

○4★★★ 記録の管理

基礎情報票と日誌のみをつけている	基礎情報票・日誌・ケアプランまたはアセスメントシートをつけている	基礎情報票・日誌・ケアプラン・アセスメントシートをつけている	基礎情報票・日誌・ケアプラン・アセスメントシートをつけ、危機時における対応プラン(クライシスプラン)を部分的につけている	基礎情報票・日誌・ケアプラン・アセスメントシート・危機時における対応プラン(クライシスプラン)を全てつけている
------------------	----------------------------------	--------------------------------	--	---

定義 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。

- 利用者基礎情報票 (フェイスシート)
- 日誌 (モニタリング記録)
- ケアプラン (ケア計画表)
- アセスメントシート
- リスク管理表 (クライシスプラン)
- ただし、アセスメントが日誌の中に含まれる場合は、アセスメントシートとしてみなさない
- 他の事業体が作成したものをそのまま使うのは、記録としてはみなさない
- クライシスプランは、必ずしも別シートとして独立している必要はない

情報源 事業体の代表者インタビュー：一人の利用者につき何種類の記録をつけているか確認し、実際に記録用紙を見せてもらう。

不明

○5★ 記録の記載

全利用者のうち 0～19% について事業体が定める記録をつけている。	全利用者 20～39%について事業体が定める記録をつけている。	全利用者 40～59%について事業体が定める記録をつけている。	全利用者 60～79%について事業体が定める記録をつけている。	全利用者の 80～100%について事業体が定める記録をつけている。
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

定義 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

情報源 記録のレビュー：あらかじめ選択した6ケースについて、事業体が定める記録がすべてつけられているケースの割合を算出する。

□不明

## 2.2 調査領域 P ケアマネジメントのプロセス

### P1★★★ 積極的なエンゲージメント

<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おむね行っている。</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全て行っている。</p>
<p><b>定義</b></p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□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</li> <li>□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</li> <li>□受療や相談が中断している事例への積極的な働きかけ</li> <li>□関係各機関へのニーズ事例の有無の確認</li> <li>■触法の利用者・長期在院患者など特定の対象者に対し、利用制限をしている場合は、その点を考慮する。</li> </ul> <p><b>情報源</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 事業体の代表者インタビュー：エンゲージが難しかったり、サービスを拒否したりしたケースを2～3ケース思い浮かべてもらい、事業体の代表者とレビューする。「これらの利用者をつなぐためにチームはどんなことをしましたか」「この人たちがサービスにとどまるよう、あなたにできたことは他にありますか」「利用者がケアマネジメントを受け続けるために、事業体はどのような方法を用いていますか」</li> <li>b) ケアマネジメント従事者インタビュー：「利用者がサービスを受けたくないと言ったら、どうなりますか」</li> <li>c) 利用者インタビュー：「ケアマネジメントサービスを受けたくないと言ったら、どうなりますか」</li> </ul> <p><b>評価方法</b> すでにサービスを受け始めている利用者とのエンゲージメントについて焦点を当てる。</p>			

## P2★★★ 時間をかけたエンゲージメント

関係作りにおいて、下記のチェックポイントがすべてにおいて満たされない	関係作りは下記のチェックポイントを1つ程度満たす	関係作りは下記のチェックポイントを2つ程度満たす	関係作りは概ね下記のチェックポイントをほぼ満たす	関係作りは概ね下記のチェックポイントのすべてを完全に満たす。
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------

**定義** 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)

- 関係作りの難しい事例への働きかけを行っている
- 関係作りの難しい事例への働きかけが通常業務として認められている
- 関係作りが必要であれば2ヶ月以上の電話・訪問による関与を行う
- 関係作りの難しい事例のエントリー率75%以上である

**情報源**

- a) 事業体の代表者インタビュー：エンゲージが難しかったり、サービスを拒否したりしたケースを2～3ケース思い浮かべてもらい、事業体の代表者とレビューしながら、チェックボックスを埋める。質問例：「これらの対象者にプログラムを提供するために、事業体はどんなことをしましたか」「この人たちがサービスにつながるよう、あなたにできたことは他にありますか」「対象者がプログラムを受けられるように、事業体はどのような方法を用いていますか」
- b) ケアマネジメント従事者インタビュー：「対象者がサービスを受けたくないと言ったら、どうなりますか」

**評定方法** まだサービスを受け始めていない対象者とのエンゲージメントについて焦点を当てる。

**P3★★★ エンゲージメント—契約に基づいた支援**

事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は 0-19%	事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は 20-39%	事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は 40-59%	事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は 60-79%	事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は 80-100%
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

**定義** 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入れる
- ※ ただし情報共有のみに関する同意、登録書などは除く

- 情報源**
- a) 事業体の代表者インタビュー：「ケアマネジメントについての説明は利用者にはどのように行っていますか」「利用者との契約はどのようにしていますか」「書面での契約は行っていますか」。
  - b) 記録のレビュー：あらかじめ選択した 6 ケースそれぞれについて、契約書の有無を確認。

**評定方法** 事例とは、ケア計画が立てられているケースのみ

不明

## P4★ サービスの密度

利用者1人あたり平均 15分/回未満の関わり をしている	利用者1人あたり平均 15-30分未満/回の関 わりをしている	利用者1人あたり平均 30-45分未満/回 の関わりをしている	利用者1人あたり平均 45-90分未満/回 の関わりをしている	利用者1人あたり につき平均90分/回以 上
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

**定義** 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、プログラムの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)

**情報源** 記録のレビュー(優先):あらかじめ選択した6ケースそれぞれについて、ケア計画作成前1ヶ月間に一回の接触に平均何時間かけたかをカウント。6ケースそれぞれにつき、1回当たりの平均援助時間を算出し、値を順に並べ、3番目と4番目のケースの平均値を算出。

**評定方法** 対面コンタクトのみをカウントし、電話や家族への接触は含まない。

不明

P5★ 関わりの頻度					
電話除く	利用者 1 人あたり平均 1 回未満/月の関わりを している	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	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	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	利用者 1 人あたり平均 4 回以上/月の関わりを している
電話含む (参考項目)	利用者 1 人あたり平均 1 回未満/月の関わりを している	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	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	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	利用者 1 人あたり平均 4 回以上/月の関わりを している
<p><b>定義</b> 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が必要に応じて多い。</p> <p><b>情報源</b></p> <p>a) 記録のレビュー (優先) : あらかじめ選択した 6 ケースそれぞれについて、ケアプラン作成前 1 ヶ月間に何回援助したかをカウント。6 ケースの平均援助回数/月を算出。</p> <p>b) 利用者インタビュー : 「あなたはケア計画が出来あがる前にケアマネジメント従事者と何回会いましたか」</p> <p><b>評定方法</b> 電話や家族への接触は含まない。上段は対面コンタクトのみをカウントし、下段は電話コンタクトを含む。</p>					
<p><input type="checkbox"/> 不明</p>					

**P6★★ アセスメント—アセスメントの実施率**

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%
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

**定義** 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

- 情報源**
- a) 事業者の代表者インタビュー：「アセスメントはどのようなタイミングで行っているのですか」「アセスメントで得られた情報は文書やデジタル記録として残していますか」「アセスメントが難しい場合はありますか」
  - b) 記録のレビュー（優先）：あらかじめ選択した 6 ケースについて、アセスメントが記録として残されているかをカウント。

不明



**P7★★ アセスメントーアセスメントの内容**

アセスメントにおいて、下記のチェックポイントがすべてにおいて満たされない	アセスメントは下記のチェックポイントを1つ程度満たす	アセスメントは下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下記のチェックポイントを3-4つ程度満たす	アセスメントは概ね下記のチェックポイントのすべてを完全に満たす。
--------------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------	----------------------------------

**定義** 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。

- 本人がどのような生活を希望しているかを確認する。
- 本人のストレンクス（長所）を明らかにする。
- 以下の3つ以上の観点から評価する

- 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

- 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（2つ以上）の情報源から評価をし、また情報を共有する

**情報源**

- a) 事業体の代表者インタビュー：事業体として利用しているアセスメント・シートを見ながら、各チェックボックスについて確認していく。
- b) 記録のレビュー：あらかじめ選択した6ケースについて、各チェックボックスの内容が行われているか確認し、3ケース以上について行われていれば、チェックをつける。

不明

## P8★★ ケアプラン—ケアプランの作成率

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 40-59%	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%
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

**定義** 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  
※日常支援記録上のメモ書きなどは除く

**情報源**

- a) 事業体の代表者インタビュー：「ケアプランは必ず作成していますか」「ケアプランは文書やデジタル記録として残していますか」「ケアプランの作成が難しい場合はありますか」
- b) 記録のレビュー（優先）：あらかじめ選択した 6 ケースについて、ケアプランが記録として残されているかをカウント。

不明

P9★★ ケアプラン—ケアプランの質				
ケアプランは概ね下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。	ケアプランは概ね下記のチェックポイントの2つ程度満たす。	ケアプランは概ね下記のチェックポイントの3つ程度満たす。	ケアプランは概ね下記のチェックポイントの4つ程度満たす。	ケアプランは下記のチェックポイントを5つ以上満たす。
<p><b>定義</b> 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 作成の過程で本人が参加している</li> <li><input type="checkbox"/> ケアマネージャーがとりまとめに当たり積極的な責任を果たしている</li> <li><input type="checkbox"/> 複数の社会資源が利用されている</li> <li><input type="checkbox"/> ストレングスやエンパワメントに着目したプランが作成されている</li> <li><input type="checkbox"/> 必要な場合医療との連携が図られている</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul> <p><b>情報源</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 記録のレビュー（優先）：あらかじめ選択した6ケースについて、それぞれのケアプランが各チェックボックスに該当するか確認。</li> <li>b) 事業体の代表者インタビュー：最近作成したケアプランについて思い返してもらい、各チェックボックスに該当しているか、レビューする。作成の過程で本人が参加しているかは、インタビューにより調べる。</li> <li>c) 利用者インタビュー：「ケアプランの作成には参加しましたか」「どのようなサービスを利用しているのですか」</li> </ul>				
<p><input type="checkbox"/> 不明</p>				

**P10★★ ケア会議—ケア会議の開催**

ケア会議が開催されている率は 0-19%	ケア会議の開催されている率は 20-39%	ケア会議の開催されている率は 40-59%	ケア会議の開催されている率は 60-79%	ケア会議の開催率は 80-100%
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------

**定義** 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

- 情報源**
- a) 記録のレビュー（優先）：あらかじめ選択した 6 ケースについて、ケアプラン作成の際にケア会議が開催されている率をカウント。
  - b) 事業体の代表者インタビュー
  - c) ケアマネジメント従事者インタビュー

**P11★★★ ケア会議ーケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割**

<p>ケアマネジメント従事者は下記のチェックポイントの役割をいずれも果たさない。あるいは下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。</p>	<p>ケアマネジメント従事者はケア会議において下記のチェックポイントのうち概ね1つの役割を果たす。</p>	<p>ケアマネジメント従事者はケア会議において下記のチェックポイントのうち概ね2つの役割を果たす。</p>	<p>ケアマネジメント従事者はケア会議において下記のチェックポイントの役割をほぼ果たす。</p>	<p>ケアマネジメント従事者はケア会議において下記のチェックポイントの役割を完全に果たす。</p>
---	---	---	--	---

**定義** 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ニシアチブをとる。
- 利用者の希望を本人の代わりに伝えるなどの調整・アドボケート機能をケアマネジメント従事者は行う。
- 本人のプライバ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

**情報源**

- a) ケアマネジメント従事者インタビュー：最近開催されたケア会議について思い返してもらい、チェックボックスについて確認する。質問例：「あなたはケア会議では、どのような役割を果たしていますか」「ケア会議の際は、どのようなことに気をつけていますか」「ケア会議の開催に当たって、利用者と話し合ったりすることはありますか」
- b) 利用者インタビュー：「ケア会議の際に、自分のことがいろいろな人に知られてしまうのではないかと心配になることはありませんか」

## P12★★ ケア会議—本人の参加

ケア会議に本人が少なくとも 1 回は参加している率は 0-19%	ケア会議に本人が少なくとも 1 回は参加している率は 20-39%	ケア会議に本人が少なくとも 1 回は参加している率は 40-59%	ケア会議に本人が少なくとも 1 回は参加している率は 60-79%	ケア会議に本人が少なくとも 1 回は参加している率は 80-100%
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**定義** ケアプランの作成に関し、本人がケア会議に少なくとも 1 回以上参加する

※未成年者の場合保護者、代理人がいる場合は代理人でも可

**情報源**

a) 事業体の代表者インタビュー

b) 記録のレビュー：あらかじめ選択した 6 ケースについて、過去 6 ヶ月間に開催されたケア会議のうち本人が参加した割合をカウント。値を順に並べ、3 番目と 4 番目のケースの平均を算出。

**P13★★★ ケアプランの実行—円滑なケアプランのための調整**

ケアマネジメント従事者は下記のチェックポイントの役割をいずれも果たさない。または下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下記のチェックポイントの1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下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下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プランの実行において下記のチェックポイントの役割を完全に果たす。
---	--	--	---	--

**定義** 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、ケアマネージャーは利用者の継続的な相談を行う。

**情報源** 事業者の代表者インタビュー：「援助機関につなぐときは、どのような点に注意していますか」「援助機関から利用者について相談を受けることはありますか」「利用者と援助機関との相性が良くない場合はどうしていますか」「利用者に別なサービスが必要になった際はどのようにしていますか」

**P14★ ケアプランの実行ーダイレクトサービスの提供**

<p>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。</p>	<p>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</p>	<p>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、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やや制限される</p>	<p>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い、そのサービス内容や適用の範囲は、その妨げはあまりない</p>	<p>ほぼすべてのケースに対して、ダイレクトサービスを行っている</p>
---	---	--	--	--------------------------------------

**定義** 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。

**情報源** 記録のレビュー：あらかじめ選択した 6 ケースについて、過去 3 ヶ月間のうちどの程度対面サービスを行っているか確認

**評価方法** オフィスでの相談、電話相談は含まない。



**P15★ ケアプランの実行ーダイレクトサービスの内容**

<p>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れない。</p>	<p>ダイレクトサービスについて、下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。</p>	<p>ダイレクトサービスについて、下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。</p>	<p>ダイレクトサービスについて、下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。</p>	<p>ダイレクトサービスについて、下記のチェックポイントのうち、ほぼすべてのサービスに対応可能である。</p>
--	--	--	--	---

**定義** 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
- 就労支援
- 各種制度・手続きの支援
- レクリエーション・社会参加
- 必要に応じた外出同行

**情報源** 記録のレビュー：あらかじめ選択した6ケースについて、過去3ヶ月間のうち各チェックボックスに該当するサービスが実際に行われているかを確認。各サービスについて、少なくとも1ケースに提供していればよい。

不明

**P16★ モニタリングー継続的なモニタリング**

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%
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

**定義** 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。

- 情報源**
- a) 記録のレビュー（優先）：あらかじめ選択した 6 ケースについて、ケアプランに沿ったサービス提供開始後 6 ヶ月間に、少なくとも 2 回以上利用者と接触しているケースの割合を確認。
  - b) ケアマネジメント従事者インタビュー：「ケアプランに基づいてサービスが提供されるようになってからは、どのくらいの頻度で利用者に会いますか」

**評価方法** 電話での相談は含まない

□不明

**P17★ モニタリング—ケアプランの定期的な評価・見直し**

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、きわめて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、ある程度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、ケアプランの見直しは例外的な事情を除き、概ね行われる。	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、ケアプランの見直しはほぼすべての事例に対して行われる。
--	---	---	--	---

**定義** 1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)

参考項目	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、きわめて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、ある程度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、ケアプランの見直しは例外的な事情を除き、概ね行われる。	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、ケアプランの見直しはほぼすべての事例に対して行われる。
------	--	---	---	--	---

**定義** 1年ごとに、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)。ただし、コアメンバーによるケア会議は開かず、サービス提供機関と個別の電話連絡のみでケアプランを見直す。

- 情報源**
- a) 記録のレビュー (優先) : あらかじめ選択した 6 ケースについて、ケアプランに沿ったサービス提供開始後 6 ヶ月間に、少なくとも 1 回以上ケア会議を開催し (あるいは開催しない)、ケアプランを見直しているケースの割合を算出。
  - b) ケアマネジメント従事者インタビュー

□不明

P18★★ 医療との連携

下記のチェックには 1つもつかない	1つが行われている	2つが行われている	3つがほぼ行われて いる	3つが十全に行わ れている
----------------------	-----------	-----------	-----------------	------------------

**定義** 医療が必要な対象者において、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。

- 主たる医療機関との直接のコンタクトが行われる
- 危機時・緊急時対応におけるプランを作成する
- 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

**情報源**

- a) 事業体の代表者インタビュー：例示を示しながら質問。
- b) 記録のレビュー：あらかじめ選択した6ケースのうち各障害について、医療的観点を含んだケアプランが作成されている割合を確認。

不明