

令和5年度  
科学的介護に向けた  
質の向上支援等事業  
事例集



科学的介護情報システム (LIFE) を活用し、客観的な指標を用いて利用者の状態の評価を行い、入力したデータやフィードバック票を用いて、利用者の個別ケアや施設・事業所全体の取組の見直しを継続的に続けることが重要です。

本事例集では、以下の視点から LIFE 利活用に関する事例を掲載しています。

## LIFE 利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

LIFE を活用して施設・事業所全体の体制や目指すべき姿、取組等を検討し、実施した事例を掲載しています。施設・事業所全体の活用事例については、以下の3つの視点からまとめています。

### LIFE 導入・利活用のための体制整備

LIFE の導入や利活用に向けて、自施設・事業所の目指すべき姿を検討した事例や、体制整備、準備を実施した事例を掲載しています。

### アセスメントの評価基準・評価結果の解釈の統一

LIFE へ提出する情報をアセスメントする過程で、職員間で評価方法や評価結果の解釈についての違いに気付き、評価基準等の統一に至った事例を記載しています。

### 施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

自施設・事業所で実施している取組や提供しているケアを LIFE やフィードバック票等のデータを用いて評価し、提供するケアの追加や見直しに至った事例、また、取組の結果や新たな課題について評価した事例を掲載しています。

## 個別ケアへの活用事例

利用者個人に着目し、LIFE の評価項目やフィードバック票を活用し、計画書やケアの見直しを行った事例を掲載しています。

利用者のケアの質を向上させるためには、多職種の職員が関わりあって、LIFE の評価項目フィードバック票を確認しながら情報共有や意見交換等の話し合いを行うことが重要です。

本章では、各利用者に対して、多職種の職員がどのように LIFE やフィードバック票を活用し、どのように利用者の情報共有や意見交換等を行い、意見交換等の結果を踏まえてどのように計画書やケアの見直しを行ったのか、具体的な流れやポイントを紹介しています。

# 本事例集の読み方

ここでは、本事例集で紹介する事例の構成や凡例を示しています。

## LIFE利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

施設・事業所の定員と職種別職員数の概要を掲載しています。  
※職員数は実人数を表記しています。

### サービス名

入所定員●名	介護職員●名	看護職員●名	リハビリ職員●名	栄養士●名
科学的介護	個別機能	ADL維持等	リハマネ	栄養
自立支援	褥瘡 I	排せつ I	かかりつけ医・薬剤	口腔

### 事例番号

### 事例タイトル

LIFE関連加算の算定状況を示しています。各加算の正式名称との対応は次ページに掲載しています。

算定している場合: **科学的介護** 未算定の場合: **科学的介護**

### 課題・気付き

対応

成果

事例の概要として、施設・事業所における「課題」や、フィードバック票等の確認を通じた「気付き」、課題や気付きへの「対応」、その結果としての「成果」を掲載しています。

### 流れ・ステップ

### ポイント

検討・計画

準備

実践

見直し

事例で取り上げる取組の具体的な流れと、各ステップのポイントを掲載しています。

### 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

事例で取り上げた取組の実施・継続により生じた変化を掲載しています。

加算の凡例は以下のとおりです。なお、本事例集は令和5年度の取組を対象としているため、令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの活用等が要件に含まれる加算とは一部異なる点にご留意ください。

科学的介護	・・・科学的介護推進体制加算、科学的介護推進体制加算(I)・(II)
個別機能	・・・個別機能訓練加算(II)
ADL維持等	・・・ADL維持等加算(I)・(II)
リハマネ	・・・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算、理学療法、作業療法、及び言語聴覚療法に係る加算、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ・(B)ロ
栄養	・・・栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算
口腔	・・・口腔衛生管理加算(II)、口腔機能向上加算(II)
自立支援	・・・自立支援促進加算
褥瘡	・・・褥瘡マネジメント加算(I)・(II)、褥瘡対策指導管理(II)
排せつ	・・・排せつ支援加算(I)・(II)・(III)
かかりつけ医・薬剤	・・・かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)・(III)、薬剤管理指導

## 個別ケアへの活用事例(1ページ目)

事例の利用者の「年代・性別」、「要介護度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「障害高齢者の日常生活自立度」を示しています。

### 事例番号・事例タイトル(サービス名)

●さん

年代・性別

要介護度

認知症自立度

障害自立度

#### サービス利用の経緯、支援の状況

事例の利用者が施設・事業所の利用に至った経緯と、現在の状況の概要を示しています。

#### 事例概要

生活課題

特に活用したLIFE情報

事例の概要として、利用者の「生活課題」、事例の中で特に活用したLIFE情報やフィードバックの項目を「特に活用したLIFE情報」、LIFE情報やフィードバックを活用し利用者の生活課題やケアの方針等について議論した概要と結果を「カンファレンスの成果」として掲載しています。

#### カンファレンスの成果

#### カンファレンスの詳細

参加職種・役割

頻度等

扱う議題

名称：  
頻度：  
要する時間：

事例の中で開催したカンファレンスの詳細情報を掲載しています。

次ページにカンファレンスの流れとポイントを掲載しています

個別ケアへの活用事例 (2ページ目)

●さん

年代・性別

要介護度

認知症自立度

障害自立度

カンファレンスの流れとポイント

事例の利用者について開催されたカンファレンスに関して、開催のための準備事項、議論の内容、結論とそのまとめ方を、各段階のポイントと共に一連の流れとして掲載しています。

準備

！ポイント

各職種からの発言(カッコ内は職種名)

カンファレンスでの実際の発言内容と発言者の職種名を掲載しています。

会議の開催

事例の中で特に活用したLIFE情報やフィードバックの項目を再掲しています。

特に活用したLIFE情報(カッコ内は関連する加算名)

！ポイント

会議の結論

！ポイント

## LIFE利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

1. LIFE 導入・利活用のための体制整備 ..... p.8
- 事例 1-1： 短時間のフォローを繰り返し実施することで、  
ICT に対する職員の苦手意識を払しょく
  - 事例 1-2： フィードバック票の活用により法人内の事業所ごとの特徴を  
把握し、より利用者の状態に合ったサービスの検討につなげた
  - コラム 1： 複数施設・事業所でフィードバック票を見比べることで、  
施設・事業所ごとの共通点・差異から気づきを得た事例
2. アセスメントの評価基準・評価結果の解釈の統一 ..... p.12
- 事例 2-1： フィードバック票により実態とデータの違いに気づき、  
評価基準の統一に向けた取組を実施
  - コラム 2： フィードバック票をきっかけに実態とデータの違いに気づき、  
施設・事業所の取組の見直しを実施、ケアの改善と  
職員のモチベーションの向上につなげた事例
3. 施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し..... p.15
- 事例 3-1： LIFE のデータを活用したケアプランの見直し
  - 事例 3-2： 事業所フィードバックを活用した認知症ケアの評価と見直し
  - 事例 3-3： 事業所フィードバックから得られた口腔ケアの気づきと取組の評価
  - 事例 3-4： フィードバック票の全国値から誤嚥性肺炎のリスクのある  
入居者の規模を把握し、自施設のケア内容の見直しに活用
  - 事例 3-5： フィードバック票によりリハビリテーション計画書で挙げた  
課題の偏りに気づいたことで、計画書作成プロセスの中の利用者への  
ニーズの聞き取り方を見直し、新たな課題の発見につなげた
  - 事例 3-6： フィードバック票を用いて実施したケアの結果を振り返ることで、  
ケア内容の妥当性や成果を確認
  - コラム 3： もう一歩進んだ ICT 化・データ利活用の事例

## 個別ケアへの活用事例

1. LIFE情報を利用し、多職種で認識を合わせたうえでカンファレンスを行うことで、自立支援に向けたケアの見直しにつながった事例(介護老人保健施設) …… p.30
  
2. 栄養マネジメント強化加算の事業所フィードバックを基に、入居者の食事形態の変更に関する多職種連携の方向性を検討した事例(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護) …………… p.32
  
3. ADL・IADLのフィードバック票を活用し、利用者も交えてカンファレンスを行うことで、利用者本人にも前向きになっていただきつつ、自立度向上のための目標設定につながった事例(通所リハビリテーション)…………… p.34
  
4. 排せつ支援加算と個別機能訓練加算の事業所フィードバックを活用し、本人の歩行能力を活かすことができるケアプランへの変更を検討した事例(介護老人福祉施設) …………… p.36

# 1. LIFE導入・利活用のための体制整備

## 介護老人保健施設

入所定員150名	介護職員39名	看護職員 19名	リハビリ職員 10名	栄養士 2名
科学的介護	個別機能	ADL維持等	リハマネ	栄養
自立支援	褥瘡 I	排せつ I	かかりつけ医・薬剤	口腔

### 事例1-1

短時間のフォローを繰り返し実施することで、ICTに対する職員の苦手意識を払しょく

#### 課題

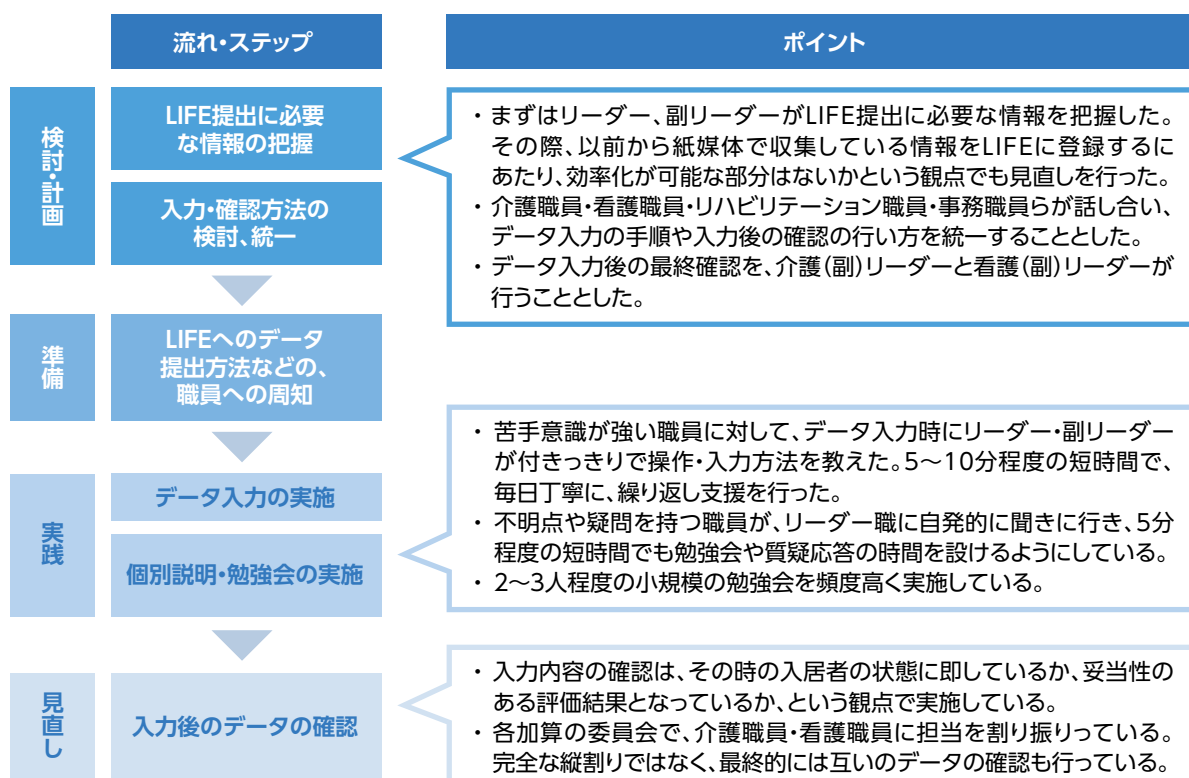
LIFE導入前は、すべての記録を紙媒体で実施しており、データ入力に不慣れな職員が多くいた。そのため、苦手意識の払しょくや、データ入力に要する時間の削減が必要であった。

#### 対応

リーダー・副リーダーが中心となって、周知が必要な情報や対応策を検討した。短時間の勉強会も開催し、繰り返し支援を行い、記録ソフトの操作・入力方法を浸透させた。

#### 成果

- 苦手意識が強い職員であっても、5～10分程度の短時間の支援を日々繰り返し実施したことで、記録ソフトの活用を浸透・定着させることができた。



#### 💡 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- リーダー職がこまめにフォローするようになったことから、記録ソフトの入力に関することにとどまらず、小さなことでもお互い気軽に情報共有、相談できるようになり、職員全体で取り組む雰囲気が生まれた。
- 取組を経て LIFE を導入した結果、定期的に開催しているカンファレンスにおいて、皆が同じデータを見ながら議論をできるようになった。

# 1. LIFE導入・利活用のための体制整備

## 通所リハビリテーション

利用定員30名	介護職員2名	看護職員 1名	リハビリ職員 11名	栄養士 2名	
科学的介護	個別機能	ADL維持等	リハマネ	栄養	口腔
自立支援	褥瘡	排せつ	かかりつけ医・薬剤		

### 事例1-2

フィードバック票の活用により法人内の事業所ごとの特徴を把握し、より利用者の状態に合ったサービスの検討につなげた

#### 気付き

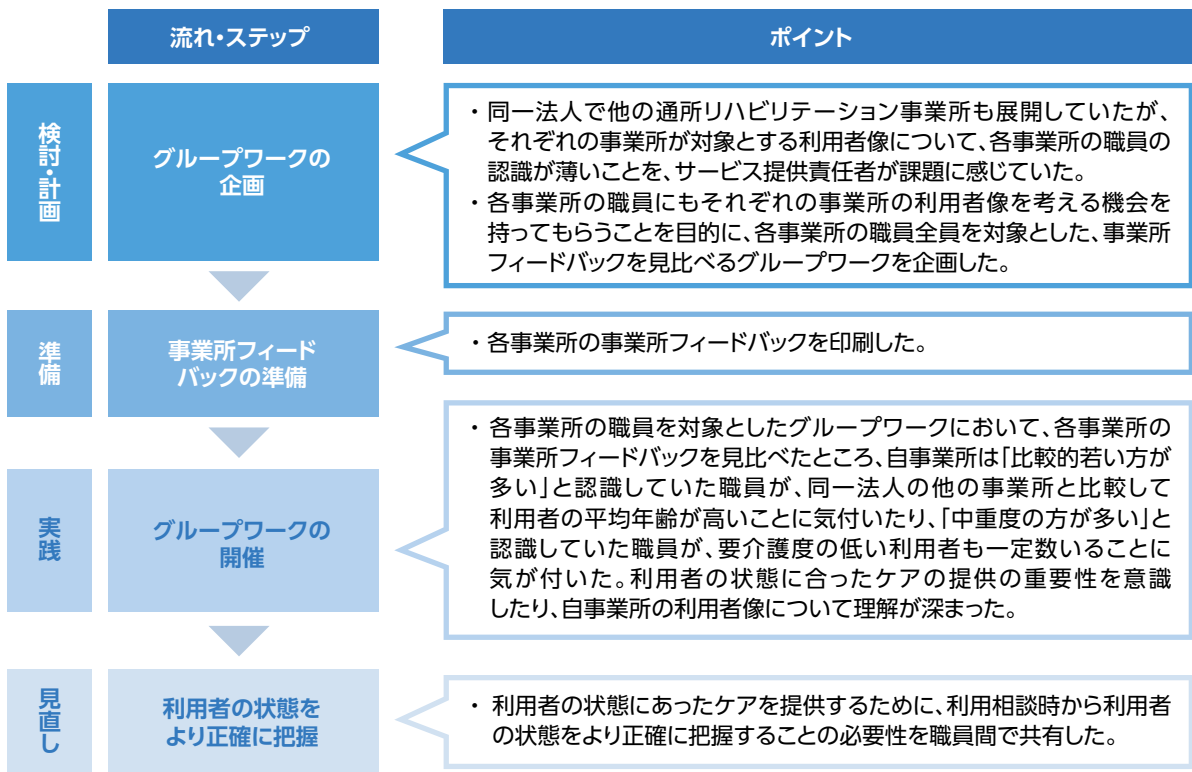
各事業所の職員全員で、同一法人の他の通所リハビリテーション事業所と自事業所のフィードバック票を見比べ、気付きを共有する会議を設けたことで、職員が事業所ごとの特徴を認識した。

#### 対応

利用者の状態を詳しく把握することの重要性を職員が認識し、利用相談時から利用者の状態をより正確に把握するようになった。

#### 成果

- 利用相談時に把握した数値を基に、利用者の状態を客観的に把握し、より状態にあったサービスの提供やサービス内容について検討・議論できるようになった。



#### 💡 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- 利用相談時から利用者の状態をより詳しく把握するようになったことで、より状態像に合ったサービスの提供やサービス内容を検討できるようになったと考えている。
- 自事業所の特徴を把握したことで、利用相談時に、その利用者にとって必要なケアを提供している事業所を提案できるようになった。
- グループワークはまだ1回しか実施していないが、今後、フィードバック票の作成に合わせて実施したいと考えている。

## 1. LIFE導入・利活用のための体制整備

## コラム1

複数施設・事業所でフィードバック票を見比べることで、施設・事業所ごとの共通点・差異から気づきを得た事例

フィードバック票を見ても、どこに着目したらよいか、どう解釈したらよいか悩ましい場合は、他施設・事業所と見比べてみることも有用です。

本コラムでは、法人内の施設・事業所間でフィードバック票を見比べた事例を2つ紹介します。

## ①法人内でフィードバック票について検討会議を開催した事例

## ■フィードバック検討会の概要

- ・法人内の各施設・事業所から1～2名(各職種の責任者や生活相談員)が参加
- ・毎月1回の頻度で開催

## ■フィードバック票検討の具体的な事例

- ✓排せつや移乗等のADL項目について各施設・事業所と全国平均で比較

## ADL「排せつ」

事業所A		気づき	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓施設・事業所ごとに低い値の項目を起点にケアを見直した</li> <li>✓その結果、排せつ時に2人介助を行っていた入居者について1人介助にできるのではないかと気づいた</li> </ul>
事業所B			
事業所C			
全国平均			

## ADL「移乗」

事業所A		検討結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓移乗サポートロボットの使用開始</li> <li>✓一部入居者で、排せつ時の2人介助を1人介助に移行し、入居者が自身でできることを増やし、職員の負担軽減にもつながった</li> </ul>
事業所B			
事業所C			
全国平均			

- ✓褥瘡がある入居者の割合について各施設・事業所と全国平均で比較

## 褥瘡が「有り」の入居者の割合

事業所A		気づき	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓法人内の全施設・事業所の数値が全国平均よりも大幅に小さい値であった</li> </ul>
事業所B			
事業所C			
全国平均			
事業所A		検討結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓「褥瘡が「有り」の入居者の割合」が小さいことから、法人としての褥瘡・栄養ケアの方針を現行のとおり継続することの必要性を共有した。</li> </ul>
事業所B			
事業所C			
全国平均			

※各グラフはフィードバック票内の数値を比較したイメージを表しています。

# 1. LIFE導入・利活用のための体制整備

次に、法人内の事業所間でフィードバック票を見比べ、自事業所の特徴・強みを把握した事例を紹介します。

## ②事業所フィードバック票を活用して法人内で発表会を行った事例

### ■発表会の概要

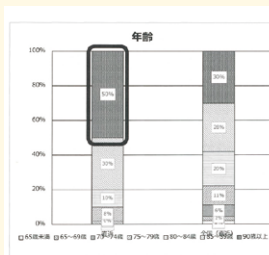
- ・事業所フィードバックから自事業所の特徴を分析し、法人内で発表会を行っています。
- ・その結果、今まで把握していなかった自事業所の特徴や強みを知ることができています。

### ■具体的な事例

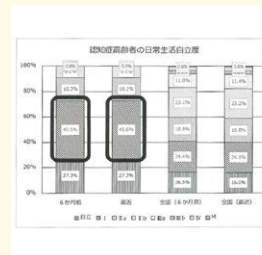
#### (STEP1)事業所フィードバック票を活用した自事業所の特徴分析

- ・全国平均より高齢の利用者が多い一方で、多くの利用者が、認知症高齢者の日常生活自立度は「I」、ADLも「自立」であることがわかりました。
- ・上記のことから、自立支援を目指した日々のケアを適切に提供できていると考えられました。

<実際に事業所フィードバックを分析し、法人内で発表した資料(抜粋)>



全国平均より90歳以上の利用者様が多いことがわかりました。90歳以上の高齢の方に対し、適切なサービスが提供できていることから継続的な利用に繋がっていると考えます。



Iで過半数近くを占めていることがわかりました。このことから、何らかの認知症を有していても日常生活に支障を来すような症状を未然に防ぐことが出来ていると考えます。  
【I】何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

※施設提供資料より抜粋して掲載

#### (STEP2)分析結果の活用

- ・事業所フィードバックと発表資料は、ケアマネジャーに展開し、事業所の特徴・強みの説明に活用しています。

(例)「当事業所は平均要介護度が〇〇で、要介護△の人が多くので、現在要介護度のAさんは、当事業所に通っていただくことで機能改善が望めるではないか」といったような説明をケアマネジャー向けに行っています。

本コラムで紹介した2事例のように、自事業所内だけでなく法人内の他事業所とも連携し、フィードバック票を見比べてみることで、新たな気づきが得られることがあります。

また、フィードバック票の活用を法人全体の取組として位置づけることにより、単一の施設・事業所では対応が難しいような取組（詳細なデータ分析や ICT・介護ロボットの導入など）にもつながりやすいといったメリットもあります。

## 2. アセスメントの評価基準・評価結果の解釈の統一

### 介護老人保健施設

入所定員100名	介護職員27名	看護職員 10名	リハビリ職員 7名	栄養士 2名	
科学的介護Ⅱ	個別機能	ADL維持等	リハマネ	栄養	口腔
自立支援	褥瘡Ⅰ	排せつⅠ	かかりつけ医・薬剤		

#### 事例2-1

フィードバック票により実態とデータの違いに気付き、評価基準の統一に向けた取組を実施

#### 気付き

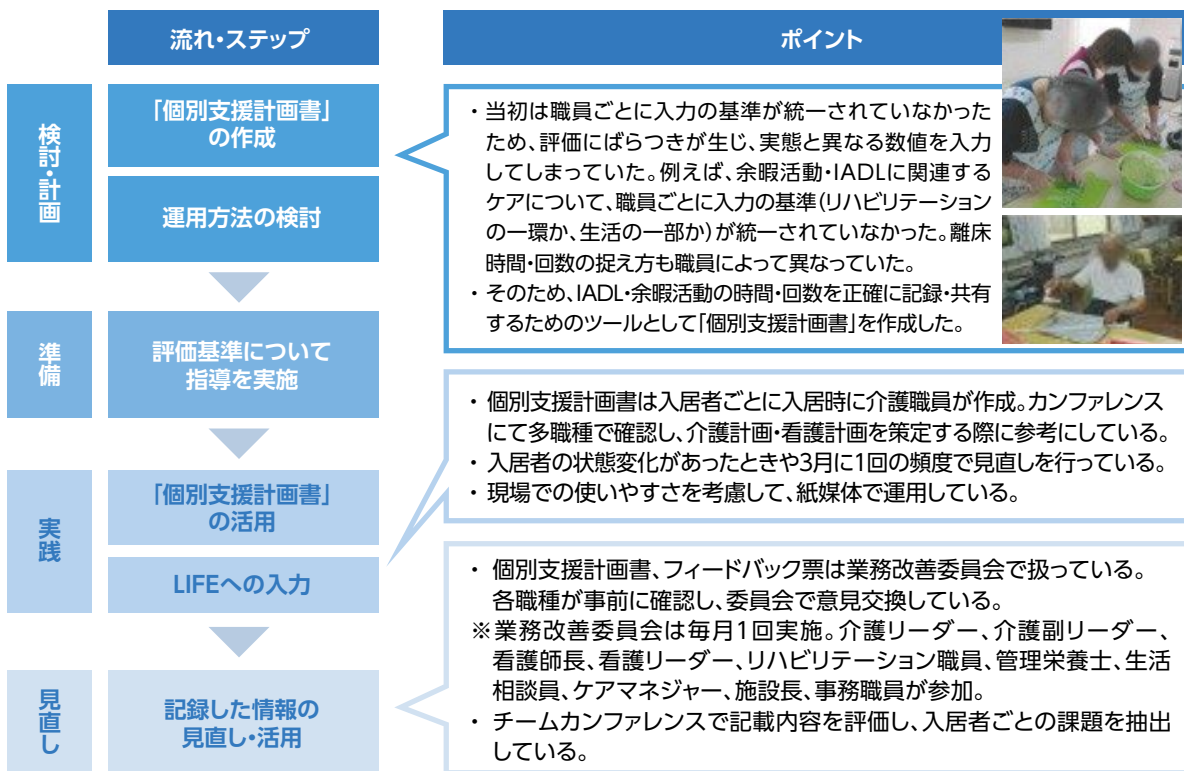
フィードバック票を確認したところ、IADL項目の「していない」の該当割合が想定よりも多く、実態がデータに反映されていないことが分かり、正確な情報を記録・提出できるようにする必要性に気づいた。

#### 対応

職員間の認識共有のため、情報共有のツールとして「個別支援計画書」を作成した。更に、業務改善委員会より職員向けに指導を行い、評価基準を統一した。

#### 成果

- 多職種によるフィードバック票の確認を通して、実態と記録したデータに差異があることに気付いた。
- 情報共有のツールとして「個別支援計画書」を作成・活用することで、実践しているリハビリテーションなどに対する職員の解釈や評価基準の統一が図られ、正確な数値をデータ化することができた。更に、記録したデータを多職種間で共有することで、数値の捉え方の基準が形作られた。



#### 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- 職員間の認識共有が進んだことで、例えば離床時間が短い入居者がいた場合に、なぜ短いのか根拠を求められるようになった。また、逆に離床時間が長い場合であっても、起きている時間は何をしているかなどを数値により客観的に振り返るようになった。
- リハビリテーションが自立支援への大切な役割を果たすアプローチであることを再認識するようになり、本人のできる事を引き出す個別ケアの充実につながった。

## 2. アセスメントの評価基準・評価結果の解釈の統一

参考

当該施設で職員の情報共有のツールとして作成された「個別支援計画書」

### 個別支援計画書

スケジュール (必要に応じて使用)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

氏名: 様

		入所者が日常的に「している能力」を評価				取組内容	具体的に記入
A D L 動 作	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
	時間・嗜好対応 有・無	椅子	車椅子	ベッドサイド	ベッド上	その他	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	マンツーマンケア 有・無	一般浴	個室	機械浴	清拭		
	排泄(日中)	自立	見守り	一部介助	全介助		
個人リズム対応 有・無	トイレ	ポータブル	おむつ	その他			
排泄(夜間)	自立	見守り	一部介助	全介助			
個人リズム対応 有・無	トイレ	ポータブル	おむつ	その他			

- 「個別支援計画書」は、LIFE項目の一部を使い、現場で使いやすい形に構成しています。LIFE項目に沿っているため、LIFEへの入力もスムーズに行うことができるようになっています。
- LIFE項目のほかに、現場での気付きや共有事項をメモしやすいよう、具体的な取組内容や共有事項、留意点などを記載するための余白や欄を設けています。
- カンファレンスの結論や日々のケアの中での気付きは、いったん手書きで記録し、その日のうちに電子ファイルとして記録に残す運用としています。

※実際に使われているもののうち、一部のみ掲載

## 2. アセスメントの評価基準・評価結果の解釈の統一

### コラム2

フィードバック票をきっかけに実態とデータの違いに気付き、施設・事業所の取組の見直しを実施、ケアの改善と職員のモチベーションの向上につなげた事例

事例2-1で、「フィードバック票の値が想定と違ったことをきっかけに、評価体制を見直した」事例を紹介しました。想定と違った結果がフィードバックされてきた際、施設・事業所の取組を見直してみることも有効です。

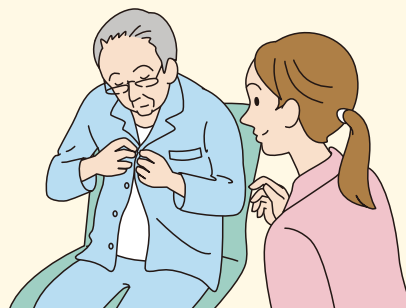
本コラムでは、フィードバック票をきっかけに事業所の取組を見直し、ケア内容の改善と職員のモチベーションの向上につなげた事例を紹介します。

#### ■ これまでの認識

- ・ 「できることは利用者自身にやってもらう」を目指すケアを実施していました。
- ・ 中でも入浴の動作の自立度に自信を持っていました。

#### ■ フィードバック票から得た気付き

- ・ 事業所フィードバックを確認すると、全国平均よりも自事業所の自立度は低い値となっていました。



#### ■ 見直した事業所内の取組

##### 見直し前の取組

- ・ 利用者の予定を職員が立てていたり、着脱・洗身の動作を職員が代行する場面がありました。
- ※ 本来は認知機能の維持・向上のために、利用者自身に日々の生活プランを立ててもらっています。

##### 見直し後の取組

- ・ 本来のケアの目的に立ち返り、利用者の動作を見守ることも、利用者のために「時間をかけるべきケア」であることを改めて確認しました。

#### ■ 得られた効果

- ・ 職員の意識が変わり、ケアの改善が見られました。
- ・ 時間はかかるけれども、利用者自身が着脱・洗身ができるよう職員が手を出さず見守るようになりました。
- ・ みそ汁作りや洗濯物干しなど、日常生活のひとつひとつの動作を時間をかけて利用者に行ってもらえるようになりました。
- ・ 利用者の言動が目に見えて変化し、職員のモチベーションも向上しました。

事業所フィードバックの全国平均と自事業所の数値の比較を行い、改善できる余地がある項目について話し合ったことにより、ケア内容の見直し・改善につながったことがわかります。

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### 介護老人福祉施設

入所定員80名	介護職員39名	看護職員 6名	リハビリ職員 1名	栄養士 2名
科学的介護 II	個別機能	ADL維持等 II	リハマネ	栄養
自立支援	褥瘡 I II	排せつ	かかりつけ医・薬剤	口腔

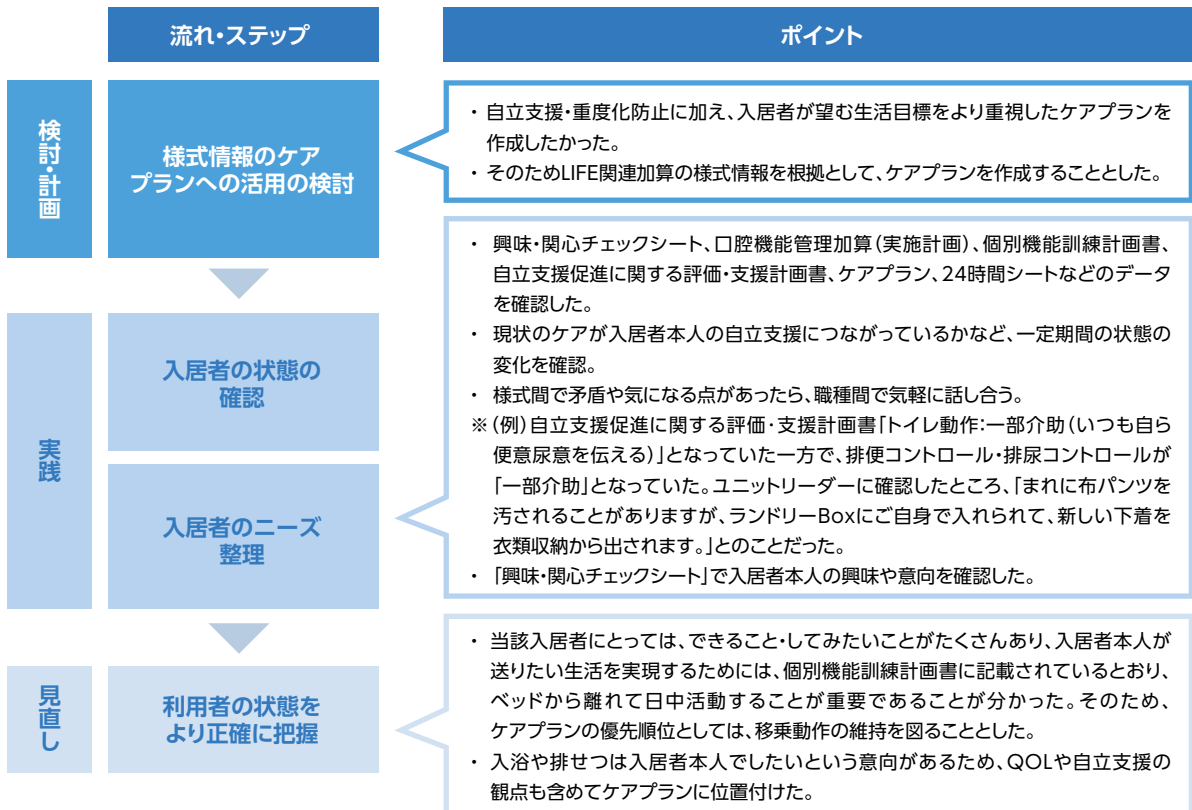
#### 事例3-1 LIFEのデータを活用したケアプランの見直し

**課題** 自立支援・重度化防止に加え、入居者が望む生活目標をより重視したケアプランを作成したい。

**対応** LIFEのデータを根拠にしてケアを検討し、ケアプランを作成した。

#### 成果

- 入居者の「興味・関心が高いこと」と「自立支援・重度化防止につながると思われるケア」の両面をケアプランに反映することができた。
- LIFEのデータがケアプランへの位置付けの優先度の根拠につながった。



#### 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- 入居者本人の「興味・関心が高いこと」と「自立支援につながると思われるケア」の内容をともにケアプランに反映することができた。
- ケアプランへの位置付けの優先度の根拠につながった。

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### 介護老人福祉施設

入所定員80名	介護職員39名	看護職員 6名	リハビリ職員 1名	栄養士 2名
科学的介護 II	個別機能	ADL維持等 II	リハマネ	栄養
自立支援	褥瘡 I II	排せつ I	かかりつけ医・薬剤	口腔

#### 事例3-2 事業所フィードバックを活用した認知症ケアの評価と見直し

##### 課題

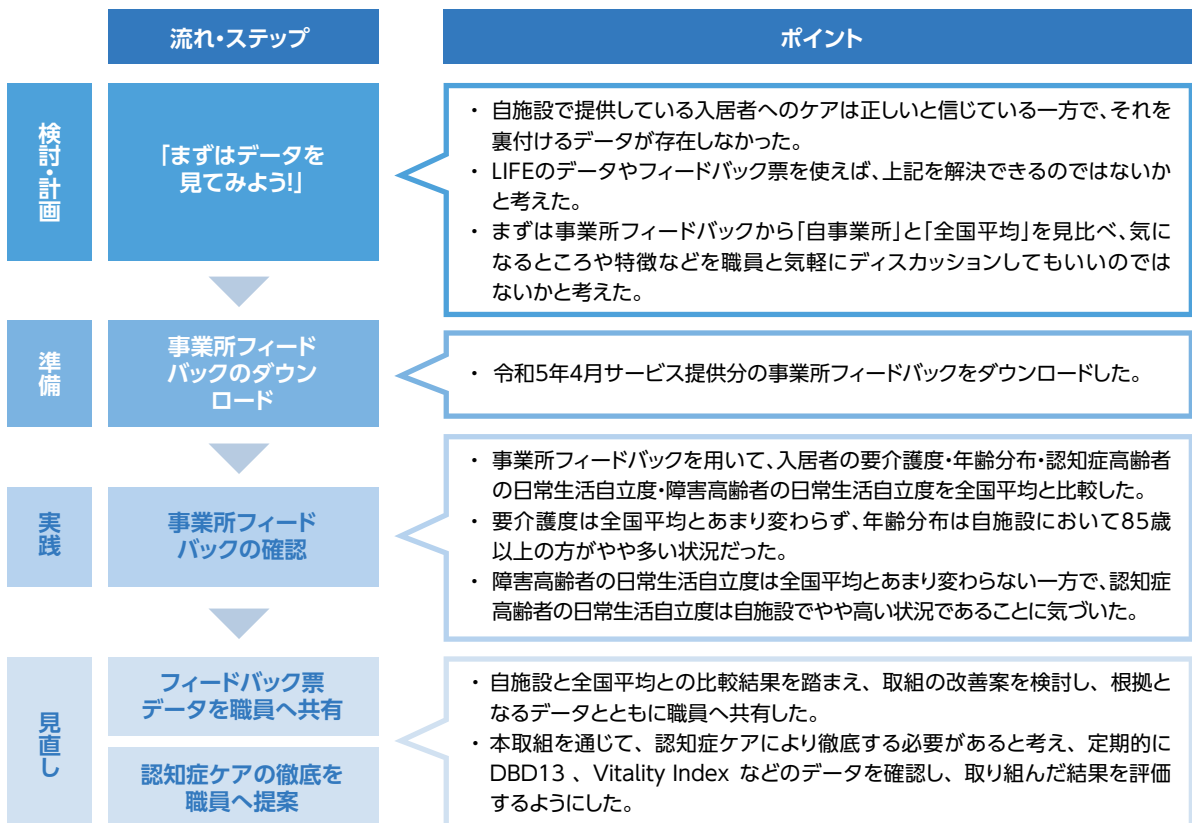
自施設で提供している入居者へのケアは正しいと信じている一方で、それを裏付けるデータが存在しなかった。

##### 対応

事業所フィードバックのデータを用いて、要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度などを全国平均と比較し、現在までの取組の評価や次のアクションの検討を行った。

##### 成果

- 全国平均と比較して、要介護度はあまり変わらない一方で、年齢分布はやや高い状況であることに気づいた。また、障害高齢者の日常生活自立度は全国平均とほとんど変わらない一方で、認知症高齢者の日常生活自立度はやや低い状況であることに気付いた。基本的な認知症ケアを徹底していくため、上記の結果を職員会議で発信し、DBD13、Vitality Indexで経過を確認することにした。



##### 💡 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

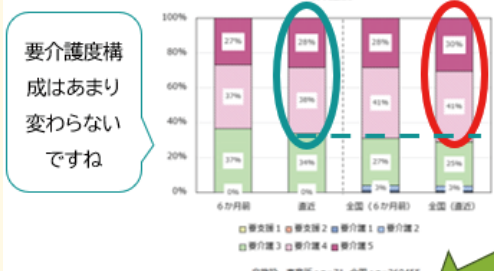
- LIFEのフィードバック票データを根拠に、職員間で認知症ケアの見直しを行い、その取組をさらにデータで評価するという、PDCAサイクルを推進する取組を実践できた。
- 本取組をきっかけに、データを根拠に取組を評価・見直しする風土が職員に浸透した。

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

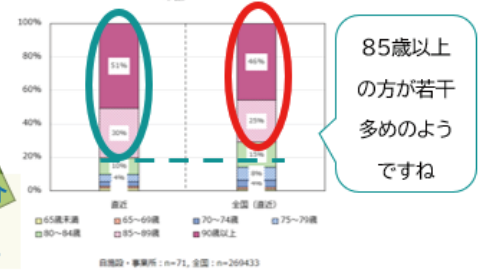
参考

#### 当ホームの 事業所票 活用例 「施設全体のケアの底上げ」 ①

特別養護老人ホーム 入居者  
「要介護度」 (R5.4サービス提供分)

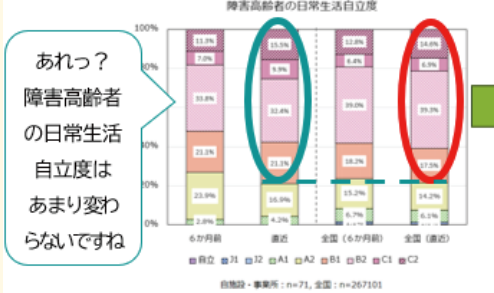


特別養護老人ホーム 入居者  
「年齢」 (R5.4サービス提供分)

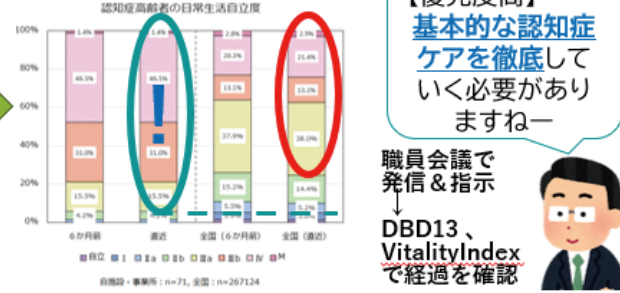


確か、年齢と要介護度は関係性が  
ありましたよね...

特別養護老人ホーム 入居者  
「障害高齢者の日常生活自立度」  
(R5.4サービス提供分)



特別養護老人ホーム 入居者  
「認知症高齢者の日常生活自立度」  
(R5.4サービス提供分)



※施設提供資料より抜粋して掲載

本事例集について

本事例集の読み方

目次

LIFE利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### 介護老人福祉施設

入所定員80名	介護職員39名	看護職員6名	リハビリ職員 1名	栄養士 2名
科学的介護 II	個別機能	ADL維持等 II	リハマネ	栄養
自立支援	褥瘡 I II	排せつ I	かかりつけ医・薬剤	口腔

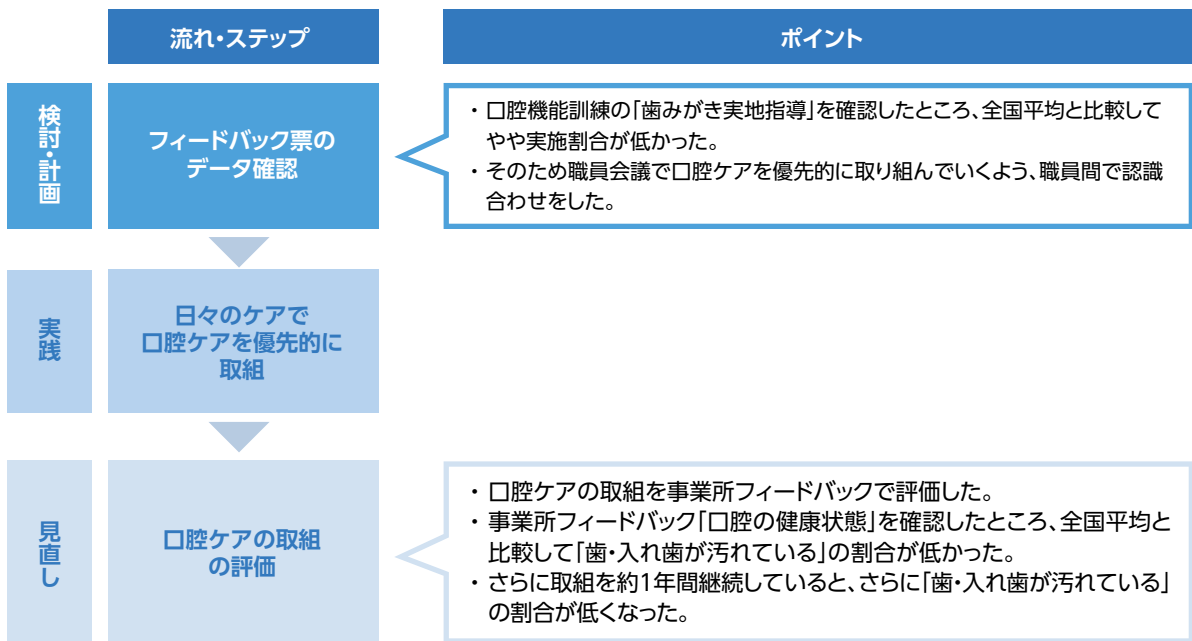
#### 事例3-3 事業所フィードバックから得られた口腔ケアの気付きと取組の評価

**気付き** 自施設で提供している入居者へのケアは正しいと信じている一方で、それを裏付けるデータが存在しなかった。

**対応** LIFEのフィードバック票などのデータを用いて、口腔機能訓練の状況や口腔の健康状態などを全国平均と比較し、現在までの取組の評価や次のアクションの検討を行った。

#### 成果

- 歯みがき実地指導の実施割合が全国平均と比較して低かったため、口腔ケアを優先度高く取り組んだ。その取組結果を事業所フィードバックの「口腔の健康状態」で評価したところ、施設全体として口腔状況が改善されていた。



#### 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

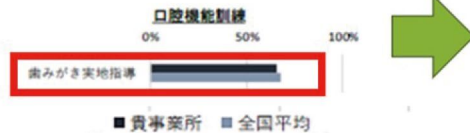
- 事業所フィードバックのデータを確認することで、施設全体として優先的に取り組む課題を把握できた。
- 口腔ケアの取組結果をデータを用いて評価できるようになった。

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

参考

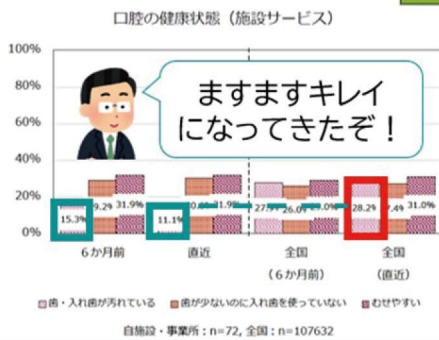
#### 当ホームの 事業所票 活用例「施設全体のケアの底上げ」②

R2.8 サービス提供分  
CHASE FB事業所票(10月FB)



【優先度高】  
口腔ケアに力を  
入れています！  
R2.11の職員  
会議で発信  
& 指示

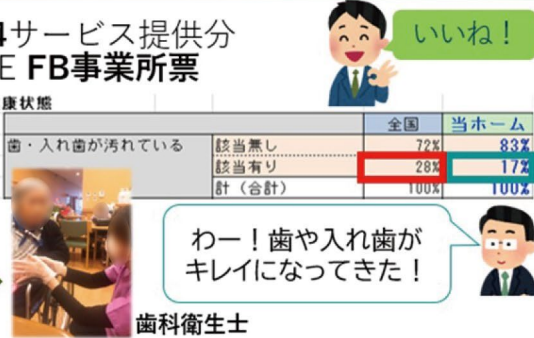
R4.2 サービス提供分  
LIFE FB事業所票



ますますキレイ  
になってきたぞ！

R3.4 サービス提供分  
LIFE FB事業所票

口腔の健康状態		全国	当ホーム
歯・入れ歯が汚れている	該当無し	72%	83%
	該当有り	28%	17%
計(合計)		100%	100%



歯科衛生士

R5.4 サービス提供分  
LIFE FB事業所票



えー！さらに  
キレイになった！！

R2.11以降、  
継続して口腔ケア  
に取り組んでくれ  
ていますねー、  
ありがたいですね♪

※施設提供資料より抜粋して掲載

本事例集について

本事例集の読み方

目次

LIFE利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

入所定員20名	介護職員21名	看護職員 2名	リハビリ職員 1名	栄養士 1名	
科学的介護 II	個別機能	ADL維持等 II	リハマネ	栄養	口腔
自立支援	褥瘡	排せつ I II	かかりつけ医・薬剤		

#### 事例3-4 フィードバック票の全国値から誤嚥性肺炎のリスクのある入居者の規模を把握し、自施設のケア内容の見直しに活用

##### 気付き

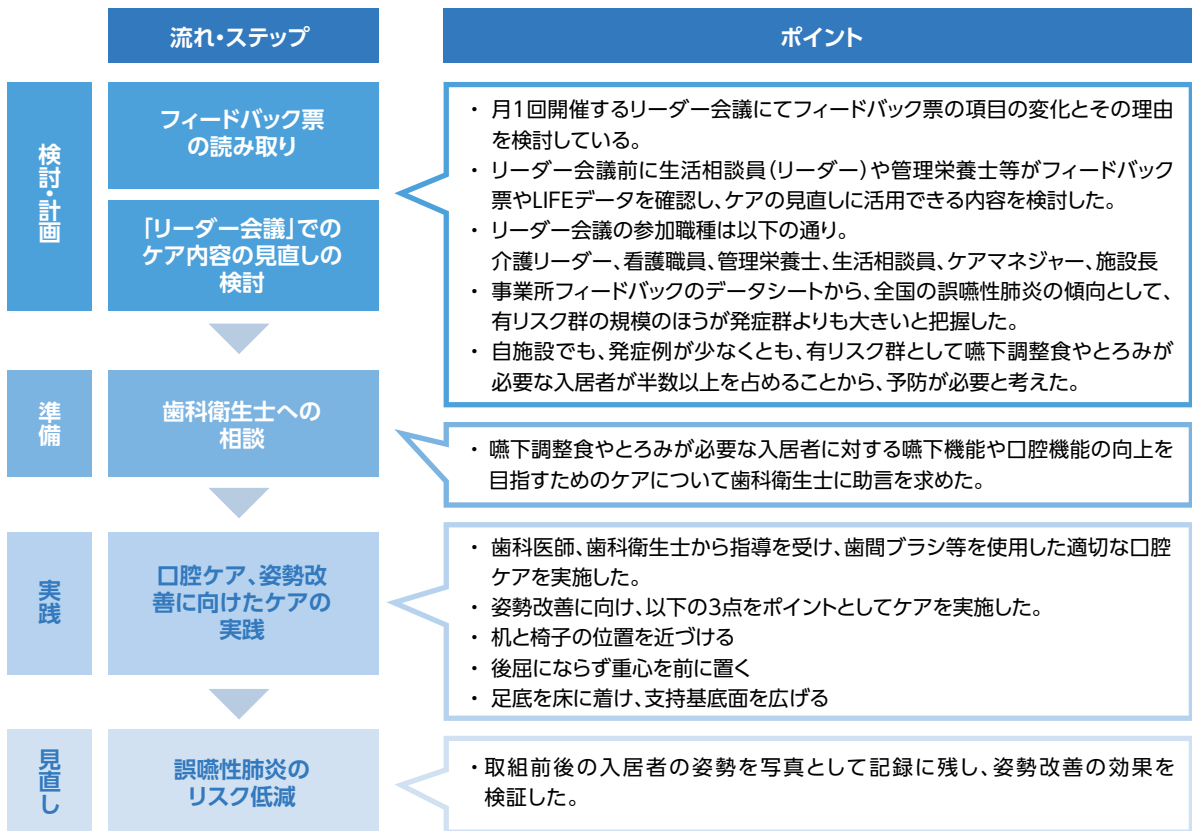
事業所フィードバックから、誤嚥性肺炎の有リスク群が発症群と比べて大きいという全国の傾向を把握した。自施設でも、誤嚥性肺炎は発生してはいるが、日頃からのリスク管理が重要と改めて気付き、予防のための取組が必要と考えた。

##### 対応

嚥下調整食やとろみが必要な入居者が自施設全体の半数を占めており、改めて嚥下機能や口腔機能の向上を目指す必要があると認識し、歯科衛生士に助言を求めた。口腔ケアの指導を受け、食事前の口腔体操や、姿勢の改善を行った。

##### 成果

- 歯科衛生士と協力しつつ、口腔ケアや姿勢の改善を行ったところ、入居者にも変化が見られ、誤嚥性肺炎のリスク低減につながったと考えられる。



##### 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- 入居者の現状だけでなく機能向上の可能性に視点を置くようになった。
- 多職種との連携が深まって法人内での人間関係が深まった

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

参考

姿勢改善のビフォーアフターの写真



<姿勢改善のケア実施前>

※左ページ「検討・計画」～「準備」の段階  
(2023年12月頃)



<姿勢改善のケア実施後>

※左ページ「見直し」の段階  
(2024年1月頃)

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### 通所リハビリテーション

利用定員50名	介護職員38名	看護職員 24名	リハビリ職員 9名	栄養士 1名
科学的介護	個別機能	ADL維持等	リハマネ	栄養
自立支援	褥瘡	排せつ I II	かかりつけ医・薬剤	口腔

#### 事例3-5

フィードバック票によりリハビリテーション計画書で挙げた課題の偏りに気づいたことで、計画書作成プロセス中の利用者へのニーズの聞き取り方を見直し、新たな課題の発見につなげた

#### 気付き

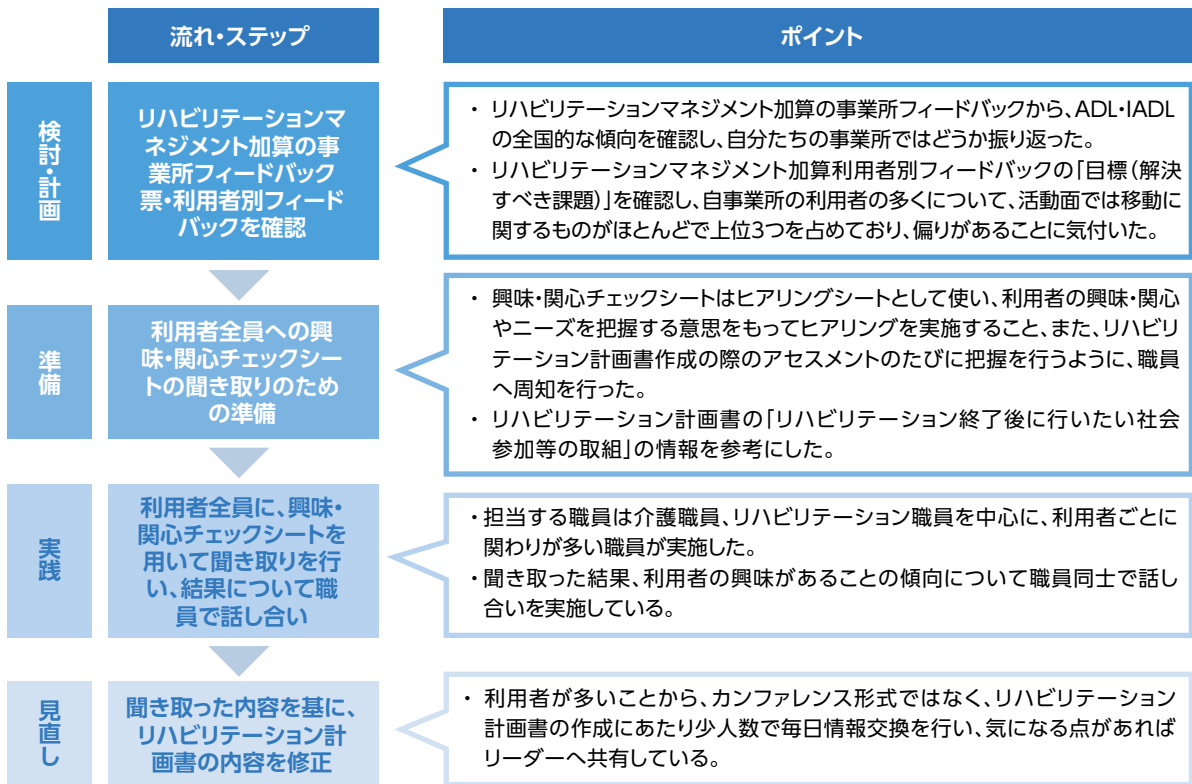
興味・関心チェックシートを見たことで、アセスメントに入る前の段階で、そもそもこの人は何がやりたいのかを振り返るとい点が不足していたことに気づいた。  
また、利用者別フィードバックを確認することで、リハビリテーション計画書で課題として挙げている項目について、活動面では移動に関するものがほとんどで上位3つを占めており、偏りがあることに気付いた。

#### 対応

利用者全員に対して、興味・関心チェックシートを用いたヒアリングを実施し、ニーズを聞き出した。  
また、リハビリテーション計画書作成の際のアセスメントのたびにニーズを把握するように周知した。

#### 成果

- LIFEのフィードバック票を基に気づきを得て、LIFE関連の情報を基に活動を考え、そこから課題を見つけ、利用者のリハビリテーション計画書の変更につなげた。



#### 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- 買い物などの活動に重きを置き、利用者が実際に活動に参加をするなかで、施設内では見られなかった課題が新たに出てくる場合がある。そのような課題を職員間で共有することで、リハビリテーション計画書の記載内容の見直しにつながった。

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### 通所介護

利用定員60名	介護職員18名	看護職員 4名	リハビリ職員 7名	栄養士 2名	
科学的介護	個別機能	ADL維持等 II	リハマネ	栄養	口腔
自立支援	褥瘡	排せつ	かかりつけ医・薬剤		

#### 事例3-6

フィードバック票を用いて実施したケアの結果を振り返ることで、ケア内容の妥当性や成果を確認

##### 気付き

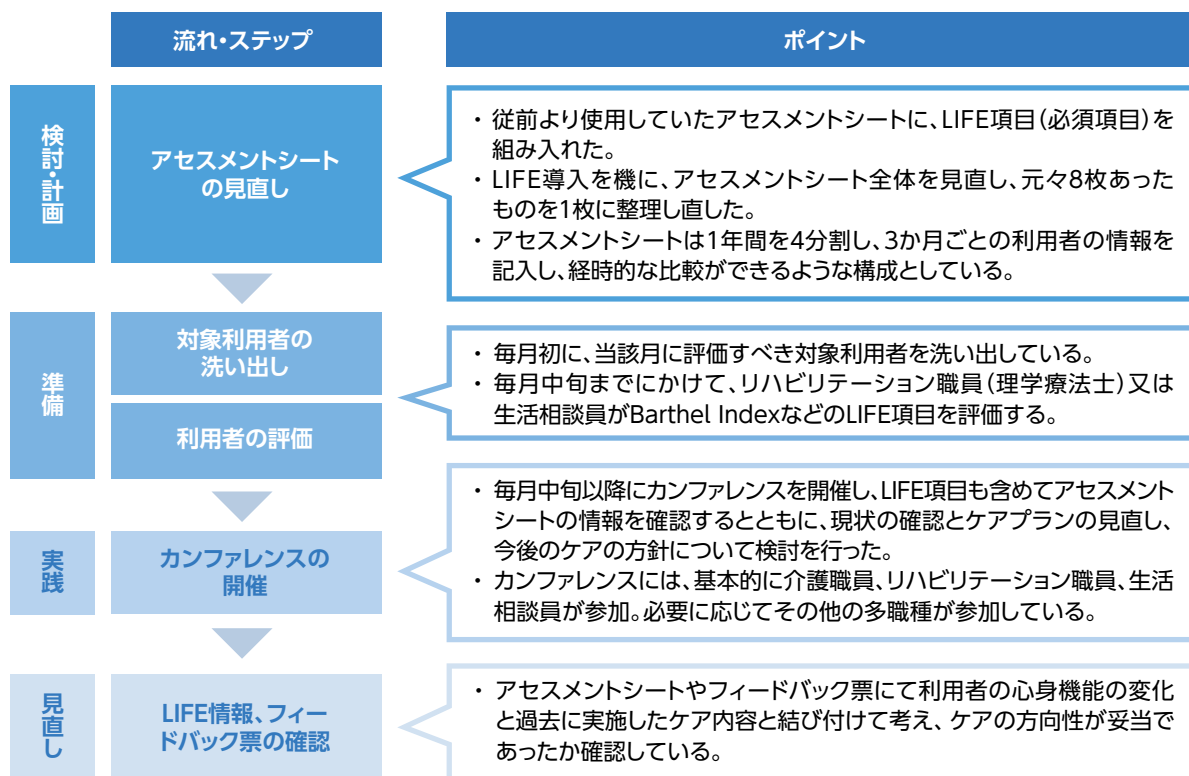
従前より定期的に収集していた情報は、ケアプランの立案・見直しの観点が主であり、これまでに実施してきたケアの見直しの観点をLIFE項目やフィードバック票で補えるのではないかと気づいた。

##### 対応

従前のアセスメントシートにLIFE項目を組み込み、3か月ごとに情報収集を実施し、カンファレンスにて経時的な変化を確認することとした。フィードバック票がある月は、フィードバック票も確認するようにした。

##### 成果

- 利用者の心身機能の変化を見ることで、これまでに実施したケアの妥当性を確認できるようになった。
- フィードバック票の確認により、過去に実施したケアの成果が可視化でき、職員のモチベーションの向上にもつながっている。



##### 💡 上記取組の実施後に生じたプラスの変化

- フィードバック票を見ることで、「あの時、食形態を変えて正解だった」というように、過去に実施したケアの振り返りができるようになった。
- 実施したケアの結果が数値化されることにより、職員のモチベーションの向上につながっている。
- 利用者の状況が可視化されることで、このままのケアでは不十分ではないか、もっとできる事があるのではないか、といった気付きにも今後はつながっていくのではと考えている。

## 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

## コラム3

## もう一歩進んだICT化・データ利活用の事例

施設・事業所によっては、従前からPDCAサイクルの推進やデータ活用に取り組んでおり、LIFE情報やフィードバック票だけでは「ものたりなさ」を感じることもあるかと思われます。

そこで、本コラムでは、LIFE導入を機に、もう一歩進んだICT化・データ活用を行っている事例をいくつか紹介します。

本コラムで取り上げる事例には、次の2種類があります。

- ①LIFE情報を用いて、より詳細なデータ分析を実施、独自のフィードバックを行った事例
- ②LIFE情報を基に、生成AIを使いケアプランの作成を行った事例

まずは①に該当する事例を紹介します。

## ①独自のフィードバックツールの活用により自宅入浴が可能になった事例

## ■取組の背景

- ・ケアプランに役立てる情報として、LIFE項目のうちBarthel Index (BI)に着目しました。
- ・動作工程をBIの項目ごとに細分化し、動作別に「できる能力」と「している能力」を3か月ごとに評価することにしました。

## ■LIFE情報の活用方法

- ・評価したデータは、LIFE項目と共に、独自に開発したデータベースに取り込めるようにしました。
- ・その結果、詳細なデータ分析を行い、独自のフィードバック票を作成できるようになりました。



(次ページに続く)

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

#### <独自のフィードバック票の例>

#### BIの部分介助・不可と判断される一部の詳細を評価

トイレ動作

ID  氏名  評価日 2022/04/29

トイレ動作BI 部分介助

1	トイレへの出入り	1.自立	4
2	便器での立ち座り	3.一部介助	2
3	衣服の着脱	3.一部介助	2
4	拭き取りや洗浄・便座の操作	1.自立	4
5	汚れたものの処理・フラッシュ	1.自立	4
6	尿器・便器など排泄用具の操作	3.一部介助	2

できる%トイレ動作 75 %

利用者の評価点 (できていること、していること) = 〇〇%  
 詳細評価項目数×評価点

例) トイレ動作の場合

$$\frac{4+2+2+4+4+2=18}{4 \times 6=24} \times 100 = 75\%$$

※施設提供資料より抜粋して掲載

#### ■独自フィードバック票の実際の活用例

- ある利用者について独自のフィードバック票を使い、入浴動作について「できる能力」と「している能力」の差の要因を分析することで、「浴槽の出入り」に課題があることがわかりました。
- 本人・家族、関連職種と動作確認を行い、課題・危険個所の確認、及び介助指導、入浴場面での現状と問題点の共有を行いました。その結果、本人・家族、関係職種が共通の目標をもって取り組むことができ、動作を改善することができました。

#### ■取組により得られた効果

##### 見直し前の取組

- 会議等での情報共有をしやすい
- 生活上の課題を細かく抽出可能

##### できる・している能力の差の要因評価

- 利用者の目標設定へ活用できる
- 課題の優先度が捉えやすい
- 過介護を防ぐことができる

本事例では、自事業所のデータについては独自のフィードバック票で確認しつつ、全国平均は引き続きLIFEのフィードバック票にて確認しているとのことでした。

## 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

続いて、②に該当する事例を紹介します。

### ②生成AIを活用してLIFE情報を基にケアプランを作成した事例

#### ■取組の背景

- ・令和6年報酬改定で3か月に1回の提出に変わり、膨大な量の作成が必要となります。
- ・そのため、生成AIによるケアプランの作成の省力化と、質の均一化を目指しました。

#### ■LIFE情報の活用方法

- ・科学的介護推進体制加算と興味・関心シートの項目を生成AIに入力し、ケアプランのおおよその内容をアウトプットしています。
- ・生成AIからアウトプットされるケアプランを基に、人がチェックと一部修正を行うことにより、満足できるレベルのケアプラン作成につながりました。

#### <生成AIを用いて作成したケアプランの例>

- 生活全般の解決すべき課題(ニーズ):
  - ・栄養管理:低栄養状態のリスクが中程度であり、嚥下調整食が必要。口腔の健康も重要。
  - ・ADLのサポート:全てのADLが全介助となっており、特に食事やトイレ動作などのサポートが必要。
  - ・コミュニケーションの促進:認知症が進行しており、物事に関心を示さないことが多いため、コミュニケーションの促進が必要。
  - ・看取りケアの提供:病歴情報や Vitality Index から、穏やかな看取りを提供する必要がある。
- 長期目標:
  - ・健康な栄養状態の維持
  - ・ADLの一部において自己の動きが見られるようになる
  - ・コミュニケーションの促進によるQOLの向上
  - ・穏やかな看取りを提供
- 短期目標:
  - ・2週間後までに嚥下調整食を適切に摂取し、栄養状態の改善を図る。
  - ・3週間後までに食事の一部での自己動作が見られるようになる。
  - ・1ヶ月後までに看取りケアの提供が始まり、穏やかな環境での過ごし方が確立。
  - ・2週間後までにコミュニケーションの促進が見られ、笑顔や返答が増加。
- サービス内容:
  - ・栄養管理サービス:
    - ・栄養士による食事アセスメントと嚥下調整食の提供。
    - ・定期的な身体計測と栄養状態のモニタリング。
  - ・ADLサポート:
    - ・訓練士によるADLの訓練と補助。食事、排泄、整容などに重点を置く。
    - ・介護職員によるトイレ動作や入浴時のサポート。
  - ・コミュニケーション支援:
    - ・介護士とのコミュニケーション促進プログラムの導入。
    - ・興味があるトピックに基づくコミュニケーションアクティビティ。
  - ・看取りケアの提供:
    - ・心理士や看護師と協力し、穏やかな看取りケアプランの策定。
    - ・定期的な医師面談による症状のモニタリングと適切な医療対応。

※施設提供資料より抜粋して掲載

#### ■取組により得られた効果

- ・生成AIにケアプランの各項目の案を作成してもらえるため、ゼロから考える必要がなくなり、省力化が実現しました。
- ・以前は、職員により文章の記載ぶりに差がありましたが、質の均一化が図られました。

生成AIを使う場合は、独自のデータベースを用意する必要はないため、比較的取り組みやすいと思われます。ただし、生成AIを使う際には、個人情報の取扱いに注意する必要があります。

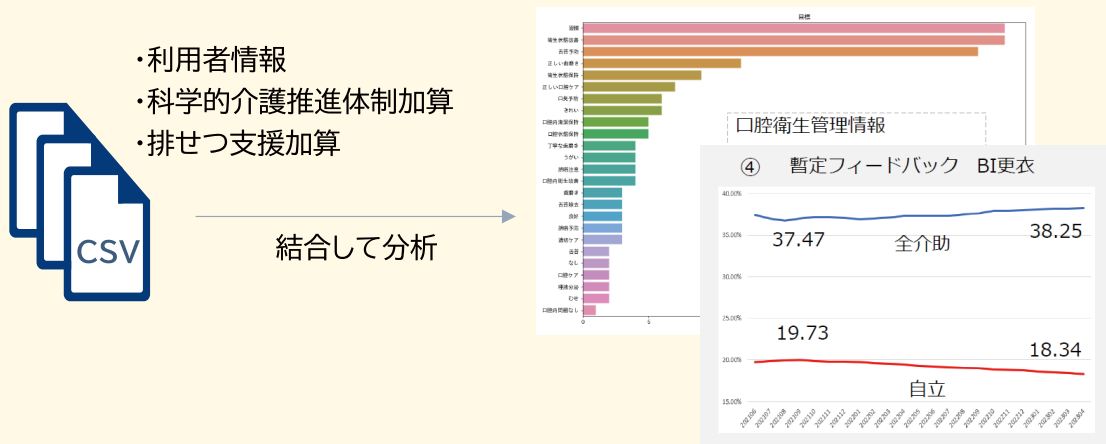
### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

最後に、①と②両方に取り組んだ事例を紹介します。

#### ③機械学習・生成AI等の手法とLIFE情報を組み合わせて分析や業務効率化を行った事例

##### ■ LIFE情報の活用方法

- ・ LIFEの「利用者情報」「科学的介護推進体制加算」「排せつ支援加算」の情報を活用し、被保険者番号で結合し、Excelでグラフ化できるように整備しました。
- ・ 特に、Barthel Index (BI)、DBD13、Vitality Indexは、テキストや合計点の列を追加することで、項目ごとの自立度や全体の傾向がわかりやすいように整備しました。



- ・ 更に、入居者のデータを用い、機械学習のクラスタリングを利用し、指標間の関係性を確認しました。

##### ■ 取組の結果

- ・ 随時、入居者の状態変化を確認することができるようになりました。
- ・ 12項目 (BIの一部の項目、DBD13の「特別な事情がないのに夜中起き出す」、食事形態、排せつ支援加算の「排便・排尿の状態(評価時)」)によって、入居者の身体機能を5つにグルーピングすることがわかりました。

<グルーピングの例>

グループ	1	2	0	3	4
				(食事形態が異なる)	
夜中起きだす	全くない ほとんどない	時々ある～ が多い	全くない～ 時々ある	全くない～	時々ある
更衣	自立	一部介助	一部介助	全介助	
排尿コントロール	自立	一部介助	一部介助	全介助	
Barthel Index	60～95	40～80	30～65	0～25	
排泄の状態	介助されていない 見守り等	一部介助	一部介助	全介助	

※施設提供資料より抜粋して掲載

(次ページに続く)

### 3.施設・事業所の取組や提供しているケアの評価・計画の見直し

本事例集について

本事例集の読み方

目次

LIFE 利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

#### ■取組の結果(続き)

- 入居者がどのグループに該当するか予測するための AI も開発しました。新規入居者 13 名について AI に予測させたところ、適合率は 100% でした。この AI を用いることで、入居者の身体機能や予後予測を簡単に把握できるようになりました。

<独自のデータベースを用いた解析結果の例>

The screenshot shows a software interface for data analysis. On the left, there's a table with columns for '項目' (Item) and '内容' (Content). Below it are buttons for '入所前の情報' (Information before admission) and '入所後の評価' (Evaluation after admission). In the center, there are buttons for '夜中起きだす' (Waking up at night), '更衣' (Changing clothes), and '排尿コントロール' (Urinary control), each with a dropdown menu. On the right, there's a section for '入所の目的' (Purpose of admission) with '家庭復帰' (Home return) selected, and '入所前に予測したグループ' (Predicted group before admission) set to '2'. Below that, '送信データ(確定)' (Confirmed transmission data) shows 'DBD13' at 0, 'Barthel Index' at 70 (with a slider and 'グループ= 1'), and 'Vitality Index' at 10.

※施設提供資料より抜粋して掲載

- LIFE 項目のうち、テキストで入力している項目(排せつ支援加算の「排せつに支援を要する要因」「支援計画」など)をデータベース化しました。そして、前述の入居者の身体状態の5分類とテキストデータを紐づけ、支援を要する要因を絞り込むことができるようにしました。
- 例えば新規入居者について、該当する身体状態の分類を選ぶことで、「排せつに支援を要する要因」を予測できるようになりました。

<支援を要する要因の絞り込みイメージ>

The diagram illustrates a three-step process: 1. 'データベースから検索した過去の支援を要する原因の内容' (Content of past support reasons searched from the database), 2. '今回該当するキーワードを抜き出す' (Extracting keywords that apply this time), and 3. '結びついている支援の内容を自動で絞り込む' (Automatically narrowing down support content that is linked). Below the first step is a table with columns H, I, J, K containing text like '取待データ', '取待データ', '取待データ', '取待データ'. Below the second step is a table with columns A, B, C, D containing text like '原因', '現在の状態', '支援が必要な理由', '支援の内容'. Below the third step is a screenshot of the software interface showing a table with columns A, B, C, D, E containing text like '原因・状態', '状態', '動作', '対応'.

※施設提供資料より抜粋して掲載

- 身体状態の分類ごとに関連するキーワードを抽出し、そのキーワードを生成 AI に入力、「排せつに支援を要する要因」の文章を自動で作成できるようにしました。

これらの施設・事業所では、独自の取組により作られたデータを、多職種が認識を合わせたり、利用者の状態変化やケアの方針を議論するための材料として用いています。

本事例集について

本事例集の読み方

目次

「LIFE利活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

# 1. LIFE情報を利用し、多職種で認識を合わせたうえでカンファレンスを行うことで、自立支援に向けたケアの見直しにつながった事例（介護老人保健施設）

Mさん

90代・女性

要介護度3

認知症自立度Ⅲa

障害自立度B2

## サービス利用の経緯、支援の状況

- 5年前の入居時の際は寝たきり・おむつ使用だったが、自宅内を車椅子自乗できるまでに自立度が向上し、自宅の住宅改修が完了した後に退所。今回は、早朝、自宅でベッドから車椅子へ移乗しようとした際に転倒、左大腿骨骨折で入院し、その後在宅復帰のために入居となった。
- 在宅復帰を一番の目標に、排せつ動作・認知面の自立を目指しており、身体機能の維持のためにリハビリテーション等に取り組んでいる。
- 転倒リスクが高く、トイレ時の下衣操作の際に恐怖心の訴えもあり、介助が必要な状態。
- 入居者本人は「足の痛みもだいぶいいよ。トイレにも行けるよ。」と発言あり。一方で、自宅では、家族だけでのトイレ介助が難しかった。
- 家族との会話を楽しみにされているため、介護老人福祉施設への入居ではなく、小規模多機能型居宅介護への移行を検討中。

## 事例概要

### 生活課題

排せつ動作の自立に向けて、下衣操作および椅子への移乗ができるように、機能面の維持・向上を目指す。

### 特に活用したLIFE情報

- Barthel Index (科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、排せつ支援加算)
- 職員との会話・声かけ 1日あたりの回数(自立支援促進加算)
- 着替えの回数 1週間あたりの回数(自立支援促進加算)

## カンファレンスの成果

ADLや着替えの回数といったLIFE項目に基づき、日々の生活状況を多職種で共有したうえで話し合った結果、「寝る前のズボンの履き替え」をリハビリテーションに組み込むことができるのではないかと考えた。自立支援に向けて「着替えの回数」を増やすため、「職員からの声かけ」の頻度・タイミングを見直すことができた。

## カンファレンスの詳細

### 参加職種・役割

介護職員（副リーダー 2 名、フロアリーダー 1 名）、看護職員（サービス責任者 1 名、リーダー職含む）、リハビリテーション専門職（サービス責任者 1 名含む）、栄養士、ケアマネジャー、施設長（兼医師） 計 11 名

介護職員（副リーダー）がファシリテーターを担当

### 頻度等

名称：チームカンファレンス  
頻度：月に1回  
要する時間：入居者1名につき10分ほど、全体で 30～40 分程度

### 扱う議題

介護職員の副リーダーがファシリテーター（進行役）を担当。入居者ごとに、「当該サービスの継続判断」「日常生活の共有」の2つの議題を取り扱う。「当該サービスの継続判断」はケアマネジャーから、「日常生活の共有」は多職種から情報共有を行う。

次ページにカンファレンスの流れとポイントを掲載しています

Mさん

90代・女性

要介護度3

認知症自立度Ⅲa

障害自立度B2

カンファレンスの流れとポイント

準備

- 参加職員全員が、事前にLIFE情報や「個別支援計画書」(【事例2-1】参照)を確認し、入居者の状態だけでなく、提供しているケアの内容について把握、共通認識を持った。

ポイント

会議を開催する前に、入居者の状態や提供しているケアの内容をできる限り定量的に把握した。

- ファシリテーターを担当する介護職員(副リーダー)が進行を務め、まず議題「当該サービスの利用の継続判断」についてケアマネジャーに話を振り、初回入居～これまでの経緯の概要を確認した。
- 続いて議題「日常生活の共有」について、同じく介護職員(副リーダー)から職種ごとに発言を求め、直近の入居者の生活状況や気づいた点について、それぞれの観点から情報共有した。
- 各職種からの発言と、個別支援計画書に記載したLIFE情報を統合して捉え、自立支援のために今まで以上にできることとして、「職員からの声かけのタイミング・回数を見直すことで、寝る前のズボンの履き替えをご自身で実施いただくことができるのではないか」という気付きを得た。

会議の開催

各職種からの発言(カッコ内は職種名)

- ▶ 転倒リスクのためトイレ・離床のたびに声かけ必要。  
認知面の不安はあるがコミュニケーションは取れている。  
できることを増やしていきたい。(介護職員)
- ▶ リハビリテーションは意欲的に参加している。移乗したくても気を遣われてナースコールを押してもらえないことがある。  
もう少しこちらからの声かけが必要。(リハビリテーション職)
- ▶ 痛み止めが効いている。血圧は低いが、問題ない範囲である。(看護職員)
- ▶ 現在は適正体重であるため、低栄養にならないよう気をつける。(栄養士)
- ▶ 過去に骨折した部分の痛みはないようなので様子を見る。低血圧については利尿剤の減量も検討する。(医師)
- ▶ 発汗が多く、寝る前に更衣したほうがよさそう。生活リズムが作られ、安眠につながる。(介護職員)

介護職員の「できることを増やしていきたい」という発言をきっかけに、議論の方向性が定まりました。



特に活用したLIFE情報(カッコ内は関連する加算名)

- ▶ Barthel Index(科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、排せつ支援加算)
- ▶ 職員との会話・声かけ 1日あたりの回数(自立支援促進加算)
- ▶ 着替えの回数 1週間あたりの回数(自立支援促進加算)

ポイント

- ・事前の確認により、会議中にLIFEや「個別支援計画書」を参照せずとも自立支援に向けて入居者が「何ができなくて」「何ができそうか」を話し合うことができた。
- ・LIFE導入前は、会議の場で意見がまとまらないことも多く、方向性の確認や議論の軌道修正が現在よりも頻度高く必要だった。LIFE導入後、利用者ひとり一人のケアについて、全職種が同じ情報を共有するようになり、同じ土俵で話し合うことができるようになった。結論を得るまでに要する時間も短縮された。

会議の結論

- 自立支援に向けて「着替えの回数」を増やす方針となった。リハビリテーションの一環として「就寝前の下衣更衣」を追加するため、介護職員から、「就寝前の声かけ」を増やすこととした。

ポイント

声かけの頻度や着替えの回数について全員が同じ情報を把握できているため、「いつ」、「何を」、「どのくらい」行うのか、すぐに決めることができた。

本事例集について

本事例集の読み方

目次

「LIFE」を活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

## 2. 栄養マネジメント強化加算の事業所フィードバックを基に、入居者の食事形態の変更に関する多職種連携の方向性を検討した事例(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

Fさん

80代・女性

要介護度4

認知症自立度Ⅲa

障害自立度B2

### サービス利用の経緯、支援の状況

- 以前入居していた介護老人保健施設が合わず、本施設へ入居。家族は自宅での介護の希望もあるが、共働きのため困難。
- 弱視により生活全般に介助が必要。ただしクロックポジション(視力が弱い方へ物の位置を説明する方法)により食事の自力摂取が可能。
- 自歯があるが介護老人保健施設でソフト食を摂取していた経緯から本施設入居後もソフト食を摂取している。ソフト食での嚥下状態には問題なし。
- 昔、お店を経営していたため食事時間が限られており、早食い・丸飲みの傾向がある。
- 本人・家族ともにソフト食から常食への移行を希望している。

### 事例概要

#### 生活課題

毎日の食事を楽しめるよう、食事の形態を「常食」にする。

#### 特に活用したLIFE情報

- 低栄養状態のリスクレベル(栄養マネジメント強化加算)
- 本人の意欲(栄養マネジメント強化加算)
- 食欲・食事の満足感(栄養マネジメント強化加算)
- 食事に対する意識(栄養マネジメント強化加算)

### カンファレンスの成果

- 事業所フィードバックで「本人の意欲」「食欲・食事の満足感」「食事に対する意識」が低い入居者が確認された。
- 専門職の意見に基づき、誤嚥性肺炎のリスク管理の観点からソフト食としていることが要因と考察した。
- 専門職の観点だけでなく日々入居者と触れ合う介護職員の意見も取り入れられるように、介護職員も含めてミーティングを行った後でミールラウンドを行うこととした。
- 本事例の話し合い後のミールラウンド時に一口サイズのせんべいを試食した。咀嚼・嚥下に問題ないことを把握したため、間食から常食への移行を進めることとした。

### カンファレンスの詳細

#### 参加職種・役割

介護職員(ユニットリーダー2名)、看護師1名、管理栄養士2名、生活相談員(リーダー)、ケアマネジャー2名、施設長、事業所長、計10名

生活相談員(リーダー)がファシリテーターを担当

#### 頻度等

名称:リーダー会議  
頻度:月に1回  
要する時間:約2時間(LIFEに関する議論は15~30分間)

#### 扱う議題

生活相談員(リーダー)がファシリテーター(進行役)を担当。フィードバック票を基にケアの振り返り・見直しの議論を行う。そのほか、感染症や褥瘡の対策委員会、管理栄養士からの入居者の状況報告、ユニットリーダーによる各ユニットの状況報告も行っている。

次ページにカンファレンスの流れとポイントを掲載しています

Mさん

80代・女性

要介護度4

認知症自立度Ⅲa

障害自立度B2

カンファレンスの流れとポイント

準備

- リーダー会議で参照するフィードバック票の項目を生活相談員(リーダー)がピックアップした。
- そのほかの議題の資料は各担当職種が事前に用意した。
- 全資料を生活相談員(リーダー)とユニットリーダーが取りまとめ、全職員が事前に確認した。

生活相談員(リーダー)がフィードバック票を基に会議で取り上げる議題を検討。  
フィードバック票の変化した項目、及び、最近変更したケアの内容のうち、関連すると思われる項目をピックアップした。

ポイント

- 生活相談員(リーダー)が進行を務め、まず、栄養マネジメント強化加算の事業所フィードバックを基に自事業所の状況を説明し、「本人の意欲」の低下等の課題と食事形態をソフト食とすることの関連の可能性を指摘した。
- 続いて食事形態の変更の根拠と入居者の気持ちについて介護職員・管理栄養士双方の意見を聞いた。
- その結果、誤嚥性肺炎の予防の観点からはソフト食の摂取は問題ないが、入居者の意欲の観点での検討が十分でなかったことに気付いた。
- 入居者の嚥下機能だけでなく生活や意欲に関する情報を職員間で共有した上で入居者の嚥下機能を観察するために、ミールラウンドの実施方法を変更し、事前に介護職員と専門職が情報共有の目的で短時間の打合せを行うことになった。

会議の開催

各職種からの発言(カッコ内は職種名)

- ▶ 事業所フィードバックから、「本人の意欲」「食欲・食事の満足感」「食事に対する意識」が3か月前よりも低下した入居者が確認された。食事形態が常食の入居者が減り、ソフト食の入居者が増加したことが原因ではないか。(生活相談員(リーダー))
- ▶ 専門職から食事形態の変更を提案されたときに、現場の介護職員からその他の対応策の相談をしてくる。例えばその入居者の状態改善に有効な口腔体操等。(生活相談員(リーダー))  
→専門職の観点だけでなく介護職員の意見を反映させるために、ミールラウンド前に介護職員と専門職でミーティングを実施することにする。入居者の嚥下機能だけでなく生活の様子や意欲についても情報共有したい。(管理栄養士)  
→専門職は根拠に基づいて食事形態を常食からソフト食に変更する判断をしている。食事形態の変更をしないということではなく、判断材料に入居者の日々の様子等の情報を含められるようにしたい。(生活相談員(リーダー))
- ▶ 介護職員の意見を客観的な情報としてケアに反映させるため、入居者の食事の様子に関する記録を充実させる。(介護職員)

特に活用したLIFE情報(カッコ内は関連する加算名)

- ▶ 低栄養状態のリスクレベル(栄養マネジメント強化加算)
- ▶ 食欲・食事の満足感(栄養マネジメント強化加算)
- ▶ 本人の意欲(栄養マネジメント強化加算)
- ▶ 食事に対する意識(栄養マネジメント強化加算)

入居者の意欲の変化が数値化され、フィードバック票で変化を確認できたことがケアの見直しにつながった。  
LIFE導入によって、議論の出発点が客観的なデータとなることで検討すべき課題が明確になり、多職種での議論が円滑にできるようになった。

ポイント

- 管理栄養士や歯科衛生士によるミールラウンド前に、介護職員も含めたミーティングを実施することとした。
- 入居者の嚥下機能だけでなく生活や意欲に関するリスクを考慮して食事形態を検討することとした。
- 多職種連携に介護職員の意見を適切に反映するため、入居者の食事の様子を丁寧に記録することとした。

各職種の視点の違いをうまく組み合わせ、入居者のニーズに合わせたケアを検討するための方針・体制を確認することができた。

ポイント

会議の結論

本事例集について

本事例集の読み方

目次

LIFE活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

### 3. ADL・IADLのフィードバック票を活用し、利用者も交えてカンファレンスを行うことで、利用者本人にも前向きになっていただきつつ、自立度向上のための目標設定につながった事例(通所リハビリテーション)

○さん

60代・男性

要介護度 1

認知症自立度 自立

障害自立度 A1

#### サービス利用の経緯、支援の状況

- 1年ほど前に腰部脊柱管狭窄症術後障害で脊柱内異物除去目的で入院後、発熱と頸部痛、右片麻痺が出現。その後麻痺が左上下肢麻痺にも拡大、傍胸椎部腫瘍が見つかり、転院。椎間板炎などの診断で加療となり、リハビリテーションを目的として再度転院。
- その後、短下肢装具と杖を使うことで屋外歩行が自立レベルまで回復し、自宅退院となる。
- 歩行耐久性には引き続き課題があり、3か月ほど前に当該事業所の利用を開始した。

#### 事例概要

##### 生活課題

奥様と一緒に買物や家事を行うために、IADLの向上を目指す。

##### 特に活用したLIFE情報

- Barthel Index(リハビリテーションマネジメント加算)
- IADL(リハビリテーションマネジメント加算)

#### カンファレンスの成果

- ADL・IADLをグラフを使うことで、関わる職員全員と利用者本人が「できること」と「していること」の差分を確認することができた。
- そのうえで、向上できる見込みのあるIADL項目がどれか検討し、今後の方向性を固めることができた。

#### カンファレンスの詳細

##### 参加職種・役割

利用者本人、リハビリテーション職員（理学療法士兼サービス提供責任者）、栄養士、生活相談員、ケアマネジャー、医師 ※ヒアリング当日は雪の影響のため医師不在

リハビリテーション職員(理学療法士・サービス責任者)がファシリテーターを担当

##### 頻度等

名称：リハビリテーション会議  
頻度：1～3か月に1回  
要する時間：利用者1名につき 20 分ほど

##### 扱う議題

リハビリテーション職員がファシリテーター(進行役)を担当。目標と現状を確認し、利用者の主訴と生活の詳細を聴き取る。多職種から共有される情報や意見も交えつつ、今後の方針について議論を行い、結論を取りまとめる。

次ページにカンファレンスの流れとポイントを掲載しています

〇さん

60代・男性

要介護度1

認知症自立度自立

障害自立度A1

カンファレンスの流れとポイント

準備

- 利用者について情報収集。
- リハビリテーション職員が利用者のフィードバック票(リハビリテーションマネジメント加算)のADL、IADLの部分を印刷。

リハビリテーション会議では多職種間の情報共有も目的のひとつとしているため、事前にそれぞれが利用者について情報収集を行っている。

！ポイント

- リハビリテーション職員が進行を務め、まずケアプランとフィードバック票を用いて現状と目標を確認した。
- 続いて、利用者の主訴と生活状況をリハビリテーション職員とケアマネジャーが中心となり聴き取りを行った。
- 利用者の発言から、痛みが要因となり、ADLとしては「自立」となっているが、IADLの自立度が低くなっている項目があることを把握した。
- 痛みのコントロールについて、多職種で議論した。
- 低栄養リスクを軽減する観点から、栄養士が食事面の提案を行った。
- ADL「平地歩行」は自立であり、IADL「屋外歩行」「外出」は前回よりも自立度が向上していることから、次に目指すところとしてIADL「買物」を奥様と一緒に控えようであることに気付いた。

会議の開催

各職種からの発言(カッコ内は職種名)

- ▶ 前回と今回のIADLを見比べると、「食事の用意」と「掃除や整頓」は向上しているので、次にできる事を探してみましょう。(リハビリテーション職員)
- ▶ 痛み止めを変えてから、歩く時の痛みが気になるようになった。(利用者)
  - 今まで足の筋肉をつけてきた。処方薬と体幹トレーニングにより痛みをコントロールしつつ外出を増やせるとよい。(リハビリテーション職員)
- ▶ 入院で10kg落ちた体重も、5kg増加した。塩分や飲酒量、運動量に気を付けつつ、少しずつ元に戻していけるとよい。(栄養士)
- ▶ 「買物」も奥様と車で行って、車の中で待っていると伺った。自信がつけきたら、店舗の中も一緒に歩けるとよい。(リハビリテーション職員) ※主なIADL項目をひとつずつ確認
- ▶ 何か目標に挙げたいものは他にありますか?(リハビリテーション職員)
  - 痛みが取れば色々なことができると思う。まずは痛みを緩和したい。(利用者)

リハビリテーション職員から、ADL、IADL項目の状況の説明と、実際の生活の様子を確認を行いました。



- ADLとIADLの経時的な推移と差分について、フィードバック票を用いて利用者にも確認いただき、納得いただいた。
- ADLとIADLの差分をグラフにより示し、リハビリテーション職員が主な項目の状況をひとつずつ確認したことで、利用者本人も「痛みが緩和されれば、もっとできることがあるのではないか」という積極的な気持ちになれたのではないか。

！ポイント

会議の結論

- 痛みを服薬と体幹トレーニングでコントロールしつつ、少しずつ「買物」の自立度を向上させられるよう、屋外を想定した坂道や段差を歩く練習を行うこととした。

これまでの経緯や利用者の主訴と、ADL・IADLの数値を統合して捉えることで、「何を」「どのようにしたら」できるようになるか、具体的な目標を立てられた。また、利用者にも理解しやすい形で示すことができ、納得いただいたうえで目標を設定することができた。また、対象利用者が、機能向上が期待できる状態かどうかによって、フィードバック票の使い方は変わってくることに気付いた。

！ポイント

本事例集について

本事例集の読み方

目次

「LIFE」を活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

## 4. 排せつ支援加算と個別機能訓練加算の事業所フィードバックを活用し、本人の歩行能力を活かすことができるケアプランへの変更を検討した事例(介護老人福祉施設)

Kさん

90代・女性

要介護度4

認知症自立度Ⅲb

障害自立度B1

### サービス利用の経緯、支援の状況

- 歩行器で歩行をしていたが、徐々に車いすでの移動が主になっている。
- 現在、個別機能訓練で歩行器を使用した歩行練習、立ち上がり動作練習、移乗動作練習、排せつ動作練習を行っている。
- 排せつについて、日中は居室内のトイレまで車いすで移動しており動作はほぼ自立。夜間はポータブルトイレを使用しており一部介助を要する。
- 転倒リスクが高いものの、各ADL動作において自力で行おうとするため見守りが必要。
- コミュニケーションは良好。

### 事例概要

#### 生活課題

- 立ち上がりや歩行、排せつ時などにふらつきがあり、転倒リスクが高い。
- 車いすを使用されることが増えている。

#### 特に活用したLIFE情報

- おむつ使用の有無(排せつ支援加算)
- 個別機能訓練の状況(個別機能訓練加算)
- ADL・IADLの推移(個別機能訓練加算)
- 起居動作の推移(個別機能訓練加算)

### カンファレンスの成果

フィードバック票を基に、施設全体のケアの方針について確認した。  
施設全体の方針に基づき、入居者の日々の様子を見直した結果、本人の能力を最大限に活かすために、歩行器を使いトイレまで歩いていただくこととなった。

### カンファレンスの詳細

#### 参加職種・役割

介護職員 1名、看護職員 1名、  
リハビリテーション職員 2名(理学療法士、うち1名が進行役)、管理栄養士 1名  
生活相談員 1名、ケアマネジャー 1名、

リハビリテーション職員がファシリテーターを担当

#### 頻度等

フィードバック票が返ってくる頻度と同様に、3か月に1回を目途に開催  
今後は頻度を変更することも検討している

#### 扱う議題

事業所フィードバックを基に、施設全体のケアの方針について検討する。  
フィードバック票に関連する入居者のケアプランについて検討する。

次ページにカンファレンスの流れとポイントを掲載しています

Kさん

90代・女性

要介護度4

認知症自立度Ⅲb

障害自立度B1

カンファレンスの流れとポイント

準備

- 事業所フィードバックを確認した。
- 加算ごとに事業所フィードバック票の中で気になった数項目をピックアップし、カンファレンスでの議論に向けて、その項目について特に関連すると思われる入居者のケアプランを準備した。関連する入居者の数が多い場合は、カンファレンスごとに3名ずつ程度について話し合うことにしている。

フィードバック票に関する検討会という名目で開催。対面で会議室に集まって議論を実施した。

！ポイント

- リハビリテーション職員が進行を行い、加算ごとに事業所フィードバックの数値について確認。その内容を基に、現状の取り組んでいるケアの内容や、今後の施設全体のケアの方針について議論をしている。
- その後、一部の入居者については、取り決めた方針の中で、ケアプランに活かせる部分がないか議論している。
- 事業所フィードバックの確認→ケアプランの確認の流れを各加算ごとに繰り返す。

各職種からの発言(カッコ内は職種名)

個別機能訓練加算の事業所フィードバックを基にした施設全体のケアの方針

- ▶ 施設内の歩行・移動について多職種で関われる機会を増やしていく。また、歩行練習は座位姿勢の改善・排せつ時の動作の改善にもつながるため、今後も多くの入居者で継続していく。(リハビリテーション職員)
- ▶ 歩ける人には歩いていただくなど、入居者個人の状況に応じて介助量を減らせるように努めていただきたい。(リハビリテーション職員・進行役)
- ▶ 起居動作の推移で挙げられている動作について介護職員と連携し、活動的なプログラムになるように見直していきたい。(リハビリテーション職員・進行役)

入居者のケアプランについて

- ▶ 現在は歩行器での歩行練習をしている。今後は、本人の意向次第ではあるが、本人の能力を最大限に活かすために、排せつ支援加算で決めた方針も踏まえ、歩行器を使ってトイレまで歩くことを目標としてはどうか。(リハビリテーション職員・進行役)
- ▶ 歩行に対して前向きなため、歩行器でトイレまでの歩行を目標にする方針が良いと考える。(看護職員)
- ▶ ペースメーカーを装着されているが、プログラムを変更することに問題はないか。(生活相談員)  
→今の時点で大きな問題はない。(看護職員)
- ▶ 本人の意欲を高めるために、励ましながら歩行していただく。(介護職員)

特に活用したLIFE情報(カッコ内は関連する加算名)

- ▶ おむつ使用の有無(排せつ支援加算)
- ▶ 個別機能訓練の状況(個別機能訓練加算)
- ▶ ADL・IADLの推移(個別機能訓練加算)
- ▶ 起居動作の推移(個別機能訓練加算)

・ 議論のきっかけとして、進行役のリハビリテーション職員の方が関連しそうな職種に話を振っているが、その後は自然と議論が盛り上がっている。  
・ それぞれの職種が持っている細かな状況の伝達、確認を行い、全員が納得できるように合意形成を図っている。  
・ ケアの方針については、排せつ支援加算の話し合いの際に、おむつの使用が全国値より多かったため、できる限りトイレで排せつしていただくという方針になっていたことを踏まえて発言。

！ポイント

- フィードバック票を基に、施設全体のケアの方針について確認した。
- 本人の能力を最大限に活かすケアプランへの変更が検討されることになった。
- リハビリテーション職員による歩行練習だけでなく、多職種で入居者の歩行に関わる方針になった。

会議の開催

会議の結論

本事例集について

本事例集の読み方

目次

LIFE活用に向けた施設・事業所全体としての活用事例

個別ケアへの活用事例

---

---

令和5年度 科学的介護に向けた質の向上支援等事業 事例集

---

---