

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様ではなく、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

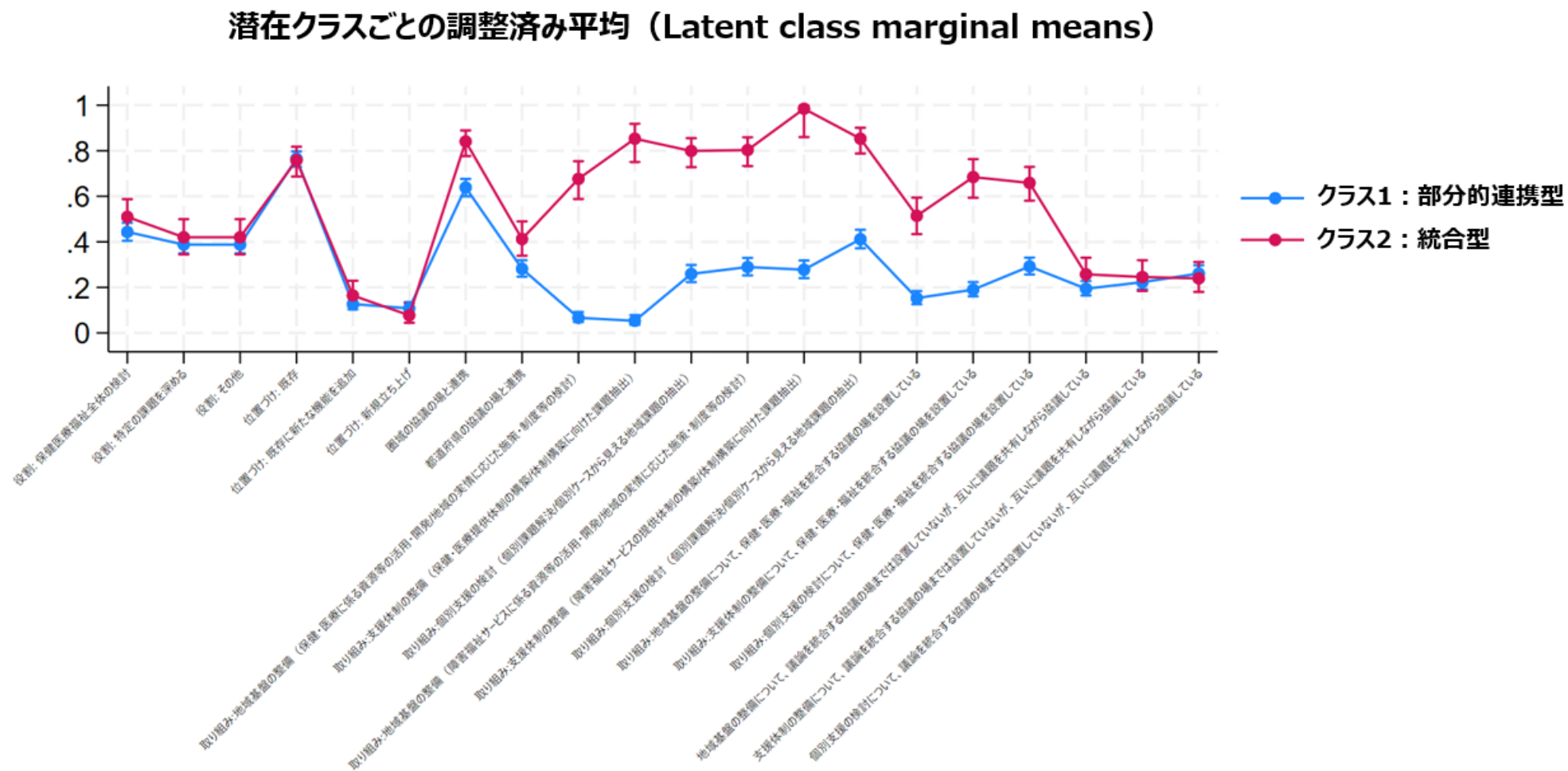


表3 にも包括の実施状況（ref: クラス1）

	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

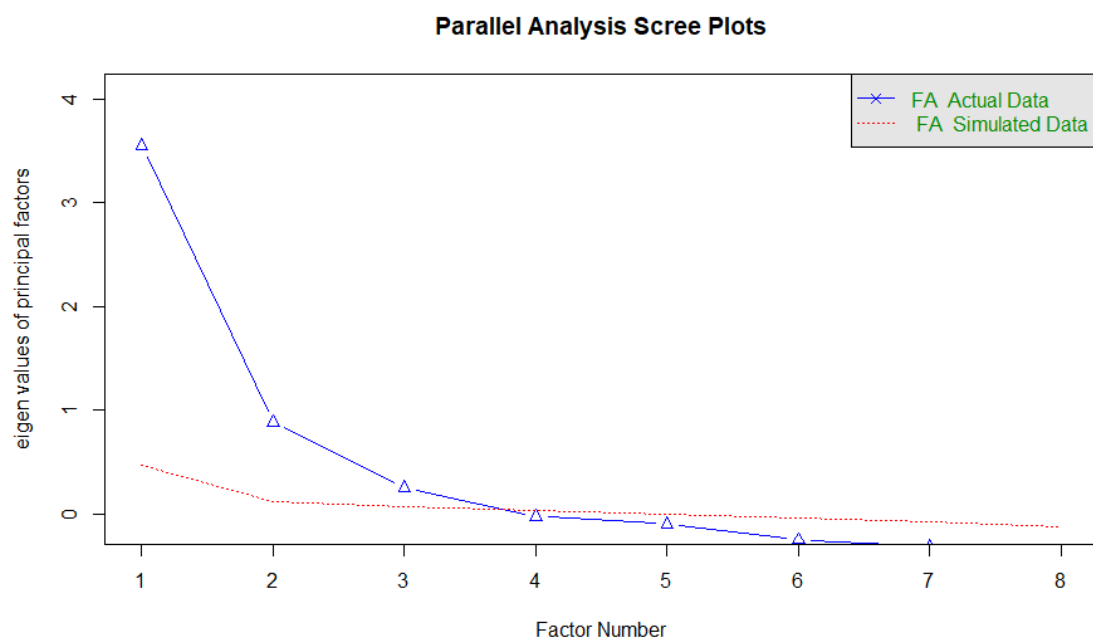


表 8 因子負荷量と因子寄与率

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)