

# 危機がチャンスに変わるクライシス・プラン入門 精神医療・保健・福祉実践で明日から使える協働プラン

判 型 B5版  
発行年 2024年  
総頁数 235頁  
発行所 中央法規出版  
定 価 2800円 (税別)

住 友 雄 資\*

## 1. 本書の意義と特徴

本書で明言はしていないが、編者らが創設したクライシス・プランに関する研究会「クライシス・プラン研究会－クラプラネット－」で積み重ねた各種研修・研究報告の成果をまとめたものであると、評者は理解している。このクラプラネットは、イギリスでのJoint Crisis Plan (JCP) を参考にした日本 (語) バージョン (Crisis Plan-Japanese version: CP-J) を学習・普及・啓発するために設立された (2024年3月現在で1千人近い会員数とある)。特にクライシス・プラン作成とともにそれを活用することにも活動の重きを置いてきたという。そもそもクライシス・プランは、精神保健医療福祉サービス等を利用している当事者と専門職である支援者が協働して作成することに最大の特徴があるから、活用にも目を向けるのは当然である。

## 2. 本書のねらいと構成

本書にも記されているが、わが国にクライシス・プランが導入される契機となったのは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、2003年成立・2005年施行) からである。この法の目的には、他人に害を及ぼす行為を行った者に「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」とある。前半の2つの中間目的 (症状の改善と他人に害を及ぼす再発防止) は、相容れない場合が考えられる。また2つの中間目的を達成することで本人の社会復帰の促進を図るといふ最終目的との乖離がどうしても生じやすいことも想定される。その意味でこの法律の建て付けは悪い。そしてこの2つの目的を一体的に解決するには、否応なくクライシス・プランを

\* 福岡県立大学人間社会学部・教授

導入せざるを得なくなったとも理解できる。不幸な導入理由と言えなくもない。

たとえそうであったとしても、医療観察法とは関係なく、クライシス・プラン導入が必要な理由は他にもある。それは、本書でクライシス・プランとクライシスプランを区分して使用していることにも関係する。本書では当事者と支援者が協働して作成・使用する計画をクライシス・プラン、当事者のみ、支援者のみが作成・使用する計画をクライシスプランと称している。「・」があるかどうかの差異ではあるが、わが国における援助者－利用者関係という援助（支援）関係をめぐる諸課題の一部解決を志向しているからであろう。編者たちが「はしがき」で、クライシス・プランが「支援者にとっても自らの専門職性や価値を実践で体现できるツール・方法であること」を強調していることから理解できる。

本書は理論編ともいえる総論と多種多様な支援機関別のクライシス・プランを提示している17事例という2部構成となっている。この2部構成の比率を見てみると、事例の分量（全体ページ）が9割近くを占めている。おそらく本書のタイトルに「入門」が付されていることから推察すると、多くの分量で理論を用いて解説するよりも、ヴァリエーションに富む具体例を示した方が初学者にはわかりやすいと判断したのだろう。そしてまだまだ知られていないクライシス・プランに当事者と支援者が共に関心を持ち、両者が一緒にその作成を展開してほしいと願った編者の発想であろう。

17事例は機関別の11事例と課題別の6事例で構成されている。各事例は、携わった支援者が利用者とともに作成したクライシス・プランの過程・内容・活用等について詳述しており、

最後に編者がそれにコメントを付すという統一された様式で記されている。編者の意図を確実に伝えようとする構成が採用されている。

機関別の事例は精神保健福祉に関するもので、精神科病院の2事例、精神科デイケア・精神科クリニック・保健所・訪問看護ステーション・相談支援事業所・就労支援事業所・指定入院医療機関（医療観察法）・指定通院医療機関（医療観察法）、保護観察所の各1事例の計11事例である（なお精神科病院2事例のうち1つは措置入院患者の退院後支援に関するもので、それは2016年に発生した相模原障害者施設殺傷事件の影響を受けて厚生労働省が定めた通知「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」（2018年）を取り上げ、これに沿いながらも作成したクライシス・プランの事例である。医療観察法絡みではないものの、犯罪を端緒とするクライシス・プラン導入の由来を強く意識させるものになっている）。

課題別では、6つの「依存症治療における事例」「発達障害（ASD・ADHD）における事例」「自殺対策における事例」「子ども家庭福祉臨床における事例」「矯正施設臨床における事例」「学校教育臨床における事例」が取り上げられ、多様なメンタルヘルスの支援課題に対応するためにクライシス・プランが作成・活用されている。

では、地域での支援場面を念頭に、2つの事例ではあるが、クライシス・プラン作成及び支援関係形成を中心に概観してみたい。まずはクライシス・プラン導入の契機となった医療観察法（保護観察所）を取り上げた事例11である。これは統合失調症及びASDの診断を受けた20歳代男性の対象行為（傷害）により医療観察法に基づく指定入院医療機関に入院し、退院後にグループホームに入居しつつ通所型生活訓練や

就労移行支援を利用し、やがて小さな弁当屋で働くことに至る事例である。入院中から保護観察所の社会復帰調整官と一緒にクライシス・プランを作成し、何度も修正・変更を繰り返してきた。この作成・修正・変更にあたっては、当事者と支援者が信頼関係を築き、率直に話し合っている場面が何度も出てくる。このことが印象的な事例である。当然のことながら、支援者は当事者に言いにくいことも適切な表現等で当事者に伝える。それに対して当事者は納得しない態度を取ったり、時に反論したりする。そこで支援者はケースフォーミュレーションを試み、当事者の思考プロセスを一緒に可視化することを行っている。このことにより、当事者の納得（不承不承も含まれるだろうが）となり、両者の合意のもとに基づいたクライシス・プランになっていく過程が事例に記されている。当事者との関係を崩すことなく、クライシス・プラン作成を成就させる専門職としての支援力が垣間見える事例といえる。

次は、就労継続支援B型事業所を利用する統合失調症の30歳代男性を取り上げた事例8である。そこを利用するまでに入院や就職、自宅にひきこもる経験も有していた。利用当初はクライシス・プランの三色のサイン（普段の時の「青色」、自分の調子が悪くなりかける「黄色」、危険な状態である「赤色」）について、支援者と話す場もなかったようだが、調子を崩して2ヶ月間休むこと、妄想による他の利用者へのめめごとが生じて入院に至るということもあって、当事者と支援者の話し合う場がここで始まるという記述が見られる（おそらくピンチの後のチャンスと支援者は捉え、クライシス・プラン作成へつなげる好機と判断したはずである）。そこで支援者はまずは一緒にセルフモニタリン

グシートを作成してみようと提案し、当事者がそれを了解することになる。その作成過程で、支援者からの問いかけに応じた当事者が「青色」から「黄色」「赤色」になる病状などに次第に気づいていく過程を取り上げている。おそらく当事者はこれ以前のひきこもりや入院時の自らの「黄色」や「赤色」の状態にほとんど気づかずにいたのだろう。セルフモニタリングシートが一通り出来上がれば、それぞれの色の時の当事者の対応やその方法に話を支援者は転じていくこと、つまり一歩進めてクライシス・プラン作成につなげていくことはそんなに難しくくない。これこそ当事者と支援者との関係がこれまでよりも深まった証左であろう。ピンチをチャンスに変えるという、専門職としての支援者の判断があったからこそ、これまでの当事者との関係の質を変化させることにつながったといえる。専門的な支援関係は一般的な人間関係とは異なることを示している。

### 3. 本書の成果と疑問

本書の最大の成果は、プランは支援者だけが作成するものであるという思い込みを少しだけ崩してくれたことにある。本書の中では、“Iのプラン”（＝クライシスプラン）との対比で強調される“Weのプラン”（クライシス・プラン）がしばしば登場する。それが如実に物語っている。おそらくこの研究会では“Weのプラン”がスローガンになっていると思われる。支援者側から言えば、この“I”は支援者を指し、プラン策定の役割を担うのは支援者だけだと固く心に誓っているかのようである。しかし“I”を含んだ“We”に移すことにより、支援者と当事者が一緒になってプランを作成する道をこの

研究会は歩み始めたといえる。このこと自体は高く評価されてよい。

しかしわが国での精神保健福祉の実際はどうであろうか。現場例で考えてみる。専門職の教育現場とすれば、支援者が援助や支援のためのプランを作成するというのは、保健医療福祉の専門職養成課程ではごく普通に受けとめられており、それを前提に養成教育が行われている。一緒にプランを作成するというよりも、まずは学生たちが単独でプランを作成できるようになるという方が優先される。また精神医療現場では、善悪を別として、精神保健福祉法に基づく行動制限や隔離といった院内処遇が“We”で実施したい旨を希望したとしても、精神保健指定医による“I”の決断を余儀なくさせている側面は否定しがたい。さらに地域の精神保健福祉現場では、同じクライシスという語句である危機介入（クライシスインターベンション）を用いることがある。地域生活で困難な状況に置かれている利用者に対して、積極的・直接的に介入し、危機状況からの回復を目指し、地域生活の継続を図るための方法として体系化されてきたのが危機介入なので、危機の緊急度が高ければ高いほど“We”ではなく“I”の判断が優先された実践になりがちである。

このように支援者によるクライシスプランが幅を利かせることが多い精神保健福祉分野ではあるが、クライシス・プランはこれらに一石を投じる思想であり、実践であり、方法であるとの位置づけをもって、その普及などが図られている途上にあるといえるだろう。本書の成果は精神保健福祉全体の中に的確に位置づけられているものではない。どちらかといえば、産声をあげたばかりだし、少数派どころか悪く言えば非主流派ともいえる存在でもある。しかし評者

は、この研究会に千人近い会員がいることに今後の希望を持っている。これだけの数の支援者・利用者がクライシス・プランに興味・関心をもち、研究会の活動に参加している意義は決して小さくない。是非ともクライシス・プランの思想・実践・方法が支援に携わる専門職の心に響き、実践に変容が生まれることを願ってやまない。

なお本書を読み込んでいく過程で、クライシスにかかわる時だけ両者が一緒にプランを作るだけでよいのか、逆に言えばそれ以外は相も変わらず支援者のプランでよいのか、さらに言えば、クライシスとは関係なく、そもそもプランは“Weのプラン”ではいけないのか、という素朴な疑問を抱いたのも事実である。本書の意図とはずれるかもしれないが、先ほど援助（支援）関係をめぐる諸課題の解決に、傍点を付して「一部」と記したのはこの疑問があったからである。

#### 4. 評者からの問題提起と提案

そこで、先に紹介した2事例中でも記したし、その他の事例中にも“かかわり”“信頼関係”“関係づくり”“協働的關係”などの支援者－当事者の関係性を示す言葉が度々登場することに評者は着目してみた。“Weのプラン”の“We”は、関係性を包含しているからである。

本書の事例提供者は、この関係性を基盤にクライシス・プラン作成等という実践を行っているし、クライシス・プラン作成過程を支える土台であると認識しているのである。もちろん関係性は支援者にとって自明過ぎるものである。所与とか前提と言い換えてもよい。関係性がこれだけ重要な事柄でもあるので、関係性を良質

なクライシス・プラン作成に役立てる方向性に舵を切る必要があると評者は考える。

また、本書には当事者からクライシス・プランやセルフモニタリングシート作成にあたっての支援者へのメッセージが記されている。それは、症状で何が再燃につながるか丁寧に聞き取り、クライシス・プラン、セルフモニタリング表の作成に役立ててほしいとある。「そのためには一方的に決めつけることなく、患者さんがどう思っているのか、どんな体験をしているのかを尊重してもらえると良いと思います」（狩野ら 2024：163）とある。この下線部分に関する質担保にもつながるものである。

しかし、本書に記されているクライシス・プランやセルフモニタリングシートには、関係性に関する内容が記述されることはほとんどない。事例8及び事例11のクライシス・プランを見ても、あくまでも当事者の自己対処・支援者（他の各種サービス提供者を含む）の対応が主たる中身である。他の事例のクライシス・プランも同様とあってよい。また事例11のセルフマネジメントシートにいたっては、当事者の三色のサインに応じた内容ばかりが記されており、支援者側の情報は記述されていない（支援者のセルフマネジメントではないので、ないのが当たり前ではあるが）。

当事者が作成するクライシスプランであれば、当事者自身の自己対処などが中心になるし、支援者が作成するクライシスプランも支援者がどのように対応するかということが主たるものになる。当事者と支援者が一緒に作成したクライシス・プランでも、当事者への自己対処と支援者の対応が根幹をなしているとすれば、見た目が変わり映えしないことになる。

したがって“Weのプラン”というスローガン

を掲げるなら、クライシス・プランがこれまでのクライシスプランを含む支援者が通常で作成するプラン（例えば、ソーシャルワーカーが策定する支援計画）との質的な相違点があると、形にすることが求められているのではないだろうか。

そこで、当事者と支援者の関係性である。かつてこの関係性を整理して3類型を提示したのが坪上宏である。坪上（1984）は、ゲシュタルト学派が説くところ、私たち人間は、それぞれの環境世界を知覚する際、環境世界を構成する個々の要素を、何らかのまとまりをもった一つゲシュタルトの形態として自分の内部に描くという。それを用いて、坪上は援助関係における三つの性質を理念型として取りあげた。それが一方的関係、相互的關係、循環的關係である。

それぞれをゲシュタルトによって説明すると次のようになる。まず一方的関係とは、「援助者が自分のゲシュタルトにおいて相手の状況を位置づけ、判断し、それにしたがって一方的に相手に働きかける関係」（坪上 1984：92）を指す。この関係は、援助者自身が自らが有する視点や関心にしたがって相手の問題や状況を把握・判断し、一方的に働きかける。つまり相手が危機的な状況にあると援助者が判断した場合、相手の了解を得ずとも援助活動を開始・展開するということにつながる。その意味で相手の関心・都合<sup>1)</sup>は無視または軽視することになりやすい。本書でいえば、支援者によるクライシスプラン作成時で展開する際の関係がこれに相当する（なおクライシス・プラン作成時に一方的関係はその理屈に合わない）。

次に相互的關係とは、援助者も相手も「各自のゲシュタルトはほぼそのままに、共通関心事の水準、あるいは範囲についてのみ折り合いを

求める関係」(坪上 1984: 92)を指す。折り合いがつかないので援助の契約が成立し、その合意内容に基づいて相手への援助活動を展開する。本書の「Weのプラン」が成立している際との関係と比べてよい。事例11で解説すれば、当事者は「腕を組んで納得いかない表情で、『でも』『それは』と反論していた」(狩野ら 2024: 153)とあるように、相互的關係すら成立していない時から、支援者が「入院中からここまで誰も殴らせずに過ごせたことや、ジョブコーチが仕事を評価していること」などの正の評価を行ったことで、当事者から「誤解していたのかも。もう捕まりたくないし、今までの努力がもったいないよな」という発言がみられ、相互的關係が形成されるやりとりがなされている。その後、「職場の同僚に対する被害感情を見直すことや、増葉の効果を見定めるための2週間程度の休養を受け入れた」とあるように、クライシス・プランの修正が図られており、相互的關係が成立していく。

さらに循環的關係である。「援助者は、援助に当たっての自分の関心・都合にもとづく言動が、相手の関心・都合によるゲシュタルトにどう位置づけられているか、を知って見直そうとする。このことは、援助を必要とする状態にある相手の言動を、相手の都合・関心によるゲシュタルトにおいて理解しようと努めることに、そのまま重なってくる。したがってこのことは、相手の都合・関心をみなおすことに他ならない」とし、「私たちが、普段は反省することもなくそれに則して相手をとらえ、相手に働きかけている、自分自身の関心・都合の回路を自覚的に断ってみる、あるいは一応括弧に入れて保留してみる、といった作業によって可能となる。私たちは、自分自身の関心・都合を自覚

し、保留するときに、その程度に応じて、自分の関心・都合によるゲシュタルトはほどけ、その程度に応じた範囲内で、相手のゲシュタルトにおける相手の言動が姿を現してくる」(坪上 1984: 100)という。このような相手を介して自分のゲシュタルトを見直す関係を循環的關係としている。なお坪上(1984: 93-94)は、「援助活動の場合、量的には相互的關係が主となり、質的には循環的關係が基本となる。そして通常ワーカー・クライアント関係とは、循環的關係のことをさしている」としている。

援助者が自らのゲシュタルトに気づき、その気づきを相手に確かめ、両者の間でそのことについて対話を繰り返していく関係でもある。合意が成立している相互的關係とは異なり、循環的關係は合意の全部又は一部が成立しない状況になっているので、援助者はそのことに気づき、対話を通して新たな合意を得る過程を含んだものになる。つまり新たな相互的關係に至る過程とも言い換えることができる。循環的關係が長期間継続することは援助關係として危うい状況といえる。信頼關係が崩れる要因にもなりうるので、短期間のうちに相互的關係へ移行する試みが肝要である。相互的關係は支援者も当事者も安定しており、落ち着くという安心感をもつ(人間は変化している状態は不安定で、心地よさを感じない生物だからである)。

事例8で循環的關係を説明する。「利用して3か月ほど経った頃に調子が悪いという理由で2か月休むことになり、その後も同様の期間での利用と休みを繰り返すようになった」際、「その都度、担当スタッフから体調について振り返りを提案するも『もう大丈夫なんで』と断れました」(狩野ら 2024: 112)という当事者と支援者との関係は、一方的關係ではないにしても

援助活動の展開としては不十分である。その後、他の利用者との間でトラブルを起こし、それが理由で入院に至るが、退院後に支援者との面接場面のやりとりが循環的關係への移行を示し始める。そこでは、当事者は入院に至る過程で焦りが自らの病状急変を生じさせたこと、しかもそのことを誰にも言えずにいたことなどが支援者に初めて話される。支援者も当事者の吐露に応じて、病状悪化時に当事者自身が確認できるセルフマネジメントシートを作成することを提案し、当事者もそれに試みることを承諾する。セルフマネジメントシートやその後のクライシス・プラン作成時には相互的關係が成立することとなる。そしてこのクライシス・プランを活用することで支援活動を続けていくことになるが、ある時炭酸飲料についての家族からの指摘を受け、支援者は当事者にそのことを尋ねる場面がある。これは、支援者が家族からの新しい情報によって状況の変化があることに気づく。そしてクライシス・プランの変更を必要する可能性が生じていることを認識する。それを踏まえ、当事者との対話に臨む。当事者からは「確かに飲んでますね」「飲むようになったのは最近かもしれないです」「最近、就労移行支援事業所の体験や担当スタッフが変更になることが気になっていて、それをストレスに感じていたかもしれない」などとの語りがあり、支援者は「もう少し続くのか様子を見てみましょう」（狩野ら 2024：118）と応答している。ここでゲシュタルトの変化を両者が認識し、対応を変えることも視野に入れていこうという契機となる。この一連の過程は循環的關係を示している。そして両者の間で「炭酸飲料の飲水量が増えることを注意のサインとしてクライシス・プランに加筆すること」（狩野ら 2024：118）に

なって、修正されたクライシス・プランに基づいた支援活動を展開する。やがて両者は相互的關係に落ち着いていく。

クライシス・プランは“Weのプラン”であるので、この循環的關係を含めた当事者と支援者の關係性を基盤に据えて展開される必要がある。成果物としてのクライシス・プランは一目瞭然であるし事後評価の対象にもなるが、この關係性は見えにくく評価しにくい。したがってこの關係性をクライシス・プランに反映・結実させるための仕掛けが今後問われてくるであろう。このことを問題提起したい。本研究会での今後の検討事項の一つにぜひとも加えて欲しい。

さて評者からの提案である。

クライシス・プランは“Weのプラン”であり、このことは評者も高く評価している。しかし“Weのプラン”であるならば、当事者の情報に限定されがちなセルフモニタリングシートやクライシス・プランに加え、關係性に応じた支援者からの説明が適切になされたか、当事者の発言に支援者がどのように対応したか、支援者が当事者に十分な説明をつくしたか、などの評価項目を組み込んでいく必要があるだろう。具体的には各種シート類に上記内容の評価項目を新たに設定し、後に当事者からのチェックを受けるといのはどうであろうか（なおセルフモニタリングシートやクライシス・プラン、もしくは別シートがよいかは議論の余地があるのでこれについては深入りしない）。当事者に支援者がチェックするだけでなく、支援者も当事者からのチェックを受けるのを当たり前とすることである。そうすれば、名実ともに“Weのプラン”になる。

これを実行すれば、わが国における精神保健

福祉現場に大きなインパクトを与えることができる。また支援者－当事者の関係性にも大きな変化を生じさせることになる。そう考えるのは評者だけではないだろう。

最後に注文を一つ。各事例提供者が提示するクライシスを病状悪化と絡めた記述が多くなっていることに若干の違和感を覚える。疾患と障害の共存という精神障害の特性を考えたとき、どうしても疾患に重きを置いた事例提示になりがちなのは一定理解できる。障害の側面からみた生活上の問題（例えば、経済的問題、住宅・就労などの問題、地域住民との関係など）で病状悪化に至らないクライシス事例は枚挙にいとまがない。わが国では入院患者数よりも何らかの支援を受けながら地域で生活する精神障害者数の方が圧倒的に多いのであるから、後者にも着目したクライシス・プラン事例についても研究会で多く取り上げていただきたい。

#### 【注】

- 1) ここでいう関心・都合については坪上（1970）を参照のこと。

#### 【文献】

- 狩野俊介・野村照幸編著（2024）『危機がチャンスに変わるクライシス・プラン入門 精神医療・保健・福祉実践で明日から使える協働プラン』中央法規出版。
- 坪上宏（1970）「社会福祉の援助活動とはなにか」『精神医学ソーシャル・ワーク』5（1）、2-11。
- 坪上宏（1984）「援助関係論」仲村優一・小松源助編『講座社会福祉5 社会福祉実践の方法と技術』有斐閣、80-117。