

参加者は、地域で先駆的な活動を行い、「大きなケアマネジメント」を行うことが当然だと考えている人々だが、そのように考えていない・考えられない地域はたくさんある。

D. 考察

本ヒアリングで語られた論点にそって、わが国におけるケアマネジメント活動の課題を整理する。

1. ケアマネジメントと相談の概念に関する混乱

わが国においては、利用者と直接に会って相談にのり、多様な問題の解決を支援するという「相談」と、問題やニーズを把握した後、適切な支援者に仲介してその関係を調整するという「ケアマネジメント」の概念がいまだ混乱している。

法制度導入の際に、「相談支援」という言葉を使用しているために誤解が生れている可能性もあろう。また、支援が全面的に引き受けることを意味しがちなわが国の文化では、西洋文化発のケアマネジメントは理解されにくいものなのかもしれない。

これはダイレクトサービスの提供に関する論議とも関連する。ケアマネジメントでは、アセスメントとプランニングのために利用者本人等と直接に会うが、直接のサービスを提供するかどうかは、その地域の社会資源整備状況によることになる。地域の社会資源を心得ないまま、ケアマネジャーがいたずらに直接のサービスを提供することによって、利用者の抱え込みや専門家の燃えつきが生じてしまうばかりか、地域資源の開発に至らない。同一事業所の中で完

結してしまう現象も同じ理由から生じる。仲介作業には関係機関や関係職種と合同のケア会議が不可欠となるが、このケア会議の実務的技術が広まっていない。

あらためて、相談とケアマネジメントの相違について啓発しなければならないし、実務的側面ではケア会議の技術を広める必要がある。

2. 地域コーディネーションとの異同

いわゆる「大きなケアマネ」と通称される地域資源を開発し調整する活動について、わが国のケアマネジメント活動において必要であるという点は共有されていても、地域コーディネーションをどこまで行うか、個別支援と地域開発と強調点をどちらにおくのか、別個の専門職が行うべきなのか否かなど、詳細な部分でいまだ整理されていない。

ケアマネジメント活動の中核は、利用者個人のニーズにそった支援であり、社会資源への仲介が中心である。業務契約は利用者本人と行うのであって、地域社会や自治体と行っているわけではないはずである。

つまり、ケアマネジャーにとって、地域作りは利用者支援の過程において必要となってくる二次的な領域であって、地域作りが第一の目的ではない。地域作りを第一の目的とする専門家との協働のために自立支援協議会が重要な機能を果たすこととなる。地域作りを第一の目的とする専門家にとっても、個々の事例の状況から地域作りを構想する順序が大切であろう。

ケアマネジャーが行うべき地域資源開発の業務について、より明確な指針や業務分担を明らかにする必要がある。

3. 価値観や理念の無視

わが国におけるケアマネジメント活動の導入は、政策によって開始されたため、手続きやフォーマットなどの形式や知識が先行し、肝心の技術的側面やそこにこめられるはずの価値観が広まっていない。

ケアマネジメントの本来の価値観には、社会の中で権利を失っている人々に対する権利擁護が最大の目的としてこめられている。形式や方法は二の次であるはずなのに、権利擁護が行われないまま形式が優先されてしまう場合が多々見られる。このような本末転倒が生じるのは、ケアマネジメントが持つべき価値観が十分に広まっていないためであろう。

過剰なサービス提供のままになっているという現象や、「障害者用生活」を目標としてしまうプランニングも、本人のセルフケア能力を伸ばすという価値観を見失っているために生じている。

直接サービスや地域作りとの混乱と同様に、あらためてケアマネジメントがよって立つ中核的な価値観を明らかにする必要があるだろう。

4. モニタリング過程の不足

本来のケアマネジメントでは、モニタリングによって、必要な社会資源を開発調整したり、過剰なサービスを漸減したり、利用者の要望にそってサービス調整が行われるはずである。

わが国におけるケアマネジメント実務者研修では、ほとんどの場合に、アセスメントとプランニングの過程に研修課題が集中しており、インターベンションやモニタリングの技術研修にたどり着いていない。ケアマネジャー個々の固有の能力に任せられているのが現状である。また、ケアマネジ

メントの成果が問われずに、形式的な側面だけが評価される現行法体制では、モニタリング過程が無視されがちとなろう。

あらためて、モニタリングの意味や技術を広げる必要がある。同時に、インターベンションの技術、価値観や成果に関する研修を強化しなければならない。

5. 対象選定過程の不明瞭さ

誰をケアマネジメントの対象とするかという決定やトリアージュの際には、インテーク面接の技術と、インテーク会議の運営に工夫が求められる。

わが国の現状において、ケアマネジメントのサービスを導入する際の選定は、出会いの偶然性や専門家の恣意性に任されていて、最も支援を必要とする事例が見逃される可能性が高い。むしろ、安定した生活を送ることができて、ケアマネジメントの本来の対象ではない事例が実際の対象になってしまう傾向もある。

現実的には、行政が対象選定を判断できないので、現場の技術職がケアマネジメント対象を選定することになるが、このインテーク過程において、アウトリーチ活動の有無、受理の判断記録、会議録など、十分な透明性を確保させて、事業所評価の対象とする必要があるだろう。

6. 用語の共通理解が不足

本スタンダード案においても、法制度における用語においても、関係者にいまだ用語理解が共有されていない。

この共通理解の程度について、用語の表面的な意味がわかっても本質が伝わっていないレベルと、用語そのものの意味が共有されていないレベルがある。後者については、しばらく丁寧な用語説明を加える

必要があろう。

わが国における現況の課題は、前者の本質が伝わっていないレベルの問題である。座学研修だけでなく、事例を用いた実習研修、現場実務に対する助言体制、成果に対する評価などの総合的な対策が求められる。

以上の課題について、「障害者ケアマネジメントスタンダード」に反映することが求められた。

E. 結論

研究班全体で作成した「障害者ケアマネジメントスタンダード案」について、平成20年1月21日に、身体障害、知的障害、精神障害のケアマネジメントに関するベテランの実務者4名にヒアリングを行い、研究班メンバーとともに集団討議を実施した。その結果、現行のケアマネジメント活動の状況に関して、以下のような課題を見出した。これらの課題をスタンダード案に加筆する必要性を確認した。

1). ケアマネジメントと相談の概念に関する混乱

多様な問題の解決を直接的に支援する「相談」と、ニーズを把握した後に適切な支援者に仲介して調整する「ケアマネジメント」との区別がいまだに混乱している。

2). 地域コーディネーションとの異同

利用者個人のニーズに対するサービスを実行するために二次的に必要となる地域資源開発について、地域作りを一次的に目的とする業務との混乱がある。

3). 価値観や理念の無視

手続きや形式が先行して、肝心の権利擁

護やセルフケア能力向上といったケアマネジメントの価値観や理念が無視されがちである。

4). モニタリング過程の不足

利用者と環境の状況に合わせて、サービスの調整や地域資源を開発するモニタリング過程の実践が不足している。

5). 対象選択過程の不明瞭さ

ケアマネジメントサービスの対象を選定する過程が、偶然性や恣意性にまかされがちである。今後、対象規定をもう少し明らかにし、かつ、事業所におけるインテーク過程の透明性を高める必要がある。

6). 用語の共通理解が不足

表面的にも共通理解ができていない用語は丁寧に説明を要する。表面的には理解されていても本質が伝わっていない概念については、実務的な研修を強化する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

野中猛：ケアマネジメント活動の質とその評価、第55回日本社会福祉学会（大阪）、学会企画シンポジウムⅡ「地域生活支援の質とその評価の課題」、2007.9.23

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

「障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード」の作成に係る研究
分担研究者 伊藤 順一郎
(国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部部长)

研究要旨:本研究班では、障害者自立支援法下の相談支援従事者やサービス管理責任者による障害者ケアマネジメントのあり方を評価できるシステムと方法を提唱することを目的としている。そこで本分担研究では、標準的なケアマネジメントのあり方を示すために、これまでに蓄積されたケアマネジメントに関する知見と、分担研究者や研究協力者等による議論をもとに暫定プログラムを作成し、この暫定プログラムに、障害者ケアマネジメントのシステム形成の現場で活躍する実務者を含めた議論を反映させ、「障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード」を完成させた。当該スタンダードの基本的な構成は、個別のケアマネジメントと、地域コーディネート（ネットワークコーディネート）であり、これら二つは密接に関連している。スタンダードは4章に分けて記述している（1. プログラムの枠組みと理念 2. 個別のケアマネジメントの過程とその構成要素 3. 地域コーディネーションの要素と機能 4. ケアマネジメントプログラムに必要な構造と機能）。当該スタンダードをもとにフィデリティ尺度が作成されることになる。

A. 研究目的

本分担研究では、障害者ケアマネジメントのあり方を評価できるシステムと方法を提唱するための基礎作業として、障害者ケアマネジメントのプログラム・スタンダード、つまり標準化されたケアマネジメントのあり方を提示することを目的としている（研究全体における本分担研究の位置づけについては、吉田分担研究報告を参照）。

ケアマネジメントの手法は、1970年代の、アメリカにおける精神障害者の地域ケアの推進とともに「ケースマネジメント」という呼び名で出現・発展してきたと言われていた。その後、1990年に英国で制定された「国民保健サービスおよびコミュニティ・

ケア法」により「ケアマネジメント」として本格的に実施されるようになっていた。

日本でケアマネジメントの手法が本格的に取り入れられるようになったのは、高齢者福祉の領域で平成12年度から施行された介護保険法からである。1999年以降には障害者領域でも、毎年、ケアマネジメント従事者養成研修を行っており、2005年度施行の障害者自立支援法施行にともない、ケアマネジメントを制度の中に位置づける動きが見られるようになった。

日本では、特に高齢者福祉領域におけるケアマネジメントについて複数の研究がなされている。具体的にはケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴に関する

研究、ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発、ケアマネジメントの効果と評価指標に関する研究などがある。これらの研究では、ケアマネジメント過程の基準の明確化と、それが利用者の生活満足感やニーズ解決に及ぼす影響が検討されている。

一方、障害者福祉の領域では、身体障害者・知的障害者ケアガイドラインや、精神障害者ケアガイドラインの作成が示すように、ケアマネジメントに対する期待が決して低くは無かったことがわかる。しかし、これまでの障害者ケアマネジメントは、個別ケアをいかに進めるかに焦点が当てられがちであり、地域社会との関わりの中でケアマネジメントをとらえる視点、すなわち個別ケアを通して地域全体を向上させるという視点が不足していたこともまた事実である。その結果、利用者と直接的に関係を持つケアマネジャー（従事者）が孤立してしまうことや、利用者による地域資源の有効活用が妨げられることも少なからずあった。また、ネットワークを作っても、それが円滑に機能していないために、サービスの一貫性が保たれずに混乱を招く事態もみられた。

そこで、ここで作成するスタンダードでは、個別のケアマネジメントだけでなく地域のコーディネーションをも視野に入れたケアマネジメントを検討することとした。以下で説明するスタンダードは、個別のケアマネジメントを通して地域を発展させていくこと、そして地域ネットワークの形成を通してケアマネジャーの孤立化を防ぎ、地域全体で一人の人間を支えるという視点を重視するものである。

B. 研究方法

スタンダードの作成に当たっては、平成18年厚生労働科学研究補助金厚生労働科学特別研究事業「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」で作成した『ケアマネジメント・ガイドブック―精神障害者編』を参考にした。当該ガイドブックは先進的な自治体での取り組みを参考にまとめたもので、精神障害者を対象としたケアマネジメントを基調としている。

まず、分担研究者および研究協力者によるワーキンググループ*を構成し、当該ガイドブックをもとにスタンダード案を作成した。次に、このスタンダード案が、3障害合同の枠組みの中で適用できるか、また実務との極端な乖離がないかを検討・調整する必要があったので、実際に3障害の領域で障害者ケアマネジメント実務に携わっている有識者らを集めヒアリングを実施した（野中分担研究報告参照）。そして、そこで得られた意見をスタンダード案に反映させ、「障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード」（以下「プログラム・スタンダード」という）を作成した。

※ワーキンググループメンバー

伊藤順一郎、吉田光爾、深谷 裕、瀬戸屋雄太郎、園 環樹（以上、国立精神・神経センター精神保健研究所）

C. 結果と考察（プログラム・スタンダードの内容）

プログラム・スタンダードは4つの章に分かれている。以下では各章の内容を概説する。詳細は別添資料の「障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード」を

参照されたい。

1) はじめに プログラムの枠組みと理念

本章では、ケアマネジメント・プログラムの大きな枠組みと、このプログラムが依拠する理念・態度について規定している。ここで提示しているプログラムは、「個別のケアマネジメント」と「地域コーディネーション」という2つから構成されており、それぞれについて目的、ゴール、対象範囲を定めている。また、当該プログラムの実施者としては事業者と事業者内の担当者を想定している。したがって、プログラムの評価に当たっては、事業者（場合によっては担当者）が評価対象単位ということになる。議論の中では、地域ネットワークの形成を重視する観点からは、自治体をも評価の対象として考慮する必要があるのではないかと意見も出された。

本研究では、プログラムインパクト理論を取り入れている。そこで、個別のケアマネジメントと地域コーディネーションがそれぞれ具体的にどのような介入を行い、どのようなアウトカムを意図しているのかを、わかりやすい図にまとめている。当該ケアマネジメント・プログラムが意図する遠位アウトカム、つまり最終的な目標としては（若干整理する必要があるが）、障害をもつ人々の社会参加の実現とリカバリーの実現を掲げている。

ケアマネジメント・プログラムを実施する際に忘れてはならない態度・理念としては、「ストレングスモデル」「対等な関係性」「オープンシステムのケアマネジメント」「当事者中心主義」「アドヴォカシー」等を提示した。これらの態度・理念は、ともし

れば管理的・操作的になりやすいケアマネジメントのあり方を見直すうえでも非常に重要である。特に、病気や障害、問題よりも、その人がもつ「強み」に目を向けて、それらをエンパワーしながら自立支援につなげていくストレングスモデルはケアマネジメントの基本である。そして、各事業者が自らのミッションを明確にし、定期的に振り返りの機会を持つことは、プログラム全体の質の向上に寄与するだけでなく、個々のケアマネジメント従事者のモチベーションを維持することにもつながる。

2) 個別のケアマネジメントの過程とその構成要素

個別のケアマネジメントの過程を7つに分け、それぞれのポイントについて示している。具体的には、①ケースとのコンタクト・導入エンゲージメント ②アセスメント ③ケアプランの作成 ④ケア会議 ⑤ケアプランの実行 ⑥モニタリング ⑦終結である。

本スタンダードでは、利用者との関係作りという点に重きを置いている。特に精神障害をもつ人の場合、本人の安定した地域生活のためには、ケアマネジメントが有効ではないかと思われても、自発的にケアマネジメントの必要性を訴えることは少ない。したがって、周囲の支援者が本人と関係作りをしたうえで、積極的に働きかけていく必要がある。

ケアプランはサービスを過不足なく提供するうえで慎重に作成する必要がある。また、ケア会議は、他の支援者とのネットワーク形成の場となるだけでなく、当事者主体のケアマネジメントであることを再確認

するための場となるため、必要に応じてケア会議を開く事は非常に重要である。

ケアマネジメントは、ケアプランを1度実行したら終結になるのではなく、モニタリングをしてサービスを調整したり、再契約を結んでケアマネジメントの過程を継続・更新する必要がある。さらに、これらの過程を進めていくうえで留意しておくべき事を「その他」「入所・入院・ケアマネジメントからのドロップアウトの対応」にまとめている。地域で安心して生活していくためには、福祉的サービスと医療サービスの両方が必要になる。医療と福祉が連携してサービスを提供していく事が不可欠である。しばしば入院すると、ケアマネジメント従事者と当事者との関係性が途切れ、サービスが途絶えてしまいがちになる。しかしこれでは、安心して地域に戻る事が難しくなり、結果的に長期入所あるいは長期入院に陥る可能性も高くなる。ケアマネジメントは、いつでも再開できる必要があり、また入院中から退院に向けてケアマネジメントを実施していることが大切である。

3) 地域コーディネーションの要素と機能

前述の通り、本プログラムでは、地域のコーディネーションも視野に入れたケアマネジメントを提起している。ケアマネジメントを実施するうえでは地域の資源をいかに効果的かつ効率的に活用するかが問われることになる。限りある資源を有効に活用し、不足している資源を創造していくためには、必要に応じて地域がネットワークを形成していく必要がある。当該プログラムでは、事業所内に個別のケアマネジメントの実施者とは別に、地域のネットワーク形成に携わる地域コーディネーターを位置づけるこ

とも、場合によっては必要と考える。地域コーディネーターは、「ネットワークの形成」、「地域課題の共有」、「社会資源のオープン性の保障」などを実施するうえで重要な役割を果たすことになる。

ただし、このようなネットワークは、あくまでも個別のケアマネジメントと連動して形成されていくものである。ネットワークの形成それ自体を目的にしてしまうと、ネットワークが形式化・形骸化する恐れがある。

このようなネットワークは個別のケア会議や地域全体のネットワーク会議を通して形成されていくため、スタンダードの中には補足としていくつか会議の具体例を提示している。会議など複数の事業者が顔を合わせる機会を設けることで、お互いの業務内容の評価も可能になる。さらに、地域課題の解決や資源の創造には、そのための“仕組み”が地域にできている必要がある。このような仕組みがあると、個別のニーズが地域全体のニーズとして捉えられ、地域全体の活性化につながるのである。

4) ケアマネジメントプログラムに必要な事業体の構造と機能

ここでは、個別のケアマネジメントや地域ネットワークの形成を行っていくうえで備えているべき事業体の構造および機能について記述している。具体的には「多職種によるサービス提供の必要性」、「地域(利用者宅)への訪問」、「インフォーマルサービスの活用」、「記録の管理」、「人材育成」、「評価」等について規定している。

一人の人を支えるに当たって、さまざまな立場からの意見が得られるようにするためには、多職種が協力して関わられるような環境を整えておく必要がある。医療者のみ、あるいは福祉

関係者のみであると、利用者を包括的に支えていく事が難しくなるばかりでなく、利用者に必要な情報が入ってこない危険性も生じるだろう。

また、サービスの質の確保のために積極的にアンケート調査や第三者評価を取り入れていくことは大切である。自分たちが行っているサービス提供が、本当に適切なのか、効果を挙げているのか、そして修正すべき点があるとしたらどのようなことなのかを客観的に検討することにより、よりよいサービス提供が可能になる。

D. 結論

本分担研究では、標準的なケアマネジメントのあり方を提示する目的から、「障害者ケアマ

ネジメント プログラム・スタンダード」を作成した。まだまだ改訂の余地はあるが、当該スタンダードが、地域でケアマネジメントを実施しようとしている人、あるいはすでに実施している人が抱く、ケアマネジメントに対する不安や疑問に対する解決策の糸口になればよいと考える。

E. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

<資料>

障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード

～はじめに～

このケアマネジメント・スタンダードは、我が国における障害者ケアマネジメントを有効に行うために、ケアマネジメントに標準的（スタンダード）に必要なプログラムの理念や要素を簡略にまとめたものです。

このスタンダードの目的は、ケアマネジメントを有効に機能させるために必要な工夫やアイデアを、先駆的なとりくみを行っている地域の臨床家の方々に伺いながらまとめ、それをスタンダードとして提示することで、多くの方々に共有してもらうことにあります。よって、この内容は、教科書的な規範の提示ではなく、地域の現場・実践の中で多くの方が育まれてきた工夫・アイデアのエッセンスのご紹介、とお考えいただければ幸いです。

このスタンダードは簡略なものではありますが、これから障害者ケアマネジメントに取り組もうとされている方々や、既に地域で実践されている方々が日々の活動の中で抱く、「どのような枠組みにしたらケアマネジメントがうまく動くのかわからない」「どのようなものが標準的なサービスなのか知りたい」「自分たちの活動でおこなえていること/足りないことはなんだろう」という疑問へのヒントやアイデアが多く詰まっていると考えています。ぜひ、ご参照・ご活用いただければ幸いです。

【構成】

I. はじめに プログラムの枠組みと理念

- ・ プログラムの枠組み
- ・ 態度・理念

II. 個別のケアマネジメントの過程とその構成要素

- ・ ケース接触・導入・エンゲージメント
- ・ アセスメント
- ・ ケアプランの作成
- ・ ケア会議
- ・ ケアプランの実行
- ・ モニタリング
- ・ その他

III. 地域コーディネーションの要素と機能

- ・ ネットワークの形成と役割の確認
- ・ 地域課題の共有
- ・ 社会資源のオープン性の保障
- ・ サービスの創出

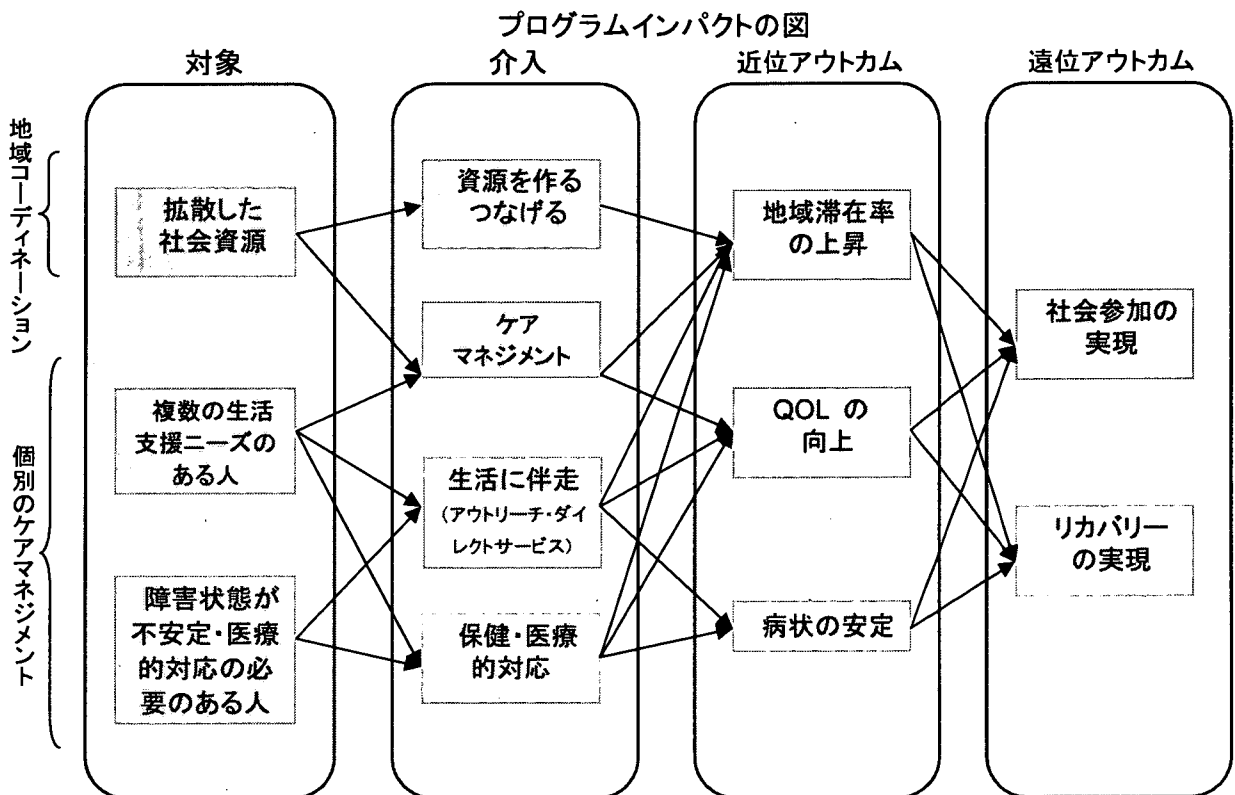
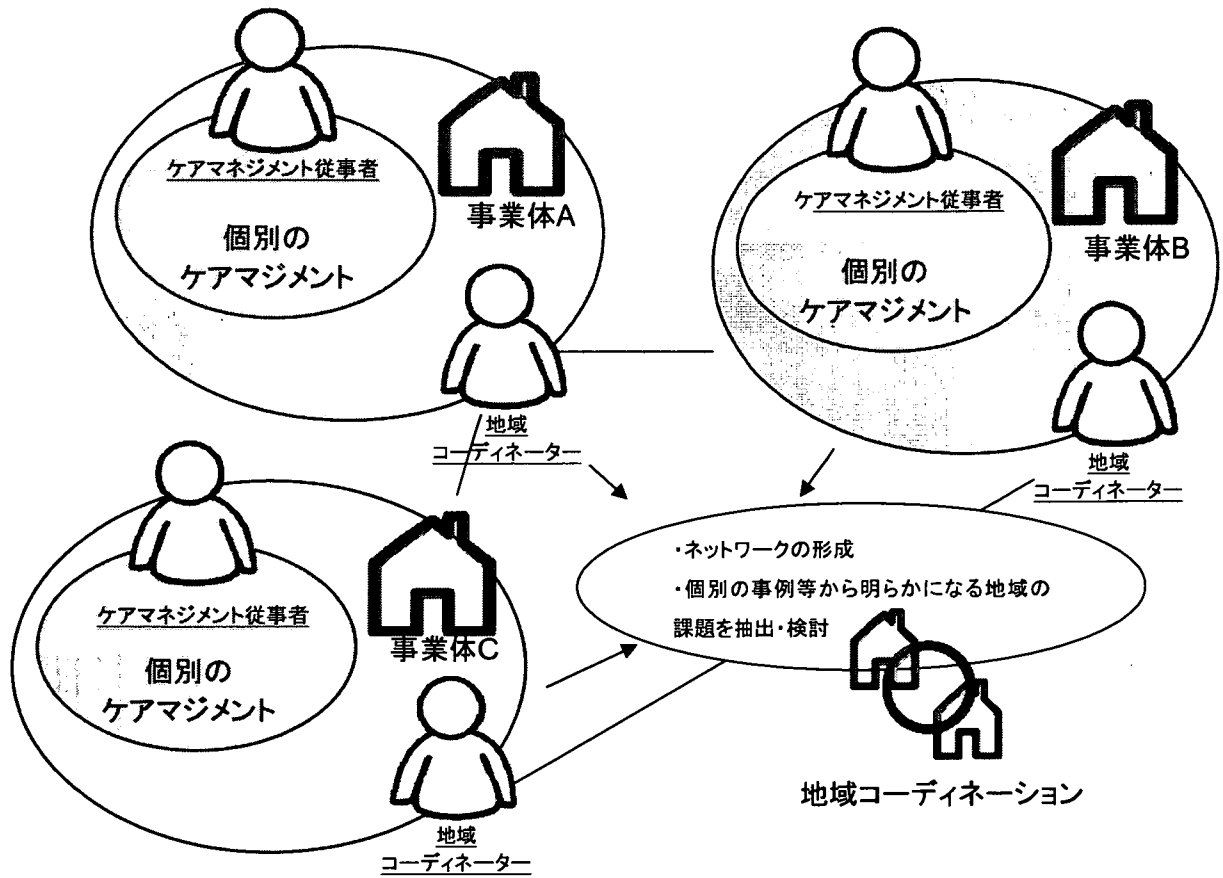
IV. ケアマネジメントプログラムに必要な構造と機能

- ・ スタッフの構成について
- ・ サービス提供形態
- ・ 記録
- ・ 人材育成の機会
- ・ サービスの質の確保のための評価

I. はじめに プログラムの枠組み と 理念

プログラムの枠組み

- | | |
|----------------------|--|
| 【個別のケアマネジメントの目的とゴール】 | <ul style="list-style-type: none">・ 複数のサービスのニーズをもつ障害者が、地域における生活を高い質で送り(QOL の向上)かつ、その生活を安定的に維持できるように支える(地域滞在率の上昇)。またその支援を通じて社会参加やリハビリが実現されるよう、個々の対象者に対し、継続的かつ包括的な支援を行う。・ 上記を達成するため、エンゲージメントからモニタリングまでケアの全過程において、伴走者としてケアマネジメント従事者が責任を持ってケアの全体像を把握・管理する。特に障害状態が不安定なものには必要に応じて、アウトリーチ活動、ダイレクトサービスを行う。<ul style="list-style-type: none">➢ ニーズが明瞭、単数、軽度などの理由によって、サービスの紹介や、日常生活相談などで対応できる場合は、ケアマネジメントとは呼ばない。・ また精神障害者など、障害状態が不安定であったり、また医療的対応の必要な人々には、福祉だけでなく保健・医療的対応との連携を通じて、病状の安定や症状への対処を図る。 |
| 【個別のケアマネジメントの対象の範囲】 | <ul style="list-style-type: none">・ 当該市町村の、障害者自立支援法で定めるところの「障害者」のうち、複数のニーズをもち、継続的かつ包括的な支援を必要とする人々。ただし、未受診などで障害の診断は下されていないが、障害者をもつ可能性が高い人、などは対象となりうる。・ プログラムの除外対象：<ul style="list-style-type: none">➢ 抱えている支援ニーズが単数であったり、比較的ニーズが少なく、情報提供や一般の相談等で対処できる人。➢ 現段階では地域生活支援より医療的なケアが優先される人。(精神疾患で言えば、スタビライゼーション前の状態など)➢ その他、重大性・緊急性を判断した結果、別途早急な対処が必要と認められた人。・ 支援は本人だけに行われるものではなく、必要に応じて家族の相談や、家族と本人、サービス関係者との調整も行う。 |
| 【地域コーディネーションの目的とゴール】 | <ul style="list-style-type: none">・ ケアマネジメントの質の向上を図り、より効率的・効果的にケアマネジメントを遂行できるようにする。・ 上記を達成するために、個別のケアマネジメントの過程あるいは、別個のコミュニティワークを行うことで、地域に拡散した社会資源の連携を図り、そのネットワークの中で、資源の有効活用ならびに新しい社会資源の開発を目指す。 |
| 【地域コーディネーションの対象の範囲】 | <ul style="list-style-type: none">・ 地方自治体を含めた当該市町村のさまざまな事業者および当事者団体。障害種別(身体・精神・知的等)や対象領域(障害・高齢(?)等)に特化しない。地域の関連機関事業体以外もありうる。 |
| 【プログラムの実施者】 | <ul style="list-style-type: none">・ 事業者として想定されるもの<ul style="list-style-type: none">➢ 障害者自立支援法における相談支援事業者。市町村。生活訓練、グループホーム等のサービス管理責任者。将来的には訪問看護ステーションなども含む。・ 事業者内の担当者<ul style="list-style-type: none">➢ 個別の利用者に対し、主としてケアマネジメントを担当するものを、ケアマネジメント従事者と呼ぶ。➢ 地域全体の相談支援事業者同士の連携をマクロな視点で行うものを地域コーディネーターと呼ぶ。 |



近位アウトカム・遠位アウトカムについては、若干整理が必要

態度・理念	
【ストレングスモデル】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレングスモデルを基本とする。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 本人の出来ているところ、長所・力量に注目・把握する。 ▶ 「この人は必ず地域生活を続けていくことが出来る」という信念をもつ。 ▶ リソースは地域資源だけでなく、利用者自身の才能、利用者とかケアマネジメント従事者の間の信頼感、希望などにもあるというものの見方をする。
【対等な関係性】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメントを行う人と受ける人との間の対等な信頼関係が必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 利用者は、決して劣った立場でなく社会に対して積極的に参加する権利を有する。 ▶ 利用者とケアマネジメント従事者は、対等の立場から当事者の受ける支援やサービスについて話し合える必要がある。 ▶ 初期の段階では、本人の不安感やためらいに寄り添うようにし、信頼関係を作ることにエネルギーを注ぐ。
【オープンシステムのケアマネジメント】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメントをオープンシステムで考える。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 個人、法人の枠を超え、資源はその地域社会の中で活用する。 ▶ 各法人が持つ資源もその地域の公共性のある資源である。 ▶ ケアマネジメント従事者が自身の所属に縛られなく資源を活用する。 ▶ 自分の知っている情報を独占することなく、他者と共有する。
【当事者中心主義・自己決定の支援】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援は、利用者個人のニーズは利用者自身をもっともよく知っているという考えに基づき行われる。 ・ 利用者一人一人の考え方や、生活に関する好み、性格などを尊重しながら、本人が自分なりに人生や生活のあり方を自らの意思で選択・決定できるよう支援する。
【アドヴォカシー】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神障害者の人権に配慮し、その権利を擁護する視点を尊重する。 ・ 本人の利用者本人の立場にたって、サービスに対する希望や要望を代弁・弁護し、共に主張するアドヴォカシーの観点を大切にする。
【共生社会】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が可能な限り地域社会の中で家族や市民とともに生活できるような共生社会を目指す。また、上記の自己決定を可能にするためのサービスの選択肢を増やすような地域づくりや啓発活動の視点もケアマネジメントの上では重要な要素である。
【社会的な交流への配慮】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が必要なサービスを結びつけるだけでなく、本人や家族が孤立しないように社会的な交流にむけて開かれるように配慮する。
【事業所なりの理念の明確化】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所はサービスの展開について、上記のような内容について、あるいは独自の支援方針について、明確な理念を掲げている。

Ⅱ. 個別のケアマネジメントの過程とその構成要素

1) ケースとのコンタクト・導入・エンゲージメント	
【ケースとのコンタクト】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ニーズをもつと思われる人に積極的に関与し、導入していく。 ・ サービスの拒否、明確なニーズ表明がない場合、本人がひきこもっている場合などは、必要に応じて住居・施設などを訪問するなど、アウトリーチによる積極的なケースとのコンタクトも行う。
【ゲートキープ】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者の状態を判断し、必要に応じて他機関へ振り分ける。
【エンゲージメントとラポール形成】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関わり合いの中で、利用者とのラポールを十分に形成する。 ・ 本人が安心して話せるためのエンゲージメントに時間・コストをかける。
【インフォームドコンセント】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係性が構築された時点でケアマネジメントの概要について本人のICをとる。 ・ 利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処する。 ・ サービスの概要について説明を行い、今後のケアマネジメントの過程についての契約を行う。
2) アセスメント	
【情報の収集と精査】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が希望する生活像や必要なサポート、課題についてアセスメントし明確にし、整理する。 ・ アセスメントは、本人の望む生活・医療・保健・福祉など総合的な観点(医療、日常生活能力、社会生活、住居、対人関係、経済生活、教育、労働、日中活動の場等)から行う。 ・ 家族歴・生活歴などを把握する。 ・ アセスメントにあたってはストレングスモデルをもとに、本人や周囲の能力や強み、また送りたい生活に関する希望を十分に評価する姿勢で臨む。 ・ ニーズの表明や整理、社会資源の選択に際して、利用者の判断を助ける
【複数のソースからの情報収集・その共有】	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントは、本人以外の関係者・家族など、複数の情報源も活用する。 ・ アセスメントを行うものが(複数の場合)、主たるケアマネジメント従事者や調査員・医師等関係者の間で、情報を十分に共有する。

3) ケアプランの作成

【ケアプラン作成】

- ・ アセスメントした内容に基づき、ケアプランを作成する。
目標設定についてはスモールステップを意識した段階的な設定が行われ、その目標に従い短期的・中期的・長期的な計画が設定される。
- ・ 「症状が存在していても地域生活は可能である」という理念のもとにプランを作成する
- ・ なお、ケアプランは、必要なサービスを過不足なく提供できるようなものにする。(過剰なサービスが好ましいとは限らない)。

【多様な資源の利用】

- ・ 可能な限り複数の事業者・社会資源・サービスがケアを担うようプランを作成する。
- ・ またインフォーマルサービス(近隣、親族、友人、ボランティア等)を活用するよう努める。

【医療との連携】

- ・ 症状や病状の悪化時に対応するため、医療との連携をプランに盛り込む。
- ・ 症状の悪化時のサインや注意事項などを把握し、対処方法を検討する。
- ・ 最終的に緊急介入・緊急時の対応が必要な場合に対して、適切な(医療)介入ができるプランを立てる。

【ケアプランの統合】

- ・ 個別の事業所で支援計画を立てている場合は、それらを統合したサービス利用計画が作成される。

4) ケア会議

【ケア会議の開催】

- ・ ケア計画を作成するにあたり、ケア会議が開催される。
- ・ 関係各機関・専門職の意見を統合し、本人の状態やニーズ、支援の方向性についての合意形成を行う。
- ・ 関係各機関が、ケア会議を通じて吟味されたケアプランに基づき、各機関の特性を活かしながら役割分担をする。

【ケアマネジメント従事者の役割】

- ・ ケアマネジメント従事者はケア会議の開催にあたりイニシアチブをとる。
- ・ 関係機関に利用者の希望を本人の代わりに伝えるなどの調整・アドボケート機能を主たるケアマネジメント従事者は行う。
- ・ 各専門職からの意見の統合

【本人の参加と同意】

- ・ 利用者が会議に参加し、主体的に計画作成に参加する。
- ・ 本人のプライバシー保護や共有の範囲などについて説明がなされ、本人に同意、関係者に秘密保持についての確認をとる。
- ・ ケアプランに基づき、本人の同意の下に書式を準備して契約が締結される。

【不足した社会資源について】

- ・ 利用者のニーズに応じて、これまで利用されていなかったケアサービスの開発を検討する。

※なお、個別のケアマネジメントの過程でケア会議等を通じて生まれるネットワーク・連携の中で明らかになった地域レベルの課題については、積極的に地域コーディネーションの中で形成されるネットワークで取り扱われる。

5) ケアプランの実行	
【円滑なケアプラン実行のための調整】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメント従事者はケアプランが適切に実行されるよう、随時情報交換やケア会議を開催し、関係機関の調整を行う。 ・ 援助機関に本人をつなぐときは、見学や同行支援などを行い、丁寧に連携する。
【ダイレクトサービスの提供】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメント従事者が利用者の相談にのり、生活支援を行うなど、必要に応じて直接的な対面サービスを行う。 ・ なお、直接的な対面サービスとは、訪問による家事援助や生活訓練、見守り、危機介入、必要に応じた外出同行などをいう。
6) モニタリング	
【恒常的なモニタリング】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランの実施後も、ケアマネジメント従事者は継続的かつ恒常的な接触をもちながら、本人のニーズや状態像に変化がないかどうか、サービスがうまく提供されているかどうか確認する。
【定期的なモニタリング】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一定期間ごとに、支援に関わっているコアメンバーによるケア会議が定期的に行われ、サービスの効果やその提供の質や、サービスの量(過不足)について評価を行い、現在のケアプランの妥当性を検証する。
【ケアマネジメントの見直し】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の過程で問題が確認されたら、必要に応じて再アセスメントを行い、ケアマネジメントの過程をもう一度行う。
【評価】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一定期間後に、サービスの効果や利用者の満足度などを正式に評価する。
【再契約】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 再評価後、ケアマネジメントの過程を継続・更新する場合には、本人と再契約を結ぶ。
7) 終結	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメントの終結にあたっては、 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 利用者が充分回復した感覚を持ち、ケアマネジメントを要しないと感じている。 ➢ 利用者とサービスとの関係が良好・安定的で今後も関係の継続が見込まれる ➢ ケアマネジメント従事者も、利用者の状態は満足した状態であり、終了に同意できる等の要件を満たす。 ・ 上記の過程を満たし、終了した場合にも、再エントリーは容易に可能である。

その他

【医療との連携の必要性】

- ・ 必要にも関わらず、利用者が医療を使用していない、あるいは繋がりが途切れがちな場合は、医療利用の促進を行う
- ・ 利用者の症状や病状変化、薬物療法や服薬状況についての情報共有を十分に行う
- ・ 病状の悪化時のサインや危機などについての情報を共有した上で、地域の福祉機関も一定の対応ができるような体制を整える
- ・ 危機時・緊急時対応について、利用者・医療機関と事前にプランをたてておく

【不安定な状態に対する対応】

- ・ 本人の状態やニーズの変化に合わせて、適宜ニーズアセスメント、ケアプラン作成、ケア会議を行うなど、柔軟に対応する。
- ・ 利用者の状態の変化をとらえ、柔軟な対応を可能にするために、対人関係・病状が不安定な利用者に対しては、伴走者としてケアマネジメント従事者がアウトリーチ（訪問）を含む、定期的な関与を継続的な行うようにする。

【アウトリーチによるダイレクトサービス】

- ・ ケアマネジメント従事者はアウトリーチサービスにより、以下の支援を必要に応じて行うことがありうる
 - 家事援助
 - 生活訓練
 - 服薬管理の支援
 - 日常生活の見守り
 - 危機介入
 - 必要に応じた外出同行

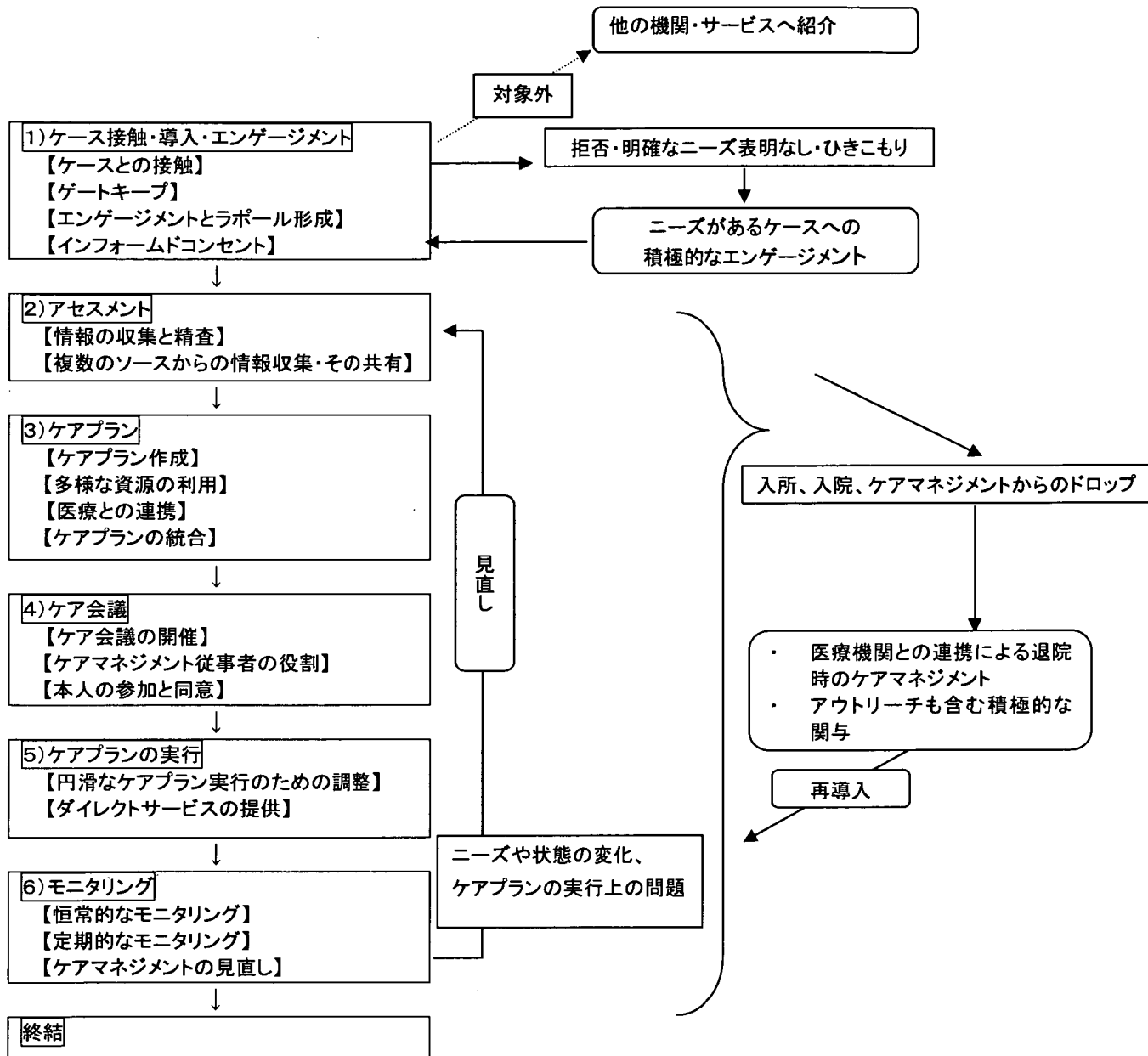
【入所・入院・ケアマネジメントからのドロップ時の対応】

- ・ 施設入所・入院になってもケアマネジメントの過程が原則として途絶されず、入所時・入院時での施設・病院などの連携を行い、また、退所・退院時には積極的に責任を持って継続的に再開する。
- ・ また、サービス提供機関への利用者のアクセスが失われた場合にも、ケアマネジメント従事者は、電話やアウトリーチなどにより、利用者に積極的に関わる。

補足：語の定義

- ケア会議
個別のケアプロセスの中で、関係者間が集まり、事例に対する共通理解や役割分担、支援の方針、また支援の評価を決めていくための会議。通常、ケアマネジメント利用者も参加して開催される。
- アウトリーチ
対象者の自宅や居住施設・病院、また地域の関係機関を、サービスの提供者が直接訪問し、その場でサービスを行う支援形態のこと。

【個別のケアマネジメントのフローチャート】



※ しばしば上記の過程は、直線的に進展するのではなく、複数の過程が混交したり、同一の過程を反復・逆行することもありうる。

Ⅲ.地域コーディネーションの要素と機能

ネットワークの形成と役割の確認	<ul style="list-style-type: none">・ 地域にある様々な事業体が以下のような定期的な会議・ネットワークの場を地域コーディネーターは形成する、または形成に関わる。<ul style="list-style-type: none">➢ 地域にあるさまざまな事業体が、互いに提供するサービスの内容を理解する。➢ 定期的に事業体の活動を報告し、個別のケースを通じて、それぞれの事業体の機能状況をお互いにチェックしあう。➢ 医療機関との連携をとり、入退院や救急時の役割分担について明確化しておく。➢ 行政と民間事業体が協働できるよう、両者が顔を合わせる場に参加する。
ケア会議とネットワークの連動	<ul style="list-style-type: none">・ 地域全体のネットワークが、形式的・形骸的にならないよう常に個別のケア会議と連動させる。つまり、個別のケア会議が活発に行われることを通じて、地域全体のネットワークが形成されるようにする、あるいは既に存在する地域全体のネットワーク会議などを活性化させる。
地域課題の共有	<ul style="list-style-type: none">・ 地域の事業者による会議に参加し、地域課題の洗い出しを行う。・ 障害福祉領域に特化しない、保健福祉関係者(たとえば高齢者福祉や生活保護関連)が集まる全体会議に参加し、地域全体の大まかな動きを理解する。
社会資源のオープン性の保障	<ul style="list-style-type: none">・ 情報公開<ul style="list-style-type: none">➢ サービス内容の透明性やアクセシビリティを高めるために、パンフレットやインターネットやチラシ等で積極的に情報公開を行う。 例)サービス内容、利用者数、スタッフの構成、倫理規定など➢ 地域の社会資源マップを作成し、スタッフだけでなく利用者も地域にどのような社会資源があるのかがわかるようにする。・ 障害の枠を超えた複数の事業者が集まる会議に参加し、障害に特化しない情報の共有や、サービスの相互利用を可能にする。・ 公的な制度やサービスの活用方法についての情報交換をする。・ 公的なサービスだけでなく、インフォーマルなサービス(例えば民生委員、近隣、ボランティア、商工会など)の積極的利用を推進する。
サービスの創出	<ul style="list-style-type: none">・ 地域課題の解決策の一つとして、地域で眠っている資源(例えば空き教室など)を有効活用できるよう協議会等を通して働きかける。・ 地域課題の解決策の一つとして、新サービスの創造について、協議会等を通して積極的に関わる。

補足: 地域によってネットワークで開催される会議のあり方には以下の分類などがあります。

- 部会: 障害種別、課題別に設ける会議(話し合いの場)のこと。各障害によって抱える課題も異なる場合があるので、障害に特化したネットワークを組むことも大切である。たとえば、精神障害部会であれば、地域活動支援センターなどの福祉系の事業所の他に、保健所や医療機関も加わるだろう。会議では、複数のケースについての報告がなされ、個々の部会に特化した情報を共有できる。
- サービス調整会議: 部会よりもさらに広範囲な事業所が集まる会議のこと。この会議では、福祉・就労・保健医療などの各種サービスを総合的に調整する。それぞれの障害分野で実施している取り組みについての理解を深めることができるとともに、共通した課題も明らかにすることが出来る。
- 全体会議: 地域の福祉関係者や労働団体関係者などより幅広い領域の人々が参加し、情報交換や活動報告をする場。地域でどのようなことが起きているのかを学ぶ良い機会である。

IV. ケアマネジメントプログラムに必要な事業体の構造と機能

スタッフの構成について	<ul style="list-style-type: none">・ 多職種の支援者がケアマネジメントに関わっている<ul style="list-style-type: none">➢ 同一機関内に多職種がない場合は、他の機関との連携により、一人の利用者に対して多職種での関わりが可能である。➢ 多職種には当事者スタッフも含まれる。・ ケアマネジメント従事者は、ケアマネジメント業務を専従で行っている。あるいは他業務と兼任している場合でも、ケアマネジメント業務のエンフォート率が高い。・ 業務量を考慮したうえで、ケアマネジメント従事者と地域コーディネーターを別個の人員とすることができる。
サービス提供形態	<ul style="list-style-type: none">・ 必要に応じて、地域(利用者宅等)への訪問ができる。・ 公的なサービスだけでなく、インフォーマルなサービス(例えば民生委員、近隣、ボランティア、商工会など)を積極的に活用する。
記録	<ul style="list-style-type: none">・ 支援内容の明確化を図るために、利用者単位のケース記録をつける。<ul style="list-style-type: none">➢ 利用者の基礎情報➢ アセスメント記録➢ モニタリング記録➢ リスク管理表(緊急時の対応方法など)➢ ケア計画表(月間/週間) など➢ 経過記録・評価記録・ 業務内容の明確化を図るために、スタッフ単位の日誌をつける。・ 利用者のプライバシーを守るために記録の管理に責任を持つ。
人材育成の機会	<ul style="list-style-type: none">・ 個別のケースに関しての、個別スーパービジョンや集団スーパービジョンが必要に応じて受けられる。・ ケアマネジメント全般に関する教育の機会として、自治体が開催する研修に参加する。・ 実習生を積極的に受け入れるとともに、実習生の指導を行い、知識や技術の普及に努める。
サービスの質の確保のための評価	<ul style="list-style-type: none">・ サービスの質を確保するために、自らのサービス内容について評価する仕組みがある。<ul style="list-style-type: none">➢ アンケート、第三者評価など・ 住民からの要望や苦情を吸い上げて、対応できる体制を整える。

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

フィデリティ評価法の文献レビューと尺度作りのためのアイテムプール作成

分担研究者 大島 巖（日本社会事業大学教授）

大島巖*1、深谷裕*2、瀬戸屋雄太郎*2、吉田光爾*2、園環樹*2、伊藤順一郎*2

*1 日本社会事業大学精神保健福祉学分野

*2 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨：

本研究は、障害者ケアマネジメントの標準化およびフィデリティ（プログラム忠実度）評価尺度の作成を行い、障害者自立支援法下の相談支援従事者やサービス管理責任者がケアマネジメントを適切に行っているかを評価できる、わかりやすい方法を提案する研究の一環として取り組んだ。本分担研究では、障害者ケアマネジメントの効果的な援助モデルを構築し、それを標準化するための研究の予備的検討として、まずフィデリティ評価法の文献レビューを行うとともに、ケアマネジメントのフィデリティ評価についてその課題を明らかにした。その上で、障害者ケアマネジメントの効果モデルに関わるフィデリティ尺度のアイテムプールを作成し、今後の尺度開発に向けての課題を指摘した。

A. 研究目的

障害者自立支援法では、制度運用の中心にケアマネジメントを位置づけている。ケアマネジメントは、利用者のニーズに基づいて、必要な援助サービスを効果的かつ効率的に適用するための支援方法であり、また必要な資源については地域社会のなかに開拓する側面もあり、今後の対人援助サービスの中核になることが期待されている。

しかしながら、これまで日本では、高齢者領域においてケアマネジメントが制度的に導入されているものの、障害をもつ人たちの領域では「手法」として取り入れられたのみで、十分には普及しているとは言いがたい。しかも障害者自立支援法導入後には、ケアマネジメントの具体的な遂行は自治体によって格差があるとされ、その実態が明確になっていない。くわ

えて障害者自立支援法では、身体・知的・精神の3障害が同一の制度で処遇されるが、ケアマネジメントが同一の方法論で十分な成果が得られるのかについては未確認のままである。

本研究は、障害者ケアマネジメントの効果的な援助モデルを構築し、それを標準化するための研究の一環として行われる。障害者ケアマネジメントの効果的援助モデルを検討するに当たって、効果的と考えられる援助要素を抽出し、それらの援助要素から構成される効果モデルのフィデリティ尺度（忠実度評価尺度）の作成を行い、障害者自立支援法下の相談支援従事者やサービス管理責任者がその職務としてケアマネジメントを適切に行っているかを評価できる、わかりやすい方法を提案することを目指す。そのために本分担研究においては、まずフィデリティ評価法の文献レビューを行うと