

20092900/B

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび  
プログラム評価の方法論に関する研究

平成19年度 ～21年度 総合研究報告書

代表研究者 坂本 洋一

平成22（2010）年3月

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび  
プログラム評価の方法論に関する研究

平成19年度 ～ 21年度 総合研究報告書

代表研究者 坂本 洋一

平成22（2010）年3月

## 目 次

I.	総合研究報告	
	障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび	1
	プログラム評価の方法論に関する研究	
	坂本洋一	
	（資料1）障害者ケアマネジメント・プログラム・スタンダード	
	（資料2）障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度新版	
	（資料3）障害者ケアマネジメント・フィリディ尺度マニュアル	
II.	研究成果の刊行に関する一覧表	75
III.	研究成果の刊行物・別刷	79

厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)  
総合研究報告書

障害者ケアマネジメントのモニタリングおよび  
プログラム評価の方法論に関する研究

研究代表者 坂本洋一 (和洋女子大学 生活科学系 社会福祉学研究室)

研究要旨:

わが国では、高齢者福祉分野でケアマネジメントが制度的に導入されているものの、障害者福祉分野では「手法」として扱われているだけで十分に普及しているとは言いがたい。しかも、障害者自立支援法施行後も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みられ、いまだにケアマネジメント実践の実態が明確になっていない。さらに、障害者自立支援法では、身体障害、知的障害、精神障害の3障害が同一の制度で対応を図られているが、ケアマネジメントが同一の方法論で十分な効果を発揮できるか研究上確認されていない。そこで、本研究は、ケアマネジメントの標準化および標準についてのフィデリティ評価尺度(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唱することを目的とした。

まず、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、フィリデティ評価法の尺度化のためのアイテム・プールとプログラム評価理論の適用を試みた。一方、障害者ケアマネジメントへのプログラム評価理論の適用に関して、プログラム理論の整理、プログラムプロセスの評価の概念的枠組みを応用できることが明らかにされた。次に、障害者ケアマネジメント・プログラム・スタンダードに基づき、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度案を作成し、その内容的妥当性を検証し、同時に障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の有用性をケアマネジメント利用者のアウトカムとの関連で検討した。

その結果、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の妥当性と有用性が確かめられた。ただし、「契約に基づく支援」、「サービスの密度」、「ダイレクトサービスの内容」、「実習の受け入れ」の項目は重要であるという回答数が若干少なかったので、本尺度を活用する場合、評価者が留意する項目である。

本研究で開発された「障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度新版」は、障害福祉分野における相談支援事業者の評価ツールとして活用されることが期待される。

#### 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 社会復帰相談部長
野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部 教授
大島 巖	日本社会事業大学 教授
吉田 光爾	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室長

#### A. 研究の目的

平成18年度より施行されている障害者自立支援法では、障害者の自立生活と社会参加を促進し、また地方自治体と住民が協働してより良い社会を創造するように、その制度の中にケアマネジメントの仕組みが盛り込まれている。ケアマネジメントは限られた資源を効果的かつ効率的に活用するための支援技法であり、また、必要な資源については地域社会のなかに開拓していくという側面もあるため、「誰でもが住みやすい地域社会」づくりには不可欠な技法でもある。

しかしながら、これまでわが国では高齢者領域でケアマネジメントが制度的に導入されているものの、障害者の領域では「手法」として取り入られていたのみで十分に普及していたとは言いがたい。しかも障害者自立支援法導入後も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言われ、いまだ実態が明確になってはいない。加えて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は未確認のままである。本研究は、ケアマネジメントの標準化および標準についてのフィデリティ評価尺度（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唱することを目的としている。

#### B. 研究の方法

##### 1. 障害者ケアマネジメント・プログラム・スタンダードの検討

主任研究者、分担研究者、研究協力者からなる研究組織を設置し、プログラム評価理論を適用するアプローチについて検討を行い、さらに、従来の障害者ケアマネジメントの知見を吟味して、障害者ケアマネジメントの暫定プログラムを作成した。この暫定プログラムがスタンダード案として研究組織で合意し、3障害の領域で障害者ケアマネジメントに従事している有識者を集めてヒアリングを実施した。

##### 2. 障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の検討

障害者ケアマネジメント・プログラム・スタンダードに基づき、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度案を作成し、その内容的妥当性を検証し、同時に障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の有用性をケアマネジメント利用者のアウトカムとの関連で検討した。

#### C. 結果

##### 1. 障害者ケアマネジメント・プログラ

## ム・スタンダード案の検討

障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード案を提示し、有識者に対してヒアリングを行うとともに、研究班のメンバーを交えて集団討議を行った、障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード案は、あくまでも、ケアマネジメントを行おうとする事業者を評価するものであり、ケアマネジメントを行う個人を評価するものではない。ここで、提示された案は、Ⅰ. 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、終結、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事業者の構造と機能（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）から構成されている。

ヒアリングと集団討議を行った結果、①ケアマネジメントと相談に概念に関する混乱、②地域コーディネーションとの混同、③価値観や理念の無視、④モニタリング過程の不足、⑤対象選択過程の不明瞭さ、⑥用語の共通理解の不足等、現状のケアマネジメントに関する課題が浮き彫りにされた。これらの課題を踏まえて、「障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダード」に反映させることが

結論づけられた。

## 2. 障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の検討

まず、フィデリティ評価法の文献レビューを行い、フィデリティ評価の尺度作りのためのアイテムプールを作成した。文献レビューの結果、障害者ケアマネジメントのフィデリティ評価に関して、実証的な研究がまだ端緒についたばかりで、個々の利用者のサービス内容、援助の質に関わるフィデリティ評価の研究が進められていないことが明らかになった。そのうえで、個別の利用者の評価の評価法の精度・信頼性を高めること、援助要素の必要性の評価を導入する方法論の確立すること、フィデリティ評価における「態度・哲学」の領域を明確に位置づけること、ケアマネジメントを実践する関係者が容易に評価でき多くの関係者が合意できる尺度を開発すること等の課題が明らかになった。これらの点を踏まえて、障害者ケアマネジメントの効果的なモデルのためのフィデリティ尺度のアイテムを「プロセス」、「構造」、「ネットワーキング」、「態度・哲学」の領域別にアイテムをプールした。

次に、障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度に関して内容的妥当性を検証した。障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の評価項目のうち「契約に基づく支援」を除いて、「非常に重要」「まあまあ重要」と回答した者が70%以上であり、評価項目の内容的な妥当性がケアマネジメントを実践している支援者から支持された。

さらに、障害者ケアマネジメント・フィデリティ尺度の有用性をケアマネジメン

ト利用者のアウトカムとの関連で検討した。統計的な中央値である 159 点によってフィリデティ得点が 160 点以上のフィリデティ得点が高い事業者とフィリデティ得点が 159 点以下のフィリデティ得点が高い群とのベースラインと 9 ヶ月後では客観的アウトカム指標の統計的な有意差を見いだせなかった。しかしながら、主観的アウトカム指標についてはベースラインと 9 ヶ月後に  $p = 0.381$  で有意な交互作用がみられ、フィリデティ得点の高い群は主観的アウトカム指標が増加し、低い群では変化していなかったしたがって、フィリデティ尺度の得点が高い群と低い群を比較すると主観的 QOL のアウトカムが異なることを示している。

また、障害者ケアマネジメント実践において、三障害の異動が存在するか否かの課題がある。この点に関しても、検証を行った。その結果、「時間をかけたエンゲージメント」、「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の 4 項目が「完全な違い」と「大きな違い」と回答した者が 20% を超えていた。また、「特に難しいもの」として「積極的なエンゲージメント」、「医療との連携」、「危機介入」の 4 項目の回答数が多く、その障害種別は精神障害を対象としていた。また、障害の異同は顕著に見出されなかったが、「契約に基づいた支援」、「本人の参加」が知的障害への対応として難しい、さらに「サービスの密度」、「関わりの頻度」が精神障害への対応として難しいという回答が多くみられた。

これらの結果から、本研究で開発された「障害者ケアマネジメント・フィリデ

ティ尺度新版」は妥当性・有用性の点で、障害者ケアマネジメントを質的に評価するツールとして確立された。

#### D. 考察

##### 1. 障害者ケアマネジメント・プログラム・スタンダードについて

障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダードとして、I. プログラムの枠組みと理念、II. 個別のケアマネジメントの過程とその構成要素、III. 地域コーディネーションの要素と機能、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の 4 章から構成された。この標準的なケアマネジメントのあり方は、個別のケアマネジメントと地域コーディネートとの 2 つの柱から構成されているところに大きな特徴がある。ケアマネジメントを実践するためには、地域の社会資源の創出やネットワーク化が必要であり、地域の資源によって、ケアマネジメントの効果は大きく変わってくる。

ケアマネジメントの効果を評価するためには、障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダードをもとに、フィデリティ（プログラム忠実度）尺度を作成する必要がある。本研究班の意図は、ケアマネジメントを実践している事業体を評価することであり、個々のケアマネジメントを実践している個人を評価するものではない。

現状の相談支援において、ケアマネジメント技法が適切に実施するためには、標準的なプログラムが確立される必要がある。本研究において作成したプログラムは、今後、相談支援従事者が実践する中でその有用性を確認することであろう。

## 2. 障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度について

ケアマネジメントのフィデリティ評価を行うにあたって、いくつかの課題を明らかにした。個別の利用者の評価の評価法の精度・信頼性を高めること、援助要素の必要性の評価を導入する方法論の確立すること、フィデリティ評価における「態度・哲学」の領域を明確に位置づけること、ケアマネジメントを実践する関係者が容易に評価でき多くの関係者が合意できる尺度を開発すること等の課題が明らかになった。このような課題を踏まえてフィデリティ評価の尺度を作成する必要がある。尺度化のためにどのようなアイテムを盛り込むべきかを検討したが、アイテムプールは、①援助プロセス、②構造、③ネットワークング、④態度・哲学の領域別に整理する方向で研究が進められた。

障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度の内容的妥当性を検証したが、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度は、ほとんど項目について支援の質を評価する内容的妥当性が確認された。いくつかの評価項目において、重要性が低いという回答があった。そのフィリデティ尺度の項目は、「契約に基づいた支援」、「サービスの密度」、「ダイレクトサービスの内容」、「実習の受け入れ」、等であった。「契約に基づく支援」に関しては、障害者ケアマネジメント・スタンダードに基づく本尺度の活用を行うものであり、契約なしでの支援を支持することは避けなければならない。したがって、本尺度を利用する場合、現場が「契約に基づく

支援」の難しさが存在することに留意しながら実施する必要がある。また、「サービスの密度」と「ダイレクトサービスの内容」に関しては、障害特性と関連していると思われるが、身体障害者の場合セルフケア等の方向性で支援することもあり、必ずしもダイレクトサービスを行うとは限らない。また、精神障害者や知的障害者の場合できるだけ他のサービス提供者が支援すればそれに越したことはないが、そのような支援ができない場合にダイレクトサービスを行うという意見がある。この点も本尺度を活用する場合、留意する点として認識する必要がある。

「実習の受け入れ」に関しては、現在、相談援助実習という科目で学生が実習を行うことになっているが、相談支援事業者として実習を受け入れたからといってインセンティブが生じるわけではない。実習受け入れの重要性は一般的に認識されているが、相談支援事業者にとって実習生をスーパーバイズするということがまだ定着していないと思われる。スーパーバイズするということは、かなりのエネルギーと時間を要するので、現段階では、相談支援事業者の人員配置、ケースロードを考えると、実習を受け入れるのに積極的に動くことは困難な状況にあると推察される。

次に、障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度とアウトカムに関連を検討し、本尺度の有用性を検証した。その結果、本フィリデティ尺度の高い群と低い群の間に、客観的 QOL については有意差はみられなかったが、主観的 QOL のアウトカムの変化のパターンに違いがみられ



た。客観的 QOL に有意差が示されなかったのは、本調査対象事業者が先駆的な相談支援事業を行っているところであり、質の高いケアマネジメントを実施しているという理由にあると思われる。その根拠は、客観的アウトカム指標の GAF や地域滞在日数はいずれの群でも有意な改善をしめしていることである。主観的アウトカム指標は、生活上の諸側面の満足度を評価するものであり、その点でいえば、フィリデティ尺度が高い群の利用者は、生活が望んでいる方に改善されたと考えられる。利用者の主観的側面について、本フィリデティ尺度の高低によって、アウトカムに有意な差が示されたことは、本尺度のアウトカム関連の妥当性を証明し、本尺度の有用性を示す。

## E. 結論

1. 障害者ケアマネジメントの標準化のために、プログラム評価理論に基づく障害者ケアマネジメント プログラム・スタンダードを、I. プログラムの枠組みと理念、II. 個別のケアマネジメントの過程とその構成要素、III. 地域コーディネーションの要素と機能、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の構成の4つの章から構成した。

2. ケアマネジメントのフィリデティ評価を行うにあたって、個別の利用者の評価の評価法の精度・信頼性を高めること、援助要素の必要性の評価を導入する方法論の確立すること、フィリデティ評価における「態度・哲学」の領域を明確に位置づけること、ケアマネジメントを実践する関係者が容易に評価でき多くの関係者が合意できる尺度

を開発すること等の課題が明らかになり、今後のフィリデティ評価の尺度を作成するためのアイテムプールを作成し、①援助プロセス、②構造、③ネットワークング、④態度・哲学の評価領域の基礎資料を得られた。

3. 本研究において開発した「障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度」は、ほぼすべてのフィリデティ尺度の項目について70%以上で「非常に重要」。「まあまあ重要」と判断され、内容的妥当性は検証された。ただし、「契約に基づく支援」、「サービスの密度」、「ダイレクトサービスの内容」、「実習の受け入れ」の項目は重要であるという回答数が若干少なかったため、本尺度を活用する場合、評価者が留意する項目である。

4. 本研究において開発した「障害者ケアマネジメント・フィリデティ尺度」とアウトカムの関連を検討し、本尺度の有用性を検証したところ、フィリデティ尺度得点の高低がケアマネジメントのアウトカムの差につながっていることが確認され、本尺度がケアマネジメントの質を評価するツールとして有用であることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

坂本洋一：「障害者ケアマネジメント（概論）」、障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編、「改訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト」収録、中央法規、

2007年、p. 38-66

坂本洋一・柳沢亨：「ケアマネジメントの展開」、障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編、「改訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト」収録、中央法規、2007年 p. 214-250

坂本洋一：「障害者自立支援法に基づく主な専門職」、社会福祉士養成講座編集委員会編、「障害者に対する支援と障害者自立支援制度」収録、中央法規、2009年、p. 136-141

坂本洋一：「相談支援専門員の役割」、社会福祉士養成講座編集委員会編、「障害者に対する支援と障害者自立支援制度」収録、中央法規、2009年、p. 142-145

坂本洋一：「障害者ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの実際」、地域リハビリテーション、三輪書店、2009年 p. 312-316

坂本洋一：「障害者ケアマネジメントの動向」、ケアマネジメント学、日本ケアマネジメント学会、2009年、p. 24-30

## 2. 学会発表

特になし

## H. 知的財産権の出願状況・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

## Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

著書氏名	論文タイトル	書籍全体の編集者	書籍名	出版社	出版地	出版年	ページ
坂本洋一	障害者ケアマネジメント(概論)	障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編	改訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト	中央法規	東京	2007年	38-66
坂本洋一・柳沢亨	ケアマネジメントの展開	障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編	改訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト	中央法規	東京	2007年	214-250
坂本洋一	障害者自立支援法に基づく主な専門職	社会福祉士養成講座編集委員会	障害者に対する支援と障害者自立支援制度	中央法規	東京	2009年	136-141
坂本洋一	相談支援専門員の役割	社会福祉士養成講座編集委員会	障害者に対する支援と障害者自立支援制度	中央法規	東京	2009年	142-145
坂本洋一	障害者ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの実際		地域リハビリテーション	三輪書店	東京	2009年	312-316

坂本洋一	障害者ケア マネジメントの 動向		ケア マネジメント学	日本ケア マネジメント学会	東京	2009 年	24-30
------	------------------------	--	---------------	------------------	----	-----------	-------

## <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

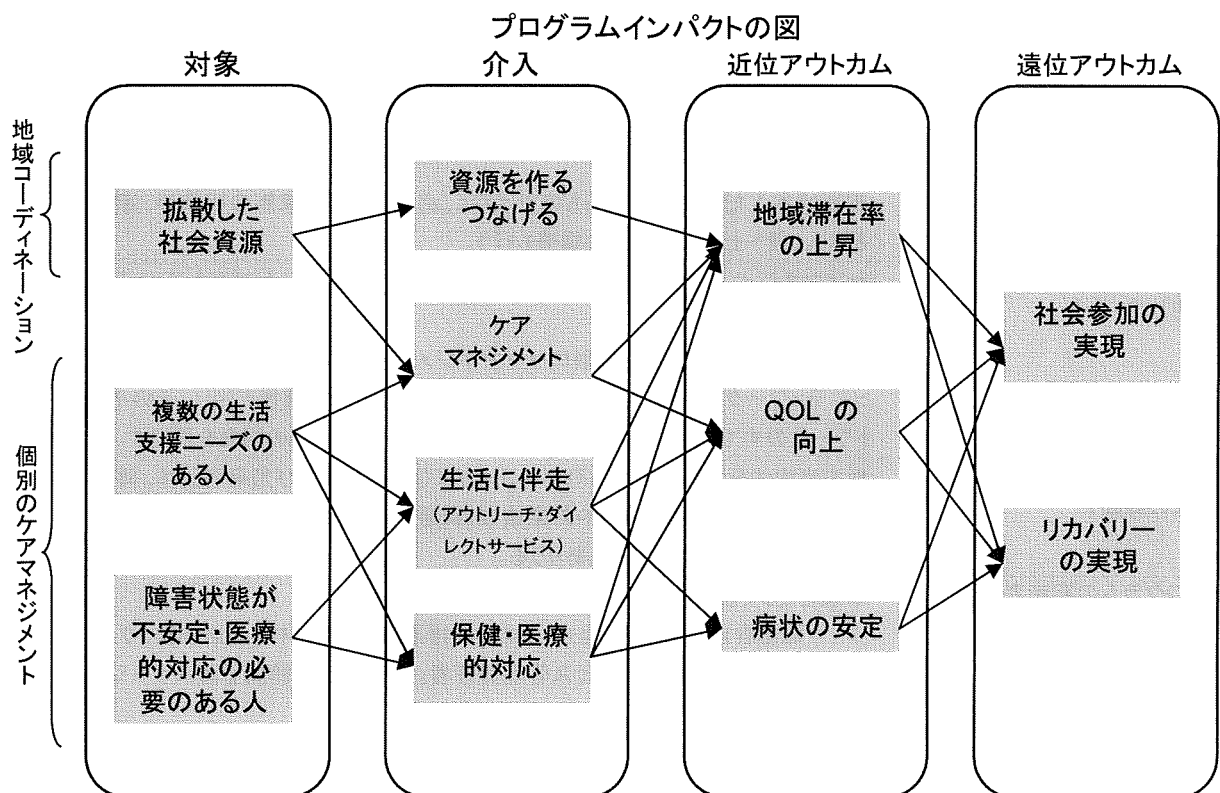
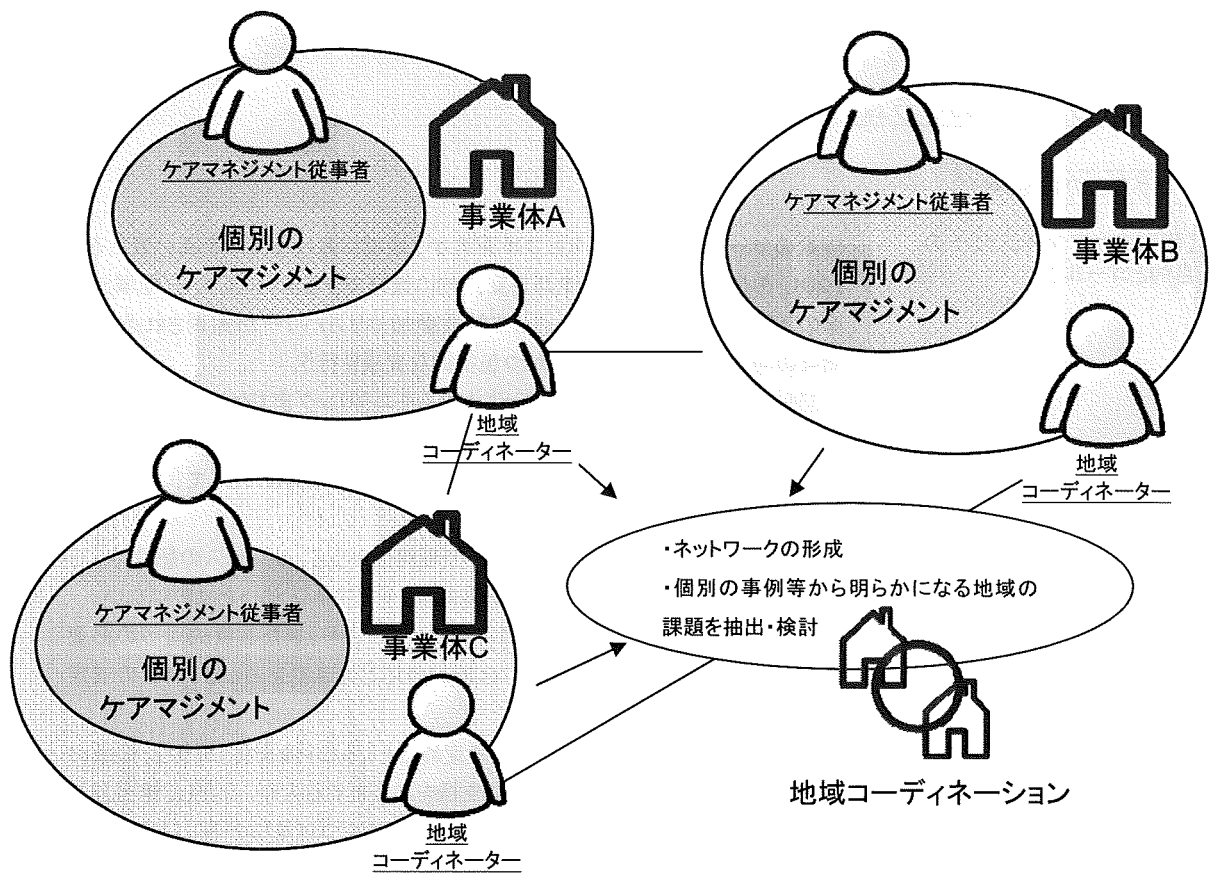
- ・ ネットワークの形成と役割の確認
- ・ 地域課題の共有
- ・ 社会資源のオープン性の保障
- ・ サービスの創出

#### 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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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"> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> <li>・ 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。</li> </ul>
【個別のケアマネジメントの対象の範囲】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ プログラムの除外対象： <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 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)</li> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> <li>・ 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。</li> </ul>
【地域コーディネーションの目的とゴール】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【地域コーディネーションの対象の範囲】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
【プログラムの実施者】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者として想定されるもの <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> <li>・ 事業者内の担当者 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> </ul>



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"> <li>・ ストレングスモデルを基本とする。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 本人の出来ているところ、長所・力量に注目・把握する。</li> <li>▶ 「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。</li> <li>▶ 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。</li> </ul> </li> </ul>
【対等な関係性】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>▶ 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。</li> <li>▶ 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。</li> <li>▶ 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。</li> </ul> </li> </ul>
【オープンシステムのケアマネジメント】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>▶ 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。</li> <li>▶ 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。</li> <li>▶ 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。</li> <li>▶ 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。</li> </ul> </li> </ul>
【当事者中心主義・自己決定の支援】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【アドボカシー】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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、共に主張するアドボカシーの観点を大切にする。</li> </ul>
【共生社会】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
【社会的な交流への配慮】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
【事業所なりの理念の明確化】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>



## 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"><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li></ul>
【ゲートキープ】	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li></ul>
【エンゲージメントとラポール形成】	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li></ul>
【インフォームドコンセント】	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処する。</li><li>・ 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。</li></ul>
2) アセスメント	
【情報の収集と精査】	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li><li>・ 家族歴・生活歴などを把握する。</li><li>・ 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。</li><li>・ 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</li></ul>
【複数のソースからの情報収集・その共有】	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li></ul>

3) ケアプランの作成	
【ケアプラン作成】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 「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</li> <li>・ 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)。</li> </ul>
【多様な資源の利用】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【医療との連携】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【ケアプランの統合】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>

4) ケア会議	
【ケア会議の開催】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケア計画を作成するにあたり、ケア会議が開催される。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【ケアマネジメント従事者の役割】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 各専門職からの意見の統合</li> </ul>
【本人の参加と同意】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が会議に参加し、主体的に計画作成に参加する。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【不足した社会資源について】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>

※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。

<b>5) ケアプランの実行</b>	
<b>【円滑なケアプラン実行のための調整】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>【ダイレクトサービスの提供】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>6) モニタリング</b>	
<b>【恒常的なモニタリング】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>【定期的なモニタリング】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>【ケアマネジメントの見直し】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>【評価】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>【再契約】</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>7) 終結</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントの終結にあたっては、 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 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</li> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> <li>・ 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。</li> </ul>

【その他】	
【医療との連携の必要性】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>
【不安定な状態に対する対応】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
【アウトリーチによるダイレクトサービス】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 家事援助</li> <li>➢ 生活訓練</li> <li>➢ 服薬管理の支援</li> <li>➢ 日常生活の見守り</li> <li>➢ 危機介入</li> <li>➢ 必要に応じた外出同行</li> </ul> </li> </ul>
【入所・入院・ケアマネジメントからのドロップ時の対応】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>

**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。