8 ツクイ一宮開明（通所介護）（愛知県）
ベッド上の生活から座位保持して生活ができるまでの取り組み

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

❶アセスメント等書式を新規作成・変更した
❷研修・勉強会等を開催した
❸会議体を創設・変更した
❺介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
❼①～⑥を後押しする業務改善を行った

◆ 施設・事業所概要（令和 4 年 1 月時点）

法 人 名：株式会社　ツクイ
所 在 地：愛知県一宮市
開設年月：平成 24 年 5 月
定　　員：50 名
介護職員：11 名（うち介護福祉士 4 名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
個別機能訓練加算
※令和 3 年 9 月より
ＡＤＬ維持等加算
※令和 3 年 10 月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 介護過程（PDCA）を促進するために介護職員へ LIFE の勉強会を２回開催した。
- 介護職員がアセスメントを行いやすいよう LIFE の評価項目を抜粋し、さらにこれまでの８枚を１枚に簡素化したアセスメントシートを作成した。
- 介護職員に対し、Barthel　Index の理解を深めるためにアセスメントの研修を実施した。
- 介護職員が通所介護計画（案）やアセスメントを検討・共有する新たなケアミーティングを月１回の頻度で実施した。
- これまで生活相談員が各職種から情報収集し作成していた通所介護計画書を、介護リーダーと生活相談員が共同で立案するように変更した。
- 介護過程実践において支援を 100%実施できるようにするために、実施状況のチェックリストを作成した。

◆ LIFE 活用の効果

- YLIFE に対応した事前事後のアセスメントシートを 1 枚化したことで評価の実施が統一かつ簡素化された。
- LIFE 導入や介護過程の勉強会を行ったことで、より目標をイメージしながら個別性の高いサービス提供が行えるようになった。それにより利用者の受益だけでなく、介護職員が行う支援に統一性が生み出されるようになった。
- 新たなケアミーティングにおいて介護職員が通所介護計画（案）やアセスメントを検討・共有することで、より個別性の高いサービスの提供につながった。

◆ 新たな課題・今後の展望

- LIFE に関わる事前事後のアセスメントと LIFE からのフィードバックをもとに結果をどのように分析し、根拠のある介護過程促進のために介護職員への落とし込み方を考える必要がある。
- ケアミーティングの内容を通所介護計画書へ落とし込める介護職員が介護リーダー1 名のみであり、また介護過程実践について利用者全員に取り組めるようになるためには時間がかかるため、全職員が取り組めるようにシステム化する必要がある。
- LIFE からのフィードバックをもとに介護職員が立案した通所介護計画の内容について見直しをする必要がある。

◆ 新たな取組の具体的資料等

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		自立支援に向けて、安全に移乗が出来る環境を作り、座位時間の確保を目指す。 自宅ではお風呂に入れない為、デイサービスで入浴し、清潔を保つ。
希望	お客様	ベッド上だけでの生活は苦痛。 家でも立ったり、座ったり、立って歩けるようになりたい。 車椅子に移って過ごせるようになりたい。
	ご家族	自分では身体的介護は困難な為、支援をお願いしたい。 車椅子に座って食事をしたり、移乗が安全に出来るのであれば、デイサービスを利用したい。お風呂に入れて欲しい。
長期目標		車椅子に座って、メリハリのある生活ができる。 身体の清潔を保持できる。
	実施期間	令和03年12月～令和04年11月　実施開始日
短期目標		一日を通して3時間の座位時間を確保できる。 定期的に入浴を行ない、身体を清潔に保つことができる。 車椅子に座り、食事を美味しく食べることができる。
	実施期間	令和03年12月～令和04年02月　実施開始日
	継続時実施予定期間	
サービス区分・種類		目標達成の為の具体的なサービス内容
送迎・移動		ベッドから車椅子への移乗は二人介助にて行います。自宅の上がり框から玄関先までは、スロープを使用し、頚椎の保護に留意しながら移動します。移動中の振動に注意します。 移乗時は職員の肩を掴んで頂き、立位を確認後、足の運び促しながら、ゆっくりと移乗します。
更衣		頚椎カラーの交換時は、頚椎の保護に留意しながら、二人介助にてベッド上で行います。 皮膚の状態や体調確認を行います。異常があれば、ご家族様に報告致します。
入浴	I	特浴にて実施します。頚椎カラーをつけたまま、ベッドから入浴チェアーに移乗し、全介助にて入浴します。 全身の皮膚の状態を確認し、異常があれば、ご家族様に報告致します。段差による振動に注意します。入浴後は、滑りリスクを想定し、靴を履いて頂いてからベッドへ移乗します。入浴後の水分補給をします。
食事		車椅子に座って頂き、食事が摂りやすい環境を作ります。食事前の嚥下体操を実施し、誤嚥を防ぎます。テーブルに台を置き、食べやすい高さでスプーンを使用します。飲み物は適温にし、ストローを使用します。食事中は衣服が汚れないように、エプロンを使用します。 食事後は、介助のもと、歯磨きを実施し、口腔を清潔に保ちます。
排泄		来所時、入浴後、帰宅時は、協力動作を得ながら、ベッド上で交換をします。状況に応じて、随時対応致します。
身体状況（麻痺・拘縮等）		頚椎の保護に留意し、振動や衝撃に注意します。
精神面		レクリエーションへの参加を促し、他者様との交流を深め、楽しく過ごして頂けるよう、お声掛け致します。
外出プログラム		
その他		体調面を確認しながら、午前、昼食時、午後に1時間の座位を取って頂けるよう、お声掛け致します。

通所介護計画書

介護リーダー計画作成の様子

K　様　実施日 2022. 3. 15　実施者　介護リーダーM

日常生活自立度	障害高齢者	B2	判定者	M	判定日	2022. 3. 15
	認知症	I				
認知症診断の有無	無	診断日	初回要介護要支援認定日		R2. 6. 22	
認知症病名						
身長	153	cm	体重	51. 5	kg	
誤嚥性肺炎の既往	無	誤嚥性肺炎発症日				
病名		既往歴				
発症日		現症				

食事	自立（10）	課題の有無	無・有
椅子⇔ベッド移乗	座れるが移れない（0）	課題の有無	無・有
整容	一部介助（0）	課題の有無	無・有
トイレ動作	一部介助（5）	課題の有無	無・有
入浴	一部介助（0）	課題の有無	無・有
平地歩行	全介助（0）	課題の有無	無・有
階段昇降	全介助（0）	課題の有無	無・有
更衣	一部介助（5）	課題の有無	無・有
排便	全介助（0）	課題の有無	無・有
排尿	全介助（0）	課題の有無	無・有
特記事項	歯磨き、髪をくしでとくことができる。立ち上がりや方向転換時に協力動作あり。洗身は体前面を少し行える。更衣は腕を通す協力動作が行える。排尿の感覚は本人の訴えあり。		

寝返り	
起き上がり	
座位	
立ち上がり	
立位	
日常的な物事に関心を示さない	
特別な事情がないのに寝中起きだす	
特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	
やたらに歩き回る	
同じ動作をいつまでも繰り返す	
意思疎通	
調理	
洗濯	
掃除	
買物	
硬いものを避け、柔らかいものを食べる	
ムセやすい	

事前アセスメント

[redacted]様　座位保持チェックリスト　2月分

	午前	食事	午後	
1日	✓	✓	✓	谷川
2日				
3日				
4日	✓	✓	✓	三輪
5日				
6日				
7日				
8日	✓	✓	✓	谷川
9日				
10日				
11日	✓	✓	✓	三輪
12日				
13日				
14日				
15日	✓	✓	✓	内科
16日				
17日				
18日	✓	✓	✓	三輪
19日				
20日				
21日				
22日	✓	✓	✓	三輪
23日				
24日				
25日	✓	✓	✓	内科
26日				
27日				
28日				

座位保持チェックリスト

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入決定期

- 令和３年１月より４月からの算定に向けて検討。管理者・介護リーダー・主幹職員会議にて算定を決定し、情報収集を開始した。
- 令和３年４月より準備開始。介護リーダーや主幹職員中心に必要評価実施のための準備をした。
- 令和３年８月より令和３年９月からの算定に向けてアセスメントシートの作成、介護職員の動きについて介護リーダーと擦り合わせを行った。
  ※算定時期は当社システム都合

現場への落とし込み期

- 令和３年８月に LIFE 導入について介護職員全体へ説明し、根拠を共有した。
- 同日、介護職チームに対し、加算算定に伴うアセスメントシートの使用方法と評価の擦り合わせとして行うケアミーティングの実施及び通所介護計画書への紐づけ方の説明を１回行った。

介護過程実践期

- アセスメント実施の練習機会が少なかったため評価に時間を要し、時間外労働が増加したため、２回目のアセスメント実施研修を実施した。その際、介護リーダーは介護職チーム内での評価の実施状況や内容を精査するポジションとした。
- 介護過程実践のために作成した通所介護計画書を介護リーダーが確認したところ、実施状況が聞き取り時点で 80%程度であったため、実施したらチェックリストに✓をつけ 100%できるようにした。

ベッド上の生活から座位保持して生活ができるまでの取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80 代／要介護 5

障害高齢者の日常生活自立度：C2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅰ

主訴：家に帰ってきてからはベッドの上でしか生活できないから家族に迷惑をかけていることが苦痛。少しでも何かできるようになりたい。

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】

介護職：11 名（うち介護福祉士 4 名）

介護リーダー：3 年目（介護福祉士、副主任）

【他職種との連携】

看護師：痛み、体調の確認

理学療法士：移乗動作、シーティングの指導

理学療法士：口腔ケア、食形態の確認

◆ 介護過程実践

これまでの課題	● これまでは FIM を用いて利用者の評価を行っていたが、Barthel Index や DBD13 等新たに取り組むことになり混乱が生じている。 ● これまでは生活相談員が現場からの情報を吸い上げて通所介護計画書を立案していたが、介護職員も通所介護計画（案）を作成させることで我が事として取り組ませる必要がある。
取組後の変化	● アセスメント実施機会を増やすために、LIFE 登録に必要な情報のみを抜粋したシートを作成し、取り組んだことで何を日々評価していけばよいかの指標となった。 ● 通所介護計画（案）を介護職員が作成したことで、介護職員の視点が加わり、より個別性の高い通所介護計画書の立案ができるようになった。例として食事時は食べやすい高さに調整するなど介護職員がイメージしやすい具体性のある文言が支援内容に追加された。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	● アセスメントの指導が一定の介護職員しか実施できないため、内容にムラがあることで介護職員総意のアセスメントをつくり上げることに時間を要してしまい、通所介護計画書の立案自体も遅れてしまった。 ● 介護職チームでの支援実施状況が後追いできていないことで介護過程の根拠蓄積ができない。それに伴い、より良い利用者の受益につながらない。 ● これまでは FIM に取り組んでいたが、LIFE 導入に伴い、Barthel Index を追加で実施することとなり、介護職員へ指導する時間が必要である。
取組後の変化	● アセスメントのポイントが明確になったため、介護リーダーは指導が行いやすくなり、介護職チーム内でのアセスメント基準の統一が図れた。介護リーダーや介護職チームにおけるアセスメントの正確性の向上が図れ、よりよい支援提供につながった。 ● 介護リーダーや介護職チームが通所介護計画書案を作成することで、より個別性の高いサービスを提供できるようになった。

◆ 利用者の受益・変化

- 移乗時に「今、移乗楽だったやろ？僕、頑張って踏ん張ったから」と前向きな言葉を発する機会が増えた。
- 「今、夜に夢を見るくらい歩きたい気持ちが強いから、今後は歩けるようになりたい」と最近は立位安定に伴い、歩く意欲が増大している。
- 利用者が定期受診をしているかかりつけ医からは、受診時に「皮膚状態や身体状況が良くなっているので今通っているデイサービスはとてもいいところですね」と褒められ、利用者や家族も実感している。

ケアミーティングの様子

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	● Ⓛ①ＢＩ　いす⇔ベッド移乗０点 ● Ⓛ②基本動作 座位：部分介助　立ち上がり：全介助 ● Ⓛ③DBD13　日常的な物事に関心を示さない：よくある ● ①②③より移乗や座位保持に対して全介助となっており、意欲の減退も考えられる。利用者の気持ちも踏まえ、まずは離床時間の拡大とできることの拡大を図り、意欲もフォローアップする必要がある。	● 介護リーダーを中心にアセスメントシートの説明を行い、期限を設けて介護職員はアセスメントを実施した。 ● ケアミーティングにおいて、アセスメントの結果の擦り合わせを行った。結果の中からできるADL を軸に最大限できる可能性があるアセスメントを採用した。 ● 介護リーダーは座位時のシーティングについて理学療法士に依頼し、研修を実施した（評価⇒モニタリング⇒計画の見直しの PDCA サイクルを実施）。
計画立案	● 長期目標（1 年）：車いすに座ってメリハリのある生活を送ることができる。 ● 短期目標（3 か月）：1 日の支援の中で 3 時間座位時間を確保し、車いすからベッドへの移乗時に協力動作を促す。 ● 支援内容 ①午前 1 時間、食事時 1 時間、午後 1 時間座位保持時間を確保する。 ②統一した方法で移乗を行い、協力動作を促す。	● ケアミーティングにおいて検討したアセスメント及び方向性をもとに、介護リーダーが通所介護計画書（案）を作成した。 ● 介護リーダーが作成することで、介護過程に基づく個別性の高い通所介護計画書が立案できた。 ● 介護リーダーは通所介護計画書の支援内容や目標などについて介護職チームに説明した。
実施	①食事の時間は座位保持とシーティングを整え、1 時間座位保持を行い、午前、午後と 1 時間ずつ座位時間を設けた。実施したらチェックリストに✓をつけ 100%できるようにした。 ②立ち上がり時は 1 人の介護職員の肩を把持し、もう一人の介護職員は後方から臀部をサポートし、足の踏み替えを重心移動で促しながら移乗することを徹底した。	● 座位保持の実施率が 80%程度だったため、100%にするため介護リーダーがチェックリストを作成し、職員に周知した。 ● ケアミーティングでもシーティングと移乗方法、座位保持時間の確保ができているか実施状況の確認を行い、介護リーダーは、ずれがあれば指導を行った。 ● 食事時のシーティングについて言語聴覚士に依頼し嚥下について勉強会を実施した。
評価	● Ⓛ①ＢＩ　いす⇔ベッド移乗：点数変化なし全介助から座れるが移れない。 ● Ⓛ②基本動作 座位：部分介助　立ち上がり：部分介助 ● Ⓛ③DBD１３ 日常的な物事に関心を示さない：全くない ● 移乗や座位保持は一部介助となり、立ち上がりは下肢の支持性が向上し、踏ん張ることや足の踏み返しが行え、トイレ動作が５点向上した。利用者は意欲があがったことで歯磨き、髪を櫛でとく更衣時腕を通すなどの協力動作ができるようになった。	● 計画の再評価を行うために、食事時は座位保持が崩れないか、食事摂取量を日々の連絡帳に記載し、データ管理を行った。 ● ケアミーティングにおいて、立ち上がりの介助量について話し合い、すり合わせを行うことで再評価の根拠とし、経過記録へ残した。

※Ⓛ=LIFE の取り組み

9 デイサービスセンターふぁみりぃ（通所介護）（広島県）
パーキンソン症状に伴い縮小した生活の幅を広げる取り組み

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

❶アセスメント等書式を新規作成・変更した
❷研修・勉強会等を開催した
❺介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた
❼①～⑥を後押しする業務改善を行った

◆ 施設・事業所概要（令和 3 年 12 月時点）

法 人 名：株式会社　トッツ
所 在 地：広島県尾道市
開設年月：平成 14 年 12 月
定　　員：30 名
介護職員：7 名（うち介護福祉士 4 名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和 3 年 4 月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 科学的介護推進体制加算が新設された意図や LIFE の概要等について職員全員に対して勉強会を行った。
- 介護職チームからの提案で、これまでのアセスメントシート様式に LIFE 項目を追加改良した様式に変更した。
- 利用者の日内変動する症状に対応するため、状態の良い時と悪い時についてアセスメントを行った。アセスメントは利用者の状態が良い時は介護リーダーを含めた介護福祉士２名で、状態が悪い時は介護福祉士１名と看護職員１名の体制で実施した。
- これまで介護リーダーのみが作成していた個別介護計画に介護職員も加わり、状態が良い時と悪い時の２パターンの個別介護計画を作成した。
- これまで介護リーダーのみが行っていた家族とのカンファレンス出席及び個別介護計画の説明について、その他の介護職員も出席し説明を行うようにした。

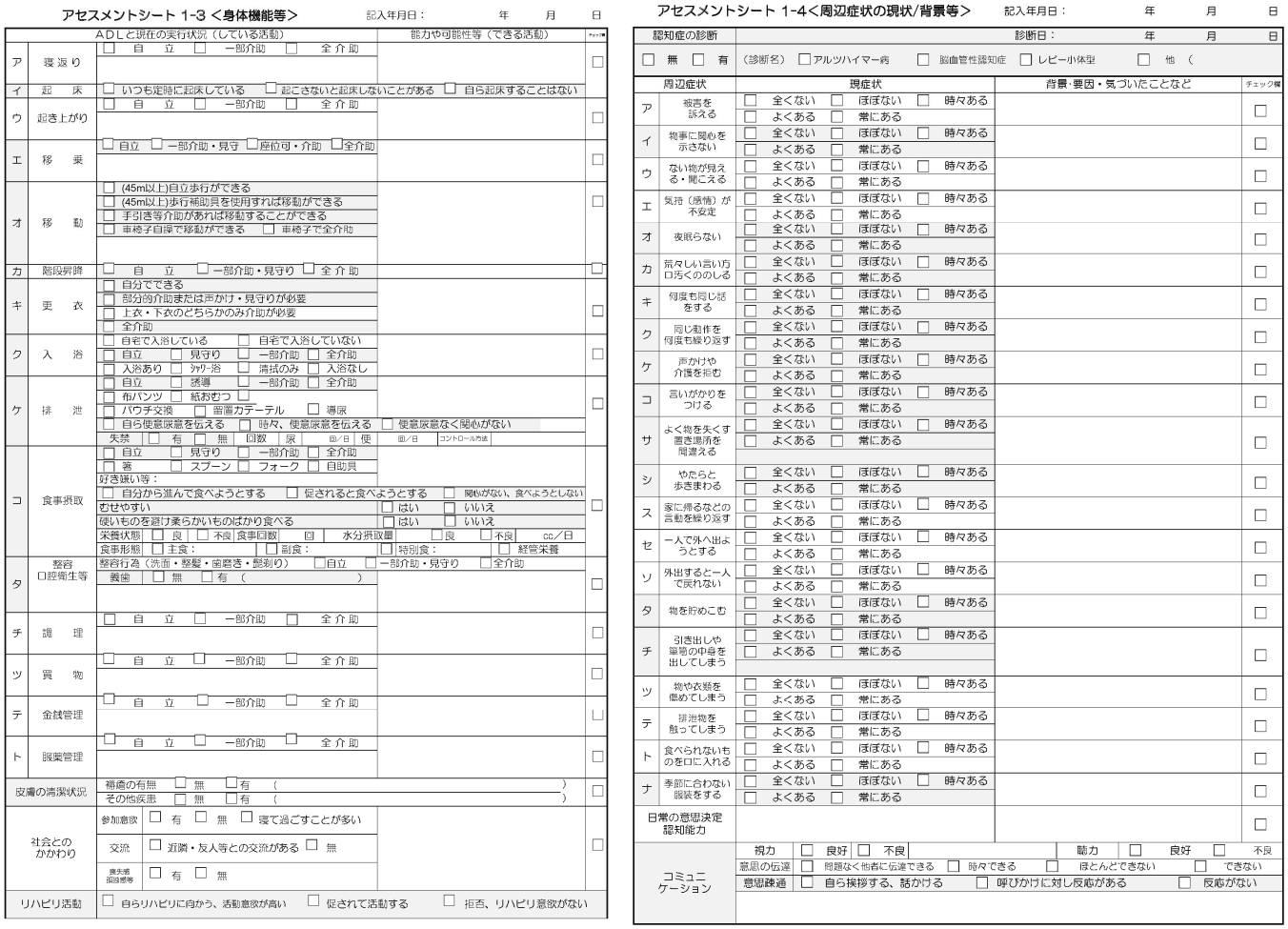
◆ LIFE 活用の効果

- LIFE が新設された意図や LIFE 導入の経緯などを全員で学ぶことによって「根拠のある介護の実践」の重要性や必要性について介護リーダー以外の介護福祉士も理解を深めることができた。
- アセスメント様式の変更で LIFE への理解と活用がスムーズに行えた。
- LIFE を取り入れたことで、ADL 評価が細分化され、状態像が詳細に把握できるようになった。
- Barthel Index を用いた評価の活用で日常生活の中での「している」「できる」評価への理解が進んだ。
- 身長、体重、栄養状態についての数値化が意識付けされた。
- 状態の「良い時」「悪い時」の２パターンに分けてアセスメント実施、個別介護計画を作成することによって職員個々の判断やその場しのぎの対応ではなく、状態像に応じた介護を実践できた。
- 状態像に応じた介護の実践で、介護過程の実践を実感することができた。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 本来は全ての利用者に対し、状態像に応じた個別介護計画を作成することで、さらに統一した介護、より根拠のある介護の実践につながると感じているが、業務負担を考えた場合、現実的ではないため、どのようにしていくか課題が残った。
- 介護福祉士だけでなく、介護職員初任者研修や新入社員研修の段階から LIFE を含めた介護過程の教育プログラムを導入、システム構築をすることで、介護職員全体の専門性の向上を図っていく必要がある。

◆ 新たな取組の具体的資料等



アセスメントシート 1-3 <身体機能等>　記入年月日：　年　月　日

	ADLと現在の実行状況（している活動）	能力や可能性等（できる活動）	チェック欄
ア	寝返り	□ 自　立　□ 一部介助　□ 全 介 助	
イ	起　床	□ いつも定時に起床している　□ 起こさないと起床しないことがある　□ 自ら起床することはない	
ウ	起き上がり	□ 自　立　□ 一部介助　□ 全 介 助	
エ	移　乗	□ 自立　□ 一部介助・見守　□ 座位可・介助　□ 全介助	
オ	移　動	□ (45m以上)自立歩行ができる □ (45m以上)歩行補助具を使用すれば移動ができる □ 手引き等介助があれば移動することができる □ 車椅子自操で移動ができる　□ 車椅子で全介助	
カ	階段昇降	□ 自　立　□ 一部介助・見守り　□ 全 介 助	
キ	更　衣	□ 自分でできる □ 部分的介助または声かけ・見守りが必要 □ 上衣・下衣のどちらかのみ介助が必要 □ 全介助	
ク	入　浴	□ 自宅で入浴している　□ 自宅で入浴していない □ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 □ 入浴あり　□ ｼｬﾜｰ浴　□ 清拭のみ　□ 入浴なし	
ケ	排　泄	□ 自立　□ 誘導　□ 一部介助　□ 全介助 □ 布パンツ　□ 紙おむつ □ パウチ交換　□ 留置カテーテル　□ 導尿 □ 自ら便意尿意を伝える　□ 時々、便意尿意を伝える　□ 便意尿意なく関心がない 失禁　□ 有　□ 無　回数　尿　回／日　便　回／日　コントロールのため	
コ	食事摂取	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助 □ 箸　□ スプーン　□ フォーク　□ 自助具 好き嫌い等： □ 自分から進んで食べようとする　□ 促されると食べようとする　□ 関心がない、食べようとしない むせやすい　□ はい　□ いいえ 硬いものを避け柔らかいものばかり食べる　□ はい　□ いいえ 栄養状態　□ 良　□ 不良　食事回数　回　水分摂取量　□ 良　□ 不良　cc／日 食事形態　□ 主食：　□ 副食：　□ 特別食：　□ 経管栄養	
タ	整容 口腔衛生等	整容行為（洗面・整髪・歯磨き・髭剃り）　□自立　□一部介助・見守り　□全介助 義歯　□ 無　□ 有　（　）	
チ	調　理	□ 自　立　□ 一部介助　□ 全 介 助	
ツ	買　物	□ 自　立　□ 一部介助　□ 全 介 助	
テ	金銭管理	□ 自　立　□ 一部介助　□ 全 介 助	
ト	服薬管理	□ 自　立　□ 一部介助　□ 全 介 助	
	皮膚の清潔状況	褥瘡の有無　□ 無　□ 有　（　） その他疾患　□ 無　□ 有　（　）	
	社会とのかかわり	参加意欲　□ 有　□ 無　□ 寝て過ごすことが多い 交流　□ 近隣・友人等との交流がある　□ 無 喪失感 孤独感等　□ 有　□ 無	
	リハビリ活動	□ 自らリハビリに向かう、活動意欲が高い　□ 促されて活動する　□ 拒否、リハビリ意欲がない	

アセスメントシート 1-4<周辺症状の現状/背景等>　記入年月日：　年　月　日

認知症の診断　診断日：　年　月　日

□ 無　□ 有　（診断名）□ アルツハイマー病　□ 脳血管性認知症　□ レビー小体型　□ 他　（

	周辺症状	現症状	背景・要因・気づいたことなど	チェック欄
ア	被害を訴える	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
イ	物事に関心を示さない	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ウ	ない物が見える・聞こえる	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
エ	気持（感情）が不安定	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
オ	夜眠らない	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
カ	荒々しい言い方口汚くののしる	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
キ	何度も同じ話をする	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ク	同じ動作を何度も繰り返す	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ケ	声かけや介護を拒む	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
コ	言いがかりをつける	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
サ	よく物を失くす置き場所を間違える	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
シ	やたらと歩きまわる	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ス	家に帰るなどの言動を繰り返す	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
セ	一人で外へ出ようとする	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ソ	外出すると一人で戻れない	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
タ	物を貯めこむ	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
チ	引き出しや箪笥の中身を出してしまう	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ツ	物や衣類を儘めてしまう	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
テ	排泄物を触ってしまう	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ト	食べられないものを口に入れる	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
ナ	季節に合わない服装をする	□ 全くない　□ ほぼない　□ 時々ある □ よくある　□ 常にある		
	日常の意思決定認知能力			
	コミュニケーション	視力　□ 良好　□ 不良　聴力　□ 良好　□ 不良 意思の伝達　□ 問題なく他者に伝達できる　□ 時々できる　□ ほとんどできない　□ できない 意思疎通　□ 自ら挨拶する、話かける　□ 呼びかけに対し反応がある　□ 反応がない	

アセスメントシート（黄色が追加改良箇所）

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入決定期

- 令和 3 年 2 月、法人本部にて対象となる事業部門全ての事業所での科学的介護推進体制加算取得及び LIFE 登録及び実践が決定した。
- 法人での方針が決定後、事業所にて所長、介護主任（介護リーダー）、副主任で業務への落とし込みや担当等について相談し整理した。

現場への落とし込み期

- 法人本部より対象事業所の管理者及び介護リーダーに向けて科学的介護推進体制加算新設の意図や LIFE の概要及び活用について研修があり、その後事業所にて伝達し、共有した。
- LIFE への理解と入力作業ではなく、介護過程の実践として活用していくために現行アセスメントシートに LIFE 項目を追加したものへの様式変更が必要ではないかと現場より提案があり実行した。

介護過程実践期

- 導入当初はデータ収集及び入力作業が介護リーダーのみの負担とならないように、介護福祉士 3 名と看護師 1 名のチームで役割分担を行った。
- アセスメントシートに LIFE 項目を加えることで情報収集は行いやすくなった。
- それでも業務量は増大化し残業にもつながっていたので、ケアマネジャーからの情報収集やその他の介護・看護職員もチームに加えた体制で業務分担を行った。

パーキンソン症状に伴い縮小した生活の幅を広げる取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

60 代／要介護 2
障害高齢者の日常生活自立度:A1
認知症高齢者の日常生活自立度: Ⅱb
パーキンソン病、症状の日内変動が
激しく運動及び認知機能低下も著しい、
転倒回数も増えており歩行は何とか
行えているが不安定

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】
介護職:7 名（うち介護福祉士 4 名）
介護リーダー:22 年（介護福祉士 20 年、主任）

【他職種との連携】
ケアマネジャー1 名
看護職 3 名
理学療法士 1 名（外部）

◆ 介護過程実践

これまでの課題	● アセスメントを定期実施していても、すべての介護職員に浸透しきれておらず、結果的に職員個々の主観的要素の高い介護が展開されがちになっていた。 ● 結果的にケア方法の統一が図れておらず根拠に乏しいケースが見られていた。
取組後の変化	● 改めてアセスメントの重要性に気づき、能力分析の必要性に対する理解促進になった。 ● アセスメントシートを新様式に変更し、LIFE への理解を深めたことにより、全ての介護職員から情報が集まるようになった。 ● 統一した方法での介護が展開されるようになった。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	● 介護リーダー自身の力で全部やってしまう傾向にあり、介護職員への指示は的確だが、介護過程の展開についての指導や介護職チームへの浸透が図れていない面があった。
取組後の変化	● 介護職員がアセスメントや個別介護計画書作成に関わることになり、介護リーダーはより具体的な指示、指導につながるようになった。 ● 介護職チーム内では情報を共有することにより、ケアについて場当たり的な要素が減ってきた。 ● 介護リーダーとその他の介護職員とのコミュニケーションが向上した。

◆ 利用者の受益・変化

- LIFE で体重の減少や食事摂取量の減少、歩行状態などについて具体的に数値等を示すことで、家族は利用者に対する病識等理解が深まり、利用者は精神状態が安定し、うつ症状が緩和した。
- 状態の良い時悪い時の ADL 状態と疾患の特性等関係性を明確にすることで状態に応じた介護方法の提供につながり、利用者の状態変動の波も緩やかになった。
- 家族は「とにかく体を動かして欲しい、移動も必ず歩かせて欲しい」と強く希望していたが、状態によっては車いすを使用した方がよい場合があることを理解し、車いすのレンタルにもつながった。

機能訓練の様子

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	● Ⓛ平均食事量：主５割、副３割程度。 ● Ⓛ時間は 60～90 分程度要するが時間をかければ全量自分で摂取できている場合がみられる。 ● Ⓛ体重 41.4kg（3 か月平均）で 1 年前と比較して 5kg 減。 ● Ⓛ自力でも 10m 程度歩けており手引き介助があれば十分に歩行可能である。 ● Ⓛ状態が悪い時は足が前に出ず転倒してしまうが自宅では家族が無理に歩かせている。 ● 13～14 時半が安定して状態が良い。	● 理学療法士から、介護リーダーにはアセスメントについて、看護師には機能訓練についてアドバイスをもらった。 ● アセスメントは、状態が良い時は介護リーダーを含めた介護福祉士２名で、状態が悪い時は介護福祉士 1 名と看護職員１名の体制で実施した。 ● 介護リーダーが中心となって職員全体にアセスメントの説明を行った。 ● 介護リーダーは利用者の自宅へ訪問し、自宅内でのアセスメントを実施した。
計画立案	● 課題：転倒も多く移動に目の離せない状態で家族の負担が大きいため、自宅の居室からトイレ、居間への移動が自力でできるようになって欲しい。体重も減少傾向にあるが、栄養状態を改善し体力を向上することで心身機能の改善を目指す。 ● 短期目標： ①状態の良い時 ・10m 程度の自立歩行ができるようになる。 ・1 日 1,500kcal 以上摂取でき、栄養状態が改善される。 ②状態の悪い時 ・介助のもと移動ができる。 ● 計画立案： ①状態の良い時 ・個別機能訓練プログラム、歩行時の見守り。 ・食事の摂取時間に制限を設けず、時間はかかっても量を摂取することを優先していく。 ②状態の悪い時 ・車いすを利用して介助にて移動する。 ・自力摂取が止まった状態で声かけをしながら、食べられる範囲内で介助にて摂取していく。	● 介護リーダーと介護職員が一緒に、状態が良い時と悪い時の 2 パターンの個別介護計画を作成した。 ● 計画実行前に家族を交えてカンファレンスを開催し、アセスメント及び計画、実践内容の確認を行った。 ● 家族に対しパーキンソン病の理解や協力を依頼した。 ● カンファレンスでの同意を得て、介護リーダーは介護職チームにアセスメント結果と計画の説明を行い、介護方法の統一を図った。
実施	● 理学療法士の指導を受け、パーキンソン病向けの機能訓練プログラム（スクワット、片足立ち、うつ伏せでのストレチ、10m 歩行と歩行バランスの確認）を行った。 ● 状態の良い 13～14 時半の時間帯に個別リハビリテーションを実施した。 ● 車いすを新たにレンタルにて導入した。 ● 自ら進んで食事を食べようとする意思があり、たとえ 60 分以上要しても利用者のペースに任せることで、ほぼ毎回全量摂取するようになった。	● 介護リーダーは、食事の時間を要することについて、周辺にいる他利用者に対し説明を行った。他利用者は理解し利用者を見守るようになった。 ● 移動について、介助も含めた歩行か車いすの使用かの判断は、介護リーダーもしくは看護職員と一緒に、常時２名以上の体制で、状態確認のうえ判断を行った。 ● 介護職員の主観で歩行介助や車いすを使用するのではなく、複数の目で客観的な判断のもと介助が行えるようになった。
評価	● 専門的な機能訓練メニューの実施は職員の意識向上と利用者の意欲向上にもつながった。 ● 状態の良い時には 10～15m 程度自力歩行（要見守り）できている。無理をさせないことで利用者の負担軽減にもつながり、精神状態の安定にもつながっている。 ● 食事摂取について、自宅でも家族が利用者のペースに任せ見守ることで栄養状態も改善され、体重も増加傾向にある。	● 利用毎の様子について個別のケース記録にまとめた。 ● 計画開始 3 か月で再度カンファレンスを行った。 ● 介護リーダーは、以前より状態の波が緩やかなこと、食事量の確保で栄養状態も良好なことを報告し、介護職チームが目的意識を持ち統一対応が行えていることと家族の協力は大きいことを伝えた。

※Ⓛ＝LIFE の取り組み

10 フロイデグループホームひたちなか（認知症対応型共同生活介護）（茨城県）
安心して食べられる支援を探求した取り組み

LIFE 導入をきっかけに **こんなことをしました！**

❶アセスメント等書式を新規作成・変更した
❷研修・勉強会等を開催した
❸会議体を創設・変更した
❺介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた

◆ 施設・事業所概要（令和 3 年 12 月時点）

法 人 名：医療法人　博仁会
所 在 地：茨城県ひたちなか市
開設年月：令和元年 5 月
定　　員：2 ユニット 18 名
介護職員：14 名（うち介護福祉士 12 名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和 3 年 4 月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE 導入に向け、介護リーダーは介護職員に加算の入力項目の記録方法、記録の意義等に関する勉強会を実施した。
- 介護リーダーは介護職員に介護過程についての勉強会を実施した。
- LIFE の評価項目に関する情報収集を分業制にして、各職員が情報を収集する機会をつくった。
- 実施した介護の検証ができるようにするため、体調管理記録（利用者個人別業務日誌）の自由特記に実施した支援内容と結果・効果等を記録として残すようにした。
- 月１回のカンファレンスとは別に、介護リーダーが体調管理記録の確認と効果的な支援を共有し進捗の振り返りや介護職員の記録をフィードバックするために、週 1 回朝礼で 5 分ほどのカンファレンスを新たにつくった。

◆ LIFE 活用の効果

- ケアに携わった介護職員が体調管理記録にアセスメント結果を記録したことで、実践の振り返りが容易になった。さらにケアの実施と結果を記録に残し考察することで介護職員のアセスメント力が向上した。
- 介護職員が残した記録は、介護リーダーがフィードバックし、次のケアの方向性を決め支援の変更に活かされることを介護職員が体感できる仕組みにしたことで、自分の記録が活用されることの意義を理解し、さらに観察や記録を行おうとする主体性を育むことができた。
- 今までは 1 か月に 1 度の定期カンファレンスが基本であったが、1 週間ごと集中的にカンファレンスを行うことでＰＤＣＡのサイクル周期が早まった。結果的に目標に沿った効果的な支援に更新していけるスピードが増した。
- 情報収集、アセスメント、カンファレンス、目標と支援内容に則した実施が記録され、その記録が活用されて支援の更新が行われるサイクルが、利用者の状態変化として明確に現れたことで、自分達の介護の効果を体感できた。

◆ 新たな課題・今後の展望

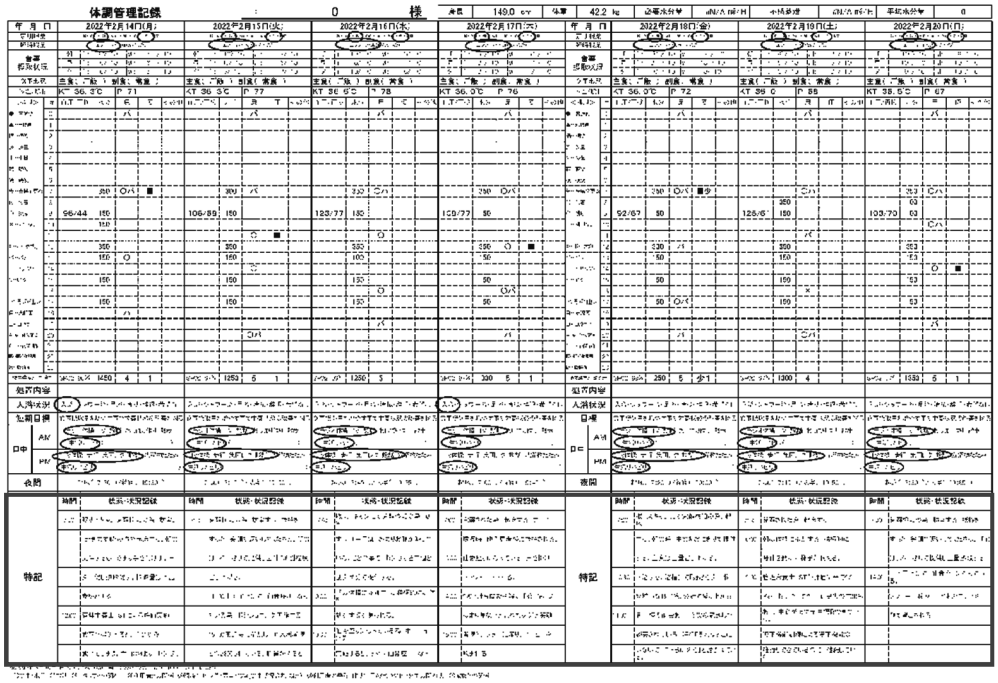
- 今回の取り組みを通して、事例対象者に対しては介護リーダーを中心に集中的に質の高いケアを実施できた。一方で入居者全員に対してはできていない現状がある。今後入居者全員に対し実施していくために、介護リーダーを中心としたケア方法の更なる確立を行っていきたい。
- 今回は介護リーダーを中心に取り組んだが、業務負担が集中してしまうためリーダーを補佐するサブリーダーや将来的に介護リーダーになり得る人材の育成が必要と考える。

◆ 新たな取組の具体的資料等

体調管理記録

	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録
特記	7:30	眠りスキャン覚醒検知の為、訪室。	7:15	覚醒検知の為、訪室する。挨拶を	7:45	眠りスキャンにて覚醒検知の為、訪室	7:00	覚醒された為、起床する。フロア
		『起きます』との事で起床する。朝食		すると、笑顔で返答してくださる。朝食		する。『今日は、あまりお腹が減って		誘導時、他入居者様に挨拶される。
		提供するも、あまり手を付けず。声		は、おにぎりで提供し全体の6割程度		いない』との事で、おにぎりを二個と	10:00	仙骨座りになっている。声を掛け
		掛け促し摂取促す。摂取量は上記		召し上がる。		副食半分で提供する。		プッシュアップする。
		参照とする。		11:00車椅子上にて、仙骨座りになっ	10:00	朝の体操に参加する。積極的に身体を	14:00	CWと計算問題を解く。『数字も、あ
	12:00	管理栄養士、STによる評価実施。		ている為、ポジショニング実施する。		動かす姿が見られる。		んまり見ないと忘れちゃう』と笑顔。
		食事を提供すると、手づかみで		15:00茶話会に参加し、他入居者様	10:30	仙骨座りになっている為、ポジショニング	15:00	皆様とソファーに座り、コーヒーを
		食べてしまう。大内CMより、おにぎり		との談笑されている。職員が入ると		実施するも、すぐに仙骨座りになっ		飲まれる。

	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録	時間	状態・状況記録
特記	7:20	眠りスキャンにて覚醒検知の為、起床	7:15	覚醒された為、起床する。	7:30	覚醒検知の為、訪室する。挨拶を		
		する。朝食時、主食をおにぎりで提供	10:00	朝の体操に参加する。積極的に		すると、笑顔で返答してくださる。朝食		
		する。主食は全並召し上がる。		身体を動かす様子が伺える。		は、おにぎりで提供し全並摂取する。		
	10:30	入浴する。浴槽にて『好きな食べ物	12:00	管理栄養士、STが評価に来てくだ	14:00	車椅子上にて、仙骨座りになっている。		
		や嫌いな食べ物』の話で盛り上がる。		さる。おにぎりでの主食提供の成果も		ソファーへ移乗し、皆様とテレビを		
	14:00	息子様の面会あり。玄関の窓越しで		あり、主食がほぼ全並摂取できている。		観て過ごされる。		
		談笑されている。時折『そんなとこに		嚥下機能訓練による嚥下機能の				
		いないで、こっちに来な』と話されている。		維持もできているので、継続していく。				



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

- 法人の方針により、部全体でミーティング、会議を行い、加算の取得を検討・決定した。

現場への落とし込み期

- 各職種代表者による LIFE 導入に向けた勉強会を実施し、役割分担と方向性の確認を行う。
- 介護リーダーが具体的な記録方法について介護職チームに指導を行った。
- 介護職員の記録を介護リーダーが週 1 回確認し、有効な支援をフィードバックする仕組みをつくった。
- 既存の月 1 回のカンファレンスに加え、週 1 回のショートで行うカンファレンスを設け、PDCA サイクルを短期間で回す仕組みをつくった。

介護過程実践期

- 現在の業務に追加して LIFE の業務が増えることになるため個人に負担が集中しないように評価項目ごとに分業制とした。
- 介護職員一人ひとりがケアの実施から考察を含めた記録を残せるように介護リーダーが指導を行った。
- 介護職員の記録、介護リーダーのフィードバック、週 1 回のカンファレンスを連動させ、自分達の介護実践が循環しているという仕組みをつくっていった。

安心して食べられる支援を探求した取り組み

◆ 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:A2
認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅳ
アルツハイマー型認知症、緑内障、
車いす移動介助

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】
介護職:14 名（うち介護福祉士 12 名）
利用者数:職員数＝18 名:16 名
介護リーダー:23 年（介護福祉士、基本研修終了）

【他職種との連携】
ケアマネジャー1 名、看護師 1 名
作業療法士 1 名、言語聴覚士 1 名、
管理栄養士 1 名

◆ 介護過程実践

これまでの課題	● 介護過程実践の理解が不十分な介護職員が多い。 ● 記録の重要性についての教育が不十分であり、情報収集や実施内容が、記録に残せず介護過程に活かす事ができていない。 ● その結果、場当たり的な介護になってしまい、たとえ利用者主体の支援ができても、そうした情報も記録に残せていない。
取組後の変化	● 記録に関する意思統一を行い、目標に紐づく記録が増えたことで、アセスメントや実施内容の効果的な更新変更が行えるようになった。 ● 記録に基づく実施内容や変更を介護職員へフィードバックする仕組みと、短いサイクルで行うカンファレンスにより、場当たり的な介護が減り、統一的で効果的な支援を行うことができるようになった。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	● 介護リーダーと介護チームとの介護に関する具体的なコミュニケーション機会が不足していた。 ● 介護職員の仕事上の悩みや不安を吸い上げることができず、結果として十分な指導を行うことができていない。そのことで、技術の習得につながらず、実施される支援にばらつきが出てしまっていた。
取組後の変化	● 週 1 回のカンファレンスを取り入れたことでコミュニケーション機会が増えて、介護職員の意見や悩みを共有する機会が増えた。また、新人職員が相談をしたり、実技指導をしたりする機会が増えた。 ● 記録したことを介護リーダーが確認してフィードバックする仕組みにしたことで、介護職員が主体的に記録を残していく風土が生まれてきた。

◆ 利用者の受益・変化

- 食べるための身体機能が低下し、食事環境が整わず摂食量が落ちてしまっていたが、利用者自身の今ある力で食事ができる環境になったことで、食事への意欲が増し摂食量が増え、さらに表情が明るくなり活気が出た。
- 「プリンが食べたい」と利用者からの希望も出てきた。家族に伝えると家族から差し入れをする機会も増え、食べたいものを食べられるという状況になり利用者も喜んでいる。

◆ 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	● 食事量：全量摂取、摂食自立状態から、主食、副菜摂取量が平均 50%以下に低下し水分摂取量も減少がみられ、食事中の集中力低下がみられた。 ● 言語聴覚士、管理栄養士より嚥下機能の低下の評価をうけ、食形態を常食から荒刻みに変更、主食をおかゆ、水分とろみに変更となった。 ● 体重：2 か月で 44.2kg から 42.3kg へ減少。 ● 座位：自立していたが、年末に傾斜が強くなる。 ● 褥瘡初期症状がある。 ● BPSD が食事量低下時期と重複。 ● 箸の使用から手づかみで摂食しようとする行為が見られ制止していたが、白い陶器の茶碗にてご飯を提供していたことで見えにくさを疑う。	● 介護リーダーが中心となり、アセスメント・支援実施記録に関する勉強会を実施した。 ● 介護チームは総合管理記録に食事量や利用者の心身機能状態を記録した。 ● 飲食量低下、体重減少や褥瘡等の身体症状が生じている要因について、白内障、緑内障による視力低下に伴う嚥下先行期の課題、箸の使用負担、食事環境、姿勢の課題を考えた。
計画立案	● 目標：負担の少ない環境で、食事ができるようになる。 ● サービス実施内容 ①料理と食器の色を考慮し、コントラストがある状態で配膳する。 ②他利用者との席順を配慮し、騒音が少ない静かな環境で食事に集中できるようにする。 ③食事時は食べやすい姿勢を整える。 ④褥瘡予防のため、仙骨座りになっている場合は適宜座り直しを行う。定期的に車いす、いす、ソファーと座り替えていただく。	● アセスメントをもとに介護職チームでカンファレンスを実施、目標や実施内容について案を出し合い基本方針を決定した。 ● カンファレンス内容を介護職チームとケアマネジャーで話し合い、ケアプランに反映した。
実施	①主食をおにぎりで（常食に戻る）提供し、手づかみでも安心して食べられるように、お絞り、手洗い、消毒実施を徹底した。食器は深めで料理と食器の色のコントラストがはっきりするものにした。また、手づかみ後に食事が止まるときは、一部食事介助を実施した。 ②食事の際は、静かな座席で落ち着いて食べられるようにした。 ③④いすの種類や適切な高さへの調整、褥瘡部分への圧がかからないようにクッションを使用した。	● 介護職チームは、目標と実施内容に紐づく記録を徹底し、工夫した取り組みで効果を実感したことや失敗したことを記録した。 ● 1 週間ごとに介護リーダーが記録からケアの好例を抽出し、試行的に実施するよう介護職チームと共有、利用者にとって最善の方法を探索的に実施した。 ● 介護リーダーは手づかみでも制止をせずまた安心して食べられるよう介護職チームに周知徹底した。 ● 介護リーダーは作業療法士から食事姿勢について助言を得た内容を介護職チームに共有し、指導を行った。
評価	● 実施内容①②③④を継続して実施。 ● 主食をおにぎりで提供するようにしてから 8～10 割摂取することができている。 ● 体重：42.4kg ● 褥瘡の初期段階については表皮再生し、発赤消失し改善傾向にある。	● 新たに設けた週１回のカンファレンスで介護リーダー中心に介護職チームで実施内容の評価と改善を行った。 ● 月１回の定期カンファレンスにて、介護リーダーとケアマネジャーで、ケアプランのモニタリング評価を実施した。

11 愛の家グループホーム国分寺本多（認知症対応型共同生活介護）（東京都）
利用者の願いに向き合い日常生活のなかで機能改善を図る取り組み

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

❷研修・勉強会等を開催した
❹介護リーダーの役割を周知・明示した
❺介護リーダーや介護職に具体的役割を与えた

◆ 施設・事業所概要（令和 3 年 12 月 1 日時点）

法 人 名：メディカル・ケア・サービス株式会社
所 在 地：東京都国分寺市
開設年月：平成 26 年 4 月
定　　員：18 名
介護職員：13 名（うち介護福祉士 6 名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和 3 年 4 月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE の趣旨や背景、事業所での具体的運用、役割分担について介護職員へ伝達を行った。
- 特に、LIFE や介護過程については、伝達研修以降も自主的に学び続けることを奨励することを伝えた。
- 介護リーダーに介護過程の説明を行い、介護福祉士としての自分の立ち位置、役割の確認に関する教育、介護過程実践を具体的に意識するため、事例をもとに利用者への要所ごとの関わり方について管理者より指導を行った。

◆ LIFE 活用の効果

- 介護職に関するオペレーションには大きな変更を加えていないにもかかわらず、介護リーダーに介護過程実践の教育を行い、明確な立ち位置を示しただけで、利用者情報の深度や、仮説生成に変化が生まれ、より具体的で利用者本位の目標とサービス実施内容につながった。
- 対象利用者の状態像が取り組み前と比べて明らかに変化しており、中心的に関わった介護リーダーをはじめ、利用者や家族、介護職チームにも成功体験として広がっている。自分たちの実践と成果がつながったことで、利用者支援への意見など、積極的な組織風土になっていく兆しが出てきた。
- 1 人の介護リーダーの成長、1 人の利用者の改善変化ができたことで、組織として、次の職員の育成、次の利用者へのケアの質の向上を視野に入れられるようになってきた。

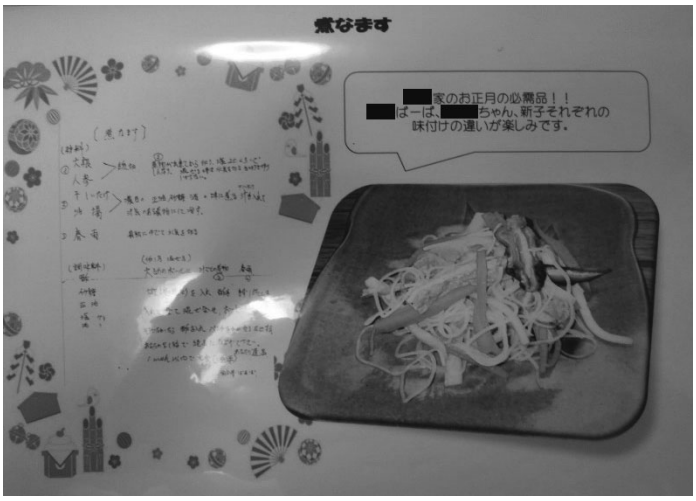
◆ 新たな課題・今後の展望

- グループホームではケアマネジャーが介護職を兼任しているような小規模な組織ならではの状況や、介護計画書が義務として求められない制度的な位置付けもあり、ケアマネジメントと介護過程の区別、教育、運用は今後も課題である。
- 介護リーダーの意識行動変容は確認できたが、更なる成長と、他の介護職員への伝播も目指したい。今後、介護リーダーが中心となり、会議運営、ケア実践中の他介護職員への指導ができるようになるところまで求めていきたい。

毎日鴨居の拭き掃除

◆ **新たな取組の具体的資料等**

音声が流れるメッセージカード



昔つくったレシピをファイリング

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

- **法人⇒事業所管理者**
  全体会議にて令和 3 年度介護報酬改定の説明・共有を行った。その一部として LIFE の主旨・対応方法、加算取得の決定を行い、方向性、実務等を管理者クラスに伝達した。

現場への落とし込み期

- 法人が作成した会議資料を用いて、ケアマネジャーが LIFE 情報提出と事業所内での運用の中心的役割にすることを決める。具体的な実務については、管理者、事務担当を含めた役割分担を行った。
- **管理者⇒介護職員**
  LIFE の導入に関する背景や趣旨、業界の方向性をケアマネジャーより介護職員に伝える。併せて介護過程に関する内容も伝え、介護職員らに自分達でも各個情報収集や勉強をすることを推奨した。

介護過程実践期

- LIFE 入力に関する情報は、これまで介護職員が定期的に収集したものや日々の記録で適応できる状態になっていた。入力実務はケアマネジャーが担当。
- 収集した情報を介護職チームで整理し、目標や具体的実施内容までを検討し、ケアマネジャーと共有する。ケアマネジャーの意見を踏まえて、再検討というプロセスを通じ、介護サービスの実施内容レベルまで落とし込んだ計画書をケアマネジャーが作成。
- 介護職員は目標と実施内容と実施チェックリストが一体となった所定用紙にチェックし、管理者・ケアマネジャーが適宜確認して、指導を行うことで、PDCA サイクルとしている。
- この既存プロセスの中で、今回の事例を機に介護リーダーを中核的推進を行う役割として位置付けた。

利用者の願いに向き合い日常生活のなかで機能改善を図る取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80 代／要介護 3
障害高齢者の日常生活自立度：A2
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb
アルツハイマー型認知症、水頭症、
逆流性食道炎、右大腿骨頚部骨折(R2)

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】
介護職：7 名（うち介護福祉士 2 名）
介護リーダー：5 年目（介護福祉士）

【他職種との連携】
管理者、ケアマネジャー
訪問診療医、看護師（医療連携体制）
理学療法士（生活機能向上連携体制）
管理栄養士（栄養管理体制）

◆ 介護過程実践

これまでの課題	● 介護計画にかかる情報収集について、介護職員が行う日々の実施記録が中核的役割を担っているが、それを深めるのはその後のケアマネジャーとなっている。そのため介護職員は PDCA サイクルの D にばかり意識が向く形になっている。介護職員に介護過程の視点や自分達の役割が PCA にもあるという自覚を促していく取り組みが足りない。
取組後の変化	● 既存の PDCA サイクルを大きく変えてはいないが、特に介護リーダーにリーダーとしての役割や機能を期待する働きかけを行い、事例を中心的に進める立ち位置にした。 ● これにより介護リーダーの教育効果が高まり、カンファレンスにおける情報の深度が増し、利用者の可能性や仮説生成の質が向上した。介護福祉士が介護過程実践に取り組むという自覚と更なる目標を目指す意欲が芽生えてきた。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	● ケアマネジメントサイクルに介護職員の記録情報が活用される仕組みがあり、介護職員が行う粒度の実施内容に落とし込んだ PDCA を実施している。しかし、介護職員らが介護過程としての自覚に基づいて実施しているとは言えない。 ● そのため、自分達の実践と結果の責任や成果に当事者性を持たせ、実践を主体的に進めさせることが課題である。
取組後の変化	● 介護リーダーはアセスメント情報の詳細まで見る機会が増えたことから、改善可能性への気づきが生まれ、以前より意見が増えて積極的に関わろうとする姿勢が増えた。 ● 自分が日頃のケアの視点から提案した意見がケアに反映されたことで、明らかな状態改善につながり、成功体験を積むことができた。 ● 当該利用者の身体機能やできる力に着目する観察力が向上し、利用者情報が増えたこと、関心が増したことが自信となっている。

◆ 利用者の受益・変化

- 日常生活の中で役割を持ちながら、体の状態が改善してきて、日中は歩行器なしで歩けるようになった。
- 役割を通じて、他の役割を担うなど自発的に暮らせるようになってきている。
- 家族の面会や写真、思い出に触れる機会が増えたことで、家族の顔と名前を忘れないでいられている。具体的には直接面談で家族のアルバムを見た際も名前を自ら言えたこと、家族を見た途端名前を呼ぶことができたなど、利用者も家族も関係を継続できる喜びを得られている。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	● 利用者の希望：「体を動かしたい」「季節のお花を見に行きたい」「家族のことを忘れないようにしたい」 ● DBD13： ・日常的な物事に関心を示さない＝ときどきある ・やたらと動き回る＝ときどきある ・同じことを何度も何度も聞く＝ほとんどない ● 歩行：歩行器使用、見守りで可能。足首背屈、膝屈曲固く、すり足。ROM:膝屈曲左右 110:120、足底屈左右 40:40 ● 起居動作：声かけにて自立。つかまり立可 ● 階段昇降：全介助 ● 体重 43.0kg ● コロナによりオンラインとなった家族面会では、画面越しで家族を認識できない様子から、家族は利用者が家族を忘れないように音声を吹き込んだ写真付メッセージカードを送る。	● 介護リーダーを中心に介護職チームで利用者に関するLIFE 項目のデータ収集と、利用者ができるところ、できそうなことといった視点での観察、情報収集を行った。
計画立案	● 長期目標：役割や楽しみを通じて、心身機能や認知機能の維持向上につながる生活が送れる。 ● 短期目標：歩行に関する生活範囲や量が増えて、今よりも歩けるようになる。家族名と顔が正認識できる。 ● サービス実施内容： ①「廊下１周の手すり拭き」の同行 ②「背筋と膝を伸ばし鴨居清掃をする」声掛けと付添い ③「階段昇降して郵便受けに郵便物を取りに行く」声掛け同行 ④「家族の写真と音声に触れ、各人を認識する」声掛け ⑤家族と面会を定期的に実施する	● 介護リーダーは介護職チームの意見や情報を広く集め、ケアマネジャーとカンファレンスを実施した。 ● 実施内容は、日常生活上の家事役割と位置付けと利用者の動機付けを含めて継続性を担保した機能訓練とする介護リーダーからの意見を反映した。
実施	①毎日、同じ時間に手すり拭きを介護職チームと実施した。 ②毎日、背の高い鴨居の拭き取り掃除を行い、背筋と膝を伸ばす機会をつくった。 ③週３回、２階から１階玄関の郵便受けに郵便物を取りにいった。 ④毎日、家族からのメッセージカードを使い家族の声と家族写真を見ながら名前を確認することを実施した。また、昔つくった料理レシピの話題をもとに会話を行い、そのレシピをファイルにして楽しい感情と共に記憶の定着を図った。 ⑤月２回の直接面会を再開した。	● 特に①～④の実施については、目標と実施内容と実施チェックの一覧用紙を用いて、実施した介護職員は実施チェックを行った。 ● 管理者中心にチェック欄の実施漏れを確認し、漏れがある際は、介護職員へ実施や記録の声かけ、指導を行った。 ● 介護リーダーから実施内容と合わせて、関節可動域の進展を促進させる相乗効果を狙い訪問マッサージの導入が行われた。
評価	● 膝の可動域が広がり、①実施率 100%、②99%で役割を日課として担えるようになった。また、食事の盛り付けなども積極的に手伝うようになった。 ● ROM:膝屈曲左右 130:130、足底屈左右 20:40 ● 階段昇降：一部介助 ● 体重：47.3kg　水分摂取量増加。 ● ③は当初「階段登るの！？」と不安の声があったが、結果的に階段昇降できる歩行状態を獲得した。歩行器は日中使用せず、夜間のみにした。 ● ④実施率 100%、家族を認識することができるようになった。以前のように写真や面会で家族の顔と名前がわからない状態が無くなった。 ● DBD13： ・日常的な物事に関心を示さない＝ほとんどない ・やたらと動き回る＝まったくない ・同じことを何度も何度も聞く＝まったくない	● 実施チェックシートと、日々の記録、モニタリングと再アセスメントを介護リーダー中心に介護職チームで実施した。 ● ケアマネジャー、管理者と共に評価のためのカンファレンスを行った。 ● 利用者の身体機能の向上、役割を担える可能性を踏まえ、さらに活動の幅を広げることを目的に、屋上へ上がっての洗濯物干しを次回の目標へ入れることが検討されている。

12 小規模多機能ホーム大宮（小規模多機能型居宅介護）（茨城県）
在宅での生活に意欲と主体性を取り戻すための認知症ケア

LIFE 導入をきっかけに こんなことをしました！

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

◆ 施設・事業所概要（令和 3 年 10 月時点）

法 人 名：医療法人　博仁会
所 在 地：茨城県常陸大宮市
開設年月：平成 27 年 9 月
定　　員：29 名
介護職員：14 名（うち介護福祉士 6 名）

LIFE 取組：科学的介護推進体制加算
※令和 3 年 4 月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- LIFE の項目（認知症の有無や口腔状態など）に対応した、新たなアセスメントシートを作成した。
- アセスメントシートの勉強会を実施。根拠に基づいたサービス実施に向け、今後は実際にケアを行う介護職員が、専門性を活かした介護過程を展開していくことを意識づけた。
- 利用者担当制を導入し、担当介護職員が中心にそれぞれアセスメントを行った。
- 情報は全介護職員がアセスメントシートに手書きで追記できる形とし、担当介護職員中心にアセスメントシートを介して情報を共有しやすい仕組みをつくった。
- 既存のミーティングの一部時間を利用者カンファレンスの時間に充てることとした。ここでは介護リーダーが主体となって、各担当介護職員が行うアセスメントから支援の方向性や内容を検討する形とした。
- 小規模多機能型居宅介護計画書はケアマネジャーが中心に作成していたが、介護職員が中心的に立案し、ケアマネジャーと協働で作成する形にした。

◆ LIFE 活用の効果

- アセスメントを入り口として、介護過程実践の意義と目的を介護職員に周知することができた。また、担当制により、アセスメントの主体者として介護職員を位置付けることで、学びを実践に落とし込む形がつくれた。
- 特に介護リーダーは担当利用者のアセスメントを通じて、利用者のことを一番知っている存在になれた自信から、介護職チームへの指導や情報共有を主体的に行えるようになった。
- 介護リーダーの主体的な関わりやカンファレンス機会などが、結果として目に見える利用者の良い変化を生み出したことで、介護職チームは実践の成果を実感し、さらなる介護過程実践への意欲につながっている。

◆ 新たな課題・今後の展望

- 情報収集を担当させる仕組みはできたが、個々の介護職員に力量差がある。ケアマネジャーや介護リーダーを中心に継続的に勉強会を行い知識、技術の向上を目指したい。
- アセスメントを機に、それまでの介護や利用者とのコミュニケーション不足が明らかになった。ケアの質が向上したことで、現状認識が変わり、さらに質を向上させなければならないという危機感とも言える反省ができている。事例以外の利用者に対しての実践、介護リーダー以外の介護職員の育成など取り組むべき課題が出てきている。

◆ 新たな取組の具体的資料等

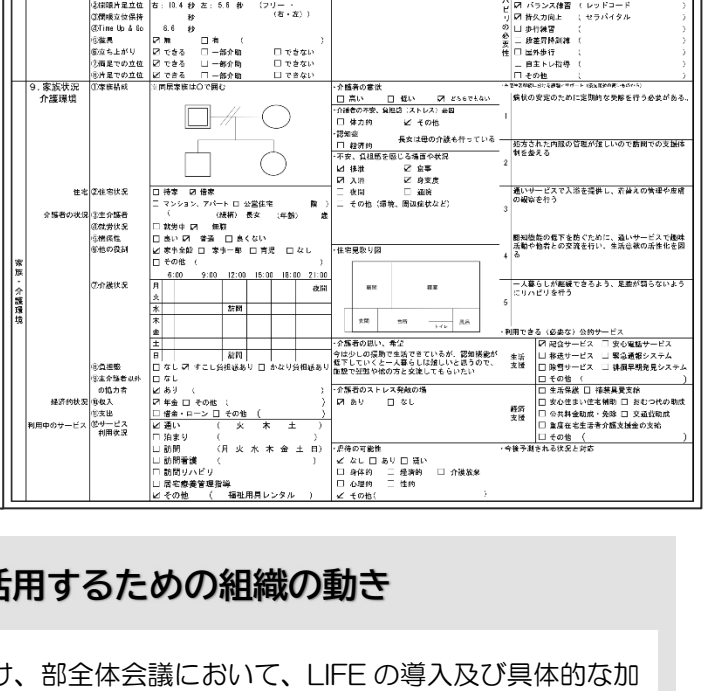
アセスメントシート

小規模多機能ホーム大宮・アセスメントシート

訪問票（アセスメントシート）　氏名　様　記入者　記入日　令和3年9月10日

住所　TEL　主介護者（キーパーソン）

小規模多機能ホーム大宮・アセスメントシート



LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入決定期

- 令和３年２月、法人での方針を受け、部全体会議において、LIFE の導入及び具体的な加算の取得を決定した。

現場への落とし込み期

- 介護報酬改定について、介護職員に対してケアマネジャーより LIFE の内容、科学的介護推進体制加算取得の説明を行い、介護の科学的根拠のデータ活用について勉強会を実施した。
- 新たなアセスメントシートを作成し、活用方法の説明と、介護職員が担当して実施していくことを決めた。
- 残業時間の増加、負担増などの意見が聞かれたが、現在の業務内容の改善、役割分担などを行い、アセスメントを取る時間を設けた。

介護過程実践期

- 担当者が必要な情報を収集しアセスメントを行い、LIFE へ情報を提出した。
- これらのアセスメント情報をもとに介護リーダーがケアマネジャーとカンファレンスを行い、介護職員視点の目標、実施内容を提案し、協働で計画書を立案した。
- 介護リーダーは目標や実施内容について、カンファレンスや申し送りノートを通じて介護職員へ周知、指導を行った。
- アセスメントシートに新たな情報を追記できる形にした。

在宅での生活に意欲と主体性を取り戻すための認知症ケア

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80 代／要介護2
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa
障害高齢者の日常生活自立度：J2
疾患：アルツハイマー型認知症、高血圧、糖尿病
独居

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】
介護職：14 名（介護福祉士 6 名）
介護リーダー：9 年（介護福祉士）

【他職種との連携】
ケアマネジャー

◆ 介護過程実践

これまでの課題	● 介護職員が持つ詳細な情報や介護職員が考える仮説を、ケアマネジャー中心のアセスメントと結びつける仕組みが十分ではなかった。そのため、介護職員がアセスメントを行う意識や力量を十分に醸成できていなかった。 ● その結果、各介護職員がそれぞれの考えでバラバラに介護を行ってしまう状況だった。
取組後の変化	● 介護リーダーを中心に介護過程を実践することを意識づけし、仕組みとしても整えたことで、介護職員の視点を踏まえた計画、目標、実施内容を立てられた。 ● これにより、介護リーダーを先頭に、介護実施に対して主体的に取り組むようになり、また自分達が出す成果を目の当たりにして、更なる介護過程実践への意欲につながる好循環が生まれている。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	● 介護リーダーはケアマネジメントプロセスがあるため、介護過程を実践していく必要性の自覚が乏しかった。 ● 介護リーダーであるにも関わらず、利用者について十分知っているという自信が持てないことで、介護職チームに対して指導やリーダーシップを発揮することができていなかった。
取組後の変化	● 介護リーダーは、自分が能動的におこなったアセスメントやケアマネジャーと連携した計画立案を通じて、利用者のことを一番知っている自分、わかっている自分という自信につながり、介護職チームへの指導や周知などを積極的に行えるようになった。また、利用者にこうしてあげたいという、能動的意欲が溢れる自覚が出てきた。 ● 利用者に関する会話が増えたことで、個々の介護職員が意識して目標に沿って統一的に関わろうとするようになった。 ● 利用者の変化という結果に、介護職チームも驚きと手応えを感じている。

◆ 利用者の受益・変化

- 確実な内服を行い、病状の安定と管理ができた。
- 日付が把握できるということは、自分の予定を管理しているということになり、生活の主体者としてハンドルを握れているという感覚を得ており、それが BPSD の減少につながっていると考えられる。
- 通所の迎えに行くと、「今日は遅かったな」と、予定を理解し待っている日もあった。
- ゴミ出しなど自分の生活を自立的に営めるようになったことで、働いていた頃のように生活の主体性を感じられているのではないか。
- 働いていた時に関わりがあった人が利用者にいたことで、顔見知りの存在として気にかけられる環境を得られている。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	● 利用者の希望：今の状態でこのまま家で暮らしたい、自分で自由にしたい。 ● 利用は、週３～４回通所、毎朝夕訪問食事届け、朝のみ服薬管理。訪問時ゴミ捨て代行。 ● 散歩する様子はあるが、社会との関係は減り、自宅で絵を描いて過ごす。 ● 通所では周囲と積極的な交流は無く、絵を描いて過ごす。その絵を周囲に褒められると喜ぶことが多い。 ● ADL：自立 ● 会話は可能で穏やかだが、日時の把握に支障がある。通所や通院日の訪問では、混乱により不穏状態になることで通院に支障があった。 ● DBD13・やたらに歩きまわる：ほとんどない ・世話をされるのを拒否する：よくある ● 社会性の保持や廃用予防、疾患のコントロール、認知機能障害の進行を緩やかにし、今の日常生活を穏やかに継続することが重要と考える。	● 介護リーダーからケアマネジャーへアセスメントの勉強会、指導を依頼し実施した。 ● 勉強会後、アセスメントシートを活用して、担当介護職員が利用者や家族への情報収集を行った。担当以外の介護職員が新たに得た情報はアセスメントシートへ記入した。
計画立案	● 短期目標：日時に関する混乱が少なくなる 確実に内服を行い、病状の管理ができる。 他者に気にかけられる環境の中で過ごす。 ● サービス実施内容 ①部屋にカレンダーを設置し、訪問時利用者に昨日の日付に印をつけてもらい、当日の日付を確認する。 ②カレンダーで確認した日付と内服薬に記載されている日付を読み合わせ、内服の確認を行う。 ③通所や通院日に赤丸をつけ利用者の認識を促す。	● 介護リーダー、ケアマネジャーがアセスメントシートをもとにカンファレンスを実施した。 ● 介護リーダーは情報共有と具体的実施内容について、ケアマネジャーへ提案し、ケアプランとの整合性をとり立案した。 ● 介護リーダー、ケアマネジャー同席でケアプランを説明し同意を得た。
実施	①訪問時に、利用者と一緒にカレンダーへマジックで斜線を引き、今日の日付を確認した。 ②今日の日付を確認した後、薬に記載してある日付と今日の日付を読み合わせて確認し、利用者に服薬してもらった。 ③通所や通院日には赤丸がついていることを利用者に再度説明し、予定を確認した。 ● 利用者が１人でゴミ出しする様子を発見、代行から一緒にする内容に変更した。	● 介護リーダーは、ミーティングで介護職チームと目標及び実施内容を共有し、利用者と一緒に行うことの重要性と方法を統一した。申し送りノートにも詳細を記入して周知した。 ● 介護リーダーは、カレンダーを準備し利用者及び家族への説明を行った。 ● 介護リーダーは実施状況を訪問時に確認し、実施漏れがあれば指導した。 ● 介護リーダーは認知症状態の進行に備え、利用者不在時の確認方法、緊急連絡先整備をケアマネジャーと作成し、介護職チームに周知した。 ● カンファレンスにおいてごみ出しを代行から一緒にする内容に変更した。
評価	● 通所日や通院日に促しても不穏になることが無くなった。 ● ゴミ出しの曜日認識ができて、自ら捨てるようになり、利用者自らカレンダーに予定を書き込むなど、予定管理が習慣になった。 ● 確実な服薬管理により、血圧、血糖のコントロールは基準内に維持できており、疾患の管理ができている。 ● DBD13 ・やたらに歩きまわる：まったくない ・世話をされるのを拒否する：ときどきある	● 介護リーダーは１週間ごとに記録の確認を行い、実施状況の評価を行い、介護職員に必要な情報収集を行った。 ● 月１回のカンファレンスにおいて、介護職チームで体調管理記録（利用者個人別業務日誌）の確認を行いながら、利用者の発言や行動の変化を中心にモニタリングを行った。

13 看多機かえりえ河原塚（看護小規模多機能型居宅介護）（千葉県）
終末期の利用者の願いと日常生活を整える取り組み

LIFE 導入をきっかけに

こんなことをしました！

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

◆ 施設・事業所概要（令和 4 年 2 月時点）

法 人 名：株式会社　やさしい手
所 在 地：千葉県松戸市河原塚 69-1
開設年月：平成 27 年 6 月
定　　員：29 名
介護職員：18 名（うち介護福祉士 6 名）

LIFE 取組：科学的介護推進加算
※令和 3 年 9 月より

◆ 介護過程の新たな取組・工夫

- 看護師、介護職員それぞれの専門性についての理解を深めるための勉強会を実施した。介護職員の専門性は「利用者の生活をより良い方向へ変化させるために、根拠に基づいた介護の実践と共に、環境を整備することができること」と定義（〈公社〉日本介護福祉士会 HP より引用）した、日常的な介護観察の重要性とエビデンスに基づく介護の実践（LIFE）の重要性について勉強会を行った。
- 介護リーダーが介護職チームに対して介護過程に関する勉強会を行った。
- 科学的介護推進に関する評価と LIFE システムへの評価結果の入力は、介護職チームで行うように決めた。
- 毎朝の全体朝礼後、介護職チームだけの 15 分程のミーティングを新たに設定し、介護リーダー中心に、仕事の段取りだけではなく、利用者情報の共有・カンファレンスを行った。
- 看多機ではケアプランと看護小規模多機能型居宅介護計画書作成が義務付けられているが、この他に介護リーダーが作成していた手順書を介護計画書としてつくり直した。利用者・家族の思い、LIFE 評価情報と合わせた長期・短期目標を入れた形として、介護実践の軸とした。
- 今後の LIFE との連動、介護過程実践の補助ツールとして、バイタルサインの自動測定ができる見守り支援ロボットを導入した。

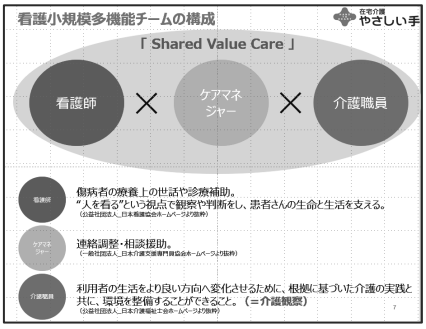
◆ LIFE 活用の効果

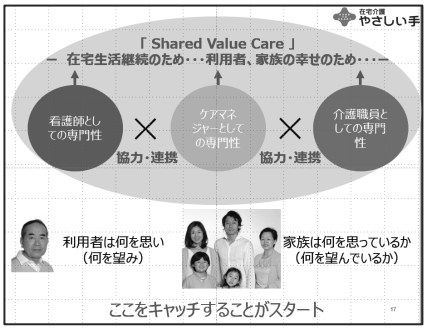
- 勤務するそれぞれの職種の専門性理解が進み、組織として LIFE の目的や紐づく介護過程実践の重要性、介護福祉職が担う役割を理解でき、意識変容が起きた。
- 介護職チームミーティングを設けたことで、利用者情報の共有だけでなく、介護職員が積極的に意見を上げるといった行動変容が起きた。介護職がもつ細やかな利用者情報を看護職が吸い上げ、組織全体として医療依存度が高い利用者支援の質を向上させることができた。
- 利用者個別の想いや目標をしっかり捉えた介護計画書を軸とすることで、毎日のサービス提供が何を目的としたものであるのかが明確になり、介護職員の動きが能動的になった。
- LIFE の評価情報収集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

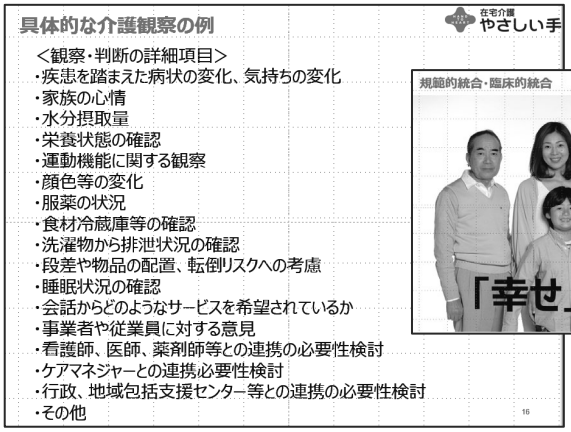
◆ 新たな課題・今後の展望

- ADL や認知症状など、現在の状態を評価することだけにとどまることなく、LIFE の評価項目にはない利用者本人の心理的な変化や、利用者を支える家族の変化など、さらに広い視野、視点をもってアセスメントができるよう、介護職員に対する継続的な学習機会と働きかけ必要。
- 介護職チーム内でそれぞれにアセスメントした結果を LIFE システムに入力する作業が、現在は介護リーダーに偏っていることから、全員が LIFE システムにアクセスし、直接評価入力ができるように、アカウントの付与やシステム操作に関する OJT を継続することが必要。

◆ 新たな取組の具体的資料等







それぞれの専門性について
理解を深めるための勉強会資料

介護職チームミーティング

評価結果の入力作業風景

LIFE を介護過程実践に活用するための組織の動き

LIFE 導入決定期

- 令和３年３月　LIFE 登録を完了。
- 令和３年４～５月　基幹システムと LIFE システムとのデータ連携の確認（本社部門）。
- 令和３年５～６月　LIFE システムの操作方法を含めた、LIFE の導入目的と LIFE に関する理解を深めるための社内勉強会を実施。
- 令和３年６～７月　科学的介護推進加算に関わる評価項目と加算算定要件についての社内勉強会を実施。

現場への落とし込み期

- 令和３年３月　LIFE の利用申請を実施。
- 令和３年５～６月　LIFE システムの操作方法を含めた、LIFE の導入目的と LIFE に関する理解を深めるための社内看多機管理者会議に参加→事業所内会議で全体へ周知。
- 令和３年６～７月　科学的介護推進加算に関わる評価項目と加算算定要件についての社内看多機管理者会議に参加→事業所内会議で全体へ周知。
- 令和３年７～８月　利用者、家族への説明と同意。

介護過程実践期

- 令和３年９月　科学的介護推進加算の算定を開始。
- LIFE 評価は介護職員が実施することとした。LIFE システムへの評価入力作業は、管理者よりケアマネジャーに対して手順等を説明し、評価の入力を行っていた。
- 新規利用者のシステム登録は介護リーダーが行うこととした。介護職員が行った評価は、すべて介護リーダーが LIFE システムへ登録している。

終末期の利用者の願いと日常生活を整える取り組み

◆ 事例対象者（利用者）の概要

80 代／要介護 5
障害高齢者の日常生活自立度:B1
認知症高齢者の日常生活自立度: Ⅱb
肝細胞癌末期　バルンカテーテル留置中

◆ 介護過程実践体制

【介護職チーム】
介護職:18 名（うち介護福祉士 6 名）
介護リーダー:8 年（介護福祉士、主任）

【他職種との連携】
看護師:9 名
ケアマネジャー:1 名

◆ 介護過程実践

これまでの課題	● 介護職員によるアセスメントは実施していたが、利用者の想いや目標について十分にヒアリングしきれていなかった。現在の状態だけを見てアセスメントを行っていた。 ● ケアマネジャーが作成するケアプランに沿って看多機計画書を作成しており、介護職員自らが利用者の想いをアセスメントし、自らも目標を一緒に考えてサービスをつくっていくことができていなかった（能動的でなく、受動的であった）。
取組後の変化	● 利用者・家族の思いと LIFE 評価を合わせた手順書（介護計画書）作成により、利用者の目標を中心とした支援の軸を定めることができた。 ● これにより、ケアマネジャーや看護師といった他専門職からの指示に受動的であった介護職員が、介護過程実践として意識を持ち、能動的に実践できるようになった。介護職チームの変容と介護過程実践により、組織全体としての支援の質が向上した。

◆ 介護職チーム・介護リーダー（介護福祉士）

これまでの課題	● 多様な背景、経験がある介護職チームに対して、介護リーダーは十分なリーダーシップを発揮できていなかった。 ● 他専門職との連携が容易な事業形態である一方で、他専門職に頼りがちな面があり、介護リーダーとしての機能を十分に組織で位置付けられていなかった。
取組後の変化	● LIFE や介護過程の勉強会、介護職チーム会議の設定、手順書の介護計画書へのバージョンアップを通じて、組織の中で介護職員による介護過程実践の意識づけが行えた。加えて介護リーダーが役割を発揮する場面が増えたことで、介護リーダーを中心とした介護職チームが醸成できてきている。特に、介護職員に対してまずは利用者の想いを全員で知るところから始めようと、介護過程の考え方について組織で共有することができた。

◆ 利用者の受益・変化

- 主疾患に加え、飲食量の低下から、意識レベルが低下し、最期に家族と過ごせる時間を持つことができていなかったが、支援を通じて、覚醒状態が改善し、家族と過ごせる実感をそれまでより持つことができた。
- 覚醒状態が回復し、冗談を言って周りを笑わせるなど、終末期において本人らしいユーモアな一面が表出できた。
- 帰宅は最後まで叶わなかったが、家族と本人らしく穏やかに過ごす時間を持つことができた。

◆ 介護過程と介護職チームの流れ

	介護過程実践	介護職チーム
アセスメント	● 主訴：「家族に会いたいので、家が良い」（利用者） 「短時間でも家に帰らせてあげたい」（家族） ● 状態：水分摂取量：1 日 500ml 排尿量：300～500ml 食事摂取量：主食、副食１～２割 意識レベル：JCS:10 痛み（−）全身倦怠感（+）下肢浮腫（+）腹水（−） ● 主疾患合併症予防や状態の管理に加え、覚醒と飲水を促し、利用者の願いである家族との時間や自宅へ戻れるような状態への回復を目指す。	● 介護リーダーより主疾患に対する観察ポイントや全身状態の管理法について看護師に相談した。 ● 看護師、介護職チームが情報を収集した。特に利用者、家族の主訴を軸に、介護職チームミーティングなどを経てアセスメントを行った。
計画立案	● 長期目標：苦痛なく安楽に過ごせること ● 短期目標：自宅に帰れること ● サービス実施内容： ①日々の状態像の観察、異常の早期発見を行う。 ②体力消耗を減らし飲食時の体力を温存できるよう支援する。 ③週２回の入浴により清潔を保持し感染予防を図る。 ④フロアのベッドでアクティビティ活動の様子に触れる環境で過ごせるよう支援する。 ⑤こまめな水分摂取と様子観察を行う。 ⑥自宅に戻られたときのため、家族に排泄介助の指導を行う。 ⑦自宅環境に近い間取りで生活ができるよう環境整備を行う。	● ケアプラン、看護小規模多機能型居宅介護計画書との連動、介護職チームミーティングでのアセスメントを踏まえて、介護リーダーが介護計画書を作成し、社内コミュニケーションシステムや会議の中で、計画書の内容を周知した。
実施	①状態像の観察と情報共有に加え、バイタルサイン自動測定ツールも使いながら、日々の全身状態を管理した。 ②飲食時に覚醒状態が合うよう生活にメリハリをつけ、温タオルで覚醒を促すなど支援した。 ⑥家族に対して、排泄介助の留意点を指導した。また利用者と過ごす時間をつくるために毎日の来訪を提案した。 ③⑤コーラが大好物であることを聴取し、入浴後にはコーラを提供するようにした。 ⑦宿泊室の間取りを自宅と同じ向きに変更し、自宅生活の動きを再現できるようにした。 ④フロアで他の利用者に話しかけられる機会が増え、人の存在を感じられる方向へ向くことが増え、体位が偏ってしまったため、自宅環境に整えた間取りを状態に応じて変更することも行った。	● 介護職チームで自宅を訪問し、自宅内の環境を改めて確認。可能な限り自宅と同じ環境になるように宿泊室を変更した。 ● 毎日の申し送りで、食事量、水分量、排尿量、尿色、体重の増減、睡眠状態、呼吸状態について、看護師や他の介護職員、ケアマネジャーに対して申し送ることとした（※必要時には医師にも）。
評価	● コーラの飲水、覚醒状態に合わせた飲食により、水分摂取量、尿量が増加。覚醒状態が改善した。 ● 水分摂取量 1,000ml ● 排尿量：900ml 前後 ● 食事摂取量：主食、副食５割 ● 意識レベル：JCS:3 ● 倦怠感（+）痛み（−）下肢浮腫（+）腹水（微） ● バルーン関連トラブル、感染兆候なし。 ● 家族が毎日来所、家族との時間を持つことができた。 ● 自宅へ戻る状態像への回復には至っていない。	● 介護職チームでの実践の振り返りを行った。LIFE 評価項目、日々のバイタルサイン記録、観察ポイントを踏まえ、ケアプラン、看護小規模多機能型居宅介護計画書とともに、総合的な振り返りを全体会議にて実施した。

● 事例及び執筆ご協力者一覧 ●

種別・所在地	事業者	職位	氏名 （敬称略）
介護老人福祉施設 山形県	特別養護老人ホーム サンシャイン大森	部長 介護支援専門員 ユニットリーダー	菅原　浩 齋藤　大知 鈴木真由美
介護老人福祉施設 埼玉県	特別養護老人ホーム あけぼの	介護係長 介護副主任	成田　裕暁 小鹿　泰寛
介護老人福祉施設 神奈川県	特別養護老人ホーム 潤生園	施設長 介護課長 特養２課リーダー	井口健一郎 加藤　祐貴 杉本　敦軌
介護老人福祉施設 愛知県	特別養護老人ホーム なのはな苑ふくおか	介護統括主任 介護支援専門員	松橋　卓磨 田島　久恵
介護老人保健施設 茨城県	介護老人保健施設 もえぎ野	介護長 介護主任	宮本　栄子 柿沼　麻実
介護老人保健施設 埼玉県	介護老人保健施設 あいの郷	相談部門主任 介護主任 介護福祉士	白石　学 清水　和貴 野本　貴之
介護老人保健施設 和歌山県	介護老人保健施設 紀伊の里	施設長 介護支援専門員 介護福祉士 介護福祉士 介護福祉士	山野　雅弘 笹野　大 小谷　昌宏 小谷のり子 宇須　裕都
通所介護 愛知県	株式会社ツクイ 東海圏 ツクイ 一宮開明	本部長 所長	金澤　彰洋 橋本　太樹
通所介護 広島県	デイサービスセンターふぁみりぃ	所長	橘高　裕行
認知症対応型共同生活介護 茨城県	医療法人博仁会志村フロイデグループ フロイデグループホーム ひたちなか	介護部部長 管理者 介護リーダー	森　久紀 菊地　裕哉 宗像　徹
認知症対応型共同生活介護 東京都	メディカル・ケア・サービス株式会社 東京神奈川第１事業部 愛の家グループホーム 国分寺本多	事業支援部部長 部長代理 管理者 介護福祉士	神保　勉 高橋　恒二 加納　明莉 田口　勇樹
小規模多機能型居宅介護 茨城県	医療法人博仁会志村フロイデグループ 小規模多機能ホーム大宮	介護部部長 管理者 介護リーダー	森　久紀 寺門　希望 野内　璃美
看護小規模多機能型居宅介護 千葉県	株式会社やさしい手 看多機 かえりえ河原塚	執行役員 管理者 主任	中村　徹也 山崎　佳子 染谷　匡昭

所属等は令和４年３月末日時点

本書は、令和 3 年度社会福祉推進事業「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）を活用した介護過程実践に関する調査研究」の成果の一つとしてまとめたものです。

調査研究においては、大変多くの介護現場の皆様、関係者の皆様にご尽力・ご協力を賜りました。深く感謝を申し上げるとともに、本書が介護現場や介護を学ぶ皆さんに活用されることを願います。

令和 3 年度社会福祉推進事業
科学的介護情報システム（LIFE）を活用した介護過程　実践事例集

株式会社コモン計画研究所
東京都杉並区成田東 5 丁目 35－15　THE PLAZA－F 2 階
03-3220-5415　https://www.comon.jp
令和 4（2022）年 3 月発行

本事例集は下記よりダウンロードできます。
https://www.comon.jp/dl/project.html