

# 原著論文

## 精神科領域での医療および福祉機関における 退院支援で生じる信念対立の構造 -精神科病院と相談支援事業所へのインタビューによる実態調査-

梅津雄志、田中尚

東北福祉大学

### 要旨

今日、精神保健医療福祉領域では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指し、重層的な機関連携による支援体制の整備が求められている。そのような中、精神科病院と地域事業所がチームとなり、プログラムを実施し、退院促進を支援することが重要とされる。しかし、チームを形成することは容易なことではなく、多様な阻害要因があると想定され、その一つとして「信念対立」が挙げられる。

本研究の目的は、精神科領域の退院支援において医療福祉機関の間で生じる信念対立の構造を明らかにすることである。精神科病院ならびに相談支援事業所に所属するソーシャルワーカーを対象とし、インタビュー調査を実施した。構造構成的質的研究法をメタ研究法とし、事例-コード・マトリックスを用いて分析した。

今回、医療および福祉機関の退院支援において生じる信念対立の要因には【職种的要因】【所属施設的原因】【対人援助職的原因】が確認された。また、その要因により【支援者】が「心理的反応」が生じ、【連携】に対する「拒否感」に至り、最終的には【対象者】への「負担」が起きていることが示唆された。一方で、【思考的】【行動的】に適切な対処を行うことで信念対立の低減および「チーム支援の促進」に至る可能性が示唆された。

キーワード 信念対立、多機関連携、精神科病院、相談支援事業所、構造構成的質的研究法

### 1. 研究背景

我が国における精神障害者数は、年々増加傾向にあり、2017年には400万人を超えた<sup>1)</sup>。精神科病院では、平均在院日数は徐々に短縮されるも他国と比較すると高い水準で推移する<sup>2)</sup>。2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中で「入院医療中心から地域医療中心」<sup>3)</sup>といった基本方針が厚生労働省より示された。また、精神科入院治療では、短期間の入院治療を規定して治療を行う病棟（精神科急性期治療）は増加傾向にあり、精神科病院による新規入院者の「早期退院」が掲げられている<sup>4)</sup>。

また2017年に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」<sup>5)</sup>の構築が提言された。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、「精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステム」を指す。保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、住居支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を整備することが求められている。

上記のような新しい政策が実効性を持つためには、具体的かつ効果的な支援プログラム化が求められ、

関係者や各機関が目標を共有していく必要がある。また、精神科病院と地域事業所において「統合型プログラム」の開発が必要とされ、精神科病院と地域事業所がチームとなり、プログラムを実施し、退院促進を支援することが重要とされる<sup>6)</sup>。「統合型プログラム」は、精神科病院と地域事業所が相互に連携協働し支援を取り組むことであり、支援ゴールは「プログラムを利用する人の地域生活への希望と動機を高め、可能な限り早期の退院・地域移行を実現し、その後、再発、再入院することなく地域生活の維持・安定をはかり（地域定着）、継続的な支援によって、自立（自律）的な地域生活を実現すること」とされる。今日、医療福祉機関との連携、協働した取り組みは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて重要性は高く、双方の連携が効果的に機能することで、精神障害者の安定した地域生活の実現につながる環境をつくることができると考えられる。

チーム支援において協働支援チームを形成していくことが要となるが、それを形成することは容易なことではなく、多様な阻害要因があると想定され、その一つとして「信念対立」が挙げられる。「信念対立」は、2004年に竹田<sup>7)</sup>が初めて明確に指摘したことを契機に2005年、西條<sup>8)</sup>が構造構成主義を体系化したことで広がりを見せる。構造構成主義は、人間科学における建設的な議論を阻害する対立である「不毛な信念対立」の超克を目指しており、様々な考え方が「信念対立」に陥ることなく諸学を基礎づける学的基礎たることを基本モチーフとしている。京極<sup>9)</sup>は「信念対立とは、人々の疑義の余地なき確信が通じない状態で生じる問題であり、疑義の余地なき確信とは、人々によって火を見るよりも明らかな認識/行為である」とし、さらに林<sup>10)</sup>は「それぞれが、自分が前提としている価値観や世界観、認識論を自覚することなく絶対視することにより起こる根源的な対立」と述べている。

「信念対立」は、多数の専門職が集まる領域で高い頻度で起きる。考え方、感じ方、捉え方が違うために対立が生じることがしばしばあり、そうした立場や価値観の相違から生じる争いや葛藤、ストレスなどが、実践の質の低下を招く。また、当事者、専門職種間の人間関係悪化に繋がりチーム支援が機能しなくなるとも報告されている<sup>11)-12)</sup>。

先行研究では、医療スタッフと対象者に関する信念対立<sup>13)</sup>や薬剤師間の信念対立<sup>14)</sup>、グループホームの運営における信念対立<sup>10)</sup>といった医療福祉機関の各々の中で生じている信念対立に関する研究は散見されるが、医療機関と福祉機関の連携、退院支援に関する研究はほとんど行われていない。

今後、精神障害者が地域で安心した生活を実現するためには、医療機関と福祉機関が連携した協働支援チームを形成し、チームで支援していくことが今以上に必要となることが考えられる。そのために精神科領域での医療および福祉機関における退院支援で生じている「信念対立」の構造を探索的に検討することは重要な要素になると考える。

## 2. 研究目的

本研究の目的は、精神科領域の退院支援において医療および福祉機関の間で生じる信念対立の構造を明らかにすることである。具体的な信念対立の構造について先行研究<sup>13) 15)</sup>を参考に「要因」「影響」「対処」に分類し、検討する。本研究は、精神科領域における多機関チームの連携促進と支援の質の向上に寄与することができ、その結果として精神障害者の安定した地域生活の実現につながる環境をつくることができると考える。

## 3. 研究方法

### 1) 研究デザイン

本研究は、探索的な研究であることから構造構成的質的研究法（Structure-Constructive Qualitative Research Method：以下SCQRAM）<sup>16)-17)</sup>をメタ研究法とした質的研究法を採用した。また、半構造化面

接によるインタビュー調査とし、実施に際しては、インタビューやフォーカスグループに特化した質的研究統合基準チェックリスト（Consolidated criteria for Reporting Qualitative research：COREQ）<sup>18)</sup>に準拠した。

### 【SCQRAM】

SCQRAMは、西條によって体系化された構造構成主義を原理基盤とした質的研究法であり、質的研究に対するメタ研究法として開発された。「関心相関的アプローチ」をメタ方法論とし「関心相関性」といった中核概念を基盤とする。「関心相関性」とは「存在や意味や価値といったものは、すべて身体や欲望、関心、目的といったものと相関的に規定される」ことを示し、SCQRAMにおいて研究法は方法であり、目的を達成するための手段であると考えられる。研究における「関心」とは「研究目的」「リサーチクエスチョン」を意味しており、SCQRAMは、研究の目的、リサーチクエスチョンに応じて、認識論や方法論を選択できる。そのため、質的研究法を部分的に組み合わせて分析することが可能となる。

SCQRAMにおける飽和は、「構造」が現象をうまく説明でき、目的を達成していれば、役立つ知見となり得るため飽和に至ったと判断できるとしており、「目的相関的飽和」と呼称される。

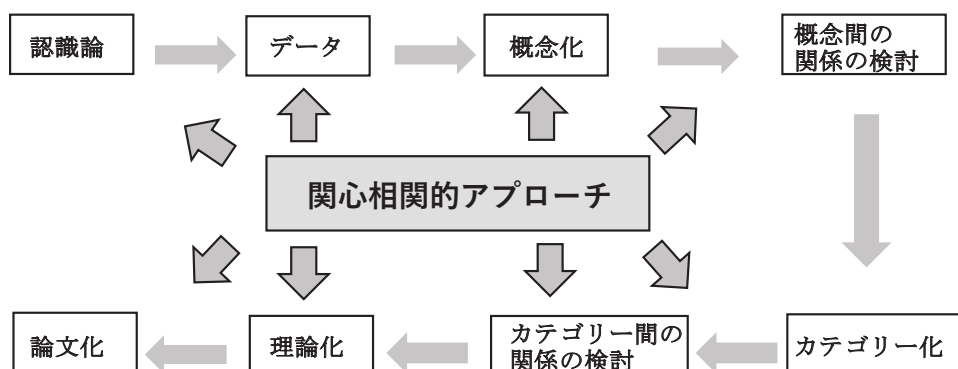


図1 SCQRAMの基本手順  
出典：友利ら「作業で創るエビデンス:作業療法士のための研究法の学びかた」2019 P240

## 2) 用語の定義

信念対立とは医療および福祉機関の双方の間における価値観や立場の相違から生じる問題と定義した。問題とは葛藤や不安、焦燥感、ストレスなど指す。また、退院支援とは退院促進、地域移行に関する医療福祉機関で連携して退院を進める取り組みとした。

## 3) 対象者

対象者は、精神科病院ならびに相談支援事業所に勤務するソーシャルワーカー（以下、SW）とし、本研究の協力が同意が得られた人とした。狩野<sup>19)</sup>は、医療と福祉の連携を図る職種としてSWが望ましいとしており、本研究においても医療福祉機関での退院支援を主に行う職種としてSWが適当と考えた。

選定基準は以下の通りである。スノーボールサンプリングを用い、退院支援に取り組むSWから条件を満たす人の紹介を受けた。

### 「選定基準」

- ①精神科病院ならびに相談支援事業所に勤務する精神保健福祉士および相談支援専門員。
- ②経験年数は3年以上とし、退院支援における相談援助の経験を有する者。
- ③研究の目的や方法等に同意を得た者。

上記の①～③のすべてを満たす者とした。

なお、本研究は、東北福祉大学大学院倫理審査委員会の承認（承認番号：40）を得て実施した。研究参加に際して、対象者に書面にて研究内容の説明および研究参加が任意であることを伝えた後、参加の同意を得た。

#### 4) 実施期間およびデータ収集方法

実施期間は2021年7月から9月とした。研究協力者に同意を得た人に、電子メール（以下、Eメール）で送付した事前アンケートを実施し、回答後、ビデオ会議システム（Zoom）にてインタビューガイドを用いてインタビュー調査を実施した。

事前アンケートは、「信念対立に関する説明」「研究協力者の基本情報」「医療機関と福祉機関における信念対立について」に分類し、記述式および選択式の回答とした。インタビュー当日までに研究協力者へ回答を得た。また、インタビューガイド（表1）を事前に研究協力者へEメールにて送付した。

事前アンケートの結果を参照しながらインタビューガイドを用い、半構造化インタビューを実施した。インタビューの発言や様子は、研究協力者から同意を得た上で録画をした。

インタビューの実施者は、8年間の精神科病院に勤務経験のある研究代表者が担当した。本研究を開始するにあたりインタビュー調査の経験がある精神保健福祉士から話し方や質問の仕方および項目に関する指導を受けた。予備調査によりインタビュー技術の向上を図った上で本研究を開始した。

表1 インタビューガイド

No.	質問内容
質問1	施設の特徴や特色を教えてください。
質問2	（事前アンケート回答より）「退院支援を取り組む上で、難しいと感じる対象者」に関する具体的な理由を教えてください。
質問3	価値観の違いを抱いた具体的な出来事を教えてください。
質問4	質問3によって生じた感情・対処・結果について教えてください。
質問5	立場（役割）の違いを感じた具体的な出来事を教えてください。
質問6	質問5で生じた感情・対処・結果を教えてください。
質問7	信念対立が生じた場合に対象者へどのような影響があったと感じますか。
質問8	信念対立が連携にどのような影響を及ぼしたと感じますか。
質問9	（事前アンケート回答より）信念対立が生じても連携が効果的に機能するためにどのような対応をしましたか。
質問10	信念対立がチーム形成にどのような影響をしていると考えていますか。
質問11	本研究に参加して感じたことや考えたことを教えてください。
質問12	最後にこれだけは伝えたいことがあればお伝えください。

#### 5) 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、コーディング作業を行い、分析ワークシートを作成した。分析ワークシートには双方の機関で共通した概念、定義を生成し、バリエーション、理論的メモには各々の機関に分類して生成した。そして概念と概念の関係性からカテゴリーを形成し、カテゴリー間の関係性を検討した上でコアカテゴリーを生成した。

モデル図を作成するにあたり事例-コード・マトリックスを組み合わせて分析を実施した。事例-コード・マトリックスは事例の特殊性を超えた一般的な法則に加え、事例の個別性を明らかにすることができる<sup>20)</sup>、今回、少数事例から過度な一般化を防ぐことを目的に使用した。得られたカテゴリーと概念を縦軸、事例を横軸としたマトリックスを作成した。

#### 4. 調査結果

本研究には、精神科病院に所属する精神保健福祉士6名（男性：2名、女性：4名）、相談支援事業所に所属する相談支援専門員6名（男性：2名、女性：4名）の合計12名の協力が得られた（表2）。インタビューはインタビューガイドを用い一人に対し、1回実施した。インタビュー時間は最大55分44秒、最小24分21秒であり、全体平均時間は33分27秒であった。

分析ワークシート（表3）をもとに分析した結果、生成された概念は27個、カテゴリーは12個、コアカテゴリーは8個であった。出現頻度の高い（50%以上）カテゴリーは9個であった。カテゴリーと概念、各々の出現頻度を記した（表4）。出現頻度の低い（50%未満）カテゴリーを除いた上でモデル図を生成した（図2）。

以下、本研究の目的ごとに結果の説明を行う。なお、コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは〈 〉、概念は〈 〉、生データは「 」で示す。生データの冒頭に発言者の所属機関を（ ）で記し、精神科病院を（精）、相談支援事業所を（相）とする。

表2 研究協力者一覧

MHSW=精神保健福祉士 相支員=相談支援専門員 CP=心理士 PHN=保健師  
※資格は、精神科領域関連職種のみ記載

ID	施設	性別	経験年数	施設の種類の種類	資格
A	精神科病院	女性	9年	急性期・慢性期	MHSW
B	精神科病院	男性	12年	急性期・慢性期	MHSW
C	精神科病院	女性	13年	慢性期	MHSW
D	精神科病院	男性	9年	急性期・慢性期	MHSW
E	精神科病院	女性	6年	慢性期	MHSW
F	精神科病院	女性	3年	急性期・慢性期	MHSW
G	相談支援事業所	男性	17年	一般・特定相談	相支員, MHSW
H	相談支援事業所	女性	4年	特定相談	相支員, CP
I	相談支援事業所	女性	4年	一般・特定相談	相支員, PHN
J	相談支援事業所	男性	10年	一般・特定相談	相支員, MHSW, CP
K	相談支援事業所	女性	10年	一般・特定相談	相支員, MHSW
L	相談支援事業所	女性	8年	一般・特定相談	相支員, MHSW

##### 1) 退院支援で生じる信念対立の要因

信念対立の要因には【職种的要因】と【所属施設の要因】さらに【対人援助職的的要因】といった3個のコアカテゴリーに分類され、【職种的要因】においては〈中間的な立場〉といった1個のカテゴリーと2個の概念が抽出された。【所属施設の要因】においては〈病院のシステム〉、〈敷居の高さ〉といった2個のカテゴリーと4個の概念が抽出された。【対人援助職的的要因】においては〈アセスメント・支援方法〉、〈退院先の入居施設〉といった2個のカテゴリーと6個の概念から構成された。また、出現頻度の高い（50%以上）カテゴリーは〈中間的な立場〉、〈病院のシステム〉、〈アセスメント・支援方法〉、〈退院先の入居施設〉であった。

【職种的要因】における〈中間的な立場〉は「（精）地域で見て欲しいという先生と相談支援専門員と間

の板挟みがありました」「(相) サービスを提供してる方が、あの先生の患者は（入居施設で）見たくない」といった〈医療機関と福祉機関との板挟み〉が認められた。さらに「(精) ドクターの意見を変えられずに退院支援をやや強引に進めてしまうことも救急病棟だとあつたりする」「(相) 主治医の圧みたいなのが強く感じる時が私はまれにある」といった〈Dr中心のヒエラルキー〉が確認された。

【所属施設の要因】における〈病院のシステム〉は「(精) 生活上のトラブルなのに医療の問題として入院を勧められたりするけど、それは治療によって解決するものではない」「(相) 医療を中心とした価値観で、その方を見るのか、それとも生活者としての立場で本人を捉えるのかというところでの違いはある」といった〈目標とする志向の相違〉が認められた。また、「(精) 病院から求められる退院支援（3か月以内に退院）をこなすっていうのに意識が行きすぎると地域支援者からの意見が大事なことなのに、いやそんなことって思うときはあります」「(相) 1か月後に退院になると言われても福祉サービスにも手順があって、すぐには使えない」といった支援の際の〈スピード感の違い〉が確認された。さらに「(相) 病院側としてはお金の問題とか、ベッド数とかもあると思いますが、もっと地域で頑張れないとか、具体的にいえば、3か月頑張してほしいと言われてしまう」と相談支援事業所にのみ〈入院するための条件〉の提示などが認められた。

〈敷居の高さ〉では「(精) 一部の地域支援者のソーシャルワーカーから今までPSのPに抵抗を持ってましたってアンケート回答が多かったです。その時に医療機関に対するソーシャルワーカーへのハードルがあると思いました」「(相) 福祉の相談員さんって直接病院さんと連絡を取り合ったり、ワーカーさんと話をしたりってことを怖がる人が多いです」といった〈精神科病院に対する敷居の高さ〉に関することが認められた。

【対人援助職的要因】における〈アセスメント・支援方法〉では「(精) 相談支援事業所に新規で頼む時ってその人たちって本人に会ってないんです。(中略) 会ってもないのに本当に就労できるのかと言ってくる人が多いです」「(相) 本人の特性とかも考えながらいろいろな選択肢の中で選択していただくともっとご本人さんたちの地域定着がうまくいくのかなっていうところを感じます」といった〈支援者視点のアセスメント〉が認められた。また、「(精) いつの間にか地域と相談支援事業者の方でも話が進んじゃって情報共有されてこなかったりしました」「(相) (退院後) 地域の福祉サービスが万能みたいな考えでお任せしますと来られる方もいる」といった〈一方向の関わり〉が認められた。そして「(精) (支援者が) 意見を押し通してしまって患者様に対してもここでいいでしょとか問いかけている場面を目撃したりする」「(相) 退院イコルグループホームみたいなところもあるのでもうちょっと視野を広げて模索してもいいのかな」といった〈個別性のない支援プラン〉が認められた。

〈退院先の入居施設〉では「(精) 過去に精神的な疾患で問題行動があると（入居が）難しいと言われ、受け入れ先を探すことが難しいと思うことはあります」「(相) (入居施設で) 精神の人受け入れられないっていうところが多いです」といった〈受入れ要件〉の困難が認められた。さらに「(精) 地域の方が本人たちを長くみている経過があるので、心配なことも多いと思う」「(相) 長期入院になればなるほど、一人暮らしができる力がもっていたとしても地域の方って受け入れてくれる可能性が低い」といった〈地域生活への心配と不安〉が確認された。そして「(精) その人に合った対処を伝えても、そういう対処はできないですと言われる」「(相) 実際に地域の中に出てくると、やっぱり病院の中ではできても難しいことがある」といった〈対処方法〉を巡っての対立が認められた。

## 2) 退院支援で生じる信念対立の影響

信念対立を引き起こす要因から退院支援における影響として【支援者】、【連携】そして【対象者】といった3個のコアカテゴリーに分類された。【支援者】には〈心理的反応〉といった1個のカテゴリーと2個の

概念、【連携】には《チーム支援の促進》、《拒否感》といった2個のカテゴリーと4個の概念、そして【対象者】には《負担》といった1個のカテゴリーと2個の概念が抽出された。また、出現頻度の高い(50%以上)カテゴリーは《心理的反応》、《チーム支援の促進》、《拒否感》、《負担》であった。

【支援者】における《心理的反応》は「(精) 患者さんにとっていいことなのかって不安とか葛藤がありました」「(相) (信念対立が生じたら) 怒りもあるかなと思います」といった《葛藤・不安》や《怒り・焦燥感》が確認された。

【連携】における《チーム支援の促進》は「(精) 信念対立が正直私はマイナスだという認識はあんまりなくて、信念対立があるからこそ連携が図れていく」「(相) いろんな意見とか視点とか、価値観があってそれをうまくみんなで組み合わせれば良い」といった《信念対立解明による連携の促進》の意義が確認された。一方で、《拒否感》としては「(精) 相談支援事業所さんが長く関わっているため、病院側の意見を受け入れてくれないことはあります」「(相) 価値観とか視点がぶつかって対立してしまうことで、連絡が取りにくくなるとか、話し合いの場で対等に意見交換ができなくなる」といった《意見交換の困難さ》が認められた。また、「(精) お願いするのをやめようかなと諦めたりとかしてなかなか進まないことがある」「(相) 医療機関との退院支援で考えていくと、諦めている部分もある」といった《妥協・諦め》が確認された。さらに「(精) おかしいなと思ったときは(その) 事業所においてお願いする回数は減ると思います」「(相) (信念対立が生じた施設に) 一緒にやりませんかというの最近あんまりないかもしれないです」といった《拒絶・抵抗感》が抽出された。

【対象者】における《負担》としては「(精) 退院後のことが決まらないことでもやっぱり不調になる人もいたし、患者さん自身も焦りが出たりとか対応しきれなくなるという影響が出たことはありました」「(相) (双方機関で) 方向性が違うことで本人に我慢してもらったり、待ってもらったりしなくてはならない状況になる」といった《心理的ストレス》が確認された。他には「(精) どこでもいいならピンキリで(入居施設を) お願いできるんですけど、それだと長く地域で生活することができない可能性が高い」「(相) 医療機関と私たちとで連携して退院支援ができていないケースは退院後の生活状況も再入院しないで地域生活が長くできているかもしれない」といった《再入院》の回避に向けての認識などが認められた。

表3 分析ワークシート例

	精神科病院	相談支援事業所
概念	目標とする志向の相違	
定義	病院は病気、症状を、相談支援事業所は生活といった視点が異なる	
バリエーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活態度が悪いっていうのを指摘されているんですが、正直、医療分野でまかなえるところではないかと思ひます。(A氏)</li> <li>仕事で結婚する恋愛中出産するっていうことについて御病状と関係ないのに良いと悪いかの判断を医療に求めるっていうのが何かちょっと違うかなっていうことがあります。(C氏)</li> <li>ここまでは地域でこうサポートできるんじゃないかって思うこともあってその辺の話し合いがうまくいっていないというか、わからないのかなっていうのがあったりはしますね。(F氏)</li> <li>.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今病院の方もその薬効かない人は入院させないよみたいな感じで地域にいても、これは病気の部分じゃなくて性格の部分でそうなる不具合だから入院しても何にも変わらないから入院させないよとかいったところもあったりして...(G氏)</li> <li>やっぱり医療機関も治療ですし、メインが治療になりますし、福祉施設はこの地域での生活っていう事業の目的というか、その時やることが違うのでそういった中で立場とか役割の違いっていうのはあるんだなってのは感じているっていう感じですね(I氏)</li> <li>退院後の生活をこう担っていく方としては病状の安定の他にも少し、本人の見立てと言いますか地域の生活力みたいなのところも一緒に見てもらえたらいいなって思うことは多いです(K氏)</li> <li>.....</li> </ul>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院としては症状が落ち着いたら退院支援を行っている所が多い。</li> <li>生活に関しては福祉側をお願いしたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気や症状の部分だけではなく、地域生活を送ることを見据えた支援をして欲しい。</li> </ul>

### 3) 退院支援で生じる信念対立の対処

信念対立の対処として【思考面】および【行動面】といった2個のコアカテゴリーに分類され、【思考面】では「相対的価値観」といった1個のカテゴリーと2個の概念が抽出された。また、【行動面】では「意見交換」、「対処方法の提示」といった2個のカテゴリーと5個の概念が抽出された。また、出現頻度の高い(50%以上)カテゴリーは「相対的価値観」、「意見交換」であった。

【思考面】における「相対的価値観」は「(精)臨床では信念対立が起きるのは当然だと思っていて、信念対立があるからこそ連携が図れて、新たな考えが出てくる」「(相)どうしてそういうふう(対立)になってしまっているのかっていうのが解決すれば、話し合いが良い方向へ進む」といった「価値観・立場の相違の必然性と意識化」が確認できた。また、「(精)福祉機関の意見もうまく取り入れて医療機関も福祉機関とうまく連携してうまく退院調整とかをできるようになればいいなと思いました」「(相)支援者には、多くの経験を積んできた方と、色々な価値観の方はいるので、話し合いをして、相手の話を聞くことでなるべく理解をしてそれが利用者さんにとって、支援の障害にならないようにしている。中立の立場でいることを考えています」といった「相互理解可能性の検討」をしていた。

【行動面】における「意見交換」として「(精)先輩に相談して、アドバイスをもらっている」「(相)、事業所の仲間と同じ悩みを持っている方に相談する」といった「第三者への報連相」や「(精)福祉施設を理解した上でやらないとですが、対立に至らないように最初から根回しとかも予想できそうならしている」「(相)少し早めに働きかけて入院中から地域が病棟に入っていくことやワーカーに応じて情報を共有する時間を変えている」といった「情報共有」を行っていた。さらに「(精)1医療機関と1事業所の話にせず、県士会で取り上げて質の向上を図っている」「(相)自立支援協議会アンケートをとり、その結果についてみんなで意見交換している」といった「組織的な関わり」をしていた。医療機関のみから得られたものとしては「対処方法の提示」であった。具体的には、「(精)何かあれば病院の方でフォローできますという提案をして調整する」といった「フォロー体制整備」や「(精)折衷案を提案して具体的な案を提示している」といった「折衷案の提示」であった。

## 5. 考察

### 1) 退院支援で生じる信念対立の要因

本研究における医療および福祉機関の退院支援で生じる信念対立の要因は、SWの職業特性に関する【職種の要因】、医療機関と福祉機関の各々における【所属施設的要因】さらに精神保健医療福祉領域における【対人援助職的要因】がある可能性を示唆した。

【職種の要因】に関しては、SWは、職務遂行上、調整役としての役割を担うことから<sup>21)</sup>「中間的立場」になる可能性が高い。医療機関では病院スタッフと福祉機関との調整役、福祉機関では病院やグループホームなどの調整役を担っている。また、病院は「Dr中心のヒエラルキー」といった構造的背景があり、医師の指示の下、医療機関のSWが退院支援を行っている。こうした職務上「医療機関と福祉機関との板挟み」になっている状況が信念対立の要因となっていると考えられる。

【所属施設的要因】に関しては、「病院のシステム」において、SWの基本的な考え方は「生活モデル」が中心であるが、それに対し医師や看護師は、対象者を「医学モデル」でとらえる傾向にある<sup>22)</sup>。医療機関は「Dr中心のヒエラルキー」が成り立っており、治療を指向した医学モデルの考え方が強いと想定される。そのため、医療機関のSWは生活モデルを意識しつつも、医療機関に所属することから、医学モデルの考え方も取り入れて支援を検討していることが「目標とする志向の相違」を招いていると考えられる。さらに近年、精神科病院による新規入院者の「早期退院」が掲げられ、3か月以内の退院を目指している。そのような制度的・医療経営上の理由が大きく影響して「スピード感の違い」や「入院するための条件」



表4 事例-コード・マトリックスの結果

	コアカテゴリ	カテゴリ	概念	定義	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	カテゴリ(%)	概念(%)		
要因	職的要因	中間的立場	医療機関と福祉機関との板挟み	スタッフや機関との板挟みになっている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	58	58		
			Dr中心のヒエラルキー	病院はDr中心の支援であり、相談支援事業所はDrに圧を感じている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50	50
	所属施設的要因	病院のシステム	目標とする志向の相違	病院は病気、症状を、相談支援事業所は生活といった視点が異なる	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	83	83	
			スピード感の違い	退院支援に対するスピード感が違う	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	67	67
	対人援助的要因	敷居の高さ	入院するための条件	病気以外の原因(対象者の性格、経営的な要因等)で入院できない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	25	25	
			精神科病院に対する敷居の高さ	精神科病院に対する敷居の高さを感じている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	17	17
		アセスメント・支援方法	支援者視点のアセスメント	支援者視点ではなく、支援者視点のアセスメントをしている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	25	25
			一方の関わり	片方の機関による関わりとなっている(お任せ感、情報伝達不足等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	67	33
		退院先の入居施設	拒否感	個別性のない支援プラン	支援プランに個別性がなく、支援者の理想プランとなっている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	42	42
				受入れ要件	対象者の背景(長期入院等)によって受入れが難しい場合がある	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	42
影響	支援者	心理的反応	地域生活への心配と不安	対象者が地域生活を送ることへの過度な心配や不安に陥った状態	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50	50	
			対処方法	病院ではできていた対応方法が地域生活では通用しない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	25	25
	チーム支援の促進	拒否感	葛藤・不安	退院支援における連携に対する自分たちへの葛藤や不安	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	58	58	
			怒り・焦燥感	退院支援における連携に対する相手側への怒りや焦燥感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	58	58
	心理的負担	拒否感	信念対立解明によるチームが促進	信念対立を解明することでチーム支援が活性化される	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50	50	
			意見交換の困難さ	自分の意見を控え、対等な意見交換ができなくなる	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50	50
	再入院	拒否感	妥協・諦め	共に連携していくことに対して妥協や諦めが生じている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	83	42	
			拒絶・抵抗感	施設またはスタッフ個人への抵抗感が生じている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50	50
	再入院	拒否感	心理的負担	焦り、我慢等により精神的不調に陥る	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	42	42
			再入院	調子を崩し、再入院の可能性が高くなる	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	75	58
対処	相対的価値観	意見交換	価値観・立場の相違の必然性と意識化	価値観や立場の違いを必然とみなし、意識化をする	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	83	33		
			相互理解可能性の検討	意見や立場を考え、意見を伝える。また、互いが歩み寄ること	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	58	58
	対処方法の提示	対処方法の提示	第三者への報告、意見を聞き、今起きている状況を確認する	第三者への報告、意見を聞き、今起きている状況を確認する	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	50	50		
			情報共有	医療福祉間での情報共有のできる環境整備や直接訪問する	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	83	58	
折衷案の提示	折衷案の提示	組織的な関わり	協会や協議会等で、アンケートや意見交換会等を実施する	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	25	25		
		フォロー体制整備	フォロー体制の整備を行う	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	17	17	
折衷案の提示	折衷案の提示	折衷案の提示	折衷案の提示	具合が悪い時等に折衷案を提示する	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	25	17		
			折衷案の提示	具合が悪い時等に折衷案を提示する	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	17	17

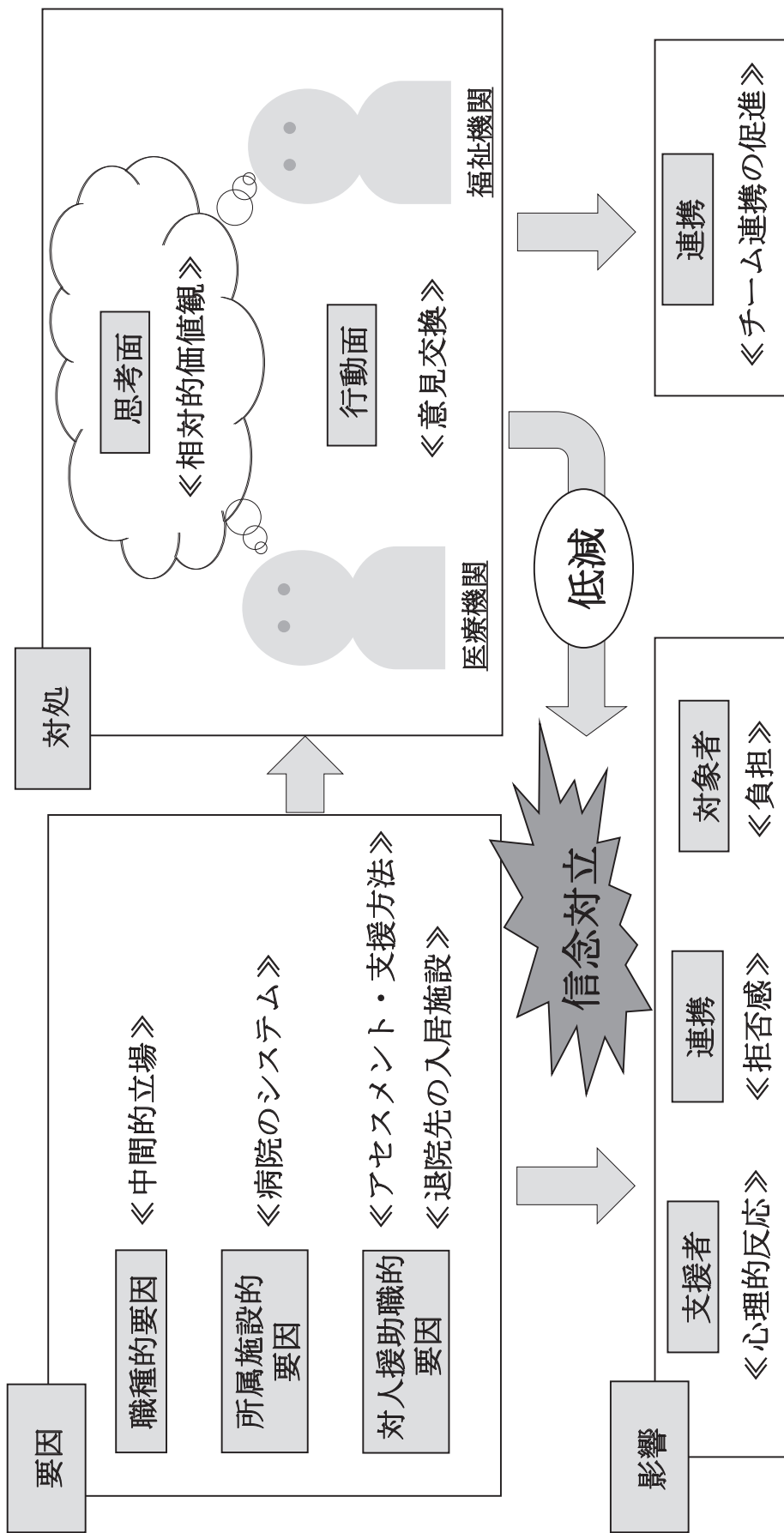


図2 分析結果のモデル図

の提示に至っていると考える。

さらに、少数ではあるが、精神科病院に対する《敷居の高さ》が信念対立の要因になる可能性が語られた。川崎<sup>23)</sup>は、国家資格と公的資格といった資格の差が影響していることを指摘しており、今回相談支援事業所の研究協力者は精神保健福祉士や心理士といった精神障害者と関わった経験を持つ方がほとんどであった。そのため、精神障害者と関わった経験のない相談支援専門員の中には、精神障害者に対する偏見や知識不足といったことから精神科病院に対して抵抗感を抱き、結果として《敷居の高さ》に至る可能性が推察される。

【対人援助職的要因】に関しては、《アセスメント・支援方法》において、精神保健福祉士は、社会福祉士と比較して人数が限られており<sup>24)</sup>、さらに相談支援専門員においても同様に人数が限られている現状にある<sup>25)</sup>。そのため、支援者一人ひとりが多忙となり時間的制約により対象者個々に対して十分に対応することができず、〈支援者視点のアセスメント〉や〈個別性のない支援プラン〉に至っていることが考えられる。さらに、〈一方向の関わり〉は多忙さに加え〈目標とする志向の相違〉とも相まって十分な話し合いをせず、自身の思考の中で医療機関と福祉機関の役割を分担している可能性が考えられる。そのため、「退院後の生活は福祉機関に任せる」など一線を引いた支援となっていることが信念対立を引き起こしている背景となっているのではないかと考える。

長期入院者の3割は退院後の生活環境が整えば退院できるとされており<sup>26)</sup>、《退院先の入居施設》は退院支援において重要な選択となる場合が多い。しかし、現状としては他の障害者よりも精神障害者は偏見を持たれやすく、精神障害者への理解が進まない現状にあることから精神障害者は入居できないといった〈受入れ要件〉に支援者は葛藤を抱いていると推察する。また、精神科病院から退院した方の3割が退院後6か月以内で再入院する実情がある。入居施設での対応が困難となり入院に至るケースが想定され、同状態の繰り返しを避けたいことから退院に慎重となり、〈地域生活への心配と不安〉に至っていることが想定される。そのような中、退院をして地域生活を送る上で、医療機関から伝えられた〈対処方法〉を試みても地域生活では困難だった場合には、より信念対立を助長している可能性がある。

## 2) 退院支援で生じる信念対立の影響

前述した要因によって〈葛藤・不安〉〈怒り・焦燥感〉といった感情的な問題が【支援者】に《心理的反応》として生じており、これは先行研究<sup>16)</sup>と同様の結果であった。そして【支援者】への影響が契機となり、【連携】に影響を及ぼすことが示唆された。信念対立が生じることで支援者が自分の意見を控え、相手施設や事業所またはスタッフとの〈意見交換の困難さ〉が生じ、双方の機関が協力し合うことを〈妥協・諦め〉、さらには連携することへの〈拒絶・抵抗感〉になり《拒否感》へと至っている可能性が推察された。こうした【連携】の影響が最終的には【対象者】に我慢をさせることや焦りを生じさせることで精神的な不調に繋がり（〈心理的ストレス〉）、結果として〈再入院・退院拒否〉といった《負担》が起きることが考えられた。一方で、信念対立を解明した（【対処】）連携を行うことで《チーム支援の促進》に至る可能性が示唆された。

## 3) 退院支援で生じる信念対立の対処

医療および福祉機関の退院支援における信念対立に対して【思考面】、【行動面】といった対処を行っていた。信念対立を低減させる方法として「相対可能性」と「連携可能性」を検討する必要性が指摘される<sup>12)</sup>。

「相対可能性」とは、自分自身の考え方や感じ方はその他大勢の一つに過ぎないと自覚できることであり、「連携可能性」とは、「相対可能性」を前提とし、状況や目的を共有し、協働していくことである。そのため、【思考面】において、SWの価値観や立場の違いは必然であるとみなし、意識化（〈価値観・立場の相

違の必然性と意識化)し、相手の意見や立場を考慮し、意見を伝えること、互いが歩み寄る(〈相互理解可能性の検討〉)といった〈相対的価値〉を持つことが信念対立に対する対処方法の一つである可能性が示唆された。

【行動面】においては、信念対立を直接引き起こしていない人に〈第三者への報連相〉をすることや、信念対立を直接引き起こしている人・施設との〈情報共有〉すること、そして県士会等へ働きかける〈組織的な関わり〉といった〈意見交換〉を行っていた。

信念対立は「解決」ではなく、「解明」する必要があるとされる<sup>11-12)</sup>。「解決」は、信念対立の前提にある自分の考え方、感じ方は考慮せず、妥協点を見いだしていく方法である。そのため、信念対立の根本は明らかになっていないため、同様のケースが再び起きる可能性がある。一方で「解明」とは、信念対立が起きた諸条件を把握し、その諸条件を変えていくことで信念対立が成り立たないようにしていく方法である<sup>11-12)</sup>。信念対立がなぜ引き起こっているかの根本理由を考慮していくため、類似例が起きた際、対処可能となる。そうしたことから、上記の【行動面】において「解決」ではなく「解明」を意識した対処をすることが望ましいと考える。また、医療機関のみから抽出された〈対処方法の提示〉は、前述したように信念対立を助長している可能性があるため、対処としては慎重に行う必要があると考える。

上述した【思考面】、【行動面】といった対処を行うことで、〈チーム支援の促進〉に至る可能性があり、さらには信念対立によって生じる負の影響を低減する可能性も示唆された。

#### 4) 本研究における知見

本研究では精神科領域での退院支援において医療福祉機関の間で生じる信念対立の構造を説明できるモデル図を提示することができ、研究目的に沿ったものとなっていると考えられ、「目的相関的飽和」に至ったと判断した。

本研究における知見は、医療機関と福祉機関での退院支援を実施する際に生じうる信念対立の低減に繋がり、さらには〈チーム連携の促進〉に至ることが考えられる。

信念対立は自身が当然と考える価値観などを自覚することなく絶対視することにより招く対立であることから普段、意識化されることは少ない。そのため、本研究で得られた信念対立の【要因】と【影響】を日常的に意識し、今の自身の状況などを客観視するといったメタ認知的思考を持つことで絶対的な思考が軽減され、不毛な信念対立は起きにくくなるのではないかと考える。さらに、信念対立に対して適切な対処を行うことで機関間の退院支援では有意義な意見の相違が生まれて〈チーム支援の促進〉に繋がると考える。

対象者の疾患の特徴や精神科領域の政策上、医療機関と福祉機関の退院支援は必要不可欠な取り組みである。対象者、医療機関、福祉機関の相互の働きかけがなければ、地域で安心した生活を構築することは難しいと考える。そのため、機関間の信念対立が連携、そして対象者の地域生活と回復過程に負の影響を及ぼすことは避けることが望ましい。しかし、信念対立を効果的に機能させることで連携や対象者にとって有益な影響をもたらす可能性が考えられる。そうしたことから、精神科領域における医療機関と福祉機関の退院支援での信念対立を十分に検討していくことの必要性があると考えられる。

## 6. 研究の限界と今後

本研究では、スノーボールサンプリングに準じた対象者の選定を行ったが、偏ったサンプリングとなった可能性が考えられた。具体的には、今回協力を得たSWが勤務する精神科病院では、3か月を目途に退院支援に取り組んでいる所が大半であったため、長期入院者を多く抱えた精神科病院とは、視点の相違が出た可能性があった。また、今回協力を得た相談支援事業所のSWは、積極的に精神科病院と連携を取

うとしている人、また取れていると考えられる人が多かった。そのため、《敷居の高さ》を感じている相談支援事業所のSWから得られる信念対立の要因や影響は変化する可能性が考えられた。

今後は、精神科病院であれば、退院支援において3か月を目途としない長期入院患者が多い病院、相談支援事業所であれば、精神科病院に敷居の高さを感じている事業所やSWに関する調査が必要である。

また、今回精神科病院と相談支援事業所での退院支援時に生じる信念対立の【要因】と【影響】を明らかにするまでにとどまっている。信念対立が生じる前後で対応方法は異なると想定され、今後具体的な対応を検討していく必要がある。

## 謝辞

本研究にご協力を頂きました、精神科病院および相談支援事業所のSWの皆様にご心より感謝いたします。本研究は、研究代表者が修士論文として提出したものに加筆、修正したものです。また、東北福祉大学感性福祉研究所において、文部科学省の研究施設運営支援の助成によるものです。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省「精神保健医療福祉のデータと政策」(<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/h30-ccccguideline-p1.pdf>, 2018, 閲覧日2022年1月5日)
- 2) 厚生労働省「最近の精神保健医療福祉施策の動向について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>, 2018, 閲覧日2022年1月5日)
- 3) 厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>, 2004, 閲覧日2021年12月28日)
- 4) 公益財団法人日本精神科病院協会「将来ビジョン戦略会議報告書」([https://www.nisseikyoku.or.jp/images/JNews/JNewsFile\\_N9uzsbGildAZLhHirsq8bY2IJjxj4wRqqjttwhqAx4W2u0d9NSYHnYI8bZSJkINF\\_4.pdf](https://www.nisseikyoku.or.jp/images/JNews/JNewsFile_N9uzsbGildAZLhHirsq8bY2IJjxj4wRqqjttwhqAx4W2u0d9NSYHnYI8bZSJkINF_4.pdf), 2015, 閲覧日2022年1月11日)
- 5) 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の構築に向けた取り組み」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>, 2017, 閲覧日2021年12月14日)
- 6) 古屋龍太, 大島巖『精神科病院と地域支援者をつなぐみんなの退院促進プログラム：実施マニュアル&戦略ガイドライン』, ミネルヴァ書房, 2021
- 7) 竹田青嗣『現象学は「思考の原理」である』, 筑摩書房, 2004
- 8) 西條剛央『構造構成主義とは何か：次世代人間科学の原理』, 北大路書房, 2005
- 9) 京極真『医療関係者のための信念対立解明アプローチ：コミュニケーション・スキル入門』, 誠信書房, 2011
- 10) 林和秀「認知症グループホーム基盤となっている価値観の活用についての考察：構造構成主義の関心相関的観点を用いて」『まなびあい』(11), 180-88, 2018
- 11) 京極真『医療関係者のための信念対立解明アプローチ：コミュニケーション・スキル入門』, 誠信書房, 2011
- 12) 京極真『信念対立解明アプローチ入門：チーム医療・多職種連携の可能性をひらく』, 中央法規出版, 2012
- 13) 河野崇, 京極真「回復期リハビリテーション病棟に入院する患者が作業療法士に対して抱く信念対立と対処法の構造」『作業療法』34(5), 530-40, 2015
- 14) 林剛, 館知也, 高岡みらい他「処方提案や疑義紹介におけるチームワーク悪化・ストレス発生に影響する信念対立因子の解明-多変量解析とベイジアンネットワーク解析」『YAKUGAKUZASSHI』140(9),

1151-64, 2020

- 15) 多田哲也「ハンドセラピーを受ける患者が体験する信念対立」『日本臨床作業療法研究』(4) 31-36, 2017
- 16) 西條剛央『研究の着想からデータ収集, 分析, モデル構築まで』, 新曜社, 2007
- 17) 西條剛央『研究発表から論文執筆, 評価, 新次元の研究法まで』, 新曜社, 2008
- 18) 萱間真美「COREQ質的研究論文の統合基準チェックリスト」『看護研究』53 (1), 55-58, 2020
- 19) 狩野「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成と活用のあり方に関する研究 -精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査- 『社会福祉学』60 (1), 47-62, 2019
- 20) 佐藤郁哉「質的データ分析法-原理・方法・実践」新曜社, 2008
- 21) 日本ソーシャルワーカー連盟「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」([http://jfsw.org/definition/global\\_definition/](http://jfsw.org/definition/global_definition/), 2014, 閲覧日2022年1月10日)
- 22) 岡本一郎, 中田弥生, 小野真由美「座談会多職種・地域連携と地域移行支援の要としての看護師 (特集地域移行支援の要としての看護師)」『精神科看護』42 (8), 4-13, 2015
- 23) 川崎加奈「2025年に対処する医療介護連携の現状と課題-在宅介護の充実に向けて-」『東北福祉大学大学院総合福祉学研究科紀要』15, 1-15, 2017
- 24) (公財)社会福祉振興・試験センター「資格登録(社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士)」(<https://www.sssc.or.jp/touroku/tourokusya.html>, 2021, 閲覧日2022年1月10日)
- 25) 厚生労働省「1事業所あたりの相談支援専門員の人数」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000517392.pdf>, 2018, 閲覧日2022年1月10日)
- 26) 日本能率協会総合研究所「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)」(<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r02-cccsguideline-all.pdf>, 2021, 閲覧日2023年1月19日)