、現場問題の解決を重視）を備えたものになったと考えられる。ロジックモデルの開発により、精神分野の障害福祉計画と「にも包括」構築のプロセス全体はどのように関連づけるべきか、第 7 期障害福祉計画の成果目標・活動指標は「にも包括」構築のプロセス全体からみてどのような指標であったのか、自治体を活動主体とした場合の理想的な評価指標とは潜在的にどのようなものであるかといった、客観的・俯瞰的な政策議論が活性化すると同時に、個別自治体での活用による「にも包括」構築を推進することが期待される。今年度作成したモデルは想定しうるすべてのアクティビティと中間アウトカムをひとつに集大成したものであるが、自治体で実装するには、地域特性や優先課題を定めたロジックモデルのトリミングや部分の作り込み、人的資源や予算規模に合わせたインプットやアクティビティの設定が必要である。今年度行った協議会に関する地域類型のような地域相関研究はその際の客観的ガイドになる。来年度は本モデルの現場活用を支援する参考資料の作成にも取り組む予定である。

A. 研究の背景と目的

本研究班では第 8 期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構築」（以下、「にも包括」構築）の分野における成果目標及び活動指標の見直しに資する研究を行っている。第 7 期の成果目標や活動指標は、精神病床からの退院促進を軸とした指標に限られており、精神医療側の活動による影響に比べると自治体や障害福祉側の主体的な活動との関連が弱かった。また医療計画は都道府県のみが作成するため、成果目標となる指標値は都道府県単位でしか集計されない。その結果、市町村レベルでの障害福祉計画の指標としては活用しづらさがあった。したがって、第 8 期の成果目標・活動指標としては、市町村レベルで成果をモニタリング可能であること、市町村の障害福祉施策として実効性のある活動に焦点が当たっているものであることが望まれる。

また「にも包括」とは「精神障害の有無に

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よう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保」することであり、自治体は長期入院者の地域移行の推進を障害福祉計画のひとつの軸としつつも、精神障害者やメンタルヘル스에課題をもつ住民の地域生活支援に向けた活動にも取り組み必要がある。そのためには、医療、福祉、保健予防、普及啓発、まちづくりまで、メンタルヘルスに関連する多様な施策が集散的に力を合わせる必要がある。つまり障害福祉計画は単体としてではなく、他計画や事業を包含した全体計画のなかで障害福祉計画の事業が果たす役割や守備範囲が何であるかと逆算して成果目標や活動指標を立てる思考が求められる。しかしながら、個々の事業は別々の部・課が所管している自治体行政において、「にも包括」の全体像を共有することは一般に困難である。

これらの政策全体像やゴールの共有、ゴールを意識した事業モニタリングの有力なツールがロジックモデルである。ロジックモデルは、根拠に基づいた政策立案（Evidence-based Policy Making, EBPM）のツールとして、医療計画、障害福祉計画の策定への活用が推奨されているが、筆者らの知る限り、「にも包括」領域におけるロジックモデルの作成は行われていない。そこで、本研究班では、自治体が「にも包括」全体を見据えて障害福祉計画を策定し、自治体事業と成果目標・活動指標の論理的連関の理解を支援するような「にも包括」構築推進のロジックモデルを作成することとした。

本報告書では、ロジックモデルの作成過程の報告を中心としながら、そのための基礎情報を収集した分担研究について報告したい。

各個別報告の目的は以下のとおりである。

1) 我が国の精神保健医療福祉システムを取り巻く現状の整理

「にも包括」のためのロジックモデルの作成・評価を行う前提準備として、同施策と関連する法規・行政計画・事業等の全体とそれらの相互関係を示す精神保健医療福祉システムのモデル図を作成し、研究班内の共通理解を醸成するとともに、活動指標、成果目標に関する論点を明確化する。

2) ロジックモデルの開発過程

先行研究や資料をもとに、本研究目的に合致したロジックモデルの形式条件を定め、1) 3) 4) で得られた知見を総合し、ロジックモデルと評価指標候補を作成し、自治体職員及び当事者の意見を踏まえてそれを評価する。

3) 自治体職員インタビュー

自治体職員から現場状況を踏まえた実体的な意見を聴取するとともに、開発過程における継続的なフィードバックと評価を得ることにより、自治体の施策全体や地域特性と調和した現場実装可能性の高いロジックモデルの開発に寄与する。

4) 当事者インタビュー

障害福祉計画を根拠とする自治体事業の成果目標はどうあるべきか、充足していない活動は何かについて当事者の視点による意見を聴取し、ロジックモデルに反映させることで、モデルの妥当性を高める。

5) 協議会に関する自治体の実態調査

第7期計画の活動指標であり「にも包括」

構築の鍵を握る協議会の実態に関する全国データを潜在クラス分析・因子分析などの手法で解析することで、協議会活動の普及・阻害要因を探索する。

B.方法

1) 我が国の精神保健医療福祉システムを取り巻く現状の整理

「にも包括」と特に関連の深い、医療法、精神保健福祉法、障害者総合支援法、障害者基本法、第8次医療計画、第7期障害福祉計画、第9期介護保険事業計画について、法律、各制度の説明資料、会議資料、事業報告書等のレビューを行い、「にも包括」および関連法律、各自治体計画に関連する制度やシステムを整理した。その上で、研究班内外の専門家（精神科医、公認心理師、精神保健福祉士等）複数の専門職および精神保健医療福祉政策研究に精通したエキスパートの意見を反映してモデル図を作成した。

2) ロジックモデルの開発過程

他分担研究と並行しながら年度の全期間を通じて研究を実施した。既存資料、他分担研究からの示唆などをもとに、モデル全体の形式、アクティビティの主体と範囲、最終アウトカム、初期・中間アウトカムの条件を研究班で合意して規定した。次に「にも包括」関連の資料からロジックモデルのインプット、アクティビティ、アウトプット、アウトカムとの具体的項目を抽出した。アウトプットおよびアウトカムについては各項目の進捗のモニタリングに利用しうる数量的指標をオープンデータや先行研究から収集した上で、自治体職員インタビューにて、自治体現場で想定されるアクティビティ、初期・中間アウトカムおよび評価指標を追加した。最後に自治体職員インタビュー、当事者のインタビューからモデルの妥当さ、意義、実装可能性などについて評価した。

3) 自治体職員インタビュー

2024年8月にプレインタビューを行い、インタビューガイドを作成した。インタビューは2グループ（自治体専門職10名）に対して、ロジックモデル開発と並行して各2回ずつ実施した（1回目：2024年9月～11月／2回目：2025年1月～2月）。インタビュー前に開発過程のロジックモデルに関する説明資料及び動画を視聴してもらい、当日は対象者を5名程度の小グループに分け、以下の項目

を中心にフォーカスグループインタビューを行った。

1 回目：第 1 回調査自治体の障害福祉計画「にも包括」分野の策定過程及び内容、ロジックモデルへの追加収載項目、第 7 期計画における成果目標・活動指標、協議会における障害福祉計画の扱い、当事者の QOL やサービス利用充足度に関する項目の導入

2 回目：ロジックモデル案に関する疑義・加筆・修正事項の有無、障害福祉計画で取り扱う範囲、自治体で活用するための工夫や課題、住民の意識変化や機関間の連携体制の形態など質的な内容を把握する項目の導入

4) 当事者インタビュー

障害福祉サービスを利用したことのある当事者及び障害福祉サービス利用者の支援を行っている当事者に協力を依頼し、①障害者雇用枠で勤務する当事者 6 名（男性）、②精神保健医療分野において相談支援を行っている当事者 2 名（男性 1 名、女性 1 名）に直面およびオンラインにて、半構造化面接によるインタビューを実施した。質問項目は、障害福祉サービスの利用経験、地域で自分らしく暮らしていくために市町村に期待すること、障害福祉計画策定のために市町村が行っているアンケート調査や協議会の認識、障害福祉計画の策定に向けて意見を述べられる場について、「心のサポーター養成事業」の認識や活用、障害福祉計画「にも包括」分野の成果目標などを含んだ。

5) 協議会に関する自治体の実態調査

複数の公的オープンデータを統合して市町村を単位とした地域相関分析を行った。

協議会設置市町村については、協議会の運営実態に関する指標に基づき、潜在クラス分析により協議会の類型を抽出し、地域特性指標や「にも包括」の取組状況、都道府県からの支援状況と類型の関連を分析した。

協議会未設置市町村においては、協議会設置に向けた課題認識を探索的因子分析で要約したのち、地域特性指標との関連を分析した。

B. 結果／進捗

1) 我が国の精神保健医療福祉システムを取り巻く現状の整理

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」全体を示す最も面積の大きいレイヤーを最下層に配置した。そのうえに、「精神医

療」「障害福祉（精神）」「介護」の 3 つの領域を配置し、中心に都道府県と市町村領域を配置し、精神保健医療福祉システムモデル図とした。医療法を根拠法とする「医療計画（都道府県）」の「精神疾患」が「にも包括」と「精神医療」領域にかかるように作図した。同様に「障害者総合支援法」において、「精神障害」と障害福祉全体（「知的障害」「身体障害」）とのリンクを矢印で示した。精神病床からの退院者については、地域、一般病床、福祉施設、介護施設など様々な領域への退院の形態を示した。「介護」領域は、メンタルヘルスに関する課題を抱えている方もおり、「にも包括」のモデル図に含めるべき領域である。入院者が高齢になってから退院する場合や、身体介護が必要な状態での退院、認知症介護など、精神医療サービスと介護サービスは、今後重要度を増していくと考えられる。自治体はすべての領域の基盤を担っており、中央へ配置した。

2) ロジックモデルの開発過程

ロジックモデルの仮定条件として、インプット、アクティビティ、アウトプット、アウトカムの構成要素をツリー状に配列する標準的な形式を選択した。アクティビティの主体は市町村の「にも包括」構築を担当する主管課に設定し、分野横断的に「にも包括」構築と関連するアクティビティを積極的に収載すること、最終アウトカムを精神障害の当事者と一般市民による精神健康や主観的な生活の質をおくこと、初期・中間アウトカムは、自治体アクティビティが直接働きかける地域のサービス提供者や環境に生じる変化に設定した。

このような条件に基づいて研究班が作成したロジックモデルを土台として、自治体職員インタビューによって外部の研究者では把握できないような現場に根差したインプット、アクティビティ、初期・中間アウトカムの候補を多数得ることができた。

自治体インタビューからは、研究班作成のロジックモデルの効果として、関係者の共通認識の醸成・課題解決の活動立案の促進・継続性の確保、全体像を意識した進捗把握、計画評価の妥当性向上などが上がった。担当部署から地域へのエコロジカルな事業効果波及のモデルは概ね理解しやすいとの評価であった。また住民の体験を中心に最終アウトカムを捉えることも自治体職員の価値観としても違和感のないものであった。他方で、ロジックモデ

ルを実際の業務に活用するには、最終アウトカムの住民体験を含む情報収集の負荷が大きいこと、自治体の地域課題や将来ビジョンに応じた個別性と調和させる方策、マニュアルの準備、段階的な導入などが課題として挙げられた。

当事者インタビューでは、住民の体験を中心とする最終アウトカムについての意見、アクティビティに関しての希望を話していただき、研究班作成のロジックモデルを評価した。住民の体験を中心とする最終アウトカムについては賛同が得られたが、中でも精神疾患への差別やスティグマが解消され、個人として自分らしく地域生活ができること（リカバリー）の重要性が話された。自治体のアクティビティとしては、障害福祉サービスに関する情報収集や利用アクセスの困難さの解消、協議会のあり方の見直しなどが挙げられた。

3) 自治体職員インタビュー

行政統計としては集計されていないが市町村で算出が可能なインプット、アクティビティの項目候補が多数提案された。

初期および中間アウトカムの項目・評価指標の候補として、メンタルヘルス援助行動に関する住民知識の向上、支援者による連携状況の改善の自覚、相談支援の困難感の低下、協議の場の運営プロセスの改善、当事者による援助アクセスの向上の感覚などが挙げられた。協議の場の運営や進捗状況を適切に管理・評価できる項目の明確化への期待があった。

当事者による主観的な評価を導入することには概ね賛同が得られたが、自治体計画への実装の課題も多く指摘された。

ロジックモデルを自治体で利用することについては、協議会の構成員や住民と個別実践と「にも包括」理念との連関を共有しやすくなる、住民行動や地域の連携関係の改善といった中間アウトカムによって「にも包括」の直接の担当部署以外への協力促せる、予算折衝時の資料として活用できるなどの利点がある一方で、実装のためには市町村が自分たちの課題として捉えられる規模・範囲のロジックモデルを標準としていくことが望ましい、担当職員の負担感増大への対策が必要との意見があった。

4) 当事者インタビュー

障害福祉サービスへの意見は〈支援サービス情報獲得の困難さ〉〈障害福祉以外の医療サービス〉〈支援サービスの充実に必要なこと〉

〈支援体制の課題〉に集約された。障害福祉に関する市町村への期待として〈協議会の機能の見直し〉〈市町村の取組への改善提案〉〈障害者雇用について〉に分類された。「にも包括」分野の成果目標への意見として〈地域移行後の生活の質〉〈「精神障害者」ではない個としての存在〉が話された。

5) 協議会に関する自治体の実態調査

協議会設置市町村（820 市町村）：協議会の機能・位置づけ・取組内容に関する潜在クラス分析から、部分的連携型（78.2%、統合的な協議体の設置には消極的だが、既存の会議体の活用や、専門部会等で特定課題の検討を行うなど、限定的な連携は行っている）、統合型（21.8%、個別支援の検討、支援体制の整備、地域基盤の整備において、保健・医療・福祉を統合した協議の場の設置に積極的に取り組んでいる）の2類型を同定した。

「にも包括」の取り組み状況に関する多くの項目において、統合型が部分的連携型よりも積極的に実施しており、都道府県からのバックアップも整っていることが示された。

協議会未設置市町村（630 市町村）：探索的因子分析から協議会設置に向けた課題認識は、合意形成プロセス（議題や参画者選定、共通理解の困難）、実施体制（マンパワーやノウハウの不足）、医療資源（医療従事者の参画の難しさ、医療機関や社会資源の不足）の3因子に要約された。医療資源に関する課題認識は人口規模や人口あたり保健師数と関連していた。

D.総括的考察

計画の2年目にあたる今年度は「にも包括」のロジックモデルの開発を行った。作成過程には、「にも包括」に関連する制度・事業の網羅的収集と相互関係の把握から始まり、自治体で使用しやすいものとするための作成条件の吟味、体系的な項目収集、自治体職員と当事者のインタビューによる意見聴取までが含まれ、一定の妥当性（アクションの網羅性、論理連関のセオリー妥当性、当事者価値観を包含した正統性）と現場中心性（自治体現場に根付いた指標立て、現場問題の解決を重視）を備えたものになったのではないかと考えられる。

ロジックモデル開発を通じて、障害福祉計画の「にも包括」分野の成果目標及び活動指標を捉え直す二つのメタレベルの問いが明確

になった。第一は、障害福祉計画が「にも包括」構築全体にどう貢献するのかということである。第4期障害福祉計画までは精神分野の成果目標項目は「入院中の精神障害者の地域生活への移行」であったように、障害福祉計画は精神病床からの地域移行に特に重点が置かれていた。その後、第5期から「にも包括」構築に項目の見直しが行われ、協議の場の設置を成果目標や活動指標へと包含する変更が施されているが、新たに掲げられた「にも包括」構築という目標に向けて障害福祉計画が何を成すべきかを正面から問う機会は少なかったと推測される。今回のロジックモデルの作成過程を通じて、従来の障害福祉サービスの利用体制の構築に加えて、スティグマや差別を低減する普及啓発、ピアサポーター育成や活用、相談支援の活性化など、市町村が取り組みやすい事業も「にも包括」構築に向けて障害福祉計画の中で取り組みうる可能性が見えてきた。中でも今年度行った当事者インタビューでは地域生活や就労現場での差別やスティグマの体験による生活しづらさの解消を希望する意見が多く聞かれており、優先して取り組むべき候補かもしれない。

第二は、第7期障害福祉計画「にも包括」の成果目標で評価しようとしているのは「にも包括」構築過程における、誰による、誰に対する、どのようなアウトカムなのか。活動指標で評価しようとしているのは、誰の、誰に対するどんな活動であるのかである。従来からモニタリングしている精神病床からの退院や長期入院患者数などの成果目標は、今回作成したロジックモデルで見れば、地域支援環境とりわけ入院精神医療と退院後の生活支援を提供する障害福祉サービスの体制の適切さを表す中間アウトカムとなろう（そして精神医療側の影響が相対的に優位であろう）。我々のロジックモデルの論理を適応させるとすれば、退院した当事者の生活の質が適切であるかどうかを忘れてはならない。

活動指標についてはどうか。障害福祉サービスの各種利用者数は地域の障害福祉事業者の活動量であり自治体の活動量ではないため、障害福祉領域の中間アウトカムとなるだろう。今回の自治体職員インタビューでは、自治体が障害福祉サービスの利用者数を地域ニーズに合わせて効果的に調節することができることは認識されておらず、自治体アクティビティと活動指標のカップリングは強くなさ

そうである。他方、協議の場に関してはその運営主体は自治体であることから、活動指標はロジックモデルでいうとアクティビティの内容やアウトプット指標に相当し、自治体を起点とする指標となっている。しかしながら、協議の場の設置・運営に対応する中間アウトカムのイメージが共有されていないため、現在の回数・人数などの形式要件を数値指標とした活動指標だけでは、有効な協議の場の運営に繋がりにくいことが推察される。

今年度作成したモデルは想定しうるすべてのアクティビティと中間アウトカムをひとつに集大成したものである。実際には自治体ごとに地域特性や優先課題を定めたロジックモデルのトリミングや部分の作り込み、人的資源や予算規模に合わせたインプットやアクティビティの設定が必要である。その際には、今年度の協議会に関する地域相関研究から導かれた地域類型が有力な客観的ガイドになる。協議の場において地域の支援者や当事者らと協働で地域ならではのロジックモデルを作っていくこと自体が地域の「にも包括」の規範的統合を促し、事業を前進させるのである。

来年度は本モデルの現場活用を支援する参考資料の作成にも取り組む予定である。

E.健康危険情報
なし

F.研究発表

1.論文発表

1) Mayui Nara SY, Yoko Moriyama, Takashi Okada, Kentaro Usuda, Ayako Hada, Kaori Usui, Mai Iwanaga, Takayuki Kawaguchi, Sayaka Sato, Naoaki Kuroda, Chiyo Fujii. Validity and Reliability of the Japanese Adult Social Care Outcomes Toolkit four-level self-completion tool (ASCOT SCT4) in Community Mental Health Service Users in Japan. *in submission*.

2) Hada A, Kawaguchi T, Usui K, Iwanaga M, Sato S, Yamaguchi S, Kuroda N, Fujii C. Psychometric properties of Japanese version of the Recovering Quality of Life (ReQoL). *BMC Psychiatry*. 2025;25(1).

2.学会発表

1) 奈良麻結，山口創生，森山葉子，岡田隆志，臼田謙太郎，臼井 香，黒田直明：精神障害当事者における日本語版 ASCOT SCT4 の妥当性・信頼性の検証. 第 83 回日本公衆衛生学会，札幌，2024.10.29-31.

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「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築分野における
ロジックモデルと評価指標の開発過程

研究代表者：○黒田直明（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）

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）

研究分担者：岡田隆志（福井県立大学 看護福祉学部）

研究協力者：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）

片岡真由美（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）

神川ちあき（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）

羽澄恵（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）

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）

三宅美智（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）

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）

山本賢（飯能市福祉部生活福祉課）

※○＝執筆者

【研究要旨】

本研究班全体の目的である、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の構築」（以下、「にも包括」構築）分野における成果目標及び活動指標の見直しに向けて、今年度は自治体が「にも包括」全体を見据えて障害福祉計画を策定し、自治体事業と成果目標・活動指標の論理的連関の理解を支援するような「にも包括」構築推進のロジックモデルを作成し、本報告ではその作成過程を記す。

第7期の成果目標である「精神病床からの退院率、地域平均生活日数、長期入院患者数」は、精神医療分野のアウトカム指標と一致した設定であるものの、障害福祉側の主体的な活動との関連が弱く、市町村レベルでの障害福祉計画の指標としては活用しづらい面があり、市町村の障害福祉施策として実効性のある活動に関連する指標の設定が望まれている。また、にも包括が多機関、他部署との連携により包括的に構築されていく必要があり、全体像やゴールの共有、ゴールと連関感がある事業モニタリングをするのに有用なツールとしてロジックモデルを作成することとなった。

自治体での実利用を念頭に、ロジックモデルの活動の主体を自治体に設定し、モデルの構成要素は、インプット、アクティビティ、アウトプット、アウトカムという標準的な要素を採用した。最終アウトカムは、「にも包括」の理念である「精神障害の有無にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすこと」ができている状態を設定し、その手前に、短期から中期の事業効果を評価できる初期アウトカムおよび中間アウトカムを設定した。構成要素のそれぞれの項目には、にも包括の政策資料や自治体職員作成の「にも包括業務一覧」、障害福祉計画の成果目標・活動指針などから網羅的に抽出し、またその評価指標を設定して暫定モデルを作成した。さらに、活動主体である自治体や精神障害当事者のインタビューを実施し、意見を反映させた修正を行い、実際に活用できるロジックモデルを目指した。来年度は本モデルをより活用しやすい形に改定するとともに現場活用を支援する参考資料の作成にも取り込む予定である。

A. 研究の背景と目的

本研究班では第8期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構築」（以下、「にも包括」構築）の分野における成果目標及び活動指標の効果的な見直しに資する研究を行っている。第7期の成果目標は、「精神病床からの退院率、地域平均生活日数、長期入院患者数」である。医療計画における精神医療分野のアウトカム指標と一致させて設定されており、精神医療と地域の受け皿である障害福祉サービスが相補的な活動をしながらか長期入院者の地域移行を推進することが意図されている。活動指標もこれに対応し、地域移行のための基盤整備を意識したものとなっている（協議の場の開催回数・保健、医療、福祉、介護、当事者、家族等の参加者数・協議の場における目標設定及び評価の実施回数、地域移行支援・地域定着支援・共同生活援助・自立支援援助・自立訓練（生活訓練）の利用者数、精神病床からの退院患者の退院先（都道府県のみ））。しかしながら、精神病床からの退院を中心とするアウトカム指標は、精神医療側の活動による影響に比べると障害福祉側の主体的な活動との関連が弱い。また医療計画は都道府県のみが作成するため、成果目標となる指標値は都道府県単位でしか集計されない。その結果、市町村レベルでの障害福祉計画の指標としては活用しづらさがあった。したがって、第8期の成果目標・活動指標としては、市町村レベルで成果をモニタリング可能であること、市町村の障害福祉施策として実効性のある活動に焦点が当たっているものであることが望まれる。

また「にも包括」とは「精神障害の有無にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保」することであり、自治体は長期入院者の地域移行の推進を障害福祉計画のひとつの

軸としつつも、精神障害者やメンタルヘル스에課題をもつ住民の地域生活支援に向けた活動にも取り組む必要がある。そのためには、医療、福祉、保健予防、普及啓発、まちづくりまで、メンタルヘルスに関連する多様な施策が集合的に力を合わせる必要がある。つまり障害福祉計画は単体としてではなく、他計画や事業を包含した全体計画のなかで障害福祉計画の事業が果たす役割や守備範囲が何であるかと逆算して成果目標や活動指標を立てる思考が求められる。しかしながら、個々の事業は別々の部・課が所管している自治体行政において、「にも包括」の全体像を共有することは一般に困難である。

これらの政策全体像やゴールの共有、ゴールを意識した事業モニタリングの有力なツールがロジックモデルである。ロジックモデルとは個々の事業が意図している成果を達成するまでの論理的な過程を体系的に図示したものであり、事業の相互関係の可視化、不足している事業領域の発見、政策の関係者との共有、事業評価のモニタリングなどにおいて効果を発揮する。ロジックモデルは、根拠に基づいた政策立案（Evidence-based Policy Making, EBPM）のツールとして、医療計画、障害福祉計画の策定への活用が推奨されているが、自治体単独での作成は困難であり、作成事例は一部の都道府県（医療計画）や市町村（介護保険事業）に限られている。筆者らの知る限り、「にも包括」領域におけるロジックモデルの作成は行われていない。そこで、本研究班では、自治体が「にも包括」全体を見据えて障害福祉計画を策定し、自治体事業と成果目標・活動指標の論理的関連の理解を支援するような「にも包括」構築推進のロジックモデルを作成することとした。本報告書では、ロジックモデルの作成過程を記す。

B. 方法

本研究では、自治体のためのロジックモデ

ルの作成手順として、ロジックモデルの条件設定、研究班によるモデル作成、自治体職員インタビューによるモデルの修正・指標の追加、モデルの評価の4つの作業を行った。

1) ロジックモデルの条件設定

ロジックモデルは、目的や分野によって形式が異なる。同じ政策課題のロジックモデルであっても、活動から結果までをどのように論理的過程として分解するかについては自由度が高いため、利用目的から逆算した条件設定を事前に行うことが重要である。本研究では、成書^{1,2}、公開資料³⁻⁵、先行研究⁶⁻⁸を吟味の上、モデル全体の形式、アクティビティの主体と範囲、最終アウトカム、初期・中間アウトカムについて、できるだけ事前に条件を定める方針をとった。

2) 研究班によるモデルの作成

「にも包括」に関連する様々な資料からロジックモデルのインプット、アクティビティ、アウトプット、アウトカムになりうる具体的項目を抽出し、グループ化した。同時にアウトプットおよびアウトカムについては、各項目の進捗のモニタリングに利用しうる数量的指標をオープンデータや先行研究から収集した。

3) モデルの修正・指標の追加

自治体職員インタビューで、上記資料には出てこない自治体現場で想定されるアクティビティ、初期アウトカムの候補、および評価指標のデータソースを収集した。

自治体職員および精神当事者のインタビューにおいて収集した意見をもとに研究班でモデル修正を行った。

4) モデルの評価

自治体職員インタビュー、当事者のインタビューからモデルの評価を行った。前者では自治体の視点からみた最終アウトカムの適切さ、ロジックモデルの条件設定についても意見を得た。後者からは、アウトカムの適切さ、当事者としてのニーズを聴取した。またロジックモデルと自治体計画の対応関係につ

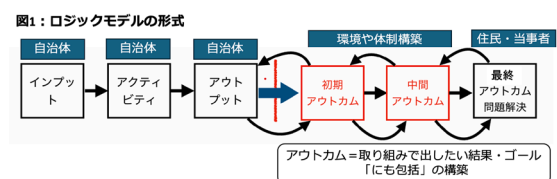
いて厚生労働省の精神障害保健課の担当官と意見交換を行った。

本研究は国立研究開発法人国立精神・神経医療センター倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号 B2023-117）。

C. 結果／進捗

1) ロジックモデルの条件設定

モデルの形式（図1）、アクティビティの主体と範囲、最終アウトカム、初期・中間アウトカムについて以下のように条件を設定した。



・モデルの形式：インプット、アクティビティ、アウトプット、アウトカムという標準的な構成要素を採用した。また「にも包括」構築のプロセスは部署横断的・多事業集約的であるため、最終アウトカムに向けて複数の領域・経路で事業が進むツリー状の形式を選択した。インプットとは人材や場所、予算などアクティビティを生み出すための基盤、アクティビティは「にも包括」構築に向けた活動、アウトプットはアクティビティの実施回数や規模、アウトカムはアクティビティを受けた側に生じる結果をそれぞれ示す。後述するようにアウトカムには最終アウトカムとそこに至る過程でより早期に達成されるべき初期・中間アウトカムの複数段階を設定した。

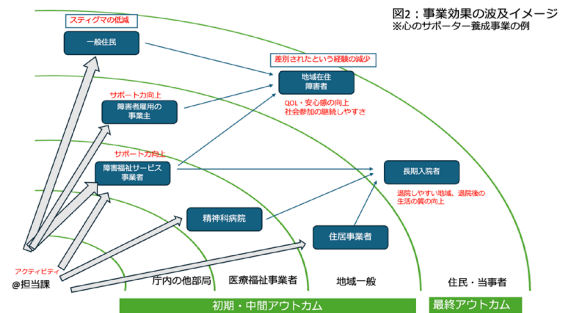
・アクティビティの主体と範囲：本研究の目的は行政機関で利用できるロジックモデルの提案であるため、活動主体すなわちモデルのインプット、アクティビティ、アウトプットはすべて自治体、なかでも市町村の「にも包括」構築を担当する主管課を想定し、精神医療、精神障害福祉、精神健康増進・予防などの分野を超えて「にも包括」構築と関連するアクティビティを収集した。個々のアクティビティについては行政事業化されている活動

にしぼって収載するアプローチも検討したが、精神分野は行政事業化されている取組が少なく、潜在的に必要とされるアクティビティを収集していくことが必要であるため、自治体職員が行っている目に見えない活動や未実施だが必要と思われる自治体活動も積極的に収集した。

・**最終アウトカム**：最終アウトカムはロジックモデルの最終的なゴール像を言語化したものであり、ロジックモデルの羅針盤の役割を果たす。すべてのアクティビティはこの最終アウトカム達成に寄与しうるものでなくてはならない。「にも包括」の目標理念は「精神障害の有無にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすこと」ができていない状態であり、この状態の客観的具現として、精神障害の当事者と一般市民による精神健康や主観的な生活の質をおいた。

・**初期・中間アウトカム**：中間アウトカムは、最終アウトカムを達成するための論理的な通過地点にあり、最終アウトカムよりも早期に達成すべき状態である。初期アウトカムは中間アウトカムよりもさらに手前にあり、アクティビティによって相手側に生じる最初の変化の兆候を表す。一般に最終アウトカムの指標に変化が生じるまでには中長期的な事業サイクルが必要である。また最終アウトカムの指標値は、注目しているアクティビティ以外の影響も受けるため最終アウトカムのモニタリング単独で事業評価を行うことは難しい。したがって、短期から中期の事業効果を評価でき、適切な初期・中間アウトカムを設定しておくことが必要である。ロジックモデルが絵に描いた餅にならないためには、アクティビティの担い手にとって論理的なつながりに納得感が持てる初期・中間アウトカムを見出すことが重要である。自治体のアクティビティは精神障害の当事者や住民を直接支援するものは一部であり、大半は地域のサービス提供者や住民環境に働きかけるものである。したがって、中間アウトカムの設定にお

いては、各種のアクティビティが地域のサービス提供者や住民環境に作用し、それらが一般住民や地域在住障害者、長期入院者に波及して、結果として最終アウトカムを達成していくというエコロジカルな考え方を提案した（図2）。



多くのアクティビティは、庁内他部署、外部機関、地域の環境などへとまずアウトプットされ、環境としての「にも包括」を構築するという中間アウトカムを生じる。初期アウトカムはそのような環境変化の最終の兆候である。初期アウトカムを自治体や地域関係者が体感できることはこれら機関の動機づけになる重要な要素であるが、外部の研究者が適切なものを見つけ出すことは困難である。そこで自治体職員に「どのような時に『にも包括』が達成されつつある』と実感するか」をインタビューし、現場で納得できる初期アウトカムの例を収集した。

2) 研究班によるモデルの作成

「にも包括」に関連する法令・事業の領域を網羅的に収集し、相互関係を図解することにより、領域全体を理解した（臼田報告書参照）。その上で既存資料（表1）を収集し、ロジックモデルのたたき台を作成するための項目を収集した。抽出した要素は、働きかけを行う主体である自治体側項目（インプット・アクティビティ・アウトプット、計100件程度）と、働きかけを受ける地域環境や住民側（中間アウトカム・最終アウトカム、計150件程度）側で大別してから、中間アウトカムの領域別に分類した。障害福祉計画、医療計画、健康増進計画などの計画は互いに領域の重複がある一方で、どの計画にもカバー

されないアウトカム領域もありえる。そのため中間アウトカムは行政計画ごとには立てずに、MECE（Mutually Exclusive Collectively Exhaustive）な領域わけを住民の生活を中心に行うことをこころみた。

アウトプット、アウトカムを量的に評価する数値指標を、政府統計の総合窓口（e-Stat）などから収集した。最終アウトカムの測定方法としては、国際的に使用されている自記式アウトカムスケールである社会的ケア関連 QOL 尺度（Adult Social Care Outcomes Toolkit, ASCOT）日本語版^{9,10}、精神医療領域の Recovering Quality of Life（ReQoL）日本語版¹¹を採用した。班会議の議論を通じて修正・追加を行い、暫定モデルを作成した。

表1 ロジックモデル作成に用いた主な資料

資料名
項目候補の抽出に使用
医療計画分野別ロジックモデル・指標リスト（精神疾患）Ver.1.01（医療経済研究機構）
医療計画分野別ロジックモデル・指標リスト（在宅医療）Ver.1.11（医療経済研究機構）
第7期障害福祉計画 全分野の成果目標・活動指標
保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領（令和5年11月27日）
市町村精神保健福祉指標の例（版能市福祉部生活福祉課 山本賢氏提供）
網羅性確認のため参照
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会とりまとめ（2021年3月）
地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会とりまとめ（2022年6月）
市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チームとりまとめ（2023年7月）

3) モデルの修正・指標の追加

自治体職員のインタビューより、アクティビティ項目として、保健所および市町村における精神保健福祉業務運営要領に記載された業務内容を基礎とした上で、精神保健福祉相談、協議会の運営状況（回数・参加者数・他協議会との連動の有無、他部署・機関とのケア会議の実施、地域移行支援等のサービス給付の周知、自助組織への支援、こころのサポーター養成、各種啓発事業および研修の実施、入院中の生活保護受給者への訪問、入院者訪問支援事業における訪問、行政統計として国などに報告している内容に限らない幅広い活動が挙げられた。これらの実施回数（アウトプット指標）については自治体内で適時算出ができる。

初期・中間アウトカムである地域の支援環境構築の評価指標として、関係者・関係部署の実感・認識を含められる可能性が自治体

へのインタビューを通して明らかになった。すなわち、『『にも包括』の理念や考え方が浸透している」「連携して精神保健相談に対応できている」「相談支援への困難感が減少する」「協議の場が有機的に運営できている

（例：地域の課題を適切に把握し、参加者が主体的に協議できている）と実感する」と協議の場の中で生じる変化が確認できることが「にも包括」の推進に資すると考えられていた。また「当事者や家族がピアサポート活動を身近に感じて利用できる」「自殺未遂者や長期入院患者など地域生活が安定しにくい住民に対しても多機関チームで支援に取り組める」「往診などアウトリーチ支援が必要な住民に提供できる」といった取り組みを通じて、当事者が希望する支援を適時適切に受けられているという実感が高まることにつながるのではないかという意見が挙げられた。住民に対しては「メンタルヘルスに関する相談ができる機関の情報を知っている」「メンタルヘルス課題で困っている人に声を掛けられる」といった過程を経て、「住民のメンタルヘルスリテラシーが高まること」につながるのではないかと考えられていた。

4) モデルの評価

自治体インタビューからは、研究班作成のロジックモデルの効果として、関係者の共通認識の醸成・課題解決の活動立案の促進・継続性の確保、全体像を意識した進捗把握、計画評価の妥当性向上などが上がった。担当部署から地域へのエコロジカルな事業効果波及のモデルは概ね理解しやすいとの評価であった。また住民の体験を中心に最終アウトカムを捉えることも自治体職員の価値観としても違和感のないものであった。他方で、ロジックモデルを実際の業務に活用するには、最終アウトカムの住民体験を含む情報収集の負荷が大きいこと、自治体の地域課題や将来ビジョンに応じた個別性と調和させる方策、マニュアルの準備、段階的な導入などが課題として挙げられた。インタビューから市町村で取り

組みやすいアクティビティ領域は、精神健康のための教育、普及啓発、精神保健福祉相談、連携を促進する活動や仕組み作りであると推察された。

当事者インタビューでは、住民の体験を中心とする最終アウトカムについての意見、アクティビティについての希望を話していただき、研究班作成のロジックモデルを評価した。住民の体験を中心とする最終アウトカムについては賛同が得られたが、中でも精神疾患への差別やスティグマが解消され、個人として自分らしく地域生活ができること（リカバリー）の重要性が話された。自治体のアクティビティとしては、障害福祉サービスに関する情報収集や利用アクセスの困難さの解消、協議会のあり方の見直しなどが挙げられた。

厚生労働省の担当課との意見交換では、障害福祉計画で取り扱うアクティビティの範囲としては、普及啓発/地域の助け合い促進の事業、相談支援の実施・体制強化、連携を促進する活動や仕組みづくり、障害福祉サービスへの働きかけ、長期入院者への働きかけや権利擁護、地域で住まいを確保しやすくする働きかけなどが考えられることが話された。上記修正や評価を経て構築した本年度終了時点のロジックモデル（図3）と評価指標候補（表2、表3）を末尾に示した。

D. 考察

ロジックモデルの強みについて

本研究は、障害福祉計画「にも包括」構築分野の成果目標・活動指標の見直しに向けたロジックモデルの開発を行った。自治体での実利用を念頭に作成した我々のロジックモデルは以下の特徴を有する。第一の特徴は、アクティビティの中心を自治体（市町村）に固定したことである。「にも包括」の構築は自治体だけで達成するものではないが、特に障害福祉計画における構築では、計画主体である自治体が医療福祉事業者を含む地域の支

援者・団体・一般住民に働きかけていかななくてはならない。アクティビティを自治体に制約することによって、自治体の果たすべき潜在的役割、事業化している領域・されない領域、取組の実現に必要なインプット（人材・予算）といった課題発見的視点が提供される。またアクティビティ主体を自治体に限定したことは、自治体が地域環境に働きかけ、地域環境が個々の精神健康に寄与するというエコロジカルな視点による中間アウトカム設定にもつながった。この設定方法は各事業が果たす役割を関係者と共有するうえで有利であると考えられた。

第二の特徴は、最終アウトカムを当事者や住民の体験としたことである。「にも包括」の名称は自治体に浸透しつつあるが、どのような状態になれば「にも包括」が構築されたといえるのかは、具体的に定められておらず理念の具体像は浸透していない。本研究では、昨年度の森山分担報告に基づき、当事者や住民の体験を「にも包括」ロジックモデルの最終アウトカムとした。この考え方は高齢者の地域包括ケアシステム構築等のロジックモデルと同様でもあり、自治体職員や当事者のインタビューにおいても支持が得られている。

障害福祉計画との関係性

「にも包括」ロジックモデルに本厚労科研のテーマである障害福祉計画を位置づけてみると何が見えてくるだろうか？まず現状の第7期成果目標は、やはり精神医療領域を中心とする中間アウトカムとして位置付けられるのが最も適当であろう。図3のロジックモデル図では、政策的含意も反映して暫定的に中間アウトカムと最終アウトカムの間配置している。活動指標のなかの障害福祉サービスの利用者数は、地域の事業者の活動量であって自治体の活動量ではないため、障害福祉サービス領域の中間アウトカムとなるだろう。市町村による何らかのアクティビティによって障害福祉サービスの利用者数を操作す

ることは現実的には困難であり（自治体インタビューより）、多くの自治体においては活動指標を動かす動力が十分に作用していない可能性が高いだろう。他方、協議の場の運営主体は自治体であることから、活動指標としてはより適切であると考えられる。ロジックモデルの作成により協議の場の運営の結果としての初期・中間アウトカムに相当する指標の不在が課題であることが浮かび上がる。また市町村の行いやすいアクティビティとして、普及啓発、ピアサポーター、スティグマ対策などが自治体インタビューで挙げられた。これらは「にも包括」領域の重要なアクティビティであり、活動指標として追加することで自治体による取り組みの活性化が期待できる。

課題・限界

臼田分担報告でまとめられた「にも包括」の全体像と見比べると本ロジックモデルに収載しきれていない領域があり、今後必要に応じて補完が必要である。評価指標についても、できる限り収集し、自治体インタビューにおいて新たな指標候補の提案を得たもののまだ設定できていない項目もまだあり、既存データの二次利用だけでは不十分である。また行政報告例等のデータは自治体の活動指標として潜在的に利用できるものであるが、自治体ごとに集計基準が異なり現状のデータでは比較可能性に課題がある。最終アウトカムとしての当事者や住民の体験を測定する尺度についても研究班で選択して収載しているが、実施するには新たな調査の実施が必要であり自治体に一定の人的エフォートを要する。

本モデルは想定しうるすべてのアクティビティと中間アウトカムをひとつに集大成したものである。実際には自治体ごとに地域特性や優先課題を定めたロジックモデルのトリミングや部分の作り込み、人的資源や予算規模に合わせたインプットやアクティビティの設定が必要である。研究班のロジックモデル

を参考にしながら、協議の場において地域の支援者や当事者らと協働で地域ならではのロジックモデルを作っていくこと自体が地域の「にも包括」の規範的統合を促し、事業を前進させる。来年度は本モデルの現場活用を支援する参考資料の作成にも取り込む予定である。

文献

1. 源 由理子（著，編集），大島 巖（著，編集），山谷 清志（監修）. プログラム評価ハンドブック—社会課題解決に向けた評価方法の基礎・応用. 晃洋書房; 2020.
2. 佐藤 徹（編著）. エビデンスに基づく自治体政策入門 ～ロジックモデルの作り方・活かし方. 公職研; 2021.
3. W.K. KELLOGG FOUNDATION. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Logic Model Development Guide. 2004.
4. 埴岡 健一. 厚生労働省 令和 5 年度第 1 回医療政策研修会 グループワーク「ロジックモデルの活用」 レクチャー2 ロジックモデルの基礎. 2023.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001106697.pdf>. Accessed 2025/5/21.
5. 文部科学省大臣官房政策課政策推進室政策推進室. 「ロジックモデル」作成マニュアル. 2023.
https://www.mext.go.jp/content/20230410-mxt_kanseisk01-100000155-3.pdf. Accessed 2025/5/21.
6. 松本佳子. 保険者機能強化にむけた PDCA 推進へのロジックモデルの活用. 保健医療科学. 2023;72(5):431-443.
7. Naruse T KA, Matsumoto H, Nagata S. A Logic Model for Evaluation and Planning in an Adult Day Care for Disabled Japanese Old People. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(6).
8. Uneno Y IM, Morikawa N, Tagami K,

Matsumoto Y, Nozato J, Kessoku T, Shimoi T, Yoshida M, Miyoshi A, Sugiyama I, Mantani K, Itagaki M, Yamagishi A, Morita T, Inoue A, Muto M. Development of a national health policy logic model to accelerate the integration of oncology and palliative care: a nationwide Delphi survey in Japan. *Int J Clin Oncol*. 2022;27(9).

9. Mayui Nara SY, Yoko Moriyama, Takashi Okada, Kentaro Usuda, Ayako Hada, Kaori Usui, Mai Iwanaga, Takayuki Kawaguchi, Sayaka Sato, Naoaki Kuroda, Chiyo Fujii. Validity and Reliability of the Japanese Adult Social Care Outcomes Toolkit four-level self-completion tool (ASCOT SCT4) in Community Mental Health Service Users in Japan. *in submission*.

10. Nakamura-Thomas H MM, Moriyama Y, Shirowa T, Kyougoku M, Razik K, Malley J. Japanese translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) in Japanese social service users. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1).

11. Hada A KT, Usui K, Iwanaga M, Sato S, Yamaguchi S, Kuroda N, Fujii C. Psychometric properties of Japanese version of the Recovering Quality of Life (ReQoL). *BMC Psychiatry*. 2025;25(1).

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

1) Mayui Nara SY, Yoko Moriyama, Takashi Okada, Kentaro Usuda, Ayako Hada, Kaori Usui, Mai Iwanaga, Takayuki Kawaguchi, Sayaka Sato, Naoaki Kuroda, Chiyo Fujii. Validity and Reliability of the Japanese Adult Social Care Outcomes

Toolkit four-level self-completion tool (ASCOT SCT4) in Community Mental Health Service Users in Japan. *in submission*.

2) Hada A, Kawaguchi T, Usui K, Iwanaga M, Sato S, Yamaguchi S, Kuroda N, Fujii C. Psychometric properties of Japanese version of the Recovering Quality of Life (ReQoL). *BMC Psychiatry*. 2025;25(1).

2.学会発表

1) 奈良麻結, 山口創生, 森山葉子, 岡田隆志, 臼田謙太郎, 臼井 香, 黒田直明: 精神障害当事者における日本語版 ASCOT SCT4 の妥当性・信頼性の検証. 第 83 回日本公衆衛生学会, 札幌, 2024.10.29-31.

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

図3:本年度終了時点でのロジックモデル



表2 最終アウトカムの評価指標候補

最終アウトカム		指標	説明	可能性のあるデータ収集経路
一般住民	精神健康増進の行動（睡眠、アルコール・休養）	調査中	各1問	住民アンケート
	精神的苦痛をもつ住民の数	K6スケール	6問	住民アンケート
	自殺の減少	自殺の標準化死亡比		e-sat
精神疾患当事者	差別されたと感じるこがなくなる	過去12ヶ月に障害を理由に不当な扱いを受けた体験を持つ当事者の割合	1問または状況毎	当事者アンケート（Discrimination and Stigma Scale Ultra Short日本語版開発中）
	地域住在者が自分らしく安心して生活	ASCOT Adult Social Care Outcomes Toolkit（使用実績あり）	9問	当事者アンケート
		ReQoL™ Recovering Quality of Life（許諾要確認）	10問	当事者アンケート（障害福祉計画のアンケートに追加する）
精神疾患当事者 （中間・地域移行アウトカム）	長期入院患者が減少する	1年以上の長期入院患者数	-	独自調査または630調査かRHMHRAD
	地域後に地域で長く過ごせる	年度後に地域で長く過ごす者	-	精神保健福祉資料（都道府県単位、連続性を欠く）

表3 アクティビティ・アウトプット・初期・中間アウトカムの評価指標候補

アクティビティのタイプ	アクティビティ項目	アウトプット指標	初期、中間アウトカムイメージ	指標候補	説明/データ収集経路
精神健康増進のための教育事業	各年代、テーマの精神保健教室 HP、SNSを通じた発信 パンフレットなど啓発資料作成 学校での精神保健教育	各事業の実施回数、実施参加数 配信回数、フォローワー数 複製数、配布数 実施学校数	精神健康増進のための教育事業の普及、関心の向上【査閲可かも】	各普及啓発事業を知っている人の割合 精神健康増進への関心レベル 精神健康増進の行動（運動・アルコール・休養） メンタルヘルスリテラシー	住民アンケート 住民アンケート 住民アンケート（健康増進計画） 住民アンケート（健康増進計画のアンケートに追加する） メンタルヘルスリテラシー尺度（200H）
普及啓発/地域の助け合い促進の事業	心のサポーター養成事業 ピアサポーター養成 ピアサポーターと協働した普及啓発活動 当事者活動、家族会の支援	新規養成者数 新規養成者数 協働に実施した活動の件数/回数 支援団体数、支援を受けた人数、金額	普及啓発/助け合い促進活動の普及、関心の向上	活動中のこさポーター 活動中のピアサポーター数 ピアやこさポーターを知っている人の割合 各普及啓発事業を知っている人の割合 スティグマ低減、social inclusionの浸透	住民アンケート 住民アンケート 住民アンケート 住民アンケート 住民アンケート Reported and intended behaviour scale (RIBS)日本語版（4-8歳） 障害福祉計画、障害者基本計画のアンケートで収集
精神保健福祉相談の実施、体制強化	相談体制の強化（人員、時間・場所） 相談支援の住民や関係機関への周知活動 精神保健福祉相談員研修の実施 複数課共同で相談対応する	増加率 周知相談の件数、総数 修了者数 複数課で関わった相談件数	相談支援が受けやすくなる	住民の悩みやストレスの相談状況 相談件数 相談窓口を知っている住民の割合 相談支援に従事する有研修相談員数 相談者の年齢層や相談内容の包括性 相談者からの相談アクセス評価（しやすかったか）	住民アンケート（市民意識調査）、国民生活基礎調査の項目追加 担当課集計、地域保健・健康増進調査報告、福祉行政報告例 住民アンケート 担当課で集計 担当課で集計 相談終了時に窓口で調査（1問）
連携を促進する活動や仕組み作り （@協議会、個別支援、自治体内部）	協議会 ピアサポーター、当事者、家族会の参加 自殺対策や重篤などの協議会と連動した実施 地域アセスメント結果の提示、共有 地域用のロジックモデルの作成 理念の共有、場違いとの支援のあり方の策定 自治体が支援者の連携情報を集約する（山形県民生保健部） 協議会以外 自治体が関与したケア会議、カンファレンス 自治体の複数課で連携して個別支援 市町村と（県・保健所）の協働した個別支援 自治体と医療が連携したアウトリーチ支援 （各外部事業者との連携関係の構築）	協議会の実施回数・参加者数・メンバー 自己評価チェックリストを作成した人 実施事例数 実施事例数 実施事例数 実施事例数 実施事例数	関係者が連携がしやすくなったと感じる連携した支援が実施される率が増える	自己評価チェックリストを作成したい ※実感＋客観（体制・実行） 【他候補】 多職種連携尺度 療養継続加算の算定 庁内での「にも包括」の認知度 庁内での連携しやすさの解消度 外部からみた自治体との連携しやすさ	協議会で評価 在宅医療やがん分野の尺度、関係者にアンケート調査 国民向け、NDBオープン（二次医療圏） 職員アンケート 職員アンケート 事業者にアンケート
障害福祉サービスへの働きかけ	不足するサービスの量を確保するアクション？ 地域移行支援者サービス提供準備の促し？ 相談支援専門員の人員不足解消？ 就労への「にも包括」「こほば」研修？ 就労支援事業の質を高めるアクティビティ 相談支援専門員のケースマネジメント研修（社会福祉相談員研修事業）	？ ？ 増加率 実施回数、参加事業者数、人数 実施回数、参加事業者数、人数	障害福祉サービスの供給不足が解消する 地域移行支援者サービス提供準備 障害福祉サービス事業所の質が向上	各種サービス利用者数 地域移行支援者サービスの新規利用着数 自治体への寄附相談件数 同一事業者の継続利用期間 就労者割合 ピアポート加算の算定	サービス受給データから算出 サービス受給データから算出 担当課で集計 サービス受給データから将来的に算出 サービス受給データから将来的に算出
精神科長期入院者への働きかけ （入院者の権利擁護の活動）	長期入院者の把握、退院意向の調査 長期入院者を訪問する（生保、一般） 地域移行支援者サービスへの周知 入院者への面会訪問（市区町村同意、一般） （成年後見関係）	実施有無 訪問患者数、割合、回数 周知した人数、割合	地域移行、定着系のサービス利用が増える 退院する （精神科入院との連携活動が増える）	地域移行・定着系のサービスの新規利用着数 関与して退院した長期入院患者数	サービス受給データから算出 担当課で集計
住まいを確保しやすくする働きかけ	不動産業者との連携 居住支援事業、居住支援法人？ 障害年金受給申請活動の協働	新規協力業者数 居住支援事業、居住支援法人数 援助した受給開始者数	地域で住まいを確保しやすくなる	精神障害者に住民提供する不動産業者数	独自集計が必要
にも包括的なまちづくり	まちづくり活動団体と協働事業 商工など各工商産業業者との連携 住民（当事者）参加型まちづくりの仕組み	事業実施回数、参加団体数 コンタクトできた企業数	参加、就労しやすいまちになる	「にも包括」を理解する企業、団体数 精神健康に心を持つ企業数 こさポーターの商工業企業数	独自集計が必要 独自集計が必要 独自集計が必要
入院精神医療に対する働きかけ	【主：医療計画で実施する】		入院精神科医療で良くなる 地域での危機対応ができる	精神科入院の患者体数指標※ 3/6/12ヶ月の退院率 退院後再入院率 退院後の通院継続率 危機対応に関する指標 初診アクセス、待機期間	入院患者アンケート 精神保健福祉資料（都道府県） 精神保健福祉資料（都道府県） 将来的に算出を検討（精神保健福祉資料） 【要開示】 【要検討】
外来医療への働きかけ （精神・在宅、プライマリ・訪談）	【主：医療計画で実施する】				

※1 People with a mental health problem who reported being treated with courtesy and respect by doctors and nurses during hospitalisation(%). OECD Mental Health System Performance Benchmark の原則 1

※2 悩みやストレスの相談状況を問う国民生活基礎調査の選択肢：家族に相談している、友人・知人に相談している、職場の上司・学校の先生に相談している、公的な機関の相談窓口を利用している、民間の相談窓口を利用している、病院・診療所の医師に相談している、テレビ・ラジオ・新聞等の相談コーナーを利用している、左記以外で相談している。相談したいが誰にも相談できないでいる、相談したいがどこに相談したらよいかわからない、相談する必要はないので誰にも相談していない、相談したいがどこに相談したらよいかわからない、相談する必要はないので誰にも相談しない

障害福祉計画「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築分野における
ロジックモデルと評価指標の開発に関する自治体職員へのインタビュー調査

研究分担者：○岡田隆志（福井県立大学）

研究代表者： 黒田直明（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）

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： 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）
片岡真由美（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）
神川ちあき（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）
羽澄恵（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）
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）
三宅美智（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）
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）

※○＝執筆者

【研究要旨】

3年間を期間とする本研究の2年目にあたる本年度は、第8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」分野における成果目標および活動指標の策定に資する基礎資料として、同施策の全体像を示すロジックモデルの開発に着手した。本分担班では、自治体担当者の視点に立脚した具体的な指標の提案と、開発過程における継続的な改善および評価の実現を目的に調査を実施した。

調査対象は、障害福祉計画および関連事業に直接携わる自治体専門職とし、複数回にわたるフォーカスグループインタビューを通じて、第7期計画における指標への見解、ロジックモデル案に関する項目の抽出・修正、活用ニーズの把握などを行った。

得られた調査結果は、(1)現在の取り組み状況、(2)障害福祉計画における成果目標・活動指標、(3)ロジックモデル活用に関する自治体のニーズの3区分に整理し、計8点にわたってまとめた。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」においては、①関係者間の理解の促進、②施策の構造および効果の論理的把握、③自治体における実効的な政策形成、④当事者の地域生活実態の反映といった多面的な視点から、可視化の必要性があることが認められた。このことから、ロジックモデルをはじめとした可視化の手法は、抽象化されがちな理念と現場実践をつなぐ媒介装置として機能しうると考えられる。

一方で、現場での導入・活用にあたっては、①業務負担との両立を意識した設計、②職員への継続的支援の機会づくり、③地域課題と将来ビジョンの並行的な協議促進、④段階的かつ柔軟に対応可能な導入保障など、きめ細かな工夫と配慮が求められることが示唆された。

A.研究の背景と目的

本分担研究班では、現行の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」（以下、「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年目にあたる昨年度に実施した自治体への実態調査（アンケート調査及びインタビュー調査等）の結果、特に市町村において、①「にも包括」の概念が浸透しておらず、障害福

祉計画の成果目標が縁遠いと捉えられていること、②日常的に行う業務が十分に活動指標として含まれていないこと、③都道府県の関与が少なく、計画策定における情報・助言が不足していることが課題点として明らかになった。本来、「にも包括」が目指すところは、精神科病床から在宅への地域生活移行が支障なく行われることだけにとどまらず、在宅での医療や障害福祉、介護や住まいなどといった包括的な支援を確保したうえで、誰もが安心して自分らしく地域で暮らしていくことが含まれる。そのことを踏まえれば、在宅生活を支える基盤となる市町村の取り組みが計画的かつ網羅的に推進されることが求められ、障害福祉計画はそれを明示するとともに、検証及び評価できることに意義があると言える。

障害福祉計画の策定にあたり、国の指針のなかで、ロジックモデル（以下、「LM」）などの成果志向型のツールの活用が推奨されている。LMは個別的な取り組みから達成すべきゴール（成果）にいたる道のりを俯瞰し、そのつながりを順序だてて確認できるところに利点がある。例えば、自治体の導入を考えた場合、施策推進のボトルネックを発見、事業の結果と最終的な地域の成果までの経過で見られる変化を意味する中間アウトカムを表すことができる。それによって、施策の直接的・短期的な効果を評価できるため、政策立案に役立つと考えられる。

そこで、本研究班では第8期計画の「にも包括」分野の指標を検討するにあたり、市町村を主体としたLMの作成に取り組むこととした。作成にあたり、自治体の施策の全体像を踏まえつつ、自治体の規模など実情に沿った内容に、そして、実行可能性が高く、かつ、現場に導入しやすい内容にすることを目的に、自治体職員へのインタビュー調査を並行的に行うこととした。

B.方法

1. 調査目的

本研究班では、第8期障害福祉計画における「にも包括」分野の成果目標や活動指標を見直すにあたり、「にも包括」施策の全体像を示すLMを開発している。本調査は、自治体職員からの現場状況を踏まえた実体的な意見の聴取、開発過程における継

続的な改善、評価を得ることを目的とした。

2. 調査対象者

調査対象は実際に障害福祉計画における「にも包括」分野の策定、又は「にも包括」に関する事業を中心的に担った市町村と都道府県の専門職とした。選定方法は、自治体の精神保健福祉従事者で構成される唯一の職能団体である「全国精神保健福祉相談員会」の理事、又は理事からの推薦者のうちから依頼し、調査に対して自らの意思で同意をしてもらえた者とした。なお、選定にあたっては、自治体の人口規模を考慮して行った。

3. 調査方法

（1）時期

2024年8月に2名の自治体専門職を対象にプレインタビューを行い、インタビューガイドを完成させ、2024年9月から2025年2月までの期間で本調査を実施した。

（2）方法

対象者のうち5名程度の小グループに分け、フォーカスグループインタビューを行った。インタビューはLM開発と並行的に実施したため、1グループ2回ずつ行うこととした(1回目：2024年9月～11月／2回目：2025年1月～2月)。

（3）内容

調査対象者にはインタビュー実施にあたり、事前に開発過程のLM案に関する説明資料及び動画を視聴してもらった。そのうえで、当日は、インタビューガイドを用いて調査を行った。第1回調査は、LM案に係る項目の抽出・修正、現行の第7期計画の指標に関する見解、各自治体の「にも包括」に関する実践と障害福祉計画との連動の有無などについて尋ねることを目的とした。主な質問項目は、「自治体の障害福祉計画『にも包括』分野の策定過程及び内容の説明」「LMとして指標化できる追加項目の有無などの意見」「第7期計画における成果目標・活動指標に関する意見」

「協議会における障害福祉計画を題材にした議論の有無」、加えて、本研究班で焦点をあてている「当事者のQOLやサービス利用充足度に関する項目の導入に関する意

見」も聴取した。

第2回調査は、作成過程のLM案に係る評価と、自治体でのLM活用に対するニーズを把握することを目的にした。主な質問項目は、「LM案に関する疑義、加筆・修正事項の有無」「LM案において障害福祉計画で取り扱う範囲の確認」「自治体でLMを活用するための工夫や課題」加えて、他領域の行政計画では用いられている「住民の意識変容や機関間の連携体制の状態など質的な内容を把握する項目の導入に関する意見」も聴取した。

(4) 倫理的配慮

本インタビュー調査については、国立研究開発法人国立精神・神経医療センター倫理委員会の承認を受け、実施した（承認番号 B2023-117）。

C. 結果／進捗

1. 調査協力者の概要

調査を依頼した結果、自治体専門職10名の協力が得られた。自治体の種別で区分すると、都道府県が3名（うち、本庁勤務1名、保健所勤務2名）、政令指定都市が1名、中核市が2名・保健所設置市が1名、保健所未設置市町村が3名（うち人口3万人～5万人規模1名、5万人～10万人規模2名）であった。職種別で区分すると保健師が3名、精神保健福祉士が6名、心理職が1名であった。

2. 調査結果

本稿ではインタビュー内容に関して、3つのテーマ（「にも包括」の取り組み状況／障害福祉計画の成果目標・活動指標等について／自治体のLMに関する活用ニーズ）に分けて結果を提示する。

(1) 「にも包括」の取り組み状況

① 自治体で指標化できるデータ

LMのインプットおよびアクティビティに関するデータを追加・精査するために聴取を行った。

インプットの範囲では、「精神保健福祉関連事業の予算」「相談支援を担う自治体専門職の配置」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業の活用メニュー」「協議会の設置」「自助組織の数」などが挙げられた。

アクティビティの範囲では、保健所およ

び市町村における精神保健福祉業務運営要領に記載された業務内容を基礎とすることが提案され、「精神保健福祉相談件数」「協議会の運営状況（回数・参加者数・他協議会との連動の有無）」「他部署・機関とのケア会議の件数」「地域移行支援等のサービス給付の周知件数」「自助組織への支援件数」「こころのサポーター養成」「各種啓発事業および研修の回数」「入院中の生活保護受給者への訪問回数」「入院者訪問支援事業における訪問実施回数」など、行政統計として国などに報告している内容に限らず、幅広く計上しなければ実態の把握が難しいことがうかがえた。

① 「にも包括」が推進していると担当者が実感できる変化

LMの初期アウトカムおよび中間アウトカムに関する指標を追加・精査するために聴取を行った。

まず、住民に対しては「メンタルヘルスに関する相談ができる機関の情報を知っている」「メンタルヘルス課題で困っている人に声を掛けられる」といった過程を経て、「住民のメンタルヘルスリテラシーが高まること」につながるのではないかと考えられていた。

次に関係者・関係部署に対しては「『にも包括』の理念や考え方が浸透されている」「連携して精神保健相談に対応できているという実感が持てている」「相談支援への困難感が減少する」ことが挙げられた。

また、「協議の場が有機的に運営できている（例：地域の課題を適切に把握し、参加者が主体的に協議できている）」と協議の場の中で生じる変化が確認できることが「にも包括」の推進に資するとも考えられていた。

さらに、「当事者や家族がピアサポート活動を身近に感じて利用できる」「自殺未遂者や長期入院患者など地域生活が安定しにくい住民に対しても多機関チームで支援に取り組める」「往診などアウトリーチ支援が必要な住民に提供できる」といった取り組みを通じて、当事者が希望する支援を適時適切に受けられているという実感が高まることにつながるのではないかとという意見が挙げられた。

（２）障害福祉計画の成果目標・活動指標等について

③ 協議の場における障害福祉計画に関する議論

地域の課題を抽出・検討するために実践者が集う協議の場において、地域の状況や活動目標を具体的に示した障害福祉計画がどのように利用されているかを尋ねた。そうしたところ、市町村が取り組む協議の場では当該計画が議論にあがる滅多にないことが確認された。

④ 市町村の成果目標と活動指標の項目について

前年度に本研究班が行った、第７期計画の「にも包括」分野における成果目標と活動指標の実態調査では、市町村計画においては、成果目標の記載自体がない、あるいは都道府県と同様である旨のみが示されている記載が全体の高い割合を占めていた。このような実態となっている理由を聴取したところ、障害福祉計画自体が障害福祉サービス等における支給決定の見込み量算定に重きが置かれていることや、成果目標の項目が市町村単独では把握しにくいものであることが挙げられた。

また、都道府県の中には、市町村に対し都道府県が設定した内容を参照するよう説明しているケースもあった。国の指針にあるように、市町村が独自の指標を追加することも可能ではあるが、実際には指針で示された項目以外を盛り込むのは難しいという。その理由には、評価の妥当性が判断できないことや、次期の見直し時に継続する可否かの判断が難しいことが挙げられた。

⑤ サービスを利用している当事者の生活の質に関する指標の導入

「にも包括」の理念を踏まえ、本研究班では、地域生活に関して質と量の双方を高めることが望ましいと考え、当事者の地域生活の質を測る指標の導入を思案している。そこで、調査対象者に ASCOT

(Adult Social Care Outcomes Toolkit) を例として示しながら、この点に関する意見を求めた。そうしたところ、当事者による主観的な評価を導入することには概ね賛同が得られた。一方で、いくつかの懸案事項も挙げられた。たとえば、「市町村の既存データの中に指標として使えるものがなかなかない」「計画策定時にアンケートを

行う自治体は多いが、全体のバランスを考えると聴取できる項目数には限りがあり挿入しにくい」「具体的なアンケート項目が指針などに記載され、実施を促す方針が示されなければ積極的に導入しにくい」「仮に生活の質の向上が評価されても、それに応じる事業や施策がなければ行動につながらない」などであり、必要性は認識されつつも、自治体計画への導入には多くの課題が伴う可能性があることが明らかとなった。

⑥ 協議の場に対する運営・実施評価の測定について

現行の第７期計画では、協議の場に関する活動指標は、開催回数、参加者の構成・人数、目標設定および評価の実施回数となっている。実際、協議の場を立ち上げ、実施しても、「議題が報告になりがち」になってしまい、「課題の抽出から先の議論に発展しない」ことで、課題解決に向けた取り組みに至らないなど、運営面の問題がある。さらに、「担当者が代わると停滞してしまうことがある」といった、事務局機能を有する担当者の交代による影響も少ない。

また、協議会の目的として「理解の浸透や連携強化を掲げて、それ自体を測定できる指標がない」ことも課題とされていた。そこで、協議の場の運営や進捗状況を適切に管理・評価できる項目の明確化が、現場レベルでは求められていた。たとえば、「参加機関（構成員）それぞれが役割や業務状況を把握している」「個別支援における課題を基に地域課題が抽出されている」「地域課題に対して具体的な取り組みが検討されている」「この地域への働きかけに必要なビジョンが共有されている」

「関係機関のネットワークが構築されている」「各種計画の内容が協議の場の中で議論されている」「構成員以外の者・機関が協議の場のことを理解している」「達成目標を構成員全員で検討し、共有されている」といった、協議の場における運営の過程が測定できる項目が具体的に挙げられた。そして、これらのような項目が網羅されたチェックリストのような媒体が必要であることが共有された。

（３）自治体のロジックモデルに関する活用ニーズ

⑦ ロジックモデルを自治体で利用することへの利点・期待

これまで、現場での多様な実践が、障害福祉計画などの行政計画において設定された「にも包括」の成果目標とどのように結びついているのかを示す明確な根拠が乏しかった。それが LM の導入と活用によってその関係性を論理的に示すことが可能になる。協議会の構成員や住民に、一つひとつの実践が「にも包括」の理念とどのように結びついていくかの理解に役立つと期待された。

また、「にも包括」に関連する実践は非常に多岐にわたり、個々の事業の成果が定量的な目標値に直結することは少ない。LM により政策評価として、住民の行動の変化や地域内の関係性の向上といった質的な変化（中間アウトカム）が具体的に示されることで、「にも包括」の直接の担当部署以外にも協力や連携を促しやすくなる。さらに、財政主管課への予算折衝の際にも、事業の意義や効果を説明する資料として活用できる可能性があるとの意見があった。

⑧ ロジックモデルを現場に導入する際の課題

LM を現場に導入するには、いくつかの課題が想定された。

まず、LM のサイズをどのように設定していくかという課題である。「にも包括」は精神疾患や障害のある人に限らず、対象が多岐にわたる。そのため、その範囲を特定することが難しく、結果として関係する部署が増え、一部署だけで対応することには限界がある。このことが LM の導入に消極的になる可能性がある。そもそも「にも包括」について、現在もなお都道府県が主体となって実施するものであるという認識を持つ市町村職員も少なくない。そのため、まずは市町村が自分たちの課題として捉えられる範囲での標準的な設定を示していくが先決ではないかとの意見が挙がった。

次に、担当する職員の負担感増大への懸念という課題である。国の指針では、LM などのツールを積極的に活用するよう求められているが、実際には自治体職員が計画策定に携わる機会は限られており、LM の使用に対して不慣れな面が出てしまうのも

事実である。LM で評価スケールが示されることは利点と捉えられても、アンケートなどを通じて把握する場合、現場では導入に伴う負担や困難さが生じる可能性がある。そもそも、自治体職員は計画策定の時点で既に多くの労力を要しており、モニタリングや具体的な評価にまで手が回らないという業務上の実情も踏まえる必要があるといった意見も挙げられた。

D. 考察

1. 「にも包括」の可視化の意義

「にも包括」とは、精神保健や障害者福祉等に関する多様な実践を有機的に結び付け、成果や課題の推進または改善につなげていく包括的な取り組みの総称である。それゆえ、抽象的な枠組みであることから、可視化していくことが現場では求められていた。本調査の結果により、「にも包括」の可視化は、具体的に次の点において重要な意味を持つと考えられる。

第一に、関係者間で共通の理解や認識を持ちやすくなることである。例えば、協議の場においては、その運営が形式的にとどまっている実態も少なくない。実際に「課題が情報提供に終始している」「課題の抽出から解決策の検討へと議論が発展しない」などの課題が指摘されている。また、担当者の交代により議論の継続性が担保されにくいという構造的な脆弱性も顕在化している。こうした問題に対し、協議の場の運営状況の中で「ビジョンの共有」「役割認識の明確化」「地域課題の具体的検討」が明文化されていれば、実質的かつ連続性のある協議となることが期待できる。

第二に、施策の実施実態および進捗状況を客観的に把握できることである。自治体に取り組む精神保健福祉領域における事業は、定量的な成果指標と直接的に対応しにくい。たとえば、相談件数や啓発活動の回数などの活動指標は一定程度収集可能であるものの、それが住民の行動変容や支援の質的改善といった中間的・最終的アウトカムへどのように寄与しているかを明確に示すことは難しい。こうした背景のもと、LM を用いて、インプット、アクティビティ、中間アウトカム、最終アウトカムの各階層を構造的に整理・可視化することによ

り、事業の実効性と効果を示す道筋が明確になり得る。

第三に、自治体での計画評価および政策改善のためにも重要となる。第7期障害福祉計画に関する実態調査によれば、多くの市町村計画では「にも包括」に関連する成果目標が記載されていない、または都道府県の目標をそのまま引用するにとどまっていた。その要因としては「市町村レベルで把握可能な指標が乏しい」「国の指針に示されていない項目を独自に導入することへの抵抗感」などが挙げられた。LMの活用による可視化ができれば、各自治体の取り組みと計画上の成果目標との関連性を論理的に構築・提示することが可能となり、計画の実効性と妥当性を高めることにつながる。

加えて、当事者自身が地域で生活するうえでの過ごしやすさ・にくさに関する指標の必要性も見逃してはならない。これまで、入院者の地域移行に関する量的指標は一定程度整備されてきたものの、地域での生活実態、すなわち生活の質に関する評価は未整備であった。「にも包括」の理念は、その人らしい地域での暮らしの実現であり、特に身近な地域で暮らしを支える市町村にとっては、当事者のQOLが高まることは重要な意味を持つ。そのため、ASCOT等の主観的指標を用いたQOLの可視化については可能性が検討されたが、その導入には既存データの限界やアンケート調査の負担、具体的な施策への反映可能性といった課題が指摘された。今後、QOLについて量と質の両面から測定し、障害福祉計画等に掲載するなど、可視化に向けて継続的な課題として検討していくべきであろう。

2. 自治体でロジックモデルを利活用するための工夫

第一に、「効果の見える化」と業務負担の軽減を両立する設計とすることである。LMの導入による利点を実感しやすくするためには、パイロット的な導入を通じて「どのような改善や成果が得られるか」を具体的に提示することが重要である。同時に、モニタリングや評価の過程では、過度な情報収集を避け、各自治体が選択できるシンプルな評価指標を用意するなど、業務負担の軽減につながる工夫が求められる。

第二に、職員への継続的な支援機会をつくることである。LMにおけるアクティビティとアウトカムの違いといった基本的な構造や用語の理解を促すために、活用マニュアルの策定や研修、他自治体との情報交換会を通して知識を共有することが重要である。

第三に、地域課題と将来ビジョンの協議を並行して進めることである。LMの導入を形式的なものにとどめず、地域固有の課題や目指す将来像と結びつけることが肝要である。そのためには、たとえば「にも包括」構築支援事業におけるアドバイザーを活用し、専門家によるファシリテーションのもとで、自治体職員が安心して取り組める環境を整えることが望ましいと考える。

第四に、段階的かつ柔軟に対応できる導入を保障することである。対象範囲の広い「にも包括」において、一度に全体を把握・反映しようとするのは困難である。まずは特定の対象群やテーマに絞って試行的に導入するなど、段階的な実践が望ましい。また、市町村単位で主体的に推進するためには、取り組みを成果として実感できる経験を積み重ねていくことから始めたい。たとえば、国の検討会で示された構成要素などを参考にしつつ、全国的に共通理解が可能な範囲内で、各自治体が自らの実情に即したモデルを構築できるようなフォーマットやツールの整備が有効である。

以上のような工夫を通じて、自治体職員および部署がLMの意義や実用性への理解と関心を深めていくことから始める必要があると考える。

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

厚生労働科学研究費（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

研究代表者：黒田直明

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）

分担研究報告書

我が国の精神保健医療福祉システムを取り巻く現状の整理

研究協力者：○臼田 謙太郎（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

神川 ちあき（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

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）

研究要旨

本研究は第8期障害福祉計画の成果目標、活動指標案を検討することを目的としている。その前提となる「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」）は、精神障害のみならず広義のメンタルヘルス不調に関する支援体制や取り組みに対するサポートすべてを包括的にモデル化した考え方である。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は広汎な概念体系であるため、都道府県が進める医療計画や本研究課題にて検討を行っている都道府県および市町村による障害福祉計画などの複数の計画が関連している。また、それに加えて多数の関連法規や既存システム、保健医療福祉サービスが複雑に関連している。本研究報告書では、まず関連法規、自治体計画等について情報整理を行い、精神保健医療福祉システムのモデル図を示すことで本研究課題の目的である第7期障害福祉計画の活動指標、成果目標の論点を明確にすることを目的とする。

まず法律、各制度の説明資料、会議資料、事業報告書等の文献レビューを行い「にも包括」および関連法律、各自治体計画に関連する制度やシステムを整理した。その後、複数の専門家の意見を取り入れ、現時点での精神保健医療福祉システムのモデル図を作成した。

1)にも包括 2)医療法 3)精神保健福祉法 4)障害者総合支援法 5)障害者基本法 6)第8次医療計画 7)第7期障害福祉計画 8)第9期介護保険事業計画の8つの法律、システムの情報整理を行った。また、各法律、自治体計画の内容を踏まえて我が国の精神保健医療福祉システムの概念図を作成した。

本研究報告書において、「にも包括」およびその中に位置する障害福祉計画が担うべき範囲について整理を行うことができた。また各法律、計画等の位置関係を視覚的に示すことができた。第8期障害福祉計画の精神障害に対応する目標、指標は現行の第7期障害福祉計画と同様に医療計画の指標は踏まえつつ、障害福祉サービスの充実によって変化する指標を取り入れるなど、障害福祉計画として進捗をモニタリングしていくことが、最終的に「にも包括」全体の達成につながっていくように計画を設計していくことが必要であると考えられる。

A. 研究目的

本研究班では、現行の第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、次期計画である第8期障害福祉計画の成果目標、活動指標案を検討するこ

とを目的としている。

「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」）とは、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よう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのこと

で、高齢者の「地域包括ケアシステム」と同様に市町村を中心として構築を進めることが期待されている。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は地域共生社会の実現を目指す仕組みやシステムを示す理念であり、精神障害のみならず広義のメンタルヘルス不調に関する支援体制や取り組みに対するサポートすべてを包括的にモデル化した考え方である。

一方で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は広汎な概念体系であるため、都道府県や市町村が進める保健医療計画や本研究課題にて検討を行っている障害福祉計画など各計画に多数の法律や既存システム、保健医療サービスが複雑に関連している¹⁾。

改めて整理をする関連法規および自治体計画は 1) にも包括、2) 医療法、3) 精神保健福祉法、4) 障害者総合支援法、5) 障害者基本法、6) 第 8 次医療計画、7) 第 7 期障害福祉計画、8) 第 9 期介護保険事業計画の 8 つであり、すべて「にも包括」を構成する要素である。本分担研究報告書では、まず関連法規、自治体計画等について情報整理を行い、精神保健医療福祉システムのモデル図を示すことで本研究課題の目的である第 8 期障害福祉計画の活動指標、成果目標の論点を明確にすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、まず法律、各制度の説明資料、会議資料、事業報告書等の文献レビューを行い「にも包括」および関連法律、各自治体計画に関連する制度やシステムを整理した。また、研究目的でも述べた通り、関連する制度や法律が多数あるため、文章のみではなくモデル図作成した。

モデル図の作成に当たっては、研究班内外の専門家（精神科医、公認心理師、精神保健福祉士等）複数の専門職および精神保健医療福祉政策研究に精通したエキスパートの意見を反映して作成した。

なお、モデル図は 2024 年度時点を示した図であり、今後制度変更や法改正等が行われれば変更される。

（倫理面への配慮）

本研究は文献レビューや意見交換のみで行われるため、倫理的配慮を必要とはしなかった。

C. 研究結果

1. 各関連法規および自治体計画等の整理

1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

「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」）とは、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よう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことであり、地域共生社会の実現に向かっていく上で欠かせないものと定義されている。このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要である（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 <https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/aa/1a>）。

2) 医療法²⁾

「医療法」は、医療提供施設の開設・管理に関する事項などを定めた法律で、医療を受ける者の利益の保護や、良質かつ適切な医療の効率的な提供を確保することなどを目的とされる。病院や診療所を含めて精神医療サービスを提供する施設は医療提供施設（法 1 条の 2 第 2 項）に含まれる。このうち精神科病院、精神病床を有する一般病院、特定機能病院等の精神科医療の入院施設は同法の**病院**（法 1 条の 5 第 1 項）、病床を有しない精神科クリニックなどは**診療所**（法 1 条の 5 第 2 項）に分類される。医療法は主に施設の開設、規制、管理、監督等について定めており主に施設の枠組みが規定されている。また病床の種類である一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の各病床に関して定めているのもこの法律である。なお、一般科病院での患者本人と医師による合意による入院は医療法によるものであるが、精神病床における入院制度は精神保健福祉法によって規定されている。

3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）³⁾

上記の医療法に加えて、精神科医療制度は精神

保健福祉法によって規定されている。代表的なものとして精神保健福祉法に基づく入院制度があり、これは精神障害者の治療や保護を目的とした入院制度とされる。このうち一般科病院と同様に患者自身の意思による入院は任意入院、精神障害者が自己や他者に対して著しい危害を及ぼす恐れがある場合に、本人の同意に基づかず、都道府県知事の指示や指定医の診察結果に基づいて強制的に入院させる措置入院（緊急措置入院を含む）、本人の意思だけでは入院が成立しない状況において、家族等の同意を得ることで実施される制度である医療保護入院などの入院形態の種類があり、その他に応急入院制度がある。これに加えて別法の医療観察法に基づく鑑定入院、司法による入院処遇決定後の指定入院医療機関への入院も精神医療に関する入院制度である。

また、入院形態以外に精神保健福祉法によって規定されているものとして、退院請求や処遇改善請求、定期報告等に基づき入院継続の必要性について判断する精神医療審査会制度（都道府県の精神保健福祉センターの所管）、精神病床における隔離、身体的拘束等の行動制限、入院中の通信・面会、精神障害者保健福祉手帳の交付についても同法に規定される。上記に加えて、精神障害者等に対する包括的支援の確保（第46条）、正しい知識の普及（第46条の2）、相談及び援助（第47条）、精神保健福祉相談員（第48条）、支援体制の整備（第48条の2）、都道府県の協力等（第48条の3）、事業の利用の調整等（第49条）などの精神障害者に関連する様々な制度が同法によるものである。

4) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下：障害者総合支援法）⁴

障害者総合支援法は、「法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保および地域社会における共生、社会障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われること」を基本理念として掲げている。障害のある人や子どもたちは、必要と認められた福祉サービス等を障害者総合福祉法によって受けられる。福祉サービスは、市区町村、都道府県などの地方公共団体によって提供されることなどの枠組みが整理されている。

障害者総合支援法が定めるサービスには「自立支援給付」と「地域生活支援事業」があり、このうち「自立支援給付」には「介護給付」「訓練等給付」「相談支援」「自立支援医療」などが含まれ

る。サービスの類型や運用ルールは国が定めている。法律上は本人が1割を負担し、住民税が非課税の世帯の場合には全額給付される。自立支援給付のサービスには、就労移行支援や就労継続型支援（A型、B型）、就労定着支援等のサービスが含まれる。「地域生活支援事業」は、都道府県、市区町村が主体となって実施するもので、サービスの種類や運用のルールは各自治体が地域の実状に応じて定めるものとされる。市町村及び都道府県は、それぞれの地域で生活する障害のある人のニーズを踏まえた柔軟な事業を実施していくことが望まれ、事業の詳細については各自治体にて決定し、効率的・効果的な取り組みを行えるように設計されている。障害者総合支援法の第4条において障害者は「身体障害者」「知的障害者」「精神障害者のうち18歳以上の人」「難病のある18歳以上の人」と規定されている。

障害者総合支援法第5条第1項には「障害福祉サービス」「障害福祉サービス事業」についての規定がある。「障害福祉サービス」とは「居宅介護」「重度訪問介護」「同行援護」「行動援護」「療養介護」「生活介護」「短期入所」「重度障害者等包括支援」「施設入所支援」「自立訓練」「就労移行支援」「就労継続支援」「就労定着支援」「自立生活援助及び共同生活援助」のほか、「自立支援医療費」「療養介護医療費」「高額障害福祉サービス費等の給付金の支給」都道府県が行う「障害福祉サービス事業」「一般相談支援事業及び特定相談支援事業」「移動支援事業等の事業」「障害者支援施設の設置」なども同法に規定されている。本研究班全体の主たる目的として指標の作成を行っている障害福祉計画も同法にて定められている。

同法第88条第1項では、市町村障害福祉計画について「市町村は、基本指針に即して、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画（以下「市町村障害福祉計画」という。）を定めるものとする」とされている。

第2項および第3項では、市町村障害福祉計画について「障害福祉サービス等の提供体制の確保に関する目標」「年度ごとのサービス種別ごとの必要量の見込み」「地域生活支援事業の種別ごとの実施内容」「サービス種別ごとの必要量を確保するための方策」「医療、教育、就労支援などの関係機関との連携に関する事項」等の計画策定に際しての定めるべき事項について言及されている。

また、第4項～12項においては、「障害者の数や

障害状況を踏まえて策定すること」「障害者の心身状況や環境などを把握・分析したうえで作成する努力義務」「障害児福祉計画と一体での作成」「他の関連計画（障害者計画や地域福祉計画等）との整合性を確保」「策定・変更時には住民意見の反映を図る努力義務」「協議会や合議制機関の意見を聴くこと」「都道府県の意見を聴取し、策定・変更後は知事に提出する義務」等の具体的な市町村障害福祉計画策定のポイントが示されている。

第 88 条の 2 では、「市町村は、市町村障害福祉計画の内容について定期的に調査・分析・評価を行い、必要に応じて計画の見直しや必要な措置を講じることが求められている。」とあり、市町村の定期的な計画進捗のモニタリングと必要に応じた計画変更について言及されている。

同法第 89 条第 1 項では都道府県障害福祉計画について「都道府県は、基本指針に即して、市町村障害福祉計画の達成に資するため、各市町村を通ずる広域的な見地から、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画（以下「都道府県障害福祉計画」という。）を定めるものとする」とされている。

第 2 項および第 3 項では、都道府県障害福祉計画について「障害福祉サービス・相談支援・地域生活支援事業の提供体制に関する目標」「区域ごとのサービス種別の年間見込み量」「指定障害者支援施設の必要入所定員総数（年度ごと）」「地域生活支援事業の種別ごとの実施内容」「必要量の確保のための方策」「従事者の確保・資質向上のための施策」「施設サービスの質の向上のための施策」「医療・教育・雇用等の関係機関との連携」等の計画策定に際しての定めるべき事項について言及されている。

また、第 4 項～第 10 項においては「計画は、業務実施状況の分析を踏まえること」「障害児福祉計画と一体での作成も可能」「関連計画（障害者計画、地域福祉支援計画など）と調和させること」「医療計画と連動し、精神障害者の退院促進に資すること」「協議会・合議制機関の意見を反映」「計画の策定・変更後は主務大臣に提出」等の具体的な市町村障害福祉計画策定のポイントが示されている。

第 89 条の 2 では、計画内容について定期的に調査・分析・評価を実施し、必要に応じて計画を変更することが求められている。

5) 障害者基本法⁵

障害者基本法においては「全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に関し、基本原則を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進すること」を目的としている。

この法律では障害者の定義、共生社会の実現、差別の禁止、障害者の社会参加への基本施策（医療、介護、教育、選挙、司法等）について規定されている。

ここでの障害の定義とは、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害」を「障害」とされる（2 条 1 号）。

「その他心身の機能の障害」には難病等も含まれる。また社会モデルの考え方を踏まえ、障害者が日常生活又は社会生活において受ける制限をもたらす原因となる「社会的障壁」について規定されている。（2 条 2 号）

6) 第 8 次医療計画⁶

医療計画とは、前述の医療法（第 30 条）に基づき、都道府県が、厚生労働大臣の定める基本方針に即して、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するために策定する計画である。

医療計画の目的は、限られた医療資源を適正に配置することで、国民が広く医療の恩恵を受けられるようにすることである。第 6 次医療計画からは精神疾患および在宅医療が追加され、現行の第 8 次医療計画においては「医療計画の基本方針」として「5 疾病・6 事業および在宅医療」「地域医療構想」「外来医療」「医師・医療従事者の確保」が示されている。

精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の方が病状が障害の程度に大きく影響する。そのため、①「精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。

平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい」②「また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。」という2つの対応の方向性が「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」において議論され、それを踏まえて以下の指針が示された（一部抜粋）⁷⁾。

a) 「指針について」

- 「行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する」
- 「精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する」

b) 「現状把握の指標例について」

- 「患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から”普及啓発””相談支援””地域における支援””危機介入””診療機能””拠点機能”の4つの視点から、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定する。」

c) 「基準病床算定式について」

- 「入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする」

現行の第8次医療計画では精神疾患に関する指標は、「現状・課題」の分析に基づき「普及啓発、相談支援」「地域における支援、機器介入」「診療機能」「拠点機能」の4軸で厚生労働科学研究班によって指標案が示されている⁸⁾。

4つの軸それぞれにストラクチャー指標（例：心のサポーター養成研修の実施回数、DPAT先遣隊登録機関数、精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数等）、プロセス指標（例：かかりつけ医うつ病対応力向上研修の終了者数、精神疾患の救急車平均搬送時間、認知療法・認知行動療法を算定した患者数等）が設定されている。

また医療計画（精神疾患）の進捗を示すアウトカム指標として、「特定時点退院率、地域平均生活日数、急性期・回復期・慢性期患者数」「平均在院日数」が国の指標案として示されている。

また、第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について必要病床数を算出するための計算式および算出結果の一覧表が各都道府県別に示されており（事務連絡 第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について）、これは

- 近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするべきである。
- その際には、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきである。等の意見の方向性を踏まえて算出されている。

7) 第7期障害福祉計画⁹⁾

現行の第7期障害福祉計画は、障害者総合支援法の規定に基づき「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」に即して市町村・都道府県が作成している。

指針は、「第一 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に関する基本的事項」

「第二 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標（成果目標）」「第三 計画の作成に関する事項」「第四 その他自立支援給付及び地域生活支援事業並びに障害児通所支援等の円滑な実施を確保するために必要な事項等」の4つで構成される。障害福祉計画の成果目標および活動指標は「①施設入所者の地域生活への移行」「②精神障害にも対応した地域包括ケアシス

テムの構築」「③地域生活支援の充実」「④福祉施設から一般就労への移行等」「⑤障害児支援の提供体制の整備等」「⑥相談支援体制の充実・強化等」「⑦障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築」の7つの領域で構成されている。このうち精神疾患に関する事項は「②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」によって示され、医療計画指標のアウトカム指標と同じく「地域平均生活日数」「精神病床における1年以上入院患者」「精神病床における早期退院率」が成果目標に設定されている。また活動指標については「協議の場の開催回数、関係者の出席者数、目標設定および評価回数」などの協議の場関係の指標、「地域移行支援」「地域定着支援」「共同生活援助」「自立生活援助」「自立訓練」等が都道府県と市町村の共通の活動指標になっており他の障害とは別に精神障害のみが別途指標として設定されている構造である（他の障害は①施設入所者の地域生活への移行等に同様の指標が含まれている）。また都道府県のみ活動指標として「精神病床からの退院後の行き先別の退院患者数」がある。

8) 第9期介護保険事業計画

「介護保険事業計画」は、介護保険法第117条の規定に基づき、介護保険サービスの見込み量を定め、保険給付及び地域支援事業の円滑な実施を確保するため、3年を1期として定める法定計画である。高齢者全体に対する計画であるものの、基本指針では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が重要視されており、本計画では精神疾患について以下のように注視すべきポイントが示されている（『介護保険事業計画作成の手引き』を参照¹⁰⁾）。

- 「高齢の精神障害者が精神科病院から地域へ移行し、地域生活を維持できるよう、必要な介護サービス等の提供を見込むこと」
- 「市町村・都道府県の介護保険事業計画は、それぞれの障害福祉計画と調和を図る必要があること」
- 「精神障害にも対応した地域包括ケア体制の整備が必要であり、特に「相談支援」「ピアサポートの環境整備」「家族支援」など多方面での連携が求められる。」
- 「策定時には、人口構造や要介護者数・認知症高齢者数などをデータに基づいて見込み推計すること。」

- 「精神病床に長期入院している認知症高齢者の数なども含めた分析が必要であり、ReMHRADなどを活用した情報把握の推奨」
- 「特に「住み慣れた地域で暮らす」という視点から、精神病床入院者数などのデータは全自治体が参照すべき指標であり、都道府県介護保険事業支援計画については、都道府県障害福祉計画に定められた、高齢者を含む入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標等との調和が保たれたものとする」と

2. 精神保健医療福祉システムモデル図

図1のようにモデル図を作成した。まず最下層部分には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」全体を示すために最も面積の大きいレイヤーを配置した。そのうえに、「精神医療」「障害福祉（精神）」「介護」の3つの領域を配置し、さらにその中心に地域社会とその基盤を支える都道府県と市町村領域を配置した。まず、「精神医療」には「精神科病院」「精神科機能を有する一般病院」「特定機能病院」「精神科診療所」「一般科のかかりつけ医」などの主な医療機関を配置した。またそれらの医療機関の開設・管理に関する根拠法としての「医療法」と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律である「精神保健福祉法」を配置し、医療法を根拠法とする「医療計画（都道府県）」の「精神疾患」が「にも包括」と「精神医療」領域にかかるように作図した。「医療法」から伸びる左向きの矢印は、精神医療以外の医療領域全体にリンクしていることを表現している。またそれ以外の関連法律や事業である「医療観察法」や「精神科救急医療体制整備事業」「入院者訪問支援事業」等も配置している。精神病床からの退院者については、地域、一般病床、福祉施設、介護施設など様々な領域への退院の形態を示した。

「障害福祉（精神）」は障害者の自立および社会参加支援のための施策や基本理念を定めている「障害者基本法」に加えて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律である「障害者総合支援法」を配置し、それを根拠法とする「障害福祉計画」をその中に配置した。現行の第7期障害福祉計画においては精神障害に対応する領域は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とされており、その部分を「障害福祉（精神）」にかかるように配置をしている。「精神医療」領域と同様に、「障害者総合支援法」から伸びる左向きの矢印は

「精神障害」以外の障害福祉全体（「知的障害」「身体障害」）とのリンクを示している。

「介護」領域は、基本的には高齢分野において支援対象となる高齢者すべてを含む領域ではあるものの、その中にはメンタルヘルスに関する課題を抱えている方もいることが想定されるため、「にも包括」のモデル図には必要な領域である。全体からするとメンタルヘルスに関する課題を抱えている高齢者の割合は多くはないと考えられるが、入院者が高齢になってから退院する場合や、身体介護が必要な状態での退院、認知症介護など精神医療サービスと介護サービスは、今後高齢化社会を迎えるにあたり、より重要度を増していくと考えられ現時点では右下に配置をしている。

最後に、中央に配置した「都道府県、政令指定都市」と「市町村」は地域社会の基盤を支える自治体機能を表している。

自治体機能は精神保健に関する相談支援などの直接支援、措置入院や医療保護入院等の非自発的入院時の判断機能、保健医療計画や障害福祉計画等の計画策定、また精神医療審査会機能を有する精神保健福祉センターなど複数の役割を担っている。そのため中央へ配置しすべての領域の基盤を担っていることを図の中で示している。

また、本研究班全体の目的である第7期障害福祉計画の成果目標、活動指標については図1の左下の「障害福祉（精神）」の領域内に位置することを想定している。

D. 考察

研究目的で述べた通り、我が国の精神保健医療福祉システムは、「にも包括」を中心として、非常に広範な領域かつ複数の法律が関連しており、相補的にシステムが構築されている。図1の「精神病床からの退院」はその代表的なものであるが、退院先としては地域社会（自宅等）の場合もあるが、グループホームをはじめとする障害福祉サービスの利用、あるいは高齢のため介護施設を利用するというパターンも想定される。あるいは、退院後に自立支援医療制度を使用し、精神障害者保健福祉手帳の取得や障害者雇用制度を利用するなど、医療、福祉、介護のそれぞれの制度を跨いで、また複数のサービスを利用することも想定される。医療計画の5疾病における精神疾患以外の4疾病は身体疾患であり、例外はあるものの、発症から回復までの大きな流れは一方向に流れる。またその後必要に応じてリハビリテ

ーションを終えて、フォローアップを受けながら社会に復帰するという各段階もある程度区切ることが可能である（図2）。

一方で、精神疾患は図3に示すように医療にかかってから回復までの道のりが多様であり、また回復途中で症状が増悪するケースも一定数存在する。場合によっては医療サービスと障害福祉サービスを同時並行で利用、あるいは仕事をするなど社会生活を送っていても、必要に応じて休息入院を目的として医療を再度利用することもあり得る。このように精神疾患に関する制度の複雑さと様々なパターンが存在している点は他に類を見ない点である。

本研究で作成した精神保健医療福祉の全体図は、こうした複雑な状況を可視化して、それぞれの制度や計画が実行すべき守備範囲を明確化するべく作成したものである。

特に医療計画および障害福祉計画の全体の中で、精神障害だけは「にも包括」の概念の範囲に含まれ、それ以外の領域とは別に推進されていく特徴を持っている。そのため両計画全体の進捗と精神保健医療福祉システムの両方を見ながら精神疾患領域の計画策定は行われる必要があり、常に大きな視点を持ちながら地域の実情にも対応したシステム構築を進めていく必要があると考える。

E. 結論

本研究報告書において、「にも包括」およびその中に位置する障害福祉計画が担うべき範囲について整理を行うことができた。また各法律、計画等の位置関係を視覚的に示すことができた。障害福祉計画は「精神障害」以外の「知的障害」「身体障害」も含めた計画であるため、「にも包括」以外の分野との関連を考慮していく必要がある。加えて「にも包括」の中においても精神医療との関係は特に重要であり、医療計画と障害福祉計画は特に連動性が強い性質がある。一方で、先に述べた障害福祉計画全体の方針もあるため、「にも包括」には含まれない部分との整理も求められることになるだろう。

第8期障害福祉計画の精神障害に対応する目標、指標は現行の第7期障害福祉計画と同様に医療計画の指標は踏まえつつ、障害福祉サービスの充実によって変化しうる指標を取り入れるなど、障害福祉計画として進捗をモニタリングしていくことが、最終的に「にも包括」全体の達成につながっていくように計画を設計していくことが必要であると考えられる。

該当なし

1.論文発表

該当なし

該当なし

(予定を含む。)

該当なし

該当なし

該当なし

1.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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き 地域共生社会を目指す市町村職員のために 詳細版（2021年度版）

<https://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/archive/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>

2.医療法(昭和二十三年七月三十日)(法律第二百五号)
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1

1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年五月一日)(法律第百二十三号)

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80126000&dataType=0&pageNo=1

3.障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

(平成十七年十一月七日)(法律第百二十三号)

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=83aa7574&dataType=0&pageNo=1

4.障害者基本法(昭和四十五年五月二十一日)(法律第

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=83001000&dataType=0&pageNo=1

5.厚生労働省 医療計画について 令和5年3月
31日厚生労働省医政局長通知（令和5年6月15日
一部改正）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html

6.第1回 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会 資料

【資料 2】精神保健医療福祉の現状等について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001255285.pdf>

7.厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した
モニタリング研究

研究代表者：西 大輔

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202218056A-buntan1.pdf

8 厚生労働省 第7期障害福祉計画の概要

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000163638_00002.html

9.「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>

10.令和4年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護保険事業計画の手引き作成に資する調査研究事業」

三菱UFJリサーチ&コンサルティング 介護保険
事業計画作成の手引き

<https://www.murc.jp/wp->

[content/uploads/2023/05/houkatsu_06_2305_01.pdf](#)

図 1 「精神保健医療福祉を取り巻く現状」 概念図

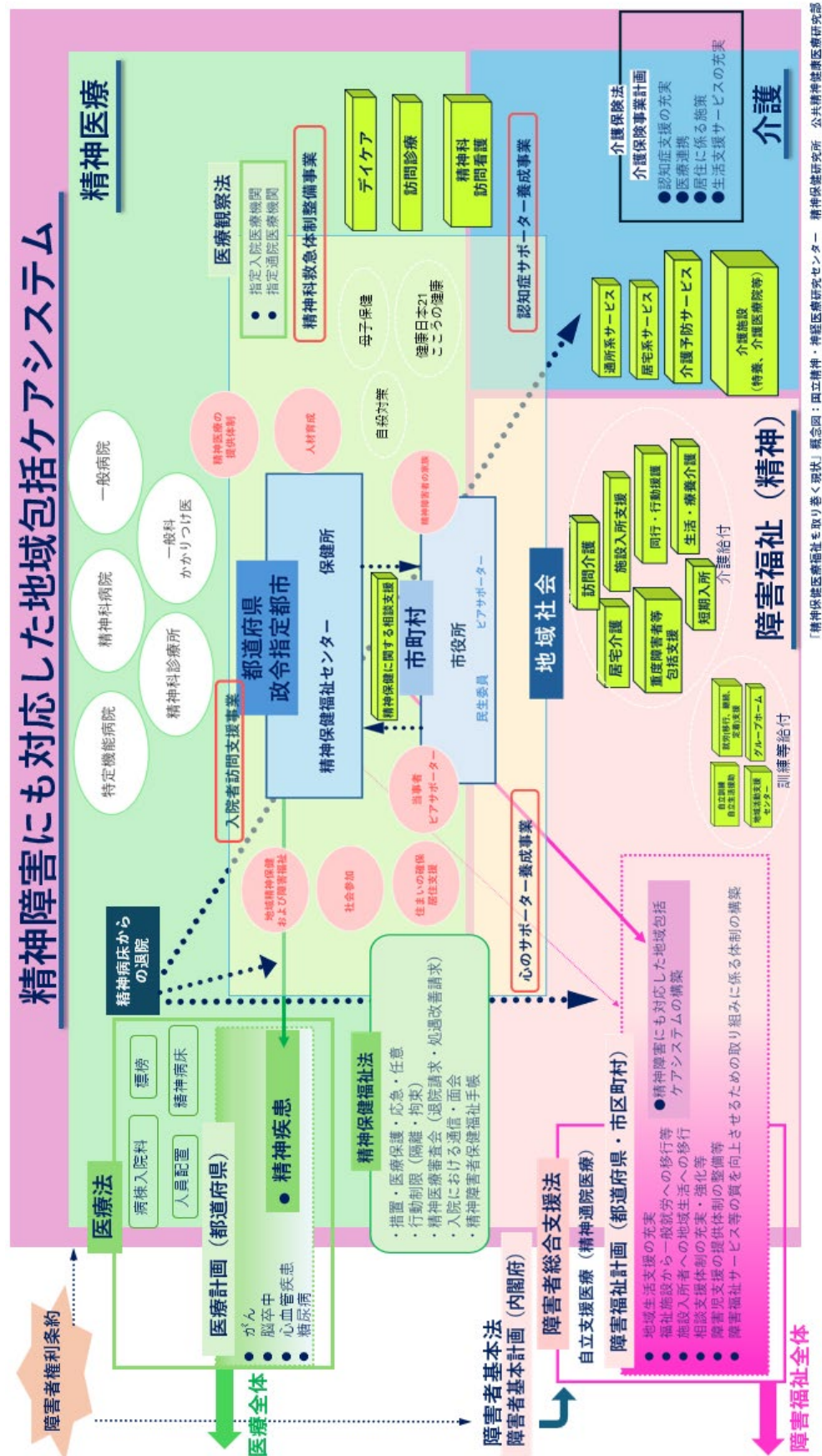
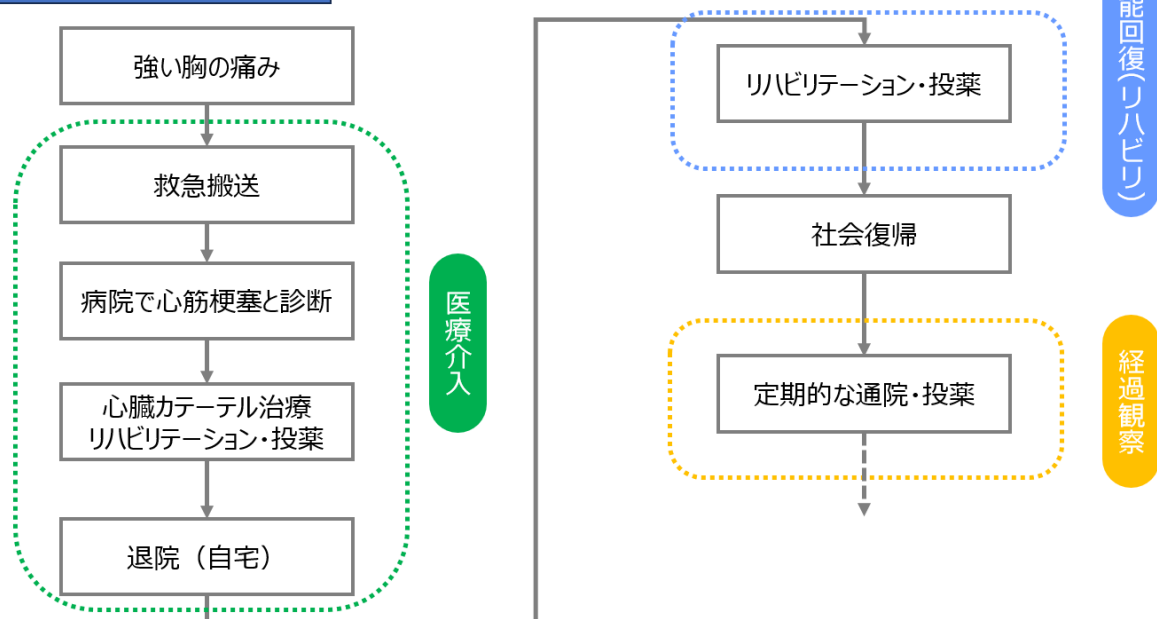


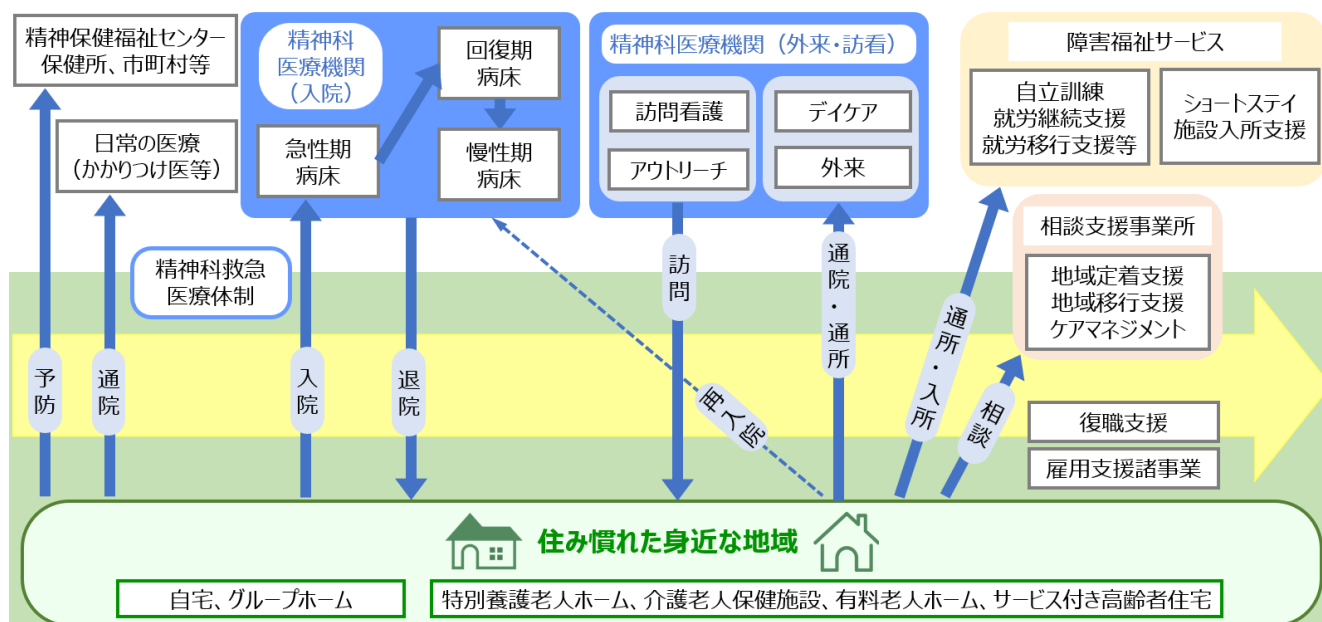
図 2 身体疾患における治療から回復までのモデル図

例：心筋梗塞の一例



ナース専科 心筋梗塞の看護ケアのポイントをもとに作成
(<https://knowledge.nurse-senka.jp/216080/>)

図 3 精神疾患における治療から回復までのモデル図



平成23年12月16日 第10回医療計画の見直し等に関する検討会（厚生労働省社会・援護局） 資料1-2「精神疾患の患者を支えるサービス（イメージ） 福祉との連携をもとに作成」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001yj85-att/2r9852000001yjd2.pdf>）

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
協議会に関する自治体の実態調査

研究代表者： 黒田直明(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)
研究分担者： 岡田隆志(福井県立大学 看護福祉学部)
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：○片岡真由美(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)
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)
羽澄恵（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）
神川ちあき（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）
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)
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)

※○＝執筆者

要旨

本研究は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において中心的役割を担う協議会の実態と課題を明らかにすることを目的とした。公開統計データを用いた市町村単位の地域相関研究を行い、協議会設置市町村の運営実態に基づき潜在クラス分析を実施した結果、「統合型」と「部分的連携型」の2類型が抽出され、運営形態は社会経済的条件に依存しないことが示唆された。協議会未設置市町村では、「合意形成プロセス」「実施体制」「医療資源」の3因子が課題として抽出され、特に大規模自治体で医療資源調整の課題意識が高いことが示され、保健師数とその課題感を緩和する可能性が示された。財政力や人口規模のみでは協議会設置の阻害要因を説明できなかった。今後、統合型の成功要因分析と部分的連携型や未設置自治体への展開に向けた研究の必要性が示唆された。

A. 研究の背景と目的

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地域づくりを推進するため、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組に加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的な社会の構築が求められている。このような考えのもと、厚生労働省は「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）」の整備を進めてお

り、市町村がその中心的役割を担うとともに、保健所や精神保健福祉センターなどの支援機関が、重層的支援体制を通じて市町村を支援する体制の構築が重視されている[1, 2]。

にも包括の構築には、医療・福祉・行政などの多職種・多機関による連携と協働が不可欠であり、その基盤として情報共有や役割調整を行う「協議会（協議の場）」の存在が重要視されている。厚生労働省のガイドラインや関連資料でも、協議会の設置

は制度的に推奨されており、構築推進事業においても必須項目とされている[1]。

しかしながら、2023 年度時点で協議会を設置している市区町村は全国の 58%にとどまっており[3]、約 4 割の市町村では、関係機関が顔の見える関係で情報を共有し、課題や支援方針を協議する体制が整っておらず、地域によって支援体制に格差が生じている可能性を示唆している。

一方で、協議会を設置している市町村においても、その実態や機能は一律ではなく、設置されていること自体が必ずしも効果的な運営やにも包括の実現に直結しているとは限らない。また、協議会の「あり方」には多様なパターンが存在することが想定される。したがって、単に設置の有無にとどまらず、協議会の具体的な機能や特徴を踏まえて実態を類型化し、それぞれがどのような地域特性や支援体制と関連しているのかを明らかにすることは重要である。

以上の背景を踏まえ、本研究では、まず協議会を設置している市町村を対象に、協議会の特徴などに基づいて運営実態に応じた複数の類型を抽出し、各類型ごとの市町村特性（人口規模、財政力指数、人口 10 万人あたりの保健師数）、にも包括の取り組み、都道府県のバックアップのとの関連性を分析した。

さらに、協議会を設置していない市町村を対象としては、探索的因子分析で協議会設置が進まない理由から複数の因子を抽出した。抽出された因子については因子得点を算出し、それらと市町村特性である人口規模、財政力指数、人口 10 万人あたりの保健師数との関連を分析した。この分析により、各課題がどのような市町村特性と結びついて顕在化しやすくなるのかを明らかにし、市町村ごとの特性に応じた協議会設置支援の方向性を導出するための基礎的知

見を得ることを目的とする。

B. 方法

1. 研究デザイン

市町村を分析単位とする地域相関研究

2. データ

本研究では、以下の複数の公的統計データを統合し、分析に用いた。

- にも包括ポータルデータ（令和 5 年度）
出典：実施状況調査結果（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）
[実施状況調査結果 - 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](#)
- 住民基本台帳に基づく人口・世帯数（令和 6 年）
出典：総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
[総務省 | 住民基本台帳等 | 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数](#)
- 地方公共団体の主要財政指標（令和 4 年度）
出典：総務省 地方財政状況調査関係資料
[総務省 | 地方財政状況調査関係資料 | 令和 5 年度地方公共団体の主要財政指標一覧](#)
- 保健師活動領域調査（令和 5 年度）
出典：厚生労働省 保健師活動領域調査
[保健師活動領域調査 | 厚生労働省](#)

3. 分析方法

(1) 協議会設置市町村の分析

協議会の運営実態に関する指標（協議会の役割、制度上の位置づけ、協議の場での取組内容）に基づき、潜在クラス分析を行い、協議会の類型を抽出した。抽出されたクラスに対し、自治体の人口規模、財政力指数、人口 10 万人あたりの保健師数との

関連を確認し、ロジスティック回帰分析を実施し、クラス変数とにも包括の取組状況、(都道府県支援機関(保健所・精神保健福祉センター)からの支援の有無との関連を検討した。

(2) 協議会未設置市町村の分析

協議会未設置市町村における課題認識項目を対象に、テトラコリック相関行列に基づく探索的因子分析を実施した。因子数は並行分析により決定し、oblimin 回転により因子間の相関を許容した因子構造を抽出した。

得られた各因子の因子得点と、人口規模カテゴリー間の群間差を検討した。各因子得点の群間比較にはノンパラメトリックな検定手法を用いた。まず、各因子について Kruskal-Wallis 検定を実施し、全体として群間差が存在するかを検討した。その上で、全体検定で有意差が認められた因子については、Bonferroni 補正を適用した Dunn 検定を用いてペアごとの比較を行った。また、群ごとの中央値および四分位範囲を算出し、検定結果の補助的情報として提示した。

さらに、各因子得点と地域特性指標との関連を検討するため、財政力指数および人口 10 万人あたりの保健師数を説明変数とする単回帰分析を実施した。各回帰分析では、各因子得点を従属変数とし、標準誤差(SE)および 95%信頼区間(95%CI)を算出した。

統計解析は STATA (バージョン 18) と R (バージョン 4.4.2) を用いて行い、p 値が 0.05 未満の場合を統計的有意と判断した。

なお、自治体特性変数の選定理由は以下のとおりである。

- 人口規模：人的・物的資源の集積度合いや関係機関数に影響し、協議会設置や運営の前提条件となる。

- 財政力指数：人材配置や協議会の安定的運営、事業実施能力に関与する。
- 保健師数(人口 10 万人あたり)：保健・医療・福祉の実情に精通する保健師は、関係機関連携の中核的な調整役を担う可能性がある。

4. 倫理的配慮

本研究は、個人が特定されない公開データを用いて実施したものであり、対象者個人への直接調査や介入は行っていない。

C. 結果

1. 協議会設置市町村

(1) 潜在クラス分析

協議会設置済の 820 市町村を対象として分析を実施した。協議会の機能・位置づけ・取組内容に関する潜在クラス分析の結果、3 クラスモデルは収束しなかったため、2 クラスモデルを採用した。モデルの適合指標から分類精度は高いと判断された(表 1: AIC = 18168.14, BIC = 18361.22, SABIC = 18231.02, CAIC = 18402.22, Entropy = 0.899, ALCPP = 0.977)。

抽出された 2 つのクラスは、「クラス 1: 統合的な協議体の設置には消極的だが、既存の会議体の活用や、専門部会等で特定課題の検討を行うなど、限定的な連携は行っている」、「クラス 2: 個別支援の検討、支援体制の整備、地域基盤の整備において、保健・医療・福祉を統合した協議の場の設置に積極的に取り組んでいる」と特徴づけられると判断し、クラス 1 を「部分的連携型」、クラス 2 を「統合型」と解釈した(図 1)。

(2) クラス別にみた市町村特性

人口規模、財政力指数、人口 10 万人あたりの保健師数については、クラス間に統計的な有意差は認められなかった(表

2)。

一方、にも包括の取り組み状況に関する多くの項目において、統合型（クラス 2）のオッズは部分的連携型（クラス 1）より統計的に有意に高く（OR = 1.54～3.51）、積極的な実施状況が確認された（表 3）。

また、都道府県からのバックアップに関しても、財政的支援を除き統合型（クラス 2）のオッズが高く（OR = 1.48～3.05）、支援体制が比較的整っていることが示された（表 4）。なお、「都道府県からの支援の必要性」についてのオッズには、クラス間で統計的な有意差はみられなかった（表 5）。

2. 協議会未設置市町村の分析

(1) 因子分析

協議会未設置の 630 市町村を対象として分析を実施した。協議会設置に向けた課題認識に基づく探索的因子分析の結果、3 因子構造が抽出された（表 7、図 2、表 8）。各因子は以下のように命名した：

- 因子 1：合意形成プロセス
- 因子 2：実施体制
- 因子 3：医療資源

(2) 自治体特性との関連分析

ア. 人口規模カテゴリー間の因子得点の比較

Kruskal-Wallis 検定の結果、因子 1（合意形成プロセス）および因子 2（実施体制）については、人口規模カテゴリー間で統計的に有意な差は認められなかった。一方、因子 3（医療資源）については有意な群間差が認められた [$\chi^2(df=2) = 8.668, p = 0.013$]（表 9）。10 万人以上の市町村では、3 万人未満および 3～10 万人の市町村と比較して、因子 3（医療資源）に関して統計的に有意に高い得点を示した（10 万人以上 vs 3 万人未満: $p < 0.01$, 10 万人以上 vs 3～10 万人: $p = 0.03$ ）。

イ. 各因子得点と地域特性指標（財政力指数、保健師数）との関連

各因子得点と財政力指数との関連を検討した単回帰分析では、いずれの因子得点とも統計的に有意な関連は認められなかった（表 10, 11）

D. 考察

1. 協議会設置市町村の類型とその特徴

本研究では、協議会設置市町村を「統合型」と「部分的連携型」の 2 類型に分類することが妥当であることが明らかとなった。「統合型」は保健・医療・福祉の協働を目的とした協議体の設置に積極的であり、「部分的連携型」は既存の会議体を活用しつつも、統合的な場の構築には至っていない。

両類型間で、人口規模、財政力指数、保健師数といった地域特性に有意差は認められず、協議会の運営形態は市町村の社会経済的条件とは独立して構築されている可能性がある。協議会の運営にあたっては、市町村内の他部局や医療・福祉サービス機関など多方面との連携が必要となる。こうした中で、医療機関との関係性の強弱、法的・制度的な位置付け、人材のリソース状況などが、関係機関における協議会との連携の意思決定に影響を及ぼす可能性が考えられるかもしれない[4, 5]。

にも包括の取組状況および都道府県からの支援実施状況においては、統合型の方が高いオッズを示していた。これは、統合的協議体を有する市町村においては、地域包括ケアの整備全般においても比較的先進的な取り組みが行われていること、あるいは都道府県からの積極的な支援が行われている可能性などが考えられるかもしれない。

一方で、都道府県支援の「必要性」については、クラス間で有意な差はみられなか

った。つまり、統合的な協議体を有していない自治体であっても、支援ニーズを内在化している場合があるが、必ずしも支援が届いていない可能性がある。このことから、今後は統合型市町村における協議会整備の成功要因を明らかにし、部分的連携型自治体に向けた展開可能性の検討が重要である。

2. 協議会未設置市町村における課題構造と自治体特性

因子分析の結果、協議会未設置市町村においては、「合意形成プロセス」「実施体制」「医療資源」の3つの構造的課題が確認された。具体的には、「合意形成プロセス」では議題の選定の難しさ、参画者の選定方法の困難性、開催意義や目的の共通理解の不足、予算確保の難しさ、「実施体制」ではマンパワーやノウハウの不足、「医療資源」では医療従事者の参画の難しさ、医療機関や社会資源の少なさといった課題が指摘されている

特に、人口10万人以上の市町村では、医療従事者の参画や資源調整に関する課題意識が高い傾向がみられた。関係機関数や医療ニーズの複雑性が増すことにより、連携・調整の困難さが顕在化しやすい状況にある可能性が考えられるかもしれない。

また、財政力指数と課題得点の間に有意な関連は認められず、財政的余裕が必ずしも協議会設置の阻害要因を軽減するとは限らないことが示された。一方で、協議会設置の課題には、法的・制度的な位置付けや人材のリソース状況、多方面の関係者間における調整・意思決定プロセス、予算配分などに起因する側面がある可能性が考えられる[4-6]。

さらに、人口10万人あたりの保健師数が多い市町村では、医療資源に関する課題認識が有意に低いことが明らかとなった。

保健師は地域の保健・医療・福祉状況を俯瞰し、他機関との調整役を担う存在であり、その配置が医療資源に関する困難感の軽減に寄与していると考えられる。

ただし、本研究は横断的な地域相関研究に基づいており、示された関連は因果関係を示すものではない。したがって、本研究で得られた知見はあくまで仮説的・探索的示唆として検討されるべきである。今後は、協議会整備における因果構造や支援の方向性を検証することが課題となる。

E. 結論

本研究により、協議会設置市町村は「統合型」と「部分的連携型」に分類され、運営形態は社会経済的条件に依存しないことが示唆された。協議会未設置市町村では「合意形成プロセス」「実施体制」「医療資源」に課題が認められ、特に大規模自治体で医療資源調整の課題意識が高かった。財政力や人口規模のみでは設置の阻害要因を説明できなかった。

今後、部分的連携型や未設置市町村への展開を見据え、統合型の成功要因分析に向けたさらなる研究が求められる。

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. 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のための手引き (2020 年度版). Available: <https://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/archive/guide/r02-cccsguideline-all.pdf>
2. 厚生労働省. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領 (令和 5 年 11 月 27 日) 障発 1127 第 9 号. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/001172624.pdf>
3. 厚生労働省. 実施状況調査結果 (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). Available: <https://nimohoukatsu.mhlw.go.jp/aa/4a.html>
4. 厚生労働省. 第 3 回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会 資料 1. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00003.html
5. 厚生労働省. 第 3 回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会 資料 2. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00003.html
6. 自治体の精神保健からみた精神障害にも対応した地域包括ケアシステム. 精神神経学雑誌= Psychiatria et neurologia Japonica. 2023;125: 194-202.

表 1 モデルの適合度指標

	AIC	BIC	SABIC	CAIC	Entropy	ALCPP
1 class	19305.53	19399.72	19336.2	19419.72	—	—
2 class	18168.14	18361.22	18231.02	18402.22	0.899	0.977

表 2 クラスごとの特徴

	クラス 1 (部分的連携型)	クラス 2 (統合型)	Total	p 値
N	641 (78.2%)	179 (21.8%)	820 (100.0%)	
人口 (3 カテゴリ)				
3 万人未満	310 (48.4%)	82 (45.8%)	392 (47.8%)	0.81
3 万人以上 10 万人未満	238 (37.1%)	69 (38.5%)	307 (37.4%)	
10 万人以上	93 (14.5%)	28 (15.8%)	121 (14.8%)	
人口 (4 カテゴリ)				
1 万人未満	153 (23.9%)	42 (23.5%)	195 (23.8%)	0.92
1 万人以上 3 万人未満	157 (24.5%)	40 (22.3%)	197 (24.0%)	
3 万人以上 10 万人未満	238 (37.1%)	69 (38.5%)	307 (37.4%)	
10 万人以上	93 (14.5%)	28 (15.8%)	121 (14.8%)	
財政力指数	0.51 (0.3–0.71)	0.51 (0.31–0.78)	0.51 (0.31–0.73)	
常勤保健師数 (人口 10 万人対)	41.98 (28.21– 41.98)	38.76 (26.25– 38.76)	40.93 (27.54– 65.00)	0.43
協議会の役割				0.07
保健・医療・福祉全体にかかわる検討を行う				
0	357 (55.7%)	87 (48.6%)	444 (54.1%)	0.11
1	284 (44.3%)	92 (51.4%)	376 (45.9%)	
協議の場で検討している特定の課題について深める (専門部会等)				
0	393 (61.3%)	103 (57.5%)	496 (60.5%)	0.38
1	248 (38.7%)	76 (42.5%)	324 (39.5%)	
その他				
0	393 (61.3%)	103 (57.5%)	496 (60.5%)	0.38
1	248 (38.7%)	76 (42.5%)	324 (39.5%)	
協議会の位置づけ				
既存の会議体を協議の場として位置づけた				
0	150 (23.4%)	44 (24.6%)	194 (23.7%)	0.76
1	491 (76.6%)	135 (75.4%)	626 (76.3%)	
既存の会議体に、新たに部会等を追加して対応した				
0	560 (87.4%)	149 (83.2%)	709 (86.5%)	0.17
1	81 (12.6%)	30 (16.8%)	111 (13.5%)	
新規に会議体を立ち上げた				
0	572 (89.2%)	165 (92.2%)	737 (89.9%)	0.33

	1	69 (10.8%)	14 (7.8%)	83 (10.1%)	
圏域単位の協議の場との連動					
	0	230 (35.9%)	29 (16.2%)	259 (31.6%)	< 0.01
	1	411 (64.1%)	150 (83.8%)	561 (68.4%)	
都道府県単位の協議の場との連動					
	0	459 (71.6%)	106 (59.2%)	565 (68.9%)	< 0.01
	1	182 (28.4%)	73 (40.8%)	255 (31.1%)	
市区町村の協議の場における取組					
地域基盤の整備（保健・医療に係る資源等の活用・開発/地域の実情に応じた施策・制度等の検討）					
	0	598 (93.3%)	55 (30.7%)	653 (79.6%)	< 0.01
	1	43 (6.7%)	124 (69.3%)	167 (20.4%)	
支援体制の整備（保健・医療提供体制の構築/体制構築に向けた課題抽出）					
	0	609 (95.0%)	20 (11.2%)	629 (76.7%)	< 0.01
	1	32 (5.0%)	159 (88.8%)	191 (23.3%)	
個別支援の検討（個別課題解決/個別ケースから見える地域課題の抽出）					
	0	470 (73.3%)	38 (21.2%)	508 (62.0%)	< 0.01
	1	171 (26.7%)	141 (78.8%)	312 (38.0%)	
地域基盤の整備（障害福祉サービスに係る資源等の活用・開発/地域の実情に応じた施策・制度等の検討）					
	0	452 (70.5%)	36 (20.1%)	488 (59.5%)	< 0.01
	1	189 (29.5%)	143 (79.9%)	332 (40.5%)	
支援体制の整備（障害福祉サービスの提供体制の構築/体制構築に向けた課題抽出）					
	0	462 (72.1%)	0 (0.0%)	462 (56.3%)	< 0.01
	1	179 (27.9%)	179 (100.0%)	358 (43.7%)	
個別支援の検討（個別課題解決/個別ケースから見える地域課題の抽出）					
	0	374 (58.3%)	27 (15.1%)	401 (48.9%)	< 0.01
	1	267 (41.7%)	152 (84.9%)	419 (51.1%)	
地域基盤の整備について、保健・医療・福祉を統合する協議の場を設置している					
	0	544 (84.9%)	84 (46.9%)	628 (76.6%)	< 0.01
	1	97 (15.1%)	95 (53.1%)	192 (23.4%)	
支援体制の整備について、保健・医療・福祉を統合する協議の場を設置している					
	0	523 (81.6%)	50 (27.9%)	573 (69.9%)	< 0.01
	1	118 (18.4%)	129 (72.1%)	247 (30.1%)	
個別支援の検討について、保健・医療・福祉を統合する協議の場を設置している					
	0	451 (70.4%)	62 (34.6%)	513 (62.6%)	< 0.01
	1	190 (29.6%)	117 (65.4%)	307 (37.4%)	
地域基盤の整備について、議論を統合する協議の場までは設置していないが、互いに議題を共有しながら協議している					
	0	516 (80.5%)	133 (74.3%)	649 (79.1%)	0.07
	1	125 (19.5%)	46 (25.7%)	171 (20.9%)	

支援体制の整備について、議論を統合する協議の場までは設置していないが、互いに議題を共有しながら協議している

0	497 (77.5%)	136 (76.0%)	633 (77.2%)	0.69
1	144 (22.5%)	43 (24.0%)	187 (22.8%)	

個別支援の検討について、議論を統合する協議の場までは設置していないが、互いに議題を共有しながら協議している

0	474 (73.9%)	136 (76.0%)	610 (74.4%)	0.63
1	167 (26.1%)	43 (24.0%)	210 (25.6%)	

図1 潜在クラスごとの調整済み平均値

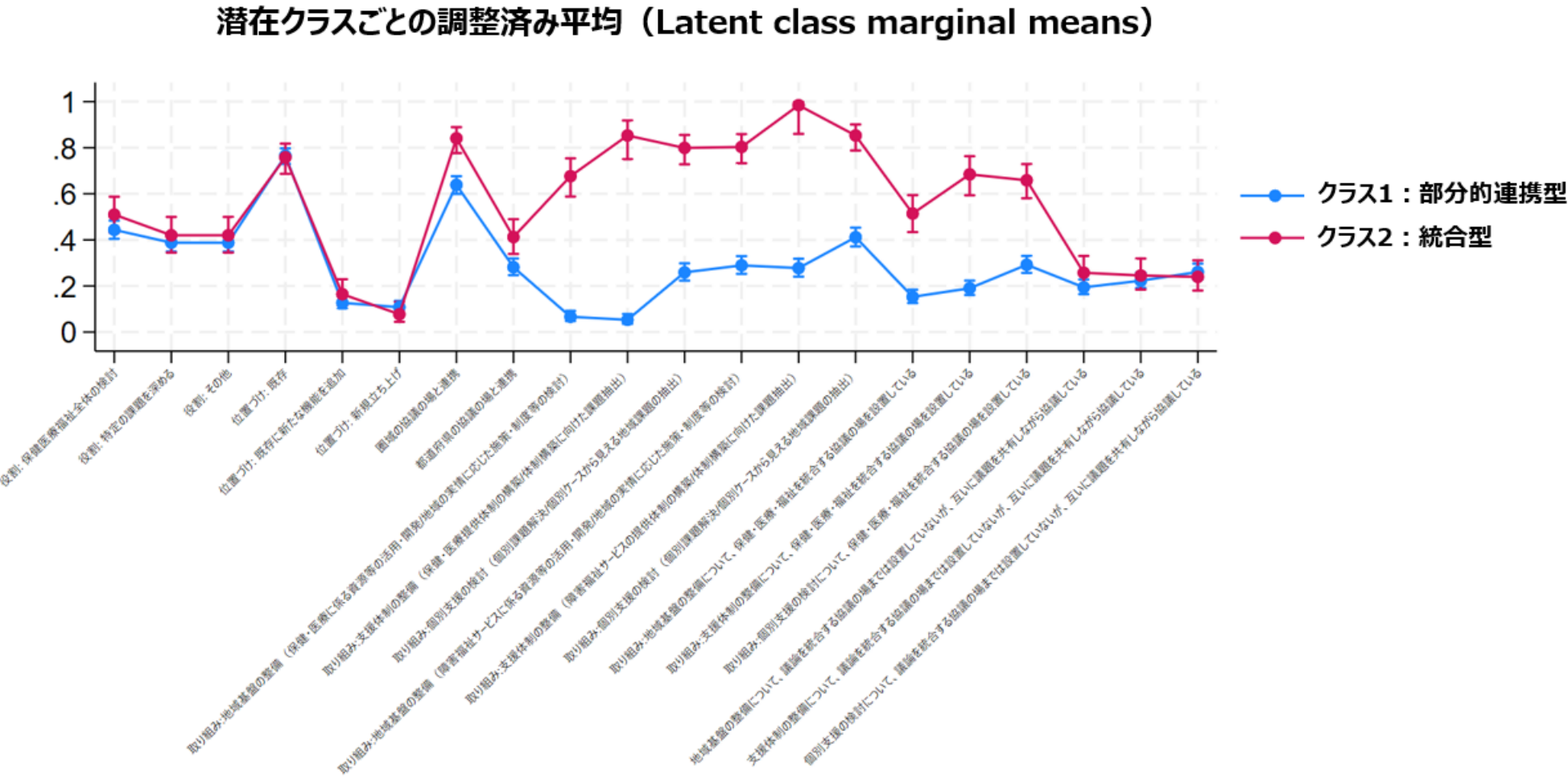


表3 にも包括の実施状況（ref: クラス1）

	OR	SE	95%CI	
普及啓発に係る事項	2.07	0.36	1.47	2.90
精神障害者の家族支援に係る事項	2.18	0.38	1.55	3.05
精神障害者の住まいの確保支援に係る事項	1.72	0.32	1.20	2.48
ピアサポートの活用に係る事項	2.99	0.61	2.01	4.46
アウトリーチ支援に係る事項	1.66	0.35	1.09	2.52
措置入院者（緊急措置入院者）の退院後の医療継続等に対する支援について	1.83	0.36	1.25	2.69
精神障害者の地域移行支援に係る職員等に対する研修（人材育成）に係る事項	3.14	0.78	1.93	5.12
入院中の精神障害者の地域移行に係る事項	2.07	0.35	1.48	2.90
医療、保健、障害福祉、介護、住まい、社会参加、就労支援等、当該地域における地域包括ケアシステムの構築の評価に係る事項	3.51	0.78	2.27	5.42
構築推進サポーター事業について	3.60	5.09	0.22	57.77
精神医療相談事業について	1.03	0.24	0.65	1.64
医療連携体制の構築に係る事業	2.39	0.55	1.53	3.76
身体疾患を有する精神障害者の医療について	1.73	0.47	1.01	2.95
精神障害者の社会参加（就労含む）について	2.10	0.36	1.50	2.94
精神医療について	2.54	0.51	1.71	3.76
障害福祉計画に係る事項	1.54	0.27	1.09	2.19
医療計画に係る事項	1.20	0.70	0.38	3.76

表 4 都道府県（保健所・精神保健福祉センター）からのバックアップを受けている事項（ref: クラス 1）

	OR	SE	95%CI	
会議等への参画、助言	1.84	0.33	1.29	2.62
計画策定等におけるデータ提供・分析、活用	1.48	0.29	1.01	2.18
財政的支援（事業支援・共催等）	1.49	0.68	0.61	3.66
人的支援（事業企画・評価、講師等紹介・調整、当日のスタッフ派遣等）	1.87	0.38	1.26	2.78
研修計画の立案・助言	1.84	0.37	1.24	2.73
講師の派遣・調整	3.05	0.63	2.04	4.58
財政的支援（研修会支援・共催）	2.13	1.03	2.13	1.03
困難事例の調整、助言	2.05	0.36	1.46	2.88
危機介入・受診・受療援助	2.30	0.40	1.64	3.22
家庭訪問・アウトリーチ	2.40	0.41	1.71	3.37
事例検討などの支援	1.97	0.34	1.41	2.76
社会復帰相談	1.67	0.39	1.06	2.62

表 5 都道府県（保健所・精神保健福祉センター）からのバックアップが必要な事項（ref: クラス 1）

	OR	SE	95%CI	
会議等への参画、助言	0.90	0.16	0.64	1.28
計画策定等におけるデータ提供・分析、活用	0.91	0.17	0.64	1.30
財政的支援（事業支援・共催等）	1.10	0.21	0.75	1.62
人的支援（事業企画・評価、講師等紹介・調整、当日のスタッフ派遣等）	1.11	0.19	0.79	1.56
研修計画の立案・助言	1.06	0.19	0.74	1.51
講師の派遣・調整	0.98	0.18	0.69	1.40
財政的支援（研修会支援・共催）	1.15	0.24	0.77	1.72
困難事例の調整、助言	1.28	0.22	0.92	1.79
危機介入・受診・受療援助	1.37	0.23	0.98	1.90
家庭訪問・アウトリーチ	1.15	0.20	0.83	1.61
事例検討などの支援	1.29	0.22	0.92	1.81
社会復帰相談	1.13	0.22	0.78	1.65

表 7 相関行列

項目	1	2	3	4	5	6	7	8
1 意義目的の共通理解	1.00							
2 議題選定	0.66	1.00						
3 参画者選定	0.45	0.66	1.00					
4 予算確保	0.57	0.59	0.58	1.00				
5 マンパワー不足	0.30	0.19	0.30	0.57	1.00			
6 ノウハウ不足	0.46	0.38	0.43	0.61	0.76	1.00		
7 医療資源不足	0.12	0.13	0.24	0.28	0.53	0.42	1.00	
8 医療従事者参画	0.28	0.20	0.44	0.39	0.45	0.45	0.64	1.00

KMO 測度：Overall MSA=0.77、バートレットの球面性検定： $p<0.01$

図 2 並行分析による因子数特定

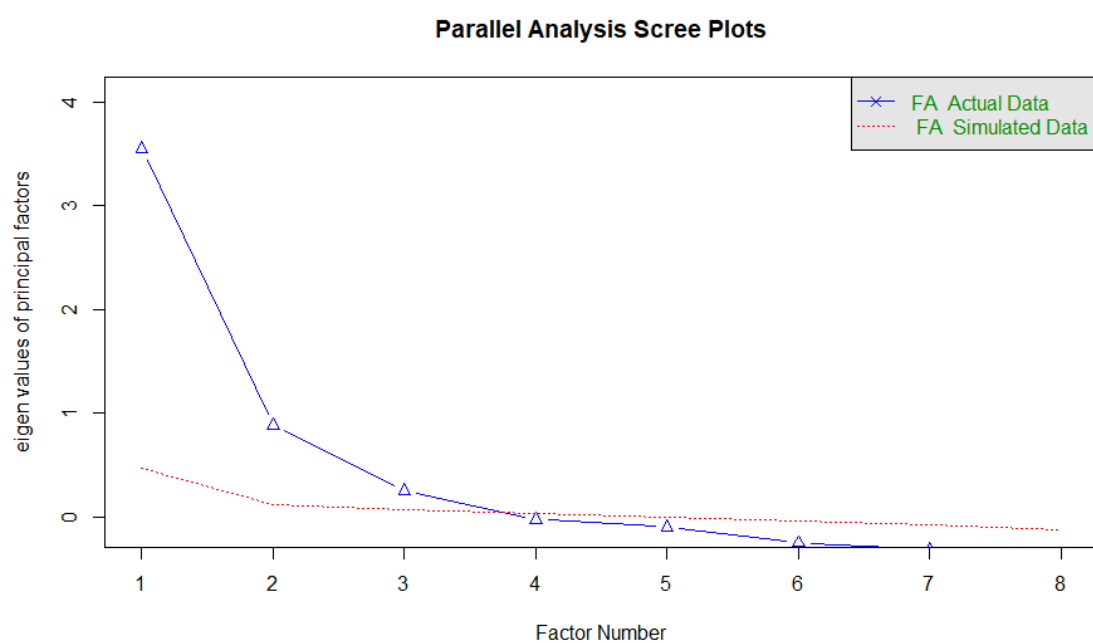


表 8 因子負荷量と因子寄与率

項目	因子 1	因子 2	因子 3	h^2
合意形成プロセス				
議題の選定ができない	0.94	-0.06	-0.07	0.83
参画者の選定方法が難しい	0.67	-0.02	0.24	0.59
開催意義や目的等の共通理解ができていない	0.69	0.09	0.03	0.54
開催に係る予算確保ができていない	0.56	0.39	0.03	0.65
実施体制				
マンパワーが不足している	-0.05	1.01	0.01	0.98
ノウハウが不足している	0.25	0.66	0.07	0.67
医療資源				
医療従事者の参画が難しい	0.02	-0.03	1.00	1.00
医療機関や社会資源が少ない	-0.09	0.31	0.53	0.49
因子間相関				
合意形成プロセス	1.00			
実施体制	0.35	1.00		
医療資源	0.30	0.48	1.00	
因子寄与率				
	0.29	0.24	0.19	

注：最尤法、oblimin 回転による， h^2 = 共通性，RMSR = 0.03

表 9 市町村の人口規模別にみた各因子得点の比較 (N=630)

因子	1. 30,000 人未満	2. 30,000-100,000 人未満	3. 100,000 人以上	χ^2	df	p 値	多重比較
	(n=448)	(n=145)	(n=37)				
合意形成プロセス	-0.40 (-0.80—0.12)	-0.43 (-0.80—0.09)	-0.25 (-0.80—0.31)	3.905	2	0.142	n. s.
実施体制	0.17 (-1.24—0.93)	-0.49 (-1.24—0.71)	0.04 (-1.24—1.09)	3.814	2	0.148	n. s.
医療資源	-0.54 (-0.80—0.27)	-0.54 (-0.80—0.42)	0.27 (-0.80—1.23)	8.667	2	0.013	3>1, 2

注 1：値は中央値（四分位範囲）を示す

注 2：Kruskal-Wallis 検定を実施、多重比較は Dunn 検定による

注 3：n. s. = not significant (p ≥ 0.05)

注 4：多重比較の表記について、1 = 30,000 人未満, 2 = 30,000-100,000 人未満, 3 = 100,000 人以上を示す (3 万人未満 vs 10 万人以上: p < 0.01, 3~10 万人 vs 10 万人以上: p = 0.03)

因子得点が高い = これらの課題をより強く感じている、因子得点が低い = これらの課題をあまり感じていない

表 10 因子得点との関連：財政力指数

従属変数	β	SE	95%CI	p 値
合意形成プロセス	-0.112	0.178	[-0.462, 0.237]	0.528
実施体制	-0.216	0.180	[-0.569, 0.138]	0.231
医療資源	0.118	0.180	[-0.236, 0.472]	0.513

表 11 因子得点との関連：人口 10 万人あたりの保健師数

従属変数	β	SE	95%CI	p 値
合意形成プロセス	-0.0002	0.0008	[-0.0017, 0.0014]	0.840
実施体制	-0.0008	0.0008	[-0.0024, 0.0007]	0.306
医療資源	-0.0026	0.0008	[-0.0041, -0.0010]	0.001*

*=significant (p <0.05)

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「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築分野の
ロジックモデル開発段階における当事者へのインタビュー調査

研究代表者： 黒田直明（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）
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：○神川ちあき（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）
片岡真由美（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）
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）
羽澄恵 （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）
三宅美智 （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）
中下綾子 （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）
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）

要旨

本研究班では、第8期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（以下、「にも包括」）分野の成果目標や活動指標を見直すにあたり、「にも包括」施策の全体を示すロジックモデルを作成している。「にも包括」は、精神障害を抱える方々の地域生活を支援するサービスの指針となる障害福祉計画の一つの柱として位置付けられており、ロジックモデル作成段階において、障害福祉計画にもとづくサービスは当事者にとってどのように感じられているか、今後より役立つものにするにはどうしていくとよいかを当事者の視点を踏まえて検討を重ねることは重要である。そこで、当事者にとって障害福祉サービスを利用して感じたことや、地域で安心して生活するために必要なことについて明らかにすることを目的としたインタビュー調査を実施した。

調査は、現在障害福祉サービスを利用している、または障害福祉サービス利用者の支援を行っている方を対象とし、障害福祉サービスへの感想、障害福祉に関する市町村へ期待すること、「にも包括」分野の成果目標の感想、についてインタビューを実施した。インタビューで得られた発話データから逐語録を作成しそれらを整理した結果、障害福祉サービスへの感想では〈支援サービス情報獲得の困難さ〉〈障害福祉以外の医療サービス〉〈支援サービスの充実に必要なこと〉〈支援体制の課題〉、障害福祉に関する市町村への期待では〈協議会の機能の見直し〉〈市町村の取組への改善提案〉〈障害者雇用について〉、「にも包括」分野の成果目標への感想では〈地域移行後の生活の質〉〈「精神障害者」ではない個としての存在〉に分類することができた。

障害福祉サービスが行き届くための課題や市町村への期待について語られた内容は、ロジックモデル作成段階において重要な視点であり、指標の改善に役立つ要素であることが示唆された。

A.研究の背景と目的

我が国の精神保健医療福祉施策は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地

域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地

域の助け合い、教育が包括的に確保された「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)の構築を目標としている²⁾。「にも包括」の構築は、精神障害のある方の地域生活を支援するサービスの指針となる障害福祉計画においても、柱の1つとして位置付けられている。本研究班では、障害福祉計画における「にも包括」分野の成果目標や活動指標を見直すにあたり、施策の全体を示すロジックモデルを作成している。

現行の「にも包括」分野の成果目標は、退院後1年以内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か月時点での退院率である²⁾。数値や単位に関連した指標については、医療計画と統一されており重要な指標となっているが、本研究班の前年度実施された市町村等の実態調査の報告書では、「現在の成果目標は市町村にとって縁遠い」「市町村等で取り組む活動が十分に指標化されていない」と報告されており、住民に直接サービスを提供することが多い市町村からは馴染みにくいものとなっている。ロジックモデル作成段階において、障害福祉計画にもとづくサービスは当事者にとってどのように感じられているか、今後より役立つものにするにはどうしていくとよいかを当事者の視点を踏まえて検討を重ねることは不可欠であり、「研究への患者・市民参画(PPI)」の観点からも重要である³⁾。そこで本研究では、実際に障害福祉サービスを利用した経験や感じたこと、地域で安心して生活するために必要なことについて明らかにすることを目的とした当事者インタビュー調査を行うこととした。

B.方法

1. 調査対象

障害福祉サービスを利用したことのある人、または障害福祉サービスを利用する人の支援を行っている人を対象に依頼をし、調査対象を2つのグループで構成した。グループ①は障害者雇用枠で勤務する方の6名(男性6名)、グループ②は精神保健医療分野において相談支援を行っている方の2名(男性1名、女性1名)である。

2.調査方法

調査実施期間は2024年12月から2025年1月で、調査方法は対面およびオンラインにて、半構造化面接によるインタビューを実施した。インタビューを実施するにあたり、事前調査票を作成した(資料1)。事前調査票は、対象者の基本情報(性別、年代、生活様式、診断を受けてからの年数)と、インタビューで質問する項目を記載した。インタビュアーは研究代表者が行い、対象者の発言のサポートや発言内容についての補足などを行うため、研究協力者も同席のうえ実施した。グループ①に対しては、対面にて、グループインタビューを2回に分けて実施した。グループ②に対しては、個別で行い、対面及びオンラインにて実施した。インタビューの案内と説明資料は事前に配布し、インタビュー開始前にも研究代表者から口頭にて説明を行った。

3. 質問項目

質問は、①これまでに障害福祉サービスを利用した経験について①-1サービスの内容について②地域で自分らしく暮らすしていくために市町村に期待すること(望むこと)③障害福祉計画策定のために市町村が行っているアンケート調査の認識について④障害福祉計画策定のために市町村が行っている協議会(意見交換会)の認識について⑤障害福祉計画の策定に向けて意見を述べられる場について⑥「心のサポーター養成事業」の認識について⑥-1「心のサポーター養成事業」の活用について⑦障害福祉計画「にも包括」分野の成果目標についてである。これらの質問項目を【障害福祉サービスへの感想】【障害福祉に関して市町村に期待すること】【障害福祉計画「にも包括」分野の成果目標について】として3つのテーマに分類した。

事前調査票はインタビュー前に回収し、回答内容について研究班内で確認を行った。インタビュー当日は事前調査票を用いながらインタビューを実施し、事前調査票の回答内容に沿って進行した。インタビュー中の音声は、対象者からの承諾を得たうえで、ICレコーダーとZoomシステム上のレコーディング機能を使用して録音、録画した。各インタビューの所要時間は約

60 分で行った。

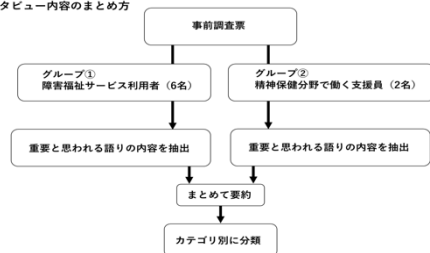
4. 倫理的配慮

インタビューを実施するにあたり、個人情報保護に関する配慮事項などについて説明を行い、対象者による同意書への記入をもって同意と見なした。本調査は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会において、調査実施の承認を得たうえで実施した（NoB2023-117）。

5. 分析方法

事前調査票の集計を行った。またインタビュー時の発話データから逐語録を作成した。グループ①と②で語られた内容をまとめ、【障害福祉サービスへの感想】【障害福祉に関して市町村に期待すること】【障害福祉計画「にも包括」分野の成果目標について】のテーマに焦点をあて、重要であると思われる発言内容（アイテム）を抽出し要約した。それらをカテゴリで分類した（図 1）。本報告書ではその結果を報告する。語りの内容について個人が特定されないように一部情報を加工している（資料 2）。

図1 インタビュー内容のまとめ方



C. 結果

1. 事前調査票

事前調査票の集計から、これまで利用したことのある障害福祉サービスについては、訪問看護、自立支援医療制度（精神）、就労支援、デイケア通院後の就労移行支援であった。

2. 【障害福祉サービスへの感想】

テーマについて語られたことを大きく＜支援サービス情報獲得の困難さ＞＜障害福祉以外の医療サービス＞＜支援サービスの充実に必要なこと＞＜支援体制の課題＞に分類した。

i) ＜支援サービス情報獲得の困難さ＞

「支援サービスの情報を得られる場所が限られている」「個人の情報収集能力に依

存」「症状が回復してきたタイミングで情報が得られる」など、支援サービス情報を取得するにあたっての困難さについて語られた。

ii) ＜障害福祉以外の医療サービス＞

「医療機関と地域支援の連携の不足」

「デイケアの利用で病気・障害の受け入れが深まる」「居場所が限定されることによる生活範囲の狭まり」「自立支援医療制度（精神）の認知」など、デイケアでの経験が語られていた。また、医療機関の役割において地域支援との連携の必要性についても語られた。

iii) ＜支援サービスの充実に必要なこと＞

「地域特性に合わせた支援サービスの充実」「継続的な支援の中での出会い」「支援員の学びの機会が必要」など、支援サービスが地域によって異なることや、支援員の役割についても語られた。

iv) ＜支援体制の課題＞

「パンフレットの配布だけでなく口頭での説明も必要」「圏域を超えた連携ができる支援体制」「地域によって支援サービスの充実が異なる」など、住民への支援サービス周知の仕方や継続して支援が受けられる体制について語られた。

3. 【障害福祉に関して市町村に期待すること】

テーマについて語られたことを大きく＜協議会の機能の見直し＞＜市町村の取組への改善提案＞＜障害者雇用について＞に分類した。

v) ＜協議会の機能の見直し＞

「協議会の不明瞭な仕組み」「協議会参加者構成の偏り」「自治体に任された協議会運営の裁量」など、自治体が運営する協議会の仕組みについて疑問に感じていることなどが語られた。

vi) ＜市町村の取組への改善提案＞

「アンケート調査に回答するまでのハードル」「調査回答が選択できる実施方法」「ここサポ養成研修後の身近な活用例の提案」など、現在市町村が取り組んでいる各調査や事業について語られた。

vii) ＜障害者雇用について＞

「社会復帰のための個々（障害の程度）にあわせた就労支援」「就労先・就労内容

の選択肢がない現状」「キャリアがいかな
ない、ステップアップできない環境」な
ど、障害者雇用で働く環境について語られ
た。

4. 【障害福祉計画「にも包括」分野の成 果目標について】

テーマについて語られたことを大きく
〈地域移行後の生活の質〉〈「精神障害者」
ではない個としての存在〉に分類した。

viii) 〈地域移行後の生活の質〉

「数値に加えて質を問う指標が必要」
「退院後の生活が分かるような指標の提
案」など、現在の成果目標を補う要素とし
ての質的な指標の重要性について語られ
た。

ix) 〈「精神障害者」ではない個としての存 在〉

「健常者から精神障害者へのグラデーシ
ョン」「精神障害者への根強い偏見」「障害
者の線引き」など、精神障害者として地域
社会で暮らす中で感じたことなどが語られ
た。

D. 考察

本研究では、障害福祉サービスを実際に
利用したことのある当事者に、利用の感想
や地域社会で自分らしく暮らすために必要
なことについてインタビュー調査を行っ
た。語られた内容から、支援サービスの利
用においていくつか課題があることが明ら
かとなった。

i) サービス情報獲得の困難さ

支援サービス情報は多岐にわたり充実し
ているが、いざ利用するとなると、自分に
合ったサービスは何なのか、またその情報
をどこから入手したらいいのかわからない
など、結果的に利用するまでに時間がかか
ってしまうということであった。医療機関
に何年も通院し、ふとしたきっかけで知る
ことができたり、デイケア利用者同士の口
コミ情報で知ったりするなど、当事者にと
ってインフォーマルな手段で得られる情報
であると考えられた。また、体調が優れな
いときは、積極的に情報が得られず個人の
情報収集能力に依存してしまうため、自治
体などからのフォーマルな情報は十分に行

き届いていない状況が示唆された。

ii) 障害福祉以外の医療サービス

障害福祉以外の医療サービス（今回のイ
ンタビューでは、デイケアについて主に語
られていた）を利用することにより、そこ
での交流が増え、自他ともに病気の理解が
深まる機会が得られるなど、当事者にとっ
て重要なサービスとなっていることが分か
った。また、医療機関や診療所に通院して
いる方が、今後もより多くの社会資源を利
用できるように、医療機関と地域支援の連
携を望んでいることも明らかとなった。

iii) 支援サービスの充実に必要なこと

主に都市部以外の支援サービスについ
て、支援サービスが不足している現状につ
いて語られた。一方で、供給量が増えるだ
けでなく、利用者にとって現実的にアクセ
スしやすいかどうか、また利用目的に適合
しているかについての重要性についての意
見が見られた。また支援の仕方について
も、居場所としての機能の重要性とともに
支援者や利用する仲間との出会いが、回復
する過程で重要であるという意見もあっ
た。特に支援者については学びの場も必要
であり、利用者が自立的に行動できるよう
な関わりについても言及されていた。

iv) 支援体制の課題

地域住民やサービス利用者へ、情報を伝
える目的で作られているパンフレット等につ
いては、作成し配布することで周知でき
るきっかけにはなるが、それを口頭で説明
する人員の配置や、支援を具体化できる存
在のニーズが示唆された。また、医療計画
や障害福祉計画を含め、各自治体計画は行
政単位で策定されるため、充実している支
援サービスの種類は地域によって異なる。
そのためサービスを求めて越境することや
退院支援のために他の圏域のサービス利用
を検討するなど、必ずしも行政単位だけで
完結しない現状が示唆された。当事者にと
って継続的に支援を受けるための支援体制
の整備も課題であると考えられる。

v) 協議会の機能の見直し

今回のインタビューでは、協議会の存在
を把握はしているものの、その存在意義お
よびそこでの議論の結果が利用者にとどの
ように還元されるか等の協議会の機能そのも

の周知が不足している可能性が示された。第7期の障害福祉計画の活動指標において、協議の場に関する項目、開催回数、参加者数、目標設定および評価の実施回数となっている⁴⁾。協議会開催の目的や役割については各市町村によって異なっており、運営の裁量も市町村に依存しているため、このような体制について見直すことも今後の計画策定において重要な点であろう。

vi) 市町村の取組への改善提案

市町村が行っている計画策定のためのアンケートについては、主に実施方法について言及されており、障害の程度によっては回答できないケースがあり得る等、回答までのハードルについて語られていた。また、回答方法に選択肢が増えれば、協力できる方も増えるのでは、という意見があった。

心のサポーター養成研修については、研修で得られる障害の知識や関わり方についての情報が身近な関わりから活かせるような仕組みをさらに整えることで、地域での活用場面も増えるのでは、という提案もあった。

vii) 障害者雇用について

本研究の参加者は現在障害者雇用で働く方が多く、就労意欲の高い参加者の割合が高かった。そのため今回の語りの中では、「仕事」は地域社会とのつながりであり、社会復帰をするうえで重要な位置づけであることが強調されていた。障害者の雇用促進などに関する法律においても就労支援の強化が進められており⁵⁾、精神障害者の雇用に関する法整備や支援体制の強化に合わせて、障害福祉の領域でも同様に検討していく課題であるといえる。

viii) 地域移行後の生活の質

精神科病床から退院し地域で暮らしていくケースが増えていく中で、医療、障害福祉、地域社会など当事者を包括的に取り巻くサポートや、相談員やピアサポーターなど当事者を身近に支援する人たちの存在、また近隣住民などの理解も必要となるであろう。地域での生活日数も重要であるが、退院後どのような暮らしをしているのか、どのような施設（居場所）につながりがあるの

か、などのように退院後の生活の質が分かるような指標の検討も今後必要ではないか、という意見があった。

ix) 「精神障害者」ではない個としての存在

手帳の発行や医療制度の申請など、制度の枠組みとしての障害者の線引きは必要であるものの、障害者という特性が強調されてしまうと、個人ではなく障害を持つ人と認識されてしまうことへの葛藤が見られたカテゴリであった。個に障害がただ付属しているだけ、として認識してほしいように思われた。差別や偏見による経験も根強く残っていることについての実体験などが語られており、この内容からは当事者にとって安心して暮らせる地域社会を目指すには、今後も普及啓発（教育など）の活動が引き続き重要であることが示唆された。

E. 結論

本報告書では、ロジックモデル作成段階において、障害福祉サービスについてインタビューを行い、貴重な当事者の考えを伺うことができた。一方で、限界点もあげられる。まず研究参加者の属性に偏りがあることが挙げられる。今回の協力者は現在障害者雇用枠で働いている方、またピアサポーターを経て相談員として働いている方であり、労働意欲が高く、障害福祉に関心のある方々の意見が反映されている。また、年代や性別も一部に偏っており幅広い属性からの意見は反映されていないことが挙げられる。よって、解釈には十分に注意が必要であり、一般化はせず、本研究班で得られた結果として扱っていく。

障害福祉サービスが行き届くための課題や市町村への期待について語られた内容は、ロジックモデル作成段階において重要な視点であり、指標の改善に役立つ一要素であることが示唆された。

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

1

4) 厚生労働省.第7期障害福祉計画の概要.<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001114934.pdf>

5) 厚生労働省.障害者雇用対策.https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaisakoyou/index.html

引用文献

1) 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>

2) 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>

3) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構.研究への患者・市民参画 (PPI) 基本的考え方

<https://www.amed.go.jp/ppi/teiginado.htm>

年 月 日

●事前調査票●

下記の質問について、ご経験に基づくご自身のお考えをお聞かせいただきたいと思います。インタビュー時には、下記の内容に沿って進めていく予定ですが、書いていただいた内容からご自身がお話したいことだけを話していただいて構いませんので、ご無理なさらないようにしてください。

以下の質問に対して答えを丸で囲んでください。

性別... 男性・女性・回答しない

年代... 20代・30代・40代・50代以上

生活... 単身・同居者あり

診断を受けてからの年数... 5年未満 5～10年 10～15年 15年以上

①これまで、障害福祉サービスを利用されたご経験はありますか？

はい ・ いいえ

*「はい」とお答えになった方へ

①ー1それはどのようなサービスですか？

(例えば、就労支援、相談支援、居住訓練(グループホームなど)、自立訓練、など)

①ー2 障害福祉サービスを利用された際に感じたこと(良かったこと、良くなかったこと、もっとこうだったらいいのに、など)をお聞かせください。

②地域で自分らしく暮らしていくために、あなたの市町村に期待すること(望むこと)はどのようなことですか？

③お住まいの市町村でも、障害福祉計画の策定に向けて、日ごろの生活の状況や意見、障害福祉に対する意見などを伺うことを目的にアンケート調査を行っていることを知っていますか？

はい・いいえ

④お住まいの市町村でも、障害福祉計画の策定に向けて、幅広い立場からの意見等を伺うことを目的とし、協議会（意見交換会）が行われていることを知っていますか？

はい・いいえ

⑤障害福祉計画の策定に向けて、ご自身のお考えや意見などを述べられる場がほかにもあるといいなと思いますか？

はい・いいえ

⑥精神障害への理解や偏見などがなくなるために、「心のサポーター」養成事業があることを知っていますか？

はい・いいえ

⑥ー１その事業が広まっていくことについてどう思いますか？

⑦現在、障害福祉計画「にも包括」分野の成果目標は『長期入院者を減らすこと』『退院後も地域でより長く生活できるようにすること』などがありますが、他にもどんなことがあると良いと思いますか？

ご意見ご感想などご自由にどうぞ。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

資料2. インタビュー内容のまとめ

【障害福祉サービスについて】

テーマ	カテゴリ	重要アイテム（語りの要約）	語りの内容
障害福祉サービスについての感想	i) サービス情報獲得の困難さ	支援サービスの情報を得られる場所が限られている	・当事者グループに行かないと細かな情報が入らないとか、口コミ的なものが入らないとか、かといってみんながピアサポートに得意じゃないと思うので。 ・ピアサポートとかって言っているけど、あれに全部馴染む人とは限らないので、もう少しいろんな参加の仕方があっていいのかとかですね。当事者同士であつまる場所が、すごく価値があると言われがちなので、そこに注力しすぎるというのもあります。
		個人の情報収集能力に依存	・障害福祉サービスがどういことを提供しているかを知らない人がすごく多いですね。 ・そもそもそこに生活支援センターがあることを知らないとかっていう人もいっぱいいる。 ・精神的な病気になるって、病院に通う以外そういった就労支援の場所があるとかそういうことを全く知らなかった。何かしらこう知るきっかけが欲しかった。
		症状が回復してきたタイミングで情報が得られる	・気が減らってる時に情報は取りに行けないので。 ・自立支援があまり障害者になった頃には知られていない。何年かしてから、誰かにそれを言われてはじめて分かるみたいな。ご案内みたいな、診療のご案内とか入院のご案内とかパンフレットがあるのでそういう感じで自立支援のご案内みたいなものとありがたいかな、と思います。
	ii) 障害福祉以外の医療サービス	医療機関と地域支援の連携の不足	・クリニックに連れていっている方が市とか地域の支援者となつていいることが必要だけど社会資源を使えていないというのは多いですね。精神科病院でも通院している方は担当がついていませんというのが多いので、精神科って本当はソーシャルワーカーがちゃんと機能すべきところが、病院等のケースワークに終止しちゃってあんまり実は動いてないかもしれない。 ・連携とかで言えば、退院とか長期入院とか精神科病院だと思うんですけど、クリニックが外れているように感じるので、クリニックと保健とか福祉がつかないことが多いので、そこをどう充実させていくかというのは多分必要ですね。 ・例えば就職したい人がいたとして、先生は地域の社会資源というのを知らないの、ワーカーさんがいるクリニックはそもそもほとんどないし。
		デイケア利用で病気・障害の受け入れが深まる	・通院しているだけだとなかなか他の患者さんと話す機会がないので、デイケアとかで同じような病気の方とか、同じような症状なのかとかあるので、そういうことに関しての話が聞けたりとか、実際の実体験をお互いに話したりすると、やっぱり自分への理解が深まることは良かったなと思いました。 ・通院しながらリハ、デイケア、支援プログラムを使って、自分の障害を認めるまで10年以上かかりました。
		居場所が限定されてしまうことによる生活範囲の狭まり	・すごく大変な時ってなんか生活する場所が家と通院先と市役所ぐらいで、その三点をひたすらぐるぐるするみたいな感じだったなというのと、結局他に行く場所がないから、その時間のやりくりが結構大変な方が多いなっていうのは印象としてありますね。時間の使い方とか、その原因は多分、他の居場所とかのことだろうなっていうこと。
		自立支援医療制度（精神）の認知	・実際自立支援とかずっと知らなくて転院してわかったとかもあつたんで、そういうサービスの使い方とか含めこういうところ（デイケア）に行つてわかったことが多いなと思っています。 ・病院でデイケアがあるとかっていうのを全く知らない状態で過ごしてまして。病院に来て初めて、デイケアみたいなのがあるからっていうのを行つてみたらとかそういう話になって、デイケアに通った。 ・職場の近くのクリニックにいきながら働いていて、そういったサポート、自立支援とか全然知らないし、うーん、就労支援センターがあるとか病院でデイケアがあるとかって都市部はわかんないですけど、田舎に行くとかやっぱりまだまだ少ないですし、あってもちゃんと通える場所にないないっていうのはたくさんあつたり、送迎がなかったりすると実際行けないとか、自治体でもバスが撤退をしているとか結構あって、通えないっていうのは意外に多かったりするんで、ちゃんとアクセスできる権利みたいなものは地味に感じたりしてますね。 ・数が増えたりはしてますけど、選択がちゃんとできるとか、そもそもちゃんと使えるっていうのは、私はすごく大事なことでなと思っています。
	iii) 支援サービスの充実に必要なこと	地域特性に合わせた支援サービスの充実	・自助グループからやってこういう職員になっているんですけど、そういう支援してくれる支援者がいたからできたというの確かなんですけど、継続的に支援してくれるのも本当は大事だと思う。 ・いろんな層の人が出会う場がちゃんとあつた方がいい。就労Bに行っている人、一般就労している人の接点がないと、次にどうしていいかわからないので。 ・ロールモデルになる人とちゃんと出会えないと、なかなか次のステップに行かない。
		継続的な支援の中での出会い	・すぐに答えを教えてあげるとか、エンパワメントっていうのをきちんと理解している支援員さんって本当に少ない、ていうのは感じていて、そこは支援員さんも学ぶ場がないっていうのが現状だと思うので、そうするとすぐ利用者の人も頼ってしまうことしか覚えな。そういう（支援の）底上げとかは多分必要だなと思いますね。
		支援員の学びの機会が必要	
	iv) 支援体制の課題	パンフレットの配布だけでなく口頭での説明も必要	・自立支援とか手帳の更新とかで年に一、二回は市役所必ず行くと思うので、その時に簡単なパンフレットでも何でもいいんですけど、ちょっとだけ口頭で教えてもらうとかがないと誰も読まない。なんかパンフレットだけが増えてくみたいな。もったいないなっていうのは思ったりします。あと読んでもやっぱり一人だと読み解けないとかも結構あるかなって。
		圏域を超えた連携ができる支援体制	・私たちの周辺って精神科病院が多い。ただ、ほとんど地元の人はいない。地域移行の支援では、他市の相談支援事業所につないだりとか、コーディネートとまではないですけど、そういうふうなことをしているたりするので、県とかにはよく、県として圏域を超えて、市の会議にも出させてもらったりするけど、ちょっとオペレーター扱いになったりとか、他の連携って結構、いろいろな事情で難しくて、いつも思っていて、会議でそういうことをリクエストはしているんですけど、なかなか仕組みってすぐ変わらないの、で。
		地域によって支援サービスの充実が異なる	・自治体によってサービスの厚さが結構違うじゃないですか。自分が住んでいるところは、障害福祉サービスは実はそんなに手厚くないっていうか、知的の方の施設とかはいっぱいある地域なんですけど、精神の方がすごい少ない。 ・友達とか結構みんな越境して他の地域に行ってる。デイケアでも、違う市から越境してくる。あと他の地域だと生活支援センターが18個あるんですけど、なんか自分の地区だけでなく全地域に登録してる友達とかいます。フットワーク軽い子はそういうことできる。

【障害福祉計画における市町村への期待】

テーマ	カテゴリ	重要アイテム（語りの要約）	語りの内容
障害福祉計画における市町村への期待	v) 協議会の機能の見直し	協議会の不明瞭な仕組み	・協議会のことを悩んだときに、どこに相談をするんだろうっていう、本当は県とかはバックアップすることにもなってるけど、実質そこがあまり機能してなかったり、H県は県域のコーディネーターっていうのがあるので、相談はできてそうなのよりはするけれども、そんなに密にできるわけでもしますから、協議会のオーラがちよっと分かりづらいですね。 ・自分たち当事者とかが協議会とかの場に行くっていうのもいいんですけど、でもそれ選ばれた人になっちゃって。なんかもうちょっと広い、当事者会とかになんか無作為かもしれないけど、あのこういうことやるんですっていう、なんかこうアナウンスとかきてくれたら、仲間内でこういうことあるらしいよっていうのを協力できるのになって思う。なんかどういう仕組みになっているのかっていうのは思いました。
		協議会参加者構成の偏り	・参加の枠がその自治体にちゃんと紐付いている団体しか窓口がないように見えちゃう。なので、意見を述べられる場が他にもあるといいなっていうのはすごく思っています。 ・協議会にどういう当事者の人が参画してるかっていうと、その地域の当事者団体から、どなたか一人とか二人っていう仕組みになっているのかな？ ・協議会がいろんな人を巻き込んでやるのかというんだったら、認知度とかは一つ指標にはなるんですけどね。
		自治体に任された協議会運営の裁量	・ざっくり政策を示して、具体的に地域の実情に合わせて頑張ってくださいなんて言うので、だからすごく（地域によって）落差が大きい。 ・支援体制みたいなことを考えるのであれば、支援者にとって支援しやすいのか、連携しやすいのか、役所と相談できるのかみたいなものがあれば、ちゃんと協議会が機能しているのかなとかみなみたいなのは逆に分かるのかなと思うんです。
	vi) 市町村の取組への改善提案	アンケート調査に回答するまでのハードル	・アンケートって言語化できる人でできない人とか、ちゃんと選択肢で選べる人に限られるので、やっぱり知的障害の方とかはかなりハードルが高いというふうには感じてます。
		調査回答が選択できる実施方法	・手書きのアンケートとかでもいい気もしますが、なんかツールはいくつかその人が選べるっていいんだろなとは思ったりしました。でも若い方とかだと、もしかしらタブレットとかね、QRコードとかでパッパッパってやってくださる方もいるのかもしれないし。
		ここサボ養成研修後の身近な活用例の提案	・その地域の何かボランティアの活動とかを長期入院の人が退院してきたときに、活動の一環としてとか。仲間に迎えてくださるようなことがつづつでいっぱい増えてくといいいんだろなとか、地域でこういうことやってるとか、茶話会でもいいし、ヨガの会でもいいし、何でもいいんですけどとにかくいろんなところにこの心のサポーターの人がまぶされているといいいんでしょうねという。理想かもですけど。
	vii) 障害者雇用について	社会復帰のための個々（障害の程度）にあわせた就労支援	・症状が比較的小さい、障害者手帳を持っているけれども、比較的小さい人たちの人数も多くて、その方たちがまず積極的に社会に出て生活できたらいいんじゃないかなと。
		就労先・就労内容の選択肢がない現状	・障害者雇用で働きたいなと思って、実際にしてみると場所は都内にしかなかったりなんかで、地元で働ければすごい良いのになという。 ・その障害特性の悪い人にビックアップをしてやるせいで、その人の能力に合った障害者雇用がなかなか難しい。
		キャリアがいかなせない、ステップアップできない環境	・ステップアップしていける環境がまだあんまりないんじゃないかなという感覚ですね。実際ほとんどなんかある仕事が事務系の助手とかで、やっぱり事務の助手系の職業がメインになりまして、なんかもうそこでやっぱり今までやってた力は生かせやしないし、もう事務で手作業っていうのはとぎざされてるなって気がするんですよ。いろいろ同一労働、同一賃金とかでいろんな企業で。

【「にも包括」分野の成果目標】

テーマ	カテゴリ	重要アイテム（語りの要約）	語りの内容
「にも成果目標」に分野の	viii) 地域移行後の生活の質	数値に加えて質を問う指標が必要	・長期入院を、やっぱ地域移行にガンガン進めてくのもいいんですけど、質がすごく大事だなと思って。確かにものすごく日数が一番わかりやすい目安にはなるんですけど。
		退院後の生活が分かるような指標の提案	・どういう暮らしを送ってるかとか友達と合わないまでも、何かこう接する、日頃接する人がどれぐらいいますか？とか。施設じゃなくても、どういう場所につながりがありますか？とか。何かもうちょっと中身が見えるようなものがあるといいいんだろな。
	ix) 「精神障害者」ではない個としての存在	健常者から精神障害者へのグラデーション	・健常者とそんな大差がないということをいかに理解してもらうかが一番大事だと思って。差があるって思われちゃうから、向こうも敬遠すると思うけど。ほぼほぼ全くその言わないで、それこそクローズでずっと行ったら全然誰にも気づかれないうまに行ける人も全然たくさんいるわけ。そこを一番なんかすることが地域にとけ込めるということからお互いの理解だと思うんですけど相互理解の。
		精神障害者への根深い偏見	・正直な話、家族ですら理解し合えないんですよ。病気になってないの。まあ、妊婦の方のなんか経験をするために男性が、それみたいな体験をできるようなサービスがあれば、対象はどんな気持ちになったかわかるのかなっていうのはありますね。 ・やっぱり偏見って根深いので。精神障害者のある人を気持ち悪いという偏見を持っている人がまだまだ多いです。
		障害者の線引き	・障害者が手帳であったり、そういうものに関しては線引きが絶対にいるものだと思うので、そこは難しいとは思いますが。ただ、感覚的なものとしては、できるだけグラデーションがかっているもので、いつ誰がなってもおかしくないというのがよりみんなに伝わればいいのかと思うんですよ。

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 :

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hada A, Kawaguchi T, Usui K, Iwanaga M, Sonato S, Yamaguchi S, Kuroda N, Fujii C.	Psychometric properties of Japanese version of the Recovering Quality of Life (ReQoL)	<i>BMC Psychiatry</i>	25 (1)	265	2025

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 6 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) 公共精神健康医療研究部 ・ 部長
(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)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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6年度厚生労働行政推進調査事業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・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)	☒ ☐	☒	福井県立大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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:)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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6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)	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査の場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。