

## 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）に必要なとされる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】

##### 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

##### 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

##### 地域コーディネーションの要素と機能

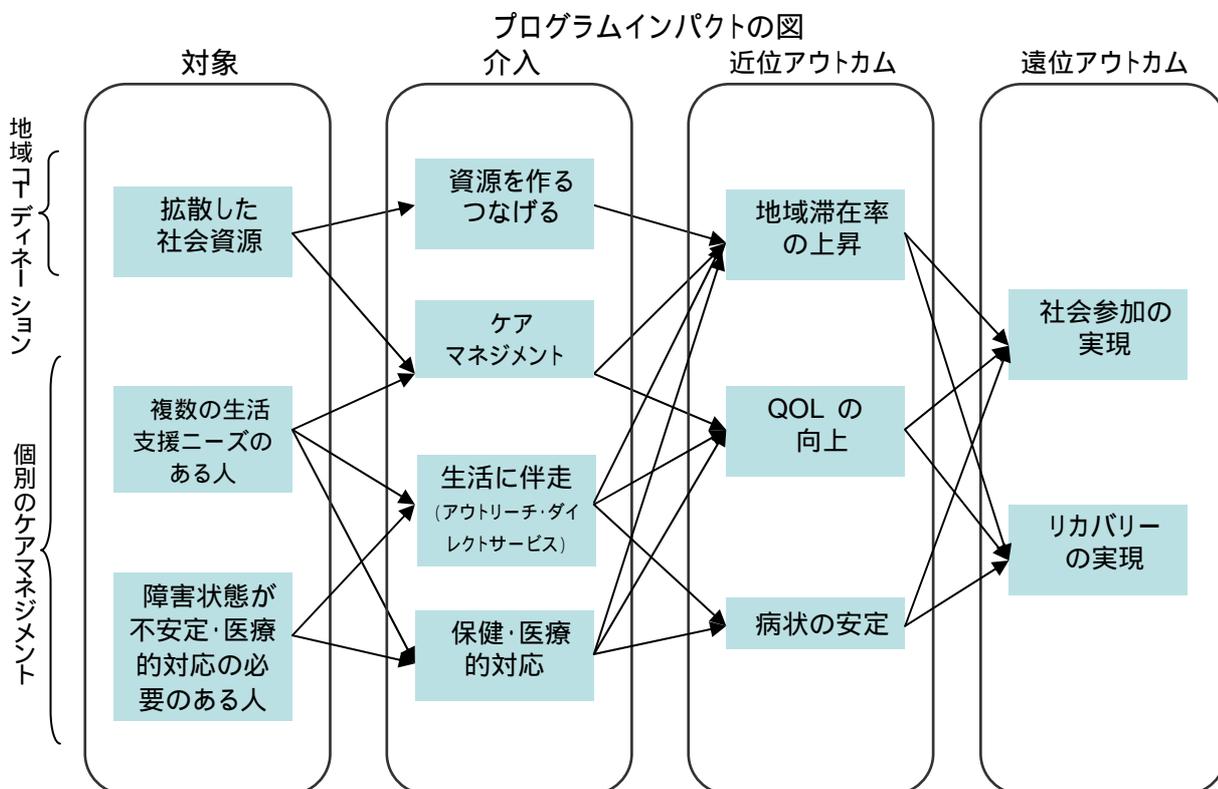
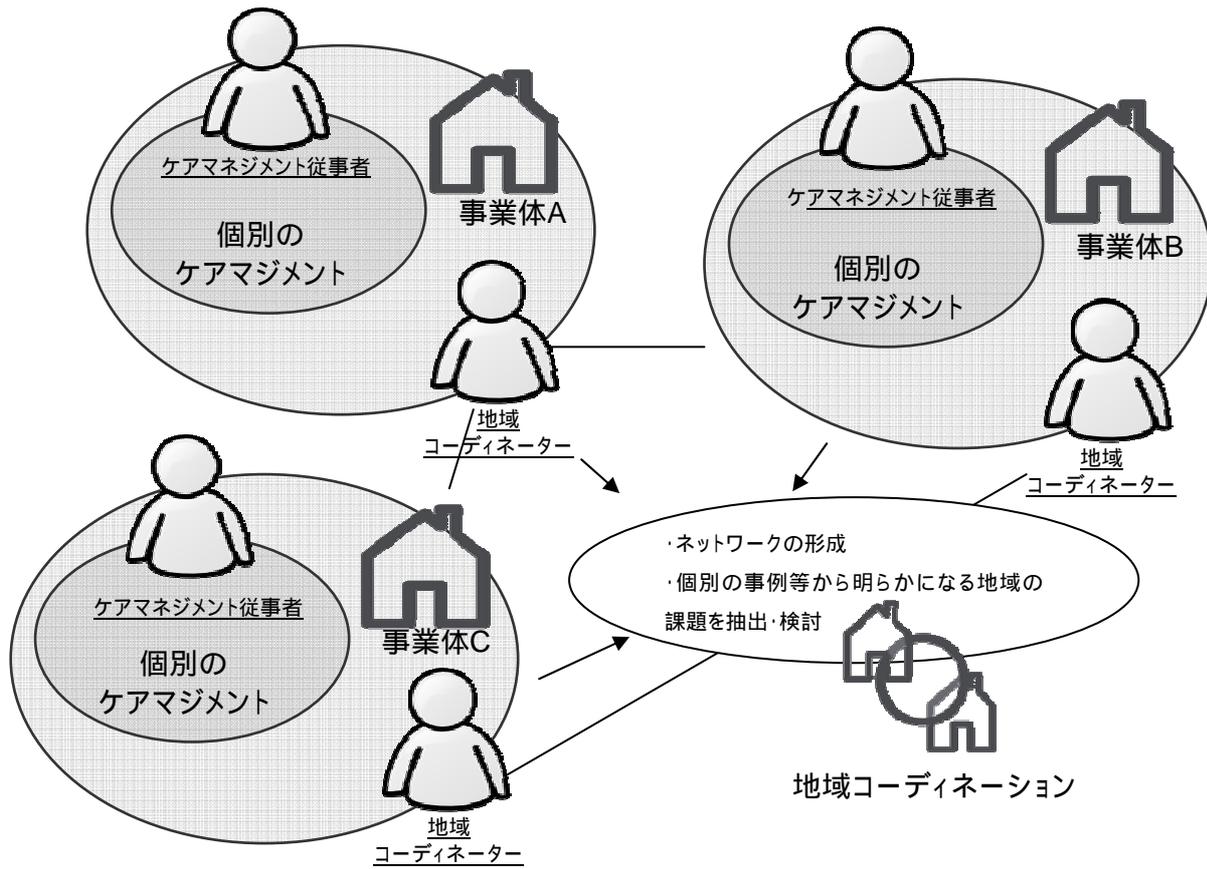
- ・ ネットワークの形成と役割の確認
- ・ 地域課題の共有
- ・ 社会資源のオープン性の保障
- ・ サービスの創出

##### 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

## 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】

- ・ ストレングスモデルを基本とする。
  - ▶ 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】

- ・ ケアマネジメントを行う人と受けの人との間の対等な信頼関係が必要である。
  - ▶ 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】

- ・ ケアマネジメントをオープンシステムで考える。
  - ▶ 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】

- ・ 支援は、利用者個人のニーズは利用者自身がか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。

### 【アドボカシー】

- ・ 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、共に主張するアドボカシーの観点を大切にする。

### 【共生社会】

- ・ 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】

- ・ 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】

- ・ 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。

## ・個別のケアマネジメントの過程とその構成要素

1) ケースとの接触・導入・エンゲージメント	
【ケースとの接触】	<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接触も行う。</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・医師等関係者の中で、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。

#### 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】

- ・ 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】

- ・ 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】

- ・ 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を確認する。

【定期的なモニタリング】

- ・ 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】

- ・ 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】

- ・ 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】

- ・ 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

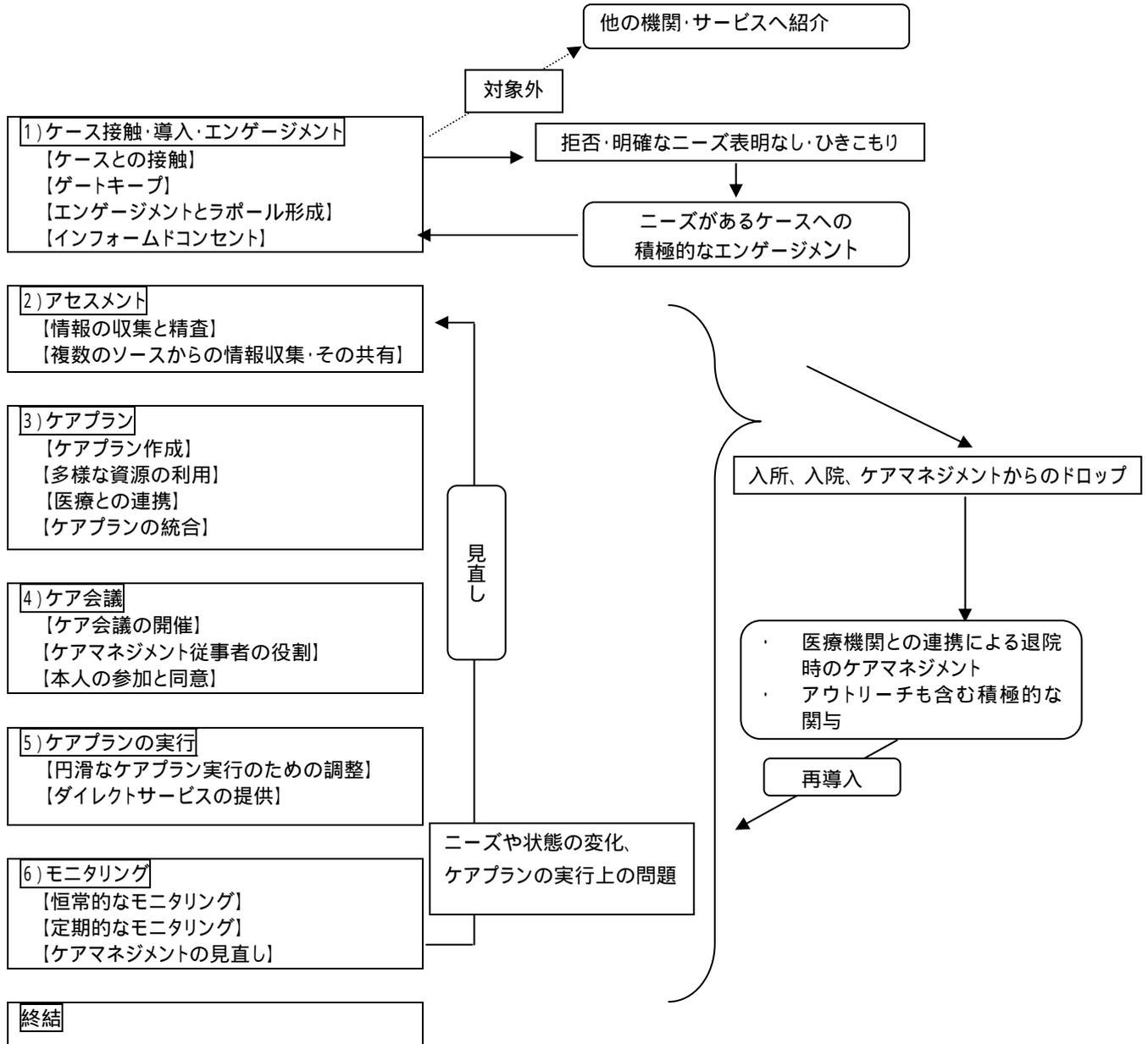
- ・ ケアマネジメントの終結にあたっては、
  - 利用者が充分回復した感覚を持ち、ケアマネジメントを要しないと感じている。
  - 利用者とサービスとの関係が良好・安定的で今後も関係の継続が見込まれる
  - ケアマネジメント従事者も、利用者の状態は満足した状態であり、終了に同意できる等の要件を満たす。
- ・ 上記の過程を満たし、終了した場合にも、再エントリーは容易に可能である。

その他	
【医療との連携の必要性】	<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。

【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。

## 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"> <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>
ケア会議とネットワークの連動	<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>
地域課題の共有	<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>
社会資源のオープン性の保障	<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体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>
サービスの創出	<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。

## 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"> <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エフォート率が高い。</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>
サービス提供形態	<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>
記録	<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>
人材育成の機会	<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>
サービスの質の確保のための評価	<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>