

ケアの質の向上に向けた
科学的介護情報システム(LIFE)
利活用の手引き
令和7年度 事例集

目次

本事例集について	…1
本事例集の読み方	…2
フィードバックの参照方法について	…3
(1)施設・事業所の体制整備	
施設系 事例01 PDCAサイクルを回すための体制づくり・役割分担	…4
施設系 事例02 フィードバックの着目ポイント・解釈例を職員に展開	…6
(2)職員の教育・研修	
通所系 事例03 事業所職員全体にLIFE活用への関心を持ってもらうための工夫	…15
(3)施設・事業所全体のケア方針の見直し	
通所系 事例04 自立支援の取組成果をフィードバックで確認	…18
通所系 事例05 事業所フィードバックを活用した利用者向けの栄養・口腔ケアに関する情報発信	…20
施設系 事例06 認知症の種類に応じたケア体制の整備の効果について	R6 …22
施設系 事例07 「歯の汚れ」がある割合の増加に対応した口腔衛生の取組の効果について	R6 …26
施設系 事例08 認知症ケアの妥当性に関するフィードバックによる継続的な確認状況について	R6 …28
施設系 事例09 施設方針についてのフィードバックによる継続的な確認	R6 …30
(4)個別ケアの見直し	
施設系 事例10 転倒後のケア見直しに向けた方針検討	…32
通所系 事例11 ケアプラン見直しに向けた会議でのフィードバック活用	…35
通所系 事例12 リハビリテーション会議でのフィードバックを活用した取組事例	…38
施設系 事例13 訓練時にできている平地歩行を日常生活でも実施できるよう、車椅子から歩行器への移行を試した取組の効果について	R6 …41

施設系

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院における取組事例であることを示しています。

通所系

通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所における取組事例であることを示しています。

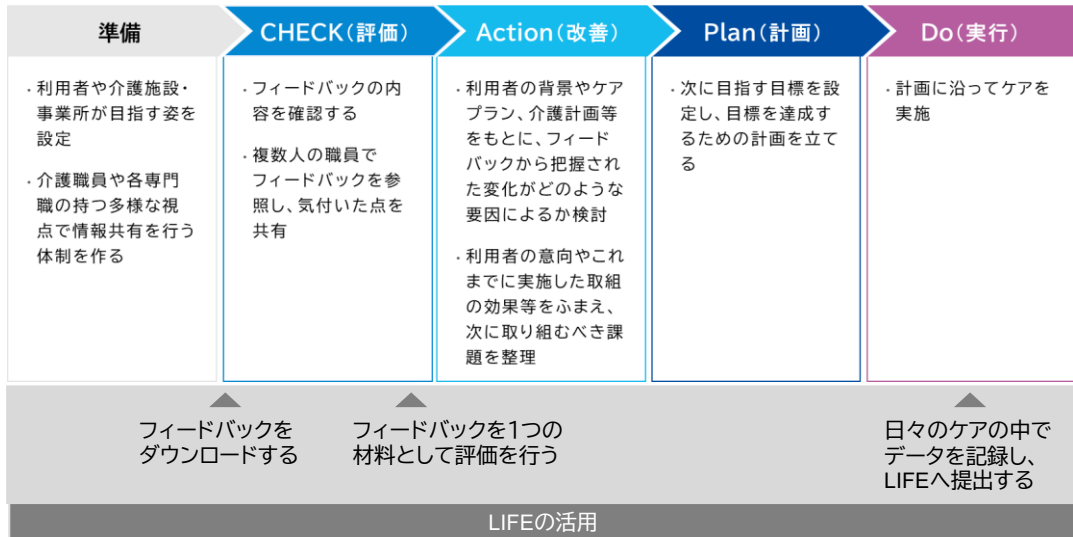
R6

令和6年度事例集の掲載事例のうち、令和7年度にその後の取組・効果について再度把握した事例であることを示しています。

介護施設・事業所において、質の高いケアを提供していくために、ケアプランや介護計画、日々のアセスメントの結果など、ケアに関わる様々なデータを活用して取組の効果・課題などの把握を行い、継続的に見直しを行っていくことはとても重要です。ケアを継続的に改善し、質を向上していくためには、利用者の意向を踏まえて設定した目標や過ごし方の希望などに対して計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)を繰り返す、「PDCAサイクル」を実践することが大切です。

本事例集では、以下の4つの観点から、科学的介護情報システム(LIFE)から提供されるフィードバックを材料として、介護施設・事業所においてPDCAサイクルが実践された事例を取り上げています。LIFE・フィードバックを日々のケアにおけるPDCAサイクルに取り込むことによって、よりよいケアへと繋げるための具体的な取組の参考としてご覧ください。

- (1) 施設・事業所の体制整備
- (2) 職員の教育・研修
- (3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し
- (4) 個別ケアの見直し



フィードバック活用のプロセス

本事例集の読み方

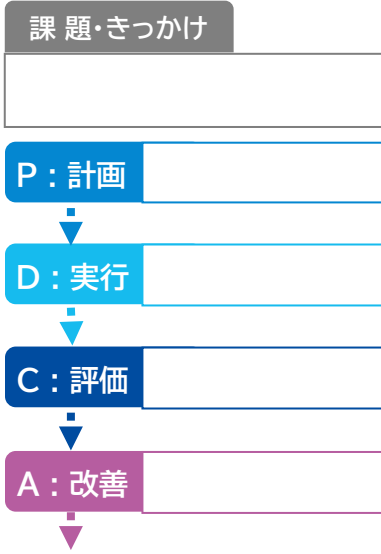
(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

■ アイコンについて



本事例集では、取組の課題やきっかけを起点として、左記のアイコンでPDCAサイクルのステップごとに取組内容を掲載しています。



…取組内容をより具体的にイメージしやすいよう、実際の会議の様子や参考資料を掲載している箇所等には左記のアイコンで示しています。



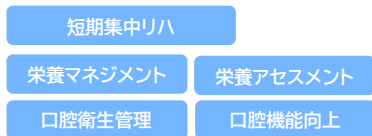
…このマークが事例冒頭ページ右上に表示されている事例は令和6年度事例集に掲載されています。令和7年度にその後の取組・効果について再度聞取りを行った結果を追記しています。

令和6年度事例集を参照したい場合は、厚生労働省ホームページ「科学的介護情報システム(LIFE)について」4. LIFE利活用に関する事例集 (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html#casestudies) をご覧ください。

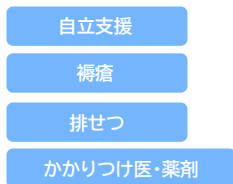
事例の聞き取りを行った施設・事業所のLIFE関連加算の算定状況を以下のアイコンで示しています。



…科学的介護推進体制加算、科学的介護推進体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)
…個別機能訓練加算(Ⅱ)・(Ⅲ)
…ADL維持等加算(Ⅰ)・(Ⅱ)
…リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)・(Ⅱ)
理学療法^{注6}、作業療法^{注6}、言語聴覚療法^{注4}
理学療法^{注7}、作業療法^{注7}、言語聴覚療法^{注5}
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)・(ハ)



…短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)
…栄養マネジメント強化加算、栄養アセスメント加算
…口腔衛生管理加算(Ⅱ)、
口腔機能向上加算(Ⅱ)、口腔機能向上加算(Ⅱ)イ・ロ



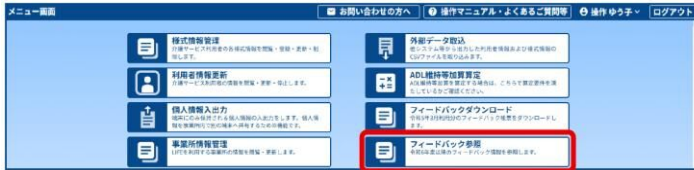
…自立支援促進加算
…褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・(Ⅱ)、褥瘡対策指導管理(Ⅱ)
…排せつ支援加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)
…かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)、薬剤管理指導の注2

フィードバックの参照方法について

操作手順

※より詳細な操作方法は、「操作説明書(フィードバック参照編・令和6年度版)」(<https://life-web.mhlw.go.jp/help>)をご参照ください。

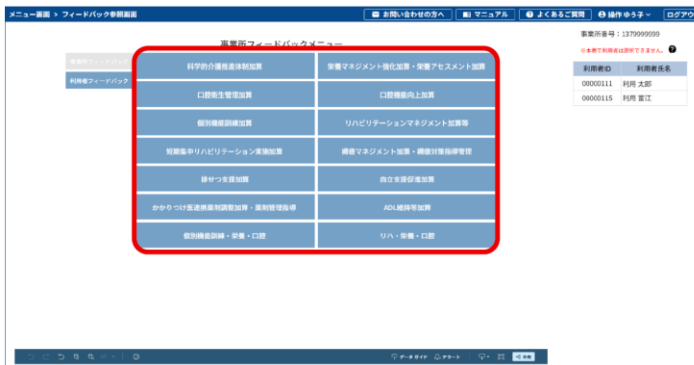
- ① LIFEにアクセスし、管理ユーザまたは操作職員でログイン
- ② メニュー画面で「フィードバック参照」をクリック



- ③ 「事業所フィードバック」と「利用者フィードバック」のうち、参照したい方をクリック (画像は事業所フィードバックを選択した場合)



- ④ 参照したい種類のフィードバックを選択
<事業所フィードバックの場合>

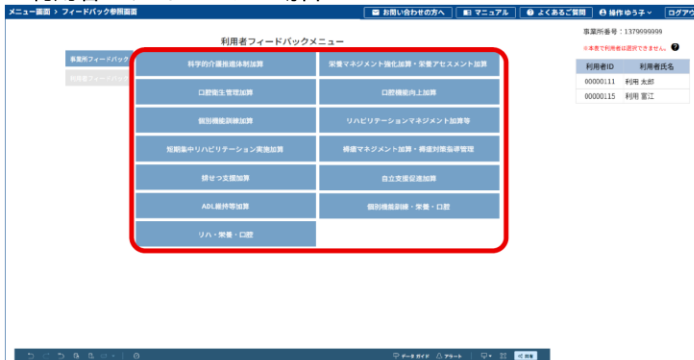


次の画面で、サービス種類を選択するとグラフが表示されます。

参照したいフィードバックの項目を選択してください。

表示期間や、詳しい条件を指定して、グラフの表示を変えることもできます。

<利用者フィードバックの場合>



次の画面で、サービス種類と利用者IDを選択するとグラフが表示されます。

参照したいフィードバックの項目を選択してください。

表示期間や、詳しい条件を指定して、グラフの表示を変えることもできます。

事例No.1 PDCAサイクルを回すための体制づくり・役割分担

介護老人福祉施設

医師(5名), 生活相談員(3名), 看護職員(11名), 介護職員(54名),
管理栄養士(2名), 機能訓練指導員(4名), 介護支援専門員(1名)

定員:100名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

● 自然にPDCAサイクルが回る体制を整備すること

現場にPDCAサイクルを定着させるためには、普段の業務オペレーションに仕組みとして組み込むことが重要と考えた。

● Barthel Indexの評価基準を施設内で統一すること

介護職員に機能訓練指導員の観点を理解してもらい、多職種連携をしやすくする必要があった。

解決策・取組

● 現場にとって無理のないオペレーションを組むとともに、明確な役割分担を決定

● Barthel Indexの評価に関する研修と、データ提出の責任者による評価内容のWチェックを実施

取組内容の詳細

準備

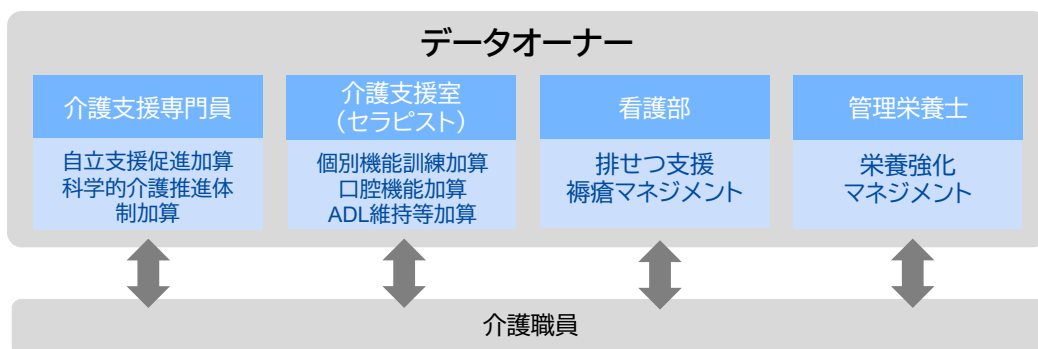
- ① LIFE関連加算の算定開始にあたり各フロアのリーダーで勉強会を行い、制度背景や法人としての対応方針を理解したうえで算定する加算を決定した。
- ② **アセスメント・LIFEへのデータ提出をオペレーションに組み込み**、自然にPDCAサイクルが回る体制を整備した。
- ③ 介護職員向けの研修をとおして、LIFEの制度背景や理念の理解だけでなく、**Barthel Indexの評価方法を伝達することで施設内の評価基準を統一した。**

■ 準備①：算定するLIFE関連加算を決定

- ・ 算定する加算を決定する議論は、当施設の部門役職者会議で実施した。会議には、施設長、介護課長、看護部長、介護支援室長、介護支援専門員、管理栄養士、ショートステイ責任者が参加した。
- ・ 令和3年度のLIFE運用開始前から算定していた加算が多かったため、**現場に負担をかけずに導入できる加算は何か**、という視点で検討した。
- ・ 算定する加算、及び、加算算定に伴う現場オペレーションの変更やLIFEの活用方法について、令和3年2月～5月にかけて計4回の会議で議論した。

■ 準備②：PDCAサイクルを回すための体制整備

- 加算ごとに**アセスメント・データ提出の責任者**を決定した。
※当施設ではアセスメント・データ提出の責任者を「データオーナー」と呼称



- 毎月のLIFEへのデータ提出のオペレーションを整理した。
- アセスメントからデータ提出までの間に職員同士が随時確認・相談を行っている。

C:評価

A:改善

P:計画

D:実行

- 毎月1～10日に介護職員がアセスメント結果を責任者に提出。その月のデータ提出の対象利用者は、入所月から起算して3の倍数ヶ月目の方。
- 各責任者はアセスメント結果について各利用者の前回評価との変化を確認。
- 変化がある場合は現場の介護職員や専門職と連携してケア内容を見直す。

- 各職種が役割分担してケアを実施し、随時職員間の連携によりケアの見直しを実施。

- LIFE提出に係るアセスメントの他、毎朝のミーティングで気付いたことを職員間で共有し、日々ケアを見直している。
- 3ヶ月に1度の部門長会議ではフィードバックからの気付きを発表することとなっている。
- ➔ **これらを繰り返すことにより、施設内で自然にPDCAサイクルが回っている。**

■ 準備③：Barthel Indexの評価基準の統一

- 介護職員に対し、以下のように約1年かけて機能訓練指導員がBarthel Indexの評価方法を指導することで、施設内で評価基準を統一している。
- 1度の研修のみでは、その後の評価基準に徐々にばらつきが生じやすかった。

介護職員向けの研修	<ul style="list-style-type: none"> Barthel Indexの評価方法を機能訓練指導員が指導。
通常業務	<ul style="list-style-type: none"> 毎月のアセスメント結果を、責任者として機能訓練指導員がデータ提出する際にWチェック。 機能訓練指導員が把握している利用者の状態と異なるアセスメント結果が提出された場合には、評価を行った介護職員に個別に評価基準を確認。
入職約1年後	<ul style="list-style-type: none"> 1年間アセスメントをする中で分かりにくかったところ、間違えやすかったところを聞き取りながら、再度、機能訓練指導員が指導。

POINT

【参考】 計画的な体制整備がケアの見直しの素地となっている

- 明確な体制整備によって介護職員と専門職や専門職同士での連携の壁がさらに低く**なり、小さな気付きであっても相談しあうことが当たり前の雰囲気を作れている。
- 介護職員の小さな気付きがきっかけとなってケアを見直した事例は以下のとおり。
 - 食事を摂れない利用者がいた。介護職員が機能訓練指導員に相談し、利用者の様子を見てみると、座り姿勢が悪く、右手が体を支えるために使われてしまっていた。姿勢を直して座り直したところ問題なくご自分で食事ができるようになった。

事例No.2 フィードバックの着目ポイント・解釈例を職員に展開

介護老人福祉施設

医師(1名), 生活相談員(1名), 看護職員(4名), 介護職員(34名), 管理栄養士(1名), 機能訓練指導員(2名), 介護支援専門員(1名)

定員:80名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

● データを読みなれていない職員も含めた体制整備

事業所フィードバックより、「データから気付くことはあるか」とのみ尋ねても、解釈を引き出すことは難しい

解決策・取組

● 事業所フィードバックの内容を議論する委員会や職種ごとの役割を設定

● 施設内でLIFEの取組の中心となる職員が主導し、**グラフの着目ポイントや考察例を記載した資料を作成して職員に周知**

委員会での議論をもとに、自施設のケアに対するPDCAサイクルを以下の通り実践

C : 評価

- ① LIFE委員会参加者は、事前に展開された着目ポイントや考察の例示資料をもとに担当フィードバックを確認。
- ② 加算(観点)ごとにフィードバックを確認し、全国値と比較することで、自施設・事業所の特徴を言語化。

A : 改善

- フィードバックのデータから浮き彫りになった自施設の強みや課題について、その背景や要因を多職種で議論。

P : 計画

- フィードバックを確認して議論した自施設の課題とその要因から、具体的な改善活動を検討。

D : 実行

- 検討した具体的な取組を、現場の介護職員や各職種へ共有し、日々のケアに取り入れる。
- 特に介護職員に対しては、「なぜこの取り組みを行うのか」を説明している。

C : 評価

- ① 取組を一定期間実施した後、フィードバックも再度確認しつつ、利用者にどのような変化が見られたかを確認。
- ② 自施設の職員の変化についても振り返り。

取組内容の詳細

準備

- ① LIFE関連加算の算定開始にあたり、算定する加算やフィードバック活用の体制について、各職種の代表者等が集まって議論し、体制・作業手順を定めた。
- ② 事業所フィードバックの内容を議論する「LIFE委員会」の開催頻度・参加メンバーを定め、定期的を開催することとした。
- ③ データやグラフになじみのない職員にも、フィードバックを読み、活用してもらうため、機能訓練指導員が中心となり、グラフの着目ポイントや考察の例を記載した資料を作成して周知を行った。

■ 準備：LIFE導入に際して体制・作業手順を設定

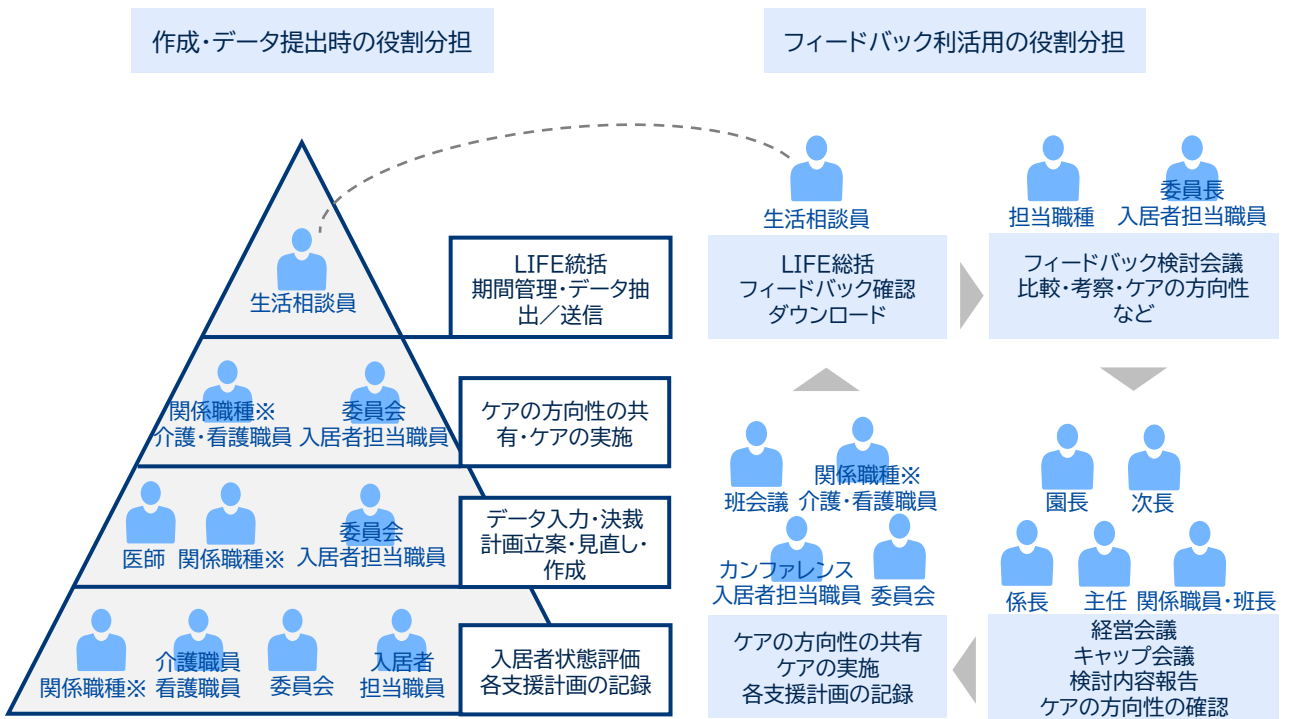
- ・ **取り組み始めに施設内のルールを定めることが重要**という考えから、各専門職の代表者で検討を実施。

検討期間： 約3か月

参加職種： 下記の職種毎の代表者
生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士、機能訓練指導員、歯科衛生士、介護職員、看護職員、医師

議論内容：
 ・算定する加算の種類
 ・データ提出～フィードバック活用までのLIFE運用全体の流れ
 ・各運用パートにおける役割分担・担当メンバー

- ・ 施設内でLIFEに関与する要素をまとめた体制を整理した。
- ・ 特にフィードバックは、「LIFE委員会」で定期的に確認することとした。



※当施設のLIFE関係職種：生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士、機能訓練指導員、歯科衛生士、介護職員、看護職員、医師

■ 準備②：フィードバックを定期的に確認する「LIFE委員会」を設置

- ・ 施設の職員全体にLIFE・フィードバックを活用することの意義の理解を浸透させるため、介護職員はベテランと若手の両者が参加することにした。
- ・ およそ半年に1回、「LIFE委員会」の場で事業所フィードバックを確認し、多職種での議論を実施している。加算ごとに担当職種を定め、委員会の前に各自で確認の上、解釈を持ち寄って議論を実施している。

加算名称	対応する様式	当施設における担当職種等
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	科学的介護推進に関する評価(施設)	生活相談員・看護職員・管理栄養士・歯科衛生士・機能訓練指導員
個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練・生活機能チェックシート 個別機能訓練計画書	機能訓練指導員
ADL維持等加算(Ⅱ)	様式なし	機能訓練指導員
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア 計画書	看護職員・管理栄養士・機能訓練指導員・介護職員・医師
排泄支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	排泄状態に関するスクリーニング・支援 計画書	生活相談員・LIFE委員会(看護職員・機能訓練指導員・介護職員)・医師
自立支援促進加算	自立支援促進に関する評価・支援計画 書	看護職員・機能訓練指導員・LIFE委員会 介護職員・担当介護職員・生活相談員・ 医師
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	口腔衛生管理加算 様式(実施計画書)	歯科衛生士・管理栄養士・生活相談員・ 歯科医師

■ 準備③：データの着目ポイントや解釈の仕方を資料にまとめて周知

- ・ データを読み慣れていない職員に「データから気付くことはあるか」と尋ねても、解釈を引き出すことは難しい。そのため、機能訓練指導員が中心となり、グラフの着目ポイントや考察の例を記載した資料を作成した。



グラフの着目ポイントや考察の例示資料は次ページ

C：評価

- LIFE委員会の開催前に、事前に展開されたグラフの着目ポイントや考察の例示資料をもとに、参加者はそれぞれの担当箇所のフィードバックを確認した。
- 加算(観点)ごとにフィードバックを確認し、全国値と比較することで、自施設・事業所の特徴を言語化することができた。

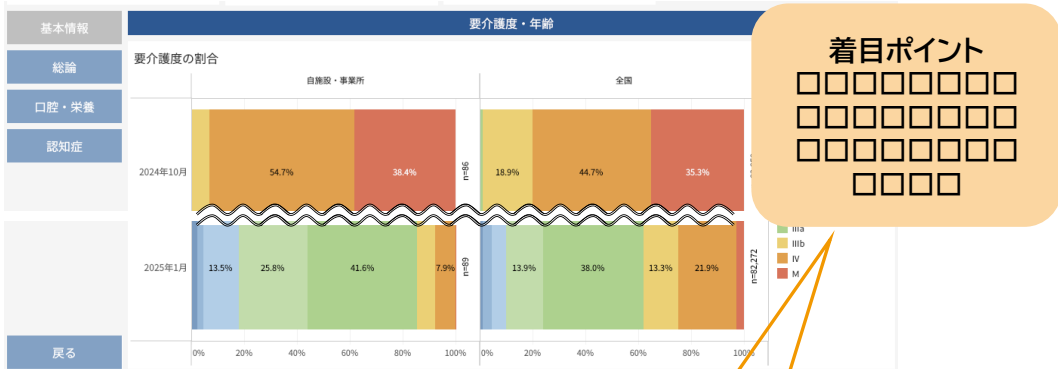




【参考】 職員向けのグラフの着目ポイントや考察の例示資料

機能訓練指導員が中心となり、着目ポイントや考察の例を記載した資料を作成している。

例:科学的介護推進体制加算の事業所フィードバック「基本情報」について



実際の内容は以下のとおり。

担当職種:相談員

考察、活用例:全国と自施設の平均要介護度に対する年齢層を比較。全国より要介護5、90歳以上割合が少なく、80歳台の介護5が多い。また、自施設の日常生活自立度はほぼB1(屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ)

以上であり、全国と2割程度違いが見られる。

上記に対し、認知症自立度は全国よりもⅢa(日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られても誰かが注意していれば自立できる。)以上の割合が2割程度少ないことから、身体は不自由だが認知度は比較的維持されている方が多いことが考えられる。

その為、身体が不自由な方でも離床機会を増やし、反応を引き出すことで心身機能の維持が可能と考える。現在の対応や行事の参加を促すことで状態低下予防に繋げる事が出来るのではないかと。

裏面にはフィードバック項目の評価基準を参考資料として掲載

例:障害高齢者の日常生活自立度の評価基準についての参考資料

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

■ 評価①: LIFE委員会の開催前に担当ごとにデータの確認と解釈を実施

- ・ LIFE委員会の参加者は、グラフの着目ポイントや考察の例示資料をもとに、**事前にフィードバックの担当箇所を確認の上、会議に臨む。**
- ・ フィードバックの確認にあたっては、**全員が同じ条件でデータの絞り込みを行い、全国値と自施設を比較した結果・解釈をLIFE委員会で報告する。**

【層別化の条件(自施設の値)】

平均要介護度：4.0~4.5 (4.3)，事業所規模：78名以上(定員80名)

■ 評価②: LIFE委員会では加算(観点)ごとの解釈結果を議論

<p>加算(観点):</p>	<p>科学的介護推進体制加算(障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度)</p>
<p>グラフ</p>	<div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>■ 障害高齢者の日常生活自立度</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>【自施設】</p> <p>ほぼ全員</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>【全国】</p> <p>約7割</p> </div> </div> </div> <div> <p>■ 認知症高齢者の日常生活自立度</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>【自施設】</p> <p>約8割</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>【全国】</p> <p>約9割</p> </div> </div> </div> </div>
<p>職員の解釈</p>	<p>自施設の日常生活自立度はほぼB1以上であり、全国と2割程度違いが見られる。それに対し、認知症自立度は全国よりもⅢa以上の割合が2割程度少ないことから、身体は不自由だが認知面は比較的維持されている方が多いことが読み取れる。</p>
<p>加算(観点):</p>	<p>個別機能訓練加算(プログラム内容)</p>
<p>グラフ</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>【自施設】</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>【全国】</p> </div> </div>
<p>職員の解釈</p>	<p>全国の同様の介護度の施設と比較すると、基本動作訓練よりもADL訓練の割合を多く訓練を提供できている。自施設の利用者は認知症自立度が高いという長所を活かしながら残存能力を活かすための個別機能訓練を実施できていると言える。</p>



その他の種類のフィードバック結果はp.14に掲載

- 各加算(観点)について持ち寄った結果・解釈とそれを踏まえた議論から、自施設の特徴をまとめ、言語化し、**課題や今後の方針を検討した。**

今期のまとめ:

認知症自立度が高い方が多く、利用者の意思疎通を図り、個人の残存機能や訴えを活かしながら介助を行うことが出来るのは私たちの強みと言える。
フィードバックにある数値は施設の強みを生かしたケアができている裏付けになっていると考える。

課題・今後に向けて:

一方、自発的な動きが少なく介助が必要な方や体力低下により長時間の離床、活動が困難な方に対して、居室で行える個別ケアのバリエーションを増やす等の支援を考えていくことは今後の課題であり、個々の生活の質の向上に繋がるのではないかと考える。

A : 改善

- フィードバックのデータから浮き彫りになった自施設の強みや課題について、その背景や要因を多職種で詳細に議論し、今後の方針を検討した。

■ 改善 : 自施設の課題と思われる点について、要因や解決策を議論

【離床時間が短い】

職員の考え :



意思疎通が図れる方が多いからこそ、起きていられる人でも「横になりたい」「寝たい」との訴えに合わせて対応しています。



ご利用者の生活パターンを把握して対応していることも要因の一つかもしれません。



ベッドで横になっているときでもできる活動を柔軟に取り入れることで、認知症状の程度やADLの維持を図ることはできないでしょうか。

結論 :

「活動していただく」と考えると、つい、ベッドから起きていただくことを想定してしまうが、**ベッド上でもできることをしていただくことも自立度の維持につながる**かもしれない。

P : 計画

- フィードバックを確認して議論した自施設の課題とその要因から、具体的な改善活動を検討した。

■ 計画 : 「離床時間が短い」ことへの具体的な改善の取り組み

- 自発的な動きが少ない方や、体力低下により長時間の離床・活動が困難な方に対して、ベッド上や**居室で行える個別ケアのバリエーションを増やす**ことにした。



入所前までテレビを見るのが好きだった

ベッド脇にタブレットを設置して
横になりながら好きな動画を見られるようにしよう



ベッド上では座位を保てます

手元でできる作業をご提案しよう

D：実行

- 検討した具体的な取組を、現場の介護職員や各職種へ共有し、日々のケアに取り入れる。
- 特に介護職員に対しては、「なぜこの取組を行うのか」を説明している。

C：評価

- 取組を一定期間実施した後、フィードバックも再度確認しつつ、利用者にもどのような変化が見られたかを確認めた。
- 加えて、自施設の職員の変化についても振り返りを行った。

■ 評価①：利用者についての変化



- 【居室で行える個別ケアのバリエーションを増やす取組により…】
- ・ 入所時と比較し、表情の変化がみられるようになった。
 - ・ ADL維持等加算Ⅱの算定が続けられている(ADLが維持できている)。

■ 評価②：自施設の職員の変化



- ・ 現場の介護職員が、利用者の残存機能を生かしてできることを積極的に見つける視点を持つようになった。
- ・ 機能訓練指導員と介護職員と一緒に自立支援に向けた取組について考えられるようになった。

▶ 次のサイクルへ！

POINT

【参考】 LIFE委員会で持ち寄ったフィードバックの解釈例

■ 栄養士による確認

加算(観点):	科学的介護推進体制加算(口腔・栄養「BMIの分布」)
グラフ	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>【自施設】</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>【全国】</p> </div> </div> <p>Legend: 18.5未満 (Blue), 18.5以上21.5未満 (Green), 21.5以上25未満 (Yellow), 25以上 (Red)</p>
職員の解釈	BMI18.5未満では免疫力の低下、創傷治癒遅延、筋力低下といったリスクが高くなり、BMI25以上では生活習慣病のリスクが高くなるため、対象者の体重変動や食生活の管理は特に注意する必要がある。



【参考】 LIFE委員会で持ち寄ったフィードバックの解釈例

(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

機能訓練指導員、ケアマネジャー、生活相談員による確認

加算(観点):	科学的介護推進体制加算(総論「ADL合計点」) 個別機能訓練加算(基本動作)																																																																																												
グラフ	<p>■ ADL合計点</p> <p>■ 基本動作</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th rowspan="2">月</th> <th colspan="4">【自施設】</th> <th colspan="4">【全国】</th> </tr> <tr> <th>自立</th> <th>見守り</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> <th>自立</th> <th>見守り</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">立ち上がり</td> <td>2024年4月</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5,846</td> <td>10,455</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2024年7月</td> <td>8</td> <td>12</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>6,100</td> <td>7,269</td> <td>12,264</td> <td>20,712</td> </tr> <tr> <td>2024年10月</td> <td>8</td> <td>13</td> <td>30</td> <td>32</td> <td>6,356</td> <td>7,499</td> <td>12,753</td> <td>21,556</td> </tr> <tr> <td>2025年1月</td> <td>7</td> <td>13</td> <td>29</td> <td>35</td> <td>5,984</td> <td>7,209</td> <td>12,162</td> <td>20,393</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">立位の保持</td> <td>2024年4月</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>11</td> <td>9</td> <td>5,709</td> <td>10,638</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2024年7月</td> <td>8</td> <td>12</td> <td>33</td> <td>30</td> <td>5,768</td> <td>7,615</td> <td>11,938</td> <td>21,021</td> </tr> <tr> <td>2024年10月</td> <td>8</td> <td>13</td> <td>32</td> <td>30</td> <td>5,989</td> <td>7,862</td> <td>12,357</td> <td>21,956</td> </tr> <tr> <td>2025年1月</td> <td>7</td> <td>13</td> <td>31</td> <td>33</td> <td>5,600</td> <td>7,565</td> <td>11,785</td> <td>20,789</td> </tr> </tbody> </table>	項目	月	【自施設】				【全国】				自立	見守り	一部介助	全介助	自立	見守り	一部介助	全介助	立ち上がり	2024年4月	5	5	10	10	5,846	10,455			2024年7月	8	12	31	32	6,100	7,269	12,264	20,712	2024年10月	8	13	30	32	6,356	7,499	12,753	21,556	2025年1月	7	13	29	35	5,984	7,209	12,162	20,393	立位の保持	2024年4月	5	5	11	9	5,709	10,638			2024年7月	8	12	33	30	5,768	7,615	11,938	21,021	2024年10月	8	13	32	30	5,989	7,862	12,357	21,956	2025年1月	7	13	31	33	5,600	7,565	11,785	20,789
項目	月			【自施設】				【全国】																																																																																					
		自立	見守り	一部介助	全介助	自立	見守り	一部介助	全介助																																																																																				
立ち上がり	2024年4月	5	5	10	10	5,846	10,455																																																																																						
	2024年7月	8	12	31	32	6,100	7,269	12,264	20,712																																																																																				
	2024年10月	8	13	30	32	6,356	7,499	12,753	21,556																																																																																				
	2025年1月	7	13	29	35	5,984	7,209	12,162	20,393																																																																																				
立位の保持	2024年4月	5	5	11	9	5,709	10,638																																																																																						
	2024年7月	8	12	33	30	5,768	7,615	11,938	21,021																																																																																				
	2024年10月	8	13	32	30	5,989	7,862	12,357	21,956																																																																																				
	2025年1月	7	13	31	33	5,600	7,565	11,785	20,789																																																																																				
職員の解釈	評価期間に状態低下した利用者が多かった。このような背景の中でも基本動作の項目では立ち上がり、立位の保持の項目において全介助よりも一部介助を要する割合が高いということは、各利用者に寄り添った対応ができているためと考えられる。引き続き些細な状態変化に注意しながら残存機能を活かした生活支援につなげていきたい。																																																																																												

機能訓練指導員、ケアマネジャー、生活相談員による確認

加算(観点):	自立支援促進加算(基本動作「1日あたりのベッド上以外で過ごす時間」)
グラフ	<p>【自施設】</p> <p>【全国】</p>
職員の解釈	日中の離床時間を全国と比較すると6時間以上離床の割合が少ない。 起きていられる人でも「横になりたい」「寝たい」等、個々の訴えに沿ったケアが行えている と考えられるが、今後とも、個々の残存機能からできる部分を見つけ、きめ細かな丁寧なケアを続け、その人らしい安楽な生活の場を提供していきたい。

POINT

【参考】 LIFE委員会で持ち寄ったフィードバックの解釈例

■ 歯科衛生士による確認

加算(観点):	科学的介護推進体制加算(口腔・栄養「むせ」が「あり」の割合)
グラフ	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>【自施設】</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>【全国】</p> </div> </div>
職員の解釈	<p>全国と比較して「むせ」が「あり」の割合は30%程低い。 食事介助中に利用者の普段との違いに気付き、食形態や疲労感を考えて対応することが職員間で共有出来ていることがこの傾向につながっているだろう。</p>

■ 生活相談員による確認

加算(観点):	排せつ支援加算(おむつを使用している利用者の割合・サービス利用開始時からおむつの使用が「なし」になった利用者の割合)
グラフ	<div style="display: grid; grid-template-columns: 1fr 1fr; gap: 10px;"> <div> <p>おむつを使用している利用者の割合</p> </div> <div> <p>おむつを使用している利用者の割合の位置比較 n=252</p> </div> <div> <p>サービス利用開始時からおむつの使用が「なし」になった利用者の割合</p> </div> <div> <p>サービス利用開始時からおむつの使用が「なし」になった利用者の割合の位置比較 n=235</p> </div> </div>
職員の解釈	<p>全国と比較しておむつを使用している利用者の割合が高いが、おむつを外せた方の割合も高い。組み合わせると、利用者の能力を適切に把握して対応できていると考えられる。</p>

(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

事例No.3 事業所職員全体にLIFE活用への関心を持ってもらうための工夫

通所介護

生活相談員(4名)、看護職員(3名)、介護職員(22名)、機能訓練指導員(6名) 定員:55名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養アセスメント

口腔機能向上

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

● 各職員の加算への興味・関心を醸成するためのLIFE活用

各職員が事業所で算定している加算についてどこまで理解しているか不明だった。まずは、職員を対象に自分たちが算定している加算について、どのようなものか理解し、興味を持ってもらうことが課題だった。

解決策・取組

● 事業所職員全体に向けたLIFEの説明(教育)と、フィードバックレポートを閲覧しやすい環境を整備

事業所としてフィードバックレポートの活用場面を検討し、事業所内・外に向けた情報共有・発信を実施

取組内容の詳細

課題

- 各職員が事業所で算定している加算についてどこまで理解しているかも不明だった。
- 当初、LIFEに興味を持ってくれたのは機能訓練指導員のみだった。

D: 実行

- 事業所フィードバックを印刷・ファイリングしたものを休憩所に配備
- LIFEを通じて算定している加算について管理者から職員へ説明を実施した。

■ 実行①: 事業所で算定している全ての加算について、A3用紙に印刷

- ・ 事業所で算定している全ての加算(科学的介護推進体制加算～個別機能訓練加算まで)について、A3用紙に印刷し、ファイリングしたものを事務所の休憩所に置いておき、いつでも閲覧できるようにした。
- ・ さらに詳細を知りたい職員に向けて、Barthel Indexの評価マニュアルなども一緒に置いた。

取組の詳細は次頁に掲載▶▶

(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

■ 実行②： 毎月の会議の場で加算の算定状況について説明

- ・ 事業所で算定している加算について、加算の趣旨や様式、報告している項目の説明資料を準備した。
- ・ 職員の理解度を確認するため、場合によっては確認テストも準備した。

C：評価

- 現場の実感として毎月の変化を経時的に把握できるようになり、グラフを見るだけでも事業所の変化が把握できるようになった。
- LIFE活用に興味をもってくれる職員も出てきた。

■ 評価①： 数値への関心が出てきた

- ・ 介護職からは「点数だけみてもわからない」という声があった。細かな数値の理解はできなくても、グラフの変化を見るだけでも、事業所全体での変化が理解できるようになった。
- ・ さらに詳細を知りたい職員に向けて、Barthel Indexの評価マニュアルなども一緒に置くこととした。

■ 評価②： LIFEへの登録・提出の役割を移管

- ・ 請求に関わるものであるため管理者が1人で実施していた。
- ・ LIFEに興味を持ってくれた機能訓練指導員に登録・提出方法を共有し、複数人で対応できる体制づくりができた。

A：改善

- 一度の説明では忘れてしまうこともあるため、簡易テストも実施し、職員の理解促進に努める必要がある。
- 時間を置いて、複数回同様の内容を説明し、理解度も確認している。

P：計画

- 事業所全体のケア方針の見直しや、利用者への日頃の声掛けの状況、利用者の生活動線の再検討などを実施。

事業所フィードバック、利用者フィードバック、いずれも時系列での変化が把握できるため、あらゆる活用場面を検討することとした。

■ 計画①： 事業所内での会議での活用

- ・ 事業所の全体会議(月1回、生活相談員、機能訓練指導員、看護師が参加)、職種別のリーダー会議(月1回)で利用者の課題等を共有・ケア方針について協議。
- ・ 利用者フィードバックを活用し、個別ケア会議にて利用者の状態変化やケアの見直しの要否を検討



個別ケア会議での活用事例は、事例No.11を参照

■ 計画②：利用者・家族、介護支援専門員への情報共有・情報発信に活用

- ・ 機能訓練の成果(ADLの変化など)をご家族や介護支援専門員への説明に活用。
- ・ 事業所のパンフレットに、機能訓練の成果を記載し、事業所として注力している取組についてアピール。

元気を維持する。

プラス1回のデイサービス利用で

デイサービスでは、身体機能の維持・向上を目的に、サービス利用回数を増やしたお客様のうち、約94%の方が自立度を維持し、6%の方が向上するという結果となりました。一方で、サービス利用回数に変更がなかったお客様においては、社内集計により約30%の方に自立度の低下が見られる傾向も確認されています。

※本事例の協力事業所よりご提供いただいた、実際のチラシ画像

■ 計画③：大学や地域に向けた事例発表に活用

- ・ LIFE活用のきっかけとなったのは、近隣大学から認知症の講演依頼があったことだった。
- ・ 認知症についてLIFEシステムからフィードバックレポートを抽出し発表資料に活用した。
- ・ 今後も依頼があれば積極的に対応していきたい。

D：実行

- フィードバックレポートのファイルを更新していく。
- 定期的な職員への説明・周知や理解度の確認を継続する。

▶ 次のサイクルへ！

事例No.4 自立支援の取組成果をフィードバックで確認

通所介護

生活相談員(3名), 介護職員(5名)

定員:10名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養アセスメント

口腔機能向上

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

- 認知機能や身体機能の低下が顕著な利用者がみられるようになった

解決策・取組

- 認知症の進行予防として水分摂取と運動時間の確保に注力し、利用者の状態を改善

取組内容の詳細

課題・背景

- 取組開始の約1年前、今までレクリエーションで提供していた手芸等の説明を理解できない利用者が増えたり、自宅で転倒・骨折する方が続いたりするようになった。
- 食事後に眠ってしまう時間が長い方が何名かおり、そういった方は自宅で転倒・骨折してしまう傾向にあることに気付いた。**事業所として認知症や歩行動作の自立支援に向けたケアが必要と感じるようになった。**
- 法人主催の研修で、**水分摂取量の確保や運動、排泄が整うことが認知症の進行予防に効果的と学んだ。**

D：実行

- 認知症の進行予防に対する水分摂取と運動の重要性を周知。
- 利用者1人あたりの水分摂取の数値目標を設定。
- 毎日必ず運動プログラムを実施。

■ 実行①： 認知症の進行予防に対する水分摂取と運動の重要性を周知

- ・ 管理者が法人の研修で学んだ内容として、水分摂取量と運動時間の確保の重要性を事業所職員に共有した。
- ・ 毎朝のミーティング等を通じて、何度も繰り返し周知することによって、各現場職員の意識が変わっていった。

■ 実行②： 利用者1人あたりの水分摂取の数値目標を設定

- ・ 一日の水分摂取量の目標を1000cc、サービス利用中の水分摂取量の目標を800ccとし、できるだけ水分を摂っていただくための声掛けを行った。

■ 実行③： 毎日必ず運動プログラムを実施

- ・ 一日のサービス提供の中で、40分以上の運動プログラムを設けることとした。
- ・ レクチャーが苦手な職員の場合にはDVDを活用している。
- ・ 運動プログラムへの参加状況や、利用者がどの程度体を動かしていたかは業務日誌に記録した。

C：評価

- LIFE情報を用い、取組前後の変化を確認。
- 数値に表れていない面からも振り返りを実施。

■ 評価①： LIFE情報を用い、取組前後の変化を確認

- ・ LIFEへのデータ提出時に、管理者がADL等の変化をチェックし、**数値を維持**できていることを確認している。

加算(観点)：	科学的介護推進体制加算(総論)			
グラフ	■ 利用者A(要介護度2、日常生活自立度:A2、認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅱb)の場合			
	ADL	年月	点数	ADL各項目の点数(利用者)
	食事	2025年3月	10	
		2026年2月	10	
	椅子とベッド間の移乗	2025年3月	15	
		2026年2月	15	
	整容	2025年3月	5	
		2026年2月	5	
	トイレ動作	2025年3月	10	
		2026年2月	10	
	入浴	2025年3月	5	
		2026年2月	5	
	平地歩行	2025年3月	15	
		2026年2月	15	
	階段昇降	2025年3月	5	
		2026年2月	5	
更衣	2025年3月	10		
	2026年2月	10		
排便コントロール	2025年3月	10		
	2026年2月	10		
排尿コントロール	2025年3月	5		
	2026年2月	5		
解釈	取組開始当初の2025年3月から2026年2月にかけて、いずれの項目でもADLを維持できている。生活の中でも、大きな転倒は見られていない。			

■ 評価②： 利用者の普段の生活の様子について振り返り

- ・ 取組を始めた頃には体操への参加が難しかった利用者も、取組の継続により、**1時間程度の体操ができるようになった**。
- ・ 毎朝、利用者の方々が事業所へ到着した際に、事業所内を周回して**歩行訓練を行う習慣**ができた。

A：改善

- 水分摂取と運動に注力する背景を徐々に忘れてしまう現場職員もいるため、定期的に周知する。

P：計画

- 利用者の入れ替わりが多いため、新規利用者にも水分摂取と運動の習慣をつけていただくための個別支援計画を立て、PDCAサイクルを繰り返していく。

▶ 次のサイクルへ！

事例No.5 事業所フィードバックを活用した利用者向けの情報発信

通所リハビリテーション

医師(2名), 看護職員(1名), 介護職員(5名), 管理栄養士(1名), 歯科衛生士(1名), 機能訓練指導員(10名)

定員:30名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養アセスメント

口腔機能向上

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

● 利用者の栄養状態の低下

高齢化率が高く独居も多い地域で、栄養状態の悪化が懸念された。

解決策・取組

● 科学的介護推進体制加算の事業所フィードバックを確認

毎年夏頃に、利用者の食欲が落ち、低栄養リスクが高まっていたことを確認

● 事業所フィードバックを根拠に、栄養に関する支援を実施

「夏バテ予防に効果的な栄養について」という講習会を実施

● 実施後に事業所フィードバックで成果を確認

データを基に成果を確認し、利用者の栄養状態が改善されていることを確認

取組内容の詳細

課題

- 地域特性として、高齢化率が高く、独居者が多いため、利用者の栄養状態への不安があった。
- **業務改善委員会**で事業所フィードバックを確認したところ、毎年夏頃に利用者の食欲が落ち、低栄養リスクが高まっていることや、半数以上の利用者が「歯の汚れ」があることがわかった。

■ 業務改善委員会

- ・ 併設する介護老人保健施設の運営に関わる全職種(介護士、看護師、管理栄養士、リハビリテーション職の各役職者)が参加する。

D: 実行

- 「夏バテ予防に効果的な栄養について」という講習会を実施。
- 歯の汚れについて、利用者が実践できるよう講習会を実施。

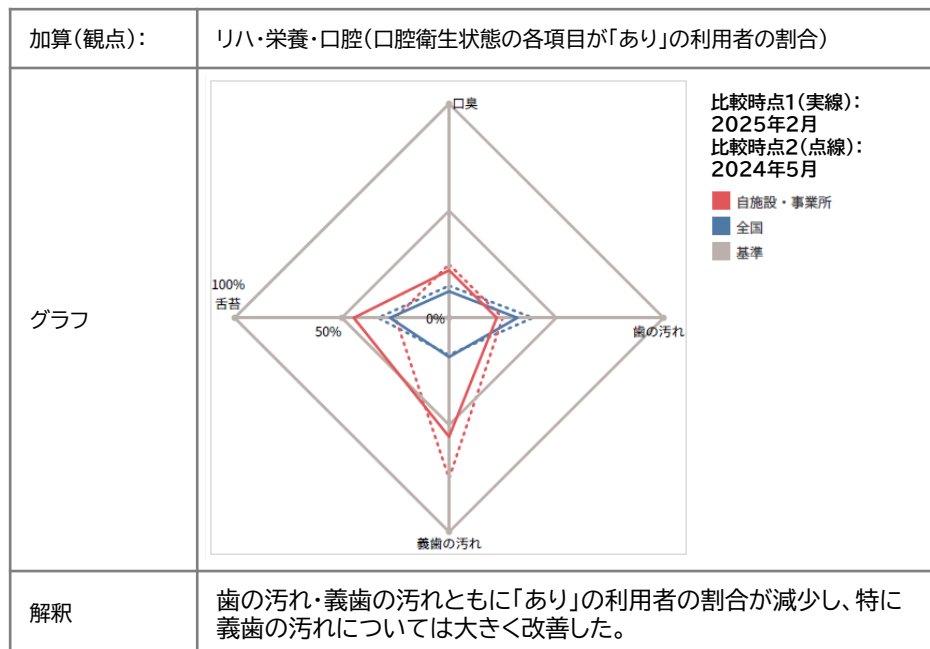
■ 実行: 事業所フィードバックから課題を抽出し、わかりやすい資料を作成

- ・ 管理栄養士が中心となり、夏バテ予防、水分補給のタイミングなどを説明し、在宅でも実践してもらえるよう、簡潔にわかりやすい資料作成を意識した。
- ・ 義歯の使用者が多いことを踏まえ、歯科衛生士が中心となり、義歯の手入れの仕方を重点的に説明した。

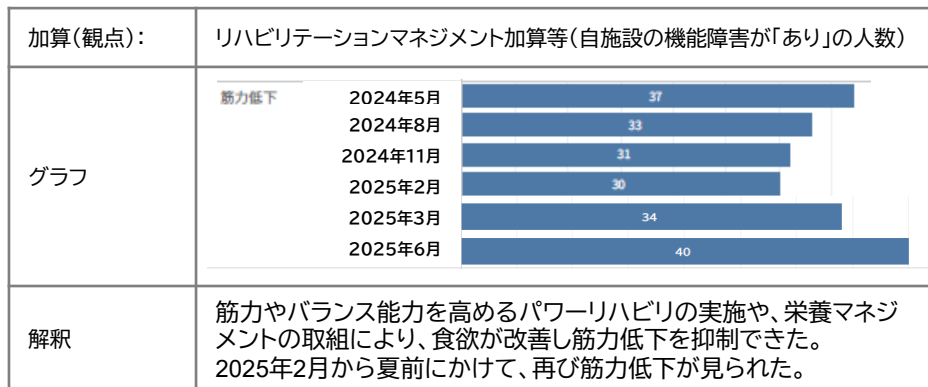
C : 評価

- 取組後、事業所フィードバックを確認したところ、数値に改善が見られた。
- しかし、取組(講習会)から期間が開くと、再び数値が悪化した。
- また、講習会内容の理解度が利用者によって異なると感じた。

■ 評価①: 講習会前後の歯や義歯の汚れの変化を確認



■ 評価②: 食欲低下を防ぐことによるリハビリテーションの効果への影響を確認



A : 改善

- 取組を繰り返し継続する必要性を認識した。
- 利用者ごとの理解度に合わせた対応も必要である。

P : 計画

- 利用者が定期的に学ぶ機会、実践できる機会を定期的に設けることを検討している。
- 歯科衛生士が個別指導も併せて実施する。

■ 計画: 事業所の「連絡帳」を活用して利用者・家族へ個別に支援を実施

- ・ 今までも活用していた「連絡帳」の職員からの連絡事項に、口腔ケア等で気を付けてほしいことを記載することで、在宅でも利用者・家族に意識を高めてもらえるように工夫している。

▶ 次のサイクルへ!

事例No.6 認知症の種類に応じたケア体制の整備の効果について

介護老人保健施設

医師(3名)、生活相談員(3名)看護職員(10名)、介護職員(27名)、
管理栄養士(2名)、機能訓練指導員(7名)、介護支援専門員(1名)

定員:100名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

■ 取組内容のポイント

- 令和6年度、事業所フィードバックが示すBPSDがある利用者の割合と認知症の診断を受けている利用者の割合の差に関する気付きから、利用者へ受診を依頼

診断結果をもとに認知症の種類ごとにエリアを分けることで専門的なケアを提供できる体制を整備した。

- 令和7年度も認知症の種類ごとの専門的なケアを継続し、その成果をフィードバックで継続的に確認

■ 令和6年度 of 取組内容

課題	・ BPSDがある利用者が一定数いたが、 医師の診断がなく専門的なケアを提供できていなかった
C:評価	・ 認知症の診断を既に受けている利用者の割合よりも、生活・認知機能尺度の評価結果が占めるBPSDがある利用者の割合が大きいと気づいた
A:改善	・ 利用者に 認知症の診断 を受けてもらった
P:計画	・ 当施設の1フロアを認知症専門とし、認知症の種類ごとにエリアを分けて専門的なケアを提供可能にした

■ その後の取組内容

D: 実行

- 認知症の分類別に環境設定を変更した。
- 1日のタイムスケジュールを見直した。
- 認知症チームケア推進加算の算定を機に、認知症チームによる業務改善を繰り返し実施した。

取組の詳細は次頁に掲載▶▶

■ 実行①： 認知症の分類診断の結果に合わせて環境設定を工夫



- ・ 疾患別のレイアウトに居室変更。
- ・ アルツハイマー型認知症エリアでは、日時やスケジュールを大きな字で掲示。トイレや居室に表札などの目印を設置。
- ・ レビー小体型認知症エリアでは、幻視や錯覚の予防のため目立つ色の物をできるだけ置かないようにし、視覚的な刺激を低減。

■ 実行②： 利用者の生活スタイルに合わせたスケジュール変更や入眠前の習慣作り

- ・ 1日のレクリエーションを3回実施とし、内容を習慣化した。
- ・ 見直し前の「15時のおやつ」を「いつでもおやつ」に変更し、利用者が希望したタイミングで提供することとした。おやつの内容も個別対応とした。
- ・ 夕食後のレクリエーションでは毎日同じ歌を歌い、「入眠スイッチ」を促した。
- ・ 中途覚醒があった場合でも睡眠薬を使わず、利用者の嗜好に合わせた軽食や温かい飲み物を提供するようにした。

<見直し前>

8:00	朝食	内服
	レク	
10:00		
12:00	昼食	内服
	レク	
15:00	おやつ	
18:00	夕食	内服
	口腔ケア	
20:00	睡眠薬投与	
21:00	就寝準備	

<見直し後>

8:00	朝食	
10:00	レク(散歩)	
12:00	昼食	内服
13:00		
15:00	レク(脳トレ・体操) 個別リハ	
18:00	夕食	内服
	安眠ストレッチ体操 歌唱	
19:00		
21:00	就寝準備	

いつでもおやつ

■ 実行③： 認知症チームによる業務改善

- ・ 介護支援専門員、看護職員、理学療法士、作業療法士、介護職員、管理栄養士が参加。
- ・ 月に1回のカンファレンスと、3か月に1回のアセスメントを通してBPSDの緩和に向けた取組を継続した。
- ・ 多職種による意見交換や、職員間の情報共有に基づいて個別ケアを充実させた。



カンファレンスの種類が増えると、会議への参加そのものが業務負担になりやすいたことが課題でした。



会議前にその会議の目的を職員へ共有したり、司会進行の手順や役割分担、時間を決めて話が逸れにくい仕組みを作ることで、短時間で目的通りの内容を議論できるように工夫しました。

C：評価

- 取組の開始前後の利用者の状況を振り返り。
- BPSDの程度を維持できているうえ、睡眠薬の使用が減少した。
- 職員による、より専門的なケアの提供につながった。

■ 評価①： 生活・認知機能尺度で評価したBPSDの程度を維持

加算(観点):	科学的介護推進体制加算(生活・認知機能尺度)
グラフ	<p>【2024年10月】</p> <p>身近なもの(たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など)を置いた場所を覚えていますか</p> <p>身の回りに起こった日常的な出来事(たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など)をどのくらいの期間、覚えていますか</p> <p>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</p> <p>【2025年1月】</p> <p>身近なもの(たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など)を置いた場所を覚えていますか</p> <p>身の回りに起こった日常的な出来事(たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など)をどのくらいの期間、覚えていますか</p> <p>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</p> <p>■ 5 ■ 4 ■ 3 ■ 2 ■ 1</p>
解釈	アセスメント結果としては、BPSDの程度を維持できている。

■ 評価②: 睡眠薬の使用が減少

- 取組を継続したことで、睡眠薬の使用が必要な利用者数は2025年7月の16名から11月には2名に減少できた。
- **朝、覚醒レベルが低いまま投薬したり水分提供したりすることによるリスクの低減やおやつ提供に時間がかかっていたことの業務改善につながった。**



取組以前は、BPSDの周辺症状を薬で抑制しようとする意識となっていたと思います。医師の協力もあり、投薬内容や投薬時間の調整を行えました。

■ 評価③: より専門性の高い認知症ケアの実現

- 根拠に基づいた認知症アプローチにより認知症への理解と対応力が向上し、**職員が自信をもってケアを提供できるようになってきた。**
- 実際のケア提供では対応が難しい場合もあるが、その場合は1対全体のケアの見直しではなく、1対1のケアの見直しを実施するようにしている。
- BPSDが出現している背景・理由を考えて対応すると、他の利用者にも応用できることも出てくるため、個別の対応から全体に派生していくこともある。

▶ 次のサイクルへ！

事例No.7 「歯の汚れ」がある割合の増加に対応した口腔衛生の取組の効果について

介護老人福祉施設

医師(1名), 生活相談員(1名), 看護職員(7名), 介護職員(43名),
管理栄養士(3名), 機能訓練指導員(1名), 介護支援専門員(2名)

定員:80名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

■ 取組内容のポイント

● 令和6年度、歯の汚れが「あり」の割合が増加していたため、口腔ケアについて現場職員へ注意喚起

施設の状況を経時的に確認するため事業所フィードバックを確認していたところ、2024年10月のフィードバックで変化に気付いた。

● 令和7年度も口腔ケアの改善状況について引き続き確認・改善を実施

■ 令和6年度の取組内容

前提	<ul style="list-style-type: none"> 自施設の状況を確認するため、施設長が最新のフィードバックを都度確認している まず、年齢、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度等から自施設の利用者の基本的な傾向を確認し、その他の各項目を確認していくのが基本的な流れ
C:評価	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の基本的な傾向には大きな変化がないのに、「歯の汚れ」が「あり」の割合が2024年3月の5.6%から10月の17.7%に増加した
A:改善	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の入れ替わりや、自施設に認知症の利用者が多いことが口腔状態の悪化の要因と考えられた
P:計画	<ul style="list-style-type: none"> 口腔ケアに改めて注力するよう、各ユニットリーダーに伝達 歯科衛生士による口腔状態の評価に介護支援専門員が同席し、利用者に合わせて口腔ケアを見直し

■ その後の取組内容

D: 実行

● 介護職員への口腔ケアに関する研修の形式を、実際の利用者のケーススタディに変更

■ 実行①: 研修形式の変更

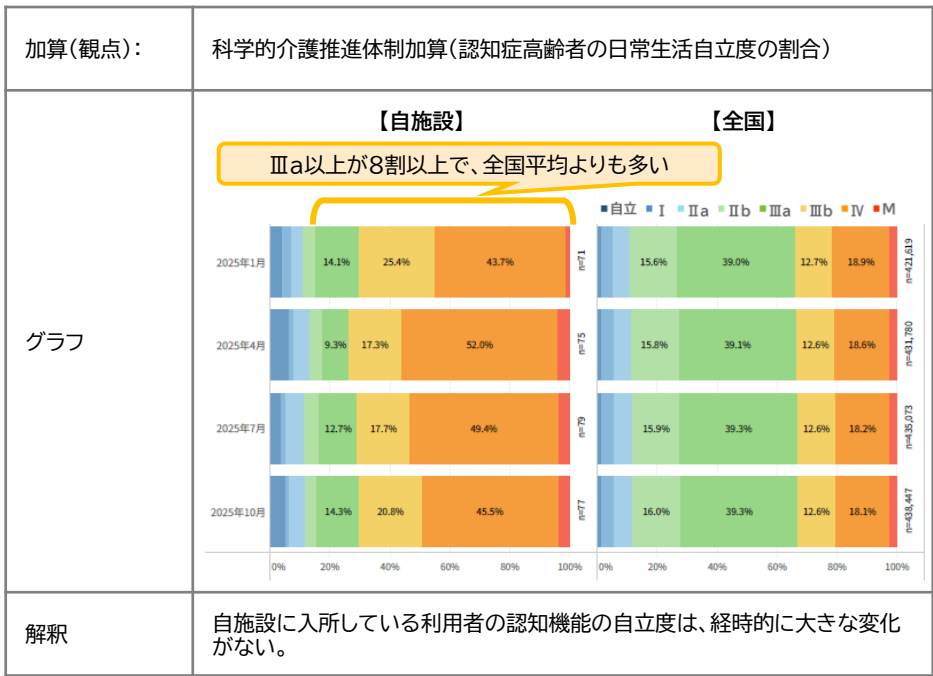
- 口腔衛生管理加算の要件として介護職員へ口腔ケアの研修を実施しているが、研修内容が毎回同じになってしまうことに課題を感じていた。
- 当施設を利用中の方に関するケーススタディを研修内容の中心に変更した。



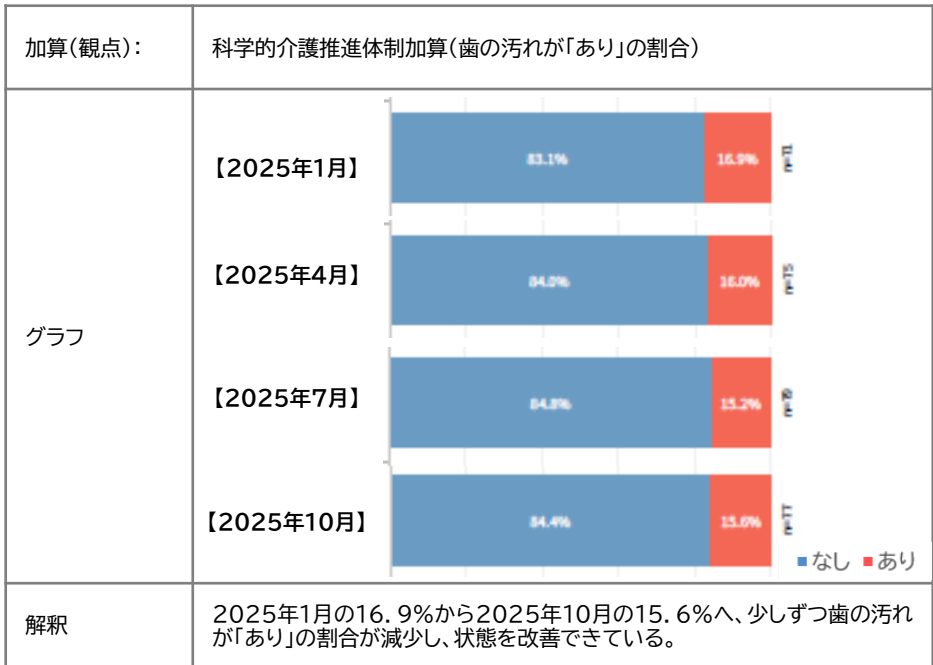
C : 評価

● 事業所フィードバックにより、取組の効果を確認

■ 評価①： 口腔衛生の維持に関連する認知機能について、自施設の状況を確認



■ 評価②： 歯の汚れが「あり」の割合の変化を確認



A : 改善

- 研修形式の変更によりケアを深く検討できるだけでなく、類似した状態の他の利用者に対するケアも検討しやすくなった。
- 研修を受けた内容をそのままケアに活用でき、自信を持ってケアを提供できるようになった。

P : 計画

- 継続的にデータをウォッチしているからこそ改善点に気付くことができているため、継続して確認する。

▶ 次のサイクルへ！

事例No.8 認知症ケアの妥当性に関するフィードバックによる 継続的な確認状況について

R6
掲載
事例

介護老人福祉施設

医師(1名)、生活相談員(1名)、看護職員(7名)、介護職員(43名)、
管理栄養士(3名)、機能訓練指導員(1名)、介護支援専門員(2名)

定員:80名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

● 令和6年度、生活・認知機能尺度の各評価項目を分析し、 自施設の取組の成果を確認

施設の状況を経時的に確認するため事業所フィードバックを確認していたところ、自施設は認知症の方が多いにもかかわらず生活・認知機能尺度で評価が高い項目があることに疑問を持ち、各項目を詳しく分析した。

● 令和7年度も継続して事業所フィードバックを用いて自施設の 認知症ケアの状況を確認

令和6年度 of 取組内容

前提	<ul style="list-style-type: none">自施設の状況を確認するため、施設長が最新のフィードバックを都度確認しているまず、年齢、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度等から自施設の利用者の基本的な傾向を確認し、その他の各項目を確認していくのが基本的な流れ
C:評価	<ul style="list-style-type: none">「身近なものを置いた場所を覚えていますか」等の項目で「1:全く覚えていられない」の自施設の割合が全国や県よりも約10ポイント低いが、自施設は認知症の状態が重い利用者が多いため疑問に感じた
A:改善	<ul style="list-style-type: none">生活・認知機能尺度の他の項目の結果から、日常的に利用者本人が残存機能を活かせるように働きかけたり、積極的なコミュニケーションを図っている自施設のケアを裏付けると考察した
P:計画	<ul style="list-style-type: none">職員のモチベーション向上のため、考察内容を現場職員に共有した

その後の取組内容

D:実行

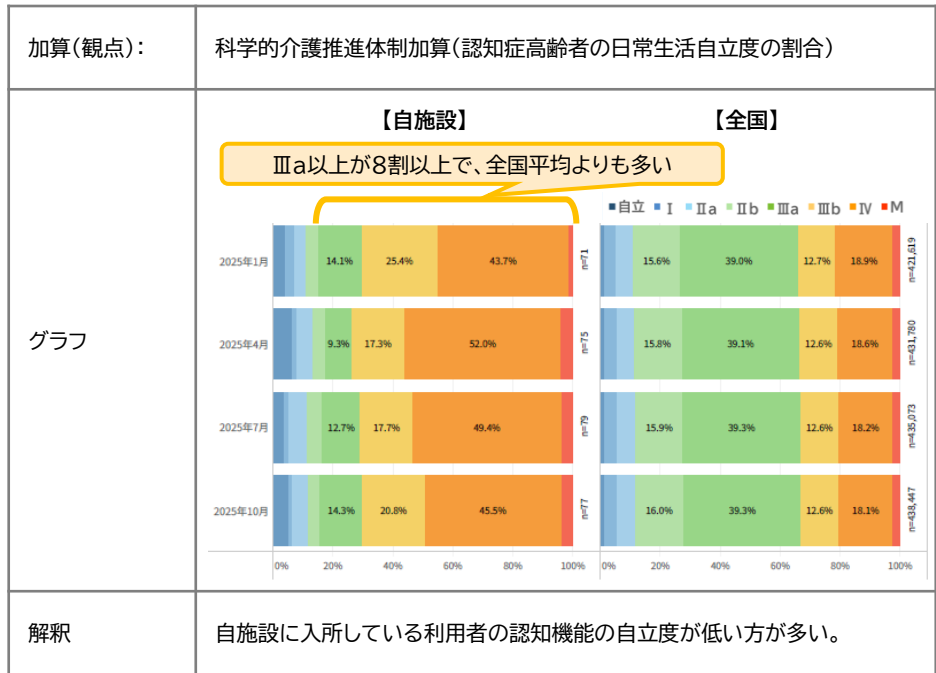
- 従来通りに認知症ケアを実施した。

C:評価

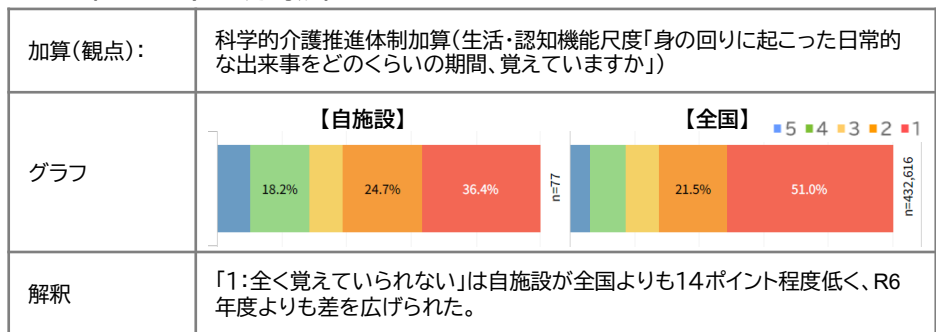
- 事業所フィードバックにより、自施設の認知症ケアの状況を継続的に確認した。

確認事項の詳細は次頁に掲載▶▶

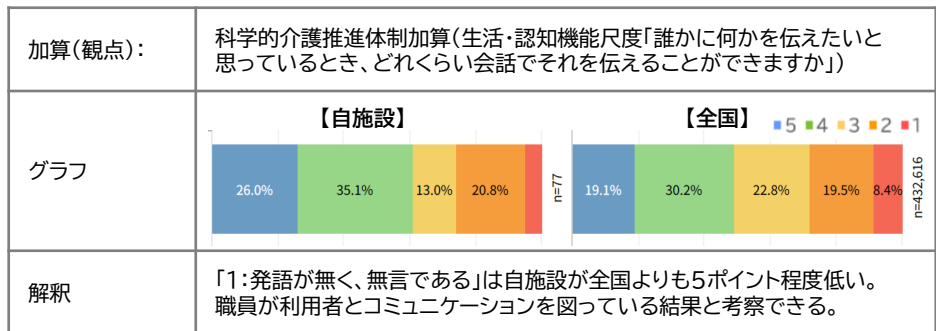
■ 評価①： 自施設の利用者の認知機能の傾向を確認



■ 評価②： 生活・認知機能尺度より、認知症の中核症状に関わる項目を確認 (2025年10月時点)



■ 評価③： 生活・認知機能尺度の他の項目で、職員が利用者へ積極的にコミュニケーションを図っているか等を確認(2025年10月時点)



A : 改善

● 自施設の職員は質の高い認知症ケア、質の高いコミュニケーションを取っているのか、施設長として確認している。

P : 計画

● 自施設の状況を確認し、注意喚起が必要な際は周知する。

▶ 次のサイクルへ！

事例No.9 施設方針についてのフィードバックによる継続的な確認

介護医療院

医師(1名), 看護職員(17名), 介護職員(24名), 管理栄養士(2名),
機能訓練指導員(4名), 介護支援専門員(2名)

定員:84名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

■ 取組内容のポイント

- 令和6年度、施設の取り組みが実際に数値となってフィードバック上に表れていることを確認し、取り組みを継続することを確認
- 令和7年度では、引き続き良い数値で保たれていることを確認

■ 令和6年度 of 取組内容

課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設の方針として、「積極的な離床」を推進している ● 離床時間の確保が自施設の特徴・強みであると感覚的には認識していたが、具体的な数値の成果としては確認できていなかった
C:評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 科学的介護推進体制加算の事業所フィードバックを確認したところ、障害高齢者の日常生活自立度の値が全国値よりも良いとわかった ● 一方で、口腔の健康状態に関するいくつかの項目の該当率が全国平均よりも高いことも読み取れた
A:改善	<ul style="list-style-type: none"> ● 口腔の健康状態について、歯科衛生士が積極的に評価を行っており、課題をより発見できていると考えられた
P:計画	<ul style="list-style-type: none"> ● 引き続き、離床の取り組みや歯科衛生士による評価を行うこととした

■ その後の取組内容

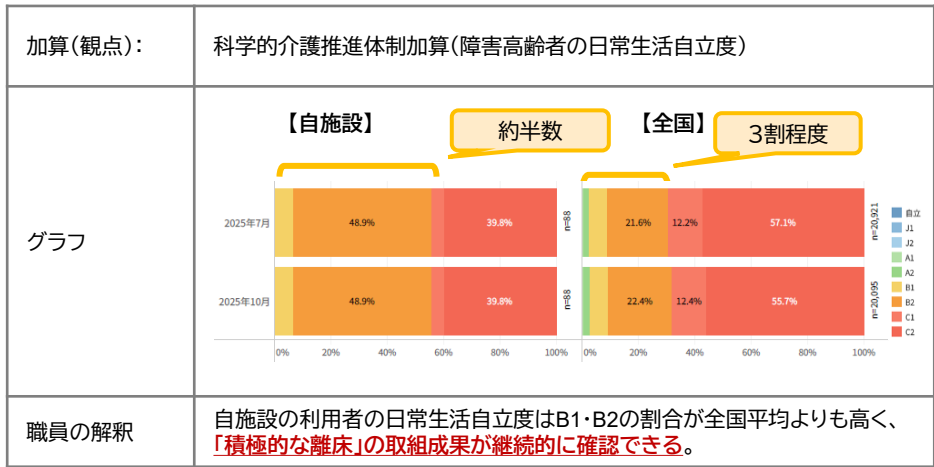
D: 実行

- 各委員会で目標設定をし、取り組みを企画した。介護職員に対し、ミニカンファレンス内で情報連携を実施した。
- 歯科衛生士による口腔状態の確認を週3回/1利用者で実施した。

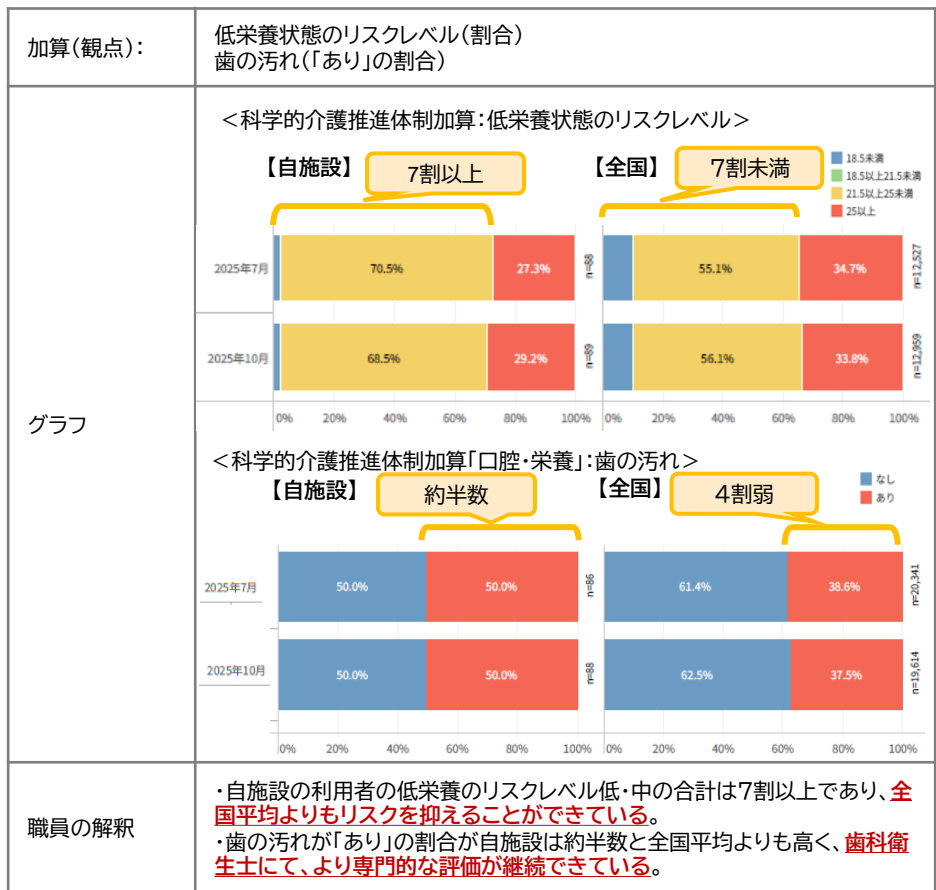
C: 評価

- 日常生活自立度、IADL、口腔の健康状態に関する指標を確認。
- 全国と比較すると、日常生活自立度のB1・B2の割合が高く、離床に取り組んでいる成果と言える。低栄養の割合が低い他、BMIの値も良好であり、取り組みの成果と言えるだろう。
- 医師を含む多職種でミールラウンドを実施しており、リハ・栄養・口腔の三位一体の多角的なアセスメントを継続している。

■ 評価①：「積極的な離床」の成果が出ているか確認



■ 評価②：自施設の栄養ケアの状況・歯科衛生士による口腔の評価状況の確認



A : 改善

- 口腔の状態評価の方法等を職員に伝達するが、徐々に方法を忘れてしまう場合がある。
- ミールラウンドや、歯科衛生士による確認の時間を設け、定期的に再連携する。

▶ 次のサイクルへ！

事例No.10 転倒後のケア見直しに向けた方針検討

介護老人福祉施設

看護職員(7名), 介護職員(31名), 管理栄養士(1名), 機能訓練指導員(3名)

定員:52名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

● LIFEデータの読み解き方、数値の理解が必要

個別ケアの見直しに取り組む前提として、教育が必要であり、LIFEデータをどのように読み解くのか、理解して活用に繋げることが難しい。

解決策・取組

● 独自のAIツールにフィードバックレポート等の情報を読み込ませ、ケアプランの見直しにおいて必要な観点を整理

ケアプランの見直しに向けて、検討対象の利用者に関する、LIFEデータ、現場の記録等をAIツールでレポートし、多職種で共有。

取組内容の詳細

準備

- ① LIFEから当該利用者に関する利用者フィードバックをダウンロードする。
- ② 独自のAIツールに分析に必要な各種データをインプットし、会議で共有する「総合ケアプランレポート」を出力する。
- ③ 「総合ケアプランレポート」について、AI読み上げツールを活用し、会話形式での音声データを用意する。

■ 準備①: 利用者フィードバックのダウンロード

- ・ 当該利用者について、AIツールで分析するデータ一式をダウンロードする。

利用者フィードバックのダウンロード方法はp.3を参照

■ 準備②: AIツールに分析に必要なデータをインプット

- ・ SPCプラン(Severity Preventive Care(重度化予防))(理学療法士が作成)、利用者フィードバック(算定加算一式:総論・ADL、口腔の健康状況、認知症)、施設サービス計画書(介護支援専門員が作成)をインプットする。※検討対象の利用者によってインプットデータは異なる。
- ・ 分析したい目的(本事例の場合:「10月に複数回転倒したこと」「それに伴うケア変更)」を基に、ケアプランの見直し案についてアウトプット(総合ケアプランレポート)抽出を指示する。

課題

- 個別ケアの見直しに取り組む前提として、教育が必要であり、LIFEデータをどのように読み解くのか、理解して活用に繋げることが難しい。

■ 課題：ケアプラン見直し会議

参加者	施設長、介護支援専門員、理学療法士、介護職員
配布資料	LIFE情報 : 利用者フィードバック(算定加算一式) その他の情報 : 統合ケアプランレポート(利用者向け) SPCプラン(Severity Preventive Care(重度化予防)) 施設サービス計画書
議論内容	・転倒前後の変化 ・AIツールによる分析結果の共有 ・今後のケア方針の検討

C : 評価

- 転倒だけに着目するのではなく、排泄、食事、日中の活動・余暇時間の過ごし方も含め、転倒後のケアを見直し。

■ 評価①：転倒後の対応検討

- ・直近の歩行状況を確認し、歩行器の必要性などを検討した。
- ・独歩は難しく、短距離(ホールからトイレまで)の歩行を継続することとし、転倒リスクが高くなってきたら再検討することとした。

■ 評価②：身体状況・認知機能等の変化を共有・確認

- ・利用者フィードバックなどのデータを基に、総合ケアプランレポートを参照し、利用者の食事や水分摂取量、排便頻度、運動量などを確認した。
- ・転倒予防のために活動量が減ってきたこと、活動については受け身であり、認知機能の低下も懸念され、日中の傾眠傾向を減らしていくこととした。
活動量が減ってきたことで、排便の間隔が伸びつつあるため、改善が必要と判断した。

■ 評価③：直近の利用者の状況を介護職員から聞き取り、共有・確認

- ・データでの確認だけでなく、利用者の歩行、食事、排泄、日中活動、余暇時間の過ごし方など、実際にケアを提供している介護職員からも聞き取り、総合的に利用者の状況を評価した。



会議の様子

A : 改善

- 転倒予防だけではなく、利用者の生活全般について総合的に支援していくことを確認。

■ 改善：食事・排泄・余暇活動なども含め、総合的な支援を共有・合意

- ・転倒以降、生活の範囲が狭くなっていることが会議のなかでの共有事項だった。
- ・歩行状態など、徐々に戻りつつあるため、食事面、排泄機能面など色々なところを確認し、引き続き、今後の生活を支えていくということを、会議参加者全員で合意した。

P：計画 ● 合意したケア方針に合わせた、ケアを提供。

介護支援専門員から共有された具体的なケア目標(短期目標・長期目標)を会議参加者で共有・合意し、日々のケアを提供していくこととした。

D：実行 ● ケアプランに基づいた、日々のケアの実践

▶ 次のサイクルへ！



【参考】 独自AIツールの活用

LIFEで出力される利用者フィードバックは全国と比較した相対評価であり、母集団と比べての立ち位置の確認に留まる。

利用者1人1人について、ケアプランを基に、評価・分析し、次の取組に繋げていきたい、という思いから、AIツールを開発し、ケアプランの見直しの検討にも活用を開始した。

他施設と比較しているのがLIFEであり、こういったデータがフィードバックされてきているということは現場に伝えても、その結果をどのように解釈してよいか分からない。特定の機能が低下してきている、他の人と比べてどうなのかを見るに留まる。LIFEの結果を踏まえて、どのようにケアを見直していったらよいかまで検討できる現場は少ないだろう。AIを活用し、当施設の理念やケア方針(ノーリフティングケア、おむつゼロなど)、利用者の客観的なデータ、現場が把握している定性的な情報など、あらゆる情報を含めて、ケアプランの素案の作成まで実施できるようにした。



AIツール開発者
理学療法士

【開発したAIツールの概要】

AIで科学的介護をナビゲート！「LIFEナビ」活用ガイド

介護現場の課題とAIによる解決策

「LIFEデータ、どう活かせば？」
現場の共通の悩み

- データの解釈が難しく、日々のケアへの具体的な活用方法が分からない。
- データの活用が不明

AI「LIFEナビ」がデータを「現場の力」に変換！

PDFをアップロードするだけで、AIが分析し実践的なレポートを作成する。

LIFEナビの3つの強力なレポート機能

- 事業所向けレポート:** 組織の強み・弱みを可視化
- 利用者向けレポート:** 一人ひとりに最適なケア目標を提案
- ケアプラン作成支援:** 相対評価の計画書(1-2)草案を自動作成

SWOT分析: 強み・弱み・機会・脅威を把握し、運営会議や研修資料として活用できる。

個人の状態を多角的に分析し、PDCAに沿った個別ケア目標を提示する。

LIFE分析とアセスメントを統合し、ケアマネジャーの業務を効率化する。

【本事例における利用者の個別ケアの見直しで活用したAIツールの出力結果】

転倒後の自立支援へ：LIFEデータに基づく統合ケアプラン

2025年10月の転倒を機に、ADL(日常生活動作)が低下し、活動意欲も停滞している利用者の現状を「正念場」と分析。残存能力を活かし、安全と活動機会を両立させることでQOL回復を目指す戦略的ケアプランです。

現状の課題：転倒後の「正念場」

- ADLスコアが急落**
85点(自立) → 70点(部分介助)
- 活動機会の減少と意欲低下**
安全優先のケアが、傾眠傾向や「廃用症候群」のリスクを高めている。
- 重度の便秘**
排便がなく、不快感や健康リスクが懸念される状態。

QOL回復への戦略：強みを活かすケア

- 【強み】食事・口腔機能は良好**
食量摂取可能で栄養状態が良く、体力回復の最大の武器となる。
- 安全な移動支援「ノーリフティングケア」**
「抱えない介護」で本人の力を引き出し、安全な歩行・移乗機会を創出する。
- 最優先課題「便秘解消」へのアプローチ**
水分・運動・トイレ着座の基本ケア
自然な排便リズムを取り戻す。

(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

通所介護

生活相談員(4名), 看護職員(3名), 介護職員22名, 機能訓練指導員(6名)

定員:55名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養アセスメント

口腔機能向上

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

課題

● 個別ケアの見直しに向けたLIFE活用を模索

法人からの働きかけもあり、事業所内でどのようにLIFEのフィードバックを活用していくかを考えていた。

解決策・取組

● 個別ケア会議前に対象利用者の利用者フィードバックを確認

利用者ごとに利用者フィードバックによる経時的変化・全国的な傾向を踏まえ、今後の支援内容を検討することとした。

取組内容の詳細

準備

- ① 利用者フィードバックをダウンロード・印刷し、会議参加者(管理者、生活相談員、機能訓練指導員)に事前配布。
- ② 会議参加者は予め目を通したうえで、個別ケア会議に参加。

■ 準備①: 事前(会議開催の1~2週間前)に利用者フィードバック(ADLの変化)を印刷した紙を会議参加者に配布

- ・ 対象利用者の利用者フィードバックの情報を半年から1年の変化も含め印刷し、会議開催の1~2週間前に会議参加者へ配布する。

■ 準備②: 予め利用者フィードバックに目を通し、気になる点をピックアップ

- ・ 会議参加者は個々に利用者フィードバックに目を通し、気になる点があれば各自でADLの変化以外の利用者フィードバックの情報を確認する。
- ・ 現場の介護職員からの意見や、自宅の環境、機能訓練中や送迎時の状況など、気になる点など共有・確認事項を事前に整理しておく。



取組の詳細は次頁に掲載▶▶

課題

- LIFEによる利用者フィードバックのデータも活用した利用者の個別ケアの見直し。
- 個別利用者の状況だけでなく、事業所全体の状況についても、ADLの変化や要介護度別の変化など、全国値や地域別の結果も共有していく。

C：評価

● 利用者フィードバックを中心に利用者の近況を確認する。

- 評価①：利用者フィードバックによる利用者の変化を確認
 - ・ 利用者フィードバックを基に、ADL、認知機能などの経時変化を確認する(利用状況によって数カ月～1年半)。
- 評価②：利用者の近況や介護支援専門員からの情報を共有・確認
 - ・ 服薬状況や直近の事業所での情報を共有。
 - ・ 介護支援専門員からの情報を共有し、事業所での様子を確認。
 - ・ 自宅での状況や家族からの情報を共有

POINT

次頁で個別ケア会議の進行の様子を紹介！



POINT

事業所フィードバック
(全項目を印刷・ファイリング)

利用者フィードバック
(事前配布)

事業所フィードバックの活用例は、事例No.3を参照

A：改善

- 利用者の身体的変化や現状の課題等を踏まえ、**今後の支援方針**を検討する。

P：計画

- 利用者の介護計画の方針を整理する。
- 事業所フィードバックの結果も確認し、事業所としての支援方針も確認・共有する。

D：実行

- サービス担当者会議での合意を踏まえ、ケアを提供。

▶ 次のサイクルへ！

(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

【参考】利用者フィードバックを用いた個別ケア会議のようす

利用者フィードバックを基に、ADL、認知機能などの経時変化を確認(利用状況によって数カ月～1年半)し、今後のケア方針について協議する。

利用者Aさんのケース

利用者フィードバックの確認
(ADL、認知機能の変化を確認)

機能訓練指導員

機能訓練指導員の発言

ご自宅でもちょっとレビー小体型の認知症の進行による影響がでてきているようです。幻聴・幻覚があるとケアマネさんからは聞いています。でも事業所内では幻聴・幻覚はないようで、割としっかりされているように見えますが、どうですか。

管理者

機能訓練の際に、認知機能の低下が見受けられます。バイクのやり方が分からなくなってしまい、以前は「これで5分ね」と言えば漕ぎ出してくれましたが、「はいスタート」と声を掛けても困ってしまうことが多くなってきました。バイクでは足をまわしてくださいね、足を開いてくださいねと、機械のやり方を説明しないと動作に移れない状況です。

機能訓練指導員

薬の管理が難しくなっているかもしれません。目薬の管理がうまくできていないようで、飲み薬以外の薬の管理が難しいかもしれません。飲み薬はロボットで管理されているので大丈夫とされますが、皮膚科の薬などは、ちょっと管理が難しくなっているかもしれません。

個別の課題についての確認と今後の方針の確認
(服薬管理の状況について)

先日、ケアマネさんから、ガスコンロからIHコンロに変えたことで、操作が覚えられなくなってしまったと聞きました。操作を覚えるためにヘルパーさんが一緒に調理してIHの操作方法を覚えてもらうようにしているみたいですが、なかなか覚えられないようです。認知力の低下、指示の入りにくさ症状として出てきていますね。事業所の中でも、「お風呂に入りましょう」という声掛けて今までは理解してくれていたと思いますが、わからなくなってくるかもしれません。かみ碎いた説明も必要になりますね。引き続き様子を見ていきましょう。

管理者

利用者Bさんのケース

利用者フィードバックの確認
(ADL、認知機能の変化を確認)

機能訓練指導員

機能訓練指導員の発言

認知症症状が、記憶障害や見当識障害、実行機能障害で出ているのですが、ご様子はどうですか。数か月前に、ご家族の負担軽減のために他事業所の小規模多機能居宅介護をご利用し始めたそうですが、環境変化から認知症症状が進んで暴言が出るようになってしまったそうです。

管理者

利用者フィードバックからも、認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅲa」から「Ⅲb」に変化していることが分かります。

もともとトイレが頻回なことが課題で、デイサービスの利用時間内だけでも10回以上行っています。過活動膀胱の既往歴がありますが、認知症の症状によってトイレに行っことを忘れてしまうことが一番の原因だと思います。何かに集中しているときにはトイレに行かれることが少ないです。

個別の課題についての確認と今後の方針の確認
(個別レクの状況について)

機能訓練指導員

環境変化のリスクを抑えるために、他事業所の利用はやめて、当事業所の利用を増やす方針です。何かに集中していただく時間を増やすためできそうなことはありますか。

管理者

以前は大工の棟梁だった方なので、木に触れてもらうのが良いのではないのでしょうか。

いいですね。木のパズルや、木工の動画を見ていただいたり、設計図の作成をご自宅での宿題として提案できそうです。引き続きご家族やケアマネジャーと連携していきましょう。

管理者

- 利用者フィードバックの確認から会議を開始し、利用者の変化や数値を基に、気になる点や今後の方針を検討する。

事例No.12 リハビリテーション会議でのフィードバックを活用した取組事例

通所リハビリテーション

医師(2名), 看護職員(1名), 介護職員(5名), 管理栄養士(1名), 歯科衛生士(1名), 機能訓練指導員(10名)

定員:30名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養アセスメント

口腔機能向上

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

きっかけ

● リハ・口腔・栄養の連携重視

利用者の食事に対する関心が高く、「多職種連携は口から」と考えている

解決策・取組

● 一体的取組の様式を活用し、リハ・栄養・口腔一体でリハビリを実施

● 利用者・多職種が参加する会議を3か月に1回開催し、利用者フィードバックを用いた利用者への説明を実施

会議を行うことで取り組みを振り返り、ケア計画を見直している

取組内容の詳細

準備

- ① リハビリテーション会議開催前に、利用者、医師以外の多職種でプレカンファレンスを開催し、事前に当日確認したい事項を確認・共有。
- ② 利用者フィードバックのうち、利用者の課題別にどの様式を用いるか検討。

■ 準備①：多職種でプレカンファレンスを開催

- ・ 利用者、医師以外の多職種でプレカンファレンスを開催し、限られた時間の中で会議が円滑に進むよう、予め利用者の状況を確認し、事前に当日確認したい事項を決めておく。

■ 準備②：予め利用者フィードバックのうち、閲覧・共有する様式を選定

- ・ 当日の進行役となる理学療法士が、当日共有すべき利用者フィードバックの情報を確認し、会議の進行を踏まえてデータを準備しておく。
- ・ 一体的取組の様式を活用していることから、リハビリテーション、栄養、口腔の順に、介護を進めていくための準備を行う。

取組の詳細は次頁に掲載▶▶

課題

- 以前から、法人の方針として、利用者の食に対する関心が高く、「多職種連携は口から」と考えている。
- 併設する介護老人保健施設では、令和3年度介護報酬改定以後、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的計画書を取り入れていたため、通所リハビリテーションでも同様に取組を開始した。

D：実行

- 利用者に対し、リハビリテーションを実施する。
- 一体的計画書を使用し、利用者の目標・課題検討事項、リハビリテーション・栄養・口腔の計画内容を1枚の紙で情報共有する。

C：評価

- 多職種で**プレカンファレンス**を実施する。

■ 評価①：プレカンファレンスの開催

- リハビリテーション会議を円滑に進めるため、支援内容や課題を共有し、当日の進行についてすり合わせる。

A：改善

- 利用者・多職種が参加するリハビリテーション会議を3か月に1回開催している。
- 利用者フィードバックも活用しており、例えばADLの推移等を利用者に説明している。

■ 改善①：リハビリテーション会議の開催

- リハビリテーション会議には、医師を含む多職種と、利用者・家族が参加する。



次頁でリハビリテーション会議の進行の様子を紹介！

オンライン会議を活用することで、より多くの多職種がリハビリテーション会議にリアルタイムで参加できるようになりました。



※実際のリハビリテーション会議の様子。直近のアセスメント結果や利用者フィードバックを画面に投影しながら議論する。

P：計画

- リハビリテーション会議内で、今後の方針について説明・合意する。

▶ 次のサイクルへ！

POINT

【参考】リハビリテーション会議の様子や進行のポイント

前回のリハビリテーション会議以降の利用者の変化について全員で確認し、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理について今後のケア方針について協議する。

前回会議からの
変化・現在の支援
計画について共有

【病歴】脳梗塞後遺症、腎機能障害

- ・ 自宅独居のため、病院受診や買い物などには歩いていかなければならない。
- ・ 歩行能力は維持しているが、健側主体の生活動作になりやすく負担が生じている。

事業所職員の発言

ご利用者様の発言

リハビリテーションにつ
いて
(歩行速度の計測結果)



理学療法士

リハビリテーションマネジメント加算等の事業所フィードバックより、当事業所は夏場には筋力低下が起こりやすいと把握しています。易転倒性といった日常生活動作との関連性が高いTime Up & Go Test評価では、前回と同値レベルで、歩行能力維持が図れています。

外出はできているよ。

栄養管理について
(体重減少・BMI値の低
下を踏まえた食事面の
確認)



管理栄養士

夏場に比べて体重が少し戻ってきましたね。食欲が出るようになりました？年末年始は去年のようにお餅を食べることが多くなりそうですか？

お弁当がお休みになるからね。
おかずを作るのは難しいけど、お餅なら手取り早い。



管理栄養士

食事の偏りが生じてしまいます。たんぱく質摂取を心がけましょう。全国平均と比べると、体重も今よりももう少し増やしたいですね。

口腔管理について
(嚥下状況、義歯の汚
れについて)



歯科衛生士

歯も大きな問題はないですね。時々、歯の汚れが目立つことがあるので、汚れが多い状況が続けば介入が必要です。



言語聴覚士

嚥下状況はむせもないです。
食べることや話すことで何か困っていることはありませんか？

今のところは大丈夫かな。
年明けにここにきて体重を測定してもらおう。

利用者フィードバック
(科学的介護推進体制
加算(総論)、口腔・歯
の汚れ)のグラフを画面共
有

- 着目すべき課題に関する項目のみに絞り、利用者を含め、全員でグラフを確認し、気になる変化や数値について会話をします。



介護職

レクリエーションにも積極的に参加されていますが、ご自宅に戻ると地域との関わりが少ないと伺っています。ここに来て地域の方とも関わることで、心の安定や生活の充実につなげていきたいです。



看護師

ご自宅での食事管理も大切ですが、乾燥してくる時期なので、喉の渇きに気づきにくく「かかれ脱水」を起こしやすいです。脳梗塞再発予防として定期的に水分摂取を行いましょう。

うん、わかった。



介護支援
専門員

配食サービス以外にも、訪問ヘルパーが食事支援を行っていますが、それでは物足りなくなるくらい食欲が戻っていますね。



医師

脱水による腎機能悪化にも注意しよう。
歩行能力以外にも注意することはありますか？



理学療法士

前回の会議の時とADLは変わりないですが、動作時に健側の痛みを訴えています。



医師

年末年始の体重減少には気を付けましょう。
栄養補助食品の活用も検討し、筋力アップを図っていきましょう。

他職種からのコメント
(各職種から現状の課
題を確認)

総括
(各専門職からの報告
を踏まえ、今後に向けた
総括を実施)

- 理学療法士が進行を務めるため、これまでリハビリテーションに偏った議論になりがちだったが、一体的計画を用いることで、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理をバランスよく、かつ順序だてて効果的な議論できるようになった。

(1) 施設・事業所の体制整備

(2) 職員の教育・研修

(3) 施設・事業所全体のケア方針の見直し

(4) 個別ケアの見直し

事例No.13 訓練時にできている平地歩行を日常生活でも実施できるよう、車椅子から歩行器への移行を試した取組の効果について

R6
掲載
事例

介護老人保健施設

医師(1名), 看護職員(10名), 介護職員(27名), 管理栄養士(3名), 機能訓練指導員(6名), 介護支援専門員(3名)

定員:75名

科学的介護

個別機能

ADL維持等

リハマネ

短期集中リハ

栄養マネジメント

口腔衛生管理

自立支援

褥瘡

排せつ

かかりつけ医・薬剤

取組内容のポイント

- 令和6年度、リハビリテーションによりできるようになったことを日常生活でも実践するケア方針を決定

機能訓練指導員と介護職員で利用者のADLに対する認識にずれがあるとの気付きから、新たなリハビリテーションの提供形式「お試し期間」を考案。

- 令和7年度、「お試し期間」を適用できた利用者のうち、2名の在宅復帰が可能となった

令和6年度の取組内容

準備	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所フィードバックを見て、些細なことでも気付きを多職種で共有する場を設置
C:評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 短期集中リハビリテーション実施加算の事業所フィードバックで、ADL合計点の変化の「維持」が9割以上である点への違和感から、リハビリ職員と介護職員の間に利用者の自立度に対する認識のずれに気付いた
A:改善	<ul style="list-style-type: none"> ● リハビリ職員が見ている訓練時の動作と介護職員が見ている日常の動作に差があることが分かった。
P:計画	<ul style="list-style-type: none"> ● 今まで車椅子介助の方でも、「お試し期間」として介護職員が十分注視することができる日中のみ、歩行器による介助を行い、問題なければ歩行器へ完全に移行する方針を決定。

その後の取組内容

D:実行

- 4~5名の利用者に対して生活リハビリの一環で「お試し期間」を設け、機能訓練の時間以外で介護職員や看護職員の付き添いのもと歩行訓練を実施。

C:評価

- 取組の効果を確認

- 評価①: 2名の利用者の**歩行動作が改善し、歩いて在宅復帰できた。**



フィードバックによる「C:評価」は次頁に掲載▶▶

■ 評価②： 利用者のフィードバックの情報より、ADLの改善状況を振り返り

加算 (観点):	リハビリテーションマネジメント加算等(ADL合計点)																						
グラフ	<p>■ 利用者A(要介護1、日常生活自立度:B1、認知症高齢者の日常生活自立度:IIb)の場合</p> <table border="1"> <caption>利用者AのADL合計点推移</caption> <thead> <tr> <th>年月</th> <th>ADL合計点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024年7月</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>2024年10月</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>2025年1月</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td>2025年3月</td> <td>59</td> </tr> </tbody> </table> <p>■ 利用者B(要介護1、日常生活自立度:A2、認知症高齢者の日常生活自立度:IIb)の場合</p> <table border="1"> <caption>利用者BのADL合計点推移</caption> <thead> <tr> <th>年月</th> <th>ADL合計点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024年11月</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>2024年12月</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>2025年1月</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2025年2月</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>2025年4月</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	年月	ADL合計点	2024年7月	55	2024年10月	54	2025年1月	58	2025年3月	59	年月	ADL合計点	2024年11月	65	2024年12月	64	2025年1月	70	2025年2月	69	2025年4月	70
年月	ADL合計点																						
2024年7月	55																						
2024年10月	54																						
2025年1月	58																						
2025年3月	59																						
年月	ADL合計点																						
2024年11月	65																						
2024年12月	64																						
2025年1月	70																						
2025年2月	69																						
2025年4月	70																						
解釈	<p>「お試し期間」の取組を開始した2025年1月以降では、その前と比べて2名の利用者とも少しずつADLが改善した。全国平均のADL合計点は50点を下回って横ばいなので、各利用者の残存能力を活かすケアを実践できたと考えられる。 ADL合計点の大きな変動にまでつながらなかったが、残存能力を活かす意識が強まったことで、歩行動作も少しずつ改善させることができた。</p>																						

A : 改善

- 施設の特性上、利用者の入れ替わりが多く、数値での利用者の改善を実感することは難しい。
- 新しく入所される方の在宅復帰を目指す際、今まで以上に、その方の潜在能力を判断して生活リハビリを取り組むようになった。

P : 計画

- 今後も利用者の潜在能力を活かして在宅復帰を支援できるよう、「お試し期間」を活用していく。

▶ 次のサイクルへ！

ケアの質の向上に向けた
科学的介護情報システム(LIFE)利活用の手引き
付録 令和7年度 事例集

令和8(2026)年3月 発行
発行 厚生労働省
