

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 56.8 体重 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。スポ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

- 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。

現場への
落とし
込み期

- 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。

介護過程
実践期

- 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などをどのように LIFE と組み合わせて考えていくべきかを学ぶことができた。
- LIFE の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。

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）

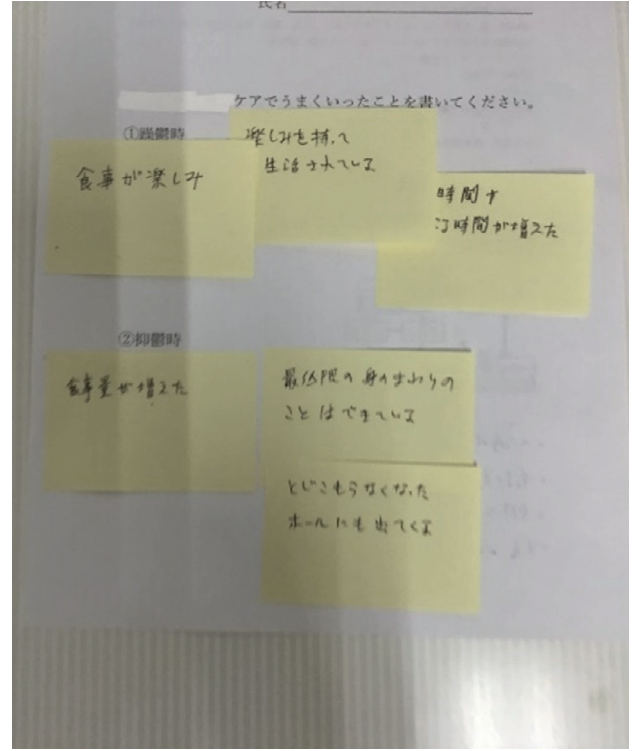
LIFE 取組：科学的介護推進体制加算（Ⅱ）
個別機能訓練加算（Ⅱ）
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）
自立支援促進加算
栄養マネジメント強化加算
口腔衛生管理加算（Ⅱ）
※令和3年4月より



◆ 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きている。

◆ 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。

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、伴走的に関わるのが基本だが、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、右手も使いおしぼりをたたむ。 	<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