

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