

## 4. 分析と考察

### 4-1. 調査結果の分析

#### (1) 介護過程の実践に関する分析

「問5 貴施設・事業所における介護職による介護過程の実践について、各項目であてはまる番号を1つ選び、○を付けてください」の集計結果（58ページ～）のうち、各項目について、5つの選択肢を「とてもあてはまる」「あてはまる」と「あまりあてはまらない」「あてはまらない」との2つの変数に再修正し、「どちらともいえない」を欠損値とし、施設・事業所別、職位、LIFE導入の施設・事業所ごとに分析を行った。

#### ①施設・事業所種別

「①組織として介護過程実践の必要性が認識されている」について、通所介護では個別の通所介護計画書の作成が義務づけられているので、介護過程の実践が介護老人福祉施設、介護老人保健施設よりも進んでいると推測される。

図表 2-62 問5 介護過程の実践に関する分析（施設・事業所別）

		あてはまらない	あてはまる	合計
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	人数	76	413	489
	%	15.5%	84.5%	100.0%
通所介護	人数	35	473	508
	%	6.9%	93.1%	100.0%
合計	人数	111	886	997
	%	11.1%	88.9%	100.0%

$\chi^2=0.000$

介護老人福祉施設と通所介護で「①組織として介護過程実践の必要性が認識されている」では、有意差が検定され、通所介護の方が有意に高い数を示している。介護老人福祉施設と介護老人保健施設では、有意差がみられなかったため、推測のとおり通所介護では介護過程の必要性が認識されていると考えられる。

他の項目に関しても、各項目で有意差が確認できた。

図表 2-63 問5 介護過程の実践に関する分析（施設・事業所別）

介護職による介護過程の実践	介護老人福祉施設・介護老人保健施設 ／通所介護
①組織として、介護過程実践の必要性が認識されている	P<0.001
②介護過程実践に必要な介護理念(方針)が介護職で共有されている	P<0.001
③介護職チームとして介護過程実践が行われている	P<0.001

介護職による介護過程の実践	介護老人福祉施設・介護老人保健施設 ／通所介護
④介護過程実践に必要な教育・研修制度がある	P<0.001
⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある	-
⑥介護過程実践に必要な書式や様式等が整備されている	P<0.001
⑦介護過程実践に必要な会議体設置や連携の仕組みがある	-
⑧介護過程は実践されている	P<0.001

## ②職位別

問1の職位を、介護職・介護リーダー、生活相談員・介護支援専門員、施設長・副施設長に再集計し、介護過程の各実践について $\chi^2$ 検定した。

図表2-64 問5介護過程の実践に関する分析（職位別）

		あてはまらない	あてはまる	合計
介護職・介護リーダー	人数	91	507	598
	%	15.2%	84.8%	100.0%
施設長・副施設長	人数	22	238	260
	%	8.5%	91.5%	100.0%
合計	人数	113	745	997
	%	13.2%	86.8%	100.0%

$\chi^2=0.007$

「①組織として介護過程の実践の必要性が認識されている」を $\chi^2$ 検定した結果が上の表である。介護職・介護リーダーは「あてはまらない」の割合が有意に高く、「あてはまる」割合が有意に低いことが明らかになった。施設長・副施設長は、組織として介護過程の実践の必要性が認識されていると感じている人の割合が高かったが、実際に現場で働いている介護職・介護職リーダーは施設長・副施設長ほど、組織として介護過程の実践の必要性が認識されているとは感じていないことが明らかになった。

その他の項目でも $\chi^2$ 検定をした結果が次の表である。

図表2-65 問5介護過程の実践に関する分析（職位別）

介護職による介護過程の実践	介護職・介護リーダー ／施設長・副施設長
①組織として、介護過程実践の必要性が認識されている	P<0.01
②介護過程実践に必要な介護理念(方針)が介護職で共有されている	P<0.01
③介護職チームとして介護過程実践が行われている	P<0.01
④介護過程実践に必要な教育・研修制度がある	P<0.001
⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある	-
⑥介護過程実践に必要な書式や様式等が整備されている	P<0.05

介護職による介護過程の実践	介護職・介護リーダー ／施設長・副施設長
⑦介護過程実践に必要な会議体設置や連携の仕組みがある	-
⑧介護過程は実践されている	P<0.001

有意差がなかったのは「⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある」「⑦介護実践に必要な会議体設置や連携の仕組みがある」だけで、他の項目も介護職・介護リーダーは施設長より「あてはまる」の割合が有意に低い結果が示された。現場と施設管理者の介護過程実践に関する意識の違いが鮮明になったように感じられる。

### ③ L I F E 導入の有無別

問 14 の L I F E を導入しているかの質問に対し、「加算算定している」「ユーザー登録をし、これから加算算定する予定である」と回答した施設・事業所と、「導入したいと思うが時期は未定」「導入する予定はない」と回答した施設・事業所とをそれぞれグループ化して比較した。

図表 2-66 問 5 介護過程の実践に関する分析（L I F E 導入の有無別）

		あてはまらない	あてはまる	合計
加算算定している・加算算定する予定	人数	393	561	954
	%	41.2%	58.8%	100.0%
導入時期未定・導入予定なし	人数	157	132	260
	%	54.3%	45.7%	100.0%
合計	人数	550	693	1243
	%	44.2%	55.8%	100.0%

$\chi^2 = 0.000$

L I F E を「加算算定している・加算算定する予定」の施設・事業所では「導入したいが時期は未定・導入予定はない」施設・事業所と比較し、「⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある」「⑥介護過程実践に必要な書式等が整備されている」で有意に高い割合を示した。L I F E を導入している施設・事業所では介護過程実践力を評価する仕組みができており、必要な書式も整備されていることが明らかになった。

図表 2-67 問 5 介護過程の実践に関する分析（L I F E 導入施設・事業所別）

介護職による介護過程の実践	加算算定している・予定/ 時期未定・予定なし
①組織として、介護過程実践の必要性が認識されている	-
②介護過程実践に必要な介護理念(方針)が介護職で共有されている	-
③介護職チームとして介護過程実践が行われている	-
④介護過程実践に必要な教育・研修制度がある	-

介護職による介護過程の実践	加算算定している・予定/ 時期未定・予定なし
⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある	P<0.001
⑥介護過程実践に必要な書式や様式等が整備されている	P<0.01
⑦介護過程実践に必要な会議体設置や連携の仕組みがある	-
⑧介護過程は実践されている	-

「⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある」では、「加算算定している・ユーザー登録をし、これから加算算定する予定」の施設・事業所が「導入したいと思うが、時期は未定・導入する予定はない」の施設・事業所と有意な差が検定された。「加算算定している・加算算定する予定」の施設・事業所は介護過程の実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある割合が有意に高い。

## (2) 介護過程のP D C Aの流れについての分析

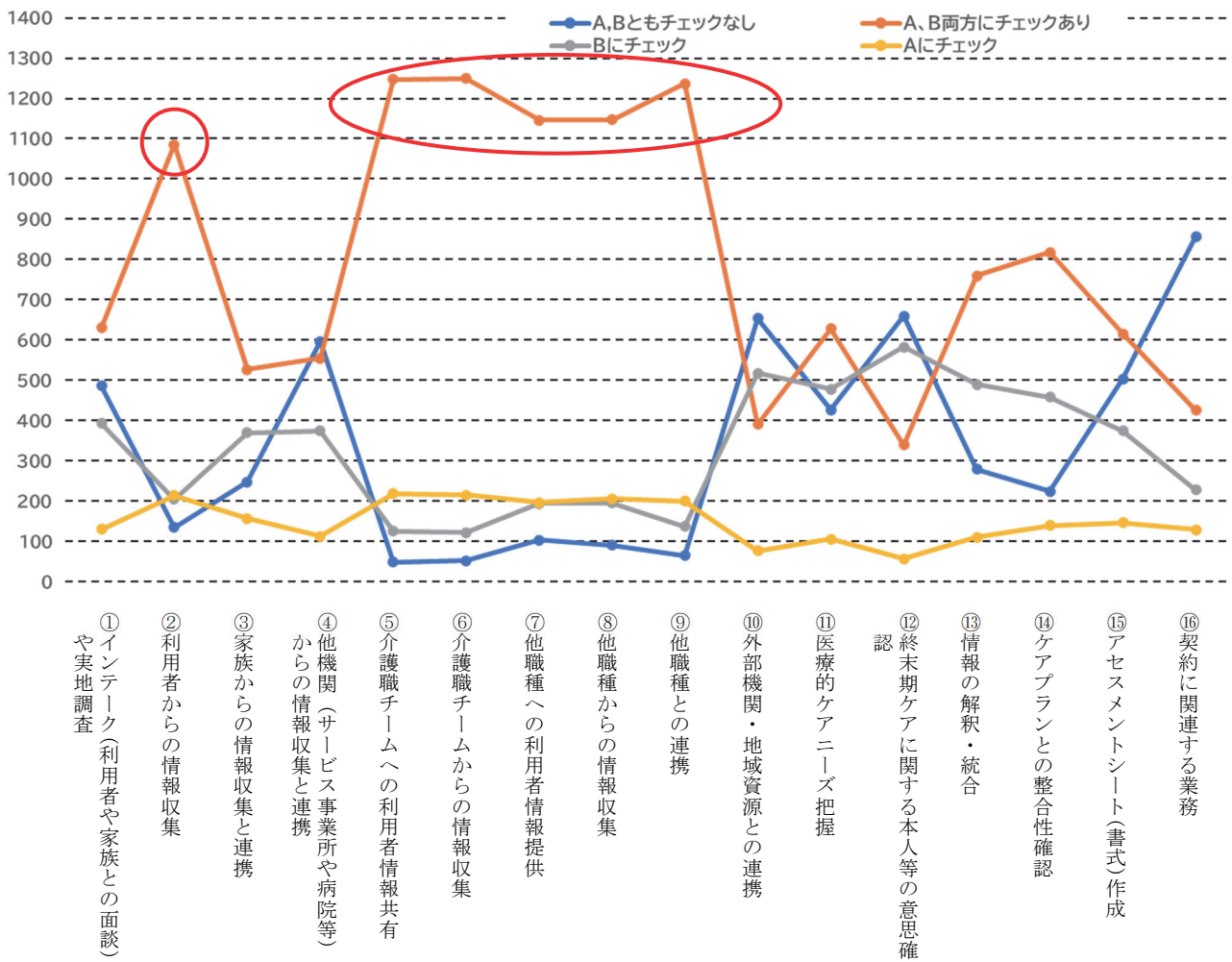
### ①問6 利用者のアセスメント

アセスメントの項目で「A介護リーダーが実際に行っているアセスメント」と「B介護リーダーに求められる力」の二つの設問を一つにまとめたものが以下である。(以下、②③④も同様)

図表2-68 問6 利用者のアセスメント

	① インタビューや 実地調査	② 利用者からの 情報収集	③ 家族からの 情報収集と 連携	④ 他機関からの 情報収集と 連携	⑤ 有 介護職チーム への利用者 情報共有	⑥ 介護職チーム からの情報 収集	⑦ 他職種への 利用者情報 提供	⑧ 他職種から の情報収集	⑨ 他職種との 連携	⑩ 外部機関・ 地域資源と の連携	⑪ 医療的ケア ニーズ把握	⑫ 終末期ケア に関する本 人等の意 思確認	⑬ 情報の解釈 ・統合	⑭ ケアプラン との整合性 確認	⑮ アセスメン トシート作 成	⑯ 契約に関 連する業務
ABともチェックなし	486	135	248	597	49	52	103	91	65	654	427	659	279	224	504	857
ABともチェックあり	630	1085	527	555	1247	1250	1146	1147	1237	391	628	340	760	818	615	425
Bのみにチェック	393	205	370	374	125	122	194	195	137	518	478	583	490	458	374	228
Aのみにチェック	130	214	157	113	218	215	196	206	200	76	106	57	110	139	146	129
欠損値	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88

※A：介護リーダーが実際に行っていること B：介護リーダーに求められる力



この内容から、「A介護リーダーが実際に行っている」(以下「A」という)と「B介護リーダーに求められる力」(以下「B」という)の両方にチェックが入った項目で高かったのは、「②利用者からの情報収集」「⑤介護職チームへの利用者情報共有」「⑥介護職チームからの情報収集」「⑦他職種への利用者情報提供」「⑧他職種からの情報収集」「⑨他職種との連携」であった。

Bのみにチェックが入った項目で高かったのは、「⑩外部機関・地域資源との連携」「⑪医療的ケアニーズ把握」「⑫終末期ケアに関する本人等の意思確認」「⑬情報の解釈・統合」「⑭ケアプランとの整合性確認」であった。

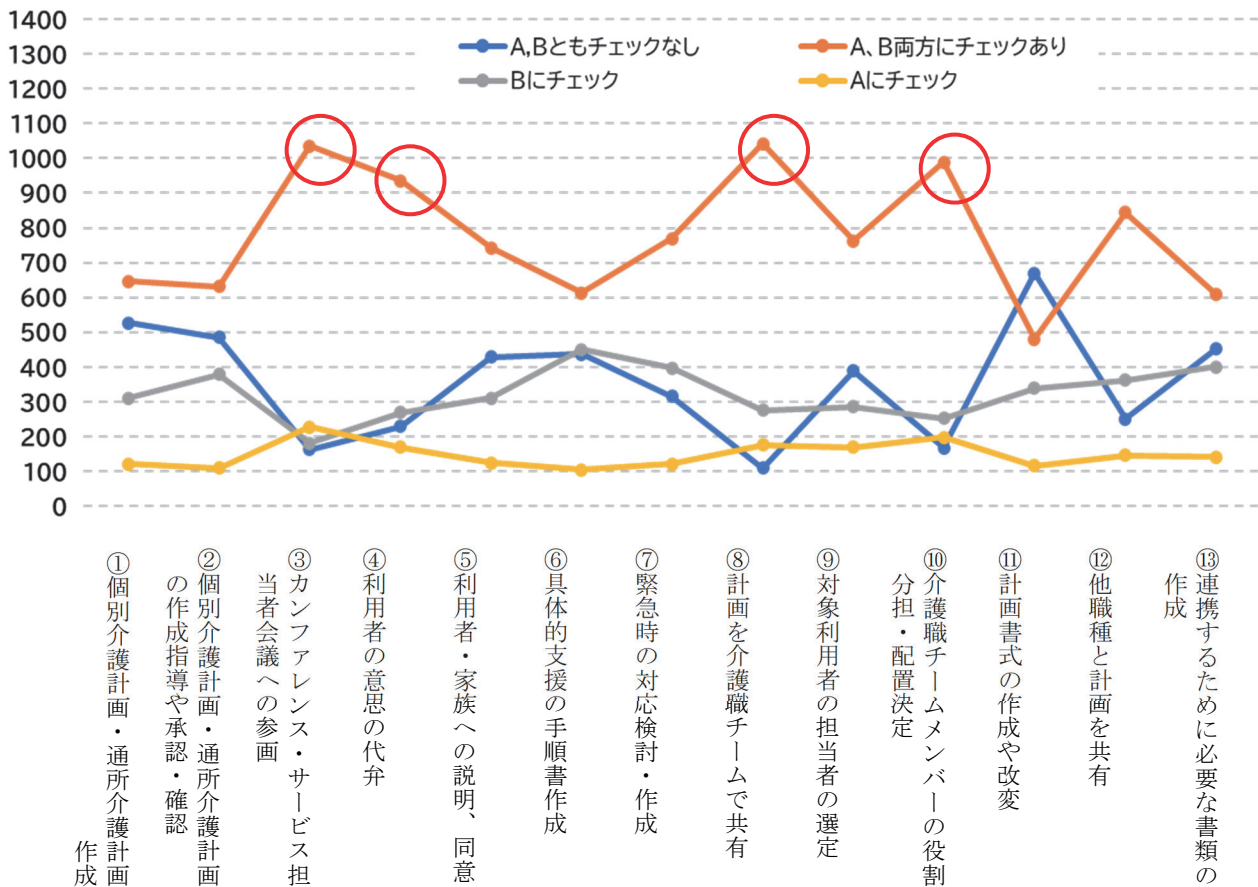
A、B両方にチェックが入らなかった項目で高かったのは、「①インテーク(利用者や家族との面談)や実地調査」「④他機関(サービス事業所や病院等)からの情報収集と連携」「⑩外部機関・地域資源との連携」「⑫終末期ケアに関する本人等の意思確認」「⑯契約に関連する業務」であった。

## ②問 8 介護の計画立案

図表 2-69 問 8 介護の計画立案

	① 個別介護計画・通所介護計画作成	② 個別介護計画・通所介護計画の作成指導や承認・確認	③ カンファレンス・サービス担当者会議への参画	④ 利用者の意思の代弁	⑤ 利用者・家族への説明、同意	⑥ 具体的支援の手順書作成	⑦ 緊急時の対応検討・作成	⑧ 計画を介護職チームで共有	⑨ 対象利用者の担当者の選定	⑩ 介護職チームメンバーの役割分担・配置決定	⑪ 計画書式の作成や改変	⑫ 他職種と計画を共有	⑬ 連携するために必要な書類の作成
ABともチェックなし	526	486	162	230	429	437	316	110	388	168	669	251	452
ABともチェックあり	647	631	1035	936	742	614	770	1042	763	988	481	844	610
Bのみにチェック	310	379	181	270	310	450	397	276	285	252	339	363	401
Aのみにチェック	122	109	227	169	124	104	122	176	169	197	116	147	142
欠損値	122	122	122	122	122	122	122	122	122	122	122	122	122

A：介護リーダーが実際に行っていること B：介護リーダーに求められる力



この内容から、A、B両方にチェックが入った項目で高かったのは、「③カンファレンス・サービス担当者会議への参画」「④利用者の意思の代弁」「⑧計画を介護職チームで共有」「⑩介護職チームメンバーの役割分担・配置決定」であった。

Bのみにチェックが入った項目で高かったのは、「⑥具体的支援の手順書作成」「⑦緊急時の対応検討・作成」「⑫他職種と計画を共有」「⑬連携するために必要な書類の作成」であった。

A、B両方にチェックが入らなかった項目で高かったのは、「①個別介護計画・通所介護計画作成」「②個別介護計画・通所介護計画の作成指導や承認・確認」「⑪計画書式の作成や改変」であった。

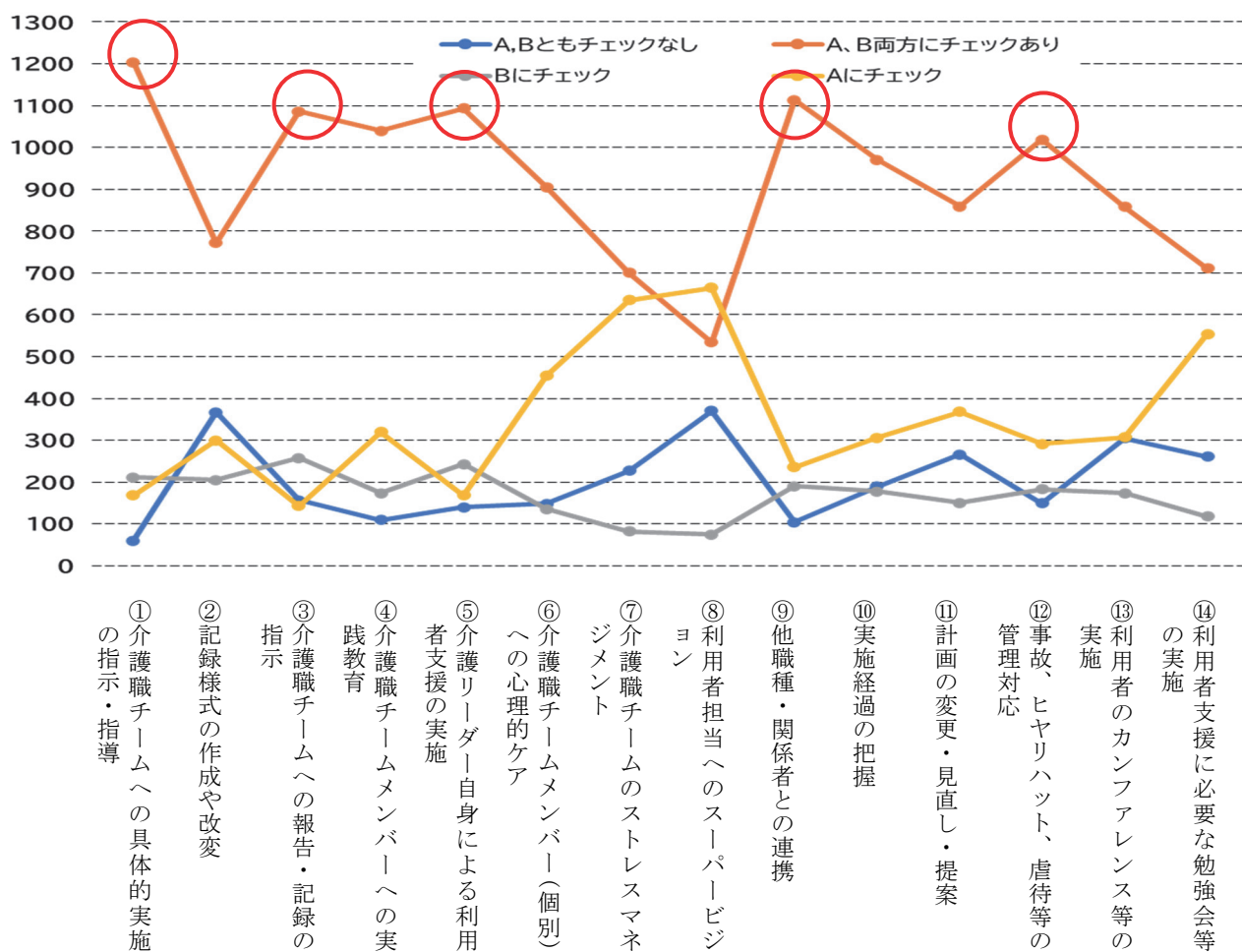
### ③問 10 利用者への支援の実施

利用者への支援の実施では、「A介護リーダーが実際に行っているアセスメント」と「B介護リーダーに求められる力」の二つの設問を一つにまとめたものが以下である。

図表 2-70 問 10 利用者への支援の実施

	①介護職チームへの具体的実施の指示・指導	②記録様式の作成や改変	③介護職チームへの報告・記録の指示	④介護職チームメンバーへの実践教育	⑤介護リーダー自身による利用者支援の実施	⑥介護職チームメンバー(個別)への心理的ケア	⑦介護職チームのストレスマネジメント	⑧利用者担当へのスーパービジョン	⑨他職種・関係者との連携	⑩実施経過の把握	⑪計画の変更・見直し・提案	⑫事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応	⑬利用者のカンファレンス等の実施	⑭利用者支援に必要な勉強会等の実施
ABともチェックなし	60	367	157	110	140	149	227	370	104	190	266	150	305	261
ABともチェックあり	1204	772	1086	1040	1093	905	700	534	1113	970	859	1019	858	711
Bのみにチェック	212	205	258	174	243	136	82	75	191	178	151	183	174	118
Aのみにチェック	168	300	143	320	168	454	635	665	236	306	368	292	307	554
欠損値	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83

A：介護リーダーが実際に行っていること B：介護リーダーに求められる力



この内容から、A、B両方にチェックが入った項目で高かったのは、「①介護職チームへの具体的実施の指示・指導」「③介護職チームへの報告・記録の指示」「④介護職チームメンバーへの実践教育」「⑤介護リーダー自身による利用者支援の実施」「⑨他職種・関係者との連携」「⑫事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応」であった。

Bのみにチェックが入った項目で高かったのは、「③介護職チームへの報告・記録の指示」「⑤介護リーダー自身による利用者支援の実施」であった。

A、B両方にチェックが入らなかった項目で高かったのは、「②記録様式の作成や改変」「⑧利用者担当へのスーパービジョン」であった。

#### ④問 12 利用者への介護の評価

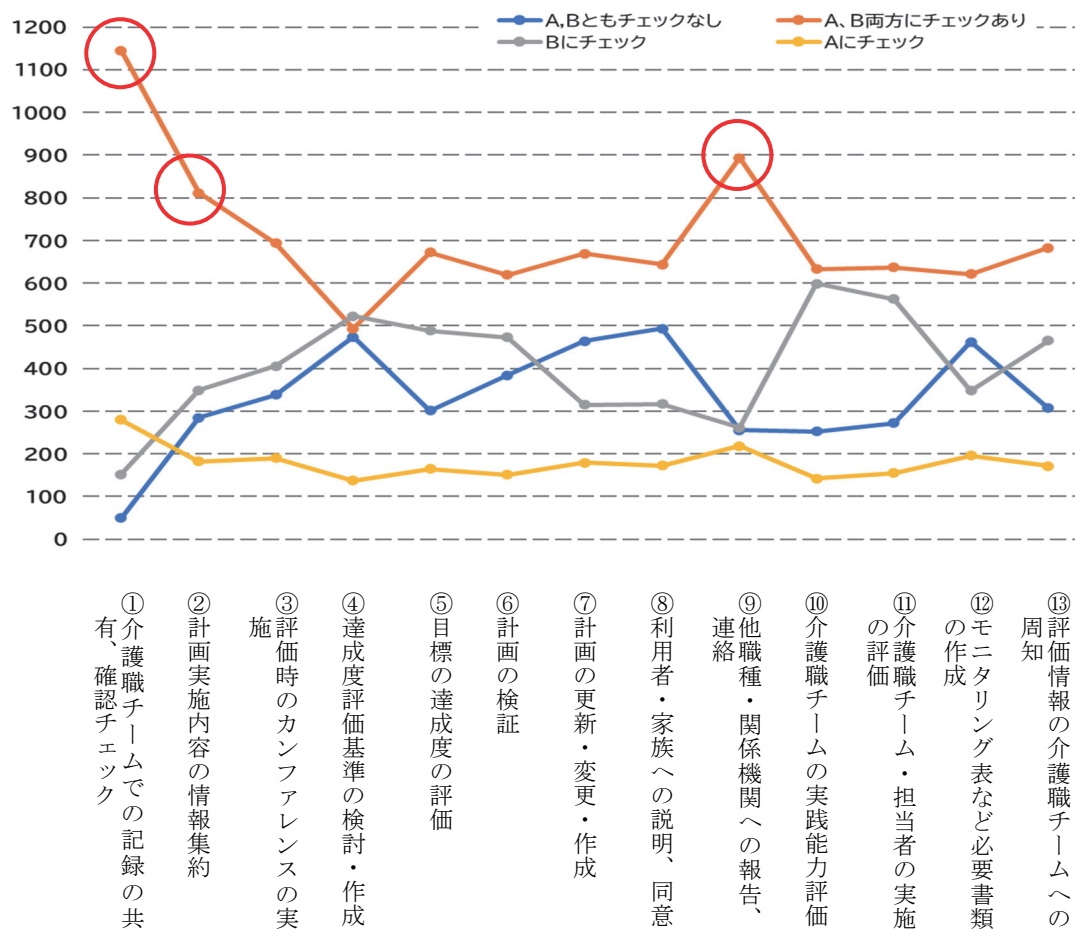
利用者への介護の評価では、「A介護リーダーが実際に行っているアセスメント」と「B介護リーダーに求められる力」の二つの設問を一つにまとめたものが以下である。



図表 2-71 問 12 利用者への介護の評価

	①介護職チームでの記録の共有、確認チェック	②計画実施内容の情報集約	③評価時のカンファレンスの実施	④達成度評価基準の検討・作成	⑤目標の達成度の評価	⑥計画の検証	⑦計画の更新・変更・作成	⑧利用者・家族への説明、同意	⑨他職種・関係機関への報告、連絡	⑩介護職チームの実践能力評価	⑪介護職チーム・担当者の実施の評価	⑫モニタリング表など必要書類の作成	⑬評価情報の介護職チームへの周知
A Bともチェックなし	50	285	338	474	301	384	464	493	255	253	272	462	307
A Bともチェックあり	1145	811	693	493	672	619	669	644	893	633	637	621	683
Bのみにチェック	152	349	406	523	489	473	315	317	261	599	563	348	465
Aのみにチェック	280	182	190	137	165	151	179	173	218	142	155	196	172
欠損値	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

A：介護リーダーが実際に行っていること B：介護リーダーに求められる力



この内容から、A、B両方にチェックが入った項目で高かったのは、「①介護職チームでの記録の共有、確認チェック」「②計画実施内容の情報集約」「⑨他職種・関係機関への報告、連絡」であった。

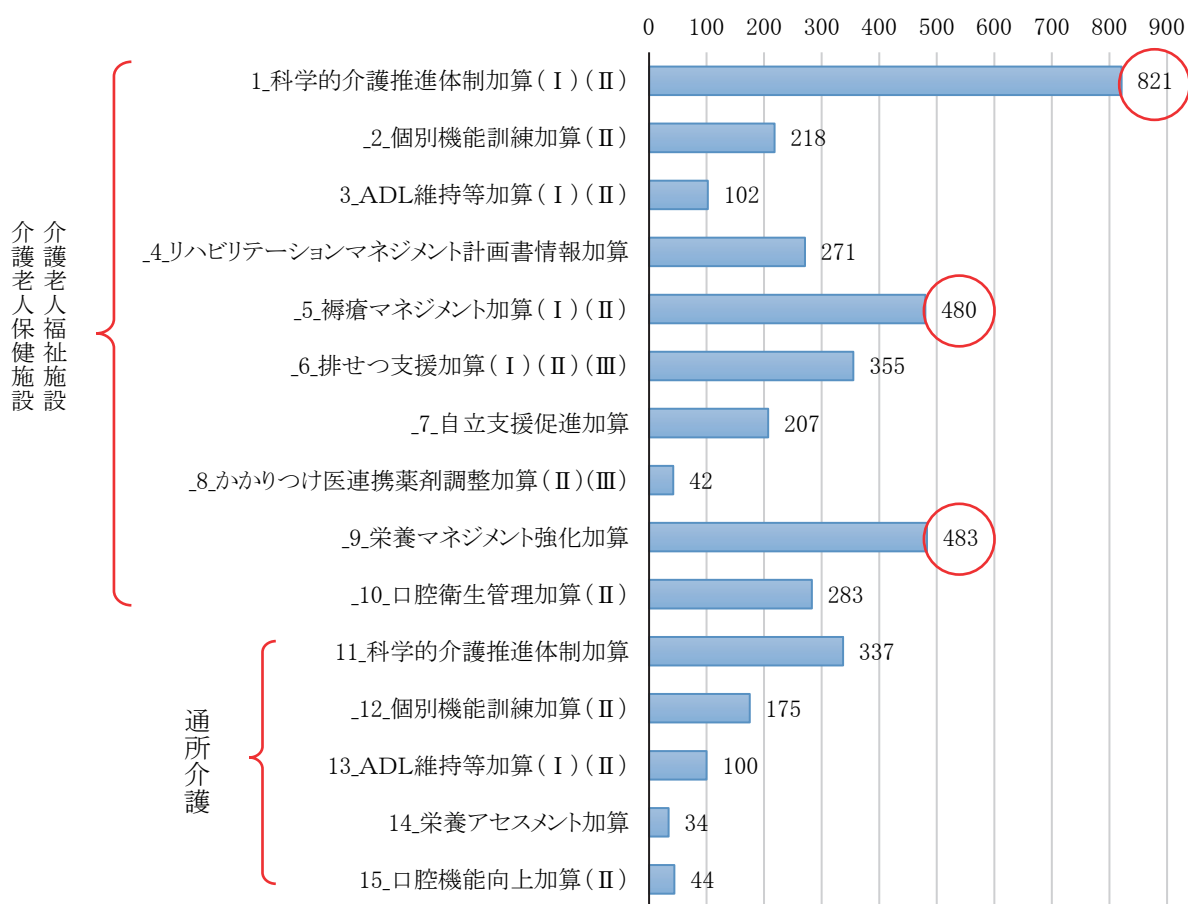
Bのみにチェックが入った項目で高かったのは、「④達成度評価基準の検討・作成」「⑩介護職チームの実践能力評価」「⑪介護職チーム・担当者の実施の評価」であった。

A、B両方にチェックが入らなかった項目で高かったのは、「④達成度評価基準の検討・作成」「⑦計画の更新・変更・作成」「⑧利用者・家族への説明、同意」「⑫モニタリング表など必要書類の作成」であった。

### (3) L I F Eの導入・運用状況に関する分析

#### ①問 17 施設・事業所別 L I F Eの加算項目

図表 2-72 問 17 施設・事業所別 L I F Eの加算項目



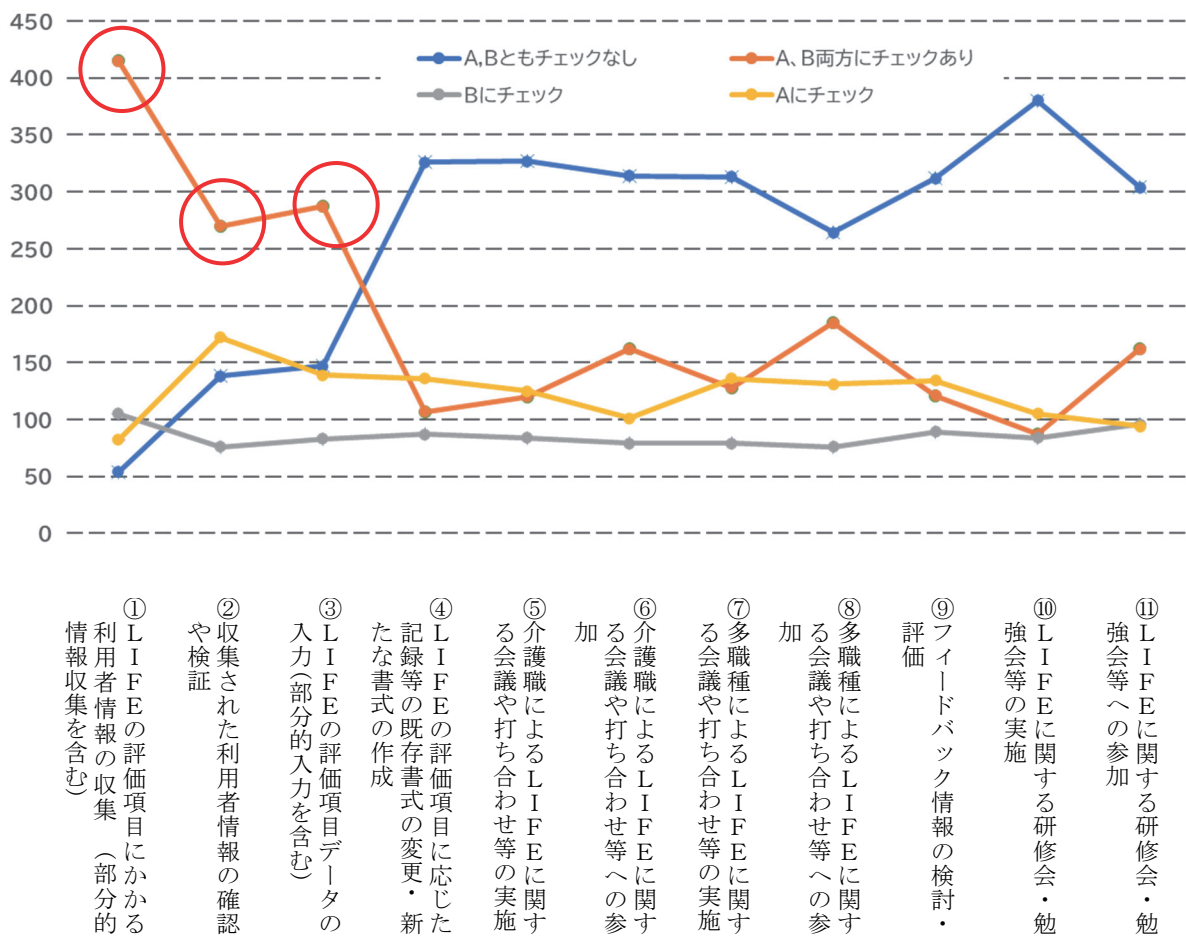
L I F Eの加算項目を施設別でみると、科学的介護推進加算は介護老人福祉施設が 448(加算を算定している施設・事業所の内 90%、以下同様)、介護老人保健施設が 373(92.3%)であり、ともに多くの施設が加算算定していることがわかる。褥瘡マネジメント加算は介護老人福祉施設が 202(40.6%)、介護老人保健施設が 278(68.8%)であり。排せつ支援加算は、介護老人福祉施設が 123 施(24.7%)、介護老人保健施設が 232(57.4%)、自立支援促進加算は、介護老人福祉施設が 56(11.2%)、介護老人保健施設が 151(37.4%)であった。栄養マネジメント強化加算は介護老人福祉施設が 254 (51.0%)、介護老人保健施設が 229(56.7%)、口腔衛生管理加算Ⅱでは介護老人福祉施設が 131(26.3%)、介護老人保健施設が 152(37.6%)であった。これらのはいずれも介護老人保健施設のほうが介護保険福祉施設よりも多いことがわかった。

## ②問 18 L I F Eについて介護リーダーが行っていること、介護職が行っていること

図表 2-73 問 18 L I F Eについて介護リーダーが行っていること、介護職が行っていること

項目	① L I F Eの評価項目にかかる利用者情報 報の収集(部分的情報収集を含む)	② 収集された利用者情報の確認や検証	③ L I F Eの評価項目データの入力(部分的 入力を含む)	④ L I F Eの評価項目に応じた記録等の 既存書式の変更・新たな書式の作成	⑤ 介護職による L I F Eに関する会議や 打ち合わせ等の実施	⑥ 介護職による L I F Eに関する会議や 打ち合わせ等への参加	⑦ 多職種による L I F Eに関する会議や 打ち合わせ等の実施	⑧ 多職種による L I F Eに関する会議や 打ち合わせ等への参加	⑨ フィードバック情報の検討・評価	⑩ L I F Eに関する研修会・勉強会等の 実施	⑪ L I F Eに関する研修会・勉強会等へ の参加
ABとも チェックなし	54	138	147	326	327	314	313	264	312	380	304
ABとも チェックあり	415	270	287	107	120	162	128	185	121	87	162
Bのみに チェック	105	76	83	87	84	79	79	76	89	84	96
Aのみに チェック	82	172	139	136	125	101	136	131	134	105	94
欠損値	1071	1071	1071	1071	1071	1071	1071	1071	1071	1071	1071

A : 介護リーダーが実際に行っていること B : 介護リーダーに求められる力



この結果から、「①L I F Eの評価項目にかかる利用者情報の収集」「②収集された利用者情報の確認や検証」「③L I F Eの評価項目データの入力」までが介護リーダーと介護職ともに実施している内容であると思われる。ただ、介護職リーダーが介護職より、全ての項目で多くなっていることがわかった。

「④L I F Eの評価項目に応じた記録等の既存書式の変更・新たな書式の作成」以降の項目では、チェックなしが多数を占めている。L I F Eが導入されて、間もないので入力までは各施設・事業所で実施しているが、それ以上の項目までは手が回っていないのが現状であることが明らかになった。

### ③問 19～21 L I F Eの導入による介護過程実践の変化

図表 2-74 問 19 L I F Eの導入による介護過程実践の変化

項目	施設数	%
アセスメント項目や視点を共有することができた	202	63.9
評価項目に応じた情報収集の機会を介護職が経験できた	192	60.8
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の機会となった	51	16.1
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	159	50.3
客観的指標の変化から、利用者の課題や仮説、目標が立てやすくなった	96	30.4
利用者への支援効果を評価しやすくなった	100	31.6
利用者の変化という成功体験を共有できた	37	11.7
多職種連携が推進された	169	53.5
他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった	71	22.5
介護職による介護過程が実践推進される機会となった	53	16.8
介護職の仕事に対するモチベーションが向上した	29	9.2
介護職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	92	25.9
介護職チームのケア実践力が向上した	58	18.4
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	76	24.1
介護リーダーの役割を組織で理解し共有することができた	45	14.2
介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった	49	15.5
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	27	8.5
その他	5	1.6

n=316

前項の表は問 19 の介護過程の実践に変化があったかで回答してもらった内容で、「とてもあった・すこしあった」をまとめ、問 20 でどのように回答しているのかを表している。

図表 2-75 問 20 L I F Eの導入による介護過程実践の変化（施設・事業所別）

		あった	なかった・わからない	合計
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	人数	115	333	448
	%	25.7%	74.3%	100.0%
介護老人保健施設	人数	117	258	375
	%	31.2%	68.8%	100.0%
通所介護	人数	85	220	305
	%	27.9%	72.1%	100.0%
合計	人数	317	811	1128
	%	28.1%	71.9%	100.0%

施設種別では有意差が認められなかった。

図表 2-76 問 21 L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果（施設・事業所種別）

		あった	なかった	わからない	合計
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	人数	52	188	206	446
	%	11.7%	42.2%	46.2%	100.0%
介護老人保健施設	人数	43	138	201	382
	%	11.3%	36.1%	52.6%	100.0%
通所介護	人数	25	115	165	305
	%	8.2%	37.7%	54.1%	100.0%
合計	人数	120	441	572	1133
	%	10.6%	38.9%	50.5%	100.0%

利用者の受益につながる効果が「あった」と回答している割合は、各施設・事業所種別で10%前後である。「わからない」が各施設・事業所で50%前後であり、利用者の受益まで可視化できていない段階が多い状況であると考えられる。

図表 2-77 問 20 L I F Eの導入による介護過程実践の変化（職位別）

		変化があった	変化がない	わからない	合計
介護職・介護リーダー	人数	155	281	78	512
	%	30.3%	54.9%	14.8%	100.0%
施設長・副施設長	人数	42	114	17	173
	%	24.3%	65.9%	9.8%	100.0%
合計	人数	197	395	93	685
	%	28.8%	57.7%	13.6%	100.0%

$\chi^2=0.034$

L I F E導入で職位による介護過程に変化があるかを検定した $\chi^2$ 検定で有意差があることがわかった。「変化があった」「変化がない」では差が見られないが、「わからない」では、介護職・介護リーダーの割合が多くなっている。施設長等は介護過程に変化がないと判断している割合が高く、介護職・介護リーダーは変化があった、わからないと判断している割合が高いことがわかった。施設長等は変化が目に見える形ではっきりとしなければ、変化がないと判断しているのではないのかと思われる。一方、介護職・介護リーダーは、実際にL I F Eを活用した介護過程を実践することで、自分の変化、チームの変化、利用者の変化などを実感しやすく、介護過程の変化を感じやすいと思われる。

図表 2-78 問 21 L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果（職位別）

		あった	なかった	わからない	合計
介護職・介護リーダー	人数	56	169	291	518
	%	10.9%	32.8%	56.4%	100.0%
施設長・副施設長	人数	19	85	70	174
	%	10.9%	48.9%	40.2%	100.0%
合計	人数	75	254	361	890
	%	10.9%	36.8%	52.3%	100.0%

$\chi^2=0.000$

利用者の受益につながる効果についても、「なかった」と判断している施設長の割合が高く、「わからない」と回答している介護職・介護リーダーの割合が高いことがわかった。個の割合には有意差が検定されている。利用者の受益につながる効果については、現場ではまだ判断がつかないと感じている介護職・介護リーダーの比率が高いことがわかった。

④問 22 介護過程において重要度が高い L I F E 評価項目

図表 2-79 問 22 介護過程において重要度が高い L I F E 評価項目

項 目	施設・事業所	職 位
1_障害高齢者の日常生活自立度	** (特養<通所)	
2_認知症高齢者の日常生活自立度	*** (特養<通所)	
3_認知症の診断	** (特養・老健<通所)	* (施設長<介護リーダー)
4_認知症行動障害尺度 (D B D 1 3)		
5_Vitality Index	** (特養<通所)	
6_要介護度		
7_ADL (Barthel Index)		
8_IADL	** (特養<通所)	
9_起居動作		
10_口腔の健康状態	*** (通所<特養)	
11_誤嚥性肺炎の発症・既往	*** (通所<特養)	
12_褥瘡	*** (通所<特養・老健)	
13_既往歴		
14_服薬情報	* (通所<老健)	
15_利用者の興味・関心		
16_同居家族、家族等や介護できる時間	*** (特養<老健・通所)	
17_在宅復帰の実績や希望有無等	*** (通所・特養<老健)	* (施設長<介護リーダー)
18_身長、体重、BMI	*** (老健<特養・通所)	* (介護リーダー<施設長)
19_低栄養状態のリスクレベル	*** (通所<特養)	
20_栄養補給法	*** (通所<特養)	
21_食事摂取量	*** (通所<特養)	

項 目	施設・事業所	職 位
22_必要栄養量	*** (通所<特養)	
23_提供栄養量	*** (通所<特養)	
24_血清アルブミン値	*** (通所<特養)	
25_食事に対する意識、意欲、満足感	*** (通所<特養)	
26_その他		
27_わからない		

※特養：介護老人福祉施設 老健：介護老人保健施設 通所：通所介護  
 ※有効数 1,127 (\*\*\*)<0.001 \*\*<0.01 \*<0.05)

L I F E の評価項目の中で介護過程でも重要度が高い項目について、施設・事業所別と職位で  $\chi^2$  検定をした結果である。

通所介護では1、2、3、5、8の項目で有意に比率が高かった。特養は10、11、12、19、20、21、22、23、24、25で比率が高く、老健は14、17で比率が高かった。16では老健と通所の比率が有意に高く、18では特養と通所の比率が有意に高かった。

職位では、17で介護リーダーの比率が有意に高く、18では施設長の比率が有意に多かった。

### ⑤問 23 介護過程実践につなげるために必要な L I F E 活用のための力

図表 2-80 問 23 介護過程実践につなげるために必要な L I F E 活用のための力（施設・事業所別、職位）

項 目	施設・事業所	職 位
1_L I F E の評価項目に関する情報収集をする力		
2_L I F E の評価項目に関する分析・統合をする力		
3_L I F E の評価項目を理解し、個別介護計画を立案する力		
4_L I F E を踏まえた、介護実践を行う力		
5_L I F E のフィードバック情報を分析・活用し、介護過程実践につなぐ力		
6_L I F E に対応した書式の変更や作成、会議体をつくる力		
7_介護職チームに L I F E についての理解を浸透させる力	*** (通所<特養・老健)	
8_他職種と連携する力	** (通所<特養・老健)	** (施設長<介護リーダー)
9_その他		
10_わからない		

※特養：介護老人福祉施設 老健：介護老人保健施設 通所：通所介護  
 ※有効数 687 (\*\*\*)<0.001 \*\*<0.01 \*<0.05)

1～6までの項目では施設・事業所別・職位ともに有意差がみられなかった。7、8では特養・老健の比率が有意に高く、職位では8が介護リーダーの比率が有意に高かった。



## 4-2. 記述回答に関する分析

### (1) 介護リーダーが行っていること・介護リーダーに求められる力

介護リーダーが実際に行っていること・介護リーダーに求められる力における記述回答は、「問7 利用者のアセスメント」「問9 利用者への計画立案」「問11 利用者への支援の実施」「問13 利用者への評価」に対して具体的に記述されている内容を抽出し、定性的コーディングの手法を参考に分析を行った。下記にその内容を述べていく。

#### ①問7 利用者のアセスメント

利用者のアセスメントに関する業務において、介護リーダーが実際に行っていること・介護リーダーに求められる力については、『情報を適切に収集して分析する役割(力)』『アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)』『アセスメント情報を活かしたチームケア実践を推進する役割(力)』に整理することができた。

##### ◆情報を適切に収集して分析する役割(力)

介護職として、利用者の生活背景から【生活全体を捉えるアセスメント視点】【現況とニーズを捉える力】が求められている。さらに、【医療的ニーズを把握する力】【変化に気付く力】【利用者、家族の思いに寄り添う情報収集能力】という、情報を引き出し、その状態・想いの変化にも対応しながらアセスメントを行う能力が求められていることが読み取れる。

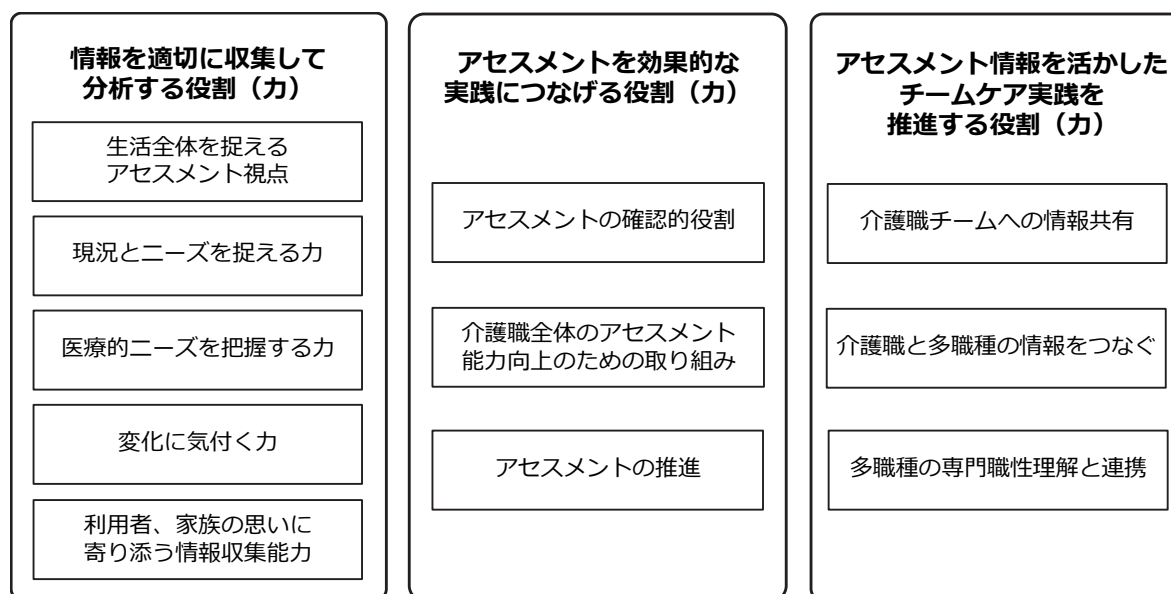
##### ◆アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)

介護リーダーとして、他の介護職員が作成したアセスメントを確認、助言を行う【アセスメントの確認的役割】や【介護職全体のアセスメント能力向上のための取り組み】により、職員の能力の向上、【アセスメントの推進】を促す働きかけを行うことで、効果的な実践へとつなげる能力や役割が読み取れる。

##### ◆アセスメント情報を活かしたチームケア実践を推進する役割(力)

アセスメント情報をチームケアの実践へと活用するため【介護職チームへの情報共有】を密にすることはもちろんのこと、【介護職と多職種の情報をつなぐ】ような情報を多職種で共有していくための働きかけや、【多職種の専門職性理解と連携】し、介護職以外の多職種ならではの視点にも着目しながら情報共有と連携を取ろうとするチームケア実践への働きかけが読み取れる。

図表 2-81 問 7 利用者のアセスメント／介護リーダーが行っていること・介護リーダーに求められる力



なお、アセスメントに関する自由記述欄においてはP D C Aの流れにおける最初の設問だったため、アセスメント場面だけではない、広い範囲を意味していると思われる「介護リーダーとしての実践、求められる力」についての記述が多く見受けられた。そのため、アセスメント場面と分けて分析を行った。その結果、アセスメント場面に限らず介護リーダーに求められる能力については、『アセスメントに限らず、介護リーダーに求められる能力と役割』として、以下の5つで整理した。

- ・ 決断力と実行力
- ・ 介護職チームの統率的役割
- ・ 利用者と職員の関係性の把握
- ・ 介護職員に対する支持的役割
- ・ アセスメント以外の能力指導

これらは、アセスメントに限らない場面で、介護リーダーとして必要な能力や実施している業務であると思われ、アセスメント以外の記述でも繰り返し記載されていたため、補足としてここで述べた。

## ②問 9 利用者への計画立案

利用者への計画立案における介護リーダーが実際に行っていること・介護リーダーに求められる力は、『根拠のある個別介護計画立案の役割（力）』『計画立案を実践につなげるための介護職チームづくりの役割（力）』『多職種との連携を見据えた生活全体を支える計画立案調整の役割（力）』に整理することができた。

◆**根拠のある個別介護計画立案の役割（力）**

介護リーダーはケアの目的や目標を定めるために、【支援の根拠を具体的に文書化する能力】が必要となり、【個別性を重視した計画立案の能力】【計画の見通しを立てられる能力】【利用者、家族の思いに寄り添う能力】といった、個別性のある計画を今後の見通しを立てた上で立案する能力が求められている。また、それを利用者、家族、支援者へ説明したり、文書化するための能力も必要となることが読み取れる。

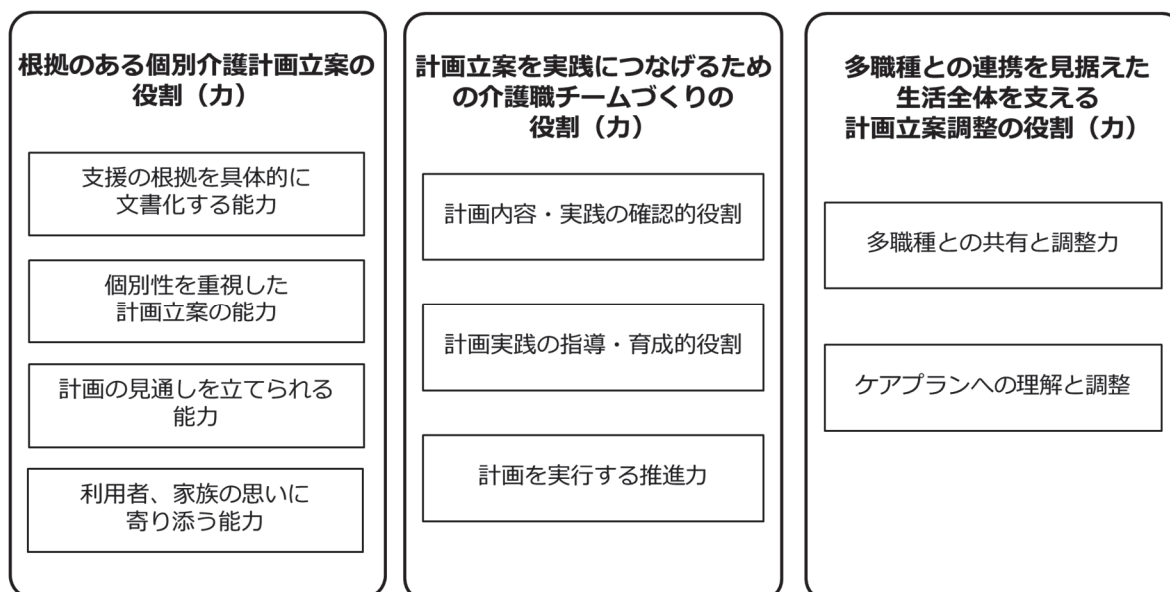
◆**計画立案を実践につなげるための介護職チームづくりの役割（力）**

作成された計画を適宜確認、現況に即して実施するための他職員への助言、指導、育成などの【計画内容・実践の確認的役割】【計画実践の指導・育成的役割】が求められ、計画を具体的に実践するまでの過程における【計画を実行する推進力】も求められることが読み取れる。

◆**多職種との連携を見据えた生活全体を支える計画立案調整の役割（力）**

計画が多職種と共通の理解の元、実施されるよう【多職種との共有と調整力】が求められる。また、ケアマネジャーが作成したケアプランとの関連も重視し、必要に応じて情報提供や調整を行う【ケアプランへの理解と調整】の役割も求められていることが読み取れる。

図表 2-82 問 9 介護の計画立案／介護リーダーが行っていること・介護リーダーに求められる力



③問 11 利用者への支援の実施

利用者への支援の実施における介護リーダーが実際に行っていること・介護リーダーに求められる力は、『変化する状況に対応できる支援実施の役割（力）』『円滑な支援実施のためのチームビルディングの役割（力）安全な支援実施のための環境とリスクマネジメントの役割（力）』に整理することができた。

#### ◆変化する状況に対応できる支援実施の役割（力）

綿密な情報収集の元に計画を立案しても、刻一刻と変化する利用者の状態像や、支援の実施による変化を捉え続けていくことが必要となるため、【支援実施状況の情報収集と共有】【実施状況を踏襲した対応の展開】が求められる。また、支援状況を把握し、これに基づく柔軟な支援の展開に加え、さらにチーム内で共有、統一したケアを継続できるよう、【チームケアの統一に向けた実践】をまとめていくことも介護リーダーに求められていることが読み取れる。

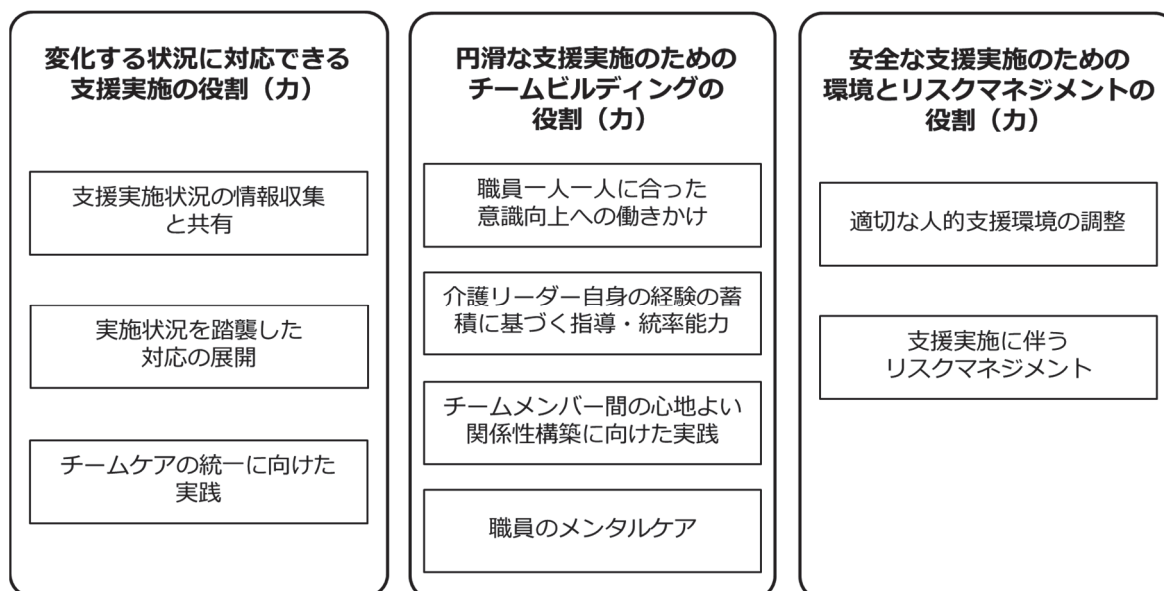
#### ◆円滑な支援実施のためのチームビルディングの役割（力）

支援の実施の段階においては更なるチーム力が必要となり、そのチームを構築していくのも介護リーダーの役割であることが記述されている。そのため、【職員一人一人に合った意識向上への働きかけ】を行い、職員の技術的指導には介護リーダー自身が介護過程や介護技術、利用者の状態像をよく理解していることが必要であり、【介護リーダー自身の経験の蓄積に基づく指導・統率能力】も求められる。また、介護職チームとしての円滑な支援を促進するため、職員の意識向上や信頼関係構築など、【介護職チームメンバー間の心地よい関係性構築に向けた実践】や【職員のメンタルケア】と言った、精神面にも働きかけることが求められていることが読み取れる。

#### ◆安全な支援実施のための環境とリスクマネジメントの役割（力）

利用者と介護職員にとって、安全に支援を実施するための環境調整やリスクマネジメントの役割が記述され、【適切な人的支援環境の調整】や【支援実施に伴うリスクマネジメント】が求められていることが読み取れる。

図表 2-83 問 11 利用者への支援の実施／介護リーダーが行っていること・介護リーダーに求められる力



#### ④問 13 利用者への介護の評価

利用者への介護の評価における介護リーダーが実際に行っていること・介護リーダーに求められる力は、『変化を多角的に捉える評価実施の役割（力）』『介護職チームへのスーパーバイズの役割（力）』に整理することができた。

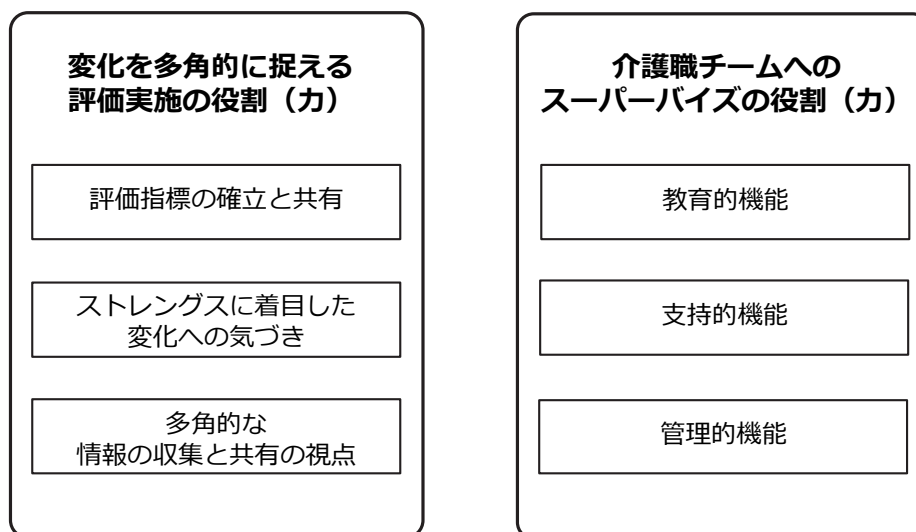
##### ◆変化を多角的に捉える評価実施の役割（力）

利用者の変化について、統一された【評価指標の確立と共有】を行い、これを共有して介護職、多職種との【多角的な情報の収集と共有の視点】から評価を行う必要がある。また、単に状態が落ちたなど、利用者の課題や問題という側面への着目にとどまらず、利用者の強みや、良い変化に目を向け、【ストレングスに着目した変化への気づき】を得ることも必要な能力であると読み取れる。

##### ◆介護職チームへのスーパーバイズの役割（力）

介護職チーム内で評価を行う際、介護リーダーは他の職員に対して【教育的機能】【支持的機能】【管理的機能】のスーパーバイズ機能が求められることが読み取れる。

図表 2-84 問 13 利用者への介護の評価／介護リーダーが行っていること・介護リーダーに求められる力



## (2) LIFEの導入による利用者の受益につながる効果

LIFEを導入・活用した結果、利用者の受益につながる効果はあったかにおける記述回答は、「効果があった」「効果がなかった」それぞれに対して、具体的に記述されている内容を抽出し、定性的コーディングの手法を参考に分析を行った。下記にその内容をまとめていく。

なお、「効果があった」の記載においては、具体的な『利用者の受益』（利用者の変化）というよりも、介護過程実践への影響という視点での記載が多かったため、そうした切り口でのコーディングを行っている。

### ①問 21 利用者の受益につながる「効果があった」

LIFEを導入・活用した結果、利用者の受益につながる「効果があった」と選択された後の自由記述は、『状態像の可視化による情報共有の質の変化』『多職種協働の促進に伴うケアの質の向上』『状態像の変化を捉えた個別支援の実践』『職員の能力・意識の向上』に整理することができた。

#### ◆状態像の可視化による情報共有の質の変化

利用者の状態像を数値化できることで、【状態像がデータ化され明確になる】。これにより利用者の全体像を捉えた【情報共有ができる】ようになり、多職種間でも【情報共有の機会が増える】こととなった。さらに、可視化された明確な【情報共有によってケアの質が向上】し、【支援方法が統一される】など、ケアの質にも変化が及んだ。

#### ◆多職種協働の促進に伴うケアの質の向上

情報の共有がしやすくなったことによる【多職種協働の促進】。また、加算項目における専門職の介入や、これに伴う介護職員の働きかけがケアの質の向上につながっており、【リハ職との連携強化】【加算がケアの質につながる】【排せつケアの質の向上】【褥瘡ケアの質の向上】【栄養面のケアの質の向上】【口腔衛生のケアの質の向上】【入浴のケアの質の向上】に関する具体的例が記述されている。

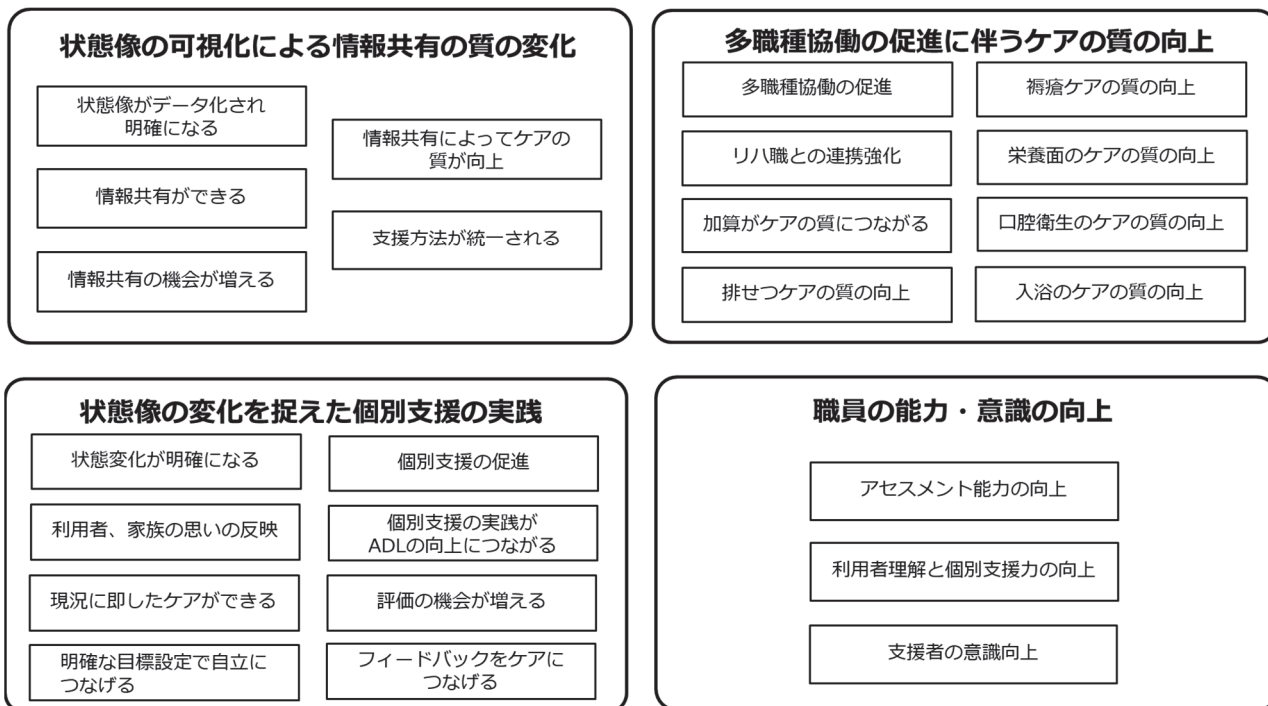
#### ◆状態像の変化を捉えた個別支援の実践

LIFEによる状態像の可視化により、【状態変化が明確になる】。これにより、【利用者、家族の思いの反映】した【現況に即したケアができる】ようになり、【明確な目標設定で自立につながる】ことができる。ケア実践による変化が明確になることで、【個別支援の実践がADLの向上につながる】ことが明らかとなれば、これは【個別支援の促進】の原動力となり、【評価の機会が増える】【フィードバックをケアにつなげる】といった、実践から評価への意識にもつながっていることが読み取れる。

◆介護職員の能力・意識の向上

利用者の情報をより詳しく取ろうとすることで【アセスメント能力の向上】【利用者理解と個別支援力の向上】が促され、より個別的な支援を行う力がついている。また、実践の評価が可視化されることで、【支援者の意識向上】や自信にもつながっている記述がある。

図表 2-85 問 21 L I F E の導入による利用者の受益につながる「効果があった」



②問 21 利用者の受益につながる「効果がなかった」

L I F E を導入・活用した結果、利用者の受益につながる「効果がなかった」と選択された後の自由記述は、『実践に伴う L I F E 活用方法への疑問』『運用に対する戸惑い』に整理することができた。

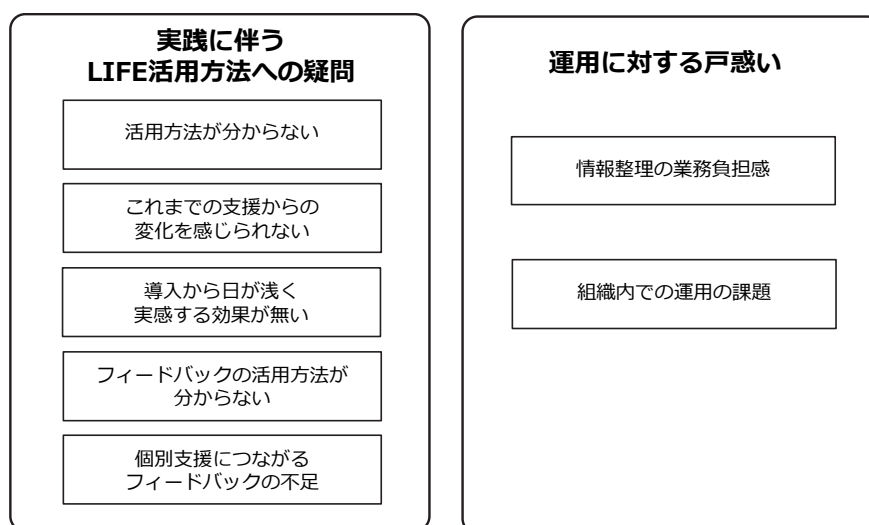
◆実践に伴う L I F E 活用方法への疑問

L I F E を使用してみたことで明らかになった、【活用方法がわからない】【これまでの支援からの変化を感じられない】【導入から日が浅く、実感する効果が無い】【フィードバックの活用方法がわからない】【個別支援につながるフィードバックの不足】という、L I F E そのものの活用方法や、フィードバックを利用者個別の支援に活かす方法への疑問が記述された。また、活用の方法について「教えてほしい」というような前向きな記述も含まれている。

◆運用に対する戸惑い

情報入力に対する【情報整理の業務負担感】への意見が多く見受けられた。また、L I F E が浸透していない、コロナ対策に手を取られる等、【組織内での運用の課題】を残しているという意見もあった。

図表 2-86 問 21 L I F E の導入による利用者の受益につながる「効果がなかった」



### (3) L I F E を活用した介護過程実践についてのご意見

調査票最後に設けた記述回答欄に記入のあった内容から、L I F E や介護過程実践に関する記述を抽出し、定性的コーディングの手法を参考に分析を行った。分析の結果から得られたカテゴリーは、「L I F E を活用した介護過程実践で得られた成果・効果と課題」「L I F E 導入への不安や疑問・要望」に整理することができた。下記にその内容を述べていく。

#### ① L I F E を活用した介護過程実践で得られた成果・効果と課題

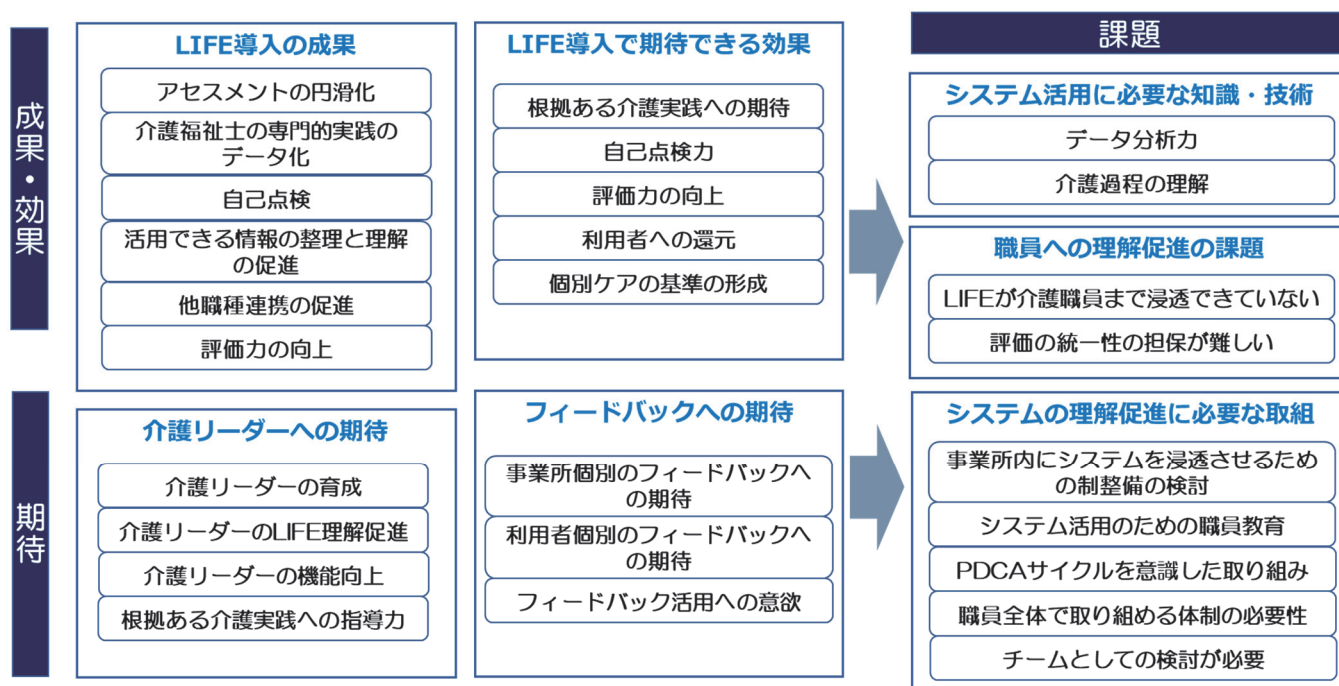
介護過程実践における『L I F E 導入の成果』として、【活用できる情報の整理と理解の促進】により【アセスメントの円滑化】や【他職種との連携の促進】が図られ、【評価力の向上】につながっている。また、【介護福祉士の専門的実践のデータ化】ができ、【自己点検】の機会も増している。また、同じく『L I F E 導入で期待できる効果』としては、L I F E 導入によって、現場において【個別ケアの基準の形成】され【根拠ある介護実践への期待】が高まることや、介護福祉士や介護職チームの実践に対する【自己点検力】や【評価力の向上】により、よりよい介護実践の【利用者への還元】が図られることがあげられる。

よりよい介護過程実践のためのL I F E への期待としては、『介護リーダーへの期待』がある。適切にL I F E の導入・活用した介護過程実践が実施されるためには【根拠ある介護への指導力】が必要である。そのためには、組織（事業所）が【介護リーダーのL I F E 理解促進】の機会を保障し、【介護リーダーの機能向上】を意識した【介護リーダーの育成】体制を整えることが求められている。また、『フィードバックへの期待』もあげられる。今後のデータが収集されたのちの【事業所個別のフィードバックへの期待】や【利用者個別フィードバックへの期待】は高く、【フィードバック活用への意欲】が読み取れる。



上記のように、L I F Eを活用した介護過程実践における成果や効果、期待から見えてくる課題もある。L I F Eの『システム活用に必要な知識・技術』として、データを読み解くための【データ分析力】やデータを介護過程実践に活かすために改めて【介護過程の理解】から始めることも必要である。また、L I F Eそのものの理解や介護過程実践とつながりが進まないという『職員への理解促進の課題』も見えてきている。その背景には、【L I F Eが介護職員まで浸透できていない】ことや【評価の統一性の担保が難しい】ためになかなか理解が進まないことがあがっている。これらを受け、『システムの理解促進に必要な取り組み』として、書式や人員体制の見直しなどの【事業所内にシステムを浸透させるための体制整備の検討】、個々の経験・能力に応じた【システム活用のための職員教育】【PDCAサイクルを意識した取り組み】、介護リーダーや介護福祉士だけでなく【職員全体で取り組める体制の必要性】、介護職チームとして協力と団結が図れるように【チームとしての検討が必要】である。

図表 2-87 L I F Eを活用した介護過程実践で得られた成果・効果と課題



## ② L I F E 導入への不安・疑問と要望

L I F Eを活用した介護過程実践においては、現状のフィードバックについて『フィードバック活用への不安』と『フィードバックへの疑問』があげられる。

#### ◆フィードバック活用への不安

フィードバック活用への不安として【フィードバックを活用できていない】という意見の背景には、【事業所におけるフィードバック活用体制が未整備】で活用にまで至っていないことや全国との数値比較のデータに対し【フィードバック活用方法がわからない】という現状がある。

#### ◆フィードバックへの疑問

フィードバックへの疑問としては、そもそも【フィードバックが返ってこない】と感じていたり、現状の内容では【フィードバックの具体性が無い】ため活用しにくく、十分に機能させることができないと感じている。

#### ◆フィードバック活用に係る要望

このような現状から、フィードバック活用に係る要望として、活用方法のアドバイスや事例の提示・研修会の実施などによる【フィードバック活用実践法の周知・説明】の機会の要望があがっている。またフィードバックの内容としては、もっと送信した内容のアドバイスが含まれるような【詳細な内容のフィードバック】や、明確で【現場で活用できる具体的なフィードバック】、全国単位だけでなく【都道府県別のフィードバック】、月に1回など【定期的なフィードバック】が図られるとよいといった【フィードバック内容の改善・向上】に対する要望があがっている。

#### ◆L I F Eのシステムへの不安・疑問

L I F Eのシステムそのものへの不安・疑問と思われるものもある。やはり慣れない作業であることや新たなシステムの導入ということで、『作業負担が大きい』。システムへの入力作業による【作業量の多さ】【システムの複雑さ】【人員不足】のための負担増は大きな課題といえる。さらに【既存のシステムと連動できない】ことによる負担や【評価が複雑】で項目も多いことで聞き取りなどの作業負担が増えたこともあがっており、【簡素化の必要性】を感じていた。このような負担増を感じる状況の中での日々の介護実践に追われ、L I F Eを【介護過程実践に活かしていない】現状が生まれている。また、【活用方法がわかり辛い】と感じたり、【データ活用法が合っているのかという不安】を抱いても、【システム活用についての相談先がない】現状があり、『システム活用への不安』が生まれている。このような負担感や不安は、手間がかかるだけで【効果が感じられない】、現場においては【必要性を感じられない】、導入の手間や労力に対して【加算に見合っていない】という『L I F Eへの疑問』へつながり、L I F Eは『加算のためのシステムという意識』が生まれている。

### ③ L I F Eがよりよい介護過程実践に活用できるための要望

L I F Eがよりよい介護過程実践に活用できるための要望をまとめる。

#### ◆システムへの理解・活用促進のための要望

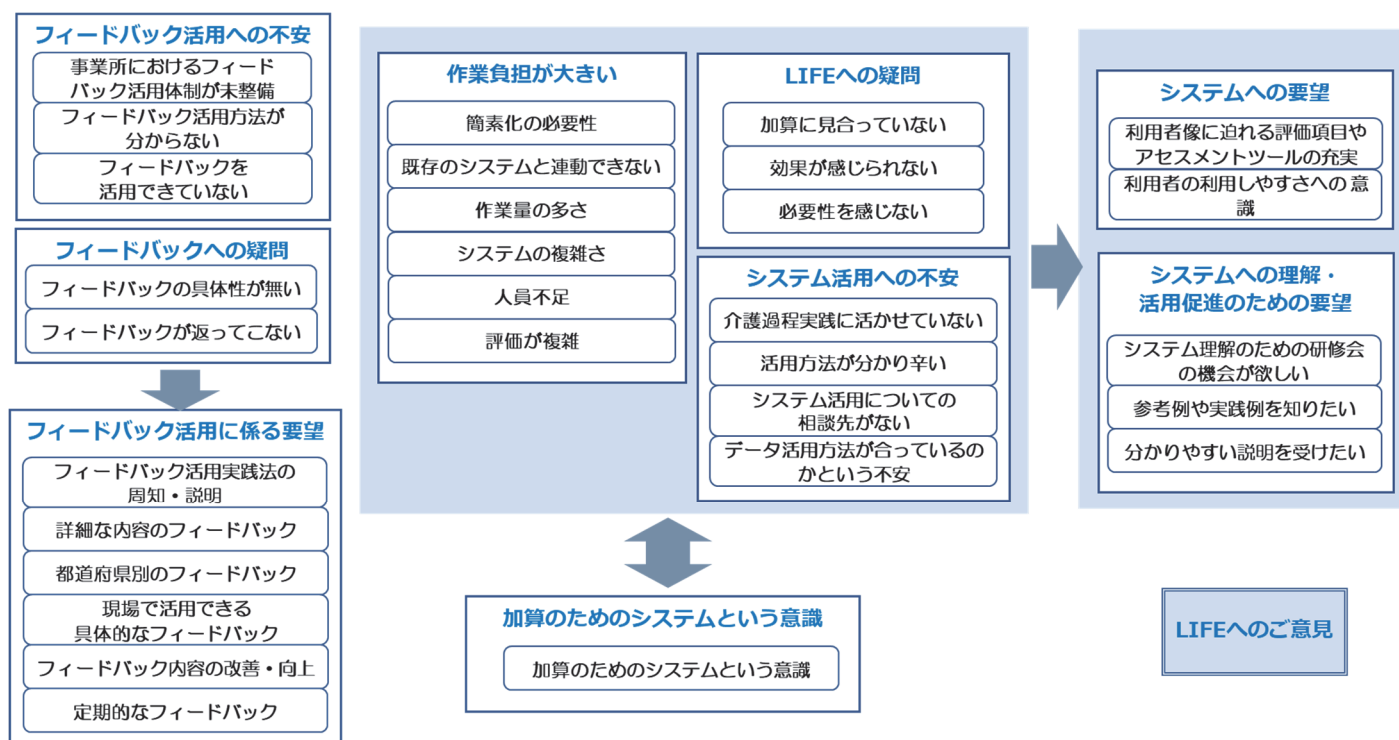
L I F Eシステムへの理解・活用促進のための要望として、事例を用いた情報分析やデータ活用方法の教育研修や PC サポートの研修などの【システム理解のための研修会の機会が欲しい】、

L I F Eのフィードバックを介護過程実践につなげるための活用法など【参考例や実践例を知りたい】、介護の質を上げるためのシステムとして【わかりやすい説明を受けたい】などがあがっている。

### ◆システムへの要望

L I F Eシステムへの要望としては個別の【利用者像に迫れる評価項目やアセスメントシートの充実】【利用者の利用しやすさへの意識】をもち、わかりやすい制度や書式であることを望む声があがっていた。

図表 2-88 L I F E導入への不安・疑問及び要望



### ③システムへの意見

今回、介護過程実践に関する内容としては抽出しなかったが、L I F Eのシステムそのものへの意見もあがっていた。L I F E導入に関する現場の戸惑いや不安の意見として、一部を箇条書きとしてあげていく。

- ・ フィードバックしたくても内容がない。システムそのものを改善してほしい。
- ・ 使い方の問題かもしれないが、L I F Eが始動して、利用者、職員に何か利益（メリット）があるかと言われたら何も感じられない。改善点が多く、初期から提言しているが改善もされない。
- ・ 医療と違い歴史の浅い福祉施設業界。時期尚早だった感が否めない。

- 全国平均と利用者個人を比較することで、平均より低いからこうしよう、高いからこうしようと考えることがエビデンスのある介護とは考えにくい。L I F Eがご本位のニーズをとらえかなえるために必要なサービスに関してのエビデンスが考えられるものとは考えにくい。
- L I F Eにかかる時間を利用者のためにもっと使いたい。
- 多職種協働はわかるが、請求と直結する項目でエラーが発生すると非常に困る。請求は多職種協働にはそぐわない。
- 導入に値するエビデンスを示してほしい。

## 4-3. アンケート調査のまとめ

ここでは、(1) 介護過程の実践状況、(2) 介護過程の実践における介護リーダーの役割と求められる力、(3) LIFE活用の効果、(4) 介護過程実践につなげるために必要なLIFE活用のための力についてのまとめを行う。

### (1) 介護過程の実践状況（問5）

アンケート調査では、介護過程の実践状況を測るために「問5 貴施設・事業所における介護職による介護過程の実践」を設定し、以下①～⑧の状況を「とてもあてはまる・あてはまる・どちらでもない・あまりあてはまらない・あてはまらない」として把握した。

図表 2-89 問5 貴施設・事業所における介護職による介護過程の実践の項目

問5 貴施設・事業所における介護職による介護過程の実践
①組織として介護過程実践の必要性が認識されている
②介護過程実践に必要な介護理念(方針)が介護職で共有されている
③介護職チームとして介護過程実践が行われている
④介護過程実践に必要な教育・研修制度がある
⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある
⑥介護過程実践に必要な書式や様式等が整備されている
⑦介護過程実践に必要な会議体設置や連携の仕組みがある
⑧介護過程は実践されている

まず、明らかになった事項の1つは、通所介護は、介護老人福祉施設や介護老人保健施設に比べて介護過程に関する理解、意識、実践が進んでいた。通所介護では通所介護計画が策定されていることが、介護過程の実践に影響している可能性が推測される。

2つめとして、施設長・副施設長は、実際に現場で働いている介護職・介護職リーダーに比べて、組織として介護過程の実践の必要性が認識されていると感じている割合が高かった。介護過程実践に関する意識には、現場と施設管理者に違いあることが明らかになった。

3つめとして、LIFEを「加算算定している・加算算定する予定」の施設・事業所は、算定していない施設・事業所に比べて、介護過程実践力を評価する仕組みができており、必要な書式も整備されていることが明らかになった。これは、令和3年度調査において明らかになった介護過程を効果的に進める4要素の中の2つである「人材育成」「書式等のツール」にも通じると考えることができる。

## (2) 介護過程実践における介護リーダーの役割と求められる力(問6～13)

(2) では問6～13の結果を用いて、介護過程実践における介護リーダーの役割と求められる力についてまとめを行う。

### ① 利用者のアセスメント

次表は、利用者のアセスメントで求められる役割と力のまとめである。表の左側はアンケート調査の集計結果、右側は記述回答の定性的分析結果を要約して記載している（後述の②③④においても同様）。

下表を概観すると、利用者のアセスメントの場面において介護リーダーは“利用者”“家族”“介護職チーム”“他職種(多職種)”“外部機関・地域資源”など多様な人や職種等に対応する役割・力が求められていることがわかる。

まずは、“利用者”“家族”にかかる役割・力として、アセスメントの基本的能力である利用者や家族からの情報収集、情報の解釈・統合の役割・力が必要とされていることが明らかになった。意思確認の役割や寄り添う力など、介護福祉士の基本的かつ専門的な役割・力もあげられている。また、医療的ニーズの把握や終末期ケアに対する意思確認などの個別かつセンシティブな事項は、介護リーダーに期待されている役割・力であるとの結果であった。

“介護職チーム”における情報共有やチームのアセスメント力向上のための取り組み、“他職種(多職種)”との連携による情報収集・情報共有についても介護リーダーの役割であり、求められる力であることがわかる。

図表 2-90 利用者のアセスメントにおける介護リーダーの役割と求められる力

問6 集計結果	問7 記述回答
<p>■ <b>実施している、求められる力の両方にチェック</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者からの情報収集</li> <li>・介護職チームへの利用者情報共有</li> <li>・介護職チームからの情報収集</li> <li>・他職種への利用者情報提供</li> <li>・他職種からの情報収集</li> <li>・他職種との連携</li> </ul> <p>■ <b>求められる力にのみチェックがあり、比較的高い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外部機関・地域資源との連携</li> <li>・医療的ケアニーズ把握</li> <li>・終末期ケアに関する本人等の意思確認</li> <li>・情報の解釈・統合</li> <li>・ケアプランとの整合性確認</li> </ul> <p>■ <b>あまり実施していないし、求められる力としても低い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・インテーク(利用者や家族との面談)や実地調査</li> <li>・他機関からの情報収集と連携</li> <li>・契約に関連する業務</li> </ul>	<p>■ <b>情報を適切に収集して分析する役割(力)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活全体を捉えるアセスメント視点</li> <li>・現況とニーズを捉える力</li> <li>・医療的ニーズを把握する力</li> <li>・変化に気付く力</li> <li>・利用者、家族の思いに寄り添う情報収集能力</li> </ul> <p>■ <b>アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの確認的役割</li> <li>・介護職全体のアセスメント能力向上のための取り組み</li> <li>・アセスメントの推進</li> </ul> <p>■ <b>アセスメント情報を活かしたチームケア実践を推進する役割(力)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職チームへの情報共有</li> <li>・介護職と多職種の情報をつなぐ</li> <li>・多職種の専門職性理解と連携</li> </ul>

## ②利用者への計画立案

次表は、利用者への計画立案で求められる役割と力のまとめである。

利用者への計画立案においては、“他職種との連携”“チームマネジメント”“計画が実践されていくための環境づくり”にまとめることができる。

“他職種との連携”ではカンファレンスやサービス担当者会議参画、ケアプランへの理解と調整、他職種と計画を共有、“チームマネジメント”では計画を介護職チームで共有したり、介護職チームメンバーの役割分担・配置を決定するなどがあげられている。具体的支援の手順書作成、緊急時の対応検討・作成など、計画立案や立案された“計画が実践されていくための環境づくり”の役割・力も求められている。

上記とは別に、利用者への計画立案であげられている役割・力に、利用者の意思の代弁、利用者・家族の思いに寄り添う役割・力がある。これらは①利用者のアセスメントでもあげられており、介護過程実践の根底を流れる重要な役割・力であるといえよう。

なお、個別介護計画・通所介護計画の作成について、問8では介護リーダーはあまり実施していないし、求められる力としても低いという結果となっている。一方で、問9記述回答では個別性を重視した計画立案の能力、計画の見通しを立てられる能力など、計画作成の役割・力の必要性が明示されている。双方があることに矛盾を感じるが、問9記述回答からはより精度の高い計画を立案する役割・力と解釈することができると思う。

図表 2-91 利用者への計画立案における介護リーダーの役割と求められる力

問8 集計結果	問9 記述回答
<p>■実施している、求められる力の両方にチェック</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンス・サービス担当者会議への参画</li> <li>・利用者の意思の代弁</li> <li>・計画を介護職チームで共有</li> <li>・介護職チームメンバーの役割分担・配置決定</li> </ul> <p>■求められる力にのみチェックがあり、比較的高い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的支援の手順書作成</li> <li>・緊急時の対応検討・作成</li> <li>・他職種と計画を共有</li> <li>・連携するために必要な書類の作成</li> </ul> <p>■あまり実施していないし、求められる力としても低い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別介護計画・通所介護計画作成</li> <li>・個別介護計画・通所介護計画の作成指導や承認・確認</li> <li>・計画書式の作成や改変</li> </ul>	<p>■根拠のある個別介護計画立案の役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の根拠を具体的に文書化する能力</li> <li>・個別性を重視した計画立案の能力</li> <li>・計画の見通しを立てられる能力</li> <li>・利用者、家族の思いに寄り添う能力</li> </ul> <p>■計画立案を実践につなげるための介護職チームづくりの役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・計画内容・実践の確認的役割</li> <li>・計画実践の指導・育成的役割</li> <li>・計画を実行する推進力</li> </ul> <p>■多職種との連携を見据えた生活全体を支える計画立案調整の役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種との共有と調整力</li> <li>・ケアプランへの理解と調整</li> </ul>

## ③利用者への支援の実施

次表は、利用者への支援の実施で求められる役割と力のまとめである。

利用者への支援の実施においては、“介護チーム運営”“確実な実践の推進”“リスクマネジメント”にまとめることができる。

“介護チーム運営”ではメンバーの関係づくり、メンタルケアなどメンバーが力を発揮できる環境づくりとともに、チームケアの統一のための役割・力が求められている。

“確実な実践の推進”では介護職チームへの具体的実施の指示・指導、介護職チームへの報告・記録の指示、介護職チームメンバーへの実践教育など、指示・指導の役割・力が求められている。同時に、支援実施状況の情報収集と共有、実施状況を踏襲した対応の展開などがある。介護リーダー自身による利用者支援の実施も、確実な実践に向けた取り組みに含まれると考えられる。

“リスクマネジメント”では、事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応、適切な人的支援環境の調整、支援実施に伴うリスクマネジメントをする役割・力が求められている。

図表 2-92 利用者への支援の実施における介護リーダーの役割と求められる力

問 10 集計結果	問 11 記述回答
<p>■ <b>実施している、求められる力の両方にチェック</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職チームへの具体的実施の指示・指導</li> <li>・介護職チームへの報告・記録の指示</li> <li>・介護職チームメンバーへの実践教育</li> <li>・介護リーダー自身による利用者支援の実施</li> <li>・他職種・関係者との連携</li> <li>・事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応</li> </ul> <p>■ <b>求められる力にのみチェックがあり、比較的高い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職チームへの報告・記録の指示</li> <li>・介護リーダー自身による利用者支援の実施</li> </ul> <p>■ <b>あまり実施していないし、求められる力としても低い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録様式の作成や改変</li> <li>・利用者担当へのスーパービジョン</li> </ul>	<p>■ <b>変化する状況に対応できる支援実施の役割（力）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援実施状況の情報収集と共有</li> <li>・実施状況を踏襲した対応の展開</li> <li>・チームケアの統一に向けた実践</li> </ul> <p>■ <b>円滑な支援実施のためのチームビルディングの役割（力）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員一人一人に合った意識向上への働きかけ</li> <li>・介護リーダー自身の経験の蓄積に基づく指導・統率能力</li> <li>・メンバー間の心地よい関係性構築に向けた実践</li> <li>・職員のメンタルケア</li> </ul> <p>■ <b>安全な支援実施のための環境とリスクマネジメントの役割（力）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な人的支援環境の調整</li> <li>・支援実施に伴うリスクマネジメント</li> </ul>

#### ④利用者への介護の評価

次表は、利用者への介護の評価で求められる役割と力のまとめである。

利用者への介護の評価においては、“評価を実施するための情報収集”“介護過程実践の評価”“基準づくり”にまとめることができる。

“評価を実施するための情報収集”では、計画実施内容の情報集約、介護職チームでの記録の共有、確認チェック、多角的な情報の収集と共有の役割と力があげられている。

“介護過程実践の評価”では介護職チーム及び担当者の実施を評価する役割・力が求められている。

“基準づくり”では評価指標の確立と共有、達成度評価基準の検討・作成の役割・力の必要性明らかになっている。



図表 2-93 利用者への介護の評価における介護リーダーの役割と求められる力

問 12 集計結果	問 13 記述回答
<p>■ <b>実施している、求められる力の両方にチェック</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職チームでの記録の共有、確認チェック</li> <li>・計画実施内容の情報集約</li> <li>・他職種・関係機関への報告、連絡</li> </ul> <p>■ <b>求められる力にのみチェックがあり、比較的高い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・達成度評価基準の検討・作成</li> <li>・介護職チームの実践能力評価</li> <li>・介護職チーム・担当者の実施の評価</li> </ul> <p>■ <b>あまり実施していないし、求められる力としても低い</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・計画の更新・変更・作成</li> <li>・利用者・家族への説明、同意</li> <li>・モニタリング表など必要書類の作成</li> </ul>	<p>■ <b>変化を多角的に捉える評価実施の役割（力）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標の確立と共有</li> <li>・多角的な情報の収集と共有の視点</li> <li>・ストレngthsに着目した変化への気づき</li> </ul> <p>■ <b>介護職チームへのスーパーバイズの役割（力）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・教育的機能</li> <li>・支持的機能</li> <li>・管理的機能</li> </ul>

### (3) L I F E を活用した介護過程とその効果（問 18～21）

実際に介護職や介護リーダーがL I F Eについて何を担っているかについては、L I F Eの評価項目にかかる利用者情報の収集、収集された利用者情報の確認や検証、L I F Eの評価項目データの入力などの割合が高かった。L I F E評価項目をアセスメントにコミットさせたり、評価項目を入力するという取り組み以外について、現状では介護職や介護リーダーが担っている割合は低い状況であった。L I F Eが導入されて間もないことが影響していると考えられる。

L I F Eの導入による介護過程実践の変化は、「あまりない」「まったくない」をあわせると57.3%と半数を超えていることがわかる。L I F E導入から2年では介護過程実践の変化までには至っていないのではないかと推察される。

職位別にみると、施設長等は介護過程に変化がないと判断している割合が有意に高く、介護職・介護リーダーは変化があった、わからないと判断している割合が高いことがわかった。現場にいる介護職・介護リーダーは、施設長等に比べて変化を感じている可能性がある。

L I F Eの導入による組織等の変化では、アセスメント項目や視点を共有、評価項目に応じた情報収集の機会を介護職が経験、多職種連携が推進、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などについて、変化があったと回答する割合が高かった。アセスメント・情報共有・連携について変化があったという回答が多く、チームケアなどへの影響までには至っていない状況であった。

L I F E導入により利用者の受益につながる効果では、「あった」と回答している割合は10.3%であることから、運用間もない状況においては多くが効果や変化を確認するに至っていない、実感できていない状況にあると考えられる。

しかし、10%ではあるものの、具体的な利用者の受益に関する記載においては、好影響と捉えることができる記載がみられた。利用者の変化そのものではなく、介護過程への効果という視点も含め効果は以下のとおりである。

効果の1つめは状態像の可視化による情報共有の質の変化がある。状態像がデータ化され明確になる、情報共有の機会が増える、情報共有によってケアの質が向上、支援方法が統一されるなどがあげられた。

2つめ多職種協働の促進に伴うケアの質の向上である。情報の共有がしやすくなったことにより多職種協働の促進が図られ、排せつケア・褥瘡ケア・栄養面のケア・口腔衛生ケア・入浴のケアの質の向上に関する具体的例が記述されている。

3つめは状態像の変化を捉えた個別支援の実践である。状態像の可視化により、状態変化が明確になり、利用者、家族の思いの反映、現況に即したケア、明確な目標設定、個別支援の促進、評価の機会が増える、フィードバックをケアにつなげるといった実効性のあるP D C Aにつながる効果があげられている。

4つめに介護職員の能力・意識の向上がある。アセスメント能力の向上、利用者理解と個別支援力の向上が促され、より個別的な支援を行う力がついている、実践の評価が可視化されることで支援者の意識向上や自信にもつながっているなどの記述がある。

#### (4) L I F Eを活用した介護過程実践（問22～23）

25個のL I F E評価項目について介護過程実践に重要と考えるかを尋ねたところ、調査回答者全体としては「ADL (Barthel Index)」70.3%、「既往症」46.5%、「利用者の興味・関心」45.6%、「認知症高齢者の日常生活自立度」43.5%、「I A D L」及び「食事摂取量」40.7%の順に重要と考える割合が高い結果となった。

L I F Eの評価項目の中で介護過程でも重要度が高い項目にについて、施設・事業所別と職位で $\chi^2$ 検定をした結果、職位に比べて施設・事業所別に有意差が出た項目が多かった。その背景には、どの項目が重要であると考えerかは施設・事業所がL I F Eのどの加算項目を算定しているかに影響されているためと考えられる。

重要と考える割合が全体として高く、施設・事業所別に有意差がなかった「ADL (Barthel Index)」「既往症」「利用者の興味・関心」は、施設・事業所種別に関係なく介護過程に活かせる項目であると考えerこともできる。

介護過程実践につなげるために必要なL I F E活用のための力は、評価項目に関する情報収集をする力、評価項目に関する分析・統合をする力、フィードバック情報を分析・活用し介護過程

実践につなぐ力については5割以上がL I F E活用のために必要という回答であった。L I F Eの評価項目やフィードバック情報を理解・分析・統合し、介護過程に落とししていく力というのが必要とされていると解釈することができる。

一方で、割合は相対的には低いものの、介護チームにL I F Eについての理解を浸透させる力では特養・老健の比率が有意に高く、職位では他職種と連携する力が介護リーダーの比率が有意に高いことが明らかになった。(2)でも出てきているように介護チームの運営やマネジメント、他職種と連携する役割・力も、L I F Eを活用した介護過程展開のためには重要であるといえる。