

令和4年度社会福祉推進事業

科学的介護情報システム（L I F E）を活用した
介護過程実践に関する調査研究事業

報告書

株式会社コモン計画研究所

令和5（2023）年3月

科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業
報告書目次

第1章 調査研究の全体像	1
1 調査研究の背景と目的	3
2 令和2～3年度調査研究の振り返りと残された課題	4
(1) 令和2年度調査研究	4
(2) 令和3年度調査研究	5
3 本調査研究の枠組みと調査研究方法	7
(1) 介護現場における介護過程実践に関する調査（アンケート調査）	7
(2) L I F Eを活用した介護過程実践に関する調査（ヒアリング調査）	8
(3) 検討体制	9
(4) 調査研究の経過	10
(5) 調査研究における用語統一	11
4 調査研究の総括	12
(1) L I F Eを導入したことによる介護過程への効果	12
(2) 介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割と求められる力	22
(3) L I F Eを活用した介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割や必要な能力等の整理	27
(4) L I F Eを活用した介護過程実践に必要な能力等を身につけるための養成教育・現任教育の方向性について	30
第2章 介護現場における介護過程実践に関する調査（アンケート調査）	33
1 アンケート調査の基本的枠組み	35
(1) 目的	35
(2) 調査期間と方法	35
(3) 調査対象と回収数	35
2 調査票	36
3 基礎集計	48
3-1 回答施設・事業所の基本属性	48
(1) 回答者の職位	48
(2) 回答者が介護リーダーの場合	49
(3) 施設・事業所の基本情報	51
3-2 介護過程実践の実践状況	54
(1) 個別介護計画の有無 【介護老人福祉施設・介護老人保健施設のみ】	54

(2) 個別介護計画を作成していない理由【介護老人福祉施設・介護老人保健施設のみ】	55
(3) 個別介護計画に代わる仕組み【介護老人福祉施設・介護老人保健施設のみ】	56
(4) 個別介護計画・通所介護計画の作成者	57
(5) 介護職による介護過程の実践	58
3-3. 介護リーダーが実際に行っている業務・介護リーダーに求められる力	62
(1) 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	62
(2) 利用者のアセスメント/記述回答	64
(3) 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	70
(4) 介護の計画立案/記述回答	72
(5) 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	76
(6) 利用者への支援の実施/記述回答	78
(7) 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	81
(8) 利用者への介護の評価/記述回答	82
3-4. L I F Eに関する対応状況	84
(1) L I F E導入の現状	84
(2) L I F Eを導入していない理由	85
(3) L I F E加算の算定開始年月(予定年月含む)	86
(4) 算定(予定を含む)しているL I F Eの加算項目	87
(5) 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	88
(6) L I F Eの導入による介護過程実践の変化	91
(7) L I F Eの導入による組織等の変化	92
(8) L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果	94
3-5. L I F Eを活用した介護過程実践	105
(1) 介護過程において重要度が高いL I F E評価項目	105
(2) 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	107
(3) L I F Eを活用した介護過程実践についてのご意見	108
4. 分析と考察	123
4-1. 調査結果の分析	123
(1) 介護過程の実践に関する分析	123
(2) 介護過程のP D C Aの流れについての分析	126
(3) L I F Eの導入・運用状況に関する分析	132
4-2. 記述回答に関する分析	139
(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	139
(2) L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果	144
(3) L I F Eを活用した介護過程実践についてのご意見	146
4-3. アンケート調査のまとめ	151
(1) 介護過程の実践状況(問5)	151
(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)	152

(3) L I F Eを活用した介護過程とその効果（問 18～21）	155
(4) L I F Eを活用した介護過程実践（問 22～23）	156

第3章 L I F Eを活用した介護過程実践に関する調査（ヒアリング調査）159

1. ヒアリング調査の枠組み	161
(1) 目的と方法	161
(2) 調査対象と調査実施日	161
(3) ヒアリングガイド	162
2. ヒアリング調査結果	165
(1) ヒアリング調査対象の基本情報	165
(2) アセスメント	168
(3) 計画立案	170
(4) 支援の実施（要点の抜粋）	172
(5) 評価（要点の抜粋）	176
(6) 利用者の受益につながる効果（要点の抜粋）	178
(7) その他	178
3. ヒアリング調査のまとめ	181
(1) L I F Eを介護過程にどのように活用しているか	181
(2) L I F Eの導入による介護過程実践への効果	183
(3) 介護リーダーに求められている力	186
(4) L I F Eを活用していくための工夫	192
(5) L I F Eを活用していくための課題	193

資 料195

1. 調査研究ご協力者	197
-------------------	-----

第1章 調査研究の全体像

1 調査研究の背景と目的

介護過程の展開（個別介護計画等を活用したP D C Aサイクル）は、利用者の自立の維持・向上、利用者の望む生活の実現をするために必要な「根拠に基づいた介護実践」である。介護過程は介護福祉士養成課程などの介護人材の育成において科目として設定されており、介護現場では介護福祉士の専門性の一つとして介護過程に基づいた介護実践が期待されている。認知症ケアや看取り、地域での生活支援などが求められる中、根拠ある介護実践とともに、チームにおける統一的・継続的な介護の質を担保する上でも介護過程の実践は重要である。

一方で、令和3年度より始まった「科学的介護情報システム（L I F E）」（以下、「L I F E」という）は、アセスメント情報等のデータ登録及びフィードバックの活用を通じて、介護事業者におけるケアの質の向上を図る新たな取り組みである。

弊社では社会福祉推進事業において、令和2年度「介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業」を実施し、効果的な介護過程推進の要素及び介護福祉士の役割を見出した。さらに令和3年度「科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業」では、L I F Eを活用した介護過程実践の効果や影響及び令和2年度の残された課題について調査研究を実施した。

本調査研究事業では、介護現場においてL I F Eを導入している介護施設・事業所の協力を得て、介護過程実践におけるL I F Eの活用に関する介護福祉士の関わり、実践の実態を調査するとともに、先行研究である令和3年度事業結果も踏まえつつ、L I F Eを活用した介護過程実践における介護福祉士に必要な能力等の整理及び検討を行う。加えて、これらの能力や実践力に対応した介護過程教育の学習内容、教育内容の整理・検討を行う。そのうえで、養成校、職能団体、事業者団体等に対し、L I F Eを活用した介護過程実践における介護福祉士に必要な能力等の習得に対応した養成教育内容等の方向性を示す。

2. 令和2～3年度調査研究の振り返りと残された課題

弊社が実施した令和2年度及び令和3年度の社会福祉推進事業調査研究において、明らかになった点と課題についてまとめた。なお報告書及び事例集は、下記弊社ウェブサイト上で公開している。

▶ <https://www.comon.jp/dl/project.html>



(1) 令和2年度調査研究

令和2年度社会福祉推進事業「介護現場における介護過程実践の実態調査及び効果検証に関する調査研究事業」（以下「令和2年度調査」という）では、「介護過程を効果的に進める4要素プラスより質の高い実践につなげる2要素」及び、「介護過程実践における介護職（介護福祉士）の6つの役割」が明らかになった。

一方、介護過程実践チームの中における介護福祉士特有の役割が十分に見出しきれず、また介護過程実践で介護福祉士が実際に機能しているのか効果検証が不十分であるという課題が残された。さらに、介護過程実践による最終受益者である利用者にとっての受益と実践効果についても検証をすることはできなかった。

図表 1-1 令和2年度調査において明らかになったこと



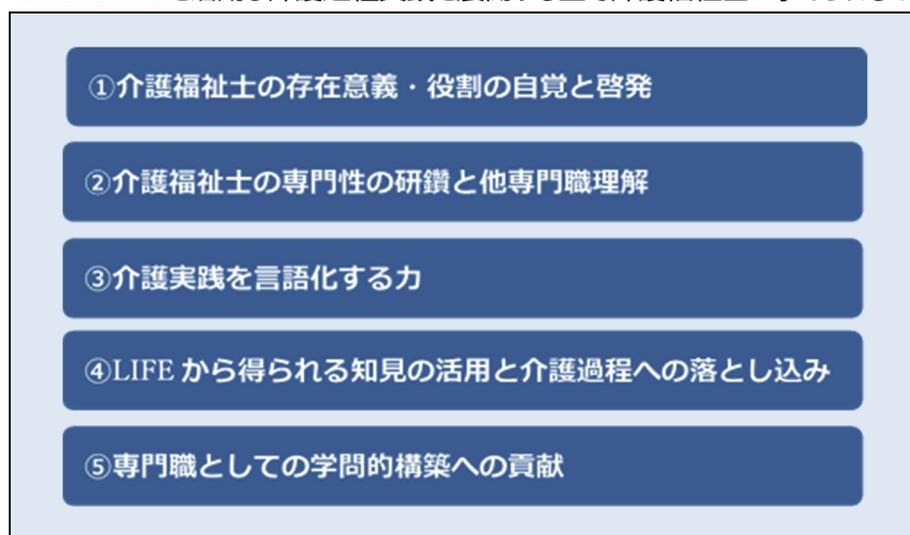
(2) 令和3年度調査研究

令和3年度社会福祉推進事業「科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業」（以下「令和3年度調査」という）では、L I F Eを導入または導入予定である13事業者がL I F E導入を機に様々な取り組みを行った結果、「L I F E導入をきっかけとした6つの新たな取り組み・工夫による18の介護過程実践への効果や影響」及び、「L I F Eを活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる5つの役割」が明らかになった。これに加えて「利用者の受益・変化」として3つの効果が得られた。

令和3年度調査からは、介護過程実践における階層ごとの介護福祉士の役割や、L I F Eを活用する上での介護福祉士の役割などが見えてきた。介護福祉士に求められる様々な役割はどうすれば発揮できるのか、また役割を求めるだけでなく、その環境をどう整えていくか、そのために必要な政策的支援は何かなど、さらに一步踏み込んで考えていくべき課題が出てきた。

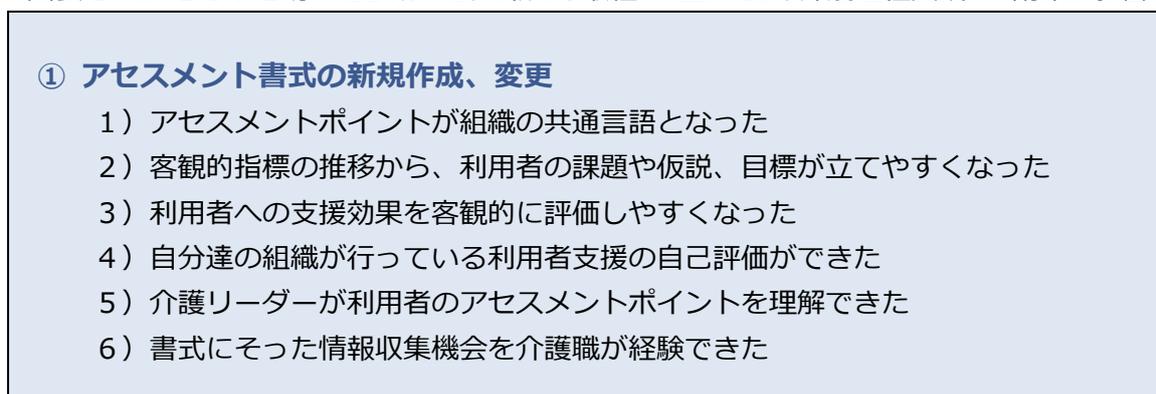
① L I F E を活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる5つの役割

図表 1-2 L I F E を活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる5つの役割



② L I F E 導入をきっかけとした新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響

図表 1-3 L I F E 導入をきっかけとした新たな取り組み・工夫による介護過程実践への効果や影響



② 研修、勉強会等の開催

- 7) 研修を通じて職員に対する介護過程の教育機会が設けられた
- 8) 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
- 9) 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
- 10) 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機会となった

③ 会議体の創造・変更

- 11) 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
- 12) 他職種連携の実際の役割を担うことで介護リーダーの人材育成効果があった
- 13) 組織における介護リーダーの役割と存在を周知する効果があった
- 14) 他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった

④ 介護リーダーの役割を周知・明示

⑤ 介護リーダーや介護職に具体的役割を付与

⑥ 実施や評価の精度を上げる取り組み

- 15) 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
- 16) 介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった
- 17) 利用者の変化という成功体験を介護職チームが得られた
- 18) 介護リーダーの仕事に対するモチベーションが向上した

③利用者の受益・変化

図表 1-4 利用者の受益・変化

- ① ADL、身体機能に関する変化
- ② 認知症に関する変化
- ③ 利用者のQOLに関する変化

3. 本調査研究の枠組みと調査研究方法

(1) 介護現場における介護過程実践に関する調査（アンケート調査）

介護過程実践の有無、介護福祉士の役割及び求められる力、L I F Eを活用した介護過程実践及び利用者の受益の効果等を明らかにすることを目的に、アンケート調査を実施した。本調査の詳細は、第2章に掲載している。

①アンケート調査概要

図表 1-5 アンケート調査概要

- 対象：介護老人福祉施設 2,000、介護老人保健施設 2,000、通所介護事業所 2,000
- サンプル：合計 6,000 施設・事業所
- 配布方法：郵送により送付
- 回収方法：郵送、ウェブフォーム、エクセルダウンロードから回答者が選択し回答
- 調査期間：令和4年10月13日～11月18日、締切後に送付された調査票については、対応が可能な範囲で集計の対象とした。
- 回収：1,727 施設・事業所、回収率 28.8%

②アンケート調査における配慮・留意点

アンケート調査票依頼状に、下記調査票の取り扱いについて明記した。

図表 1-6 アンケート調査配慮・留意点

- 調査票は無記名であり、施設や回答者は特定できない内容です。
- 調査で得られた内容は、安全措置を講じてデータの漏洩がないように管理・保管し、施設や回答者が特定できないよう統計処理をいたします。
- 調査への拒否があっても、そのことで不利益が生じることは一切ございません。

(2) L I F E を活用した介護過程実践に関する調査（ヒアリング調査）

L I F E を導入している介護現場において、介護過程の実践を L I F E 活用とどのようにコミットさせているか、介護福祉士はどのような役割であるか、課題は何かを具体的な事例を通して把握し、L I F E を活用した介護過程実践における介護福祉士に必要な能力等の整理及び検討を行った。本調査の詳細は、第 3 章に掲載している。

①ヒアリング調査概要

図表 1-7 ヒアリング調査概要

- | |
|--|
| <p>■対 象：介護老人福祉施設 2、介護老人保健施設 2、通所介護事業所 2</p> <p>■サンプル：合計 6 施設・事業所</p> <p>■方 法：検討委員会、事業者団体、職能団体からの推薦による。検討委員会委員よりヒアリング調査担当者を選出した。事前にアンケート調査票及び介護過程実践、L I F E 活用による介護過程実践に関するシートにそれぞれ回答いただき、その回答を深掘りしていった。</p> <p>■期 間：令和 4 年 11 月～令和 5 年 1 月</p> |
|--|

②個人情報への配慮及び個人情報保護の徹底

事前及び調査当日に、個人情報・プライバシーの保護取り扱いについて事務局より下記の項目の説明を行った。

図表 1-8 ヒアリング調査配慮等

- | |
|---|
| <p>■個人情報・プライバシーの保護取り扱いについて</p> <ul style="list-style-type: none">・ ヒアリング内容をそのまま報告書等に掲載することはいたしません。また、結果のまとめ方、その内容については、全て確認をさせていただき、承諾を得てから掲載いたします。・ 個人を特定した結果の表出はいたしません。 <p>■留意点について</p> <ul style="list-style-type: none">・ 回答できない内容等は遠慮なくお申し出ください。これにより不利益が生じることはありません。・ ヒアリングは記録のため録画・録音をいたします。・ 実施担当の検討委員及び事務局によりヒアリング内容のまとめ及び分析等を行います。・ ヒアリング結果及び関連資料は、本調査の目的以外では利用いたしません。・ 一定の保存期間を経て、全てのデータを消去いたします。 |
|---|

(3) 検討体制

以下の学識経験者、職能団体、事業者団体からの推薦者で構成される検討委員会を設置し、調査に関する方法及び内容の検討・精査・修正等に関する助言、調査結果を踏まえた今後の提言について検討を行った。新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、全てリモート開催とした。

図表 1-9 検討委員会

役職	所属等	氏名(敬称略)
委員長	社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 理事・総合施設長	本名 靖
委員	公益社団法人日本介護福祉士会 会長	及川ゆりこ
委員	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 老施協総研運営委員会 委員	神部 健史
委員	全国福祉高等学校長会 事務局次長	真田 龍一
委員	一般社団法人日本在宅介護協会 通所介護部会 委員	下田 哲也
委員	日本福祉大学 健康科学部 教授	武田 啓子
委員	大阪人間科学大学 人間科学部 社会福祉学科 教授	武田 卓也
委員	公益社団法人全国老人保健施設協会 理事	千葉 泰二
委員	公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 理事	野田由佳里
委員	東洋大学 ライフデザイン学部 教授	古川 和稔

図表 1-10 オブザーバー

所属等	氏名(敬称略)
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 室長補佐	佐々木忠信
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護福祉専門官	鈴木真智子
厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課福祉人材確保対策室 介護人材確保・広報戦略対策官	藤野 裕子

なお、アンケート調査結果のうち調査結果の分析については本名靖委員長が行い、記述回答に関する分析については久田はづき氏（白梅学園大学・短期大学助教）及び山川ひかり氏に協力をいただき分析を行った。

(4) 調査研究の経過

図表 1-11 調査研究の経過

開催		主な議事内容
第1回	検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年9月2日(金) ・13時～15時 ・zoom (1) 令和4年度社会福祉推進事業 <ul style="list-style-type: none"> ・調査研究事業概要について ・スケジュールについて (2) アンケート調査について
第2回	検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年10月6日(木) ・10時～12時 ・zoom (1) アンケート調査進捗報告 (2) ヒアリング調査について <ul style="list-style-type: none"> ① ヒアリング調査の流れについて ② ヒアリングガイド(案)について ③ ヒアリング調査対象先について ④ ヒアリング調査のご担当について
★介護現場における介護過程実践に関する調査(アンケート調査)の実施 令和4年10月13日(木)～11月18日(金) 但し締切り後に送付された調査票については、対応が可能な範囲で集計の対象とした。		
★ヒアリング調査の実施1 令和4年11月21日(月)10時～12時(対面・zoom) 株式会社やさしい手 通所介護ゆめふる飾磨恵美酒店		
第3回	検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年11月29日(火) ・17時～19時 ・zoom (1) ヒアリング調査進捗報告について (2) アンケート調査について <ul style="list-style-type: none"> ① アンケート調査実施状況報告について ② アンケート調査速報集計結果について
★ヒアリング調査の実施2 令和4年12月2日(金)14時～16時(対面) 特定医療法人社団千寿会 介護老人保健施設グリーンコート三愛		
★ヒアリング調査の実施3 令和4年12月12日(月)10時～12時(zoom) 社会医療法人耕和会 介護老人保健施設 サンヒルきよたけ		

開催		主な議事内容	
★ヒアリング調査の実施 4 令和 5 年 1 月 13 日(金)13 時～15 時(zoom) 社会福祉法人聖啓会 特別養護老人ホーム菜の花			
★ヒアリング調査の実施 5 令和 5 年 1 月 19 日(木)10 時～12 時(対面・zoom) 社会福祉法人久英会 若久サテライトビレッジ			
★ヒアリング調査の実施 6 令和 5 年 1 月 23 日(月)15 時～17 時(対面) 社会福祉法人江寿会 通所介護アゼリーアネックス			
第 4 回	検討委員会	・令和 5 年 2 月 7 日(火) ・13 時～15 時 ・zoom	(1) アンケート調査結果について (2) ヒアリング調査結果について (3) 報告書目次案について
第 5 回	検討委員会	・令和 5 年 3 月 14 日(火) ・10 時～12 時 ・zoom	(1) 報告書案について

(5) 調査研究における用語統一

本調査研究では、下記用語に統一している。

図表 1-12 用語統一

- ケアプラン
- ケアマネジャー
- 個別介護計画(介護職が介護過程において作成する計画)
- 利用者
- 理学療法士
- 作業療法士

4. 調査研究の総括

令和4年度「科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業」（以下、「本年度調査」という）では、令和3年度「科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業」（以下、「令和3年度調査」という）の結果をベースにアンケート調査及びヒアリング調査を実施した。ここでいう“L I F Eを活用した介護過程実践”とは、L I F Eのフィードバック機能に限定するものではなく、L I F Eを導入・運用するプロセスにおける様々な取り組みを介護過程実践に活かす取り組みを含んでいる。アンケート調査及びヒアリング調査は、この視点を踏まえ実施した。

総括では、本年度調査から得られた「(1) L I F Eを導入したことによる介護過程への効果」を令和3年度調査に続き整理し、介護過程の実践にL I F Eを活用することの意義について再確認を行う。

また、「(2) 介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割と求められる力」についても、令和3年度調査を踏まえ本年度調査の結果を整理する。

最後に、「(3) L I F Eを活用した介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割や必要な能力等の整理」として、以下①②についてまとめを行う。

- ① L I F Eを活用した介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割や必要な能力の整理
- ② L I F Eを活用した介護過程実践に必要な能力等を身につけるための養成教育・現任教育の方向性を示す

(1) L I F Eを導入したことによる介護過程への効果

本年度調査では、アンケート調査（1,727施設・事業所から回答）及びヒアリング調査（6施設・事業所）を実施した。調査結果からは、L I F Eを導入したことによる介護過程への効果として、以下①～⑦が抽出された。

図表 1-13 L I F Eを導入・運用したことによる介護過程への効果（まとめ）

介護過程の P D C Aへの 効果	①利用者のアセスメント ・情報を把握・整理・理解しやすい ・アセスメントの機会が増加 ・新たなアセスメント視点の獲得 ・変化に気づきやすい ・情報共有のツールとなっている ・多職種連携の促進	③利用者への支援の実施 ・チームケアの推進 ・他の専門職との連携による支援の充実 ・その他の個別的効果
	②介護の計画立案 ・課題や目標が明確に ・個別性に応じた計画立案 ・変化に応じた計画の見直し ・意向や希望に対応した計画立案	④利用者への介護の評価 ・評価の重要性を認識 ・評価力が向上 ・ケアのデータ化による介護の評価

その他の効果	⑤人材育成 ・意識・行動の変化 ・個人やチームの能力の向上	⑥ケアの質の維持・向上 ・ケアの統一 ・個別ケアの推進 ・ケアの見直し ・ケアの質の維持・向上	⑦利用者の受益 ・A D Lの維持・向上 ・状態の維持・改善 ・その他個別の効果

①利用者のアセスメントへの効果

アンケート調査（問 20）によると、L I F Eの導入による影響では「アセスメント項目や視点を共有することができた」「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」がともにL I F E導入施設・事業所の3割以上となり、アセスメントに対する効果や影響の割合は比較的高い結果となった（92 ページ）。記述回答やヒアリング調査においても、他に比べてアセスメントに効果や影響が多くあげられた（次表）。

具体的には、L I F Eの導入により「アセスメントの機会が増加」し適切な支援につなげる取り組みが推進されるとともに、L I F Eの評価項目が設定されたことで「情報の把握・整理・理解」をして現状把握がしやすくなるという効果がみられた。また、今まで気づけなかった「新たなアセスメント視点」が得られ新たなニーズの発見につながったり、利用者の「変化に気づきやすい」という効果が確認できた。さらに、L I F Eの評価項目は「情報共有のツール」にもなりやすく、結果として多職種との情報共有の機会が増えるなど「多職種連携の促進」にもつながっている。

図表 1-14 利用者のアセスメントへの効果

情報を把握・整理・理解しやすい	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況を可視化でき、現状把握しやすくなった ・情報がまとまったデータになり、把握しやすくなった ・情報整理と確認のしやすさ ・情報整理ができる ・必要な情報の理解につながった
アセスメントの機会が増加	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者評価の機会が増え、的確な支援につながった ・アセスメント機会が増え、利用者像の把握や評価につながった ・利用者の意思・想い、家族の意向を丁寧に把握 ・L I F Eを導入したことで、計画書類作成にあたり家族の意向を聞く機会が増え、介護職は以前よりも意向の重要性を感じている

<p>新たなアセスメント 視点の獲得</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本情報を見直し、利用者をより知ることができた ・ 状態把握をし、潜在能力を見つけられた ・ 現況に即したケアニーズの掘り起こしができた ・ アセスメントが明確になり、対話が増え、観察視点が変わった ・ 活用しきれていなかった情報を活かせる ・ 介護以外の専門性や視点への理解とアプローチ ・ QOLを意識したアセスメント ・ 従来のアセスメントでは見つけられなかった点を数値化することで、より正確に把握 ・ ADL以上にQOLについてのアセスメント力がつき、観察力がひろがった ・ 終末期を迎えた利用者には何が出来るかを考えるきっかけづくりになっている ・ 介護職は気づきができるようになり、利用者の本当のADL状況が把握できるようになり、計画にもそれが影響してきている
<p>変化に気づきやすい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変化が明確になった ・ 急激な変化にも早急に気づき、対応できた ・ 状態変化の原因が理解でき、予防対策につながった
<p>情報共有のツールと なっている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ しっかりと情報共有するようになった ・ 評価の可視化で情報共有がしやすく、効率的な支援につながった ・ アセスメント項目や視点を共有できた ・ 情報共有をしやすくなった ・ アセスメントの重要性に気付き情報共有できた ・ 状態像がデータ化でき、根拠が明示できた
<p>多職種連携の促進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種の話し合いが増えた ・ 介護職員のアセスメントで多職種との情報共有の機会が増えた ・ 新規利用者の状況を評価でき、変化も多職種でアプローチできた ・ 他部署との連携、情報・意見交換が活発になり、利用者理解が深まった ・ あらゆる場面で評価を行うことにより多職種で検討する ・ 排せつ支援での計画に着目できるようになった ・ バーセルインデックスの数値をもとに、排せつでは失禁の種類や、一部介助、全介助、自立について他の専門職に対してより具体的に話せるようになった ・ LIFEを導入し、それぞれの計画書を大体3か月に1回、多職種で集まっているような情報を共有し評価している

②介護の計画立案への効果

アンケート調査（問20）によると、LIFEの導入による効果として「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」が11.9%であり、LIFE導入施設・施設・事業所の1割程度が計画立案への効果を実感している結果となった（92ページ）。

記述回答やヒアリング調査からは、「課題や目標が明確に」なり目標や対策が立てやすくなった、変化を見直す機会が創出され「変化に応じた計画の見直し」ができる、利用者の「意向や希

望に対応した計画立案」ができるなど、一人ひとりの意思や状況に応じた計画立案につながる効果がみられた。(次表)

図表 1-15 介護の計画立案への効果

課題や目標が明確に	<ul style="list-style-type: none"> ・問題点が明確になり対策が立てやすくなった ・介護目標が明確化し、立案しやすくなった ・どの項目を目標にするかが明確になり、ケアにつなげることができるようになった
個別性に応じた計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・時間帯や利用者のペースというものが、幾らアセスメントしても、お朝か昼か夕方かの 3 パターンでしか考えられなかったが、変更した個別介護計画では、座位保持の時間、意欲というものを見た中で何とか調整して、この時間が一番適切だと対応できるようになった
変化に応じた計画の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・変化を見直す場を設け、現状に即した計画立案ができた ・身体機能の評価だけでなく、生活場面を環境面、心理面も併せて課題分析し、計画の見直しができた ・利用者の本当のADL状況が把握できるようになり、計画にもそれが影響してきている
意向や希望に対応した計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・意向や希望を検討し、計画書に反映できるようになった ・利用者の意思・想い、家族の意向を落とし込む機会となった ・変化が明確になり計画の適正化につながった

③利用者への支援の実施への効果

アンケート調査(問 20)によると、L I F E の導入による効果として「介護職チームのケア実践力が向上」したが 6.4%であるなど、実践に関する効果や影響は 1 割を下回り、相対的には効果や影響は低い状況であった(92 ページ)。

記述回答やヒアリング調査からは、介護職同士の情報共有がすすみ「チームケアの推進」が図られた、専門職の関わりで積極的なケアができたなどの効果が読み取れた。また、入浴、排せつ、褥瘡に関しては適切な支援の実施につながったという効果がみられた。(次表)

図表 1-16 利用者への支援の実施への効果

チームケアの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・チームケアが向上した ・具体的な数字として結果に表れるため介護職同士でも理解できるようになった
----------	---

他の専門職との連携によるケアの変化	<ul style="list-style-type: none"> ・運動プランを介護職が実施することが増えた ・口腔衛生の取り組みでケアの見直しのきっかけになった ・歯科衛生士を採用し、口腔ケアに取り組んだ ・専門職の関わりで積極的なケアができた ・歯科衛生士の介入が促進され、介護職のケアの質が変わった ・栄養マネジメントの実践を通じて、個別ケアに対する姿勢が変化した ・褥瘡マネジメント加算を通じて多職種連携の機会が増えた ・栄養状態を多職種で情報共有できた ・数値の確認や、栄養面の状態を共有できた
その他の個別的効果	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴支援について検討し、適切な方法を選択できた ・排せつに関する自立支援に取り組めた ・排せつに関するケアの実践 ・排せつに関する自立支援に取り組めた ・褥瘡に関するケアの質が向上した ・具体的な支援実践の内容把握ができた ・記録時間が短縮され、ケアにかかわれる時間が増えた

④利用者への介護の評価への効果

アンケート調査（問 20）によると、L I F E の導入による効果として「利用者への支援効果を評価しやすくなった」は 13.2%であり、1 割台ではあるものの評価への効果はアセスメントに次いで効果を感じやすい場面であることがわかった（92 ページ）。

記述回答やヒアリング調査からは、L I F E が「評価の重要性を認識」する機会となった、評価項目が明確になり、評価の可視化ができ「評価力が向上」した、介護職員の実践がデータとして見え、自己点検ができ、「ケアのデータ化による介護の評価」が可能になるという効果が読み取れた。（次表）

図表 1-17 利用者への介護の評価への効果

評価の重要性を認識	<ul style="list-style-type: none"> ・評価の重要性の認識につながった
評価力が向上	<ul style="list-style-type: none"> ・評価がしやすくなった ・各分野の評価項目が明確になった ・支援の効果を評価しやすくなった ・評価の数値化で確認しやすくなった ・栄養状態の可視化でケア内容の精査ができた ・利用者家族への説明時、評価の可視化に役立った ・数字で示されるとわかりやすく、根拠がはっきり説明できる ・より具体的な失禁の分類や、排せつ形態についても細かく評価
ケアのデータ化による介護の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の実践がデータとして見える ・自己点検ができる ・現在の業務への自己点検 ・フィードバックが明確になり、支援の方向性の確認ができた ・自分の担当利用者がこんなにアップしたと言えば、それが今度自分の評価にもなる

⑤人材育成への効果

介護過程のP D C Aとは別に、L I F Eの活用による人材育成への効果も確認できる。

アンケート調査（問 20）によると、L I F Eの導入による効果として「介護職の仕事に対するモチベーションが向上」3.6%、「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」11.3%となっており、自覚の促進は1割以上が効果を実感している結果となった（92 ページ）。

記述回答やヒアリング調査からは、アンケート調査でもみられた、職員のやる気や向上心が増し、それが自信へとつながるといった「意識の向上」や、目標に向かい職員が努力するという「行動の変化」を生じさせている効果がみられた。そして、観察力、アセスメント力などの「個人やチームの能力の向上」にもつながるとい効果もあげられている。（次表）

図表 1-18 人材育成への効果

<p>意識・行動の変化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者と職員の向上心が高まった ・支援意識向上が図れた ・排せつに関する取り組みが明確になり、職員の意識も向上した ・介護職員の評価力、意識の向上 ・口腔衛生管理加算による専門職の介入が継続し、意識が向上した ・利用者のQOL向上につながればモチベーションアップになる ・L I F Eを導入することで可視化され、利用者のADLの向上及び介護職のモチベーションが上がった ・褥瘡予防の意識付けになっている ・評価の可視化が介護職員の自信につながった ・L I F Eを導入し、介護職員の意識がすごく変わってきた ・問題点を把握しやすくなり、目標に向かい職員が努力するようになった ・利用者の排せつのレベルを上げることに気持ちに変化 ・L I F Eの自立支援加算項目とバイタリティインデックスを入れた書式に変更したことで、介護リーダーが課題やニーズを意識できるようになった
<p>個人やチームの能力の向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・物事を見る視点が変わった ・職員の観察力が向上し、目標や課題の抽出ができるようになった ・スタッフのアセスメント能力が向上した ・利用者対応力が向上した

⑥ケアの質の維持・向上

アンケート調査（問 20）によると、L I F Eの導入によるケアの質への効果としては「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」が5.8%であり、相対的には少ない割合であった（92 ページ）。

記述回答やヒアリング調査からは、個別ケアへの関心の高まりから「個別ケアの推進」が図られ、支援の見直しの機会が「ケアの見直し」につながり、結果として「ケアの統一」「ケアの質の維持・向上」につながったという効果が読み取れた。（次表）

図表 1-19 ケアの質の維持・向上への効果

<p>ケアの統一</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・排せつ介助の情報共有で支援方法が統一できた ・評価をチームで検討、情報共有し、統一した介護ができた ・多職種で評価項目を確認し、支援の方向性が統一された ・目標やケア内容が統一されたため、ケアで行わなければならない内容が具体的になった ・リハ職が入力したL I F Eを引用し、介護職が疑問に思うことはリハ職に確認して、統一
<p>個別ケアの推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・より個人に応じた支援ができるようになった ・自立促進と個別ケアの実践ができた ・個別ケアに目がむくようになった ・加算項目は個別的な援助をより実施するようになった ・専門職の情報共有が促進され、介護職のケアが細かくなった ・状態を数値化でき、P D C Aサイクルが回せた
<p>ケアの見直し</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・支援の見直しを行った ・関わりの数値化で、ケアや対応の見直しができた ・自立支援に向けたケア内容の見直しを行った ・自立支援の取り組みが強化された ・状態把握への理解が深まり、対応が変化した
<p>ケアの質の維持・向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・客観的に自施設を見つめる機会として活用 ・根拠ある介護を行う上で効果判定ができる ・他職種による検証により、根拠ある介護につながる ・客観的視点を持つために活用できる ・他職種と連携しサービスの質の向上に向かっている ・情報共有によりサービスの質が向上した ・サービスの質が多少向上した ・多職種間、介護職間の情報共有がケアの向上につながった ・状態を客観的に評価、計画立案し、ケアの質の向上につながった ・利用者に定期的な評価還元ができ、以前より積極的なかわりができている ・専門職の介入でケアの質が向上した ・多職種連携の多方面の視点がケアに結びついた

⑦利用者の受益への効果

L I F Eのみならず、介護過程実践も最終に目指すところは利用者の受益である。

利用者の受益については、多職種連携や個別支援の実施により「ADLの維持向上」につながったという回答が多数みられた。また、結果として「自立につながった」「状態の維持・改善」ができていたなどの回答とともに、「個別の効果」として、在宅に復帰、皮膚状態の向上、歯科治療の実施、個別支援の強化によるQ O Lの向上などの効果が確認できた。そして、利用者との信頼関係構築という、支援を通して得られた心理的効果もあることがわかった。(次表)

なお、アンケート調査において利用者の受益への効果に関する質問を設定したが、具体的な数値の変化等の記載を求めなかったため状態像の記述にとどまる内容が多く、L I F E の評価項目等に基づく具体的かつ詳細な受益の分析には至らなかった。

図表 1-20 利用者の受益への効果

<p>ADLの維持・向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 観察の視点が共有でき、ADL向上につながった ・ 多職種間の情報共有によりADLの向上につながった ・ ADLの維持向上に役立った ・ 排せつに関する個別支援の実践がADL向上につながった ・ ADLの向上や、生活の質がよくなっている ・ 生活の質、ADL向上につながっている ・ 個別支援の強化によるQOLの向上
<p>状態の維持・改善</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画で利用者のできる目標設定を行い、自立を促せた ・ 明確な目標設定で柔軟なケアができ、利用者の自立につながった ・ 排せつに関する個別支援の実践が利用者の変化につながった ・ 個別支援にあたり職員が学習しPDCAを実践したことで状況が改善 ・ 状態が維持できる方が多い
<p>在宅復帰、健康状態、望む生活などに関する個別の効果</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅復帰につながった ・ 利用者の栄養状態の改善 ・ 皮膚状態の向上につながった ・ 歯科治療につながった ・ 利用者が望む成果につながった ・ 利用者が悩みや困りごとをスタッフに相談するようになった

⑧これまでの調査研究から見えてきた効果

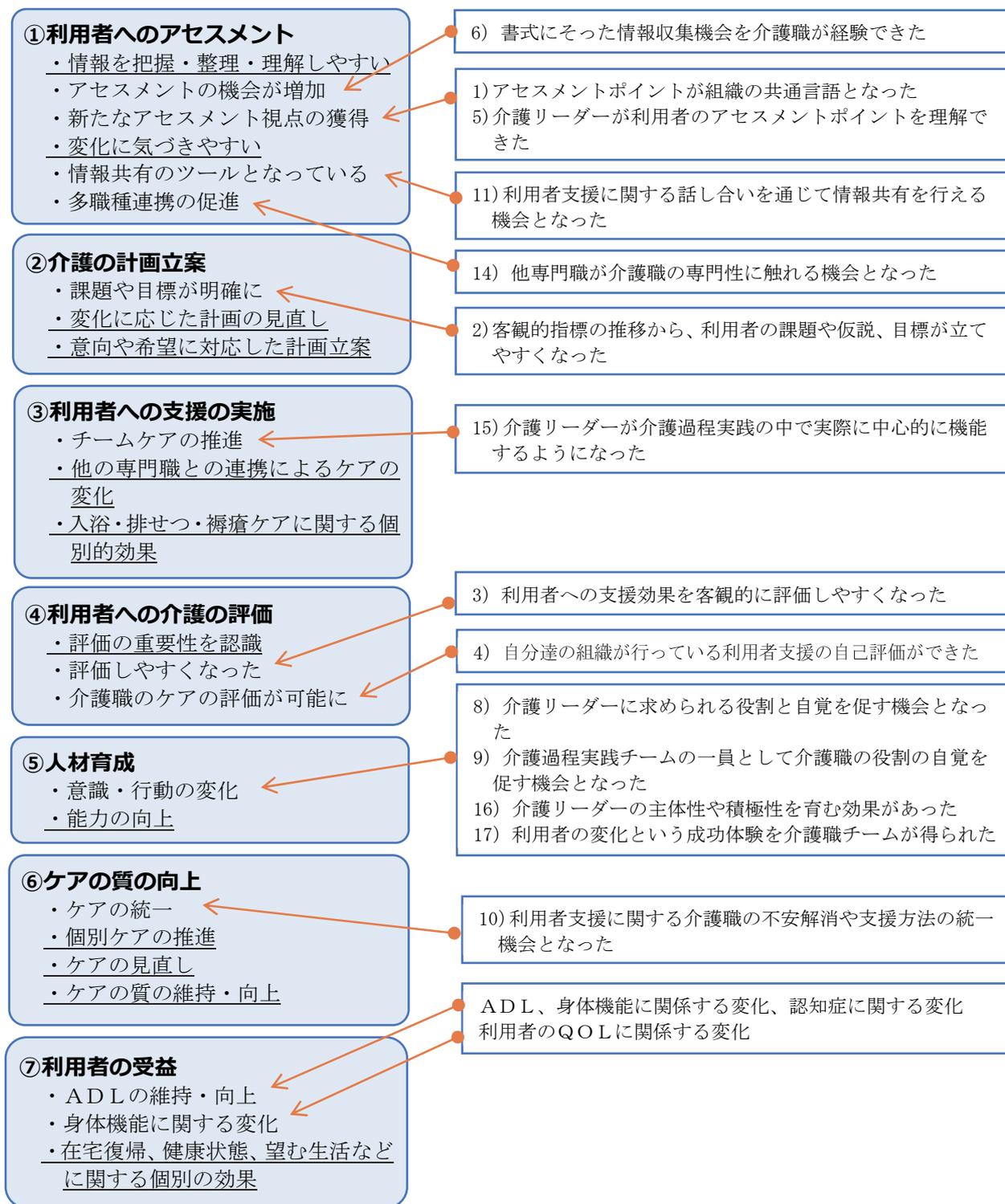
次ページの図では、L I F E を導入・運用したことによる介護過程への効果について、左側【本年度調査】と右側【令和3年度調査】の効果を対比して整理している。左側の下線は、本年度調査において新たに明らかになった効果である。

本年度調査はアンケート調査による多様なサンプルからの回答が得られ、また、L I F E 導入から一定期間が経過していることなどもあり、①～⑦全てにおいて令和3年度調査では得られなかった新たな効果を確認できた。しかし、本年度調査によって得られた効果について、令和3年度調査結果とかけ離れることはなく、むしろ類似の内容であったり、令和3年度調査結果をリアルに表現している効果も散見される。例えば、「①利用者へのアセスメント」では“アセスメントの機会が増加”“新たなアセスメント視点の獲得”“情報共有のツールとなっている”“多職種連携の促進”などで、L I F E の効果がわかりやすく表現されている。

図表 1-21 LIFEを導入・運用したことによる介護過程への効果

【本年度調査】

【令和3年度調査】



※下線は本年度調査で明らかになった効果

※以下は令和3年度調査で明らかになった効果のうち、本年度調査との整合が確認できなかった効果

- 7) 研修を通じて職員に対する介護過程の教育機会が設けられた
- 12) 他職種連携の実際の役割を担うことで介護リーダーの人材育成効果があった
- 13) 組織における介護リーダーの役割と存在を周知する効果があった

介護過程実践に与えた効果や変容

過去を含めたこれまでの調査結果を概観すると、L I F Eの導入・運用という新たな取り組みは介護過程実践に以下のような効果や変容を与えている。

- ・アセスメントの視点と機会が増えるとともに、情報共有と多職種連携の推進によって利用者のニーズに関する新たな気付きや発見が促され、介護職のアセスメント力の強化が図られる
- ・アセスメントの強化は適切な計画の目標設定、必要に応じたケアの変更を促し、結果として一人ひとりに応じた個別ケアの推進、チームにおけるケアの統一、他の専門職との連携によるケアの向上が図られる
- ・評価までのP D C Aが展開しやすくなり、A D LやQ O Lの向上、在宅復帰などの利用者の受益が見え共有できるようになる
- ・利用者の受益への見える化は、介護の自己点検を促すとともに自信やモチベーションアップにつながる

ポジティブな表現に終始しているが、L I F Eをやれば介護ができるという誤解や誤った運用がされないよう、介護過程の実践に軸足を置くことを本調査研究では常に共有していきたい。

利用者の受益

また、利用者の具体的受益については、令和3年度調査はヒアリング調査、本年度調査はアンケート調査であったため、データの質が異なり詳細な対比はできなかった。本年度調査はL I F Eの評価項目に関する数値の変化等ではなく、多くが状態像の記述という定性的な効果の把握にとどまった。しかし、L I F Eがきっかけとなって介護過程に効果的に働き、利用者の受益が見えるようになってきているという事実が確認できたことは大きな成果といえる。調査では「実践を数値化できたことが、根拠づけた介護のきっかけとなった」「L I F Eはアセスメント書式のように、介護過程を充実させる1つツールである」という意見があげられ、L I F Eは利用者の真のニーズの把握と利用者の受益の一端になっており、介護過程実践を深化させるツールの一つとなりうることを意味している言葉である。

今後の課題

一方で、調査全体を概観すると、効果を感じている施設・事業所は少数で、L I F E導入の負担感や活用に不安を抱く施設・事業所が存在する状況は受け止めなくてはならない。今後、L I F E活用による介護過程への効果を丁寧に収集、整理、検証し、介護現場での成功体験として共有していく必要がある。これはL I F Eの活用を拡げ、科学的根拠に基づく介護過程実践の推進にもつながると考えられる。

(2) 介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割と求められる力

下表は、本年度実施したアンケート調査及びヒアリング調査をもとに、介護過程のP D C Aにおいて介護リーダー（介護福祉士）の役割や求められる力を抽出し整理をした結果である。なお、以下、見出しや表題を除く本文中は（介護福祉士）を省略し、「介護リーダー」と表記している。

図表 1-22 介護過程実践において介護リーダー（介護福祉士）の役割と求められる力

	Aアンケート調査 問 6.8.10.12	Bアンケート調査 問 7.9.11.13	Cヒアリング調査
利用者の アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 利用者からの情報収集 介護職チームへの利用者情報共有 介護職チームからの情報収集 他職種への利用者情報提供 他職種からの情報収集 他職種との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 情報を適切に収集して分析する アセスメントを効果的な実践につなげる 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 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者や家族からの情報収集・分析 活動と参加のアセスメント 介護職チームで情報共有 他職種から情報収集 多職種での情報共有
介護の 計画立案	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンス・サービス担当者会議への参画 利用者の意思の代弁 計画を介護職チームで共有 介護職チームメンバーの役割分担・配置決定 	<ul style="list-style-type: none"> 根拠のある個別介護計画立案 計画立案を実践につなげるための介護職チームづくり 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 	<ul style="list-style-type: none"> 具体的な計画立案 計画内容の確認 意思の確認・代弁 他計画との整合 言語化の支援
利用者への 支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> 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 介護リーダー自身による利用者支援の実施 他職種・関係者との連携 事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応 	<ul style="list-style-type: none"> 確実な支援実施を推進する 円滑な実施を支えるチームビルディング 安全な環境づくりとリスクマネジメント 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者への支援の実施 記録（言語化の支援） 個別介護計画にもとづいた実施 支援内容の確認 チームビルディング(チームケアの実施、個々の力の見極めと支援、気づきの支援、喜びや自分のやりがい等を共有、健康労務管理、エンパワメント)
介護の 評価	<ul style="list-style-type: none"> 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 他職種・関係機関への報告、連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 変化を多角的に捉える評価実施 介護職チームへのスーパーバイズ 	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成の確認 実践や評価を言語化して説明 他職種への情報提供、提案 スーパーバイズ

※Aは、実際行っており、求められる力でもあるという回答の割合が高かった項目

① P D C Aの各場面における介護リーダー（介護福祉士）の役割と力

以下ではP D C Aそれぞれにおける役割や力を整理している。P D C Aにおける役割と力は、介護リーダーに期待される指導的・管理的な表現に終始しているように見えるが、情報収集、利

利用者の意思の確認・代弁、介護リーダー自身による利用者支援、計画実施内容の情報集約など、介護福祉士に求められる基本的な介護過程実践の役割と力が含まれている。

ア) 利用者のアセスメント

利用者のアセスメントにおいては、介護リーダーには多方面からの情報を収集し、それらを集約・分析し、必要な情報を介護職チームで共有する役割と力が必要であることがわかる。

調査の結果からは、利用者や家族、他の専門職から情報を収集するとともに、得られた情報を介護過程にコミットした情報に読み替え、介護職チームへの情報共有につなげていく役割と力が介護リーダーには必要であるという示唆が読み取れる。

イ) 介護の計画立案

介護の計画立案では、介護福祉士の重要な役割である利用者の意思の確認・代弁の役割と力が重要であることがわかる。加えて、介護職チームメンバーの計画作成を確認・指導し、計画が適正であるかを確認し、ケアプランを含めた他職種の計画との整合を図り、実践につなげるために介護職チームで計画を共有することなどが介護リーダーに求められる役割と力としてあげられている。

ウ) 利用者への支援の実施

利用者への支援の実施では、介護リーダー自身による利用者支援の実施ができることを基本とし、介護職チームが個別介護計画にもとづいた実施ができるように、具体的実施の指示・指導、報告・記録の指示、実施内容の確認の役割と力が求められている。また、支援の実施における介護リーダーの特徴的な役割として、安全な環境づくりや事故等に対するリスクマネジメントがある。

利用者への支援の実施ではチームビルディングが介護リーダーの大きな役割となっている。チームビルディングには介護職が力を発揮できるように、個々の力を見極めて支援したり、メンバーの健康労務管理など、メンバーが力を発揮するための支援も役割に含まれる。

エ) 利用者への介護の評価

利用者への介護の評価では、目標達成の確認をするために介護職チームでの記録の共有・確認をしたり、達成度を測るための情報集約、評価結果に基づく介護職チームへのスーパーバイズ、他職種・関係機関への報告・連絡・提案などが介護リーダーの役割や求められる力となっている。

② P D C Aにおいて共通している介護リーダー（介護福祉士）の役割と力

P D C Aの流れにある役割や力を整理すると、介護リーダーに求められている共通の役割と力が見えてくる。それは、ア) 情報共有を図る、イ) 多職種連携の要となる、ウ) 確認及び教育・指導を行う、エ) チームビルディングに取り組む、オ) 自ら介護過程を実践する、の5つに集約できる。

P D C Aに共通した役割と力は、介護過程実践を円滑に進めるための役割と力ととらえることができる。

ア) 情報共有を図る

まず1つ目に、介護リーダーは情報収集と情報共有について中心的な役割と力が求められている。調査結果からは、利用者・家族からの情報収集、介護職チームからの情報収集、他職種からの情報収集に取り組み、得た情報を介護職チーム内及び他職種と共有する役割と力が求められていることがわかる。実施につながる基盤となり、後述するチームビルディングや多職種連携を推進するツールにもなっている。

イ) 多職種連携の要となる

2つ目に、介護リーダーには、円滑な多職種連携を促進する要の役割と力が求められている。カンファレンス・サービス担当者会議への参画、介護職チームが得た情報や知見を他職種へ提供・提言する、支援の実施においては他職種と協働した支援実施を推進する役割と力が求められている。また、他専門職が立案した計画（ケアプランを含む）と個別介護計画とをリンクさせることも介護リーダーに求められる取り組みである。

ウ) 確認及び教育・指導を行う

3つ目に、介護リーダーは介護職チームによるアセスメント（情報の収集や分析）、計画立案、支援の実施において、その内容や方法が適切か、実施できているかなどの確認や評価をしたり、介護職チームのメンバーに教育・指導を行う役割と力が必要とされている。介護職チームメンバーへの教育・指導は、評価の後のスーパーバイズという形で実施される場合もみられた。

教育・指導をするためには、介護職チームのメンバー一人ひとりの力を見極める力と、エンパワメントにより一人ひとりの力を伸ばしていく力も必要とされている。

エ) チームビルディングを推進する

4つ目に、介護過程のP D C Aのあらゆる場面で、チームケアが実践できるようにチームビルディングに取り組む役割と力が求められている。前述した介護職チームでの情報共有や一人ひとりの力を見極めた適時・適切な教育・指導、介護職チームメンバーが安心してケアができる環境づくりもチームビルディングにつながる取り組みである。

オ) 自ら介護過程を実践する

最後に、介護リーダーには自らが介護過程を実践する力を有していることが根底として必要である。介護福祉士には、利用者に寄り添い、意思の確認・代弁をする役割と力が必要であり、介護リーダーにはその実践力がより確実に求められる。また、介護過程を理解し実践する基本的な力がなければ、介護職チームメンバーへの指導や教育は困難であるし、他職種との情報共有を介護過程に活かすことも、ましてや他職種に情報提供を提供することも難しい。

③過去の調査研究で抽出された介護リーダー（介護福祉士）の役割との整理

令和2年度調査及び令和3年度調査では以下1～6つの介護リーダーとしての介護福祉士に求められる役割が抽出されており、本年度調査結果を踏まえた整理を行う。

なお、本年度調査では「介護リーダー（介護福祉士）」と表現して調査を行った。アンケート調査、ヒアリング調査ともに、介護リーダーは介護福祉士資格を有している人という前提の説明を付している。

役割1：介護過程実践における中核的役割を担う

令和3年度調査では、中核的役割を担う前提として、組織において介護リーダーとしての役割付与が必要であると明示されている。本年度調査は「介護リーダー」にフォーカスして調査を実施したため、介護リーダーならではの役割が抽出された。②で示した介護リーダーの5つの役割、すなわちア) 情報共有を図る、イ) 多職種連携の要となる、ウ) 確認及び教育・指導を行う、エ) チームビルディングに取り組む、オ) 自ら介護過程を実践する、である。これらは介護過程実践を円滑に進める取り組みであり、とりわけイ) ウ) エ) は介護リーダーに特長的な介護過程実践の中核的役割といえる。

役割2：生活を支援軸に利用者を支える

本年度調査においても利用者の生活をとらえる「在宅生活」や「QOL」というキーワードがアンケート調査やヒアリング調査においてあげられ、介護リーダーが生活を支援軸に利用者を支える役割と力を有していることが確認された。

なお、令和3年度調査では、LIFEの導入によって心身機能に注目が行き、利用者の日常生活や心の豊かさにつながらない支援が展開されることへの危惧が示されていた。本年度調査では「LIFEの導入がむしろQOLに注目した介護につながる」「QOLの重要性を浮き上がらせてくれる」という意見が出され、「QOL」はLIFEで注視されるADLなどの心身機能に対峙する視点で発出されていた。LIFEの導入は、介護福祉士の専門性である生活を支援軸に利用者を支える視点を再認識する機会になりうる。

役割3：介護実践を言語化する

本年度調査で把握した介護リーダーの具体的役割や力のうち、情報共有に始まるアセスメント、計画立案、カンファレンス・サービス担当者会議への参画、報告・記録、評価、教育・指導、多職種連携において介護実践の言語化は必須と考えられ、介護リーダーには言語化の力が根本的に求められる。本年度調査においても「介護実践の言語化は重要な役割や力である」ものの「充分できていない」という内容の記述回答が一定数みられ、介護実践の言語化は介護リーダーの役割であるものの、対応には課題があることが改めて確認された。

本年度調査では、介護実践を言語化するにあたり具体的に介護リーダーにはどのような力が必要なのか、どのようにしたら介護実践の言語化が深化していくのかは詳細な検証ができなかった。経験や個人の力量とともに、専門職としての学問的構築の必要性などが複合的に絡んでいる可能性があり、L I F Eを活用した介護過程を教育に落としとしていく際には重要な視点であることから、引き続き研究が必要である。

役割 4：利用者の声の代弁・意思決定・自己実現を支援する

利用者の声の代弁・意思決定・自己実現の支援は、介護福祉士の専門性に依拠する重要な役割であり、本年度調査ではアンケート調査、ヒアリング調査の両方において随所にその役割や力が発揮されている状況が読み取れる。

利用者の声の代弁・意思決定の支援は介護リーダーに限らず、全ての介護職に必要な役割と力であり、調査からは「寄り添う力」「表情やしぐさをとらえる力」「聴く力」「コミュニケーションの力」「気づく力」などの表現で表されていた。介護リーダーはこれらを介護職に指導・教育するとともに、介護職チームで共有し、介護過程全体に具体的に落とし込んでいく力が必要である。

役割 5：多職種連携を推進する

本年度調査では、介護リーダーは多職種連携の要としての役割を有し、有機的に機能している実態が読み取れた。また、L I F Eの導入による情報共有が、介護過程のP D C A全てにおいて多職種連携を効果的にすすめる影響を与えている様子も明らかになった。そして、他職種から情報をもらうという受動的な立場にとどまることなく、利用者の意思を確認・代弁して他職種に伝えたり、介護職チームによる支援の実施や評価の結果得られた情報を他職種に伝え、他職種の取り組みの変容を促すという能動的な働きかけもみられ、対等な立場での多職種連携も確認できた。

多職種連携はアセスメントにおける情報共有のみならず、計画立案における他職種の計画との調整、支援の実施における協働の支援、多職種による評価などP D C Aのあらゆる場面で展開されているが、介護リーダーの力や組織の有り様によるところも大きい。他職種からの情報をどのように介護過程に変換しているのか、その指導・教育を介護リーダーはどのように取り組んでいるのか、さらなる研究が必要である。

役割 6：介護過程実践の基盤となる組織運営を推進する

本年度調査は介護過程の実践とLIFE活用に関心した内容であったため、基盤となる組織運営にかかる介護リーダーの役割と力については詳細な調査をしていない。しかし、介護過程を積極的に実践していたヒアリング調査対象の施設・事業所では、積極的なチームビルディング、LIFEを運用するための書式の作成・変更、LIFEのマニュアル作成、介護過程と連動した人事評価の仕組み構築に介護リーダーが関わりを持ち、介護過程実践の基盤となる組織が機能している状況がうかがい知れた。マニュアル作成や人事評価等の仕組み等は、介護リーダーのみでの構築は難しく、組織上層部からの指示や部分的役割である可能性があり、介護リーダーの固有の役割や力を詳細に分析することはできなかった。

(3) LIFEを活用した介護過程実践における介護リーダー（介護福祉士）の役割や必要な能力等の整理

① LIFEを活用した介護過程を実践するために必要な力

アンケート調査の問 23 ではLIFEを活用した介護過程を実践するために必要な力を尋ねている。問 23 の結果によると、アセスメントの場面における「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」、評価における「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」を重要と考える割合が5割を超え、次いで「LIFEを踏まえた介護実践を行う力」が45%で高い結果となっている（107 ページ）。LIFEの評価項目を適切に収集・分析したり、フィードバック情報を活用して、「介護過程を実践していく役割と力」が重視されていると読み取れる。ヒアリング調査からも介護過程を実践する基本的な力の重要性が指摘されており、介護過程を実践する力、それにLIFEから得られる知見を落とし込んでいく力が必要であるといえよう。

また、「介護職チームにLIFEについての理解を浸透させる力」「他職種と連携する力」という“介護職チーム”“多職種連携”も4割以上が重要であると回答している。(2) ②PDCAにおいて共通している介護リーダー（介護福祉士）の役割と力でも述べたが、これは介護過程実践を円滑に進めるための役割と力ととらえることができる。

③ LIFEの25評価項目について

LIFEを活用した介護過程を実践するにあたり、“LIFEの評価項目”として何が重要であるかは、問 22 の結果から読みとれる（105 ページ）。

選択肢として表示した1～25の評価項目のうち、「7. ADL (Barthel Index)」を重要であると回答する割合が70.3%で最も高く、「13. 既往歴」「15. 利用者の興味・関心」「2. 認知症高齢者の日常生活自立度」「8. IADL」「21. 食事摂取量」などが4割台と続いている。重要と考える評価項目には施設・事業所の種別によって有意に違いがあることが確認されたが、「7. ADL (Barthel Index)」「13. 既往歴」「15. 利用者の興味・関心」は施設・事業所の種別に関わらず重

要であると考えている割合が高かった。記述回答における利用者の受益として記載された効果（ADLの向上、利用者の意思を尊重した生活の実現）にもこれらの評価項目をベースとした記載が複数みられた。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「7. ADL (Barthel Index)」「13. 既往症」「15. 利用者の興味・関心」は、L I F Eを活用した介護過程の実践において、これらを把握・分析する力は重要であると考えられる。なお、「15. 利用者の興味・関心」は、介護福祉士の専門性にかかる重要な評価項目といえることができる。

③令和3年度調査結果との整理

令和3年度調査では、「L I F Eを活用し介護過程実践を展開する上で介護福祉士に求められる5つの役割」として以下を明示した。

ア) 介護福祉士の存在意義・役割の自覚と啓発

本年度のヒアリング調査では、L I F Eの機能を積極的に活用して介護過程に活かしているという介護リーダーの方たちの姿勢がみられ、こうした意識を生じさせる根底には、法人、事業所、介護職チームにおける介護の理念の浸透とそれを支える組織の存在が感じられた。「介護リーダーや介護職として、利用者の尊厳と自立につながる介護過程を実践する必要がある」という明確な役割と自覚がみられた。

令和3年度調査に引き続き、本年度調査においてもL I F Eが介護過程の実践に様々な効果を与えるという実態が明らかになったので、L I F Eの機能を積極的に活用しようという意識醸成を促すために、介護過程の教育において効果や活用の好事例を伝えていくことは重要であると考えられる。

イ) 介護福祉士の専門性の研鑽と他専門職理解

L I F Eの効果に多職種連携があり、多職種連携はL I F Eを活用した介護過程実践を円滑にすすめる要因となっている点は繰り返し述べてきた。

多職種連携は、自分たちの専門性と他職種の専門性、双方の役割と責任の違いなどを理解しないと対等な立場での連携は成り立たない。ヒアリング調査では、L I F Eを活用して介護職が得た情報を他職種に提供したり、新たな関わりを他職種に提案をする動きもみられ、L I F Eが多職種連携を促進し、結果として利用者の栄養状態の改善につながった好事例が紹介された。利用者を支えるケアマネや(管理)栄養士に適切に提言するには、それぞれの役割や専門性を理解したうえでの提言が効果的である。

令和3年度調査の知見である介護福祉士の専門性の研鑽と他専門職理解は、L I F Eを活用した介護過程の実践及び多職種連携においては大変重要であることが本年度調査においても確認された。

ウ) 介護実践を言語化する力

介護実践を言語化する力は、L I F Eの活用に限らず、介護過程実践において必要な力である。多職種連携が促進されるL I F Eの活用は、言語化の力の重要性が際立ち、言語化の力が求められていると解釈できる。また、繰り返しになるが、本年度調査においては「介護実践の言語化は重要な役割や力である」ものの「充分できていない」という内容の記述回答が一定数みられ、介護実践の言語化は介護リーダーの役割であるものの、対応に課題があることが改めて確認された。

介護実践を言語化するための教育のあり方や方法は重要な視点であるため、さらなる研究が必要である。

エ) L I F Eから得られる知見の活用と介護過程への落とし込み

L I F Eから得られる知見の活用と介護過程に落とし込みをする役割・力は、L I F Eを活用した介護過程における鍵となる内容である。職人技的な落とし込みではなく、データ等をもとに科学的介護の知見で落とし込みをしていくプロセスの整理・分析・見える化が求められる。アンケート調査やヒアリング調査からは、プロセスの整理・分析・見える化まではなしえなかった。介護実践の言語化と同様に、介護過程に落とし込むための教育のあり方や方法は重要な視点であるため、さらなる研究が必要と考える。

オ) 専門職としての学問的構築への貢献

L I F Eのために介護過程を実践する、L I F Eを活用すれば介護過程が深化するという誤解を蔓延させないためにも、L I F Eを活用した介護過程実践の取り組みを現場から学問的に積み上げていく必要性が令和3年度調査において明示された。本年度調査ではこれにフォーカスした調査は実施していないが、L I F Eの導入・運用がすすむほど、L I F Eが及ぼす介護過程への効果が明らかになればなるほど、前段で述べた誤解や誤用のリスクは高まると考えられる。

介護過程における思考と実践を統合することにより、科学的根拠に基づいた研究的姿勢が養われ、その知見の積み重ねが「介護学」としての学問の基礎となる。介護過程の教育では、L I F Eを活用した介護過程実践の取り組みを積み重ねて学問的に構築することの必要性を伝えていく必要がある。

(4) L I F Eを活用した介護過程実践に必要な能力等を身につけるための養成教育・現任教育の方向性について

①養成校における教育を視野に

これまでの調査研究から、L I F Eの導入・運用は介護過程実践に様々な効果を及ぼし、人材育成や利用者の受益への効果にもつながる実態が明らかになった。

L I F Eを活用した介護過程実践から得られた知見は、介護福祉士養成教育においても介護過程の理解を深めるツールになりうる。また、介護保険施設・事業所にL I F Eの導入が広がりつつある状況を鑑みると、介護福祉士養成教育においてL I F Eの存在や意義、L I F Eを活用した介護過程実践を教授することは、介護現場で働く介護福祉士のみならず、介護現場の介護過程実践にも有意義であると考えられる。

介護福祉士養成には、養成施設ルート、福祉系高等学校ルート、実務経験ルート、経済協定連携ルート（E P A）があり、養成教育に必要とされる科目や時間は一律ではない。介護過程の教育にL I F E活用の要素を入れるにあたっては、体系的な学びと一定の教育時間数が確保されている養成校教育（養成施設ルート、福祉系高等学校ルート）への落とし込みを前提とした検討が望ましいと考える。

また、介護過程の教育にL I F E活用の要素を落とし込むにあたり、どのような科目にどのような内容を加えるのかなど、既存の介護過程をとりまく教育との関係について慎重に検討をする必要がある。養成課程（1,850時間）の各科目に明示されている「教育に含むべき事項」「留意点」「想定される教育内容の例」との関係についても整理・検討する必要がある。

②L I F Eに関する基本的知識の修得

ヒアリング調査では、「L I F Eの評価項目に使われる評価指標の意味や目的などについて少しでも知識を持っていれば、介護現場に入った時に取り組みやすい」という意見があげられた。介護過程の教育にL I F E活用の要素を落とし込むにあたっては、L I F Eに関する基本的知識の修得は必須であり、これらは新たに付加する教育内容となる。L I F Eに関する教育内容には、L I F Eの目的、構造、流れ、期待される効果、介護福祉士の役割、他専門職の専門性や役割などが考えられるが、具体的な教育の範囲や内容等については、養成校の介護過程教育の現状や養成課程の各科目との関係を踏まえた検討をする必要がある。

③養成校以外の教育への活用（応用）の可能性

L I F Eを活用した介護過程は介護現場で展開されていることから、養成校教育にとどまらず、介護現場で働く介護職の学びにも活用されることが望ましい。具体的には、介護福祉士実務者研修（以下、「実務者研修」という）及び介護現場における現任教育への活用（応用）が想定される。

【介護福祉士実務者研修】

介護福祉士資格取得ルートの一つに実務経験ルートがあり、その中に実務者研修（450 時間）がある。実務者研修は介護福祉士養成課程をコンパクトにした内容で構成され、L I F Eを活用した介護過程実践の学びを取り入れられる可能性がある。しかし、養成課程（1,850 時間）に比べると科目数・時間数ともに制限があることは否めない。

実務者研修の科目や時間的制限等を踏まえた検討をすすめ、当該研修における活用（応用）の方策等が示されることを期待する。

【現任教育】

令和 3 年度・本年度調査ともに、「介護現場の介護過程実践」から得られる取り組みをとおし、L I F E活用の効果や影響を整理、分析してきた経緯があり、L I F Eを活用した介護過程実践については介護福祉士や介護職への現任教育の必要性を強く感じる。

介護現場にいる介護福祉士や介護職は、養成校の生徒・学生とは知識・経験に大きな違いがある。また、学びの目的、時間の制限や環境も違うため、養成校と同じ内容・方法での教育は難しい。こうした状況を踏まえると、介護現場の状況に対応した教育が展開できる職能団体による実施が望ましい。

教育内容を整理・検討するにあたっては、職能団体が行う現任教育に活用できるよう、取りまとの工夫や活用方法のヒント等の提示がなされることが期待される。

④教育課程に反映する上での課題

【養成校（教員）の現状を踏まえた検討の必要性】

養成校には、四年制大学、短期大学、専門学校、福祉系高等学校が含まれ、修業年限や授業の進め方には大きな違いがある。また、日本語を母国語としない外国籍の学生や社会人を経験した学生も一定数いる場合もあり、学ぶ学生の属性に違いがみられる。教育への落とし込みには、養成校の多様性、修業年限・学生の基本属性・教育環境の違い、既存の科目との関係を踏まえた慎重な議論と検討が求められる。

また、L I F Eは令和 3 年 4 月に運用が始まり、施設・事業所の登録は徐々に広がりを見せているものの、養成校（教員）のL I F Eに対する理解及びL I F Eに関する授業内容の現状を把握していない。

養成校（教員）におけるL I F Eの現状、介護過程の教育にL I F Eの取り組みを活用することの可能性や課題等を把握し、それらを踏まえつつ教育内容等の整理・検討をすすめる必要がある。

【介護福祉士養成教育において修得すべき評価基準との整合】

平成 31 年 4 月に介護福祉士養成課程“新カリキュラム”がスタートしたが、同時に「介護福祉士養成教育において修得すべき評価基準」（「介護福祉士養成課程における修得度評価基準の策

定等に関する調査研究事業」平成 31 (2019) 年 3 月、公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会) が示された。これは、「新カリキュラム」がその目的やねらいにそって体系的、効果的に教授されるよう、修得すべき知識や技術の評価指標を示すものである。

評価基準は、①修業年限等に関係なく 1,850 時間をベースとした介護福祉士養成課程に共通するものであり、②介護福祉士養成課程を卒業するまでに修得すべき基準とされている。介護福祉士に求められる 7 つのコアコンピテンシー、24 の具体的能力、120 の介護福祉士養成課程における修得度評価基準から構成され、教育現場が活用できるように「具体的科目」「教育に含むべき事項」「想定される教育内容の例」とリンクした内容としてまとめられている。

評価基準は介護福祉士養成課程の教育内容と密接にリンクしていることから、評価基準の内容と照らし合わせつつ、教育内容等の整理・検討をすすめる必要がある。

【養成校における教育を推進するバックアップの必要性】

教育内容を示すだけでは、教育において取り組みが進まない可能性は十分に考えられる。教育現場での教育の推進を図るために、例えば L I F E を活用した介護過程に関する教員研修の実施・配信、シラバス例の提示、授業計画例の提示、モデル授業の実施・配信、参考教材の作成や紹介などの必要性を並行して検討する必要がある。

同時に、L I F E を介護保険事業における限定的なテーマと捉えず、介護過程を深化させる取り組みである点を丁寧に周知するとともに、介護過程への効果などを具体的に明示するなどして、介護過程の教育に積極的に活かす視点を伝えていくことも必要である。

【L I F E のフィードバック活用への対応】

アンケート調査において、L I F E のフィードバックに対する期待や不安が多々記載されていたことからわかるように、“L I F E = フィードバック活用” というイメージを持っている施設・事業所は一定数あると思われる。本調査研究の表題にある「L I F E を活用した」という言葉は、「L I F E のフィードバック結果を活用した」という限定的な意味ではなく、「L I F E を導入・運用することによる」という解釈で用いている。

令和 3 年度調査、本年度調査ともに、L I F E の運用開始から十分な時間と経験を有していない施設・事業所があり、「L I F E のフィードバック結果が介護過程実践にどう活用されているか」というフィードバック活用のポイントは、調査研究をするに至っていない。

介護過程教育に L I F E 活用の要素を落としこむにあたっては、本調査研究で対応しきれなかった L I F E のフィードバック活用については対応できないという課題が残される。フィードバック活用が与える介護過程実践への把握も含めて、継続的な調査研究が求められる。

第2章 介護現場における介護過程実践 に関する調査（アンケート調査）

1. アンケート調査の基本的枠組み

(1) 目的

介護現場において、介護過程をどのように実践しているか、また介護リーダーにはどのような役割があり、求められる力は何か、またL I F Eの導入の有無、L I F Eをどのように活用し介護過程とコミットさせて実践しているか、課題は何か等を把握し、L I F Eを活用した介護過程実践における介護福祉士に必要な能力等の整理及び検討を行う。

(2) 調査期間と方法

- ・ 令和4年10月13日～11月18日
ただし締切後に送付された調査票については、対応が可能な範囲で集計の対象としている。
- ・ 郵送配布／郵送回収・ウェブフォーム回収・メール回収
- ・ 礼状方式の督促はがきを2回送付した。

(3) 調査対象と回収数

図表 2-1 調査対象と回収数

	対象	回収	回収率
介護老人福祉施設	2,000	626	31.3%
介護老人保健施設	2,000	481	24.1%
通所介護	2,000	617	30.9%
不明	—	3	—
合計	6,000	1,727	28.8%

<返送方法別の回収状況：参考>

郵送回収	1,054 (1,727回収の61.0%)
ウェブフォーム回収	610 (1,727回収の35.3%)
メール回収	63 (1,727回収の3.6%)

2. 調査票

令和4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事業

介護現場における介護過程実践に関する調査

●ご回答をお願いしたい方

- ・介護福祉士資格を有し、事業所における介護実践について回答できる方。
- ・介護現場でリーダー的な役割や、まとめ役を担っている専任職員の方。
- ・介護リーダーについては、本ページ中段をご参照ください。

●回答にあたっての留意点

- ・複数のサービスを提供している事業者であっても、本調査票が送付されたサービスについて記載をしてください。

●回答は、以下のいずれかの方法を選択できます。

「紙面」（返送用封筒で郵送）

「ウェブフォーム」

<https://x.gd/mZQOH>

「エクセル」

<https://comon.jp/dl/kaigo.html>

メール送付先は依頼状及びエクセルファイルに記載があります



●回答期限

2022年11月18日（金）までをお願いいたします。

～ 本調査は、介護福祉士資格を持っている方に回答をお願いいたします ～

本調査における「介護リーダー」とは

- 介護リーダーは介護職をまとめる立場の人で、事業所によって名称等は異なります。
- 本調査では、「介護リーダー」の役割について質問する項目が複数あります。

問1 あなたの立場を教えてください。（1つに○）

- | | | |
|-----------|------------|-------------------------|
| 1. 介護職 | 3. 生活相談員 | 5. 施設長・副施設長（事業所長・副事業所長） |
| 2. 介護リーダー | 4. 介護支援専門員 | 6. その他（ ） |

（1）介護リーダーと回答した方に伺います。

- ①具体的な職位の名称をお教えてください → （ ） 例：介護係長、管理者
- ②今の職場にかかわらず介護職としての通算経験年数をお教えてください → （ ）年
- ③今の職場におけるリーダーとしての通算経験年数をお教えてください → （ ）年
- ④リーダーとしてまとめている介護職の人数（※）はどのくらいですか → （ ）人

※介護補助、介護助手は含みません

< 1 >

問2 あなたが勤務する施設・事業所の基本情報についてお聞かせください。

(1) 施設種別を教えてください。(1つに○)

- 1. 介護老人福祉施設(地域密着型含む)
- 2. 介護老人保健施設
- 3. 通所介護

(2) 法人種別を教えてください。(1つに○)

- 1. 社会福祉法人
- 2. 医療法人(財団・社団・特別・社会医療法人等を含む)
- 3. 都道府県・市町村
- 4. 財団法人(公益・一般)
- 5. 社団法人(公益・一般)
- 6. その他()

(3) 所在地を教えてください。()に都道府県名を記載してください。

() 都・道・府・県

(4) あなたが勤務する施設・事業所の利用者の定員数を教えてください。()に定員を数字で記載してください。

利用者定員()人・床

(5) 10月1日現在、あなたが勤務する施設・事業所の介護職員数を教えてください。
また、介護職員数の内訳についても数字で記載してください。

※実人数(兼務の場合も1人とカウント)を記入してください。

ご面倒ですが、分からない場合は、分かる方にご相談しご回答ください。

介護職員合計人数 ()人	内訳 ➔	正職員()人、うち介護福祉士資格所持者()人
		正職員以外()人、うち介護福祉士資格所持者()人

↓

介護職員全体のうち 勤務年数(※)が1年未満の人の割合は()%・あるいは()人 ※現在の事業所における勤務年数

< 2 >

～ 介護過程実践の基本的状況について伺います ～

- 介護過程実践について、また「個別介護計画」・「通所介護計画」と「ケアプラン」との関係については、参考解説をご参照ください。

以下は、**介護老人福祉施設 及び 介護老人保健施設**に伺います。

通所介護事業所は、次ページ問4へお進みください。

問3 (1) 貴施設・事業所の個別介護計画^{*}について教えてください。(1つに○)

※ここでいう「作成」とは、紙面やデータとして可視化されている状態を意味します。

※個別介護計画は、介護計画、個別支援計画等、事業所によって名称は異なります。

1. 個別介護計画を作成している → 次ページ 問4へ
2. 個別介護計画を作成していない ↓ (2)(3)へ

(2) 個別介護計画を作成していない理由をお教えてください。

(あてはまるもの全てに○)

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. 施設サービス計画において対応できている | 8. 施設・事業所の方針のため |
| 2. 法的に義務付けられていない | 9. これまでも作成していないため |
| 3. 個別介護計画の必要性を感じない | 10. 自分の立場ではわからない |
| 4. 利用者数が多い | 11. その他 |
| 5. 人材不足により作成できない | () |
| 6. 業務量が増える | |
| 7. 負担感がある | |

(3) 個別介護計画に代わる仕組みとして、最も近いもの1つに○をしてください。

1. 個別介護計画に該当する内容はケアプランに含まれている
2. 個別介護計画はないが、ケアプラン以外の他の書式や様式を個別介護計画として代替している
3. 個別介護計画はないが、会議やカンファレンス等で介護目標等を共有している
4. その他()
5. 上記のような仕組みはなく、介護過程の一連の流れは実施されてない

次ページの間5へ



問4は、個別介護計画を作成している施設 & 通所介護事業所に伺います。

問4 現在、貴施設・事業所において、個別介護計画・通所介護計画を作成しているのはどなたですか。あてはまるもの全てに○を付けてください。

- | | |
|-------------------------|----------|
| 1. 管理者または介護リーダーである介護福祉士 | 6. 看護師 |
| 2. 管理者や介護リーダーではない介護福祉士 | 7. 理学療法士 |
| 3. 介護福祉士以外の介護職 | 8. 作業療法士 |
| 4. 生活相談員 | 9. その他 |
| 5. 介護支援専門員 | () |

ここからは、全ての方に伺います

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。

	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
①. 組織として、介護過程実践の必要性が認識されている	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
③. 介護職チームとして介護過程実践が行われている	5	4	3	2	1
④. 介護過程実践に必要な教育・研修制度がある	5	4	3	2	1
⑤. 介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
⑧. 介護過程は実践されている	5	4	3	2	1

次ページから、「介護のPDCA」の流れで質問をしています。

アセスメント → 計画立案 → 支援の実施 → 評価

～ここからは、皆様ご回答ください～

Aについて（8ページまでの回答方法）

- ・ 介護リーダーが実際に行っていることについて、**A**のあてはまるものに☑を入れてください。
- ・ 介護リーダーが複数いる場合、一部のリーダーが行っていれば「行っている」と捉えてください。
- ・ 行っている業務がない場合は、最後の「実際に行っていない」に☑をしてください。

Bについて（8ページまでの回答方法）

- ・ 介護リーダーに求められる力について、**B**のあてはまるものに☑を入れてください。
- ・ ご自身ができている・できていないにかかわらず、理想とする“あるべきリーダーに求められる力”を想定してください。
- ・ 「求められる力はない」場合は、最後の「求められる力はない」に☑をしてください。

問6 利用者のアセスメントについて伺います。

	A 介護リーダーが 実際に行っている		B 介護リーダーに 求められる力
① インテーク(利用者や家族との面談)や実地調査	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
② 利用者からの情報収集	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
③ 家族からの情報収集と連携	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
④ 他機関(サービス課や福祉等)からの情報収集と連携	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
⑤ 介護職チームへの利用者情報共有	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
⑥ 介護職チームからの情報収集	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
⑦ 他職種への利用者情報提供	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
⑧ 他職種からの情報収集	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
⑨ 他職種との連携	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
⑩ 外部機関・地域資源との連携	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
⑪ 医療的ケアニーズ把握	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
⑫ 終末期ケアに関する本人等の意思確認	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
⑬ 情報の解釈・統合	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>

< 5 >

A 介護リーダーが 実際に行っている	B 介護リーダーに 求められる力
-----------------------	---------------------

⑭ ケアプランとの整合性確認	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
⑮ アセスメントシート(書式)作成	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
⑯ 契約に関連する業務	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
⑰ 実際に行っていない/求められる力はない	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>

問7 上記以外に、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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

問8 介護の計画立案について伺います。

※ここでいう「計画立案」とは、

- ・個別介護計画がない場合、個別介護計画に代わる仕組み（例：ケアプラン、24時間シート等）で対応している場合も含まれます。
- ・通所介護の場合は、「通所介護計画書」を意味します。

A 介護リーダーが 実際に行っている	B 介護リーダーに 求められる力
-----------------------	---------------------

① 個別介護計画・通所介護計画作成	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
② 個別介護計画・通所介護計画の作成指導や承認・確認	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
③ カンファレンス・サービス担当者会議への参画	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
④ 利用者の意思の代弁	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
⑤ 利用者・家族への説明、同意	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
⑥ 具体的支援の手順書作成	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
⑦ 緊急時の対応検討・作成	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
⑧ 計画を介護職チームで共有	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
⑨ 対象利用者の担当者の選定	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
⑩ 介護職チームメンバーの役割分担・配置決定	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
⑪ 計画書式の作成や改変	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
⑫ 他職種と計画を共有	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
⑬ 連携するために必要な書類の作成	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
⑭ 実際に行っていない/求められる力はない	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>

問9 上記以外に、利用者への計画立案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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

問10 利用者への支援の実施について伺います。

	A 介護リーダーが 実際に行っている	B 介護リーダーに 求められる力
① 介護職チームへの具体的実施の指示・指導	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
② 記録様式の作成や改変	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
③ 介護職チームへの報告・記録の指示	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
④ 介護職チームメンバーへの実践教育	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
⑤ 介護リーダー自身による利用者支援の実施	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
⑥ 介護職チームメンバー(個別)への心理的ケア	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
⑦ 介護職チームのストレスマネジメント	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
⑧ 利用者担当へのスーパービジョン	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
⑨ 他職種・関係者との連携	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
⑩ 実施経過の把握	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
⑪ 計画の変更・見直し・提案	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
⑫ 事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
⑬ 利用者のカンファレンス等の実施	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
⑭ 利用者支援に必要な勉強会等の実施	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
⑮ 実際に行っていない／求められる力はない	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>

問11 上記以外に、介護の実施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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

問12 利用者への介護の評価について伺います。

	A 介護リーダーが 実際に行っている	B 介護リーダーに 求められる力
① 介護職チームでの記録の共有、確認チェック	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
② 計画実施内容の情報集約	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
③ 評価時のカンファレンスの実施	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
④ 達成度評価基準の検討・作成	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
⑤ 目標の達成度の評価	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
⑥ 計画の検証	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
⑦ 計画の更新・変更・作成	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
⑧ 利用者・家族への説明、同意	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
⑨ 他職種・関係機関への報告、連絡	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
⑩ 介護職チームの実践能力評価	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
⑪ 介護職チーム・担当者の実施の評価	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
⑫ モニタリング表など必要書類の作成	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
⑬ 評価情報の介護職チームへの周知	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
⑭ 実際に行っていない／求められる力はない	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>

問13 上記以外に、評価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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

～ つづいて、LIFEの導入・運用状況について伺います ～

L I F E は、参考解説をご覧ください

- L I F E は、令和3（2021）年4月から運用されている「科学的介護情報システム」です。
- 本調査票が送付されている施設・事業所は、全てL I F E 導入の対象となっている事業者です。

問14 貴施設・事業所では、L I F E を導入していますか。（1つに○）

1. 加算算定(※)している
2. ユーザー登録をし、これから加算算定(※)する予定である
3. 導入したいと思うが、時期は未定
4. 導入する予定はない

※加算算定とは、ユーザー登録をし、L I F E 加算を1つ以上算定していることを指します。

問15 へ

問15 L I F E を導入していない理由をお聞かせください。（あてはまるもの全てに○）

1. 制度や仕組みがよくわからない
2. 対応できる人員や組織体制が整っていない
3. ICT導入など必要な環境が整っていない
4. 事業所としてのメリットを感じない
5. 準備しているが、導入時期が具体的に決まっていない
6. もう少し様子をみたい
7. 導入していない理由は、自分の立場ではわからない
8. その他()

最終ページ最後の★にお進みください。

問16 加算の算定開始年月（予定年月含む）はいつですか。

※順次加算を算定した（する）場合は、一番最初に算定した（する）年月を記入

西暦()年()月

問17 算定（予定を含む）しているLIFEの加算項目をお教えてください。（あてはまるもの全てに○）

介護老人福祉施設・介護老人保健施設	通所介護
1. 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)	11. 科学的介護推進体制加算
2. 個別機能訓練加算(Ⅱ)	12. 個別機能訓練加算(Ⅱ)
3. ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)	13. ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)
4. リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	14. 栄養アセスメント加算
5. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)	15. 口腔機能向上加算(Ⅱ)
6. 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	
7. 自立支援促進加算	
8. かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)(Ⅲ)	
9. 栄養マネジメント強化加算	
10. 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	

問18～は、すでにLIFEの加算算定をしている施設・事業所の方に伺います。
LIFEの加算算定を行っていない場合は、最終ページ最後の★にお進みください。

問18 LIFEについて、**A**介護リーダーが行っていること、**B**介護職が行っていること
をお教えてください。のあてはまるものに☑を入れてください。

- ・介護リーダー全員・介護職全員ではなく、一部の人が行っている場合も「行っている」と捉えてください。
- ・行っていない場合は、最後の「行っていない」に☑をしてください。

	A 介護リーダー が行っている		B 介護職が 行っている
① LIFEの評価項目にかかる利用者情報の収集 (部分的情報収集を含む)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
② 収集された利用者情報の確認や検証	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
③ LIFEの評価項目データの入力(部分的入力を含む)	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
④ LIFE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	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
⑤ 介護職によるLIFEに関する会議や打ち合わせ等の実施	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
⑥ 介護職によるLIFEに関する会議や打ち合わせ等への参加	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
⑦ 多職種によるLIFEに関する会議や打ち合わせ等の実施	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
⑧ 多職種によるLIFEに関する会議や打ち合わせ等への参加	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
⑨ フィードバック情報の検討・評価	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
⑩ LIFEに関する研修会・勉強会等の実施	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
⑪ LIFEに関する研修会・勉強会等への参加	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
⑫ 行っていない	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>

< 10 >

問19 L I F Eの導入により、貴施設・事業所における介護過程実践に変化はありましたか。(1つに○)

1. とてもあった 2. すこしあった 3. あまりない 4. まったくない 5. わからない

問20 L I F Eの導入により以下のような変化等がありましたら、あてはまるもの全てに○を付けてください。

1. アセスメント項目や視点を共有することができた
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 利用者への支援効果を評価しやすくなった
7. 利用者の変化という成功体験を共有できた
8. 多職種連携が推進された
9. 他専門職が介護職の専門性に触れる機会となった
10. 介護職による介護過程が実践推進される機会となった
11. 介護職の仕事に対するモチベーションが向上した
12. 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
13. 介護職チームのケア実践力が向上した
14. 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
15. 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
16. 介護リーダーの主体性や積極性を育む効果があった
17. 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
18. その他()
19. 特にない

問21 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はありましたか。1つに○をし、具体的な状況や理由等をお教えてください。

1. あった
2. なかった
3. わからない

あった場合は具体的内容を、なかった場合はその理由等をお教えてください

問22 下記はLIFEで扱われる評価項目です。この中で、介護過程において重要度が高いと思われる項目に○をつけてください。(あてはまるもの全てに○)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 障害高齢者の日常生活自立度 | 15. 利用者の興味・関心 |
| 2. 認知症高齢者の日常生活自立度 | 16. 同居家族、家族等や介護できる時間 |
| 3. 認知症の診断 | 17. 在宅復帰の実績や希望有無等 |
| 4. 認知症行動障害尺度(DBD13) | 18. 身長、体重、BMI |
| 5. Vitality Index | 19. 低栄養状態のリスクレベル |
| 6. 要介護度 | 20. 栄養補給法 |
| 7. ADL(Barthel Index) | 21. 食事摂取量 |
| 8. IADL | 22. 必要栄養量 |
| 9. 起居動作 | 23. 提供栄養量 |
| 10. 口腔の健康状態 | 24. 血清アルブミン値 |
| 11. 誤嚥性肺炎の発症・既往 | 25. 食事に対する意識、意欲、満足感 |
| 12. 褥瘡 | 26. その他() |
| 13. 既往歴 | 27. わからない |
| 14. 服薬情報 | |

問23 介護過程実践につなげるために、介護リーダーや介護職にはLIFEの活用についてどのような力が求められると考えますか。

- | |
|--------------------------------------|
| 1. LIFEの評価項目に関する情報収集をする力 |
| 2. LIFEの評価項目に関する分析・統合をする力 |
| 3. LIFEの評価項目を理解し、個別介護計画を立案する力 |
| 4. LIFEを踏まえた、介護実践を行う力 |
| 5. LIFE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. LIFE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LIFEについての理解を浸透させる力 |
| 8. 他職種と連携する力 |
| 9. その他() |
| 10. わからない |

★科学的介護情報システム(LIFE)を活用した介護過程実践について、ご意見等をお聞かせください。

--

ご協力ありがとうございました。11月18日(金)までに、返信用封筒にてご返送ください。

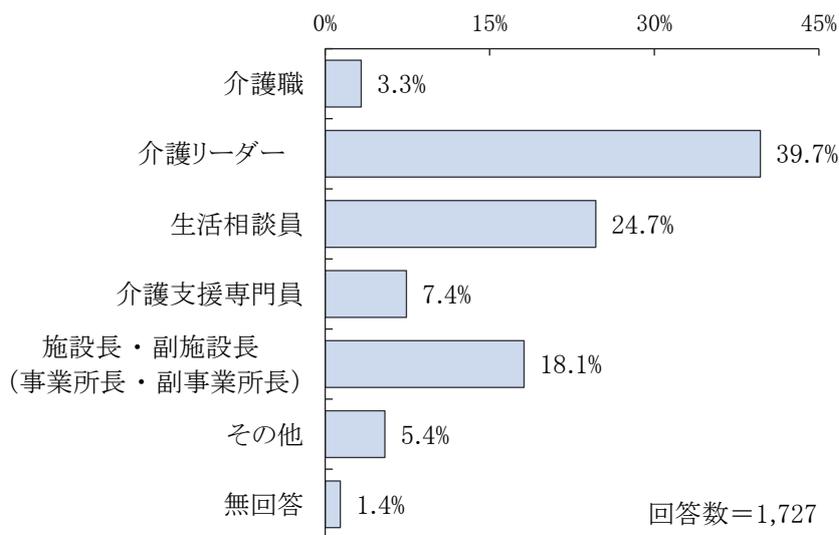
3. 基礎集計

3-1. 回答施設・事業所の基本属性

(1) 回答者の職位

問1 あなたのお立場を教えてください。(1つに○)

図表 2-2 回答者の職位



回答者は、介護リーダーが 39.7%と最も多く、生活相談員が 24.7%であった。種別で見ると、介護リーダー回答者が介護老人福祉施設 39.1%、介護老人保健施設 62.6%で最も多く、通所介護では生活相談員回答者が 43.3%と最も多かった。

図表 2-3 施設・事業所の種別×回答者の職位

	合計	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 (事業所長・副事業所長)	その他	無回答
全体	1,727 100.0	57 3.3	685 39.7	426 24.7	128 7.4	313 18.1	94 5.4	24 1.4
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	626 100.0	12 1.9	245 39.1	127 20.3	77 12.3	122 19.5	36 5.8	7 1.1
介護老人保健施設	481 100.0	12 2.5	301 62.6	31 6.4	45 9.4	48 10.0	36 7.5	8 1.7
通所介護	617 100.0	33 5.3	138 22.4	267 43.3	6 1.0	142 23.0	22 3.6	9 1.5

※上段：実数 下段：%

※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

(2) 回答者が介護リーダーの場合

(1) 介護リーダーと回答した方に伺います。

①具体的な職位の名称をお教えてください。

図表 2-4 具体的な職位の名称

分類カテゴリー	具体的記載例（抜粋）	件数
主任	介護主任、フロア主任、デイサービス主任	300
副主任・主任補佐	介護副主任、フロア副主任、デイ副主任、主任補佐	32
科長・課長	介護科（課）長、通所科（課）長、療養科（課）長	79
科長補佐・課長補佐	介護科長補佐、科長代理、科長補佐、副課長	8
リーダー	介護リーダー、ユニットリーダー、フロアリーダー	78
統括主任・統括リーダー	統括介護主任、介護統括リーダー、統括ユニットリーダー	24
係長	介護係長、施設係長、通所係長	60
管理者	デイサービス管理者、ユニット管理者	56
介護士長	介護士長、介護福祉士長、介護長	23
副介護士長	副介護士長、介護副長	5
生活相談員	生活相談員	8
次長	介護次長、次長	4
副部長・部長補佐	介護科副部長、部長補佐	2

介護リーダーの職位名称では、主任と回答したのが 44%で最も多く、科長・課長が 12%、リーダーが 11%であった。なお、2つ以上の名称を記載している場合は、最初の職位名称を優先としている。

②今の職場にかかわらず介護職としての通算経験年数をお教えてください。

図表 2-5 回答者が介護リーダーである場合の「介護職としての通算経験年数」

	集計対象件数	平均値	最大値	最小値	中央値
全体	680 件	18.9 年	40 年	1 年	19 年
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	243 件	19.1 年	40 年	3 年	19 年
介護老人保健施設	299 件	19.5 年	39 年	3 年	20 年
通所介護	137 件	17.2 年	30 年	1 年	17 年

※施設・事業所の種別や介護職としての通算経験年数の回答がない場合は集計から除外している

③今の職場におけるリーダーとしての通算経験年数をお教えてください。

図表 2-6 回答者が介護リーダーである場合の「今の職場におけるリーダーとしての通算経験年数」

	集計対象件数	平均値	最大値	最小値	中央値
全体	675 件	6.8 年	28 年	0 年	5 年
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	244 件	6.8 年	28 年	0 年	5 年
介護老人保健施設	294 件	7.6 年	26 年	0 年	6 年
通所介護	136 件	5.3 年	24 年	0 年	4 年

※施設・事業所の種別や今の職場におけるリーダーとしての通算経験年数の回答がない場合は集計から除外している

④リーダーとしてまとめている介護職の人数（介護補助、介護助手は含みません）はどのくらいですか。

図表 2-7 回答者が介護リーダーである場合の「リーダーとしてまとめている介護職の人数」

	集計対象件数	平均値	最大値	最小値	中央値
全体	673 件	22.7 人	120 人	1 人	20 人
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	242 件	26.7 人	120 人	3 人	22 人
介護老人保健施設	294 件	25.6 人	70 人	3 人	25 人
通所介護	136 件	9.7 人	70 人	1 人	8 人

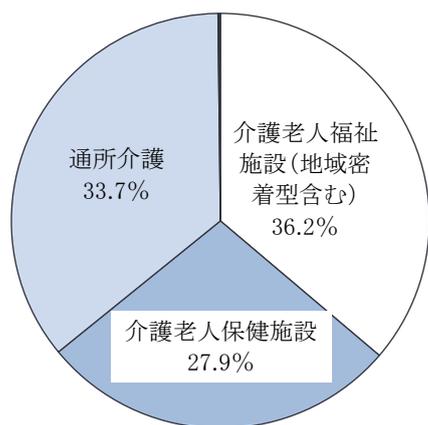
※施設・事業所の種別やリーダーとしてまとめている介護職の人数の回答がない場合は集計から除外している

(3) 施設・事業所の基本情報

問2 あなたが勤務する施設・事業所の基本情報についてお聞かせください。

①施設種別を教えてください。(1つに〇)

図表2-8 施設種別



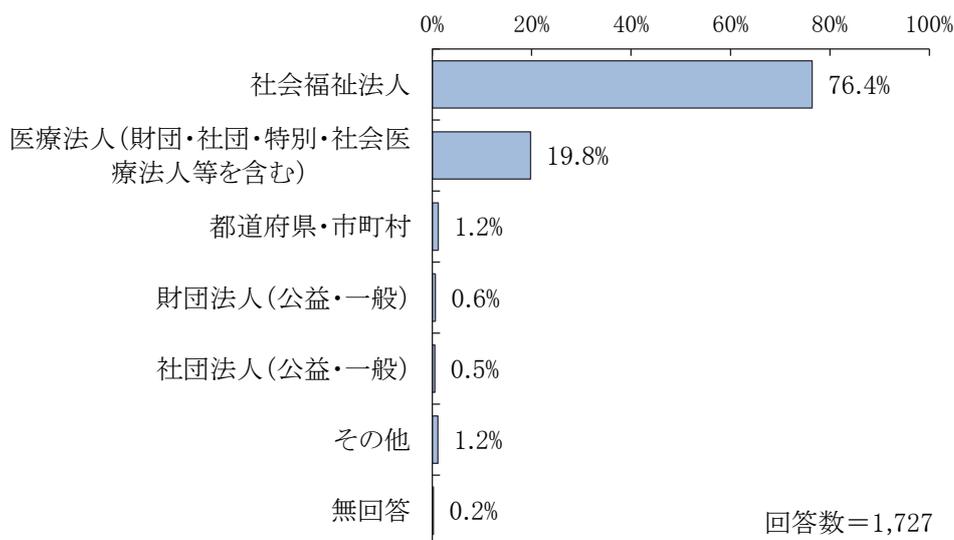
回答数=1,727

回答があった1,727施設の内訳は、介護老人福祉施設 626 (36.2%)、介護老人保健施設 481 (27.9%)、通所介護 617 (33.7%)、無回答 3 である。

基礎集計におけるクロス集計の説明変数は、この施設種別区分を用いている。

②法人種別を教えてください。(1つに〇)

図表2-9 法人種別



回答数=1,727

回答があった1,727施設・事業所の法人は、「社会福祉法人」が76.4%を占める。

③施設・事業所の所在地を教えてください。

図表 2-10 施設・事業所の所在地

都道府県	回答数	%	都道府県	回答数	%
北海道	108	6.3	滋賀県	13	0.8
青森県	24	1.4	京都府	22	1.3
岩手県	43	2.5	大阪府	47	2.7
宮城県	40	2.3	兵庫県	87	5.0
秋田県	29	1.7	奈良県	20	1.2
山形県	38	2.2	和歌山県	10	0.6
福島県	35	2.0	鳥取県	23	1.3
茨城県	42	2.4	島根県	38	2.2
栃木県	17	1.0	岡山県	60	3.5
群馬県	43	2.5	広島県	78	4.5
埼玉県	38	2.2	山口県	25	1.4
千葉県	65	3.8	徳島県	18	1.0
東京都	66	3.8	香川県	21	1.2
神奈川県	47	2.7	愛媛県	38	2.2
新潟県	59	3.4	高知県	12	0.7
富山県	27	1.6	福岡県	49	2.8
石川県	36	2.1	佐賀県	11	0.6
福井県	26	1.5	長崎県	17	1.0
山梨県	20	1.2	熊本県	58	3.4
長野県	17	1.0	大分県	13	0.8
岐阜県	30	1.7	宮崎県	24	1.4
静岡県	38	2.2	鹿児島県	48	2.8
愛知県	69	4.0	沖縄県	13	0.8
三重県	22	1.3	無回答	3	0.2
			全体	1,727	100.0

全ての都道府県から回答が得られた。

④あなたが勤務する施設・事業所の利用者の定員数を教えてください。

図表 2-11 施設・事業所の利用者の定員数

	集計対象件数	平均値	最大値	最小値	中央値
全体	1,723 件	61.7 名	210 名	8 名	51 名
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	625 件	70.2 名	210 名	10 名	70 名
介護老人保健施設	481 件	89.3 名	198 名	16 名	100 名
通所介護	616 件	31.5 名	130 名	8 名	30 名

※施設・事業所の種別や定員数の回答がない場合は集計から除外している

⑤10月1日現在、あなたが勤務する施設・事業所の介護職員数を教えてください。

図表 2-12 施設・事業所の介護職員数（1施設・事業所あたりの人数）

	介護職員合計				正規職員				正規職員以外			
	平均値	最大値	最小値	中央値	平均値	最大値	最小値	中央値	平均値	最大値	最小値	中央値
全体	25.0	130	1	22	18.1 (13.9)	83 (76)	0 (0)	16 (12)	7.5 (3.2)	66 (28)	0 (0)	6 (2)
介護老人福祉施設	34.7	130	4	32	25.0 (19.1)	83 (76)	1 (1)	23 (17)	10.3 (4.1)	66 (26)	0 (0)	9 (3)
介護老人保健施設	32.6	100	4	31	26.1 (20.6)	71 (62)	1 (1)	25 (20)	7.3 (3.4)	43 (28)	0 (0)	6 (2)
通所介護	9.3	53	1	8	4.8 (3.7)	24 (20)	0 (0)	4 (3)	4.9 (2.2)	33 (13)	0 (0)	4 (2)

※（ ） 数値は介護福祉士数

※単位：人

※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

※施設・事業所の種別や介護職員数の回答がない場合は集計から除外している

図表 2-13 勤務年数が1年未満の人の割合

	集計対象件数	平均値	最大値	最小値	中央値
全体	1,669 件	10.1%	100.0%	0.0%	8.0%
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	606 件	10.4%	86.7%	0.0%	8.6%
介護老人保健施設	467 件	9.4%	100.0%	0.0%	7.5%
通所介護	594 件	10.4%	75.0%	0.0%	8.3%

※「勤務年数」＝現在の事業所における勤務年数

※施設・事業所の種別や割合を算出するために必要な数値に回答がない場合は集計から除外している

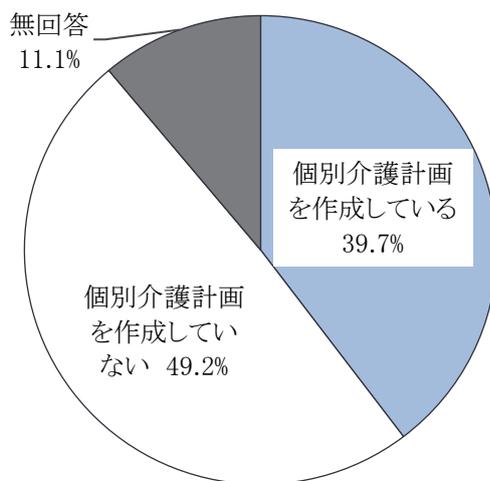
3-2. 介護過程実践の実践状況

(1) 個別介護計画の有無 【介護老人福祉施設・介護老人保健施設のみ】

問3(1) 貴施設・事業所の個別介護計画※について教えてください。(1つに○)

- ・ここでいう「作成」とは、紙面やデータとして可視化されている状態を意味します。
- ・個別介護計画は、介護計画、個別支援計画等、事業所によって名称は異なります。

図表 2-14 個別介護計画の有無



回答数=1,107

図表 2-15 施設・事業所の種別×個別介護計画の有無

	合計	作成している	作成していない	無回答
全体	1,107 100.0	439 39.7	545 49.2	123 11.1
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	242 38.7	318 50.8	66 10.5
介護老人保健施設	481 100.0	197 41.0	227 47.2	57 11.9

※上段：実数 下段：%

※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

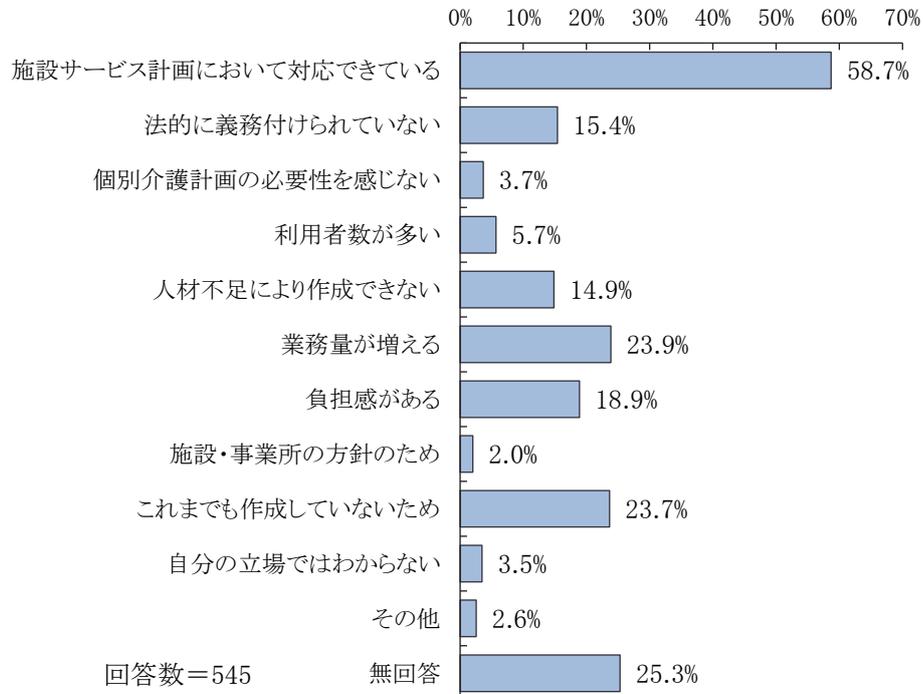
介護老人福祉施設・介護老人保健施設のうち、個別介護計画を作成している割合は全体で 39.7%、施設種別では介護老人福祉施設 38.7%、介護老人保健施設 41.0%であった。

令和2年度調査結果では介護老人福祉施設 31.6%、介護老人保健施設 33.1%であり、本調査結果における個別介護計画を作成している割合は令和2年度調査より高い状況にある。

(2) 個別介護計画を作成していない理由【介護老人福祉施設・介護老人保健施設のみ】

個別介護計画を作成していない理由をお教えてください。(あてはまるもの全てに○)

図表 2-16 個別介護計画を作成していない理由



図表 2-17 施設・事業所の種別×個別介護計画を作成していない理由

	合計	施設サービス計画において対応できていない	法的に義務付けられていない	個別介護計画の必要性を感じない	利用者数が多い	人材不足により作成できない	業務量が増える	負担感がある	施設・事業所の方針のため	これまでも作成していない	自分の立場ではわからない	その他	無回答
全体	545 100.0	320 58.7	84 15.4	20 3.7	31 5.7	81 14.9	130 23.9	103 18.9	11 2.0	129 23.7	19 3.5	14 2.6	138 25.3
介護老人福祉施設	318 100.0	183 57.5	47 14.8	13 4.1	19 6.0	40 12.6	81 25.5	66 20.8	4 1.3	79 24.8	11 3.5	9 2.8	83 26.1
介護老人保健施設	227 100.0	137 60.4	37 16.3	7 3.1	12 5.3	41 18.1	49 21.6	37 16.3	7 3.1	50 22.0	8 3.5	5 2.2	55 24.2

※上段：実数 下段：%

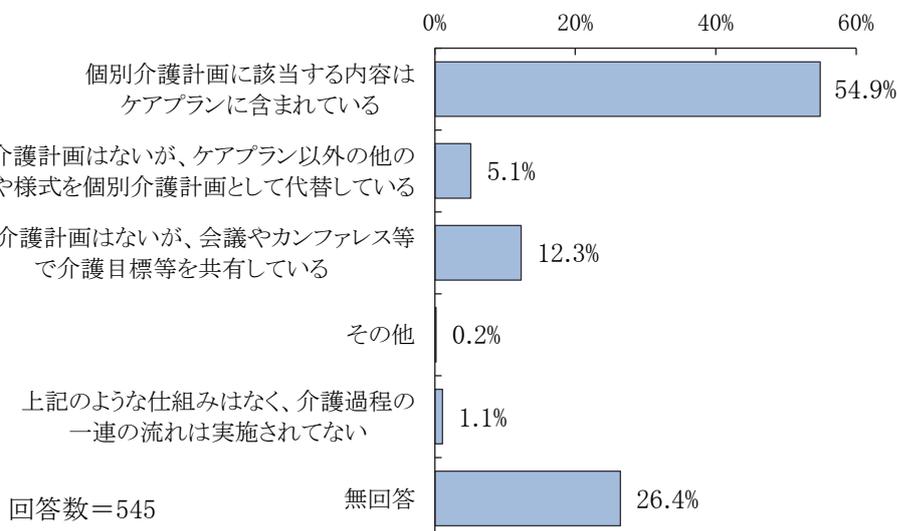
※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

個別介護計画を作成していない理由は、「施設サービス計画において対応できていない」が 58.7% が最も多く、「業務量が増える」23.9%、「これまでも作成していない」23.7%と続いている。

(3) 個別介護計画に代わる仕組み【介護老人福祉施設・介護老人保健施設のみ】

個別介護計画に代わる仕組みとして、最も近いもの1つに○をしてください。

図表 2-18 個別介護計画に代わる仕組み



図表 2-19 施設・事業所の種別×個別介護計画に代わる仕組み

	合計	個別介護計画に該当する内容はケアプランに含まれている	個別介護計画はないが、ケアプラン以外の他の書式や様式を個別介護計画として代替している	個別介護計画はないが、会議やカンファレンス等で介護目標等を共有している	その他	上記のような仕組みはなく、介護過程の一連の流れは実施されていない	無回答
全体	545 100.0	299 54.9	28 5.1	67 12.3	1 0.2	6 1.1	144 26.4
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	318 100.0	163 51.3	18 5.7	42 13.2	0 0.0	4 1.3	91 28.6
介護老人保健施設	227 100.0	136 59.9	10 4.4	25 11.0	1 0.4	2 0.9	53 23.3

※上段：実数 下段：%

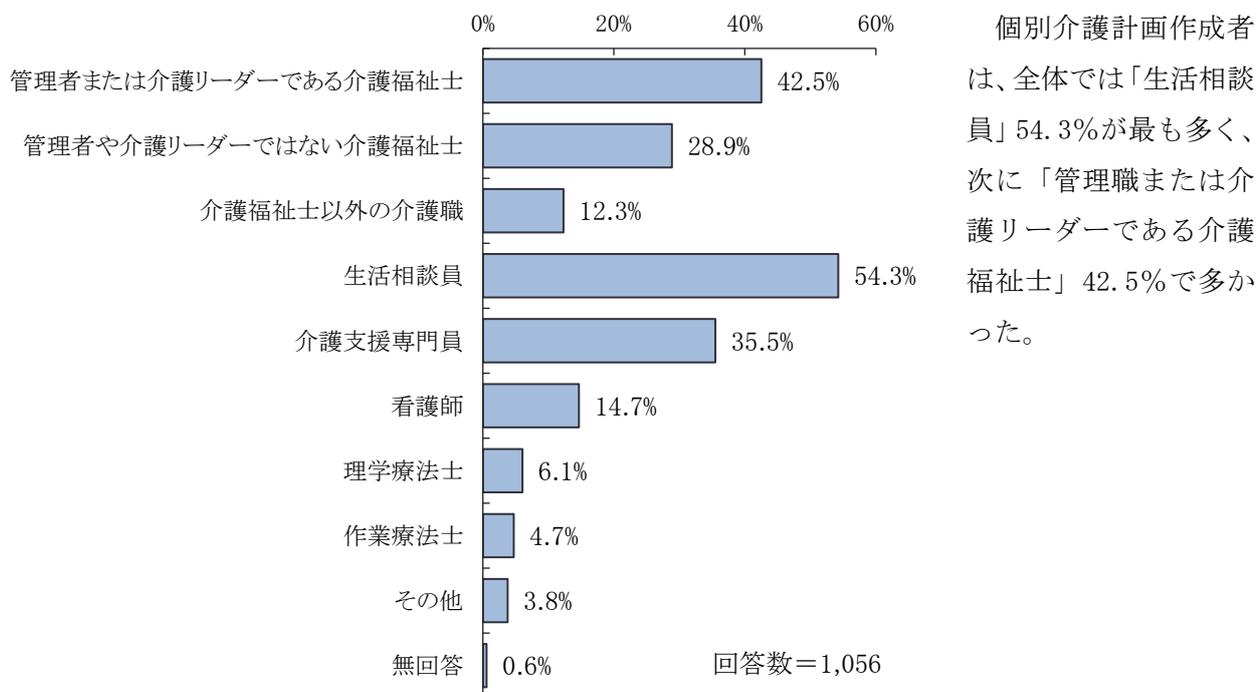
※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

個別介護計画に代わる仕組みは、「個別介護計画に該当する内容はケアプランに含まれている」が54.9%と最も多く、個別介護計画を作成していない理由の「施設サービス計画において対応できている」58.7%に対する裏付けの回答となっている。

(4) 個別介護計画・通所介護計画の作成者

問4 現在、貴施設・事業所において、個別介護計画・通所介護計画を作成しているのはどなたですか。あてはまるもの全てに○を付けてください。

図表2-20 個別介護計画・通所介護計画の作成者



個別介護計画作成者は、全体では「生活相談員」54.3%が最も多く、次に「管理職または介護リーダーである介護福祉士」42.5%が多かった。

図表2-21 施設・事業所の種別×個別介護計画・通所介護計画の作成者

	合計	管理者または介護リーダーである介護福祉士	管理者や介護リーダーではない介護福祉士	介護福祉士以外の介護職	生活相談員	介護支援専門員	看護師	理学療法士	作業療法士	その他	無回答
全体	1,056 100.0	449 42.5	305 28.9	130 12.3	573 54.3	375 35.5	155 14.7	64 6.1	50 4.7	40 3.8	6 0.6
介護老人福祉施設	242 100.0	80 33.1	64 26.4	37 15.3	59 24.4	203 83.9	21 8.7	11 4.5	6 2.5	7 2.9	2 0.8
介護老人保健施設	197 100.0	86 43.7	97 49.2	49 24.9	34 17.3	147 74.6	47 23.9	35 17.8	31 15.7	15 7.6	1 0.5
通所介護	617 100.0	283 45.9	144 23.3	44 7.1	480 77.8	25 4.1	87 14.1	18 2.9	13 2.1	18 2.9	3 0.5

※上段：実数 下段：%

※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

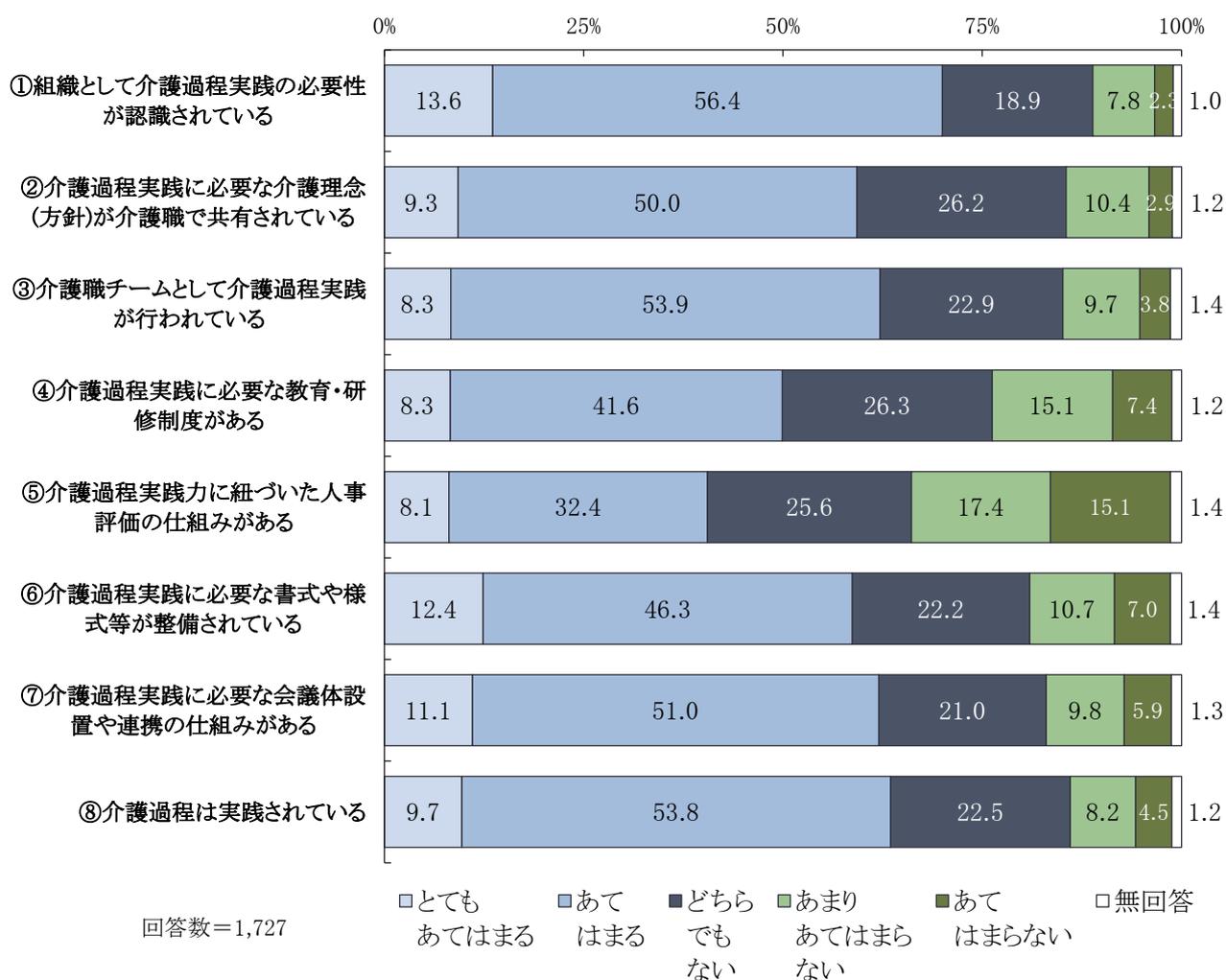
※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

(5) 介護職による介護過程の実践

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。

① 介護職による介護過程の実践（①～⑧）

図表 2-22 介護職による介護過程の実践



介護職による介護過程の実践については「とてもあてはまる」「あてはまる」を合わせると、「①組織として介護過程実践の必要性が認識されている」70.0%、「⑧介護過程は実践されている」63.5%、「③介護職チームとして介護過程実践が行われている」62.2%、「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」62.1%となっている。ここからは、介護過程実践の必要性が認識されているため、介護過程が実践されていることがわかった。

①組織として介護過程実践の必要性が認識されている

図表 2-23 施設・事業所の種別×組織として介護過程実践の必要性が認識されている

	合計	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	とてもあてはまる +あてはまる
全体	1,727 100.0	235 13.6	974 56.4	326 18.9	134 7.8	40 2.3	1,209 70.0
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	86 13.7	327 52.2	131 20.9	65 10.4	11 1.8	413 65.9
介護老人保健施設	481 100.0	64 13.3	257 53.4	89 18.5	44 9.1	19 4.0	321 66.7
通所介護	617 100.0	85 13.8	388 62.9	105 17.0	25 4.1	10 1.6	473 76.7

※上段：実数 下段：％、無回答は掲載を省略している

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

図表 2-24 施設・事業所の種別×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

	合計	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	とてもあてはまる +あてはまる
全体	1,727 100.0	160 9.3	864 50.0	453 26.2	180 10.4	50 2.9	1,024 59.3
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	59 9.4	298 47.6	170 27.2	75 12.0	17 2.7	357 57.0
介護老人保健施設	481 100.0	37 7.7	207 43.0	142 29.5	59 12.3	26 5.4	244 50.7
通所介護	617 100.0	64 10.4	357 57.9	141 22.9	45 7.3	7 1.1	421 68.3

※上段：実数 下段：％、無回答は掲載を省略している

③介護職チームとして介護過程実践が行われている

図表 2-25 施設・事業所の種別×介護職チームとして介護過程実践が行われている

	合計	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	とてもあてはまる +あてはまる
全体	1,727 100.0	144 8.3	930 53.9	396 22.9	167 9.7	66 3.8	1,074 62.2
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	56 8.9	328 52.4	140 22.4	70 11.2	24 3.8	384 61.3
介護老人保健施設	481 100.0	37 7.7	237 49.3	115 23.9	54 11.2	29 6.0	274 57.0
通所介護	617 100.0	51 8.3	363 58.8	140 22.7	43 7.0	13 2.1	414 67.1

※上段：実数 下段：％、無回答は掲載を省略している

④介護過程実践に必要な教育・研修制度がある

図表 2-26 施設・事業所の種別×介護過程実践に必要な教育・研修制度がある

	合計	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	とてもあてはまる +あてはまる
全体	1,727 100.0	143 8.3	719 41.6	455 26.3	261 15.1	128 7.4	862 49.9
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	52 8.3	248 39.6	155 24.8	110 17.6	51 8.1	300 47.9
介護老人保健施設	481 100.0	37 7.7	177 36.8	136 28.3	80 16.6	43 8.9	214 44.5
通所介護	617 100.0	54 8.8	291 47.2	164 26.6	71 11.5	34 5.5	345 56.0

※上段：実数 下段：％、無回答は掲載を省略している

⑤介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある

図表 2-27 施設・事業所の種別×介護過程実践力に紐づいた人事評価の仕組みがある

	合計	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	とてもあてはまる +あてはまる
全体	1,727 100.0	140 8.1	560 32.4	442 25.6	301 17.4	260 15.1	700 40.5
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	48 7.7	196 31.3	165 26.4	105 16.8	105 16.8	244 39.0
介護老人保健施設	481 100.0	33 6.9	146 30.4	132 27.4	84 17.5	76 15.8	179 37.3
通所介護	617 100.0	59 9.6	217 35.2	144 23.3	112 18.2	78 12.6	276 44.8

※上段：実数 下段：％、無回答は掲載を省略している

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

図表 2-28 施設・事業所の種別×介護過程実践に必要な書式や様式等が整備されている

	合計	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	とてもあてはまる +あてはまる
全体	1,727 100.0	214 12.4	800 46.3	384 22.2	184 10.7	121 7.0	1,014 58.7
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	82 13.1	258 41.2	144 23.0	73 11.7	59 9.4	340 54.3
介護老人保健施設	481 100.0	52 10.8	224 46.6	97 20.2	62 12.9	38 7.9	276 57.4
通所介護	617 100.0	80 13.0	318 51.5	141 22.9	49 7.9	23 3.7	398 64.5

※上段：実数 下段：％、無回答は掲載を省略している

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

図表 2-29 施設・事業所の種別×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

	合計	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	とてもあてはまる+あてはまる
全体	1,727 100.0	191 11.1	880 51.0	363 21.0	169 9.8	102 5.9	1,071 62.1
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	75 12.0	318 50.8	116 18.5	66 10.5	43 6.9	393 62.8
介護老人保健施設	481 100.0	53 11.0	237 49.3	102 21.2	48 10.0	33 6.9	290 60.3
通所介護	617 100.0	63 10.2	325 52.7	143 23.2	55 8.9	25 4.1	388 62.9

※上段：実数 下段：%、無回答は掲載を省略している

⑧介護過程は実践されている

図表 2-30 施設・事業所の種別×介護過程は実践されている

	合計	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	とてもあてはまる+あてはまる
全体	1,727 100.0	168 9.7	929 53.8	389 22.5	142 8.2	78 4.5	1,097 63.5
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	59 9.4	315 50.3	142 22.7	66 10.5	36 5.8	374 59.7
介護老人保健施設	481 100.0	47 9.8	243 50.5	108 22.5	43 8.9	30 6.2	290 60.3
通所介護	617 100.0	62 10.0	369 59.8	138 22.4	33 5.3	12 1.9	431 69.8

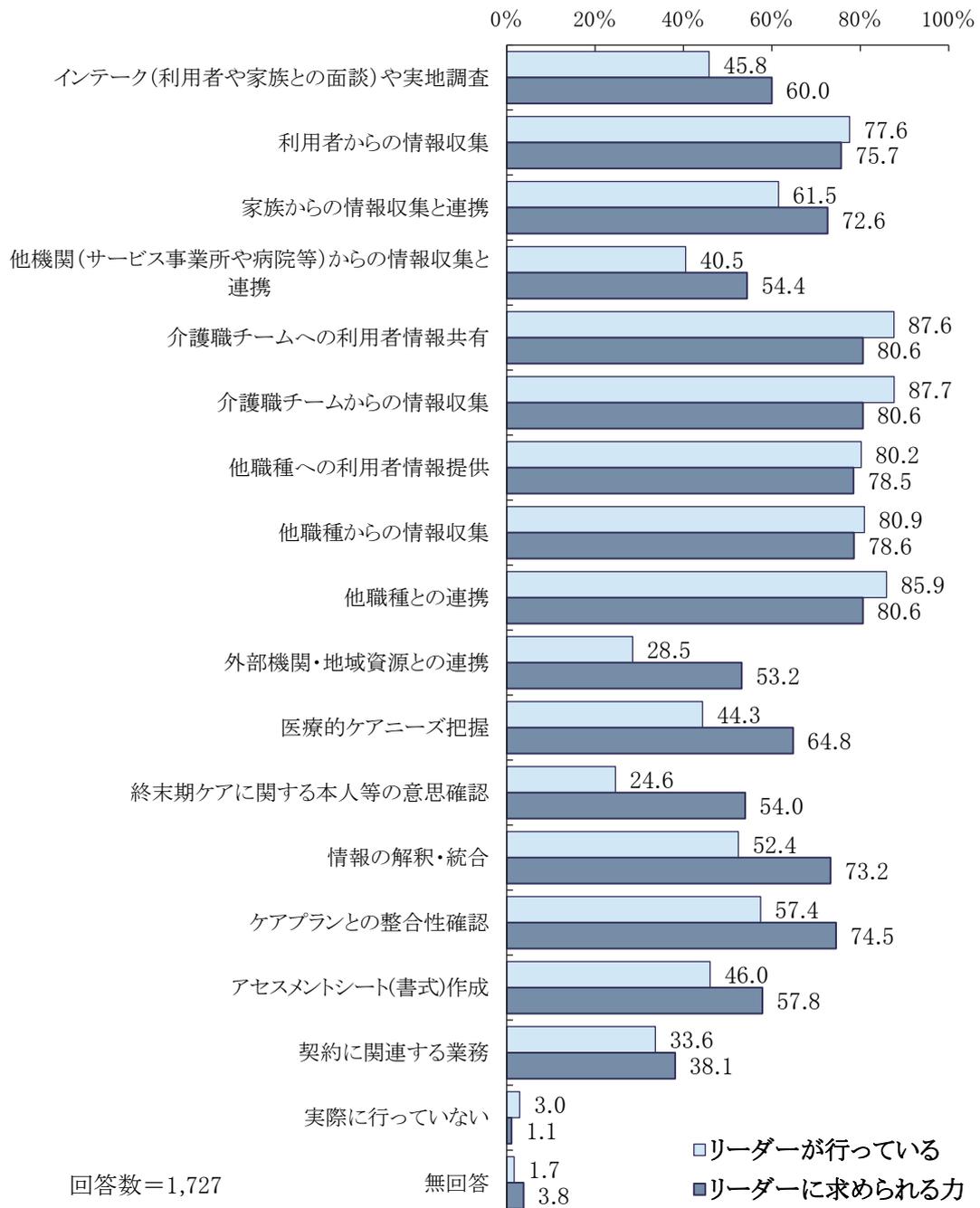
※上段：実数 下段：%、無回答は掲載を省略している

3-3. 介護リーダーが実際に行っている業務・介護リーダーに求められる力

(1) 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

問6 利用者のアセスメントについて伺います。

図表 2-31 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



介護リーダーがアセスメントで実際に行っている業務は多い順から、「介護職チームからの情報収集」87.7%、「介護職チームへの利用者情報共有」87.6%、「他職種との連携」85.9%となっている。一方、介護リーダーに求められる力では、「介護職チームへの利用者情報共有」「介護職チームからの情報共有」「他職種との連携」がともに80.6%であった。ここからは、介護リーダーは情報共有と他職種連携の力が必要であることがわかる。

(2) 利用者のアセスメント/記述回答

問7 上記以外に、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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

図表 2-32 利用者のアセスメント/記述回答

利用者のアセスメント	コーディング	中項目	大項目
利用者の強みを引き出す力。そのために必要な情報収集、アセスメント力	利用者の強みを引き出す力とそのため の情報収集能力	生活全体を捉える アセスメント視点	情報を適切に収集して分析する役割(力)
求められる力はICFに基づく考え方、アセスメント手法	ICFに基づく考え方とアセスメントの 手法		
アセスメントの視点を養う	アセスメントの視点を養う		
行っていることは入居に伴い生活リズム、嗜好、意向 など生活全般にかかわるアセスメント	生活リズム、嗜好、意向など生活全 般にかかわるアセスメント		
利用者個々の生活の背景をしっかりとつかむ	利用者個々の生活背景をつかむ		
入所するまでの利用者の生活歴などをご家族様と詳 しく話をする	利用者の生活歴の聞き取り		
介護職視点での聞き取りスキル	介護職視点での聞き取りスキル		
認知症の方からの聞き取りは困難。実際に行って頂 いて判断することもある	認知症の方の聞き取りは困難で、実 際に行って判断する		
視野を広く持つこと	視野を広く持つ		
利用者の状況を正しく把握する力は大切と考える。 生活行為に支援をする場合、「どのくらい」支援を必 要とするかの判断ができない場合、安易に「全介助レ ベル」と判断されてしまうと、自立支援に反する形とな ってしまう。又、その力が不足していると実演したりし て指導することもできなくなる	利用者の状況を正しく把握する力	現況とニーズを 捉える力	
各利用者の課題をしっかりと把握して改善方法を考え る	利用者の課題を把握して改善策を 検討する		
アセスメントから、利用者にあった支援と実施ができ ること	アセスメントから、利用者にあつた支 援と実施ができる		
アセスメントの情報からケア内容を考え出す	アセスメントの情報からケア内容を考 え出す		
アセスメントを具体的に記録すること	アセスメントを具体的に記録すること		
利用者の課題解決に向けての対応	利用者の課題解決に向けての対応		
ニーズの抽出	ニーズの抽出	医療的ニーズを 把握する力	
ニーズをとらえる判断力、能力が求められる	ニーズを捉える判断能力		
最終的な医療ニーズの把握。看取りの希望の有無	医療ニーズと看取り希望の把握		
介護知識と医療知識	介護知識と医療知識	変化に気付く力	
ちょっとした変化に気付く力	変化に気付く力		
日常の何気ない状況観察からの異常の発見	日常の観察から変化に気付く力		
ADLの情報更新	ADLの情報更新		

利用者のアセスメント	コーディネート	中項目	大項目
利用者の状態の変化について早期に気づき、多職種と連携し対応を考えていく	利用者の状態変化に気づき、多職種と連携し対応を考える	変化に気づく力	情報を適切に収集して分析する役割(力)
体調不良等や課題等	体調不良等や課題等の把握		
介護支援専門員に匹敵する利用者、家族、他職種への視点	利用者、家族、他職種への視点	利用者、家族の思いに寄り添う情報収集能力	
利用者家族・家庭の背景の理解	利用者家族・家庭の背景の理解		
利用者、家族からの信頼が得られるための密な連絡、相談、報告、その上での支援内容の提案	利用者、家族からの信頼を得る報・連・相と支援内容の提案		
利用者の要望を聞き実施する	利用者の要望を聞き実施する		
介護リーダーは現場で業務にあたり、問6のアセスメントや契約、連携部分は、生活相談員が主となりまとめ、介護職にも力をかけてます。1人1人が利用者によりそっていくことが大切だと思います	リーダーに限らず利用者に寄り添うこと		
利用者、家族とのコミュニケーション能力	利用者、家族とのコミュニケーション能力		
家族・関係機関とのコミュニケーション能力(話を聞く力、話す力など)が重要だと考える	家族、関係機関とのコミュニケーション能力		
コミュニケーションスキル	コミュニケーションスキル		
会話力、聞く、話す力	コミュニケーション能力		
コミュニケーション	コミュニケーション能力		
接遇力	接遇力		
アセスメントシート最終確認	アセスメントの最終確認	アセスメントの確認的役割	アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)
アセスメントシートの確認	アセスメントシートの確認		
アセスメントの報告内容の確認	アセスメントの報告内容の確認		
アセスメントは介護職員が各担当利用者に対して行っている。介護リーダーは日程調整。介護リーダーが行うわけではないが、書き方や、関わりからみえてくる分析、問題点などをアドバイス、指導している	アセスメントを分析し助言、指導する		
担当が作成したアセスメント情報シートに誤りがないかチェックをする	担当者が作成したアセスメントシートの確認		
サービス内容の実施、対応について、確認している	サービス内容についての確認		
アセスメントに対する評価の実施	アセスメントに対する評価の実施		
介護職員への指導及び実施確認も併せて行っている	介護職員への指導及び実施確認		
プランと実際のサービスとの整合性や多職種との連携	プランと実際のサービスの整合性の確認		
介護リーダーに求められる力:アセスメント能力向上のための研修・指導	アセスメント能力向上のための研修、指導		
介護職がアセスメント力を高めていき、専門性を発揮できるように職員の育成を行っている	アセスメント力と専門性発揮のための職員育成		
上記の行動を次に伝えていく力	アセスメントに必要な力を職員に伝えていく力		

利用者のアセスメント	コーディング	中項目	大項目	
アセスメント作業の重要性を伝える作業	アセスメントの重要性を伝える	アセスメントの推進	アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)	
施設職員へアセスメント作業の促進とその管理	アセスメントの促進と管理			
計画書やケアプランについての仕組みや重要度の周知徹底の浸透を促す力や介護過程を実施するための方向性や方法を制定していく力が必要と思う	計画書やケアプランの重要性を伝え、浸透を促す力			
PDCAサイクルを各職員と情報共有、実践	PDCAサイクルを各職員と情報共有、実践	介護職チームへの情報共有	アセスメント情報を活かしたチームケアを推進する役割(力)	
利用者を中心とした支援、やり方等の出きる事を伝える力	利用者を中心として、できることを伝える力			
利用者の利用状況の把握、連絡相談と提案	利用状況の把握と報・連・相			
必要な情報があれば担当者に伝えておく	必要な情報を担当者へ伝達			
職員からの利用者の情報収集	職員から利用者の情報収集			
必要な情報共有するために各職員への伝達方法を工夫する力が必要となっている	情報共有のため、伝達方法を工夫する力			
チームをまとめる力及び伝達し共有する力	チームで情報を伝達し、共有する力			
チーム内での情報収集及び共有	チーム内での情報収集と共有			
チームで行動するので介護リーダー以外でも情報収集する能力、連携等を必要としているため、介護リーダー以外でもそれぞれの業務を行っている	介護リーダーに限らずチームケアのため情報収集能力、連携が必要			
クライアントの既往歴等から介護支援を全職員へ標準化することが求められる	既往歴等を確認し、支援を全職員へ標準化すること			
職員への相談	職員への相談			
伝達力	伝達力			
実際に業務を行い、その中で第三者目線での意見を伝える	実際に業務を行い、第三者目線の意見を伝える			
C/W が得た情報を多職種と共有する力	介護職が得た情報を多職種と共有する力			介護職と多職種の情報をつなぐ
介護職と他職種との連携	介護職と他職種との連携			
カンファレンスに向けて担当職員への声がけと利用者の情報収集の依頼を実際に行っている	カンファレンスに向けた職員への声掛けと利用者の情報収集の依頼			
在宅や病院等の訪問において課題等を確認し、専門職へ発信し、見通しを共有できる力	利用者を訪問して課題を確認、多職種へ発信して、見通しを共有できる力	多職種の専門職性理解と連携		
アセスメントについては、介護職、看護師、理学療法士などにも聞き取りを行い、作成している。専門職でないと見えない部分を見落とさない	各専門職からの視点も聞き取りして、見落としが無いようにする			
多職種共働きの体系を維持しつつ、意見がわかれた際、メリット、デメリットをしっかりと考えリスクマネジメントを行いながら、意見をまとめる力。それを実践する勇気	多職種協働の中で意見や方向性をまとめる力と実行する勇気			
多職種協働でのプランニング方法	多職種協働のプランニング方法			
プランと実際のサービスとの整合性や多職種との連携	多職種との連携			
他職種との連携、業務の把握	他職種との連携と業務の把握			
報・連・相を行い、他職種連携する	報・連・相を行い、他職種連携			
他職種、上司との連携、調整力	他職種、上司との連携、調整力			

利用者のアセスメント	コーディネーグ	中項目	大項目	
総合的にリーダーとしての意思決定能力が高い者	意思決定能力	決断力と実行力	（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	
経験と判断力	経験と判断力			
現場に出での実践、実行力	実践力、実行力			
フットワーク	フットワーク			
計画書やケアプランについての仕組みや重要度の周知徹底の浸透を促す力や介護過程を実施するための方向性や方法を制定していく力が必要と思う	介護過程を実施する方向性や方法を制定する力	介護職チームの統率的役割		
介護現場における全般について把握する力が求められる	介護現場全般を把握する力			
利用者個人のケアプランをチーム全体で考え進捗を見ていく事が求められると思う	個別支援をチーム全体で考え進捗を見る力			
介護職員チームの管理・教育・方向性の確認など集団をまとめる力	介護職チームの管理・教育・方向性の確認など集団をまとめる力			
組織マネジメント能力	組織マネジメント能力			
チーム運営のマネジメント	チーム運営のマネジメント			
チームマネジメント	チームマネジメント			
施設でいう介護リーダーはそのフロアのまとめ役、リーダーだからやるのではなく、みて指示する方が多いです	フロアのまとめ役			
チームをまとめる力及び伝達し共有する力	チームをまとめる力			
介護職員をまとめる	介護職員をまとめる			
現場、事務、職員をまとめる力	現場、事務、職員をまとめる力			
介護過程をふまえた、日々の情報発信力やマネジメント力	情報発信力やマネジメント力			
指導力、現場等の調整力	指導力と現場等の調整力			
チームのモチベーション向上	チームのモチベーション向上			
利用者と職員とマッチング	利用者と職員のマッチング			利用者と職員の関係性の把握
利用者の適合の見極め	利用者の適合の見極め			
利用者個々の担当者決め	利用者の担当決め			
担当利用者の振り分け	担当利用者の振り分け			
相手の話を傾聴し考え、指示をしていく	相手の話を傾聴し考え、指示をする	介護職員に対する支持的役割		
職員のケア	職員のケア			
職員面談	職員面談			
チームへのマネジメント(介護ストレス等の不安軽減)	介護ストレス等の不安軽減などチームへのマネジメント力			
聴く力	聴く力			
フォロー	フォロー			
職場の雰囲気づくり	職場の雰囲気づくり			

利用者のアセスメント	コーディネーグ	中項目	大項目
円満な職場の人間関係づくり	円満な職場の人間関係づくり	介護職員に対する 支持的役割	（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
人間力、求心力	人間力、求心力		
折衝力が求められると思います	折衝力		
ケアプランに関する日々の記録、その指導	ケアプランに関する日々の記録やその指導	アセスメント以外の 能力指導	
ケア技術、知識の研修、指導	ケア技術、知識の研修、指導		
他職種との連携の指導	他職種との連携の指導		
倫理観・道徳観の啓蒙	倫理観・道徳観の啓蒙		
職員への接遇などの教育等	職員への接遇などの教育等		
新人職員、次世代リーダーへの教育	新人職員、次世代リーダーへの教育		
職員の能力開発	職員の能力開発		
各職員が行う、介護の質の指導・評価	職員の介護の質の指導、評価		
職員に対して、介護技術やかかわり方の共有・勉強を行っていくこと	職員の研修を行うこと		
介護職員の育成力の向上	介護職員の育成力の向上		
非常勤介護職員の教育	非常勤介護職員の教育		
部下の育成	部下の育成		
研修の立案	研修の立案		
研修計画作成	研修計画の作成		
施設内研修講師	施設内研修講師		
業務の調整・改善	業務の調整・改善	その他介護リーダーが行う業務	
地域との連携	地域との連携		
サービス担当者会議に参加	サービス担当者会議への参加		
サービス担当者会議の参加	サービス担当者会議の参加		
ケース検討会の参加	ケース検討会の参加		
LIFE項目の希望の確認について、笑顔シートに反映させている	LIFEで収集した利用者の希望を事業所独自書式に落とし込む		
リスクマネジメント	リスクマネジメント		
事故リスク軽減のための環境整備	事故リスク軽減のための環境整備		
ユニット内の環境整備	ユニット内の環境整備		
適切な施設環境の提供（ベッドコントロール、環境設定）	施設環境の設定		
設え、居室空間作りに対するの助言	設え、居室空間作りに対するの助言		
フロア会義、資料作成	フロア会議と資料作成		
プランの評価	プランの評価		
施設サービス計画書やケアプランの書式作成や仕組み・流れの制定のための話し合いを実施している	ケアプランや計画書の作成、仕組み・流れの制定の話し合いの実施		

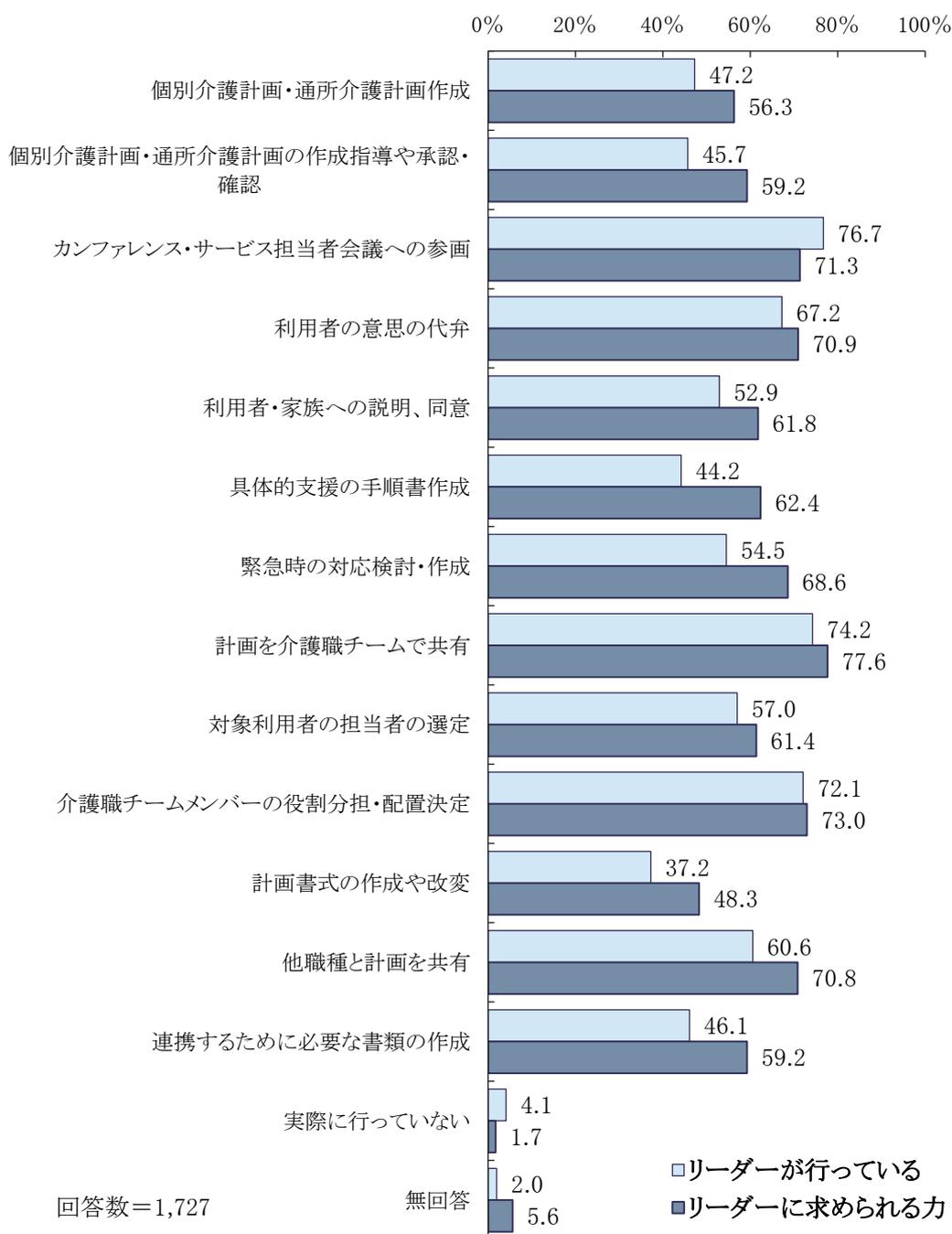
利用者のアセスメント	コーディネート	中項目	大項目
ユニット会での個別処遇検討	ユニットでの個別処遇検討	その他介護リーダーが行う業務	その他介護リーダーが行う業務
新規利用者初回アセスメント	新規利用者初回アセスメント		
新規利用者の受け入れ	新規利用者の受け入れ		
食事、排せつ、入浴等のアセスメント	食事、排せつ、入浴等のアセスメント		
SWより情報収集し、入所前にできる準備を行う。居室等の調整を行う	SWからの情報収集と入居に伴う準備・調整の実施		
LIFEに関する書類の一部	LIFEに関する書類の一部		
法人内での収支の状況や情報共有	法人内の収支の状況や情報共有		
収支の管理、実績管理	収支、実績の管理		
営業力	営業力		
勤怠業務	勤怠業務		
勤務表作成	勤務表作成		
行事や委員会活動	行事や委員会活動		
物品購入届出、在庫管理	物品購入の届け出、在庫管理		
送迎・外出支援	送迎・外出支援		
EPA、技能実習指導責任者	EPA、技能実習指導責任者		
介護福祉士養成校の介護実習時の介護過程の指導（実習指導者研修も修了）	実習生受け入れ時の介護過程の指導		
通所と入所のリーダーで実際に行っている内容が違う	事業によって行っている内容が異なる		

(3) 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

問8 介護の計画立案について伺います。

- ・個別介護計画がない場合、個別介護計画に代わる仕組み（例：ケアプラン、24時間シート等）で対応している場合も含まれます。
- ・通所介護の場合は、「通所介護計画書」を意味します。

図表 2-33 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



介護リーダーが計画立案で行っているのは多い順から、「カンファレンス・サービス担当者会議への参画」76.7%、「計画を介護職チームで共有」74.2%、「介護職チームメンバーの役割分担・配置決定」72.1%となっている。介護リーダーに求められる力では、「計画を介護職チームで共有」77.6%、「介護職チームメンバーの役割分担・配置決定」73.0%、「カンファレンス・サービス担当者会議への参画」71.3%となっている。ここからは、介護リーダーは介護職チームの要としての役割や他職種との会議等への参画による連携の力が必要であることがわかる。

(4) 介護の計画立案／記述回答

問 9 上記以外に、利用者への計画立案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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

図表 2-34 介護の計画立案／記述回答

介護の計画立案	コーディング	中項目	大項目
ケアの目的、根拠を具体的に説明、実施できる能力	ケアの目的、根拠を具体的に説明、実施できる能力	支援の根拠を具体的に文書化する能力	根拠のある個別介護計画立案の役割(力)
アセスメント力、目標の立案、それに添った具体的な対応策の提案力と文章化にする力が求められる	具体的な対応策の提案力		
内容は具体的にする	内容を具体的にする		
説明し納得させられる力	説明し納得させられる力		
アセスメント力、目標の立案、それに添った具体的な対応策の提案力と文章化にする力が求められる	文章化する力		
文章スキルがないと計画作成は無理です。普段から介護記録の書き方やどのように書かなければならないのか、この理解が第一歩です	文書作成のスキルと介護記録への理解が必要		
利用者一人一人個々の対応をしているが、臨機応変の対応を求められる。この臨機応変の対応ができるようになるための職員に指導する力	利用者個別の状況に臨機応変に対応できる力	個別性を重視した計画立案の能力	
情報に応じて、利用者にあった計画ができる	情報に応じた個別性のある計画作成		
介助方法を画一的に行うのではなく、利用者ひとりひとりの個別性を重視したケアを提供できる力が必要	個別性を重視したケアを提供できる力		
アセスメント、モニタリングの理解	アセスメントとモニタリングの理解		
サービス担当者会議へ参加し、ご自宅での様子などもモニタリングする	サービス担当者会議へ参加し自宅での様子もモニタリングする		
生活歴を見ながら、その利用者のニーズ、家族のニーズその方にとって一番良い方法で個別支援が行える環境を整備することで、生活ニーズの向上につながる支援を行う力	生活歴からニーズに即した環境整備、支援を行う力		
課題や問題の発見と具体的な改善策の検討	課題の発見と改善策の検討	計画の見通しを立てられる能力	
求められる力。中・長期的な展望が持てる、予測できる力	中長期的な展望が持てる、予測できる力		
在宅で可能かどうか？を常に念頭に置きながら支援すること	在宅復帰の可能性を模索しながら支援する		
低下していく力(利用者)をどのように、維持するか、1つ1つを提案する力	利用者の能力をいかに維持するか提案する力		
実践・継続可能な内容かどうかを見極める	計画の実践、継続可能な内容かどうかの見極め		
介護計画が実際に、今のマンパワー等で可能かどうか、検討、判断する力	計画の実施が現状で可能か検討、判断する力		
家族、利用者、担当CMと連携して今後考えられる課題等の把握	家族、利用者、ケアマネジャーと連携し、今後の課題等を把握する		

介護の計画立案	コーディネーグ	中項目	大項目
家族や利用者の意思も確認している	家族や利用者の意思を確認する	利用者、家族の 思いに寄り添う 能力	別 根拠のある個 案の役割(力)
利用者や家族の思いを現場に伝達できる力	利用者や家族の思いを現場に伝える 力		
各利用者の立場に立って立案する	利用者の立場で立案する		
計画立案の報告内容の確認	計画内容の確認	計画内容・実践 の確認的役割	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)
求められる力として、進行状況を確認し助言する	進行状況の確認と助言		
介護支援専門員が主に計画立案・作成を行っている。リーダーは担当者を決めたり、他職種と計画の共有を行っている。計画がしっかりできているか見直し、指導する力をそなえなくてはならない	計画の見直しや指導する力	計画実践の 指導・育成的 役割	
介護計画立案を他スタッフに指導できる力が必要	介護計画立案をスタッフに指導できる 力		
計画書は、利用者家族が事業所に期待する事と、事業所が提供できるサービスを擦り合わせた内容で契約書ともとれる。介護現場のリーダーは、その計画書をもとに現場に周知したり指示・指導する事を求めます	計画書をもとに現場に周知し、指示、 指導する力		
新規利用者及び状態変化・終末期の方の計画書の立案や作成補助の実施	計画書の立案や作成補助		
担当の介護職より相談があれば計画立案についての業務に携わるが、全ての利用者の計画立案に関わろうと思うと難しいです	担当介護職の相談に応じて計画立案の業務に携わる		
リーダーが行うと決めずチームメンバーができるように育成を担っている	チームメンバーが実行に移せるよう育成を担う	計画を実行する 推進力	
計画書は管理者、生活相談員が主に作成しますが、アセスメントや評価は現場の介護職にも関わってもらっています。まとめる力が必要かと思えます	アセスメントや評価には介護職も関わるためまとめる力が必要		
求められる力としては計画が達成された際に、どんなことになっているか、ゴールのビジョンを描き示すこと、そこに向かってチームメンバーを鼓舞するようなチームワークが発揮される、働きかける力が大切	計画のゴールのビジョンを描き、チームメンバーを鼓舞する働きかけ		
介護現場としての介職内で情報共有をした、提案、立案	介護職間で情報共有し、提案、立案する		
ケースカンファレンスに基づいて各CWへ伝達し実践している	ケースカンファレンスに基づいて介護職へ伝達、実践する		
推進力	推進力		
計画を浸透させるのは、リーダーの力量となる	計画を浸透させる力		
介護職員・他職種への支援方法の調整・説明	介護職や他職種との支援方法の調整・説明	多職種との共有 と調整力	
ケアマネジャーが作成しているケアプランの内容とすり合わせをしたり、リハビリ科と連携をとることもあるので、計画の共有に努める	多職種と計画の共有		
多職種との調整力(連携)が必要だと考える	多職種との調整力		
介護支援専門員が主に計画立案・作成を行っている。リーダーは担当者を決めたり、他職種と計画の共有を行っている。計画がしっかりできているか見直し、指導する力をそなえなくてはならない	担当者の選任や多職種との計画の共有		

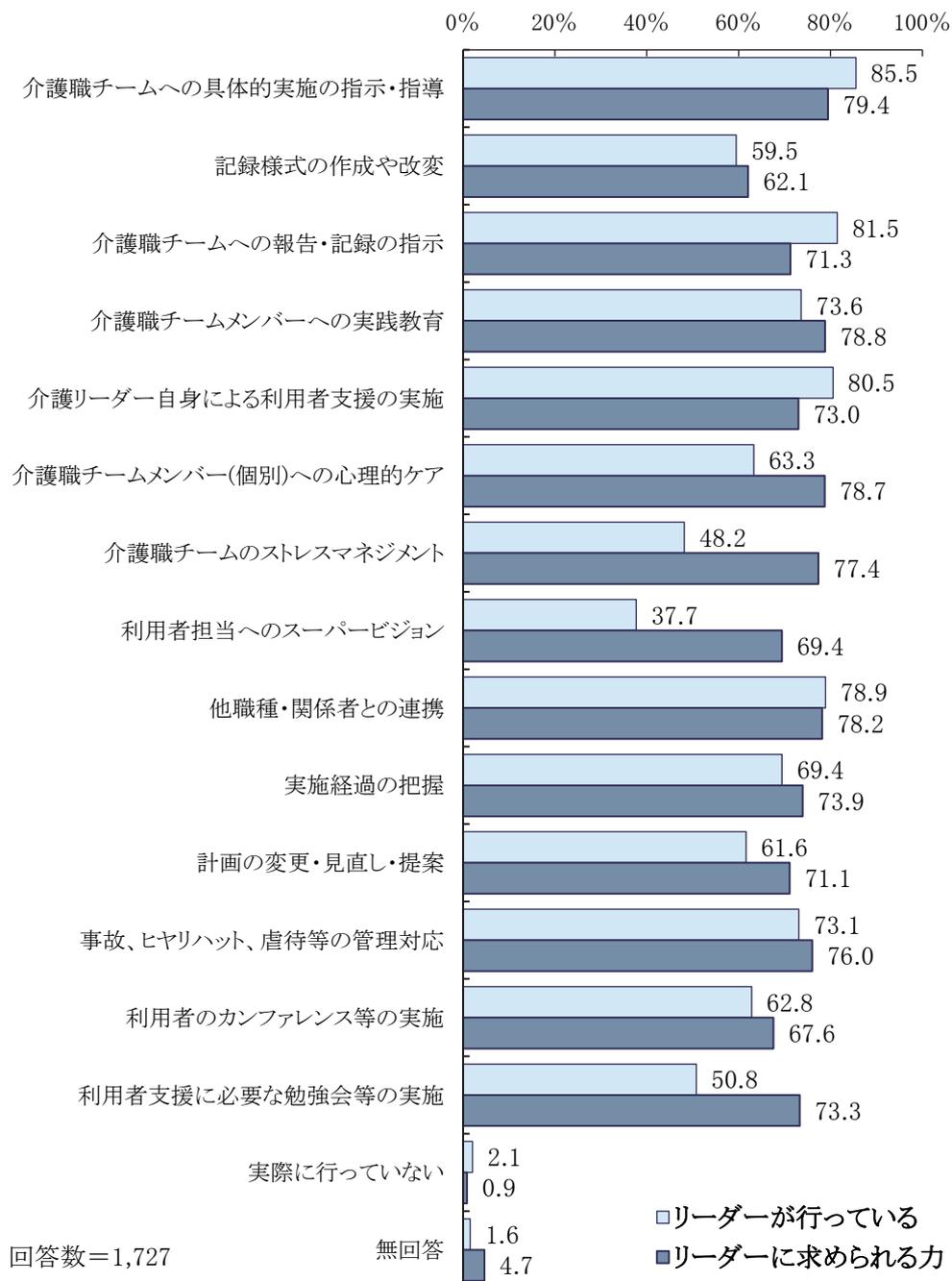
介護の計画立案	コーディネート	中項目	大項目
管理者・相談員への報連相の徹底	管理者、相談員への報連相の徹底	多職種との共有と調整力	多職種との連携を見据えた生活全体を支える計画立案調整の役割(力)
リハビリに関する依頼	リハビリに関する依頼		
コミュニケーション能力が重要と考える。計画の周知や進捗の確認、役割分担を依頼したり、課題に対しての調整等を担う必要があり、円滑にかつ効果的に他職種連携を図る際には大切であると実感している	円滑に他職種連携を行うためのコミュニケーション能力		
ケアプランに入れこんでもらうように介護職目線での情報をケアマネジャーに提供している。	介護職目線でケアプランの提言をケアマネジャーに行う	ケアプランへの理解と調整	
ケアマネジャーとの情報共有	ケアマネジャーとの情報共有		
ケアマネジャーへの提案力が求められる	ケアマネジャーへの提案力		
プランの評価ADLの情報などをケアマネジャーに伝達し、プランに反映	情報をケアマネジャーに伝達し、プランに反映させる		
ケアマネジャーが作成しているケアプランの内容とすり合わせをしたり、リハビリ科と連携をとることもあるので、計画の共有に努める	ケアプランとのすり合わせ		
計画とケアプランとの整合性	計画とケアプランの整合性の確認		
ケアプランには導入しにくい希望されるサービスや要望を個別に対応する力が重要である	ケアプランには導入しにくい、希望するサービスや要望に対応する力		
チーム力	チーム力		(計画立案に限らず)介護リーダーに求められる能力と役割
介護職員集団をまとめる力	介護職員をまとめる力		
利用者一人一人個々の対応をしているが、臨機応変の対応を求められる。この臨機応変の対応ができるようになるための職員に指導する力	臨機応変な対応を指導する力		
コミュニケーション能力や育成力の向上	育成力		
コミュニケーション能力や育成力の向上	コミュニケーション能力	その他介護リーダーが行う業務	
サービス担当者会議の日程をケアマネジャーと一緒に調整し実施する	サービス担当者会議の日程調整と実施		
ケア会議、モニタリング等、要介護認定、利用者面接	利用者面接		
計画更新時のモニタリング評価を行っている	計画更新時のモニタリング		
ケア会議、モニタリング等、要介護認定、利用者面接	モニタリング		
ショートステイ利用者のケアプランモニタリング	ショートステイ利用者のケアプランモニタリング		
業務中の、計画作成に必要な時間の確保	計画作成に必要な時間の確保		
個別介護計画を実践するための業務調整	個別介護計画を実践するための業務調整		
サービス提供の時間帯における職員の動きの把握と緊急時の迅速な対応	職員の動きの把握と緊急時の迅速な対応		
ケア会議、モニタリング等、要介護認定、利用者面接	ケア会議への参加		
ケース検討会への参加	ケース検討会への参加		
ケア会議、モニタリング等、要介護認定、利用者面接	要介護認定		

介護の計画立案	コーディネート	中項目	大項目
職場環境改善	職場環境改善	その他介護リーダーが行う業務	その他介護リーダーが行う業務
施設内行事の計画等は立案している。その計画を他の職員と実施する	施設内行事の計画の立案と実施		
会議の司会進行	会議の司会進行		

(5) 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

問 10 利用者への支援の実施について伺います。

図表 2-35 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



介護リーダーが支援の実施で行っているのは多い順に、「介護職チームへの具体的実施の指示・指導」85.5%、「介護職チームへの報告・記録の指示」81.5%、「介護リーダー自身による利用者

支援の実施」80.5%となっている。介護リーダーに求められる力では、「介護職チームメンバーへの実践教育」78.8%、「介護職チームメンバー（個別）への心理的ケア」78.7%、「他職種・関係者との連携」78.2%となっている。ここからは、介護リーダーには介護職チームへの指示・指導や介護職チームメンバーへの教育・心理的ケアの力が必要であることがわかる。

(6) 利用者への支援の実施/記述回答

問 11 上記以外に、介護の実施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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

図表 2-36 介護の計画立案/記述回答

利用者への支援の実施	コーディング	中項目	大項目
認知機能が低下している利用者でも、家族のニーズではなく、あくまで利用者にとって最適なサービスを提供できる様、利用者のニーズの理解を深める努力を行っていく必要がある。認知症の有無に関係なく利用者の利益最優先のサービス提案ができる力	利用者の利益最優先のサービス提案ができる力。	支援実施状況の情報収集と共有	変化する状況に対応できる支援実施の役割(力)
利用者の状況把握	利用者の状況把握		
利用者家族への情報の提供と共有	情報共有		
チームで行動するのでリーダー以外でも情報収集する能力、連携等を必要としているため、リーダー以外でもそれぞれの業務を行っている	情報収集力		
介護リーダーが数名おり分担して行っているので、全て必要かと思いますが、その内容を共有していく調整力が必要になると思います	介護リーダー間の情報共有		
委員会での情報共有	情報共有		
フロアごとに月1回会議の実施	月1回の会議		
他職種、連絡、調整。・連絡相談等々	他職種連携		
全体への情報共有	情報共有	実施状況を踏襲した対応の展開	
アセスメント、計画立案に基づいた支援が行われているかの確認、実施にあたり発生する不具合への対応や対処	介護過程の展開を推し進めるための対応		
ケアプランに盛り込まれない細かい希望や調整を行っている	ケアプラン以外の細かいケアについての調整		
柔軟な対応力	柔軟な対応力		
利用者支援における、マニュアルの見直し	マニュアルの見直し	チームケアの統一に向けた実践	
統一したケアをチームで実践できる教育を行う力が必要	チームケアの統一		
チームケアの統一	チームケアの統一		
どの職員が対応しても同じ支援ができるようにチーム内で話し合っている	チーム内のケアの統一に向けた話し合い	職員一人一人に合った意識向上への働きかけ	チーム内 円滑な支援実施のための チームビルディングの役割(力)
介護職メンバー、チームが実施している中で見極め、評価している。意欲的に取り組めるよう、個々に合わせた説明・指導	職員が意欲的に取り組めるような指導		
チームのまとめ、チームへの貢献意識、など意識向上のはたらきかけ	チーム調整力		
個々の職員とチームを調整する力	チーム調整力		
介護職員チームのモチベーション向上のための働きかけ力	介護職員のモチベーション向上への働きかけ		
ティーチング、コーチングの理解と実践力	ティーチング・コーチングの理解と実践		

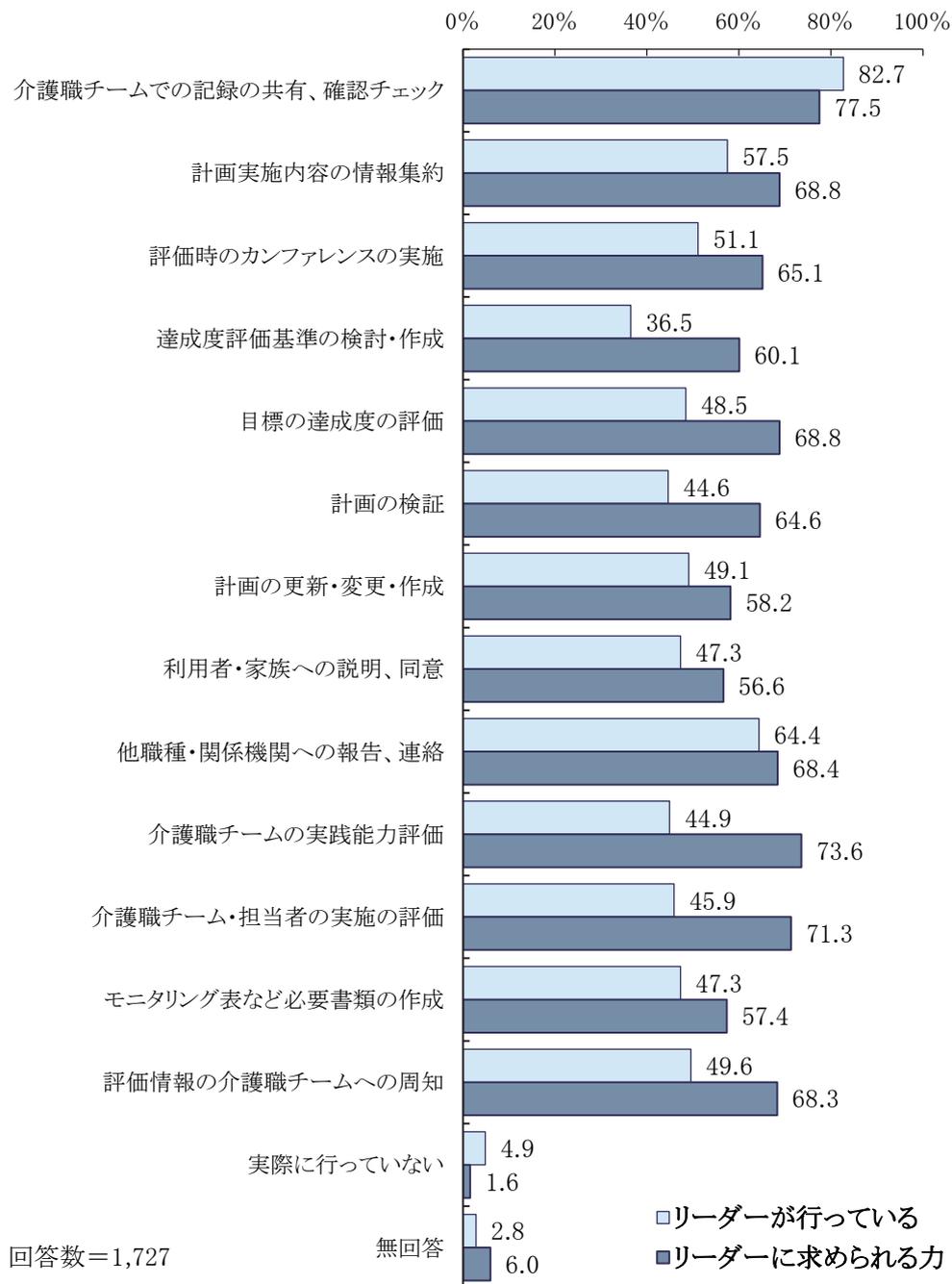
利用者への支援の実施	コーディング	中項目	大項目	
介護リーダーも“支援の実施”を行った上で、よりよいケアができるようアドバイスができれば次の計画立案に生かせると思う	実践に基づくアドバイス	介護リーダー自身の経験の蓄積に基づく指導・統率能力	円滑な支援実施のためのチームビルディングの役割(力)	
介護職チームをまとめる統率力が必要。そのためには介護ケアの知識、技術だけにとどまらず、医療、介護保険のしくみ、コミュニケーションなど多くの知識、能力を養わなければいけない	介護職チーム統制力			
支援の方法についての育成や助言	支援方法への助言			
プランに合わせ、介護職への指示を行っている。記録もチェックし、計画の見直しや変更も行っている	記録のチェックや職員への指示			
利用者の全体像を理解して、どのようなケアが必要かを考え、その都度CWに説明している。CW個々の思想によるケアは間違っていることが多いので、基本的な部分と事業所の方針を説明している	利用者にあったケアのアドバイス ケアに対する事業所の方針の説明			
個々の介護業務の把握、また全体の業務管理能力が必要だと考える	介護に関する業務管理能力			
介護現場全体を把握する力	状況把握力			
ボディメカニクス等の介助スキル	介護スキル			
介護リーダーとしてスタッフ間で信頼と何でも共有できる中心となる人財になって欲しい	介護職チームメンバーとの信頼関係の形成			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
フォロワーを育てる	介護職チームメンバーとの信頼関係の形成			
悩みや相談をうけた場合、解決へと導く、力	悩みや相談を解決に導く力			
風通しの良い職場環境作り	風通しの良い職場環境づくり			
誰にでも、相談できる雰囲気作り	相談しやすい雰囲気づくり			
コミュニケーション能力	コミュニケーション力			
随時、介護職員との面談を実施している	介護職員との面談	職員のメンタルケア		
職員1人1人のメンタルケア	職員のメンタルケア			
職員に対する精神面フォロー	職員のメンタルケア			
職員へのメンタルヘルス	職員のメンタルケア			
介護リーダー自身のメンタルヘルス	介護リーダー自身のメンタルヘルス	適切な人的支援環境の調整	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)	
介護職員それぞれの変化する事情・状況に応じた働き方を調整した勤務表作成、相談、家族からの相談	適切な職員配置			
職員配置や見守り体制の調整	適切な職員配置			
オーバーワークにならないための勤怠管理	適切な職員配置			
ユニット内のシフト作成と管理	適切な職員配置			
マネジメント力が必要であり求められる	マネジメント力	支援実施に伴うリスクマネジメント		
利用者、職員双方への安全対策	利用者と職員の安全対策			
危機管理、リスクマネジメント	リスクマネジメント			
リスク管理をチームで行えるようにする	リスクマネジメント			

利用者への支援の実施	コーディネート	中項目	大項目
事故、ヒヤリ、虐待の部分では、法人で委員会をもうけています	リスク管理、虐待防止に関する法人内委員会の設置	支援実施に伴うリスクマネジメント	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)
感染対策における実施(窓の開閉・空気清浄機の管理・職員への、感染予防の周知)	感染対策		
利用者又は、家族の苦情対応	苦情対応		

(7) 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

問 12 利用者への介護の評価について伺います。

図表 2-37 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



介護リーダーが利用者への評価で行っているのは、「介護職チームでの記録の共有、確認チェック」が82.7%で最も多く、次は「他職種・関係機関への報告、連絡」が64.4%となっている。一方、介護リーダーに求められる力では、同じく「介護職チームでの記録の共有、確認チェック」が77.5%で最も多く、次は「介護職チームの実践能力評価」が73.6%となっている。ここからは、介護リーダーは介護職チームにおいて記録の共有や確認チェックをする力が必要であることがわかる。

(8) 利用者への介護の評価／記述回答

問 13 上記以外に、評価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業務・介護リーダーに求められる力があればご記入ください。

図表 2-38 利用者への介護の評価／記述回答

利用者への介護の評価	コーディング	中項目	大項目
エビデンスに基づく介護の評価能力	エビデンスに基づく評価能力	評価指標の 確立と共有	変化を多角的に捉える評価実施の役割(力)
客観視した評価基準、実際の職員の行動に対しての、根拠を含めた評価	評価指標の確立		
客観的な視点が必要	客観的視点		
評価する指標の確立とその指標に対する職員の理解を促す力	評価指標の確立 評価指標の共有		
実施に関する指導は行っているが評価の実施はなく、評価をする仕組みの制定や評価の還元が行えるような方法を考えて伝えていく力が必要だと思う	評価指標の確立 評価指標の共有		
介護過程の評価、達成と課題、目標管理を検証・考え出す力が必要	評価に係る、具体的な検証、考察能力が必要		
各利用者の良い部分を評価して伸ばして行く	利用者のストレngthsを見る力	ストレngthsに 着目した変化 への気づき	
利用者の満足度	利用者の満足度を知る力		
利用者、家族からの状況の変化の収集	利用者・家族の変化に気づく力		
現状把握(ご利用者に対し、関心を持ち、気づく事)と周知	利用者・家族の変化に気づく力		
常にCWとコミュニケーションをとり、様々な情報が入ってくる状態にしておく(利用者、CW、他職種の情報も含む)	他職種連携のための情報収集能力	多角的な 情報の収集と 共有の視点	
情報集約の際の多角的な視点	多角的視点		
老健は多職種それぞれが責任を持ってそれぞれに情報共有しながら利用者を見ているため介護リーダーは介護職の立場で全体を見ている。利用者の生活がより良くなるために、スタッフにとっても働きやすい環境となるよう全体を見ている	介護職全体の立場から見る力		
ユニット会議でケア状況を全体に情報共有能力	情報共有能力		

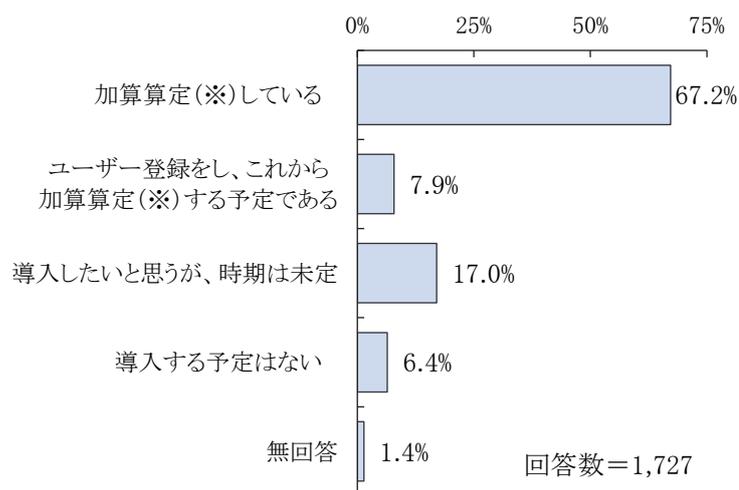
利用者への介護の評価	コーディネグ	中項目	大項目
チームで行動するので介護リーダー以外でも情報収集する能力、連携等を必要としているため、介護リーダー以外でもそれぞれの業務を行っている	情報収集力	多角的な情報の収集と共有の視点	変化を多角的に捉える評価実施の役割(力)
介護に関すること全体を把握する力	情報収集力		
利用者、家族からの状況の変化の収集	利用者・家族からの情報収集能力		
各CWが行う評価へのスーパーバイザーとしての役割が求められる	スーパーバイズ力	教育的機能	介護職チームへのスーパーバイズの役割(力)
アドバイスカ	アドバイスカ		
介護の評価ができるように職員の育成	職員育成力		
発信力	発信力		
個々の職員の技能・姿勢も違うため、継続的な評価・向上心を引き出す力	職員への継続的な評価		
利用者に対してはもちろんだが、職員に対しても課題を見出し、課題解決に向けて一緒に考え、その人自身をしっかり認めていく力が大切だと考える	職員の課題の発見と解決に向けて一緒に取り組む力	支持的機能	
介護リーダーとしても評価に関わり、今後のケアについて担当の介護職と話合えたらいいが、時間がないのが現状です	評価に関わり、担当の介護福祉士と話し合いたい		
計画実施状況を要約して記録する	要約して記録する力	管理的機能	
求められる力としては、記録の意義を伝え、不足ないよう作成するためのマニュアル作りや、正しく行えているかの確認、	記録・書類の管理能力		
期日までに提出されているかのチェックと促しといった管理能力が欠かせないと考える	記録・書類に対するスーパーバイズ		
計画実施→経過→評価→目標案について介護リーダーが主となって介護職チームで行えることが理想	介護リーダーを主として介護職チームで介護過程の展開ができることよい		

3-4. LIFEに関する対応状況

(1) LIFE導入の現状

問 14 貴施設・事業所では、LIFEを導入していますか。(1つに○)

図表 2-39 LIFE導入の現状



図表 2-40 施設・事業所の種別×LIFE導入の現状

	合計	加算算定(※)している	から加算算定(※)する予定である	ユーザー登録をし、これから加算算定(※)する	期は未定 導入したいと思うが、時	導入する予定はない	無回答
全体	1,727 100.0	1161 67.2	136 7.9	294 17.0	111 6.4	25 1.4	
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	626 100.0	459 73.3	54 8.6	88 14.1	22 3.5	3 0.5	
介護老人保健施設	481 100.0	389 80.9	23 4.8	50 10.4	12 2.5	7 1.5	
通所介護	617 100.0	313 50.7	59 9.6	155 25.1	76 12.3	14 2.3	

※上段：実数 下段：%

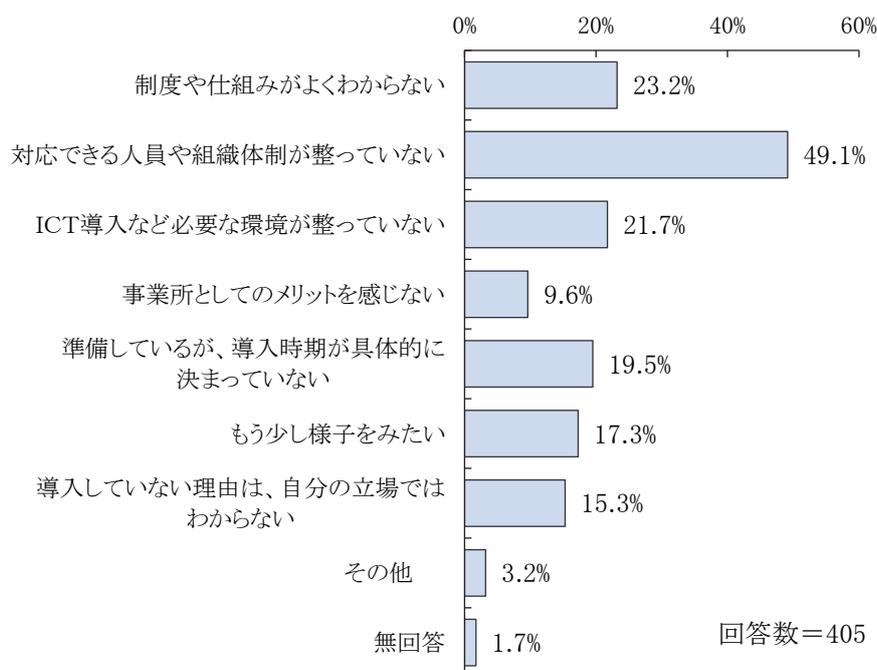
※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

LIFE加算算定しているのは、介護老人保健施設 80.9%で最も多く、介護老人福祉施設は73.3%、通所介護は50.7%であった。一方、「LIFEを導入したいが時期は未定」17.0%で、特に通所介護は25.1%と高いことがわかった。

(2) LIFEを導入していない理由

問 15 LIFEを導入していない理由をお聞かせください。(あてはまるもの全てに○)

図表 2-41 LIFEを導入していない理由



図表 2-42 施設・事業所の種別×LIFEを導入していない理由

	合計	制度や仕組みがよくわからない	対応できる人員や組織体制が整っていない	必要な環境が整っていない	ICT導入など必要	事業所としてのメリットを感じない	準備しているが、導入時期が具体的に決まっていない	もう少し様子をみたい	では、自分の立場	その他	無回答
全体	405 100.0	94 23.2	199 49.1	88 21.7	39 9.6	79 19.5	70 17.3	62 15.3	13 3.2	7 1.7	
介護老人福祉施設	110 100.0	29 26.4	59 53.6	20 18.2	10 9.1	29 26.4	18 16.4	12 10.9	1 0.9	2 1.8	
介護老人保健施設	62 100.0	5 8.1	28 45.2	21 33.9	4 6.5	15 24.2	5 8.1	11 17.7	2 3.2	1 1.6	
通所介護	231 100.0	58 25.1	112 48.5	47 20.3	24 10.4	35 15.2	46 19.9	39 16.9	10 4.3	4 1.7	

※上段：実数 下段：%

※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

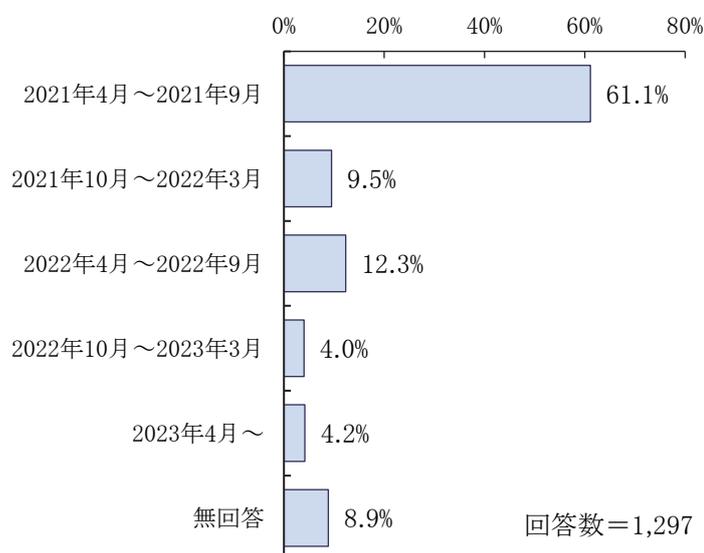
L I F Eを導入していない理由では、「対応できる人員や組織体制が整っていない」が49.1%と最も高く、「制度や仕組みがよくわからない」23.2%、「I C T導入などの必要な環境が整っていない」21.7%となっている。このことから、人材不足や体制・環境が整わないことがL I F E導入の遅れる原因と推察される。

(3) L I F E加算の算定開始年月（予定年月含む）

問 16 加算の算定開始年月（予定年月含む）はいつですか。

※順次加算を算定した（する）場合は、一番最初に算定した（する）年月を記入

図表 2-43 L I F E加算の算定開始年月（予定を含む）



図表 2-44 施設・事業所の種別×L I F E加算の算定開始年月（予定を含む）

	合計	2021年 4月～ 2021年 9月	2021年 10月～ 2022年 3月	2022年 4月～ 2022年 9月	2022年 10月～ 2023年 3月	2023年 4月～	無回答
全体	1,297 100.0	793 61.1	123 9.5	160 12.3	52 4.0	54 4.2	115 8.9
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	513 100.0	298 58.1	55 10.7	67 13.1	24 4.7	25 4.9	44 8.6
介護老人保健施設	412 100.0	291 70.6	31 7.5	41 10.0	13 3.2	7 1.7	29 7.0
通所介護	372 100.0	204 54.8	37 9.9	52 14.0	15 4.0	22 5.9	42 11.3

※上段：実数 下段：%、施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

(4) 算定（予定を含む）しているLIFEの加算項目

問 17 算定（予定を含む）しているLIFEの加算項目をお教えてください。（あてはまるもの全てに○）

図表 2-45 算定（予定を含む）しているLIFEの加算項目

	合計	科学的介護推進体制加算 (I) (II)	個別機能訓練加算 (II)	ADL維持等加算 (I) (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) (III)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) (III)	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算 (II)
介護老人福祉施設	513 100.0	448 87.3	218 42.5	102 19.9	/	202 39.4	123 24.0	56 10.9	/	254 49.5	131 25.5
介護老人保健施設	412 100.0	373 90.5	/	/	271 65.8	278 67.5	232 56.3	151 36.7	42 10.2	229 55.6	152 36.9

	合計	科学的介護推進体制加算	個別機能訓練加算 (II)	ADL維持等加算 (I) (II)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算 (II)
通所介護	372 100.0	337 90.6	175 47.0	100 26.9	34 9.1	44 11.8

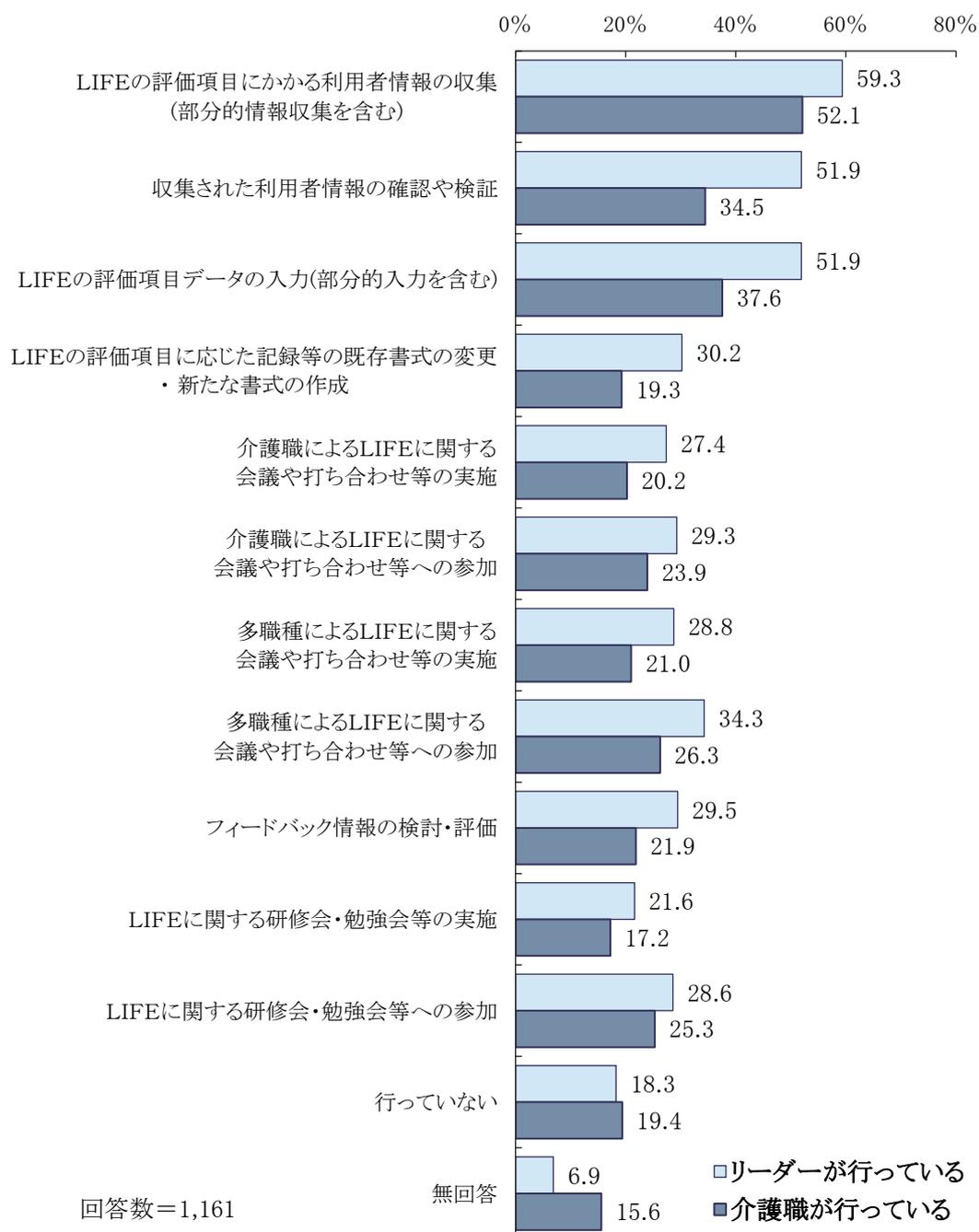
※上段：実数 下段：%

※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

(5) LIFE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

問 18 LIFEについて、A介護リーダーが行っていること、B介護職が行っていることをお教えてください。のあてはまるものに☑を入れてください。

図表 2-46 LIFE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



LIFEについて、「LIFEの評価にかかわる利用者情報の収集」が、「介護リーダーが行っている」59.3%、「介護職が行っている」52.1%ともに最も高かった。「収集された利用者情報の確認や検証」「LIFEの評価項目データの入力」が介護リーダー、介護職ともに続いている。

図表 2-47 施設・事業所の種別×L I F Eについて介護リーダーが行っていること

介護リーダー	合計	L I F Eの評価項目にかかわる利用者情報の収集（部分的情報収集を含む）	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（部分的入力を含む）	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	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	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
全体	1,161 100.0	689 59.3	603 51.9	603 51.9	351 30.2	318 27.4	340 29.3
介護老人福祉施設	459 100.0	239 52.1	198 43.1	203 44.2	98 21.4	104 22.7	113 24.6
介護老人保健施設	389 100.0	206 53.0	180 46.3	183 47.0	97 24.9	114 29.3	132 33.9
通所介護	313 100.0	244 78.0	225 71.9	217 69.3	156 49.8	100 31.9	95 30.4

介護リーダー	合計	多職種によるL I F Eに関する会議や打ち合わせの実施	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	フィードバック情報の検討・評価	L I F Eに関する研修会・勉強会等の実施	L I F Eに関する研修会・勉強会等への参加	行っていない
全体	1,161 100.0	334 28.8	398 34.3	342 29.5	251 21.6	332 28.6	212 18.3
介護老人福祉施設	459 100.0	120 26.1	138 30.1	111 24.2	81 17.6	116 25.3	116 25.3
介護老人保健施設	389 100.0	114 29.3	157 40.4	102 26.2	87 22.4	118 30.3	66 17.0
通所介護	313 100.0	100 31.9	103 32.9	129 41.2	83 26.5	98 31.3	30 9.6

※上段：実数 下段：%

※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

※無回答は掲載を省略している

図表 2-48 施設・事業所の種別×L I F Eについて介護職が行っていること

介護職	合計	分的利用者情報の収集（部分的情報収集を含む）	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（部分的入力を含む）	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	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	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
全体	1,161 100.0	605 52.1	400 34.5	436 37.6	224 19.3	235 20.2	278 23.9
介護老人福祉施設	459 100.0	203 44.2	117 25.5	138 30.1	65 14.2	76 16.6	87 19.0
介護老人保健施設	389 100.0	246 63.2	167 42.9	195 50.1	92 23.7	91 23.4	115 29.6
通所介護	313 100.0	156 49.8	116 37.1	103 32.9	67 21.4	68 21.7	76 24.3

介護職	合計	多職種によるL I F Eに関する会議や打ち合わせの実施	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	フィードバック情報の検討・評価	L I F Eに関する研修会・勉強会等の実施	L I F Eに関する研修会・勉強会等への参加	行っていない
全体	1,161 100.0	244 21.0	305 26.3	254 21.9	200 17.2	294 25.3	225 19.4
介護老人福祉施設	459 100.0	86 18.7	96 20.9	92 20.0	62 13.5	95 20.7	113 24.6
介護老人保健施設	389 100.0	95 24.4	129 33.2	93 23.9	76 19.5	118 30.3	56 14.4
通所介護	313 100.0	63 20.1	80 25.6	69 22.0	62 19.8	81 25.9	56 17.9

※上段：実数 下段：%

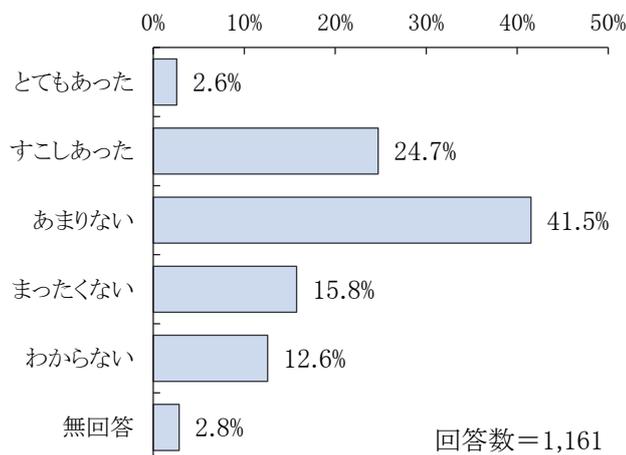
※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

※無回答は掲載を省略している

(6) L I F Eの導入による介護過程実践の変化

問 19 L I F Eの導入により、貴施設・事業所における介護過程実践に変化はありましたか。(1つに○)

図表 2-49 L I F Eの導入による介護過程実践の変化



図表 2-50 施設・事業所の種別×L I F Eの導入による介護過程実践の変化

	合計	とてもあった	すこしあった	あまりない	まったくない	わからない	無回答
全体	1,161 100.0	30 2.6	287 24.7	482 41.5	183 15.8	146 12.6	33 2.8
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	459 100.0	13 2.8	102 22.2	186 40.5	86 18.7	61 13.3	11 2.4
介護老人保健施設	389 100.0	10 2.6	107 27.5	156 40.1	56 14.4	46 11.8	14 3.6
通所介護	313 100.0	7 2.2	78 24.9	140 44.7	41 13.1	39 12.5	8 2.6

※上段：実数 下段：%

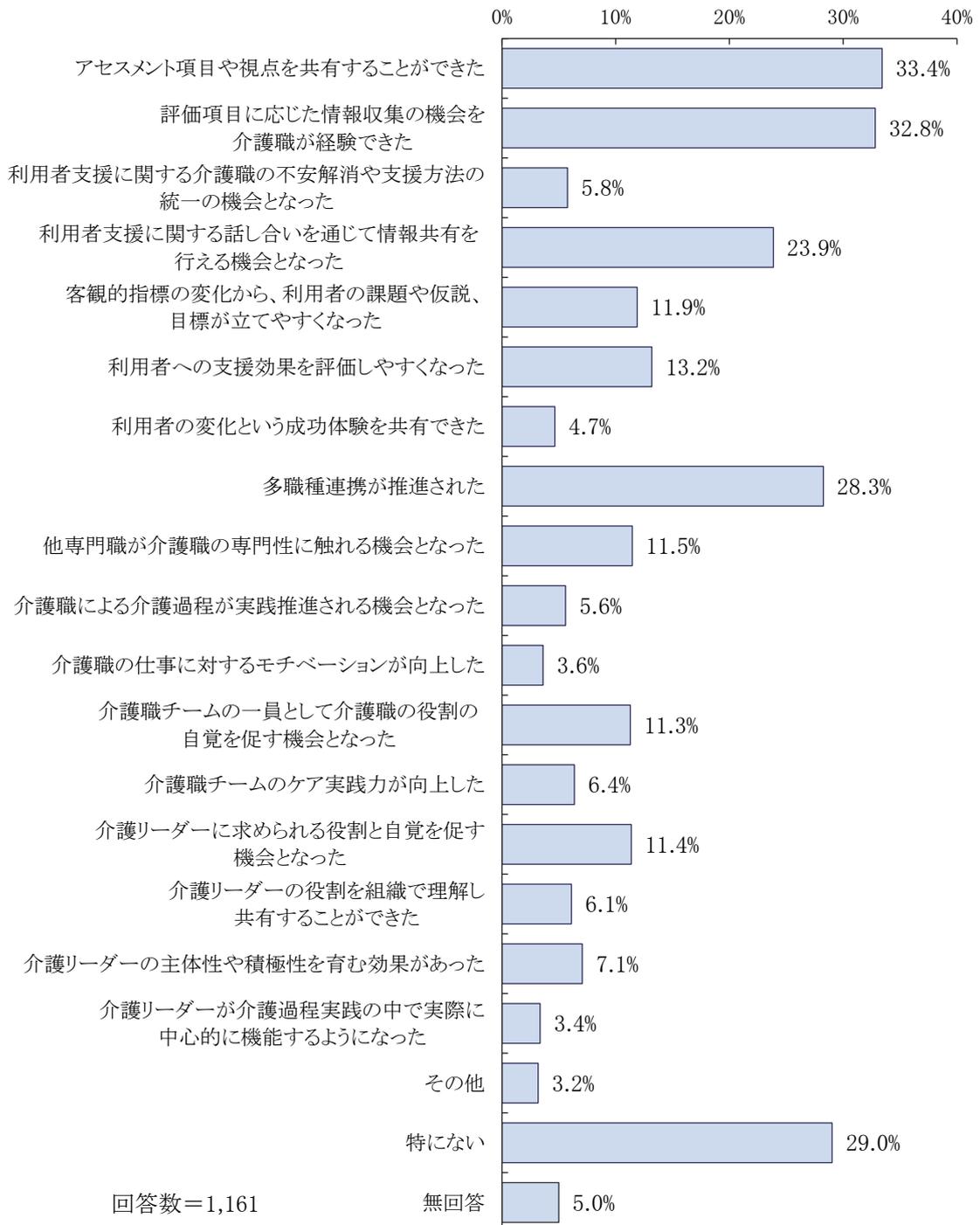
※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

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。2021年4月～2021年9月のL I F E加算算定開始時期が61.1%であることを踏まえると、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いたっていないところが多いと推察される。

(7) L I F Eの導入による組織等の変化

問 20 L I F Eの導入により以下のような変化等がありましたら、あてはまるもの全てに○を付けてください。

図表 2-51 L I F Eの導入による組織等の変化



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することができた」33.4%と最も高く、「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」32.8%、「特にない」29.0%と続いている。L I F E導入によりアセスメント項目や評価項目をきっかけに変化はあるものの、介護過程実践までにはいたっていないと推察される。

図表 2-52 施設・事業所の種別×L I F Eの導入による組織等の変化

	合計	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	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	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	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	利用者への支援効果を評価しやすく	利用者の変化という成功体験を共有	多職種連携が推進	他専門職が介護職の専門性に触れる機会	介護職による介護過程が実践推進される機会
全体	1161 100.0	388 33.4	381 32.8	67 5.8	277 23.9	138 11.9	153 13.2	54 4.7	328 28.3	133 11.5	65 5.6
介護老人福祉施設	459 100.0	140 30.5	130 28.3	16 3.5	90 19.6	49 10.7	52 11.3	18 3.9	139 30.3	52 11.3	19 4.1
介護老人保健施設	389 100.0	131 33.7	143 36.8	33 8.5	99 25.4	41 10.5	52 13.4	20 5.1	122 31.4	49 12.6	25 6.4
通所介護	313 100.0	117 37.4	108 34.5	18 5.8	88 28.1	48 15.3	49 15.7	16 5.1	67 21.4	32 10.2	21 6.7

	合計	介護職の仕事に対するモチベーションが向上	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	介護職チームのケア実践力が向上	介護リーダーに求められる役割と自覚を促す機会	介護リーダーの役割を組織で理解し共有	介護リーダーの主体性や積極性を育む効果	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	その他	特にない	無回答
全体	1,161 100.0	42 3.6	131 11.3	74 6.4	132 11.4	71 6.1	82 7.1	39 3.4	37 3.2	337 29.0	58 5.0
介護老人福祉施設	459 100.0	16 3.5	42 9.2	28 6.1	44 9.6	21 4.6	25 5.4	13 2.8	18 3.9	144 31.4	27 5.9
介護老人保健施設	389 100.0	15 3.9	58 14.9	25 6.4	46 11.8	27 6.9	28 7.2	13 3.3	11 2.8	110 28.3	13 3.3
通所介護	313 100.0	11 3.5	31 9.9	21 6.7	42 13.4	23 7.3	29 9.3	13 4.2	8 2.6	83 26.5	18 5.8

※上段：実数 下段：%

※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

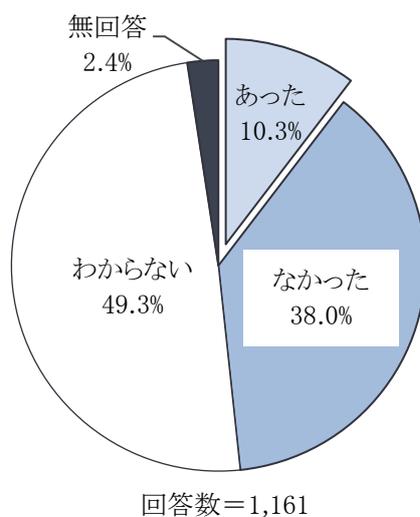
※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

(8) L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果

問 21 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はありましたか。1つに○をし、具体的な状況や理由等をお教えてください。

① L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果

図表 2-53 L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果



図表 2-54 施設・事業所の種別×L I F Eの導入による利用者の受益につながる効果

	合計	あった	なかった	わからない	無回答
全体	1,161 100.0	120 10.3	441 38.0	572 49.3	28 2.4
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	459 100.0	52 11.3	188 41.0	206 44.9	13 2.8
介護老人保健施設	389 100.0	43 11.1	138 35.5	201 51.7	7 1.8
通所介護	313 100.0	25 8.0	115 36.7	165 52.7	8 2.6

※上段：実数 下段：%

※施設・事業所の種別の無回答は掲載を省略している

②具体的な効果

図表 2-55 具体的な効果／記述回答

具体的な効果	コーディング	中項目	大項目
利用者のアセスメントや状態像がデータ化されて根拠を明示できる	アセスメントや状態像がデータ化でき、根拠が明示できた	状態像がデータ化され明確になる	状態像の可視化による情報共有の質の変化
実際に情報が一まとめにデータとして入るため、利用者さんの情報を把握しやすくなりました	情報がまとまったデータになり、把握しやすくなった		
状態変化の数値化を図ることによってPDCAサイクルを回すことができるようになった	状態を数値化でき、PDCAサイクルが回せた		
BMIを測定することで利用者を一定の評価基準で評価することができるようになった	BMIを測定し、評価基準を定めることができた		
利用者の状態を客観的に評価して計画を立てる事で、ケアの質の向上につながった	状態を客観的に評価、計画立案し、ケアの質の向上につながった		
利用者家族への説明の際の評価の可視化に役立った	利用者家族への説明時、評価の可視化に役立った		
各分野の評価項目が明確になった	各分野の評価項目が明確になった		
評価が数値化するため、確認しやすくなったと感じる	評価の数値化で確認しやすくなった		
具体的な支援実践内容の把握	具体的な支援実践の内容把握ができた		
利用者の問題点がわかりやすくなり対策をたてやすくなった	問題点が明確になり対策が立てやすくなった		
LIFE 導入前より行っている項目でデータベース化になっただけと感じます。仕事量が増えた利用者の受益はライフ導入前より効果は出ております	行っていたケアがデータベースになり仕事量が増えたが、受益は出ている		
利用者への支援効果の評価しやすくなりました	支援の効果を評価しやすくなった		
評価項目が可視化されたので共有しやすいため利用者へのスムーズなアプローチができる	評価の可視化で情報共有がしやすく、効率的な支援につながった		
記録にかかわる時間が短縮され、その分利用者のケアにかかわる時間が増えたと思います	記録時間が短縮され、ケアにかかわる時間が増えた		
利用者の個々の情報を職場内でしっかり共有するようになった	しっかりと情報共有するようになった	情報共有ができる	
情報共有がしやすくなりました	情報共有がしやすくなった		
LIFE評価項目に関する情報の共有が図られている	評価項目に関する情報共有ができた		
ケアプラン作成、カンファレンス開催の中でADL低下に対する報告、又、月各での新たなケア提供検討をLIFEを通じ行うようになっている	ADLに関する報告とケアに関する検討をLIFEを通じて行っている	情報共有の機会が増える	
職員との情報共有によりサービスの質が向上した	情報共有によりサービスの質が向上した		
情報共有の機会ができるようになった	情報共有の機会ができた		
他職種で話し合いが増えた	多職種の話し合いが増えた	情報共有によってケアの質が向上	
多職種が一緒になり利用者について話し合う機会が多くなった	多職種で話し合う機会が増えた		
今まで以上に利用者の健康管理などに気をつけるようになった。情報の共有を行なえるようになった	健康管理に気を付け、情報共有が行えるようになった		
各専門職が情報を共有し易くなり、介護職全体のケアが細かくなった(リハビリや食事など)	専門職の情報共有が促進され、介護職のケアが細かくなった	情報共有によってケアの質が向上	
観察の視点が共有できた事で褥瘡など予防につながった	観察の視点が共有でき、ADL向上につながった		

具体的な効果	コーディング	中項目	大項目
多職種情報共有が行われた事により、生活動作の向上が見られた。リハビリでの動作実施項目等の情報を得て、排せつおむつからトイレへの移行が可能になるケースが多い	多職種間の情報共有によりADLの向上につながった	情報共有によってケアの質が向上	状態像の可視化による情報共有の質の変化
多職種の共有、介護職の共有により、ケアの向上につながったと思う	多職種間、介護職間の情報共有がケアの向上につながった		
アセスメント項目や視点を共有することができた	アセスメント項目や視点を共有できた	支援方法が統一される	
多職種同士で評価項目をチェックすることによって、支援の方向性が統一され、自立にむけた取り組みができるようになった	多職種で評価項目を確認し、支援の方向性が統一された		
バーセルインデックスを評価し、評価内容をチームで検討することで、情報を共有できて利用者に対し、統一した介護ができる	バーセルインデックス評価をチームで検討、情報共有し、統一した介護ができた		
排せつ介助についての情報収集し共有することで支援方法を統一することができた	排せつ介助の情報共有で支援方法が統一できた		
専門職がかかわることにより積極的なケアができた	専門職の関わりで積極的なケアができた	多職種協働の促進	多職種協働の促進に伴うケアの質の向上
多職種が連携することで、多方面からの視点ができケアに結びつけることができた	多職種連携の多方面の視点がケアに結びついた		
他職種と連携をとることで、サービスの質の向上に向けた取り組みを行えている	他職種と連携しサービスの質の向上に向かっている		
特に新しい利用者の状況の評価でき変化を多職種でアプローチできる	新規利用者の状況の評価でき、変化も多職種でアプローチできた	リハ職との連携強化	
リハビリと現場のケアをつなぎ、生活リハを強化できた。LIFEが強化のきっかけとなった	LIFEがリハビリ強化のきっかけになった		
運動プランの介護職の実施が増えた	運動プランを介護職が実施することが増えた	加算がケアの質につながる	
リハビリ専門職の介入によるポジショニング、シーティング、ノーリフトケアの実践が行われるようになった	リハビリ専門職の介入でケアの質が向上した		
科学的介護推進加算や、個別機能訓練加算も算定できるようになり、利益アップにつながっている	加算が算定できるようになり、利益が上がった		
実施している介護を加算につなげる目標となった	加算につながった	排せつケアの質の向上	
専門職に係わる加算が増えたことでチームケアが向上した	専門職が関わる加算が増え、チームケアが向上した		
取得している加算項目においてはより個別的な援助を行うようになったと思う	加算項目は個別的な援助をより実施するようになった		
パルーン留置中の利用者がトイレ動作向上し、リハパン(パットなし)のトイレ自立にまでなった	排せつに関する個別支援の実践がADL向上につながった	排せつケアの質の向上	
排せつ自立支援の取り組みが、利用者の排せつ動作や排せつ方法等に変化をもたらせている	排せつに関する個別支援の実践が利用者に変化につながった		
特に排せつに関する自立支援に取り組めている	排せつに関する自立支援に取り組めた		
おむつはずしの実践	排せつに関するケアの実践		
排せつ支援加算の取り組みでは、自立へ向け支援を検討する機会が増え、能力向上につながったケースもあった	排せつに関する自立支援に取り組めた		
排せつの自立支援への取り組みが、明確になり職員の意識も向上した	排せつに関する取り組みが明確になり、職員の意識も向上した		

具体的な効果	コーディング	中項目	大項目
脱オムツ、排せつ状態の改善。皮膚状態の保持、改善の促進が認められた	ADL、皮膚状態の向上につながった	褥瘡ケアの質の向上	多職種協働の促進に伴うケアの質の向上
褥瘡予防の意識付けになっていると考えられる	褥瘡予防の意識付けになっている		
褥瘡に関して、記録の充実、ベッドマットの選択や体位交換などは以前に比べると、しっかりと行うことができています	褥瘡に関するケアの質が向上した		
褥瘡マネジメント加算にともない、多職種連携がとれる機会となった	褥瘡マネジメント加算を通じて多職種連携の機会が増えた		
栄養状態を可視化することでケアの見直し提供できる内容の精査を行うことができた	栄養状態の可視化でケア内容の精査ができた	栄養面のケアの質の向上	
栄養マネジメントによるアセスメント、モニタリングにより個別ケアに対する姿勢の変化、	栄養マネジメントの実践を通じて、個別ケアに対する姿勢が変化した		
ALB 値を良く見るようになった、栄養面で補食や、健康状態も周知できた	ALB値の確認や、栄養面の状態を共有できた		
栄養士による食事時の観察機会が増えた	栄養士による食事時の観察機会が増えた		
利用者一人一人の栄養状態について、介護リーダー、看護師ケアマネジャー、管理栄養士で情報の共有ができた	栄養状態を多職種で情報共有できた	口腔衛生のケアの質の向上	
歯科衛生士の定期的な介入により、介護職のケアの質も、少しは、かわったと思う	歯科衛生士の介入が促進され、介護職のケアの質が変わった		
歯科治療につながった	歯科治療につながった		
歯科衛生士を採用し、口腔ケアに取り組んだことでサービスの質が向上した	歯科衛生士を採用し、口腔ケアに取り組んだ		
口腔衛生は利用者の口腔、入歯の見直しのきっかけになりよかった	口腔衛生の取り組みでケアの見直しのきっかけになった		
口腔衛生管理加算について。歯科医師、歯科衛生士の訪問が継続される事になったため、以前より、意識が向上された。医師の指示によりPDCAが実践できている	口腔衛生管理加算による専門職の介入が継続し、意識が向上した		
デイでの入浴時の支援方法の過不足を検討し、よりその利用者に適した方法を選択できた	入浴支援について検討し、適切な方法を選択できた	入浴のケアの質の向上	
利用者の体調、変化の原因が理解でき、又、予防対策につながった	状態変化の原因が理解でき、予防対策につながった	状態変化が明確になる	状態像の変化を捉えた個別支援の実践
長期的に見たADLの変化、特にADLが低下している利用者に関して数値として低下していることを客観的に判断する事ができ、それにあわせて支援の内容や入浴形態の変更を職員間で検討する機会が持てた	ADLの変化を数値で判断でき、対応を検討できた		
一定基準での経年変化の理解に役立ち計画の適正化につながった	変化が明確になり計画の適正化につながった		
ADLや体重などの変化を明確化でき参考になった	変化が明確になった		
ADLや認知度の変化を見直す場を設けられる事により、現在に合った対応を計画に取り入れることができた	変化を見直す場を設け、現状に即した計画立案ができた		
毎月利用者の状態を、把握し、介護職などと共有することができた。また、急なADLの変化にも気づくことができ、早期に対応する事ができた	利用者の状態を把握共有できたことで、急激な変化にも早急に気づき、対応できた		

具体的な効果	コーディング	中項目	大項目
スタッフのアセスメント能力が向上したことで、利用者がスタッフに相談(悩み、困りごと等)することが増えた	利用者が悩みや困りごとをスタッフに相談するようになった	利用者、家族の思いの反映	状態像の変化を捉えた個別支援の実践
利用者の意向や希望を検討する機会ができ、計画書などに反映することも増えた	意向や希望を検討し、計画書に反映できるようになった		
利用者評価の向上がみられる	利用者評価の向上		
利用者、家族のニーズを達成できるよう取り組めた	利用者、家族のニーズを達成できるよう取り組めた		
LIFEの導入により、職員が利用者の事をよく観察するようになり、目標や課題の抽出ができるようになった。そのことで利用者が望む成果につなげる事ができた	利用者が望む成果につながった		
口腔の健康状態、現在のADLを入力することにより、その方へ今の状態に合ったケアを考えられるようになった	現況に即したケアを考えられた	現況に即したケアができる	
大ざっぱなADLの評価だけでなく、現況に合致したケアニーズの掘りおこし	現況に即したケアニーズの掘り起こしができた	明確な目標設定で自立につなげる	
利用者の介護目標が明確化し立てやすくなった	介護目標が明確化し、立案しやすくなった		
自立支援計画により、利用者ができることを目標にし、自立を促せた	計画で利用者のできる目標設定を行い、自立を促せた		
明確な目標設定が利用者へ柔軟なケアへつながっており、利用者が「自分でやる」機会が増えている	明確な目標設定で柔軟なケアができ、利用者の自立につながった		
ADL向上に向けて、具体的な介護計画の立案へとつながり、在宅復帰につながっている傾向がみられた	ADL向上を目標とした具体的な介護計画の立案で在宅復帰につながった		
個別支援の強化によるQOLの向上	個別支援の強化によるQOLの向上	個別支援の促進	
個別ケアに目がむくようになった	個別ケアに目がむくようになった		
個別ケアへの取り組みができてきている	個別ケアの取り組みができてきた		
利用者の自立促進と個別ケアの実践	自立促進と個別ケアの実践ができた		
自立支援に向けた取組が強化された	自立支援の取り組みが強化された		
あらゆる場面で具体的評価を行い、支援計画を定期的に多職種で検討行う必要があるため、より個人に応じた支援が行えるようになっている	より個人に応じた支援ができるようになった		
より利用者の状態把握をするようになったことで、潜在能力をみつけることができた	状態把握をし、潜在能力を見つけられた		
入所者が受けるサービスの質が多少向上したと思われる	サービスの質が多少向上した	個別支援の実践がADLの向上につながる	
個別性のある支援を実践することにより、利用者のADLの改善につながっている	個別支援の実践がADL向上につながった		
ADLの向上につながった	ADLの向上につながった		
ADL向上につながるようにケアを行って行けるようになった	ADLの向上につながるケアができるようになった		
利用者のADL維持向上に役立った	ADLの維持向上に役立った		
利用者のADL向上につながった	ADLの向上につながった		
状態が維持できている方が比較的多い印象	状態が維持できる方が多い		
歩行器→杖歩行に変わった。杖なしで歩行(短時間)できる様になった。中間入浴→個室浴槽での入浴が可能となった	ADLの向上につながった		

具体的な効果	コーディング	中項目	大項目
利用者のADLが向上した	ADLの向上につながった	個別支援の 実践が ADLの 向上に つながる	状態像の変化を捉えた個別支援の実践
離床時間が、確実に増化した。基本動作が全介助、一部介助の利用者が、見守りになる方が増えた	ADLの向上につながった		
大きな効果とまではいかないが、利用者の自立を職員が促すことにより、機能の維持、向上が図られている	職員が自立を促したことで、ADLの向上につながった		
利用者の評価の機会が増え、的確な支援を行う事ができた	利用者評価の機会が増え、的確な支援につながった	評価の機会 が増える	
全国規模での比較ができるようになった	全国規模での比較ができるようになった		
訓練内容の見直し	支援の見直しを行った		
重症度の利用者へも自立支援に向い取り組むケア内容を見直す機会となり、利用者家族ともに喜ばれていた	自立支援に向けたケア内容の見直しを行った		
あらゆる場面で具体的評価を行い、支援計画を定期的に多職種で検討を行う必要があるため、より個人に応じた支援が行えるようになっている	あらゆる場面で評価を行うことにより多職種で検討することが必要		
自立支援項目での希望の確認、訪室回数、声かけ回数など、利用者への関わりが数値化することで、ケアや対応への見直しの機会となった	関わりの数値化で、ケアや対応の見直しができる		
フィードバックで自分達の方向性が合ってるのか間違えているのが明確化され、良かった	フィードバックが明確になり、支援の方向性の確認ができた	フィードバックをケアにつなげる	
ケア内容の見直しや改善がフィードバックから分析できる	フィードバックからケアの分析ができる		
スタッフのアセスメント能力が向上したことで、利用者がスタッフに相談(悩み、困りごと等)することが増えた	スタッフのアセスメント能力が向上した	アセスメント能力の向上	
利用者の基本情報を見直しより利用者を知ることができた	基本情報を見直し、利用者を知ることができた		
全体的に視点を変えて物事を見るようになってきた	物事を見る視点が変わった		
問20の1、2、5、6の事を知ることで何か行えているか、行えていないかを知り、どう介護を行っていくかの目標が立てやすくなり、必要な介助を利用者が受けやすくなった	正確なアセスメントで目標を立て、適切な支援につながった		
アセスメントの重要性と共有につながった	アセスメントの重要性に気付き情報共有できた		
介護職員によるアセスメントにより、多職種との情報を共有する機会が増え、ご利用者に対する支援意識向上が図れた	介護職員のアセスメントで多職種との情報共有の機会が増えた		
全ての利用者に対してではないものの、個別の各対応(排せつ、口腔、栄養、リハビリ、褥瘡等、各計画を作成し実践するにあたり、担当の職員らがそれぞれ学習し、計画の進捗の確認や修正を図る等、PDCAサイクルをまわし状況が改善していった方はいた	個別支援にあたり職員が学習し、PDCAを実践したことで状況が改善された	利用者理解と個別支援力の向上	
ご利用者の身体機能、認知機能について職員の理解が深まり、対応の変化があった	状態把握への理解が深まり、対応が変化した		
「できるADL」や「しているADL」の評価を行うことで、介護職が身体機能の評価だけでなく、利用者の生活場면을環境面や心理面などと併せて課題分析、計画の見直しを行えている	身体機能の評価だけでなく、生活場면을環境面、心理面も併せて課題分析し、計画の見直しができる		

具体的な効果	コーディング	中項目	大項目
LIFEの導入により、職員が利用者の事をよく観察するようになり、目標や課題の抽出ができるようになった。そのことで利用者が望む成果につなげる事ができた	職員の観察力が向上し、目標や課題の抽出ができるようになった	利用者理解と個別支援力の向上	職員の能力・意識の向上
又、個々の改善すべき問題点を把握しやすくなり、少しでも目標に近づけるよう職員皆で向上に向かい努力するようになってきている	問題点を把握しやすくなり、目標に向かい職員が努力するようになった		
今までは何となく、とした利用者のアセスメン等、行なっていたが前、以上に、利用者との対話も増え、見る視点が変わって来た	アセスメントが明確になり、対話が増え、観察視点が変わった		
その結果利用者も職員も向上心が高まってきている	利用者職員との向上心が高まった	支援者の意識向上	
介護職員によるアセスメントにより、多職種との情報を共有する機会が増え、ご利用者に対する支援意識向上が図れた	支援意識向上が図れた		
評価、可視化により、介護職員の自信につながった	評価の可視化が介護職員の自信につながった		

③効果がなかった理由

図表 2-56 効果がなかった理由／記述回答

効果がなかった理由	オープンコーディング	中項目	大項目
使い方がわからないため	使用方法がわからない	活用方法がわからない	実践に伴うLIFE活用方法への疑問
現段階では、データの具体的活用方法やポイントがわからない。もしくは難しい	データの活用方法がわからない		
導入はしているが、情報の活用ができていない	情報が活用できない		
LIFEをしっかりと理解していない。フィードバックを活用していない	LIFEの理解が足りず、フィードバックも活用できない		
LIFE導入した意味が現場にまだ浸透していないため	LIFEの意味が現場に浸透していない		
LIFEの活用が十分にできていない	LIFEの活用が十分にできていない		
導入や活用そのものに疑問を感じる。活用方法が全くわからない	活用方法がわからず導入に疑問を感じる		
まだ上手く活用できていない	うまく活用できていない		
活用がしにくい	活用がしにくい		
活かさきれていないため、普段の業務や感染症対応で深めていけない	活用しきれず、現状の支援で精一杯で深めることも難しい		
活用できていない	活用できていない		
暫定版の活用の仕方がわからない	活用の方法がわからない		
具体的な活用方法が見出せずにいる状況です	具体的な活用方法が見出せない		
科学的介護推進体制加算（I）のみなので効果はない	科学的介護推進体制加算（I）のみでは効果がない		
今現在、基本の科学的介護推進体制加算しか算定しておらず、そのフィードバックだけでは、活用の幅が広がらない	基本の科学的介護推進体制加算のみではフィードバックの活用の幅が広がらない		
利用者の受益というより施設として加算を取る事が目的となってしまうように感じている	受益よりも、施設の加算を取ることが目的になっってしまう		
事務処理が軽減されたが、利用者の受益に直接的につながる事例は認められない	事務処理は軽減されたが、受益につながる事例はない		
大きく変わりはない	変化が無い	これまでの支援からの変化を感じられない	実践に伴うLIFE活用方法への疑問
変化なし、活用方法が全くわからない	変化がなく、活用方法がわからない		
変化が見られない	変化が見られない		
問 20 に回答した変化はあるものの、利用者受益の効果としてはまだ具体的に表われていないと考えている	変化はあるが、受益としての効果は表れていない		
特に大きな変化は今のところ感じられない	変化を感じられない		
まだ結果として見えてこない	結果が見えてこない		
LIFEを活用せずとも利用者の受益につながると思う	LIFEを活用せずとも受益につながると思う		
今まで行ってきたこと、LIFE導入をきっかけとはなっていない	今まで行ってきたことから変化がない		
今までも実践していたため	今まで行ってきたことから変化がない		

効果がなかった理由	オープンコーディング	中項目	大項目
導入後の期間が短いため	導入から日が浅い	導入から日が浅く、実感する効果が無い	実践に伴うLIFE活用方法への疑問
まだLIFE導入し、10ヵ月ほどのため目に見えての受益にはわからないのが現状です	導入から日が浅く、受益はわからない		
ライフを導入して半年程度の経過にて利用者の受益につながる明確な効果は判断し兼ねる	導入から日が浅く、受益はわからない		
科学的介護推進体制加算Ⅱを取り始めたばかりでフィードバック情報が無い	導入から日が浅く、フィードバックが無い		
2022年8月にLIFEを導入したばかりであり、フィードバックデータをまだ活用できていない	導入から日が浅く、フィードバックを活用できていない		
現在フィードバックを受けていないため、検証を行っていない状況。LIFEの導入が受益につながったとの事例はないため	現状フィードバックを受けておらず、受益につながった事例は無い		
意味がよくわからないフィードバックから、どのように実践につなげればよいのか教えてほしい	フィードバックの意味がよくわからず、実践へのつなげ方を教えてほしい	フィードバックの活用方法がわからない	
暫定のフィードバックが続いており、反映する項目がない	暫定のフィードバックが続き、反映する項目が無い(良くわからない・・・)		
数字のデータが来るだけでは参考程度にしかない	数字のデータだけでは参考程度にしかない		
統計が中心で、なお2月からフィードバックがない	統計が中心のフィードバックしかない		
評価した内容を過去とみくらべることは活用できるが、フィードバックは活用にはいかせる内容でない	評価した内容の変化を見ることはできるが、フィードバックは活用できていない		
フィードバックが具体的になく現段階ではあまり効果を実感できていない	フィードバックが具体性に欠け、効果を実感できない		
LIFEを導入し、フィードバックデータを基にPDCAサイクルを回そうにも、データが暫定であり、わかり難い	フィードバックが暫定でわかりにくい		
国からのフィードバックが進んでいませんので、客観的なデータによる検証に至っていない	フィードバックが進んでおらず、データによる検証に至っていない		
LIFEのフィードバック情報が統計や比較になっていて施設としてのフィードバックのみで利用者の受益まではつながっていない現状	フィードバックが統計や比較のみで、受益には至っていない		
フィードバックが、現場に届いておらず送っただけで、具体的な内容(評価)が把握できていない	フィードバックが届かず、評価内容が把握できない		
フィードバックがなく、効果を感じにくい	フィードバックがなく、効果が感じられない		
フィードバックが不十分	フィードバックが不十分		
フィードバック自体が不明のため、入力作業のみで全く活用できていない	フィードバックが不明で、活用できていない		
フィードバックの情報が来ないため活用できていない	フィードバック情報がなく活用できない		
フィードバックがあまり意味をなさない	フィードバックに意味を感じない		
フィードバックの活用ができていない。今後、検討していく予定はある	フィードバックの活用ができていない		
返されたデータの活用に至っていない(まだ2回しかなし)	フィードバックの活用に至っていない		
フィードバックの活用法がわからない	フィードバックの活用法がわからない		
フィードバックの活用方法がいまいちわからないため	フィードバックの活用方法がわからない		

効果がなかった理由	オープンコーディング	中項目	大項目
まともなフィードバックが送られてこない(全国平均値のみ各項目の合計値がバラバラ)	フィードバックのデータが活用できない		
活用できるフィードバックの内容ではなかったから	活用できるフィードバックの内容ではなかった	個別支援につながるフィードバックの不足	実践に伴うLIFE活用方法への疑問
現在、フィードバックが事業所票のみのため、活用できていない。利用者票が出るようになれば、効果が見込められると思われる	現在はフィードバックが活用できていないが、今後は効果が見込められると思う		
個々の利用者に活かせるようなフィードバックがない	個人に活かせるフィードバックが無い		
利用者個々のフィードバックがないため、現段階では評価できず	個人のフィードバックがなく、現状では評価できない		
フィードバックの内容が利用者個々の受益につながるものではない	フィードバックの内容が個人の受益につながるものではない		
フィードバック内容が利用者者に反映されるものではないから	フィードバックの内容が利用者者に反映できない		
提出データのフィードバックを利用者の受益へつなげるのが不可能なため	フィードバックを受益につなげるのが不可能		
特に有益なフィードバックは始まっていないので、今のところは利用者の受益につながる効果はない	有益なフィードバックが始まっておらず、受益には至っていない		
フィードバックの活用ができていないため、利用者への直接的な還元にはつながっていない	フィードバックの活用ができず、直接的な還元にはつながっていない		
個別ケアがなかなか実践できない	個別ケアが実践できない		
まだ、個別での内容がわかりにくい	個別の内容がわかりにくい		
効果的なフィードバックが行われていない	効果的なフィードバックがない		
元々書類関係が多い中、LIFEで業務過多になっている時間外で更新することが多く、LIFEを活用して受益につながるような取り組みができていない現状	LIFEで業務過多になり、受益につながるような取り組みまでできない		
業務が増えたのみ。入力業務を1人でする前提のシステム。システム変更を希望します。(ミスをしたら加算をとまうため、複数での入力困難)	業務が増えてしまい、1人で入力するシステムを変更してほしい		
業務量が増え、介護職員もふえず大変になった	業務量が増え、介護職員も増えず大変になった		
導入したことで、入力や業務量が増え利用者へのケアが行き届かなくなり、結果利用者へ還元されていない	業務量が増え、利用者へのケアが行き届かない		
LIFEの入力に時間がかかったが全く変わらない	入力に時間がかかったが変化が無い		
活用に労力がかかりすぎる	活用に労力がかかりすぎる		
LIFE導入により職員間での情報収集の機会やその他のための話し合いをすることができたことについては少し効果があったように思えるが、利用者の受益につながるようなことはなく、手間だけが増えた	情報収集・共有の機会は増えたが、受益にはつながらず、手間だけが増えた		
情報収集入力に時間を要し、利用者に関わる時間が減ってしまった	情報収集に時間を要し、利用者に関わる時間が減った		
LIFEの情報収集やPCへの入力といった作業による業務負担を考えると、介護の基本である寄り添った介護が法定人員では困難	情報収集や入力作業の業務負担が法定人員では困難		
担当職員が疲弊している	担当職員が疲弊している		
入力のみ作業に追われ検証、評価ができていないため	入力作業に追われ、検証、評価まで至らない		

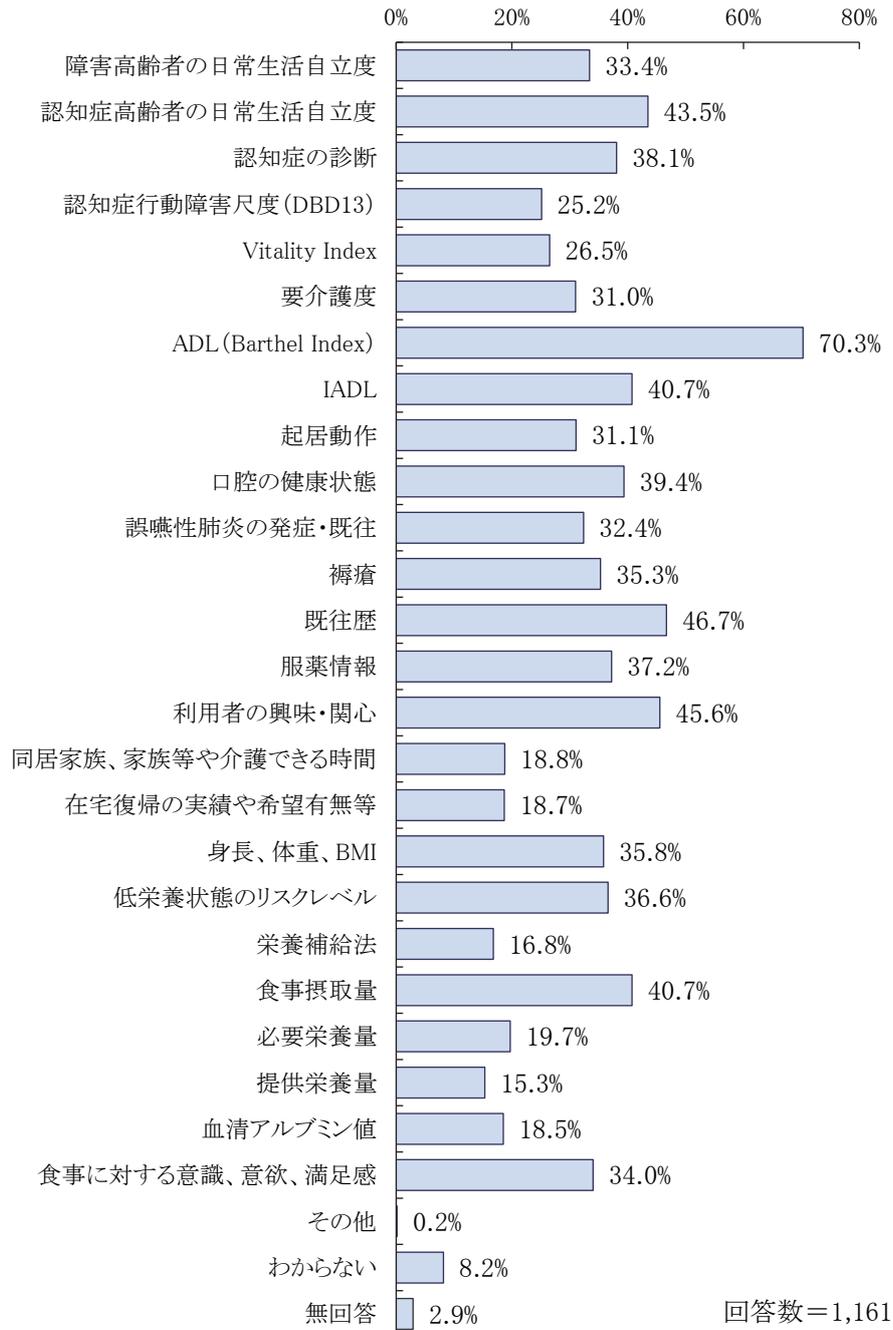
効果がなかった理由	オープンコーディング	中項目	大項目
現在は期限までの入力に追われ、フィードバックは統計資料のみで利用者の利益になっていると思えない	入力作業に追われ、フィードバックは統計のみで利益になっていない	情報整理の業務負担感	運用に対する戸惑い
機械的作業により登録するのみで促進されない(むしろ時間減)	入力作業のみで時間が削られ、活用促進されない		
入力作業が分散しているが、大事な部分は介護職員にはまかせられない状況	入力作業を介護職員に任せられない状況がある		
入力だけに終わってしまっている	入力だけになってしまう		
利用者の情報を送信しているだけのため	情報を送信しているだけ		
現状を入力するだけの作業的な物になっている	現状を入力するだけの作業になっている		
書類の作成作業となり有効な活用方法を構築できていない	書類の作成作業になり、有効な活用に至っていない		
利用していないから、事務作業のみふえただけ	利用しておらず、事務作業が増えた		
ライフソフトそのものの問題(エラー検出がなかなかできない)もある	LIFEのエラーが検出できない等の問題がある		
LIFEの運用がうまくいっていない様に感じる、フィードバックされるのも遅い	運用がうまくいかず、フィードバックも遅い	組織内での運用の課題	
まだ組織内に十分浸透していない	組織内に浸透していない		
外部から収集できない情報が多いため加算の種類によっては加算取得を断念している	外部から収取できない情報があり、加算を断念している		
コロナ対策で十分な情報を活用したケア対応が実践できなかった	コロナ対策で、情報を活用した実践ができなかった		

3-5. LIFEを活用した介護過程実践

(1) 介護過程において重要度が高いLIFE評価項目

問 22 下記はLIFEで扱われる評価項目です。介護過程において重要度が高いと思われる項目に○を付けてください。(あてはまるもの全てに○)

図表 2-57 介護過程において重要度が高いLIFE評価項目



L I F E の評価項目で最も重要度と考える割合が高いのは、「ADL (Barthel Index)」70.3%、次いで「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%、「IADL」「食事摂取量」40.7%であった。

図表 2-58 施設・事業所の種別×介護過程において重要度が高い L I F E 評価項目

	合計	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症の診断	認知症行動障害尺度 (DBD13)	Vitality Index	要介護度	ADL (Barthel Index)	IADL	起居動作	口腔の健康状態	誤嚥性肺炎の発症・既往	褥瘡	既往歴
全体	1,161 100.0	388 33.4	505 43.5	442 38.1	292 25.2	308 26.5	360 31.0	816 70.3	473 40.7	361 31.1	457 39.4	376 32.4	410 35.3	542 46.7
介護老人福祉施設	459 100.0	127 27.7	171 37.3	160 34.9	106 23.1	105 22.9	135 29.4	316 68.8	161 35.1	137 29.8	207 45.1	169 36.8	194 42.3	221 48.1
介護老人保健施設	389 100.0	142 36.5	172 44.2	138 35.5	107 27.5	99 25.4	113 29.0	264 67.9	160 41.1	122 31.4	156 40.1	129 33.2	162 41.6	170 43.7
通所介護	313 100.0	119 38.0	162 51.8	144 46.0	79 25.2	104 33.2	112 35.8	236 75.4	152 48.6	102 32.6	94 30.0	78 24.9	54 17.3	151 48.2

	合計	利用者の興味・関心	同居家族、家族等や介護できる時間	在宅復帰の実績や希望有無等	身長、体重、BMI	低栄養状態のリスクレベル	栄養補給法	食事摂取量	必要栄養量	提供栄養量	血清アルブミン値	食事に対する意識、意欲、満足感	その他	わからない
全体	1,161 100.0	529 45.6	218 18.8	217 18.7	416 35.8	425 36.6	195 16.8	473 40.7	229 19.7	178 15.3	215 18.5	395 34.0	2 0.2	95 8.2
介護老人福祉施設	459 100.0	211 46.0	35 7.6	45 9.8	177 38.6	219 47.7	107 23.3	230 50.1	130 28.3	100 21.8	123 26.8	179 39.0	0 0.0	35 7.6
介護老人保健施設	389 100.0	181 46.5	100 25.7	138 35.5	112 28.8	143 36.8	62 15.9	171 44.0	76 19.5	61 15.7	72 18.5	139 35.7	2 0.5	41 10.5
通所介護	313 100.0	137 43.8	83 26.5	34 10.9	127 40.6	63 20.1	26 8.3	72 23.0	23 7.3	17 5.4	20 6.4	77 24.6	0 0.0	19 6.1

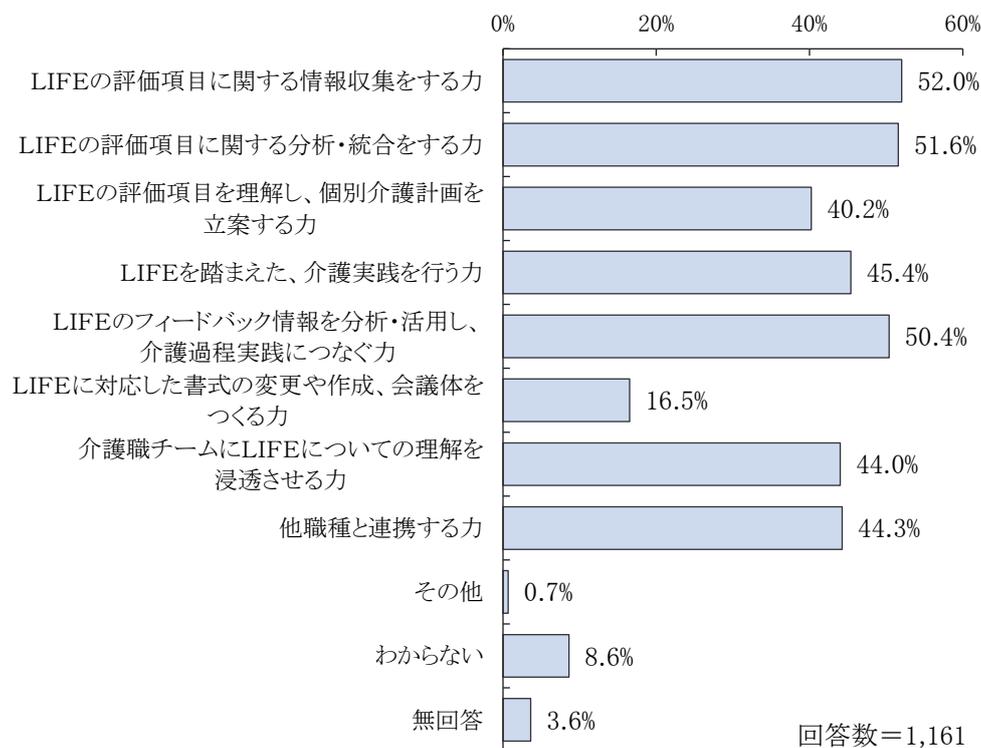
※上段：実数 下段：%、※介護老人福祉施設は地域密着型を含む

※無回答は掲載を省略している

(2) 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

問 23 介護過程実践につなげるために、介護リーダーや介護職にはLIFEの活用についてどのような力が求められると考えますか。

図表 2-59 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



図表 2-60 施設・事業所の種別×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

	合計	収集をする力	評価項目に関する情報・統合をする力	評価項目に関する分析・個別介護計画を立案する力	評価項目を理解し、個別介護実践を行う力	LIFEを踏まえた、介護実践を行う力	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	対応した書式の変更や作成、会議体をつくる力	Eについての理解を浸透させる力	介護職チームにLIFEを浸透させる力	他職種と連携する力	その他	わからない
全体	1161 100.0	604 52.0	599 51.6	467 40.2	527 45.4	585 50.4	192 16.5	511 44.0	514 44.3	8 0.7	100 8.6		
介護老人福祉施設	459 100.0	233 50.8	235 51.2	170 37.0	208 45.3	235 51.2	67 14.6	218 47.5	214 46.6	3 0.7	34 7.4		
介護老人保健施設	389 100.0	209 53.7	199 51.2	156 40.1	177 45.5	179 46.0	67 17.2	182 46.8	185 47.6	2 0.5	39 10.0		
通所介護	313 100.0	162 51.8	165 52.7	141 45.0	142 45.4	171 54.6	58 18.5	111 35.5	115 36.7	3 1.0	27 8.6		

※上段：実数 下段：%、※介護老人福祉施設は地域密着型を含む、※無回答は掲載を省略している

(3) LIFEを活用した介護過程実践についてのご意見

科学的介護情報システム（LIFE）を活用した介護過程実践について、ご意見等をお聞かせください。

図表 2-61 LIFEを活用した介護過程実践についてのご意見

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
フィードバックが非常にわかりにくく、活用することが難しい数値だけではなく、事業所への細かい評価が必要であると考える。	数値だけでなく、細かい評価のフィードバックが必要(事業所)	事業所個別のフィードバックへの期待	フィードバックへの期待
フィールドバック情報は、事業所毎ではなく全体平均値しかわからないため、うまく活用できていない。	フィードバックの活用方法が課題		
きっちりと施設に対してのフィードバックをお願いしたい。人数の集計をどう活かせるのか。私にはわからない。	施設に対してのフィードバックが欲しい		
施設・事業所別のフィードバックデータの提供をお願いしたい。	施設・事業所別のフィードバックが欲しい		
LIFEのフィードバックは、全国平均的なものを集計しただけのものにすぎず、又とても見にくいのが現状で、具体的に利用者名をあげて具体的内容の見直し等のチェックがあればわかりやすいと思います。	フィードバックに利用者個人の具体的内容の見直し等のチェックがあればよい	利用者個別のフィードバックへの期待	
LIFEのフィードバック情報に関しては、利用者の個別情報を送ったのだからもちろん個別に役立つ情報が来るものと思っていたが「個別」の情報に対して全国平均と比べてこんな結果でした、といった内容なので、データ送信の手間のわりに役立つ情報とは言えない様に感じる。他と比べて高い、低いというデータは施設同士を競わせる目的でもない限り、役に立たないのではないかとAさんの情報に対してこうすればいいよ、といった個別のフィードバックであって欲しいと思う。	個人の情報に対してこうすればいいといった個人のフィードバックが欲しい		
個人のフィードバックがあれば介護過程に活用できる。	個人のフィードバックがあれば介護過程に活用できる		
個々のフィードバックがないため、具体的な活用ができてない。	個別に活用できるフィードバックがないため活用できない		
個々に対して、どのようなフィードバックがあるかにもよるが、それが適切なものである場合、実際の支援には有用と思われるので、より細かく正確なアセスメントなどが行われていくと思います。その結果、より良い介護過程実践につながるのではと考えます。	個々に対してのフィードバックがあればおり細かくアセスメントでき、より良い介護過程実践につながる		
情報の収集と分析が進んで、フィードバックが個別に活用できるようになると有効かと思えます。その蓄積までのデータ収集と入力に関しては直接的な介護の時間を妨げになっている現状もあります。	個別に活用できるフィードバックがもらえると有効		
フィードバックが個人のものがない。	フィードバックが個人のものがない		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
ただし、フィードバックがまだ情報が集まりきっていないことが理由かもしれませんが、いまいちな状況なのでもう少し具体的にあると介護計画書への反映などもできるのかなと考えています。最初のイメージとしては、よりその方への具体的な目標設定につながるフィードバックがあると考えていたので、単純に全体の人数などが送られてきたのでいまいち活用できないと考えています。今後、情報収集が進むことで、もう少し具体的に活用できるものになると期待しています。	より利用者への具体的な目標につながるフィードバックがあると思っていた	利用者個別のフィードバックへの期待	フィードバックへの期待
LIFEからのフィードバックで、どこまで利用者に対する、介護が変わるのかを、確認してみたい。	フィードバックをどこまで活用できるかという期待		
現場職員が情報収集をしているため、できる限りフィードバックを有効活用できるようにしていきたい。	フィードバックを有効活用していきたい		
現在は、情報収集とデータ入力のみ行っているが今後はフィードバックの活用をして介護過程の実践をしていきたい。	フィードバックを活用して介護過程の実践に活かしたい	フィードバック活用への意欲	
LIFEにより全国から集められたデータを分析してエビデンスに基づいた情報をフィードバックし活用できるのであれば魅力を感じる。まだイメージがわからないが今後、導入に向けて勉強していきたい。	フィードバックを活用できれば魅力あるシステム		
科学的介護となるために必要な情報入力が多いが、生かせていない。フィードバックについて、活用が手薄な状況。	フィードバックの活用が手薄	事業所におけるフィードバック活用体制が未整備	フィードバック活用への不安
介護過程実践に取り組めていない。フィードバックの活用については今後の検討課題。	フィードバックの活用方法が課題		
フィードバックの使用方法をうまく活用できていない	フィードバックがうまく活用できていない	フィードバック活用方法がわからない	
フィードバックの内容をどのように活用すれば良いのかわからない。	フィードバックの活用方法がわからない		
まともなフィードバックが送られてくるのはまだまだ先との話を聞いた。このような状況でPDCAサイクルの実践は無理だと思う。	現在のフィードバックでPDCA実践は難しい		
フィードバックのデータが全国との比較の数値が多く、それをどのように実践に生かせばよいのかわからない。	現在のフィードバックデータをどう実践に生かせばよいのかわからない		
フィードバックについて毎回データ登録の全国ランキングのような形式になっていますが、これらをどう現場に生かせばよいのかわかりません。	全国平均データの活用法に迷っている		
フィードバックの活用ができておらず受益につながったかはわからない。	活用できていない	フィードバックを活用できていない	
フィードバックの活用ができておらず受益につながったかはわからない。	活用できていない		
フィードバックの情報が活用することができず判断ができない。	活用できていない		
まだうまく活用できていないので、今後に向けて把握し実践につながるようにしたい。	活用できていない		
現段階ではフィードバックを活かしきれていない。	活用できていない		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
LIFEからフィードバックされる情報の活用法についてアドバイスやヒントがいただけたらと思います。	フィードバックの活用法を知りたい	フィードバック活用実践法の周知・説明	フィードバック活用に係る要望
正直、何に役立っているのか、みえるものがない。このデータをこのように活用し、何かが改善された等の手本みたいなものがある。用途がわからないため。	フィードバックを活用した手本・事例が欲しい		
フィードバックの内容やデータをどのように介護過程実践に反映させていくか、まだまだ課題があるので、研修等があれば参加していきたい。	フィードバックを実践に活かすための研修会の希望		
こちらが送信した内容に対するアドバイスのようなフィードバックであればもっと現場に生かせると考えているので、今後形式が変わる事を期待しています。	送信した内容に対するアドバイスのようなフィードバックが欲しい	詳細な内容のフィードバック	
よりくわしいフィードバックを毎月いただければより活用ができると思います。	よりくわしいフィードバックが欲しい		
フィードバックは集計と平均を求めるだけのもので、これから分析に生かせるデータが発出される事を期待しています。	分析に活かせるフィードバックが来ることへの期待		
フィードバックがもう少し形になるとよい。	フィードバックに期待している		
現在のフィードバック情報を具体的、詳細化していただきたい。	具体的、詳細化したフィードバックが欲しい		
フィードバック情報を全国以外にも都道府県版もあれば比較しやすいかなと感じました。	全国以外にも、都道府県別のフィードバック情報が欲しい	都道府県別のフィードバック情報	
より具体的で明確なフィードバックが出るようになると良いかと思えます。	具体的で明確なフィードバックが欲しい	現場で活用できる具体的なフィードバック	
フィードバックを役立てていきたいと考えているが、もう少し内容が具体的であると役立てやすいと思う。	具体的な内容のフィードバックが欲しい		
未だ具体的なフィードバックがなく、対応に変わりはない。	具体的なフィードバックがない		
具体的なフィードバックがないためまだ活用できる段階でないと感じています。フィードバックがあり次第、すすめていきたい。	具体的なフィードバックが欲しい		
現場で活用できる有効なフィードバック情報が欲しい。	具体的なフィードバックが欲しい		
LIFEのフィードバックが実践につながるようにしてほしい。	実践につながるフィードバックが欲しい	フィードバック内容の改善・向上	
フィードバック内容を変えて欲しい。	フィードバック内容を変えてほしい		
フィードバックの効果をあげて欲しい。(現段階では、実際に役には立っていない)	フィードバックの効果を上げてほしい		
定期的にライフへ加算の情報を送っているが、厚生労働省からのフィードバックが、不定期かつ全国のデータのみで、施設でライフを生かして評価することができない。	定期的なフィードバックへの期待	定期的なフィードバック	

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
LIFEを活用するためにアセスメントを行う機会が増え、利用者の把握や評価につなげることができたが事務的仕事量が増えた。	アセスメント機会が増え、利用者像の把握や評価につながった	アセスメントの円滑化	介護過程実践への効果
アセスメントの視点など共有できて来たことはよかったと感じている。	アセスメント視点の共有ができた		
LIFEを活用することにより、利用者のアセスメントがしやすくなり、ニーズ等の解決につながることができました。いつもありがとうございます。	アセスメントしやすくなり、ニーズ解決につながった		
通所介護計画書を作成する上でもLIFEを活用し、アセスメントや計画見直しを行うことができる。	アセスメントや計画見直しに活用できる	介護福祉士の専門的実践のデータ化	
介護職が今までやっていたことをデータとして表わすことができるので、大いに活用すべきである。	介護職員の実践がデータとして見える		
数値化し、根拠づけて介護ができるきっかけを作ってくれているのに他の業務を理由に行うだけのものにまだなっているかもしれない。	実践を数値化し、根拠づけた介護のきっかけとなるものという認識	自己点検	
まだ、まだ途上ではあるものの全国の事業所ごとのデータから導き出されるものを参考に客観的に自施設をみつめる機会になると思います。	客観的に自施設をみつめる機会として活用		
役割の分担表やスケジュールの作成と定期的な進捗状況の確認などを行いながら進めてきている。利用者には、定期的な評価と指導もさせて頂き、LIFE導入前と比較すれば、積極的な関りができていると感じている。	利用者に定期的な評価還元ができ、以前より積極的なかわりができている		
事業所へのフィードバックについては、その事業所の特性や傾向がわかるため、何が足りていて何が足りないなど事業所の運営に役立つと感じました。	事業所フィードバックは事業所の特性や傾向がわかる		
まだフィードバックを活用してないので、今後フィードバックをもとに事業所内で強みや弱みを分析し、ケアに活かしていきたいと思います。	フィードバックを基に事業所の強み弱みを分析し、ケアに活かしたい	活用できる情報の整理と理解の促進	
情報整理ができるので有用。	情報整理ができる		
情報整理しやすく確認しやすくなりました。	情報整理と確認のしやすさ		
必要な情報が理解できた。	必要な情報の理解につながった	他職種連携の促進	
これまでたくさんの情報があってもうまく活用しきれていないのが現状と思われ、システム化し必要な情報をスムーズに活用できれば、実施と評価がしやすい環境となれると思われ。	活用しきれていなかった情報を活かせる環境につながると期待		
専門性の理解や普段介護を行う上であまり意識していない部分への理解とアプローチ。	介護以外の専門性や視点への理解とアプローチ	他職種連携の促進	
情報の入力において、他部署との連携などすることで、情報共有や意見交換が活発になり、利用者をよりよく知るきっかけになったと思います。	他部署との連携、情報・意見交換が活発になり、利用者理解が深まった		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
評価がやりやすくなった。	評価がしやすくなった	評価力の向上	介護過程実践への効果
LIFEを通して評価することの重要性は理解できるようになった。そしてその評価後の次のステップに着目する事の必要性を理解する事ができた事は実践して良かった。利用者の受益についてはまだ実感がないというのが正直なところです。	評価の重要性を理解できた		
評価に対する意識が強くなったと感じます。評価後の支援方法に重きを置くという事の理解が深まったと思います。	介護職員の評価力意識の向上		
排せつ支援での計画が増えた様な気がする。科学・自立支援・口腔についてなかなか介護過程に紐づかない。	排せつ支援での計画に着目できるようになった	利用者への対応力の向上	
LIFEを深く理解する事で職員のご利用者対応に変化がみられる。	利用者対応力向上への効果		
利用者の身体状況の把握、また経過内容を可視化することで状態変化について把握しやすくなったと思われる。	利用者の状況を可視化でき、現状把握しやすくなった		
主観的な意見と客観的な意見を、根拠をもとに、介護過程の実践につなげていける。	根拠に基づいた介護過程の実践につながる	根拠ある介護実践への期待	LIFE導入で期待できると思われる効果
数字で示されることで、わかりやすく理解しやすい。根拠がはっきりしており説明、納得できるよう活用できると思う。	数字で示されるとわかりやすく、根拠がはっきり説明できる		
一人のケアを多職種による多方面から検証することでケアの幅や、根拠に気が付くことができ、違う視点からも見ることができるようになった。	他職種による検証により、根拠ある介護につながる		
取り組みとしては根拠ある介護を行う上で効果判定ができるので良いと思う。	根拠ある介護を行う上で効果判定ができる		
根拠に基づく介護過程実践につながる試みだと思えます。	根拠に基づく介護過程実践につながる試み		
明確な根拠をもってケアすることは、相乗効果で高い結果もできると思われます。	明確な根拠をもってケアすることにつながる		
LIFEを活用することで根拠がわかるようになり、介護の質の向上になれば良いと思う。	LIFE活用は介護実践の根拠がわかり、質の向上になる	自己点検	
介護過程の実践とLIFEを活用することによる評価を連動し、利用者のQOL向上に結び付けられることを実感できることは現場としてもモチベーションアップにつながると思います。	介護過程実践とLIFEの評価を連動し、利用者のQOL向上につながればモチベーションアップにつながる		
世情を理解でき、自施設の状況を客観的に知ることができる。	自施設の状況の客観的理解が深まる		
支援の現場でより客観的な介護のあり方などに活用可能	客観的視点を持つために活用できる		
LIFEを導入し、介護過程を実践する上で、現在行っている業務では良いかを再確認し、改善する点があれば改善し、現場での利用者へ対するアプローチを積極的に行えるのではないかと思います。	LIFEに基づく介護過程実践は現在の業務への自己点検		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目	
自施設だけの評価ではなく、全国的な視点で評価や介護過程を作成する事によってADL、QOL向上のきっかけ作りになると思うが、現実的に実践的な活用は期待できないと考えている。	介護過程作成や評価の際、全国的視点はQOL、ADL向上を考えるきっかけにはなる	評価力の向上	LIFE導入で期待できると思われる効果	
介護職員の評価力の向上を期待する。	介護職員の評価力向上への期待			
見て実際の評価ができる。比較しやすくなる。	実践の評価や比較がしやすくなる			
データに基づいた評価・分析ができるようになる。有効活用したい。	データに基づいた評価・分析ができるようになる			
しっかりやれば確実に入居者のメリットにつながる	しっかりやれば利用者のメリットになる	利用者への還元		
PDCAを行い、必要なケアやより利用者へコミットしたケアを行うことができる。	より利用者へ寄り添ったケアを行うことができる	個別ケアの基準の形成		
利用者ごとに様々なケアを行なう必要があり、どのようなケアを行なうことが正しいのか、それをLIFEを通して基準のようなものがわかっていければ今後のケアにつながっていくのではないかと	LIFEが個別ケアの基準になる事への期待			
データの分析から平均したケアが展開できるかも知れないが、個別ケアが重視する中、どれだけ質の向上につながるのを実践してみたい。	LIFE活用することで、平均的なケアにとどまらず、どれだけ質の向上につながるのか実践したい			
介護リーダーの育成。	介護リーダーの育成が必要	介護リーダーの育成		介護リーダーへの期待
介護リーダーへLIFEへの理解を更に深めていく必要があるかと感じています。	介護リーダーがLIFEの理解を深める必要がある	介護リーダーのLIFE理解促進		
さらに介護リーダーが広く理解を深めるためには、それができるための機会の創出が必要で、法人全体で取り組んでいかなければ、LIFEの利活用は推進されないと実感しています。	介護リーダーがLIFEをよく知るための機会を設ける体制が大切	介護リーダーの機能向上		
介護リーダーが機能していない事業所にとって生活相談員の業務量が増えすぎ	介護リーダーが機能することが必要			
介護リーダーの指導力、各職員のインプットとアウトプットする能力形成が必須。	介護リーダーの指導力・職員の情報分析力が必要	根拠ある介護実践への指導力		
科学的介護を実践するためには、現場の介護職が、自分たちで日々行っている業務の専門的な根拠を、点を線にし、線を網にするように「わかる」ことが必要だと感じます。どのようにわかることや考えることを「しやすく」工夫するかが重要なので、その役割を担う介護リーダーにはLIFEのより深い理解が求められます。	介護リーダーが日々の実践の専門性を把握しておくことが必要			
現段階では、加算をいただけることが最大のモチベーションとなっている。導入効果を実感できるものは、残念ながら、あまりない。	加算が最大のモチベーションになっている	加算のためのシステムという意識		
加算のために実施しているが、デイサービスでの必要性は薄いと感じる	加算のために実施している			
ごく一部の職員が加算のために書面だけを整えるだけのものだと思います。	加算のために書面を整えるだけのもの			
加算のためにやっているとしか言えない状況である。	加算のためにやっているとしか言えない			

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
正直、「加算を得るために行っている」というのが現状です。	加算を得るために行っている	加算のためのシステムという意識	
いまだ加算をとるためという意識が多分にあると思います。	加算を取るためという意識		
施設収入増のためのシステムで利用者の生活の質向上に結びついていない。このシステム以外も同様。事業として夢がもてない。	施設収入増のためのシステム		
活用となると現場ではなかなか難しい状況です。行政での研修などの頻度を多くして、LIFEを知ることから始めなくてははいけませんと思いました。	LIFEの理解を深める研修機会が欲しい	システム理解のための研修会の機会が欲しい	システムの理解・活用促進のための要望
事例を用いフィードバックデータの情報分析と活用の仕方についての教育研修を行ってほしい。	情報分析と活用の研修の必要性		
全ての施設で活用していくべきだと思いますが、特定の職員への業務負担が集中してしまわないように、職員一人一人へLIFEについて理解するための研修や指導が必要だと考えます。	特定の職員の業務増にならない研修や指導が必要		
PCの研修を無料で受けれるなど、サポートをおねがいします。	システム研修等の希望	参考例や実践例を知りたい	
どのように活用していけばよいか参考例や実践例など知りたい	活用のための参考例や実践例を知りたい		
現状、十分に活かしきれていない。逆にどのように活用したら、介護過程実践につながるのか教えて頂きたい。	介護過程実践につながる活用法を知りたい		
具体的な活用方法をご教授いただきたいです。	活用方法を具体的に知りたい	わかりやすい説明を受けたい	
介護の質を上げる事は大賛成で労力を惜しまないが直接介護以外の労力は、ストレスにつながる事がある。わかりやすい説明を受けたい。現在職場で担う業務が多すぎて疲れている。	介護の質を上げるシステムとして、活用するためのわかりやすい説明を受けたい		
活用の仕方を学んでいき、読みとく力を身につける事が必須だと思う。	活用には、データ分析力が必須	データ分析力	システム活用に必要な知識・技術
分析できる力がない。	分析力の不足		
介護過程の意味と必要性から勉強させていただく必要があると感じています。	介護過程の理解が必要	介護過程の理解	システムの理解促進のために事業所に必要な取り組み
チェックをしながらPDCAサイクル回し対応しているがデータの活用が今後の課題となると思います。	PDCAサイクルのためのデータ活用方法が課題	PDCAサイクルを意識した取り組み	
業務効率化と会議の内容の質向上がPDCAサイクル確立のポイントだと思う。利用者へのフィードバックの見直しも確認したいです。	業務効率化と会議の内容の質向上がPDCAサイクル確立のポイント	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	
十分に浸透しきっていないのでLIFEに向けた取り組みや活動を事業内に周知し、加算につながるようにしたい。	事業内に浸透できるようにしたい		
今後はより効率的にアセスメントや評価ができるよう事業所の書式の見直しが必要である。	システム活用に向けた事業所内書式の見直しの必要性		
地域密着型定員 15名の事業所では、介護ソフト導入のためにお金をかける事が難しい。システムの活用や教育はどうにかできるようにしても、小さな事業所では、難しいと思われる。	システム活用や教育の強化には費用も必要		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
しかし、業務時間内で行えないことも想定、職員の働き方や意識に変化をもたらすことができるか。体制の整備の必要性を感じます。	体制の整備の必要性を感じる	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	システムの理解促進のために事業所に必要な取り組み
LIFE活用を希望し勉強会などを実施するが人員体制やシステム導入など課題が多くなかなか前に進めない状況となっている。	勉強会などを実施しても人員体制やシステム導入などの課題が多い		
今後どのように生かすかは、事業所次第であるとも考えられるため、より得た情報を、利用者支援に役立たせるために、職員の育成、教育が不可欠であると考えます。	得た情報を利用者支援に役立てるための職員育成・教育が不可欠	システム活用のための職員教育	
また個々の能力によって指導しても理解できない職員もいる。	システム理解のための職員の能力不足		
個人により能力差があり教育の必要性を感じている。	職員間の能力差を埋める教育の必要性		
又、実践するうえで職員の教育だけではなく人員確保も重要になると思います。	実践に向けた職員教育・人材確保も必要	職員全体で取り組める体制の必要性	
LIFEがなぜ必要なのかを職員全体で理解を促す必要があると感じています。管理者がLIFEを理解し、利用者の生活をより良いものになるよう努めたいと思います。	LIFEの必要性を職員全体に促す必要がある		
入力内容が多く業務の整理ができないと検証し現場へのフィードバックは難しいと思う。また、現場職員への理解も勧めて現場と一体になっての取り組みが必要と感じる。	介護職員への理解を進めて、現場と一体になった取り組みが必要		
LIFEについて、しっかり理解できていないため、研修に参加し職員全員が理解し、活用する力をつけたいと思っています。現実には業務に追われ、LIFEを入力するまでで終わり、会議をする時間が待っていません。現時点での情報ではフィードバックも難しいと思いますが。	職員全体が理解する体制の必要性	チームとしての検討が必要	
介護職に限らず、全職種が負担なくLIFEの活用、データ共有ができるようにしたい。	全職員が負担なくLIFEのデータを活用できるようにしたい		
介護リーダーのみが管理してしまう事が無い運用方法を考えていく必要があると思います。	介護職員全体で取り組める体制の必要性		
LIFE導入に際しては、記録量が多く、情報提出に至るまで、職員の協力や団結なしには困難であった。	LIFE導入は職員の協力と団結が不可欠	チームとしての検討が必要	
何のためにLIFEの項目を入力するのか？どんな意味があるのか？と管理者を含め理解ができていない。LIFEの振り返り、などPDCAサイクルなどの流れを行っていく必要がある。	何のためのLIFEかをチームで検討が必要		
活用できるよう、チームで検討します。	活用できるようにチームでの検討が必要		
今後介護過程実践の必要性をもっと積極的に周知してもらい、引き続き指導していきたい。	介護過程実践の必要性の周知を求めたい	LIFEが介護職員まで浸透できていない	システム理解のための課題
LIFEに関しては現場へいかせておらず相談員がメインとなっているが手間のほうが大きいのが現状です。	介護職員まで浸透していない		
まだまだ介護職員の中で理解がされていない。	介護職員まで浸透していない		
介護職にまで情報をおとしこめていないのが現状。業務負担を考えるとなかなかできない。	介護職員まで浸透できていない		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目	
現場職員はほとんど関与しておらず、知らない職員もいます	介護職員まで浸透できていない	LIFEが 介護職員まで 浸透 できていない	システム理解のための課題	
また、職員の異動に際しても利用者の身体状況をデータで見ることができるので、うまく活用していきたい。しかし、職員への科学的介護の浸透が難しい、職員へ浸透させるプロセスを知りたいと思っている。	科学的介護を職員に浸透させるプロセスを知りたい			
LIFEを使用して1年程度であるが、介護職員全体が介護過程の実践につなげるまで周知できていないので年数を重ねていく中で、浸透できるようにしていきたい。	システムを活用し、介護職員全体に介護過程の実践につなげられるようにしたい			
現在一部の職員しかLIFEへのデータ入力、評価に関わっていない。既存の業務やケアが多忙であり十分な時間がとれていない現状がある。	関わる職員が一部のため、活用のための時間が不十分			
LIFE項目についてはケアマネジャー、栄養士が入力しているが、介護現場での活用法については模索中	介護職員が入力しておらず、活用法について模索中			
興味を持ってくれる場合もあるが、関心のない職員も居るため統一したケアが厳しい現状です。	関心のない職員もいるので、統一したケアが難しい	評価の統一性の担保が難しい		
当施設は、チームケアを推進しているが、担当制でない事で、評価等が介護職全員が同レベルでない状況で、その時々の方担当者よっての偏り等が生じ易いと感じる。	個々の職員における評価の統一性をどう担保するか			
評価項目の目安が、わかり難いです。捉え方次第で変わってしまうため、全国一律の捉え方にならないと、正確性がなくなります。現在の状況のままだと活用までには時間がかかる実情があります。	評価項目の目安が、わかり難い			
LIFEの重要性、必要性は理解しているが、日々の現場での業務に追われ、実現に結びついていないことにあせりを感じている。	LIFEの重要性・必要性を理解しながらも業務に追われ、活用できていないことへの焦り	介護過程実践に活かせていない		システム活用への不安
今はまだ情報を集め入力するまでの、作業とでしか考えられておらず、介護過程実践につなげられていないため、もうしばらく時間がかかると感じている。	介護過程実践活用にはまだ時間がかかる			
現時点ではアセスメントしLIFEへ送る作業で手一杯であり介護過程実践においての活用はなかなか難しい。	介護過程実践に活かせていない不安			
LIFEを活用した介護過程実践はできていない。	介護過程実践にはつなげられていない			
とても重要なこととは思いますが、実際現場にも入りながらの情報入力、提出は期日にできるのか不安を感じています。	重要なことだと思うが、システム操作・入力への不安がある			
事務量が増えてしんどい所もあるが、上手く活用しないといけない。しかし今はなんとか実施しているだけな感じで反省するところもあった。	しんどさはあるがうまく活用したほうが良い			
しかし、介護過程に係る知識の浸透や書式などの準備などが大きな負担となり、時間を要するのではと思う。	介護過程の知識の浸透や書式の負担への不安			

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
どのように活用すればいいのかわからない。	活用方法がわからない	活用方法がわかりにくい	システム活用への不安
どのように活用すべきか解りにくい。	活用方法がわかり辛い		
導入をしたが未だに使い方がわからない。誰も教えてくれないので困っている。	システムについての相談先が無く不安	システム活用についての相談先がない	
現時点では各事業所が独自でデータ分析し、ケアに反映させていくということなので、全国データとの比較、特徴は把握できても、ケアの改善につなげていくのはまだまだ難しいと思います。	データをケア実践の改善につなげられるか	データの活用方法への不安	
加算はとっていないがLIFEを活用している。今自分が行っている過程において、不備がないのか、あるのかよく理解できない。	現在の活用方法に不備があるのかないのか不安がある		
導入する手間や労力に見合った見返りが全く感じられない。	導入の手間と労力	加算に見合っていない	
加算に関しては、労力の割には報酬が低いので、なかなか手が出にくい。	業務量増加		
職員にかかる負担の割に加算の額がかなり低いように感じます。かなりのデータに準備がかかるので配慮いただきたいです。	業務量増加		
まだフィードバックがなされてないため、効果を実感できない	効果が実感できない	効果が感じられない	
今のところ効果を実感する場面がない。	効果は感じない		
手間がかかるだけであまり効果は感じられない。	効果は感じない		
現場におけるLIFEの活用方法が現時点では見出せないのが正直な感想です。	活用方法が見いだせない		
導入しているが、まだ活用できているといえるほどの効果が見えていないため。	効果が実感できない		
LIFEを活用する以前より実践向上に取り組んでいます。LIFEを取り入れた事によって実践が向上した事はないです。	実践向上にはつながっていない		
LIFEを活用することで、もっと目に見える成果がほしい。(正直、漠然と入力のみしているところがあるため)	目に見える効果が欲しい		
職員が不足している中、活用した方がいいのか、メリットがあるのかわからない。	メリットがあるかわからない		
手間と時間を要す割に事業所と利用者へのメリットが薄い	メリットが薄い		
メリットがないように思う。人員も充分ではない。	メリットがない		
現時点でLIFE導入によるメリットは感じられない。	メリットがない		
現場での仕事が多すぎて、私自身はLIFEのメリットが理解できていない。	メリットが理解できない		
LIFEを使用せずとも介護過程実践は行えると感じる。	LIFEはなくても介護過程実践はできる	必要性を感じない	
LIFEを使用しなくてもPDCAを活かした介護が充分できていました。業務量が増え、人手不足の中、職員は疲弊しています。せめてもっと簡単な作業になりませんか？	必要性を感じない		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
現場においては必要性を感じない。	必要性を感じない	必要性を感じない	LIFEへの疑問
正直ないと思う。必要性を感じない。	必要性を感じない		
LIFE自体のシステム、内容、フィードバック等がそこまで熟成されているとは思わない	必要性を感じない		
フィードバック情報を上手く活用していくための取り組みを現場、多職種と共有しながら、分析し評価、実行につなげていくために、利用者像をより具体化出来る評価項目があった方がわかりやすい。	利用者像が具体化できる評価項目があるとよい	利用者像に迫れる評価項目やアセスメントツールの充実	システムへの要望
介護過程におけるアセスメントの重要性を考えれば、容易にはいかないかもしれませんが、LIFEとの連動性もあり、かつ、その人らしさや潜在能力が見出せるようなアセスメントツールの充実が図られればと思う。	LIFEと連動し、その人らしさが見いだせるようなアセスメントツールがあるとよい		
LIFEの活用を否定するものではありませんが、入浴加算や個別機能訓練加算のように利用者に理解しやすいものではないと思います。LIFEの活用をしなければ加算や減算があるというのが強制されていると感じます。	利用者にわかりやすい制度とすることが必要	利用者の理解しやすさへの意識	システムへの要望
LIFEの計画書様式が複雑であり利用者の理解を得ることが難しい。お年寄りにわかりやすい指標や表現ができる計画書にならないのか、誰のための計画書様式なのか疑問に思う。介護実践する職員のためではなく、実際に利用する利用者、ご家族が理解し参考にできる計画書の様式や内容でないと、計画書を作成したという事実だけ残り、実際には役に立っていない。	利用者のわかりやすい書類様式が望まれる		
今後も暫定版として数字データのみ送られてくるのか、何か変化してくるのか、とすればどのように変わるかわからないので活用しにくい	フィードバックは今後どう変わるのか、	フィードバックの具体性が無い	フィードバックへの疑問
フィードバック情報がわかりにくい。	フィードバックがわかりにくい		
フィードバックが具体的に示されていないので、十分に機能していない。	フィードバックの具体性が無い		
国が何を求めているのか、フィードバックの活用が難しい。	何が求められているかわからない	フィードバックが返ってこない	フィードバックへの疑問
フィードバックが遅い、返ってこない。	フィードバックが返ってこない		
フィードバックを期待しているがまだない状態。	フィードバックが返ってこない		
今はまだフィードバックがないので今後どうなるのか不安はたくさんです。	フィードバックが返ってこない		
フィードバックに時間が掛かっており活用できていない。	フィードバックが返ってこない		
フィードバックに時間が掛かっており活用できていない。	フィードバックが返ってこない		
フィードバックに時間が掛かっており活用できていない。	フィードバックが返ってこない		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
簡素化する必要性ある。	簡素化の必要性	簡素化の 必要性	作業負担が大きい
「データ入力の大変さ」があり、一部職員に負担がある。	データ入力の大変さ		
もう少し入力情報が簡素化できる事が望ましい。	入力の簡素化を望む		
入力の簡素化。	入力や導入の簡素化		
連携していない介護ソフトを使用しているため入力に負担がかかっている。介護ソフトの検討を行なっている。	LIFEと連動できない介護ソフト使用による負担	既存の システムとの 連動できない	
現在は活用の方法がよくわかっていない。パソコンでLIFEの情報を引き出すまでが、ログインや各選択肢など、多少手間がかかるため、集計ソフトの方がよく使用する。(LIFEへの情報出力も集計ソフトから行うため、必要な情報は集計ソフトに入っていることが多い)。	ログインや各選択肢など 手間がかかるので別の集 計ソフトを使っている		
LIFEとケアプランの連動がまだ充分ではない。	LIFEとケアプランの連動 が不十分		
慣れてきましたが、それでも作業量が多いです。	作業量が多い	作業量の多さ	
全体的に進めていく難しさ、入力することを含め負担を感じる。	入力作業を含めシステム を進める負担を感じる		
LIFE提出の作業と管理だけで大変であり、介護過程への活用まで行えていない。	入力と管理が大変		
人材不足のため、基本情報の入力に時間を要している。LIFEに時間をかける事よりも利用者の皆さんの支援を優先させた方が良かったと考えてしまう。	入力に時間がかかってしま う		
パソコンに向かう時間がふえて現場が見られず困っている。	パソコンに向かい時間が 増え現場が見れない		
実施している事については有意義なものと感じているが、作業量に対しての評価が少ないとも感じている。	作業量に対しての評価が 低い		
事務作業に労力をついやしています。パソコン作業が苦手な担当は時間外になります。国は施設が使っているものを生かすようにできませんか？プラスの作業で介護職がやめていきます。活用できず毎月だすだけになっています。	事務作業の労力		
仕事が増えるだけ。	業務増加		
記録など介護職の仕事量が増えた。	業務増加		
介護過程実践するにあたり、職員不足による記録等をPCに入力する業務が増えてしまっているのが現状です。	業務増加		
LIFEの入力項目が多く、労働時間が割かれる割に、PDCAサイクルに役立たせにくい。	業務増加		
誰でも取り組みやすい内容にしてほしい。システムが複雑すぎてわかりづらく、業務の負担になっている。	業務増加		
業務量を増やしてほしくない。	業務増加		
メリットは感じられるが、業務負担などのバランスが難しい。	業務負担とのバランスが 難しい		
職員に日々の業務を行いながらLIFEの仕組みを理解してもらい実践となると時間も労力がかかると感じている。	日々の業務とLIFEの両 立が難しい		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
実際に行ってみて、どのように変化したのか良くわからない事が多い。素率に言うと業務がふえただけのような気がします。	変化が感じられず、業務が増えた気がする	作業量の多さ	作業負担が大きい
行った事に対する評価が行えていないため、余分な仕事が増えたとの認識が強い。	実践に対する評価が実施できていない		
事務量が増えたが、現状のフィードバックの内容では、現場で活用できる段階には至っていない。	業務量増加		
手間が増えただけでケア向上には全く役立っていない。	業務量増加		
加算のため業務が多い。	業務量増加		
介護の質は、人と人との関係性により高まると考えています。例えば、やる気がない介護職員による介護は、介護の中身がエビデンスに基づいたものだとしても、サービスを提供される利用者にとっては気持ちの良いものではありません。一方で、イキイキとした普通の職員が介護する場合には、多少の失敗でも許容され、お互いの成長につながります。『LIFE』という仕組みが、介護現場の活性にどう影響を及ぼすかよく検証していく必要性を感じます。今のところ、事務負担を強いるというウエイトが大きく、介護の課題に対する目からうろこの解決方法が示されているわけではないようなので、他施設見学などを上回る効果は期待できないようです。	業務量増加		
個別援助の必要性について理解はしているが、慢性的な人手不足の中、どれだけ必要性を訴えられても、できること、できないことはでてくる。加算項目を作るなら、その分どこかの業務を減らせるようにしてほしい。人はいません、やること増やします、あとはそっちで何とかして、はあまりに無責任、人材を集めて下さい。	業務量増加		
今の所、事務的な負担を増やしているだけ。	業務量増加		
介護職員が減少する中でLIFEが導入となり、他職員にとって余計な仕事が増えたと認識している職員も多くなる。	業務量増加		
LIFEに関わる書式におわれ利用者へのかかわりが減っていると感じる。	業務量増加		
入力・情報収集に時間も取られるのでうまく活用できるようもっと勉強が必要だと感じました。	入力・情報収集に時間がとられないような工夫が必要		
システムが複雑で活用までいたっていない。もっと簡単に導入できれば、実践につながりやすいと思います。	システムが複雑	システムの複雑さ	
もう少しわかりやすい、取りくみやすいものだと良いと思います。	もう少しわかりやすく取り組みやすくしてほしい		
システムが複雑でエラーなどがあると対処に時間を要してしまい、本来の活用目的にまで至っていないのが現状。	システムが複雑		
システムが複雑でエラーなどがあると対処に時間を要してしまい、本来の活用目的にまで至っていないのが現状。	システムが複雑		
LIFE上での作業が行いにくい。	LIFE上で作業しにくい		
操作がわからない。	操作が難しい		
もっとわかりやすく、シンプルにしてほしい。	操作が難しい		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
人員不足、業務に追われる中でなかなか進まない状況です。	人員不足	人員不足	作業負担が大きい
正社員が私だけなので大変。	人員不足		
慢性的な人員不足から現状では導入は難しい状況にある。	人員不足		
個別機能訓練の必要度の高いご利用者優先して、専任の看護師が、非常勤(月1回勤務)のPTの助言、指導を受け10名以内のリハビリを実践しているがLIFE導入まで、物理的に対応が難しい状況。	人員不足		
人手が足りない、介護力不足、LIFE以前の問題。	人員不足		
現在は理学療法士が退職したため、個別機能訓練ができていないが導入当時は機能訓練に力を入れており、必然的に導入した。	人員不足		
現在の職員体制(高年齢、少数)だと、負担が大きい。	人材不足		
通所介護は利用時間外で送迎があります。前後3時間程度。現在の書類作成業務でも手いっぱい残業をしている状況です。今後人材不足が加速する中でLIFEのシステムを活用し継続的に加算の算定を継続して行けるかが不安な所です。	人材不足		
LIFE導入に向けて、介護職も新たな業務が増える事になり、それを誰がどのように担当するのか全く決まっていない状態で導入義務が生じている。かたや介護職の業務負担軽減が叫ばれているが、状況が矛盾していると感じる。介護職の離職率も以前として高く、更に介護リーダーだから故の過重な業務負担が多い。	介護職員の負担増		
評価がしやすく、維持向上につながる取り組みであってほしい	評価がしやすいものであってほしい	評価が複雑	
評価項目が多すぎる。在宅生活の中で把握できにくい項目もあるので、評価しにくい	評価する項目が多すぎる		
聞き取り項目が多くて大変である。	聞き取り項目が多い		
LIFE自体が活用しにくい。→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。	システムへのご意見	システムへのご意見	
排せつ加算に導入していますが、ⅠからⅡ、Ⅲになる事は中々なく(介護度3~5の入所者なので)他の項目は良いと思うが…どうなんだろうといった感じです。	システムへのご意見		
システムそのものを撤廃してほしい。現場はとにかく、入所者のケアで、限界です。訳わからない加算や仕組みを増やさないとほしい。	システムへのご意見		
現状のLIFEでは活用するにも不十分な点が沢山あると思われる。また慢性的な人員不足から外国人に頼る事で何とか運営できているのが実情であり、このような状況でLIFEが浸透していくことはないと思います。	システムへのご意見		
使い方の問題かもしれないが、LIFE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。	システムへのご意見		
いきなりデータの検証を求めてたが、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。またフィードバックデータも還元されず、まず厚労省老健局内の体制を再構築いただきたい。	システムへのご意見		

LIFEを活用した介護過程実践についての意見	コーディング	中項目	大項目
<p>介護過程の実践を行っていない。LIFEのフィードバックに関しては、全国平均とご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。LIFEがご本位のニーズをとらえかね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。</p>	システムへのご意見		
<p>現在のところ、厚労省からのフィードバックが現場には全く示されない。LIFEを活用した、根拠のある介護実践を行わなければならないと理解し、加算算定のために設備準備へのお金と労力(時間)を使っているが、これは本当に利用者のためになるのだろうか。LIFEにかかる時間を利用者のためにもっと使いたい。現在の時点では疑問でしかない。</p>	システムへのご意見		
<p>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。正直、入力に追われて仕事がさらに非効率化している。ソフトとしてはポイントで全く使えない。学者が机の上で考えた理想のシステムに過ぎない。研究的な介護実践は対象者を絞って職員がターゲット集中してやるのが成功の秘訣。今のシステムは全員・全方位の成功を狙っているので結局うまくいかない。辛辣な意見だがこれは本音です。請求ソフトとつながっているのではなおさら(ミスが許されないので)困る。</p>	システムへのご意見		システムへのご意見
<p>新しいシステムは悪くないと思われるが、今まで活用してきた物事がうまく活用できたと思います。新たな加算を取るために必要なことと理解していますが、以前から普通に行っていたことも沢山あり、時代の流れを痛感しています。</p>	システムへのご意見		
<p>導入に値するエビデンスを示してほしい。</p>	システムへのご意見		
<p>まだまだ周知ができていない。積極的に導入を進めるのであれば、参加に強制力を持たせないと難しいと思います。</p>	システムへのご意見		
<p>情報集積後のフィードバック内容が陳腐すぎる。仕事を増やすのであれば十分な対価を用意するのはもちろん。利用者の利益につながるようなものであればいいが、目的や方法を十分に検討されていないまま導入されている。ICTをやってますのポーズだけの施策。</p>	システムへのご意見		

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 χ^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 χ^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 χ^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

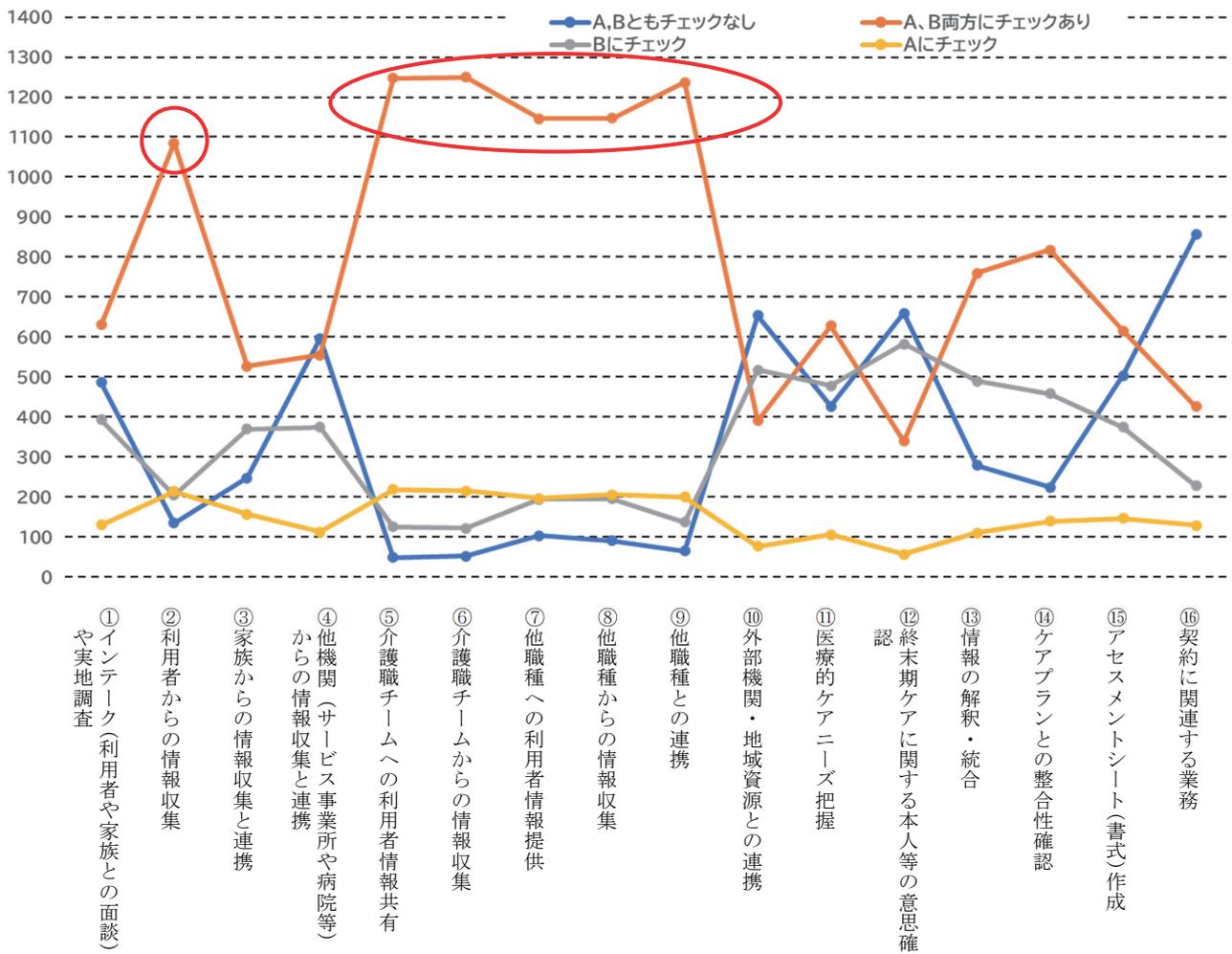
①問 6 利用者のアセスメント

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。

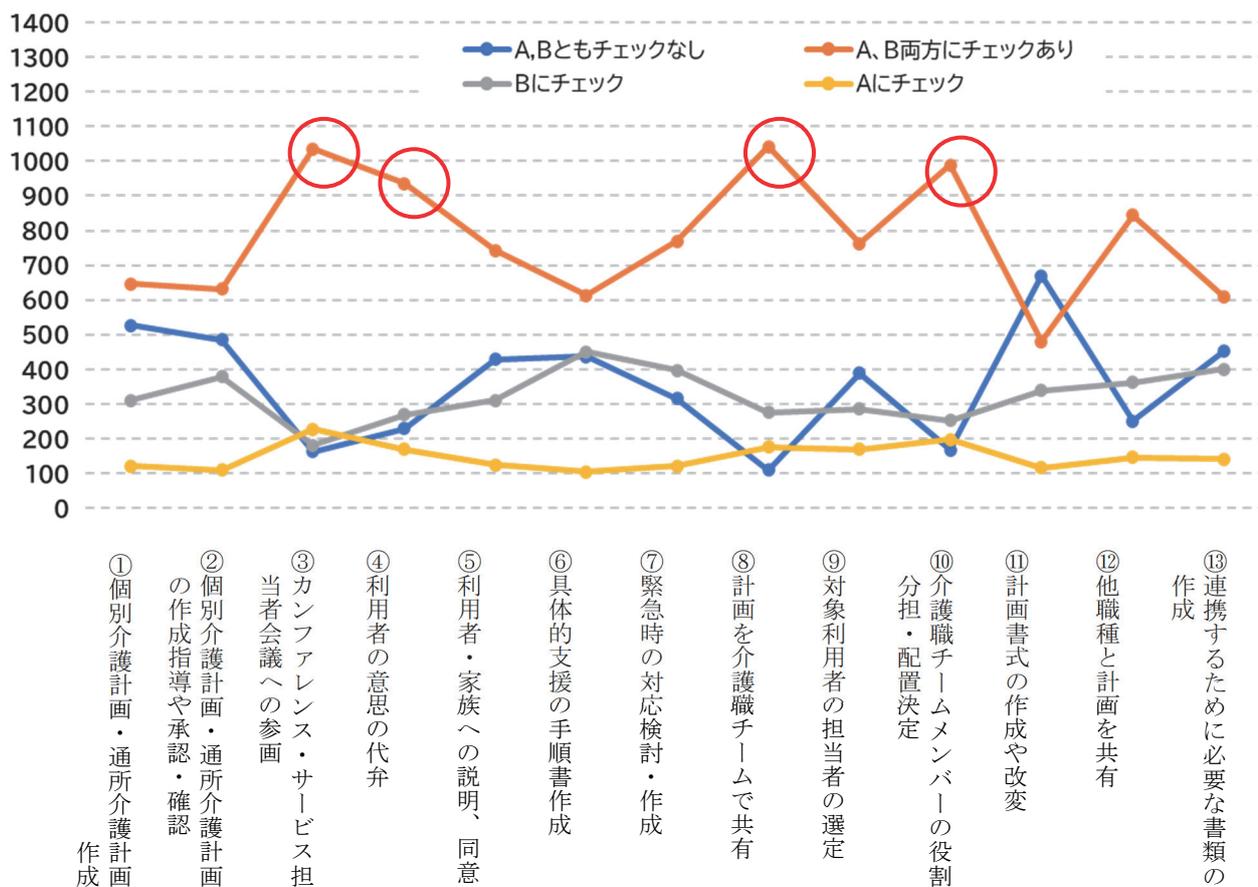
A、B両方にチェックが入らなかった項目で高かったのは、「①インテーク (利用者や家族との面談) や実地調査」「④他機関 (サービス事業所や病院等) からの情報収集と連携」「⑩外部機関・地域資源との連携」「⑫終末期ケアに関する本人等の意思確認」「⑯契約に関連する業務」であった。

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。

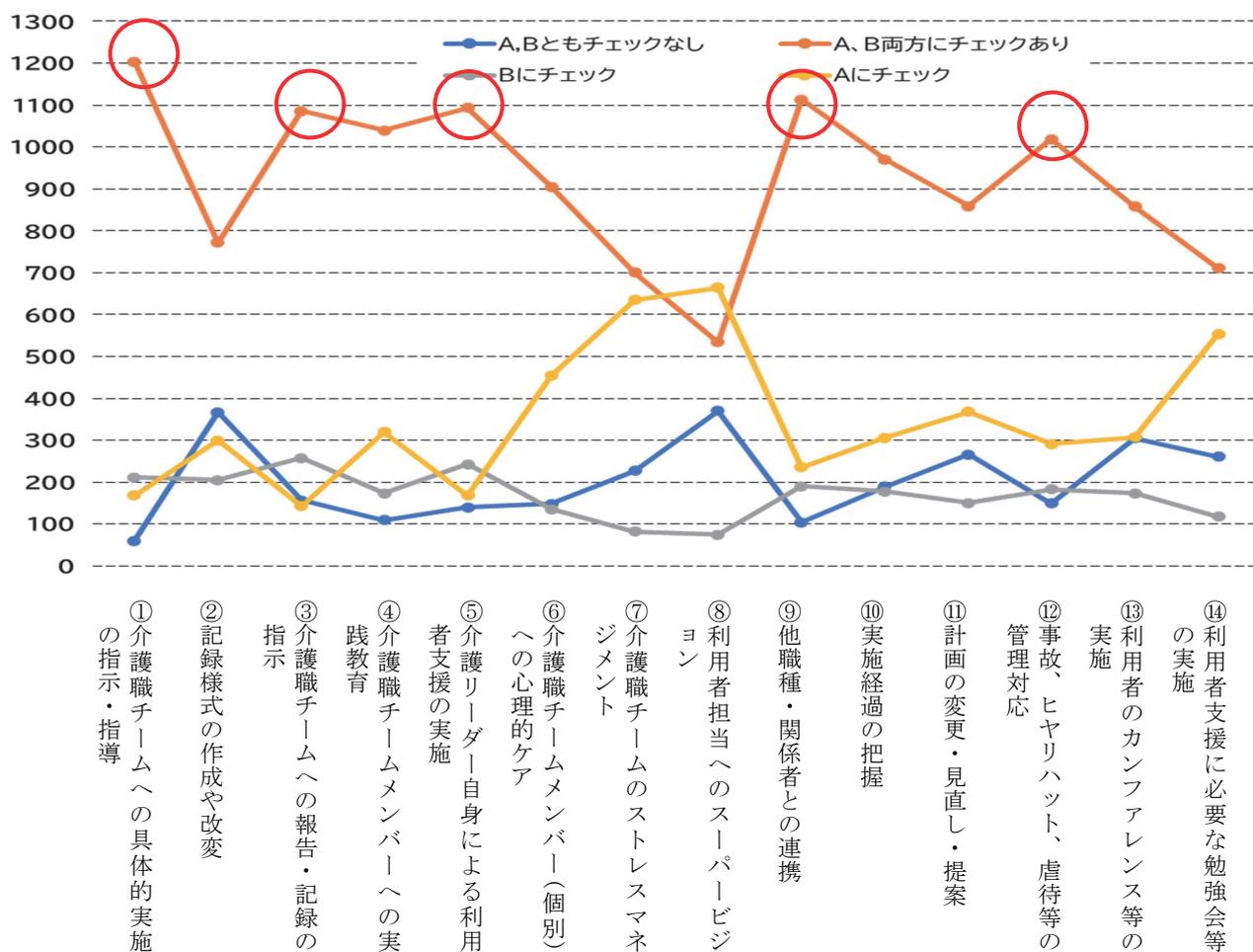
③問 10 利用者への支援の実施

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。

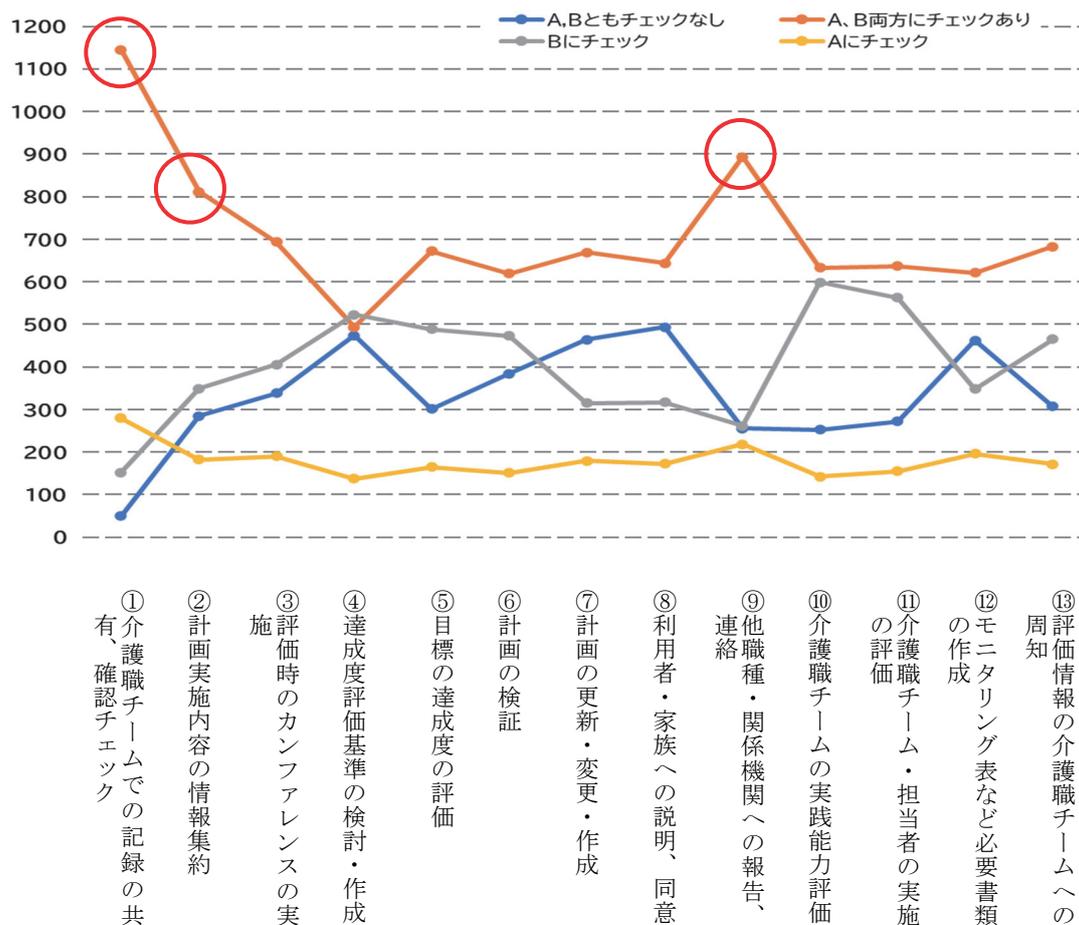
④問 12 利用者への介護の評価

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。

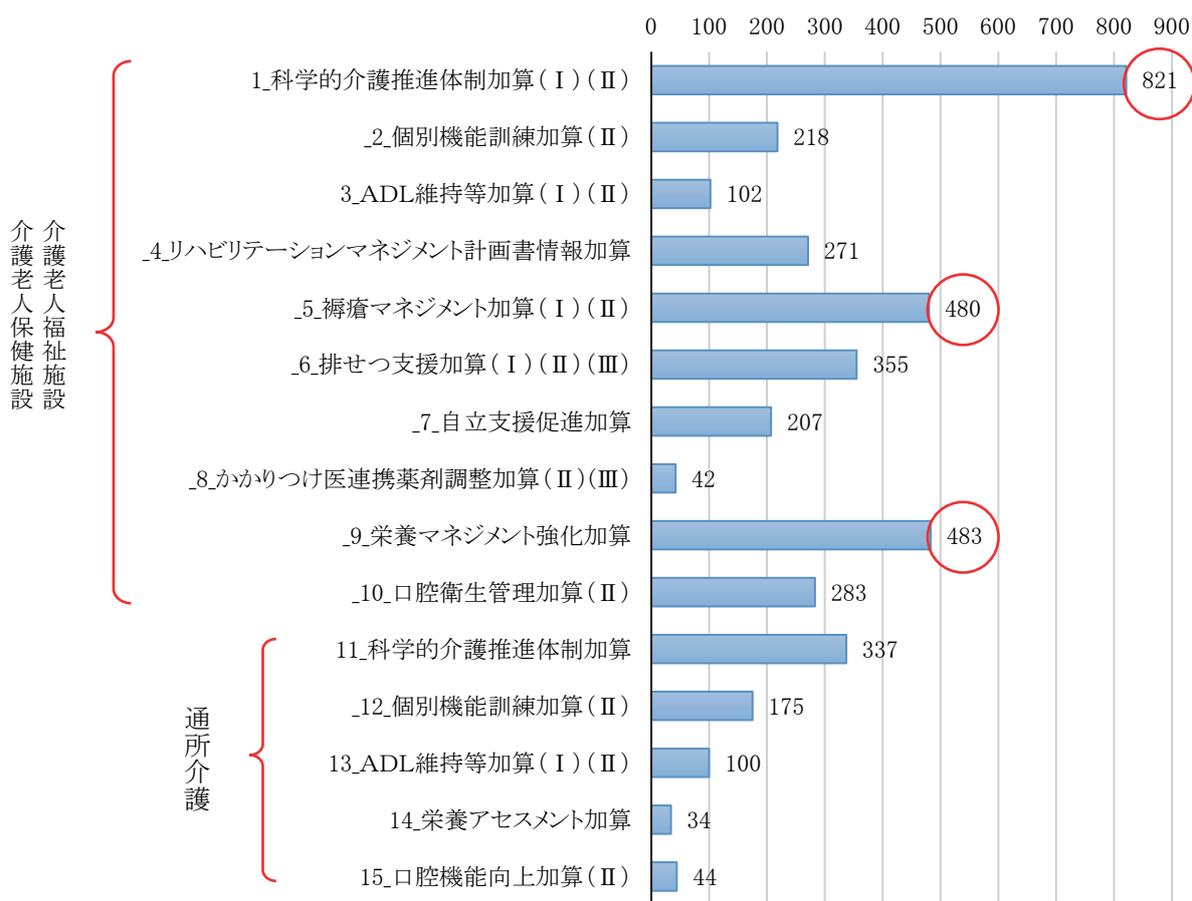
Bのみにチェックが入った項目で高かったのは、「④達成度評価基準の検討・作成」「⑩介護職チームの実践能力評価」「⑪介護職チーム・担当者の実施の評価」であった。

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



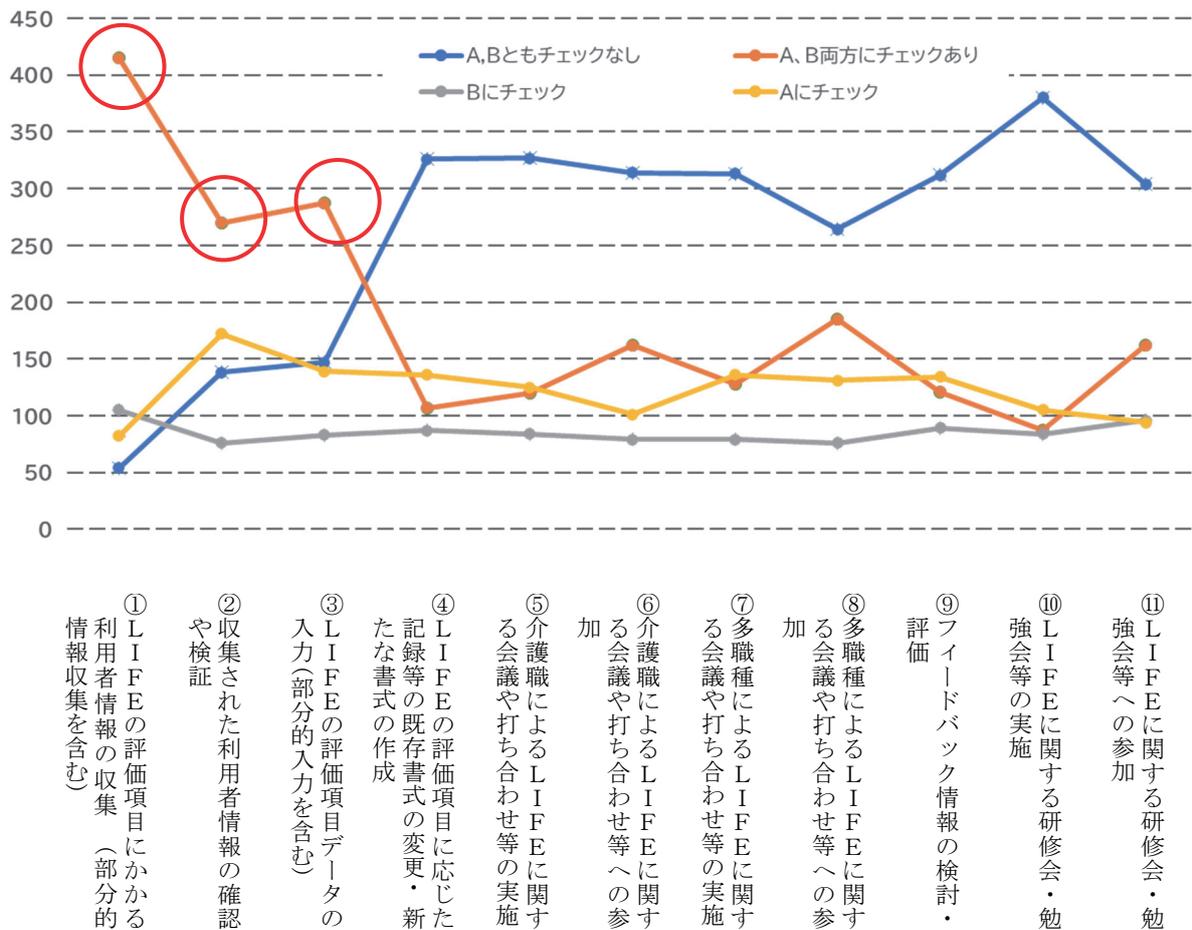
L I F Eの加算項目を施設別でみると、科学的介護推進加算は介護老人福祉施設が 448(加算を算定している施設・事業所の内 90%、以下同様)、介護老人保健施設が 373(92.3%)であり、ともに多くの施設が加算算定していることがわかる。褥瘡マネジメント加算は介護老人福祉施設が 202(40.6%)、介護老人保健施設が 278(68.8%)であり。排せつ支援加算は、介護老人福祉施設が 123 施(24.7%)、介護老人保健施設が 232(57.4%)、自立支援促進加算は、介護老人福祉施設が 56(11.2%)、介護老人保健施設が 151(37.4%)であった。栄養マネジメント強化加算は介護老人福祉施設が 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、「① L 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」「③ L 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。

「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」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 χ^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 χ^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。

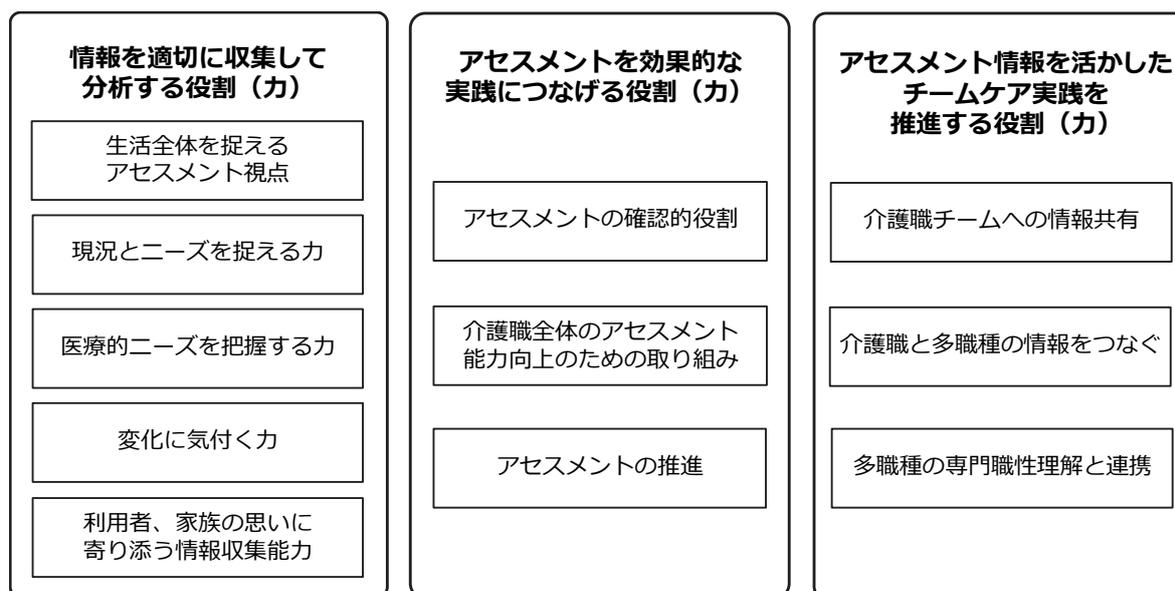
◆アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)

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。

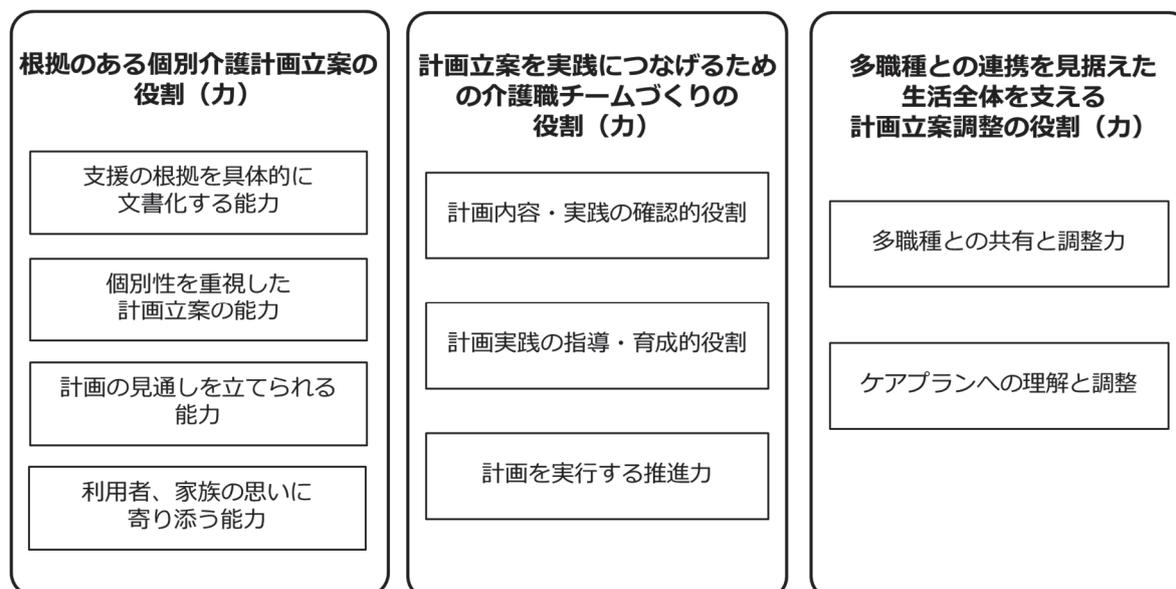
◆計画立案を実践につなげるための介護職チームづくりの役割（力）

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。

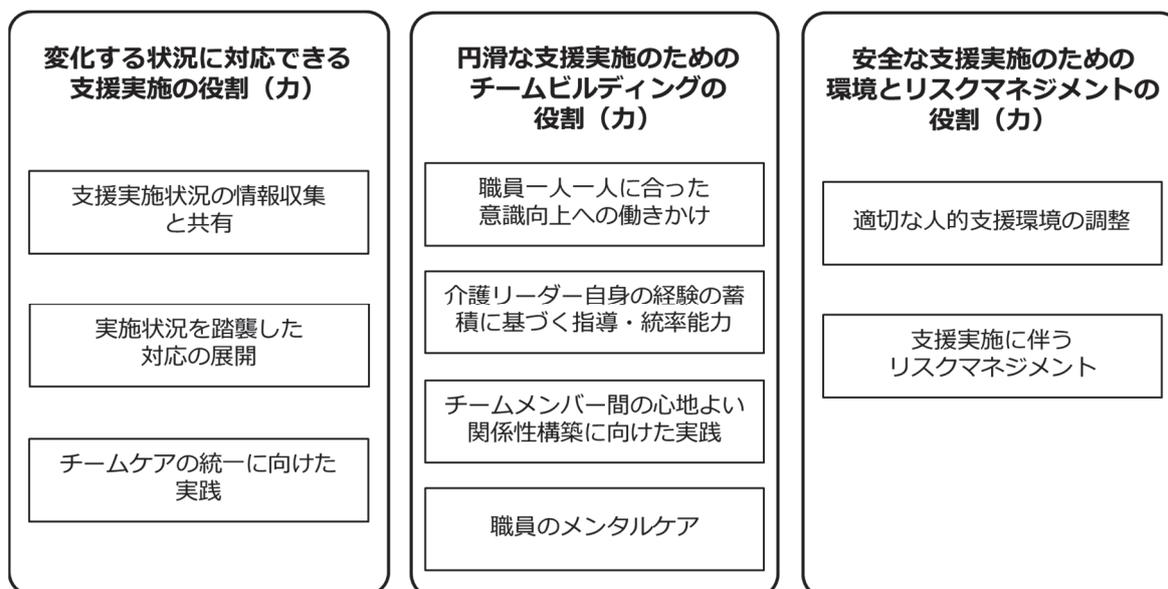
◆円滑な支援実施のためのチームビルディングの役割（力）

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。

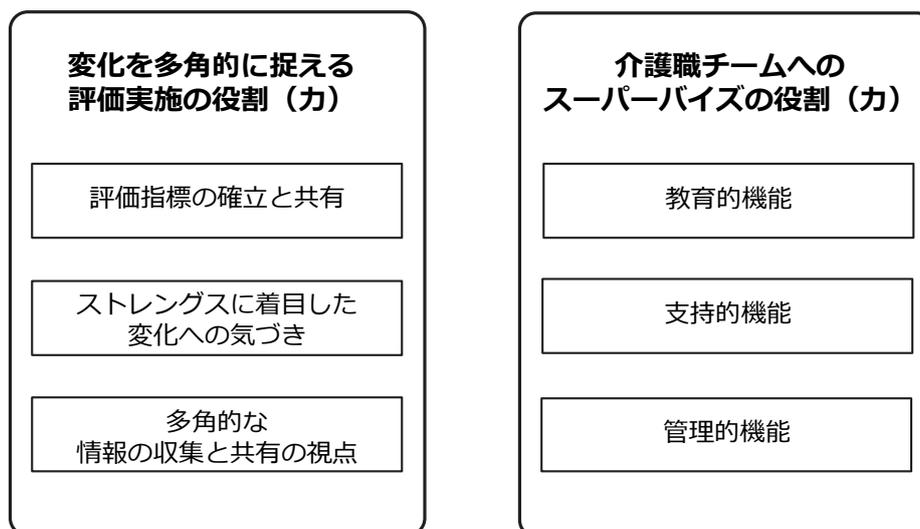
◆変化を多角的に捉える評価実施の役割（力）

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。

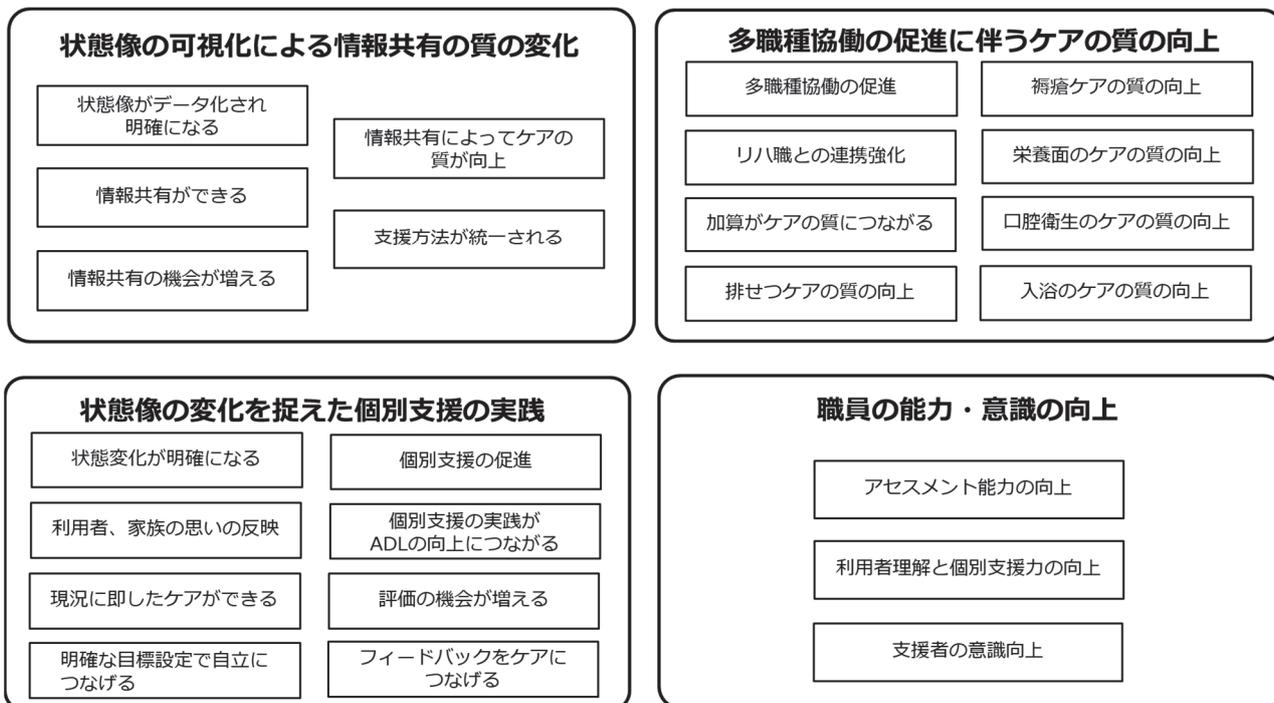
◆状態像の変化を捉えた個別支援の実践

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。

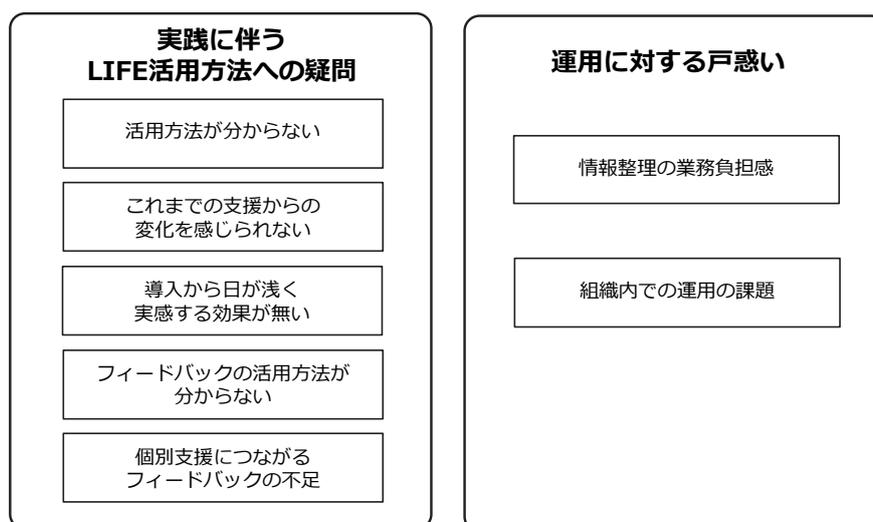
◆実践に伴う L I F E 活用方法への疑問

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。

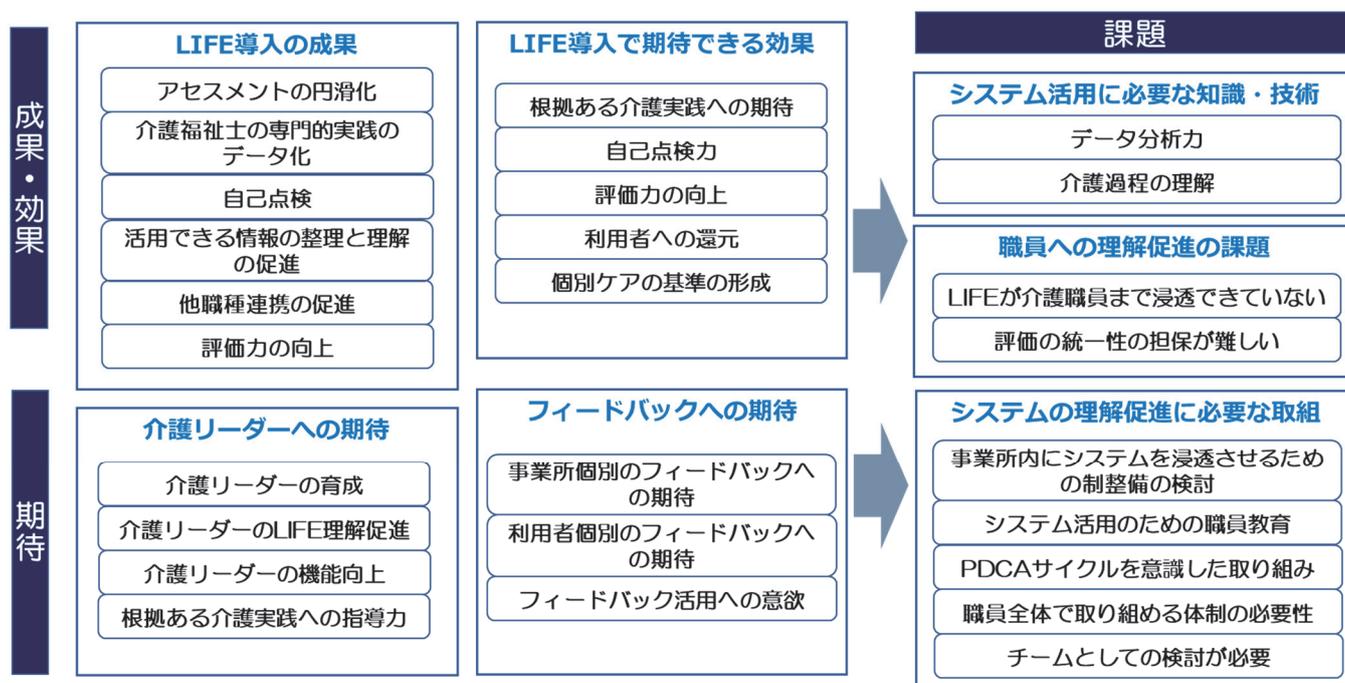
① L I F E を活用した介護過程実践で得られた成果・効果と課題

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】の機会を保証し、【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

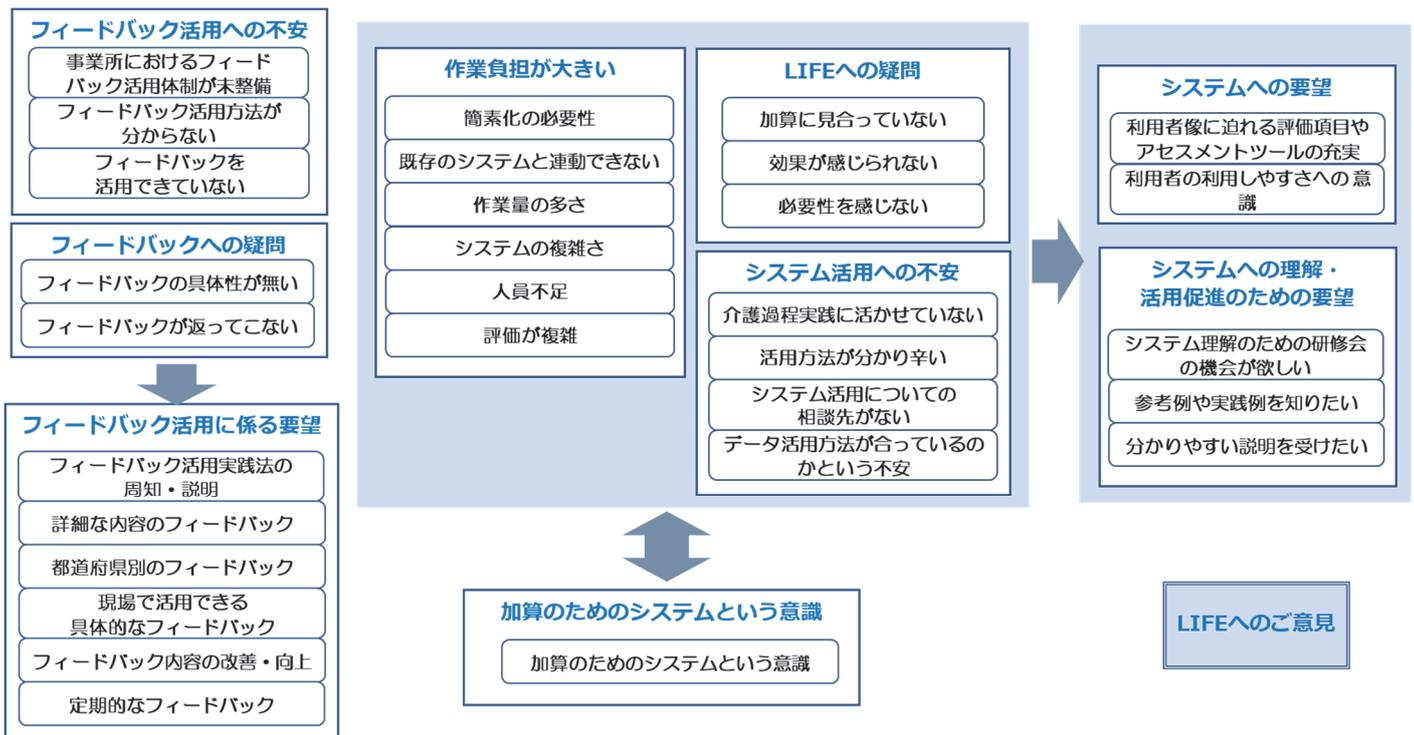
L I F Eシステムへの理解・活用促進のための要望として、事例を用いた情報分析やデータ活用方法の教育研修や PC サポートの研修などの【システム理解のための研修会の機会が欲しい】、

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の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>■ 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"> ・利用者からの情報収集 ・介護職チームへの利用者情報共有 ・介護職チームからの情報収集 ・他職種への利用者情報提供 ・他職種からの情報収集 ・他職種との連携 <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"> ・外部機関・地域資源との連携 ・医療的ケアニーズ把握 ・終末期ケアに関する本人等の意思確認 ・情報の解釈・統合 ・ケアプランとの整合性確認 <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"> ・インテーク(利用者や家族との面談)や実地調査 ・他機関からの情報収集と連携 ・契約に関連する業務 	<p>■ 情報を適切に収集して分析する役割(力)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 <p>■ アセスメントを効果的な実践につなげる役割(力)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントの確認的役割 ・介護職全体のアセスメント能力向上のための取り組み ・アセスメントの推進 <p>■ 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職チームへの情報共有 ・介護職と多職種の情報をつなぐ ・多職種の専門職性理解と連携

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"> ・カンファレンス・サービス担当者会議への参画 ・利用者の意思の代弁 ・計画を介護職チームで共有 ・介護職チームメンバーの役割分担・配置決定 <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"> ・具体的支援の手順書作成 ・緊急時の対応検討・作成 ・他職種と計画を共有 ・連携するために必要な書類の作成 <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"> ・個別介護計画・通所介護計画作成 ・個別介護計画・通所介護計画の作成指導や承認・確認 ・計画書式の作成や改変 	<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"> ・支援の根拠を具体的に文書化する能力 ・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 <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"> ・計画内容・実践の確認的役割 ・計画実践の指導・育成的役割 ・計画を実行する推進力 <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"> ・多職種との共有と調整力 ・ケアプランへの理解と調整

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>■ 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"> ・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 ・介護リーダー自身による利用者支援の実施 ・他職種・関係者との連携 ・事故、ヒヤリハット、虐待等の管理対応 <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"> ・介護職チームへの報告・記録の指示 ・介護リーダー自身による利用者支援の実施 <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"> ・記録様式の作成や改変 ・利用者担当へのスーパービジョン 	<p>■ 変化する状況に対応できる支援実施の役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・チームケアの統一に向けた実践 <p>■ 円滑な支援実施のためのチームビルディングの役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人一人に合った意識向上への働きかけ ・介護リーダー自身の経験の蓄積に基づく指導・統率能力 ・メンバー間の心地よい関係性構築に向けた実践 ・職員のメンタルケア <p>■ 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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

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>■ 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"> ・介護職チームでの記録の共有、確認チェック ・計画実施内容の情報集約 ・他職種・関係機関への報告、連絡 <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"> ・達成度評価基準の検討・作成 ・介護職チームの実践能力評価 ・介護職チーム・担当者の実施の評価 <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"> ・計画の更新・変更・作成 ・利用者・家族への説明、同意 ・モニタリング表など必要書類の作成 	<p>■ 変化を多角的に捉える評価実施の役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価指標の確立と共有 ・多角的な情報の収集と共有の視点 ・ストレngthsに着目した変化への気づき <p>■ 介護職チームへのスーパーバイズの役割（力）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育的機能 ・支持的機能 ・管理的機能

(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ついて、施設・事業所別と職位で χ^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られることもできる。

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。

第3章 LIFEを活用した介護過程実践 に関する調査（ヒアリング調査）

1. ヒアリング調査の枠組み

(1) 目的と方法

本調査では、介護過程の実践をLIFE活用とどのようにコミットさせているか、介護福祉士はどのような役割であるか、介護福祉士に求められる能力は何か等、具体的事例等をとおして把握する。ヒアリング調査項目を柱として、半構造化面接の手法によるヒアリング調査を行った。

図表 3-1 主なヒアリング項目

主なヒアリング項目
1. 介護職チーム体制について
2. LIFEの状況について
3. 介護過程実践と介護リーダーに必要な役割及び求められる能力について
4. 介護過程実践をとおして利用者にはどのような変化があったか
5. LIFEを活用し介護過程実践を向上するために、介護福祉士にはどのような知識・技術が必要か

(2) 調査対象と調査実施日

本調査対象の施設・事業所を抽出するにあたり、介護過程を実践しかつLIFEを導入していることを要件に、検討委員会委員や事業者団体や職能団体等に推薦を依頼し、推薦された施設・事業所に対しては、それぞれ zoom にて、本調査研究事業の概要や本調査の目的及びヒアリングガイド等の説明を実施し、同意を得た施設・事業所を調査対象とした。ヒアリング調査においては、検討委員会委員より調査担当者を選出した。

図表 3-2 調査対象と調査実施日

種別	施設・事業所名／所在地	場所	実施日時	調査者
特養	菜の花 ／静岡県	対面 zoom	令和 5 年 1 月 13 日(金) 13 時～15 時	野田由佳里委員
特養	若久サテライトビレッジ ／福岡県	対面 zoom	令和 5 年 1 月 19 日(木) 10 時～12 時	武田啓子委員
老健	グリーンコート三愛 ／北海道	対面	令和 4 年 12 月 2 日(金) 14 時～16 時	真田龍一委員
老健	サンヒルきよたけ ／宮崎県	Zoom	令和 4 年 12 月 12 日(月) 16 時～18 時	野田由佳里委員
通所	ゆめふる飾磨恵美酒店 ／兵庫県	対面	令和 4 年 11 月 21 日(月) 10 時～12 時	武田卓也委員
通所	アゼリーアネックス ／東京都	対面	令和 5 年 1 月 23 日(月) 15 時～17 時	本名靖委員長

(3) ヒアリングガイド

令和4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事業
ヒアリングガイド

◆ 本ガイドは、ヒアリング調査の権限、そしてスムーズに実施されるように、ヒアリングを受ける側、ヒアリングをする側が情報を共有するために作成されています。

◆ ヒアリング内容、事前の準備、留意点などを記載しています。

1. 目的
 - 本事業では、科学的介護情報システム(LIFE)を活用した介護過程実践における介護福祉士に必要な能力等の整理及び検討を行い、これらの能力や実践力に対応した介護過程教育内容等のあり方の方向性を示すことを目的としています。
 - 本調査では、介護過程の実践をLIFE活用とどのようにコミットさせているか、介護福祉士はどのような役割であるか、介護福祉士に求められる能力は何か等、具体的事例等とおして把握します。
2. 調査対象
 - ① 要件：LIFEを導入及び介護過程を実践していること
 - ② 種別：特別養護老人ホーム 2か所
介護老人保健施設 2か所
通所介護事業所 2か所
 - ③ 対象者：介護福祉士資格を有し、施設・事業所における介護過程実践について回答できる方
 - ・介護現場でリーダー的な役割やまとめ役を担っている専任職員の方
 - ・お一人ではなく、複数名でのご対応も可能

3. 調査方法
 - ① 実施者：検討委員会委員1名及び事務局
 - ② 場所：Zoom(リモート)または対面
 - ③ 期間：11月～12月
 - ④ 時間：90分程度
 - ⑤ 方法は、ヒアリング対象者のご都合を優先いたします。
日時は、アンケート調査項目を柱として、半構造化面接の手法によるヒアリングを行います。

4. 調査担当委員
 - 本委員 委員長 社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 理事・総務課長
 - 及川 ゆりこ 委員 公益社団法人日本介護福祉士会 会長
 - 真田 龍一 委員 全国福祉高等学校校長会 事務局次長
 - 武田 啓子 委員 日本福祉大学 教授
 - 萩田 卓也 委員 大阪人間科学大学 教授
 - 野田 田佳里 委員 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 理事
(聖隷クリストファー大学 教授)
 - 古川 和穂 委員 東洋大学ライフデザイン学部 教授

※上記調査担当委員の中から、1委員及び事務局によりヒアリングをいたします。
5. 調査内容
 - アンケート調査票の回答をもとに詳しくお聞きします。
 - 別紙2 調査内容についてお聞きします。別紙2をご参照ください。
6. 事前のお願い
 - ヒアリング調査対象の事業所様には、事前に添付のアンケート調査票のご回答をお願いいたします。(複数名参加の場合は、どなたか代表の方がご回答ください)
 - ヒアリング調査に对应いただいた方について、別紙1にご記入をお願いいたします。
 - 別紙2 調査内容については、ヒアリング調査当日にご質問をいたしますので、お答えできるようにご準備をお願いいたします。
 - アンケート調査票及び別紙1は、同封の封筒にてヒアリング調査日時の1週間前までに事務局に返送ください。
7. 調査結果の活用

ヒアリング結果は、本事業の目的であるLIFEを活用した介護過程実践における介護福祉士に必要な能力や実践力に対応した介護過程教育内容等のあり方の検証、必要事項の検討に活用します。
8. 個人情報・プライバシーの保護取り扱いについて
 - ヒアリング内容をそのまま報告書等に掲載することはありません。また、結果のまとめ方、その内容については、すべて確認をさせていただきます。承諾を得てから掲載いたします。
 - 個人を特定した結果の表出しはいたしません。
 - 本事業の報告書には、ご協力者として施設・事業所名、ご担当者様の職位及び氏名を記載する予定ですが、匿名を希望の場合はお申し付けください。

9. 留意点について
- 回答できない内容等は遠慮なくお申し出ください。これにより不利益が生じることはありません。
 - ヒアリングは記録のため録画・録音をいたします。
 - 実施担当の検討委員及び事務局によりヒアリング内容のまとめ及び分析等を行います。
 - ヒアリング結果及び関連資料は、本調査の目的以外では利用いたしません。
 - 一定の保存期間を経て、すべてのデータを消去いたします。

10. 本調査に関するお問い合わせ先
 ご不明な点等ございましたら、下記連絡先までお願いいたします。

連絡先：株式会社コモン計画研究所 担当：相澤、瀧井
 〒166-0015
 東京都杉並区成田東5丁目35-15 サブラザF2階
 電話：03-3220-5415
 mail：takii@comon.jp
<https://www.comon.jp/>

別紙1 ヒアリング調査ご協力者

ヒアリングにご協力いただける方についてお教えてください。複数の場合はそれぞれお教えてください。

氏名	職位	経験年数	介護福祉士資格・他資格等

別紙2 調査内容

A) 介護職チーム体制を教えてください。

- 施設・事業所における介護職チームの状況
 - ・どのような編成、チームの数、など
- 1チームあたりの具体的体制
 - ・介護職：()名 うち介護福祉士()名
 - ・介護リーダー：()年、職位()、資格()
 - ・利用者数：()名

B) L I F E の状況について教えてください。

- L I F E の導入について
 - ・L I F E の導入時期
 - ・L I F E を導入するにあたっての課題、またどのように課題を解決したかなど

C) 介護過程実践と介護リーダーに必要な役割及び求められる能力について教えてください。

	介護過程実践		介護過程実践にL I F Eを活用すること	
	ア 介護過程実践の状況	イ 介護リーダーに必要な役割・能力/その理由	ウ L I F Eを活用した介護過程実践の状況	エ 介護リーダーに必要な役割・能力/その理由
① アセスメント				
② 計画立案				
③ 実施				
④ 評価				

D) 介護過程実践をとおして利用者にはどのような変化がありますか。

E) L I F Eを活用し介護過程実践を向上するために、介護福祉士にはどのような知識・技術が必要だと思いますか。

2. ヒアリング調査結果

(1) ヒアリング調査対象の基本情報

①特別養護老人ホーム 菜の花

法人名(所在地)	社会福祉法人 聖啓会(静岡県)
介護チーム体制	1 ユニットあたり 介護職 5～6 名内、介護福祉士 0～3 名 ユニットリーダー(5～10 年、介護福祉士)
利用者数	1 ユニット 10 名、1 フロア 30 名、長期ユニット 70 名
LIFE導入時期	令和 3 年 4 月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) ・褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ) ・排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) ・自立支援促進加算
個別介護計画の有無	なし ケアプランで対応(電子カルテの情報分析シートを活用)

②地域密着型介護老人福祉施設 若久サテライトビレッジ

法人名(所在地)	社会福祉法人 久英会(福岡県)
介護チーム体制	1 ユニットあたり 介護職 4～5 名(内、介護福祉士 2～3 名) 介護リーダー(ユニットリーダー)14 年、介護福祉士
利用者数	3 ユニット(29 床)
LIFE導入時期	令和 3 年 4 月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) ・褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ) ・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)(Ⅲ)
個別介護計画の有無	なし ケアプランのなかで、個別介護計画立案を行っている

③介護老人福祉施設 グリーンコート三愛

法人名(所在地)	医療法人社団 千寿会(北海道)
介護チーム体制	介護職 49名(内、介護福祉士 39名 内、外国人介護職 7名) 介護リーダー7名 全介護職が全利用者(既存棟とユニット)を担当する体制
利用者数	100名
LIFE導入時期	令和3年4月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・自立支援促進加算 ・口腔衛生管理加算(Ⅱ)
個別介護計画の有無	あり 介護リーダーが作成

④介護老人保健施設 サンヒルきよたけ

法人名(所在地)	社会医療法人 耕和会(宮崎県)
介護チーム体制	介護職 30名(内、介護福祉士 19名) 介護士長(介護リーダー)1名、介護主任 2名
利用者数	80名
LIFE導入時期	令和3年4月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(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) ・かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)(Ⅲ) ・栄養マネジメント強化加算
個別介護計画の有無	なし ケアプランに含まれている

⑤通所介護 ゆめふる飾磨恵美酒店

法人名(所在地)	株式会社やさしい手(兵庫県)
介護チーム体制	介護職員 5名 (内、正職員・介護福祉士 2名、正職員以外 3名・介護福祉士 2名) 介護リーダー1名(管理者)
利用者数	52名(定員 24名)
LIFE導入時期	令和4年1月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算 ・栄養アセスメント加算
個別介護計画の有無	通所介護計画 生活相談員(介護福祉士)が作成

⑥通所介護 アゼリーアネックス

法人名(所在地)	社会福祉法人 江寿会(東京都)
介護チーム体制	介護職 19名(内、介護福祉士 5名) 介護リーダー(6年、副主任・介護福祉士)
利用者数	36名(定員 54名)
LIFE導入時期	令和3年5月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> ・科学的介護推進体制加算 ・個別機能訓練加算(Ⅱ)
個別介護計画の有無	通所介護計画 生活相談員(介護福祉士)が作成

(2) アセスメント

①介護過程実践状況（要点の抜粋）

- 全介護職員が入所者情報について利用者や家族から聞き取りを行い、初回アセスメント票を作成している。次に部屋担当介護職は個別事故予防シート、センサー使用アセスメントシート等の各アセスメント票を作成する。褥瘡アセスメントシートは主に看護師が作成している。
- L I F Eの科学的介護推進情報を用いてADL状況の把握を行っている。これまでは介護職の主観が多かったが、L I F Eを活用したことで、例えば立ち上がりとか声をかける回数等がより深掘りされ、ADL以上にQOLについてのアセスメント力がつき、観察力がひろがった。
- L I F Eの項目は、座位保持、立位、立ち上がり、離床から、全て排せつ介助が加味されているので、例えば、その時間を見ながら、今だったらこの起きている時間の排せつの誘導ということにつなげられるんじゃないか等、従来のアセスメントではなかなか見つけられなかった点を数値化することで、より正確になった。
- 介護職は利用者のアセスメントをする段階で、リハ職が入力したL I F Eを引用し、介護職が疑問に思うことはリハ職に確認して、統一を図っている。
- 利用者入所後1週間、それぞれの専門職がアセスメントを実施。介護職は入所前の在宅生活面の情報、生きてきた人生、利用者の思い、また家族に積極的に関わっていくように心がけて、そこからの情報を基にアセスメントをしている。
- 1週間後の他職種と意見交換を実施し、例えば、リハ職に対して利用者はトイレで排せつしたい希望があるので生活の環境を整えるには何かないか等ケアにつなげている。
- 医療・看護・リハビリ・管理栄養・介護支援専門員・支援相談員との情報共有ツールとしてL I F Eを活用することができる。
- 排せつ支援に関しては、より具体的な失禁の分類や、排せつ形態についても細かく評価することができる。
- バーセルインデックスを評価基準とし、機能評価を実施している。
- 介護現場では、L I F E自体がADLを評価するものにとどまっている。現場はどうしてもQOLを大切にしているため、どちらかを取るかとなったときは、利用者のADLは少し下がってもこれからの残された1年間が豊かなものだったらいんじゃないか、たとえ自分でご飯が食べられなくなっても、誰かが食べさせおいしい一さじをむせなく食べられるのならQOLを取ろうという考えである。L I F Eを導入することにより、そのADLとQOLとに乖離があったため今その差を埋めている。
- L I F Eの加算書類には、介護福祉士の入力が必要である項目がない。褥瘡だったら看護師、科学的介護推進に関する評価は生活相談員やケアマネジャー、口腔・栄養は栄養管理士と、ほかの専門職だけでも作成可能である。しかも全部手作業での入力なので、いつやるのと。その心理的なものや作業量、作業時間が壁になっている。
- 全介護職がアセスメントの視点を共有することが大事であることから、介護職がアセスメントを作成し、またカンファレンスで使用している。
- 非常勤の介護職も担当利用者のアセスメントをしている。逆に現場の主任から上はアセスメントを取っていない。
- 既存の身体状況確認のアセスメントシートを使っている。
- 利用者のカンファレンスは月に1回行う。全介護職がカンファレンスで介護計画を完成させるような

イメージで、ケアプランまで一緒に連動させて整合性を持たせている。

- 新人の介護職でも早めに担当を持たせている。
- ADL維持等加算は今算定のために入力、L I F Eの数値をみるよう意識づけをしている。
- 栄養アセスメントは、体重、BMIの数値が見えるので、L I F Eに入力するときには必ず確認を取っている。そこから課題、食事の量とか、召し上がれていなかったら訪問診療に連絡し、召し上がっていただくためのサポートを相談し、高カロリーの補助食品等を処方していただいている。
- アセスメントの部分は自社のアセスメントシートを使い、プラスアルファして、それを基にL I F Eに入力している。そのままケアマネジャーに渡せたら一番いいと思う。
- 栄養アセスメント加算を算定するにあたり、栄養の勉強会を月に1回開催。具体的な知識や、事例検討をおこない、知識を高めている。
- ADL、I ADLチェック表の書式がリハビリのアセスメント項目になっており、3か月に1回利用者全員に対し実施している。
- L I F Eの入力は理学療法士が実施し、介護職が確認をしている。

②介護リーダーの役割・必要とされる力

- 介護リーダーは、言語化できずアプローチがわからない一般介護職に対し、利用者を見たときに何を感じるのかを掘り下げてひもとき、答えを導くというような指導をしている。
- 介護リーダーがL I F Eを入力することにより、責任感が増し、こういうところのケアに気をつけましょうと先頭を切ることでまとまることができている。
- 介護リーダーは利用者・家族からの情報収集の技術及び情報収集をとりまとめる力が必要である。
- I C Fステージングを使用しできるADLを評価しているのでI C Fステージングの理解力が必要である。
- 多職種からの情報を含めた利用者像をみる力、把握する能力が必要である。
- ユニットリーダーに対しては、介護福祉士にとっての気づきがなければ何も生まれないと気づきの可視化を意図的に伝えている。
- 経験の浅い介護職に対しては、利用者の言動やその日の状態（食事摂取、歩行、排せつ、バイタル、顔色、元気等）の情報から「いつもと違う」と感じた気づきを積極的に記録、他の職員と共有し気づきの可視化を図っている。
- 介護リーダーには、言葉で表すことの難しい利用者の声なき声を拾っていける力、信頼関係の上にケアは成り立ち、個々の利用者の変化や気づきを拾い（情報収集）、次に結びつけていける、思考の言語化を培うことができるコーチング能力が必要である。
- 介護リーダーは、評価基準であるバーセルインデックスとは何かをほかの職員に伝達するためには、介護リーダー自身がまず知らなければならない。そして周知のためには、例えばL I F E委員会を立ち上げるなど施設全体の組織力とマンパワーがないと難しいと思う。
- 事業所がI S Oを取り入れており、アセスメントの視点を全職員共有することが大事であることから、アセスメントは介護職員全員で取り組んでいる。介護リーダーは介護職が作成したアセスメントを独自に作成したチェックリストを基に漏れがないか確認し、視点を共有して、それをカンファレンスで使用している
- 介護リーダーはカンファレンスを行う前にアセスメントを確認しそこで一旦指導している。

- 新人介護職でも早めに担当を持たせるため、介護リーダーは、カンファレンスを通して指導ができ、またカンファレンスを通してスーパービジョンにつなげる体制である。
- コミュニケーション能力は家族やケアマネジャーに対してとても重要であり、また利用者に直接聞くに当たっては、どれだけニーズを聞き出せるかを養っていけるように、生活相談員（＝介護福祉士）に指導している。

（３）計画立案

①介護過程実践状況（要点の抜粋）

- これまでの個別介護計画に、L I F Eの自立支援加算項目とバイタリティインデックス（R4 にない項目の補完）を入れた書式に変更した。
- 個別介護計画は、介護リーダーが作成している。L I F Eの自立支援項目にチェックをつけ、課題とニーズに記載を行ってケアプランの日付に合わせて作成している。
- 個別介護計画を作成した段階で、チャットワークを活用し、個別介護計画でこういうふうになりました介護ソフトに入っているのでも参照をお願いしますという申し送りをしている。
- 全体ミーティングを開いて、この利用者はこういうふうになったからここに気をつけてください、こういう個別介護計画になったのでここをお願いしますというような形で周知をしている。夜勤者もリモート参加してもらうことになっているので、一応全介護職員が集まれる状態になっている。
- これまで排せつ介助が時間帯や利用者のペースというものが、幾らアセスメントしても、お朝か昼か夕方かの3パターンでしか考えられなかったが、変更した個別介護計画では、座位保持の時間、意欲というものを見た中で何とか調整して、この時間が一番適切だと対応できるようになった。
- 個別介護計画はケアプランに含まれるため、利用者の担当介護職がケアプランを作成しケアマネジャーが確認をしている。
- 計画立案する上で、まず利用者の思いや不安に思うことを聞き取った上で、利用者がどのような生活をしていきたいのか、どのような生活を望まれているのか等を、対話の中、生活の中で関わりの中で見つけていき、様々なニーズをどう実現するかを介護職や他の専門職の意見を聞いて計画立案し、また実施できる環境を整えている。
- 介護職で排せつ支援チームをつくっていて、どういうふうにしていけば排せつのレベルが上がっていくのか、在宅復帰のためにパッドの回数や、おむつ業者と連携しリハビリパンツを選定している。
- 排せつ支援計画書は、排せつ委員会が担当介護職と情報共有し作成している。
- ケアプランと排せつ支援計画を共有しやすくなった。
- 排せつ支援計画では、どの項目を目標にするかが明確になり、ケアにつなげることができるようになった。
- 利用者の「できること」「できないこと」の把握を行ったうえで、「小さな目標設定」を立案している。動作分析を行い、段階を区切って、利用者・介護職双方が可能な目標を設定している。
- 計画立案は、独自のアセスメントを使用して課題分析した計画をもとに、カンファレンスで個別介護計画も担うケアプランを作成する。介護過程、ケアプラン作成書類は、グループ法人全体で同じ電子カルテを利用し、情報が常にリアルタイムで共有されている。

- バーセルインデックスに関しては、理学療法士から介護リーダーに指導してもらい、介護リーダーがまずバーセルを取るような流れを組み、自立支援に関しては、他職種と役割分担を明確にした上で作成を開始した。
- ADLに関しては現場の介護職が、医療面に関しては看護師が、支援計画に関してはケアマネジャーが担当、最終的にケアマネジャーが確認して書類を作成している。
- ・L I F Eの導入に当たって個別機能訓練計画書の書式が定められ、前回の改定の際にI C Fが入ってきて、目に触れる機会もあるがまだまだ利用するには至っていない。
- L I F Eを導入したことで、計画書類作成にあたり家族の意向を聞く機会が増え、介護職は以前よりも意向の重要性を感じている。
- 生活相談員または介護リーダーが担当者会議に参加し、ケアプランをいただいた上で生活相談員が通所介護計画を作成している。
- 生活相談員は通所介護計画書を作成するようになり、ケアプランを理解するようになった。
- 介護職員は、利用者に対し通所介護計画書について説明しサインをもらうため、生活相談員（＝介護福祉士）は介護職員に例えばこの理由で計画書が新しくなって、中身がこのように変わっているというのを伝えるので計画書の理解につながっている。
- 共有メールで介護職全員が利用者のことを把握できるように、利用者の情報が全部、薬情も全部入れるようにしている。看護師は必ず薬情や看護サマリー等の確認を取るようにしている。既往歴も大事なので、全部把握するように、カルテをいつでも誰でも見られるように置いている。
- 生活相談員がケアプランをもとに通所介護計画を作成している。
- ケアマネジャーのアセスメントを基に、生活相談員は、実際に把握したアセスメントとすり合わせて、理学療法士やセラピスト、場合によっては看護師とも相談し計画を作成している。
- ケアプランを参考にし、その利用者に今必要なADL能力等を見立てている。

②介護リーダーの役割・必要とされる力

- これまでの個別介護計画に、L I F Eの自立支援加算項目とバイタリティインデックス（R4 にない項目の補完）を入れた書式に変更したことで、介護リーダーが課題やニーズを意識できるようになった。
- 将来的には、個別介護計画を一般介護職が作成できるようにし、介護リーダーは査収側に回れるようにしたい。
- 新人、2年目、3年目の職員の書き方・表現の仕方等を踏まえ、他のケアプラン作成やケース記録、評価の方法等から新鮮な意見を取り入れ、自分のケアプランに反映させている。
- 介護リーダーは、利用者や家族とか利用者が、何を求めているのか何に不安を抱えているのか等を考える力が必要であり、その方向性に向け実際に計画として立案できる、また指導の上でもほかの介護職が作成したケアプランに対して確認できることが大事である。
- 介護リーダーは、その利用者に求められるケアを考えるために、利用者の生活背景に目を向け、過去にこういったことに取り組んでいたという利用者の情報があれば、利用者がそれに取り組むためには介護現場ではどのような対応が必要かを、作業療法士や介護職に話を聞いた上で、より具体的な計画立案を作成することが必要である。
- 介護リーダーは提出されたケアプランを確認し、また見直しの時も、実施状況をチェック表を見ながら確認をしている。

- 暮らしの中での何気ない利用者の一言や動作が、利用者の思いや希望、持てる力、介護職がまだ知らないでできる能力に結び付くことが多々ある。利用者に寄り添い何気ない言葉から「思い」をくみ取る力が介護リーダーには求められている。その「思い」と利用者の行っている動作分析を行い可能な範囲でマッチングさせ、「小さな目標設定」を立案し、介護職として知識や専門性を用いて担当者会議などで計画に反映させる力が必要である。
- 介護福祉士がつくらなければならないL I F Eの項目はないが、介護リーダーは利用者に関わることだからとL I F E作成者と一緒に、書類を見て利用者の状態等について情報共有してくれる。
- カンファレンスでは他職種からの意見によって指導も入れ、ケアプランに反映させて、随時カンファレンスで教育、能力を向上させられる仕組みになっている。
- 全くの未経験者でも大体3か月以上から指導して計画立案できる形になっている。職員によって能力が違うので、介護リーダーが判断し、まずは利用者1人を担当させてアセスメントの記録の仕方等を指導し、ある程度できたら次は介護支援専門員が確認しまたそこで指導していく体制である。
- 活動面の目標は意外と立てやすいが、参加面の目標は、利用者の興味・関心や生活の背景、個人因子を深掘らないと立てにくい。そういったところに視点を向けられる介護福祉士が増えないと、計画の質が上がっていかない、つまり生活の質を上げるためにはその目標をうまく立てていかなければならないと思う。
- 生活相談員が通所介護計画書を作るに当たり、介護リーダーが最初に教えたことは、まずアセスメントを取ること。利用者のニーズ、何を目的にデイサービスに来られているのか確認を取ること。もちろんケアプランの中身をしっかりと確認して、相違のないようにケアプランにのっとなってデイサービスでできることの目標を立てるように、また期間も間違いがないように、それを指導した。
- 介護リーダーは生活相談員が作成した通所介護計画内容を確認し指導。生活相談員（＝介護福祉士）の意識が変化した。
- 介護リーダーは介護職員が利用者に通所介護計画の説明を行っている時に、理解しているかどうかを把握し、わかっていない場合にはもう一度その職員を呼んで再度説明している。

（４）支援の実施（要点の抜粋）

①介護過程実践状況

- 介護過程の実施状況をケース記録に記載している。
- 個別介護計画をケアプランの日付に合わせているので、カンファレンスを3か月に1回実施している。実施状況を記録にしたケース記録を、L I F Eを運用する委員会でもその情報を共有し、また入力方法を見直している。
- 介護職の担当を既存棟とユニットに分けず全介護職員が全利用者を担当することで、誰に聞いても誰のこともわかっているような体制にした。
- 統一したサービスを提供できるようにi P a dを使用し、介助の方法や声掛けの方法など動画撮影し情報共有している。
- バーセルインデックスの数値をもとに、排せつでは失禁の種類や、一部介助、全介助、自立について他の専門職に対してより具体的に話せるようになった。
- 実施状況はチェックシートに記入している。

- 排せつケア内容（環境・動作・声掛けなど）を含めて実施できるようにしている。
- 目標やケア内容が統一されたため、ケアで行わなければならない内容が具体的になった。
- 具体的な数字として結果に表れるため介護職同士でも理解できるようになった。
- 経験則でケアをする介護職に対して、説明がしやすくなった。
- LIFEを導入することで可視化され、利用者のADLの向上及び介護職のモチベーションが上がった。
- 申し送りノートや気づきノート（記録）にて、ケアの具体的な内容と方法の伝達と確認、実施している。気づきノートは、今日利用者の食事介助ではこうだった、このご飯は食べられたけど、このご飯は嫌いで残しましたとか、こういう一言を言っていたとか、細かく気づきを記録に残している。
- LIFEも1つの気づきの視点になる。例えば食事が「特変なし」も重要なことで、1か月間食事が変わっていないことは、標準ケアがちゃんとしているということであり、ケアがちゃんとしているから平均の介護度も上がらず、利用者の年齢が上がってもADLが変わらずに食事が保てるということ自体は、日々の食事、入浴、排せつがちゃんとできている、標準ケアができているということは介護職が自信を持てることである。
- 申し送りノートに書く際「転倒注意」だけではなく「～なので転倒に注意してください」と理由（根拠）も含め記載している。介護過程とは常にケアを行う上での根拠・理由が必要であり、小さな変化一つ一つに根拠を付加し情報伝達を行うことが介護福祉士の知識技術の積み重ねとなり延いては介護過程に結び付けていけると考えている。
- 介護職は、いろいろな専門職の知識や視点を借りて利用者を見てるので、疑問や気づきをフロアケアマネジャー、上司、ユニット職員、他専門職へ投げかけている。
- 電子カルテの機能をフル活用しようと電子カルテにある記録分析シートに気づきを転記できるようにして、そこから課題を抽出して、その課題をもうちょっと具体的にしたものケアプランの第2表、援助内容にかなり細かく入力している。
- ユニット会議等で利用者の情報を共有して介護過程実践に取り組んでいる。
- 通所介護計画書を作り始めてからの生活相談員は、通所介護計画にのっとったサービスをしないとけない、文言が間違っている等自分で気づくようになり、それを現場で実際に通所介護計画を率先して実践する生活相談員をみてチームでケアを統一することができている。
- 利用者の状況をよく観察するようになった。
- 実践しているなかでケアプランを相違がある（変化がある）とその日のうちにケアマネジャーに連絡し、迅速に対応している。
- 個別機能訓練加算では、骨格筋量等を指導員が測っており、わかりやすく数値で出ると、指導員が介護職員に説明しやすく、情報を周知してくれている。口頭で「よくなりました」ではなくて、数値ではっきりと答えをいえる。上がるばかりではなく、下がってきたので、今度こういう筋力の増強運動を入れたい等の提案をしてくれ、そのように数値で出ると、やっぱり周知しやすい、理解していただきやすい。
- 毎日お昼の申し送りのときに全スタッフが集まって、その日の入浴、リハビリ、来所時の様子等の情報を共有している。特に歩行訓練に力を入れているので、例えばこの利用者は今日から車椅子から歩行器に変わりましたとかADLが向上しているよと申し送りのときに伝え共有している。
- 社会性の回復を目的に、利用者の歩数やお手伝いの仕事・作品制作などに対し施設内通貨を設定し、利用者のモチベーションをあげることに繋がっている。

- 正職員のミーティングは月1回実施している。
- リハビリの目標設定、絶対にやる運動が決まって計画されているが、利用者にとっては調子が悪い日等が課題である。例えば男性が近寄っては駄目な利用者には今日は駄目だから誰々さんが対応しよう、日によって時間帯によって変わってくる利用者にはこういうときにこういうことがあった等、必ず記録に残して全員が臨機応変に対応できるようにしている。それは評価にもつながっている。
- iPadを活用している。介護職もiPadで打ち込みもできるようにし、iPadで全てわかるようになっている。利用者情報は、食事、バイタル、リハビリ、入浴の担当も気づいたことがあれば、正職パート関係なしにどんどん入れている。ケアマネジャーからの「電話連絡情報も、個々の計数を残すようにしている。そうすると利用者の1か月の様子がよりわかりやすい。時系列で全部見られるので、例えばADLがどんどん下がっていつているとか、この人は歩行距離が伸びたとか、介護職にとっては時系列でわかるのが一番いい。
- 歩行については、利用者ごとに、総合評価点数（点） 測定歩行時間（秒） 歩行速度（m/s） 推進力（点） バランス（点） リズム（点）を記録し、データをグラフにしている。
- 正職員が利用者の記録一か月分を1か月に1回確認している。
- ケアマネジャーに利用者記録を計数と併せて送り情報共有している。ケアマネジャーからは、様子がわかっていいと好評である。

②介護リーダーの役割・必要とされる力

- 一般介護職と介護リーダーとの差は、観察をして、例えば入浴、排せつ等のケアの中からこういうことがあったと具体的に記録できる。介護リーダーは言語化できるように一般介護職に指導している。
- 介護リーダーは、一般介護職に振り返りシートを使って、記録の勉強会をした内容の反省、例えば例を出してそこに答えを書いてもらうように指導している。書けなかった介護職には個別に説明し、また年数分けで勉強会を開くなど様々な機会に指導し、レベルアップを促進している。
- 実施記録は利用者の経過を追う証拠のためのものになるので、すごく大事である。介護リーダーは一般介護職に対して、いろいろな勉強会で指導している。記録の書き方やNGワード等はもちろん、個別介護計画にもとづいた実施をすることが大事であり、それを記録として残すという重要性を説くというアプローチの仕方をしていく。
- 記載についての工夫は、書き手の主観になるため、ある程度基準を1つにしておきたい。自立支援加算の支援実績を要介護度とかで分けるのではなく、例えば独歩で歩ける方とか、ある程度の基準を介護の役職者と介護リーダーで話し合っている。
- 介護リーダーは、介護職が例えば介護に向き合っていない、利用者に寄り添っていないときは、介護の現場での実践や、家族・利用者と話す場面にその介護職も同席させ、その後に介護職が感じたこと等を聞き取りし指導している。
- 介護リーダーは、利用者ができないのではなくできるということを前提に、前向きに捉えて実践して、例えば実践した結果ちょっと利用者自身が落ち込んだりとか、ちょっと不安に思ったりとか、様々な感情が出たときに、寄り添える、その感情に対して共有できる、また家族とも一緒に共有できることが必要だと思っている。
- 介護リーダーは実施できているかどうか、ケアプラン作成者と情報共有を図る力が必要である。
- 介護リーダーには、介護職の気づきがなければ何も生まれないと常々伝えている。その気づきは、知識がないと気づけない。24時間365日、人として接する中で、何かおかしいなと思うことはたくさんあるので、そういったことはどんな職員にも、声に出して、言葉に出して伝えてくださいと言っている。

る。伝えることが、まず介護職として大切なことである。

- 施設は暮らしの場である以上、個のみではない。介護職と利用者または利用者同士の関係性も支援には必要であり、介護リーダーには関係性を踏まえたうえで経過を把握する力が求められる。
- 介護リーダーは、経験の浅い介護職に対してケアの具体的な内容と方法を伝達するために根拠を踏まえて説明する必要がある。例えば、日中トイレでの排せつを継続したい利用者には、立ち上がった時「顔を上げてください」と声をかけ、重心を少しでも上に戻すことを意識してもらい、立位の安定につなげていくと根拠を踏まえて説明していく伝達能力が必要である。
- 「介護職として～が気になる、～がおかしいと思う」といった投げかけを他の専門職に気兼ねなく投げかけられる環境が必要であり、介護リーダーとして他の専門職に対する垣根を日頃から取り除くことが大事である。
- 介護リーダーは、介護職に今日あの人と関わったときに気づきはどうか、一言でもいいから何か記録に入れるようになってきているが、いろんな気づきを記録に残しているユニットと、記録が排せつ、食事、入浴、実施・未実施だけのユニットがある。気づきがなければ課題も生み出せなく、課題がなければ介護過程の展開にも発展しないので、その気づきを引っ張り出している介護リーダーと、その気づきが引っ張り出せない介護リーダーのユニットでは大きな差がある。
- 他職種への利用者情報は、医療に関することは介護リーダーから看護師に提供し、その状況によって介護職員も急を要する場合には連絡するようにしている。医療と介護で話し合っただけで決めていく必要性があるときには介護リーダーが話し合いの場に出て決定している。
- 自社のシステムに活動の様子等を記録に残すところがあり、現場の介護職員はその記録をみて、例えば今日この利用者はこんな感じなんだけどどうしたらいいか等を相談し合っている。介護リーダーは各個人の意見だけで勝手に決めないように、その利用者が一番いいサービス、ケアができるように、必ず職員同士で意見を出し合い、情報共有するように指導している。
- 介護リーダーは利用者の記録を見て、職員会で口頭ですけど例えば最近食事を召し上がれていないね等介護職員に気づきを話している。
- 介護職員が介護リーダーに利用者の改善を直接言ってきた場合は、生活相談員にも聞き、レビューし、その結果をケアマネジャーにフィードバックして、そこからまたケアプランを変えていただくとか、通所介護計画書を作り直してサービスを変更するように、PDCAサイクルを回せるようにしている。それが自然とできるようになってきた。
- ケアマネジャーへの連絡はFAXのため、介護リーダーは送付文書を確認し書き方を指導している。
- 変化のあった利用者について、介護リーダーは送迎後にその日に出勤している他職種も含めた全職員を集め、情報共有しよりよいケアにつなげている。
- 状態が変わった利用者がいれば、ケアマネジャーにその日のうちに電話を入れて状況を説明している。ケアマネジャーがその利用者をみに訪問に来て、そこからまた新しくケアプランをつくり直すための担当者会議を開くことにつながっている。
- 計画の実施内容の進捗については、介護リーダーが申し送りの中で利用者の最近の状況を収集し、次の日に情報共有できるようにしている。最近ではコロナの影響があり、サービス担当者会議の前にケアマネジャーからの照会が多く、深く関わっている介護職員に利用者の状況を聞き、ケアマネジャーと情報共有をしている。
- 申し送りには、基本出勤している介護職員とリハビリ職は全員集まっている。

(5) 評価 (要点の抜粋)

①介護過程実践状況

- モニタリング評価表で支援実績を書いている。
- 利用者全員を見ることで、今まで評価として見えてこなかった職員についてみえてきて、意外と全然わかっていなかったときづくなど両者を見られるようになっていく。
- 評価者の力量によっては、むしろ評価しやすくなる。
- 自立支援と科学的介護項目をモニタリングに導入しそのままLIFE項目入力へと共有化した。
- カンファレンスに沿った介護過程のため、3か月後にはまた2回目のアセスメントを行って、また個別介護計画が作成される流れである。
- ADLは比較的可視化しやすいが、QOLは可視化しにくいので、自立支援項目の数値結果は介護職にとってはわかりやすい。さらに自分の評価にもつながる。担当介護職が、自分の部屋担当の利用者がこんなにアップしたよと言えば、それが今度自分の評価にもなるので、LIFEによる数値化は非常に優位性が高いと思う。
- 自立支援項目と科学的介護項目をモニタリングに導入しそのままLIFE項目入力へと共有化した。
- LIFE加算により、排せつやバーセルインデックスを含めたADLを介護職が見るようになった。逆にLIFEではなかなか評価できないところが、介護福祉士としての専門性になっていくと思う。
- 今までは自分の経験と主観をもとに、利用者にと話すだけで、介護福祉士としてなぜこれを提供しているのか、何がどう変わったのかわからなかったが、LIFEで数字になることで可視化され、具体的にこういう結果につながったのかわかり理解しやすくなり、利用者のADLを上げるだけでなく、介護職自身のモチベーションも上がってきている。利用者の変化も目に見えることで、次の段階では何を実践できるか考えることができるようになった。
- チェックシート及びカルテの確認を行い、目標達成できているかアセスメントを行う。
- 排せつ委員会では、LIFEを活用したことで具体的な失禁の分類や排せつ形態について細かく評価ができるようになり、利用者の排せつのレベルを上げることに気持ちが変わった。
- 介護職は言葉では伝えることができているが、その評価を文面まで落とし込めていない。
- LIFEのフードバックデータを分析、現在全国数値と自施設の数字を照らし合わせて、その数字を基に施設はこうだと活用をしている。今後は自施設の特徴を個別ケアに展開できるよう取り組んでいく。
- 特養では、6か月前よりも全身状態が落ちているのであれば看取り期に差しかかっているのかもしれないので、ケアの視点も変えていこうとか、そういった部分の視点の切替えにも役立てることは可能である。
- カンファレンスで担当のスタッフと他職種の参加によって評価している。
- LIFEを導入するに当たり、それぞれの計画書を大体3か月に1回、多職種で集まっているような情報を共有し評価している。
- アセスメント項目も多職種で確認し、連携も以前に比べると取れるようになった。
- 介護現場でもカンファレンスや様々な計画を評価して食い違いがあった場合は、話し合いをして結果を出し評価していく形で取り組んでおり、ずれ直しも二重で対応できている。

- L I F Eの中でパーセルインデックスをやるようになり、今まではしてあげている評価というところで、例えば立位できるのに介助していた等を、できるという評価に変えていった。介護職はそのような気づきができるようになり、利用者の本当のADL状況が把握できるようになり、計画にもそれが影響してきている。
- 記録や毎月月末に実施するモニタリングから評価している。
- 利用者に居宅療養のプランを変えていただくとか、訪問看護に介入していただくという提案ができるようになるためには、そもそもL I F Eを知っていないと提案できないので、その知識をつけている。
- L I F Eを導入し、介護職員の意識がすごく変わってきた。例えば、利用者で認知の機能が低下し、食事摂取が困難になり低栄養の状態になった方で、回復を目指した取り組みでは、栄養アセスメント加算からのリスクが発覚して、数値的に体重とかBMIの数値を見るようになってきている。
- 評価シートの利用者の興味・関心という項目では、そこで3か月に一遍モニタリングがあり、その時に利用者に情報収集している。

②介護リーダーの役割・必要とされる力

- 介護リーダーは、個別介護計画をもとに実施内容と利用者のニーズの整合性について介護職と一緒に確認をおこなっている。
- ケース記録は全介護職が全利用者の記録を見るので、ここから介護リーダーが介護職の評価を抽出するという作業をしている。介護リーダーの力量によっては、むしろ評価しやすくなるというところはある。
- 介護リーダー自ら、しっかり実践することが大事である。
- 介護リーダーとしては、利用者が求めるケア、例えば歩きたい、外出したいということ達成した時は、みんなに周知させて喜びや自分のやりがい等を共有させている。そのための評価をしたり、最終的に報告書で、今回こういうことを実施しました、次回はこういうことに気をつけてください、こういうことをしたら利用者はこうなるんじゃないかというアセスメントをした上で、次につなげていく意識をして取り組んでいる。
- 介護リーダーは次につなげるために、しっかり評価し、しっかり言語化して伝えるというのも必要な役割だと思っている。
- 経験則で実際にケアをしてしまう介護職に対して介護リーダーは説明がしやすくなった。
- 目標が達成できているかどうか、評価ができているかどうか、次の目標はどうすればいいかを助言できる力が必要である。
- 排せつ支援計画書の説明ができることが必要である。
- L I F Eにより目に見える形になったことで、ほかの介護職に対して、自分たちはこれだけいいケアをしたことで家に帰ることができたと具体的に説明・共有すること。
- 利用者のケアに対して、介護職はこういう動作分析をして、こういうリスクを抱えているから予後まで予測してこういうケアをしましょうという、裏打ちされた根拠をちゃんと伝えていくこと、それは専門職しかできないことである。そのために介護リーダーは、ADLはADLできちんと評価しL I F Eをうまく活用していかなければならない。
- 評価する上で、利用者の「できること」「したいこと」「好きなこと」を日常生活の中からすくいとり、情報として付加できる力が大切である。

- 認知症高齢者のBPSDに対する評価は、介護職と利用者の日頃の関係性を考慮したうえで評価する力が求められる。
- 自施設の介護リーダーは、評価、モニタリングが正直弱い部分である。実際はできているが、評価を文面まで落とし込めていない。
- LIFEは、科学的介護と褥瘡マネジメントから算定を開始し、機能訓練が整ってから機能訓練を算定し、最終的に自立支援促進加算を取るという流れを組んだ。その中で課題としては、バーセルインデックス等を誰がするのかといった問題が発生した。そこで理学療法士から介護リーダーに指導してもらい、介護リーダーがまずバーセルを取るようになる流れを組んだ。自立支援に関しては、多職種が関連しないと作成が難しいので、機能訓練指導に当たる職員が連携加算を算定、病院のリハからの支援を受け看護師が機能訓練の中心になるなど役割分担を明確にした上で開始した。実施するなかで介護リーダーの評価と機能訓練指導員のバーセルの評価がずれてきたところをまた指導してもらい課長が調整していき、ある程度介護リーダーに関しては同じ基準で評価できるようにはなった。
- 経験とか感覚だとどうしてもばらつきが出てきてしまうが、それを数値で指標が出されれば、そこに向かって、介護リーダーは職員に説明しやすい。

(6) 利用者の受益につながる効果（要点の抜粋）

- 利用者の状況の変化を退所時に数値によって伝えることができるようになった。
- 利用者の活動しやすい動線の確保とパズルを使ったトレーニングによる自己動作の維持という個別介護計画を作成し、それまで部屋だけでパズルをやっていたのを、1階に移動して広いスペースでパズルをするようにした。その結果、立位保持や座位保持の時間がまったく変化した。
- 外国人介護職から、施設では大量調理と換気を徹底しており、匂いがしないことが指摘され、意図的にだしの香り等を出すように工夫したところ、利用者の食事がアップした。
- ADLの向上や、生活の質がよくなっている。
- 排せつに関しては、失禁などの種別や分類が具体化することでより目標が達成しやすくなった。
- 日常生活動作能力の低下があった際、食事摂取量も確認する等、データを関連づけて分析することで、利用者の全体像の把握に結び付いた。
- 3か月に1回カンファレンスを開き、計画書等を見直し評価をするようになったので、早期発見、早期対応、計画書も早期の変更が可能になり、利用者の問題点にすぐ対処できる環境になった。
- 栄養アセスメントにより、利用者の栄養状態（食量、食事内容等）把握し、必要な栄養素、食事形態、栄養補給食品を提案。生活の質、ADL向上につながっている。
- 特に大きな変化はまだ見られていない。

(7) その他

- クリティカルラダーを活用した施設独自の体制を構築している。ラダーレベル0（新入職員）からラダーレベル6（介護主任）までの段階に分類し、レベル3以上の介護職を介護リーダーのポジションにしている。
- 利用者のあり方に対する13の委員会があり、介護リーダーが委員長となり、介護職員はいずれかの

委員会にはいいっており、教育研修も介護リーダーが指導している。

- L I F E項目はモニタリングと計画書のほうに多く取り入れた。初回アセスメントだと、まだ情報が足りないので、モニタリングのときに科学と自立の項目をほとんど全部入れそれをそのまま、例えば医師のほうの自立支援加算のほうにつなぐとか、我々の科学の打ち込みの書類にもつながっている。
- L I F Eの入力は打ち込む箇所を各職種に担当を割り当て、リレー形式で実施している。各職種は利用者の内容・状況を確認でき、情報共有ができています。
- L I F Eを運用する委員会（施設での名称はチャート委員会）があり、そこで実施状況を介護ソフトのケース記録に落すが、主にチャート委員会の中でL I F Eのこと、介護過程のことという区分けをしながら委員会の中では行っている。L I F E中心になってしまっているのが、実際の介護過程は、倫理観とか介護職としての介護能力発展をうまく役職者が分けて説明している。
- 介護職は、アセスメントがわからなければ、幾らL I F Eがあっても数字が出たとしても、そこから利用者の踏み入った思いだったり、くみ取った生活歴だったりというところが見えづらいのかなと思うので、計画立案の前にまずアセスメントをしっかりとやって個別介護計画に進んでいくというのが理想と思っている。
- 介護職はL I F Eについて興味がないので、いかにして介護リーダーが関心を持たせるかという意識が結構大事だと思う。
- 個別介護計画としては作成せずケアプランに含まれている。目的は個別介護計画とケアプランとリンクさせることと、介護職がケアマネジャーの資格を取ってもらうための勉強の機会につなげている。
- 在宅復帰部会は月1回で開催し、利用者に対しどういったケアがいいのか等を話し合い、他職種に発信している。退所後訪問に介護職が同行し情報収集し、在宅支援ケース検討会で失敗も含め振り返っている。
- 認知症部会では、認知症の理解についての勉強会を開催、実際に事例検討し他の介護職に周知するきっかけになった。
- 看取り部会では終末期を迎えた利用者には何ができるかを考えるきっかけづくりになっている。
- できることを引っ張り出していくのが、介護福祉士として本来あるべき姿である。特養で自立支援というのは難しいのは大前提だが、できることがL I F Eの自立支援に結びついていくので、そこは大切にしていかなければいけない。一方、利用者ができることを増やしていくことは、裏を返すと、その利用者ができるまで介護福祉士は待って見守るために時間を要する。介護現場はマンパワー不足があり、介護職は利用者が危険だから、転ぶと危ないからと先取りして奪ってしまっている。もう少し現場にゆとりがあり、利用者のできることを待って見守って、声をかけて、引っ張り出して、少しでも自立支援に結びついていけたら、本当に実のあるその人らしい豊かな生き方ができると思うが、実際のマンパワー不足でそういった利用者のやれることも、実は摘んでいる部分もたくさんある。それが本当に現場の実情である。
- 全国からL I F EのADL評価データを集めるに当たって、物差しを同一化しなきゃいけないからバーセルインデックスだと思うが、特養の利用者ではバーセルインデックスでの評価はなかなか難しい部分があるので、老健は老健の物差し、特養は特養の物差しをつくって、その中でデータのフィードバックをしていただくと有難い。
- 介護の仕事は介護福祉士だけでなく、機能訓練士も看護師も栄養士も利用者に関わっており、専門職の立ち位置で意見やアドバイスするので、まず介護職はこう思うが専門職はどう思いますかと介護職から疑問を投げかけることができるように組織を変える必要がある。情報の分析も、介護職だけの分析だけでは見方が偏り、このデータを見て他の専門職の立ち位置が異なればデータの分析の目も違う。そのために委員会等を設置する組織改革が必要である。

- L I F E加算算定開始までに全職員の理解が間に合わなかったため、開始前にまず担当職員が理解し、それをわかりやすく主任やリーダーに説明し、主任や介護リーダーがまたその部下に、介護職員に落とし込む形でL I F Eを取り入れ導入した。
- L I F Eに関する手引書を作成している。今後もうすこし詳しく理解してもらうためには、研修会が必要である。
- クリニカルラダーを活用した人事評価をしている。クリニカルラダーの大項目として実践能力と組織的役割遂行能力と自己教育研究能力の大きな3つで評価しているが、その実践の部分で介護過程の実践に必要な情報収集、アセスメント、計画立案、実践、評価という介護過程の展開に沿った、また、下位項目の評価項目で評価をするようにしている。クリニカルラダーなので、レベル1の人に求める能力はこれぐらい、レベル2の人に求める能力はこれぐらいというふうに、徐々にステップアップできるような評価システムを導入している。
- 今ナラティブケアに取り組む、推進しており、利用者が本来どういった生活をして、ストーリー的にケアしていくためには、利用者の興味・関心を読み解く必要がある。家族等にこれまでの生活歴等を確認しながらアセスメントを実施していく。
- 介護リーダーは、L I F Eに関して周知するのはもちろんのこと、介護職それぞれの能力を判断し、その介護職にどのようにしたら理解してもらえるのかを考え落とし込む力も必要である。
- ケアマネジャーとL I F Eのフィードバックデータを共有できたらいいと思う。ケアマネジャーもL I F Eを理解し、フィードバックデータをみてケアプランを作成できるようになると、より適正なサービスが位置づけられ、在宅生活の継続につながる。
- 介護リーダーは、介護職員に対し面談やメンタルを含めた対象管理、人事評価を活用し、質のばらつきを補正している。
- 通所だけではL I F Eの項目を全部正確に埋めることは難しいと感じている。L I F Eの科学的な基本情報を入力するのに不明確な項目があり、デイサービスだけではわかりにくい部分が多い。そのためには家族や居住しているサービス付き高齢者向け住宅等との連携が絶対的に必要で、協力が得られればL I F Eの入力情報は正確になっていくと思う。
- 基本的に自社のアセスメントシートを活用して主にL I F Eに入力している。自社のアセスメントシートは結構細かく利用者の情報は詳細になるので、L I F Eの項目がもっとわかりやすく、細かくアセスメントが取れるようになるといい。フィードバックするには細かいほうがいいと思う。
- L I F Eは利用者の状態を入力しているので、栄養、科学的も、ADLの維持と加算の入力の項目も、利用者の現状の状態がわかるので、ADLを上げられるようにするためにはどうしたらいいかを基に通所介護計画書にも落としつけていくのではないかなと思う。
- 利用者の歩行状況や実際に歩いているところや食事風景、イベントなどを撮影し、動画をユーチューブにアップし、送迎の帰りの時や担当者会議時に、利用者家族やケアマネジャーはQRコードで読みこみ視聴してもらっている。実際言葉だけでなく動画だと正確に伝わる。
- 担当者会議は、生活相談員が行く前に必ず情報共有し、利用者の計数等の記録や利用者の動画を視聴してもらうためのQRコードを持って出席している。
- 介護福祉士に必要な力は観察力である。

3. ヒアリング調査のまとめ

前項の「2. ヒアリング調査結果」で抜粋掲載した内容は、ヒアリング調査項目の枠組みによる掲載であるため、ここでは本調査研究の目的であるLIFEを活用した介護過程という視点で(1)～(5)にまとめている。

(1) LIFEを介護過程にどのように活用しているか

『LIFEを介護過程にどのように活用しているか』の視点で抜粋してまとめたものが以下となる。具体的には、「アセスメント・計画立案・支援の実施・評価のそれぞれの場面」「情報共有」「多職種連携」「指導・教育」「能力評価」「介護の質の確保」などへの活用としてまとめることができた。

「アセスメント」ではLIFEの評価項目を活用して利用者の把握をする、看取り期へのシフトへの判断材料とする、「計画立案」ではLIFEの評価項目を入れた書式に変更する、「支援の実施」では食事量アップへの取り組み、「評価」ではLIFEの評価項目をモニタリングに導入など、介護過程の全ての場面での活用がみられた。アセスメントに多くの活用ポイントがあげられているが、アセスメントが重要であることに加え、ヒアリングの時間配分が最初のアセスメント部分に多くの時間を割いたことによる影響もあると考えられる。

「情報共有」では説明や理解促進に向けた活用、「多職種連携」では多職種の情報共有、役割分担、「指導・教育」では気づきの機会、勉強会開催、「能力評価」では職員の力の分析などがあげられた。これらを通じて、結果として「介護の質の確保」につながっているという意見がみられた。

図表 3-3 LIFEを介護過程にどのように活用しているか

ヒアリング内容	抽出ワード	介護過程実践への活用
LIFEの科学的介護推進情報を用いてADL状況の把握を行っている	ADLの把握	アセスメント
バーセルインデックスを評価基準とし、機能評価を実施	バーセルインデックス 評価基準	アセスメント
LIFEを導入することにより、そのADLとQOLとに乖離があったため今その差を埋めている	ADLとQOLとに乖離	アセスメント
全介護職がアセスメントの視点を共有することが大事であることから、介護職がアセスメントを作成し、またカンファレンスで使用	アセスメント視点を共有 カンファレンスで使用	アセスメント
アセスメントの部分は自社のアセスメントシートを使い、プラスアルファして、それを基にLIFEに入力している	アセスメントシート	アセスメント
個別介護計画に、LIFEの自立支援加算項目とバイタリティインデックス(R4にない項目の補完)を入れた書式に変更した	書式変更	アセスメント
日常生活動作能力の低下があった際、食事摂取量も確認する等、データを関連づけて分析することで、利用者の全体像の把握に結び付いた	データを関連づけて分析 利用者全体像の把握	アセスメント

ヒアリング内容	抽出ワード	介護過程実践への活用
栄養アセスメントは、体重、BMIの数値が見えるので、LIFEに入力するときには必ず確認を取っている。そこから課題、食事の量とか、召し上がれていなかったら訪問診療に連絡し、召し上がっていただくためのサポートを相談し、高カロリーの補助食品等を処方していただいている	LIFEに入力するときには必ず確認 他機関との連携	アセスメント 多職種連携
特養では、6 か月前よりも全身状態が落ちているのであればみとり期に差しかかっているのかもしれないので、ケアの視点も変えていこうとか、そういった部分の視点の切替えにも役立てることは可能である	看取り期 ケアの視点の変更	アセスメント 計画立案
LIFEの中でバーセルインデックスをやるようになり、今まではしてあげている評価というところで、例えば立位できるのに介助していた等を、できるという評価に変えていった。介護職はそのような気づきができるようになり、利用者の本当のADL状況が把握できるようになり、計画にもそれが影響してきている	本当のADL状況が把握 計画にも影響	アセスメント 計画立案
施設では大量調理と換気を徹底しており、匂いがしないことが指摘され、意図的にだしの香り等を出すように工夫したところ、利用者の食事がアップした	食事量	支援の実施
自立支援と科学的介護項目をモニタリングに導入しそのままLIFE項目入力へと共有化した	LIFE項目入力へと共有化	モニタリング項目
3 か月に 1 回カンファレンスを開き、計画書等を見直し評価をするようになったので、早期発見、早期対応、計画書も早期の変更が可能になり、利用者の問題点にすぐ対処できる環境になった	早期発見、早期対応、計画書も早期の変更が可能 利用者の問題点にすぐ対処できる環境	介護過程全体
排せつ支援計画書の説明ができることが必要である	説明	情報共有
経験とか感覚だとしてもばらつきが出てきてしまうが、それを数値で指標が出されれば、そこに向かって、介護リーダーは職員に説明しやすい	ばらつき 職員に説明しやすい 介護の質	情報共有
利用者の状況の変化を退所時に数値によって伝えることができるようになった	退所時 数値によって伝える	情報共有
バーセルインデックスの数値をもとに、排せつでは失禁の種類や、一部介助、全介助、自立について他の専門職に対してより具体的に話す	バーセルインデックス 具体的に話す	情報共有
個別機能訓練加算では、骨格筋量等を指導員が測っており、わかりやすく数値で出ると、指導員が介護職員に説明しやすく、情報を周知してくれている。口頭で「よくなりました」ではなく、数値ではっきりと答えをいえる。上がるばかりではなく、下がってきたので、今度こういう筋力の増強運動を入れたい等の提案してくれ、そのように数値で出ると、やっぱり周知しやすい、理解していただきやすい	数値ではっきりと答えをいえる 周知しやすい 理解しやすい	情報共有
経験則で実際にケアをしてしまう介護職に対して介護リーダーは説明がしやすくなった	介護リーダーは説明がしやすくなった	情報共有
LIFEにより目に見える形になったことで、ほかの介護職に対して、自分たちはこれだけいいケアをしたことで家に帰ることができたと具体的に説明・共有すること	具体的に説明・共有	情報共有
個別介護計画は、介護リーダーが作成している。LIFEの自立支援項目にチェックをつけ、課題とニーズに記載を行ってケアプランの日付に合わせて作成している	自立支援項目にチェック ケアプランの日付に合わせて作成	多職種連携
個別介護計画をケアプランの日付に合わせているので、カンファレンスを 3 か月に 1 回実施している。実施状況を記録にしたケース記録を、LIFEを運用する委員会でもその情報を共有し、また入力方法を見直している	ケアプランの日付に合わせている	多職種連携
LIFEを導入するに当たり、それぞれの計画書を大体 3 か月に 1 回、多職種で集まっているような情報を共有し評価している	計画書を多職種で情報共有	多職種連携

ヒアリング内容	抽出ワード	介護過程実践への活用
バーセルインデックスに関しては、理学療法士から介護リーダーに指導してもらい、介護リーダーがまずバーセルを取るような流れを組み、自立支援に関しては、他職種と役割分担を明確にした上で作成を開始した	他職種と役割分担	多職種連携
アセスメント項目も多職種で確認し、連携も以前に比べると取れるようになった	アセスメント項目も多職種で確認	多職種連携
LIFEは、科学的介護と褥瘡マネジメントから算定を開始し、機能訓練が整ってから機能訓練を算定し、最終的に自立支援促進加算を取るという流れを組んだ。その中で課題としては、バーセルインデックス等を誰がするのかといった問題が発生した。そこで理学療法士から介護リーダーに指導してもらい、介護リーダーがまずバーセルを取るようにする流れを組んだ。自立支援に関しては、多職種が関連しないと作成が難しいので、機能訓練指導に当たる職員が連携加算を算定、病院のリハからの支援を受け看護師が機能訓練の中心になるなど役割分担を明確にした上で開始した。実施するなかで介護リーダーの評価と機能訓練指導員のバーセルの評価がずれてきたところをまた指導してもらい課長が調整していき、ある程度介護リーダーに関しては同じ基準で評価できるようにはなった	多職種連携 役割分担	多職種連携
利用者に居宅療養のプランを変えていただくとか、訪問看護に介入していただくという提案ができるようになるためには、そもそもLIFEを知っていないと提案できないので、その知識をつけている	他職種へ提案 連携促進	多職種連携
LIFEも1つの気づきの視点になる。例えば食事が「特変なし」も重要なことで、1か月間食事が変わっていないことは、標準ケアがちゃんとしているということであり、ケアがちゃんとしているから平均の介護度も上らず、利用者の年齢が上がってもADLが変わらずに食事が保てるということ自体は、日々の食事、入浴、排せつがちゃんとできている、標準ケアができているということは介護職が自信を持てる場所である	気づきの視点 標準ケア	の指導・教育 介護の質
栄養アセスメント加算を算定するにあたり、栄養の勉強会を月に1回開催。具体的な知識や、事例検討をおこない、知識を高めている	栄養アセスメント 勉強会	指導・教育
ADL維持等加算は今算定のために入力、LIFEの数値をみるよう意識づけしている	LIFEの数値をみる	指導・教育
利用者全員を見ることで、今まで評価として見えてこなかった職員についてみえてきて、意外と全然わかっていなかったときづく	職員の能力	能力評価
リハ職が入力したLIFEを引用し、介護職が疑問に思うことはリハ職に確認して、統一	介護職が疑問に思うこと リハ職に確認	介護の質の確保
排せつ支援に関しては、より具体的な失禁の分類や、排せつ形態についても細かく評価	排せつ支援 細かく評価	介護の質の確保

(2) LIFEの導入による介護過程実践への効果

『LIFEの導入による介護過程実践への効果』の視点で抜粋してまとめたものが以下となる。「アセスメント・計画立案・評価のそれぞれの場面」「意思の確認・代弁」「利用者の受益」「介護職の意識・行動変容」「多職種連携」「情報共有」「チームビルディング」「介護の質の確保」などへの効果があげられた。一部は(1) 介護過程実践への活用と同様の切り口となっている。

「アセスメント」では従来のアセスメントではなかなか見つけられなかった点が見えるようになった、「計画立案」では目標が立てやすくなった、「評価」では評価しやすくなったなどの効果

がみられた。アセスメントに多くの効果があげられているのは、(1)と同様の理由が考えられる。

「意思の確認・代弁」では意向を聞く機会が増え意向の重要性が認識された、「利用者の受益」では立位保持や座位保持の時間が変化した、「介護職の意識・行動変容」では介護職が数値を意識するようになった、終末期を迎えた利用者には何が出来るかを考えるきっかけづくりになった、「多職種連携」ではケアプラン等の整合が図られた、「情報共有」では多職種での情報共有促進、計画の見直し時期を合わせることに繋がった、「チームビルディング」ではチームでの情報共有がすすみ介護職のモチベーション向上、結果として「介護の質の確保」につながったなどの効果が得られた。

ヒアリング時間配分等の関係から、全体としては受益者の利益にまで話が及ばず、介護職や介護チームへの効果の把握が多くなった。

図表 3-4 LIFEの導入による介護過程実践への効果

ヒアリング内容	抽出ワード	介護過程実践への効果
LIFEの項目は、座位保持、立位、立ち上がり、離床から、全て排せつ介助が加味されているので、例えば、その時間を見ながら、今だったらこの起きている時間に排せつの誘導ということにつながられるんじゃないか等、従来のアセスメントではなかなか見つけられなかった点を数値化することで、より正確に把握	従来のアセスメントではなかなか見つけられなかった点 より正確に把握	アセスメント
排せつ支援に関しては、より具体的な失禁の分類や、排せつ形態についても細かく評価	排せつ支援 細かく評価	アセスメント
LIFEを活用したことで、例えば立ち上がりとか声をかける回数等がより深掘りされ、ADL以上にQOLについてのアセスメント力がつき、観察力がひろがった	QOL アセスメント力 観察力	アセスメント
排せつ委員会では、LIFEを活用したことで具体的な失禁の分類や排せつ形態について細かく評価ができるようになり、利用者の排せつのレベルを上げることに気持ちが変化した	細かく評価 レベルを上げることに気持ちが変化	アセスメント 介護職の意識・行動変容
利用者の状況をよく観察するようになった	よく観察	アセスメント 介護職の意識・行動変容
ADLは比較的可視化しやすいが、QOLは可視化しにくいので、自立支援項目の数値結果は介護職にとってはわかりやすい。さらに自分の評価にもつながる。担当介護職が、自分の部屋担当の利用者がこんなにアップしたよと言えば、それが今度自分の評価にもなるので、LIFEによる数値化は非常に優位性が高いと思う	QOLは可視化しにくい 自分の評価にもなる	アセスメント 介護職の意識・行動変容
LIFEの中でバーセルインデックスをやるようになり、今まではしてあげている評価というところで、例えば立位できるのに介助していた等を、できるという評価に変えていった。介護職はそのような気づきができるようになり、利用者の本当のADL状況が把握できるようになり、計画にもそれが影響してきている	本当のADL状況把握 計画にもそれが影響	アセスメント 計画立案
目標やケア内容が統一されたため、ケアで行わなければならない内容が具体的になった	目標やケア内容が統一	計画立案 介護の質

ヒアリング内容	抽出ワード	介護過程実践への効果
これまで排せつ介助が時間帯や利用者のペースというものが、幾らアセスメントしても、お朝か昼か夕方かの3パターンでしか考えられなかったが、変更した個別介護計画では、座位保持の時間、意欲というものを見ただ中で何とか調整して、この時間が一番適切だと対応できるようになった	この時間が一番適切だと対応できるように	計画立案(目標設定)
排せつ支援計画では、どの項目を目標にするかが明確になり、ケアにつなげることができるようになった。	目標が明確	計画立案(目標設定)
利用者の「できること」「できないこと」の把握を行ったうえで、「小さな目標設定」を立案している。動作分析を行い、段階を区切って、利用者・介護職双方が可能な目標を設定している	「できること」「できないこと」 小さな目標設定	計画立案(目標設定)
排せつに関しては、失禁などの種別や分類が具体化することでより目標が達成しやすくなった	目標が達成しやすくなった	計画立案(目標設定)
評価者の力量によっては、むしろ評価しやすくなる	評価しやすくなる	評価
これまでの個別介護計画に、LIFEの自立支援加算項目とバイタリティインデックス(R4にない項目の補完)を入れた書式に変更したことで、介護リーダーが課題やニーズを意識できるようになった	バイタリティインデックスを入れた書式に変更 介護リーダーが課題やニーズを意識できる	介護過程全体 介護職の意識・行動変容
LIFEを導入したことで、計画書類作成にあたり家族の意向を聞く機会が増え、介護職は以前よりも意向の重要性を感じている	意向を聞く機会 意向の重要性	意思の確認・代弁 介護職の意識・行動変容
利用者の活動しやすい動線の確保とパズルを使ったトレーニングによる自己動作の維持という個別介護計画を作成し、それまで部屋だけでパズルをやっていたのを、1階に移動して広いスペースでパズルをするようにした。その結果した	立位保持や座位保持の時間が変化	利用者の受益
ADLの向上や、生活の質がよくなっている	ADLの向上 生活の質	利用者の受益
LIFE加算により、排せつやパーセルインデックスを含めたADLを介護職が見るようになった。逆にLIFEじゃなかなか評価できないところが、介護福祉士としての専門性になっていくと思う	ADLを介護職が見るようになった	介護職の意識・行動変容
LIFEを導入し、介護職員の意識がすごく変わってきた。例えば、利用者で認知の機能が低下し、食事摂取が困難になり低栄養の状態になった方で、回復を目指した取り組みでは、栄養アセスメント加算からのリスクが発覚して、数値的に体重とかBMIの数値を見るようになっていく	介護職員の意識 体重、BMIの数値を見る	介護職の意識・行動変容
リハ職が入力したLIFEを引用し、介護職が疑問に思うことはリハ職に確認して、統一	リハ職に確認 統一	介護の質の確保 多職種連携
LIFEの入力は理学療法士が実施し、介護職が確認をしている	介護職が確認	介護の質の確保 多職種連携
介護リーダーがLIFEを入力することにより、責任感が増し、こういうところのケアに気をつけましょうと先頭を切ることでまとまることできている	責任感が増し 気をつけましょう	介護の質の確保 介護職の意識・行動変容
看取り部会では終末期を迎えた利用者には何ができるかを考えるきっかけづくりになっている	終末期を迎えた利用者	介護の質の確保 介護職の意識・行動変容
ケアプランと排せつ支援計画を共有しやすくなった	ケアプランと排せつ支援計画を共有	多職種連携
ADLに関しては現場の介護職が、医療面に関しては看護師が、支援計画に関してはケアマネジャーが担当、最終的にケアマネジャーが確認して書類を作成している	ADLに関しては現場の介護職が担当	多職種連携

ヒアリング内容	抽出ワード	介護過程実践への効果
排せつ支援計画書は、排せつ委員会が担当介護職と情報共有し作成している	排せつ委員会が担当介護職と情報共有	多職種連携
バーセルインデックスの数値をもとに、排せつでは失禁の種類や、一部介助、全介助、自立について他の専門職に対してより具体的に話せるようになった	他の専門職に対してより具体的に話せる	多職種連携 情報共有
LIFEを導入するに当たり、それぞれの計画書を大体3か月に1回、多職種で集まっているような情報を共有し評価している	計画書を大体3か月に1回評価 多職種で情報共有	多職種連携 情報共有
アセスメント項目も多職種で確認し、連携も以前に比べると取れるようになった	多職種で確認 連携促進	多職種連携 情報共有
栄養アセスメントにより、利用者の栄養状態(食事量、食事内容等)把握し、必要な栄養素、食事形態、栄養補給食品を提案。生活の質、ADL向上につながっている	食事形態、栄養補給食品を提案 生活の質、ADL向上	多職種連携 利用者の受益
今までは自分の経験と主観をもとに、利用者にただ話すだけで、介護福祉士としてなぜこれを提供しているのか、何がどう変わったのかがわからなかったが、LIFEで数字になることで可視化され、具体的にこういう結果につながったかがわかり理解しやすくなり、利用者のADLを上げるだけではなく、介護職自身のモチベーションも上がってきている。利用者の変化も目に見えることで、次の段階では何を実践できるか考えることができるようになった	可視化 結果の理解 介護職自身のモチベーション	情報共有 介護職の意識・行動変容
利用者の状況の変化を退所時に数値によって伝えることができるようになった	退所時に数値によって伝える	情報共有
個別機能訓練加算では、骨格筋量等を指導員が測っており、わかりやすく数値で出ると、指導員が介護職員に説明しやすく、情報を周知してくれている。口頭で「よくなってきました」ではなく、数値ではっきりと答えをいえる。上がるばかりではなく、下がってきたので、今度こういう筋力の増強運動を入れたい等の提案をしてくれ、そのように数値で出ると、やっぱり周知しやすい、理解していただきやすい	周知しやすい 理解していただきやすい	情報共有 多職種連携 チームビルディング
具体的な数字として結果に表れるため介護職同士でも理解できるようになった	介護職同士でも理解	チームビルディング(情報共有)
個別介護計画をケアプランの日付に合わせているので、カンファレンスを3か月に1回実施している。実施状況を記録にしたケース記録を、LIFEを運用する委員会でもその情報を共有し、また入力方法を見直している	情報を共有 入力方法を見直	チームビルディング(情報共有)
経験則でケアをする介護職に対して、説明がしやすくなった	説明がしやすくなった	チームビルディング(情報共有)
LIFEを導入することで可視化され、利用者のADLの向上及び介護職のモチベーションが上がった	可視化 利用者のADLの向上 介護職のモチベーション	チームビルディング(情報共有) 介護職の意識・行動変容

(3) 介護リーダーに求められている力

『介護リーダーに求められている力』は、LIFEを活用した介護過程実践に必要な介護福祉士が有する力という視点でフォーカスし、以下のように「介護過程の実践」「教育・指導」「多職種連携」「チームビルディング」「チームマネジメント」などの力にまとめることができた。

「介護過程の実践」は、介護リーダー自らが介護過程を実践できる力が必要であることに尽きる。介護リーダーに求められている「教育・指導」「多職種連携」「チームビルディング」「チームマネジメント」のいずれにおいても、介護過程を理解し、実践できることが大前提となるためである。

「教育・指導」では、具体的には介護職一人ひとりの力を見極めるとともに、コミュニケーション、言語化(記録)、気づきの支援をするなどの介護リーダーとして教育・指導力が求められること、「多職種連携」では多職種で情報を共有し(介護職からの情報発信も含めて)、他の専門職が作成する計画や役割を理解するとともにそれと介護過程をリンクさせる力、「チームビルディング」は介護実践を円滑かつ効果的に実施するチームづくり、「チームマネジメント」は実践されている内容の確認、一人ひとりが力を発揮して仕事をできているかなどの管理をする力が求められている結果となっている。

『介護リーダーに求められている力』は本調査研究の目的であるLIFEを活用した介護過程実践に必要な教育という命題に直接リンクされる内容である。養成課程で学べることばかりでなく、現任教育における学びが効果的かつ現実的である内容も含まれていることが明らかになったといえよう。

図表 3-5 介護リーダーに求められている力

ヒアリング内容	抽出ワード	具体的な力	求められている力
介護リーダー自ら、しっかり実践することが大事である	自ら、しっかり実践	自ら介護過程実践	介護過程の実践
活動面の目標は意外と立てやすいが、参加面の目標は、利用者の興味・関心や生活の背景、個人因子を深掘らないと立てにくい。そういったところに視点を向けられる介護福祉士が増えないと、計画の質が上がっていかない、つまり生活の質を上げるためにはその目標をうまく立てていかなければならないと思う	参加面の目標	実践の管理 指導	介護過程の実践
暮らしの中での何気ない利用者の一言や動作が、利用者の思いや希望、持てる力、介護職がまだ知らないできる能力に結び付くことが多々ある。利用者に寄り添い何気ない言葉から「思い」をくみ取る力がリーダーには求められている。その「思い」と利用者の行っている動作分析を行い可能な範囲でマッチングさせ、「小さな目標設定」を立案し、介護職として知識や専門性を用いて担当者会議などで計画に反映させる力が必要である	利用者に寄り添い 利用者の行っている動作 分析 計画に反映させる	意思の確認・代弁 アセスメント 計画立案	介護過程の実践
介護福祉士に必要な力は観察力である	観察力	アセスメント	介護過程の実践
LIFEは利用者の状態を入力しているので、栄養、科学的も、ADLの維持と加算の入力の項目も、利用者の現状の状態がわかるので、ADLを上げられるようにするためにはどうしたらいいかな等を基に介護計画書にも落としていけるのではないかと思う	介護計画書にも落として いける	LIFEを介護過程に 活用	介護過程の実践

ヒアリング内容	抽出ワード	具体的な力	求められている力
介護リーダーは利用者・家族からの情報収集の技術及び情報収集をとりまとめる力が必要である	情報収集の技術 情報収集をとりまとめる	アセスメント	介護過程の実践
ICFステージングを使用し、できるADLを評価しているのでICFステージングの理解力が必要である	ICF	ICFの理解と実践	介護過程の実践
記載についての工夫は、書き手の主観になるため、ある程度基準を1つにしておきたい。自立支援加算の支援実績を要介護度とかで分けるのではなく、例えば独歩で歩ける方とか、ある程度の基準を介護の役職者と介護リーダーで話し合っている	判断の基準	アセスメント 評価	介護過程の実践
変化のあった利用者について、介護リーダーはその日に出勤している他職種も含めた全職員を集め、情報共有しよりよいケアにつなげている	状況を収集 情報共有	アセスメント	介護過程の実践
評価する上で、利用者の「できること」「したいこと」「好きなこと」を日常生活の中からすくいと、情報として付加できる力が大切である	情報として付加できる力	アセスメント	介護過程の実践
介護リーダーは、経験の浅い介護職に対してケアの具体的な内容と方法を伝達するために根拠を踏まえて説明する必要がある。例えば、日中トイレでの排せつを継続したい利用者には、立ち上がった時「顔を上げてください」と声をかけ、重心を少しでも上に戻すことを意識してもらい、立位の安定につなげていくと根拠を踏まえて説明していく伝達能力が必要である	根拠を踏まえて説明する 伝達能力	言語化 伝達能力	介護過程の実践
一般介護職と介護リーダーとの差は、観察をして、例えば入浴、排せつ等のケアの中からこういうことがあったと具体的に記録できる。介護リーダーは言語化できるように指導している	具体的に記録 言語化	記録 言語化	介護過程の実践
介護リーダーには、言葉で表すことの難しい利用者の声なき声を拾っていける力、信頼関係の上にケアは成り立ち、個々の利用者の変化や気づきを拾い(情報収集)、次に結びつけていける、思考の言語化を培うことができるコーチング能力が必要である	利用者の声なき声を拾って いける 変化や気づきを拾い コーチング能力	意思確認・代弁 気づきの支援	介護過程の実践 教育・指導
実施記録は利用者の経過を追う証拠のためのものになるので、すごく大事である。介護リーダーは一般介護職に対して、いろんな勉強会で指導している。記録の書き方とかNGワードとかはもちろん、個別介護計画にもとづいた実施をすることが大事であり、それを記録として残すという重要性を説くというアプローチの仕方をしている	実施記録 個別介護計画にもとづいた 実施 勉強会で指導	記録 支援の実施 指導	介護過程の実践 教育・指導
職員によって能力が違うので、介護リーダーが判断し、まずは利用者1人を担当させてアセスメントの記録の仕方等を指導し、ある程度できたら次は介護支援専門員が確認したそこで指導していく体制である	職員によって能力が違う アセスメントの記録の仕方 等を指導	記録 個々の力の見極め	介護過程の実践 教育・指導
計画の実施内容の進捗については、介護リーダーが申し送りの中で利用者の最近の状況を収集し、次の日に情報共有できるようにしている	状況を収集 情報共有	アセスメント 情報共有	介護過程の実践 チームビルディング

ヒアリング内容	抽出ワード	具体的な力	求められている力
介護リーダーは、利用者ができないのではなくできるということを前提に、前向きに捉えて実践して、例えば実践した結果ちょっと利用者さん自身が落ち込んだりとか、ちょっと不安に思ったりとか、様々な感情が出たときに、寄り添える、その感情に対して共有できる、また家族とも一緒に共有できることが必要だと思っている	寄り添える 家族とも一緒に共有	意思の確認・代弁 情報共有	介護過程の実践 チームビルディング
介護計画書を作るに当たり、介護リーダーが最初に教えたことは、まずアセスメントを取ること。その方のニーズ、何を目的に来られているのか確認を取ること。もちろんケアプランの中身をしっかりと確認して、相違のないようにケアプランののってってデイサービスでできることの目標を立てるように、また期間も間違いがないように、それを指導した	最初に教えたこと 何を目的に来られているのか確認 ケアプランの中身をしっかりと確認	意思の確認・代弁 計画立案 他計画との整合	介護過程の実践 多職種連携
多職種からの情報を含めた利用者像をみる力、把握する能力が必要である	利用者を見る、把握する 多職種からの情報	アセスメント 情報共有	介護過程の実践 多職種連携
介護リーダーは、利用者や家族とか利用者が、何を求めているのか何に不安を抱えているのか等を考える力が必要であり、その方向性に向け実際に計画として立案できる、また指導の上でもほかの介護職が作成したケアプランに対して確認できることが大事である	何を求めているのか等を考える力 実際に計画として立案 介護職が作成したケアプランに対して確認	意思の確認・代弁 計画立案 他計画との整合	介護過程の実践 多職種連携
新人介護職でも早めに担当を持たせるため、介護リーダーは、カンファレンスを通して指導ができ、またカンファレンスを通してスーパービジョンにつなげる体制である	カンファレンスを通して指導	スーパービジョン	教育・指導
コミュニケーション能力は家族やケアマネジャーに対してとても重要であり、また利用者へ直接聞くに当たっては、どれだけニーズを聞き出せるかを養っていきけるように、生活相談員(=介護福祉士)に指導している	コミュニケーション能力 ニーズを聞き出せるか	利用者とのコミュニケーション	教育・指導
介護リーダーは、一般介護職に振り返りシートを使って、記録の勉強会をした内容の反省、例えば例を出してそこに答えを書いてもらうように指導している。書けなかった介護職には個別に説明したり、年数分けて勉強会を開くなど様々な情報で指導し、レベルアップを促進する	指導 勉強会を開く レベルアップ	個々の力の見極め 気づきの支援	教育・指導
介護リーダーは、言語化できずアプローチがわからない一般介護職に対し、利用者を見たときに何を感じるのかを掘り下げてひもとき、答えを導くというような指導をしている	言語化できずアプローチがわからない 答えを導く指導	言語化 個々の力の見極め	教育・指導
ユニットリーダーに対しては、介護福祉士にとっての気づきがなければ何も生まれないと気づきの可視化を意図的に伝えている	気づきの可視化	個々の力の見極め 気づきの支援	教育・指導
介護リーダーは、介護職が例えば介護に向き合っていない、利用者に寄り添っていないときは、介護の現場での実践や、家族・利用者とは話す場面にその介護職も同席させ、その後介護職が感じたこと等を聞き取りし指導している	介護職が護に介向き合っていない、利用者に寄り添っていないとき 介護職が感じたこと等を聞き取りし指導	個々の力の見極め 気づきの支援	教育・指導

ヒアリング内容	抽出ワード	具体的な力	求められている力
介護リーダーには、介護職の気づきがなければ何も生まれないと常々伝えている。その気づきは、知識がないと気づけない。24 時間 365 日、人として接する中で、何かおかしいなと思うことはたくさんあるので、そういったことはどんな職員にも、声に出して、言葉に出して伝えてくださいと言っている。伝えることが、まず介護職として大切なことである	介護職の気づき 伝えることが介護職として大切	気づきの支援	教育・指導
介護リーダーは、介護職に今日あの人と関わったときに気づきはどうか、一言でもいいから何か記録に入れるようになっていくが、いろんな気づきを記録に残しているユニットと、記録が排せつ、食事、入浴、実施・未実施だけのユニットがある。気づきがなければ課題も生み出せなく、課題がなければ介護過程の展開にも発展しないので、その気づきを引っ張り出している介護リーダーと、その気づきが引っ張り出せない介護リーダーのユニットでは大きな差がある	介護職の気づきを引っ張り出す	個々の力の見極め 気づきの支援	教育・指導
介護リーダーはその利用者の記録を見て、職員会で口頭ですけど例えば最近食事を召し上がれていないね等気づきを話をしている	気づき	個々の力の見極め 気づきの支援	教育・指導
ケアマネジャーへの連絡はFAXのため、介護リーダーは送付文書を確認し書き方を指導している	書き方 指導	言語化	教育・指導
介護リーダーとしては、利用者が求めるケア、例えば歩きたい、外出したいということを達成した時は、みんなに周知させて喜びや自分のやりがい等を共有させている。そのための評価をしたり、最終的に報告書で、今回こういうことを実施しました、次回はこういうことに気をつけてください、こういうことをしたら利用者はこうなるんじゃないかというアセスメントをした上で、次につなげていく意識をして取り組んでいる	周知して喜びや自分のやりがい等を共有	気づきの支援	教育・指導
将来的には、個別介護計画を一般介護職が作成できるようにし、介護リーダーは査収側に回れるようにしたい	査収側	スーパービジョン	教育・指導
介護リーダーは介護職員が利用者に通所介護計画の説明を行っている時に、理解しているかどうかを把握し、わかっていない場合にはもう一度その職員を呼んで再度説明している	理解しているかどうかを把握	個々の力の見極め	教育・指導
利用者のあり方に対する 13 の委員会があり、介護リーダーが委員長となり、介護職員はいずれかの委員会にはいっており、教育研修も介護リーダーが指導している	委員会 教育研修		教育・指導
介護リーダーは、LIFEに関して周知するのはもちろんのこと、介護職それぞれの能力を判断し、その介護職にどのようしたら理解してもらえるのかを考え落とし込む力も必要である	介護職それぞれの能力を判断	個々の力の見極め	教育・指導
介護リーダーは各個人の意見だけで勝手に決めないように、その利用者が一番いいサービス、ケアができるように、必ず職員同士で意見を出し合い、情報共有するように指導している	意見を出し合い 情報共有	情報共有	チームビルディング

ヒアリング内容	抽出ワード	具体的な力	求められている力
介護職はLIFEについて興味がないので、いかにして介護リーダーが関心を持たせるかという意識が結構大事だと思う	関心を持たせる	エンパワメント	チームビルディング
施設は暮らしの場である以上、個のみではない。介護職と利用者または利用者同士の関係性も支援には必要であり、介護リーダーには関係性を踏まえたうえや経過を把握する力が求められる	介護職と利用者の関係性 利用者同士の関係性	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーは実施できているかどうか、ケアプラン作成者と情報共有を図る力が必要である	実施できているかどうか ケアプラン作成者と情報共有	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーは、介護職員に対し面談やメンタルを含めた対象管理、人事評価を活用し、質のばらつきを補正している	面談やメンタルを含めた 対象管理、人事評価	健康・労務管理 人事評価	チームマネジメント
介護リーダーは、個別介護計画をもとに実施内容と利用者のニーズの整合性について介護職と一緒に確認をおこなっている	介護職と一緒に確認	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーは介護職が作成したアセスメントを独自に作成したチェックリストを基に漏れがないか確認し、視点を共有して、それをカンファレンスで使用している	漏れがないか確認 視点を共有	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーはカンファレンスを行う前にアセスメントを確認しそこで一旦指導している	アセスメントを確認	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーは利用者に関わることからLIFE作成者と一緒に、書類を見て利用者の状態等について情報共有してくれる	利用者の状態等について 情報共有	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーは介護計画内容を確認し指導	介護計画内容を確認し 指導	実践の管理	チームマネジメント
介護リーダーは次につなげるために、しっかり評価し、しっかり言語化して伝えるというも必要な役割だと思っている	評価 言語化して伝える	人事評価 言語化	チームマネジメント 教育・指導
目標が達成できているかどうか、評価ができていないかどうか、次の目標はどうすればいいかを助言できる力が必要である	目標が達成できているか 評価ができていないか 助言できる力	実践の管理 指導	チームマネジメント 教育・指導
他職種への利用者情報は、医療に関することはリーダーから看護師に提供し、その状況によって介護職員も急を要する場合には連絡するようにしている。医療と介護で話し合っ決めていく必要があるときにはリーダーが話し合いの場に出て決定している	医療に関すること	情報共有	多職種連携
介護リーダーは提出されたケアプランを確認し、また見直しの時も、実施状況をチェック表を見ながら確認をしている	ケアプランを確認	他計画との整合	多職種連携
「介護職として～が気になる、～がおかしいと思う」といった投げかけを他の専門職に気兼ねなく投げかけられる環境が必要であり、介護リーダーとして他の専門職に対する垣根を日頃から取り除くことが大事である	他の専門職に対する垣 根を取り除く	情報共有 情報提供 提案	多職種連携

ヒアリング内容	抽出ワード	具体的な力	求められている力
介護リーダーは、その利用者に求められるケアを考えるために、利用者の生活背景に目を向け、過去にこういったことに取り組んでいたという利用者の情報があれば、利用者がそれに取り組むためには介護現場ではどのような対応が必要かを、作業療法士や介護職に話を聞いた上で、より具体的な計画立案を作成することが必要である	作業療法士や介護職に話を聞く 具体的な計画立案	多職種協働 情報共有 計画立案	多職種連携 チームビルディング 介護過程の実践

(4) LIFEを活用していくための工夫

『LIFEを活用していくための工夫』はそれぞれの施設・事業所が取り組んでいる個別的な内容である。現場における負担を最小限にとどめ生産性を向上していくための取り組みとして、役割分担を明確に流れをつくる、LIFEの項目と既存の書式等をコミットさせる、LIFEというツールを組織づくりにいかす、手引書を作成するなどの取り組みがみられた。LIFEを公的かつ効果的に実施しているヒアリング対象から得られた示唆として参考となる。

図表 3-6 LIFEを活用していくための工夫

ヒアリング内容	工夫
LIFEの入力は打ち込む箇所を各職種に担当を割り当て、リレー形式で実施している。各職種は利用者の内容・状況を確認でき、情報共有ができています	入力箇所を各職種に担当を割り当てることで情報共有
LIFE項目はモニタリングと計画書のほうに多く取り入れた。初回アセスメントだと、まだ情報が足りないので、モニタリングのときに科学と自立の項目をほとんど全部入れそれをそのまま、例えば医師のほうの自立支援加算のほうにつなぐとか、我々の科学の打ち込みの書類にもつながっている	LIFEの項目と個別介護計画をコミット
介護の仕事は介護福祉士だけでなく、機能訓練士も看護師も栄養士も利用者に関わっており、専門職の立ち位置で意見やアドバイスのので、まず介護職はこう思うが専門職はどう思いますかと介護職から疑問を投げかけることができるように組織を変える必要がある。情報の分析も、介護職だけの分析だけでは見方が偏り、このデータを見て他の専門職の立ち位置が異なればデータの分析の目も違う。そのために委員会等を設置する組織改革が必要である	LIFEに関する委員会の設置
LIFEを運用する委員会(施設での名称はチャート委員会)があり、そこで実施状況を介護ソフトのケース記録に落すが、主にチャート委員会の中でLIFEのこと、介護過程のことという区分けをしながら委員会の中では行っている。LIFE中心になってしまっているので、実際の介護過程は、倫理観だとか介護職としての介護能力発展をうまく役職者が分けて説明している	LIFEに関する委員会の設置
LIFE加算算定開始までに全職員の理解が間に合わなかったため、開始前にまず担当職員が理解し、それをわかりやすく主任やリーダーに説明し、主任や介護リーダーがまたその部下に、介護職員に落とし込む形でLIFEを取り入れ導入した	LIFEの周知を通して組織づくり
LIFEに関する手引書を作成している。今後もうすこし詳しく理解してもらうためには、研修会が必要である	LIFEに関する手引書を作成
クリニカルリーダーを活用した人事評価をしている。クリニカルリーダーの大項目として実践能力と組織的役割遂行能力と自己教育研究能力の大きな3つで評価しているが、その実践の部分で介護過程の実践に必要な情報収集、アセスメント、計画立案、実践、評価という介護過程の展開に沿った、また、下位項目の評価項目で評価をするようにしている。リーダーレベル0(新入職員)からリーダーレベル6(介護主任)までの段階に分類し、レベル3以上の介護職を介護リーダーのポジションにしている	介護過程に紐づいた人事評価とのコミット

(5) LIFEを活用していくための課題

『LIFEを活用していくための課題』の視点で抜粋してまとめたものが以下となる。

LIFEの仕組みや内容にリンクするものとしては、施設・事業所種別に対応した評価項目が必要である、ケアプランやケアマネジャーとの連携の仕組みがほしいという指摘があった。

一方で、現場の人員不足を背景とした負担感に対する課題も出された。

図表 3-7 LIFEを活用していくための課題

ヒアリング内容	課題
全国からLIFEのADL評価データを集めるに当たって、物差しを同一化しなきゃいけないからパーセルインデックスだと思うが、特養の利用者ではパーセルインデックスでの評価はなかなか難しい部分があるので、老健は老健の物差し、特養は特養の物差しをつくって、その中でデータのフィードバックをしていただけると有難い	施設・事業所種別に対応した評価項目が必要
ケアマネジャーとLIFEのフィードバックデータを共有できたらいいと思う。ケアマネジャーもLIFEを理解し、フィードバックデータをみてケアプランを作成できるようになると、より適正なサービスが位置づけられ、在宅生活の継続につながる	ケアプラン、ケアマネジャーとの連携の仕組み
通所だけではLIFEの項目を全部正確に埋めることは難しいと感じている。LIFEの科学的な基本情報を入力するのに不明確な項目があり、デイサービスだけではわかりにくい部分が多い。そのためにサ高住や家族との連携が絶対的に必要で、協力が得られればLIFEの入力情報は正確になっていくと思う	施設・事業所種別に対応した評価項目が必要
基本的に自社のアセスメントシートを活用して主にLIFEに入力している。自社のアセスメントシートは結構細かく利用者の情報は詳細になるので、LIFEの項目がもっとわかりやすく、細かくアセスメントが取れるようになるといい。フィードバックするには細かいほうがいいと思う	評価項目の改善
LIFEの加算書類には、介護福祉士の入力が必要である項目がない。だから、褥瘡だったら看護師、科学的介護推進に関する評価は生活相談員やケアマネジャー、口腔・栄養は栄養管理士と、ほかの専門職だけでも作成可能である。しかも全部手作業での入力なので、いつやるの。そこの心理的なものや作業量、作業時間が壁になっている	介護福祉士のかかわり方 現場の人員不足
できることを引っ張り出していくのが、介護福祉士として本来あるべき姿である。特養で自立支援というのは難しいのは大前提だが、できることがLIFEの自立支援に結びついていくので、そこは大切にしていかなければいけない。一方、利用者ができることを増やしていくことは、裏を返すと、その利用者ができるまで介護福祉士は待って見守るために時間を要する。介護現場はマンパワー不足があり、介護職は利用者が危険だから、転ぶと危ないからと先取りして奪ってしまっている。もう少し現場にゆとりがあり、利用者のできることを待って見守って、声をかけて、引っ張り出して、少しでも自立支援に結びついていけたら、本当に実のあるその人らしい豊かな生き方ができると思うが、実際のマンパワー不足でそういった利用者のやれることも、実は摘んでいる部分もたくさんある。それが本当に現場の実情である	現場の人員不足
介護リーダーは、評価基準であるパーセルインデックスとは何かをほかの職員に伝達するためには、介護リーダー自身がまず知らなければならぬ。そして周知のためには、例えばLIFE委員会を立ち上げるなど施設全体の組織力とマンパワーがないと難しいと思う	施設全体の組織力とマンパワー

資料



1. 調査研究ご協力者

本調査研究においては、以下の皆様にヒアリング調査のご協力をいただきました。

種別・所在地	施設・事業所名	職 位	氏名（敬称略）
介護老人福祉施設 （静岡県）	特別養護老人ホーム 菜の花	介護士長	佐藤 葉子
		特養相談員・研修担当	堀田 隆弘
介護老人福祉施設 （福岡県）	地域密着型介護老人福祉施設 若久サテライトビレッジ	施設長	大澤 利通
		課長	中島 文亮
		ユニットリーダー	関 聖史
介護老人保健施設 （北海道）	介護老人福祉施設 グリーンコート三愛	事務長	菊地 芳一
		介護係長	澤田 稚香子
		事務係長	金久保 彩子
		相談係長	戸田 江梨子
介護老人保健施設 （宮崎県）	介護老人保健施設 サンヒルきよたけ	事務長	長友 太志
		療養部入所係介護主任	下村 勝利
		介護福祉士	甲斐 康平
通所介護 （兵庫県）	株式会社やさしい手 通所統括支社	支社長	下田 哲也
	通所ゆめふる飾磨恵美酒店	管理者	田中 奏子
通所介護 （東京都）	通所介護 アゼリーアネックス	施設長	福原 聡一郎
		統括主任	豎山 隼一郎
		副主任	樋口 由美
		理学療法士	勝亦 美月

令和4年度社会福祉推進事業

科学的介護情報システム（L I F E）を活用した介護過程実践に関する調査研究事業 報告書

発行：令和5（2023）年3月

株式会社コモン計画研究所

166-0015 東京都杉並区成田東 5-35-15

03-3220-5415 <https://www.comon.jp/>