

博士学位論文

精神障害者の地域生活支援のための支援計画の作成と活用に関する研究
— ソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態 —

The Development and Application of the Care Plan to Provide Community
Life Support for People with Psychiatric Disabilities.
— The Actual Situation of Crisis Plan Practices by Social Workers. —

令和元年度

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科
社会福祉学専攻

狩野 俊介
17GD001

指導教員 三浦 剛 教授

東北福祉大学

目次

序章 精神障害者の地域生活支援のための支援計画に関する研究の背景と意義	1
第1節 問題の所在	1
1.1 歴史的な精神障害者の対象認識と処遇内容の変化	1
1.2 近年の精神保健医療福祉制度における地域生活支援の動向	4
1.3 精神障害者の地域生活支援における医療と福祉の現状	6
1.4 精神障害者の地域生活を支援するための精神医学ソーシャルワーク	9
1.5 精神障害(者)の地域生活支援のための支援モデル	13
1.6 精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてのクライシスプラン	16
第2節 本研究の目的と社会福祉学における理論課題としての意義	18
2.1 本研究の目的	18
2.2 社会福祉学における理論課題としての本研究の位置づけ	21
第3節 本研究の構成	22
第4節 用語の整理	25
4.1 精神障害者、利用者、当事者、患者、対象者	25
4.2 精神保健福祉士、精神医学ソーシャルワーカー	25
4.3 社会的入院、長期入院	25
4.4 退院促進、地域移行支援、地域定着支援、地域生活支援	26
4.5 連携、協働	26
4.6 クライシスプラン、クライシス・プラン	26
第1章 精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランに関連する国内外の文献検討	33
第1節 海外におけるクライシス・プランに関連する研究及び実践の概況	33
第2節 国内外におけるクライシス・プランに関連した先行研究の収集方法	34
2.1 海外における先行研究の検索手順	34
2.2 国内の先行研究の検索手順	43
第3節 海外におけるクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討	48
3.1 Psychiatric Advance Directive: PAD に関する先行研究	48
3.1.1 精神障害者を対象にした PAD の先行研究	48
3.1.2 精神保健医療福祉専門職を対象にした PAD の先行研究	52
3.1.3 PAD の有用性や課題について文献レビューを行なった先行研究	54
3.1.4 PAD に関する先行研究の文献検討における小括	56
3.2 Joint Crisis Plan: JCP に関する先行研究	59
3.2.1 精神障害者個人と治療や支援を担当する専門職を対象にした JCP の先行研究	59
3.2.2 JCP に関連した文献レビューを行なった先行研究	69
3.2.3 JCP に関する先行研究の文献検討における小括	72
第4節 国内におけるクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討	75
4.1 精神科事前指示に関する先行研究	75
4.1.1 精神障害者を対象にした精神科事前指示の先行研究	75
4.1.2 精神科事前指示に関する文献レビューを行なった先行研究	77

4.2	クライシス・プランに関する先行研究	78
4.2.1	精神障害者を対象としたクライシスプランの先行研究	80
4.2.2	精神保健医療福祉専門職を対象としたクライシスプランの先行研究	84
4.2.3	クライシスプランの文献レビューを行なった先行研究	85
4.3	クライシス・プランに関連する方法・ツールとしての Wellness Recovery Action Plan	86
4.4	国内のクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討における小括	87
第5節	クライシス・プランに関連する先行研究における主要概念とソーシャルワークとの関連性	92
5.1	「権利擁護」	93
5.2	「自己決定」	93
5.3	「エンパワメント」	94
5.4	「ストレングス」	96
5.5	「パートナーシップ」(治療参加、治療同盟、関係性)	97
5.6	「危機防止(再発防止)」	99
5.7	「開発」	100
第6節	精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランに関連する国内外の文献検討の小括	100
第2章	精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法に関する探索的 検証	111
第1節	本章における調査目的	112
第2節	研究方法	112
2.1	対象	112
2.2	方法	113
2.3	インタビュー項目	113
2.4	分析方法	113
2.4.1	分析① テキストマイニング	114
2.4.2	分析② 定性コーディング	114
2.5	倫理的配慮	114
第3節	結果と考察	114
3.1	分析①による結果と考察	114
3.1.1	調査対象者の概要	115
3.1.2	インタビューデータの分析結果と考察	116
3.1.3	分析①による結論	127
3.2	分析②による結果と考察	128
3.2.1	調査対象者の概要	128
3.2.2	インタビューデータの分析結果と考察	129
3.2.3	分析②による結論	158
第4節	本章における調査の限界と課題	166
第5節	精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法に関する探索的 検証の小括	167

第3章 精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態	
調査	172
第1節 本章における調査目的	172
第2節 研究方法	173
2.1 対象	173
2.2 方法	173
2.3 アンケートの作成	173
2.4 アンケートの項目	173
2.5 統計的解析	176
2.6 倫理的配慮	178
第3節 結果	178
3.1 全回答者における単純集計	178
3.1.1 デモグラフィック要因等	178
3.1.2 クライシス・プランに対する経験や考え	179
3.2 所属機関におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プランの実践経験の有無	181
3.2.1 クライシス・プランの作成経験の有無	181
3.2.2 クライシス・プランの活用経験の有無	182
3.2.3 クライシス・プランの実践経験の有無	182
3.3 所属機関および実践経験の有無における比較検証	183
3.3.1 クライシス・プランの地域移行支援と地域定着支援における有用性	183
3.3.2 クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時活用	184
3.3.3 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度	187
3.3.4 ソーシャルワーク実践におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向	187
3.4 クライシス・プランの作成と活用における因子構造の検証	188
3.4.1 クライシス・プランの作成効力感尺度	188
3.4.2 クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度	194
3.4.3 クライシス・プランの活用効力感尺度	200
3.5 クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時の活用に影響をあたえる要因	205
3.5.1 精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響をあたえる要因	205
3.5.2 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響をあたえる 要因	207
3.6 クライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因	208
3.6.1 精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあた える要因	208
3.6.2 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響を あたえる要因	210
3.7 アンケートの自由記述回答の結果	211
第4節 考察	232
4.1 クライシス・プランに対する経験や考え	232
4.2 精神保健福祉士におけるクライシス・プランの実践経験	232

4.3	クライシス・プランの実践経験および所属機関における差異	233
4.4	クライシス・プランの作成方法	234
4.5	クライシス・プラン作成におけるプランニングの困難さ	235
4.6	クライシス・プランの活用方法	236
4.7	クライシス・プランの活用に影響する要因	237
4.8	クライシス・プランの作成意向と活用意向に影響する要因	239
4.9	クライシス・プランとソーシャルワークの関連度	241
4.10	クライシス・プランが有用である事例や場面、利用者の特徴	242
第5節	結論	243
第6節	本研究の限界	250
第7節	精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態調査の小括	251
第4章	総合考察	256
第1節	本研究の概要とまとめ	256
第2節	本研究の独自性と社会福祉学上における意義	261
第3節	実践レベルおよび制度レベルにおける提言	264
第4節	本研究の全体的な限界と今後の課題	268

本研究と関連した自著論文・学会発表等

謝辞

資料

第2章の質的調査におけるインタビューガイド

第3章の量的調査におけるアンケート用紙

序章 精神障害者の地域生活支援のための支援計画に関する研究の背景と意義

序章では、精神障害及び精神障害者の側面、精神障害者の地域生活支援に関連する法制度の側面、精神障害者の地域生活を支援するソーシャルワーク専門職の側面等について概観するとともに、これらの相互連関的な観点も含めて述べる。そして、精神保健医療福祉制度上においてクライシスプランが提示されるようになった背景を整理し、本研究が精神障害者の地域生活支援のための支援計画の作成と活用に関する研究として、クライシスプランについて取り上げていく理由を明示する。

そして、精神障害者の地域生活支援のためにクライシスプランを実支援に用いていくための実践課題について指摘する。その上で、本研究の目的を示し、社会福祉学における理論課題としての位置づけを提示することから、本研究の意義を述べる。

第1節 問題の所在

1.1 歴史的な精神障害者の対象認識と処遇内容の変化

我が国の精神障害者の対象認識と処遇内容の変化は、精神保健医療福祉法制度の変遷をもとにすると、そのパラダイムシフトは概ね三つの時期に分けることができる(田中 2018:16)。ここでは、この田中(2018:16)の時期を参考にし、精神保健医療福祉法制度の変遷における精神障害者の対象認識と処遇内容について整理する。

第一期は、社会保安の対象とされた「隔離収容」による処遇の時期である。

精神障害者に関連する制度的な始まりとされる 1900(明治 33)年に制定された精神病者監護法は、社会防衛思想に基づき精神病を患う者を隔離収容の対象として私宅監置を認めるものであった(厚生省精神保健福祉法規研究会 1998:4)。当時の精神障害者がおかれていた社会状況について呉秀三は、「我邦何十萬ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタル不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」(1918=1982:178)と述べており、その劣悪な状況のもとに社会的に排除される対象とされてきた。

このような中で、1919(大正8)年に精神病院法が公布され、精神障害者は監護から医療の対象とされ、公共の責任において対応する考えの方向性が示された。精神病者監護法が精神病者の危険性を強調し、社会秩序の維持と他者に対する危険の防止に力点を置いていたことに対して、精神病院法は治療・保護の必要性を強調し、公立精神科病院の設置とともに強制入院の法制化を意図していた(古屋 2015:48)。しかし、公立精神科病院の設置は遅々として進まず、精神障害者の数が増加する中で、精神障害者は医療を受ける機会もないまま私宅監置される状況は大きく変わらず(眞野 2007:23)、治安のために隔離収容される処遇の状況が続いた。

第二期は、医療・保健の対象とされた「入院及び地域での治療」による処遇の時期である。

1950(昭和 25)年に精神衛生法が議員立法によって制定され、精神病者監護法と精神病院法が廃止された。このことにより、長期間の保護を必要とする精神障害者の処遇について、私宅での監置を禁止し、精神病院、精神科病室、法律で定められた施設以外での収容処遇ができなくなった。さらに、都道府県に精神病院の設置を義務づける等して、精神障害者の処遇について医療を軸にした処遇へと転換期を迎えることになった。

しかし精神衛生法の内容は、精神障害者を保護義務者の同意による入院を規定するといった、いかに合法的に病院へ収容するかという、強制入院手続き法としての色合いが濃かった。こうした点から、精神障害者自身の治療のためというよりも、社会からの隔離と病院への収容を主目的とす

る社会防衛思想を反映させた入院促進法であったという指摘も存在する(古屋 2015:50-51)。したがって、精神衛生法が公布された以降も、精神障害者は社会保安の対象として認識され、隔離収容される場所が私宅から精神科病院へと変わっただけで、その処遇方針は大きく変わってはいなかったと考えられる。

1965(昭和 40)年に精神衛生法が改正され、在宅精神障害者の医療を確保するための通院医療費公費負担制度を設け、さらに保健所に精神衛生相談員を配置し、精神障害者の在宅訪問指導、相談事業の強化等が図られた。このことにより、それまで精神科病院における入院医療による処遇が中心であったものが、通院治療や在宅生活における保健指導を重視する方向性が生み出された。一方で、同法改正には 1964(昭和 39)年に発生したライシャワー事件により治安的要素を含み、措置入院を中心とした強制入院制度を規定し、隔離政策を強化する側面も存在した。このような側面から、通院治療や在宅精神障害者の医療を確保するための体制整備についても、公安的色彩を持った医療・保健による処遇という側面も存在していたと推定される。

このように同法の改正が治安的に強化された側面を有しつつも、入院中心の精神医療への反省と地域ケア体制への転換についての取り組みが、徐々に展開されるようになる起点となったことも事実である(森山ら 1992)。精神科病院における入院医療中心の治療体制から、地域で暮らしながら治療を受ける地域医療の治療体制への移行も見られるようになり、これらの動きに呼応する形で「精神障害回復者社会復帰施設」「デイケア施設」「精神衛生社会生活適応施設」の運営要領が示された。これらの施設は、精神科病院と社会との中間に位置するという意味で「中間施設」と呼ばれ、精神科病院外での治療処遇への方向性が打ち出されていった一つの側面であるといえる。

また浅野(2010)は、この当時(1960~1970年)に民間の精神科病院が乱立し、1970年以降個々の精神科病院がマンモス化し、マンパワー不足から隔離・身体拘束の乱用、多剤多量投薬・人権無視が頻発して治療環境が悪化した結果、長期入院患者が増加したとしている。このことから、法制度上で精神障害者が医療・保健の対象とされつつも、精神科病院内における治療処遇において十分な治療的環境は準備されておらず、治療と言うには程遠い不十分な環境での管理のための治療的処遇を施されていた人々が多く存在し、精神障害者の人権侵害が生じていたことが実情であったと考えられる。

そして、1984(昭和 59)年に入院患者2名が看護助手の暴行によって死亡したとされる宇都宮病院事件が一斉に報道された。この事件を契機に、1987(昭和 62)年に精神障害者の人権擁護、適正な医療と保護の確保及び社会復帰の促進を主眼として、精神保健法が制定された。この法改正により、これまで精神障害者の入院制度はすべて本人の意思によらない強制入院であったが、本人の意思による任意入院制度が設けられた。このことは、精神病者監護法以来、強制的な隔離収容方法として運営されてきた精神障害者関連法規に、初めて精神障害者本人の意思の尊重と、その意思に基づく医療のあり方が制度に取り入れられたといえる。また同法では、入院治療を終えた精神障害者が日常生活に適應できるように、訓練・指導を行う精神障害者社会復帰施設に関する規定が設けられた。このような法制度の内容から、精神障害者の社会復帰の促進を図り、人権に配慮した適正な医療と保護を追求する処遇のあり方に視点が向けられていった。

ただし、精神保健法の規定によって設けられた精神障害者社会復帰施設は、入院体制を補完するものにしかならず、社会復帰活動は十分に進まなかった。このような状況に対して、地域ケア論を矮小化した社会復帰施設の導入でかわしつつ、福祉を医療に取り込むことで、病院頂点の精

神保健構造を強化した(久良木 1998)とする評価も存在する。

第三期は、福祉の対象とされた「地域における生活支援」による処遇の時期である。

精神障害者が障害者福祉の対象として法的に位置づけられたのは、1993(平成5)年の障害者基本法の制定以降であり、1995(平成7)年に精神保健法が改正され、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)が施行されたことにより、精神医療や精神保健に福祉の理念が導入された(寺谷 2010)。精神保健福祉法は、精神障害者の自立と社会参加の促進のための援助が目的として明記されており、適正な医療の確保とともに、精神障害者の福祉施策を推進するための根拠法として成立した。同年には、「障害者プランナーノーマライゼーション7カ年戦略」が発表され、精神障害者福祉に関する社会復帰施設やグループホーム等の整備といった具体的な数値目標を伴った施策の実施計画が掲げられた。このような流れの中で、精神障害者にかかわる法制度は急速に医療から福祉の対象としてシフトチェンジが進み、医療の確保と生活の支援という両側面からの支援の必要性が認められ、推進された。

その後、1999(平成 11)年に社会福祉基礎構造改革の流れのなかで、精神保健福祉法が改正された。この改正により、精神障害者地域生活支援センターが規定され、ホームヘルプサービス、ショートステイの在宅福祉施策が盛り込まれ、初めて精神障害者に対する居宅生活支援が打ち出された。また、市町村単位で精神障害者の在宅生活を支援する体制づくりが目指されるようになり、精神障害者の地域生活を支援するための福祉サービスが体系化された。

そして、それまで精神医療とともに精神障害者福祉に関する施策の充実が精神保健福祉法という一つの法律のなかで推進されてきた中で、2005(平成 17)年に障害者自立支援法が制定されたことに伴い、精神障害者が利用する施設やサービスが同法に盛り込まれ、精神保健福祉法から削除されることとなった。このことにより、精神衛生法をベースとした精神医療にかかわる法律である精神保健福祉法から、精神障害者福祉にかかわる部分を切り離すことで、精神障害者にかかわる医療と福祉の法制度がそれぞれ整理された(古屋 2015:78-79)。

確かに、法制度上において精神障害者の医療と福祉に関する制度がそれぞれ整理されたことは精神障害者が福祉の対象とされ、福祉サービスを受ける権利を有する人々であると社会的に認識されるようになったと言え、歴史的な背景を踏まえると大きな前進である。その一方で、精神障害者福祉に携わる支援現場において、福祉サービスが医療とともに提供されることの必要性の認識が薄れ、福祉サービスの提供という枠組みに支援が留まり、その結果として医療とは隔たり、縦割り化が進んでいくことが懸念される。既述したように、今日では精神障害者の対象認識が社会的に医療と福祉の両側面からの支援が必要であるとされているために、このような精神医療と精神障害者福祉の法制度の整備状況及びその懸念から、精神障害者の処遇として今後はより一層の医療と福祉の連携による協働が実現する生活支援の仕組みが求められる。

これに加えて、精神障害者はその自立と社会参加のために医療及び保健、そして福祉を受ける権利を有している。こうした精神障害者像から、精神障害者自らが希望する地域生活を送るために能動的に医療や福祉を利用していく権利を行使できる対象として認識するということが含意されている。したがって、こうした対象認識を踏まえ、今日の精神保健医療福祉法制度における処遇のあり方として、精神障害者が医療や福祉を利用する権利を行使し、主体的に地域生活を送ることができるように支援することが重要であると考えられる。

以上、歴史的な精神障害者の対象認識と処遇内容の変化について概観した。精神障害者に関連する法制度が制定された当初は、隔離収容の対象とされてきたものの、現在では福祉の対象と

され地域における生活支援による処遇が必要と捉えられ、そのための医療と福祉に関する法制度が整備されている。その上で、こうした対象認識において強調すべきこととして、精神障害者は人としての尊厳が尊重され、自らの生活を主体的に送っていくことができる能動的な存在であるということである。そのために、精神障害者が自らの地域生活のために医療と福祉を利用する権利を行使できるように、医療と福祉の双方向からの協働による統合された生活支援が展開されることが求められている。

1.2 近年の精神保健医療福祉制度における地域生活支援の動向

1990年代以降、わが国の精神保健医療福祉施策の方針は、2004(平成16)年の精神保健福祉の改革ビジョンにみられる「入院医療中心から地域生活中心へ」と基本理念が転換され、地域における精神保健医療福祉にかかる制度やサービス事業が拡充されてきた(宮宇地ら 2018)。そして、今日では在宅や退院予定の精神障害者が自らの地域での生活に見通しを立てるための精神障害者の地域生活を支える福祉サービスの利用は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律」(以下、障害者総合支援法)に規定され、福祉サービスを利用できる対象者として位置づけられている。ここでは、精神保健医療福祉の改革ビジョンが提示された以降の法制度・施策における地域生活支援に関する動向を確認し、その具体的課題について整理する。

2004(平成16)年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョン)の発表により、①精神疾患に対する国民の理解の深化、②精神科病床の機能分化、③地域生活支援の基盤強化が進められた。そして、10年後には受入条件を整えば退院可能な精神障害者(以下、社会的入院患者)約70,000人の地域移行を目標に掲げ、精神保健医療福祉施策の実現が目指されてきた。その後、本ビジョンは後期5カ年重点施策として「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を掲げたが、精神科病床の減少や社会的入院患者の減少について十分な成果が見られなかった(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014:10)。

この改革ビジョンが、大きく動き出したのは2013(平成25)年の精神保健福祉法の一部を改正する法律(以下、改正精神保健福祉法)が施行されてからである(田中 2018:18)。改正精神保健福祉法では、保護者制度の廃止とともに医療保護入院における保護者の同意要件が外され、家族等のいずれかの同意要件とすること、医療機関への退院後生活環境相談員の新設及び地域の相談援助事業者等との連携による退院促進のための体制整備が盛り込まれた。そして、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるように講じる義務が課されるようになり、医療保護入院以外の入院形態による入院患者にも同様の措置を講じることにより退院促進に努めることとされた(厚生労働省 2014)。

改正精神保健福祉法を受けて、2014(平成26)年に厚労省より「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が発表された。この指針では、入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定めることを前提に、四つの事項が提示されている。それは、①精神科病床の機能分化に関する事項、②精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項、③医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項、④その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項、である。特に、精神障害の地域生活の支援に関する内容として、医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との協働を推進することや、退院支援・生活支援

のために多職種との適切な連携を確保すること等が示された。

また、同年に「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的施策の今後の方向性」も公表された。ここでは、長期入院精神障害者本人に対する支援について、具体的方策として「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」の具体的方策が示され、徹底して実施することとされた。この中には、退院意欲の喚起として外部の支援者等のかかわりの確保を目指すことや、退院後生活環境相談員等が地域移行に向けた調整と段階的な支援をマネジメントすること。地域生活の支援として、精神障害者本人の意向に寄り添い、医療と福祉が協働して地域生活を支えるサービスを継続的に提供すること、再発・再入院を防ぎ、地域生活を継続するための医療・福祉サービスの充実を図ること等が施策とされている(厚生労働省 2014)。

一方で、ニューロングステイと言われる新規の長期入院患者の堆積も課題とされている。これは、精神科の入院患者は「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させ、新たな長期入院を生まないための取り組みとして、入院早期から医療と福祉が連携して入院の長期化を防ぐ取り組みが開始されている(厚生労働省 2014)。つまり、これまで出口に焦点をあてた社会的入院の解消に取り組む政策に加えて、新たな長期入院を生まないための入り口に焦点をあてた取り組みが強化され、この点においても医療と福祉の連携の必要性が示された。

こうした精神科病院における医療改革や体制整備が図られている中で、医療と福祉の協働を重視した社会的入院の解消に向けた退院促進のための地域生活支援に関する体制整備が盛り込まれてきている。例えば、改正精神保健福祉法で新設された退院後生活環境相談員の役割において入院患者の早期治療・早期退院を目指すために、医療と福祉の連携を図ることが求められている。そのために、長期入院精神障害者の地域生活支援として退院に向けた意欲の喚起や地域生活の支援においては、障害者総合支援法に基づく地域移行支援・地域定着支援事業の柔軟な活用についても推進することとされている(厚生労働省 2015)。

ところで、このような長期入院精神障害者の地域移行に関する医療と福祉の連携を推進し、精神科病院における社会的入院患者の解消のための取り組みが国レベルで開始されたのは 2003(平成 15)年の精神障害者退院促進支援事業が国の事業として位置づけられ、広域的な支援事業として全国的に展開されたことに始まる。そして、2008(平成 20)年より地域体制整備コーディネーターや退院を推進し個別支援を担う地域移行推進員(自立支援員)を配置した精神障害者地域移行支援特別対策事業による退院促進に拡大した。その後、精神科病院から地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直され、2010(平成 22)年から「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」として展開された。この事業では、個別支援計画の作成、支援ネットワークの構築等を基調として実施されたものの、法的な枠組みを有さない事業での展開では十分な成果を得ることができなかったとされている(田中 2018:18)。

地域移行及び地域定着のための相談支援が法文上に規定されたのは、2010(平成 22)年の障害者自立支援法における地域相談支援としてであり、2012(平成 24)年からは同法が改正され障害者総合支援法により個別給付化されている。そして、地域相談支援を推進するためには、①相談支援体制の整備、②権利行使支援としての周知、③医療と福祉の連携、④意思表示の支援が極めて重要とされており、医療の側面からの移行支援のみならず、福祉の側面からも長期入院精神障害者の地域移行と地域定着の推進が図られてきている現状にある。

こうしたことから、近年の精神保健医療福祉の動向から医療と福祉の双方の側面から共通して捉えられる課題として、新たな長期入院患者の防止と社会的入院患者の地域移行支援、その後の

地域生活の維持・継続に向けた定着支援があげられる。これまでも精神保健医療福祉施策の重点が社会的入院の解消に置かれて退院促進や地域移行支援に関する事業が実施されてきた。しかし、その成果は不十分なものであり喫緊の課題とされている。またこれに加えて、新たな長期入院を生まないための地域定着支援の重要性についても掲げられている状況にある。この点は、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築が目指されている制度動向(厚生労働省 2018)を踏まえると、徐々にその比重が精神障害者の地域定着に向けた生活支援の充実に移ってきているように見受けられる。今後は、社会的入院患者の地域移行支援から、地域生活へ移行した後の地域定着のための支援へと比重の移行が推し進められていく様相のなかで、当面はこれらを同時併行に医療と福祉の協働によって実際の支援現場で実現されていくための方策が必要である。

1.3 精神障害者の地域生活支援における医療と福祉の現状

それでは次に、今日の精神障害者の地域生活支援における医療と福祉、そしてそれらの協働の現状について概観する。

精神障害は、疾病と障害が併存し、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態としての特徴を有している特徴があるため、その地域生活を維持し、支えていくためには複数のニーズに応じた支援が必要となることが多い(栄 2010)。また、精神障害者の地域生活支援においてはその疾病への治療と障害への支援が必要であり、薬物療法、生活技能訓練、精神療法、社会的不利益の改善といった総合的な支援が必要とされている(西園 2000)。実際に筆者の実務経験から、精神疾患の症状によって生活上の困難さや社会的障壁が生じ、生活上の困難さや社会的障壁から症状が悪化する場面に出会い、このような捉え方に異論はない。こうしたことから、本研究では精神障害者の地域生活支援において、医療的サービスや福祉的サービスといった単一の分野によるサービスだけで精神障害によって生じる生活ニーズを満たすことはできず、医療と福祉が協働した治療と生活支援の統合的なアプローチが重要であるとする立場をとる。このような立場から、医療と福祉の現状について確認する。

2004(平成16)年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示された。それ以降、地域精神医療の充実が目指されるようになり、それまで精神科病院の中で行われていた各種治療・リハビリテーションが、アウトリーチによって精神障害者が居住する地域を基盤に提供され始めている。その代表例の一つとして、1960年代後半のアメリカで重症な精神障害者を対象に開始された ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) が挙げられる。ACT は、地域における精神障害者のニーズに応じた柔軟なサービスを 24 時間 365 日、必要に応じて提供し、危機介入にも対応し、多職種によるチームアプローチである(西尾 2004:13-19)。ACT の特徴は、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、精神科医等、さまざまな職種によるチーム医療によって提供され、国内の ACT チームには精神保健福祉士も配置されている。今日では、国内でもその効果が報告されている(例えば、伊藤 2012)。

その一方で、宇佐美(2008)は全精神科病院の8割が民間の精神科病院にある日本の現状に、海外における ACT 実践との差異が存在するとしている。そして、国内の ACT ではその対象が重症な精神障害者だけでなく点や民間病院が中心となって病院経営のための診療報酬を視野に入れた実践となっている現状等の課題を指摘している。また三品(2007)は、ACT 実践について精神障害者の地域生活を管理するような医療偏重型ではなく、実践の基礎にソーシャルワークの価

値を据えた生活重視型のものではなくてはならないとしている。つまり、地域精神医療の充実のための ACT 実践だとしても、精神科病院が中心となった医学モデルに偏ったものではなく、地域で暮らし続けることを支え、当事者の権利の行使を重視する生活モデルを基盤にした実践が重要であると考えられる。

また、向谷地(2005)は自らの実践経験から、医療の専門スタッフが地域に繰り出すことについて治療現場の過剰な管理と代理行為を再び地域でみることに繋がると述べている。こうしたことから、ACT を例とする医療機関を中心にしたアウトリーチとしての地域精神医療が行き過ぎた場合には、精神衛生法時代にみられた治療という名の下に、精神障害者を精神科病院へ収容し管理してきた歴史と同じように、今度は地域精神医療の充実の名の下に医療中心・病院完結による地域生活支援が展開され、精神障害者が地域において医療的に管理されていくことが懸念される。こうしたことから、精神科病院における地域精神医療を目指した診療報酬化が進む中で、医療機関が中心となって ACT 実践がなされている現状において、利用者本位や自己決定、権利擁護といったソーシャルワークの価値を基盤とした精神障害者の地域生活支援に重点を置くことができるのか疑問である。

精神障害の特徴から、地域生活を支援する上では地域精神医療の充実は欠かすことはできない。その反面、医療を中心とした地域生活支援が行き過ぎることで「精神医療サービスを主体的に利用する生活者」である精神障害者の地域生活が、医学的に管理することに比重が置かれることが危惧される。この比重を補正するためには、精神障害者が自らの意思に基づいて医療を利用できるような主体性を回復できることであり、自らの状態に基づく必要に応じて精神医療サービスへ結びつくことができる支援体制を医療機関と地域援助機関が連携し、構築できることが重要である。

こうした点は、岡村(1983:79-82)が提示した生活者の「社会生活の基本的要求」に関連すると考えられる。「社会生活の基本的要求」とは、生活者が社会生活を送っていく場合に避けることができない要求として、経済的安定の要求、職業的安定の要求、家族的安定の要求、保健・医療の保障の要求、教育の保障の要求、社会参加ないし社会的協同の機会、文化・娯楽の機会の要求の7つをあげている。今日では、これらを充足するには単一の機関によるサービス提供では限界があり、複数機関による有機的なサービス提供が必要であるとされている(栄 2010)。精神障害者を、自らの地域生活のために医療と福祉を利用する権利を行使できる対象と認識するならば、精神障害者は「社会生活の基本的要求」を有しつつ、特に地域生活を送る上で「保健・医療の保障」として主体的に精神障害への医療サービス(精神医療)を利用できる要求を有し、この要求を地域生活上で充足するためには精神科病院だけでなく地域援助機関とともに連携した統合的な支援によって充足していく必要があると考えられる。

さらに岡村(1983:83-84)は、個人あるいは人間が社会生活を営む上で個人とサービス等の社会制度との結びつきを「社会関係」と定義した。そして、この「社会関係」については個人の側から見た社会関係の主体的側面にたつて、社会生活上の基本的要求の充足されない事態を見出すときに、社会福祉の取り扱うべき固有の「社会福祉問題」を発見することができるとしている(岡村 1983:104)。このことから、精神障害者が自らの精神医療サービスを主体的に利用できることを目指すことは、基本的要求の一つである「保健・医療の保障」の充足のために社会福祉の視点から支援が図られていくことが求められる、社会福祉上の問題であると言える。したがって、精神障害者の地域生活上において主体的に精神医療サービスを利用することが困難な状況(例えば、病状悪化による自己決定が困難、パターンリズム化による抑圧状況)といった地域生活上に生じる問題

に対して、その解決に向けて社会福祉が関与していくべき課題であり、そのためには医療と福祉の機関連携による協働が不可欠である。

こうした医療と連携が求められる福祉、地域援助機関として従来までの精神障害者社会復帰施設には精神障害者の権利擁護と社会復帰をその専門職の理念としてきた精神保健福祉士の資格をもつ職員が配置されてきた。しかし、今日の障害者総合支援法下の障害福祉制度ではその枠組みがなくなり、原則どの事業所も多様な障害福祉に関する問題への対応が求められている。そして、障害福祉サービス給付の前提としてケアマネジメントが導入され、その計画相談支援を担当する相談支援専門員には実務経験と研修が課せられている。このような中で、精神障害者に対する地域生活支援においては福祉サービスの給付に終始し、地域の福祉現場からの医療との「協働」のための実践が得られにくくなっていると考えられる。柳瀬(2012)は、精神障害者の地域移行・地域定着支援が個別給付化されたことに伴う採算主義の影響により、支援密度や退院後のフォローアップ力、精神障害者の地域生活支援体制にかかるネットワークが低下し、制度設計と実支援との格差が生じることを課題としてあげている。こうしたことにより、精神障害者の地域生活支援において制度施策面と支援実践面における課題が存在し、地域の福祉現場からの医療への歩み寄りがなされにくい現状にあると推定される。

実際に岩崎(2016)は、精神障害者の地域生活を支援するための包括的なケアシステムの構築において、医療との連携を促進することが課題であると述べている。それは、医療機関と地域の福祉サービス事業所との間に「協働」という関係ではなく、「分業」という関係にとどまっている現場となっていることを指摘している。現在の制度改革に関わる多忙さの中で、医療と地域の福祉現場における「協働」の重要性を認識しながらも、地域の福祉現場において精神障害者の医療に関しては「自分のことだから本人に任せる」というケースが増え、結果として分業にとどまり、十分な歩み寄りが見られていないとしている。そして、福山(2009)は「協働」について「問題状況や状態をチームの中心に据え、利用者本人を問題の協働チームの一員として位置づけ、家族とともにこの協働に参画させ、責任役割を持ち問題状況や状態と取り組み、この協働体制に対して自ら可能な貢献をすることを意味する」と述べている。これを踏まえ精神障害者の場合、疾患と障害が併存している特徴を踏まえれば、地域生活上の問題は精神医療サービスを利用する生活主体者である精神障害者本人を中心にし、医療と福祉の協働によって解決されることが求められる。そして、当事者の希望や目標をターゲットに、本人を中心に家族も含めてチームで協働する。このような医療と福祉等の関係機関による協働によって地域生活支援体制が構築されることが必要とされている。このような現状を踏まえると、ACTに代表される医療チーム内における多職種の「協働」による精神障害者の地域精神医療による支援の充実が図られている。一方で、医療と福祉という地域を基盤にした多機関チームでの「協働」として、機関レベルでとらえた時にはその精神障害の特徴を踏まえた「協働」は不十分であり「分業」の状態にあると考えられる。

近年の精神障害者の地域生活支援に関する制度施策として、2018(平成 30)年に厚生労働省(以下、厚労省)の社会保障審議会より提出された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」によれば、市町村や障害福祉・介護事業者が精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、精神科病院、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要とされている。そこには、精神病床に入院する患者が地域移行する上で重要となるサービスの一つに既述した ACT が位置づけられている。しかし、これはあくまでも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実現するため

に ACT を代表とする地域精神医療はそのための一つのサービスということであり、精神科病院、市町村、保健所、地域援助事業者等による地域移行に関わる医療・福祉・保健の一体的な取り組みが求められている。こうしたことから、今後の精神障害者の地域生活支援においては、地域精神医療の充実のみではなく、医療、福祉、保健等の機関同士の協働によって構築されるケアシステムが望まれている。

精神障害者の地域生活支援において、その支援の目指すところは精神障害者本人が自己の目指す希望・目標を再認識でき、自らが中心となってその達成を追求できることであろう。そのためには、精神障害の疾患と障害が併存する特徴を踏まえ、精神障害者が地域生活で精神保健医療福祉サービスの利用を自らの権利として行使できるように、医療機関と地域援助機関が「協働」した地域生活支援体制を構築していくことが必要である。このような「協働」のあり方は、今後の精神障害者にも対応できる地域包括ケアシステムの構築の基盤になっていくと考えられる。そのために、今日の医療と福祉における「分業」を乗り越えていくための方策が必要とされている。

1.4 精神障害者の地域生活を支援するための精神医学ソーシャルワーク

精神医学ソーシャルワークは、その時代の精神医療施策の方向性と精神医療の状況に大きく影響を受けてきた。社会防衛的色彩の強い精神医療施策によって、精神障害者は長らく隔離収容の処遇の対象とされてきた。このような精神障害者の人権問題を含む処遇のあり方に対して、国際的な批判や、Y 問題¹⁾のようなソーシャルワーカー自身の実践課題の表面化から、精神医学ソーシャルワークは精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的社会的活動を実践の基本指針を掲げてきた背景が存在する。

実際に精神医学ソーシャルワークが法的に位置づけられたのは、1988(昭和63)年の精神保健法の施行において精神障害者の社会復帰に関する相談援助・連絡調整の業務を義務づけた規定が示されたことによる(高橋 2002)。そこでは、社会復帰を促進し、人権への配慮、地域ケアといった視点を取り入れられ、「生活障害」や「生活のしづらさ」といった考え方をもとに、所属機関の業務範囲を超えて、多様な形態の活動がなされていた。例えば「やどかりの里(埼玉)²⁾」「あさかの里(福島)³⁾」「浅香山病院(大阪)⁴⁾」等は、医療機関に所属する精神医学ソーシャルワーカーが精神障害者の社会復帰を促進するために、積極的に地域に出かけ、地域ケアとしての地域生活上における支援実践としての先駆例として知られている。このような精神医学ソーシャルワーカーによる地域実践の取り組みが、1995(平成7)年の精神保健福祉法の制定において地域生活支援センターが法制度化される等、その実践が法制度に大きな影響を与えてきた(助川 2002)。

1997(平成9)年に精神保健福祉士法が成立し、精神医学ソーシャルワーカーの国家資格が精神保健福祉士と位置づけられた。このことにより、精神保健福祉士による精神障害者の自立と社会参加の促進、地域生活支援のためのソーシャルワーク実践の展開が明文化された。そして、地域に暮らす精神障害者は生活問題や家族機能の低下等に対する援護、再発への対応、親亡き後への対応等の切実なニーズを有することから、精神科病院内だけでなく精神科病院外での精神保健福祉士の役割等が検討され、精神保健福祉士が精神障害者の地域生活を支援するための体制の基盤整備が促進された(助川 2002)。

このように、従来の精神医学ソーシャルワーカーは医療機関に所属しながらも、所属機関外への活動を行い、精神障害者の社会復帰に向けて支援を展開してきた。そして、このような実践活動が法制度化され、国家資格化されてきた側面から、今日では医療機関だけでなく地域援助機関に

においても精神保健福祉士が配置されるようになり、その業務内容が示されている。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会による「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」(2014)が作成され、精神保健福祉士の専門性を具体化し、医療分野や地域分野における業務指針等が示されている。医療分野における精神保健福祉士には、医療を受ける権利を保障し、その人の生活の中に必要な医療を位置づけていく視点が求められ、生活者の視点で日常生活及び社会生活を切り口に医療職や地域関係者等と協働していくことが求められている。

特に、精神障害者の地域生活を支援する際には、地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成すること、再発防止の観点から治療中断等により病状が悪化し生活問題も重なり、地域生活の維持が困難な場合のために支援を組み立てることが指針とされている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。このことから、医療分野に存在する精神保健福祉士による地域生活支援においては「人の生の営みは医療のかかわりのみでは決して完結しえない」ことを肝に銘じ、医療機関にいながらも地域社会との接点を多く持つ専門職として、地域の中の社会資源の一つという視点が重要である。また、非自発的入院や病状悪化時の隔離や行動制限による治療が規定されている精神医療の特徴を踏まえ、人権意識を持ち、本人の権利をいかに擁護していけるかを考えなければならないとされている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。これらのことは、精神医学ソーシャルワーカーが医療機関に配置されるようになった当初からの価値でもあり、今日の医療分野における精神保健福祉士にとっても、精神障害者へ医療サービスが提供される際には医療機関の組織の一員でもありながら人権に関する感覚を研ぎ澄まし、医療とは一線を画しながら権利擁護を図っていくことが望まれる。

地域分野における精神保健福祉士は、障害者総合支援法における相談支援の充実強化とサービス等利用計画の作成における相談支援とともに、精神障害者の地域生活支援を行う際には医療機関との連携は不可欠であるとされている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。そのため、精神障害者の地域移行や地域定着のための支援の業務に従事する精神保健福祉士には、利用者の医療ニーズを含むさまざまなニーズに応じた諸サービスをマネジメントし、コーディネートする機能が求められている。特に精神障害の疾病と障害を併せもつ特徴を踏まえれば、地域分野における精神保健福祉士には、精神障害者本人や家族が最良の医療サービスを受ける権利を行使できるように、主体的に治療に取り組めるような環境づくりを常に意識し、医療機関との連携を図る必要がある。地域生活で困難が生じた、あるいは病状が悪化した場合を想定し、可能な限り継続して地域で暮らし続けられる方法を当事者や家族とともに考え、主体的な治療へと結びつけていくことが求められている。そのために、地域における生活支援においては精神科病院との有機的な連携・協働関係である、対等な関係を構築することが示されている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。

このような精神障害者の地域生活支援のためのソーシャルワークのあり方について、精神障害者の地域移行を推進するためには「地域生活移行支援」と「地域生活支援」が2つの柱になり、かつ両者は連動することでこそ、精神障害者の充実した生活につながるとされている(長野県 2009: 75)。つまり「地域生活移行支援」を精神科病院におけるソーシャルワーク、「地域生活支援」を地域の事業所等の機関に所属するソーシャルワークの主な役割だと捉えたとき、この両者におけるソーシャルワークが連動した連携による協働が、精神障害者の地域生活支援において欠かすことができない。そして、このような両者の連携による協働を「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」(2014)によってみるならば、医療機関と地域の事業所等の支援機関が対等な関係を構築し、精

精神障害者が主体的に治療に取り組めるような環境づくりを行い、本人が希望する地域で可能な限り暮らし続けられるように医療機関を一つの地域資源として位置づけ、医療ニーズを含む生活ニーズを充足できるように地域生活上での支援を展開していくことが、生活者としての精神障害者に対するソーシャルワークにおいて重要であると考えられる。

しかしながら、今日の精神保健福祉士を取り巻く状況は変化している。医療分野には現在、11,192人の精神保健福祉士が配置され、精神科病院には6,839人で1施設あたり6.3人が配置されている状況にある(厚生労働省 2019)。精神科病院の精神保健福祉士は、2013(平成 25)年に精神保健福祉法の改正により、医療保護入院者に対する早期退院促進のために退院後生活環境相談員を選任することとされ、その中心的な役割を精神保健福祉士が担うことが期待されている(日本精神保健福祉士協会 2014)。さらに、医療機関に精神保健福祉士が配置されていること及びその一部の業務が診療報酬にも反映されるようになってきている。

例えば、精神病棟入院基本料として、病棟配置の専従の精神保健福祉士が当該病棟の入院患者に対して、医師や看護師等の関係職種と共同で退院支援計画を作成し、在宅療養に向けた調整を行なった場合に精神保健福祉士配置加算分を算定できるとされている。また、地域移行機能強化病棟入院料では、精神保健福祉士の配置基準はないが、精神科病院の入院患者を地域へ移行させ、一定の精神科病床数を減少させることによる施設基準を規定している。この入院料を算定するために、精神科病院では入院患者の地域移行の機能強化のために、精神保健福祉士に期待している側面が存在するのではないかと考えられる。つまり、現在の精神科病院における治療においては、従来の医療的治療のみならず、入院患者の退院・地域移行に対する実績に対して診療報酬の加算がなされてきており、そのような実績や施設基準を満たすために精神保健福祉士が精神科病院の経営のために配置されるようになってきていると考えられる。

また、地域に暮らし精神医療サービスを利用する精神障害者に対する精神医療においても精神保健福祉士の業務が診療報酬化されてきている。その一つとして、精神科訪問看護・指導料において、精神科医の指示を受けた保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が個別に患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行なった場合に算定できる。さらに、精神科在宅患者支援管理料においては、精神症状により単独での通院が困難な者に対して、精神科医、看護師、保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による体制整備のもと、計画的な医学管理の下に定期的な訪問看護等を実施することで算定できるとされている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2018a)。つまり、従来まで医療職とは異なる生活者の視点で、精神障害者の日常生活及び社会生活を切り口に地域関係者等と協働してきた精神保健福祉士が、医療職とともにチームを組み、医師の「指示」のもとに訪問支援を展開することが診療報酬として算定されるようになってきている。このような現状は、これまでの医療分野における精神保健福祉士の活動や業務内容が評価され、その精神保健福祉士の視点や支援が医療の中に必要なものと位置づけられた結果であると言えるだろう。

一方で、医療職と並列して記載されている状況を踏まえると、医療の中に組み込まれた状況にあるとも言える。こうしたことから、社会福祉学を基盤とした専門性に基づく問題意識や権利擁護の姿勢を発揮することにジレンマを抱きやすく、またそうした意識の希薄化が生じることが懸念される。これまでにも、精神科病院で働く精神医学ソーシャルワーカーたちの間には、クライアントの主体性や環境を変革していく力動は働かず、順応させる受動的な傾向に陥っているという指摘も存在する(木原 1993)。

その上、従来は精神科病院内において精神障害者を生活者として捉え、地域生活を目指し医療職や地域の支援関係者等と協働していくことが求められていたものの、今日では在宅生活をしている精神障害者に対して医療職と多職種チームを組み、医療機関から地域へのアウトリーチ業務が診療報酬化されている。こうしたことから、今日の医療分野における精神保健福祉士は医療職及び医療組織の一部として医療制度上に組み込まれつつあると捉えられ、精神科病院における精神保健福祉士の地域移行や地域定着のための支援業務は、医療の一部となり始めていると考えられる。つまり、精神保健福祉士を含んだ多職種チームによる地域精神医療の充実は、いくらソーシャルワークの価値や視点を有する精神保健福祉士を含んでいたとしても、医療中心の病院主導型、病院完結型の地域生活支援となってしまう可能性を孕んでいる。

医療機関に精神医学ソーシャルワーカーが配置され始めた当初、医療分野においては精神障害者が適切な医療を受ける権利を保障し、生活の中に医療を位置づけ、本人の権利を擁護していくことが理念とされてきた。しかしながら、精神保健医療福祉法制度の変遷により精神医療サービスのあり方が見直されるとともに、医療分野における精神保健福祉士に求められる役割や組織の中の位置づけも変化してきている。このような中で、今日の医療分野における精神保健福祉士には、現在の精神保健医療福祉法制度における新たな立ち位置を模索し、当初の理念を実現するために医療との距離感を見直し、精神障害者の地域生活支援のために地域援助機関との協働のあり方を再考し、新たな実践方法に取り組んでいくべき段階にあると考えられる。

地域分野における精神保健福祉士を取り巻く状況においても、2012(平成 24)年の障害者総合支援法に至る一連の制度改正により目まぐるしく変化している(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。2006(平成 18)年に障害者自立支援法が施行される以前まで、精神障害者の社会復帰に関するサービス体系は精神保健福祉法に規定されてきた。そのような中で、精神障害者地域生活支援センターや精神障害者生活訓練施設等には精神保健福祉士の専従の規定が設けられていた。

一方、障害者総合支援法に基づいた現行のサービス体系のもとでは、精神障害者に関する障害福祉サービスは身体障害や知的障害とともにその内容や給付方法が障害種別を超えてサービスが一元化され、市町村を実施主体として、原則地域のサービス提供事業所は多様な障害に対応することが求められるようになってきている。そして、障害福祉サービスの給付の際には、指定特定相談支援事業者における相談支援専門員による計画相談支援を受け、サービス等利用計画に基づいて障害福祉サービスが提供される仕組みが設けられている。また、2012(平成 24)年からは障害者ケアマネジメントも実施されており、社会資源を活用し、多様なニーズを満たすことによって障害者の自己実現や主体的な生き方を支援することが目指されている。

このような障害者福祉サービス等事業所には、今日 12,330 人の精神保健福祉士が配置されている状況にあるが(厚生労働省 2019)、事業運営に必要な相談支援専門員とサービス管理責任者がいれば、必ずしも精神保健福祉士の配置を必要とはしていない。実際に、サービス提供事業所等において精神障害者と対峙するサービス管理責任者やケアプランを作成する相談支援専門員には実務経験と研修が課せられているのみで、資格要件は設けられていない。こうしたことから、地域の支援事業所におけるサービスの質を担保するのは経験と研修であると言え、精神障害者の地域生活を支援するために福祉サービスを調整し、直接的にかかわる地域支援者においてその特徴を踏まえ権利擁護や主体的に医療を活用できるように生活環境を作り出すことが適切に行えるのか疑問である。このような現状において、精神保健福祉士の立ち位置や役割が曖昧さに直面

していると考えられる。

そして、就労訓練や居宅介護系のサービスが個別給付となり、その前提として計画相談支援による障害者ケアマネジメントが導入されている。個別の給付を事業者が獲得するためには多くの手続きが存在し、利用者への支援を充実させるはずの仕組みが、利用者と向き合う時間を奪っているという矛盾した状況を生んでいる(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。また、多様な事業体の参入や事業者数の増加にはつながったものの、提供するサービスの質の格差や人員不足という課題も生じている(岩崎 2016)。このことから、地域で障害福祉サービスを調整・提供し、利用者の多様なニーズの充足のために多機関と連携する現場である相談支援事業所において、障害福祉サービスの調整・計画作成のみの対応にとどまり、精神障害の疾病と障害が併存し回復と悪化を繰り返す可能性がある特徴を踏まえた支援対応が得られにくい現状にあると推察される。

前述したように、精神障害の特徴を踏まえた地域生活支援において医療分野と福祉分野の連携は欠かすことができない。しかしながら、今日の医療及び福祉に関する法制度において、分野ごとの縦割り化が進み、精神保健福祉士は各分野での専門的役割が付与されることでの業務遂行と、所属機関の報酬請求等の業務に追われ、本来の精神医学ソーシャルワークの価値や目的に基づいた業務を行うことが困難な現状にある。そのため、精神科病院と相談支援事業所等の地域の援助機関が相互に連携を図ることが希薄化し、当事者の生活ニーズに沿った個別の支援や緊密な連携を必要とする支援の展開が困難な状況になっていると考えられる。また、各機関における精神保健福祉士自身においても、地域生活支援上における所属機関の分野以外の支援ニーズを充足することについて、医療分野と福祉分野の専門化によって分業が進み、その支援対応について困難さを抱きやすい状況にあることが推察される。

1.5 精神障害(者)の地域生活支援のための支援モデル

ここでは、精神障害及び、その特徴による生活ニーズを有する精神障害者の地域生活支援に必要なと考えられる支援モデルについて確認する。

これまで繰り返し述べてきているが、精神障害は疾病と障害が併存し、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態が特徴である。この特徴は、疾病によって生活上の障害が生じ、また生活上の困難さから疾病が悪化するという、相互に作用する側面による複合的な状態であるとも言うことができる。そのため、精神障害者の地域生活支援にはその疾病への医療的支援と、障害への生活支援を統合的、連続的に支援していくことが求められる。

この疾病の側面に対する支援は、病理に着目し、その目標を治癒ないし症状の軽減緩和におく「医学モデル」を基礎とするものである。また、この「医学モデル」を基礎とした障害の側面に対する従来のリハビリテーションとして、疾病によって低下した心身機能の回復や社会生活スキルの再獲得といった支援も想定される。さらに、これに加えて障害の側面に対する支援は「生活上の困難さ」「生活のしづらさ」といった社会生活上の困難によって生じるニーズを対象とし、その目標を「社会参加」におく「生活モデル」を土台とするものである。「生活モデル」は、個人を生活の主体者として捉え、社会生活上のニーズだけでなく、当事者と社会生活環境とのポジティブな側面も重視し、個人と環境との調整を図るものである。このような「生活モデル」は、「医学モデル」との対置概念であり、個人の選択と自己決定を尊重した支援システムと支援技術の形成を援助利用者や多様で対等な構成員の参加で実現する実践を特徴とする非医療的な実践の包括的な枠組みを提供する理論モデルである(田中 2001:20-21)。以上のように、精神障害の特徴に対応する地域生活支援の

ためには、医療的な支援対応のための医学モデルと、非医療的であるものの包括的な生活支援の対応のための生活モデルによる統合的な生活支援として「包括支援モデル」による地域生活支援が重要であると言える。

そして、このような精神障害を抱える支援利用者としての精神障害者を捉える視点として、栄(2010)は精神保健福祉に纏わる法・制度の理念が「入院治療から社会復帰施設へ、社会復帰施設から地域福祉へ」と移行したことに伴い、精神障害者は「病者」や「障害者」という属性ではなく、一人の「生活者」として位置づけられるようになったと述べている。そして、荒田(2002)は精神医学ソーシャルワークにおける精神障害者を理解する視点として、病気や障害をもっていようと「生活者」としてその人の生き方、ライフスタイルを尊重し、当事者の生きるペースを大切にすることを述べている。つまり、今日の精神障害者を支援する上で疾病と障害を併せもつ障害特性を有するものの、「生活者」として捉える視点がソーシャルワーカーにとって重要であると考えられる。

また、窪田(1997)によれば生活とは「生命活動、日々の暮らし、人生という3つのレベル」で捉えるべきだと指摘しており、一時の生命活動や一場面としての日々の暮らしから一人の人間としての人生が構成され、生活の連続性を理解することが重要だと考えられる。このような生活の視点を踏まえ、疾病と障害が併存した特徴を有する精神障害者を生活者として捉えると、その地域生活支援においては本人の生活の連続性の中で精神医療サービスはその生活を支えるための一つのサービスとして位置づけ、地域生活において利用する権利を行使できるように支援していくことが求められると言える。

確かに、統合失調症を初めとする精神疾患の多くは慢性的な状態であり、回復と悪化を繰り返す可能性がある。そのため、日常的にも疾病の自己管理のために治療や服薬といった精神医療サービスを欠かすことはできない。しかしながら、ここで強調すべきことは、精神障害者は自らの生活・人生のために主体的に精神医療サービスを利用する能動的な存在であり、その権利を行使することができる「生活者」として捉えるということである。そして、疾病と障害を併せもつ連続性の中で病状が悪化した際においても精神障害者本人の意向に基づき望む治療や支援を受けることができるような権利行使を保障していくということである。こうしたことから、精神障害者を「生活者」として捉える視点を有する精神医学ソーシャルワーカー(精神保健福祉士)には、生活の連続性を踏まえた医学モデルと生活モデルの「包括支援モデル」により、精神障害者の地域生活の支援を展開していくことが求められる。

このような精神障害及び精神障害者を捉える視点を支持し、本研究の精神障害者の地域生活支援としてのマイクロ実践のために参考となる三つのモデルについて整理する。

一つ目は、田中(2001)の統合的生活モデルである。統合的生活モデルとは「それぞれの地域で、継続した良質な治療・リハビリテーション・生活支援が総合的に具備され、包括的な生活上の必要に応じ、生活の継続性と充実をもたらすために、いつでも、誰にでも、どこでも、支え合うシステムを形成していくこと」としている。このモデルは、従来の医学モデルから新たに医療、リハビリテーションを精神障害者の地域生活支援として、地域を基盤としたソーシャルワーク実践の視点であり、ソーシャルワークの全体像を言い表すものに位置づけている。確かに精神障害の特徴を踏まえれば、本モデルは医学モデルを包含した生活支援の必要性を指摘している点で重要であるが、個別具体的な事例・場面となった際には、精神障害の特徴を対応するためには個別性に基づくマイクロ実践が求められる。そのため、支援者には本モデルをマイクロレベルで具現化するためのアプローチ方法として展開していくことが必要とされる。このことから、精神障害の特性を踏まえ、個別性に

基づく医療的側面と福祉的側面が統合されたマイクロレベルのアプローチ方法が検討される必要がある。

二つ目に、藤井(2004)が述べる生活支援モデルである。生活支援モデルは「精神障害者の生活者の面を第一として、環境・生活を整えることに焦点を当て、精神障害者が望む生活を支援すること」としている。また、精神障害者とのパートナーシップの形成について、援助者は援助者であることを一時停止し、一人の人間として精神障害者個人と向き合い、パーソナル・イニシアチブの活性化をまって、ソーシャルサポートネットワークの重要な一員になることが要請されると述べている。つまり、精神障害者が生活主体者として望む生活を整えられるように支援することは、援助者が精神障害者の人間的な側面に目を向け、パートナーシップを形成するための個別的なかかわりが重要であることを示している。このことは、ソーシャルワーカー等の福祉ニーズを満たす援助職に限った視点ではなく、医療ニーズを満たす援助職にも求められるものである。そうであるならば、精神障害者の地域生活支援において自らの人生を豊かにするために生活を整える際には、医療を主体的に利用できるように、医療者からも精神障害者が生活主体者としてとらえられていくことを指摘していると考えられる。つまり、精神障害者の地域生活支援において医学モデルと生活モデルにおいても精神障害者を生活主体者として捉え、援助者はソーシャルサポートネットワークを形成する一員としていくことが重要である。

三つ目は、べてるの家の当事者研究である(2005)。べてるの家は、ソーシャルワーカーである向谷地が精神科病院を退院したばかりの精神障害者たちと、空いた教会を借りて住みだした実践から始まり、現在は共同住居、小規模作業所、有限会社等を展開している。当事者研究とは、自らと自らの困難について、仲間の力を借りながら洞察を深め、自身の症状である幻覚や妄想を考え、受け入れていくものである。これは、地域で生活支援をする援助職が医療・医学に近い所に位置し、精神障害者自らの疾患と向き合う過程に寄り添っている。このような当事者研究の取り組みから、地域の福祉機関は精神障害者の福祉ニーズのみを充足することに終始していれば良いということではないことを示す。また、「べてるの常識」とされる「保護的管理ではなく、苦労を取り戻す」(野口2006)は、病者や障害者として守られる対象ではなく、一人の人として生活する中で当たり前で苦労を経験できること、苦労を自らの個人や環境のストレングスを活用して対処する権利があるということを意味していると理解できる。これらのことから、精神障害者の地域生活支援においては、疾病に向き合うための医療的なサポートや生活における苦労や権利行使のための福祉的サポートが求められると考えられる。

以上のような三つのモデルから、本研究における精神障害の特性を踏まえた地域生活支援におけるマイクロ実践のモデルについて整理する。精神障害者の地域生活支援は「精神障害者を精神医療サービスを主体的に利用する権利を有する生活者としてとらえ、地域生活上で医療と福祉ニーズを満たすために治療、リハビリテーション、生活支援のためのサービスが統合的に提供され、病気や生活状況に応じた寄り添いを受けながら自らのストレングスを活用できる生活を営むことができ、かつ危機時には自らの意思に基づいて医療ニーズを満たすことができる権利擁護のためのサポートを含んだ個別性に基づく生活支援」である。このような精神障害の特徴に応じて医療と福祉が協働して連続的で、統合的に支援するための視点として「医学モデル」と「生活モデル」、さらに精神障害者を生活者として自らのストレングスを活用し、主体的にサービスを利用できる存在として認識するストレングス視点を含むメタモデルとしての「包括支援モデル」によって、地域生活支援を展開するための支援計画が重要になると考えられる。

1.6 精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてのクライシスプラン

ここでは、精神障害の特徴に応じた包括支援モデルによる地域生活支援のために、医療と福祉が協働するマイクロ実践のための支援計画として、近年注目されているクライシスプランを取り上げていく理由を述べる。そして、クライシスプランに関連する制度の動向や目的について整理し、精神障害者の地域生活支援における支援計画としてクライシスプランを用いていく上での実践課題を指摘する。

改正精神保健福祉法の施行後3年の見直しと、2016(平成 28)年に発生した「相模原市障害者支援施設殺傷事件」(以下、相模原市殺傷事件)の再発防止策検討チームのとりまとめ等を目的に、2017(平成 29)年に「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」が示された。そこでは、医療保護入院や措置入院といった強制入院制度に限らず、退院後の医療等の継続支援、地域生活を維持・継続できる定着支援の推進が示されている。そして、入院医療から地域生活へと移行する中で、退院後の地域生活の安定を図り、病状悪化時のための対応を計画し、地域で早期対応できることで再入院の予防や再入院となった場合でも早期に再び地域生活へ戻ることができる支援の充実が求められている(厚生労働省 2017)。こうしたことから、今後は精神障害者の地域移行支援と地域定着支援を推進するにあたり、医療と福祉が協働した精神障害者の権利擁護を踏まえた支援対応の重要性は一層高まっていくことが予想される。

医療と福祉が協働し、病院から退院した精神障害者の地域生活における支援方法として「長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方」報告書において、病状や生活状況の揺らぎに対する支援方法としてクライシスプランを作成し、これを参考に乗り切ることを提案している(日本医師会 2016)。また、改正精神保健福祉法が施行され、ニューロングステイの予防及び社会的・長期的入院患者の退院に向けた役割を担う退院後生活環境相談員が創設された。退院後生活環境相談員は、精神保健福祉士等を選任し、医療保護入院患者の早期治療・早期退院を目指し、退院に向けた相談援助業務として多職種チームによるカンファレンスの開催や地域援助事業者と連携する。その業務の一つに、個別支援計画を共同作成するとともに、地域援助事業者と連携したクライシスプランを作成し、精神障害者本人の不安解消と当事者自ら問題解決できる能力を高めることが示されている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)。さらに、長期入院精神障害者に対する地域移行及び地域定着支援の具体的方策として、医療と福祉、行政等の関係者・関係機関が連携体制の構築と協働のために精神障害者本人とともにクライシスプランを作成することが有効であるとしている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2017)。これらのように、近年の精神障害者の地域移行支援及び地域定着支援を推進するために、医療と福祉等が協働できる具体的方策としてクライシスプランが提示されている。とりわけ、医療保護入院患者の早期治療・早期退院を目的に地域援助事業者との連携にクライシスプランが取り入れられており、国家レベルでその重要性を認識していることがうかがえる。

クライシスプランが精神障害者の地域移行支援及び地域定着支援を推進するための支援方法・支援計画として注目されるようになった背景には、2005(平成 13)年に施行された心神喪失等の状態で重大な他害行為を行なった者の医療及び観察等に関する法律(以下、医療観察法)が施行されたことによる(狩野 2017)。医療観察法は、心神喪失又は心神耗弱の状態で重大な他害行為(殺人、傷害、放火等)を行なった者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促

進することを目的とするものである。医療観察法は、重大な他害行為を行なった精神障害者に対する「再他害行為防止」と「社会復帰」を目的とした法律であり、国内の司法精神医療制度である。

医療観察法の対象者の退院後の医療、精神保健観察及び援助は、保護観察所の長によって作成が義務づけられている処遇実施計画書に地域ケア計画の内容が記載されている。この処遇実施計画書の中の一部に「緊急時対応計画」の記載部分があり、この内容が法制度上で運用されていく中で充実していき、別紙に「クライシスプラン」として作成されることが多くなっていったとされている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2018b)。この「クライシスプラン」が医療観察法以外の精神障害者の地域移行支援・地域定着支援に用いることが推し進められているのである。

近年、主流となっているクライシスプランは、病状及び状態悪化のレベルごとに①一般対応レベル、②緊急受診レベル、③入院必要レベルのように段階式で区分し、それぞれに段階において本人の「病状悪化時の注意サイン」、「本人や家族等の対応」、「関係機関の支援者等の対応」等を記載し、「関係機関の連絡先」も加えて作成される(平林 2012, 野村 2014)。このようなクライシスプランが、精神障害者が地域生活を送る上で本人の病状及び状態悪化時等の緊急時における対応の重要な指針になることが期待されており、海外では退院後ケア計画におけるクライシスプランは非常に重要視されており、またその作成方法自体が重視されている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2018b)。

国内の精神保健医療福祉の現場においてクライシスプランが注目されている一方で、支援上で用いていくことを推奨するにとどまり、その作成方法や手順、活用方法等は明確に示されていない。そのため、クライシスプランを用いる精神科病院、地域の支援事業所、精神障害者本人の状況、その機関の機能や支援者の専門性等によって内容に大きな差異が生じる可能性がある。例えば、精神科病院が中心となって作成される場合には、疾病に焦点化されやすく、生活上の変化や実際の地域生活に即した具体的な対応が計画されにくいことが想定されるため、医療と福祉が協働して作成することが必要とされている(厚生労働省 2015)。こうしたことから、精神障害者の地域生活支援のためにクライシスプランが作成され、活用されていくことが想定されているのであれば、地域援助機関と精神科病院が協働して実践するための方法が明示されることが求められる。

そして、クライシスプランは地域生活における病状悪化時等の緊急対応の重要な指針とされているが、危機状況ばかりに焦点化することで管理的な側面が強まってしまふことが懸念される。特にクライシスプランが医療観察法における病状急変時等の緊急時対応計画として作成されるようになった背景から、病状の悪化に伴う問題行動防止のために医療的管理下に置くための計画として運用される可能性が存在する。さらに、相模原市殺傷事件後に通知された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」において『退院後支援に関する計画』の作成が示され、この中に実質クライシスプランと捉えられる【病状が悪化した場合の対処方針】の作成が推奨された。このことを受け、相模原市殺傷事件のような精神障害者による事件の再発防止や社会保安の役割として、精神障害者の地域生活を医療、保健、福祉等の支援者が管理するためのものとなることが懸念される(狩野ら 2019)。また、クライシスプランという文言からも精神障害者の危機・緊急の状態となった時に支援者が危機対応するための計画として利用されることが想起されやすいと考えられる。そのため、医療と福祉の協働の上で精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてクライシスプランがどのように用いられていくことが適切なのか、その理念・視点が示されることが協働していく上でも必要になると考えられるが、これまでに明らかにされていない。

『改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテ

キスト』(厚生労働省 2015)において精神保健福祉士等が選任される退院後生活環境相談員の業務の一つとしてクライシスプランの検討が位置づけられている。このようにソーシャルワーカーである精神保健福祉士がクライシスプランの作成や活用に関与することが想定される中で、病状悪化等の危機対応のみに偏った「医学モデル」に基づく支援計画としての示され方に疑問が存在する。

近年の精神障害者の地域生活支援において中心となる理念として、エンパワメントがその支援過程として、または目標や目指す状態として示されている(Rapp CA. 1998=1998:42-43)。エンパワメントは、ソーシャルワーク専門職のグローバル定義の中にも掲げられており、精神障害者の地域生活支援に従事するソーシャルワーカーにおいて重要な理念とされており、エンパワメントを目指すアプローチは「生活モデル」を土台として形成されている(田中 2001:21)。こうしたことから、クライシスプランを精神障害者の地域生活支援において用いていく上では、病状悪化等の危機対応のための「医学モデル」だけでなく、「生活モデル」をも包含する「包括支援モデル」による実践が必要とされるのではないだろうか。

さらに、エンパワメントに焦点を当てた支援実践において、その過程を具体化する一連のアプローチのために、精神障害者本人と専門職が協力する状態として使用される視点にストレングスモデルが示されている(Rapp CA. 1998=1998:42-43)。このストレングスモデルに基づくアプローチは、今日のソーシャルワーク実践における一つの実践方法に位置づけられており(Saleebey D. 1996)、入退院を繰り返していた統合失調症の患者がストレングスを生かすことで意欲をもって在宅生活を送れるようになったという事例(白澤ら 2009)や、ストレングスモデルを用いた支援によって QOL(Quality of Life:生活の質)の向上や入退院率が低下したという報告(Stanard RP. 1999)等、その有用性も示されている。こうしたことから、精神障害者の地域生活支援における実支援では当事者のエンパワメントを理念に、「強み」を活かしたストレングスモデルに基づくアプローチが重要であると考えられる。また、精神障害者の地域生活支援において医療と福祉が協働していく上では、各機関に所属するソーシャルワーカー(精神保健福祉士や社会福祉士)による連携は重要であり、そのような連携によって展開される協働的な支援の根底にはソーシャルワークの理念であるエンパワメントの実現が位置づいている。その一方で、医療と福祉が協働してクライシスプランを用いていく上で、これらのような理念や視点を踏まえることが重要である等の指摘はみられていない。

現行制度上におけるクライシスプランに関する説明や指針は、危機時や緊急時の対応に焦点化され、医学的内容に偏った「医学モデル」の支援計画であると言える。このような視点に基づく支援計画では、精神障害者の地域生活を管理的で監視する側面を強めてしまい、精神障害を腫れ物に触れるような偏見を強めてしまうことが懸念される。さらに、クライシスプランを実践上で用いていくための医療と福祉が協働した作成や活用の方法も示されておらず、統一した実践モデルも提示されていない。このような状況から、精神障害者の地域生活支援において医療と福祉が協働したクライシス・プランを用いていく上での理念や視点、それらを踏まえたマイクロレベルでの実践方法と、それを普及していくためのマクロレベルでの取り組みを提示していくことが求められる。

第2節 本研究の目的と社会福祉学における理論課題としての意義

2.1 本研究の目的

これまでの内容を整理し、本研究の目的を述べるとともに、社会福祉学における理論課題としての位置づけを確認する。

我が国の精神障害者の歴史的な対象認識は、社会保安の対象とされ「隔離収容」による処遇がなされてきたものの、医療の対象とされ「入院及び地域での治療」による処遇の時期を経て、今日では障害者福祉の対象とされ「地域における生活支援」による処遇が図られるようになっている。法制度上でも、従来まで精神医療と精神障害者福祉に関する内容が精神保健福祉法において規定されていたが、現在は障害者総合支援法により身体障害、知的障害、精神障害の三障害一元化により障害福祉サービスが統合され、精神障害者に対する医療と福祉を切り離し、法制度が整備されている。その上で、精神障害者は自立生活及び社会参加を目指す権利がある存在であり、医療と福祉の統合的な生活支援が必要であると社会的に認識されていると言える。

近年の精神保健医療福祉制度の動向として、社会的入院状況にある患者の地域移行支援、新たな長期入院の防止を踏まえた地域生活の維持・継続に向けた地域定着支援が求められている。特に、今日の精神障害者の対象認識として福祉による支援を受け、地域における生活支援が図られている点を踏まえると、地域定着支援の重要性が増していくことが考えられ、現状では社会的入院患者の減少も含め、同時併行に医療と福祉が協働して推進していくことが実際の支援現場で実践されていくことが望まれている。

精神障害者の医療と福祉に関する法制度がそれぞれ整備された現在、その精神障害の特徴である疾病と障害が併存し、回復と悪化を繰り返す可能性がある側面に対する支援には、医療と福祉の連携を深め、その両者を統合した生活支援を充実させるための協働が一層重視されている。その一方で、医療と福祉に関する法制度がそれぞれ整備され充実していくことによって、その専門化や縦割り化が進みやすい現状になっている。

例えば、精神障害者の地域生活支援における医療施策として、地域精神医療として治療やリハビリテーション、退院促進の相談支援の充実が図られている。その反面、それが過剰となった場合には病院丸抱え・病院完結型の支援となり、精神障害者を地域生活の場において医学的に管理していくことにつながる。また、福祉施策では、計画相談支援や地域相談支援が個別給付化され、支援者を障害福祉サービスの調整に終始させ、精神障害者の地域生活において主体的に医療サービスを利用できるような権利擁護を志向して医療機関との連携や医療サービスの調整に対して消極的になり、当事者のたらい回しにつながることを懸念される。このようなことから、精神障害者の地域生活支援に従事する支援者においては、これまで以上に双方の連携と歩み寄りの姿勢が求められている。

このような医療と福祉の連携や歩み寄り、従前精神医学ソーシャルワーカーがその役割の中心を担ってきた。精神保健福祉士法が制定される以前の精神医学ソーシャルワークは、精神障害者の社会復帰を促進し、地域で生活を営めるように、人権への配慮や地域ケアといった視点から所属機関の専門性の範囲を超えて、医療と福祉をつなぎ、橋渡し役となり地域生活支援を展開してきた。今日でも医療分野と地域分野における精神保健福祉士の視点や求められている役割は示されている（日本精神保健福祉士協会 2014）。しかし、医療分野の精神保健福祉士は精神科病院における業務の一部が診療報酬化される等、医療の中に組み込まれ、医療機関内の業務に完結しやすい状況にある。また、地域分野の精神保健福祉士においても、これまで精神障害者社会復帰施設に精神保健福祉士の専従規定が存在していたものの、現行制度のもとでは専従規定はなくなり、その立ち位置や役割の曖昧さに直面している。さらに、業務内容も障害福祉サービスの調整・計画作成に追われ、報酬請求にはならない医療との連携は希薄化しやすい状況にあると考えられる。

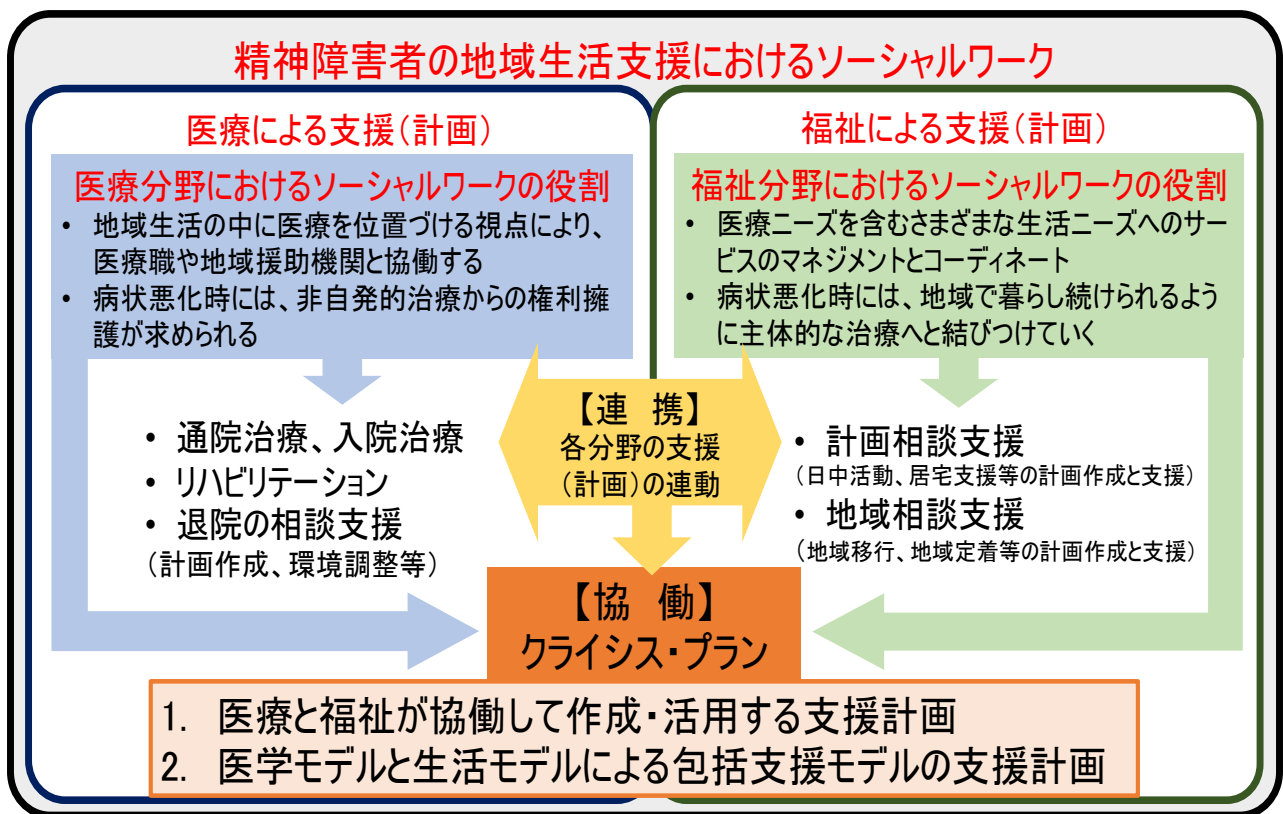
こうした状況から、今日の精神障害者の地域生活支援において、精神障害者は医療と福祉の対象であると社会的に認識されながらも、精神保健福祉士を取り巻く状況の変化から実際の支援現場では医療と福祉の分業状態が進みやすい現状となっている。しかし、制度上において精神障害者の社会的入院患者を減少させ、新たな社会的入院を防ぎ、退院後の地域生活を維持・継続し、自らの望む生活を営むことができるために、医療と福祉が協働した地域移行支援及び地域定着支援の推進という国家的ミッションが掲げられている。このような支援現場(実践レベル)と法施策(制度レベル)の相反する状況、そして医療と福祉の相互関係での乖離がある中で、これらを解消し、国家的ミッションを達成することを期待できる支援方法としてクライシスプランを用いていくことが推奨されている。このようなクライシスプランは、ガイドライン上で精神障害者の特徴に基づいて地域生活上で医療と福祉が協働していくことが望ましいとされており、支援者らのクライシスプランへの関心が高まっていることが推定される。

しかし、現状ではクライシスプランの作成方法や活用方法は明確に示されていない。精神障害者の地域生活支援においてクライシスプランが用いられていく上で、クライシスプランが病状悪化時の危機状況ばかりに焦点化する「医学モデル」の支援計画であることで精神障害者の生活を管理するために用いられていくことが懸念される。そのために、精神障害の特徴に応じた「包括支援モデル」による支援計画であることが必要であると考えられる。ただし現状のような示され方では、精神障害者の地域移行及び地域定着を推進していくことは疎か、精神障害者の支援者による管理が行われ、歴史的に見る人権侵害を繰り返す状況になりかねない。

本研究の目的は、精神障害者の地域生活支援における支援計画として医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証することである。その際、クライシス・プランを精神障害の疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態としての特徴に応じた個別的で統合的な生活支援のための包括支援モデルによる支援計画として操作的に定義する。そして、このようなクライシス・プランは、医療と福祉の協働によって作成され、活用されていくことが求められる支援計画である。このようなクライシス・プランについて、従来から今日まで精神障害者の地域生活支援のために医療と福祉が連携していくために中心となることが期待される精神保健福祉士等のソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態から明らかにする。そして、今日の精神保健医療福祉制度での支援に用いていくための実践モデルを提示する。

そして、本研究結果及び考察を踏まえ、今後の精神障害者の地域生活支援における支援計画として、支援者及び支援現場にクライシス・プランが作成され、活用されていくための実践レベル・制度レベルにおける取り組みについて提言する。本研究により、今日の精神障害者の地域生活支援において医療と福祉の分業が懸念される中で、クライシス・プランという共通した手段・方法を用いることで精神障害者の地域生活支援のために医療と福祉の協働が実現でき、精神障害者の権利擁護のための支援活動やエンパワメントの促進が期待できる。

なお、上述した本研究の問題意識を踏まえ、今日の精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワークとしての医療による支援と福祉による支援、これらの分野の連携による協働した支援計画としてのクライシス・プランの仮説的な位置づけを図：序-1として示した。



* 包括支援モデルは、ストレングス視点を含むものである

図：序-1 精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワークのクライシス・プランの位置づけ

2.2 社会福祉学における理論課題としての本研究の位置づけ

本研究の目的は、社会福祉学上のマイクロ・ソーシャルワーク実践とソーシャルワーク専門職養成における理論課題として位置づけることができ、以下の3つの意義が存在する。

1つ目に精神障害者の地域生活支援のために医療と福祉が協働して作成し、活用する支援計画の実践方法を提示することである。これまでの医療と福祉が連携するソーシャルワーク実践では、福祉分野における支援計画は福祉サービスを利用するために、医療分野における支援計画は医療サービスを利用するためにといった、各分野での実践活動または各制度上でのサービスを利用するための支援計画とされてきた。そのために、医療と福祉が連携した支援実践といった際には、それぞれの支援計画を単独で立案し、それらを連動させて対応することが多かったように考えられる。しかし、クライシス・プランは医療と福祉が協働して作成し、活用することとされている。そのため、この実践方法を明らかにできることで、多分野・多機関が協働した支援計画の作成方法・活用方法をマイクロ・ソーシャルワーク実践の方法論として示すことができる。

2つ目に、精神障害の疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態である特徴を踏まえた医学モデルと生活モデルのストレングス視点を含むメタモデルとしての「包括支援モデル」の支援計画を提示できることである。ソーシャルワークの歴史において、医学モデルに偏った実践における社会的な批判から、その社会環境に目を向け、個人と環境の交互作用に焦点化する視点が確立された。そして、この視点の基盤とされる生活モデルはソーシャルワーカーの専門職性でもあると言える。しかし、精神障害のような特徴を有し、地域生活を送っていくためには医療と福祉のサービスを併用することの求めを要する利用者においては、その病気と生活の状況を包括

的に捉えるとともに、その状態像を連続的に捉えることが求められ、生活モデルのみではその地域生活を支えていくための医療的支援を提供することは困難である。そのため、その状態像に応じた医療と福祉サービスによる支援が実施できるように、包括的支援モデルによる支援計画を作成し、その活用による支援が重要であると考えられる。このような実践方法を実証できることで、新たな視点に基づくマイクロ・ソーシャルワーク実践の理論化が期待される。

3つ目に、将来の判断能力が低下する可能性がある利用者の自己決定を尊重した治療や支援が提供できる権利擁護を目的とした支援計画について、ソーシャルワークの専門職養成の中に位置づけていくことである。これまでの社会福祉学において権利擁護(アドボカシー)機能は多くの研究者によってソーシャルワークの一機能に位置づけられてきている(Germain 1984; 岩間 1996; 秋山 1999)。その上で、鈴木(2017)は医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構造を明らかにし、包括的な援助活動を行う必要があることを指摘している。しかしながら、当事者の状態や状況に応じて必要となるアドボカシー機能は異なると推察されるが、その場面やプロセスは示されていない。また、これに加えて終末期医療において患者が意識を失い自己決定できなくなった時等に備えた Living Will や事前指示といった仕組み(谷田 2018)への関与はソーシャルワークにおけるアドボカシー機能を発揮するための関連技術でもありと考えられるが、現在のところ専門職養成における関連援助技術として広がりを見せられていない。したがって、従来からソーシャルワークにおいて利用者の権利擁護のための支援活動や機能が重視されてきているものの、その方法は明確に示されておらず、その具体的方法論まで踏み込んだ研究が求められている。こうした観点から、本研究は将来の自らの判断能力が低下する可能性がある精神障害者に対する権利擁護のための支援を目的とした支援計画としてのクライシス・プランの作成や活用について、ソーシャルワーカーによる実践の実態から理論化を行い、専門職養成のための教育内容における関連技術へと位置づけていけることが期待される。

第3節 本研究の構成

本研究は、序章から第4章で構成される。その構成について図:序-2に示した。そして、本研究における各章の概要は以下のとおりである。

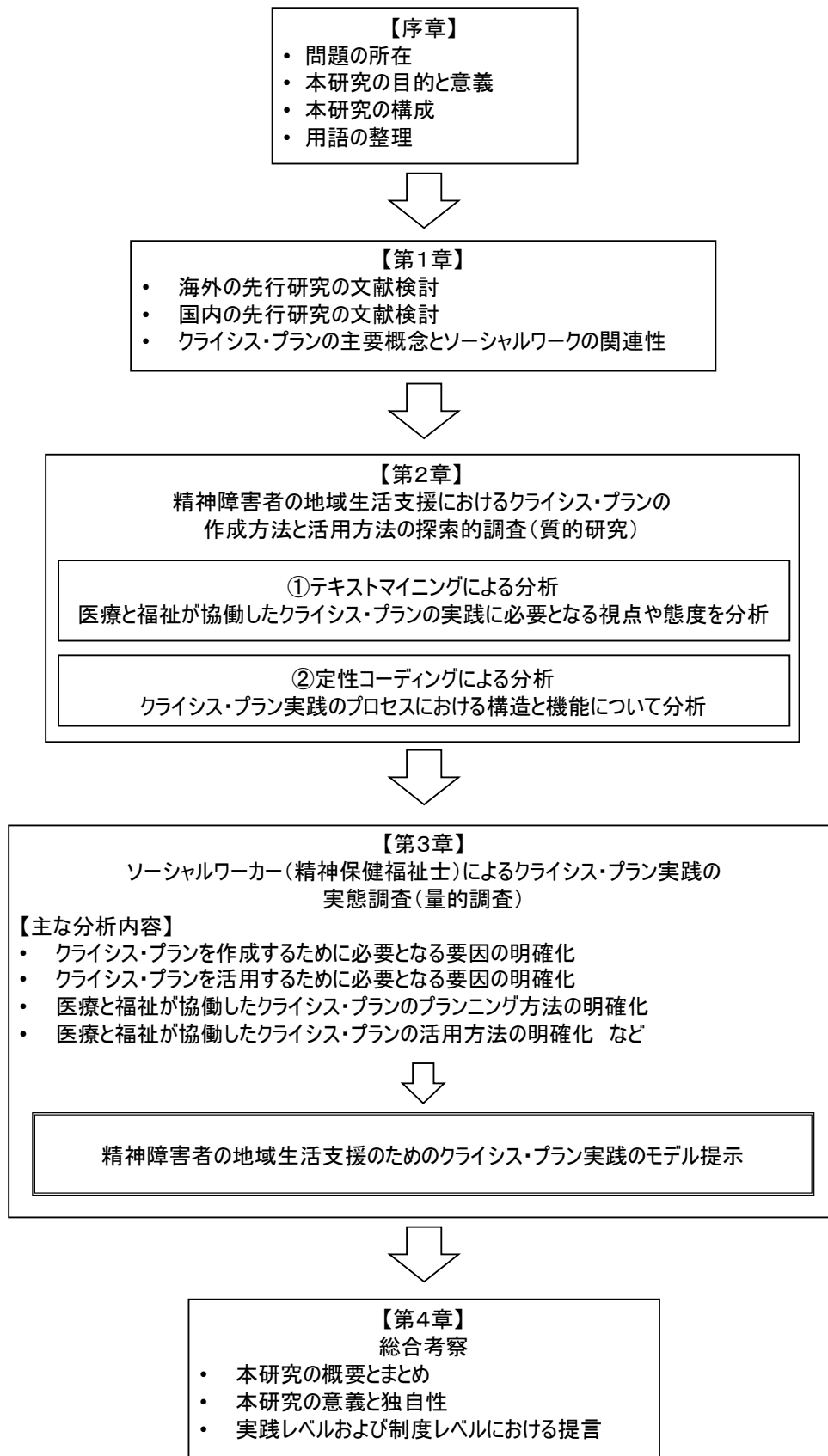
序章は、上述したように本研究の問題の所在として、精神障害者に関連する歴史的な法制度の変遷を概観し、社会保安の対象とされ「隔離収容」による処遇がなされてきたものの、「入院及び地域での治療」による処遇の時期を経て、今日では「地域における生活支援」による処遇が図られるようになっている。近年の精神保健医療福祉制度の動向として、社会的入院の解消のための地域移行支援、新たな長期入院の防止のための地域定着支援が求められている。そのために、精神障害の特徴でもある疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す可能性がある慢性的な状態に支援対応できるように、医療と福祉が協働した支援実践が望まれている。このような医療機関や地域援助機関の連携による協働した地域生活支援の提供においては、従前精神科ソーシャルワーカーがその役割を担ってきたものの、現在の精神保健福祉士を取り巻く状況の変化から実際の支援現場では医療と福祉の分業状態が進みやすくなっている。そのために、精神障害者の地域移行・地域定着のために医療と福祉が協働した地域生活の支援に向けて、クライシスプランの作成や活用が推奨されていることを確認し、それを支援実践に用いていく上での課題を整理にする。そして、本研究の目的を示すとともに、社会福祉学における理論課題としての位置づけを明確にし、本研究の意義について述べる。

第1章は、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践方法に関する研究を進めるにあたり、国内のクライシスプランの作成や活用に関して調査した研究は皆無である。そこで、クライシス・プランに関連する海外の先行研究としてアメリカの **Psychiatric Advance Directive: PAD** とイギリスの **Joint Crisis Plan: JCP** について取り上げる。そして、これらの文献検討による理論研究からクライシス・プランの作成方法と活用方法について示唆を得るとともに、本研究の方向性について整理する。加えて、文献検討を通じて確認することができた中核的な結論及びその文脈から、主要な概念を抽出し、ソーシャルワークとの関連を検討することからソーシャルワーカーがクライシス・プランを用いて支援を展開することの意義、そしてソーシャルワーカーを対象としてクライシス・プランの実践方法を検証することの妥当性について述べる。

第2章は、第1章における理論研究から得られた示唆をもとに、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員を調査対象とし、クライシス・プランの実践経験及び認識状況について半構造化面接によるインタビュー調査を実施する。そして、この調査によって得られた定性データについて、①医療と福祉が協働したクライシス・プラン実践に必要な視点や態度の傾向を捉えるためにテキストマイニングにより分析する。さらに、②クライシス・プランの実践プロセスとその構造、機能のモデル化を探索的に検証するために、定性コーディングにより分析する。そして、これらの分析結果から精神障害者の地域生活支援において医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法について考察する。

第3章は、第1章における理論研究及び第2章のクライシス・プランの作成方法と活用方法の探索的な質的研究結果をもとに、量的研究を実施し、得られた定量データを単純集計及び多変量解析等の方法を用いて分析することから実証的に検証する。これらによる結果に基づき、クライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにし、医療と福祉の協働方法について考察することからその実践モデルを提示する。

第4章は、総合考察として本研究によって得られた研究結果及び考察を踏まえ、精神障害者の地域生活支援のための包括支援モデルによる支援計画として、医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成と活用に向けて、実践レベル及び制度レベルにおける提言について述べる。



図：序-2 本研究の構成と各章の概要

第4節 用語の整理

4.1 精神障害者、利用者、当事者、患者、対象者

精神障害とは「認知し、判断し、行動するという精神活動(高次脳機能)が脳の障害や疲労のために損なわれている状態の総称」(精神保健福祉用語辞典 2004:316)であり、医学的には世界保健機構(World Health Organization:WHO)の国際疾病分類(ICD-10)における「精神及び行動の障害」の規定が代表的なものである。また、制度的には精神保健福祉法第5条で「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と規定されている。また、障害者基本法第2条では「身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む。)その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう」と生活上の制限の側面から規定されており(精神保健福祉用語辞典 2004:317)、特に断りがない限りはこれらに規定されている総称する意味合いで精神障害者を用いる。

本研究においては、各節の文脈に応じて精神障害者、利用者、当事者、患者、対象者といった表記を適当に選択的に用いる。例えば、精神科病院における医療サービスを利用する者を意味する際には患者を用い、専門職と対置した表記を必要とする際には当事者を用いる等である。下記に、各用語の意味合いについて整理する。

利用者は、医療サービスや福祉サービス等を利用する精神障害者及びその家族を含む概念である。また、当事者も福祉サービス等を利用する者を意味するが、当事者と表記する場合には精神障害者本人が問題解決の中心に位置しているという認識に基づいて用いる(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。

患者は、医療機関を利用する、医療サービスを利用する精神障害者という意味に限る場合に患者という表記を使用する。対象者は、医療観察法処遇においては、その法の対象となっている精神障害者を対象者として呼称しているため、医療観察法に関する文脈においては対象者を用いる。

4.2 精神保健福祉士、精神医学ソーシャルワーカー

精神保健福祉士は精神保健医療福祉領域におけるソーシャルワーカーの国家資格の呼称であり、その定義は精神保健福祉士法に基づくものとして位置づける。精神保健福祉士とは、精神保健福祉士の呼称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律)第五条第十六項に規定する地域相談支援をいう。)の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者をいう。

精神医学ソーシャルワーカーは、精神保健福祉士が国家資格化される以前の精神保健医療福祉領域においてソーシャルワーク実践を展開していた専門職を意味する表記として用いる。

4.3 社会的入院、長期入院

社会的入院とは、医療上は積極的な入院治療は必要ないが、退院のための制度利用や家族の理解等の受け入れ条件が整わず、入院を続けざるを得ない状態を意味する。そして、社会的入院にある患者が退院の目途が立たず長期的に入院している状態を長期入院とする。

4.4 退院促進、地域移行支援、地域定着支援、地域生活支援

退院促進とは、入院患者が退院後に自分の意向に沿った安心した生活を地域で送ることができるようになる(地域移行)ために、入院中から退院後の地域における生活を想定し、支援を行うことである。退院促進は、2003(平成 15)年に精神科病院の長期入院患者に対する精神障害者退院促進支援事業が国の事業として行われるようになり、精神科病院を退院し、地域で生活を送れるようになることを表現するために用いられるようになった。その後、長期入院患者の退院を促す支援について、退院そのものが目標とする医療のみによる介入ではなく、地域における福祉支援を志向するようになり、地域移行という言葉が政策上用いられるようになっていった(古屋 2015:30)。

本研究においては、精神科病院へ入院している精神障害者の入院中からの退院に向けて地域で生活できるようになる支援を地域移行支援、そして退院後に地域で継続的に生活できる(定着)支援を地域定着支援、これらの一連の取り組みを地域生活支援と総称する意味合いで用いる。

4.5 連携、協働

協働は一般的には **collaboration** の訳とされ、異なる主体がなんらかの目標を共有し、ともに力を合わせ活動することを指すとされる(岩崎 2016)。また、ヘルスケア領域において協働することは、単一の学問領域あるいは個人では達成できない困難な課題を、複数の学問領域及び複数の個人による協力によって課題達成が可能になる(Germain, BC. 1984:198-199)とされている。このことから、協働とは同じ目標をもつ複数の人及び機関が協力し、目標達成に向けて活動することであると考えられる。

協働が **collaboration** と訳されることに対して、連携は **cooperation** と訳し分けられ、構成員相互の関係性の密度によれば、連携の次の段階として協働が位置づけられる(野中 2007:15)。そして、連携について山中(2003)は「援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者が単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス」であると定義している。このことより、連携は協働を実現するためのプロセスであり、協働のためには連携が必須となる。そこで、本研究では協働を構成し、実現するための方法及びプロセスを意味する際に連携と表記し、協働と表記する際には複数の人及び機関が協力して、社会生活上の問題の解決、目標の達成に向けて活動する意味合いで用いる。

4.6 クライシスプラン、クライシス・プラン

今日の精神障害者の地域生活支援においてクライシスプランが注目されている中で、明確な定義はされておらず、さまざまな形式のクライシスプランが存在している。また、その表記方法や呼称も定まっていないのが現状である。そのような中で、本研究は国内の精神保健医療福祉制度(医療観察法を除く)における精神障害者の地域生活支援において用いていくためのクライシス・プランの作成方法や活用方法を明らかにすることを目的としている。そのため、本研究で用いるクライシス・プランと他の研究や制度で用いられるクライシスプランについて表記を使い分けることで、それらの差別化を文面上で図ることができ、本研究におけるクライシス・プランの独自性を各章においてより明確にできると考えられる。そこで、本研究では以下のように使い分ける。

「クライシス・プラン」として“なかぼつ”を加えた表記の際には、本研究で明らかにする国内の精神保健医療福祉制度(医療観察法を除く)における精神障害者の地域生活支援のために用いるクライシス・プランを意味する。

「クライシスプラン」として表記する際には、国内外の先行研究におけるクライシスプランの表記や国内で用いられているクライシスプランを意味する場合に用いる。そのため、クライシスプランと表す場合には、本研究で取り組むクライシス・プランを含まないものとする。

文末脚注

- 1) Y 問題とは、柳生茂生(Y)の両親から相談を受けた大師保健所精神衛生相談員の今井功が「親の本人の捉え方に問題あり」「本人の性格、行動、思考内容から分裂病の始まりのように思われる」と判断し、本人不在のまま強制入院が行われ事件について、1973年の第9回日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会全国大会の中で、Y 本人から同じ被害者を出さぬよう、精神医学ソーシャルワーカーの実践を厳しく見つめ直してほしいと告発したことに始める一連の問題のことである。この Y 問題については、精神科ソーシャルワーカー存立の根本に関わる問題として深刻に受け止められ、これによって提起された課題を踏まえ Y 問題を教訓化し、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進めることが基本方針とされた(佐藤 2001)。
- 2) やどかりの里は、私立精神科病院に勤務していた谷中輝雄が入院を余儀なくされている患者の社会復帰活動からの取り組みとしてナイトホスピタル・デイケア、患者クラブ、社会復帰のためのミーティング等を行っていたが、医療機関・医療制度等の制約から存続が難しくなり、その場を地域に求めたものである。やどかりの里では、ホステル部門では家庭的な雰囲気をもった共同生活、デイケア部門では小集団における人間関係の再学習の場、保護工場では作業訓練を中心として、施設化を廃し、日常の社会生活そのままを体験できるようにした。これに加えて、医療との提携による福祉的援助活動が展開することを目的に設立された(谷中 1974)。
- 3) あさかの里は、入院退院を繰り返していた患者の「生きられる場」を見つけて欲しいという要請から、ソーシャルワーカーが担当した患者ミーティングをきっかけに、病院内作業、共同住居等の試みが実施された。このような病院の中で芽生えた「あさかの里」は、病院の外に場を移し、病院との関連を見直しながら、地域から病院とつながる方法を見つけだそうとした。地域の中で「あさかの里」が発足した後、自分で生きられる生活共同体を求めて、活動を拡大していき、住居や作業所、営業活動を展開している(菅野ら 1978)。
- 4) 浅香山病院は、1922年に開設され、1953年から精神科デイケアの試みが日本で最初に開始された(加納 1990)病院である。精神医学ソーシャルワーカーは 1955年に導入され、病院敷地内の中間施設を設置し、地域のアパートへ退院をすすめる取り組み等が実施された。1978年からは、病院の精神医学ソーシャルワーカーが中心となってサロン活動が開始され、アパート退院者の働く場、時間を過ごす場、食事を利用できる場となり、精神障害者自分の力を発揮できるエンパワメントの場であったとされている。また、このサロン活動には日本で最初の精神保健ボランティアグループ「あさか」が参加し、このようなボランティア活動の経験をもとに、その後地域の民生委員・児童委員となり、地域で精神障害者を支える役割を担っていたとされている。(藤井ら 2008)。

序章 引用文献

- 秋山智久(1999)「権利擁護とソーシャルワーカーの果たす役割—アドボカシーを中心に」『社会福祉研究』75, 23-33.
- 浅野弘毅(2010)「『社会的入院』患者の退院促進と権利擁護」『社会福祉研究』109, 56-65.
- 荒田寛(2002)「第2章精神医学ソーシャルワーク概論」柏木昭編『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社, 20-32.
- 藤井達也(2004)『精神障害者生活支援研究—生活支援モデルにおける関係性の意義』学文社.
- 藤井達也, 栄セツコ(2008)「精神障害者の地域生活支援:大阪府堺市にある地域生活支援センターと取り組んだ地域連携プロジェクト」『桃山学院大学研究所紀要』34(1), 89-107.
- 福山和女(2009)「ソーシャルワークにおける協働とその技法」『ソーシャルワーク研究』,34(4),278-290.
- 古屋龍太(2015)『精神科病院脱施設化論—長期入院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題』,批評社.
- Germain,BC. (1984)「Social Work Practice in Health Care: AN ECOLOGICAL PERSPECTIVE」『Free Press』.
- 平林直次(2012)「疾患セルフマネジメント—疾患教育とクライシスプラン」『日本社会精神医学会雑誌』21(4), 518-522.
- 伊藤順一郎(2012)『精神科病院を出て、町へ—ACT が作る地域精神医療』岩波書店.
- 岩間伸之(1996)「ソーシャルワークにおける媒介実践論研究—「媒介・過程モデル」の素描」『社会福祉学』37(2), 66-83.
- 岩崎香(2016)「統合失調症患者の社会生活支援—医療との協働を目指して」『日本医事新報』4822, 31-36.
- 菅野圭樹, 金森健, 半田芳吉, 石塚忠晴(1978)「『あさかの里』の実践報告—治療的生活共同体を求めて—」『病院精神医学』51, 21-23.
- 加納光子(1990)「精神保健領域における小規模共同作業所と保健所精神保健相談員の役割」『大阪精神保健』35, 49-57.
- 狩野俊介(2017)「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有用性と活用に向けた今日的課題」『精神保健福祉』48(2), 130-138.
- 狩野俊介, 三浦剛(2019)「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.
- 木原活信(1993)「ソーシャルワークにおける「媒介」の意味とその起源」『社会福祉研究』58, 79-84.
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2014)『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』(「精神保健福祉士業務指針」作成委員会(現「精神保健福祉士業務指針」委員会))
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2016)『精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン』
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2017)『医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる長期入院精神障害者の地域移行推進ガイドライン』(平成 29 年3月).
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2018a)『精神医療に関連した改定項目に係る医科点

- 数表(告示、通知)、施設基準等(告示、通知)』(2018(平成30)年度診療報酬改定).
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2018b)『報告書 医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究』厚生労働省平成29年障害者総合福祉推進事業(平成30年3月).
- 厚生労働省(2014)『長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性』(平成26年7月).
- 厚生労働省(2015)『改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテキスト』改正精神保健福祉法に関する業務従事者研修(平成26年3月).
- 厚生労働省(2017)『これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会』(平成29年2月).
- 厚生労働省社会保障審議会(2018)『精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築』(平成30年6月27日).
- 厚生労働省(2019)『精神保健福祉士に求められる役割について』第2回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会(平成31年2月25日).
- 厚生省精神保健福祉法規研究会(1998)『精神保健福祉法詳解』, 中央法規.
- 窪田暁子(1997)「社会福祉方法・技術論を学ぶ人のために」植田章・岡村正幸・結城俊哉編『社会福祉方法言論』法律文化社, 1-23.
- 久良木幹雄(1998)「精神保健福祉法の撤廃と精神障害者復権への道」『病院地域精神医学』41(3), 309-317.
- 呉秀三・檉田五郎(1918)「精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察」『東京医学会雑誌』(＝再録 1982, 岡田靖雄編『呉秀三著作集 第二巻／精神病学篇』思文閣出版).
- 眞野元四郎(2017)「第2章精神障害者のおかれた社会的状況の変化」石神文子・遠塚谷富美子・眞野元四郎編著『精神障害者福祉の実践 一当事者主体の視点から』ミネルヴァ書房, 21-44.
- 三品桂子(2007)「第4章ケアマネジメント」石神文子, 遠塚谷富美子, 眞野元四郎編著『精神障害者福祉の実践 -当事者主体の視点から』ミネルヴァ書房, 70-103.
- 宮宇地雄介, 長崎和則(2018)「精神障害をもつ人々の多様なニーズに対する支援に関する先行研究の検討 一支援の柔軟性への着目と考察に向けて一」『川崎医療福祉大学』27(2), 239-246.
- 森山公夫, 卜部圭司, 岡利幸(1992)「今後の精神医療のあり方に関する研究」平成2・3年度厚生科学研究報告書『精神科入院医療及び処遇のあり方に関する研究(主任研究者:道下忠蔵)』, 病院精神医療研究会, 67-91.
- 向谷地生良(2005)「共生のまちづくり - 北海道浦河町にみる精神障害者と共に取り組む地域づくり」島津淳・鈴木眞理子編『地域福祉計画の理論と実際 一先進地域に学ぶ住民参加とパートナーシップ』, ミネルヴァ書房, 191-211.
- 長野県精神障害者地域移行支援研究会(2009)『精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する研究』平成20年度厚生労働省自立支援調査研究プロジェクト報告書.
- 日本医師会精神保健委員会(2016)『長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方』(平成28年5月).
- 西尾雅明(2004)『ACT 入門, 精神障害者のための包括型地域支援プログラム』金剛出版.
- 西園昌久(2000)「精神障害リハビリテーションにおける包括的視点」蜂矢英彦ら監修『精神障害

- 者リハビリテーション学』金剛出版, 64-69.
- 野口裕二(2006)「べてるの家の福祉社会学」『福祉社会学研究』3, 128-131.
- 野村照幸(2014)「一般精神医療への医療観察法に基づく医療の応用 —クライシスプランによる疾病自己管理と医療の自己決定」『臨床精神医学』43(9), 1275-1284.
- 野中猛(2007)『図説ケアチーム』中央法規出版.
- 岡村重夫(1983)『社会福祉原論』全国社会福祉協議会.
- Rapp, CA.(1998)「The Strengths Model -Case Management with People from severe and Persistent Mental Illness-」, Oxford University Press, Inc.(=1998 江畑敬介監訳『精神障害者のためのケースマネジメント』金剛出版.)
- 栄セツコ(2010)『『連携』の関連要因に関する一考察 —精神障害者退院促進支援事業をもとに—』『桃山学院大学総合研究所紀要』35(3), 53-74.
- Saleebey, D.(1998)「The Strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions.」『Social Work』,41(3), 296-305.
- 佐藤三四郎(2001)「精神保健福祉士の理念と意義 —精神保健福祉士の専門性と倫理」『精神保健福祉士養成セミナー/第4巻精神保健福祉論』, へるす出版:152-168.
- 白澤政和(2009)「事例検討 19 入退院を繰り返す統合失調症の人の思いを実現し、生活の張りを取り戻す」白澤政和編著『ストレングスマodelのケアマネジメント —いかに本人の意欲・能力・抱負を高めていくか』ミネルヴァ書房, 183-190.
- Stanard, RP.(1999)「The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center.」『Community Mental Health Journal』,35(2), 169-179.
- 助川征雄(2002)「第6章地域生活支援」柏木昭編『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社, 103-134.
- 鈴木裕介(2017)「医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構造」『社会福祉学』58(1), 26-40.
- 高橋一(2002)「第4章精神科病院におけるソーシャルワーカー」柏木昭編『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社, 71-87.
- 田中英樹(2001)『精神障害者の地域生活支援 —統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』中央法規.
- 田中英樹(2018)『精神障害者支援の思想と戦略』金剛出版.
- 谷田憲俊(2018)「将来を想定した意思表示(事前指示)とアドバンス・ケア・プランニングの生命倫理」『Hospital and Home Care』26(1), 2-10.
- 寺谷隆子(2010)「精神障害者の「自立生活」を考える —相互支援を中核とした地域生活支援—」『社会福祉研究』109, 38-46.
- 浦河べてるの家(2005)『べてるの家の「当事者研究」』医学書院.
- 宇佐美しおり(2008)「重症な精神障害者への退院支援」, インターナショナルナーシングレビュー, 24-29.
- 山中京子(2003)「医療・保健・福祉領域における『連携』概念の検討と再構成」『社会問題研究』53(1), 1-22.
- 谷中輝雄(1974)「病院より地域へ、医療より福祉へ —患者との共同生活活動からみた病院医療

一」『病院精神医学会』37, 27-38.

柳瀬敏夫(2012)「精神障害者の地域移行・地域定着支援事業 個別給付化」精神保健福祉白書編集委員会編『精神保健福祉白書 2013 年版障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方』中央法規, 67.

第1章 精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランに関連する国内外の文献検討

本研究の目的は、精神障害者の地域生活支援のための包括支援モデルによる支援計画として、医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにすることである。しかしながら、国内の精神保健医療福祉制度においてクライシスプランを用いていくための支援は緒についたばかりで、国内のクライシスプランに関する実践研究は限られており、その作成や活用に関する調査研究は皆無である。そのために、本研究を進めていく上で、海外のクライシス・プランに関連する先行研究にも目を向け、その先駆的な実践及び研究から、本研究を進めていく上での示唆を得ていくことが不可欠である。

そこで本章は、精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを用いていくための作成方法と活用方法、ならびに今後の研究の方向性について示唆を得ることを目的に、クライシス・プランに関連する国内外の先行研究について文献検討を実施する。これに加えて、医療と福祉が協働したクライシスプランの作成と活用が提示される中で、医療機関や地域援助機関のソーシャルワーカー（精神保健福祉士や社会福祉士）がその作成と活用に関与することが想定される。そこで、海外の先行研究の文献検討の中で確認できた中核的な結論またはその文脈から、主要な概念を抽出する。そして、この概念とソーシャルワークとの関連性を検討する。このことから、ソーシャルワーカーがクライシス・プランを用いた支援実践に関与することの意義、そしてソーシャルワーカーを対象として調査研究を進めていくことの妥当性について確認する。

第1節 海外におけるクライシス・プランに関連する研究及び実践の概況

本節では、国内外の先行研究を収集するための文献検索の手がかりとするために、事前にクライシス・プランに関連する国外の研究や実践の状況を概観する。

海外において、クライシスプランは非常に重要視されているケア計画である（公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2018a）。この理由として、精神障害の特徴においてその病状や障害の程度によって自己決定するための判断能力が損なわれ、非自発的な入院や強制的な治療サービスが提供されることが余儀なくされることから、可能な限り精神障害者本人の自己決定権を最大限尊重しようとする権利擁護の観点が重視されているためである（藤井 2011）。欧米では、このような取り組みとして精神障害者が病状悪化する等によって判断能力が低下した場合の治療や支援について事前に話し合い、計画しておく「Advance Statement」（事前宣言）と呼ばれる取り組みが始まったとされている（Henderson C, et al. 2008）。

アメリカでは、1990年に制定された「患者の意思決定法」（The Patient Self-Determination Act）によって、医療に対する希望が法的に取り入れられるようになった。この法律では、Advance Directive: 事前指示を制定する権利や治療の同意、または拒否の権利について患者に書面で説明すること等を医療機関に義務づけている。事前指示とは「ある患者、あるいは健常者が将来、自らが判断能力を失った際に事前に行われる医療行為への意向を前もって意思表示すること」（赤林他 1997）と定義される。この法律は、判断能力を欠いた患者に対する生命維持のための治療拒否の代理決定について争われたナンシー・クルーザン事例を背景としており、この事例によって書面にした内容指示を使用することと、代理意思決定者に権限を与える代理人指示につながったとされている（Van Dorn RA, et al. 2010）。なお、Henderson C, et al. (2008)によれば、Advance Statement: 事前宣言の一つに、Advance Directive: 事前指示を位置づけている。

このようなアメリカにおける事前指示は、精神医療においても当事者が望まない非自発的な治療や支援がなされていることを問題視し、Living Will（リビング・ウィル）のように精神障害者本人が

正しく判断できる間に将来の理性的な判断ができなくなった場合の治療してほしい方法を計画する“Psychiatric Will”を提唱したことが始まりである(Szasz TS. 1982)。このことにより、現在では精神医療を利用する当事者自身が自らの意思に基づき、判断能力を失うような危機においても自分自身が受ける治療に対して同意し、または拒否する意向を表明することを認め、自律性を高めるために Psychiatric Advance Directive: PAD が設けられている(Nicaise P, et al. 2013)。近年では、国内の精神保健医療福祉現場においても患者の権利擁護の観点から PAD の作成や臨床場面での活用が可能となることが望ましいとされ、精神科事前指示として取り入れる試みが始められている(渡邊ら 2017)。

また、精神医療における Advance Statement: 事前宣言には PAD と異なる形式のものとして、イギリスの Joint Crisis Plan: JCP が位置づけられている(藤井 2011, Khazaal Y, et al. 2014, 伊藤 2018)。Sutherby ら(1999)は、JCP を「危機的状況と危機的状況で取るべき対処や受けたい治療について専門職とともに検討し、相互に同意した考えを記録したもの」と定義している。JCP が活用されはじめた背景には、1989 年に精神医療サービスを利用する当事者の権利擁護団体である「Survivors Speak Out」が、当事者の権利擁護ツールとして “Crisis Card” を導入したことに始まる(Sutherby K, et al. 1998)。“Crisis Card”は、治療者や支援者との合意とは無関係に、予期しない危機状態のために自らの治療等の意向に関する希望や願いを事前書き出すものであった。そして 1990 年以降、さまざまな当事者団体や非営利団体、地域精神保健サービスによって応用され始め、現在受けている治療計画や危機前に提供されたいサービス等について当事者だけでなく治療者や支援者とも協働して作成されるようになり、“Crisis Plan”として用いられるようになった。さらに、この計画を作成する際、精神障害者と支援者とのミーティングによって協議され、その計画の最終的な選択・決定権が当事者に与えられた上で、当事者と治療者や支援者との間で合意が得られたものを“Joint Crisis Plan”として位置づけられた。このような当事者と治療者、支援者がともに話し合い、可能な限り合意がなされるように作成していく方法は、JCP と国内のクライシスプランの共通する点であるとされている(平林 2011, 狩野 2017)。

以上のことから、海外の Advance Statement: 事前宣言としての PAD や JCP は、精神障害の特徴としてその病状や障害の程度によって自己決定するための判断能力が損なわれ、非自発的な入院や強制的な治療が提供されることが余儀なくされるために、可能な限り精神障害者の自己決定権を尊重しようとする権利擁護の観点から用いられ始めた。このような海外の研究や実践の動向の影響を受け、今日の国内における精神保健医療福祉の現場に影響を与え、参考しながら、精神科事前指示やクライシスプランとして導入され始めたと考えられる。このような概況から、本章ではクライシス・プランに関連する文献検討として、国外では PAD と JCP、国内では精神科事前指示とクライシスプランの先行研究に焦点を当てる。

第2節 国内外におけるクライシス・プランに関連した先行研究の収集方法

2.1 海外における先行研究の検索手順

PubMed のデータベースを用いて文献を検索した(最終アクセス 2019 年 4 月 25 日)。検索手順として「Joint Crisis Plan」及び「Advance Directive」 AND 「Psychiatric」をそれぞれキーワードに、Article types を Randomized Controlled Trial(無作為比較対照試験) RCT に、言語を英語のものを対象にして抽出した。その上で、重複したもの、精神疾患・精神障害以外を対象としたものを除外した。RCT に限定した理由として、RCT は Evidence Based Medicine(EBM)に向けた良質な研究成果を得られるための研究方法の一つであるとされている(西山 2017)。このこ

とから、PADとJCPのRCTによる先行研究をレビューすることで、国外で先行されているPADとJCPにおける研究動向、その成果や課題について確認することができ、本章の目的を達成できると考えられたためである。

この検索手順で該当した文献の中には、PADやJCPのRCT研究におけるシステマティックレビューを実施した先行研究等、複数のレビュー論文が含まれていた。その上で、これらのレビュー論文についても検討できることで、PADやJCPの研究動向、成果や課題を補足できる点で有用であると考えられた。そこで、①抽出された文献中に複数引用されているもの、もしくは②RCT研究についてレビューしているものを基準として判断し、選定作業を行なった。

検索手順に沿って収集できたPADとJCPの文献は、研究目的、調査対象、研究の結論と課題を要約し、中核的な成果として抽出するとともに、この中核的な成果またはその文脈から得られた主要な概念について、PADに関する先行研究を表1-1、JCPに関する先行研究を表1-2に整理した。

表1-1 PADに関する先行研究

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
1	Papageorgiou A et al. (2002) イギリス	Advance Statement: 事前宣言を用いることで、強制入院の割合を減らすことができるか調査した。	強制入院中の精神障害者(精神病性障害、双極性障害、うつ病等) N=156名(介入群79名、統制群77名)	結論: 明らかな治療・支援上の効果は見られなかった。 課題: 作成においては、入院状況下で精神障害者だけで事前指示を作成することが困難である。 活用を高めるためには、支援者が当事者の事前指示に関心を示す必要がある。	
2	Serbnik SD et al. (2005) アメリカ	PADの内容と臨床的な有用性について調査した。	2年間で少なくとも2回の入院または緊急受診したことがある外来患者のPADに関する内容分析 N=106名	結論: PADは精神障害者の危機的状況に必要な治療や支援の準備を可能にする。 PADを用いることで精神障害者本人の意向に沿った治療・支援を可能にする。	・危機防止 ・権利擁護
3	Van Dorn RA et al. (2006) アメリカ	支援者のPADを用いることの困難さについて専門職を対象に調査した。	精神保健福祉に従事する専門職 N=591名(精神科医164名、臨床心理234名、ソーシャルワーカー193名)	結論: 意向に対する対応等の支援活動上の困難さよりも専門職間の情報共有等のシステムに関連した困難さが、高い割合で存在した。 全ての職種に共通して、精神障害者本人とPADを共有することの困難さを感じていた。	・情報共有
4	Swanson JW et al. (2006a) アメリカ	構造化したPADの作成方法(援助つきPAD:FPAD)の有効性について調査した。	地域で精神保健ケアを受けている精神障害者(統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害等) N=469名(介入群239名、統制群230名)	結論: PADの完成率について、FPAD群の方が有意に高かった。 PADの作成において支援者がかかわることは、精神障害者本人が自らの治療への意向を示すことに有効であり、支援者との信頼関係を高める。	・パートナーシップ(関係性)

表1-1 PADに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
5	Kim MM et al.(2007) アメリカ	PAD が精神障害者本人に活用されることの利点や課題について調査した。	Swanson JW et al. (2006a)に組み込まれた質的調査であり、危機を経験した28名の精神障害者	結論:PAD が支援者と適切に支援者と共有されることで、精神障害者のエンパワメントと自己決定を促すためのツールになる。 課題:支援者間で PAD が適切に共有されておらず、危機状態で精神障害者自身が PAD を用いて意向を示すことが困難である。	・エンパワメント ・自己決定
6	Elbogen EB et al.(2007) アメリカ	PAD を完成させることに関連する個人要因とFPAD (援助つきPAD)の効果について調査した。	地域で精神保健ケアを受けている精神障害者(統語失調症、統合失調感情障害、双極性障害等) N=419名(介入群 213名、統制群 206名)	結論:PAD を完成させるためには、PAD の目的や内容を理解できるような病状や能力と強い関連がある。 病状等により能力が低下している場合には、支援者によるかわり(FPAD)によって当事者の能力を改善し、治療への自己決定を促すことができる。	・自己決定
7	Van Dorn RA et al.(2008) アメリカ	FPAD (援助つきPAD)が PAD を作成する困難さを減少させることの効果を調査した。	地域で精神保健ケアを受けている精神障害者(統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害等) N=469名	結論:FPAD は、精神障害者本人に PAD の目的を理解し、活用を促すための動機づけを高めることに有効である。 FPAD は、支援者への信頼や葛藤を解消するといったソーシャルサポートや治療同盟に関連した効果が存在した。 課題:FPAD では対話が促されることが重要であり、治療・支援を担当するスタッフとの直接的な対話が組み込んだ作成方法の検討が求められる。	・動機づけ ・ソーシャルサポート ・パートナーシップ(治療同盟)
8	Swanson JW et al.(2008) アメリカ	FPAD による完成したPAD が、強制的な治療の減少と関係しているかを調査した。	地域で精神保健ケアを受けている精神障害者(統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害等) N=239名(介入群 147名、統制群 92名)	結論:PAD によって病状悪化時等に希望する治療を得ることができる、非自発的な入院や強制的な治療を減らすツールとなる。 FPAD の作成における協議は治療同盟を向上させ、精神障害者本人が自らの治療に関わることを可能にし、再発防止への動機を与える。	・権利擁護 ・パートナーシップ(治療同盟)(治療参加) ・危機防止(再発防止)

表1-1 PADに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
9	Wilder CM et al.(2010) アメリカ	PADにおける薬物療法の意向状況と服薬アドヒアランスへの影響について調査した。	Swanson JW et al.(2006a)に組み込まれた研究であり、12ヶ月の間追跡できた123名	結論: PADにおいて希望していた薬物療法が提供された患者は、服薬アドヒアランスが高まることが示唆された。 PADを作成することによって、精神障害者の自主性に基づく薬物療法の提供ができる。	・服薬アドヒアランス ・自主性
10	Van Dorn RA et al.(2010) アメリカ	PADとソーシャルワークとの関連性について先行研究をレビューした。	PubMed, PsychInfoのデータベースにおいて、精神医学、危機等のキーワードによって抽出できたPADに関連した文献	結論: ソーシャルワーカーがPADを用いることで、精神障害者本人に対する支援のあり方を改善し、強制的な治療を減少させ、精神障害者のエンパワメントとリカバリーを増加させる手段となる。 ソーシャルワーカーのカリキュラムにPADの内容を含めた専門職教育を実施していくことが重要である。	・権利擁護 ・エンパワメント ・リカバリー ・開発(専門職教育)
11	Nicaise P et al.(2013) ベルギー	PADのRCT研究の結果は一貫していないため、PADの有用性について調査した。	MEDLINE等のデータベースで、1996年から2009年までの文献におけるシステマティックレビュー	結論: Advance Statement: 事前宣言は精神障害の自己決定とエンパワメントを高めることができ、治療同盟を改善する。 最も評価できる成果は、JCPによるモデルである。 課題: 保有される割合が低い状況にある。	・自己決定 ・エンパワメント ・パートナーシップ(治療同盟)
12	Olsen DP et al.(2016) アメリカ	PADと終末期医療における事前指示との際について調査した。	PADと終末期医療に関連した事前指示に関する文献研究	結論: 終末期医療における事前指示が死を想定したものであるが、PADは能力を失ってから元の状態へ回復することを想定している。PADを作成する上で、支援者からの援助を必要とする。 PADは患者の過去の治療経験を踏まえることが多く、その情報はPADの根底に置く必要がある。	・終末期医療 ・リカバリー ・ストレングス(過去の治療経験)
13	Easter MM et al.(2017) アメリカ	ACTでのFPAD介入として、ピアサポーターと専門職によるファシリテーションを比較調査した。	ACTからケアを受けている精神障害者(統合失調症、双極性障害等) N=145名(ピア群71名、専門職群74名)	結論: ピア群と専門職群における完成率に、有意な差は見られなかった。PAD作成がACTでの支援状況下で行えた。 PADの完成に関連する要因として、生活の自立度、ACTチームによって提供される治療・支援を受けている時間、過去の危機状況での入院治療内容とニーズの不一致の経験が関連していた。	・ピア ・ACT ・自立 ・ニーズ

表1-2 JCPに関する先行研究

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
1	Sutherby KS et al. (1999) イギリス	地域精神保健サービスにおける Crisis Card の有用性と、JCP として連携することの可能性について調査した。	2年間で少なくとも1回の入院経験がある精神障害者(統合失調症、双極性障害等) 精神障害者 42 名と担当ワーカー19 名	結論:参加者 42 名中 40 名が JCP を完成させ、Crisis Card の形式を誰も望まなかった。 JCP を作成する際に自らの希望が反映されていると述べた精神障害者は、より治療に参加し病状を管理できている。 JCP を作成することで、入院数を 30%減少することができた。 課題:過去の危機や将来の再発を考えることは、患者にとって困難さがあり、計画通りに対応されなかったことへの不満が存在した。	・パートナーシップ(治療参加) ・疾病自己管理 ・権利擁護
2	Henderson C et al. (2004) イギリス	JCP が非自発的入院と強制的治療の減少に効果があることを調査した。	直近2年間で入院を経験した精神障害者(精神病、双極性障害等) N=160名(統制群 80 名、介入群 80 名)	結論:非自発的入院を経験した精神障害者の人数と入院日数が有意に減少した。 JCP の成果が得られるためには、精神障害者本人と支援者らが協働して作成し、活用されていることが関係する。	・権利擁護(非自発的入院の防止)
3	Flood C et al. (2006) イギリス	JCP を用いることでの医療・福祉サービスの利用回数や医療費等の費用対効果を調査した。	直近2年間で入院を少なくとも1度の入院歴がある精神障害者 N=160名(統制群 80 名、介入群 80 名)	結論:医療・福祉サービス全体で、介入群において入院日数やサービスを利用した時間や費用は減少したが、有意差はなかった。 課題:精神障害は慢性的な疾患によって生活障害が生じる特徴から、長期的に JCP を活用することが医療福祉サービス費の減少に繋がる可能性がある。	・権利擁護 ・生活障害

表1-2 JCPに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
4	Henderson C et al. (2008) イギリス	さまざまな Advance Statement: 事前宣言を比較検討し、その類型化を検討した。	Advance Statement: 事前宣言に関する英語とドイツ語の先行研究の文献レビュー	結論: Advance Statement: 事前宣言は、作成にケア提供者が関与しているかどうか、独立したファシリテーターが関与しているかどうか、法的拘束力があるかどうかで類型化することができる。	
5	Henderson C et al. (2009b) イギリス	精神障害者本人とケースマネジャーに対する JCP の活用状況や認識について調査した。	Henderson C et al. (2004)に組み込まれた質的調査で、JCP 作成直後の当事者 45 名、15 ヶ月後の当事者 52 名、ケースマネジャー 39 名	JCP は精神障害者本人と治療・支援を担当するチームとの関係性を改善し、病状の自己コントロール感覚を高めることにより、精神障害者のエンパワメントと自己決定を促進することが期待できる。 ただし、調査期間中に入院をした 13 名中6名は JCP に沿った支援がされていない状況にあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病自己管理 ・パートナーシップ(関係性) ・自己決定
6	Borshhmann R et al. (2013) イギリス	境界性パーソナリティ障害(BPD)への JCP の有効性について検討する。	直近 12 ヶ月の間で少なくとも1回の自傷行為があり、BPD の患者 N=88 名(介入群 46 名、統制群 42 名)	結果: 自傷行為の頻度は、JCP による介入群の方が少なかったが有意差はなかった。また、費用効果や抑うつ状態等の副次的なアウトカムについても有意差はみられなかった。 JCP による介入群は、自らの問題に対するコントロールの感覚と精神保健チームとの関係性が改善し、他者にも JCP を薦めたいとした。	<ul style="list-style-type: none"> ・危機防止(自傷の防止) ・パートナーシップ(関係性) ・疾病自己管理
7	Thornicroft G et al. (2013) イギリス	通常の治療・支援に JCP を加えた効果について調査した。	直近2年間で入院した経験がある精神障害者(統合失調スペクトラム、双極性障害等) N=569 名(介入群 285 名、統制群 284 名)	結論: 入院回数、入院日数において有意な差はみられなかった。当事者の自己評価による支援者との関係性は有意に改善した。 JCP を作成する会議においては、精神障害者の個別性を尊重したアプローチが重要である。 課題: JCP を作成する会議と通常の支援のケア会議を支援者が混同し、JCP 作成後のかかわりが不十分になる場合がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・パートナーシップ(関係性) ・個別性の尊重

表1-2 JCPに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
8	Ruchiewska A et al. (2014) オランダ	PACP: Patient Advocate Crisis Plan(代弁者の援助)と CCP: Clinician facilitated Crisis Plan(支援者の援助)による効果を比較調査した。	直近2年間で入院を経験した精神障害者(統合失調症、双極性障害等) N=212名(CCP群70名、PACP群69名、統制群73名)	結論:PACP群とCCP群では、自発的入院・非自発的入院、緊急受診の割合において有意な差はなかった。 統制群より介入群の方が、有意ではなかったが非自発的入院は減少し、自発的入院が増加した。 PACPよりCCPの方が有意に裁判所命令の入院を減少させた。	・権利擁護(非自発的入院の防止)
9	Farrelly S et al. (2015) イギリス	JCPが支援者との関係性の認識に影響したかを調査した。	Thornicroft G et al. (2013)に組み込まれた質的調査。精神障害者35名とケアコーディネーター22名の12グループ、精神障害者15名とケアコーディネーター6名、精神科医16名への調査	結論:JCPによって、精神障害者の認識として支援者との関係性が向上した背景には①個別性の尊重、②精神障害者の関心と経験への尊重、③「支援者-患者」役割からの解放の特徴が確認できた。 “一貫した尊重”によるJCPの作成によって、精神障害者は自尊心を回復し、エンパワメントを図られ、危機対応においても支援者への信頼を向けると考えられた。	・個別性の尊重 ・自尊心 ・エンパワメント ・パートナーシップ(関係性)
10	Farrelly S et al. (2016) イギリス	JCPにおける支援者と精神障害者との関係性と共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)の状況について調査した。	Thornicroft G et al. (2013)に組み込まれた質的調査。精神障害者51名とケアコーディネーター(看護師やソーシャルワーカー等)29名、精神科医16名への調査	結論:JCP作成における困難さとして、専門職の肯定的な姿勢の欠如、精神障害者本人の経験を軽視する点が存在した。 具体的には、「計画の実現性に懐疑的である」「当事者の選択は適切ではないという先入観」「支援者の道徳的判断と当事者の希望における対立」「精神障害者の希望する選択とサービスの限定性」「選択のためではなく、決定のための情報提供」「最善の選択に支援者が関心や尊重を示さない」等である。 支援者にSDMによるJCP作成のためのトレーニングが必要である。	・共同意思決定 ・ストレングス(本人の経験) ・パートナーシップ(関係性) ・開発(支援者のトレーニング機会)

表1-2 JCPに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)／国	研究目的	調査対象	中核的な結論及び課題	主要な概念
11	Henderson C et al.(2017)	JCP の作成によって精神障害者が治療拒否の意向を示すことができるかを調査した。	直近2年間で入院経験があり、地域精神保健ケアを受けている精神障害者(精神病性の診断) N=424 名(介入群 221 名、統制群 203 名)	結論:治療拒否の内容は、介入直後のケア計画では 10 名(2.4%)であったが、JCP の作成によって 99 名(45%)が治療拒否を計画に含めていた。 JCP の作成において治療拒否は、過去の治療経験において強制的な側面をより感じていた精神障害者は拒否の意向を示しやすい。	・権利擁護(治療拒否の意向)

2.2 国内の先行研究の検索手順

CiNii Articles とメディカルオンラインのデータベースを用いて文献を検索した(最終アクセス 2019 年 4 月 25 日)。検索手順として「クライシスプラン」及び「精神科事前指示」をキーワードに検索し、精神保健医療福祉に関連した文献を抽出した。その上で、重複したものを除外した。

なお、国内論文において原著論文のみではヒット数が少なかつたため、学会の報告集等にまでわたって抽出した。

検索手順に沿って収集できた精神科事前指示とクライシスプランの文献は、研究目的、研究の種類、調査対象、研究の結論と課題の要約、研究が報告された学会や掲載された雑誌から推察される学際的領域について、精神科事前指示に関する先行研究を表1-3、クライシスプランに関する先行研究を表1-4に整理した。

表1-3 精神科事前指示に関する先行研究

ID	著者(年)	研究目的	研究種類/調査対象	中核的な結論及び課題	学際的領域
1	藤井 (2011)	アメリカ及びイギリスの「事前指示(Advance Directive)」に関する先行研究を検討した。	特集 事前指示に関する先行研究の文献調査	結論:国内で事前指示を用いる場合に、治療拒否の意向が示された場合の対応等の課題がある。 精神障害者が積極的に治療計画に参加することによるアドヒアランスの向上やエンパワメントにつながる	・精神医学
2	渡邊ら (2016)	精神保健福祉士の援助のもと、PADを作成する利点や問題点を検討した。	報告集 非自発的入院をし、PAD を完成させた精神障害者で N=28 名	結論:PAD の作成することについて、精神障害者本人からは肯定的な評価がなされていた。 課題:PAD の作成において、精神障害者本人への治療に関する情報提供のあり方が課題である。	・精神医学
3	渡邊ら (2017)	PAD の作成を支援するツールによって、PAD を作成することの意義について検討した。	事例研究 2週間以内に退院が決まっていた精神障害者(統合失調症、双極性障害、うつ病) N=4名	結論:有効な PAD を作成するためには、精神保健福祉士等精神保健医療福祉の専門職が援助することが望ましい。 事前に精神障害者への疾患や治療法に関する情報を提示し、希望を検討するプロセスが重要である。	・精神医学
4	渡邊ら (2018)	精神保健福祉士の援助のもとに作成した PAD の可能性を調査した。	報告集 非自発的入院をした精神障害者で研究に同意が得られたものの N=59 名	結論:PAD は、今後の医療における権利擁護や医療サービスの向上に寄与できる。 課題:本人のニーズに沿った作成方法が選択できるような仕組みが必要である。	・精神医学

表1-4 クライシスプランに関する先行研究

ID	著者(年)	研究目的	研究種類／調査対象	中核的な結論及び課題	学際的領域
1	大鶴ら (2013)	医療観察法制度の対象者へのクライシスプランの作成について検討した。	報告集 妄想型統合失調症の精神障害者に対する事例研究	結論:クライシスプランの作成によって、対象者本人から直接、家族や退院後の支援者に対して自身の病気や対処方法について説明することができた。 クライシスプランを共有することで退院後の支援体制を確立することができた。	・精神医学
2	野村ら (2013)	一般精神医療でのクライシスプランを作成するための心理教育プログラムの効果を検討した。	介入研究 精神医療を利用している精神障害者(統合失調症) N=17名	結論:症状対処への自信が高まった。 相談行動や受療行動に関する自信が高まった。 課題:クライシスプランを作成するプログラムの効果であり、支援者や家族と共有する課題が存在する。	・精神医学
3	狩野ら (2013)	クライシスプランの活用状況から、その効果と課題を確認した。	質的研究 クライシスプランを作成した1年が経過した精神障害者 N=7名	結論:クライシスプランが日常生活で用いられていくことで、精神障害者の疾病自己管理につながる 課題:精神障害者と支援者、家族と共有できる支援体制を構築する方法が必要である。	・リハビリテーション
4	狩野 (2013)	クライシスプランを作成するための心理教育プログラムの効果と活用状況を検討した。	報告集 精神科デイケアを利用している精神障害者 N=22名、プログラム1年後に13名にインタビュー	結論:病識の獲得や症状対処への自己効力感が有意に改善した。 精神障害者を中心にした治療・支援のためのチームが可能になる。 課題:クライシスプランを精神障害者本人と支援者が協議し、共有するためのあり方が課題である。	・精神保健福祉

表1-4 クライシスプランに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)	研究目的	研究種類/調査対象	中核的な結論及び課題	学際的領域
5	山縣ら (2014)	サービス提供事業所における、クライシスプラン実践のあり方を検討した。	報告集	結論: 支援者主体の危機介入から、精神障害者が主体となった危機対応が可能になる 精神保健福祉士には、生活者の視点として病状、生活環境、生活能力、危機状況について具体的かつ現実的なプラン作成が求められる。	・精神保健福祉
6	野村 (2014)	医療観察法に基づく医療におけるクライシスプランを一般精神科医療へ応用することについて検討した。	文献研究 クライシスプランと JCP に関する先行研究	結論: クライシスプランは、精神障害者の主体的な病状管理や自己決定、権利擁護、協力的な支援関係の構築に寄与できる。 課題: クライシスプランの作成手順が明確化されていない。	・精神医学
7	野村 (2014)	措置入院した事例に対するクライシスプラン実践の効果について検討した。	事例研究 措置入院した精神障害者の1事例	結論: クライシスプランを作成したことで、家族や地域関係者との支援体制の構築につながった。 入院中から医療スタッフ、家族、地域関係者と使用する機会を設け共有化を測ることが重要である。	・精神医学
8	溝畑 (2015)	精神科救急対応での搬送先を確保について検討した。	報告集 精神科救急対応を要する躁状態の精神障害者の1事例	結論: 訪問看護の場面において、病状安定時にクライシスプランを事前に作成し、病状悪化時の計画を立てることが重要である。	・看護学
9	桑原ら (2015)	精神科急性期治療におけるクライシスプランの有用性について検討した。	報告集 頻回な入退院を繰り返している精神障害者の支援事例	結論: 精神保健福祉士と時間をかけて経過を振り返ることにより、精神障害者自らの早期警告症状や対処法に気づくことができた。 クライシスプランの作成が、精神障害者のセルフモニタリング機能や対処能力を高めた。	・精神医学

表1-4 クライシスプランに関する先行研究(続き)

ID	著者(年)	研究目的	研究種類/調査対象	中核的な結論及び課題	学際的領域
10	狩野 (2017)	精神障害者の地域生活支援にクライシスプランを活用することの有用性や課題について確認した。	文献研究 クライシスプランと JCP に関する先行研究のレビュー	結論: 精神保健福祉現場に JCP に準じたクライシスプランを用いることで医療と福祉が連携したサービス提供を実現できる。 疾病自己管理や権利擁護の側面、治療・支援における関係性の向上といった有用性が得られる。	・精神保健福祉
11	野村ら (2017)	医療観察法制度におけるクライシスプランの活用に影響する要因を検討した。	調査研究 医療観察法の指定通院医療機関の精神保健福祉士 N=65 名	結論: クライシスプランの日常的な活用には関係者の重要性の認識の低さが負の影響を与えている。 クライシスプランが対象者と支援者の協働的な病状管理に有用と認識されることが、日常的にも病状悪化時にも活用に正しい影響が存在する。	・精神医学
12	佐藤ら (2018)	精神障害者を主体としたクライシスプランを入院中に作成することの効果を検討した。	報告集 精神科一般病棟に入院した統合失調症と診断された精神障害者の事例研究	結論: 精神科一般病棟において患者主体のクライシスプランが導入できる可能性がある。 病院や地域の支援者との共有によってプランが成立する。	・看護学

第3節 海外におけるクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討

3.1 Psychiatric Advance directive: PAD に関する先行研究

PAD に関する先行研究は、13 編が抽出され、研究の実施国はアメリカ、イギリス、ベルギーの3カ国であり、アメリカでの研究が最も多かった。その調査対象は、地域で精神保健サービスや ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) による支援を受けている精神障害者や入院治療を受けている精神障害者を対象として PAD の臨床的効果を検討したものが9編、精神保健医療福祉専門職を対象にした調査が1編、PAD の有用性や課題について文献レビューを行なったものが3編であった。

アメリカでは、1990年代初期から現在までに 26 の州で PAD に法的効力を認める法律が施行されている(Easter MM, et al. 2017)。PAD の書式は州ごとに異なるが、判断能力を有する成人であれば誰でも作成することができ、判断能力を失った際に自らが受ける治療内容の希望や拒否及び／または代理となる意思決定者の指定を行うことができるとされている。その内容は、薬物療法、精神科病院への入院、電気けいれん療法のような特別な治療への意向、副作用、危機と再燃時の病状の特徴、代理意思決定者等の項目によって構成されている。PAD には法的効力があることから、医療者は最大限 PAD に沿った治療や支援対応をする義務がある。このような PAD によって、精神障害によって判断能力が低下した場合でも非自発的治療を最小限にし、希望する治療・支援が受けられるように自己決定権を尊重することを目指すものである(Joshi KG 2003)。PAD には、判断能力を失った際の治療内容を指示する内容指示と、代理の意思決定者を指示する代理人指示があり、いずれか一方のみの指示か両方の指示でも良いとされている。そして、通常は2人の証人により署名されることで法的なものであるとみなされることになっている(Henderson C, et al. 2008)。また、PAD を完成するための判断能力を有するか評価するためのツールとして、Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives (CAT-PAD) や短時間で実施できる Decisional Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives (DCAT-PAD) 等が開発されている(Elbogen EB, et al. 2007)。

PAD は、判断能力を有している間は必要に応じて PAD の内容を更新することができる。そして、判断能力がある時に個人が治療を受けるという同意を事前に行い、その後に判断能力を失い当該治療を拒否するといった場合でも、判断能力のある時に行なった同意がその人の「真の自己決定」であるとみなし、当該治療を実施するというユリシーズ契約を含んでいるとされている(藤井 2011)。ただし、実際の運用面において PAD に示された指示内容と法的な非自発的治療の要件や治療基準と対立する場合には、法的な非自発的治療の要件が優先される場合もある(Henderson C, et al. 2008)。

3.1.1 精神障害者を対象にした PAD の先行研究

ここでは、精神障害者を対象にした PAD の先行研究を整理し、その成果や課題、研究動向を確認する。

Papageorgiou A, et al. (2002) の研究は、初めて精神医療及び精神障害者に対して実施された Advance Directive (事前指示) の有効性を検証する RCT (無作為化比較対照試験) 研究である。この研究は、事前指示によって精神医療における非自発的入院を減少させることができるかどうかを研究したものであった。対象は、ロンドンの急性期病棟で非自発的入院により治療を受けている入院患者 156 名であり、無作為に介入群 79 名と統制群 77 名に割り付けられた。介入群に

は、入院中に当事者の治療や支援を担当する精神科医や地域精神科看護師、ソーシャルワーカーを記載する欄や、7つの項目(①再燃に気づくサイン、②再燃時に取るべき行動、③再燃した際にしてほしいこと、④再燃した際にしてほしくないこと、⑤再燃した際の連絡方法、⑥入院する際の希望、⑦入院中の希望)に対して精神障害者自らの意向を記載できる事前指示の冊子が提供され、作成することを提案された。そして、そのような事前指示が提供された介入群とそうでない統制群とで、各対象者が退院してから12ヶ月後の時点で非自発的な入院の回数や入院日数等を比較した。その結果、介入群の方がわずかながら非自発的な入院の回数は少なかったものの有意な差は存在せず、明らかな事前指示の効果は認められなかった。この理由として、このような事前指示の作成は入院している状況では全ての患者が作成できるわけではないこと、スタッフが当事者の事前指示の重要性を理解する困難さが存在することが挙げられていた。

次に、Serbnik DS, et al. (2005)の研究は、実際に作成された PAD に含まれる指示内容とその臨床的な有用性について調査したものである。対象は、2年間で少なくとも2回の精神科への入院または緊急受診したことがあるワシントン州の地域精神保健センターの外来患者 106 名の完成した PAD の内容分析を行い、PAD に記載されていた指示と地域精神保健のケア基準との一致度、治療・支援の実行状況等から、PAD の臨床的な有用性の評価を行なった。その結果、当事者の 81%は拒否したい薬物療法に関する内容を記載しており、危機を拡大させないための方法として、68%は入院ではない代替方法を選択していた。そして、46%が代理意思決定者を指示しており、その中でも特に友人や両親をあげているものが多かった。臨床的な実行状況については、使用することが拒否されていた薬物療法の部分を除いては、PAD における指示内容の少なくとも 95%がケア基準と一致しており、治療・支援として実行可能性が高いものであった。これらのことを踏まえ、PAD は精神障害者の危機的状況に必要な治療や支援の準備を可能にし、PAD を用いることで精神障害者本人の意向に沿った治療や支援を可能にするとしていた。

一方で、Swanson JW, et al. (2006a)は作成された PAD の内容よりも、PAD が将来の再発の可能性を考えて、事前に作成していくプロセスに精神障害者が自らの治療や支援への参加を促し、支援者との協働を高めることで病状の自己管理を可能にし、治療関係を改善していくことで PAD の権利擁護としての目的を達成することにつながると指摘した。さらに、Swanson JW, et al. (2003)は、104 人の統合失調症の患者が PAD を完成できたのは 7 人だけであったものの、62 人は支援があれば PAD を完成させることができるとした報告や、精神保健サービスを利用している多くのサンプルにおいて実施した調査研究でも精神障害者の4%~13%だけしか PAD を完成させることができなかった結果を受け(Swanson JW, et al. 2006b)、PAD を完成させること自体が複雑な作業であり、作成しようとする当事者に相当な困難さが生じると考え、PAD を作成するために構造化を試みた介入研究を実施した。

ノースカロライナ州の北部中央地域における地域で精神保健ケアを受けている統合失調症、統合失調感情障害、他の精神病性障害、双極性障害等の診断を受けた精神障害者 469 名を、介入群 239 名と統制群 230 名に無作為に割り付けた。その上で、統制群は通常と同様に書面による情報提供において PAD の作成を行い、介入群は PAD の作成をマニュアル化し、構造化したトレーニングを受けた支援者が積極的に援助する、Facilitated Psychiatric Advance Directives: FPAD(援助つき PAD)を実施した。その結果、統制群で PAD の完成率がわずか3%であったのに対し、介入群では 61%の当事者が完成させることができた。また、PAD の完成に関連する要因として、過去の治療体験への本人の感情、事前指示の内容の理解力と活用する能力、援助希求

の動機づけが関連するとした。そして、PAD を完成させるために支援者が援助することは、当事者が自らの治療への意向を示すことに有効であり、治療や支援への信頼を高めるとした。その上で、このような有益性を得ていくために、PAD を作成するための援助を通常の治療・支援に位置づけていくことが課題であるとしていた (Swanson JW, et al. 2006a)。

そして、Kim MM, et al.(2007)は、PAD が実際にどのように精神障害者本人に活用され、支援者に PAD が認識されていたのか、PAD を活用することの利点や課題等を確認することを目的に、Swanson JW, et al.(2006a)の研究に半構造化面接を組み込んで調査した。調査は、FPAD によって PAD を作成した後、精神疾患の悪化等を理由に入院治療もしくは入院の必要性が生じた危機を経験した 28 名の当事者に対して実施したものである。その結果、PAD は適切に支援者と共有されることで、精神障害者のエンパワメントと自己決定を促すためのツールになるとした。しかし、サービス提供者間で PAD に関する知識が限定的で適切に共有されておらず、当事者自身が危機に陥った際に PAD を用いて自らの意向を支援者に伝えることの困難さが存在するとした。

Elbogen EB, et al.(2007)は、PAD は精神障害者が危機状況にある中で希望し、必要とする治療を受けられ、自律(autonomy)を強化するものであるとしている。そのために、PAD を完成させることに関連する精神障害者個人の能力を明らかにできることで、PAD を一層普及させることができるとした。そこで将来、非自発的入院や強制的治療を受ける可能性がある統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害等の診断を受けた精神障害者で、地域で精神保健ケアを受けている 419 名を統制群 206 名、介入群 213 名に割りつけた。そして、PAD を完成させることができたかどうかを比較し、それに影響する要因を検証した。その結果、PAD を完成するためには精神障害者個人が PAD の目的を理解していること、本人の病状と能力との間に強い関係があるとした。そのために、PAD を作成する上で困難さを生じさせる重度な病状や能力が低下している場合には、FPAD のような PAD を作成する際のファシリテーションのあり方が本人の希望する治療への意向を表出するための能力を補うことができるとした。

これに加えて Van Dorn RA, et al.(2008)は、FPAD が PAD を作成する上でどのような困難さを減少させることができるのかを、通常の方法で PAD を作成する統制群と FPAD によって作成する介入群を比較検証した。対象は、統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害等の診断がなされた精神障害者で、地域生活を基盤に地域精神保健ケアを受けている 462 名であり、調査開始時、調査1ヶ月後、6ヶ月後、そして 12 ヶ月後の時点で作成の困難さ等を比較した。その結果、FPAD は PAD の目的や記載内容、どのように活用できるのかを理解することといった精神障害者個人の個別性に基づく困難さを減少させ、支援者への信頼や支援者との葛藤を解消するといったソーシャルサポートと治療同盟に関連した効果が存在していたと報告した。この背景には、PAD を作成する際にファシリテーターや家族等と当事者自身の治療歴や将来の治療への希望といった有効な対話が促されていたことが重要であるとした。一方で、このような対話をせずに PAD を完成させる場合も想定できることから、このような効果が得られるシステムを構造化するように、対話による PAD 作成のプロセスが組み込まれる必要があるとした。その上で、当事者の治療や支援を担当する支援チームとの直接的な対話を組み込んでいる FPAD とは異なるファシリテーションモデルである JCP に関する研究の必要性を指摘した。

そして、FPAD によって完成した PAD の効果について、Swanson JW, et al.(2008)は強制的治療の頻度を減少させることができるかどうかについて検証した。この研究では、ノースカロライナ州の中央北部の2つの地域における精神保健システムのクライアントファイルから統合失調症、

統合失調感情障害、精神病性障害、双極性障害の診断を受けているクライアントを無作為抽出した 239 名のうち、FPAD によって PAD を完成できた 147 名を介入群、FPAD によって PAD を完成できなかった 92 名を統制群とし、6ヶ月・12ヶ月・24ヶ月の時点で強制的な治療の頻度を調査した。その結果、介入群は統制群と比較し、強制的な治療が生じた比率が2分の1であり、介入群において生じた非自発的な入院と入院中に同意が得られずに行われた強制的な治療内容が PAD に記載されていた内容の範囲内のものであった。このことから、PAD によって精神障害に起因する病状悪化時等に希望する治療を得られることから、精神医療における強制的な治療を減少させ、当事者の自己決定のための権利擁護のツールになるとした。そして、PAD の作成における協議が精神障害者本人と支援者との治療同盟を向上させ、自らの治療にかかわり、治療のコントロール感を高め、長期的には精神障害者のエンパワメントと自律 (autonomy) を促進していくとした。一方で、支援者や通院治療を担当するケースマネジャーで精神障害者が有する PAD について認識していたのは 35%程度であり、PAD の共有方法や適切な活用のあり方に課題が存在するとした。

Wilder CM, et al. (2010)は、PAD の内容分析から薬物療法に関する希望や拒否について記載されている割合が高いことを踏まえ、PAD に希望するまたは拒否する薬物療法が記載されることによる服薬アドヒアランス¹⁾への影響について調査した。研究対象は、統合失調症、統合失調感情障害、気分障害、大うつ病の診断がなされており、地域の精神保健サービスを受けている精神障害者であり、FPAD に参加した 174 名の当事者のうち、PAD を完成した 146 名を 12ヶ月間調査し、最終的に追跡できた 123 名を対象とした。この対象となった精神障害者全ての PAD に薬物療法の意向が記載されており、12ヶ月の間で実際の治療で提供された薬物療法と PAD に記載されている薬物療法の一貫性から服薬アドヒアランスの度合いについて検討がなされた。その結果、事前に PAD において示された薬物療法が実施されることで、精神障害者本人の服薬アドヒアランスが高まった。このことから、PAD が必要となる判断能力が低下する等の危機ではない場面での薬物療法において、精神障害者の自主性に基づく薬物療法の提供ができる機会が増えるとした。

また、Easter MM, et al. (2017)は、ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム)において FPAD を実施することでの PAD の完成率、そして FPAD のファシリテーターをピアスタッフと専門職が実施することに差異が存在するかどうかを検証した。この研究は、ノースカロライナの6つの ACT チームのうちの一つからケアを受けている重度で統合失調症、統合失調感情障害、気分障害等の診断がなされている精神障害者 145 名のうち、71 名をピアスタッフが援助した FPAD 群 (以下、ピア群)、74 名を専門職が援助した FPAD 群 (以下、専門職群)に無作為に割り付けた。その結果、PAD の完成率についてピア群は 42%、専門職群は 57%であった。この完成率について、FPAD による PAD の完成率を調査した Swanson JW, et al. (2006a)の研究と比較したところ、いずれにおいても有意な差はみられなかった。このことは、実際に治療・支援を担当している ACT チームや専門職によって FPAD が提供されることでも、PAD を完成させることができるとした。さらに、PAD の完成を予測する要因として生活の自立度、ACT によって提供されている治療・支援を受けている時間、過去の危機状況での入院治の内容とニーズの不一致の経験が関連しているとした。

以上が、ここ (3.1.1) で収集することができた精神障害者を対象とした PAD に関する先行研究の概要である。PAD は、精神障害者の将来の危機における治療・支援の意向を文書化し、判断能力が低下した時であっても希望する治療・支援が受けられること、さらには非自発的な入院や強制的

治療を最小限にし、当事者の自己決定権を尊重することを目的とするものであった。

PADに関する研究動向として、研究当初はPADを作成することの効果やPADの内容に関する調査研究が中心であったが、精神医療領域における事前指示としてのPADに明確な効果は認められなかった。Papageorgiou A, et al. (2002)は、その理由にスタッフの事前指示に対する認識の低さをあげていたが、そこには精神障害のいくつかの特徴も関連していると考えられる。それは、通常的事前指示の対象とは異なり、精神障害は疾患と障害が併存し、寛解と再燃を繰り返す特徴から、PADを作成する際には過去の治療歴や治療体験を振り返ることになる。このことは、当事者自身には相当な負担になることが推察でき、PADを作成することへの大きな障壁になると考えられるためである。

そして、Swanson JW, et al. (2006a)はPADの完成率の低さの課題と、PADを作成するプロセスの重要性に焦点化し、PADを作成するための直接的な援助を実施するために構造化したFPADを提案した。FPADによるPAD作成は、PADの完成率が高まり、その作成プロセスにおいて当事者と支援者との関係性が改善していくとした。さらに、Swanson JW, et al. (2008)は、FPADによって作成されたPADが非自発的入院や強制的治療を減少させること、Wilder CM, et al. (2010)は服薬アドヒアランスの向上にも寄与したことを報告した。この点について、Van Dorn RA, et al. (2008)が述べているように、完成したPAD自体の効果だけでなく、精神障害者本人と支援者がともにPADを完成させるまでのプロセスにも有用性が存在すると考えられる。

また、Easter MM, et al. (2017)の研究は、精神障害者を実際に治療・支援しているピアスタッフや専門職がPADの作成にファシリテーターとして関与することに取り組んだものであり、PAD作成の新たなあり方を示したものと見える。Van Dorn RA, et al. (2008)は、FPADの異なるファシリテーションモデルとして、精神障害者本人の治療や支援を担当する支援者との直接的な対話を組み込んでいくJCPに関心を示す必要性を述べている。これらのことから、PADは精神障害者によって判断能力が低下した場合でも非自発的治療を最小限にし、希望する治療・支援が受けられるように自己決定権を尊重する(Joshi KG 2003)権利擁護の方法として、完成したツールとしての効果が期待されてきた。その上で、実際にはその期待される効果は、その作成方法や作成プロセスに重要性が存在することが見出されている。しかし、PADを実支援で活用することについては、支援者による精神障害者本人が保有するPADの重要性を認識することの乏しさや、実際の危機状況で精神障害者本人が適切にPADを用いることに困難さがある等の課題が確認されていた。

このようなPADの研究動向から、その作成方法に焦点化された研究が多く、支援現場で活用する方法について言及した研究はみられなかった。そのため、PADが完成された後、どのように当事者や支援者に活用されていくことが非自発的入院や強制的治療の減少につながるのかといった権利擁護のための支援における活用方法について、今後研究されていくことが求められていると考えられる。

なお、ここ(3.1.1)で収集することができたPADの先行研究は、数多くあるPAD研究のごく一部であり、加えてアメリカの一部の地域で実施されたRCT研究が多かった。そのため、ここで確認できた研究動向や成果、課題の内容には偏りがあることを踏まえて理解する必要がある。

3.1.2 精神保健医療福祉専門職を対象にしたPADの先行研究

次に、精神保健医療福祉専門職を対象にしたPADの先行研究を確認する。Van Dorn RA, et al. (2006)の1編が収集された。

Van Dorn RA, et al.(2006)は、PAD が適切に実施されていくためには、精神障害者自身が PAD の目的を理解し、当事者と支援者との肯定的な関係性が重視される中で、支援者の PAD への関心のなさが PAD が十分に活用されない理由の一つでもあった。そこで、支援者の PAD に対する態度と PAD を用いることの困難さとの関係、さらに精神保健医療福祉領域における支援者の専門性によって認識されている PAD を用いる上での困難さについて調査したものである。ここでは、精神科医、心理療法士、ソーシャルワーカーの3職種を調査対象に、それぞれの専門職団体の登録名簿から無作為抽出した上で、精神科医 164 名(回収率 32%)と心理療法士 234 名(回収率 48%)にはメールでの調査を実施し、ソーシャルワーカーにはオンライン調査の方法で 193 名から回答を得た。

その結果、それぞれの職種の業務環境に関連する PAD の使用上の困難さとして、(1)“文書を確認する時間の不足”を精神科医 43.0%とソーシャルワーカー47.2%が感じており、心理療法士 35.8%が同様に支持し、それぞれの間で有意な差が認められた。(2)“スタッフ間のコミュニケーションの不足”の困難さは、ソーシャルワーカー65.8%が回答しており、どの職種よりも困難さを感じていた。(3)“PAD 文書の利用の不足”によるものは、最も高い困難さの回答率であり、精神科医 81.8%、心理療法士 83.6%、ソーシャルワーカー76.2%が困難さを感じていた。(4)“スタッフのトレーニング、または知識の不足”によるものは、それぞれの職種で 70%以上(精神科医 73.5%、心理療法士 70%、ソーシャルワーカー73.6%の困難さを感じていた。(5)“PAD を実施する際に十分な記載内容が必要となる”ことに精神科医 52.0%が困難さを感じており、ソーシャルワーカー(30.6%)と心理療法士(35.8%)が同様の回答状況であり、精神科医との間で有意な差が認められた。

そして、臨床活動上の PAD の困難さとして、(6)“情報の質的な不足”について精神科医 62.7%が困難さを感じており、ソーシャルワーカー(48.2%)と心理療法士(54.0%)よりも有意に多かった。(7)“利用者が危機状況で意思の変更を望むこと”の問題性については、精神科医のおよそ 55.0%が感じており、45%以上のソーシャルワーカーと心理療法士も同様の回答状況であった。(8)“望まない治療の要望”への困難さは、精神科医が 50.9%と心理療法士が 43.7%であり、ソーシャルワーカーの 31.1%と比べて有意な差が認められた。(9)“治療拒否からの暴力リスク”への懸念は、精神科医の 48.2%が感じており、心理療法士 36.4%とソーシャルワーカー32.6%が同様の回答状況であり、精神科医との間で有意な差が認められた。

このような職種間の困難さについて、すべての職種に共通して“文書の利用の不足”として PAD を精神障害者本人と支援者が共有することの困難さを感じていた。さらに、PAD を実施する上での“スタッフのトレーニングや知識の不足”についても高い割合で問題性が存在していた。そして、有意差は認められなかったものの、ソーシャルワーカーは“スタッフ間のコミュニケーションの不足”をどの職種よりも高い割合で感じており、このことは PAD に基づいて他職種との連携や仲介が求められている背景があるためではないかと推定される。また、すべての職種において臨床活用上の困難さよりも業務環境における PAD の使用上の困難さの方が高い割合が示されていたことから、PAD を使用する上での制度やシステムの普及や周知に課題が存在することがうかがえる。

職種間の差異では、精神科医とソーシャルワーカー・心理療法士の間で有意な差が認められる項目が多く存在した。さらに、精神科医の特徴として精神障害者本人とのかかわりの割合が多いほど、PAD を用いる上での困難さが高まるという結果が示されていた。これは、精神科医が当事者の危機的状況において強制的な治療や当事者が望んでいなくても必要となる薬物療法の選択を迫

られる機会が生じる可能性があるためではないかと考えられる。

ソーシャルワーカーに関しては、平均年齢よりも年齢が高い群の方が臨床活用上の困難さと業務環境に関連する使用上の困難さが有意に低い結果が示された。この結果から、ソーシャルワーカーにおいては業務経験やトレーニングを積むことで困難さを改善していけると考えられる。また、ソーシャルワーカーと心理療法士の両職種で、PADの使用上を感じる困難さと当事者の治療拒否がPADの有用性を失わせたという考えに相関することが確認された。つまり、PADの使用上の困難さを強く感じている専門職ほど、当事者の治療拒否が示されることによって専門職のPADへの重要性の認識が低下しやすいと考えられる。

以上の1編が、ここ(3.1.2)で収集された精神保健医療福祉専門職を対象にしたPADの先行研究である。精神障害者本人を対象にした研究において、専門職のPADに対する認識について課題があるとされている中で、精神保健医療福祉専門職を対象とした認識調査は重要である。ただし、国内と国外では精神保健医療福祉制度や支援システム、専門職の権限や業務内容等が異なる。また、収集された研究も1編のみであり、この研究結果を国内の精神保健医療福祉領域での事前指示を実践する場合の各専門職における直接的な課題として捉えることはできない。

しかし、当然ながら国内においても専門職ごとに担う役割や業務は異なり、それぞれの倫理や原則、専門性を有している。そのため、本研究で示されたように各専門職における業務環境や臨床的な支援の実践内容によって事前指示を支援で用いる上で感じる困難さは異なる可能性がある。また、本研究によって高い回答率が得られた困難さである“文書を支援者が利用することの困難さ”や“スタッフのトレーニングや知識の不足”については、今後国内の精神保健医療福祉制度において事前指示を普及、実践していく中で生じていく課題となっていくことがうかがえ、この点を踏まえた専門職への普及・啓発方法を検討していくことが必要である。

3.1.3 PADの有用性や課題について文献レビューを行なった先行研究

PADの有用性や課題について文献レビューを行なった先行研究を確認し、PAD研究の動向や成果をより包括的に確認していく。ここ(3.1.3)で収集されたものは3編であり、そのうち事前に特定の領域に焦点化してPADの文献レビューを実施したものが2編、PADの先行研究を網羅的にレビューしたものは1編であった。

Van Dorn RA, et al. (2010)による文献レビューは、PADが精神障害者の自律と自己決定を支援し、非自発的入院や強制的治療を減少させる可能性があるのであれば、ソーシャルワーカーはPADに大きな関心を示す必要があることを強調している。しかし、これまでにPADとソーシャルワークの文脈から論じられた文献は存在せず、ソーシャルワーカーのPADへの関心が乏しい状況にある。そこで、PADの先行研究をレビューすることによって、ソーシャルワーカーがPADを理解することの重要性やソーシャルワークとの関連性について明らかにすることを試みたものである。

この中でVan Dorn RA, et al. (2010)は、ソーシャルワーカーはクライアントが自己決定することの権利を尊重することや、ソーシャルワークによる支援は人間関係の支援過程においてさまざまな人々と結びつくことという倫理原則は、PADを臨床的に用いる上での倫理的側面と共通する。また、ソーシャルワーク実践におけるストレングス視点の中心的な原則はクライアントの自己決定に基づくものであり、PADの作成時に最も役に立つ視点だとしている。このことから、PADは自己決定の尊重と非自発的入院や強制的治療の減少による権利擁護を目的としている法的手段であり、ソーシャルワーカーがPADを用いるための主要な役割をとることで、精神障害者のエンパワメントと

リカバリーを増加させることにつながることを期待できるとした。そのために、ソーシャルワーカーが精神障害者本人と PAD に関して対話ができるように、ソーシャルワークのカリキュラムに PAD の内容を含めて専門職教育を実施していくことが重要であると報告した。

次に、Olsen DP.(2016)は、PAD と終末期医療に用いられる事前指示との差異に関連する文献をレビューし、PAD の特徴を明らかにすることを試みた。PAD と終末期医療での事前指示では、意思決定能力を失っている当事者の望まない治療の不利益を防ぎ、当事者の自律を尊重することを共通基盤としつつ、PAD の特徴は①当事者要因、②決定要因、③歴史的法的な背景から捉えることができるとした。

まず当事者要因として、終末期医療における患者の病態は一般的に結果として死をとまうものであるが、精神障害者の場合は、治療を要する病状悪化から回復するエピソードが用いられ、それが繰り返される。そして、終末期医療のために事前指示を作成する患者は意思決定能力を有していると判断されるが、PAD の場合は精神障害による能力の低下とそれを有することによる自尊心の低下等から、意向を確認する上でのコミュニケーションに留意し、その意思決定能力の評価と文書化は慎重になされる必要があるとした。

決定要因とは、指示内容の性質として終末期医療の場合は延命治療を望まない意向を示す性質があり、PAD の場合は当事者の過去に受けていた治療経験に基づく効果的な治療を望む性質が含まれる特徴があり、この点は強調されるものであるとした。

歴史的法的な背景については、終末期医療の場合は、判断能力を失った後も過剰な治療が提供されることへの不信感、パターンリズムへの懸念から不要で望まない治療を拒むことの権利として法的効力が備わっている。一方で PAD の場合には、望まない治療を拒むことで精神障害に起因する自傷他害の可能性や、判断能力を失わせたままにさせることの問題があり、PAD に示された指示内容に反する治療が容認されていることをその特徴として整理した。

PAD を含む事前指示に関する網羅的な文献レビューを行なった1編として、Nicaise P, et al. (2013)のものが存在した。これは、PAD の Randomized Controlled Trial:RCTにおける研究成果が一貫しておらず、使用する上での困難さも存在している現状から、PAD の先行研究に関するシステマティックレビュー(Systematic Review)を実施したものであった²⁾。この研究では、2つの論文データベースから 295 件の PAD に関する文献が検索した後、①アメリカの自己決定の法律が事前指示に組み込まれた 1991 年以降のもの、②精神障害者への臨床的または社会的な支援に関連するもの、③成果や課題に関する量的または質的なデータを含むもの、これらを基準に 1996 年から 2009 年までの期間における 38 件を抽出していた。

その結果、通常の PAD に関する文献が 17 件、FPAD に関する文献が 15 件、そして JCP に関する文献が4件含まれていた。これらの文献レビューから、Advance Statement:事前宣言は精神障害者の自己決定とエンパワメントを高めることができるものであり、さらに治療同盟を改善することについても効果的であったとする結果を多くの研究で示していたことを確認されていた。そして、最も評価できる成果は JCP モデルによって得られており、JCP は非自発的入院を減少するための最も効果的なモデルであったとした。加えて、これらの結果を得るためには支援者の JCP に対する重要性の認識や関心を高めることが求められるとした。

その一方で、これまでは PAD を完成するための研究が中心であり、当事者に保有される割合が低い課題が明らかにされてきている。一部で、FPAD のような作成を援助するような試みや JCP のような専門職の直接的なかわりによって作成するような試みから保有する割合を増加することを

示す研究もあるが未だ保有率は低い状況である。また、どのように PAD が当事者や支援者に積極的に活用され、重要性の認識を高めていくことができるのかという研究についても今後求められていることが指摘されていた。

以上の3編が、ここ(3.1.3)で収集された PAD の有用性や課題について文献レビューを行なった先行研究である。まず、本節(1)で収集された先行研究及びそこから確認された事柄には偏りが存在していることが懸念されたが、PAD の先行研究に関するシステマティックレビューである Nicaise P, et al.(2013)の研究によって、その結果を幾分補うことができるだろう。つまり、PAD の有効性として、完成した PAD 自体は権利擁護の方法・ツールとなるものの、PAD を完成するプロセスにより効果が期待され重要視されている。この完成するプロセスによって、精神障害者の自律性やエンパワメントが高められ、支援者との関係性が改善する結果が得られると考えられる。また、最も効果的な事前指示のモデルとして JCP が示されており、次節以降に JCP に関する先行研究をレビューし、その成果や課題を確認していく。

そして、PAD に関する研究の課題について、これまでの研究では PAD を作成するための支援に目が向けられており、効果的に活用するための方法については示されていない。さらに、支援上で PAD の成果を得るためには支援者の関心を高めていくことが必要とされつつも、具体的な方法に関する研究が十分になされていない。このような現状から、今後の PAD に関する研究動向として当事者の PAD の保有率を高める方法や活用のあり方を検討すること、支援者の PAD に対する知識や関心、重要性の認識を高めること、PAD を有する精神障害者本人が判断能力を失った際に支援者が PAD を活用し、その指示内容を可能な限り尊重するための制度・システムについて検討されること等が求められていると考えられる。

また、PAD に関する支援者への関心を高めるためには Van Dorn RA, et al.(2010)が提案したように、PAD とソーシャルワークの倫理的側面の共通性からソーシャルワークのカリキュラムにその内容を含めるというような、専門職教育に盛り込んでいくことは有効な方法である。さらに、PAD の倫理や原則を整理する上では、Olsen DP.(2016)のように精神医療と終末期医療における事前指示を比較し、その特徴や留意点を確認することは支援者が PAD を効果的に用いていくための認識の深化が期待できる。PAD に関する研究動向として、これまでに実施されてきた調査研究を基盤にしなが、より一層の普及や啓発を目的とした理論的な研究も必要とされていると考えられる。

3.1.4 PAD に関する先行研究の文献検討における小括

PAD は、アメリカにおいて半数以上の州で PAD に関する法律が施行されている。その目的は、精神障害によって判断能力が低下した場合でも非自発的入院や強制的治療を最小限にし、希望する治療や支援が受けられるようにその内容や代理意思決定者を事前に指示し、自己決定権を尊重することを目指すことにある。また、法的拘束力を有していることが PAD の大きな特徴の一つにあげられる。

PAD の先行研究をレビューする中で、その研究動向を踏まえた研究の成果や課題を図1-1のように整理することができる。PAD は、非自発的入院や強制的治療の減少を主要な目的として用いられている。その作成には、精神障害者には事前の意向を指示するための冊子が提供され、自助性によって作成することとされている。その内容は、希望する・拒否したい治療内容や、入院の代替となる方法、代理意思決定者等によって構成される。PAD の有効性を検討した結果、非自発

的入院が減少することの成果が得られず、精神医療のユーザーからの関心は高いものの、その自
助性によって作成することから作成における困難さ、完成率の低さが課題とされていた。

そのため、PAD の作成をマニュアル化し、トレーニングを受けた支援者による支援を行う FPAD
が試みられ、当初の PAD の完成率よりも高い成果が得られた。さらに、FPAD を実施することで、
支援者との関係性の改善、強制的治療の減少、服薬アドヒアランスの向上に寄与できる可能性が
示唆された。このことから、FPAD を治療や支援に用いることで精神障害者の自らの治療への主体
性が高まり、エンパワメントを促進することが期待されていた。

また、この FPAD の作成に影響する要因として、当事者個人においては過去の治療体験への
感情や事前指示の目的を理解する能力、援助希求への動機づけが関係しているとされていた。ま
た、ファシリテートを行う支援者には、精神障害者の自らの治療に対する希望を聴くことが重要とさ
れ、加えて当事者自身の生活の自立度の高さも FPAD の作成に影響する要因であるとされてい
た。そして、完成した PAD を活用するための要因についても示されており、支援者の PAD に関す
る知識や支援者間で適切に共有されているかどうかの影響するとされていた。

このような PAD 及び FPAD の研究動向や成果における課題として、PAD を精神障害者本人と
支援者で共有し、活用していくあり方が示されていないこと。さらに、FPAD において当事者と支援
者とで作成していくプロセスに主要な成果が得られることが期待されている上で、そのファシリテ
ーションのあり方について検討していくことが求められていた。そのために、事前指示を作成するた
めのファシリテーションモデルの一つである JCP に注目する重要性が指摘されていた。

なお、この図1-1については、本章で抽出された PAD に関する先行研究を確認した上で、各
先行研究で得られていた成果の研究動向を踏まえて整理したものである。そのため、図1-1の中
で示している矢印については研究動向や、成果と課題の仮説的つながりを意味するものであり、先
行研究の時間的経過を示すものではない。

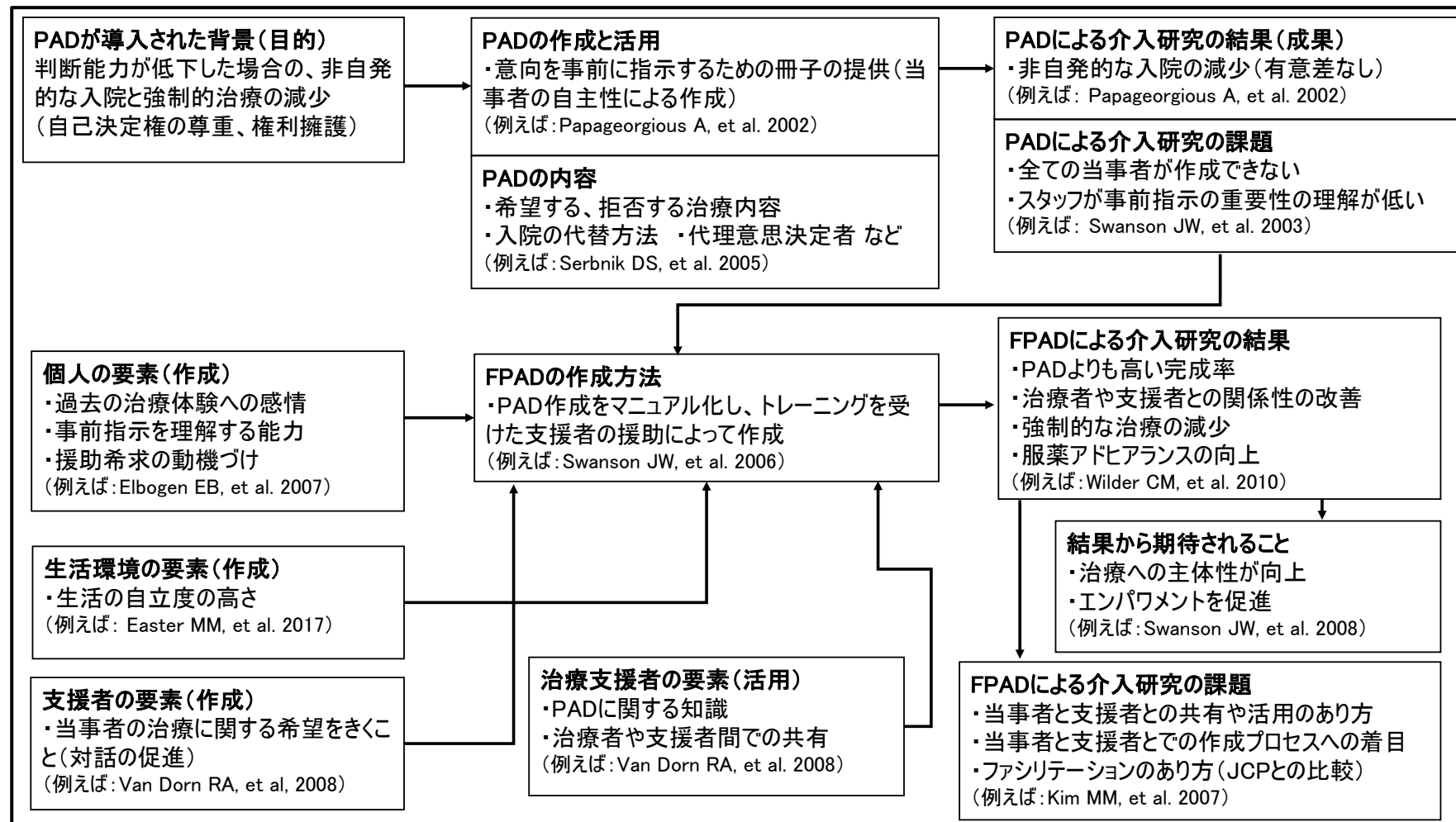


図1-1 PADの先行研究における研究動向を踏まえた研究結果と課題の整理

3.2 Joint Crisis Plan: JCP に関する先行研究

JCP に関する先行研究は 11 編が抽出され、研究の実施国はイギリス、オランダの2カ国であり、イギリスでの研究が多かった。JCP に関する先行研究の特徴は、精神障害者だけでなく、治療や支援を担当する専門職も調査対象に含めて調査したのも存在することである。精神障害者のみを調査対象にしたものが6編、精神障害者とその治療や支援を担当する専門職もあわせて調査対象にしたものが4編、JCP に関連した先行研究をレビューしたものが1編であった。

JCP の目的は、精神医療を利用している精神障害者と支援者がともに作成し、将来の病気の再発等により判断能力を失った際の早期発見と早期治療が得られることを目指すことにより、当事者の権利擁護とエンパワメントを促進することとされている(Henderson C, et al 2004)。そして、Henderson C, et al. (2009a)によれば、JCP は PAD と主要な目的を一緒にしつつも、JCP の戦略は利用者と親族や友人、支援者らと構造化された場で協議し、病状が悪化する等の判断能力を失った際の対応について関係者間で事前の合意をもとに JCP を作成する。さらに、協議の場には支援者とは無関係な精神保健専門職である第三者が立ち会い、利用者が自由な意思表示をすることができるよう保証されていることに特徴があるとされている。

また、Henderson C, et al. (2008)は「Advance Directive: 事前指示」はアメリカで流通している判断能力を失った際に個人が治療や支援を受ける意向に基づく法的権限を有する文書を意味するが、イギリスでは個人が病状悪化する等で冷静に判断できなくなった場合のケアの希望を記述する「Advance Statement: 事前宣言」という用語が用いられているとしている。これに加えて、精神障害者本人と支援者の間で事前に合意が得られたケア計画を意味する「Advance Agreement: 事前合意」という用語が用いた上で、JCP は「Advance Agreement: 事前合意」に位置づけられるとしている。そして、このような類型から JCP が PAD と異なる点として①法的効力を有さないこと、②その作成は、親族や友人、治療や支援を担当する専門職との直接的な協議による合意に基づくこと、③協議には第三者が立ち会い、利用者の権利擁護が保証されている点をあげている。

JCP の作成手順は、①JCP 作成に向けた準備会議と、②実際に JCP を作成するための計画会議の計2回の会議を開催することとされており、計画内容の記述は一人称で非専門用語によって記載され、作成された計画は本人、支援者、家族や友人らによって保有されること等を推奨している(Henderson C, et al.2008)。JCP の内容は、氏名や電話番号、診断、治療・支援を担当するスタッフの名前や連絡先等の基本情報のほかに、再発につながる状況や再発時の早期警告症状、過去の危機状況や再発時に有効だった治療や支援の内容、危機状況や再発時に拒否したい治療等を一覧(メニュー)から精神障害者本人が自由に選択し、作成する。また、本人の個別性や希望・願いについても自由に付け加えることができ、定期的に見直され、その時々状況にあったものへと修正することを推奨している(Sutherby K, et al. 1999)。これらのように、JCP は作成に向けた各種会議において精神障害者本人と支援者、家族や友人、独立した第三者としての精神保健専門職によって協議され、合意の上で完成となる。ただし、JCP には法的効力は与えられておらず、精神保健法に基づく強制的な治療が提供されることがあるため、支援者にはこの本人との合意に基づいて作成されたケア計画を最大限尊重した対応が求められている。

3.2.1 精神障害者個人と治療や支援を担当する専門職を対象にした JCP の先行研究

ここ(3.2.1)では、精神障害者個人だけを対象にした先行研究と、治療や支援を担当する専門

職を対象にした先行研究を合わせて確認していく。その理由は、精神障害者個人を対象にした JCP 研究に治療や支援を担当する専門職への質的研究を組み込み、別稿としてまとめている等の研究手続きをとっているものが複数存在した。そのため、これらの研究を分けて異なる文脈で確認するよりも、同じ文脈の中で確認できた方が、JCP に関する先行研究の動向や成果、課題を把握しやすくなると考えたためである。

Sutherby K, et al.(1999)は、イングランド議会で Community Supervision Orders: 地域観察命令における下院への保健委員会報告書に精神障害を有する当事者の権利擁護団体である Survivors Speak Out によって用いられた Crisis Card が、地域での強制治療命令の代替となるものとして示されたことを受け、地域精神保健サービスにおける Crisis Card の有用性と JCP として発展することの可能性について予備的研究を実施した。研究対象は、2回以上の入院歴があり、直近2年間で少なくとも1回の入院経験があり、統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害、急性一過性精神病、他の非精神病性の障害の診断がなされた精神障害者 106 名のうち、研究に同意した 42 名を対象とし、Crisis Card または JCP の作成を実施した。また、それらの対象者のうち 37 名を調査開始1ヶ月後と6ヶ月から 12 ヶ月の時点で、さらに担当するキーワーカーの 19 名を6ヶ月から 12 ヶ月の時点で面接調査を実施した。

この研究での Crisis Card とは、危機における治療・支援への意向を支援者との合意とは無関係に精神障害者自身によって作成されるものであり、基本的にはどのような内容を含めるかは当事者自身の選択によって決められるが、その選択肢には下記のようなものであった。

- ・当事者の名前と連絡先
- ・治療・支援担当者の名前と連絡先: 一般医、精神科医、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、治療チーム、指定された人物等
- ・現在のケアと治療計画: 診断名、現在の薬物療法の内容と服薬量、病状悪化時のサイン、病状悪化時の支援内容
- ・危機状況におけるケア: 危機時や再燃時の治療意向、特に拒否したい治療内容、入院することを受け入れる状況
- ・危機時に行って欲しい特定の事柄: 入院したい際のホームセキュリティ、子育て等
- ・その他、当事者自身が希望する内容

これらの選択肢に基づいて精神障害者自身が選択し、カードとして持ち運べる形で作成された。

その上で、このカードに含まれる情報を協議するための会議の場として危機計画会議が設けられ、精神障害者本人、キーワーカー、精神科医、本人が希望する人物が参加し、協議された。この危機計画会議は研究担当者によって援助され、危機計画としての内容や言い回し等について議論され、最終的には本人の決定と治療・支援を担当する支援チームとの合意によって作成された。

その結果、参加者 42 名中 40 名が最終的に JCP を完成させ、Crisis Card の形式であることを誰も望まなかった(2名は再入院のために完成させることができなかった)。また、支援チームも治療や支援に関する本人との意見の不一致を Crisis Card として本人の一方的な意向のままにするのではなく、計画にその不一致の状況を記述することを望んだと報告している。このような参加者と非参加者を比較した結果、感情障害の診断がなされている精神障害者、罹患期間の長さ、自殺企図歴や自殺のリスクがある精神障害者の参加率が有意に多かったとしている。

完成した JCP について、90%以上に自らの精神保健上の問題や診断、現在の治療内容、再

発時のサインに関する項目を含んでいた。さらに、36名(90%)が再発のサインが生じた際の対処方法を記載し、このうちの30名ができるだけ早く支援チームによる治療や支援がなされることを希望していた。そして、26名(65%)が再発を防止することができず病状が悪化した際の治療の意向を示していた。また、特定の治療を拒否したい事前の意向を21名(53%)が記述していた。そして、JCP作成前の2年間で88回の入院数が確認されたが、JCPを用いて支援した後には1年間で31回であり、30%の減少を可能にしたとしている。

フォローアップ面接の調査では、6ヶ月から12ヶ月の間に26名の精神障害者が病状の悪化または生活上の出来事によって危機を経験し、そのうち19名がJCPを用いて相談することができた。さらに、16名の当事者が少なくとも1度の精神科への入院をしており、13名がJCPを活用していたことが確認された。このようなJCPの危機における活用において“フォーマル及びインフォーマルな支援者への情報提供”、“危機状況になる前の早期アセスメント”、“危機における権利擁護のツール”、“危機における事前のケア計画”としての使い方がなされていたことが示唆された。また、研究対象となった当事者の3分の2がJCPを持ち歩いており、当事者やキーワーカーの大部分が他者にもJCPを薦めると回答した。このことから、精神障害者本人と治療や支援を担当する専門職が協働したJCPは危機時のケア計画として再発時の対応等における有用性が存在し、精神障害者自らの病状や生活状態の自己管理の感覚を高めると報告した。

一方で、JCPにおける精神障害者個人の認識と心理的側面への効果は、1ヶ月後の面接調査時と6ヶ月から12ヶ月の面接調査時で、JCPを作成したことによる“精神障害者本人が自らの治療に参加している感覚”、“自身の精神保健上の問題を自己管理できている感覚”、“治療継続を行いやすくなっている感覚”は低下していることが確認され、その効果を持続していくための課題が存在することを指摘した。さらに、JCPを支援現場で用いる上で“JCPを作成することの抵抗感”、“適用されない治療への意向と無効とされる治療の拒否”という2つの問題が存在していることを指摘した。

この研究は、Crisis Card及びJCPが用いられ始めた当初においてその効果を検証したものであり、さらに当事者と支援者との事前合意による将来の危機に対応するための計画であるJCPの作成方法が例示された貴重な研究である。しかし、研究担当者が調査者やファシリテーターとして関与しており、この点のバイアスを踏まえて理解する必要がある。

Henderson C, et al.(2004)は、イギリス保健省の1988年から1998年の10年間でMetal Health Act 1983(1983年精神保健法)による強制入院が57%増加したことが指摘されたこと、そして、1983年精神保健法の法律研究委員会においてAdvance agreement(事前合意)を作成し、強制入院を減少することが望ましいと言及されたことを受け、JCPが非自発的入院と強制的治療の減少に効果があるかを調査した。この研究は、2000年から2001年にかけて南ロンドンの7つの地域精神保健チームとケントの1つの精神保健チームから、直近2年間で少なくとも1度の入院歴があり、精神病または双極性障害の診断がなされている精神障害者160名を対象としたRCT研究である。調査は、通常治療にJCP作成を加えた群(介入群)と通常の治療のみの群(統制群)を80名ずつ無作為に割り当て、15ヶ月にわたって入院回数や入院期間、非自発的入院等の有無について調査した。この時のJCPの作成については、初回の会議で研究担当者から精神障害者本人と担当ケアコーディネーターに対してJCPの作成手順についての説明がなされ、2回目の会議でそれぞれの計画がまとめられた。この会議には、支援者、友人等が参加することが奨励され、本人と支援者らの認識を協議し、計画作成における合意がなされた。

研究結果として、少なくとも1度は入院を経験した数は介入群 24 名 (30%)、統制群 35 名 (44%)、入院の平均日数は、介入群 32 日、統制群 36 日であったが、これらには有意な差は見られなかった。一方で、非自発的入院と強制的治療においては、非自発的入院を経験した者の数は介入群 10 名 (13%)、統制群 21 名 (27%) であり、介入群が有意に少なかった。非自発的入院の平均日数では介入群 14 日、統制群 31 日であり、介入群が有意に短期間であった。

そして、このような成果が得られた背景には JCP が精神障害者本人の主体性によって作成されるものであることが関係し、法制度によって作成が求められているケア計画とは異なり、当事者と支援者らの協働によって JCP が作成され、活用されるためだと考察している。また、JCP を作成する協議においては、精神障害者と支援者という力関係が生じやすくなり、当事者から希望や意向が表明できない可能性があることから、作成の際にはファシリテーションを担う特別な人的資源が必要だとしている。このようなことから、PAD のような精神障害者本人の自主性によって作成する Advance Directive (事前指示) とは異なり、本人と支援者らで作成し、合意の上で完成する JCP は、その実行性を高めることにつながると考えられる。この理由として、作成するプロセスにおいて本人が JCP を用いていく動機づけや、支援者が支援実践において JCP を用いていく認識や関心に大きく影響すると考えられるためである。

また、Henderson C, et al. (2009b) は、上述の研究に精神障害者本人とケースマネジャーに対する JCP の活用状況や認識における評価のためのインタビュー調査を組み込んで調査している。調査の対象は、JCP を完成した精神障害者本人とそのケースマネジャーである。当事者への調査として、Henderson C, et al. (2004) によって JCP を作成するために無作為に割り付けられた 80 名の当事者のうち、JCP 作成直後に 45 名 (69%)、15 ヶ月後に 52 名 (80%) を対象として、ケースマネジャーは JCP が作成された 15 ヶ月後の時点で 39 名に対して調査を実施した。

その結果は「JCP を他の者にも薦めるか」という質問に対して [作成直後: 90% - 15 ヶ月後: 82%] が肯定的に回答し、「JCP の作成により自らの病気をコントロールできると感じるか」という質問に対して [作成直後: 71% - 15 ヶ月後: 56%] が肯定的に回答した。また、「治療参加していると感じるか」という質問に対して [作成直後: 76% - 15 ヶ月後: 50%]、「治療の継続性の認識が増加する可能性」に関する質問については [作成直後: 69% - 15 ヶ月後: 28%] が肯定的な回答した。これらのことから、JCP は精神障害者本人と治療・支援を担当するチームとの関係性を改善し、病状の自己コントロールの感覚を高めることにより、当事者のエンパワメントと自己決定を促進することが期待できるとした。

しかし、課題として入院を経験した 13 名のうち 6 名はその意向に沿った対応が得られなかったこと。また、15 ヶ月後の時点で 45 名中 36 名 (80%) は、JCP を保有していたが、その多くが自宅に置いたままであった。また、調査対象の精神障害者本人とケースマネジャーは JCP を受け取った際には内容を確認したと述べたが、当事者の 63% とケースマネジャーの 66% はそれ以降の活用をしなかった。このことより、JCP を作成した直後の肯定的な姿勢をいかに持続していけるかを検討していくことが必要であることを指摘した。

これらの研究では非自発的入院や強制的治療の減少を主要なアウトカムとしていたが、Flood C, et al. (2006) は医療経済学的な観点から JCP の費用対効果について調査した。この研究は、南ロンドンの 7 つの地域精神保健チームとセントの 1 つの地域精神保健チームから、直近 2 年間に少なくとも 1 度の入院歴があり、精神病の主診断がなされ、現在入院治療を受けていない精神障害者 160 名を対象とした。そして、これらの調査対象者は、通常治療に JCP 作成を加えた群 (介入群)

80名と通常の治療のみの群(統制群)80名をそれぞれ割り当てた。

介入群の JCP 作成の内容として、精神障害者本人の治療に直接関与せず、JCP を作成するための調整役として外部から精神保健専門職をファシリテーターとして位置づけた。その上で、初回の会議ではファシリテーターは本人とケアコーディネーターと計画の内容について協議し、2回目の会議で本人とケアコーディネーター、精神科医等とともにファシリテーターによって計画がまとめられた。この計画は、地元のサービス提供者や友人、家族等にコピーが配られた。統制群は、精神疾患の治療や地元のサービス内容、自らのケース記録の開示方法等を書面によって示された。そして、15ヶ月後の医療・福祉サービスの利用回数や医療費等を比較した。

その結果、追跡した 15ヶ月間における精神保健サービスの全費用において、介入群は1人当たり 6,064£、統制群は一人当たり 6,912£であり、介入群の方が統制群よりも平均費用が少なく、入院に関する医療費についても同様であった。さらに、医療・福祉サービスの全費用では、介入群は一人当たり 7,264£、統制群は一人当たり 8,359£であり、介入群の方が平均費用が少なかった。これらの介入群と統制群の間に有意な差はみられなかったが、JCP は通常の治療のみよりも JCP による介入を実施した方が精神障害者の医療・福祉サービスの費用が抑制されること、入院を受ける患者の割合が減少されることによって費用効果的となる可能性があるとした。

一方で、この研究に関して精神障害は慢性的な疾患によって生活障害が生じるという特徴から、より長期的な観点から JCP の継続した活用について検討する必要があると考えられる。ただし、単に JCP の支援上の効果について検討するだけでなく、医療経済学的な観点からの研究は制度・政策を新たに作り出していく上でより大きな影響を与えていくのではないかと考えられる。

そして、これまで JCP の臨床的効果を検討する際には、統合失調症や双極性障害の診断がなされた精神障害者を対象にしていた中で、Borschmann R, et al. (2013)は境界性パーソナリティ障害(Borderline Personality Disorder:BPD)の診断を受けた当事者を対象として研究を実施した。この研究では、直近 12ヶ月の間に少なくとも1回は自傷行為があり、ロンドンの南東地域に生活し地域精神保健チームによるケアを受けている BPD の診断がなされている精神障害者 88名を対象とした。通常治療に JCP 作成を加えた群(介入群)46名、通常の治療のみの群(統制群)42名を無作為に割り当て、6ヶ月間の自傷行為の頻度を主要なアウトカムとし、抑うつ、不安、生活の質、サービス満足度、費用効果等を副次的なアウトカムと設定した RCT 研究である。

ここでの JCP の作成方法においては、「私が危機時に行える対処方法」、「危機状況の特定の治療への拒否」、「危機状況での実際の援助内容」、「頼りになる連絡先」のような項目を含んだ JCP の空欄の様式を用いてたたき台の JCP を作成した。その1週間後に、JCP を計画するための会議が開催され JCP がまとめられた。このような JCP による介入の結果、自傷行為の頻度は介入群の方が統制群よりも少なかったが、有意な差はみられなかった。また、副次的なアウトカムにおいても有意な差はみられなかった。

一方で、質的データでは JCP を活用することに関して、介入群の 16名(47%)が JCP によって自らの問題をコントロールできる感覚が高まったこと、精神保健チームとの関係性の改善に寄与したと述べていた。さらに、29名(85%)が他の当事者にも JCP の使用を薦めたいとしていたことを報告した。これらは、他の疾患を対象にした研究でも同様の傾向が見られており、多くの精神障害者に対して JCP を用いた支援が行なっていくことの可能性が存在することを示唆した結果であると考えられる。

これらのように、JCP は統合失調症や統合失調感情障害、双極性障害、うつ病、そして境界性

パーソナリティ障害等の診断がなされた当事者に対して研究がなされてきた。しかし、仮説として設定された各種のアウトカムにおいて JCP 作成群と非作成群との間にエビデンスが示されず、成果が一貫して得られてこなかった。これらの背景には、研究地域が限定されていたこと、サンプル数が少なく調査期間が短いこと、研究担当者が JCP 作成に関与すること等、いくつかのバイアスが存在していることが考えられる。このような点において、後述する Thornicroft G, et al.(2013)の研究は JCP の効果を検証するための介入研究として、複数の地区における、多くのサンプルを対象にした大規模なものであり、調査者も治療・支援に携わらないように設定されていること等、最も信頼のおける JCP に関する研究だと言える。

Thornicroft G, et al.(2013)の研究背景は、イングランドとウェールズにおいて 2011 年までの 10 年間で、入院患者の数が 26,632 人から 30,092 人へと 13% 上昇し、精神障害者一人当たりの非自発的入院の割合も増加している社会的背景の中で実施された。主要なアウトカムは、非自発的入院の減少であり、副次的なアウトカムは入院回数、入院日数、身体拘束、治療関係の改善、社会参加の改善であった。調査対象として、イングランドの3つの地域におけるの4つの精神保健機関における 64 の精神保健チームから、直近2年間で少なくとも1度の入院経験があり、統合失調スペクトラム、双極性障害の診断がなされ、手厚い医療福祉支援が必要な 564 名の精神障害者を抽出した。そして、通常治療に JCP の作成を加えた群(介入群) 285 名、通常の治療のみの群(統制群) 284 名に割り当てた。この研究における JCP の作成手順として、5名のトレーニングを受けた JCP のファシリテーターにより、JCP の準備と計画のための2度の会議を通じて作成された。1度目の準備のための会議は、ファシリテーターから JCP に関する説明と JCP に含まれる項目等について精神障害者本人とケアコーディネーターに説明がなされた。2度目の計画のための会議は、精神障害者本人と精神科医、ケアコーディネーター、本人が望む参加者によって JCP がまとめられた。ファシリテーターの役割は、会議の開催だけでなく、精神障害者が自らの治療に関する希望を表出できるように勇気づけることであり、非自発的入院や強制的治療の必要性を減少できるように、支援を求めると自らの行動戦略の協議を促進し、調整することである。完成した JCP は、精神科医、ケアコーディネーター、その他指定された人物に渡され、電子カルテにも記録された。9ヶ月後には、本人が望むならば JCP の改定も可能であることが提示された。このようにして、JCP を作成した直後と作成から 18 ヶ月後にデータが収集された。

その結果、主要なアウトカムとした非自発的入院は統制群 56 名 (20%)、介入群で 49 名 (18%) であり、自発的な入院を含めると統制群 81 名 (29%)、介入群 77 名 (29%) であった。入院日数の平均は統制群 20.6 日、介入群 22.3 日であり、調査期間中では有意な差はみられなかった。副次的なアウトカムでは、精神障害者本人の自己評価に基づく治療関係において有意な改善が認められた。また、質的なデータからも当事者の認識において治療関係が肯定的に改善したことが示された。この治療関係の改善について例えば、当事者は将来の治療に関する自身の希望を専門職から尊重されることにより理解されたことを感じ、JCP 作成時に当事者自身の体験としての個別性を尊重され、過去の治療経験を積極的に傾聴すること等が治療関係の改善に効果的であったと報告した。

一方で、主要なアウトカムに有意差が見られなかった点や、JCP を実施する上での課題についても明らかにした。課題の一つは、治療や支援を担当する多くの専門職が通常の治療計画を検討する会議と JCP の作成会議と混同していた点である。そのために、通常の治療計画を検討する会議は、支援者が先導するものであり、独立した第三者がファシリテートする JCP の作成会議におけ

る有益性が得られなかったこと。二つ目に、JCPの実施においては治療や支援の選択肢について協議し、作成においては精神障害者本人の選択を支持することが重要であるが、多くの支援者が通常の治療や支援における「支援者-利用者」の関係性とは異質な関係である必要があることが認識されていなかったこと。三つ目に、JCPの作成や活用においてはその過程すべてに精神障害者本人の参加が求められるが、一部の当事者はJCPの活用においてその内容が尊重されなかったことを報告した。さらに、調査期間中に28名のケアコーディネーターのうち5名だけしかJCPを用いておらず、治療や支援において適切にJCPが用いられていなかったことの課題を指摘した。

このような Thornicroft G, et al. (2013)の研究結果から、JCPを用いることによる効果を得るためには、①作成時には精神障害者本人の個別性を尊重し、当事者自身の過去の治療経験を積極的に傾聴すること。②通常のケア計画における「支援者-利用者」の関係性とは異なり、その計画の選択肢や方向性における協議は、当事者の選択や意向を支持すること。③JCPの実施においては作成だけでなく、支援上においても当事者及び支援者に適宜活用されていくこと。これらのことが、JCPを用いた実践において治療関係を改善し、非自発的入院の減少へとつながることが期待できる。

また、Farrelly S, et al. (2015)は上記の研究に質的調査を組み込み、JCPによる実践が精神障害者本人における支援者との関係性の認識にどのように影響を与えていたのかを調査した。調査対象と方法は、JCP作成に関わった経験のある22名のケアコーディネーターと介入群(通常の治療に加えてJCPを作成した群)285名中の35名の当事者による12グループへのフォーカスグループインタビューと、15名の当事者と6名のケアコーディネーター、16名の精神科医の個別インタビューであった。その結果、JCPによる支援によって精神障害者本人における支援者との関係性の認識の改善が認められた背景には、『個別性の尊重』、『当事者の関心と経験への尊重』、『「支援者-利用者」役割からの解放』の要因が特徴であったことを報告した。これらの要因による精神障害者本人への“一貫した尊重”によって、JCP作成での対話がなされ、支援関係の改善がなされるとした。そして、精神障害者本人の自尊心の回復とエンパワメントが図られ、危機状況における対応時においても支援者への信頼を向けることが確認できたとした。つまり、一貫した尊重とは、精神障害者本人の過去の治療経験や生活体験を個別的で固有なものであるとする支援者による尊重と、その本人の希望や意向を尊重して作成されたケア計画であり、そこには従来の利用者・患者として「専門職の治療や支援を黙って受け入れる」役割からの脱却だとされている。そして、精神保健専門職以上に精神障害者自身が自らの専門家であるという支援者の認識を変化させることがJCPを作成する上で求められている。

さらに、Farrelly S, et al. (2016)は上記の Farrelly S, et al. (2015)の研究とは別に Thornicroft G, et al. (2013)の研究に質的研究を組み込み、JCPは将来の危機状況における治療・支援について Shared Decision Making (共同意思決定:SDM)を促進する方法の1つであるとし、JCPを実践することにおけるSDMを実現する困難さについて検討した。SDMは、がん治療等の分野で始まった支援方法であり、1990年だから徐々に広がりを見せており、精神保健医療福祉領域でも急速に関心を集めている実践である(山口 2015)。その定義には、「当事者と専門家はともに治療・支援の意思決定のプロセスにかかわり、それぞれの情報を共有し、治療への意向を表明するプロセスに参加し、実行される治療について合意すること」がある(Charles C, et al. 1997)。Farrelly S, et al. (2016)の研究の対象は、JCP作成に関わった経験のある29名のケアコーディネーター(看護師やソーシャルワーカー等)や16名の精神科医と、介入群(通常の治療に加

えて JCP を作成した群)285 名中の 51 名の精神障害者への調査であった。

その結果、日常的なケア計画は支援者が精神障害者本人の精神保健サービスの必要性を評価し作成する側面が強く、そのケア計画に対する精神障害者本人の関心は低い。そのため、JCP についても同様の計画だと当事者に理解され、再発時に適切に用いられないという「計画の実現性に懐疑的である」こと。そして、支援者側が日常的な支援場面で実践されている当事者のニーズを理解し、説明と同意を取るプロセスにおいて「既に共同意思決定できているという思い込み」が存在すること。さらに、支援者の選択は社会的な妥当性を基準になされるが当事者の選択はより個別性の高いものとなる場合があり、「当事者の選択は適切ではないという先入観」や「治療者・支援者の道徳的判断と当事者の治療への希望が対立することの葛藤」が生じること。また、当事者の要望が提供できない治療・支援であるような「当事者の希望する選択とサービス利用の限定性」、治療者・支援者の方が立場が上であるという暗黙知による「選択するためではない、決定についての情報提供」や当事者の過去の経験を踏まえた「最善の選択に治療者や支援者が関心や尊重を示さない」等が JCP の実践において SDM を実現する際の困難さとして存在することを報告した。

このような困難さから、精神障害者本人は自らの治療・支援への自己選択・自己決定の権利を有し、実際に行使していることへの感覚が得られにくい。そのため、JCP の実践において SDM を実現するためには、支援者のコミュニケーションプロセスのトレーニングの必要性を指摘した。また、この研究結果には JCP の実践における支援者の理解不足や不信感といった側面も明らかにされており、精神障害者本人だけでなく支援者の認識が JCP の実践に影響し、そのような認識が SDM を実現する障壁となって存在していたと考えられる。

直近の JCP に関する研究の内容として Henderson C, et al. (2017) は、イギリス国内においては、Metal Capacity Act 2005 (2005 年意思決定法) によって、医療サービスについては意思決定能力を失った際には、事前の意向に基づく治療拒否としての権利が認められている。通常精神保健サービスにおけるケア計画においても治療拒否の権利は尊重されるべきであるが、実際にはケア計画の中で治療拒否に関する記述はほとんどなされていない。そのために、精神障害者の権利を適切に行使できていない現状にあるとした。そこで、JCP の作成によって精神障害者に治療拒否の権利について情報提供し、事前の治療拒否の意向を示すことができることを明らかにするため、通常ケア計画と JCP における治療拒否の割合の比較、JCP における治療拒否の内容、拒否に関連する要因を調査した。この研究では、直近2年間で精神科病院への入院経験があり、地域精神保健チームによる支援を受けている精神病性の疾患の診断がなされた精神障害者で、通常ケア計画の記録を利用することができた 424 名のうち、通常ケア計画を作成することができた統制群 221 名、通常治療に加えて JCP を作成した介入群、203 名分であった。

その研究結果として、統制群 221 名のケア計画のうち、治療の拒否が含まれていたのは6名(3%)であった。介入群 203 名のうち 99 人(45%)がその一部に治療拒否の意向を示すことができた。その治療拒否の中で 45 名(45%)に共通していたのが薬物療法であった。次に、共通した治療拒否は電気けいれん療法(ECT)であり、19 名(19%)、18 名(18%)は入院治療を拒否していた。そして、治療拒否を示す要因として、過去に受けた治療において感じている強制性、精神保健サービスの利用期間の長さが関連していることを示唆した。

イギリスでは、2005 年意思決定法によって事前の治療拒否は、判断能力を失った後には法的拘束力を有するとされている。ただし、Mental Health Act 2007 (2007 年精神保健法) による治療は、この治療拒否を乗り越えて実施することができるとされており、このことによって支援者には

精神障害者の治療拒否の権利が意識されない可能性があることを指摘した。しかしながら、すべての当事者、すべての治療・支援場面において事前に当事者が治療拒否を示した治療内容が2007年精神保健法によって実施されるわけではない。当事者が示した治療拒否の意向を、可能な限り達成できるようにすることが求められる。このような中でJCPによる支援において当事者に事前の治療拒否の法的権利を伝え、意向を表示できるようにするための効果的な方法であるとした。

ここまで確認したJCPに関する研究は、すべてイギリス(主にイングランド)で実施されてきたものであったが、Ruchlewska A, et al. (2014)は、オランダにおけるAdvance Statement: 事前宣言を用いた介入研究である。オランダでは、精神障害者のアドボケーターとともに作成するクライシスプラン(Patient Advocate Crisis Plan: PACP)と、治療や支援を担当する専門家とともに作成するクライシスプラン(Clinician facilitated Crisis Plan: CCP)の二つの形式によってAdvance Statement: 事前宣言が実施されている。この研究では、クライシスプランを作成した介入群として、通常の治療に加えて精神障害者のアドボケーターの支援によってクライシスプランを作成した群(以下、PACP群)と、通常治療に加えて精神障害者の治療や支援を担当する専門職の支援によってクライシスプランを作成した群(以下、CCP群)、さらには通常治療のみの群(以下、統制群)によって、非自発的入院や緊急受診に対する効果を比較検証した。

クライシスプランの作成について、PACPにおけるアドボケーターは、精神保健サービスを受ける精神障害者としての権利に関する情報や助言を提供するものであり、主に精神保健に関する業務経験を有するソーシャルワーカーが担っている。このアドボケーターによって、初回の会議では、精神障害者本人とクライシスプランに関する説明と手続きについて協議され、危機を引き起こす要因を確認し、危機を防ぐための戦略について作成された。その後の会議では、危機時にしてほしいことを担当する支援者とアドボケーターによる支援を受けながら協議し、最終的なクライシスプランを完成させた。CCPにおいてクライシスプラン作成のために関与した専門家は、その当事者の治療・支援を担当する看護師やソーシャルワーカーであった。その専門家により、通常の治療・支援の中でクライシスプランの内容を協議し、作成した。その上で、治療・支援を担当する支援者とも協議し、最終的なクライシスプランを完成させた。作成されたクライシスプランは、カード型にして当事者が保有するとともに、電子カルテ上に保存された。研究の対象は、直近2年間で少なくとも1度は緊急受診、自発的または非自発的入院を要する精神医学的な危機の経験があり、統合失調または他の精神病性障害、双極性障害の診断がなされ、ロッテルダムの12のACTチームから212名を抽出し、PACP群69名、CCP群70名、統制群73名が無作為に割り付けられた。

研究結果として、PACP群とCCP群の間で、自発的入院(PACP群:16名(23%)—CCP群:14名(20%))、非自発的入院(PACP群:12名(17%)—CCP群:7名(10%))、緊急受診(PACP群:23名(32%)—CCP群:22名(31%))の回数において有意な差はみられなかった。そして、非自発的入院について、これらを介入群として統制群:14名(19%)と比較しても有意な差はみられなかった。そして、裁判所命令による入院ではPACP群:11名(16%)—CCP群:7名(10%)—統制群:19名(26%)であり、介入群の方が有意に少なく、CCP群の方がより少なかったことから治療・支援を担当する専門職から援助を受けてクライシスプランを作成することの方が望ましいことが示唆されていた。

本研究は、JCPまたはAdvance Statement: 事前宣言に関する研究の多くがイギリスで実施されている中で、イギリス以外の国で実施された研究であり、よりその効果を検討するために参考となるものである。また、CCPのような第三者のファシリテーターは存在せず、実際に治療や支援を担

当する専門職とともにクライシスプラン作成のあり方は、国内のクライシス・プランの作成と共通する作成方法であり、参考になる。その結果から、裁判所命令による入院以外には有意な差はみられなかったものの、有意な差はみられないが、統制群よりも介入群において非自発的入院は減少したとともに、自発的入院が増加し、クライシス・プランによって自発的な治療が促されていた可能性がうかがえる。一方で、介入群において裁判所命令による入院が減少した要因については明らかにすることができおらず、CCP 群においては調査担当者が加わっていたことも本研究結果のバイアスとなっている等の課題も考えられる。

以上が、ここ(3.2.1)で取り上げた精神障害者と治療や支援を担当する専門職を対象にしたJCPに関する先行研究の概要である。JCPは1990年代後半から発展し、その始まりは精神障害者の再発時または危機状況における治療の希望、当事者自身に関する情報が記載されたCrisis Cardという形で導入された(Sutherby K, et al. 1998)。それ以降、将来の危機における計画として、再発の引き金や状況、早期警告症状の詳細、危機状況における望む治療や支援と望まない治療や支援等の項目が加えられていった。

JCPの作成方法は、精神障害者本人と治療や支援を担当する専門職、さらに第三者のファシリテーターによって準備会議と計画会議が開催される。準備会議では、ファシリテーターによってJCPの項目の説明や作成手順について説明され、計画会議では治療や支援を担当する専門職との共同意思決定のプロセスによって、早期警告症状、引き金、過去の治療上の経験等を共有し、最終的に当事者の選択・決定によって完成することとなる。完成したJCPには、将来の再発または危機状況での治療や支援に対する事前の意向だけでなく、拒否したい治療内容についても含まれる場合がある。

効果的にJCPを実践するためには、Thornicroft G, et al. (2013)は、①精神障害者本人の個別性を尊重し、当事者自身の過去の治療経験を積極的に傾聴すること。②通常の「支援者-利用者」の関係性とは異なり、本人の選択や意向を支持すること。③これらはJCPの実施においては作成だけでなく、治療や支援を展開していく上でも当事者及び支援者に適宜活用されていく必要性がある。そして、Farrelly S, et al. (2015)は『個別性の尊重』、『当事者の関心と経験への尊重』、『「支援者-利用者」役割からの解放』の要因を特徴づけている。これらより、JCP実施において【当事者の個別性の尊重】【当事者の主観的体験の尊重】【当事者は自らの専門家】【新たな当事者・支援者の役割の獲得】の認識がJCPを実践していくために支援者に必要とされる。

実際に、上記で確認した先行研究においてJCPの主要な成果として期待されてきた非自発的入院の減少に関して、一貫した成果は得られていない。さらに、医療経済学的な費用効果の側面からも検討されていたが、JCPを用いることによる費用効果に有意な差はみられておらず、エビデンスが示されたとは言えない。そのような中で、副次的な成果における治療関係の改善には有意な改善が認められていた。この背景には、JCPの作成過程で支援者によって【当事者の個別性の尊重】がなされ、【当事者は自らの専門家】という認識をもとに、再発のサインや精神障害者自らの対処法、支援者の対応への希望といった【当事者の主観的体験の尊重】を行い、当事者の自己決定が可能となり、当事者の治療参加が促される。そのような支援者による当事者への一貫した尊重により【新たな当事者・支援者の役割の獲得】がなされ、当事者自身が支援者に対して信頼感を高めていくと考えられる。

このような支援者の姿勢やコミュニケーションプロセスは、SDMとしてJCPが作成されるために欠かせず、支援者のトレーニングの必要性が今後の課題としてあげられていた。また、いくつかの

研究において JCP の作成後に精神障害者本人や支援者が適切に活用できていなかったという課題を述べていることに注目すべきである。このことから、JCP の実践において作成だけでなく、活用
の段階も存在することに目を向けることが必要であると考えられる。

JCP の先行研究において、JCP の活用方法に関して取り組んでいる研究はみられなかった。この理由には、JCP が精神障害者自らが病状悪化や危機に陥った際の権利擁護としての手段・ツールとして、当事者の自助性によって用いられた Crisis Card を前身としつつ、支援者とともに作成するというプロセスを重視して生み出されたものであること。また、イギリス国内においてはいくつかの委員会報告や法制度上において、非自発的入院の減少や精神障害者の希望する治療や支援を受ける権利・望まない治療や支援を拒否するための権利擁護として、Advance agreement: 事前合意を作成することに主眼が置かれ、実際に活用する点まで目が向けられてこなかったためと推察される。

こうしたことから、国内のクライシス・プランにおいて病状悪化や危機状況における精神障害者の権利擁護のみに焦点化するものでは、イギリスの JCP と同様の課題が生じるが予想される。そのため、いかに病状悪化や危機状況において当事者や専門職に適切に活用されていくことができるのかといった点から、クライシス・プランの実践方法を検討していくことが重要である。

さらに、PAD の先行研究を確認した際には、事前指示の有効なファシリテーションモデルとして JCP が挙げられていた。また、Ruchlewska A, et al. (2014)らの研究によって、アドボケーターの支援を受けながら支援者とクライシス・プランをともに作成する PACP と、治療や支援を担当する専門職とともに作成する CCP には有意な差は存在しなかった。このことから、国内で示されているクライシス・プランを作成するための構造においても Advance Statement: 事前宣言を作成できると考えられるが、具体的な作成方法においては支援者における一貫した尊重といった姿勢と、それを踏まえた対話のあり方が重要になってくる。

3.2.2 JCP に関連した文献レビューを行なった先行研究

ここ(3.2.2)で収集されたものは、Advance Statement: 事前宣言の類型化を試みたレビュー研究1編のみであった。

Henderson C, et al. (2008)は将来の精神保健上の危機において判断能力を失う間の治療・支援に関する当事者本人の事前の意向を作成する手段を Advance Statement: 事前宣言と定義し、その中で法的権限を有するものを Advance Directive: 事前指示、事前に当事者と専門職との間で合意されたものを Advance Agreement: 事前合意として、その特徴から大別した。その上で、近年の欧米諸国で用いられている既存の Advance Statement: 事前宣言について、“法的拘束力があるか”、“治療・支援を担当する専門職が参加するか”、“独立したファシリテーターが存在するか”、“強みと弱み”によって整理している。

その一つ目に PAD をあげている。PAD は法的手段であり、そして将来の判断能力を失った際のために、能力のある当事者へ一般的に三つの方法によって提供されることに特徴があったとした。それは、将来の治療への説明と同意の提供によること、個人の自主性や価値によって将来の治療における内容の指示であること、将来の治療のために代理意思決定者の役割を委任することである。そして、効果研究はアメリカに限られているが、電子上でアクセスが可能になっていることが特徴であるとした。

二つ目は、FPAD (援助つき PAD) である。FPAD は、法的に有効な PAD を効果的に通常の支

援現場に導入するための方法がマニュアル化され、支援が構造化された方法である。その支援は、ソーシャルワーカーまたは保健教育者により援助され、精神障害者が単独で作成する PAD よりも FPAD の方が完成率が高く、精神障害者本人が望む精神保健サービスを受けることができることが示されている。一方で、FPAD を用いる上で支援者の関心の低さ等の課題が存在するとした。

三つ目は、Crisis Card である。Crisis Card は、イギリスの権利擁護団体によって用いられ始め、精神医療を利用し過去に危機状況の中で適切に必要な情報を伝えることができなかったことを経験した当事者が自助的に用いて意向を示すようになった。しかし、それは主に「有事の時」の連絡先であり、治療の意向が含まれることは少なく、危機における臨床的な効果はこれまで示されていない現状にあるとした。

四つ目は、Treatment Plan (処遇計画) である。Treatment Plan は、イギリスの地域精神保健サービスの基本的な要素であり、その計画の中には危機または再発した際の対応計画が含まれている。その対応計画において、精神障害者本人の意向が含まれているのであれば Advance Statement: 事前宣言として機能するかもしれない。しかし、Treatment Plan は制度・政策上に位置づけられているため、当事者が計画作成のための会議に参加せずとも計画を完成することとされており、危機状況等における対応計画が含まれていない Treatment Plan も存在するとした。

五つ目は、Wellness Recovery Action Plan (元気回復行動プラン): WRAP である。WRAP は、精神障害者の専門的なケアを補足するセルフモニタリングシステムである。WRAP では、当事者自らが良い状態にいること、病状の悪化の引き金となる出来事、症状への対応方法、ケアを必要とする病状悪化時の計画(クライシスプラン)等をリスト化する。このクライシスプランは、危機時の方針を与えるものであるが法的な文書でなく、Crisis Card と同様に当事者の自助性によって用いられ、治療や支援を担当する者のかかわりを必要としないことに特徴がある。WRAP を完成するまでのプロセスにおいて、セルフマネジメント能力が高まり、当事者のエンパワメントが促進されるとした。なお、WRAP については 4.3 でより詳細に確認する。

六つ目は、JCP である。JCP は治療や支援を担当するチームの一員ではない精神保健専門職が第三者のファシリテーターとして関与し、作成がすすめられる。ファシリテーターは、精神障害者本人とケースマネジャーで JCP の内容を準備するための会議と、治療・支援を担当する精神保健チームとの JCP の内容と確定し、合意を得るための会議を開催する。この会議には、親族や友人、権利擁護者も参加することが奨励されている。JCP による介入研究は実施されており、限定的な成果であるが当事者の権利擁護と危機におけるリスクマネジメントを可能にするという示唆が得られているとした。

こうした Advance Statement: 事前宣言の文献レビューによって類型化し、Advance Statement: 事前宣言の効果を促進する形式として、現状では FPAD や JCP のような形式によって研究が進められている動向にあるとされていた。WRAP は、当事者自身によって完成できることで自らの精神保健上の問題や対応についての洞察が深まり、エンパワメントが期待できる反面、自助性に基づいて作成される PAD や Crisis Card も同様に、精神障害者個人の動機づけや能力に大きく影響されやすい。さらに、作成したものを当事者が支援者に提供するということは、当事者に「私は計画のとおりに行動しなければならない」、支援者に「当事者は計画のとおりに行動すべきだ」という認識を強める可能性があり、「利用者-支援者」の相互の関係性の悪化を招く可能性があることが指摘されていた。ただし、WRAP の作成を通じて PAD を作成していくことも可能であり、FPAD や JCP、WRAP は Treatment Plan における危機の対応計画の発展に大きな影響を与

えることができ、複数の Advance Statement: 事前宣言が相互の強みや弱みを補い合い、共存することが可能であるとされていた。なお、Advance Statement: 事前宣言を類型化したものを表1-5に示した。

表1-5 Advance Statement: 事前宣言の類型化 (Henderson C, et al. (2008)より引用 筆者訳)

	JCP	PAD	FPAD	Crisis Card	WRAP
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者と支援者との合意の増加 ・強制的な治療の減少 ・早期発見と再発治療 ・入院治療の利用の縮小 ・不利益の縮小 	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者の自律の増加 ・強制的な治療の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者の自律の増加 ・強制的な治療の減少 ・早期発見と再発治療 ・入院治療の利用の縮小 ・不利益の縮小 	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフアドボカシー ・強制的な治療の減少 ・不利益の縮小 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状の自己管理 ・早期発見と再発治療 ・入院治療の利用の縮小 ・不利益の縮小
治療・支援担当者のかかわり	直接的にかかわる	かかわらない	間接的にファシリテーターと一緒にかかわる場合がある	かかわらない	かかわらない
作成を援助する第三者の存在	存在する: 精神保健専門職が当事者と支援者との協議を促す	法律家に相談されるかもしれない	存在する: 医療教育者が文書の完成を手助けする	存在しない	存在しない
判断能力の判定	正式なものはない: ファシリテーターと患者の支援者によって判断される	正式なものはない: 証人が健全な思考であると判断されることを求める	正式なものはない: 証人が健全な思考であると判断されることを求める	必要としない	必要としない
作成された事前宣言の性質	事前合意: 精神保健専門職による当事者の合意から指示が作成	事前指示: 指示は当事者が作成: 代理意思決定者の設定	事前指示: 指示は当事者が作成: 代理意思決定者の設定	事前宣言を作成するかしないかは、当事者の自助性による	事前宣言を作成するかしないかは、当事者の自助性による
専門職への法的効力の有無	ない	通告としてある: ケア基準と対立する場合には乗り越えられる	通告としてある: ケア基準と対立する場合には乗り越えられる	ない	ない
共有、保存の方法	地域精神保健サービスの医療記録に含まれる	当事者に提供されれば、医療記録に含まれる	外来患者と入院患者の医療記録に含まれる	特にない	特にない

Henderson C, et al. (2008)の文献レビューにおいて、Advance Statement: 事前宣言を分類するために“法的拘束力があるか”、“治療や支援を担当する専門職が参加するか”、“独立したファシリテーターが存在するか”といった枠組みは、国内の精神保健医療福祉領域においてクライシス・プランのような事前宣言を導入していくための指標になると考えられる。つまり、国内の精神保健医療福祉領域に関連する法律において PAD のように事前の指示を法的拘束力を有するように改正していくことは速やかに行えるものではない。さらに、クライシス・プランを作成するために独立したファシリテーターを現行制度の中で位置づけるとしても、どのような機関のどのような職種が担うのか等といった検討すべき事柄が多い。

それでも、“治療や支援を担当する専門職が参加するか”といった点については、国内の現行制度上においても可能であり、実際にクライシスプランはこのような作成のあり方を提案している(厚生労働省 2016)。ただし、Henderson C, et al. (2004)が指摘するように、当事者と支援者での作成となるとパターンリズム化が生じやすくなることが懸念される。そのために、JCP 研究のレビューから確認できたように、治療や支援を担当する専門職側が当事者の個別性を尊重し、最終的な当事者の自己選択・自己決定による合意が得られるケア計画となるように、適切な作成のあり方が精査され、支援者に求められる視点や姿勢が存在すると推定される。

3.2.3 JCP に関する先行研究の文献検討における小括

JCP は、1990 年以降イギリスで、さまざまな当事者団体や非営利団体によって権利擁護ツールとして用いられ始めた Crisis Card が始まりである。JCP は、精神障害によって判断能力を失った際の早期発見と早期治療に向けて、当事者と支援者との事前の合意に基づいて計画を作成し、当事者の権利擁護とエンパワメントを促進することを旨とするを目的としていた。また、PAD との異なりとして第一に法的拘束力の有無、第二に作成方法が挙げられる。JCP の法的拘束力は、イギリス国内において 2005 年意思決定能力法において本人の意思決定を支援する上での支援の仕組みが整えられているものの、JCP に関する法律は定められていない。作成方法については、当事者と支援者、家族らが構造化された場で協議し、判断能力を失った際の対応について合意が得られるように作成するのである。さらに、協議の場には治療者・支援者とは独立したファシリテーターが立ち会い、当事者の自由な意思表示を保証するように手助けすることに特徴がある。

JCP の先行研究のレビューの結果、その研究動向を踏まえた研究の成果や課題について図1-2のように整理できた。

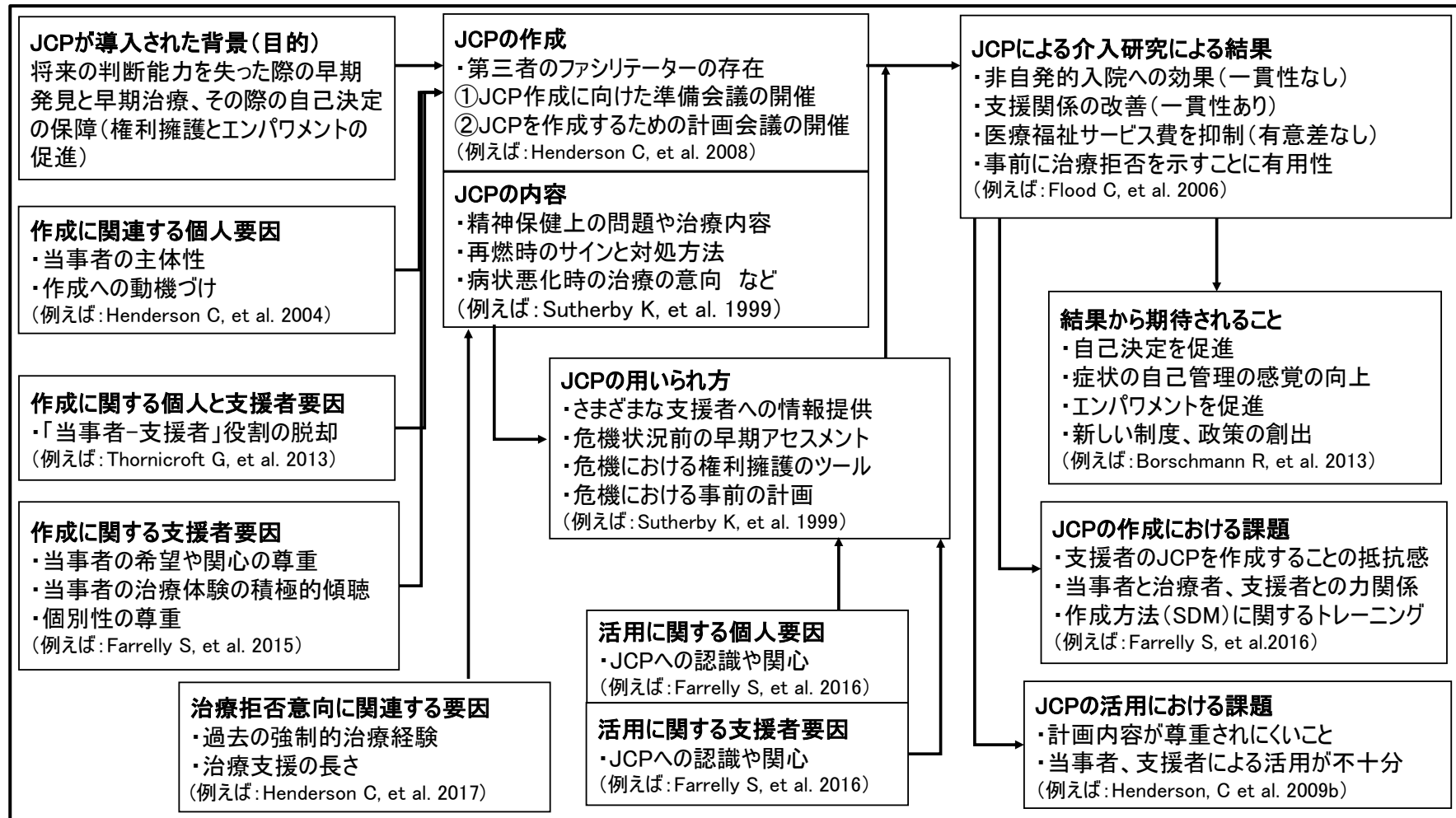


図1-2 JCPの先行研究における研究動向を踏まえた研究結果と課題の整理

今日の JCP は、将来の判断能力を失った際の早期発見と早期治療により、非自発的入院や強制的治療を減少させ、当事者の権利擁護とエンパワメントを促進することを目的に用いられている。その作成は、第三者のファシリテーターによって、2回の会議が開催される。初めの会議は JCP を作成するための準備会議であり、ファシリテーターによって当事者とケアコーディネーターらを対象に判断能力を失った際の治療や支援の希望や拒否について検討が促されていた。それらをもとに次の会議である作成会議において、治療や支援を担当するスタッフや当事者が希望する家族や友人らの参加を得て、最終的には当事者の自己選択・自己決定を尊重し、合意を得られるように計画が作成されていた。計画内容として、精神保健上の問題や治療内容、再燃時のサインと対処方法、病状悪化時の治療への意向等が含まれ、当事者自身の希望によって記載する項目が選択可能であるとされていた。

JCP による支援介入の成果として、非自発的入院や強制的治療を減少させる効果に一貫性はみられなかった。また、医療経済学的視点から医療福祉サービス費の抑制についても検証されていたが、有意な効果は得られていなかった。一方で、当事者の主観性に基づく支援者との関係性の向上に効果が存在することが明らかにされていた。そして、通常精神保健サービス利用において JCP を用いることで当事者が支援者に対して望まない治療の意向を示すことを可能にするとされていた。このように、JCP には一貫した成果が得られていない現状ではあるが、これまでの研究動向から JCP には当事者の自己決定を促進できること、そして症状を自己管理する感覚が高まることでエンパワメントを促進できること、さらに当事者の権利擁護やエンパワメントが促進されることで医療経済的な観点での効果が得られていくこと、このような成果から新しい制度や政策の創出に結びついていくことが期待されていた。

JCP の作成に影響を与える要因として、精神障害者個人の側面では当事者の主体性と作成することの動機づけが挙げられていた。また、支援者の側面では、当事者の希望を尊重すること、当事者の過去の治療体験を積極的に傾聴すること、そのような当事者の体験や考え、希望といった個別性を尊重する姿勢や態度が示されていた。加えて、「当事者-支援者」という従来の役割から脱却することという当事者と支援者との関係における要因も存在していた。また、JCP の作成時に当事者が治療拒否の意向を示すことに影響する要因についても検討されており、その要因として過去に強制的な治療を受けた経験と精神保健サービスによる治療・支援を受けている期間の長さがあげられていた。

JCP を活用することの有用性として、当事者の希望や意向を支援者へ情報提供でき、当事者の危機状況に応じた支援対応につなげられるアセスメントとなり、危機において提供される治療・支援において当事者の自己選択・自己決定に基づくことでの権利擁護が可能で、このような対応が実現する危機に対応する計画であるという有用性が示されていた。また、この JCP の活用に影響を与える要因として、当事者と支援者の要因について双方とも、JCP への認識や関心が関係することがあげられていた。

JCP の課題として、JCP の作成については支援者に JCP を作成することの困難さが存在すること、当事者と支援者との力関係の問題が指摘されており、そのために JCP を作成するために共同意思決定を促すためのトレーニングが支援者には必要であるとされていた。この背景には、JCP によって得られていた治療関係が向上することで、当事者の自発的な治療や支援が可能となり、これによって当事者の非自発的入院や強制的治療といった一方的で支援者が主導する治療が減少することが期待されていた。また、JCP の活用においては支援者に JCP の計画内容が尊重さ

れにくいことが指摘されており、これには JCP に法的拘束力が存在しないために、支援者にとって JCP の内容に基づいて対応することの認識が高まらないためだとされていた。そして、当事者と支援者による JCP の保有率が低い結果も存在し、十分に活用されていない課題も存在していた。

なお、この図1-2については、本章で抽出された JCP に関する先行研究を確認した上で、各先行研究で得られていた成果の研究動向を踏まえて整理したものである。そのため、図1-2の中で示している矢印については研究動向や、成果と課題のつながりを意味するものであり、科学的な根拠を示すものではない。

以上が、JCP の研究動向と成果、課題についての現状である。次節では、PAD と JCP の先行研究を踏まえ、今日の国内における精神保健医療福祉の現場における精神科事前指示やクライシスプランに関する先行研究を確認し、研究動向と成果、課題について整理する

第4節 国内におけるクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討

4.1 精神科事前指示に関する先行研究

精神科事前指示に関する先行研究は4編が抽出された。その研究の種類として、精神科病院に入院している精神障害者を対象とした精神科事前指示の効果に関する事例研究と報告集が計3編、アメリカ及びイギリスの事前指示に関する文献をレビューした特集論文が1編であった。また、これらが報告されていた学術誌の学際的領域については、すべてが精神医学領域に関するものであり、特定の研究者・臨床家によって研究報告されている状況にあることが特徴的であった。

片桐ら(2016)によれば、精神科事前指示は精神障害者において精神症状のために一時的に同意判断能力が低下するか失われることがあるため、同意判断能力が保たれているときに、そのような時のために事前に治療内容について決めておくことだとしている。精神医療においても精神障害者の自己決定権の尊重が重視され、判断能力が失った時の意思決定においても、本人の価値観や利益が反映されることが求められることを踏まえ、アメリカの PAD を例にしながら、2016 年時点で国内の精神保健医療福祉領域において精神科事前指示の実践がなされていないことが課題であるとしている。こうしたことから、国内で精神科事前指示が用いられ始めて間もない現状にある。

4.1.1 精神障害者を対象にした精神科事前指示の先行研究

ここでは、精神障害者を対象にした精神科事前指示の先行研究の3編を確認し、その研究動向や成果、課題を整理する。

渡邊ら(2016)は、精神障害者の判断能力の低下あるいは欠如の際でも本人の自己決定権を可能な限り尊重するための方法としてアメリカの「Psychiatric Advance Directive: PAD」を国内の精神医療の現場での使用を試み、その作成過程において明らかになった PAD の利点等について報告した。この研究は、精神科病院に非自発的入院をした患者で ICD-10 における F2, F3 群³⁾に該当する診断がなされた精神障害者 43 名を対象にしたものであり、精神科事前指示の作成に関して患者から得られた質的データをもとに考察した。この時、精神科事前指示は精神保健福祉士の援助を受け退院前に作成されていた。その結果、精神科事前指示を作成することで精神障害者自身が将来の治療において自らの意思が尊重されることに期待しており、精神科事前指示について肯定的に評価していた。その一方で、精神障害者本人から具体的な希望の表明が少なかったことから、治療等に関する情報提供のあり方が課題であるとした。

そして、渡邊ら(2017)は国内の精神医療において、患者の同意判断能力が低下あるいは欠如

した場合に、患者の同意を得ずに非自発的入院が容認されている。しかしながら、患者の同意判断能力が欠如している場合であっても患者の自己決定権を最大限に尊重することが望ましく、権利擁護の観点から、国内でもアメリカの PAD の作成や活用が可能となることが求められるとし、精神科事前指示を作成するための支援ツールを開発し、PAD 作成の試みを行った。この研究は、事例研究であり、精神科病院に非自発的入院しており、病状が安定し2週間以内に退院が決まっている統合失調症、双極性障害、うつ病の診断がされている精神障害者4名を対象に精神科事前指示を作成するためのツールを用いて実施した。その結果、1名は「これ以上再入院しないように治療を受けているため、再入院になることを前提としたものは作りたくない」という理由から、精神科事前指示の作成を希望しなかった。精神科事前指示を作成した3名は、自分自身の同意判断能力が著しく低下もしくは欠如した際の治療における意向を表明できることの期待感を表明した。また、作成したすべての当事者が作成時に専門職からの援助を得ることを希望し、当事者をよく知る精神保健福祉士等の専門職による支援が得られるようにすることで、当事者が作成に対して肯定的に捉えることができるとした。

さらに、渡邊ら(2018)はより多数の当事者に対する精神科事前指示の作成を試み、国内への PAD の普及可能性を検討した。研究の対象は、精神科病院に非自発的入院をしており、未成年者、IQ60 以下の者、パーソナリティ障害の診断を除いた精神障害者 95 名を対象とした。その結果、精神保健福祉士の支援のもと 59 名(62.1%)が精神科事前指示を作成することができた。このことから、国内においても PAD を普及させることができる可能性があるとしている。一方で、実際に治療を受けている精神科病院のスタッフに自らの希望を知られることに抵抗を示す患者も存在し、入院患者のニーズに沿った作成方法を選択できる工夫が必要であるとした。

以上が、国内の精神科事前指示に関する先行研究であり、すべての研究が精神医学領域において報告されていた。そして、国内の精神医療において(も)当事者の判断能力が低下または欠如した際に当事者本人の同意が得られずに非自発的な治療が実施されることの医療提供者側の懸念から、当事者が治療への同意判断能力に基づいて意向を示すことができないような場合でも、インフォームド・コンセントを遵守した医療サービスが提供できることを目指し、当事者の自己決定権を最大限尊重する権利擁護を目的にアメリカの PAD が導入され始めたことがうかがえる。

国内の精神科事前指示に関する研究動向は、当初から精神保健福祉士がかかわって精神科事前指示を作成していた。その上で、渡邊ら(2016)は精神科事前指示自体の作成は可能であったが、当事者の具体的な治療への希望が十分に反映されたものではなかった。そのため、精神科事前指示を作成するためのツールを開発し、そのツールを用いて作成することで、実際の支援場面で当事者の希望を含んだ精神科事前指示の作成を可能にした。(渡邊ら 2017)。そして、より多くの精神障害者を対象として精神科事前指示の作成に関する調査を実施し、その完成率の高さから国内においても PAD 及び精神科事前指示の普及可能性が示唆された(渡邊ら 2018)。このような国内の研究動向においては、Swanson JW, et al. (2006a)らの PAD の作成を構造化し、マニュアル化することで当事者の作成にトレーニングを受けた支援者が積極的に援助すると捉えられる。

一方、現状では精神科事前指示を作成し、活用することの主要なアウトカムを示した研究は存在していない。ただし、PAD を国内において導入できる可能性が示唆され、FPAD と同程度の完成率の精神科事前指示を作成することができたことは、これまでの研究成果であると言える。また、

精神科事前指示を作成することによって、当事者が医療サービスの向上や権利擁護の充実への期待感が得られたことは、今後の精神科事前指示の研究を進める上で非自発的入院や強制的治療の減少、患者の主体的な治療参加といったアウトカムを得られていくことが期待できる。

ただし、アメリカの PAD 研究でも挙げられていた課題は、国内における精神科事前指示の実施においても同様の課題となっていくのではないかと推察される。その一つは、これまでの研究が精神科事前指示の完成に着目している点である。PAD の研究でもそうであったが、精神科事前指示を当事者の治療に関する意向を含んだ文書に意義があるだけでなく、当事者と支援者、家族等が当事者自身の治療歴や将来の治療への希望といった有効な対話がなされることの効果も期待できる (Van Dorn RA, et al. 2008) のであって、PAD の作成プロセスにも目を向けていく必要がある。二つ目に、完成した精神科事前指示の文書をどのように活用していくのかということである。Swanson JW, et al. (2008) は、支援者や通院治療を担当するケースマネジャーが当事者の PAD について認識していた割合の低さから PAD の共有方法や適切な活用のあり方に課題が存在することを指摘しており、この点は国内でも同様の課題が生じていくと考えられる。そのため、支援者が適切に当事者が有する精神科事前指示を必要な時に用いることができるように、精神科事前指示の目的や重要性を支援者が理解し、適切に活用していける方法を示すことが求められる。最後に、アメリカの PAD は法的効力を有するが、精神科事前指示は現在のところ法的効力を有していない。このことによって、支援者にとってはその重要性の認識が高まりにくく、当事者の判断能力が低下あるいは欠如した際にはその精神科事前指示に沿って対応しようとする意識が向きにくくと考えられる。そのため、精神科事前指示は当事者の将来の治療への意向を示すことができる文書として重要であり、将来の危機状況において適切に支援者に意識されていくような PAD とは異なる実践方法が求められる。

4.1.2 精神科事前指示に関する文献レビューを行なった先行研究

精神科事前指示に関する文献検討を行った先行研究は1編のみであった。それは、精神医療における当事者中心のサービスを提供するための方法の1つとして「事前指示」に着目し、欧米の Advance directive: 事前指示について概観したものであった。

藤井 (2011) は、精神科医療も一般的な身体科医療と同様に患者の自己決定権を最大限に尊重されるべきであるが、精神科医療では非自発的な強制治療が日常的に行われている現状を問題視し、欧米で当事者が判断能力を有する際に、将来の判断能力を失った際に自らが受ける医療行為への意向を前もって意思表示する「事前指示 (advance directive)」に着目し、特にアメリカの PAD とイギリスの JCP に関する先行研究について概観した。

それを受けて、国内の精神医療に関する現行法である精神保健福祉法のもとでは医療保護入院において同意が求められる「家族等」⁴⁾の規定に則れば、仮に本人が友人を代理意思決定者 (代理人) として指定した場合でも、医療保護入院の際の同意者になれるとは限らないとした。これに併せて、成年後見人の場合を想定してみても精神障害による判断能力の低下及び欠如は通常可逆的であることから、当面の事前指示における代理人には馴染みにくく、国内の精神科医療における事前指示の実現可能性においては多くの側面で検討が必要であるとした。

そのような見解の中でも、イギリスの JCP に準じた危機管理計画を作成することは、工夫次第では臨床的には取り組むことは可能であるとした。PAD のような法的効力がなくとも、JCP のように当事者と関係者とで再燃の早期警告症状とそれに応じた対応を関係者間で共有することや、当事者

と関係者との協議により作成するクライシスプランは、当事者の自己決定権を最大限に尊重し、家族や関係者が危機の際によりの確な対応をすることを旨とする事ができるとした。

これに加えて、精神科医療における事前指示は、当初は一般的な事前指示と同様、当事者の自己決定の尊重に主眼が置かれていたが、実際に運用されるに従って、事前指示は当事者がその作成に積極的に参加することによるアドヒアランスの向上やエンパワメント効果をもたらすことができ、その結果として再発予防や非自発的治療の減少につながるとした。つまり、精神医療における事前指示は、当事者の権利擁護のための手段・ツールとしての枠組みにとどまらず、その作成自体が支援となっており、そのプロセスが重要であると考えられる。このことより、国内の精神保健医療福祉現場において、JCP に準じた精神障害者本人と支援関係者との協議において作成するクライシス・プランを国内の現行制度において用いていくことを検討していくことが重要であると考えられる。

4.2 クライシスプランに関する先行研究

クライシスプランに関する先行研究は、12編が抽出された。その研究の種類として、精神障害者を対象としたクライシス・プランの効果に関する先行研究が事例研究等を含め9編、精神保健福祉専門職を対象としたクライシスプランの実践に関する認識を調査した研究が1編、イギリスのJCPとクライシスプランに関する文献検討に関する先行研究が2編であった。これらが報告されていた学術誌等の学際的領域については、精神医学領域に関するものが6編、リハビリテーション領域に関するものが1編、精神保健福祉領域に関するものが3編、看護学領域に関するものが2編であった。

ところで、国内の精神保健医療福祉現場にクライシスプランが用いられるようになった理由として、2005年に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下、医療観察法)が施行されたこと、Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Copeland ME, 1997)のガイドブックが国内で『元気回復行動プラン』として紹介されたことがあげられる(狩野2017)。医療観察法について前章でも触れたが、対象者に対して継続的かつ適切な医療と支援を提供することにより病状の改善を図り、病状の悪化等によって生じる他害行為を防ぐことによって、社会復帰を促進することを目的にしている。そのため、医療観察法が最終的な目的とする対象者の社会復帰を果たすためには、病状の管理は極めて重要な課題であると考えられる。

ただし、医療観察法制度上において「社会復帰」については定義されていない。小笠原(2009)は、精神障害がある程度改善した上で、対象者本人またはその周囲の者の自律的意思により、継続的かつ適切な医療が対象者に提供されるような状態が「社会復帰」だとしている。また、町野(2007)は医療観察法では通院医療が途絶えた時に再入院の申立が行われる場合があることについて、当該精神障害者に再犯のおそれがあるからではなく、彼等の医療を確保することが目的であることを指摘している。つまり、対象者本人または周囲の者の自律的意思に基づく継続した適切な医療を提供すること、そしてそれらの自律的意思による適切な医療の継続が危ぶまれるときには、支援者による必要な観察や指導等の支援によって「社会復帰」という目的の達成が目指されることになる考えられる。

医療観察法では、この「社会復帰」という目的を達成するため、法制度上のコーディネーターである社会復帰調整官には通院処遇の支援体制や緊急時の対応を明記した「処遇実施計画」を作成する義務を課している(医療観察法第104条)。この「処遇実施計画」は公的な文書であり、医療観察法以外の一般精神保健福祉制度におけるケア計画に類似するもので、その内容は「処遇の

目標、「本人の希望」、「ケア会議の回数や場所」、「処遇の内容(通院医療、訪問看護、デイケアの担当者や頻度等)」、「精神保健観察(社会復帰調整官による観察、助言・指導)の目標、内容、接触方法等」、「その他の援助(保健所や相談支援事業所等の担当者や接点の頻度等)」、「緊急時の対応」が含まれる。この「緊急時の対応」が想定される場面では、医療的なかわりが必要となるため、社会復帰調整官から指定医療機関による対応方法の検討を求めるニーズが存在した(佐賀, 2011)。そして、この「緊急時の対応」が対象者本人または周囲の者の自律的意思による「社会復帰」の達成が危ぶまれる緊急時の医療的なかわりを含めた対応方法として、通院処遇の実施において計画されるようになったのである。

この「緊急時の対応」が次第に関係者の間で「クライシスプラン」とよばれるようになり(佐賀, 2011)、クライシスプランは「状態・病状に応じた対象者の自己対処と支援者の対応をあらかじめまとめた計画書」として作成される(平林, 2011)。その作成は、対象者を中心に入院治療を担当するスタッフや家族、社会復帰調整官、通院処遇を担当する医療機関のスタッフ等と協議し、その緊急時の対応等について共同で検討することとしている(平林, 2011)。このように対象者と治療・支援を担当するスタッフ、家族をはじめとする支援者がともに話し合い、可能な限り合意がなされるように作成していく点でクライシスプランは Advance Agreement: 事前合意に位置づけることが可能であり、代表的な支援方法である Joint Crisis Plan: JCP と共通する点である(平林 2011)。

なお、一般的なクライシスプランの例を図1-3に示す。

Aさん クライシス・プラン					
	状態	状態・症状		自己対処	家族・支援者の対応
		自分で気づける状態・症状	他の人が気づく状態・症状		
安定時	安定した生活を送れるレベル	元気がある 楽観的で陽気 良く眠れている 食事がおいしく感じられる 服薬を継続できている	表情が明るい 明るい話題が多い 冷静に話をする事ができる 口調が穏やか 服装が整っている	安定した生活リズムを心がける 欠かさず通院・服薬をする 訪問サービスを受け入れる	医療: 診察やカウンセリングで状態の確認 家族: 状態確認 関係者: 状態確認
注意時	注意したほうがよいレベル	体を洗ったり、着替えるのが面倒 服装や髪型を気にしない 動作のスピードが遅くなる 集中が続かない 怒りっぽくなる 0時まで眠れない日が2日以上続く 家族と言いが合いになる	同じ服装をしていることが多い ひどい寝癖がついている 動作がゆっくりになる 話がそれやすくなる 感情的になりやすい 目に下にクマができていく 疑い深くなる	生活リズムを整える(夜更かししない) 出来る限り睡眠をとる(必要に応じて追加薬を使う) 気になることは関係者に相談する 追加薬を使う 気分転換をする(音楽など) 呼吸法(鼻から吸って、口からゆっくり吐く 3回は行う)	医療: 診察やカウンセリングでの状態の確認 薬の調整 訪問看護の回数増加 家族: 関係者と情報共有 対処法の確認 関係者: 関係者と情報共有 訪問回数の増加
要注意時	必要になるレベル	命令する声が聞こえてくる イライラして仕方なくなる 全く眠れない日が2日以上続く 大声を出してしまう 周囲の人に対して恐怖感がある 暴力	誰もいないのにキョロキョロする イライラした状態が続く 活動性が高まる 声が大きく、口調が強い アドバイスを聞き入れられない 物を壊す、家族に暴力を振るう	外出を控えて安静にする 追加薬を使う 病院(可能なら調整官にも)に連絡する 呼吸法(鼻から吸って、口からゆっくり吐く 3回は行う) 追加薬を使う	医療: 薬の調整 臨時訪問 入院による休養の検討 (同意を得られない場合) 医療保護入院 家族: 緊急受診の検討 病院や関係者への連絡 関係者: 病院との情報共有 臨時訪問

【連絡先】 ①〇〇病院(平日日中…PSW〇〇さん、夜間・休日…当直師長): ×××-△△△△ ②社会復帰調整官(〇〇さん): ×××-△△△ ③保健師(〇〇さん): ×××-△△△

図1-3 医療観察法医療における一般的なクライシスプラン

このようにして作成されたクライシスプランは、対象者の「社会復帰」を達成するための「緊急時の対応」として、対象者と対象者の通院処遇にかかわる指定通院医療機関スタッフや社会復帰調整官、保健師等の行政担当者、障害福祉サービス提供事業者、家族等の支援者によって活用されることが想定される。このことから、クライシスプランは対象者の「社会復帰」つまり、対象者本人またはその周囲の者の自律的意思により、継続的かつ適切な医療が対象者に提供されるような状態を目指すことを目的に、対象者と治療や支援を担当するスタッフらで合意が得られるように共同で計画されるものである。PAD や JCP といった Advance Statement (事前宣言) の方法が、非自発的入院や強制的治療サービスが提供される場合でも可能な限り当事者の自己決定権を尊重しようとする権利擁護を起点していた。一方で、クライシスプランは「社会復帰」の実現に向けて緊急時に提供される治療・支援の自己決定権の保障といった権利擁護のみならず、自律的意思に基づいて適切な治療を受けて「社会復帰」の状態を継続できることと状態や病状の自己管理を目指すという点も含有していることに特徴がある。

つまり、欧米の Advance Statement (事前宣言) が判断能力を失った際に必要となる治療において当事者本人の事前の意向に沿った医療の自己選択・自己決定が実現できることを目指す危機時の権利擁護としての“クライシス・アドボカシー”であることに対して、クライシス・プランはクライシス・アドボカシーに加え、安全な生活や安定した状態を維持できるように当事者の自律的意思に基づいて適切に医療や支援を利用していくことができるように権利を行使する、安定時の権利擁護としての“セーフ・アドボカシー”の実現を目的とする方法でもあると考えられる。これにより、精神障害者本人が自らの精神疾患・精神障害の自己管理の方法及びそのために支援者に求める対応が得られることで、「社会復帰」を目指すことができ、エンパワメントが促されるのではないかと考えられる。

以上のような側面を有するクライシスプランは、医療観察制度が施行されてから徐々に実践や研究において注目されている状況にあると推察される。

4.2.1 精神障害者を対象としたクライシスプランの先行研究

精神障害者を対象としたクライシスプランに関する調査研究や事例研究の9編を確認し、その研究動向や成果、課題を整理する。

まず、大鶴ら(2013)は医療観察法に基づく入院病棟に入院した対象者に対して、クライシスプランの作成を試みた事例を報告している。事例は、妄想型統合失調症と診断された精神障害者であり、クライシスプランを作成し、対象者自らが家族・退院後の支援者に対して自身の病気や今後の生活における自己対処等について説明できたことで退院後の支援体制の確立につながり、円滑に通院医療に移行することができたとした。また、対象者が主体となってクライシスプランを作成することが、疾病の自己コントロール能力を高め、円滑な社会復帰につながると報告した。

野村・狩野(2013)は、医療観察法医療における再発予防の取り組みとしてのクライシスプランに着目し、医療観察法以外の一般精神保健医療福祉現場へのクライシスプランの応用を目的に、クライシスプランの作成につながる心理教育プログラムにおける効果研究を行なった。この対象は、精神科デイケアを利用する統合失調症と診断された精神障害者であり、病識や疾病薬物知識度調査、精神障害者の地域生活に関連する自己効力感尺度を用いて実施した。その結果、病識尺度の向上が有意傾向にあり、症状対処行動と対人関係における自己効力感の得点の向上が有意に認められた。

加えて、狩野ら(2013)は、野村・狩野(2013)の研究参加者7名に対してプログラムを通じて作成したクライシスプランの有効性を検討するため、プログラム終了1年後にグループインタビューを実施した。その結果、「外来受診時に病状を伝える際に活用している」、「病状に応じた対処に活かしている」等の意見が得られた。一方で「活用することがこれまでになかった」等の意見もあり、継続的で適切な医療や支援を得るための活用方法としての課題が存在することを報告した。

さらに狩野(2013)は、野村・狩野(2013)における心理教育プログラムにおける効果研究と狩野ら(2013)のグループインタビューにおける調査対象者数を増やし、さらなる効果の検討を実施した。心理教育プログラムの対象者は22名であり、この心理教育プログラムを終えて1年以上が経過した利用者13名を対象にインタビューを実施した。その結果、病識や自尊心、症状対処行動と対人関係における自己効力感の得点の向上が有意に認められたとした。そして、グループインタビューでは、「支援者から治療や支援の協力を得るために自ら活用することができている」という意見や「クライシスプランを支援者と共有する機会を設けたい」という希望も存在した。さらに、非自発的入院を経験した当事者の意見から、当事者自らと支援者がクライシスプランに基づいて協働した対応に至るまでの課題が存在することを指摘した。

山縣ら(2014)は、精神障害者の地域生活支援のために支援サービスを提供する事業所でのクライシスプランのあり方と精神保健福祉士の視点について報告した。この報告では、医療観察法に基づく入院治療を受けていた対象者を通院処遇へ移行後、入院中に作成されたクライシスプランが実際の地域生活に則さない内容である現状にあった。このような経験から、①当事者と支援者が共に作成にかかわる、②当事者主体の視点で作成する、③クライシスの状況のみならず、普段の状態像を含める、④当事者及び支援者からみた悪化時の状態像を記載する、⑤病状悪化時の当事者及び支援者の対処法が明確にされていることを作成のポイントとして整理した。そして、当事者の病状だけでなく、生活能力やその環境における危機を誘発させる要因との関連を生活者の視点にもとづいて支援する精神保健福祉士の関与は、クライシスプラン作成には不可欠であるとした。

野村(2014)は、問題行動によって措置入院を繰り返す統合失調症の当事者に対して、病状安定と他害行為防止を目的に医療観察法医療で用いられているクライシスプランの作成を試みた実践を報告した。その結果、クライシスプランはその当事者が措置中入院中に作成され、治療・支援スタッフと家族、地域関係者と共有することで退院後の支援体制の構築につながった。一方で、退院後は安定した状態が長く続かず、適切にクライシスプランが活用されていなかった。そのため、クライシスプランは入院中から治療・支援を担当するスタッフとの面接場面や家族、地域関係者とも使用できるように練習の機会を設け、共有化を図ることが必要であるとした。

溝畑(2015)は、精神科救急対応を要する精神障害者の訪問看護師の役割として、躁状態で救急対応が必要な当事者の支援を通じて、クライシスプランの必要性を報告した。その内容は、訪問看護師の業務において緊急時の対応のために、当事者には事前に緊急時の対応方法を確認しておくことや、家族には病状悪化により在宅生活の限界を確認しておくことが重要であるとし、これらをクライシスプランとして作成し、事前に関係機関と共有することは緊急対応時の訪問看護師の孤立を防ぐことにつながるとした。

桑原ら(2015)は、精神科病院入院中の精神障害者が自らの疾患や治療への理解を高め、地域生活支援体制を構築するための工夫としてクライシスプランの作成に注目し、その有用性を高めるための工夫について、統合失調症と診断された患者の支援事例から検討した。その結果、精神保健福祉士が当事者とともに時間をかけて経過を振り返ることにより、当事者自らが早期警告サイ

ンや有効な対処法に気づくことを促した。このようなクライシスプランの作成のあり方によって、当事者のセルフモニタリング機能や対処スキルが高まることで有用性が高まるとした。

佐藤ら(2018)は、医療観察法医療で用いられているクライシスプランを精神科一般病棟に入院した統合失調症と診断された精神障害者に対して看護師がその主体性を大切にしたクライシスプランの導入可能性について検討した。その結果、クライシスプランを導入するには、心理教育プログラム等によって入院前の振り返りを行い、その中で当事者自らの退院後の生活における方向性の自己決定を大切にする事で、当事者と看護師との信頼関係が構築された。そして、作成には個別性を重視し、退院後の活用に向けて当事者と看護師が共同で作成したクライシスプランを退院後の支援者と共有できることが重要であるとし、クライシスプランの作成は入院医療と地域生活をつなぐツールになるとした。

以上が、国内のクライシスプランに関する先行研究であり、これらの学際的領域は精神医学が4編、リハビリテーションが1編、看護学が2編、精神保健福祉が2編であった。これは、クライシスプランが当事者と治療・支援を担当する専門職と共同して作成することに特徴があるために、複数の学際的領域において研究がなされていると考えられる。また、各研究でクライシスプランが実践された関連制度を確認すると、医療観察法制度のものが1編、医療観察法以外の一般精神保健医療福祉制度のものが8編であった。ただし、一般精神保健医療福祉制度における複数の研究報告で、医療観察法制度で用いられているクライシスプランをもとにして研究実践を行なっていることを述べていた。このことから、今日の一般精神保健医療福祉制度で用いられるクライシスプランとは、医療観察法制度で用いられているクライシスプランを基盤していると考えられる。つまり、一般精神保健医療福祉制度におけるクライシスプランについても、その目的を精神障害者の「社会復帰」の実現を一つの目的としており、緊急時の対応だけでなく、安全な生活や安定した状態を維持できるように精神障害者本人の自律的意思に基づく適切な医療を受け、地域生活上で自らの精神障害の自己管理と、そのために必要となる支援者の協力を求めるためのものであると考えられる。

クライシスプランの研究動向については、その多くがクライシスプランの作成を中心として介入した事例報告であった。医療観察法制度のものでは、入院処遇中の統合失調症と診断された精神障害者においてクライシスプランを作成し、通院処遇に移行する際の効果について報告したもの(大鶴ら, 2013)。一般精神保健医療福祉制度のものでは、入退院を繰り返す統合失調症と診断された精神障害者におけるクライシスプラン作成の効果について検討したもの(桑原ら, 2015)や、措置入院を繰り返す患者に対してクライシスプランの有用性について検討したもの(野村, 2014)等があり、精神科一般病棟へ入院した統合失調症と診断された患者と看護師が共同して作成するクライシスプランの導入可能性について検討したもの(佐藤ら, 2018)があり、これらは主に入院医療場面における報告であった。これに対して、地域生活場面における報告では、地域生活支援を展開するサービス提供事業所におけるクライシスプランの作成のあり方を検討したもの(山縣ら, 2014)や、訪問看護師に求められる緊急時の対応におけるクライシスプランの有用性について検討したもの(溝畑, 2015)であった。このことから、クライシスプランは精神障害者が入院している状況の中で作成されていることが多く、未だ精神障害者の地域生活支援においてクライシスプランを活用することについて検討するための研究は不十分な現状にあることがうかがえる。

これらの報告から、クライシス・プランの目的を達成する上で重要な事柄として、①作成前にそれまでの生活状況を振り返り、それを踏まえて退院後の生活について検討できる準備を行うこと、②当事者を主体とし、個別性を尊重して作成すること、③当事者と治療者や支援者、家族らが共同し

て作成し、その内容を共有する機会を設けること、④実際の地域生活に活用できる内容であり、安定した状態を継続するための計画が含まれること、⑤危機的状況としての、具体的な病状や生活状況とそれに応じた当事者と治療者や支援者らの明確な対応方法が計画されていること、があげられる。また、その研究成果として当事者自身の疾病の自己管理能力や病状に応じた対処能力が高まること、入院状況から地域生活へ移行する際に医療機関スタッフと家族、地域関係機関との連携が深まることの有用性が存在することが述べられていた。ただし、これらの報告すべてが事例研究によるものであり、限定的な成果としての理解にとどまるものである。

クライシスプランの効果を検討するための介入研究としては、精神科デイケアの統合失調症の当事者を対象にクライシスプラン作成につながる心理教育プログラムの効果を量的な研究によって検証したもの(野村・狩野 2013, 狩野 2014)と、プログラム実施1年後に当事者にクライシスプランの活用状況について質的調査を行ったもの(狩野ら 2013, 狩野 2014)が存在した。これらの研究成果として、クライシスプランの作成によって当事者の病識獲得や自尊心の回復が得られ、症状対処行動の自己効力感が高まったこと、そして、質的研究からは当事者の日常生活において活用でき、病状に応じて対処できている有用感が得られていたことが確認された。しかしながら、これらの研究におけるクライシス・プランはあくまで心理教育プログラムを通じてクライシスプランを作成したのであって、実際の治療や支援を担当するスタッフと協議しながら、その対応に相互に合意を得て作成されたものではない。そのため、クライシスプランを活用することがなかったという意見や非自発的な入院となった際にクライシスプランに沿った対応がなされなかった事例が存在し、その活用や共有方法に課題が存在していたと考えられる。

つまり、これらの介入研究におけるクライシスプランは **Advance Statement**: 事前宣言ではあったものの、病状が再燃した際の対応として当事者と支援者の間でクライシスプランに基づく対応について事前に合意がなされておらず、**Advance Agreement**: 事前合意としてのクライシス・プランではなかったと考えられる。また、狩野(2013)の報告にみられた当事者からの「クライシスプランを支援者と共有したい」という希望から、当事者と治療や支援を担当するスタッフ、家族等と話し合い、対応を共有するための機会を設けることが望ましく、当事者の視点として真摯に受け止めることが必要である。このようなクライシス・プランを当事者と支援者が共有する機会によって、緊急時になされる支援者からの対応への当事者自身の安心感が得られることが期待できる点も **Advance Agreement**: 事前合意としての重要な要素であると考えられる。

このことから、国内のクライシスプランの研究は事例報告に限定され、**Advance Agreement**: 事前合意としてのクライシスプランの成果を明らかにしようとする介入研究は実施されていない。また、それぞれの事例報告においてもどのような手順で当事者と支援者が共同してクライシス・プランを作成したのか明記されていない。そのため、クライシスプランに関する研究を蓄積していくためには、作成する際の視点や手順、活用する上で重要となる事柄等を明らかにし、**Advance Agreement**: 事前合意としての共通したクライシス・ラン実践のあり方を提示していくことが最重要課題であると考えられる。

また、クライシスプランが複数の学際的領域で実践されているように、多職種がかかわり、医療や福祉の多機関が精神障害者本人と共同して作成、活用する状況にある。そのため、それぞれの職種や機関における専門性によってクライシスプランを実践する上での認識の差異が存在することがうかがえる。今日のクライシスプランを用いる上で医療と福祉が連携して作成することがポイントであることが示されており(厚生労働省 2015)、このような連携におけるそれぞれの専門職・専門機関の

クライシスプラン実践における認識について明確にすることも重要である。

JCP の先行研究では、その作成において治療や支援を担当するスタッフの態度や姿勢、コミュニケーションのあり方に関するトレーニングが必要であるとされていた。このことから、クライシスプランの作成においてもどのような態度や姿勢、視点が必要となるのか等が明らかにされ、治療や支援を担当するスタッフのトレーニングの必要性や内容についての研究も望まれる。加えて、活用においても Thornicroft G, et al.(2013)は JCP が作成されたとしても、当事者や支援者に十分に活用されていないことを報告していた。そのため、どのような活用方法がより当事者や治療者や支援者に用いられるのか等、今後のクライシスプランに関する研究において作成方法だけでなく、活用方法についても明らかにしていくことが望まれる。

以上から、精神障害者に対するクライシスプランの研究の多くは事例報告であり、当事者本人と支援者が共同して作成する Advance Agreement: 事前合意としてのクライシスプランの支援における効果を実証した研究は未だ蓄積されていない。加えて、クライシスプランをどのような視点で、どのような手順で、どのような構造によって作成や活用することが有用であるのか、クライシスプランの共通した実践方法について提示しようとする研究も皆無である。特に、クライシス・プランを用いた支援実践の有用性を検証していくためにも、その共通する視点や方法を明示できることは喫緊の課題である。

4.2.2 精神保健医療福祉専門職を対象としたクライシスプランの先行研究

精神保健医療福祉専門職を対象としたクライシスプランに関する先行研究は1編のみであり、医療観察法制度上でのクライシスプランの活用に影響を与える要因を調査したものであった。

野村ら(2017)は、医療観察法では入院処遇中に通院処遇へ移行後の病状安定や病状悪化時の迅速な対応のためにクライシスプランが作成されている上で、クライシスプランの通院処遇移行後の実際の活用状況や活用に影響を与える要因を明らかにするために量的調査による研究を実施した。調査の対象は、医療観察法制度の通院医療を行う指定を受けた医療機関(以下、指定通院医療機関)の精神保健福祉士であり、その理由として精神保健福祉士が通院医療における中心的な立場であり、クライシスプランを用いて支援する際に連携の窓口となっているためとした。調査対象は 148 機関であり、分析可能な 65 機関(65 名の精神保健福祉士)の回答を分析した。その結果、クライシスプランが日常的に活用されるためには、クライシスプランが支援者に重要なものであり、支援者と対象者で協力して病状管理をすることに役立つものであると認識されることが関係し、病状悪化時に活用されるためには、クライシスプランが支援者と対象者とで協力して病状管理をすることに有用であると認識されることが関係するとした。これらから、クライシスプランの活用においては支援者と対象者が協力して病状管理をすることに役立つものであるという認識については、日常的及び病状悪化時のそれぞれの活用に影響していることから、中核的な要因であるとした。そのために、クライシスプランの作成段階から対象者と治療や支援を担当するスタッフで可能な限り合意を得られるように話し合いながら作成することが重要である。そして、通院処遇への移行後にも有用性の高いツールとなるように、対象者を含めた関係者全体で協議されることが必要であるとした。

この野村ら(2017)の研究は、クライシスプランの活用に影響を与える要因を検討したものであり、今後のクライシスプランが支援現場で用いられていく際に、支援者や当事者にクライシスプランが活用されていくようにアプローチする要因を明らかにした点で重要である。しかし、この研究が医療

観察法制度における対象者への支援実践を踏まえた精神保健福祉士の認識であり、一般精神保健医療福祉実践におけるクライシス・プランの活用に与える要因でもあるとは言い切れない。また、支援者と対象者が協力して病状管理をすることに役立つものだと認識されるためには、可能な限り合意を得られるように話し合いながら作成することを提案しているが、その際に支援者にはどのような視点が求められるのか、クライシスプランを用いていく上での関係機関の協働の方法について明らかにしていない。

先述したように、今日のクライシスプランに関する実践は医療観察法以外の一般精神保健医療福祉制度においても実施されてきている。そのため、医療観察法制度における調査研究のみならず、一般精神保健医療福祉制度におけるクライシス・プランの実践において、その作成や活用に影響を与える要因について検証する研究も求められる。

4.2.3 クライシスプランの文献レビューを行なった先行研究

クライシスプランの文献レビューを行った先行研究は2編であり、それらは医療観察法制度の医療で用いられているクライシスプランを一般精神保健医療福祉制度において用いることの有用性や課題について論じるものであった。

野村(2014)は、医療観察法医療における対象者には重大な他害行為の既往があり、危機予防や早期危機介入に関するケア計画としてクライシスプランが作成されていることを踏まえ、一般精神保健医療福祉制度への普及可能性や有用性について検討した。その内容は、医療観察法医療が対象者の社会復帰と再他害行為防止を目的に、多職種による濃厚な医療が行われる体制に対して、一般精神保健医療福祉制度ではマンパワーに乏しく、クライシスプランの実践方法が十分に認知されていない現状にある。そのために、一般精神保健医療福祉制度の限られたマンパワーでも実施できる方法が重要であるものの、医療観察法医療においても作成の手順が明確化されておらず、作成する支援者によってばらつきがある等の課題が存在していることを指摘した。そのような中で、医療観察法医療におけるクライシスプランを一般精神保健医療福祉制度に応用する際のポイントとして、作成の際には最初から完成度の高いものを作成しようとしないうこと、できる限り日常的に活用する機会を設けること、当事者の希望に沿った対応をすることをあげている。このようなクライシスプランを普及できることで、精神障害者の疾病自己管理や病状悪化時の権利擁護、医療スタッフや支援者との協力体制に貢献することができるとした。

狩野(2017)は、2014年に精神保健福祉法の一部が改正されたことにより、精神保健福祉士の支援実践において医療と福祉の連携強化が求められ、地域生活移行後の再入院を防ぐための一つの方法にクライシスプランの作成と活用が提案されていることから、イギリスのJCPの先行研究を参考に、国内の精神保健医療福祉現場における精神保健福祉士の実践にクライシスプランを導入していくことの有用性や課題について検討した。その内容から、クライシスプランを作成する際には当事者と治療・支援を担当するスタッフらで計画内容に合意を得られるように話し合える機会と、退院後の地域生活支援を担当する地域のサービス提供事業者ともクライシスプランの内容を共有する機会を設ける工夫が必要である。そうすることで、地域生活上で当事者の再燃サインや危機状況に対して当事者の自己選択・自己決定に基づく速やかに医療サービスにつながるようになるような連携体制の構築が期待できるとした。さらに、JCPではその準備会議と作成会議に当事者と治療・支援を担当するスタッフとは別に第三者のファシリテーターが存在する。この点において、入院中のクライシスプラン作成の際には、当事者と入院治療を担当するスタッフとともに、地域移

行・地域定着支援を提供する相談支援事業所の相談支援専門員(精神保健福祉士)が関与することで、当事者が医療機関の支援者に直接言いにくいことを表明しやすく、双方の意見調整を可能にし、より当事者のニーズや意向を反映した計画になるとした。

以上の文献レビューを行なった先行研究は、医療観察法制度におけるクライシスプランやイギリスの JCP の研究を踏まえ、一般の精神保健医療福祉現場にクライシスプランを用いるための検討を行ったものである。そして、クライシスプランが導入されることで、当事者の主体的な病状管理や医療の自己決定、当事者と支援者の関係性や支援者間の連携体制の構築に寄与できると報告している。一方で、狩野(2017)は当事者の地域生活支援において相談支援事業所の精神保健福祉士が当事者や入院治療を担当するスタッフとの調整役となる等の提案をしているが、具体的に必要となる視点やスキルについてまで明らかにしていない。また、国外の先行研究や医療観察法制度における仕組みからその有用性や課題に関して整理したものにとどまり、一般精神保健医療福祉制度におけるクライシスプランを普及するための方法にまで渡って論じるまでにいたっていない。そのため、今後の研究において一般精神保健医療福祉制度におけるクライシス・プラン実践の実態を明らかにした上で、マニュアルやガイドラインの作成といった制度レベルでの取り組みや、クライシス・プランを実践現場で用いる上での視点や姿勢といった実践レベルでの取り組みについて提示していくことが求められる。

4.3 クライシス・プランに関連する方法・ツールとしての Wellness Recovery Action Plan

Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Copeland, ME 1997)は、Copeland とその同僚によって作成された、精神障害者本人が自らが受けている専門的な治療・支援を補足するために、本人が自分自身で作成する病状や生活状態を自己管理するためのプランである (Copeland=久野, 2009:4)。WRAP は、Advance Statement: 事前宣言と位置づけられ (Henderson C, et al.2008)、狩野(2017)は国内の精神保健医療福祉現場においてクライシスプランが用いられるようになった契機の一つとしている。このことから、本項では PAD や JCP、精神科事前指示やクライシス・プランとの差異について確認するために、WRAP について整理する。

WRAP は精神障害者本人が自分自身の「元気に役立つ道具」を使えるためのガイドとして「日常生活管理プラン」、「引き金となる出来事に対処するプラン」、「注意サインに対処するプラン」、「調子が悪くなってきている時のプラン」、「緊急状況への対応プラン」、「緊急状況を脱した時のプラン」のそれぞれをファシリテーターとともに作成する。基本的にファシリテーターは同じ精神障害者であるピアサポーターが担うこととされている。

WRAP ではプランを立てるために、作成者はまず自分が良い状態を保つために役立つ行動や対処を特定する。そして、病状を悪化させる引き金や早期警告症状と症状への対応方法を書き出す。これに続いて、病状悪化時に支援を求める人物やしてほしいこと、してほしくないこと等を決める。これらを日々確認することで、自分で自分の状態をモニタリングし、適切な対処行動をとることで体調の安定を図ることが期待される。

WRAP の中でのクライシスプランは、さまざまなプランがある中で「緊急状況への対応プラン」として組み込まれており、ここでのクライシスプランは自らが完全にコントロールを失ってしまったような状態に陥る可能性に備えるプランであるとされている。ほかの行動プランは自らが行動する計画であるものの、クライシスプランは家族や友人、医療・保健・福祉専門職といった他の人によって使われるプランとして位置づけられている。つまり、WRAP におけるクライシスプランは、当事者自ら

がその精神障害によって判断能力を欠如または失った際のために、事前に受けたい・受けたくないサポートや治療・支援を表明するためのものである。

これらのことから、WRAP 自体には法的拘束力はなく、その作成においても必ずしも支援者との検討を必須としていない。また、作成したプランの支援者との共有も当事者自身の意向によるものであり、あくまでも当事者の自助性及び自主性に基づく病状や生活状態を自己管理するためのツールなのである。そして、WRAP の中におけるクライシスプランにおいても先述と同様の指向性をもったプランであり、それが用いられる場面が精神障害によって判断能力が欠如または喪失した状態を想定している。

精神障害者本人が WRAP を用いて、病状や生活状態の自己管理を行えることを通じてエンパワメントを促進するという報告があるものの、その作成において支援者のかかわりがなく中で完成できる当事者は限定される。また、支援者とのプランの合意がなされなければ当事者と支援者とは共有がなされず、必要時に適切に活用されないという課題もある(Henderson C, et al. 2008)。

4.4 国内のクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討における小括

以上のように、国内のクライシス・プランに関する先行研究として、精神科事前指示とクライシスプランを中心に文献検討を行った。

精神科事前指示については、アメリカの PAD を国内に導入することを目指し、これまでの研究においてアメリカの FPAD と同程度の完成率が示されていた。しかし、PAD に関する先行研究において課題としてあげられた作成プロセスに着目することや、PAD の共有方法や活用のあり方について、国内の精神科事前指示においても今後の課題として生じていくと考えられた。また、PAD はアメリカ国内において法的拘束力を有するが、精神科事前指示については現在のところ法的拘束力は有していない。そのため、精神科事前指示について精神障害者が将来の危機状況において適切に支援者に自らの医療サービス等について意向を示すことができる文書として重要であるものの、精神障害者本人や支援者において重要性の認識が高まりにくいことが推定される。

クライシスプランについては、その研究報告は主に事例報告であり、その効果を実証した研究は未だ蓄積されていない。また、効果を検討する以前の問題として、クライシスプランをどのような視点で、どのような手順で作成し、活用することが有用であるのか、共通した実践方法において効果を検討するための研究も皆無であった。また、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働するために期待されているクライシス・プランを用いた支援は、医療観察法以外の一般精神保健医療福祉制度上でのものであるが、一般精神保健医療福祉制度におけるその実践方法について調査した研究も未だ見られない。

また、一般精神保健医療福祉制度において作成や活用が推奨されているクライシスプラン(厚生労働省 2016)を図1-4に示し、そしてこのクライシスプランに必要とされている情報と、海外の先行研究の文献検討を行った際に得られた PAD と JCP に含まれる情報を比較すると、その計画に含まれる内容についても今後精査される必要性をうかがい知ることができる(表1-6)。

危機かな(ピンチかな)と思った時に		(クライシスプラン)
氏名	殿	作成年月日
私の調子が悪くなる前は(サインは)		
サインかなと思ったら・・・		
私のすること		
周りの人にしてほしいこと		
周りの人にしてほしくないこと		
同意日	主担当: _____	連絡先: _____
_____年 月 日	主治医: _____	連絡先: _____
	行政: _____	連絡先: _____
	その他: _____	連絡先: _____

図1-4 一般精神医療福祉制度において示されているクライシスプラン

厚生労働省(2016)より引用

表1-6 PADとJCPに含まれる情報内容、国内の一般精神保健医療福祉制度におけるクライシスプランとの比較

	PAD ¹⁾	JCP ²⁾	クライシスプラン ³⁾
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 当事者の氏名や連絡先 現在の精神保健上の問題や診断 現在の治療内容 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者の氏名や連絡先、診断 治療・支援担当者の氏名や連絡先 現在のケア内容や治療計画 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者の氏名や連絡先 治療・支援を担当する機関の連絡先
過去の治療情報	<ul style="list-style-type: none"> 過去の治療歴 	<ul style="list-style-type: none"> 過去の危機状況で有効だった治療・支援内容 	
再発時の情報	<ul style="list-style-type: none"> 再発時のリスク要因、保護要因 再発時のサイン、症状の特徴 再発時に当事者が取るべき方法 再発時に治療・支援者にしてほしいこと、してほしくないこと 	<ul style="list-style-type: none"> 再発につながる状況、要因 再発時の早期警告症状 再発時に当事者自身が行う対処方法 再発時の治療・支援者による対応方法 	<ul style="list-style-type: none"> 調子が悪くなるサイン 調子が悪くなった際の当事者の対処 調子が悪くなった際に支援者にしてほしいこと、してほしくないこと (周りにしてほしいこと、してほしくないこと)
危機時の情報 (治療)	<ul style="list-style-type: none"> 入院中における治療・支援者の対応への希望 薬物療法に関する希望(拒否) 緊急受診、入院に関する希望(治療の希望、拒否) 隔離や拘束を避けるための意向 電気けいれん療法に関する希望、拒否 	<ul style="list-style-type: none"> 危機状況の治療に関する希望、拒否 入院を受け入れる状況 入院治療に関する希望、拒否 特定の治療(薬物療法や電気けいれん療法等)に関する希望、拒否 	
危機時の情報 (連絡先)	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時の連絡先 代理意思決定者 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時に頼りになる連絡先 危機状況の際の治療以外の特定の事柄 (例: ペットの世話、家の管理等) 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 食事や嗜好品の摂取に関する希望 アレルギーや副作用に関する情報 	<ul style="list-style-type: none"> 個別性や希望に基づいた自由項目の追加 	

1) PAD は、Papageorgiou A, et al.(2002)、Swanson JW, et al.(2006a)をもとに作成した。 2) JCP は、Sutherby K, et al.(1999)、Borschmann R, et al.(2013)をもとに作成した。3) クライシスプランは、厚生労働省(2016)をもとに作成した。

図1-3で示したように医療観察法制度に用いられているものは、より詳細な情報が含まれているが、図1-4で示した一般精神保健医療福祉制度上のガイドラインにおいて示されているクライシスプランの内容は、PAD や JCP と比較すると希薄なものである。PAD と JCP はそれぞれ、過去の治療情報や危機時の情報として希望する・拒否する治療内容、また個別性に基づく項目等も設けられている。しかし、クライシスプランについては、精神障害者本人の氏名や連絡先、再発時の情報程度の内容に限られており、PAD と JCP の項目と比較した上でクライシスプランを実践で用いるために必要となる項目の検討も重要であると考えられる。

一方で、Advance Statement: 事前宣言のあり方として、最も効果的なエビデンスレベルが高いものとしてJCPが挙げられていたが、精神障害者本人と支援者が協働して作成するクライシスプランはこれに準ずるものであり、国内のケア計画として作成していくことが可能であるとする報告が存在した。さらには、クライシスプランはJCPと同様のAdvance Agreement: 事前合意に位置づけることができるとされていた。また、国内外のクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討結果を踏まえ、Henderson C, et al. (2008)で定義されていたAdvance Statement: 事前宣言、Advance Directive: 事前指示、Advance Agreement: 事前合意に基づき、法的拘束力の有無と治療・支援を担当するスタッフとの合意の有無によって、国内の精神科事前時指示、クライシスプランを組み入れ類型化したものを図1-5に示した。精神科事前指示とクライシスプランはともにAdvance Statement: 事前宣言であるものの、治療や支援を担当するスタッフとの合意の有無によって異なるものと考えられる。また、精神科事前指示は、アメリカのPADを参考にしているが、法的拘束力の有無によって異なるものとして位置づけられる。クライシス・プランとJCPは、ともにAdvance Agreement: 事前合意として分類されるが、独立したファシリテーターがその作成に関与するかどうかで異なるものとして分類することができると考えられた。このように、JCPとクライシス・プランについては独立したファシリテーターの関与の有無による異なりが存在するが、治療・支援を担当するスタッフと精神障害者本人との合意に基づく作成方法からAdvance Agreement: 事前合意として類型化される。このことから、JCPの先行研究を参考にしつつ、国内の制度や実践状況を踏まえたクライシス・プランの作成と活用のあり方が研究されていくことが期待される。

Advance Statement: 事前宣言				
		法的拘束力		
		なし	あり	
治療支援を担当するスタッフとの合意	なし	Crisis Card WRAP 精神科事前指示 Treatment Plan <ul style="list-style-type: none"> 当事者の自助性に基づいて作成される Crisis Cardは、権利擁護を目的に誕生した WRAPはセルフマネジメントのツール 精神科事前指示は、支援者の援助することの報告はあるが、双方の合意は必要としない 	Advance Directive: 事前指示 PAD FPAD <ul style="list-style-type: none"> 判断能力の欠如または喪失した時でも、当事者の自己決定権を尊重した治療支援が提供されることを目的とする権利擁護の方法・手段 FPADは、作成をマニュアル化し、トレーニングを受けた支援者が積極的にかかわって作成する 	
		Advance Agreement: 事前合意		
	あり	独立のファシリテーターあり	JCP <ul style="list-style-type: none"> 将来の病気の再燃等により判断能力を失った際の早期発見と早期治療を目指すこと 独立したファシリテーターによって2回の会議(①準備会議、②計画会議)が行われる 	
		独立のファシリテーターなし	クライシス・プラン <ul style="list-style-type: none"> 医療観察法の対象者の「社会復帰」を目的に緊急時の対応として用いられたことで注目される 精神障害者が主体となって、治療支援を担当するスタッフとの共同作成のための話し合いが行われる 	

Henderson C, et al.(2008)の枠組みを参考に筆者作成

図1-5 国内外におけるクライシス・プランに関連する事前宣言の分類(法的拘束力と治療・支援を担当するスタッフとの合意の有無に基づく整理)

以上のように、国内のクライシス・プランに関する研究は極めて限られており、その実際状況が把握できていない状況にある。そのため、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法及び活用方法について、その実態について研究調査を行い、明らかにされることが必要である。その上で、医療と福祉が協働できる方法が整理された上で、クライシス・プランを用いた地域生活支援の指針として示されることが望ましいと考えられる。

第5節 クライシス・プランに関連する先行研究における主要概念とソーシャルワークとの関連性

クライシス・プランに関連した国内外の複数の先行研究を確認した上で、多数の先行研究においてソーシャルワーカー及び精神保健福祉士が、その作成や活用にかかわっている現状にあることが確認できた。また、Van Dorn RA, et al. (2010)はソーシャルワーカーがPADを用いて精神障害者の支援をする上で主要な役割を担うことが期待されるとしている等、ソーシャルワーカーがクライシス・プランに関連した国外のPADやJCPの支援実践に関与する一職種に位置しているとらえられる。また、国内のクライシスプランにおいても精神保健福祉士が中心となって担うことが期待される退院後生活環境相談員の業務の一つにクライシスプランの検討が含まれている等、ソーシャルワーカーがその支援実践に関与することが想定されている。

そこで、本節ではクライシス・プランに関連した先行研究としてPADとJCPに関する文献検討から、その中核的な結論に存在した主要概念を抽出した。これらは、PADやJCPの実践において重要となる概念や視点であると考えられ、クライシス・プランを用いていく上でも必要となるものと推定される。そして、これらの概念や視点がソーシャルワークにどのように位置づけられ、関連しているのかを確認し、ソーシャルワーカーがクライシス・プラン実践に関与することの意義について理論的に検討する。なお、PADに関する先行研究の文献検討から抽出された主要概念は表1-1であり、同様にJCPのものは表1-2のとおりである。

まず、PADの先行研究における文献検討により、その中核的な結論から抽出された主要概念は、「危機防止」「権利擁護」「情報共有」「パートナーシップ(関係性)」「エンパワメント」「自己決定」「動機づけ」「ソーシャルサポート」「パートナーシップ(治療同盟)」「パートナーシップ(治療参加)」「危機防止(再発防止)」「服薬アドヒアランス」「自主性」「リカバリー」「開発(専門職教育)」「終末期医療」「ストレンクス(過去の治療経験)」「ピア」「ACT」「自立」「ニーズ」であった。そして、JCPの先行研究における文献検討により、その中核的な結論から抽出された主要概念は、「パートナーシップ(治療参加)」「疾病自己管理」「権利擁護」「権利擁護(非自発的入院の防止)」「生活障害」「パートナーシップ(関係性)」「危機防止(自傷の防止)」「個別性の尊重」「自尊心」「エンパワメント」「共同意思決定」「ストレンクス(本人の経験)」「開発(支援者のトレーニング機会)」「権利擁護(治療拒否の意向)」であることが確認できた。さらに、PADとJCPの先行研究において複数存在し、共通していた概念として「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレンクス」「パートナーシップ(治療参加)(治療同盟)(関係性)」「危機防止(再発防止)」「開発(専門職教育)(支援者のトレーニング機会)」が存在しており、これらがPADやJCPの支援実践において鍵となる概念であると考えられる。

その上で本節は、これらの鍵概念について精神障害者を対象としたソーシャルワーク実践、または精神保健福祉士の支援実践における概念や視点等においてどのように位置づけられているのかを確認し、クライシス・プランを用いた支援実践とソーシャルワークとの関連性について検討する。

5.1 「権利擁護」

「権利擁護」は、公益社団法人日本精神保健福祉士協会が採択している精神保健福祉士の倫理綱領に定められている(2018b)。倫理綱領の前文には「(前略)クライアントの社会的復権・権利擁護と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職として(後略)」とされている。また、倫理原則の一つにクライアントへの関わりにおいては「クライアントの基本的な人権を尊重し、個人としての尊厳、法の下での平等、健康で文化的な生活を営む権利を擁護する」ことをクライアントに対する責務としている。つまり、精神保健福祉士はクライアントの「権利擁護」を行う専門職であり、権利擁護の役割を果たさなければならない。

PAD と JCP の先行研究から、PAD は精神障害者の判断能力が低下した時であっても希望する治療・支援を受けられ、望まない治療・支援を最小限にできるように当事者の自己決定権を尊重することを目指す権利擁護としての手段であった。JCP は、将来の病気の再発等により判断能力を失った際の早期発見と適切な治療が得られることにより、当事者の権利擁護とエンパワメントを促進することを目指すものであった。このことから、PAD と JCP とともに精神障害者が再発等を理由に判断能力を失った際に受ける治療や支援に対して、事前に自らが望むまたは望まない治療・支援について自己決定できることでの権利擁護を目的としている。このように、クライアントの判断能力が欠如または喪失した際を想定し、判断能力を有する間に将来の治療・支援に対する自己決定権を尊重するかかわりは、精神保健福祉士として重要なクライアントの権利擁護のための支援にあたると思われる。

また、JCP については精神障害者が病状の再発等によって判断能力の低下や喪失した際の早期発見による早期治療を受けられることの目的が存在した。この点について、強制的な治療を経験した大部分の精神障害者は、入院直後に不当な治療であるとらえているだけでなく、1年後においても否定的な治療経験として感じていた報告(Priebe S, et al. 2009)や強制的な治療体験が当事者の外傷体験となっている報告(NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会 2015)が存在する。つまり、精神障害者の地域生活を支援する際、病状の再発等によって判断能力が低下することを早期発見し、早期対応できることで強制的な治療を減少でき、当事者の傷つき体験を防ぐことができ、このような点から精神障害者の人権を擁護することにつながると考えられる。このような目的による権利擁護の支援は、精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーや精神保健福祉士にも求められる役割の一つであると言えるだろう。

5.2 「自己決定」

“個人の尊厳を尊重し保障すること”というソーシャルワークの価値を具現化する原理として、クライアントの「自己決定」を尊重することが示されている。例えば、National Association of Social Workers; NASW: 全米ソーシャルワーカー協会)の倫理綱領(1996年採択 2017年改訂)における倫理基準にて、クライアントへの倫理的責任の一つに「クライアントの自己決定権を尊重するとともに促進し、クライアントの目標を明確化し、特定していけるようにクライアントを支援する」として「自己決定」を規定している(NASW 2017)。国内のソーシャルワーカー職能4団体(日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会、日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会)による社会福祉専門職団体協議会代表者会議で制定された「ソーシャルワーカーの倫理綱領」(2005年制定)においても利用者に対する倫理責任として「ソーシャルワーカーは自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるように援助する」とされている。特に、国

内で精神障害者の社会参加の促進と地域生活支援のためのソーシャルワーク実践を展開する精神保健福祉士は「クライアントの自己決定尊重の原則」を専門職の中核的な価値に位置づけている(門屋 2014)。つまり、クライアントの「自己決定」を尊重することは今日のソーシャルワーク実践の中心的な原理とされている。

また、Biestek FP(=尾崎他, 2006)は、ケースワークの7原則の一つに「自己決定」の原則を示している。Biestek FP(=尾崎他, 2006:164)は、「自己決定」の原則を「ケースワーク過程において、みずから選択と決定を行う自由についてのクライアントの権利と欲求を実際に認めることである。この原則に相応するケースワーカーの任務は、クライアントが地域社会と自分のパーソナリティから利用できる適当な資源を見つけ、活用するよう援助することによって、みずから自己の進むべき方向を決定するクライアントの決定を尊重し、その欲求を認め、その潜在的な力を刺激し、活発にするよう援助することである。しかしながら、クライアントの自己決定の権利は、積極的・建設的決定を行うことのできるクライアントの能力により、市民法及び道徳法の枠組みにより、また機関の機能により制限を受けるのである」としている。このことから、ソーシャルワーカーには、クライアントが自らの生活のあり方を自ら決めることの権利をもつという視点に基づいて、クライアントが有する能力や資源を活用しながら満足の得られるように援助することが求められおり、「自己決定」はその援助の根源となっている。

一方で、自己決定の原則における制限が存在することも踏まえる必要がある。クライアントの能力、法的枠組み、機関の機能により制限を受けるとされており、このような際ソーシャルワーカーにはクライアントの自己決定が最大限可能となるように援助していくことが求められている。つまり、精神障害者の場合、可逆的であるという特徴があるものの、その病状や生活の変化による再発等から判断能力が低下または喪失することにより自己決定が制限される可能性が存在する。そのために、そのような将来の危機状況における自らが希望するまたは拒否したい治療や支援について、事前の決定としてその自己決定権を行使するための支援としてかかわることは、ソーシャルワーカー、精神保健福祉士が精神障害者の「自己決定」の尊重という倫理基準を具現化した支援実践であると考えられる。

5.3 「エンパワメント」

「エンパワメント」の概念は、2000年の国際ソーシャルワーカー連盟(International Federation of Social Workers; IFSW)の総会で示された『ソーシャルワークの定義』(以下、2000年定義)の中にエンパワメントが提示された。そして、2014年に2000年定義の改定として国際ソーシャルワーカー連盟(International Federation of Social Workers; IFSW)及び国際ソーシャルワーク学校連盟(The International Association of Schools of Social Work; IASSW)の総会において採択されたソーシャルワーク専門職のグローバル定義においても、ソーシャルワーク専門職の中核となる任務の一つとされている。このことより、「エンパワメント」は現代のソーシャルワークにおける重要な価値に位置づけられている理念である。

「エンパワメント」をソーシャルワークの領域における援助理念として規定したものは、1976年のSolomon, B(1976)の『Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities.』であるとされている。その中で、Solomon, Bは問題を個人の精神内界に起因する病理であると捉え、専門家がその治療にあたるとする従来の援助モデルでは、犯罪や貧困が蔓延し、社会資源が枯渇した地域社会において多発する生活問題には十分に対処することができず、地域で抑圧

され無力化した人びと自身が、パワーの欠如状態から脱却が可能であることを認識し、問題解決の主体者となれるよう支援するアプローチが必要であることを主張した。その上で、エンパワメントとは「スティグマ化された集団の構成メンバーであることに基づいて加えられた否定的な評価と差別的な待遇によって作られたパワーの欠如状態 (powerlessness) を減らすことを目的に、ソーシャルワーカーがクライアントとともに取り組んでいく過程」として定義した(1976:19)。現在では、このようなクライアントのエンパワメントを目指したアプローチは、ソーシャルワークの実践モデルの一つとして体系化されている。

ソーシャルワークのエンパワメント・アプローチについて、久保(1995)は社会的存在であるクライアントが社会関係のなかで社会的役割を遂行し、自己決定権を行使していくべく、力(個人的、社会的、政治的、経済的)を獲得することを目的とした援助実践の過程であり、その実践はソーシャルワーカーとクライアントの協同作業であるとしている。そして、栄(2003)は精神保健福祉領域におけるエンパワメント・アプローチを、パワーレスな状態にあるクライアントが、自己の価値観や考え方が尊重される中で、自らの力や権利意識、自己統制感を高め、自己をパワーレスにさせている社会を改革できるようになることを目指して、ソーシャルワーカーがクライアントを個人的、対人関係的及び社会的に支援していくアプローチとしている。さらに、大谷(2004)は精神障害者を対象としたエンパワメントを「抑圧された状況を内在化させることのないよう、批判的知識を共有し、個人・集団(対人)・地域(政治)レベルで力をつけていくプロセスである。精神保健福祉士は個人と地域が持つ力に焦点を当て、当事者とパートナーシップを築きつつ、共通の目標に向けて活動するもの」だとしている。つまり、社会的なパワーレスな状態である精神障害者が、支援者とパートナーシップを築き、協働する中で当事者自らの権利への関心を高め、個人的・対人的・社会的に力を回復・獲得していく過程及び状態をソーシャルワーカーが目指すエンパワメントであると考えられる。

そして PAD や JCP においては、精神障害者が自らの判断能力が欠如または喪失した際の治療・支援に関する意向を事前に示すことで、非自発的な入院や強制的な治療を最小限にし、希望する治療・支援が受けられることで自己決定権が尊重されることを目指すことから、危機的状况における自分自身が受ける治療・支援への統制感が高まることでパワーを獲得していくことが期待される。特に JCP においては、独立したファシリテーターとともにその治療・支援を担当するスタッフとの協働するプロセスにおいて精神障害者が自ら受ける治療・支援に対する意向を示すことを可能としており、自らの権利意識を高めることにつながる。このような PAD や JCP を作成し、活用していく過程から、第一に精神障害によって社会的に抑圧され、治療・支援に対して自らの意向を示し、支援者から尊重されることによって自らの力や権利への意識を高めることにつながる。第二に、このような自己決定権の行使といった権利への意識が高まることで、当事者自らが患者としての役割から脱却し、新たな社会的役割を遂行できることを可能にする。第三に、このような過程から自らの精神障害や生活の自己コントロール感覚を獲得できることにつながることを期待される。

これらのことから、精神障害者の地域生活支援において PAD や JCP を用いた支援実践は、個人、対人、社会の側面におけるパワーを回復し、新たな社会的役割を獲得していくエンパワメント過程であり、精神障害者へのソーシャルワークにおけるエンパワメント・アプローチと同様の過程であると考えられる。また、近年の精神障害者の主体的な生活の実現への過程を意味するリカバリー概念において、エンパワメントはその主要な構成要素であるとされている(Ralph RO, et al. 2004)。このように、エンパワメントは今日のソーシャルワークや精神保健医療福祉領域における主要な概念として位置づけられ、ソーシャルワーカーの中核的な任務である。このようなソーシャルワーカー、

精神保健福祉士が、精神障害者のエンパワメントを可能とすることが期待される実践方法・手段としての **Advance Statement**: 事前宣言に関心を向けることは、その専門性を活かして適切に実践できる有益性が存在すると考えられる。

5.4 「ストレングス」

PAD や JCP の先行研究において「ストレングス」の概念が抽出された中核的な結論等の内容として、その作成において「過去の治療経験」「本人の経験」に着目すること等が記述されていた。加えて、Farrelly, S et al. (2015) は JCP の作成において「一貫した尊重」が重要であることを指摘していた。「一貫した尊重」とは、精神障害者本人の過去の治療経験や生活体験を個別的で固有なものであるとする尊重と、本人の希望や意向を尊重し、従来の利用者・患者として「専門職の治療や支援を黙って受け入れる」役割から脱却することであるとしている。このことは、精神保健専門職以上に精神障害者自身が自らの専門家であると支援者が認識し、利用者との対等性を重視するストレングス視点が存在する。

ストレングス視点は、先述した「エンパワメント」に欠かすことができない。Cowger CD (1994) は「クライアントのストレングスはエンパワメントの燃料であり、エネルギー源である」と述べている。Saleebey D (2004) は「ストレングスを基礎として、共同的な援助関係を構築することは、エンパワメント過程において重要なことである」としている。このように、ソーシャルワーク及び精神保健福祉士の支援実践における主要な理念であり、中核的な任務である「エンパワメント」に欠かすことができない視点には「ストレングス」が基調とされる。

本人の問題は当事者の欠陥あるいは無能さに起因するとみなされ、問題の解決として病理の軽減や欠陥の克服に焦点を当てたアプローチである医学モデルは、自尊心の低下やスタッフとの関係悪化等にもつながり、利用者の可能性を奪ってしまうという批判が存在した(栄ら 2004)。このような医学モデルへの批判を通して、ストレングスモデルは利用者への新しい視点から多様なアプローチを生み出そうと、精神保健、ソーシャルワーク、その他の援助専門職の援助観や問題解決のモデル・方法のパラダイムの転換を意味するものである(Rapp CA. 1998=1998: 19)。そして、Rapp は「すべての人は目標や能力や自信を持ち、すべての環境には資源、人材、機会が内在している」と述べ、個人と環境の双方のストレングスを提示している。具体的には、個人のストレングスとして「熱望(aspirations)」、「能力(competencies)」、「自信(confidence)」という3つの要素をあげている。また、個人を取り巻く環境のストレングスとして「資源(resources)」、「社会関係(social relations)」、「機会(opportunities)」という3つの要素をあげている(Rapp CA. 1998=1998)。このような個人や環境に内在しているストレングスに焦点を当てながら、本人の目標に向かって当事者と支援者が協働で取り組むことがストレングスモデルに基づく支援である。

ストレングスモデルのソーシャルワーク実践を提唱した Saleebey D (1996) は、ストレングスの具体的な内容として8点をあげている。①人々が苦しみを対処する中で学んできたこと、②個人の素質、長所、③生活経験を通して学んできたこと、④個人の才能や潜在的な才能、⑤人から人への語りや言い伝え、⑥プライド、特にサバイバー・プライド、⑦コミュニティの中にある物理的、対人関係的、制度的な豊かさ、⑧自己成長に必要な宗教心、である。栄ら(2004)は、ストレングスに関する研究を整理した中で、ストレングスの特徴についてストレングスは病理に反するものと位置づけられること、そしてストレングスとは普段の生活で用いられる言葉であり、日常性や対等性等に関連している、と述べている。また、狭間(2000)は「ストレングス視点は、ワーカーの専門的知識と同等に

クライアントの日常知を重視している」と指摘している。つまり、ストレングスモデルは、精神障害者個人が日常で培ってきた主観的な生活体験を固有なものとして理解しようとする姿勢が重視され、精神障害者本人が自分の生活体験を踏まえた自身のことを知る専門家であると尊重し、専門職（ソーシャルワーカー）と対等な関係を目指す支援モデルであると言える。このことは、PAD や JCP を作成する際に「過去の治療経験」「本人の体験」に着目することとされていた点と共通する視点であり、精神障害者本人の主観による語りを尊重し、その生活体験をストレングスとして理解していくことが必要とされている。

欧米の Advance Statement: 事前宣言 (PAD や JCP) の先行研究において、ストレングスモデルと同様の視点を確認できることを踏まえると、クライシス・プランの作成や活用においてもストレングスモデルが重要になってくると考えられる。また、ストレングスモデルがソーシャルワークのアプローチモデルに位置づけられていることから、精神障害者の地域生活支援において支援を展開している精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の関与がクライシス・プランを用いた支援実践に欠かすことができないものと推察される。

5.5 「パートナーシップ」(治療参加、治療同盟、関係性)

「治療参加」や「治療同盟」という概念は、治療という医療的な側面における専門職と患者の関係性を示す色合いが強く感じられ、社会福祉学を基盤とするソーシャルワーク実践の文脈において捉える概念には適さないかもしれない。「治療参加」や「治療同盟(アライアンス)」という概念は、医療場面における専門職とクライアントとの「関係性」を示す概念と考えられるが、社会福祉及びソーシャルワークにおいて、ソーシャルワーカーとクライアントとの関係性を示す重要な視点に「パートナーシップ(当事者との協働)」があげられている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。そこで、ここでは「治療参加」「治療同盟」「関係性」を「パートナーシップ」の概念に操作的に位置づけ抽出した。その上で、PAD や JCP が精神障害者の権利擁護やエンパワメントを目的として支援に用いられている中で、その鍵概念として抽出された「治療参加」や「治療同盟」の意味内容を理解するとともに、社会福祉及びソーシャルワークにおける「パートナーシップ」との異同を確認し、支援者とクライアントとの「関係性」のあり方について確認する。

ただし、今日では精神障害の地域生活を支援する上で医療と福祉の協働による治療と支援が必要とされ、精神科病院における多職種チームの一員として精神保健福祉士は医療専門職とともにチームを組み、その治療と支援に携わっている。このような点から、医療職ではない精神保健福祉士にもチーム医療に従事する一員として、精神障害者の「治療参加」を促し「治療同盟」を結ぶことで、精神障害者が自らの治療・支援に関して自己決定するという場面に遭遇すると考えられる。このことから、精神保健福祉士やソーシャルワーカーにとっても「治療参加」や「治療同盟」といった概念は全く無関係な概念であるとは言えない。

その上で、「アライアンス(同盟)」と「パートナーシップ」との関係に注目する。その理由として「アライアンス」と「パートナーシップ」については企業や組織間の協力関係のあり方や経営戦略としての取り組みの中で論じられてきた。これらは、パートナー間や組織間関係を意味するものであるが、このような双方の位置関係について確認することで、PAD や JCP の先行研究より抽出された「治療同盟」と社会福祉及びソーシャルワークにおける「パートナーシップ」との関連について考察できると考えられる。

美藤(2008)によれば「アライアンス」とは、パートナーが相互に独立性を持ち、自発的に協働し、

シナジー的利潤を得ることを目指して形成されるものだとしている。また、川島(2011)は「アライアンス」において重要なことは「アライアンス」を構築する双方のパートナーが明確な目的を持ち、それを達成するために互いに貢献し、互いの技術を積極的に学習する必要がある、と述べている。これらのことから「アライアンス」とは、パートナーが相互に独立性をもち、能動的に協働的關係を結び、互いの技術を相互に学習し、単独では得ることができない互いの目標の達成を目的として形成されるものであると考えられる。

一方で、ランバートら(1996=2008:90)によれば「パートナーシップ」は、相互の信用、情報の透明性、リスクの分担、利益の配分に基づいて築かれた独立性を維持した組織間關係であり、個々の企業が独立して達成する以上に、より大きな事業成果をもたらすものである、としている。そして、松行ら(2003)はパートナーシップの形成に関する一般的な要件として、①対等性を尊重すること、②自律性を尊重すること、③信賴關係の維持、④相互的な利益を分け合う互恵性が存在すること、⑤相互に補い合う、補完性が重視されること、⑥親密なコミュニケーションをとること、⑦相互学習が生まれることを挙げている。これらのことから「パートナーシップ」とは、パートナー間の關係性においてリスクや利益を共有することを含意した対等性や信賴關係といったパートナー同士の關係のあり方を意味する側面が強いのではないかと考えられる。

このように「アライアンス」と「パートナーシップ」には、パートナー間の關係性、相互学習性、リスクや利益、目標の共有性で共通する点が存在する。その上で、美藤(2008)は「パートナーシップ」の基本形を三つのタイプに整理し「アライアンス」との位置を確認している。タイプⅠは、各組織もしくは部門での短期的で限定的な協働行動と計画に基づいたパートナーシップ、タイプⅡは、自社内の多様な部門とその事業での長期的でパートナー間の經營活動の共有を超えたパートナーシップ、タイプⅢは、パートナー間で強いレベルでの組織結合によってなされ、各パートナーの關係性はパートナーを自らの企業の延長線上にあるとみなすパートナーシップ、としており、これらのタイプⅡとタイプⅢが「アライアンス」として捉えることができるとしている。このことから「アライアンス」は、強く結合された「パートナーシップ」によって成立し、長期的に組織上の多くの部門においてその組織活動を超えて展開されるための關係性を意味していると考えられる。そのために、対等性や信賴性、互恵性、相互学習といった側面による「パートナーシップ」が重要になると言える。

これらのことを踏まえ、ソーシャルワーカーとクライアントとの關係性に置き換えると「パートナーシップ」とはソーシャルワーカーとクライアントとの個別的で、問題解決という共通の目的において協働していく關係性を意味する。そして「アライアンス」は、このクライアントとの「パートナーシップ」を基盤にしながら、ソーシャルワーカーが所属する機関の専門職やクライアントの地域生活支援に関与する支援者によって構成される多職種・多機関チームと、クライアントやその家族等が、長期的で相互の学習を行いながら新たな知識や価値を創造していく關係性を意味すると考えられる。つまり、今日の精神保健医療福祉現場で求められている医療と福祉が連携し、協働した地域生活支援は「パートナーシップ」に基づく「アライアンス」、「パートナーリングアライアンス」によって展開されることが重要である。

また「治療参加」は、アドヒアランスという概念の關連から医療内容の意思決定のために必要な教育や動機づけを行った上で、患者の参加や意向表明の積極性を重視する(安保 2017)として述べられている。このことより、医療専門職によって方針立てられた医療内容を、患者が受けるための必要な情報提供により、動機づけを行うといった医療専門職側からの恣意性や指示性が含まれている側面があることがうかがえる。この点から「治療参加」にはさまざまな様態が存在することが想像

できるが、対等性や互惠性、相互学習といった側面が存在していない「パートナーシップ」や「アライアンス」のような関係性が構築される前段階についても含意していると考えられる。

以上から、今日の社会福祉及びソーシャルワークにおいてクライアントとの関係性を示す概念として「パートナーシップ(協働)」と、PAD や JCP の先行研究から抽出された概念において「治療同盟(アライアンス)」の異同について企業や組織間関係のあり方から検討した。その結果から、精神保健医療福祉の現場に置き換えた場合「アライアンス」とは強く結合された「パートナーシップ」に基づき、長期的で、多職種・多機関チームとしてクライアントやその家族とも新たな知識や価値を創造していく関係性であり「パートナリングアライアンス」という関係性の捉え方が可能であると考えられた。これに加えて「治療参加」には「パートナーシップ」や「アライアンス」のような関係性が構築される前段階も含意されていることが考察された。このことから、今後の精神保健医療福祉におけるソーシャルワークを展開する上で「(治療)参加」から「パートナーシップ」の構築へ、「パートナーシップ」に基づく「(治療)同盟:アライアンス」の構築といった、支援者及びチームとクライアント等の関係性を連続的に複合的に捉える視点が重要であると考えられる。

5.6 「危機防止(再発防止)」

ソーシャルワークの危機介入アプローチは、有効なソーシャルワーク実践にとって不可欠なアプローチであるとされている。危機介入アプローチでは、クライアントが最も支援を受け入れる可能性が高い段階が急性期であるとし、ソーシャルワーカーがクライアントに対する直接的な危機状況に対応するための援助として、急性期における支援介入が重要であるとしている。その一方で、危機介入に対する基本的な介入アプローチとして危機均衡モデルは、ストレスの軽減、症状の緩和、機能の回復及び悪化の防止を目的とし、機能の悪化を防ぐためには、時宜を得た支援が不可欠であるともされている。(Hepworth DH, et.al=2015 武田他)。

そして、ソーシャルワークの危機介入アプローチの理論化・体系化の基礎を築いた一人としてあげられる Caplan G.(1964)は、Lindemann EH(1944)の悲嘆反応の過程と悲嘆作業がなされることで心理的困難を防止することができることを見出した研究や、Lindemann EH とともにコミュニティ規模の精神保健プログラムを実施する中で危機理論を構築した。さらに、公衆衛生学から予防の概念を取り入れ、精神保健分野における危機予防や早期介入のあり方を第一次予防、第二次予防、第三次予防として示した。

第一次予防は、発生予防とも呼ばれ、人々が精神疾患に罹患したり、不適応を起こしたりする可能性をできるだけ小さくしようとする活動を指し、その問題の発生率を減らすことを目的とする。そして、第二次予防は、重篤化予防としての早期発見・早期対応であり、精神障害や不適応を起こした人びとがそれを悪化させたり、長引かせたりすることがないように、深刻化する前に早期に発見し支援することを目指すものである。最後に、第三次予防は再発予防であり、精神障害や不適応の問題が悪化したり再発したりしないようにすることであり、そのためにその障害を軽度にとどめ、その生活能力の回復を目指すリハビリテーションと社会的な不利益を可能な限り小さくするための活動が重要とされている。

近年、精神障害者の治療・支援において、その再発を予防することの重要性が指摘されている。その背景には、精神障害・精神疾患の悪化によって精神病性症状が重篤化し、当事者本人や家族が想像を越えた苦悩や生活上の困難を経験することが懸念される。そして、状態の回復に取り組む時間が長引き、その間に生活能力が低下し重篤化の可能性が高まり、再発を繰り返すことで

治療効果が十分に得られにくくなってしまうことがあげられている(Amenson CS, 1998)。また、強制的な治療体験が当事者の外傷体験となっている報告(NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会 2015)も存在する。また、リカバリーには生活上の成長や活動参加、社会的役割を伴う地域での意味ある生活を含むとされており(Torrey WC, et al. 2005)、地域に定着して生活できることの重要性が指摘されている。これらのことから、精神障害者の地域生活支援において「危機防止(再発防止)」が図られることにより、当事者やその家族をさまざまな不利益から擁護することになり、当事者のリカバリーや社会復帰を可能にしていくことにつながると考えられる。このような、精神障害者の人権擁護や社会復帰については精神保健福祉士の価値に位置づけられており、Advance Statement: 事前宣言における「危機防止(再発防止)」を目指すことは精神保健福祉士及びソーシャルワーカーの重要な実践目標になると考えられる。

5.7 「開発」

ここでの「開発」とは、PAD や JCP の先行研究における中核的な結論等の内容において“支援者のトレーニングの機会”“専門職の教育”の必要性が指摘されており、これらを専門職の養成や支援スキルの向上等を目的とした機会や制度を新たに創造していくという観点から概念が抽出されたものである。

今日、ソーシャルワーカーの役割の一つに地域資源の組織化・開発役割が求められており(副田 2005:5-6)、社会福祉の福祉的機能の一つに社会資源開発的機能として新しい社会資源を開発し、活用の可能性を広げることは社会福祉に期待される重要な機能であるとされている(古川 2007:413)。ただし、ここで抽出された「開発」は PAD や JCP の作成や活用を普及するために新たな機会を創出するものであり、社会福祉及びソーシャルワークにおける精神障害者本人やその家族等の地域生活支援のために新たな社会資源の「開発」機能を示すものではなかった。

上述してきた「権利擁護」や「エンパワメント」、「パートナーシップ」等の概念において、その全てが精神障害者本人やその家族への治療や支援に関するマイクロレベルから捉えた概念であった。一方で、精神障害者本人やその家族への支援に結びつくマクロレベルから捉えた概念は抽出されなかった。このことは、PAD や JCP の先行研究においてその作成方法や作成によって精神障害者本人における効果に注目し実施されてきた側面が強いためだと考えられる。そのため、このような海外の先行研究において抽出されなかった点について、本研究では第2章以降の精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プラン実践のあり方について、精神科病院の精神保健福祉士や相談支援事業所の相談支援専門員への調査を通じて、ソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践において開発的機能が存在しているのかについても確認していく。

第6節 精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランに関連する国内外の文献的検討の小括

ここまで国内外のクライシス・プランに関する文献的検討を行い、これに併せて PAD 及び JCP の先行研究から抽出された主要概念からソーシャルワークとの関連性について検討した。

PAD は、精神障害によって判断能力が低下した場合でも非自発的入院や強制的治療を最小限にし、そのような場合でも希望する治療・支援が受けられるように自己決定権を尊重するために、権利擁護の方法として用いられ始めた。そして、現在ではアメリカの半数以上の州で PAD に関する法律が施行されている。しかしながら、精神医療の利用者からの関心は高かったものの、その作

成が利用者の自助性によることから、作成への困難さが伴い、完成率の低さが課題となっていた。

そこで、PAD の作成をマニュアル化し、構造化した作成のための支援を行う FPAD が試みられ、当初の PAD の完成率より高い成果が得られた。FPAD の際、ファシリテートを行う支援者には、精神障害者本人の治療に対する希望を聴くことが重要とされ、そのような FPAD を治療・支援に用いることで精神障害者が自らの治療・支援への主体性を高め、エンパワメントを促進することが期待できる。一方で、その課題として PAD の内容を精神障害者本人と支援者が共有され、適切に活用されていないことが指摘されていた。

イギリスの JCP は、精神障害によって判断能力を失った際の早期発見と早期治療に向けて、精神障害者本人と支援者との事前の合意に基づいたケア計画を作成し、非自発的な入院や強制的な治療を減少するよう権利擁護とエンパワメントを促進することを目的として用いられ始めた。JCP には PAD のように法的拘束力は存在しないが、その作成方法として、協議の場に独立したファシリテーターが立ち会い、当事者の自由な意思表明を保証できる仕組みが特徴であった。このような JCP に関する研究の成果及び課題として、非自発的な入院や強制的な治療を減少させる効果に一貫した成果は見られていない。しかし、精神障害者本人の主観性に基づく支援者との治療関係の向上に効果が存在することが示され、このような治療関係の向上によって支援者が主導する治療が減少し、結果として非自発的な入院や強制的な治療が減少していくことが期待されている。

これについては、Farrelly S, et al.(2015)は精神障害者本人の過去の治療経験や生活体験を個別的で固有なものであるとする支援者の尊重や、精神障害者自身が精神保健専門職以上の専門家であるという支援者の認識に基づく“一貫した尊重”によって、JCP が作成されていくことが重要であるとした。そして、この“一貫した尊重”は、今日の精神保健、ソーシャルワーク等の援助観に影響を与えているストレングスモデルと共通する支援者の視点や姿勢であると考えられ、JCP の作成においてはストレングスモデルに基づくアプローチが欠かせない。こうしたことから、国内のクライシス・プランの作成においても精神障害者本人のストレングスに基づくことが重要になる。

JCP の活用においては、精神障害者本人と支援者における JCP の保有率が低く、十分に活用されていないことが課題とされていた。これについては、JCP には PAD のように法的拘束力が存在しないことから、支援者にとって JCP の内容に沿って対応することを必要とする認識が高まらないことが指摘されていた。ただし、現在の Advance Statement: 事前宣言のあり方として、精神障害者の非自発的な入院を減少させ自己決定とエンパワメントを高め、支援関係を改善することに最もエビデンスレベルが高いものとして JCP があげられていた。

以上のような PAD 及び JCP の先行研究から国内のクライシス・プランの支援実践において示唆が得られた事柄として以下のことが挙げられる。

- ① クライシス・プランに関連する国外の先行研究において、JCP が効果的なモデルとして示されており、クライシス・プランの作成方法について JCP に準じていくことが望ましい。
- ② クライシス・プラン実践においては、計画の作成方法だけでなく、計画の活用方法についても検討する必要がある。
- ③ クライシス・プランの作成においては、精神障害者本人と支援者が協働することが作成の完成率を高め、その際に支援者には一貫した尊重、つまりストレングスモデルに基づくアプローチが求められる。
- ④ クライシス・プランの活用においては、法的拘束力が存在せずとも、精神障害者本人と支援者

にとって重要なケア計画であることの認識を高める方法が求められる。

そして、国内のクライシス・プランに関連する文献検討として精神科事前指示とクライシスプランの先行研究を確認した。その中で、国内の精神保健医療福祉の現場において **Advance Statement**:事前宣言を用いる上では、**JCP** に準じた危機管理計画を作成することは可能であると指摘する研究が存在した。加えて、今日の精神障害者の地域移行支援及び地域定着支援のために作成や活用が推奨されているクライシス・プランは、**JCP** と同様の **Advance Agreement**:事前合意に位置づけられるとする先行研究も存在した。

その中で、クライシス・プランは医療観察法制度において法対象者の「社会復帰」に向けて緊急時に提供される治療や支援の自己決定権の保障といった権利擁護のみならず、自律的意思に基づいて適切な利用を受け「社会復帰」の状態を継続でき自己管理を目指すために用いられているクライシスプランを援用している。このことから、クライシス・プランは **Advance Statement**:事前宣言のように判断能力を失った際に必要となる治療において当事者本人の事前の意向に沿った医療の自己選択・自己決定が実現できることを目指す危機時の権利擁護としてのクライシス・アドボカシーだけでなく、安全な生活や安定した状態を維持できるように当事者の自律的意思に基づく適切な医療を受けていくことができるように権利を付与するセーフ・アドボカシーの実現を目的とする方法でもあると考えられる。このような権利擁護のための支援により、「社会復帰」を目指すことができ、エンパワメントが促されるのではないかと考えられる。

そして、このようなクライシス・プランの目的を達成する上で、①作成前にそれまでの生活状況を振り返り、それを踏まえて退院後の生活について検討できる準備を行うこと、②当事者を主体とし、個別性を尊重して作成すること、③当事者と治療者や支援者、家族らが共同して作成し、その内容を共有する機会を設けること、④実際の地域生活に活用できる内容であり、安定した状態を継続するための計画が含まれること、⑤危機的状況としての、具体的な病状や生活状況とそれに応じた当事者と治療者や支援者らの明確な対応方法が計画されていること等が重要であると考えられた。また、狩野(2017)は **JCP** を作成する上で位置づけられている独立したファシリテーターについて、クライシス・プラン作成時においては当事者が入院中であれば相談支援事業所の相談支援専門員が積極的に関与することで、当事者と医療機関のスタッフとの間での調整役となることが期待できるとしている。しかし、クライシス・プランが作成される場面として当事者が入院中のみに限定されるわけではない。地域生活を送っている当事者に対して、当事者と相談支援事業所の相談支援専門員とで作成される場合も想定される。そのため、狩野(2017)が指摘するような相談支援事業所の相談支援専門員が調整役を担うのではなく、地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務を実施する基幹相談支援センター⁵⁾の相談支援専門員や精神保健福祉士が地域移行・地域定着のための体制整備にかかるコーディネーターとして、**JCP** におけるファシリテーターのような医療と福祉、そして当事者との間で意見を調整し、合意を得られるようなファシリテートする役割の付与を期待することができるのではないかと考えられる。

しかしながら、クライシス・プランに関する研究は極めて限定的な状況であり、制度政策上においてクライシスプランの作成と活用が推奨されているものの、その具体的な作成方法や活用方法について実証的な調査研究は実施されていない。ましてや、海外の先行研究を踏まえ、国内の現行制度においてクライシスプランの位置づけを検討していくことはなされておらず、今後の政策上の大きな課題であると言える。現状のままでは、クライシスプランを実践する支援者や機関によってそ

の内容が大きく偏ってしまう状況が懸念され、今後クライシスプランの成果を検討する際の比較研究に一貫性が得られず、さらには精神障害者本人においても不利益が生じる可能性さえある。

そのような中で、PAD や JCP の先行研究から抽出できた鍵概念として「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレングス」「危機防止(再発防止)」は、ソーシャルワークに関連する概念であったことから PAD や JCP を用いた支援にはソーシャルワークの視点や姿勢が存在することが確認できた。一方で、それらの先行研究から抽出することができた「パートナーシップ」の概念からは、PAD や JCP の支援において重要とされていた「アライアンス(治療同盟)」という支援者とクライアントとの関係性の位置づけは、今後のソーシャルワーク実践に取り込めるものであると考えられた。また「開発」の概念については、ソーシャルワークに期待される開発的機能を示すものではなく、ソーシャルワークの視点で PAD や JCP を捉えた際にはさらなる検討を要する点であり、国内のクライシス・プラン実践においてもこの点への注目が希薄化していくことが懸念される。

以上から、PAD や JCP より抽出された鍵概念を専門職の理念や支援原則に位置づけているソーシャルワーカー(精神保健福祉士)を対象としてクライシス・プランの作成方法と活用方法を検証することの妥当性と意義が存在する。そして、このようなクライシス・プラン実践の状況からその作成方法と活用方法を検証できることで、精神障害者の地域生活支援のための包括支援モデルによる支援計画に基づく医療と福祉が協働した生活支援の実践における有益な示唆が得ることができると考えられる。また、PAD や JCP の先行研究から抽出されなかった開発的機能の状況を確認することは、クライシス・プラン実践のあり方として PAD や JCP には見られなかった新たな視点からの検討につながることを期待される。

そこで、次章では、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーによる精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プラン実践の経験及び認識を調査し、その調査結果からクライシス・プラン実践において必要と考えられる視点や態度、実践の構造等について探索的に検証する。

文末脚注

- 1) 服薬アドヒアランスは、服薬に対する患者の理解、意思決定、治療協力に基づき、治療者と患者の相互理解のもとに薬物療法がなされることであり、服薬アドヒアランスが高まることは精神疾患の再発を防止する一要因になるとされている(山田ら 2006)。
- 2) システマティックレビューは、系統的な方法論上のルールに従い、ベストエビデンスを特定するためのものだとされており、さまざまな研究手法におけるエビデンスレベルの中で最も上位とされるメタアナリシスである(眞喜志 2017)。
- 3) 「疾病及び関連保健問題の国際統計分類: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD)」とは、異なる国や地域から異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関(World Health Organization: WHO)が作成したものであり、現在は第 11 回目の改訂版(2019 年5月 30 日)が採択されている。ICD において「精神及び行動の障害」は F コードに分類されており、分類IDの F20-F29は統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F30-F39 は気分(感情)障害について表記されている。
- 4) 藤井(2011)では「保護者」としているが、2014 年に施行された改正精神保健福祉法において保護者制度が廃止され、医療保護入院の要件としての同意について「家族等」とされた。その上で、藤井(2011)が指摘する内容において「保護者」を「家族等」と改めても文脈上差し支えないと判断した。
- 5) 基幹相談支援センターは地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 77 条の2)と位置づけられている。その業務内容は、総合的・専門的な相談支援の実施とともに、地域相談支援体制強化の取り組みや、地域移行・地域定着の促進の取り組み等があげられる。ただし、公益社団法人日本社会福祉士会の『基幹相談支援センター設置促進のための手引き』(2019)によれば、その設置状況として 1,741 市町村中 650 市町村(37%)であり、設置が進まない課題も存在する。

第1章 引用文献

- 赤林朗、甲斐一郎、伊藤克人、津久井要(1997)「アドバンス・ディレクティブ(事前指示)の日本社会における適用可能性:一般人に対するアンケート調査からの考察」『生命倫理』7(1),31-40.
- Amenson CS.(1998)「Family Skills for Relapse Prevention.」(=2003, 松島義博, 荒井良直訳『再発予防のためのサイコエデュケーション』星和書店.)
- 安保寛明(2017)「コンコーダンスによる共同意思決定とセルフケア概念への影響」『日本保健医療行動科学会雑誌』32(2), 20-24.
- Appelbaum PS.(2004)「Psychiatric advance directives and the treatment of committed patients.」『Psychiatric Service』55, 751-763.
- Biestek FP(1974)「The Casework Relationship」(=2006, 尾崎新・原田和幸・福田俊子訳『ケースワークの原則—援助関係を形成する技法』誠信書房.)
- Broschmann R, Barret B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, Slade M, Sutherby K, Szmukler G, Thornicroft G, Hogg J & Moran P.(2013)「Joint crisis plans for people with borderline personality disorder : feasibility and outcomes in a randomised controlled trial.」『The British Journal of Psychiatry』202,357-364.
- Caplan G.(1964)「Principle of preventive psychiatry.」(=1970, 新福尚武監訳『予防精神医学』朝倉書店.)
- Caplan G.(1974)「Support Systems and Community Mental Health.」『Basic Books』.
- Charles C, Gafni A & Whelan T.(1997)「Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean ? (or it takes at least two to tango).」『Social Science & Medicine』44(5),681-692.
- de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, Van Gool AR & Mulder CL.(2016)「Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis.」『JAMA Psychiatry』 73(7), 657-664.
- Copeland ME(1997)「Wellness Recovery Action Plan.」,Peach press.(=2009, 久野恵理訳『元気回復行動プラン』道具箱)
- Cowger CD.(1994)「Assessing Client Strengths : Clinical Assessment for Client Empowerment」『Social Work』39(3), 262-268.
- Easter MM, Swanson JW, Robertson AG, Moser LL & Swartz MS.(2017)「Facilitation of Psychiatric Advance Directives by Peers and Clinicians on Assertive Community Treatment Teams」『Psychiatric Services』68(7),717-723.
- Elbogen EB, Swanson JW, Appelbaum PS, Swartz MS, Ferron J, Van Dorn RA & Wagner HR.(2007)「Competence to Complete Psychiatric Advance Directives : Effect of Facilitated Decision Making.」『Low and Human Behavior』31(3),1-17.
- Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, Henderson C, Szmukler G & Thornicroft G.(2015)「Improving Therapeutic Relationships : joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders.」『Qualitative Health Research』25(12),1637-1647.
- Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, Henderson C,

- Szmukler G & Thornicroft G. (2016) 「Barriers to shared decision making in mental health care : qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis.」 『Health Expectations』19(2),448-458.
- 藤井千代 (2011) 「事前指示」 『臨床精神医学』40(5), 683-690.
- 古川孝順 (2007) 「社会福祉の福祉的機能」 (=2007 仲村優一, 一番ヶ瀬康子, 右田紀久恵監修 『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規)
- Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukler G. (2006) 「Joint crisis plans for people with psychosis : economic evaluation of a randomised controlled trial.」 『BMJ』333(7571),729.
- 狭間香代子 (2000) 「エンパワーメント・アプローチにおけるストレングス視点の意味」 『社会福祉実践理論研究』9, 70.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukler G. (2004) 「Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry : single blind randomized controlled trial.」 『BMJ』 329,136-138.
- Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G & Zinkler M. (2008) 「A Typology of Advance Statements in Mental Health Care.」 『PSYCHIATRIC SERVICES』59(1),63-71.
- Henderson C, Lee R, Herman D, Dragatsi D. (2009a) 「From Psychiatric Advance Directives to the Joint Crisis Plan.」 『PSYCHIATRIC SERVICES』60(10), 1390.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukler G. (2009b) 「Views of service users and providers on joint crisis plans : single blind randomized controlled trial.」 『Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology』44,369-376.
- Henderson C, Farrelly S, Flach C, Borschmann R, Birchwood M, Thornicroft G, Waheed W & Szmukler G. (2017) 「Informed, advance refusals of treatment by people with severe mental illness in a randomized controlled trial of joint crisis plans : demand, content and correlates.」 『BMC Psychiatry』17,376-381.
- Hepworth DH, Rooney RH, Rooney GD, Strom-Gottfried K & Larsen JA. (2010) 「Direct Social Work Practice」 (=2010, 武田信子 監修 北島英治、澁谷昌史、平野直己、藤林慶子、山野則子訳 『ダイレクト・ソーシャルワークハンドブック-対人支援の理論と技術-』明石書店.)
- 平林直次 (2011) 「クライシスプランの作り方 : 医療機関」 『精神科臨床サービス』11(3), 393-397.
- 伊藤弘人 (2018) 「終末期医療における事前指示に関する国内外の動向」 『日本精神科病院協会雑誌』37(7),678-683.
- Joshi KG. (2003) 「Psychiatric advance directives.」 『Journal Psychiatric Practice』9(4),303-306.
- 門屋充郎 (2014) 「「Y問題」と協会活動 日本精神保健福祉士協会 50年史」 『公益社団法人日本精神保健福祉士協会』, 58-64.
- 狩野俊介、野村照幸 (2013) 「デイケアにおける心理教育プログラムの育成 -医療観察法における支援の応用-」 『デイケア実践研究』17(2),12-17.
- 狩野俊介 (2013) 「医療観察法医療を応用した利用者主体の再燃予防への取り組み～セルフモニタリング表とクライシスプランを活用した支援の検討」 『精神保健福祉』44(3),202-203.

- 狩野俊介 (2017)「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの有用性と活用に向けた今日的課題」『精神保健福祉』48(2),130-138.
- 片桐直之、水野雅文 (2016)「精神科事前指示 (PADs)」『日本医事新報』4816, 51.
- 川島秀明 (2011)「戦略的アライアンスにおける便益の概念に関する一考察」『創価女子短期大学紀要』42, 3-25.
- Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L & Molodynski A. (2014)「Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment」『Frontiers in Public Health』37(2),1-5.
- Kim MM, Van Dorn RA, Scheyett AM, Elbogen EE, Swanson JW, Swartz MS & Daniel LA. (2007)「Understanding the Personal and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives: A Qualitative Perspective.」『Pshchiatry』70(1),19-29.
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 (2018a)『医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究 報告書』厚生労働省 平成 29 年度障害者総合福祉推進事業(平成 30 年3月).
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 (2018b)「精神保健福祉士の倫理綱領 (2018 年6月 17 日改訂) (<http://www.japsw.or.jp/syokai/rinri/japsw.htm>)
- 公益社団法人日本社会福祉士会 (2019)『基幹相談支援センター設置促進のための手引き』(平成 31 年3月).
- 厚生労働省 (2016)『第2章 改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテキスト』株式会社日本能率協会総合研究所,37-64.
- 久保美紀 (1995)「ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討」『ソーシャルワーク研究』21(2), 93-99.
- 桑原純一郎、渡邊理、藤井千代、佐久間啓 (2015)「クライシスプラン作成により地域生活の継続が可能となった症例の検討」『日本社会精神医学会雑誌』24(3),297-298.
- Lambert, DM., Emmelhainz, MA. And Grandner, JT. (1996)「 Developing and Implementing Supply Chain Partnerships.」『The International Journal of Logistics Management』8(1), 1-17(=2008 美藤信也「サプライチェーンマネジメントの基礎理論-パートナーシップとアライアンス-」)
- Lindemann EH. (1944)「Symptomatology and Management of Acute Grief.」『American journal of Psychology.』101, 141-148.
- 眞喜志まり (2017)「システムティック・レビューにおけるデータベース検索」『情報の科学と技術』67(9),472-478.
- 町野朔 (2007)「医療観察法と精神保健観察:法の意義と課題」『犯罪と犯行』151:39-52.
- 松行康夫, 松行彬子 (2003)「新しい公共における NPO を中心としたパートナーシップの形成と社会起業家の創出」『経営論集』61, 61-78.
- 美藤信也 (2008)「サプライチェーンマネジメントの基礎理論 -パートナーシップとアライアンス-」『日本物流学会誌』16, 89-96.
- 溝畑剣城 (2015)「精神科救急対応を要する利用者への訪問看護師の役割と課題」『第 22 回日本精神科看護学術集会』,20-24.
- National Association of Social Workers (2017)「Code of Ethics.」

- Nicaise P, Lorant V & Dubois V. (2013) 「Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review.」 『Health and Social Care in the Community』21(1), 1-14.
- 西山暁 (2017) 「読んだ論文で注意すべきこと」 『日本顎関節学会誌』29, 162-165.
- 野村照幸、狩野俊介 (2013) 「セルフモニタリングシートとクライシスプランの作成を目的とした心理教育プログラムの開発とその有効性に関する研究」 『司法精神医学』8(1), 2-10.
- 野村照幸、森田展彰、村杉謙次、大谷保和、斎藤環、平林直次 (2017) 「医療観察法指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因について」 『司法精神医学』12(1), 1-9.
- NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会 (2015) 「精神医療は誰のため？ ユーザーと精神科医との「対話」」 『協同医書出版社』
- 小笠原基也 (2009) 「医療観察法と社会復帰」 『臨床精神医学』38(5), 667-672.
- Olsen DP. (2016) 「Ethically Relevant Differences in Advance Directives for Psychiatric and End-of-Life Care.」 『Journal of the American Psychiatric Nurses Association』22(1), 52-59.
- 大谷京子 (2004) 「精神障害者福祉実践におけるエンパワメント」 『関西学院大学社会学部紀要』6(1), 245-256.
- 大鶴卓、原田麻美子 (2013) 「医療観察法病棟における対象者を主体としたクライシスプランの作成」 『病院・地域精神医学』55(3), 278. (2011年 第54回病院・地域精神医学会総会).
- Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O & Dawson J. (2002) 「Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness.」 『BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY』181, 513-519.
- Priebe S, Katsakou C, Amos T, Morven L, Morriss R, Rose D, Wykes T & Yeeles K. (2009) 「Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization.」 『The British Journal of Psychiatry』194, 49-54.
- Ralph RO, Corrigan PW. (2004) 「Recovery in Mental Illness Broadening Our Understanding of Wellness」 『American Psychological Association Washington, DC.』
- Rapp, CA. (1998) 「The Strengths Model - Case Management with People from severe and Persistent Mental Illness-」, Oxford University Press, Inc. (=1998 江畑敬介監訳『精神障害者のためのケースマネジメント』金剛出版.)
- Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, Gaag M van der, Smulders R, Roosenschoon BJ & Mulder CL. (2014) 「Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial.」 『PLoS ONE』9(3), 1-8.
- 栄セツコ (2003) 「エンパワメントアプローチに基づく精神保健福祉実践活動」 『精神保健福祉』34(4), 341-350.
- 栄セツコ、岡田進一 (2004) 「精神科ソーシャルワーカーのエンパワメント・アプローチに基づく精神保健福祉実践活動: 実践活動の現状とその活動を促進させる関連要因」 『生活科学研究誌』3, 205-216.
- Saleebey, D. (1996) 「The Strengths Perspective in Social Work Practice; Extensions and cautions.」 『Social Work』41(3), 296-305.

- Saleeby D. (2004) 「The power of place: Another look at the environment.」 『Families in Society』85(1), 7-16.
- 佐藤純子、中村諭、竹本和浩 (2018) 「精神一般病棟で患者主体のクライシスプランを導入したかわり」 『第43回精神科看護学術集会』, 104-105.
- Serbnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C & Holtzheimer P. (2005) 「The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives.」 『PSYCHIATRIC SERVICES』56(5), 592-598.
- 副田あけみ (2005) 『社会福祉援助技術論-ジェネラリストアプローチの視点から-』 誠信書房.
- Solomon B. (1976) 「Black Empowerment, social work in oppressed communities.」, Columbia University Press.
- Sutherby K & Szmukler GI. (1998) 「Crisis cards and self-help crisis initiatives.」 『Psychiatric Bulletin』22(1), 4-7.
- Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, Alexander M, Thornicroft G, Johnson C & Wright S. (1999) 「A study of crisis cards' in a community psychiatric service」 『Acta Psychiatrica Scandinavica』100, 56-61.
- Swanson JW, Swartz MS, Hannon MJ, Elbogen EB, Wagner HR, McCauley BJ & Butterfield MI. (2003) 「Psychiatric advance directives: a survey of persons with schizophrenia, family members, and treatment providers.」 『International Journal of Forensic Mental Health』2:73-86.
- Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wanger HR, McCauley BJ & Kim M. (2006a) 「Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Person with Severe Mental Illness」 『American Journal Psychiatry』163(11), 1943-1951.
- Swanson JW, Swartz M, Ferron J, Elbogen E & Van Dorn. (2006b) 「Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five US cities: Prevalence, demand, and correlates.」 『Journal of American Academy Psychiatry Law』34(1), 43-57.
- Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Wagner R, Moser LA, Wilder C & Gilbert AR. (2008) 「Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions.」 『J Mental Health』17(1), 255-267.
- 社会福祉専門職団体協議会・倫理綱領委員会 (2004) 「ソーシャルワーカーの倫理綱領—経過」 (改訂最終案 2004年6月30日)
- Szasz TS. (1982) 「The psychiatric will: A new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry.」 『American Psychologist』37(7), 762-770.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, Barrett B, Byford S, Henderson C, Sutherby K, Lester H, Rose D, Dunn G, Leese M & Marshall M. (2013) 「Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial.」 『Lancet』381, 1634-1641.
- Torrey WC, Rapp CA, Van Tosh L. (2005) 「Recovery principles and evidence-based practice: Essential ingredients of service improvement.」 『Community Mental Health Journal』41(1), 91-100.

- Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Elbogen E & Ferron J. (2008) 「Reducing Barriers to Completing Psychiatric Advance Directives.」『Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research』35,440-448.
- Van Dorn RA, Scheyett A, Swason JW, Swartz MS. (2010) 「Psychiatric Advance Directives and Social Workers: An integrative Review」『Social Work』55(2),157-167.
- 渡邊理、藤井千代、佐久間啓、新村秀人、山口大樹、安藤久美子、岡田幸之、三村將、水野雅文 (2016) 「精神科事前指示制度の臨床実践」『日本社会精神医学会雑誌』25(3),254-255.
- 渡邊理、藤井千代、佐久間啓、安藤久美子、岡田幸之、水野雅文 (2017) 「精神科事前指示」作成支援ツール開発の試み」『精神医学』59(2), 159-167.
- 渡邊理、藤井千代、佐久間啓、水野雅文 (2018) 「精神科事前指示の作成に援助者が関わることの意義と問題点の検討」『日本社会精神医学会雑誌』27(3),239-240.
- Wilder CM, Elbogen EB, Moser LL, Swanson JW & Swartz MS. (2010) 「Medication Preferences and Adherence among Individuals with Severe Mental Illness Who Completed Psychiatric Advance Directives.」『Psychiatric Services』61(4),380-385.
- 山田浩樹、上島国利 (2006) 「服薬アドヒアランスとは -コンプライアンスからアドヒアランスへ- 」『Schizophrenia Frontier』7(3),155-159.
- 山縣潤、伊藤有希子、石田有希、関口暁雄 (2014) 「暮らしを支えるクライシスプランの活用と精神保健福祉士の視点」『精神保健福祉』45(3),211.
- 山口創生 (2015) 「精神保健サービスにおける Shared Decision Making -現状と課題-」『リハ研究』163,4-9.

第2章 精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法に関する 探索的検証

本研究は、精神障害者の地域生活支援における支援計画として医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証することを目的としている。その際、クライシス・プランを「精神障害の疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態としての特徴に応じた個別的で統合的な生活支援のための包括支援モデルによる支援計画」として捉える。こうしたクライシス・プランは、医療と福祉の協働によって作成され、活用されていくことが求められる支援計画でもあり、本研究においては今日の精神保健医療福祉制度上の支援に用いていくための実践モデルを提示する。

ここで簡易的であるが、本研究における目的の背景について今一度整理する。

近年の精神障害者の地域生活支援に関連するガイドライン等において、クライシスプランが示されている。例えば、『精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン』（公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016）では、精神保健福祉士等が選任される退院後生活環境相談員は、医療後入院患者の早期治療・早期退院を目指すための業務の一つに、地域援助事業者と連携したクライシスプランを作成し、精神障害者本人の不安解消と精神障害者自ら解決できる能力を高めることが示されている。また、『長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方』報告書（日本医師会 2016）において、精神障害者の地域生活上の病状や生活状況の揺らぎに対して、クライシスプランを作成し、これを参考に乗り切ることが提案されている。ただし、これらの課題としてクライシスプランの作成方法や活用方法、そのための医療と福祉の協働方法は明示されていない。

これに加えて、クライシスプランは精神障害者の地域生活支援における病状及び状態悪化時等の緊急時における重要な指針になることが期待されている（公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2018）。しかし、このような病状悪化時等の危機対応に焦点化する「医学モデル」の計画となることで管理的、監視的な計画となることが懸念され、精神障害者の社会参加やエンパワメントを目指す地域生活支援においては「生活モデル」をも包含したモデルによる指針が必要であると考えられる。

そして、クライシス・プランに関連する国内外の先行研究を文献検討を行なった結果、JCP においては国内のクライシスプランと当事者と治療や支援を担当するスタッフと話し合い、可能な限り合意がなされるように作成していく点で共通するとされていた（平林 2011, 狩野 2017）。また、精神障害者の非自発的な入院を減少させ、自己決定権の保障とエンパワメントを高め、関係性を改善することに最もエビデンスレベルが高いものとされていた（Nicaise P, et al. 2013）。このことから、JCP に準じたクライシス・プラン実践のあり方を示せることで、国内の精神障害者の地域生活支援においても同様の成果を得られる可能性がある。ただし、作成方法や作成プロセスにおける有効性といった成果とともに、作成後に十分活用されていない課題が存在する（Swanson JW, et al. 2008, Henderson, C et al. 2009）とともに、JCP の特徴である独立したファシリテーターが作成に関与する点を国内で速やかに取り入れることは困難である。

そのため、JCP を参考にしつつ、国内で独自の精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法を明示していくことが求められるが、これまでの国内におけるクライシスプランの先行研究は実践報告が多く、その実践方法の調査研究については皆無であった。今後、クライシス・プランの研究が積み重ねられていくためにも、共通した実践方法や手順が示されていくことが急務であると考えられる。

以上のような現状から、本章では本研究の目的を達成するための実証的な検証に向けて、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践経験及び認識について精神保健福祉士等のソーシャルワーカーを対象に調査し、その作成や活用のために必要とされる視点や構造について探索的に検証する。

第1節 本章における調査目的

ここでの調査目的は、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにするために、その実践における視点と態度、実践の構造を探索的に検証することである。そこで、実際のクライシス・プランの実践経験及び認識内容について、医療側は精神科病院の精神保健福祉士(ソーシャルワーカー)から、福祉側は相談支援事業所の相談支援専門員(ソーシャルワーカー)を対象に調査する。そして、これらの実践経験及び認識内容から①クライシス・プランを実践する上で必要とされる視点や医療と福祉の特徴として捉えられる態度(総論的目的)、②クライシス・プランの実践プロセスとその構造ならびに機能(各論的目的)について分析する。

そして、これらを分析する上で、2つの方法を用いる。①の総論的目的について、テキストマイニングの分析方法を用いる。そして、テキストマイニングによる分析ではクライシス・プランの実践に必要とされる視点と態度を検証するために、クライシス・プラン実践の経験者のみならず、未経験者のデータも参考値として、含めて分析する。その理由は、現行制度上でクライシスプランは病状悪化時等の危機的状況における対応の指針とすることとされている。このような制度上で示されているクライシスプランについて把握しているが実践経験を有していないソーシャルワーカーと、実支援でクライシスプランの作成や活用を経験したソーシャルワーカーの認識とを対応させ分析できることで、実際のクライシス・プランの実践において必要とされている視点等を検証できると考えたためである。

②の各論的目的については、定性コーディングの分析方法を用いる。そして、定性コーディングでは実際の支援におけるクライシス・プランの実践プロセスとその構造等を検証するために、クライシス・プラン実践の経験者のみのデータを用いて分析する。これらの分析結果から、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランを実践していくための作成方法と活用方法の枠組みについて検討する。なお、それぞれの分析方法の詳細は後述する。

第2節 研究方法

2.1 対象

A 県内の精神科病院の精神保健福祉士、相談支援事業所の相談支援専門員で、通算3年以上の精神障害者の地域生活支援に関する業務経験を有し、業務上で危機対応経験があるソーシャルワーカーを調査対象とした。その理由は、次の三つからである。

- ① 序章で述べたように、従前、精神障害者の社会復帰や地域生活の実現においては精神医学ソーシャルワーカーが医療と福祉の橋渡し役となっており、それは今日でも医療と福祉の連携を図る職種として精神保健福祉士等のソーシャルワーカーが望ましく、その役割が期待されると考えられたこと。
- ② 今日の精神保健医療福祉実践において、精神障害者の地域生活支援を目的に多職種による地域へのアウトリーチや生活上での直接的支援が行われているものの、医療と福祉の領域から共通して地域へのアウトリーチや生活上での直接的支援を行なっている専門職は、ソーシャルワーカーが多数であると考えられたこと。

- ③ 第1章で述べたように、Advance Statement: 事前宣言における鍵概念として「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」等が存在し、これらの概念は精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーク実践における価値と一致すると考えられたこと。

これらのことから、ソーシャルワーカーを調査対象とすることで医療と福祉の協働という観点を踏まえつつ、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法に必要なとされる視点や構造を捉えることができると推定された。

2.2 方法

調査における対象者の選定は、調査を実施する上でクライシス・プランの作成と活用の経験を有しておらずとも、今日の精神保健医療福祉の動向においてクライシスプランが注目されている現状にあることを知っている必要があった。そのため、調査対象となったソーシャルワーカーからクライシスプランがどのようなものを把握しているソーシャルワーカーを次の調査対象者として紹介してもらいスノーボール・サンプリング法を用いて実施した。その結果、精神科病院の精神保健福祉士5名、相談支援事業所の相談支援専門員5名、計10名から本研究で用いる定性データが得られた。

調査を実施するにあたり、調査対象者には事前に調査趣旨等を説明し、調査協力の同意が得られたソーシャルワーカーに対して1回あたり1時間程度の半構造化面接を実施した。面接場所は、調査対象者が希望する場所でインタビューを行い、インタビュー内容が外部に漏れないように配慮した。その上で、インタビュー内容をICレコーダーに録音し、逐語録化した。

2.3 インタビュー項目

インタビューの際、調査対象者にはクライシス・プランについて「精神障害者の地域移行支援や地域定着支援において病状悪化する等の危機に対して早期に対処でき、早期に介入できるように、当事者の自己対処方法や医療・福祉の支援者が連携して支援対応できるようにするための事前のケア計画」として教示した。その上で、「デモグラフィック要因」「クライシス・プランの作成経験の有無」「クライシス・プランを作成する上で重要だと考える点と困難さ」「クライシス・プランの活用経験の有無」「クライシス・プランを活用する上で重要だと考える点と困難さ」「クライシス・プランの実践における精神科病院の役割と相談支援事業所の役割」といった項目について半構造化面接を実施した。

なお、以下では精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員を総称する際にはソーシャルワーカーとして呼称する。

2.4 分析方法

本研究における本調査の目的を達成するために、得られたデータに対してテキストマイニングと定性コーディングの二つの分析方法を用いて検討する。2つの分析方法を用いる理由として、テキストマイニングはそれぞれの調査対象者の定性データにおける特徴的なデータを抽出することができ、個人及び集団・群によるクライシス・プランの実践に必要なとしている特徴的な視点や態度を分析することに有効であると考えられた。定性コーディングでは、調査対象者における個別的なクライシス・プランの実践状況を帰納的にコード化し、類型化及び概念化できることでその実践プロセスや構造を分析することに有効であると考えられたためである。

2.4.1 分析① テキストマイニング

テキストマイニングは、テキストデータを統計的手法を用いて定量分析する方法である。テキストデータは、半構造化面接によって得られた 10 名のインタビューの逐語録からテキストファイルを作成する。このテキストファイルを、樋口 (2014) が開発したソフトウェア「KH Coder 2」により分析した。本調査におけるデータについては、インタビュアーとインタビュイーとの問答で進められていることから、一度の返答を一つの段落として、その段落の中に存在する1文を一つの分析単位とし、大高ら (2010) の研究を参考に分析単位を設定した。

また、テキストマイニングは定性データを定量分析できる手法であるが、本調査におけるサンプリング方法から調査対象者の偏りやサンプルが少数であることから、得られたデータの代表性に限界があり、一般化することに課題が存在する。そのため、テキストマイニングによる分析結果によって示された視点や態度は、一般化することは困難であり、傾向として捉えるべきものである。

2.4.2 分析② 定性コーディング

定性コーディングは、定性データ全体の文書におけるセグメントを基本的な単位として脱文脈化し、切り分けられたセグメントを新たな形に組み立てていき再文脈化する。この脱文脈化と再文脈化の手続きにより、抽象的な理論概念から構成される新たな意味世界の文脈の中に再配置していく方法である (佐藤 2008)。

分析②では、この定性コーディングを基礎にしながら応用した研究手続きを参考にした (村社 2012)。これに加えて、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員におけるクライシス・プラン実践に内在する経験と認識の差異についても確認することから、次の通りに手続きを行った。1) インタビューにより得られたデータを脱文脈化し、その意味内容を示す<ラベル>を付した。2) 精神科病院の精神保健福祉士の語りの<ラベル>には(●)、相談支援事業所の相談支援専門員の語りの<ラベル>に(★)を付し、それらを区別した。3) 抽出された個々の<ラベル>において、複数の<ラベル>によって構成することができる『コード』を付した。4) その『コード』をさらに一般化するために、複数の『コード』によって構成される【カテゴリー】を生成した。5) 継続的比較法 (佐藤 2008) によって複数の<ラベル>間の比較、『コード』同士の比較、<ラベル>と『コード』との比較を継続的に行い、クライシス・プラン実践に内在するプロセスや認識等を一般化できるよう再配置した。6) 1)～5) によって確認できた結果をクライシス・プランの構造と機能として【カテゴリー】『コード』を整理するとともに、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りによる<ラベル>についても区別し、説明図式により描いた (村社 2012)。そして、これらの分析過程及び結果については、クライシス・プラン実践の経験を多くもつ実践家や社会福祉学を専門とする研究者からの確認や助言を得ることにより妥当性を確保した。

2.5 倫理的配慮

本研究は、事前に調査対象者へ研究目的、方法、匿名性の保持、協力は自由意思であること。研究成果の公表等について説明し、研究同意書への署名をもって協力受諾とした。以上の配慮をもって、東北福祉大学大学院の研究倫理審査委員会の承認を得て調査を実施し、分析を行った。

第3節 結果と考察

3.1 分析①による結果と考察

3.1.1 調査対象者の概要

調査対象者の概要及び面接時間、逐語化を行なった際の調査対象者における総文字数を表2

-1に示した。

表2-1 調査対象者の概要(分析①)

論文内 ID(精神科病院)	A1	A2	A3	A4	A5
性別	男性	男性	女性	男性	女性
通算経験年数	13年	23年	6年	11年	15年
保有資格	精神保健福祉士 社会福祉士	精神保健福祉士 社会福祉士	精神保健福祉士 社会福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士 社会福祉士
作成経験	あり	あり	あり	なし	あり
活用経験	あり	あり	あり	なし	あり
医療観察法業務の経験	あり	あり	なし	なし	なし
面接時間	約1時間9分	約1時間18分	約1時間23分	約1時間16分	約59分
逐語数(総文字数)	10,580文字	11,235文字	12,912文字	12,317文字	8,041文字

論文内 ID(相談支援事業所)	B1	B2	B3	B4	B5
性別	女性	女性	女性	女性	女性
通算経験年数	17年	30年	16年	31年	15年
保有資格	精神保健福祉士 介護福祉士	精神保健福祉士 作業療法士	精神保健福祉士 社会福祉士	社会福祉士	精神保健福祉士
CPの作成経験	なし	あり	なし	あり	なし
CPの活用経験	なし	あり	あり	あり	なし
医療観察法業務の経験	なし	あり	なし	なし	なし
面接時間	約1時間5分	約1時間28分	約1時間2分	約1時間10分	約1時間9分
逐語数(総文字数)	10,367文字	12,287文字	8,348文字	8,971文字	9,717文字

調査対象者の男女比は全体で男性3名、女性7名であり、所属別では精神科病院に所属する精神保健福祉士では男性3名、女性2名、相談支援事業所に所属する相談支援専門員では5名すべて女性であった。クライシス・プランの作成経験があるものは、精神科病院に所属する精神保健福祉士が4名、相談支援事業所に所属する相談支援専門員が2名であり、ソーシャルワーカー全体で6名であった。そして、クライシス・プランの活用経験があるものは、精神科病院に所属する精神保健福祉士が4名、相談支援事業所に所属する相談支援専門員が3名であり、ソーシャルワーカー全体で7名であった。ここで、クライシス・プランの作成経験は有さないが、クライシス・プランの活用経験を有する調査対象者が存在した。これは、地域生活支援のためにかかわった精神障害者が入院中に作成したクライシス・プランを退院後の地域生活支援において引き継いで活用したことがある相談支援専門員であった。そして、入院中にクライシス・プランが作成された場に同席した経験を有することを確認することができたことから、データを分析するにはクライシス・プランの実践経験を有する相談支援専門員のデータとした。

保有資格は、全体で精神保健福祉士のみの資格を有するものが2名、社会福祉士のみが1名、その他の7名は精神保健福祉士と他の国家資格を有していた。そして、医療観察法業務に従事したことがある経験を有するものは、精神科病院に所属する精神保健福祉士は2名、相談支援事業所の相談支援専門員では1名であった。

また、上述したがクライシス・プランの作成経験や活用経験がない精神科病院の精神保健福祉士、相談支援事業所の相談支援専門員に対しても調査を実施した点について、クライシス・プラン実践の経験の有無における認識の特徴から、クライシス・プラン実践において必要となる視点と態度を検証するためである。そのため、クライシスプランとはどのようなものかを知っている精神科病院の精神保健福祉士及び相談支援事業所の相談支援専門員の知識レベルでのデータであり、これらから実際のクライシス・プランの実践経験の有無による視点や態度の差異を確認できると考えられる。

3.1.2 インタビューデータの分析結果と考察

(1) 形態素の出現頻度からの分析

インタビューデータによる抽出語リストを確認した後、強制抽出語の指定(例「クライシスプラン」「相談支援事業所」等)の前処理を経て形態素分析を行なった。表2-2は、インタビュー内で出現した形態素とそれぞれの出現回数の上位 150 語を示したものである。

表2-2 インタビュー内で発話された形態素と出現回数(上位150語)

抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数	抽出語	回数
思う	689	事業所	57	体調	33	持つ	23
本人	597	サービス	55	入院中	33	調整	23
プラン	319	分かる	55	変化	33	特に	23
クライシスプラン	229	聞く	55	理解	33	把握	23
支援	228	対処	53	形	32	福祉	23
地域	224	出る	51	上手い	32	気持ち	22
作成	197	活用	49	大事	32	見直し	22
病院	197	今	49	入る	32	相談支援専門員	21
必要	172	実際	49	精神	31	提案	21
生活	165	病気	48	中心	31	服薬	21
入院	162	役割	47	判断	31	立場	21
良い	161	連携	46	会議	30	一つ	20
部分	155	感じる	45	管理	30	機会	20
人	153	関係機関	45	危機	30	行く	20
対応	145	使う	45	希望	30	時間	20
病状	138	相談支援事業所	45	症状	30	出す	20
悪い	134	患者	44	薬	30	説明	20
調子	127	周り	44	ケア会議	29	捉える	20
自分	115	修正	44	利用	29	本当に	20
作る	105	立てる	44	気づく	28	クライシス	19
退院	105	機関	43	伝える	28	意味	19
状況	102	前	43	普段	28	見守る	19
関係	99	サイン	42	視点	27	提供	19
話	99	訪問	42	振り返る	27	病棟	19
悪化	92	様子	42	含める	26	タイミング	18
状態	82	方法	41	事前	26	基本	18
難しい	80	感じ	40	知る	26	場	18
考える	79	見る	40	意向	25	退院前	18
計画	77	場合	40	経験	25	話す	18
確認	76	医療機関	39	安心	24	サービス等利用計画	17
言う	73	情報	39	一番	24	段階	17
地域生活	72	重要	38	協力	24	得る	17
家族	68	違う	37	合わせる	24	認識	17
共有	68	変わる	37	担当	24	移行	16
多い	64	大切	36	内容	24	教える	16
医療	62	不安	36	連絡	24	緊急	16
一緒	60	看護	35	飲む	23		
相談	59	困る	33	言葉	23		

まず、上位の形態素から「思う」689回、「本人」597回、「プラン」319回、「クライシスプラン」229回であった。このことから、ソーシャルワーカーが「クライシスプラン(プラン)」について「本人」を意識した経験則の中から語られていたために「思う」が上位に存在したと考えられる。つまり、ソーシャルワーカーはクライシス・プラン実践において「本人」を強く意識しつつ、現状ではクライシス・プランの実践方法が明確に示されていないために、自らの経験から語られていたものと考えられる。

次に、形態素の全体から「作成」197回、「活用」49回、「修正」44回、「振り返る」27回、「事前」26回、「見直し」22回というクライシス・プランを実践する過程であると捉えられる形態素が存在した。このことから、クライシス・プランの実践は、「作成」や「活用」だけでなく、クライシス・プラン実践における「事前」の過程と、実践しながら「振り返る」ことを行いながら「見直し」や「修正」を図る過程が存在すると考えられる。また、「作成」の出現回数が多いことから、ソーシャルワーカーのクライシス・プラン実践の認識として「作成」への関心が高いことがうかがえる。

そして、「共有」68回、「一緒」60回、「連携」46回、「協力」24回、「調整」23回という形態素の出現状況から、クライシス・プランの実践には当事者と支援者、または支援者同士が「一緒」になり、「共有」することによって協働して実践される必要があると捉えられている。さらに「連携」や「協力」、「調整」といった状況からも、ソーシャルワーカーにおけるクライシス・プラン実践には精神障害者本人、各機関、各支援者が相互に補完し合って実践する性質をもっていると言える。これは、「連携」は協働を実現するための過程を含む手段であり、「連携」の実態としてチームとしての「協力」や「調整」であるとされている(吉池ら 2009)。このことから、ソーシャルワーカーにおけるクライシス・プラン実践の認識においては、精神障害者本人とともに、精神科病院や相談支援事業所が協働して用いられていく必要があると認識されていることを確認できる。

また「難しい」80回、「重要」38回、「大切」36回、「大事」32回といった形態素が存在しており、これらはクライシス・プラン実践における困難さや有用性を示すものだと推察される。つまり、ソーシャルワーカーはクライシス・プラン実践において「難しい」側面を感じつつも、「重要」「大事」といった役立つ側面や実践におけるキーポイント等も感じていると考えられる。

(2) 個人(ID)別の特徴となる形態素からの分析

次に、一人ひとりのソーシャルワーカーのクライシス・プラン実践に関する語りに焦点を当てて分析し、その特徴について確認する。表2-3には、すべての調査データの中から、特にそのソーシャルワーカー個人の語りで特徴的であるとされる単語(以下、特徴語)として抽出された上位10語を示したものである。それぞれの語りに現れた形態素の分析結果を示した。そして、全体頻度と他ソーシャルワーカーの特徴語との比較から、各ソーシャルワーカーの特徴語を検討し、その特徴語が存在する原文の一例を確認した。なお、その原文の一例を表2-4に示した。

表2-3 個人別にみる特徴語(上位 10 語)

A1				A2				A3				A4				A5			
特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard
プラン	262	57	0.174	人	122	23	0.089	調子	103	47	0.185	思う	595	109	0.160	家族	54	15	0.105
部分	131	31	0.139	プラン	262	34	0.088	クライシスプラン	213	55	0.155	クライシスプラン	213	46	0.127	プラン	262	34	0.102
必要	145	30	0.126	医療	53	13	0.065	悪い	112	41	0.152	本人	462	65	0.110	必要	145	23	0.102
思う	595	79	0.124	上手い	27	11	0.063	対処	41	29	0.138	対応	129	29	0.098	作成	163	24	0.099
医療機関	39	15	0.102	家族	54	12	0.059	本人	462	80	0.138	支援	192	34	0.096	患者	40	12	0.091
考える	71	17	0.096	状況	91	14	0.059	サイン	38	26	0.124	地域	174	32	0.095	活用	48	12	0.086
一緒	56	14	0.085	機関	39	11	0.059	生活	131	34	0.115	必要	145	26	0.083	本人	462	42	0.080
作成	163	22	0.083	作る	88	13	0.055	部分	131	34	0.115	意向	22	16	0.080	生活	131	17	0.078
共有	61	14	0.082	気持ち	21	9	0.052	地域	174	37	0.110	作成	163	24	0.072	入院	118	14	0.067
管理	23	9	0.069	難しい	78	11	0.049	話	86	28	0.109	病院	168	24	0.071	見る	39	9	0.067

B1				B2				B3				B4				B5			
特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard	特徴語	全体 頻度	個人 頻度	Jaccard
人	122	18	0.074	人	122	35	0.119	対応	129	24	0.103	支援	192	26	0.103	悪化	74	34	0.215
サービス	47	10	0.056	調子	103	27	0.095	病院	168	27	0.100	確認	66	14	0.101	病状	116	40	0.206
良い	144	15	0.056	良い	144	29	0.090	相談支援専門員	20	13	0.096	中心	27	8	0.076	相談支援事業所	41	17	0.120
作る	88	11	0.051	自分	96	25	0.090	病状	116	18	0.080	希望	28	8	0.076	地域生活	67	18	0.108
悪い	112	12	0.050	言う	62	18	0.072	思う	595	52	0.078	良い	144	14	0.065	病気	40	15	0.105
関係	91	11	0.050	悪い	112	20	0.067	本人	462	41	0.075	思う	595	40	0.062	支援	192	27	0.095
退院	92	11	0.050	入院	118	20	0.066	プラン	262	26	0.071	本人	462	32	0.062	事業所	55	15	0.095
サービス等利用計画	16	7	0.047	不安	28	14	0.063	生活	131	17	0.070	生活	131	12	0.059	入院	118	20	0.093
話	86	10	0.046	安心	23	11	0.050	事業所	55	12	0.070	共有	61	8	0.058	医療機関	39	13	0.090
計画	65	9	0.046	作る	88	14	0.050	計画	65	12	0.066	連携	45	7	0.057	生活	131	20	0.087

※KH Coder では、Jaccard 係数により類似性を算出し特徴語を抽出する。

表2-4 個人別にみた特徴語の原文例

ID	特徴語	原文の一例
A1	一緒	医療機関や地域の支援機関を含めてそういったプランの必要性を本人と一緒に共有した上で、中身を検討していくところが大事なところかなと思います。
	管理	一般精神医療の中でやっていく上では、きちんと意識して作成方法が整理されていかないと、 <u>管理的機能の色合いが強いプランになってしまう懸念</u> 、 <u>本人のことを管理してしまう側面</u> が出てくるのではないかと危惧しています。
A2	医療	クライシスだからすぐに医療ではなく、例えば相談とかもっと地域生活に近い内容について対処する、そういったところが整理されることがクライシスプランでは重要なかもしれませんね。
	気持ち	(クライシスプランの作成や活用の文脈の中で)本人の人権であるとか、そういうことをこちら側の思いだけですめるのではなく、 <u>本人の気持ちを汲み取っていく</u> という難しさもありますけどね。
A3	悪い	本人の <u>調子が悪い時</u> の早期対応ができたり、かかわり方の共有ができたり、すごいあった方が良いなと思います。
	対処	普段から症状はあったりするので、どうやって対処しているんですかって普段行っている対処法を引き出していく。
A4	対応	ただ、クライシスプランというのは、支援者から一方的なものはいけないんだと思いますが、本人の意向だけでも <u>本当の危機対応になりづらい</u> というか、足りない部分もあるんじゃないかと思えますね。
	意向	<u>本人の意向が反映されている</u> プランだから、この通りにやらなければいけないというようなものでもないでしょうし、逆にそれにしばられることもデメリットなのかなって感じますね。
A5	家族	本人を知ることとか、考えとか、譲れないものとか、あとは <u>家族の考えや気持ち</u> を知ることですね。
	活用	作って終わりという感じになってしまっていて、外来に来た時にプランの確認をするけれども全く見ている感じがなくて、 <u>退院後の活用</u> を追えていないところが課題ですね。
B1	サービス	福祉サービスを提供するかかわりで、結構病状悪化時の対応というところでは重要な機会になると思うんです。
	関係	病状とかというデリケートな部分になるので、退院してすぐにこちら側が病状のことを聞くと <u>本人さんとの関係性も悪くなる</u> し、病院とつながっていると 思われると警戒 してしまっ。
B2	調子	クライシスプランって、 <u>調子が悪い時だけのこと</u> じゃなくて、良い時ってどんな感じなのかっていうことを合わせて作成されるべきだと思うんですね。
	安心	よくわからない不安で調子が悪くなる人が多いので、何かあった時にはこの人も来てくれる、 <u>あの人もかかわってくれるという安心感</u> で、地域生活が暮らしやすくなるということがあると思いますね
B3	相談支援 専門員	こまめな対応ができず、 <u>本人さんに時々しかお会いできない相談支援専門員</u> として、どこまで本人さんの病状変化に沿ったプランを作成できるかという 難しい ように思いますね。
	生活	(クライシスプランの活用に関する文脈で) <u>本人さんが望む生活</u> を続ける上で、病状を悪くしないように自分で、周りから協力してもらっていくということが大事なので。
B4	中心	<u>本人中心</u> で、良い部分、強みを活かして、精神の方だと医療との連携が欠かせないので、医療受診について記載してあって、 <u>良くない時の状態も記載</u> してあるようなクライシスプランは活用していけると感じています。
	希望	クライシスプランについては <u>本人さんの希望も大切</u> ですけど、実際の生活や病気の状況を支援者が把握しておくことも重要になってくるんだと思うんですね。
B5	相談支援 事業所	<u>医療ではない相談支援事業所の立場</u> として病状悪化の対応を計画する部分について、相談支援事業所としては病状悪化については話づらい立場にあるように感じています。
	病気	それぞれの役割や立場がある中で、 <u>病院であれば病気のことがメイン</u> ですし、相談支援事業所としては日常生活がメインになると思うので、 <u>病気の部分も大事</u> になりますけど、その部分だけに捉われないようにしていく必要がありますね。

ソーシャルワーカーA1は、クライシス・プラン実践の経験と医療観察法業務の経験を有する精神科病院の精神保健福祉士であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から特に「一緒」や「管理」が A1の特徴語だと考えられた。「一緒」が存在した原文では「プランの必要性を本人と一緒に共有した上で、中身を検討していく」という語りであり、クライシス・プランの作成前に医療機関や地域援助機関、そして本人とその必要性を共有し検討することが重要だと認識していた。また「管理」が存在した原文では「管理的機能の色合いが強くなってしまいうプランになってしまう懸念、本人のことを管理してしまう側面がでてくるのではないかと危惧しています」という語りであり、適切なクライシス・プランの作成や活用方法が示されないまま、クライシス・プランを支援に用いることが推奨されていることにより、精神障害者の地域生活を支援者が管理するための支援計画となってしまう可能性があることと認識していた。

ソーシャルワーカーA2は、クライシス・プラン実践の経験と医療観察法業務の経験を有する精神科病院の精神保健福祉士であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から特に「医療」や「気持ち」が A2の特徴語だと考えられた。「医療」が存在した原文では「クライシスだからすぐに医療ではなく、例えば相談とかもっと地域生活に近い内容について対処する。そういったところが整理されることがクライシス・プランでは重要なかもしれませんね」という語りであり、クライシス・プランの内容として医療的な対応だけが盛り込まれるのではなく、生活上の諸課題にも対処できるような医療以外の対処方法が盛り込まれることが重要であると認識していた。また「気持ち」が存在した原文では「本人の人権であるとか、そういうことをこちら側の思いだけですめるのではなく、本人の気持ちを汲み取っていくって難しいさもあります」という語りであり、クライシス・プラン実践では精神障害者本人の考えや気持ちをクライシス・プランの作成や活用に反映させていくことの必要性和困難さを抱えていた。

ソーシャルワーカーA3は、クライシス・プラン実践の経験がある精神科病院の精神保健福祉士であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から「悪い」や「対処」が特に A3の特徴語だと考えられた。「悪い」が存在した原文では「本人さんの調子が悪い時の早期対応ができたり、かかわり方の共有ができたり、すごいあった方が良いなと思います」という語りであり、病状が不安定になる際の早期支援が可能になるというクライシス・プランの有用性を感じていると考えられた。また「対処」が存在した原文では「きっと普段から症状があつたりするので、普段はどうやって対処しているんですかって本人が普段行っている対処法を引き出していく」という語りであり、精神障害者本人のストレングスに着目したかかわりによってクライシス・プランを作成するための関係性を構築していくことが重要であると認識していた。

ソーシャルワーカーA4 は、クライシス・プラン実践の経験がない精神科病院の精神保健福祉士であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から「対応」や「意向」が特に A4の特徴語だと考えられた。「対応」が存在した原文では「ただ、クライシス・プランというのは、支援者から一方的なものはいけないんだと思いますが、本人の意向だけでも本当の危機対応になりづらいというか、足りない部分もあるんじゃないかと思いますね」という語りであった。クライシス・プランには精神障害者本人の「意向」が反映されることが重要としつつも、その「意向」を踏まえた実際のケア計画としての「対応」のあり方に課題があることを認識していた。また「意向」が存在した原文においても「本人の意向が反映されているプランだから、この通りにやらなければいけないというようなものでもないでしょうし、逆にそれにしばられることもデメリットなのかなって感じますね」という語りから、精神障害者本人の「意向」を踏まえたクライシス・プランの作成と、実際の「対応」のあり方に困難さが存在すると認識していた。

ソーシャルワーカーA5は、クライシス・プラン実践の経験がある精神科病院の精神保健福祉士であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から「家族」や「活用」が特にA5の特徴語だと考えられた。「家族」が存在した原文では「本人を知ることとか、考えとか、譲れないものとか、あとは家族の考えや気持ちを知ることですね」という語りであり、クライシス・プラン実践は精神障害者本人の考えや気持ちを踏まえながらも、その家族にも目を向けることが重要であると認識していた。また「活用」が存在した原文では「作って終わりという感じになってしまっていて、外来に来た時にプランの確認をするけれども全く見ている感じがなくて、退院後の活用を終えていないところが課題ですね」という語りであり、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランの作成を行いやすい立場・環境にあるものの、退院後の地域生活支援での活用につなげられていない課題を抱えていた。

ソーシャルワーカーB1 は、クライシス・プラン実践の経験がない相談支援事業所の相談支援専門員であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から「サービス」や「関係」が特に B1 の特徴語だと考えられた。「サービス」が存在した原文では「福祉サービスを提供するためのかかわりにおいて、結構病状悪化時の対応というところでは重要な機会になると思うんですね」という語りであり、相談支援専門員としてのサービス提供のためのかかわりが、同時に病状悪化時の対応にもつながっているという精神障害の特徴を踏まえた統合的な視点の重要性を認識していた。また「関係」が存在した原文では「病状とかというとデリケートな部分になるので、退院してすぐにこちら側が病状のことを聞くと本人さんとの関係性も悪くなるし、病院とつながっていると思われる警戒してしまっ」という語りであり、地域生活を支援する上で精神障害者本人と病状について話題にすることでの関係性の悪化につながる不安を抱えていた。

ソーシャルワーカーB2は、クライシス・プラン実践と医療観察法業務の経験を有する相談支援事業所の相談支援専門員であり、その語りの特徴語上位 10 語と全体の特徴語等との比較から特に「調子」や「安心」が B2の特徴語だと考えられた。「調子」が存在した原文では「クライシス・プランって、調子が悪い時だけのことじゃなくて、良い時ってどんな感じなのかっていることを合わせてされるべきだと思うんですね」という語りであり、病状悪化時の状況のみならず安定して生活できている状況についても計画されることが重要だと認識していた。また「安心」が存在した原文では「よくわからない不安で調子が悪くなる人が多いので、何かあった時にはこの人も来てくれる、ある人もかかわってくれるという安心感で、地域生活が暮らしやすくなるということがあると思いますね」という語りであり、クライシス・プランが作成されることで精神障害者本人が地域生活を送る上での安心感につながることの有用性を感じていた。

ソーシャルワーカーB3は、クライシス・プラン実践を有する相談支援事業所の相談支援専門員であり、その語りの特徴語 10 語と全体の特徴語等との比較から特に「相談支援専門員」や「生活」が B3の特徴語だと考えられた。「相談支援専門員」が存在した原文では「こまめな対応ができず、本人さんに時々しかお会いできない相談支援専門員として、どこまで本人さんの病状変化に沿ったプランを作成できるかという難しいように思いますね」という語りであり、「相談支援専門員」による地域生活支援では直接的なかかわりが十分に行えない現状にあり、その中で本人の状態に沿ったクライシス・プランを作成することの困難さを抱えていた。また「生活」が存在していた原文では「本人さんが営む生活が続ける上で、病状を悪くしないように自分で、周りから協力してもらっていくということが大事なので」という語りであり、クライシス・プランは精神障害者本人が希望する地域生活を継続していけるように自ら地域生活上の問題解決を図っていくことができることを目指すものであると認識していた。

ソーシャルワーカーB4は、クライシス・プラン実践の経験を有する相談支援事業所の相談支援専門員であり、その語りの特徴語 10 語と全体の特徴語等との比較から特に「中心」や「希望」が B4の特徴語だと考えられた。「中心」が存在していた原文では「本人中心で、良い部分、強みを活かして、精神の方だと医療との連携が欠かせないので、医療受診について記載してあって、よくない時の状態も記載してあるようなクライシス・プランは活用していけると感じています」という語りであり、精神障害者本人を中心として本人がストレングスを活用でき、必要時には医療対応が可能となるクライシス・プランの有用性が高いと認識していた。また「希望」が存在した原文では「クライシス・プランについては本人さんの希望も大切ですけど、実際の生活や病気の状況を支援者が把握しておくことも重要になってくるんだと思うんですね」という語りであり、クライシス・プランは精神障害者本人の希望を基盤にしつつ、支援者がその生活状況や病気の状態をアセスメントし、精神障害者本人と共有できることが重要であると認識していた。

ソーシャルワーカーB5は、クライシス・プラン実践の経験がない相談支援事業所の相談支援専門員であり、その語りの特徴語 10 語と全体の特徴語等との比較から特に「相談支援事業所」と「病気」が B5の特徴語だと考えられた。「相談支援事業所」が存在していた原文では「医療ではない相談支援事業所の立場として病状悪化の対応を計画する部分について、病状悪化については話しづらい立場にあるように感じています」という語りであり、相談支援事業所の相談支援専門員として精神障害者に対して病状について話題とすることに抵抗感や困難さを感じていた。また「病気」が存在した原文では「それぞれの役割や立場がある中で、病院であれば病気のことがメインですし、相談支援事業所としては日常生活がメインになると思うので、病気の部分も大事になりますけど、その部分だけに捉われないようにしていく必要がありますね」という語りであり、相談支援事業所の相談支援専門員として精神障害者の地域生活支援において病院と相談支援事業所のそれぞれの役割を意識しつつ、病状以外の側面における支援も重要であると認識していた。

(3)精神科病院と相談支援事業所におけるクライシス・プラン実践の経験の有無による認識の対応分析

次に、精神障害者の地域生活支援における精神科病院の精神保健福祉士と相談支援専門員の相談支援事業所によるクライシス・プランの実践経験の有無から、クライシス・プランの実践において必要とされる視点や医療と福祉に特徴的な態度について分析する。つまり、精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの実践経験の有無と、相談支援事業所の相談支援専門員におけるクライシス・プランの実践経験の有無による4つの群から検証する。

そして、この分析の際には、①クライシス・プランの実践方法として「作成」と「活用」への意識、②クライシス・プランを用いる上での精神障害の特徴として「疾病」と「生活(における障害)」の側面、③クライシス・プランが用いられる地域生活支援の場面・状況として「早期・予防」と「危機・悪化」への意識、④クライシス・プランを用いる上で利用する社会資源として「内的資源」と「外的資源」への関心、これらの観点からそれぞれの群に特徴的な視点や態度を捉えられるように分析を実施する。そこで、同義及び同一コード下に属すると考えられ形態素について表2-5のようにコーディングし、認識コードを作成した。なお、コーディングの際には精神保健福祉に関する専門職2名から助言と確認を得た。そして、これらの認識コードを用いて対応分析¹⁾を実施した。そして、その結果を図2-1に示した。成分1、成分2における累積寄与率は 93.3%であり、元のデータを十分に反映していると言える。

表2-5 「クライシスプランの作成や活用における認識」を抽出するためのコーディングルール

認識コード名	コーディングされた形態素
作成	作成、作る、作業、立てる
活用	活用、使う、使用、用いる
疾病	病気、病状、症状、疾患、体調
生活	生活、仕事、金銭、経済、家族、対人
危機・悪化	危機、悪化、再燃、再発、引き金
早期・予防	予防、サイン、前兆、早め、早期
内的資源	希望、要望、強み、スキル、対処、動機
外的資源	医療機関、病院、行政、相談支援事業所、保健所、近所

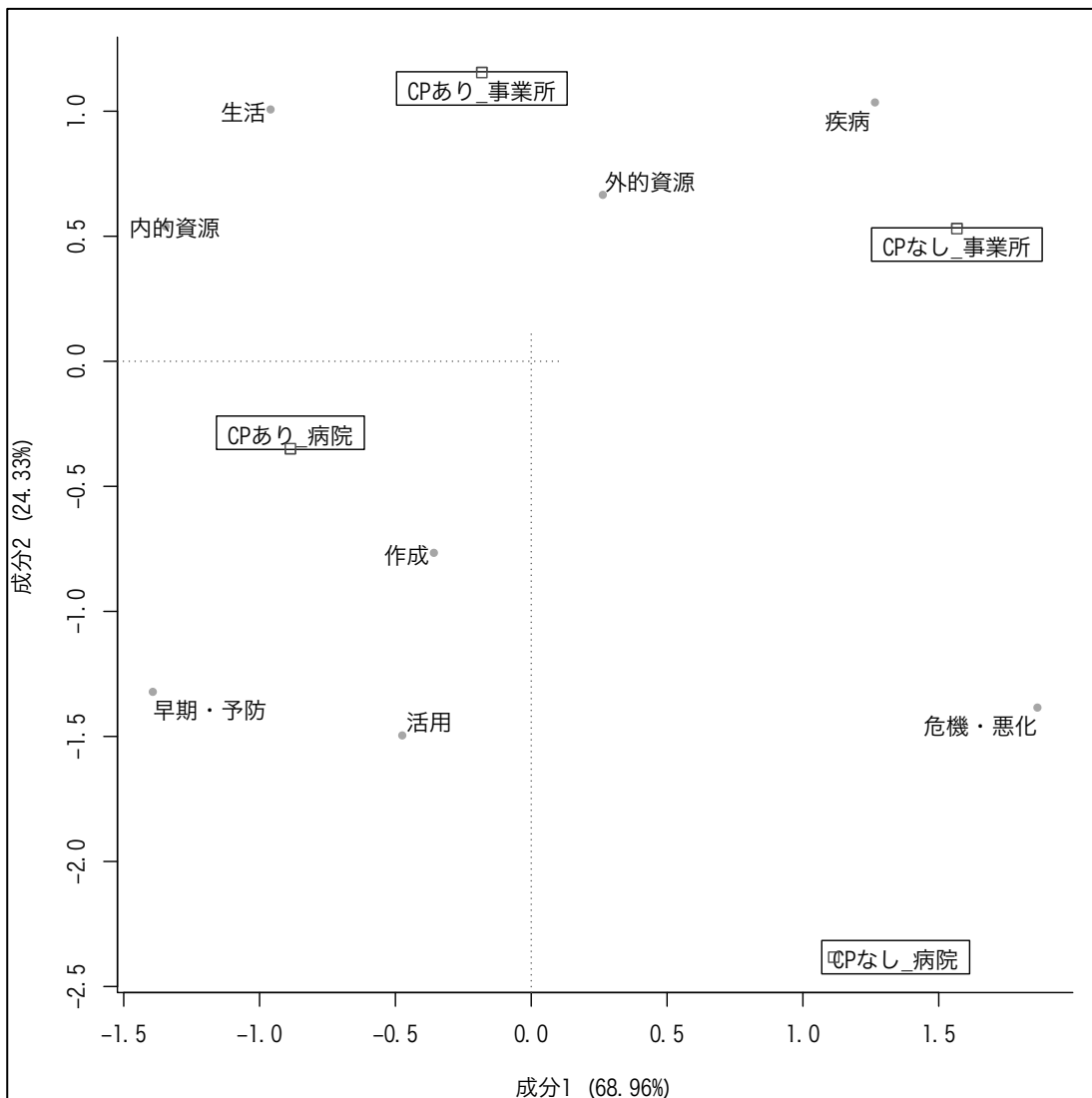


図2-1 精神科病院と相談支援事業所におけるクライシスプランの実践経験の有無による対応分析結果

①成分1と成分2の解釈

対応分析の結果を考察する上で、成分1と成分2がどのような要素を表しているか解釈することが重要となる。

まず、成分1においては負の方向に「早期・予防」「内的資源」「生活」の認識コードが布置され、正の方向に「危機・悪化」「疾病」の認識コードが布置された。これらの成分1上の認識コードの布置状況から、負の方向は精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを用いる上で生活(障害)の側面に目を向け、早期・予防を意識し、内的資源を活かせるように支援する“ケア”の視点を表し、正の方向は精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを用いる上で疾病の側面に目を向け、危機・悪化を意識して支援する“キュア”の視点を表していると解釈できる。つまり、成分1は精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを用いて支援するための視点として「ケア — キュア」を表す次元であると捉えることができる。

次に、成分2においては負の方向に「作成」「活用」「早期・予防」「危機・悪化」の認識コードが布置され、正の方向に「内的資源」「外的資源」「生活」「疾病」が布置された。これらの成分2上の認識コードの布置状況から、負の方向は精神障害者の地域生活支援で用いるクライシス・プランは早期・予防と危機・悪化のために作成し、活用する“支援方法”であることを重視する態度を表し、正の方向は精神障害者の地域生活支援で用いるクライシス・プランは精神障害の特徴である疾病と生活(障害)の状態像と内的資源と外的資源のリソースの“計画内容”を重視する態度を表していると解釈できる。つまり、成分2は精神障害者の地域生活支援で用いるクライシス・プランについて重視する態度として「支援方法 — 計画内容」を表す次元であると捉えることができる。

以上から、精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プランの実践経験及び認識における特徴は、クライシス・プランの実践は「ケア — キュア」の視点と、クライシス・プランで重視する「支援方法 — 計画内容」の態度の次元から構成されていると考えられる。

②精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員、クライシス・プランの実践経験の有無における視点と態度の特徴

上述した成分1及び成分2の次元の解釈に基づき、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員、さらにクライシス・プランの実践経験の有無における視点と態度の特徴について考察する。

精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員における認識については、クライシス・プラン実践に必要となる「支援方法 — 計画内容」(成分2)の次元においてその特徴が明らかになった。精神科病院の精神保健福祉士は、クライシス・プラン実践に必要となるものとして「支援方法」の方向に、相談支援事業所の相談支援専門員は「計画内容」の方向に布置されていた。このことから、クライシス・プラン実践において医療と福祉が協働する際には、精神科病院の精神保健福祉士は相談支援事業所の相談支援専門員の計画内容を重視する傾向を、相談支援事業所の相談支援専門員は精神科病院の精神保健福祉士が実践方法を重視する傾向を相互に理解し連携することが重要である。これは、精神障害者が入院中にクライシス・プランの作成が推奨されている現状から、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランが退院後の地域生活で用いられていくように支援方法を重視することに対し、相談支援事業所の相談支援専門員は退院後の生活支援を担う立場から実際の地域生活上でクライシス・プランが活用していける内容とな

っているのかといった計画内容を重視するためだと考えられる。

そして、クライシス・プランの実践経験の有無における認識の特徴については、クライシス・プラン実践の目的としての「ケア－キュア」(成分1)の次元においてその特徴が明らかになった。クライシス・プラン実践の経験を有するソーシャルワーカーは、その目的として「ケア」の方向に、クライシス・プラン実践の経験がないソーシャルワーカーは「キュア」の方向に布置されていた。つまり、実践経験がなく知識レベルのソーシャルワーカーの認識として公的に示されている改正法テキスト(厚生労働省 2014)や地方公共団体ガイドライン(厚生労働省 2018)において病状悪化等の危機対応の指針とすることを目的としたクライシス・プランの作成と活用方法にならっていると考えられる。しかし、実際にクライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーの認識は、“ケア”の視点を有しながら地域生活支援に用いている現状にあることが、今回の認識状況からうかがえる。こうしたことから、病状悪化等の危機の際に活用していくためには、日常的なかかわりの中で継続的に活用されていることを重要であると考えられる。したがって、クライシス・プランを地域生活支援に用いていくためには、このような点を踏まえた支援現場への導入と専門職への提示が求められる。

③特徴となる認識コードを踏まえたクライシス・プラン実践経験の有無における精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の認識の特徴

ここでは、クライシス・プラン実践の経験の有無が精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員のそれぞれの認識にどのような影響を与えているのか、特徴となる認識コードを踏まえて考察する。

まず、クライシス・プラン実践の経験を有する精神科病院の精神保健福祉士の特徴となる認識コードとして「早期・予防」「活用」が布置された。そして、この特徴となる認識コードと成分1、2の解釈から、クライシス・プラン実践の捉え方として「ケア」の視点をもとに「早期・予防」の支援状況のために「活用」を意識した「支援方法」を重視していると考えられる。一方で、クライシス・プラン実践の経験がない精神科病院の精神保健福祉士の特徴となる認識コードとして「危機・悪化」が布置された。そして、この特徴となる認識コードと成分1、2の解釈から、クライシス・プラン実践の捉え方として「キュア」の視点をもとに「危機・悪化」の支援状況を重視していると考えられる。このことから、精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランを用いた実践経験より、精神障害者の地域生活支援のためにクライシス・プランを用いていくためには「ケア」の視点をもとに「早期・予防」を意識して「活用」する「支援方法」が必要としていると考えられる。

また、クライシス・プラン実践の経験を有する相談支援事業所の相談支援専門員の特徴となる認識コードとして「生活」が布置された。そして、この特徴となる認識コードと成分1、2の解釈から、クライシス・プラン実践の捉え方として「ケア」の視点をもとに「生活(障害)」の側面における「計画内容」を重視していると考えられる。一方で、クライシス・プラン実践の経験がない相談支援事業所の相談支援専門員の特徴となる認識コードとして「疾病」が布置された。そして、この特徴となる認識コードと成分1、2の解釈から、クライシス・プラン実践の捉え方として、「キュア」の視点をもとに「疾病」の側面における「計画内容」を重視していると考えられる。このことから、相談支援事業所の相談支援専門員におけるクライシス・プランを用いた実践経験より、精神障害者の地域生活支援のためにクライシス・プランを用いていくためには「ケア」の視点をもとに「生活(障害)」の側面に目を向けた「計画内容」が必要としていると考えられる。

なお、「内的資源」のコードについては、クライシス・プランの実践経験を有する精神科病院の精

精神保健福祉士、またはクライシス・プランの実践経験を有する相談支援事業所の相談支援専門員のどちらかの特徴コードとなるかについては判断が難しいコードであった。ただし「内的資源」の位置からクライシス・プランの実践経験を有する精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員との特徴となる認識コードであると言え、クライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーにおいて、「ケア」の視点をもとに当事者の「内的資源」に関心を向けていくことを必要としていると考えられる。

3.1.3 分析①による結論

ここでは、精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを実践する上で必要とされる視点や医療と福祉の特徴として捉えられる態度(総論的目的)を探索的に検証するため、クライシス・プラン実践の経験者のみならず、経験を有さない者のデータを参考値として含めて、テキストマイニングにより分析した。その結果及び考察におけるまとめとして、分析①による結論を述べる。

精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プラン実践の重要な点として、医療観察法制度上の調査結果ではあるが野村ら(2017)によれば、病状悪化等のリスク・マネジメントに偏っているクライシスプランでは活用の動機づけが高まらない可能性があると言及している。そして、本調査においてクライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーの語りから、「管理的機能の色合いが強くなってしまうプランになってしまう懸念、本人のことを管理してしまう側面がでてくるのではないかと危惧しています」(A1)というリスク・マネジメントに偏ってしまう場合の危惧や、「クライシス・プランって、調子が悪い時だけのことじゃなくて、良い時ってどんな感じなのかっていることを合わせてされるべきだと思うんですね」(B2)という病状悪化時のみならず安定して生活できている状況についても焦点を当てた支援計画であることを重視していることが確認できた。このことから、医療観察法以外の一般精神保健医療福祉の支援現場においてもクライシス・プランは、リスク・マネジメントに偏ることなく、精神障害者本人が希望する地域生活を送るために安定した生活を続けるための支援計画としていくことが必要であり、そうすることで当事者のクライシス・プランを活用するための動機づけも高められていくと考えられる。

こうしたことから、今日の公的に示されている改正法テキスト(厚生労働省 2014)等のクライシスプランについては、病状悪化時に焦点化したリスク・マネジメントに偏っているものであり、管理的な計画となることが懸念され、精神障害者の活用への動機づけが高まりにくいと考えられる。そのため、病状悪化時のみならず、安定した状態を続け、当事者の希望する地域生活を送っていくための支援に結びつく計画として用いられていくことが重要である。

また、これまでの精神障害者の地域移行支援・地域定着支援へのクリティカルパス(厚生労働省 2014, 古屋 2015)においてクライシスプランの作成や活用が記されてきたが、その具体的な方法や過程は示されてこなかった。しかし、本研究結果からクライシス・プランの実践過程には作成と活用だけでなく、作成の事前の過程と、活用しながらの振り返り、見直しや修正を図る過程が存在することが示唆された。ここでの分析では、これらの詳細な内容について確認することができなかったが、今後の分析で検証していくことは本研究の目的であるクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証していく上でも重要な課題であると言える。

そして、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員におけるクライシス・プランの実践経験の有無から、その実践に必要とされる視点と、医療と福祉の態度について分析した。その結果、クライシス・プランの実践経験を有していないソーシャルワーカーは「キュア」の

視点において、相談支援専門員は「疾病」の側面を、精神保健福祉士は「危機・悪化」の支援状況を意識する傾向にあった。こうしたことから、クライシス・プランの実践経験を有さないソーシャルワーカーによる実践の視点の特徴として、「医学モデル」に基づくクライシス・プラン実践を認識していると考えられた。これに対して、実践経験を有するソーシャルワーカーは「ケア」の視点において、相談支援専門員は「生活(障害)」の側面を、精神保健福祉士は「早期・予防」の支援状況を意識する傾向にあった。こうしたことから、「生活モデル」に基づくクライシス・プラン実践を認識していると考えられた。これらのことから、ソーシャルワーカーによる精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践経験に基づく視点の特徴から、現行制度上のガイドライン等で示されている「医学モデル」に基づくクライシスプラン実践ではなく、「生活モデル」による実践をも包含した「包括支援モデル」によるクライシス・プラン実践が望ましいと考えられる。

この「包括支援モデル」による医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践によって、「ケア」の視点による早期・予防の支援状況では内的資源を活かして地域生活を継続できることを目的とし、また「キュア」の視点による危機・悪化の支援状況では、疾病に対する必要な対応と権利擁護を行うことを目的とすることが必要である。こうした示唆は、これまでの公的なガイドライン等において精神障害者個人と環境との相互作用に目を向ける生活モデル、そして本人の能力やスキル、希望等といった強みを捉えるストレングス視点をもとにしたクライシス・プランの実践はこれまでに指摘されてこなかった点である。白澤(2009:190)は、精神障害者の在宅生活を支援するためのストレングスモデルのケアマネジメントのあり方として、再入院しないためのリスク管理が重要であり、できる限り初期段階でリスクを発見し対応していく予防的な支援とともに、ストレングスそのものを直接在宅生活で活かせるようなケアプランによる支援が望ましいとしている。このような指摘からも、ここでの分析で示された精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてのクライシス・プラン実践に必要とされていた視点や態度は支持されていると言えるだろう。

したがって、クライシス・プランの実践のための視点と態度として、リスク・マネジメントのためだけでなく、安定した生活を続け、当事者の希望する地域生活を実現するための目標志向型の支援計画として、ストレングスを基調にした計画内容と支援方法によって実践されることが重要である。このようクライシス・プランを用いた地域生活支援により、精神障害者の生活への主体性が高まり、エンパワメントが促されていくことが期待できる。

3.2 分析②による結果と考察

3.2.1 調査対象者の概要

分析②による目的は、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践プロセスと構造、その機能(各論的目的)について探索的に検証することである。そこで、この目的を達成するために、ここではクライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーから得られた定性データを用いて分析できることで、実支援における理論生成が期待できる。そのため、ここで用いる定性データは、表2-1で示した調査対象者のなかで、クライシス・プランの作成や活用の経験を有する精神科病院の精神保健福祉士3名と、相談支援事業所の相談支援専門員3名の計6名の定性データを用いて分析する。このとき、クライシス・プランの実践経験を有する精神科病院の精神保健福祉士が4名存在したが、分析において医療と福祉の認識の異同を確認するために、それぞれのデータの対象者数を一致させることが望ましいと考えられた。そこで、精神科病院の精神保健福祉士における面接時間及び総逐語数を確認し、これらが相談支援事業所の相談支援専門員との近

しい組み合わせを選定した。

なお、ここでの分析に用いた定性データの調査対象者の概要及び面接時間、逐語化を行なった際の総文字数を表2-7に示した

表2-7 調査対象者の概要(分析②)

論文内ID	精神科病院		
	A	B	C
性別	男性	男性	女性
通算経験年数	13年	23年	15年
保有資格	精神保健福祉士 社会福祉士	精神保健福祉士 社会福祉士	精神保健福祉士 社会福祉士
医療観察法業務の経験	あり	あり	なし
面接時間	約1時間9分	約1時間18分	約58分
逐語数(総文字数)	10,580文字	11,235文字	8,041文字
論文内ID	相談支援事業所		
	a	b	c
性別	女性	女性	女性
通算経験年数	30年	16年	31年
保有資格	精神保健福祉士	精神保健福祉士 社会福祉士	社会福祉士
医療観察法業務の経験	あり	なし	なし
面接時間	約1時間26分	約1時間2分	約1時間10分
逐語数(総文字数)	12,287文字	8,348文字	8,917文字

3.2.2 インタビューデータの分析結果と考察

インタビューデータと分析結果をマトリクス化してまとめたものを表2-8に示した。これは、調査協力者の「個々のデータ」を基に所属別に〈ラベル〉を付し『コード』として整理し、【カテゴリー】に分類したものである。以下、カテゴリーは【 】、コードは『 』、ラベルは〈 〉、個々のデータは「 」として示す。

これに加えて、狩野ら(2019)はクライシス・プランの実践過程には作成と活用だけでなく事前の関係づくりの過程と修正を図っていく過程が存在することを指摘している。本分析においても『利用者とのアセスメントとの共有』や『関係機関の役割の明確化』『利用者の困り感からの導入』『プランの必要性の共有』といったクライシス・プランを作成する前の過程と、『病状や生活状況に応じた修正』『継続したかわりによる修正』『危機や失敗後の立て直し』といったクライシス・プランを活用する中で当事者の疾病や生活の変化に応じて見直していく過程と考えられるコードが構成された。そこで、それぞれのコードやカテゴリーの意味合いから、クライシス・プランの作成に向けて準

備する段階を準備期、クライシス・プランを作成する段階を作成期、クライシス・プランを活用する段階を活用期、クライシス・プランを活用する中で見直す段階を修正期という実践における各段階が構成された。このことを受けて、分析過程における時間軸の参考として再構成した。

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：準備期①

カテゴリー	コード	ラベル	データ
ク ラ イ シ ス ・ プ ラ ン 作 成 に 必 要 と な る 事 前 準 備	利用者とのア セスメントの共 有	●アセスメント内容を本人 へフィードバックする	医療機関と地域の機関が共有できた課題をある程度本人に返していく作業も必要なのかなと思います (A)
		●支援者の見方をフィー ドバックする	薬のこと、お金のこと、生活リズムとか、人間関係とか、そういうことを細かく聞いたり、話をしたりしながら、ご本人や家族に大切なところを気づいてもらえるようにして、それが医療の見方というところを伝えながら作成していますね (C)
	関係機関での アセスメントの 共有	●関係機関でアセスメント を共有する	関係機関が持っている情報を全部すり合わせる時間があると相当違うんじゃないかなと思うんですよね (B)
		●会議以外に日常的にア セスメントを共有する	入院中のケア会議とかだと思いますね。あとは、普段からの機関との連携の中で情報交換してというところ (B)
	利用者と環境 のアセスメント	●内的資源と外的資源を アセスメントする	ご本人を知ること、考えとか、譲れないものとか、あとは家族の考えや気持ちを知ることですね。あとは、例えば配食サービスとか、命の電話とか、地域の資源を見たりをします (C)
		●生活環境をアセスメント する	入院中であれば事前に自宅を訪問して看護師さんとワーカーと一緒に生活の実態を知るようにして、どんな環境にあるのかとか、ご近所付き合いはどうか (C)
		★病気と生活をアッセ メントする	個人のことだけでなく環境も含めてですね。病気とか考え方とかだけでなく、住まい、暮らし方もだし、家族状況もだし。生活という部分もそうです (b)
	関係機関の役 割の明確化	★関係機関の役割を明確 にする	関係者間のきちんとした役割分担も意識づけというか、そういう部分も大事だと思いますね。そうじゃないとプランの通りに動かないと思うので、関係機関同士の協力や連携といった部分で重要になる (b)
		★関係機関の役割につい て事前合意を得る	支援者の役割分担、ご本人の病気の状態にあわせた本人の対応と支援者の動き方を事前にご本人に了解を得ておくことですかね。本人、家族、病院、地域関係者とかで事前に確認して、それぞれが了解できていることが大切 (b)
		★医療と福祉とで役割を 調整する	宿泊型のサービスを利用するので、準備しましょうというような時には作りやすい。病院でプランの土台作りをお願いしますって、本人を受ける前にお願いしたことがあるんです (a)
★医療が必要となる状況 を確認する		病院との打ち合わせとして、具体的な状態像になったら入院をすすめるというような事前にそのような状況を想定したプランの申し合わせは必要かなと思います (c)	
関係機関の関 係作り		★連携しやすい関係機関 の関係を作る	もともと顔が見える関係というか、機関同士でも連携ができていたら、一層つながりやすい (b)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：準備期②

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
準備期	クライシス・プラン作成に向けた導入方法	病気の自己管理からの導入	●病気の自己管理に焦点化して説明する	本人が自己チェックできたり、セルフマネジメントしたり、自分の中でできるようになってくると良いことだよねということと一緒に共有しながら、一緒に作っていくという流れになっていますね(B)
			●生活上の注意事項として病状管理を説明する	調子が悪くなるサインも知ってもらうこと、調子が悪くならないように生活の中で守ってほしいこと、それが崩れると体調が悪くなるからねということや伝えたりということを意識していますね(C)
			●経験した危機的状況を共有する	過去の危機的状況について、本人の危機的状況と周りの危機的状況が一致するのかもしれないところのすり合わせかなと思いますね(B)
	地域生活の希望からの導入	★利用者の希望する生活に基づいて作成する	本人の言った通りに支援計画を立てれば良いというわけではないので、実際にどのような生活をしていきたいのか、組み立てていけるのかということや本人さんと一緒に考えていきます(C)	
		★利用者の地域生活上の希望を引き出す	本人の希望や意向について丁寧に話をしていくことですね。支援者側は事前に資源を把握しておきながら、実際に本人へ提案したりしながらできることは大事(C)	
		★良い状態を続けられることから導入する	良い状態を続けられていること、その状況を本人さんが気づいて、意識してもらい、一緒に続けられるように。そこからクライシスプランの作成の話を進めていくこと、クライシスについて話をするよりも本人さんと共有しやすいです(a)	
	利用者の困り感からの導入	★希望から作成し、困り感を引き出す	本人が希望されるようなところを反映させたプランを作成した上で地域生活を送ってもらい、その中で不具合が出てきた時にサービスや方法を示していくという対応をしていく(C)	
		★利用者の困り感から導入する	支援者側が主導するというよりは、ご本人に自分にとって必要なことが何なのかを気づいてもらうために、あまり先回りしないことだと思います。やっぱり、ご本人の困り感ですよ(C)	
		★利用者の困り感から作成する	生活する上での困り感はあるので、その困った時には誰に助けをもらいたいのかという話から比較的プラン作成は行なっていくやすい(a)	
			★利用者の生活上の困り感を理解する	なるべく本人の困り感、そしてそれを本人の言葉で、それをそのまま使うということですよ。病状の悪化とかではなく、どのように辛いのか(a)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：準備期③

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
準備期	クライシス・プラン作成に向けた導入方法	プランの必要性の共有	●プランの必要性を協議する	本人がプランの必要性を感じていなくて、逆に支援する人たちだけが合った方がいいんじゃないかっていう必要性の認識が違ったときに、プランを作成する必要性について丁寧に話し合っていくことが必要だと思います(A)
			●プランの必要性について対話する	本人に対してはこちらが思っていることを伝えるということは大切ななと思います。本人が受け入れるか、拒絶するかは本人次第だと思うので、そういったやりとりをしていくことが必要かなと思います(A)
			★入院中からプランの必要性を高めるかかわりする	本人がプランを作ること、自分にはそれが必要だと思えるようなかわり、やり取りが事前に入院中とかにあると、地域生活の方でもクライシスプランが活用されるようになってね(a)
	利用者が安心できる関係		●気持ちに寄り添って考えを代弁する	本人の言葉でその時の気持ちやどう感じたかということは言葉でしゃべれるのが一番ですけど、しゃべれない方もいると思うんですけど。そこに寄り添うことが大事になってくる(B)
			●効力感と安心感が得られるようにかかわる	本人のこれだったらできるという部分を作っていく中でクライシスプランというものが本人の中で意識されて、安心感が高まるみたい。そういう部分が動機づけとなるように導いていけることが作成上の大切なプロセスだと思いますね(B)
			●利用者と支援者が協働作成できる環境を作る	本人も巻き込んで、本人のことを分かっている支援者や家族、協力者と作っていくということがやっぱりより活用されていくクライシスプランになっていくのではないかなと思いますね(B)
			★利用者との信頼関係を作る	信頼関係ができていないと支援者側は病状についてなかなか指摘できないし、話題として取り上げられないですよね(b)
		★利用者同士の交流を図る	仲間同士のやり取りの中で気づきを得ることもあるみたいですし、同じことを支援者から言われたところで受け入れがたい。それが同じ体験をした仲間同士だと、プランのこともスッと入るようなんです(a)	

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：作成期①

カテゴリー	コード	ラベル	データ	
作成期	関係機関の相互補完的な協働	●関係機関が協働してかわる	地域の人たちと、地域の支援機関と一緒にプランの作成にかかわっていくというようなスタンスというか、方法が必要なのかなと思いますね(A)	
		●関係機関同士が主体性を発揮する	自分たちの中でここなら協力できるよとか主体的に話されて決定されていけるようなプロセスが連携には大事なかなと思います(B)	
		●関係機関が互いに補完し合う	本人が置かれている状況について、どのように周りの機関が役割をもって、機能や守備範囲、強みや弱みということを関係機関同士がわかって、無理やりの押し付け合いをするのではない(B)	
		●関係機関の役割を共有する機会をもつ	本人と家族も含めて病院のスタッフと地域の支援者と退院前会議を開催して共有するようにしています。注意することなどを確認しながら、それぞれの役割を確認するようにしています(C)	
		★関係機関が協働してかわる	プランを作成することを目的に病院と事業所が一緒になって退院前から本人さんにかかわりを持てるようになるのは大切なのかもしれませんね(a)	
	医療と福祉の対等な関係性	●プランの必要性を共有できる関係機関の関係を作る	こういうプランが必要だとなった時に、その必要性について関心を示してくれるという、関係機関同士の関係づくりですね。作成を一緒にしていくとか、一緒にかかわっていくとかに影響してくると思いますね(A)	
		●医療と福祉との対等な関係を作る	地域の中の医療機関と支援機関として分けて考えると、双方向でやりとりをしていくことが必要だと思いますね(A)	
		●相手機関の立場に立った視点をもつ	周り、本人も含めてですけど、相手の状況を理解するということになってくるかなと。そういう部分で視点をちょっと変えてという作業は必要なのかなと思います(A)	
	ストレングスを基調としたプラン	★良い状態を継続できることを中心にする	調子が悪くなる時のことだけでなく、調子良く過ごせることを中心において作成していく。調子が良い状態を続けることを含めることはプランを作る上でとても重要だと思いますね(c)	
		★ストレングスを強化する	基本的な作成は、できる部分を前面に出したりプラスの所を強化する、まずはできている所を中心に置いていくことが重要です(c)	
		★安心感が得られる	普段からの安心感がすごく大事なかなと思いますね。調子が悪くなった時だけのプランでは安心感を持ってもらえないですよね(a)	
		★安定した状態を基調とする	クライシスプランって、調子が悪い時だけのことじゃなくて、良い時ってどんな感じなのかっていうことを合わせて作成されるべきだと思うんですよね(a)	
			★安定した状態を続けられることに焦点化する	調子が良い状態が続いている時にも、調子が良い状態が続けられている理由ってなんだろうっていうことを話し合っていくことも大切なのかもしれませんね(b)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：作成期②

カテゴリー	コード	ラベル	データ
作成期	利用者のニーズに基づくプラン	●利用者の必要性に基づいて作成する	クライアントにとってその人の必要だと思えるプランということが一番大事なことかなと思っんですよね (A)
		●利用者と必要性を共有して協働する	周囲、医療機関や地域の支援機関を含めてそういったプランの必要性を本人と一緒に共有した上で、自身を検討していくところが大事なことかなと思います (A)
		●利用者のニーズを共有して協働する	本人がどういったところに困っていて、どういつらさだったり、大変さがあるのかということ、共有するところから、プランと一緒に考えることはどうだろうかといったところから考えていくことが大事ですね (C)
		●利用者のニーズへアプローチする	本人の認識に近い部分からアプローチしていくことが大事かなと思いますね (C)
		●利用者のニーズへアプローチする	生活の中で困っていたり、入退院を繰り返したりする中で、本人が乗っかりやすいところからアプローチして、クライシスプランの方に移っていくことの方が進めやすいと思いますね (A)
		●利用者のニーズを確認する	本人がプランを必要としているのかどうかということを確認すること (B)
	利用者の希望に基づくプラン	●利用者の目標達成を目的に作成する	目標とかすごく分かりやすい形でカンファレンスの中でバージョンアップしていくとか。ケア会議の中で確認したりしていますね (B)
		●利用者の希望を実現するために作成する	本人が何を望んでいるかだと思いますね。再入院を絶対にしたくないという方とか、仕事を絶対に失いたくないとか、本人の望みに沿えとプランの必要性も理解できると思います (C)
		●利用者の希望を叶えるために作成する	病気が影響して自分が望んだようにならないかもしれないから、病気のコントロールもしっかりしていこうと本人に理解してもらえるために、本人が望むものが何かを大切にしていこうとすることが必要なんです (C)
		●利用者が望む生活を実現するために作成する	地域生活って本人が望むための生活ですよ。だから、病気に邪魔されたら嫌だから、医療を受けてほしいと思いませんか (C)
	クライシス・プラン作成における諸原則	★希望するより良い生活を実現するために作成する	クライシスプランを作るときには、こういう対応をしたら調子が回復して、少しずつあなたの希望する暮らしが進んでいくんだよということを説明してあげるという感じですかね (b)
		●利用者の視点に立って作成する	本人の視点に立つということははずせないところかなと思いますね。本人のためのプランであって、関係機関や関係者がかかわるためのプランではないということですね (A)
		●利用者を主体として作成する	ちゃんと本人のためのプランだということをあらかじめ基本的な部分ですけど、そこを確認ということを行っていかねばならないものかなって思いますね (A)
		●利用者の権利を尊重して作成する	本人の人権を大切に、こちら側の思いだけですめるのではなく、本人の気持ちを汲み取っていくこと。基本的な人権や本人の権利も大事にしなればなりません (B)
		●利用者の個別性に基づいて作成する	本人がそれぞれ個人個人違うのかなと思うと、本人の個別性に応じてプランを作る上で工夫というものが必要になってくるのかもしれないですね (C)
		★利用者と関係者が協力して作成する	クライシスプランは、本当にみんなで一緒になっていこうと協力をして作成していくものだと感じています (b)
		★利用者中心にして作成する	本人を中心に、まずは本人の希望や意向からプラン作成が始まる (c)
		★利用者に対等な関係性で作成する	当事者の方と指示的にならないように、確認しながら立てていくところ (c)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：作成期③

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
作成期	クライシス・プラン作成時の課題	作成に向けたかかわり方	●利用者の理解を得る難しき	本人が危機的状況を想像できなかつたり、コミュニケーションが十分に取れないような状態で、プランだけが作っていかねばならない状況で、本当は理解していなかったとか、そこらへんが難しいですね(B)
			●利用者へプラン作成を提案する難しき	病状悪化をどのように伝えるか、クライシスプランという名前についても好まない患者さんもいるので、プランを作成していく上で伝え方が難しいですね(C)
			●利用者の必要性を高めることの難しき	今回の入院はたまたまだったからといって問題意識に結びつかない方もいてプランを作成していくことを難しく感じますね(C)
			★プランの必要性を共有することの難しき	病気そのものに否認がある方だと、自分は何も悪くないんだけど入院させられたみたいの場合とかには、私にプランは必要でないともあります(a)
			★希薄な関係性で作成することの難しき	クライシスプランは本人さんの希望も大切ですけど、実際の状況を支援者が把握しておくことも重要になってくる。だから、時々しかお会いできない場合には、本人さんの病状変化に沿ったプランを作成することが難しい(b)
			★希薄なかかわりで作成することの難しき	相談だけとかの短いかかわりでは、本人との関係が希薄で、特徴も分からない(a)
			★利用者支援者との意見調整する難しき	自分はできると考えるけれど、支援者からするとやっぱりそこは難しいのではないかというあたりの差が大きいと上手く折り合わない(c)
	地域の実情とプランとの乖離		●実際の地域生活が反映されていない	本人と医療機関のスタッフで作成したものが、要は地域に戻った時にちゃんと使えるものなのかどうかというところが、難しさとしてあると思っています(A)
			●不十分なアセスメントで作成する	実用性の高いクライシスプランとして、情報がなかつたり、流れが見えないとか、見立てが不十分だとかつてなっていると難しい(B)
			★地域の社会資源が限定されている	時間外の対応が必要だとか、地域のサービスも限定されているので本人の思うようなプランを作成することは難しいですね(b)
			★地域の社会資源が限定されている	本人さんの希望と、実際に提供できるサービスとが上手くかみ合わない時、その人の希望に応じたオリジナルなプランは立てることができても、実行することができない(a)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：作成期⑤

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
作成期	クライシス・プラン作成時の課題	関係機関での必要性の差異	●関係機関でのプランの必要性の認識が異なる	クライシスプランが制度として位置づけられていないので、病院で必要ではないと思っけていても、行政などからプランの作成が必要だと言われることもあって、プランの必要性について共通した認識はもてないですね(C)
		マネジメント機関の明確化	●利用者の地域生活が見える機関がプランを作成する	地域でかかわるところから、そういったところの役割の方々がプランと一緒に作成していく、そこに病院も協力していくところが望ましいのではないかと考えています(A)
			★プランのマネジメント機関を明確にする	プランにないような場面が生じた時に、果たしてどこの機関が中心になって対応するのかという迷う時が出てくるのではないかなと思いますね(b)
			●管理的機能に対して危惧する	一般精神医療の中でやっていく上では管理的機能の色合いが強くなってしまいうような懸念というか、危惧しています(A)
			●本人が不在のまま作成する	一方ではそこに本人がちゃんと入っているものなのかどうかということがあります(A)
			●支援者が中心となって作成する	支援者がこの方にはクライシスプランが必要だという判断から入っていく場合もありますが、本当に本人が必要としている人でプランの作成ができてきたかという疑問がありますね(C)
	★管理性、強制性に対して危惧する	本人さんの生活を管理したり、強制的に医療を受けさせたりとかするものではないと思うので。あくまでも本人さんの生活を良くするものだと思いますよ、クライシスプランって(b)		

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：活用期①

カテゴリー	コード	ラベル	データ
活用期	クライシス・プランの活用における諸原則	★良い状態を維持するために会議を行う	困った時に検討する会議の開催の仕方になってしまうので、本当は良い時に確認できることで本人の生活や病状の悪化を予防することになると思います(c)
		★良い状況を利用者と共に共有する	安定して生活されている時に会議したり、ポジティブな出来事を本人と共有したりすると、本人も地域生活を継続して行きたいという気持ちになるし、病状が悪くならないように予防の気持ちも高まっていきます(c)
		★ストレングス視点に基づいて活用する	本人にはいろいろな良いところがあるとか、できているところとか、生活のできそうだという希望だとか、そういう中で本人自身が認識している自分のマイナスなところが減る(b)
	関係機関の役割の明確化	●プラン活用における関係機関の役割を明確にする	支援する人たちの役割というところが明確になっているところが、プランを運用していく上では重要になってくると思いますね(A)
		●プラン活用における関係機関の役割を明確にする	この機関がどの役割をとるのかというところを明確にしていかなければならない部分があるので、そういう意味での役割や責任の所在をはっきりしてくるところはあるのかなかと思っています(A)
		●かかわる支援者の役割を明確にする	然るべき機関のその人がプランにそってかかわれる責任をもてるかどうかが大それたと思うので、その辺のすり合わせというところを本人も含めて行っていくというところが必要なと思います(B)
	個別性に基づいた伴奏的な支援	★利用者へこまめにかかわる	定期的に見守られないと、ちょっとした変化にも気づけないので、こまめなかわりが大切になってくる(b)
		★日常的に利用者と支援者でプランを活用する	プランは日頃から意識できるように本人さんと確認して活用していくことが大切です(b)
		★プランを意識したアウトリーチを行う	プランを意識しているいろいろな人が訪問して、複数の期間、専門職が協力してこまめにかかわっていくということですね。あとは、ヘルパーさんと協力したりしています(c)
		★個別性と柔軟性を意識する	クライシスプランがあったとしても、プランは変わってくる。アセスメントを常に行い、プラン通りではないということを忘れないようにしなければなりません(c)
	利用者中心の情報共有	★活用のために病院と地域が共有する	クライシスプランを活用していく上で、病院と地域とで連携していくために情報共有や情報交換をする機会を設けていくことも大事なかなと思います(c)
		★利用者を中心として共有する	本人にも一緒にみるためのクライシスプランだと思うんですね。支援者間の共有や確認だけでなく、本人とも一緒に確認できることが一番の活用方法なんだと思います(c)
★会議の中で利用者とプランを確認する		共有のあり方としては、まず節目節目で退院前とか、退院して一月経ってからとか、不具合が出てきた時にケア会議を開催して、本人にも出してもらってプランを確認しています(b)	

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：活用期②

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
活用期	クライシス・医療プランの役割とする上での	アウトリーチ支援	●アウトリーチ支援の中で活用する	医療機関の中では外来の診察だけでは難しいと思うんですね。医療機関としては、訪問看護、訪問支援だったりとか、そういった部分でプランに参加できることが必要なと思います(A)
		入院中のプラン活用	●入院中にプラン活用を試行する	入院から退院する場合にはある程度のプランのすり合わせができる機会を作ることができるので、そこを上手く活用すると家族や支援者もそれ見て外泊中に。お試しというか(B)
		援助希求行動への肯定的対応	●利用者のSOSの出し方を共有する ●SOSを出せたことを評価する	医療機関ではその人が出すSOSをキャッチできるかということがあると思います。その方の出し方もあると思いますけど(B) サインを出してくれたということに対して評価できるようにしないと(B)
		入院から生活へプランをつなぐ	●医療から地域へクライシスプランを引き継ぐ ●利用者中心にプランを共有できるネットワークを構築する	病院のワーカーが上手く地域に引き継いでいくということが理想だと思います(B) 常に本人のプランの使い心地、使ってみての感じや、もっとこうしたいというようなことを関係機関の中で話し合えること、共有できていくシステム、ネットワークの構築というところでしょうか(B)
		プランに基づく医療的対応	●医療機関の役割を明確にする	病状悪化時に速やかに対応できることとか、医療を継続できることとかをプランの中での役割として求められていると思います(C)
		★プランに基づく医療的対応を望む	★医療機関に病状悪化時の対応を望む	医療機関にはプランにある医療的対応を行なってほしい。その生活が病状の関係で営めなくなってきたという部分では地域の評価についても可能な限り応じてほしい(b) 医療機関は、本当に地域生活上で困った時に相談させてもらったり、病状悪化した時にリスクが高くなった時に助けてもらえるところという役割を期待していますね(c)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：活用期③

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
活用期	クライシス・プラン支援事業所の役割	伴走的なかかわりとマネジメント	●プランのモニタリングとマネジメントをする	事業所には定期的なプランの確認、見直しということでもないけれど、プランの確認を一緒に進めてもらうということを期待したいところかなと思います(A)
			●プランのモニタリングに合わせて修正する	地域の中でどの程度、相談支援事業所がプランを定期的にモニタリングして、修正できるか大切かなと思いますね(B)
			●プランを活用して継続的に振り返る	相談支援事業所には、途切れない支援をするためにプランを用いた振り返りとかをしてほしいですね(C)
			●寄り添ってプランを活用する	事業所は地域の中で一番近いところで本人や家族に寄り添っていく役割というところですね(B)
			★地域生活上での病状と生活を見守る	事業所はプランに基づいて普段の生活の様子を把握しておくとかでしょうか。病状もそうですけど、生活の仕方とか(b)
			★サービス利用計画を下地にしてモニタリングを行う	サービス利用計画を作成するときに合わせて、病気に対する認識や調子を悪くしていかないための考えを聞いたりしています。あとは、病院さんとも振り返りをしたりとかしています(b)
			★主体的な機関としてプランを活用する	地域で生活していく上で、相談支援事業所が中心になって、サービス等利用計画の作成もありますし、一般相談の中でも中心になってかかわってプランの活用をしていくところだと捉えています(c)
			医療と連携したアウトリーチ	★病院と連携してアウトリーチを行う

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：活用期④

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
活用期	クライシス・プランを 活用する 上での 課題	医療と福祉の 認識の差異	●プランの役割によって 認識の差異が生じる	緊急対応をするような機関になってくると管理的なところを意識することが多くなると思うんですね。そういった部分と、日常的な支援でかかわる機関のプランに対するギャップが出てくると思う(A)
			●地域支援者がプラン活 用する中で医療機関が連 携する	プランを地域の支援者と一緒に作っていく中で、退院後の支援をお願いして、そして地域生活の経過を見守ってもらって、時々通院などの時に一緒に振り返りをする役割が必要だと思いますね(C)
			★地域から医療へのアク セスができる	プランを活用する中で病状が明らかに悪くって病院につなごうとしても窓口となる担当者が不在で、医療のつなぎ方というか精神科病院へのつながり方の部分に関しては難しさを感じました(b)
	地域生活支援 での継続活用		●プランを活用した退院 後のフォロー体制を構築 する	病院の特性から、退院後の生活支援、フォローが課題で、そのプランを活用したフォローの方法をどうしていくかということが課題です(B)
			●地域生活上でプランを 継続して活用する	クライシスプランを作成した後の、どのように活用を継続していくかの課題がある(C)
			●退院後のプラン活用に 向けてかかわる	作って終わりという雰囲気になってしまって、退院後の活用を追えていないところですね(C)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果:修正期①

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
修正期	クライシス・プランの修正における諸原則	病状や生活状況に応じた修正	●利用者の生活や病状に合わせて修正する	地域生活状況に合わせた修正が必要になるんだと思います。それと、病状という部分に関しても、その時合わせて修正する その状況に合わせたプランと一緒に考えて修正していくことは必要だと思います(A)
			★実際の地域生活における経験を追加して修正する	プランに書いていないことが地域生活で起こるので、実際に支援しながらそのような出来事を追加していくこと、本人さんの地域での生活や病状変化といった実態に合わせて修正していくことは重要ですね(b)
			★地域生活の失敗を参考に修正する	プランの通りにできなかったから駄目ではないと思うので、プランを修正して再スタートしていくことですね(c)
			★生活能力の回復に応じて修正する	地域生活を始めた時点の本人と、ある程度経験してくると良い意味でできるようになるので、そうなればプランを変えないと、退院したままのプランだと対応できないのかなと思います(c)
		継続したかわりによる修正	●モニタリングに基づいて修正する	今の計画から次の計画の間、どう過ごして、どういう経験があったのかなんてことを修正へつなげていくと必要で、そのためにモニタリングが必要(B)
			●継続したかわりに基づいて修正する	生活の状況や環境も変化していくのでね。ただ、修正のためには作成した後に継続したかわりが必要になる(C)
		★関係機関での情報共有を行って修正する	プランに基づいて会議を開くとか、振り返りを重ねながら、関係機関同士で本人さんの病状の様子や対応について共有して修正していけるんだと思います(b)	

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果:修正期②

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
修正期	クライシス・プランの修正における課題	危機や失敗後の立て直し	●危機的状況後に立て直す	プランが意味なかったとか、そうなった時にそれは必要なことがらもう一回考えてみようアプローチして、もう一回チャレンジしてみよう動機づけることは難しい(B)
			●危機対応における補完的に連携できる	一つの機関が今うちできないから頼むねみたいなの、そういう機関間、人同士のお互いのやりとりができる関係性づくりは危機対応で重要だと思いますね(B)
			●病状悪化後に立て直す	瀬戸際の時とか、病状悪化後とか、どんな言葉で伝えて良いのか、本人はどんなふうにいるのかという時にかかわりに迷いますよね(C)
			★上手くいかない状況からプランを修正する	上手くいかない実態に合わせて本人の意向や希望が出てくると思うんですよね。その意向や希望を中心にプランを修正していくことが必要になると思います。また、それを共有できる、関係者や支援者のつながりは課題の一つですね(c)
		ケアマネジャーの不在	●プランのケアマネジメントを行える	プランというものがずっと恒常的にいくものではないので、変更が必要になった時に誰がそれを主導して変更していくか、課題となっているところですね(A)
			●ケアマネジャーが存在する	誰が中心になって修正していくのかということですね(A)
		修正が必要となる機会の共有	●修正する必要性を共通認識できる	一番本人が変える必要がないと思っているんだけど、周りが変える必要性を感じている時に、じゃあそれを変える方法で考えるアプローチができるのかどうか(A)
			●プランが使用されていない時こそ修正する	プランを使っていない時とかね。そもそもそういうところの振り返りができない時とかに修正が必要になるでしょうね(C)
		利用者を中心とした修正	★即時に利用者と修正できる	修正が必要な内容があった時にはその時に本人さんと確認して修正できた方が良いように思いますね。理想を言えばケア会議などの場を待たずに、すぐその時に修正できること(b)
			★利用者の生活行動を中心として修正する	本人さんがその通りに行動しないと本人さんを責めてしまう気持ちになりますけど、そこは支援者側が切り替えてやっていかないと、プランの修正にもつながらない(c)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：機能的側面①

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
機能的側面	クライシス・プランの有用性	利用者が病気や生活を自己管理可能	●利用者が病気や生活の自己管理できる	入院にいらずに病気を含めた生活をコントロールしたり、修正したりすることができるというところ(c)
			●利用者自ら病状変化を振り返ることができる	ある程度のパターンや病状悪化のサインというのがあるかなと思うんですね。それをご本人が自分の状況として書面に落とし込むことで客観的にみて把握できるということは大事なかなと思う(a)
			★地域生活で強みを生かし、弱みを補える	個別的で本人中心で、良い部分、強みを活かして、精神の方だと医療との連携が欠かせないので、良くない時の状態も記載してあるようなクライシスプランって、活用していけると思いますね(c)
	利用者との病気や生活状況の共有		●利用者と現状を共有できる	その都度本人と確認しながら、みんなで取りあつかう、共通のツールとして、共有できるのは良いのかなと思います(a)
			★地域生活の個別的状态を利用者と共有できる	支援者と当事者が共通して確認できるもので、個別にそういうプランがあると良いと思いますし、プラン自体も変わっていくものだと思うので、現在の状況を反映できるようなプラン(c)
			★利用者と病状変化のサインを共有できる	あらかじめ調子が悪くなるサインだとか確認して共有できていると、いざという時にはこちら側としても伝えやすいし、ご本人にとっても今そういう状態なんだなということを自覚できるということは良いことかなと思いますね(b)
			★利用者の変化を事前に把握できる	調子が悪くなりかけた時のサインだったり、特有の症状だったり、そういった時に注意すべきサインや症状が整理されていると、調子が悪くなりかけているということを支援者側の予測が立てられることは大きい(b)
			★利用者と病状の変化を共有できる	本人さんが自分のクライシスプランを持っていれば、今どこのあたりだと思うというような感じで。じゃ、ちょっと相談が必要な時期にきていないかなというようなことは促しやすい(a)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：機能的側面②

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
機能的側面	クライシス・プランの有用性	包括的なネットワーク構築	●関係者が地域生活支援の方法を共有できる	関係機関だったり、地域の支援者たちが一人のご本人を見ていくときに、こういった方法でかかわっていけばいいとか、悪化したときにはこういう方法を取ればいいんだという、地域の支援のかかわり方というのを共有できるとが重要なところだと思います(A)
			●多面的なサポート体制が得られる	病院だけで支えているのではなく、民生委員だとか、相談支援事業所だとか、行政だとか、みんなで支えている、困ったら本人が一人で抱えなくても良いということになる(C)
			★多面的な視点を獲得することができる	本人を多面的に捉えられるようになることですよ。一方的に、一面的に見ないようにすること、複数のことがかかわれば多面的に捉えることになります(c)
			★支援や対応方法が明確となる	かかわりが短い場合とか主な担当者でなくても、こういう状態になったらこういう対応だよということが書面であることで、誰でも支援がしやすくなるのではないかと思います(b)
			★関係者が地域生活支援の方法を共有できる	地域生活支援においては、かかわる支援者が複数の場合が多いので、そういった複数の支援者の中での共有できるものとして、クライシスプランはとても重要なもの(c)
			★地域の見守りから医療へつなげられる	危険な状態かもしれないねということを確認しながら、クライシスプランがあると見守りからつなぎというところで良いのかなと思いますね。そして、クライシスプランが作成されていると事業所側としても病院側とつながりやすくなるということですかね(b)
			★利用者中心として関係機関が連携できる	本人のことをよく理解でき、機関同士も本人の生活を中心につながるため、本人が望む生活を続ける上で、病状を悪くしないように自ら周りに協力してもらいやすくなる(b)
		家族の安心感	●家族の不安が軽減される	対応の仕方で戸惑いを感じたり、必要以上に不安になっているご家族のためにはとても役に立つものだと思います(C)
			●家族の本人へのかかわり方への気づきが得られる	本人さんの傾向を家族が振り返って家族自身の接し方が悪かったと気づいてもらったりというところで必要なものですね(C)

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：機能的側面③

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
機能的側面	クライシス・プラン実践の類型化	病状悪化事例	●病状の再燃を繰り返しているケース	病状の再燃を繰り返している方に提案していくというのはあると思いますね(A)
			●入退院を繰り返すケース	病識がなく、入退院を繰り返す人(C)
		自傷他害事例	●自傷他害のリスクがあるケース	病状の悪化から地域への迷惑行為とか他害とまではいなくても、最終的に地域での生活がしづらくなってくるという可能性がある方。病状によって自傷や他害のリスクが高い方かなと思います(A)
			●自傷他害のリスクがあるケース	その方自身が生命の危機や周りに対する危険や被害や、そういう2点はあるかな(B)
			★自殺願望があるケース	本人との話の中で夜どうしても自殺願望でどうにもならないといった方はプランを準備しています(a)
		生活課題事例	●家族関係不和があるケース	家族が高い感情表出を示している方(C)
			●単身生活者のケース	一人暮らしで相談相手がいない方(C)
	★一人暮らしで不安が強いケース	一人暮らしで、頼る人がいないという不安感が強い方とかは、プランがあると良いなと思っています(a)		

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：機能的側面④

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
構造的機能	クライシス・プランの形式と内容	生活モデルに基づくプラン	●生活レベルの内容も盛り込む	病院の方で医療ベースのプランではなく、その状態が起こりうる要因というところに目が向けられるようなプランが良いと思います。なので、生活が見えるプランの作成が良いのかなと思います(A)
			●医療以外の対処方法を盛り込む	確かに薬も有効な手立てだと思いますけどね。そこ以外の方法で、本人が自分を少し落ち着かせることができる方法もプランには必要ですね(B)
			●プランを活用して対処能力を高める	地域生活での本人での対処能力というのをちょっとずつ高めていくというようなかわりを継続的にやる(B)
			★ストレスを盛り込む	クライシスプランの中にも本人の良いところとか、できているところを盛り込んでいくことが重要です(c)
	生活から医療の循環したプラン	生活から医療の循環したプラン	●危機対処後のプランを作成する	本人として対処した後の気持ちの整理だとか、そういうものを次にどうしてやっていくのかというところがあると、よりいいんじゃないかなと思います(B)
			●生活から医療へという段階を作成する	もっと地域生活に近い内容について対処する、そういったところが整理されることがクライシスプランでは重要なかもしれませんね(B)
			●プランに病状悪化から立て直しまでの連続性が見える	ピンチの前後の中で必ず何かが起きているので、連続性を意識できることがクライシスプランには必要だと思います(C)
			●個別性に基づいてフォーマットを作成する	その人なりのプランの作成方法があるように思います。プランを表で整理する方もいれば、マッピングのような形で整理するほうが良い方もいる(C)
個別性に基づく緊急度がわかる形式	個別性に基づく緊急度がわかる形式	★緊急性の段階が分かるようにフォーマットを作成する	レベル1、レベル2、レベル3というように状態が分かれていて、緊急の度合いがわかる(a)	

表2-8 クライシス・プランの実践方法における定性的コーディングによる分析結果：機能的側面⑤

	カテゴリー	コード	ラベル	データ
構造的機能	クライシス・プランの内容	地域生活上で実行可能なプラン	●利用者がプランを実行できる	より使い勝手が良いというか、本人にとってこれだったらできるというものではないと意味がないと思うので、できる範囲で実行可能なプランが良いように感じますね(B)
			●地域生活支援に必要とされるプランを作成する	本人の地域生活が上手くまわるかどうか、支援者の支援が行っていただけるかどうか、そのためにプランが必要かどうか、そのポイントの確認ですかね(B)
			★プランは実行性を優先する	最初はスカスカのプランでも、とりあえず始めてみて、そこから色んな振り返りができて項目が増えていったら自分で作ったプランになっていくのかなと思いますね(a)
		利用者の体験と言葉からの作成	★利用者の言葉を用いて作成する	計画に使用する言葉も分かりやすいご本人が分かるような言葉やご本人の言葉をそのまま使用して計画すること(c)
			★利用者の実体験に基づいて作成する	幻聴とかそういうものではなく、誰々からの攻撃が強くなってきたとか、いじわるが苦しくなってきたとか、本人さんの言葉で載っていないと自分で作ったと思えないと思います(a)
			★利用者が理解できるプランを作成する	本人にとって分かりやすいものでないと、本人さんもパツと動くことができないと思うんですよね(b)
	クライシス・プランの到達点	CPの非専門化	●セルフプランとしてクライシスプランが用いられる	精神障害を持った人の地域生活支援を行う中で一番はセルフプランですよね。本人ができることが理想だと思います(B)
			●誰でも利用者と共有できるプランである	世話人さんたちでもやってもらえるようなプランでもあるべきだと思うんですよね。相談支援専門員じゃなくてもね。そういう状況を設定できたプランを作成し、続けていけるかということですよ(B)
		医療福祉制度における位置づけ	●精神保健福祉法制度上での位置づけが不透明	医療観察法だと処遇実施計画の中に緊急時対応としてクライシスプランが作成されることが当然になっているが、一般精神医療の方では本人にとってプランが有効だと感じてまだまだ作成と活用において制度での位置づけが不十分なんだと思いますね(B)
			●障害者総合支援法下でのクライシスプランの位置づけ	相談支援事業所の地域移行とか地域定着支援において退院後の個別支援計画が作成されていますけど、合わせてクライシスプランが作成されていくと良いのかなと考えますね(C)
●機関内での共通認識を得る	病院でキャンペーンをして、退院する患者さんにはプランを作っていますというように、医師も巻き込んで、外来の時にはこれを持ってきて、会議の中で作成していったという感じで(C)			
●クライシスプランが必要となる事例の類型化の必要性	どのような方にプランが必要なのかというところを、ある種、かかわる人が共有しておくことは大切なんだろうなと思います(A)			

(1) 準備期

クライシス・プラン実践に内在するプロセスにおいて、クライシス・プランを作成するための準備段階としての準備期が存在すると考えられた。この準備期として【クライシス・プラン作成に必要となる事前準備】と【クライシス・プラン作成に向けた導入方法】の二つのカテゴリーから構成された。

1)【クライシス・プラン作成に必要となる事前準備】

このカテゴリーは『利用者とのアセスメントの共有』『関係機関でのアセスメントの共有』『利用者との環境のアセスメント』『関係機関の役割の明確化』『関係機関の関係づくり』の五つのコードから生成された。

『利用者とのアセスメント内容の共有』では、各機関で共有できたく<●アセスメント内容を本人へフィードバックする>、本人や家族に気づいてもらえるように<●支援者の見方をフィードバックする>といった精神科病院の精神保健福祉士による語りから構成され、アセスメント内容を利用者と共有し、協働的に作成していくことを必要としている。

『関係機関でのアセスメントの共有』では、情報収集から<●関係機関でアセスメントを共有する>、普段からの機関連携の中で<●日常的にアセスメントを共有する>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから構成され、関係機関の各立場の視点によるアセスメントを日常的にすり合わせていること、そしてそのような機会を必要としている。

『利用者との環境のアセスメント』では、<●内的資源や外的資源をアセスメントする>、<●生活環境をアセスメントする>、個人だけでなく環境も含めて<★病気と生活をアセスメントする>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、アセスメントにおいては病状の個人的側面だけでなく、生活状況といった環境的側面においてもアセスメントする視点を必要としている。

『関係機関の役割の明確化』では、関係機関の連携のために<★関係機関の役割を明確にする><★関係機関の役割について事前合意を得る>、具体的に<★医療が必要となる状況を確認する>といった相談支援専門員の語りから構成され、本人の病状や生活状況に合わせた具体的な支援内容を明確にしておくことが必要であるとしている。

『関係機関の関係作り』では、顔が見える関係を例にした<★連携しやすい関係機関の関係を作る>という相談支援専門員の語りから構成され、クライシス・プランの作成に向けて機関間同士での関係性を必要としている。

以上が【クライシス・プラン作成に必要となる事前準備】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランを作成するために必要となるアセスメントの視点と内容、そしてその結果を共有するために事前に関係機関との関係性を培っておくことがその実践に必要としていると考えられる。

2)【クライシス・プラン作成に向けた導入方法】

このカテゴリーは『病気の自己管理からの導入』『地域生活の希望からの導入』『利用者の困り感からの導入』『プランの必要性の共有』『利用者が安心できる関係』の五つのコードから生成された。

『病気の自己管理からの導入』では、自己チェックやセルフマネジメントといった<●病気の自己管理に焦点化して説明する>、過去の<●経験した危機的状況を共有する>といった精神科病院の精神保健福祉士の語りから構成され、病状における本人のできることや過去の経験を活かして導入していく方法を必要としている。

『地域生活の希望からの導入』では、実際にどのような生活をしていきたいのか＜★利用者の希望する生活に基づいて作成する＞、本人へ提案しながら丁寧に＜★利用者の地域生活上の希望を引き出す＞、本人が気づけるように＜★良い状態を続けられることから導入する＞といった相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、地域生活の希望をもとにクライシス・プランの作成を提案していく方法を必要としている。

『利用者の困り感からの導入』では、自分に必要なことが何か、誰に助けてもらいたいかという＜★利用者の困り感から導入する＞、そして＜★利用者の生活上の困り感を理解する＞といった相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、生活上の困り感から、本人の主観的な訴えに基づいてクライシス・プランの作成に導入していく方法を必要としている。

『プランの必要性の共有』では、利用者と丁寧に＜★プランの必要性を協議する＞、利用者が自分には必要であると思えるように＜★入院中からプランの必要性を高めるかかわりをする＞といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、利用者と支援者が丁寧に話し合い、本人の意向を大切に動機を高めていく方法を必要としている。

『利用者が安心できる関係』では、利用者の＜★気持ちに寄り添って考えを代弁する＞、これだったらできるという＜★効力感と安心感が得られるようにかかわる＞、病状を話題にできるように＜★利用者との信頼関係を作る＞、同じ体験をした＜★利用者同士の交流を図る＞といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、利用者のタイミングで安心感や効力感を大切に導入方法を必要としている。

以上が【クライシス・プラン作成に向けた導入方法】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランを作成するにあたり、利用者を動機づけ、利用者の目標を支援者と共有できるように提案方法を用いていくことができる実践が必要であると考えられる。

(2) 作成期

クライシス・プラン実践に内在するプロセスとして、準備期に続いて実際にクライシス・プランを作成する作成期が存在すると考えられた。この作成期として【クライシス・プラン作成における諸原則】と【クライシス・プラン作成時の課題】の二つのカテゴリーから構成された。

1) 【クライシス・プラン作成における諸原則】

このカテゴリーは『関係機関の相互補完的な協働』『医療と福祉の対等な関係性』『ストレングスを基調としたプラン』『利用者のニーズに基づくプラン』『利用者の希望に基づくプラン』『利用主体と個性に基づいたプラン』の六つのコードから生成された。

『関係機関の相互補完的な協働』では、連携の中で＜★関係機関同士が主体性を発揮する＞、周りの機関が役割をもって＜★関係機関が互いに補完し合う＞、退院前から＜★関係機関が共同してかかわる＞といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、医療機関と事業所がクライシス・プランを作成するために協働していくことを必要としている。

『医療と福祉の対等な関係性』では、互いに地域に存在する機関として＜★医療と福祉との対等な関係を作る＞ ＜★相手機関の立場に立った視点をもつ＞といった精神科病院の精神保健福祉士の語りから構成され、クライシス・プラン作成には関係機関同士の関係性を必要としている。

『ストレングスを基調としたプラン』では、調子が悪くなる時ではなく＜★良い状態を継続できることを中心にする＞、できる部分を前面にして＜★ストレングを強化する＞ ＜★安定した状態を続け

られることに焦点化する>といった相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、良い状態が続けられることも含めたクライシス・プランを作成することが必要としている。

『利用者のニーズに基づくプラン』では<●利用者の必要性に基づいて作成する>、医療機関や地域支援機関を含めて<●利用者との必要性を共有して協働する>、本人が困っている<●利用者のニーズへアプローチする>、プランを必要としているのか<●利用者のニーズを確認する>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから構成され、利用者が必要だと思えるクライシス・プランを支援者が一緒に共有していくことが作成において必要であるとしている。

『利用者の希望に基づくプラン』では<●利用者の希望を実現するために作成する>、本人が望むものが何か<●利用者が望む生活を実現するために作成する>、病気をコントロールできるようになって<★希望するより良い生活を実現するために作成する>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、利用者の希望に沿ったクライシス・プラン作成であることが必要であるとしている。

『利用者主体と個性に基づいたプラン』では、本人のプランであり<●利用者の視点に立って作成する>、本人の人権を大切に<●利用者の権利を尊重して作成する> <●利用者の個性に基づいて作成する>、本人の希望や意向から<★利用者中心にして作成する>、指示的にならないように<★利用者との対等な関係性で作成する>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、クライシス・プランを作成する際には利用者中心や対等性、パートナーシップといった視点や姿勢が必要であるとしている。

以上が【クライシス・プラン作成における諸原則】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランを作成する際の支援者の視点や姿勢、関係機関同士の関係づくりをもとに作成していくことが必要であると考えられる。

2)【クライシス・プラン作成時の課題】

このカテゴリーは『作成に向けた関わり方』『地域の実情とプランとの乖離』『関係機関での必要性の差異』『マネジメント機関の明確化』『支援者中心の管理的なプラン』の五つのコードから生成された。

『作成に向けたかかわり方』では、危機的な状況は想像できないといった<●利用者の理解を得る難しさ>、病状悪化をどのように伝えるか<●利用者へのプラン作成を提案する難しさ>、病気に抵抗があるといった<★プランの必要性を共有することの難しさ>、時々しか会えないことでの<★希薄なかかわりで作成することの難しさ>、<★利用者との意見を調整することの難しさ>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、クライシス・プランを作成する際の利用者との関係づくりや動機づけの難しさの課題が存在している。

『地域の実情とプランとの乖離』では、作成したプランが<●実際の地域生活が反映されていない>、活用できる<★地域の社会資源が限定されている>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから構成され、クライシス・プランに実際の地域生活の内容が反映されておらず、また活用できる社会資源が限定的な状況にあるといった作成上の課題が存在している。

『関係機関での必要性の差異』では、制度として位置づけられていないため<●関係機関でのプランの必要性の認識が異なる>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、クライシス・プランを作成する上で関係機関でその必要性を共有することが課題が存在している。

『マネジメント機関の明確化』では、＜●利用者の地域生活が見える機関がプランを作成する＞、想定外の場面が生じた時の＜★プランのマネジメント機関を明確にする＞という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、地域生活に即したクライシス・プランを作成すること、緊急時の対応をする際を中心となる機関が不明確であるといった課題が存在している。

『支援者中心の管理的なプラン』では、プランに内在する＜●管理的機能に対して危惧する＞、プランを＜●本人が不在のまま作成する＞ ＜★管理性、強制性に対して危惧する＞といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、支援者が中心となって作成されることで、利用者の生活を管理するものになってしまうといった課題が存在している。

以上が【クライシス・プラン作成時の課題】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランを作成する上で利用者との動機づけや関係づくり、関係機関同士でその必要性を共有することの困難さとしての課題が存在していると考えられる。

(3) 活用期

クライシス・プラン実践に内在するプロセスとして、作成期に続いて実際にクライシス・プランを活用する活用期が存在すると考えられた。この活用期として【クライシス・プランの活用における諸原則】【クライシス・プランを活用する上での医療機関の役割】【クライシス・プランを活用する上での相談支援事業所の役割】【クライシス・プランを活用する上での課題】の四つのカテゴリーから構成された。

1) 【クライシス・プランの活用における諸原則】

このカテゴリーは『ストレングス視点に基づく共有』『関係機関の役割の明確化』『個別性に基づいた伴走的な支援』『利用者中心の情報共有』の四つのコードから生成された。

『ストレングス視点に基づく共有』では、病状や生活の悪化を防ぐため＜★良い状態を維持するために会議を行う＞、本人の自らへの認識が変化するように＜★ストレングス視点に基づいて活用する＞といった相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、クライシス・プランの活用では良い状態に焦点化することが必要であるとしている。

『関係機関の役割の明確化』では、本人も含めて＜●プラン活用における関係機関の役割を明確にする＞ ＜●かかわる支援者の役割を明確にする＞という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、クライシス・プランを活用する上では関係機関の役割を明確にし、計画内容に沿って活用していけることが必要であるとしている。

『個別性に基づいた伴走的な支援』では、小さな変化に気づけるように＜★利用者へこまめにかかわる＞ ＜★日常的に利用者と支援者とでプランを活用する＞、専門職が協力して＜★プランを意識したアウトリーチを行う＞といった相談支援専門員の語りから生成され、日常的に継続して利用者へこまめにかかわっていくことが必要であるとしている。

『利用者中心の情報共有』では、病院と地域が連携し＜★利用者を中心として共有する＞、共有のあり方として＜★会議の中で利用者とプランを確認する＞といった相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、利用者本人と一緒にクライシス・プランを活用することが必要であるとしている。

以上が【クライシス・プランの活用における諸原則】としてカテゴリー化されたものであり、その内

容はクライシス・プランを活用する上で利用者と一緒に良い状態に焦点化し、日常的に活用していくことが必要であると考えられる。

2)【クライシス・プランを活用する上での医療機関の役割】

このカテゴリーは『アウトリーチ支援』『入院中のプラン活用』『援助希求行動への肯定的対応』『入院から生活へプランをつなぐ』『プランに基づく医療的対応』の五つのコードから生成された。

『アウトリーチ支援』では、訪問看護等の<●アウトリーチ支援の中で活用する>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、医療機関のかかわりの中では地域生活場面で活用できるようにしていくことが必要であるとしている。

『入院中のプラン活用』では、外泊等の<●入院中にプラン活用を試行する>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、退院後の生活とプラン内容をすり合わせるために入院中から活用することが必要であるとしている。

『援助希求行動への肯定的対応』では、SOS をキャッチできるように<●利用者の SOS の出し方を共有する> <●SOS を出せたことを評価する>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、医療機関では利用者自身がクライシス・プランを活用した SOS に対して肯定的に捉えることが必要であるとしている。

『入院から生活へプランをつなぐ』では、精神科病院の精神保健福祉士が<●医療から地域へ CP を引き継ぐ> <●利用者中心にプランを共有できるネットワークを構築する>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、作成されたままでクライシス・プランを活用するのではなく、実際に活用する上でその方法や内容を点検していくことが必要であるとしている。

『プランに基づく医療的対応』では、病状悪化時に速やかに対応するため<●医療機関の役割を明確にする>、医療機関へ<★プランに基づく医療的な対応を望む> <★医療機関に病状悪化時の対応を望む>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、クライシス・プランを活用する上で医療機関の役割として病状悪化時の対応や継続的に医療を利用できることが必要であるとしている。

以上が【クライシス・プランを活用する上での医療機関の役割】としてカテゴリー化されたものであり、その内容は利用者が入院中から退院後の地域生活に活用できるように試行し、実際の地域生活においては医療を継続でき、病状悪化時には医療的対応が得られるような役割が必要であると考えられる。

3)【クライシス・プランを活用する上での相談支援事業所の役割】

このカテゴリーは『伴走的なかかわりとマネジメント』『医療と連携したアウトリーチ』の二つのカテゴリーから生成された。

『伴走的なかかわりとマネジメント』では、定期的<●プランのモニタリングとマネジメントをする>、途切れない支援のために本人や家族に<●寄り添ってプランを活用する>、病状の変化について<★サービス利用計画を下地にしてモニタリングを行う>、地域生活支援を行う<★主体的な機関としてプランを活用する>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所と相談支援専門員の語りから生成され、地域生活支援においてクライシス・プランを活用する際には、福祉サービスの提供とともに継続的にモニタリングすることが必要であるとしている。

『医療と連携したアウトリーチ』では、地域生活支援において<★病院と連携してアウトリーチを行う>という相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、医療と連携したアウトリーチ支援の実現のためにクライシス・プランを活用することが必要であるとしている。

以上が【クライシス・プランを活用する上での相談支援事業所の役割】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランを活用する上で相談支援事業所の役割として、利用者の地域生活支援において福祉サービスの提供とともに、医療機関と連携し継続的なモニタリングのための役割が必要であると考えられる。

4)【クライシス・プランを活用する上での課題】

このカテゴリーは『医療と福祉の認識の差異』『地域生活支援での継続活用』の二つのカテゴリーから生成された。

『医療と福祉の認識の差異』では、緊急対応する機関と日常的にかかわる機関とはく●プランの役割によって認識の差異が生じる>、退院後はく●地域支援者がプラン活用する中で医療機関が連携する>、医療へのつなぎ方としてく★地域から医療へのアクセスができる>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、関係機関でクライシス・プランを活用する認識の差異によって、必要時に適切な支援につながりにくい課題が存在している。

『地域生活支援での継続活用』では、病院の地域生活支援としてく●プランを活用した退院後のフォロー体制を構築する>、クライシス・プランの作成だけでなくく●退院後のプラン活用に向けてかかわる>といった精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、クライシス・プランを作成した後に地域生活でどのように活用していくのかといった課題が存在している。

以上が【クライシス・プランを活用する上での課題】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランを活用する上での認識の差異や、退院後の地域生活において活用していくための方法や体制の課題が存在していると考えられる。

(4) 修正期

クライシス・プラン実践に内在するプロセスとして、クライシス・プランを活用する中で利用者の生活や病状の変化によって見直し・修正するための修正期が存在すると考えられた。この修正期として【クライシス・プランの修正における諸原則】【クライシス・プランの修正における課題】の二つのカテゴリーから構成された。

1)【クライシス・プランの修正における諸原則】

このカテゴリーでは『病状や生活状況に応じた修正』『継続したかかわりによる修正』の二つのカテゴリーから生成された。

『病状や生活状況に応じた修正』では、その時その状況のく●利用者の生活や病状に合わせて修正する>、再スタートのためにく★地域生活の失敗を参考にして修正する>、退院時のプランではなくく★生活能力の回復に応じて修正する>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、地域生活状況と本人の生活能力に応じてクライシス・プランを柔軟に修正していくことが必要であるとしている。

『継続したかかわりによる修正』では、地域生活をどのように過ごしたかく●モニタリングに基づいて修正する>、生活環境も変化していくためく●継続したかかわりを基盤にして修正する>、振り返りを重ねながらく★関係機関での情報共有を行って修正する>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、クライシス・プランを継続して活用する中で振り返りを行い、関係機関同士で状況を共有しながら利用者と修正していくことが必要であるとしている。

以上が【クライシス・プランの修正における諸原則】としてカテゴリー化されたものであり、その内容は地域生活の支援において継続したかかわりの中で本人の生活能力の改善状況に応じて、クライシス・プランの内容を柔軟に利用者とともに修正していくことが必要であると考えられる。

2)【クライシス・プランの修正における課題】

このカテゴリーでは『危機や失敗後の立て直し』『ケアマネジャーの不在』『修正が必要となる機会の共有』『利用者を中心とした修正』の四つのカテゴリーから生成された。

『危機や失敗後の立て直し』では<●危機的状況後に立て直す>方法の課題、<●危機対応における補完的に連携できる>ことへの課題、<★上手いいかない状況からプランを修正する>方法の課題等の精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、クライシス・プランがうまく機能がしなかった際の関係性の変化やアプローチに課題が存在している。

『ケアマネジャーの不在』では<●プランのケアマネジメントを行える>存在が不在といった精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、クライシス・プランの変更が必要になった時にどの機関のどのような職種が中心となって修正を加えていくのかが明確にされていない点に課題が存在している。

『修正が必要となる機会の共有』では本人と関係機関で<●修正する必要性を共通認識できる> <●プランが使用されていない時こそ修正する>ことへの課題という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、どのような時にクライシス・プランの修正が必要となるのか、利用者や支援者が共有するための課題が存在している。

『利用者を中心とした修正』では、地域生活上で<★即時に利用者と修正できる>ことや<★利用者の生活行動を中心として修正する>ことへの課題という相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、クライシス・プラン通りに本人が行動しなくても支援者側が切り替え、その利用者の意向に沿って修正していくことための課題が存在している。

以上が【クライシス・プランの修正における課題】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プランがうまく活用されなかった際に、修正のための利用者へアプローチする方法やどの機関が中心となって修正を行うのか、本人がクライシス・プラン通りに行動しなかった時にはその意向に沿って修正していくための課題が存在していると考えられる。

(5)機能的側面

クライシス・プラン実践に内在するプロセスとして、準備期・作成期・活用期・修正期が存在することが確認されたが、これらのプロセスだけでなく、クライシス・プラン実践における機能に関する側面についても抽出された。この機能的側面として【クライシス・プランの有用性】【クライシス・プラン実践の類型化】【クライシス・プランの形式と内容】【クライシス・プランの到達点】の四つのカテゴリーから構成された。

1)【クライシス・プランの有用性】

このカテゴリーでは『利用者が病気や生活を自己管理可能』『利用者との病気や生活状況の共有』『包括的なネットワーク構築』『家族の安心感』の四つのカテゴリーから生成された。

『利用者が病気や生活を自己管理可能』では、入院に至らないように<●利用者が病気や生活の自己管理できる> <●利用者自ら病状変化を振り返ることができる>、個別的で本人中心に<★地域生活で強みを生かし、弱みを補える>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事

業所の相談支援専門員の語りから生成され、入院に至らないように利用者本人が病気を含めた生活をコントロールできるような有用性が存在している。

『利用者との病気や生活状況の共有』では、ツールとして<●利用者で現状を共有できる>、支援者が<★地域生活の個別状況を利用者と共有できる>、注意すべきサインや症状等の<★利用者の変化を事前に把握できる>、相談の中で<★利用者で病状の変化を共有できる>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、利用者や支援者が共通して病状や生活状況を確認できるプランとしての有用性が存在している。

『包括的なネットワーク構築』では<●関係者が地域生活支援の方法を共有できる>、多機関からの<●多面的なサポート体制が得られる>、複数の機関がかかわることでの<★多面的な視点をえることができる>、かかわりが短い場合でも<★地域の見守りから医療へ繋げられる>、本人のことをよく理解でき<★利用者中心として関係機関が連携できる>といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、地域生活支援としてかかわる複数の支援者が共有でき、医療機関と地域の支援機関がつながりやすくなることへの有用性が存在している。

『家族の安心感』では<●家族の不安が軽減される> <●家族の本人へのかかわり方への気づきを得られる>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、利用者本人への接し方について家族が振り返り、家族の安心感が得られることの有用性が存在している。

以上が【クライシス・プランの有用性】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プラン実践は利用者が自らの病気や生活状況について自己管理できることや、医療機関と地域の支援機関がつながりやすくなるネットワークを構築することといった有用性が存在している。

2)【クライシス・プラン実践の類型化】

このカテゴリーでは『病状悪化事例』『自傷他害事例』『生活課題事例』の三つのカテゴリーから生成された。

『病状悪化事例』では<●病状の再燃を繰り返しているケース>、病識がなく<●入退院を繰り返しているケース>という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、病気の再発を繰り返している利用者に対する有用性が存在している。

『自傷他害事例』では<●自傷他害のリスクがあるケース> <★自殺願望があるケース>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、病気や生活状況の変化から自殺企図につながるリスクがある利用者に対する有用性が存在している。

『生活課題事例』では、家族が高い感情表出²⁾を示している<●家族関係不和があるケース>、相談相手がいない<●単身生活者のケース>、頼る人がいない<★一人暮らしで不安が強いケース>という精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、生活におけるソーシャルサポートに乏しい状況にある利用者に対して有用性が存在している。

以上が【クライシス・プラン実践の類型化】としてカテゴリー化されたものであり、その内容はクライシス・プラン実践は病気の再発や生活状況の変化から地域生活上で自殺企図等の課題が生じる可能性がある利用者やサポート体制が不十分な状態にある利用者に対する有用性が存在していると考えられる。

3)【クライシス・プランの形式と内容】

このカテゴリーでは『生活モデルに基づくプラン』『生活から医療の循環したプラン』『個別性に基づく緊急度がわかる形式』『地域生活上で実行可能なプラン』『利用者の体験と言葉からの作

成』の五つのカテゴリーから生成された。

『生活モデルに基づくプラン』では、医療内容だけでなく＜●生活レベルの内容も盛り込む＞、本人が自分を落ち着かせることができる＜●医療以外の対処方法を盛り込む＞、地域生活を継続できる＜★ストレングスを盛り込む＞といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の語りから生成され、医療による対応だけでなく、生活上での対処能力が高まるようなプランであることが望ましいとしている。

『生活から医療の循環したプラン』では、本人の気持ちが整理できるようなく＜●危機対処後のプランを作成する＞、地域に近い内容から＜●生活から医療へという段階を作成する＞といった精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、地域生活での対処や医療を用いた対処が整理された連続性のあるプランであることが望ましいとしている。

『個別性に基づく緊急度がわかる形式』では＜●個別性に基づいてフォーマットを作成する＞、＜★緊急性の段階が分かるようにフォーマットを作成する＞という精神科病院の清新保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、利用者の病状や生活状況の段階に応じて整理されている形式のプランであることが望ましいとしている。

『地域生活上で実行可能なプラン』では、本人や支援者にとって＜●地域生活支援に必要とされるプランを作成する＞、最初はスカスカでも＜★プランは実行性を優先する＞といった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、利用者の実行可能なプランであり、プランを活用していく中で深めていくことが望ましいとしている。

『利用者の体験と言葉からの作成』では、クライシス・プランには＜★利用者の言葉を用いて作成する＞、症状名ではなく＜★利用者の実体験に基づいて作成する＞といった相談支援事業所の相談支援専門員の語りから生成され、利用者本人にとって分かりやすい内容であり、利用者の体験に基づく言葉を用いていくことが望ましいとしている。

以上が【クライシス・プランの形式と内容】としてカテゴリー化されたものであり、その内容は医療的な対応だけでなく生活上での対処が計画されている段階的なものであり、その内容は利用者の体験に基づく言葉が用いられていることが望ましいと考えられる。

4)【クライシス・プランの到達点】

このカテゴリーでは『クライシス・プランの非専門化』『医療福祉制度における位置づけ』『適応事例の類型化』の三つのカテゴリーから生成された。

『クライシス・プランの非専門化』では＜●セルフプランとしてクライシスプランが用いられる＞、世話人等といった＜●誰でも利用者と共有できるプラン＞という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、誰でも活用でき、本人が作成していけるようなプランとなっていくことを望んでいる。

『医療福祉制度における位置づけ』では、クライシス・プランの＜●精神保健福祉制度上での位置づけが不透明＞、個別支援計画と合わせた＜●障害者総合支援法下でのクライシス・プランの位置づけ＞といった精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、今後クライシス・プランが支援実践の中で用いられていくためには制度の中で位置づけられていくことを望んでいる。

『適応事例の類型化』では、今後の共有すべきこととして＜●クライシス・プランが必要となる事例の類型化の必要性＞という精神科病院の精神保健福祉士の語りから生成され、どのような利用者にクライシス・プランが必要となっていくのか明確にされていくことを望んでいる。

以上が【クライシス・プランの到達点】としてカテゴリー化されたものであり、その内容は利用者自身が作成し、活用できるようなセルフプランであることや、制度上に位置づけられていくことといった

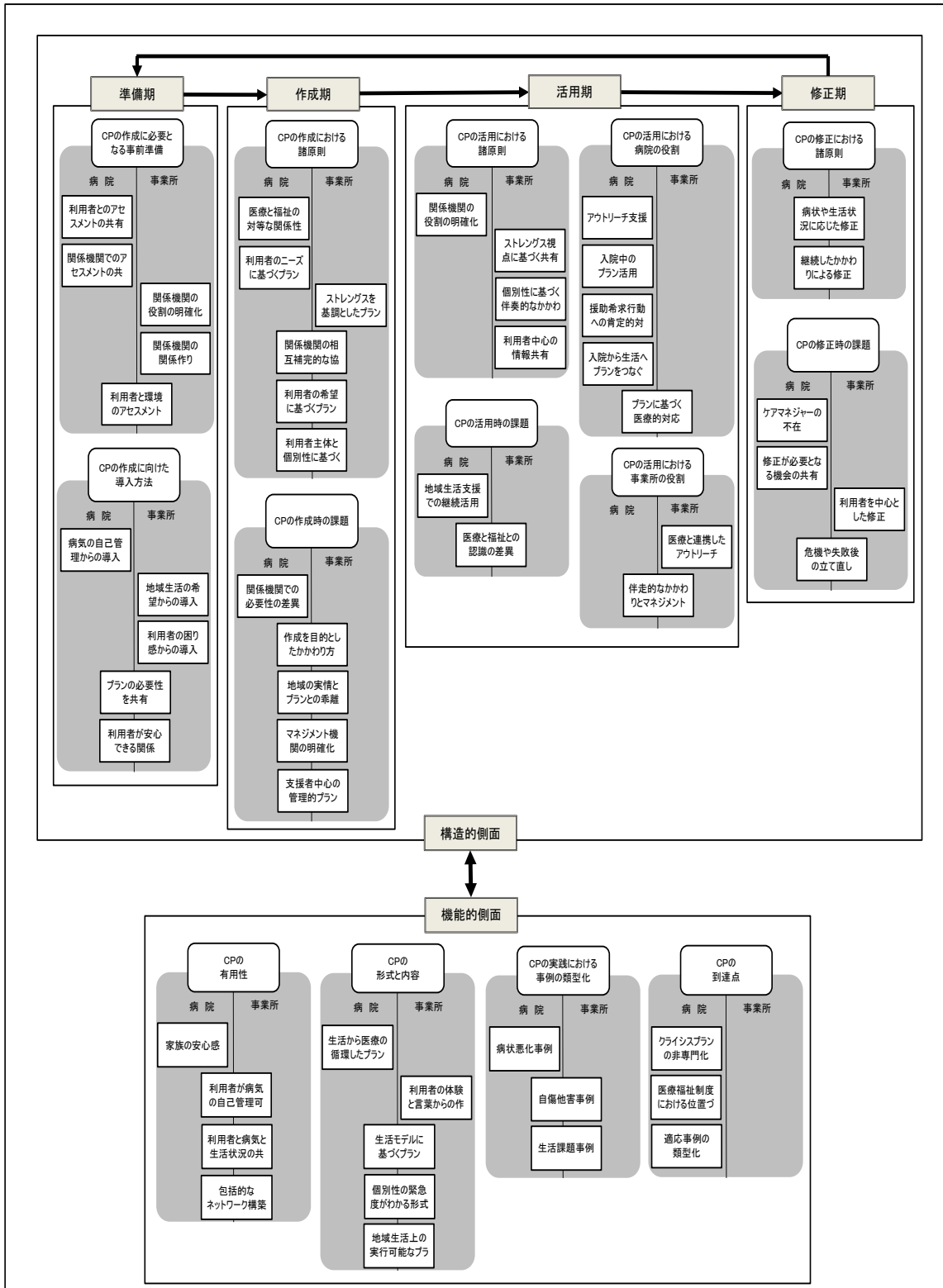
クライシス・プランの実践や制度上における展望における認識が存在していると考えられる。

3.2.3 分析②による結論

ここでの分析の目的として、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践プロセスとその構造等を検証するために、クライシス・プラン実践の経験を有する者のみのデータを用いて定性コーディングによって分析した。

その結果、クライシス・プランの実践には作成や活用の過程だけでなく準備や修正のための過程も存在していることが示され、クライシス・プラン実践には、準備期・作成期・活用期・修正期のプロセスが存在すると考えられた。加えて、各期の実践における構造的側面として、実践における原則や、今日的な実践上の課題を整理することができた。さらに、これらの実践プロセスや構造的側面だけでなく、本分析からクライシス・プランを精神障害者の地域生活支援で用いる上での有用性やその望ましい形式等といった機能的側面についても確認することができた。

これらの分析結果をもとに、各『コード』でそれらが内包する<ラベル>が精神科病院の精神保健福祉士または相談支援事業所の相談支援専門員、もしくは双方の語りによって生成されたものか、その認識状況を判別できるように図解化したものを図2-2に示した。以下、この構造的側面と機能的側面における精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の実践経験及び認識状況をもとに、医療と福祉が連携し、協働したクライシス・プラン実践の方法について考察する。



※1 病院 SW の語りのみで生成されたコードは、各カテゴリーの左側へ布置した。 ※2 事業所 SW の語りのみで生成されたコードは、各カテゴリーの右側へ布置した。 ※3 双方の SW の語りで生成されたコードは、各カテゴリーの実線上中央へ布置した。

図2-2 医療と福祉が連携したクライシス・プラン実践における構造と機能

(1) クライシス・プランの実践方法における構造的側面

まず、準備期での【クライシス・プランの作成に必要な事前準備】では、精神科病院の精神保健福祉士は利用者や関係機関とアセスメント内容を共有することを意識し、相談支援事業所の相談支援専門員は関係機関の関係性や役割分担を必要とする傾向にあった。【クライシス・プランの作成に向けた導入方法】では、精神科病院の精神保健福祉士は病気の自己管理から作成を行なっていくこと、相談支援事業所の相談支援専門員は利用者の地域生活への希望や困り感に基づいて作成を行っていくことを必要としている傾向にあった。このことから、医療と福祉が協働した準備期での実践方法として、クライシス・プランの作成に向けたアセスメント内容を共有するとともに関係機関の関係性を深め、利用者の個別性に応じて柔軟に病気と生活状況の双方から作成のための導入していくことが必要である。

こうした準備期の実践内容は、Joint Crisis Plan: JCP 作成のための1度目の準備会議の段階に相当すると考えられる。この準備会議では、当事者とケアコーディネーターへファシリテーターから JCP について説明がなされ、計画内容について協議される(Thornicroft G, et al. 2013)。また、この準備期におけるアセスメントでは JCP での支援者の態度として示されていた当事者の過去の治療経験や生活体験を個別的で固有なものであるとする尊重と、本人の希望や意向を尊重する態度(Farrelly S, et al. 2015)を参考に実践されていくことが重要であろう。そのため、クライシス・プランの作成に向けた準備としてアセスメントや導入のための方法とともに、その際の支援者の当事者に対する尊重の姿勢も不可欠であると考えられる。

次に、作成期での【クライシス・プランの作成における諸原則】では、利用者主体で個別性に基づき、利用者の希望から関係機関の協働によってクライシス・プランが作成される必要があることについて、医療と福祉で共通する実践内容であると考えられる。その上で、精神科病院の精神保健福祉士は医療と福祉の対等な関係性を意識し、利用者のニーズに焦点化する傾向にあった。一方で、相談支援事業所の相談支援専門員はストレングスを基調としたクライシス・プランの作成に重点を置く傾向にあった。【クライシス・プランの作成時の課題】では、双方のソーシャルワーカーともクライシス・プランが支援者中心で作成され、管理的なプランになってしまうことを懸念し、そのためにクライシス・プランの作成を目的としたかかわりやマネジメントのための機関の明確化が課題であるとされていた。その中で、精神科病院の精神保健福祉士は関係機関でクライシス・プランを作成するための必要性における差異が存在していることが課題であるとしていた。このことから、医療と福祉が連携し、協働してクライシス・プランを作成するためには、関係機関の対等な関係性の上で地域生活支援のためにクライシス・プランが必要であることを共有し、利用者主体で利用者のニーズとストレングスを基調にしてクライシス・プランを作成していくことを認識されることが求められる。また、作成における課題として管理的なプランとならないようにクライシス・プランの作成方法が示されるとともに、利用者へのかかわり方のトレーニングが必要になると考えられる。

この作成期の実践内容は、クライシス・プランを完成させる段階でもあることから、JCP 作成における2度目の計画会議に相当すると考えられる。計画会議は準備会議とは異なり、実際に JCP を作成するために当事者とケアコーディネーターだけでなく、実際に治療や支援を担当する専門職スタッフも参加し、JCP がまとめられる(Thornicroft G, et al. 2013)。計画会議でも独立したファシリテーターが関与するため、当事者の意向表明の機会が保障され、支援者間の対等な関係性が形成されることが推察される。しかし、クライシス・プランの作成では JCP のようなファシリテーターは存在せず、医療及び福祉サービス提供のシステムも異なる。こうしたことから、支援者中心で

作成されることで管理的なプランとなることが懸念されることと、ここで指摘された医療と福祉の対等な関係性の構築はクライシス・プラン実践においてより強く意識されるべき課題であろう。

また、この作成期でも準備期と同様に利用者の希望やストレングスを基調にすることが必要とされており、JCP の作成で重視される支援者の当事者への尊重する姿勢はクライシス・プランの作成においても重要であると考えられる。また、クライシス・プランの作成においては当事者を中心として治療や支援を直接担当するスタッフらが協働することから、JCP の作成で重要とされていた「専門職の治療や支援を黙って受け入れる」患者・支援者の役割からの脱却(Farrelly S, et al. 2015)の姿勢は、クライシス・プランの作成の段階とともに、活用していく段階においても重視されることで、当事者が望む地域生活の実現やエンパワメントが促されるのではないかと考えられる。

活用期での【クライシス・プランの活用における諸原則】では、精神科病院の精神保健福祉士は関係機関の役割の明確化が必要とされていた。この認識は【クライシス・プランの作成に必要な事前準備】での相談支援事業所の相談支援専門員の語りによって生成されたコードと同様であり、クライシス・プラン実践の過程の違いからそれぞれの機関の役割によって生じる認識であると考えられる。つまり、準備期と作成期におけるクライシス・プラン実践における各機関の機能や役割の比重から、双方の機関が実践過程で異なるものの相互に実践上で役割の分担や明確化を必要としていると推察される。そして、相談支援事業所の相談支援専門員の語りから、個別性に基づく伴走的なかかわりとともにストレングス視点に基づいて利用者中心の情報共有を行うための活用が実践されていた。【クライシス・プランの活用時の課題】では、医療と福祉との認識の差異が生じることについて精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員に共通する課題であった。その中で、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランが作成できたとしても、退院後の生活支援においてクライシス・プランを活用していくことに困難さを抱くことが推察される。また、相談支援事業所の相談支援専門員はクライシス・プランの活用においてストレングス視点による個別性に基づく伴走的なかかわりが必要であるとし、病状悪化時の対応においては医療とのつながりを求めており、この点で十分にクライシス・プランを活用することで得られていくのか不安を抱いていると考えられる。つまり、医療と福祉が連携したクライシス・プランの活用においては、伴走的なかかわりを福祉が中心に担いながら、危機的状況には適切に医療へつながることができる役割と計画の実行性が担保されていることが必要とされていると考えられる。

一方で、JCP の先行研究における活用については、十分に当事者や支援者によって保有されておらず、適宜活用されていくことが重要であるとされていた(Thornicroft G, et al. 2013)。また、JCP の活用方法についての研究は現状ではなされておらず、ここで示したクライシス・プランの活用期における実践方法は一つの重要な示唆である。つまり、病状悪化等の危機的状況において当事者の事前の自己決定を保障していくためには、伴走的なかかわりを実践していくことが必要であると考えられる。

そして【クライシス・プランの活用における病院の役割】として、精神科病院の精神保健福祉士は利用者が入院中からクライシス・プランの活用を行い、地域生活へつなげていき、実際に地域生活上ではアウトリーチ支援を行いながら必要時に利用者からの援助希求行動に肯定的に対応していくことが必要とされていた。そして、クライシス・プランに基づく医療的対応が病院の役割であるという精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員が共通して認識している役割であると考えられた。【クライシス・プランの活用における事業所の役割】として、伴走的なかかわりとマネジメント機能を担っていくことを精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所と相談

支援専門が共通して認識している役割であった。しかし、医療と連携したアウトリーチが相談支援事業所の相談支援専門員のみが認識する役割として存在しており、利用者の地域生活支援における福祉的なかかわりの中で医療との連携を求めていることがうかがえた。このことから、精神科病院の精神保健福祉士は利用者からの援助希求行動があった時や医療が必要となった際には地域との連携を必要としているが、相談支援事業所の相談支援専門員は地域生活上での伴走的なかかわりを担うことを認識しながらも医療との連携を深めていけるようなクライシス・プランの活用方法を必要としていることが推察される。つまり、医療と福祉が連携してクライシス・プランを活用する上で、医療的対応を医療機関に求めることへの共通認識は得られるものの、日常的な地域生活でのかかわりにおける役割分担や連携において認識の差異が生じると考えられる。このようなクライシス・プランの活用期における実践内容だけでなく、クライシス・プランの実践経験に基づいた精神科病院の役割や相談支援事業所の役割と協働方法を示すことができた。この点は、JCP 等の **Advance Statement**: 事前宣言の先行研究において確認することができなかつた内容であり、国内の精神医療保健福祉制度を踏まえた独自の研究成果である。

修正期での【クライシス・プランの修正における諸原則】では、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員が共通して継続したかかわりにより、病状や生活状況に応じた修正が必要とされていた。また【クライシス・プランの修正時の課題】では、精神科病院の精神保健福祉士は修正する上でのケアマネジャーが不在であること、修正が必要となる機会を利用者と共有することの課題が存在していた。相談支援事業所の相談支援専門員は、利用者を中心とした修正を行っていくことを課題としていた。つまり、利用者の病状や生活状況に応じて修正することが必要としながらも、修正に向けて中心となるケアマネジャーが不明確であることが、再アセスメントしクライシス・プランを修正していくことが課題となっていると考えられる。

こうした修正のための実践内容について、JCP では定期的に見直され、その時々状況にあったものへと修正すること(Sutherby K, et al. 1999)としている。しかしながら、このような修正について具体的方法は示されておらず、JCP を活用する上で十分に保有されていなかったという課題が存在した(Henderson C, et al. 2009)。そのために、修正の方法まで検討することに至っていないと考えられる。したがって、クライシス・プラン実践における修正方法については、今後の実践の積み重ねから明らかにされていくことが必要である。

(2)クライシス・プランの実践方法における機能的側面

クライシス・プランの実践方法における機能的側面として【クライシス・プランの有用性】では、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを用いることで家族の安心感が得られる有用性が示されていた。そして、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員に共通して示されたクライシス・プランの有用性として、利用者の病気の自己管理を可能にし、病状や生活状況を共有することができ、クライシス・プランをもとに包括的なネットワークを構築することができるというものであった。これらから、クライシス・プランには利用者が自らの病気や生活をコントロールできるといった個人的側面における有用性と、医療と福祉の連携に基づくソーシャルサポート・ネットワークの構築といった環境的側面における有用性が存在すると考えられる。

海外の JCP の有用性として、精神障害者自らの病状や生活状態の自己管理の感覚を高めることにより、当事者のエンパワメントと自己決定を促進できること(Henderson C, et al. 2009)や、治療や支援を担当する専門職との関係性を改善する(Thornicroft G, et al. 2013)といった個人的

側面における有用性が報告されている。こうした点から、クライシス・プランでも JCP と同様の有用性が得られることが想定できるとともに、家族の安心感や包括的なネットワークが構築できるといった環境的側面は、JCP ではこれまでに検証されていない側面である。このような環境的側面における有用性は、精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを用いる上で今後検証していくべき有用性であると考えられる。

【クライシス・プランの形式と内容】では、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランの内容として生活から医療、そして生活へとつながっていくものであること、相談支援事業所の相談支援専門員は利用者の実体験とその言葉からプランの内容が作成されるものであることを前提として、個別的で緊急度がわかる形式であることが望ましいと認識していた。このことから、クライシス・プランの形式は地域生活における支援(ケア)から医療(キュア)までの状態や対応のあり方が示されているもので、その内容は利用者が用いる言葉や体験によって記載されるものであることが重要である。

JCP においても計画の内容は一人称で非専門用語によって記載される(Henderson C, et al. 2008)としており、ここでの利用者の実体験とその言葉から作成される結果と共通したものであると言える。一方で、JCP の項目は再発時のサインやその対処方法、病状が悪化した際の治療意向等が挙げられている(Sutherby K, et al. 1999)。一方で、クライシス・プランの形式には地域生活における支援(ケア)から医療(キュア)までの状態や対応内容が示されていることがその機能を得られるために重要であることが示された。この点は、クライシス・プランを活用するためには、伴走的なかかわりにより病状悪化等の危機的状況において当事者の事前の自己決定を保障していくことができると想定される。こうしたことから、クライシス・プランの実践では支援(ケア)から医療(キュア)までの状態や対応が示された形式により、医療と福祉が協働していくことに特徴を有すると考えられる。

【クライシス・プランの実践における事例の類型化】では、どのような利用者にクライシス・プランの実践が有効かといった認識について精神科病院の精神保健福祉士は病状悪化を繰り返す事例に実践できると認識しており、また双方共通して自傷他害行為が生じる利用者や地域生活上での困難さを抱えている利用者にも有効であると認識されている。

JCP の Randomized Controlled Trial:RCT による介入研究では、過去2年間に緊急入院をした経験がある統合失調症、統合失調感情障害、双極性障害といった精神障害者を対象にしたもの(Henderson C et al. 2004)や、直近1年間で1回以上の自傷行為がある境界性パーソナリティ障害の患者を対象にしたもの(Borshhmann R et al. 2013)といった、その精神障害による課題と疾患名を明確にしている。ここでの分析から得られたクライシス・プランが有効である事例として、病状悪化を繰り返す事例や自傷他害行為が生じる利用者といった点から、JCP と同様の精神障害による課題に対する実践方法として用いていける可能性がある。今後、どのような疾患や事例に対してクライシス・プランが有効であるのかといった点は、実践研究等により具体性を示していく必要がある。

【クライシス・プランの到達点】では、精神科病院の精神保健福祉士による認識として、クライシス・プランの作成と活用が医療福祉制度に位置づけられ、どのような事例において有用なのかを明らかにされていくことへの期待であり、今後のクライシス・プランに関する実践や研究における課題とも捉えられる。そして、利用者のセルフプランとして非専門化されていくことが将来的なクライシス・プランの姿であると認識されている。

こういった点は、国内のクライシス・プランに関する今後の研究課題である。特に、クライシス・プランを実践で用いることの有効性を実証できることは、制度への位置づけるための根拠となり、また効果的な事例についても明示することができる。JCP の先行研究に見られるような実証的な介入研究は、今後のクライシス・プランの研究においても肝要である。そのためには、共通したクライシス・プランの実践枠組みとしてのモデルが早急に示されていくことが不可欠である。

(3) 医療と福祉の協働によるクライシス・プランの実践方法

退院後生活環境相談員テキスト(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)で、精神障害者の地域移行や地域定着の支援において医療と福祉が連携してクライシス・プランを作成し、活用することが推奨されているものの、具体的な作成方法や活用方法については明記されていない。そのような中で、本分析ではクライシス・プラン実践におけるプロセスとして、クライシス・プランの作成に向けた準備期が存在し、関係機関の関係づくりや、作成のための導入方法が必要とされている。さらに、クライシス・プランを活用する中で利用者の病状や生活状況の変化に応じた修正期が存在し、評価やモニタリングを踏まえた修正が必要とされている。こうしたことから、実際のクライシス・プランの実践状況では、準備期・作成期・活用期・修正期が存在し、これらのプロセスを意識した実践が求められる。

また、クライシス・プラン実践における精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員における各段階での実践行動・認識に差異が存在していた。これらは、各機関の機能や専門性における認識の特徴でもあると言える。そのため、医療と福祉が密に連携してクライシス・プランの実践を展開していく上では、各段階における各機関の実践行動・認識の差異とともに、その機能や専門性を踏まえていくことが重要であり、関係機関の対等な関係構築と情報交換・情報共有の機会が求められることといった観点を示すことができた本分析結果は大きな意義がある。

最後に、本分析で得られた結果を整理し、医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践方法について明示する。

まず、クライシス・プランの作成に向けて、事前の準備(準備期)が必要である。準備期では、作成に向けたアセスメントや導入が求められ、その際には利用者の希望と個別性にに基づき、柔軟に病気と生活状況の双方からその必要性を当事者と共有していくことが求められる。Sutherby KS et al.(1999)は JCP を作成する際に自らの希望が反映されている際には、より自らの治療に参加し病状を自己管理できると報告しており、このことは利用者の希望やストレスに着目した準備が大切であると考えられ、その際には支援者の当事者に対する尊重の姿勢が不可欠である。さらに、医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践として、関係機関の対等な関係性を形成していくことも求められる。

そして、実際にクライシス・プランを作成していく段階(作成期)では、第一に JCP のような独立したファシリテーターが存在しないために、支援者中心で作成され、管理的なプランとなる場合があることに留意して当事者の合意を得られるように進めていくことが求められる。そのため、準備期と同様に支援者の当事者の固有な経験を尊重する姿勢は重要であり、この支援関係には「専門職の治療や支援を黙って受け入れる」患者・支援者の役割からの脱却(Farrelly S, et al. 2015)した態度が基盤になると考えられる。また、クライシス・プランを作成する上では当事者と支援者との関係性だけでなく、支援者間の関係性も重要である。そのために、協働する関係機関同士の専門性の尊重や役割の明確化から対等な関係性を形成し、クライシス・プランに反映させて作成を進める

ことが必要である。

このときに作成されるクライシス・プランの形式と内容として、作成された後の活用性を高めるために、地域生活支援における伴走的なかかわりを行いながら、病状悪化時の医療的な対応が可能となる支援(ケア)から医療(キュア)までの状態とその対応方法が示された形式であることが求められる。そして、その内容は利用者の個別性に基づきつつ、利用者の言葉や体験を踏まえたものであることが重要である。Farrelly S et al.(2015)は、JCPを用いた支援においては利用者の個別性を尊重し、精神障害者の過去の治療経験を踏まえることが重要であるとされており、このような点から利用者と支援者との関係性が向上するとしている。こうしたクライシス・プランの形式や内容も、特に地域生活支援上での当事者及び支援者における重要性の認識を高める上で重要である。

クライシス・プランを活用する段階(活用期)では、作成期で重要とされた「専門職の治療や支援を黙って受け入れる」患者・支援者の役割からの脱却(Farrelly S, et al. 2015)した態度を継続していくことで、当事者が望む地域生活の実現やエンパワメントが促されるのではないかと考えられる。こうした態度から、伴走的にストレングスマデルに基づいたかかわりにつながり、さらに地域生活を送ることができている点を利用者中心に情報を共有できることが一層のエンパワメントを促進することが期待される。しかし、今日の公的に示されているクライシスプランは、注意すべきサインや病状悪化時の対応方法等といった危機時の対応のみに焦点化されている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)。また「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」(厚生労働省 2018)で措置入院患者の退院後支援計画の作成において病状が悪化した場合の対処方針も合わせて作成されていることが望ましいとしているが、その項目でも病状悪化の兆候とそれの際の本人と支援者の対処に焦点化している。こうしたことから、現行制度上のクライシスプランでは病状悪化等の危機的状況だけに対する支援計画となり、地域生活上の活用性が高まらず、何よりも精神障害者の地域生活支援の本来の目標でもある社会参加やエンパワメントにつながらないと考えられる。

PAD や JCP といった海外の Advance Statement: 事前宣言は、将来の判断能力が低下した際の自己決定を保障する権利擁護のためのツール・方法でありながら、その研究課題として当事者と支援者による活用が十分でないことが課題とされていた。こうした中で、本分析の結果から、病状悪化等の危機的状況において当事者の事前の自己決定を保障していくためには、伴走的なかかわりを実践していくことが必要であるという示唆を得ることができた。つまり、精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランが活用されていくためには、当事者が安定して生活できる状況を継続できる点も含めて作成し、安定した状態を維持できることから活用でき、利用者を中心として支援者と情報共有していくことが重要であると考えられる。

こうしたことから、クライシス・プランの活用方法として病状や生活が安定した状態を継続していけるためにクライシス・プランを用いて支援者がかかわることが求められる。このような活用により、利用者が自らの病気や生活の自己管理できることで自己効力感が高まり、地域生活を送る中でエンパワメントが促されていく。そのような中で、図らずも病状悪化等の危機状況となった際にクライシス・プランを参考として乗り切ることが可能になると考えられる。つまり、クライシス・プランは病状悪化時の“クライシス・アドボカシー”を目的としつつ、一方で自らの疾病や障害を安心して管理でき安定した地域生活を送ることができる権利を擁護するための支援としての“セーフ・アドボカシー”を目的としているのである。

精神障害者の地域生活支援においては、このような“早期・予防”と“危機・悪化”における支援場

面におけるアドボカシーを意識したクライシス・プラン実践の中で、医療と福祉が協働したエンパワメントのためのアプローチが行われていくことが望ましいと考えられる。こうしたクライシス・プランを活用した支援実践においては、医療と福祉の協働が不可欠である。しかしながら、クライシス・プランに基づいて医療的対応を医療機関に求めることへの役割の認識は共通しているものの、日常的な地域生活でのかかわりにおける役割の認識に差異が生じる可能性があり、この点に関する連携が課題になると考えられる。

このような医療と福祉が協働したクライシス・プランの活用が継続されていく場合には、当事者の病気や生活状況の変化に応じた修正の段階(修正期)を踏んでいくことが可能になる。そのため、日常的な関係機関間でのネットワークをもとに、情報共有を行なっていくことが必要である。

ただし、医療と福祉が協働したクライシス・プラン実践を行なっていく上で、クライシス・プランのマネジメント機関の明確化の課題が存在する。クライシス・プランの実践過程において、クライシス・プランを中心となってマネジメントする機関が変わっていく可能性がある。また、精神障害者との関係性を中心にマネジメント機関が変わることも想定される。医療と福祉が連携しクライシス・プラン実践を行う上では、どのような機関が中心となってマネジメントを図っていくのか、今後の検討が求められる。

第4節 本章における調査の限界と課題

本章における調査目的は、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにするために、その実践における視点と態度、実践の構造を探索的に検証することであった。そのために、実際のクライシス・プランの実践経験及び認識内容について、医療側は精神科病院の精神保健福祉士から、福祉側は相談支援事業所の相談支援専門員を対象に半構造化面接を実施した。そして、その定性データから①クライシス・プランを実践する上で必要とされる視点や医療と福祉の特徴として捉えられる態度(総論的目的)をテキストマイニングにより分析し、②クライシス・プランの実践プロセスとその構造ならずに機能(各論的目的)を定性コーディングにより分析した。しかしながら、本章における調査及び分析における限界が存在する。

一つ目に、調査対象者のサンプリングに偏りが存在することである。本調査を実施する上で、ソーシャルワーカーが実践経験の有無による傾向からクライシス・プランの実践をどのように捉え、どのような視点を必要としているか等を確認できることを優先し、実際に調査を実施する対象者にはクライシス・プランの実践経験及び知識レベルでの認識を有していることが求められた。そこで、その選定方法として調査対象者から次なる調査対象者として、要件を満たす者を紹介してもらったスノーボール・サンプリング法を選択した。そのため、調査対象者の選定においてさまざまなバイアスが存在するとともに、サンプル数についても限定的であり、母集団の代表性が担保されているものではない。本調査結果は、特定の経験・状況を検証したものであり、この結果を母集団における結果として一般化することは困難である。

このような点を踏まえ二つ目に、テキストマイニングによる分析結果についても慎重に解釈する必要がある。テキストマイニングは、テキストデータを定性的分析のみならず多変量解析による定量的分析でも検討できる方法とされているが(樋口 2014:15)、形態素の分析等の定性的分析の側面において分析者の恣意性のすべてを取り除くことは困難である。さらに、クライシス・プランの実践経験の有無によるその視点と態度の傾向について分析したものの、上述した本調査における

サンプリングの課題が存在するために、さらに限定的なサンプルにおける結果である。つまり、定量的な分析を実施したものの、そのサンプリングの偏りや限定的なデータであることから、仮説的結果として捉えなければならない。

そして、三つ目に定性コーディングによる分析において、その分析過程において精神保健医療福祉分野の研究者や実践家、社会福祉学研究者からのフィードバックを得て実施したが、調査者と分析者が同一である等、研究者の恣意性の全てを排除できているとは言えない。こういった点からも、本調査結果からクライシス・プランの実践プロセスや構造等について示すことができたとは言えず、限界が存在する。そのために、本調査で得られた結果を踏まえ、仮説として量的調査によって実証的に検証していくことが必要である。

最後に、クライシス・プランを地域生活支援に用いていくために、さらなる研究課題が存在する。本調査結果より、クライシス・プランの実践には準備期・作成期・活用期・修正期といったプロセスが存在することが示唆された。しかしながら、クライシス・プランは全ての精神障害者がその対象となるのか、どのような課題・疾患に有効性が存在するのかという課題が存在する。支援者が必要だと考えていたとしても精神障害者本人が作成を望まない場合も考えられ、全ての精神障害者がクライシス・プランの作成を希望するわけではない。そのため、今後はどのようにクライシス・プランを作成や活用していく対象を発見していくのか、その発見という点においても検討されていくことが必要であろう。そのためには、どのような事例においてクライシス・プランの有用性が存在するのかといった観点からの調査も必要である。

加えて、クライシス・プラン実践が危機的状況だけでなく、病状や生活が安定した状態が維持できるように日常的に活用していくことが重要である点を確認することができた。その上で、これらの支援場面におけるクライシス・プランの活用を促進するために、支援者に対してどのような要因が影響するのか、その上でクライシス・プランを普及していくために必要となる事柄はどのようなことなのか、これらについて明らかにしていくこともクライシス・プランを用いた地域生活支援を推進していくためには不可欠である。

第5節 精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法に関する探索的検証の小括

本研究は、精神障害者の地域生活支援における支援計画として医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証することを目的としている。その際、クライシス・プランを精神障害の疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態としての特徴に応じた個別的で統合的な生活支援のための包括支援モデルによる支援計画として捉える。そして、このようなクライシス・プランは、医療と福祉の協働によって作成され、活用されていくことが求められる支援計画であり、今日の精神保健医療福祉制度における支援に用いていくための実践モデルを提示することを目指すものである。

そこで本章では、クライシス・プランの実践における視点と態度、実践の構造について探索的に検証するために、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員を対象として、実際のクライシス・プランの実践経験及び認識内容について半構造化面接により調査した。そして、得られた定性データをテキストマイニングと定性コーディングの方法を用いて分析し、その結果、下記のような示唆を得ることができた。

- ① 精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランは、病状悪化等のリスク・マネジメントのためだけでなく、安定した生活を続け、当事者の希望する地域生活を実現するための目標志向型の支援計画として、ストレングスを基調にして実践すること。
- ② ソーシャルワーカーのクライシス・プラン実践経験から、「医学モデル」だけでなく「生活モデル」をも包含した「包括支援モデル」による実践が望ましい。「包括支援モデル」によるクライシス・プラン実践の目的は、「キュア」の視点による危機・悪化の支援状況では、疾病への対応における権利擁護(クライシス・アドボカシー)であるとともに、「ケア」の視点による早期・予防の支援状況では内的資源を活かせるように地域生活の継続の保障(セーフ・アドボカシー)でもあること。
- ③ クライシス・プランの実践には、準備期・作成期・活用期・修正期のプロセスが存在する。そして、医療と福祉が協働して実践するためには、関係機関の対等な関係性の形成と、機関の機能や専門性によって各期における実践行動及び認識に差異が存在することを相互に理解し、密な情報交換と情報共有を行える繋がりと機会が重要であること。
- ④ クライシス・プランの実践は、地域生活における支援(ケア)から医療(キュア)までの状態や対応方法が示された形式により、病状悪化等の危機的状況において当事者の事前の自己決定を保障していくためには、当事者が安定して生活できる状況を継続できる伴走的なかかわりが必要であること。

しかしながら、本調査において示唆されたクライシス・プランの実践における視点や態度、そして実践プロセスと構造については、調査方法及び分析方法に課題が存在し、その結果を一般化することに限界がある。そのため、本調査結果をもとにした実証的な研究によって、さらなる検証が求められる。

そこで、次章ではここでの調査結果を踏まえた量的研究を実施し、医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法について明らかにする。さらに、クライシス・プランの実践における医療と福祉の協働方法、クライシス・プランの活用に影響する要因等を検証する等を通して、精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランの実践モデルの提示を目指す。

文末脚注

- 1) 対応分析は、2次元の散布図において項目間の関係性とその特徴語・コードの違いを可視化することができる。対応分析では、原点(0.0)からみて各項目の方向に布置されているコード、それも原点から離れているコードほど、各項目を特徴づけるものであると解釈される。寄与率は、その成分だけで元のデータをどの程度説明できているかを表している。
- 2) 感情表出(Expressed Emotion:EE)は、家族が精神障害者本人に接する際の感情表現の仕方を意味し、統合失調症の再発と家族の感情表出の関係について、本人に対する家族の感情表出に批判、敵意、過度の感情的巻き込まれ等が強くみられる「EEが高い(高EE)」の場合、そうではない「EEが低い(低EE)」と比べて再発率が高くなることが明らかにされている(伊藤1994)。

第2章 引用文献

- Broschmann R, Barret B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, Slade M, Sutherby K, Szmukler G, Thornicroft G, Hogg J & Moran P. (2013) 「Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial.」『The British Journal of Psychiatry』202,357-364.
- Farrelly S, Lester H, Rose D, Borchwood M, Marshall M, Waheed W, Henderson C, Szmukler G & Thornicroft G. (2015) 「Improving Therapeutic Relationships : Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders.」『Qualitative Health Research』 25(12), 1637-1647.
- 藤井千代 (2011) 「事前指示 これからの精神科地域ケア—統合失調症を中心に—」『臨床精神医学』 40(5), 683-690.
- 古屋龍太(2015)『精神障害者の地域移行支援(退院環境調整カガイドラインと病院・地域統合型包括的連携クリニカルパス)』中央法規.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukle G. (2004) 「Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomized controlled trial.」『BMJ』 329,136-138.
- Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G & Zinkler M. (2008) 「A Typology of Advance Statements in Mental Health Care.」『PSYCHIATRIC SERVICES』59(1),63-71.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukler G. (2009) 「Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial.」『Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology』44,369-376.
- 樋口耕一(2014)『社会調査のための計量テキスト分析』ナカニシヤ出版.
- 伊藤順一郎 (1994) 「家族の感情表出と分裂病患者の再発との関連」『精神医学』36(10), 1023-1031.
- 狩野俊介 (2017) 「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの有用性と活用に向けた今日的課題」『精神保健福祉』48(2), 130-138.
- 狩野俊介, 三浦剛(2019) 「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.
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2016)『精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン』
- 厚生労働省(2014)『改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテキスト』(平成 26 年 3 月)
- 厚生労働省 (2018)『地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについて』(平成 30 年3月 27 日)
- 村社卓 (2012) 「チームマネジメントの未活用要因および活用条件 —ケアマネジメント実践におけるチームマネジメント概念の検討」『社会福祉学』 53(2), 17-31.
- Nicaise P, Lorant V & Dubois V. (2013) 「Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review.」『Health and Social Care in

- the Community』21(1),1-14.
- 日本医師会精神保健委員会(2016)『長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方』報告書(平成28年5月).
- 野村照幸・森田展彰・村杉謙次・ほか(2017)「医療観察法指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因について」『司法精神医学』12, 2-10.
- 大高庸平・城丸璃恵・いとうたけひこ(2010)「手術とホルモン療法を受けた乳がん患者の心理」『昭和医会誌』70(4), 302-14
- 佐藤郁哉(2008)『質的データ分析法 ー原理・方法・実践』新曜社, 33-114.
- 白澤政和(2009)『ストレングスモデルのケアマネジメント -いかに本人の意欲・能力・抱負をたかめていくか』ミネルヴァ書房, 183-190.
- Sutherby K & Szmukler GI. (1998) 「Crisis cards and self-help crisis initiatives.」『Psychiatric Bullentin』22(1), 4-7.
- Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Wagner R, Moser LA, Wilder C & Gilbert AR. (2008) 「Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions.」『J Mental Health』17(1), 255-267.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, Barrett B, Byford S, Henderson C, Suthrby K, Lester H, Rose D, Dunn G, Leese M & Marshall M. (2013) 「Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial.」『Lancet』381,1634-1641.
- 吉池毅志, 栄セツコ(2009)「精神科ソーシャルワーカーの精神保健福祉実践活動 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理 ー精神保健福祉実践における「連携」に着目して」『桃山学院大学総合研究所紀要』34(3), 109-122.

第3章 精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態調査

本章では、本研究の目的である「精神障害者の地域生活支援における支援計画として医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証すること」の達成に向けて、ソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態調査を実施する。この実態調査の結果をもとに、クライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにすることから、本章は本研究における実証的な検証の根幹となるものである。

これまでのクライシス・プランに関連する国内外の先行研究の文献検討、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員におけるクライシス・プランの実践経験及び認識における探索的検証の結果は、ここでの実態調査を実施する上での枠組みと実証すべき課題の設定に貢献する。こうした実態調査から、クライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにし、国内の精神保健医療福祉制度におけるクライシス・プランの実践モデルを提示する。

第1節 本章における調査目的

上述したように、本章における実態調査は、本研究の目的である「精神障害者の地域生活支援における支援計画として医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証すること」を達成する上で、根幹をなす実証的な調査研究である。そこで、クライシス・プランに関する制度上の課題、研究及び実践上の課題について改めて整理する。

まず、制度上の課題について、精神障害者の地域生活支援のためのクライシスプランの作成と活用について、今日の公的なガイドライン（例えば、厚生労働省 2014）等で示されている内容として、その具体的な作成方法や活用方法は提示されていない。また、地域生活支援上の病状悪化時等の危機状態における対処方針とすることができるとされており、このようなリスク・マネジメントに偏ったものでは、支援者が精神障害者の地域生活を監視し、管理することや、腫れ物にさわらないような矮小化した生活支援につながり、偏見や差別を助長することが懸念される。

そして、研究上の課題としてクライシス・プランに関連する先行研究として PAD や JCP について文献検討した結果、その作成方法や作成における効果を検証する研究がなされているものの、実際の活用は十分になされていないことが課題とされていた。また、PAD には法制度上の拘束力があることや、JCP には作成時に独立したファシリテーターが関与すること等、それぞれ独自の作成方法や運用によって研究及び実践がなされていた。そのため、エビデンスレベルが高い JCP を参考にすることが望ましいものの、諸外国の取り組みをそのまま国内に取り入れることは困難であり、独自にクライシス・プランの作成方法や活用方法を検証することが必要であると考えられた。

その上で、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員に対してクライシス・プランの実践経験及び認識について半構造化面接により調査し、その実践に必要な視点と医療と福祉に特徴的な態度、実践プロセスと構造について探索的に検証した。その結果から、クライシス・プランの実践は「ケア」の視点による早期・予防の支援状況では内的資源を活かせるように地域生活の継続の保障（セーフ・アドボカシー）と、「キュア」の視点による危機・悪化の支援状況では、疾病に対する必要な対応による権利擁護（クライシス・アドボカシー）を目的とされている。そのために、クライシス・プランには地域生活における支援（ケア）から医療（キュア）までの状態や対応の内容が示された形式であることが望ましい。そして、実践方法としてそのプロセスには準備期・作成期・活用期・修正期が存在し、各期で精神科病院と相談支援事業所の機能や専門性によって実践行動及び認識に差異が存在するために、関係機関の対等な関係性の形成と密な情報交換等を行えるつながりが重要であると考えられた。

以上のように制度上で示されているクライシスプランの実践方法と実支援におけるクライシス・プランの実践方法は異なっていることが想定される。そこで、本調査においては実支援で想定されるクライシス・プラン

の実践の枠組みを用いて、その実態からその作成方法と活用方法を明らかにする。加えて、諸外国の先行研究では活用について課題とされていたことから、この点についても本調査に取り入れていく。そして、これらの結果から、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践モデルについて提示する。

なお、本調査は公益財団法人ユニバーサル財団の2018(平成30)年度研究助成(課題名:精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が連携した危機対応計画の作成と活用のあり方に関する研究)を受けて実施した調査データをもとに検証する。

第2節 研究方法

2.1 対象

精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにし、実践モデルを提示するため、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員を対象とする。この理由の一つとして、第1章において、海外の先行研究から精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践に重要と捉えられる概念の中に「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」等が存在し、これらはソーシャルワーカーの価値・理念と一致することを確認した。そのため、ソーシャルワーカー(精神科病院と精神保健福祉士及び相談支援事業所の相談支援専門員)におけるクライシス・プラン実践の実態から明らかにできることが望ましいと考えられた¹⁾。

そこで、精神障害者の地域生活支援における支援経験又は知識を有しているものとして、公益社団法人日本精神保健福祉士協会に入会しており、当協会の研修機会等に参加経験がある構成員を対象とした。その上で、2019(平成31)年4月10日現在で所属機関が精神科病院の構成員650名、相談支援事業所の構成員450名、保健所の構成員108名(全数)、計1,208名分を構成員名簿から無作為に抽出された調査ラベルの提供を受けた^{2),3)}。

2.2 方法

郵送法によるアンケート調査を実施することとした。調査期間は、2019年5月上旬にアンケートを送付し、5月下旬までに返信するよう依頼した。

なお、本研究におけるデータ分析においては全体を単純集計する際には保健所の構成員、その他の所属機関の構成員分を含めて記述するが、平均値の比較等といった多変量解析を行う際には精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員におけるデータを中心に分析した。

2.3 アンケートの作成

アンケートは、第2章におけるクライシス・プラン実践の経験を有する精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員における半構造化面接より得られたデータについて、定性コーディングによって分析した結果をもとに項目を作成した。また、精神障害者の地域生活支援に従事し、クライシス・プランの作成及び活用の経験を有する精神科病院の精神保健福祉士3名と相談支援事業所の相談支援専門員3名の計6名によるエキスパートレビューを受け、内容の妥当性を検討した。さらに、精神障害者の地域生活支援に従事していない社会福祉士、精神科病院に勤務する心理療法士とともに、アンケート内容や質問項目の表現についても検討した。

2.4 アンケートの項目

(1)クライシス・プランの作成に関する質問項目

a. クライシス・プランの作成経験の有無

現状の一般精神保健医療福祉制度での精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成経験の有無について回答を求めた。

b. クライシス・プラン作成における実践効力感尺度

前章における半構造化面接の分析結果を参考に、クライシス・プランを作成する上で必要と考えられる実践内容として「利用者主体と個別性に基づくプラン」等のクライシス・プラン作成のあり方、「医療と福祉の対等な関係性」等の関係機関の協働のあり方に、「作成を目的としたかかわり方」等のクライシス・プランを作成するための利用者へのかかわり方を想定し、「クライシス・プラン作成のために支援者同士が協働すること」「利用者の個別性に基づいてクライシスプランを作成すること」「クライシス・プランを作成するために利用者と生活状況を振り返ること」等、クライシス・プランを作成するための実践を示す 21 項目を設定し、それらの実践できる自信(効力感)についての尺度を作成した。

「クライシス・プランの作成において、あなたが実践できる自信について最も当てはまる数字に○をつけてください」と教示し、それぞれの項目に対して「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」の5件法で回答を求めた。

c. クライシス・プラン作成におけるプランニングの困難さ尺度

精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プランの実践経験及び認識から、クライシス・プランには地域生活における支援(ケア)から医療(キュア)までの状態や対応の内容が示された形式であることが望ましいことが示唆された。また、クライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーにおいてはケアのために当事者の内的資源に関心を寄せている傾向にあることが示されていた。これらの結果を受け、「利用者の長所や目標」「危機状態の様子がわかる状況」「医療機関が当事者の危機状態に対応するための方法」「支援者が利用者の安定した状態を続けるために行うこと」等のクライシス・プランの作成における項目を想定し、16 項目を作成した。その上で、クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度を作成した。

「クライシス・プランを作成する際の取り入れる困難さについて「1. 全く困難ではない」～「5. とても困難である」の中で、最も当てはまる数字に○をつけてください」と教示し、回答を求めた。

(2) クライシス・プランの活用に関する質問項目

a. クライシス・プランの活用経験の有無

現状の一般精神保健医療福祉制度での精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの活用経験の有無について回答を求めた。

b. クライシス・プランの活用尺度

精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践が「早期・予防(ケア) - 危機・悪化(キュア)」の認識構造にあるとされている(狩野ら 2019)ことから、クライシス・プランには日常的なケアのための活用と、病状悪化時のキュアのための活用が想定される。また、クライシス・プランを活用する上での医療機関の役割として、入院から生活へプランをつなぐといった支援者間の連携の活用や、相談支援事業所の役割として伴走的なかわりとマネジメントといった日常的な利用者とのかわりの中で活用されていると考えられる。このようなことから、クライシス・プランの活用については日常的な活用と病状悪化時の活用を分けてソーシャルワーカーによるクライシス・プランの活用における認識を測定することとした。

「クライシス・プランを活用することがどのような時に役立つと思いますか」と教示し、「利用者と支援者で生活や病状について話し合う」「所属機関内の支援者間で情報共有を行う」「フォーマルな関係機関で連絡

調整を行う」「ケア会議で情報共有する」「インフォーマルな支援者と情報共有する」「利用者が希望する治療や支援を提供する」「支援者が利用者の自己決定を尊重する」「利用者が自分の生活や病状の変化に気づく」の8場面を想定し、それぞれ日常的に活用する場合と病状悪化時に活用する場合の「1. 全く役立たない」～「5. とても役に立つ」の5件法で回答を求めた。

c. クライシス・プランの地域移行支援における有用性

精神障害者の地域生活支援において、その地域移行のための支援場面でクライシス・プランがどの程度有用であると認識されているのかを検討する。

「クライシス・プランはどの程度地域移行支援(入院中～退院まで)に役立つと思いますか」と教示し「1. 全く役立たない」～「5. とても役に立つ」の5件法で回答を求めた。

d. クライシス・プランの地域定着支援における有用性

精神障害者の地域生活支援において、その地域定着のための支援場面でクライシス・プランがどの程度有用であると認識されているのかを検討する。

「クライシス・プランはどの程度地域定着支援(退院後～地域生活)に役立つと思いますか」と教示し「1. 全く役立たない」～「5. とても役に立つ」の5件法で回答を求めた。

e. クライシス・プラン活用における実践効力感尺度

前章における半構造化面接の分析結果を受け、クライシス・プランを活用する上での機能として「ストレス視点に基づく共有」「関係機関の役割の明確化」「個別性に基づいた伴走的な支援」「利用者中心の情報共有」等の25項目を設定し、精神障害者の地域生活支援における重要性と、実践できる自信(効力感)について検討する。その上で、クライシス・プラン活用における実践効力感尺度を作成した。

「クライシス・プランの機能の実践できる自信について「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」の中で最も当てはまる数字に○をつけてください」と教示し、それぞれの項目に対しての5件法で回答を求めた。

(3)クライシス・プランに対する経験や考え

a. クライシス・プランに関する研修会の必要性

ソーシャルワーカーのクライシス・プランの作成や活用に関する研修会の求めを確認するため、「精神保健福祉士、またはソーシャルワークを対象とする研修会において、どの程度クライシス・プランの作成や活用について取り上げられることが必要だと思いますか」と教示し、「1. 全く必要ではない」～「5. とても必要である」の5件法で回答を求めた。

b. クライシス・プランの作成の意向

ソーシャルワーカーの今後の支援実践においてクライシス・プランを作成していかうとする意向を把握するため、「今後のあなたのソーシャルワーク実践において、どの程度クライシス・プランを作成していきたいと考えていますか」と教示し、「1. 全く考えていない」～「5. とても考えている」の5件法で回答を求めた。

c. クライシス・プランの活用の意向

ソーシャルワーカーの今後の支援実践においてクライシス・プランを活用していかうとする意向を把握するため、「今後のあなたのソーシャルワーク実践において、どの程度クライシス・プランを活用していきたいと考えていますか」と教示し、「1. 全く考えていない」～「5. とても考えている」の5件法で回答を求めた。

d. クライシス・プランに関するマニュアル・ガイドラインの必要性

これまで精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランのマニュアル・ガイドラインは整備されていない。そこで、それらに対する求めを検討するため「クライシス・プランの作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインはどの程度必要だと思いますか」と教示し、「1. 全く必要ではない」～「5. とても必要である」の5件法で回答を求めた。

e. クライシス・プランとソーシャルワークの関連度

精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの機能とソーシャルワークとの関連について、ソーシャルワーカーの認識状況を把握するため、「ソーシャルワークとクライシス・プランの機能には、どの程度関連性が存在すると思いますか」と教示し、「1. 全く存在しない」～「5. とても存在する」の5件法で回答を求めた。加えて、その関連する内容について自由記述回答を求めた。

f. クライシス・プランが役立つ事例・場面

第2章における半構造化面接の分析結果を受け、クライシス・プラン実践の類型化とし「病状悪化事例」「自傷他害事例」「生活課題事例」といった困難を抱えている精神障害者の支援において用いることが有用であることの示唆を得た。このことより、精神障害者の地域生活支援におけるさまざまな場面でクライシス・プランが役立つまたは役立つと思われる具体的な事例や場面について確認するため、自由記述回答を求めた。

g. クライシス・プランの作成と活用に関する自由意見

精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの作成と活用に関する意見を具体的に確認するため、自由記述回答を求めた。

(4) デモグラフィック要因等

性別、年齢、所属機関及び業務経験年数、精神保健福祉士以外の保有する国家資格、医療観察法業務経験の有無、同じ機関内でのケアプランの作成に関与しているソーシャルワーカーの人数、病状悪化事例に直接支援対応する件数について回答を求めた。

また、これらに加えて精神科病院や相談支援事業所に所属する精神保健福祉士にクライシス・プランがどの程度の認識されている状況にあるのか、どの程度関心を持たれているのかを把握するために、クライシス・プランの認識の有無、関心の有無についての回答を求めた。

なお、クライシス・プランの認識を有していた場合には、どのような機会にクライシス・プランについて知ったのかを確認するため記述回答を求めた。

2.5 統計的解析

本研究は、精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態を調査し、クライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにする。そして、医療と福祉の協働方法、その活用に影響を与える要因についても検証し、その実践モデルを提示する。そのため、調査によって得られた定量データを以下のように計画して解析する。

(1) 全データにおける単純集計

本調査における回答者の傾向を捉えるために「デモグラフィック要因」「クライシス・プランに対する認識の有無」「クライシス・プランに対する関心の有無」、そしてクライシス・プランに対する経験や考えとして「クライシス・プランの研修会の必要性」「クライシス・プランに関するマニュアル・ガイドラインの必要性」について単純集計によって確認する。

(2) 精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの実践経験の有無

クライシス・プランが公的なガイドライン等に示されてから間もないことから、本調査の回答者においても作成及び活用の経験を有する回答者と経験を有さない回答者が存在することが想定される。また、これらの実践経験の有無の偏りによって、クライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにするために用いるデータにも影響することが考えられる。そこで、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成経験の有無と活用経験の有無についてクロス集計し、 χ^2 検定を実施する。

その上で、実践経験を有する回答者と実践経験を有さない回答者の数をクロス集計により確認する。

なお、実践経験については作成経験または活用経験のどちらか一方の経験を有する場合を実践経験を有する回答者として集計する。この点については、作成経験を有する場合には地域生活支援で活用することを想定すると考えられ、活用経験を有する場合には作成する場に参加していたことを想定できるためである。

(3) クライシス・プランの実践経験を有無における比較(ノンパラメトリック検定)

クライシス・プランの実践経験の有無(経験者群と未経験者群)による、クライシス・プランに対する認識の違いを検証する。そのため、「クライシス・プランの活用性尺度」「クライシス・プランの地域移行支援における有用性」「クライシス・プランの地域定着支援における有用性」「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」「今後の実践におけるクライシス・プランの作成意向」「今後の実践におけるクライシス・プランの活用意向」において各群におけるノンパラメトリック検定を実施する。

なお、「クライシス・プランの活用性尺度」については、尺度として扱うため内的一貫性を信頼性係数(Cronbach's α)により確認した上で、尺度合計得点を算出し、尺度に含まれる項目数で割った、項目平均得点を用いる。

(4) クライシス・プランの実践方法における因子構造の検証

クライシス・プラン実践の経験者群と未経験者群に分け、「クライシス・プランの作成効力感尺度」「クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度」「クライシス・プランの活用効力感尺度」について各群で因子分析を行い、因子構造を明らかにする。また、内的一貫性を信頼性係数(Cronbach's α)により確認した上で、各尺度を構成する項目の合計得点を項目数で除して尺度平均得点として算出する。次に、経験者群と未経験者群における各尺度の平均値・中央値の差を所属機関で比較する。

(5) 経験者群におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因の検証

狩野ら(2019)は、クライシス・プランの活用状況について“危機・悪化”(キュア)だけでなく、“早期・予防”(ケア)においても活用されることが重要であるとしている。このことから、クライシス・プラン活用にどのような要因が影響するのかを明らかにできることで、それぞれの状況におけるクライシス・プランの活用を促すことができると考えられる。そこで、経験者群における「日常的活用尺度」と「病状悪化時活用尺度」の各項目平均得点を従属変数とし、「デモグラフィック要因」における「年齢」、「病状悪化事例に直接支援対応件数」、「同じ機関内でのケアプランの作成に関与しているソーシャルワーカーの人数」、「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」と(4)の各尺度を構成する各因子得点を独立変数とした、所属機関ごとに重回帰分析を実施する。

(6) 未経験者群におけるクライシス・プランの作成意向及び活用意向に影響を与える要因の検証

精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランが用いられ始めたばかりであり、クライシス・プランの実践方法を明らかにするとともに、今後普及させていくことも重要な課題であると考えられる。このことから、クライシス・プランの作成意向及び活用意向にどのような要因が影響するのかを明らかにできることで、クライシス・プラン実践を促進するための方策の示唆を得ることができると考えられる。そこで、未経験者群における「今後の実践におけるクライシス・プランの作成意向」と「今後の実践におけるクライシス・プランの活用意向」を従属変数とし、「デモグラフィック要因」における「年齢」、「病状悪化事例に直接支援対応件数」、「同じ機関内でのケアプランの作成に関与しているソーシャルワーカーの人数」、「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」と(4)の各尺度を構成する各因子得点を独立変数とした、所属機関ごとに重回帰分析を実施する。

(7) 自由記述回答に関する分析方法

各設問における記述内容は、所属機関ごとに同様の意味を成すと考えられる記述によって整理し、マトリクス化を行う。なお、さらに詳細な分析方法については、質問項目ごとにその結果とともに記述する。

なお、統計的解析には SPSS for Macintosh version 26.0 を用いて、両側検定にて $p < .10$ を有意傾向、 $p < .05$ を有意水準とする。

2.6 倫理的配慮

本研究は、調査対象についてアンケートとともに研究概要及び説明文書を同封し、研究目的、調査は無記名であり、結果は統計的に処理され個人が特定されることがないこと、協力は自由意思であり不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送をもって代えること等についての説明等を記載した。以上の配慮をもって、東北福祉大学大学院の研究倫理審査委員会の承認を得て調査の実施と分析を行った。

また、研究倫理審査委員会の承認を得た上で、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の理事会において研究概要と説明文書、倫理審査結果を用いて研究の説明と協力を依頼し、全理事による研究協力への賛成を得られたことにより、構成員に対するアンケート調査を実施した。

第3節 結果

公益社団法人日本精神保健福祉士協会の構成員であり、2019(平成 31)年 4 月 10 日現在の名簿で精神科病院、相談支援事業所、保健所に所属している精神保健福祉士 1,208 名に対してアンケートを郵送し、386 名より返信があった(回収率 31.9%)。そのうち、欠損値が多く存在した 2 名分を除外した 384 名を分析対象とした(有効回答率 31.8%)。

3.1 全回答者における単純集計

3.1.1 デモグラフィック要因

回答者のデモグラフィック要因の結果を表 3-1 に示した。

所属機関は、精神科病院 209 名 (54.4%)、相談支援事業所 140 名 (36.5%)、保健所及びその他 35 名 (9.1%) であった。性別は、男性 140 名 (36.6%)、女性 243 名 (63.4%) であり、年齢は平均 40.3 歳 (標準偏差 10.0) であった。保有資格は、精神保健福祉士のみ 135 名 (35.5%)、(精神保健福祉士と) 社会福祉士 211 名 (55.5%) であり、全体の 9 割以上を占めた。

回答者の勤務経験の有無と経験期間(月数)について、精神科病院は 302 名 (79.1%) が勤務経験を有し平均 121.7 ヶ月 (標準偏差 86.4) であり、相談支援事業所は 190 名 (49.7%) が勤務経験を有し平均 104.8 ヶ月 (標準偏差 73.5) であり、行政は 54 名 (14.2%) が勤務経験を有し平均 96.1 ヶ月 (標準偏差 92.9) であった。また、複数機関で勤務経験を有する回答者が 147 名 (38.5%) であった。

回答者の直近 1 ヶ月以内における病状悪化事例への直接的支援を行なった件数について、5 件未満 184 名 (50.8%)、5 件から 10 件未満 140 名 (38.7%)、10 件以上 38 名 (10.5%) であった。医療観察法業務経験について、業務経験ある 137 名 (36.5%)、なし 238 名 (63.5%) であった。現在の所属機関においてケアプラン作成に従事しているソーシャルワーカー数は、平均 4.5 人 (標準偏差 5.6) であった。

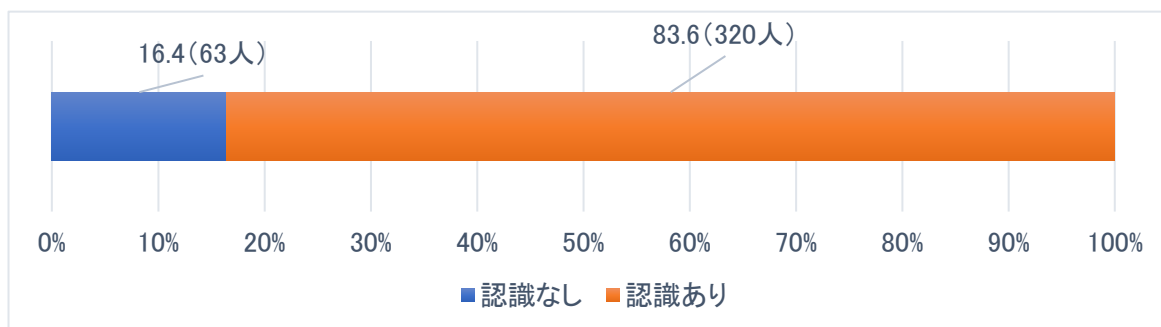
表3-1 調査対象者の概要

		n	%	平均値(標準偏差) 最小値-最大値		
所属機関 N=384	精神科病院	209	54.4	年齢	40.3(10.0) 23-73	
	相談支援事業所	140	36.5	勤務経験期間(月)		
	保健所	21	5.5		精神科病院	121.7(86.4) 3-468
	その他	14	3.6		相談支援事業所	104.8(73.5) 1-360
	(地域活動支援センター)	1	0.3	行政	96.1(92.9) 2-336	
	(職業安定所)	1	0.3	ケアプラン作成SW数	4.5(5.6) 0-40	
	(有料老人ホーム)	1	0.3			
	(救護施設)	1	0.3			
	(社会福祉協議会)	1	0.3			
	(施設)	1	0.3			
	(市町村)	2	0.5			
	(多機能型事業所)	1	0.3			
	(生活訓練)	1	0.3			
	(基幹相談支援センター)	1	0.3			
	(精神保健福祉センター)	1	0.3			
	(福祉事務所)	1	0.3			
	(所属なし)	1	0.3			
	性別	男性	140	36.6		
	N=383	女性	243	63.4		
	保有資格 N=380	精神保健福祉士のみ	135	35.5		
社会福祉士		211	55.5			
看護師		3	0.8			
臨床心理士		1	0.3			
その他		30	7.9			
(看護師 保健師)		3	0.8			
(看護師 社会福祉士)		1	0.3			
(介護福祉士)		12	3.2			
(公認心理師)		3	0.8			
(介護支援専門員)		6	1.6			
(管理栄養士)		1	0.3			
(保育士)		2	0.7			
(教員免許)		2	0.7			
				n	%	
				精神科病院経験	ある 302 79.1	
				N=382	なし 80 20.9	
				相談支援事業所経験	ある 190 49.7	
				N=382	なし 192 50.3	
				行政経験	ある 54 14.2	
				N=381	なし 327 85.8	
				複数勤務経験	1か所のみ 234 61.3	
				N=381	複数か所 147 38.5	
				医療観察法業務経験	ある 137 36.5	
				N=375	なし 238 63.5	
				病状悪化事例対応	5件未満 184 50.8	
				N=362	(0件) 29 15.8	
					(1件) 42 22.8	
					(2件) 29 15.8	
					(3件) 22 12	
					(4件) 12 6.5	
				(記述なし)	50 27.2	
				5件から10件未満	140 38.7	
				10件以上	38 10.5	
				(12件)	1 2.6	
				(13件)	1 2.6	
				(15件)	4 10.5	
				(20件)	6 15.8	
				(30件)	4 10.5	
				(40件)	1 2.6	
				(48件)	1 2.6	
				(記述なし)	20 52.6	

3.1.2 クライシス・プランに対する経験や考え

(1) クライシス・プランに対する認識

全回答者におけるクライシス・プランに対する認識の有無については図3-1に示した。「認識なし」が63名(16.4%)、「認識あり」320名(83.6%)であった。

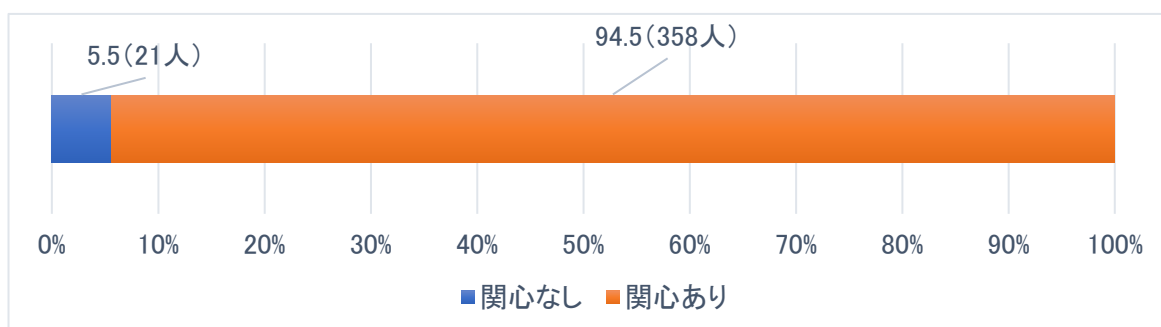


2件法(「1. 認識なし」～「2. 認識あり」) N=383

図3-1 クライシス・プランに対する認識の有無

(2) クライシス・プランに対する関心

全回答者におけるクライシス・プランに対する関心の有無については図3-2に示した。「関心なし」が21名(5.5%)、「関心あり」358名(94.5%)であった。

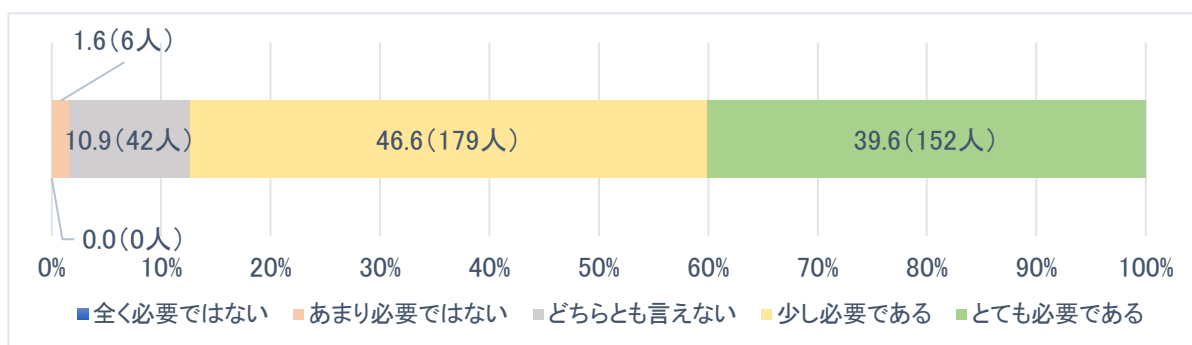


2件法(「1. 関心なし」～「2. 関心あり」) N=379

図3-2 クライシス・プランに対する関心の有無

(3) クライシス・プランの作成や活用に関する研修会の必要性

研修会でクライシス・プランの作成や活用について取り上げられることの必要性については図3-3に示した。「全く必要ではない」が0名(0.0%)、「あまり必要ではない」が6名(1.6%)、「どちらとも言えない」が42名(10.9%)、「少し必要である」が179名(46.6%)、「とても必要である」が152名(39.6%)であった。

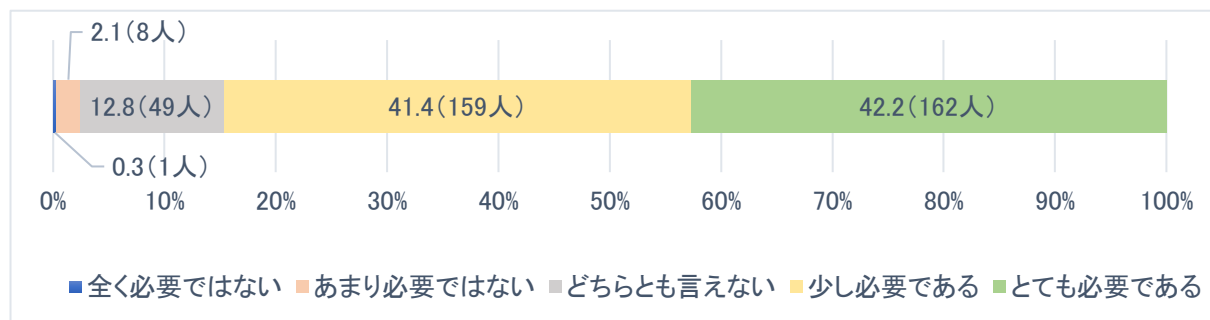


5件法(「1. 全く必要ではない」～「5. とても必要である」) N=379

図3-3 研修会でクライシス・プランの作成や活用について取り上げられることの必要性

(4) クライシス・プランの作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインの必要性

マニュアル・ガイドラインの必要性については図3-4に示した。「全く必要ではない」が1名(0.3%)、「あまり必要ではない」が8名(2.1%)、「どちらとも言えない」が49名(12.8%)、「少し必要である」が159名(41.4名)、「とても必要である」が162名(42.2%)であった。



5件法(「1. 全く必要でない」～「5. とても必要である」) N=379

図3-4 クライシス・プランの作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインの必要性

3.2 所属機関におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プランの実践経験の有無

これより後述する解析については、クライシス・プランの作成方法と活用方法をより精緻に分析するために、精神科病院と相談支援事業所に所属する回答者のデータ349名(有効回答数の90.9%)のデータを用いて分析する。

3.2.1 クライシス・プランの作成経験の有無

クライシス・プランの作成経験の有無と所属機関とのクロス表を表3-1に示した。クライシス・プランの作成の経験があるものは133名(38.2%)、経験がないものは215名(61.8%)であった。そして、経験があると回答した133名のうち、作成経験数を記載されていた117名(88.0%)における平均作成件数は7.2(標準偏差11.7)件であった。

次に、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成経験の有無について、 χ^2 検定の結果からその回答者の数に有意な差が認められた($\chi^2(1)=6.69$, $p<.01$)。

表3-1 クライシス・プランの作成経験の有無と所属機関(精神科病院と相談支援事業所)のクロス表

		CPの作成経験		
		なし	ある	合計
所属機関	精神科	140	68	208
	病院	40.2%	19.5%	59.8%
	相談支援	75	65	140
	事業所	21.6%	18.7%	40.2%
	合計	215	133	348
	総和の %	61.8%	38.2%	100.0%

Pearsonの χ^2 値 $p<.01$

「作成経験がある」と回答した対象者のうち、作成件数が記載されていた集計結果

平均値(標準偏差)	最小値 - 最大値
7.2(11.7)	1 - 100

有効回答数:117(88.0%)

3.2.2 クライシス・プランの活用経験の有無

クライシス・プランの活用経験の有無と所属機関とのクロス表を表3-2に示した。クライシス・プランの活用の経験があるものは146名(42.0%)、経験がないものは202名(58.0%)であった。そして、経験があると回答した146名のうち、活用件数を記載されていた129名(83.6%)における平均作成件数は4.0(標準偏差4.0)件であった。

次に、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用経験の有無について、 χ^2 検定の結果からその回答者の数に有意な差が認められた($\chi^2(1)=13.69$, $p<.001$)。

表3-2 クライシス・プランの活用経験の有無と所属機関(精神科病院と相談支援事業所)のクロス表

		CPの活用経験		
		なし	ある	合計
所属機関	精神科 病院	度数 138 総和の % 39.7%	71 20.4%	209 60.1%
	相談支援 事業所	度数 64 総和の % 18.4%	75 21.6%	139 39.9%
	合計	度数 202 総和の % 58.0%	146 42.0%	348 100.0%

Pearsonの χ^2 値 $p<.001$

「活用経験がある」と回答した対象者のうち、活用件数が記載されていた集計結果

平均値(標準偏差)	最小値 - 最大値
4.0(4.0)	1 - 20

有効回答数:129(83.6%)

3.2.3 クライシス・プランの実践経験の有無

精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成経験の有無とクライシス・プランの活用経験の有無について確認したところ、それぞれに回答者の数の偏りが示された。そこで、全ての精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士347名分におけるクライシス・プランの作成経験有無とクライシス・プラン活用経験の有無における回答者数の分布を確認するため、クロス集計を実施したものを表3-3に示した。

なお、作成経験及び活用経験、作成経験または活用経験のどちらか一方の経験を有する場合を実践経験を有する者として集計する。この点については、作成経験を有する場合には地域生活支援で活用するこ

とを想定すると考えられ、活用経験を有する場合には作成する場に参加していたことを想定できるためである。

その結果、クライシス・プランの実践経験を有する者の数(以下、経験者群)として、作成経験及び活用経験を有する者は116名(33.4%)、作成経験のみを有する者は16名(4.6%)、活用経験のみを有する者は30名(8.6%)であり、162名(46.7%)が実践経験を有する者として集計された。一方で、クライシス・プランの実践経験を有さない者の数(以下、未経験者群)は、185名(53.3%)であった。

この結果から、クライシス・プランの作成方法と活用方法を精緻に検証していく上で、クライシス・プランの実践経験を有さない回答者の数が約半数を占めている現状から、その解析結果に影響を及ぼすことが想定される。そのため、これ以降の統計解析においては経験者群と未経験者群に分けて分析する。

表3-3 クライシス・プランの作成経験の有無と活用経験の有無のクロス表

		CPの活用経験			
		なし	ある	合計	
CP の 作 成 経 験	なし	度数	185	30	215
		総和の%	53.3%	8.6%	62.0%
	ある	度数	16	116	132
		総和の%	4.6%	33.4%	38.0%
	合計	度数	201	146	347
		総和の%	57.9%	42.1%	100.0%

※「CP」はクライシス・プランの意味を示す

3.3 所属機関及び実践経験の有無における比較検証

ここでは所属機関及び実践経験の有無、つまり精神科病院の精神保健福祉士における経験者群と未経験者群、相談支援事業所の精神保健福祉士における経験者群と未経験者群の4群間において、クライシス・プランを実支援で用いる上での有用性や意向の差について比較検証する。

3.3.1 クライシス・プランの地域移行支援と地域定着支援における有用性

クライシス・プランが精神障害者の地域生活支援において用いられる上で、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士は地域移行支援の段階と地域定着支援の段階において、それぞれどの程度役立つと認識しているのかを検証した。

クライシス・プランの地域移行支援における有用性の結果について表3-4に示した。精神科病院の未経験群の平均値は4.17(標準偏差 .84)、経験群の平均値は4.18(標準偏差 .74)、相談支援事業所の未経験群の平均値は4.25(標準偏差 .71)、経験群の平均値は4.19(標準偏差 .83)であった。

クライシス・プランの地域移行支援の有用性について「1. 全く役に立たない」～「5. とても役に立つ」による5件法で尋ねている。そのため、これら4群の平均値は「4. 少し役に立つ」～「5. とても役に立つ」の間に位置していることが示された。

そして、これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、地域移行支援における有用性においてはすべての群間において有意な差は認められなかった。

表3-4 所属機関及び実践経験の有無におけるクライシス・プランの地域移行支援における有用性の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
精神科病院	未経験群(a)	126	4.17	.84	4.0(1.0-5.0)	n. s.
	経験群(A)	82	4.18	.74	4.0(2.0-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	59	4.25	.71	4.0(3.0-5.0)	
	経験群(B)	79	4.19	.83	4.0(2.0-5.0)	

次に、クライシス・プランの地域定着支援における有用性の結果について表3-5に示した。精神科病院の未経験群の平均値は4.44(標準偏差 .66)、経験群の平均値は4.46(標準偏差 .61)、相談支援事業所の未経験群の平均値は4.64(標準偏差 .58)、経験群の平均値は4.56(標準偏差 .55)であった。

クライシス・プランの地域定着支援の有用性について「1. 全く役に立たない」～「5. とても役に立つ」による5件法で尋ねている。そのため、これら4群の平均値は「4. 少し役に立つ」～「5. とても役に立つ」の間に位置していることが示された。

そして、これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、地域定着支援における有用性においてはすべての群間において有意な差は認められなかった。

表3-5 所属機関及び実践経験の有無におけるクライシス・プランの地域定着支援における有用性の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
精神科病院	未経験群(a)	126	4.44	.66	5.0(3.0-5.0)	n. s.
	経験群(A)	82	4.46	.61	5.0(3.0-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	58	4.64	.58	5.0(3.0-5.0)	
	経験群(B)	79	4.56	.55	5.0(3.0-5.0)	

3.3.2 クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時活用

精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの活用は、病状悪化時だけでなく、日常的に活用されることが重要である。そこで、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士は日常的な活用と病状悪化時の活用において、それぞれどの程度役立つと認識しているのかを検証した。

はじめに、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士全体における日常的な活用と病状悪化時の活用における単純集計結果を表3-6に示した。日常的な活用における8場面の各項目の平均値は4.01(標準偏差 .82)であり、病状悪化時の活用における8場面の各項目の平均値は4.14(標準偏差 .82)であった。

クライシス・プランの活用性について「1. 全く役に立たない」～「5. とても役に立つ」による5件法で尋ねている。そのため、これらの平均値は「4. 少し役に立つ」～「5. とても役に立つ」の間に位置していることが示された。また、各項目を確認したところ、多くの項目で病状悪化時の活用における得点が高かったものの、「利用者支援者で生活や病状について話し合う」「利用者が自分の生活や病状の変化に気づく」という場面では日常的な活用としての得点の方が高かった。

それぞれの尺度の内的一貫性の検討を行った結果、日常的活用に対応する項目については $\alpha = .91$ 、病状悪化時に対応する項目については $\alpha = .86$ であり、一定の内的一貫性を有していると判断した。その上で、この日常的活用尺度と病状悪化時活用尺度における差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから対応のあるノンパラメトリック検定 (Wilcoxon の符号付き順位検定) を実施したところ、これらの尺度において有意な差が認められた ($p < .001$)。

表3-6 クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時活用の平均値と標準偏差、ならびに Wilcoxon の符号付き順位検定結果

	日常的活用尺度			病状悪化時活用尺度		
	Cronbach's $\alpha = .907$			Cronbach's $\alpha = .863$		
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
利用者と支援者で生活や病状について話し合う	347	4.32	.72	346	4.23	.80
所属機関内の支援者間で情報共有する	348	4.01	.84	348	4.31	.72
フォーマルな関係機関で連絡調整を行う	348	3.86	.86	348	4.14	.80
ケア会議で情報共有する	347	3.93	.79	348	4.30	.72
インフォーマルな支援者と情報共有する	347	3.73	.86	348	3.90	.84
利用者が希望する治療や支援を提供する	348	3.95	.85	348	4.01	.87
支援者が利用者の自己決定を尊重する	348	4.04	.84	348	4.07	.92
利用者が自分の生活や病状の変化に気づく	348	4.26	.76	348	4.13	.89
※尺度平均得点***		4.01	.82		4.14	.82

※尺度間の Wilcoxon の符号付き順位検定の結果を示す

*** $p < .001$

次に、クライシス・プランが日常的な支援場面において、各群においてどの程度役立つと認識されているのかを検証するため、各群の日常的活用尺度の結果について表3-7に示した。精神科病院の未経験群の平均値は 4.05 (標準偏差 .59)、経験群は 4.12 (標準偏差 .66)、相談支援事業所の未経験群の平均値は 3.85 (標準偏差 .69)、経験群の平均値は 3.95 (標準偏差 .64) であった。

これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、日常的活用尺度ではすべての群間において有意な差は認められなかった。

表3-7 所属機関及び実践経験の有無における日常的活用尺度の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	p 値
精神科病院	未経験群(a)	126	4.05	.59	4.0(2.5-5.0)	n. s.
	経験群(A)	83	4.12	.66	4.1(2.6-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	59	3.85	.69	4.0(1.0-5.0)	
	経験群(B)	80	3.95	.64	4.0(2.3-5.0)	

そして、クライシス・プランが病状悪化時の支援場面において、各群においてどの程度役立つと認識されているのかを検証するため、各群の病状悪化時活用尺度の結果について表3-8に示した。精神科病院の未経験群の平均値は4.17(標準偏差 .53)、経験群は4.20(標準偏差 .55)、相談支援事業所の未経験群の平均値は4.15(標準偏差 .66)、経験群の平均値は4.01(標準偏差 .69)であった。

これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、病状悪化時活用尺度ではすべての群間において有意な差は認められなかった。

表3-8 所属機関及び実践経験の有無における病状悪化時活用尺度の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
精神科病院	未経験群(a)	126	4.17	.53	4.1(2.6-5.0)	n. s.
	経験群(A)	83	4.20	.55	4.3(3.0-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	59	4.15	.66	4.3(1.0-5.0)	
	経験群(B)	80	4.01	.69	4.0(2.0-5.0)	

また、これらの結果を受け、日常的活用尺度においても、病状悪化時活用尺度においても精神科病院群の平均値が高いことから、所属機関における有用性の差が存在することがうかがわれた。そのため、各尺度について所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-9に示した。ここでは、回答に正規性が認められなかったことから独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)によって検証した。検定の結果、病状悪化時活用尺度においては有意な差は認められなかったが、日常的活用尺度では有意な差が認められた($p < .05$)。

表3-9 所属機関における日常的活用尺度と病状悪化時活用尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

	精神科病院				相談支援事業所				ρ 値
	度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	
日常的活用尺度	209	4.08	.68	4.0(2.5-5.0)	139	3.91	.65	4.0(1.0-5.0)	$p < .05$
病状悪化時活用尺度	209	4.18	.54	4.1(2.6-5.0)	139	4.07	.64	4.1(1.0-5.0)	n. s.

3.3.3 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度

PADとJCPの先行研究を文献検討した際、それらの鍵概念がソーシャルワーク専門職における価値や原則と一致することを確認することができた。このことから、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士において、クライシス・プランと自ら実践しているソーシャルワークとの関連度をどの程度認識しているか、また所属機関や実践経験によってその関連度の認識に差があるのかを検証し、その結果を表3-10に示した。精神科病院の未経験群の平均値は4.23(標準偏差 .71)、経験群は4.32(標準偏差 .70)、相談支援事業所の未経験群の平均値は4.25(標準偏差 .71)、経験群の平均値は4.49(標準偏差 .64)であった。

クライシス・プランとソーシャルワークの関連度について「1. 全く存在しない」～「5. とても存在する」による5件法で尋ねている。そのため、これらの平均値は「4. 少し存在する」～「5. とても存在する」の間に位置していることが示された。

そして、これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、精神科病院の未経験群と相談支援事業所の経験群との間に有意な差が認められた ($p<.05$)。また、有意な差は認められなかったものの、各所属機関において未経験群よりも経験群の平均値の方が高い値を示していた。

なお、クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度について、その度合いの程度と合わせてどのような点に関連しているかを自由記述によっても回答を得ており、この点の結果については後述する。

表3-10 所属機関及び実践経験の有無におけるクライシス・プランとソーシャルワークの関連度の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	p 値
精神科病院	未経験群(a)	123	4.23	.71	4.0(2.0-5.0)	a<B *
	経験群(A)	81	4.32	.70	4.0(2.0-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	59	4.25	.71	4.0(2.0-5.0)	
	経験群(B)	79	4.49	.64	5.0(2.0-5.0)	

* $p<.05$

3.3.4 ソーシャルワーク実践におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向

精神保健医療福祉制度においてクライシス・プランを普及していく上で、実際の支援者がどの程度自らの実践に用いていきたいという意向を有しているかを示せることは、取り組みにおける意欲を確認できる点として重要である。そこで、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士において、今後の自らのソーシャルワーク実践におけるクライシス・プランの実践意向として、作成意向と活用意向を検証した。

表3-11 には、作成意向の結果を示した。精神科病院の未経験群の平均値は 3.56(標準偏差 .85)、経験群は 3.91(標準偏差 .89)、相談支援事業所の未経験群の平均値は 3.66(標準偏差 .89)、経験群の平均値は 4.22(標準偏差 .67)であった。

クライシス・プランの作成意向について「1. 全く考えていない」～「5. とても考えている」による5件法で尋ねている。そのため、精神科病院の未経験群と経験群、相談支援事業所の未経験群の平均値は「3. どちらとも言えない」～「4. 少し考えている」の間に位置し、相談支援事業所の経験群の平均値は「4. 少し考えている」～「5. とても考えている」の間に位置していることが示された。

これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、精神科病院の未経験群と経験群 ($p<.05$)、精神科病院の未経験群と相談支援事業所の経験群 ($p<.001$)、相談支援事業所の未経験群と経験群 ($p<.01$) の間で有意な差が認められた。

表3-11 所属機関及び実践経験の有無におけるクライシス・プランの作成意向の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
精神科病院	未経験群(a)	124	3.56	.85	4.0(2.0-5.0)	a<A *
	経験群(A)	82	3.91	.89	4.0(1.0-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	58	3.66	.89	4.0(1.0-5.0)	a<B ***
	経験群(B)	79	4.22	.67	4.0(2.0-5.0)	b<B**

* $\rho<.05$, ** $\rho<.01$, *** $\rho<.001$

次に、クライシス・プランの活用意向の結果について表3-12に示した。精神科病院の未経験群の平均値は3.73(標準偏差 .78)、経験群の平均値は4.00(標準偏差 .79)、相談支援事業所の未経験群の平均値は3.81(標準偏差 .80)、経験群の平均値は4.25(標準偏差 .67)であった。

クライシス・プランの活用意向について「1. 全く考えていない」～「5. とても考えている」による5件法で尋ねている。そのため、精神科病院の未経験群と相談支援事業所の未経験群の平均値は「3. どちらとも言えない」～「4. 少し考えている」の間に位置し、精神科病院の経験群と相談支援事業所の経験群の平均値は「4. 少し考えている」～「5. とても考えている」の間に位置していることが示された。

これら4群間の差の検定として、回答に正規性が認められなかったことから Kruskal-Wallis の検定を実施した。検定の結果、精神科病院の未経験群と経験群($p<1.0$)、精神科病院の未経験群と相談支援事業所の経験群($p<.001$)、相談支援事業所の未経験群と経験群($p<.01$)の間で有意な差が認められた。

表3-12 所属機関及び実践経験の有無におけるクライシス・プランの活用意向の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-Wallis の検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
精神科病院	未経験群(a)	124	3.73	.78	4.0(2.0-5.0)	a<A †
	経験群(A)	82	4.00	.79	4.0(2.0-5.0)	
相談支援事業所	未経験群(b)	59	3.81	.80	4.0(1.0-5.0)	a<B ***
	経験群(B)	79	4.25	.67	4.0(2.0-5.0)	b<B **

† $\rho<.10$, ** $\rho<.01$, *** $\rho<.001$

3.4 クライシス・プランの作成と活用における因子構造の検証

ここでは、クライシス・プラン実践の経験者群と未経験者群に分け、「クライシス・プランの作成効力感尺度」「クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度」「クライシス・プランの活用効力感尺度」について各群で因子分析を行い、因子構造を明らかにする。また、各尺度においては内的一貫性を信頼性係数(Cronbach's α)により確認した上で、各尺度を構成する項目の合計得点を項目数で除して尺度平均得点として算出する。そして、各群において得られた各尺度の差について、所属機関で比較検証する。

3.4.1 クライシス・プランの作成効力感尺度

(1) 経験者群: 因子分析結果

クライシス・プランの作成効力感尺度(経験者群)における各項目の平均値と標準偏差は、表3-13に示した。各項目の平均値は3.63(標準偏差 .75)であった。そして、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が1以下であることを基準とした。その結果「クライシス・プラン作成のために利用者と関係性

を深めること」「クライシス・プラン作成のために利用者と生活状況を振り返ること」「クライシス・プランの作成を目的に支援者から情報収集すること」の3項目が該当したため、これらの項目を削除し因子分析を行なった。

表3-13 クライシス・プランの作成効力感尺度(経験者群)における各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
CP 作成のために利用者と関係性を深めること	164	3.76	.67	-.88	1.08
CP 作成のために支援者と関係性を深めること	164	3.72	.69	-.72	.66
利用者と CP 作成の必要性を共有すること	164	3.74	.71	-.76	.72
支援者と CP 作成の必要性を共有すること	164	3.87	.71	-.54	.56
CP 作成のために利用者と病状を振り返ること	164	3.66	.75	-.47	.02
CP 作成のために利用者と生活状況を振り返ること	164	3.84	.67	-.80	1.31
CP 作成に向けて利用者のニーズを明らかにすること	164	3.63	.74	-.69	.18
CP 作成に向けて利用者の希望を明らかにすること	163	3.62	.77	-.45	-.12
CP 作成のために支援者同士が協働すること	163	3.65	.77	-.64	.55
CP の作成を目的に支援者から情報収集すること	164	3.86	.76	-.87	1.40
利用者とあなたで意見を出し合い合意を得て作成すること	164	3.71	.71	-.45	.23
利用者と支援者全体で意見を出し合い合意を得て作成すること	164	3.53	.75	-.69	-.18
CP を作成するために会議の場をもつこと	164	3.50	.92	-.44	-.37
CP 作成におけるケアマネジャー的役割を担うこと	164	3.46	.97	-.35	-.67
利用者の実際の地域生活に即した CP を作成すること	164	3.37	.83	-.25	-.76
利用者自身の対処方法を整理して CP を作成すること	164	3.53	.71	-.37	-.16
支援者の役割や支援内容を調整して CP を作成すること	163	3.52	.78	-.33	-.36
利用者の安定した状態の継続を目的に CP を作成すること	164	3.63	.67	-.38	.10
利用者の強みを活用できるように CP を作成すること	164	3.56	.74	-.31	-.18
利用者の個性に基づいて CP を作成すること	164	3.62	.76	-.51	-.04
利用者の病状や生活状況の変化を踏まえて作成すること	164	3.51	.76	-.30	-.29
全項目の平均		3.63	.75		

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

※CP はクライシス・プランの意味を示す

次に因子構造を明らかにするため、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行なった。固有値の減衰状況(8.74, 1.44, 1.00, .93,...)と解釈可能性から3因子構造が妥当であると判断した。その上で、因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的に因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「作成を目的とした支援者の協働(α .89)」、第2因子を「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成(α .86)」、第3因子を「プラン作成に導入するためのアセスメント(α .88)」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断した。そして、各下位尺度における平均得点を算出した。その上で、クライシス・プランの作成効力感尺度

(経験者群)において「利用者と支援者間での協働作成」因子の寄与率が 49.3 と突出して高く、クライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーがクライシス・プランの作成のために必要とする主要な効力感であると考えられる。これらについて、表3-14 に示した

表3-14 クライシス・プランの作成効力尺度(経験者群)における因子分析結果(主因子法, プロマックス回転: 3因子構造推定)

	F1	F2	F3
F1 作成を目的とした支援者の協働 Cronbach's α = .892 尺度平均得点 : 3.61			
支援者と CP 作成の必要性を共有すること	.887	-.043	-.101
CP 作成のために支援者同士が協働すること	.858	-.054	-.054
CP を作成するために会議の場をもつこと	.663	-.169	.225
CP 作成のために支援者と関係性を深めること	.613	.215	-.054
支援者の役割や支援内容を調整して CP を作成すること	.558	.222	-.002
CP 作成におけるケアマネジャー的役割を担うこと	.505	.164	.162
F2 個別性とストレングスを基調にした利用者との作成 Cronbach's α = .862 尺度平均得点 : 3.60			
利用者の個別性に基づいて CP を作成すること	-.149	.998	-.044
利用者の病状や生活状況の変化を踏まえて作成すること	-.045	.815	.018
利用者自身の対処方法を整理して CP を作成すること	.215	.623	-.059
利用者となんかで意見を出し合い合意を得て作成すること	.041	.523	.127
CP 作成のために利用者と病状を振り返ること	.132	.438	.093
利用者の強みを活用できるように CP を作成すること	.131	.415	.253
F3 プラン作成に導入するためのアセスメント Cronbach's α = .882 尺度平均得点 : 3.60			
CP 作成に向けて利用者のニーズを明らかにすること	-.010	.002	.954
CP 作成に向けて利用者の希望を明らかにすること	-.029	.087	.774
固有値	8.87	1.44	1.00
累積寄与率	49.30	57.31	62.85
因子間相関	F2	.67	
	F3	.63	.68

※CP はクライシス・プランの意味を示す

(2) 経験者群: 各尺度得点における差の検定

クライシス・プランを作成する上で医療と福祉が協働する要点について示唆を得るために、クライシス・プランの作成効力感尺度(経験者群)の各下位尺度得点について、所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-15 に示した。「作成を目的とした支援者の協働」尺度における精神科病院群の平均値は 3.59(標準偏差 .65)であり、相談支援事業所群の平均値は 3.65(標準偏差 .62)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

次に、「個別性とストレングスを基調にした利用者との作成」尺度における精神科病院群の平均値は 3.56(標準偏差 .62)であり、相談支援事業所群の平均値は 3.66(標準偏差 .58)であった。そして、この回答に

正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

そして、「プラン作成に導入するためのアセスメント」尺度における精神科病院群の平均値は3.64(標準偏差 .70)であり、相談支援事業所群の平均値は3.61(標準偏差 .73)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

表3-15 所属機関におけるクライシス・プランの作成効力感尺度(経験者群)の下位尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
作成を目的とした支援者の協働	精神科病院	82	3.59	.65	3.7(2.0-4.8)	n. s.
	相談支援事業所	80	3.65	.62	3.8(2.2-5.0)	
個別性とストレングスを基調にした利用者との作成	精神科病院	83	3.56	.55	3.5(2.0-5.0)	n. s.
	相談支援事業所	81	3.66	.58	3.7(2.0-5.0)	
プラン作成に導入するためのアセスメント	精神科病院	83	3.64	.70	4.0(2.0-5.0)	n. s.
	相談支援事業所	80	3.61	.73	4.0(2.0-5.0)	

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

(3) 未経験者群: 因子分析結果

クライシス・プランの作成効力感尺度(未経験者群)における各項目の平均値と標準偏差は、表3-16に示した。各項目の平均値は3.35(標準偏差 .83)であった。そして、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が1以下であることを基準とした。その結果「クライシス・プラン作成のために利用者と生活状況を振り返ること」「クライシス・プランの作成に向けて利用者の希望を明らかにすること」「クライシス・プランの作成を目的に支援者から情報収集すること」「利用者とななたで意見を出し合い合意を得て作成すること」の4項目が該当したため、これらの項目を削除し因子分析を行なった。

表3-16 クライシス・プランの作成効力感尺度(未経験者群)における各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
CP 作成のために利用者と関係性を深めること	185	3.43	.82	-.65	.47
CP 作成のために支援者と関係性を深めること	185	3.46	.85	-.67	.53
利用者と CP 作成の必要性を共有すること	185	3.35	.84	-.67	.20
支援者と CP 作成の必要性を共有すること	184	3.43	.88	-.69	.18
CP 作成のために利用者と病状を振り返ること	185	3.42	.84	-.82	.48
CP 作成のために利用者と生活状況を振り返ること	184	3.68	.70	-1.09	2.54
CP 作成に向けて利用者のニーズを明らかにすること	185	3.38	.77	-.77	.24
CP 作成に向けて利用者の希望を明らかにすること	184	3.45	.77	-.90	1.37
CP 作成のために支援者同士が協働すること	184	3.41	.83	-.78	.87
CP の作成を目的に支援者から情報収集すること	185	3.69	.77	-1.38	2.50
利用者とあなたで意見を出し合い合意を得て作成すること	185	3.48	.77	-.85	1.13
利用者と支援者全体で意見を出し合い合意を得て作成すること	185	3.37	.79	-.84	.70
CP を作成するために会議の場をもつこと	185	3.39	.87	-.64	.41
CP 作成におけるケアマネジャー的役割を担うこと	185	3.02	.93	-.17	-.33
利用者の実際の地域生活に即した CP を作成すること	185	3.03	.87	-.35	-.22
利用者自身の対処方法を整理して CP を作成すること	185	3.04	.86	-.29	-.36
支援者の役割や支援内容を調整して CP を作成すること	185	3.15	.85	-.68	-.08
利用者の安定した状態の継続を目的に CP を作成すること	185	3.24	.87	-.60	.30
利用者の強みを活用できるように CP を作成すること	185	3.34	.81	-.70	.49
利用者の個別性に基づいて CP を作成すること	185	3.36	.82	-.82	.70
利用者の病状や生活状況の変化を踏まえて作成すること	185	3.30	.86	-.56	.14
全項目の平均		3.35	.83		

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

※CP はクライシス・プランの意味を示す

次に因子構造を明らかにするため、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行なった。固有値の減衰状況(8.98, 1.40, .95, .65,...)と解釈可能性、経験者群との因子構造を比較することから3因子構造を推定した。その上で、因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的に因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成($\alpha=.91$)」、第2因子を「利用者・支援者間での協働作成($\alpha=.90$)」、第3因子を「作成に向けたアセスメント($\alpha=.88$)」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内の一貫性を有していると判断した。そして、各下位尺度における平均得点を算出した。その上で、クライシス・プランの作成効力感尺度(未経験者群)において「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成」因子の寄与率が 56.1 と突出して高く、クライシ

ス・プランの実践経験を有さないソーシャルワーカーがクライシス・プランの作成のために必要とする主要な効力感であると考えられる。これらについて、表3-17に示した。

表3-17 クライシス・プランの作成効力尺度(未経験者群)における因子分析結果(主因子法, プロマックス回転:3因子構造推定)

	F1	F2	F3
F1 個別性とストレングスを基調にしたプラン作成 Cronbach's α = .912 尺度平均得点:3.22			
利用者の個別性に基づいてCPを作成すること	.885	-.099	.053
利用者の病状や生活状況の変化を踏まえて作成すること	.858	.040	-.075
利用者の安定した状態の継続を目的にCPを作成すること	.831	-.027	.046
利用者自身の対処方法を整理してCPを作成すること	.822	.033	-.082
利用者の強みを活用できるようにCPを作成すること	.711	.014	.140
利用者の実際の地域生活に即したCPを作成すること	.435	.326	.064
F2 利用者・支援者間での協働作成 Cronbach's α = .895 尺度平均得点:3.37			
CP作成のために支援者と関係性を深めること	-.012	.867	-.009
支援者とCP作成の必要性を共有すること	-.122	.854	.013
CP作成のために支援者同士が協働すること	-.104	.787	.085
利用者支援者全体で意見を出し合い合意を得て作成すること	.162	.597	.076
支援者の役割や支援内容を調整してCPを作成すること	.356	.557	-.101
CPを作成するために会議の場をもつこと	.161	.532	.076
F3 作成に向けたアセスメント Cronbach's α = .879 尺度平均得点:3.48			
CP作成に向けて利用者のニーズを明らかにすること	-.078	.065	.830
CP作成に向けて利用者の希望を明らかにすること	.008	.059	.793
CP作成のために利用者と生活状況を振り返ること	.116	.108	.669
CP作成のために利用者と病状を振り返ること	.394	-.107	.490
固有値	8.98	1.40	.95
累積寄与率	56.14	64.88	70.79
因子間相関	F2	.68	
	F3	.72	.70

※CPはクライシス・プランの意味を示す

(4) 未経験者群:各尺度得点における差の検定

クライシス・プランを作成する上で医療と福祉が協働する要点について示唆を得るために、クライシス・プランの作成効力感尺度(未経験者群)の各下位尺度得点について、所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-18に示した。「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成」尺度における精神科病院群の平均値は3.23(標準偏差 .66)であり、相談支援事業所群の平均値は3.19(標準偏差 .82)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

次に、「利用者・支援者間での協働作成」尺度における精神科病院群の平均値は3.39(標準偏差 .66)であり、相談支援事業所群の平均値は3.32(標準偏差 .74)であった。そして、この回答に正規性が認めら

れなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

そして、「作成に向けたアセスメント」尺度における精神科病院群の平均値は 3.47(標準偏差 .66)であり、相談支援事業所群の平均値は 3.51(標準偏差 .66)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

表3-18 所属機関におけるクライシス・プランの作成効力感尺度(未経験者群)の下位尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
個別性とストレングスを 基調にしたプラン作成	精神科病院	126	3.23	.66	3.2(1.0-4.7)	n. s.
	相談支援事業所	59	3.19	.82	3.2(1.0-4.8)	
利用者・支援者間での 協働作成	精神科病院	124	3.39	.66	3.3(1.0-4.8)	n. s.
	相談支援事業所	59	3.32	.74	3.3(1.0-4.7)	
作成に向けた アセスメント	精神科病院	125	3.47	.66	3.5(1.0-4.8)	n. s.
	相談支援事業所	58	3.51	.66	3.6(1.3-5.0)	

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

3.4.2 クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度

(1) 経験者群: 因子分析結果

クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(経験者群)における各項目の平均値と標準偏差は、表 3-19 に示した。各項目の平均値は 2.89(標準偏差 .99)であった。そして、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が1以下であることを基準とした。その結果「利用者が安定している時の病気や生活の状況」の1項目が該当したため、この項目を削除し因子分析を行なった。

表3-19 クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度(経験者群)における各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
利用者の状態や病気に影響するストレスの内容	162	2.75	.98	.28	-.88
利用者の状態や病気に影響するストレスの対処方法	162	2.89	.96	.05	-.96
利用者が安定している時の病気や生活の状況	162	2.25	.85	.90	1.13
利用者が自らの安定した状態を続けるために行うこと	163	2.64	.98	.21	-.92
支援者が利用者の安定した状態を続けるために行うこと	162	2.56	.90	.36	-.38
危機状態へとつながる注意サイン	162	2.94	.99	-.03	-.93
危機状態の様子がわかる状況	161	2.96	1.02	-.03	-.88
利用者の長所や目標	161	2.53	.94	.38	-.35
利用者が危機状態に自己対処するための方法	161	3.11	.99	-.27	-.87
地域関係機関が利用者の危機状態に対応するための方法	163	2.98	1.01	.09	-.75
医療機関が当事者の危機状態に対応するための方法	163	2.82	1.06	.30	-.73
危機状態時に利用者が希望する治療や支援内容	162	3.01	1.08	-.04	-.84
任意入院が必要だと判断される状況	161	2.96	.94	-.09	-.16
医療保護入院が必要だと判断される状況	163	3.27	1.04	-.23	-.35
危機状態時に利用者が拒否したい治療や支援内容	162	3.31	1.04	-.07	-.66
危機状態時に利用者の思いを代弁する人物や機関	162	3.18	1.06	-.05	-.64
全項目の平均		2.89	.99		

* 5件法(「1. 全く困難ではない」～「5. とても困難である」)

次に因子構造を明らかにするため、因子分析(主因子法, プロマックス回転)を行なった。固有値の減衰状況(6.70, 1.46, 1.02, .92...)と解釈可能性から3因子構造が妥当だと判断した。その上で、因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「生活支援におけるモニタリング内容($\alpha=.87$)」、第2因子を「安定時と危機時における支援者の対応方法($\alpha=.82$)」、第3因子を「病状悪化時の状況と事前合意の内容($\alpha=.85$)」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断した。そして、各下位尺度における平均得点を算出した。その上で、クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(経験者群)において「生活支援におけるモニタリング内容」因子の寄与率が47.8と突出して高く、クライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーのクライシス・プラン作成のためにプランニングの困難さに関係する主要な要因であると考えられる。これらについて、表3-20に示した

表3-20 クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(経験者群)の因子分析結果(主因子法, プロマックス回転:3因子構造推定)

	F1	F2	F3
F1 生活支援におけるモニタリング内容 Cronbach's $\alpha = .869$ 尺度平均得点:2.68			
危機状態へとつながる注意サイン	.885	-.057	.064
危機状態の様子がわかる状況	.833	.038	-.005
利用者の状態や病気に影響するストレスの内容	.547	.139	.143
利用者の長所や目標	.498	.238	-.064
利用者が安定している時の病気や生活の状況	.488	.273	-.043
F2 安定時と危機時における支援者の対応方法 Cronbach's $\alpha = .820$ 尺度平均得点:2.84			
支援者が利用者の安定した状態を続けるために行うこと	.064	.784	-.141
地域関係機関が利用者の危機状態に対応するための方法	.086	.673	-.078
医療機関が当事者の危機状態に対応するための方法	.036	.645	.057
危機状態時に利用者の思いを代弁する人物や機関	.030	.544	.225
利用者が自らの安定した状態を続けるために行うこと	.185	.514	-.023
F3 病状悪化時の状況と事前合意の内容 Cronbach's $\alpha = .850$ 尺度平均得点:3.13			
医療保護入院が必要だと判断される状況	.090	-.219	.995
危機状態時に利用者が拒否したい治療や支援内容	-.203	.369	.669
任意入院が必要だと判断される状況	.195	-.100	.657
危機状態時に利用者が希望する治療や支援内容	.076	.298	.501
固有値	6.70	1.46	1.02
累積寄与率	47.84	58.27	65.53
因子間相関	F2	.69	
	F3	.54	.58

(2)経験者群:各尺度得点における差の検定

クライシス・プランを作成する上で医療と福祉が協働する要点について示唆を得るために、クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(経験者群)の各下位尺度得点について、所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-21に示した。「生活支援におけるモニタリング内容」尺度における精神科病院群の平均値は2.57(標準偏差 .82)であり、相談支援事業所群の平均値は2.78(標準偏差 .74)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

次に、「安定時と危機時における支援者の対応方法」尺度における精神科病院群の平均値は2.73(標準偏差 .80)であり、相談支援事業所群の平均値は2.95(標準偏差 .71)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意傾向な差が認められた($p < .10$)。

そして、「病状悪化時の状況と事前合意の内容」尺度における精神科病院群の平均値は3.44(標準偏差 .69)であり、相談支援事業所群の平均値は3.58(標準偏差 .67)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

表3-21 所属機関におけるクライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(経験者群)の下位尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
生活支援における モニタリング内容	精神科病院	78	2.57	.82	2.4(1.0-4.4)	n. s.
	相談支援事業所	80	2.78	.74	2.8(1.4-5.0)	
安定時と危機時におけ る支援者の対応方法	精神科病院	80	2.73	.80	2.8(1.0-4.2)	$\rho < .10$
	相談支援事業所	81	2.95	.71	3.0(1.4-4.8)	
病状悪化時の状況と 事前合意の内容	精神科病院	83	3.44	.69	3.5(2.0-5.0)	n. s.
	相談支援事業所	81	3.58	.67	3.8(2.0-5.0)	

*5件法(「1.全く困難ではない」～「5. とても困難である」)

(3) 未経験者群: 因子分析結果

クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(未経験者群)における各項目の平均値と標準偏差は、表3-22 に示した。各項目の平均値は 2.98(標準偏差 .91)であった。そして、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が1以下であることを基準とした。その結果「利用者の状態や病気に影響するストレスの対処方法」の1項目が該当したため、これらの項目を削除し因子分析を行なった。

表3-22 クライシス・プラン作成におけるプランニング困難さ尺度(未経験者群)における各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
利用者の状態や病気に影響するストレスの内容	182	2.77	.93	.26	-.73
利用者の状態や病気に影響するストレスの対処方法	182	3.02	.93	.00	-1.06
利用者が安定している時の病気や生活の状況	183	2.36	.83	.82	.82
利用者が自らの安定した状態を続けるために行うこと	181	2.79	.88	.33	-.32
支援者が利用者の安定した状態を続けるために行うこと	182	2.70	.87	.37	-.42
危機状態へとつながる注意サイン	183	2.97	.90	.10	-.82
危機状態の様子がわかる状況	183	2.98	.93	.03	-.94
利用者の長所や目標	183	2.43	.88	.52	.16
利用者が危機状態に自己対処するための方法	183	3.27	.93	-.16	-.67
地域関係機関が利用者の危機状態に対応するための方法	183	3.21	.90	.13	-.46
医療機関が当事者の危機状態に対応するための方法	183	2.99	.91	.32	-.11
危機状態時に利用者が希望する治療や支援内容	183	3.14	.94	.12	-.66
任意入院が必要だと判断される状況	183	3.14	.90	.27	-.19
医療保護入院が必要だと判断される状況	183	3.32	.89	-.02	-.02
危機状態時に利用者が拒否したい治療や支援内容	183	3.38	.98	-.02	-.62
危機状態時に利用者の思いを代弁する人物や機関	183	3.20	1.00	.03	-.56
全項目の平均		2.98	.91		

*5件法(「1.全く困難ではない」～「5. とても困難である」)

次に因子構造を明らかにするため、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行なった。固有値の減衰状況(4.68, 2.07, 1.17, .94...)と解釈可能性から3因子構造が妥当だと判断した。その上で、因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「病状悪化時の状況と事前合意の内容($\alpha=.83$)」、第2因子を「安定時の状況と活用するストレングス($\alpha=.76$)」、第3因子を「早期支援におけるモニタリング内容($\alpha=.87$)」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断した。そして、各下位尺度における平均得点を算出した。その上で、クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(未経験者群)において「病状悪化時の状況と事前合意の内容」因子の寄与率が36.0と突出しており、クライシス・プランの実践経験を有さないソーシャルワーカーのクライシス・プラン作成のためにプランニングの困難さに関する主要な要因であると考えられる。これらについて、表3-23に示した。

表3-23 クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(未経験者群)の因子分析結果(主因子法、プロマックス回転:3因子構造推定)

	F1	F2	F3
F1 病状悪化時の状況と事前合意の内容 Cronbach's $\alpha=.834$ 因子得点平均:3.12			
任意入院が必要だと判断される状況	.819	.011	-.164
医療保護入院が必要だと判断される状況	.776	-.005	-.085
危機状態時に利用者が希望する治療や支援内容	.659	.036	.024
危機状態時に利用者が拒否したい治療や支援内容	.655	-.062	.043
危機状態時に利用者の思いを代弁する人物や機関	.582	-.026	.184
医療機関が当事者の危機状態に対応するための方法	.501	.141	.163
F2 安定時の状況と活用するストレングス Cronbach's $\alpha=.763$ 因子得点平均:2.57			
利用者が自らの安定した状態を続けるために行うこと	-.004	.775	-.030
利用者が安定している時の病気や生活の状況	-.037	.708	.056
支援者が利用者の安定した状態を続けるために行うこと	.057	.674	-.076
利用者の長所や目標	.021	.456	.152
F3 早期支援におけるモニタリング内容 Cronbach's $\alpha=.866$ 因子得点平均:2.91			
危機状態へとつながる注意サイン	-.004	-.063	.950
危機状態の様子がわかる状況	.112	-.021	.705
利用者の状態や病気に影響するストレスの内容	-.151	.218	.518
固有値	4.68	2.07	1.17
累積寄与率	35.98	51.93	60.94
因子間相関	F2	.38	
	F3	.39	.56

(4) 未経験者群:各尺度得点における差の検定

クライシス・プランを作成する上で医療と福祉が協働する要点について示唆を得るために、クライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(未経験者群)の各下位尺度得点について、所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-24に示した。「病状悪化時の状況と事前合意の内容」尺度における精神科病院群の平均値は3.11(標準偏差 .69)であり、相談支援事業所群の平均値は3.38(標準偏差 .66)であ

った。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney の U 検定) を実施した。検定の結果、2群間に有意な差が認められた ($p < .01$)。

次に、「安定時の状況と活用するストレングス」尺度における精神科病院群の平均値は 2.60 (標準偏差 .65) であり、相談支援事業所群の平均値は 2.51 (標準偏差 .69) であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney の U 検定) を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

そして、「早期支援におけるモニタリング内容」尺度における精神科病院群の平均値は 2.89 (標準偏差 .75) であり、相談支援事業所群の平均値は 2.92 (標準偏差 .79) であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney の U 検定) を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

表3-24 所属機関におけるクライシス・プラン作成のプランニング困難さ尺度(未経験者群)の下位尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
病状悪化時の状況と 事前合意の内容	精神科病院	125	3.11	.69	3.0(1.3-4.8)	$p < .01$
	相談支援事業所	58	3.38	.66	3.3(2.0-5.0)	
安定時の状況と活用する ストレングス	精神科病院	122	2.60	.65	2.5(1.0-4.8)	n.s.
	相談支援事業所	58	2.51	.69	2.4(1.3-5.0)	
早期支援における モニタリング内容	精神科病院	124	2.89	.75	3.0(1.0-4.7)	n.s.
	相談支援事業所	57	2.92	.79	3.0(1.0-5.0)	

*5件法(「1.全く困難ではない」～「5. とても困難である」)

3.4.3 クライシス・プランの活用効力感尺度

(1) 経験者群: 因子分析結果

クライシス・プランの活用効力感尺度(経験者群)における各項目の平均値と標準偏差は、表3-25 に示した。各項目の平均値は 3.38 (標準偏差 .76) であった。そして、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が1以下であることを基準とした。ここでの結果では、それらが1を超える項目はなかったため、全ての項目を分析対象とした。

表3-25 クライシス・プランの活用効力感尺度(経験者群)における各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
利用者の病気や生活の変化を支援者と共有できること	159	3.65	.72	-.71	.33
利用者の安定した病状や生活を維持するため活用すること	161	3.55	.73	-.23	-.20
利用者の病状や生活状況を支援者間で情報共有できること	161	3.61	.75	-.56	.48
利用者の個別性に基づく支援のために活用すること	160	3.48	.80	-.05	-.44
利用者の生活支援に支援者が伴奏的に支援できること	159	3.45	.78	-.23	-.01
利用者と支援者との信頼関係を深められること	161	3.43	.78	-.28	-.08
利用者の病状や生活状況に応じた自己決定が促せること	161	3.29	.76	-.19	-.18
利用者が主体的に医療や福祉サービスの活用ができること	161	3.37	.75	-.10	-.41
利用者が自らの強みを生かした生活支援ができること	160	3.42	.76	-.19	-.44
利用者が自らの病気や生活の変化に気づけること	160	3.47	.72	-.15	-.26
利用者が望まない治療や支援に対して意向を示せること	160	3.11	.81	-.12	-.17
病状悪化時の支援対応に利用者の希望を尊重できること	160	3.14	.83	.06	-.25
支援者が利用者の病気や生活の悪化に早期対応できること	161	3.51	.78	-.23	-.38
利用者が自らの病気や生活の変化に対処できること	161	3.40	.73	-.50	.01
支援者が利用者の病気や生活の悪化のサインに気づけること	161	3.58	.76	-.36	-.18
利用者自ら病気や生活の変化に対応できること	161	3.29	.71	-.05	.22
支援者が利用者の病気や生活の変化に速やかに対応できること	161	3.37	.80	-.40	-.41
利用者の病気や生活の変化に応じて支援内容を調整できること	160	3.43	.81	-.50	.03
利用者の病気や生活の変化に対応する支援ネットワークを構築できること	161	3.41	.82	-.54	-.06
利用者と支援者で病気や生活の状態についての話し合う機会をもてること	161	3.59	.73	-.56	.01
利用者と支援者で病気や生活の状態に応じた対応を明確化できること	160	3.49	.76	-.48	.11
病状悪化時に利用者が望まない治療や支援を受けることが少なくなること	160	3.02	.76	-.12	-.13
病状悪化時に利用者の権利を擁護できること	160	3.00	.75	-.18	.25
利用者の生活や病状に応じた治療支援の状況をモニターできること	161	3.29	.77	-.13	.24
病状悪化後の支援の立て直しができること	161	3.23	.75	-.41	.33
全項目の平均		3.38	.76		

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

次に因子構造を明らかにするため、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行なった。固有値の減衰状況(12.5, 1.65, 1.40, .95...)と解釈可能性から3因子構造が妥当だと判断した。その上で、因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「安定した状態を継続するための生活支援($\alpha=.92$)」、第2因子を「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク($\alpha=.89$)」、第3因子を「病状悪化時のための権利擁護($\alpha=.89$)」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内の一貫性を有していると判断した。そして、各下位尺度における平均得点を算出した。その上で、クライシス・プランの活用効力感尺度(経験者群)において「安定した状態を継続するための生活支援」因子の寄与率が50.2と突出し

て高く、クライシス・プランの実践経験を有するソーシャルワーカーのクライシス・プランの活用を実践するために必要となる主要な効力感であると考えられる。これらについて、表3-26に示した。

表3-26 クライシス・プランの活用効力感尺度(経験者群)の因子分析結果(主因子法, プロマックス回転: 3因子構造推定)

	F1	F2	F3
F1 安定した状態を継続するための生活支援 Cronbach's α = .916 尺度平均得点: 3.47			
利用者の安定した病状や生活を維持するため活用すること	.897	-.066	-.133
利用者の個性に基づく支援のために活用すること	.728	.014	.040
利用者の病気や生活の変化を支援者と共有できること	.703	.219	-.173
利用者が自らの病気や生活の変化に気づけること	.687	.056	.009
利用者の生活支援に支援者が伴走的に支援できること	.663	.102	-.008
利用者との信頼関係を深められること	.633	.141	.022
利用者が自らの病気や生活の変化に対処できること	.628	-.093	.185
利用者自ら病気や生活の変化に対応できること	.549	.080	.134
支援者が利用者の病気や生活の悪化のサインに気づけること	.487	.293	.008
利用者が自らの強みを生かした生活支援ができること	.465	.010	.347
F2 病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク Cronbach's α = .888 尺度平均得点: 3.42			
利用者の病気や生活の変化に応じて支援内容を調整できること	-.062	.952	-.039
利用者の病気や生活の変化に対応する支援ネットワークを構築できること	.039	.738	.013
病状悪化後の支援の立て直しができること	-.016	.658	.160
支援者が利用者の病気や生活の変化に速やかに対応できること	.185	.639	.086
利用者との支援で病気や生活の状態に応じた対応を明確化できること	.120	.607	.059
利用者との支援で病気や生活の状態についての話し合う機会をもてること	.316	.466	-.062
F3 病状悪化時のための権利擁護 Cronbach's α = .890 尺度平均得点: 3.07			
病状悪化時に利用者の権利を擁護できること	-.238	.089	.975
病状悪化時に利用者が望まない治療や支援を受けることが少なくなる	-.116	.199	.794
病状悪化時の支援対応に利用者の希望を尊重できること	.273	-.121	.729
利用者が望まない治療や支援に対して意向を示せること	.367	-.128	.588
固有値	12.54	1.68	1.40
累積寄与率	50.18	56.91	62.51
因子間相関	F2	.71	
	F3	.64	.60

(2) 経験者群: 各尺度得点における差の検定

クライシス・プランを活用する上で医療と福祉が協働する要点について示唆を得るために、クライシス・プランの活用効力感尺度(経験者群)の各下位尺度得点について、所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-27に示した。「安定した状態を継続するための生活支援」尺度における精神科病院群の平均値は3.47(標準偏差 .58)であり、相談支援事業所群の平均値は3.48(標準偏差 .56)であった。そし

て、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

次に、「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク」尺度における精神科病院群の平均値は 3.47(標準偏差 .62)であり、相談支援事業所群の平均値は 3.38(標準偏差 .63)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

そして、「病状悪化時のための権利擁護」尺度における精神科病院群の平均値は 3.09(標準偏差 .69)であり、相談支援事業所群の平均値は 3.05(標準偏差 .68)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

表3-27 所属機関におけるクライシス・プランの活用効力感尺度(経験者群)の下位尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
安定した状態を継続する ための生活支援	精神科病院	77	3.47	.58	3.6(2.0-4.7)	n. s.
	相談支援事業所	78	3.48	.56	3.5(1.9-5.0)	
病気や生活の変化に対応 できる協働とネットワーク	精神科病院	80	3.47	.62	3.6(2.0-4.7)	n. s.
	相談支援事業所	79	3.38	.63	3.5(1.3-4.7)	
病状悪化時のための 権利擁護	精神科病院	79	3.09	.69	3.0(1.0-4.5)	n. s.
	相談支援事業所	79	3.05	.68	3.0(1.8-4.8)	

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

(3) 未経験者: 因子分析結果

クライシス・プランの活用効力感尺度(未経験者群)における各項目の平均値と標準偏差は、表3-28に示した。各項目の平均値は 3.14(標準偏差 .80)であった。そして、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が1以下であることを基準とした。ここでの結果では、それらが1を超える項目はなかったため、全ての項目を分析対象とした。

表3-28 クライシス・プランの活用効力感尺度(未経験者群)における各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
利用者の病気や生活の変化を支援者と共有できること	182	3.35	.85	-.69	-.14
利用者の安定した病状や生活を維持するため活用すること	181	3.31	.79	-.54	-.02
利用者の病状や生活状況を支援者間で情報共有できること	182	3.38	.83	-.77	.42
利用者の個性に基づく支援のために活用すること	182	3.24	.81	-.40	-.24
利用者の生活支援に支援者が伴奏的に支援できること	182	3.13	.76	-.30	.25
利用者と支援者との信頼関係を深められること	182	3.25	.80	-.41	.14
利用者の病状や生活状況に応じた自己決定が促せること	182	3.08	.83	-.21	-.18
利用者が主体的に医療や福祉サービスの利用ができること	182	3.09	.79	-.23	-.10
利用者が自らの強みを生かした生活支援ができること	182	3.19	.81	-.29	-.36
利用者が自らの病気や生活の変化に気づけること	182	3.12	.80	-.28	-.15
利用者が望まない治療や支援に対して意向を示せること	182	2.84	.71	-.22	-.12
病状悪化時の支援対応に利用者の希望を尊重できること	182	2.91	.81	.11	-.33
支援者が利用者の病気や生活の悪化に早期対応できること	181	3.17	.82	-.51	-.24
利用者が自らの病気や生活の変化に対処できること	182	3.08	.74	-.30	.26
支援者が利用者の病気や生活の悪化のサインに気づけること	182	3.29	.83	-.65	.12
利用者自ら病気や生活の変化に対応できること	182	2.89	.75	-.06	-.26
支援者が利用者の病気や生活の変化に速やかに対応できること	180	3.17	.82	-.50	-.24
利用者の病気や生活の変化に応じて支援内容を調整できること	182	3.21	.79	-.40	-.22
利用者の病気や生活の変化に対応する支援ネットワークを構築できること	182	3.15	.84	-.18	-.27
利用者と支援者で病気や生活の状態についての話し合う機会をもてること	182	3.45	.82	-.71	.19
利用者と支援者で病気や生活の状態に応じた対応を明確化できること	182	3.16	.85	-.20	-.31
病状悪化時に利用者が望まない治療や支援を受けることが少なくなること	181	2.80	.78	-.12	.21
病状悪化時に利用者の権利を擁護できること	181	2.92	.79	-.27	-.15
利用者の生活や病状に応じた治療支援の状況をモニターできること	179	3.02	.78	-.47	.26
病状悪化後の支援の立て直しができること	181	3.18	.84	-.46	.01
全項目の平均		3.14	.80		

*5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

次に因子構造を明らかにするため、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行なった。固有値の減衰状況(13.7, 1.60, .97, .94...)と解釈可能性、経験者群との因子構造を比較することから3因子構造を推定した。その上で、因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的に因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「病気や生活状況の共有とネットワークの構築($\alpha=.94$)」、第2因子を「ストレスを活用できる利用者主体の支援($\alpha=.86$)」、第3因子を「病状悪化時のための権利擁護($\alpha=.80$)」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断した。そして、各下位尺度における平均得点を算出した。その上で、クライシス・プランの活用効力感尺度(未経験者群)において「病気や生活状況の共有とネットワークの構築」因子の寄与率が54.9と突出して

高く、クライシス・プランの実践経験を有さないソーシャルワーカーのクライシス・プランの活用を実践するために必要となる主要な効力感であると考えられる。これらについて、表3-29に示した。

表3-29 クライシス・プランの活用効力感尺度(未経験群)の因子分析結果(主因子法, プロマックス回転: 3因子構造推定)

	F1	F2	F3
F1 病気や生活状況の共有とネットワークの構築 Cronbach's α = .944 尺度平均得点: 3.25			
利用者の病状や生活状況を支援者間で情報共有できること	.917	.042	-.206
利用者の病気や生活の変化を支援者と共有できること	.892	.118	-.234
利用者と支援者で病気や生活の状態についての話し合う機会をもてること	.832	-.050	.010
利用者の病気や生活の変化に応じて支援内容を調整できること	.799	-.137	.192
支援者が利用者の病気や生活の悪化のサインに気づけること	.677	.097	.056
利用者の病気や生活の変化に対応する支援ネットワークを構築できること	.648	-.089	.200
病状悪化後の支援の立て直しができること	.606	-.130	.336
利用者と支援者との信頼関係を深められること	.558	.212	.006
支援者が利用者の病気や生活の悪化に早期対応できること	.554	.142	.155
支援者が利用者の病気や生活の変化に速やかに対応できること	.523	.283	.053
利用者の個別性に基づく支援のために活用すること	.482	.379	-.029
利用者と支援者で病気や生活の状態に応じた対応を明確化できること	.429	.079	.343
F2 ストレngthsを活用できる利用者主体の支援 Cronbach's α = .863 尺度平均得点: 2.97			
利用者が自らの病気や生活の変化に対処できること	.189	.704	-.105
利用者が望まない治療や支援に対して意向を示せること	-.147	.627	.290
利用者が自らの病気や生活の変化に気づけること	.136	.600	.095
利用者自ら病気や生活の変化に対応できること	.025	.533	.277
病状悪化時の支援対応に利用者の希望を尊重できること	-.023	.482	.358
F3 病状悪化時のための権利擁護 Cronbach's α = .798 尺度平均得点: 2.86			
病状悪化時に利用者が望まない治療や支援を受けることが少なくなること	-.170	.118	.896
病状悪化時に利用者の権利を擁護できること	.243	.088	.534
固有値	13.74	1.59	.97
累積寄与率	54.94	61.30	65.17
因子間相関	F2	.72	
	F3	.59	.65

(4) 未経験者群: 各尺度得点における差の検定

クライシス・プランを活用する上で医療と福祉が協働する要点について示唆を得るために、クライシス・プランの活用効力感尺度(未経験者群)の各下位尺度得点について、所属機関における差の検定を実施し、その結果を表3-30に示した。「病気や生活状況の共有とネットワーク構築」尺度における精神科病院群の平均値は3.28(標準偏差 .67)であり、相談支援事業所群の平均値は3.19(標準偏差 .59)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-WhitneyのU検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

次に、「ストレングスを活用できる利用者主体の支援」尺度における精神科病院群の平均値は2.97(標準偏差 .62)であり、相談支援事業所群の平均値は2.97(標準偏差 .60)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

そして、「病状悪化時のための権利擁護」尺度における精神科病院群の平均値は2.91(標準偏差 .68)であり、相談支援事業所群の平均値は2.77(標準偏差 .79)であった。そして、この回答に正規性が認められなかったことから、独立サンプルによるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney の U 検定)を実施した。検定の結果、2群間に有意な差は認められなかった。

表3-30 所属機関におけるクライシス・プランの活用効力感尺度(未経験者群)の下位尺度の平均値と標準偏差、ならびに Mann-Whitney の U 検定結果

		度数	平均値	標準偏差	中央値(範囲)	ρ 値
病気や生活状況の共有 とネットワークの構築	精神科病院	121	3.28	.67	3.3(1.0-4.6)	n. s.
	相談支援事業所	57	3.19	.59	3.3((1.0-4.0)	
ストレングスを活用でき る利用者主体の支援	精神科病院	123	2.97	.62	3.0(1.0-4.4)	n. s.
	相談支援事業所	59	2.97	.60	3.0(1.0-4.6)	
病状悪化時のための 権利擁護	精神科病院	122	2.91	.68	3.0(1.0-4.0)	n. s.
	相談支援事業所	59	2.77	.79	3.0(1.0-5.0)	

* 5件法(「1. 全く自信がない」～「5. とても自信がある」)

3.5 クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時の活用に影響をあたえる要因

ソーシャルワーカーにおける精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの活用に影響を与える要因を明らかにするため、クライシス・プランの「日常的活用尺度得点」と「病状悪化時活用尺度得点」を従属変数に、「作成効力感尺度における各因子得点」、「プランニング困難さ尺度における各因子得点」、「活用効力感尺度における各因子得点」、「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」、「デモグラフィック要因における「年齢」、「ケアプラン作成を担当するソーシャルワーカー数」、「病状悪化時の直接対応件数」を独立変数として、精神科病院と相談支援事業所の所属機関ごとにステップワイズ法による重回帰分析を実施した。

ここではクライシス・プランの実践経験を有する精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)の定量データを用いて解析した。

3.5.1 精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響をあたえる要因

精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)におけるクライシス・プランの日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点に影響をあたえる要因について明らかにするために実施した重回帰分析の結果を表3-31に示した。

日常的活用尺度に影響をあたえる要因について、重回帰モデルの調整済み決定係数(R^2)は.189であり、分散分析の結果、 $F(1, 52)=13.329, p<.01$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。「日常的活用尺度得点」とそれぞれの独立変数の関係については「安定した状態を継続するための生活支援(活用効力感尺度因子)」($\beta=.452, p<.01$)が有意な正の影響を及ぼす関連が示された。

VIF 値を確認したところ、この要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

次に、病状悪化時活用尺度に影響を与える要因について、重回帰分析の調整済み決定係数 (R^2) は.294 であり、分散分析の結果、 $F(1, 50)=22.249, p<.001$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。そして「病状悪化時活用尺度得点」と「独立変数」の関係は「クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度」($\beta=.555, p<.001$) が有意な正の影響を及ぼす関連が示された。VIF 値を確認したところ、この要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

表3-31 精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)におけるクライシス・プランの活用への影響に関する重回帰分析の結果

従属変数	独立変数	標準化係数 β	t 値	調整済み R^2	VIF
日常的活用尺度得点	安定した状態を継続するための生活支援(活用効力感尺度因子)	.452	3.65**	.189	1.00
病状悪化時活用尺度得点	クライシス・プランとソーシャルワークの関連度	.555	4.72***	.294	1.00

** $p<.01$, *** $p<.001$

さらに、精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)における日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点の間の関連性について分析した結果を表3-32 に示した。これら尺度得点の間には中程度の有意な正の相関がみられた($r=.510, p<.01$)。

以上の重回帰分析と相関分析の結果を捉えやすく図示したものを図3-5 に示した。

表3-32 精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)における日常活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点の相関関係(Kendall の順位相関係数)

		日常的活用尺度得点	病状悪化時活用尺度得点
日常的活用尺度得点	相関係数	—	.510**
	有意確率	—	0.0
病状悪化時活用尺度得点	相関係数	.510**	—
	有意確率	0.0	—

** $p<.01$

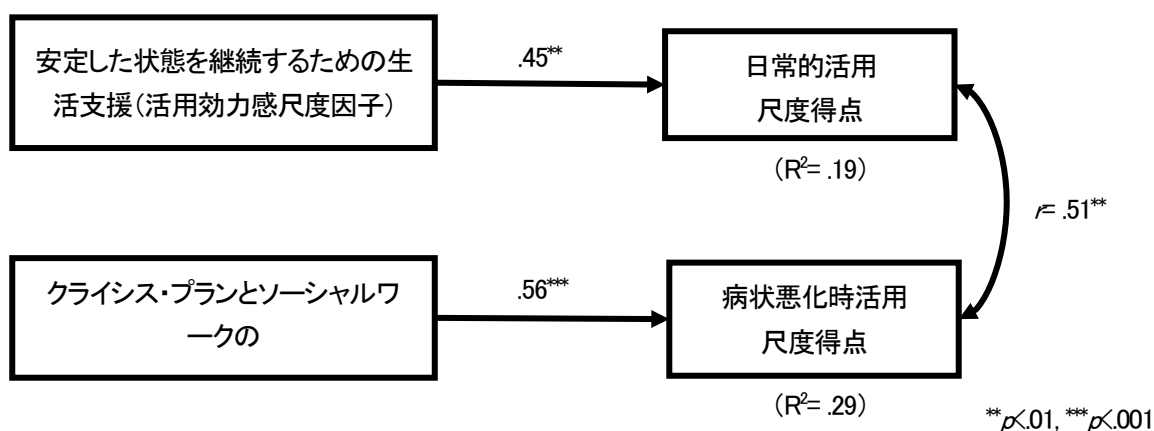


図3-5 精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)におけるクライシス・プランの活用に関する重回帰分析と相関分析の結果の図解化

3.5.2 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因

相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)におけるライセンス・プランの日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点に影響をあたえる要因について明らかにするために実施した重回帰分析の結果を表3-33に示した。

日常的活用尺度に影響をあたえる要因について、重回帰モデルの調整済み決定係数(R^2)は.160であり、分散分析の結果、 $F(1, 64)=13.301, p<.01$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。そして「日常的活用性尺度得点」とそれぞれの独立変数の関係については「安定した状態を継続するための生活支援(活用効力感尺度因子)」($\beta=.415, p<.01$)が有意な正の影響を及ぼす関連が示された。VIF値を確認したところ、この要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

次に、病状悪化時活用尺度に影響を与える要因について、重回帰分析の調整済み決定係数(R^2)は.228であり、分散分析の結果、 $F(1, 64)=20.187, p<.001$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。「病状悪化時活用性尺度得点」と「独立変数」の関係は「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク(活用効力感尺度因子)」($\beta=.490, p<.001$)が有意な正の影響を及ぼす関連が示された。VIF値を確認したところ、この要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

表3-33 相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)におけるクライシス・プランの活用への影響に関する重回帰分析の結果

従属変数	独立変数	標準化係数 β	t値	調整済み R^2	VIF
日常的活用 尺度得点	安定した状態を継続するための生活 支援(活用効力感尺度因子)	.415	3.65**	.160	1.00
病状悪化時活用 尺度得点	病気や生活の変化に対応できる協働 とネットワーク(活用効力感尺度因子)	.490	4.49***	.228	1.00

** $p<.01$, *** $p<.001$

さらに、相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)における日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点の間の関連性について分析した結果を表3-34に示した。これら尺度得点の間には中程度の有意な正の相関がみられた($r=.437, p<.01$)。

以上の重回帰分析と相関分析の結果を捉えやすく図示したものを図3-6に示した。

表3-34 相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)における日常活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点の相関関係(Kendallの順位相関係数)

		日常的活用尺度得点	病状悪化時活用尺度得点
日常的活用 尺度得点	相関係数	—	.437**
	有意確率	—	0.0
病状悪化時活用 尺度得点	相関係数	.437**	—
	有意確率	0.0	—

** $p<.01$

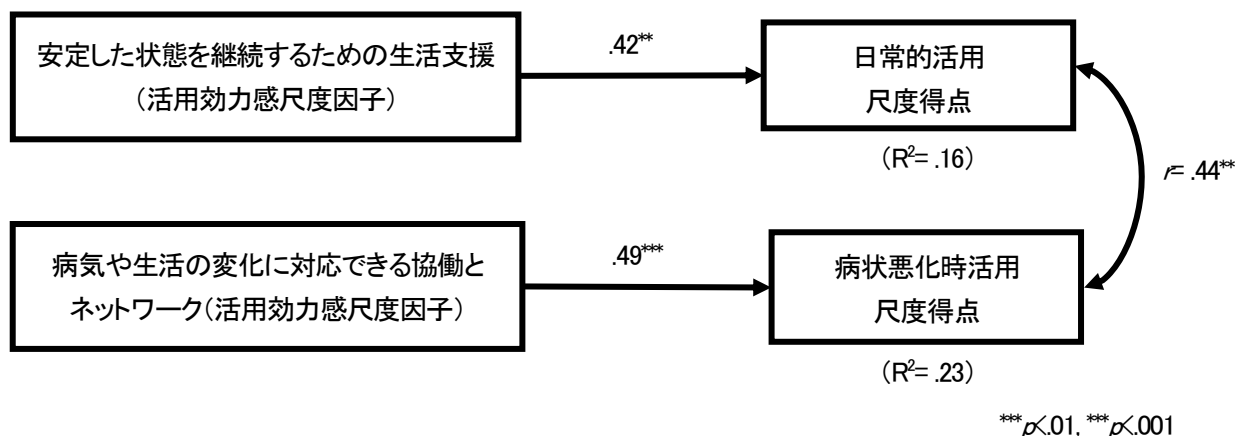


図3-6 相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)におけるクライシス・プランの活用に関する重回帰分析と相関分析の結果の図解化

3.6 クライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因(未経験者群)

ソーシャルワーカーにおける精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを作成していこうとする意向、活用していこうとする意向に影響をあたえる要因を明らかにするため、「クライシス・プランの作成意向得点」と「クライシス・プランの活用意向得点」を従属変数に、「作成効力感尺度における各因子得点」、「プランニング困難さ尺度における各因子得点」、「活用効力感尺度における各因子得点」、「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」、デモグラフィック要因における「年齢」、「ケアプラン作成を担当するソーシャルワーカー数」、「病状悪化時の直接対応件数」を独立変数として、精神科病院と相談支援事業所の所属機関ごとにステップワイズ法による重回帰分析を実施した。

ここではクライシス・プランの実践経験を有さない精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)の定量データを用いて解析した。

3.6.1 精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因

精神科病院の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因について明らかにするために実施した重回帰分析の結果を表3-35に示した。

クライシス・プランの作成意向に影響をあたえる要因について、重回帰モデルの調整済み決定係数(R^2)は.161であり、分散分析の結果、 $F(1, 93)=18.978, p<.001$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。「クライシス・プランの作成意向得点」とそれぞれの「独立変数」の関係については「クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度」($\beta=.412, p<.001$)が有意な正の影響を及ぼす関連が示された。VIF値を確認したところ、この要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

次に、クライシス・プランの活用意向に影響をあたえる要因について、重回帰モデルの調整済み決定係数(R^2)は.195であり、分散分析の結果、 $F(1, 93)=23.820, p<.001$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。「クライシス・プランの活用意向得点」とそれぞれの「独立変数」の関係については「クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度」($\beta=.452, p<.001$)が有意な正の影響を及ぼす関連が示された。VIF値を確認したところ、この要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

表3-35 精神科病院の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向への影響に関する重回帰分析の結果

従属変数	独立変数	標準化係数β	t値	調整済みR ²	VIF
クライシス・プランの作成意向得点	クライシス・プランとソーシャルワークの関連度	.412	4.36***	.161	1.00
クライシス・プランの活用意向得点	クライシス・プランとソーシャルワークの関連度	.452	4.88***	.195	1.00

*** $p < .001$

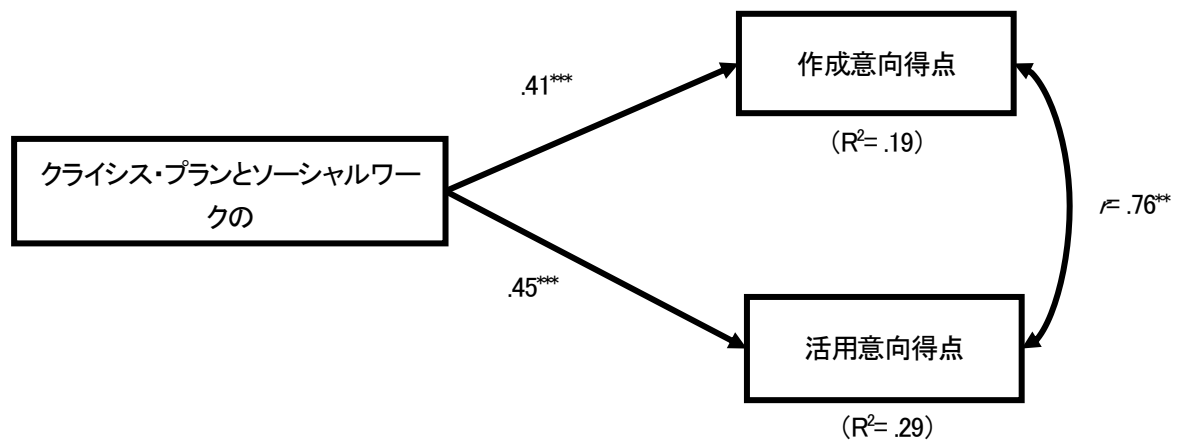
さらに、精神科病院の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向得点と活用意向得点の間の関連性について分析した結果を表3-36に示した。これらの得点の間には中程度の有意な正の相関がみられた($r = .761, p < .01$)。

以上の重回帰分析と相関分析の結果を捉えやすく図示したものを図3-7に示した。

表3-36 精神科病院の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向得点と活用意向得点の相関関係(Kendallの順位相関係数)

		作成意向得点	活用意向得点
クライシス・プランの作成意向得点	相関係数	—	.761**
	有意確率	—	0.0
クライシス・プランの活用意向得点	相関係数	.761**	—
	有意確率	0.0	—

** $p < .01$



** $p < .01$, *** $p < .001$

図3-7 精神科病院の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に関する重回帰分析と相関分析の結果の図解化

3.6.2 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因

相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因について明らかにするために実施した重回帰分析の結果を表3—37に示した。

クライシス・プランの作成意向に影響をあたえる要因について、重回帰モデルの調整済み決定係数(R^2)は .341 であり、分散分析の結果 $F(3, 45)=8.757, p<.001$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。「クライシス・プランの作成意向得点」とそれぞれの「独立変数」の関係については「ストレングスを活用できる利用者主体の支援(活用効力感尺度因子)」($\beta=.398, p<.01$)、「ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数」($\beta=.283, p<.05$)が有意な正の影響を、「早期支援におけるモニタリング内容(プランニング困難さ尺度因子)」($\beta=-.310, p<.01$)が有意な負の影響を及ぼしており、クライシス・プランの作成意向得点との関連が示された。VIF 値を確認したところ、すべての要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

次に、クライシス・プランの活用意向に影響をあたえる要因について、重回帰モデルの調整済み決定係数(R^2)は .316 であり、分散分析の結果、 $F(2, 44)=11.634, p<.001$ で有意差が確認されたため、重回帰モデルの有効性が確認された。「クライシス・プランの活用意向得点」とそれぞれの「独立変数」の関係については「ストレングスを活用できる利用者主体の支援(活用効力感尺度因子)」($\beta=.536, p<.001$)、「ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数」($\beta=.268, p<.05$)が有意な正の影響を及ぼしており、クライシス・プランの活用意向得点との関連が示された。VIF 値を確認したところ、すべての要因について2以下という低い値を示していたことから、多重共線性は存在しないと判断した。

表3—37 相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向への影響に関する重回帰分析の結果

従属変数	独立変数	標準化係数 β	t 値	調整済み R^2	VIF
クライシス・プランの作成意向得点	ストレングスを活用できる利用者主体の支援(活用効力感尺度因子)	.398	3.14**	.341	1.10
	早期支援におけるモニタリング内容(プランニング困難さ尺度因子)	-.310	-2.44**		
	ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数	.283	2.33*		
クライシス・プランの活用意向得点	ストレングスを活用できる利用者主体の支援(活用効力感尺度因子)	.536	4.39***	.316	1.00
	ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数	.268	2.20*		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

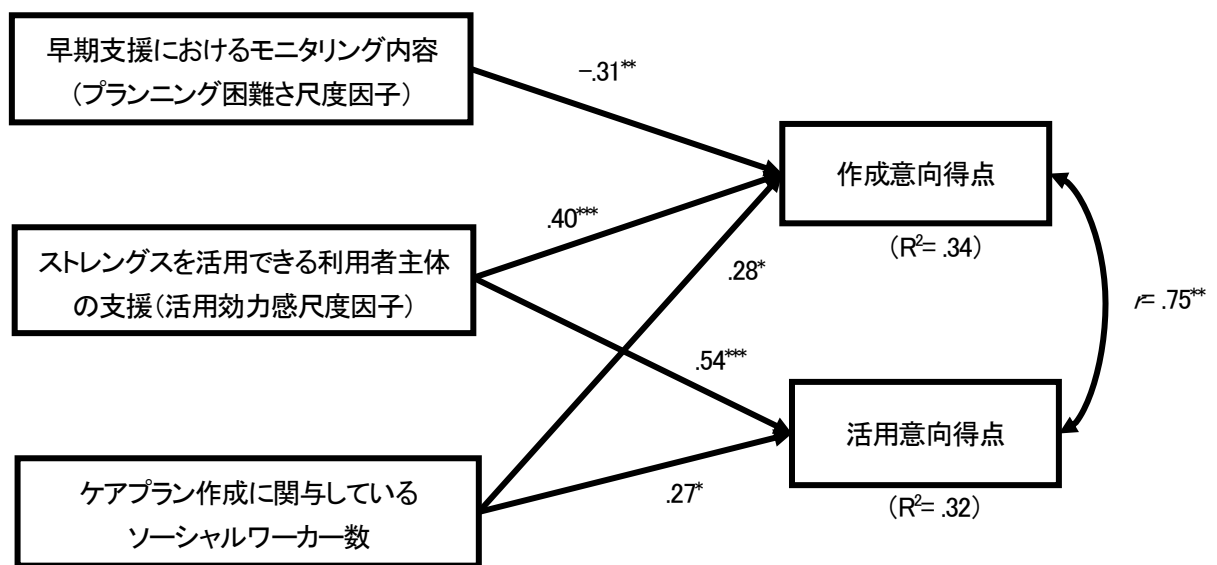
さらに、相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向得点と活用意向得点の間の関連性について分析した結果を表3—38に示した。これらの得点の間には中程度の有意な正の相関がみられた($r=.751, p<.01$)。

以上の重回帰分析と相関分析の結果を捉えやすく図示したものを図3—8に示した。

表3-38 相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向得点と活用意向得点の相関関係(Kendallの順位相関係数)

		作成意向得点	活用意向得点
クライシス・プランの 作成意向得点	相関係数	—	.751**
	有意確率	—	0.0
クライシス・プランの 活用意向得点	相関係数	.751**	—
	有意確率	0.0	—

** $p < .01$



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

図3-8 相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に関する重回帰分析と相関分析の結果の図解化

3.7 アンケートの自由記述回答の結果

(1)クライシス・プランとソーシャルワークの関連度

ソーシャルワークとクライシス・プランの関連度について、「1. 全く存在しない」～「5. とても存在する」の5件法での回答に加えて、その回答の理由を自由記述により求めた。全ての有効回答数 384 名のうち 253 名(65.9%)から自由記述回答を得ることができた。自由記述回答の分析は、所属機関ごとにクライシス・プランの作成経験と活用経験の有無、関連度合いに応じて整理した上で各記述内容を説明できる概念を抽出し、その結果を表3-39に示した。

その結果、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランの作成経験と活用経験の有無にかかわらず「ストレングスモデル」「ケアマネジメント」「協働的支援」「自己決定」「アセスメント」「権利擁護」「希望の実現」「危機介入」といった概念が複数存在し、これらの観点でクライシス・プランとソーシャルワークの関連性が捉えられていた。そして、相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランの作成経験と活用経験の有無にかかわらず「ケアマネジメント」「危機介入」「関連技術」「協働的支援」「早期支援」といった概念が複数存在し、これらの観点でクライシス・プランとソーシャルワークの関連性が捉えられていた。ま

た、上述のようなクライシス・プランとソーシャルワークの関連性を認める記述のみならず、関連性を認めない記述として「形骸化の懸念」「管理的側面」「活用困難」等も存在していた。

表3-39 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度に関する自由記述回答と抽出概念
【精神科病院：クライシス・プランの作成経験・活用経験を有する回答者】

精神科病院	関連度	関連度に関する自由記述	概念化①	概念化②	概念化③	概念化④
作成あり	活用あり	2 ソーシャルワークは支援者主導で、クライシスプランは 本人の希望 によるものではないか？	希望の重視			
作成あり	活用あり	3 クライシスプランの 作成が目的 になってしまうリスクと、1度決めたクライシスプランをモニタリングや再調整しなくなるリスクを感じるため。	形骸化の懸念			
作成あり	活用あり	3 個々の事業に対する実践においてスケール・マニュアル化を進めていくことはマネジメント優先の動きが先立ち形骸化したケース(グループ)ワークとなる 危険性 があり、関与する 関係も誰が主体なのか見失ってしまふ恐れ があると考えられるため、クライシスプラン等の必要性については慎重さを持つ必要があると思われる	形骸化の懸念	主体性の喪失		
作成あり	活用あり	3 立場や、所属、対象患者(一環境も含む)により、マネジメントする 内容が異なったりする 為	ケアマネジメント			
作成あり	活用あり	3 精神科におけるソーシャルワークであれば、 疾病の悪化によりQOLが低下する ので疾病管理の点でクライシスプランの必要性は一定認める。	病状の管理			
作成あり	活用あり	3 実践のなかで上手に活用出来ていないため	活用困難			
作成あり	活用あり	4 クライシスプランは、 ケアマネジメントの一環 であるという認識であるため、関連すると思いました。	ケアマネジメント			
作成あり	活用あり	4 クライシスプランにおいて、 ストレングスモデルが重要 だと思うため。	ストレングスモデル			
作成あり	活用あり	4 本人の病識の有無にも影響するが、周りの支援者が 利用者の状況を共有する事 に役立って欲しいと思っています。しかし、クライシス・プラン自体が完成されているわけではないので、支援のマニュアルのような扱え方をされる事もあると思いますので、やや存在するにOを付けました。	利用者の理解	形骸化の懸念		
作成あり	活用あり	4 クライシスプランもソーシャルワークも 本人の権利、自己決定、自己実現と本人のやりたい生活の実現、本人主体 というところが大切であり、目指すところである。	権利擁護	自己実現	利用者主体	
作成あり	活用あり	4 クライシスプランは、精神障害者の地域生活支援において ケアマネジメントの中に含まれる という認識である。	ケアマネジメント			
作成あり	活用あり	4 面接やケア会議等の手法を通して、 自身の周囲のことについて考える過程 は、双方に共通する価値であると思う。	自己理解			
作成あり	活用あり	4 対象者のケアに対してクライシスプランの有効性があると思う。 症状が強くなった時のツール としてはとても良い方法(計画)である。	病状悪化対応			
作成あり	活用あり	4 危機介入時のソーシャルワーク は必要であり、ソーシャルワークをすることで危機を脱し、本人の症状改善のきっかけになるから	危機介入			
作成あり	活用あり	4 “障害”で意識する上で 本人の病気と環境のアセスメント につながると思う。つまりクライシスは、本人にとってどのような“状況”また“現象”なのかにかんがえるきっかけになる	個人と環境の理解	アセスメント		
作成あり	活用あり	4 利用者や支援者との関わりとしてのツールと見れば ソーシャルワークの機能、支援ツールとして有効性 はあるのではないかと考える。	ツール			
作成あり	活用あり	4 利用者の強み、支援者のサポートが可視化されることで共通認識しやすい	ツール			
作成あり	活用あり	4 本人病状悪化時のサインや、本人の強みを分るるようによくおくと、 ソーシャルワークを行う上でプランの組み立てに必要 になると思えました。	アセスメント	プランニング		
作成あり	活用あり	4 クライシスプランは一人歩きする。他職種、他機関とクライシスプランに対しての認識が異なる。OOIになったら入院、OOIになったら薬をふやす、と監視、管理の色がつい。また クライシスプランにあわせたソーシャルワークを求められてしまう 。	管理的側面			
作成あり	活用あり	4 病状悪化時の対応について話し合う過程もソーシャルワークの一つであり、 病状悪化時の対応について本人の希望を伺っておくことも権利擁護につながる と考える。	権利擁護	希望の重視		
作成あり	活用あり	4 当事者の動きにいち早く 気づき、必要な対応をとって いくことが医療機関におけるソーシャルワークにおける要因が大きいため	早期支援			
作成あり	活用あり	4 自ら考えた目標を支援者と共有することで 望んだ生活を続けていくための指標となるクライシスプランは 自己決定を支援している ソーシャルワークに関連すると思われるため	自己決定			
作成あり	活用あり	4 関係機関の役割を明確 にしたり、本人に伝える、 本人自身に病状悪化早期対応を促す には良いが、やはりケースにより、本人にある程度モチベーションや受け入れられ、理解、対応能力がなく活用するまでの状況になりにくい面もあるため。	協働的支援	早期支援	活用困難	
作成あり	活用あり	4 作成、利用することで効果が感じられたため。(本人も含めて)				
作成あり	活用あり	4 退院支援 上は関連する	地域移行			
作成あり	活用あり	5 クライシスプランは、日々の 利用者との関わりからアセスメントした事や共有した事を整理し 、文字に現している物と認識しているため、地域生活を送るうえで、ソーシャルワークとの関連性は高いと考えています。	アセスメント	プランニング		
作成あり	活用あり	5 ソーシャルワークを日々実践する中でクライシスプランの内容になるであろう部分 を、本人が再入院しないように 面接をする ことが多い。細にかきおこし整理することを大切だと日々感じている。	再入院の防止	見える化		
作成あり	活用あり	5 日常生活において 病気や障害に対応 した支援には当然と思う。	精神障害の特性			
作成あり	活用あり	5 ご本人の 希望や症状の把握 をとらえた上で、ケースワークをしていく必要があるため	ストレングスモデル	医学モデル		
作成あり	活用あり	5 当事者が心身共に良い状態を維持して安定した地域生活を送ることが、効果的なサービス利用につながり、 当事者のより良い人生につながる と考えられるため	生活の安定	自己実現		
作成あり	活用あり	5 病状悪化時に、病院関係者、本人、家族、地域、関係機関等、様々な視点から見た時の、明確な共通の判断基準となる為	病状悪化対応	協働的支援		
作成あり	活用あり	5 医療以外の支援者にも理解してもらいやすいため	利用者理解			
作成あり	活用あり	5 クライシスプランの機能を使えるかどうか、 ソーシャルワークの方法や価値観、倫理観に関連 していると思う。	SWD価値・倫理	SWの方法		
作成あり	活用あり	5 利用者の 権利擁護 やサポート体制の整理のために必要だから。	権利擁護	支援体制		
作成あり	活用あり	5 希望する地域生活が継続できるような ストレングス (自分ができる対応方法)や人 権利擁護の視点 (病状悪化時の支援)が含まれている。ご本人と一緒に作成したり、状況変化に伴い見直しを行う。	ストレングスモデル	権利擁護	修正	
作成あり	活用あり	5 本人主体 であること。 本人の強みを理解 することで何か問題がおこったらその強みが糸口になる点では共通。	利用者主体	ストレングスモデル		
作成あり	活用あり	5 ケアマネジメントは利用者や地域の中で生活していく上で必要な支援構築であり、その中において、 常に状態に応じて変化する ため、 クライシス・プランは有効に活用していき、ケアマネジメントに反映 できることから、関連性はとてもあると考えられる。	ケアマネジメント	支援体制		
作成あり	活用あり	5 当事者の目標や意向に沿ってソーシャルワークを行えらると良いと思う	希望の重視			
作成あり	活用あり	5 病院のPSWは病状悪化しないよう本人と協働できることはとても大切だし、悪化を防いで地域生活を安定化できる。ただし地域の場のPHWが病状をつきつて話すのがふさわしいかどうかは深慮が必要。	病状悪化対応	生活の安定	協働的支援	
作成あり	活用あり	5 生活していく上で考えられる 状況を利用者の方と一緒に見ていく作業 という点でどちらも似ていると思う。また、クライシスプランを考えることで、地域での生活をいかに続けていかにつながっていると思うため、上記のような回答となった。	アセスメントの共有	生活の安定		
作成あり	活用あり	5 精神科には自身の病状についての気づきや理解がとても大切であると思う。その為には 本人の自己決定や意思が尊重 反映されるクライシスプランは、ケアにおいて重要な意味があると思います。観察法では重点的に広まっているクライシスプランが一般分野で活用されていないのはもったいないと感じます。	自己決定	権利擁護		
作成あり	活用あり	5 障害と疾病とをえる視点 や ストレングス視点 でのクライシスプラン実践は重要であり、ソーシャルワークと関連する点である。	精神障害の特性	ストレングスモデル		
作成あり	活用なし	4 重要な部分が多い。表現方法、記述方法が異なるだけで繋がっている内容と思う。				
作成あり	活用なし	4 情報共有に役立つ	情報の共有			
作成あり	活用なし	4 権利擁護 に関わることでもあると思う為	権利擁護			
作成あり	活用なし	5 地域定着のために必要。また早期介入により、早期のリカバーは見込まれる。	生活の安定	早期支援		
作成あり	活用なし	5 生活支援や医療は本人の状況や状況によって変化するものであり、その時の本人の思いや気持ちにも左右されるので、時間をかけ、本人自身、その環境を踏まえてプラン作成することは、 本人の望む生活の実現に資する と思います。	自己実現	プランニング		
作成あり	活用なし	5 クライアント本人が自身の状態を振り返り、判断能力が低下した際にも自らの意向を反映しやすく、 支援者と協働していく 意味で関連は強いと考える	権利擁護	協働的支援		
作成あり	活用なし	5 利用者本人の意向を引き出し、調整していき必要があるため。	自己決定			
作成あり	活用なし	5 強みやストレングス に焦点を当てると本人主体、本人を中心にして 支援や周囲の対応を決め、同意を得る 点。	ストレングスモデル	利用者主体	協働	
作成あり	活用なし	5 目標を実行に移す段階で、クライシスプランを立てて、共有していないと、場当たり的な対応になってしまい、継続した支援にならないと思う。	支援の継続			
作成なし	活用あり	4 地域生活支援の継続という点では、クライシス・プランは有効であると感じるため。	支援の継続			
作成なし	活用あり	4 現在グループホーム担当しているが、利用者によっては必要な方もあり病棟で作成してもらっている人もいる				
作成なし	活用あり	4 本だけでなく、支援者も見逃して理解を深めることができる。さらに、定期的なクライシス・プランを振り返ることで、本人も支援者も心にとめておくことができる。				
作成なし	活用あり	4 ソーシャルワークしていくためには、 アセスメント がまず重要ですが、それらを整理していくために、クライシス・プランを作成していくことが、役立つと思います。ただ、その後活用されない“機能する”までにはいきません。	アセスメント			
作成なし	活用あり	4 ソーシャルワークを 利用者にも支援者にも分かるようにしたものがクライシスプラン だと思うから	見える化			
作成なし	活用あり	4 結局はクライシスプランと同様のことをケースワークの中でやっている。				
作成なし	活用あり	5 ソーシャルワークは、 利用者の病状、ニーズ、希望 等ありきで進むものであると思うから、クライシスプランとソーシャルワークを連動させることは重要であると思うから。	ニーズ主導	医学モデル	ストレングスモデル	
作成なし	活用あり	5 人が暮らしていく中で必ず 急務的状況は発生 し、生活支援とのソーシャルワークとは必ず関連性があると考える	危機介入	生活支援		
作成なし	活用あり	5 長期入院患者の高齢化や重篤化を考えると、クライシスプランの視点は地域生活を見守る上で有効だし必要になります。一方で、(おそらく懸念されているかたが多いと思いますが)管理的になってしまうのは、特に日本の歴史を鑑みると否定はできない部分であり、対をなすという意味では関連性(ソーシャルワークとの)は大きいと思われるます。	生活の安定	管理的側面		
作成なし	活用あり	5 ソーシャルワーク(ケアマネジメント)を行うなかで、常に意識している機能と考えるため	ケアマネジメント			

※概念化の編みかけ部分は、関連性を認めない記述に関する概念である。

表3-39 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度に関する自由記述回答と抽出概念

【精神科病院：クライシス・プランの作成経験・活用経験を有さない回答者】

作成なし	活用なし	2	ソーシャルワークやケアマネジメントは「いかに生活するか」であり、クライシスプランとは違うのではないかと	生活支援 1/4ド アーション 課題中心
作成なし	活用なし	3	患者に対してまずはきちんとした心理教育、病識の確保が必要。その上でのクライシスプランであれば、有効に利用できるような気がします。	医学モデル
作成なし	活用なし	3	クライシスプランは重要だが、悪化を防ぐための課題に焦点が当たると、リスクがあると思われる。できることよりできないことの方が目につくやうで、そこに片寄りがあると認識できない支援者がクライシスプランを活用することは、ソーシャルワークの原則につながるような気がする。	アセスメント
作成なし	活用なし	3	クライシスプランに頼ってそれ以上に本人と相談しない支援者が出てはならないから、直接面談したりアセスメントしたり活用していいのであれば機能に貢献性ができると思う。	
作成なし	活用なし	3	イメージが湧かない	
作成なし	活用なし	3	これまでクライシスプランの利用経験がないので実際にどの程度関連性が存在するか言えない。	活用困難 多職種協働
作成なし	活用なし	3	関連性はあると思うが効率的ではない。(時間がかかりすぎる)	
作成なし	活用なし	3	ソーシャルワーカーの実践のみならず、多職種の見立でも必要だと思うのでソーシャルワーカーだけでは限界がある。	
作成なし	活用なし	3	ケアマネジメントを行う上でクライシスプランがあると客観性は増すと思うが、実践したことがないため。	
作成なし	活用なし	4	どちらもアセスメントをしっかりしたうえで、本人の意向を大切にしながら考えていくものだから、共通している部分が多いと思う。	アセスメント 自己決定
作成なし	活用なし	4	支援者が利用者の意見を代弁することができるのではないかと。	権利擁護 プランニング
作成なし	活用なし	4	本人の状況によってプランを考える。	病状悪化対応
作成なし	活用なし	4	病状悪化の際、自己対処法を理解することで、本人だけでなく、家族や福祉や医療従事者も統一した関わりや対応をとることができると思うから。	協働的支援
作成なし	活用なし	4	患者本人が病状やその対応を考えた上、実践したりする上で確認し合えるが、医療機関、地域施設や就労などでの情報共有とプランへの理解や共有認識を持つことへの難しさがあると思われる。	協働困難
作成なし	活用なし	4	利用者本人への働きかけや周囲や支援者・環境との調整も求められると思うため。(ソーシャルワークの要素を含んでいると思うため)	個別の支援 環境調整
作成なし	活用なし	4	包括的な支援を展開する為に、重要な役割を果たすように思います。	包括的支援
作成なし	活用なし	4	対象者のストレッサを含めたアセスメント 対象者の生活目標、支援内容等のプランニング 対象者の意向を尊重する権利擁護	ストレッサ ストレン グスマ モデル アセ スマン ト プラ ンニ ング 権利 擁護
作成なし	活用なし	4	クライシスプランを作成する上でアセスメントが不可欠であり、それはケアマネジメントに通じていくものであると考えるため	アセスメント ケアマネジ メント
作成なし	活用なし	4	クライシスプラン＝危機介入と考えた場合、必ずしも本人が望むことと実践できるとは限らない。ソーシャルワークは、より本人の希望に沿って行われるものでありたいと考えます。	希望実現困 難
作成なし	活用なし	4	ソーシャルワーカーをすすらう必要と必要と情報が半分は以上ある	
作成なし	活用なし	4	ケアマネジメントのためのアセスメントと共通する部分があると思うから	ケアマネジ メント アセ スマン ト
作成なし	活用なし	4	利用者様と面談をしている間のような存在がクライシスプランだと思っていて、関連性はあると思います。	
作成なし	活用なし	4	クライシスプランが本人の希望や意思を支援方針に反映させる際のツールの1つになるから。	希望の重視
作成なし	活用なし	4	1人1人の生活をより良くすること、1人1人の権利を守ることに、クライシスプランの内容には重要な部分が多少でもあると感じているから。	生活の向上 権利擁護
作成なし	活用なし	4	本人主体の危機対応を考える上で有効だと考える。	利用者主体
作成なし	活用なし	4	クライシスプランを活用しない事があるが関係者が協議をすると思うため、必要性が高いと考える。	
作成なし	活用なし	4	ソーシャルワークをする上で、患者さんの意向を確認し、希望に沿った計画、支援をすることは必要。その中でクライシスプランに陥れることも出てくると思うため。(自分がこうなると不慣、でもなるべく入院しないで生活していきたいなど)	希望の重視
作成なし	活用なし	4	退院後のフォローやOH等での支援者の介入の目安になる	支援介入
作成なし	活用なし	4	ぼんやりとしたイメージを持つ利用者の現状を分かりやすく具体化できるため	見える化
作成なし	活用なし	4	クライシス・プランを作成することで、患者さんと話し合ったり、周囲の支援者と話し合う機会が設けられるため。様式として存在する(プラン)ことで、尋ねにくいことや意識していたたきにすることが可能になるのではないかと考えるため。	協働的支援
作成なし	活用なし	4	本人の病状の変化により、対応が変わってくる事から関連性があると思う。(気持ち、気分の変化)	精神障害の 特性
作成なし	活用なし	4	充実したクライシスプランが利用者との間で作ることができれば、病状悪化時の利用者の意向が尊重できる可能性があるため。	権利擁護
作成なし	活用なし	4	全てが全てである訳ではないが、本人が必要に入院をしないようにするために、苦しみないようにするために必要。本人の意向が大切	権利擁護
作成なし	活用なし	4	やったことがないでイメージがわからない	
作成なし	活用なし	4	ソーシャルワークをするうえで、クライシス・プランは少なからず関連したり、考えるときには取り上げるべき事項になることもある。	関連技術
作成なし	活用なし	4	クライシスプランとして作成したことはないが、日々カンファレンスで話し合っていることがそれにあたりと考え、我々の仕事と常に関連実践している	関連技術
作成なし	活用なし	4	・クライエントの方を考慮して、プランを考えているところ。・他職種との連携、調整、主体性などSWに必要なものがみこまれている。	ストレン グスマ モデル 協働的 支援
作成なし	活用なし	4	相互理解が必要という点が共通している為	相互関係性
作成なし	活用なし	4	クライシス・プランを元に、ソーシャルワークを行う場面も想定出来るため	関連技術
作成なし	活用なし	4	病状や障害のみならず、本人の特性を理解するのにも役立つと思います。支援者としての支援の仕方に工夫が出来ると思います。	利用者理解
作成なし	活用なし	4	クライシスプランは、よりよいケアマネジメントをするために、アセスメントのツールとして使えたいと思います。	ケアマネジ メント アセ スマン ト ツール
作成なし	活用なし	4	病状悪化など危機を待つための関わり	
作成なし	活用なし	4	ケースワーカー過程アセスメント・プランニングモニタリング等ほとんどどの場面でクライシスプラン作成の課題と共通するものがあると考えます。クライシスプランがあることで支援を明瞭化できる。	アセスメント プランニ ング モ ニタ リ ング
作成なし	活用なし	4	クライシスプランは、危機的状況を知ると、利用者自身が自己覚悟を拡げることのできるプランだと考えられる。それは、彼らのストレッサやエンパワメントを底上げし、生きる力へと繋がるものでは、よってSWと関連性が強いと思う。	自己理解 ストレン グスマ モデル エン パワ メン ト
作成なし	活用なし	5	SWとクライエントの関係は相互作用だと思うため。	相互関係性
作成なし	活用なし	5	本人が希望する地域生活を行えるよう、関係機関と連携を図る為	希望の重視 協働的支援
作成なし	活用なし	5	円滑な危機介入のため、ワーカーの働きが重要と思うから。	危機介入
作成なし	活用なし	5	ソーシャルワークの中のひとつがクライシス・プランになるという理解です。	関連技術
作成なし	活用なし	5	入院を繰り返す患者が、いかに地域生活を長期的に営むことができるか。良い状態を保ち、病状悪化サインをいち早く本人・支援者が気付ければ、再入院のリスクも低下し、本人の希望する地域生活が送れると考えます。	生活の安定 早期支援 自己実現
作成なし	活用なし	5	ソーシャルワークをもっと詳しく利用者主体にしたいものがクライシスプランだと思いため。	利用者主体
作成なし	活用なし	5	ケアマネジメントの専門家は障がいや病状がある方々であることが望ましいと思っているので。	ケアマネジ メント
作成なし	活用なし	5	情報の共有を視覚化し、どんな時でも誰でもわかるようにしておくことが重要と感じる為	情報の共有 見える化
作成なし	活用なし	5	患者の生活を総合的に支援できる為	生活の支援
作成なし	活用なし	5	「個別性」を重視し、その方に合った必要な支援を行っていくことを重視したいので。	個別化
作成なし	活用なし	5	利用者を取り巻く社会資源は無数にありますが、その中でも人と人のつながりが重要で、関わる支援者が多い程多岐多岐と生れやすくなる分、状況変化に気づける事もあふると思います。そのためには、情報共有や役割分担等の連携を促していくことが重要だと思うからです。	情報の共有 協働的支援
作成なし	活用なし	5	アセスメントの際の指標(本人と話し合ってきたもの)となるため。	アセスメント
作成なし	活用なし	5	本人との関係構築、他機関との情報共有が大事だと思います。	情報の共有
作成なし	活用なし	5	利用者・患者本人が自らの病状や変化に気づくことができることで自分の意志決定がうながすことができると考えています。	自己決定
作成なし	活用なし	5	ソーシャルワークを社会福祉実践と捉えるならば、クライシス・プラン機能はソーシャルワークの内の一つとして包含され、実践ツールとして有意義な物と考えている。関連性は高いと考えます。ただし、現職の多岐多岐な事務の中で「実践」ができる環境にあるか、その環境を作るかどうかは、会議を主催するだけでは実現を促していくには十分な時間・費用・労力・人材等のリソースを確保する問題との折り合いからの影響も大きいと考えられるので確認によって関連性は大きく変わります。	関連技術 ツール 活用困難
作成なし	活用なし	5	退院後の危機管理を考慮し、退院支援を行う必要があると思う。	危機介入 地域移行
作成なし	活用なし	5	・支援者が主体とならない、何を目的(目標)としているかを連携・共有させる。・支援者が全てを分かった気にならないように。	情報の共有 協働的支援
作成なし	活用なし	5	本人の権利擁護や支援機関の連携の重要性等、基本的な考え方は一緒だから。	権利擁護 協働的支援
作成なし	活用なし	5	目に見えるものを利用者、関係者が共有できるという方法にはケアマネジメントを行う上でわかりやすく統一した共有につながるかと考えています。	権利擁護 協働的支援
作成なし	活用なし	5	ソーシャルワークにおいて、クライシス・プランを活用していく事で、本人の本質的理解、病状の特性の理解、ストレス環境への対応の理解の促進に繋がると思われる。ソーシャルワークの中核的部分がクライシス・プランにある事が臨ましいと考える。	アセスメント 見える化
作成なし	活用なし	5	クライシスプランは全員関わる人がわかり、また本人も支援者も役立てることが出来る、その中でソーシャルワークの支援が行えると思う。	関連技術 ケアマネ ジメン ト
作成なし	活用なし	5	従来の目標に向けてなど利用者の希望に向けての話し合いが実施でき、それに向け、今すべき事を利用者、支援者が一緒に確認できるツールの1つとなると思うため。	希望の重視 ツール
作成なし	活用なし	5	クライシスプランを作成することで、日頃、作業者等と行っていることを見える化することが出来る。支援ネットワークにも活用出来る、その内容において、おおいに関連性があると思える。	作業的支援 ネットワーク 見える化
作成なし	活用なし	5	内容がにているから	
作成なし	活用なし	5	ソーシャルワーク及びクライシスプランの活用において重要なキーワードは共に「関係性」や「アセスメント」であるから	関係性 アセスマ ント
作成なし	活用なし	5	・利用者生活の中で危機(病状悪化等)は大きい物、小さい物必ずでてくるものだと思うので、利用者がよりよい生活を送る為にも役立つと感じる為	自己実現 危機介入
作成なし	活用なし	5	支援する中で、ケアマネジメントをいろいろしていくと思うが、支援する側の目的は、落とすという本人の希望や本人らしい生活を送るためのソーシャルワーク展開には、とても関連させていくのは必要と思うから。	希望の重視 自己実現
作成なし	活用なし	5	ソーシャルワークをする際の軸が出来る。	
作成なし	活用なし	5	クライシスプランを作成することはケアマネジメントの役割に含まれていると思うため。	ケアマネ ジメン ト
作成なし	活用なし	5	利用者を知る、利用者の内なるする力を知りエンパワメントして、知る事により利用者の強みを生かした支援、危機的状況からの回避・回復の為の支援を利用者を介らせずつづ支援者が共通の目標をもって実施することが可能となる。	エンパ ワメン ト ス トレ ン グ スマ デル 危機 介入
作成なし	活用なし	5	地域生活を続けるためには急性期に備えることが必要であるため	危機介入

※概念化の編みかけ部分は、関連性を認めない記述に関する概念である

表3-39 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度に関する自由記述回答と抽出概念

【相談支援事業所:クライシス・プランの作成経験・活用経験を有する回答者】

相談支援事業所	関連度	関連度に関する自由記述	概念化①	概念化②	概念化③	概念化④
作成あり	活用あり	3 使い方を誤ると本人の病状の管理や失敗させないための関与に陥る可能性があり本人との関係性や本人の主体性を大切にソーシャルワーク実践との距離が生じる場合があるため。	主体性の喪失			
作成あり	活用あり	3 コミュニケーションが取りやすい時期に 自己決定 をしてもっとり自己決定の支援を行うことはケアマネジメントにも影響すると思う。	自己決定	ケアマネジメント		
作成あり	活用あり	4 日頃サービス等利用企画の作成に状態悪化時にどうして欲しいかとか本人が望めば備考欄に掲載している。あらたな用紙を作るのは作業が増えて嫌だが、今ある仕組みに取り入れる事は大切だと思う。	権利擁護	危機介入		
作成あり	活用あり	4 自己決定 という点で関連性があると思う	自己決定			
作成あり	活用あり	4 関係している機関との 調整 、病状の自覚、対処方法の見える化ができる	協働的支援	見える化		
作成あり	活用あり	4 担当していたケースの方で、自殺された方がおられました。デイケアから就労の事業所に繋げたケースでしたが、本人の希望に比重を大きくしていたかなと振り返っています。クライシスプランをもう少し丁寧に、本人と時間を取って確認すれば良かった...と考えています。				
作成あり	活用あり	4 利用者の アセスメント する点ではどちらも必要なこととして考えられるため	アセスメント			
作成あり	活用あり	4 ソーシャルワークを言語化する手段の一つ	ツール			
作成あり	活用あり	4 クライシスプランを一度作成してみても、その後状況に応じた定期的な見直し、また利用者、支援者とも作成しただけで満足せず定期的な振り返りも必要。	モニタリング	修正		
作成あり	活用あり	4 病状悪化時の対応 はケアプランの中で必要だと考えている。	危機介入			
作成あり	活用あり	4 クライシスプランにおける 危険性 も認識しつつ、ソーシャルワークの実践を行うべき	負の影響			
作成あり	活用あり	4 利用者の 希望 や状況を整理して、 支援方針 を共に考えることができる。	希望の重視	協働的支援		
作成あり	活用あり	4 主に悪化の兆候が見え始めた時に使うイメージ。調子の良い時をいかに長く続けるか、という方向のプランも重要。	早期支援	生活の安定		
作成あり	活用あり	5 当事者を支えるクライシスプランには複数の関係機関がかかわり、必要に応じた支援を提供する必要があると考えるため。	協働的支援			
作成あり	活用あり	5 クライシスの状態であっても 治療だけではなく支援が必要 であり、また、その後も地域で暮らすことができるためには、ソーシャルワークが欠かせないため、 クライシスプランもソーシャルワークの一部 であると考えられるから。	関連技術	生活の安定		
作成あり	活用あり	5 地域移行定着 では、見えておく必要があると思います。又、再入院を繰り返す方、医療に対して拒否的な方には有効だと思いますがどのように対象者に理解してもらうかの検討が必要だと思います。	再入院の防止	地域移行	地域定着	
作成あり	活用あり	5 地域生活を営むうえで病状の変化に気づくことはとても重要です。それは支援者だけでなく、本人ご自身が自分の現状を理解し対応で、 自己実現、自己決定 を行うことの一環であると考えます、そのためにクライシスプランとソーシャルワークは深い関連性があると考えます。	自己実現	自己決定		
作成あり	活用あり	5 地域生活支援において、福祉サービスの提供とともに、医療機関と 調整・連携 できるケア計画と思われる。	協働的支援			
作成あり	活用あり	5 社会的困難に対して、社会資源を活用するソーシャルワーク機能とケアマネジメント。そして、クライシスに対してあらかじめプランをつくっておくクライシスプランはケアプランにも通じる。	ケアマネジメント	プランニング		
作成あり	活用あり	5 ソーシャルワーク、クライシスプランそれぞれ独立して機能するものではなく、一体的連携的・目的をもって機能させる必要があると考えるため	関連技術			
作成あり	活用あり	5 CLの 権利擁護 や、 自己決定・意見決定 を明確にできる。	権利擁護	自己決定		
作成あり	活用あり	5 本人中心のケアマネジメントを行うにあたって、クライシスプランを本人と共に作り、本人がクライシスを上手にのりきれぬというのには、まさに、肝の部分だと思う	ケアマネジメント			
作成あり	活用あり	5 クライシス・プラン作成すること自体がソーシャルワークの一部 だと考えるため	関連技術			
作成あり	活用あり	5 本人主体に本人のコーピングスキルや本人をとりまく社会資源等リソースを本人に不利(生活のしづらさが増す等)が生じないようにマネジメント等する点において「とても存在する」と考えた	ケアマネジメント	ストレングスマodel		
作成あり	活用あり	5 状態悪化時の状況や対応を本人が考え、気づく機会となる。本人の気づきをソーシャルワーカーに反映させ共有することができる。	自己理解			
作成あり	活用あり	5 ソーシャルワークをする時にはすべてのものが関連性をもちます。				
作成あり	活用あり	5 クライシスプランの重要性は感じているが、実践の場において作成、活用しているかと問われると実際には作成・活用しているとは言いえない(計画相談や個別支援計画が中心)状況であるため				
作成あり	活用あり	5 クライシスプランにより利用者についてより深く知り、それを基に支援を展開するケースもあり得ると考えられ、ソーシャルワーク上にも大切な役割を担うと考えるため	利用者理解			
作成あり	活用あり	5 クライシスプランは個別性があるため、その方との関係性や環境により、作成や活用性は異なると感じているからガイドラインの必要性と言うより、参考になれば、良いという程度に思う。	個別化			
作成あり	活用あり	5 生活の中での対応を一緒に考えられる精神科のみのことではない。その他の疾患も同様	生活支援			
作成あり	活用あり	5 ご本人らしく地域生活を続けていく上で、変化に気づくツールとしてとても大切だと思います。可視化することで、本人、支援者が共有しやすいことも良いのでは。	ツール	見える化		
作成あり	活用あり	5 現在、個別担当をしていないので、スタッフ支援・指導・教育などで取り組む課題です。すべての個別支援に必要です。				
作成あり	活用あり	5 利用者の立場に立ちケースワークしていくあたり、本人の意向、得手不得手、支援(の必要性、可能性)をみきわめた計画・方向性の可視化につながると思うため。	自己決定	ストレングスマodel	見える化	
作成あり	活用あり	5 ・利用者の 自己決定 ・早期介入・早期回復・ 権利擁護 等の側面に関連していると考えられるため	自己決定	早期支援	権利擁護	
作成あり	活用あり	5 利用者の生活を支えていくためには、本人と支援者が病状と対応方法について理解し共有していくことが大事であるし、お互いの 関係性 を深めつつプランを作成していくプロセスも重要であると考えます。ソーシャルワークを実践していく中でクライシスプランははっきりした位置づけはなくても、存在しないといけない機能だと考えます。	関係性	利用者理解		
作成あり	活用あり	5 社会で生活を送っていく中で、自分の意思や考えを中心にして生きていける場面ばかりではなく、環境面や対人におけるストレスは必ず存在する。自分のいい状態ばかりで生活していけるには限らない。そんな時に立ち遅れるものとして、本人の個人的ツールとしてのWRAP、その他支援者に向けたクライシスプランというイメージを持っている。	ツール			
作成あり	活用あり	5 長期入院されていた方たちの 地域移行 における、"特に関係者の不安による"という阻害要因へアプローチすることに有効だと感じている。本人との退院後の生活支援上での介入について事前に活かせることの有用性ももちろんのこと、以上の経験から、長期入院の解消の為に作られた国家資格の実践において関連性が高いのは必然だと思うから	地域移行	危機介入		
作成あり	活用あり	5 利用者にとって、 地域や病院を含む生活域は横断している ため	包括的支援			
作成あり	活用あり	5 利用者が自分で対処できる力をもち、自分の望む治療を受けることは 権利を尊重 する大切な支援であり、ソーシャルワークに必要な点である	権利擁護	ストレングスマodel		
作成あり	活用なし	5 クライシス・プランの作成や活用を通じて、利用者及び関係機関との良好な 関係性を構築 できる可能性が高いため。	関係性			
作成あり	活用なし	5 当事者が、自分が希望する支援や生活を主張し、元気になるツールとして、もっと活用していきたいと思っています。	ツール	希望の重視		
作成あり	活用なし	5 ソーシャルワーク(ケアマネジメント)したものがクライシスプランにつながることで運動していないといけないと思う	関連技術			
作成あり	活用なし	5 病状の困り事への対応とソーシャルワークは密接に関係すると思う双方、関係機関等共通認識を醸成して意識をすることは大切と思う	関連技術			
作成なし	活用あり	3 クライアントによって利用有無、利用方法の検討が必要と考える。使い方によって有効性がきまると思われる				
作成なし	活用あり	4 危機介入 時に利用者・関係者間でコンセンサスが得られやすい点	危機介入			
作成なし	活用あり	4 クライシスプランを知らない病院のソーシャルワーカーもおり、まずは必要性を知るところから始めないといけないと考える。病院と一緒に考えていきたい。関連はその後考える方がいいように思う(学習+啓発が必要?)				
作成なし	活用あり	4 地域生活を続けるため安定した体調を保つ必要がある。 危機的状況 にならないための手法の一つとして効果があると感じているため。	生活の安定	早期支援		
作成なし	活用あり	4 ケアマネジメントに際しては、本人の病状に基くクライシスプランだけでなく、家族等、周辺環境の変化に対するプランも必要になると考えるため。	ケアマネジメント			
作成なし	活用あり	5 本人の 体調管理 や 医療との関わり 等は、精神障がい者の地域での生活を支援する上で重要だと思うため	病状の管理	医療の確保		
作成なし	活用あり	5 適切な アセスメント に基づいて、マネジメントをプランに反映するのがよい。	アセスメント	プランニング		
作成なし	活用あり	5 症状の安定＝生活の安定だから	生活の安定	病状の管理		

※概念化の編みかけ部分は、関連性を認めない記述に関する概念である。

表3-39 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度に関する自由記述回答と抽出概念

【相談支援事業所:クライシス・プランの作成経験・活用経験を有さない回答者】

作成なし	活用なし	3	クライシスプランは他のプランと並ぶ一つの指標に過ぎないと思うから。	関連技術
作成なし	活用なし	3	経験が少ないため	活用困難
作成なし	活用なし	3	現在100件を超えるケース(在宅)を抱えており、1人ひとりに対応できるだけの時間が取れない。また、クライシスプランに関心を持つ当事者自体少ない。	活用困難
作成なし	活用なし	3	クライシスプランを作成しているケースが少ないため	協働的支援
作成なし	活用なし	3	"プラン"を作成すること自体が目的として取り組むと× 作成過程で本人と支援者が協働して取り組む実践が意識して取り組める支援者の活用はソーシャルワークだと考	協働的支援
作成なし	活用なし	3	現在児童の計画相談を担当している為クライシスプランを作成する必要がないと思われ	自己実現
作成なし	活用なし	4	クライシスプランを作成することは本人の医療、病状に対する思いを知ることから始まると思うし、それを活用してのソーシャルワークの実践が必要だと思う。	ニーズ主導
作成なし	活用なし	4	利用者の病状悪化、或は周囲との関連性がうまくいかない時に備えてクライシスプランを作成することは必要と思う。その大切さや状況判断が関係機関の担当者での温度差が生じ	危機介入
作成なし	活用なし	4	ソーシャルワークにおける個別支援と、本人を中心とした自立支援を目指すうえで、支援ケースの把握、理解をストレスに偏らず、リスクマネジメントの視点としても、クライシス	自立支援
作成なし	活用なし	4	スタッフの働きかけには理由があることを知ってもらえる。	利用者主体
作成なし	活用なし	4	本人が望む生活の実現のためには体調を把握し、対処法を身につける必要があるから	セルフケア
作成なし	活用なし	4	病状が悪化する前に早期に対処する方法を身につけておくことは役に立つと思われる。入院治療が必要になるまで病状が悪化しがちな利用者には有効な手段と思われる。	早期支援
作成なし	活用なし	4	ご本人のことでアセスメントを振り返りていく点で共通していると思う	危機介入
作成なし	活用なし	4	ケアマネの方法でもちいる必要があるから	アセスメント
作成なし	活用なし	4	その対象者を支援している中で、支援者にも能力差があり、人を支援している中で危機的介入とサービス等のソーシャルワーカーと関連はあるとかながえる。	ケアマネジ
作成なし	活用なし	4	精神疾患を有する方への生活支援において、危機的介入に関する利用者や支援者間で共有する必要があるため	メント
作成なし	活用なし	4	クライシス・プランによって、より良いソーシャルワークにつながると思う。	危機介入
作成なし	活用なし	4	全ての状態においてその人を把握(知る)ことを共有出来る。	個別化
作成なし	活用なし	5	利用者自身のことを利用者と共に考え決めていく過程そのもの。	危機介入
作成なし	活用なし	5	ケアマネジメントにおいて、本人の希望する生活が描かれ、希望する生活の実現にセルフケアについて、本人自らがマネジメントする支援が重要であるから。又クライシスプラン	情報の共有
作成なし	活用なし	5	クライシスプランをそのものが、支援の過程で必要か否かよりも、その前提となるアセスメントが重要であり、それが一定水準で実践できたとき、その中にクライシスプランも含まれて	関連技術
作成なし	活用なし	5	地域包括ケアシステムには必要と考える。	情報の共有
作成なし	活用なし	5	本人の状態の安定にクライシスプランは有効で、それを話し合うツールとしても使いやすと思う。	協働的支援
作成なし	活用なし	5	地域で継続して暮らしていくためのプランであること、本人の希望を達成するための取り組みであること。	セルフケア
作成なし	活用なし	5	生活を考えて行く中で症状、病状の理解と対処する力は重要。ご自分の状況理解を促し対処することは、ケアマネジメントの1つと考えます。	協働的支援
作成なし	活用なし	5	利用者・支援者が共に気付けておくべき・知っておくべきことをプランとして作成しているから	アセスメント
作成なし	活用なし	5	アセスメントをしっかり立てる意識が生まれる	地域包括ケ
作成なし	活用なし	5	病態・生活の全体性、役割分担が明確だから	アセスメント
作成なし	活用なし	5	本人の希望の生活の継続を支援していく際に症状悪化の予防・危機的介入は絶対であることから、本人、支援者間で対応方法をわかりやすく情報共有できるツールが必要。	システム
作成なし	活用なし	5	どちらも対話があれば、成り立たない。	病状の安定
作成なし	活用なし	5	マネジメントや資源づくり、連携体制の構築などがクライシスを回避、予防につながるから。	ツール
作成なし	活用なし	5	クライシスプランは、本人の気持ちがあってこそ作成出来るものであり、状態の悪化(悪時)の気付きは、本人主体での支援の根拠であり、"しんどさの共有"は信頼感、信頼関係の	生活の安定
作成なし	活用なし	5	自分のいる現場で、クライシスプランは存在していなかったから、これから必要になっていくこと。クライシスプランのマニュアルがあることでより活用される現場が増えたと期待できる	希望の重視
作成なし	活用なし	5	クライアントの支援に一貫性を持たせるため	生活の安定
作成なし	活用なし	5	当事者をとり巻く環境や疾患と障がい起因する課題とその解決に向けて情報共有を図り連携することがより本人主体のケアマネジメントにつながると思うため	希望の重視
作成なし	活用なし	5	本人を知るというところでは、大切な情報であり、ケースワークの上でも活用できると有効だと思えます。	早期支援
作成なし	活用なし	5	地域移行支援を利用して退院しつづけた人が、比較的再入院を繰り返す傾向がある。長く地域で生活しようとするのであれば、限界まで頑張らせて入院させるのではなく、	危機介入
作成なし	活用なし	5	個別性に基づいて作成することが重要。地域の支援者と病院内のスタッフの協働が重要。	情報の共有
作成なし	活用なし	5		情報の共有
				資源開発
				協働的支援
				関係性
				利用者主体
				支援の一貫
				性
				利用者主体
				情報の共有
				ケアマネジメント
				利用者理解
				地域移行
				早期支援
				個別化
				協働的支援

※概念化の編みかけ部分は、関連性を認めない記述に関する概念である。

表3-39 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度に関する自由記述回答から抽出された概念
【精神科病院の精神保健福祉士による自由記述における抽出概念】

CP 実践経験を有する精神科病院の記述				CP 実践経験を有さない精神科病院の記述			
関連性を認める記述		関連性を認めない記述		関連性を認める記述		関連性を認めない記述	
抽出概念名	概念数	抽出概念名	概念数	抽出概念名	概念数	抽出概念名	概念数
ストレングスモデル	7	形骸化の懸念	3	アセスメント	9	活用困難	2
権利擁護	7	活用困難	2	ケアマネジメント	7	生活支援	1
生活の安定	5	管理的側面	2	協働的支援	7	リハビリテーション	1
ケアマネジメント	5	主体性の喪失	1	権利擁護	6	課題中心	1
アセスメント	4			関連技術	6	医学モデル	1
協働的支援	4			希望の重視	5	多職種協働	1
プランニング	3			危機介入	5	協働困難	1
自己決定	3			情報の共有	4	希望実現困難	1
早期支援	3			ストレングスモデル	4		
病状悪化対応	3			見える化	4		
希望の重視	3			プランニング	3		
自己実現	3			ツール	3		
利用者主体	3			自己実現	3		
危機介入	2			エンパワメント	2		
見える化	2			自己決定	2		
ツール	2			利用者主体	2		
精神障害の特性	2			相互関係性	2		
支援体制	2			地域移行	1		
医学モデル	2			病状悪化対応	1		
SW の価値・倫理	1			早期支援	1		
SW の方法	1			生活の向上	1		
修正	1			生活の安定	1		
アセスメントの共有	1			伴奏的支援	1		
個人と環境の理解	1			個別化	1		
病状の管理	1			個別的支援	1		
利用者の理解	1			環境調整	1		
自己理解	1			包括的支援	1		
地域移行	1			ネットワーク	1		
再入院の防止	1			支援介入	1		
				モニタリング	1		
				関係性	1		
				精神障害の特性	1		
				利用者理解	1		
				自己理解	1		

表3-39 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度に関する自由記述回答から抽出された概念
【相談支援事業所の精神保健福祉士による自由記述における抽出概念】

CP 実践経験を有する相談支援事業所の記述				CP 実践経験を有さない相談支援事業所の記述			
関連性を認める記述		関連性を認めない記述		関連性を認める記述		関連性を認めない記述	
抽出概念名	概念数	抽出概念名	概念数	抽出概念名	概念数	抽出概念名	概念数
自己決定	6	主体性の喪失	1	協働的支援	6	活用困難	1
ケアマネジメント	5	負の影響	1	危機介入	5	協働困難	1
関連技術	5			情報の共有	5		
権利擁護	4			セルフケア	3		
危機介入	4			早期支援	3		
協働的支援	4			アセスメント	3		
ツール	4			ケアマネジメント	3		
生活の安定	4			利用者主体	3		
ストレングスモデル	3			関連技術	2		
見える化	3			個別化	2		
早期支援	3			関連技術	2		
アセスメント	2			希望の重視	2		
プランニング	2			ニーズ主導	1		
希望の重視	2			自立支援	1		
利用者理解	2			リスクマネジメント	1		
関係性	2			自己実現	1		
地域移行	2			地域包括ケア	1		
病状の管理	2			病状の安定	1		
モニタリング	1			ツール	1		
修正	1			生活の安定	1		
個別化	1			精神障害の特性	1		
再入院の防止	1			資源開発	1		
地域定着	1			支援の一貫性	1		
生活支援	1			利用者理解	1		
包括的支援	1			地域移行	1		
医療の確保	1						
自己実現	1						
自己理解	1						

(2) クライシス・プランが役立つ事例・場面

精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーク実践において、クライシス・プランが役立つまたは役立つと思われる具体的な事例や場面について自由記述により回答を求めた。全ての有効回答数 384 名のうち 178 名 (46.4%) から自由記述回答を得ることができた。

ここでは、各記述で意味をなす一文に再構成し、似通う事例や場面ごとに所属機関とクライシス・プランの実践経験の有無をもとにまとめたものを表3-40に示した。

それぞれの自由記述に共通する内容から生成されたクライシス・プランが役立つ事例・場面として「再入院を防ぐことに役立つ」「非自発的入院の減少」といった「入院を防止することが求められる事例や場面」、「利用者の自己対処に役立つ」「利用者や支援者で状態像の共有・対応に役立つ」「利用者が病状を自覚することに役立つ」「自傷行為の防止に役立つ」「病状悪化時の権利擁護に役立つ」「利用者の意向を表出できることに役立つ」等といった「病気や生活の悪化に対処することが求められる事例や場面」、「退院支援・地域移行に役立つ」「利用者の地域生活の維持・モニタリングに役立つ」「継続的な支援(連続性)を保つことに役立つ」「利用者の病状や生活状況に応じた生活支援に役立つ」といった「地域移行・地域定着のための支援が求められる事例や場面」、「利用者や支援者との関係構築に役立つ」「支援者が利用者の病気の特徴を理解できる」「支援者の利用者理解が深まることに役立つ」「家族の利用者理解が深まることに役立つ」といった「利用者理解の深化と関係づくりが求められる事例や場面」、「病歴や生活歴を振り返ることに役立つ」「支援者から病気や病状悪化について話題にする際に役立つ」といった「利用者や病状について対話を深めることが求められる事例や場面」、「利用者を中心とした支援者の連携に役立つ」「関係機関間の関係性の維持・向上に役立つ」といった「関係機関の協働が求められる事例や場面」「リワーク支援・就労支援に役立つ」「ソーシャルスキル訓練に役立つ」「災害時の対応や連携に役立つ」といった「クライシス・プランを応用した実践の事例や場面」、「クライシス・プランが理解できる状況の利用者」「症状が残存している利用者」「病状悪化の可能性のある利用者」「入退院を繰り返す利用者」「環境変化によるストレスを受けやすい利用者」「生活環境に課題が存在する利用者」「視覚化することが有用な利用者」といった「クライシス・プランが有効な利用者の特徴」という事例・場面が構成された。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述①

【入院を防止することが求められる事例や場面】に関する構成内容

入院を防止することが求められる事例や場面			
再入院を防ぐことに役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	統合失調症で再入院をくり返していた利用者一不調の様子を自分で認識できる。大きく調子をくずす前に、対処法を行うきっかけとなる。セルフコントロール力が高まると自己肯定感が高まっていくと考えている。
精神科病院	作成あり	活用あり	パニックをおこしやすい20代の男性。退院する際に本人が再入院することをすごく嫌だと感じており、わかりやすく、好きなキャラクターの絵をまじえ、「守ること」「やってはいけないこと」「してしまった時の動き」をフローチャートの形に示し、関係機関に渡した。それをもとに行動化したときもスムーズに医療につながる事ができている。
精神科病院	作成あり	活用あり	役立ちそうな事例・軽度な知的障害の場合でもプランを立てることで、再入院防止に役立つと思われる。
精神科病院	作成あり	活用あり	こだわりの強い患者や入退院を繰り返す患者において、一定のパターン例えば、怠業するとか受診しなくなるとかが分かっていけば、それを共有しておくことは役に立つように思う。
精神科病院	作成あり	活用あり	就労に意欲があるが嗜睡すぎて再入院をくり返すケース
精神科病院	作成あり	活用あり	飲酒すると症状悪化するケースに対し、事前に本人とクライシスプランを立て少し飲酒をした際、電話か面談などで関わりを多くし、入院までに済みず済んだことがある。
精神科病院	作成あり	活用あり	状態悪化ケースにおいて緊急に本人、家族、支援者含めクライシス・プランを作成し情報共有と現状の整理をしたことで入院にいたらず経過したケースがあった。
精神科病院	作成あり	活用あり	・長期入院者の退院支援時に作成。その後、5年間は入院せずに地域で生活していた。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	症状の悪化に対し、早期医療機関の受診につながられた。
精神科病院	作成なし	活用なし	クライシスプランはあったのであれば、またあったのでは、というのがあります。これが悪いっていうのはないけど、「何となくいつもとちがう」というあいまいな感覚をばく然と関係者・機関、家族といたしながらも、本人から特に大きな変化や振返はなく、「大丈夫です」の一言でうまくとどめず、何の変わりもなかったように感じていたあるデイの朝に-措置入院に至ることになり…あったらよかったのかと…。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	症状の急激な悪化により、入退院をくり返されている患者様に対し、本人に予防の認識を持ってもらうと共に、支援関係者も状態悪化のサインを見落とさず、本人・支援者が生活の安定的な継続を協同して取り組んでいけたら、入院の回避、または入院日数の縮小が図れるのではないかと考える。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	地域移行支援において、入所系、生活訓練施設に入所したのち一ヶ月で体調不良、服薬、アドビバランス不良により再入院したケースでは活用できていければ役に立つ
社会福祉協議会	作成なし	活用なし	役立つとすれば、入院拒否する方に入院レベルまで落ち事なく退院、訪問で対処出来るまで留めておきたい時
非自発的入院の減少/休息入院の活用			
精神科病院	作成あり	活用あり	入院退院をくり返し、その度にグループホームの受入拒否が増えていてPT(病状が悪くなり、問題行動を起こしてしまう。)に対し、病状が大きく悪化する前に入院をもらい、結果退院先をなくさないようにする。
精神科病院	作成あり	活用あり	独居、Fの遠方の方で外国籍の方がいました。症状悪化時の対応が分からず、簡単なクライシスプランを№含む作成その後悪化した際に、任意入院(短期)の対応で済むことができました。
精神科病院	作成あり	活用なし	病状悪化する前に早めの休息入院をうまく利用し、リセットして安定した生活をされている方。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	調子を大きく崩す前に早めの受診をしたり短期の休息入院をする方法で生活や体調を整えられた。
保健所	作成あり	活用あり	非自発的入院をくり返すケース
保健所	作成あり	活用あり	措置入院から退院したケース、再措置にならないよう措置解除面接を行う際、クライシス・プランを作成している
精神科病院	作成なし	活用なし	・病状悪化時に希死念慮、自殺企図(=ストレス一音に紐を結び、農薬を飲むと考える)がある方への介入一早期の病院受診、入院となる

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述②

【病気や生活の変化に対処することが求められる事例や場面】に関する構成内容

病気や生活の変化に対処することが求められる事例や場面			
利用者の自己対処に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	注意状態時の対処方法について実践できた。
精神科病院	作成あり	活用あり	退院後、利用者が不調になったとき、クライシスプランに記載されている精神症状や対処方法を確認し、対応できた。
精神科病院	作成あり	活用あり	対処行動の中に電話する(誰に電話、番号)というのを入っていたため、本人自ら相談の電話をかけることができたケースもあった。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	クライシス・プランがあることで、ご本人自身も、プランをその都度振り返ることで、不安がおちつきこともあったかと思えます。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	今まで症状悪化時にSOSが出せなかった方が、クライシスプランにより、自分の調子の悪さを自覚し、SOSを出すことができるようになった。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	希死念慮のある方がクライシスプランを活用することで、ご自分で自分の現状がどうなのか、SOSの発信等行うことができ、何とか地域で生活できてます。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	本人の状態を青・赤・黄と色で表せるようにしていたことで、黄のときに本人より申し出があり、早めに対応ができるようになったこと。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	病状悪化時にクライアント自身が病状悪化を気付くことができた
精神科病院	作成なし	活用なし	ケース自身で危機的状況に対処することが可能な場面も増えるのではと思えた。
精神科病院	作成なし	活用なし	病状悪化をくり返す患者に役立つと思う
相談支援事業所	作成なし	活用なし	普段から関わることで信頼関係が築けていると、本人からSOSも出やすくなるのではないかと。
利用者や支援者で状態像の共有・対応に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	数回入院をくり返し、2～3年の入院を経てGHIにENT、幻聴、妄想が著明、幻聴が強い時、本人と支援者はどのように対処するか、調子がわるいときに周りには本人がどのようにうつるか用紙にまとめて、本人スタッフが共有した。また、調子がいいときは、自分でどう感じるか、どういこととらめるかも共有した。
精神科病院	作成あり	活用あり	訪問看護指導で自宅で薬の自己調整(減薬)をしている当事者に、退院時に作成したクライシスプランを一緒に見て、注意サインが何かを振り返り、実習同行した事がある(その当事者は自己調整が症状悪化の注意サインであった)
精神科病院	作成あり	活用あり	衝動的で本人自身がクライシスサインが分からない時に、そのストレスになりやすいエピソードに対し、一緒に解決していく作業に取り組みた。そのためには、困っている事を話してくれる関係性を日頃から構築しなければならない。
精神科病院	作成あり	活用あり	病状悪化時、地域の施設から連絡をもらい、HPや関係者、本人とクライシスプランをもとに、現状の把握(入院が必要なのか)をし、対処法を実践し、安定した生活の継続ができた。
精神科病院	作成あり	活用あり	クライシスプランを作成する過程で、SOSを出す方法が明確となり注意、要注意状態になった際、ご本人が支援者へSOSを出す手助けとなる印象を受ける。
精神科病院	作成あり	活用あり	本人が客観的に病状を判断でき、悪化を防げるし、こちらの対応も理解してもらえるようになった。
精神科病院	作成あり	活用あり	入院中の方に悪化時にスムーズに頓服薬を飲んでもらった
精神科病院	作成あり	活用あり	措置入院の退院後支援で、作成したり活用しました。病状悪化時の介入に役立つ。
精神科病院	作成あり	活用あり	病状悪化のサインを、安定時に一緒に考え、表にして可視化していたため、悪化時に、それを振り返って一緒に見ることができ、本人自らしんどい状況に気付くことができ、早めに医療(受診)につながることもできた。
精神科病院	作成あり	活用なし	本人、支援者が病状等を理解し、共有し、「SOS」サインを早く察知でき、対応できている。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	本人が生活の中で情緒的に混乱、パニックになった時、「クライシスプランのあの状態」という事が共有でき、見合った対応の見通しが立ち、パニックがおさまった。「共通語」があると、楽だと感じた。
相談支援事業所	作成あり	活用なし	金銭管理や生活環境の管理が困難になり病状悪化を繰り返す方がいたので、一緒にクライシス・プランを考え、対処法について検討しました。
相談支援事業所	作成なし	活用あり	利用者が自身の状態を客観的に把握して周囲に助けを求めたり、周囲が普段の様子を波の把握やことがある前の注意喚起に活用できた。
精神科病院	作成なし	活用なし	環境の変化に弱い方への支援をする場面。
精神科病院	作成なし	活用なし	本人と「今、どの状態なのか」を一緒に振り返るツールとして利用できる。
精神科病院	作成なし	活用なし	拒薬→不調→暴力→警察介入→入院をくり返していた方が不調になりつつある時点でスタッフが介入することができ地域での暮らしを続けられることができるようになった。
精神科病院	作成なし	活用なし	急変から状態悪化し、逸脱行為が出る方への介入一地域で表情が上がら。訪問看護と連携し早めの入院回復し地域生活を続けている
精神科病院	作成なし	活用なし	(設立しそうな場面)本人の病状が悪化手前のサインが出ており、支援者(関係性の出来ている者)に相談したくも諸都合により出来ない時、このプランがある事で、本人としては今後の向うべき方向性の確認も出来るし、安心感に繋がる。本人として、現状の状態を客観的に把握するのに役立つと思う
精神科病院	作成なし	活用なし	病状悪化で何かきっかけがあったわけでもなく、思い当たる事もなく、どうして具合が悪くなるのかわからない「何にをつけておけばいいのかわからない」「家はいつちやんと飲んでいる」と悩んでいた方に対し、悪化する条件がわからなくても悪くなった際にどうすれば安心なのか一緒に話し合い、病状が悪化しやすい方で短期入院をくり返していた方ではあったが、退院後は以前より長く生活状態を保っている。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	悪化はじめを確認しつづけた(再発時の早期対応から受診へ)
基幹相談支援センター	作成なし	活用なし	状態が悪化した際、本人ができる対応の確認を行いやすいこと自力での対処を促しやすいこと。
利用者が病状を自覚することに役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	利用者と支援者との対立構造を予防し、クライアントが客観的に自身の状態を振り返ることに役立つと思われる。
精神科病院	作成あり	活用あり	自身の体調について自身が知るきっかけになった
精神科病院	作成あり	活用なし	本人の病状悪化時のサインを本人自身が振り返ることができる
精神科病院	作成なし	活用あり	入院を短い期間でくり返した統合失調症を患う方が、訪問看護指導時に自らクライシス・プランを出し「今はこの状態にある」と話し状態を客観的に見て自覚的に把握したこともあった
相談支援事業所	作成あり	活用あり	利用者が客観的に自分に与えるきっかけにはなった
相談支援事業所	作成なし	活用あり	その状態の対処のとらえないクライアントに対し電話相談の場面で、本人が現在の自身の状態を振り返ることを目的に使用。本人が作成したプランをみなで共有。他人の助言がきき入れにくい状況で自分が作成したプランを使っての介入は本人が気づき受け入れやすいツールとして有効だったと思う
保健所	作成なし	活用あり	措置入院者の退院後支援計画の中にある病状悪化に利用者自身が気づき現状を振り返る機会となった。(就職の集りと幻聴悪化の状況で、治療を優先する必要性に利用者自身が納得して向き合うことができた。)
精神科病院	作成なし	活用なし	幻聴、妄想が多発するケースなどはプラン製作の際に、時間をかけて話す回数多くすることで、自身に対する気づきや対処が増える。
精神科病院	作成なし	活用なし	自分の安定した状態や悪くなった時の自分の状態を少しずつでもすりあわせ、自分自身で気付いてくれるようになったら良いなと思って今後プランを立ててみようかと検討しています。
精神科病院	作成なし	活用なし	本人が自分の病状を客観的に理解できると思う。
精神科病院	作成なし	活用なし	1人暮らしの方も多く自分の体調の変化に気づくめやすくなる。又、支援者側も体調の変化に気づき対応の仕方を覚えていくことが出来る。
精神科病院	作成なし	活用なし	・病状悪化時を振り返る時
相談支援事業所	作成なし	活用なし	突発的な行動をとる当事者に対して、自分で自分の行動を振り返ることができ、予防につながると思った。
区市町村	作成なし	活用なし	自分自身を客観的にとらえようとする試みでありマネジメントできることは、自己肯定につながると思います。
自傷行為の防止に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	・自傷行為をくり返す方の対処法で本人の症状のとらえ方を理解し一緒に対処法を考える。退院後のフォローのみならずケア会議で本人も含めて情報共有した。
精神科病院	作成あり	活用あり	自殺企図や他害へ発展する前に早期に介入できる。
病状悪化時の権利擁護に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	患者さんの病状悪化時のしてほしいこと。してほしくないことなど確認して対応できた。患者さんとの関係性も保つことができた。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	症状悪化を繰り返す方と症状を振り返りながら対処が少しでも早くて、本人にとって不利益な結果とならないよう作成したケース
精神科病院	作成なし	活用なし	本人が望まない入院や隔離対応が必要になってしまったケースにおいて治療の本人のデメリットを考えると事前に本人と危機介入について話し合っておく方が望ましいと考える。
利用者の意向を表出できるように役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	本人が周囲に対して“して欲しくないこと”を明確にしておくことは関わり方に工夫を持てるようになる
相談支援事業所	作成あり	活用あり	計画作成時にクライシスプランの視点も入れることで、本人や支援者の考えが共有できた。
相談支援事業所	作成あり	活用なし	ご自身のことについて、面談では言語化することが苦手な方が、クライシスプランと一緒に作成する作業の中で、語る事ができた。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	当事者の多様な本音が聞ける
社会福祉協議会	作成なし	活用なし	体調悪化時に意見や思いを伝えられない方の振り返るツールになり、治療方針の改善につながる。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述③

【地域移行・地域定着のための支援が求められる事例や場面】に関する構成内容

地域移行・地域定着のための支援が求められる事例や場面			
退院支援・地域移行に役立つ			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	退院直後は、病状も生活も不安定になりやすいため、そのような時に、一緒に確認できる指標となった。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	地域移行の支援時にクライシス・プランを作成し、本人が調子を崩しそうな時、早期の対応が関係機関とともに行えた。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	地域移行支援利用の際、調子がわるくなる傾向を本人関係者で共有できた。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	病状の波が激しい方の退院支援の際に本人が自分で対処するのに役に立った。
相談支援事業所	作成あり	活用なし	退院の不安の軽減と本人の安心につながる。
精神科病院	作成なし	活用なし	病院を退院後地域生活をおくっていく上で役立つ。
精神科病院	作成なし	活用なし	入退院をくり返しているケース 単身でキーパーソンがいないケース 長期入院から退院するケース
相談支援事業所	作成なし	活用なし	入院期間1年半、地域移行支援を利用し、その支援の中でクライシス・プランを取り入れ、利用者や支援者間で退院後の生活の中の体調について目安ができた事例。クライシス・プランを含めた地域移行支援利用事例として研修で伝えてもらった。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	長期入院等で、選択の機会を奪われてきたような方に効果がありそう
利用者の地域生活の維持・モニタリングに役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	利用者自身が“安定した状態”の際に、生活を送ることに自信が持っていると話してくれたとき。
精神科病院	作成あり	活用あり	定期的な面接で、現在の状況について見直すためのツールとして活用することがあった。
精神科病院	作成あり	活用あり	簡単なところ言えば、生活リズムを修正しやすい
相談支援事業所	作成あり	活用あり	日頃関わる際のチェック項目や目安となる。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	日頃のサービス等利用計画にクライシスプランの要素を入れて作成した時は自傷・他害行為を未然に防げるんじゃないかと思うくらいクライアントと確認できたりする。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	院後の生活安定ため作成しその時々、見直しを行い現在も活用中。
保健所	作成あり	活用あり	・長期入院から退院し、地域生活を開始したケース。ENT時に本人が福祉サービスの利用について消極的だったため(過去に単身生活の経験があり、今回も単身でやれると一貫していた)、クライシスプランを作成することにした。本人、関係機関と何度も話し合い共有したことで、その後も再入院することなく経過している。
精神科病院	作成なし	活用なし	デイケアを利用されている利用者様には、在宅で生活継続するためには、必要だと思います。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	クライシスプランを立てたわけではないが、状態悪化のサインの有無を中心に確認する中で、生活の負担を調整できた
継続的な支援(連続性)を保つことに役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	関係者(支援者)が交代しても、継続した支援がもたれたこと。患者様にとっても、担当者が交代しても支援の方向性が変化しなかったこと。
精神科病院	作成あり	活用あり	GH入所調整時にご本人の症状状態等、プランを通して担当者の理解がより深まった。
精神科病院	作成なし	活用なし	長期入院からアパート退院したものの、ストレスにて放火し、再入院。措置入院患者さんが、退院希望し、再度グループホームへ退院できた際、本人のアンガーマネジメントや、イライラのサイン、息抜きの方法などについて本人・支援者で共有できた。
利用者の病状や生活状況に応じた生活支援に役立つ			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	患者の生活を総合的に支援できる為
相談支援事業所	作成あり	活用あり	定期的に家事援助を利用している利用者(クライシスプランとして作成したわけではなく、もっと単純な図表で作成したケース)で、不調時は寝込むので家事を全面的に代行してほしい。好調時はヘルパーと一緒に家事をやりたいと体調によりニーズが変化する場合、毎回ニーズ把握とヘルパーの役割決定を即決することができた。(本人がいちいち説明する労力を払わなくて済む。特に不調時)
福祉事務所	作成なし	活用あり	・生活の変化に気づきやすく、病状が悪くなりやす頃、当事者間、支援者間で情報が共有しやすくなる。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述④

【利用者理解の深化と関係づくりが求められる事例や場面】に関する構成内容

利用者理解の深化と関係づくりが求められる事例や場面			
利用者と支援者との関係構築に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	支援者との共有や利用者が他の関係者との信頼関係を構築する事に役立ちました。作成については、「クライシス・プラン」の説明をし、クライシス・プランの呼び方を「私のトリセツ」として作成しました。難しい言葉はなるべく使わず「周りに見守っていてほしい事」「自分自身の弱点や自信がある事」など本人の言葉をそのまま項目にしました。
精神科病院	作成あり	活用あり	対処法目に見える形にしたことで、本人も安心し、本人とスタッフの関係性を深めることにもつながった。
精神科病院	作成あり	活用あり	他人施設への退院支援を行った際に、患者さんと支援者側お互いに情報の共有が出来、安心感が増えたと思います。
精神科病院	作成あり	活用あり	クライアントの状態悪化時、クライシスプランにもつき自身の状態が今の段階にあるか、どうい状況にあるのか、という対処をとるかを確認することに役立つプランを通して自身の状態を把握できることは支援者―クライアントの二者構造から、プランを含む三者構造を生むことができる
精神科病院	作成あり	活用あり	精神科入院中の患者さんと一緒にクライシスプランを作成し、退院前カンファレンスで集まった地域の支援者に配布、患者さんから内容を発表いただき、自ら支援者に協力を要請されました。患者さん自身が自らの病状や生活や人生を振り返り将来を考える良い機会になるとともに、支援者にも患者さんのことを理解いただき、お互いの関係を築く第一歩となったと思います。
精神科病院	作成あり	活用あり	簡単なところで言えば、本人―支援者との関係性の崩れを修正しやすい
相談支援事業所	作成あり	活用あり	精神症状悪化により入院をくり返す当事者(障害受容ができていない方)へのフィードバックと関係性の構築
相談支援事業所	作成あり	活用あり	年数回入院を繰り返すクライアントに対して、クライシスプランを提案した。クライアントは自己決定されない医療保護入院について入院を決めた家族・医療スタッフとの関係を悪化させていた。クライアントが中心となるケア・チームを作るためクライシスプランによるクライアント参加の医療について提案し、家族・医療共に、クライアントとの関係が良好になった事例。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	利用者自身がトラブルや病状の変化に対して「大丈夫かどうか」の不安を支援者や家族に相談をした。関係性の構築に役立った。
その他	作成なし	活用あり	ご本人も自分の状態を伝えるツールとして役立てていたと思います。
精神科病院	作成なし	活用なし	発達障害を持っておられる方のかかってもらえない、自分のことを自分で決めたいといったケース
精神科病院	作成なし	活用なし	事前に本人と病状について話すことによって信頼関係が築ける。
支援者が利用者の病気の特徴を理解することに役立つ			
精神科病院	作成なし	活用あり	治療中断→病状悪化のメカニズムがよくわかった
相談支援事業所	作成あり	活用あり	クライシスプランを支援者が共有することで、緊急性、切迫性を見抜くことができ役立っています。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	入院→地域移行の際、支援過程の際、支援過程の経緯で、クライシスプラン複数回作り変えを行うことがあり、作りかえる過程で、利用者の優をつかみやすくなった。
支援者の利用者理解が深まることに役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	・病識はないと思っていた人がクライシスプランをとることで、病識はあることがわかり、自宅にクライシスプランを自ら貼っていた。
精神科病院	作成あり	活用あり	状態悪化のサイン(不眠)を支援者で共有出来、様子の観察、をした。本人は理解が難しいがスタッフの考えるサインとして共有した。
精神科病院	作成なし	活用あり	症状悪化前のサインを明確にでき、支援者と共有した。医療観察法処遇者でのGH等での支援時に上記がとても役にたった
相談支援事業所	作成あり	活用あり	ご本人、関係者でこの情報を共有することで自身の症状や特性に対する理解が深まった事例もありました。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	「今具合がわるいんだ」ということを本人が自覚できた。わがままで支援を拒否しているのではなく状態悪化によるものということを支援者全体に示し理解が得られた
相談支援事業所	作成あり	活用あり	単身生活の方、ヘルパーさん等の訪問者が目に付きやすい所に貼っており、支援者が状態把握をしやすいかった。
相談支援事業所	作成なし	活用あり	発達障害の領域において、トラブル行動等の構造等が明確化され、視覚にも働きかけられるということで役立っている
相談支援事業所	作成なし	活用あり	精神障害者の支援になれていない関係者の病気や対応への理解向上
精神科病院	作成なし	活用なし	支援者との関係性を築きにくい利用者、サービスを利用したいがSOS発信の方法がわからない利用者の支援にあたった際、クライシスプランの作成を検討した事例がありました。
精神科病院	作成なし	活用なし	施設からデイケアに通所される方の対応について、両者が本人の状況を視覚化して把握できる。
精神科病院	作成なし	活用なし	地域(施設)で支援を受けておられる方は、その支援のあり方によって状態が大きく左右されます。支援者が素人の場合も多々あり、対応として良くない場合も多々あります。素人の人が悪いというのではなく、そういう方々のマンパワーも必要なのが現実ですので、クライシスプランがあれば非常に分かり易く、誰にでも活用できる指標になると考えます。
家族の利用者理解が深まることに役立つ			
精神科病院	作成なし	活用あり	当院ではクライシス・プラン作成後、本人だけでなく御家族にもお渡しさせていただいています。家族へお渡しした際に、「今まで本人の状態を病気でではなく甘えだと思っていた。本人の家族として勉強をしつづけていきたい」と関係構築へつながるケースがありました。
精神科病院	作成なし	活用なし	措置入院した方に関しては特に本人への支援、及び家族に対する支援が必要になる。家族関係悪化のケースが多々あるため。例)一生入院させておいて欲しい…と家族から言われるなど
精神科病院	作成なし	活用なし	家族支援に役立つと思う
精神科病院	作成なし	活用なし	入院歴を繰返し、ワーカーとの信頼関係が出来つつある方で、生活や仕事、家族関係に困り感が出てきた時にはその困ったことを具体的にふり返って学習するためのツールに役立ちそうと思いました。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述⑤

【利用者と病状について対話を深めることが求められる事例や場面】に関する構成内容

利用者と病状について対話を深めることが求められる事例や場面			
病歴や生活歴を振り返ることに役立つ			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	医師から指示があって、派遣会社に就職中の男性のクライシスプランを作成した事があった。本人と今までの病状悪化時の状況や対処法等を振り返るいい機会となった。
保健所	作成あり	活用なし	クライシスプランづくりの作成の過程でご本人が自分の病状を振り返ることができ病識が高まった
精神科病院	作成なし	活用なし	・病状悪化時を振り返る時
支援者から病気や病状悪化について話題にする際に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	視覚に訴えられるため、言葉のみのやりとりで伝わりにくい方へは特に良いように感じます。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	利用者の調子が崩れたか、ご本人にその実感が無い時に、支援者からクライシスプランにもとついて、現在の状況を共に確認することで、利用者自身が自ら調子の悪化に気づき、対応を行うことができた。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	本人の考えを整理し、フィードバックするため
相談支援事業所	作成なし	活用あり	病状悪化を本人が自覚していない時に、クライシスプランを提示して自覚を促せる。
相談支援事業所	作成なし	活用あり	症状が出てきた時、利用者と症状の良し悪しの現在の位置を確認する時、クライシスプランを介すことで、客観視ができていたり、指摘される感覚が緩和されるので、確認の話しがしやすかった。
保健所	作成あり	活用あり	不調となっているクライアントと現状を話し合うツールとなった。
精神科病院	作成なし	活用なし	患者さんから電話がかかってきたときの話の内容、面談中の様子や会話から「〇〇という時は調子悪いよね?」「××が気になるって、入院前にもあったよね?」など不調を感じることもある。このようなときにクライシスプランがあると、「じゃあどうしようか?」という話ができるといった。
精神科病院	作成なし	活用なし	症状について本人と話すツールになる。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述⑥

【関係機関の協働が求められる事例や場面】に関する構成内容

関係機関の協働が求められる事例や場面			
利用者を中心にした支援者の連携に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	長期入院患者にクライシス・プランを共に作成しました。訪問看護スタッフとも共有し、在宅での状況は訪問看護師、デイケアにおいてはPSWが状況を把握し、報告していただいています。三者（本人を入れて四者）で赤信号になる手前で入院をしないで退院継続と就労支援移行事業所に結びつけました。他（多）職種連携・本人にとって必要不可欠だと思います。
精神科病院	作成あり	活用あり	病状や、知能の低さから、危険時のサインが表出しにくいケースがあった。Faの協力や、Drの協力を得てクライシスプランを立てたことがあった。新しい支援者が介入したタイミングで作成し、連携がスムーズに行ったのではないかと感じた。
精神科病院	作成あり	活用あり	退院後のフォローをみずしてケア会議で本人も含めて情報共有した。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	関係性の低い支援者と連携を深めるきっかけになる。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	チーム構成員をそれぞれの視点からもプランを作ってもらい、会議等で、検討することでチームへの意識付け（スタッフの退院意欲や役割分担含む）
相談支援事業所	作成あり	活用あり	アルコール、気分障害のケース。気分が落ち込んだ時はそっとして欲しいと話していたが、クライシスプランを通して、誰がどのくらいのペースで、どのように連絡し、対応するのかが共有できた。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	自分の体調の把握とその対応方法が周囲の関係者も分かる
相談支援事業所	作成あり	活用あり	地域生活を送る上で利用者を支える役割になる関係機関、支援者の不安軽減のためにご本人と相談して作成したケースがあります。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	関係機関や本人を含めて話し合うタイミングを図ることができる。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	脳梗塞の既往歴がある方の退院後の生活支援を始める際、本人はあまりSOSを発しない、上手く発信できないタイプ種やかな人柄なので、周囲の支援者が見落としがち住居がHPより遠く、当時地元では在宅医療サービスが精神には対応しておらず福祉的な見守りと医療的介入との線引きをはっきりと本人、関係者に示すのに役立った。
相談支援事業所	作成なし	活用あり	クライシスプランに則って医療機関に連絡する等、他機関と連絡しやすくなる
保健所	作成あり	活用あり	暴力一警察介入を繰り返すケースについて、予め危機に陥った際の対応を決めておくことでスムーズに介入でき、当事者・家族も次の展開の見通しがたてやすくなり、結果安定した
その他	作成なし	活用あり	医療関係者と福祉事業所との連絡や連携がしやすくなった。ご本人の状況について、同じ視点で把握しやすくなりご本人への働きかけも統一できた。
精神科病院	作成なし	活用なし	ケア会議に個々の情報が共有できていなかったとき
精神科病院	作成なし	活用なし	状態悪化時に関係機関と確認できる。本人と「今、どの状態なのか」を一緒にふり返るツールとして利用できた。
精神科病院	作成なし	活用なし	地域の相談支援事業所を、退院前カンファ等を聞く際に、情報の整理・共有をする為に役立つのではないかと思います。
精神科病院	作成なし	活用なし	生活保護受給中で身寄りがいない、知的障害・うつの方でグループホーム入所中に精神症状が不安定となり再入院。生活保護と障害福祉課のCW、相談支援専門員、グループホームや生活介護事業所、HPと関わっている支援者が多く、退院支援にあたり、情報共有や各役割に応じた共通認識を持っていく事に難しさを感じました。クライシスプランがあったら有効活用できたのではと思います。
精神科病院	作成なし	活用なし	・支援者や家族、本人間で病状や対応に関する認識がバラバラなケース
精神科病院	作成なし	活用なし	・レスパイトが必要な際に本人が周囲とタイミングを合わせることが出来る。
精神科病院	作成なし	活用なし	不安症状が高まる可能性のある利用者に対して、関係職種、外部機関との連携により、悪化の前に対応できた。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	要注意状態や入院が必要な状態がクライアント、関係機関で共有しやすくなり介入しやすいため、スムーズに入院につながったケースがあった。
基幹相談支援センター	作成なし	活用なし	・複数の関係機関との本人像の共有
関係機関間の関係性の維持・向上に役立つ			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	病状悪化時に早いタイミングでサインをキャッチし、関与地域コンフリクトの原因になることも多かったが拡大せずに済んだ
相談支援事業所	作成なし	活用なし	矯正施設を退所した支援対象者について、精神障がいをもたながら一方的な薬物療法（矯正施設において）しか受けたことがなく地域生活支援において改めて本人が自分の病気を再発のきっかけ、対処について学び深めたクライシスプランができていて障がい福祉サービス事業所利用について、協力し、本人を応援する気持ち意欲を高めることができた。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述⑦

【クライシス・プランを応用した実践の事例や場面】に関する構成内容

クライシス・プランを応用した実践の事例や場面			
リワーク支援・就労支援に役立つ			
精神科病院	作成あり	活用あり	休職中の気分障害者の人が対象のリワークプログラムにて、一復職、再休職防止に役立った。注意サイン、対処法を整理し明確にできたため。
精神科病院	作成あり	活用あり	うつ病者のリワーク支援、定着支援
相談支援事業所	作成あり	活用あり	就労の継続自分の状況と対処法を整理して意識して人間関係等、職場でのストレスを避けることが出来るようになった。
精神科病院	作成なし	活用なし	就労場面に役立つと思う。
精神科病院	作成なし	活用なし	・就労準備時
保健所	作成なし	活用なし	精神疾患の既生のない30代の女性（既婚・子供3人） 職場の上司にセクハラを受け、以後、夫以外の男性に対する恐怖感 外に出る不安、パニックなどで家事や子育てが難しくなり退職する。相談援助として症状の①引き金となる状況のリストアップ②いつもの自分と違うサインのリストアップなど、それらに、対応プランとして医療機関と並行し相談支援を行い、新しい職場に就くことができた。
ソーシャルスキル訓練に役立つ			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	本人のsos表出、サインの出し方について工夫・練習を行う。
災害時の対応や連携に役立つ			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	災害時をクライシスとしたプランと病状悪化時のものを分けて作っているケースがあり、災害時の対応がスムーズに行えた。本人、支援者、避難所が連携しやすく、落ち着いて対応できた。

表3-40 クライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述⑧

【クライシス・プランが有効な利用者の特徴】に関する構成内容

クライシス・プランが有効な利用者の特徴			
クライシス・プランが理解できる状況の利用者			
精神科病院	作成あり	活用あり	クライシスプランを理解できる方々には有効
精神科病院	作成なし	活用なし	地域である程度落ち着いた状況の方と一緒に作成していくには有効だと思ふ。
症状が残存している利用者			
精神科病院	作成あり	活用あり	陽性症状の残存したケース。
相談支援事業所	作成あり	活用あり	医療観察はじめ、重度かつ困難性の高いケースワークに活かされると思う。
相談支援事業所	作成なし	活用あり	混乱しやすく、自己の状況のふり返りが難しい利用者の支援。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	希死念慮の強い方
相談支援事業所	作成なし	活用なし	自殺企図の既往症があるうつ病女性、グループホーム退所して1人暮らしに移る時のケアマネジメントが不十分で問題が起き始めてすぐに支援者の関与を拒否、自殺に至った(当方の以前の仕事関係での事例)
病状悪化の可能性がある利用者			
相談支援事業所	作成あり	活用あり	幻聴が酷く、常に悩まされていた方が、耐えきれず2階から飛び降りてしまったことがありました。あまり、辛さを見せない方だったこともあり、周りの支援者が気づけなかったということもありました。本人もどうしたらいいかわからなくなりましたと思うので、クライシスプランを利用することで誰に相談するのか? どうしたいのか? が明示され分りやすくなり良いと思います。
精神科病院	作成なし	活用なし	アルコール依存症の当事者における、地域移行支援及び地域定着支援に多めに役立つと思う。なぜならば、一定のプログラムを終えた後も、スリップする人が多い疾患であるが、再度支援に結びつける為に、そして孤立させないために役立つと思う。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	双極性Ⅰ型の人、統合失調症でも病状の変化の波の大きい人などの場合、入院治療が必要な人ほど病状が悪化してしまう人などの場合、クライシスプランはとても役にたつのではと思われる。
ハローワーク	作成なし	活用なし	医療保護入院(警察、保健所、市役所などの依頼による)での困難ケースに数多く対応してきましたが、悪化時のレベルなどが見えるいい基準となると思います。
ハローワーク	作成なし	活用なし	自傷・他害(家族への暴力)のケース
精神保健福祉センター	作成なし	活用なし	自傷や他害行為のあった方などには、クライシスプランがあるとよいと思いました。
精神科病院	作成なし	活用なし	不調のサイン、きざしがはっきり分かる方(TELを頻繁にかける、周囲にひわいな発言をする、金づかい、食生活が乱れる)にとり入れると役立つと思うと考えます。
入退院を繰り返す利用者			
精神科病院	作成なし	活用なし	入退院をくり返している人(特に独居の人)
精神科病院	作成なし	活用なし	入退院をくり返している患者さんで、患者さん自身も、どうにかしたいの思いを持っている人には役立つと思います。
相談支援事業所	作成なし	活用なし	入退院をくり返している方
相談支援事業所	作成なし	活用なし	病状悪化から入院、退院を繰り返す人の支援において役立つ
環境変化によるストレスを受けやすい利用者			
精神科病院	作成あり	活用なし	人間関係や環境にストレスを感じやすいケース
精神科病院	作成なし	活用なし	環境の変化に弱い方への支援をする場面。
生活環境に課題が存在する利用者			
精神科病院	作成なし	活用なし	独居生活を送っている方、ご家族がいない方、自ら何らかのサインを周囲に送る事が苦手な方。
精神科病院	作成なし	活用なし	グループホーム入所しているが職員と接する事が少ない、口数が少ない時
相談支援事業所	作成なし	活用なし	・親なき後
相談支援事業所	作成なし	活用なし	・子育て支援
相談支援事業所	作成なし	活用なし	困難ケースで役に立つのではないかとと思われる。例)金銭管理など本人の協力を得られず支払いが滞納してしまうような状況など 例)手術入院などの際の同意書取得(家族から取れない場合)
ハローワーク	作成なし	活用なし	近隣住民への迷惑行為
視覚化することが有用な利用者			
精神科病院	作成なし	活用なし	障害特性にもよるが枠組みが必要な方にとっては文章化、図表化することでわかりやすく理解できる それによって本人の問題行動が軽減する。

以上のような分析結果をもとに、精神障害者の地域生活支援においてソーシャルワーカーによってクライシス・プランが有用であると認識されている事例や場面について、実際の支援場面や利用者の特徴等について整理でき、その内容を表3-41に示した。

表3-41 クライシス・プランが有用であるとソーシャルワーカーによって認識されている事例・場面

① 入院を防止することが求められる事例や場面
<ul style="list-style-type: none"> 再入院を防ぐことに役立つ 非自発的入院を減少させることに役立つ 休息入院を活用できることに役立つ
② 病気や生活の悪化に対処することが求められる事例や場面
<ul style="list-style-type: none"> 利用者の自己対処に役立つ 利用者と支援者で状態像の共有・対応に役立つ 利用者が病状を自覚することに役立つ 自傷行為の防止に役立つ 病状悪化時の権利擁護に役立つ 利用者が意向を表出できることに役立つ
③ 地域移行・地域定着のための支援が求められる事例や場面
<ul style="list-style-type: none"> 退院支援・地域移行に役立つ 利用者の地域生活の維持・モニタリングに役立つ 継続的な支援(連続性)を保つことに役立つ 利用者の病状や生活状況に応じた生活支援に役立つ
④ 利用者理解の深化と関係づくりが求められる事例や場面
<ul style="list-style-type: none"> 利用者と支援者との関係構築に役立つ 支援者が利用者の病気の特徴を理解することに役立つ 支援者の利用者理解が深まることに役立つ 家族の利用者理解が深まることに役立つ
⑤ 利用者や病状について対話を深めることが求められる事例や場面
<ul style="list-style-type: none"> 病歴や生活歴を振り返ることに役立つ 支援者から病気や病状悪化について話題にする際に役立つ
⑥ 関係機関の協働が求められる事例や場面
<ul style="list-style-type: none"> 利用者を中心にして支援者が連携することに役立つ 関係機関間の関係性の維持・向上に役立つ
⑦ クライシス・プランを応用した実践の事例や場面(応用例)
<ul style="list-style-type: none"> リワーク支援・就労支援に役立つ ソーシャルスキル訓練に役立つ 災害時の対応や連携に役立つ
⑧ クライシス・プランが有効な利用者の特徴
<ul style="list-style-type: none"> クライシス・プランを理解できる状況の利用者 症状が残存している利用者 病状悪化の可能性がある利用者 入退院を繰り返している利用者 環境変化のストレスを受けやすい利用者 生活環境に課題が存在する利用者 視覚化することが有用な利用者

(3)クライシス・プランを知った機会

クライシス・プランを知った機会について自由記述による回答を求めた。全ての有効回答数 384 名のうち 297 名(77.3%)から自由記述回答を得ることができた。ここでは、所属機関ごとに似通う意味をなす機会や場面によって整理し、表3-42 に示した。

その自由記述の内容として、クライシス・プランについては職場内外における研修や日常業務の中で知ったという回答が多数存在し、特に多かった記述として医療観察法に関連する業務や研修会から知ったとする回答であった。

表3-42 クライシス・プランを認識した機会【精神科病院】

精神科病院		
自己学習	情報誌	医観法、措置入院患者退院時、研修会
精神保健福祉士養成講座	機関紙・職場内	医療観察法業務にて
精神保健福祉士資格取得の為の病院実習中	協会の会報誌	医療観察法
PSW取得のための実習	日本精神保健福祉士協会誌で知りました。	医療観察法や院内のOTから
学生時代の授業で	書籍や研修など	医療観察の対象者の支援
大学での授業	書籍、学会	医療観察法業務
大学在学中(授業にて)	専門誌	医療観察法の業務で。
大学の講義にて	文献、講習、学会	医療観察法対象者への社会復帰調整官との会議
授業にて	WRAP(本)の関連で	医療観察法
養成校での授業を通し	ラップ	先輩PSWが医療観察法対象者に作成されていた。
精神保健福祉士の専門学生時代、授業で知りました。	WRAPの研修・プログラム・参考書、ACTの実践・研修	医療観察法のケースを担当して。
様々な書籍で目にする	WRAP	医療観察法に関連したケース
ネットで見たことがある	WRAPのグループに参加した中で、また病院で地域の支援者さんとやり取りする中で。	医療観察法
勉強会などで	WRAP	医療観察法対象者の支援時
研修会	リワーク支援やWRAP	医療観察法対象者にかかわっているスタッフから
研修会	ラップ等を勉強した際	医療観察法にのった患者さんと関わらせてもらった時
研修会	他の病棟担当者から聞いた	医観法ケースの受け入れの際
研修会の時	他スタッフが活用しているのを見て	医療観察法、措置ガイドライン
研修	他のSWの活用	医療観察法関連の業務、研修。WRAP研修。
研修会	病棟カンファレス	医療観察法業務
院外研修	精神科デイケアでのケース検討	医療観察で
研修会	病院内でのリカバリープログラム実施時	医療観察法の研修
MSWの研修時	退院前に看護師が作成を行っているため	医療観察制度に関する研修会
研修会に参加	上司から聞いた	医療観察法
研修時	上司から指導を受け知った。	医療観察法、対象者●にて
院内の研修会	上司から	医療観察法病棟で使用していた
研修会(院内)、P協会など	上司から教えていただいた	医療観察法対象者の担当になった時
大学、研修会	先輩の話、資料、勉強会、大学の講義	医療観察法の上の入院加療プログラムにて
研修会	職場にて。Dr.やNs.より	医療観察法業務
研修	地域の関係者が作成していた事より	医療観察法指定通院医療機関従事者研修
研修	地域移行機能強化病棟ができたため。	医療観察法に関する研修会にて
研修会(院内)	日常義務(他機関からの情報提供)	医療観察法(通院)
研修で	業務内での会話、研修会	医療観察法処置者
研修だったと思うが昔のことで覚えていない	職場内で	医観法で利用
研修会	ケア会議の場や研修	医療観察法を含む現在の職場の業務に携わった中で知った。
研修などで	相談事業所をよく耳にします。	医観法にて
研修会等に参加して	ケア会議で、1つの事業所が作ってきてくださった	医療観察
研修時に紹介された	地域移行支援を活用しての退院を行った時	医療観察法ケースへの対応時
看護団体の研修	地域移行支援事業の中で	医療観察法に関する研修会
研修だったと思います	地域移行の連絡会	医療観察法業務
措置入院者の退院についての県の説明会	地域移行支援の時	医療観察法の研修
研修内の事例で	退院支援を行う時	医療観察法事例
保健所関連の研修会への参加時に。/マスメディア	地域の支援者からよく聴く	医観法
就職後の研修時、専門学校時	関連機関のPSWより	医療観察法、WRAP行動プラン
病院や研修会で(臨床の場)	プラン作成時	医療観察法対象者とのかわりの中で
事業所主催の勉強会等	他相談員のケース	医療観察法ケア会議
日本PSW協会のソーシャルワーク研修	日常の業務や研修	医療観察法の研修会
保健所による紹介の研修	病院の取り組みとして	医療観察法の研修の時に知った
WRAPの研修	患者様の症状、支援に係る医師との治療方針	医療観察法の対象者と関わった時
福祉職従事者対象の研修会にて	地域移行支援等で作成を求められる	医療観察法
H26年法改正で退院後生活環境相談員としての役割など働きかけの中で改めて認識した。	措置入院者の隊員支援会議にて	医観法の関わり、GH入所調整時(作成依頼を受ける)
SSTの勉強会、ACTの勉強会		前の病院で急性期にいたので医療観察法等で
ATCの研修、見学		CPとの打ち合わせ医療観察法事例
アウトリーチ研修会、ACT大会など		
地域の勉強会等で知った。		

表3-42 クライシス・プランを認識した機会【相談支援事業所】

相談支援事業所		
大学での授業等	支援の三角点のガイドライン	グループホームを出て生活される方の支援を行う際のツールとして、また病状変動を繰り返すとの振り返りの機会に知った
大学時代に講義にて	テキスト	GHからアパートに生活の場をうつすケースの支援時
国家試験勉強時	本で	上記の例は私がG・H退後の事例。「危機介入時対抗の情報共有」という用語で必要性を感じました。5年前でした。
精神保健福祉を学んできた中で。	協会誌	地域相談を主に行っているから
研修を通して知った	精神保健福祉協会等の機関紙	保護観察所と支援連携した際
研修などで接したことがある	P協会の会報や研修会	医療観察法の方を支援した時
研修会	PSW通信にて	医療観察法の方を担当して
研修会	退院支援に携わる機会	医療観察法のケースに携ってから
研修会	グループホームからアパート生活をする利用者の支援。地域移行支援	医療観察法のケア会議に参加
研修会	入退院を繰り返している人に対して作成、地域移行支援時に作成	医療観察法のケース、地域定着支援のケース
研修	障害福祉サービスにおける地域移行支援サービス	医療観察法の処遇中の方の相談支援業務
研修の中で	地域移行支援時の対応内	医療観察処遇
研修	地域移行支援実施時に作成	医療観察法に関わる事例、研修、会等々の機会
研修会	地域移行支援のプランに組み込んだ	医療観察対象者、がん末期利用者
研修会	地域移行支援の支援過程で作成経緯あり	医鑑法対象者の支援で用いられていた
研修	地域移行支援	医療観察法入院処遇時のケア会議にて
研修資料	実際に作成した。	医療観察法の対象の方のケースを担当したとき
研修会、病院のカンファレンス	実際に作成した	医療観察法ケースを担当した際
県主催の関係機関会議・PSW研修会	同法人の病院や生活訓練施設で作成している	医観法の支援
クライシスプランの研修会	プランを作成したことがある	医観法のケース
精神保健福祉に係る研修会	計画の作成に	医観法ケースの支援
相談支援専門員初認者研修	地域移行支援計画作成時	計画相談、医観法など
退院促進や地域移行関係の研修会などで	相談者がクライシスプランを保有していた。	はじめは医療観察事例
行政の地域移行支援の研修	相談支援事業で地域移行支援を実施したとき	医療観察法のMDT会議にて
保健所主催の研修	退院支援	医療観察法ケース、長期入院者のケース
災害関連の研修だったと思う	退院支援を行う際につけていたものを指していたことを後に研修で知った。	医療観察を担当して、地域生活に至る際のケアマネジメントにて
退院支援時・WRAPの研修会時	地域定着支援のケースに作成している。WRAPで作っている。	医療観察の入院処置から、退院支援に関わった時
WRAP研修	地域移行の支援の際	最初は医療観察法の事例を通して
WRAP研修	地域移行支援時に、入院中に時間をかけて病院のSW、NSと一緒にクライシスプランを作成してもらった。	医療観察法のケースに関わった時
WRAPの研修体験	退院支援 地域移行 地域定着 医療観察法	医療観察法の対象者への支援時
WRAPの研修の時に学び、その重要性を感じました。	退院支援と地域生活において	
WRAPの研修	退院時支援にて	
ニュース、研修会	地域定着のプラン作成の学習時	
雑誌(専門の)	地域移行支援で関わっていた際に知る	
地域移行支援に関する研修にて	病院での急性期対応の際	
地域移行支援等の勉強会など	精神科病院での勤務時において	
イギリスの精神医療チームについて勉強した際	ケア会議、雑誌等にて	
OJT, 上席者よりもらった資料	会議等で	
	HPでのケース会議	

(4) クライシス・プランの作成と活用に関する自由意見

精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの作成と活用に関する意見として自由記述による回答を求めた。全ての有効回答数 384 名のうち 161 名 (41.9%) から自由記述回答を得ることができた。ここでは、所属機関ごとに整理し、表3-43 に示した。自由記述の一部の内容として、「クライシス・プランを一度立てただけでは、病状の変化した時に対応のズレが生じるので、適宜見直し、更新が必要と思われる」といった修正の必要性を指摘する内容や、「事業所の立場で、プラン作成したとしても、本人が通院している病院と十分に連携できない病院の協力や理解が得られない」といった関係機関間における連携の課題に関する記述が得られた。

表3-43 クライシス・プランに関する自由意見【精神科病院】①

精神科病院
<p>個別支援計画とクライシスプランは両輪であると考えますが、重なる部分も内容によっては出てくることが予想されるため、混同しないことは重要であると思います。詳細のものがある方がよい利用者もいれば、場面や状況・内容、時期が限定されたものの方が有効的な利用者もいると考えるため、臨機応変に活用できると望ましいのでは。</p> <p>実際に作成することでご本人が希望する生活の継続や目標達成に向けての助けになりそうだと思います。ただのくらいの方が自身の注意サイン等、認識できているか(できるのか)分らないため活用できるか否かはよめないなど感じました。</p> <p>現状、利用者のサービスについての組み立ては相談支援事務所が担うことが多く利用者計画書を作ってもらっています。それとあわせて、クライシスプランを作成する仕組み、マニュアルがあるとわかりやすいと思います。(精神科病院医療相談室職員の立場よりご意見させていただきます)</p> <p>利用者本人の病識、理解度によってはプランの導入が必ずしも最善とは言えない。しかし、ある程度理解があるのであれば積極的に利用し、本人だけでなく家族や支援者同士の共通認識を築く一つの基点となりうる可能性は充分にあると思われる。</p> <p>ソーシャルワーク＝クライシスプランと勘違いされるリスクはないか?</p> <p>良い点は、活用の仕方次第で、再入院なく周囲と連携を図ることができる。私はとくに家ごとにも知ってもらいたいとかんじています。</p> <p>本人、支援者(支援機関)が共同で作成する必要があると感じます。作成後、いかに活用するか、見直していくかが重要であると思いますが実践に結びつける難しさがあると感じています。</p> <p>良い点は、本人や関係機関との信頼関係の構築がスムーズでありました。作成時には本人と客観的に自分自身の振り返りを行う事が出来ました。本人自身の病識の確得にも影響していました。悪い点は関係者がクライシス・プランに頼りすぎる場面があり、作成時に関わった支援者の負担でなりました。そのため作成時のオリエンテーションから関係者と一緒に作成するようにしています。</p> <p>「クライシスプランが何者か」が、まず、理解度が低い。例えばDrや支援者に必要性を訴えるとしてもまずはクライシスプランの説明から始まるので、手間がかかり、なかなか活用に至らない</p> <p>作成すると、支援者と本人ともにこれまでの振り返りができ、お互い関係性や理解を深められるため、作成する過程にも意味があると思う。作成しても活用されなければ、無駄になってしまうところですが、普段の様子を細かに確認したり、尋ねるのも本人の負担になったり息苦しさを感じるのではないかと感じたりする。</p> <p>メリット)早期介入ができること デメリット)管理的になりすぎてしまい、生活の自由や自己決定を損うおそれがあること。</p> <p>適切な期間で必ず更新される必要がある。そのためマニュアル整備は必須。</p> <p>あった方がよいと思いますが、なくても生活できると言うか…各支援者はプランがなくとも、プランの内容のようなことを考えながら動いていると思います。それを形(紙面)にしうとすると、すぐ時間がかりそうで…なかなか活用ができていませぬ…病識のない方のプラン作成はどのようにされていますか?</p> <p>生活や病状など細かなところに触れるので、本人との関係をしっかりと築いて、丁寧に作成しなければならぬ。時間やエネルギーも必要で、担当している患者全員にとるとちょっと大変…。</p> <p>良い点…クライシスプラン作成を通じて、改めて患者さんと、支援者側で症状や、その時のサインを確認することができ、支援者側は、他機関や他職種、他部署との情報の共有と、役割を明確化ができる。</p> <p>実践に向け、わかりやすいマニュアルや、意志表出が困難な発達障害者向けの可視化しやすいプラン例などがあれば助かる。</p> <p>私の地域では、クライシス・プランの作成や活用はあまり見かけず、日頃の連携が多いなあと思います。その分利用者1人1人をしっかり把握することが必要で、記憶力に限りがあり、はっと思いつくこともあります。ということはクライシス・プランがあった方が、時々ふり返りながら見直せる手段なので良い点です。ただ、風習で利用・活用がないので、(地域で必要としない?)その理由は何かと考えると、作成に時間が必要というネックでしょうか。</p> <p>使用する人のスキルに偏る。地域で生活する際に決められた対処法をして、改善しなければ対応できないと言われることもあり、対応の幅が明確なる良い点とその対応しなくなるリスクを感じる。</p> <p>・危機介入の意味合いから、支援者側の見立てや意見がプランに落とし込まれる可能性がある。支援者中心のプランになってしまうことの危機。 ・知的能力や内省力等の個人因子により、限界が生じる。 ・プランの管理や更新があまりないまま経過し、作成して終わりとなってしまふことがある(活用に至らないことがある)</p> <p>良い点…本人との関係性の構築・症状のとらえ方・注意サイン・危機への対処法を一緒に共有できる。支援者との情報共有時に役立つ。新たな強みの発見。悪い点…人によっては状況に応じてクライシスがかわることもあるため、状況を見ながら、定期的な見直しや再度作成していく必要があること。その見極め</p> <p>クライシス・プラン自体は支援全体のことと明確化されたいと思うが、本人病状悪化時通りにくいことが多いと感じる</p> <p>利用者を取り巻く支援者の情報共有に役立って思う。同職種での共有は、割と可能だが、他職種(NSやOTetc…)との共有が当院では非常に難しい。</p> <p>クライシスプランというネーミングが利用者本人としてうけ入れにくい。どうにかなくなってしまふという意識が出てしまわれた。なんでもカタカナな言い方はいかげんなのか。もっと日本語にできないものか。</p> <p>体験職とくのあるお医者さんに使用すると、よけいに自分の病状を隠すようになってしまふのではないかと自分の病気を本当に理解して、病識のある患者さんには活用できないイメージ。</p> <p>クライシスプランの作成は単に危機への対処のためという狭い見地では考えがちですが、当事者の方の人生や将来の希望を展望する視野も持って作成するのが望ましいと思います。また支援者の中には支援者の見地から一方的に作成するものと考えている方もみられます。作成にあたっては必ず本人と面談し本人のこぼれを用いて本人に書いてもらって作成するのが望ましいと思います。</p> <p>支援者みんなが対応方法を統一できる。クライシスプランの作成が病院まかせになっている。</p> <p>危機対応にはとても役立つが、ストレングスモデルの視点は少なく、いつも当事者と振り返るツールにはならない。良い面、今後の目標、予後といった、当事者と一緒に振り返りやすい視点も取り入れてほしい。</p> <p>・「作りやすさ」と「使いやすさ」が必要と考えます。本人、家族、支援と協同でプランを作る場合、専門用語に偏らず、具体的な言葉で本人や家族がわかりやすい言葉で危機介入の方法、手段を作る必要があると考えます。</p> <p>作成に追われる感否めない。病状悪化時に本人とプラン内容を振り返れないケースもある。「そもそも病状悪化時の記憶がない」「どこも悪くないのに入院になった。薬は飲んでなかったけど…」との認識の利用者のプラン作成は悩む。</p> <p>作成に一定程度の時間を要する為、通常の業務に加えた支援が困難。</p> <p>クライシスプランをしっかりと作ったことはないが、可視化すること、整理することは良いと思う。ただ、入院に至る大変さや、生活支援の大変さを枠決めし貴方が希んだことだからと寄り沿うこと(支援者はそう思っている?)をおざなりにしてその方に責任転嫁する危険性があります。年代のギャップなのか、生活環境の違いなのか、一番大事な寄り沿うことなく支援という指導が行われている感じが近頃強くみえます。「あの方が望んでいるから」と一言と軽く扱ってはいけないと思います。</p> <p>WRAPとの区別がつきにくい</p> <p>昨今、形ありきのこのような計画作りが多くて困る。一回の入院でクライシスプランを立ててくれと言われても分るわけがない。また、地域生活において流動的に課題(危機)が発生するので、それを心得ておけば相応の対応もできる。クライシスプランを立ててよりもおかしなと思った時、頼りになる相談機関を決めて柔軟に対応すればよい。</p> <p>MRの方など突発的な暴力がある方に対してはクライシスプランが機能しないのでは。本人と話し合う、支援者が共有するとの意味合いが強くなると思う。</p> <p>妄想性障害の方のクライシスプラン作成に関しては本人は不機嫌になりました。また作成内容に同意してもそれを本人は見たくないようでした。</p> <p>・良い点…パートナーシップにつながる ・悪い点…“病氣”を「悪いもの」と決めつけないように注意したい</p> <p>良い状態を保つためのプランであるはずが病状悪化時のみに焦点をあてられやすい</p> <p>クライシスプランを考える上で、障がいのある方が自分自身を振り返る機会にもなり良いと思います。支援者も話を聞き、プランを一緒に考えることでスキルの向上にもつながると思います。</p> <p>患者で各々のクライシスプランがあるのでどの方にも通用するかというわけではない。クライシスプラン活用にあたってはわかりやすくし、活用できるようにする必要があります</p> <p>ご本人の意見を大切に、優先しながら、支援者側の意見をどこまで取り入れて作ってよいのか。本人への伝え方。</p> <p>支援者にしてほしいこととしてほしくないことを共有し、関係性が深まる機会となり得ること。クライシスプランを作成することが目的となり、継続した活用に至らない場合もある。</p> <p>本人の病氣に対する考え方や、ストレスに弱い方には不安定にさせてしまうリスクはあるように感じます。また、高齢者には難しい人にもいるように感じました。</p>

表3-43 クライシス・プランに関する自由意見【精神科病院】②

精神科病院
マニュアルがある方が最低限に満たすレベルをクリアできると考えるが、病識がない人ほど危機介入が難しいにもかかわらず、そういう人は本人との作成合意に至らないことが難しいと現場では感じている。
良い点: 本人や支援者お互いの理解が深まり、安心感につながる・変化にきづきやすくなり必要時の情報共有等連携がスムーズになるなど 悪い点: 作成するのに、時間や労力がかなり必要となるのではと思われる。一各支援者に周知され、必要な人には退院支援に伴って必ずあるものとして法的にも位置付けないと活用は難しいと感じます。
まずは支援者自身が自身のことを知る為にクライシスプランを作成してはどうかと思います。また、ケースの状況はどんどん変化していく為、退院後のクライシスプランの見直し誰か中心となるかを決めておくことが必要だと思います。
プラン作成時、どうしても本人の病識や意欲低下などから意向を明確にすることが難しかったり、現実的でなかったりすることもある。本人主体であるということを忘れ、支援者寄りのプランになってしまうこともある。
講演会・講習会などを希望します。即ち実施しているならすみません…
作成するにあたりマニュアルやガイドラインの中に利用者の理解度や特性に応じたプランのひな形があると作成しやすい、ひな形があってそれを元に利用者や相談し、書き込んだり打ち込める書式がほしい。
妄想やこだわりの強い利用者には必ずしも有効とは言えなかった。支援者よりクライシスプランの内容を一緒に見て、症状悪化を伝えても聞き入れてもらえなかった。
クライシスプランは必要だと思うが、利用者の信頼関係がないと作成は難しいと思う。また、個人情報観や、利用者自身が「自分の調子が悪いときのことを、周りにあまり知られたくない」と思うこともあるのではないかと、クライシスプランは、支援者側の安心や支援のしやすさのためあるものではなく利用者の希望があって利用者のためであることを忘れてはいけないと思う。
日々の業務に加えてクライシスプランの作成や院内、院外を問わず関係機関との調整を図ることの業務量は大きいと予想される。
良 質を上げるツールとして活用しやすい。悪 時間がかかる
作って満足する場面をよく見かけるが、作成のプロセスの中で当事者がクライシス・プラン及び暮らしや体調管理に主体的に取り組むよう面談をしなければ活用されないムダなものになると考える。作るプロセスに関する発信が重要と思う
やはり支援者側は、要注意状態入院検付の状態に注目しがちとなる。
各専門職によって、視点が異なるせいか、多少のズレがあるクライシス・プランとなる傾向があり、この役割をどの職種が担っていくのかというジレンマがあります。本来はPSWであると考えていますが、OT、NS視点では上記のようになってしまう傾向があります。
可能な限り、様々なケースに活用して実践の効果を公の場で発表していただきたい。
良 ご自身を見つめなおし、主体的に治療や今後の生活に参加、取り組むきっかけになる。悪 ある程度の注意持続力、理解力、現実検討能力がないと活用できない生活が破綻している方は、なかなかそれができにくい状態であることが少なくない。
うまく使えば有効なツールだと思うが、現時点ではマイナス面を強く感じる。
また名前や作成の方法、活用について、学ぶ機会が少なく、クライシスプランで活用するにあたっては、地域全体で取り組みを話し合っていく場の必要性があると思う。
良い点は本人、支援者が病状の変化について知り、対処法と一緒に考え共有することが出来る。悪い点は、クライシスプランの作成におけるマンパワーの不足業務が多忙となり本来の支援する時間が少なくなってしまう。
支援者から作成を強要することがないよう十分気をつける必要がある。
必要は迫られているため、先行諸団を参考にしつつ、大事なものを反映できる導入を期待しています。
作成することで、本人と関係機関との信頼関係が保て同じ視点で行動できるが、反面、クライシス時に、本人の希望する支援体制が整っていないと、本人希望にならないこともあるので、その辺りの事前調整が必要になると思う
(良い点) 病状悪化防げる (悪い点) あえてあげると、病床がうまりやすくなり、急患をうけれない確率がどうしても増えてしまう。
いろいろは障害にあわせたクライシスプランの作成活用は必要。(HRの場合、文章のみだと理解しづらい)
当院ENT後、グループホーム入居したがDC利用者に作成したが、活用できていない
退院前に渡したクライシスプランを壁に貼り、振り返れるようにしていると患者様より言葉をいただいたことがあります。
上手く作成できればとても有効なと思うが、それにはかなり密なアセスメントが必要だと思います。作成後の修正も考えると簡単に手を出せない印象があります。
クライシス・プランを一度立てただけでは、病状の変化した時に、対応のズレが生じるので、適宜見直し更新が必要と思われる。
連携と共有という部分が必要になってくると思うが、地域の施設や保健所との協力という部分で難しく感じる。
良い点は、支援者が「周囲が気づける状態」を把握することが出来る点と、当事者にとって「自分で気づける状態」を整理することで病識を持って生活し、崩れた時の対処や相談すべき人を明確に出来る。
メリット: クライアントを多面的、多角的に支援できる デメリット: 作成側の労力
これを念入りに作成していく時間と余力が今の現場ではない。また、定期的に見直ししていく必要性があり、その負担を考えるとなかなか浸透しない要因だと思う。重要性は分かってはいるけどもどかしい。
表(可視化、文章家)にすることで分かりやすいメリットはあるが同時にこれがすべてではないということも頭においておく必要があるかも。本人が本音を言えないなど支援者主体に陥る可能性や状況に応じて書かれていること以外のことが起こりうる可能性を見落とす、考えない…などリスクもあると思う。
・地域生活を行っていくなかでクライシスプランが本人にとってマイナス(不利益)になる可能性もあるのでは…
十分な情報、信頼関係の上で作成されるものであればとても役立つと思われすが、そうでないものが作成されると利用者への不利益に影響が大きく慎重な対応を要すると考えます。また、日々変化する思いに対する見直しについても課題はあると感じます。
・共通のものとして利用出来るが良い(市町村独自でなく)
PSWだけでなくNpや他職種にも広く知ってほしい物です。
入院時のクライシスプランを退院後に使用するとプランの見直しが必要となってくるが、その見直しを誰がどの程度、実践していくのか(期間も含めて)プラン作成には時間を要する為、担当全員のプランを作成するのは困難である。
クライシスプランを個人的に、とても良いものではないかと感じ、たまたま近くであった研修に、クライシスプランとあって参加したのですが「クライシスプランってこんなもの…」というくらい理解しにくくまだとらえられて私自身おらず、作成・活用までのいろいろな研修やらもあれば、活用している実践等話せる場があれば…と思います。
作成している時間がない。当人1人にだけこまごま多数を集めて検討を重ねていくのはなかなか難しい
良い点) 本人と危機的状況の共有ができる。悪い点) 支援者の不安が先立つものになってしまう
クライシスプランについての知識は充分でないのですが、例を見る限り、病気に焦点が行きすぎている傾向にあります。ソーシャルワークを行う上で大切な生活面でのアプローチが弱いように感じました。
作成・活用について実践している機関等を主体とした研修会や意見交換会があれば研修の為、参加したい。
患者さんの能力面で使用しづらい点がある
対象者自身が自分を知る機会となることは良いと思うが、クライシスな場面の想定のため、もう少しニーズや希望が大切にできると良い

表3-43 クライシス・プランに関する自由意見【相談支援事業所】①

相談支援事業所
<p>クライシス・プランの考え方を支援計画に入れていくことは必要。ただし、サービス等利用計画の中に入れてこないと、指定相談支援事業所の相談支援専門員がプラスで立てることが広まっていくとは考えにくい。病院や、委託(委託相談や基幹)と一緒に立てていく(必要性を伝えつつ)ことができれば良い。</p>
<p>ご本人にとっては侵襲性の強いプランとなるためとりに扱いには配慮が必要と思う。</p>
<p>クライシスプランということばや利用者には使いたくないので、困った時の処方せんとか?何かあったときどうしたらよいか?の指南書とか、ソフトなネーミングで普及した方がよいのでは。</p>
<p>(良い点)関係性の構築、権利擁護、支援者と当事者間の温度差の調整。(悪い点)(難しい点)障害受容ができていない方への活用、安易な体調悪化の判断</p>
<p>今の状況を一緒に評価できる方法だと思います。危機的状況以外でも役に立つと思います。</p>
<p>地域でいせかせると思うが、医療のこまかい情報が必要なので、病院の中SWがDrとも連携して本人のニーズを考えてたてるべきではないか。それを地域にわたしてほしい。医療ニーズのプランまで地域ではたてられない。</p>
<p>あれば良いが、人的コストがかかりすぎる。全ての人にするのは難しい。今のプランの見直しをすべき。理想的に作れば良いが、テンプレート化し、意味のない書類が増えるだけになりそう。</p>
<p>事業所の立場で、プラン作成したとしても、本人が通院している病院と十分に連携できない病院の協力や理解が得られない。</p>
<p>実際、クライシスになっても、本人、又は支援者が認めないプランを実行しないことが多い。人にもよるが、時間をかけてつくっても役に立たず、もう作りたくないと思う。</p>
<p>悪い点・クライシスプラン単体では報酬にならない。作成に一定のスキルや知識が必要と考える。・入院中は病状安定が普通なので、その状態でアセスメントにもクライシスプランにはならず、様々なところより情報収集がかかせない。1件作るのに時間がかかる。プランを作ることが目的になってしまい、活用にならない可能性がある。</p>
<p>クライシスplan、を作成する過程は、CLもセルフアセスメント、支援者もCL目線のアセスメントを理解できると思います。クライシスplanはプロセスに重要性があると思料します。</p>
<p>今ある〇〇プラン計画に要素を入れることがクライアントが活用できる仕組みになると思います。新たに別紙で作ると本人もどきのとき何をみればいいのか混乱すると思います。</p>
<p>作っていて楽しくない、夢のないプランくすりや医療に頼るだけのプラン、むしろ、WRAPをとり入れて「よい状態」を保つ方向に力を入れたい。</p>
<p>利用者の意向や状態は変わっていくため、一度作ったものを更新し続けていく必要があると思われます。</p>
<p>地域定着支援等でそれを定めることが推奨されているが、どのように作成・活用したらよいかなど、研修やガイドライン等依り拠になるようなものが十分でない。</p>
<p>・サービス等利用計画と重なる部分もあり、連携も大事かなと思います・必要性は感じる反面、現実的に作成時間(文章作成、面談時間、会合の開催など)の確保が課題になりそうです。</p>
<p>・本人自身が気付きを得られることを、共有出来ることが良い。・支援者間で共有するときの温度差の調整が難しい。</p>
<p>サービス等利用計画や個別支援計画等とも連動させていく事は必要だと思うが、相談支援専門員やサビ管がクライシスプランを作成する余裕がなく、誰が作成していくのか、また、作成に対する報酬の確保も必要ではないか？</p>
<p>・ご本人が障害受容、病気の受容ができていない場合も多々あるため、ご本人との合意に基づいてスムーズにプランを作成できていないことも多いように思われる。・関係者の中で、病気の部分にばかり、関心が強くなる危険性もあるのでは。・入院治療を前提としたプランに傾きすぎない心配。</p>
<p>HVNS、ヘルパー、相談支援、医療機関etc、それぞれがペーパー(いわゆるプラン)を作成する為、本人・支援者ともに混乱。管理的要素が強く、必ずしもペーパーに落とし込むことが良いとは言えない。</p>
<p>プランとして作成し、利用者や支援者が情報共有を視覚化できるメリットはあると思った。"プランを作成すること"が目的となってしまうのであれば、他のことに時間を使った方がよいと思う。</p>
<p>アセスメント 計画相談 クライシスプランいざいかにワーカーが本人に関心に向け希望だけでなく気付いてない課題などをきちんと示せるかがキーになると思います。</p>
<p>精神障害者の病識、理解力(知能能力・認知能力など)によってどの程度の作成や実際の活用ができるのか課題もあると思います。</p>
<p>まだ私達の地域ではほとんど活用されておらず、他地域でも、限定的だと思われる。利用者支援者相手にとって有効なツールであるため、何らかの制度に組み込めば、社会的に浸透するのはと考える。</p>
<p>利用者自身も自分に目を向けにくい方も多く、プラン作成にあたってセルフモニタリングし、気付きを得られる機会にもなる良い点と、一度作成した後の定期的な見直しを誰がどのように行うかを決めておかなければ経過とともに忘れてしまう悪い点があると考えます。</p>
<p>本人と一緒に、同意の上で作成をしないと意味がないと思う。また、支援者間での情報共有・連携が大事。</p>
<p>精神科医療のしきいが高いこと、地域に開かれていないこと、医療ヒエラルキーのトップの理解不足が阻害要因となりうるのでは。</p>
<p>この10年、直接支援ではなく、後方の立ち位置で別の業務を委託されているので、実際にプランを作成にまで正直至っておりませんでしたし(考えも...)しかしながら、長く安定した支援をするためには、クライシスプランの作成と見直しは必要不可欠だと痛感させられました。</p>
<p>地域生活支援においてクライシスプランは作成必須ではないため、ほとんどの人は作成されていない。地域移行にも活用されず、他の様々な援助によりサポートされていると考える。一方、入院中の人の権利は守られ難く、権利擁護の観点から必要に思う。その意味や内容、在り方を知らない人も多く、浸透していくために何らかの変化があるとよいのではないのか</p>
<p>24時間実際には必ずして対応しにくいときがある。その人の病状や体調を知り事前に対応方法や役割分担を共有しておくのは良いと思う</p>
<p>プランを作成することに目標がおかれると形式的なものになりリスクがあると考えます。作成の過程に本人が関わることに目的をおく(作成することで本人が自分の病状などを整理できる、病識をもてる、冷静なときにリスクを共有することが、病状悪化のときにその体験を振り返るきっかけとなる可能性がある。)といいと思っています。</p>
<p>病状悪化時をふりかえることで精神不調をきたさないよう配慮する</p>
<p>手間暇がかかり効率的な作成術を模索している</p>
<p>よく考えずチェックをしてしまう方もおり、正確な情報が把握できない。</p>
<p>クライシスプランの作成、活用の前にクライシスプランがどのようなものなのか再度私も含めて確認していく必要があると思います。</p>
<p>・作成することの必要性を感じつつ、作成する負担(時間、労力)がある・ストレス対処法が全くみつからない場合の対処法など、内容によって難しい項目がある際・結局作成しただけで、うまく支援に活かされなかったりした時の振り返りの機会</p>
<p>現場に時間が足りない。1人ひとり時間をかけられない。</p>
<p>良い点 究極のクライシスはやはり自傷他害。安定した作業所通所を続けていても家族間、異性間で人間関係不安定な時、急な落込みからの危機状況がおこる。その際には悪化時の兆候を知っておく必要がある。</p>

表3-43 クライシス・プランに関する自由意見【相談支援事業所】②

相談支援事業所
特に病院・クリニックの精神の職種は、自己中心的に地域の職種やサービスをふり回してしまう傾向がある。共に理解し共働チームという意識で共有していかないといけない。
GP事例を知り支援に活用したいです。
病状悪化を予防できる
支援するにあたっての見極め、やりすぎず、ほったらかしにしすぎないサポートにつながる。
当人の病識、障害理解を支える部分があると考え、自らの振り返りや、困難場面の対処を要する力(考え)を確認する必要があり、個別により考え方の相違が生じやすいと思います。
利用者の病状によっては、プランの確認なり活用する困難なこともあるので、万能ではない。(悪化時に文章を読み考える余裕をなくする場合など) 支援者間での言語化・可視化には有効。言語化する能力が十分でない利用者にはもう少しシンプルなお内容を作る必要あり
ゆっくり時間をかけて患者が病気を理解した上で作成しないと意味がないと思う。特に措置入院等退院後の支援について、本人がきちんと理解していないまま、クライシスプランの指示があったと聞いて意味がないと思う。
とても必要なものだと思いますが、今の相談支援業務の中では、クライシスプランの作成までは難しい状況です。現在も、サービス等利用計画の中に、大まかな感じですが取り入れたりはしています。
自分の病気、障害の理解が乏しい 発病(初発)後、病状が悪くなった経験がないクライシスプラン作成、活用が難しい 作成できても実際に使ったものとは言えない。
・作成の際には、ある程度の信頼関係がないとむずかしい。・当事者自身に自分の病状等を振り返ることでしんどくなることも考えられる。
症状が重たくな利用者に対して、地域移行をした際、どうしても再入院のことも考えておく必要があります。できれば、人から言われるまで、ではなく、自分から入院を希望できるような医療との関係性であったり、本人自身の自分の病状に対する理解、を深められるような機会になるのでは？と考えています。
作成する際の具体的な問いかけが知りたい。
地域移行支援を行っている者なら、殆どの支援者が作成経験があると思います。逆に支援経験のない人たちで作成し、強制入院を実施する為のデッドラインの合意書のような項目がマニュアルやガイドラインが仮にできた際に組み込まれることが危惧されます
あることは役立つと思うが、作成することに個人と多くの時間を費やさねばならず、仕事量考えた時に現実難しいような気がしてしまう
効果的な連携が重要。地域の支援者が病院へ行く環境を整えること。病院が地域の支援者をすすんで活用していくこと。
あることは役立つと思うが、作成することに個人と多くの時間を費やさねばならず、仕事量考えた時に現実難しいような気がしてしまう

第4節 考察

4.1 クライシス・プランに対する経験や考え

クライシス・プランに対する認識について、「認識あり」と回答したものが83.6%であり、多くの精神保健福祉士がクライシス・プランについて把握している現状にあった。そして、94.5%がクライシス・プランに「関心あり」と回答し、調査時にクライシス・プランに対する認識を有していた割合よりも高く、本調査を機会に「認識なし」の回答者にクライシス・プランへの関心を喚起させた可能性がある。こうしたことから、クライシス・プランは精神保健福祉士の期待や関心が高まりやすい支援計画であると考えられる。

また、研修会でクライシス・プランの作成や活用について取り上げられることの必要性の回答をみると、「少し必要である」「とても必要である」が86.2%を占めている。さらに、クライシス・プランの作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインの必要性の回答では、「少し必要である」「とても必要である」が83.6%を占めている。この結果から、精神保健福祉士のクライシス・プランへの関心を高いものの、実際の精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの実践に結びついておらず、その作成や活用していくための手順や方法が十分に実践現場に普及していない現状にあることがうかがえる。

4.2 精神保健福祉士におけるクライシス・プランの実践経験

精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成経験と活用経験の有無には、それぞれ有意な差が認められた。この点に関して、精神科病院の精神保健福祉士は医師、看護師、心理療法士、作業療法士といった多職種とともにチーム医療を提供する。このことから、クライシス・プランの作成と活用において精神保健福祉士ではなく他の職種が実践している場合も考えられる。

一方で、今日の相談支援事業所では障害福祉サービスの提供に伴う計画相談事業、長期に医療機関や施設に入所している障害者の地域移行や地域定着を目指す地域相談事業等を展開している。こうしたなかで、精神障害の特徴における緊急の事態が地域生活を営む上で生じた際に速やかに相談等の支援

を行うために、病状悪化や環境の変化等による危機介入のかかわりについて地域定着支援台帳や個別支援計画に盛り込むこととされ、実際の地域生活支援を実施する中で活用されていると考えられる。したがって、相談支援事業所の精神保健福祉士には法制度上で規定された業務内容においてクライシス・プランに準じた計画を作成することが求められている現状にある。こうした制度及び実践の実情から、これらの作成経験と活用経験の有無の差が生じているのではないかと考えられる。

そして、クライシス・プランの作成経験の有無と活用経験の有無のクロス集計の結果から、作成経験または活用経験の一方のみを有している精神保健福祉士が存在している点について注目すべきである。クライシス・プランの作成経験のみを有する場合には、作成後の活用が十分になされておらず、PAD や JCP で指摘されていたような課題が存在していると考えられる。そして、活用経験のみを有する場合には作成する際に必要と考えられる当事者と支援者間でのクライシス・プランの内容の共有や合意がなされないままに地域生活支援上において活用されていることが想定される。そのために、協働的なクライシス・プランの実践となっていない課題が存在していることがうかがえる。こうしたことから、クライシス・プランの作成と活用の一体的な実践モデルの提示が求められる。

4.3 クライシス・プランの実践経験及び所属機関における差異

まず、地域移行支援の段階と地域定着支援の段階におけるクライシス・プランの有用性について、精神科病院の経験者群と未経験者群、相談支援事業所の経験者群と未経験者群の4群間で差の検定を実施した。その結果、4群間での有意な差は認められず、すべての群で地域移行支援と地域定着支援におけるクライシス・プランの有用性として平均値4以上の認識がなされていた。したがって、所属機関と実践経験の有無に関係なく、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの有用性が認識されていると言える。また、地域移行支援と地域定着支援での有用性の平均値を比較すると、地域定着支援での有用性の方がすべての群で高い平均値であった。このことから、精神科病院と相談支援事業所とも、実践経験の有無に関係なく、クライシス・プランは精神障害者の地域移行支援よりも地域定着支援に有用性を認識していたと考えられる。

次に、クライシス・プランを精神障害者の地域生活支援で活用する場面の有用性として、日常的活用と病状悪化時活用の有用性の認識について、それぞれを4群間で差の検定を実施した。その結果、4群間での日常的活用と、病状悪化時活用の有用性において有意な差は認められなかった。一方、すべての精神保健福祉士における日常的活用と病状悪化時活用の有用性については、病状悪化時活用の平均値の方が高く、ノンパラメトリック検定での有意な差が認められた。このことから、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プラン実践において、精神保健福祉士は病状悪化時に活用することに意識が向けられやすいと考えられる。

しかし、病状悪化時のみの活用においてはリスク・マネジメントに偏ることで当事者におけるクライシス・プランの活用の動機づけが高まらない可能性がある(野村ら 2017)。こうした上で、「利用者と支援者で生活や病状について話し合う」「利用者が自分の生活や病状の変化に気づく」といった活用方法において日常的活用の平均値の方が高かった。そのため、病状悪化時活用と合わせて、狩野ら(2019)が指摘する「ケア」の視点における「早期・予防」のためのクライシス・プランの活用方法として、こういった場面における日常的活用を促していくことが重要であると考えられる。

また、所属機関における日常的活用と病状悪化時活用の有用性の差を検定したところ、日常的活用において精神科病院の方が平均値が高く、ノンパラメトリック検定での有意な差が認められた。こうしたことから、クライシス・プランを医療と福祉が協働して活用する上で、日常的な活用における認識に差異が生じる可能性があり、クライシス・プランを作成する段階で日常的な活用方法について協議することが必要である。

そして、クライシス・プランとソーシャルワークの関連度では、すべての群で平均値が4以上とその関連を高く認識していた。また、各所属機関における実践経験の有無における平均値では、精神科病院と相談支援事業所ともに経験群の方が関連度を高く認識している状況にあり、クライシス・プランを実際に用いた経験からソーシャルワークと関連している点が存在していると捉えられている。そして、実践経験を有する精神科病院と相談支援事業所の自由記述の内容から「ケアマネジメント」「危機介入」「ストレングスモデル」「権利擁護」「自己決定」等が共通して存在していた。これらの概念は、PAD や JCP の先行研究から得られた鍵概念と一致するものであり、精神保健福祉士によるクライシス・プラン実践において PAD や JCP に存在した鍵概念と共通した側面が具現化されていると考えられる。

4.4 クライシス・プランの作成方法

ここでは、より精緻にクライシス・プランの作成方法を明らかにするために、クライシス・プランの実践経験を有する精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)と、実践経験を有さない精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)に分けて解析した。

クライシス・プランの作成における実践効力感(経験者群)は「作成を目的とした支援者の協働」「個別性とストレングスを基調にした利用者との作成」「プラン作成に導入するためのアセスメント」の因子から構成され、特に「作成を目的とした支援者の協働」因子の寄与率が突出していた。このことから、経験群の精神保健福祉士の作成効力感における主要な効力感であると考えられた。これらの因子をクライシス・プランの作成において想定できる時間軸から整理すると、「プラン作成に導入するためのアセスメント」により利用者のニーズや希望を把握し、その上で病状や生活状況の変化、利用者自身の対処方法等について「個別性とストレングスを基調にした利用者との作成」を行いつつ、「作成を目的とした支援者の協働」によりケア会議等でクライシス・プランの必要性を共有し、支援者の役割や支援内容を調整していくというプロセスを捉えることができる。狩野ら(2019)はクライシス・プラン実践の過程には作成期の前に準備期が存在することを指摘しており、JCP では、1度目の準備会議にてファシリテーターから当事者とケアコーディネーターへ計画について説明がなされ、2度目の会議で当事者と治療や支援を担当する専門職による合意から計画がまとめられる(Thornicroft G, et al. 2013)。これらから、クライシス・プランの作成において「プラン作成に導入するためのアセスメント」とともに作成に向けた説明を行い、「個別性とストレングスを基調にした利用者との作成」の段階へと進んでいくことが想定される。

そして、JCP においては利用者と支援者がともに話し合い、可能な限り合意がなされるように作成する点が求められていた(Henderson C, et al. 2008)。しかし、ここでの分析では「作成を目的とした支援者の協働」が主要な効力感として存在した。つまり、利用者と支援者との関係だけでなく、医療と福祉の協働という観点を含めた際には、特に支援者間での協働が重要になることが推察され、このことは利用者に対する作成方法のみを研究していた PAD や JCP では指摘されていなかった点である。これらから、クライシス・プランの作成においては単にプランを作成するだけでなく、適切なプランを作成するためのアセスメントや作成を目的とした支援者の協働を行うことができる実践効力感が必要である。

加えて、狩野ら(2019)はクライシス・プラン実践においてストレングス・アプローチを基調とすることが重要であるとしている。また、白澤(2009:190)は精神障害者の地域生活支援においてストレングスを活用できるようなケアプランが望ましいとしている。この分析結果においても、個別性とストレングスを基調にした利用者との作成の実践効力感による作成が求められていた。こうしたことから、ソーシャルワーカーのクライシス・プランの作成においてはストレングスモデルに基づく作成方法が重要であると考えられる。

また、これらの尺度平均得点について所属機関における差の検定を実施したが、すべての尺度において有意な差は認められなかった。このことから、所属機関によって精神保健福祉士のクライシス・プランを作成

していくプロセスにおける効力感に差は存在せず、医療と福祉の対等な連携による協働が必要となる因子は明確には存在しなかった。

このような経験者群のクライシス・プランの作成効力感の因子構造と比較するために、未経験者群において3因子構造を仮定し、因子分析を実施した結果、「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成」「利用者・支援者間での協働作成」「作成に向けたアセスメント」の因子により構成された。特に「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成」の寄与率が突出していたことから、未経験群の精神保健福祉士の作成効力感における主要な効力感であると考えられる。経験者群と未経験者群における因子構造を比較検討することから、クライシス・プランの実践経験に基づいた作成方法の要点を見出すことが期待できる。

その上で、それぞれの因子構造において寄与率が高い因子として経験者群では「作成を目的とした支援者の協働」であり、未経験者群では「個別性とストレングスを基調にしたプラン作成」であった。このことから、クライシス・プランの実践経験に基づき、クライシス・プランの作成を目的にして支援者間で協働できることが重要であると考えられる。また、未経験者群では「利用者・支援者間での協働作成」因子として利用者との協働と支援者との協働が一つの効力感にまとめられて抽出された。しかし、経験者群の因子及び因子構造の特徴から利用者とクライシス・プランを作成すること、作成を目的に支援者が協働することといった、利用者として作成するための効力感と支援者と協働する効力感がそれぞれに求められると推定される。

4.5 クライシス・プラン作成におけるプランニングの困難さ

クライシス・プラン作成におけるプランニングの困難さについても精緻に解析するために、クライシス・プランの実践経験を有する精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)と、実践経験を有さない精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)に分けて分析した。

クライシス・プラン作成のプランニング困難さ(経験者群)は「生活支援におけるモニタリング内容」「安定時と危機時における支援者の対応方法」「病状悪化時の状況と事前合意の内容」の因子から構成され、特に「生活支援におけるモニタリング内容」因子の寄与率が突出していたことから、経験群の精神保健福祉士のクライシス・プラン作成におけるプランニングの困難さに関係する主要な要因であった。このような因子構造について、狩野ら(2019)によれば医療と福祉が協働したクライシス・プラン実践において「早期・予防(ケア) - 危機・悪化時(キュア)」の目的を達成するために「支援方法 - 計画内容」について計画されるプランの構造であることを指摘している。したがって、ここで抽出された因子である「生活支援におけるモニタリング内容」とともに「安定時と危機時における支援者の対応方法」を合わせて、病気や生活の状態に応じた包括的な計画内容と支援方法としてプランニングされることが重要であると考えられる。

そして、これらの因子とは別に「病状悪化時の状況と事前合意の内容」因子が構成されたことについては、医療(キュア)が必要となる際には当事者の判断能力が低下している場合が想定され、権利擁護のための事前合意を得ることには地域生活支援における支援者の対応方法とは異なるプランニングの困難さが存在するために、他の因子として構成されたと考えられる。JCPで計画される項目は、「再発につながる状況」「再発時の危機状況」「再発時に有効な治療や支援の内容」等が示されており(Sutherby K, et al. 1999, Henderson C, et al. 2008)、疾病面や医療面における医学モデルの内容が中心とされている。しかし、本調査結果では医療的な内容だけでなく、生活支援(ケア)に関連する内容や支援方法がプランニングされることの認識が存在することが確認でき、JCPとは異なるクライシス・プランの独自の点であると考えられる。

また、これらの尺度平均得点について所属機関における差の検定を実施したところ、「安定時と危機時における支援者の対応方法」において有意傾向の差が認められた。このことから、クライシス・プランを作成する上で、地域生活を支援する上での支援者の対応方法をプランニングする際には、精神科病院と相談支援事業所が協働して実施することが必要である。特に、相談支援事業所の方が平均値が高かったことか

ら、医療機関における危機状態での対応方法や危機状態時に利用者の思いを代弁する人物や機関といった医療(キューア)による対応方法をプランニングする困難さを有していることが推察される。そのために、支援者の対応方法をプランニングする際には医療による対応方法について、協働してプランニングすることが望まれる。

このような経験者群のプランニング困難さの因子構造と比較するために、未経験者群においても因子分析を実施した結果、未経験者群における因子構造は「病状悪化時の状況と事前合意の内容」「安定時の状況と活用するストレンクス」「早期支援におけるモニタリング内容」の因子が抽出され、経験者群と同様の3因子構造を確認することができた。特に「病状悪化時に状況と事前合意の内容」の寄与率が突出していたことから、未経験群の精神保健福祉士のプランニング困難さにおける主要な要因であると考えられる。

その上で、それぞれの因子構造において寄与率が高い因子として経験者群では「生活支援におけるモニタリング内容」であり、未経験者群では「病状悪化時の状況と事前合意の内容」であった。このことから、クライシス・プランの実践経験に基づき、実際には生活支援におけるモニタリング内容がクライシス・プラン作成においてプランニングすることに困難さが存在していると考えられる。この点は、クライシス・プランの実践経験から、生活支援において活用する際にモニタリング内容が計画されていることが重要であると認識されているとも言える。さらに、未経験者群では「安定時の状況と活用するストレンクス」因子が抽出されていたが、経験者群では「安定時と危機時における支援者の対応方法」因子が抽出され、このことはクライシス・プランの実践経験に基づき精神障害の特徴である回復と悪化を繰り返す可能性に対する連続的で包括的な視点から、その支援対応をプランニングしていくことの困難さを有しているためであると考えられる。また、経験者群と未経験群ともに、クライシス・プラン作成では「病状悪化時の状況と事前合意の内容」のプランニング困難さの因子が抽出され、この点は公的なガイドラインに示されているクライシスプランにおける認識からも想定される困難さであると推察される。

4.6 クライシス・プランの活用方法

クライシス・プランの活用方法についても精緻に解析するために、クライシス・プランの実践経験を有する精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)と、実践経験を有さない精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験者群)に分けて解析した。

クライシス・プランの活用効力感(経験者群)は「安定した状態を継続するための生活支援」「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク」「病状悪化時のための権利擁護」の因子から構成され、特に「安定した状態を継続するための生活支援」因子の寄与率が突出していたことから、経験群の精神保健福祉士の活用効力感における主要な効力感であった。Thornicroft G, et al.(2013)は、JCPには当事者と支援者が十分に関与していくことが重要であるとしており、本調査結果から「病状悪化時のための権利擁護」だけでなく、「安定した状態を継続するための生活支援」のために日常的な活用がなされることで適当な関与が得られていくと考えられる。

こうした点を踏まえ、これらの因子をクライシス・プランを活用する実践プロセスとして整理すると、クライシス・プランを活用するために「病気と生活の変化に対応できる協働とネットワーク」の構築を行い、「病状悪化時のための権利擁護」と、「安定した状態を継続するための生活支援」を実践するための効力感が必要とされている。つまり、クライシス・プランを活用するためには、病状悪化時と安定した状態のために活用する効力感だけでなく、これらのような活用に向けて病気や生活の変化に対応できる協働とネットワークを構築することが求められる。

狩野ら(2019)は、クライシス・プラン実践の過程において修正期が存在するとしている。ここでの分析結果において、修正だけに関する因子を確認することはできなかった。しかし、「病気や生活の変化に対応でき

る協働とネットワーク」因子において、病気や生活の変化に応じて支援内容を調整できること、病状悪化後の支援の立て直しができることといった下位項目が含まれていた。Sutherby K, et al.(1999)はJCPの修正について、その時々状況にあったものへと修正することを述べており、クライシス・プランを地域生活上で活用していく中で、病気や生活の状況に応じて修正するために「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク」因子の活用効力感が影響すると考えられる。

また、これらの尺度平均得点について所属機関における差の検定を実施したが、すべての尺度において有意な差は認められなかった。このことから、所属機関によって精神保健福祉士のクライシス・プランを活用していくプロセスにおける効力感に差は存在せず、医療と福祉の対等な連携による協働が必要となる因子は明確には存在しなかった。

このような経験者群の活用効力感の因子構造と比較するために、未経験者群においても因子分析を実施した結果、このような経験者群の活用効力感の因子構造に対して、未経験者群における因子構造は「病気や生活状況の共有とネットワークの構築」「ストレングスを活用できる利用者主体の支援」「病状悪化時のための権利擁護」の因子が抽出され、経験者群と同様の3因子構造を確認することができた。未経験者群では「病気や生活状況の共有とネットワークの構築」の寄与率が突出していたことから、未経験者群の精神保健福祉士の活用効力感における主要な効力感であると考えられる。

その上で、それぞれの因子構造において寄与率が高い因子として経験者群では「安定した状態を継続するための生活支援」であり、未経験者群では「病気や生活状況の共有とネットワークの構築」であった。このことから、クライシス・プランの実践経験に基づき、クライシス・プランを活用して安定した状態を継続するための生活支援が実践できることが重要であると考えられ、クライシス・プランの活用にはストレングスモデルに基づく生活支援が行えるための効力感が求められると言える。また、経験者群と未経験者群の因子及び因子構造の特徴から、双方にクライシス・プランを活用して安定した状態を継続できることを保障するための生活支援の効力感に関する因子(経験者群「安定した状態を継続するための生活支援」-未経験者群「ストレングスを活用できる利用者主体の支援」と、クライシス・プランを活用して病状悪化時の自己決定を保障するための支援の効力感に関する因子(経験者群「病状悪化時のための権利擁護」-未経験者群「病状悪化時のための権利擁護」)が存在していた。このことから、精神保健福祉士によるクライシス・プラン実践における活用効力感として、クライシス・プランを活用して“セーフ・アドボカシー”と“クライシス・アドボカシー”を目的とした支援を行えることが求められていると考えられる。

4.7 クライシス・プランの活用に影響する要因

クライシス・プランを活用する支援場面として、日常的に活用する場面と病状悪化時に活用する場面が想定される。そこで、これらの支援場面におけるクライシス・プランの活用に影響する要因を明らかにできることで、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの活用を促せることが期待される。また、JCPにおいても作成後に支援者において十分に保有されていないことの課題が指摘されている(Henderson C, et al. 2009)。そこで、所属機関ごとにクライシス・プランの活用性に影響する要因について明らかにした。

(1)精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響する要因

精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)における日常的な活用と病状悪化時の活用に影響する要因を検証した。その多変量解析の結果、日常的な活用には「安定した状態を継続するための生活支援(活用効力感尺度因子)」が正の影響をあたえることが明らかになった。つまり、安定した状態を継続するための生活支援のためにクライシス・プランの活用が実践できると認識されるほど、日常的な活用が促される。これは、精神保健福祉士の精神障害者を「生活者」として捉える視点をもとに精神科病院の機能を踏まえた精神保健福祉士として、精神障害の特徴を生活モデルによって捉え、当事者が地域生活上で主体的に自ら

の精神障害(疾病と障害)に対して医療サービス等を能動的に活用し、自らの望む生活を実現するための生活支援(ケア)を意識しているためであると考えられる。また、狩野ら(2019)はクライシス・プランの実践方法として精神病院の精神保健福祉士は「ケア」の視点をもとに「早期・予防」の支援状況のために「活用」する「支援方法」を重視していると報告している。こうしたことから、「安定した状態を継続するための生活支援」をクライシス・プランを活用して実践できることが、日常的な活用を促進すると考えられる。

そして、病状悪化時の活用には「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」が正の影響をあたえることが明らかになった。つまり、クライシス・プランとソーシャルワークの関連度が高いと認識されるほど、クライシス・プランの病状悪化時の活用が促される。この結果について、精神科病院に所属する精神保健福祉士には精神障害者の地域生活支援において病状悪化等の際の非自発的入院や強制的治療に対する人権意識を持ち、権利擁護を図っていくことが望まれており、これは精神医学ソーシャルワーカーが医療機関に配置されるようになった当初からの価値でもある(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。このことは、精神保健福祉士が精神障害者を「生活者」として捉える視点により地域生活を支援し、病状悪化等により判断能力が低下した際には、精神障害の特徴を医学モデルによって捉え、精神医療の機能を踏まえつつ、当事者の人権に配慮された医療サービスによる支援(キュア)を、ソーシャルワークの中で意識しているためであると考えられる。こうした精神保健福祉士によるソーシャルワークの機能とクライシス・プランの関連度を認識しているほど、病状悪化時の活用を促進すると考えられる。

以上から、精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響をあたえる要因として、日常的な活用には「安定した状態を継続するための生活支援」のためにクライシス・プランを活用できる効力感、病状悪化時には「クライシス・プランとソーシャルワークの関連度」の認識が正の影響をあたえることが明らかにされた。この結果から、精神科病院の精神保健福祉士がクライシス・プランを活用する上で精神障害の特徴を日常的な活用のためには生活モデルで捉え、病状悪化時の活用のためには医学モデルで捉えていると考えられる。したがって、クライシス・プランを地域生活支援において活用するためには「包括支援モデル」によって、日常的には地域生活を継続できるための支援(セーフ・アドボカシー)と病状悪化時には権利擁護のための支援(クライシス・アドボカシー)が実施できることが重要である。

ただし、精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点には中程度の相関関係にあった。上述したように、包括支援モデルとしてクライシス・プランの活用がなされていくのであれば、さらなる強い相関関係が示されることが望まれる。

(2) 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響する要因

相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)における日常的な活用と病状悪化時の活用に影響する要因を検証した。多変量解析の結果、日常的な活用には精神科病院の精神保健福祉士(経験者群)と同じ要因である「安定した状態を継続するための生活支援(活用効力感尺度因子)」が正の影響をあたえることが明らかになった。つまり、相談支援事業所の精神保健福祉士においても安定した状態を継続するための生活支援のためにクライシス・プランの活用が実践できると認識されるほど、日常的な活用が促される。これは、精神保健福祉士の精神障害者を「生活者」として捉える視点をもとに、相談支援事業所の機能を踏まえた精神保健福祉士として、精神障害の特徴を生活モデルによって捉え、当事者が地域生活上で主体的に自らの精神障害(疾病と障害)に対して医療ニーズを含む生活ニーズに応じた諸サービスをマネジメントするとともに、地域生活上での直接的な支援の必要性を意識しているためであると考えられる(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。また、狩野ら(2019)は相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランの実践方法として「ケア」の視点をもとに「生活」の側面における「計画内容」を重視していると報告

している。こうしたことから、「安定した状態を継続するための生活支援」をクライシス・プランを活用して実践できることが、日常的な活用を促進すると考えられる。

そして、病状悪化時の活用には「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク(活用効力感尺度因子)」が正の影響をあたえることが明らかになった。つまり、病気や生活の変化に対応できる協働とネットワークによってクライシス・プランの活用が実践できると認識されるほど、病状悪化時の活用が促される。これは、相談支援事業所に所属する精神保健福祉士には精神障害者の地域生活上で病状が悪化した場合を想定し、可能な限り継続して地域で暮らし続けられる方法を当事者や家族とともに考え、主体的な治療へと結びつけていくために、精神科病院との有機的な連携・協働関係を構築することが必要とされている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)。このことは、精神保健福祉士が精神障害者を「生活者」として捉える視点をもとに、相談支援事業所の機能を踏まえ、地域生活を支援する上で病状悪化等により判断能力が低下した場合には精神障害の特徴を医学モデルによって捉え、当事者の主体的な治療へ結びつけられるような支援と、そのために必要となる関係機関の協働を意識しているためであると考えられる。こうした点で「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク(活用効力感尺度因子)」によってクライシス・プランの活用が実践できると認識されるほど、病状悪化時の活用を促進すると考えられる。

以上から、相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの活用に影響をあたえる要因として、日常的な活用には「安定した状態を継続するための生活支援」のためにクライシス・プランを活用できる効力感、病状悪化時には「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク」の認識が正の影響をあたえることが明らかにされた。この結果から、相談支援事業所の精神保健福祉士においてもクライシス・プランの日常的な活用のために精神障害の特徴を生活モデルで捉え、病状悪化時の活用のために医学モデルで捉えていると考えられる。したがって、相談支援事業所の精神保健福祉士も地域生活支援においてクライシス・プランを活用するためには「包括支援モデル」によって、日常的には地域生活を継続できるための支援(セーフ・アドボカシー)と病状悪化時には権利擁護のための支援(クライシス・アドボカシー)が実施できることが重要である。

ただし、相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点には中程度の相関関係にあった。上述したように、包括支援モデルとしてクライシス・プランの活用がなされていくのであれば、さらなる強い相関関係が示されることが望まれる。

4.8 クライシス・プランの作成意向と活用意向に影響する要因

今日の精神保健医療福祉制度においてクライシス・プラン実践が緒についたばかりであり、クライシス・プランの作成経験・活用経験の有無の結果からも、その実践が十分になされているとは言えない。今後のクライシス・プランをその実践現場に普及させていくための方策について示唆が得られることは、マニュアル・ガイドライン作成や研修会の実施等を検討する上で重要なことである。そこで、これまでにクライシス・プランの実践経験を有していない精神保健福祉士(未経験者群)のクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響する要因を明らかにできることで、精神障害者の地域生活支援の現場にクライシス・プランが用いられていくことを促せることが期待される。そのため、所属機関ごとにクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響する要因について明らかにした。

(1) 精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響する要因

精神科病院の精神保健福祉士(未経験者群)におけるクライシス・プランの作成意向得点における平均値は3.56(標準偏差 .85)であり、活用意向得点における平均値は3.73(標準偏差 .78)であった。今回の5件法での回答において「3.どちらとも言えない」～「4.少し考えている」の間にあるということになり、否定的な意向ではないものの高い作成意向と活用意向を示しているとは言えない。

次に、作成意向と活用意向にどのような要因が影響しているのか検討するため、多変量解析を行なった。その結果、作成意向と活用意向において「クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度」が正の影響をあたえることが明らかになった。つまり、クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度を高く認識するほど、クライシス・プランの作成意向、活用意向が高まることを意味する。

精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に「クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度」がそれぞれに正の影響をあたえていた。このことについて、精神科病院の精神保健福祉士には精神障害者の地域生活支援において新たな長期入院や地域生活を送っている当事者の再入院の防止を目指して当事者からの生活ニーズや関係機関からの情報提供をもとに連携し、病状悪化時には多職種による非自発的入院や強制的治療といった医療的アプローチにおける権利擁護のための関与が求められる。これと同時に、当事者の病気や生活状況の安定を図り継続的な地域生活を実現するための支援が求められる。つまり、精神障害の特徴である疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態に対する地域生活における支援には、日常的な生活支援と病状悪化時の権利擁護のための支援が必要とされている。このような精神科病院の精神保健福祉士に望まれているソーシャルワーク実践におけるクライシス・プランの有用性と関連性を高く認識することで、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを実践で用いることの困難感や抵抗感が低減し、作成意向と活用意向が高まると推定される。

また、精神科病院の精神保健福祉士(未経験群)におけるクライシス・プランの作成意向得点と活用意向得点には中程度の相関関係が存在した。そのため、クライシス・プランの普及を目指す上で一方の意向が高まることでもう一方の意向も高まることを期待できるが、相関の強さが十分ではないことから作成意向と活用意向を高められるような働きかけが必要である。

ソーシャルワークとクライシス・プランの関連性として「アセスメント」「ケアマネジメント」「協働的支援」「権利擁護」「関連技術」「希望の重視」「危機介入」といった観点で多くの精神科病院の精神保健福祉士(未経験群)がその内容として挙げていた。そのため、ソーシャルワークとクライシス・プランで共通する視点やアプローチ、クライシス・プランがソーシャルワークに関連する方法やツールであることを示せることにより、精神科病院の精神保健福祉士におけるソーシャルワーク実践との関連性の認識を高められる方策により、普及を図ることができると考えられる。

(2) 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響する要因

相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向得点における平均値は 3.66 (標準偏差 .89) であり、活用意向得点における平均値は 3.81 (標準偏差 .80) であった。今回の5件法での回答において、作成意向と活用意向はともに「3.どちらとも言えない」～「4.少し考えている」の間にあるということになり、否定的な意向ではないものの、十分に作成意向を示しているとは言えない。

次に、作成意向と活用意向にどのような要因が影響しているのかを検証するため、多変量解析を行なった。その結果、作成意向と活用意向ともに「ストレングスを活用できる利用者主体の支援(活用効力感尺度因子)」と「ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数」が正の影響をあたえることが明らかになった。また、これらに加えて作成意向には「早期支援におけるモニタリング内容(プランニング困難さ尺度因子)」が負の影響をあたえることが明らかになった。

相談支援事業所の精神保健福祉士において「ストレングスを活用できる利用者主体の支援(活用効力感尺度因子)」をクライシス・プランを活用して実践が可能になることが、作成意向と活用意向が高まることを意味する。このことについて、相談支援事業所等の地域分野における精神保健福祉士が精神障害者の地域生活支援を行う際には、当事者やその家族が主体的に生活を送ることができるよう諸サービスのマネジメ

ントを実施し、環境づくりを目指している。また、病状悪化時でも可能な限り地域で暮らし続けられるようにソーシャルワークを実践する。このような地域分野における精神保健福祉士に期待される精神障害者の地域生活支援での役割をクライシス・プランを活用できることで実践できるようになることで、その作成意向と活用意向を高めることにつながる。

そして、「ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数」が多いほど、クライシス・プランの作成意向と活用意向が高まることを意味する。このことについて、近年の地域分野における精神保健福祉士の状況として、提供するサービスの質の格差や人員不足という課題が生じている指摘(岩崎 2016)や、個別給付の仕組みが利用者と向き合う時間を奪っている指摘(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)が存在する。つまり、相談支援事業所の精神保健福祉士において障害福祉サービスの給付のために求められている業務以外に、クライシス・プランの作成や活用を行なっていくためには相当のマンパワーが必要とされることが推定される。

また、作成意向には「早期支援におけるモニタリング内容(プランニング困難さ尺度因子)」をプランニングすることの困難さが低減するほど、作成意向が高まることを意味する。狩野ら(2019)によれば、クライシス・プランの実践方法を検討する上で実践経験を有さない相談支援事業所の相談支援専門員の認識について「キュア」の視点をもとに「疾病」の側面における「計画内容」を重視していると報告している。これは、当事者が可能な限り地域で暮らし続けられるように、精神障害の特性から必要となる医療ニーズを含むさまざまなニーズに応じた諸サービスをコーディネートし、地域生活支援を展開する上で病気や障害の状況についてモニタリングすることが重要となる。しかし、こういった医療ニーズを含む疾病の状況を見守る役割を認識しつつ、相談支援事業所の相談支援専門員は不安を抱えているとも述べている(狩野ら 2019)。つまり、精神障害者の地域生活支援において生活ニーズを満たすための諸サービスのマネジメントとともに、疾病の状態を見守るかかわりを行うためにも、早期支援におけるモニタリング内容がプランニングすることの困難さが低くなることで、作成意向が高まると考えられる。

また、相談支援事業所の精神保健福祉士(未経験群)におけるクライシス・プランの作成意向得点と活用意向得点には中程度の相関関係が存在した。そのため、クライシス・プランの普及を目指す上で一方の意向が高まることでもう一方の意向も高まるのが期待できるが、相関の強さが十分ではないことから作成意向と活用意向を高められるような働きかけが必要である。

4.9 クライシス・プランとソーシャルワークの関連度

クライシス・プランとソーシャルワークの関連度は、精神科病院の精神保健福祉士(経験群)におけるクライシス・プランの病状悪化時活用尺度得点への影響と、精神科病院の精神保健福祉士(未経験群)における作成意向と活用意向に影響をあたえる要因であることが明らかになった。そこで、ここではクライシス・プランとソーシャルワークが関連する内容として得られた自由記述の分析結果をもとに、その認識内容を所属機関ごとに考察する。

(1)精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランとソーシャルワークの関連内容

ここでは、精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランとソーシャルワークの関連する内容を確認することを目的として、クライシス・プランの実践経験の有無に共通して複数の関連性を認める内容について着目する。そうしたところ、クライシス・プランとソーシャルワークの関連内容として「ストレングスモデル」「権利擁護」「ケアマネジメント」「アセスメント」「協働的支援」「プランニング」「自己決定」「希望の重視」「自己実現」「利用者主体」「見える化」「ツール」の側面において関連性を認める記述が存在した。これらから、クライシス・プランはソーシャルワークにおける「権利擁護」「自己決定」「自己実現」「利用者主体」といった価値、「ストレングスモデル」「希望の重視」「協働的支援」といった視点、「ケアマネジメン

ト「アセスメント」「プランニング」といったソーシャルワークに関連するスキル、「見える化」「ツール」といった関連する方法として認識している状況にあると考えられる。つまり、精神科病院の精神保健福祉士においては、クライシス・プランとソーシャルワークの関連において、価値や視点、関連するスキル、関連する方法であることの認識を高めることがクライシス・プランの病状悪化時の活用や、今後のソーシャルワーク実践におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向を高めることが期待できる。

また、第1章において海外の先行研究の文献検討を行った際に、その先行研究から抽出することができた主要概念とソーシャルワークに関連性について「権利擁護」「自己決定」「ストレングス」「パートナーシップ」といった概念が存在することを確認した。この点と本調査結果において確認できた関連内容として「権利擁護」「自己決定」といったソーシャルワークの価値、「ストレングス」「協働的支援」「希望の重視」といったソーシャルワークの視点と一致すると考えられる。このことから、精神科病院の精神保健福祉士においてクライシス・プランとソーシャルワークの関連内容として、海外のJCPやPADに存在するソーシャルワークと関連する鍵概念と同様の要素について認識していると言え、ソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践について海外の先行研究から示唆を得ることの意義が多いと考えられる。

(2) 相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランとソーシャルワークの関連内容

相談支援事業所の精神保健福祉士においては、クライシス・プランとソーシャルワークの関連度について、クライシス・プランの活用性や作成・活用意向に影響する要因ではなかったものの、今後クライシス・プランを普及していく上で関連内容を整理できることは、その研修方法を検討していく上で参考になると考えられる。そのため、ここでは精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランとソーシャルワークの関連内容について確認した方法と同様に、クライシス・プランの実践経験の有無に共通して複数の関連性を認める内容について着目する。

その結果、「ケアマネジメント」「関連技術」「危機介入」「協働的支援」「早期支援」「アセスメント」「希望の重視」の側面において関連性を認める記述が存在した。これらから、クライシス・プランはソーシャルワークにおける「希望の重視」「協働的支援」といった視点、「ケアマネジメント」「アセスメント」「関連技術」といったソーシャルワークに関連するスキル、「早期支援」「危機介入」といったソーシャルワーク実践の支援場面について関連性を認識している状況にあると考えられる。相談支援事業所の相談支援専門員において、クライシス・プランの活用性や作成・活用意向においてクライシス・プランとソーシャルワークの関連度の影響は認められなかった。しかし、このような関連性が存在することを踏まえつつ、相談支援事業所の相談支援専門員へクライシス・プランを普及していくことで理解されやすく、日常的な支援実践における近似性を認識されやすくなるのではないかと考えられる。

また、第1章において海外の先行研究の文献検討を行った際に、その先行研究から抽出することができた主要概念とソーシャルワークに関連性について確認した結果と本調査結果とを比較した結果、「希望の重視」「協働的支援」といったソーシャルワークの視点と一致すると考えられる。このことから、相談支援事業所の精神保健福祉士においてクライシス・プランとソーシャルワークの関連内容として、海外のJCPやPADに存在するソーシャルワークと関連する鍵概念と同様の要素について認識していると言え、ソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践について海外の先行研究から示唆を得ることの意義が存在すると考えられる。

4.10 クライシス・プランが有用である事例や場面、利用者の特徴

精神保健福祉士が認識しているクライシス・プランが有用である事例や場面、利用者の特徴について、その自由記述内容から確認することができた。ここでは、クライシス・プラン実践の経験を有する精神保健福祉

士と経験がない精神保健福祉士の認識からの分析であり、その実体験のみだけでなく、推測の側面も含んだものである。しかしながら、今回の分析結果は精神保健福祉士自身がクライシス・プランが有用であるとらえている事例や場面等があるということであり、支援場面でクライシス・プランを用いていくことができるかどうか、有用であるかどうかをスクリーニングし、作成を進めるための関係づくりや動機づけを図っていくというプロセスが存在すると考えられる。狩野ら(2019)は、クライシス・プランの実践において準備期・作成期・活用期・修正期の過程が存在することを指摘しているものの、本研究結果から準備期の前にクライシス・プランが有用である事例・場面、利用者像であると精神保健福祉士が認識し、本人にクライシス・プランの作成に向けて準備期へと展開するケースの発見期が存在すると考えられる。

そして、クライシス・プランが有用である事例や場面、利用者の特徴として「入院を防止することが求められる事例や場面」、「病気や生活の悪化に対処することが求められる事例や場面」といった病状悪化時等の権利擁護が必要となる事例や場面、「地域移行・地域定着のための支援が求められる事例や場面」、「関係機関の協働が求められる事例や場面」といった地域生活を継続できるための支援が必要となる事例や場面で有用であるという認識が存在する。これらの認識は、精神保健福祉士によって認識されている具体的なクライシス・プランの日常的に活用する事例や場面、病状悪化時に活用する事例や場面であると考えられる。

また、「利用者理解の深化と関係づくりが求められる事例や場面」や「利用者と病状について対話を深めることが求められる事例や場面」については、利用者理解が深まることや、病気について話題にしやすくなるといった利用者との関係構築が必要となる事例や場面で有用であるという認識が存在する。これらの認識から、クライシス・プランは【病状悪化時等の権利擁護】【地域生活の安定のための支援】【利用者との関係構築】が必要となる事例や場面で有用であると精神保健福祉士によって認識されていると考えられる。これに加えて、クライシス・プランが「有効な利用者の特徴」についても確認することができ、事例や場面だけでなく、利用者個人やその個人を取り巻く環境の状況からもクライシス・プランが有用であると認識されているということである。これらのことから、支援者が利用者への地域生活支援において必要と考える支援内容とともに、支援対象である利用者の特徴からクライシス・プランが有用であると判断される、スクリーニングによって作成へと導入されていくと考えられる。

第5節 結論

精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士を対象にしたクライシス・プラン実践の実態調査の結果及び考察から、医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践方法について結論を述べる。その際、(1)クライシス・プランの実践プロセス、(2)クライシス・プランの作成方法、(3)クライシス・プランの活用方法、(4)クライシス・プランの実践における医療と福祉の協働方法、(5)クライシス・プラン実践を普及していくための方法について整理して述べる。

(1)クライシス・プランの実践プロセス

狩野ら(2019)は、クライシス・プランの実践においては準備期・作成期・活用期・修正期の過程が存在することを指摘している。本調査におけるソーシャルワーカー(経験者群)によるクライシス・プランの作成効力感尺度の因子分析の結果及び考察から、実際にクライシス・プランを「個別性とストレングスを基調にした利用者との作成」することだけでなく、作成前の準備期として捉えられる「プラン作成に導入するためのアセスメント」の実践ができることが必要とされていた。さらに、利用者とのクライシス・プランの作成する場だけでなく、「作成を目的とした支援者の協働」をする場も実践に必要とされていた。こうしたことから、クライシス・プランの作成に導入するためのアセスメントを実践する“準備期”と、利用者との作成する機会、そして支援者との作成のために協働する機会が“作成期”としてその実践プロセスに存在すると考えられた。

そして、ソーシャルワーカー(経験者群)によるクライシス・プランの活用効力感尺度の因子分析の結果及び考察から、“活用期”ではクライシス・プランを活用して精神障害者の地域生活支援における日常的な場面での「安定した状態を継続するための生活支援」と、病状悪化時の場面での「病状悪化時のための権利擁護」が実践できることが必要とされていた。さらに、これらの場面でクライシス・プランが適切に活用されるように「病気や生活の変化に対応できる協働とネットワーク」を構築できることが必要とされていた。このような精神障害の特徴としての疾病と障害が併存し、回復と悪化を繰り返す慢性的状態に対応できる協働とネットワークが土台となることで、日常的な場面や病状悪化時の場面での活用が可能になると考えられる。

さらに、このような協働とネットワークは、クライシス・プランを活用していく上で当事者の病気や生活状況の変化によってプランの内容を修正していくことも柔軟に、そしてその必要性を共有していくことが可能になる。つまり、“修正期”はクライシス・プランを活用しているプロセスの中に存在していると推定される。

また、本調査からクライシス・プランの実践プロセスにおいて新たな示唆を得ることができた。それは、クライシス・プランを用いていくケースを発見する、クライシス・プランの有用性や必要性をスクリーニングする“発見期”が存在することである。本研究におけるクライシス・プランが役立つ事例・場面に関する自由記述の整理から、【入院を防止することが求められる事例や場面】【病気や生活の悪化に対処することが求められる事例や場面】【地域移行・地域定着のための支援が求められる事例や場面】【利用者理解の深化と関係づくりが求められる事例や場面】【利用者と病状について対話を深めることが求められる事例や場面】【関係機関の協働が求められる事例や場面】といったソーシャルワーカーがクライシス・プランを用いて地域生活支援を実施していくことの有用性を感じている事例や場面、【クライシス・プランが有効な利用者の特徴】という利用者像を確認することができた。

このことから、クライシス・プランの作成や活用することを利用者が望むだけでなく、ソーシャルワーカーがクライシス・プランを用いていくことが有用であると捉えられている事例や場面、利用者像が存在すると考えられ、ソーシャルワーカーがその有用性の認識に基づいてクライシス・プランを用いていくことの必要性を判断する、スクリーニングのための事例や場面を発見する段階が存在することが確認できた。このような“発見期”を経て、クライシス・プランを用いていくことの有用性を説明し、動機づけを図り、作成に向けたアセスメントによって利用者のニーズや希望を捉える準備期へとつながるプロセスが導き出される。したがって、クライシス・プランの実践は発見期・準備期・作成期・活用期・修正期といったプロセスが存在すると考えられる。

(2)クライシス・プランの作成方法

クライシス・プランの作成効力感の因子分析の結果及び考察から、クライシス・プランの作成方法として、クライシス・プラン作成に導入するためのアセスメントにより利用者のニーズや希望を把握する。そして、病状や生活状況の変化、利用者自身の対処方法等について個別性とストレングスを基調にした利用者との作成を行いつつ、作成を目的とした支援者の協働によりケア会議等でクライシス・プランの必要性を共有し、支援者の役割や支援内容を調整していくというプロセスが存在した。これに加えて、「作成を目的とした支援者の協働」因子の寄与率が最も高かったことから、クライシス・プランの作成効力感として主要な要因である。このことから、ソーシャルワーカーがクライシス・プランを作成する上で、支援者との協働的な関係を構築できることが重要になり、利用者とは個別性を重視したストレングスモデルによる計画作成を行なっていくことが望ましい。

そして、クライシス・プラン作成のプランニング困難さの因子分析の結果及び考察において、精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランは「ケア—キユア」の視点による「支援方法—計画内容」によって計画されるプラン構造により、「生活支援におけるモニタリング内容」と「安定時と危機時における支援者の対応方法」として病気や生活の状態に応じた包括的にモニタリング内容と支援方法がプランニングされる

ことが重要である。また、「病状悪化時の状況と事前合意の内容」因子について、病状悪化等のために当事者の判断能力が低下している場合の権利擁護のために、地域生活支援における支援者の対応方法としてプランニングされることが求められる。クライシス・プランは、このような医学モデルと生活モデルによって精神障害の特徴に対応できる包括的に支援するモデル(包括的支援モデル)によって構成される。ただし、これらのプランニングの困難さについて医療と福祉で「安定時と危機時における支援者の対応方法」について有意な差が存在することから地域生活を支援する上での支援者の対応方法をプランニングする際には、精神科病院と相談支援事業所が協働して実施することが重要である。

(3)クライシス・プランの活用方法

精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランを活用する支援段階として、ソーシャルワーカーは地域移行支援の段階よりも地域定着支援の段階において有用性を認識している。そして、日常的に活用することよりも病状悪化時に活用することに有用性を認識している。しかし、日常的な活用として「病気や生活状況を当事者と支援者が共有すること」「利用者が自分の生活や病状の変化に気づく」といった場面での活用性を病状悪化時よりも高く認識していることを確認することができた。このことから、クライシス・プランの活用方法として、病状悪化時において利用者の事前の自己決定の内容に沿って支援対応することと、日常的に病気や生活状況を当事者と支援者が共有するための活用にも有用性が認められると考えられる。

そして、クライシス・プランの活用効力感の因子分析における結果及び考察から、クライシス・プランを活用する実践プロセスとして、クライシス・プランを活用するために「病気と生活の変化に対応できる協働とネットワーク」の構築を行い、「病状悪化時のための権利擁護」と、「安定した状態を継続するための生活支援」を実践するための効力感が必要とされている。つまり、クライシス・プランを活用するためには、安定した状態を継続するためと、病状悪化時のために活用するために、これらの活用が可能となるように病気や生活の変化に対応できる協働とネットワークを構築することが求められる。このようなクライシス・プランを活用するための協働とネットワークを構築するためには、クライシス・プランを作成する段階から利用者や支援者間での協働的な関係づくりを行なっていくことが重要である。また、こうした協働とネットワークが構築されていることは、クライシス・プランを地域生活上で活用していく中で病気や生活の変化に応じてクライシス・プランを修正していくことが可能になると考えられる。

さらに、クライシス・プラン実践の経験群と未経験群における活用効力感の因子構造の差異から、経験群では「安定した状態を継続するための生活支援」因子の寄与率が突出していた。このことから、その実践経験に基づき、ストレングスモデルによる生活支援のために活用できることが重要である。こうしたクライシス・プランの活用は、病状悪化時の人権を保障するための支援としての“クライシス・アドボカシー”だけでなく、安定した状態を継続できることを保障するための生活支援としての“セーフ・アドボカシー”を目的とした活用方法が期待される。

(4)クライシス・プランの実践における医療と福祉の協働方法

クライシス・プランの作成する上での医療と福祉の協働方法について、精神障害者の特徴である疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的状態に対して地域生活上で支援できるために、「包括支援モデル」によるクライシス・プランの活用を目指した作成方法を取り、プランニングを実施することが重要である。そのために、クライシス・プラン作成におけるプランニングでは、安定時と危機時において生活支援が実践できるようにモニタリングする内容と支援者の対応方法といった項目が盛り込まれることが求められる。さらに、病状悪化時の状況と事前合意の内容が計画されることで、病状悪化等によって判断能力が低下した際の自己決定を保障する権利擁護の支援が可能になる。

こうしたプランニングにより、狩野ら(2019)が指摘する精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーが認識しているクライシス・プランの構造として「ケア・キュー」の視点による「支援方法—計画内容」のクライシス・プランを作成することができる。そして、こうしたクライシス・プランが作成されることで、「包括支援モデル」としてのクライシス・プランの活用へと展開していく。その上で、安定時と危機時における支援者の対応方法をプランニングする際の困難さに医療と福祉において差が存在する。この点について、精神科病院だけでは特に地域生活上の安定時の支援対応を行なっていくことや、相談支援事業所だけで医療的な対応を行なっていくことが困難なために、それぞれの機関だけで支援対応することが困難な点について補完的に協働できるようにプランニングしていくことが求められる。

そして、クライシス・プランの活用方法として日常的な活用を促すために、安定した状態を継続するための生活支援がクライシス・プランを活用して実践できることの認識を高められることが重要である。そのため、相談支援事業所の精神保健福祉士は諸サービスのモニタリングとともに、クライシス・プランを活用して当事者が安定した状態を継続できるようにかかわること。そして、精神科病院の精神保健福祉士はアウトリーチ支援でクライシス・プランを活用するとともに、支援者間で安定した状態を継続することができていることを日常的に共有するために連携することが重要となる。

さらに、病状悪化時の活用を促すために、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病状悪化等の際に提供される医療的支援において権利擁護のための支援に結びつくことの認識が得られ、相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病気や生活の変化に応じて速やかに必要な対応が行えるような協働とネットワークが得られていることが重要である。そのために、クライシス・プランの作成段階から支援者同士における協働的な関係を構築し、クライシス・プランの目的を共有し、日常的な活用を前提としながら病状悪化時に活用できるように、医療的支援のためのチーム医療に地域援助機関を積極的に呼び入れるといった働きかけ等が求められる。

こうしたクライシス・プランの活用に影響をあたえる要因から医療と福祉の協働したクライシス・プランの実践について考察したなかで、病状悪化時には権利擁護のための支援としての“クライシス・アドボカシー”だけでなく、安定した状態を継続するための生活支援を保障する“セーフ・アドボカシー”のために「包括支援モデル」によるクライシス・プランが作成され、活用されていくことが重要である。また、このようなクライシス・プランを日常的に活用できることはインフォーマルなサポーターとともに地域生活支援において協働していく上で重要になる。その理由として、病状悪化時の状況のみに偏ったクライシス・プランをもとにした協働では、病状悪化時の状況が生じていないか医学的で管理的な対応を助長し、腫れ物に触れるような存在といった精神障害への偏見を強めてしまう可能性がある。その一方で、クライシス・プランを日常的に活用し、地域生活を継続するために安定した生活状況やそのために活用できているストレングスに注目してもらい、それらが維持できるようなサポート方法の方が、インフォーマルなサポーターはかかわりやすくなるであろうし、当事者の可能性を発見でき、関係づくりが行いやすくなる。ただし、精神障害の特徴として慢性的で再発と回復を繰り返す疾患であり、判断能力が低下することで非自発的入院や強制的治療の提供がなされる可能性がある以上は、病状悪化時の対応についてもクライシス・プランの中でプランニングされている必要がある。当事者本人の個別性にもよるところであるが、日常的な活用に関する計画と病状悪化時の活用に関する計画のバランスが重要になってくると考えられる。

(5) 医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践モデル

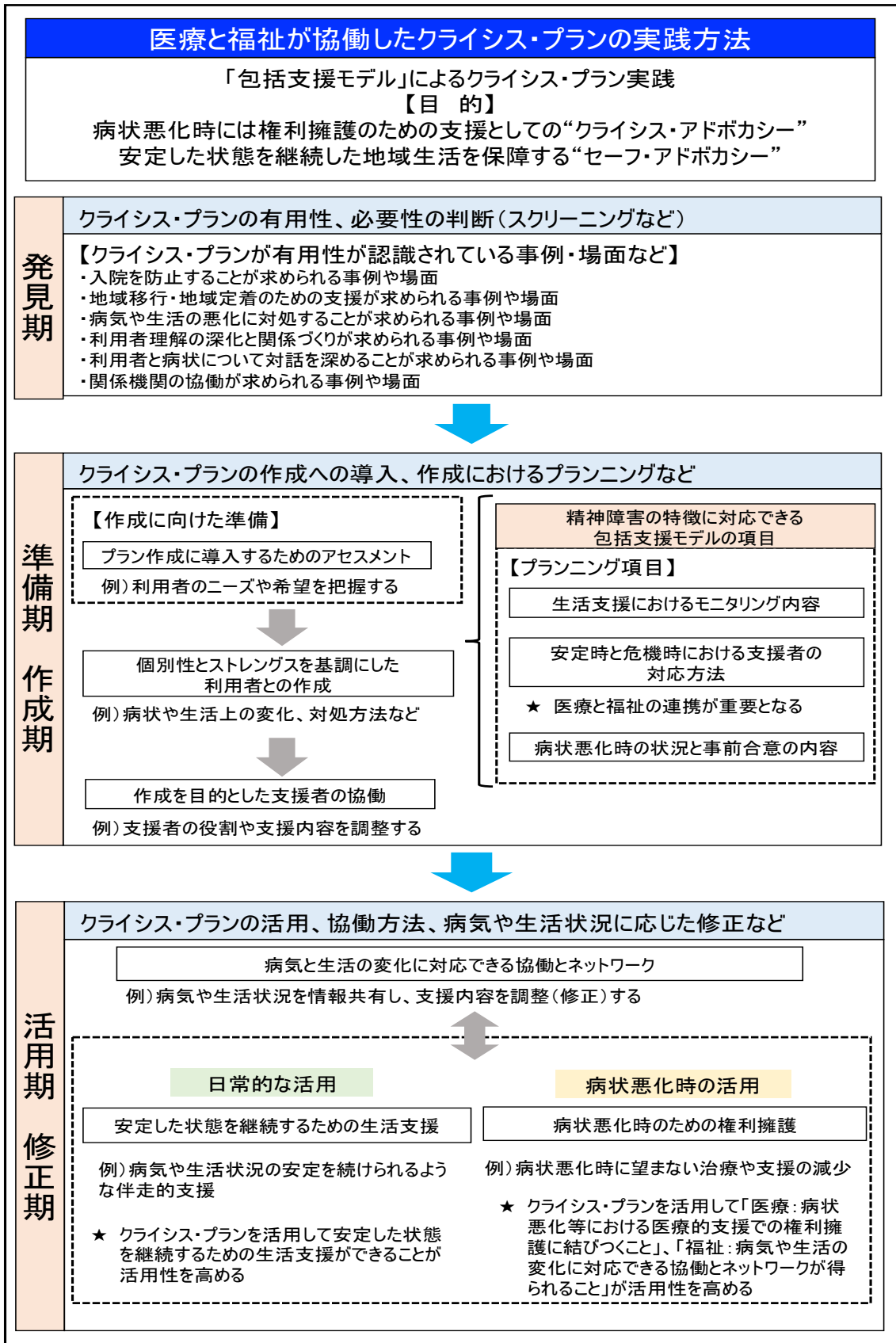
精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士を対象にしたクライシス・プラン実践の実態調査の結果及び考察から上述した「クライシス・プランの実践プロセス」「クライシス・プランの作成方法」「クライシス・

プランの活用方法」「クライシス・プランの実践における医療と福祉の協働方法」について図解化し、モデル化したものを図3-9に示した。

精神障害者の地域生活支援のための医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践方法は、地域生活を支援する上で精神障害の特徴に対応できる「包括支援モデル」によるクライシス・プランを用いた支援実践であることが望ましいと考えられる。この「包括支援モデル」とは、病状悪化等の危機時における医療的対応がなされる際の権利擁護としての“クライシス・アドボカシー”だけでなく、安定した地域生活を送れることを保障する“セーフ・アドボカシー”の支援を目指したモデルである。

そして、こうしたクライシス・プランの実践プロセスには発見期・準備期・作成期・活用期・修正期が存在する。発見期は、クライシス・プランを用いることの有用性や必要性といったスクリーニングを実施する段階である。準備期は、クライシス・プランの作成に導入するためのアセスメントとして利用者のニーズや希望等を把握し、その上で利用者との個別性とストレングスを基調にした作成を行い、また作成を目的とした支援者の協働により支援者の役割や支援内容を調整する作成期の段階が存在する。この作成期でプランニングされる項目は、生活支援におけるモニタリング内容、安定時と危機時における支援者の対応方法、病状悪化時の状況と事前合意の内容といった精神障害の特徴に対応できる包括支援モデルのための項目で構成されることが、地域生活支援上で日常的な場面や病状悪化時の場面でクライシス・プランが活用されることが期待できる。

活用期は、病状と生活の変化に対応できる協働とネットワークにより、クライシス・プランは地域生活支援において日常的に安定した状態を継続するための生活支援における活用と、病状悪化時に権利擁護のための活用がなされる。こうした活用方法がとられる中で、病状と生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築されていることで、当事者の病気や生活状況に応じて支援内容を再調整(修正)していくことができ、活用することを通じて修正することが必要となる段階が生じると推定される。



* □は各分析で確認できた因子、★は各分析で明らかにされた結果、矢印は想定される関係性を示す

図3-9 医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践モデル

(6)クライシス・プランを普及するための取り組み

今日の精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの作成と活用が推奨されるようになって間もなく、本調査結果からも精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士において十分に用いられていない。そこで、精神保健福祉士の今後のソーシャルワーク実践においてクライシス・プランを作成・活用していこうとする意向に影響を与える要因を明らかにし、今後のクライシス・プランを普及させていくための取り組みについて考察した。

精神科病院の精神保健福祉士において、自らのソーシャルワーク実践においてクライシス・プランの作成意向と活用意向を高めるために、クライシス・プランとソーシャルワークとの関連性の認識を高めることが必要である。これについて、その関連する内容の自由記述から特に価値や視点、スキルや方法といった側面において関連していると認識されていることが確認できた。そのため、このような側面においてクライシス・プランがソーシャルワーク実践を補充し、推進できることに関連していることの認識を高めるように働きかけることがポイントであると言える。その上、精神科病院の精神保健福祉士においてソーシャルワーク実践とクライシス・プランの共通性を示せることで、クライシス・プランが新しい方法やツールであるという認識から生じる抵抗感を低減できると考えられる。また、精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向には相関関係が存在していることから、これらの取り組みを行うことで相互の意向を高めることにつながると考えられる。

相談支援事業所の精神保健福祉士において、クライシス・プランの作成意向と活用意向を高める要因として「ストレングスを活用できる利用者主体の支援」をクライシス・プランを活用して実践できること、「ケアプラン作成に関与しているソーシャルワーカー数」が多いほど作成意向と活用意向が高まること示された。その上で、第一にクライシス・プランを活用する上で、ストレングスを活用できる利用者主体の支援ができるという効力感が向上できることが重要である。このことから、地域分野における精神保健福祉士に期待される役割として、当事者やその家族が主体的に生活を送ることができるようになるための地域生活支援を、クライシス・プランを活用して実践できると認識されることが有用である。そのために、こうしたクライシス・プランの活用方法をマニュアル・ガイドラインで示されることが望まれる。

第二に、事業所におけるケアプラン作成に関与するソーシャルワーカーの数が多くことが重要になる。このことから、現状の業務に加えてクライシス・プランを作成し、活用することに相当の労力が必要になると考えられる。しかし、速やかに相談支援事業所に配置されるソーシャルワーカーの数を増加させることは困難であるため、現状では大きな負担が生じないクライシス・プランの作成方法や活用方法を示すことが適当であろう。ただし、このデータがクライシス・プラン実践の未経験群によるものであり、クライシス・プラン実践に対する抵抗感や負担感も含まれていると考えられることから、研修会等により実際にクライシス・プランの作成や活用に触れることで、これらのネガティブな感覚は軽減できることが期待される。

これらに加えて、作成意向を高めるために「早期支援におけるモニタリング内容」をプランニングすることの困難さを低減できることが重要である。このことから、地域生活支援を展開する上で病気や障害の状況を適切にプランニングできるように、相談支援事業所のみならず、精神科病院と協働してプランニングが必要である。そのため、クライシス・プランに関する学習会や事例検討会等において日常的にクライシス・プランを用いた支援を実践するためのつながりを作っておくことも有用である。また、相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向には相関関係が存在していることから、これらの取り組みを行うことで相互の意向を高めることにつながると考えられる。

以上のことから、今日の精神障害者の地域生活支援の現場にクライシス・プランが用いられていくことが示されて間もないなかで、ソーシャルワーカーを対象としてクライシス・プランの実践を普及していくための取り組みとして、下記のような方策が必要であると考えられる。

① クライシス・プランの作成方法について

- ・ ソーシャルワーク実践との関連性を示せるとともに、クライシス・プランの作成における負担感を軽減することができるようなマニュアル作り
- ・ クライシス・プランのプランニングが行いやすくなるような医療と福祉が協働できる研修会やトレーニングの開催
- ・ 病状悪化時の医療的対応における権利擁護に向けて、医療職等のより多くの専門職に対するクライシス・プランの普及と啓発

② クライシス・プランの活用方法について

- ・ ソーシャルワーク実践との関連性を示せるとともに、クライシス・プランの活用における負担感を軽減することができるようなマニュアル作り
- ・ クライシス・プランを活用して利用者のストレスをモニタリングできる方法の提示と、その方法を用いた利用者との直接的なかわり方のトレーニング
- ・ クライシス・プランを医療と福祉が協働して活用できるような合同研修会や事例検討の機会づくり

③ クライシス・プランの研究・研修について

- ・ 精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランを用いることの効果の検証
- ・ クライシス・プランを普及していくための研修会の効果の検証
- ・ クライシス・プランの内容を含んだソーシャルワーク専門職の養成方法の検討

本研究の結果では、クライシス・プランの作成と活用について研修会で取り上げられる必要性やマニュアル・ガイドラインの必要性を8割以上の回答者が必要性を感じていた。このことから、これらの課題については精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士が有している求めとも一致すると考えられる。

第6節 本調査における限界

本調査における限界については以下の点が考えられる。

まず、本調査によってクライシス・プランの作成方法及び活用方法を明らかにするため、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の構成員を調査対象として量的調査を実施した。そのため、本研究で得られた結果は日本精神保健福祉士協会に所属する精神保健福祉士を母集団としたものであり、すべての精神保健福祉士を対象としたものではない。ソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践における実態から、さらに検証していくためには、より多くのソーシャルワーカーを調査対象としていくことが必要である。

また、クライシス・プランの実践経験を有する精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士(経験者群)から得られた定量データを用いて解析した。しかし、経験者群については作成経験と活用経験を有する回答者だけでなく、作成経験または活用経験のどちらか一方の経験を有する回答者のデータについてもクライシス・プランの実践経験を有する回答者のデータに含めた。また、それぞれの回答者が有するクライシス・プランの実践経験数は1件から複数件までの幅のある経験値であった。このことから、クライシス・プランの実践経験を有する精神保健福祉士(経験者群)の経験値の差から、等質のデータであったとは言えない。この点において、現状では十分に精神障害者の地域生活支援にクライシス・プランが用いることが示されるようになってから間もなく、精神保健福祉士に対してクライシス・プランが十分に普及していない。そのため、今後さらに精神保健福祉士によってクライシス・プラン用いられていく中で、クライシス・プランを用いた実践経験や事例数が多く積み重ねられていくなかで、本調査結果をもとにした確証的な研究がなされていくことが必要である。

これに加えて、本調査では経験者群の定量データによってクライシス・プランの活用に影響をあたえる要因を検証し、未経験者群の定量データによってクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる

要因を検証した。この際、重回帰分析における決定係数の解釈について、水本ら(2008)によれば重回帰分析においては決定係数が .13 以上で効果量中、.26 以上で効果量大としている。このことから、今回の結果は統計的に一定の説得力を持つと言える。ただし、今回用いた独立変数以外にもクライシス・プランの活用性や実践への意向に影響を与える変数も存在することから、他の変数について今後も調査することが求められる。

次に、経験者群の定量データにおける因子分析、ノンパラメトリック検定、重回帰分析の結果から医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践モデルについて提示した。しかしながら、これらの定量データが上述したように等質なクライシス・プランの実践経験に基づく結果ではないということに加え、実践モデルとして示したものの、実際にこのモデルが精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プラン実践による有効性から導出されたモデルではないということである。そのため、本調査で示された実践モデルは、あくまでも仮説的な理論モデルの一つに留まるものであり、今後の実践研究から本モデルの妥当性や有用性について検証されていくことが望まれる。

そして、クライシス・プランの日常的な活用や病状悪化時の活用における有用性について調査したが、これらは「役に立つと思うか」を尋ねたものであり、全般的な回答を求めた活用尺度の結果である。しかし、クライシス・プランの実践は事例や場面、利用者との関係性、支援者のサポート体制等も異なる個別性が高いものである。そのため、回答者がどのような事例や場面を思い浮かべて回答したのか、それともさまざまな事例における平均的な解釈で回答したのかで回答に影響が生じている可能性がある。今後は、事例研究のような事例や場面ごとにクライシス・プラン実践の有用性に関するデータを得ていくことが必要である。

最後に、クライシス・プラン実践の実態調査として、本研究は精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士を対象に調査を実施した。しかし、クライシス・プランは精神科病院や相談支援事業所の精神保健福祉士だけでなく、他の地域援助機関や保健所等のソーシャルワーカー、さらには精神保健福祉士以外の多職種といった専門職によって用いられて実践されることが推定される。そのため、多職種・多機関を対象にして精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プラン実践の実態調査も必要である。さらに、精神障害者本人を対象にした調査により、当事者の認識におけるクライシス・プランの有用性についても検証されていくことが必要である。

第7節 精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態調査の小括

実態調査から、クライシス・プランに関心があると回答したソーシャルワーカーは9割以上であった。一方で、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士においてクライシス・プランの実践経験を有している割合は、4割程度であった。このことから、多くの精神保健福祉士はクライシス・プランに関心をもっているものの、精神障害者の地域生活支援の現場ではクライシス・プランの実践に結びついていない現状にある。

その上で、クライシス・プランの作成や活用に関するマニュアル・ガイドラインの必要性や研究会の内容として取り上げられることについて、多くの求めが存在していた。このような求めの状況から、今後、クライシス・プランを普及していくための取り組みにおいて重要な課題であり、クライシス・プランの作成方法と活用方法をソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の経験から明らかにし、実践モデルを提示できた本調査の結果は重要な示唆を与えるものである。

クライシス・プランの作成は、クライシス・プランの作成に導入するためのアセスメントにより利用者のニーズや希望を把握し、その上で病状や生活状況の変化、利用者自身の対処方法等について個別性とストレスを基調にして利用者で作成するとともに、クライシス・プランの作成を目的とした支援者の協働によりケア会議等でその必要性を共有し、支援者の役割や支援内容を調整するプロセスによって実践される。こうした

ことから、精神保健福祉士のクライシス・プランの作成においてはストレングスモデルに基づき、利用者と支援者が協働した作成方法が重要である。

そして、精神障害の特徴である回復と悪化を繰り返す可能性に対する連続的で包括的な支援対応のためのプランの構造として、病状や生活の状態に応じたモニタリング内容と支援方法が包括的にプランニングされることが必要である。また、地域生活上で病状悪化等により医療(キユア)が必要となる際を想定した病状悪化時の状況と事前合意の内容を当事者の主体的な医療サービスを利用できるような権利擁護のための項目を設けておくことも求められる。これに加えて、精神科病院と相談支援事業所において安定時と危機時における支援者の対応方法についてプランニングする困難さに差が存在する。そのために、この項目においては特に医療と福祉が協働してプランニングされていくことが重要である。

クライシス・プランの活用は、地域生活支援で用いていく上で日常的には安定した状態を継続するための生活支援に活用し、病状悪化時には権利擁護のために活用される方法が求められる。そして、こうした活用方法を実践できるために、病状や生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築できていることが必要である。こうした協働とネットワークが構築されていることは、クライシス・プランを活用していく中で病気や生活状況が変化した際に修正を加えていくことも可能にすると考えられる。

このようなクライシス・プランの作成方法と活用方法により、精神障害の特徴である疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的状態に対して地域生活上で支援できるために、「包括支援モデル」によるクライシス・プランの活用を目指して作成することである。そのために、クライシス・プランのプランニングでは、安定時と危機時において生活支援が実践できるようにモニタリングする内容と支援者の対応方法といった項目を盛り込むとともに、病状悪化等によって判断能力が低下した際の自己決定を保障する権利擁護のための病状悪化時の状況と事前合意の内容が計画されることが重要である。こうしたことから、“クライシス・アドボカシー”と“セーフ・アドボカシー”を目的としたクライシス・プランの活用が可能になる。

そして、クライシス・プランの活用を高めるための医療と福祉の協働方法として、日常的な活用を促すために、相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用して当事者が安定した状態を継続できるようにかわり、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用して支援者間で安定した状態を継続することができていることを共有するための連携が重要となる。さらに、病状悪化時の活用を促すために、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病状悪化等の際に提供される医療的支援において権利擁護のための支援に結びつくことの認識が得られ、相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病気や生活の変化に応じて速やかに必要な対応が行えるような協働とネットワークが得られているという認識が重要である。

加えて、クライシス・プランを普及するための取り組みとして制度やシステムレベルでの取り組みも必要であり、そのためにマニュアルやガイドラインの作成と研修会の開催が考えられた。退院後生活環境相談員ガイドライン(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)や地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(厚生労働省 2018)においてクライシス・プランの作成方法や活用方法に関する記述がみられない。一方で、本調査結果ではクライシス・プランの作成や活用に関するマニュアルやガイドラインの求めや、クライシス・プランの作成や活用に関する研修会の求めも多く存在した。そして、クライシス・プランの実践経験を有する精神保健福祉士は限定的であったが、クライシス・プランへの認識や関心は非常に高いことから、これに応じた研修を充実させることも重要である。

ここでもう一点、指摘を付け加えたい。それは、医療と福祉の協働のあり方である。まず、実践レベルにおいて、精神障害者の地域生活支援において病状悪化等の医療的対応が必要となった場合にのみ医療機関と地域援助機関が連携するのではなく、病気や生活が安定している状況やストレングスを活用できている状況から伴走的にかわり、その情報を共有するところから連携することが重要である。本調査結果から、ク

クライシス・プランのプランニング項目として「生活支援におけるモニタリング内容」「安定時と危機時における支援者の対応方法」によって構成される必要性があることを確認でき、この項目に基づく連携が積み重ねられていくことで、新たな医療と福祉の協働のあり方を示すことができると考えられる。

今日の精神障害者に対する精神保健医療福祉のあり方として、地域生活中心という理念を基軸にしながら、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ができるよう、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が目指されている(厚生労働省 2018)。このような地域包括ケアを実現するためには、精神障害者一人ひとりの個別性に基づき、精神障害の特徴を踏まえた多職種・多機関の重層的な連携による支援提供が重要である。また、安心した自分らしい生活のためには、病気や生活が安定した状況やそのためにストレスを活用できるためのかわりが必要になると考えられる。こうしたなかで、精神障害の特徴に対応できる「包括支援モデル」に基づくクライシス・プランの作成方法と活用方法を制度上に位置づけられることで、利用者を主体として多職種・多機関の協働による地域包括ケアシステムを構築するための支援計画として貢献することができると言えよう。

そして、このような支援計画を作成する上でのファシリテートや活用する上でのマネジメントをどのような機関のどのような職種が担うのかが課題である。狩野(2017)は、医療機関の専門職とは別に相談支援事業所の相談支援専門員が調整役として関与することとしていくことを提案している。しかし、本調査結果から相談支援事業所の精神保健福祉士(相談支援専門員)は法制度上の業務に従事している中で人力的課題を感じていることが推察される。また、精神科病院の精神保健福祉士とともにクライシス・プランの作成や活用において協働的立場になることが想定される。そのため、現行制度上で精神科病院と相談支援事業所等の地域援助機関とのコーディネートとして、地域援助機関間の連絡調整や、医療や保健の関係機関の連携支援を行う業務を担う基幹相談支援センター⁴⁾の相談支援専門員に期待できるのではないかと考えられる。ただし、基幹相談支援センターを設置している自治体が少ない現状にあり、精神障害者が地域生活で抱える医療ニーズや福祉ニーズを統合的に支援するために関係機関をコーディネートできる機関・職種の位置づけが必要である。

文末脚注

- 1) 調査対象を精神科病院と精神保健福祉士、相談支援事業所の相談支援専門員としたことについて、序章で述べたように従前精神障害者の社会復帰や地域生活の実現においては精神科ソーシャルワーカーが医療と福祉の橋渡し役となっており、それは今日でも医療と福祉の連携を図る職種としてソーシャルワーカー(精神保健福祉士及び相談支援専門員)にその役割が期待されていると考えられたこと。そして、今日の精神保健医療福祉実践において、精神障害者の地域生活支援を目的に多職種によるアウトリーチ支援が行われているものの、医療と福祉の領域から共通してアウトリーチを行なっている専門職はソーシャルワーカーが多数だと考えられたこと。所属機関を精神科病院と相談支援事業所としたことについて、クライシス・プラン実践が精神科病院に入院している精神障害者の地域移行と地域定着のための支援を目的に地域援助事業者と連携していくこととされていること(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)。さらに、障害者総合支援法において、病院や施設に長期入所している障害者本人を地域生活へ移行するために地域相談支援を相談支援事業所が中心となる役割を担っていることから、精神科病院と相談支援事業所における精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プラン実践の展開が期待されるためである。
- 2) 本調査は公益社団法人日本精神保健福祉士協会の理事会において本調査への協力の合意を得た上で、調査ラベルの提供を受けた。
- 3) 本調査における精神科病院、相談支援事業所、保健所における標本数の算出について、精神科病院と相談支援事業所については、日本精神保健福祉士協会の構成員であり、2018(平成30)年1月31日の時点で、所属機関が精神科病院である構成員 3,666名、相談支援事業所である構成員 681名、保健所である構成員 108名に対し、信頼係数95%により標本数を算出し代表性が担保できるように努めた。なお、保健所の構成員については、母集団が少ないことから全数を調査対象とした。
- 4) 基幹相談支援センターは地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第77条の2)と位置づけられている。その業務内容は、総合的・専門的な相談支援の実施とともに、地域相談支援体制強化の取り組みや、地域移行・地域定着の促進の取り組み等があげられる。ただし、公益社団法人日本社会福祉士会の『基幹相談支援センター設置促進のための手引き』(2019)によれば、その設置状況として1,741市町村中650市町村(37%)であり、設置が進まない課題も存在する。

第3章 引用文献

- Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G & Zinkler M. (2008) 「A Typology of Advance Statements in Mental Health Care.」 『PSYCHIATRIC SERVICES』59(1),63-71..
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukler G. (2009) 「Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial.」 『Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology』44,369-376.
- 岩崎香 (2016) 「統合失調症患者の社会生活支援 —医療との協働を目指して」 『日本医事新報』4822, 31-36.
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 (2014) 『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』(「精神保健福祉士業務指針」作成委員会(現「精神保健福祉士業務指針」委員会))
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2016) 『精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン』
- 公益社団法人日本社会福祉士会 (2019) 『基幹相談支援センター設置促進のための手引き』(平成 31 年3月).
- 狩野俊介 (2017) 「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの有用性と活用に向けた今日的課題」 『精神保健福祉』48(2), 130-138.
- 狩野俊介, 三浦剛 (2019) 「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.
- 厚生労働省(2014) 『改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテキスト』 (平成 26 年 3 月).
- 厚生労働省 (2018) 『地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについて』(平成 30 年3月 27 日)
- 厚生労働省 (2018) 『精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築』(平成 30 年6月 27 日).
- 水本篤, 竹内理 (2008) 「研究論文における効果量の報告のために—統計的検定を正しく使うために—」 『外国語教育メディア学会 (LET) 関西支部メソドロジー研究部会 2010 年度報告論集』48, 47-73.
- 野村照幸・森田展彰・村杉謙次・ほか(2017) 「医療観察法指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因について」 『司法精神医学』12, 2-10.
- 白澤政和 (2009) 『ストレングスモデルのケアマネジメント —いかに本人の意欲・能力・抱負をたかめていくか』ミネルヴァ書房, 183-190.
- Sutherby K & Szmukler GI. (1998) 「Crisis cards and self-help crisis initiatives.」 『Psychiatric Bullentin』 22(1), 4-7
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, Barrett B, Byford S, Henderson C, Sutherby K, Lester H, Rose D, Dunn G, Leese M & Marshall M. (2013) 「Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial.」 『Lancet』381,1634-1641.

第4章 総合考察

本章では、本研究の目的である精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにするために実施したこれまでの調査研究を総括し、本研究の成果における意義と独自性、それらを踏まえた提言、また今後に残された課題と方向性について述べる。

第1節 本研究の概要とまとめ

精神障害者の歴史的な対象認識は、社会保安の対象とされ「隔離収容」による処遇がなされてきたものの、医療の対象とされ「入院及び地域での治療」による処遇の時期を経て、現在では福祉の対象とされ「地域における生活支援」による処遇が必要と捉えられ、そのための医療と福祉に関する法制度が整備されている。そこで、近年の精神保健医療福祉制度において、社会的入院状況にある患者の地域移行支援、新たな長期入院患者の発生防止を踏まえた地域生活の維持・継続に向けた地域定着支援による地域生活支援の実践が、医療と福祉の協働により推進していくことが求められている。こうした精神障害者の医療と福祉に関する法制度がそれぞれ整備されることにより、専門化や縦割り化が進むことが危惧される状況の中で、精神障害の疾病と障害が併存し回復と悪化を繰り返す慢性的な状態である特徴を踏まえた統合的な生活支援を充実させるための協働が喫緊の課題とされている。

精神医学ソーシャルワーカーは、精神障害者の社会復帰を目指し、地域で生活を営めるように、人権への配慮や地域ケアといった視点から所属機関の専門性の範囲を超えて、医療と福祉をつなぎ、橋渡し役となり地域生活支援を展開してきた。しかしながら、医療機関における業務の一部が診療報酬化される等医療の中に組み込まれ、地域援助機関では精神保健福祉士の専従の規定はなくなり、障害福祉サービスの調整・計画作成に追われている。このような状況から、精神障害者は医療と福祉の対象であると社会的に認識され、制度上においては精神障害者の地域移行支援と地域定着支援の推進が掲げられていながらも、今日の精神保健福祉士を取り巻く状況から医療と福祉の分業状態が生じ、協働が行われにくい実支援の現状となっている。

支援現場と法制度における医療と福祉の相互関係性への求めと実態での乖離がある中で、この乖離状況を解消し、国家的ミッションを達成するための地域生活支援に向けて、各種の公的ガイドライン等で医療と福祉が協働したクライシスプランの作成と活用が示されている。このようなクライシスプランは、地域生活支援上の緊急時における支援対応のための重要な指針になるとされているが、緊急時である危機状況ばかりに焦点化することで管理的な側面が強まってしまうことが懸念される。さらに、国内の精神保健医療福祉現場における支援実践においてクライシスプランが注目されてきている一方で、その作成方法や手順、活用方法等が明確にされていない。そのために、クライシスプランを用いる精神科病院、地域援助機関といった機関の専門性や精神障害者本人の状況等により、その内容に大きな差異が生じる可能性がある。

こうしたことから、本研究では、精神障害の特徴に応じた包括支援モデルによる地域生活支援のために、医療と福祉が協働する支援計画としてのクライシス・プランのミクロレベルにおける実践方法に注目した。そして、本研究では精神障害者の地域生活支援における支援計画として医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を実証することを目的とした。その際、クライシス・プランを精神障害の疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態としての特徴に応じた個別的で統合的な生活支援のための「包括支援モデル」による医療と福祉が協働して作成され、活用されていくことが求められる支援計画として定義した。このようなクライシス・プランに

ついて、従来から今日まで精神障害者の地域生活支援のために医療と福祉が連携していくために中心となることが期待される精神保健福祉士等のソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態から明らかにすること。そして、今日の精神保健医療福祉制度における支援に用いていくための実践モデルを提示することを目指した。

こうした研究目的を達成するための研究方法として、クライシス・プランに関連した国内外の先行研究の文献検討による理論研究、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーに対する半構造化面接による質的研究と、精神保健福祉士を対象としたアンケート調査による量的研究の方法を用いた。そして、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法を検証した。このような本研究の目的は、社会福祉学上のマイクロ・ソーシャルワーク実践とソーシャルワーク専門職養成における理論課題として位置づけられ、その意義を明確にした上で研究を実施した。

初めに、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践方法に関する研究を進めるにあたり、国内でのクライシスプランの作成や活用に関する調査研究は皆無であった。そこで、理論研究としてクライシス・プランの作成方法と活用方法について示唆を得ることとともに、ソーシャルワークとの関連を検討するために、クライシス・プランに関連する国外の先行研究として **Psychiatric Advance Directive: PAD** と **Joint Crisis Plan: JCP**、国内の先行研究として精神科事前指示とクライシスプランについて文献検討を実施した(第1章)。その結果、今日の **Advance Statement: 事前宣言**のあり方として、精神障害者の非自発的入院を減少させ自己決定とエンパワメントを高めることに最もエビデンスレベルが高いものとして **JCP** があげられていた。これに加えて、精神障害者本人の主観性に基づく支援者との支援関係の向上に効果が存在することが示されており、このような支援関係の向上によって支援者が主導する支援が減少し、結果として非自発的入院や強制的治療が減少していくことが期待できると考えられた。

このような **JCP** の先行研究からクライシス・プランの支援実践において示唆が得られた事柄として、クライシス・プランの作成手順については **JCP** に準じていくことが望ましく、作成の際にはストレングスモデルに基づくアプローチが重要であると考えられた。一方で、**JCP** 研究の課題として非自発的入院や強制的治療を減少させる効果に一貫した成果は見られておらず、当事者と支援者における **JCP** の保有率が低く、十分に活用されていないことが指摘されていた。このことから、クライシス・プランについても作成方法だけに焦点化されてしまうことで、当事者や支援者の活用が進まなくなる可能性があり、活用を進めるための調査研究が重要であることが示唆された。

次に国内のクライシスプランに関する先行研究について、精神科事前指示とクライシスプランに関する文献検討を実施した。その中で、精神保健医療福祉の現場において **Advance Statement: 事前宣言**を用いる上で **JCP** に準じた危機管理計画を作成することが可能であると指摘する研究や、精神障害者の地域生活支援のために作成や活用が推奨されているクライシスプランは **JCP** と同様の **Advance Agreement: 事前合意**に位置づけることができると指摘する研究を確認することができ、クライシス・プランは **Advance Statement: 事前宣言**として位置づけが可能であると想定された。さらに、クライシス・プランは危機時に必要となる治療や支援において当事者の事前の意向に沿った医療の自己選択・自己決定が実現できることを目指す権利擁護としての“クライシス・アドボカシー”だけでなく、安全な生活や安定した状態を維持できるように当事者の自律的意思に基づいた治療や支援を受けていくことができる権利を行使できることを支援する“セーフ・アドボカシー”の実現を目的とする方法でもあると考えられた。

このようなクライシス・プランの目的を達成するために、①クライシス・プランの作成前にそれまでの生活状況を振り返り、退院後の生活を検討できる準備を行うこと、②クライシス・プランの作成に

において当事者を主体として個別性を尊重すること、③当事者と治療者や支援者、家族らが協働して作成し、その内容を共有する機会を設けること、④クライシス・プランの内容は、安定した状態を継続するための計画であり、危機的状況における具体的な病状や生活状況に対応するための計画であることが重要であると考えられた。しかしながら、クライシスプランに関する研究は限られており、その具体的な作成方法や活用方法について実証的な研究は実施されていなかった。そのため、現状のままではクライシス・プランを用いる支援者や機関の機能によってその内容が大きく偏ってしまい、当事者においても不利益が生じることが懸念されるとともに、今後のクライシス・プランの効果を研究する上でもその作成方法や活用方法が一貫していないことから、その効果検証のための研究の積み重ねが困難な状況にあると推察された。

これに加えて、PAD や JCP の先行研究から「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレングス」「危機防止(再発防止)」「パートナーシップ」「開発」が鍵概念として抽出することができた。特に「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレングス」「危機防止(再発防止)」は、ソーシャルワークとも関連する概念であったことから、クライシス・プランを用いた支援実践においてもソーシャルワークの視点や姿勢が必要であると推察された。こうしたことから、ソーシャルワーカーのクライシス・プラン実践における認識状況を確認できることで、それらの鍵概念に基づく実践方法を明らかにすることができると考えられた。

このようなクライシス・プランに関連する先行研究の文献検討から得られた成果と課題を踏まえ、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにしていくために、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーを対象にした半構造化面接による質的研究を実施し、その実践における視点と態度、実践の構造を探索的に検証した(第2章)。調査対象は、精神科病院の精神保健福祉士5名、相談支援事業所の相談支援専門員5名の計10名を対象として、医療と福祉の立場からの認識を調査した。それらの定量データについて、テキストマイニングにより①クライシス・プランを実践する上で必要とされる視点や医療と福祉の特徴として捉えられる態度(総論的目的)を検証するとともに、定性コーディングにより②クライシス・プランの実践プロセスとその構造ならびに機能(各論的目的)を検証した。

テキストマイニングによる分析結果から、精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランは、リスク・マネジメントのためだけでなく、安定した生活を続け、当事者の希望する地域生活を実現するための目標志向型の支援計画として、ストレングスを基調にして実践されることが必要であると考えられた。そして、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーのクライシス・プランの実践経験に基づき、クライシス・プランは「医学モデル」だけでなく「生活モデル」をも包含した「包括支援モデル」による実践が望ましいことが示唆された。そして、このモデルによって「ケア」の視点による早期・予防の支援状況では内的資源を活かせるように地域生活の継続を目的とし、また「キュア」の視点による危機・悪化の支援状況では、疾病に対する必要な対応を行うことも目的とできることが望ましいと考えられた。このことにより、精神障害者が地域生活を送る上で主体性が高まり、エンパワメントを促すための支援が可能になることが期待された。

次に、定性コーディングによる分析結果から、クライシス・プランの実践には作成や活用の過程だけでなく準備や修正のための過程も存在し、クライシス・プラン実践は、準備期・作成期・活用期・修正期のプロセスが存在すると考えられた。そして、クライシス・プランの作成は利用者の希望と個別性に基づき、ストレングスを基調とすることが重要であるとされており、このような視点によって作成することで、利用者との関係性の向上が期待できると考えられた。また、医療と福祉が協働してクライシス・プランを作成するためには、関係機関の対等な関係性をもとにクライシス・プランの必

要性を共有できるように進めていくことが必要であると考えられた。

クライシス・プランの活用においては、ストレンクス視点に基づく伴走的なかかわりと、利用者を中心に情報共有を行なっていくことが必要であるとされていた。さらに、病状悪化等の危機時の対応のみに焦点化されたクライシスプランではなく、安定した地域生活の状況を含めた計画内容で、安定した生活を維持できるために医療と福祉が協働して見守り、かかわるために活用できることが必要であるとされていた。これらのことから、クライシス・プランは病状悪化時の権利擁護である“クライシス・アドボカシー”を目的としつつ、自らの病気や生活を安心して管理でき安定した地域生活を送ることができる権利を擁護するための支援としての“セーフ・アドボカシー”を目的として活用されることが重要であると考えられた。このように、病状悪化等における自らが希望する・希望しない治療支援が尊重されるだけでなく、地域生活上に生じる苦労を経験でき、その苦労を自らのストレンクスの活用と必要な支援を主体的に使いながら生活を送っていくことでエンパワメントが促進されていくと考えられた。

ただし、クライシス・プランの実践上の課題としてクライシス・プランのマネジメント機関の明確化があげられた。クライシス・プランの実践過程において、クライシス・プランを中心となってマネジメントする機関が変化する可能性がある。また、精神障害者との関係性を中心にマネジメント機関が変わることも想定される。医療と福祉が協働してクライシス・プラン実践を行う上では、どのような機関が中心になってマネジメントを図っていくのか、今後の課題であると考えられた。そして、すべての精神障害者の支援にクライシス・プランが必要となるのか、どのような事例・場面で活用することができるのか、クライシス・プランを支援実践で用いていく上でのケースの発見という側面からの検討も必要であった。

研究上の課題として、調査対象者のサンプリングに偏りが存在し、母集団の代表性を担保できず、本調査結果を一般化することは困難であることが課題の一つとしてあげられた。さらに質的分析の観点から、調査及び分析者の恣意性の全てを取り除くことが困難であり、十分な科学的妥当性を得ることが困難であった。そのため、本調査結果をもとに、医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法について実証的に検証するための調査研究が必要であると考えられた。

クライシス・プランに関する先行研究の文献検討による理論研究(第1章)、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーを対象としたクライシス・プラン実践に関する質的研究(第2章)からの調査結果と課題をもとに、精神保健福祉士を対象としてクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにするための実証的な検証として、量的研究によるクライシス・プラン実践の実態調査を実施した。この実態調査により得られた定量データについて、実践経験を有する精神保健福祉士(経験者群)と実践経験を有さない精神保健福祉士(経験者群)に分けて解析した。

実態調査の結果、クライシス・プランの作成方法としてその作成に導入するための準備としてアセスメントにより利用者のニーズや希望を把握する段階と、その上で実際に利用者や病状や生活状況の変化、利用者自身の対処方法等について個別性とストレンクスを基調にして作成するとともに、支援者とクライシス・プランの作成を目的としてケア会議等で支援者間の協働によりその必要性を共有し、役割や支援内容を調整する段階によって実践される。そして、精神障害の特徴に対応する支援計画としてのクライシス・プランの構造は、病状や生活の状態に応じた包括的なモニタリング内容と支援方法がプランニングされることが求められる。また、地域生活上で病状悪化時等により医療的支援が必要となる状態と、その際の事前合意の内容についてもプランニングされることが求められることから「包括支援モデル」の構造による必要性が明らかにされた。

このような包括支援モデルによるクライシス・プランの活用方法として、地域生活支援で用いていく上で日常的には安定した状態を継続するための生活支援の方法としての活用と、病状悪化時には権利擁護のための方法として活用される段階が存在する。そして、こうした活用方法を実践できるように、病状や生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築されていることが必要であるとされており、クライシス・プランを活用していく中で病気や生活状況が変化した際に修正を加えていくことを可能にすると考えられた。以上から、こうしたクライシス・プランは精神障害の特徴に応じて地域生活支援で用いるための実践論として、「包括支援モデル」に基づいて作成され“クライシス・アドボカシー”と“セーフ・アドボカシー”を目的に活用されることが肝要であると考えられた。

また、こうしたクライシス・プランを用いて支援することの有用性や必要性が存在する事例や場面として、「入院を防止することが求められる事例や場面」「地域生活上の支援が求められる事例や場面」等が整理でき、クライシス・プランを用いる上でのスクリーニングのための指標となると考えられた。以上のようなそれぞれの分析結果から、医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践は、発見期・準備期・作成期・活用期・修正期のプロセスによることが考察された。

さらに、クライシス・プランの活用を高めるための医療と福祉の協働方法として、日常的な活用を促すために相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用して当事者が安定した状態を継続できるようにかわり、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用して支援者間で安定した状態を継続することができていることを共有するための連携が重要となる。さらに、病状悪化時の活用を促すために、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病状悪化等の際に提供される医療的支援において権利擁護のための支援に結びつくことの認識が得られ、相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病気や生活の変化に応じて速やかに必要な対応が行えるような協働とネットワークが構築されていることが重要であると考えられた。

これらに加えて、今後の精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーク実践においてクライシス・プランの作成意向と活用意向に影響をあたえる要因について検証した。精神科病院の精神保健福祉士においてはその作成意向と活用意向を高めるために、クライシス・プランとソーシャルワークとの関連性の認識が正の影響をあたえていたことから、クライシス・プラン実践にはソーシャルワークにおける価値や視点、方法やスキルといった点で関連性があることを示し、実践に用いていくための困難さを低減できることが求められると考えられた。そして、相談支援事業所の精神保健福祉士における作成意向と活用意向には、クライシス・プランを活用する上でストレングスを活用できる利用者主体の支援ができる効力感、ケアプラン作成に関与するソーシャルワーカーの数が正の影響をあたえていた。また、早期支援におけるモニタリング内容をプランニングすることの困難さを低減できることが作成意向を高めることが示された。こうしたことから、クライシス・プランの活用方法についてマニュアル・ガイドラインで示されることや、研修会等において実際にクライシス・プランの作成や活用に触れる機会が必要であると考えられた。

精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態として、実践経験を有する精神保健福祉士の数は有効回答数の半数にも満たなかった。一方で、クライシス・プランに関心があると回答者は9割以上であり、さらにクライシス・プランに関するマニュアル・ガイドライン、研修会の求めも高い値を示していた。つまり、これらの結果から今後ソーシャルワーカーに対してクライシス・プランが普及されていくことの求めが存在していると解釈できた。そのために精神保健福祉士等のソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践の実態から、その作成方法と活用方法を明らかにし、その実践モデルを提示した本研究結果をもとに今後の普及・啓発

を進めていくことが望ましいと考えられた。

ただし、今回の実態調査及び分析において課題が存在する。まず、クライシス・プランの作成方法と活用方法を検証した定量データについてはクライシス・プランの実践経験を有する精神保健福祉士のデータを用いて分析した。しかし、経験者群のなかでも実践経験のケース数等に幅が存在した。このことから、実践経験に基づくデータとしても等質とは言い切れない。また、クライシス・プランの日常的な活用や病状悪化時の活用における有用性について調査したが、回答者が特定の事例や場면을思い浮かべて回答したものや、経験上の平均的な考えから回答したもの等が混在しているデータである。これらのことから、今後は事例研究のような事例や場面を設定した調査研究や、実践研究によって検証されていくことが望まれる。

こうした本研究の目的を達成するために実施した調査研究のまとめとして、精神障害者の地域生活支援における医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法として、その実践モデルについて提示した。

精神障害者の地域生活支援のために医療と福祉が協働したクライシス・プランとは、地域生活を支援する上で病状悪化等の危機時における医療的対応がなされる際の権利擁護としての“クライシス・アドボカシー”と、安定した地域生活を継続できることを保障する“セーフ・アドボカシー”の支援を目的とし、「医学モデル」と「生活モデル」におけるストレングス視点を含んだメタモデルである「包括支援モデル」による支援計画として位置づけた。こうしたクライシス・プランに基づく支援により、精神障害者が地域生活を送る上での権利擁護の実現と、エンパワメントを促進するための実践へと展開されることが期待される。

そして、クライシス・プランの実践は発見期・準備期・作成期・活用期・修正期のプロセスによって成り立つことを明らかにした。発見期とは、クライシス・プランを用いることの有用性や必要性といったスクリーニングを実施する段階である。準備期では、クライシス・プランの作成に導入するためのアセスメントとして利用者のニーズや希望等を把握し、その上で利用者と個別性とストレングスを基調にした作成を行い、また作成を目的とした支援者の協働により支援者の役割や支援内容を調整する作成期への段階を踏む。そして、クライシス・プランでプランニングされる項目は、病状悪化時の状況と事前合意の内容だけでなく、生活支援におけるモニタリング内容、安定時と危機時における支援者の対応方法といった精神障害の特徴に対応できる地域生活支援のための「包括支援モデル」による項目から構成されることを明示した。

こうしたクライシス・プランが作成されることにより、日常的な場面では安定した状態を継続するための生活支援のために、病状悪化時等の場面では当事者の権利擁護のために活用される。そして、こうした活用が実践できるためにも、病状と生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築できていることが重要である。また、こうした協働が行え、ネットワークが構築されていることは、当事者の病気や生活状況に応じて支援内容を再調整(修正)することを可能にする。こうした活用の段階の中で、修正の段階を踏んでいくことになることを示した。

第2節 本研究の独自性と社会福祉学上における意義

ここでは、本研究の独自性及び、それにおける社会福祉学上における意義について述べる。

第一に、クライシス・プランに関連する先行研究として PAD と JCP の双方を取り上げ、文献検討を行ったことである。これまで国内の先行研究において、PAD と JCP を網羅的に研究動向や類型、今日的な課題について整理した研究は存在しなかった。

本研究での文献検討から非自発的入院の減少における最もエビデンスレベルが高いファシリテ

ーションモデルが JCP であり、精神障害者の権利擁護やエンパワメント に結びつく方法であると考えられた。こうした JCP とクライシス・プランは、当事者と治療や支援を担当する専門職が話し合い、事前の合意に基づいて作成する点で共通し、JCP に準じていくことで同様の成果が得られることを述べた。こうした JCP の先行研究から、当事者が経験した過去の治療体験や生活体験を尊重し、クライアントこそ専門家という一貫した尊重としてのストレングスアプローチが重要である一方で、その活用性や活用していこうとする意向を高めることが課題であるとされていることが確認できた。こうした観点から、PAD や JCP の先行研究から得られた示唆や課題を国内のクライシス・プランの実践方法の参考とし、実証的な検証に取り組んだ点について本研究の独自性と言える。

さらに、PAD と JCP に共通する鍵概念として「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレングス」「危機防止(再発防止)」といったソーシャルワークに関連する概念が存在することが確認できた。このことにより、クライシス・プランの実践にソーシャルワーカーが関与することの重要性や、ソーシャルワークの価値や理念から検証する必要性を指摘した。このような点は、将来の判断能力が低下する可能性がある利用者の自己決定を尊重した治療や支援が提供できる権利擁護を目的とした PAD や JCP、さらに本研究で注目したクライシス・プランについてもソーシャルワーク専門職が関与すべきことを指摘した点、専門職養成の中に位置づけていくことの必要性を指摘した点は本研究の社会福祉学上の意義である。

第二に、クライシス・プランが病状悪化時のための権利擁護の支援である“クライシス・アドボカシー”だけでなく、地域生活の安定状況を継続できることを保障する“セーフ・アドボカシー”を目的とする包括支援モデルによる支援計画である点を明らかにした点である。

PAD や JCP は精神障害の特徴からその病気や障害の程度によって自己決定するための判断能力が損なわれ、非自発的入院や強制的治療サービスが提供されることが余儀なくされることから、可能な限り精神障害者本人の自己決定権を最大限尊重しようとする権利擁護を目的とし、医療的支援におけるアドボカシーのための医学モデルによる支援計画であった。しかし、クライシス・プランはその作成方法において JCP と共通する点がありながらも、病状悪化時のための権利擁護だけでなく、安全な生活や安定した状態を維持できるように当事者の自律的意思に基づく適切な医療を受けていく権利を行使できる生活モデルによる支援計画でもあった。このことから、クライシス・プランは安定した病気と生活を継続できる生活支援のための生活モデルによる支援計画と、病状悪化時のための権利擁護のための医学モデルによる支援計画としてのメタモデルである「包括支援モデル」によって実践されることを実証した点は本研究の独自性である。

精神障害のような疾病と障害を併せもち、回復と悪化を繰り返す慢性的な状態である特徴を有する利用者の地域生活支援を展開する上で、医学的側面と生活的側面を連続的に捉え、包括的に支援できることが重要である。従来、これらの各モデルをそれぞれ対比的に捉えられてきた中で、ソーシャルワーカーのクライシス・プラン実践の経験及び認識から、医学モデルと生活モデルによる「包括支援モデル」による支援計画の方法を明らかにしたことは、マイクロ・ソーシャルワークの実践論における新たな視点の示唆を得られた点で、社会福祉学上の意義があると言える。

第三に、これまでの公的なガイドライン(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2014)等で示されていたクライシスプランは、病状悪化時の対応に焦点化したものであった。さらに、PAD や JCP の先行研究から保有率が低く、その活用が十分になされていないことが課題であるとされていた。こうした中で、本研究では医療と福祉が協働したクライシス・プランの作成方法と活用方法を明らかにし、実践モデルを提示した点である。

クライシス・プランの実践プロセスは、発見期・準備期・作成期・活用期・修正期が存在した。ソー

ソーシャルワーカーが精神障害者の地域生活支援にクライシス・プランを用いていく上で、クライシス・プランの有用性や必要性が存在する事例や場面であるか、スクリーニングから実施する。そして、クライシス・プランの作成方法として、クライシス・プランの作成に導入するためのアセスメントとして利用者のニーズや希望等を把握し、その上で利用者との個別性とストレングスを基調にした作成を行い、また作成を目的とした支援者の協働により支援者の役割や支援内容を調整する。

こうした作成においてプランニングされる項目は、病状悪化時の状況と事前合意の内容だけでなく、生活支援におけるモニタリング内容、安定時と危機時における支援者の対応方法といった精神障害の特徴に対応できる包括的な支援に結びつくための項目で構成されることが地域生活支援上で日常的な場面や病状悪化時の場面でクライシス・プランが活用されていくために重要である。この際、安定時と危機時における支援者の対応方法をプランニングする際の困難さに医療と福祉において差が存在することから、それぞれの機関だけで支援対応することが困難な点について補完的に支援できるように協働してプランニングしていくことが求められる。

クライシス・プランの活用は、地域生活上で日常的に安定した状態を継続するための生活支援における活用と、病状悪化時に権利擁護のための活用がなされる。こうした活用のためには、病状と生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築されていることが重要である。こうした病状と生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築されていることは、当事者の病気や生活状況に応じて支援内容を再調整(修正)することを可能にする。こうした活用の段階の中に、適宜修正の段階が生じていくことになる。

そして、クライシス・プランの日常的な活用を促すために、安定した状態を継続するための生活支援がクライシス・プランを活用して実践できることの認識を高められることが重要であることを示すことができた。さらに、病状悪化時の活用を促すために、精神科病院の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病状悪化等の際に提供される医療的支援において権利擁護のための支援に結びつくことの認識が得られ、相談支援事業所の精神保健福祉士はクライシス・プランを活用することで病気や生活の変化に応じて速やかに必要な対応が行えるような協働とネットワークが得られているという認識が重要であることを明らかにできた。これらのような医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践モデルを提示した点は、本研究の独自性である。

これまで、精神障害者の地域生活支援において医療と福祉が連携する上での支援計画は、各分野での実践活動または各制度上でのサービスを利用するための支援計画とされ、各分野で立案し、それらを連動させて対応することが多かった。こうした中で、本研究において提示したクライシス・プランの実践モデルでは医療と福祉が協働した作成方法と活用方法をソーシャルワーク実践の実態から提示することができた。この点から、多分野・多機関が協働した支援計画の作成方法・活用方法をマイクロ・ソーシャルワークの実践論における方法として示すことができたと言え、社会福祉学上の意義であると考えられる。

第四に、今後の精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーク実践にクライシス・プランを作成していこうとする意向、活用していこうとする意向に影響をあたえる要因を明らかにし、今後の普及・啓発を図っていく方策を示すことができた点である。

まず、クライシス・プランの作成方法については、クライシス・プランのソーシャルワーク実践との関連性を示すとともに、その作成における負担感を軽減できるマニュアル作りや、クライシス・プランのプランニングが行いやすくなるような医療と福祉が協働できる研修会やトレーニングの機会を設ける等が重要になる。次に、クライシス・プランの活用方法についても作成方法と同様に、クライシス・プランのソーシャルワーク実践との関連性を示すとともに、その作成における負担感を軽減でき

るマニュアル作りが重要であると考えられた。また、クライシス・プランを活用して利用者のストレングスをモニタリングできる方法の提示と、その方法を用いた利用者との直接的なかかわり方のトレーニングの機会等を設けることが重要であると考えられた。こうした点は、今後の国内の精神保健医療福祉制度においてクライシス・プランを統一した作成・活用の方法を普及していく上で重要であり、本研究の意義であるとともに、独自性である。

第五に、支援を受ける対象としての精神障害者だけでなく、自らのストレングスを活用して地域生活を送ることができる対象としての精神障害者像を支援計画に反映させ、医療と福祉が協働した統合的な支援をマイクロレベルで実践できることを示した点である。

その実践方法として、精神障害者の地域生活を支援することは、安定した生活状況とそのため活用できるストレングスについてモニタリングし、そのような生活を継続できるように見守り、かかわる支援(ケア)が第一に重要であり、この連続線上に病状悪化時における権利擁護のための支援対応(キューア)を位置づけた支援計画を立案し支援を展開していくことである。このような支援計画により、精神障害の特性を踏まえて医療と福祉が協働して支援を展開していくことが可能になる。これらのストレングスの活用や非自発的入院を防ぐことの権利擁護の必要性等といった点は、これまでの精神障害者の地域生活支援において指摘されてきた事柄である。しかしながら、これらのストレングスを活用できる安定した地域生活を送るための支援と、権利擁護が必要となる危機的な状況の支援とを地域生活支援における連続的に捉え、包括的に支援展開していくことの重要性と、そのための支援計画の作成方法と活用方法を指摘した点は本研究の意義であり、独自性でもある。

また、精神障害者の地域生活支援において医療機関と地域援助機関が協働する上で、病状悪化等の医療的対応が必要となった場合だけでなく、病気や生活が安定している状況やストレングスを活用できている状況を共有し、支援するために連携することが重要である。このような協働に向けた支援計画のあり方は、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ができるよう、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(厚生労働省 2018a)を構築するためにも重要である。それは、病状悪化時等の危機対応に偏った支援計画では医学的で管理的な対応を強調し、腫れ物に触れるような存在としての精神障害への偏見を助長してしまいかねない。しかし、地域で安定して自らのストレングスを活用しながら生活を送ることができる点に目を向けられ、その点を継続できるようにサポートしていく支援計画であれば、当事者の可能性を発見することができ、地域住民等のインフォーマルなサポーターもかかわりを持ちやすくなることが期待される。このように本研究において実証した包括支援モデルによる支援計画としてのクライシス・プランの作成方法と活用方法は、今後の精神障害者のための地域包括ケアシステムを構築するための支援計画において重要な視点の示唆を得ることができた点は、本研究の独自性であり、社会福祉学・社会福祉制度上の意義がある。

第3節 実践レベル及び制度レベルにおける提言

本研究を通じて得られた結果から、実践レベル及び制度レベルにおける提言を行う。

(1) 実践レベルにおける提言

精神障害者の地域生活支援に求められるマイクロ実践のためには、精神障害の特徴を踏まえた支援計画が必要である。精神障害の特徴を踏まえた支援計画とは、疾病と障害を併せもつことから医療と福祉の側面から支援を必要とすることと、回復と悪化を繰り返す慢性的な疾患であることによってその病気や生活状況に応じた支援を実施することができるということである。このような精神障

害者の地域生活支援を実施するために包括的支援モデルによる支援計画として、本研究ではクライシス・プランに注目し、その実態調査から実証的に検証した。その結果、精神障害者の地域生活支援のための医療と福祉が協働したクライシス・プランは、地域生活を支援する上で精神障害の特徴に対応できる「包括支援モデル」による支援計画であり、病状悪化等の危機時における医療的対応がなされる際の権利擁護としての“クライシス・アドボカシー”だけでなく、安定した地域生活を送ることができることを保障する“セーフ・アドボカシー”の支援を実施することを目的とする。こうした本研究で実証できた精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてのクライシス・プランの研究結果を踏まえ、実践レベルにおける提言を述べる。

1つ目に、精神障害者の地域生活支援のための支援計画では利用者の個人、環境に存在するストレングスを活用しながら、病気や生活が安定した状況を継続できることを第一の目的として直接的なかわりを含む生活支援をプランニングされることが重要である。このような点を盛り込んだ支援計画に基づいて、安定した地域生活を送ることができることで、当事者自身の支援計画に対する重要性の認識が高まり、危機状態時にも活用されやすくなると考えられる。さらに、安定した地域生活の継続により当事者自身が望む生活を実現することができ、それには自らのストレングスを活用できていることが自己認識できることで地域生活における自己効力感を回復でき、エンパワメントの促進が期待できる。

2つ目に、精神障害者の地域生活支援においてインフォーマルなサポーターとつながる際には、病気や生活が安定した状況やそのためにストレングスを活用できるためのかかわりが実施できる支援計画は不可欠であると考えられる。なぜなら、病状悪化時の状況やその対応のみに偏った支援計画では、病状悪化が生じていないかという監視的で管理的な対応が助長され、腫れ物に触れるような異質な存在といった精神障害への偏見や差別を強めてしまうことが懸念される。また、今日の精神保健医療福祉のあり方として示されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(厚生労働省 2018a)の構築が目指され、このような地域包括ケアを実現するためにフォーマルな社会資源だけでなく、インフォーマルな社会資源を含んだソーシャルサポートネットワークの構築が必要となる。そして、そのようなネットワークに基づく多職種・多機関の重層的な支援のためには支援計画の作成が求められる。しかし、この時に病状悪化時の対応だけのために作成された支援計画では、当事者本人や支援者に緊急時に活用されにくかったり、病状悪化時に備えた監視的な見守りに繋がったりすることが懸念される。そのために、精神障害の特性である回復と悪化を繰り返す慢性的な状態であることを踏まえ、第一に安定した病気や生活を目指しストレングスが活用でき、変化が生じた際には速やかに支援対応できるための計画であることが重要である。そのため、今日の公に示されているクライシスプラン¹⁾のような危機的状況のみに焦点化されたものではなく、このような観点に加えて、地域生活上で病気や生活の安定ために自ら活用できるストレングスや必要なサポートについて盛り込まれた「包括支援モデル」による支援計画が望ましい。

3つ目に、精神障害の疾病と障害を併せもつ特徴に対応できる地域生活支援のためには、医療と福祉の協働による病気と生活の変化に対応できる協働とネットワークが構築されていることがクライシス・プランが活用されるために重要である。そのためには、作成前の段階である準備期から、利用者のニーズ・希望に基づくことを重要とし、それによる作成から利用者の個別性を尊重し、ストレングスを基調にした支援計画の作成を進めていくことである。つまり、医療と福祉が協働した地域生活支援を行うためには、その支援計画の作成前の段階から、利用者を中心にして目標設定と関係づくりを図っていくことが重要である。これに加えて、実際の地域生活支援においてはその支援の性質として、有事の際に連携が必要になると捉えられるきらいがあるものの、安定している状況を

維持するために、危機が生じていない状況から情報共有等の連携を図っていくことである。そうすることで、有事の際にもスムーズな連携が可能になる。そのために、生活状況や定期的な通院状況等についても医療機関と地域援助機関が情報共有を行いながら、安定して生活を送れている状況を共有するためのケアカンファレンスを開催する等の日常的な連携ができているからこそ、病状悪化時の権利擁護のために協働していくことができる。

4つ目に、支援者の姿勢、スタンスである。精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてとらえると、「支援者－利用者」という役割や「支援する－支援される」という関係性が生じやすく、認識されやすい。しかしながら、Farrelly S, et al.(2015)は効果的に JCP を実践するためには『個別性の尊重』『当事者の関心と経験への尊重』『「支援者－利用者」役割からの解放』の要因をあげ、Thornicroft G, et al.(2013)においても『個別性の尊重』『通常の支援関係とは異なる、当事者本人の選択や意向を支持すること』『過去の治療体験の積極的傾聴』の重要性を指摘していた。つまり、Advance Statement: 事前宣言が用いていくためには個別性を尊重し、過去の治療等における主観性に基づく体験も固有の価値が存在するものであると尊重することで、当事者は自らの専門家であると支援者が認識できることが可能になり、従来の「支援者－利用者」役割から脱却することが可能になるとされていた。

さらに、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーによるクライシス・プランの実態調査から「個別性とストレングスを基調にした利用者との作成」「安定時と危機時における支援者の対応方法」「安定した状態を継続するための生活支援」といった因子がクライシス・プラン実践に関連することが明らかにされた。こうしたことから、クライシス・プラン実践においてはストレングスモデルが重要であるとされており、精神障害の特性を踏まえた地域生活支援において当事者は常に支援を必要としている利用者役割にあるのではなく、自らが保有する個人、環境におけるストレングスを活用しながら自らの生活を送り、豊かにしていくことができる生活者でもあると捉えることが重要であると言える。そして、このような生活における工夫や強み(ストレングス)については、当事者がそれまでの生活や治療支援において経験し、培ってきた主観的世界から活用しているものも多く、支援者自身はそのような主観性を尊重し、当事者自身を理解するためにその本人から学ぼうとする姿勢が求められる。このような時に、ステレオタイプな「支援者－利用者」役割から脱却することができ、「支援する－支援される」という枠組みを超えて、新たな対等で尊重できる関係を作ることができるのではないかと考えられる。当然、精神障害の特徴を踏まえれば、病気や生活状況の影響から利用者としての役割を担わなければならない場合も生じる。しかしながら、精神障害者の地域生活支援に従事する支援者として、当事者の主観性を大切に、当事者自身のことをその当事者から学ぼうとする姿勢をもとに、「生活者－生活者」としての対等で尊重し合えるつながりを構築していく姿勢が第一に実践レベルでは必要とされている。

(2) 制度レベルにおける提言

次に、本研究において精神障害者の地域生活支援のための支援計画として実証できたクライシス・プランについて、今後の精神保健医療福祉制度や関連する専門職・援助機関に対して普及・啓発していくための制度レベルにおける提言を述べる。

1つ目は、ガイドラインとマニュアルの整備、研修会の開催である。実態調査から、研修会でクライシス・プランの作成や活用について取り上げられることの必要性について、全体で39.6%が「とても必要である」と回答しており、「少し必要である」を合わせると8割以上が必要性を感じていた。そして、マニュアル・ガイドラインの必要性については全体で43.9%が「とても必要である」と回答して

おり、「少し必要である」を合わせると8割以上が必要性を感じていた。今日の精神障害者の地域移行や地域定着を推進するために医療と福祉が協働できる具体的方策としてクライシス・プランの作成や活用が推奨されている。また、クライシス・プランという名目ではないものの、措置入院患者における退院後支援計画や地域定着支援台帳、個別支援計画における緊急時の対応欄といった実質クライシス・プランと捉えられる項目が設けられている。このようなことから、徐々に精神障害者の地域生活支援のための実践現場に組み込まれてきている状況にあると考えられ、今後はクライシス・プランの作成方法と活用方法について均霑化を図っていくことが求められる。そのために、精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランを用いた支援実践のあり方に関するガイドラインが作成され、クライシス・プランの作成や活用等のためのマニュアルが整備されることが望ましいと考えられる。これに加えて、医療と福祉が協働したクライシス・プラン実践の実現のためには、それぞれの機関の役割や機能に応じた作成や活用における認識が存在するため、相互の認識を理解するためにも医療と福祉の合同した研修会や事例検討の機会を設けていくことにより、医療と福祉等の多職種・多機関が協働したクライシス・プランを用いた地域生活支援が実現につながると考えられる。

2つ目に「クライシス・プランとソーシャルワークとの関連度」が精神科病院の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向の双方を高め、「安定した状態を継続するための生活支援」と「ケアプラン作成を担当できるソーシャルワーカーの人数」が相談支援事業所の精神保健福祉士におけるクライシス・プランの作成意向と活用意向の双方を高める影響を与える要因として明らかにされた。こうしたことから、精神科病院と相談支援事業所の精神保健福祉士において、精神障害者の病気や生活状況の安定を図り継続的な地域生活支援を実現するために各機関のソーシャルワーカーを増員することである。

また、クライシス・プラン実践に関する自由意見においても精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員の双方から「通常業務に加えてクライシス・プランを作成し、支援することが困難である」との記述が存在した。このことから、精神障害の特徴を踏まえた地域生活支援を展開するための支援計画であるクライシス・プランが作成、活用されていくために精神障害者の地域生活場面へアウトリーチし、病気や生活状況の安定を図り継続的な地域生活支援を実現できるように、マンパワーを確保していくことが求められる。

現在、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業として 2018 年度よりアウトリーチ事業が事業内容に追加され、多職種によるアウトリーチ支援を行えるように医療・保健・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ることとされている(厚生労働省 2018a)。また、精神障害者地域生活支援広域調整等事業におけるアウトリーチ事業も展開されており、保健所等に多職種の従事職員を配置し、地域の精神障害者等に対する相談対応、訪問等による早期支援、地域定着支援が実施されている(厚生労働省 2018b)。このような事業の拡充と積極的な事業実施の推進とともに、精神障害の特徴に対応でき、地域生活上でのエンパワメントの促進が期待できる支援計画としてクライシス・プランを位置づけていくことが重要である。

これに加えて、日本医師会(2016)によれば長期入院精神障害者が地域移行する上でクライシス・プランは必須であり、診療報酬をつけることで積極的な作成につなげることを提案している。これは入院中精神障害者の地域移行の文脈において精神科病院で作成されるクライシス・プランに関する提言であるが、本研究における実態調査からソーシャルワーカーにおいてクライシス・プランは地域移行支援の段階よりも地域定着支援の段階の方での有用性を高く認識していた。このことから、精神科病院で作成されるクライシス・プランのみならず、地域援助機関で作成されるクライシ

ス・プランや、地域援助機関によって地域生活支援上でモニタリング等によってクライシス・プランが活用されている状況に報酬をつけていくことも重要である。このような報酬化がなされることで、クライシス・プランを用いた地域生活支援が推進されやすくなるとともに、マンパワーの確保にもつながりやすい。このような制度レベルにおいてクライシス・プラン実践が現場で取り入れられやすくなることで、医療と福祉が協働し、当事者の安定した地域生活の継続と、危機状態における権利擁護のための支援が可能となる地域生活支援に結びついていくと考えられる。

3つ目は、精神障害者の地域生活支援のための支援計画としてクライシス・プランの内容を含めたソーシャルワーク専門職教育を実施していくことである。Van Dorn RA, et al. (2010)は、ソーシャルワーカーの倫理原則と PAD を臨床的に用いる上での倫理的側面と共通する点等から、ソーシャルワーカーが PAD を用いるための主要な役割を担うことが期待でき、ソーシャルワークのカリキュラムに PAD の内容を含めた専門職教育を実施していくことが重要であるとされていた。そして、本研究では PAD とともに、Advance Statement: 事前宣言においてエビデンスレベルが高いとされる JCP に関する先行研究の文献検討を行い、その鍵概念として「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレングス」「危機防止(再発防止)」を抽出することができた。そして、これらの概念がソーシャルワークに関連する概念であるとともにクライシス・プラン実践においても主要な概念となることを指摘した。このようなソーシャルワークとクライシス・プランとの関連性を踏まえると、ソーシャルワーカーによってクライシス・プランが理解され、実践されていくことが望まれる。さらに、ソーシャルワーク実践における主要なモデルであるストレングスモデルは、クライシス・プランを用いる上で重要で不可欠な視点であった。こうしたことから、ソーシャルワーカーは精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プラン実践の主要な役割を担うことができ、鍵概念に基づくクライシス・プラン実践により精神障害者のエンパワメントとリカバリーを促せることが期待される。そのために、国内のソーシャルワーク専門職教育のためのカリキュラムにクライシス・プランの内容を含めていくことが重要である。

第4節 本研究の全体的な限界と今後の課題

本研究の全体的な限界と今後の課題として、1つ目は精神保健医療福祉制度上におけるクライシス・プランについての統一的な定義や基準、構造等が示されていない中で、本研究ではソーシャルワーカーによるクライシス・プラン実践における操作的な定義を行なって調査研究を実施した。そのため、本研究の成果として提示することができたクライシス・プランの作成方法と活用方法、そして実践モデルは、精神保健医療福祉制度上におけるクライシス・プランとして科学的な妥当性が認められたものではない。また、実践モデルを提示したものの、そのモデルが実支援におけるクライシス・プラン実践としての有効性が認められたものであるというわけでもない。このようなことから、今後も引き続き国内の精神保健医療福祉制度に適合するクライシス・プランの実践方法について、ソーシャルワーカーだけでなく他職種までに渡って検証されていく必要がある。

この点を受けて2つ目に、クライシス・プランの作成方法や活用方法に関する普及のための方法が挙げられる。本研究から、ソーシャルワーカーの認識としてクライシス・プラン実践に関するマニュアル・ガイドライン、研修会の開催等の求めが多く存在することが確認できた。また、精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プラン実践を行う上での視点や方法について明らかにしたが、マニュアル・ガイドラインにおいてどのような内容が明記されることで実際の支援実践にクライシス・プランが用いられやすいのか、どのような研修会を開催することで医療と福祉が協働したクライシス・プラン実践へと結びつくのかといった検討や検証まで至っていない。このようなマニュアル・ガイ

ドラインの作成や研修会の効果測定等について今後の課題としてあげられる。

3つ目に、本研究においてはクライシス・プラン実践においてソーシャルワークと関連する価値や理念が存在することを確認し、精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員のソーシャルワーカーを調査対象として、医療と福祉が協働したクライシス・プランの実践方法について検証した。しかし、量的調査においては公益社団法人日本精神保健福祉士協会の構成員を母集団として実施したものであり、すべてのソーシャルワーカーを母集団として得られた結果ではなく限定的なものである。さらに、実際の精神障害者の地域生活支援の場を想定した際、精神障害者本人が掲げる希望や有するニーズによって精神科病院や相談支援事業所以外の援助機関とも協働していくことが想定される。そのため、より多くの機関に所属するソーシャルワーカーともクライシス・プランについて共有し、それぞれの機関の機能を基盤にした視点が含まれていくことが考えられる。さらに、精神科病院を例にみれば多くの専門職が精神障害者の治療や支援に従事している現状にあり、本研究の調査対象であった精神科病院の精神保健福祉士と相談支援事業所の相談支援専門員だけでなく、多機関・多職種への認識から検討を深めていくことが必要である。

これに加えて、クライシス・プランが誰のために、何のために用いられるのかを考えた時、当事者やその家族の地域生活におけるエンパワメントや権利擁護のために、そして本人が望む目標を達成できるような生活を実現するために用いられていく。このことから、当事者やその家族を対象にした調査研究から、クライシス・プランの有効性を検討していくことも必要である。このような調査によって、クライシス・プランの有効性が明らかにされることでさらなる普及・啓発が可能になる。

4つ目に、本研究は精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成方法と活用方法としてのマイクロ実践について、ソーシャルワーカーによる実態調査から実証したものである。ソーシャルワーカーを対象とした理由の1つには、諸外国の **Advance Statement**: 事前宣言における鍵概念として「権利擁護」「自己決定」「エンパワメント」「ストレングス」「パートナーシップ」「危機防止(再発防止)」「開発」が抽出され、これらの概念がソーシャルワークの価値や理念と共通することが確認できたことからであった。しかし、これらの概念は **Advance Statement**: 事前宣言としての **PAD** や **JCP** の作成方法や作成による効果に注目して実施されてきた研究から抽出された概念である。つまり、精神障害者本人やその家族への支援実践におけるマイクロ実践レベルから捉えられた概念であり、メゾ・マクロレベルでの実践にも存在する概念であるとは言えない。さらに、本研究においてもその作成方法や活用方法に焦点化した調査研究にとどまるものであった。このことより、「エンパワメント」や「開発」といったメゾ・マクロレベルで捉えられる概念について、クライシス・プラン実践においてどのように存在するのかまでは十分に検討することができなかった。しかしながら、「エンパワメント」であればマイクロレベルにおける個人内のエンパワメントがメゾ・マクロレベルにおけるエンパワメントへと結びつく場合が考えられる。また、「開発」においても多くのマイクロレベルにおけるクライシス・プラン実践が展開される中で、新たな社会資源を開発するためのマクロ実践へとつながる場合も想定される。そのため、今後の精神障害者の地域生活支援におけるソーシャルワーク実践においてクライシス・プランが用いられるような普及のための活動と、マイクロレベルの実践における積み重ねを行いながら、メゾ・マクロレベルにおける実践方法について研究されていくことが望ましい。

最後に、クライシス・プランを普及させ、ソーシャルワーク専門職の教育内容に含めていくためにソーシャルワーク理論にどのように位置づけていくことができるのか理論的検討が求められる。本研究においては、精神障害者の地域生活支援のための包括支援モデルによる支援計画としてクライシス・プランの作成方法と活用方法として、ソーシャルワーカーによるその実践に関する実態調査

から実証したものであり、このようなクライシス・プランをどのように理論的にソーシャルワークに位置づけることができるのかまで論及することができていない。理論化についてはクライシス・プランを用いたマイクロ実践の積み重ねからその有効性が検証されていくことが重要であると考えられる。このことから、今後は本研究で実証したクライシス・プランの作成方法と活用方法を踏まえたクライシス・プランを用いた支援展開が図られ、実践的研究へと結びついていくことが望まれる。

文末脚注

- 1) 今日の精神保健医療福祉制度において公に示されているクライシスプランは『改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成のためのテキスト』(厚生労働省 2014)や『精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン』(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)、『障害者地域相談のための実践ガイドライン 第3版』(一般社団法人支援の三角点設置研究会 2014)が存在するが、すべて“病状悪化時の対応”や“病状悪化の注意サイン”といった危機状況への対応に焦点化されている。

第4章 引用文献

- Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, Henderson C, Szymkier G & Thornicroft G. (2015) 「Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders.」『Qualitative Health Research』25(12), 1637-1647.
- 一般社団法人支援の三角点設置研究会編(2014)『障害者地域相談のためのガイドライン 第3版』(平成 27 年6月).
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会(2016)『精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン』
- 厚生労働省(2014)『改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテキスト』(平成 26 年 3 月)
- 厚生労働省(2018a)『精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築～各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取り組み～』(平成 30 年6月 27 日).
- 厚生労働省(2018b)『国における精神保健福祉対策特に地域移行等について』(平成 30 年1月 30 日).
- 日本医師会精神保健委員会(2016)『精神保健委員会(プロジェクト)答申』(平成 28 年3月).
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szymkier, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., & Lester, H. (2013) 「Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial.」『Lancet』381, 1634-1641.
- Van Dorn RA, Scheyett A, Swanson JW, Swartz MS. (2010) 「Psychiatric Advance Directives and Social Workers: An integrative Review」『Social Work』55(2), 157-167.

本研究と関連した自著論文・学会発表等

【自著論文】

1. 狩野俊介(2017)「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの有用性と活用に向けた今日的課題」『精神保健福祉』48(1),130-138.(査読あり)
2. 狩野俊介, 三浦剛(2019)「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.(査読あり)
3. 狩野俊介, 三浦剛(2020)「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践方法に関する構造と機能」『精神保健福祉』通巻 123 号,(印刷中:2020 年 6 月 10 日現在)

【学会発表】

1. 狩野俊介, 三浦剛「精神障害をもつ人の地域生活支援における病状悪化等の危機対応のあり方に関する研究 -クライシスプランの作成と活用に関するインタビュー調査-」日本社会福祉学会第 66 回秋季大会(名古屋)2018(抄録査読あり)
2. 狩野俊介, 三浦剛「クライシス・プランと精神科事前指示に関する文献的検討」第 55 回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会(名古屋)2019(抄録査読あり)

謝 辞

この博士学位論文を執筆中、ふと『クライシス(Crisis)』にはどのような意味があるのか」と思い、語源を調べ、その意味を知った時から謝辞を早く記したいと思ってきた。そして今、ようやく謝辞を記すことができるところまで至ることができた。

そもそもクライシス(Crisis)は「15世紀初期、[crise, crisis: “疾病の進行における決定的な点”、または“出来事の極めて重要で、決定的な状態で良くも悪くも変化が来なければならない点”]として、ギリシャ語の[Krinein: 分かる、決定、判断]からラテン語化した[Krisis: “疾病の回復または死を指し示す変化としての転機”]」(Online Etymology Dictionary)としての意味がある。つまり、私たちが通常イメージする“危機”や“ネガティブ・否定的な方向に結びつく望ましくない出来事”だけを意味するのではなく、“ポジティブ・肯定的な方向に結びつく転機・きっかけ”についてもクライシス(Crisis)として捉えることができる。こうして考えると、私たちの人生はクライシス(Crisis) ; 転機の連続であり、こうしたクライシス(Crisis) ; 転機においてさまざまに対処し、多くの人々にサポートされ、肯定的な方向へと進んでいけるように生活しているのである。

こうしたクライシス(Crisis)の語源を知り、自らが博士課程に入学し、学位論文を執筆してきたことを振り返り、さまざまな転機が存在してきたことともに、その転機を肯定的に進めるように多くのサポートを得ることができてきたことを再認識した。そして、サポートしてくださった多くの方々に深謝するためにも、博士学位論文を完成させ、その謝意を記したいと願ってきた。こうしたこれまでの思いから、ここでは若干の紙幅を用いる予定である。ご容赦願いたい。

はじめに、東北福祉大学大学院総合福祉学研究科博士課程の受験を決めた転機は、東北福祉大学が母校であるとともに、その学部時代からの恩師である総合福祉学部社会福祉学科 志村祐子先生へ仙台駅東口キャンパスでのソーシャルワーク教育学校連盟東北ブロック研修会で、博士課程進学を相談したところである。先生は「三浦剛先生に指導をお願いしたらいいじゃない」と、その研究会に出席されていた三浦先生をご紹介くださった。後日、すぐに三浦先生の研究室を訪ね、博士課程での研究計画について相談することができた。出迎えてくださった三浦先生は研究への的確なご意見をくださり、博士課程での指導を受けたいと強く思い、入学することを決めた。この時、志村先生が三浦先生をご紹介してくださらなければ、こうした転機を良い方向へと進むことができなかったことだろう。本当に心から深謝する。

また、東北福祉大学大学院へ進学することを修士課程の指導教官である岩手県立大学社会福祉学部 三上邦彦先生に報告した際、快く応援してくださった。この時、事後報告となってしまい大変失礼な行為であったにもかかわらず、私が挑戦できるように先生が背中を押してくださらなければ、良いスタートを切ることができなかつたように思う。三上先生のご理解とお気遣いに感謝する。

そして、博士課程入学から現在まで一貫して三浦先生にご指導いただけたからこそ、この論文を書き上げることができたと考えている。おそらく指導当初、クライシス・プランとは得体の知れないものであったのではないかと思う。それなのに、私の研究をやりたいという感情論を真摯に聴いてくださり、研究テーマとしての妥当性、研究としての可能性に翻訳してくださった。本当に、私自身が博士課程で実施したいと考えていたクライシス・プランを研究テーマとして、これまで進めてくることができたのは三浦先生でなければ難しかっただろう。また、これまでの指導では近年の社会福祉研究の動向や方法論などについてもご教示くださり、自分の研究以外の事柄にも視野を広げることができた。先生からの暖かい励ましの言葉が論文を先に進めるための原動力となった。そして、研究を実施する上で研究助成を受けることができたが、その申請時に私の不手際で期限が差し迫

まり、先生にさまざまなご対応をしていただく羽目になり、ご面倒をおかけした。指導教官には謝辞を書かないものと教えていただいたが、やはり三浦先生には謝辞を述べさせていただきたい。最後までご指導くださり、本当にありがとうございました。

そして、博士学位論文の審査では、副査を田中尚先生、審査員を佐藤善久先生、外部審査員を大島巖先生(日本社会事業大学)に務めていただいた。私が修士課程(岩手県立大学大学院)の当時、田中先生は同校に在籍されており、先生の講義を履修していた。こうしたこともあり、田中先生が副査を務めてくださることを知り、成長した姿を見せたいと思い、一層気が引き締まった。そして、審査してくださった際にはソーシャルワークの研究者の立場から肯定的な評価をしてくださり、安堵感とうれしきで一杯になった。佐藤先生は、医学系の研究をされている中で社会福祉学研究としての本論文を細部まで読み込んでくださった。研究論文としての体裁や統計処理の方法といった基礎的な側面から丁寧にご意見・ご助言いただいた。先生からのご指摘を受け、基礎データの傾向を踏まえた統計処理の方法、研究結果から言えることの限界性と真摯に結果を捉えることの大切さを学んだ。そして、大島先生が外部審査員を引き受けてくださり、私の研究論文へのご意見・ご助言くださったことが今でも信じられない。これまで精神保健医療福祉分野で実践や研究に身を置いてきた私にとって、大島先生のご活躍を拝見し、ご著書も拝読してきた。そのような精神保健福祉分野における研究の大家である先生に私の博士学位論文をどのように受け止めていただけるのか、とても不安であった。審査では、多くのご意見・ご助言をいただくとともに、一定の評価をしてくださったことに自信を持つことができた。博士学位論文の審査において、田中先生、佐藤先生、大島先生に審査いただき、私が今後も研究に従事していきたいと願う中で、極めて有益なご意見・ご助言、謙虚で真摯な姿勢の大切さをご教授いただけたことに深謝します。

また、博士学位論文を完成させるにあたり、公益社団法人日本精神保健福祉士協会からの調査協力、公益財団法人ユニバーサル財団から研究助成がいただけたことは幸運であった。日本精神保健福祉士協会から構成員名簿から宛名ラベルを提供いただいた。協会事務局の方々には、何度も繰り返しの問い合わせにも丁寧にご対応いただき、また協会理事の方々からの本研究への協力にご賛同いただけたことに感謝します。そして、ユニバーサル財団による研究助成金をいただければ、調査すらできなかった。助成いただけたことに感謝します。その上で、本論文の調査に協力してくださった精神保健福祉士等のソーシャルワーカーの皆様、日本精神保健福祉士協会の構成員の皆様が貴重な利用者の方々への支援のための時間を割いてくださったことに深謝します。

博士学位論文におけるクライシス(Crisis); 転機はまだ存在する。博士課程に入学するよりも随分前の転機であるが、この出会いがなければ私は研究に関心を持つことはなかったし、論文の書き方すら知らないままであったと思う。その出会いとは、私が独立行政法人国立病院機構さいがた病院(現:さいがた医療センター)に務めていた際の同期であり、多職種チームの一員であり、現在の共同研究者であり、心友である野村照幸さんとの出会いがなければ、こうして博士課程に入学し、論文を書き上げるなんてことはあり得なかった。実際に、私が初めて執筆した単著「医療観察法入院対象者へのソーシャルワーク実践の課題の検討:医療観察法病棟入院対象者の入院決定関係書類における社会復帰阻害要因の分類より(2012)『精神保健福祉』43(1),49-56.」は、彼の指導により執筆し、これをきっかけに研究に関心を持つようになった。さらに、研究の初心者である私とクライシス・プランの共同研究に着手してくれたことで、彼の論文執筆の作法や学会発表での振る舞い、研究への姿勢などを間近で見ることができ、私が研究に足を踏み入れていく際のモデルとなった。そして、現在ではクライシス・プラン実践や研究の先導者として、この博士学位論文の完成に向けて多くのアドバイスと支えをくれた。本当に彼と出会えたこと、そして今もつながりを持っている

ことは私の財産である。

そして博士課程在学中、私は公務員を退職した。公務員のままでは、博士學位論文を執筆するための労力、調査のための時間などを確保することが困難であると判断したためである。これは、公務員であることを続けるよりも、博士課程を修了し、教育・研究職として先の人生を送っていくことを決断したことでもあり、この決断は私だけでなく、妻、妻の両親にとっても本当に大きな転機であったと思う。公務員を退職するといった選択に対して、社会一般では多くの反対票が投じられるのではないかと思う。しかし、妻、妻の両親は「目指していることがあるなら応援する」と私の考えに理解を示してくれ、背中を押してくれた。こうした中で、博士課程を修了すること、日々論文に向き合うことの責任感が生まれ、執筆作業を進めることができた。このような私のわがままな自己選択、自己決定を支持してくれ、何も言わずにこれまで見守ってくれた妻、妻の両親にただただ感謝しかない。

また仕事人間として、これまで十分に家事や育児に参加してきたかという、嘘でもしてきたとは言えない。さらに、論文執筆中は一層遠ざかってきた。ただ、遠ざかることができたのは、妻が仕事をしながらも、私を理解してくれ支えてきてくれたからである。子どもたちも、どこかに出掛けたくても我慢し、「頑張ってるね」という手紙を書いてくれ、それに何度も励まされた。子どもたちの寝顔を見るたびに絶対に修了すると心に誓った。そして、妻の両親も家事や孫の相手をしてくださるなど貴重な時間を使って協力してくださった。こんな私のわがままな人生に巻き込んでしまった妻や子どもたち、妻の両親には申し訳なく思うとともに、私の希望を尊重してくれ、生活を支えてくれたことに心から感謝している。

さて、こうした謝辞を記している間に一つの間いが浮かんできた。そもそも私が博士(社会福祉学)を目指したのはなぜなのか、ということである。教育・研究職を目指す上で博士号を取得していることは重要なことであるが、現在のところ必須というわけではない。また、社会福祉学ではなく、他の学際領域を専攻するという選択もあったはずである。これを考えたときに、亡父の存在が浮かんだ。写真家だった亡父は、良いものを生み出そうと実直に仕事に従事し、自らの腕や技を高めるために日々研鑽していた。また、どこへ行くにもカメラを持ち歩き、癌を患い闘病中の病床においてすらカメラを手にしてた。そんな一つのことを突き詰め、楽しみ、好きになれる亡父の姿と、それを支える実母の姿を見て育ってきた影響からか、一つのこと“社会福祉・ソーシャルワークという学問・専門職”を突き詰めていきたい(突き詰めるべきである)という信念が私の中に存在しているのではないか、と考えている。

ようやく一つのことを突き詰めていくための第一歩を踏み出せそうである。ただ、亡父のように一つのことを突き詰め、最後まで楽しみ、好きでいられるようになるには、多くのクライシス(Crisis)；転機が存在することであろう。私の実母が亡父を支えてきたように、現在の私にも多くの心強い支えが存在し、肯定的な方向へと進んでいけるように思う。今後は、少しずつこれまでの恩返しを家族にしていきたい。そして、社会の役に立ち、多くの方々のためになるものを示すことができる研究者としての役割を務められるようになりたい。

本論文を完成させる上で、本当に多くの方々から指導、協力、支え、つながりをいただいた。ここで直接名前を挙げて謝辞を述べるができなかった方々からの支え、励ましも多くいただいた。こうした方々へも感謝し、謝辞としたい。

本当に、本当にありがとうございました。

2020年2月
狩野 俊介

年 月 日

所属長 様

研究責任者 東北福祉大学大学院総合福祉学研究科
教授 三浦 剛

研究実施者 東北福祉大学大学院総合福祉学研究科
博士課程1年 狩野 俊介

精神障害者の地域生活支援における支援計画、クライシス・プランの作成と活用の
あり方に関する調査協力について（依頼）

貴所におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、東北福祉大学大学院で社会福祉学を専攻している博士課程1年の狩野俊介と申します。現在、博士課程研究論文で「精神障害者の地域生活支援のためのクライシス・プランの作成と活用に関する研究」に取り組んでいます。

そこで、この度は当事者を中心とした効果的なクライシス・プランの作成と活用のあり方を明らかにすることを目的に、貴所に3年以上所属し、精神障害者の地域生活支援における危機対応経験のある有資格者（精神保健福祉士など）を対象にインタビュー調査を実施させていただきたいと存じます。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をお汲み取りいただき、本調査にご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

調査内容は、研究以外の目的では一切使用いたしません。個人情報の取り扱いに留意し、当事者ご本人、インタビュー回答者及び貴所、その関係する方々が特定されたり、皆様のプライバシーが侵されたりすることは一切ございません。

なお、ご不明な点等がございましたらお手数おかけしますが下記までご連絡ください。

<お問い合わせ先>

〒981-8522 宮城県仙台市青葉区国見 1-8-1

東北福祉大学総合福祉学部 三浦 剛 研究室内

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科 博士課程1年 狩野 俊介

TEL : 090- - E-Mail : gd17001@tfu-us.tfu.ac.jp

精神障害者の地域生活支援における支援計画、クライシス・プランの 作成と活用のあり方に関する調査

2014（平成 26）年 4 月、精神障害者の地域移行を促進するためにより良い医療を推進することを主旨として、精神保健福祉法の一部が改正（以下、改正法）されました。この改正法を踏まえ、医療保護入院中の精神障害者の地域生活への移行、そして地域生活への定着を目的とした支援の精神保健医療福祉現場における実践ポイントが整理され、その中で地域生活へ移行した精神障害者の再入院や入院の長期化を防ぐことの重要性についても述べられています。そのような状況に備えて、退院後の地域生活で精神疾患が再発し、自らの地域生活を守れない状況に陥りそうになった時に医療と福祉とが連携して早期対応できるように病状悪化時の計画（クライシス・プラン）を作成することが推奨されています。

また、2016（平成 28）年 7 月に発生した相模原事件を機に、現行の措置入院制度において退院後の支援のあり方について検証がなされてきています。その要点には、退院後の医療等の継続的な支援として措置入院医療機関は措置入院患者の退院後支援計画を作成し、帰住先の保健所設置自治体が退院後の支援計画を引き継ぎ、関係者による支援調整等を行い、継続的な支援を確保することとされています。このような現状から、措置入院制度においても医療保護入院制度と同様に精神障害者の地域生活支援において継続して医療と福祉とが連携し、精神障害者本人が地域生活で病状悪化しそうになった時に早期対応が行えることが求められ、病状悪化時の計画（クライシス・プラン）を作成し、活用することが示されるようになると推察されます。

そして、精神障害者の地域生活を直接支援している相談支援現場では、2013（平成 25）年の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律；障害者総合支援法（以下、総合支援法）」が施行されました。この総合支援法では、一般相談支援事業者による「地域相談支援（地域移行・地域定着支援）」が設けられており、「地域移行支援計画」の作成や「地域定着支援の台帳（クライシス・プラン）」の作成を行い、精神障害者の地域生活支援としての支援体制の構築することが支援内容とされています。また、このような支援内容として相談支援事業所だけでなく医療機関による退院後の医療的な支援内容を盛り込み、医療機関と相談支援事業所等が連携して支援していくことになっています。

これらの現状から、精神障害者の地域生活支援においては精神科病院（医療）と相談支援事業所（福祉）の連携により病状悪化時の計画（クライシス・プラン）を作成し、それに基づいた支援対応が必要とされています。そこで、医療と福祉とが連携して効果的にクライシス・プランが作成され、その計画に基づいて適切に支援対応できることを検討するために、医療機関と相談支援事業所の精神保健福祉士を対象に、その認識状況についてインタビュー調査をさせていただいております。

質問項目(ガイド)

1. クライシス・プランの作成・活用状況の確認
2. 精神障害者の地域生活における早期支援、危機対応の支援に向けた計画(クライシス・プラン)を作成する上で重要だと考えている点と困難だと考えている点
3. 精神障害者の地域生活における早期支援、危機対応の支援に向けた計画(クライシス・プラン)を活用する上で重要だと考えている点と困難だと考えている点
4. 精神障害者の地域生活における早期支援、危機対応の支援に向けた計画(クライシス・プラン)を作成し、活用することに向けた関係機関の連携のあり方について
5. 精神障害者の地域生活における早期支援、危機対応の支援に向けた計画(クライシス・プラン)を作成し、活用する上での医療機関と相談支援事業所の役割について
6. その他 クライシス・プランの作成・活用における自由意見
7. 基本的属性

調査研究同意書

年 月 日

東北福祉大学大学院

総合福祉学研究科社会福祉学 専攻

狩野 俊介 宛

氏名： ⑩ (自署)

本人との関係：

私は下記の事項について説明を受け、確認した上で、インタビュー等の調査に同意します。

記

1. 今回聴取する内容は博士論文作成を目的としたデータとして利用します。
2. 今回の研究のテーマ・目的と方法は以下のとおりです。

研究テーマは、精神障害者の地域生活支援における支援計画、クライシス・プランの作成と活用のあり方に関する精神保健福祉士の認識調査です。

研究の目的として、精神障害者の地域生活支援における支援計画（クライシス・プラン）の作成と活用のあり方に関する医療機関と相談支援事業所の精神保健福祉士の認識状況を確認することです。そして、このような認識状況が確認できることで、近年の精神障害者に対する医療制度と福祉制度の双方において作成と活用が求められている支援計画（クライシス・プラン）について、効果的で医療と福祉とが協働した作成と活用に寄与できると考えています。

そこで、精神障害者の地域生活支援において危機対応を経験したことがある医療機関と相談支援事業所で実践する精神保健福祉士に対してインタビューを実施し、その支援における視点や方法について調査するためのご協力をお願いします。
3. 収集したデータは情報の漏洩が無いように厳重に管理し、研究内容を報告会や学会、論文等において発表する場合においても個人が特定されるような情報はいっさい排除いたします。
4. インタビューにおいて身体・精神的な苦痛の無いように配慮いたします。インタビュー途中での中断・中止や、同意の取り消しはいつでも行うことができます。また、それによる不利益は発生しません。
5. 収集した研究に係るデータは、研究が終了した後には廃棄いたします。

以上

同意撤回書

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科博士課程

狩野 俊介 様

私は研究課題「精神障害者の地域生活支援における支援計画、クライシス・プランの作成と活用のあり方に関する精神保健福祉士の認識調査」への協力に同意し、そのインタビュー内容の使用、保存を認めて参りましたが、このたび諸般の事情により同意を撤回することに致しましたので通知いたします。

研究協力者本人の署名

_____ 印

_____ 年 月 日

同意撤回書の送付先

〒981-8522

宮城県仙台市青葉区国見 1-8-1

東北福祉大学総合福祉学部 三浦 剛 研究室内

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科 博士課程 1年 狩野 俊介 行

TEL:090- - E-Mail:gd17001@tfy-us.tfu.ac.jp

2019年 月 日

公益社団法人日本精神保健福祉士協会
構 成 員 各 位

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科
教授 三浦 剛(研究指導教員)
東北福祉大学大学院総合福祉学研究科博士課程
講師 狩野 俊介(研究実施者)

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認識に関する
アンケート調査へのご協力をお願い

新緑の候、皆様方におかれましては、益々ご健勝のことと存じます。

近年、国内の精神保健医療福祉制度における動向として、精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの作成と活用が推奨されています。このクライシス・プランについては、精神保健福祉士以外の関連職種からも注目されている状況にありますが、その具体的な作成や活用方法については未だはっきりと示されておりません。今後、クライシス・プランが精神障害者の地域生活支援において作成・活用されていくことが予想される中で、クライシス・プランの作成と活用方法について検討していくことは、精神保健医療福祉領域の支援の充実だけでなく、当事者の地域生活上の権利擁護やエンパワメントにもつながっていくと考えられます。そこで本研究は、当事者の生活を基盤としたアウトリーチ活動、多職種・多機関との連携、ケアマネジメント業務、当事者の権利擁護や社会復帰等を目的とした実践を行っている精神保健福祉士の認識から検討することが重要だと考え、調査の実施を行なうものです。

本調査は、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の調査協力規程に基づき、2017年度第2回通常理事会で審議いただいた結果、理事全員より賛成（同意）の意思表示があり、監事の異議はなかったことから、協力することが決議（2018年3月10日付）されました。理事会において調査協力することが決議され、協会へ加入3年以上経過している精神科病院および相談支援事業所、ならびに保健所に所属している構成員を無作為抽出された宛名ラベルの提供を受け、皆様のもとに調査票が配布されています。本調査への協力については各構成員の自由意志に基づきますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご多用のところ誠に恐縮ではございますが本調査にご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、ご回答いただいた内容は、すべて統計的に処理し、記入施設および記入者、その関係する方々が特定されたり、プライバシーが侵害されたりすることは一切ございません。研究の詳細および研究に関する問い合わせ先等については、研究実施者からの「研究概要と説明文書」の書面をご覧ください。

本調査票へご回答いただきました際には同封した封筒をご活用いただき、2019年5月24日(金)までに調査票のご返送をお願いします。

研究概要と説明文書

本文書は、あなたに研究への協力をお願いしたく、研究概要などについて説明したものです。この文書をよく理解された上で、調査用紙への回答と返送をお願いします。本研究におきましては、回答と返送をもちまして同意の表明とさせていただきます。

もちろん、同意いただけず、調査用紙への回答と返送がないからといって、それを理由にあなたが不利益を被ることはありません。

以下に、本研究協力への同意に関わるいくつかの重要な点を説明いたします。

まず、あなたに研究への協力をお願いするため、研究概要を含め、本研究の手続きについて記載しています。この文書を良く理解いただき、研究協力に同意いただける場合にはお手数をおかけしますが調査用紙への回答と返送をお願いします。

《本研究に関する説明》

1) 研究課題名

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

2) 研究指導教員および研究実施者氏名

① 研究指導教員

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科 教授 三浦 剛

② 研究実施者

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科博士課程 狩野 俊介

3) 研究の意義、目的、方法及び期間

① 意義、目的

今日の精神保健医療福祉制度における非自発的入院患者における入院医療だけでなく、退院後の地域生活支援の充実が目指されています。その上で、精神障害者本人の自己実現を促進するために地域生活上の危機に本人と支援者が協力して対処し、再入院の予防および再入院したとしても長期化を防止できるようにクライシスプランの作成と活用が推奨されています。しかし、このクライシスプランには精神障害者の地域生活を管理したり、リスクに焦点化させてしまったりすることが危惧されることも事実であり、その支援者のクライシスプランを用いるための適切な認識が必要です。

本研究において、精神障害者の権利擁護や社会復帰を理念としている精神保健福祉士のクライシスプラン実践の認識を確認できることで、その適切な作成や活用のあり方を明らかにでき、精神障害者の地域生活を支援するための実践方法を充実させることにつながると考えられます。

② 方法

郵送法により、アンケートへの回答と返送をもって本研究に協力することに同意いただけたこととさせていただきます。

③ 期間

本研究の調査期間は、平成 31 年 5 月上旬から順次発送しています。回答は、2019 年 5 月 24 日（金）までに返送いただけますようお願い申し上げます。

4) 研究協力者として選定された理由

本研究は、クライシスプランの作成と活用に関する認識を調査したいことから、少なからずクライシスプランについて見聞きしたことがある精神保健福祉士を対象としたいと考えました。その上で、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の会員であれば、協会から発刊されている情報誌等においてクライシスプランの文言だけでもご覧になったことがあるのではないかと推察されました。加えて、精神障害者の地域生

活支援の機関として精神科病院、相談支援事業所、保健所が挙げられ、その実践においては各機関に所属する精神保健福祉士がその中心的な役割を担うことが期待されると考えました。

このような理由から、あなたに本研究の協力をお願い申し上げました。

5) 研究協力機関について

本研究は、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の調査協力により、調査対象者の名簿の提供を受けて実施しています。そして、研究資金源については、研究実施者の経費及び公益財団法人ユニバーサル財団の研究助成を受けて実施しています。あなたの負担はありません。また、交通費や謝礼金などの支給はありません。

6) 個人情報の保護について

本研究で得られた個人情報は匿名化し、他に漏れることないように厳重に管理します。また、そのデータはパスワードを設定し保存します。また、本研究は東北福祉大学大学院の倫理委員会で審査を受け、その許可を得て実施しております。

7) 本研究に協力する人の権利について

この研究に協力するかどうかは、あなたの自由意思で決定してください。同意しなくても、あなたの不利益になるようなことはありません。

本研究への同意につきましては、回答および返送をもって同意となりますのでご留意願います。

9) 研究成果の公表

研究の成果は個人が特定されることがないように上で、学会発表や学会雑誌などで公に発表されることがあります。

10) 研究終了後の資料の取扱いについて

本研究で提供していただいたあなたの資料は、この博士学位論文として発表した後、電子データ化した資料は適切に管理した上で10年間、紙媒体の資料については速やかに破棄し、情報の流出を防止します。

本研究の趣旨についてご理解いただき、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

<本研究に関する問い合わせ先>

〒981-8522 宮城県仙台市青葉区国見 1-8-1

東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科 三浦 剛 研究室内

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科 博士課程 狩野 俊介

TEL : 090 - - E-Mail : gd17001@tfu-us.tfu.ac.jp

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 作成と活用の認識に関するアンケート

＜記入上の注意点＞

- ① 一般精神保健医療福祉での精神障害者の地域移行や地域定着に向けた地域生活支援において、医療と福祉が連携したクライシス・プランの作成と活用のご経験からご回答ください（医療観察法は除きます）。
- ② クライシス・プランの作成と活用の経験がない方は、これまでの精神障害者の地域生活支援の業務経験からご回答ください。
- ③ 本調査でのクライシス・プランとは「精神障害者本人が希望する地域生活を継続できること、また病状悪化する等により生活の変化が生じた際に早期に支援でき、必要時には危機対応できるように、事前に利用者本人の対処や支援者による支援対応を行うためのケア計画」と定義します。
別紙にクライシス・プランの一例を示しましたので参照してください。
- ④ 本調査における「支援者」とは医療機関や相談支援事業所、行政機関、サービス提供事業所、家族など、精神障害者本人の支援にかかわる関係者をまとめて指します。

Q1：クライシス・プランの作成に関してお尋ねします。

1. あなたは、これまでに一般精神保健医療福祉の支援現場でクライシス・プランを作成したことはありますか？あてはまる数字に○をつけ、必要項目を記入してください。

1. ない 2. ある（約_____件）

2. クライシス・プランの作成において「あなたの実践できる自信」について、以下のそれぞれの項目についてどの程度あてはまりますか。「1」（全く自信がない）～「5」（とても自信がある）の中で最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

		全く 自信がない	あまり 自信がない	どちらとも 言えない	少し 自信がある	とても 自信がある
例	利用者と協力してクライシス・プランを作成すること	1	2	3	④	5
1	クライシス・プラン作成のために利用者と関係性を深めること	1	2	3	4	5
2	クライシス・プラン作成のために支援者と関係性を深めること	1	2	3	4	5
3	利用者とクライシス・プラン作成の必要性を共有すること	1	2	3	4	5
4	支援者とクライシス・プラン作成の必要性を共有すること	1	2	3	4	5
5	クライシス・プラン作成のために利用者と病状を振り返ること	1	2	3	4	5
6	クライシス・プラン作成のために利用者と生活状況を振り返ること	1	2	3	4	5
7	クライシス・プラン作成に向けて利用者のニーズを明らかにすること	1	2	3	4	5
8	クライシス・プラン作成に向けて利用者の希望を明らかにすること	1	2	3	4	5
9	クライシス・プラン作成のために支援者同士が協働すること	1	2	3	4	5
10	クライシス・プランの作成を目的に支援者から情報収集すること	1	2	3	4	5
11	利用者とあなたで意見を出し合い合意を得て作成すること	1	2	3	4	5
12	利用者と支援者全体で意見を出し合い合意を得て作成すること	1	2	3	4	5
13	クライシス・プランを作成するために会議の場をもつこと	1	2	3	4	5
14	クライシス・プラン作成におけるケアマネジャー的役割を担うこと	1	2	3	4	5
15	利用者の実際の地域生活に即したクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	5

16	利用者自身の対処方法を整理してクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	5
17	支援者の役割や支援内容を調整してクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	5
18	利用者の安定した状態の継続を目的にクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	5
19	利用者の強みを活用できるようにクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	5
20	利用者の個性に基づいてクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	5
21	利用者の病状や生活状況の変化を踏まえて作成すること	1	2	3	4	5

3. クライシス・プランの項目（内容）について、①その項目（内容）を取り入れる重要性について「1」（全く重要でない）～「5」（とても重要である）の中で、②あなたが中心となってクライシス・プランを作成することになった場合の取り入れる困難さについて「1」（全く困難でない）～「5」（とても困難である）の中で、最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		① 取り入れる重要性					② 取り入れる困難さ				
		全く重要でない	あまり重要でない	どちらとも言えない	少し重要である	とても重要である	全く困難でない	あまり困難でない	どちらとも言えない	少し困難である	とても困難である
例	利用者が自分の生活で大切とする事柄	1	2	3	④	5	1	②	3	4	5
1	利用者の状態や病気に影響するストレスの内容	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	利用者の状態や病気に影響するストレスの対処方法	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	利用者が安定している時の病気や生活の状況	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	利用者が自らの安定した状態を続けるために行うこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	支援者が利用者の安定した状態を続けるために行うこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	危機状態へとつながる注意サイン（生活や症状の変化）	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	危機状態の様子がわかる状況（生活や症状の変化）	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	利用者の長所や目標（強み・ストレンクス）	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	利用者が危機状態に自己対処するための方法	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	地域関係機関が利用者の危機状態に対応するための方法	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	医療機関が当事者の危機状態に対応するための方法	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	危機状態時に利用者が希望する治療や支援内容	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	任意入院が必要だと判断される状況（生活や病状）	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	医療保護入院が必要だと判断される状況（生活や病状）	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	危機状態時に利用者が拒否したい治療や支援内容	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	危機状態時に利用者の思いを代弁する人物や機関	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Q2：クライシス・プランの活用に関してお尋ねします。

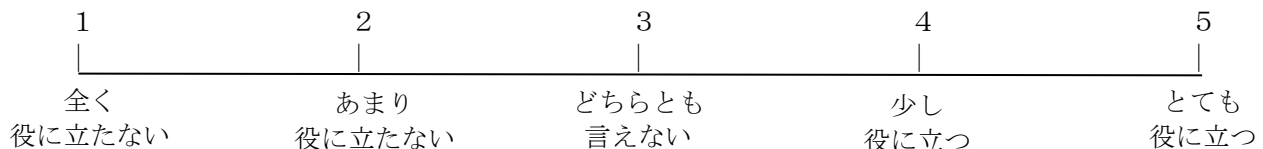
1. あなたは、これまでに一般精神保健医療福祉の支援現場でクライシス・プランを活用したことはありますか？あてはまる数字に○をつけ、必要項目を記入してください。

1. ない 2. ある (約 _____ 件)

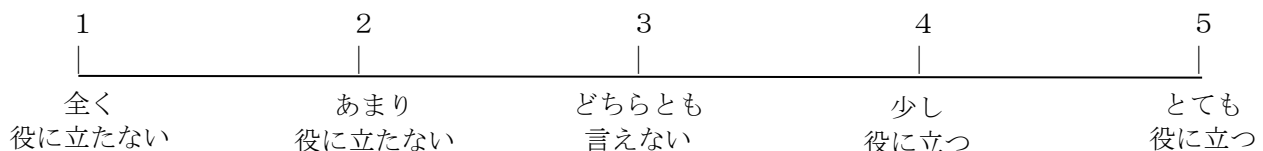
2. あなたの精神障害者の地域生活支援における実践で、クライシス・プランを活用することがどのような時に役立つと思いますか。「1」(全く役立たない)～「5」(とても役立つ)の中で最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

		全く 役に立たない	あまり 役に立たない	どちらとも 言えない	少し 役に立つ	とても 役に立つ
例	利用者と支援者との関係性が良くなる	1	2	3	④	5
1	病状悪化時に利用者と支援者で生活や病状について話し合う	1	2	3	4	5
2	病状悪化時に所属機関内の支援者間で情報共有する	1	2	3	4	5
3	病状悪化時にフォーマルな関係機関で連絡調整を行う	1	2	3	4	5
4	病状悪化時にケア会議で情報共有する	1	2	3	4	5
5	病状悪化時にインフォーマルな支援者と情報共有する	1	2	3	4	5
6	病状悪化時に利用者が希望する治療や支援を提供する	1	2	3	4	5
7	病状悪化時に支援者が利用者の自己決定を尊重する	1	2	3	4	5
8	病状悪化時に利用者が自分の生活や病状の変化に気づく	1	2	3	4	5
9	日常的に利用者と支援者とで生活や病状について話し合う	1	2	3	4	5
10	日常的に職場内の支援者間で情報共有する	1	2	3	4	5
11	日常的にフォーマルな関係機関で連絡調整を行う	1	2	3	4	5
12	日常的にケア会議で情報共有する	1	2	3	4	5
13	日常的にインフォーマルな支援者と情報共有する	1	2	3	4	5
14	日常的に利用者が希望する治療や支援を提供する	1	2	3	4	5
15	日常的に支援者が利用者の自己決定を尊重する	1	2	3	4	5
16	日常的に利用者が自分の生活や病状の変化に気づく	1	2	3	4	5

3. クライシス・プランはどの程度地域移行支援(入院中～退院まで)に役立つと思いますか。あてはまる数字に1つだけ○をつけてください。



4. クライシス・プランはどの程度地域定着支援(退院後～地域生活)に役立つと思いますか。あてはまる数字に1つだけ○をつけてください。



5. 精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの機能に関する「重要性」について、「1」（全く重要でない）～「5」（とても重要）の中で、またクライシス・プランの活用において「あなたが実践できる自信」について「1」（全く自信がない）～「5」（とても自信がある）の中で、最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

例		①（クライシス・プランの機能として） どの程度重要か					②（クライシス・プランを活用する上での） 実践できる自信				
		全く重要でない	あまり重要でない	どちらとも言えない	少し重要である	とても重要である	全く自信がない	あまり自信がない	どちらとも言えない	少し自信がある	とても自信がある
			1	2	3	④	5	1	②	3	4
1	利用者の病気や生活の変化を支援者と共有できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	利用者の安定した病状や生活を維持するため活用すること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	利用者の病状や生活状況を支援者間で情報共有できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	利用者の個性に基づく支援のために活用すること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	利用者の生活支援に支援者が伴奏的に支援できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	利用者と支援者との信頼関係を深められること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	利用者の病状や生活状況に応じた自己決定が促せること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	利用者が主体的に医療や福祉サービスの利用ができること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	利用者が自らの強みを活かした生活支援ができること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	利用者が自らの病気や生活の変化に気づけること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	利用者が望まない治療や支援に対して意向を示せること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	病状悪化時の支援対応に利用者の希望を尊重できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	支援者が利用者の病気や生活の悪化に早期対応できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	利用者が自らの病気や生活の変化に気づけること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	支援者が利用者の病気や生活の悪化のサインに気づけること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	利用者自ら病気や生活の変化に対処できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	支援者が利用者の病気や生活の変化に速やかに対応できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	利用者の病気や生活の変化に応じて支援内容を調整できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	利用者の病気や生活の変化に対応する支援ネットワークを構築できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	利用者と支援者で病気や生活の状態について話し合う機会をもてること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21	利用者と支援者で病気や生活の状態に応じた対応を明確化できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22	病状悪化時に利用者が望まない治療や支援を受けることが少なくなること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23	病状悪化時に利用者の権利を擁護できること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24	利用者の生活や病状に応じた治療支援の状況をモニターできること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25	病状悪化後の支援の立て直しができること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

6. これまでの支援実践においてクライシス・プランが役立った事例・場面（もしくは役立ちそうな事例・場面）について、可能な範囲で教えてください。※個人情報に留意してご記載ください。

[]

7. 今後の精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの作成と活用に関する意見（良い点・悪い点など）がありましたら自由に教えてください。

Q4：以下の項目についてあてはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

1. 性別： 1. 男性 2. 女性 2. 年齢： _____歳

3. 所属機関： 1. 精神科病院 2. 相談支援事業所 3. 都道府県保健所・政令市保健所
4. その他（ _____ ）

4. 精神保健福祉士以外の保有する国家資格（複数保有する場合は主要なものを一つ回答）：
1. 精神保健福祉士のみ 2. 社会福祉士 3. 看護師 4. 保健師
5. 臨床心理士 6. 作業療法士 7. その他（ _____ ）

5. 精神保健福祉領域での業務経験年数：

病院で、約 _____ 年 _____ ヶ月 事業所で、約 _____ 年 _____ ヶ月 行政で、約 _____ 年 _____ ヶ月

6. 医療観察法業務の経験の有無： 1. ない 2. ある

7. 同じ機関内でケアプランの作成に関与しているソーシャルワーカーの人数： _____人

8. 1ヶ月間に地域生活上の病状悪化事例に直接支援対応（連絡調整含む）する件数（平均）：

1. 5件未満（ _____ 件） 2. 5件以上～10件未満 3. 10ケース以上（ _____ 件）

9. これまでのクライシス・プランという言葉に関する認識の有無： 1. ない 2. ある

9-2. 「2. ある」に回答された方はどのような機会に知ったかを（ _____ ）にご記入ください

（どのような機会ですか？ _____ ）

10. あなたのクライシス・プランに対する関心の有無： 1. ない 2. ある

アンケートは以上になります。お忙しいところ、ご協力いただきまして本当にありがとうございました。
本アンケート用紙のみ返送くださいますようお願いいたします。