

事例1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森

事例は、別冊で事例集として発刊しています。下記ご参照ください。
<https://www.comon.jp/dl/project.html>

1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森（山形県） 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

◆ **施設・事業者概要（令和3年12月1日時点）**

法人名：社会福祉法人 山形
 所在地：山形県山形市
 開設年月：平成10年12月
 定員：90名 従来型
 介護職員：40名（うち介護福祉士21名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算（Ⅱ）
 個別機能訓練加算（Ⅰ）
 継続マネジメント加算（Ⅰ）
 栄養マネジメント強化加算
 ※令和3年4月より

- LIFE 導入をきっかけに **こんなことをしました！**
- 1️⃣ アセスメント等書式を新規作成・変更した
 - 2️⃣ 研修、勉強会等を開催した
 - 3️⃣ 会議体を創設・変更した
 - 4️⃣ 介護リーダーの役割を周知・明示した
 - 5️⃣ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 独自のアセスメントシートを、介護リーダーと他職種による会議にて新たに作成した。
- 介護リーダーに対し、アセスメントの意義について個別勉強会を開催した。
- 介護職員へLIFE と加算算定の意義、現場導入に関する説明会を実施した。
- アセスメント機会・能力向上を目的として、LIFE 入力に必要な DBD(13、Vitality Index、興味関心事エッジメント)の情報収集を、各居室担当介護職員に実施させた。
- 事例利用者のアセスメントを2名の介護福祉士に同時に実施させ、教育機会とした。
- 介護チームと他職種とのカンファレンスを設け、情報共有を行った。
- 介護リーダーと他職種の規定や実態状況の確認等の情報共有を目的とした介護チームミーティングを、新たに週1回程度開催した。
- 実施した支援内容に紐づく情報を絞って申し送りノートに記録することで、支援の検討がしやすくなった。

◆ LIFE 活用効果

- LIFE の入力に必要な情報収集を介護職員に実施させたことで、アセスメントや観察ポイント、評価指標に馴染みのなかった介護職員まで広く教育機会となり、利用者状態への関心が高まり、主体的に利用者情報を収集する介護職員が増えた。
- 利用者への支援が目標に基づいて統一して実施されることで、記録や報告の焦点が定まり、利用者の変化の推移が把握しやすくなり、また実施内容の変更も周知しやすくなった。
- 介護リーダーに主体性と自信が芽生えた。利用者の状態改善や意欲の増進が目に見えて実感できることで、介護チーム全体が介護実践に自信とやりがいを見出すようになった。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 事例調査実施チームの取り組みや成果を別の介護チームにも展開していくため、教育や会議体の調整などを進めていきたい。
- 作成したアセスメントシートをさらにLIFE の該当項目と連動させたものへ更新し、教養の質を担保しつつ、情報収集を効率化して業務負担を軽減していきたい。
- 居室担当が一環に収集したLIFE 算定情報項目とアセスメントシートを連動できるようにするために、情報共有、会議体などの仕組みづくりを行いたい。
- 現在はアセスメントや介護目標をアラプランに反映しているが、今後は個別介護計画書の作成まで結びつけ、利用者の定性的情報なども加味してLIFE と連動させ、介護過程実践の質の向上を図りたい。

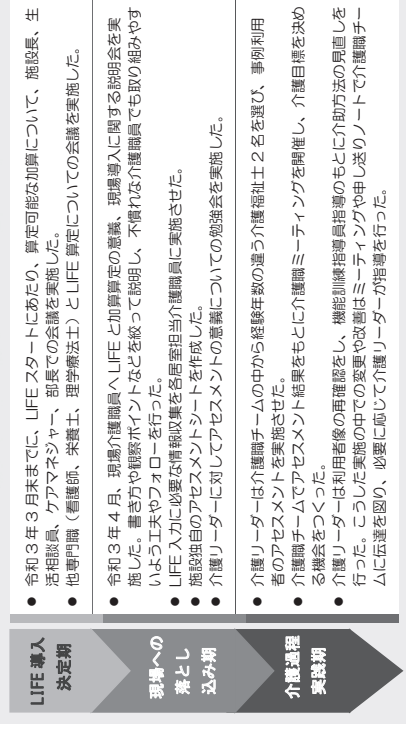
◆ 新たな取組の具体的な資料等

担当利用者 アセスメントシート

担当利用者 アセスメントシート

担当利用者 アセスメントシート

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き



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名（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、精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、利用者には歩行機能が確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。つかまりの自立保持可 移動：車いすにて自歩 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。 起原動作時は自立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。 介護職ミーティングにて利用者のニーズや課題を話し合い、短期目標や支援内容を決めた。 介護職チームと他職種（ケアマネジャー、理学療法士）とのカンファレンスを実施し、情報を共有した。 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。
<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"> 発言：「歩けるようになってきた」「排けようになつたから、帰れるでしょ」 移動：介護職員付き添いのもと、歩行器使用で150mほど歩けるようになった。 排せつ：トイレ誘導時、排尿時は、むきとりに可能になってきた。排便は職員対応、職員から促されてできるようになってきた。 Vitality Index リハビリ、活動【自らリハビリに向かう、活動を求める】評価2 	<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 ①～④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値化になっ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、質の向上につながら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。 基本的に利用者と交流は多くなく、自分の時間を置いている。 離床時間に対し、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 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ケ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ケ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ケア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に決定した。 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ケア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。 居室担当の介護職へケア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。
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ケア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。 	<ul style="list-style-type: none"> 居室担当の介護職へケア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。

※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

- アセスメントは介護職員間で気づきを共有できているが、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ることが多かった。
- 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がらない傾向が見られていた。
- 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。

↓
取組後の変化

◆ 介護チーム・介護リーダー（介護福祉士）

- 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、質の向上につながらないことがこの数年の大きな課題であった。
- 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、質の向上につながるようになってきた。

↓
取組後の変化

◆ 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"> ● 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。 ● その他支援において介護拒否及び抵抗あり ● 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"> ● 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"> ● 居室担当の介護職ベアにより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。 ● 介護職チームは、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食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。 ● 居室担当の介護職ベアが個別介護計画を立案した。 ● 介護職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。 ● 介護職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食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。
<p>計画立案</p>	<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"> ● 介護職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。 ● 介護職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、あくまでペ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。
<p>実施</p>	<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"> ● 居室担当の介護職ベアがモニタリングを実施した。 ● 介護職チームは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的変化や延え方に関して前向きに伝え、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。
<p>評価</p>		

※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

◆ 新たな取組の具体的な資料等

- 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カや情報共有が向上した。

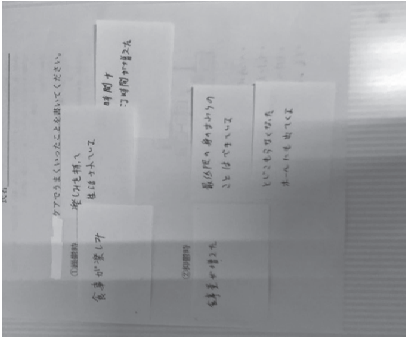
◆ 新たな課題・今後の展望

- 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、ここ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済者以上であるが、医療的エビデンスベースで教育された職種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会議を決定した。
- 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、データリーダーをはじめ、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始め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 についても責任と担当はなく、スケジューリングを専門職の部門長集まるコア会議で決め、どの加算に誰がデータリーダ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済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。

LIFE 導入決定期

現場への浸透と込み期

介護過程実践期

歩く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

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護3
障害高齢者自立度：B1
認知症高齢者自立度：Ⅲb
双極性のうつ（躁40日、うつ20日）が
50代より繰り返し返りしている

◆ 介護過程実践体制

【介護チーム】
介護職：16名（うち介護福祉士11名）
介護リーダー：8名（介護福祉士、係長）

【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



◆ 介護過程実践

● 介護職員ごとの介護過程実践力にバラつきがあるため、居室の有効活用、個別生活リズムに合わせるケアができている。介護職員にはアセスメント能力が必要。
● その人の状態に合わせたケアを見立て、実践する必要がある。

取組後の変化
① 共通の指導、基準を介護職員で共有できたことで、情報の密着性が増し、アセスメントの精度向上に寄与した。
② 睡眠時間や食量と状態像の連動といった精度の高い検察に基づくアセスメント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

● 介護チームの課題
計画立案はできていても、実施後の評価ができておらず、アセスメントができていない状況であるため、方向性が不明瞭である。
● 外国人職員もいるため、コミュニケーションが不十分である。
● 介護リーダーの課題
現職者などといった実施状況の確認と評価の在り方、伝え方。

取組後の変化

● 指導するタイミングや基準と目的が明確になったことで、介護リーダーとしての指導力が向上した。介護職員も同じ指導を受けられることで、均質的な支援ができるようになった。
● 利用者からの視点と介護職員からの視点の双方から着目することで、より良いチームの関係性を構築することができた。

◆ 利用者の受益・変化

● 元介護記録システムには入力したものの、材料をどう活用するかわかりがなかったが、食事、口腔、ADL、自立支援促進のLIFE情報を時系列で追うことができ、モニタリングも立体的になった。紙ベースで記録し段階的に確認共有することでモニタリングの質が向上した。
● 従来型の特別養護老人ホームでも、他利用者とのトラブル等なく、生活の共存ができるようになった。
● 入所前の独居での生活から施設入所へのギャップも少なく、むしろ周囲との関わりも多くなり持っている。



紙ベースでの加算評価表の確認

◆ 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
● 食事の状態、ADL、睡眠状態に着目した。 ● 主訴：「元気に過ごしていきたい。」 ● 食量：主食100%、主食100%、抑うつ時は食事量はばらつきがあり、50%以下が10日以上続く傾向にある。 ● 抑うつ状態の時には、睡眠時間が減少し、抑うつ状態の時には食量が顕著に低下していることがわかった。	● 抑うつ時にはどのような主訴が多いのか、発言に対してサポートタイプに関わっていく。 ● 長期目標： 施設生活における他の利用者との共存 抑うつ時・躁うつ時それぞれに対する支援・ケアの工夫（状態に合わせた寄り添いの方針） ● 短期目標： 米量の低下から歩くエネルギーが減少してという回復のもと、食量が増えるよう、声掛けを行う。食事摂取量の改善がケアのアウトカム目標とした。	● 介護リーダーが中心となり実施した。現場介護職員への聞き取りやアンケートなどをと、チームミーティングで利用者に対してできたこと・できなかったことを共有した。 ● 食事、口腔、ADL、自立支援促進のLIFE情報及びケアプラン内容をチームで共有した。 ● 毎月データにふれることで食事量と運動能力の低下についての関連性に着目した。
● 抑うつ時と躁うつ時の食量と状態像の連動といった精度の高い検察に基づくアセスメントができるようになった。 ● 長期目標： 施設生活における他の利用者との共存 抑うつ時・躁うつ時それぞれに対する支援・ケアの工夫（状態に合わせた寄り添いの方針） ● 短期目標： 米量の低下から歩くエネルギーが減少してという回復のもと、食量が増えるよう、声掛けを行う。食事摂取量の改善がケアのアウトカム目標とした。	● 課題結果を踏まえたカンファレンス（うまくいった例、課題等）を行い、うまくいった例を基に、1週間、プロセスレコードを実施した。 ● 毎日チームミーティングを行うことを徹底し、現場としての短期目標や長期目標を都度確認しながらケアを実施した。 ● 毎日チームミーティングでは、介護職員に司会及び書記を担当させることで、利用者の詳細なことも話すようになるなど発言力が向上し、記録の共有につながった。 ● その場で解決することにつながった。 ● 毎日チームミーティングの実施により、利用者への着目点が個人からチームに広がった。	● アセスメント開始から2週間にケアカンファレンスを開催。介護チームで評価・支援計画書を記入する中で気づきや、情報共有、支援内容を具体的に検討を行った。 ● 介護リーダーはケアカンファレンスでの介護チームの意見を多職種連携会議でケアマネジャーと共有し計画立案につなげた。 ● 利用者に介護リーダーと担当介護職員両方で個別介護計画の説明を行った。 ● LIFE項目の中から、ADL、栄養、褥瘡、自立支援の項目及び抑うつSCANによる睡眠状態の確認、病歴、薬の影響、躁うつ時、抑うつ時の状況について介護チームで確認共有した。
● アセスメント時と躁うつ時の食量と状態像の比較。 ● 半年後は躁うつ時・抑うつ時に聞わらず食事量はほぼ全量摂取できている。 ● 実践を進めていく中で排泄については、気分が高揚などにより、躁うつ時に排泄の失敗がみられることが分かった。その状況に合わせて声掛けするタイミングや言葉掛けの内容について工夫ができるようになった。 ● 睡眠状態の改善には至っていない。	● 実施結果から利用者の傾向を分析し、利用者に対する個別支援を構造化した。 ● 実施結果から用プランを行った。 ● 食事面で高い栄養を摂取できたことにより活動力が増加し、活動力が増加することにより、ADLの向上にもつながり、不自由なく生活ができている。 ● 自分たちの関わりから数字（食事量の増加）が向上できるよる声掛けに取り組んだ。	● 実施結果から利用者の傾向を分析し、利用者に対する個別支援を構造化した。 ● 実施結果から用プランを行った。 ● 食事面で高い栄養を摂取できたことにより活動力が増加し、活動力が増加することにより、ADLの向上にもつながり、不自由なく生活ができている。 ● 自分たちの関わりから数字（食事量の増加）が向上できるよる声掛けに取り組んだ。

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味を見出すかを磨くための試み。

◆ 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、評価しやすくなるだけでなく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

モニタリング・プラン評価表

個別機能訓練実施表

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、しつこみの精査と有効性を考慮し、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、各加算がどの部分を担当するのか説明を行った。
- 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)。
- 新機種の書籍導入による戸惑い(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、期厳守の意識向上を目指し、データ抽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、
 利き手側片麻痺、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捉えきれない。 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が、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 に変化はみられない。 ● 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