

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」ができていない状態を設定し、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

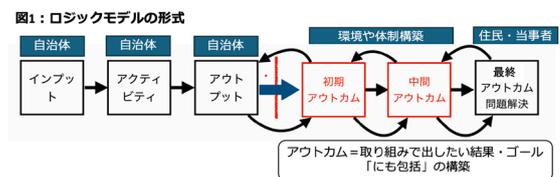
いて厚生労働省の精神障害保健課の担当官と意見交換を行った。

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。

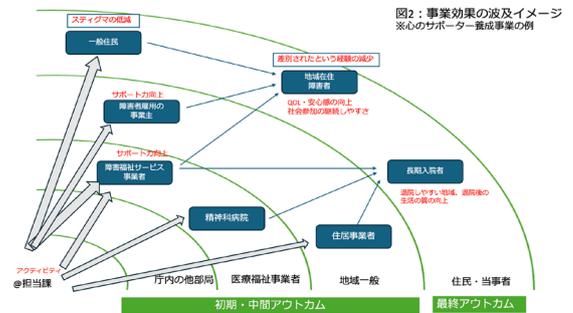
・アクティビティの主体と範囲：本研究の目的は行政機関で利用できるロジックモデルの提案であるため、活動主体すなわちモデルのインプット、アクティビティ、アウトプットはすべて自治体、なかでも市町村の「にも包括」構築を担当する主管課を想定し、精神医療、精神障害福祉、精神健康増進・予防などの分野を超えて「にも包括」構築と関連するアクティビティを収集した。個々のアクティビティについては行政事業化されている活動

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 (飯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会とりまとめ(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) 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み」「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で配置している。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っ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_kanseisk01-1000001155-3.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

