

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	職	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	高齢者 認知症 身体障害 その他	認知症 身体障害 その他	男 女 その他	主介護員 介護士 その他	認知症 身体障害 その他	認知症 身体障害 その他	認知症 身体障害 その他	
2. 生活動作	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他	歩行 食事 入浴 排泄 着脱 その他
3. 睡眠	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他	睡眠 覚醒 その他
4. 入浴・更衣	入浴 更衣 その他	入浴 更衣 その他	入浴 更衣 その他	入浴 更衣 その他	入浴 更衣 その他	入浴 更衣 その他	入浴 更衣 その他	
5. 食事	食事 飲水 その他	食事 飲水 その他	食事 飲水 その他	食事 飲水 その他	食事 飲水 その他	食事 飲水 その他	食事 飲水 その他	
6. 口腔ケア	口腔ケア その他	口腔ケア その他	口腔ケア その他	口腔ケア その他	口腔ケア その他	口腔ケア その他	口腔ケア その他	
7. 活動	活動 その他	活動 その他	活動 その他	活動 その他	活動 その他	活動 その他	活動 その他	
8. 認知症	認知症 その他	認知症 その他	認知症 その他	認知症 その他	認知症 その他	認知症 その他	認知症 その他	
9. 身体機能	身体機能 その他	身体機能 その他	身体機能 その他	身体機能 その他	身体機能 その他	身体機能 その他	身体機能 その他	
10. 介護支援	介護支援 その他	介護支援 その他	介護支援 その他	介護支援 その他	介護支援 その他	介護支援 その他	介護支援 その他	

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增えたことで、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



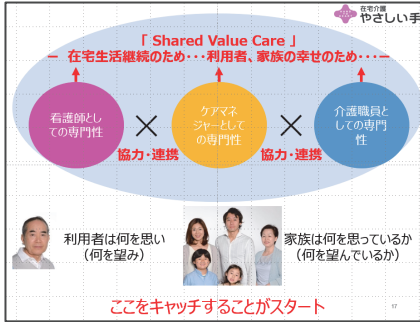
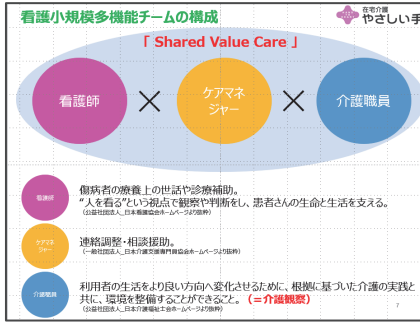
- 勤務するそれぞれの職種の専門性理解が進み、組織として LIFE の目的や紐づく介護過程実践の重要性、介護福祉職が担う役割を理解でき、意識変容が起きた。
- 介護職チームミーティングを設けたことで、利用者情報の共有だけでなく、介護職員が積極的に意見を上げるといった行動変容が起きた。介護職がもつ細やかな利用者情報を看護職が吸い上げ、組織全体として医療依存度が高い利用者支援の質を向上させることができた。
- 利用者個別の想いや目標をしっかりと捉えた介護計画書を軸とすることで、毎日のサービス提供が何を目的としたものであるのかが明確になり、介護職員の動きが能動的になった。
- LIFE の評価情報収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



介護職チームミーティング



評価結果の入力作業風景

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
- ・食材冷蔵庫等の確認
- ・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

「幸せ」とは何か

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

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>

