

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>