

名古屋のGIでは、「家族の意向と当事者、専門家の意向のズレ」が個別支援計画の課題として多く見られた。

親御さんが本人さんの思いとですね、僕らからその本人さんの思いというのは、結構ずれちゃったりとかしているときがあるんですよ（名古屋 N1328-329）。

こうしたズレが生じてしまう原因としては、家族の協力が得られないような場合、逆に家族が抱え込んでしまう場合との2種類がある。共通しているのは、本人もしくは専門家によるアセスメントの結果と家族の思いが異なることである。

こちらが提供する支援計画の同意書をとるときに、こんなことはいいです、あんなことはいいです、そんなこといいです、なんで家族が協力しなきゃいけないんですかっていうことになってくると、全部バッテン、バッテン、バッテン、バッテンになってきちゃうもんですから、裏個別支援計画っていうものが作成されちゃうんですね（笑）。（名古屋 K0397-401）

通所授産施設の場合、親との関係が問題を引き起こしている場合もあるので、上記のような「裏」個別支援計画を立てて、親（家族）に見せる計画と親（家族）に見せない支援計画を分けて作成しているということである。もちろん、家族も納得するような形で支援計画を作成することが望ましいが、家族が支援を要する問題の原因や一部となっている場合、こうした課題が大きな問題となっている。

一方、家族の方が抱え込んでしまっていて、専門家としては必要な支援があっても、家族がそれを必要と考えていないという指摘もあった。

まあ皆さんお母さんお父さんいらっしゃるかたが多いものですから、どちらかというのと、あの、抱え込んでらっしゃるかたが、保護者のかたが抱え込んでらっしゃるかたが多いので、こちらが提供するものに対して、「そんなことしていただかなくても結構ですよ」っていうふうになっちゃってるんですね。私たちからみると、ご本人さんには、まあこれぐらいのことをしてさしあげたほうが、あの、レベルが上がるんではないかっていうふうにいるいろいろ考えて、あの、提供すると「いや、そんなことしてか、もらわなくてもうちでみますから」（名古屋 K0377-383）。

以上のように、個別支援計画を作成する際には、家族と専門家、当事者の意見がしばしば食い違い、それは家族が協力的ではない場合、そして抱え込んでしまう場合の2つのパターンがあるといえるだろう。

2. 家族の安定志向

「家族の安定志向」については、議論の中心が「家族の意向と専門職もしくは本人の意向のズレ」にあり、「安定志向」というよりは、「協力が得られない」場合や、「抱え込み」のほうが問題点として議論された。

3. 継続的働きかけによる変化

家族に対する「継続的な働きかけによる変化」についての発言はなかった。

IV. 職員による個別支援計画の認識

1. 個別支援計画の認識

まず、GIでは、個別支援計画をそれぞれどのように位置づけ、意義を見出しているかについて議論された。

まず、個別支援計画の認識であるが、個別支援計画の作成は、「利用者にとって何が大事なのか」を真剣に考える機会になっているという。それは、「個別支援計画という資料をベースにしてみんなで考えられる」(名古屋 NI161-162)ということである。このことは、従来は漫然と行ってきた支援を、個別支援計画という形で本人、家族、専門家が必要だと考えるものに対して、計画的に取り組むことであり、本来なら「当たり前のこと」(名古屋 K0193)だと認識されている。

2. 計画の中心人物

グループインタビューの討議の中心は、計画を作成することの意義が中心であり、「計画の中心人物」についての発言はなかった。

3. 職員のメリット

また、インタビューに参加した職員は、個別支援計画の施設内での意義について強調する傾向にあった。支援計画を作成することで、職員間で「この人に対してはこういう形でやっていきましょうというのが、ちゃんと意思疎通が取れる」(名古屋 S218-225) ことにつながり、職員としても「利用者さんの意向というものを自分たちが聞いて仕事をしなければいけない」(名古屋 KA241-245)という自覚ができることにつながる。それは、「評価の基準」でもあり、「今、なぜ、どうしてこの支援をしているのか」を再確認する」ためのツールでもある(名古屋 S214-224)。そして、K氏の施設のように、支援計画作成のために、徹底した聞き取りを行うことによって、「本当にきちんと利用者さんと向き合っ、自分のことを嫌いといわれることも含めて、全部しっかり聞くという、その姿勢を持てる」機会にもなるのである(名古屋 KA240-245)。

以上のように、個別支援計画の作成について、現場の職員たちは主に、職場内での「意思疎通」、つまり共通認識として、また、評価の基準であったり、日々の支援の再確認

できる点に個別支援計画の意義を認めているといえる。そのことは、利用者に向き合って計画的に支援するという当たり前のことかもしれない。しかし、こうした姿勢を持ち続けるためには、本当に利用者の方ときちんと向き合うという作業が必要なのだとはいえるだろう。

V. 職員の知識・スキル

職員の知識・スキルとして、名古屋のGIにおいては、ニーズをいかに聞き取るか、読み取るかという点に参加者の議論が集中した。そのため、個々のプランの「目標設定」や、「実現に向けた細分化」といった項目や、「日常的な支援への反映」、「フォーマット」についての発言はほとんどなかった。

1. 面接のスキル ニーズを聞き取る・読み取る力

個別支援計画作成において最も基本になるのは、本人のニーズであることはいうまでもない。そこで、

「本人のニーズ、何がしたいのかな、どう汲み取ってあげばいいのかな」（名古屋 N A281-282）というのが一番の課題になる。しかしながら、「本人さんのニーズを聞き取るっていうんだけど、やっぱり本当に聞き取れているのかなってというのが、知的の場合特に重度の人は難しい」（名古屋 NI330-338）。

その場合、第1に「日常場面面接」という考え方が重要であること示唆された。すなわち、個別支援計画を策定する時期や場面だけが重要なのではなく、常日頃からいろいろな場所でいろいろな話をしながら、何気ないところから本人のニーズを聞き取っていくという「普段から聞き取る」（名古屋 NA490）という姿勢が重要になるのである。こうしたことができていない職員が多いという指摘があった。

2. 言語化

次に、知的障害や、自分の意思をはっきりと表明することが難しい場合は、こうした日常生活場面からのニーズの聞き取りだけではなく、ニーズがそもそも表出されたものだけではないと考えることの重要性も示唆された。例えば、パニックをおこす、それもその人なりの意思表示である。こうした「私たちは違う表現の仕方」を「意思表示として読み取る力」（名古屋 KA467-476）も必要になる。こうした様々なニーズの「読み取り方」が職員の間で共有されていないことが指摘された。

3. 福祉職員の専門性

本人のニーズを基点として個別支援計画を策定して行く際に、当事者や家族だけで

はなく、そもそも福祉の専門職自体が「自己決定」に慣れていないという指摘があった。

自分たちは20年前に学校卒業してこの世界に入った頃は、利用者さんの希望を聞くとか、ニーズを取るとか、自己決定、自己選択なんてことはなかったですもんね、全然。そんな言葉が初めて10年ぐらい前に出てきたときに、私もうびっくりしたっていうか、「ええ、こんな知的障害のかたの自己決定？ 自己選択？」って感じで、でもまあだいぶこう浸透してきたとは思いますが、まだやっぱりその、職員も下手くそだと思うし全然、それから利用者さんももちろん言うことに、さっきNさんがおっしゃったみたいに、慣れてないし、聞くことに慣れてない(名古屋 KA428-434)。

個別支援計画は、本来「当たり前のこと」ではあるが、福祉現場に定着したものはなかった。このことは、障害者福祉の現場では、利用者のニーズをアセスメントし、目標を定め、中長期的展望にたって支援をしていくというソーシャル・ワークが定着していなかったともいえるだろう。「本来の福祉職員の専門性が問われてきていると思うんですよ。今まではとにかく面倒を見ておけばいいっていう状況だったのが、問われてきている」(名古屋 NI847-849)のであり、専門職としての意識を個別支援計画の策定を通じて高めていくことの必要性が示唆されているといえよう。

VI. 職員体制

1. 連続性

「連続性」に該当する発言はなかった。

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

環境要因のなかでも、職員体制については、多くの意見が出された。端的にいえば、次の指摘に見られるように、「職員の少なさ」とこうした労働に「報酬が見合っていない」ことが個別支援計画の作成を困難にしている要因として指摘された。

(職員の少なさが)影響していますね。それが全てだと思ってるんですよ、ほんと私ははっきり言って(笑)(名古屋 KA730-731)。

だからなんか計画を作る大変さとそれに見合うだけのなんかこう、あの、なんていうんだろう、あれがちょっとつり合っていないなっていうところはあります。正直言って。

(名古屋 KA668-670)。

4. 管理者（サービス管理責任者）の役割

管理者の役割については、6. の「職員の定着率と育成」に統合して論じる。

5. 労働に対する評価

端的に言えば、3. で指摘したような「過度な業務負担」と「労働に対する評価」が釣り合っていないというのが、多くの職員が共有する意識であった。

本人さんの個別支援計画、そこで立てなきゃいけないんですけども、それに付随する問題がもういろんな問題がこう、絡んでくるというかですね、で、それもまた調整をしないといけないので、もう、ね、24時間常にこうという感じで。ま、変な話、逆にそれでやったら、それだけのまた対価として、変な話、評価してくれて、それでまたお金がもうちょっと入ってくるんだったら、多分もしかしたらやり方も変わるかもしれないけど（笑）（名古屋 S721-726）。

簡単に言えば、個別支援計画の作成に手間と時間をかけ、本人や家族の意向をじっくりと聴きとっていく「インセンティブ」が、本人のモチベーション以外にないことが、問題点として指摘できるだろう。以上のような困難な職員体制の問題は、次に述べる職員の定着率とも関連している。次にその問題を検討しよう。

6. 職員の定着率と育成

職員数や報酬が、個別支援計画の作成という専門的な支援に比して、「つりあわない」と認識されれば、職員の定着率は当然下がってしまう。また、一生懸命やればやるほど、バーンアウトして燃え尽きてしまう。そのための対策として、授産施設の施設長であるN氏は、「スーパービジョンの必要性」と「同業種同士での横の繋がり」をあげ、K0氏は、「人事考課の必要性」をあげた。

自分がその瞬間の時には持ってるんだけど、出し合わないために消えていっちゃうっていうところがあって、それをこうか、あ、誘い水のように出していく人間がいないと、やっぱり力量っていうのは上がっていかないかな、レベルアップしていかないかな、それでいいんじゃないみたいな、さっき言った、もうね、その、計画立てるためだけって言ったら、苦痛でしかないのね、あれ、計画立てるのも。最近うちの職員なんかは、その苦痛感が少しずつ薄れてきたみたいな感じがするんですよ（名古屋 NI520-525）。

つまり、気が付いたこと、感じたことはどんどん消えていってしまう。それを出し

合うような「場」が必要であり、ちょっとしたその日の気づきを職員で共有するとともに、そこに「誘い水を出す」、つまり気づきを促すような「ポジティブなチェック」をする管理者のスーパービジョンが重要であるという指摘である。

また、以下のように、同じ年代や同業種の専門職と話し合える機会の重要性も指摘された。つまり、管理者によるスーパービジョンだけではなく、若手や中間の職員が、横のつながりをつくり、自分達の仕事の意義や専門性を確立していくことが「バーンアウト」の予防にもつながっていくということであろう。

やっぱり段々定着率が下がって行ってますよね。一生懸命やればやるほど燃え尽き症候群で辞めていく人もいるもんだから、だからやっぱりすごくそこら辺のところ、我々も今、私もそうなんですよね、どうやって育てようか、中間職員を。育てるためにどうするかっていうと、やっぱり研修に行ったり、さっき言ったみたいに、同じ年代の人たちが喋りあえる、そういう機会を作ってやりたいと思うんですけど(名古屋 N I859-864)。

他方、KO氏が指摘するのが、「人事考課の必要性」である。KO氏は、措置の時代のようにとにかく業務だけこなしていればよいということではなく、頑張る人にきちんと報酬が支払われるような仕組みを導入することが必要であると指摘している。それは頑張ることを、「本当に本人の気力とモチベーションだけ」(名古屋 K0899-901)だけに頼って担保できるのかという問題的だといえよう。

もちろん、専門職として、職員たちは、「いろいろ全部決めるんですよね、ケアのことから全てにおいて。だからそういった部分では、恐らくやりがいがあるので、面白いていうのも当然、やれてるっていうのかな。あの、多分調整金みたいなもの、うちの方でいうと、役割給とかって、あの、どんなことをやるかによって」(名古屋 S 1070-1073)という指摘に見られるように、「いろいろ全部決める」ことに「やりがい」を見出しており、報酬だけではなく、そうした「やりがい」をどう引き出すかということも大きな課題であるといえよう。

Ⅶ. 環境要因

1. 施設の役割と機能

「施設の役割と機能」に該当する発言はなかった。

2. 自立支援法における課題

自立支援法における課題というよりも、制度全体の問題として、「個別支援計画」というツールが、障害者を取り巻く環境全体を変えることはできないという制度との

関連での「虚しさ」が指摘された。

通助授産の職員は、「なかなか生活の部分まではみれない」（名古屋 NI314-315）という限界を感じている点が共通していたが、施設であっても以下の指摘に見られるように、個別支援計画ですべての問題が解決できるわけではない。逆に、一生懸命個別支援計画に取り組み、作成したところ、「ものすごく大きな問題」が解決されるわけではない。それは、むなしさにつながり、毎年「辞めたい」という職員が出てくることにつながっていく。

ものすごく大きな問題だとなかなかその解決に至らないっていうか、せっかくこれだけの思いしてこんだけのみんな本当に、ひと晩ふた晩みんな徹夜してるし、職場に泊り込んだりとか、特に入居なので、もうあの、空いた時間を使って聞き取りして書かなきゃいけないので非常に体力的にえらっていうか、毎年個別支援計画の、が終わると1人か2人もう辞めたいってくるんですよ。そのぐらいえらいんだけどそんなえらい思いして、でもその横たわってるものすごく大きな問題が解決できたかつつうとできないこともけっこうあるんですね（名古屋 KA651-657）。

また、施設の場合は、生活の場であるため、「全員そろっている会議ができない」（名古屋 KA680）という問題も指摘された。

3. 社会資源の状況

「社会資源の状況」に該当する発言はなかった。

VIII. 施設病

1. 利用者の「施設病」

今回のインタビューからは、入所の長期化による本人及び職員への悪影響についての指摘としては、「決定する機会や経験の欠如」が重要な要因として挙げられた。

そういうふうに決めるこう、機会がなかったんじゃないかな。黙って座つとると、いつでも親がやってくれる、職員がやってくれるという状態だったので、自分がこれをやりたいというのを、まあ仮になんかの形で、あの、示しても、なかなかそう、そのなんていうかな、機会がなかったんじゃないかなというふうに思うんですね（名古屋 NI350-353）。

つまり、利用者は「決定できない」というよりは、そうした経験や機会を持ってこなかった。他方、その一因は、次に述べるように職員のほうにもあったことをグループインタビューの参加者は指摘している。

2. 職員の「施設病」

中堅職員が育たないというのは、やっぱり措置の時代の名残があるのかなあと思うんですけど、まあやりややっただけしか、変な、悪い言い方で言えば、やりややっただけ損、変わらないじゃんって。何も変わらないでしょっていう、そういう考えがやっぱり、あの、措置時代の中堅職員の中にある(名古屋 K0821-824)。

この発言は、職員が当事者の決定を支えるという専門性を持たなかったことを「措置制度」という背景にある制度の問題として指摘しているものである。「措置の時代」においては、専門家が当事者をエンパワメントするというインセンティブが制度的に与えられていなかったといってもいいかもしれない。もちろん、契約制度へと移行する中で、職員の考え方は変わっているかもしれないが、「措置の時代の名残」から抜け切れていない職員おり、その変化に当事者も慣れていない。職員側の問題としては、V. で指摘されていたように、ニーズを十分にアセスメントできず、専門性が確立されていないという福祉職の専門性の問題と、VI. で指摘されていたそれを担保するだけの職員体制が組めないというジレンマが、こうした問題の解決への展望を難しくしているということができるだろう。

IX. コメント

以上のことから、個別支援計画の作成は、利用者にとって何が大切なのかを共有し、職員間で意思疎通をはかるためのベースとしてその有効性が認識されており、福祉専門職として本来当然の「利用者の意向を聞いて仕事をする」ということを再確認するために意義ある取り組みとして認識されている。

しかしながら、その作成に当たってはいくつかの「課題」も明らかになった。

第1に「家族の意向と当事者、専門家の意向のズレ」によって、家族の協力が得られない場合や、家族が抱え込むことによって利用者を主体として個別支援計画の策定が難しくなっている。

第2に、職員の知識・スキルとして、名古屋のグループインタビューからは、「ニーズを聞き取る・読み取る能力」を専門職が持っているのかという問題提起がなされた。そのためには、個別支援計画作成時だけではなく、「普段から聞き取る」という姿勢が重要なこと、また、ニーズを表出されるものだけに限定せず、様々な「私たちとは違う表現の仕方」を「意思表示として読み取る力」が重要なことが指摘された。また、こうした専門性が現場では定着したのではなく、本来は当たり前なのが今問われているという認識が示された。

第3に、職員体制としてそもそも職員が少なく、業務に見合う報酬が支払われないこと、スーパービジョンや、他施設を含めた横のつながりの中で話し合う機会を持つ

ことの重要性が指摘された。また、人事考課など職員のやる気を引き出すようなシステムの必要を指摘する声もあった。

第4に、環境要因としては、通所の場合、生活を全体としてとらえることのできない難しさ、施設の場合でも、結局当事者取り巻く根本的な問題解決にいたらないという「むなしさ」を抱えたり、そもそも全員で集まって会議ができるという環境にないことなどが指摘された。

最後に、施設病との関連では、当事者も専門家も「当事者が決定する」という様式に慣れていないこと、特に専門家の場合、措置制度時代の「慣れ」が大きく影響していることが指摘された。

3.3 三原市グループインタビュー分析結果

三原市におけるインタビューは、平成19年1月23日、サンシープラザ第5研修室で実施した。参加メンバーは、知的障害者入所更生施設主任生活支援員K氏（女性、経験年数10年）、視覚障害者入所更生施設生活支援員L氏（女性、経験年数5年）、知的障害者入所更生施設生活指導課長M氏（女性、経験年数26年）、身体障害者療護施設副主任生活支援員N氏（男性、経験年数7年）の4名であった。

I. 現状

グループインタビュー参加者の所属する施設はいずれも入所施設であるが、利用者の障害種別や重軽は異なっている。個別支援計画をめぐる現状についても、「それ以前にも一応そういう計画みたいなものはありましたけど、今回のようなその個別支援計画っていう形になったのは5年くらい前から」（K40-42）あるいは「入所されている方は3、4年前から立ててはありました」（三原 M86-87）という施設もあれば、一方で「まあ作りは作ったんですけど、果たしてこれが何に役立つのかって言われると監査に役に立った（笑）」（三原 L231-232）というように施設による違いが見られる。詳細は次項でも触れるがL氏の施設は視覚障害者更生施設で「按摩、針灸の養成」（三原 L216）を実践しており、既に養成施設としてのカリキュラムを持っているため、新たに個別支援計画を導入することに馴染むのかといった現状が見られる。この辺りは、リハビリテーションの仕組みが高度に確立された肢体不自由者更生施設等についても論点となろう。

しかしながら、書式・内容については意見があるものの「利用者個々について支援計画が必要である」という部分については参加者全てが同意するところであり、その理由については「1人ひとりがなんとなく何を思っているのかというのは、生活の中で感じてはいる。いるんですけども、改めてこういうふう書きとめるってことはしていなかったの」（三原 M163-165）というように、個別支援計画として文章化することが、職員にとっても利用者あるいは家族にとっても意義があるということを確認している現状が見られる。

II. 利用者の状況

1. 利用者の障害像

まず、利用者の障害像についてであるが、「医療依存度の高い方が結構利用されている」（三原 N76）や「（知的障害の施設ではあるが）精神障害とか…大暴れしだした

りとかっていう状況になってきちゃえば『この計画は違うだろうな』みたいになってしまう」（三原 K665-669）というように障害が重度である課題、また逆に「うちの場合は…視覚障害っていう障害…見えないから出来ないってことはありますけれど、走ったら国体にも行く」（三原 L220-222）というように視覚以外の身体機能に障害がないため既存のアセスメント項目が合わないといった障害像をもつ利用者の施設もある。ただし、どの施設でも概ね共通していることは「利用者の高齢化」とそれに伴う「入所の長期化」という課題であろう。インタビューの中でも「20代の人なんか本当数えるくらいしかいない」（三原 K329）、「うちも20歳から71歳までの方がいます」（三原 L 602）といった発言が見られた。そのような状況の中で、同一施設であっても利用者像は違うということ認識しており、その認識を、施設種別による画一的なサービス提供ではなく個別支援計画が本来的に指向する「利用者個々に対応する計画と実施」として具体化していくことが課題であろう。

2. 利用者の意欲とスキル

次に利用者の意欲とスキルに関してであるが、個別支援計画を策定することで利用者のモチベーションが上がったという意見が聞かれた。これは、主として先にもあげた「文章化」ないし「言語化」の影響が大きいと考えられる。すなわち、個別支援計画を策定するプロセスあるいは作成した計画の中で自分自身の目標や達成プロセスが言語化され明確になるために利用者本人の「やる気」が助長される効果が現れたということである。

「20年もここにおいて何が出来るんだみたいな感じで、何がどう変わったんですかっていわれたときに、やっぱり、あの、個別支援計画みたいなものがきちっとあって、何年か後にはここから出ましようねって、いますよ利用者さんの中で。それじゃあもう、ええ加減ここにおるんで、今度こそ卒業さしてくださいっていうかたいらっしゃるんですよ。」（三原 K245-249）

「ご本人さんも、じゃあ、これでやってみるわって、がんばってみるわと、なんかモチベーションも上がってくるのかなと。その辺の目標、目的なんですけど、この個別支援計画を通じて、はっきり決まってきたんじゃないかな」（三原 N407-409）

また一方、個別支援計画の策定を含む「職員との関係」が利用者のモチベーションに少なからず影響を与えている状況を見ることが出来る。今回のグループインタビューでは主としてネガティブな側面が見られたが、この「関係」についてはポジティブな方向に向かう原動力ともなり得ると考えられるので、まずは「意欲を支えること」も個別支援計画を遂行する重要なプロセスであるということ、また「利用者との関係」

という資源をポジティブな方向に活用していくという認識に立つことが求められるのではないだろうか。

「いっぺん出られとってから…借金まみれになって帰ってこられて、それでもう支援計画を立てた時には、やっぱり出たい、調べたりしたいっていうふうな本人さんの希望ですよ。そこのところでやっぱり、あの、そうじゃないんだよ、それまでにもっとね、お金の大切さとかなんとかも、やっぱりもっと集めんといけんね、という感じで押さえてしまいます」（三原 M558-562）

「でもそのやっぱり施設なんかには長くいるとね、もっとちょっと変わりたい部分でも、もう見透かされてる部分があったら、もう変わりようがないっていうのもあるじゃないですか」（三原 K1044-1046）

さらに、先の障害像と同様、意欲とスキルに関しても当然のことながら個人差が指摘された。繰り返しになるが、スキルはもとより意欲に関しても「意欲を持つことも個別支援計画を遂行するプロセス」という認識に立つことが必要不可欠であろう。

「モチベーションっていうか、個人差がありますね。これ、これがあることによって、あの、まあ頑張りたいっていうのとで、言うだけ言ってもね、みたいな人とは分かれていますよね。はっきり言って、みんながみんなモチベーションが上がったとは言えないですよ」（三原 K412-413, 415）

3. 職員への意識

利用者からの職員への意識に関しては、「ある程度保護者のなところまで…」（三原 K989）というように過度に依存的になる場合や、逆に「もう話しかけないでってなってる」（三原 N1007）という職員側の状況から「なんか言ったら気の毒」（三原 K1003）と過度の遠慮につながっているケースが見られた。前者については先にも挙げた「入所の長期化」なども大きく影響していると考えられ、また後者については、後にも指摘するように職員体制にも関係すると考えられる。いずれも一概に「職員が悪い」とは言えないが、少なくともそういった利用者の意識に対する一定の気付きや配慮は求められるところであろう。

Ⅲ. 家族の理解・認識

1. 家族の協力

家族の協力については、利用者の高齢化とも関連して「親御さんがいればいいんですけど…兄弟、ましてや女の子の姉妹…」(三原 K461)と「親亡き後」における家族との連携の難しさを指摘する声もあった。さらに、入所施設からグループホームへの移行に伴って「施設にいればもう全部任せられる。グループホームに行ったら、なんかちょっと顔出さなきゃいけないなとか…」(三原 K470-471)というように、地域移行に伴う負担増を家族が懸念しているケースも見られた。「グループホームを地域移行の終着駅として良いのか」という議論もある中、しかしグループホームからさらに地域移行が進めば家族の懸念は助長されることが予想されるため、その辺りへの現実的な手当てが必要になると考えられる。

2. 家族の安定志向

家族の理解・認識に関して、今回のインタビューでは「(とにかく)置いておいてくれ」(三原 K474)あるいは「家族の方が、もう施設に任せてね、お願いしますみたいに」(三原 N538)という安定志向のケースもあるが、一方で「お母さん方、まあ長年預けてそれで安心みたいなのところがあった」という反面「本当の思いはどうなんだろうかっていうことでね、聞けて、その部分は良かった」(三原 M165-167)あるいは「保護者のかたも、そのやっぱ、本音でいわれたら、ね、20年もここにおって何ができるんだみたいな感じで、何がどう変わったんですかっていわれたときに、やっぱり、あの、個別支援計画みたいなものがきちっとあって…」(三原 K245-247)また「ほとんどの方が、健康でおられたらいいみたいなかんじ」という反面「本人さんがグループホームを多く望むのであれば、出させてください」(三原 M447-448)というように、まさに個別支援計画を策定していくプロセスにおいて家族の意識が変化してきたケースも多いことが表れている。

3. 継続的な働きかけによる変化

継続的な働きかけ、ことに「本人は現に出来る」ということを家族に見せる実践により、当初は変化に反対であった家族が安心の実感を得つつ変化してきたケースも報告されている。また「ちょっとねっていう方でも…自立訓練棟みたいなものでの試しでも…意外にやれたよねっていう」(三原 K488-492)というように家族のみならず利用者本人あるいは職員にとっても、不安や不信が解消する近道は「大丈夫だという体験と実感」であると考えられるため、このような実践から学ぶことは非常に大きいと考えられる。

「うちのところでもどうしても親御さんたちが反対で、ね、その人は出たくて、で、今あの、えっと、訓練棟があるので、えっとじゃあ1ヶ月だけでいいですからっていうん

で、親を説得して1ヶ月。で、ここまできたんですよ、だからもう、もう1ヶ月で
のばしてのばして、それでももうずーっと説得して、もう1年もだいが説得して、そん
ならお父さんもなんか、学園の近くなら、ちょっと遠いところに訓練棟があるんです
けど、近くならまあいいというところまでこぎつけたんですよ」（三原 M501-505）

IV. 個別支援計画の理解

1. 個別支援計画の認識

職員の個別支援計画に対する理解に関しては、「まあ作りは作ったんですけど、果
たしてこれが何に役立つのかって言われると監査に役に立った（笑）」（三原 L231-2
32）という意見から「今までのままじゃいけないっていうのは、やっぱり職員の中
にもあるし、利用者さんの中にもあるし、保護者さんの中にも、それはたぶんあると思
うんですよ。だから、やっぱりそういう確認っていう、で、目的を、目標をもっても、
やっぱり文章化されてないと曖昧になりますよね。だから、そういう意味での個別支
援計画っていうのにはやっぱり意義はあると思います。」（三原 K254-258）まで、計
画の内容的な理解の前提となる意義や必要性について温度差がみられた。そして、そ
の温度差は当然のことながら、資料提供を受けた個別支援計画表にも表れていた。た
だし、V.6.フォーマットの項目でも後述するが、まずは施設種別やそれに伴う本来目
的の違いを踏まえた個別支援計画の有効性に対する理解を深めることが急務であると
考えられる。

2. 計画の中心人物

個別支援計画について、その計画が利用者主体となっているかすなわち誰が主導と
なって作成・実践されているかという側面であるが、知的障害はもとより身体障害で
あっても比較的重度の利用者が多い施設では「本人さんがやっぱり中心に」としなが
らも「実態として、計画とかはちょっと、蚊帳の外になんかちょっとあるので、その
へんをやっぱり意識づけをもっと援助者側は、あの、考えていかないといけないのか
なと思うときもあります」（三原 N198-204）と、実践の難しさを告白している。また、
仮に利用者の希望に沿って計画を立てたとしても例えば「CDが欲しい」（三原 M379）
といった「私生活で（簡単に）出来てしまう」（三原 M383）ような計画になってしまう。
そこで、どうしても「指導的な」（三原 M384）計画になってしまうケースが多い
とも述べられている。これらは「ニーズ」あるいは「自立」「自立支援」にも関連す
るソーシャルワークの重要な課題であり、少なくとも固定的かつ単一のアプローチで
はなく、たとえ困難であっても柔軟かつ継続的にアプローチし続けることが重要であ
ると考えられるのである。

「ほとんどがまあ買い物に行きたい、何がほしい、CDがほしいということがバーっと出てくるわけですよ。そのそういうので、話し合わなくてもすぐね、私生活で出来てしまうんでね。出来てしまうから、で、結局は今までの、あの、なんだ、えっと、指導的などころのほうやっぱり出てきて、この人は何が問題か、何が出来ない、出来ないところの部分が浮き彫りになってきて、で、どの部分を支援していく、その支援を本人が望んだることかどうかいのがね、望んでないだろうけども結局はそういうものが出来上がってくる」（三原 M378-379, 381, 383-386, 388-389）

3. 職員のメリット

職員のメリットに関してであるが、「本人さんをこう知ることが出来た」（三原 N403）や「（お母さん方の）本当の思いはどうなんだろうか」（三原 M166）というように本人ないし家族の思いを知ることが出来たことが挙げられ、また「同じような体制で支援できる」（三原 K182）と各職員による支援のムラが是正されるといった意見や、「文章化されていないと、ひと目で確認できない」（三原 K240-241）また「文章とか…本人さんが…目標設定がちょっと出来た」（三原 N404-406）というように本人・職員を含め「文章化」による目標と課題・実践が明確になったことが挙げられている。

「私たちも生身の人間ですから、だから個別支援計画で、学校なんかでもそうですけど、やっぱり担任が変わったら、もうガラッと変わるようなところってあるじゃないですか。だからやっぱり一人の人に対して同じような体制で支援できるっていう面についても必要なもんだと思います」（三原 K180-183）

V. 職員の知識・スキル

1. 目標設定

本項では個別支援計画に関わる職員の知識・スキルに関する内容を整理・分析するが、まず目標設定については、変化を想定しない（あるいは出来ない）安定志向、また逆に変化を前提としすぎる変化への執着、さらに地域移行を目標とすることの良否等が特徴として見られる。

まず、安定志向であるが、これは「何度でも帰ってきていいよ」（三原 K311）というように長期入所からくる依存や「甘え」が影響しているケース、また「ほとんどがまあ買い物に行きたい、何がほしい、CDがほしいということがバーっと出てくる」（三原 M378-379）というように入所施設においては施設内で大きな変化なく生活することを前提とした目標設定になりがちな利用者の傾向に対して、職員の側も少なからず安

定志向を前提として目標を設定している部分があるという意見があった。これは、後に整理する「利用者の施設病」あるいは「職員の施設病」にも関連する状況を表していると考えることが出来る。

「まあどうしても、やっぱりうちあの入所施設というところで、やっぱりその施設内で完結出来そうなニーズなんです。で、どうしても、支援者というか援助者側も、いつも施設内で、何とかしよう、何とかしようという形で、なんか計画自体が、なんかこう乏しい内容になってきている」（三原 N540-543）

また逆に変化への執着という視点であるが、これは一般には「どうして障害者だけが伸び続けることを強いらなければならないのか」といった批判や議論もあるが、今回のインタビューにおいては、むしろ変化を前提として目標を設定して試しにやってみたら出来たといった積極的な事例が出てきたことは特徴といえよう。またそれが、既に項目3で指摘したように、家族が「わが子」に対する認識を改めるきっかけとなっている事例もある。しかしながら一方で、II-1で指摘したように障害の種別重軽によっては「伸びること」や計画を策定することも難しいケースもある。さらに、施設種別によっては、「（按摩・針灸の）国家試験というそのハードル、達する方がすくないもんで」（三原 L270-272）というように施設自体の持つ方向性と利用者像が合わなくなっている施設も見られる。つまり、もちろん利用者の意思が十分に反映されるという前提ではあるが、目標設定や課題の遂行について「マイナスの変化をしない」あるいは「安定して生活する」といった可能性もあり得るのではないかと考えられるのである。

次に「地域移行」に関してであるが、プレ調査では「地域移行は必ずしも利用者の希望と常に一致しないのでは…」といった指摘もあったが、今回のインタビューにおいては、地域移行という方向性を懸念する意見は見られなかった。むしろ上記「変化」との関連で、地域移行という流れに押されたことも手伝い、本人も希望しているので「え、ちょっとねって思うような方でも」（三原 K488）目標設定して実践してみたら予想以上に出来たという例も報告された。先のICFでも指摘された「環境を整える支援」あるいは「参加と活動の相互作用」等にも学びながら、目標設定の段においても「試してみる」ことが有効である場合も少なくないと考えられるのである。

「今はその施設ではできるだけみんなは色々な形で、その、やったら案外やれる人もいるかもしれないんですけども、まあはなからダメって決めつけないで、やってみることも必要だねって感じで、だから、え、ちょっとねって思うような方でも、ま、ちょっと外に出て、自立訓練棟での試しでも、いろんなところに行ってやってみたら、だから、案外、みたいなものもあるし、いや、意外にやれたよねって言う」（三原 K486-492）

2. 実現に向けた細分化

目標を設定し、計画を実施していく段階ではこの「実現に向けた細分化」すなわち目標を構成する要素の具体化が必要になるが、例えば地域移行を希望する利用者のニーズに対して「で、私が次答えるのは、そうだね、作業中に居眠りしているからちょっと無理かなとかってね、そういう抽象的な話しかしない」（三原 K249-251）というように上手く細分化あるいは具体化が出来ていないケース、また就労移行に関して「（たとえ国家資格を取得しても）自分の腕で、まあお客さんを呼ぶぐらいのものでなければしんどい」（三原 L294-295）あるいは「施設の中だから働けてる部分もあるのかな」（三原 K321）というように現実的に目標を達成しようとするれば作業能力以外のものも身に着けなければならないが、「厳しい中に送り出す段階から全然準備されていない」（三原 K343）というようにその場面提供が充分ではないといった現状報告があった。

また、少し興味深い指摘としては、一人暮らしや結婚といった話題で「一人暮らしするには片付け（ができないと）」（三原 K584）あるいは結婚するなら料理が出来なければといった具合に、暗に「まだ無理だ」ということを理解させる方向性での具体化がなされているケースも見られる。しかしながら、障害のない人の中には、現に片付けが苦手でも一人暮らしをする人あるいは料理が苦手でも結婚している人は少なくない状況の中で、もともとそれらが不得意な障害者にそれを前提条件として求めることは、その可能性を否定するベクトルを与えていると言わざるを得ない。

さらに、これも再三指摘されてきたが、地域移行や変化・成長することを想定した目標の場合は課題の細分化は出来るが、目標や希望によっては、入所施設における現在の生活でも無理なくすぐに出来てしまう、あるいは既に出来ているため目標の細分化とはならないケース等も報告された。このよう場合、もう一度ニーズや希望の吟味、あるいは目標の修正に立ち返る必要があると考えられるが、現状の把握に終始して現状の打開や立ち返りにまでは至っておらず、むしろ従来通りの指導的なものになってしまっているというのが現実のようであった。

「グループホームに出たいとか働きたいとかってそういうことを目標にした場合は、それに対して、まあ、ですのでグループホームでっていったらまあ調理実習しようねとか、買い物に一人で行けるようになろうねとかいうふうに立てやすいですよ。で、そういうのは、まあほんとかくわずかの人で、ほとんどがまあ買い物に行きたい、何がほしい、CDがほしいということがパーっと出てくるわけですよ。そのそういうので、話し合わなくてもすぐね、私生活で出来てしまうんでね。出来てしまうから、で、結局は今までの、あの、なんだ、えっと、指導的なところのほうがやっぱり出てきて、この人は何が問題か、何が出来ない、出来ないところの部分が浮き彫りになってきて、

で、どの部分を支援していく、その支援を本人が望んだることかどうかいのがね、望んでないだろうけども結局はそういうものが出来上がってくる」（三原 M374-388）

3. 日常的な支援への反映

職員の知識・スキルという側面から個別支援計画の実現を考えると、日常的な支援に計画をどう反映させていくかは実質的に中心的な課題となる。職員の知識・スキル不足とは一概に言えないまでも、一定、現実問題としてその計画が日常的な支援の細部にまで十分に反映されているとは言いがたい状況が見られる。それは例えば「援助者側も、いつも施設内で何とかしよう、何とかしようという形で、計画自体がなんかこう乏しい内容になってきている」（三原 N542-543）という見解に見られる「職員側の意識」の影響、また「最初は立ててあるんですけど、仕事しているうちに忘れてしまう」（三原 M710-711）というように忙しい労働環境からの影響といった課題でもある。さらに、これは事項以降の「連携」でも整理するが、看護師をはじめとする医療職との足並みといったも含め「支援の仕方が、どうしても人によって」（三原 M715）違ってくるという職員間で知識・スキル・意欲等に個人差がある現状も指摘された。

いずれにしても、個別支援計画が日常的な支援にまだ充分には反映・活用されていない状況が見られ、まずは個別支援計画の意義を医療職を含む全ての職員が十分に理解し、日常的な支援・業務のレベルでムラなく実践できる状況を整えていく必要がある。先には、個別支援計画の必要性に疑問を持つ職員・施設もあると指摘したが、日常的な支援への反映が不十分でその成果が実感できないことは「悪循環」を生んでいるとも考えられることから、この課題は非常に重要かつ中心的な課題であると考えられるのである。

4. 言語化

先に、個別支援計画として利用者本人や家族の思い・ニーズを言語化することの意義が大きい点は指摘したが、ここでは職員の知識・スキルといった観点から伝達や記録に代表される「言語化」について整理しておきたい。

この項目に関して特徴的であったのは、「（利用者自身が）何をしてきたか、努力していたか、記録に残すしかないんですよ」（三原 K754）という流れの中で「悪いところしか目立たない」（三原 K760）という発言や「人によってはドバツとあるんだけど」（三原 M785）というように、問題行動の多い利用者には注目が集まり記述も多いが問題行動のない利用者は「特記事項のない人」（三原 K774）として扱われがちになる現状を指摘している。しかしながら、なるべく「問題なくすごすこと」を標榜するのであればまだしも、利用者自身の希望やニーズに立って個別支援計画を策定し実現することを目指すのであれば「問題点」ばかりでなく「プラス面」にも十分に注目し

ていく必要がある。5-1でも指摘したように、ここでも従来の「医療モデル」から脱却しICFに基づく「生活モデル」に立脚した支援への転換が求められているのである。

「どうしてもやっぱ、まあケース記録ってなんかいつも問題点ばかりし書きちゃうですね。なんかいい面もね、もっとある。こういう発言をしたとかね、なんか、こういったことしたからい、ね、調子が良かったとか。もっとこう発言内容とか入れたら一番いいなとは思いますが、どうしてもなんかね、日誌ってなると業務日誌とか、ケース記録になると。なんかね、あの、物投げたとか、本当、職員何をしてるんですかって」（三原 N788-792）

5. 面接のスキル

まず、この面接のスキルについては、これまでの項目以上に職員による個人差が大きいことが指摘された。先にニーズや目標の具体化に際してソーシャルワークのスキルが問われるという指摘をしたが、そんな中で、現状では職員によって話す内容を変えたり、黙っていたりする利用者もいるとのことであった。また、信頼関係にも関連して「カウンセラーもすごくあればいいなあと思います」（三原 K1026）あるいは「カウンセリングできる職員が1人いたらありがたい」（三原 L837-838）というように現実的な計画作成だけでなく心理面でのケアも含めた面談のスキルが少なからず求められていることが表れている。

「ただの関係では駄目だと思うので、やっぱそこまで（心理面まで）吸収できる職員がいてこの個別支援計画が続くんだったら、あの、利用者にとって一番いいんじゃないかなという感じがして、余裕がない職員でこっからそっちには、ちょっと勘弁してっていう」（三原 L854-857）

「聴き取りでもね、ほんとにじゃあNさん誰と聴き取りすんのか言っていて、相手のメンバーを聞くんですね。誰々と来るよってって言ったら、利用者が、うーん、じゃあ黙ってこうかな（笑）あの人なら話せるかな、よく見てますよね」（三原 N1015-1019）

6. フォーマット

個別支援計画のフォーマットに関しては基本フォーマットをベースに考えているが、「無駄な項目がある」（三原 K1085）とした上で「もっと頭のいい人がちゃんと考えてくれればいいんだけど」（三原 K1077）あるいは「時間をもったいない」（三原 M1086）

といった辛らつな発言も出ていた。しかし、一方では「うちの個別支援計画」（三原 L1167）ということで基本フォーマットを所属施設や利用者の状況に合わせて改善していくという意見も見られた。しかし、その半面で「施設の特性出すんであれば」（三原 K1169）というように、個別支援計画のフォーマットを通じても個々の施設特性を出すべきという積極的な意見も聞かれた。ちなみに、今回のインタビューでは、身体障害者療護施設に勤務する N 氏から基本フォーマットに関するネガティブな意見は聞かれなかった。

いずれにしても、これまで見てきたように障害の種別・重軽・年齢等の個人因子あるいは地域性や施設特性といった環境因子が異なることから画一的なフォーマットでの対応は不可能であり、施設内研究会の実施や外部研修、必要であればスーパービジョンを受ける仕組みを整える等して、本当の意味で利用者個々に合った個別支援計画を作成できるような状況を作ることが急務である。また、フォーマットに関する事例の蓄積は必要不可欠となろう。

「最低限の項目だけを入れてくださいよってというのが、すごくやりやすいかもしれない。で、それを記録して、まあこういうのもありますよ、というのをつけてくれて、こう軸は一応キープして。それにうちがやっぱり、それだけでは足りないからこういうふうなものを盛り込んで作ったのがうちの個別支援計画ですよという言い方をするんだったらまあ、作れるかなという気はしますね」（三原 L1162-1163, 1165-1168）

VI. 職員体制

1. 連続性

「連続性」に該当する発言はなかった。

2. 連携

職員間の連携であるが、N 氏の施設では「うちは個別支援計画を作るのに…チームを作らないといけない」（三原 N690-691）ということで介護職・栄養士・医療職がチームとなって個別支援計画の作成に当たっている。また「基本的には本人さんに対して 2 人で（聞き取る）」（三原 N932）と複数の支援職員が聞き取ることを基本とし、その上で「（医療的）ニーズが高ければ、医務のほうも入ってもらって 3 人で聞き取ることもある」（三原 N931-932）と、他職種との具体的な連携を図っているとのことであった。その他の施設については、K 氏と M 氏の施設は基本的に担当が聞き取りを行い個別支援計画を作成している。また、L 氏の施設では「学期ごとの問題点」（三原 L909）について按摩・針灸の学校で担任している先生が個別面談をするが、個別支援計画を