

## 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）

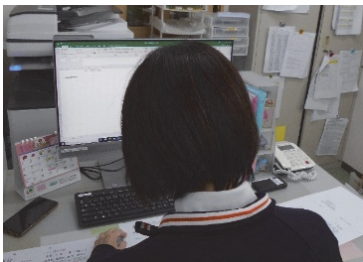
法人名：株式会社 ツクイー  
 所在地：愛知県一宮市  
 開設年月：平成 24 年 5 月  
 定員：50 名  
 介護職員：11 名（うち介護福祉士 4 名）

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	ベッド上だけの生活は苦痛。 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。	
	ご家族	自分では身体介助は困難の為、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。 身体を清潔に保持できる。		
	実施期間	令和03年12月～令和04年11月	実施開始日
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。		
	実施期間	令和03年12月～令和04年02月	実施開始日
リハビリ区分・種別	座位保持のための身体介助	リハビリ	
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。自宅の上り下りから玄関先までは、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、足の位置を定めながら、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	I 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プに移乗し、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乗します。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					
日常生活自立度	B2	判定者	M	判定日	2022.3.15
障害者認知症	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
視覚性肺炎の既往	無	視覚性肺炎発症日			
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。洗身は体前側を少し行える。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中起きだす	4日				
特別な機嫌もないのに人に言いかけたりつづける	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 ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
これまでの課題 ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>

## ◆ 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"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
これまでの課題 ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>

## ◆ 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"> <li>● ㊦①B I いす⇄ベッド移乗0点</li> <li>● ㊦②基本動作 座位：部分介助 立ち上がり：全介助</li> <li>● ㊦③DBD13 日常的な物事に関心を示さない：よくある</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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）。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ㊦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。</li> <li>● ㊦②基本動作 座位：部分介助 立ち上がり：部分介助</li> <li>● ㊦③DBD13 日常的な物事に関心を示さない：全くない</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>

※㊦=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 トツツ  
 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"/> 起さないと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・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"/> 自ら便意尿意を伝える <input type="checkbox"/> 時々、便意尿意を伝える <input type="checkbox"/> 便意尿意なく聞かない 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 硬いものを吞みかけたりはかり食べ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 栄養状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 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"/> 経営栄養 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	荒々しい言い方・口汚くのしる <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	何處も同じ話をする <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"/>
ク	同じ動作を何度も繰り返す <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ケ	声かけや介助を拒む <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"/>
コ	言いがかりをつける <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"/>
サ	よく物を失くす・置き場を間違える <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"/>
シ	やたらと歩きまわる <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"/>
ス	家に帰るなどの言動を繰り返す <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
セ	一人で外へ出ようとする <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"/>
ソ	外出すると一人で戻れない <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
タ	物を折めこむ <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	引き出しや扉等の扉を開け出しっぱなし <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"/>
ツ	物や衣類を腐めてしまつ <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"/>
テ	排泄物を触ってしまった <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"/>
ト	食べられないものを口に入れる <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"/>
ナ	季節に合わない服装をする <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"/>
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"/> 困難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"><li>● 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。</li><li>● 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。</li></ul>
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>● 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。</li><li>● 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。</li><li>● 統一した方法での介護が展開されるようになった。</li></ul>

## ◆ 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"><li>● 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。</li></ul>
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>● 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。</li><li>● 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。</li><li>● 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。</li></ul>

## ◆ 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"> <li>● ㊦平均食事量：主5割、副3割程度。</li> <li>● ㊦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。</li> <li>● ㊦体重41.4kg（3か月平均）で1年前と比較して5kg減。</li> <li>● ㊦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。</li> <li>● ㊦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。</li> <li>● 13～14時半が安定して状態が良い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 短期目標： <ul style="list-style-type: none"> <li>①状態の良い時 <ul style="list-style-type: none"> <li>・10m程度の自立歩行ができるようになる。</li> <li>・1日1,500kcal以上摂取でき、栄養状態が改善される。</li> </ul> </li> <li>②状態の悪い時 <ul style="list-style-type: none"> <li>・介助のもと移動ができる。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 計画立案： <ul style="list-style-type: none"> <li>①状態の良い時 <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別機能訓練プログラム、歩行時の見守り。</li> <li>・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。</li> </ul> </li> <li>②状態の悪い時 <ul style="list-style-type: none"> <li>・車いすを利用して介助にて移動する。</li> <li>・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。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 家族に対しパーキンソン病の理解や協力を依頼した。</li> <li>● 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。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 車いすを新たにレンタルにて導入した。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用毎の様子について個別のケース記録にまとめた。</li> <li>● 計画開始3か月で再度カンファレンスを行った。</li> <li>● 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对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。</li> </ul>

※㊦=LIFEの取り組み