

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ①アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ②研修・勉強会等を開催した
- ③会議体を創設・変更した
- ④介護リーダーの役割を周知・明示した
- ⑤介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた

#### ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 独自のアセスメントシートを、介護リーダーと他職種による会議にて新たに作成した。
- 介護リーダーに対し、アセスメントの意義について個別勉強会を開催した。
- 介護職員へ LIFE と加算算定の意義、現場導入に関する説明会を実施した。
- アセスメント機会・能力向上を目的として、LIFE 入力に必要な DBD13、Vitality Index、興味関心チェックシートの情報収集を、各居室担当介護職員に実施させた。
- 事例利用者のアセスメントを 2 名の介護福祉士に同時に実施させ、教育機会とした。
- 介護職チームと他職種とのカンファレンスを設け、情報共有を行った。
- 介護目標の策定や実施状況の確認等の情報共有を目的とした介護職ミーティングを、新たに週 1 回程度開催した。
- 実施した支援内容に紐づく情報に焦点を絞って申し送りノートに記録することで、支援の検討がしやすくなった。

#### ◆ LIFE 活用の効果



- LIFE の入力に必要な情報収集を介護職員に実施させたことで、アセスメントや観察ポイント、評価指標に馴染みのなかった介護職員まで広く教育機会となり、利用者状態への関心が高まり、主体的に利用者情報を収集する介護職員が増えた。
- 利用者への支援が目標に基づいて統一して実施されることで、記録や報告の焦点が定まり、利用者の変化の推移が把握しやすくなり、また実施内容の変更も周知しやすくなった。
- 介護リーダーに主体性と自信が芽生えた。利用者の状態改善や意欲の増進が目に見えて実感できることで、介護職チーム全体が介護実践に自信とやりがいを見出せるようになった。

#### ◆ 新たな課題・今後の展望



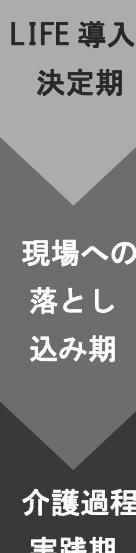
- 事例調査実施チームの取り組みや成果を別の介護職チームにも展開していくため、教育や会議体の調整などを進めていきたい。
- 作成したアセスメントシートをさらに LIFE の該当項目と連動させたものへ更新し、教育の質を担保しつつ、情報収集を効率化して業務負荷を軽減していきたい。
- 居室担当が一様に収集した LIFE 算定情報項目とアセスメントシートを連動できるようにするために、情報共有、会議体などの仕組みづくりを行いたい。
- 現在はアセスメントや介護目標をケアプランに反映しているが、今後は個別介護計画書の作成まで結びつけ、利用者の定性的情報なども加味して LIFE と連動させ、介護過程実践の質の向上を図りたい。

## ◆ 新たな取組の具体的資料等

担当利用者アセスメントシート

担当利用者 アセスメントシート					
利用者名	生年月日	入所日	R2.●.●		
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
障害高齢者の日常生活自立度 (寝つきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2
	<input type="checkbox"/> B 1	<input checked="" type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	
	<input checked="" type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	
本人の思い・希望  歩けるようになりたい。					
既往歴	<p>生活歴 (仕事、家族、趣味、好物、習慣)</p> <p>●●生まれ。結婚を機に山形へ。長男夫婦、孫3人、6人家族で自立した生活を送っていたが、平成30年、運転中に交通事故。</p>				
身体状況 (麻痺・硬縮等)	身長	体重	56.8		
	左片麻痺				
精神状態・認知症状・意思の伝達	<p>精神状態は落ち込んでいる。動作はゆっくりではあるが、協力動作も見られ、食事も自力で全量摂取。認知症はあるも、自分の訴えをしっかり伝えることが出来、意思疎通可。周囲の方々や職員との会話を楽しめている。以前は帰宅願望がたまに見られたが、最近はほとんど聞かれず。随時、訴え時の家族との電話対応で落ち込んでいる。</p>				
家族・他者交流	<p>食事の際、同じテーブルの方々と談笑されたり、ショート利用者と居室で話されている。随時、ケアマネの所に行き、家族と電話している。</p>				
その他					
起居動作 (寝返り、起き上がり、座位保持、立ち上がり)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> <li>・見守り</li> <li>・一部介助</li> <li>・全介助</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝返りは介助必要。起き上がり時、柵に掴まり起き上がろうとするも、最後まで上がらず介助必要。座位保持、立ち上がりは柵に掴まりながら自分で行える。</li> </ul>			
移乗 (車椅子からベッド・トイレ・椅子への移乗動作、イスや車椅子・柵の位置)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> <li>・見守り</li> <li>・一部介助</li> <li>・全介助</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・柵や手すりなど掴まるものがあれば、動作はゆっくりではあるが、見守りでの移乗が可能。</li> </ul>			
移動 (歩行状態、移動に使用する福祉用具、移動時の介助の必要性)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> <li>・見守り</li> <li>・一部介助</li> <li>・全介助</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子を自操しての移動可能。</li> </ul>			
整容 (洗顔、整髪、口腔ケアの方法と道具、うがいの可・不可、義歯の取扱い)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> <li>・見守り</li> <li>・一部介助</li> <li>・全介助</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・物品の準備を行うと自力で可能。人所時は、義歯がうまくはめれなかったが、現在は自力ではめし可能。</li> </ul>			
食事 (食事形態、食欲、ムセリ、食事の際の注意点、食事の際の姿勢)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> <li>・見守り</li> <li>・一部介助</li> <li>・全介助</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・主食 軟飯 副食 荒刻み大盛 汁 普通にて提供。食事は自立され全量摂取。嚥下機能問題なく、ムセリ等なく摂取。アレルギー、食べこぼし無く摂取可能。</li> </ul>			
排泄 (日中・夜間の方法、使用する道具、声掛け・ズボンの上げ下げ・拭き取り等の介助)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> <li>・見守り</li> <li>・一部介助</li> <li>・全介助</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は、本人の訴え時にトイレ誘導。手すりを使い、つかまり立ち可能。ズボンの上げ下げは介助にて実施。排泄後の拭き取りは職員対応。</li> <li>・夜間は、オムツ使用にて対応。</li> </ul>			
入浴 (上衣・下衣の着脱、洗体・洗髪について、感染症の有無による入浴の順番)					
<p>入浴形態</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個浴</li> <li>パンジー浴</li> <li>ユニバス浴</li> <li>特殊浴</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類の着脱は腕廻しの協力動作あり。洗髪は介助にて実施。洗身は右手が届く範囲で実施し、その他については介助。</li> </ul>			

## LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き



- 令和3年3月末までに、LIFE スタートにあたり、算定可能な加算について、施設長、生活相談員、ケアマネジャー、部長での会議を実施した。
- 他専門職（看護師、栄養士、理学療法士）と LIFE 算定についての会議を実施した。
- 令和3年4月、現場介護職員へ LIFE と加算算定の意義、現場導入に関する説明会を実施した。書き方や観察ポイントなどを絞って説明し、不慣れな介護職員でも取り組みやすいよう工夫やフォローを行った。
- LIFE 入力に必要な情報収集を各居室担当介護職員に実施させた。
- 施設独自のアセスメントシートを作成した。
- 介護リーダーに対してアセスメントの意義についての勉強会を実施した。
- 介護リーダーは介護職チームの中から経験年数の違う介護福祉士2名を選び、事例利用者のアセスメントを実施させた。
- 介護職チームでアセスメント結果をもとに介護職ミーティングを開催し、介護目標を決める機会をつくった。
- 介護リーダーは利用者像の再確認をし、機能訓練指導員指導のもとに介助方法の見直しを行った。こうした実施の中での変更や改善はミーティングや申し送りノートで介護職チームに伝達を図り、必要に応じて介護リーダーが指導を行った。

# 車いすの日常から歩ける可能性を見つめ直した取り組み

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

70代／要介護4  
障害高齢者の日常生活自立度：B2  
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa  
意思疎通可  
既往症：多発性肋骨骨折、  
外傷性クモ膜下出血、  
糖尿病、高血圧症

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職：9名（内介護福祉士5名）  
利用者数：職員数=20名：9名  
介護リーダー：14年（介護福祉士、ユニットリーダー）

### 【他職種との連携】

ケアマネジャー  
理学療法士  
生活相談員



## ◆ 介護過程実践

これまでの課題  ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>介護職員が持つ利用者のニーズに関する情報をケアプランに反映する仕組みがないため、介護過程実践まで落とし込めず、粒度が大きなケアプランに準じた業務的介護に終始していた。</li><li>利用者情報や目標を共有するための仕組みが不十分であり、各介護職員の主觀に基づく場当たり的介護が行われていた。</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>介護内容の焦点が定まることで、実施時の気づきや観察情報が記録され、より詳細な支援に変更や改善して進めることができた。</li><li>介護職視点でのアセスメントを行い、介護目標や支援内容を検討するミーティングを開催したことで、介護職員が同じ目標と支援内容に沿った統一的な介護を実践することができるようになった。</li></ul>
----------------------------	---

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題  ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>情報を共有する仕組みが不十分なために、介護職員が意図や目的を持って主体的に情報収集を行う動機付けができず、また力量を身につける機会をつくれていなかった。</li><li>介護リーダーと介護職チームが目標や支援内容を共有できず、バラバラな介護になっていた。</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>アセスメントシートや支援内容が共有されたことで、それらに紐づく情報収集と焦点を絞った記録が行われ、主体的に情報をとりにいき、支援時の気づきが増えた。</li><li>情報が記録されることで、支援内容の再検討や改善につながり、介護職員もさらに情報を収集しようとする好循環が生まれた。</li></ul>
----------------------------	---

## ◆ 利用者の受益・変化 😊

- 歩行する機会が増えたことで、歩行機能が改善し、実際に“歩けるよう”になってきている。
- 職員が同じ援助対応をしてくれるようになったことで、利用者には歩く機会が承認されているという自覚が芽生え、さらに「歩きたい」という主体的な意欲の芽生えにつながっている。
- 歩行する取り組み姿勢が周囲に見えたことで、職員から励ましの言葉を受ける機会が増え、利用者の意欲や自尊心向上につながっていると考えられる。



歩行の様子

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>主訴：「歩けるようになりたい」</li> <li>起居動作：一部支えと手すりつかまりにて起居可。つかまり立位保持可</li> <li>移動：車いすにて自操 歩行機会は理学療法士による訓練時のみ</li> <li>排せつ：排尿、便ともに職員がふきとり対応。夜間はおむつにて定時交換対応。</li> <li>Vitality Index リハビリ・活動 【促されて向かう】評価1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントの教育機会やチームミーティングでの教育効果も狙い、介護リーダーは介護職チームから介護福祉士2名を選び、それぞれがアセスメントを実施した。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>短期目標： 普段の生活の中で歩行する機会を持ち、歩行状態の改善を図る。 起居動作時は立位を保持してから移乗するようとする。</li> <li>支援内容： 支援担当を決め、居室から食堂まで移動する。1日1回は歩行器を使用し、見守りながら歩行する。</li> <li>夜間はトイレ誘導を行い、トイレへの歩行を介助し、排せつを促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護職ミーティングにて利用者のニーズや課題を話し合い、短期目標や支援内容を決めた。</li> <li>介護職チームと他職種（ケアマネジャー、理学療法士）とのカンファレンスを実施し、情報を共有した。</li> <li>介護リーダーはケアマネジャーと短期目標や支援内容を検討し、ケアプランに反映した。</li> <li>介護リーダーは理学療法士と歩行時の介助について検討を行い、介護職チームに注意点などを周知した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に対し、移乗時やトイレ誘導時の起立・立位、居室から食堂間はU字歩行器を使用して歩行する場面をつくった。</li> <li>夜間の排せつ時、利用者へトイレまでの歩行促しを行ったが、オムツ内排せつに留まっている。</li> <li>実施から一週間ほどで、利用者からは新しい靴が欲しい」と要望があり、カタログなどで一緒に選び購入した。</li> <li>立つ機会が増えたことで、トイレでの排せつ時、腰を浮かせて尿を自分で拭くようになった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護職チームは立位や歩行機会をつくった。</li> <li>介護職チームは夜間排せつにトイレ誘導を行った。</li> <li>実施状況についての気づき、実施内容を申し送りノートに記録した。</li> <li>介護リーダーは歩行器の高さが利用者に合っていないと考え、利用者と確認して高さを調整。申し送りノートで介護職チームに共有を行った。</li> <li>実施状況について、記録や職員、利用者から介護リーダーが情報収集を行い、他専門職と共有した。</li> <li>歩行する利用者に職員らが自然と励ましの声をかけるようになった。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>発言：「歩けるようなってきた」「歩けるようになったから、帰れるでしょ」</li> <li>移動：介護職員付き添いのもと、歩行器使用で150mほど歩けるようになった。</li> <li>排せつ：トイレ誘導時、排尿時は、ふきとり可能になってきた。排便は職員対応。職員から促されてできるようになってきた。</li> <li>Vitality Index リハビリ・活動 【自らリハビリに向かう、活動を求める】評価2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援担当が定時に支援できない場面では、他の介護職員が自主的に対応するといった主体的関わりが見られ始めている。</li> <li>1日1回の歩行支援以外にも、利用者の意欲と機能の向上に伴い、担当を付けることで歩行機会の更なる増加につなげたい。</li> </ul>

**実践 1 読書と食後の運動をとりいれ自分らしい日常生活を維持する取り組み****実践 2 支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり**

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ①アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ②研修・勉強会等を開催した
- ③会議体を創設・変更した
- ⑥実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦①～⑥を後押しする業務改善を行った

**◆ 介護過程の新たな取組・工夫**

- LIFE 導入に際し、LIFE の内容とケアプラン、個別介護計画の整合性を図るために、LIFE の評価項目に関する変化を記録するための新たな独自の評価表（施設名称：3か月評価シート）を作成した。
- 半年に 2 度、モニタリング（評価）は行っていたが、介護職員に LIFE=3 か月評価の共通認識をもたらせた。
- 転倒予防として作成していた転倒アセスメントシートを LIFE における、DBD13、Vitality Index の結果を数値化した転倒スコア表に変更した。
- LIFE との整合性を図るため、食事量・水分量記録の「サービス実践記録」を分数表記から%表記に変更した。
- カンファレンスを居室担当（PNS 制度※）、介護職のみ（ケアカンファレンス）、他職種の 3 つに分類し、非常勤職員など全職員が参加できる体制にした。
- 居室担当及び介護職のみのカンファレンスは毎日 15～30 分実施している。
- カンファレンスを毎日実施するために、居室担当者間の勤務調整を毎月 1～10 日の間で調整している。

※PNS 制度：パートナーシップナーシングシステムの略で看護師がペアで患者を受け持つ新しい看護方式。本事例ではこれを介護職に応用。

**◆ LIFE 活用の効果**

- 3 か月評価シートを用いたことで利用者の変化を追いやすく、利用者の何をみるべきかが分りやすくなったためカンファレンスにおける内容も具体的になった。
- 転倒予防の転倒アセスメントシートを LIFE 項目の DBD13、Vitality Index の結果を数値化した転倒スコア表に変更し、作業の削減を図ることができた。
- 個別介護計画における介護目標が、LIFE の食事量及び離床時間など「数値化された目標」になったことでアウトカム評価につながりやすくなった。
- 介護目標の修正はポジティブな修正であるという新たな視点を獲得することができた。
- LIFE の食事量が 1 日の摂取量とイコールにならない気づきや、LIFE には反映されないおやつの量などをどのように LIFE と組み合わせて考えていくべきかを学ぶことができた。
- LIFE の数値の内側でどのような支援を提供しているのか、その支援が利用者にとって有益なものであるのかを考えるきっかけになった。

**◆ 新たな課題・今後の展望**

- フロア及び部署によって居室担当者カンファレンスの頻度や時間に差が生じている。介護過程のシステム及びその質に関する評価が所属長の匙加減になってしまいがちなケースも存在している。
- 令和 4 年度は以下の 2 点を目的とした「介護過程プロジェクト」を発足、本チームを介護過程及び LIFE 連動、人材育成の要として期待している。
  - ①より組織的且つ質の向上を図るため、「観察視点の共有」を狙いとした個別介護計画の部分的改良。
  - ②【アセスメント/計画/モニタリング】それぞれの課題や評価基準を合わせるための基準書、マニュアル作成。

## ◆ 新たな取組の具体的資料等

### 3か月評価シート

DBD13

評価表				も3か月に1度ある		
評価日	タメ	年齢	性別	会員	リハビリ	ケアアシスト
評価者	介護	年齢	性別	会員	リハビリ	ケアアシスト
スキンカラーハ・サケ・野口						
食事摂取状況	○食事・食事	○食事	○食事	○食事	○食事	○食事
外出移動状況	○外出・外出	○外出	○外出	○外出	○外出	○外出
排泄	○排泄・食事	○排泄	○排泄	○排泄	○排泄	○排泄
自己介護	○自己介護・食事	○自己介護	○自己介護	○自己介護	○自己介護	○自己介護
生活動作	○自己抱持・食事	○自己抱持	○自己抱持	○自己抱持	○自己抱持	○自己抱持
生活動作				生活動作		
睡眠	○寝る・寝る	○寝る	○寝る	○寝る	○寝る	○寝る
排泄	○排泄・排泄	○排泄	○排泄	○排泄	○排泄	○排泄
生活動作	○自己抱持・食事	○自己抱持	○自己抱持	○自己抱持	○自己抱持	○自己抱持
生活動作				生活動作		
入浴・洗面	○入浴・洗面	○入浴	○入浴	○入浴	○入浴	○入浴
大便状況	○大便・大便	○大便	○大便	○大便	○大便	○大便
小便状況	○小便・小便	○小便	○小便	○小便	○小便	○小便
排泄状況	○排泄・排泄	○排泄	○排泄	○排泄	○排泄	○排泄
排泄状況				排泄状況		
評価基準						
自発的に行う(訴えがある)	5点					
促すと行動に移す(訴える)	3点					
意欲、反応がない。拒否がある。	1点					

	R3.10.12	R4.1.18		
①日常的な物事に关心を示さない。	2	2		
②特別な事情がないのに夜中起きだす。	0	0		
③特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける。	0	0		
④やたらに歩きまわる。	0	0		
⑤同じ動作をいつまでも繰り返す。	0	0		
⑥同じことを何度も聞く。	0	0		
⑦よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、戻したりする。	0	0		
⑧昼間寝てばかりいる。	3	3		
⑨口汚くのしる。	0	0		
⑩場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする。	0	0		
⑪世話をされるのを拒否する。	0	0		
⑫物をため込む。	0	0		
⑬引き出しやタンスの中身をすべて出してしまう。	0	0		
	5	5	0	0

O : まったくない

1 : 週1回程度ある

2 : 週3回程度ある

3 : 週5回程度ある

4 : ほぼ毎日ある

### Vitality Index

	評価日	評価日	評価日	評価日
	10月12日	1月18日		
意思疎通	5	5		
起床	3	3		
食事	5	5		
排泄	3	5		
リハビリ/活動	3	5		
合計	19	23	0	0

【評価基準】	
自発的に行う(訴えがある)	5点
促すと行動に移す(訴える)	3点
意欲、反応がない。拒否がある。	1点

	評価日	評価日	評価日	評価日
要介護度	3	3		
西宮3か月における転倒によるアクシデント数	0	0		
骨折回数(左足骨折含む)	0	0		
「転ぶかも」と感じるあなたの数(0~3)	4	2		
起床項目	3	3		
排泄項目	5	5		
特別な事がないのに夜中起きだす	0	0		
やたらに歩き回る	0	0		
同じ動作をいつまでも繰り返す	0	0		
同じことを何度も聞く。	0	0		
世話をされるのを拒否する。	0	0		
引き出しやタンスの中身をすべて出してしまう。	0	0		
合計	15	13	0	0

## LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入  
決定期  
  
現場への  
落とし込み期  
  
介護過程  
実践期

- LIFE 導入に際して法人グループで検討。
- グループで行った検討をもとに施設での幹部会で取得加算を設定。
- 介護科長、係長が短期的スケジュール（3か月程度）の設定。
- 介護係長は算定開始までのプロセス設定及び現行システムを修正。
- 介護係長及び現場主任による長期的スケジュール（半年～1年）の設定。全職員への共有方法の検討及びその他修正。
- 介護科長、介護係長で既存の介護過程システムを崩さずに LIFE を導入する検討を行う。
- 3か月評価を軸にケアプラン及び個別介護計画との整合性をつける方針で決定。
- 各種日常記録も LIFE に合わせた数値化に変更。
- 上記を各主任（所属長）及び副主任の現場リーダー的な役割の介護職員へ伝達。
- まずは各所属長3名で LIFE（3か月評価、打ち込み）を行いながら適時修正を図った。
- 日常記録が紙媒体のため、LIFE の初回入力には多くの時間を費やす。
- 3か月評価を導入により LIFE の修正箇所がわかりやすくなり、更新時間は大幅に削減。
- 3か月評価は各項目に○をつけるだけであるため、業務負担を感じずに実践できた。
- 3か月評価の最下段に「ケアプラン変更の必要性の有無」を設け、ケアプランの一人歩き防止につながった。
- 3か月評価を時間内でできるように業務改善を実施。業務の無駄を見つけるために既存業務及び手順をリスト化し、修正を行った。

# 実践 1 読書と食後の運動をとりいれ自分らしい日常生活を維持する取り組み

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

70代／要介護3  
障害高齢者自立度：B1  
認知症高齢者自立度：I  
車いすを使用し生活  
ADLが不安定で前傾がみられる

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職：28名（うち介護福祉士20名）  
利用者数：職員数=60名：12名  
介護リーダー：7年（介護福祉士、副主任）

### 【他職種との連携】

ケアマネジャー：利用者の意向及び情報の集約  
看護師：痛み発生時の対応  
栄養士：食事量及び体重  
機能訓練指導員：初回の動作確認等



## ◆ 介護過程実践

これまでの課題  ↓  取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>アセスメントは介護職員間で気づきを共有できているが、個別介護計画における目標が曖昧であったり、評価軸がぶれてしまうことが多かった。</li><li>介護職員も難しく考える傾向にあり、最終的に個別介護計画の目標に個人差がないケースが増加していた。</li><li>表現が曖昧であることから評価→リアセスメントにうまくつながらない傾向が見られていた。</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>LIFEの活用を通して、個別介護計画の目標設定及び達成基準を数値化した。</li><li>数値化したことで評価がしやすくなり、また、カンファレンスでの共有も容易となった。</li><li>今まででは変更=低下のイメージが強かったが、変更=改善・向上の視点を得ることができた。</li></ul>
--------------------------------	--

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題  ↓  取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>介護過程のシステムはある程度、組織化されていたが、その反面、内容の修正及び指導（OJT）が課題であった。</li><li>介護過程を指導するための言語化や表現、伝え方、視点が介護職員はできていなかった。</li><li>個別介護計画はあるが、質の向上につながらないことがここ数年の大きな課題であった。</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>3ヶ月評価を行うことで総合的なアセスメントと評価が一体でできるようになってきた。</li><li>総合的なアセスメントの数値化を行ったため、根拠ある利用者の課題抽出が行えるようになった。</li><li>介護職員への指導（OJT）につながり、質の向上につながるようになってきた。</li></ul>
--------------------------------	---

## ◆ 利用者の受益・変化

- 1日のうち12時間という離床時間の中で、歩行訓練時間を1時間つくることができた。
- 利用者は歩行した事実と自信を得ることができ、距離を延ばそうと前向きな目標を持つようになった。
- 利用者からは「こんなに疲れると思わなかつたけど、歩いてよかった」と言葉をいただく。
- 読書=静の活動と、歩行=動の活動でメリハリのある生活を提供することで、利用者ニーズの実現につながった。
- 前傾も軽減され、生活の安定にもつながり始めている。

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のニーズ： 少しでも歩いてみたい。読書の時間を楽しみたい。機能がやや不安定であり、そのときによって前傾姿勢がある。前傾がある際に声がけするが前傾している認識はない。</li> <li>①離床時間は12時間程度。 基本的に読書やテレビ観賞。 他利用者との交流は多くなく、自分の時間を望んでいる。</li> <li>離床時間に対し、活動時間が少ない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室担当の介護職ペアによりアセスメントを実施した。</li> <li>介護職チームとして利用者の身体機能を改めてケアカンファレンスにて再確認。</li> <li>介護職チーム全体で日常支援の中から痛みなどを日常記録にて確認を行う。</li> <li>介護リーダーは既存で行っている食事時のいす移乗は継続的に実施し、読書時間も設けた上で日常的に歩行できる時間帯及び環境を精査。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプラン           <ul style="list-style-type: none"> <li>短期目標：希望している歩行を行うことができる。</li> </ul> </li> <li>個別介護計画           <ul style="list-style-type: none"> <li>介護目標：歩行器を使用し、歩行できる。</li> <li>達成基準：10mの歩行をすることができる。</li> </ul> </li> <li>支援内容           <ul style="list-style-type: none"> <li>①生活内の移動は車いすを使用。</li> <li>②食事時に通常いすに移乗。</li> <li>③食後、食堂→談話へ移動する際、歩行器を使用して歩行。</li> <li>④前方、後方の計2名で付き添う。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーが中心となり、初回の評価で「活動及びニーズ」を軸に計画立案の方針を決定した。</li> <li>居室担当の介護職ペアが個別介護計画を立案した。</li> <li>介護リーダーは、歩行器使用について機能訓練指導員に相談し、利用者の体格に見合った歩行器にした。</li> <li>介護リーダーは、利用者が前傾となる課題について、スロープを活用し、歩行器が先に進まないように安全対策を考えた。</li> <li>介護リーダーは、利用者が痛みを発生した時には看護師、体重変動については栄養士と確認しあうことに決定した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>①車いすにおける移動は問題なし。細かい動作（席につく）などは介入した。</li> <li>②毎食時、通常いすに移乗。大きな問題はないものの、入浴後は疲労もあり「休む」といった発言があり。確認しつつ行った。</li> <li>③当初、スロープのみから実施。徐々に安定し、開始2か月後より、スロープ後の平面3mを追加。合計8メートルの歩行を実施した。</li> <li>④歩行時は安全対策として前方に1名、後方から車いすで追いかける職員1名で実施し、転倒を防止した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーは、歩行時は顔（視点）が上がるよう前に方の介護職員が声をかけるように提案し実施した。</li> <li>介護職チームは歩行時の身体の傾斜なども併せて確認を行いながら実施した。</li> <li>介護リーダーは実施状況の確認を行い、傾斜や歩行状態等をケアカンファレンスで確認を行った。</li> <li>ケアカンファレンスの中では、参加した介護職員以外の日常記録の記載内容も確認し、実施内容と提供方法に差がないか精査していく。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>①離床時間の12時間のうち、読書は継続しつつ、食後の運動を入れたことで生活の中身が変化した。</li> <li>歩行距離も増加しており、今後は食後以外での歩行を検討していく。</li> <li>歩行を行う上で傾斜も見られず、安定していた。</li> <li>①DBD13：実施前→5 実施後→5（変化なし）</li> <li>①Vitality Index：実施前→19 実施後→23</li> <li>①転倒スコア：実施前→15 実施後→13</li> <li>大きな変化とは言えないが、今後の状態改善が見込めると考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室担当の介護職ペアがモニタリングを実施した。</li> <li>介護職チームは歩行状態等に関しては日常的記録として記載することを共有した。</li> <li>介護リーダーは歩行の距離や充実度を利用者に聞き取りした。距離に関しては問題なく、利用者も距離を延ばす目標を持っている。</li> </ul>

※①=LIFEの取り組み

## 実践2 支援を拒み体重減少が顕著な人への関わり

### ◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護5  
障害高齢者自立度：B2  
認知症高齢者自立度：Ⅲb  
入所後半年  
食事摂取は不安定で介護拒否もあり  
入所以前から断続的に体重減少あり

### ◆ 介護過程実践体制

#### 【介護職チーム】

介護職：28名（うち介護福祉士20名）

利用者数：職員数=60名：12名

介護リーダー：6年（介護福祉士、副主任）

#### 【他職種との連携】

ケアマネジャー：利用者の意向及び情報の集約

栄養士：食事量及び体重



### ◆ 介護過程実践

これまでの課題  ↓	<ul style="list-style-type: none"><li>アセスメントは介護職員間で気づきを共有できているが、個別介護計画における目標が曖昧であったり、評価軸がぶれてしまうことが多かった。</li><li>介護職員も難しく考える傾向にあり、最終的に個別介護計画の目標に個人差がないケースが増加していた。</li><li>表現が曖昧である事から評価→リアセスメントにうまくつながらない傾向が見られていた。</li></ul>
取組後の変化  ↓	<ul style="list-style-type: none"><li>LIFEの活用を通して、個別介護計画の目標設定及び達成基準を数値化した。</li><li>数値化したことで評価がしやすくなり、また、カンファレンスでの共有も容易となった。</li><li>今まででは変更=低下のイメージが強かったが、変更=改善・向上の視点を得ることができた。</li></ul>

### ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題  ↓	<ul style="list-style-type: none"><li>介護過程のシステムはある程度、組織化されていたが、その反面、内容の修正及び指導（OJT）が課題であった。</li><li>介護過程を指導するための言語化や表現、伝え方、視点が介護職員はできていなかった。</li><li>個別介護計画はあるが、質の向上につながらないことがここ数年の大きな課題であった。</li></ul>
取組後の変化  ↓	<ul style="list-style-type: none"><li>3ヶ月評価を行う事で総合的なアセスメントと評価が一体ができるようになってきた。</li><li>総合的なアセスメントの数値化を行ったため、根拠ある利用者の課題抽出が行えるようになった。</li><li>介護職員への指導（OJT）につながり、質の向上につながるようになってきた。</li></ul>

### ◆ 利用者の受益・変化

- 食事に関しては改善・向上段階にあり、少なからず好転している。
- “LIFEにない項目である”おやつ”や間食をどうつなげるかという新たな視点に辿り着き、多面的に観察できるようになった結果、平均摂取量も50%→70%に増加したと推測している。
- 利用者からは食べたいものを訴えることも増え、希望を伝えていただけるようになっている。
- 現在も介護拒否は見られるが、食事そのものは安定しており、今後は向上に向けた計画につながると予測しているため、長期的にみて受益となると考える。

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>①食事量は50%前後。食事形態は粥、刻み、トロミ。食事摂取は一部介助。介助時の拒否もあり。</li> <li>①体重は10月現在で39.5kg。入所時以降、減少傾向。</li> <li>その他支援において介護拒否及び抵抗あり。</li> <li>皮下出血もできやすい状態であり、支援及び生活も安定していない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室担当の介護職ペアによりアセスメントを実施した。</li> <li>①介護リーダーは3か月評価シートを用いて摂取量及び体重変動の確認を行う。</li> <li>介護リーダーは入所以前の情報も改めて家族等に確認を行った。</li> <li>介護職チームは、ケアカンファレンスで、利用者が慕われてたこと、面倒見がいいことなどの性格にも目を向けながら支援することを共有した。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプラン           <ul style="list-style-type: none"> <li>短期目標：体調及び体重変化の早期発見ができる。</li> </ul> </li> <li>個別介護計画           <ul style="list-style-type: none"> <li>介護目標：BMI18.5を維持できる。</li> <li>達成基準：体重40kg以上を維持できる。</li> </ul> </li> <li>支援内容           <ul style="list-style-type: none"> <li>①食事は自己摂取を中心に、時間をかけて摂取していただく。</li> <li>②摂取が進まない場合は声掛けを行う。</li> <li>③毎月の体重変動にて2kgの変動があった場合、捕食を検討する。</li> <li>④10時に家族差し入れの間食を提供する。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーは施設の食事だけに目を向けず、数字に表せない間食での安定的な摂取を図ることを目標とした。</li> <li>居室担当の介護職ペアが個別介護計画を立案した。</li> <li>介護職チームはケアカンファレンスで、利用者の性格を踏まえ過度に声をかけないことを共有した。</li> <li>介護職チームはケアカンファレンスで、間食の摂取量により施設の食事量が低下しないかを確認し、食事量の変化がなくともtotal摂取量が増加することが体重増加及び精神安定につながる可能性を共有した。</li> <li>介護リーダーは個別介護計画についてケアマネジャーを通じて家族及び栄養士と共有した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>①食事摂取は基本的に自己摂取かつ見守りで対応を行う。1時間程度利用者の摂取状況を観察して変動を確認した。</li> <li>②50%量を軸に摂取が進まない場合は声掛け及び一部介助で摂取を促した。</li> <li>③期間中に大幅な体重減少なく、本格的な検討には至らず。</li> <li>④定期的におやつの量を確認し家族と情報共有を行う。その中で家族には進みの良かったゼリーなどを多めに持ってきてくださいお願いをした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護職チームは間食の摂取量を施設の食事摂取とは別に把握し、日常記録に間食の摂取量を記載することでtotal摂取量を確認できるようにした。</li> <li>介護リーダーは体重増加を中長期の目標に据え、まずは摂取量について家族と共有した。</li> <li>介護職チームは食事摂取にムラが生じた場合も、すぐに対応することはせず、あくまでペースを守ることをケアカンファレンスで共通認識とした。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>①平均食事摂取量。50%→70%に向上。食事介助も見守りへ移行。摂取量の増加と共に、ADLも向上した。体重は39.5kg→39.3kgと横ばい。今後も経過観察が必要。間食は毎日全量されている。</li> <li>①DBD13：実施前→17 実施後→13</li> <li>①Vitality Index：実施前→9 実施後→13</li> <li>①転倒スコア：実施前→7 実施後→8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室担当の介護職ペアがモニタリングを実施した。</li> <li>介護職チームは3か月評価で体重変動を認識し、少なくとも機能低下をしていないことを確認した。</li> <li>介護リーダーを中心に現在の支援内容の妥当性等に関する評価まではたどりついていないが、ここまでプロセス評価を介護職内で実施した。</li> <li>介護リーダーは視点の変化や捉え方に関して前向きに捉え、認知症状及び身体機能には一定の効果があったと推測した。</li> </ul>

※①=LIFEの取り組み

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ②研修・勉強会等を開催した
- ③会議体を創設・変更した
- ⑤介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
- ⑥実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦①～⑥を後押しする業務改善を行った

#### ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE の概要について、施設長が勉強会を行った。
- 介護支援室が中心となり、Barthel Index の勉強会を行った。
- これまで看護師やケアマネジャー主導のカンファレンスで、体調変化についてのトピックが主であったが、介護職員、介護リーダー発信でカンファレンスを招集する仕組みができた。これにより、介護職員のみならず、ケアマネジャー、管理栄養士、看護師、セラピストが提案し、連携カンファレンスを行えるようになった。
- LIFE 算定項目に基づいたデータを軸とした情報収集に変更した。
- 潤生園の「最期まで口から食べる」という方針、生命過程に沿いながら、利用者の負担を減らすケアのエビデンス構築をした。

#### ◆ LIFE 活用の効果



- 介護職員は、食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 項目からアセスメントをし直し、そのデータに基づくことで、利用者の状態像の理解が深まった。
- 毎月、Barthel Index や栄養ケアマネジメントに触れる中で、利用者の変化との運動、躁うつ時の食事量の変化が活動量を減らしている可能性があることなどがあるのではないかなど仮説を立てて考えるようになった。
- 知識を得ることと客観的な数値を読み解くことにより、仮説を立てられるようになった。
- 数値を追うだけではなく、介護職員は実施したケアのアウトプットとして数値を読むようになった。
- LIFE を導入したことにより、利用者のこれまでの介助方法を見直すことができ、業務負担が削減した。
- 毎日のチームミーティングを実施することで、介護職員のコミュニケーション力や情報共有が向上した。

#### ◆ 新たな課題・今後の展望

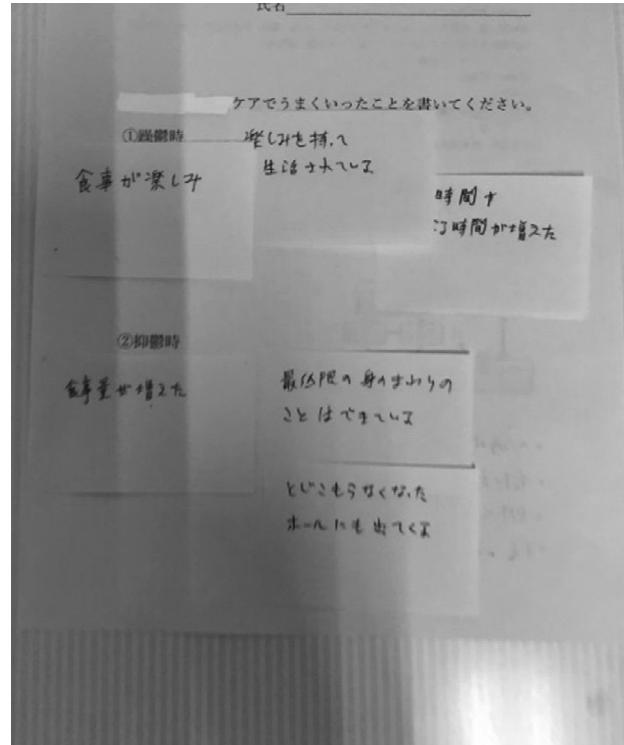


- 特別養護老人ホームは「生活の場」という認識から、LIFE のみに依存せず、痛み、不安、恐怖、関係性疾患、喜び、悲しみ、表情など、こころに関わる部分も両輪で補完していく必要がある。
- 介護現場の職員は原則、介護職員初任者研修受講修了者以上であるが、医療的なエビデンスベースで教育された職種や管理栄養士などに比べるとまだ介護職員一人ひとりの知識量が乏しいため、カンファレンスを開催しながら、介護職員のレベルアップを図っていく必要がある。多職種との差を感じたことにより、外部研修、多職種連携の研修にリーダーをはじめ、介護職員が資格取得はもとより、研修参加に意欲的になった。法人内の事例発表でも本事例をもとに啓発活動を行っていきたいと思う。
- 介護リーダーだけでなく、他の介護職員も他職種と連携できるようにしたい。

## ◆ 新たな取組の具体的資料等



チームミーティングの様子



KJ法による課題抽出



食事量等のデータ把握

## LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入  
決定期

現場への  
落とし  
込み期

介護過程  
実践期

- 部門役職者会議（施設長、介護課長、看護部長、介護支援室長、ケアマネジャー、管理栄養士、短期入所役職者）が参加する会議で最終的に算定する加算を決定した。
- 各フロアリーダーで LIFE の勉強会を行い、制度背景や法人事業所としての方向性を共有した。
- 加算算定に伴う現場オペレーションの変更と、介護過程実践を向上させるための活用法についてコア会議で審議し、会議を2月～5月で計4回行った結果、データオーナーをはじめ、ケアチームの構造化に着手した。
- LIFE の概要については、施設長が勉強会を行った。
- 介護支援室が中心となり、Barthel Index の勉強会を行った。
- 潤生園が「LIFE」導入にスムーズに取り組めた背景にはいくつかの成功要因がある。すでに20年以上前から介護記録にシステムを導入していた。そのため、LIFE についてもさほど混乱はなく、スケジューリングを専門職の部門長集まるコア会議で決め、どの加算に誰がデータオーナーになるか組織体制の確立、役割分担を行った。介護現場の職員は原則、介護職員初任者研修受講修了者以上であることから、介護過程は理解している。
- 介護現場では、食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 項目から各種専門職間での共通言語ができた。
- 食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 項目からアセスメント材料が明確になった。
- LIFE のデータ入力項目を介護職員が勉強したことで、全職員が利用者の観察すべき基本項目について共通認識を持つことができた。

# 躁うつ状態時の分析を通して安定した日常生活につなげた取り組み

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護3  
障害高齢者自立度:B1  
認知症高齢者自立度:Ⅲb  
双極性のうつ（躁40日、うつ20日）が  
50代より繰り返されている

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職:16名（うち介護福祉士11名）  
介護リーダー:8年目（介護福祉士、係長）

### 【他職種との連携】

ケアマネジャー  
看護師  
理学療法士  
作業療法士  
管理栄養士



## ◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"><li>介護職員ごとの介護過程実践力にバラつきがあるため、居室の有効活用、個別生活リズムに合わせるケアができていない。介護職員にはアセスメント能力が必要。</li><li>その人の状態に合わせたケアを見立て、実践する力が必要。</li></ul>
↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>① 共通の指標、基準を介護職員で共有できたことで、情報の客観性が増し、アセスメントの精度向上に寄与した。</li><li>② 睡眠時間や食事量と状態像の連動といった精度の高い根拠に基づくアセスメントができるようになった。</li></ul>

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"><li>介護職チームの課題 計画立案はできても、実施後の評価ができておらず、アセスメントができていない状況であるため、方向性が不明瞭である。 外国人職員もいるため、コミュニケーションが不十分である。</li><li>介護リーダーの課題 現認するなどといった実施状況の確認と評価の在り方・伝え方。</li></ul>
↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>指導するタイミングや基準と目的が明確になったことで、介護リーダーとしての指導力が向上した。介護職員も同じ指導を受けられることで、均質的な支援ができるようになった。</li><li>利用者からの視点と介護職員からの視点の双方から着目することで、より良いチームの関係性を構築することができた。</li></ul>

## ◆ 利用者の受益・変化 😊

- 元々介護記録システムには入力したものの、材料をどう活用するか認識が乏しかったが、食事、口腔、ADL、自立支援促進のLIFE情報を時系列で追うことができ、モニタリングも立体的になった。紙ベースで記載し段階的に確認共有することでモニタリングの質が向上した。
- 従来型の特別養護老人ホームでも、他利用者とのトラブル等なく、生活の共存ができるようになった。
- 入所前の独居での生活から施設入所へのギャップもなく、むしろ周囲との関わりも多く持っている。



紙ベースでの加算評価表の確認

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 食事量の状態、ADL、睡眠状態に着目した。</li> <li>● 主訴：「元気に過ごしていきたい。」</li> <li>● 食事量：主菜 100%、主食 100%。抑うつ時は食事量にはばらつきがあり、50%以下が 10 日以上続く傾向にある。</li> <li>● 躁うつ状態の時には、睡眠時間が減少し、抑うつ状態の時には食事量が顕著に低下していることがわかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護リーダーが中心となり実施した、現場介護職員への聞き取りやアンケートなどをもとに、チームミーティングで利用者に対してできたこと・できなかったことを共有した。</li> <li>● 食事、口腔、ADL、自立支援促進の LIFE 情報及びケアプラン内容をチームで共有した。</li> <li>● 毎月データにふれることで食事量と運動能力の低下についての関連性に着目した。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 躍うつ時にはどのような主訴が多いのか、発言に対してサポートiveに関わっていく。</li> <li>● 長期目標：施設生活における他の利用者との共存</li> <li>● 短期目標：抑うつ時・躁うつ時それぞれに対する支援・ケアの工夫（状態に合わせた寄り添い方の工夫）</li> <li>● 支援内容：栄養の低下から動くエネルギーが減少してという仮説のもと、食事量が増えるよう、声掛けを行う。食事摂取量の改善がケアのアウトカム評価とした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アセスメント開始から 2 週間目にケアカンファレンスを開催。介護職チームで評価・支援計画書を記入する中での気づきや、情報共有、支援内容の具体案検討を行った。</li> <li>● 介護リーダーはケアカンファレンスでの介護職チームの意見を多職種連携会議でケアマネジャーと共有し計画立案につなげた。</li> <li>● 利用者に介護リーダーと担当介護職員同席で個別介護計画の説明を行った。</li> <li>● LIFE 項目の中から、ADL、栄養、褥瘡、自立支援の項目及び眠り SCAN による睡眠状態の確認、病歴、薬の影響、躁うつ時、抑うつ時の状況について介護職チームで確認共有した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 食事については利用者の食べたいときに合わせて提供した。</li> <li>● 介助の有無を利用者に確認してからケアを行うことを統一した。</li> <li>● 抑うつ時には、利用者の状態に合わせて、特に精神状態に気を配りながらケアを実践した。</li> <li>● 躍うつ時には、利用者の気持ちを察しながら、特に体力面や集団生活へ順応できるように支援した。</li> <li>● 現場では、記録だけでなく、利用者の精神状況などについても、日々のミーティングや申し送りで都度確認を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 課題結果を踏まえたカンファレンス（うまくいった例、課題等）を行い、うまくいった例を基に、1 週間、プロセスレコードを実施した。</li> <li>● 毎日チームミーティングを行うことを徹底し、現場としての短期目標や長期目標を都度確認しながらケアを実施した。</li> <li>● 毎日のチームミーティングでは、介護職員に司会及び書記を担当させることで、利用者の些細なことも話すようになるなど発言力が向上し、記録の共有につながった。</li> <li>● その場で解決することにつながった。</li> <li>● 每日チームミーティングの実施により、利用者への着眼点が個人からチームに広がった。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アセスメント時との数値の比較。</li> <li>● 躍うつ時と抑うつ時の食事量を比較し、実施半年後には躁うつ時・抑うつ時に関わらず食事量はほぼ全量摂取できている。</li> <li>● 実践を進めていく中で排泄については、気分の高揚などにより、躁うつ時に排せつの失敗がみられることが分かり、その状況に合わせて声掛けするタイミングや言葉掛けの内容についての工夫ができるようになった。</li> <li>● 睡眠状態の改善には至っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実施結果から利用者の傾向を分析し、利用者に対する個別支援を構造化した。</li> <li>● 実施結果から再プランを行った。</li> <li>● 食事面で高い栄養を摂取できたことにより活動力が増加し、活動力が増加することにより、ADL の向上にもつながり、不自由なく生活ができている。</li> <li>● 自分たちの関わりから数字（食事量の増加）が向上できるよう声かけに取り組んだ。</li> </ul>

## 特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか（愛知県） クモ膜下出血の後遺症により失いかけていた意欲を取り戻すための取り組み

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ①アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ②研修・勉強会等を開催した
- ③会議体を創設・変更した
- ⑤介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
- ⑥実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦①～⑥を後押しする業務改善を行った

### ◆ 施設・事業所概要（令和3年10月時点）

法 人 名：社会福祉法人明翠会  
所 在 地：愛知県岡崎市  
開設年月：平成11年7月  
定 員：80名 従来型  
介護職員：42名（うち介護福祉士22名）



LIFE 取組：科学的介護推進体制加算（Ⅱ）  
個別機能訓練加算（Ⅱ）  
※令和4年2月より

### ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE の評価項目を「生活状況の確認表」と「モニタリング・プラン評価表」に追加し、あわせて生活の様子の変化を整理しやすい様式に改訂した。
- 看護職との連携を強化するため、「個別機能訓練計画書」を看護職員・介護職員の協働により作成した。看護職員は基本情報・健康状態・目標設定を担当し、介護職員は訓練項目を担当した。
- 「個別機能訓練実施表」に記載するプログラム内容を、「目的」と「訓練内容」に書き分けることで、目的を理解して実施できるようにした。
- 多職種が作成する計画書に連動性を持たせるため、それぞれの計画書の役割を整理し、バラバラだった更新月の調整を行った。
- 「気づきカード」を、生活全般から機能訓練時の気づきに目的を絞ることで、日々の小さな成果を可視化し、職員のモチベーションの持続に取り組んでいる。
- LIFE の評価を全職員が同水準で行えるよう、評価者によって生じる違いが何によって起こるのかグループミーティングを実施した。一方的な研修等ではなく、議論の中から評価基準を合わせると同時に、評価方法の部分と全体の理解を深め、評価項目に利用者個別の意味を見出す力を養うための試み。

### ◆ LIFE 活用の効果



- LIFE を含めた各計画書の内容を整理したことで、サービス内容だけでなく目的が意識できるようになり、生活上の課題としか捉えられていなかったニーズが、「その人らしく生きるための課題」としてより具体的に明確化された。
- 利用者が意欲を持って楽しんで機能訓練に取り組めるような関わり方が増え、表情など様子の変化について職員間で意見交換されるようになった。
- 「個別機能訓練計画書」の作成に看護職員が参加したことにより、看護職員の介護過程実践への理解が深まり、チームケアが推進された。
- モニタリングにおいて、「できるADL」と「しているADL」を書面上に併置したことにより、少しずつだが利用者の可能性について考えられるようになっている。

### ◆ 新たな課題・今後の展望



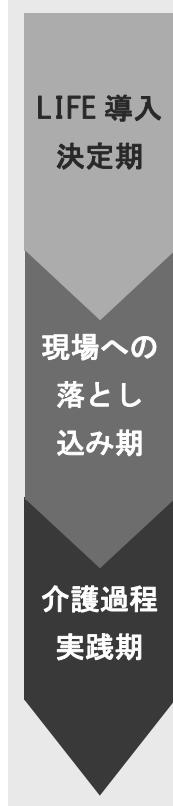
- 介護過程上の意見交換など、多職種と連携するためのシフト調整が課題。
- LIFE を含めた、複数の計画書の確実な周知方法が確立されていない。
- （コロナ禍において）家族の思いをどのように聞き取り、反映するかが課題。
- LIFE の評価項目は、利用者によって大きな意味を持つ項目とそうでない項目が混在しており、評価し点数化するだけでは十分に活用できない。必要な部分に意味を与え補足するなど、ルーティン化しないような仕掛けづくりが必要。

#### ◆ 新たな取組の具体的資料等

### 生活状況の確認表

## モニタリング・プラン評価表

## LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き



- 現状のサービス提供体制を踏まえ、施設としてさらに強化していきたい部分の加算を複数選定する。
  - その上で、課題であった多職種との連携を強化し、各計画書の連動性を高めるため、しきみの構築と有効性を考慮し、算定する加算を決定した。
  - 候補とはしたが算定保留となった「自立支援促進加算」も、介護過程の質の向上に必要であるため、「自立支援促進に関する評価・支援計画書」内の支援実績（しているADL動作）の項目を「生活状況の確認表」に取り入れた。

---

  - LIFEの概要説明とあわせて、法人理念や方針についての勉強会を実施した。
  - 強化したいケアとして「その人らしく生きるための3本柱」を提示し、各加算がどの部分を担うのか説明を行った。
  - 主任、副主任、個別ケア推進コーディネーター※が新しい様式の導入検証に参加し、実践的にLIFEの理解を深めた。
  - 無理なく理解を深め運用を開始するために、部分的に試運用期間を設けた（算定はせず）。  
  - 新様式の書類導入による戸惑い（主に評価内容に対して）が職員にみられたため、評価指標や細かい記入見本を作成し、個別ケア推進コーディネーターが相談役となり対応した。
  - 記録に関して、現場の負担（変化）を最小限に抑えるために「通し番号」や「文例選択」を活用し、事務作業の簡略化を行った。
  - データ入力を効率よく計画的に行うため、期限厳守の意識向上を目指し、データ提出や計画作成の工程を一覧表にし、再説明を行った。

\*個別ケア推進コーディネーター：法人独自の職位。介護職が介護過程に取り組む際、併走的に支援し個別ケアを推進するキーマン

# クモ膜下出血の後遺症により失いかけていた意欲を取り戻すための取り組み

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

60代／要介護4

障害高齢者の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：IV

入所1年前にも膜下出血を発症、  
利き手側片麻痺、高次脳機能障害、  
失語症の後遺症

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職：20名（うち介護福祉士7名）

利用者数：職員数=38名：8～9名

介護リーダー：9年

（介護福祉士、個別ケア推進コーディネーター）

### 【他職種との連携】

ケアマネジャー

看護職員 1～2名（1日あたり）



## ◆ 介護過程実践

これまでの 課題	<ul style="list-style-type: none"><li>● 課題の捉え方が主観的で根拠の説明が乏しい。</li><li>● 「できること」への意識が低く、可能性の検討が十分ではない。</li><li>● ケアを実施したあとの様子や変化が十分に追えていない。</li></ul>
↓ 取組後の 変化	<ul style="list-style-type: none"><li>● LIFE評価項目の前回比較や、各項目の横断的な分析を行うようになり、課題の捉え方において視野が広がった。</li><li>● 予後予測も踏まえ、長期的な視点をもって「できること」を増やそうとする意識の変化がみられた。</li><li>● 「気づきカード」を機能訓練実施時に的を絞って記入するように変更したことで、活用の頻度が増え、それ以外の気づきについても多くの記入されるようになった。</li></ul>

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの 課題	<ul style="list-style-type: none"><li>● 個別ケア推進コーディネーターの介護職員への支援は、伴走的に関わることが基本だが、より教育的に関わる部分や、考えを引き出し支持していく部分など、各職員の実力・性格を把握した上で、効果的な関わり方の選択が十分ではない。</li></ul>
↓ 取組後の 変化	<ul style="list-style-type: none"><li>● LIFE導入をきっかけに介護職員との関わりは増えているが、効果的な関わり方は模索中で、業務行動に大きな変化はみられていない。LIFEを取り入れたことで、評価項目の整理や補足（意味付け）、分析していく過程など、必要な支援内容が具体化してきたので、職員理解や支援方法の幅を広げることを意識しながら、まずは一緒に考えることを続けている。</li></ul>

## ◆ 利用者の受益・変化 ☺

<ul style="list-style-type: none"><li>● 個別機能訓練の「右腕（麻痺側）の使用」に関して、ストレスにならないよう、介護職員が利用者の視点にたった関わり方を工夫するようになり、楽しみながら訓練を行うことができている。</li><li>● LIFEでの各評価から客観的に現状を確認することができ、今後10年間の生活を見据え、どのように介入するべきかを考えた。担当介護職員は長期ビジョンをもってアセスメント、計画作成を行うことができ、利用者にもこれから的生活イメージを具体的に提示することができた。</li></ul>
---

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>※ ① 「モニタリング・プラン評価表」内に追加した DBD13・Vitality Index から、認知症 BPSD の行動症状はほとんどなく、食事以外の項目のほとんどが無関心であることが確認できた。</li> <li>※ モニタリング結果から、本人らしく生きるために、生活への意欲を高めることが必要だと考えられ、そのために解決するべき課題は何かを検討した。</li> <li>①健康状態：良好（内服コントロールできている）</li> <li>②心身機能：右片麻痺・失語症（簡単な返事であれば可能）</li> <li>③活動：片麻痺により一部介助は必要だが、できることも多い。</li> <li>④参加：介入がなければほぼなし。</li> <li>⑤背景因子：生活する上での人的、物的環境は整っている。個人の性格や価値感は捉えきれていない。</li> </ul> <p>①～⑤を踏まえ、発語による意思の確認や麻痺側の可能な限りの機能回復が、意欲を引き出し社会参加を増やす鍵になると分析した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 担当介護職員はモニタリングで得た情報を ICF で整理し課題を分析した。</li> <li>● 個別ケア推進コーディネーターは、モニタリング・アセスメントの結果を踏まえ、担当介護職員と一緒に計画立案の際に優先すべき目標の確認を行った。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>※ アセスメント結果から、「利用者の意欲を引き出し、活き活きと生活を楽しめるようになること」を目指し計画を立案。「会話ができる」ことを長期目標とし、各短期目標を設定した。</li> <li>● ケアプラン <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期目標：「安心できる環境で笑顔で過ごせる」</li> <li>・ 支援内容：①声かけは二者択一形式で行い、返答しやすいように配慮する。②多肉植物の水やり等の支援。</li> </ul> </li> <li>● ①個別機能訓練計画書： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期目標：「右腕（麻痺側）を使用する」</li> <li>・ 訓練内容：③両腕を使えるようになるために、右手も使いおしほりをたたむ。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別ケア推進コーディネーターは、担当介護職員が行ったアセスメント結果や意見を取りまとめ、担当者会議で検討を行った。</li> <li>● ①「個別機能訓練計画書」を、看護職員と介護職員協同で作成。担当介護職員は看護職員、ケアマネジャーと方針を確認しながら訓練項目を作成した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実施内容①：利用者のストレスにならないように表情の確認を行い、1回の会話時間も長くならないように配慮して実施した。</li> <li>● 実施内容②：自宅で栽培していた植物を施設に持ち込み、職員と一緒に水やりを実施した。</li> <li>● ①訓練内容③： <ul style="list-style-type: none"> <li>右手の使用は決して強要せず、楽しみながらできるようコミュニケーションを大切に実施した。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護職員は機能訓練実施時の様子を「気づきカード」に記入した。</li> <li>● 介護職員は日々のカンファレンスにて、目的に沿いつつ実行可能でより有効なケア内容を隨時検討した。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ①実施内容①②の実施率 100%③74%。職員との関わりが増えたが、表情の観察からストレスにはなっていないように思われる。植物の水やりも笑顔が多く喜ばれている。全体的に主体性はまだみられない。</li> <li>● ①日中、徘徊や臥床される頻度が減少し、共有スペースで過ごす時間が増えた。</li> <li>● 立ち上がり時に両手で手すりを持つ、食事時に麻痺側で器を持つ（支える）ことなど、麻痺側への意識が向上した。その他 ADL に変化はみられない。</li> <li>● 意欲・関心の状況について、評価上の変化はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ①担当介護職員は、新「モニタリング・プラン評価表」を使用して、短期目標の評価と生活全般のモニタリングを行った。</li> <li>● ①個別ケア推進コーディネーターは、介護職員と評価の根拠となる気づきについても一緒に確認した。</li> <li>● ①LIFE の評価が全職員同水準で行えるように、評価者によって生じる違い（評価視点、ケア方法の個人差など）について、個別ケア推進コーディネーターを中心にグループミーティングを実施した。</li> </ul>

※①=LIFE の取り組み

# 「食べたい」という利用者の思いを叶える食の支援

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ①アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ②研修・勉強会等を開催した
- ③会議体を創設・変更した
- ⑤介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
- ⑦①～⑥を後押しした業務改善を行った

## ◆ 施設・事業所概要（令和3年10月時点）

法人名：社会福祉法人 河内厚生会

所在地：茨城県利根町

開設年月：平成22年4月

定員：ユニット型40名・従来型60名

介護職員：40名（うち介護福祉士22名）

LIFE取組：科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

リハビリテーションマネジメント

計画書情報加算

褥瘡マネジメント加算（I）（II）

排せつ支援加算（I）（II）

自立支援促進加算

※令和3年4月より



## ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- これまでの日常生活評価表（ADL評価表）の「見守り」「一部介助」の項目にどのように介助や見守りが必要なのかを書き込むスペースをつくり、介護職員が細かくアセスメントを行い記入できるよう書式を変更した。
- 利用者の思いや望む暮らし等を収集するために、施設独自のアセスメントシート「私の思いシート」を新しく作成した。
- 介護職員に対し、アセスメントの視点や考え方の勉強会を実施した。
- 介護福祉士に対し、介護福祉士の役割や介護過程の展開を中心に研修会を実施した。
- 食事をしやすくするシーティングの勉強会を理学療法士と開催し、利用者の姿勢保持に活用した。
- 毎朝のミニカンファレンスを業務に取り入れ、介護職員と他職種（看護師、理学療法士、管理栄養士）が情報共有と評価をこまめに行うことで、柔軟にケアの見直しができるようにした。

## ◆ LIFE活用の効果



- LIFEの入力項目・内容を介護職員間で共有したことで、介護職員が利用者の日常生活をより細かく観察しなければ、入力すべき項目に入力できないことに気づいた。
- LIFEの入力項目の離床時間・活動の内容や日々の過ごし方を照らし合わせることで、離床時間の長さに見合った過ごし方をしていない利用者がいることに気づくことができ、見直しにつながった。
- LIFEの自立支援計画等を立てることで、介護過程展開における支援内容を根拠あるものにでき、LIFE活用が介護過程につながっていることを再確認することができた。
- 日常生活評価表を使い細かなアセスメントをすることで、LIFEの自立支援促進加算の支援計画が具体的に考えられるようになった。

## ◆ 新たな課題・今後の展望



- 介護職員の不足や業務等の理由からLIFE入力作業の時間が取れず、時間外での負担が増えてしまっている。業務の見直しをすることで改善できるのか検討が必要である。
- 毎朝のミニカンファレンスで、中心となる介護福祉士のアセスメントの力にはらつきが出ている。入社時期などがバラバラで中途採用の職員もあり、アセスメントの勉強会を定期的に行う必要がある。
- 利用者の思いも視野に入れた介護過程の展開をするにあたり、LIFEの項目を十分に関連付けて展開できるようにしたい。
- 介護職員は利用者をより深く知るために利用者と関わることが増え、利用者との信頼関係の構築ができるため、認知症のBPSDの改善や予防にも効果があるのではないかと感じた。

## ◆ 新たな取組の具体的資料等

### 日常生活評価表

私の思いシート

年月日									
『日常生活評価表1』									
(フリガナ) 利用者名: 男・女 生年月日: 前・大・序 年月日(令)									
入院日 年月日 介護度要支援要介護: 1・2・3・4・5・申請中									
ADL: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2									
認知症度: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V									
移動方法: 強歩・杖歩行・歩行器・車椅子・リクライニング式椅子									
移乗方法: 自立・一部介助(誘導・見守り)・全介助・その他 *介助を要する部分:									
嚥下機能: 良・やや困難・不良 *低下がみられる部分:									
食 種: 常食・減塩食・貧食・糖尿病食( ) kcal・経管栄養									
食事形態: 主食: 米飯・全粥・粥ゼリー・パン									
副食: 常食・一口大・刻み・薄刻み・ペースト									
食 真: はし・スプーン・フォーク・自助食器・その他( )									
とろみ: 無・有(とろみの強さ: )									
アレルギー:									
禁食食物:									
『日常生活評価表3』									
聴力: 普通・耳とか聴取・大声のみ聴取・殆ど聞こえない・聞こえない・補聴器使用 *介助を要する部分:									
視力: 普通・1m程度・目の前のみ・強ど見えない・見えない・眼鏡使用									
麻痺: 無・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・四肢・その他									
拘縮: 無・有(部位: )									
裝具: 無・有( )									
初期: 無・有(部位・大きさ: ) 器具内容( )									
皮膚トラブル: 無・有(状態: )									
罹 病: 肌聯・洗嗽・不眠・筋肉痙攣・その他の( )									
排泄使用: 無・有(薬品名: )									
センサーの使用: 無・有(使用品名、理由: )									
認知症の行動・心理症状(BPSD): 無・有(徘徊・葉言・暴力・暴食・対覚・妄想・不潔・大声・不潔行為・介護拒否・感情失調)									
転倒リスク: 無・有 *どのようなリスクがあるか:									
意思の疎通: できる・難解・できない *できないと考えられる理由:									
障 害: 無・有(発声不能・発生不制御・失語症・構音障害・耳鳴・振聴・記憶障害・失認・空間無視・実行機能障害)									
インスリン・血糖測定: 無・有(単価費: )無・有(朝・昼・夕・就寝前)									
吸 引: 無・有(頻度: )									

『日常生活評価表2』									
排 泄: 尿量: 無・有・尿管・尿管: 無									
排便方法: (自立)・トイレ・ボータブル・尿器・オムツ・									
排泄介助: 自立・一部介助(誘導・見守り)・全介助 *介助を要する部分:									
排泄方法: (夜間)・トイレ・ボータブル・尿器・オムツ・リハビリ(ソーツ)・パット									
排泄介助: 自立・一部介助(誘導・見守り)・全介助 *介助を要する部分:									
入浴方法: 一般浴・個別浴・簡易浴・ストレッチャー浴・シャワ浴・その他									
入浴介助: 自立・一部介助(誘導・見守り・洗髪・済体)・全介助 *介助を要する部分:									
着 脱: 自立・見守り・一部介助・全介助 *介助を要する部分:									
洗 鮮: 自立・見守り・一部介助・全介助 *介助を要する部分:									
歯の様子: 白歯: 無・有(どれくらいあるか: )									
義歯: 有・無									
口腔ケア: 自立・見守り・一部介助・全介助 *介助を要する部分:									
整 容: 整容: できる・できない・整列: できる・できない									
立位保持: 可能・つかまれば可能・不可能・その他の *介助を要する部分:									
移乗: 可能・つかまれば可能・不可能									
起上り: 可能・つかまれば可能・不可能									
立上り: 可能・つかまれば可能・不可能									
座位保持: 両足がついた状態: 可能・手で支えて可能・可能(背もたれ)・不可能									
ナースコール: 押せる・押せるが押さない・押せない									

私の思いシート									
○【私】今の気持ちを書いてください。 ※「私」どんな気持ちで暮らしているか書き込んでみてください									
私が生きる場所は? 生まれ育った小さな商店を運んでいた。 ながらお風呂場で遊んでいた。 店先で近所の方と話をしたり。 お茶を飲んだりした									
私ができないことは? 両手で握ることに対して、 意識にならない言葉で、気持ちを 伝えること									
私ができているものは? 皇子様 弱いのかちゃん 弱いのくろ									
私のできないことは? 食事を食べる事ができない。 食事を準備・飲み込むことがで きない。物の意味を理解しな く、オムツ している。 また、お風呂場で遊びたい。 お風呂場で遊んでいた。 自分で遊んでいた。 自分で遊んでいた。 自分で遊んでいた。									
私の介護の願いや要望は? 座れないようにやさしくやって ほしい 話を聞いてほしい									
私が望む暮らしは? 常に歩けて、ぬの畳に腰を下 す。 皇子様、かーちゃん、くろと一緒に いる									

## LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

### LIFE 導入 決定期

### 現場への 落とし 込み期

### 介護過程 実践期

- 法人から導入決定の方針により、施設長(医師)、副施設長、事務所、介護長、ケアマネジャー、リハビリ主任、栄養課主任、看護長で会議を行い、どの加算をとるか、どの部署が担うかなどを整理し決定した。
- LIFE 導入に向け、内容の理解をするための説明会を実施した。
- これまでなんとなく行っていたケアが、LIFE を導入することでケアのプロセスが数値として定量評価される。そのプロセスを具体的にするため、介護過程の展開を行い実践することを説明。
- パソコンでの操作が苦手な介護職員に対し、「入力までの簡易的な手順書」をつくりパソコンの横に張り付けそれを見ながら入力できるようにした。
- LIFE の入力自体に苦手意識の強い介護職員については、介護リーダーが LIFE の入力項目や支援内容などを一緒に考え作業を行うことで慣れていくようにした。
- パソコンの数に限りがあるため、LIFE の入力項目を紙に書き込んでもらい、入力担当がまとめて入力する分担とした。

# 「食べたい」という利用者の思いを叶える食の支援

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護5  
障害高齢者の日常生活自立度:C2  
認知症高齢者の日常生活自立度:IV  
認知症、脳梗塞、右大腿部警部骨折、  
逆流性食道炎、誤嚥性肺炎の既往が  
あり体力の低下が著しい

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職:10名(うち介護福祉士5名)

利用者数:職員数=40名:19名

介護リーダー:12年(介護福祉士、介護主任)

### 【他職種との連携】

看護師

理学療法士

管理栄養士



## ◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"><li>アセスメント力が弱いため、利用者のニーズや課題が抽出できない。</li><li>アセスメントのポイントや方法を介護職員のレベルに合わせた指導が必要である。</li></ul>
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>日常生活評価表を使いアセスメントの必要性や視点、考え方の勉強会を実施し理解を深めることで、アセスメント力が上がり、細かなアセスメントができるようになった。</li><li>計画立案に根拠が生まれた。</li><li>介護職チームはケアの必要性を感じ積極的に利用者と関わるようになり、利用者に対してしっかりと説明することができるようになった。</li></ul>

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"><li>介護リーダーの介護過程に対する理解が足らず、ケアの根拠を介護職チームに伝えられない。</li><li>介護リーダーは自分に自信がもてず発信力が乏しいため、介護職チームにまとまりがない。</li></ul>
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>介護過程を実践する中で、介護リーダーが中心となり介護職チームや他職種と積極的に関わることができるようになり、介護職チーム間でのコミュニケーションがしっかりとれるようになったことで一体感が生まれた。</li><li>介護リーダーはケアの根拠や必要性を発信することに、自信を持つことができるようになった。</li><li>介護職員から他職種に積極的に意見を求めることが増えた。</li><li>身体的なものだけでなく、利用者の思いも含めた細かなアセスメントを介護職チームで行うことで、介護職員が持つ情報を共有し、業務の一環ではなく人と人との関り方をすることができた。</li></ul>

## ◆ 利用者の受益・変化

- 利用者、家族ともに何もできなくなったらあきらめていたが、介護職チームの積極的な関りの中で利用者の自分で食べたい思いが実現し、できることが増え、利用者の意欲が向上した。
- 介護職員との信頼関係が深まり、自分の思いを伝えることができるようになった。
- 利用者は、ケアを受けることに対して安心感を持つようになった。



ミニカンファレンスの様子

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>「私の思いシート」の聞き取りで、利用者から「自分で食べたい」と話す。</li> <li>リクライニング車いすでの座位保持は10分程度。右への傾きと前傾姿勢が強い。上肢は動く。</li> <li>食事形態はペースト食。30度傾斜をつけベッド上で全介助。摂取量は少なく栄養状態も悪い。</li> <li>口がしっかり閉じない。口腔内の舌の動きが悪い。口に入れれば飲み込めるが、咀嚼のたびに口角から出てしまう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「日常生活評価表」と「私の思いシート」の記入方法について介護リーダーを中心に介護職チームに説明会を行った。利用者についてのカファレンスを行い、介護職チームはそれぞれの記入を行った。</li> <li>介護リーダーは、看護師、管理栄養士に食事の形態や提供方法、介助の方法などについて相談した。</li> <li>介護リーダーは理学療法士に相談し、リクライニング車いすでの座位保持の評価を一緒に行つた。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>短期目標：自分で食事が食べられるようになる</li> <li>支援内容           <ul style="list-style-type: none"> <li>①口腔体操と食事前の口腔内のマッサージを行い、口腔内の機能を向上させ、食事がしっかり食べられるようになる。</li> <li>②リクライニング車いすで座位を保ち食堂で他の利用者と一緒に食事をすることができる。</li> <li>③食具を持ち、自分で食事を口に運ぶことができる。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔内の機能と嚥下機能を中心に考え、一日の食事がしっかり食べられるようにしていくこととした。現在のペースト食から開始。</li> <li>認知機能の低下から食事介助への拒否も強くあり、ケアの際は利用者に説明しながら行う。</li> <li>リクライニング車いすでの座位保持ができるよう理学療法士とポジショニングの確認を行う。</li> <li>座位が保てるようになり、食事がしっかり食べられるようになってきたら、食事形態や食具の検討をする。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔体操とマッサージは介護職員が食事前に行った。</li> <li>リクライニング車いすで離床し、様子を見ながら角度を上げていくようにした。</li> <li>食事をスプーンに乗せ、自分で持ってもらい、手を支えることを伝えてから口元まで運ぶようにした。食事の内容も伝えながら、口に運ぶようにした。</li> <li>飲み込み確認を行いながら、一口ずつ声掛けした。</li> <li>座位が崩れてきたら、姿勢をきちんと整えてから再開した。</li> <li>食事に集中できるよう提供時間をずらし1対1でケアできるようにした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーが毎週月曜日に先週の様子を確認し毎朝のミニカンファレンスで他職種も含めてケアの実施内容の確認を行った。</li> <li>口腔マッサージは、はじめ看護職と一緒に介護職チームができるようにした。</li> <li>介護職チームは理学療法士と一緒に、リクライニング車いすでの座位保持ができるようベッド上でもできる体操を考え、オムツ交換時に毎回行った。またリクライニング車いすでのポジショニングも考え、クッション等を作成した。</li> <li>看護師と協力して食事介助を行った。口の動き、嚥下の様子を確認しながら進めた。</li> <li>終了後に様子を細かく記録した。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎日口腔体操と口腔マッサージを行ったことで口腔内の動きが良くなり、口も閉じるようになった。</li> <li>座位保持が長く保てるようになり、前傾姿勢も改善でき、普通型車いすを使用できるようになった。</li> <li>介助皿や先曲がりスプーンなどを使い、自分で食事を口に運ぶことができるようになった。さらに食事形態も全粥、ごく刻み食にアップすることができた。</li> <li>今後は自宅で過ごすことができるようカウンタレンスで提案をしていく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎朝のミニカンファレンスで、介護リーダーを中心に利用者ができるようになったことや利用者の思いを話し合い、共有することによって、柔軟にケアの内容を変化させた。</li> <li>日々変化していく利用者に対し、介護職チームが積極的に関わり、利用者の思いをケアに反映させるための提案をミニカンファレンスで発信した。</li> <li>食事が自分で食べられるようになってきたため自助具の相談をした。</li> <li>カウンタレンスでこれまでの利用者の取り組みについて振り返りを行った。</li> </ul>

※①=LIFE の取り組み

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

- ①アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ②研修・勉強会等を開催した
- ④介護リーダーの役割を周知・明示した
- ⑥実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦①～⑥を後押しする業務改善を行った

#### ◆ 施設・事業所概要（令和3年12月時点）

法人名：医療法人 徳洲会

所在地：埼玉県羽生市

開設年月：平成9年12月

定員：100名 従来型

介護職員：28名（うち介護福祉士25名）

LIFE取組：科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）

排せつ支援加算（Ⅰ）

※令和3年5月より



#### ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

##### 1) 取り組みを高める介護リーダーの役割の強化

- 介護職員に対しLIFEの理解を深める勉強会を実施した。
- 介護職員への取り組み理解度（介護過程・LIFE・課題）についてアンケートを実施した。
- 取り組みを可視化するために、新たに1か月評価の排せつ支援計画書（付表）やサービス担当者会議録の一部修正など様式開発を行った。

##### 2) 介護福祉士（チームワークと担当制）の役割強化

- LIFEの理解を深めて、現場でできることを検討した。
- アンケート結果を踏まえて、介護職員の理解度に応じて現場でできることを検討し、組織の意向の理解と取り組みに対する介護福祉士の役割について理解の周知を図った。



#### ◆ LIFE活用の効果

- 排せつ支援計画書や褥瘡マネジメント計画等の活用によって必要な「ケアの場面」に応じて個別介護計画の内容をより具体的にすることことができた。関係する専門職の視点や考え方を共有できる手段となり、多角的な視点で利用者の経過を観察、関わることができた。  
※ケアプラン > 個別介護計画書 > 排せつ支援計画書 > 排せつ支援計画書（付表）
- 排せつ動作に焦点をあて、多職種間の情報共有の過程を可視化するためのオリジナル書式「排せつ支援計画書（付表）～評価と課題分析・持ち越し内容～」を作成した。受持ち担当者の働きかけを意識づけるために導入することにより、課題に対して多職種・介護職それぞれの視点から助言や協力をを行うきっかけづくりとなった。  
※看護計画・リハビリテーション計画・栄養計画は別途存在しているため、具体的な取り組みについては、各種計画書を確認する必要がある。



#### ◆ 新たな課題・今後の展望

- 状況の変化を受け入れ適応していく柔軟な考え方を醸成する介護職員教育と、スムーズに適応させていく組織体制の構築が必要である。
- 確認作業や関係部署への修正依頼・送信作業など負担が大きく、時間外の業務が増加しているのが課題である。

## ◆ 新たな取組の具体的資料等

個別介護計画書

個別ケア計画		立委日	令和	3	年	11	月	1	日	no.	[ 3 ]		
										担当	【 高畠 】	担当者	【 (印) 】
東	横	氏名	性別	様	入所日	R3	年	2	月	日	9		
課	題	トレイルや行灯等、その他の生活用具が充てし得るようになりたい。											
目	標	設備ボーナルトyleでの排泄が能力で見える。											
項	目	実施方法と留意すること				変更すること				評議 (O/X) : 理由			
食	事	主食:全粒200g 食事:形 セッティング								(O/X)			
									(O/X)				
									(O/X)				
	食事帳、水分量の記録								(O/X)				
									(O/X)				
排	泄	【由申】 リバリパンツし、中バット 【説】 言葉をトレイル看護 【感】 感度が低めな、痛みなどはないが、ナースへ報告。 【対応】 初回はオムツ、専特大 1. 【機】 ボーナルトyle下かけ介助				【由申】 リバリパンツ 【説】 おもに便意感 【感】 便意感 【対応】 おもに便意感 【機】 おもに便意感				(O/X)			
									(O/X)				
									(O/X)				
									(O/X)				
									(O/X)				
清	潔	【入浴】 由効泡 【感】 清潔感一掃。出来るのは自分で行ってもらう。 【更衣】 一概介助				【入浴】 由効泡 【感】 清潔感一掃 【更衣】 おもに清潔感				(O/X)			
									(O/X)				
									(O/X)				
	【洗面】 声かけ								(O/X)				
									(O/X)				

## 排せつ支援計画書（付表）

## サービス担当者会議録 (継続判定会議録)

セラフ支援計画書(表付) - 評価と課題分析・待ち越し入浴 -	
1か月後の見込み：横浜の状態 介紹されていない(見立り等)	一部介紹/企介紹
3か月後の見込み：横浜の状態 介紹されていない(見立り等)	一部介紹/企介紹
① 1ヶ月後評価 (1/22)	
<p>(実行)に行なった文部省の内容と3ヶ月後の見込みとの差異、各面からの意見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●開始時の課題【失禁】：失禁歴・移動【上げ下げる】：後始末【夜間】：便器が原因</li> </ul> <p>看護： 排泄は便が失禁。失禁に関しては、併設的必要な要因が考えられます。</p> <p>介護： 中日門限遊びが、復習する内容である。バッハがうまくやれないので子供。</p> <p>リハビリ：動作練習がある。便器の操作から子どもたちもできる。</p> <p>施設CM： 失禁が多めであるとしても、自己でバッハを教えることが可能ならねば…</p> <p>②次回へ： 次回評価時に目標達成度を評価する。リハビリ/看護/介護/施設CM</p>	
② 2ヶ月後評価 (1/25)	
<p>(実行)に行なった文部省の内容と3ヶ月後の見込みとの差異、各面からの意見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○(1/25) 課題【失禁】：失禁歴・移動・上下げ下げる・後始末【夜間】：便器が原因。</li> </ul> <p>看護： 便器使用による失禁が問題で、失禁の頻度が高いために失禁の頻度が増加。 介護： 一日中は自らトイレに行きたいが、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>リハビリ： 便器の操作がうまくできないので、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>施設CM： バッハ練習をするのが苦手で、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>③次回へ： 看護と介護の動作練習を強化。動作練習が苦手な場合は失禁を防ぎます。</p>	
③ 3ヶ月後評価 (1/23)	
<p>(実行)に行なった文部省の内容と3ヶ月後の見込みとの差異、各面からの意見</p> <p>○(1/23) 課題【失禁】：失禁歴・移動・上下げ下げる・後始末【夜間】：便器が原因</p> <p>看護： 便器使用が苦手で、失禁の頻度が高いために失禁の頻度が増加。 介護： 便器の操作が苦手で、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>リハビリ： 下肢伸展練習等を行なうが、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>施設CM： 本人が失禁を頻繁にしているので、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>④次回へ：</p>	
終業式	
<p>(実行)に行なった文部省の内容と3ヶ月後の見込みとの差異、各面からの意見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○(1/22) 課題【失禁】：失禁歴・移動・上げ下げる・後始末【夜間】：便器が原因</li> </ul> <p>3月の課題： 便器の操作が苦手で、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>看護： 便器の操作が苦手で、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>介護： 便器の操作が苦手で、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>リハビリ： 下肢伸展練習等を行なうが、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>施設CM： 本人が失禁を頻繁にしているので、失禁の頻度が高いために失禁が頻繁。</p> <p>⑤次回へ： 改善品の品目(なし)、現状(なし)、改善策(なし)</p>	
介護老人保健施設 もいの葉	

## LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き



- 施設責任者会議にて取り組み実施を決定した。
  - 介護リーダーを中心に情報を収集し、導入可能な取り組みを決定した。
  - 介護リーダーが中心となり、必要な様式と暫定的な担当者の決定と見直しの時期を設定。関係する部門の部門長へ協力依頼・段取りを行った。
  - 介護リーダーが中心となり、LIFE の理解と LIFE を活用した介護過程実践の運用プロセスを手順化し介護職員に伝達した（集団研修・OJT など）。
  - 各所属に関係するプロセスの進捗を管理し、適宜修正した。介護職員は、部下・下級者へ伝達を実施した。
  - 提出された LIFE 情報の確認→入力→送信等をシステム化した。管理を支援相談員が一括で行うことで入力の不備を防いでいる。
  - 入力等の事務処理により時間外残業の増加があり、入力情報の確認・チェックを担当者が責任をもって行うように作業の分業を進めている。
  - 介護職員は LIFE の意味・意義を理解することが不可欠であり、個別介護計画と共に理解を深める取り組みを継続している。

# 依存が強い状態から自分でできる範囲を広げる取り組み

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護4  
障害高齢者の日常生活自立度：B1  
認知症高齢者の日常生活自立度：IIa  
右大腿骨転子部骨折、  
マロリー・ワイス症候群、変形性腰椎症、  
両側水頭症、尿路感染症 等

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職：介護福祉士 10名  
介護リーダー：14年（役職：主任）  
※個別介護計画：担当制（介護リーダー指名）  
※教育支援方法：プリセプターシップ制度

### 【他職種との連携】

ケアマネジャー、看護師  
理学療法士、作業療法士  
管理栄養士、支援相談員



## ◆ 介護過程実践

これまでの課題  ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>定期的な評価の際に介護職員は観察した事柄等の意見交換を行っているが、課題に関する客観的な記録が少ない。そのため、計画の達成度などや新たな課題等の根拠が弱い。</li><li>居室担当（受け持ち）の役割が明確になっていない。計画立案後の働きかけが弱い。</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>居室担当の働きかけにより評価に必要な客観的な情報を集めることができた。</li><li>評価期間を1か月にしたことで、小さな変化や気づきを記録に残すことや次回評価までの課題について介護職チームで共有することに意識づけができる（全利用者に対しては難しいが、担当の働きかけによっては実現が可能と考える）。</li></ul>

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題  ↓ 取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>受け持ち数は、介護職員の力量（気づきの視点、記録の残し方、リーダーシップ等）に応じて介護リーダーが割り当てている（4～8名）ため、偏りが大きい。</li><li>介護過程の理解（経験が浅い、表現ができない、自信がない等）に差がある。</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>居室担当が記録を振り返り、目標に対する情報が集まるように介護職チームへ働きかけることができるようになった。</li><li>新書式の排せつ支援計画書（付表）により、他職種の考え方や視点を共有できた。多角的な視点で考える機会ができた。</li><li>介護リーダーが中心となり、個別介護計画の評価精度を高める様式開発と、現場導入を図ることができた。</li></ul>

## ◆ 利用者の受益・変化



- 介護職チームで目標を共有した結果、利用者に対して介護職員が共通したアプローチと声かけをするようになり、利用者は目標への理解が高まり、意欲が向上した。
- 夜間の排せつが一部介助から見守りへ、日中の排せつが一部介助から自立になった。
- ADLが高まり、現在の状態について家族も喜ばれ、在宅復帰への理解が高まった。



LIFEの理解を深める学習の様子

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者は在宅復帰を希望している。</li> <li>入所の理由：右大腿骨転子部骨折後のADL改善。</li> <li>既往歴が多く体調が安定せず、利用期間も1年と長い。</li> <li>排せつ：日中一部介助、夜間一部介助</li> <li>依存が強く、できる動作と行っている動作が異なる。</li> <li>体調観察の必要はあるが、体調が落ち着き、ベッドから離れて生活が行える体力が戻ってきた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①介護リーダーと居室担当とで相談し、排せつ支援計画書を活用し在宅復帰へ向けてアプローチすることとした。</li> <li>利用者は既往歴が多いため、体調の変化に対応できるように、介護リーダーと居室担当から看護職員に協力を依頼し、疾患に関する資料を使用した勉強会を開催した。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期目標（6か月）：身の回りの生活動作が安定して行える。</li> <li>短期目標（3か月）：夜間ポータブルトイレでの排せつ動作が自力で行える。</li> <li>支援内容           <ul style="list-style-type: none"> <li>①夜間の排せつ状況と動作観察の記録。</li> <li>②排せつ回数や症状の観察と記録。</li> <li>③体操・レクリエーション・リハビリへの参加。</li> </ul> </li> <li>10時、就寝時ベッド周りの環境整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①評価の時期を以下に設定した。</li> <li>①排せつ支援計画書（付表）『新様式』① 毎月第4土曜日</li> <li>②排せつ支援計画書『標準様式』② 3か月ごと           <ul style="list-style-type: none"> <li>※①②は多職種参加にて情報を共有した。</li> </ul> </li> <li>個別介護計画『既存様式：短期目標』 隨時～3か月</li> <li>個別介護計画『既存様式：長期目標』 隨時～6か月</li> <li>①介護リーダーと居室担当で働きかける。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援内容の①②③動作記録を行った。</li> <li>依存的な行動があるため、共有した目標達成に向けて、介護職員が共通した対応を行った。</li> <li>利用者の行動記録を行った結果、1か月目には45%ほど自身で行えていることがわかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーが1か月の間に計画の進捗を記録にて確認し、居室担当への助言・指導を行った。</li> <li>居室担当は、介護リーダーの助言と排せつ支援計画書（付表）を用いて課題解決に必要な具体的な記録ができているか確認し、介護職チームに協力を求めた。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>①排せつ：日中自立、夜間見守り、②排尿に血液まじる、経過観察必要、③100%達成。</li> <li>利用者からは、依然として不安であるとのことだが、家には帰りたいから頑張るよとも話された。 ※今後も成功体験を積み重ね、利用者が自信を持てるように取り組みを継続する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①毎月、介護職員が中心となり、利用者の多職種会議を開催した。</li> <li>会議の結果を介護リーダーが確認し、居室担当と共に次回に向けて振り返った。</li> <li>目標に対する有効な記録率（動作のみに限定）           <ul style="list-style-type: none"> <li>取り組み前：16.6%</li> <li>1か月後：33.3%</li> <li>2か月後：40.0%</li> <li>3か月後：83.3%</li> </ul> </li> </ul> <p>※記録率：30日÷有効記録×100=達成率%</p>

※①=LIFE の取り組み

## 介護老人保健施設 紀伊の里（和歌山県）

- 実践 1 排せつ動作の回復を経て在宅復帰を果たした取り組み  
**実践 2 うつ状態と低栄養状態からの回復を目指した取り組み  
**実践 3 著しい BPSD が改善するまでの関わり******

LIFE 導入をきっかけに

→こんなことをしました！

- ①アセスメント等書式を新規作成・変更した
- ②研修・勉強会等を開催した
- ③会議体を創設・変更した
- ④介護リーダーの役割を周知・明示した
- ⑤介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
- ⑥実施や評価の精度を上げる取り組みを行った
- ⑦①～⑥を後押しした業務改善を行った

### ◆ 介護過程の新たな取組・工夫

#### ◆ 施設・事業所概要（令和3年12月時点）

法人名：医療法人 明成会  
 所在地：和歌山県和歌山市  
 開設年月：平成7年12月  
 定員：81名 従来型  
 介護職員：30名（うち介護福祉士28名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算（II）  
 リハビリテーションマネジメント  
 計画書情報加算  
 禽瘡マネジメント加算  
 排せつ支援加算  
 かかりつけ医連携薬剤調整加算  
 栄養マネジメント強化加算  
 口腔衛生管理加算（II）  
 ※令和3年4月より  
 自立支援促進加算  
 ※令和4年2月より



- 介護職員に LIFE の目的、加算内容・要件などの勉強会を実施した。
- 担当介護職員は既存の個別援助計画作成に加え、排せつ支援計画を作成する体制にした。
- 排せつ支援マニュアルを介護リーダーを中心に他職種協働で作成した。
- 「排せつ支援情報ファイル」には、排せつ支援計画とともに、排せつ支援マニュアル、排せつに関する利用者のあらゆる情報記録、計画に基づく支援実施チェック表をまとめ、担当介護職員が作成し管理することで、情報の集約、一元管理を行うことにした。
- 既存の介護職員を含む他専門職との会議体「個別援助計画モニタリング委員会」を LIFE の運用の実働体と位置付けた。委員会では、介護リーダーを担当利用者支援の中核にするという組織的位置づけを明確にして周知した。
- どの階層の介護職員も利用者支援に関する相談を他専門職にいつでも自由に行える独自の体制「ミニカンファレンス」を強化し、多職種ミニカンファレンスの自然発生を奨励する取り組みを行った。
- 既存の職種別、委員会別の SNS グループの活用をさらに促進し、情報共有体制の強化を図った。
- 状態像（認知症）に合わせた組織の勉強会を実施、その後、介護職員による自主的勉強会を実施した。
- タブレットを導入し、LIFE に関する情報をはじめ、利用者の動画など現場情報の入力システムを改善し、既存の電子カルテへの情報集約とアクセスの利便性を上げた。

※この事例では、個別介護計画は個別援助計画と表記している。



### ◆ LIFE 活用の効果

- 個別援助計画モニタリング委員会において介護リーダーを介護過程実践の中核人材として位置付けたことで、介護リーダーは役割意識が向上し、他専門職との連携や介護職員との情報連携の量が増え、介護過程を進めていく原動力となった。
- LIFE を機に導入した排せつ支援情報ファイルや、タブレットの導入により、既存の電子カルテと併用した情報集約、情報共有、アクセスの効率性が増し、職員間の情報格差が減り、近い情報レベルでのカンファレンスが頻繁に行われるようになった。
- アセスメント情報の精度が上がり、計画・実施・評価の一貫性が増し、客観的指標も含めて利用者状態の改善が目に見えるようになり、成功体験によって介護リーダーや介護職員が自信を持ち、やりがいを感じられるようになった。

## ◆ 新たな課題・今後の展望

- 総合的なケアマネジャーの稼働負荷が増しており、組織としてどう軽減していくか検討中である。
- 現在は介護リーダーの役割に位置付けた各計画書の質について、他専門職と共同で担保する形にしているが、介護職員の中でそのチェック体制を完結できる形にしていきたい。
- 今後のLIFEの具体的なフィードバックについて、現行の運用体制にどのように円滑に、かつ有効的に反映していくかを組織内で検討中である。

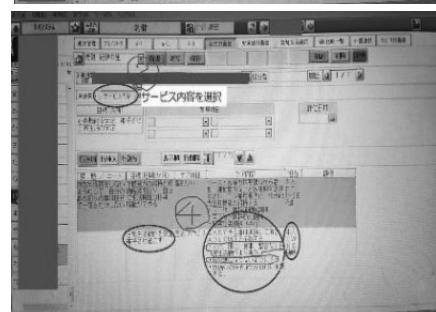
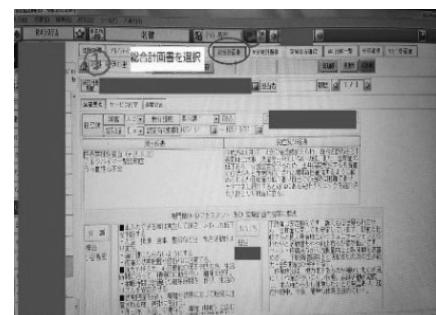


## ◆ 新たな取組の具体的資料等

①排泄支援計画書作成までの流れ

1. リハビリ関与し、情報(ケース内容)を排泄情報ファイルへ
2. CWが情報記入(サー担当までの情報)
3. 情報整理、各職種との話し合い
4. 排泄支援計画書の立案
5. 排泄支援計画書を各職種に確認してもらう(印鑑)
6. CMが訂正や付け足しを行い計画書を作成(排泄情報ノートへ)

※計画書の確認とサイン



2. CWが情報記入(サー担当までの情報)

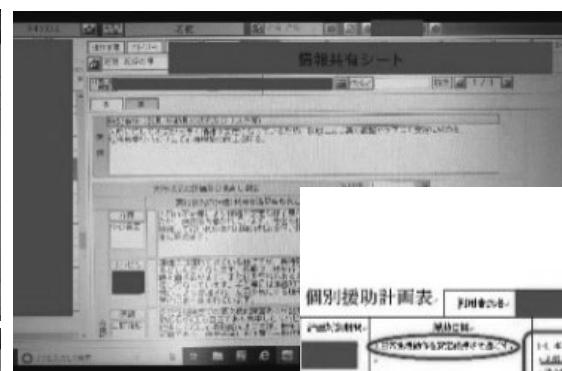
サー担当までの間に隣室に関わった職員が情報を記入する。日中・夜間共に情報を記入。

記入内容: リハ科の情報通りできたが、訴えはあるのか、場所が分かれているのかなど、リハ科の運動動作はどうか、ズボンの上げ下ろしはどの頻度出るのか、バドは適正か、漏れなどあるか、車椅子のフレキを行なうか等。

運営者: お問い合わせ情報は無い迷えば書いておこう。CWが毎日把握に携わるわけではない。少しでも多くの情報を提供して下さい。

※情報記入者確認時分かるように必ず名前を明記して下さい。

個別援助計画モニタリング委員会



個別援助計画表

情報共有シート

個別援助計画表

個人情報	個人情報	個人情報
1. 本人からもしくは代理者が提出した、本人の私生活を除むる、就労活動行動計画、リハビリ計画等	2. 他の機関から提出された情報等を参考して、本院の状況等を踏まえ、改めて行動計画等を策定する。	3. 本院の状況等を踏まえ、既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。
2. 既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。	4. 既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。	5. 既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。
3. 既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。	4. 既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。	5. 既存の行動計画等を参考して、改めて行動計画等を策定する。

電子カルテ入力手順書

## LIFEを介護過程実践に活用するための組織の動き

### LIFE導入 決定期

### 現場への 落とし 込み期

### 介護過程 実践期

- 令和3年1月に施設長と事務長でLIFE算定を決定した。
- 自立支援促進加算のみ「要件」を検討した結果、令和4年2月から算定とした。
- 施設長から支援相談員・施設ケアマネジャー・リハビリ主任・介護主任・看護主任らへLIFE算定の方針を伝えた。
- 役職者・専門職に対し、LIFEの導入に向け、加算要件の説明や役割分担を取り決めるための勉強会を実施した。
- 施設長・事務長が加算ごとに、主担当となる介護職員に対し個別に説明会、資料提供を行った。
- 介護職員は排せつ支援計画を主として担当した。
- 個別援助計画モニタリング委員会にて、介護リーダーの役割や位置づけを組織的に明示周知した。
- 電子カルテの当該項目のチェックがわかりやすいマニュアルを作成した。
- 介護リーダーが中心になり、他専門職を巻き込んで排せつ支援マニュアルを作成した。
- 排せつ支援情報ファイルについて介護職員に周知徹底し、計画や目標の確認、関連情報の集約などの使い方を周知した。
- 個別援助計画や排せつ支援計画書は介護リーダーの役割としたが、ケアマネジャーや他専門職のチェック機能を持って質の担保を図る形にしてスタートさせた。
- 介護リーダーの組織的役割を全介護職員に周知し、利用者情報の集約を行うよう徹底した。

# 実践 1 排せつ動作の回復を経て在宅復帰を果たした取り組み

## ◆ 事例対象者（利用者）の概要

70代／要介護4  
障害高齢者の日常生活自立度:B1  
認知症高齢者の日常生活自立度:IIa  
脳梗塞後遺症  
右片麻痺（軽度）

## ◆ 介護過程実践体制

### 【介護職チーム】

介護職:30名（うち介護福祉士28名）  
介護リーダー:9年（介護福祉士、個別援助計画担当）

### 【他職種との連携】

ケアマネジャー、看護師  
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
管理栄養士、歯科衛生士



## ◆ 介護過程実践

これまでの課題 	<ul style="list-style-type: none"><li>介護職員を特定フロア所属などに限定せず、全施設横断のシフトにより「全介護職員で全利用者支援」体制を採用しているため、利用者情報の共有が難しい。</li><li>関わる介護職員数と関わる利用者数が多いため、全員にケアの目標や支援内容の周知徹底ができていなかった。</li></ul>
取組後の変化 	<ul style="list-style-type: none"><li>排せつ支援情報ファイルで介護過程に関する計画や記録、評価情報などが一元管理されたことで、情報集約の質が格段に向上した。介護職員も、他専門職も情報確認に関するタイムロスが無くなり、少ない工程で、必要な情報を周知できるようになった。</li><li>全介護職員が共有する利用者情報量が一定になったことで、相談やミニカンファレンスの頻度と深度が向上した。</li></ul>

## ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題 	<ul style="list-style-type: none"><li>全介護職員が全利用者を知っている体制であり、広く薄く関わる形になり、さらに一步踏み込んだ個別支援が十分できていなかった。</li><li>個別援助計画モニタリング委員会での介護リーダーの位置付けが不十分で、他専門職や古参人材が中心となる形になっていた。</li></ul>
取組後の変化 	<ul style="list-style-type: none"><li>排せつ支援計画を中心に介護リーダーの役割を明確に位置づけたことで、責任の所在が明らかになった。</li><li>また、排せつ支援情報ファイルによる情報の一元化も加わり、介護リーダーが利用者への介護過程実践の進捗確認を行いやすくなり、課題が絞られた形で介護職員や他専門職と相談できる機会が増えた。これにより、丁寧な介護過程を利用者に行えるようになった。</li></ul>

## ◆ 利用者の受益・変化

- 3か月足らずで在宅復帰が可能となった。
- おむつ全介助という状態から、自分でトイレができる生活を獲得できた。
- 同居する家族の意向である排せつも自宅で対応できるレベルに状態が改善し、家族が大変喜ばれた。
- 利用者は取り組み成果が明確に実感できた成功体験から、現在も併設デイケアに通いながら、継続的に機能維持に励むことができている。
- 介護老人保健施設で育んだ施設職員との関係性が在宅に戻っても維持されており、意欲、モチベーション維持につながっている。

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>主訴：「自分でトイレしたい」「家に帰りたい」</li> <li>家族：一定程度自分で排せつできるようになってほしい。</li> <li>排せつ：入院先では、おむつ全介助。</li> <li>起居動作：上体起こしから端座位まで一部介助。</li> <li>座位：手すりつかまりで端座位可能。</li> <li>立位：つかまり立ち可能。</li> <li>コミュニケーション：自立。</li> <li>BPSDなし。尿意・便意あり。</li> <li>「できるADL」と「しているADL」に差がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①排せつ支援情報ファイルに介護職員や他専門職が排せつ関連の情報を記入して蓄積した。</li> <li>介護リーダーが支援を通じて日常生活動作を確認し、排せつ支援情報ファイルの情報と合わせてアセスメントした。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期目標：ADLの改善</li> <li>短期目標：介助なしで、①起居動作ができる。②車いす移譲ができる。③夜間はPトイレでの排せつができる。</li> <li>支援内容：           <ul style="list-style-type: none"> <li>①オムツ使用期間中は、ヒップアップ・側臥位動作協力を行っていただく。</li> <li>②離床する際は必ずスライディングボードで端座位になる練習を行う。</li> <li>③自分の力で立位保持から車いすへ移乗する動作を行ってもらい、必ず見守る。</li> <li>④日中は移動支援を行いトイレで、夜間はナースコールのもとポータブルトイレで排せつし、排せつ時は見守りを行う。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーはアセスメント内容をもとに、サービス担当者会議にて他職種とカンファレンスを行い、個別援助計画書を作成した。</li> <li>①介護職員と他専門職の意見を踏まえ、介護リーダーが中心となり、排せつ支援計画を立案した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>オムツ対応中は、支援を受けて安全にトイレで排せつができるようヒップアップと側臥位協力を行った。</li> <li>スライディングボードで端座位になる練習を行った。</li> <li>自分の力で立位保持から車いすへ移乗する動作を必ず見守った。</li> <li>起居動作や移乗動作能力の向上、安定を確認し、徐々にトイレ、ポータブルトイレ排せつへの移行を図った。</li> <li>日中トイレ、夜間はナースコールのもとポータブルトイレでの排せつができるようになる中で排せつ動作の見守り、必要に応じた支援を行った。</li> <li>利用者の取り組みや状態の改善に対して声かけや励ましを行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①介護リーダーは介護職チームに口頭や排せつ支援情報ファイルを通じてケア内容の周知を行った。</li> <li>①介護リーダーは出勤毎に、排せつ支援情報ファイルの支援実施チェック表や記録等を確認した。</li> <li>①利用者の状態を理学療法士と一緒に観察し、進歩と方向性についてケアマネジャーに随時相談し、適宜必要な修正を行った。</li> <li>①介護職チームは理学療法士からスライディングボードの使用、座位保持・移乗が安全に行える方法の指導を受けた。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援内容①、②は即時徹底したことと、短期目標である①が達成でき、必要動作能力・習慣の獲得につながった。</li> <li>約1か月で③車いす移譲が可能となり、1か月半で安定的に行えるようになった。</li> <li>④は2か月で、トイレでの排せつ、夜間はポータブルトイレでの排せつが見守りのもと自立になった。</li> <li>短期目標が全て達成できたことにより、3か月足らずで在宅復帰となった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期のモニタリングを個別援助計画モニタリング委員会にて実施した。</li> <li>情報集約の徹底と、介護リーダーによる排せつ支援情報ファイルを細やかに確認・評価することで、利用者の状態像に応じた支援内容に移行することができた。</li> </ul>

※①=LIFEの取り組み

## 実践 2 うつ状態と低栄養状態からの回復を目指した取り組み

### ◆ 事例対象者（利用者）の概要

80代／要介護2  
障害高齢者の日常生活自立度:C1  
認知症高齢者の日常生活自立度:IIb  
疾患:うつ病、妄想性障害、  
アルツハイマー型認知症、  
脱水での入院歴あり

### ◆ 介護過程実践体制

#### 【介護職チーム】

介護職:30名(うち介護福祉士28名)  
介護リーダー:4年(介護福祉士、個別援助計画担当)

#### 【他職種との連携】

看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
管理栄養士、歯科衛生士



### ◆ 介護過程実践

これまでの課題 	<ul style="list-style-type: none"><li>介護職員を特定フロア所属などに限定せず、全施設横断のシフトにより「全介護職員で全利用者支援」体制を採用しているため、利用者情報の共有が難しい。</li><li>関わる介護職員数と関わる利用者数が多いため、全員にケアの目標や支援内容の周知徹底ができていなかった。</li></ul>
取組後の変化 	<ul style="list-style-type: none"><li>排せつ支援情報ファイルで介護過程に関する計画や記録、評価情報などが一元管理されたことで、情報集約の質が格段に向上した。介護職員も、他専門職も情報確認に関するタイムロスが無くなり、少ない工程で、必要な情報を周知できるようになった。</li><li>全介護職員が共有する利用者情報量が一定になったことで、相談やミニカンファレンスの頻度と深度が向上した。</li></ul>

### ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題 	<ul style="list-style-type: none"><li>介護リーダーとして情報収集をどこから始めて良いかわからなかった。</li><li>全介護職員が全利用者を知っている体制であり、広く薄く関わる形になり、さらに一步踏み込んだ個別支援が十分できていなかった。</li><li>個別援助計画モニタリング委員会で介護リーダーの位置付けが不十分で、他専門職や古参人材が中心となる形になっていた。</li></ul>
取組後の変化 	<ul style="list-style-type: none"><li>個別援助計画モニタリング委員会にて介護リーダーの役割を明確に位置付けたことで、責任の所在が明らかになった。LIFEを機に既存の電子カルテへの情報集約が増え、介護リーダーとしてのアクセスも増えた結果、介護リーダーが利用者への介護過程実践の進捗確認を行いやすくなった。利用者の担当が明示され、介護職員の方向性が統一されたことで、他部署の職員から利用者に関する情報を報告してくれるようになり、自然と介護職チームにおける介護リーダーの役割と自覚が確立していった。</li><li>介護リーダーは取り組みの中から利用者の変化という成功体験を得ることで、やりがいと介護過程への取り組み意欲の向上につながった。</li></ul>

### ◆ 利用者の受益・変化

- 自宅に帰りたい願いは叶っていないが経口摂取が安全に行えて食事量も増えつつある。
- うつ傾向の利用者の変化や反応、気づき、知らなかった一面が見られるようになり、その反応が介護職チームや介護リーダーのやりがいにつながり、さらに積極的な働きかけという好循環につながっている。この循環から利用者にとって、関わってくれる他者の存在、自分に関心を寄せててくれる社会を感じられる環境で生活ができるようになった。

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>主訴：「元気になりたい。もう一度自宅で生活したい」</li> <li>体重：41kg、BMI 18.5、ALB 3.1</li> <li>うつ症状強く、無表情、生活全般に自発性乏しい。</li> <li>DBD13：11、Vitality index：1</li> <li>食事意欲低下、食事動作も乏しいが、自発的に食べる時と、全く食べない時のムラが大きい。</li> <li>食事摂取量：主食5割前後、副食3割、水分もムラあり。</li> <li>口腔状態：自歯。ケアできていない。</li> <li>嚥下機能：問題なし（言語聴覚士評価）</li> <li>コミュニケーション：可能。自発的発語はなし</li> <li>排せつ：おむつ全介助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所後一週間で、介護職員、他専門職による情報収集を電子カルテ、排せつ支援情報ファイル等に集約した。</li> <li>介護リーダーはそれらの情報をもとに、アセスメントを行った。</li> <li>在宅復帰を目標に、積極的な働きかけを中心とし、飲食時をメインに日常生活における関わりを増やし、利用者の意欲向上と栄養状態の改善を図り、全体的な自発性の獲得を目指す必要がある。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期目標：栄養状態の改善</li> <li>短期目標：生活全般で意欲が入所時より向上する食事量が増えること</li> <li>支援内容：           <ul style="list-style-type: none"> <li>①食事量のチェック</li> <li>②利用者に合った食べ方、嗜好にあった食事内容、栄養補助食品を利用者に確認しながら一緒に探索。</li> <li>③離床時間を増やすし、積極的なコミュニケーション機会を意図的に行う。</li> <li>④毎朝のラジオ体操、レクリエーションに参加する。</li> <li>⑤車いすからの立ち上がり練習を行い意欲向上を目指す。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーはアセスメント内容をもとに、サービス担当者会議にて他職種とカンファレンスを行い、個別援助計画を作成した。</li> <li>電子カルテ、排せつ支援情報ファイル、社内用SNSグループ等で計画と支援内容を介護職員に周知した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事では、必ず毎回の献立を説明し、嗜好も同時に観察した。</li> <li>ムセなどがないか、見守りを行った。</li> <li>甘い物の食がすすむことから、甘みがある栄養補助食品での嗜好を優先し、次第に全体の食事量が増えていくように実施した。</li> <li>介護職員は積極的なコミュニケーションを重要なケアとして重点的に行った。</li> <li>③④⑤は利用者の意思と意欲状態を観察した上で、適宜参加した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーは、食事量のチェックを介護職チームで確実に行うよう依頼、タブレット、電子カルテで記録を確認した。</li> <li>①介護リーダーは、介護職チームに日常生活におけるリハビリ動作支援について、具体的にイラスト・写真なども活用して周知した。</li> <li>介護リーダーは、利用者の変化を他専門職とミニカンファレンスを通じて共有し、支援の軌道修正を都度行い、介護職チームに方針を周知した。</li> <li>②口腔状態の改善のために、歯科衛生士と連携し、口腔ケアの方法を介護職チームで統一した。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>①は100%実施できた。②初期に集中的に実施したことで、嗜好に合わせた食事を提供し、食事量の増加につながった。</li> <li>食事量：平均8割ほど。栄養補助食品は完食。水分摂取量増加（ムラは残る）</li> <li>体重：44.5kg、ALB3.6</li> <li>口腔状態：衛生状態を維持している。</li> <li>DBD13：4、Vitality index：6</li> <li>③④⑤は週3～4回程度実施できた。臥床時間が伸びた。</li> <li>排せつ：一部介助でトイレ排せつになった。</li> <li>3か月の実施で一定の改善が見られたが、在宅復帰については現時点では目標に至らず、状態の改善を継続する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>月1回の個別援助計画モニタリング委員会にて、実施状況と利用者の状態について多職種と介護リーダーで評価を行った。</li> <li>介護リーダーは、食事量の改善傾向は認められるがADLの改善につながらないことから別の対応策を模索中である。</li> <li>介護リーダーは、食事摂取のムラがあることから、管理栄養士と連携して食事形態の変更など検討中である。</li> <li>更なる意欲向上を目指し、笑顔など感情表現が豊かになる支援を検討している。</li> </ul>

※①=LIFE の取り組み

## 実践 3 著しい BPSD が改善するまでの関わり

### ◆ 事例対象者（利用者）の概要

90代／要介護3  
障害高齢者の日常生活自立度:B2  
認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅲa  
アルツハイマー型認知症  
胃潰瘍、十二指腸潰瘍、心不全、心筋梗塞、  
腎障害、高尿酸血漿等  
胸椎圧迫骨折

### ◆ 介護過程実践体制

#### 【介護職チーム】

介護職:30名(うち介護福祉士28名)  
介護リーダー:4年(介護福祉士、個別援助計画担当)

#### 【他職種との連携】

看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士



### ◆ 介護過程実践

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"><li>介護職員を特定フロア所属などに限定せず、全施設横断のシフトにより「全介護職員で全利用者支援」体制を採用しているため、利用者情報の共有が難しい。</li><li>関わる介護職員数と関わる利用者数が多いため、全員にケアの目標や支援内容の周知徹底ができていなかった。</li></ul>
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>排せつ支援情報ファイルで介護過程に関する計画や記録、評価情報などが一元管理されたことで、情報集約の質が格段に向上した。介護職員も、他専門職も情報確認に関するタイムロスが無くなり、少ない工程で、必要な情報を周知できるようになった。</li><li>全介護職員が共有する利用者情報量が一定になったことで、相談やミニカンファレンスの頻度と深度が向上した。</li></ul>

### ◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	<ul style="list-style-type: none"><li>BPSD が激しい状態の利用者に対して、適切な認知症ケアのスキルが介護リーダーも含めて不十分であり、必要な支援が行えていなかった。</li><li>全介護職員が全利用者を知っている体制であり、広く薄く関わる形になり、さらに一步踏み込んだ個別支援が十分できていなかった。</li></ul>
取組後の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>介護リーダー中心に、認知症ケアに関する勉強会を企画・実行し、施設における認知症ケアの実践力を高めていくスタートが切れた。</li><li>介護リーダーとして大変な取り組みの中から、利用者の変化という成功体験を得ることで、やりがいと介護過程への取り組み意欲の向上につながった。</li><li>LIFE を機に導入したタブレット端末により、利用者情報の入力作業が効率化され、情報共有と利用者支援内容の検討がこまめに行うことができるようになった。他専門職との連携機会が介護職員に増えたことで、認知症ケアや、介護過程実践における介護福祉士の存在意義の理解度が施設全体で向上した。</li><li>利用者の変化という成功体験を施設全体で得ることができた。</li></ul>

### ◆ 利用者の受益・変化 😊

- BPSD が減弱したことで、自分の状況認識や周囲との関係性が向上し、安心感をもちながら生活できる時間が増えた。
- 食事量が増えて栄養状態が改善した。
- 骨折のリスクはあるが、安全な日常生活動作を保持することができた。
- 全身状態が安定したことで、看護小規模多機能型居宅介護を利用しながら、利用者の望む在宅復帰ができた。

## ◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>主訴：「帰りたい」「私が呼んだら私を先にしてください」</li> <li>HDS-R 7点、MMSE 5点</li> <li>BMI 17.9 ALB 2.8</li> <li>DBD13 : 35、Vitality index : 3</li> <li>徘徊・帰宅願望・暴言・暴力・介護拒否が顕著</li> <li>排せつ：おむつ全介助</li> <li>起居動作：一部介助、つかまり立ち短時間可</li> <li>移動：車いす、立ち上がりたい意欲あり転倒リスク高い</li> <li>食事：自立だが、注意力散漫で摂食量は平均5割程度</li> <li>コミュニケーション：意思疎通可</li> <li>認知症の進行により環境の変化に適応できず BPSD が悪化していると考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所後情報収集と介護職員の話し合いから、介護リーダーにより、副作用による転倒、意識レベルの激変を避けるため、BPSD には非薬物療法を中心として対応し、状態に応じて他専門職に相談を行う方針とした（LIFE 導入を機に、医師への相談、指示受けはこれまでの看護師だけの体制から、介護職員も一緒にを行うこととした）。</li> </ul>
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期目標：認知症状態、栄養状態、ADL が改善、安定して在宅復帰できる</li> <li>短期目標：・在宅生活できる状態まで BPSD が改善すること           <ul style="list-style-type: none"> <li>・排せつ能力が向上し、トイレで排せつできること</li> <li>・栄養状態改善、食事量安定</li> </ul> </li> <li>支援内容：           <ul style="list-style-type: none"> <li>①利用者の思いを傾聴し、積極的に関係性を築いていく。</li> <li>②施設生活の理由、目標（食事、関係性）を都度説明する。</li> <li>③担当制でレクリエーションを行い、日中の活動量を増やしていただく。</li> <li>④生活の中で役割を持つ働きかけを行う。</li> <li>⑤帰りたい時は、一緒に施設内を歩く。</li> <li>⑥食事場面の観察を強化してムセなどないか見守る。</li> <li>⑦排せつパターンを把握して適切な時間のトイレ誘導を行う。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護リーダーはアセスメント内容をもとに、サービス担当者会議にて他職種とカンファレンスを行い、個別援助計画書を作成した。</li> <li>電子カルテ、排せつ支援情報ファイル、社内用 SNS グループ等で計画と支援内容を介護職チームに周知した。</li> </ul>
実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②できるだけ利用者の想いを確認し、都度施設入所の目的や関係性構築のコミュニケーションを図った。</li> <li>③利用者が好きな卓球、カラオケなどを開催し参加していただいた。</li> <li>④ベランダでの洗濯物干し、洗濯物たたみなどを徐々にやってもらい介護職員から都度感謝を伝えた。</li> <li>⑤帰りたい気持ちの時はフロア内やベランダなどを他の介護職員も一緒に歩くようにした。</li> <li>⑥食事状態の観察を行いながら、食事に意識が向くよう、傍で会話をしながら見守りを行った。</li> <li>⑦日中はリハビリパンツにし、トイレで排せつすることを習慣化した。夜間はおむつ対応を継続、よく休んでいる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施内容を電子カルテに全介護職員が記録。介護リーダーは状況を把握しながら、適宜他専門職とミニカンファレンスを行い、支援内容の修正を検討し、介護職員へ周知を行った。</li> <li>役割や成功した状況や関わり、利用者ができることは継続して取り組んだ。</li> <li>L 介護リーダーは利用者が興味のあるレクリエーションの検討をし、介護職チームにレクリエーションの実施を周知した。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②BPSD が顕著に減少した。DBD13 : 7、Vitality index : 9</li> <li>③レクリエーション参加途中で帰りたくなることはあったが、参加率 100%だった。</li> <li>④一定の役割が習慣化した。</li> <li>⑤帰りたい気持ちの時につきそう支援は、平均週 2 回程度対応ができた。</li> <li>⑥食事量：ほぼ毎回完食。</li> <li>⑦日中はトイレでの排せつ一部介助。</li> <li>入所当初 2 回の尻餅転倒あったが、それ以降の転倒はなかった。</li> <li>認知症状態、栄養状態、ADL の安定が認められ、看護小規模多機能型居宅介護を利用する形で在宅復帰となった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>月 1 回の個別援助計画モニタリング委員会にて、実施状況と利用者の状態について多職種と介護リーダーで評価を行った。</li> </ul>

※L=LIFE の取り組み