

#### ⑤ 地域移行させていく具体的な方法論が理解できない

利用者も地域移行に意欲的であり、担当者も地域移行を意識した「個別支援計画」を作り上げ、サービス管理責任者の理解と協力を深め、プログラムが順調に動き出したにも関わらず、数ヶ月経過した後に勢いが失速してしまうことがある。これは、ロケットに例えると、二段階目に点火しなかったということになる。このような状況は、具体的な地域移行プログラムが提示されないことに起因していることが多い。利用者の急激な加速に対して、担当者やサービス管理責任者が追いつけない状態と理解できる。

この課題に関しては、どのような地域社会へ移行していくのかを定め、地域生活支援を実施している相談支援事業所との連携を強くして、地域移行後の生活シミュレーションを考えてみる必要がある。今後の生活を描くことにより、何が必要で、どのようなものが足りないのかが明白になってくるのである。次々の登場してくる問題をクリアしていくことに楽しみを覚え、地域での自立した生活へ近づいていけるのである。

#### ⑥ 行政担当者が「個別支援計画」の内容を見ることなく支給決定する

元来、日中活動の場で作成される「個別支援計画」は、訓練等給付を申請するための暫定支給決定に必要なアイテムとして捉えられてきた。しかし、障害者自立支援法下における市町村の現状を見ると、暫定支給決定という段階を踏んでいるところは皆無に近く、行政担当者が「個別支援計画」を吟味しているという話題も聞いたことがない。要するに、専門家ではない市町村の行政担当者は、「個別支援計画」を読みこなす力量もなく、どのようなものであれ「個別支援計画」という名称のついた書類が添付されているならば、すぐに支給決定に至ってしまう現状に問題があると思われる。

このような課題に関しては、行政職員の専門性を高め、「個別支援計画」に対する評価基準を持つべきだと考える。施設の担当職員やサービス管理責任者にも切迫感や危機感を感じてもらうことも大切だと思われる。行政職員が「個別支援計画」を適切に評価することにより、真の利用者ニーズが尊重されるようになるのではないだろうか。

以上の6項目が障害者支援施設で表面化してきている課題であり、それを克服していく方法論を提示した。次は、施設からの地域移行が進み、地域社会に住み始めるまでの流れの中で、「個別支援計画」を利用しながら具体的な進行を確認するのであるが、この段階でも課題を考えてみる。

#### 4. 3-3 障害者支援施設から地域社会への移行時の“移行連絡書”の課題

障害者支援施設（住まいの場）から地域社会への移行を試みるときに、「個別支援計画」は“移行連絡書”という意味合いを強く出している。入所施設の利用者や通所施設の通所者が施設や親元から離れ、地域社会で一人暮らしを始めようとするときに、サービス管理責任者から相談支援専門員への連携と受け渡しが必要となってくるのである。この受け渡しのときに生じる課題を列挙して、その課題に対する方法論を提示したいと考えている。

##### ① サービス管理責任者と相談支援専門員が共通して使用できる様式がない

障害者支援施設から地域社会へ移行していく時に、どのタイミングでサービス管理責任者から地域の相談支援専門員へと受け渡していくかが、大きな問題となってくる。地域支援を専門とする相談支援専門員が地域移行に関係し、障害者支援施設へ入り込んで、サービス管理責任者とともにプログラムを進められることが最良とは思いますが、現実的ではなく、共通する様式もないことから、支援の分断が多く見られる。

この課題に関しては、施設において実施されていた「個別支援計画」を知った上で、地域生活のための「個別支援計画」を作成することが理想であり、そこには施設から地域へという流れの中で、本当の“移行連絡書”になっていかなければならない。要するに、共通利用ができるような様式を開発する必要がある。

##### ② 障害者支援施設と地域生活支援の場において、全てが共通言語で会話されていない

障害者福祉のフィールドばかりではなく、社会福祉現場においては、その業界にしか通じない言葉やその施設でしか使われない言葉や解釈が存在することが少なくない。地域移行のプログラムが進んで行くと、色んな機関や事業所と連携を取りながら「個別支援計画」を進めていくことになるが、同じ共通言語を使用しないと適切なネットワークが組めないことになる。

この課題に関しては、「地域移行」という共通目標を達成していくために、ともに学び、ともに考え、ともに行動するという理念を現実にしていくために、自立支援協議会などを用いて、学習会や個別支援会議を繰り返していく中で、共通した言語を築いていかなければならない。

##### ③ 地域生活支援を進めた段階で、障害者支援施設へのフィードバックが困難である

障害者支援施設のサービス管理責任者から地域支援の相談支援専門員に受け渡す際に、100%の関わりから0%という「在るか無いか」の役割移行ではなく、徐々に施設内から継続している関わりを減らし、地域での生活を築き、継続させていくための関わりを増大させていくことに尽力しなければならないことは理解できる。し

かし、施設のサービス管理責任者が経験を積み重ねることも必要であり、今後の施設サービスを充実させていく観点からも、支援施設の中へ成果をフィードバックさせていくことを考えなければならない。

この課題に関しては、地域自立支援協議会に代表されるネットワークを構築し、機能させていくことにより、互いの存在を認め合うことで、円滑なる受け渡しのシステムが生まれると信じている。

#### 4. 3-4 地域社会でより幸福な生活を求める“人生計画書”の課題

地域社会で両親とともに暮らしていたり、また一人暮らしを既に始めて、継続している障害をもつ人たちには、「個別支援計画」を必要としない訳ではない。施設から退所した障害をもつ人たちや親元から独立した障害をもつ人たちは、現在において、十分幸福だと感じていても、より大きな幸せを求め、自己実現を目指すための「人生計画書」として「個別支援計画」を利用していくべきだと考えている。この「人生計画書」を作成していく役割は、障害者地域生活支援センターと言われる機関が担うことになっているが、この作成において課題となっているポイントを整理し、解決方法を提示してみたい。

##### ① 日々の相談件数に追われ、利用者とはゆっくりと夢や希望を話し合えない

障害をもつ人たちの地域生活を支援している委託相談支援事業所は、市町村からの委託を根拠に、人件費や事業費を受けて運営をしている。よって、市町村の財政状況や理解度の相違により、その委託費の落差は激しいと言える。それは市町村や保健福祉圏域の大きさにも関係してくるが、一人の相談員で支えている事業所が数多く、困難ケースの対応に追われる日々を過ごしている。市町村の障害者福祉を担当する職員との連携が重要であるという意識を持って、地域自立支援協議会を適切に運営していくことが必須となるのである。

この課題に関しては、市町村が相談支援事業と「個別支援計画」の重要性を深く認識し、十分な人員配置が可能な予算措置を実行することが大切であり、利用者側に立った「個別支援計画」の実施が必要であることを明示してもらわなければならない。また、相談支援専門員がソーシャルワーカーとしての自覚を持ち、利用者との語り合う時間を多く持つ中で、援助技術を高めていく努力を怠ってはならない。

##### ② 「個別支援計画」は「週間サービス利用計画」だという誤認が浸透している

地域社会に存在する相談支援事業所は、「個別支援計画」の作成を求められているが、市町村の担当者が要求する内容は、一週間のサービス内容を明記した「週間サービス利用計画表」であることが多い。支給決定を担当する市町村職員は、どの程度のサービスを提供すれば、その利用者が生きていけるのかのみを考え、そのニーズと予算との絡みを考えながら支給量を決めていくだけで、「何のために、この

サービスを必要としているのか」とか「将来のことを考えると、今に何をしておくべきなのか」を考えることなく、施行されているのである。人生を設計していくことが「個別支援計画」の役割の一つならば、もっと大きな視野に立った認識が必要になってくるのである。「光陰矢の如し」という言葉があるように、時の流れは速く、油断していると人生の終焉を迎えることになる。よって、人生を設計していく支援を早期に始めなければならない。

この課題に関しては、相談支援事業所において、「個別支援計画」と「週間サービス利用計画」との違いを完全に認知して、人は生きていく上で、小さくとも良いので、人生の希望や目標を持ち、それに向かって歩んでいるからこそ、生きる喜びを感じられると認識して欲しい。そして、その希望や目標に向かって進んでいる人を支援しているのだという概念の定着が必要なのである。

### ③ 相談支援専門員が利用者のエンパワメントを進めるような方法論を持っていない

前節においても「エンパワメント」について触れているが、支援の最終目標は、地域での自立生活と就労であるとするならば、両者とも「エンパワメント」という概念が根幹にある。元来、高い能力と豊富な経験がある利用者ならば、少しの支援でエンパワメントしていくのであるが、エンパワメントに向かうことが困難な利用者に対しては、何らかの方法論を持って、支援を継続させる必要性がある。この方法論は、個々の利用者に対して異なったアプローチを試みる必要性があり、法則性を持った「ブローカータイプ」のケアマネジメントでは対処できないのである。このような問題が、地域での単身生活が短期だけで終了したり、施設へ戻っていったりする原因の一つである。

この課題に関しては、援助技術を向上させるに役立つ研修やワークショップへ積極的に相談支援専門員が参加し、エンパワメントを深く理解し、支援の根幹と考えていくべきである。

以上のように、現在の「個別支援計画」を取り巻く環境としては、まだまだ不十分であると言えないが、一つの名称である「個別支援計画」も、使用される対象者とタイミングによって、その求められるものは異なっているのである。「個別支援計画」に携わっている者、これから携わろうとしている者は、この相違点をよく認識して、利用者が人生の主人公であるという認識の上で、ニーズを中心に考えた計画を強く理解していかなければならない。

障害をもつ人たちの「個別支援計画」が“人生の羅針盤”であるならば、良い人生を生き抜いていくためには、最良の羅針盤が必要である。この羅針盤を作成している者が未熟ならば、利用者を不幸にすることもあることを専門家は自覚しておかなければならない。

巻末資料 1 予備調査分析結果

カテゴリー	引用	考察	データ元
障害特性	課題やニーズが不明確な利用者については、具体的な支援計画を作成しにくい。	理解力に制限のある利用者にニーズの掘り起しから、課題設定、支援計画を明示することに関しては口頭のみでは限界があり、体験的な理解の機会を計画的に提供する中で客観的に利用者が欲する事柄を確認し課題設定するといった取り組みが必要である。	K4(知的入所更生)
個別支援計画の十分な理解	本人や家族に支援内容を伝えるツールとして活用できる可能性がある。現状では開示して説明するに至っていないが、それを前提として作成するこちによる質的向上も期待できる。	基本的に個別支援計画が何たるものであるか施設で理解がない。施設管理者などが職員に対して研修の機会を保障する必要がある。	K3(知的入所更生)
個別支援計画の十分な理解	施設職員の中に「地域移行という大命題は本当に本人の意思なのか？」という疑問がある。目標の画一化(グループホームへの移行)	地域での自立生活は、確かに掲げる目標として重要であるが、地域の社会資源開発状況と個々の利用者の状態像(力)の評価・把握が的確にできていない状況で、ただ結果としてGHに移行できればそれで済んでしまうような短絡的な図式としてしか捉えられていないのではないかという危惧がある。しっかりしたアセスメント(個人・環境・ニーズ)により、その人にあった自立計画をその人と共に立てることが不可欠。	K7(知的入所更生)
個別支援計画の十分な理解	現実の支援と乖離して実際に使わない個別支援計画になっている。	個別支援計画そのものが理解されていない。ニーズの掘り起しが不十分であり、的確な支援計画が作成されていない。あるいは、ニーズの掘り起しが的確であっても、施設の機能を正しく把握されていないため、現実離れした計画となってしまう。施設の機能と限界を職員が共通的に認識しておく必要がある。	K8(知的入所更生)
個別支援計画の十分な理解	モニタリングができておらず、結果として再アセスメントや計画の修正・新たな目標設定などができていない。	サービス提供にかかるシステム(提供にかかる流れ)が理解されていない。システムの必要性や提供する具体的なサービスの使い方、必要性といったTPOが理解されていない。	K9(知的入所更生)
個別支援計画の十分な理解	長期目標と短期目標が必ずしも結びつかない状況がある。	計画をたてるスキルがない。 計画を理解していない(長期目標の取り違え?) 利用者の生活が見えていない。	M4 (知的入所更生)

職員のスキル	個別支援計画作成にあたって、個人の力量が見えてしまう。	何をどのように書いてよいのかわからない現状にあって、一人ひとりの職員が個別支援計画をどのように認識しているかにより、成果物のよしあしが出てしまう。また、文章構築力の個人差が出てしまう。施設の方針が組織のメンバーに共有されていない。	K2(知的入所更生)
職員のスキル	課題やニーズが不明確な利用者については、具体的な支援計画を作成しにくい。	理解力に制限のある利用者にニーズの掘り起しから、課題設定、支援計画を明示することに関しては口頭のみでは限界があり、体験的な理解の機会を計画的に提供する中で客観的に利用者が欲する事柄を確認し課題設定するといった取り組みが必要である。	K4(知的入所更生)
職員のスキル	職員の力量の差が大きく、価値観の押し付けが起きってしまう。	利用者と向き合うときの視点や姿勢が確立されていない福祉労働者が多い。例えばケアマネのアセスメントにおいてニーズ優先というが、どれだけの調査者が真に利用者に向き合いニーズを掘り起こしできているかという点も共通の課題。日々の支援を客観視し、自己を高める。日々の支援を問い直し、アドバイスできるスーパーバイザの存在が不可欠であり、サービス管理責任者の重要な業務である。	K5(知的入所更生)
職員のスキル	現実の支援と乖離して実際に使わない個別支援計画になっている。	個別支援計画そのものが理解されていない。ニーズの掘り起しが不十分であり、的確な支援計画が作成されていない。あるいは、ニーズの掘り起しが的確であっても、施設の機能を正しく把握されていないため、現実離れた計画となってしまう。施設の機能と限界を職員が共通的に認識しておく必要がある。	K8(知的入所更生)
職員のスキル	モニタリングができておらず、結果として再アセスメントや計画の修正・新たな目標設定などができていない。	サービス提供にかかるシステム(提供にかかる流れ)が理解されていない。システムの必要性や提供する具体的なサービスの使い方、必要性といったTPOが理解されていない。	K9(知的入所更生)
職員のスキル	個別支援計画の修正・変更を指導する際に言葉で問題点を的確に指摘することが難しい。	スーパービジョンをする力量がない。	M2(知的入所更生)
職員のスキル	作成を担当した各ホームチーフに活用についても一任しているが、ホーム内で共有できない。	力量の問題。 意義を理解していないチーフの存在。 日ごろの意見交換の場の不足。 組織としてシステムが機能していない。	M3(知的入所更生)
職員のスキル	長期目標と短期目標が必ずしも結びつかない状況がある。	計画をたてるスキルがない。 計画を理解していない(長期目標の取り違え?) 利用者の生活が見えていない。	M4(知的入所更生)

職員のスキル	アセスメントから個別支援計画作成までの具体的な手順を整理しなければならない。	施設のサービス提供システムを十分理解していない。	M7 (知的入所更生)
職員のスキル	施設での仕事の専門性を理解できない。	「見守り」の専門性を説明できない。 支援技術が言語化できるほど明確に確立されていない。(支援技術の未確立＋言語化するスキルの未獲得) 職員の自己覚知がない	M9 (知的入所更生)
業務分担、職員体制	事務作業、時間がかかる上に担当職員が一堂に会することが困難	新制度により新たな事務処理が増えているがその事務処理により支援が向上するといったような明確な視点が見当たらないため、疲弊感のみが残ってしまう。基本的に職種・交代制勤務である職員が集まらなければならぬというのは非効率。そのため、日々の仕事に追われ集まることの大切さを認識できていない。	K1(知的入所更生)
業務分担、職員体制	常勤・非常勤職員、責任や担当職員の意識などをシェアしにくい現状がある。	身分・待遇が違う職員が混在する状況は今後増加すると考えられるが、このような場合職員間で共通するモチベーションを持ちづらい。責任感の重さが違う。 正規職員よりも非常勤職員が優秀な場合、不調和感が出てくる。	K11 (知的入所更生)
業務分担、職員体制	業務外の時間で作成することを黙らせざるを得ない実情の中で、作成期限を強く言えない事情、また内容的な不備への修正・変更についても妥協せざるを得ない。	事務処理の多忙、運営費の少なさからくる人手不足、支援技術の未熟さなどからくる非効率な業務処理。その結果、残業が恒常的になり、その上に付加されている。計画の必要性を理解していないと徒労感ばかりが強調される。	M1 (知的入所更生)
管理者	余裕のない現場において、上司の過度な関与や要求があると、職員がパンクしてしまうおそれを感じている。	少なくとも管理者にあっては業務の効率化を図る努力が求められる。(管理的スーパービジョン) また、職員とのコミュニケーションを定期的に行う(カンファランスや連絡会等)(教育的スーパービジョン)。 上司の職員に対する見守りのバックアップ(支持的スーパービジョン)	K10 (知的入所更生)
管理者	サービス管理責任者が個別支援計画を作成できるのか。	管理者は日ごろ利用者と接する時間が短い。 管理者業務は支援者が個別計画をたてられるようなスーパービジョン的関わりが望ましい。	K14 (知的入所更生)
管理者	作成を担当した各ホームチーフに活用についても一任しているが、ホーム内で共有できない。	力量の問題。 意義を理解していないチーフの存在。 日ごろの意見交換の場の不足。 組織としてシステムが機能していない。	M3 (知的入所更生)

施設病？	施設職員が計画を作成すると「施設の中で取り組めること」の枠をなかなか出ることができない。	施設の外の生活や社会資源をイメージできない側面と例えばそれを計画の中に入れても実践できないという思いが表れているという側面がある。 具体的な利用者 Aさんが暮らす(暮らしていた)地域の状況や課題を把握している。地域の支援者がいない。又は支援者との関係がない現状からこのような支障が生じている可能性がある。地域で暮らすためのニーズはあくど、専門的なサービスを提供する施設との関係を整理する必要がある。	K6(知的入所更生)
施設病？	施設職員の中に「地域移行という大命題は本当に本人の意思なのか？」という疑問がある。目標の画一化(グループホームへの移行)	地域での自立生活は、確かに掲げる目標として重要であるが、地域の社会資源開発状況と個々の利用者の状態像(力)の評価・把握が的確にできていない状況で、ただ結果としてGHに移行できればそれで済んでしまうような短絡的な図式としてしか捉えられていないという危惧がある。しっかりしたアセスメント(個人・環境・ニーズ)により、その人にあった自立計画をその人と共に立てることが不可欠。	K7(知的入所更生)
施設病？	作成を担当した各ホームチーフに活用についても一任しているが、ホーム内で共有できない。	力量の問題。 意義を理解していないチーフの存在。 日ごろの意見交換の場の不足。 組織としてシステムが機能していない。	M3 (知的入所更生)
施設病？	現場職員が「地域移行」をイメージしきれていない。	施設内での業務しか体験的に理解できないモデルがないモデルがいても特例扱いしてしまう(※バーンアウト、施設病の考察へ)	M6 (知的入所更生)
施設病？	施設の管理責任が問われる傾向が強く、利用者や家族の負うべき契約上の責任を明確にする必要がある。	契約制度自体押し付けられたものであり、職員にも利用者にも理解しにくい。責任問題から思い切った取り組みをしにくい。対等を過度に意識することによる関係悪化、支援内容の低下(例:ご利用者様)	K12 (知的入所更生)
制度上の限界	施設の管理責任が問われる傾向が強く、利用者や家族の負うべき契約上の責任を明確にする必要がある。	契約制度自体押し付けられたものであり、職員にも利用者にも理解しにくい。責任問題から思い切った取り組みをしにくい。対等を過度に意識することによる関係悪化、支援内容の低下(例:ご利用者様)	K12 (知的入所更生)

制度上の 限界	ニーズを聞くことについて、 施設を出たいが実際には 難しいケース、また少なくとも 退所までは施設内で支 援することになり、ニーズと 施設内支援が乖離してい ることが明確になる。	他の項目参照	K13  (知的 入所 更生)
制度上の 限界	施設として2年後、3年後 の見通しが立たない現状 で、職員はさらに不安を感 じている。	制度上の課題、 施設の役割が不明確になっている。	M8  (知的 入所 更生)
その他	作成した個別支援計画を 家族に開示してもお任せ で、これで結構ですというこ とになりやすい。	家族にわかりやすい説明をしていない。 家族がイメージするのが難しい。 「任せるしかない」家族なりの対処？ 施設に対する負い目 医療におけるインフォームドコンセントとの違い。	M5  (知的 入所 更生)

## 巻末資料 2 インタビューガイド

### 1 導入(5分)

皆さん、今日はお忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。私は〇〇に所属しております、〇〇と申します。今日の集まりは、愛知淑徳大学の谷口明広が代表を務める研究会のグループインタビューで、目的は、個別支援計画についての皆さんの考えを聞かせていただくことです。いよいよ自立支援法がスタートし、入所施設では地域生活への移行を念頭においた個別支援計画が正式に位置づけられるようになりましたが、実際には様々な課題があると思います。皆さんで課題を共有し、解決策を探る手がかりがつかめたらと考えています。どうぞよろしくお願ひします。

では、まずグループインタビューの進め方について説明をします。後で自己紹介をしていただきますが、今日お越しにいただいたのは、〇〇の領域に関わる支援者の皆さんです。このインタビューはお知らせしたように、1時間半ほどを予定しています。私が簡単な質問をしますから、皆さんで自由に意見をお話下さい。インタビューで明らかにしたいのは、皆さんの個別支援計画についての考え方や、とらえ方です。一般的な意見ではなく、皆さんの意見をお聞かせ下さい。ただし、一度に複数の方が話をしますと、後で分析するのが難しくなりますので、発言は一度に一人、手を挙げてお願ひいたします。インタビューの間、お茶やお菓子をどうぞ自由におとりください。

皆さんのご意見は、支援の質向上に向けた研究のデータとして使わせていただきますのでご了承ください。もちろん、誰がどのような発言をしたかは分からないように処理しますのでご安心下さい。

### 2 自己紹介(5分)

簡単に自己紹介をしましょう。お名前と所属、好きな〇〇を教えてください。

### 3 簡単な質問(10分) (個別作業、ディスカッションはなし)

- まず最初に、皆さんがとらえる課題を洗い出したいと思います。多くの場合、個別支援計画は作成したことがあっても、あまりうまくいっていないのではないかと思います。まず、うまくいっていない要因に焦点をあてて考えてみたいと思います。

あなたはこれまで、個別支援計画を作成したことがありますか？

(職場で自分以外の職員がたてているばあい、「自分はたてていない」とします。)

作成したことがない場合、何が影響していると思いますか？

作成している場合、うまく実践できていますか？「はい」の場合、「いいえ」の場合、それぞれ何が影響していると思いますか？

- さらに問題を掘り下げてみましょう。個別支援計画があまりうまくいっていない理由を、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地域生活への移行行，⑤その他の問題に分けて考えてみると，さらにどのような理由が考えられますか？

#### 4 分析と意見発表(30分)

○ ここまでで紙に書いた理由を，①～⑤に分類しながら意見発表と意見交換をしましょう。

#### 5 仮説についての考え(10分)

○ 私たちは，次のような仮説をたてています。

「①個別支援計画がうまくいかない理由の一つに，利用者が長年の施設生活で力を奪われ，計画をたてたり新しいことに取り組んだりする気力がないことがある。②その要因の一つは，職員のバーンアウト，燃え尽きからくる脱力感，無力感等である。バーンアウトについては組織側の問題が大きいと思われる。③その要因の二つ目は，職員が支援計画の立て方が分からないことにある。」

○ ここまでの意見は，主に③に該当するものだったと思います。では，②「職員のバーンアウトからくる無力感，脱力感などにより，個別支援計画を立てても仕方ないと思ってしまう」について，実際はどうか，考えを聞かせてください。

#### 6 考察(20分)

○ ご協力により，皆さん自身が考える課題を分析することができました。では，うまくいかない課題については，どのような対応が考えられるでしょうか。3で個別支援計画がうまくいっていると答えた方はその理由を発表してください。自分たちの施設でこうしたらうまくいったという工夫や，他の人へのアドバイスなどありませんか？

#### 7 まとめ(10分)

○ 最後に，グループインタビューに参加した感想をお聞かせ下さい。

長時間にわたる参加，ありがとうございました！

## おわりに —— 研究の総括と謝意

この研究では、障害者自立支援法で定められた「個別支援計画」について、障害者支援施設の中で、どのようにサービス管理責任者やサービス提供職員が努力し、苦悩しているのかを見てきた。そして、彼らが“バーンアウト”になったり、“うつ症状”に陥ったりする実態やプロセス等も見えるようになった。「個別支援計画」は、障害をもつ個人には必要だと認識しながらも、計画を立案する知識や実行していくために必要な方法論を教育されることなく、現場を任されている実態を知ることができた。戦後の長期にわたる「措置制度」の中で、「入所施設で一生を暮らす」とか「施設に入れて（入って）おけば安泰である」という意識は、施設関係者や利用者家族ばかりではなく、障害当事者をも含んだ国民全体の合意事項になっていたのである。この国民的合意を覆し、地域移行を進める方法論としての「個別支援計画」は、一つの前進として高く評価できることではあるが、施設職員の教育課程を見直すことも考えていかなければならない。

施設職員の養成は、「介護福祉士」が中心となっている。「介護福祉士」の主たる業務は身体介護であり、「個別支援計画」を取り扱うことを前提とはされていないのである。福祉現場実習で学ぶことも多くあるが、個人情報保護の壁もあり、「個別支援計画」には関係させてもらえないのが実態である。また、障害者支援施設の財源問題で、施設職員の研修が激減しており、施設内研修が開催されていない施設も少なくはない。

このような状況が施設職員に閉塞感を齎し、悩み苦しんでいる実態を作り出していると考えられる。“バーンアウト”は、燃え尽き症候群と和訳されているが、施設職員によるグループ・インタビューや個別調査からも感じ取られたことであるが、「彼らは本当に燃え尽きたのか」という疑問が残っている。私個人の見解であるが、施設現場で夢を持つことさえ困難な状況になっている現状において、燃えるための酸素がない状態の中で不完全燃焼が続き、最終的には「一酸化炭素中毒的離職」になっていくと考えられる。施設職員が夢を持てなければ、利用者が夢を描き、夢を語ることはないと思われる。「個別支援計画」を立案・実行していくにも、夢を実現させるストレングス・モデルを取り入れなければならない。

この研究では、グループ・インタビューという手法を用いて、現場で「個別支援計画」に関係している職員たちが、感じていることを素直に語ってくれた。このインタビューに参加していただいた方々に深い感謝を申し上げますとともに、全国五カ所のインタビューをコーディネートしてくださった研究協力者の皆さまにも心から感謝を申し上げます。しかし、研究チームでの諸問題により、徳島県で開催していただいたインタビュー内容と分析が掲載できなかったことを深くお詫び申し上げます。

どのような重度障害をもつ人であっても、幸福を追求する権利は持っている。施設という限定された空間から飛び出し、地域社会において自己実現を目指して生きることにより「個別支援計画」は不可欠な物になってきている。この研究成果によって「個別支援計画」が使いやすく改善され、夢と希望に溢れた福祉現場が再生されることを心から願うばかりである。

## 【付録】

### ボローニア地方の特別支援学校と就労支援施設で用いられている

### 「個別教育計画（Personal Educational Project）作成ガイド」

#### 目次

<1>	1章－「個別教育計画」の構成 個人の経歴	1 ページ
<2>	1 節－アセスメントの留意点	3 ページ
<3>	2 節－現行の教育に関する環境	4 ページ
<4>	2章－初期状態：知識、能力、適性	4 ページ
<5>	3章 1 節－教育に際しての基本的注意事項	15 ページ
<6>	2 節－プロジェクトを進めるための基本事項	15 ページ
<7>	3 節－統合カリキュラムへの介入方法	17 ページ
<8>	4 節－個別の学校に許されている自由度	17 ページ
<9>	5 節－自治体での個別施策と有効性の認知	17 ページ
<10>	6 節－プロジェクトの詳細事例を記録する	17 ページ
<11>	7 節－取り組みに対する独自性の確保	18 ページ
<12>	8 節－「評価」の正当性と平等性	18 ページ

#### 序文

「個別教育計画」作成を容易にするために、以下のガイドを提示します。これは口調、声、観察、および正確で総合的な個性を表現するための取組みから、ヒントを得るように勧めています。さらに特殊であり、ガイドとして注目すべき点は、常にその評価ではなく、個人の記述に関連付けようとしていることです。

#### 第1章

##### <1> 「個別教育計画」の構成 個人の経歴

「個別教育計画」の前提条件から計画と実行までにおいて、文書（調書）の内容となっている効果と、最善の方法のポイントを以下のように列挙しましょう。

- 1.なぜ文書にするか
- 2.何を文書にするか
- 3.誰が文書にするか
- 4.誰が読者になるか
- 5.いかなる手段で
- 6.どのような文書であるべきか

- 1.なぜ文書にするか
  - 記憶をなくさないため
  - さまざまな感覚をなくさないため
  - さまざまな視点から熟考することを軽視しないため
  - 語り、聞き返すことができるように
  - 行程をたどるために
  - 計画を監視するために

2.何を文書にするか

行程

特殊教育もしくは教育の活動

先に進めることあるいは中止する時期

計画の組み立て

作業所の活動

学校外での活動や、生徒の可能性、強さ、弱さ、進歩、停止の正確な  
内容を描くためにすべて役に立つと思うこと

3.誰が文書にするか

教育者

家族

コーディネーター

生徒／異なる能力のある

技術者

教育学者

AUSLオペレーター

学校、事業体のチューター、CFPのオペレーター

スペシャリスト（音楽療法士、言語療法士）

仲介者

4 誰が読者になるか

文書作成者と同じ

生徒／異なる能力のある者

技術者

制度上の発注者

新しい教育者および子供の教育や仕事を引き継ぐ人

5.いかなる手段で

医療的な証明（状況分析）

PDF、「個別教育計画」

写真

スライド

映像

日記

写真

コミュニケーション→（下記手紙に対して簡単な）通知、連絡

手紙など

子供による作文

子供による作品、工作

レポート

観察カード

グラフ

口述  
最終レポート

- 6.どのような文書であるべきか 明確な  
利用価値のある  
簡単に参照できる  
解説的な  
テーマに沿った  
分類（成績）を重視した  
年代順を重視した

以下の3つの重要な時に、活動の行程の最終目標を導けるもの

- 提示のとき
- 修正のとき
- 返却のとき

## <2> アセスメントの留意点

2003年に設立されたPIAFST研究所のガイドラインを参照してみよう。PIAFSTの継続使用に関して、その課程における運用の自由度が高くあるべきだと研究所は主張しており、障害者の本質が見出されるとしている。研究所内でのグループ研究では、このテーマに関して、以下のPIAFSTの課程のモデルに何らかの定点を定めている。

まず、ここまで行ったPIAFST課程の一般的構成の全体価値を確認し、最初3年間と最後2年間に行なわれる実践を見てみよう。まず、**確定していることは、これまでに(最初3年間、そして最終2年間)行ったPIAFST課程の全体構成に対する総合的な正当性である。**

同研究所の実践プロジェクトに関する予備研究においても、有効性と正当性が証明されている。最初3年間に関して言えば(PIAFSTの第一段階に当たる)、1年目あるいは2年目以降の活動において、短期の観察課程(最長60時間)を選択することもできる。中学卒業後1年目以降の活動過程は、バスティコ氏の提言と、とても共通しているように見える。

この三年間は、実際PIAFSTの第一段階(PIAFSTに従うまたは、観察より優先させる場合)であるが、能力が向上するまでは、プロジェクトを重要視することがみられた(本質的にはFPへの架け橋)。そして、より良いことに、バスティコ氏の考え方の中には、逆に、PIAFSTの指導訓練の価値を主に引き継ぐことが、必ずしもFPへの入り口を予示するものでなく、2つの選択肢(学校またはFP)の中から、相互に考えて選択する可能性もあることが分かった。しかし、こうした特徴は、明らかに少し形式的ではあるが、実施してきたプロジェクトが、PIAFSTの第一段階の具体的な活動であったとしても、本質的にはFPに向かう出口を意図しているものだと見える。

進路指導としてPIAFSTを実施した期間、要するに、通常300・360時間の第一段階では、PIAFSTより観察の方が優先される。この方法論においては、時間のわずかな“減少“(強く指導した結果であったとしても)は、第二段階のPIAFSTでは、他の感覚が弱い生徒と比較すると、時間の“増加”として認識することができる。

PIAFST の第二段階は、基本的に 2 つの特徴を持っている。やはり、研究所の報告で必見すべきことの一つは、結果的に就労につながる要素とみられる時間が多いこと。そして、もう一つは、就労（特に狙った職種）に結びつく多様なトレーニングをより有効に取り入れていることである。これは、高等学校終了後、もしくは、学校課程を継続する必要性がなくなったときに、すぐ仕事を開始するために役立つのである。

特に、これらの必要性があるのは、見習いや調整期間での重要な役割が、予期せぬ方向で本質的に位置付けられた場合であろう。（就労を目的とした PIAFST は最大 300 時間であるが、目的の職業へ就くための特別コースでは、より多くなる場合もある）

PIAFST の特徴は、やはりチューターや教育機関の指導者が存在していること。また、能力を向上させるより有効な教育方法、生徒たちの学習スタイルや取り組み方法などについて、自由度が高いことである。そういう意味では、個々のやる気に任せるのではなく、やらなければならないことを定めている課程に沿いながら、補完的プロジェクトの方法にも関わる必要がある。法律に基づかれたプロジェクトチームは、たとえば PIAFST の観察において、決定的な役割を与えられるであろうし、与えられるべきなのである。

技術者集団は、家族からの援助をお願いして、知人が集まる場のような形をつくり、能力を統合し、経験を比較しあい、選択の共有を行い、教育的介入の計画を作っていくのである。特に技術者集団は、その生徒にとって、定められたプロジェクトが福祉専門的なものより、教育的な課程を選ぶことが助けとなるのか、妨げとなるのか、ということまでを深く考え、最終評価を下す集団と相互作用がなくてはならない。今日まで、PIAFST の第一段階は、たとえ正式な計画として、進路指導が明確になっていなかったとしても、FP への橋渡しの役目として使われてきたことを忘れてはならない。

やはり、現場実習は、予期した最低目標を到達する可能性を持って実施されているが、計画された養成内容を全て与えてくれるものではなかった。（研究所内で十分に論議されたが、結論は出せない課題でもある）

新しい州の法律では、この実習の再考を定めており、PIAFST の指標を（この計画に大きく貢献した「個別教育計画」とともに）公式な計画として採用していく可能性を示している。これらを考えていくと、この二つある選択肢が一つに統合されることになるであろう。

### <3> 現況の教育に関する環境

教室の雰囲気や、彼らと同じ経歴の生徒との偶発的な会話などの観察で補完することが出来る。

### <4> アセスメントに関する補足的な説明（初期状態を明確化する）

#### 2 と 3 のポイントを集めた結果の凡例

- a. いいえ（知らない、または能力の点で、できない）
- b. 不十分（知識や、能力の不足しているレベル）
- c. 助けが必要（部分的な知識や、指導がいる。または助ければできる）
- d. はい（知っている、または自分でできる）

## 自分自身についての知識（自分のことをどのくらい知っているか）

記述/表現することができる

- 名前と苗字 — 年齢 — 誕生日 — 性別 — 住所
- 身体的特徴 — 個人的発達史 — 基本的な自己欲求
- 自己の願望、怖れ、好み、恐怖（嫌悪感）、痛み他の観察

## 社会的環境についての知識（家族、両親、友人、学校、地域）

記述/表現することができる

- 自分の家族の家族構成 — 両親の仕事の役割 — 家族内の関係
- 学校の同級生の名前 — 団体（養成所）の同僚の名前

## 同僚についての認識

- 身体的特徴 — 特殊な能力 — 性格
- 通学している学校の種類（タイプ） — 通っている団体（養成所）の種類
- 学校の建物 — 学校の様々な部屋の名前
- 団体（養成所）のセンターの様々な部屋の名前
- 学校と彼らの仕事の現在のスタイルの違い
- 団体（養成所）と彼らの仕事のスタイルの違い — 学校の時間割
- 団体（養成所）の時間割
- 学内での自分の役割と（あるいは）ほかの状況での自分の役割（例えば見習いで自分の役割など）
- 居住地域 — 最も一般的な通学の道のり

## 一般的な概念に関する知識

### 量の概念

- ・ 主な量を知っている
  - 無 — 全ての — 大量の — 少量の — 1個2個3個4個5個
- ・ もので認識する
  - ～より多い — ～より少ない — たくさんのいくつかの
- ・ 典型的なシンボルで認識する
  - ～より多い — ～より少ない — たくさんのいくつかの
- ・ ひとつひとつの対応概念を持っている
- ・ 言葉で連続する数字を知っている
- ・ 桁を知っている（どんな？・・・）
- ・ 九九を知っている
- ・ 分数を知っている
- ・ 十進法の数字を知っている
- ・ 数字を知っている
  - 自然数 — 整数 — 有理数 — 実数
- ・ 算数の演算の記号を知っている
- ・ 基本的な2次元図形を認識する
  - 円 — 三角形 — 正方形 — 長方形
- ・ 主な接続のための理論を知っている（そして、あるいは、ではない）

- ・図形の周囲の概念を知っている（\*おそらく円周などの周のこと）
- ・面積の概念を知っている
- ・アルファベットの文字を知っている
  - 全て — いくつか（例えば・・・） — 活字体で — 筆記体で
- ・仕事の概念についての一般的な意味を知っている
- ・人生設計における仕事の目的を知っている
- ・特別な概念に関する知識
  - ・基本的な経済概念を知っている（収入、支出、貯蓄）
  - ・権利の概念を知っている ・義務の概念を知っている
- ・音を認識する
  - 高い/低い — 強い/弱い — 音色 — 音楽的テーマ（モチーフ）
- ・技術的、専門的な知識
  - 異なる状況で使用される材料について知っている
  - 異なる状況で利用される工具や機械について知っている
  - 災害防止規定についての知識

## 個人の能力

### 個人の自立

- ・自立段階：
  - 自立して食事をする — 自立してトイレに行く — 自立して服の着脱をする
  - 靴を正しく履く — 自分の衛生に気をつける
  - 正しい道順で自立的に対処する（家から学校、家から施設など）
- ・自分で完全にできなくても、だれかと一緒でも
  - 学校の中で、自立的に移動する — 教室を出る — 教室にもどる
  - 学校のほかの場所に行く — 決まった場所の内部で自立的に対処する
  - 時間に応じて自立的に対処する
- ・曜日がわかる ・順番に連続的に曜日を繰り返せる ・12ヶ月の名前がわかる
- ・順番に連続的に12ヶ月を繰り返せる ・正しい順番に季節がわかる
- ・その日の出来事がわかる
  - 家族の中で — 学校で — 施設で
- ・識別できる
  - 昨日 — 今日 — 明日
- ・時間的規則（カレンダーの適用）
  - 公共交通を自立的に使う — 固有の交通機関を使う — 道路を横断する
  - 交差点を使う — 道路標識の認識
- ・貨幣の使用
  - 貨幣の使用知識 — 貨幣を数える — 支払いが出来る — おつりを出せる
- ・電話の自身での使用 ・エレベーターの使用
- ・公共で使用する場所での対処ができる（はい、であれば、どの場所？・・・）
- ・公共機関の役割の認識（警官、巡査・・・）
- ・家庭で小さな役割を果たす（どんな役割なのか）

- ・家で個人のスペースをもつ
- ・自由な時間を（すべてまたは一部）自立的に使う
- ・家から一人で外出する

## 基本的な適正

- ・コミュニケーション
  - － 言葉はない
  - － 型にはまったしぐさや顔の表情
  - － 儀式的なしぐさや表情
  - － 同意や否認の合図をする
  - － 笑う
- ・要求していることを表現できるか
  - － 行動で
  - － 他の方法で
- ・言葉での表現
  - － 不可解な発音
  - － 不完全な発音
  - － 言葉の最後の部分のみの繰り返し
  - － 言葉をただしく繰り返す
  - － 言葉のいくつかの文字を変える
  - － 簡単な文を繰り返す
  - － 複雑な文を繰り返す
  - － あまりに遅く話す
  - － あまりに早く話す
  - － 吃音がある
  - － 発音の不足がある
  - － 命令に忠実
  - － 高い声で表現する
  - － コンスタントに、わかることを表現する
  - － 要求することを尋ねる
  - － 自発的、オリジナルな言葉を使う
  - － 物からの派生
  - － 物の絵からの派生
  - － 使わずに記述された物からの派生
  - － 口語のみの使用
  - － 動詞が使える
  - － 簡単な文を述べる
  - － 複雑な表現を述べる：主語、述語を完全に
  - － 動詞を変化させた文を述べる
  - － 正しく形式、時制を使って文を述べる
  - － 等位接続詞を適切に活用
  - － 従位接続詞を適切に活用
  - － 方言のみの使用
  - － 年齢に応じた適正なボキャブラリーを習得している
- ・理解力
  - ・早い言葉の意味の理解
- ・順番の理解
  - － 行動の実行
  - － 物の認識の
  - － 関係の認識（空間、時間、空間と時間）
- ・質問の理解
- ・教師の理解
  - － 質的に
  - － 量的に
  - － 道徳的に
- ・ひとつの出来事の物語の理解
- ・ひとつの歴史の物語の理解
- ・具体的な状況での記述の理解
- ・ひとつの事件
- ・ひとつの歴史
- ・抽象的な記述の理解
  - － 読み物
    - 数を解釈する、シンボルを解釈する、単音節の言葉を解釈する
    - 2音節の言葉を解釈する、多音節の言葉を解釈する、正しく解釈する
    - 句読点に忠実に読む、内容を読みわかる
  - － 画像
    - 方向を反対に向けられる、一本の線が描ける、簡単な図や印を描き写す
    - 水平線が描ける、垂直線が描ける、斜め線が描ける、丸が描ける
    - 結合できる、活字体で文字を書く、筆記体で文字を書く、
    - 紙の罫線に沿って書く

ー 筆記

文字の複写（筆記体で、活字体で、大文字で、小文字で）、言葉の複写  
文の複写、口述筆記、単音節の言葉、2音節の言葉、多音節の言葉  
二人の口述筆記、早い文の口述筆記、大文字と小文字を使える  
考えられた言葉を自立的に書く、考えられた前文を自立的に書く  
句読点が使え、機械的な間違いをする、正しいつづりで書ける  
正しい文法で書ける、

ー 絵画の表現

自発的に描く、繰り返すテーマで描く、好きな色で描く  
表現の目的を持って描く、識別できる要素を描く、  
ばらばらに並べて要素を描く、一緒に配列して要素を描く、秩序だつて  
配置を見ながら描きかえる、位置や空間関係を変える  
人物像がはっきりしない、人物像が完成できる  
（額のように）に色で縁取りをする、紙全体を使う

ー 正しくサインを使う

適正な圧力でサインを使う、継続的にサインを使う、非継続的にサインを使う

記憶

- ー イメージの記憶
- ー 音の記憶
- ー シンボル（象徴）の記憶
- ー 欠けた図形がわかる
- ー 簡単な数を繰り返す
- ー 名詞の繰り返し
- ー 文の繰り返し
- ー 短い語りを要約する
- ー 短い要点を覚える
- ー 長い要点を覚える

・ 注意と興味

ー 興味の表明

提示した物に対して、提示した動きに対して、行動に対して、物に対して

- ー ジェスチャーを自然に行う
- ー 自発的に興味をわかせる
- ー 興味を持った状態で注意深く努力することが出来る  
5分以下、5分以上
- ー 提示した物を扱う
- ー 提示した行動を受身的に模倣する
- ー 提示した行動を自覚して模倣する
- ー 企画された活動に参加する
- ー しばしば、すばやく活動を変える
- ー はじめたことを完了する
- ー 終えた仕事に満足する
- ー 実施することをがんばる