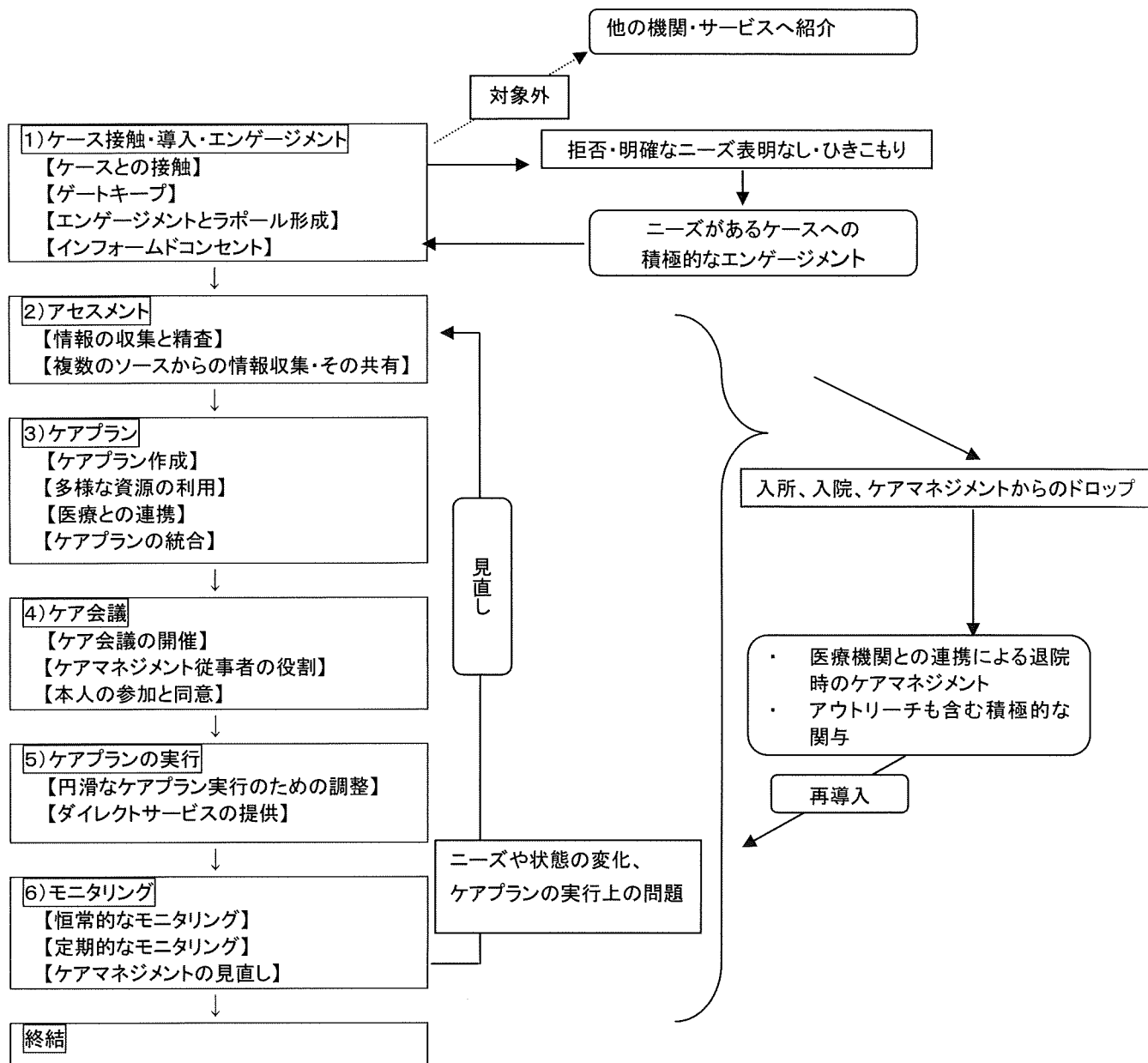


【個別のケアマネジメントのフローチャート】



※ 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

<p>ネットワークの形成と役割の確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域にある様々な事業体が以下のことを行える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"> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> </ul>
<p>ケア会議とネットワークの連動</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>地域課題の共有</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>社会資源のオープン性の保障</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報公開             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 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</li> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>サービスの創出</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>

**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

<b>スタッフの構成について</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>➢ 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。</li> <li>➢ 多職種には当事者スタッフも含まれる。</li> </ul> </li> <li>・ 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-effort率が高い。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>サービス提供形態</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要に応じて、地域(利用者宅等)への訪問ができる。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>記録</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>➢ 利用者の基礎情報</li> <li>➢ アセスメント記録</li> <li>➢ モニタリング記録</li> <li>➢ リスク管理表(緊急時の対応方法など)</li> <li>➢ ケア計画表(月間/週間) など</li> <li>➢ 経過記録・評価記録</li> </ul> </li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>人材育成の機会</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<b>サービスの質の確保のための評価</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>➢ アンケート、第三者評価など</li> </ul> </li> <li>・ 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。</li> </ul>

# 障害者ケアマネジメント・フィデリティ調査票

## 0-1. 事業体の構造と機能

<p><b>01: ケアマネジメント業務への専従</b> 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39%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40~59%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60~79%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業務に費やしている</p>
<p><b>02: 訪問活動のための環境整備</b> 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>移動手段がまったくない。</p>	<p>事業体が用意する移動手段が全くなく、すべて私物(自家用車等)で賄っているが、燃料費は支給されない。</p>	<p>事業体が用意する移動手段がまったくなく、全て私物(自家用車等)で賄っており、燃料費は支給される。</p>	<p>事業体が用意する移動手段が足りていない分は、私物(自家用車等)で賄っており、燃料費は支給される。</p>	<p>私物(自家用車等)を持ち出す必要もなく、事業体が用意する移動手段で確保できている。</p>
<p><b>03: 地域ベースのサービス</b> 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>対面コンタクトの80%以上が事業体の外で行われる</p>
<p><b>04: 記録の管理</b> 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。  <ul style="list-style-type: none"> <li>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い</li> <li>他の事業体で作成したものをそのまま使うのは、記録としてはみない</li> <li>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</li> </ul> </p>	<p>基礎情報票と日誌のみをつけている</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
<p><b>05: 記録の記載</b> 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決める記録をつけている</p>	<p>全利用者10人中2~4人未満について事業体が決める記録をつけている</p>	<p>全利用者10人中4~6人未満について事業体が決める記録をつけている</p>	<p>全利用者10人中6~8人未満について事業体が決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決める記録をつけている</p>

## P. ケアマネジメントのプロセス エンゲージメント

<p><b>P1: 積極的なエンゲージメント</b> 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・長期入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>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は、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>プログラム下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>プログラムは下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>P2: 時間をかけたエンゲージメント</b> 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入れを拒否している事例などを指す)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 関係作りの難しい事例への働きかけを行っている</li> <li>□ 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</li> <li>□ 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</li> <li>□ 関係作りの難しい事例のエントリー率75%以上である</li> </ul>	<p>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</p>	<p>関係作りは下記のチェックポイントを1つ程度満たす</p>	<p>関係作りは下記のチェックポイントを2つ程度満たす</p>	<p>関係作りは概ね下記のチェックポイントをほぼ満たす</p>	<p>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。</p>
<p><b>P3: 契約に基づいた支援</b> 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 契約書とは、サービスの明確な概要の機軸、本人(代理人・保護者)の署名・印鑑、日付を含む。</li> <li>※ 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</li> <li>※ ただし情報共有のみに関する同意、登録書などは除く</li> </ul>	<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>事例の中で本人の同意の上、契約を結んでいる率は80-100%</p>
<p><b>P4: サービスの密度</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、プログラム時間は必要に応じて長い。(プラン実施中のモニタリングは除く)</p>	<p>利用者1人あたり平均15分/回未達の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均15-30分未達/回の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均30-45分未達/回の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたり平均45-90分未達/回の関わりをしている</p>	<p>利用者1人あたりにつき平均90分/回以上</p>
<p><b>P5: 関わりの頻度(電話除く)</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>利用者1人あたり平均1回未達/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回未達/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回未達/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回未達/月の関わりをしている</p>	<p>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>
<p><b>P5(参考項目): 関わりの頻度(電話含む)</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>利用者1人あたり平均1回未達/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回未達/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回未達/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回未達/月の関わりをしている</p>	<p>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>

## アセスメント

<p><b>P6:アセスメントの実施率</b>          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          ※日常支援記録上のメモ書きなどは除く</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>
<p><b>P7:アセスメントの内容</b>          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)  <input type="checkbox"/> 本人がどのような生活を希望しているかを確認する。  <input type="checkbox"/> 本人のトレングス(長所)を明らかにする。  <input type="checkbox"/> 以下の3つ以上の観点から評価する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療</li> <li>● 日常生活能力</li> <li>● 社会生活</li> <li>● 住居</li> <li>● 対人関係</li> <li>● 経済生活</li> <li>● 教育・労働</li> <li>● 日中活動の場等</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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。</p>

## ケアプラン

<p><b>P8:ケアプランの作成率</b>          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</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>
<p><b>P9:ケアプランの質</b>          ケアプランは下記のような観点到に留意し、作成されている          (※聞き取り・記録で確認)</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"/> 必要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>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>ケアプラン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。</p>

## ケア会議

<p><b>P10:ケア会議の開催</b> 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</p>	<p>ケア会議の開催率は 80-100%</p>	<p>ケア会議の開催されている率は 60-79%</p>	<p>ケア会議の開催されている率は 40-59%</p>	<p>ケア会議の開催されている率は 20-39%</p>	<p>ケア会議が開催されている率は 0-19%</p>
<p><b>P11:ケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割</b> 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・アドヴォ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</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ャックポイントの役割を完全に果たす。</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ャ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ャ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ャ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下記のチャ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><b>P12:本人の参加</b> 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</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>	<p>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%</p>

## ケアプランの実行

<p><b>P13:円滑なケアプラン実行のための調整</b> 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。 □探訪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っても、ケアマネージャーは利用者の継続的な相談を行う。</p>	<p>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ャ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プランの実行において下記のチャ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プランの実行において下記のチャックポイントの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プランの実行において下記のチャックポイントの1つの役割を果たす。</p>	<p>ケアマネジメント従事者は下記のチャ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><b>P14:ダイレクトサービスの提供</b> 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。</p>	<p>ダイレクトサービスを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、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うが、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>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、その範囲は、予算や人員の都合によりかなり制限される</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、その範囲は、予算や人員の都合によりかなり制限される</p>
<p><b>P15:ダイレクトサービスの内容</b> 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</p>	<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ない。</p>	<p>ダイレクトサービスに ついて、下記のチャ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、下記のチャ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、下記のチャ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、下記のチャ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>

## モニタリング

<p><b>P16: 継続的なモニタリング</b> 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。</p>	<p>事例のうち、継続的な面接が実施されている率は0-19%</p>	<p>事例のうち、継続的な面接が実施されている率は20-39%</p>	<p>事例のうち、継続的な面接が実施されている率は40-59%</p>	<p>事例のうち、継続的な面接が実施されている率は60-79%</p>	<p>事例のうち、継続的な面接が実施されている率は80-100%</p>
<p><b>P17: ケアプランの定期的な評価・見直し</b> 1年ごとに、支援に関わっているケ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)</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>

## 他

<p><b>P18: 医療との連携</b> 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。  <input type="checkbox"/> 主たる医療機関との直接のコンタクトが行われる  <input type="checkbox"/> 危機時 緊急時対応におけるプランを作成する  <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>下記のチェックには1つもつかない</p>	<p>1つが行われている</p>	<p>2つが行われている</p>	<p>3つがほぼ行われている</p>	<p>3つが十全に行われている</p>
<p><b>P19: 施設入所・入院への対処</b> 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。 ※この場合の、入所・入院先は医療機関・司法施設をいう。</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>
<p><b>P20: 危機介入</b> 重篤な危機への介入を行える体制をととのえ、実際に介入する。  <input type="checkbox"/> 緊急時に担当者に連絡が入る体制・関係性ができている:1点  <input type="checkbox"/> 24時間の応対体制  <input type="checkbox"/> シフト勤務による当直対応:3点  <input type="checkbox"/> シフト勤務による電話対応:2点  <input type="checkbox"/> 限定的な電話(随意・深夜帯除く)による夜間対応等:1点  <input type="checkbox"/> 危機対応  <input type="checkbox"/> アウトリーチによる対応を実際に行っている:2点  <input type="checkbox"/> 関係各機関に対応を依頼:1点  <input type="checkbox"/> 実際にはほとんど直接支援を行わない:0点</p>	<p>危機介入に関する対応は1-0点</p>	<p>危機介入に関する対応は2点</p>	<p>危機介入に関する対応は3点</p>	<p>危機介入に関する対応は4-5点</p>	<p>危機介入に関する対応は6点</p>



<p><b>P21:家族支援</b>          家族支援を業務の一環ととらえ、必要な家族支援を行う。  <input type="checkbox"/> 家族に対して医療・福祉に関する情報提供を行う  <input type="checkbox"/> 家族自身の心理的ケアを行う  <input type="checkbox"/> 家族自身の生活や困難に関するサポートを行う  <input type="checkbox"/> 上記のような家族支援が業務として認められている</p>	<p>家族支援について、          下記のチェックポイントのうち該当する項目はない</p>	<p>家族支援について、          下記のチェックポイントの1つに該当する</p>	<p>家族支援について、          下記のチェックポイントの2つに該当する</p>	<p>家族支援について、          下記のチェックポイントの3つに該当する</p>	<p>家族支援について、          下記のチェックポイントのすべてが該当する</p>
---	---	---	---	---	--

## 0-2.事業体の構造と機能(続)

<p><b>06: インフォーマルサービスの利用</b> 公的なサービスだけでなく、不動産屋、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(※家族・親戚はインフォーマルサービスに含めない)</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事例は0~19%</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事例は20-39%</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事例は40-59%</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事例は60-79%</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事例は、80-100%</p>
<p><b>07: 利用者のプライバシーの保護</b> 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(※法人として整備されている場合も含む)</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いるが、職員に周知する取り組みが十分ではない</p>
<p><b>08: 職員の質の向上</b> 学会も含め、組織として職員の教育・研修の機会を保障する。 <input type="checkbox"/> 定期的な職員の教育・研修を業務として位置づけている <input type="checkbox"/> 教育・研修の費用を組織が保障している <input type="checkbox"/> 職員一人ひとりについて教育・研修計画を策定している <input type="checkbox"/> 職員は計画的に教育・研修を受けている</p>	<p>職員の質の向上について、下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、下記のチェックポイントの1つに該当する</p>	<p>職員の質の向上について、下記のチェックポイントの2つに該当する</p>	<p>職員の質の向上について、下記のチェックポイントの3つに該当する</p>	<p>職員の質の向上について、下記のチェックポイントのすべてに該当する</p>
<p><b>09: スーパービジョンの体制</b> 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 ※事業所内での日常の業務連絡上のカンファレンスは除く ※スーパービジョンには、スーパーバイザーが確保されていることが前提 ※スーパーバイザーの条件・豊富な能力と経験をもつ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別スーパービジョンの機会の保障 <input type="checkbox"/> なし…0点 <input type="checkbox"/> 不定期…1点 <input type="checkbox"/> 定期…2点</li> <li>● グループスーパービジョンの頻度 <input type="checkbox"/> なし…0点 <input type="checkbox"/> 不定期…1点 <input type="checkbox"/> 定期…2点</li> <li>● 地域の事例検討会への参加 <input type="checkbox"/> なし…0点 <input type="checkbox"/> 不定期…1点 <input type="checkbox"/> 定期…2点</li> </ul>	<p>スーパービジョンの体制について、下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、下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、下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、下記のチェックポイントの合計得点は4点</p>	<p>スーパービジョンの体制について、下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><b>010: 実習生の受け入れ</b>  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  <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  <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  ※ 相談支援事業に限る</p>	実習生の受け入れについて、どちらのチェックポイントにも該当しない	—	実習生の受け入れについて、下記のチェックポイントのうち1つについて該当する	—	実習生の受け入れについて、下記のチェックポイントのすべてが該当する
<p><b>011: サービスの質の向上</b>  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(ただし、市町村の監査でもよい)  <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</p>	サービスの質の向上について、下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、下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、下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、下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、下記のチェックポイントのすべてが該当する
<p><b>012: 事業への利用者の積極的参加</b>  利用者が事業に積極的に参加している  <input type="checkbox"/> 理事会や評議会の委員として当事者(家族も含む)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…2点  <input type="checkbox"/> スタッフ(ボランティアを除く)に当事者が含まれている…2点  <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…1点  <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…1点  <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…1点</p>	利用者の事業参加についての合計点は0点	利用者の事業参加についての合計点は1点	利用者の事業参加についての合計点は2点	利用者の事業参加についての合計点は4点	利用者の事業参加についての合計点は6点～7点

### Ⅲ. 地域コーデイネーション

<p><b>C1: 関係各機関からのリファアーについて</b> 関係機関にケアマネジメント事業のことを十分に広報(情報提供)しており、必要な事例についてのリファアーが円滑に行われている</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>関係機関にケアマネジメント事業のことが良く知られており、必要な事例についてのリファアーが円滑に行われている</p>
<p><b>C2: ケアマネジメントの活用を促進させるための工夫</b> ケアマネジメントが十分活用されるように、地域資源や利用者に情報が周知されるよう工夫されている。  <input type="checkbox"/>利用者・機関関係者向けパンフレットの作成  <input type="checkbox"/>ケアマネジメントについての勉強会の開催  <input type="checkbox"/>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、下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>ケアマネジメントの活用を促進させる工夫について、下記のチェックポイントのうち2つを行っている</p>	<p>—</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、下記のチェックポイントのすべてを行っている</p>
<p><b>C3: 社会資源のオープン性の保障</b> 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  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> インフォーマーナルなサービスの積極的利用を推進している</p>	<p>社会資源のオープン性について、下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、下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、下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、下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、下記のチェックポイントのすべてを行っている</p>
<p><b>C4: ネットワーク(自立支援協議会等)の構築</b> 地域にある様々な事業体(所)とともに、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構築する          ●地域のネットワークの構築状況  <input type="checkbox"/> 未構築…0点  <input type="checkbox"/> 構築中…1点  <input type="checkbox"/> 構築済み…2点          ●事業体の関与  <input type="checkbox"/> 積極的関与あり…1点  <input type="checkbox"/> 積極的関与なし…0点</p>	<p>ネットワークの構築と関与についての合計点は1点以下</p>	<p>—</p>	<p>ネットワークの構築と関与についての合計点は2点</p>	<p>—</p>	<p>ネットワークの構築と関与についての合計点は3点</p>

<p><b>C5: ネットワークの機能</b>            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機能させる  <input type="checkbox"/>【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  <input type="checkbox"/>【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  <input type="checkbox"/>【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  <input type="checkbox"/>【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、顔を合わせ定期的に持っている  <input type="checkbox"/>【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の下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の下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の下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の下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の下記のチェックポイントのすべてが該当する</p>
<p><b>C6: 個別のケア会議と地域ネットワークの連動</b>            個別のケア会議と地域のネットワークの連動による、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  <input type="checkbox"/>【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  <input type="checkbox"/>【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  <input type="checkbox"/>【地域課題の解決】上記の課題(ニーズ)について具体的に解決した、あるいは現在課題解決に向けて動いている</p>	<p>個別のケア会議とネットワークの連動について下記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連動について下記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連動について下記チェックポイントのすべてが該当する</p>

# 障害者ケアマネジメント・ フィデリティ調査マニュアル

- |     |                                      |
|-----|--------------------------------------|
| 1   | フィデリティ調査者のためのチェックリスト                 |
| 1.1 | 訪問前                                  |
| 1.2 | 訪問中                                  |
| 1.3 | 訪問後                                  |
| 2   | 障害者ケアマネジメント フィデリティ調査各項目の定義、理念、スコアリング |
| 2.1 | 調査領域 O-1 事業体の構造と機能                   |
| 2.2 | 調査領域 P ケアマネジメントのプロセス                 |
| 2.3 | 調査領域 O-2 事業体の構造と機能（続）                |
| 2.4 | 調査領域 C 地域コーディネーション                   |
| 3   | 調査に必要なもの、調査の流れ、心得、スケジュール例            |
| 3.1 | もって行くもの                              |
| 3.2 | 調査の流れ                                |
| 3.3 | 訪問調査に当たっての心得                         |
| 3.4 | 調査訪問時のモデル的なスケジュール例                   |

## 1 フィデリティ調査者のためのチェックリスト

### 1.1 訪問前

#### 調査の時間割を作成する

サイトを訪問する前から訪問する時までのすべての必要な作業をピックアップし、調査の時間割を作成する。たとえば、インタビューの日時をサイト側に確認するための電話も、時間割に含まれる。

#### キーパーソンとの調整

プログラムの窓口担当者となってくれる人を設定する。その人がキーパーソンとなって、調査者の訪問をアレンジし、調査の目的と範囲をプログラムスタッフに伝える。ケアマネジメント従事者の忙しさに配慮して、あらかじめ十分にスケジュールを組んでおく方が丁寧である。

#### 調査についての共通理解を site 側と確認する。

調査チームはそれぞれのプログラムサイトに、調査の目標を伝えなければならない（現段階では、評価ではなく実態調査であることを伝える）。また、調査報告書を誰が見るか、プログラムサイトがその情報を受け取ることができるかどうか、どのような情報が提供されるのかについても、プログラムサイトに伝えなければならない。

#### 事前に必要な情報を提示しておく

- ①. 調査訪問のときに何が必要かを示す。調査の目的の他、どんな情報が必要か、誰と話す必要があるか、インタビューや訪問するにはどれくらいの時間が必要か、を簡単に伝えておくことが必要だろう。
- ②. 施設用フェイスシートを事前に送り、ケース数やスタッフの就労時間等について回答しておいてもらう。

### □ 6 ケースの記録が必要であることを伝える。

時間的効率を上げるためには、事業者の代表者に下記の条件に合う6ケースをあらかじめ選んでおいてもらう。可能であれば、条件の合うケースの中からランダムに選択してもらう。

- ① すでにケア計画（障害者自立支援法に基づくサービス利用計画でなくてもよい）を作成し、実際にサービスを提供しているケース（必須）
- ② ケア計画作成後6ヶ月以上経過しているケース

## 1.2 訪問中

### □ フェイスシートの確認

事前に依頼した施設用フェイスシートを受け取り、記載漏れがないか確認。記載されていないところは聞き取りで記入する。

### □ 情報の不一致についての確認

情報源によって得られた情報が異なる場合、その領域についての実施状況をより良く知るために、事業者の代表者に質問をする。できるだけ解決しておくこと。最もよくみられる乖離としては、事業者の代表者へのインタビューの際、記録や観察データが示しているよりも、事業所の機能について理想的な答えをしてしまうことがある。このような乖離を理解し、解決するためには次のような質問をするとうい。「私たちが記録をレビューしたところでは、オフィスでの接触が〇%となっています。しかしあなたの見積もりではそれは△%でした。この違いをどのように解釈されますか？」

### □ 欠損値の確認。

帰る前に欠損値を確認する。訪問終了時に、できれば事業所の代表者と一緒に乖離を確認し、解決できるとよい。

## 1.3 訪問後

### □ 追加の情報収集

欠損値があったら、後日、追加で情報を集める。電話やメールなど。また、訪問が終了してから気付いた情報源間の乖離について、事業者の代表者と議論することも含まれる。

### □ 調査結果の比較

複数の調査者が調査する場合、両者が独立に調査を行う。そして得点を比較し、合議によって評価を決める。

### □ フォローアップレターを送る

フォローアップレターを送る。全施設の平均点と、各施設の得点をフィードバックする。

## 2 障害者ケアマネジメント フィデリティ調査各項目の定義、理念、スコアリング

インタビューの優先順位 (★★★：最優先 ★★：優先 ★：確認/記録優先)

不明の場合はメモ欄の □不明 にチェック (✓)

### 2.1 調査領域 ○-1 事業体の構造と機能

#### ○1★ ケアマネジメント業務への専従

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	全業務のうち 20~39% をケアマネジメント業務 に費やしている	全業務のうち 40~59% をケアマネジメント業務 に費やしている	全業務のうち 60~79% をケアマネジメント業務 に費やしている	全業務のうち 80%以上 をケアマネジメント業務 に費やしている
--	---	---	---	--

**定義** 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。

**情報源** 施設フェイスシート：ケアマネジメント従事者全員の業務の割合から平均を算出。



○2★★★ 訪問活動のための環境整備

移動手段が全くない。	事業者が用意する移動手段が全くなく、すべて私物(自家用車等)で賄っているが、燃料費は支給されない。	事業者が用意する移動手段がまったくなく、全て私物(自家用車等)で賄っており、燃料費は支給される。	事業者が用意する移動手段が足りていない分は、私物(自家用車等)で賄っており、燃料費は支給される。	私物(自家用車等)を持ち出す必要もなく、事業者が用意する移動手段で確保できている。
------------	---	--	--	---

**定義** 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

**情報源** 事業者の代表者インタビュー:「訪問するときの移動手段はどのようにしていますか」「移動手段は十分確保できていると思いますか」「現在ある移動手段は十分活用できていますか」

**評価方法** 地域性を考慮すること。

### ○3★ 地域ベースのサービス

対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は20%未満	対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は20～39%	対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は40～59%	対面コンタクトが事業体の外で行われる割合は60～79%	対面コンタクトの80%以上が事業体の外で行われる
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

**定義** 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

**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、過去6ヶ月間の地域で実施した対面コンタクト数の割合を算出。→値を順に並べ、3番目と4番目の人の値の平均値を出す。
- b) ケアマネジメント従事者インタビュー：「あなたは利用者とコンタクトを取るとき、何パーセントくらい地域で行い、何パーセントくらいオフィスで行っていますか」
- c) 利用者インタビュー：「ケアマネジメント従事者とあなたは主にどこで会いますか」「どのくらいの頻度でケアマネジメント従事者のいるオフィスに行きますか」

**評定方法**

対面コンタクトのみカウントし、電話や家族のみとの接触は含まない。  
退院促進のための病院でのコンタクトは地域でのコンタクトとする。  
サービス提供者のみとの接触はカウントしない。

□不明

○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** 事業者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