

包括的支援マネジメントの充実に向けて

～非自発的入院の防止に向けた相談支援専門員と精神科医療スタッフの連携のあり方～

研究分担者：田村綾子（聖学院大学心理福祉学部）

要旨

計画相談支援を担当する相談支援専門員に対する調査結果をもとに「精神障害者によいアウトカムをもたらす支援や精神科医療機関への働きかけ」に関する解析結果の検証を目的として、一定の要件を満たす相談支援専門員を対象とした半構造化グループインタビュー調査を行って、精神科医療機関との連携の内実の一端を把握し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて求められることについて考察した。

A. 研究の背景と目的

障害者総合支援法では計画相談支援に基づき、精神障害者に対してもケアマネジメントおよび障害福祉サービス利用支援の仕組みが導入されている。しかし、本制度下での計画相談によるケアマネジメントの利用者にどのような影響をもたらされているか、またいかなる対象者によりよいアウトカムが発生しているかは明確になっていない。

そこで、本研究は、計画相談支援により障害福祉サービスを利用した精神障害者が、①実際にいかなる障害福祉サービスを利用し、その結果どのようなアウトカム（精神科病院への入院日数・社会機能等）の状況にあるか、②よいアウトカムを出している利用者と困難な事例の間にはサービス提供状況や地域環境要因にいかなる違いがあるかを検討し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の活用についてエビデンスに基づいた提言を行うことを目的として、精神障害者の計画相談に従事する相談支援専門員を対象とした2年間の追跡調査を実施した。

この調査の中間解析結果から相談支援専門員のかかわりとして「支援導入時の医療ス

タッフとのケア会議は、入院を抑制していない」「外来の連携体制があることは、非自発的入院の発生を抑制する傾向である」「医師の外来に同行することが非計画的な（予定外の）入院の発生に対して抑制的に働く」ことなどが導かれた。

そこで、実際に精神障害者の計画相談支援を担い、精神科医療機関と連携している精神保健福祉士を対象として、本調査の中間解析結果を提示し、その妥当性に関する所感を聞き取り、及び提言に向けた意見を収集することを目的とした。

B. 方法

1) 研究方法（調査方法）

相談支援専門員への半構造化グループインタビュー調査を行った。なお、多様な地域の実情を踏まえる目的から対象者を全国各地から選定し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止策として ZOOM によるオンライン形式で実施した。

2) 対象者

調査対象者は、相談支援専門員として精神障害者の計画相談支援に従事している者のう

ち、以下の要件を全て満たす者について、筆者の研究協力者より機縁法で9名を抽出し、研究目的の説明と調査手法や研究成果の活用等に関する説明を文書と口頭で行い、協力の同意が得られた5名とした(表1参照)。

a 職能団体(公益社団法人日本精神保健福祉士協会)に所属し、理事や委員、代議員等の役割を担っていること

b 精神保健福祉士としての経験年数が15年以上であること

c 研究代表者が実施した相談支援事業所を対象とした本調査の回答者ではないこと

3) 調査実施日

インタビュー調査の実施日は、2022年3月5日(土)9:00~12:00である。インタビューには、筆者が設定したZOOMに各自アクセスしてもらった。

4) インタビュー内容

調査項目は、以下の4点である。これらの質問項目をあらかじめ書面で通知しておき、インタビュー調査時には、研究代表者(吉田光爾/東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科教授)より中間解析結果を説明したのち、全員が自己紹介(相談支援専門員としての経験年数、所属事業所の事業概要と主な業務)をおこなってから、調査者より質問を投げかけ、自由に発言してもらった。

①相談支援専門員を対象とした調査結果を聞いた率直な感想

②精神障害者の病状悪化時や再発時の対応として入院を避けるために工夫していること

③精神障害者の再入院の防止のために必要なサービスや仕組み等に関する意見

④本調査に関する自由意見

5) 倫理的配慮

本調査は、東洋大学ライフデザイン学部研究等倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号L2021-015S)。

調査に関する説明と同意は事前に書面と口頭で行い、同意書は、自署のうえで事前に返送してもらった。調査当日は、ICレコーダーとZOOM機能による録音・録画となることを告知し、発言中に不都合が生じる場合は申し出により録音・録画を止めることを説明して再度同意を得てから開始した。また、調査依頼文書には、特定の利用者の個人情報を書さないように記載し、インタビュー開始前にも再度説明した。

6) 分析方法

分析は、グループインタビュー法における内容分析及び記述分析方法(安梅 2001; 安梅 2010)を用いて質的分析を行った。

手順は、インタビュー協力者の許可を得てインタビュー内容を録音し、逐語記録を作成してインタビュー協力者に確認してもらった。その後、逐語記録から質問項目に沿って「重要アイテム」を抽出し、比較検討しながら類似する「重要アイテム」をまとめ、「重要カテゴリー」に分類した。

7) 本研究の限界

今回のインタビューは1回のみである。インタビューは、異なる性質をもつ参加者による複数のグループを対象として実施するのが一般的であることから、今回の分析結果には限界がある。また、オンライン調査であるため、集合形式の場合とは異なるグループダイナミクスが生じた可能性は否定できない。

C. 結果

分析の結果、各項目を構成する重要カテゴリーを【 】に示し、重要アイテムを「 」に表記した。

1) 相談支援専門員を対象とした調査結果を聞いた率直な感想

ここでは、支援導入時のケア会議は入院を抑制していないという結果について、【入院

の捉え方】【医療の使い方】【意識の変化】が語られた。

【入院の捉え方】

入院について「その人にとって必要であれば、入院して元気になればいい」「非自発的入院につながる前に、短期間の入院で病状を回復させる」「入院が悪いとは思っていない」「必要な入院ができてよかったと考える」など、入院自体を悪いとする捉え方はしていないことが共通しており、「入院を防ぐことに主眼がおかれていたことに違和感」も述べられたが、入院の「敷居が低く」なったことで容易に「医療で解決してもらおうというかたち」「ほんとに頼りきり」「地域でみれないから医療機関に任せたい」という事態を危惧する意見もあった。

【医療の使い方】

「本人が主体的に使うもの」「いい医療を選ぼうとしていく」ことを前提としたうえで、「非自発的入院にならないように」「生活を立て直すため」「集中的に医療を入れるという意味で」「つらかったので入院してスッキリして」といった目的での「短期間の入院」「2週間だけ入院」など、「医療にどう助けをもらうか」「タイミングよく医療を使う」といった発想により、長期化しない入院医療を本人の意思で活用することが望ましいという意見は共通していた。

【意識の変化】

「入院は悪いこと」という捉え方については、「自立支援法になって随分変わった」「そういう教育は（相談支援専門員に対して）してきていない」など、意識が変化していることが語られた。さらに、支援経験から「頻回な入院や入院の長期化、身体拘束に関してはいや」であるものの、「本人さんたちの意識も変わって」「絶対入院したくないですっていう人はあまり見かけない」「ちょっと入院してきました、と事後報告される」など、入

院医療を活用する精神障害者の意識も変化してきている可能性が示唆された。

2) 精神障害者の病状悪化時や再発時の対応として入院を避けるために工夫していること

ここでは、入院を絶対悪であるとは捉えていないものの、非自発的な入院を避けるために相談支援専門員として実践していることが述べられ、カテゴリーとしては【クライシスプラン】【外来連携】【相談支援専門員の力量】に分かれた。

【クライシスプラン】

計画相談支援をおこなううえでは、「ご本人が、自分が困った時にどういう助けを求めるか」を一緒に考えておくために「クライシスプランをきちんと作って」おり、研修でも奨励されている。「入院に至るまでにいくつかのプランがある」ことで、それらを使いながら「クライシスプランも自分の病気の経過の中で熟し」ていく。そして、「やっぱり入院したほうがいいな、と思って」「自発的に入院を選んでいくというような循環」ができていき、「病院に助けをもらうというプランを作られる方もいる」という。

【外来連携】

「悪化してから慌てて動き出すのではなく」「日ごろから多職種で連携している」など、支援する障害者が利用している医療機関とは日頃から連携しており、「風通しの良い医療機関はすごく連携がしやすい」「看護師さんともやり取りさせてもらえる」ことや、本人や医療スタッフに対して相談支援専門員が「役に立つ存在」として「中でしっかり説明」されていると連携しやすいという。そのための「窓口は、やはり精神保健福祉士さん」「ぶっちゃけトークができる仲間」であり、「ちゃんと中を調整する力を持っている精神保健福祉士」への期待が語られた。

また、連携において「医療がどういふ

うに動けるかを理解し」「入院中に、どう関われるか」を意識することが重要であり、相談支援専門員は「いろんな病院とお付き合い」することで「意外と病院を選んで」「長期入院にならない病院を選んで」いることが、「非自発的入院が少なくなる」ことに繋がっているのではないかと示唆された。

【相談支援専門員の力量】

このように「本人とともにクライシスプランを作り」、医療機関と連携するためには、「病院の事情を知らないこと」が妨げにならないように、相談支援専門員には「研修が必要」であり、医療機関の職員と「共通言語でしゃべれる」ことが望ましいという。また、「受診に無理やりついていくわけではなく」「そういう関係をどうつくっていくか」「根拠をもって動く意識」が必要である。

これらのことから、ソーシャルワーカーとして「代理決定が当たり前ではなく」、「意思決定支援の意味をもう一度掘り下げ」「ご本人の意思を中心に、どう支援を組み立て」るのかを考え、実践できる力量が求められていることが示唆された。

3) 精神障害者の再入院の防止のために必要なサービスや仕組み等に関する意見

ここでは、特に計画相談支援を担う相談支援専門員が、医療的ニーズの高い精神障害者を支援するにあたり必要と思われるサービスや仕組みとして、【協議の場】【報酬】【マネジメント】が挙げられた。

【協議の場】

医療スタッフと相談支援専門員は、「市町村の自立支援協議会」や「保健所の『にも包括』の協議の場」を活用して「お互いの状況をきちんと把握」することにより「医療機関の機能を使わせてもら」ったり「相談支援事業所にも報酬になる」など「win-winな価値観」が醸成される場の機能が重要であり役立

っているという。また、「退院支援委員会」については「呼ばれる時と呼ばれない時の差」があることや「なんにも決まっていない段階で呼んでほしい」「医療機関も忙しかったり」「そこまで調整がきかなかつたり」といった課題は各地で共通していることが示唆された。

【報酬】

「手弁当でやっていることが色々多い」なかで、外来受診の同行については「自立生活援助は同行がちゃんと報酬として評価される」ことや、「令和3年度の改定で入院時情報連携加算」の新設には注目しており、「しっかり活用していくことが今後重要」であるという。なお、医療機関の機能を活用するためには「退院後生活環境相談員もちゃんと報酬上評価され」、相談支援については「医療頻度が高い人は必ず地域定着支援を使えるよう」になることも求められている。

また、「外来ケアマネジメントが始まる」にあたり、「(医療機関の) 連携相手の所に相談支援事業所ときっちり書かれていることはすごいこと」である一方、「医療機関は外来に精神保健福祉士なんて、配置されている所は少なく」、「結構事務量が多くなりそう」であることや、「相談支援側で作っているものと、わりと項目が一緒」であり「ご本人にすごく面倒くさいと思われるんじゃないか」といったこともあり「将来的には一体ツールのかたち」「サインを1か所すれば済むようなシステム」が期待される。そのうえで「診療報酬上も、障害福祉サービスも建付けてほしい」ことが述べられた。

【マネジメント】

「生活を支援すると、マネジメントの主たる出発点は、最初は医療機関」であるが「一年後には相談支援になり」、または「継続して両方でやって」いくことも考えられる。ただし、「医療介入、医療との連携が必要な

人」について相談支援専門員がきちんと関与するためには「絶対使わなければならない福祉サービス」がないと「計画相談に結びつく話じゃない」という実態であり、「介護保険のほうは、ケアマネ通さないとサービス使えない」こととの制度的な違いが指摘された。

計画相談支援においては、一定期間ごとのモニタリングが位置づけられているが、「受診同行が必要な計画の人」に関しては「モニタリング時以外にもよく呼ばれ」「何かあれば相談（支援専門員）が呼ばれて」「『じゃあ病院に行こうか』みたいな話になる」ことから、「地域定着支援はモニタリングが毎月」「モニタリング頻度が高いのはいいこと」であり、「医療頻度が高い人は、モニタリング頻度を高くできる」ようにマネジメントできると良いのではないかという。

4) 本調査に関する自由意見

総じて、中間解析結果に対しては納得感が表明されたうえで、【人材育成】という観点から研修の必要性と重要性が述べられた。

【人材育成】

「一生懸命やってる人たち」「すごく研修などにも熱心」な支援者がいる一方で、「状況を広くみる」と「安易な入院ってあり得る」「相当の幅がある」「乖離があるというか、でこぼこがあり」など、相談支援専門員の均質化に向けた人材育成の課題が共通認識されていた。特に、「地域支援と結び付けていくかを入院中から組み立て」ることや「何のために行くかを意識してやっていく力をつける」ことの必要性や、「報酬が発生するのかということを理解」したり「医療のしくみも理解」「お互いのできるところを探り合う」ための研修ニーズが示唆された。

なお、「意思決定支援というところの意味をもう一度掘り下げる」「その人の意思というのをどう捉えるのか」など、本人中心の支援の意義について「原点に戻るってこういう

ことだな」と実感する機会の重要性は共通して言及されていた。

D. 考察

今回のインタビューは、一定の要件を満たす、いわゆるベテランであり、各地域におけるリーダー的な精神保健福祉士を対象としたものである。精神障害者の支援において精神科医療を、本人の目標達成のために主体的に活用する発想をもって相談支援専門員として計画相談支援を行っており、必ずしも「入院が悪いこと」とは捉えていない点が共通していた。この認識は、昨年度の分担報告書（田村，2021）にもあるように精神障害者の支援経験を有する相談支援専門員にはある程度共有されていると考えられる。

一方で、共通して言及されているのは、本人の意思の尊重であり、非自発的入院を避け、必要な医療を自ら選択して活用できるよう、医療機関と連携するための計画相談支援における工夫が重ねられていることである。

以下、相談支援専門員が外来連携を行ううえで必要性が示唆された項目をまとめる。

1) 入院を前提としないこと・本人の意思を尊重した入院を重視すること

相談支援専門員の価値観として、入院が全て悪いという捉え方はされていないものの、本人が望まない（非自発的）入院の回避が重視されている。具体的な回避策としては、クライシスプランを本人の意思に基づいて作成し、入院以外の方法を事前に複数用意することが有効であり、相談支援専門員に求められる力量でもあることが示唆された。また、仮に入院となる場合は本人の意思を尊重し、病状を踏まえながら納得感の得られるプロセスを経ること、入院を含む精神医療を本人が主体的に活用することを重視し、相談支援専門員はそのための力量を獲得することが必要である。さらに入院の長期化を避けるために、入院中から準備しておくことも欠かせない。

2) 医療機関のスタッフとの関係構築

相談支援専門員が支援を開始する時点で、精神障害者が地域生活を送っているのか、退院を目前にした入院中であるのかといった違いはあるものの、特に医療ニーズの高い利用者に関しては支援導入時から医療機関とのケア会議等を行い、顔の見える関係性を構築することにより、その後の日常的な外来時での連携のための下地を作ることが重要である。

ここでは、医療機関の精神保健福祉士の仲介が期待されており、本人に対する丁寧な説明や本人の利用希望を前提としたうえで、院内外の関係者に双方の役割や意義を説明することが重要である。これができる医療機関は相談支援専門員にとって連携しやすいと述べられており、連携を取り持つすべての専門職にはこの認識が求められるといえる。

3) 制度活用の工夫

計画相談支援は、医療ニーズは高いが障害福祉サービスの利用頻度の低い精神障害者に対してはかかわりにくい。これは障害者総合支援法における制度的な課題であり、「手弁当」で動くことは、特定の支援者が行っているとしても汎用性に乏しい。

これを克服するためには、入院時情報連携加算の活用や、入院中から医療機関とのケア会議等を行うなかで自立生活援助や地域定着支援などのサービスを導入し、それによって計画相談支援のモニタリング頻度を高めて利用者本人との対面の機会を増やしたり、外来受診に同行する機会を作ることなどが有効である。

また、医療機関においても相談支援専門員との積極的な連携を促進するために、診療報酬により評価される療養生活継続支援加算など新設制度を活用することが求められる。

4) 研修機会の提供と人材育成

今回のインタビュー協力者は、いずれもリ

ーダー的な存在として職場内外の専門職の研修企画や講師を担うなど、各地域における人材育成を自らの役割として認識していた。一方、中間解析結果からも良いアウトカムを出している相談支援専門員は、職能団体に所属していることや、地域で行われる研修に参加している傾向が見られている。

ソーシャルワーカーである相談支援専門員としての原点を確認し、また「連携の在り方の意義づけ」や、最新の制度サービスに関する情報を収集することが必要であり、報酬制度を支援のための手段として駆使するためにも専門職としての研鑽が求められる。さらに、地域圏域における関係機関のネットワーク構築と、そのための顔の見える関係性を結ぶためには職能団体や地域単位で行われる研修の機会が有効である。

5) まとめ

ここまで、精神障害者への良いアウトカムを出すために相談支援専門員に求められる専門性について記述したが、これらは医療機関や行政機関において精神障害者の地域生活を支援する者すべてに当てはまることであるといえる。本人の主体性や意思を尊重し、その人らしい生活を送るための包括的支援マネジメントの充実に向けて、専門職としての確実な実践が求められている。

E. 健康危険情報

特記事項なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

文献

・安梅勅江（2001）『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法』医歯薬出版

・安梅勅江（2010）『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編』医歯薬出版

・川村仁美、田村綾子『計画相談支援における相談支援専門員の役割と課題』聖学院大学論叢第33巻第1号・2号合併（2021

年）pp181-196

・厚生労働省精神障害・保健課「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（令和3年3月18日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>（2022年5月1日最終閲覧）

・田村綾子「計画相談支援における再入院防止のための有効策～相談支援専門員の実践の工夫に関する語りを通して～」厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

『精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた障害福祉サービス等の推進に資する研究』分担報告書（2021年）

表1 インタビュー協力者の属性

	年代	ソーシャルワーカーの 経験年数	精神保健福祉士としての 経験年数	精神科医療機関の勤務年数	所属事業所の事業概要	職位	主たる業務
A	40代	17	17	12	居宅介護、行動援護、移動支援、生活介護、放課後等デイサービス、児童発達支援、就労継続支援 A/B 型、共同生活援助、短期入所、自立生活援助、相談支援事業(特定、一般、障害児、委託)、地域生活支援拠点	理事	計画相談、管理業務、人材育成、法人運営
B	50代	31	21	2	相談支援事業(基幹、委託、計画、一般、障害児)、就労支援事業(移行、定着、継続支援 A/B)、自立生活援助、共同生活援助、生活訓練、生活介護、地域活動支援センター事業	代表理事	法人経営、相談支援
C	50代	35	23	22	相談支援事業(基幹、委託、計画、一般)、就労継続支援 B 型事業、地域活動支援センター、自立生活援助	理事長・施設長	法人運営・管理、基幹相談支援センター長、圏域スーパーバイザー
D	60代	39	23	19	相談支援事業(特定、一般)、共同生活援助、就労継続支援 B 型	センター長・部長	主任相談支援専門員、障害福祉サービス事業所運営管理
E	40代	18	15	0	基幹相談支援センター事業、地域活動支援センター事業、相談支援事業(特定、一般、児童)	主任	人材育成、地域移行支援推進の業務、地域体制整備、地域生活支援拠点等コーディネート、計画相談等