

令和3年度社会福祉推進事業

科学的介護情報システム（L I F E）を活用した
介護過程実践に関する調査研究事業

報告書

株式会社コモン計画研究所

令和4（2022）年3月

科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業 報告書

目次

第1章 調査研究の全体像.....	1
1 調査研究の目的と視点.....	3
(1) 前年度調査研究の振り返りと残された課題.....	3
(2) 本調査研究の目的と視点.....	4
(3) 調査研究における用語について.....	5
2 調査研究の枠組みと内容.....	5
(1) 調査研究の内容.....	5
① L I F Eを活用した介護過程実践事例調査の実施.....	5
② L I F Eを活用した介護過程実践事例集の作成.....	7
(2) 検討体制：検討委員会の設置.....	8
(3) 検討体制：作業部会の設置.....	9
3 調査研究の経過.....	10
第2章 調査研究の総括.....	13
1 調査研究概要.....	15
(1) 事例調査における調査対象.....	15
(2) 事例調査における目的.....	15
(3) 介護過程の基本と本調査研究の関係.....	16
2 事例報告のまとめ.....	16
(1) 取り組み前の介護過程の課題.....	17
① アセスメントに関する課題.....	17
② 計画・目標に紐づく実施記録、情報共有に関する課題.....	18
③ 既存の業務の変更に対する様々な障壁.....	18
(2) 取り組み前の介護職チーム・介護リーダーの課題.....	19
① 介護リーダーとしての自覚・自信の不足.....	19
② 介護リーダーによる介護職員への指導力・かかわりの不足.....	20
③ 介護過程を推進していくための介護リーダーの力量不足.....	20
(3) L I F E導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫.....	20
■取組・工夫1：アセスメント等書式の新規作成・変更.....	21
■取組・工夫2：研修・勉強会等の開催.....	22

■取組・工夫 3：会議体の創設・変更	22
■取組・工夫 4：介護リーダーの役割を周知・明示	23
■取組・工夫 5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与	23
■取組・工夫 6：実施や評価の精度を上げる取り組み	23
■取組・工夫 7：1～6 を後押しする業務改善	24
(4) 新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響	26
■取組・工夫 1：アセスメント等書式の新規作成・変更による効果や影響	27
■取組・工夫 2：研修・勉強会等の開催による効果や影響	28
■取組・工夫 3：会議体の創設・変更による効果や影響	29
■取組・工夫 4：介護リーダーの役割を周知・明示したことによる効果や影響	30
■取組・工夫 5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与したことによる効果や影響	30
■取組・工夫 6：実施や評価の精度を上げる取り組みによる効果や影響	30
(5) 利用者の受益・変化	31
① A D L、身体機能に関する変化	32
② 認知症に関する変化	32
③ 利用者の QOL に関する変化	33
(6) 新たな課題・今後の展望	34
① 業務時間の増加、一部職員への負担	34
② 事例調査実践チーム以外への横展開	35
③ L I F E と連動した現場実践の更なる推進	35
3 考察	36
(1) 介護過程実践における課題	36
(2) L I F E 導入をきっかけとした介護過程実践における取り組みとその効果や影響	38
(3) 介護過程を効果的に進める要素との関連	40
(4) L I F E を活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる役割	41
(4-1) 介護リーダーとしての介護福祉士に求められる役割	42
① 介護過程実践における中核的役割を担う	42
② 生活を支援軸に利用者を支える	42
③ 介護実践を言語化する	43
④ 利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する	43
⑤ 多職種連携を推進する	44
⑥ 介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する	45
(4-2) 介護リーダー以外の介護福祉士たちに求められる役割	45
(4-3) L I F E を活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる役割	46
4 本調査研究の限界と課題	48

第3章 科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践事例調査結果 ...	49
1 実践事例調査の枠組み.....	51
(1) 目的.....	51
(2) 調査対象.....	51
(3) 調査方法.....	54
2 事例調査結果.....	58
事例1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森.....	59
事例2 特別養護老人ホーム あけぼの.....	61
事例3 特別養護老人ホーム 潤生園.....	64
事例4 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか.....	66
事例5 介護老人保健施設 もえぎ野.....	68
事例6 介護老人保健施設 あいの郷.....	70
事例7 介護老人保健施設 紀伊の里.....	72
事例8 ツクイ 一宮開明.....	76
事例9 デイサービスセンター ふぁみりい.....	78
事例10 フロイデグループホーム ひたちなか.....	80
事例11 愛の家グループホーム 国分寺本多.....	82
事例12 小規模多機能ホーム 大宮.....	84
事例13 看多機 かえりえ河原塚.....	86
資料.....	89
調査研究ご協力者.....	91

第1章

調査研究の全体像

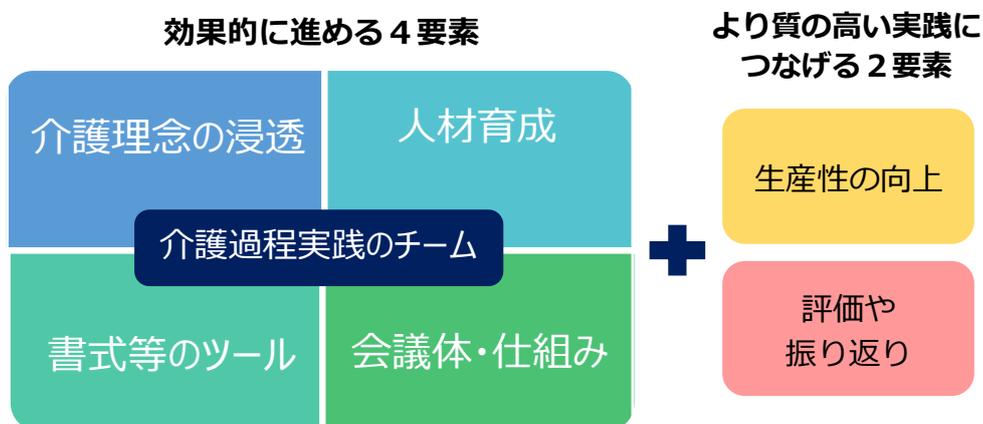
1 調査研究の目的と視点

介護過程は、利用者の自立の維持・向上、利用者の望む生活の実現をするために必要な「根拠に基づいた介護実践」である。介護過程は介護福祉士養成カリキュラムなどの介護人材の育成において重要な科目であり、介護福祉士の専門性の1つとして介護現場で取り組むことが期待されている。また、介護福祉士の役割においては、介護職チームをまとめていく介護リーダーや多職種連携の要となることと並び、介護過程を実践できることが求められている。認知症ケアや看取り、地域生活支援などが求められる中、根拠ある介護実践とともに、介護職チームにおける統一的・継続的な介護の質を担保する上でも介護過程の実践は重要である。

(1) 前年度調査研究の振り返りと残された課題

令和2年度社会福祉推進事業「介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業」(令和3年3月、株式会社コモン計画研究所)において、介護過程実践は利用者の自立の維持・向上、利用者の望む生活の実現といった“対利用者への意義”、介護職員の専門職としての意識の向上、他職種との連携、ケアプランの充実など“専門職としての実践の意義”、その他介護職チームケアの推進など、多様な効果が一定程度あると認識されている実態がアンケート調査により明らかになった。

また、事例調査からは、介護過程実践を介護現場において、より効果的に進めるための4つの要素と、より質の高い実践につなげるための2つの支援要素が明らかになり(下図)、介護過程は介護職個人による専門的な技能であるという認識を踏まえつつも、現場における介護職チームを実働させるチームケアの重要な技法であり、仕組みでもあるという構図が見え、組織として取り組みが介護過程の深化・推進につながることが明らかになった。



加えて、介護過程実践におけるリーダー的役割人材である介護福祉士の6つの役割も抽出されたが（下図）、介護過程実践チームの中における介護福祉士特有の役割が十分に見出しきれず、また介護過程実践で介護福祉士が実際に機能しているのか効果検証が不十分であるという課題が残された。そして、介護過程実践による最終受益者である利用者にとっての受益と実践効果についても検証をすることはできなかった。

介護過程実践における介護職（介護福祉士）の役割

①介護過程実践における中核的役割を担う

②生活を支援軸に利用者を支える

③介護実践を言語化する

④利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する

⑤多職種連携を推進する

⑥介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する

（２）本調査研究の目的と視点

令和3年度より始まった「科学的介護情報システム（L I F E）」（以下、「L I F E」という）は、アセスメント情報等のデータ登録及びフィードバックの活用を通じて、介護事業者におけるケアの質の向上を図る新たな取り組みである。L I F Eの活用や推進において介護過程実践は必須であり、その担い手である介護福祉士の役割は大きいと考える。

本年度事業においては、介護過程実践事例調査（以下、「事例調査」という）を通じて以下の3つを明らかにすることを目的とする。②③は、前年度事業で残された課題を踏まえた取り組みである。

- ① L I F E 導入をきっかけに、組織や介護職チームが介護過程実践に関連して取り組んだこと、その効果や影響は何か
- ② ①の取り組みを踏まえた介護過程実践の中で、介護リーダーにはどのような効果や影響があったのか、またその介護リーダーを通じて介護職チームにはどのような効果や影響があったのか
- ③ L I F E を活用した介護過程実践を受けた利用者にはどのような受益や変化があったか

なお、本調査研究はL I F E 活用の推進に軸足を置くものではなく、L I F E 活用を通して介護過程実践の深化・推進を図ることを目的としている。

(3) 調査研究における用語について

本調査研究では、下記用語に統一して表記している。

- ・ケアプラン
- ・ケアマネジャー
- ・個別介護計画（介護職が介護過程において作成する計画）
- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・言語聴覚士
- ・利用者

また、本調査研究で表記している「介護リーダー」は、介護職による「介護職チーム」等をまとめるリーダーであり、介護福祉士資格所持者であることを前提としている。

2 調査研究の枠組みと内容

(1) 調査研究の内容

① L I F E を活用した介護過程実践事例調査の実施

L I F E を導入または導入を予定している介護事業者において、L I F E の活用による介護過程を実践し、前述の①～③（4 ページ）を明らかにすることを目的に「L I F E を活用した介護過程実践事例調査」を実施した。

本調査は、③の目的に付随して、事業所や組織ではなく個別ケア（利用者）を対象とした事例調査としている。

また、L I F E という新たな仕組みを意図的に取り込んで個別ケアを実践するという「アクションリサーチ」の性質を有する取り組みでもある。

【事例調査に協力いただく事業者の要件】

調査協力をいただく事業者の前提要件として、①L I F E を導入または導入予定であること、②法人から選出された代表者が作業部会委員として情報交換や事例をとりまとめ、発表・報告等を行うことを要件とした。

【事例調査に協力いただく事業者の抽出】

事例調査に協力いただく事業者を抽出するにあたり、前年度事業に課題として残された事案を検証することを鑑み、前年度事業の実践事例調査対象施設の一部に調査協力を依頼した。

しかし、本調査研究のテーマであるLIFEの活用効果を把握するためには、特定のサービス種別にとどまるべきではないという視点から、事業者団体や職能団体等に推薦を依頼し、事例調査協力事業者の協力を呼び掛け有意抽出した。結果として、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設に加え、前年度事業では調査対象としていなかった居宅サービス事業者及び地域密着型サービス事業者についても調査協力を得ることができた。

なお、事例調査実施中に新型コロナウイルス感染症拡大の影響により途中辞退の事業者があり、最終実施数は13事業者、16事例となった。

調査の枠組み

1 対象：	介護老人福祉施設	：4事業者、5事例
	介護老人保健施設	：3事業者、5事例
	通所介護	：2事業者、2事例
	認知症対応型共同生活介護	：2事業者、2事例
	小規模多機能型居宅介護	：1事業者、1事例
	看護小規模多機能型居宅介護	：1事業者、1事例
合 計		：13事業者、16事例
2 要件：	① LIFEを導入または導入予定であること	
	② 法人から選出された代表者が作業部会委員として 情報交換や事例とりまとめ、発表・報告等を行うこと	
3 事例対象：	個別ケア（利用者）	
4 実施期間：	令和3年11月～令和4年2月のうち3か月程度	

【個人情報への配慮及び個人情報保護の徹底】

本事例調査は、弊社におけるプライバシーポリシーに基づき実施し、取り扱う事例については下記の通り具体的配慮を行うとともに、確実な実行を担保するため社内の第三者（担当外）によるチェック体制を整備した。

- ・ 具体的配慮1：事例に関する情報として実施計画、中間報告、実施報告及び成果物において対象者の氏名、年齢、性別を明示しないことを徹底した。
- ・ 具体的配慮2：写真等については個人が特定できないモザイクや塗りつぶし加工をした画像のやり取りを徹底し、掲載にあたって同様の対応をした。
- ・ 具体的配慮3：上記1及び2の対応がされない状況が確認された場合は、速やかにその状況を事例提供事業者及び事務局で共有し、双方における当該データの消去等を実施した。

② L I F E を活用した介護過程実践事例集の作成

L I F E を活用した介護過程実践事例調査結果について、介護事業所における介護過程の推進、介護職員現任者研修、介護福祉士養成校等において教材の一部として活用を図ることを目的に、「科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践事例集」（以下、「事例集」という）を作成した。

事例集は、印刷製本をして関係機関への配布のほか、広く多様な関係者・機関の活用を推進するため、弊社ホームページにて公開する。

▼公開先

<https://www.comon.jp/dl/project.html>



科学的介護情報システム（L I F E）を活用した 介護過程実践事例集の主な内容

- 事例集活用のねらい、ながれ、事例のみかた
- 介護過程及びL I F E の解説
- 事例から得られる示唆
- L I F E を活用した介護過程の実践事例

(2) 検討体制：検討委員会の設置

以下の学識経験者、職能団体、事業者団体からの推薦者で構成される検討委員会を設置し、調査に関する方法及び内容の検討・精査・修正等に関する助言、調査結果を踏まえた今後の提言について検討を行った。新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、すべてリモート開催とした。

役職	所属等	氏名（敬称略）
委員	公益社団法人日本介護福祉士会 会長	及川ゆりこ
委員	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 老施協総研運営委員会委員	神部 健史
委員	全国福祉高等学校長会 事務局次長	真田 龍一
委員	公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 理事 聖隷クリストファー大学 教授	野田由佳里
委員	一般社団法人日本在宅介護協会 介護保険制度委員会委員	早見浩太郎
委員	東洋大学ライフデザイン学部 教授	古川 和稔
委員長	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 理事・総合施設長	本名 靖
委員	公益社団法人全国老人保健施設協会 管理運営委員会副委員長	山野 雅弘

【オブザーバー】

所属等	氏名（敬称略）
日本福祉大学 教授	武田 啓子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官 ※令和3年9月末日まで	鈴木 俊文
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官 ※令和3年10月1日より	藤野 裕子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護福祉専門官	鈴木真智子

(3) 検討体制：作業部会の設置

以下の有識者、関係者で構成される作業部会を設置し、本調査研究における事例調査の実施、調査結果の分析、結果を踏まえたまとめ・今後の提言案等の作成を行った。新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、すべてリモート開催とした。

役職	所属等	氏名（敬称略）
委員	社会福祉法人小田原福祉会 特別養護老人ホーム潤生園 施設長	井口 健一郎
委員	社会福祉法人長岡福祉協会 介護老人保健施設新橋ばらの園 介護課 係長	生出 大介
委員	株式会社ツクイ 東海圏 本部長	金澤 彰洋
委員	株式会社トッツ デイサービスセンターふぁみりい 所長	橋高 裕行
委員	医療法人徳洲会 介護老人保健施設あいの郷 相談部門主任	白石 学
委員	メディカル・ケア・サービス株式会社 事業支援部 部長	神保 勉
委員	社会福祉法人山形 特別養護老人ホームサンシャイン大森 部長	菅原 浩
委員	株式会社やさしい手 執行役員	中村 徹也
委員	社会福祉法人彩光会 特別養護老人ホームあけぼの 介護係長	成田 裕暁
委員	社会福祉法人明翠会 特別養護老人ホームなのはな苑ふくおか 介護統括主任	松橋 卓磨
委員	社会福祉法人河内厚生会 介護老人保健施設もえぎ野 介護長	宮本 栄子
部会長	公益社団法人日本介護福祉士会 理事	望月 太敦
委員	医療法人博仁会 志村フロイデグループ 介護部 部長	森 久紀
委員	医療法人明成会 介護老人保健施設紀伊の里 施設長	山野 雅弘

【オブザーバー】

所属等	氏名（敬称略）
日本福祉大学 教授	武田 啓子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官 ※令和3年9月末日まで	鈴木 俊文
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官 ※令和3年10月1日より	藤野 裕子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護福祉専門官	鈴木真智子

3 調査研究の経過

開催			主な議事内容
第1回	検討委員会	日時：令和3年9月3日（金） 17時～19時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度社会福祉推進事業の報告 本年度事業の目的と調査研究概要 ※LIFEの概要について共有 取組1事例調査について 事例調査候補について 取組2事例集作成について スケジュールについて
第1回	作業部会	日時：令和3年9月27日（月） 10時～12時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度社会福祉推進事業の報告 本年度事業の目的と調査研究概要 取組1事例調査について 取組2事例集作成について スケジュールについて 事例調査対象施設・事業所紹介 科学的介護情報システム（LIFE）とは 事前ヒアリング（プレゼンテーション）の準備について
第2回	作業部会	日時：令和3年10月12日（火） 17時～20時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 事例調査事前ヒアリング（プレゼンテーション）発表及び質疑応答 4事業者
第3回	作業部会	日時：令和3年10月18日（月） 17時～20時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 事例調査事前ヒアリング（プレゼンテーション）発表及び質疑応答 3事業者
第4回	作業部会	日時：令和3年10月21日（木） 13時～16時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 事例調査事前ヒアリング（プレゼンテーション）発表及び質疑応答 5事業者
第5回	作業部会	日時：令和3年10月26日（火） 17時30分～19時30分 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設情報交換会 4事業者
第6回	作業部会	日時：令和3年10月27日（水） 13時～15時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設情報交換会 4事業者
第7回	作業部会	日時：令和3年10月29日（金） 17時～19時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護サービス事業所情報交換会 6事業者
※事例調査実施計画書について個別打合せ（zoom） 令和3年10月27日（水）～11月16日（火）			

開 催			主な議事内容
第 2 回	検討委員会	日時：令和 3 年 11 月 22 日（月） 10 時～12 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの経過報告 ・各事業者の事例調査実施計画について ・事例集イメージ案について ・全体スケジュールについて
第 8 回	作業部会	日時：令和 3 年 12 月 14 日（火） 15 時～17 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・事例調査中間報告 7 事業者
第 9 回	作業部会	日時：令和 3 年 12 月 20 日（月） 17 時～19 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・事例調査中間報告 7 事業者
<p>※事例調査事例集フォーマット記載に関する説明動画配信 令和 4 年 1 月 4 日～本調査研究終了まで</p> <p>※事例調査事例集フォーマット記載について個別打合せ（zoom） 令和 4 年 1 月 11 日（火）～3 月 4 日（金）</p> <p>※事例調査実践介護職チーム・介護リーダーへのヒアリング（zoom） 令和 4 年 2 月 9 日（水）～3 月 17 日（木）</p>			
第 3 回	検討委員会	日時：令和 4 年 1 月 19 日（水） 10 時～12 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの経過報告 ・事例集構成案について ・調査研究報告書構成案について
第 10 回	作業部会	日時：令和 4 年 2 月 21 日（月） 17 時～20 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・事例調査実施報告及び質疑応答 6 事業者
第 11 回	作業部会	日時：令和 4 年 2 月 25 日（金） 15 時～18 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・事例調査実施報告及び質疑応答 6 事業者
第 4 回	検討委員会	日時：令和 4 年 3 月 15 日（火） 15 時～17 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書（案）及び事例集（案）について
第 12 回	作業部会	日時：令和 4 年 3 月 18 日（金） 17 時～19 時 場所：zoom	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書（案）及び事例集（案）について

第2章

調査研究の総括

1 調査研究概要

本調査研究は、令和2年度「介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究」に続く事業にあたる。本年度は特に介護保険法改正に伴い導入が本格化された「科学的介護情報システム（L I F E）」の活用による介護過程実践への影響や効果を、実際の介護過程実践事例を通じて検証することを主たる目的としている。また、前年度事業で残された課題への取り組みも含めた事例調査となった。

改めて、事例調査の概要を整理したい。

(1) 事例調査における調査対象

L I F E 導入を決定した事業者の介護職チームが、L I F E 導入をきっかけに取り組んだ介護過程実践事例である。

本趣旨を理解し賛同いただいた13事業者に対して、下記目的を踏まえた上で、約3か月間の介護過程実践に取り組んでいただき、その事例について指定フォーマットにて報告をしてもらった。

調査の対象となった13事業者と事例数

介護老人福祉施設	: 4 事業者、5 事例
介護老人保健施設	: 3 事業者、5 事例
通所介護	: 2 事業者、2 事例
認知症対応型共同生活介護	: 2 事業者、2 事例
小規模多機能型居宅介護	: 1 事業者、1 事例
看護小規模多機能型居宅介護	: 1 事業者、1 事例
<hr/>	
合計	13 事業者、16 事例

(2) 事例調査における目的

- ① L I F E 導入をきっかけに、組織や介護職チームが介護過程実践に関連して取り組んだこと、その効果や影響を明らかにする。
- ② ①の取り組みを踏まえた介護過程実践の中で、介護リーダーにはどのような効果や影響があったのか、またその介護リーダーを通じて介護職チームにはどのような効果や影響があったのかを明らかにする。
- ③ L I F E を活用した介護過程実践を受けた利用者にはどのような受益や変化があったかを明らかにする。

(3) 介護過程の基本と本調査研究の関係

介護過程とは「根拠に基づいた介護実践」であり、「アセスメント」「計画立案」「実施」「評価」の各段階から構築され、介護職チームによって継続的に実践される一連の介護支援である。その目的は、利用者の尊厳の保持と自立支援によって利用者が求める生活を実現することにある。この目的は、個々の介護職が経験や勘による場当たりの介護を行っていても達成できない。また、1人の有能な介護職の支援のみで達成できるものでもない。つまり、利用者の望む生活の実現を達成するための具体的な目標と、それに基づく根拠ある支援内容、介護実践が介護福祉士を中心とした介護職チームで継続的かつ統一的に実践され、他専門職との連携も含めた総合的な支援として行われてこそ達成できるものである。

本調査研究ではこの介護過程の基本に基づき、各事業者がLIFE導入を機に行った様々な取り組みを通じて、現場で実践される介護過程にどのような変化・影響があったかを事例報告やヒアリングからみていく。そして各事例における介護過程の各段階において、実践内容や介護リーダー、介護職チーム、組織の取り組みを整理し、その効果や利用者の受益・変化、新たな課題と展望としてまとめた。

2 事例報告のまとめ

事例報告のまとめの柱

- (1) 取り組み前の介護過程の課題
- (2) 取り組み前の介護職チーム・介護リーダーの課題
- (3) LIFE導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫
- (4) 新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響
- (5) 利用者の受益・変化
- (6) 新たな課題・今後の展望

(1) 取り組み前の介護過程の課題

対象事業者が調査に取り組む前に有していた介護過程に関する課題は、大きく3つが明らかになった。

取り組み前の介護過程の課題

- ① アセスメントに関する課題
- ② 計画・目標に紐づく実施記録、情報共有に関する課題
- ③ 既存の業務の変更に対する様々な障壁

この3つの課題があげられた背景としては「個別介護計画の作成義務が事業形態によっては法的に求められていない点」、「計画作成義務があるケアマネジャーによるケアマネジメントプロセスが既に組織に浸透しており、介護職が改めて介護過程を担うというインセンティブが働きにくい点」、「組織の規模によっては、新たな階層や役割を創出することが運営上強くは求められにくい点」などが見出された。

つまり、介護職が介護過程を行うことは重要だとは思いますが、現状は管理者やケアマネジャーなどが全体の支援の枠組みを管理できており、また法的にも求められていないため運営上は支障がない、とする対応である。また、現場へ新たな負担を強いることになるのは避けたい、という思いも見え隠れしている。小規模組織であったり、専門資格や管理権限を有する者がいたり、法的義務がない中では、あえて介護過程を実践して行こうとする土壌が育ちにくいことを表している。

加えて、そもそも介護過程に組織として取り組んでいる歴史や仕組みがある、素地はあるが形骸化している、ほぼ取り組んでいないなど、元々の前提が事業者ごとに大きく異なっているという背景もある。こうした様々な背景を前提として介護過程に関する3つの課題が各事業者からあげられた。

① アセスメントに関する課題

介護職のアセスメントに関する課題はほぼ全事業者があげていた。しかし、その課題感についてはかなり温度差があった。大きくは下記4つに分類できる。

- a. 介護職員や介護リーダー固有の能力としてアセスメント力が不十分
- b. アセスメント力を向上させる教育が十分整備できていない
- c. 利用者ニーズをより精度高く捉えるための、根拠あるアセスメントができていない
- d. 他専門職がアセスメントを担っており、介護職をアセスメントの主体として位置付けていない

a. は個々の介護職個人の能力としての課題認識である。b. は教育機会や体制の不足を組織課題として認識しているものである。c. はより質の高い実践を求めているが故の発展的な課題認識である。d. は事業制度設計上の要因によって慣習化してしまったと想定されるが、その認識をそもそもしていなかったとするものもあった。d. についてももう少し触れると、どこの事業者も記録や報告などを通じて介護職が「情報収集・共有」は行っていた。しかし、介護職にアセスメントという役割を明確に担わせてはいない、なぜならばそれはケアマネジャーなど他の専門職が担っているからである、というものである。

② 計画・目標に紐づく実施記録、情報共有に関する課題

この課題を一言で表現するならば「計画のつくりっぱなし」である。ケアプランや個別介護計画が立案されていても、その計画に基づいた具体的支援内容が共有されていないという課題である。計画があっても、それが適切に共有されていないため、実施する支援が場当たりのになるだけでなく、目的と意図に乏しい支援になってしまう。そのため実施記録が残されていないかたり、評価の根拠として活かせる記録になっていないという課題があげられた。

具体的には「介護職員はケアプランや個別介護計画をあまり見ていないと思います」「計画を作っても、それが毎日の現場の中であまり意識できてはいなかったと思います」「記録の忘れが多いので、都度書くように伝えています」という言葉がヒアリングで聞かれた。

③ 既存の業務の変更に対する様々な障壁

介護過程を本格的に導入し、現在の実践体制を強化していきたいという気持ちはどの事業者も抱いていた。しかし「やりたいし、やったほうが良いということもわかっています。ただ・・・」という言葉に続くのは、既存業務に加えて、新たな仕組みや取り組みを導入していくことについての様々な障壁であった。例えば、プロジェクトを推進していく担当者の物理的負担はもちろん、現場サイドからの心理的抵抗にあうこと、実際にどこからどのように手をつけていけば良いかわからないなど様々だった。そして「現場に負荷をかけたくない」という組織運営側の葛藤も聞かれた。

いずれにしても、必要性については認識していても、その一步を踏み出せない、踏み出すに値する価値を十分に想定できていない、そこに取り組みずとも現場事業に大きな支障は出ていないという課題が見えた。

逆に介護過程実践の素地があり、一定の仕組みの中で取り組んでいる事業者は、L I F E の導入や介護過程実践をさらに向上させて行くことに対して、様々な運営の仕組みや現場業務を変更することに一定の理解は示しつつも、現状からさらにどのような変更を行うことが最善か十分に整理ができていない様子も見られた。

(2) 取り組み前の介護職チーム・介護リーダーの課題

次に、介護過程実践に取り組む主体である、介護職チームや介護リーダーに関する課題として3つが抽出できた。

取り組み前の介護職チーム・介護リーダーの課題

- ①介護リーダーとしての自覚・自信の不足
- ②介護リーダーによる介護職員への指導力・かかわりの不足
- ③介護過程を推進していくための介護リーダーの力量不足

この3つはいずれも、介護リーダーの属人的な能力に関するものとしてあげられているが、その背景には前段（1）取り組み前の介護過程の課題の冒頭で述べたように、組織の既存業務の中で介護リーダーの能力を高めるための取り組みや仕組みづくりが不足していたことや、制度設計上介護リーダーに大きな役割を求めづら背景があったことなどが起因していると考えられる。

介護リーダーの課題があげられる一方、介護職チームの課題を明確に表現している事業者は少なかった。

① 介護リーダーとしての自覚・自信の不足

この課題は組織として介護過程に取り組む素地が十分でない事業者や、管理者や他専門職の存在が大きい小規模な事業者から多くあげられた。特定の介護職員について次世代の介護リーダーを担ってほしいと期待している反面、当人はその自覚や自信を十分に持てておらず、運営側が期待するほど主体的、能動的に動くことができていなかった。そのため、古参職員や他専門職の意向に従ってしまったり、「利用者のためにもっとこうしたい」と考えている優れた見立てや視点があっても、介護職チームの支援として実施されるに至っていないということだ。

一方、この課題をあげる事業者には次のような共通点が見えてきた。それは、介護リーダーに期待をかけてはいるものの、その期待は基本的に当人の内から発揮される主体性に依拠しており、期待する役割を発揮できるようにするための環境整備や、主体性を育む教育を十分に行えていないという組織側の課題という可能性がある。つまり、この課題はどちらか一方ではなく、組織と介護リーダーの双方が取り組む必要があると考えられる。

② 介護リーダーによる介護職員への指導力・かかわりの不足

この課題は①の「介護リーダーとしての自覚・自信の不足」を下地にしていると考えられ、大きな規模の事業者でもあげられていた。この要因には①に加えて、利用者に対する具体的な支援に必要な知識や方法、視点といった介護の専門性の不足も大きいと考えられる。例えば、BPSDが悪化している利用者に対する認知症ケアに関する具体的な知識や支援方法が十分わかっていないというものである。また、業務に追われ、学びの機会が持ちにくいなどの要因も考えられる。

また、介護リーダーによる介護職員へ指導や、利用者に関する情報収集や相談を介護職たちに行うことが不足するのは、「何を指導すれば良いのか、何を情報収集すれば良いか、何を相談すれば良いかわからない」という焦点が定められていないこともヒアリングから見えてきた。焦点を定められないという点は、特に若手介護リーダーなどにとっては課題の意味合いが大きく、ベテラン職員の経験や他専門職の専門性に押されてしまっている現状が見えてきた。

③ 介護過程を推進していくための介護リーダーの力量不足

この課題はもともと介護過程実践の素地が十分ではない事業者を中心に「介護リーダーが介護過程をわかっていない」としてあげられた。しかし、本調査研究で事例として取り上げた利用者に介護過程を実施した介護リーダーたちは、全員介護福祉士資格を有している。したがって、実務経験ルート、養成校ルートと混在しているが基本的には介護過程を知らない者はいなかった。ただ、習ってはいても実務で触れる機会が少ないという点が見えてきた。介護リーダーたちにヒアリングをしてみると「昔学校で習ったので、なんとなくは覚えています但働いてからはほとんどやってないです」「うちは介護職が計画書をつくらなくてもいいので」「ほとんど（介護過程を）意識する機会がなかったです」といった声が聞かれた。

すなわち、介護過程を学ぶ機会が過去にあっても、実務で求められる環境になればこれを推進していく力は養われない。つまり、この課題は属人的に表現されているが、やはり（1）取り組み前の介護過程の課題で述べたように、様々な背景要因があつての課題だと言える。そのため、介護リーダーはもちろん、介護職チームにおいても介護過程を推進していく力量が十分に育めていないということになる。

（3）L I F E 導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫

ここからは、各事業者がL I F E 導入をきっかけに行った様々な取り組みや工夫を整理していく。

L I F E は加算算定という事業者の収入源に直接影響を与える性質上、すべての事業者が大小なり能動的な姿勢でL I F E を導入している。したがって、どの取り組みについてもL I F E を算定する上での業務の効率化という動機が少なからず働いており、そうした動機からくる取り組みはどの事業者もあった。一方で、これまで先延ばしにしていた介護過程への本格

的な取り組みや質の向上について、L I F E 導入が良いきっかけとなり背中を押された形の取り組みもあった。いずれも取り組み動機の背景は様々だが、L I F E の導入は介護事業者に対して様々な業務上の改善や運営上の変革をもたらす契機になることは間違いない。このきっかけをポジティブに捉え、各事業者は様々な取り組みを行った。その取り組みは大きく6つ、そして6つを補完するための取り組みとなっている。

L I F E 導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫

- 取組・工夫1：アセスメント等書式の新規作成・変更
- 取組・工夫2：研修・勉強会等の開催
- 取組・工夫3：会議体の創設・変更
- 取組・工夫4：介護リーダーの役割を周知・明示
- 取組・工夫5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与
- 取組・工夫6：実施や評価の精度を上げる取り組み



- 取組・工夫7：1～6を後押しする業務改善

■ 取組・工夫1：アセスメント等書式の新規作成・変更

アセスメント等の各書式を新たに作成し、既存の書式を変更することで、L I F E の評価項目で情報収集の効率化等を図る取り組みは約9割の事業者が実施していた。

L I F E の加算算定に伴い、事業者には必要な評価項目を満たす情報収集が求められる。しかし、これは多くの利用者の最新情報を改めて確認しなければならない作業である。もちろん、既存の業務の中で利用者情報を蓄積しているが、L I F E の加算算定項目にはこれまで収集していなかった新たな項目もある。そのため事業者は改めて必要な情報収集を行わなければならない。抜けや漏れがないように必要な評価項目が網羅された独自の書式の作成や既存書式を変更するという取り組みを行った。また、L I F E 加算の支援計画書を工夫する取り組みもあった。この取り組みは、算定する加算によって必要な取得情報量が異なるため、大幅な改変から小さな変更まで事業者により様々である。

一方、なかには評価項目に縛られすぎることがないように、利用者の思いなどの情報も記載できる書式を作成した事業者もあった。逆に、それまで利用者の生活全般に関する職員の気づきを記載するタイプだった書式を、あえてL I F E の評価項目に必要な機能訓練場面に絞るといった変更を行い、職員の観察ポイント・情報収集の焦点を絞る工夫をする事業者もあった。

いずれにせよ、加算のための情報収集という入口だったとしても、自分たちの組織の課題や人材の育成など、様々な目的にそった取り組みがあった。L I F E の導入をどのように実務レ

ベルに落とし込むかは多様であり、事業者の課題意識や組織の事情などが大きく反映されたものだと考えられる。

■取組・工夫2：研修・勉強会等の開催

すべての事業者において、L I F E 導入をきっかけになんらかの研修や勉強会が開催された。

内容としてはL I F E の設立背景や目的、方向性といったL I F E に関する研修や、新しく作成したアセスメント等書式の説明といった現場実務に関する介護職員向け説明会などのテーマが多かった。また、法人理念の研修を併せて行うなど、単なる制度改正の説明に留まらない研修もあった。加えて、介護リーダーに対して介護リーダーの役割や介護過程、他職種連携などについて集中的に研修を行う事業者もあった。いずれもL I F E 導入の初期に多く行われたことがわかっている。

他には、介護過程の実施の段階で行われた研修会や勉強会があった。例えば他職種と共同で認知症の勉強会を開催したり、他専門職から専門的知見をレクチャーしてもらい、それを介護職チームで共有するための実践を指導する勉強会の開催などもあった。

いずれにしても、L I F E という新たな業務システムの導入や、介護過程実践の向上という課題に挑戦しなければならない場面では、組織の状況に応じた集合的な研修や勉強会、説明会などは取り組まれやすいものであることがわかった。

■取組・工夫3：会議体の創設・変更

この取り組みはなんらかの会議体を新たに開催する仕組みをつくったり、既存の会議体の内容を変えたりするものである。

創設された会議体の目的に注目してみると、介護過程の各段階である「アセスメント」「計画立案」「実施」「評価」を反映するものとなっている点が見えてきた。具体的には「アセスメントを深めるためのカンファレンス・情報共有」「立案した計画案を他専門職に共有して意見をもらう」「立案した計画内容を介護職員に周知する」「計画の実施状況や課題を共有し検討する」「計画内容について振り返り評価し更新を検討する」といったものである。なかには、この会議体を介護リーダーに運営させ、リーダーシップを発揮させる教育的狙いを持たせた事業者もあり、人材育成の場としての意味合いもあった。

前述の介護過程の各段階を目的とした会議体については、すべての段階で開催している事業者、一つの段階のみ開催している事業者、いくつかの段階を兼ねた形で開催している事業者など様々であった。開催状況は、月1回の開催スタイルから、朝の申し送りなど既存の業務にこの目的を加えて開催するスタイル、毎月の定期ミーティングを計画書について話し合うカンファレンスに変えたという事業者、毎日短時間のショートカンファレンスを行った事業者など、こちらも事業者により様々であった。特筆すべきは、いずれの会議体にも共通していたことは構成員にはほぼ介護リーダーが出席しており、これは全事業者共通であった。

■ 取組・工夫4：介護リーダーの役割を周知・明示

この取り組みは、組織や会議体、介護過程を実践する中で介護リーダーの役割を明確化し、介護職員や他専門職に周知し、実際の業務の中で中核的な機能を果たすことを明示するという取り組みである。

この取り組みは、大きく3つのパターンに分類できる。1つ目は元々介護リーダーという役職にあった者に、改めてその役割を利用者と職員に周知したというパターンである。2つ目はLIFE導入をきっかけに介護過程実践の中核的役割を新たに付与したパターンである。これらは元々介護過程の素地がある事業者ほど採用している傾向が見られた。3つ目のパターンは小規模で比較的フラットな階層組織の中で、期待する介護職員の1人をリーダー的役割として抜擢したパターンである。それまでケアマネジャー中心にPDCAが進められ、介護過程実践の素地が十分ではなかった事業者がこの取り組みを行っている傾向が見られた。「私が介護リーダーなので、みんなが利用者さんの情報をどんどん教えてくれるようになりました」「介護リーダーなので、出勤する度に実施記録を確認するようになりました」という言葉がヒアリングで聞かれたように、役割の明示による意識づけは自他ともに、責任の所在を明らかにしたことであり、重要な取り組みの一つだったと考えられる。

■ 取組・工夫5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与

介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた事業者は多くあった。具体的には、取組・工夫3：会議体の創設・変更でも触れたように、様々な会議体において介護リーダーの出席が求められ、他専門職との連絡や相談の窓口となる役割を与えたり、新たに個別介護計画やLIFE加算算定に伴う計画書を立案する中心としての役割を与えた事業者もあった。計画作成については、ケアマネジャーなど他専門職との共同立案方式や、他専門職による評価チェック機能を経て立案するなど事業者によって様々であった。

介護リーダーを明示された者は介護職に対して、利用者情報の報告を徹底すること、LIFE関連の書式を含めて記録を徹底するといった役割を与えられた。これらは既存業務の強化とも言える。他の取り組みでは一定数の利用者担当制度を導入し、自分の担当利用者の情報収集を主として担うという役割を与えたものがあった。一般介護職にも情報収集の役割を通じて、観察ポイントや利用者状態の推移に触れることで、間接的に教育効果を狙う目的もあったようだ。

この取り組みの進め方については、役割の付与を全職員一斉に行った事業者もあったが、まずは組織の中の一部の介護職チームからモデル的に開始するなど様々であった。

■ 取組・工夫6：実施や評価の精度を上げる取り組み

介護過程における実施や評価の精度を上げる取り組みもいくつか見られた。

例えば、個別介護計画の評価期間を1か月の短期間に設定し、利用者の状態変化に応じて支援内容を修正しやすくした計画書で、支援の進捗状況や達成度を評価する取り組みや、実施内容の達成度を介護職だけでなく他専門職なども含めた形でチェックする取り組みなどがあった。

他には、既存の計画書や仕組みとの整合性を考えた取り組みもあった。例えば、L I F E の評価項目を3か月単位での評価と定め、ケアプランと個別介護計画と連動させる仕組みとして全体の整合性を整えた取り組みや、他専門職を含めて、施設内に様々存在する各種計画書がバラバラに運用されている実態から、更新月を利用者ごとに連動させて全体の支援の連動を持たせる工夫などもあった。

また、排せつ支援計画を作成する事業者では、情報を一元的に集約し管理するためのオリジナルファイルや書式をつくったところが2事業者あった。この中には介護職だけでなく、他専門職の視点でも情報が集約され、横断的な視点で評価されていた。

介護過程における実施や評価の精度を上げる取り組みは、以前から介護過程実践に積極的に取り組んでいる事業者によく見られた。既に介護過程が運用されているところにL I F E が導入されたという背景から、既存業務との混乱を避けるために両者の整合性を図り、介護過程実践の質をより向上させていくことを目的に取り組まれたようだ。

■取組・工夫7：1～6を後押しする業務改善

これは1～6の取り組み効果を促進したり実現可能性を高めるために行った業務改善としての取り組みである。

例えば、新たな会議体が開催しやすいように勤務表を10日単位で作成したり、個別介護計画書作成に不慣れな介護リーダーのために計画書作成マニュアルをつくった取り組みなどがある。また、L I F E の導入や介護福祉士の役割、介護過程実践に関する研修や説明会の内容に対する習熟状況を確認するために、職員アンケートを実施したという取り組みもあった。とりわけ注目されるのは、L I F E 導入によりアセスメントや観察の評価項目がある程度明確になったというメリットはあるものの、その評価に個人差が生じていることから、均質的な評価に至っていないという課題を見出し、標準化を図るために評価方法の検討を組織内で行うなど、先進的な取り組みを見せる事業者もあった。

次表は、各事業者がどの取り組みを新たに行ったかの一覧である。個別介護計画を作成しているかどうかは介護過程実践の素地の一つの指標として表している。なお、新たな取り組みとして行っていないだけで、既存のシステムが十分機能している場合などは空欄になっている。

各事業者の取り組み一覧（新たな取り組みのみ）※事例番号は53頁～参照

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10	事例11	事例12	事例13
【前提】 個別介護計画作成の有無	×	●	●	×	×	●	●	●	●	×	×	×	×
■取組・工夫1 アセスメント等書式の新規作成・変更	●	●		●	●	●	●	●	●	●		●	●
■取組・工夫2 研修・勉強会等の開催	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
■取組・工夫3 会議体の創設・変更	●	●	●	●	●		●	●		●		●	●
■取組・工夫4 介護リーダーの役割を周知・明示	●					●	●				●	●	●
■取組・工夫5 介護リーダーや介護職に具体的役割を付与	●		●	●	●		●	●	●	●	●	●	●
■取組・工夫6 実施や評価の精度を上げる取り組み		●	●	●		●	●						
■取組・工夫7 1～6を後押しする業務改善		●	●	●	●	●	●	●	●				

※新たな取り組みを記載しており、既存のシステムが十分機能している場合などは空欄になっている。

(4) 新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響

前段(3) LIFE導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫では1~6とそれを補完する7の取り組みが抽出された。このうち7を除く1~6が各事業者の介護過程実践にどのような効果や影響をもたらしたか、それぞれ整理すると、以下18の効果や影響が抽出された。

新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響

■取組・工夫1：アセスメント等書式の新規作成・変更による効果や影響

- 1) アセスメントポイントが組織の共通言語となった
- 2) 客観的指標の推移から、利用者の課題や仮説、目標を立てやすくなった
- 3) 利用者への支援効果を客観的に評価しやすくなった
- 4) 自分たちの組織が行っている利用者支援の自己評価ができた
- 5) 介護リーダーが利用者のアセスメントポイントを理解できた
- 6) 書式にそった情報収集機会を介護職が経験できた

■取組・工夫2：研修・勉強会等の開催による効果や影響

- 7) 研修を通じて職員に対する介護過程の教育機会が設けられた
- 8) 介護リーダーに求められる役割と自覚を促す機会となった
- 9) 介護職チームの一員として介護職の役割の自覚を促す機会となった
- 10) 利用者支援に関する介護職の不安解消や支援方法の統一機会となった

■取組・工夫3：会議体の創設・変更による効果や影響

- 11) 利用者支援に関する話し合いを通じて情報共有を行える機会となった
- 12) 他職種連携の実際的役割を担うことで介護リーダーの人材育成効果があった
- 13) 組織における介護リーダーの役割と存在を周知する効果があった
- 14) 他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった

■取組・工夫4：介護リーダーの役割を周知・明示したことによる効果や影響

■取組・工夫5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与することによる効果や影響

■取組・工夫6：実施や評価の精度を上げる取り組みによる効果や影響

- 15) 介護リーダーが介護過程実践の中で実際に中心的に機能するようになった
- 16) 介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった
- 17) 利用者の変化という成功体験を介護職チームが得られた
- 18) 介護リーダーの仕事に対するモチベーションが向上した

■ 取組・工夫 1 : アセスメント等書式の新規作成・変更による効果や影響

<介護過程実践への効果や影響>

- 1) アセスメントポイントが組織の共通言語となった
- 2) 客観的指標の推移から、利用者の課題や仮説、目標が立てやすくなった
- 3) 利用者への支援効果を客観的に評価しやすくなった
- 4) 自分たちの組織が行っている利用者支援の自己評価ができた

組織において統一的なアセスメント書式ができたことは、利用者に関する情報収集項目、アセスメントポイントが共通認識されたということであり、他専門職も含めてどの職員も統一的にそのポイントを評価できる枠組みができたということである。加えてそのアセスメントポイントにそって継続的に情報収集、評価することで、経過を追いやすくなっている。さらに評価スケールの導入もあり、共通の指標で利用者の状態像を共有できるようになった点は大きいと言えるだろう。

もちろん、加算算定に必要な情報を抜けや漏れなく収集するという事情もあり、特に算定する加算が多い事業者ほど必要な取り組みであったと言える。事業者の約9割が取り組んでいた点からもその重要性は想定しやすい。

また、アセスメント枠組みの統一やスケールの導入は評価の段階においても有用な効果があったと多くの事業者から声があがった。例えば「体重が増えた」「BPSDが減った」など利用者の変化や支援の効果が客観的に示されることで、効果検証がしやすくなったというものである。

この他、少し異なる視点での効果について一つの事業者から報告があった。LIFEの評価項目のために利用者情報の収集を一斉に行ったところ、利用者の状態像と日々の離床時間が見合っていないことが見えてきたというものだ。つまり、もっと離床して日常生活を過ごせるはずなのに、そのような支援を行っていなかったという気づきである。アセスメント等書式の変更を機に実際に情報を収集してみることで、自分たちの実践状況の現在地が見えてくる等、自己評価に効果があったと言える。

<介護リーダーに対する効果や影響>

- 5) 介護リーダーが利用者のアセスメントポイントを理解できた

介護リーダーへのヒアリングでは「利用者の何を情報収集すれば良いかわからなかった」という声があり、情報収集やアセスメントが具体的にイメージできていなかったことがうかがえた。そのため、利用者のアセスメントポイントの枠組みが共有されたことで、利用者に関する

情報収集、状態の観察、評価が焦点化された点は介護リーダーたちの実感する効果としてあげられていた。

<介護職チームに対する効果や影響>

6) 書式にそった情報収集機会を介護職が経験できた

アセスメント等書式による情報収集を課せられた介護職にとっては介護リーダーと同様、利用者のアセスメントポイントを理解する効果につながったと言える。なかには、それまで利用者情報を書式に落とし込むという経験がなかった者もいたため、アセスメントに必要な情報収集を行い、記録を作成するという教育効果があったと言える。

■取組・工夫2：研修・勉強会等の開催による効果や影響

<介護過程実践への効果や影響>

7) 研修を通じて職員に対する介護過程の教育機会が設けられた

研修や勉強会では、L I F Eに関連して介護過程やアセスメントに関するテーマを扱った事業者が多かった。(2) 取り組み前の介護職チーム・介護リーダーの課題で触れたように、事業者は介護リーダー等の「介護過程に関する理解不足」を課題としてあげていた。この課題に対してまずは介護過程等に関する教育機会を設けたことは様々な取り組みの第一歩として大きな影響があると考えられる。

<介護リーダーに対する効果や影響>

8) 介護リーダーに求められる役割と自覚を促す機会となった

研修の中では、L I F Eを活用した介護過程実践の中核に介護リーダーを位置付けた事業者、さらに介護福祉士に求められる役割、法人理念なども含めて教育を行った事業者などがあつた。基本的知識とともに、今後の組織において介護リーダーに求められる役割や機能、期待まで含めて伝えられたことは介護リーダーとしての自覚を促す一因になったと考えられる。

<介護職チームに対する効果や影響>

- 9) 介護職チームの一員として介護職の役割の自覚を促す機会となった
- 10) 利用者支援に関する介護職の不安解消や支援方法の統一機会となった

介護職チームの介護職については、全員に介護リーダーと同等の研修や勉強会を行ったところもあれば、LIFE導入に伴う記録業務の変更などを伝達するに留まる事業者など様々であった。その中で、前者のような介護過程や介護リーダーの役割などについて学んだ介護職は、利用者情報を積極的に介護リーダーに報告するようになるなど、介護リーダーを中心とした実践を進めようとする行動変容が効果として現れていた。また、後者の情報伝達であっても、LIFEを活用した介護過程実践に必要な記録や報告などの理解を促す効果があったと言える。

また、認知症に関する勉強会や日常生活の中で行う機能訓練の指導など、利用者支援に結びつく勉強会もあり、これらは介護職が利用者支援をする上での不安や悩みの解消、支援方法の統一などにつながる効果があったと言える。

■取組・工夫3：会議体の創設・変更による効果や影響

<介護過程実践への効果や影響>

- 11) 利用者支援に関する話し合いを通じて情報共有を行える機会となった

事業者ごとに大小様々な会議体への取り組みが行われており、目的も様々である。しかし共通することは、介護過程を実践する際、利用者に関する情報共有と支援の方向性や具体的内容を検討するなど、介護過程の各段階を深める機会として会議体を位置付けていることである。前述したが、利用者の情報や計画・目標の共有などができていない点を課題としてあげている事業者は多かった。したがってこの取り組みが行われることで、介護過程実践の各段階で情報共有が行われるという一定の効果があったと考えられる。

<介護リーダーに対する効果や影響>

- 12) 他職種連携の実際的役割を担うことで介護リーダーの人材育成効果があった
- 13) 組織における介護リーダーの役割と存在を周知する効果があった

前述の通り、事業者が取り組んだ会議体には基本的に介護リーダーが出席していた。会議体を大きく分類すると「他専門職との合同会議」「介護職チームでの会議」「両者の混合会議」の3種であった。このいずれにも出席している介護リーダーは、他専門職と介護職との間をつなぎ、利用者支援における他職種連携の要としての役割が具体的に求められていることになる。報告

からも、介護職チームで検討した内容を他専門職との合同会議に諮ったり、合同会議で固まった方針を介護職チームに伝えるなどの実態がうかがえた。こうした具体的な役割が求められる場への出席は、介護リーダーとしての自覚を育むと同時に、他専門職の専門性に触れたり、介護職チームのマネジメント経験になるなどの教育効果もあったと考えられる。そして、組織に対してはこれらの役割を担う介護リーダーの存在が周知される効果があったと言える。

<他専門職に対する効果や影響>

14) 他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった

他専門職との会議体では、介護リーダーや介護職が専門的知見に触れるだけでなく、逆に他専門職へのポジティブな効果を報告する事業者もあった。例えば他専門職と情報共有や意見交換をする中で、他専門職が抱える利用者の支援課題に対して、介護職視点での助言や協力を行うきっかけになったというものである。会議体の仕組みは介護職が他専門職から学ぶ機会になったとして取り上げている事業者が多かったが、介護職が他専門職と対等な立場で連携していくことは重要な課題であり、こうした報告は今後の介護リーダーに求められる他職種連携のあり方の一つとも言える。

- 取組・工夫4：介護リーダーの役割を周知・明示したことによる効果や影響
- 取組・工夫5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与したことによる効果や影響
- 取組・工夫6：実施や評価の精度を上げる取り組みによる効果や影響

- 15) 介護リーダーが介護過程実践の中で実際に中心的に機能するようになった
- 16) 介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった
- 17) 利用者の変化という成功体験を介護職チームが得られた
- 18) 介護リーダーの仕事に対するモチベーションが向上した

ここまですり返ると、取組・工夫1・2・3は取組・工夫4・5・6を補完する形で有機的に機能していることが見えてきた。つまり、今回の事業者の取り組み・工夫はどれも単独ではなく、それぞれが相互的に作用して、一定の効果としてあらわれているということである。

まず取組・工夫4について、特に介護過程実践の素地が十分でなかった事業者においては介護リーダーが介護過程実践において具体的な役割を担うことが、組織に対して明示されたことは介護リーダーに大きな影響があった。介護リーダーは具体的な役割が自分に付与されたことで、責任と自覚が芽生えたという声がヒアリングから聞かれた。また、取組・工夫5のアセスメントや計画作成プロセスに関わる中で、担当利用者の情報や支援方法について「一番わかっている」

という自負が生まれたようだ。そして、わかっているからこそ「職員に指導するポイントがわかるようになったので、伝えやすくなりました」という言葉にあるように、介護職への具体的な指導につなげられる効果があったと言える。加えて、他専門職との連携機会が増えたことで、介護リーダーの専門的知見が増しただけではなく、その知見と介護福祉士としての視点から、具体的な支援を介護職チームとともに介護過程実践に落とし込んでいく様子が見えてきた。

また、この責任と自覚の芽生えが、「利用者さんにこうなってほしい。こうしてあげたい」という利用者支援の原動力となる“意思”、つまり、支援に対する主体性が発揮されるという効果があったようだ。管理層の職員からは「積極的に意見を言うようになりました」「利用者支援に関する相談が多くなりました」「職員とのコミュニケーションが格段に増えましたね」「介護リーダーが一番良く現状をわかっていると思います」という評価が聞かれた。

さらに、取組・工夫1のアセスメント等書式の統一や取組・工夫6の実施や評価に関する仕組みづくりや記録情報の一元管理などの取り組みにより、介護リーダーが記録から利用者情報の把握を行い、介護職チームの支援実施状況を把握することが容易になり、介護過程全体の進捗を管理できるようになったことが見えてきた。加えて、会議体でのカンファレンスによって組織での相談や評価を通じて支援の方針を修正して周知ができるという仕組みが機能している様子が見えた。

介護過程実践の中心に介護リーダーが立つようになったことで、実際に利用者支援の効果（後述）もあらわれてきている。こうした利用者の変化という成功体験は介護リーダーだけでなく、介護職チーム全体に波及してモチベーションアップにつながっている様子が見えてきた。ヒアリングでは「介護が楽しくなってきました」「利用者さんが変わったのが一番嬉しかったです」「やった分だけ変化があって、やりがいが出てきました」「職員も利用者さんの変化に驚いていて、他の利用者さんにも広げたいねという声が出ています」という声があった。

（５）利用者の受益・変化

L I F Eを活用した介護過程実践の事例報告から、利用者の受益・変化を大きく3つに整理した。なお、具体的な内容は各事業者による介護過程実践事例報告にて確認いただきたい。

利用者の受益・変化

- ① A D L、身体機能に関する変化
- ② 認知症に関する変化
- ③ 利用者のQ O Lに関する変化

① ADL、身体機能に関する変化

次表は、ADLや身体機能、食事量の変化などに関して改善、変化の報告があった内容を抜粋したものになる。約9割の事業者が介護過程実践を通じてこれらの結果を出しており、老健事例の中には状態の改善を機に在宅復帰した事例などもあった。

ADL、身体機能に関する変化

	項目	取組前	取組後
事例1	移動	車いす自操	歩行器 150m 歩行
事例2	食事量	50%前後	70%前後
	食事形態	粥、刻み	一部固形食
	体重	35.9Kg (減少傾向)	35.3Kg (減少傾向止まる)
事例3	食事量	症状悪化時 50%以下	症状悪化時も全量摂取
事例5	車いす座位	リクライニング型で 10 分程	普通車いすにて座椅可
	食事形態・介助	ペースト食、全介助	全粥・極刻み食、自助具にて摂取
	口輪筋	口がしっかり閉じない	口を閉じられる
事例6	排せつ	日中一部介助、夜間一部介助	45%自身でできた (日中自立、夜間見守り)
事例7①	排せつ	おむつ全介助	見守りで日中トイレ、夜間 P トイレ
	体重・栄養	体重：41kg、ALB 3.1	体重：44.5kg、ALB3.6
事例7②	排せつ	おむつ全介助	一部介助でトイレ排せつ
	食事量	主食 5 割前後、副食 3 割	平均 8 割
事例7③	排せつ	おむつ全介助	一部介助でトイレ排せつ
事例8	立ち上がり	全介助	部分介助
事例9	食事量	主食 5 割、副食 3 割程度	ほぼ全量摂取
事例10	食事量	平均 50%以下	平均 80%～完食
事例11	体重	43.0Kg	47.3Kg
	ROM	膝屈曲左右 110:120、 足底屈左右 40:40	膝屈曲左右 130:130、 足底屈左右 20:40
	階段昇降	全介助	一部介助
事例13	食事量	主食、副食 1～2 割	主食、副食 5 割

② 認知症に関する変化

次表は、認知症に関連する評価項目のうち、Vitality Index やDBD13 の数値において何らかの改善・変化があった内容の抜粋になる。こちらは7の事業者から報告された。

認知症に関する変化

	項目	取組前	取組後
事例 1	Vitality Index【リハビリ・活動】	促されて向かう	自らリハビリに向かう、活動を求める
事例 2 ①	Vitality index	19 点	23 点
事例 2 ②	DBD13	17 点	13 点
	Vitality index	9 点	13 点
事例 4	Vitality Index	食事以外ほぼ無関心	評価上の変化はなし
事例 7 ②	DBD13	11 点	4 点
	Vitality index	1 点	6 点
事例 7 ③	DBD13	35 点	7 点
	Vitality index	3 点	9 点
事例 8	DBD13【日常的な物事に関心を示さない】	よくある	全くない
事例 11	DBD13【日常的な物事に関心を示さない】	ときどきある	ほとんどない
	DBD13【やたらと動き回る】	ときどきある	まったくない
	DBD13【同じことを何度も何度も聞く】	ほとんどない	まったくない
事例 12	DBD13【やたらと動き回る】	ほとんどない	全くない
	DBD13【世話をされるのを拒否する】	よくある	ときどきある

③ 利用者の QOL に関する変化

<利用者の主体性>

3 つ目は、利用者の QOL に関する変化である。介護職員が介護過程実践により統一的な支援を行うようになり、利用者も支援内容が習慣化し、主体性が向上したというものである。例えば、歩行機会を定期的に支援する事例では、次第に利用者自ら「歩くのよね」「すみません歩きたいんですけど」と能動的に歩行支援を求めるようになったり、歩く機会が増えたことから「新しい靴が欲しい」と関心の広がりにつながった事例があった。他には乗車時に「今、乗車楽しかったやろ？僕、頑張って踏ん張ったから」と支援を受ける主体ではなく、自分が生活動作を主体的におこなっているのだという自覚に基づく発言が聞かれた事例もあった。

また、こうした職員の統一した働きかけは利用者が自身の目標を意識できる機会にもつながっている。例えば依存状態が強くなっていた利用者が、介護職員からの共通した声かけと支援を受けながら「不安はあるけど、家には帰りたいから頑張るよ」というように、今自分が受けている支援の先にある、自分が描く生活目標を意識できるようになっていったという効果である。

<家族に対する影響>

L I F Eによる客観的評価や変化が記録されたことは、利用者だけでなく、その家族に対して客観的理解を促し、利用者支援のチームとして協働していくことを促進する効果があったとする事例があげられた。当初の家族は「とにかく体を動かして、移動も必ず歩かせてほしい」という強い希望があったという。しかしながら、体重の減少や食事摂取量の減少、歩行状態などについて具体的に数値などで利用者の状態像を説明していくことで、家族の疾患や状態に対する理解が深まり、状態に応じて車いすを併用するなど、利用者の状態像に応じた支援の必要性を理解してくれたという。この他、認知症状態により、利用者が家族の顔と名前がわからなくなってしまう状態から、介護職らが毎日家族の写真を見ながら日常会話を通じて顔と名前を一緒に確認する支援計画を実施し続けた結果、利用者が家族を認識できるようになり、家族も利用者も「大切な人を忘れない」という願いにたどり着いたという事例もあった。

以上のように、L I F Eの活用を通じた介護過程実践は、利用者に対して心身機能の状態改善や維持、利用者やその家族のQOLに資する効果があったと言える。事例報告からは改善などわかりやすい効果に目を引かれるが、その部分ごとの改善は、その先にある利用者の日常生活や人生の豊かさにつながっているものと考えられる。

(6) 新たな課題・今後の展望

実践事例への取り組みを通じて得た新たな課題や今後の展望について、事業者からは大きく3点があげられる。

新たな課題・今後の展望

- ① 業務時間の増加、一部職員への負担
- ② 事例調査実践チーム以外への横展開
- ③ L I F E と連動した現場実践の更なる推進

① 業務時間の増加、一部職員への負担

L I F Eの算定項目の評価及び入力作業が新たなタスクとして業務時間の増加につながっているという声があがっている。これに対して、マニュアル作成や業務分担、作業に従事できる人材の教育などを通じて時間軽減の工夫に取り組む様子もうかがえた。

一方、本調査研究で新たな役割や期待する機能を担うことになった介護リーダーなど、特定の職員への業務負荷が集中しているという報告もあった。サポートできる人材の育成など、負

担を分散軽減することを今後取り組みたいとしている。加えて、新たな連携や会議体の創設によりシフトの調整が困難となっている事例も報告されている。

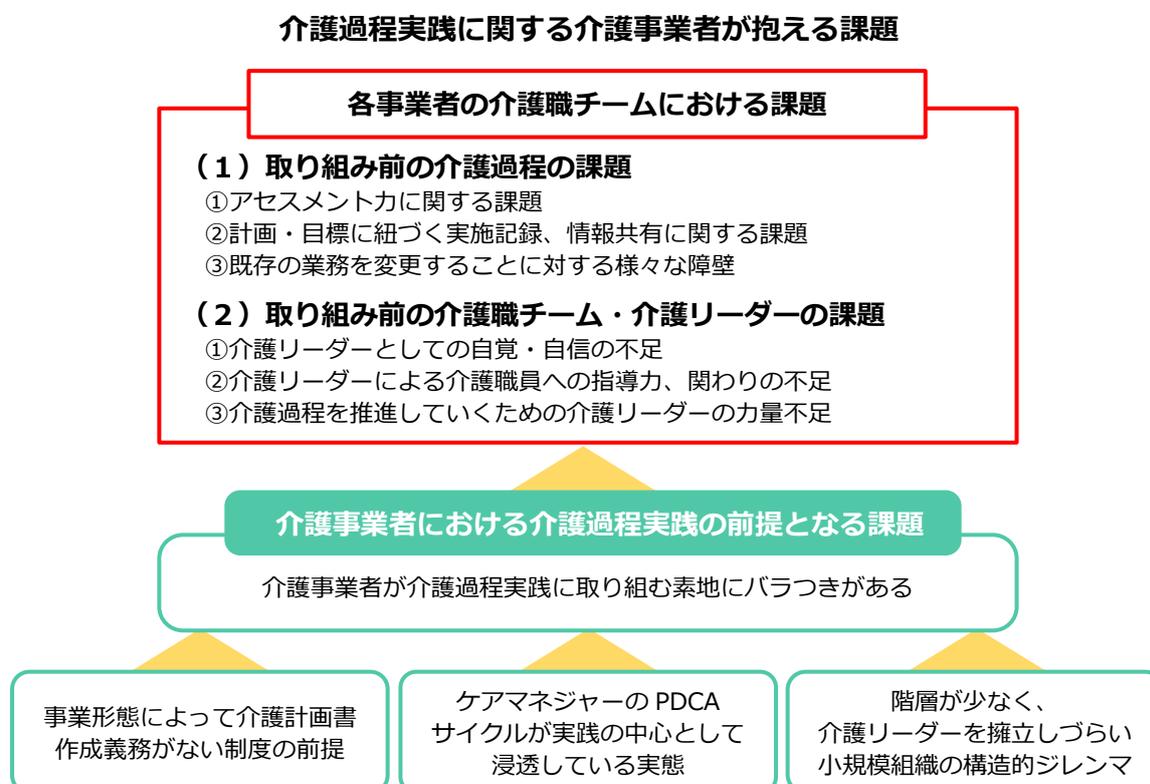
本事例調査で各事業者はL I F E導入をきっかけとした介護過程実践に関する様々な取り組みを通じて、多くの効果を得たことが報告されている。しかし、新たな制度、仕組みへの対応を行うことは、組織全体の運営システムの変更に伴う負荷が一定量のしかかってくる現実も見えた。こうした負荷の軽減策は取り組みの先にあるメリットを享受する上でも大変重要な点だと考えられる。本事例を参考に、各事業者の実情に応じて少しずつ取り組んでいただきたい。

② 事例調査実践チーム以外への横展開

本事例調査に参加することで、介護過程実践に取り組んだ介護職チームについては、一定の成果が得られたことは間違いない。しかし、組織においてはあくまでも特定のモデルチーム、介護リーダー、そして選定された利用者である。この取り組みや成果を組織全体に広げ、どの利用者に対しても実践できること、その仕組みを定着させていくことが今後の課題とされた。

ただ、一事例であっても組織において成功体験を得たことは間違いない。その成功体験を少しずつ広げていくことが重要だと考えられる。今後取り組む事業者においても、本事例を参考に、まずは一つの成功体験を得て、小さくとも最初の一步を踏み出してほしいと考える。

③ L I F E と連動した現場実践の更なる推進



L I F Eにより、客観的指標や数値を用いることの有用性に気付けた一方で、利用者の想いや心理状態、家族の思いといった、現在のL I F Eでは網羅しきれていない情報が多いことに気付いたと事業者からの声があった。今後はそうした定性的な情報とL I F Eをいかに連動させていくかということに事業者は課題意識を抱いていた。また、L I F Eの評価項目は利用者ごとにその項目の重要度が異なるにもかかわらず、一様にすべての項目を取得しなければならない仕組みである。利用者の個別性という点では評価項目にも優先順位があるだろう。一方でL I F Eのように広く網羅性を持って利用者の全体像を捉える仕組みも重要である。つまり、この両者をどう両立させ、L I F E情報から何を読み取り、L I F Eにない情報といかに連動させていくか、そのための教育をどうするか、といったL I F Eを活用した介護過程実践の今後につながる建設的で重要な課題である。

同じく、L I F Eの加算項目を数多く取得する事業者においては、計画書と名のつくものが増えていく現実もある。こうした多様な計画書の情報をいかに横断的に共有し、それぞれの介護や目標がどのように日常生活支援に結びついているかという組織的な落とし込みを課題としてあげている事業者もあった。

L I F E元年と言われる本年度、現場もシステムも手探りで進む中で、今後も多くの実践と調査が求められる課題と言える。

3 考察

(1) 介護過程実践における課題

本調査研究から、介護事業者が介護過程実践に取り組むにあたり様々な課題を抱えていることが見えてきた。その課題は大きく2段構成になっており、上段は「各事業者の介護職チームにおける課題」として、各事業者が顕在化された課題として認識しているものであり、下段は「介護事業者における介護過程実践の前提となる課題」として、ヒアリングも含めて浮かび上がってきた潜在的かつ制度の構造的課題とも言える。

まず上段の課題であるが、(1) 取り組み前の介護過程の課題①～③、(2) 取り組み前の介護職チーム・介護リーダーの課題①～③の計6つがあげられた。この6つのいずれも事業者のほとんどが課題として認識している報告であった。これについては令和2年度「介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業」においても同様の課題が見出されている。

さて、ここで驚くべきことはほとんどの事業者がこれらの課題がなぜ顕在化しているのかという根本的課題の分析に至っておらず、言うなれば「原因は十分に精査できていないが、顕在化しているが故の困りごと」としている点である。特に(2)の課題については介護リーダーの属人的力量や資質に関する課題があげられている。確かに、介護リーダーの努力は必要かも

しれないが、これは本来組織が介護リーダーを適切に育成し、求める力量や資質を育んでいくことによって乗り越えるべきことではないだろうか。つまり、顕在化している課題のみに注目してしまい、その課題の掘り下げが十分ではないために、具体的改善策に着手できず、課題が顕在化し続けたままになっている可能性がある。一方で、介護リーダーの資質と力量に強く着目しているということは、介護過程実践の質を向上させていくには介護リーダーが重要な存在であるということのあらわれでもある。いずれにしても、顕在化しているにもかかわらず、事業者が介護リーダーの育成や介護過程実践の課題に本腰を入れて取り組まないのはなぜだろうか。

その要因が下段にあると考えられる。調査からは潜在的な課題が3つ浮かび上がってきている。1つは個別介護計画の作成義務が法的にないことである。これは前出の令和2年度の調査でも見えてきている。介護老人福祉施設と介護老人保健施設に限ったものになるが、どちらも約70%弱の事業者が個別介護計画を作成していない結果であった。また同調査で個別介護計画を作成していない理由の第1位は「ケアプランで対応できる」であったことが2つ目の要因につながる。つまり計画書の作成義務があるケアマネジャー等によるPDCAサイクルが事業者のケア実践として既に運用定着しており、新たに介護職による介護過程実践が意識されづらいというものである。同調査では、アセスメントや計画立案段階において、介護職が情報収集や記録、会議での意見を担ってはいるものの、それらはあくまでもケアマネジメントプロセスにおける関わりであって、介護過程実践での参画とは言い切れない。また、実施の段階においてはどちらも70%以上の介護職がケアプランを意識した介護実践を行っておらず、評価も70%以上の介護職は関わっていないとの回答になっており、実施の段階以降はプロセスにすら十分に関われない現状が見えてくる。つまり、法制度の前提によって介護過程に取り組む動機が生じにくいばかりか、浸透しているはずのケアマネジメントプロセスにおいても意識的に取り組める素地が少ないと言える。

3つ目の要因は、特に小規模組織の事業者における構造的課題である。組織の人員が少ないため、管理者やケアマネジャー、生活相談員といった職位、職種の存在とその他の介護職員というフラットな組織構造になりがちである。これは職位、職種の者だけでも十分に管理できる組織規模だからこそ、介護職の中から強い役割を与えて実践の要となる介護リーダーを擁立しづらいという課題がある。

こうした3つの要因に加え、人材不足などの業界課題も相まって、そもそも介護過程実践に取り組むための素地が整いにくく、バラつきがあり、結果として各事業者が認識している顕在的課題に取り組みにくくなっていると考えられる。

(2) LIFE導入をきっかけとした介護過程実践における取り組みとその効果や影響

新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響（再掲）

■取組・工夫1：アセスメント等書式の新規作成・変更による効果や影響

- 1) アセスメントポイントが組織の共通言語となった
- 2) 客観的指標の推移から、利用者の課題や仮説、目標が立てやすくなった
- 3) 利用者への支援効果を客観的に評価しやすくなった
- 4) 自分たちの組織が行っている利用者支援の自己評価ができた
- 5) 介護リーダーが利用者のアセスメントポイントを理解できた
- 6) 書式にそった情報収集機会を介護職が経験できた

■取組・工夫2：研修・勉強会等の開催による効果や影響

- 7) 研修を通じて職員に対する介護過程の教育機会が設けられた
- 8) 介護リーダーに求められる役割と自覚を促す機会となった
- 9) 介護職チームの一員として介護職の役割の自覚を促す機会となった
- 10) 利用者支援に関する介護職の不安解消や支援方法の統一機会となった

■取組・工夫3：会議体の創設・変更による効果や影響

- 11) 利用者支援に関する話し合いを通じて情報共有を行える機会となった
- 12) 他職種連携の実際的役割を担うことで介護リーダーの人材育成効果があった
- 13) 組織における介護リーダーの役割と存在を周知する効果があった
- 14) 他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった

■取組・工夫4：介護リーダーの役割を周知・明示したことによる効果や影響

■取組・工夫5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与することによる効果や影響

■取組・工夫6：実施や評価の精度を上げる取り組みによる効果や影響

- 15) 介護リーダーが介護過程実践の中で実際に中心的に機能するようになった
- 16) 介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった
- 17) 利用者の変化という成功体験を介護職チームが得られた
- 18) 介護リーダーの仕事に対するモチベーションが向上した

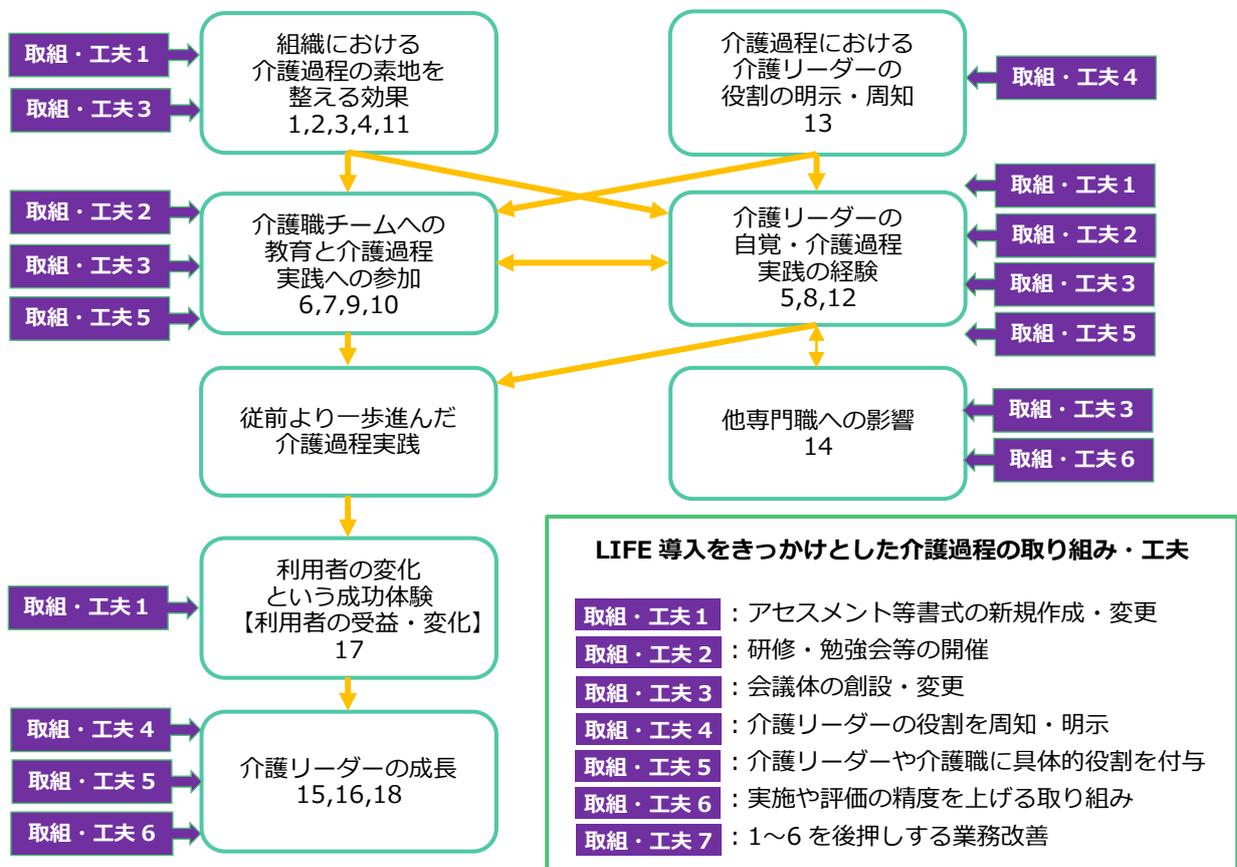
前項で述べた通り、介護事業者は介護過程実践に取り組む上で様々な課題を有していることが見えてきた。そのような事業者が、LIFE導入を機に大きく6つの取り組みと1つの補完的

取り組みを行った。その結果、18 の効果や影響が得られたことがわかった。これに加えて「利用者の受益・変化」として3つの効果が得られた。

介護過程実践における課題に対する取り組みを行った結果、一定の課題解決や効果が得られることが明らかとなった。また、再度昨年度調査を引用すると「介護過程の実践を推進していくための改善点や課題など」について「研修・学習機会の充実（1位）」「職員の意識改革（2位）」「情報共有や目標・課題の統一（3位）」といった課題が上位に並んでいた。こうした点からも各事業者が取り組んだことは、介護過程実践を推進していく課題に直接的に対応する取り組みが多く、有効な取り組みであったと考えられる。

一方、ここで注目したいのは、先に述べた介護事業者が介護過程実践に取り組むための前提となる潜在的課題についてである。潜在的課題は解消されていない。しかし各事業者は大きな労力をかけてこれらの取り組みを行った。この背景には「LIFEの導入」というきっかけが大きかったと言えるのではないだろうか。つまり、必要性は認識していてもなかなか本腰を入れて取り組むことができなかった介護過程実践について、LIFEという大きな制度改正が組織の変革に取り組むために背中を押してくれたということである。もちろん調査研究事業の参加という大きな動機はあるだろうが、具体的な変革に取り組んだ契機としてLIFEの導入は大きかったであろう。

LIFE導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫とその効果や影響の関連

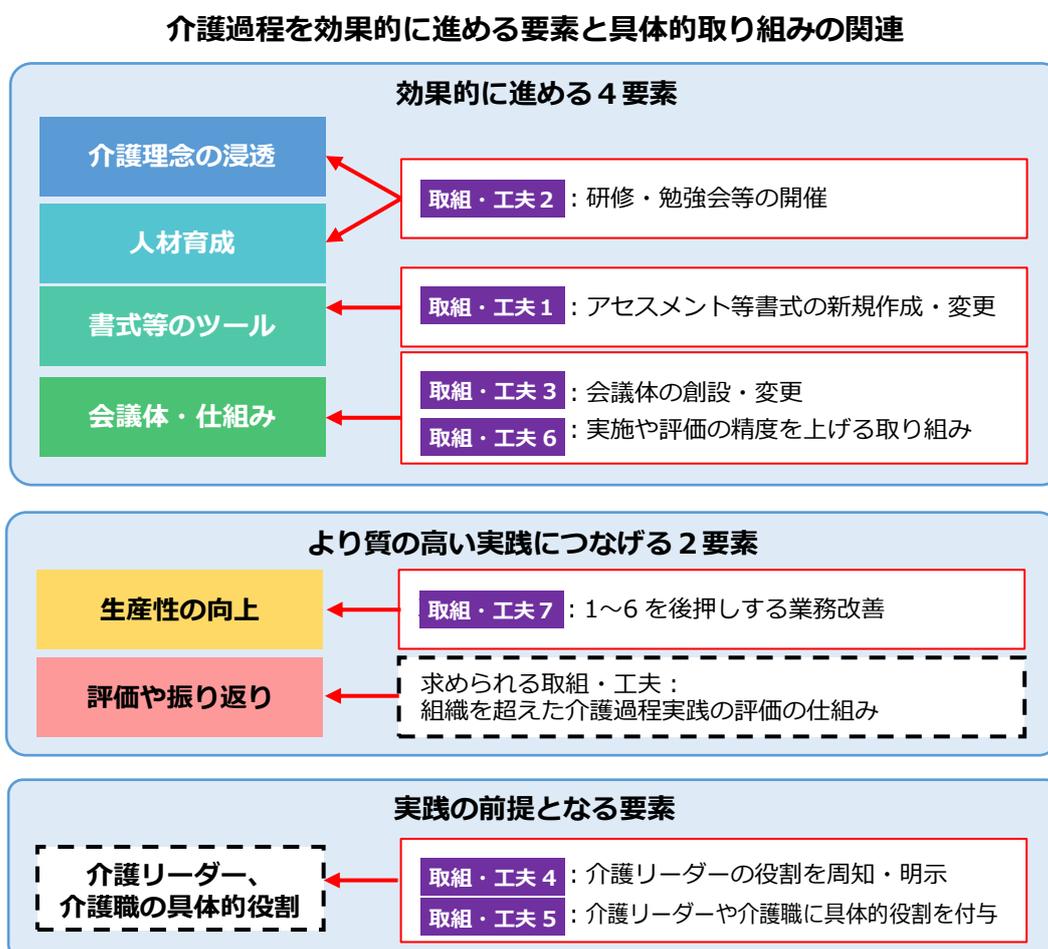


前頁の図「L I F E導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫とその効果や影響の関連」は、各事業者の取り組みがもたらした効果や影響の関連を示したものである。各フレーム内の番号は1～18の効果や影響であり、いずれの取り組みも介護過程推進における課題を乗り越えていくための効果や影響につながっており、これらの総合的な取り組みが最終的な利用者の受益・変化、そしてその成功体験を経た介護リーダーの成長につながっていることが見えてきた。

介護過程実践やL I F Eの導入に至っていない介護事業者は、この関連図による取り組みや効果や影響を念頭に、各事業者の取り組み事例を参考に組織の実情に合わせた取り組みを少しずつ取り入れてほしい。

(3) 介護過程を効果的に進める要素との関連

令和2年度「介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業」では介護過程実践をより効果的に進めるための4つの要素と、より質の高い実践につなげるための2つの支援要素が得られた。これらの要素と今回の事例調査での取り組みや抽出された要素の関連を下図のようにまとめた。



効果的に進める4要素については、各事業者の具体的な取り組みが、前頁の図「介護過程を効果的に進める要素と具体的な取り組みの関連」のように直接的に関連していたと考えられる。より質の高い実践につなげる2要素のうち、「評価や振り返り」については、各事業者に具体的な取り組みはなかった。そもそもこの要素について昨年度の調査報告書では「自分たちの介護過程実践が閉鎖的にならず、客観的評価や外部の視点が入る機会によって、実践を振り返る機会（リフレクション）があることも重要である」と指摘したように、組織全体としての介護過程実践への取り組みを客観的に評価するという要素である。つまり、今回の調査のように一つの事例単位の介護過程実践に組織内部のこととして取り組むだけではこの要素を十分に取り入れることはできない可能性がある。したがって、今後はこの「評価や振り返り」について、例えば職能団体などの業界団体、地域の事業者同士、学術的な場、または今後のLIFE制度の中で、評価を受けながら介護過程実践の質を向上させるための、組織を跨いだ横断的な枠組みが必要であると考えられる。

最後に、今回の事例調査で各事業者が取り組んだ、取組・工夫4：介護リーダーの役割を周知・明示、取組・工夫5：介護リーダーや介護職に具体的役割を付与については、昨年度得られた知見に合致するものがなく、新規性が高い要素だと言える。介護事業者には介護過程実践に取り組むにあたり、潜在的な課題があることに触れたが、介護リーダーらの言葉から見えてくることは、介護過程を知ってはいるが、日常業務の中で意識される機会に乏しい、現在の介護業界における実情である。つまり“介護過程実践の当事者意識が乏しくなってしまう構造”があるのである。これが介護過程実践の素地にバラつきがある大きな要因となっている。

したがって、いかに介護過程実践を推進する要素を組織に取り入れたとしても、実働する介護リーダーや介護職たちに具体的な役割を付与し、職務としての役割意識を定着させなければ介護過程の推進力は半減してしまうだろう。だからこそ「介護リーダー、介護職の具体的役割」という要素が重要だと言える。読者によっては「人材育成」「会議体・“仕組み”」の要素に内包できるのではないかと思う方もいるだろうが、これらの要素に含められるよりも、重要な前提要素として抜き出して位置付けることで、今後全国の事業者が取り組む上での重要性を訴える効果があると考えられる。

（４）LIFEを活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる役割

前出の令和2年度調査研究事業の成果として、6つの介護職（介護福祉士）の役割が抽出された。しかし、介護過程実践チームの中では介護福祉士もそれ以外の介護職もこれらの6つの役割を一定程度になっていると考えられ、介護福祉士特有の役割として十分に見出しきれなかったという課題が残された。一方、本調査研究事例に取り組んだ介護職チームの各介護リーダーは全員介護福祉士であり、当該介護リーダーたちの取り組みからこの残された課題について介護

福祉士の役割を考察できると考えられる。加えて、介護リーダー以外の介護福祉士たちに求められる役割や、L I F Eを活用した介護過程実践という今後求められる枠組みにおける介護福祉士の役割という視点からも考察を行う。

介護過程実践における介護職（介護福祉士）の役割（再掲）

- ①介護過程実践における中核的役割を担う
- ②生活を支援軸に利用者を支える
- ③介護実践を言語化する
- ④利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する
- ⑤多職種連携を推進する
- ⑥介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する

（4-1）介護リーダーとしての介護福祉士に求められる役割

① 介護過程実践における中核的役割を担う

本調査研究では、事例報告会、ヒアリング等からも介護リーダーは介護福祉士として介護職チームの介護過程実践における中核的役割を担っていたと言える。その関連の構造については先の39頁「L I F E導入をきっかけとした介護過程の取り組み・工夫とその効果や影響の関連」の図において示したところである。しかし、この役割を発揮するためには、特に介護過程における介護リーダーの役割の明示と組織への周知が行われ、具体的に介護リーダーへの介護過程に関連する役割の付与が大前提になっていると考えられる。加えて、組織として介護過程実践を推進していくという全体的な教育や理念の浸透が必要となる。今回得られた知見としては、介護福祉士は様々な法制度などの潜在的課題などがあるために、組織として明確な介護過程実践の枠組みと役割を整えなければ自主的に介護過程実践の中核的役割を担うことは難しいということである。しかし、逆に言えば、本調査研究での取り組みを参考に、環境を整えることで介護福祉士が介護過程実践における中核的役割を担うことができる可能性があるということだ。

② 生活を支援軸に利用者を支える

各事業者の報告では、端々に利用者の“生活”を捉えているような点が見えている。特に在宅サービスや認知症の支援事例では、利用者が自身の生活の主体性を再構築していく支援があり、その点が読み取れる。また、施設介護においても、日常生活動作や行為を再構築していく中で在宅復帰の願いを叶えたり、他者との生活環境を受け入れながら生活を送る様子が報告さ

れた。一方で、L I F Eを活用した介護過程実践という本調査研究の特性上、全体的に心身機能の維持、改善という点にスポットが当たっている事例が多い。この点は大変重要ではあるが、その心身機能の維持、改善という先にある利用者にとっての日常生活のあり方や豊かさをより明確に描いた支援が軸になっているかという点と十分とはいえない。そもそも、生活を支援軸にするということはどういうことかを介護福祉士たちが明確に定義として抱けているとは言えない様子であった。介護福祉士独自の「生活を支援軸にする」という視点について、さらに深めて実践として表現していくことが求められる。

③ 介護実践を言語化する

今回の調査では、介護リーダーらは十分に介護実践を言語化できる力が伴っているとは言い難かった。カンファレンスや他専門職との会議体、日々の記録や計画書など、様々な場面で介護実践を言語化する機会があったと考えられるが、報告やヒアリングではその軌跡は十分に表現できていなかった。介護リーダーらの頭の中には利用者に関する情報や見立てた仮説などがたくさんある様子であった。事例報告会やヒアリング時に他者からの質問によってそれらが一つずつ言語化される様子が多々見られたことから推察されることである。しかし、自身で主体的に表出することに難しさを感じている様子が見られ、管理者や他専門職の補足が目立った。つまり内に秘めている情報量に対して、それらの整理、関連づけ、解釈、言語化という特に「アセスメント」から「計画立案」に至る重要なプロセスに求められる言語化力、「実施」した内容を適切に記録して、「評価」につなげる言語化力について深める必要があると考えられる。一方で、今回の取り組みであるアセスメント書式や計画作成に触れた機会は言語化の一つの訓練、経験になったと考えられる。

介護福祉士の役割である介護実践の言語化については、介護福祉士個人の力量に問題があるという側面に加え、言語化するための教育やシステム、さらには専門職としての学問的構築など複合的に醸成していく必要があるかもしれない。この点については更なる調査、研究が求められるところである。

④ 利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する

この役割については大いに発揮されている様子が得られた。介護リーダーらの声としては「ご利用者がしたいとおっしゃっていて」「どうしたいかを一つずつ聴いていきました」という丁寧な実践が聞かれた。また認知症状態の方や精神疾患などによって言語表現が難しい方であっても、ふとした場面でつぶやいた“利用者の言葉”を多く拾い上げている様子があった。他にも表情や日々の生活支援の中から読み取れる非言語情報も含めて「これは嫌いなご様子でした」「これだけは好きな様子なんです」「この時は前向きに取り組んでくださるんです」「～したいっておっしゃっていました」という情報がたくさん引き出されていた。

一方、この役割についても①と同様に介護福祉士が介護過程の中核的人材として組織で位置付けられることや、組織として介護過程実践に取り組む方針を全体に打ち出すことが重要であ

るという点も見いだされた。つまり、これまでは利用者の願いや意思に気づいていても、組織の日常業務の中で主体的にその願いの実現を推し進めていこうとする介護福祉士個人の“意思”にまでつなげられていない様子があった。しかし、自分の役割と組織の方向性が合致して、利用者の希望を実現していくことの重要性が自他共に認識できた時、介護福祉士としての“意思”が生まれ、この役割を発揮できるようになったのだ。具体的には「あ、こういうこと（利用者の希望を叶えること）やっていいんだって思いました」「人がいない中でやってあげたくでもしてあげられないと思っていました」「一番は利用者の希望を叶えてあげたいと思いました」という言葉があった。つまり、介護福祉士たち自身が職能としての責務と組織事情への配慮の中で役割を発揮しきれなかった背景があり、環境が整ったことで、それが発揮できた様子がうかがえる。

利用者の代弁や自己実現は介護福祉士に限らず、介護業界人の責務である。介護過程を効果的に進める要素の一つに「介護理念の浸透」があるように、介護福祉士がこの役割を発揮する上で、組織における環境整備や介護理念の浸透が重要となることが改めて確認された。

⑤ 多職種連携を推進する

今回の取り組みの中で、会議体の創設・変更や、個別介護計画等の評価に関する取り組み、各種勉強会の開催があった。これらは直接的にも間接的にも介護リーダーらが他専門職らと密に関わり、他専門職と、介護職チームをつなぐ要として実質的に機能していた。介護職には、他専門職の知見も含めた意見や支援方法を、介護の視点に変換し、日常生活支援として介護職チームに周知することがあったり、他専門職へ介護職チームの意見をあげたり、他専門職の課題を介護職の視点から助言するなどの実績があった。介護リーダーたちは多職種連携を推進する役割を発揮できていると言える。

一方で、特に他専門職の配置が多く日常的に連携できる事業形態では、L I F Eの導入により他専門職が担う特定の支援の色彩が強まる領域（栄養、身体機能など）において、対等な連携というよりも、指示を受けて実行するという状態になってしまう可能性があった。それは、実際に他専門職から「指示を受けて」「指導されて」という介護リーダーたちの言葉から推察されるものである。また、介護リーダーたちの言語化力や人体・疾患などに対する知識不足については管理層からも声があり、こうした点や組織のこれまでの関係性も含めて、対等な連携相手としての役割を介護福祉士として担うためには、課題も多いことがうかがえる。

L I F E導入に伴い、利用者の想いなど定性的な情報の重要性を訴える事業者もあり、介護福祉士たちが介護福祉士独自の専門性、視点で利用者支援の一翼を担い、他専門職と連携を推進していくために、その独自性や教育のあり方の模索は今後の課題と言えるだろう。

⑥ 介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する

この役割については大小様々な取り組みが報告された。例えば、L I F E導入に伴い排せつ支援計画を作成するために、介護リーダーたちがマニュアルを作成したり、介護職チームに介護過程実践の勉強会を実施したり、介護過程実践の中で日々のカンファレンスの司会を務めるなどである。

一方、これらの動きを介護リーダーの裁量で主体的に取り組んだのではなく、介護リーダーたちのさらに上層にあたる管理層からの指示、相談がきっかけとなっていることが多い。小規模な事業者においては大規模組織よりも介護リーダーたちの自主的な行動を推奨する様子は見られたが、全体的に介護リーダーといえども組織の一員であることは間違いない。こうした組織人である中で、介護過程実践の基盤となる組織の運営にまで役割を発揮するためには、その主体性を尊重し、裁量を与える組織の枠組みが重要となってくると思われる。

見方によっては、この役割はこうした介護リーダーたちへの指示、相談という枠組みを動かす管理層側の介護福祉士たち（管理者、介護課長など）の役割と言える可能性もある。介護福祉士の役割についても階層別の役割を定義する必要があるかもしれない。

（4-2）介護リーダー以外の介護福祉士たちに求められる役割

本調査研究では介護職チームへのヒアリングや調査は十分に行えておらず、事例報告会や介護リーダーを通じての介護職チーム状況に触れたに留まっている。その前提の中で、介護リーダー以外の介護福祉士たち（以下、「一般介護福祉士」）について、介護過程実践を進める上で求められる役割を考察していく。

前段で見てきたように、6つの役割については介護リーダーである介護福祉士は一定の役割を担っていることがわかった。強く役割を発揮している者もあれば、十分とはいえない者まである。その中で、特に介護リーダーだからこそ発揮されたものは「①介護過程実践における中核的役割を担う」「⑤多職種連携を推進する」「⑥介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する」だと考えられる。また、「②生活を支援軸に利用者を支える」「③介護実践を言語化する」「④利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する」については、アセスメントや個別介護計画といった形で具現化する役割は介護リーダーらが担っていたと言える。

では一般介護福祉士はどのような役割を担っていただろうか。それは大きく2つ見えてきた。1つは利用者に関する情報を介護リーダーに報告、相談すること、記録を通じて情報共有を行うといった役割である。もう1つの役割は、介護リーダーを通じて周知された介護支援を実際に実施する役割である。介護過程は1人の介護リーダーのみで行われるものではなく、チームで行われるべきであり、個々の一般介護福祉士それぞれの主観に基づく場当たりの介護であってはならない。これは本章冒頭で述べた通りである。あくまでも介護リーダーが中核的に進める介護過程の実践の一環としての実施役割である。これら「適切な情報共有・記録」と「介護過程実

践に基づく実働としての介護支援」が適切に行われ、介護リーダーに集約されるからこそ、介護リーダーは6つの役割を発揮できていると言えるだろう。

一般介護福祉士らはこうした役割を担い、介護リーダーが担っている6つの役割を支持する形で貢献が期待される。また、自身が次の介護リーダーになろうとする自己研鑽や、介護リーダーを補佐する形で、他の介護職チームメンバーの一体感を生み出す教育的役割も求められるだろう。

さて、今回の調査研究では、介護福祉士である介護リーダーたちの役割の実際に関するデータが得られ、それと対比する形で一般介護福祉士の役割も考察してみた。しかし、介護職チームにおける一般介護福祉士の役割や介護福祉士を持っていないその他の介護職らとの具体的な役割の違いなどについては十分に調査できていない。先の項でも触れたように、介護リーダーの上層に位置する管理的な介護福祉士らの役割も感じられる中で、介護福祉士を含めた、介護職全体の階層ごとの役割や機能については今後も研究されるべき課題と言えるだろう

(4-3) L I F Eを活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる役割

ここまで、昨年度得られた介護福祉士の役割という視点から今回の調査研究を考察してきたが、ここでは、「L I F Eを活用した介護過程実践」という視点から介護福祉士に求められる役割を考察していく。

介護事業者が取り組みたくてもなかなか本腰を入れて取り組めていなかった介護過程実践の推進について、L I F Eという大きな変革の要求が、その後押しとなり様々な取り組みのきっかけとなり、結果として介護過程実践の推進につながったことが見えてきた。一方で、その大きな変革の要求は、本来求められるべき介護福祉士の責務を飲み込むほどの変革要求になるかもしれない。L I F E導入をきっかけとした介護福祉士に求められるのはこうした、L I F Eのメリットを最大限活用しつつ、介護福祉士としての自分たちの職責を果たすことではないだろうか。

では、そのために介護福祉士に求められる役割はなんだろうか。それは以下の5つであり、今回の調査から得られた知見から考えられたものである。

- ① 介護福祉士の存在意義・役割の自覚と啓発
- ② 介護福祉士の専門性の研鑽と他専門職理解
- ③ 介護実践を言語化する力
- ④ L I F Eから得られる知見の活用と介護過程への落とし込み
- ⑤ 専門職としての学問的構築への貢献

まず、介護リーダーが介護過程実践の中核と位置付けられたり、役割を付与されたことで、その自覚が促され具体的役割を発揮したことを見てきた。しかし、それは組織が環境的枠組み

を整えることが重要でありつつも、やはり、介護福祉士自身も利用者の尊厳と自立のために、自分たちの存在意義と役割を自覚し、それを周囲の介護職たちや他専門職、並びに利用者や家族など関係者に啓発していく役割が求められるだろう。

その上で、実際的な介護福祉士としての専門性を身につけ続けなければならない。自覚があっても実際にそれができなければ意味がないのは当然である。加えて、他専門職の理解を深め、自分たちの専門性と他専門職の専門性の違いなどを理解しなければならない。今後、L I F E の活用に限らず、在宅施設とも他専門職との密な連携はますます求められる。しかし、この自他の専門性理解を深めなければ、自分たちの職責を放念して他専門職へ過度の依存状態になってしまいかねない。専門職は、それぞれ独自性があるからこそ、多様なチームとして利用者の支援の質を向上させられる。その一翼を自覚し続けて介護福祉士の専門性を発揮しながら他専門職と連携できる役割は重要である。

そして、今回の調査で見えてきた介護福祉士らの力量として十分ではないのが「介護実践を言語化する力」である。自覚と専門性の研鑽があっても、それを根拠ある専門職の支援として確立し、またそれを介護職チームや他専門職、そして利用者や家族に伝えていける力はやはり言語化する力である。この点は大変重要な課題になってくるだろう。

そして、①～③があるからこそ、L I F E という強力なシステムに翻弄されることなく、使いこなしていくことができると言えるだろう。L I F E 自体もスタートしたばかりだが今後フィードバックを含めて、精度が更新されていく事が予想される。また、加算という強力なインセンティブが働くために、一つボタンのかけ違いが起きるとL I F E を活用するというよりも、L I F E で介護を構築すればいいという受動的状態が現場に蔓延しかねないリスクがある。ツールであるL I F E に対して、利用者の代弁機能を果たし、本当に利用者にとっての豊かな生活と人生に寄与する介護支援を、介護福祉士の職務として構築するために、L I F E を適切に活用し、介護過程実践に落とし込んでいくことが今後求められる役割だと言えるだろう。

最後は「⑤専門職としての学問的構築への貢献」である。L I F E 導入は現場、介護業界に大きな影響を与えている。今回の事例調査では様々な形で介護事業者の背中を押して、変革をもたらすきっかけになった事が見えた。つまりL I F E には停滞している業界の課題をも推し進める力があると言える。そして、L I F E はこれまで積み重ねられてきた介護過程実践の研究をさらに加速させる可能性がある。しかしながら、本調査研究で介護福祉士の言語化力や他専門職との連携に関する課題からも見えてきている通り、現在のL I F E が得意とする領域のみでこの研究が加速すると、介護福祉士が大切にすることを含む事なく進んでいってしまう可能性がある。そのため、①～④の役割を担い、L I F E を活用した介護過程実践の取り組みを現場から積み重ねていく学問的構築への貢献が介護福祉士に求められるだろう。

介護福祉士には求められる介護福祉士像が提示されているが、本調査研究からは、介護過程実践における階層ごとの介護福祉士の役割や、L I F E を活用する上での介護福祉士の役割などが見えてきた。時代とともに多様な役割が求められている介護福祉士であるが、様々な役割はどうすれば発揮できるのか、役割を求めるだけでなく、その環境をどう整えていくか、その

ために必要な政策的支援は何かなど、役割の抽出からさらに一步踏み込んで考えていくべき課題が出てきていると言える。

4 本調査研究の限界と課題

本調査研究では、全国の13の介護事業者にLIFEを活用した介護過程実践事例の報告と、実践事例に携わった一部の介護リーダーへのヒアリングによる調査を行った。事業形態としては、特養、老健、通所、グループホーム、小規模多機能、看護小規模多機能と6種類で、一番多い事業形態でも4事業者であった。したがって、サンプル数としては普遍性や傾向を示せるほどの量ではない。

また、各事業者のLIFE導入についても、コロナ禍その他の影響もあり、本事例調査と同時並行的に進めていただいた状況がある。そうした混乱の中で走りながらの介護過程実践であったことも本年度の取り組みとしての限界であったと言える。

また、本来であれば、それぞれの取り組みの効果について客観的指標で評価が行われるべきであるが、今回はその点まで十分に組み込まなかった。したがって、今回得られた知見の評価や裏付けについては今後継続して行っていくべき課題と言える。

次に、本調査研究では昨年度の課題として残された利用者の受益・変化について調査を行った。一定の成果が得られた一方、その成果はどこまで成果と表現できるのか、一指標ごとの変化のみならず、利用者のQOLや生活全体としての受益としてさらに評価していくことは課題と言える。また、介護過程は継続的な支援を前提とするが、今回の事業では3か月以内の短期的な取り組みになっており、良い変化、悪い変化ともに十分な期間を経た実践結果としては得られていない。こうした点も本調査研究の限界であったと言える。

その他、本文中にも数々の課題をあげたが、LIFE導入をきっかけとした介護過程実践の取り組みには一定の効果が得られたことは間違いない。スタートしたばかりのLIFEと介護過程実践の進化を含めて、今後も継続的な調査研究の積み重ねが望まれるところである。

第3章

科学的介護情報システム（L I F E）を 活用した介護過程実践事例調査結果

1 実践事例調査の枠組み

(1) 目的

L I F Eを導入または導入を予定している介護事業者において、L I F Eの活用による介護過程を実践し、以下の①～③を明らかにすることを目的にL I F Eを活用した介護過程実践事例調査」を実施した。

- ① L I F E導入をきっかけに、組織や介護職チームが介護過程実践に関連して取り組んだこと、その効果や影響は何か
- ② ①の取り組みを踏まえた介護過程実践の中で、介護リーダーにはどのような効果や影響があったのか、またその介護リーダーを通じて介護職チームにはどのような効果や影響があったのか
- ③ L I F Eを活用した介護過程実践を受けた利用者にはどのような受益や変化があったか

本取り組みは、L I F Eという新たな仕組みを意図的に取り込んで個別ケアを実践するアクションリサーチであると言える。

(2) 調査対象

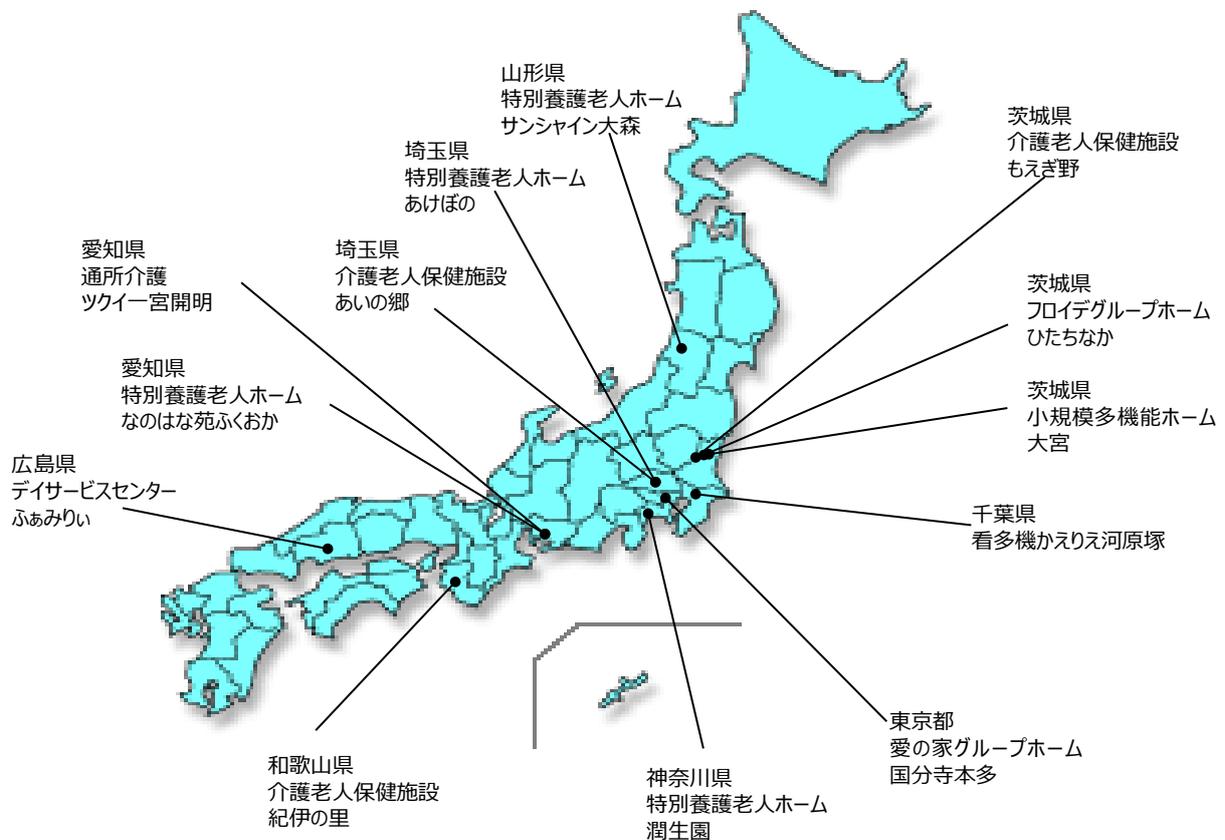
事例調査対象の事業者を抽出するにあたり、前年度事業に課題として残された事案を検証することを鑑み、前年度事業の実践事例調査対象施設の一部に調査協力を依頼した。また、本調査研究のテーマであるL I F E導入の対象であり、介護福祉士及び介護職の介護実践が求められている事業者についても対象とするべく、事業者団体や職能団体等に推薦を依頼し、事例調査対象事業者の協力を呼び掛け有意抽出した。結果として、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設に加え、前年度事業では調査対象としていなかった居宅サービス事業者及び地域密着型サービス事業者についても調査対象とすることができた。

調査協力をいただく前提要件として、①L I F Eを導入または導入予定であること、②法人から選出された代表者が作業部会委員として情報交換や事例をとりまとめ、発表・報告等を行うことを条件とした。

調査の枠組み（再掲）

- 1 対象：
 - 介護老人福祉施設：4 事業者、5 事例
 - 介護老人保健施設：3 事業者、5 事例
 - 通所介護：2 事業者、2 事例
 - 認知症対応型共同生活介護：2 事業者、2 事例
 - 小規模多機能型居宅介護：1 事業者、1 事例
 - 看護小規模多機能型居宅介護：1 事業者、1 事例
- 2 要件：
 - ① L I F E を導入または導入予定であること
 - ② 法人から選出された代表者が作業部会委員として情報交換や事例とりまとめ、発表・報告等を行うこと
- 3 事例対象：個別ケア（利用者）
- 4 実施期間：令和3年11月～令和4年2月のうち3か月程度

事例調査 対象事業者



対象事業者 一覧

種別	所在地	事例番号	対象法人及び事業者	L I F E加算状況
介護老人福祉施設	山形県	事例1	社会福祉法人山形 特別養護老人ホーム サンシャイン大森	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・個別機能訓練加算（Ⅱ） ・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） ・栄養マネジメント強化加算 ※令和3年5月より
	埼玉県	事例2	社会福祉法人彩光会 特別養護老人ホーム あけぼの	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） ・排せつ支援加算（Ⅱ） ・自立支援促進加算 ※令和3年4月より
	神奈川県	事例3	社会福祉法人小田原福祉会 特別養護老人ホーム 潤生園	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・個別機能訓練加算（Ⅱ） ・褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） ・排せつ支援加算（Ⅰ） ・自立支援促進加算 ・栄養マネジメント強化加算 ・口腔衛生管理加算（Ⅱ） ※令和3年4月より
	愛知県	事例4	社会福祉法人明翠会 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・個別機能訓練加算（Ⅱ） ※令和4年2月より
介護老人保健施設	茨城県	事例5	社会福祉法人河内厚生会 介護老人保健施設 もえぎ野	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 ・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ） ・排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ） ・自立支援促進加算 ※令和3年4月より
	埼玉県	事例6	医療法人 徳洲会 介護老人保健施設 あいの郷	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ） ・排せつ支援加算（Ⅰ） ※令和3年5月より
	和歌山県	事例7	医療法人明成会 介護老人保健施設 紀伊の里	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 ・褥瘡マネジメント加算 ・排せつ支援加算 ・かかりつけ医連携薬剤調整加算 ・栄養マネジメント強化加算 ・口腔衛生管理加算（Ⅱ） ※令和3年4月より ※令和4年4月より
通所介護	愛知県	事例8	株式会社ツクイ ツクイ 一宮開明	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算 ・個別機能訓練加算 ※令和3年9月より ・ADL維持等加算 ※令和3年10月より
	広島県	事例9	株式会社トッツ デイサービスセンター ふあみりい	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算 ※令和3年4月より

種別	所在地	事例番号	対象法人及び事業者	L I F E 加算状況
認知症 対応型 共同生活 介護	茨城県	事例 10	医療法人博仁会 フロイデグループホーム ひたちなか	・科学的介護推進体制加算 ※令和3年4月より
	東京都	事例 11	メディカル・ケア・サービス株式会社 愛の家グループホーム 国分寺本多	・科学的介護推進体制加算 ※令和3年4月より
小規模 多機能型 居宅介護	茨城県	事例 12	医療法人博仁会 小規模多機能ホーム 大宮	・科学的介護推進体制加算 ※令和3年4月より
看護 小規模 多機能型 居宅介護	千葉県	事例 13	株式会社やさしい手 看多機 かえりえ河原塚	・科学的介護推進体制加算 ※令和3年9月より

(3) 調査方法

作業部会委員は、それぞれ介護リーダー（介護福祉士）と介護過程実施の課題や介護職チームの課題を抽出し、個別ケア実践事例（事例対象者＝利用者）の実践計画書を立案し、L I F Eを活用した介護過程実践による利用者の変化や介護職チーム・介護リーダーの変化を目指した取り組みを行った。



① 事前ヒアリング（プレゼンテーション）

事例調査を実施するにあたり、介護過程実践状況を把握し介護過程の課題を明らかにするために、作業部会委員は事前ヒアリング項目にそった資料を作成し、作業部会においてプレゼンテーションし発表内容について質疑応答を行った。

事前ヒアリング項目

1. 法人・事業所概要
2. 介護過程の実践状況
 - ①介護サービス提供の概要（組織全体が提供するサービス概要、介護サービスの現状など）
 - ②介護過程実践の概要（理念と現場の実際、人材育成の実際、書式等ツール、会議体・仕組みなど、特徴や工夫など）
 - ③介護リーダーの概要（介護リーダーの位置づけ・人材像、現在の役割・機能など）
 - ④課題（介護サービス全般、介護過程実践、介護リーダー・介護職チームなど）
3. L I F E の状況

② 情報・意見交換会

事前ヒアリング終了後、介護過程の課題や事例調査対象者や取り組みについて整理するために、作業部会委員は事前ヒアリング内容整理一覧表に記載し、介護過程の課題やL I F Eについて理解した上で、作業部会においてサービス種別ごとに情報・意見交換会を行った。

事前ヒアリング内容整理一覧項目

- 基本情報（所在、開設年月、定員、介護職員数・うち介護福祉士数）
- 個別介護計画があるか、ケアプランとの関係
- 使用している書式
- 仕組み
- 介護リーダー・介護福祉士の役割
- 介護過程の課題（アセスメント・計画立案・実施・評価）
- その他の課題
- 全体的な特徴
- L I F E の加算
- L I F E における介護福祉士のかかわり
- 事例調査（対象者、L I F E をどのように活用し介護過程推進に取り組むか）

③ 事例調査開始時実践計画書の作成及び個別打合せ

各事業者は、現ケアマネジメントプロセスや介護過程の解決したい課題、達成したい目標を抽出し、LIFEを課題解決、目標達成にいかに関活用するか実践計画書を作成、併せて実践計画書に基づく事例調査対象者を選出した。

事例調査実施計画書をもとに、事務局と作業部会委員及び現場担当者により実施について具体的な打合せを行った。

The image shows two forms. The left form, titled '事例調査開始時実践計画書', is a table with columns for '課題・目標' (Issues/Goals), '現CMプロセス' (Current CM Process), '現介護過程' (Current Nursing Process), and 'LIFE活用案・行動計画' (LIFE Utilization Cases/Action Plan). Rows include 'アセスメント' (Assessment), '計画立案' (Plan Formulation), '実施' (Implementation), '評価' (Evaluation), and 'リーダーの役割・機能' (Leader's Role/Function). The right form, titled '介護過程実践 対象事例利用者シート', has sections for '【事例表題】' (Case Title), '基本情報' (Basic Information), '選定理由' (Selection Reason), and '実践チーム体制' (Practice Team Structure).

④ 事例調査の実施

各事業者は、実践事例計画に基づき事例対象者に対する介護職チームによるLIFEを活用した介護過程を実践した。実施期間は令和3年11月～令和4年2月までのうち3か月程度とした。

事例調査項目

1. 介護過程実践事例
 - ①介護過程実践の課題及び実践後の変化
 - ②介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）の課題及び実践後の変化
 - ③事例対象利用者の受益・変化
 - ④LIFEを活用した介護過程実践の具体的取り組み
 - ⑤介護職チームの具体的動き
2. LIFEを活用した介護過程実践
 - ①介護過程の新たな取り組み・工夫
 - ②LIFE活用の効果
 - ③LIFEを介護過程実践に活用するための組織の動き
 - ④事例調査実践からみえる新たな課題・今後の展望

⑤ 事例調査中間報告

作業部会において、2回にわたり各作業部会委員及び現場担当者等により事例調査項目に基づいた事例調査実施状況の中間報告を公表し、質疑応答を行った。

⑥ 事例調査個別打合せ

事例調査実施中に、個別事例について作業部会委員及び事例調査現場担当者と進捗について打合せを行った。

⑦ 介護リーダー・介護福祉士へのヒアリング

事例調査実践介護職チームにおける、介護リーダー・介護福祉士に対し、事例調査に関するヒアリングを行い、実施報告に落とし込んだ。

なお、新型コロナウイルス第6波の期間に重なったため、対応可能な事業者のみに行った。

ヒアリング項目

- ①介護過程実践の課題及び事例調査実践後の変化
- ②介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）の課題及び事例調査実践後の変化
- ③事例対象利用者の受益・変化
- ④LIFEを活用した介護過程実践の具体的取り組み
- ⑤介護過程実践介護職チームの具体的動き

⑧ 事例調査実施報告

作業部会委員は事例調査結果を指定フォーマットに記載し、作業部会において、各委員及び現場担当者等により事例調査結果を公表し、質疑応答を行った。

2 事例調査結果

事例	事業者名	介護過程実践事例
事例 1	特別養護老人ホーム サンシャイン大森	車いすの日常から歩ける可能性を見つめ直した取り組み
事例 2	特別養護老人ホーム あけぼの	2-1：読書と食後の運動をとりいれ自分らしい日常生活を維持する取り組み
		2-2：支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり
事例 3	特別養護老人ホーム 潤生園	躁うつ状態時の分析を通して安定した日常生活につなげた取り組み
事例 4	特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか	クモ膜下出血の後遺症により失いかけていた意欲を取り戻すための取り組み
事例 5	介護老人保健施設 もえぎ野	「食べたい」という利用者の思いを叶える食の支援
事例 6	介護老人保健施設 あいの郷	依存が強い状態から自分でできる範囲を広げる取り組み
事例 7	介護老人保健施設 紀伊の里	7-1：排せつ動作の回復を経て在宅復帰を果たした取り組み
		7-2：うつ状態と低栄養状態からの回復を目指した取り組み
		7-3：著しいBPSDが改善するまでの関わり
事例 8	通所介護 ツクイー宮開明	ベッド上の生活から座位保持して生活ができるまでの取り組み
事例 9	デイサービスセンター ふぁみりい	パーキンソン症状に伴い縮小した生活の幅を広げる取り組み
事例 10	フロイデグループ ホームひたちなか	安心して食べられる支援を探求した取り組み
事例 11	あいの家グループ ホーム国分寺本多	利用者の願いに向き合い日常生活のなかで機能改善を図る取り組み
事例 12	小規模多機能ホーム 大宮	在宅での生活に意欲と主体性を取り戻すための認知症ケア
事例 13	看多機 かえりえ河原塚	終末期の利用者の願いと日常生活を整える取り組み

車いすの日常から歩ける可能性を見つめ直した取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

70代／要介護 4
障害高齢者の日常生活自立度：B2
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa
意思疎通可
既往症：多発性肋骨骨折、
外傷性ワイルド下出血、
糖尿病、高血圧症

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
介護職 9名（内介護福祉士5名）
利用者数：職員数=20名：9名
介護リーダー：14年（介護福祉士、ユニコリーダー）

【他職種との連携】
ケアマネジャー
理学療法士
生活相談員



◆ 介護過程実践

● 介護職員が持つ利用者のニーズに関する情報をケアプランに反映する仕組みがないため、介護過程実践まで落とし込み、程度が大きなケアプランに準じた業務的介護に終始していた。

● 利用者情報や目標を共有するための仕組みが不十分であり、各介護職員の主観に基づく場当たり的介護が行われていた。

これまでの課題



取組後の変化

● 介護内容の焦点が定まったことで、実施時の気づきや観察情報が記録され、より詳細な支援に必要や改善して進めることができた。

● 介護観視点でのアセスメントを行い、介護目標や支援内容を検討する機会を開いたことで、介護職員が同じ目標と支援内容に沿った統一した介護を実践することができるようになった。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題



取組後の変化

● 情報を共有する仕組みが不十分のために、介護職員が愚図や目的を持って主体的に情報収集を行う動機付けができず、また力量を身につける機会をつくれていなかった。

● 介護リーダーと介護チームが目標や支援内容を共有できず、バラバラな介護になっていた。

● アセスメントシートや支援内容が共有されたことで、それらに紐づく情報収集と焦点を絞った記録が行われ、主体的に情報をとりにいき、支援時の気づきが増えた。

● 情報が記録されることで、支援内容の再検討や改善につながり、介護職員もさらに情報を収集しようとする好循環が生まれた。

◆ 利用者の受益・変化



● 歩行する機会が増えたことで、歩行機能が改善し、実際に「歩けるよ」に”なってきた。

● 職員が同じ援助対応をしていくようになったことで、利用者には歩行機会が承認されているという自信が生まれ、さらに「歩きたい」という主体的な意欲の芽生えにつながっている。

● 歩行する取り組み姿勢が周囲に見えたことで、職員から前ましの言葉を受ける機会が増え、利用者の意欲や自尊心向上につながっていると考えられる。



歩行の様子

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護職チーム
<ul style="list-style-type: none"> 主訴：「歩けるようになりたい」 起原動作：一部支えと手すりをつかまりにて起居可。つかまりの立位保持可 移動：車いすにて自給 歩行機会は理学療法士による訓練時のみ 排せつ：排泄、便ともに職員がむきとりに対応。夜間はおむつにて在時交換対応。 Vitality Index リハビリ、活動【促されて向かう】評価1 	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標：施設員の生活の中で歩行する機会を持ち、歩行状態の改善を図る。 起原動作時は立位を保持してから移乗するようにする。 支援内容：介護リーダーはケアマネジャーと短期目標や支援内容を検討し、ケアプランに反映した。 介護リーダーは理学療法士と歩行時の介助について検討を行い、介護職チームに注意点を周知した。 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントの教育機会やチームミーティングでの教育効果も担い、介護リーダーは介護チームから介護福祉士2名を選び、それぞれがアセスメントを実施した。
<p>計画立案</p>	<p>実施</p>	<p>評価</p>
<ul style="list-style-type: none"> 利用者に対し、移乗時やトイレ誘導時の起立・立位、居室から食器間はU字歩行器を使用して歩行する場面をつくった。 夜間の排せつ時、利用者へトイレまでの歩行足しを行ったが、オムツ内排せつに留まっている。 実施から一週間ほど、利用者からは新しい靴が欲しいと要望があり、カタログ等で一緒に選び購入した。 立つ機会が増えたことで、トイレでの排せつ時、腰を浮かせて腰を自分で拭くようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護職チームは立位や歩行機会をつくった。 介護職チームは夜間排せつにトイレ誘導を行った。 実施状況についての気づき、実施内容を申し送りノートに記録した。 介護リーダーは歩行器の高さが利用者に合わせていないと考え、利用者と一緒に高さを調整、申し送りノートで介護職チームに共有を行った。 実施状況について、記録や職員、利用者から介護リーダーが情報収集を行い、他専門職と共有した。 歩行する利用者に職員らが自然と動ましの声をかけるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 支援担当が定時に支援できない場面では、他の介護職員が自主的に対応するといった主体的関わりが見られ始めている。 1日1回の歩行支援以外にも、利用者の意欲と機能の向上に伴い、担当を付けることで歩行機会の更なる増加につなげた。

事例1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森

事例2 特別養護老人ホーム あげぼの

2 特別養護老人ホーム あげぼの (埼玉県)

実践1 読書と食後の運動をとり入れ自分らしい日常生活を維持する取り組み

実践2 支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり

LIFE導入をきっかけに

こんなことをしました！

- 1 アセスメント等書式を新規作成・変更した
- 2 研修・勉強会を開催した
- 3 会議体を創設、変更した
- 4 実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- 5 ①～⑥を後押しする業務改善を行った

介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE導入に際し、LIFEの内容とケアプラン、個別介護計画の整合性を図るために、LIFEの評価項目に関する変化を記録するための新たな独自の評価表（施設名称：3か月評価シート）を作成した。
- 半年に1度、モニタリング（評価）は行っていたが、介護職員にLIFE＝3か月評価の共通認識をもたせた。
- 転倒予防として作成していた転倒アセスメントシートをLIFEにおける、DBD13、Vitality Indexの結果を数値化した転倒スコア表に変更した。
- LIFEとの整合性を図るため、食事量・水分量記録の「サービス実践記録」を分表記載から％表記に変更した。
- カンファレンスを居室担当（PNS制度※）、介護職のみ（ケアカンファレンス）、他職種職の3つに分類し、非勤職員など各職員が参加できる体制にした。
- 居室担当及び介護職のみのカンファレンスは毎日15～30分実施している。
- カンファレンスを毎日実施するために、居室担当者の勤務調整を毎月1～10日の間で調整している。

※PNS制度：バーナーシップカーニングシステムの場で看護師がケアで患者を受け持つ新しい看護方式、本事例ではこれを介護職に活用。

LIFE活用の効果

- 3か月評価シートを用いたことで利用者の変化を速いやすく、利用者の何をみるべきかが分りやすくなったためカンファレンスにおける内容も具体的に変わった。
- 転倒予防の転倒アセスメントシートをLIFE項目のDBD13、Vitality Indexの結果を数値化した転倒スコア表に変更し、作業の削減を図ることができた。
- 個別介護計画における介護目標が、LIFEの食事量及び離床時間など「数値化された目標」になったことでアウトカム評価につながりやすくなった。
- 介護目標の修正はホスピティブな修正であるという新たな視点を獲得することができた。
- LIFEの食事量が1日の摂取量とイコールにならない気づきや、LIFEには反映されないおやつや水の量などをどのようにLIFEと組み合わせて考えていくべきかを学ぶことができた。
- LIFEの救済の内側でどのような支援を提供しているのか、その支援が利用者にとって有益なものであるかを考えるきっかけになった。

新たな課題・今後の展望

- フロア及び部署によって居室担当カンファレンスの頻度や時間や場所に差が生じている。介護過程のシステム及びその側に関する評価が所属長の数削減になってしまうケースも存在している。
- 令和4年度は以下の2点を目的とした「介護過程プロジェクト」を発足、本チームを介護過程及びLIFE連動、人材育成の要として期待している。
- ①より組織的かつ質の向上を図るため、「観察視点の共有」を担いとした個別介護計画の部分的改良。
- ② [アセスメント/計画/モニタリング] それぞれの課題や評価基準を合わせ合わせるための標準書、マニュアル作成。

◆ 新たな取組の具体的な資料等

3か月評価シート

DBD13

評価表

Vitality Index

転倒スコア

LIFEを介護過程実践に活用するための組織の動き

- LIFE導入に際して法人グループで検討。
- グループで行った検討をもとに施設での幹部会で取得加算を決定。
- 介護科長、係長が短期的スケジュール（3か月程度）の設定。
- 介護係長は算定開始までのプロセス設定及び実行システムを修正。
- 介護係長及び現場主任による長期的スケジュール（半年～1年）の設定。全職員への共有方法の検討及びその他修正。
- 介護科長、介護係長で既存の介護過程システムを前さずにLIFEを導入する検討を行う。
- 3か月評価を軸にケアプラン及び個別介護計画との整合性をつける方針で決定。
- 各種日報記録もLIFEに合わせた数値化に変更。
- 上記を各主任（所属長）及び副主任の現場リーダー的な役割の介護職員へ伝達。
- まずは各所属長3名でLIFE（3か月評価、打ち込み）を行いながら随時修正を図った。
- 日報記録が紙媒体のため、LIFEの初回入力には多くの時間を費やす。
- 3か月評価を導入によりLIFEの修正箇所がわかりやすくなり、更新時間は大幅に削減。
- 3か月評価は各項目に〇をつけるだけでなく、業務負担を感じずに実践できた。
- 3か月評価の導入に「ケアプラン変更の必要性の有無」を設け、ケアプランの一人歩き防止につながった。
- 3か月評価を時間内でできるように業務改善を実施。業務の無駄を見つづけるために既存業務及び手順をリスト化し、修正を行った。

実践1 読書と食後の運動をとり入れ自分らしい日常生活を維持する取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

- 70代/要介護3
- 障害高齢者自立度：B1
- 認知症高齢者自立度：I
- 車いすを使用し生活
- ADLが不安定で前傾がみられる

◆ 介護過程実践体制

- 【介護チーム】**
- 介護職：28名（うち介護福祉士20名）
 - 利用者数・職員数＝60名：12名
 - 介護リーダー：7年（介護福祉士、副主任）
- 【他職種との連携】**
- ケアマネジャー：利用者の意向及び情報の集約
 - 看護師：痛み発生時の対応
 - 栄養士：食事量及び体重
 - 機能訓練指導員：初回の動作確認等



◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントは介護職員間で気づきを共有できていたが、個別介護計画における目標が曖昧であったり、評価軸がぶれてしまっていた。 介護職員も難しく考える傾向にあり、最終的に個別介護計画の目標に個人差がないケースが増加していた。 表現が曖昧であることから評価→リアアセスメントにうまくつなげられない傾向が見られていた。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> LIFEの活用を通して、個別介護計画の目標設定及び達成基準を数値化した。 数値化したことで評価がしやすくなり、また、カンファレンスでの共有も容易となった。 今までは変更＝低下のイメージが強かったが、変更＝改善・向上の視点を得ることができた。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護過程のシステムはある程度、組織化されていたが、その反面、内容の修正及び指導（OJT）が課題であった。 介護過程を指導するための言語化や表現、伝え方、視点も介護職員はできていなかった。 個別介護計画はあるが、質の向上につなげられていないことと数々の大きな課題であった。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 3か月評価を行う事で総合的なアセスメントと評価が一体でできるようになってきた。 総合的なアセスメントの数値化を行ったため、機能ある利用者の課題抽出が行えるようになった。 介護職員への指導（OJT）につながり、質の向上につなげるようになってきた。

◆ 利用者の受益・変化

- 1日のうち12時間という離床時間の中で、歩行訓練時間を1時間つくることができた。
- 利用者は歩行した事実と自信を得ることができ、距離を延ばそうと前向きな目標を持つようになった。
- 利用者からは「こんなに疲れると思わなかったけど、歩いてよかった」と言葉をいれた。
- 読書・静の活動と、歩行・動の活動でメリハリのある生活を提案することで、利用者ニーズの実現につながった。
- 前傾も軽減され、生活の安定にもつながり始めた。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> 利用者のニーズ： <ul style="list-style-type: none"> 少しでも歩いてみたい。読書の時間を楽しみたい 機能がやや不安定であり、そのときによって前傾姿勢がある。前傾がある際に声がかかるが前傾している認識はない。 ①離床時間は12時間程度。 基本的に読書やテレビ視聴。 利用者ととの交流は多くなく、自分の時間を置んでいる。 離床時間に对し、活動時間が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン <ul style="list-style-type: none"> 短期目標：希望している歩行を行うことができ 個別介護計画 <ul style="list-style-type: none"> 達成目標：歩行器を使用し、歩行できる。 達成基準：10mの歩行をすることができ 支援内容 <ul style="list-style-type: none"> ①生活内の移動は重いはずを使用。 ②食事時の移動は重いはずに移乗。 ③食後、食堂→談話へ移動する際、歩行器を使用し歩行。 ④前方、後方の計2名で付き添う。 	<ul style="list-style-type: none"> 居室担当の介護職へアによりアセスメントを実施した。 介護チームとして利用者の身体機能を改めてアアカンファレンスにて再確認。 介護チーム全体で日常支援の中から痛みなどを日常記録にて確認を行う。 介護リーダーは既存で行っている食事時の移乗は継続的に実施し、読書時間も設けた上で日常的に歩行できる時間帯及び環境を精査。 介護リーダーが中心となり、初回の評価で「活動及びニーズ」を軸に計画立案の方針を決定した。 居室担当の介護職へアが個別介護計画を立案した。 介護リーダーは、歩行器使用について機能訓練指導員に相談し、利用者の体格に合わせた歩行器にした。 介護リーダーは、利用者が前傾となる課題について、スロープを活用し、歩行器が先に進まないように安全対策を考えた。 介護リーダーは、利用者が痛みを発生した時には看護師、体事変動について栄養士と確認しあうことと決定した。 介護リーダーは、歩行時は顔（視点）が上がるように前方の介護職員が声をかけるように提案し実施した。 介護チームは歩行時の身体の傾斜など併せて確認を行いつながら実施した。 介護リーダーは実施状況の確認を行い、傾斜や歩行状態等をカンファレンスで確認を行った。 ケアカンファレンスの中では、参加した介護職員以外の白黒記録の記載内容も確認し、実施内容と提供方法に差がないか精査していった。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ①車いすにおける移動は問題なし。細かい動作（席につく）などは介入した。 ②毎食時、通常いすに移乗。大きな問題はないものの、入浴後は疲労もあり「休む」といった発言があり。確認しつつ行った。 ③当初、スロープのみから実施。徐々に安定し、開始2か月後より、スロープ後の平面3mを追加。合計8メートルの歩行を実施した。 ④歩行時は安全対策として前方に1名、後方から車いすで追いつける職員1名で実施し、転倒を防止した。 	<ul style="list-style-type: none"> 居室担当の介護職へアがモニタリングを実施した。 介護チームは歩行状態等に関しては日常の記録として記載することを共有した。 介護リーダーは歩行の距離や歩行速度を利用者に聞き取りした。距離に関しては問題なく、利用者も距離を延ばす目標を持っている。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ①離床時間の12時間のうち、読書は継続しつつ、食後の運動を入れたことで生活の中身が変化した。 歩行距離も増加しており、今後は食後以外の歩行を検討していく。 歩行を行う上で離床も見られず、安定していた。 ①OBD13：実施前→5 実施後→5（変化なし） ②Vitality Index：実施前→19 実施後→23 ③転倒スコア：実施前→15 実施後→13 大きな変化とは言えないが、今後の状態改善が見込めると考える。 	

※①=LIFEの取り組み

事例2 特別養護老人ホーム あけぼの 実践1

実践2 支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代/要介護5
 障害高齢者自立度:B2
 認知症高齢者自立度:Ⅲb
 入所後半年
 食事摂取は不安定で介護拒否もあり
 入所以前から断続的に体重減少あり

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職:28名(うち介護福祉士20名)
 利用者数:職員数=60名:12名
 介護リーダー:1.6年(介護福祉士、副主任)

【他職種との連携】

ケアマネジャー:利用者の意向及び情報の集約
 栄養士:食事量及び体重



◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントは介護職員間で気づきを共有できていたが、個別介護計画における目標が曖昧であったり、評価軸が分れてしまっていた。 介護職員も難しく考える傾向にあり、最終的に個別介護計画の目標に個人差がないケースが増加していた。 表現が曖昧である事から評価→リアセスメントにうまくつなげない傾向が見られていた。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> LIFEの活用を通して、個別介護計画の目標設定及び達成基準を数値化した。 数値化したことで評価がしやすくなり、また、カンファレンスでの共有も容易となった。 今までは変更=低下のイメージが強かったが、変更=改善・向上の視点を定めることができた。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護過程のシステムはある程度、組織化されていたが、その反面、内容の修正及び指導（OJT）が課題であった。 介護過程を指導するための言語化や表現、伝え方、視点が介護職員はできていなかった。 個別介護計画はあるが、質の向上につなげられないことがこの数年の大きな課題であった。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 3か月評価を行う事で総合的なアセスメントと評価が一体できるようになってきた。 総合的なアセスメントの数値化を行ったため、種別ある利用者の課題抽出が行えるようになった。 介護職員への指導（OJT）につながり、質の向上につなげるようになってきた。

◆ 利用者の受益・変化

- 食事に関しては改善・向上段階にあり、少なからず好転している。
- LIFEにない項目である「おやつ」や間食をどうつなげるかという新たな視点に迎へ向き、多面的に観察できるようになった結果、平均摂取量も50%→70%に増加したと推測している。
- 利用者からは食べたいものを訴えることも増え、希望を伝えていただけたようになっている。
- 現在も介護拒否は見られるが、食事そのものは安定しており、今後は向上に向けた計画につながることを予測しているため、長期的にみて受益となると考える。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> ① 食事量は50%前後、食事形態は粥、刻み、トロミ。食事摂取は一部介助。介助時の拒否もあり。 ② 体重は10月現在で39.5kg。入所時以降、減少傾向。 ③ その他支援において介護拒否及び抵抗あり。 ④ 皮下出血もできやすい状態であり、支援及び生活も安定していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ① ケアプラン <ul style="list-style-type: none"> ・短期目標: 体脂肪及び体重変化の早期発見ができる。 ・個別介護計画 <ul style="list-style-type: none"> ・介護目標: BMI18.5を維持できる。 ・達成基準: 体重40kg以上を維持できる。 ・支援内容 <ul style="list-style-type: none"> ① 食事は自己摂取を中心に、時間をかけて摂取していただく。 ② 摂取が進まない場合は声掛けを行う。 ③ 毎月の体重変動にて2kgの変動があった場合、捕食を検討する。 ④ 10時に家族差し入れの間食を提示する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 居室担当の介護職へアセスメントを実施した。 ● ① 介護リーダーは3か月評価シートを用いて摂取量及び体重変動の確認を行う。 ● 介護リーダーは入所以前の情報も改めて家族等に確認を行った。 ● 介護チームは、ケアカンファレンスで、利用者がかつわられたこと、面商がよいことなどの性格にも目を向けながら支援することを共有した。 ● 介護リーダーは施設の仕事だけに目を向けず、数字に書けない間食での安定的な摂取を図ることを目標とした。 ● 居室担当の介護職へ個別介護計画を立案した。 ● 介護チームはケアカンファレンスで、利用者の性格を踏まえ過度に声をかけないことを共有した。 ● 介護チームはケアカンファレンスで、間食の摂取量により施設の仕事量が低下しないかを検証し、食事量の変化がなくともtotal摂取量が増加することが体重増加及び精神安定につながる可能性を共有した。 ● 介護リーダーは個別介護計画についてケアマネジャーを通じて家族及び栄養士と共有した。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ① 食事摂取は基本的に自己摂取かつ見守りでの対応を行う。1時間程度利用者の摂取状況を観察して変動を確認した。 ② 50%量を軸に摂取が進まない場合は声掛け及び一部介助で摂取を促した。 ③ 期間中に大腸内体重減少が少なく、本格的な検討には至らず。 ④ 定期的に「おやつ」の量を確認し家族と情報共有を行う。その中で家族には進みの良かったセリシーなどを多めに持ってきていただくようお願いをした。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護チームは間食の摂取量を施設の食事摂取とは別に把握し、日常記録に間食の摂取量を記載することでtotal摂取量を確認できるようにした。 ● 介護リーダーは体重増加を中長期の目標に掲げ、まずは摂取量について家族と共有した。 ● 介護チームは食事摂取にムラが生じた場合も、早くに対応することはせず、あくまでベースを守ることをケアカンファレンスで共通認識とした。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ① 平均食事摂取量、50%→70%に向上。食事介助も見守りへ移行。摂取量の増加と共に、ADLも向上した。体重は39.5kg→39.3kgと増えた。今後も経過観察が必要。 ② DBD13: 実施前→17 実施後→13 ③ Vitality Index: 実施前→9 実施後→13 ④ 転倒スコア: 実施前→7 実施後→8 	<ul style="list-style-type: none"> ● 居室担当の介護職へアセスメントを実施した。 ● 介護チームは3か月評価で体重変動を確認し、少なくとも機能低下をしていないことを確認した。 ● 介護リーダーを中心に現在の支援内容の妥当性等に関する評価までたどりついていたが、ここまでのプロセス評価を介護職内で実施した。 ● 介護リーダーは視点の変化や捉え方に関して前向きに捉え、認知症状及び身体機能には一定の効果があったと推測した。

※①=LIFEの取り組み

事例2 特別養護老人ホーム あけぼの 実践2

事例3 特別養護老人ホーム 潤生園

3

特別養護老人ホーム 潤生園 (神奈川県)

躁うつ状態時の分析を通して安定した日常生活につなげた取り組み

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を創設・変更した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ⑥ 実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦ ①～⑥を後押しする業務改善を行った

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE の概要について、施設長が勉強会を行った。
- 介護支援室が中心となり、Barthel Index の勉強会を行った。
- これまでは看護師やケアマネジャー主導のカンファレンスで、体調変化についてのトピックが主であったが、介護職員、介護リーダー発着でカンファレンスを招集する仕組みができた。これにより、介護職員のみならず、ケアマネジャー、管理栄養士、看護師、セラピストが提案し、連携カンファレンスを行えるようになった。
- LIFE 算定項目に基づいたデータを軸とした情報収集に変更した。
- 潤生園の「長期まで口から食べる」という方針、生命過程に沿いながら、利用者の負担を減らすケアの工夫を構築をした。

◆ LIFE 活用の効果

- 介護職員は、食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 項目からアセスメントをし直し、そのデータに基づくことで、利用者の状態の理解が深まった。
- 毎月、Barthel Index や栄養ケアマネジメントに励める中で、利用者の変化との連動、躁うつ時の食事量の変化が活動量を測っている可能性があることなどがあるのではないかなど仮説を立てて考えるようになった。
- 知識を得ることと感情的な数値を踏み解くことにより、仮説を立てられるようになった。
- 数値を辿るだけでなく、介護職員は実施したケアのアウトプットとして数値を確かめようになった。
- LIFE を導入したことにより、利用者のこれまでの介助方法を再直すことでき、業務負担が削減した。
- 毎日のチームミーティングを実施することで、介護職員のコミュニケーションが向上した。

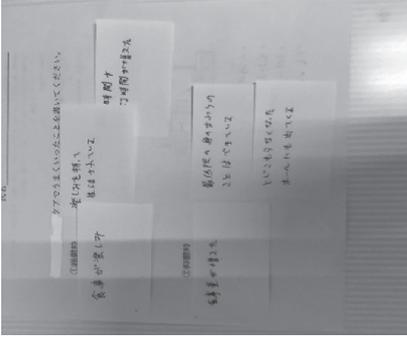
◆ 新たな課題・今後の展望

- 特別養護老人ホームは「生活の場」という認識から、LIFE のみに依存せず、痛み、不安、恐怖、関係性疾患、喜び、悲しみ、表情など、これらに関わる部分も両輪で補完していく必要がある。
- 介護現場の職員は原則、介護職員初任者研修受修者以上であるが、医療的工口でインスペクターで教育された職員や管理栄養士などに比べるとまだ介護職員一人ひとりの知識量が足りないため、カンファレンスを開催しながら、介護職員のレベルアップを図っていく必要がある。多職種との連携を感じたことにより、外部研修、多職種連携の研修にリーダーをはじめ、介護職員が積極的に関与することも、研修参加に積極的になった。法人内の事例発表でも本事例をもとに啓発活動を行っていきたいと思う。
- 介護リーダーだけでなく、他の介護職員も他職種と連携できるようなりたい。

◆ 新たな取組の具体的な資料等



チームミーティングの様子



KJ法による課題抽出



食事量等のデータ把握

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

- 部門役員会議（施設長、介護課長、看護部長、介護支援室長、ケアマネジャー、管理栄養士、短期入所施設等）が参加する会議で最終的に算定する加算を決定した。
- 各フロアリーダーで LIFE の勉強会を行い、制度背景や法人事業所としての方向性を共有した。
- 加算算定に伴う現場オペレーションの変更と、介護過程実践を向上させるための活用法についてコア会議で審議し、会議を2月～5月で計4回行った結果、リーダーナーをはじめ、ケアチームの構造化に着手した。
- LIFE の概要については、施設長が勉強会を行った。
- 介護支援室が中心となり、Barthel Index の勉強会を行った。
- 潤生園が「LIFE」導入にスムーズに取り組みできた背景にはいくつかの成功要因がある。すでに20年以上前から介護記録にシステムを導入していた。そのため、LIFE についてもさほど混乱はなく、スケジュールリングを専門職の部門長集まるコア会議で決め、どの加算に誰がリーダーナーになるか組織体制の確立、役割分担を行った。介護現場の職員は原則、介護職員初任者研修受修者以上であることから、介護過程は理解している。
- 介護現場では、食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 項目から各種専門職間での共通言語ができた。
- 食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 項目からアセスメント材料が明確になった。
- LIFE のデータ入力項目を介護職員が勉強したこと、全職員が利用者の観察すべき基本項目について共通認識を持つことができた。

事例4 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか

4 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか (愛知県) クモ膜下出血の後遺症により失いかけていた意欲を取り戻すための取り組み

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

- 1 アセスメント等書式を新規作成・変更した
 - 2 研修・勉強会等を開催した
 - 3 会議体を創設・変更した
 - 5 介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
 - 6 実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
 - 7 ①～⑥を後押しする業務改善を行った
- ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

◆ 施設・事業所概要 (令和3年10月時点)

法人名：社会福祉法人明葉会
所在地：愛知県岡崎市
開設年月：平成11年7月
定員：80名 従来型
介護職員：42名 (うち介護福祉士22名)
LIFE取組：科学的介護推進体制加算(Ⅰ)
個別機能訓練加算(Ⅱ)
※令和4年2月より

- LIFEの評価項目を「生活状況の確認表」と「モニタリング・プラン評価表」に追加し、あわせて生活の様子の変化を整理しやすい形式に改訂した。
- 看護職との連携を強化するため、「個別機能訓練計画書」を看護職員・介護職員の協働により作成した。
- 「個別機能訓練実施表」に配属するプログラム内容、「目的」と「訓練内容」に書き分けることで、目的を理解して実施できるようにした。
- 多職種が作成する計画書に運動性を持たせるため、それぞれの計画書の役割を整理し、バラバラだった更新用の調整を行った。
- 「気づきカード」を、生活全般から機能訓練時の気づきを絞ることで、日々の小さな成果を可視化し、職員をモチベーションの持続に取り組んでいる。
- LIFEの評価を全職員が同水準で行えるよう、評価者によって生じる違いが何によって起こるのかグループミーティングを実施した。一方的な研修等ではなく、議論の中から評価基準を合わせると同時に、評価方法の部分と全体の理解を深め、評価項目に利用者個別の意欲を見出す力を養うための試み。

◆ LIFE 活用の効果

- LIFEを含めた各計画書の内容を整理したことで、サービス内容だけでなく目的が意識できるようになり、生活上の課題としか捉えられていなかったニーズが、「その人らしく生きるための課題」としてより具体的に明確化された。
- 利用者が意欲を持って楽しんで機能訓練に取り組めるよう関わり方が増え、表情など様子の変化について職員間で意見交換されるようになった。
- 「個別機能訓練計画書」の作成に看護職員が参加したことにより、看護職員の介護過程実践への理解が深まり、チームケアが推進された。
- モニタリングにおいて、「できるADL」と「しているADL」を書面上に併置したことにより、少しずつだが利用者の可能性について考えられるようになっていく。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 介護過程上の意見交換など、多職種と連携するためのソフト調整が課題。
- LIFEを含めた、複数の計画書の確実な周知方法が確立されていない。
- (コアチームにおいて) 家族の思いをどのように聞き取り、反映するかが課題。
- LIFEの評価項目は、利用者によって大きな意味を持つ項目とそうでない項目が混在しており、評価しやす化するだけでは十分に活用できない。必要な部分に意味を与え補完するなど、ルーティン化しないよう工夫が求められる。

◆ 新たな取組の具体的な資料等

生活状況の確認表

モニタリング・プラン評価表

個別機能訓練実施表

モニタリング・プラン評価表

モニタリング・プラン評価表

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

- 現状のサービス提供体制を踏まえ、施設としてさらに強化していきたい部分の加算を複数選定する。
- その上で、課題であった多職種との連携を強化し、各計画書の運動性を高めるため、しゅみの精算と有効性を考慮し、算定する加算を決定した。
- 原簿とはして算定保留となった「自立支援促進加算」も、介護過程の質の向上に必要であるため、「自立支援促進に関する評価・支援計画書」内の支援実績(しているADL動作)の項目を「生活状況の確認表」に取り入れた。
- LIFEの概要説明とあわせて、法人理念や方針についての勉強会を実施した。
- 強化したい加算として「その人らしく生きるための3本柱」を提示し、各加算がどの部分で担うのか説明を行った。
- 主任、副主任、個別ケア推進コーディネーター※が新しい機種の導入検証に参加し、実践的にLIFEの理解を深めた。
- 無理なく理解を深め運用を開始するために、部分的に試運用期間を設けた(算定はせず)。
- 新機種の書庫導入による戸惑い(主に評価内容に対して)が職員にみられたため、評価指標や細かい記入員本を作成し、個別ケア推進コーディネーターが相談役となり対応した。
- 記録に関して、現場の負担(変化)を最小限に抑えるために「通し番号」や「文例選択」を活用し、事務作業の簡便化を行った。
- テータ入力効率よく計画的に行うため、期限厳守の意識向上を目指し、データ提出や計画作成の工程を一覧表にし、再説明を行った。



※個別ケア推進コーディネーター：法人独自の職位。介護職が介護過程に取り組み、体系的に支援し個別ケアを推進するキーマン

事例4 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか

クモ膜下出血の後遺症により失いかけていた意欲を取り戻すための取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

60代／要介護4
 障害高齢者の日常生活自立度：B2
 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ
 入所1年前にも膜下出血を発生、
 利き手即片麻痺、高次脳機能障害、
 失語症の後遺症

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職：20名（うち介護福祉士7名）
 利用者数：職員数=38名、8~9名
 介護リーダー：9名
 （介護福祉士、個別ケア推進コーディネーター）

【他職種との連携】

ケアマネジャー
 看護職員1~2名（1日あたり）



◆ 介護過程実践

これまでの課題

- 課題の症え方が主観的で機軸の説明が乏しい。
- 「できること」への意欲が低く、可能性の検討が十分ではない。
- ケアを実施したあとの様子や変化が十分に伝えられない。



取組後の変化

- LFE 評価項目の前回比較や、各項目の横断的な分析を行うようになり、課題の捉え方において視野が広がった。
- 予後予測も踏まえ、長期的な視点をもって「できること」を増やそうとする意識の変化がみられた。
- 「気づきカード」を機能訓練実施時に的を絞って記入するように変更したこと、活用頻度が増え、それ以外の気づきについても多く記入されるようになった。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題

- 個別ケア推進コーディネーターの支援は、伴走的に関わることが基本だが、より教育的に関わる部分や、考えを引き出し支持していく部分など、各職員の秉力・性格を把握した上で、効果的な関わり方の選択が十分ではない。



取組後の変化

- LFE 導入をきっかけに介護職員との関わりは増えているが、効果的な関わり方は模索中で、業務行動に大きな変化はみられていない。LFE を取り入れたことで、評価項目の整理や補足（趣味付け）、分析していく過程など、必要な支援内容が具体化してきたので、職員理解や支援方法の幅を広げることが意識しながら、まずは一緒に考えることを続けている。

◆ 利用者の受益・変化

- 個別機能訓練の「右腕（麻痺側）の使用」に関して、ストレスにさらさないよう、介護職員が利用者の視点にたつた関わり方を工夫するようになり、楽しみながら訓練を行うことができてきている。
- LFE での各評価から客観的に現状を確認することができ、今後10年間の生活を再捉え、どのように介入すべきかを考えた。担当介護職員は長期ビジョンをもってアセスメント、計画作成を行うことができ、利用者にもこれからの生活イメージを具体的に提示することができた。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

	介護過程実践	介護チーム
アセスメント	※ ①「モニタリング・プラン評価表」内に追加した DBD13・Vitality Index から、認知症 BFSVD の行動症状はほとんどなく、食事以外の項目のほとんどが無関心であることが確認できた。 ※ モニタリング結果から、本人らしく生きるためには、生活への意欲を高めることが必要だと考えられ、そのために解決するべき課題は何かを検討した。 ① 健康状態：良好（内服コントロールできていない） ② 心身機能：右片麻痺・失語症（簡単な課題であれば可能） ③ 活動：片麻痺により一部介助は必要だが、できることも多い。 ④ 参加：介入がなければほぼなし。 ⑤ 背景因子：生活する上での人的、物的環境は整っている。個人の性格や価値観は踏まえていない。 ⑥ ①～⑤を踏まえ、発語による意思の確証や麻痺側の可能な限りの機能回復が、意欲を引き出し社会参加を助やす鍵になると分析した。	● 担当介護職員はモニタリングで得た情報を ICF で整理し課題を分析した。 ● 個別ケア推進コーディネーターは、モニタリング・アセスメントの結果を踏まえ、担当介護職員と一緒に計画立案の際に優先するべき目標の確認を行った。
計画立案	※ アセスメント結果から、「利用者の意欲を引き出し、活き活きと生活を差ししめるようにすること」を目指し、計画を立て、「発語ができる」ことを長期目標とし、各短期目標を設定した。 ● ケアプラン ・短期目標：「安心できる環境で笑顔で過ごせる」 ・支援内容：①声かけは二者択一形式で行い、返答しづらいように配慮する。②多肉植物の水やり等の交換。 ● 個別機能訓練計画書： ・短期目標：「右腕（麻痺側）を使用する」 ・訓練内容：③腕腕を使えるようになるために、右手も使いおしほりをする。	● 個別ケア推進コーディネーターは、担当介護職員が行ったアセスメント結果や意見を取りまとめ、担当者会議で検討を行った。 ● ①「個別機能訓練計画書」を、看護職員と介護職員協同で作成。担当介護職員は看護職員、ケアマネジャーと方針を確認しながら訓練項目を作成した。
実施	● 実施内容①：利用者のストレスにならないよう表情の確認を行い、1回の会話時間も長くないように配慮して実施した。 ● 実施内容②：自宅で栽培していた植物を施設に持ち込み、職員と一緒に水やりを実施した。 ● 訓練内容③： 右手の使用は決して強要せず、楽しみながらできるようなコミュニケーションを大切に実施した。	● 介護職員は機能訓練実施時の様子を「気づきカード」に記入した。 ● 介護職員は日々のカンファレンスにて、目的に沿いつつ実行可能であり、有効なケア内容を随時検討した。
評価	● 実施内容①②の実施率 100%③74%。職員との関わりが増えたと、表情の確認からストレスにはなっていないように思われる。植物の水やりも笑顔が多く喜んでいる。全体的に主体性はまだまだみられない。 ● ①日中、徘徊や臥床される頻度が減少し、共有スペースで過ごす時間が増えた。 ● 立ち上がり時に両手で手すりを持つ、食事時に麻痺側で箸を持つ（支える）ことなど、麻痺側への意識が向上した。その他 ADL に変化はみられなかった。 ● 意欲・関心の状況について、評価上の変化はない。	● 担当介護職員は、新「モニタリング・プラン評価表」を使用して、短期目標の評価と生活全般のモニタリングを行った。 ● 個別ケア推進コーディネーターは、介護職員と評価の根拠となる気づきについて一緒に確認した。 ● LFE の評価が全職員同水準で行えるように、評価者によって異なる（評価視点、ケア方法の個人差など）について、個別ケア推進コーディネーターを中心にグループミーティングを実施した。

※①=LFE の取り組み

事例 4 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか

「食べたい」という利用者の思いを叶える食の支援

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代・要介護5
障害高齢者の日常生活自立度：C2
認知症高齢者の日常生活自立度：IV
認知症 脳梗塞、右大腿部警部骨折、
並流性食道炎、誤嚥性肺炎の既往が
あり体力の低下が著しい

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
介護職：10名（うち介護福祉士5名）
利用者数：職員数=40名、19名
介護リーダー：12名（介護福祉士、介護主任）
【他職種との連携】
看護師
理学療法士
管理栄養士



◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント力が弱いため、利用者のニーズや課題が抽出できない。 アセスメントのポイントや方法を介護職員のレベルに合わせた指導が必要である。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活評価表を使いアセスメントの必要性や弱点、考え方の勉強会を実施し理解を深めたことで、アセスメントが上がり、細かなアセスメントができるようになった。 計画立案に根拠が生まれた。 介護チームはケアの必要性を感じ積極的に利用者に関わるようになり、利用者に対してしっかりと説明することができるようになった。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーの介護過程に対する理解が足らず、ケアの根拠を介護チームに伝えられていない。 介護リーダーは自分に自信がもてず発言力が乏しいため、介護チームにまとまりがない。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 介護過程を実践する中で、介護リーダーが中心となり介護チームや他職種と積極的に関わることができるようになり、介護チーム間でのコミュニケーションがしっかりとれるようになったことで一体感が生まれた。 介護リーダーはケアの根拠や必要性を発信することに、自信を持つことができるようになった。 介護職員から他職種に積極的に意見を求めることが増えた。 身体的なだけでなく、利用者の思いも含めた細かなアセスメントを介護チームで行うことで、介護職員が持つ情報を共有し、業務の一環ではなく人と人との関わり方をすることができた。

◆ 利用者の受益・変化

- 利用者、家族とも向もてきなくなくなったとあきらめていたが、介護チームの継続的な関りの中で利用者の自分で食べたい思いが実現し、できることが増え、利用者の意欲が向上した。
- 介護職員との信頼関係が深まり、自分の思いを伝えることができるようになった。
- 利用者は、ケアを受けることに対して安心感を持つようになった。



ミニカンファレンスの様子

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> 「私の思いシート」の聞き取りで、利用者から「自分で食べたい」と話す。 リクライニング車いすでの座位保持は10分程度。右への傾きと前傾姿勢が強い。上肢は動く。 食事形態はペースト食、30度傾斜をつロケット上で全介助。摂取量は少なく栄養状態も悪い。 ロカがしっかり開かない。口腔内の舌の動きが弱い。口に入れれば飲み込みめるが、咀嚼のたびに口角から出してしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標：自分で食事が食べられるようになる 支援内容 <ul style="list-style-type: none"> 口腔体操と食事前の口腔内のマッサージを行う ①口腔体操の機能を向上させ、食事がしつかり食べられるようになる ②リクライニング車いすで座位を保ち食卓で他の利用者と一緒に食事をすることができ、 ③食具を持ち、自分で食事を口に運ぶことができ 	<ul style="list-style-type: none"> ①「日常生活評価表」と「私の思いシート」の記入方法について介護リーダーを中心に介護チームに説明会を行った。利用者についてのカンファレンスを行い、介護チームはそれぞれ、介護リーダーは、看護師、管理栄養士に食事の形態や提供方法、介助の方法などについて相談した。 介護リーダーは理学療法士に相談し、リクライニング車いすでの座位保持の準備を一掃に行った。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> 口腔内の機能と嚥下機能を中心に考え、一日の食事がしつかり食べられるようにしていくこととした。現在のペースト食から開始。 認知機能の低下から食事介助への拒否も強くあり、ケアの際は利用者へ説明しながら行う。 リクライニング車いすでの座位保持ができるよう理学療法士とボジションニングの確認を行う。 座位が保てるようになり、食事がしつかり食べられるようになってきたら、食事形態や食具の検討をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーが毎週月曜日に共通の様子を確認し毎朝のミニカンファレンスで他職種も含めてケアの準備内容の確認を行った。 口腔マッサージは、はじめ看護職と一緒にを行い介護チームができるようにした。 介護チームは理学療法士と一緒に、リクライニング車いすでの座位保持ができるようヘッドアップでもできる体操を考え、オムツ交換時に毎回行った。またリクライニング車いすでのボジションニングも考え、クッション等を作成した。 看護師と協力して食事介助を行った。口の動き、嚥下の様子を細かく記録した。
実施	<ul style="list-style-type: none"> 口腔体操とマッサージは介護職員が食事前に行った。 リクライニング車いすで難末し、様子を見ながら角度を上げていくようにした。 食事をスプーンに兼任し、自分で持つてもらい、手を支えることを伝えてから口元まで運ぶようにした。食事の内容も伝えながら、口に運ぶようにした。 飲み込み確認を行いながら、一口ずつ声掛けした。 座位が崩れてきたら、姿勢をきちんと整えてから再開した。 食事に集中できるように提供時間を1対1でケアできるようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝のミニカンファレンスで、介護リーダーを中心に利用者ができるようにしたことや利用者の思いを話し合い、共有することによって、柔軟にケアの内容を変化させた。 日々変化していく利用者に対し、介護チームが積極的に関わり、利用者の思いをケアに反映させるための提案をミニカンファレンスで発信した。 食事が自分で食べられるようになってきたため、介護職員が自分で食べられるようになり、自分の思いを伝えることができた。 今後は自分で過ごすことができるようカンファレンスで提案をしていく。
評価	<ul style="list-style-type: none"> 毎日口腔体操と口腔マッサージを行ったことで口腔内の動きが良くなり、口も閉じるようになった。 座位保持が長く保てるようになり、前傾姿勢も改善でき、普通型車いすを使用できるようになった。 介助や先づきのスプーンなどを使い、自分で食事を口に運ぶことができるようになった。さらに食事形態も全介助、ごく刻み食にアップすることができた。 今後は自分で過ごすことができるようカンファレンスで提案をしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝のミニカンファレンスで、介護リーダーを中心に利用者ができるようにしたことや利用者の思いを話し合い、共有することによって、柔軟にケアの内容を変化させた。 日々変化していく利用者に対し、介護チームが積極的に関わり、利用者の思いをケアに反映させるための提案をミニカンファレンスで発信した。 食事が自分で食べられるようになり、自分の思いを伝えることができた。 今後は自分で過ごすことができるようカンファレンスで提案をしていく。

※①=LIFEの取組の総括

事例5 介護老人保健施設 もえぎ野

6 介護老人保健施設 あいの郷 (埼玉県)
 依存が強い状態から自分でできる範囲を広げる取り組み

LIFE 導入をきっかけに **こんなことをしました！**

- ◆ **施設・事業所概要 (令和3年12月時点)**
 法人名：医療法人 徳洲会
 所在地：埼玉県羽生市
 開設年月：平成9年12月
 定員：100名 (従来型)
 介護職員：28名 (うち介護福祉士25名)
 LIFE取組：科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)
 補償マネジメント加算 (Ⅰ)(Ⅱ)
 排せつ支援加算 (Ⅰ)
 ※令和3年5月より

- ◆ **介護過程の新たな取組・工夫**
 - 1) 取組みを高める介護リーダーの役割の強化
 - 介護職員に対しLIFEの理解を深める勉強会を実施した。
 - 介護職員への取組理解度 (介護過程・LIFE・課題) についてアンケートを実施した。
 - 取組の進捗を可視化するために、新たに1か月評価の排せつ支援計画書 (付表) やサービス担当者会議の一部修正など様式開発を行った。
 - 2) 介護福祉士 (チームワークと担当制) の役割強化
 - LIFEの理解を深めて、現場でできることを検討した。
 - アンケート結果を踏まえて、介護職員の理解度に応じて現場でできることを検討し、組織の意向の理解と取組の進捗に対する介護福祉士の役割についての理解の周知を図った。

- ◆ **LIFE 活用の効果**
 - 排せつ支援計画書や補償マネジメント計画等の活用によって必要な「ケアの場面」に応じて個別介護計画の内容をより具体的にすることができた。関係する専門職の視点や考え方を共有できる手段となり、多角的な視点で利用者の経過を観察、関わることでできた。
 - ※ケアプラン > 個別介護計画書 > 排せつ支援計画書 (付表)
 - 排せつ動作に焦点をあて、多職種間の情報共有の過程を可視化するためのオリジナル書式「排せつ支援計画書 (付表) ~評価と課題分析・持ち越し内容～」を作成した。受持ち担当者の働きかけを強調つけるために導入することにより、課題に対して多職種・介護職それぞれの視点から助言や協力を行ってきた。
 - ※看護計画・リハビリテーション計画・栄養計画は別途存在しているため、具体的な取組の組みについては、各種計画書を確認する必要がある。

- ◆ **新たな課題・今後の展望**
 - 状況の変化を受け入れ適応していく柔軟な考え方を醸成する介護職員教育と、スムーズに適応させていく組織体制の構築が必要である。
 - 確認作業や関係部署への修正依頼・送信作業など負担が大きく、時間外の業務が増加しているのが課題である。

◆ **新たな取組の具体的な資料等**

個別介護計画書

サービス担当者会議 参加記録 (継続判定会議録)

排せつ支援計画書 (付表)

排せつ支援計画書 (付表)

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入 決定期

現場への 導入し 込み期

介護過程 実践期

- 施設責任者会議にて取組組み取りを決定した。
- 介護リーダーを中心に関係する部署に情報を取集し、導入可能な取組組みを決定した。
- 介護リーダーが中心となり、必要な補正式と型在的な担当者決定と具置しの時期を設定。関係する部門の部門長へ協力依頼・段取りを行った。
- 介護リーダーが中心となり、LIFEの理解とLIFEを活用した介護過程実践の運用プロセスを手順化し介護職員に伝達した。(集約研修・OJTなど)
- 各所属に関係するプロセスの進捗を管理し、適宜修正した。介護職員は、部下・下級者へ伝達を実施した。
- 提出されたLIFE情報の確認→入力→送信等をシステム化した。管理を支援相談員が一括で行うことで入力の不備を防いでいる。
- 入力等の事務処理により時間外残業の増加があり、入力情報の確認・チェックを担当者が責任をもつて行うよう作業の分業を進めている。
- 介護職員はLIFEの意味・意義を理解することが不可欠であり、個別介護計画と共に理解を深める取組組みを継続している。

依存が強い状態から自分でできる範囲を広げる取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代/要介護4
 障害高齢者の日常生活自立度：B1
 認知症高齢者の日常生活自立度：IIa
 右大腿骨転子部骨折、
 マロリーワイツ症候群、変形性腰椎症、
 向水頭痛症、原形感染症 等

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職：介護福祉士 10名
 介護リーダー：14名（役職：主任）
 ※個別介護計画：担当制（介護リーダー指名）
 ※教育支援方法：プリセプテーション制度

【他職種との連携】

ケアマネジャー、看護師
 理学療法士、作業療法士
 管理栄養士、支援相談員



◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な評価の際に介護職員は観察した事柄等の意見交換を行っているが、課題に関する客観的な記録が少ない。そのため、計画の達成度などや新たな課題等の把握が弱い。 居室担当（受け持ち）の役割が明確になっていない。計画立案後の動きかけが弱い。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 居室担当の動きかけにより評価に必要な客観的な情報を集めることができた。 評価期間を1か月にしたことで、小さな変化や気づきを記録に残すことや次回評価までの課題について介護チームで共有することに意識づけができた（全利用者に対しては難しいが、担当の動きかけによっては実現が可能と考える）。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 受け持ち数は、介護職員の力量（気づきの視点、記録の取り方、リーダーシップ等）に応じて介護リーダーが割り当てられている（4～8名）ため、偏りが大きい。 介護過程の理解（経路が強い、表現ができない、自信がない等）に差がある。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 居室担当が記録を振り返り、目標に対する情報が集まるように介護チームへ動きかけることができるようになった。 新書式の排せつ支援計画書（付表）により、他職種の考え方や視点を共有できた。多角的な視点で考える機会ができた。 介護リーダーが中心となり、個別介護計画の評価精度を高める様式開発と、現場導入を図ることができた。

◆ 利用者の受益・変化

- 介護チームで目標を共有した結果、利用者に対して介護職員が共通したアプローチと声かけをするようになり、利用者は目標への理解が高まり、意欲が向上した。
- 夜間の排せつが一部介助から身守りへ、日中の排せつが一部介助から自立になった。
- ADLが高まり、現在の状態について家族も喜ばれ、在宅復帰への理解が高まった。



LFEの理解を深める学習の様子

◆ 介護過程と介護チームの流れ

介護過程実践	介護チーム
<p>アシスト</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者は在宅復帰を希望している。 入所の理由：右大腿骨転子部骨折後のADL改善。 利用者は既往歴が多いため、体調の変化に対応できるように、介護リーダーと居室担当から看護職員に協力を依頼し、疾患に関する資料を使用した勉強会を開催した。 <p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 体調観察の必要はあるが、体調が落ち着き、ベッドから離れて生活が行える体力が戻ってきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ①介護リーダーと居室担当とで相談し、排せつ支援計画書を活用し在宅復帰に向けてアプローチすることとした。 利用者は既往歴が多いため、体調の変化に対応できるように、介護リーダーと居室担当から看護職員に協力を依頼し、疾患に関する資料を使用した勉強会を開催した。
<p>計画立案</p> <ul style="list-style-type: none"> 長期目標（6か月）： 身の回りの生活動作が安定して行える。 短期目標（3か月）： 夜間ポータブルトイレでの排せつ動作が自力で行える。 支援内容 ①夜間の排せつ状況と動作観察の記録。 ②排せつ回数や症状の観察と記録。 ③体操・レクリエーション・リハビリへの参加。 10時、就寝時ベッド周りの環境整備。 	<ul style="list-style-type: none"> ①評価の時期を以下に設定した。 ②排せつ支援計画書（付表）『新書式』① 毎月第4土曜日 ③排せつ支援計画書『標準書式』② 3か月ごと ※①②は多職種参加にて情報を共有した。 個別介護計画『既存書式』：短期目標』 随時～3か月 個別介護計画『既存書式』：長期目標』 随時～6か月 ④介護リーダーと居室担当で動きかける。
<p>実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 支援内容の①②③動作記録を行った。 依存的な行動があるため、共有した目標達成に向けて、介護職員が共通した対応を行った。 利用者の行動記録を行った結果、1か月目には45%ほど自分で行えていることがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーが1か月の間に計画の進捗を記録して確認し、居室担当への助言・指導を行った。 居室担当は、介護リーダーの助言と排せつ支援計画書（付表）を用いて課題解決に必要な具体的な記録ができてきているか確認し、介護チームに協力求めた。
<p>評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①毎月、介護職員が中心となり、利用者の多職種会議を開催した。 会議の結果を介護リーダーが確認し、居室担当と共に次回に向けて振り返った。 目標に対する有効な記録率（動作のみに限定） ・取り組み前：16.6% ・1か月後：33.3% ・2か月後：40.0% ・3か月後：83.3% ※記録率：30日÷有効記録×100＝達成率%

※①=LFEの取り組み

事例7 介護老人保健施設 紀伊の里

介護老人保健施設 紀伊の里 (和歌山県)
実践1 排せつ動作の回復を促して在宅復帰を果たした取り組み
実践2 つつ状態と低栄養状態からの回復を目指した取り組み
実践3 着しいBPSDが改善するまでの関わり

7

LIFE導入をきっかけに

◆ **施設・事業所概要 (令和3年12月時点)**

法人名: 医療法人 明成会
 所在地: 和歌山県和歌山市
 開設年月: 平成7年12月
 定員: 81名 従来型
 介護職員: 30名 (うち介護福祉士28名)

LIFE取組: 科学的介護推進体制加算 (II)
 リハビリテーションマネジメント
 計画書情報加算
 褥瘡マネジメント加算
 排せつ支援加算
 かかりつけ医連携業務利調整加算
 栄養マネジメント強化加算
 口腔衛生管理加算 (II)
 ※令和3年4月より
 自立支援促進加算
 ※令和4年2月より

- ① アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を創設・変更した
- ④ 介護リーダーの役割を周知・明示した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ⑥ 実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦ ①～⑥を後押しした業務改善を行った

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 介護職員にLIFEの目的、加算内容・要件などの勉強会を実施した。
- 担当介護職員は既存の個別援助計画作成に加え、排せつ支援計画を作成する体制にした。
- 排せつ支援マニュアルを介護リーダーを中心に他職種協働で作成した。
- 「排せつ支援情報ファイル」には、排せつ支援計画とともに、排せつ支援マニュアル、排せつに関する利用者のあらゆる情報記録、計画に基づく支援実施チェック表をまとめ、担当介護職員が作成・管理することで、情報の集約、一元管理を行うことにした。
- 既存の介護職員を含む他専門職との会議体「個別援助計画モニタリング委員会」をLIFEの運用の実働体と位置付けた。委員会では、介護リーダーを担当利用者支援の中核にするという組織的位置づけを明確にして周知した。
- どの階層の介護職員も利用者支援に関する相談を他専門職にいつでも自由に行える独自の体制「ミニカンファレンス」を強化し、多職種ミニカンファレンスの自然発生を奨励する取り組みを行った。
- 既存の職制別、委員会別のSNSグループの活用をさらに促進し、情報共有体制の強化を図った。
- 状態像（認知症）に合わせた組織の勉強会を主催。その後、介護職員らによる自主的勉強会を実施した。
- タブレットを導入し、LIFEに関する情報をはじめ、利用者の動画など現場情報の入力システムを改善し、既存の電子カルテへの情報集約とアクセスの利便性を上げた。

※この事例では、個別介護計画は個別援助計画と表記している。

◆ LIFE活用の効果

- 個別援助計画モニタリング委員会において介護リーダーを介護過程実践の中核人材として位置付けたことで、介護リーダーは後援感謝が向上し、他専門職との連携や介護職員との情報連携の量が増え、介護過程を進めていく原動力となった。
- LIFEを機に導入した排せつ支援情報ファイルや、タブレットの導入により、既存の電子カルテと併用した情報集約、情報共有、アクセスの効率性が増し、職員間の情報格差がなくなり、近い情報レベルでのカンファレンスが頻繁に行われるようになった。
- アセスメント情報の精度が上がり、計画・実施・評価の一貫性が増し、客観的指標も含めて利用者状態の改善が目に見えようになり、成功体験によって介護リーダーや介護職員が自信を持ち、やめがちな感じられるようになった。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 総合的なケアマネジャーの稼働負荷が増しており、組織としてどう軽減していけるか検討中である。
- 現在は介護リーダーの役割に位置付けた各計画書の質について、他専門職と共同で担保する形にしているが、介護職員の中でそのチェック体制を完結できる形にしていきたい。
- 今後のLIFEの具体的なフィードバックについて、現行の運用体制にどのように円滑に、かつ有効的に反映していけるかを組織内で検討中である。

◆ 新たな取組の具体的な資料等

① 排せつ支援計画書作成までの流れ

1. 介護リーダーが、排せつ支援計画書の排せつ支援情報ファイルへ
2. OHP情報入力(排せつに関する情報)
3. 情報集約、情報共有(職員間・他職種)
4. 排せつ支援計画書の作成(排せつ支援情報ファイル)
5. 排せつ支援計画書の共有(職員間・他職種)
6. OHP項目で対応した排せつ支援計画書の共有(排せつ支援情報ファイル)

※計画書の確認とサイン

排せつ支援マニュアル

2. OHP情報入力(排せつに関する情報)

個別援助計画表

情報共有シート

電子カルテ入力手順書

LIFEを介護過程実践に活用するための組織の動き

- LIFE導入 決定期**
- 令和3年1月に施設長と事務長でLIFE算定を決定した。
 - 自立支援促進加算のみ「要件」を検討した結果、令和4年2月から算定とした。
 - 施設長から支援相副長・施設ケアマネジャー・リハビリ主任・介護主任・看護主任らへLIFE算定の方針を伝えた。
- 取組への 落とし 込み期**
- 役職者・専門職に向け、LIFEの導入に向け、加算要件の説明や役割分担を取り決めるための勉強会を実施した。
 - 施設長・事務長が加算ごとに、主担当となる介護職員に対し個別に説明会、資料提供を行った。
 - 介護職員は排せつ支援計画を主として担当した。
 - 個別援助計画モニタリング委員会にて、介護リーダーの役割や位置づけを組織的に明示周知した。
 - 電子カルテの当該項目のチェックがわかりやすいマニュアルを作成した。
- 介護過程 実践期**
- 介護リーダーが中心になり、他専門職を巻き込んで排せつ支援マニュアルを作成した。
 - 排せつ支援情報ファイルについて介護職員に周知徹底し、計画や自採の確証、関連情報の集約などの使い方を周知した。
 - 個別援助計画や排せつ支援計画は介護リーダーの役割としたが、ケアマネジャーや他専門職の手エック機能を持つて質の担保を図る形にしてスタートさせた。
 - 介護リーダーの組織的役割を全介護職員に周知し、利用者情報の集約を行うよう徹底した。

事例7 介護老人保健施設
紀伊の里

実践1 排せつ動作の回復を経て在宅復帰を果たした取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

70代/要介護4
障害高齢者の日常生活自立度：B1
認知症高齢者の日常生活自立度：IIa
脳梗塞後遺症
右片麻痺（軽度）

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
介護職：30名（うち介護福祉士28名）
介護リーダー：9名（介護福祉士、個別援助計画担当）

【他職種との連携】

ケアマネジャー、看護師
理学療法士、作業療法士、言語職、福祉士
管理栄養士、歯科衛生士



◆ 介護過程実践

● 介護職員を特定フロア所属などに限定せず、全施設横断のシフトにより「全介護職員で全利用者支援」体制を採用しているため、利用者情報の共有が確実。
● 関わる介護職員数と関わる利用者数が多いため、全員にケアの目標や支援内容の周知徹底ができていた。
● 排せつ支援情報ファイルで介護過程に関する計画や記録、評価情報などが一元管理されたことで、情報集約の質が格段に向上した。介護職員も、他専門職も情報確認に関するタイムロスがなくなり、少ない工程で、必要な情報を周知できるようになった。
● 全介護職員が共有する利用者情報量が一定になったことで、相談やミニカンファレンスの頻度と深度が向上した。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

● 全介護職員が全利用者を知っている体制であり、広く深く関わる形になり、さらに一歩踏み込んだ個別支援ができていた。
● 個別援助計画モニタリング委員会での介護リーダーの位置付けが不十分で、他専門職や古参人材が中心となる形になっていた。
● 排せつ支援計画を中心に介護リーダーの役割を明確に位置づけたことで、責任の所在が明らかになった。
● また、排せつ支援情報ファイルによる情報の一元化も加わり、介護リーダーが利用者への介護過程実践の進捗確認を行いやすくなり、課題が絞られた形で介護職員や他専門職と相談できる機会が増えた。これにより、丁寧な介護過程を利用者に行えるようになった。

◆ 利用者の受益・変化

● 3か月定らずで在宅復帰が可能となった。
● おむつ全介助という状態から、自分でトイレをできる生活を獲得できた。
● 同居する家族の意向がある排せつも自宅での対応できるレベルに状態が改善し、家族が大変喜ばれた。
● 利用者は取り組みが明確に実感できた成功体験から、現在も併設デイケアに通いながら、継続的に機能維持に努むことができている。
● 介護老人保健施設で育んだ施設職員との関係性が在宅に戻っても維持されており、意欲、モチベーション維持につながっている。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> 主訴：「自分でトイレしたい」「家に帰りたい」 家族：ある程度自分で排せつできるよになっでほしい。 排せつ：入浴後では、おむつ全介助。 起居動作：上体起こしから端座位まで一部介助。 座位：手すりつかまりで端座位可能。 立位：つかまり立位可能。 コミュニケーション：自立。 BP/SDなし。尿意・便意あり。 「できるADL」と「しているADL」に差がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 長期目標：ADLの改善 短期目標：介助なしで、①起居動作ができる。②車いす移動ができる。③夜間はPトイレでの排せつができる。 支援内容： <ul style="list-style-type: none"> ①オムツ使用期間中は、ヒップアップ、側臥位動作協力を促す。 ②離床する際は必ずスライディングボードで端座位になる練習を行う。 ③自分の力で立位保持から車いすへ移乗する動作を行ってもらう。必ず見守る。 ④日中は移動支援を行いトイレで、夜間はナースコールのもとポータブルトイレで排せつし、排せつ時は見守りを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 排せつ支援情報ファイルに介護職員や他専門職が排せつ関連の情報を記入して蓄積した。 ● 介護リーダーが支援を通じて日常生活動作を確認し、排せつ支援情報ファイルの情報と合わせてアセスメントした。
<ul style="list-style-type: none"> ● オムツ対応中は、支援を受けて安全にトイレで排せつができるようヒップアップと側臥位協力を促した。 ● スライディングボードで端座位になる練習を行った。 ● 自分の力で立位保持から車いすへ移乗する動作を必ず見守った。 ● 起居動作や移乗動作能力の向上、安定を確認し、徐々にトイレ、ポータブルトイレ排せつへの移行を図った。 ● 日中トイレ、夜間はナースコールのもとポータブルトイレでの排せつができるようになる中で排せつ動作の見守り、必要に応じて支援を行った。 ● 利用者の取り組みや状態の改善に対して声かけや励ましを行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ● オムツ対応中は、支援を受けて安全にトイレで排せつができるようヒップアップと側臥位協力を促した。 ● スライディングボードで端座位になる練習を行った。 ● 自分の力で立位保持から車いすへ移乗する動作を必ず見守った。 ● 起居動作や移乗動作能力の向上、安定を確認し、徐々にトイレ、ポータブルトイレ排せつへの移行を図った。 ● 日中トイレ、夜間はナースコールのもとポータブルトイレでの排せつができるようになる中で排せつ動作の見守り、必要に応じて支援を行った。 ● 利用者の取り組みや状態の改善に対して声かけや励ましを行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーは介護チームに口頭や排せつ支援情報ファイルを通じてケア内容の周知を行った。 ● 介護リーダーは出勤毎に、排せつ支援情報ファイルの支援実施チェック表や記録等を確認した。 ● 利用者の状態を理学療法士と一緒に観察し、進捗と方向性についてケアマネジャーに随時相談し、適宜必要な修正を行った。 ● 介護チームは理学療法士からスライディングボードの使用、座位保持・移乗が安全に行える方法の指導を受けた。
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援内容①、②は即時徹底したことで、短期目標である①が達成でき、必要動作能力・器量の獲得につながった。 ● 約1か月で③車いす移乗が可能となり、1か月半で④は2か月で、トイレでの排せつ、夜間はポータブルトイレでの排せつが見守りのもと自立になった。 ● 短期目標が全て達成できたことにより、3か月定らずで在宅復帰となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 定期的モニタリングを個別援助計画モニタリング委員会にて実施した。 ● 情報集約の徹底で、介護リーダーによる排せつ支援情報ファイルを細やかに確認・評価することで、利用者の状態に応じた支援内容に移行することができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 定期的モニタリングを個別援助計画モニタリング委員会にて実施した。 ● 情報集約の徹底で、介護リーダーによる排せつ支援情報ファイルを細やかに確認・評価することで、利用者の状態に応じた支援内容に移行することができた。

※①=LIFEの取り組み

事例7 介護老人保健施設 紀伊の里 実践1

実践2 うつ状態と低栄養状態からの回復を目指した取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代/要介護2
障害高齢者の日常生活自立度：C1
認知症高齢者の日常生活自立度：IIb
疾患：うつ病、不安性障害、
アルツハイマー型認知症、
脱水での入院歴あり

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
介護職：30名（うち介護福祉士 28名）
介護リーダー：4名（介護福祉士、個別援助計画担当）
【他職種との連携】
看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
管理栄養士、歯科衛生士

◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員を特定フロア所属などに限定せず、全施設横断のシフトにより「全介護職員で全利用者支援」体制を採用しているため、利用者情報の共有が難しい。 関わる介護職員数と関わる利用者数が多いため、全員にケアの目標や支援内容の周知徹底ができていなかった。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 排せつ支援情報ファイルで介護過程に関する計画や記録、評価情報などが一元管理されたことで、情報集約の場が格段に向上した。介護職員も、他専門職も情報確認に関するタイムロースがなくなり、少ない工程で、必要な情報を周知できるようになった。 全介護職員が共有する利用者情報量が一定になったことで、相談やミニカンファレンスの頻度と深度が向上した。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーとして情報収集をどこから始めて良いかわからなかった。 全介護職員が全利用者を知っている体制であり、広く深く関わる形になり、さらに一歩踏み込んだ個別支援が十分できていなかった。 個別援助計画モニタリング委員会で介護リーダーの位置付けが不十分で、他専門職や古参材が中心となっていた。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 個別援助計画モニタリング委員会にて介護リーダーの役割を明確に位置付けたことで、責任の所在が明らかになった。LIFEを機に既存の電子カルテへの情報集約が増え、介護リーダーとしてのアクセスも増えた結果、介護リーダーが利用者への介護過程実践の進捗確認を行いやすくなった。利用者の担当が明示され、介護職員の方向性が統一されたことで、他部署の職員から利用者に関する情報を報告してくれるようになり、自然と介護チームにおける介護リーダーの役割と自覚が確立していった。 介護リーダーは取組の組みの中から利用者の変化という成功体験を得ることで、やりがいと介護過程への取り組み意欲の向上につながった。

◆ 利用者の受益・変化

● 自宅に帰りたい願いは叶わなかったが経口摂取が安全に行える食事量も増えつつある。
● うつ傾向の利用者の変化や反応、気づき、知らなかった一面が見られるようになり、その反応が介護チームや介護リーダーのやりがいにつながり、さらに積極的な働きかけという好循環につながっている。この循環から利用者にとって、関わってくれる他者の存在、自分に関心を寄せてくれる存在を感じられる環境で生活ができるようになった。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> 主訴：「元気にやりたい、もう一度自宅で生活したい」 体重：41kg、BMI 18.5、ALB 3.1 うつ症状強く、無気力、生活全般に自覚性乏しい。 DBD13：11、Vitality index：1 食事意欲低下、食事動作も乏しいが、自発的に食べる時と、全く食べない時のムラが大きい。 食事摂取量：主食5割前後、副食3割、水分もムラあり。 口腔状態：自癒、ケアできていない。 嚥下機能：問題なし（言語聴覚士評価） コミュニケーション：可能。自発的発語はなし 排せつ：おむつ全介助 	<ul style="list-style-type: none"> 長期目標：栄養状態の改善 短期目標：生活全般で意欲が入所時より向上する 食事量が増えること 支援内容： <ul style="list-style-type: none"> ①食事量の手チェック ②利用者にとって合った食べ方、嗜好にあった食事内容、栄養補助食品を利用者に確認しながら一緒に採食。 ③離床時間を増やし、積極的なコミュニケーション機会を意図的に行う。 ④毎朝のラジオ体操、レクリエーションに参加する。 ⑤重いつらさの立ち上がりの練習を行い意欲向上を目指す。 食事で、必ず毎回の献立を説明し、嗜好も同時に観察した。 Mサイズの食が合わないが、見守りを行った。 甘い物の食がすすむことから、甘みがある栄養補助食品での嗜好を優先し、次第に全体の食事量が増えていようになり実現した。 介護職員は積極的なコミュニケーションを重要なケアとして重点的に行った。 ③④⑤は利用者の意思と意欲状態を観察した上で、適宜参加した。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーは、食事量のチェックを介護チームで確実に行うよう依頼、タブレット、電子カルテで記録を確認した。 ○介護リーダーは、介護チームに日常生活におけるハビリ動作支援について、具体的にイラスト・写真なども活用して周知した。 介護リーダーは、利用者の変化を他専門職とミニカンファレンスを通じて共有し、支援の軌道修正を都度行い、介護チームに方針を周知した。 ○口腔状態の改善のために、歯科衛生士と連携し、口腔ケアの方法を介護チームで統一した。 月1回の個別援助計画モニタリング委員会にて、実施状況と利用者の状態について多職種と介護リーダーで評価を行った。 介護リーダーは、食事量の改善傾向は認められるがADLの改善につながらないことから別の対応策を構築中である。 介護リーダーは、食事摂取のムラがあることから、管理栄養士と連携して食事形態の変更など検討中である。 ● 意欲向上を目指し、笑顔など感情表現が豊かになる支援を検討している。
<ul style="list-style-type: none"> 長期目標：栄養状態の改善 短期目標：生活全般で意欲が入所時より向上する 食事量が増えること 支援内容： <ul style="list-style-type: none"> ①食事量の手チェック ②利用者にとって合った食べ方、嗜好にあった食事内容、栄養補助食品を利用者に確認しながら一緒に採食。 ③離床時間を増やし、積極的なコミュニケーション機会を意図的に行う。 ④毎朝のラジオ体操、レクリエーションに参加する。 ⑤重いつらさの立ち上がりの練習を行い意欲向上を目指す。 食事で、必ず毎回の献立を説明し、嗜好も同時に観察した。 Mサイズの食が合わないが、見守りを行った。 甘い物の食がすすむことから、甘みがある栄養補助食品での嗜好を優先し、次第に全体の食事量が増えていようになり実現した。 介護職員は積極的なコミュニケーションを重要なケアとして重点的に行った。 ③④⑤は利用者の意思と意欲状態を観察した上で、適宜参加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ①は100%実施できた。②初期に集中的に実施したことで、嗜好に合わせた食事を提供し、食事量の増加につながった。 食事量：平均8割ほど。栄養補助食品は肉類、水分摂取量増加（ムラは残る） 体重：44.5kg、ALB3.6 口腔状態：衛生状態を維持している。 DBD13：4、Vitality index：6 ③④⑤は通る～4回程実施できた。臥床時間がのびた。 排せつ：一部介助でトイレ排せつになった。 3か月の実施で一定の改善が見られたが、在宅復帰については現時点では目標に至らず、状態の改善を継続する。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーは、食事量の改善傾向は認められるがADLの改善につながらないことから別の対応策を構築中である。 介護リーダーは、食事摂取のムラがあることから、管理栄養士と連携して食事形態の変更など検討中である。 ● 意欲向上を目指し、笑顔など感情表現が豊かになる支援を検討している。

※○=LIFEの取り組み

事例7 介護老人保健施設 紀伊の里 実践2

実践3 著しいBPSDが改善するまでの関わり

<p>◆ 事例対象者（利用者）の概要</p> <p>90代／要介護3 障害高齢者の日常生活自立度：B2 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa アルツハイマー型認知症 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、心不全、心筋梗塞、腎臓病、高尿酸血症等 胸椎圧迫骨折</p>	<p>◆ 介護過程実践体制</p> <p>【介護チーム】 介護職：30名（うち介護福祉士28名） 介護リーダー：4名（介護福祉士、個別援助計画担当） 【他職種との連携】 看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士</p>
<p>◆ 介護過程実践</p> <p>これまでの課題 → 取組後の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護職員を特定フロア所属などに限定せず、全施設横断のシフトにより「全介護職員で全利用者支援」体制を採用しているため、利用者情報の共有が難しい。 関わる介護職員数と関わる利用者数が多いため、全員にケアの目標や支援内容の周知徹底ができていなかった。 排せつ支援情報ファイルで介護過程に関する計画や記録、評価情報などが一元管理されたことで、情報集約の質が格段に向上した。介護職員も、他職種も情報を知ることができるようになった。 全介護職員が共有する利用者情報量が一定になったことで、相談やミニカンファレンスの頻度と深度が向上した。 	<p>◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）</p> <p>これまでの課題 → 取組後の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> BPSDが激しい状態の利用者に対して、適切な認知症ケアのスキルが介護リーダーも含めて不十分であり、必要な支援が行えていなかった。 全介護職員が全利用者を知っている体制であり、広く深く関わる形になり、さらに一歩踏み込んだ個別支援が十分できていなかった。 介護リーダーを中心に、認知症ケアに関する勉強会を企画・実行し、施設における認知症ケアの実践力を高めていくスタートが切れた。 介護リーダーとして必要な取り組みの中から、利用者の変化という成功体験を得ることで、やりがりと介護過程への取り組み意欲の向上につながった。 LIFEを機に導入したタブレット端末により、利用者情報の入力作業が効率化され、情報共有と利用者支援内容の検討がこれまでに行うことができてきた。他職種との連携機会が介護職員に増えたことで、認知症ケアや、介護過程実践における介護福祉士の存在意義の理解度が施設全体で向上した。 利用者の変化という成功体験を施設全体で得ることができた。
<p>◆ 利用者の受益・変化</p> <p>利用者の受益・変化</p> <ul style="list-style-type: none"> BPSDが軽減したことで、自分の状況認識や周囲との関係性が向上し、安心感をもちながら生活できる時間が増えた。 食事が増え、体重が増え、生活動作が改善した。 骨折のリスクはあるが、安全な日常生活動作を保持することができた。 全身状態が安定したことで、看護小規模多機能型居宅介護を利用しながら、利用者の望む在宅復帰ができた。 	

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<p>◆ 主訴：「帰りたい」「私が帰ったら私を先にしてください」 ◆ HDS-R 7点、MMSE 5点 ◆ EMI 17.9 ALB 2.8 ◆ DBD13：35、Vitality index：3 ◆ 徘徊・帰宅欲望：暴言・暴行・介護拒否が顕著 ◆ 排せつ：おむつ全介助 ◆ 起居動作：一部介助、つかまり立ち短時間可 ◆ 移動：車いす、立ち上がりは介護員が補助しスクワ高 ◆ 食事：自立だが、注意欠陥で摂取量は平均6割程度 ◆ コミュニケーション：意思疎通可 ◆ 認知症の進行により認知症の変化に適切できずBPSDが懸念していると考えられる。</p>	<p>◆ 長期目標：認知状態、栄養状態、ADLが改善、安定して在宅復帰できる ◆ 短期目標：在宅生活できる状態までBPSDが改善すること ・排せつ能力が向上し、トイレで排せつできること ・栄養状態改善、食事量安定 ◆ 支援内容： ①利用者の思いを傾聴し、積極的に関係性を築いていく。 ②施設生活の理由、目標（食事、関係性）を把握説明する。 ③担当制でレクリエーションを行い、日中の活動量を確保していく。 ④生活の中で役割を持つ働きかけを行う。 ⑤帰りたい時は、一緒に施設内を歩く。 ⑥食事場面の観察を強化してムセなどないよう見守る。 ⑦排せつパターンを把握して適切な時間のトイレ誘導を行う。</p>	<p>◆ 入所後情報収集と介護職員の話し合いから、介護リーダーによる役割による役割、意識レベルの観測を把握する。BPSDには非薬物療法を中心と門衛に相談を行う方針とした（LIFE導入を機に、医師への相談、指示受けはこれまでの看護師だけの体制から、介護職員も一緒に行うこととした）。</p> <p>◆ 介護リーダーはアセスメント内容をもとに、サービス担当者会議にて他職種とカンファレンスを行い、個別援助計画書を作成した。</p> <p>◆ 電子カルテ、排せつ支援情報ファイル、社内用SNSグループ等で計画と支援内容を介護チームに周知した。</p>
<p>◆ 計画立案</p>	<p>①②できるだけ利用者の思いを確認し、都度施設入所の目的や関係性構築のコミュニケーションを図った。 ③利用者が好きな卓球、カラオケなどを開催し参加していただいた。 ④ベランダでの洗濯物干し、洗濯物たたみなどを徐々にやってもらい介護職員から刺激を促した。 ⑤帰りたい気持ちはフロア内やベランダなどを他の介護職員と一緒に歩くようにした。 ⑥食事場面の観察を行いながら、食事に意欲が向くよう、席で会話をしながら見守りを行った。 ⑦日中はレクリエーションにし、トイレで排せつすることを習慣化した。夜間はおむつ対応を継続、よく休んでいる。</p>	<p>◆ 実施内容を電子カルテに全介護職員が記録。介護リーダーは状況を把握しながら、週宣他専門職とミニカンファレンスを行い、支援内容の修正を検討し、介護職員へ周知を行った。 ◆ 役割や成功した状況や関わり、利用者ができることは継続して取り組んだ。 ◆ ①介護リーダーは利用者が興味のあるレクリエーションの検討をし、介護チームにレクリエーションの実施を周知した。</p>
<p>◆ 実施</p>	<p>①②BPSDが顕著に減少した。DBD13：7、Vitality index：9 ③レクリエーション参加途中で帰ることはあったが、参加率100%だった。 ④一定の役割が習慣化した。 ⑤帰りたい気持ちは時につきつき支障は、平均週2回程度対応できた。 ⑥食事は、ほぼ毎回食卓。 ⑦日中はトイレでの排せつ一部介助。 ◆ 入所当初2回の尿検体採取があったが、それ以降の尿検体はなかった。 ◆ 認知状態、栄養状態、ADLの安定が認められ、看護小規模多機能型居宅介護を利用する形で在宅復帰となった。</p>	<p>◆ 月1回の個別援助計画モニタリング委員会にて、実施状況と利用者の状態について多職種と介護リーダーで評価を行った。</p>

※①=LIFEの取り組み

ベッド上の生活から座位保持して生活ができるまでの取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護5
 障害高齢者の日常生活自立度：C2
 認知症高齢者の日常生活自立度：I
 主訴：寝に帰って来てもベッドの上でしか生活できないから家族に迷惑をかけていることが苦痛。少しでも向うができるようにになりたい。



◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職：11名（うち介護福祉士4名）
 介護リーダー：3名（介護福祉士、副主任）

【他職種との連携】

看護師：痛み、体調の確認
 理学療法士：移乗動作、シーティングの指導
 理学療法士：口腔ケア、食形態の確認

◆ 介護過程実践

<p>これまでの課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● これまではFIMを用いて利用者の評価を行っていたが、Barthel IndexやDBD13等新たに取組むことになり混乱が生じている。 ● これまでは生活相談員が情報からの情報を取り上げて通所介護計画書を立案していたが、介護職員も通所介護計画（案）を作成させることで戦が事として取り組ませる必要がある。
<p>取組後の変化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメント実施機会を増やすために、LIFE登録に必要な情報のみを抜粋したシートを作成し、取り組んだことで向を日々評価していけばよいかの指標となった。 ● 通所介護計画（案）を介護職員が作成したことで、介護職員の視点が変わり、より個別性の高い通所介護計画書の立案ができるようになった。例として食事時は食べやすい高さで調整するなど介護職員がイメージしやすい具体的な文章が支援内容に追加された。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

<p>これまでの課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメントの指導が一定の介護職員しか実施できないため、内容にムラがあることで介護職員間のアセスメントをつくり上げることに変更してしまっていた。 ● 介護チームでの支援実施状況が後追いでできていないことで介護過程の規則書ができていない、それに伴い、より良い利用者の受益につながるが、LIFE導入に伴い、Barthel Indexを追加で実施することとなり、介護職員へ指導する時間が必要である。
<p>取組後の変化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメントのポイントが明確になったため、介護リーダーは指導が行いやすくなり、介護チーム内でのアセスメント基準の統一が図れた。介護リーダーや介護チームにおけるアセスメントの正確性の向上が図れ、よりよい支援提供につながった。 ● 介護リーダーや介護チームが通所介護計画書を作成することで、より個別性の高いサービスを提供できるようになった。

◆ 利用者の受益・変化

- 移乗時に「今、移乗できたやろ？ 頑張ったから」と前向きな言葉を発する機会が増えた。
- 「今、夜に夢を見るくらい歩きたい気持ちがあるから、今後は歩けるようになる」と最近では立位安定に伴い、歩く意欲が増している。
- 利用者が定期受診をしているかかりつけ医からは、受診時に「皮膚状態や身体状況が良くなったので今通っているサービスはとてよいところですね」と褒められ、利用者や家族も実感している。



ケアミーティングの様子

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> ● ①①B1 いす⇔ベッド移乗0点 ● ①②基本動作 ● ①③DBD13 日常の生活動作に関する項目を示さない；よくある①②③より移乗や座位保持に対して全介助となっており、意欲の減退も考えられる。利用者の気持ちも踏まえ、まずは継続時間の拡大できるとの拡大を図り、意欲もフォローアップする必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 長期目標（1年）：車いすに座ってメリハリのある生活を送ることができ。 ● 短期目標（3か月）：1日の支援の中で3時間時に協働動作を促す。 ● 支援内容 <ul style="list-style-type: none"> ①午前1時間、食事時1時間、午後1時間座位保持時間を確保する。 ②統一した方法で移乗を行い、協働動作を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーを中心にアセスメントシートの説明を行い、期限を設けて介護職員はアセスメントを実施した。 ● ケアミーティングにおいて、アセスメントの結果の振り返りを行った。結果の中からできるADLを軸に最大限できる可能性があるアセスメントを採用した。 ● 介護リーダーは座位保持のシーティングについて理学療法士に依頼し、研修を実施した（研修⇨モニタリング⇨計画の見直し）のPDCAサイクルを実施した。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 長期目標（1年）：車いすに座ってメリハリのある生活を送ることができ。 ● 短期目標（3か月）：1日の支援の中で3時間時に協働動作を促す。 ● 支援内容 <ul style="list-style-type: none"> ①午前1時間、食事時1時間、午後1時間座位保持時間を確保する。 ②統一した方法で移乗を行い、協働動作を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアミーティングにおいて検討したアセスメント及び方向性をともに、介護リーダーが通所介護計画書（案）を作成した。 ● 介護リーダーが作成することで、介護過程に基づく個別性の高い通所介護計画書が立案できた。 ● 介護リーダーは通所介護計画書の支援内容や目標などについて介護チームに説明した。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ①食事の時間は座位保持とシーティングを整え、1時間座位保持を行い、午前、午後と1時間ずつ座位時間を設けた。実施したらチェックリストに✓をつけ100%できるようにした。 ②立ち上がり時は1人の介護職員の肩を把握し、もう一人の介護職員は後方から臀部をサポートし、足の踏み基盤を重心移動で促しながら移乗することを徹底した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 座位保持の実施率が80%程度だったため、100%にするため介護リーダーがチェックリストを作成し、職員に周知した。 ● ケアミーティングでもシーティングと移乗方法、座位保持時間の確保ができているか実施状況の確認を行い、介護リーダーは、ずれがあれば指導を行った。 ● 食事時のシーティングについて言語聴覚士に依頼し、座下について勉強会を実施した。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● ①B1 いす⇔ベッド移乗：点数変化なし ● ①②基本動作 ● ①③DBD13 ● 移乗や座位保持は一部介助となり、立ち上がりは下肢の支持性が向上し、踏ん張ることや足の踏み返しが行え、トイレット動作が5点向上した。利用者は意欲が高まったことで歯磨き、髪を剃るべく更衣時間を通すなどの協働動作ができるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画の評価を行うために、食事時は座位保持が崩れないか、食事摂取量を日々の連絡帳に記入し、データ管理を行った。 ● ケアミーティングにおいて、立ち上りの介助量について話し合い、すり合わせを行うことで再評価の指標とし、経過記録を残した。

※①=LIFEの取り組み

事例9 デイサービスセンター ぶあみりい

9 デイサービスセンターぶあみりい（通所介護）（広島県） パーキンソン症状に伴い縮小した生活の幅を広げる取り組み

◆ **LIFE 導入をきっかけに** → **こんなことをしました！**

◆ **施設・事業所概要（令和3年12月時点）**

法人名：株式会社 トッツ
所在地：広島県尾道市
開設年月：平成14年12月
定員：30名
介護職員：7名（うち介護福祉士4名）
LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和3年4月より

- ① アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
- ⑦ ①～⑥を後押しする業務改善を行った

◆ **介護過程の新たな取組・工夫**

- 科学的介護推進体制加算が新設された意図やLIFEの概要等について職員全員に対して勉強会を行った。
- 介護チームからの提案で、これまでのアセスメントシート様式にLIFE項目を追加改良した様式に変更した。
- 利用者の日内変動する症状に対応するため、状態の良い時と悪い時についてアセスメントを行った。アセスメントは利用者の状態が良い時は介護リーダーを含めた介護福祉士2名で、状態が悪い時は介護福祉士1名と看護職員1名の体制で実施した。
- これまで介護リーダーのみが作成していた個別介護計画に介護職員も加わり、状態が良い時と悪い時の2ハターンの個別介護計画を作成した。
- これまで介護リーダーのみが行っていた家族とのカンファレンス出席及び個別介護計画の説明について、その他の介護職員も出席し説明を行うようにした。

◆ **LIFE 活用の効果**

- LIFEが新設された意図やLIFE導入の経緯などを全員で学ぶことにより「根拠のある介護の実践」の重要性や必要性について介護リーダー以外の介護福祉士も理解を深めることができた。
- アセスメント様式の変更でLIFEへの理解と活用がスムーズに行えた。
- LIFEを取り入れたことで、ADL評価が細分化され、状態像が詳細に把握できるようになった。
- Barthel Index を用いた評価の活用で日常生活の中で「している」「できる」評価への理解が進んだ。
- 身長、体重、栄養状態についての数値化が意識付けされた。
- 状態の「良い時」「悪い時」の2ハターンに分けてアセスメント実施、個別介護計画を作成することによって職員個々の判断やその場しのぎの対応ではなく、状態像に合わせた介護を実践できた。
- 状態像に合わせた介護の実践で、介護過程の実践を改善することができた。

◆ **新たな課題・今後の展望**

- 本来は全ての利用者に対し、状態像に合わせた個別介護計画を作成することで、さらに統一した介護、より根拠のある介護の実践につながるかと感じているが、業務負担を考えた場合、現実的ではないため、どのようにしていくか課題が残った。
- 介護福祉士だけでなく、介護職員初任者研修や新入社員研修の段階からLIFEを含めた介護過程の教育プログラムを導入、システム構築をすることで、介護職員全体の専門性の向上を図っていく必要がある。

◆ **新たな取組の具体的な資料等**

アセスメントシート-13（新設）		アセスメントシート-14（追加改良箇所）	
項目	内容	項目	内容
1	健康状態	1	健康状態
2	生活機能	2	生活機能
3	認知機能	3	認知機能
4	心理状態	4	心理状態
5	社会関係	5	社会関係
6	介護歴	6	介護歴
7	家族関係	7	家族関係
8	経済状況	8	経済状況
9	その他	9	その他

アセスメントシート（黄色が追加改良箇所）

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

- 令和3年2月、法人本部にて対象となる事業部門全ての事業所での科学的介護推進体制加算取得及びLIFE登録及び実施が決定した。
- 法人での方針決定後、事業所にて所長、介護主任（介護リーダー）、副主任で業務への落とし込みや担当等について相談し整理した。
- 法人本部より対象事業所の管理者及び介護リーダーに向けて科学的介護推進体制加算新設の意図やLIFEの概要及び活用について研修があり、その後事業所にて伝達し、共有した。
- LIFEへの理解と入力作業は難しく、介護過程の実践として活用していくために移行アセスメントシートにLIFE項目を追加したものへの様式変更が必要ではないかと現場より提案がありました。

- 導入当初はデータ収集及び入力作業が介護リーダーのみの負担とほならないように、介護福祉士3名と看護士1名のチームで役割分担を行った。
- アセスメントシートにLIFE項目を加えることで情報収集は行いやすくなった。
- それでも業務量は増大化し残業にもつながっていたので、ケアマネジャーからの情報収集やその他の介護・看護職員もチームに加えた体制で業務分担を行った。

パーキンソン症状に伴い縮小した生活の幅を広げる取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

60代/要介護2
 障害高齢者の日常生活自立度:A1
 認知症高齢者の日常生活自立度:IIb
 パーキンソン病、症状の日内変動が
 激しく運動及び認知機能低下も著しい、
 転倒回数も増えおり歩行は何とか
 行えているが不安定

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】

介護職 7名（うち介護福祉士4名）
 介護リーダー:22名（介護福祉士20名、主任）

【他職種との連携】

ケアマネジャー1名
 看護職 3名
 理学療法士 1名（外部）



◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントを定期実施していても、すべての介護職員に浸透しきれておらず、結果的に職員個々の主観的要素の高い介護が展開されがちになっていた。 結果的にケア方法の統一が図れておらず根拠に乏しいケアが見られていた。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 改めてアセスメントの重要性に気づき、能力分析の必要性に対する理解促進になった。 アセスメントシートを新形式に変更し、LIFEへの理解を深めたことにより、全ての介護職員から情報が集まるようになった。 統一した方法での介護が展開されるようになった。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダー自身の方で全部やってしまう傾向にあり、介護職員への指示は的確だが、介護過程の展開についての指導や介護チームへの浸透が図れていない面があった。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員がアセスメントや個別介護計画書作成に関わることになり、介護リーダーはより具体的な指示、指導につながるようになった。 介護チーム内では情報を共有することにより、ケアについて協働の必要な要素が減ってきた。 介護リーダーとその他の介護職員とのコミュニケーションが向上した。

◆ 利用者の受益・変化

- LIFEで体重の減少や食事摂取量の減少、歩行状態などについて具体的に数値等を示すことで、家族は利用者に対する病識管理が深まり、利用者は精神状態が安定し、うつ症状が緩和した。
- 状態の良い時悪い時のADL状態と疾患の特性等関係性を明確にすることで状態に即した介護方法の提供につながり、利用者の状態変動の波も緩やかになった。
- 家族は「とにかく体を動かして欲しい、移動も必ず歩かせて欲しい」と強く希望していたが、状態によっては車いすを使用した方がよい場合があることを理解し、車いすのレンタルにもつながった。



機能訓練の様子

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> ① 平均食事量：主5割、副3割程度。 ② 時間は60～90分程度要するが時間をかければ全量自分で摂取できている場合がみられる。 ③ 体重41.4kg（3か月平均）で1年前と比較して5kg減。 ④ 自力でも10m程度歩けており手引き介助があれば十分に歩行可能である。 ⑤ 状態が悪い時は疋が前に出ず転倒してしまいが自宅では家族が無理に歩かせている。 ⑥ 13～14時半が安定して状態が良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 課題：転倒も多く移動に目的の難せない状態で家族の負担が大きいため、自宅の居室からトイレ、居間へ少移動が自力でできるようになって欲しい。体重も減少傾向にあるが、栄養状態を改善し体力を向上することによって身機能の改善を目指す。 ● 短期目標： <ul style="list-style-type: none"> ① 状態の良い時 ② 10m程度の自立歩行ができるようになる。 ③ 1日1,500kcal以上摂取でき、栄養状態が改善される。 ● 状態の悪い時 ● 介助の多い移動ができる。 ● 計画立案： <ul style="list-style-type: none"> ① 状態の良い時 ② 個別機能訓練プログラム、歩行時の見守り。 ③ 食事の摂取時間に制限を設けず、時間はかかって量も確保することを優先していく。 ② 状態の悪い時 ● 車いすを利用して介助して移動する。 ● 自力歩行が止まった状態でも声かけしながら、食べられる範囲内で介助にて摂取していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 理学療法士から、介護リーダーにはアセスメントについて、看護師には機能訓練についてアドバイスをもらった。 ● アセスメントは、状態が良い時は介護リーダーを主とした介護福祉士2名で、状態が悪い時は介護福祉士1名と看護職員1名の体制で実施した。 ● 介護リーダーが中心となって職員全体にアセスメントの説明を行った。 ● 介護リーダーは利用者の自宅へ訪問し、自宅内でのアセスメントを実施した。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーと介護職員が一緒に、状態が良い時と悪い時の2パターンの個別介護計画を作成した。 ● 計画実行前に家族を交えてカンファレンスを開催し、アセスメント及び計画、実践内容の確認を行った。 ● 家族に対しパーキンソン病の理解や協力を依頼した。 ● カンファレンスでの同意を得て、介護リーダーは介護チームにアセスメント結果と計画の説明を行い、介護方法の統一を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーは、食事の時間を要することについて、周辺にいる他利用者に対し説明を行った。他利用者は理解し利用者を見守るようになった。 ● 移動について、介助も含めた歩行が車いすの使用かの判断は、介護リーダーもしくは看護職員と一緒に、常時2名以上の体制で、状態確認のうえ判断を行った。 ● 介護職員の主観で歩行介助や車いすを使用するのではなく、複数の目で客観的な判断のもと介助が行えるようになった。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 理学療法士の指導を受け、パーキンソン病向けの機能訓練プログラム（スクワット、片足立ち、うつ伏せのストレッチ、10m歩行と歩行ハランズの確認）を行った。 ● 状態の良い13～14時半の時間帯に個別リハビリセッションを実施した。 ● 車いすを新たにレンタルにて導入した。 ● 自ら進んで食事を食べようとする意思があり、たどえ60分以上食事しても利用者のペースに任せると、ほぼ毎回全量摂取するようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーは、食事の時間を要することについて、周辺にいる他利用者に対し説明を行った。他利用者は理解し利用者を見守るようになった。 ● 移動について、介助も含めた歩行が車いすの使用かの判断は、介護リーダーもしくは看護職員と一緒に、常時2名以上の体制で、状態確認のうえ判断を行った。 ● 介護職員の主観で歩行介助や車いすを使用するのではなく、複数の目で客観的な判断のもと介助が行えるようになった。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門的な機能訓練メニューの実施は職員の意識向上と利用者の意欲向上にもつながった。 ● 状態の良い時には10～15m程度自力歩行（要見守り）できている。無理をさせないことで利用者の負担軽減にもつながり、精神状態の安定にもつながっている。 ● 食事摂取について、自宅でも家族が利用者のペースに任せ見守ることで栄養状態も改善され、体重も増加傾向にある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の様子について個別のケース記録にまとめた。 ● 計画開始3か月で再度カンファレンスを行った。 ● 介護リーダーは、以前より状態の波が緩やかなこと、食事量の確保で栄養状態も良好なこと、報告し、介護チームが目的意識を持ち統一対応が行えていることと家族の協力が大きいことを伝えた。

※①=LIFEの取り組み

事例10 フロイデグループホーム ひたちなか

10 フロイデグループホームひたちなか（認知症対応型共同生活介護）（茨城県） 安心して食べられる支援を探求した取り組み

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

◆ 施設・事業所概要（令和3年12月時点）

法人名：医療法人 博に会
所在地：茨城県ひたちなか市
開設年月：令和元年5月
定員：2ユニット18名
介護職員：14名（うち介護福祉士12名）
LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和3年4月より

- 1 アセスメント等書式を新規作成・変更した
- 2 研修・勉強会等を開催した
- 3 会議体を創設・変更した
- 5 介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE 導入に向け、介護リーダーは介護職員に加算の入力項目の記録方法、記録の意識等に関する勉強会を実施した。
- 介護リーダーは介護職員に介護過程についての勉強会を実施した。
- LIFE の取組項目に関する情報収集を収集する機会をつくった。
- 実施した介護の検証ができるようにするため、体調管理記録（利用者個人別業務日誌）の自由表記に実施した支援内容と結果・効果等を記録として残すようにした。
- 月1回のカンファレンスとは別に、介護リーダーが体調管理記録の確認と効果的な支援を共有し進捗の振り返りや介護職員の記録をフィードバックするために、週1回朝礼で5分ほどのカンファレンスを新たにつくった。

◆ LIFE 活用の効果

- ケアに携わった介護職員が体調管理記録にアセスメント結果を記録したことで、実践の振り返りが容易になった。さらにケアの実施と結果を記録に残し考察することで介護職員のアセスメント力が向上した。
- 介護職員が残した記録は、介護リーダーがフィードバックし、次のケアの方向性を決め支援の変更に活かされることを介護職員が体感できる仕組みにしたことで、自分の記録が活用されることの意義を理解し、さらに観察や記録を行うとすると主体的な取り組みができた。
- 今までは1か月に1度の定期カンファレンスが基本であったが、1週間ごと集中的にカンファレンスを行うことでPDCAのサイクル周期が早まった。結果的に目標に沿った効果的な支援を更新していくスピードが増した。
- 情報収集、アセスメント、カンファレンス、目標と支援内容に則した実施が記録され、その記録が活用されて支援の更新が行われるサイクルが、利用者の状態変化として明確に判れたことで、自分達の介護の効果を体感できた。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 今回の取り組みを通して、事例対象者に対しては介護リーダーを中心に集中的に質の高いケアを実施できた。一方で入居者全員に対してはできていない現状がある。今後入居者全員に対し実施していくために、介護リーダーを中心としたケア方法の更なる確立を行っていきたい。
- 今回は介護リーダーを中心に取組んだが、業務負担が集中してしまつたためリーダーを補佐するサブリーダーや将来的に介護リーダーになり得る人材の育成が必要と考える。

◆ 新たな取組の具体的な資料等

体調管理記録

項目	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況
10 体調管理記録	10-1 体温・血圧・脈拍等の測定	10-2 食事・水分摂取量の記録	10-3 排便・排尿の記録	10-4 睡眠の記録	10-5 服薬の記録	10-6 介護者の観察・評価	10-7 介護者の対応

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

- 法人の方針により、部全体でミーティング、会議を行い、加算の取得を検討・決定した。
- 各職種代表者による LIFE 導入に向けた勉強会を実施し、役割分担と方向性の確認を行う。
- 介護リーダーが具体的な記録方法について介護職チームに指導を行った。
- 介護職員の記録を介護リーダーが週1回確認し、有効な支援をフィードバックする仕組みをつくった。
- 既存の月1回のカンファレンスに加え、週1回のショートで行うカンファレンスを設け、PDCAサイクルを短期間で回す仕組みをつくった。
- 現在の業務に追加して LIFE の業務が増えることになるため個人に負担が集中しないように評価項目ごとに分業制とした。
- 介護職員一人ひとりがケアの実施から考察を含めた記録を残せるように介護リーダーが指導を行った。
- 介護職員の記録、介護リーダーのフィードバック、週1回のカンファレンスを運動させ、自分達の介護実践が循環しているという仕組みをつくった。

事例10 認知症対応型共同生活介護
フロイデグループホームひたちなか

安心して食べられる支援を探求した取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

90代／要介護3
障害高齢者の日常生活自立度：A2
認知症高齢者の日常生活自立度：IV
アルツハイマー型認知症、緑内障、車いす移動補助

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
介護職：14名（うち介護福祉士12名）
利用者数：職員数＝18名、16名
介護リーダー：28年（介護福祉士、基本研修終了）

【他職種との連携】

ケアマネジャー1名、看護師1名、作業療法士1名、言語聴覚士1名、管理栄養士1名



◆ 介護過程実践

● 介護過程実践の理解が不十分な介護職員が多い。
● 記録の重要性についての教育が不十分であり、情報収集や実施内容が、記録に弊せず介護過程に活かす事ができていない。
● その結果、場当たり的な介護になってしまい、たとえ利用者主体の支援ができて、そうした情報も記録に残せていない。

これまでの課題



取組後の変化

● 記録に関する意思統一を行い、目標に紐づく記録が増えたことで、アセスメントや実施内容の効果的な更新変更が行えるようになった。
● 記録に基づく実施内容や変更を介護職員へフィードバックする仕組みと、短いサイクルで行うカンファレンスにより、場当たり的な介護がなくなり、統一した効果的な支援を行うことができるようになった。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題



取組後の変化

● 介護リーダーと介護チームとの介護に関する具体的なコミュニケーション機会が不足していた。
● 介護職員の仕事上の悩みや不安を吸い上げることができず、結果として十分な指導を行うことができていない。そのことで、技術の習得につながらず、実施される支援にばらつきが出てしまっていた。
● 週1回のカンファレンスを取り入れたことでコミュニケーション機会が増え、介護職員の意見や悩みを共有する機会が増えた。また、新人職員が相談をしたり、実技指導をしたりする機会が増えた。
● 記録したことを介護リーダーが確認してフィードバックする仕組みにしたことで、介護職員が主体的に記録を残していく風土が生まれてきた。

◆ 利用者の受益・変化



● 食べるための身体機能が低下し、食事環境が整わず摂取量が落ちてしまっていたが、利用者自身の今ある力で食事ができる環境になったことで、食事への意欲が増し摂取量が増え、さらに表情が明るくなり活気が出た。
● 「アブランが食べたい」と利用者からの希望も出てきた。家族に伝えると家族から差し入れをする機会も増え、食べたいものを食べられるという状況になり利用者も喜んでいる。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

	介護過程実践	介護チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 食事量：全量摂取、摂食自立状態から、主食、副食摂取量が平均50%以下に低下し水分摂取量も減少がみられ、食事の集中力低下がみられた。 言語聴覚士、管理栄養士より嚥下機能の低下の評価をうけ、食形態を常食から荒め切りに変更、主食をおかゆ、水分とろみに変更となった。 体重：2か月で44.2kgから42.3kgへ減少。 座位：自立していたが、年末に傾斜が強くなる。 褥瘡初期症状がある。 BPSDが食事量低下時期と重複。 箸の使用から手づかみで摂食しようとする行為が見られ制止していたが、白い陶器の茶碗にてご飯を提供していたことで見えにくさを軽減。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーが中心となり、アセスメント・支援実施記録に関する勉強会を実施した。 介護チームは総合管理記録に食事量や利用者の心身機能状態を記録した。 飲食量低下、体重減少や褥瘡等の身体症状が生じている要因について、白内障、緑内障による視力低下に伴う嚥下先行期の課題、箸の使用負担、食事環境、姿勢の問題を考えた。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> 目標：負担の少ない摂食で、食事ができるようにする。 サービス実施内容 <ol style="list-style-type: none"> ①料理と食器の色を考慮し、コントラストがある状態で配膳する。 ②他利用者との席間を配慮し、騒音が少ない静かな環境で食事できるようにする。 ③食事時は食べやすい姿勢を整える。 ④褥瘡予防のため、仙骨座りになっている場合は適宜座り直しを行う。定期的に車いす、いす、ソファと座り替えていただく。 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントをもとに介護チームでカンファレンスを実施、目標と実施内容について案を出し合い基本方針を決定した。 カンファレンス内容を介護チームとケアマネジャーで話し合い、ケアプランに反映した。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ①主食をおにぎりで（朝食に戻る）提供し、手づかみでも安心して食べられるように、お飯り、手洗い、消毒実施を徹底した。食器は深めに料理と食器の色のコントラストがはっきりするものにした。また、手づかみ後に食事が止まるときは、一部食事介助を実施した。 ②食事の際は、静かな座席で落ち着いて食べられるようにした。 ③4いすの種類や適切な高さへの調整、褥瘡部分への圧がかからないようにクッションを使用した。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護チームは、目標と実施内容に紐づく記録を徹底し、工夫した取り組みで効果を実感したことや失敗したことを記録した。 1週間ごとに介護リーダーが記録からケアの好例を抽出し、試行的に実施するよう介護チームと共有、利用者にとって最適な方法を探索的に実施した。 介護リーダーは手づかみでも制止をせずまた安心して食べられるよう介護チームに周知徹底した。 介護リーダーは作業療法士から食事姿勢について助言を得た内容を介護チームに共有し、指導を行った。
評価	<ul style="list-style-type: none"> 実施内容①②③④を継続して実施。 主食をおにぎりで提供するようにしてから8～10割摂取することができている。 体重：42.4kg 褥瘡の初期段階については表皮再生し、発赤消失し改善傾向にある。 	<ul style="list-style-type: none"> 新たに設けた週1回のカンファレンスで介護リーダー中心に介護チームで実施内容の評価と改善を行った。 月1回の定期カンファレンスにて、介護リーダーとケアマネジャーで、ケアプランのモニタリング評価を実施した。

事例 1 1 愛の家グループホーム 国分寺本多

11

愛の家グループホーム国分寺本多（認知症対応型共同生活介護）（東京都） 利用者の願いに向き合い日常生活のなかで機能改善を図る取り組み

LIFE 導入をきっかけに **こんなことをしました！**

- ② 研修、勉強会等を開催した
- ④ 介護リーダーの役割を周知・明示した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

◆ 施設・事業所概要（令和3年12月1日時点）

法人名：メディアikal・ケア・サービス株式会社
所在地：東京都国分寺市
開設年月：平成26年4月
定員：18名
介護職員：13名（うち介護福祉士6名）
LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和3年4月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE の趣旨や背景、事業所での具体的な運用、役割分担について介護職員へ伝達を行った。
- 特に、LIFE や介護過程については、迅速研修以降も自主的に学び続けることを促した。
- 介護リーダーに介護過程の説明を行い、介護福祉士としての自分の立ち位置、役割の確認に関する教育、介護過程実践を具体的に意識するため、事例をもとに利用者への要所ごとの関わり方について管理者より指導を行った。

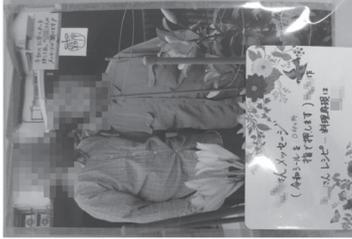
◆ LIFE 活用の効果

- 介護職に関するオペレーションには大きな変更を加えていないにもかかわらず、介護リーダーに介護過程実践の教育を行い、明確な立ち位置を示したことで、利用者情報の深慮や、仮設生成に変化が生じ、より具体的に利用者本位の目標とサービス実施内容につながった。
- 対象利用者の状態像が取り組み前と比べて明らかに変化しており、中心的に関わった介護リーダーをはじめ、利用者や家族、介護チームにも成功体験として広がっている。自分たちの実践と成果が伝わったことで、利用者支援への意気など、積極的な組織風土になっていく兆しが出てきた。
- 1人の介護リーダーの成長、1人の利用者の改善変化ができたことで、組織として、次の職員の育成、次の利用者へのケアの質の向上を視野に入れられるようになってきた。

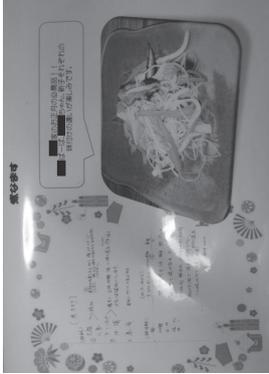
◆ 新たな課題・今後の展望

- グループホームではケアマネジャーが介護職を兼任しているような小規模な組織ならではの状況や、介護計画書が職務として求められる制度的な位置付けもあり、ケアマネジメントと介護過程の区別、教育、運用は今後も課題である。
- 介護リーダーの意識行動変容は確認できたが、更なる成長と、他の介護職員への広がりを目指したい。今後、介護リーダーが中心となり、会議運営、ケア実践中の他介護職員への指導ができるようになるまで求めていきたい。

◆ 新たな取組の具体的な資料等



音声が流れるメッセージカード



音をつくらしたシジビをファイリング

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入 決定期

現場への 浸透とし 込み期

介護過程 実践期

- **法人⇒事業所管理者**
全体会議にて令和3年度介護報酬改定の説明・共有を行った。その一部としてLIFEの主旨・対応方法、加算取得の決定を行い、方向性、実務等を管理者クラスに伝達した。
- 法人が作成した会議資料を用いて、ケアマネジャーがLIFE情報提出と事業所内での運用の中心的役割にすることを決める。具体的な実務については、管理者、事務担当を含めた役割分担を行った。
- **管理者⇒介護職員**
LIFEの導入に関する背景や趣旨、業界の方向性をケアマネジャーより介護職員に伝える。併せて介護過程に関する内容も伝える。介護職員らに自分達でも各個人情報収集や勉強をすることを推奨した。
- LIFE入力に関する情報は、これまで介護職員が定期的に収集したもので日々の記録で適度できる状態になっていた。入力実務はケアマネジャーが担当。
- 収集した情報を介護チームで整理し、目標や具体的な実施内容などを検討し、ケアマネジャーと共有する。ケアマネジャーの意見を踏まえて、再検討というプロセスを通じ、介護サービスの実施内容レベルまで落とし込んだ計画書をケアマネジャーが作成。
- 介護職員は目標と実施内容と実施チェックリストが一体となった所定用紙にチェックし、管理者・ケアマネジャーが適宜確認して、指導を行うことで、PDCAサイクルとしていく。
- この既存プロセスの中で、今回の事例を機に介護リーダーを中核的推進を行う役割として位置付けた。



毎日朝飯の拭き掃除

利用者の願いに向き合い日常生活のなかで機能改善を図る取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代/要介護3
 障害高齢者の日常生活自立度:A2
 認知症高齢者の日常生活自立度:IIb
 アルツハイマー型認知症、水頭症、
 逆流性食道炎、右大腿骨頭骨折(R2)

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職:7名(うち介護福祉士2名)
 介護リーダー:5名(介護福祉士)
 【他職種との連携】
 管理者、ケアマネジャー
 訪問診療医、看護師(医療連携体制)
 理学療法士(生活機能向上連携体制)
 管理栄養士(栄養管理体制)

◆ 介護過程実践

● 介護計画にかかる情報収集について、介護職員が行う日々の実施記録が中核的役割を担っているが、それを深めるのはその後のケアマネジャーとなっている。そのため介護職員はPDCAサイクルのDにばかり意識が向く形になっている。介護職員に介護過程の視点や自分達の役割がPCAにもあるという自覚を促していく取り組みが足りない。

● 既存のPDCAサイクルを大きく変えてはいないが、特に介護リーダーにリーダーとしての役割や機能を期待する働きかけを行い、事例を中心的に進める立ち位置にした。
 ● これにより介護リーダーの教育効果が高まり、カンファレンスにおける情報の深度が増し、利用者の可能性や仮設生成の質が向上した。介護福祉士が介護過程実践に取り組むという自覚と変える目標を自指す意欲が芽生えてきた。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

● ケアマネジメントサイトに介護職員の記録情報が活用される仕組みがあり、介護職員が行う概要の実施内容に落とし込んだPDCAを実施している。しかし、介護職員らが介護過程としての自覚に基づいて実施しているとは言えない。
 ● そのため、自らの実践と結果の責任と当事者性を持たせ、実践を主体的に進めさせることが課題である。

● 介護リーダーはアセスメント情報の詳細まで見る機会が増えたことから、改善可能性への気づきが生まれ、以前より意見が増えて積極的に臨むようとする姿勢が増えた。
 ● 自分が日頃のケアの視点から提案した意見がケアに反映されたことで、明らかな状態改善につながり、成功体験を味わうことができた。
 ● 当該利用者の身体機能やできる力に着目する観察力が向上し、利用者情報が増えたこと、関心が湧いたことが自信となっている。

◆ 利用者の受益・変化

● 日常生活の中で役割を持つながら、体の状態が改善してきて、日中は歩行器なしで歩けるようになった。
 ● 役割を通じて、他の役割を担うなど自覚的に臨むようになっている。
 ● 家族の面会や写真、思い出に触れる機会が増えたことで、家族の顔と名前を忘れていた状態から具体的な直接面談で家族のアルバムを見たり名前を自ら言ったこと、家族を見た途端名前を呼びながら話しかけたり、利用者と家族も関係性を継続できる喜びを得られている。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
● 利用者の希望：「体を動かしたい」「季節のお花を見に行きたい」「家族のことを忘れてほしくないようにしたい」 DBD13： ・日常的な物事に関心を示さないニとときがある ・やたらと物事回るニとときがある ・同じことを何度も何度も聞くニとときがある ・歩行：歩行器使用、見守り可能。定歩器、膝屈曲く、予り足。ROM:膝屈曲左右110/120、足底屈左右40/40 ● 起居室：声かけにて自立。つかまり立ち ● 階段昇降：全介助 ● 体重43.0kg ● コロパによりオンラインとなった家族面会では、画面越しで家族を認識できない様子から、家族は利用者が家族を忘れないように音声を吹き込んだ写真メッセージカードを送る。	● 介護リーダーを中心に介護職チームで利用者に関するLIFE(項目)データ収集と、利用者ができるところ、できそななところといった視点での観察、情報収集を行った。	
● 長期目標：役割や楽しみを通じて、心身機能や認知機能の維持向上につなげる生活を送る。 ● 短期目標：歩行に関する生活リズムや音が揃って、今よりも歩けるようになる。家族名と顔が正確に認識できる。 ● サービスマチ合内容： ①「背中1周の手すり拭き」の同行 ②「背筋と膝を伸ばし踵居準備をする」声掛けと付添い ③「階段昇降して郵便受けに郵便物を取りに行く」声掛け同行 ④「家族の写真と音声を録音する」声掛け ⑤家族と面会を定期的に実施する	● 介護リーダーは介護職チームの意見や情報を広く集め、ケアマネジャーとカンファレンスを実施した。 ● 実施内容は、日常生活上の家事役割と位置付けと利用者の動機付けを含めて継続性を担保した機能訓練とする介護リーダーからの意見を反映した。	
● ①毎日、同じ時間に手すり拭きを実施した。 ● ②毎日、背の低い靴履の拭き取り掃除を行い、背筋と膝を伸ばす機会をつくった。 ● ③週3回、2階から1階玄関の郵便受けに郵便物を取りにいこうとした。 ● ④毎日、家族からのメッセージカードを使い家族の声と家族写真を見ながら名前を確認することを実施した。また、書きた料理解シの記録をもとに会話をし、そのレシートをフアイルにして楽しい感情と共に記憶の定着を図った。 ● ⑤月2回の直接面会を開催した。	● 特に①～④の実施については、目標と実施内容と実施チェックの一覧表を用いて、実施した介護職員は実施チェックを行った。 ● 管理者中心にチェック欄の更新確認し、声掛けがある際は、介護職員へ実施や記録の声かけ、指導を確認し、声掛けがある際は、介護職員へ実施や記録の声かけ、指導を行った。 ● 介護リーダーから実施内容と合わせて、関節可動域の速度を促進させる相乗効果狙い訪問メッセージの導入が行われた。	
● 膝の可動域が広がり、①実施率100%、②99%で役割を日課として担えるようになった。また、食事の盛り付けなども積極的に手戻さなくなった。 ● ROM:膝屈曲左右130/130、足底屈左右20/40 ● 階段昇降：一部介助 ● 体重：47.3kg 水分摂取量増加。 ● ③は当初「階段登るの！？」と不安の声があったが、結果的に階段昇降できる歩行状態を獲得した。歩行器は日中使用せず、夜間のみにした。 ● ④実施率100%。家族を認識することができるようになった。以前のよう写真や面会で家族の顔と名前がわからなかった状態がなくなった。 ● DBD13： ・日常的な物事に関心を示さないニとときがある ・やたらと物事回るニとときがある	● 実施チェックシートと、日々の記録、モニタリングと再アセスメントを介護リーダーを中心に介護職チームで実施した。 ● ケアマネジャー、管理者と共に評価のためカンファレンスを行った。 ● 利用者の身体機能の向上、役割を担える可能性を踏まえ、さらに活動の幅を広げることを目的に、塵土上へ上がったの洗濯物干しを次回目標へ入れることが検討されている。	

事例 11 認知症対応型共同生活介護
 愛の家グループホーム国分寺本多

事例 12 小規模多機能ホーム 大宮

12 小規模多機能ホーム大宮（小規模多機能型居宅介護）（茨城県） 在宅での生活に意欲と主体性を取り戻すための認知症ケア

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

◆ 施設・事業所概要（令和3年10月時点）

法人名：医療法人 博仁会
所在地：茨城県常陸大宮市
開設年月：平成27年9月
定員：29名
介護職員：14名（うち介護福祉士6名）
LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
 ※令和3年4月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFEの項目（認知症の有無や口腔状態など）に対応した、新たなアセスメントシートを作成した。
- アセスメントシートの勉強会を実施。根拠に基づいたサービス実施に向け、今後は実際にケアを行う介護職員が、専門性を活かした介護過程を展開していくことを意識づけた。
- 利用者担当を導入し、担当介護職員が中心にそれぞれアセスメントを行った。
- 情報は全介護職員がアセスメントシートに手書きで追記できる形とし、担当介護職員中心にアセスメントを介して情報を共有しやすい仕組みをつくった。
- 既存のミーティングの一部時間を利用者カンファレンスの時間に充てることとした。ここでは介護リーダーが主体となって、各担当介護職員が行うアセスメントから支援の方向性や内容を検討する形とした。
- 小規模多機能型居宅介護計画書はケアマネジャーが中心に作成していたが、介護職員が中心的に立案し、ケアマネジャーと協働で作成する形にした。

◆ LIFE 活用の効果

- アセスメントを入口として、介護過程実践の意義と目的を介護職員に周知することができた。また、担当制により、アセスメントの主体者として介護職員を位置付けることで、学びを実践に落とし込みやすくなった。
- 特に介護リーダーは担当利用者のアセスメントを通じて、利用者のことを一番知っている存在になった。自信から、介護職チームへの指導や情報共有を主体的に行えるようになった。
- 介護リーダーの主体的な関わりやカンファレンス機会などが、結果として目に届く利用者への良い変化を生み出したことで、介護職チームは実践の成果を実感し、さらなる介護過程実践への意欲につながっている。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 情報収集を担当させる仕組みはできたが、個人の介護職員に力量差がある。ケアマネジャーや介護リーダーを中心に継続的に勉強会を行い知識、技術の向上を目指したい。
- アセスメントを機に、これまでの介護や利用者とのコミュニケーション不足が明らかになった。ケアの質が向上したことで、現状認識が変わり、さらに質を向上させなければならないという危機感とも見える反省が出てきている。事例以外の利用者に対しての実践、介護リーダー以外の介護職員の育成など取り組むべき課題が出てきている。

◆ 新たな取組の具体的な資料等

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

- 令和3年2月、法人での方針を受け、部全体会議において、LIFEの導入及び具体的な加算の取得を決定した。
- 介護報酬改定について、介護職員に対してケアマネジャーよりLIFEの内容、科学的介護推進体制加算取得の説明を行い、介護の科学的根拠のデータ活用について勉強会を実施した。
- 新たなアセスメントシートを作成し、活用方法の説明と、介護職員が担当して実施していくことを決めた。
- 就業時間の追加、負担増などの懸念が聞かれたが、現在の業務内容の改善、役割分担などを行い、アセスメントを取る時間を設けた。
- 担当が必要な情報を収集しアセスメントを行い、LIFEへ情報を提出した。これらのアセスメント情報をもとに介護リーダーがケアマネジャーとカンファレンスを行い、介護職員担当の目標、実施内容を提案し、協働で計画書を立案した。
- 介護リーダーは目標や実施内容について、カンファレンスや申し送りノートを通じて介護職員へ周知、指導を行った。
- アセスメントシートに新たな情報を追記できる形にした。

LIFE 導入
決定期

現場への
浸透とし
込み期

介護過程
実践期

在宅での生活に意欲と主体性を取り戻すための認知症ケア

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代/要介護2
 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa
 障害高齢者の日常生活自立度：J2
 疾患：アルツハイマー型認知症、高血圧、糖尿病
 独居

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職：14名（介護福祉士6名）
 介護リーダー：9名（介護福祉士）
 【他職種との連携】
 ケアマネジャー



◆ 介護過程実践

● 介護職員が持つ詳細な情報や介護職員が考える仮説を、ケアマネジャー中心のアセスメントと結びつける仕組みが十分ではなかった。そのため、介護職員がアセスメントを行う意欲や力算を十分に醸成できていなかった。
 ● その結果、各介護職員がそれぞれの考えでバラバラに介護を行ってしまう状況だった。

● 介護リーダーを中心に介護過程を実践することを意識づけし、仕組みとしても整えたことで、介護職員の視点を揃えた計画、目標、実施内容を立てられた。
 ● これにより、介護リーダーを先頭に、介護実施に対して主体的に取り組めるようになり、また自分達が出す成果を自の当たりとして、更なる介護過程実践への意欲につながる好循環が生まれている。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

● 介護リーダーはケアマネジメントプロセスがあるため、介護過程を実践していく必要性の自覚が乏しかった。
 ● 介護リーダーであるにも関わらず、利用者について十分知っているという自信が持てないことで、介護チームに対して指導やリーダーシップを発揮することができていなかった。

● 介護リーダーは、自分が能動的におこなったアセスメントやケアマネジメントと連携した計画立案を通じて、利用者のことを一番知っている自分、わかっている自分という自信につながる。介護チームへの指導や周知などを構造的に行えるようになった。また、利用者にとってあげたいという、能動的意欲が溢れる自覚が出てきた。
 ● 利用者に関する会話が増えたことで、個々の介護職員が意識して目標に沿って統一的に関わろうとするようになった。
 ● 利用者の変化という結果に、介護チームも驚きと手応えを感じている。

◆ 利用者の受益・変化

● 確実な内服を行い、病状の安定と管理ができた。
 ● 日付が把握できるといことは、自分の予定を管理しているということになり、生活の主体者としてハントルを履いているという感覚を得ており、それがBPSDの減少につながっていると考えられる。
 ● コミ出しなど自分の生活を自立的に営めるようになったことで、働いていた頃のように生活の主体性を感しているのではないかと。
 ● 働いていた時に関わりがあった人が利用者になったことで、顔見知りの存在として気にかける環境を得られている。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

介護過程実践	介護チーム
<p>● 利用者の希望：今の状態でこのまま家で暮らしたい、自分で自由になりたい。</p> <p>● 利用は、週3〜4回通所、毎朝訪問看護、朝のみ服薬管理、訪問時ゴミ捨て代行</p> <p>● 散歩する様子はあるが、社会との関係は薄り、自宅で絵を描いて過ごす。</p> <p>● 通所では周囲と積極的な交流は無く、絵を描いて過ごす。その絵を周囲に褒められることが多い。</p> <p>● ADL：自立</p> <p>● 会話は可能で遅やかだが、日時の把握に支障がある。通所や通院日の質問では、混乱により不穏状態になる</p> <p>● DBD13：「やたらに歩きまわる：ほとんどない」</p> <p>● 世話をされるのを拒否する：よくある</p> <p>● 社会性の保持や廃用予防、疾患のコントロール、認知機能障害の進行を遅やかにし、今の日常生活を遅やかに継続することが重要と考える。</p>	<p>● 介護リーダー、ケアマネジャーがアセスメントシートをもとにカンファレンスを実施した。</p> <p>● 介護リーダーは情報共有と具体的実施内容について、ケアマネジャーと立案し、ケアプランとの整合性をとり立案した。</p> <p>● 介護リーダー、ケアマネジャー、同僚でケアプランを説明し同意を得た。</p>
<p>● 短期目標：日時に関する混乱が少なくなる</p> <p>● 確実な内服を行い、病状の管理ができる。</p> <p>● 他者に気にかける環境の中で過ごす。</p> <p>● サービス実施内容</p> <p>①部屋にカレンダーを設置し、訪問時利用者に昨日の日付に印をつけてもらい、当日の日付を確認する。</p> <p>②カレンダーで確認した日付と内服薬に記載されている日付を読み合わせ、内服の確認を行う。</p> <p>③通所や通院日に赤丸をつけ利用者の認識を促す。</p>	<p>● 介護リーダーは、ミーティングで介護チームと目録及び実施内容を共有し、利用者と一緒に行うことの重要性と方法を統一した。申し送りノートにも詳細を記入して周知した。</p> <p>● 介護リーダーは、カレンダーを準備し利用者及び家族への説明を行った。</p> <p>● 介護リーダーは実施状況を訪問時に確認し、実施欄がなければ指導した。</p> <p>● 介護リーダーは認知症対応の進行に備え、利用者不在時の確認方法、緊急連絡先整備をケアマネジャーと作成し、介護チームに周知した。</p> <p>● カンファレンスにおいてごみ出しを代行から一緒にする内容に変更した。</p>
<p>● 通所日や通院日に足がつかないことが無くなった。</p> <p>● コミ出しの確信が持てできて、自ら歩くようになった。</p> <p>● 利用者自らカレンダーに予定を書き込むなど、予定管理が習慣になった。</p> <p>● 確実な服薬管理により、血圧、血糖のコントロールは基準内に維持できている。</p> <p>● DBD13</p> <p>● やたらに歩きまわる：まったくない</p> <p>● 世話をされるのを拒否する：ときどきある</p>	<p>● 介護リーダーは1週間ごとに記録の確信を行い、実施状況の把握を行い、介護職員に必要な情報収集を行った。</p> <p>● 月1回のカンファレンスにおいて、介護チームで体調管理記録（利用者個人別業務日誌）の確認を行いながら、利用者自身の発言や行動の変化を中心に2回タリソングを行った。</p>

事例12 小規模多機能型居宅介護 小規模多機能ホーム大宮

終末期の利用者の願いと日常生活を整える取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代/要介護5
 障害高齢者の日常生活自立度:B1
 認知症高齢者の日常生活自立度:IIb
 肝細胞癌末期 バルーンカテーテル留置中

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
 介護職:18名(うち介護福祉士6名)
 介護リーダー:8名(介護福祉士、主任)
 【他職種との連携】
 看護師:9名
 ケアマネジャー:1名



◆ 介護過程実践

これまでの課題
 ● 介護職員によるアセスメントは実施していたが、利用者の願いや目標について十分にヒアリングしきれなかった。現在の状態だけを見ながらアセスメントを行っていた。
 ● ケアマネジャーが作成するケアプランに沿って看多機能計画書を作成しており、介護職員自らが利用者の願いをアセスメントし、自らも目標を一緒に考えてサービスをつくっていくことができていなかった（能動的でなく、受動的であった）。

取組後の変化
 ● 利用者・家族の思いとLIFE評価を合わせた手帳書（介護計画書）作成により、利用者の目を中心とした支援の軸を定めることができた。
 ● これにより、ケアマネジャーや看護師といった他専門職からの指示に受動的であった介護職員が、介護過程実践として意識を持ち、能動的に実践できるようになった。介護チームの姿勢と介護過程実践により、組織全体としての支援の質が向上した。

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題
 ● 多様な背景、経験がある介護チームに対して、介護リーダーは十分なリーダーシップを發揮できていなかった。
 ● 他専門職との連携が容易な事業形態である一方で、他専門職に頼りがちな面があり、介護リーダーとしての機能を十分に組織で位置付けられていなかった。

取組後の変化
 ● LIFEや介護過程の勉強会、介護チーム会議の設立、手帳書の介護計画書へのバージョンアップを通じて、組織の中で介護職員による介護過程実践の意識づけが行えた。加えて介護リーダーが役割を發揮する場面が増えたことで、介護リーダーを中心とした介護チームが順成できてきている。特に、介護職員に対してまずは利用者の願いを全員で知るところから始めようと、介護過程の考えかたについて組織で共有することができた。

◆ 利用者の受益・変化

● 主疾患に加え、飲食量の低下から、意識レベルが低下し、最期に家族と過ごせる時間を持つことができているようになったが、支援を通して、覚醒状態が改善し、家族と過ごせる時間をこれまでより持つことができた。
 ● 覚醒状態が回復し、冗談を言って周りを笑わせるなど、終末期において本人らしいユーモアな一面が表れてきた。
 ● 帰宅は最後まで叶わなかったが、家族と本人らしく穏やかに過ごす時間を持つことができた。

◆ 介護過程と介護チームの流れ

アセスメント	介護過程実践	介護チーム
<ul style="list-style-type: none"> 主訴：「家族に会いたいの、家がよい」（利用者） 「短時間でも家に帰らせてあげたい」（家族） 状態：水分摂取量：1日500ml 排泄量：300～500ml 食事摂取量：主食、副食1～2割 意識レベル：JCS:10 痛み（-）全身倦怠感（+）下肢浮腫（+）脱水（-） 主疾患合併症予防や状態の管理に加え、覚醒と飲水を促し、利用者の願いである家族との時間や自宅へ戻れるような状態への回復を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> 長期目標：苦痛なく安楽に過ごせること 短期目標：自宅に帰れること サービス実施内容： <ol style="list-style-type: none"> 1日1回の状態観察の観察、異常の早期発見を行う。 体力消耗を減らし飲食時の体力を温存できるように支援する。 週2回の入浴により清潔を保持し感染予防を図る。 フロアのベッドでアクティビティ活動の様子に触れる環境で過ごせるよう支援する。 ごまめぬり水分摂取と様子観察を行う。 自宅に戻られたときのため、家族に排泄介助の指導を行う。 自宅環境に近い間取りで生活ができるよう環境整備を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護リーダーより主疾患に対する観察ポイントや全身状態の管理法について看護師に相談し 看護師、介護チームが情報を収集した。特に利用者、家族の主張を軸に、介護チームミーティングなどを経てアセスメントを行った。
<p>計画立案</p>	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン、看護小規模多機能型居宅介護計画書との連携、介護チームミーティングでのアセスメントを踏まえて、介護リーダーが介護計画書を作成し、社内コミュニケーションシステムや会議の中で、計画書の内容を周知した。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護チームで自宅を訪問し、自宅内の環境を改めて確認。可能な限り自宅と同じ環境になるように着泊室を変更した。毎日の申し送り、食事量、水分量、排泄量、尿色、体重の増減、睡眠状態、呼吸状態について、看護師や他の介護職員、ケアマネジャーに知して申し送ることとした（※必要時には医師にも）。
<p>実施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 状態観察と情報共有に加え、バイタルサイン自動測定ツールも使いながら、日々の全身状態を管理した。 飲食時に覚醒状態が合うよう生活にメリハリをつけ、温タオルで覚醒を促すなど支援した。 家族に対して、排泄介助の留意点を指導した。また利用者とのこす時間をつくるために毎日の来訪を推奨した。 ③コーラが大好物であることを確認し、入浴後にはコーラを提供するようにした。 着泊室の間取りを自宅と同じ向きに変更し、自宅生活の動きを再現できるようにした。 フロアで他の利用者に話しかけられる機会が増え、人の存在を感じられる方向へ向くことが増え、体位が揃ってしまっただけ、自宅環境に寄せた間取りを状態に応じて変更することも行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護チームでの実践の振り返りを行った。LIFE評価項目、日々のバイタルサイン記録、観察ポイントを踏まえ、ケアプラン、看護小規模多機能型居宅介護計画書とともに、総合的な振り返りを全体会議にて実施した。
<p>評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> コーラの飲水、覚醒状態に合わせた飲食により、水分摂取量、食量が増加。覚醒状態が改善した。 水分摂取量1000ml前後 排泄量：900ml前後 食事摂取量：主食、副食5割 意識レベル：JCS:3 倦怠感（+）痛み（-）下肢浮腫（+）脱水（微） ハルーン関連トラブル、感染兆候なし。 家族が毎日来所、家族との時間を持つことができた。 自宅へ戻る状態への回復には至っていない。 	

事例13 看護小規模多機能型居宅介護
 看多機能かえりえ河原塚

資料

調査研究ご協力者

本調査研究においては、以下の皆様に事例調査についてご協力をいただきました。

種別・所在地	事業者	職位	氏名（敬称略）
介護老人福祉施設 山形県	特別養護老人ホーム サンシャイン大森	部長 介護支援専門員 ユニットリーダー	菅原 浩 齋藤 大知 鈴木真由美
介護老人福祉施設 埼玉県	特別養護老人ホーム あけぼの	介護係長 介護副主任	成田 裕暁 小鹿 泰寛
介護老人福祉施設 神奈川県	特別養護老人ホーム 潤生園	施設長 介護課長 特養2課リーダー	井口健一郎 加藤 祐貴 杉本 敦軌
介護老人福祉施設 愛知県	特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか	介護統括主任 介護支援専門員	松橋 卓磨 田島 久恵
介護老人保健施設 茨城県	介護老人保健施設 もえぎ野	介護長 介護主任	宮本 栄子 柿沼 麻実
介護老人保健施設 埼玉県	介護老人保健施設 あいの郷	相談部門主任 介護主任 介護福祉士	白石 学 清水 和貴 野本 貴之
介護老人保健施設 和歌山県	介護老人保健施設 紀伊の里	施設長 介護支援専門員 介護福祉士 介護福祉士 介護福祉士	山野 雅弘 笹野 大 小谷 昌宏 小谷のり子 宇須 裕都
通所介護 愛知県	株式会社ツクイ 東海圏 ツクイ 一宮開明	本部長 所長	金澤 彰洋 橋本 太樹
通所介護 広島県	デイサービスセンターふぁみりい	所長	橋高 裕行
認知症対応型共同生活介護 茨城県	医療法人博仁会志村フロイデグループ フロイデグループホーム ひたちなか	介護部部长 管理者 介護リーダー	森 久紀 菊地 裕哉 宗像 徹
認知症対応型共同生活介護 東京都	メディカル・ケア・サービス株式会社 東京神奈川第1事業部 愛の家グループホーム 国分寺本多	事業支援部長 部長代理 管理者 介護福祉士	神保 勉 高橋 恒二 加納 明莉 田口 勇樹
小規模多機能型居宅介護 茨城県	医療法人博仁会志村フロイデグループ 小規模多機能ホーム大宮	介護部部长 管理者 介護リーダー	森 久紀 寺門 希望 野内 璃美
看護小規模多機能型居宅介護 千葉県	株式会社やさしい手 看多機 かえりえ河原塚	執行役員 管理者 主任	中村 徹也 山崎 佳子 染谷 匡昭

令和3年度社会福祉推進事業

科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業

令和4（2022）年3月

株式会社コムン計画研究所

166-0015 東京都杉並区成田東 5-35-15

（代表）03-3220-5415