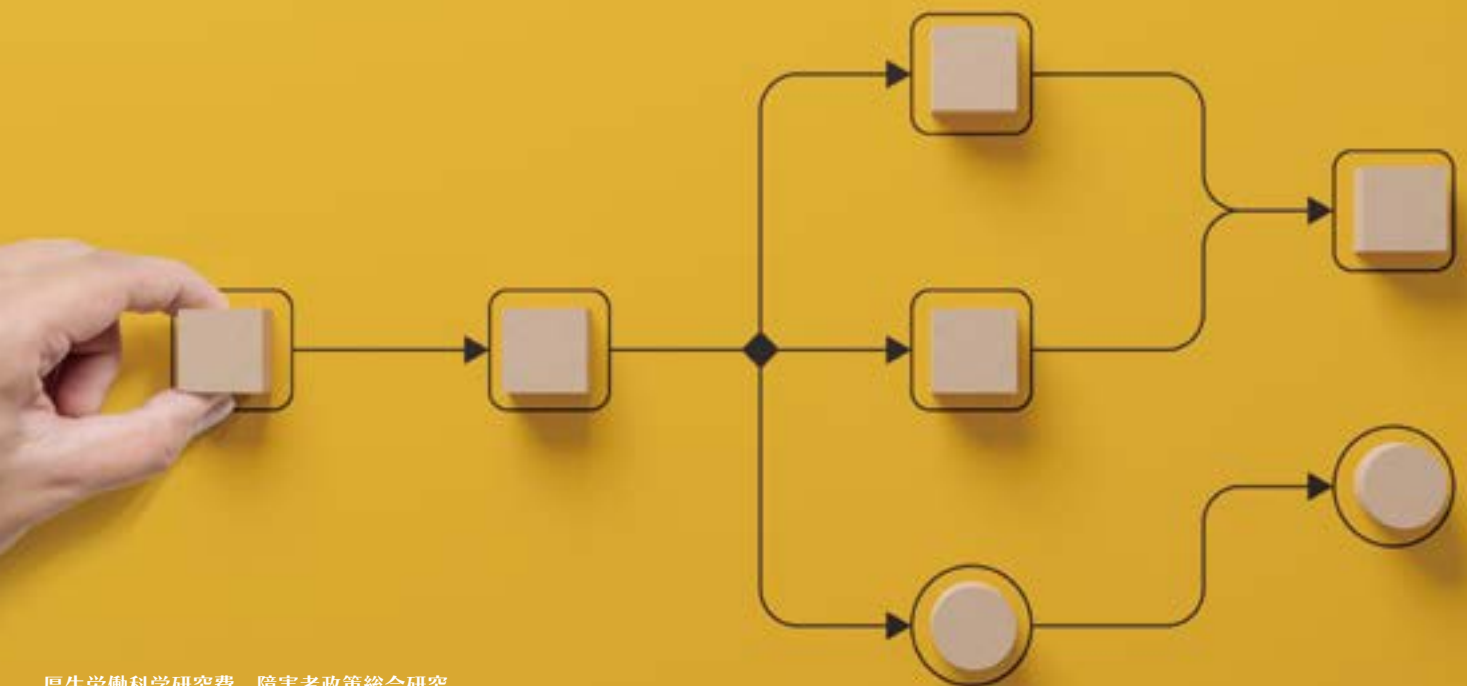


自治体職員
が学ぶ

はじめての 「にも包括ロジックモデル」



厚生労働科学研究費 障害者政策総合研究

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)

分担研究者 森山 葉子(国立保健医療科学院)

分担研究者 岡田 隆志(福井県立大学)

目次

はじめに.....	3
基本を学ぼう！	
1. 「にも包括」とはなにか（Q&A）.....	4
2. ロジックモデルの考え方.....	7
3. 「にも包括ロジックモデル」.....	11
やってみよう！	
4. ビギナー編 ～まずは眺めてみる～	15
5. アドバンスト編 ～実際にあてはめてみる～	17
6. 事例紹介 ～A市のケース～.....	19
おわりに.....	22
付録	
1. 評価指標について.....	24
2. 患者報告アウトカムについて.....	25
3. 初期アウトカムのヒント.....	26
4. 研究班が作成した「にも包括ロジックモデル」	27
5. 「にも包括ロジックモデル」あてはめてみる版.....	28
6. A市の「にも包括ロジックモデル」	29

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム (通称：「にも包括」とは

精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者やメンタルヘルスの課題をもつ人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしを続けられるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたケアシステムのことです。

その実現に向けて、地域の基盤を計画的に整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者等が、地域生活に関するさまざまな相談に対応できるよう、市町村や障害保健福祉圏域ごとの協議の場を通じて、多様な関係者・関係機関による重層的な支援体制を構築していくことが求められています。

はじめにー本ガイドの活用方法

「ロジックモデル」という言葉を最近よく見聞きしませんか？

障害福祉計画作成に向けた基本指針においても、「障害福祉等関連情報等の利用やロジックモデル等のツールの活用、各地方公共団体において実施している EBPM や PDCA に関する取組等、実効的な計画の策定を行うよう努めること」と記されています。

では、「ロジックモデル」は何のために、どのように活用するのでしょうか。

ロジックモデルを活用する最大のメリットは、そもそもこの施策・事業を行うのは何のためだったか、実施したことで効果があったか、どのような効果がどれくらいあったか(ありそうか)を考えることができることです。忙しい日々の中で業務を行っているといふ「実施する」ことが目的となってしまう、何のために実施しているのかを忘れてしまいがちです。そんな時にロジックモデルを眺めると、我が街の住民にこのように暮らして欲しくてやっているんだ！と気づくことができます。計画を立てる際や、実際に実行する際に、我が街がどうあって欲しいか、ここに住む住民や精神障害をもつ人にどのように過ごして欲しいか、まずはこれら目指す姿(ビジョン)を描き、そのために何を必要があるのかを考えることがとても重要です。

また、事業や施策を評価することも求められると思いますが、「〇〇事業を何回やった、何人の人が参加してくれた、めでたし、めでたし！」と終わらせていませんか？何のためにやっているかを意識すると、この事業を〇回して、〇人参加したことで、地域や住民がどうなったか？を知りたくなるのではないのでしょうか。

このガイドでは、「にも包括」の構築に向けた取組を効率的・効果的に進めるために、ロジックモデルとは何か、またどのようにロジックモデルを活用したらよいかをまとめました。今回はロジックモデルを作成するのではなく、ロジックモデルに我が街を当てはめることで、現在の取組が目指す姿を意識して行えているかを確認することと、現状の取組状況を把握することを目指すガイドとなっています。

本ガイドの構成は、“基本を学ぼう！”ということで、「にも包括」やロジックモデル、また「にも包括ロジックモデル」の全体像を把握し、次に“やってみよう！”として、「にも包括ロジックモデル」に我が街を投影してみる方法と、実際に取り組んでいただいた自治体の事例を紹介しています。順番に読むと一通り把握できるようになっていますし、読みたいところから読んでいただいても構いません。

みなさんの取組を「にも包括ロジックモデル」と照らし合わせることで、施策や事業をやりっぱなしにせず、関係者が一緒に目指す姿を向いて、効果を最大限に引き出せる取組となるよう願っています。

研究代表者 黒田直明
分担研究者 森山葉子
分担研究者 岡田隆志

1. 「にも包括」とはなにか (Q & A)

Q1 「にも包括」って、一つの制度や事業と捉えればよいのでしょうか。

A1 いいえ。「にも包括」は、特定の制度や事業ではありません。精神障害にも対応した地域づくりを進めていくための「政策理念」であり、地域共生社会を実現するための「仕組み」です。

💬 ちょっと一言



「にも包括」は、2017（平成29）年に初めて登場しました。精神保健医療福祉領域ではそれまで「入院医療中心から地域生活中心へ」を理念として政策が取り組まれていましたが、その流れをより推進するために新たに掲げられました。当初は、既存の地域包括ケアシステムとは別に、特化した理念として整理され、将来的には地域包括ケアシステムとの統合を見据えて「精神障害にも対応した」と表現されました。

Q2 「にも包括」の対象となるのは、どのような人ですか。

A2 精神科病院に長期入院している精神障害者だけでなく、地域で生活している精神障害者も含まれます。また、精神障害の有無にかかわらず、メンタルヘルスの課題をもつ人も対象となります。

💬 ちょっと一言



もともとは、長期に入院している患者の地域生活への移行に向けた取組として始まりました。しかし、目標が「地域共生社会の実現」と明確に示されたことで、精神障害の有無や程度を問わず、すべての人を対象に、安心して地域で生活できるよう支える体制づくりへと考え方が広がっています。

Q3 「にも包括」の実施主体はどこになりますか。

A3 地域で暮らす住民の視点で考えていくことから、日常生活圏域である市町村が実施主体を担います。ただし、重層的かつ包括的な支援体制を構築するため、市町村だけでなく、精神保健医療福祉に関わる多様な機関や人も実施主体に加わります。



ちょっと一言

「にも包括」では、精神科医療体制など広域的な課題にも対応するため、都道府県の保健所や精神保健福祉センターも主体となり、市町村と連携を図りながら取り組む必要があります。さらに、精神科医療機関、地域援助事業者、ピアサポーターなど、行政に限らず官民が協働していかなければ、理念に則した地域づくりは実現していきません。



Q4 まずは何を目標に取り組めばよいのでしょうか。

A4 精神障害の有無や程度にかかわらず誰もが困りごとを抱えたときに、一人ひとりに寄り添い、本人の意思が尊重される支援を適切に提供できる体制を整えることを、当面の目標としていきましょう。



ちよつと一言

そのためには、かかりつけ医から救急医療までを含む「精神医療」、こころの健康づくりを進める「精神保健」、障害福祉サービスなどを含む「生活支援」が相互に連動することが重要です。そうすることで、緊急的な介入を要する非自発的入院の減少が図られるとともに、必要なときに必要な支援が適時適切に活用されることにつながります。さらに、メンタルヘルスの向上を通じて主体的に地域活動に参加できる人が増えることで、精神障害をもつ人やその家族を含むすべての人が、地域で安心して暮らし続けられることにつながります。

Q5 具体的にはどのような取組をしていけばよいのでしょうか。

A5 例えば、「協議の場」の設置を通して精神医療と保健福祉の提供体制を協議することや、普及啓発としての「心のサポーター」の養成、ピアサポーターや家族の活動への支援、地域生活支援を充実させるための人材育成研修など、地域の実情に応じた取組が行われています。



ちよつと一言

2021（令和3）年にまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書¹」では、「にも包括」を構成する要素が整理されています。また、障害福祉計画や医療計画などに「にも包括」の項目が含まれていますので、それらも参考にしてみてください。

¹ 「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」報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001640877.pdf>

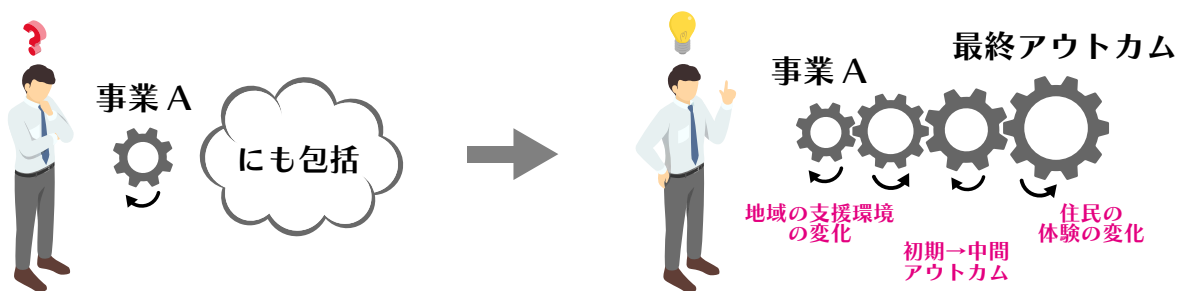
2. ロジックモデルの考え方

ロジックモデルとは



「この事業はなぜ効果があるのですか？」「そう考える根拠はなぜですか？」と聞かれたとします。うまく答えられるでしょうか？ ロジックモデルとは、施策や事業が地域住民に対して目的とする変化を生じさせる論理的な過程（ロジック）を示すモデル図のことです。ロジックモデルがあれば「事業を行うとこういうことが起こります。そうするとこういう変化を生じるはずなので、最終的にはこういう効果をもたらすと考えています」と答えられます。

ロジックモデルがあれば…



ロジックモデル活用のメリット

「にも包括」へのロジックモデル活用には以下のようなメリットが期待できます。¹

- 施策と目標達成の関係がクリアになり「すっきりする」
- 関係者全員が施策の最終ゴールを共有できる
- 関係者とのコミュニケーションが楽になる（住民、協議会、議会、市長、財政課、他課）
- 担当者が異動しても事業理念と内容が継承できる
- 「にも包括」構築に向けた各事業を統合した全体像を把握できる
- 事業評価で役立てられる

それではロジックモデルについて、順を追って説明していきます。

¹ 厚生労働科学研究報告書「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」
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/176254>

ロジックモデルの基本構造

ロジックモデルは、取組や事業の準備から実施、目指す結果をもたらすまでの過程を6つのブロックに分解し、矢印で結んだものです（図1）。ブロックは、事業を行う側（ここでは自治体側）と事業を受ける側（ここでは地域や住民側）に分かれることをまず押さえてください。

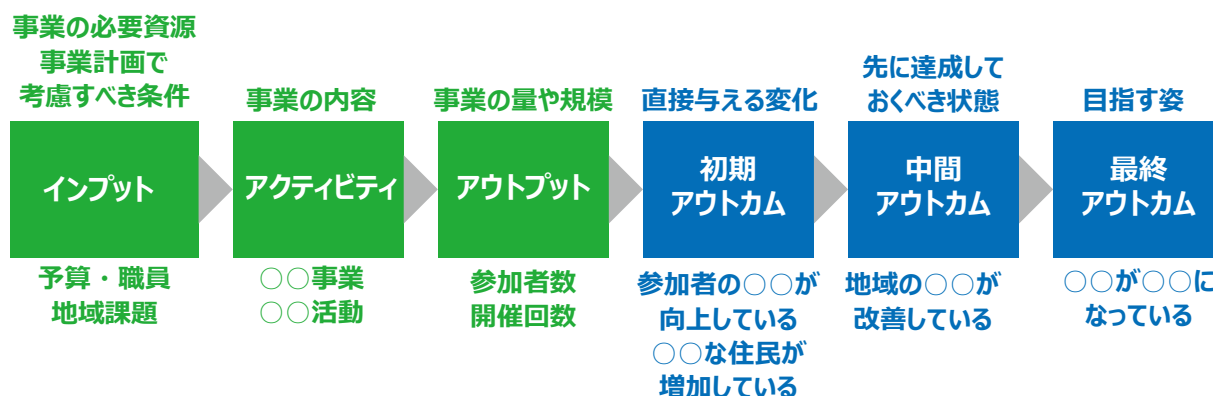


図1 ロジックモデル基本構造

自治体側

- インプット：事業の実施前に検討される必要資源や諸条件
- アクティビティ：事業の内容
- アウトプット：アクティビティの規模や量のこと

自治体はインプットをもとにアクティビティを作って地域や住民に対してアウトプットしているとイメージしてください。

地域・住民側

- 自治体の事業を受ける側である地域環境や住民に生じる変化をアウトカムといいます。
- アウトカムは、初期・中間・最終の3段階を設定します。3つに分ける理由は後ほど説明します。
- 事業報告などによく掲載される参加者数や開催回数はアウトプットであり（すなわち自治体側の話）であり、アウトカム（地域や住民側に生じる変化）とは異なります。名称が似ているので注意してください。
- ロジックモデルではアウトカムに意識を向けることがとにかく重要です。

アウトカムの3段階

図の記載と順序が逆になりますが、アウトカムは最終、中間、初期の順にさかのぼって説明します。

最終アウトカム

- 最終アウトカムはアクティビティによって達成したい最終的なゴールであり、最も重要といえます。行政施策では、政策理念や名称に最終アウトカムが端的に示されていることが多いですが、ロジックモデルの最終アウトカムにするには、それらを測定できる形に言い換え、達成状況を判断できる指標や基準に落とし込む作業が必要です。この作業は「誰がどうなればよいのか」という問いをもとに考えるとよいでしょう。この点は「にも包括ロジックモデル」で再度説明します。
- 最終アウトカムの特徴として達成までに時間を要することがあります。時には年単位が必要でしょう。したがって最終アウトカムで事業の短期効果を観察することは困難です。また、実施する事業以外にも最終アウトカムに影響する要因が多数あります。最終アウトカムに変化がみられたとしても、それが当該アクティビティの成果といえるのかの判断が難しくなります。これらの制約に対応するのが中間アウトカムと初期アウトカムです。中間アウトカムや初期アウトカムは自治体の事業目標に適しているといえます。

中間アウトカム

- 事業によってより早期に現れる変化であり、最終アウトカムの達成に必要な状態です。

初期アウトカム

- 中間アウトカムよりもさらに手前で現れる兆候です。初期アウトカムはアクティビティが直接生み出す変化なので事業外の要因の影響を受けにくいといえます。

心のサポーター養成事業のロジックモデル

ロジックモデルというとツリー状のものを思い浮かべられる方が多いかもしれませんが、まずは心のサポーター養成事業（ここサポ）という具体例として、単一のアクティビティの横一列のロジックモデルで説明します（図2）。

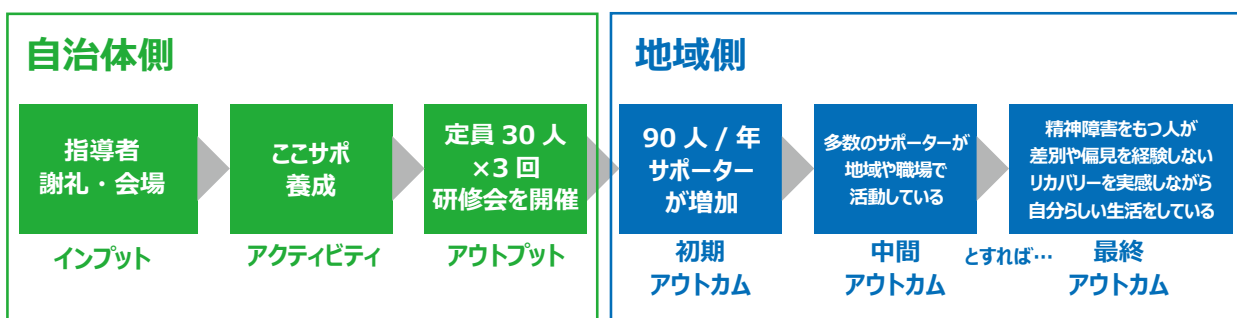


図2 心のサポーター養成事業のロジックモデル

左側の緑色で囲んだ自治体サイドには、予算、指導者、会場などのインプット、養成事業というアクティビティ、そのアウトプットとして規模や回数が示されています。

最終アウトカム

青色で囲んだ地域・住民サイドであるアウトカムをみていきましょう。まず最終アウトカムです。これが本事業の最終的な狙いをもとに「誰がどうなればいいのか」で考えてみると、「精神障害をもつ人が差別や偏見を経験しなくなっている」と「リカバリー¹を実感しながら自分らしい生活をしている」などを最終アウトカムとして設定することができそうです。²

中間アウトカム

- 人数が増えるだけでは最終アウトカムが達成されるとはいえません。心のサポーターが街中で積極的に活動している状態を作ることが必要です。そこで「多数のサポーターが地域や職場で活動している」ことを中間アウトカムとすることができるかもしれません。³
- 「誰もが心のサポーターを知っている」という中間アウトカムもあるかもしれません。これであれば住民アンケート調査で心のサポーターの認知度をたずねることで数値化ができそうです。

初期アウトカム

- 本事業が地域に及ぼす最初の変化は「精神疾患について正しい知識を持ち、助け合う方法を知っている住民が増える」ことですので、これを初期アウトカムに設定することができます。
- これは自治体の視点からみれば「心のサポーターの養成者数」、すなわちアウトプットに等しくなりますが、地域側からみれば「精神疾患について正しい知識を持ち、助け合う方法を知っている住民が増えた」こととなります。この例のように初期アウトカムとアウトプットは裏表の関係になることがあります。自治体側と地域・住民側の視点を意識してください。

1 自身で決めた意味のある人生を取り戻す過程

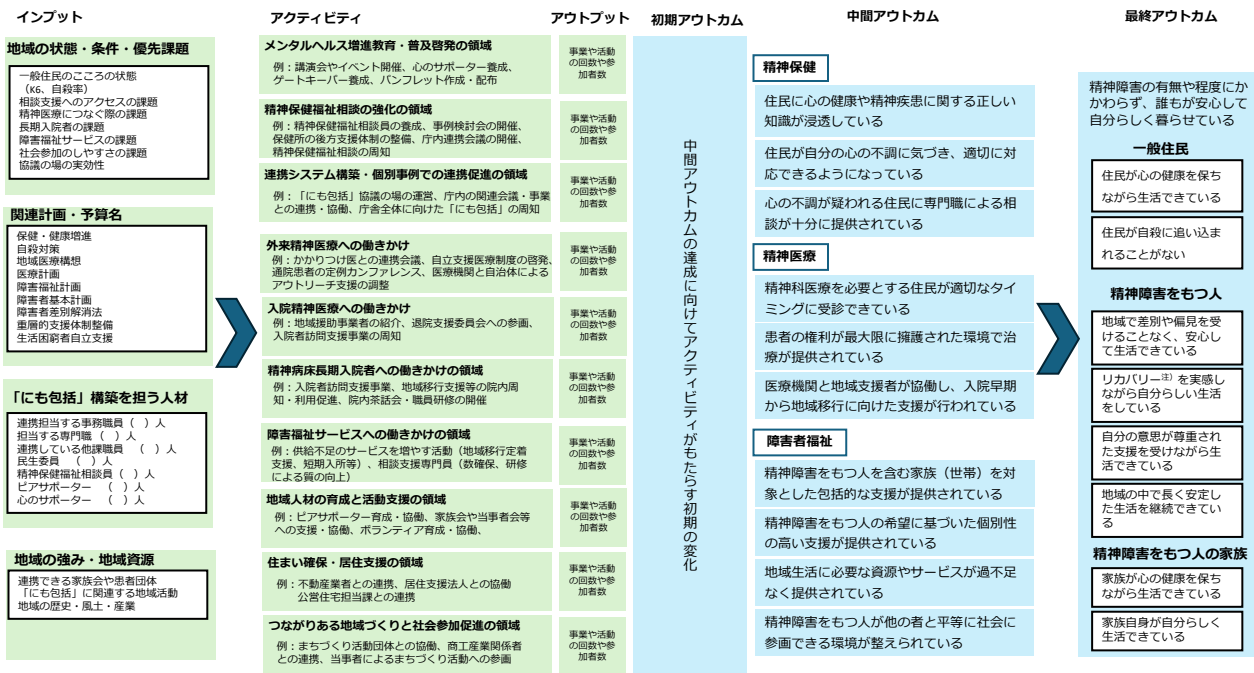
2 ここサポには助け合い等により住民全体のメンタルヘルスを向上させるというもう一つの最終アウトカムがあります。

3 このような中間アウトカムを想定することによって、養成後のサポーターに地域で活動を続けてもらうための仕組みづくりという新たなアクティビティが必要であることに気がつきます。

3. 「にも包括ロジックモデル」

ツリー状のロジックモデル

- 「にも包括」とは、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）など、さまざまな既存の支援が、目的と理念を共有して連携・補完し合うことによって、調和した一つの機能をもっている状態です。「にも包括」構築を担う市町村は自治体内外を俯瞰して「にも包括」構築のために協力を求めるカウンターパートを見つけ、それぞれにどうアプローチしていくか考える必要があります。
- このような役割の遂行に役立つのが、多事業がツリー状につながる「にも包括」構築全体のロジックモデルです。ツリー状のロジックモデルの重要な機能の一つは、複数の事業が共通の中間アウトカムに向かって実施され、複数の中間アウトカムの結果が最終アウトカムの達成につながる過程を表現できることです。



注) 自身で決めた意味のある人生を取り戻す過程

図3 研究班が作成した「にも包括ロジックモデル」

「にも包括ロジックモデル」を大きく見たい場合は、P27に付録4として掲載してあります。



作成方針と手順について

- 地域の実情に応じて自治体ごとにオリジナルのロジックモデルが作成できることが理想ではありますが、なかなか難しいことが予想されました。そこでなるべく多くの自治体に当てはまる汎用性のあるモデルを研究班で作成し、活用していただくことを目指しました。
- 作成にあたっては「にも包括」構築のためのさまざまな取組を配置できるよう可能な限りの資料¹から情報を収集し、アクティビティ、アウトプット、アウトカムに相当する記述を収集しました。その後、相互に重複や漏れのないよう分類整理をし、ロジックモデルの形式に配置しました。
- 「にも包括」構築を担当している自治体職員の方や当事者の方にインタビューをさせていただき、内容の網羅性が十分であるか、最終アウトカムが適切であるかを確認しました。

インプット

- インプットではアクティビティの計画段階で考慮するとよいこと、アクティビティの立案で行き詰まったときのヒントになることを列挙しました。

アクティビティとアウトプット

- 自治体が主体的に活用できるようにアクティビティの主語・起点はすべて自治体としました。
- ここで示したアクティビティは「にも包括」の取組レパートリー（選択肢）です。すべてのアクティビティを実施しなくてはならないわけではないことにご留意ください。

最終アウトカム

- 最終アウトカムは「誰がどうなればよいか」という問いから考えればよいので、「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」という「にも包括」の理念をもとにして最終アウトカムとしました。
- 「精神障害の有無や程度にかかわらず」という包括的な対象者像を踏まえて、「一般住民」、「精神障害をもつ人」、「精神障害をもつ人の家族」について、最終アウトカム項目をそれぞれ設定しました（これらの項目の指標化に関心のある方は「付録2：患者報告アウトカムについて」をご参照ください）。

¹ 「にも包括」構築に関する検討会のとりまとめや手引書、精神保健福祉業務運営要領、医療計画のロジックモデル、過去の障害福祉計画の成果目標・活動指標

初期アウトカム・中間アウトカム

- 図4は自治体の担当課が実施する事業や取組が自治体内外を変化させて、複数の異なる経路を通じて一般住民や精神障害をもつ人たちの生活場面に変化をもたらす様子を表したものです。この途中経路にあるものが初期～中間アウトカムとなります。
- 研究班が作成したモデルでは、(1)自治体現場での利便性・納得感を鑑み、精神保健、精神医療、障害者福祉のバランスがとれていること、(2)別資料「対話でつくる！『にも包括』の協議会チェックリスト」とあわせて活用できること、を念頭に中間アウトカムを決めました。
- しかし、何を中間アウトカムとして設定するかにはかなりの自由度があります。地域の実情にあわせて関係者との協議によって納得感のあるオリジナルの中間アウトカムを設定するのもよいでしょう。

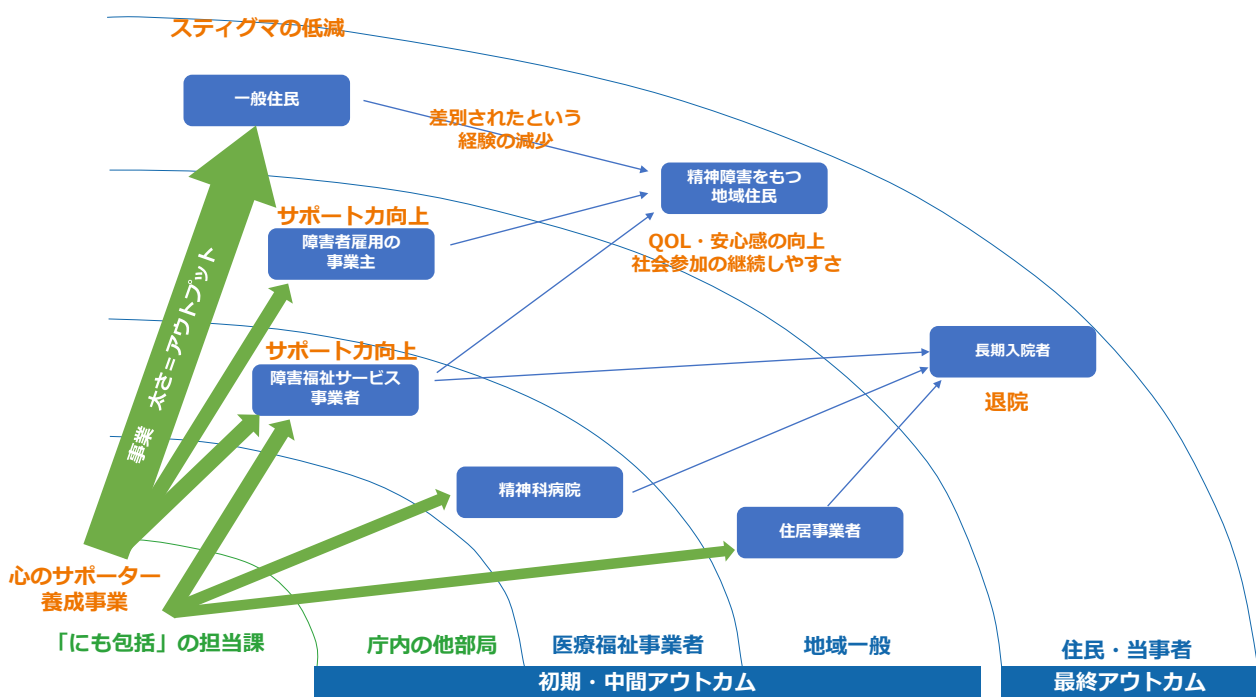


図4 自治体の事業波及とロジックモデルのイメージ

「にも包括ロジックモデル」の活用のヒント ～「やってみよう！」に向けて



「にも包括ロジックモデル」を眺めながら、自分の自治体が行っているアクティビティはどれなのか、それらはどんな中間アウトカムを想定しているのかをレビューしたり、必要だが行ってきていないアクティビティを再発見したりするような利用をしていただけるとよいかと思います。

アクティビティと中間アウトカムのつながりについて

個々のアクティビティと中間アウトカムのつながりを示す矢印はあえて記入していません。各自治体で矢印を書き込むことにぜひ取り組んでほしいためです。矢印をどこにつなげるかを関係者で協議することは中長期的な事業目標の共有や連携してサービスを提供したりすることの意義の理解に必ずつながります。可能なら複数のアクティビティの矢印が一つの中間アウトカムにつながることに意識を向けてください。

初期アウトカムについて

初期アウトカムについても同様の理由で内容を記載していません。アクティビティと中間アウトカムの矢印を結ぶことができたなら、「アクティビティが中間アウトカムに向けて変化を起こすとしたら、最初にどんなことが起きるか？」「どんなことを感じたときに変わってきたなと感じるか」をヒントに初期アウトカム探しに挑戦してみてください。関係者と集まって意見を出し合いながら、みなで合意できる初期アウトカムが見つかるとう充実感・達成感が得られます。初期アウトカムが決まれば、短期での事業効果の検討がしやすくなるはずです。「付録3：初期アウトカムのヒント」も参考にしてください。

「にも包括」の協議の場について

ロジックモデルはラグビーのスクラム¹と似ています。各分野の取組はバランスがとれて同じ方向（最終アウトカム）を向いているでしょうか。あるいはオーケストラかもしれません。鍵となる楽器の奏者（支援者）が含まれているでしょうか？こういった視点は「にも包括」をコーディネートする協議の場の役割とも一致します。研究班では協議の場の運営プロセスのガイドとして「対話でつくる！『にも包括』の協議の場チェックリスト」も作成しています。本ガイドとあわせてご参照ください。



1 医療政策へのロジックモデル活用のパイオニアである国際医療福祉大学の埴岡健一教授による比喩です

4. ビギナー編 ～まずは眺めてみる～

まずは日頃のみなさんの取組を、「にも包括ロジックモデル」から探し、どのように最終アウトカムまで流れているか（流れる予定であるか）眺めてみましょう。

*ビギナー編では、付録4に掲載されている、研究班が作成した「にも包括ロジックモデル」を眺めてみましょう。

眺め方

① 最終アウトカムの確認

研究班では「にも包括ロジックモデル」の最終アウトカムを図3（付録4）のようにおいてみました。みなさんの自治体の目指す姿はどのようなものでしょうか。このロジックモデルと同じようなことを想定しているか、あるいは我が街独自の目標を想定していたか見てみましょう。

👉 ポイント！

計画を立て、取組を実施する際は、我が街の住民の皆さんがどのように暮らしてほしいか、目指す姿を思い浮かべながら進めることが重要です。さらにそれを、コアチームで共有することが大切です。

「にも包括」の最終目標は「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」ことです。これを元に住民がどのように暮らせているとよいか思い描けるでしょうか。



② アクティビティ

現在「にも包括」構築の一環として、みなさんが取り組んでいることを思い浮かべてみてください。そのうち一つを選んで、ロジックモデルのアクティビティの各領域の中にある例に該当する取組を探してください。同じ取組がなければ、その取組が含まれそうな領域を選んでください。

選んだ取組について、回数や参加人数等を集計していれば、それがアウトプットに当たります。これまで集計していたでしょうか。それを取組や事業の評価として把握してきたでしょうか。

👉 ポイント！

評価のためにアウトプット（開催回数や参加者数など）を把握することも必要ですが、アウトカムも意識することが重要です。

施策や事業をアウトプットで評価しがちですが、どんなにたくさん開催し、たくさんの参加者がいたとしても、そのことで地域や市民の状況に変化がなければ、効果があるとは言えないかもしれません。場合によっては、悪くなってしまっていることもあるので、注意が必要です。



5. アドバンスト編 ～実際にあてはめてみる～

みなさんが取り組んでいる「にも包括」構築に向けた取組は、普段はロジックモデルのような流れを意識していないかもしれませんが、自ずとこれに沿った検討や評価をしている箇所があると思います。アドバンスト編では、「にも包括ロジックモデル」のインプットとアクティビティについて空欄にしてあります。日頃のみなさんの取組を、付録5のロジックモデルにあてはめて、記載してみましょう。

① 最終アウトカムの確認

研究班では「にも包括ロジックモデル」の最終アウトカムを付録5のようにおいてみましたが、みなさんの自治体の目指す姿はどのようなものでしょうか。このロジックモデルと同じようなことを想定していたか、あるいは街独自の目標を想定しているか見てみましょう。

日頃、無意識に取り組んでいて、どの領域に該当するか考えるのが難しいかもしれませんが、「にも包括」構築の一環として行っていることについて、付録5の例を参考に検討してみてください。



② インプット

一番左のインプットに、現状や課題、予算、人材、地域資源・強みを記載します。

③ アクティビティ

現在「にも包括」構築に向けて取り組んでいる施策・事業をたくさん思い浮かべ、アクティビティの当てはまる領域に記載していきます。

④ アウトプット

③で取組として記載した箇所のアウトプットに、実施回数や参加人数など、今現在測定している指標、あるいはこんな指標で測定できるのではないかとという指標を記載します。今現在、測定・把握しているものと、そうでないものを色付けなどで区分してみましょう。今はすべてを把握していないかもしれません。今後、把握できそうかどうかを検討してみてください。

⑤ 中間アウトカム

みなさんの取組が、研究班で設定した中間アウトカムに向けて、矢印で結べそうな中間アウトカムの指標はありますか？みなさんの取組がどの中間アウトカム指標に結び付きそうか、⇒をひいてみましょう。（可能であれば、その取組により、まず起こる変化（初期アウトカム）も検討してみてください。難しければ、中間アウトカムに直接⇒をひいて構いませんが、本来はその前に初期アウトカムが変化してから中間アウトカムが変化することを意識してください。）

一つの取組から、たくさんの矢印が出ることもあれば、一つの中間アウトカムにたくさんの矢印が向くこともあります。今回は、まず一本引いてみる、でもOKです。



⑥ ロジックモデルにあてはめてみた感想

①～⑤を行ってみていかがでしょうか。率直な感想を関係者で話し合ってみましょう。

みなさんの取組は最終アウトカムに向けたものだったでしょうか。またそれを意識できていましたか？みなさんで共有できているとよいですね。



さらにアドバンス！

～我が街のロジックモデルを一から作りたい場合～

- ①【最終アウトカム】我が街の目指す姿を皆で思い描き、明確にします。
- ②【中間アウトカム】その最終アウトカムを叶えるために、地域や住民の状況がどのようになるとよいか、もう少し具体的に想定して、整理していきます。
- ③【インプット・アクティビティ】中間・最終アウトカムを叶えることを想定した際の、我が街の資源、強み、現状の課題を整理した上で、中間アウトカム・最終アウトカムを叶えるのに必要なアクティビティは何かを検討します。
- ④【初期アウトカム】③で検討したアクティビティのアウトプット指標、および初期アウトカム（アクティビティがもたらす初期の変化）を検討します。

👉 ポイント！

これらはコアチームみんなで話し合いながら作成することが重要です。

アドバンス編では、みなさんの取組は最終アウトカムに向かって行われる必要があることを実感していただくために、まずは左から右への流れを意識してもらいました。実際に作る際は、最終アウトカムからさかのぼって必要な取組はなにかを検討していきます。



6. 事例紹介 ～A市のケース～

A市のみなさんに、アドバンスト編を体験していただきました！
代表して、Mさんに感想をうかがいます。



研究班

まずは、「にも包括ロジックモデル」を体験した率直な感想を聞かせてください。

ぱっと見たときは「難しい！」と感じました。ただ、最終的に地域がどのような状態になっているとよいのか、そのためにどのような活動に取り組むのかを整理でき、周囲の人たちと共有しやすくなると感じました。「にも包括」自体が抽象的な概念なので、事業説明の際にも活用できそうです。



Mさん



研究班

今回は、どのような人たちと取り組みましたか。また、実際に活用する場合は、どのような人たちと一緒に考えるとよいでしょうか。

最初は1人で取り組みましたが、それでは自分の視点に偏ってしまうと感じ、同じ職場の仲間にも見てもらいました。実際に活用する際も、多様な視点で考えられるように、協議の場のコアチームでワイワイと進められるとよいと思います。



Mさん



研究班

では、ワーク「アドバンスト編」の手順に沿ってうかがいます。まず、①最終アウトカムはどのように意識していましたか。

最終目標はコアチームで共有されているものだと思っていましたが、「誰もが自分らしく暮らす」とは具体的にどのような状態なのかまでは、これまで十分に話し合ってこなかったことに気づきました。このように可視化していくと、「こういうことだよ」って共通理解でき、考えが共有しやすくなりますね。



Mさん



研究班

次に、②インプットに現状や資源を記入してみて、いかがでしたか。

地域の状況には、手帳保持者、精神通院者、サービス利用者など、まずは自治体で把握できる数字を入れるといいですね。他には、人材の箇所は比較的書きやすかったのですが、予算には悩みました。「にも包括」としての予算は限定的なので。。そう考えると、さまざまな部署や関係者と一緒に書き込んでいく必要があると感じました。



Mさん



研究班

③アクティビティの記入では、困ったことはありませんでしたか。

精神保健福祉に関するリーフレットに掲載されている取組を中心に記入しました。悩んだのは、地域で行われている活動をどこまで含めるかという点です。行政が直接実施している取組だけでよいのか、それとも地域住民や民間の活動も含めてよいのか、迷いました。



Mさん



研究班

確かに悩ましいところですね。今回の「にも包括ロジックモデル」は自治体の視点から整理することを前提としていますので、地域での取組は、インプットにあたる「地域の強み・地域資源」として整理するとよさそうです。

続いて、④アウトプットはすぐに想定できましたか。すでに測定している指標はありましたか。

比較的想定しやすかったです。普段から事業評価としてまとめている結果を中心に記載しました。



Mさん



研究班

最後に、⑤中間アウトカムについてです。アクティビティと中間アウトカムはうまく結びつけられましたか。

中間アウトカムは、このように明示されることでイメージしやすくなりました。それぞれのアクティビティが、どの中間アウトカムにつながっているのかを話し合いながら結びました。活動に関わっている人たちの経験談や、「こうなってほしい」という思いも多く出てきて、とても楽しい時間になりました。これがロジックモデルの醍醐味だと感じました。



Mさん



研究班

あらためて、全体を通しての気づきを教えてください。

これまでやってきた相談支援やネットワークづくりが、市の強みとして生きていて、それが今の「にも包括」の取組につながっていると、あらためて実感できました。一方で、福祉部門への広がり十分ではなく、部署間連携には課題があることも見えてきました。今後は、庁内で「にも包括」を広げていくための工夫が必要だと感じました。



Mさん

研究班で作成した「にも包括ロジックモデル」とA市の「にも包括ロジックモデル」を照らし合わせながら、初期アウトカムもみんなで話し合ってみました。

個人的には、ReMHRAD^(注1)で得られたデータも含まれるとよいと思います。

主観的な感覚を出し合って、初期アウトカムも考えてみました！

インプット

地域の状態・条件・優先課題

人口約30万
高齢化率 33.3%
精神手帳 2,400件
精神通院 5,400件
福祉サービス(精神) 1,800件
委託相談 5か所
一般相談 10か所
特定相談 30か所
精神科HP 3か所
精神科CL 15か所
入院 360人
入院 360人 (うち1年以上115人)

関連計画・予算名

市地域福祉計画
市障害福祉計画
市自殺対策計画
にも包括予算 1,000千円
地域生活支援事業 500千円 (精神障害者ボランティア育成)

「にも包括」構築を担う人材

担当係長(保健師) 1名
保健師 1名
精神保健福祉士 1名
事務職 1名
都道府県保健所 1名(保健師)
精神障害当事者 1名
地域家族会 2名

地域の強み・地域資源

ピアサポーターが音楽活動や絵画制作の活動をしている
家族会活動が30年以上続いている
精神保健福祉のネットワーク会議が長年続いている。

アクティビティ

メンタルヘルス増進教育・普及啓発の領域
心のサポーター養成
精神保健福祉相談の強化の領域
精神保健福祉相談(嘱託医)実施
アウトリーチ事業の実施
連携システム構築・個別事例での連携促進の領域
にも包括協議の場の実施
庁内連携会議の開催
外来精神医療への働きかけ
取組なし
入院精神医療への働きかけ
医保入院者退院支援会議参加
市町村長同意会
精神病床長期入院者への働きかけの領域
取組なし
障害福祉サービスへの働きかけの領域
取組なし
地域人材の育成と活動支援の領域
ピアサポーター養成
住まい確保・居住支援の領域
取組なし
つながりある地域づくりと社会参加促進の領域
地域福祉祭りへの参画

アウトプット

年3回 150人
年24回 延70件 年48回 延50件
年6回 延150人 年10回 延44件
年間延8件 年間延9件
登録者数 45名
年2回 春・秋

初期アウトカム

サポーター増加 知名度の上昇
相談件数増加 紹介件数増加
事例検討数増加 にも包括認知向上
地域関係機関との連携回数増加
ピアサポーターの育成 認知向上の促進
住民や地域団体との交流の促進

中間アウトカム

精神保健
住民に心の健康や精神疾患に関する正しい知識が浸透している
住民が自分の心の不調に気づき、適切に対応できるようになっている
心の不調が疑われる住民に専門職による相談が十分に提供されている
精神医療
精神科医療を必要とする住民が適切なタイミングに受診できている
患者の権利が最大限に擁護された環境で医療が提供されている
医療機関と地域支援者が協働し、入院早期から地域移行に向けた支援が行われている
障害者福祉
精神障害をもつ人を含む家族(世帯)を対象とした包括的な支援が提供されている
精神障害をもつ人の希望に基づいた個別性の高い支援が提供されている
地域生活に必要な資源やサービスが過不足なく提供されている
精神障害をもつ人が他の者と平等に社会に参画できる環境が整えられている

最終アウトカム

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している
一般住民
住民が心の健康を保ちながら生活できている
住民が自殺に追い込まれることがない
精神障害をもつ人
地域で差別や偏見を受けることなく、安心して生活できている
リカバリー ^(注) を実感しながら自分らしい生活をしている
自分の意思が尊重された支援を受けながら生活できている
地域の中で長く安定した生活を継続できている
精神障害をもつ人の家族
家族が心の健康を保ちながら生活できている
家族自身が自分らしく生活できている

注) 自身で決めた意味のある人生を取り戻す過程

家族会や当事者会とのつながりが、A市の強みと再認識しました。

可視化できると、「にも包括」の共通したビジョンになりますね。

空白の領域があると、つい埋めたくなくなりました(笑)。

(注1) 地域の精神保健医療福祉資源の利用状況を集約したデータベース

おわりに

本ガイドの作成は、障害福祉計画の「にも包括」構築分野の成果目標・活動指標は、どうあるべきかという議論から始まりました。障害福祉計画において精神医療の分野は長らく長期入院者の地域移行というテーマを担っていました。その重要性は現在も変わっていませんが、「にも包括」構築という政策理念が掲げられ、市町村を中心に地域を起点とした新たな取組が徐々に進んでいる中、障害福祉計画は「にも包括」構築にどんな役割を果たすのか、あらためて考える必要がありました。そのための思考・可視化ツールとしてロジックモデルの作成に挑戦しました。

ロジックモデルは、自治体内での「にも包括」構築のための課を超えた連携や地域支援者との連携体制の構築にも活用できるだろうとの確信もありました。しかしながら、「にも包括」に精通した自治体職員をもってしてもロジックモデルに慣れていただくまでには相当の根気・労力を割いていただく必要があることがわかってきました。

そのため本ガイドでは「ロジックモデルに興味を持っていただき、一部でも活用してみようという気持ちになっていただく」ことを目指しました。「アウトプットとアウトカムは違う」、「最終アウトカムを定めることが大事」、「自治体のアクティビティは中間アウトカムを意識して行う」。手引きを手にとってくださいの方がこの3つだけでもご理解いただければ嬉しく思います¹。

最後になりましたが本研究に労力を惜しまず協力してくださった自治体職員の皆様、当事者やピアサポーターの皆様、ロジックモデル活用を後押ししてくださった厚労省精神障害保健課の皆様、研究協力者の皆様に厚く御礼申し上げます。ありがとうございました。

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
分担研究者 森山葉子
分担研究者 岡田隆志

¹ さらに踏み込んだ活用をされたい方には、「介護保険事業計画におけるロジックモデル活用ガイド」（医療経済研究機構、令和6年度老人保健健康増進等事業）がオススメです。 <https://hokenja-sheet.jp/posts/logicmodel/>

付録



1. 評価指標について

優れた事業評価を行うにはロジックモデルが必要ですが、ロジックモデルがあれば事業評価ができるとはいえません。事業評価には測りたいことを適切に測定できる指標が必要です。地域診断や現状把握に役立つデータは、精神保健福祉資料¹や地域ReMHRAD（リムラッド、地域精神保健福祉資源分析データベース）²などのウェブサイトにおいて多数公開されており、長期入院者の状況や精神病床の利用状況に関してはデータが充実しています。しかし、入院精神医療以外の状況に関するデータや、ロジックモデルにおいて重要なアウトカムに関するデータが現時点では不足しています。そのため、本手引では事業評価や数値指標の問題には深入りをせず、まずはロジックモデルの考え方に馴染んでいただき、施策の点検や目標のコミュニケーションツールとしてのメリットを実感していただくことを重視しています。

第8期障害福祉計画の「にも包括」構築分野の成果目標・活動指標に関しては、市町村が適時に算出しやすい項目が複数加えられていますので解説しておきます。（表1）。

	成果目標/活動指標	ロジックモデルでは
活動指標	協議の場の開催回数、参加者数、目標設定及び活動状況の把握・評価	アウトプット
	心のサポーター養成研修実施回数	アウトプット
	精神保健福祉相談員講習会等の実施回数	アウトプット
	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（生活訓練）、短期入所の精神障害者の利用者数	アウトカム (初期～中間)
成果目標	心のサポーター数	初期アウトカム
	地域における平均生活日数、1年以上入院患者数 30日以上再入院率	アウトカム (中間～最終)
	住民のこころの状態（K6）	最終アウトカム

表1 成果目標・活動指標とロジックモデルの関係

活動指標、成果目標は、アウトプット、アウトカムと概ね対応しており、ロジックモデルの活用がしやすくなっています。例外は地域移行支援などの障害福祉サービスの利用者数の位置付けです。障害福祉計画では活動指標として扱われていますが、ロジックモデルではアウトカムとしました。これは障害福祉サービスの利用者数は、自治体ではなく、サービス事業者の活動の反映であると考えられるのが現実的であるからです。自治体でできるのはサービス事業者を管理する立場から事業者に対して提供体制を整えるように働きかけることです（アクティビティとアウトプット）。その結果（アウトカム）として、障害福祉サービスの利用者数が調整され、地域ニーズが満たされるのです。地域の障害福祉サービス事業者に対する働きかけの大きさこそが自治体にとっての真の活動指標であるという考え方をとっています。

1 精神科病院、診療所などを対象に毎年実施する630調査、精神医療に関連するレセプトデータ（NDB, National Database）集計などを掲載。入院患者数、在院日数、退院率、地域移行の状況などを経時的にみることができ、医療資源の利用状況や地域差の分析に有用である。<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

2 Regional Mental Health Resources Analyzing Databaseの略称。精神保健福祉資料データを含む地域精神保健福祉に関する資料を地図上に表示したデータベース。入院者の住民票自治体と病院の所在自治体（流出入の状態）もわかる。<https://remhrad.jp>

2. 患者報告アウトカムについて

患者報告アウトカムとは、医療福祉サービスの評価項目の一つで、医学的・客観的に評価されるものでなく、生活の質など、主観を含めた本人自身による評価をアンケート形式で数値にするものです。「がん対策推進基本計画」の評価ではすでに患者報告アウトカムが採用されています。第8期障害福祉計画の成果目標として新設されたK6(住民のこころの状態)も患者報告アウトカムですが、これは一般住民における軽度の不安や抑うつ¹の把握に適したものです。研究班では、K6に加えて、障害福祉サービスや長期的な療養が必要な人の生活の質や家族の心の状態に関する患者報告アウトカムの活用が欠かせないと考えています。

研究班の検討の結果、以下にあげた評価尺度は、設問数も少なく、自治体が実施する住民アンケートや協議会活動の一環としての活用に適しています。事前登録を行えば低コストまたは無料で利用ができます。ご関心のある自治体の皆様には研究班がご協力しますので、23gc1011@gmail.com までお気軽にご相談ください。

■ Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)¹

・福祉や介護サービスなど社会的ケアを受けている人の生活の質を測定するための評価尺度で、日常生活における自身の選択、安全、社会参加と関与などを含む9つの質問項目で構成されます。

・18歳以上の大人であれば年齢や障害の内容に関わらず利用ができます。日本では介護や高齢者支援の分野での活用事例があり、精神医療福祉の分野でも活用が可能です。

・社会的ケアを受けている人を介護する介護者の生活の質を測定する尺度もあります。

■ Recovering Quality of Life (ReQoL)²

・精神疾患をもつ人のリカバリーの体験を10項目の質問で測定するものです。精神疾患のタイプに関わらず利用できます。

■ Discrimination and Stigma Scale Ultra-Short(DISCUS)

・精神疾患をもつ人が地域生活で体験しうる差別やスティグマを11の場面について測定するものです。心のサポーター養成事業の最終アウトカムの指標となるものです。³

1 <https://scrqol-ascot.jp/index.html> 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. Health Qual Life Outcomes. 2026;24(1):41

2 Psychometric properties of Japanese version of the Recovering Quality of Life (ReQoL). BMC Psychiatry. 2025 Mar 20;25(1):265

3 <https://indigo-group.org/resources/stigma-measures/disc-discus/> 日本語版が使用可能。精度に関する論文を現在準備中です。

3. 初期アウトカムのヒント

ロジックモデル作成の過程でいただいた意見等から初期アウトカムになりそうな項目を列挙しました。これら以外にも多くの項目が考えられます。ブレインストーミングのヒントとして活用いただき、自治体の関係メンバーに納得感のある初期アウトカムをぜひ考えだしてください。中間アウトカムとなりえる項目も一部含んでいます。

普及啓発関係

精神健康増進への関心が高まる、普及啓発事業を知っている住民割合が増加する、各普及啓発事業を知っている住民割合が増加する

人材育成・協働関係

活動中のここサポ数が増加する、活動中のピアサポーター数が増加する、ここサポやピアサポーターを知っている住民割合が増加する、ピアサポーターと協働した自治体事業ができる・増加する

精神保健福祉相談関係

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、相談支援に従事する精神保健福祉相談員数、相談者の年齢や相談内容の幅のひろがり

連携関係

外部支援者もふくめた連携しやすさの実感が向上する、連携した支援の実施数が増加する、多職種連携尺度の得点が向上する、療養継続加算の算定が増える、庁内での「にも包括」の認知度があがる、庁内での連携しづらさの感覚が減少する

障害福祉・医療関係

障害福祉サービスの供給不足が解消する、各種サービス利用者数が目指す方向に変化する、地域移行定着支援サービスの提供準備をしている事業所ができる・増える、地域移行定着サービスの新規利用者数が増える、地域移行・定着系のサービス利用者が増える、ピアサポート加算の算定がふえる

退院した長期入院者が増える、自治体が関与して退院した長期入院患者数が増える、精神科病院との連携活動が増える、地域での危機対応ができる、初診待機期間が減少する、退院後の通院中断者が減少する

住居確保・社会参加関係

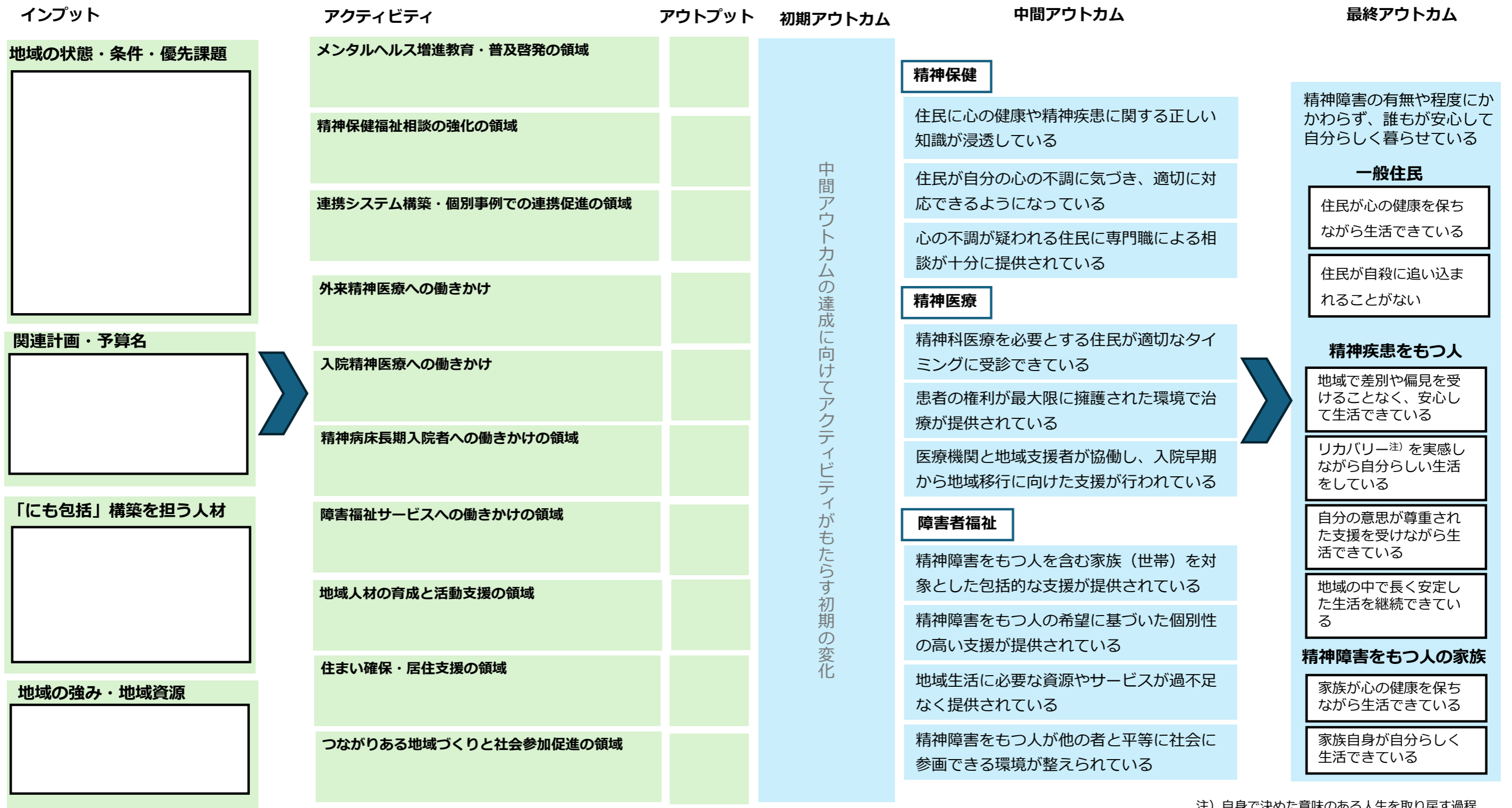
地域で住まいを確保しやすくなる、精神障害者に住居提供する不動産業者数が増える、「にも包括」を理解する企業・団体数が増える、精神健康に関心を持つ企業数が増える、ここサポのいる商工産業企業数が増える

4. 研究班が作成した「にも包括ロジックモデル」



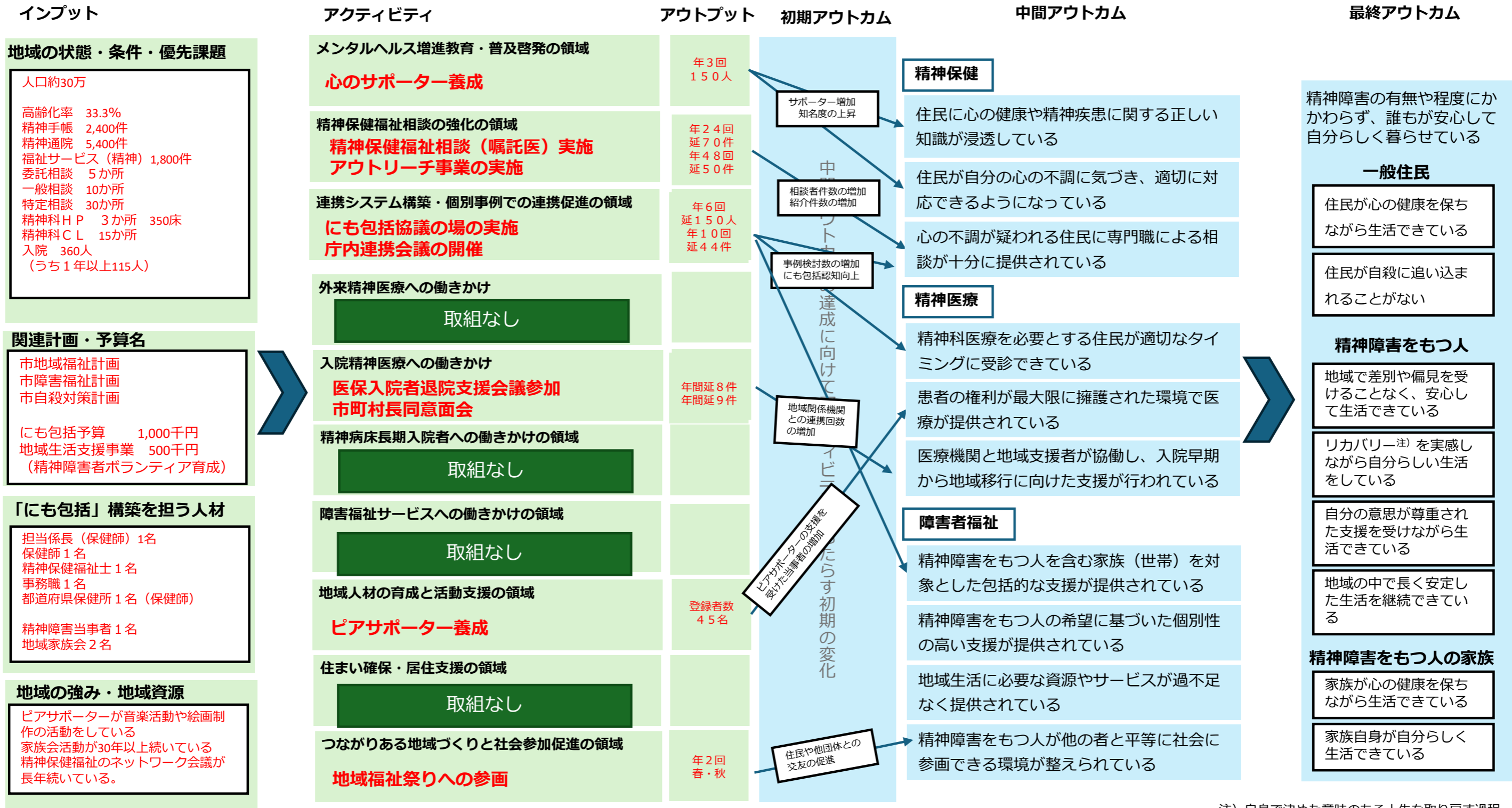
注) 自身で決めた意味のある人生を取り戻す過程

5. 「にも包括ロジックモデル」 あてはめてみる版



注) 自身で決めた意味のある人生を取り戻す過程

6. A市の「にも包括ロジックモデル」



厚生労働科学研究費 障害者政策総合研究

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)

分担研究者 森山 葉子 (国立保健医療科学院)

分担研究者 岡田 隆志 (福井県立大学)

第1版 2026年3月31日作成

