

# 第3章 LIFEを活用した介護過程実践 に関する調査（ヒアリング調査）

---



# 1. ヒアリング調査の枠組み

## (1) 目的と方法

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

図表 3-1 主なヒアリング項目

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

## (2) 調査対象と調査実施日

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

図表 3-2 調査対象と調査実施日

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

### (3) ヒアリングガイド

令和4年度社会福祉推進事業  
科学的介護情報システム(LIFE)を活用した介護過程実践に関する調査研究事業  
ヒアリングガイド

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

◆ ヒアリング内容、事前の準備、留意点などを記載しています。

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

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

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

※上記調査担当委員の中から、1委員及び事務局によりヒアリングをいたします。

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

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

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

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

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

## 別紙1 ヒアリング調査ご協力者

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

氏名	職位	経験年数	介護福祉士資格・他資格等

## 別紙2 調査内容

A) 介護職チーム体制を教えてください。

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

B) L I F E の状況について教えてください。

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

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

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

D) 介護過程実践をとおして利用者にはどのような変化がありますか。

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

## 2. ヒアリング調査結果

### (1) ヒアリング調査対象の基本情報

#### ①特別養護老人ホーム 菜の花

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

#### ②地域密着型介護老人福祉施設 若久サテライトビレッジ

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

### ③介護老人福祉施設 グリーンコート三愛

法人名(所在地)	医療法人社団 千寿会(北海道)
介護チーム体制	介護職 49名(内、介護福祉士 39名 内、外国人介護職 7名) 介護リーダー7名 全介護職が全利用者(既存棟とユニット)を担当する体制
利用者数	100名
LIFE導入時期	令和3年4月
LIFE加算算定状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・科学的介護推進体制加算(Ⅱ)</li> <li>・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算</li> <li>・褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)</li> <li>・自立支援促進加算</li> <li>・口腔衛生管理加算(Ⅱ)</li> </ul>
個別介護計画の有無	あり 介護リーダーが作成

### ④介護老人保健施設 サンヒルきよたけ

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



⑤通所介護 ゆめふる飾磨恵美酒店

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

⑥通所介護 アゼリーアネックス

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

## (2) アセスメント

### ①介護過程実践状況（要点の抜粋）

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

イメージで、ケアプランまで一緒に連動させて整合性を持たせている。

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

## ②介護リーダーの役割・必要とされる力

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

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

### （3）計画立案

#### ①介護過程実践状況（要点の抜粋）

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

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

## ②介護リーダーの役割・必要とされる力

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

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

## （４）支援の実施（要点の抜粋）

### ①介護過程実践状況

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

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

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

## ②介護リーダーの役割・必要とされる力

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



る。伝えることが、まず介護職として大切なことである。

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

## (5) 評価 (要点の抜粋)

### ①介護過程実践状況

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

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

## ②介護リーダーの役割・必要とされる力

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

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

## (6) 利用者の受益につながる効果（要点の抜粋）

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

## (7) その他

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

委員会にはいいっており、教育研修も介護リーダーが指導している。

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

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

### 3. ヒアリング調査のまとめ

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

#### (1) LIFEを介護過程にどのように活用しているか

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

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

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

図表 3-3 LIFEを介護過程にどのように活用しているか

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

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



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

## (2) LIFEの導入による介護過程実践への効果

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

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

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

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

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

図表 3-4 LIFEの導入による介護過程実践への効果

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

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

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

### (3) 介護リーダーに求められている力

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

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

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

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

図表 3-5 介護リーダーに求められている力

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

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

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

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



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

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

#### (4) LIFEを活用していくための工夫

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

図表 3-6 LIFEを活用していくための工夫

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

## (5) LIFEを活用していくための課題

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

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

一方で、現場の人員不足を背景とした負担感に対する課題も出された。

図表 3-7 LIFEを活用していくための課題

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



# 資料





## 1. 調査研究ご協力者

本調査研究においては、以下の皆様にヒアリング調査のご協力をいただきました。

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

令和4年度社会福祉推進事業

---

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

発行：令和5（2023）年3月

株式会社コモン計画研究所

166-0015 東京都杉並区成田東 5-35-15

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