

資料 13 H21 年度プロジェクト フェイスシート 基礎データ

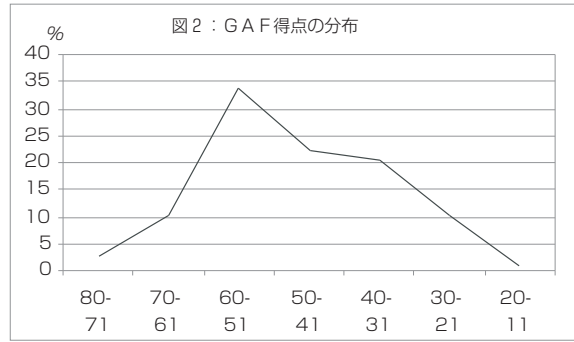
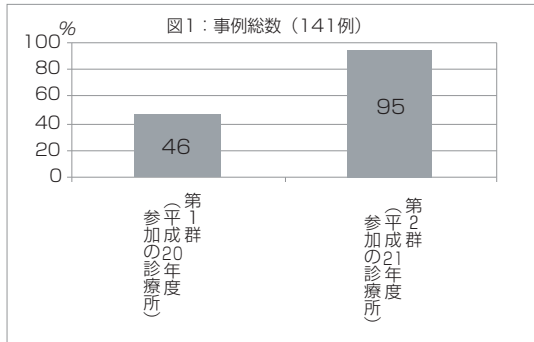


図3：GAF得点

平均	47.30
標準偏差	12.33
最低点	20
最高点	80

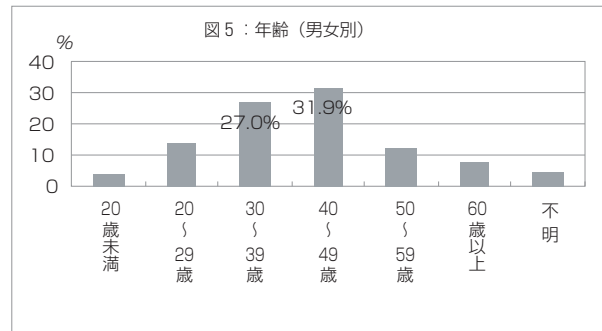
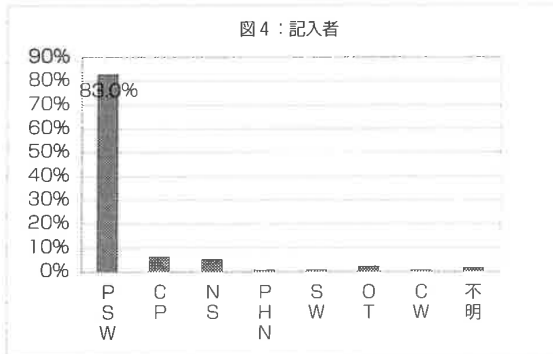


図6：婚姻

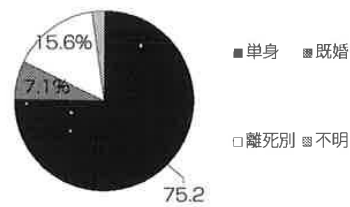


図7：性別

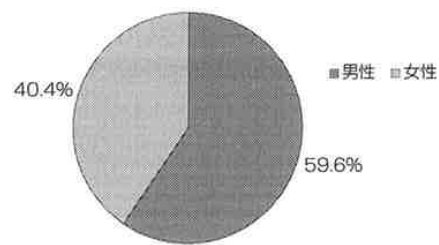


図8：診断名 (重複診断含む)

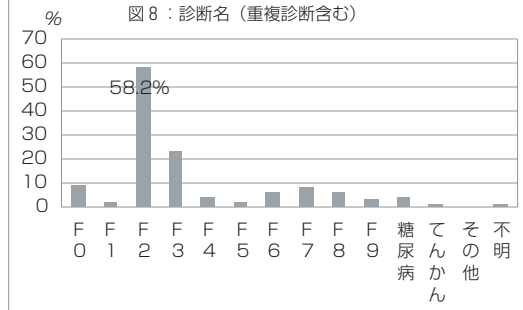
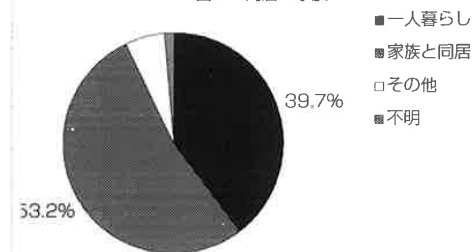
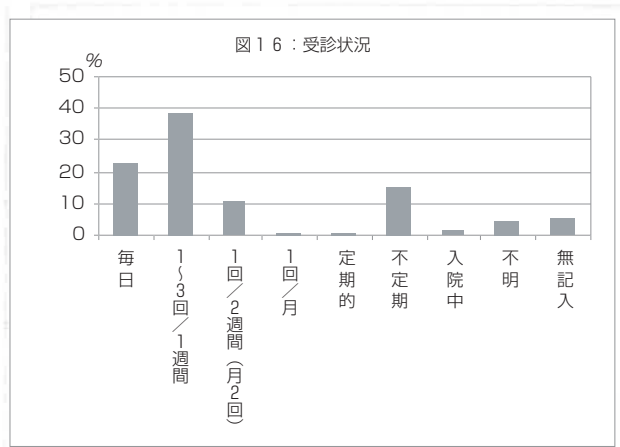
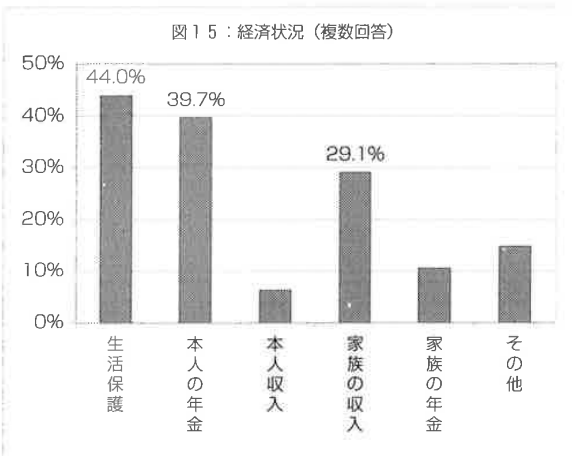
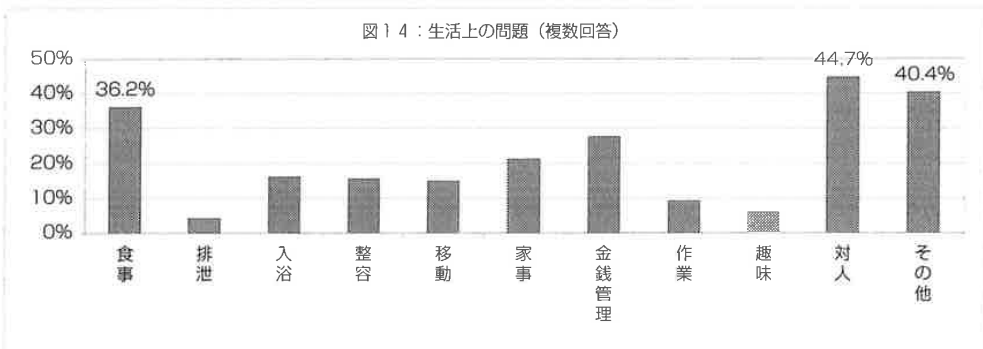
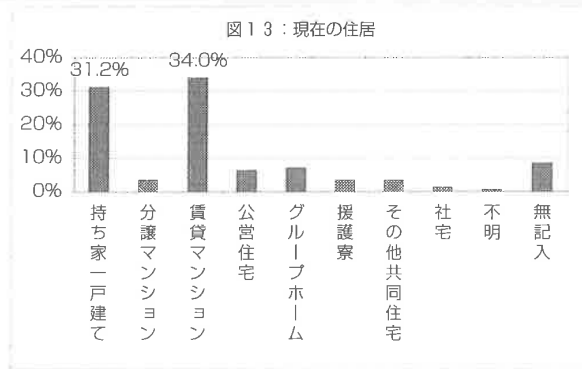
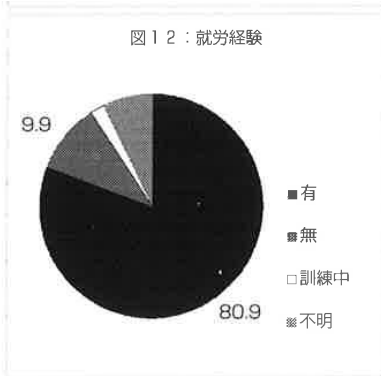
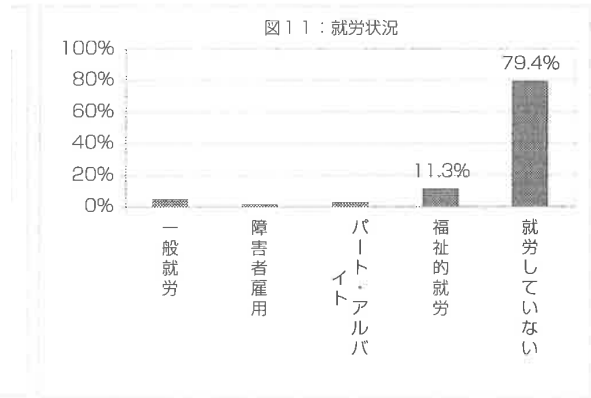
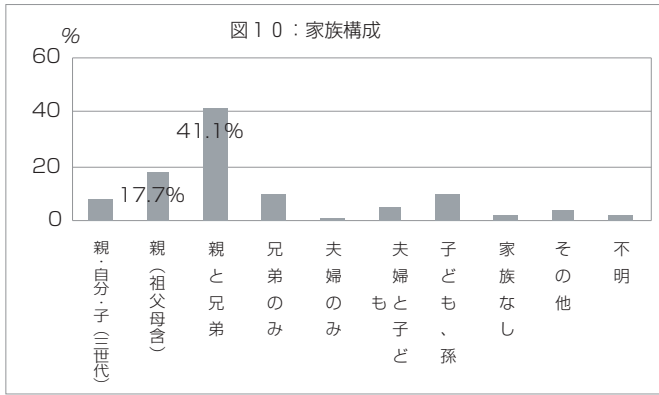
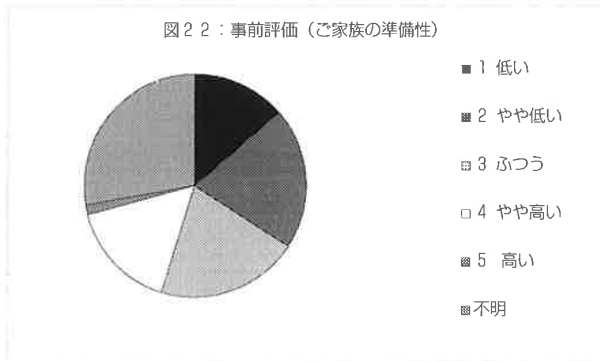
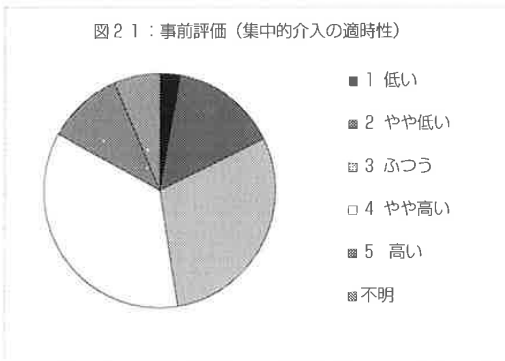
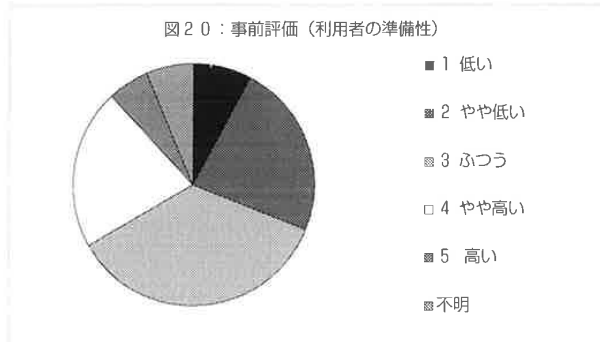
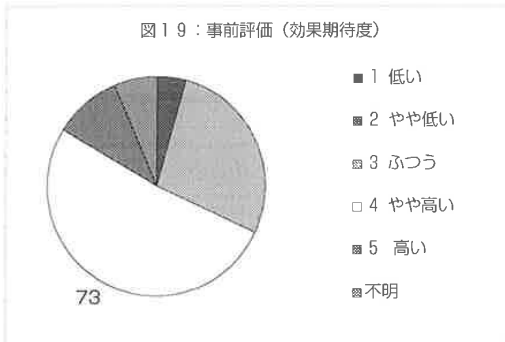
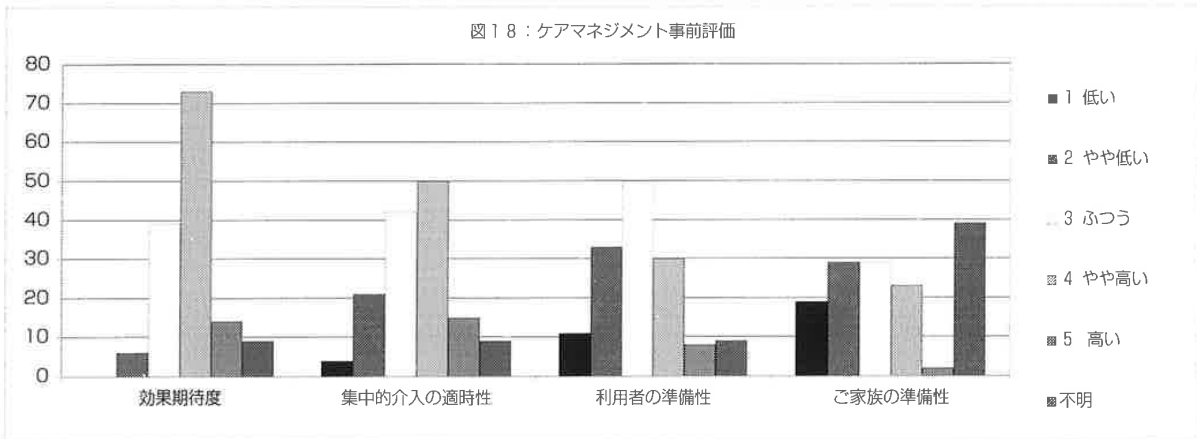
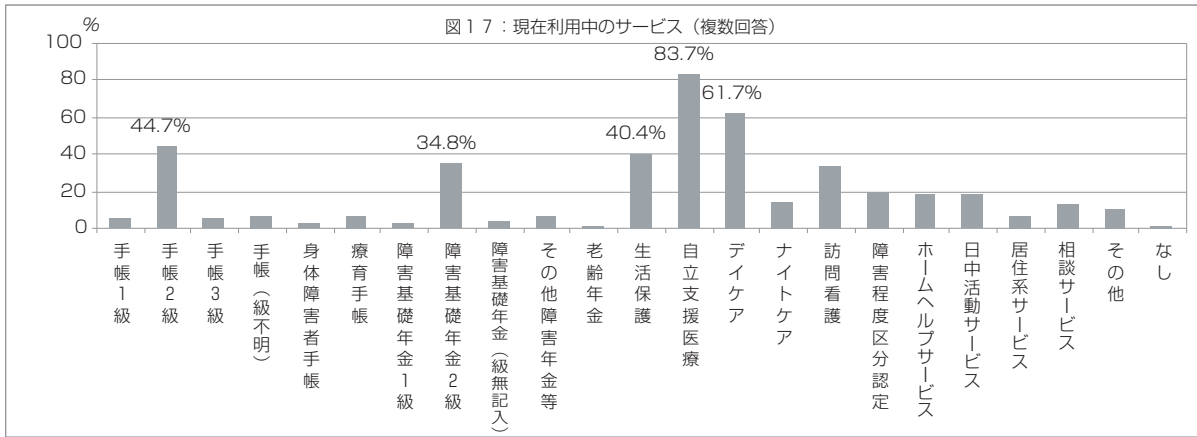
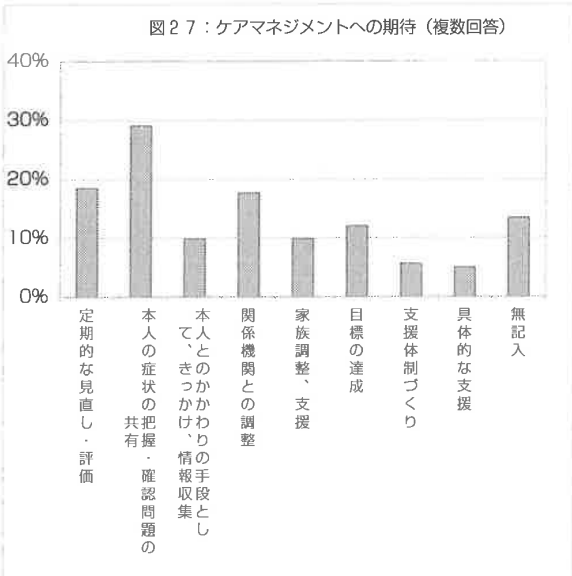
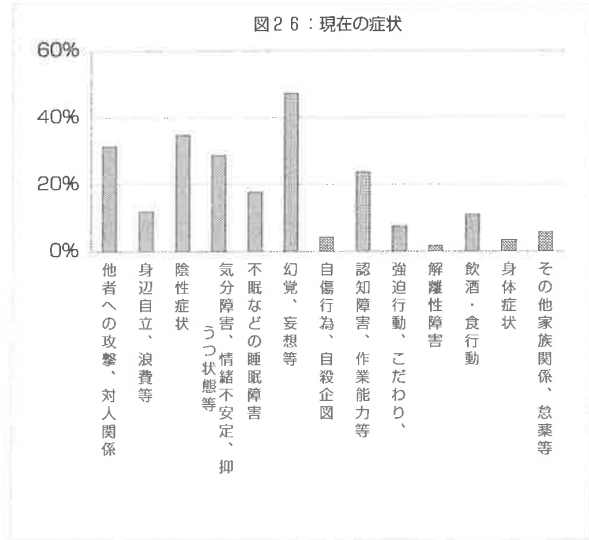
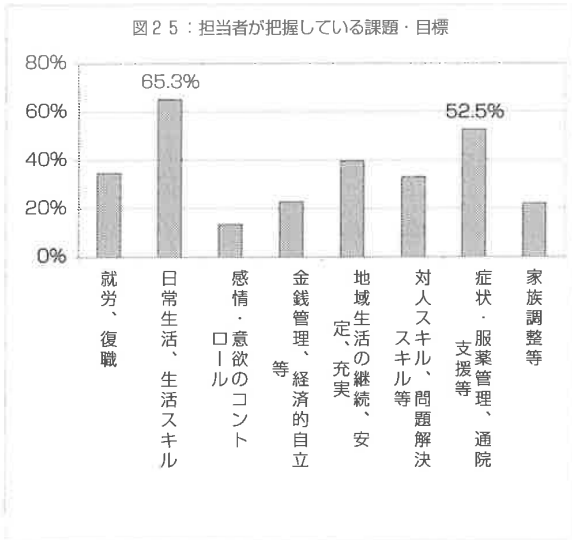
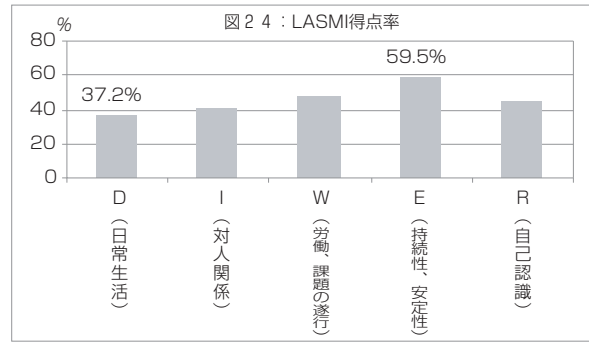
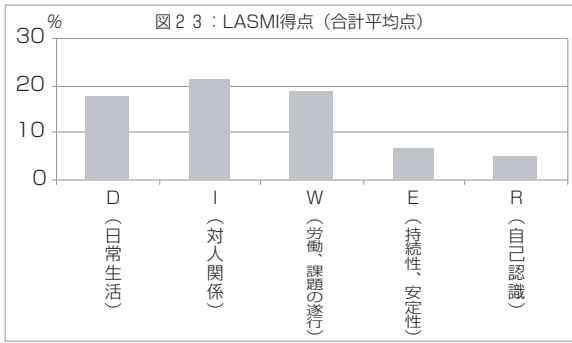


図9：同居の家族



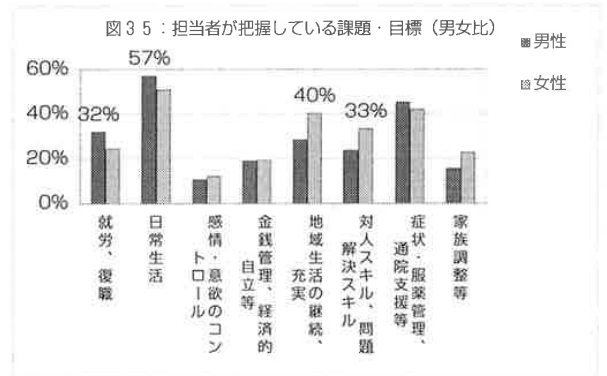
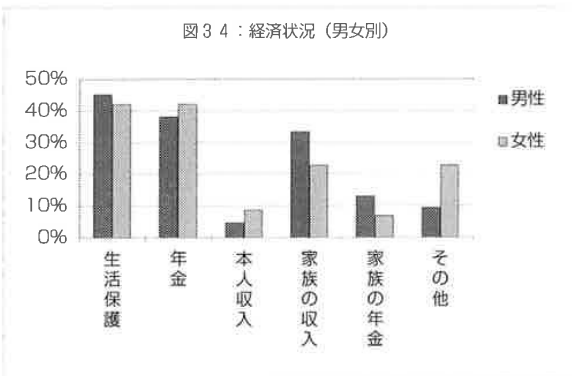
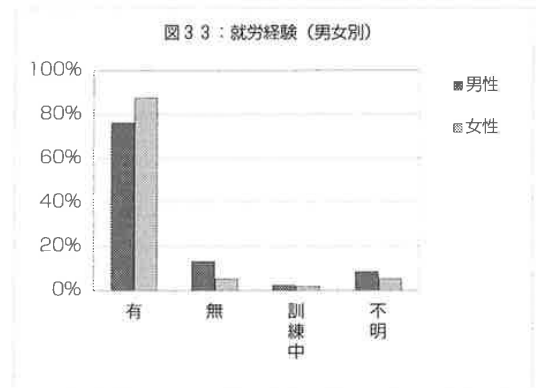
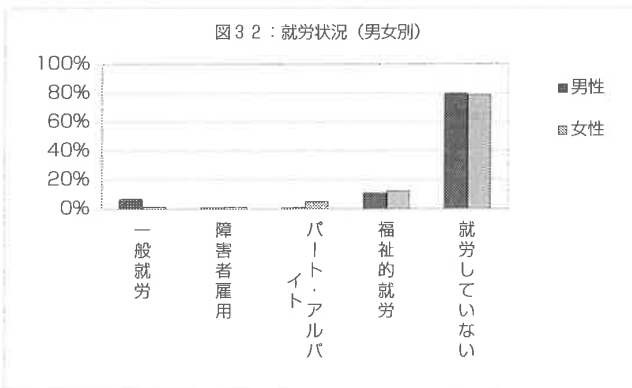
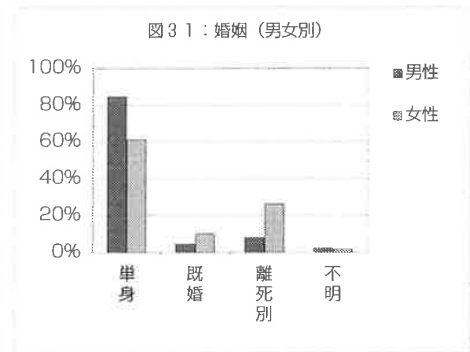
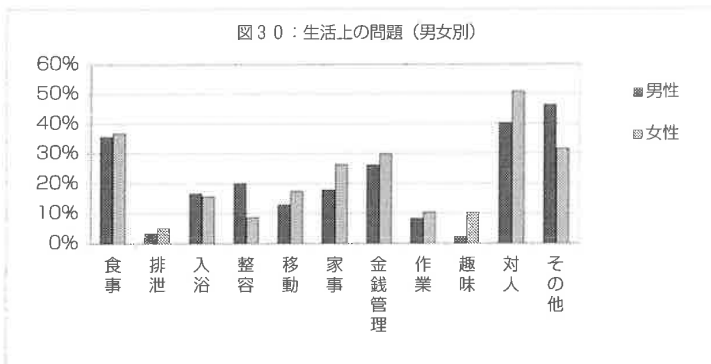
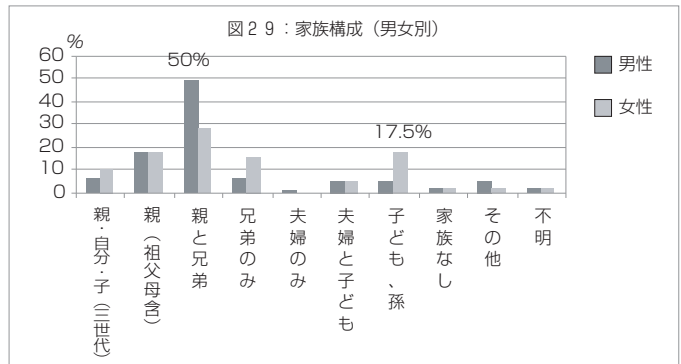
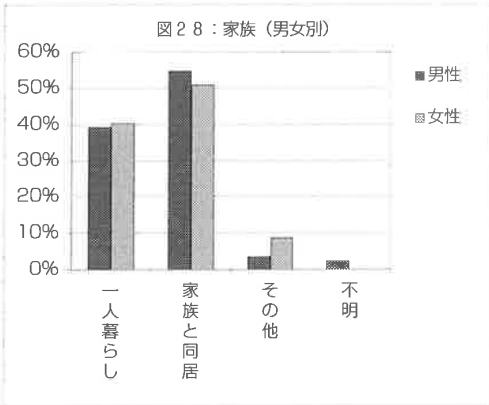


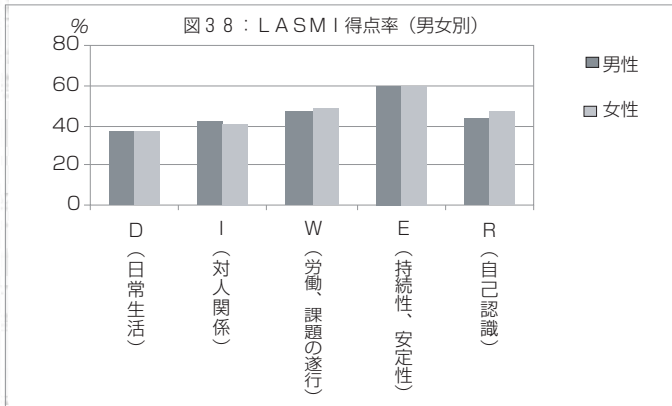
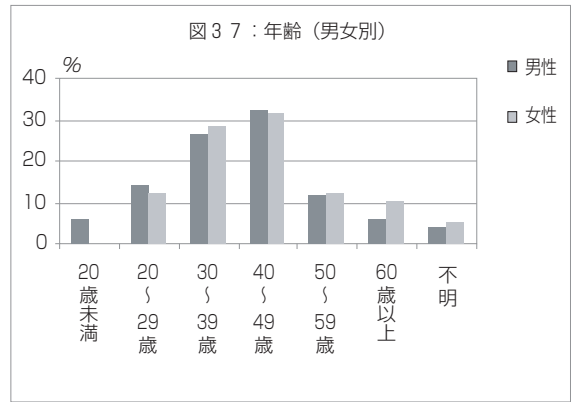
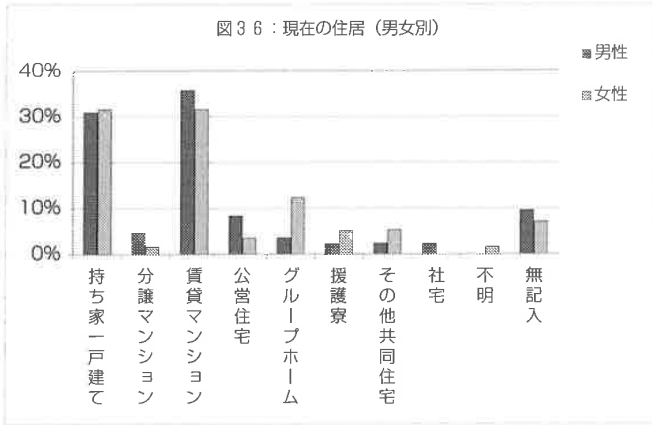




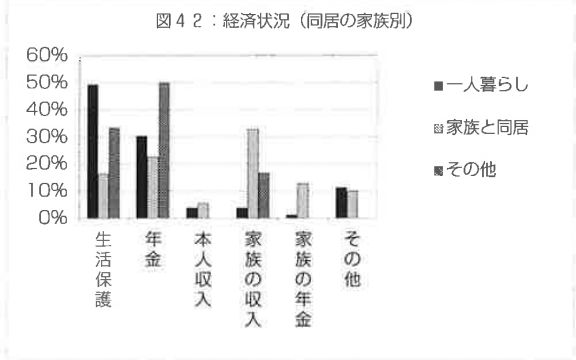
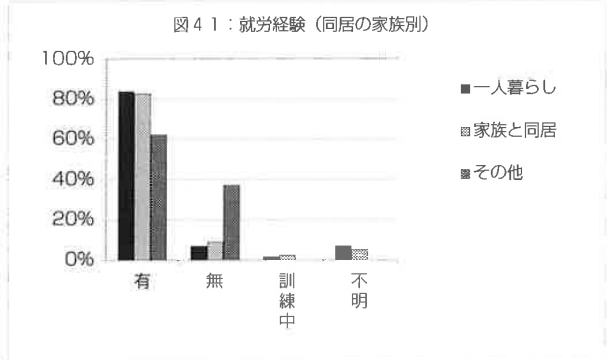
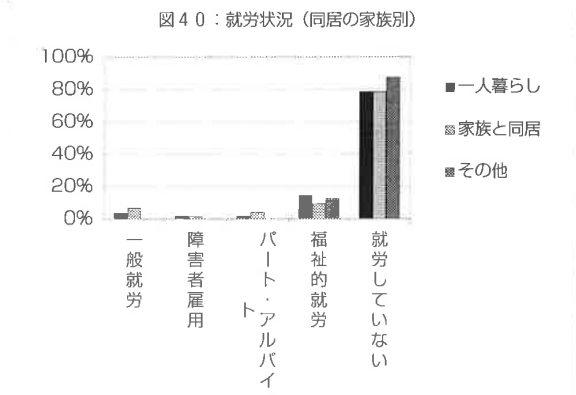
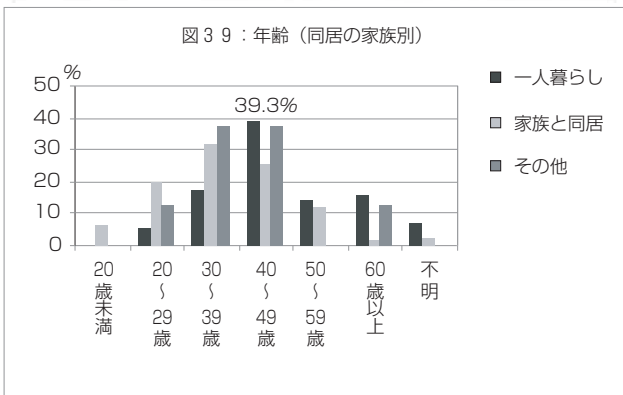
1. 性別

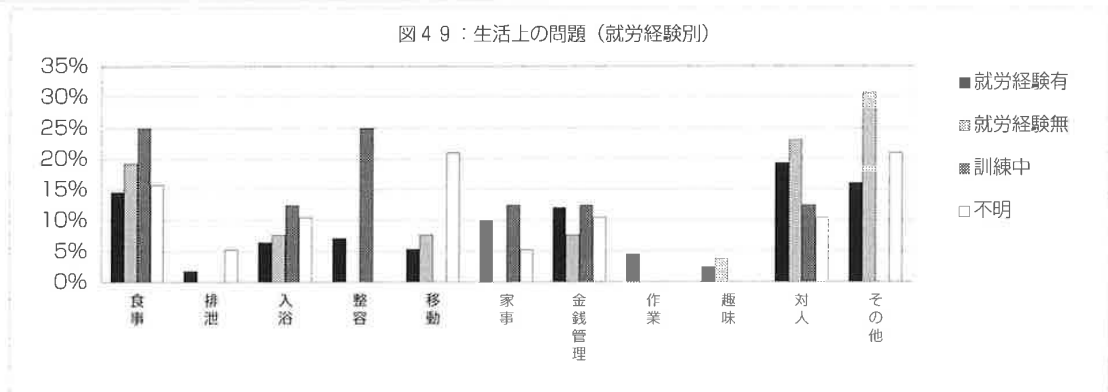
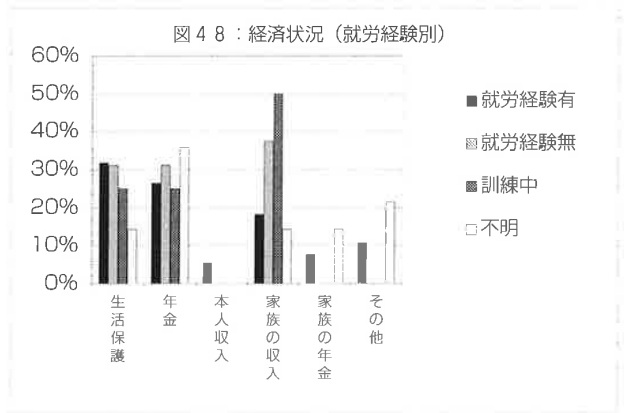
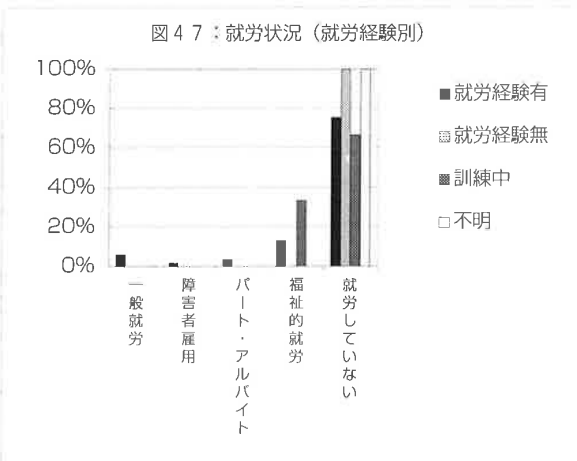
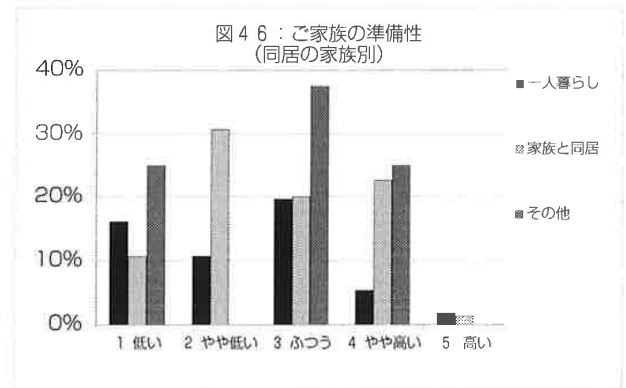
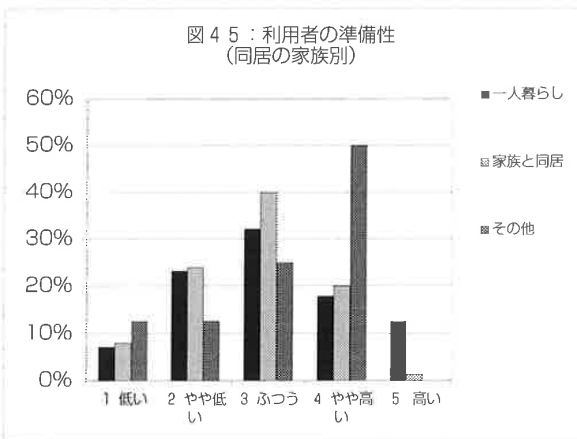
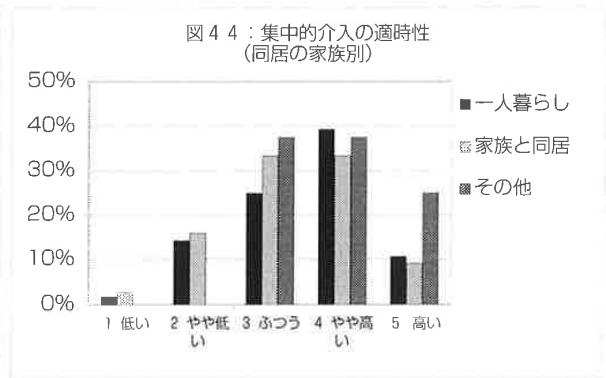
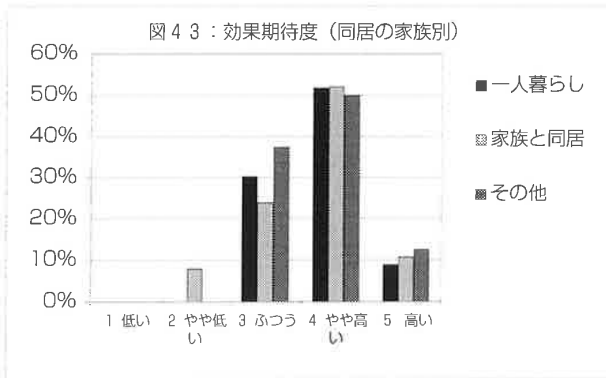
男性	84
女性	57

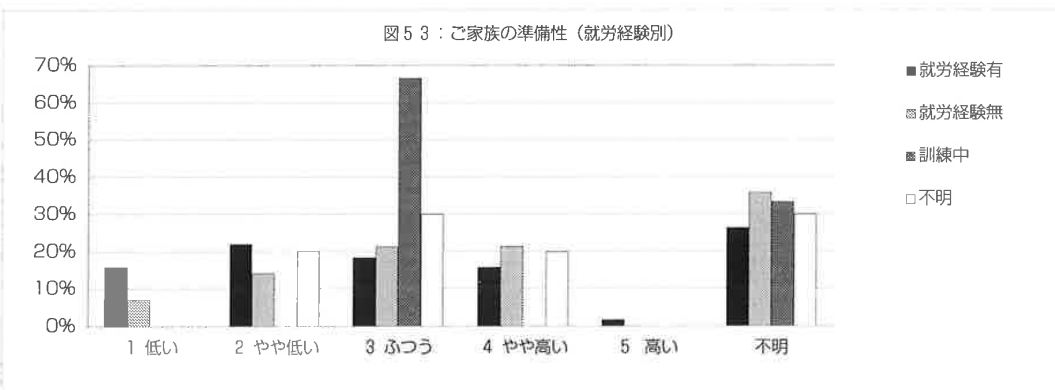
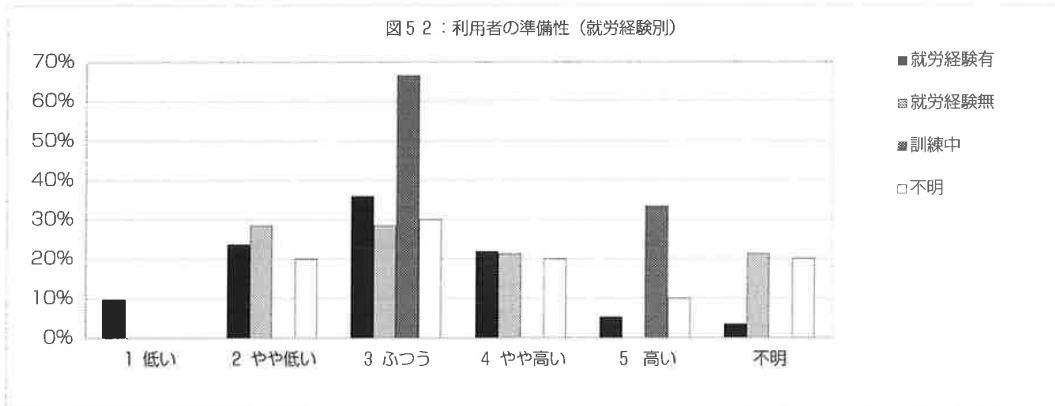
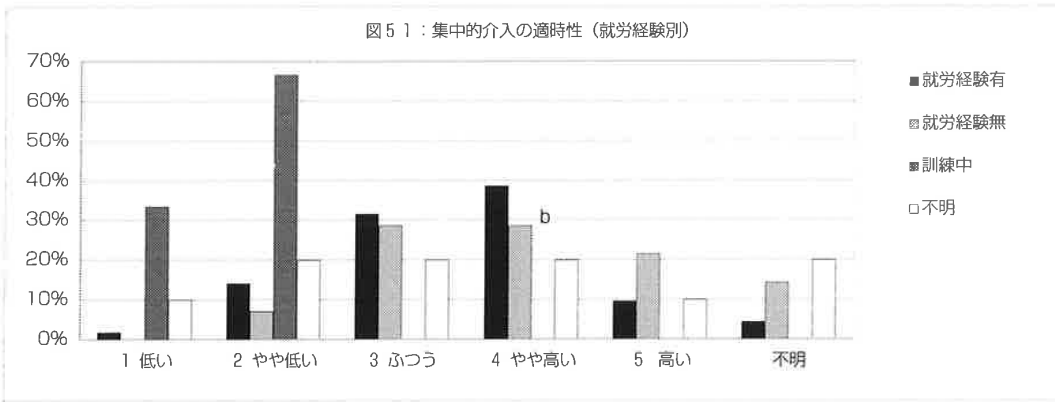
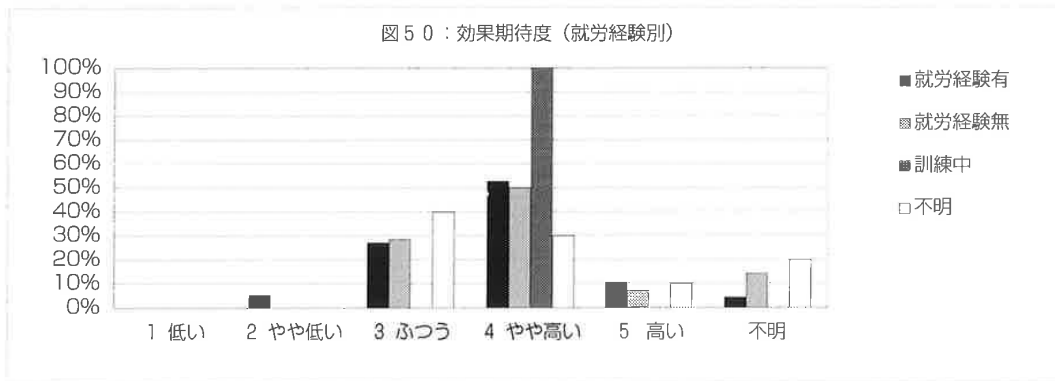




2. 同居の家族別







資料 15

日精診版ケアマネジメント アンケート (診療所) 2009/1/4

診療所名 _____ 都道府県名 _____ (記入者名 _____ 職種 _____)

このアンケートでは、日精診版ケアマネジメントに取り組んでいただくにあたり、貴診療所の現状等についてお聞きします。1～3については現状を、4、5については実践を想定してのご意見をご記入ください。

1. 人的資源: 構造と構成

1-1 診療所内のスタッフは何人ですか(事務職も含む)。それぞれにご記入ください。

	常勤	非常勤
医師	人	人
コメディカル(NS、PSW、CP、OT等)	人	人
事務職	人	人

1-2 日精診版ケアマネジメントに取り組むにあたり、チームを構成するスタッフは平均何人でしょうか。

実践していない	2人	3人	4～5人	6人以上

1-3 日精診版ケアマネジメントに取り組むスタッフの(主たる職種ごとの)人数は何人でしょうか。常勤・非常勤は問いません。

	0人	1人	2人	3～4人	5人以上
医師					
看護師					
保健師					
精神保健福祉士					
社会福祉士					
ソーシャルワーカー(資格なし)					
心理技術者					
作業療法士					
事務職					
その他()					

1-4 日精診版ケアマネジメントに取り組むスタッフの貴診療所における勤続年数ごとの人数についておたずねします。

1年未満	1～3年	3～5年	5～10年	10年以上

1-5 日精診版ケアマネジメントに取り組むスタッフの間でミーティングがどの程度実施できていますか(主治医も含めて)。

月1回以下	月2～3回	週1回	週2～3回	週4回以上

1-6 診療所内に下記のプログラムに従事しているスタッフが何人いますか。

	実施していない	1人	2人	3人	4人以上
SST					
就労支援					
薬物・アルコール依存回復支援					
心理教育					
家族教室					
認知機能リハビリテーション(SST以外)					
その他()					

1-7 下記のプログラムについて、貴診療所通院中の方が利用したことのある、貴診療所外の機関は何カ所ありますか。

	実施していない	利用していない	1か所	2か所	3か所以上
SST					
就労支援					
薬物・アルコール依存回復支援					
心理教育					

家族教室					
認知機能リハビリテーション(SST以外)					
その他()					

2. 組織の枠組み

2-1 ケアマネジメント従事者が個別面接を行う個室の使用についておたずねします。

使用できる個室がない	ほとんど使用できない	ときどき使用できない	おおむね使用できる	常時使用できる

2-2 訪問支援を実施するための移動手段についておたずねします。

移動手段が確保できないため訪問していない	—	移動手段は確保しているが不十分である。	—	移動手段は確保しており、臨機応変に訪問している

2-3

スーパービジョンを受けられる体制が用意されていますか(院内の個別スーパービジョン、グループスーパービジョン)。

用意されていない	月1回未満	月1回	月2～3回	週1回以上

2-4 地域でのケア会議や事例検討会、研修会等に、診療所全体としてどの程度参加していますか。

会議等がない	6か月以上に1回	2～6か月に1回	月1～3回	週1回以上

3. サービスの特徴

3-1 現在診療所で行っているサービスとその頻度についておたずねします(Oをつけてください)。

	実施していない	今後実施を検討している	実施している(週1回以下)	実施している(週2～3日)	実施している(週4日以上)
往診					
デイケア					
ナイトケア					
ショートデイケア					
訪問看護・訪問支援					
外来集団精神療法					
作業療法的関わり(外来、デイケア等で)					
その他(内容を具体的にご記入ください)					
()					
()					
()					

3-2 下記のサービスについて、貴診療所通院中の方が利用したことのある、貴診療所外の機関数は何カ所ありますか。

	実施している機関はない	あるが利用していない	1カ所	2カ所	3カ所以上
デイケア・ナイトケア					
訪問看護・訪問支援					
訪問サービス(保健所、支援センター、市町村等)					
ホームヘルプサービス					
ショートステイ					
日中活動系サービス					
就労移行支援					

就労継続支援 A型・B型					
就労支援(就業・生活支援センター等)					
職業訓練(職適・トライアル雇用等)					
その他(内容を具体的にご記入ください)					
()					
()					
()					

3-3 ケアマネジメント従事者が、1件の利用者に対して1週間にどの程度の時間を確保できますか(電話対応も含む)。

30分未満	30～60分	60～90分	90～120分	120分以上

4. 日精診版ケアマネジメントについて、貴診療所における対象ケースのうちの割合でお答え下さい。

4-1 ケアマネジメント従事者を固定できる割合はどの程度ですか。

0～20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60～80%未満	80～100%

4-2 利用者本人の同意が取れる割合はどの程度ですか。

0～20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60～80%未満	80～100%

4-3 ケアマネジメント従事者がケアマネジメント期間中に自宅に1回以上訪問できる割合はどの程度ですか。

0～20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60～80%未満	80～100%

4-4 利用者本人が参加するケア会議を開催できる割合はどの程度ですか。

0～20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60～80%未満	80～100%

4-5 医師を含めて2名以上でのチームで日精診版ケアマネジメントを取り組める割合はどの程度ですか。

0～20%未満	20～40%未満	40～60%未満	60～80%未満	80～100%

5. その他(ご意見)

5-1 日精診版ケアマネジメントにおいて、一人あたりどの程度のケースロード(受け持ち件数)が適当と思われますか。

1～3人	4～6人	7～9人	10～14人	15人以上

5-2

日精診版ケアマネジメントの導入の要件として適当と思われるものに○をつけてください(複数可)。その他の意見がありましたら右欄にご記入ください。

	○欄
本人の同意	
本人の同意と家族の同意(両方必要)	
家族の同意(本人の同意なし)	
主治医からの紹介(本人、家族の同意なし)	
院内スタッフからの紹介(本人、家族の同意なし)	
他機関からの紹介(本人、家族の同意なし)	

その他

- 5-3 日精診版ケアマネジメントの対象要件として適当と思われるものに○をつけてください(複数可)。その他の意見がありましたら右欄にご記入ください。

	○欄	その他
地域のケアマネジメント従事者がいない事例		
医療的ケアの比重が重く、症状のきめ細かな観察が必要である事例		
重複した障害・疾患がある事例		
家族ぐるみのケアが必要である事例		
身近に支援者がおらず孤立している事例		
福祉サービスの利用によって症状の改善が期待される事例		

- 5-4 日精診版ケアマネジメントの始まりから終結までにどの程度の期間が必要だと考えますか。

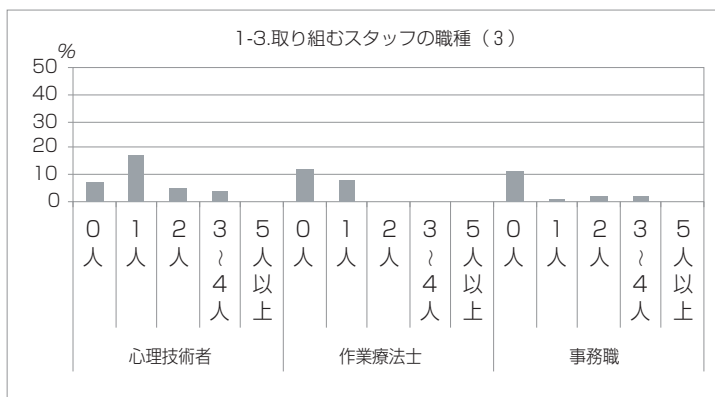
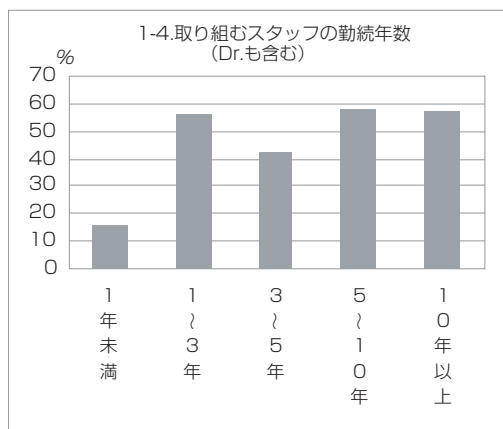
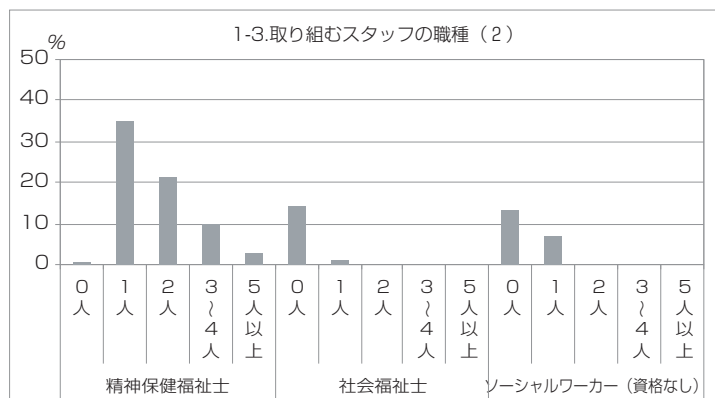
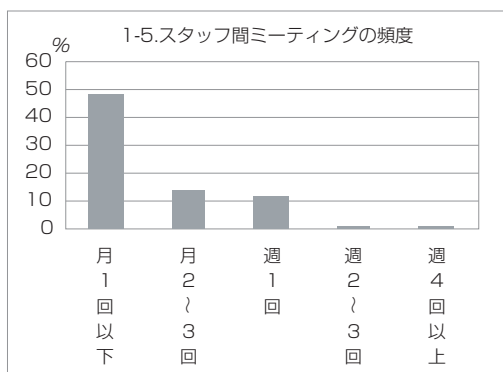
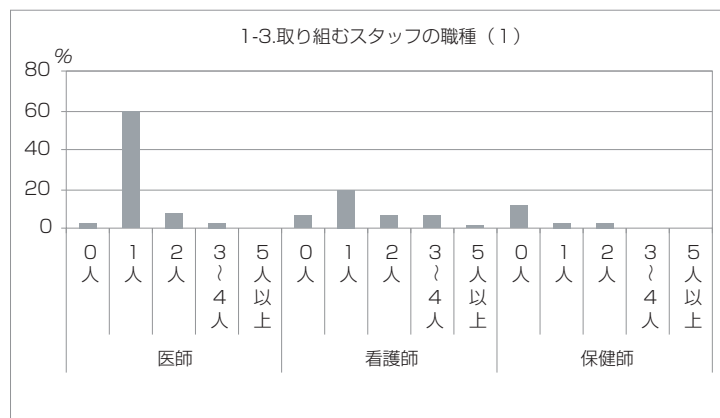
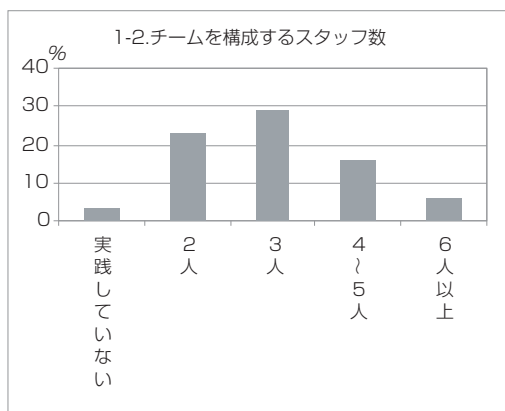
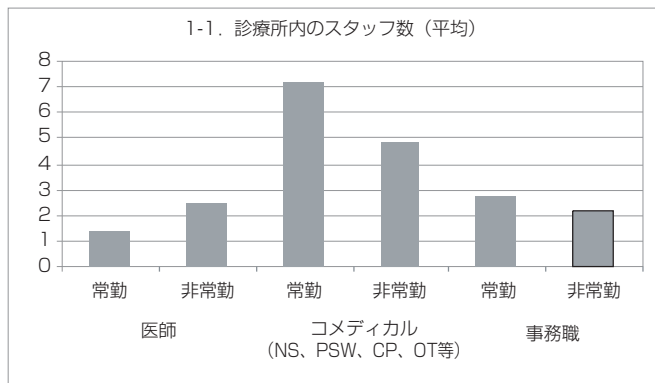
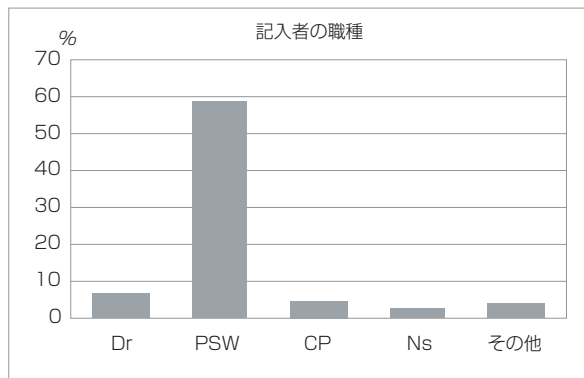
6カ月未満	6カ月～1年	1年～1年半	1年半以上	期間を設定しない

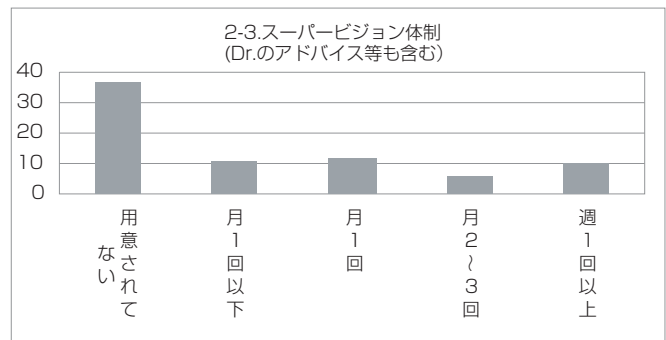
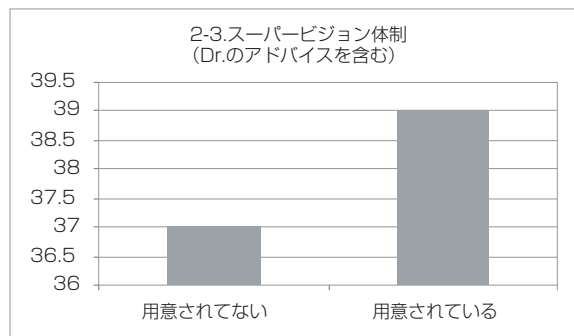
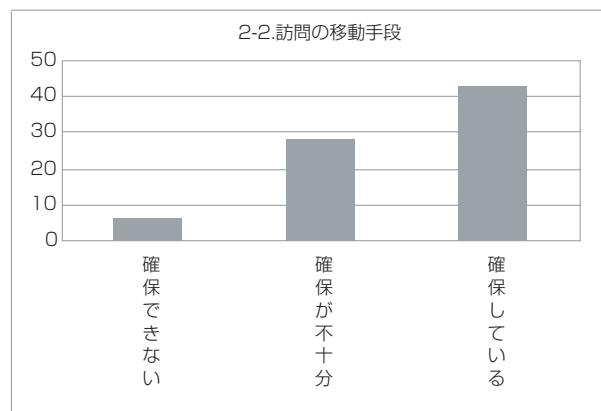
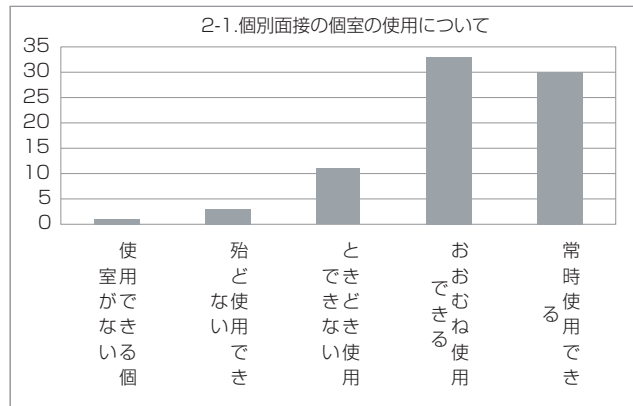
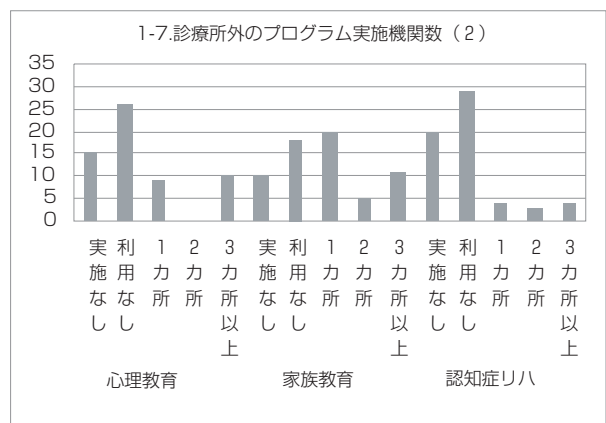
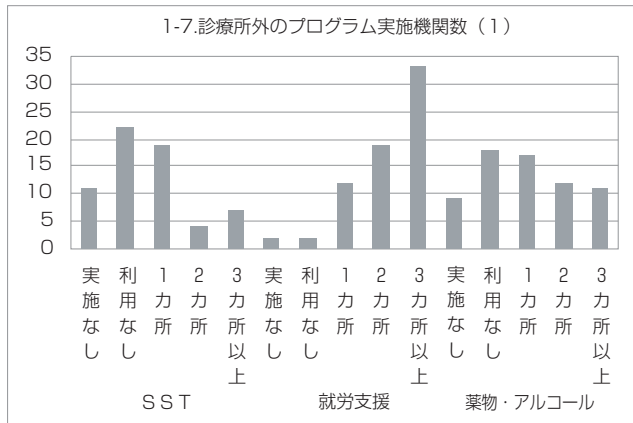
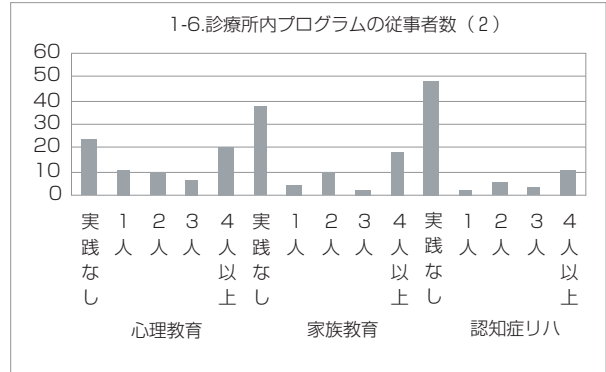
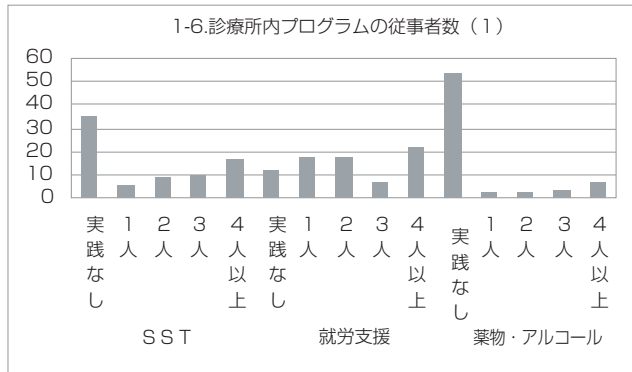
- 5-5 日精診版ケアマネジメントの終結の要件として適当と思われるものに○をつけてください(複数可)。その他の意見がありましたら右欄にご記入ください。

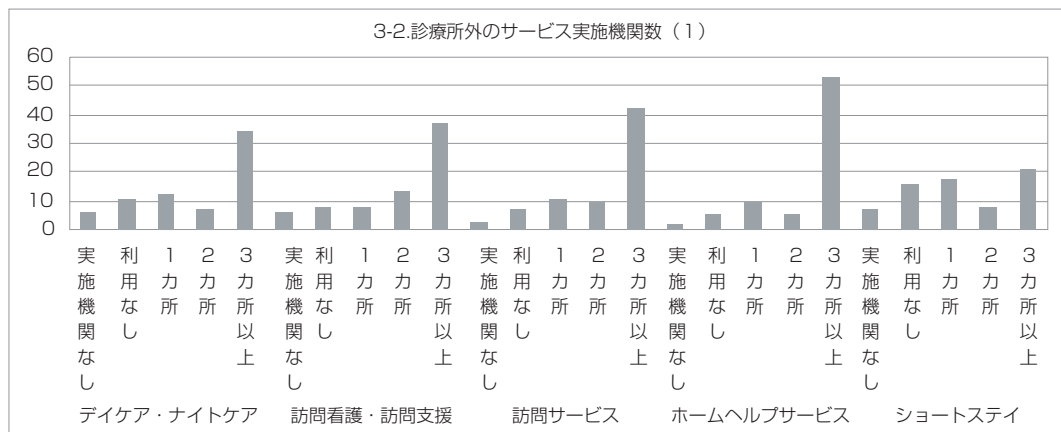
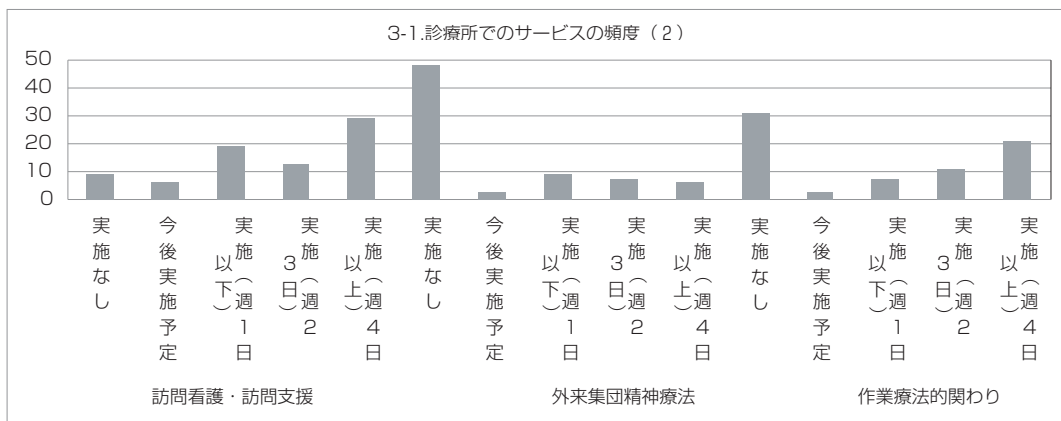
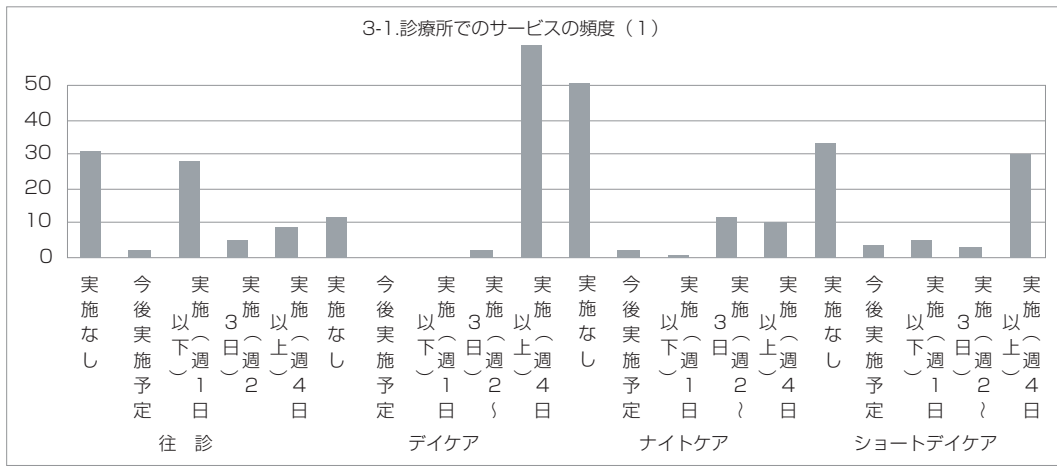
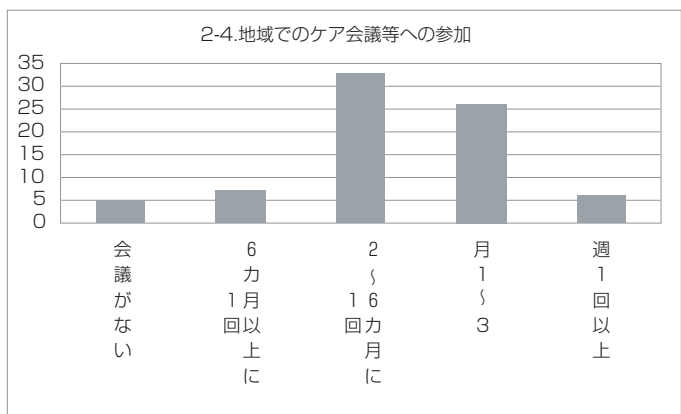
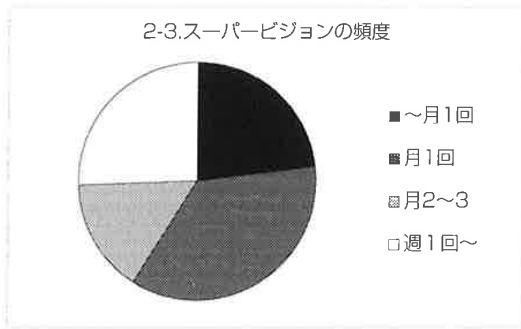
	○欄	その他
セルフマネジメントができるようになった時		
プラン作成時の当面の目標(短期目標)が達成された時		
プラン作成時の大きな目標(長期目標)が達成された時		
地域の支援機関に移行できた時		
ケアマネジメントの結果、課題が解決された時		
利用者からの終結の申し出があった時		

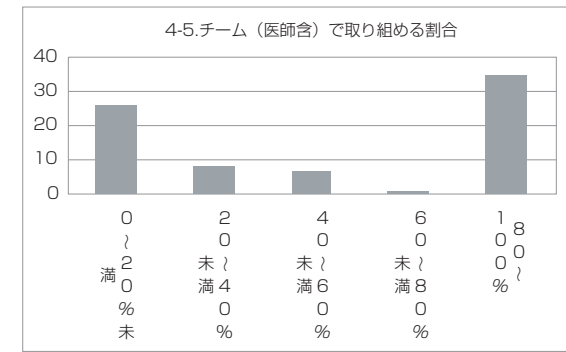
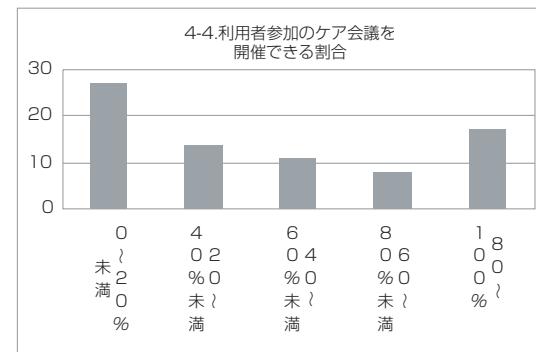
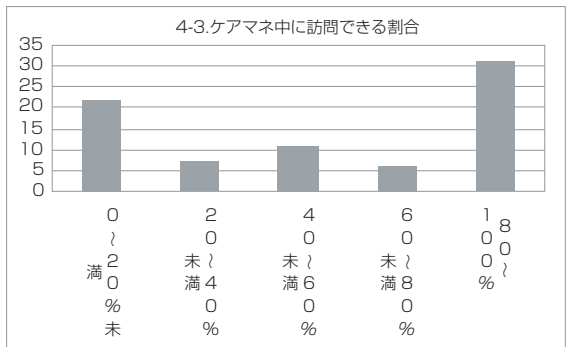
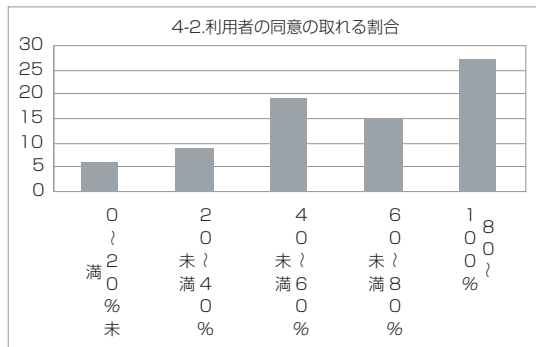
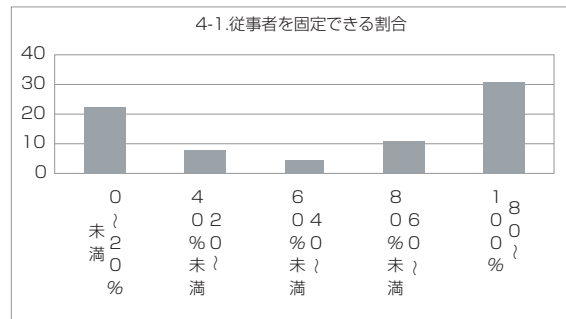
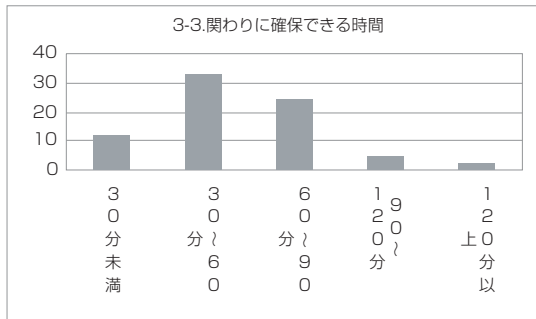
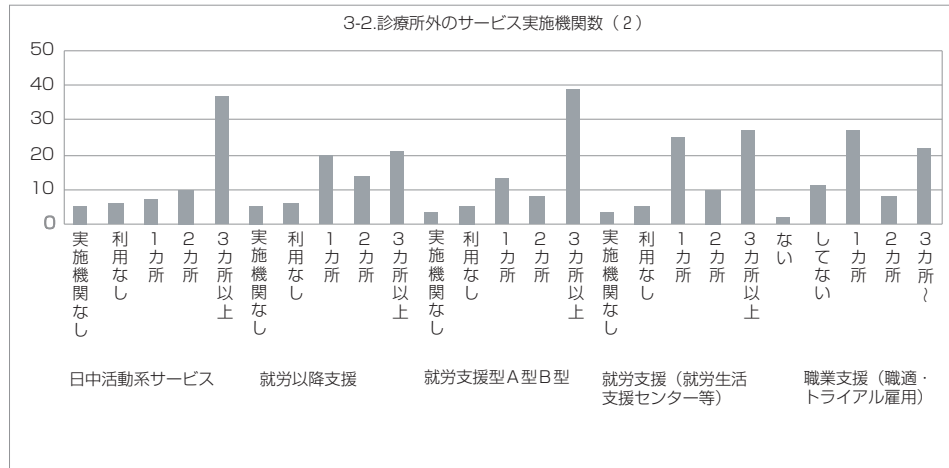
日精診版ケアマネジメント アンケート（診療所） H22年1月20日回収 総数 78 枚

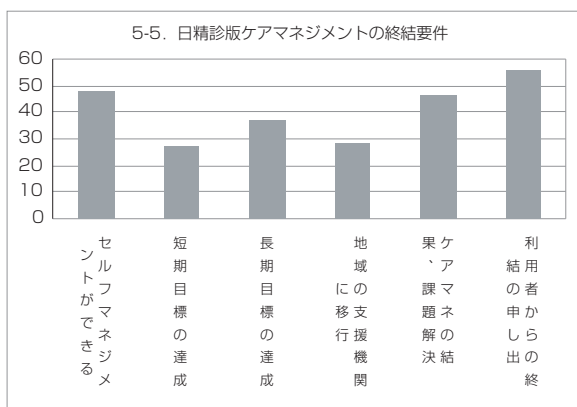
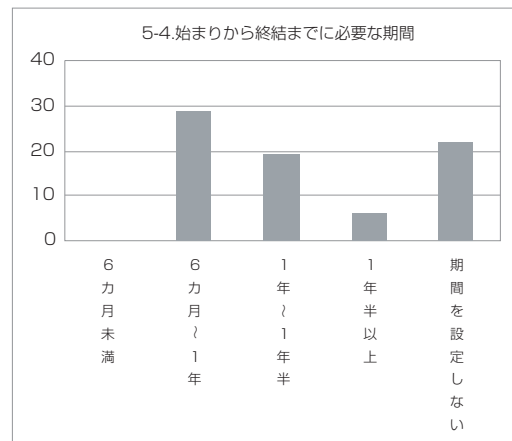
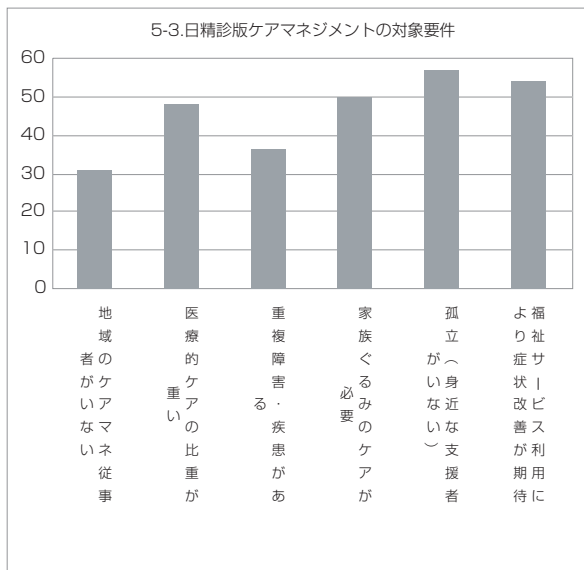
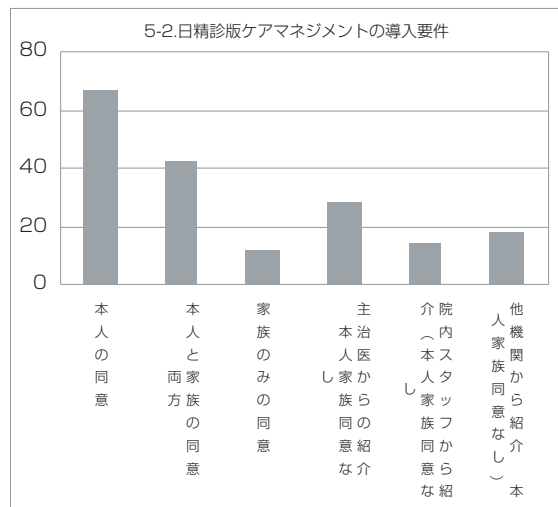
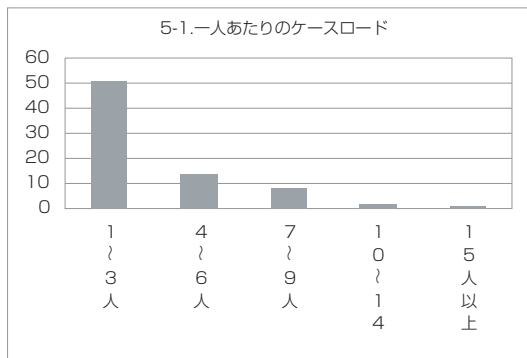
第1群：17件、第2群：61件











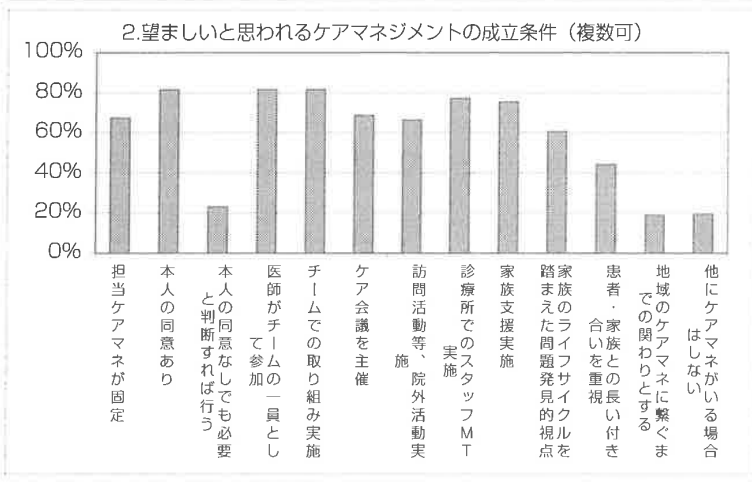
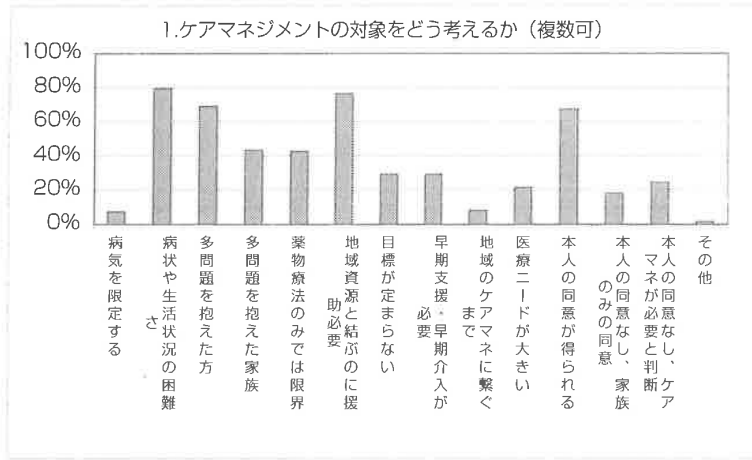
資料 16

日精診版ケアマネジメントアンケート（個人）

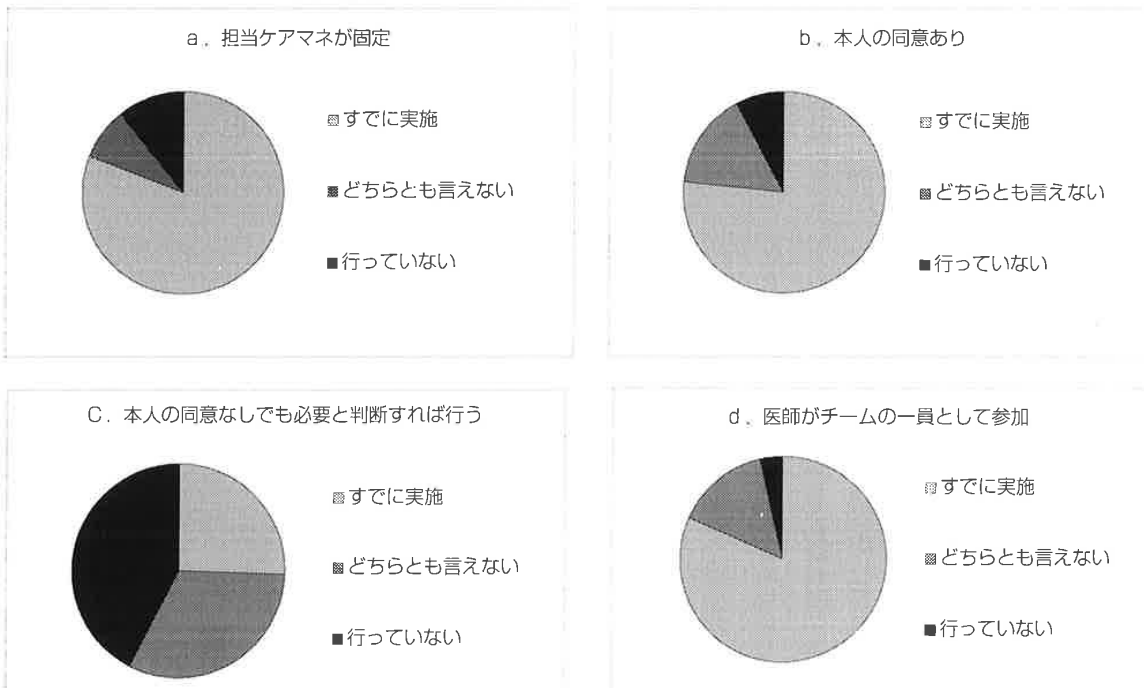
H22年1月20日回収 総数 163 枚

第1群：51件

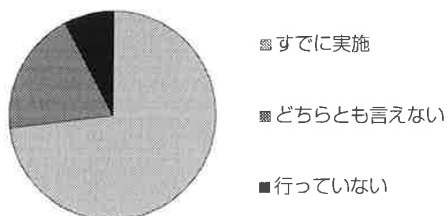
第2群：112件



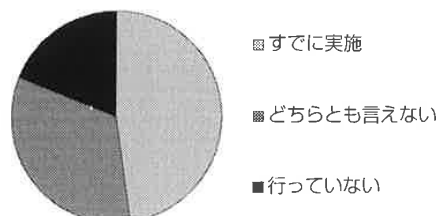
日精診版ケアマネジメントの成立条件：すでに診療所で行っているもの



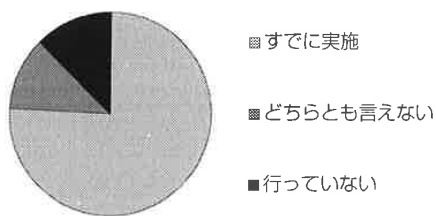
e. チームでの取り組み実施



f. ケア会議を主催



g. 訪問活動等、院外活動実施



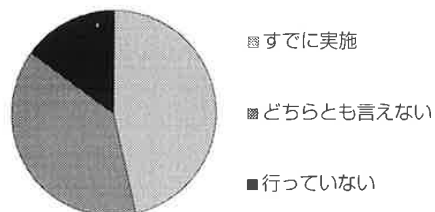
h. 診療所でのスタッフMT実施



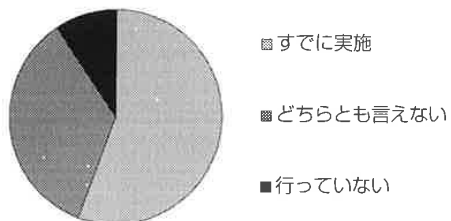
i. 家族支援実施



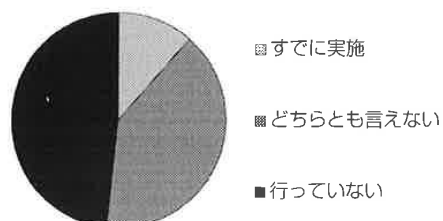
j. 家族のライフサイクルを踏まえた問題発見的視点



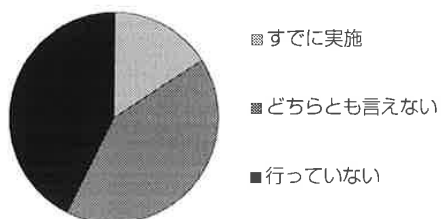
k. 患者・家族との長い付き合いを重視



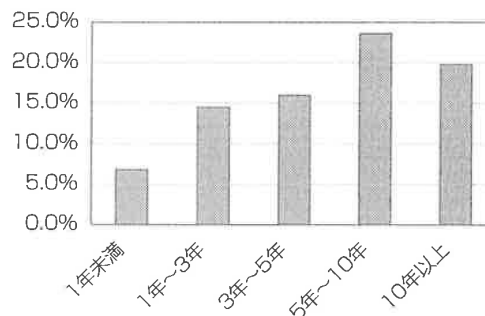
l. 地域のケアマネに繋ぐまでの関わりとする

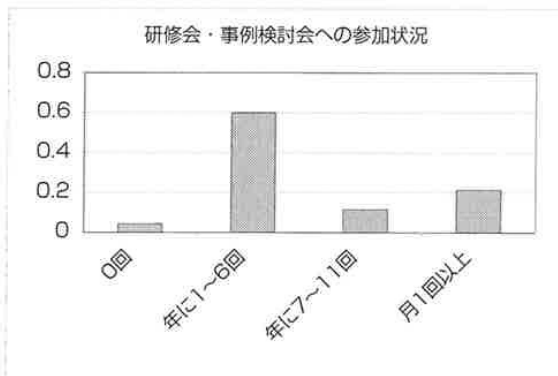
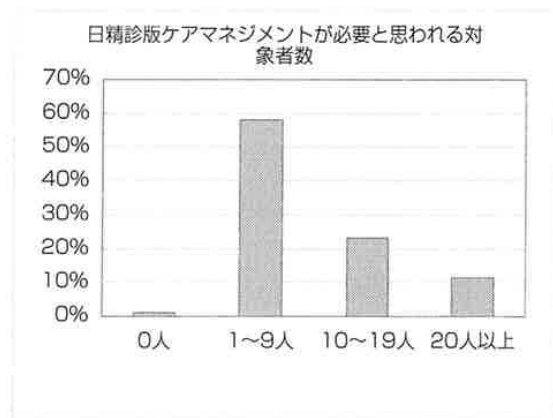
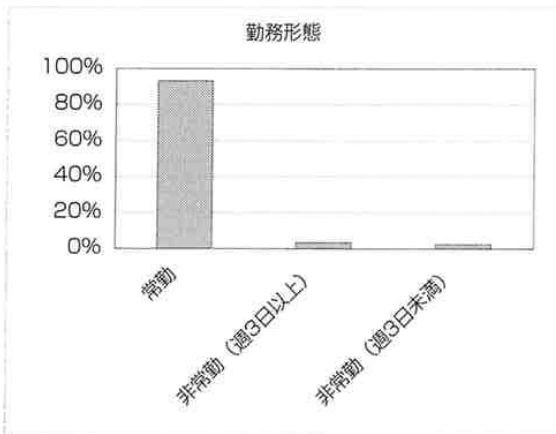
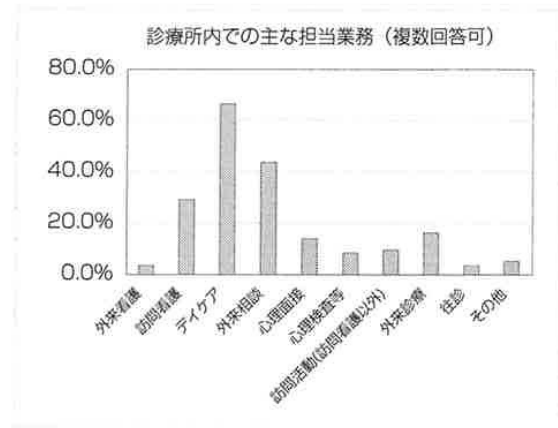
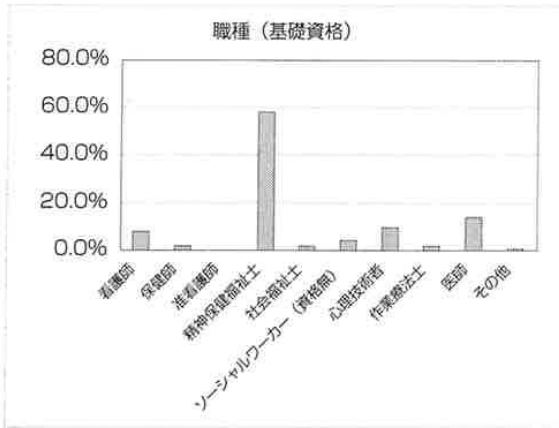


m. 他にケアマネがいる場合はしない



相談業務の経歴等（医師以外）





資料 17

追加アンケート

2010. 2. 26

提出して頂いたフェイスシート一枚につき、一枚ずつアンケートをご返信下さい。

クリニック名 _____ 担当者名 _____

<事例について>

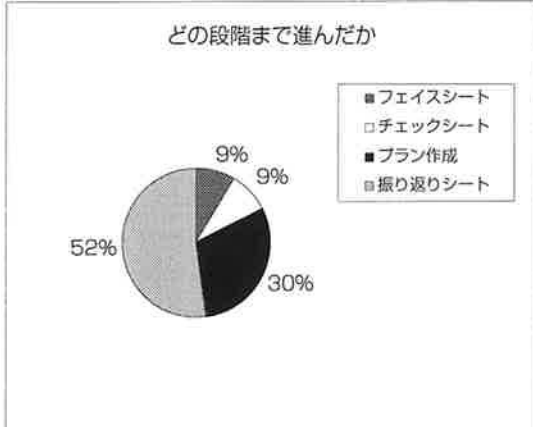
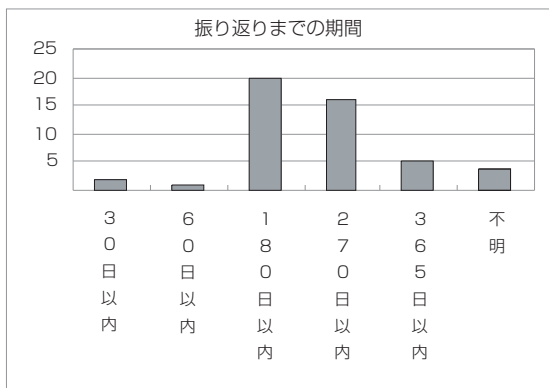
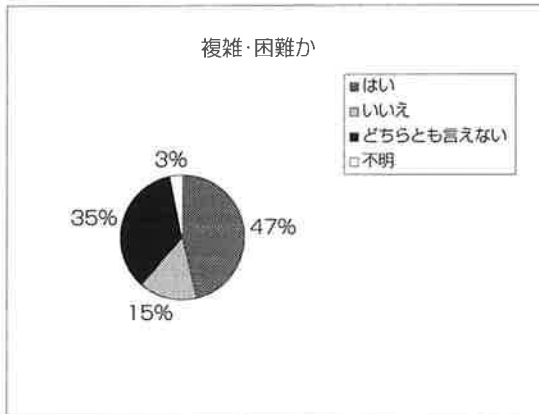
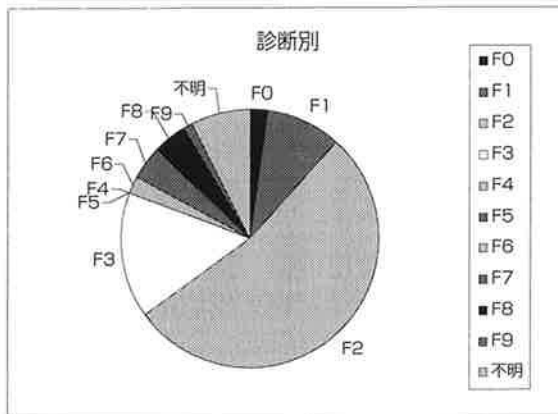
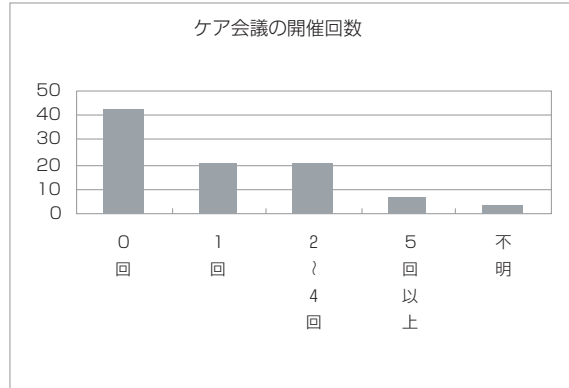
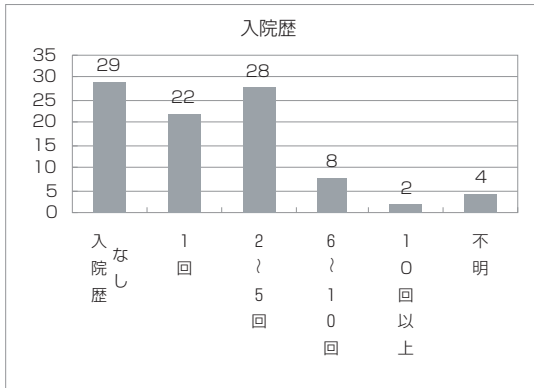
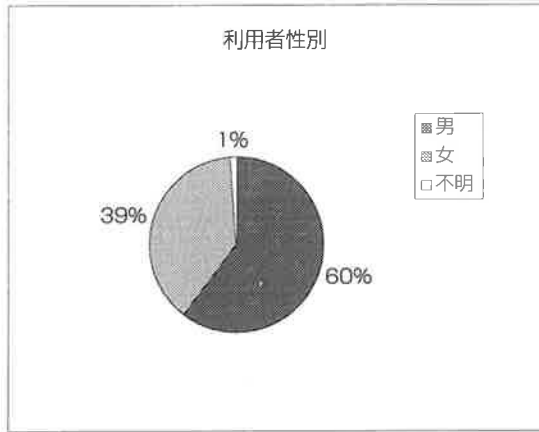
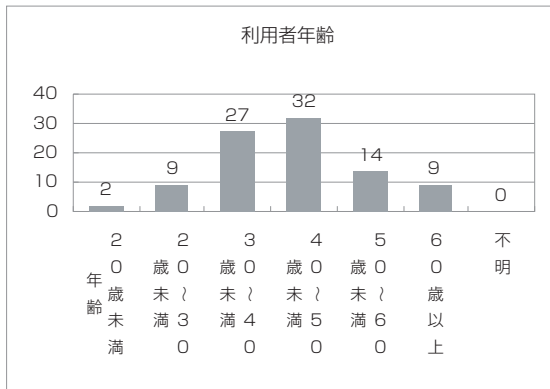
- ・年齢 (才) ・性別 (男・女)
- ・診断 ICD コード (F) (F0 ~ F9 でお答え下さい。重複診断は併記して下さい)
- ・初発 (才頃) ・貴院初診年齢 (才) ・入院歴 (回数 、計 年)
- ・「複雑で多様な困難を持つ」事例ですか (はい ・ いいえ ・ どちらとも言えない)
はい→複雑・困難の理由 ()

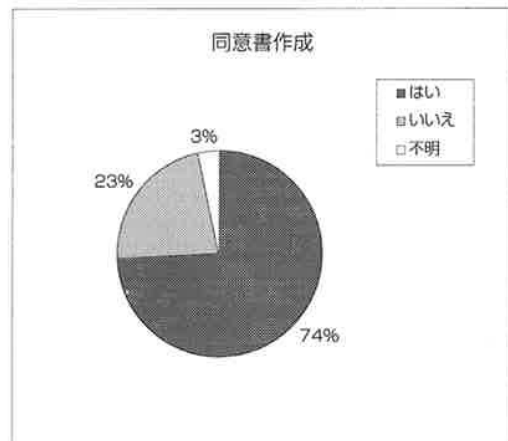
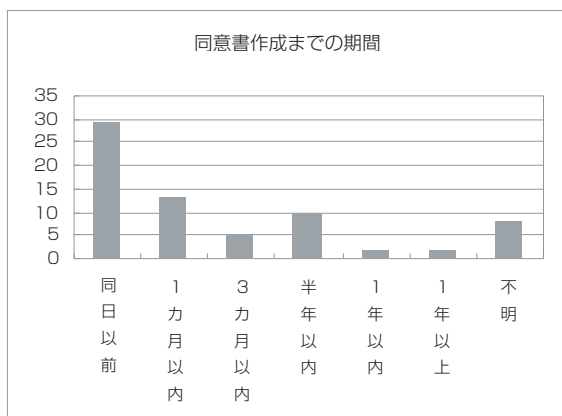
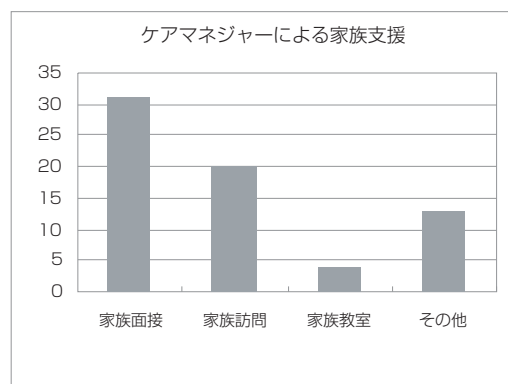
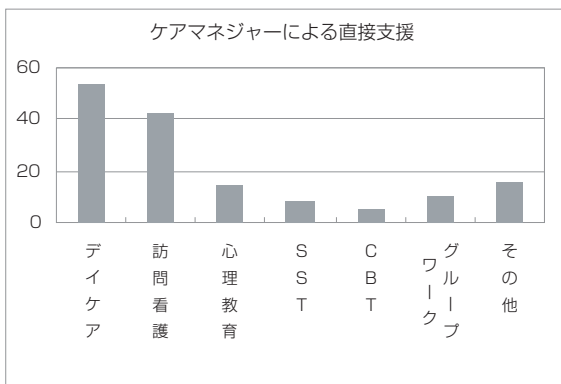
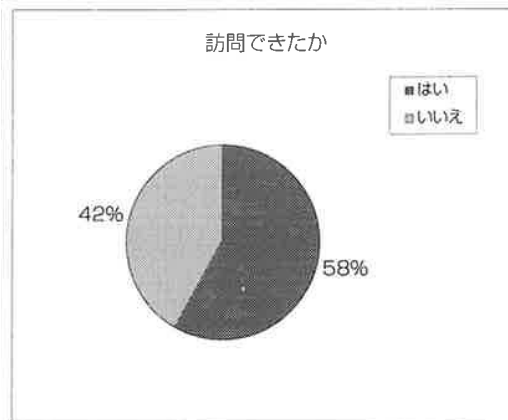
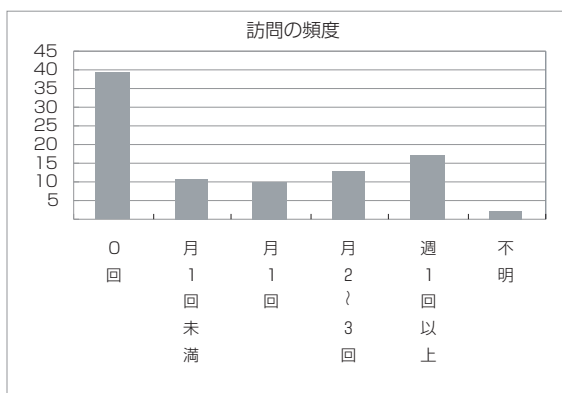
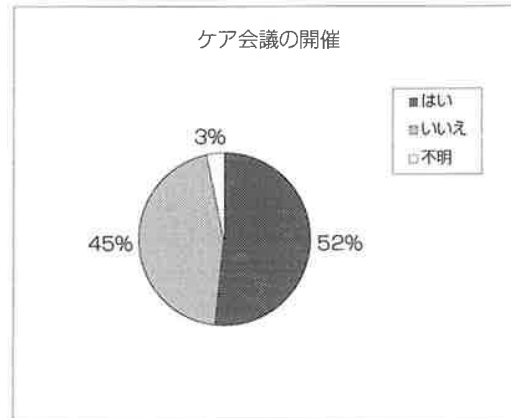
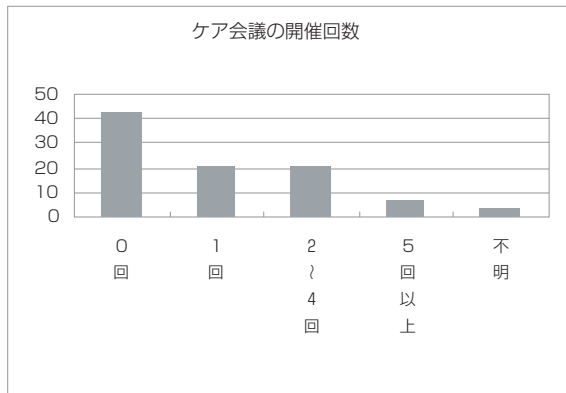
<今回のケアマネジメント実践に関してお答え下さい>

- ・フェイスシート作成日 () (日付をご記入下さい)
- ・どの段階まで進みましたか。当てはまるものに丸をして下さい。
() ①フェイスシートまで () ②チェックシートまで
() ③プラン作成まで () ④振り返りシートまで
- ・振り返りシート作成日 () (日付をご記入下さい)
- ・同意書が作成できましたか (はい ・ いいえ)
はい→同意書作成日 () (日付をご記入下さい)
いいえ→同意書作成困難な理由 ()
- ・ケア会議開催できましたか (はい ・ いいえ)
はい→ケア会議の開催回数 (回)
いいえ→ケア会議開催困難な理由 ()
- ・利用者宅への訪問ができましたか (はい ・ いいえ)
はい→訪問の頻度 () 週に () 回、 () 月に () 回
いいえ→訪問困難な理由 ()
- ・ケアマネージャーによる直接支援の内容。当てはまるものに丸をして下さい。
() ①デイケア () ②訪問看護 () ③心理教育
() ④ SST () ⑤ CBT () ⑥グループワーク
() ⑦その他 (具体的に)
- ・家族支援の内容。当てはまるものに丸をして下さい。
() ①家族面接 () ②家族訪問 () ③家族教室
() ④その他 (具体的に)

資料 18

提出 93 事例のアンケート (全事例中回収率 66%)





日精診版ケアマネジメント施行の条件設定

- ・担当ケアマネジャーを決める。
- ・医師を含めた最低 2 人のチームを構成。
- ・利用者を含めたケア会議を開催する。
- ・できるだけ家庭訪問を行う。
- ・同意書をとるように努力する。
- ・終結を意識した関わりをする。

診療所のケアマネジメントの課題

- ・対象者の選定
(複雑で多様な生活上の困難を抱えているケース)
(効果期待度、集中的介入の適時性、利用者の準備性、ご家族の準備性)
- ・エンゲイジメント
(関係づくり、同意にいたるまでのプロセス)
- ・タイムリーな医療サービス
(リスクマネジメント・危機介入)
- ・関係機関との連携 (診療情報、守秘義務、ネットワーク)
- ・直接支援
(デイケア、訪問看護、心理教育、SST、グループワークなど)
- ・終結 (地域の社会資源とのつながり)