

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して、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・鼻食・嚥下障害食() 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。退院後施設に入りましたが施設生活は苦しかった。73歳の時に二人姉妹、息子(長子)と一人息子(次子)とある。85才。自宅で暮らしてしまいがち。認知症の進行も進んでしまっている。食事量も減らなくなり、生活が苦しくなってきた。施設生活は苦しかった。退院後施設に入りましたが施設生活は苦しかった。85才。自宅で暮らしてしまいがち。認知症の進行も進んでしまっている。食事量も減らなくなり、生活が苦しくなってきた。施設生活は苦しかった。退院後施設に入りましたが施設生活は苦しかった。

私の大げな悩みは？

生まれも育ちも町。自宅で小さな施設を営んでいた。退院後施設生活は苦しかった。73歳の時に二人姉妹、息子(長子)と一人息子(次子)とある。85才。自宅で暮らしてしまいがち。認知症の進行も進んでしまっている。食事量も減らなくなり、生活が苦しくなってきた。施設生活は苦しかった。退院後施設に入りましたが施設生活は苦しかった。

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。家族は知らない言葉で、気持ちを伝えること。

私が大切にしているものは？

息子(長子)のみんなちゃん(孫)の笑顔。

私のできないことは？

食事量を食べる動作ができない。言葉を理解、飲み込むことができない。排泄の管理や洗濯など、オムツにしている。認知症の進行もあり、簡単な作業ができません。手づかみ作業もできません。服を着ることができません。リクライニング機が壊れてしまっている。部屋が汚れている。顔を上げることができない。言葉が聞き取れない。なんでも口に入れてしまう。

私の不安や苦痛、悲しみは？

ずっと一緒に暮らしてきた長子に会えない。みんなちゃんや孫の笑顔が思い出せない。認知症の進行も進んでしまっている。食事量も減らなくなり、生活が苦しくなってきた。施設生活は苦しかった。退院後施設に入りましたが施設生活は苦しかった。

私の願いは？

認知症 緩和
栄養管理 適切
生活環境 改善
介護職員 研修
家族関係 良好

私が嬉しい、楽しいと思えることは？

今はない

私が寝て暮らしたい？

家に帰って、自分の暮らしに戻りたい。みんなちゃん、くらと一緒になりたい。

◀ 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: 嚥下・誤嚥・不嚥・嚥下補助・その他()
嚥下補助使用: 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・興奮・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

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

排便方法: (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
排便介助: 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・ストロフ浴・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 替: 自立・無・有(どれくらいあるか:)
履 履: 有・無
口腔ケア: 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。

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ないか確認し、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排尿に血液まじり、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

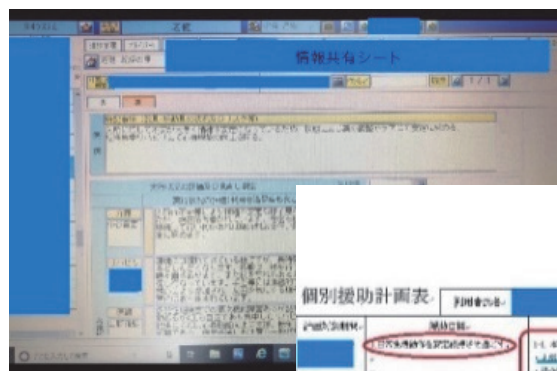
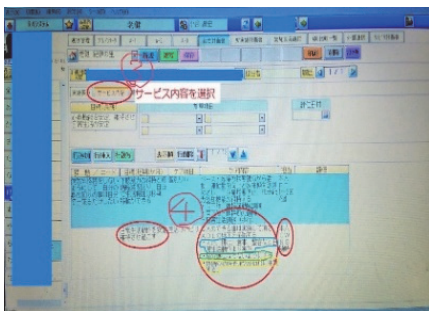
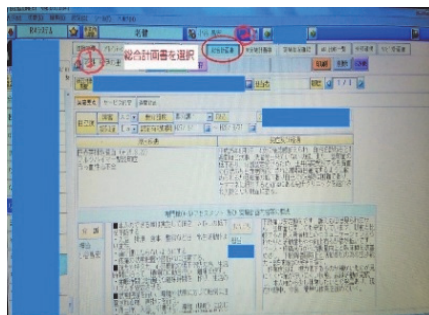
2. CWが情報記入(サー担日までの情報)

記入内容：リハビリ科の情報通りできたか、替えはあったのか、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が毎日球磨に携わるわけではない為、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。

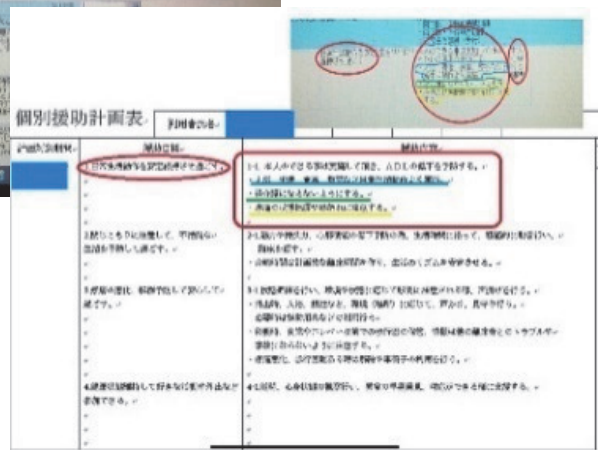
個別援助計画モニタリング委員会



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書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応できず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