

事例5 介護老人保健施設 もえぎ野

5 介護老人保健施設 もえぎ野（茨城県） 「食べたい」という利用者の思いを叶える食の支援

LIFE 導入をきっかけに 新たなことをしました！

- ◆ **施設・事業所概要**（令和3年10月時点）
 法人名：社会福祉法人 河内厚生会
 所在地：茨城県利根町
 開設年月：平成22年4月
 定員：ユニット型40名・従来型20名
 介護職員：40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）
 リハビリテーションマネジメント
 計画書情報加算
 福祉マネジメント加算（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

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- これまでの日常生活評価票（ADI 評価表）の「見守り」「一部介助」の項目にどのようなよう介助や見守りが必要なのかを書き込めるスペースをつくり、介護職員が細かくアセスメントに行い記入できるよう書式を変更した。
- 利用者の思いや要望が暮らし等を収集するために、施設独自の「私の思いシート」を新しく作成した。
- 介護職員に対し、アセスメントの視点や考え方やケアの勉強会を実施した。
- 介護福祉社に対し、介護福祉社の役割や介護過程の展開を中心に研修会を実施した。
- 食事をしやすくなるシーティングの勉強会を理学療法士と開催し、利用者の姿勢保持に活用した。
- 毎朝のミニカンファレンスやアセスメントを業務に取り入れ、介護職員と他職種（看護師、理学療法士、管理栄養士）が情報共有と評価をこまめに行うことで、柔軟にケアの見直しができるようにした。

◆ LIFE 活用の効果

- LIFE の入力項目・内容を介護職員間で共有したことで、介護職員が利用者の日常生活を Y 細かく観察しなれば、入力すべき項目に入力できないことに気づいた。
- LIFE の入力項目の重複時間・活動の内容や日々の過ごし方を照らし合わせることで、離床時間の長さにも合った過ごし方をしている利用者があることに気づくことができ、見直しにつながった。
- LIFE の自立支援計画等を立てることで、介護過程展開における支援内容を根拠あるものになり、LIFE の日常生活評価表を使い細かなアセスメントをすることができた。
- 日常生活評価表を使い細かなアセスメントをすることで、LIFE の自立支援促進加算の支援計画が具体的に考えられるようになった。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 介護職員の不足や業務等の理由から LIFE 入力作業の時間が取れず、時間外での負担が増えている。入社している業務の見直しをすることで改善できるのか検討が必要である。
- 毎朝のミニカンファレンスで、中心となる介護福祉社のアセスメントの力にはらつきが出ている。入社時期などがバラバラで中途採用の職員もおり、アセスメントの勉強会を定期的に行う必要がある。
- 利用者の思いも視野に入れた介護過程の展開をすすめるにあたり、LIFE の項目を十分に関連付けて展開できるようにしたい。
- 介護職員は利用者より深く知るために利用者に関わることが増え、利用者との信頼関係の構築ができている。認知症の BPSD の改善や予防にも効果があるのではないかと感じている。

◆ 新たな取組の具体的な資料等

日常生活評価表

私の思いシート

私の思いシート

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

- 法人から導入決定の方針により、施設長（医師）、副施設長、事務所、介護長、ケアマネジャー、リハビリ主任、栄養課主任、看護長で会議を行い、どの加算をとるか、どの部署が担当かなどを整理し決定した。
- LIFE 導入に向け、内容の理解をするための説明会を実施した。
- これまでなんとなく行っていたケアが、LIFE を導入することでケアのプロセスが数値として定量化される。そのプロセスを具体的にするために、介護過程の展開を行い実践することを説明。
- パソコンでの操作が苦手な介護職員に対し、「入力までの簡易的な手順書」をつくりパソコンの操作に慣れ付けながら見ながら入力できるようにした。
- LIFE の入力自体に苦手な強い介護職員については、介護リーダーが LIFE の入力項目や支援内容を一緒に考え作業を行うことで慣れていくようにした。
- パソコンの教に限りがあるため、LIFE の入力項目を紙に書き込んでもらい、入力担当がまとめて入力する分担とした。

LIFE 導入
決定期

現場への
落とし込み期

介護過程
実践期

「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。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わ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。 食事形態はベースト食、30度傾斜をつロベックト上で全介助。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"> ①口腔体操と食事前の口腔内のマッサージを行う ②リクライニング車いすで座位を保持し、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、一日の食事がしっかりと食べられるようにしていくこととした。現在のベースト食から開始。 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、食事がしっかりと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、介護職員が自分自身の役割を確認し、カンファレンスでこれまでの利用者の取り組みについて振り返りを行った。
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、口も開くようになった。 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、こ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ってきたため、介護職員が自分自身の役割を確認し、カンファレンスでこれまでの利用者の取り組みについて振り返りを行った。

※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「ケアの観点」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)
 ※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付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。かつくりとなった。
 ※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

排せつ支援計画書 (付表)

排せつ支援計画書 (付表)

サービス担当者会議 (継続判定会議)

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

- 施設責任者会議にて取組の組み立てを決定した。
- 介護リーダーを中心に関係者を集め、導入可能な取組の組み立てを決定した。

現場への 導入 実践期

- 介護リーダーが中心となり、必要な補給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。(集回研修・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。

介護過程 実践期

- 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を進めている。

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、変形性膝関節症、
 向水頭痛症、原形性脳症等

◆ 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含められた。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。 既往歴が多岐にわたるが、体調の変化に適切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岐にわたるため、体調の変化に適切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%ほど自力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
 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
 計画書精算加算
 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、介護リーダーは役割意識が向上し、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. 介護職員が「個別援助計画」の排せつ支援計画書を作成する。
2. OHP情報入力(排せつ)までの情報
3. 情報集約、各職員と共有し、共有する。
4. 排せつ支援情報ファイルに記録する。
5. 排せつ支援情報ファイルに記録する。
6. OHPでは対応していない支援内容を個別援助計画書(パート)に記録する。

※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)までの情報

個別援助計画書

情報共有シート

電子カルテ入力手順書

個別援助計画表

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**
- 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

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）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"> 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なかった。 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。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 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か月足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動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：つかまり立ち可能。 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、側臥位動作協力を行っていただく。 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ほしい。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"> ①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"> 計画立案 <ul style="list-style-type: none"> ①介護リーダーはアセスメント内容をもちに、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。 ②介護職員と他専門職の意見を踏まえ、介護リーダーが中心となり、排せつ支援計画を立案した。 	<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行った。 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"> ①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。 ②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。 ③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。 ④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車いす移動が可能となり、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か月足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、利用者の状態に即し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、利用者の状態に即し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る形になっていた。
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繋がっており、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食事量のチェック ②利用者にあった食べ方、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のように実現した。 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ティ動作支援について、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。
	<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 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"> 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。

※○=LIFEの取り組み

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）</p> <p>【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識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。他専門職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」</p> <p>◆ HDS-R 7点、MMSE 5点</p> <p>◆ EMI 17.9 ALB 2.8</p> <p>◆ DBD13：35、Vitality index：3</p> <p>◆ 徘徊・帰宅欲望：暴言・暴行・介護拒否が顕著</p> <p>◆ 排せつ：おむつ全介助</p> <p>◆ 起居動作：一部介助、つかまり立ち短時間可</p> <p>◆ 移動：車いす、立ち上りのため嚔欲あり転倒リスク高い</p> <p>◆ 食事：自立だが、注意力散漫で摂取量は平均6割程度</p> <p>◆ コミュニケーション：意思疎通可</p> <p>◆ 認知症の進行により嚔欲の変化に過敏で、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</p> <p>◆ 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</p> <p>◆ 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）を程度説明する。 ③担当制でレクリエーションを行い、日中の活動量を増やしていく。 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測るため、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>◆ 実施</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程度感謝を伝えられた。 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、傍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>◆ 評価</p>	<p>①②BPSDが顕著に減少した。DBD13：7、Vitality index：9</p> <p>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。</p> <p>④一定の役割が習慣化した。</p> <p>⑤帰りたい気持ちは時につきつきそう支援は、平均週2回程度対応ができた。</p> <p>⑥食事量：ほぼ毎回食卓。</p> <p>⑦日中はトイレでの排せつ一部介助。</p> <p>◆ 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