

ケアマネジメントに求められる思考過程とその進め方

～ ②ケアマネジメントを展開する上での思考過程を理解する～

【内容】

1. ケアマネジメントの基本的事項
2. ケアマネジメントの構造とあるべき展開方法
3. ケアマネジメントの進め方①
ー生活行為の維持・向上を目指す場合ー
4. ケアマネジメントの進め方②
ーリスクの発生を回避をしながら目標達成を目指す場合ー
5. ケアマネジメントの今後

令和4年11月29日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター

川越雅弘

1. マネジメントの基本的事項

【ポイント1】マネジメントとは、「課題を解決する」ために行うもの (課題とは、「現在の暮らし」と「本人が望む暮らし」のギャップのこと)

ポイント

- マネジメントの提唱者であるピーター・F・ドラッカーは、マネジメントのことを、「人と組織を活かして成果を上げること」と定義しています。これを言い換えれば、課題を解決し、目的・目標を達成することです。
- 医療では「病気」を対象に、病気や様々な症状を生じさせている原因を究明し、原因を解決して病気を治す(これが目的・目標)ために「治療」を行っています。これに対し、マネジメントでは、「課題を対象に、課題を生じさせている原因を究明し、原因の解決に向けて、関係者が協働しながら、「効果的な対策」を展開することとなります。

図. マネジメントの定義・目的・担当者の役割について

【マネジメントとは】

- ピーター・F・ドラッカーは、マネジメントのことを「人と組織を活かして成果を上げること(=課題を解決すること)」と定義している。

【介護保険におけるサービス／マネジメントの目的（＝目指す姿）】

- たとえ要介護状態や認知症になっても、可能な限り、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにすること。

【マネジメント担当者の役割とは】

- サービス／マネジメントの目的を理解した上で、①「本人が望む暮らし」と「現在の暮らし」のギャップの評価（課題の抽出）、②解決すべき課題の絞り込みと具体化、③それら課題を生じさせている原因の追求（課題分析）、④課題改善／解決策の検討と各関係者による取組を通じて、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること。

【ポイント2】マネジメントでは、常に「目的」を意識しながら「手段」を考える

ポイント

- **目的とは成し遂げようと目指す事柄のこと、目標とは目的を達成するための目印のこと**です。目的では、「何のために・なぜ(Why)行うのか」に、目標では「何(What)を目指すのか」にポイントが置かれます。
- 他方、**手段とは目的や目標を達成するための方法のこと**で、「どのように(How)行うのか」にポイントが置かれます。介護サービス、多職種連携、アセスメント、情報収集などは、この手段に位置づけられます。当然、目的や目標によって、何の情報を収集するか、何をアセスメントするかは変わることになります。
- マネジメントでは、通常、**目的⇒目標⇒手段の順に思考を展開**します。他方、手段によって目的や目標が達成できたかどうかを評価する場合は、手段⇒目標⇒目的の順に確認していきます。

図. 目的・目標・手段
の関係

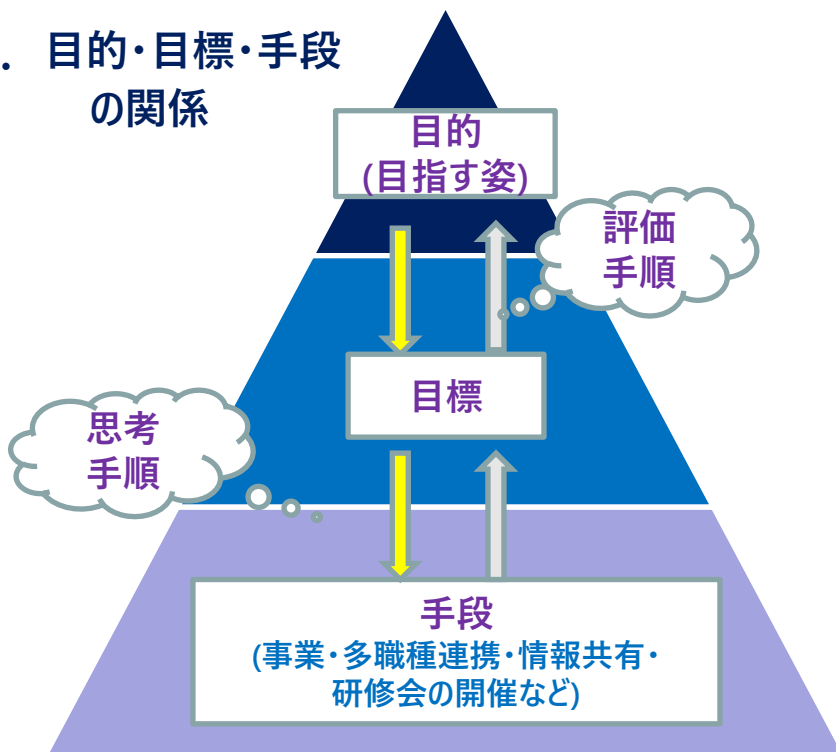
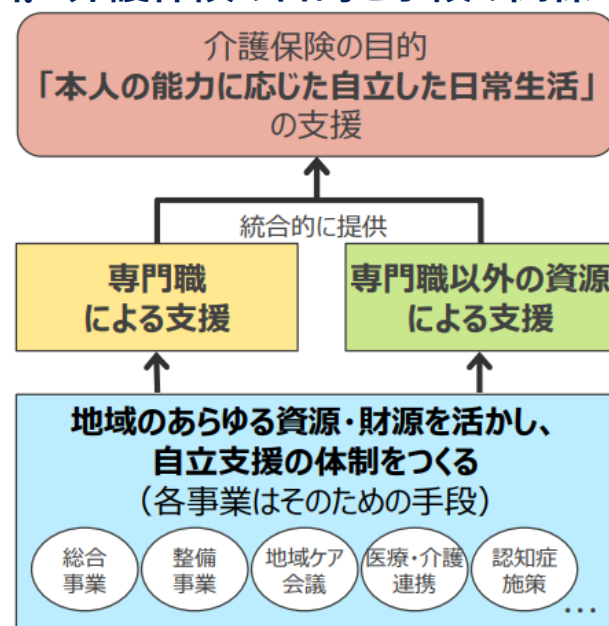


図. 介護保険の目的と手段の関係



出所) 株式会社NTTデータ経営研究所: 介護予防・日常生活支援総合事業/生活支援体制整備事業 これからの推進に向けて～伴走型支援から見えてきた事業推進の方策～、平成30年度老人保健健康増進等事業補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業」報告書(2019年3月)を一部改変

【ポイント3】課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのことである。 「現在出来ていないこと」は現状であって、課題ではない。

ポイント

- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと**です。したがって、課題を明らかにするためには、「目指す姿」を設定した上で、「現状」と比較する必要があります。

図. 課題とは何か

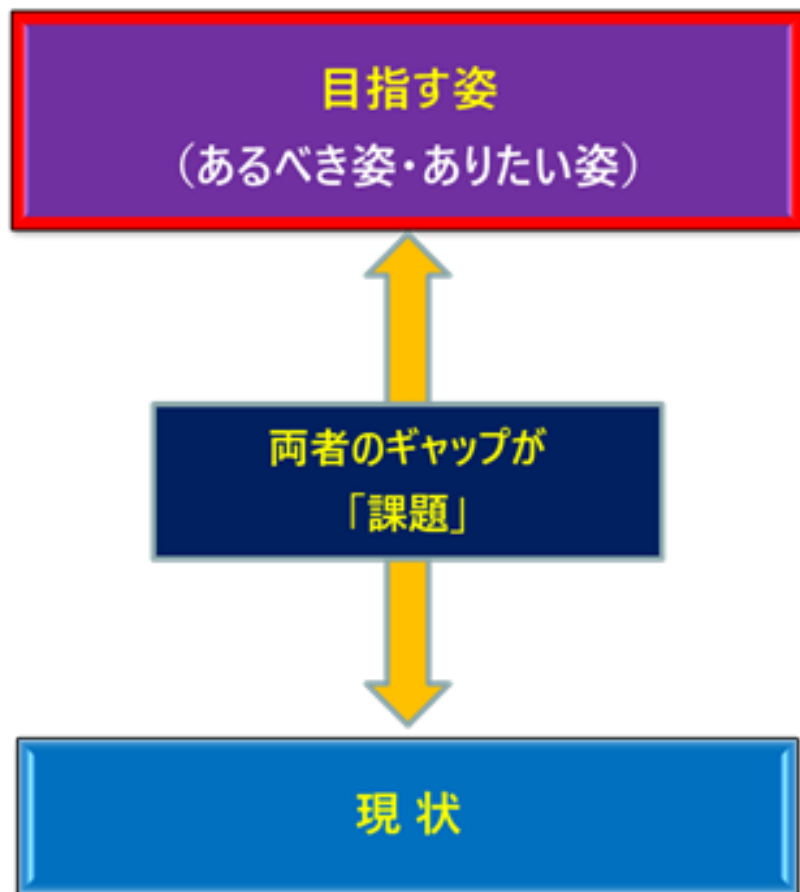


図. 課題の捉え方の例

【目指していること(=目標の1つ)】

- 病気の再発や重症化を防ぐために、処方された薬が指示通りに服用できていること。

【現状】

- 本人は薬を用意することができない(これは現状)。
- そのため、家族が薬を用意してくれている。また、服薬も家族が促している。
- その結果、薬を処方通りに服用できている。

- 本人は薬を用意できないが、家族がその機能を代替することで、目指していること(=きちんと服用できていること)が達成できている。したがって、現在、服用に関しては課題は生じていないということになる。

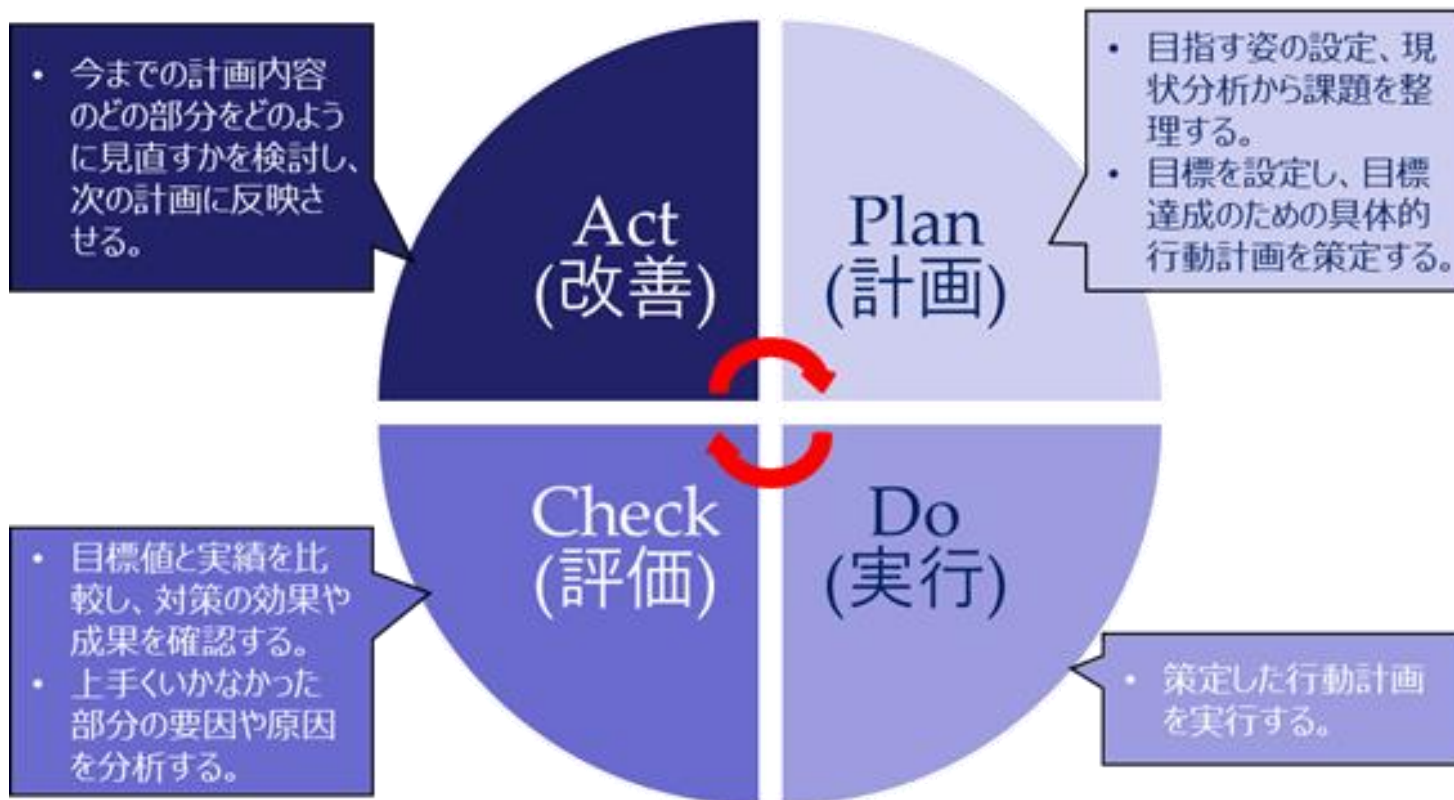
※ただし、もし家族が入院してしまうなど、薬を用意できない状況になると、処方通りの服用も困難になる。この場合は、目指していることと現状に不一致が生じたことになり(=課題の顕在化)、何らかの対応をしないとイケなくなる。

【ポイント4】現状を目指す姿に近づけるための手順がPDCAサイクルである

ポイント

- PDCAサイクルとは、計画(Plan)→実行(Do)→評価(Check)→改善(Act)といった一連のプロセスのことで、その目的は、課題を解決し、現状を目指す姿に近づけることです。
- PDCAサイクルでは、「このサイクルを回すことで、何を達成したいのか(目指す姿は何か)」を常に意識しておく事が重要です。

図. PDCAサイクルとは



【ポイント5】効果的な対策をうつためには、現状ではなく、原因にアプローチする！

ポイント

- 対策には、①対症療法的アプローチ、②真因へのアプローチがあります。
- マネジメントの目的は、課題を解決することです。したがって、対症療法的アプローチではなく、真因へのアプローチを図る必要があります。

図. 対症療法的アプローチと真因へのアプローチの違い

【対症療法的なアプローチとは】

- 課題を生じさせた要因や真因を追究しないまま、現在の状態に対して解決策を考えるといったアプローチのこと。目指す姿をきちんと設定していない場合も多く、その場合は、現状が目指す姿に近づいたかどうか評価できない。

【例1】入浴ができないので、デイサービスをケアプランに入れて、デイで入浴ができるようにした。

【例2】医療職と介護職の連携が弱いので、多職種研修会を開催することにした。

【真因へのアプローチとは】

- 課題を生じさせた要因を分析し、真の原因に対して対策をとろうとするアプローチのこと。

【例1】自宅で入浴ができなくなったのは、コロナ禍での活動性の低下(これが真因)に伴う下肢筋力低下(真因に伴うもの)が原因と考えられた。そこで、再開した通いの場に誘って、通う機会を増やし、活動量の増加を図った。

【例2】医療職と介護職の連携が弱い理由として、介護職が具体的に何を確認したらよいか分からないため(これが真因)、コミュニケーションがうまくとれていない(真因に伴うもの)と考えられた。そこで、主な疾患別に、医療職への確認事項を整理したチェックシートを作成した。

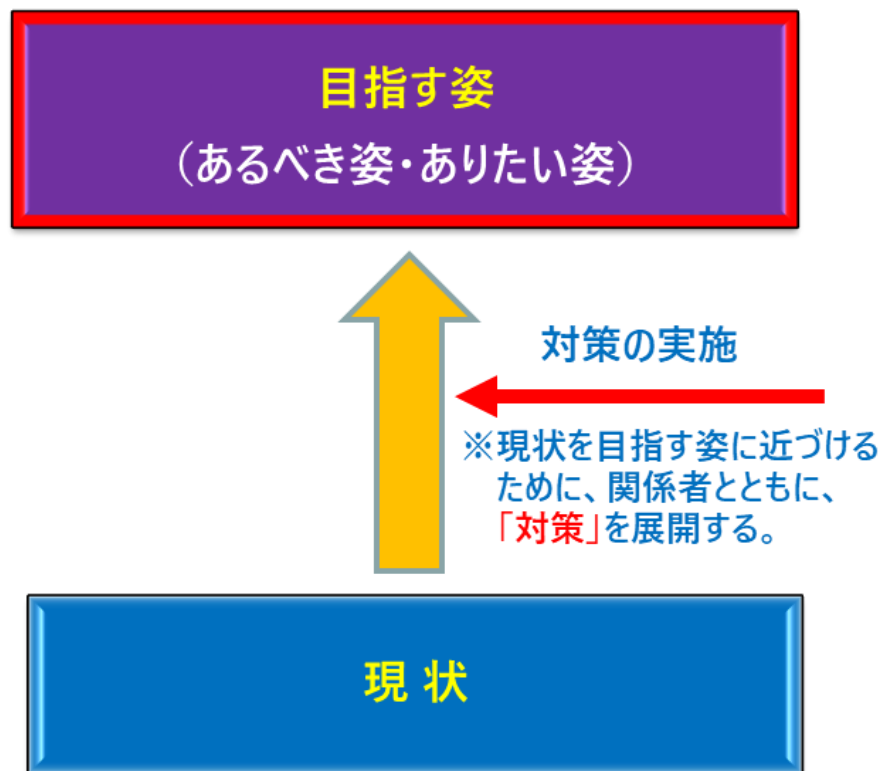
【ポイント6】 対策とは、「現状」と「目指す姿」のギャップを

①拡大させない(=リスクマネジメント)、ないし、②近づけるために行う！

ポイント

- 対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行うことです。どのようにすれば、現状を「目指す姿」に近づけられるかの展開シナリオを考え、必要な要素を出し、各々の要素を誰が担うかを関係者間で検討し、実行に移していく。こうした展開を促すことが、マネジメント担当者には求められます。
- 現状を「目指す姿」に近づけるための対策としては、多様なものが考えられます。その中から、課題を解決する可能性が高いと思われる対策（効果的な対策）をマネジメント担当者は選択することとなります。

図. 対策とは何か（現状を「目指す姿」に近づける場合）

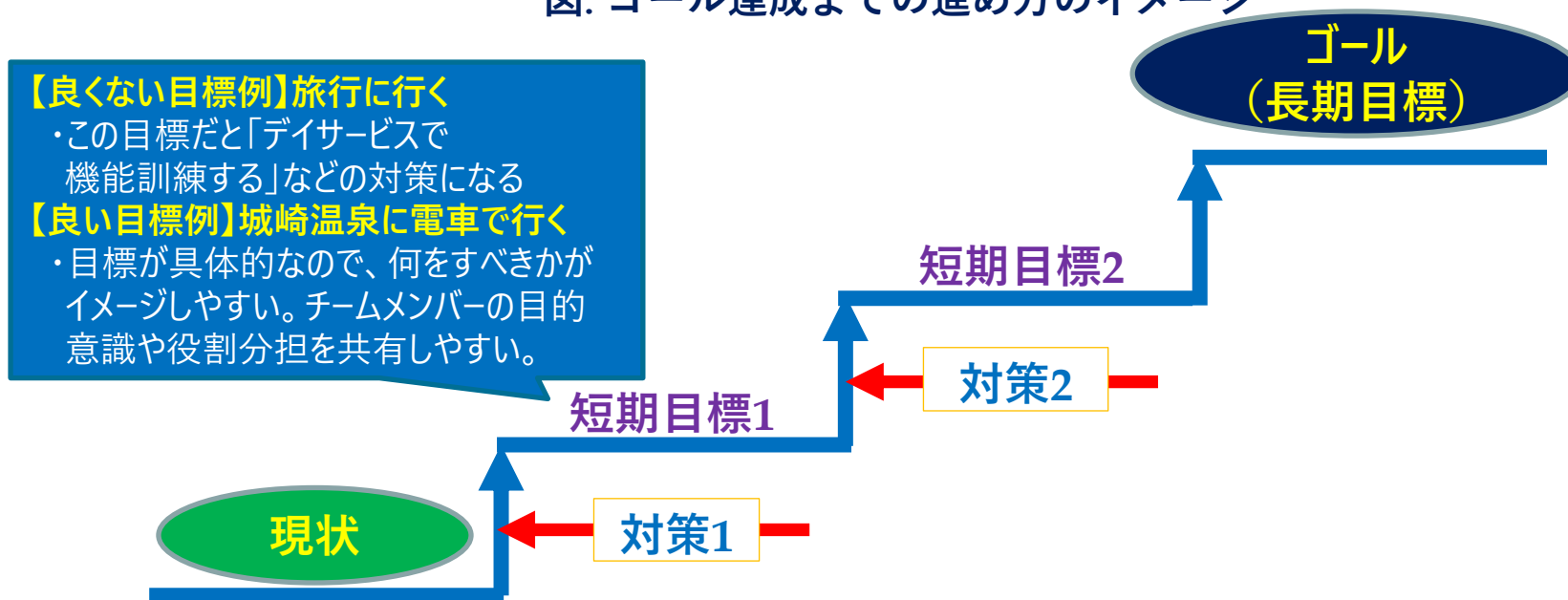


【ポイント7】 目標は、やりたい内容、やれるかもと思えるレベルで、段階的に設定する！ そして、5W1Hを使って、目標を具体化する

ポイント

- 富士山登頂を目指す場合、5合目から歩いて、頂上(ゴール)まで少しずつ登っていきませんが、マネジメントもこれと全く同じです。
- **ゴール(目指す姿)を見据えながら**、短期目標1の達成を目指して対策1を講じます。そして、短期目標1の達成状況を確認し、達成できていたら、次の短期目標2を再設定し、その達成に向けて、次なる対策2を講じていきます。**当面の短期目標の達成を繰り返しながら長期目標であるゴールを目指す**わけです。
- 一方、ケアマネジメントでは、再発や転倒骨折などを起きないためのマネジメント(リスクマネジメント)を行う場合があります。その場合、現状維持(起こっていない現状を維持すること)が目標になります。進行性疾患の場合も同様に、現状維持を目標に、出来るだけ進行が進まない対策を講じていきます。

図. ゴール達成までの進め方のイメージ



2. ケアマネジメントの構造とあるべき展開方法

ケアマネジメントの構造

(本人の人物像・状態像を俯瞰した上で、効果的な対策を多職種で検討・実行し、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること)

図. 「課題」と「対策」の関係

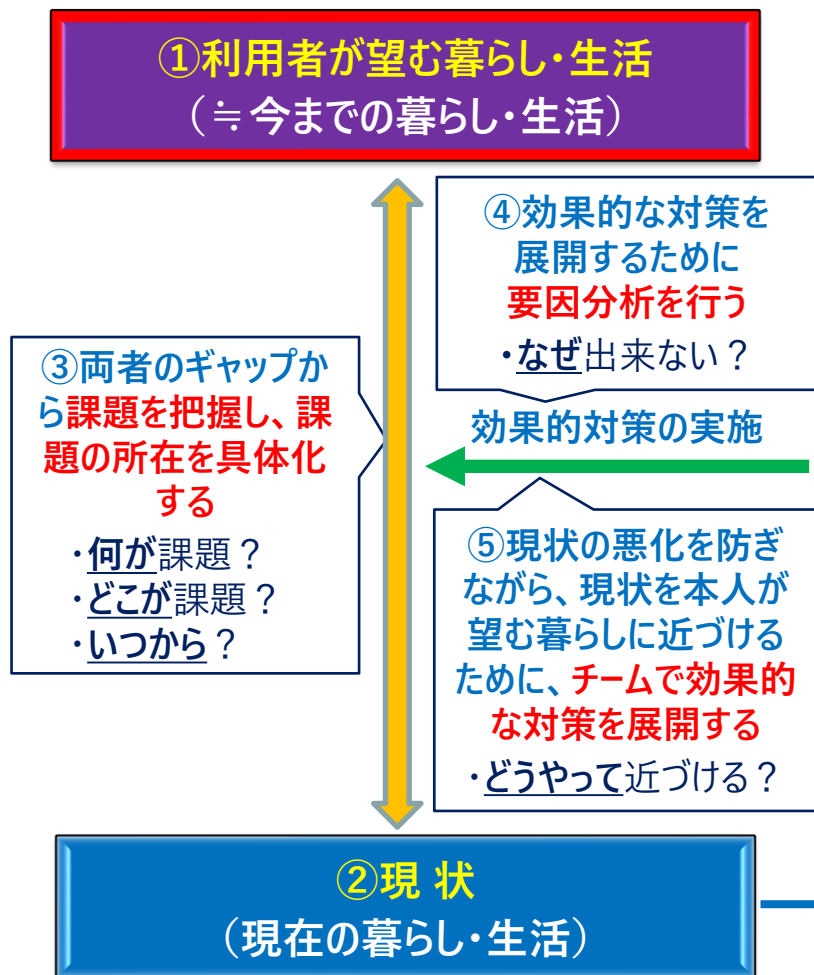
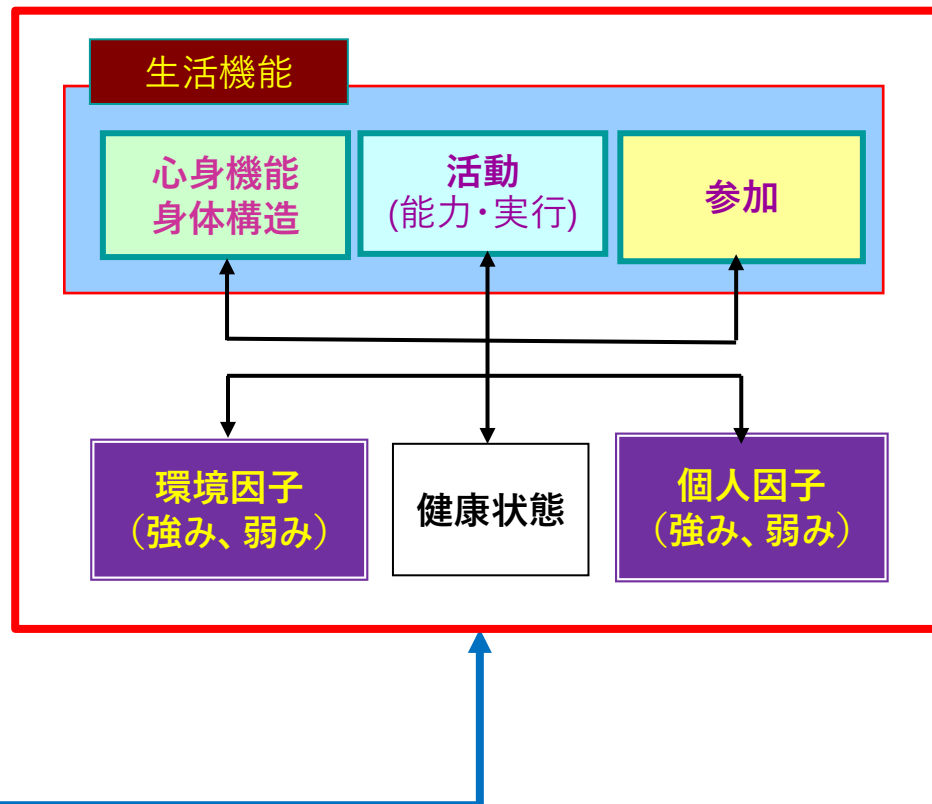
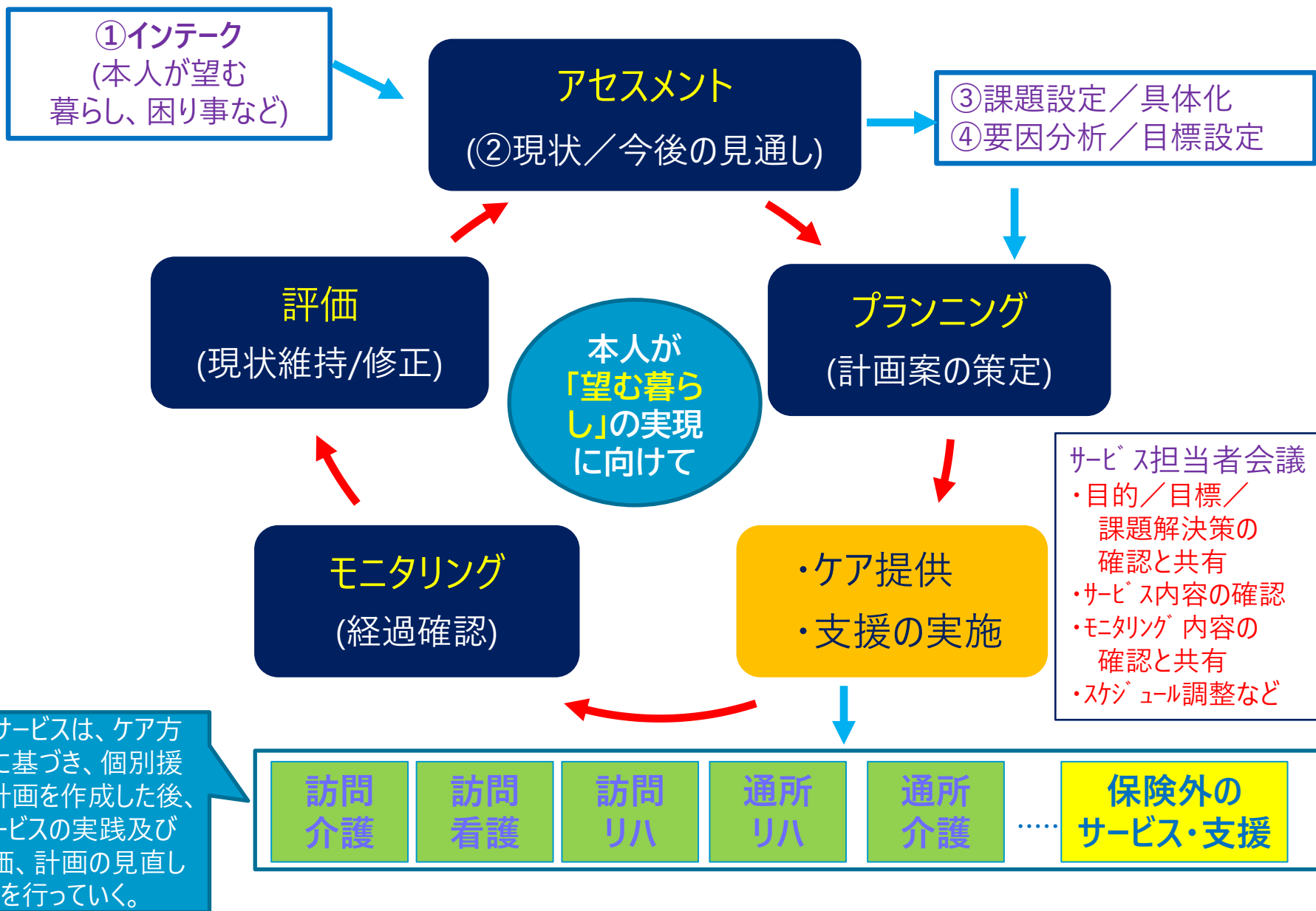


図. 現状把握のためのICF6領域
(多職種のアセスメントを統合する)



※パーキンソン病のような進行性疾患の場合、現在の状態が徐々に悪化したり、リスクが発生すると急激に悪化する。こうした状況が起こると、「本人が望む暮らしの実現が困難化」してしまう。したがって、リスクの発生をできる限り防ぎながら、本人が望む暮らしや生活をどうやって実現するかを考えたマネジメントを行う必要がある。

ケアマネジメントの展開方法（現状を目指す姿に近づけるための展開手順）



【まとめ】マネジメントの構造と基本的視点

(重要なことは「効果的な対策を検討・実行して、現状を目指す姿に近づけること」)

①利用者が望む暮らし・生活

(≡ 今までの暮らし・生活)

④効果的な対策を展開するために「**要因分析**」を行う
・**なぜ**出来ない？

対策の実施

⑤現状を目指す姿に近づけるために「**対策**」をチームで展開する
・**どうやって**近づける？

③両者のギャップから「**課題**」を把握し、具体化する
・何が課題？
・どこが課題？
・いつから？

②現状

(現在の暮らし・生活)

マネジメントの基本的視点

- マネジメントとは「**課題**」を対象とするもの。
- 課題とは、望む姿と現状のギャップのこと。したがって、「**利用者が望む姿の設定**」が必須となる。要援護者の場合、要援護状態前の暮らし・生活が、こうありたいと思う姿を考える際に参考となる場合が多い。
(「**以前**」と「**今**」の暮らし・生活の違い)
- 対策には、①改善(課題の縮小)を目指すもの、②リスク回避により現状維持を目指すものがある。
- **前者は、現状を目指したい姿に近づけることで、課題の改善ないし解決を図るもの。**
- **後者は、課題拡大のリスク(例:再発、生活機能低下、転倒など)がある場合に、こうした事象が起きないようにするもの(=リスクマネジメント)。**
- 課題は、マネジメントの対象(例:歩行距離を現状の50mから300mに延ばす、入浴の自立度を見守りレベルに改善する、最後にしたい夢をかなえるなど)によって、人生レベルから生活レベル、機能レベルまで、様々な設定が可能となるが、いずれも、本人が目指したいレベルと現状のギャップを、対策の対象とする点は同じである。

4. ケアマネジメントの進め方①

—生活行為の維持・向上を目指す場合—

ケアマネジメントの目的と展開手順

ケアマネジメントの目的

- 利用者の生活機能の維持・向上を図ることを通じて、本人が望む暮らし・生活の実現を図ること。



ケアマネジメントの展開手順

< 解決すべき課題の設定とその具体化 >

【Step 1】 本人の困りごと／以前と現在の暮らしの違い／意向の確認 (インテーク)

【Step 2】 ICF6領域の現状と今後の見通しに関する情報収集

【Step 3】 目指す暮らしと現状の差異に基づく課題の抽出および課題の具体化

【Step 4】 解決すべき課題の設定 (課題の関連性、優先順位等を加味して)

【Step 5】 関係者との解決すべき課題の共有とゴール／短期目標の設定

< 効果的な対策の検討・実施・評価 >

【Step 6】 解決すべき課題を生じさせている要因の分析

【Step 7】 本人の意向／課題／目標の共有と対策の検討(サービス担当者会議等で)

【Step 8】 個別援助計画に基づくサービスの質の管理と利用者の状態像等のモニタリング

【Step 9】 短期目標の達成状況等の確認(=評価)と計画の見直し

ケア方針決定までの流れ

① インテーク（本人をどう理解するか）

本人の困りごと、関心領域、期待しているレベルとその意味を理解する

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
園遊とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

【段階1：支援領域、関心領域を知る】

興味・関心チェックシート、以前と現在の生活の違いの把握などを通じて、支援対象となる生活行為や関心領域を発見する

(例：散歩、買い物、入浴、畑仕事など)



【段階2：期待レベルを把握する】

対象となる生活行為に対し、どのレベルまでを本人が期待しているかを把握する。

(例：自分の手で野菜を作りたい)



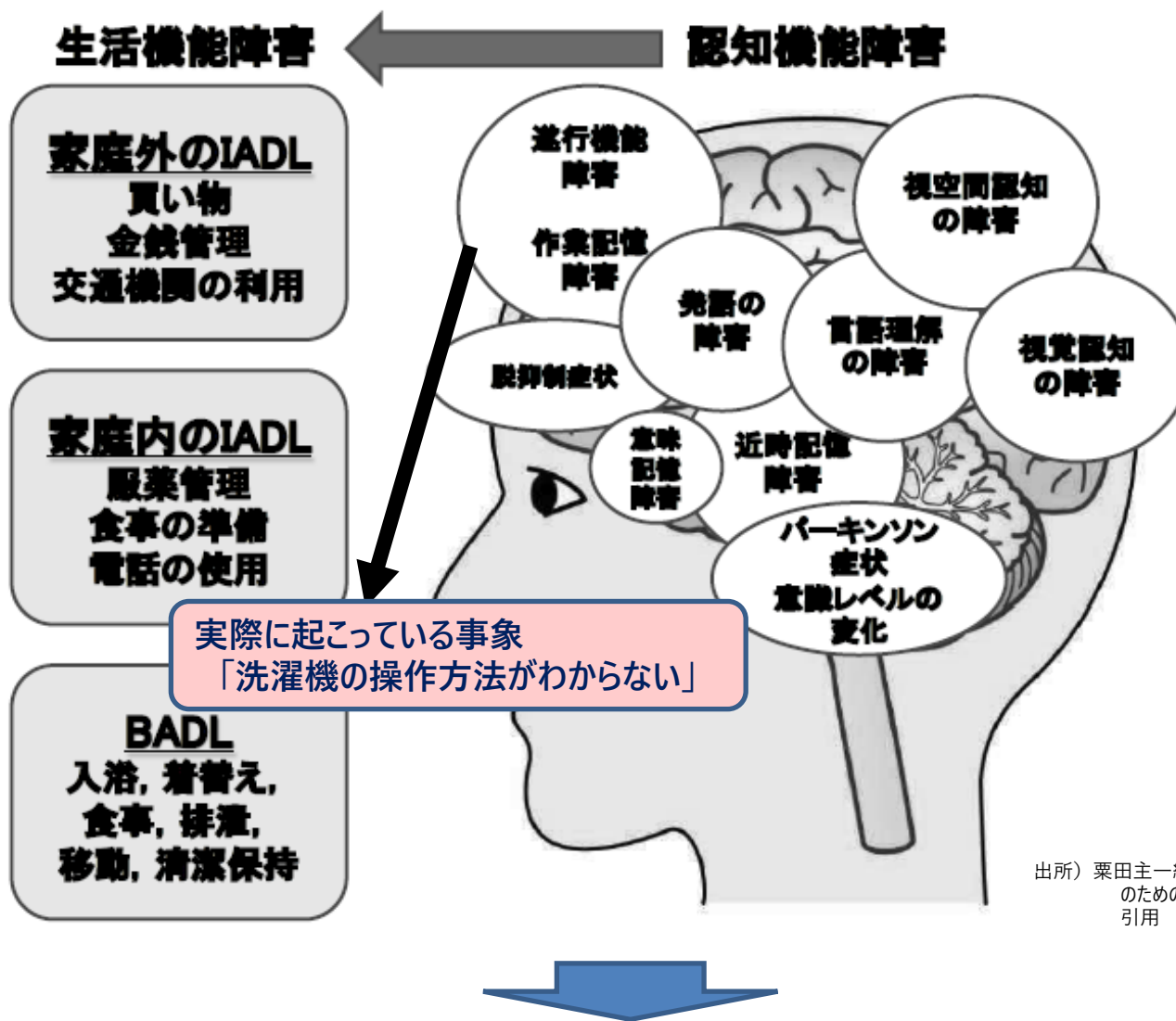
【段階3：期待レベルの本当の意味を理解する】

「畑で野菜を作りたい」という表出された思いに含まれる意味としては、①先祖代々の畑を守りたい、②野菜を作ること自体が好き、③作った野菜を売って喜ばれたい、④野菜の成長していく姿を見るのが好きなど、様々な理由が考えられる。これをおさえることが、支援する上では重要。

ケア方針決定までの流れ

②アセスメント（観察、情報収集）

生活行為への影響要因を意識したアセスメント／情報収集の実施 (損傷部位と重症度に関する情報収集の重要性)



- ・病気で損傷された部位はどこかを確認する (損傷部位はどんな役割を担っていたのか?)
- ・病気による損傷の程度を確認する (重症度はどの程度か?)

ケア方針決定までの流れ

③課題認識／課題設定

本人の望む暮らしの実現に関する各生活行為について、 課題の有無と程度を把握する

【ポイント】

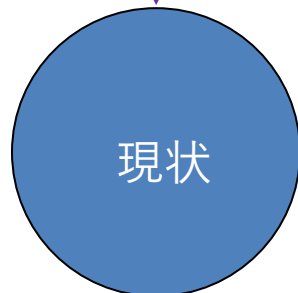
- 「現状」は主にアセスメントから、「ありたい姿」は主に本人・家族や専門職へのインタビューから把握していく。
- 両者の差の大きさだけでなく、緊急性や実現可能性（本人の意欲等）も加味して、どの課題から取り組むべきかを考える。また、現状の絶対レベルが妥当かも吟味する。

日常生活について

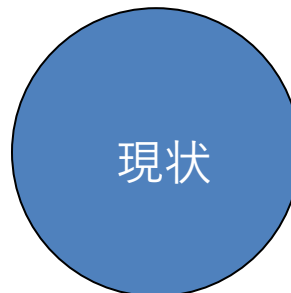
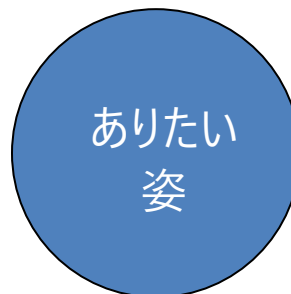
歩行は？
(自立度,実行状況)



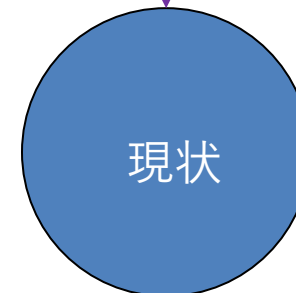
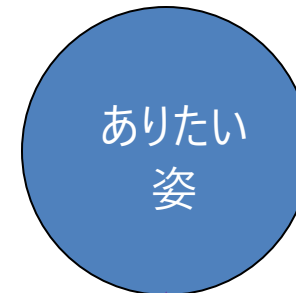
ギャップ
= 課題



家事は？
(自立度,実行状況)



服薬管理は？
(自立度,実行状況)



ケア方針決定までの流れ

④ 要因分析と対策の検討

現状を引き起こしている要因を分析する（なぜ起こっているのか）

目指す姿

■以前と同じように、好きな時に1人で自宅のお風呂に入ること

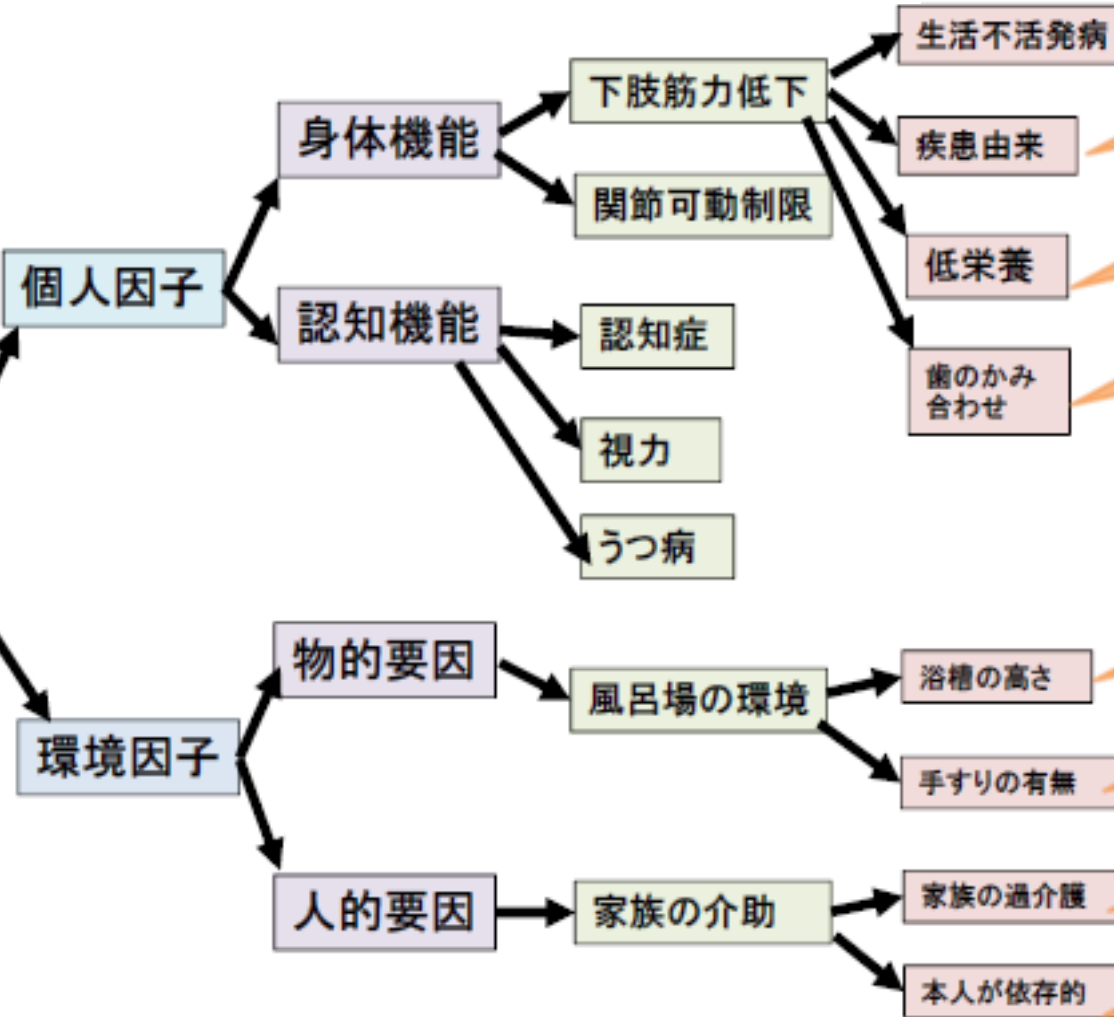
現状

自宅で一人で入浴できない（これは現状）

課題の絞り込み

- 移動
- 衣服着脱
- 浴室移動
- かけ湯
- またぎ**
- 浴槽内姿勢
- 洗身
- 洗髪
- ・
- ・

課題を生じさせている要因の絞り込み



対策

- 運動機能向上
- 医療との連携
- 栄養改善
- 口腔機能向上
- 福祉用具
- 住宅改修
- 介助方法
- 説明

「解決すべき真の課題」に対し、多職種から「原因と対策」に関する見立てを聞く

◎ 生活不活発病が見られるが、どのような原因があるか？

生活不活発の原因を探るための問い

もし、課題を「浴槽が跨げない」と設定したら、リハ職は、「どうやったら跨ぐことが出来るようになるか」の視点で助言を行うことになる。



【歯科医師・歯科衛生士】
義歯の不具合の影響は？
口腔内の状況はどうか？

【薬剤師】
薬の飲合わせの影響は？
必要な服薬はできているか？

【管理栄養士】
食事の形態はどうか？
栄養バランスはどうか？

【民生委員】
地域での日常生活はどうか？

多職種協働による多角的アセスメントを通じて、生活不活発病の原因が口腔機能の低下であったことが判明。

生活不活発を引き起こしている仮説(原因と結果の関連性)を立てる



ケア方針決定までの流れ

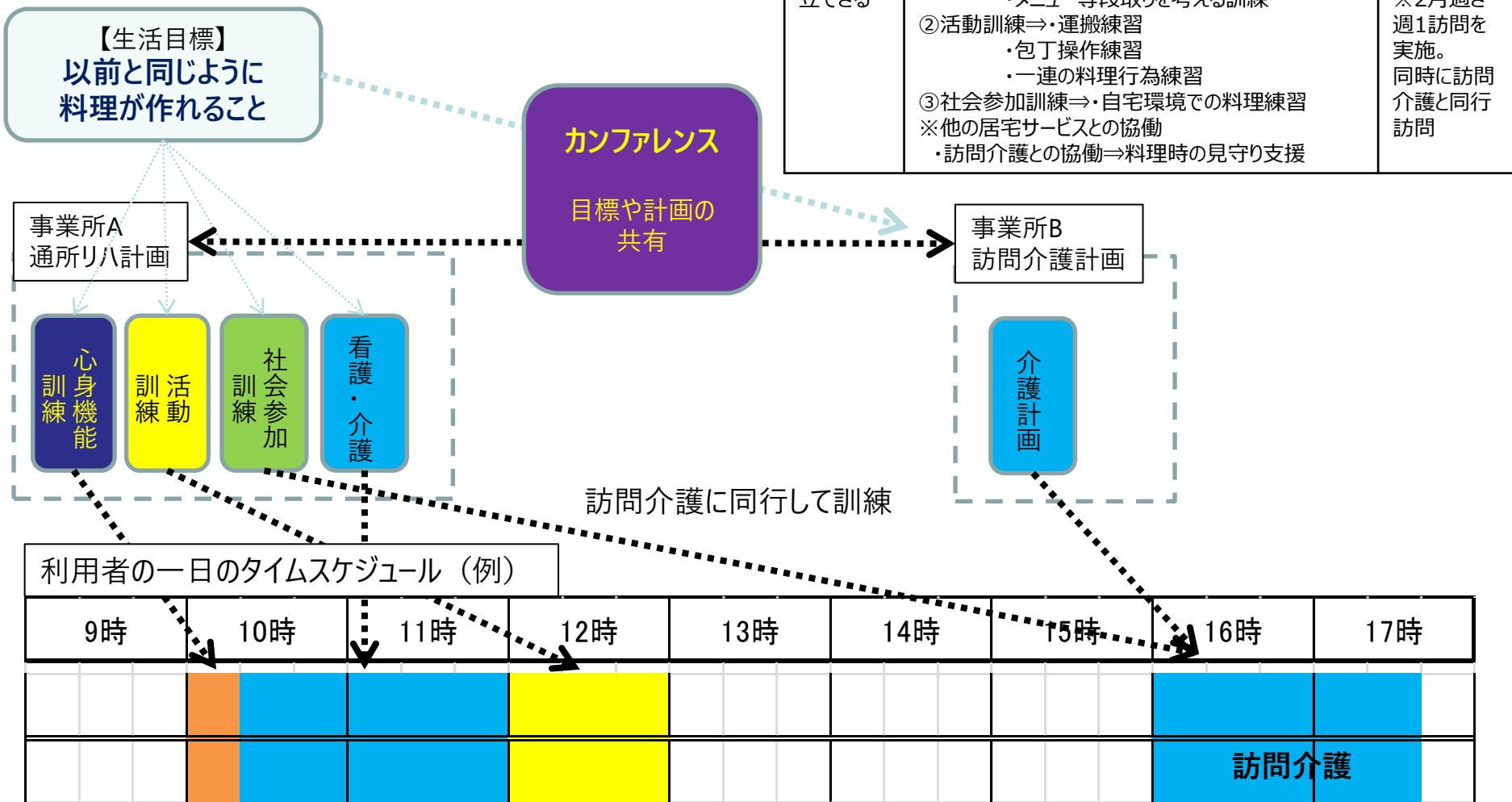
⑤対策の実施

(短期目標達成に向けて、具体的に誰が何をいつまでにどこで行うのかを
決める)

生活目標の達成に向けた多職種協働の例

○通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒・握力向上訓練 ・メニュー等段取りを考える訓練 ②活動訓練⇒・運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒・自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 ・訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を実施。 同時に訪問介護と同行訪問

ケアマネジメントの展開例

—買い物に困難さを抱えている例をもとに—

ケアマネジメントの展開例 1

課題設定

Step1：領域とその課題を認識する

本人の困りごとの中から、本人が望む暮らしの対象（ここでは買い物）を決めていく

【本人の望む暮らし】 以前と同じように買い物に行きたい



【現状】 買い物に行くのがしんどくなっている。頻度も減っている。

Step2：現状の出来ない所を具体化する

【ポイント】 買い物の「どこ」が出来ないかを絞り込む（移動？ 買った物の運搬？）

Step3：具体的課題を再設定する

【課題】 本人は「買い物に行きたい（本人にとってのありたい姿）」が「買ったものを自宅まで運べない（具体的な現状）」ために買い物に行けていない状態にあること

対策の検討

Step4：対策を考える（対策の目的：現状を望む姿に近づけること、対象：①本人、②環境）

【原因探求】 なぜ「買った物が運べない？」

【対策の中身の検討（どうすれば買ったものを家まで運べるか？）】

①本人への対策：リハ導入による改善の可能性は？ どんな方法であれば出来そうか？

②環境への対策：友人はどこまで対応可能か？（一緒に買い物に行ってくれそう？）

配送してくれるお店は近くにないのか？（ここが社会資源！） など

【対策の軽い検証】 この方法を仮に導入したら買い物に行けそうか？

ケアマネジメントの展開例 2

(現状) ※現状は2人とも同じ

Aさん・Bさん:重いものが運べない。ネット注文はしたことがない。

(本人の望む姿) ※2人の買い物に対する意向、価値観、こだわりは異なる。

Aさん:自分でスーパーまで行って、選んで買いたい。

Bさん:ネットでもよいので、食品を購入できればよい。

(Aさんへの対策)

対策1:必要な能力を高める。

対策2:買い物の同伴者を募る。

対策3:買ったものを運送してくれるスーパーを探す。

対策4:移動販売を自地域でも活動してもらうよう依頼する。

(Bさんへの対策)

- ネットの使い方を教える。できれば、何かあったときに相談できる関係性を築きたい

(誰が教える?)

- 携帯会社に教室を開いてもらう
- 孫/娘・息子 **・近くの高校の学生…**

1. Aさんへの対策はどれが良いかは、何を期待したかで異なる。

例1)買い物ができるようにしたい(⇒対策1~4のいずれもOK)

例2)地域住民同士が買い物をお互いに支えあうようにしたい(⇒対策2がよい)

2. 住民のニーズは様々。通常は複数の対策を用意する必要がある。

5. ケアマネジメントの進め方②

ーリスクの発生を回避をしながら目標達成を目指す場合ー

口から食べる楽しみを多職種で支援する

- 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。

口から食べる楽しみの支援の充実



- ・咀嚼・嚥下能力に応じた食形態・水分量の工夫
- ・認知機能に応じた食事介助の工夫
- ・食するときの姿勢の工夫
(机や椅子の高さ・硬さ、ベッドの角度、食具など)
- ・嚥下の意識化、声かけ
- ・食欲増進のための嗜好、温度等への配慮 等

摂食・嚥下障害を有する高齢者へのケアマネジメントのポイント

目指すこと（目的）

- 本人の「食」に対する意向や想いを理解した上で、摂食・嚥下能力を最大限に引き出しながら、**安全に食事を楽しんでもらうこと。**

目的達成のためのマネジメントの視点

1. **本人の「食べる楽しみ」が保たれていること**
2. 低栄養・脱水等のリスクが生じていない／リスクが高まっていないこと
3. **誤嚥・窒息のリスクが生じていない／リスクが高まっていないこと**

誤嚥性肺炎の予防と対策

1. 誤嚥をなくす／リスクを減らす

- ・食べる機能に応じた適切な食形態の選択／食べ方が実践されている
- ・誤嚥しにくい姿勢で食事がとられている
- ・安全な飲み込み方を本人・家族が知っていて、それが実践できている

2. 細菌による誤嚥や胃液の逆流による誤嚥を防ぐ

- ・口腔ケアを励行する
- ・逆流防止を図る(食後の座位など)

3. 肺炎の発症を予防する(誤嚥してもできるだけ肺炎にはならないようにする)

- ・喀出能力を向上させる
- ・全身状態を改善するなど

マネジメントにおける思考プロセスとは

実現したいこと（目的）

誤嚥性肺炎の再発を防ぎながら、安全に、食べたい物を口から食べられること

実現するために必要なこと（目標）

- 【ポイントⅠ】「嚥下機能」と「食形態」のバランスが図れていること
- 【ポイントⅡ】「嚥下機能」と「食べ方」のバランスが図れていること
- 【ポイントⅢ】誤嚥しにくい姿勢が保たれていること

「ポイントⅢ: 誤嚥しにくい姿勢を保つ」に関する課題と対策の関係性

誤嚥しにくい姿勢が
保たれていること（=目指していること）

②課題ありの場合、なぜ今の姿勢になっているかを考える(本人要因・環境要因に分けて)

①両者にギャップがあれば“課題あり”、なければ“課題なし”と判断

③どうすれば、今の姿勢を、目指す姿勢に近づけられるかを考え、対策を講じる(自分でできること/他者にやってもらうこと)

現在の食事摂取時の姿勢
(自宅・デイなど)



目的を意識しながら、マネジメントを展開する

マネジメントの進め方

マネジメントの基本構造 (姿勢保持に関して)

誤嚥しにくい姿勢が
保たれていること
(= 目指していること)

②課題ありの場合、なぜ今の姿勢になっているかを考える(原因の推察)。

①両者にギャップがあれば“課題あり”、なければ“課題なし”と判断。

③どうすれば、今の姿勢を、目指す姿勢に近づけられるかを考え、対策を講じる(自分でできること/他者にやってもらうこと)

現在の食事摂取時の姿勢
(自宅・デイなど)

【手順1】誤嚥しにくい姿勢を確認する(= 目指す姿勢)

- 誤嚥しにくい姿勢は、検査でしかわからない。そこで、入院中の検査(VE・VF等)に関する情報提供を、病院スタッフに依頼するとともに、結果の解釈を聞く(誤嚥しにくい姿勢について理解する)。

【手順2】現在の食事時の姿勢を確認する

- 現在の姿勢を確認する(自宅及びデイ等における)。

【手順3】課題かどうかを専門職の意見も参考に判断する

- 目指す姿勢と現在の姿勢のギャップを確認し、課題か否かを判断する(必要に応じて専門職に意見を聞く)。

【手順4】現在の食事時の姿勢になっている原因を考える

- 現在の食事時の姿勢になっている原因について、専門職の意見を聞く(本人要因・環境要因に分けて)

【手順5】効果的な対策を考え、実行する (自宅・デイ)

- 本人・環境要因のうち、a)改善できる要素は何か、b)どうすれば改善できそうかについて、専門職の意見を聞く。
- 課題解決に向け、各職種の役割分担を検討・共有し、実行する。

多職種協働による「口から食べる楽しみの支援」の流れの一例

○利用者の食事の際に、多職種で食事場をを観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができる。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺炎の予防等が期待できる。



多職種ミールラウンド、食事観察

- ・食事の環境(机や椅子の高さ等)
- ・食べる姿勢、ペース、一口量
- ・食物の認知機能
- ・食具の種類・使い方、介助法等
- ・食事摂取の状況
- ・食の嗜好



口腔機能評価、頸部聴診等

- ・咀嚼能力
- ・嚥下機能
- ・歯・義歯の状況
- ・口腔保持力
- ・食塊の形成・移動能力
- ・唾液分泌能



経口維持支援のための多職種カンファレンス

食べる様子を動画で確認しながら、全身状態、栄養状態、咀嚼能力や嚥下機能に応じた、経口維持計画を検討

出所) 厚生労働省：施設系サービスの口腔・栄養に関する報酬・基準について(案)、第113回介護給付費分科会(2014年11月6日開催)、資料1を一部修正

関係多職種が、課題解決（ゴール達成）に向かって、全体として何をすべきか。
そのイメージを共有しながら、自身が関わる部分に関わっていく

【目的】誤嚥性肺炎の再発を防ぐために連携する
(連携するとは具体的にどんなことをするのか?)

- 現在の嚥下機能のレベルを確認する
- 嚥下機能からみた適切な食形態は何かを確認する
- 嚥下機能の改善の可能性を確認する(見通しを確認する)
- 誤嚥しにくい姿勢について確認する
- 誤嚥しにくい食事の仕方(1回の量、スピード、…)
- 食べるものに対する認識に問題がないかを確認する
- 嚥下機能が低下しているサインは何かを確認する など



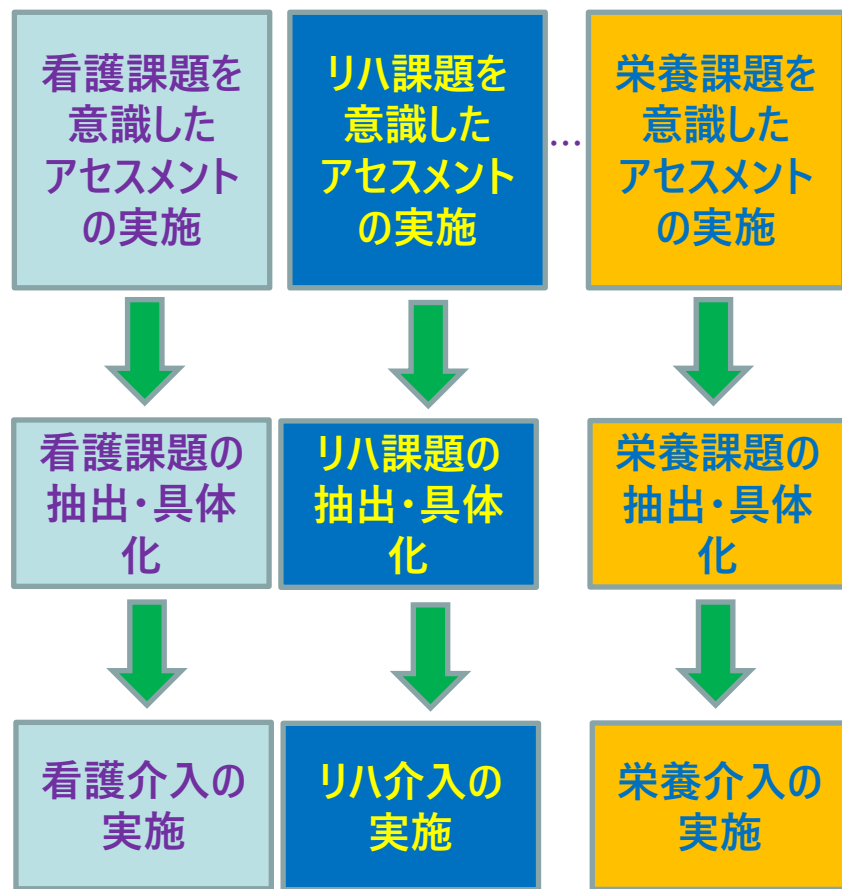
- 連携という言葉は非常に抽象的。
- 抽象的な言葉のままだと、それぞれの「連携」のイメージにしたがって行動が行われる。
- 具体的な行動は何かを共有すると、そのための情報共有のレベルが揃ってくる。

6. ケアマネジメントの今後

—多職種・多主体協働による課題解決力の向上—

介入を行う医療・介護職の思考の特徴を理解した上で、 ゴールを意識した協働を促すのが、マネジメント担当者の役割

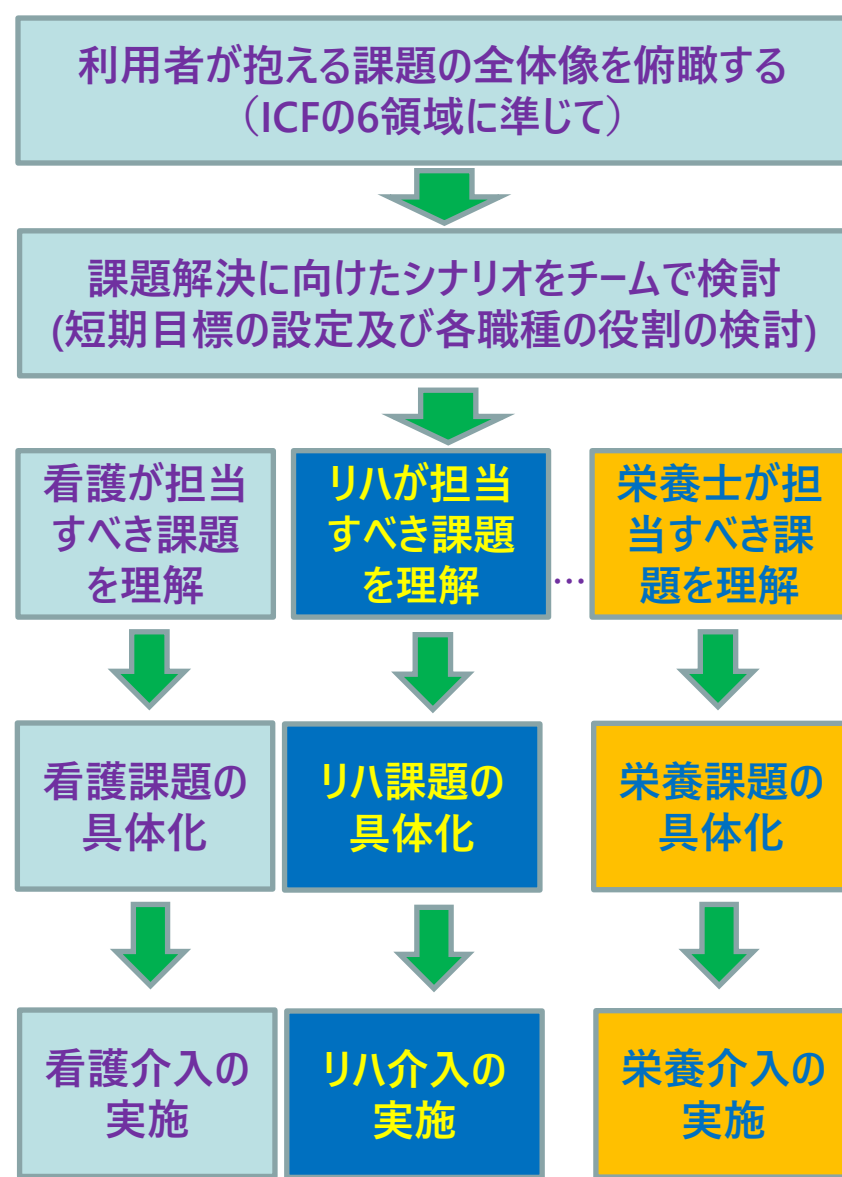
従来の多職種連携（分業スタイル）



問題点

- 課題の関連性や優先順位が十分吟味されないまま、各々の介入が行われる場合がある。

本来の多職種協働



本人を理解した上で、多職種の視点と多様な手段を統合した課題解決の推進

－主訴・主観と客観の融合／本人と環境へのアプローチの融合－

- ・他の職種のアセスメント(LIFEデータ含む)を収集し、「全体像と今後の見通しをイメージする力」が必要。
- ・信頼関係の構築、適切な解決策の展開を図る上で、「相手を理解する力」が重要。
- ・「多様な手段（専門職、専門職以外）を用いた課題解決力」の向上が今後求められる。

(本人の) 生活機能

心身機能・構造

- －運動機能
- －栄養・口腔機能
- －認知機能
- －うつ・意欲
- －閉じこもり 等

活動 (している活動、 できる活動)

- －IADL
- －ADL など

参加

- －家族との関わり
- －社会との関わり
- －役割
- －コミュニケーション など

環境因子
(強み、弱み)

健康状態

個人因子
(強み、弱み)