

科学的介護情報システム（LIFE）を活用した 介護過程実践事例集

令和3年度社会福祉推進事業

科学的介護情報システム（LIFE）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
株式会社コモン計画研究所

科学的介護情報システム（LIFE）を活用した介護過程実践事例集

*** contents ***

はじめに	1
■ 本書を活用するにあたって	1
■ 本書の構成	2
1 LIFE を活用した介護過程実践とは	2
2 事例から得られる示唆	2
3 LIFE を活用した介護過程の実践事例	2
1 LIFE を活用した介護過程実践とは	3
■ 科学的介護情報システム（LIFE）とは	3
■ 介護過程とは	6
■ LIFE を活用した介護過程実践とは	6
2 事例から得られる示唆	7
■ LIFE 導入による取組・工夫と介護過程実践への効果や影響	7
① アセスメント等書式を新規作成・変更した	7
② 研修・勉強会等を開催した	8
③ 会議体を創設・変更した	9
④ 介護リーダーの役割を周知・明示した	10
⑤ 介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた	10
⑥ 実施や評価の精度を上げる取り組みを行った	11
⑦ ①～⑥を後押しする業務改善を行った	12
■ 介護過程を効果的に進める要素との関係	12
3 LIFE を活用した介護過程の実践事例	14
■ 事例の留意点と見方	16
事例 1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森	18
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	20

事例 2 特別養護老人ホーム あけぼの	22
実践 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	24
実践 2 支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり.....	26
事例 3 特別養護老人ホーム 潤生園	28
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	30
事例 4 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか	32
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.....	34
事例 5 介護老人保健施設 もえぎ野	36
「食べたい」という利用者の思いを叶える食の支援	38
事例 6 介護老人保健施設 あいの郷	40
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	42
事例 7 介護老人保健施設 紀伊の里	44
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.....	46
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	48
実践 3 著しい BPSD が改善するまでの関わり	50
事例 8 ツクイー宮開明	52
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	54
事例 9 デイサービスセンターふぁみりい	56
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.....	58
事例 10 フロイデグループホームひたちなか	60
安心して食べられる支援を探求した取り組み	62
事例 11 愛の家グループホーム国分寺本多	64
利用者の願いに向き合い日常生活の中で機能改善を図る取り組み.....	66
事例 12 小規模多機能ホーム大宮	68
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	70
事例 13 看多機かえりえ河原塚	72
終末期の利用者の願いと日常生活を整える取り組み	74
● 事例及び執筆ご協力者一覧 ●	76

はじめに

■本書を活用するにあたって

「L I F Eってなんだろう?」「介護過程に活用する?」と、本書のタイトルを見て思われた方もいると思います。同時に、「やらなきゃいけないの?」「また新しいことを始めるなんて面倒!」と躊躇してしまう方もいるのではないのでしょうか。

本書は、題名のとおりL I F Eの導入や運用への取り組みを、介護過程実践の推進及び深化に活用できないかというチャレンジとそのまとめです。

掲載している事例、そこから得られた示唆には、L I F Eの導入や活用を、介護過程実践の推進・深化につなげていく方法がちりばめられています。事例から得られるヒントを受け止め、まずはできるところから取り組んでみることをお勧めします。

介護過程実践ができていない、まず一步を踏みだそうとしている施設・事業所はもちろん、いま実践している介護過程をより深化させたいと考えている施設・事業所のいずれにも参考となる事例を掲載しています。

なお、本書のミッションの軸足は介護過程実践の推進・深化であり、それにL I F E導入や運用を活用する構図となっています。L I F Eの使い方や運用の仕方を理解するためのものではありません。L I F Eについては、3ページからの「1科学的介護情報システム(L I F E)とは」で簡易に説明をしています。

本事例の作成のために行ったアクションリサーチは、試行錯誤、悪戦苦闘の連続でした。リサーチに協力してくださいました施設・事業所の方たちも同じであり、より深くその思いに対峙したのであらうと想像されます。しかし、リサーチをすすめていくと「こんな発見があった」「自分たちの介護過程を整理し、見直す機会になった」という、少しうれしい現実も見えだしたのです。

L I F Eも介護過程も、ご利用者様へのケアの質の向上を目指すところは同じです。そしてこれらの取り組みは、働く人にも、組織にも好循環を導くことにつながる取り組みです。本書を参考に、まずはできる一歩から、1つでも多くの施設・事業所の皆様に取り組んでいただけることを期待しております。

■本書の構成

1 LIFE を活用した介護過程実践とは

L I F E や介護過程に関する基本的な解説とともに、「L I F E を活用した介護過程実践」の取り組みの視点について解説しています。

2 事例から得られる示唆

13 の事例調査から得られた示唆として、(1) LIFE を活用した具体的な介護過程実践の取り組みや工夫、(2) LIFE の活用による介護過程実践への効果、(3) 介護リーダー・介護福祉士の役割についてまとめています。具体的にどの事例が参考となるのか、「3 LIFE を活用した介護過程の実践事例」に紐づけた解説をしています。

3 LIFE を活用した介護過程の実践事例

下記の事業者にご協力いただき介護過程を実践し、その取り組みを実践事例として掲載しています。事例の見方については 17 ページを、具体的な事例は 18 ページ以降をご参照ください。

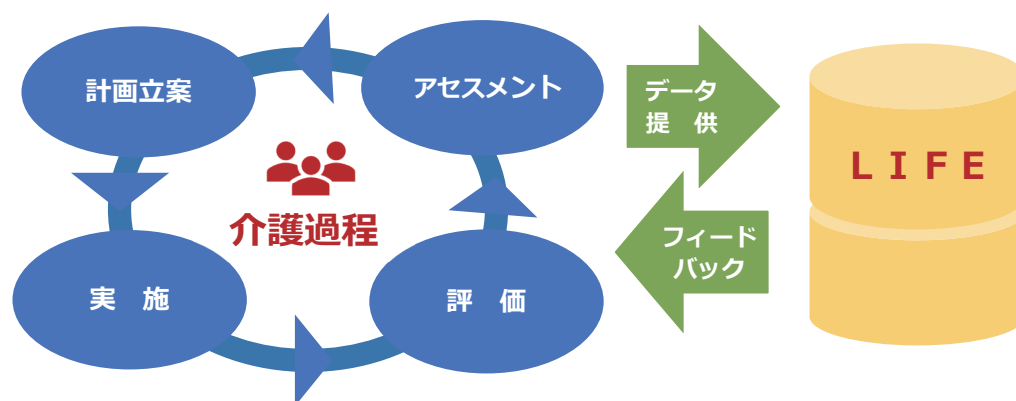
介護老人福祉施設	事例 1	サンシャイン大森
	事例 2	あけぼの
	事例 3	潤生園
	事例 4	なのはな苑ふくおか
介護老人保健施設	事例 5	もえぎ野
	事例 6	あいの郷
	事例 7	紀伊の里
通所介護	事例 8	ツクイー宮開明
	事例 9	デイサービスセンターふぁみりい
認知症対応型共同生活介護	事例 10	フロイデグループホームひたちなか
	事例 11	愛の家グループホーム国分寺本多
小規模多機能型居宅介護	事例 12	小規模多機能ホーム大宮
看護小規模多機能型居宅介護	事例 13	看多機かえりえ河原塚

1 LIFE を活用した介護過程実践とは

■ 科学的介護情報システム（LIFE）とは

厚生労働省では、平成 28 年度より通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム（V I S I T）、令和 2 年 5 月より高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム（C H A S E）を運用していましたが、令和 3 年 4 月よりこれらを一体的に運用することとなり、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、名称を「科学的介護情報システム」としました。「科学的介護情報システム」の英訳である「**L**ong-term care **I**nformation system **F**or **E**vidence」の頭文字をとり、通称として「L I F E」と呼んでいます。

L I F E は、根拠に基づく介護を実践し、介護の質の向上を目指す取り組みです。具体的には、利用者に関する情報等のデータを提出し、それを分析したフィードバックをもとに、根拠ある介護、つまり介護職であれば介護過程（P D C A）に活かしていきます。L I F E の活用は「加算」に紐づいているため、“加算をとるため”という認識が生じやすいかもしれませんが、利用者へのケアの質の向上を図る取り組みであることを忘れてはなりません。



※ L I F E の詳細は下記のウェブサイト（厚生労働省）をご参照ください。

厚生労働省：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

V I S I T や C H A S E は一部のサービスに限られていましたが、L I F E では適用されるサービスが広がっています。つまり L I F E の活用は、介護職が実践する介護過程に、これまで以上に科学的介護の根拠づけを持たせることができると考えられます。対象となるサービス種別、加算は次のとおりです。

LIFE の活用が要件として含まれる加算一覧



【介護保険施設】

	科学的 介護推進 体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	ADL 維持等 加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリ テーション マネジメン ト計画書 情報加算	理学療法、 作業療法 及び 言語聴覚療 法に係る 加算	褥瘡マネジ メント加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	褥瘡対策 指導管理 (Ⅱ)
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	●	●	●			●	
介護老人保健施設	●			●		●	
介護医療院	●				●		●

	排せつ 支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	自立支援 促進加算	かかりつけ 医連携薬剤 調整加算 (Ⅱ) (Ⅲ)	薬剤管理 指導	栄養マネジ メント強化 加算	口腔衛生 管理加算 (Ⅱ)
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	●	●			●	●
介護老人保健施設	●	●	●		●	●
介護医療院	●	●		●	●	●



【居宅サービス、地域密着型サービス】

	科学的 介護推進 体制加算	個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	ADL 維持等 加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリ テーション マネジメン ト加算 (A) □ (B) □	褥瘡 マネジメン ト加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	排せつ 支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	栄養 アセスメン ト加算	口腔機能 向上加算 (Ⅱ)
通所介護	●	●	●				●	●
地域密着型通所介護	●	●	●				●	●
認知症対応型 通所介護 (予防含む)	●	●	△				●	●
特定施設入居者 生活介護 (予防含む)	●	●	△					
地域密着型特定施設 入居者生活介護	●	●	●					
認知症対応型 共同生活介護 (予防含む)	●							
小規模多機能型 居宅介護 (予防含む)	●							
看護小規模多機能型 居宅介護	●				●	●	●	●
通所リハビリ テーション (予防含む)	●			△			●	●
訪問リハビリ テーション				●				

△予防給付を除く

■ 介護過程とは

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す。

その目的は、利用者の尊厳の保持と自立支援とともに、利用者が望む生活を実現することにあります。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るものではありません。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ありません。つまり、利用者の望む生活の実現を具体的に達成するための目標と、それに紐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なのです。

本調査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・影響があったかをまとめています。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、新たな課題と今後の展望としてまとめています。

■ LIFE を活用した介護過程実践とは

LIFEは運用が開始されて間もないため、本事業においてはLIFEのフィードバック情報が十分に活用できない状況にありました。そのため本書の事例は、LIFEのフィードバック情報を活用した介護過程実践という視点ではなく、LIFEの導入や運用をきっかけに介護過程実践をどのように前進させたか、あるいは見直したことは何か、LIFEの導入や運用をしたことで介護過程にどんな変化や効果があったかという視点で取り組み、まとめた事例となっています。

LIFEは、フィードバックの活用方法に大きな関心が集まっており、それが大変重要であることは事実です。しかし、本書の事例を見ていただくとわかるように、



フィードバックの活用とは別に、介護過程実践の推進・深化には一定の効果がありました。本書の事例をヒントに、LIFE導入をきっかけとして、介護現場の介護過程実践の推進・深化がすすむことを期待しています。

2 事例から得られる示唆

■ LIFE 導入による取組・工夫と介護過程実践への効果や影響

LIFE 導入を
きっかけに

① アセスメント等書式を新規作成・変更した

参考となる事例番号												
1	2		4	5	6	7	8	9	10		12	13

LIFE の加算算定に伴い、事業者には必要な評価項目の情報収集が求められます。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り、既存の業務プロセスの中で利用者情報を蓄積してはいるものの、中には収集していなかった新たな項目もあります。

改めて必要な情報収集を行わなければならないことなどから、漏れがないように必要な評価項目が網羅されたアセスメントをはじめとする各種の新規書式作成や既存書式を変更する取り組みがありました。また LIFE 加算の支援計画書を工夫する取り組みもありました。一方、中には加算算定項目や指定評価スケール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を記載する書式の作成や、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していた書式を、あえて LIFE 算定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取り組みもありました。



①の介護過程実践への効果や影響は？



- A. アセスメントポイントが組織の共通言語となった
- B. 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
- C. 利用者への支援効果を客観的に評価しやすくなった
- D. 自分達の組織が行っている利用者支援の自己評価ができた
- E. 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
- F. 書式にそった情報収集機会を介護職が経験できた

LIFE 導入を
きっかけに

②研修・勉強会等を開催した

参考となる事例番号

参考となる事例番号												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

LIFE 導入をきっかけに、なんらかの研修や勉強会は全ての事例で取り組まれていました。

LIFE 導入の初期に行われることが多くみられたものとして、LIFE の目的・方向性に関する研修、新しく作成したアセスメント等書式の説明などの現場業務に関する説明会などがありました。また、LIFE 導入と法人理念の浸透を併せて行う研修、介護リーダーに対して介護リーダーの役割や介護過程や多職種連携などについて集中的に研修を行う事例もありました。



そして、介護過程の実施の段階で行われた研修会や勉強会があります。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などの取り組みもありました。

いずれにしても、LIFE 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においては、組織の状況に応じた集合的な研修や勉強会、説明会などは必要な取り組みであることがわかりました。

②の介護過程実践への効果や影響は？



- G. 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
- H. 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
- I. 介護過程実践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
- J. 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

LIFE 導入を
きっかけに

③ 会議体を創設・変更した

参考となる事例番号

1	2	3	4	5		7	8		10		12	13
---	---	---	---	---	--	---	---	--	----	--	----	----

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取り組みがみられました。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ました。

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」といったものです。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、介護過程実践に加えて、人材育成の場としての意味合いもありました。



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した。開催状況は、月1回開催、朝の申し送りなどに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る、毎日短時間のショートカンファレンスを行うなど様々でした。

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いたということで、これは全事業者共通でした。

③の介護過程実践への効果や影響は？



- K. 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
- L. 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
- M. 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
- N. 他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった

LIFE 導入を
きっかけに

④介護リーダーの役割を周知・明示した

参考となる事例番号												
1					6	7				11	12	13

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がありました。



この取り組みは、大きく3つのパターンに分類できます。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本人と職員に周知した、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、3つ目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す。

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、介護過程実践においては重要な取り組みの1つだったと考えられます。

LIFE 導入を
きっかけに

⑤介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた

参考となる事例番号												
1		3	4	5		7	8	9	10	11	12	13

介護リーダーや介護職に具体的な役割を付与する事例も多くありました。

具体的には、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書や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例もありました。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例によって様々でした。

介護リーダーの役割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関連書式含めて記録を徹底するといった役割が与えられ、これらは既存業務の強化とも言えます。また、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事例もありました。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変化に触れることで、間接的に教育効果がある結果となっていました。

LIFE 導入を
きっかけに

⑥実施や評価の精度を上げる取り組みを行った

参考となる事例番号											
	2	3	4		6	7					

介護過程における実施や評価の精度を上げるための取り組みもありました。

例えば、個別介護計画の評価期間を短期間に設定し、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、進捗状況や達成度を評価する取り組み、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仕組みを導入した取り組みなどがありました。



他には、既存の計画書や仕組みとの整合性を考えた事例もありました。例えば、LIFE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、他専門職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に取り組んでいました。また、別の事例では、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事例がありました。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ました。

介護過程における実施や評価の精度を上げるための取り組みは、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ました。既に介護過程が運用されているところにLIFE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につながったとみられます。

④⑤⑥の介護過程実践への効果や影響は？



- O. 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
- P. 介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった
- Q. 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
- R. 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

LIFE 導入を
きっかけに

⑦①～⑥を後押しする業務改善を行った

参考となる事例番号											
	2	3	4	5	6	7	8	9			

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があります。

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りました。

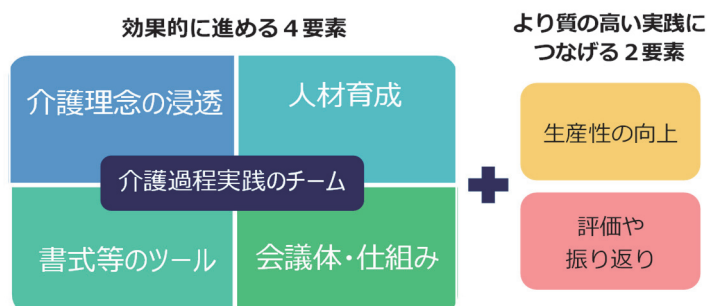
また、LIFE の導入や介護福祉士の役割、介護過程実践に関する研修や説明会の内容に対する習熟状況を確認するために、職員アンケートを実施したという取り組みもありました。とりわけ注目されるのは、LIFE 導入によりアセスメントや観察の評価項目がある程度明確になったというメリットはあるものの、その評価に個人差が生じていることから、均質的な評価に至っていないという課題を見出し、標準化を図るために評価方法の検討を組織内で行うなど、先進的な取り組みを見せる事業者もありました。

■ 介護過程を効果的に進める要素との関係

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への第一歩、あるいは介護過程のさらなるバージョンアップへのステップに、LIFE という大きな制度改正が背中を押した実態が事例からうかがえます。

「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[※]」

においては、介護過程を効果的に進める 4 要素（介護理念の浸透、人材育成、書式等のツール、会議体・仕組み）と、より質の高い実践につながる 2 要素（生産性の向上、評価や振り返り）が明らかになりました（右図）。



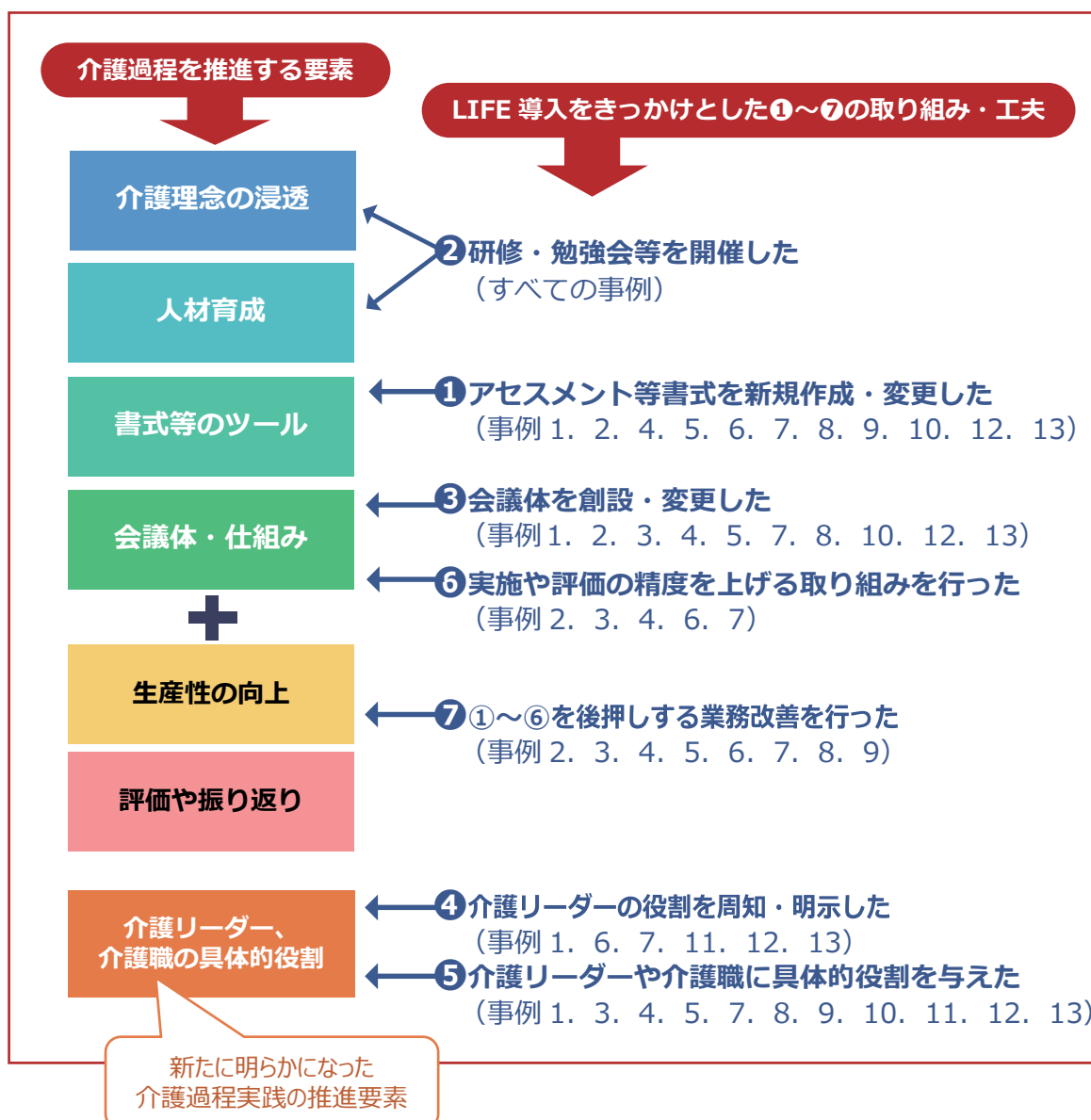
※<https://www.comon.jp/dl/project.html>

「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報告書」（令和 3 年 3 月）

これらの4+2要素と、本年度実施したLIFE導入をきっかけとした①～⑦の取り組み・工夫は下図のように整理できます。介護過程実践の推進・深化を図るためにどんな取り組み・工夫をしたらよいか、あるいは、どんな取り組み・工夫をすれば介護過程にどんな効果・影響が期待できるのかを考えるヒントとして、下図の関係図、18ページ以降の具体的な取り組み事例をご活用ください。

なお、介護過程を推進する要素の「評価や振り返り」(下図ピンク)について、本年度は具体的な取り組みがみられませんでした。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ことは重要であり、今後の課題といえます。

また、④⑤は、昨年度得られた知見(介護過程を推進する要素)に合致するものがなく、新たに明らかになった介護過程実践の推進要素となっています(下図オレンジ)。介護過程実践の推進・深化には「介護リーダー」という中核となる人の存在の重要性が確認できました。具体的にどのような取り組みであったかは、事例を参考としてください。



3 LIFE を活用した介護過程の実践事例

●介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

事例 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	18 ページ～
事例 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いれ 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	22 ページ～
事例 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	28 ページ～
事例 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	32 ページ～

●介護老人保健施設

事例 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	36 ページ～
事例 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	40 ページ～
事例 7	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経て在宅復帰を果たした取り組み 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 実践 3 著しい BPSD が改善するまでの関わり	44 ページ～

● 通所介護

事例 8	ツクイー宮開明（愛知県） 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	52 ページ～
事例 9	デイサービスセンターふあみりい（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	56 ページ～

● 認知症対応型共同生活介護

事例 10	フロイデグループホームひたちなか（茨城県） 安心して食べられる支援を探求した取り組み	60 ページ～
事例 11	愛の家グループホーム国分寺本多（東京都） 利用者の願いに向き合い日常生活の中で機能改善を 図る取り組み	64 ページ～

● 小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護

事例 12	小規模多機能ホーム大宮（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	68 ページ～
事例 13	看多機かえりえ河原塚（千葉県） 終末期の利用者の願いと日常生活を整える取り組み	72 ページ～

■ 事例の留意点と見方

事例の留意点

- 用語について、特に断りがない限り以下に統一して表記しています。
 - ・ケアマネジャー
 - ・ケアプラン
 - ・個別介護計画（介護職が介護過程のプロセス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
- 本書で表記している「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ます。
- 「LIFE 導入をきっかけにこんなことをしました！」では、L I F E 導入をきっかけとした介護過程における 7 つの取組・工夫（7 頁～12 頁）の中で、どの取組み・工夫を行ったかをポイントとして記載しています。介護過程実践が浸透している場合や、既存のシステムが十分機能している場合などは、“**新たな取組み**”としては行っていないということになり、ポイントに記載がない場合があります。
- 「◆介護過程と介護職チームの流れ」における①の表示はLIFEの取組みです。各事業者が表示した場合のみ記載されています。
- 取り扱う事例については、個人情報保護の観点から、対象者の氏名、年齢、性別を明示せず、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ています。
- 事例は本調査研究における実践事例調査に基づき作業部会委員及び現場責任者等がまとめました。執筆一覧は、最終ページに掲載しています。
- 実践事例を無断で使用すること、複製等を行うことは固くお断りを申し上げます。

事例の見方

●見開き 1 頁～2 頁

個別ケアの取り組みを通してどのような取り組み・工夫や効果があったかを総括的にまとめています。

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

1 LIFE 導入をきっかけにこんなことをしました

- ① 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を設置、変更した
- ④ 介護リーダーの役割を再確認・刷新した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

2 介護過程の新たな取組・工夫

- ① 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を設置、変更した
- ④ 介護リーダーの役割を再確認・刷新した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

3 LIFE 活用の効果

4 LIFE 活用の結果、介護過程実践にどのような効果があったかまとめている。

5 新たな課題・今後の展望

介護過程における 7 つの取組・工夫 (7 頁～12 頁) の中で取り組んだポイント。

新しく作成した書式等や取り組みを紹介。

組織における LIFE 導入から現場の LIFE 活用実践までのプロセスであり、導入障壁の予測や回避策のヒントとなっている。

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

- ① 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を設置、変更した
- ④ 介護リーダーの役割を再確認・刷新した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

現場への落とし込み期

- ① 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を設置、変更した
- ④ 介護リーダーの役割を再確認・刷新した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

介護過程実践期

事例 1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森

●見開き 3 頁～4 頁

個別ケアの具体的な事例について記載しています。複数事例の場合は実践番号がついています。

どんな取り組みか一言でわかる。

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

- ① 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を設置、変更した
- ④ 介護リーダーの役割を再確認・刷新した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

介護過程実践

介護過程実践、介護職チーム・介護リーダーそれぞれの課題と、取り組み後に変化した点を比較して記載している。

介護職チーム・介護リーダー (介護福祉士)

利用者の受益・変化

調査研究課題の 1 つである利用者の受益・変化に注目。

介護過程と介護職チームの流れ

介護職チーム

- ① 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた
- ② 研修・勉強会等を開催した
- ③ 会議体を設置、変更した
- ④ 介護リーダーの役割を再確認・刷新した
- ⑤ 介護リーダーや介護職に具体的な役割を与えた

事例 1 特別養護老人ホーム サンシャイン大森

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
- 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 DBD13、Vitality Index、興味関心チェックシートの情報収集を、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。
- 介護職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。
- 介護目標の策定や実施状況の確認等の情報共有を目的とした介護職ミーティングを、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に焦点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 活用の効果



- 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、介護職チーム全体が介護実践に自信とやりがいを見出せるようになった。

◆ 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職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、教育の質を担保しつつ、情報収集を効率化して業務負担を軽減していきたい。
- 居室担当が一様に収集した 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ケア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。

◆ 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（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 4 月より



担当利用者 アセスメントシート	
利用者名	生年月日
要介護度	入所日
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> V	R2.●●
本人の思い・希望	
歩けるようになりたい。	
既往歴	生活歴 (仕事、家族、趣味、好物、習慣)
・多発性肋骨骨折 H30.10.29 ・外傷性クモ膜下出血 H30.10.29 ・てんかんH31.2 ・心臓機能障害にてペースメーカー H27 ・糖尿病 ・高血圧症	●●生まれ。結婚を機に山形へ。長男夫婦、孫3人、6人家族で自立した生活を送られていたが、平成30年、運転中に交通事故。
身体状況 (麻痺・硬縮等)	精神状態・認知症状・意思の伝達
身長 体重 56.8 左片麻痺	精神状態は落ち着いている。動作はゆっくりではあるが、協力動作も見られ、食事も自力で全量摂取。認知症状はあるも、自分の訴えをしっかりと伝えることが出来、意思疎通可。周囲の方々や職員との会話を楽しまれている。以前は帰宅願望がたまに見られたが、最近はほとんど聞かれず。随時、訴え時の家族との電話対応で落ち着いて過ごせている。
家族・他者交流	その他
食事の際、同じテーブルの方々や談笑されたり、ショート利用者と居室で話されている。随時、ケアマネの所に行き、家族と電話している。	
起居動作 (寝返り、起き上がり、座位保持、立ち上がり)	
・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・寝返りは介助必要。起き上がり時、柵に揺まり起き上がろうとするも、最後まで上がらず介助必要。座位保持、立ち上がりは柵に揺まりながら自力で行える。	
移乗 (車椅子からベッド・トイレ・椅子への移乗動作、イスや車椅子・柵の位置)	
・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・柵や手すりなど掴まるものがあれば、動作はゆっくりではあるが、見守りでの移乗が可能。	
移動 (歩行状態、移動に使用する福祉用具、移動時の介助の必要性)	
・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・車椅子を自操しての移動可能。	
整容 (洗顔、整髪、口腔ケアの方法と道具、うがいの可・不可、義歯の取扱い)	
・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・物品の準備を行うと自力で可能。入所時は、義歯がうまくはめられなかったが、現在は自力ではめ外し可能。	
食事 (食事形態、食欲、ムセリ、食事の際の注意点、食事の際の姿勢)	
・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・主食 軟飯 副食 荒刻み大盛 汁 普通にて提供。食事は自立され全量摂取。嚥下機能問題なく、ムセリ等なく摂取。アレルギー、食べこぼし無く摂取可能。	
排泄 (日中・夜間の方法、使用する道具、声がけ・スポンの上げ下げ・拭き取り等の介助)	
・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・日中は、本人の訴え時にトイレ誘導。手すりを使い、つかまり立ち可能。ズボンの上げ下げは介助にて実施。排泄後の拭き取りは職員対応。夜間は、オムツ使用にて対応。	
入浴 (上衣・下衣の着脱、洗体・洗髪について、感染症の有無による入浴の順番)	
入浴形態 個浴 バンジー浴 ユニバス浴 特殊浴 ・衣類の着脱は脱着時の協力動作あり。洗髪は介助にて実施。洗身は右手が届く範囲で実施し、その他については介助。	

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
落とし
込み期

介護過程
実践期

- 令和3年3月末までに、LIFE スタートにあたり、算定可能な加算について、施設長、生活相談員、ケアマネジャー、部長での会議を実施した。
- 他専門職（看護師、栄養士、理学療法士）とLIFE 算定についての会議を実施した。
- 令和3年4月、現場介護職員へ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。書き方や観察ポイントなどを絞って説明し、不慣れな介護職員でも取り組みやすい工夫やフォローを行った。
- LIFE 入力に必要な情報収集を各居室担当介護職員に実施させた。
- 施設独自のアセスメントシートを作成した。
- 介護リーダーに対してアセスメントの意義についての勉強会を実施した。
- 介護リーダーは介護職チームの中から経験年数の違う介護福祉士2名を選び、事例利用者のアセスメントを実施させた。
- 介護職チームでアセスメント結果をもとに介護職ミーティングを開催し、介護目標を決める機会をつくった。
- 介護リーダーは利用者像の再確認をし、機能訓練指導員指導のもとに介助方法の見直しを行った。こうした実施の中での変更や改善はミーティングや申し送りノートで介護職チームに伝達を図り、必要に応じて介護リーダーが指導を行った。

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、
外傷性クモ膜下出血、
糖尿病、高血圧症

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

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、ユニットリーダー）

【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

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 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めず、粒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な介護が行われていた。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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、より詳細な支援に変更や改善して進めることができた。● 介護職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ミーティングを開催したことで、介護職員が同じ目標と支援内容に沿った統一的な介護を実践することができるようになった。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 情報を共有する仕組みが不十分なために、介護職員が意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職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。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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“歩けるように”なってきている。
- 職員が同じ援助対応をしてくれるようになったことで、利用者には歩く機会が承認されているという自覚が芽生え、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、職員から励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

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 主訴：「歩けるようになりたい」 ● 起居動作：一部支えと手すりつかまりにて起居可。つかまり立位保持可 ● 移動：車いすにて自操 歩行機会は理学療法士による訓練時のみ ● 排せつ：排尿、便ともに職員がふきとり対応。夜間はおむつにて定時交換対応。 ● Vitality Index リハビリ・活動 【促されて向かう】評価 1 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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狙い、介護リーダーは介護職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。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 短期目標： 普段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。 起居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： 支援担当を決め、居室から食堂まで移動する。1 日 1 回は歩行器を使用し、見守りながら歩行する。 ● 夜間はトイレ誘導を行い、トイレへの歩行を介助し、排せつを促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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などを周知した。
実施	<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、居室から食堂間は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促しを行ったが、オムツ内排せつに留まっている。 ● 実施から一週間ほどで、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、腰を浮かせて尿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っていないと考え、利用者と確認して高さを調整。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励ましの声をかけるようになった。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 発言：「歩けるようになってきた」「歩けるようになったから、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、ふきとり可能になってきた。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い。

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
- 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 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 2 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」を分数表記から%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）、他職種の 3 つに分類し、非常勤職員など全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、居室担当者間の勤務調整を毎月 1～10 日の間で調整している。

※PNS 制度：パートナーシップナーシングシステムの略で看護師がペ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応用。

◆ 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追いやすく、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なった。
- 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。
- 介護目標の修正はポジ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などの量をどのように 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 の数値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の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者カンファレンスの頻度や時間に差が生じている。介護過程のシステム及びその質に関する評価が所属長の匙加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 より組織的且つ質の向上を図るため、「観察視点の共有」を狙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るための基準書、マニュアル作成。

評価表

評価日	10月12日	10月18日	10月25日	11月1日
項目	起床	食事	排泄	リハビリ/活動
評価	5	3	3	5
合計	19	23	0	0

利用者名	R3.10.12	R4.1.18		
①日常的な物事に関心を示さない。	2	2		
②特別な事情がないのに夜中起きた。	0	0		
③特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける。	0	0		
④やたらに歩きまわる。	0	0		
⑤同じ動作をいつまでも繰り返す。	0	0		
⑥同じことを何度も何度も聞く。	0	0		
⑦よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする。	0	0		
⑧昼間寝てばかりいる。	3	3		
⑨口汚くのしる。	0	0		
⑩端っこあるいは季節に合わない不適切な服装をする。	0	0		
⑪世話をされるのを拒否する。	0	0		
⑫物をため込む。	0	0		
⑬引き出しやタンスの中身をすべて出してしまう。	0	0		
合計	5	5	0	0

0:まったくない
1:週1回程度ある
2:週3回程度ある
3:週5回程度ある
4:ほぼ毎日ある

Vitality Index

転倒スコア

項目	評価日	評価日	評価日	評価日
意思疎通	10月12日	1月18日		
起床	5	5		
食事	3	3		
排泄	5	5		
リハビリ/活動	3	5		
合計	19	23	0	0

【評価基準】

自発的に行う(訴えがある)	5点
促すと行動に移す(訴える)	3点
意欲、反応がない。拒否がある。	1点

項目	評価日	評価日	評価日	評価日
転倒スコア	10月12日	1月18日		
転倒回数	3	3		
転倒回数(転倒骨折を含む)	0	0		
「転ぶかも」と感じるあなたの数(0-3)	4	2		
Vitality Index	3	3		
転倒項目	4	5		
特別な事情がないのに夜中起きた	0	0		
やたらに歩き回る	0	0		
同じ動作をいつまでも繰り返す	0	0		
同じことを何度も何度も聞く	0	0		
世話をされるのを拒否する	0	0		
物をため込む	0	0		
引き出しやタンスの中身をすべて出してしまう	0	0		
合計	15	13	0	0

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

- 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設定。
- 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現行システムを修正。
- 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。

現場への 落とし込み期

- 介護科長、介護係長で既存の介護過程システムを崩さずに 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。
- 各種日常記録も 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)を行いながら適時修正を図った。

介護過程 実践期

- 日常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○をつけるだけであるため、業務負担を感じずに実践できた。
- 3か月評価の最下段に「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い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

【介護職チーム】

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、評価軸がぶれてしまうことが多かった。● 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。● 表現が曖昧であることから評価→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。
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。

◆ 介護職チーム・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、質の向上につながらないことがここ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、根拠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。

◆ 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てるようになった。
- 利用者からは「こんなに疲れと思わなかったけど、歩いてよかった」と言葉をいただく。
- 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供することで、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ている。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者のニーズ： 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けするが前傾している認識はない。 ● ㊦ 離床時間は 12 時間程度。 基本的に読書やテレビ観賞。 他利用者との交流は多くなく、自分の時間を望んでいる。 ● 離床時間に対し、活動時間が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 居室担当の介護職ペアによりアセスメントを実施した。 ● 介護職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。 ● 介護職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いす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。
計画立案	<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る。 ● 個別介護計画 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護目標：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る。 ● 支援内容 <ol style="list-style-type: none"> ①生活内の移動は車いすを使用。 ②食事時に通常いすに移乗。 ③食後、食堂→談話へ移動する際、歩行器を使用して歩行。 ④前方、後方の計 2 名で付き添う。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 居室担当の介護職ペ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、利用者の体格に見合った歩行器にした。 ● 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、体重変動については栄養士と確認しあうことに決定した。
実施	<ol 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かける職員 1 名で実施し、転倒を防止した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 介護職チームは歩行時の身体の傾斜なども併せて確認を行いながら実施した。 ● 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日常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。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦ 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、今後は食後以外での歩行を検討していく。 ● 歩行を行う上で傾斜も見られず、安定していた。 ● ㊦ DBD13：実施前→5 実施後→5（変化なし） ● ㊦ Vitality Index：実施前→19 実施後→23 ● ㊦ 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"> ● 居室担当の介護職ペアがモニタリングを実施した。 ● 介護職チームは歩行状態等に関しては日常的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充実度を利用者聞き取りした。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。

※㊦=LIFEの取り組み

実践2 支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり

◆ 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

【介護職チーム】

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：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、評価軸がぶれてしまうことが多かった。● 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。● 表現が曖昧であることから評価→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。
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。

◆ 介護職チーム・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、質の向上につながらないことがここ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、根拠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。

◆ 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辿り着き、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るようになってきている。
- 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と予測しているため、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

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦ 食事は 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。 ● ㊦ 体重は 10 月現在で 39.5 kg。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"> ● 居室担当の介護職ペアによりアセスメントを実施した。 ● ㊦ 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、利用者が慕われてたこと、面倒見がい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。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン <ul style="list-style-type: none"> ・短期目標：体調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 40 kg 以上を維持できる。 ● 支援内容 <ol 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 2 kg の変動があった場合、捕食を検討する。 ④10 時に家族差し入れの間食を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーは施設の食事だけに目を向けず、数字に表せない間食での安定的な摂取を図ることを目標とした。 ● 居室担当の介護職ペ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が低下しないかを確認し、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。
実施	<ol 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。 ②50%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期間中に大幅な体重減少なく、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ゼリーなどを多めに持ってきていただくお願いをした。 	<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据え、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、すぐ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。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦ 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 39.5 kg→39.3 kg と横ばい。今後も経過観察が必要。間食は毎日全量されている。 ● ㊦ DBD13：実施前→17 実施後→13 ● ㊦ Vitality Index：実施前→9 実施後→13 ● ㊦ 転倒スコア：実施前→7 実施後→8 	<ul style="list-style-type: none"> ● 居室担当の介護職ペ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認識し、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はたどりついていないが、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つたと推測した。

※㊦=LIFE の取り組み

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
- ⑦①～⑥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、介護リーダー発信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「最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エビデンス構築をした。

◆ 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、利用者の状態像の理解が深まった。
- 毎月、Barthel Index や栄養ケアマネジメントに触れる中で、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減らし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。
- 知識を得ることと客観的な数値を読み解くことにより、仮説を立てられるようになった。
- 数値を追うだけでなく、介護職員は実施したケアのアウトプットとして数値を読むようになった。
- 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見直すことができ、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力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、こころ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講者以上であるが、医療的な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まだ介護職員一人ひとりの知識量が乏しいため、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。多職種との差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、介護職員が資格取得はもとより、研修参加に意欲的になった。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にしたい。

◆ 施設・事業所概要（令和3年12月時点）

法人名：社会福祉法人 小田原福祉会
所在地：神奈川県小田原市
開設年月：昭和53年5月
定員：100名 従来型
介護職員：54名（うち介護福祉士34名）

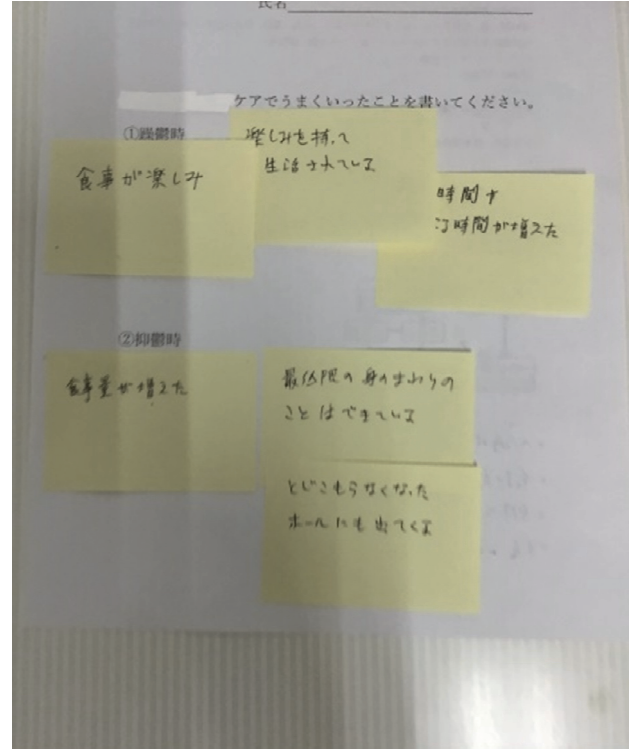
LIFE 取組：科学的介護推進体制加算（Ⅱ）
個別機能訓練加算（Ⅱ）
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）
自立支援促進加算
栄養マネジメント強化加算
口腔衛生管理加算（Ⅱ）
※令和3年4月より



◆ 新たな取組の具体的資料等



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

LIFE 導入 決定期

- 部門役職者会議（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、短期入所役職者）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、データオーナーをはじめ、ケアチームの構造化に着手した。

現場への 落とし 込み期

- 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、どの加算に誰がデータオ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講修了者以上であることから、介護過程は理解している。

介護過程 実践期

- 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で、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。

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代より繰り返されている

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

介護職：16名（うち介護福祉士11名）
介護リーダー：8年目（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

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 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ない。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、実践する力が必要。
↓	
取組後の変化	<ol style="list-style-type: none">① 共通の指標、基準を介護職員で共有できたことで、情報の客観性が増し、アセスメントの精度向上に寄与した。② 睡眠時間や食事量と状態像の連動といった精度の高い根拠に基づくアセスメントができるようになった。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 介護職チームの課題 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 現認する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	<ul style="list-style-type: none">● 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

- 元々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認識が乏しかったが、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。紙ベースで記載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

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事量の状態、ADL、睡眠状態に着目した。 ● 主訴：「元気に過ごしていきたい。」 ● 食事量：主菜 100%、主食 100%。抑うつ時は食事量にばらつきがあり、50%以下が 10 日以上続く傾向にある。 ● 躁うつ状態の時には、睡眠時間が減少し、抑うつ状態の時には食事量が顕著に低下していることがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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もとに、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。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 躁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 ● 短期目標： 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方の工夫） ● 支援内容： 栄養の低下から動くエネルギーが減少してという仮説のもと、食事量が増えるよう、声掛けを行う。食事摂取量の改善がケアのアウトカム評価とした。 	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメント開始から 2 週間目にケアカンファレンスを開催。介護職チームで評価・支援計画書を記入する中での気づきや、情報共有、支援内容の具体案検討を行った。 ● 介護リーダーはケアカンファレンスでの介護職チームの意見を多職種連携会議でケアマネジャーら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同席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眠り 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職チームで確認共有した。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事については利用者の食べたいときに合わせて提供した。 ● 介助の有無を利用者に確認してからケアを行うことを統一した。 ● 抑うつ時には、利用者の状態に合わせて、特に精神状態に気を配りながらケアを実践した。 ● 躁うつ時には、利用者の気持ちを察しながら、特に体力面や集団生活へ順応できるように支援した。 ● 現場では、記録だけでなく、利用者の精神状況などについても、日々のミーティングや申し送りでも確認を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 毎日の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、利用者の些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、利用者への着眼点が個人からチームに広がった。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメント時との数値の比較。 ● 躁うつ時と抑うつ時の食事量を比較し、実施半年後には躁うつ時・抑うつ時に関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、気分の高揚などにより、躁うつ時に排せつの失敗がみられることが分かり、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の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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 実施結果から再プランを行った。 ● 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）が向上できるよう声かけに取り組んだ。

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

◆ 施設・事業所概要（令和3年10月時点）

法人名：社会福祉法人明翠会
 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（Ⅱ）
 個別機能訓練加算（Ⅱ）
 ※令和4年2月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 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様式に改訂した。
- 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。看護職員は基本情報・健康状態・目標設定を担当し、介護職員は訓練項目を担当した。
- 「個別機能訓練実施表」に記載するプログラム内容を、「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連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月の調整を行った。
- 「気づきカード」を、生活全般から機能訓練時の気づきに的を絞ることで、日々の小さな成果を可視化し、職員の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な関わり方が増え、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シフト調整が課題。
- 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。
- （コロナ禍において）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、評価し点数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足するなど、ルーティン化しないような仕掛けづくりが必要。

◆ 新たな取組の具体的資料等

生活状況の確認表

モニタリング・プラン評価表

生活状況の確認表

氏名 ○○ ○○ 性別 ○

〒○○○○-○○○○ ○○市○○区○○ ○○丁目○○番地○○

担当 ○○ ○○

【生活状況の確認】

氏名	性別	年齢	身長	体重	BMI	血圧	血糖値	脂質	腎機能	肝機能	呼吸器	循環器	消化器	泌尿器	神経系	精神状態	社会生活	介護状況	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

【モニタリング・プラン】

項目	内容	担当者	実施日	実施状況
1
2

【備考】

記入例：...

モニタリング・プラン評価表

氏名 ○○ ○○ 性別 ○

〒○○○○-○○○○ ○○市○○区○○ ○○丁目○○番地○○

担当 ○○ ○○

【モニタリング・プラン】

項目	内容	担当者	実施日	実施状況
1
2

【評価】

項目	達成率	評価
1
2

【備考】

記入例：...

個別機能訓練実施表

個別機能訓練実施表

2022年（令和6年）1月～3月

氏名 ○○ ○○ 性別 ○

〒○○○○-○○○○ ○○市○○区○○ ○○丁目○○番地○○

担当 ○○ ○○

【個別機能訓練】

項目	内容	担当者	実施日	実施状況
1
2

【備考】

記入例：...

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、各計画書の連動性を高めるため、しゅみの構築と有効性を考慮し、算定する加算を決定した。
- 候補とはしたが算定保留となった「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。
- 強化したいケアとして「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※が新しい様式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）。
- 新様式の書類導入による戸惑い（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見本を作成し、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、事務作業の簡略化を行った。
- データ入力を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む際、伴走的に支援し個別ケアを推進するキーマン

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年前にくも膜下出血を発症、
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

【介護職チーム】

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年
（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	<ul style="list-style-type: none">● 課題の捉え方が主観的で根拠の説明が乏しい。● 「できること」への意識が低く、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追えていない。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● LIFE 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で、活用の頻度が増え、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。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 個別ケア推進コーディネーターの介護職員への支援は、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、各職員の実力・性格を把握した上での、効果的な関わり方の選択が十分ではない。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● LIFE 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。LIFE を取り入れたことで、評価項目の整理や補足（意味付け）、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を意識しながら、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、ストレスにならないよう、介護職員が利用者の視点にたっ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います。
- LIFE 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年間の生活を見据え、どのように介入するべきかを考えた。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。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<p>※ ㊦「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 BPSD 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。</p> <p>※ 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、そのために解決すべき課題は何かを検討した。</p> <p>①健康状態：良好（内服コントロールできている） ②心身機能：右片麻痺・失語症（簡単な返事であれば可能） 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。個人の性格や価値感は捉えきれていない。</p> <p>①～⑤を踏まえ、発語による意思の確認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増やす鍵になると分析した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 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べき目標の確認を行った。
計画立案	<p>※ アセスメント結果から、「利用者の意欲を引き出し、活き活きと生活を楽しめるようになること」を目指し計画を立案。「会話ができる」ことを長期目標とし、各短期目標を設定した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、返答しやすいように配慮する。②多肉植物の水やり等の支援。 ● ㊦個別機能訓練計画書： <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期目標：「右腕（麻痺側）を使用する」 ・ 訓練内容：③両腕を使えるようになるために、右手も使いおしほりをたたむ。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● ㊦「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	<ul style="list-style-type: none"> ● 実施内容①：利用者のストレスにならないように表情の確認を行い、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コミュニケーションを大切に実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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より有効なケア内容を随時検討した。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦実施内容①②の実施率 100%③74%。職員との関わりが増えたが、表情の観察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ばれている。全体的に主体性はまだみられない。 ● ㊦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、食事時に麻痺側で器を持つ（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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦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も一緒に確認した。 ● ㊦LIFE の評価が全職員同水準で行えるように、評価者によって生じる違い（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。

※㊦=LIFE 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
- 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

- これまでの日常生活評価表（ADL 評価表）の「見守り」「一部介助」の項目にどのように介助や見守りが必要なのかを書き込むスペースをつくり、介護職員が細かくアセスメント行い記入できるよう書式を変更した。
- 利用者の思いや望む暮らし等を収集するために、施設独自のアセスメントシート「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の勉強会を実施した。
- 介護福祉士に対し、介護福祉士の役割や介護過程の展開を中心に研修会を実施した。
- 食事をしやすくす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細かく観察しなければ、入力すべき項目に入力できないことに気づいた。
- LIFE の入力項目の離床時間・活動の内容や日々の過ごし方を照らし合わせることで、離床時間の長さに見合った過ごし方をしていない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てでき、LIFE 活用が介護過程につながっていることを再確認することができた。
- 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しまっている。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士のアセスメントの力にばらつきが出ている。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。
- 介護職員は利用者をより深く知るために利用者に関わるが増え、利用者との信頼関係の構築ができていくため、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 60 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（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



年 月 日

《 日常生活評価表 1 》

(フリガナ)
利用者の氏名: 男・女 生年月日: 前・大・中 年 月 日 (才)

入居日 年 月 日
介護度要支援要介護: 1・2・3・4・5・申請中

ADL: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症度: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V

移動方法: 独歩・杖歩行・歩行者・車椅子・リクライニング式車椅子

移居方法: 自立・一部介助(誘導・見守り)・全介助・その他
*介助を要する部分:

転下環境: 良・やや困難・不良
*低下がみられる部分:

食 糧: 常食・流食食・食中毒・糖尿病食() kcal・経管栄養

食事形態: 主食: 米飯・全粥・粥ゼリー・パン
別食: 常食・一口大・刻み・極細み・ペースト

食 具: はし・スプーン・フォーク・自衛食器・その他()

とろみ: 無・有(とろみの強さ:)

アレルギー:

禁止食物:

私の思いシート

○「私」の中の気持ちを書いてください。
※「私」どんな気持ちで暮らしているかを書き込んでください

私の生活は？

ずっと自宅で小さな施設を営んでいた。60才頃から体調を崩すようになったが、退院後施設に置いてもらう準備を始めていた。73歳の時に二人施設。息子と二人暮らしとなる。85才。自宅で退院してしまえば、退院後の生活も難しくなる。認知症の悪化も懸念される。食事量も減らなくなり、生活のペースが崩れてきた。なった。息子様がいよいよ介護を要するようになった。入居施設を探して、息子様と同居するようになった。退院への準備を進める。

私のなじみの場所は？

生まれも育ちも町。自宅で小さな施設を営んでいた。退院後の生活も懸念される。退院後の生活も懸念される。退院後の生活も懸念される。

私ができることは？

両手を動かして寝ることに対して、満足すること。満足すること。満足すること。満足すること。

私が大切にしているものは？

息子様
可愛い娘のちゃん
可愛い犬

私のできないことは？

食事を食べる動作ができない。食事を食べる動作ができない。食事を食べる動作ができない。食事を食べる動作ができない。

私の不安や不満、悲しみは？

ずっと一緒に暮らしてきた息子に
可愛い娘のちゃんや可愛い犬の
介護を要するようになった。退院後の生活も懸念される。退院後の生活も懸念される。

私の病状は？

認知症
糖尿病
高血圧
脂質異常症
関節炎

私が嬉しい、楽しいと思うことは？

今はない

私が寝て暮らしたい？

家に暮らして、退院後の生活も懸念される。退院後の生活も懸念される。退院後の生活も懸念される。

氏名: 姓 氏名
住所: ○県○市○区○丁目○番○号

生年月日: 昭和○年○月○日
介護度: 要介護○
認知症介護自立度: IV
障害者自立度: 5-2
身長: 4.0 m
身長: 158 cm
BMI:

《 日常生活評価表 3 》

聴 力: 普通・何となく聴取・大声のみ聴取・殆ど聞こえない・聞こえない・補聴器使用
*介助を要する部分

視 力: 普通・1m程度・目の前のみ・殆ど見えない・見えない・眼鏡使用

麻 痺: 無・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・四肢・その他

拘 縮: 無・有(部位:)

装 具: 無・有()

褥 瘡: 無・有(部位・大きさ:)
処置内容()

皮膚トラブル: 無・有(状態:)

嚥 食: 嚥食・誤嚥・不嚥・経管栄養・その他()
嚥食補助: 無・有(薬品名:)

センサーの使用: 無・有(使用品名・理由:)

認知症の行動・心理症状(BPSD): 無・有(徘徊・暴言・暴力・異常・幻覚・妄想・不眠・大声・不潔行為・介護拒否・感情失調)

転倒リスク: 無・有
*どのようなリスクがあるか:

意思の疎通: できる・曖昧・できない
*できないと考えられる理由:

障 害: 無・有(音声不聴・発声不順・失語症・構音障害・見当識障害・記憶障害・失認・空間無視・実行機能障害)

インスリン・血糖測定: 無・有(単位数:) 無・有(朝・昼・夕・就寝前)

吸 引: 無・有(頻度:)

《 日常生活評価表 2 》

排 泄: 尿意: 無・有・尿味 便意: 無・有

排泄方法: (日中) トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・その他
排泄介助: 自立・一部介助(誘導・見守り)・全介助
*介助を要する部分:

排泄方法: (夜間) トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・リハビリパンツ・パット
排泄介助: 自立・一部介助(誘導・見守り)・全介助
*介助を要する部分:

入浴方法: 一風呂浴・機械浴・湯入浴・ストレッパー浴・シャワー・その他
入浴介助: 自立・一部介助(誘導・見守り・洗髪・洗体)・全介助
*介助を要する部分:

着 脱: 自立・見守り・一部介助・全介助
*介助を要する部分:

洗 身: 自立・見守り・一部介助・全介助
*介助を要する部分:

着 の 様 子: 自衛: 無・有(どれくらいあるか:)
履 履: 有・無
口顔ケア: 自立・見守り・一部介助・全介助
*介助を要する部分:

整 容: 整理: できる・できない 居残り: できる・できない

立位保持: 可能・つかまれば可能・不可能・その他
*介助を要する部分

搬 送: 可能・つかまれば可能・不可能

起 上 り: 可能・つかまれば可能・不可能

立 上 り: 可能・つかまれば可能・不可能

座位保持: 両足がついた状態: 可能・手で支えて可能・可能(両もたれ)・不可能

トースター: 押せる・押せるが難しい・押せない

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
落とし
込み期

介護過程
実践期

- 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、どの部署が担う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評価される。そのプロセスを具体的にするため、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横に張り付けそれを見ながら入力できるようにした。
- LIFE の入力自体に苦手意識の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などを一緒に考え作業を行うことで慣れていくようにした。
- パソコンの数に限りがあるため、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。

「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、
逆流性食道炎、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

【介護職チーム】

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年（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視点、考え方の勉強会を実施し理解を深めたことで、アセスメント力が上がり、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。● 介護職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。

◆ 介護職チーム・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不足、ケアの根拠を介護職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信力が乏しいため、介護職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職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、介護職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。● 身体的なものだけでなく、利用者の思いも含めた細かなアセスメントを介護職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、家族ともに何もできなくなったとあきらめていたが、介護職チームの積極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

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アクセスメント	<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度傾斜をつけベッド上で全介助。摂取量は少なく栄養状態も悪い。 ● 口がしっかり閉じない。口腔内の舌の動きが悪い。口に入れば飲み込めるが、咀嚼のたびに口角から出てしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦「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職チームに説明会を行った。利用者についてのカフェレンスを行い、介護職チームはそれぞれの記入を行った。 ● 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評価を一緒に行った。
計画立案	<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 <ol 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い、口腔内の機能を向上させ、食事がしっ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堂で他の利用者と一緒に食事をするができる。 ③食具を持ち、自分で食事を口に運ぶことができる。 	<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、ケアの際は利用者に説明しながら行う。 ● 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ポジショ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。
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に行った。 ● リクライニング車いすで離床し、様子を見ながら角度を上げていくようにした。 ● 食事をスプーンに乗せ、自分で持ってもらい、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提供時間をずらし1対1でケアできるようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーが毎週月曜日に先週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実施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職チームができるようにした。 ● 介護職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ベッド上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ポジショニングも考え、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、嚥下の様子を確認しながら進めた。 ● 終了後に様子を細かく記録した。
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。 ● 介助皿や先曲がり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粥、ごく刻み食にアップすることができた。 ● 今後は自宅で過ごすことができるように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なっ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、介護職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自助具の相談をした。 ● 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。

※㊦=LIFE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
- ④ 介護リーダーの役割を周知・明示した
- 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

- 1) 取り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。
 - 介護職員への取り組み理解度（介護過程・LIFE・課題）についてアンケートを実施した。
 - 取り組み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録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り組みに対する介護福祉士の役割について理解の周知を図った。

◆ LIFE 活用の効果



- 排せつ支援計画書や褥瘡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、関わることができた。
※ケアプラン > 個別介護計画書 > 排せつ支援計画書 > 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意識づ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うきっかけづくりとなった。
※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、具体的な取り組みについては、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。

サービス担当者 会議録 会議日 2022年 11月 1日

氏名 〇〇〇 介護 〇〇 介護 〇〇 認定 〇〇年 〇〇月 〇〇日

会場名 〇〇〇 介護 〇〇 介護 〇〇 認定 〇〇年 〇〇月 〇〇日

参加者 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

議題 〇〇〇

経過 〇〇〇

結果 〇〇〇

その他 〇〇〇

出席者 〇〇〇

欠席者 〇〇〇

進行 〇〇〇

議事録 〇〇〇

議決事項 〇〇〇

その他 〇〇〇

個別ケア計画 立案日 令和 3 年 11 月 1 日 no. [3]

実施 氏名 〇〇〇 様 入居日 R3 年 〇〇月 〇〇日

課題 トイレの汚染等、食の周りの生活動作が安定して行えるようにしたい。

目標 排泄用トイレでの排泄が安定して行える。

項目	実施方法と留意すること	実施すること	評価 (〇/×) : 経過
食事	食卓・食器200cm 清潔・乾	〇/〇	〇/〇
	セッティング	〇/〇	〇/〇
	食器類、水出しの清潔	〇/〇	〇/〇
	〇〇〇	〇/〇	〇/〇
	〇〇〇	〇/〇	〇/〇
	〇〇〇	〇/〇	〇/〇
排泄	毎日 入浴(シャワー)、中パッド	〇/〇	〇/〇
	2階、前室トイレ設備	〇/〇	〇/〇
	居室状況確認、便などがあれば、ナースへ報告	〇/〇	〇/〇
	3階トイレ設備あり、異音発生	〇/〇	〇/〇
	1. 3階トイレ設備あり	〇/〇	〇/〇
清潔	入浴 設備	〇/〇	〇/〇
	拭き・脱衣 設備	〇/〇	〇/〇
	〇〇〇	〇/〇	〇/〇

排せつ支援計画書（付表）

サービス担当者会議録 (継続判定会議録)

議題 〇〇〇

経過 〇〇〇

結果 〇〇〇

その他 〇〇〇

出席者 〇〇〇

欠席者 〇〇〇

進行 〇〇〇

議事録 〇〇〇

議決事項 〇〇〇

その他 〇〇〇

排せつ状態に関するスクリーニング・支援計画書

氏名 〇〇〇 介護 〇〇 介護 〇〇 認定 〇〇年 〇〇月 〇〇日

排せつ状態	排便回数	排便時間	排便場所	排便内容	排便回数	排便時間	排便場所	排便内容
〇〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
〇〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
〇〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
〇〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇

変更の必要ありを明示した場合は、対応を要す。

注：この会議は、介護支援センター、介護福祉士、介護士、介護職員が行う。

排せつ支援計画書（付表） 評価と課題分析・持ち直し状況

① 1か月後評価 (11/27)

（実際に行った支援の内容と3ヶ月後の見込みとの差異・各協議からの意見）

- 課題：排便回数減少、排便時間延長、排便場所変更、排便内容変化
- 対応：排便回数増加、排便時間短縮、排便場所変更、排便内容改善

② 2か月後評価 (12/25)

（実際に行った支援の内容と3ヶ月後の見込みとの差異・各協議からの意見）

- 課題：排便回数減少、排便時間延長、排便場所変更、排便内容変化
- 対応：排便回数増加、排便時間短縮、排便場所変更、排便内容改善

③ 3ヶ月後評価 (1/23)

（実際に行った支援の内容と3ヶ月後の見込みとの差異・各協議からの意見）

- 課題：排便回数減少、排便時間延長、排便場所変更、排便内容変化
- 対応：排便回数増加、排便時間短縮、排便場所変更、排便内容改善

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 落とし込み期

介護過程 実践期

- 施設責任者会議にて取り組み実施を決定した。
- 介護リーダーを中心に情報を収集し、導入可能な取り組みを決定した。
- 介護リーダーが中心となり、必要な様式と暫定的な担当者の決定と見直しの時期を設定。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（集団研修・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って行うように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り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、
マロリーワイス症候群、変形性腰椎症、
両側水頭症、尿路感染症 等

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

介護職：介護福祉士 10名
介護リーダー：14年（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：プリセプターシップ制度

【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根拠が弱い。居室担当（受け持ち）の役割が明確になっていない。計画立案後の働きかけが弱い。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">居室担当の働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職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、担当の働きかけによっては実現が可能と考える）。

◆ 介護職チーム・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、記録の残し方、リーダーシップ等）に応じて介護リーダーが割り当てている（4～8名）ため、偏りが大きい。介護過程の理解（経験が浅い、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職チームへ働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

- 介護職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見守りへ、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。



LIFE の理解を深める学習の様子

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アクセスメント	<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。 ● 既往歴が多く体調が安定せず、利用期間も1年と長い。 ● 排せつ：日中一部介助、夜間一部介助 ● 依存が強く、できる動作と行っている動作が異なる。 ● 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"> ● ㊦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へ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。
計画立案	<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"> ● ㊦評価の時期を以下に設定した。 ● ㊦排せつ支援計画書（付表）『新様式』① 毎月第4土曜日 ● ㊦排せつ支援計画書『標準様式』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『既存様式：短期目標』 随時～3か月 ● 個別介護計画『既存様式：長期目標』 随時～6か月 ● ㊦介護リーダーと居室担当で働きかける。
実施	<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%ほど自身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にて確認し、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いるか確認し、介護職チームに協力を求めた。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● ①排せつ：日中自立、夜間見守り、②排尿に血液まじる、経過観察必要、③100%達成。 ● 利用者からは、依然として不安であるとのことだが、家には帰りたいから頑張るよとも話された。 ※今後も成功体験を積み重ね、利用者が自信を持てるよう取り組みを継続する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦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） <ul style="list-style-type: none"> ・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% <p>※記録率：30日÷有効記録×100＝達成率%</p>

※㊦＝LIFEの取り組み

- 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
 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
 実践 3 著しい BPSD が改善するまでの関わり

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し管理することで、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。
- 既存の職種別、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実施、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減り、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るようになり、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、やりがいを感じられるようになった。

◆ 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
 自立支援促進加算
 ※令和 4 年 2 月より





◆ 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き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きけるかを組織内で検討中である。

◆ 新たな取組の具体的資料等

①排泄支援計画書作成までの流れ

1. リハビリ関与し、情報(ケース内容)を排泄情報ファイルへ
2. CWが情報記入(サー担当日までの情報)
3. 情報整理、各職種との話し合い
4. 排泄支援計画書の立案
5. 排泄支援計画書を各職種に確認してもらう(印鑑)
6. CMが訂正や付け足しを行い計画書を作成(排泄情報ノートへ)

※計画書の確認とサイン

排せつ支援マニュアル

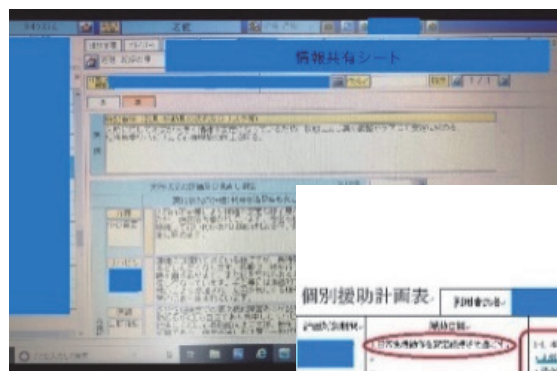
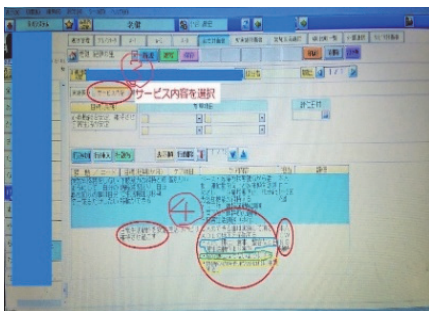
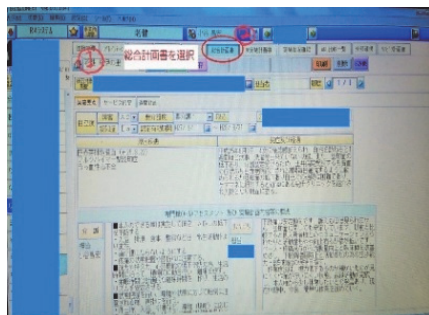
2. CWが情報記入(サー担当日までの情報)

記入内容：リハビリ科の情報通りできたか、替えはあったか、場所が分かるのか、立ち上がりはどうか、置換動作はどうか、ズボンの上げ下ろしはどの程度出来るのか、パッドは適正か、濡れなどあるか、車椅子のブレーキを行うかなど

※書いて悪い情報は無い送らばいいです
※毎日CWが毎日球票に書けるわけではない為、少しでも多くの情報を提供してあげましょう。

※情報記入者確認時分かるように必ず名前を明記して下さい。

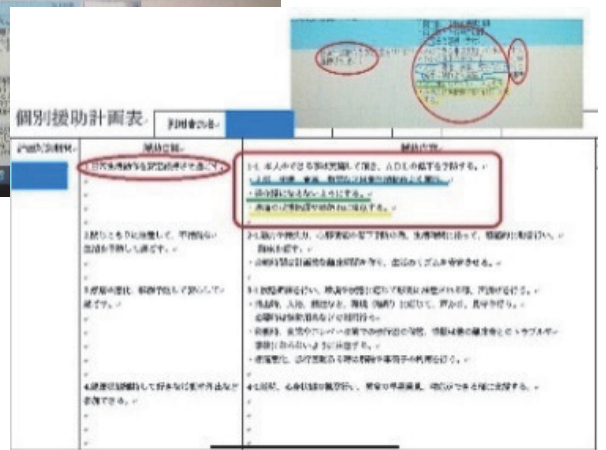
個別援助計画モニタリング委員会



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。
- 施設長から支援相談員・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。

現場への 落とし 込み期

- 役職者・専門職に対し、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、計画や目標の確認、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チェック機能を持っ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。

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

【介護職チーム】

介護職：30名（うち介護福祉士28名）
介護リーダー：9年（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無くなり、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。

◆ 介護職チーム・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、広く薄く関わる形になり、さらに一步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伝えるようになった。

◆ 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である排せつも自宅に対応できるレベルに状態が改善し、家族が大変喜ばれた。
- 利用者は取り組み成果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励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。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<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うになってほしい。 ● 排せつ：入院先では、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。 ● BPSD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"> ● ㊦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。
計画立案	<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車いす移譲ができる。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もらい、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"> ● 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。 ● ㊦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。
実施	<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、必要に応じた支援を行った。 ● 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職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。 ● ㊦介護職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。
評価	<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・習慣の獲得につながった。 ● 約1か月で③車いす移譲が可能となり、1か月半で安定的に行えるようになった。 ● 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"> ● 定期的な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。 ● 情報集約の徹底と、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、利用者の状態像に応じた支援内容に移行することができた。

※㊦=LIFEの取り組み

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、妄想性障害、
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

【介護職チーム】

介護職：30名（うち介護福祉士28名）
介護リーダー：4年（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無くなり、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。

◆ 介護職チーム・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、広く薄く関わる形になり、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">● 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、自然と介護職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っていないが経口摂取が安全に行えて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、その反応が介護職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社会を感じられる環境で生活ができるようになった。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 主訴：「元気になりたい。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、無表情、生活全般に自発性乏しい。 ● 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：自歯。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"> ● 入所後一週間で、介護職員、他専門職による情報収集を電子カルテ、排せつ支援情報ファイル等に集約した。 ● 介護リーダーはそれらの情報をもとに、アセスメントを行った。 ● 在宅復帰を目標に、積極的な働きかけを中心とし、飲食時をメインに日常生活における関わりを増やし、利用者の意欲向上と栄養状態の改善を図り、全体的な自発性の獲得を目指す必要がある。
計画立案	<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が量が増えること ● 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探索。 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車いすからの立ち上がり練習を行い意欲向上を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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、個別援助計画を作成した。 ● 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職員に周知した。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事では、必ず毎回の献立を説明し、嗜好も同時に観察した。 ● ムセなどがなく、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、次第に全体の食事が量が増えていくように実施した。 ● 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職チームで確実にを行うよう依頼、タブレット、電子カルテで記録を確認した。 ● ①介護リーダーは、介護職チームに日常生活におけるリ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、介護職チームに方針を周知した。 ● ②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職チームで統一した。
評価	<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。栄養補助食品は完食。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は週3～4回程度実施できた。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"> ● 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模索中である。 ● 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。 ● 更な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。

※①=LIFEの取り組み

実践3 著しいBPSDが改善するまでの関わり

◆ 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：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、
腎障害、高尿酸血漿等
胸椎圧迫骨折

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

介護職：30名（うち介護福祉士28名）
介護リーダー：4年（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



◆ 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無くなり、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。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 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、広く薄く関わる形になり、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。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 介護リーダー中心に、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大変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、やりがい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まめに行うことができるようになった。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。

◆ 利用者の受益・変化

- BPSDが減弱したことで、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。
- 食事量が増えて栄養状態が改善した。
- 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。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 主訴：「帰りたい」「私が呼んだら私を先にしてください」 ● HDS-R 7点、MMSE 5点 ● BMI 17.9 ALB 2.8 ● DBD13：35、Vitality index：3 ● 徘徊・帰宅願望・暴言・暴力・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、立ち上がりた意欲あり転倒リスク高い ● 食事：自立だが、注意力散漫で摂食量は平均5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環境の変化に適應できずBPSDが悪化していると考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 入所後情報収集と介護職員の話し合いから、介護リーダーにより、副作用による転倒、意識レベルの激変を避けるため、BPSDには非薬物療法を中心として対応し、状態に応じて他専門職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）。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 長期目標：認知症状態、栄養状態、ADLが改善、安定して在宅復帰できる ● 短期目標： <ul style="list-style-type: none"> ・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： <ol style="list-style-type: none"> 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）を都度説明する。 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ただく。 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か見守る。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 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職チームに周知した。
実施	<ol style="list-style-type: none"> ①②できるだけ利用者の想いを確認し、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らせてもらい介護職員から都度感謝を伝えた。 ⑤帰りたい気持ちの時はフロア内やベランダなどを他の介護職員も一緒に歩くようにした。 ⑥食事状態の観察を行いながら、食事に意識が向くよう、傍で会話をしながら見守りを行った。 ⑦日中はリハビリパンツにし、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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、適宜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。 ● ㊦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、介護職チームにレクリエーションの実施を周知した。
評価	<ol style="list-style-type: none"> 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りたくなることはあったが、参加率100%だった。 ④一定の役割が習慣化した。 ⑤帰りたい気持ちの時につきそう支援は、平均週2回程度対応ができた。 ⑥食事量：ほぼ毎回完食。 ⑦日中はトイレでの排せつ一部介助。 <ul style="list-style-type: none"> ● 入所当初2回の尻餅転倒あったが、それ以降の転倒はなかった。 ● 認知症状態、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。 	<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。

※㊦＝LIFE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
- 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

- 介護過程（PDCA）を促進するために介護職員へ LIFE の勉強会を 2 回開催した。
- 介護職員がアセスメントを行いやすいよう LIFE の評価項目を抜粋し、さらにこれまでの 8 枚を 1 枚に簡素化したアセスメントシートを作成した。
- 介護職員に対し、Barthel Index の理解を深めるためにアセスメントの研修を実施した。
- 介護職員が通所介護計画（案）やアセスメントを検討・共有する新たなケアミーティングを月 1 回の頻度で実施した。
- これまで生活相談員が各職種から情報収集し作成していた通所介護計画書を、介護リーダーと生活相談員が共同で立案するように変更した。
- 介護過程実践において支援を 100%実施できるようにするために、実施状況のチェックリストを作成した。

◆ LIFE 活用の効果



- LIFE に対応した事前事後のアセスメントシートを 1 枚化したことで評価の実施が統一かつ簡素化された。
- LIFE 導入や介護過程の勉強会を行ったことで、より目標をイメージしながら個別性の高いサービス提供が行えるようになった。それにより利用者の受益だけでなく、介護職員が行う支援に統一性が生み出されるようになった。
- 新たなケアミーティングにおいて介護職員が通所介護計画（案）やアセスメントを検討・共有することで、より個別性の高いサービスの提供につながった。

◆ 新たな課題・今後の展望



- LIFE に関わる事前事後のアセスメントと LIFE からのフィードバックをもとに結果をどのように分析し、根拠のある介護過程促進のために介護職員への落とし込み方を考える必要がある。
- ケアミーティングの内容を通所介護計画書へ落とし込める介護職員が介護リーダー 1 名のみであり、また介護過程実践について利用者全員に取り組めるようになるためには時間がかかるため、全職員が取り組めるようにシステム化する必要がある。
- LIFE からのフィードバックをもとに介護職員が立案した通所介護計画の内容について見直しをする必要がある。

◆ 施設・事業所概要（令和 4 年 1 月時点）

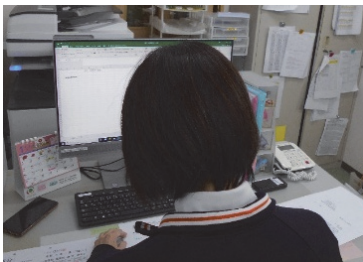
法人名：株式会社 ツクイー
 所在地：愛知県一宮市
 開設年月：平成 24 年 5 月
 定員：50 名
 介護職員：11 名（うち介護福祉士 4 名）

LIFE 取組：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



◆ 新たな取組の具体的資料等

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	自立支援に向けて、安全に移動が出来る環境を作り、座位時間の確保を目指す。 自宅ではお風呂に入れない為、デイサービス入浴し、清潔を保つ。		
希望	お客様 ご家族	ベッド上での生活は苦痛。 家で自由に歩け、座り、立つで歩けるようにしたい。 車椅子に移って過ごせるようにしたい。 自分では身体の介護は困難な為、支援をお願いしたい。 車椅子に座って食事をしたが、移動が安全に出来るのであれば、デイサービスを利用したい。お風呂に入れて欲しい。	
長期目標	車椅子に座って、メリハリある生活ができる。 身体の清潔を保持できる。		
短期目標	一日を通して2時間の座位時間を確保できる。 定期的に入浴を行い、身体を清潔に保つことができる。 車椅子に座り、食事を美味しく食べることが出来る。		
サービス区分・種別	実施期間 令和03年12月～令和04年11月	実施開始日	実施終了日
送迎・移動	ベッドから車椅子への移動は二人介助で行います。自宅の上り階段は玄関先までは、スロープを使用し、頸椎の保護に留意しながら移動します。移動中の振動に注意します。 移送時は職員の間で抱き、立位を確認後、足の面を確保しながら、ゆっくりと移動します。		
更衣	頸椎カラーの交換時は、頸椎の保護に留意しながら、二人介助にてベッド上で行います。 皮膚の状態や体調確認を行います。異常があれば、ご家族様に報告致します。		
入浴	特浴に実施します。頸椎カラーをつけたまま、ベッドから入浴ターに移動し、全介助で入浴します。 全身の皮膚の状態を確認し、異常があれば、ご家族様に報告致します。段差による振動に注意します。入浴後は、滑り防止剤を塗布し、靴を履いて頂いてからベッドへ移します。入浴後の水分補給をします。		
食事	車椅子に座って頂き、食事が取りやすい環境を作ります。食事前の嚥下体操を実施し、嚥下を助けます。テーブルに台を置き、食べやすい高さのスプーンを使用し、飲み物は保温し、ストローを使用します。食事中は衣服が濡れないように、エプロンを使用します。 食事後は、介助のもと、歯磨きを実施し、口腔を清潔に保ちます。		
排泄	来所時、入浴後、帰宅時は、協力動作を得ながら、ベッド上で交換をします。状況に応じて、随時対応致します。		
身体状況(皮膚・褥瘡等)	頸椎の保護に留意し、振動や衝撃に注意します。		
精神面	レクリエーションへの参加を促し、他者様との交流を深め、楽しく過ごして頂けるよう、お声掛け致します。		
外出プログラム			
その他	体調面を確認しながら、午前、昼食時、午後1時間の座位を取って頂くよう、お声掛け致します。		



介護リーダー計画作成の様子

通所介護計画書

K 様 実施日 2022.3.15 実施者 介護リーダーM					
障害者 自立度	B2	判定者	M	判定日	2022.3.15
認知症 認知度	I	初回要介護支援 認定日	R2.6.22		
認知症診断の有無	無	診断日			
認知症病名					
身長	153	cm	体重	51.5	kg
摂食性肺炎の既往	無	摂食性肺炎発症日			
病名	既往歴				
発症日	現症				
食事	自立(10)	課題の有無	無・有		
椅子からベッド移乗	座れるが移れない(0)	課題の有無	無・有		
整容	一部介助(0)	課題の有無	無・有		
トイレ動作	一部介助(5)	課題の有無	無・有		
入浴	一部介助(0)	課題の有無	無・有		
平地歩行	全介助(0)	課題の有無	無・有		
階段昇降	全介助(0)	課題の有無	無・有		
更衣	一部介助(5)	課題の有無	無・有		
排便	全介助(0)	課題の有無	無・有		
排尿	全介助(0)	課題の有無	無・有		
特記事項	歯磨き、髪をくしでとくことができる。立ち上がりや方向転換時に協力動作あり。洗身は体前部を少し行える。更衣は前を過ぎ協力動作が行える。排便の感覚は本人の訴えあり。				
寝返り	座位保持チェックリスト				
起き上がり	午前 食事 午後				
座位	2月分				
立ち上がり	1日				
立位	2日				
日常生活の関心を示さない	3日				
特別な事情がないのに寝て起きない	4日				
特別な機嫌もないのに人に言いかけを付ける	5日				
やたらに歩き回る	6日				
同じ動作をいつまでも繰り返す	7日				
意思疎通	8日				
調理	9日				
洗濯	10日				
掃除	11日				
集金	12日				
履いたものを脱ぎ、濡らしたものを食べる	13日				
ムセやすい	14日				
	15日				
	16日				
	17日				
	18日				
	19日				
	20日				
	21日				
	22日				
	23日				
	24日				
	25日				
	26日				
	27日				
	28日				

事前アセスメント

座位保持チェックリスト

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月より4月からの算定に向けて検討。管理者・介護リーダー・主幹職員会議にて算定を決定し、情報収集を開始した。
- 令和3年4月より準備開始。介護リーダーや主幹職員中心に必要な評価実施のための準備をした。
- 令和3年8月より令和3年9月からの算定に向けてアセスメントシートの作成、介護職員の動きについて介護リーダーと擦り合わせを行った。
※算定時期は当社システム都合

現場への 落とし 込み期

- 令和3年8月にLIFE導入について介護職員全体へ説明し、根拠を共有した。
- 同日、介護職チームに対し、加算算定に伴うアセスメントシートの使用方法と評価の擦り合わせとして行うケアミーティングの実施及び通所介護計画書への紐づけ方の説明を1回行った。

介護過程 実践期

- アセスメント実施の練習機会が少なかったため評価に時間を要し、時間外労働が増加したため、2回目のアセスメント実施研修を実施した。その際、介護リーダーは介護職チーム内での評価の実施状況や内容を精査するポジションとした。
- 介護過程実践のために作成した通所介護計画書を介護リーダーが確認したところ、実施状況が聞き取り時点で80%程度であったため、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。

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：家に帰ってきてからは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。少しでも何かできるようにになりたい。

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】
 介護職：11名（うち介護福祉士4名）
 介護リーダー：3年目（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

これまでの課題 ↓	<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等新たに取り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現場からの情報を吸い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我が事として取り組ませる必要がある。
取組後の変化	<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、取り組んだことで何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、介護職員の視点が加わり、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に調整するなど介護職員がイメージしやすい具体性のある文言が支援内容に追加された。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ● 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総意のアセスメントをつくり上げることに時間を要してしまい、通所介護計画書の立案自体も遅れてしまった。 ● 介護職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根拠蓄積ができない。それに伴い、より良い利用者の受益につながらない。 ● これまではFIMに取り組んでいたが、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。
取組後の変化	<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、介護職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職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職チームが通所介護計画書案を作成することで、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、移乗楽だったやろ？僕、頑張って踏ん張ったから」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強いから、今後は歩けるようになりたい」と最近では立位安定に伴い、歩く意欲が増大している。
- 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ているので今通っているデイサービスはとて素晴らしいところですね」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



◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦①B I いす⇄ベッド移乗0点 ● ㊦②基本動作 座位：部分介助 立ち上がり：全介助 ● ㊦③DBD13 日常的な物事に関心を示さない：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、まずは離床時間の拡大とできることの拡大を図り、意欲もフォローアップする必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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擦り合わせを行った。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時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（評価⇒モニタリング⇒計画の見直しのPDCAサイクルを実施）。
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る。 ● 短期目標（3か月）：1日の支援の中で3時間座位時間を確保し、車いすからベッドへの移乗時に協力動作を促す。 ● 支援内容 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、協力動作を促す。 	<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もとに、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職チームに説明した。
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持し、もう一人の介護職員は後方から臀部をサポートし、足の踏み替え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ない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嚥下について勉強会を実施した。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦①B I いす⇄ベッド移乗：点数変化なし 全介助から座れるが移れない。 ● ㊦②基本動作 座位：部分介助 立ち上がり：部分介助 ● ㊦③DBD13 日常的な物事に関心を示さない：全くない ● 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、トイレ動作が5点向上した。利用者は意欲があがったことで歯磨き、髪を櫛でとく更衣時腕を通すなどの協力動作ができるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画の再評価を行うために、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載し、データ管理を行った。 ● ケアミーティングにおいて、立ち上が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根拠とし、経過記録へ残した。

※㊦=LIFE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 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

◆ 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

◆ 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。
- 介護職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パ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って「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の「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パ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、状態像に応じた介護を実践できた。
- 状態像に応じた介護の実践で、介護過程の実践を実感することができた。

◆ 新たな課題・今後の展望



- 本来は全ての利用者に対し、状態像に応じ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資料等

アセスメントシート 1-3 <身体機能等> 記入年月日: 年 月 日

ADLと現在の実行状況(している活動) 能力や可能性等(できる活動)

ア	環遊	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
イ	起床	いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起きれない/起床しないことがある <input type="checkbox"/> 自ら起床することはない <input type="checkbox"/>
ウ	起き上がり	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 座席可・介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
エ	移乗	
オ	移動	<input type="checkbox"/> (45m以上)自立歩行ができる <input type="checkbox"/> (45m以上)歩行補助具を使用すれば移動ができる <input type="checkbox"/> 手引き等介助があれば移動することができる <input type="checkbox"/> 車椅子自乗で移動ができる <input type="checkbox"/> 車椅子で全介助
カ	階段昇降	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
キ	更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 部分介助または声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 上衣・下衣のどちらかのみ介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
ク	入浴	<input type="checkbox"/> 自宅で入浴している <input type="checkbox"/> 自宅で入浴していない <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴あり <input type="checkbox"/> かけ浴 <input type="checkbox"/> 湯拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 湯拭 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
ケ	排泄	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パウチ交換 <input type="checkbox"/> 排泄カテテル <input type="checkbox"/> 壊破 <input type="checkbox"/> 自ら便意伝達を伝える <input type="checkbox"/> 時々、便意伝達を伝える <input type="checkbox"/> 便意伝達なく随分心がない 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 回数 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> ココロヘルメット
コ	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 補助具 好き嫌い等: <input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 興味がない、食べようしない むせやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 硬いものを吞み下ろすのはかき混ぜる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 栄養状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 食事回数 <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 水分摂取量 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 cc/日 食事形態 <input type="checkbox"/> 主食: <input type="checkbox"/> 副食: <input type="checkbox"/> 特別食: <input type="checkbox"/> 経管栄養 整容行為(洗面・整容・歯磨き・髭剃り) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・見守り <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
タ	整容 口腔衛生等	
チ	調理	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
ツ	買い物	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
テ	金銭管理	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
ト	読書管理	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
皮膚の清潔状況		褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () その他疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
社会との かかわり		参加意欲 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 寝て過ごすことが多い 交流 <input type="checkbox"/> 近隣・友人等との交流がある <input type="checkbox"/> 無 養老費 返還 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
リハビリ活動		<input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動意欲が高い <input type="checkbox"/> 促されて活動する <input type="checkbox"/> 拒否、リハビリ意欲がない

アセスメントシート 1-4 <周辺症状の現状/背景等> 記入年月日: 年 月 日

認知症の診断 診断日: 年 月 日

無 有 (診断名) アルツハイマー病 脳血管性認知症 レビー小体型 他 ()

周辺症状	現状	背景・要因・気づいたことなど	チェック欄
ア	被害を訴える <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
イ	物事に疑心を示さない <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ウ	ない物が見える・聞こえる <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
エ	気持(感情)が不安定 <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
オ	夜眠らない <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
カ	荒々しい言い巧み口舌のしる <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
キ	何處も同じ話を <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ク	同じ動作を <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 何度も繰り返す <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ケ	声かけや <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 介助を拒む <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
コ	言いがかりを <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> つける <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
サ	よく物を失くす <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 置き違えを <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> 間違える		<input type="checkbox"/>
シ	やたらと <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 歩きまわる <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ス	家に帰るなどの <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 言動を繰り返す <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
セ	一人で外へ出 <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ようとする <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ソ	外出すると一人 <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> で戻れない <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
タ	物を貯めこむ <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
チ	引き出しや <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 部屋の扉を開け <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> てしまふ		<input type="checkbox"/>
ツ	物や衣類を <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 腐めてしまふ <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
テ	排泄物を <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 触ってしまふ <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ト	食べられない <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ものを口に入れる <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ナ	季節に合わない <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 服装をする <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
日常の意思決定 認知能力			<input type="checkbox"/>
視力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		聴力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
意思の伝達 <input type="checkbox"/> 問題なく他者に伝達できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない		意思疎通 <input type="checkbox"/> 自ら挨拶する、話かける <input type="checkbox"/> 呼びかけに対し反応がある <input type="checkbox"/> 反応がない	
コミュニケーション			

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

LIFE 導入
決定期

- 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登録及び実践が決定した。
- 法人での方針が決定後、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。

現場への
落とし
込み期

- 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ではなく、介護過程の実践として活用していくために現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実行した。

介護過程
実践期

- 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ならないように、介護福祉士3名と看護師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、転倒回数も増えて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

【介護職チーム】

介護職：7名（うち介護福祉士4名）
介護リーダー：22年（介護福祉士20年、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ースが見られていた。
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様式に変更し、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。

◆ 介護職チーム・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力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職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。● 介護職チーム内では情報を共有することにより、ケアについて場当たりの要素が減ってきた。● 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等理解が深まり、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応じ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



◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● ㊦平均食事量：主5割、副3割程度。 ● ㊦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。 ● ㊦体重41.4kg（3か月平均）で1年前と比較して5kg減。 ● ㊦自力でも10m程度歩いており手引き介助があれば十分に歩行可能である。 ● ㊦状態が悪い時は足が前に出ず転倒してしまうが自宅では家族が無理に歩かせている。 ● 13～14時半が安定して状態が良い。 	<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。 ● 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"> ● 課題：転倒も多く移動に目の離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、居間への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で心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 <ul style="list-style-type: none"> ・10m程度の自立歩行ができるようになる。 ・1日1,500kcal以上摂取でき、栄養状態が改善される。 ②状態の悪い時 <ul style="list-style-type: none"> ・介助のもと移動ができる。 ● 計画立案： <ul style="list-style-type: none"> ①状態の良い時 <ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練プログラム、歩行時の見守り。 ・食事の摂取時間に制限を設けず、時間はかかっても量を摂取することを優先していく。 ②状態の悪い時 <ul style="list-style-type: none"> ・車いすを利用して介助にて移動する。 ・自力摂取が止まった状態で声かけをしながら、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"> ● 介護リーダーと介護職員と一緒に、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職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。
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、うつ伏せでのストレッチ、10m歩行と歩行バランスの確認）を行った。 ● 状態の良い13～14時半の時間帯に個別リハビリテーションを実施した。 ● 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、たとえ60分以上要しても利用者のペースに任せることで、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、介助も含めた歩行か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"> ● 利用毎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を報告し、介護職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は大きいことを伝えた。

※㊦=LIFE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

◆ 施設・事業所概要（令和3年12月時点）

法人名：医療法人 博仁会
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



◆ 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、記録の意義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 の評価項目に関する情報収集を分業制にして、各職員が情報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）の自由特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作った。

◆ 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おうとする主体性を育むことができた。
- 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に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現れたことで、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り組んだが、業務負担が集中してしまう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資料等

時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録		
7:30	眠りスキャン覚醒後知の為、訪室。	7:45	覚醒後知の為、訪室する。挨拶を	7:45	眠りスキャンにて覚醒後知の為、訪室	7:00	覚醒された為、起床する。フロア	7:20	眠りスキャンにて覚醒後知の為、起床	7:15	覚醒された為、起床する。	7:30	覚醒後知の為、訪室する。挨拶を
	「起きます」との事で起床する。朝食		すると、笑顔で返答して下さる。朝食		する。「今日は、あまりお腹が減って		誘導時、他入居者様に挨拶される。		する。朝食時、主食をおにぎりで提供	10:00	朝の体操に参加する。積極的に		すると、笑顔で返答して下さる。朝食
	提供するも、あまり手を付けず。声		は、おにぎりでも提供し全体の割増度		ないのと事で、おにぎり二個と	10:00	仙骨座りになっている。声を掛け		する。主食は全量召し上がる。		身体を動かす様子が見える。		は、おにぎりでも提供し全量摂取する。
	掛け促し摂取促す。摂取量は上記		召し上がる。		割食半分で提供する。		プッシュアップする。	10:30	入浴する。浴槽にて好きな食べ物	12:00	管理栄養士、STが評価に来てくだ	14:00	車椅子にて、仙骨座りになってい
	参照とする。		11:00車椅子にて、仙骨座りになつ	10:00	朝の体操に参加する。積極的に身体を	14:00	OWと計算問題を解く。「数字も、あ		や難しい食べ物」の話を盛り上げる。		さる。おにぎりの主食提供の成果も		ソファへ移乗し、音律とテレビを
12:00	管理栄養士、STによる評価実施。		ている為、ボジションング実施する。		動かす姿が見られる。		んまり見ないと忘れちゃうと笑顔。	14:00	息子様の面会あり。玄關の意匠して		あり、主食がほぼ全量摂取できてい		観て過ごされる。
	食事を提供すると、手づかみで	15:00	茶話会に参加し、他入居者様	10:30	仙骨座りになっている為、ボジション	10:30	皆様とソファにて座り、コーヒーを		録まされている。時折「そんなとこに		順下機能訓練による横下機能の		
	食べてしまう。大内GMより、おにぎ		との談笑されている。職員が入ると		実施するも、すぐに仙骨座りになつ		飲まれる。		いないで、こちらに来なと話されてい		維持もできているので、継続してい		

年月日	2022年2月14日(月)	2022年2月15日(火)	2022年2月16日(水)	2022年2月17日(木)	2022年2月18日(金)	2022年2月19日(土)
年齢	77	77	77	77	77	77
性別	男	男	男	男	男	男
身長	170	170	170	170	170	170
体重	65	65	65	65	65	65
BMI	22.4	22.4	22.4	22.4	22.4	22.4
血圧	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70
脈拍	65	65	65	65	65	65
体温	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5
歩数	10000	10000	10000	10000	10000	10000
活動時間	10:00-12:00	10:00-12:00	10:00-12:00	10:00-12:00	10:00-12:00	10:00-12:00
食事摂取量	主食 100g	主食 100g	主食 100g	主食 100g	主食 100g	主食 100g
水分摂取量	200ml	200ml	200ml	200ml	200ml	200ml
排便回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回
尿回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回
睡眠時間	7時間	7時間	7時間	7時間	7時間	7時間
気分	良好	良好	良好	良好	良好	良好
特記	朝食時、主食をおにぎり提供	朝食時、主食をおにぎり提供	朝食時、主食をおにぎり提供	朝食時、主食をおにぎり提供	朝食時、主食をおにぎり提供	朝食時、主食をおにぎり提供

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
落とし込み
期

介護過程
実践期

- 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連動させ、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ていった。

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、
車いす移動介助

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

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:23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

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 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、記録に残せず介護過程に活かす事ができていない。● その結果、場当たりの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。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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、場当たりの介護が減り、統一的で効果的な支援を行うことができるようになった。

◆ 介護職チーム・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。
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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て、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食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食量が増え、さらに表情が明るくなり活気が出た。
- 「プリンが食べたい」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。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
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、副菜摂取量が平均 50%以下に低下し水分摂取量も減少がみられ、食事時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受け、食形態を常食から荒刻みに変更、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疑う。 	<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、姿勢の課題を考えた。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 目標：負担の少ない環境で、食事ができるようになる。 ● 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他利用者との席順を配慮し、騒音が少ない静かな環境で食事に集中できるようにする。 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職チームでカンファレンスを実施、目標や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職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	<ol style="list-style-type: none"> ①主食をおにぎりで（常食に戻る）提供し、手づかみでも安心して食べられるように、お絞り、手洗い、消毒実施を徹底した。食器は深めで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"> ● 介護職チームは、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職チームと共有、利用者にとって最善の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職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職チームに共有し、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職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。

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役割を与えた

◆ 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、伝達研修以降も自主的に学び続けることを奨励することを伝えた。
- 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だけで、利用者情報の深度や、仮説生成に変化が生まれ、より具体的で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、介護職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つながったことで、利用者支援への意見など、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、介護計画書が義務として求められない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、他の介護職員への伝播も目指したい。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。

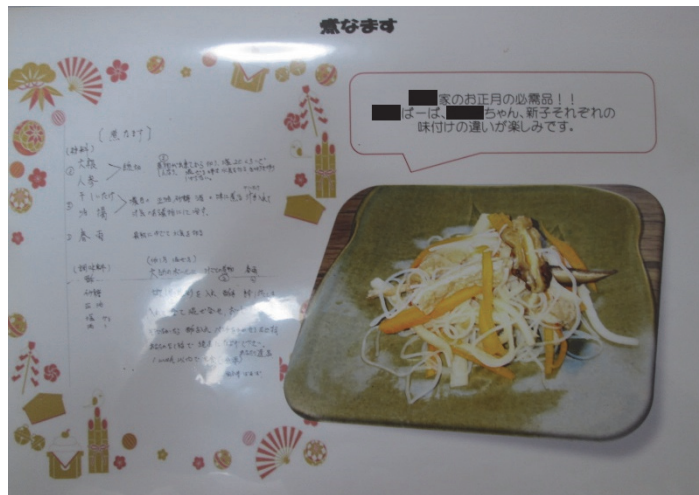


毎日鴨居の拭き掃除

◆ 新たな取組の具体的資料等



音声が出るメッセージカード



昔つくったレシピをファイリング

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

- 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。

現場への
落とし
込み期

- 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、介護職員らに自分達でも各個情報収集や勉強をすることを推奨した。

介護過程
実践期

- 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や日々の記録で対応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職チームで整理し、目標や具体的実施内容までを検討し、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サイクルとしている。
- 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。

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、右大腿骨頸部骨折(R2)

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

介護職：7名（うち介護福祉士2名）
介護リーダー：5年目（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

これまでの課題 ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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。
	<ul style="list-style-type: none">● 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説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更なる目標を目指す意欲が芽生えてきた。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題 ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● ケアマネジメントサイクルに介護職員の記録情報が活用される仕組みがあり、介護職員が行う粒度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、自分達の実践と結果の責任や成果に当事者性を持たせ、実践を主体的に進めさせることが課題である。
	<ul style="list-style-type: none">● 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生まれ、以前より意見が増えて積極的に関わろ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、成功体験を積むことができた。● 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、関心が増え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ちながら、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発的に暮らせるようになってきている。
- 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ないでいられている。具体的には直接面談で家族のアルバムを見た際も名前を自ら言えたこと、家族を見た途端名前を呼ぶことができたなど、利用者も家族も関係を継続できる喜びを得られている。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 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」「家族のことを忘れないようにしたい」 ● DBD13： <ul style="list-style-type: none"> ・日常的な物事に関心を示さない＝ときどきある ・やたらと動き回る＝ときどきある ・同じことを何度も何度も聞く＝ほとんどない ● 歩行：歩行器使用、見守りで可能。足首背屈、膝屈曲固く、すり足。ROM:膝屈曲左右 110:120、足底屈左右 40:40 ● 起居動作：声かけにて自立。つかまり立可 ● 階段昇降：全介助 ● 体重 43.0kg ● コロナ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付メッセージカードを送る。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 項目のデータ収集と、利用者ができるところ、できそうなことといった視点での観察、情報収集を行った。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 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がる生活が送れる。 ● 短期目標：歩行に関する生活範囲や量が増えて、今よりも歩けるようになる。家族名と顔が正認識できる。 ● サービス実施内容： <ol style="list-style-type: none"> ①「廊下1周の手すり拭き」の同行 ②「背筋と膝を伸ばし鴨居清掃をする」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「家族の写真と音声に触れ、各人を認識する」声掛け ⑤家族と面会を定期的実施する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。
実施	<ol style="list-style-type: none"> ①毎日、同じ時間に手すり拭きを介護職チームと実施した。 ②毎日、背の高い鴨居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った。 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、昔つくった料理レシピの話題をもとに会話を行い、そのレシピをファ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回の直接面会を再開した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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用紙を用いて、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実施漏れを確認し、漏れがある際は、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、関節可動域の進展を促進させる相乗効果を狙い訪問マッサージの導入が行われた。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 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伝うようになった。 ● 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。以前のように写真や面会で家族の顔と名前がわからない状態が無くなった。 ● DBD13： <ul style="list-style-type: none"> ・日常的な物事に関心を示さない＝ほとんどない ・やたらと動き回る＝まったくない ・同じことを何度も何度も聞く＝まったくない 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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の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、屋上へ上がって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。

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
- 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役割を与えた

◆ 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。
- 利用者担当制を導入し、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シー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



- アセスメントを入り口として、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む形ができた。
- 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れた自信から、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、結果として目に見える利用者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、個々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、そ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言える反省ができています。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ます。

小規模多機能ホーム大宮 - アセスメントシート				小規模多機能ホーム大宮 - アセスメントシート			
調査票 (アセスメントシート)		氏名	種	記入者	記入日: 令和3年9月10日		
調査票 (アセスメントシート)		健康	性別	主介護員 (ケアマネジャー)	記入日: 令和3年9月10日		
1. 健康状態	認知症	軽度	不明	軽度	軽度	軽度	軽度
	身体機能	良好	良好	良好	良好	良好	良好
2. 生活動作	歩行	歩行可能	歩行可能	歩行可能	歩行可能	歩行可能	歩行可能
	食事	自力	自力	自力	自力	自力	自力
3. 排泄	排泄	自力	自力	自力	自力	自力	自力
	入浴	自力	自力	自力	自力	自力	自力
4. 入浴	入浴	自力	自力	自力	自力	自力	自力
	着衣	自力	自力	自力	自力	自力	自力
5. 食事	食事	自力	自力	自力	自力	自力	自力
	入浴	自力	自力	自力	自力	自力	自力
6. 口腔ケア	口腔ケア	自力	自力	自力	自力	自力	自力
	口腔ケア	自力	自力	自力	自力	自力	自力

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。

現場への
落とし込み期

- 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。
- 残業時間の増加、負担増などの意見が聞かれたが、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。

介護過程
実践期

- 担当者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、介護職員視点の目標、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。

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

【介護職チーム】

介護職：14名（介護福祉士6名）
介護リーダー：9年（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

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 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識や力量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。
↓	
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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、介護職員の視点を踏まえた計画、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むようになり、また自分達が出す成果を目の当たりにして、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。

◆ 介護職チーム・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、介護職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。
↓	
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none">● 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ャー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り、介護職チームへの指導や周知などを積極的に行えるようになった。また、利用者にこうしてあげたいという、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、介護職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うことは、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ドルを握れ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。
- 通所の迎えに行くと、「今日は遅かったな」と、予定を理解し待っている日もあった。
- ゴ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じられているのではないか。
- 働いていた時に関わりがあった人が利用者にあたったことで、顔見知りの存在として気かけられる環境を得られている。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の希望：今の状態でこのまま家で暮らしたい、自分で自由にしたい。 ● 利用は、週3～4回通所、毎朝夕訪問食事届け、朝のみ服薬管理。訪問時ゴミ捨て代行。 ● 散歩する様子はあるが、社会との関係は減り、自宅で絵を描いて過ごす。 ● 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と喜ぶことが多い。 ● ADL：自立 ● 会話は可能で穏やかだが、日時の把握に支障がある。通所や通院日の訪問では、混乱により不穏状態になることで通院に支障があった。 ● DBD13・やたらに歩きまわる：ほとんどない ・世話をされるのを拒否する：よくある ● 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緩やかにし、今の日常生活を穏やかに継続することが重要と考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーからケアマネジャーへアセスメントの勉強会、指導を依頼し実施した。 ● 勉強会后、アセスメントシートを活用して、担当介護職員が利用者や家族への情報収集を行った。担当以外の介護職員が新たに得た情報はアセスメントシートへ記入した。
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ● 短期目標：日時に関する混乱が少なくなる 確実に内服を行い、病状の管理ができる。 他者に気かけられる環境の中で過ごす。 ● サービス実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 ③通所や通院日に赤丸をつけ利用者の認識を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 介護リーダーは情報共有と具体的実施内容について、ケアマネジャーへ提案し、ケアプランとの整合性をとり立案した。 ● 介護リーダー、ケアマネジャー同席でケアプランを説明し同意を得た。
実施	<ul style="list-style-type: none"> ①訪問時に、利用者と一緒にカレンダーへマジックで斜線を引き、今日の日付を確認した。 ②今日の日付を確認した後、薬に記載してある日付と今日の日付を読み合わせて確認し、利用者に服薬してもらった。 ③通所や通院日には赤丸がついていることを利用者に再度説明し、予定を確認した。 ● 利用者が1人でゴミ出しする様子を発見、代行から一緒にする内容に変更した。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーは、ミーティングで介護職チームと目標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和方法を統一した。申し送りノートにも詳細を記入して周知した。 ● 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。 ● 介護リーダーは実施状況を訪問時に確認し、実施漏れがあれば指導した。 ● 介護リーダーは認知症状態の進行に備え、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、介護職チームに周知した。 ● 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。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 通所日や通院日に促しても不穏になることが無くなった。 ● ゴミ出しの曜日認識ができて、自ら捨てるようになり、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。 ● 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おり、疾患の管理ができています。 ● DBD13 <ul style="list-style-type: none"> ・やたらに歩きまわる：まったくない ・世話をされるのを拒否する：ときどきある 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護リーダーは1週間ごとに記録の確認を行い、実施状況の評価を行い、介護職員に必要な情報収集を行った。 ● 月1回のカンファレンスにおいて、介護職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、利用者の発言や行動の変化を中心にモニタリングを行った。

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
- 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役割を与えた

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 看護師、介護職員それぞれの専門性についての理解を深めるための勉強会を実施した。介護職員の専門性は「利用者の生活をより良い方向へ変化させるために、根拠に基づいた介護の実践と共に、環境を整備することができること」と定義（〈公社〉日本介護福祉士会 HP より引用）した、日常的な介護観察の重要性とエビデンスに基づく介護の実践（LIFE）の重要性について勉強会を行った。
- 介護リーダーが介護職チームに対して介護過程に関する勉強会を行った。
- 科学的介護推進に関する評価と LIFE システムへの評価結果の入力は、介護職チームで行うように決めた。
- 毎朝の全体朝礼後、介護職チームだけの 15 分程のミーティングを新たに設定し、介護リーダーを中心に、仕事の段取りだけではなく、利用者情報の共有・カンファレンスを行った。
- 看多機ではケアプランと看護小規模多機能型居宅介護計画書作成が義務付けられているが、この他に介護リーダーが作成していた手順書を介護計画書としてつくり直した。利用者・家族の思い、LIFE 評価情報と合わせた長期・短期目標を入れた形として、介護実践の軸とした。
- 今後の LIFE との連動、介護過程実践の補助ツールとして、バイタルサインの自動測定ができる見守り支援ロボットを導入した。

◆ 施設・事業所概要（令和 4 年 2 月時点）

法人名：株式会社 やさしい手
 所在地：千葉県松戸市
 開設年月：平成 27 年 6 月
 定員：29 名
 介護職員：18 名（うち介護福祉士 6 名）

LIFE 取組：科学的介護推進加算
 ※令和 3 年 9 月より



◆ LIFE 活用の効果



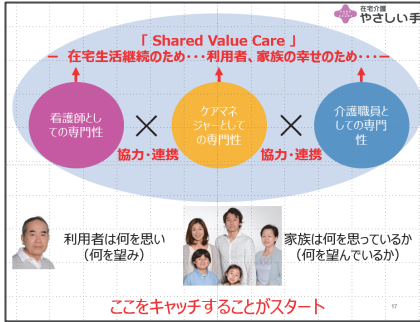
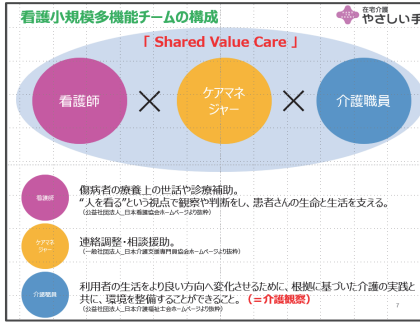
- 勤務するそれぞれの職種の専門性理解が進み、組織として LIFE の目的や紐づく介護過程実践の重要性、介護福祉職が担う役割を理解でき、意識変容が起きた。
- 介護職チームミーティングを設けたことで、利用者情報の共有だけでなく、介護職員が積極的に意見を上げるといった行動変容が起きた。介護職がもつ細やかな利用者情報を看護職が吸い上げ、組織全体として医療依存度が高い利用者支援の質を向上させることができた。
- 利用者個別の想いや目標をしっかりと捉えた介護計画書を軸とすることで、毎日のサービス提供が何を目的としたものであるのかが明確になり、介護職員の動きが能動的になった。
- LIFE の評価情報収集を通じて、介護職員がどんな視点で利用者をアセスメントし、何を指標に評価をしていけば良いのかが明確になり、共通のものさしで利用者の変化を測れるようになった。

◆ 新たな課題・今後の展望



- ADL や認知症状など、現在の状態を評価することだけにとどまることなく、LIFE の評価項目にはない利用者本人の心理的な変化や、利用者を支える家族の変化など、さらに広い視野、視点をもってアセスメントができるよう、介護職員に対する継続的な学習機会と働きかけ必要。
- 介護職チーム内でそれぞれにアセスメントした結果を LIFE システムに入力する作業が、現在は介護リーダーに偏っていることから、全員が LIFE システムにアクセスし、直接評価入力ができるように、アカウントの付与やシステム操作に関する OJT を継続することが必要。

◆ 新たな取組の具体的資料等



具体的な介護観察の例

＜観察・判断の詳細項目＞

- ・疾患を踏まえた病状の変化、気持ちの変化
- ・家族の心情
- ・水分摂取量
- ・栄養状態の確認
- ・運動機能に関する観察
- ・顔色等の変化
- ・服薬の状況
- ・食料冷蔵庫等の確認
- ・洗濯物から排泄状況の確認
- ・段差や物品の配置、転倒リスクへの考慮
- ・睡眠状況の確認
- ・会話からどのようなサービスを希望されているか
- ・事業者や従業員に対する意見
- ・看護師、医師、薬剤師等との連携の必要性検討
- ・ケアマネジャーとの連携必要性検討
- ・行政、地域包括支援センター等との連携の必要性検討
- ・その他

定期的統合・臨床的統合

それぞれの専門性について
理解を深めるための勉強会資料



介護職チームミーティング



評価結果の入力作業風景

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3月 LIFE 登録を完了。
- 令和3年4～5月 基幹システムと LIFE システムとのデータ連携の確認（本社部門）。
- 令和3年5～6月 LIFE システムの操作方法を含めた、LIFE の導入目的と LIFE に関する理解を深めるための社内勉強会を実施。
- 令和3年6～7月 科学的介護推進加算に関わる評価項目と加算算定要件についての社内勉強会を実施。

現場への
落とし込み期

- 令和3年3月 LIFE の利用申請を実施。
- 令和3年5～6月 LIFE システムの操作方法を含めた、LIFE の導入目的と LIFE に関する理解を深めるための社内看護多機管理者会議に参加→事業所内会議で全体へ周知。
- 令和3年6～7月 科学的介護推進加算に関わる評価項目と加算算定要件についての社内看護多機管理者会議に参加→事業所内会議で全体へ周知。
- 令和3年7～8月 利用者、家族への説明と同意。

介護過程
実践期

- 令和3年9月 科学的介護推進加算の算定を開始。
- LIFE 評価は介護職員が実施することとした。LIFE システムへの評価入力作業は、管理者よりケアマネジャーに対して手順等を説明し、評価の入力を行っていた。
- 新規利用者のシステム登録は介護リーダーが行うこととした。介護職員が行った評価は、すべて介護リーダーが LIFE システムへ登録している。

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 バルンカテテル留置中

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

介護職：18名（うち介護福祉士6名）
介護リーダー：8年（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	<ul style="list-style-type: none">● 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ていなかった。現在の状態だけを見て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	<ul style="list-style-type: none">● 利用者・家族の思いと LIFE 評価を合わせた手順書（介護計画書）作成により、利用者の目標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。介護職チームの変容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。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none">● 多様な背景、経験がある介護職チームに対して、介護リーダーは十分なリーダーシップを発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	<ul style="list-style-type: none">● LIFE や介護過程の勉強会、介護職チーム会議の設定、手順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発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職チームが醸成できてきている。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、介護過程の考え方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なかったが、支援を通じて、覚醒状態が改善し、家族と過ごせる実感をそ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出できた。
- 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。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 主訴：「家族に会いたいの、家が良い」（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 排尿量：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（+）腹水（-） ● 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"> ● 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た。 ● 看護師、介護職チームが情報を収集した。特に利用者、家族の主訴を軸に、介護職チームミーティングなどを経てアセスメントを行った。
計画立案	<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日々の状態像の観察、異常の早期発見を行う。 ②体力消耗を減らし、食事時の体力を温存できるよう支援する。 ③週2回の入浴により清潔を保持し感染予防を図る。 ④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。 ⑤こまめな水分摂取と様子観察を行う。 ⑥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。 ⑦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"> ● ケアプラン、看護小規模多機能型居宅介護計画書との連動、介護職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。
実施	<ol style="list-style-type: none"> ①状態像の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。 ②食事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。 ⑥家族に対して、排泄介助の留意点を指導した。また利用者と過ごす時間をつくるために毎日の来訪を提案した。 ③⑤コーラが好物であることを聴取し、入浴後にはコーラを提供するようにした。 ⑦宿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。 ④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、体位が偏ってしまったため、自宅環境に整え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"> ● 介護職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宿泊室を変更した。 ● 毎日の申し送りで、食事量、水分量、排尿量、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、ケアマネジャーに対して申し送ることとした（※必要時には医師にも）。
評価	<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、尿量が増加。覚醒状態が改善した。 ● 水分摂取量 1,000ml ● 排尿量：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（+）腹水（微） ● バ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。 ● 自宅へ戻る状態像への回復には至っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護職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。

● 事例及び執筆ご協力者一覧 ●

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	介護部部長 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	介護部部長 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

所属等は令和4年3月末日時点

本書は、令和3年度社会福祉推進事業「科学的介護情報システム（LIFE）を活用した介護過程実践に関する調査研究」の成果の1つとしてまとめたものです。

調査研究においては、大変多くの介護現場の皆様、関係者の皆様にご尽力・ご協力を賜りました。深く感謝を申し上げますとともに、本書が介護現場や介護を学ぶ皆さんに活用されることを願います。

令和3年度社会福祉推進事業

科学的介護情報システム（LIFE）を活用した介護過程実践事例集

株式会社コモン計画研究所

東京都杉並区成田東5丁目35-15 THE PLAZA-F2階

03-3220-5415 <https://www.comon.jp>

令和4（2022）年3月発行





本事例集は下記よりダウンロードできます。
<https://www.comon.jp/dl/project.html>

