

精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践に関する 実態調査

狩野俊介・野村照幸

要旨

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・プラン実践の実態を明らかにすることを目的に、精神科病院、相談支援事業所、保健所のソーシャルワーカーを対象に実態調査を実施した。その結果、クライシス・プランは専門職個人の判断から支援に用いられており、未だに一般精神保健医療福祉の現場に普及していない現状が明らかとなった。そうしたなかで、クライシス・プランはリスクマネジメントに偏って作成されている状況にあった。そして、クライシス・プランは日常的に当事者自らのセルフモニタリングや支援者のモニタリングで活用されていた。一方で、病状悪化時には事前の合意をもとにした権利擁護のために活用されていない可能性があることを指摘した。

キーワード:クライシス・プラン(crisis plan)、地域生活支援(community life support)、精神障害者(people with psychiatric disabilities)、ソーシャルワーカー(social worker)、実態調査(survey)

はじめに

1. 問題の所在

我が国の精神障害者に対する治療支援に関する計画として、看護計画や入院治療計画、サービス等利用計画等がさまざま存在しており、これらは各専門職や各機関単位で用いられている。一方で、多領域にわたった多職種・多機関が精神障害者とともに治療支援のために作成、活用される計画はこれまでに皆無であり、近年注目されている「クライシス・プラン」が初めてであると考えられる。

クライシス・プランが精神障害者の地域移行及び地域定着支援(以下、地域生活支援)のために作成、活用されるようになった背景には、2005(平成 13)に施行された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)の処遇のなかで、クライシス・プランが実践されるように

なったことがあげられる(狩野 2017)。医療観察法は、国内の司法精神医療制度であり、重大な他害行為を行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る。クライシス・プランは医療観察法において「病状や状態に応じた自己対処や支援者の対応方法をあらかじめまとめた計画書」として作成され、対象者の地域生活上の支援対応のために地域援助機関、支援者、家族などによって活用されている(平林 2011)。そして、法の目的を達成するために、法対象者の退院後の地域処遇を実施する上で、緊急時の対応として必要な医療等を速やかに得られるような計画が求められたことから、クライシス・プランとして用いられるようになった。それが今日では、医療観察法以外の一般精神保健医療福祉制度上においても作成されるようになっている。

例えば、重度の精神障害者の地域生活を多

職種が協働して支援する包括的地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) において、地域生活上の病状悪化対応のためにクライシス・プランは必須とされている (伊藤 2012)。つまり、地域生活を継続し、定着していくために、医療が必要となった際にクライシス・プランを用いていくこととされている。また、入院治療の必要性は低いものの社会的要因による理由から精神科病院に入院したままになっている、いわゆる社会的入院患者が多く存在している。こうした課題に対して日本医師会 (2016) は、「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」について検討し、報告書を作成した。この報告書のなかに、「長期入院後に退院した人に対して、アウトリーチの計画書とクライシス・プランの作成は無くしてはならない。また、クライシス・プランに対する報酬を付けることは実行していくうえで、重要になってくる」とされている。こうしたことから、長期入院精神障害者の地域移行を促進するためにクライシス・プランが重視され、診療報酬をつけることで積極的に作成されていくよう提案されている。

加えて、2014 (平成 26) 年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」 (以下、改正法) が施行された。改正法では、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、医療機関に「退院後生活環境相談員」を新設すること、地域援助事業者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。これにより、精神障害者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、精神障害者の地域移行の促進に努めることとされた (厚生労働省, 2014)。こうした精神障害者の地域移行のために、本人の希望を尊重しながら退院に向けて多職種・多機関により薬物療法、服薬管理、金銭管理、生活技能の獲得などを行うが、その中にクライシス・プランの作成が含まれ、重要な取り

組みとして位置付けられている (厚生労働省 2016)。また、精神保健福祉士等を選任する「退院後生活環境相談員」の業務の一つに、個別支援計画を作成するとともに、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た (公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2016)。こうした改正法に基づいて創設された「退院後生活環境相談員」の業務に位置づけられたクライシス・プランの作成は、医療観察法制度での実践を背景にしていると考えられる。

また、2018 (平成 30) 年に通知された「措置入院の運用に関するガイドライン」および「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」 (以下、地方公共団体ガイドライン) では、措置入院患者に対して『退院後支援に関する計画』の作成が示された。作成主体は自治体担当者であり、作成にあたって精神保健福祉士等の「退院後生活環境相談員」と連携することとされている。そして、この『退院後支援に関する計画』において実質クライシス・プランと捉えられる“病状が悪化した場合の対処方針”の項目を作成することが推奨されている (厚生労働省 2018)。こうした地方公共団体ガイドラインや改正法における規定の内容から、精神障害者の退院後の地域生活の安定を図り、病状悪化時の早期対応を目指し、再入院の防止や再入院が必要となった場合でも非自発的入院を防ぎ、早期に地域生活に戻ることができるようにクライシス・プランを作成していくことが推進されていると言える。

一方で、こうしたクライシス・プランを精神障害者の地域生活支援に用いていく上で、いくつかの課題が指摘されている。野村 (2014) は、クライシス・プランの作成方法や手順、活用方法などが明確に示されておらず、一般精神保健医療福祉領域における普及の課題を指摘している。また狩野 (2019) は、クライシス・プランが用いられ始めた背景から、精神障害者による重大事件

の再発防止や治安維持の役割として、当事者の地域生活を支援者が管理・監視するためのものとなることの懸念を述べている。こうしたことから、今日の精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践状況は、支援者の試行錯誤の状態にある。また、今後の精神保健医療福祉制度において、退院後の医療等の継続支援、地域移行や地域定着の支援充実のためにクライシス・プランが重要視されているものの、その目的や具体的な実践方法が提示されておらず、支援のパターナリズム化が危惧される。

2. クライシス・プランに関する先行研究の動向

1980年代から欧米では、精神障害は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ることがある特徴から、非自発的入院や強制的治療の提供が余儀なくされる場合があるために、当事者の自己決定権を可能な限り尊重しようとする権利擁護が重視されている(藤井 2011)。そして、こうした権利擁護を目的とした病状や状態悪化等の緊急時における対応の指針として、退院後ケア計画におけるクライシス・プランが重要視されている(公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2018)。つまり、欧米ではクライシス・プランは精神障害者が判断能力の低下に伴い非自発的入院や強制的治療を受ける可能性があることから、自己決定権を保障するための権利擁護のための方法として用いられている。

現在では、こうした精神障害者を含む障害者の自己決定権の保障に関して、国連障害者の権利条約(障害者の権利に関する条約)(以下、権利条約)の第12条に「法律の前に等しく認められる権利」に規定されている。これは障害を持つ人が生活のすべての側面において「自分で自分の意思決定を行う権利を保障する」ために、当事者が支援を受けて意思決定するあり方が求められていると考えられる(狩野 2020)。我が国は、権利条約を2014(平成26)年に批准しており、同年に施行された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(以下、障害者総合支援法)に意思決定支援が盛り込まれた(木口 2017)。こうしたことから、国内においても欧米のように精神障害者の特徴を踏まえた意思決定支援のための具体的な支援方法として、クライシス・プランを用いられていくことが期待できる。

欧米において、精神障害者の地域生活での病状悪化時の対応に向けて事前にケア計画を立案する取り組みとして、Joint Crisis Plan(JCP)が存在する(平林 2011)。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早期治療が得られることを目指し、当事者の権利擁護とエンパワメントを促進することを目的に、事前に当事者と支援者とで作成し、合意がなされた計画である(Henderson C. et al. 2004)。JCPは、とりわけイギリスを中心に研究されている。

JCPは、作成手順も示されている。当事者と支援者、そして第三者のファシリテーター(精神科看護師やソーシャルワーカーなど)により、準備と計画のための2度の会議を通じて作成される。準備会議では、ファシリテーターからJCPの目的や計画に含まれる項目などについて説明があり、計画会議では治療や支援に直接関与するスタッフ、当事者の希望する人物(家族、友人など)と内容を協議し、完成となる。なお、JCPの内容として、氏名や電話番号、診断、担当スタッフなどの基本情報、アレルギー、病状悪化につながる状況、病状悪化の早期警告症状、危機状況や再発時に有効であった治療内容、危機状況や再発時に希望する・希望しない治療などの選択肢のなかから選んでもらったり、当事者の個別的な希望をもとに加えたりすることができる(Henderson C. et al. 2008)。

こうしたJCPの有効性として、Henderson C. et al.(2004)は通常治療にJCPを作成した群(介入群)と通常治療のみの群(統制群)による介入研究を行った結果、介入群の方が非自発的入院の回数が統制群よりも有意に低かった

ことを報告している。さらに、Flood C. et al. (2006)は、医療経済学的な視点から、通常治療に JCP を作成した群(介入群)と通常治療のみの群(統制群)における医療・福祉サービスの利用回数や医療費等を比較検討した。その結果、これらに有意な差は認められなかったものの、介入群の方が医療・福祉サービス利用回数や医療費が少なかったことから、JCP を用いることによってこうした費用の抑制が期待されることを述べている。一方で、Thornicroft G. et al. (2013)らイギリスの複数の地域における大規模なランダム化比較試験の結果では、JCP を作成した介入群と通常治療のみの統制群との間に、非自発的入院の回数に有意な差は認められず、副次的なアウトカムである当事者の主観的な評価に基づく支援関係のみが有意に向上したとしている。

イギリスにおける JCP の先行研究において、JCP の主目的である非自発的入院の減少においては一貫した成果は得られていない。しかし、当事者の主観による支援関係が向上することによって、当事者の支援者に対する信頼感が高まり、当事者の自らの治療支援に参加でき、自己決定権の保障が可能となり、当事者の権利擁護やエンパワメントが促進されると考えられる。また、Bone JK. et al.(2019)は非自発的入院に対する効果が期待されるさまざまな心理社会的介入の方法についてシステマティック・レビューを行った結果、包括的地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment:ACT)や精神病に対する認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy for psychosis:CBTp)などと比較して、JCP は非自発的入院を予防するために最も効果的な方法であることを報告している。つまり、JCP の有効性の検証についてはさらなる研究が必要であるものの、現状として精神障害者の特徴を踏まえた自己決定権を保証するための有望な方法とされている。

こうした JCP とクライシス・プランは、当事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で共通している(平林 2011)。そして、国内では医療観察法に指定されたすべての入院医療機関でクライシス・プランが作成されている(村杉ら 2014)。ただし、医療観察法制度上でのクライシス・プランの実践については、多くの研究が事例報告であり(例えば大鶴ら 2013)、科学的に臨床的な有効性を示すような研究は行われていない。

クライシス・プランの実態調査については、野村ら(2017)は医療観察法の通院処遇において適切にクライシス・プランが活用されるための要因として、日常的な活用と病状悪化時の活用に影響する要因を明らかにしている。また、医療観察法の入院病棟におけるクライシス・プランの作成と活用に関する調査により、その作成時期や作成する上での困難さが存在していることから、作成の標準化が必要であることを指摘する報告もある(野村ら 2020)。いずれにしても、クライシス・プランを作成することが当然視されている医療観察法制度上においてその有効性は実証されておらず、その作成や活用についての方法も統一されたものが示されていない状況にある。

医療観察法以外の一般精神医療福祉制度においても、事例報告が多く(例えば、野村 2014)、公的なガイドライン等でクライシス・プランを用いることが推奨されているのみで、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目的や、どのような有効性が期待できるのかも明示されていない。こうしたなかで、狩野ら(2019)はクライシス・プランを地域生活支援のために用いているソーシャルワーカーの実践知をもとに、クライシス・プランはストレングスアプローチを基調にした目標志向型のケア計画であり、危機・悪化のためだけでなく、早期・予防のためにも用いていくことが重要であることを報告している。また狩野(2020)は、クライシス・プランの実践方法として、関係づくり等を始める準備期から、実際に計画を作成する作成期、地域生活上での活用期、プランを修正する修正期が存在し、それぞれのステージにおける

要点を整理している。こうしたクライシス・プランの実践方法に関する報告は徐々にみられてきているものの、現在もその実践方法は支援者や支援機関によって差異が生じている状況にあると考えられる。

3. クライシス・プランの定義

クライシス・プランについて、未だ定義がなされていない。厚生労働省(2015)によれば、クライシス・プランとは「入院前の状況を振り返り、こんな時に調子が悪くなり、その時に自分はどうするか、支援者には何をしてほしいかを、本人の言葉で記入し作成するもの」とされ、厚生労働省(2016)では「退院後ご本人が危機に陥りそうになった時、早期対応ができるように医療と福祉が一緒になって作成する」とされている。こうした施策上で示されている資料等においても、クライシス・プランについて定まった記述がなされていない。

学術上でも、画一的な表現はされておらず、操作的に定義されている。平林(2011)は、クライシス・プランを「病状や状態に応じた自己対処や支援者の対応方法をあらかじめまとめた計画書」として示している。さらに、野村(2017)は「安定した状態の維持、また病状悪化の兆候が見られた際の自己対処と支援者の対応、病状悪化時の自己対処と支援者の対応について病状が安定している時に合意に基づき作成する計画」として紹介している。また、狩野(2020)はクライシス・プランについて「病状悪化時の権利擁護である“クライシス・アドボカシー”と、自らの病状や生活を安心して管理でき安定した地域生活を送れる権利を保障する“セーフ・アドボカシー”を目的に用いていくべきである」としている。こうした記述の内容から、クライシス・プランは病状悪化時や危機時のためだけでなく、安定した病状や地域生活を続けていくために安定した状態も含めた自己対処や支援者の対応方法をまとめた計画であると言える。

以上から、本研究におけるクライシス・プラン

とは、「安定した地域生活を送る権利と病状悪化時の治療や支援を自己決定する権利を擁護することを目的に、病気や生活の安定から悪化までの状態に応じた自己対処と支援者の対応方法を事前に当事者と支援者らで作成し、合意された計画」と定義する。本研究は、この定義に基づいたクライシス・プランの作成と活用に関する実態調査を実施する。

研究目的

一般精神医療福祉制度におけるクライシス・プランの実践は緒についたばかりであり、その作成方法や手順、活用方法について支援者や支援機関によって差異が生じている状況にあると考えられる。本研究では、こうした現状を踏まえ、一般精神医療福祉制度におけるクライシス・プランの実践内容に関する実態調査を行うこととした。つまり、今日の一般精神医療福祉制度において、どのような方針からクライシス・プランを用いているのか、どのような項目が取り入れられ、どのように作成、活用されているのか。また、そうしたクライシス・プランの実践にどのような有用性が得られたと感じられているのかを明らかにする。

本調査のような報告は、これまでに皆無である。そのため、本調査により一般精神保健医療福祉制度におけるクライシス・プランの現状や課題を明らかにすることができれば、今後より効果的なクライシス・プランの作成方法や活用方法を提示するとともに、普及するための取り組みに役立てることが可能である。

研究方法

1. 対象

精神障害者の地域移行・地域定着のために、その治療支援を担う精神科病院、相談支援事業所、保健所に所属し、実際にクライシス・プランを用いて支援した経験を有する精神保健福祉士等のソーシャルワーカーを調査対象とした。その理由は、次のとおりである。

第一に、クライシス・プランが地域移行から地域定着支援にわたって用いられることが推奨されていることから、入院治療から地域生活における治療支援の場面における実態を把握することが必要であると考えられた。その上で、精神科病院は精神障害者の治療支援、相談支援事業所は地域移行・地域定着支援のための生活支援、保健所は措置入院患者の退院後支援の計画作成、地域精神保健上の役割等を担っている。こうした理由から、これらの機関を調査対象とした。

第二に、ソーシャルワーカーはこれらの機関に共通して所属している専門職である。そして、関係機関が連携する上での窓口となり、連携の中心的な役割を担っている。また、クライシス・プランは精神障害者の地域生活支援のために関係機関が連携して用いていくものである。このことから、他職種を対象とするよりソーシャルワーカーの方がクライシス・プランを用いた支援に携わる機会が多く存在すると考えられた。こうした理由から、ソーシャルワーカーを調査対象とした。

以上から、各機関に所属するソーシャルワーカーを調査対象とすることから、精神科病院のソーシャルワーカー（以下、病院 SW）は公益社団法人日本精神保健福祉士協会、相談支援事業所のソーシャルワーカー（以下、事業所 SW）は日本相談支援専門員協会、保健所のソーシャルワーカーは全国精神保健福祉相談員会に入会しているソーシャルワーカーを対象に調査した。

2. 調査方法

インターネット上のアンケートフォームを用いて調査した。まず、日本相談支援専門員協会および全国精神保健福祉相談員会に入会している全ソーシャルワーカーに対して、アンケートフォームにアクセスできる URL を添付した E メールを配信した。また、日本精神保健福祉士協会からは、精神科病院に所属するソーシャルワーカーの名簿から無作為抽出された 500 名に対

して、郵送法によって URL を提示した。いずれも、2020 年 8 月下旬から 9 月末日までの期間において回答を依頼した。

3. アンケート項目の作成

アンケート項目の作成にあたり、事前にクライシス・プランの作成と活用経験を有する病院 SW、事業所 SW、保健所 SW に対して、その実践内容について半構造化面接によって調査した。この調査結果をもとに、アンケート項目を作成し、表現や構成について精神医療に従事している専門職から意見や助言を受けて、その妥当性を検討した。

4. アンケートの内容

クライシス・プランの作成や活用の経験をもとにした具体的な実践状況について回答を得るために、「実際にクライシス・プランを用いて支援した事例を想定して回答してください」と教示し、回答を求めた。項目内容は以下のとおりである。

1) デモグラフィック要因

性別、年齢、精神保健福祉領域での経験年数、基盤とする資格、事例を支援した当時の所属機関、クライシス・プランの作成経験・活用経験の有無について回答を求めた。

2) 所属機関におけるクライシス・プランの使用方針

クライシス・プランは、一般精神保健医療福祉制度において医療観察法制度のようにすべての事例に対して用いていくこととされていない。そこで、回答者がクライシス・プランを支援に用いた背景にはどのような方針が存在していたかを尋ねた。「所属機関で使用する方針がある」「支援者自身の判断で使用している」「関係機関で作成されたものを引き継いで使用している」などの 8 項目について、該当するものすべてを選択するよう求めた。

3) クライシス・プランに取り入れた項目

クライシス・プランを用いる上で、リスク・マネジメントの視点は必須であり、「他害行為のリスク低

減」や「病状悪化時の対応」は重要な項目であるとされている(野村 2020)。また、狩野(2020)はクライシス・プランを用いる目的として病状悪化時の権利擁護としての“クライシス・アドボカシー”とともに、当事者が安心して病状や生活を自己管理でき安定した地域生活を送ることができる“セーフ・アドボカシー”を目的に実践することの重要性を指摘している。そこで、クライシス・プランに取り入れた項目について、「当事者からみた自身の注意サイン」「支援者からみた当事者の注意サイン」などのリスク・マネジメントに関する項目の他、「強みや目標(ストレングス)」「当事者からみた自身の安定した状態」「支援者からみた当事者の安定した状態」などを含めた 16 項目について、想定事例を支援した際に含んだ項目として該当するものすべてを選択するよう求めた。

4) クライシス・プランを作成した実践内容とその有効性

JCP の作成は、その目的や項目等の説明のための準備会議と、内容の協議と作成のための計画会議が行われている(Henderson C. et al. 2008)。また、狩野(2020)は、クライシス・プランを実際に作成していくために、当事者との関係づくりや機関内で共有を図る等を行っていく準備の段階が存在することを述べている。そこで、クライシス・プランの作成に向けた準備段階(以下、準備期)の実践内容として「作成を提案するために当事者との関係づくりを行った」「作成の必要性を所属機関内で共有した」などの 8 項目を、そしてクライシス・プランを実際に作成する段階(以下、作成期)の実践内容として「安定した病状や生活状況から作成した」「悪化した病状や生活状況から作成した」などの 10 項目について、想定事例を支援した際に実践した項目として該当するものすべてを選択するよう求めた。

また、こうしたクライシス・プランを作成した実践により得られた有効性として「安定した病状や生活状況の対処と対応を整理できた」「悪化した病状や生活状況の対処と対応を整理できた」

などの8項目について、想定事例に対してクライシス・プランを作成した際に生じた有効性として該当する項目のすべてを選択するよう求めた。

5) クライシス・プランを活用した実践内容とその有効性

クライシス・プランを活用する上で、狩野(2020)が指摘するように病状悪化時の権利擁護だけでなく、安定した地域生活を送れることの保障を目的とするのであれば、クライシス・プランを病状悪化時のみならず日常的に活用することが求められる。そこで、「セルフモニタリングや自己対処のために活用した」「支援者がモニタリングするために活用した」などの 11 項目について、日常的な活用と病状悪化時の活用を分けて、想定事例を支援した際に実践した項目すべてを選択するよう求めた。

また、こうしたクライシス・プランを活用した実践により得られた有効性として「安定した地域生活に役立った」「病識の獲得につながった」などの 11 項目について、想定事例に対してクライシス・プランを活用した際に生じた有効性として該当する項目すべてを選択するよう求めた。

5. 統計的解析

すべての変数について、記述統計量を算出した。なお、統計的解析には SPSS for Mac version 26.0 を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究は、アンケートフォームの URL とともに研究概要および説明文書を提示し、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、研究への同意表明は回答の提出をもって代えること等について説明等を記載した。以上の配慮をもって、八戸学院大学研究倫理審査委員会(承認番号:20-01)の承認を得て調査を実施した。

本研究において、開示すべき利益相反(Conflict of Interest: COI)関連事項はない。

結果

調査結果として、96名のソーシャルワーカーから回答を得ることができた。そのうち、クライシス・プランの作成・活用の両方の経験を有さないソーシャルワーカーが2名存在した。この2名分の回答を除外した94名のデータを分析した。なお、クライシス・プランの作成または活用の一方でも経験がある場合には、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として分析した。

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について、表1に示した。その結果、性別は男性56名(60.2%)、女性37名(39.8%)であり、年齢は平均40.0歳(標準偏差7.6)、最小:23歳-最大:59歳であった。精神保健医療福祉領域の経験期間は、平均131.5ヶ月(標準偏差94.3)であり、最小:5ヶ月-最大:461ヶ月であった。

クライシス・プランの作成経験は、あり83名(88.3%)、なし11名(11.7%)で、作成経験を有する回答者の作成件数は、1~5件45名(47.9%)、6~9件17名(18.1%)、10件以上19名(20.2%)、不明13名(13.8%)であった。クライシス・プランの活用経験は、あり84名(89.4%)、なし10名(10.6%)で、活用経験を有する回答者の活用件数は、1~5件49名(52.1%)、6~9件19名(20.2%)、10件以上17名(18.1%)、不明9名(9.6%)であった。

回答者の基盤資格は、精神保健福祉士84名(90.3%)、社会福祉士5名(5.4%)、相談支援専門員4名(4.3%)であった。また、想定事例にクライシス・プランを用いて支援した当時の所属機関は、精神科病院74名(78.7%)、相談支援事業所13名(13.8%)、サービス提供事業所1名(1.1%)、県・自治体保健所4名(4.3%)、精神保健福祉センター2名(2.1%)であった。

以下、相談支援事業所、サービス提供事業所、県・自治体保健所、精神保健福祉センターを地域援助機関(以下、地域群)としてまとめ、

精神科病院(以下、病院群)と分けて解析する。

2) 所属機関におけるクライシス・プランの使用方針

所属機関での使用方針について、図1に示した。その結果、「支援者自身の判断で使用している」が【全体48(51.1%):病院群38(51.4%)-地域群10(50.0%)】であり、全体および病院群、地域群で5割以上が、クライシス・プランを使用する方針としていた。また「計画相談・地域相談支援に位置づけている」が【全体19(20.2%):病院群8(10.8%)-地域群11(55.0%)】であり、地域群で5割以上が使用方針としていた。一方で、「所属機関で使用する方針がある」が【全体17(18.1%):病院群16(21.6%)-地域群1(5.0%)】、「医療保護入院制度に位置づけている」が【全体11(11.7%):病院群10(13.5%)-地域群1(5.0%)】、「措置入院制度に位置づけている」が【全体13(13.8%):病院群12(16.2%)-地域群1(5.0%)】であり、ガイドライン上で示されているようなクライシス・プランの使用方針を位置づけていたのは全体で2割以下であった。

3) クライシス・プランに取り入れた項目

クライシス・プランに取り入れた項目について、全体数で集計した結果を図2に示した。その結果、想定事例に取り入れたクライシス・プランの項目として回答数が多い順に「当事者からみた自身の注意サイン」74(77.7%)、「支援者からみた当事者の注意サイン」69(73.4%)、「当事者からみた自身の病状悪化時の状態」65(69.1%)、「ストレス対処方法」63(67.0%)、「病気や生活の状態に応じた当事者の対処方法」62(66.0%)、「緊急時の連絡先」60(63.8%)、「支援者からみた当事者の病状悪化時の状態」58(61.7%)、「病気や生活の状態に応じた支援者の対応方法」58(61.7%)、「当事者からみた自身が安定した状態」57(60.6%)、「当事者が病状悪化時に希望する治療や対応」52(58.5%)、「病状に影響するストレス」48(51.1%)、「支援者から見た当事者の安定した

状態」47(50.0%),「強みや目標」47(50.0%),「入院治療が必要になった場合の治療や対応」44(46.8%),「当事者が病状悪化時に希望しない治療や対応」28(29.8%),「病状悪化時の意向を代弁する人」25(26.6%)であった。

4) クライシス・プランを作成した実践内容とその有効性

クライシス・プランを作成した実践内容について、表 2 に示した。準備期の実践内容として、「病状悪化や問題行動のパターンを整理した」が【全体 72 (76.6%):病院群 57(77.0%)—地域群 15(75.0%)】であり最も多くの事例で実践されていた。次いで、「作成を提案するための当事者との関係づくり」が【全体 71(75.5%):病院群 55(77.5%)—地域群 18(80.0%)】、「作成するために当事者から情報収集した」が【全体 67 (71.3%):病院群 53 (71.6%)—地域群 14 (70.0%)】、「当事者へ説明し、同意を得た」が【全体 63 (67.0%):病院群 49(68.2%)—地域群 14(70.0%)】であり、半数以上の事例で実践されていた内容であった。一方で、「必要性を所属機関外で共有を図った」が【全体 36 (38.3%):病院群 29 (39.2%)—地域群 7 (35.0%)】であり、少ない事例数における準備期の実践内容であった。

作成期の実践内容として、「当事者と関係機関の協働で作成した」が【全体 50(53.2%):病院群 40(54.1%)—地域群 10(50.0%)】であり、「当事者と二人で作成した」が【全体 32 (31.9%):病院群 30 (40.5%)—地域群 2 (10.0%)】、「単独で作成した」が【全体 3 (3.19%):病院群 3(4.1%)—地域群 0(0.0%)】で、多くの事例でクライシス・プランは当事者と関係機関が協働して作成されていた。また、「内容をケア会議で協議・共有した」が【全体 58 (61.7%):病院群 38 (51.4%)—地域群 14 (70.0%)】と半数以上の事例で実践されていたが、「内容を当事者と関係者から合意を得た」が【全体 46(48.9%):病院群 38(51.4%)—地域群 8(40.0%)】であり、事前に合意を得た上でクラ

イシス・プランを用いた事例は半数以下の状況であった。

クライシス・プランを作成した有効性について、図 3 に示した。その結果、「悪化した病状や生活状況の対処と対応を整理できた」が【全体 80 (85.1%):病院群 66 (89.2%)—地域群 14 (70.0%)】であり多くの事例で生じたクライシス・プランの有用性であった。また「支援者が当事者の病状や問題行動を理解できた」が【全体 45 (47.9%):病院群 26 (48.6%)—地域群 9 (45.0%)】、「関係機関の当事者理解が深まった」が【全体 44(46.8%):病院群 35(47.3%)—地域群 9(45.0%)】であり、病院群と地域群ともに半数近い事例で得られていた有用性であった。

5) クライシス・プランを活用した実践内容とその有効性

クライシス・プランを活用した実践内容について、表 3 に示した。クライシス・プランの日常的活用として、「当事者と病状悪化時のサインを共有するために活用した」が【全体 55(58.5%):病院群 45(60.8%)—地域群 10(50.0%)】であり、多くの事例で実践された活用方法であった。次いで、「セルフモニタリングや自己対処のために活用した」が【全体 51(54.3%):病院群 41(58.1%)—地域群 10(50.0%)】、「支援者がモニタリングするために活用した」が【全体 50(53.2%):病院群 39(52.7%)—地域群 11(55.0%)】であり、クライシス・プランの日常的活用として多い実践内容であった。

クライシス・プランの病状悪化時活用として、「当事者と病状悪化時のサインを共有するために活用した」が【全体 53(56.4%):病院群 45 (60.8%)—地域群 8(40.0%)】、「病状悪化のサインに対処することを促すために活用した」が【全体 47(50.0%):病院群 40(54.1%)—地域群 7(35.0%)】が全体および病院群の半数以上の事例におけるクライシス・プランの病状悪化時活用した実践内容であった。また「治療・支援につながるために活用した」が【全体 30(31.9%):病

院群 21 (28.4%)—地域群 9 (45.0%)】、「関係機関で当事者の状況を共有するために活用した」が【全体 38 (40.4%) : 病院群 29 (39.2%)—地域群 9 (45.0%)】であり、地域群では半数近い事例における病状悪化時活用の実践内容であった。一方で、「事前の合意をもとにした権利擁護のために活用した」が【全体 11 (11.7%) : 病院群 8 (10.8%)—地域群 3 (15.0%)】であり、病状悪化時活用の実践内容として少ない結果であった。

クライシス・プランを活用した有効性について、図 4 に示した。その結果、「安定した地域生活に役立った」が【全体 52 (55.3%) : 病院群 41 (55.4%)—地域群 11 (55.0%)】、「関係機関の当事者理解が深まった」が【全体 49 (52.2%) : 病院群 38 (51.4%)—地域群 11 (55.0%)】であり、半数以上の事例でクライシス・プランを活用することによる有用性であった。また、「事前の合意に基づき治療・支援を行うことができた」が【全体 12 (12.8%) : 病院群 8 (10.8%)—地域群 4 (20.0%)】、「自発的入院による治療・支援を行うことができた」が【全体 9 (9.6%) : 病院群 6 (8.1%)—地域群 3 (15.0%)】であり、少ない事例であるがクライシス・プランを活用することで得られていた有用性であった。

考察

医療観察法制度ではクライシス・プランの作成が当然視されているものの、本調査結果から一般精神保健医療福祉制度におけるクライシス・プランの活用方針は、「支援者自身の判断で使用している」現状にあると考えられた。さらに、所属機関で使用する方針がある精神科病院や地域援助機関は少なく、医療保護入院制度や措置入院制度への位置づけもわずかであった。こうしたことから、退院後生活環境相談員の役割としてクライシス・プランの検討が位置づけられ、公的ガイドライン上にもクライシス・プランの作成が示されているものの、未だに治療支援の現場に普及していない現状にあることが明らかとなった。こうした背景には、クライシス・プラ

ンがガイドライン上での位置づけに留まり、目的や作成・活用のためのマニュアルが整備されていないこと、地域生活支援においてどのように有用であるのかが示されていないこと等が要因であると考えられる。

一方で、地域援助機関では計画相談や地域相談支援に位置づけてクライシス・プランを用いている割合が多かった。これは、例えば地域定着支援台帳としての緊急時の連絡体制の確保等のためにクライシス・プランを用いている状況にあると推定される。そのため、クライシス・プランをより多くの事例に用いられていくようにするためには、新たな支援計画としてではなく、既存の支援方法や業務内容のなかに位置づけ、ツールとして用いていくことがその普及のために望ましいと考えられる。

また、「当事者が自主作成したものを共有して活用している」という使用方針に回答がなかった。このことから、クライシス・プランを作成し、活用していくには支援者から当事者に説明し、動機づけを行った上で協働していく手順が必要であることがうかがえる。

クライシス・プランの項目として「当事者・支援者からみた自身の注意サイン」「当事者・支援者からみた自身の病状悪化時の状態」「緊急時の連絡先」が多くの事例で取り入れられていた。これらは、リスクマネジメントに関する項目であり、医療観察法制度上でのクライシス・プランの傾向と同様に(野村 2020)、一般精神保健医療福祉制度上でもリスクマネジメントに偏重している傾向にあると考えられた。クライシス・プランを用いる目的として、病状悪化時の“クライシス・アドボカシー”とともに、安定した地域生活を送ることができる“セーフ・アドボカシー”が重要であり(狩野 2020)、こうした目的を達成するために「強みや目標」「安定した状態」に関する項目がより取り入れられていく必要がある。

また欧米では、精神障害の特徴から非自発的入院や強制的治療の提供が余儀なくされる場合があることから、クライシス・プランは権利擁

護のための重要な指針とされている(藤井2011)。また、狩野(2020)が述べる“クライシス・アドボカシー”のためには、「入院治療が必要になった場合の治療や対応」「病状悪化時に希望しない治療や対応」などの項目について、より多くの事例で病状悪化時活用の権利擁護のために取り入れられていくべきである。こうしたクライシス・プランに取り入れられた項目に偏りが存在する背景には、明確で共通したクライシス・プランの目的や、地域生活支援においてクライシス・プランが有効な事例や場面等について示されておらず、現在まで支援者自身の判断・使用方針により用いられてきているためであると考えられる。こうしたことから、精神障害者の地域生活支援のために効果的にクライシス・プランを用いていくための指針となるガイドラインが速やかに提示されていくことが求められる。

次に、クライシス・プランの作成と活用についてであるが、クライシス・プランは多職種・多機関が協働することによって用いられることが望ましく、限られた職種が中心となって用いるものではない。そのため、本研究の調査対象であるソーシャルワーカーによるクライシス・プランの作成と活用の実践状況の割合が低い場合でも、協働した他職種・他機関によって実践されていたという可能性がある。

こうしたなかで、クライシス・プランの準備期として「作成を提案するための当事者との関係づくり」「作成するために当事者から情報収集した」「病状悪化や問題行動のパターンを整理した」の実践内容は全体の 7 割以上の事例で行われていた。こうした実践内容から、ソーシャルワーカーがクライシス・プランを用いていくための準備期として、信頼関係づくりをもとにしたアセスメントを実施していくことを実践していると言え、これらは精神科病院と地域援助機関に共通した実践内容であると考えられる。また、このことは地域生活支援のためにクライシス・プランを用いていく上で多くの事例に共通して必要となる実践内容でもあると言える。

クライシス・プランを作成する上で、準備期の実践内容として「必要性を所属機関外で共有を図った」は全体で半数以下の事例でしか実践されていなかった。しかし、作成期における所属機関外との実践内容である「当事者と関係機関との協働で作成した」が 5 割を超え、「内容をケア会議で協議・共有した」が 6 割を超えていた。このことから、クライシス・プランを用いて支援していく上では当事者および所属機関内でクライシス・プランの必要性を共有した上で、作成する際に所属機関外の機関と協働していた事例が多いと推定される。こうした点は、JCP が準備会議と作成会議の2度の会議で作成されていくことと同様であると考えられ、クライシス・プランも作成前に当事者や所属機関内においてその目的や必要性を説明、共有した上で、所属機関外の機関と協働しながら作成されている。ただし、事前に合意を得てクライシス・プランを用いた事例は半数以下であったことから、ケア会議でその内容を協議・共有するとともに、とりわけ当事者との合意を事前に得ていくことの必要性が示されることが求められる。

クライシス・プランを作成していく手順として、「安定した病状や生活状況から作成した」が全体で 4 割程度(病院群 44.6%, 地域群 35.0%), 「悪化した病状や生活状況から作成した」が全体で 3 割程度(病院群 36.5%, 地域群 10.0%)であった。このことから、クライシス・プランを用いていく事例に応じて柔軟にその作成手順を変化させていることがうかがえる。一方で、「悪化した病状や生活状況から作成した」が地域群において 1 割であり、地域援助機関がクライシス・プランを作成する上ではリスクマネジメントに偏った形式ではクライシス・プランを作成することの困難さが高まることが推測される。

こうしたクライシス・プランの作成によって、「悪化した病状や生活状況の対処と対応を整理できた」というリスクマネジメントに関する有用性を多くの事例で得られることが明らかになった。この背景には、精神障害者の地域生活支援にお

いて病状悪化時の対応や関係機関の連携の困難さが、その窓口となるソーシャルワーカーに存在しており、そのために病状悪化時の対応方法が関係機関で共有できたことが有用性として感じられていたのではないかと想定される。このことから、精神障害者の地域生活支援のためにクライシス・プランを用いていく上では、リスクマネジメントに偏って作成されやすい現状にあると考えられる。

また、リスクマネジメントに関する有用性と比較すると低い割合であったものの、「安定した病状や生活状況の対処と対応を整理できた」という“セーフ・アドボカシー”としての有用性は 4 割程度の事例で感じられていた。さらに、半数程度の事例で「関係機関の当事者理解が深まった」、「支援者が当事者の病状や問題行動を理解できた」といった有用性が得られていた。このことから、精神障害者の地域生活支援のためにクライシス・プランを作成することで、支援者が当事者の安定した病状や生活状況、悪化した病状や生活状況を理解でき、当事者の自己対処と支援者の対応を整理できる有用性が期待できる。

精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランの目的である“セーフ・アドボカシー”のためには、日常的に「当事者と安定した病状や生活を促すために活用した」や「ストレングスをフィードバックするために活用した」といった活用方法が重要になる。しかし、その実践状況は全体で半数未満であり、十分な活用状況にあるとは言えない。一方で、「セルフモニタリングや自己対処のために活用した」や「支援者がモニタリングするために活用した」で半数以上の事例で用いられていた。このことから、セルフモニタリングや支援者のモニタリングにおいて活用するなかで、安定した状況が続けることを促したり、ストレングスをフィードバックしたりする具体的な活用方法を示していく必要がある。

クライシス・プランの病状悪化時活用において、特筆すべきは「事前の合意をもとにした権利

擁護のために活用した」が 1 割程度の事例でしか活用されていない状況にあったことである。当然、すべての事例で病状悪化時の対応が必要となったわけではない。そのために、こうした実践状況の割合が低くなることは推測できる。しかし、「治療・支援につながるために活用した」や「悪化した状況を共有するために活用した」の割合がそれぞれ 3 割から 4 割程度の事例で活用されていた状況であった。こうしたことから、本調査における回答者が想定した事例において病状悪化時の状況が存在していた事例は一定数存在していたと推定される。したがって、病状悪化した事例に対して「事前の合意をもとにした権利擁護のために活用した」という“クライシス・アドボカシー”のためにクライシス・プランが活用されていたとは言えないだろう。

クライシス・プランの活用における有用性として、「安定した地域生活に役立った」が半数以上の事例において得られていた。これは、日常的にクライシス・プランを活用することで得られる有用性である。つまり、“セーフ・アドボカシー”のためには、クライシス・プランを活用したセルフモニタリングや支援者のモニタリングを実施していくことが重要である。こうした活用によって安定した地域生活が実現でき、当事者のエンパワメントやリカバリーに有用であると考えられる。

ただし、「事前の合意をもとにした権利擁護のために活用した」という“クライシス・アドボカシー”としての有用性は低い割合であった。さらに、その有用性においても「自発的入院による治療・支援を行うことができた」、「事前の合意に基づき治療・支援を行うことができた」といった有用性が 1 割程度の事例のみであった。こうしたことから、クライシス・プランを作成することで悪化した病状や生活状況について整理できるという有用性は得られるものの、実際にそうした病状悪化時にクライシス・プランを活用して事前の合意に基づいて治療支援を提供するためには課題が存在していることがうかがえる。つまり、今日の法施策においてクライシス・プランを用いていく

ことが推奨されているのみでは、病状悪化時に適切に活用していくことは困難であり、今日の公に示されているクライシス・プランを用いていくための提示状況では不十分である。今後、こうした“クライシス・アドボカシー”のための活用方法について分析していく必要がある。

また、クライシス・プランを活用することで「関係機関の当事者理解が深まった」という有用性が半数以上の事例であげられていた。この支援者の当事者理解が深まる有用性については、クライシス・プランの作成における有用性としても一定の事例においてあげられていた。こうしたことから、クライシス・プランの作成と活用するプロセスにおいて、支援者による当事者理解を一貫して深めていくことが可能であると言える。こうした支援者の当事者理解が深まることで、当事者の主体性の発揮や治療支援への参加が促され、JCPのような当事者の主観による支援関係の向上が得られていくことが期待できる。

結論

本研究は、精神障害者の地域生活支援においてどのような方針からクライシス・プランを用いているのか、どのような項目が取り入れられ、どのように作成、活用されているのか。また、どのような有用性が得られているのかを明らかにするために、精神科病院、相談支援事業所、保健所のソーシャルワーカーを対象に実態調査を行った。その結果、公的ガイドライン上にクライシス・プランの作成が示されているものの、未だに一般精神保健医療福祉の現場に普及していない現状にあり、支援者自身の判断から用いられている現状にあることが明らかとなった。また、そのクライシス・プランに取り入れている項目の偏りからリスクマネジメントを重視して作成されている状況にありながら、その項目を取り入れた事例の割合から、十分に病状悪化時の権利擁護のために項目が取り入れられているとはいえない状況にあった。こうしたことから、クライシス・プランの作成と活用に関するマニュアル・ガイドラ

インを開発し、その作成と活用を法施策に位置づけていく必要がある。

クライシス・プランの作成において、信頼関係づくりをもとにアセスメントを実施していくことが多くの事例に共通して実践されていた。また、ケア会議でその内容を協議・共有するとともに、とりわけ当事者との合意を事前に得ていくことに課題が存在すると考えられた。そして、クライシス・プランを作成することにより、支援者が当事者の安定した病状や生活状況、悪化した病状や生活状況を理解でき、当事者の自己対処と支援者の対応を整理できる有用性が得られていた。

そして、クライシス・プランの活用において、日常的にセルフモニタリングや支援者のモニタリングを実施していくことで安定した地域生活が実現でき、当事者のエンパワメントやリカバリーに有用であると考えられた。一方で、病状悪化時に事前の合意に基づいた治療や支援を行うためにクライシス・プランを活用することに課題が存在し、現在の公的ガイドライン等においてクライシス・プランを推奨するのみではその目的に応じた活用につながらないことを指摘した。さらに、クライシス・プランの作成と活用するプロセスにおいて、支援者による当事者理解を一貫して深めていくことが可能であることが明らかとなった。

本研究の限界と課題として、本研究は回答者にクライシス・プランを用いて支援した事例を想定してもらった上で回答を得た。そのため、事例の診断や心理社会的状況、治療内容、治療支援した多職種チームの状況等によってクライシス・プランの作成や活用方法が異なる可能性がある。また、回答者が想定した事例も、印象的な事例をあげた場合や数多くある事例の平均的な事例をあげた場合も考えられる。このことから、今後は仮想事例を提示することや事例の条件・枠組みを設定してクライシス・プランの作成方法と活用方法に関する調査等も必要である。

また、本調査におけるサンプル数が決して十

分であるとは言えない。一方で、すべてのソーシャルワーカーがクライシス・プランを用いた経験を有しているわけではなく、クライシス・プランは多職種・多機関で用いられていくものである。このことから、今後はソーシャルワーカー以外の職種、精神科病院、相談支援事業所等の地域援助機関以外の機関に対する調査の実施も必要である。

本研究にはこうした限界や課題があるものの、本研究の意義として今日の一般精神保健医療福祉制度においてクライシス・プランを用いた支援実践は緒についたばかりであり、これまでにその実践報告も限定的で、実態調査は皆無であった。こうしたなかで、国内の精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成や活用状況を把握するとともに、クライシス・プランを支援で用いることで支援者の側面に得られる有用性を示した本調査のデータは貴重である。こうしたデータは、今後の精神障害者の地域生活支援においてクライシス・プランを普及・啓発していくことに寄与できると考えられる。

謝辞

本研究は、JSPS 科研費 JP19K02274 の助成を受けて実施したものである。

参考文献

引用文献

- 1) 狩野俊介: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, 2017.
- 2) 平林直次: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):393-397.2011.
- 3) 伊藤順一郎:「精神科病院を出て、町へ-ACT が作る地域精神医療」岩波書店. 2012.
- 4) 日本医師会精神保健委員会:「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). 2016.
- 5) 厚生労働省:「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). 2014.

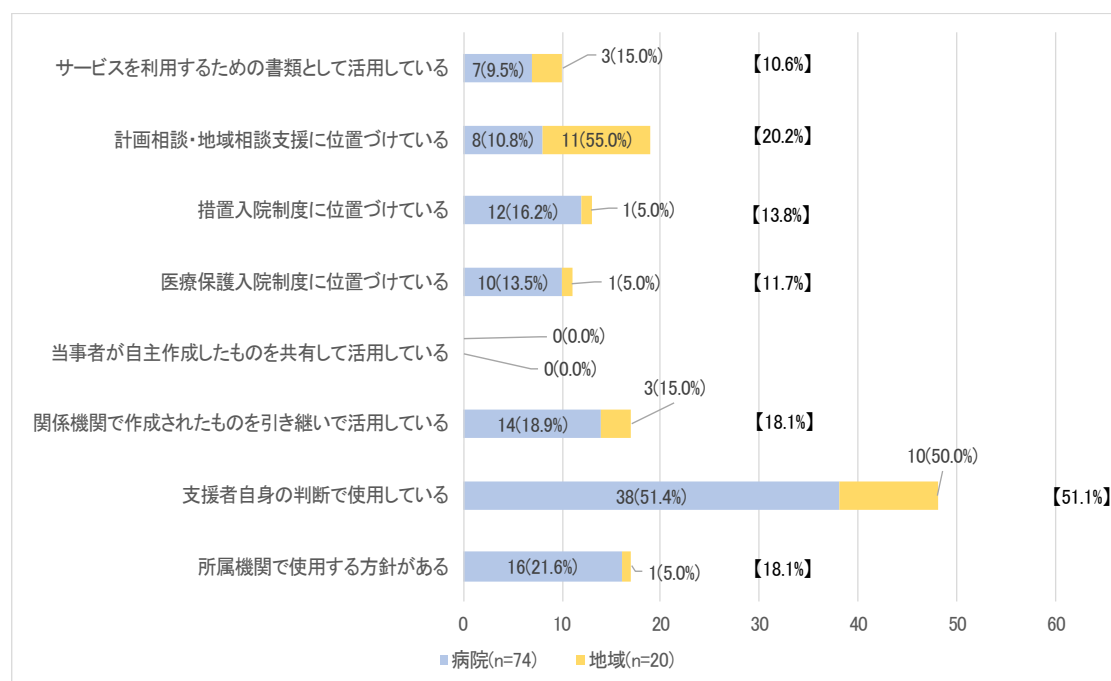
- 6) 厚生労働省:「改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と都道府県の人材育成推進のためのテキスト」第2章株式会社日本能率協会総合研究所. 2016.
- 7) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会:「精神保健福祉士のための退院後生活環境相談員ガイドライン」. 2016.
- 8) 厚生労働省:「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について(平成30年3月27日). 2018.
- 9) 野村照幸:一般精神医療への医療観察法に基づく医療の応用-クライシスプランによる疾病自己管理と医療の自己決定. 臨床精神医学 43 (9):1275-1284.2014.
- 10) 狩野俊介:精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成と活用のあり方に関する研究-精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査-. 社会福祉学 60 (1):47-62.2019.
- 11) 藤井千代:事前指示. 臨床精神医学 40 (5):683-690.2011.
- 12) 狩野俊介, 野村照幸, 原敬ら:「プレ企画5クライシス・プランって何?クライシス・プランって重要なもの?みんなの実践から考えよう!」第18回日本精神保健福祉士学会学術集会報告集. 精神保健福祉 51 (1):158-159.2020.
- 13) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会:「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」平成29年度障害者総合福祉推進事業(平成30年3月).2018.
- 14) 木口恵美子:意思決定支援をめぐる国内の論議の動向. 福祉社会開発研究 9:5-12.2017.
- 15) Henderson C., Flood C., & Leese M. et al.: Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry. : single blind randomized controlled trial. *BMJ*329:136-138, 2004.
- 16) Henderson C., Swanson, J. W., & Szumukler, G. et al.:A Typology of Advance Statement in Mental Health Care. *Psychiatric Services*,59 : 63-

- 71.2008.
- 17) Flood C., Byford S., & Henderson C. et al.: Joint crisis plans for people with psychosis.: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 333 (7571), 729. 2006.
- 18) Thornicroft G., Farrelly S., & Szmukler G. et al.: Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis.: a randomized controlled trial. *Lancet* 381: 1634-1641, 2013.
- 19) Bone JK., McCloud T., & Scott HR. et al.: Psychosocial Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Rapid Evidence Synthesis. *EClinicalMedicine* 10:58-67. 2019.
- 20) 平林直次:疾患セルフマネジメント-疾病教育とクライシス・プラン. 日本社会精神医学会雑誌, 21:518-522. 2012.
- 21) 村杉謙次:入院期間の短縮と治療プログラムの効果的実施に関する研究. 平成 25～26 年総括・分担研究報告書 医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究:83-88. 2014.
- 22) 大鶴卓, 原田麻美子: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. 2013.
- 23) 野村照幸, 森田展彰, 村杉謙次ら: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. 2017.
- 24) 野村照幸, 森田展彰, 大谷保和, 村杉謙次, 斎藤環, 平林直次:医療観察法病棟におけるクライシス・プランの作成と活用に関する実態調査. 臨床精神医学 49(3):415-421. 2020.
- 25) 野村照幸:問題行動によって措置入院を繰り返す統合失調症患者におけるセルフモニタリングシートとクライシスプラン作成の実践. 司法精神医学 9(1):30-35. 2014.
- 26) 狩野俊介, 三浦剛: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): 1-16. 2019.
- 27) 狩野俊介: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 51(4):1-16. 2020.
- 28) 厚生労働省:「退院後生活環境相談員養成研修テキスト」平成 26 年度精神障害者保健福祉等サービス提供整備促進事業に関する研修. 2015.
- 29) 野村照幸:特集 これからはクライシス・プランをつくっておこう. 訪問看護と介護. 医学書院. 2017.

挿入図表一覧

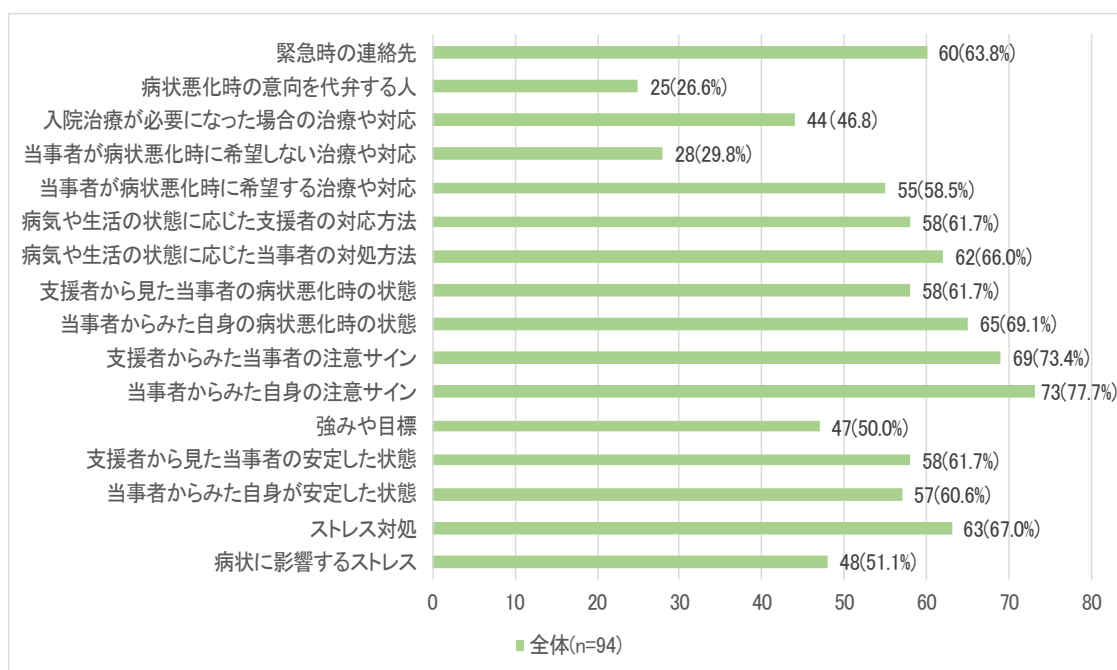
表1 回答者のデモグラフィック要因

平均値(標準偏差) 最小値-最大値				平均値(標準偏差) 最小値-最大値			
年齢 N=87				精神保健医療福祉現場の経験月数 N=92			
	40.0(7.8)	23-59			131.5(94.3)	5-461	
		n	%			n	%
性別	男性	56	60.2	作成の有無	あり	83	88.3
N=93	女性	37	39.8	N=94	なし	11	11.7
想定事例を支援した当時の所属機関 N=94				作成の件数	1～5件	45	47.9
	精神科病院	74	78.7	N=94	6～9件	17	18.1
	相談支援事業所	13	13.8		10件以上	19	20.2
	サービス提供事業所	1	1.1		不明	13	13.8
	県・中核市保健所	4	4.3	活用の有無	あり	84	89.4
	精神保健福祉センター	2	2.1	N=94	なし	10	10.6
基盤資格 N=93				活用の件数	1～5件	49	52.1
	精神保健福祉士	84	90.3	N=91	6～9件	19	20.2
	社会福祉士	5	5.4		10件以上	17	18.1
	相談支援専門員	4	4.3		不明	9	9.6



N=94 複数回答 数値は、各群の度数(各群内の割合), 【全体割合】

図1 所属機関におけるクライシス・プランの使用方針

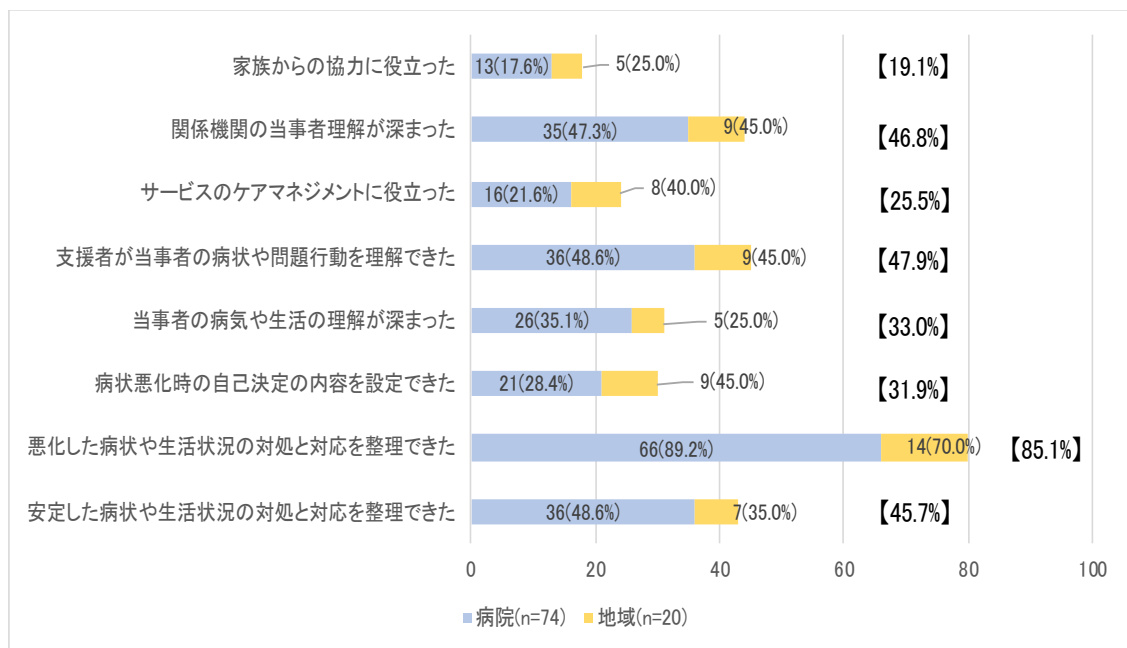


N=94 複数回答 数値は、各群の度数(各群内の割合)

図2 想定事例におけるクライシス・プランに取り入れた項目数

表2 各群におけるクライシス・プランの作成における実践状況

		病院群			地域群		
		n	度数	%	n	度数	%
準備期の 実践内容	作成を提案するための当事者との関係づくり	74	55	77.5	20	16	80.0
	必要性を所属機関内で共有を図った	74	46	62.2	20	13	65.0
	必要性を所属機関外で共有を図った	74	29	39.2	20	7	35.0
	当事者へ説明し、同意を得た	74	49	66.2	20	14	70.0
	作成するための動機付けを行った	74	39	52.7	20	12	60.0
	作成するために当事者から情報収集した	74	53	71.6	20	14	70.0
	作成するために関係者から情報収集した	74	40	54.1	20	10	50.0
	病状悪化や問題行動のパターンを整理した	74	57	77.0	20	15	75.0
作成期の 実践内容	安定した病状や生活状況から作成した	74	33	44.6	20	7	35.0
	悪化した病状や生活状況から作成した	74	27	36.5	20	2	10.0
	当事者と二人で作成した	74	30	40.5	20	2	10.0
	単独で作成した	74	3	4.1	20	0	.0
	当事者と関係機関の協働で作成した	74	40	54.1	20	10	50.0
	関係機関の見立てをもとに作成した	74	10	13.5	20	2	10.0
	内容について家族と協議した	74	18	24.3	20	4	20.0
	計画相談・地域相談に組み合わせて作成した	74	20	27.0	20	6	30.0
	内容をケア会議で協議・共有した	74	44	59.5	20	14	70.0
	内容を当事者と関係者から合意を得た	74	38	51.4	20	8	40.0

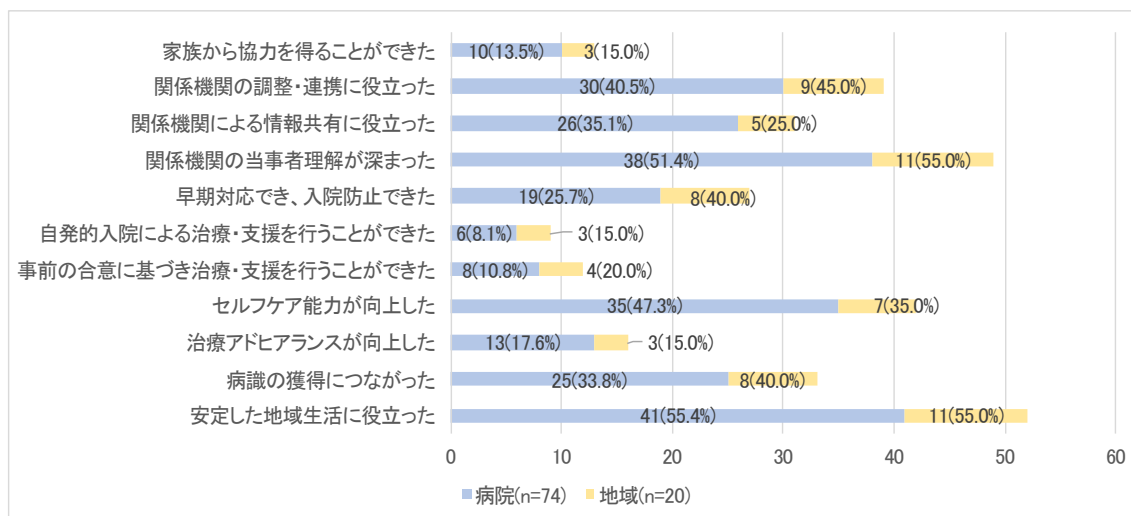


N=94 複数回答 数値は、各群の度数(各群内の割合),【全体割合】

図3 想定事例にクライシス・プランを作成することで得られた有用性

表3 各群における想定事例に対するクライシス・プランの活用のための実践状況

		日常的活用						病状悪化時活用					
		病院群			地域群			病院群			地域群		
		N	度数	%	N	度数	%	N	度数	%	N	度数	%
活用期の 実践内容	セルフモニタリングや自己対処のために活用した	74	41	58.1	20	10	50.0	74	30	40.5	20	7	35.0
	支援者がモニタリングするために活用した	74	39	52.7	20	11	55.0	74	32	43.2	20	7	35.0
	当事者と安定した状況を共有するために活用した	74	43	58.1	20	5	25.0	74	21	28.4	20	4	20.0
	当事者と安定した病状や生活を促すために活用した	74	36	48.6	20	6	30.0	74	29	39.2	20	5	25.0
	当事者と病状悪化時のサインを共有するために活用した	74	45	60.8	20	10	50.0	74	45	60.8	20	8	40.0
	病状悪化のサインに対処することを促すために活用した	74	37	50.0	20	6	30.0	74	40	54.1	20	7	35.0
	悪化した状況を共有するために活用した	74	25	33.8	20	4	20.0	74	35	47.3	20	4	20.0
	事前の合意をもとにした権利擁護のために活用した	74	9	12.2	20	3	15.0	74	8	10.8	20	3	15.0
	関係機関で当事者の状況を共有するために活用した	74	35	47.3	20	10	50.0	74	29	39.2	20	9	45.0
	ストレングスをフィードバックするために活用した	74	14	18.9	20	7	35.0	74	5	6.8	20	0	0.0
	治療・支援につながるために活用した	74	22	29.7	20	5	25.0	74	21	28.4	20	9	45.0
	実践することはなかった	74	4	5.4	20	2	10.0	74	7	9.5	20	0	0.0



N=94 複数回答 数値は、各群の度数(各群内の割合),【全体割合】

図4 想定事例にクライシス・プランを活用することで得られた有用性

執筆者紹介(所属)

狩野俊介 八戸学院大学 人間健康学科 講師

野村照幸 独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター 主任心理療法士

Survey of practice of Crisis Plans in the community life support for the people with psychiatric disabilities.

The purpose of this study is to clarify the present state of crisis plan practice in the community life support of the people with psychiatric disabilities, and surveyed social workers working in mental health welfare.

As a result, crisis plans were developed for the support from the recognition of the professional individual, and the present state which has not yet spread to the field of mental health welfare was clarified. The crisis plan was prepared with an emphasis on risk management. There were using on daily basis for self-monitoring by the parties themselves and monitoring of professionals. The other hand, there is a possibility that it is not used for the advocacy based on advance agreement in the utilization on the symptoms state deterioration.