

1.3-13. 参考・引用文献

いのうせつこ	高齢者虐待	1999	新評論
市川和彦	施設内虐待 なぜ援助者が虐待に走るのか	2000	誠信書房
市川和彦	続・施設内虐待 克服の新たなる挑戦	2002	誠信書房
岡本浩一・今野裕之	組織の社会技術1 組織健全化のための社会心理学	2006	新曜社
岡本浩一・鎌田晶子	組織の社会技術3 属人思考の心理学	2006	新曜社
岡本浩一	権威主義の正体	2005	PHP研究所
岡本浩一	無責任の構造 モラルハザードへの知的戦略	2001	PHP研究所
河合隼雄	コンプレックス	1971	岩波書店
久保真人	バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは	2004	サイエンス社
小林篤子	高齢者虐待実態と防止策	2004	中公新書
E・ゴッフマン 石黒毅訳	アサイラム 施設被収容者の日常世界	1984	誠信書房
清水隆則・田辺毅彦・西尾祐吾編著	ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト その実態と対応策	2002	中央法規
進藤雄三・黒田浩一郎編	医療社会学を学ぶ人のために	1999	世界思想社
氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康裕共編	心理臨床大事典	1992	培風館
田尾雅夫	組織の心理学	1991	有斐閣
田尾雅夫	ヒューマン・サービスの組織 医療福祉における経営管理	1995	法律文化社
田尾雅夫	ヒューマン・サービスの経営 超高齢社会を生き抜くために	2001	白桃出版
田尾雅夫・久保真人	バーンアウトの理論と実際 心理学的アプローチ	1996	誠信書房
南雲直二 大田仁史監修	障害受容 意味論からの問い	1998	荘道社
南雲直二	社会受容 障害受容の本質	2002	荘道社
信田さよ子	アディクションアプローチ もうひとつの家族援助論	1999	医学書院
信田さよ子	DVと虐待 家族の暴力に援助者ができること	2002	医学書院
久田則夫	施設職員実践マニュアル	1996	学苑社
サイモン・ビックス クリス・フィリップソン	老人虐待論 ソーシャルワークからの多角的視点	2001	筒井書房
ポール・キングストン 鈴木眞理子監訳 青海恵子訳			
ジョン・フリードマン 齊藤千宏・雨森孝悦監訳	市民・政府・NGO 力の剥奪からエンパワーメントへ	1995	新評論

エリオット・フリードソン 進藤雄三・宝月誠訳	医療と専門家支配	1992	恒星社厚生 閣
ジェイ・ヘイリー	戦略的心理療法 ミルトン・エリクソン心理療法のエッセ ンス	2001	黎明書房
ジリアン・ワグナー 山縣文治監訳	社会福祉施設のとるべき道 英国・ワグナーレポー ト	1992	雄山閣出 版
福祉サービスの質に関する検討会	福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書	2001	(H13.3.23)
厚生省大臣官房障害保健福祉部	障害者・児施設のサービス共通評価基準	2000	(H12.6.2)

第2章 グループインタビューの概要と分析枠組み

2.1 研究方法選択の理由

本研究では、個別支援計画の実施状況および課題の詳細を明らかにするために、質的調査法の1つであるグループインタビュー法を用いた。その理由の第1は、本研究のテーマがグループインタビューに適しているということである。グループインタビューは特定の話題について参加者の理解、感情、受け止め方、考え、経験を引き出すことに適し、参加者がそれぞれの視点を発見し、比較することができるという指摘がある（Krueger and Casey 2000）。一方本研究の目的は、実際に個別支援計画を作成および実施する支援職員の計画についての考え、とりわけうまくいかないと感じる課題を抽出することであり、支援職員による個別支援計画の理解や受け止め方、考え、経験に焦点をあてることで共通点がある。

理由の第2は、研究に参加する支援者にとってのメリットである。グループインタビューでは、概ね5～10人の共通点はあるが面識のない参加者が、よく検討されたインタビューガイドに沿って自分たちの考えを述べていく。互いに触発され、新たな意見が生まれることも期待されている。障害者福祉の領域においても、グループインタビューに参加することで支援者が自らの支援を客観視し、他の施設や組織での支援方法を学ぶ機会になることが指摘されている（中野、浦野、笠原ほか2007）。

2.2 参加者の選定

研究協力者の選定には「機縁法」を用いた。まず第7回研究会議（2006年11月25日実施）で主任研究者谷口を中心に、研究班と関係のある障害者支援団体のリーダー的存在である人をその地域のコーディネーターとして5名選定した。次に個別支援計画の実質的担当者の条件を「ある程度経験年数がある主任級の支援者」と想定し、各地域で条件に該当する参加者を4～5名募り、場所と時間を調整するようコーディネーターに依頼した。

その結果、参加者は以下のようなになった。まず人数は24人であり、男性は13人、女性は11人である。年齢は20代3人、30代8人、40代6人、50代6人、60代1人である。施設種別は多い順に知的障害者更生施設および授産施設が各6人、身体障害者授産施設、療護施設および多機能・一体型施設が各3人、身体障害者デイサービス2名、その他4施設各1名ずつである。経験年数は1～3年5人、4～6年5人、7～9年5人、10年～19年2人、20～29年5人、30年以上2人で、平均12.2年である（表2-1）。

表 2-1 グループインタビュー参加者概要

	地域	ID	性別	年齢	施設種別	経験年数	役職	他施設経験
1	京都	A	男	36	身体障害者デイサービス	2	副主任	有
2		B	女	59	知的障害者授産施設	約20		無
3		C	女	47	身体障害者療護施設	27	地福部長	無
4		D	男	29	知的障害者授産施設	2	支援スタッフ	有
5		E	女	40	身体障害者療護施設、デイサービス	18	主任	無
6	名古屋	F	男	29	身体障害者通所授産施設	5	主任	無
7		G	男	52	知的障害者授産施設	8	施設長	有
8		H	男	30	多機能型施設(生活介護・就労移行)	7	管理者	有
9		I	女	46	知的障害者授産施設	8	主任	有
10		J	女	44	知的障害者入所更生施設	22	支援員	有
11	三原	K	女	50	知的障害者入所更生施設	10	主任生活支援員	有
12		L	女	45	視覚障害者入所更生施設	5	生活支援員	有
13		M	女	50	知的障害者入所更生施設	26	生活指導課長	無
14		N	男	33	身体障害者療護施設	7	副主任生活支援員	有
15	徳島	O	男	30	知的障害者通所授産施設	3	主任	無
16		P	女	45	知的障害者通所授産施設	2	主任	無
17		Q	男	38	身体障害者通所授産施設	4		有
18		R	男	34	精神障害者地域活動支援センター	9	主任	無
19		S	男	32	知的障害者入所更生施設	5		無
20	旭川	T	男	53	多機能型施設	28	施設長	有
21		U	男	65	相談支援、知的障害者授産／更生通所／入所施設	37	支援ワーカー	行政
22		V	男	51	知的障害者入所更生施設	30	支援ワーカー	無
23		W	女	26	多機能型施設	6	サービス管理責任者	無
24		X	女	38	生活介護事業所、特別養護老人ホーム	1	主任	無

2.3 インタビューガイド

本研究では、質問の順番や言い回しを柔軟に変更できる、インタビューガイドアプローチ (Patton 2002) を採用した。第 1 回～第 6 回研究会 (2006 年 10 月 1 日) での議論の結果、グループインタビューの目的を「個別支援計画の作成および実施プロセスにおける課題」の明確化としたが、参加者は課題や問題といった質問について望ましいとされる回答をする傾向が考えられる。そこで、課題の存在を前提とすることで参加者が答えやすくなるという指摘 (Patton 2002) 参考に、予備調査により課題の抽出を行い、課題をもとにインタビューガイドを作成することとした。

予備調査には個別自由面接法を採用し、2006 年 11 月 22 日、知的障害者入所更生施設の支援者を対象に分担研究者武田が実施した。その結果、個別支援計画の作成およ

び実施プロセスにおける課題は概ね(1)障害特性、(2)職員のスキル、(3)施設の取り組み体制、(4)業務分担、職員体制、(5)制度上の限界、(6)その他にあることが明らかとなった（巻末資料 1）。この結果を参考に笠原が原案を作成し、第 7 回研究会議（2006 年 11 月 25 日）で検討した結果、(1)職員個人の問題、(2)職員集団の問題（組織的問題）、(3)利用者の問題、(4)地域生活への移行、(5)その他の問題に焦点化して課題抽出するインタビューガイドを作成した（巻末資料 2）。

2.4 グループインタビューの実施

グループインタビューは 2006 年 12 月～2007 年 3 月にかけて、京都市、名古屋市、三原市、徳島市、旭川市の 5 箇所で実施した。会場は参加者が集まりやすい場所とするよう配慮した。時間はおよそ 1 時間半で、事前に参加者の了解を得た上 IC レコーダで録音した。インタビュアーは時間配分を含めた全体の進行を担当し、記録担当は別途設定した（表 2-2）。なお、分担研究者小田島および鑑本は、障害者施設で管理職の立場にあるため中立的な立場からの質問および分析が難しいという意見から、インタビュアーおよび分析を担当しないこととした。

表 2-2 グループインタビュー概要

実施地域	京都	名古屋	三原	徳島	旭川
実施日	2007年1月14日	2006年12月12日	2007年1月23日	2007年2月26日	2007年3月6日
会場	ハートピア京都 ボランティアセンター	愛知淑徳大学 谷口研究室	サンシープラザ 第5会議室	徳島厚生年金会館	いちもく会 会議室
インタビュアー	谷口	谷口	武田	谷口	徳竹
分析者	笠原	永田	武田	徳竹	谷口

2.5 分析

以下の手順で各グループごとに分析をした。第 1 に、録音データをもとに逐語録を作成し、Silverman（2000）を参考に発言者のくせ（例：えーと、あの、その等）を適宜削除し、必要に応じ発言の意味が変わらない程度に順序を入れ替えた。

第 2 に、京都の分析結果をもとに笠原が暫定版カテゴリーリストを作成した。すなわち、インタビューガイド、記録用紙等を参考にリサーチクエスションに沿って逐語録を繰り返し読み、重要と思われる発言やキーワードに印をつけ、似たものどうしをまとめたコードをリスト化したものである。

第 3 に、各分析者がカテゴリーリストを参考に 2 と同様の手続で各グループインタビューを分析した。しかし、共通リストを使っても新たな概念が生まれたり、似たような概念が重複したりするため見直しの必要性が生じてくる。

そこで第 4 に、分析結果をつき合わせカテゴリーリストを修正するための作業部会を実施した。ここではコードの意味を再度確認しながら整理し、コードリストを改善させた（表 2-3）。この結果を受け、分析済みのデータも再度分析しなおすこととなっ

た。以上のコーディングと階層化の作業には佐藤（2002）を参考に「アイデアツリー」というコンピュータソフトを使用した。

2.6 カテゴリーリスト

カテゴリーリストは、8つのカテゴリーと26の下位カテゴリーを含む。第1のカテゴリーは「現状」である。これは、参加者が所属する各施設における個別支援計画の実施の現状であり、作成時期、見直しの有無および回数、計画作成に関わる人物、契約の方法などを含む手続全般に関することである。

第2のカテゴリーは、「本人の状況」である。これは、個別支援計画の課題が主に障害者にあるという考え方であり、3つの下位カテゴリーに分類される。それは障害の種類、年齢や障害が影響する健康状態を含む「障害像」、生活全般のスキルの現状と新たなスキルの獲得意欲に関する「意欲とスキル」、障害者からみた職員像、職員との関係を含む「職員への意識」である。

第3のカテゴリーは「家族の理解・認識」である。これは、個別支援計画の課題が主に障害者の家族による計画および障害者の理解、認識にあるという考え方であり、3つの下位カテゴリーに分類される。それは、本人の思いが関係することもある家族の協力度を表す「家族の協力」、障害者本人に苦勞をかけさせたくない、あるいは変化を好まない「家族の安定志向」、以上2つを変化させる可能性のある「継続的働きかけによる変化」である。

第4のカテゴリーは「職員による個別支援計画の理解」である。これは、個別支援計画の課題が主に職員の個別支援計画の理解によるという考え方であり、3つの下位カテゴリーに分類される。すなわち職員による個別支援計画の捉え方や必要性の認識に関する「個別支援計画の認識」、計画の中心的存在として想定する人物（例：本人、家族、職員）に関する「計画の中心人物」、支援の質的向上手段として計画をとらえる「職員のメリット」である。

第5のカテゴリーは「職員の知識、スキル」である。これは、個別支援計画の課題が主に支援者の障害者福祉および支援計画作成に関する知識やスキルにあるという考え方であり、6つの下位カテゴリーに分類される。すなわち支援計画の内容を左右する「目標設定」、目標を実現に移すまでの計画作成スキルである「目標の細分化」、計画を日常的支援に反映させる際の困難等を示す「日常的な支援とのギャップ」、記録、表現、伝達に関する能力である「言語化」、障害者本人あるいは家族等関係者と関係をつくり、ニーズを把握し、障害者本人の自己決定を支援するために必要な「面接スキル」、支援計画作成および実行を効率よくスムーズに執り行うための「フォーマット」である。

第6のカテゴリーは「職員体制」である。これは、個別支援計画のとりわけ実施段階における課題が、支援者の所属施設の様々な要因にあるとする考え方であり、5つの下位カテゴリーに分類される。それは、障害者の入所年数に比べた職員の勤務年数の

表 2-3 個別支援計画の課題に関するカテゴリーリスト

カテゴリー	下位カテゴリー	各コードの定義	京 都	名 古 屋	三 原	徳 島	旭 川
I 現状		作成時期・見直しを含む実施状況	○		○	○	○
II 利用者の状況	1 障害像	障害の種類, 年齢, 健康状態			○		
	2 意欲とスキル	スキルの現状と獲得意欲			○		○
	3 職員への意識	本人から見た職員像			○		
III 家族の理解・認識	1 家族の協力	本人の思いと家族の協力度	○	○	○		○
	2 家族の安定志向	本人に苦勞をさせたくない親心	○	○	○		○
	3 継続的働きかけによる変化	職員の働きかけによる認識の変化	○		○		
IV 職員による個別支援計画の理解	1 個別支援計画の認識	計画の捉え方(必要性)		○			○
	2 計画の中心人物	計画の主人公(本人, 家族, 職員)	○	○	○		○
	3 職員のメリット	支援の質的向上手段としての計画	○	○	○		
V 職員の知識・スキル	1 目標設定	目標設定の課題(変化への執着, 安全指向, 地域移行等)	○		○		○
	2 実現に向けた細分化	目標へ向かうステップの設定	○		○		○
	3 日常的な支援への反映	計画の日常的支援への反映			○	○	○
	4 言語化	記録, 表現, 伝達に関する能力	○		○		
	5 面接のスキル	関係形成, ニーズ把握, 自己決定支援		○	○		○
	6 フォーマット	様式に関すること(統一, 項目, 障害種別)	○	○	○		○
VI 職員体制	1 連続性	経験年数, 知識・スキルの伝承, 世代間コミュニケーション	○	○		○	
	2 連携	同僚, 他職種, 他部門とのネットワーク			○	○	
	3 過度な業務負担	時間不足, 質量共に高度な要求	○		○	○	○
	4 管理者(サービス管理責任者)の役割	質の向上, 職責の遂行	○	○	○	○	

	5 労働に対する評価	上司・利用者からの評価，給与	○	○	○
Ⅶ環境要因	1 施設の役割と機能	施設種別による限界（授産施設だから仕事を優先，通所・入所の違い）	○	○	
	2 自立支援法における課題	障害程度区分や自己負担，新体系に係る課題		○	○
	3 社会資源の状況	サービスの量，地域の受け入れ体制	○	○	○
Ⅷ施設病	1 利用者の施設病	気力・やる気・積極性の低下	○	○	
	2 職員の施設病	気力・やる気・積極性の低下	○		○

短さ、離職率の高さ、知識やスキル伝達の困難、職員の経験不足などに関する「連続性」、職場内の同僚、他職種、他部門とのネットワークに関する「連携」、支援計画作成にあてる時間の不足、質量ともに高度な要求と感じられる「過度な業務負担」、サービスの質向上や職責の遂行に必要な「管理者の役割」、上司・利用者からの評価、給与等仕事のやりがいにも通じる「労働に対する評価」である。

第7の категорияは、「環境要因」である。これは、個別支援計画の作成が主に障害者を取りまく環境にあるというとらえ方であるが、利用している施設に関することは第5 категорияの「職員体制」に含めている。下位 категорияは3つに分類される。それは、授産、更生、療護あるいは、入所、通所といった施設種別と機能による限界を示す「施設の役割と機能」、障害程度区分や自己負担、新体系の導入に伴う課題である「自立支援法における課題」、サービスや地域の受け入れ体制の不備を示す「社会資源の不足」である。

第8の категорияは「施設病」である。これは、長年の施設利用により気力、やる気、積極性が低下することを表し、2つの下位 categoria「利用者の施設病」と、「職員の施設病」に分類される。

●参考文献

- ・ Krueger, R. A. and Casey, M. A. (2000) Focus Groups: A Practical Guide For Applied Research, 3rd ed., Sage Publications.
- ・ 中野敏子, 浦野耕司, 笠原千絵, 浅沼太郎 (2007) 『知的障害のある人の支援構造研究』, 明治学院大学社会学部附属研究所年報 37号, 45-60.
- ・ Patton, M. Q. (2002) Qualitative Research & Evaluation Methods, 3rd ed., Sage Publications.
- ・ 佐藤郁哉 (2002) 『フィールドワークの技法－問いを育てる, 仮説をきたえる』新曜社.
- ・ Silverman, D. (2000) Doing Qualitative Research: A Practical Handbook, Sage Publications.

第3章 グループインタビューの結果と考察

3.1 京都市グループインタビュー分析結果

京都市におけるインタビューは、平成19年1月14日、京都府立総合社会福祉会館ハートピア京都内ボランティアセンターで実施した。参加メンバーは、身体障害者デイサービス副主任 A 氏（男性、経験年数2年）、知的障害者授産施設職員 B 氏（女性、経験年数20年）、身体障害者療護施設地福部長 C 氏（女性、経験年数27年）、知的障害者授産施設支援スタッフ D 氏（男性、経験年数2年）、身体障害者療護施設およびデイサービス主任 E 氏（女性経験年数18年）の5名だった。

I. 現状

参加者の所属するいずれの施設でも、概ね1年に1回個別支援計画をたて、半期で見直しをしている。例えば D 氏の勤務する知的障害者授産施設では、個別支援計画を1年サイクルで実施。半期に一度10月に見直して「家族と本人」に説明の上同意を得るが、見直しは「あってないようなもの」である。同じく知的障害者授産施設に勤める B 氏の場合、「あゆみ」という名前で作成していた年間総括を支援計画に利用し、職員全員での検討と保護者面談を経て年に1度の契約に至っている。A 氏の勤める身体障害者デイサービス施設では、春に立てた計画を秋に見直している。計画を立てる際には本人及び場合によって家族の同席のもとヒアリングによるニーズ把握を行い、計画案を利用者、家族に説明、同意を得ている。E 氏の勤める身体障害者療護施設では入所、通所部門とも4年ほど前から行っていた「前期と後期で目標を立てて見直す」形を移行させたものである。

作成の視点を2つに分けている点では E 氏と C 氏の方法が類似している。それは施設での「ベースの支援」（京都 C462）、E 氏の所属でいえば「デイサービスに来て何をしてもらいたいのか」（京都 E358）ということと、「本人さんが何をしたいんや」、あるいは「休みの日にはボランティアと一緒に映画を観に行きたいんだという部分」（京都 C462-463）を分け、それらをすり合わせるという方法である。

ベースの支援っていうものと、個別の主な部分。実は休みの日には、ボランティアと一緒に映画を観に行きたいんだとか、出来れば地域の行事に参加したいんだっていう部分というのを、きちんとまず、今分けてしまうこと。ベースの生活の安定は、1回目はケアプランの中に落としていますけれども、2回目からはもう個別のマニュアルのほうに落としていく。（京都 C462-466）

施設の目的は入居者の基本的な生活の安定であり、余暇や本人の希望を取り入れるのは生活の安定が保たれた後という考えがあるようだ。なかでも E 氏と C 氏の所属が医療、健康面でのケアが不可欠である身体障害者療護施設であることも影響しているか

もしれない。

Ⅱ. 利用者の状況

個別支援計画作成の課題が障害者本人にあるという考え方はみられず、むしろ以下で述べるように、家族や支援者の考え及びかかわり方に関する指摘の方が多かった。

Ⅲ. 家族の理解・認識

1. 家族の協力

個別支援計画作成の課題は、「家庭との連携」（京都 D216）を含む「家族の協力」として次のようにとらえられている。

障害者の人と向き合うわけやけども最終的にはケアプランにしても家族の了解を得るんですよ。まあ、本人の了解と家族の了解と。障害者の人って大人なのに、どうして最後に親なんだろうかって、いつも思うんですよ。（京都 C558-560）

家族も「表面上は」（京都 D219）協力という態度を示す。しかし通所施設の場合、生活面での連携が得られにくいため支援の効果が上がりにくく、また「親なき後」の生活の選択肢として入所施設が想定されているという点で、支援者はやりにくさを感じている。一方入所施設職員からは次のような指摘がある。

家族と本人の意見が違うのというのは、ほとんどの場合、その施設を出るか出ないかぐらいのところで、普段の生活のあり方っていうのは家族はほとんど何も言われません。（京都 C540-542）

2. 家族の安定志向

家族の協力が得られにくい理由には、「安定志向」が強く、新たな挑戦に消極的な家族の態度があると考えられる。例えば、職員からみればヘルパー利用などにより充分地域生活が可能と考えられる場合（京都 E509-513）や、障害者本人の能力を引き出して何か見つけてあげたいという気持ちがある場合（京都 D189-190）でも、「家族からのニーズが少ないという面があり、毎日施設に通えて、安定してくれたらそれでいいというような意見」（京都 D189-184）が妨げとなっている。また、障害者自身が地域で生活したいと考えても、保護者である姉が火事や地震といった災害時を例に挙げ、「安全だという確証がない」ことから反対しているという例もある（京都 C527-532）。このような状況に対し

て支援者は、「家族がもたれる不安というのを一個一個つぶしていかなければいけない」（京都 C533）と考えているが、社会資源が少ないため難しいというジレンマを感じているのが現状である。

3. 継続的働きかけによる変化

家族の安定志向により協力が得られない場合、支援者はただ黙っているわけではない。「継続的働きかけ」により家族も変化する可能性がある。

家族さんも、何も読まんとパッとハンコを押したのかなって感じのところ、ここ1、2年、細かく読み出さはって、「この言葉についてはどうですか」という問い合わせがある。やっぱり家族さんもちょっと変わってきてはるのかな、「ああ、読んでくれてはるな」というのは、繰り返していくと見られてます。（京都 E365-370）

安定志向になりがちな家族には、「皆さん見てる世界というのは狭いですよ」ということを強く訴え、時には説得する場合もある（京都 D639-642）。

IV. 個別支援計画の理解

1. 個別支援計画の認識

「個別支援計画の認識」に関する発言はなかった。

2. 計画の中心人物

「計画の中心人物」は障害者本人であると考えられる。しかし実際には家族が実質的な最終判断をしている場合もあり、支援者は家族との間に立ちながら「本人中心」という考えを何とか保持しようと努力している。

項目の数を重視するのか、本人と家族からのニーズ、そしてまたスタッフからの視点というものを一番重視するのかということは何か、私たちスタッフとしては非常にやきもきしながら毎日やっている（京都 D224-227）

障害者福祉領域での経験年数の短いD氏にとっては、就職した当初から「本人中心」という考えが前提とされているため、「やきもき」しながらも自然とその考えに立ち戻ることができるであろう。一方療護施設に勤務するC氏は以下のように指摘する。

13年までは処遇目標という名前だったんです。今から思うと利用者さんのアセスメントなんてしないです。介護員や指導員が、この人は時々騒ぐから騒がないような対応とか、この人は訓練が嫌いやから訓練して機能を維持させなければというように、処遇目標というよりか、もう半命令的なものみたいですね。入所施設ってというのは、サービスを買って頂いてるお客様という意識がすごく低くて、反対に、世話してあげてるっていう感覚がすごく強かったんです。だからどうしても利用者さんに対するサービスは、職員サイドの目から決まるんです。こうすれば流れがいいとか、こうすれば手順がいいとか。(京都 C425-433)

アセスメントシートの書き込みから始まって、1年ぐらい研修をしました。で、一番初めは、1人1ケースずつ持っていた訳ですけども書けなかったです。そういう視点が無かったんですね。してあげてるんですから。感謝をしてくれてもいいじゃないっていうような感じですね(笑)。そういうおこがましい仕事の仕方をしていましたので、その意識を変えるのに約1年かかりました(京都 C445-450)

利用者についての情報量や経験という点では、勤続年数の長い支援者は障害者に頼もしい存在である。しかし施設には従来利用者を集団でとらえ効率よく「世話」という考えがあり、古くからある施設、経験年数の長い支援者にとっては「本人中心」の発想に慣れるまでに時間がかかる場合があるだろう。半端な理解で個別支援計画をたてても、結局は形式的なものに留まる可能性があるが、C氏の所属施設では研修に1年の期間をかけて職員の「意識」を変えている。つまり、個別支援計画を活用するためには、支援者が利用者にとっての個別支援計画の必要性を理解することがあると考えられる。

3. 職員のメリット

一方、個別支援計画の必要性をむしろ「職員のメリット」からとらえる意見も見られた。それは、計画＝障害のある人の望む暮らしの実現の方法というより、職員にとっての振り返り、言語化による支援技術の伝達などを含む「職員の質の担保」として位置づけられる。

ケアプランは当初、利用者のためではなくて職員の質を担保するためだ、というものでした。ものの見方を変える、職員サイドからサービスを見るんじゃなくて利用者サイドからサービスを見る。職員がみんな、このやり方が良いのねって納得するんじゃなくて、利用者のかたの納得を得ることをサービスというんだっていう気持ちの切り替えをするのが、ケアプランの目標にありました。(京都 C437-442)

自分の見直しといふかね、職員がしてることの見直しにすごくこれは役に立つ。(京都 E1101-1)

支援計画は障害者本人が望む暮らしの実現としてのツールである。しかし、記録は「支援の振り返り」や「支援の伝達」に寄与するものであり、支援計画も支援を言語化し、経過を留め、評価に活用するという点では記録の意味合いをもつものである。支援計画作成が「本人中心」に発想の転換を図るという点で有意に働いたということは、結果的に支援計画の一義的な目的の達成に寄与したとも考えられる。

V. 職員の知識・スキル

1. 目標設定

個別支援計画作成に必要な職員の知識やスキルの第1は「目標設定」である。支援者の考えにはまず、目標＝何かを変化させること、伸ばすことと考える「変化への執着」という傾向があるようだ。

短期目標と長期目標がありますよね。短期というのは、半年とか1年のスパンでやるんですけども、取り組んでもそれは無理です、正直言って。やはり持たれている障害という部分もありますし、何を伸ばすかっていうところも、たぶんスタッフの支援、立てる支援計画によっても違うと思いますんで。(京都 D277-281)

うまくいくという以前に、変わらないんですね、そんなに。3年、10年スパンっておっしゃってましたけど、そんなに変わらない。で、その中で、毎年同じ目標になったりするんですね。(京都 B327-330)

短期目標、長期目標という所で、そんなに目に見えて変わるようなものではないので、特に先天性の障害持たれてるかたっていうのは、どうしても機能の回復というような点でも、目覚しく変わるようなものでもないから、そこら辺をどうしていくのか。(京都 A411-415)

従来目標設定の考えは、利用者の何らかの変化、改善、向上を前提に職員が立てるものであり、とりわけ施設では訓練的な色合いも強かった。しかし本人の希望に沿った暮らしの選択肢の中には、大きな変化のない落ちついた状態や継続的な関係の維持といったことも考えられるだろう。後述する「フォーマット」にも問題があると考えられるが、ここでは個別支援計画が導入されても旧来の発想から抜け出すことの困難さが表れていると考えられる。

一方、変化を好まない「安全指向」というとらえ方もみられた。「縦軸に機能訓練、

社会適用訓練とあって、あとは食事、入浴、排泄とか」（京都 A401-403）という支援計画のフォーマットにも見られるように、この考えでは健康維持や安定を優先し、計画は日常生活の介護計画に留まりがちなようである。

養護学校を過ぎて来られる成人の方々が、これから先何が必要かっていうところを考えると、そんな小さいことよりもっと大きな目標が必要。まず健康を、そして安定っていうのが、僕は一番のあれかなあと(京都 D282-285)

「安全」をめぐり、身体障害者を支援する職員の思いは複雑である。例えば全身性障害者への支援で、歯磨き介助や入浴介助といった「当たり前のこと」を支援計画に含めるか否かで職員の見解が異なる場合や（京都 A396-400）、「進行性の障害の方」への支援目標を「リハビリ」とするのは、消極的で無難な考えではないかと悩む場合（京都 A415-421）がある。これらは、安定またはより充実した暮らしの実現という目標設定について、職員が異なる見解をもつことから生じると考えられる。とはいえ、中途障害者の「歩きたい」という目標を、「元気な頃のように」ではなく本人が障害を受け入れ楽しく生活できるという「違うことに置き換える」ことで目標達成できると考える場合もあり（京都 C476-482）、安全面からの現状維持志向も根強くあるようだ。

2. 実現に向けた細分化

職員の知識、スキルの第2は目標の「実現に向けた細分化」である。先に見たように一口に「ニーズ」といっても本人、家族、支援者と考えが異なる場合も多く、そのなかで優先順位をつけ、目標達成の時期から逆算して計画をたてなければならない。設定する目標数についてはスタッフが挙げる複数の目標候補から実現可能なものに絞り込む方法と、本人や家族との話し合いの中で絞り込む方法がある。

今年度に関しましては夢のような話の支援計画をできるだけなくして、現実的に考えた支援計画を立てるべきではないかと。で、どうしてもスタッフとしてはですね、項目をたくさん挙げなくてはいけないというような、あの、脅迫的な(笑)ものを。(京都 D209-213)

ほんまに大雑把に、作業支援と日常生活支援の目標を立てて、ニーズを書いて、目標を立てる。目標をいっぱい立てると、絶対無理だと。で、そんなできないことを書いてもあかんのじゃないかなって。やっぱりそれは現実的に親も見て、私たちも見て、本人も「今これが大事なんやで」っていうことが分かるもののほうがやっぱりいいんじゃないかというところで止めています(京都 B317-323)

また参加者は「短期目標」、「長期目標」の2点から一律に目標を分け、人によっ

て異なる目標設定と実現までのスパンを、書式上無理に1年、3年と区切っているようであった。

短期の目標とか、長期の目標。最初はその様式でやってたんですけど、やっぱり具体的になかなか書けない。様式があるからそれに職員は合わせるっていう形になってるので、本当に達成できる目標が具体的に書けなかった。(京都 E353-356)

今現在はほぼ皆さんの書き込みが終わって、見直しはまだ一回もしていません。仮プランを作ったけども、ここからスタートなのか、どこからスタートしてるのか分からない。(京都 C450-453)

修正の際に新たな項目を入れることも可能とはいえ、誰もが同じ時期に新たなニーズができるとは限らないだろう。どこからスタートなのか分からないという発言からは、計画化の機会は重要である一方、年間計画に盛り込み一斉に利用者全員の支援計画を作成する方法は、個々人の変化に柔軟に対応しにくいというデメリットにもつながると考えられる。

3. 日常的な支援への反映

「日常的な支援への反映」に該当する発言はなかった。

4. 言語化

第4に記録、表現、伝達に関する「言語化」の能力があり、特に支援の言語化スキルの重要性が指摘された。新任職員にとって記録や文章の作成は難しく、同僚や上司からの助言が必要となる。個別支援計画の作成も同様であるが、「理解できる言葉」に置き換えるために2重、3重のチェック体制でケアプランを作成している場合(C氏)、「家族や本人への説明」のため添削チェックを受け、毎日のケース記録も同様につき1回のチェックを受ける場合(D氏)、職員会議で全スタッフで中身および言葉のチェックをしている場合(B氏)がある。これまで外部に見せることのなかった記録や計画類を、利用者本人や家族に見せる機会が増えたこともあり、その意味ではプラスの効果が現れているといえよう。

5. 面接のスキル

「面接のスキル」に該当する発言はなかった。

6. フォーマット

第6に「特定のフォーマット」については、目標細分化および言語化の課題とも共通点がみられた。すなわち、使いやすいフォーマットを工夫することで目標設定および細分化の手がかりが得られ、特定領域についての言語化を練習すればよいことにつながる。参加者からは施設種別ごとに同じ「基本の流れ」を踏まえ「一定の線」(D氏)を盛り込んだ、統一フォーマットの必要性が指摘された。一方、フォーマットを使うことには全ての「ますめを埋める」ことに縛られる危険性もある。

短期の目標とか、長期の目標。最初はその様式でやってたんですけど、やっぱり具体的になかなか書けない。様式があるからそれに職員は合わせるっていう形になってるので、本当に達成できる目標が具体的に書けなかった。(京都 E353-356)

VI. 職員体制

1. 連続性

環境要因のなかでも特に、職員体制が個別支援計画作成に与える影響が大きい。まず利用者の立場から見ると職員間の「連続性」が重要となる。離職率が高くベテラン職員が少ない現状は、利用者理解および支援スキルの伝達という2つの側面からマイナスの影響を与えている。若手職員のD氏には、就職して2年目で「引継ぎの時間もほとんどないままポーン」と支援計画を渡されたという感覚があり、A氏からは「利用者さんとの関係ができてはじめて」ニーズが引き出されるため、1-2年目の若手職員の立てた計画は内容の薄いものに留まると指摘があった。

2. 連携

「連携」に該当する発言はなかった。

3. 過度な業務負担

支援者の視点からは、技術が伴わないうちに支援計画を任されることは「過度な業務負担」と認識される。例えば職歴2年のD氏は、「マンツーマンではなくグループワークの中で1人ひとりの多様なニーズと支援計画を達成していくという難しさと限界」(京都 D188-191)、支援策を模索しようにも「開拓時間がない」(京都 D812) 現実を指摘し、「施設のトップにやっていただいたらいい」と指摘する。一方職歴18年で主任のE氏も、支援内容の充実は「職員の資質なり、上の職員の指導」(京都 E374-376) にかかると認めつつ、「職員の数が少ないって言うところ辺で、記録を書くにしても毎日書いて帰れない」(京都 E380 - 381) 現実

を指摘する。業務負担の多さが時間不足を招き、急いで仕上げることで質も担保されにくい状況があると考えられる。

4. 管理者（サービス管理責任者）の役割

「管理者の役割」に該当する発言は2回しかなかった。

5. 労働に対する評価

「労働に対する評価」に該当する発言はなかった。

VII. 環境要因

1. 施設の役割と機能

個別支援計画作成には、目標設定の段階から「施設機能」が大きく影響している。たとえば授産施設だから仕事を優先、通所施設だから生活支援は家族の協力がなければ難しいというD氏とB氏、授産施設では「生活までは分からない」というA氏の意見がある。

とくに生活面に関して私たちは通所ですので、どうしようもない家庭での問題もあがってきますんで、家庭との連携が成り立たないと生活面での支援の達成は難しくなってきます。だから正直無理ではないかと。家族は表面上は「もちろん協力します」とは言わはるんですけどもなかなかこれは非常に難しい(京都 D215-220)

授産の施設ですから、仕事に対してはなんとか頑張って支援をできると。ただ生活支援になると家庭との連携というのがあるので、その点で非常に壁がある。(京都 D310-313)

地域で生活するためには、多くの場合複数のサービスを利用する。そのためキーパーソンとなる人がいなければ、障害のある人の生活は分断されてしまいがちになる。

Ⅲ. 家族の理解・認識で見たように支援者は家族の意見を優先せざるを得ず、同時に自らがキーパーソンになるという考えはもちにくいようである。では、機能が集中し完結的であると考えられる入所施設では個別支援計画はうまくいくのだろうか。入所施設に勤務するC氏は次のように話す。

入所の場合は、24時間365日そこに居られて、生活というのはずうっと流れているんです。だから、どこで始まってどこで終わるのかっていう区切りが無いというので、なかなかプランが、見直

しが出来ないし、プランを立てにくい、見えて来ないなっていうのはあります。(京都 C455-458)

このように入所施設においては、「区切り」のなさが計画及び計画の実行の妨げとなっているようだ。結局、通所と入所のいずれにしても、支援者が積極的にはコーディネーター役、キーパーソンとなっていない様子が現れていると考えられる。

2. 自立支援法における課題

「自立支援法における課題」に該当する発言は1回しかなかった。

3. 社会資源の状況

計画実現段階では、とりわけ「社会資源」や地域の受け入れ体制の不備が課題となる。家族からの支援に頼らざるを得ない状況では1人暮らしの夢を描いても実現が難しく、さらに自立支援法の開始により自己負担が生活を圧迫しているという例が指摘される。

支援費になって以降は職員も減らされて、個別の関わりというのは一切できなくなって、デイサービスでなくてもいいし、ほんならヘルパーさんに任せようっていう形になっても、ヘルパーさんはもう登録でいっぱい。もう新規の登録できませんっていう形になってたりで。地域にも出ていけないし、施設の中で活動して終わりっていう形にも変わってきてます。(京都 E994-999)

1人ひとりが望む暮らしに向けて目標を設定するためには、事前に様々な体験、経験が必要となる。しかしこのような状況では経験を増やし生活の幅を広げることは難しく、悪循環を招いていることがうかがえる。また就労場面での「受け皿」も少なく、加齢によりパート職を辞めざるを得ないことが施設内での「滞留」につながっているという別の指摘もある(京都 B701-706)。社会資源の不足は今に始まった課題ではなく、自立支援法の影響を見極めることも困難である。しかしサービスを利用しにくい状況は、施設内の完結した生活から抜け出すことを困難にする場合もあるようだ。

VIII. 施設病

1. 利用者の施設病

「利用者の施設病」に該当する発言は2回しかなかった。

2. 職員の施設病

ここまで見てきたように、施設における個別支援計画の作成および実施は順調とは

いいがたい。参加者が計画の課題を主に「家族の協力」と「職員体制」等環境因子の点からとらえ、主に利用者に関わる個人因子からとらえていないことは着目できる。しかし、インタビュー全体を通じ、利用者に関する話題は少なかった。

本研究では、仮説的に「職員の施設病」や「バーンアウト」が個別支援計画作成の阻害要因であると考えた。参加者は給料、職員体制、時間的制約に不満を抱き、自立支援法の開始がそれに拍車をかける。自らの仕事が評価されにくいこと、思うような結果が出ないことはストレスとなり、理想と現実のギャップに起因する高い離職率は、支援の継続性に課題を残す。

【環境が受け入れてくれないという点から計画が】ものすごくちっちゃなものになってしまいますね。長期的な見通しをしっかり立てていくところになかなか到達できない。一応お題目は立てますけれども、そこへ向かっての、今度は本当の支援計画というか、具体的なものが立てにくいとか、ああ、やっぱあかんわっていう(笑)。(京都 B784-788)

地域に移行していく形で個別支援計画も作っていかなくちゃいけないんですけど、実際ほな現場でできるんかって言われたら、本当にもうそんなしてる時間がない、人がいないっていうので、やっぱり理想になっていくなあ。(京都 E1011-1014)

バーンアウトという点でいきますと、どうしても職員の数が足りないという点でね、たぶんこの施設さんも一緒やと思うんですけども、うちでも夜遅くまで職員残って支援計画立てたりっていうようなことが実際としてあります。(京都 A1153-1156)

しかし、これらのことと個別支援計画との直接的関係は見えにくく、むしろ慢性的な疲労感や実質的な時間および社会資源の不足が、個別支援計画、地域移行、本人中心の支援といった望ましい支援全体の妨げになっていると考えられる。

【コメント】

本グループでは、個別支援計画の課題として「利用者の状況」を除くカテゴリーからほぼまんべんなく発言があったが、中でも着目すべきは「施設の役割と機能」に関する発言である。例えば入所施設の職員は生活に切れ目がないこと、通所施設の支援者は家族の協力を得にくいこと、授産施設の職員は就労支援以外の面でノウハウを持たないこと等に課題を感じているのであるが、言い換えれば、入所、通所、授産、更生といずれの施設の場合でも支援者は施設機能に限界を感じているのである。障害者自立支援法では、サービス体系が従来の居宅サービスと施設サービスという枠組みを超えて介護給付と訓練等給付に、また施設体系は日中活動と居住支援という枠組みに再編成された。これにより「施設の役割と機能」から生じる課題が軽減されるのか、サービス利用計画の作成とあわせて今後の課題である。

3.2 名古屋市グループインタビュー分析結果

名古屋市におけるグループインタビューは、平成18年12月12日、愛知淑徳大学にて実施した。参加メンバーは、身体障害者授産施設主任 A 氏（男性、経験年数5年）、知的障害者授産施設・施設長 B 氏（男性、経験年数8年）、多機能型施設（生活介護・就労移行）管理者 C 氏（男性、経験年数7年）、知的障害者数所授産施設主任 D 氏（女性、経験年数8年）、知的障害者入所更生施設支援員 E 氏（女性、経験年数22年）の6名だった。

I. 現状

知的障害者入所更生施設支援員 E 氏の施設では、3年前から個別支援計画を作成しはじめ、「聞き取りにすごく力を入れ」、「一人の利用者さんにつき、個別支援計画の時期になると4人の職員がそれぞれいろいろな場所でいろいろな時間を使って」（名古屋 KA234-239）聞き取りをしているという。

知的障害者通所授産施設の施設長 B 氏も、3年前から個別支援計画の作成をはじめ、各指導員が「徹底して」策定にあたり、個別支援計画という資料をベースに、共通の支援基盤を作っているという。

両施設の共通点は、すでに個別支援計画を3年間にわたり作成し、作成に当たっては「徹底した聞き取り」を大切にしていることである。

一方、知的通所授産施設の主任 D 氏の施設では、これまで授産施設に個別支援計画（に類するもの）が一切なく、障害者自立支援法を契機に個別支援計画を作成することになった。これについて D 氏は、「当たり前のこと」がやっと実現されたという思いであったという。

以上のように、個別支援計画の作成に関して経験の差はあるものの、参加者は「IV. 職員による個別支援計画の理解」で述べるように、個別支援計画作成が、職員の統一性をもった支援の共通基盤となっているという認識では一致していた。

II. 利用者の状況

個別支援計画作成の課題が、障害者本人にあるというとらえ方は見られず、グループインタビューでは、家族や支援者の考え方、かかわり方に関する指摘が中心であった。

III. 家族の理解

1. 家族の協力