Fidelity Tool: Interventions to Improve Function in CP - Guidance Document

背景

このFidelity Checklistは、臨床家と医療機関が現在の実践を振り返り、その実践が脳性麻痺の子どもや若者の身体機能を改善するための国際的な臨床実践ガイドラインにどのように合致しているかを見直すことを支援するために開発された。このガイドラインは、機能的で子ども中心の目標を持つ2歳から18歳の子どもたちのために開発された。

このガイダンス資料は、1 ページの Fidelity self-reflection tool とともに使用するために作成された。臨床家はこのツールを使って自分自身の実践を振り返ることができ、また指導者、管理者、組織はこのツールを使って現在の実践を振り返ることや、臨床家にフィードバックを提供することができる。このツールはガイドとして使用することを目的としているが、ベストプラクティスのすべての要素を達成することが常に可能であるとは限らず、臨床家がベストプラクティスのガイドラインにすべて従ったとしても、その結果はその臨床家が関わっている子ども、家族、チームによって異なることがある。このツールは、現在の実践を否定的または批判的に振り返るのではなく、変化を促す前向きな動機付けとして使用されるように設計されている。

このツールは、臨床ガイドラインの推奨に沿ったベストプラクティスを提供できるよう臨床家を支援するために、改善可能な実践領域についての振り返りと話し合いを促進することが期待される。
Fidelity measure を使用する際には、現在の長所と改善可能な領域を振り返ることを推奨する。改善すべき領域が特定された場合、ガイドラインの推奨により近づけるために、ユーザーが取るべき行動を特定することを促す。これには、研修によるスキルアップ、新たな方策の開発、既存の方策の活用、改善対象分野に長けた同僚との連携などが含まれる（ただし、これらに限定されない）。

構造と使い方

Fidelity measureには21の要素があり、それぞれを0から3の尺度で評価する（評価が高いほど、その要素がより効果的であることを示す）。評価0は、臨床家がその要素を実施していないことを示し、評価1は、臨床家がその要素を低い水準で実施していることを示し、評価2は、臨床家がその要素を中程度の水準で実施していることを示し、評価3は、臨床家がその要素を高い水準で実施していることを示す。**すべての項目が観察対象のセラピーセッションに当てはまるとは限らないため、そのセッションに関連しない項目は「該当なし」と評価することができる（総合評価には寄与しない）。**

このツールのユーザーに、必要に応じて追加的な教育を行うことを奨励しており、このツールに付随する教育用ビデオもいくつか開発されている。

脳性麻痺の機能改善のための臨床実践ガイドラインに沿うために、臨床家はFidelity toolの各要素を中程度または高い水準で示すことを目指すべきである（評価2または3）。0または1の評価は、臨床家の実践がガイドラインと一致していないことを示し、臨床家と組織には、実践を変更または改善するために実施可能な行動を振り返り、議論することを奨励する。実生活の多くの場面で、臨床家がすべての重要な要素を実施することに障壁があることが分かっている。項目が実施されない場合、臨床家がコントロールできる範囲で変えられることなのかどうか、よく考えてみることを勧めたい。私たちは、いくつかの項目が実現不可能であることを認識している。

次のページでは、Fidelity Toolの21 の各要素の詳細な採点について説明する： CPにおける機能改善のための介入

目標	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
1. 目標は利用者が決める 子どもにとって何が重要かを理解し、子どもにとって最も重要な活動への参加能力を向上させることに焦点を当てた機能的な目標を設定することに時間を費やすべきである。目標設定は、インタビューを行うか、または目標設定ツール（例：Canadian Occupational Performance Measure）があればそれを使用する。 子どもが自分の目標を明確にできない場合は、子どもの希望や関心を考慮した目標を設定するよう家族に勧める。	目標が設定されていない 。 または、セラピストが家族と相談せずにセラピー目標を決める。	セラピストは目標について親子と相談し、標準化されたツールやインタビューを使用することもあるが、セラピストが目標の一部またはすべてを定義し、選択する。	セラピストは、子どもと家族がセラピーの目標を設定するのをサポートする。 セラピストは利用者の目標を理解するために時間をかける。これには、日常生活についてのインタビューや、COPMのような標準化されたツールを使用して、目標設定の過程を容易にすることも含まれる。	セラピストは、子どもと家族が最も重要なセラピー目標に優先順位をつけられるようサポートする。 子どもが目標を決められない場合、セラピストは子どもの希望を考慮しながら、家族が目標を決められるようにサポートする。 セラピストは利用者の目標を理解するために時間をかける。その際、日常生活についてのインタビューを行ったり、COPMのような標準化されたツールを用いて目標設定のプロセスを促進したりする。 セラピストは、設定された目標が子どもにとって重要なことを反映しているかどうかを確認する。
2. 目標は明確に定義され、測定可能である。 目標は明確に定義され、具体的で、子ども、家族、臨床家が目標を明確に理解できるよう十分に詳細でなければならない。 目標は、見直しの時期を含め、確実に測定できるように書かれるべきである。	目標が設定されていない。	目標が漠然とし、具体的でない。 明確な測定が可能な方法で目標が特定されていないため、進捗状況を測定することができない。	目標は明確に理解できるように書かれているが、定義や測定が十分になされていなかったり、明確な期間が含まれていなかったりする。	目標は、すべての関係者が明確に理解できるように書かれる。セラピストは、子どもや家族が目標やゴールを理解していることを確認する。 目標が明確に定義され、測定可能で、現実的であり、目標測定のための期間と計画が含まれている。
3. 目標は機能的である 機能的な目標とは、ベッドから移乗できるようになる、靴下を履けるようになる、自転車で通学できるようになる、友達と特定の遊びができるようになるなど、子どもにとって重要な実生活での課題や活動を想定したものでなければならない。 機能的目標は、筋力、持久力、感覚処理、関節可動域の改善など、機能障害に焦点を当てたものではない。	目標は機能的なものではない。目標は機能的な活動ではなく、機能障害自体に関連している。	目標は、主に機能障害自体に焦点を当てたものであるが、子ども／家族にとって重要な機能的活動に関連した目標が含まれる場合もある。	目標は、主に子どもにとって重要な機能的活動に焦点を当てたものだが、機能障害自体に焦点を当てた目標が含まれることもある。	すべての目標は、子ども／家族にとって重要な機能的活動に関連している。

目標	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
4. 目標は期間内に達成可能である。 目標は、子どもの能力や、目標達成を支援するために利用できる方策に応じて、段階的に設定する。 子どもと家族の目標や夢を尊重することは重要であるが、子どもと家族が子どもの予後や現在の能力について十分な理解を持ち、達成可能な短期的な介入目標を設定できるようにすることも重要である。	目標が設定されていない。	目標が難しすぎるか、達成不可能である－子どもの能力に合っていない。	介入期間内/計画内に達成可能な目標もあるが、すべてではない。	目標が達成可能であり、介入期間内/計画内に達成可能である。
5. 合意した目標を家族に伝える 目標は文書化し、そのコピーを家族に渡すべきである。 臨床家は、どのようなフォーマットで目標を提供するのが家族に最も適しているか、また、子どもと家族に現在の目標を思い出させるために、目標のコピーをどこに保管するかについて、子どもと家族と話し合うとこができる。	目標が文書化されていない。	目標は文書化されているが、そのコピーは家族には提供されていない。	目標は文書化され、そのコピーが家族に提供されている。	目標を文書化し、そのコピーを家族に渡す。 臨床家は、家族に最も適した目標のフォーマットと、目標のコピーの保管場所について家族と話し合う。
6.介入開始時と終了時に目標を測定する 臨床家は介入開始時と終了時に目標の達成度を測定する。 介入セッションごとに目標のパフォーマンスと進捗状況を確認し、臨床家が目標の進捗状況や優先順位の変化を認識できるようにする。 COPMやGASのような正式な目標測定ツールがあれば、それを使用してもよい。	目標の達成度は、介入の開始時や終了時には測定されていない。	目標達の成度は介入開始時または終了時のいずれかで測定されるが、両方で測定されているわけではない。	目標の達成度は介入開始時と終了時に測定されるが、正式な目標測定ツールは使用されない場合もある。	有効で信頼できる目標測定ツール（COPMやGASなど）を用いて、介入開始時と終了時に目標の達成度を測定する。

介入	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
7. 臨床家は目標を達成しようと試みている子どもを観察し、達成を妨げている要因を特定する。 臨床家は、目標を達成するための子どもの現在の能力を十分に理解する必要がある。これには、目標を達成できない要因を特定するために、子どもが目標を達成しようとしている様子を観察することや、（目標が観察できない場合は）話し合うことが含まれる。臨床家は、目標達成に影響を与えている可能性のある課題要因と環境要因の両方を考慮する必要がある。これには、子どもが選んだ目標に参加するための社会的・環境的支援や障壁について、子どもや家族と話し合うことも含まれる。 臨床家が子どものスキルの進歩に伴う現在の目標を制限する要因を理解し、それに応じて介入計画を調整できるようにするために、目標を試みる子どもの観察は、振り返りや介入セッションのたびに行うべきである。 体力低下や持久力不足などの個人的な要因が目標達成を制限している可能性があり、これらを介入の主な焦点として切り離すのではなく、目標との関連性の中で考慮に入れる必要がある。	セラピストは、子どもが目標に挑戦している様子を観察することなく、また、子どもが目標に挑戦している現在の能力を完全に理解することなく、介入を開始する。 介入は目標を制限する要因を対象としていない。	セラピストは、子どもや家族と目標の達成について話し合うことがある。しかし、介入を開始する前に、子どもが目標を達成しようと試みる様子を観察しない。また、課題の達成を阻むすべての障壁について完全に理解しているわけではない。	セラピストは、子どもが機能的な目標を達成する様子を観察するか、現在の目標達成状況を理解するのに十分な情報を収集する。この情報は、介入の対象となる課題の構成要素やスキルを特定するために使用される。 セラピストは、介入を開始する前に、課題遂行を阻むすべての障壁について考慮することはあっても、完全に理解することはできない。	セラピストは、子どもが機能的な目標を達成しようとする様子を観察したり、環境要因の考慮も含め、現在の目標達成状況を十分に理解するために十分な情報を収集したりする。 この情報をもとに、目標達成や参加を阻む環境的・社会的な障壁への対処を含め、介入においてターゲットとなる目標の側面を決定する。
8. 子どもの選んだ目標を対象とする。 介入とホームプログラムには、子どもが目標とする行為を直接練習することを含めるべきである。これには、目標とする行為全体の直接的な練習だけでなく、目標のパフォーマンスを向上させるための話し合いや、いつ、どこで目標を家庭で練習するかということも含まれる。 また、セッションの全時間を子どもの目標の練習に費やすことは常に可能であるとは限らない。子どもの意欲、行動、セッティングの中での一時的な注意散漫などが、能力を制限することもある。	子どもの目標は、介入やホームプログラムの焦点ではない。	介入やホームプログラムには、主に、子どもが目標とする行為の直接的な練習を含まない活動や推奨事項が含まれる。これには、 機能障害自体に対処する活動や、巧緻性や粗大運動などの一般的なスキルの練習が含まれる。利用者の目標が練習されることもあるが、それはセッションのごく一部である。	介入とホームプログラムは、主に目標に焦点をあてているが、利用者の目標に直接関係しない活動や推奨事項が含まれる（例えば、微細運動能力や粗大運動スキルなど、機能障害自体に焦点をあてている場合がある）。	利用者の目標が介入とホームプログラムの焦点となる。介入は、機能障害自体や一般的なスキルには焦点を当てない。

介入	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
9. 課題全体の練習を含める セラピーが目標達成に最もつながりやすいのは、介入の焦点が全体的な課題練習に当てられているときである。 介入の目的が機能的な目標を達成することである場合、機能障害自体に焦点を当てるべきではないが、目標とする行為の練習中には機能障害自体に対応してよい。目標とする行為全体の練習が不可能な場合は、目標とする行為全体の練習に取り組むために、部分的な課題練習を行うことができる。	介入には、全体的な課題練習は含まれない。介入と家庭での練習は、基本的な構成要素やスキルに焦点を当てる。	介入には全体的な課題練習は含まれない。部分的な課題練習が含まれることがある。	介入には、部分的な課題練習と全体的な課題練習の組み合わせが含まれる。 部分的な課題練習が行われる場合は、全体的な課題練習に発展させる計画で行われる。	介入とホームプログラムは、課題・目標とする行為全体の練習に重点を置く。 部分的な課題練習は、目標とする行為全体が不可能な場合にのみ実施される。部分的な課題練習を行う場合は、現在の介入期間内に全体的な課題練習を行うという明確な計画に基づいて行われる。
10. 挑戦的だが達成可能 介入は「ちょうどよい挑戦」に設定されるべきである。つまり、介入は、子どもが目標達成に向けて前進するのに、適切な難易度でなければならない。しかし、モチベーションを維持し、フラストレーションを抑えるために、小さな成功を可能にすべきである。	介入には、達成不可能または適切な難易度でない活動が含まれる。	介入には、達成可能ではあるが、子どもが目標を達成したり、上達したりするのに適切な難易度ではない活動が含まれる。	介入には、ほとんどの介入セッションと家庭での練習において、達成可能で適切な難易度の活動が含まれる。	介入と家庭での練習には、達成可能で適切な難易度の活動が含まれる。
11. 問題解決とフィードバックにより学習を最大化 目標とする行為の練習の際に、子ども主導で問題解決を行うことで、学習を最大化し、自己効力感を向上させることができる。問題解決の鍵となるのは、臨床家が利用者に「指示」するのではなく、「問いかける」ことである。セラピストは、子どもが自分自身の成功を評価するよう促すことができ、そうすることで（セラピストからのフィードバックが必要だと利用者が感じるのではなく）自律性を促すことができる。 自分自身のパフォーマンスを評価することが難しい子どもにとって、フィードバックを提供することは、新しい課題やスキルを学ぶ上で重要な役割を果たす。フィードバックは、口頭でも口頭以外でも行うことができる。	臨床家が介入中に子ども主導の問題解決の機会を提供しない。臨床家が適切なフィードバックを提供しない。	臨床家は一般的なフィードバックや問題解決を行うかもしれないが、学習をサポートするほど明確ではない。	臨床家は、介入の一部について最大限の学習を得ようと、子ども主導の問題解決を取り入れる。適宜フィードバックを行う。	臨床家は、介入を通して最大限の学習を得るために、子ども主導の問題解決を取り入れる。臨床家は、子どもが自分のパフォーマンスを振り返るように促し、適切な場合にはフィードバックを提供する。

介入	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
12. 子どもにとって楽しく、やる気を起こさせる セッションを通して、子どもが達成感を得たり楽しんだりする機会を提供する。 子どもが泣いたり悩んだりしている場合は、臨床家は手を止めて子どもを慰め、子どものニーズや希望に合わせて介入方法を変える。 臨床家がコントロールできない状況で、子どもが動揺したり悩んだりすることもある。	子どもが達成感を得たり、楽しんだりする機会を与えない。 子どもが泣いたり悩んだりしていても、臨床家が手を止めて慰めたり、子どものニーズや希望に合わせて介入方法を変えたりしない。	子どもが達成感を得たり、楽しんだりする機会はほとんどない。 子どもが泣いていたり、悩んでいたり、興味を示さなかったりする場合、臨床家は子どもを慰めるために手を止めることはあっても、子どものニーズや希望に合わせて介入方法を適切に変えることはない。	セッションのほとんどの時間、子どもが達成感を得たり、楽しんだりする機会を提供する。 子どもが泣いたり悩んだりしている場合は、臨床家は手を止めて子どもを慰め、子どものニーズや希望に合わせて介入方法を変えようと試みる。	セッションを通して、子どもが達成感を得たり、楽しんだりする機会を提供する。 子どもが泣いたり悩んだりしている場合は、臨床家は手を止めて慰め、子どものニーズや希望に合わせて介入を行う。
13. 機能的なアウトカムを達成するのに十分な練習量で行われる。 臨床家は介入を選択する際に、目標達成につながりそうな介入の練習量を考慮し、その量が子どもと家族にとって現実的で達成可能であることを確認する。 すべての介入について、介入の練習量に関する具体的なガイドラインがあるわけではないかもしれないが、介入の練習量を考慮すること、そして、アウトカムの練習量が目標達成に与える影響について家族に教育することが重要である。	介入を選択する際に介入の練習量が考慮されていないか、介入およびホームプログラム計画時に計画されていない。	介入および家庭での練習量を計画しても、目標達成に必要な量より少ない。	介入を選択し計画する際に、介入の練習量を考慮するが、関連する目標を達成するために必要な練習量よりやや少ない可能性がある。	介入と家庭で実施する練習量に関する計画が、介入の選択の指針となり、介入とホームプログラム計画中に適切な練習量が計画される。
14. 可能であれば、家庭やコミュニティで実施する。 臨床家は、介入や目標とする行為の実践が、子どもが目標を達成したいと望む場所や時間を想定した実生活の場で行われるように努力する。 それが不可能な場合は、可能な限り実生活をシミュレートした環境の中で練習を行う。 臨床家は、子どもや家族と一緒に、家族の日常生活の中で、いつ、どのように練習を行うことができるかを計画することができる。	介入は、子どもの目標とは無関係な、あるいは直接関連していない環境で行われる。 実生活での目標とする行為の実践をシミュレートするために、環境や課題を適応させる試みがなされていない。	介入は、目標を達成するための実生活に直接関連した環境では行われず、臨床家は、目標を達成するための実生活での実践を反映させるために、環境や課題を適応させるための最小限の試みしか行っていない。	介入の一部は、目標に直接関係する実生活の場で行われるが、方策の関係で常に可能とは限らない。 不可能な場合は、可能な限り実生活を想定した環境で目標の練習ができるように、環境や課題に適応させる。	介入は、子どもの目標に関連した特定の環境で行われる。

介入	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
15. 利用者中心のホームプログラムが作成される いつ、どこで、どのような練習ができるのか、現実的な計画を含め、子どもや家族と一緒に、個々の利用者中心のホームプログラムを作成する。 プログラムのコピーは家族に渡される。	ホームプログラムが作成されていない。	子どもや家族と相談することなく、一般的なホームプログラムが提供される。	利用者中心のホームプログラムは、家族とともに作成されるが、いつ、どこで練習を行うかについての具体的な計画は、ホームプログラムでは話し合われなかったり、盛り込まれなかったりする。	いつ、どこで練習ができるかという現実的な計画も含め、子どもや家族と一緒に、利用者中心のホームプログラムを作成する。 ホームプログラムは、子どもの目標とする行為の実践に重点を置く。 プログラムのコピーは、子どもと家族に提供される。
16. 保護者/重要な関係者が介入に関与している 臨床家は、保護者/家族が支援する目標とする行為の実践がもたらす有効性について話し合い、家族が家庭での実践を支援するためのスキルと知識を確実に身につけられるように努めるべきである。	臨床家は介入の実施に保護者を関与させようとはしない。	保護者は、介入を実施するためにどのように関与できるかを臨床家から知らされているが、積極的に関与したり支援されたりしていない。セラピストがいないと、保護者が介入を実施するのに十分なサポートが得られない。	必要に応じて、セラピストが介入を実施する際に、保護者を関与させ、サポートしている。保護者はセラピストなしで介入を実施するのに十分なサポートを受けているが、問題を解決するのが困難である。	必要に応じて、保護者がセラピストと積極的に関わり、介入に参加できるよう支援されている。保護者は、セラピストがいなくても介入を実施できるよう、問題解決も含めて十分なサポートを受けている。
17. 選択された介入がエビデンスによって裏付けられている 臨床家は、エビデンスに基づいた介入に関する知識を用いて、子どもの年齢、能力、目標にそぐわない介入を行わないようにすべきである。 選択された介入は、臨床実践ガイドラインの推奨事項10から13に示されているように、最善の実践のエビデンスに沿ったものでなければならない。このガイドラインには、移動、手の使用、セルフケア、余暇活動への参加に関連した目標がある場合に使用できる具体的な介入が概説されている。 臨床家は、その子どもにとって適していない介入は試みるべきではない（目標達成につながりそうもない時間と労力を要することを考慮すると）ことを家族に理解してもらうべきである。	選択された介入が、子どもの年齢、能力、選択された目標に関連する最新のエビデンスを反映していない。	選択された介入には、それを支持するエビデンスがあるかもしれないが、子どもの年齢、能力、目標に対して、エビデンスにより適切であると示唆される別の介入がある。	介入はエビデンスによって裏付けられている。しかし、臨床家が考慮していないエビデンスや、家族と話し合っていないエビデンスのある他の介入があるかもしれない。	臨床家は、子どもと選択された目標に適した、すべてのエビデンスに基づく介入を検討した。 選択した介入が、子どもの年齢、能力、選択した目標に対して最も適切であることをエビデンスが示唆しており、臨床家は、選択した介入が受け入れられるように家族と選択肢について話し合った。

全体を通して	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
18. 子どもと家族の関与を促す 子どもや家族と強い関係を築くことは、介入を成功させる鍵である。臨床家は時間をかけて個々の子どもや家族を知り、信頼関係を築くべきである。これには、子どもと家族が楽しんでいることを理解すること、家族が利用できる時間、支援、方策を理解することなどが含まれる。	臨床家が、個々の子どもや家族を知る時間をとらず、また子どもや家族にとって何が現実的であるかを尋ねずに介入を始める。 子どもと家族にとって非現実的な介入計画を立てる。	臨床家は子どもと家族を理解するために時間をかけても、介入セッションやホームプログラムを個々の状況に合わせて計画しない。	セラピストは子どもと家族を理解するために時間をかける。 セラピストは子どもと家族の希望に応じて介入計画を適応させるが、その計画は家族にとって、完全に実行することが現実的でない場合もある。	セラピストはその過程を通して、子どもや家族のことを知るために時間をかける。 各セッションでは、現在の優先順位を理解し、その時点の子どもと家族に合うように計画を調整するために時間をかける。 介入計画は、個々の家族のニーズや希望に応じて設定され、家族にとって現実的に実行できるものである。
19. 子どもや家族と効果的にコミュニケーションをとる 臨床家は、介入を通して子どもや家族と信頼関係を築き、効果的なコミュニケーションを維持する。 臨床家は、セッションを変更したり、個々の家族のニーズに合わせたサポートを行ったりするなど、セッションごとに変化する子どもと家族のニーズに対応する（例えば、セッションとセッションの間の電話、電子メール、遠隔医療サポートなど）。	臨床家が、子どもや家族と効果的にコミュニケーションをとらなかったり、子どもや家族のニーズの変化に応じて介入セッションを適応させなかったりする。	臨床家は効果的にコミュニケーションをとるが、子どもや家族のニーズの変化に対応できていない。 セッションとセッションの間に、家族にとって適切なサポートやコミュニケーションの選択肢を提供しない。	臨床家は、介入セッションを通じて子どもや家族と効果的にコミュニケーションをとるが、介入セッションとセッションの間に、家族にとって最適な支援やコミュニケーションの選択肢を提案していない。	臨床家は、セッションを通して子どもや家族と効果的にコミュニケーションをとる。 臨床家は子どもに対応し、セッションの計画を変更する。 介入セッション中もセッションの合間も、家族にとって最適なコミュニケーションやサポートの選択肢を提供できる（電話、Eメール、遠隔医療サポートなど）。
20. 幅広いセラピーのチームと効果的にコミュニケーションをとる 臨床家は、幅広いチームと効果的なコミュニケーションを保つ。これには、利用者が優先させた目標に向かってチームメンバーが努力すること、家族の負担を減らすために介入計画を共有することなどが含まれる。時には、子どもの現在の目標によって、介入に関わる分野が増えたり減ったりすることもある。 より幅広いチームには、医療専門家、拡大家族（夫婦と子供からなる核家族とその血縁者から成る家族）、支援ワーカー、教育専門家、その他子どもの生活に重要な役割を果たす人々が含まれる。	セラピストが、より幅広いセラピーチームに目標や介入計画を伝えていない。	セラピストは、より幅広いチームに目標や計画を伝えようとするが、介入を現在の全体的な優先順位に合わせるようにはしていない。	セラピストは、より幅広いセラピーチームに目標や計画を伝えているが、介入計画は、全体的な優先順位に対応するために若干変更される程度である。	セラピストは、チームメンバー全員に目標を効果的に伝え、現在の目標が優先され、介入計画が子どもと家族にとって現実的であるように、介入計画を調整する。

全体を通して	実施せず／0	低い質で実施／1	中程度の質で実施／2	高い質で実施／3
21. 知識を共有し、家族が意思決定をすることができるようにする 臨床家は、介入に関する現在のエビデンスについての知識を含め、自らの知識と専門性を共有すべきである。そして臨床家は、この情報をもとに、その時点で子どもと家族にとって最も適していると思われる介入方法について、家族自身が決定するよう促すべきである。 臨床家は、家族が専門家に頼ることなく決定できるよう自信をつけてもらう努力をし、セラピストは子どもや家族の意思決定を、個人的な見解または基準に基づいて判断するのを控えるようにし、尊重すべきである。	セラピストは、介入の選択肢について知識を共有したりエビデンスを提示したりすることなく、子どもにとって最も適した介入について決定を下す。セラピストは、家族が自分で決定することを促さない。 現在の目標や優先事項でないことでも、介入の選択肢に関する情 報を提示したり、推薦したりする。	セラピストは知識とエビデンスを共有するが、介入に関する決定権はセラピストにある。 セラピストは、現在の優先事項とは関係のない提案をすることがある（これは、家族が、子どもをサポートするために可能な限りのことをしていないことに罪悪感を抱くことにつながる）。	セラピストは知識を共有し、家族に自信をつけさせることを目的としている。子どもと家族は、自分で意思決定をする自信がついたと感じておらず、依然としてセラピストに依存している。	セラピストは、家族が専門的知識を持つことを尊重し、家族自身が意思決定をすることができるようにする。 セラピストは、介入の選択肢や個々の子どもに関連するエビデンスに関する知識を共有し、批判することなく、家族が自分で意思決定をする権利を尊重する。

Fidelity Reflection Toolの記入例

Fidelity Tool: Improving Function in Cerebral Palsy

臨床家の名前: サラ（TL とビデオテープ・セッションの見直し）　　日付: 2026/4/23

チェックリスト記入者氏名: キャサリン

NO：実施せず　LOW：低い質で実施　MOD：中程度の質で実施　HIGH：高い質で実施　N/A：振り返って確認することが出来ない項目

	機能的な介入の重要な要素	NO	LOW	MOD	HIGH	N/A	コメント／修正
目標	1. 目標は利用者が決める	□	□	□	□	■	録画され、見直されたセッションでは、目標設定は観察されなかった。
	2. 目標は明確に定義され、測定可能である。	□	□	□	□	■	
	3. 目標は機能的である	□	□	□	□	■	
	4. 目標は達成可能である	□	□	□	□	■	
	5. 合意した目標を家族に伝える	□	□	■	□	□	
	6.介入開始時と終了時に目標を測定する	□	□	□	□	■	１つの介入セッションのビデオテープを評価した。 目標が測定されたかどうか判断できない。
	7. 目標を阻害する要因を特定するために、目標とする行為を観察する	□	□	■	□	□	目標について一般的に質問をするが、観察とディスカッションを通じて、どこまで到達したかをより深く理解する。
	8. 子どもの選んだ目標を対象とする	□	□	■	□	□	
介入	9. 課題全体の練習を含める	□	■	□	□	□	一般的な両手の使用を対象とした、構成要素のスキルがある。
	10. 挑戦的だが達成可能	□	□	□	■	□	
	11. 問題解決とフィードバックにより学習を最大化	□	■	□	□	□	年齢に応じて設定されているかもしれない。
	12. 子どもにとって楽しく、やる気を起こさせる	□	□	□	■	□	
	13. 練習量を考慮する	□	□	□	□	■	家庭での練習は考えているか。
	14. 関連のある状況で実施される（家庭やコミュニティなど）	□	■	□	□	□	不可能。家庭や学校での練習を話し合う。
	15. 利用者中心のホームプログラムが作成される	□	□	■	□	□	学校での練習を話し合う。
	16. 保護者/重要な関係者が介入に関与している	□	□	□	■	□	母親と家庭の考えを話し合う。
	17. 選択された介入がエビデンスによって裏付けられている *介入名:*	□	□	□	■	□	
全体を通して	18. 子どもと家族の関与を促す	□	□	□	■	□	
	19. 子どもや家族と効果的にコミュニケーションをとる	□	□	□	■	□	
	20. 幅広いチームと効果的にコミュニケーションをとる	□	□	□	□	■	このセッションでは観察されない。
	21. 知識を共有し、家族が意思決定をすることが出来るようにする	□	□	□	■	□	

以下は、スキルについて話し合い、改善点を特定し、変化をもたらすための行動計画を立てるために使用できる。

強み: 家族との素晴らしい関係。楽しむことに重点を置く。知識をうまく共有し、話し合いや観察を通して、家族の能力や子どもが今どの段階にいるかを理解する。

改善すべき点: 子どもの問題解決の機会を検討する。促しをなるべく少なくする／試行錯誤ができるようにする／子どもが自己を振り返る時間を設ける。課題を分解する前に、課題全体の練習に集中する。

変化をもたらすための計画: 問題解決-促しに応じる前に、頭の中で 10 数える。可能であれば、ゴールの全体練習からセッションを開始し、必要な場合のみ、構成要素である動きやスキルに戻す。より一般的な能動的練習ではなく、実際の目標に対する練習の重要性を家族と話し合う。

見直し日／計画: 2 週間後に、同じクライアントとの次のセッションをビデオに撮り、Fidelity tool を使って振り返りを行う。

Fidelity tool を使った調査や変化の測定

臨床実践や研究において、臨床家や組織が実践の変化を測定しようとする状況があるかもしれない。このような場合、Fidelity self-reflection toolを用いて、実践の変化に関する事前と事後のデータを収集することができる。そのために、各要素の実施状況を数値で示す：

0 = 実施していない
1 = 低い質で実施
2 = 中程度の質で実施
3 = 高い質で実施
N/A = 振り返って確認することができない項目（例えば、Fidelity toolが、ビデオに録画された1つの介入セッションのみを振り返って確認するために使用されている場合、目標設定のプロセスを観察して評価することができない可能性がある）。

全体のパーセンテージが65%以上であれば、臨床家はすべての要素において中程度から高い質を示していることを示す。脳性麻痺の子どもや 青少年の生活機能（function）を改善するために、ベストプラクティスのガイドラインに沿うことを目指すのであれば、臨床家と組織は65%以上の遵守（fidelity）を目指すべきであることが示唆される。

Fidelity measureが完了したら、全体の% Fidelity scoreを算出する：

1. 採点された項目の数を数え（振り返って確認することができない項目を除く）、これを 3 倍してTOTAL ITEM SCOREとする（例：21 項目すべてが採点された場合、合計は 63 となる）。
2. 各項目の実施に対する評価点を合計し、TOTAL RATED SCORE を算出する。
3. TOTAL RATED SCOREをTOTAL ITEM SCOREで割り、これを100倍して総合的なパーセンテージを算出する。

前ページのFidelity toolの記入例を用いると、点数は以下の通りである：

1. 得点された項目の総数 = 13。13 x 3 = 39, TOTAL ITEM SCORE = 39
2. 総評価得点 = 29. TOTAL ITEM SCORE＝29点
3. TOTAL RATED SCORE (29) ÷ TOTAL ITEM SCORE (39) = 0.74 x 100 = 74%

このツールについては、検者間および検者内の信頼性が確立されていないことに留意することが重要で、研究においては慎重に使用されるべきである。