

B. 研究方法

フィデリティ評価尺度の作成に当たっては、ワーキンググループ（伊藤順一郎、吉田光爾、深谷 裕、瀬戸屋雄太郎、園 環樹、英一也；以上国立精神・神経センター精神保健研究所、大島巖：日本社会事業大学）を編成し、グループ内で複数回の検討会議を重ねて一つの形に作り上げた。

昨年度の研究では、評価領域として「援助プロセス」「構造」「ネットワーキング」「態度・哲学」が設定されており、本年度の尺度作成ではこれらの評価領域を可能な限り踏襲するようにした。

検討会議では、サービスの量と質の両面での評価、回答のしやすさ、用語の定義づけ、障害別の特性、調査マニュアルの必要性、対象者の明確化等について留意した。

各項目は概ね5段階評価とし、良く出来ているほど点数が高くなる仕組みにしている。しかし、各項目と効果との関連性についてはまだ不明確であり、使い勝手についてもさらなる検討が必要なため、現段階では暫定的な尺度構成である。

また、評価の対象は相談支援事業を行う事業体と想定し、事業体の代表者やケアマネジメント従事者への聞き取り調査及びケアマネジメント従事者が記載する日誌等の記録から情報を収集できるような項目にした。

（倫理面への配慮）

尺度作成を主眼とする本研究では、倫理面への配慮は特に要さない。

C. 結果と考察（フィデリティ評価尺度の内容）

フィデリティ評価尺度は、大きく「ケアマ

ネジメントのプロセス」「事業体の構造と機能」「地域コーディネーション」という3つの評価領域に分かれている。以下では各領域の内容を概説する。詳細は別添資料の「フィデリティ調査票」を参照されたい。

1) ケアマネジメントのプロセス

本領域には、個別のケアマネジメントの重要な要素について含まれている。具体的には、エンゲージメント、アセスメント、ケアプラン、ケア会議、ケアプランの実行、モニタリング、その他について全19項目により評価する。

- ・「時間をかけたエンゲージメント」は、制度の中ではなかなか評価されにくく、その重要性が見過されがちである。しかし、いかなる障害をもつ人的場合でも、ケアマネジメントを成功させるためには本人や家族との丁寧な関係作りが基本となる。
- ・また、「契約に基づいた支援」については、福祉サービスのあり方が措置から契約へと転換を遂げている今日では、とりわけ大切になってくると考えられる。
- ・ケアマネジメントにおいて利用者のニーズを明らかにするためのアセスメントは不可欠であるが、どのような視座から利用者の状況を把握するかがポイントとなる。本フィデリティ調査では、利用者の出来ない部分に焦点を当てるのではなく、むしろ長所や強みを明らかにし伸ばしていくようなストレングス・モデルを重視している。
- ・ケアプラン作成に関していえば、今後ケアマネジメントを効果的に実施して

いくためには、ケアプランを作成の有無だけでなく、その質についても留意して行く必要がある。主たる観点としては本人の参加、複数の社会資源との連携と計画の統合、医療との連携などがある。

- ・ 一方、必ずしも容易なことではないが、ケアプラン作成の際は、本人や家族を含めた関係者とのケア会議を開き、最低1度は顔を合わせる機会を設けることが重要と考える。このようにすることで、支援が一方的になる危険性が回避されるだけでなく、本人にも主体的に自らの地域生活を確立していく責任があるという認識をもたらす可能性が高い。
- ・ ケアプランの作成により、ケアマネジメント従事者の役割が終わるというわけではなく、継続的なモニタリングが必要である。とかく、ケアプラン実行後に入院や施設入所があったりすると、関係性が途切れがちであるが、そのような場合でも、利用者との関わりを維持し続けることが必要となる。
- ・ なお、本フィデリティ尺度ではダイレクトサービスの提供という項目を設定した。重度の障害者ケアマネジメントにおいては恒久的ではないにせよ、ケアマネジメント従事者によるダイレクトサービスを提供することが支援の質を高めると考えられるからである。
- ・ 障害によっては、医療との連携が求められることも多い。服薬の状況、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り、通院支援、入院支援、服薬管理等も重要な役割である。

2) 事業体の構造と機能

本領域には、個別のケアマネジメントに大きく影響する事業体の枠組みについての項目が含まれる。具体的には、ケアマネジメント業務への専従、訪問活動のための環境整備、記録、スーパービジョン等、全12項目により評価する。

- ・ 2008年度現在は、組織経営上の理由から、相談支援を行っている事業体の多くが、障害者福祉にかかわる他の業務も行っており、相談支援（ケアマネジメント）を専従で行うことが困難である。しかし今後は相談支援の充実が期待されており、相談支援に専念できる環境を整えていく必要がある。これは事業体だけの努力で解決できるわけではなく、制度の改善が求められる点でもある。
- ・ 障害者ケアマネジメントにおいては、ケアマネジメント従事者が利用者の生活状況を理解するためには、利用者の住まいやその近隣に実際に足を運ぶことが大切である。利用者の中には障害のために外に出ることが容易ではない場合もあり、関係性の継続のためにも、ケアマネジメント従事者が積極的に地域に出て行く必要があるだろう。
- ・ また、利用者の社会参加の促進、そして社会資源の有効活用等の点から、障害をもつ人のためのフォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサービスを積極的に活用することが重要とされている。特に、フォーマル資源が少ない地域では資源利用の工夫が期待される。

- ・ 1 人のケアマネジメント従事者が大勢の利用者を抱えている場合、どうしても記録の記載が後回しになりがちと推測されるが、ケアマネジメントにおいて記録の記載および管理は欠かせない。記録をつけることによるメリットは、業務整理、利用者との立ち位置の理解（今どの段階にいるか）、利用者との目標の明確化等だけでなく、他の職員や関係機関と情報共有する際に、円滑に進めることが出来る点にある。
 - ・ そして、言うまでもなく情報共有に際しては、利用者のプライバシーの保護を心がける必要がある。どのような場合にどのような情報を提供するのか、事業体の中でも話し合う機会を設ける必要があるだろう。そして必要に応じて事業体内での規程やマニュアルを整備することも求められよう。
 - ・ 周知の通り、ケアマネジメントに関しては、都道府県が相談支援従事者初任者研修や現任者研修を実施し、ケアマネジメント技術の向上を図っている。これらの研修以外にも事業体はさまざまな教育の場を利用し、スタッフの知識や技術を高めるような取り組みをする必要がある。ここには、個別のスーパービジョンや事例検討等も含まれよう。このような機会を積極的に設けることは、知識・技術の向上だけでなく、スタッフのバーンアウトを予防することに寄与すると考えられる。
 - ・ 実習生を積極的に受け入れ、ケアマネジメントの方法を広めたり、後継者の育成に努めることも事業体として必要な姿勢であろう。
 - ・ 近年は、利用者の満足度調査や第三者評価等を利用したサービスの質の確保・向上を心がけるとともに、利用者本位のサービスを提供していくことが必要である。相談支援に関して言えば、相談先を選べるほど事業体が数多くあるわけではないのが現状ではあるが、人々が「相談したい」「利用したい」と思うような事業体にしていくことが必要であろう。
- ### 3) 地域コーディネーション
- 当該領域には、個別のケアマネジメントと連動する、ネットワーク形成についての4項目(ネットワークの形成と役割の確認、個別のケア会議と地域ネットワークの連動、ケアマネジメントの活用を促進するための工夫、社会資源のオープン性の保障)が含まれる。
- ・ ケアマネジメントにおける介入方法のひとつは、地域にあるさまざまな社会資源を活用することである。これらの社会資源が相互に連携していることは、効果的かつ効率的にケアマネジメントを進めていくうえでは不可欠である。さらに、ネットワークを緊密にすることは、事業体や行政といった関係機関の相互チェックが可能となり、地域のサービスの質の向上に役立つと考えられる。また、行政や当事者や家族が連携することにより、ケアマネジメント従事者の孤立化を防ぐことが可能となる。
 - ・ 利用者個人の抱えるニーズを地域のニーズに転換し、地域全体をより良くしていくためには、課題をとらえなおし、解決していく仕組みが地域に必要である。
 - ・ そのためには、社会資源をオープンにし、年齢や性別、障害、所属等に特化せずに

資源の相互利用ができるように工夫することも求められよう。

- ・ 障害をもつ人々を含め、地域に住む人々や、医療福祉サービスに携わる人々でも、ケアマネジメントについて十分な知識を持ち合わせていないことが多い。そのため、必要な人に必要なサービスが十分に届いているとは言いがたいのが現状であろう。したがって、リファーマ体制を整備するとともに、ケアマネジメントの活用を促進する取り組みが必要である。

D. 結論

本分担研究では、各事業体で行っているケアマネジメントのプロセスの適切性を評価するためのフィデリティ評価尺度を作成した。3領域35項目から成る評価尺度であり、それぞれ3～5段階評価の構成である。当該尺度がプロセス評価だけでなく、ケアマネジメント・サービスに携わる人々の指標となることを期待するが、現段階では、あくまで暫定版であり修正点については明らかになっていない。そのため、今年度作成した評価尺度の修正については次年度の課題である。なお、本報告書のとりまとめに当たっては、研究協力者の深谷が担当した。

E. 研究発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

1. ケアマネジメントのプロセス エンゲージメント

<p>時間をかけたエンゲージメント 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。 (※:関係づくりが難しい事例とは、ひきこもりを呈している事例や、頻回・長期入院事例、医療や福祉サービスの受けることを拒否している事例などを指す)</p>	<p>関係づくりが難しい事例のエンタリ-の多くを拒否するなど、関係づくりの難しいケースはエンタリ-していい。</p>	<p>事業体は関係づくりが難しい事例のエンタリ-を認める事は例外であり、時間・コストをかけた関係づくりを認めることは限定的である。</p>	<p>事業体はプログラムに對して、時間とコストをかけた関係づくりを認めているが、その期間や関係の期間は、50%程度のエンタリ-である。</p>	<p>事業体はプログラムに對して、時間とコストをかけた関係づくりを認めているが、十分な時間とコストをかけた本人との関係づくりを保証している。</p>
<p>積極的なエンゲージメント プログラムはニーズがあると推測された場合、積極的にプログラムへのエンゲージを行う □ケアマネジメントの適用が妥当と思われる事例への導入への誘いかけ □拒否・ニーズ表明が明確でない事例についても、訪問によるアプローチを試み、積極的にプログラムへの導入を図る □受療や相談が中断している事例への積極的な働きかけ □関係各機関へのニーズ事例の有無の確認</p>	<p>プログラムは本人の動機が高い事例、他機関からのリファーが存在した場合のみ、プログラムを開始する。</p>	<p>プログラムはエンゲージメントのための最初の試みは行うが、概して動機のある利用者に焦点をあてることが多い</p>	<p>プログラムは都合がつけば積極的なエンゲージを行う</p>	<p>プログラムは左記に示されるようなアウトリーチを含む積極的なエンゲージメントをおこなっている。</p>
<p>契約に基づいた支援 プログラムは相談開始の時点で、書面による契約に基づいて行われる ※相談開始の目安は最初のコンタクトから2週間以内 ※理解を促進するための略式の契約書なども考慮にいれる</p>	<p>事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は0-19%</p>	<p>事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は20-39%</p>	<p>事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は40-59%</p>	<p>事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は60-79%</p>
<p>サービスの密度 ケアプランを作成し・実行するまでのケアマネジメントの過程において、プログラムは総時間は必要に応じて長い。(プラン実施中のモニタリング期は除く)</p>	<p>利用者1人あたり平均15分/回未満の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均15-30分/回の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたりにつき30-60分/回の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたりにつき60-90分/回の関わりをしている</p>
<p>関わり頻度 ケアプランを作成し・実行するまでのケアマネジメントの過程において、プログラムで関わる回数は必要に応じて多い</p>	<p>利用者1人あたり平均1回未満/月の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均1回以上2回未満/月の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均2回以上3回未満/月の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均3回以上4回未満/月の関わりをしている</p>

アセスメント

アセスメントの実施率

利用者の状況についてのアセスメントが行われ、記録に残される

アセスメントの内容

アセスメントは本人の生活を明らかにする総合的な視点で、時間をかけて行われる。(※聞き取り・記録で確認)
 □本人の生活の希望やストレス(長所)を明らかにする態度で臨む。
 □多様な観点(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)から評価する
 □本人との関係性が十分にある者によるアセスメントが行われている
 □複数の情報源から評価をし、また情報を共有する

ケアプラン

ケアプランの作成率

記録に残される形で本人に対してケアプランが作成される

ケアプランの質

ケアプランは下記のような観点に留意し、作成されている
 (※聞き取り・記録で確認)
 □作成の過程で本人が参加している
 □複数の社会資源が利用されている
 □医療との連携が図られている
 □インフォーマルサービスの利用が可能な限り志向されている
 □個別の事業所で支援計画がたてられている場合、統合的なプランが再作成される

ケア会議

ケア会議の開催

ケアプランの作成に関し、ケア会議が少なくとも一回以上開催される

ケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割

ケア会議の開催に関して、ケアマネジメント従事者は以下の役割を担う。
 □ケアマネジメント従事者はケア会議の開催にあたり複数の機関との調整を行うことについてインシアチブをとる。
 □利用者の希望を本人の代わりに伝えるなどの調整・アドヴァイザーク機能
 □ケアマネジメント従事者は行う。
 □本人のプライヴァシー保護や共有の範囲などについて本人・関係者に説明・確認をとる

本人の参加

事例の中でアセスメントが記録として残されている率は0-19%	事例の中でアセスメントが記録として残されている率は20-39%	事例の中でアセスメントが記録として残されている率は40-59%	事例の中でアセスメントが記録として残されている率は60-79%	事例の中でアセスメントが記録として残されている率は80-100%
アセスメントにおいて、右記のチェックポイントがすべてにおいて満たされない	アセスメントは右記のチェックポイントを1つ程度満たす	アセスメントは右記のチェックポイントを2つ程度満たす	アセスメントは概ね右記のチェックポイントの4つ程度満たす	アセスメントは概ね右記のチェックポイントのすべてを完全に満たす。
事例の中でケアプランが記録として残されている率は0-19%	事例の中でケアプランが記録として残されている率は20-39%	事例の中でケアプランが記録として残されている率は40-60%	事例の中でケアプランが記録として残されている率は60-79%	事例の中でケアプランが記録として残されている率は80-100%
ケアプランは概ね右記のチェックポイントの0-1しか満たさない。あるいはケアプランが作成されない。	ケアプランは概ね右記のチェックポイントの2つ程度満たす。	ケアプランは概ね右記のチェックポイントの3つ程度満たす。	ケアプランは概ね右記のチェックポイントの4つ程度満たす。	ケアプランは概ね右記のチェックポイントのすべてを完全に満たす。
ケア会議が開催されている率は0-19%	ケア会議が開催されている率は20-39%	ケア会議が開催されている率は40-59%	ケア会議が開催されている率は60-79%	ケア会議の開催率は80-100%
ケアマネジメント従事者は右記のチェックポイントの役割をいずれも果たさない。あるいは右記の役割を果たすケアマネジメント従事者は存在しない。	ケアマネジメント従事者はケア会議において右記のチェックポイントのうち概ね1つの役割を果たす。	ケアマネジメント従事者はケア会議において右記のチェックポイントのうち概ね2つの役割を果たす。	ケアマネジメント従事者はケア会議において右記のチェックポイントの役割をほぼ果たす。	ケアマネジメント従事者はケア会議において右記のチェックポイントの役割を完全に果たす。
ケア会議に際して本人が参加している率は0-19%	ケア会議に際して本人が参加している率は20-39%	ケア会議に際して本人が参加している率は40-59%	ケア会議に際して本人が参加している率は60-79%	ケア会議に際して本人が参加している率は80-100%

ケアプランの実行

円滑なケアプラン実行のための調整

ケアプランを円滑に実行するために、ケアマネジメント従事者は以下の役割を果たす。

- 随時情報交換やケア会議を開催し、関係機関間の調整を行う。
- 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う。
- 新規サービスにつなぐにあたって、ケアマネジャーは利用者の継続的な相談を行う。

ダイレクトサービスの提供

ケアマネジメント従事者は、必要に応じて訪問による直接的な対面サービス(ダイレクトサービス)を行う。

ダイレクトサービスの内容

ケアマネジメント従事者が行うダイレクトサービスは、日常生活相談に加え、以下のような具体的な支援を含む。

- 家事援助・訓練
- 家事の他、社会生活上必要なスキルに関する実地での訓練・助言
- 居住地の確保や環境整備
- 服薬管理の支援
- 日常生活の見守り
- 危機介入
- 必要に応じて外出同行

モニタリング

継続的なモニタリング

ケアプランの実施後も、ケアマネジメント従事者は、継続的に面接を行いながら、本人の状況を確認する。

ケアプランの定期的な評価・見直し

最低半年ごとに、支援に関わっているコアメンバーによるケア会議が、開催され、正式に現在のケアプランの妥当性を検証・再策定する。(※見直し後、同一のケアプランが採択される場合もある)

ケアマネジメント従事者は右記のチェックポイントの役割をいすれも果たさない。あるいは右記の役割を果たすケアマネジメント従事者は存在しない。	ケアマネジメント従事者はケアプランの実行において右記のチェックポイントの役割を果たす。	ケアマネジメント従事者はケアプランの実行において右記のチェックポイントの2つの役割を果たす。	ケアマネジメント従事者はケアプランの実行において右記のチェックポイントの役割をいすれも果たす。	ケアマネジメント従事者はケアプランの実行において右記のチェックポイントの役割をいすれも果たす。
ダイレクトサービスを行うのは極めて例外的な状況である。あるいは行わない。	必要と思われるケースに対してダイレクトサービスを行うが、そのサービス内容や適用の範囲は、予算や人員の都合によってかなり制限される	必要と思われるケースに対してダイレクトサービスを行うが、そのサービス内容や適用の範囲は、予算や人員の都合によってかなり制限される	必要と思われるケースに対してダイレクトサービスを行うが、そのサービス内容や適用の範囲は、予算や人員の都合によってかなり制限される	必要と思われるケースに対してダイレクトサービスを行うが、そのサービス内容や適用の範囲は、予算や人員の都合によってかなり制限される
ダイレクトサービスは行わない。あるいは日常生活相談などの側面的な内容のみに限定され、具体的な支援は行わない。	ダイレクトサービスについて、右記のチェックポイントのうち、1～2つのサービスに対応可能である。	ダイレクトサービスについて、右記のチェックポイントのうち、3～4つのサービスに対応可能である。	ダイレクトサービスについて、右記のチェックポイントのうち、5～6つのサービスに対応可能である。	ダイレクトサービスについて、右記のチェックポイントのうち、すべてのサービスに対応可能である。
事例のうち、継続的な面接が実施されている率は0-19%	事例のうち、継続的な面接が実施されている率は20-39%	事例のうち、継続的な面接が実施されている率は40-59%	事例のうち、継続的な面接が実施されている率は60-79%	事例のうち、継続的な面接が実施されている率は80-100%
事例のうち、ケアプランが見直されている率は0-19%であり、例外的な処置である。	事例のうち、ケアプランが見直されている率は20-39%であり、必要と判断された事例のみ、ケアプランの見直しが行われる。	事例のうち、ケアプランが見直されている率は40-59%であり、必要と判断された事例のみ、ケアプランの見直しが行われる。	事例のうち、ケアプランが見直されている率は60-79%であり、必要と判断された事例のみ、ケアプランの見直しが行われる。	事例のうち、ケアプランが見直されている率は80-100%であり、必要と判断された事例のみ、ケアプランの見直しが行われる。

<p>医療との連携</p> <p>医療が必要な対象者（身体障害・精神障害等）において、医療機関と連携し、疾患についての情報を共有したうえでケアプランが作成される。</p> <p><input type="checkbox"/>主治医との直接のコンタクトが行われる</p> <p><input type="checkbox"/>危機時・緊急時対応におけるプラン作成</p> <p><input type="checkbox"/>服薬の状況、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</p>	<p>医療との連携の上、医療的な観点を含んだケアプランが作成されている事例は0-19%</p>	<p>医療との連携の上、医療的な観点を含んだケアプランが作成されている事例は20-39%</p>	<p>医療との連携の上、医療的な観点を含んだケアプランが作成されている事例は40-59%</p>	<p>医療との連携の上、医療的な観点を含んだケアプランが作成されている事例は60-79%</p>	<p>医療との連携の上、医療的な観点を含んだケアプランが作成されている事例は80-100%</p>
<p>施設入所・入院への対応</p> <p>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。</p>	<p>入所・入院した事例のうち、プログラムが継続的に関わっている事例は0-19%</p>	<p>入所・入院した事例のうち、プログラムが継続的に関わっている事例は20-39%</p>	<p>入所・入院した事例のうち、プログラムが継続的に関わっている事例は40-59%</p>	<p>入所・入院した事例のうち、プログラムが継続的に関わっている事例は60-79%</p>	<p>入所・入院した事例のうち、プログラムが継続的に関わっている事例は80-100%</p>

II. 事業体の構造と機能

<p>ケアマネジメント業務への専従</p> <p>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う。</p>	<p>全業務のうち 20%未満をケアマネジメント業務に費やしている</p>	<p>全業務のうち 40～60%未満をケアマネジメント業務に費やしている</p>	<p>全業務のうち 60～80%未満をケアマネジメント業務に費やしている</p>	<p>全業務のうち 80%以上をケアマネジメントに費やしている</p>
<p>訪問活動のための環境整備</p> <p>車や自転車等の移動手段を確保し、必要に応じて、地域(利用者宅等)への訪問を行う</p>	<p>移動手段が確保できないため訪問していない</p>	<p>移動手段は確保しているが、不十分である</p>	<p>—</p>	<p>移動手段を確保し、臨機応変に訪問している</p>
<p>地域ベースのサービス</p> <p>利用者の生活域に脚を運び、利用者の生活技能を地域の中(事業体の外)で高める</p>	<p>対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は 20%未満</p>	<p>対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は 20～39%</p>	<p>対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は 40～59%</p>	<p>対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は 60～79%</p>
<p>インフォーマルサービスの利用</p> <p>公的なサービスだけでなく、民生委員や、近隣住民、ボランティア、商工会などインフォーマルなサービスを積極的に活用する</p>	<p>過去1年間にインフォーマルサービスを利用した経験があるのは10人中2人未満</p>	<p>過去1年間にインフォーマルサービスを利用した経験があるのは2～4人未満</p>	<p>過去1年間にインフォーマルサービスを利用した経験があるのは4人～6人未満</p>	<p>過去1年間にインフォーマルサービスを利用した経験があるのは6人～8人未満</p>
<p>記録の管理</p> <p>支援内容の明確化を図るため、利用者単位の複数のケース記録をつける。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者基礎情報 <input type="checkbox"/> アセスメント記録 <input type="checkbox"/> モニタリング記録 <input type="checkbox"/> リスク管理表(クライシスプラン) <input type="checkbox"/> ケア計画表 	<p>5種類の記録のうち1種類をつけている</p>	<p>5種類の記録のうち2種類をつけている</p>	<p>5種類の記録のうち3種類をつけている</p>	<p>5種類以上の記録をつけている</p>
<p>記録の記載</p> <p>リスク時の適切な対応を促すためにも、支援内容を個別的に明確化し記録をつける</p>	<p>全利用者10人中2人未満について事業体が定める記録をつけている</p>	<p>全利用者10人中4人～6人未満について事業体が定める記録をつけている</p>	<p>全利用者10人中6人～8人未満について事業体が定める記録をつけている</p>	<p>全利用者10人中8人以上について事業体が定める記録をつけている</p>

<p>利用者のプライバシーの保護</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備する</p>	<p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等は整備している</p>	<p>—</p>	<p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等は整備しているが、職員に周知する取り組みが十分ではない</p>	<p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等は整備しており、職員に周知するための取り組みを行っている</p>
<p>職員の質の向上</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示し、それに基づき、職員一人ひとりに対して教育・研修計画が策定し、計画に基づいた具体的な取り組みを行う</p> <p><input type="checkbox"/>組織としての職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している</p> <p><input type="checkbox"/>職員一人ひとりに対して教育・研修計画を策定している</p> <p><input type="checkbox"/>職員は計画的に教育・研修を受けている</p> <p><input type="checkbox"/>研修の振り返りを行っている</p>	<p>職員の質の向上について、右記のチェックポイントのうち該当する項目はない</p>	<p>職員の質の向上について、右記のチェックポイントのうち1つについて行っている</p>	<p>職員の質の向上について、右記のチェックポイントのうち2つについて行っている</p>	<p>職員の質の向上について、右記のチェックポイントのすべてを行っている</p>
<p>スーパービジョンの体制</p> <p>事業所内外で定期的にスーパービジョンを受けられる体制を整え、職員一人ひとりの資質を高めるとともに、困難事例にも対応できるようにする</p> <p>●事業所内での個別スーパービジョンの頻度</p> <p><input type="checkbox"/>なし…0点 <input type="checkbox"/>不定期…1点 <input type="checkbox"/>定期…2点</p> <p>●事業所内でのグループスーパービジョンの頻度</p> <p><input type="checkbox"/>なし…0点 <input type="checkbox"/>不定期…1点 <input type="checkbox"/>定期…2点</p> <p>●地域の困難事例検討会への参加</p> <p><input type="checkbox"/>なし…0点 <input type="checkbox"/>不定期…1点 <input type="checkbox"/>定期…2点</p>	<p>スーパービジョンの体制について、右記のチェックポイントの合計得点は0点～1点である</p>	<p>スーパービジョンの体制について、右記のチェックポイントの合計得点は2点</p>	<p>スーパービジョンの体制について、右記のチェックポイントの合計得点は3点</p>	<p>スーパービジョンの体制について、右記のチェックポイントの合計得点は5点以上である</p>
<p>実習生の受け入れ</p> <p>実習生の受入態勢を整え、積極的に受け入れ、ケアマネジメントに関連する知識や技術の普及に努める</p> <p><input type="checkbox"/>実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されている</p> <p><input type="checkbox"/>実習担当者及び環境整備、マニュアル等受け入れについての体制が整備されている</p> <p><input type="checkbox"/>実習生を実際に受け入れている、または受け入れたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>実習生を受け入れている期間も、教育機関の実習責任者と定期的に連絡を取っている</p>	<p>実習生の受け入れについて、右記のチェックポイントのうち該当する項目はなし</p>	<p>実習生の受け入れについて、右記のチェックポイントのうち1つについて該当する</p>	<p>実習生の受け入れについて、右記のチェックポイントのうち2つについて該当する</p>	<p>実習生の受け入れについて、右記のチェックポイントのすべてが該当する</p>

サービスの質の向上 サービス内容について定期的に評価し、評価結果に基づき、課題の改善策・改善計画を立て実施する <input type="checkbox"/> 一定の時間を割いて、事業体内部での自己評価を実施したことがある <input type="checkbox"/> 第三者評価を受けたことがある <input type="checkbox"/> 定期的にサービス内容についての評価を行う仕組みがある <input type="checkbox"/> 評価結果を基に、組織として取り組むべき課題を明らかにし、スタッフが課題を認識している	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのうち該当する項目はない	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントの1つに該当する	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントの2つに該当する	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントの3つに該当する	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのすべてが該当する
利用者本位のサービスの保障 利用者を尊重したサービス提供を行う <input type="checkbox"/> 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が職員間で共有されている <input type="checkbox"/> アンケートなど利用者の満足度を把握する仕組みがある <input type="checkbox"/> 把握した結果を、サービスの質の向上に生かす仕組みがある <input type="checkbox"/> 苦情解決の仕組みが確立されており、利用者や住民に周知している <input type="checkbox"/> 理事会や評議会の委員として当事者が加わっており、組織運営に当事者の意見を反映させている	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は1項目以下	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は2項目	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は3項目	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は4項目	サービスの質の向上 について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は5項目

III. 地域コーディネーション

<p>ネットワークの形成と役割の確認</p> <p>地域にある様々な事業体(所)とともに定期的な会合を開き、個別のケア・地域づくりを円滑にするためのネットワークを形成する</p> <p>□【役割分担】関係機関・団体と定期的に会議を開き、それぞれの機能や役割についての情報を共有している</p> <p>□【相互の機能チェック】定期的に事業体の活動を報告しあい、お互いに各事業体の機能状況をチェックしている</p> <p>□【医療との連携】医療機関と連携をとり、入退院や救急時の役割分担について明確化している</p> <p>□【行政との連携】行政と民間事業体が協働できるよう、顔を合わせながら定期的に持っている</p> <p>□【当事者・家族との連携】当事者会・家族会と協働できるよう、顔を合わせながら定期的に持っている</p>	<p>ネットワーク形成と役割について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は1つ以下</p>	<p>ネットワーク形成と役割について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は2つ</p>	<p>ネットワーク形成と役割について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は3つ</p>	<p>ネットワーク形成と役割について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は4つ</p>	<p>ネットワーク形成と役割について、右記のチェックポイントのうちすべてが該当する</p>
<p>個別のケア会議と地域ネットワークの運動</p> <p>個別のケア会議と地域のネットワークの運動による、地域全体の課題の共有化や課題解決に向けた取り組みに、参加している</p> <p>□【事例検討会】前項のネットワークを基盤に、困難事例について複数の事業体が集まり、検討会を開催している</p> <p>□【地域課題の検討】地域の事業者による会議に参加し、地域課題(福祉ニーズ)の洗い出しをしている</p> <p>□【地域課題の解決】個別の事例で把握した課題(ニーズ)に基づいた事業・活動を実施する仕組みが地域にあり、参加している</p>	<p>個別のケア会議とネットワークの運動について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は1つ以下</p>	<p>—</p>	<p>個別のケア会議とネットワークの運動について、右記のチェックポイントのうち該当する項目は2つ</p>	<p>—</p>	<p>個別のケア会議とネットワークの運動について、右記のチェックポイントのうちすべてが該当する</p>
<p>ケアマネジメントの活用を促進させるための工夫</p> <p>□関係各機関からのリファレンス体制の整備</p> <p>□利用者・関係関係者向けパンフレットの作成</p> <p>□ケアマネジメントについての勉強会の開催</p> <p>□各関係機関へのケアマネジメント事業の情報提供・説明会の開催</p>	<p>ケアマネジメントの活用を促進させる工夫について、右記のチェックポイントのうち該当する項目はない</p>	<p>ケアマネジメントの活用を促進させる工夫について、右記のチェックポイントのうち1つを行っている</p>	<p>ケアマネジメントの活用を促進させる工夫について、右記のチェックポイントのうち2つを行っている</p>	<p>ケアマネジメントの活用を促進させる工夫について、右記のチェックポイントのうち3つを行っている</p>	<p>ケアマネジメントの活用を促進させる工夫について、右記のチェックポイントのうちすべてを行っている</p>
<p>社会資源のオープン性の保障</p> <p>事業体の情報を積極的に開示し、事業の透明化を図るとともに、地域で活用できる資源を十分に活用できるようにする</p> <p>□サービス内容の透明性やアクセスしやすさを高めるために、パンフレットやチラシ等で、目標、サービス内容、利用者数、スタッフの構成、倫理規定などについての情報公開を行っている</p> <p>□地域の社会資源マップを作成し、スタッフや利用者が地域の社会資源についての情報を得られるようにしている</p> <p>□障害・法人の枠を超えた複数の事業体による会議に参加し、サービスの相互利用を心がけている</p> <p>□インフォーマルなサービスの積極的な活用を推進している</p>	<p>社会資源のオープン性について、右記のチェックポイントのうち該当する項目はない</p>	<p>社会資源のオープン性について、右記のチェックポイントのうち1つを行っている</p>	<p>社会資源のオープン性について、右記のチェックポイントのうち2つを行っている</p>	<p>社会資源のオープン性について、右記のチェックポイントのうち3つを行っている</p>	<p>社会資源のオープン性について、右記のチェックポイントのうちすべてを行っている</p>

障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度を用いた
障害者ケアマネジメント活動の実態把握と同尺度の有用性の検討に関する研究

分担研究者 吉田光爾(国立精神・神経センター 精神保健研究所)

吉田光爾*1、深谷裕*1、瀬戸屋雄太郎*1、伊藤順一郎*1、英一也*1、園環樹*1、小川雅代*1

*1 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨:本分担研究では、障害者ケアマネジメントのフィデリティ評価尺度を用い、地域の相談支援事業所を評価し、①尺度の有用性・妥当性を検証するとともに、②良質な支援の実態を記述することにより目指すべきケアマネジメントのあり方を確認した。

結果、本フィデリティ尺度は事業所の活動を多様な側面から記述するのに非常に有用であったと考える。ただし、「契約に基づいた支援」「ケア会議への本人の参加」「ケアプランの定義」「アウトリーチ/ダイレクトサービスの位置づけ」等に関して評価項目を再検討する必要があると考えられた。また事業所の支援対象となる障害別によって、「モニタリング」等の項目については別途評価点を設定せねばならない可能性もあると考えられた。

なお、本研究で調査対象となった多くの先駆的とされる事業所で、関係性作りに一定の時間とコストをかけた活動、アウトリーチ/ダイレクトサービスの実施、担当者の専従、十分な地域コーディネーションなどが支援の基盤となっていることがうかがえた。他方で、ケアプランの作成や記録の管理についてはばらつきがあり、何をもって「質の高い支援状況」とするかについて、今後検討が必要と考えられた。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、同研究における大島分担研究で作成された障害者ケアマネジメントのフィデリティ尺度（忠実度評価尺度）を、実際の障害者ケアマネジメントの臨床現場での支援のプロセス調査に使用することを通じ、①尺度の有用性・妥当性を検証するとともに、②良質な支援の実態を記述することにより目指すべきケアマネジメントのあり方を確認することである。

質の高い障害者ケアマネジメントを国内で普及させていくためには、その支援のプロセスを評価することが重要である。大島分担研究報告でも述べられているように、そのための評価尺度として、本研究では障

害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度を開発した。

しかし、本尺度は研究者によるワーキンググループを通じて作成されたもので、現場レベルでの障害者ケアマネジメントの質の評価に資するかどうか十分にわかっていない。本尺度を「質のよいケアマネジメント」を評価しうる尺度としていくためには、地域の中でも比較的良質なケアマネジメントを行っている事業者の活動を、本尺度を用いて試験的に評価し、良質な活動の実態把握を行い尺度へのフィードバックをすることを通じて、実際の活動を現実に即して評価しうるよう尺度の構成を再検討していくことが重要であると考えられる。

また現在、障害者自立支援法の下では相談支援事業者がケアマネジメントの責を担っているが、地域間の格差があると想定され、良質な支援の実態の記述が十分ではない。本調査を通じ、良質とされる相談支援事業者のケアマネジメントの状態を記述することは、現行で目指されるケアマネジメントのあり方を提示・課題を検討するうえでも重要であると考えられる。

そこで本分担研究では、全国で比較的先駆的な活動を行っていると思われる、地域の事業所を複数箇所実地訪問し、本尺度を利用した支援のプロセス調査を行うことで、冒頭に述べた目的を果たそうとするものである。

B. 研究方法

1) 対象となる事業者

全国各地の障害者ケアマネジメントに関するキーパーソンよりを通じ、障害者ケアマネジメントに関して先駆的な活動を行っている事業者の紹介をうけ、調査を行った。調査地域は、特定の地域に偏らないように、北海道・宮城・埼玉・千葉・長野・愛知・三重・福岡など8地域を対象とした。結果、19事業所が調査対象となった。なお障害者自立支援法では三障害合同の支援が行われているが、それまでの事業所の来歴により、特に支援を得意としている障害種には、一定の偏りがあるのが現状である。その種別ごとに事業所を分類すると、精神障害領域を主として対象とする事業所が7、知的障害領域が3、身体障害が4、どの障害も一定件数支援を行っている合同事業所が3、発達障害に特化した事業所が2であった。

2) 調査方法

上記事業所に対して平成20年12月～2月にかけて、訪問・聞き取りによる調査を行った。なお調査は可能な限り2名により行い、両名別個に評価をしたフィデリティ得点を、最終点として統合する形で集計した。

調査は、開発された評価尺度をもとに、①事業担当者からの2時間程度の聞き取り調査、②事業者の利用者への支援記録（日誌・ケアプラン）などの閲覧により行った。評価者の評価の観点や、語義の解釈が統一されるように、評価者には半日の調査研修を行った。調査にかかった時間は1事業所につき、おおむね3～4時間程度であった。

（倫理面への配慮）

本研究に際して、対象事業者からは本研究に同意を得た。またその際には、本尺度は開発中のものであり、実際の事業所との支援実態を反映させる目的があることを伝えた。またフィデリティ評価にあたっては、調査対象となる事業所の利用者への支援記録（日誌・ケアプラン）などを参照する必要があるが、この点に関しては、対象者の目に触れ得る場所に研究内容を提示し調査を拒否できるようにする、または直接利用者に事業所の担当者から確認を得るような手続きをとった。

C. 結果

1) 事業者のケアマネジメント実態

(1) 個別のケアマネジメントのプロセス

個別のケアマネジメントのプロセスについての調査結果をフィデリティ得点の結果を図1～図3ないし表1～表2に示す。（個別の項目の詳細については、添付資料ならびの本報告の図表を参照されたい）

関与の初期段階におけるエンゲージメントの過程については、おおむね高い点数であり、関係性作りには一定の時間をかけている様子がうかがえた。しかし、「契約に基づいた支援」の得点が総じて低く(平均2.7点)、また分散も大きい(S.D=1.6)。

次にアセスメントの実施・ケアプランの作成においては、これも比較的我々が想定した理想的なケアマネジメントのフィデリティを満たす高い点数となっているが、ケアプランの作成率は、他の項目と比べて分散が大きい(S.D=1.5)。またケアプラン作成におけるケア会議への本人の参加は平均2.7点と低い結果となった(この結果については後述する)。

ケアプランの実行については、特徴的と思われるのは、ダイレクトサービスに関する項目の平均点が4点強と高く、標準偏差も小さいことである。必ずしも障害者自立支援法では相談支援事業者がダイレクトサービスを提供することを想定していないが、総じてどの事業者も何らかの直接支援を行っていることが見受けられる。なお、ケアプランの定期的な見直し(6ヶ月以内)については、若干数値が低いようである(平均3.4点)。

(2) 事業体の構造と機能・地域コーディネーション

図4・5に、「事業者の構造と機能」「地域コーディネーション」に関する調査結果を示す。今回調査した事業所は、先駆的な活動を行っている対象であることも影響してか、ケアマネジメント業務への専従体制がほぼとられている(平均4.5±0.8)。また活動はほぼ訪問による地域ベースの活動となっていた。

しかし、多くの事業所ではケアプランにおける「インフォーマルサービスの利用」は必ずしも活発ではないことも窺えた(平均1.9点)。また、「サービスの質の向上」、「利用者本位のサービスの保障」については点数が必ずしも高くない結果となった。

地域コーディネーションについては、多くの事業所が、地域に存在する他の社会資源と連携し、協調を行っている様子が確認された。しかし、実際に個別のケア会議で問題となった地域課題が、マクロなレベルで対処されるという「個別のケア会議と地域ネットワークの連動」については得点が若干低くなっており(3.6点)、また分散も大きく(S.D=1.6)地域による進展の差が見受けられた。

2) 障害種別の支援の違いについて

表1～3に、事業者が主として対象とする利用者の障害種別によるフィデリティ得点を示す。

今回の調査では各サンプルの量が少ないこと、また個別の事業所による差異が大きいため、平均点の比較をもって各障害による障害者ケアマネジメントの特性について、安易に類推すべきではない。しかし聞き取りの結果、無視できない各障害に特有な情報がいくつか得られたため、結果として記す。

まず、ケアプラン作成における、ケア会議への本人の参加に関して、知的障害・精神障害分野の支援においては、しばしば毎回のケア会議への参加を必須としていない現場状況が聞き取り調査の中から明らかになった。たとえば知的障害の分野では、特に重度知的障害の利用者について、言語的なコミュニケーション手段に限界があり、

ケア会議という場での意向確認が難しい場合があるようである。また精神障害分野では、多数の関係者によって情報が共有される状況が、頻回に開催されることが本人の病状への負担となる場合があり、必ずしも毎回の参加が目指されていない。こうした場合、すべてのケア会議に本人が参加するのではなく、関係者間で随時会議を開催し調整のうえ、キーとなる時期に本人が参加し、本人の意向を確認する機会をもうけるという方式がとられる場合も多いようである。ケアプラン作成までのケア会議における本人参加率の点数が、精神(2.7点)、知的(3.0)点と身体(3.6点)に比べ低いのはこの点を反映していると考えられる。

また精神障害では医療との連携(5.0点)、また施設入所・入退院への退所(5.0点)についての得点が高い。日常生活における症状管理や、再発防止、また入退院時におけるケアの継続性をもたせることは、他の障害と比べて不安定な状態・症状を持つ精神障害への支援にとっては重要な点でありこの要素の点数が他の障害者ケアマネジメントに比べて高くなるのは必然であるといえる。

また、継続的なモニタリングやダイレクトサービスの提供に関する得点は、若干身体障害分野では、他の障害分に比べて低いように見受けられる。これについては、聞き取り調査から、精神障害や知的障害のよりも、「セルフマネジメント」についての考え方が身体障害で浸透していることが一つの原因であると推測された。すなわち利用者自身が障害状態・利用サービスについて管理できるように支援する文化があり、そのことにより、ケアマネジメント従事者によるモニタリング頻度を最低限なものにし

ている傾向が一部の事業者であるようである。また、障害状態が精神障害等と比べて比較的安定的である人が多いことなどから、結果的に恒常的に支援者が利用者の状態を注視するという状況になりにくいのではないかと推察する。ただし、きわめて重度の身体障害の場合については、サービス投入量が多く関係者間の調整が頻回に必要であること、状態変化も大きいことからこの限りではないという意見も、聞き取りの中では窺えた。

3) フィデリティ尺度の評定者間信頼性について

本尺度について、3事業所を評価者A・Bが、6事業所を評価者C・Dが行った。評定者間信頼性を計算するため各評価者組み合わせにおいて各評価項目間のピアソンの相関係数を算出したところ、評価者A・B間では $r=0.862(p<.001)$ 、評価者C・D間では $r=0.756(p<.001)$ であった。評価者A・B、C・D以外の組み合わせでの評価が行われなかったため、評定者間信頼性の検討には限界があるが、本尺度には一定の評定者間信頼性があるものと思われる。

D. 考察

1) 本尺度の有用性・妥当性について

本フィデリティ尺度を使用しての聞き取りは、事業所の活動のプロフィールを多様な側面から明らかにするのに非常に有効であった。また、全項目の平均は3.6点であり、評価尺度として適正な峻別機能をもっていたと考える。なお、事業所の実際のケアマネジメント従事者に、本調査の項目の妥当性について意見を求めたところ、おおむね

好評であり（詳細は伊藤分担研究報告のアンケート結果に詳しい）、本調査は「自己の活動の振り返りになった」という意見が多く聞かれた。

しかし、事業所の実態を鑑みて、いくつか尺度としての課題も明らかになった。

まず「契約に基づく支援」の評価である。

本調査では低い平均点・大きい分散という結果になっているが、契約についてはこの事業所で大きく取り扱いの実態が異なる。「関係機関情報を共有する個人情報保護の観点から、その点だけ、登録書として確認する」、「実際には支援に先に入り、ケアプラン（サービス利用計画など）が作成される段階で、初めて本人の署名をもらう」「契約書はとるが実際にはケアマネジメントについて、本人の理解が得られているかどうかはわからない」など様々な実態がきかれ、評価が定まらなかった。実際にケアマネジメントのプロセスとしては、この「契約」というのは何らかの時点で必要な作業ではあるが、その実施について事業者は苦慮していることがうかがえた。翻ってケアマネジメントの契約について「契約率」という端的な数値評価が、すなわち支援の質の評価に資するかどうかは検討の余地があると考えられる。また、「契約」という概念についての日本の文化への配慮も必要かもしれない。

また「ケアプラン」の定義が、本評価尺度では必ずしも明確ではなく、その作成率の算出の上で困難となった。事業所では統一的な書式を用いて、全事例に必ずケアプランを作成している事業所もあれば、支援の計画やその実施は日誌の記述や関係者会議の資料などからうかがえるものの、必ず

しも明瞭な形で書式化されていない事業所も存在する。どこまでを範囲として「ケアプラン」と定義するかの判断は、調査担当者を悩ませることになった。ただし、ケアマネジメントの性格上、本人・他の事業所・関係者と情報を共有することが必要であることを考えれば、何らかの定式化された書式の作成は必要であり、それをもって「ケアプラン」とするのが妥当であると考えられた。

また「ケア会議」については、ケア計画作成までの会議における「本人の参加率」を評価項目として加えているが、先述したとおり、必ずしも本人参加が毎回可能なわけではない。特に重篤なケースを扱っている事業所の場合、会議を重ねて開催することが多く、結果として本項目の点数が低下してしまうと懸念される。この項目については、ケアプラン作成までの会議のなかで、本人の出席が一定数確認されることによって評価の方が妥当であろう。また保護者や後見人などの代理出席を勘案することも重要かもしれない。この本人参加の難しさを反映して、事業所によっては、本人が参加したうえでケアプランについて検討を行う「ケア会議」と、本人の参加を前提とせずサービス内容の微調整や細目について検討する「サービス調整会議」を別のものとして区別している実態もあった。

「モニタリング」についても先に述べたように、障害特性によって、頻度が異なるように思われる。実際の聞き取りでは、身体障害では（重篤な事例やサービス調整に問題が起きる事例を除き）、おおむね1年程度のスパンで支援計画の見直しをしているとの意見も聞かれた。他方で、精神障害や

重度の知的障害では比較的頻繁に(6ヶ月を目処に)モニタリングするのが理想的、という意見もきかれた。本尺度では一律6ヶ月ごとにケアプランを見直すことを理想として、モニタリングの実施率を評価したが、状態の安定性が障害によって異なるため、この再評価を行うスパンや、危機介入の動きをどのように設定とするか、その評価点については、障害種別に設定するなどの仕組みが必要かもしれない。

また、地域コーディネーションについては、今回の評価ではおおむね高い点数となったが、今回調査した事業所は先進的な地区であり、実際には地域間のばらつきは大きいと考えられる。地域コーディネーションの進展の度合いを綿密に評価する場合には、もう少し細かい評価項目の設定が必要かもしれない。

2) 現行の障害者ケアマネジメントの実態と課題について

(1) 個別のケアマネジメントのプロセス

今回の調査ではおおむね多くの項目で各事業者が一定の得点で評価された。今後の障害者ケアマネジメントを考えていく上で、特記すべき事項について述べる。

まずケアプランの作成までのコンタクトでは、平均月2回以上、一回60分前後のコンタクトを行っている。またエンゲージメントに一定のコストをかけている様子が見えた。ケアマネジメントでは関係性作りが非常に重要であり、この側面の評価点がいずれの事業者でも高かったのは、比較的活発な活動を行っている事業者として妥当といえる。

ケアプランの作成・実行についても、おおむね原則的なステップをいずれの事業者

も踏んでいるものの、先述したように「ケアプラン」の作成については、作成率にばらつきが見られる。かなり詳細なものから、簡便な日誌へのメモ書き程度のものもあるようであった。支援者-利用者間では共通の認識に基づき支援が行われていても、第三者からはその様子がわからず、情報の共有が難しいことが予想され、明確にケアプランを作成することは、いずれの事業者にとっても今後の課題のようであった。

またケアプランの実行については、実際には事業者が日常生活支援や社会スキルの訓練の要素などを含むダイレクトサービスを、アウトリーチの基盤を整備し、ある程度行っているようであった。特に、地域の社会資源が乏しい場所ほど、相談支援事業者がある程度ダイレクトサービスを負担しているようである。しかし、今後障害者自立支援法では、サービス利用計画の作成対象者の範囲の拡大が見込まれており、対象範囲の拡大と、ダイレクトサービスを含むような濃密な支援の両立が可能かどうかは不明である。実際に、支援者からはしばしば「サービス利用計画の作成対象としては要件を満たすが、書類整備などの事務量が大きな負担となるので、申請していない」などの声が多く聞かれた。多くの人にケアマネジメントのサービス展開をすること(支援のカバレッジ)と、ある程度濃密かつ深い支援をすること(支援のデプス)を両立することは、容易なことではないようである。本フィデリティ尺度ではある程度重篤な障害者を対象に、一定のアウトリーチ/ダイレクトサービスを展開することが評価されるような尺度構成になっている。換言すれば支援のデプスを評価する傾向が強い

といえる。今後、実際の法律とともにケアマネジメントの対象範囲が拡大することが予想する中で、アウトリーチ・ダイレクトサービス活動の実施をどのように位置づけていくか、デブスとカバレッジのバランスをどのようにとっていくかは検討を要すると考えられた。

(2) 事業所の構造と機能について

今回の調査では、多くの事業所で、ケアマネジメント業務への専従、訪問・地域ベースのサービス展開が基本方針となっていた。比較的先駆的な事業所で共通してこのような傾向が見られたことは、こうした要素が重要であることを示していると考えられる。

なお、記録の管理については、事業所で実際にはかなりのばらつきがあった。支援日誌、アセスメント表等は多くの事業所でつけられているが、先述したようにケアプランの作成は一様ではない。ただし、記録の記載に必要な以上の時間がとられ、実際の支援の質が低下することは本末転倒でもある。対象者を拡大したり、ダイレクトサービスや地域のネットワークキングに力を注げば、書類整備などへの力点は自然と下がってしまう。どの程度の記録の記載が、支援の質と相関するのか、「質の高い記録の状況とは何か」について検討する必要があるかもしれない。

また、結果に述べたように、「サービスの質の向上」「利用者本位のサービスの展開」に関する得点が低いことが、これは事業所の実態が低水準ということではなく、評価軸の要求水準が若干高い（当事者の理事会への参加、利用者へのアンケートの実施など）の影響と考えられるため、点数配分を再検

討する必要がある。

なお、今回の調査した事業所では、多くの場合、十分な地域コーディネーションをおおむね行っており、それを基盤に支援を展開していた。ただし、それは自立支援協議会によってのみ得られたものではなく、私的な勉強会や事例検討会などを通じて、かなりインフォーマルな努力をもって形成されているのが実態のようである。本調査では「結果」として十分な地域コーディネーションが行われていることが把握されたが、それに至るまでの各事業所の努力の「プロセス」を評価することも必要かもしれない。

E. 結論

本分担研究では、障害者ケアマネジメントのフィデリティ評価尺度を用い、地域の相談支援事業所を評価し、①尺度の有用性・妥当性を検証するとともに、②良質な支援の実態を記述することにより目指すべきケアマネジメントのあり方を確認した。

結果、本フィデリティ尺度は事業所の活動を多様な側面から記述するのに非常に有用であった。ただし、「契約に基づいた支援」「ケア会議への本人の参加」「ケアプランの定義」「アウトリーチ/ダイレクトサービスの位置づけ」等に関して評価項目を再検討する必要があると考えられた。また、事業所が主として支援している障害によって、「モニタリング」等の項目については別途評価点を設定せねばならない可能性もあると考えられた。

なお、本研究で調査対象となった多くの先駆的とされる事業所で、関係性作りに一定の時間とコストをかけた活動、アウトリ

ーチ/ダイレクトサービスの実施、担当者の専従、十分な地域コーディネーションなどが支援の基盤となっていることがうかがえた。他方で、ケアプランの作成や記録の管理についてはばらつきがあり、何をもって「質の高い支援状況」とするかについて、今後検討が必要と考えられた。

E. 研究発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

特になし