

ケアマネジメントに求められる思考過程とその進め方

【内容】

1. マネジメントの基本
2. ケアマネジメントのあるべき展開方法
3. ケアマネジメントの進め方
 - 1) 現状を目指す姿に近づけるアプローチ
 - 2) 現状の悪化防止により、課題の拡大を防ぐアプローチ
4. 地域ケア会議にて、関係者の目的意識を揃えながら、ケアマネジャーと生活支援コーディネーターの連携を促している例（愛知県豊明市）
5. ケアマネジメントの今後

令和5年11月7日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター

川越雅弘

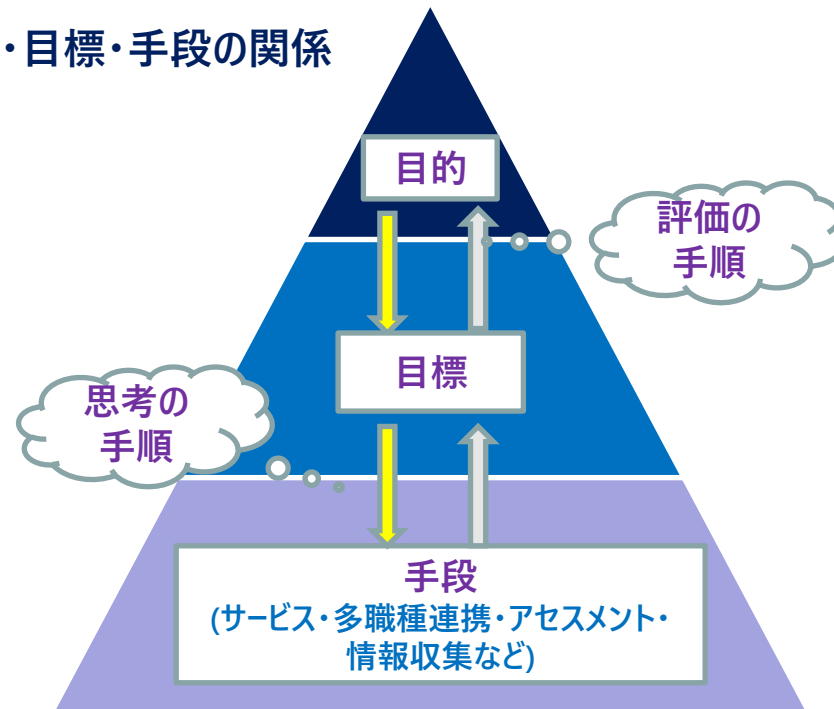
1. マネジメントの基本

【基本1】マネジメントでは、目的を意識しながら、目標を置き、手段を考える (専門職は手段へのこだわりが強い。チームを機能化させるためには、目的を意識させることが重要)

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



【基本2】マネジメントとは、「課題を改善・解決する」ために行うもの

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】

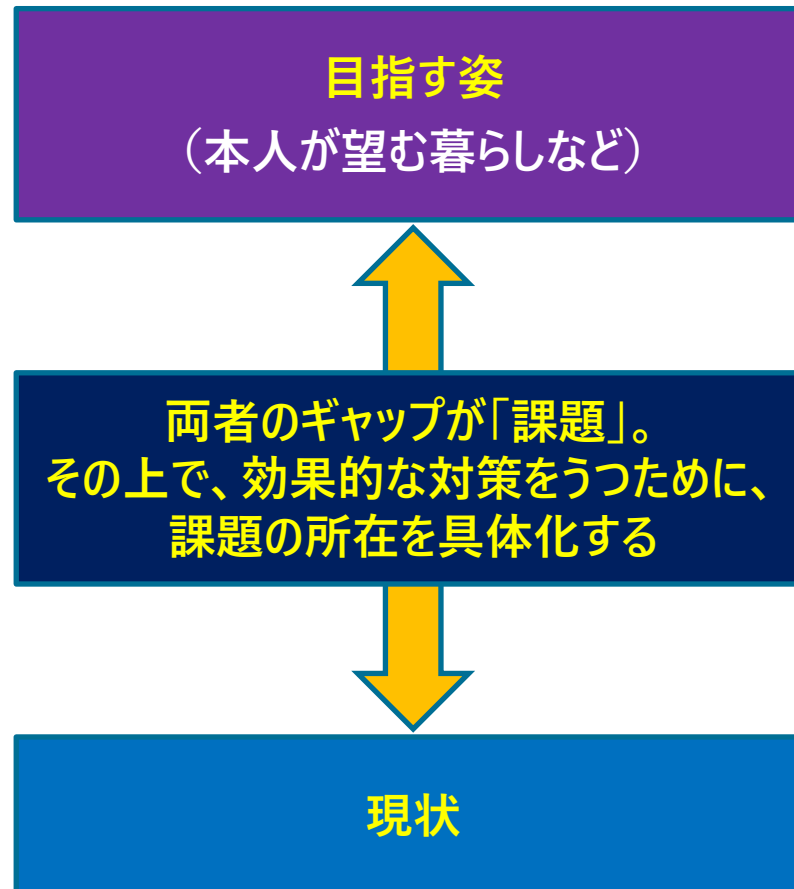
- サービス／マネジメントの目的を理解した上で、①「本人が望む暮らし」と「現在の暮らし」のギャップの評価（課題の抽出）、②解決すべき課題の絞り込みと具体化、③それら課題を生じさせている原因の追求（課題分析）、④課題改善／解決策の検討と各関係者による取組を通じて、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること。

【基本3】課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと！ そして、効果的な対策をうつために、課題の所在を具体化する

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。
- 効果的な対策を打つためには、課題の所在を具体化する必要があります。

図. 課題とは何か

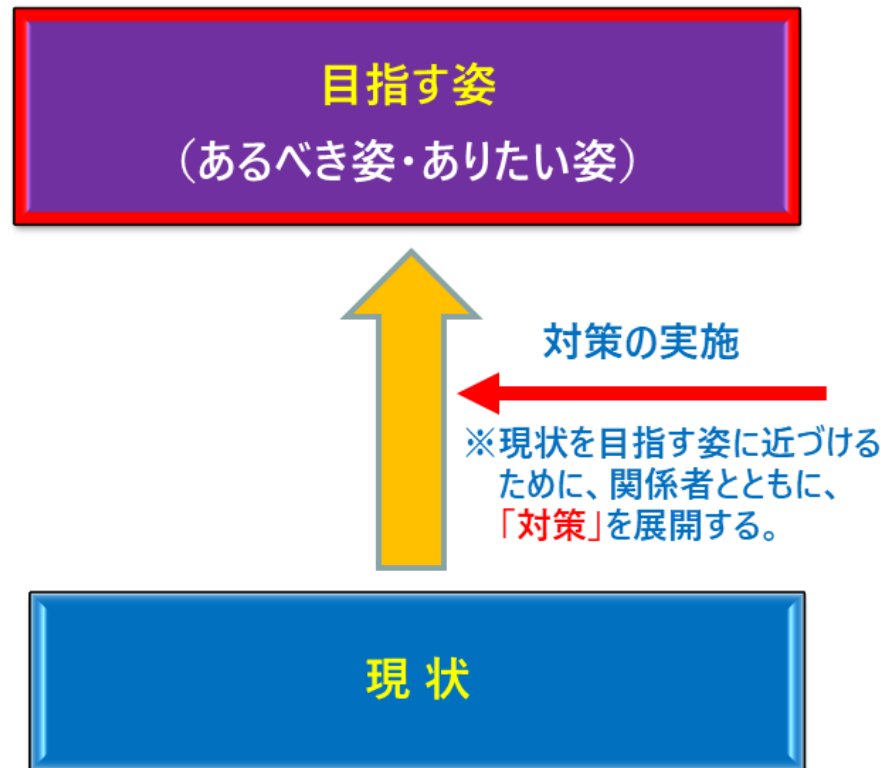


【基本4】対策とは、「現状」と「目指す姿」のギャップを近づける、ないし、拡大させないために行うもの！

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検討することになります。

図. 対策とは何か（現状を「目指す姿」に近づける場合）

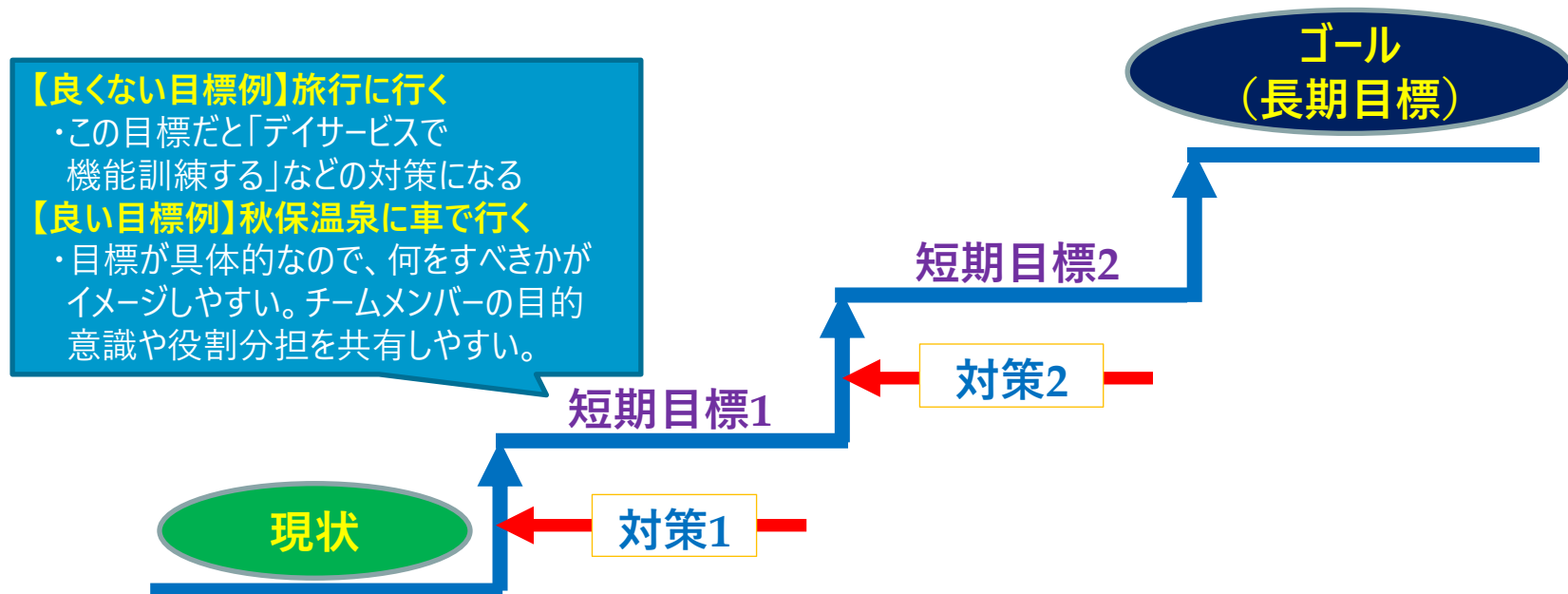


【基本5】目標は、やりたい内容、やれるかもと思えるレベルで、段階的に設定する！ そして、5W1Hを使って、目標を具体化する

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。

図. ゴール達成までの進め方のイメージ

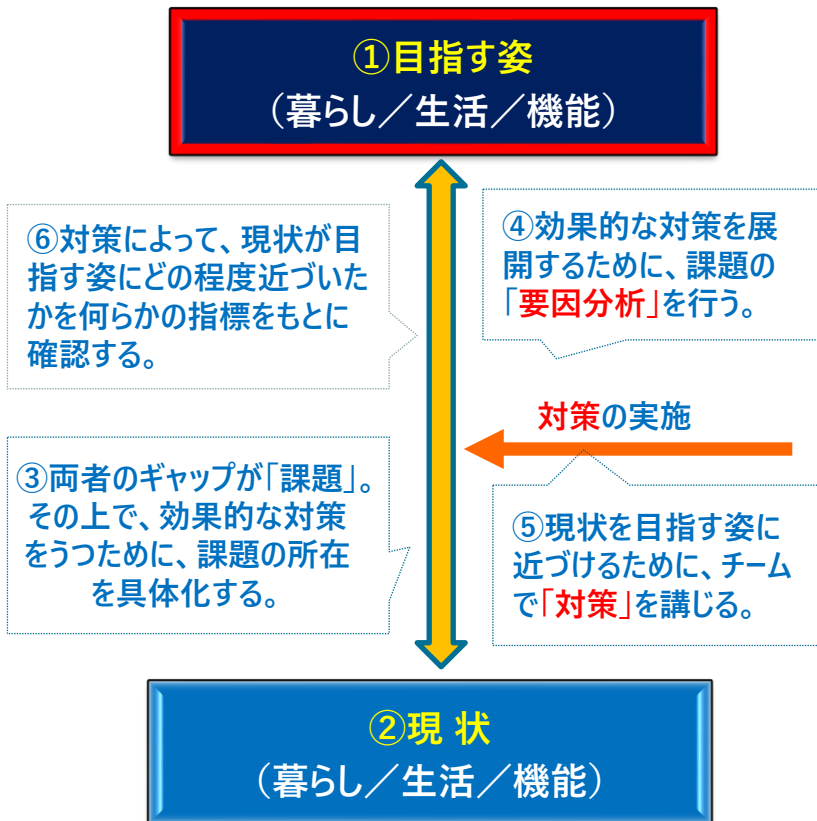


2. ケアマネジメントのあるべき展開方法

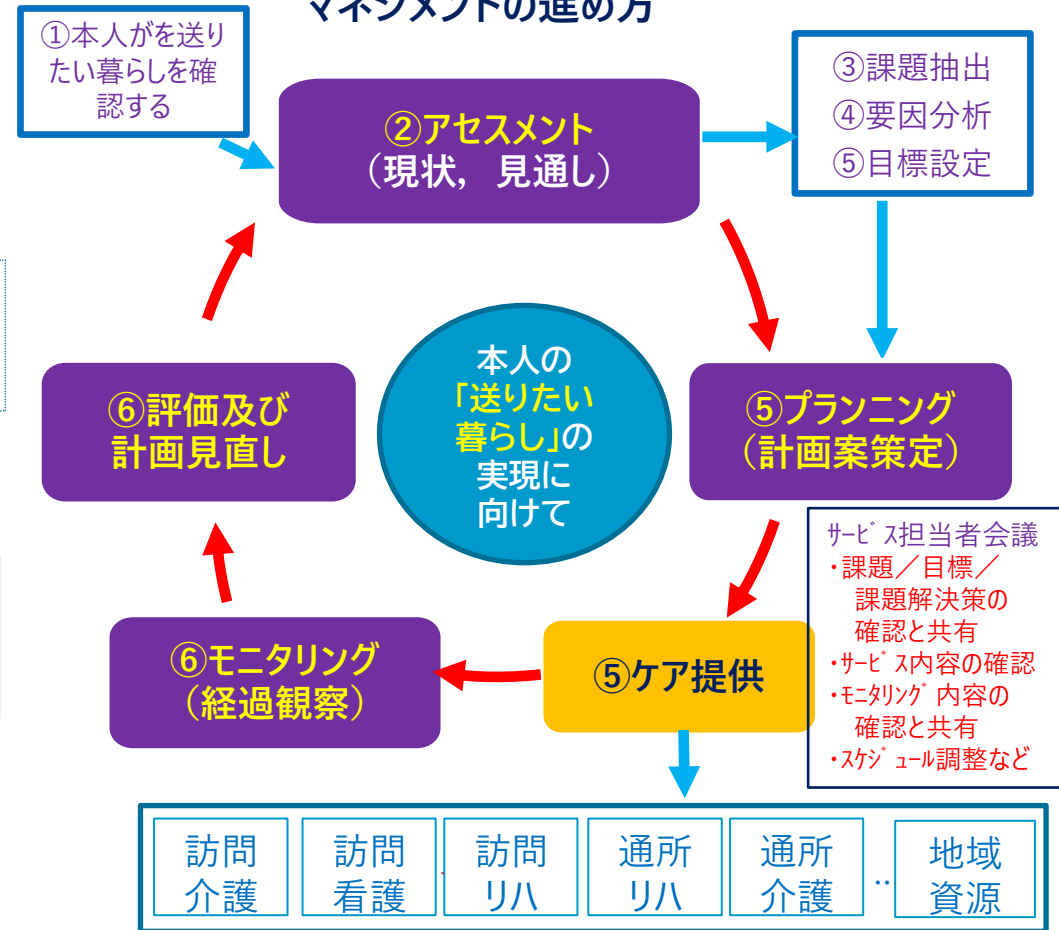
ケアマネジメントの構造とあるべき展開方法

(ケアマネジメントの目的は「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」である)

課題と対策の関係性



マネジメントの進め方



本人が送りたい生活に着目したアプローチの例

(どのようなアプローチがよいかは、専門職と相談しながら進めていく)

リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

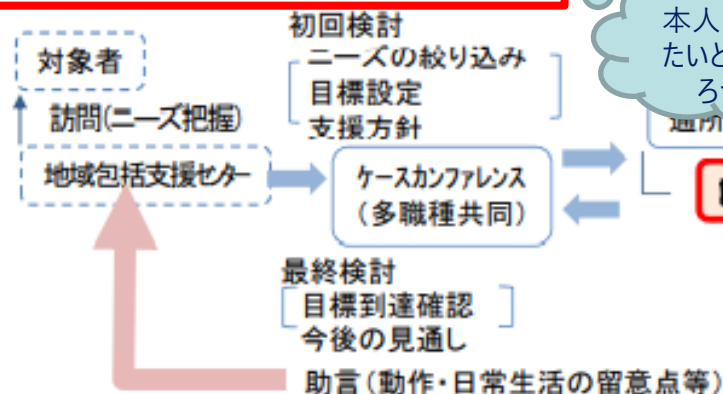
訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
 - 職 種 構 成 : 市町村保健師 or 地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or 理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本)
 - 対応の頻度 : 1回1時間程度、1～3回程度で終結
- ※利用者の状態に応じて回数を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

腰痛へのアプローチだと、腰痛が治らない間、外出しない状況が続く可能性あり。

訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



何のためなら、本人は外出したいと思うのだろうか？

OTの評価と改善提案

1回目

- 神社の参拝が日課だった
＝参拝の復活 [初期目標]
- ・玄関の上がり框が動作の支障
→踏み台設置
- ・自宅周辺に坂が多い
→歩行補助具の変更



初期目標が達成されるまでは、地域包括等が訪問

2回目

- 外出行動の拡大
＝バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認
→休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認
→乗降、着席・立ち上がり



※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

3. ケアマネジメントの進め方

ケアマネジメントにおける2つのアプローチ

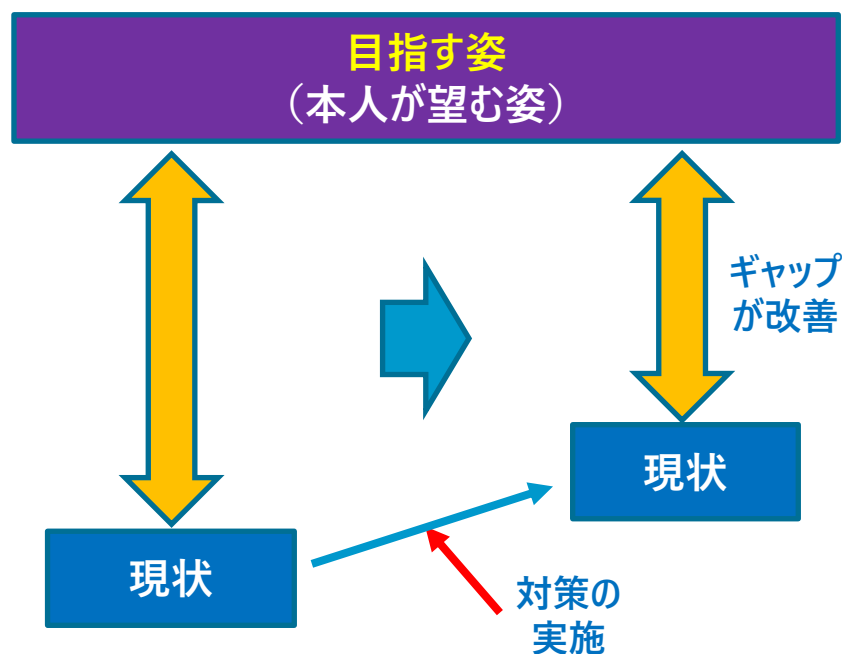
(①現状を目指す姿に近づける、②課題を拡大させない)

ポイント

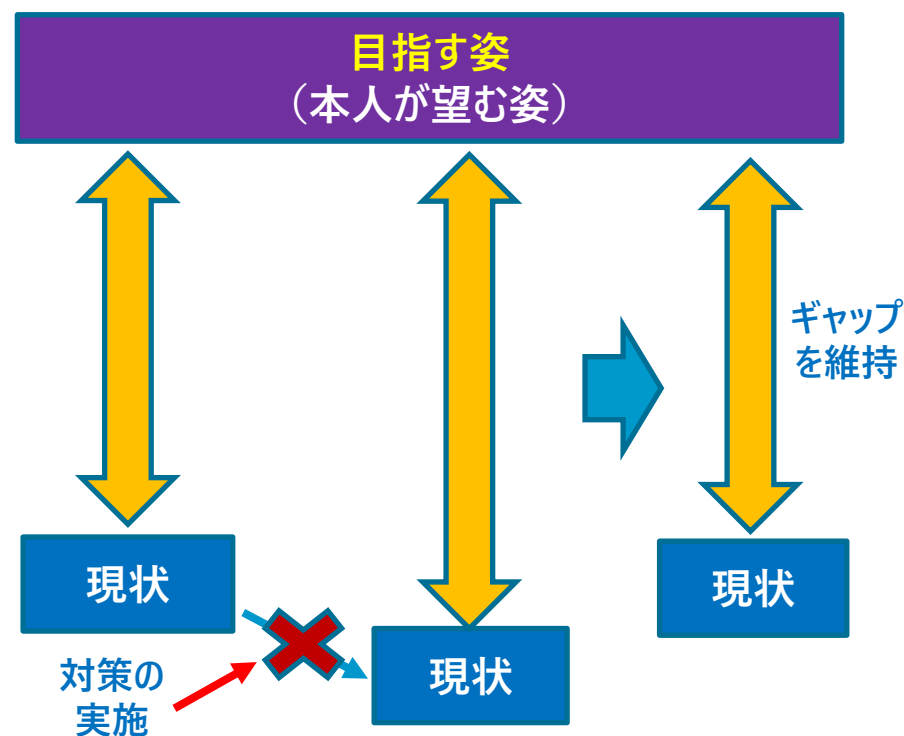
- マネジメントは、「現状」を「目指す姿」に近づける（＝課題を解決する）ために行うことです。どのようにすれば、現状を目指す姿に近づけられるかの展開シナリオを考え、必要な要素を出し、各々の要素を誰が担うかを関係者間で検討し、実行に移していくことになります。
- 他方、現状が悪化していく（健康状態、ADLなど）、望ましくないイベントが起こる（転倒・骨折、再発など）可能性がある場合、現状をできるだけ維持し、課題拡大を防ぐアプローチをとることになります。

図. ケアマネジメントにおける2つのアプローチ

a) 現状を改善し、目指す姿に近づける場合



b) 現状の悪化防止により、課題の拡大を防ぐ場合



1) 現状を目指す姿に近づけるアプローチ

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）

「本人の意向の把握」がマネジメントの出発点。 従って、本人の困り事／関心領域／期待値とその真意の理解が必須。

【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。



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			
友達とおしゃべり・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 ()			

現状が同じでも、望む暮らし・生活が異なれば、課題も対策も異なる。
だからこそ、「どんな暮らし・生活を送りたがっているのか」をおさえることが重要。

(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。歩行に問題なし。ネット注文は未経験。



(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さんの解決すべき課題)

- 購入したものを自宅まで運ぶことができる／誰かが運搬してくれる状況を作ること

(対策例)

- 能力向上の可能性があれば、運搬能力を高める(リハ導入で)。
- 能力向上が難しい場合は、代替策を考え、生活支援コーディネーターと連携しながら対策を進めていく(例:買い物の同伴者を募る。買ったものを運送してくれるスーパーを探す。)

(Bさんの解決すべき課題)

- ネットを使って、注文ができるようになること

(対策例)

- 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。ネットが使えると、災害時の情報収集力の向上にもつながる。

(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...

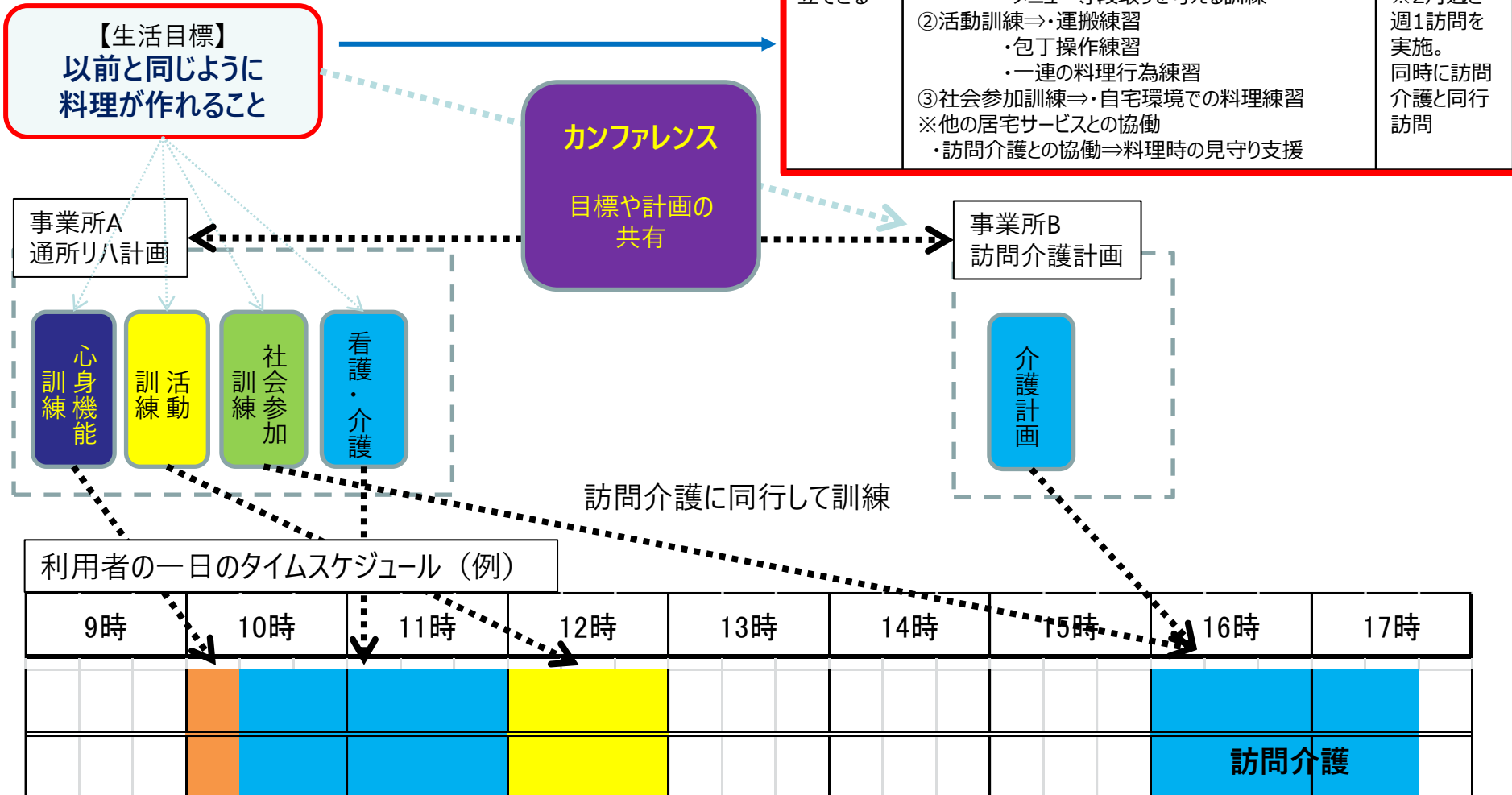
ケア方針決定までの流れ

- ②生活目標の達成を意識したアセスメント・情報収集と
課題の所在の絞り込み

生活目標達成を意識して、アセスメント・情報収集を行い、課題の所在を絞る

○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



ケア方針決定までの流れ

③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（なぜ起きているのか）

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

個人因子

身体機能

下肢筋力低下

関節可動制限

認知機能

認知症

視力

うつ病

生活不活発病

疾患由来

低栄養

歯のかみ合わせ

環境因子

物的要因

風呂場の環境

浴槽の高さ

手すりの有無

人的要因

家族の介助

家族の過介護

本人が依存的

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？

多職種協働による
多角的アセスメント



【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



2) 現状の悪化防止により、課題の拡大を防ぐアプローチ

口から食べる楽しみを、リスク回避しながら、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)

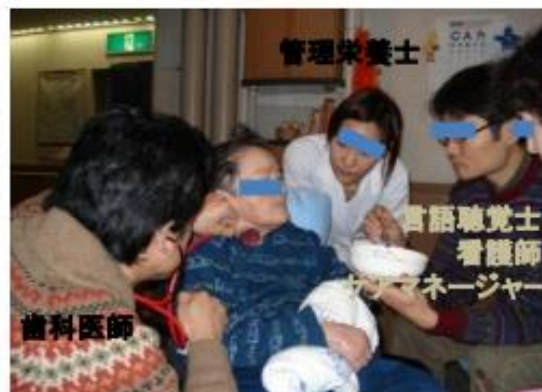
- 本人・環境要因のうち、a)改善できる要素は何か、b)どうすれば改善できそうかについて、専門職の意見を聞く。
- 課題解決に向け、各職種の役割分担を検討・共有し、実行する。

課題解決のためには何が必要かを考えた上で、多職種のアセスメント情報を共有し、課題の有無の確認と解決シナリオを皆で考える



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

再発予防対策の観点から、
① 食べる機能と食形態が
あっているか
② 食べる機能と食べ方／食
べさせ方があっているか
③ 誤嚥しにくい姿勢になっ
ているか
などを確認する。



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

対応に問題がないかを、
むせの有無などで確認
する。

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

4. 地域ケア会議にて、関係者の目的意識を揃えながら、
ケアマネジャーと生活支援コーディネーターの連携を促している例
—愛知県豊明市—

専門職に価値観の変化を起こせるか

価値観（幸せと思うこと）

サービスの「終了」は気の毒だ

デイサービスに通うことで介護を予防する
個人まかせでは重症化するに決まってるから、
専門職がずっと関わり続けることが必要

医療・介護は本人にとっては非日常
できる限り、なじみの人や環境で気兼ねなく
暮らせるほうが幸せ
元の自由なふつうの暮らし（日常）に戻そう

支援の目的・方向性

なんとかして、介護保険サービスを利用してもらおう
できるだけ長く使ってもらおう

モラルハザードが起きる

ふつうの暮らしを長く続けられるよう、
活動的に生活（廃用予防）し、
疾病の重症化を防ぐための、
習慣を身につけてもらえるよう支援

ふつうの暮らしに戻す支援を皆で考える場＝地域ケア会議

地域ケア会議での議論のポイント

豊明市の地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス）の概要

【目的】 自立型ケアマネジメントの強化、多職種の視点によるケアの質の向上

【頻度】 要支援・事業対象者（月1回・1.5H・4 ケース）、
要介護（月1回・1.5H・ミニ講義+3ケース）

【参加者】 市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業所等、
医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、保健師、看護師、歯科医、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、司法書士、社協、民間企業等

人口 68,728人 (30.4)
高齢者人口 17,484人
高齢化率 25.4%



ポイント1 | 明確かつ簡潔な論点の設定

会議における議論のポイント

①本当の課題は何ですか？

本人にとっての自立は？自立を阻害する要因は？
（現状とありたい姿のギャップから課題を特定）

②本当に解決できますか？

サービスは現状とありたい姿のギャップを
本当に解決できるのか

※ 普通の暮らしを取り戻す（自立）支援とは

- ① 現状分析（なぜ今の状態になったのか？）、
- ② 目標設定（どんな暮らしを目指すのか？）、
- ③ 「本当の課題」の抽出（取り組むべき課題は何か？）

を検討することで、本人や家族が課題と向き合い、行動変容を起こすことに繋がる。

ポイント2 | 他の事業との連動

多職種によるカンファレンスを行うことで、医療介護連携、総合事業、認知症地域支援、生活支援体制整備事業等の市町村が実施する事業が繋がる。



介護保険サービス漬けにしない自立支援アプローチ

単なる介護保険サービスだけを組み合わせたり、介護保険サービスに利用者を当てはめたりする支援から脱却し、その人に**本当に必要な場所や生活を支えるサービス**を**介護保険に限定せず**、幅広く探し、無ければ地域で創り出す発想へ

これまでの単なる介護保険サービスマネジメント

訪問介護



ヘルパーによる買い物

通所介護



送迎してくれるデイサービスで機能訓練

これからの自立支援ケアマネジメント

公的保険



駅前まで行くバス停までの歩行・乗車をリハ職による訓練

市場のフィットネス



駅前のフィットネスジムで定期的に運動

宅配サービス



帰りに寄ったスーパーで自分で選んだ購入品は宅配サービスを利用

5. 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）

看護課題を
意識した
アセスメント
の実施

リハ課題を
意識した
アセスメント
の実施

栄養課題を
意識した
アセスメント
の実施

看護課題の
抽出・具体
化

リハ課題の
抽出・具体
化

栄養課題の
抽出・具体
化

看護介入の
実施

リハ介入の
実施

栄養介入の
実施

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

利用者が抱える課題の全体像を俯瞰する
(ICFの6領域に準じて)

課題解決に向けたシナリオをチームで検討
(短期目標の設定及び各職種の役割の検討)

看護が担当
すべき課題
を理解

リハが担当
すべき課題
を理解

栄養士が担
当すべき課
題を理解

看護課題の
具体化

リハ課題の
具体化

栄養課題の
具体化

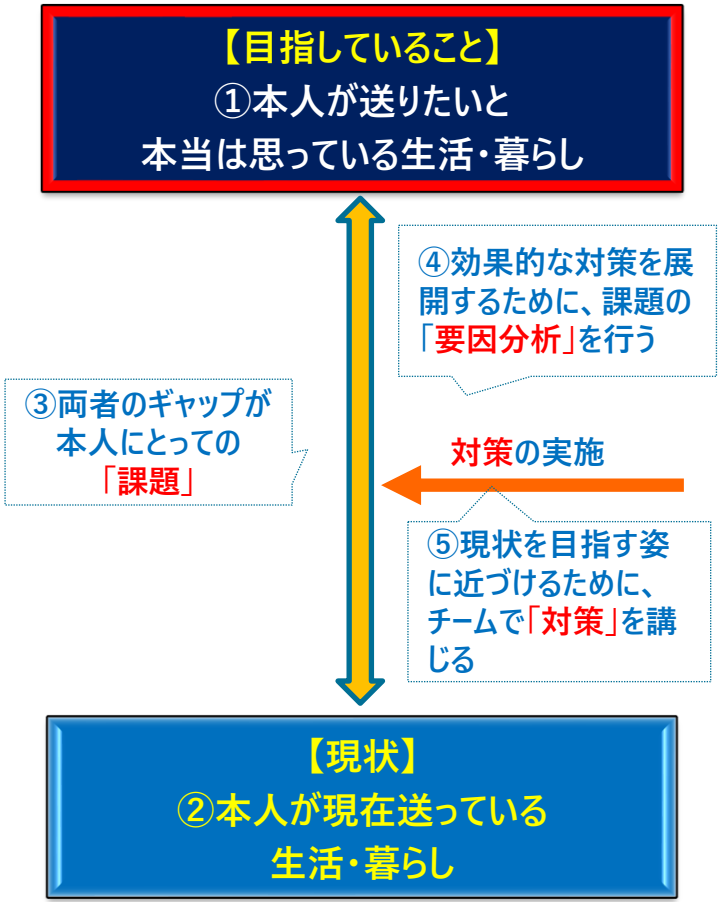
看護介入の
実施

リハ介入の
実施

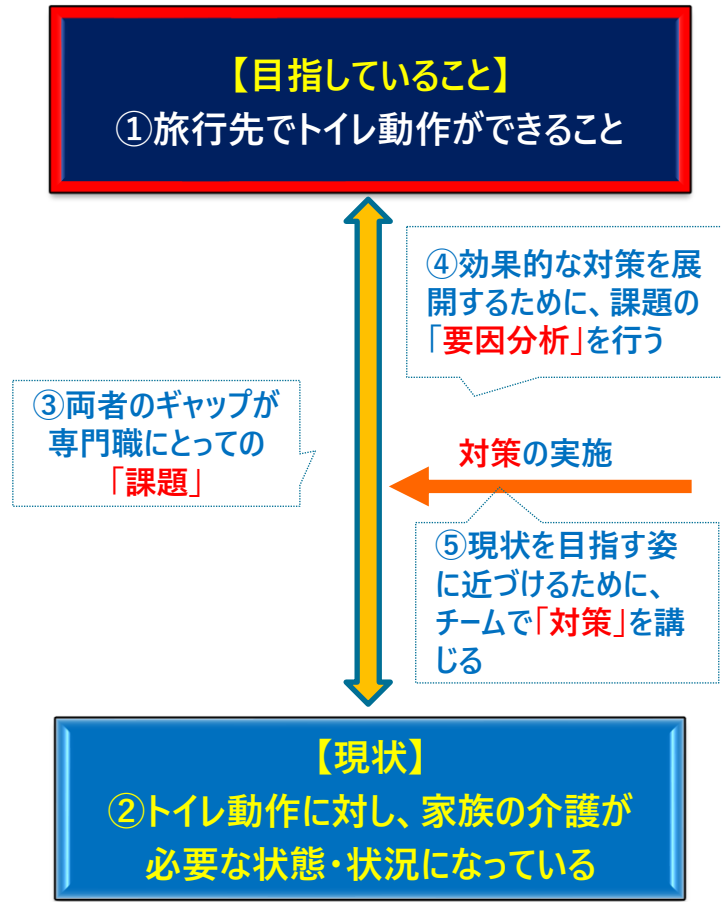
栄養介入の
実施

関係者でまず共有すべきは「本人にとっての課題」。その上で、本人の課題を解決するために「専門職が解決しないといけない課題」の解決を考える。

本人にとっての課題
(これが上位の課題)



本人の課題解決に向けて、専門職が解決
しないといけない課題



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)