

入口学習テキスト

第3巻

介護過程の意義と実践

かいごかていの いぎ と じっせん

やさしい日本語版

やさしい にほんごばん

一般社団法人 専門職教育情報機構（KJK）

2026年6月

目次（もくじ）

介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）	9
1. 介護過程の展開（てんかい）イメージ	9
2. アセスメント	11
3. 計画（けいかく）の立案（りつあん）	19
4. 実施（じっし）	22
5. 評価（ひょうか）	26
★ キーワードまとめ	28

第3巻 第1章

第1節 介護過程（かいごかてい）の意義（いぎ）と目的（もくてき）

【到達目標（とうたつもくひょう）】

- 介護（かいご）の概念（がいねん）が、三大介護（さんだいかいご）から、心身（しんしん）の状況（じょうきょう）に合（あ）わせた介護へと変（か）わってきたことを理解（りかい）している。
- 介護過程の目的・意義（いぎ）・必要性（ひつようせい）を説明（せつめい）できる。
- 科学的根拠（かがくてきこんきょ）にもとづいた介護実践（かいごじっせん）の流（なが）れを理解している。

1. 介護の概念の見直（みなお）し

◆ 三大介護から、心身の状況に合わせた介護へ

2007（平成19）年12月に「社会福祉士（しゃかいふくしし）及（およ）び介護福祉士法（かいごふくししほう）等（とう）の一部（いちぶ）を改正（かいせい）する法律」ができました。これにより、社会福祉士及び介護福祉士法のきまりが変わりました。

この改正で、介護職（かいごしょく）の国家資格（こっかしかく）である介護福祉士の仕事は、いわゆる三大介護（食事（しょくじ）・入浴（にゅうよく）・排泄（はいせつ）の介護）から、心身の状況に合わせた介護を提供（ていきょう）することへと変わりました。これは、介護現場（げんば）の日常（にちじょう）の仕事をふり返（かえ）るよい機会（きかい）になりました。

はじめの気持ちにもどって、もう一度、介護とは何か、介護の概念を考え直してみましょう。

◆ 介護の本質（ほんしつ）

老（お）いや、おとろえ、障害（しょうがい）があることでおこる、利用者（りようしゃ）の生活上（せいかつじょう）の困難（こんなん）や不便（ふべん）（＝生活障害（せいかつしょうがい））を少しでも減（へ）らすこと。そして、利用者本人（ほんにん）が望（のぞ）む、その人らしい生活を新（あた）しく作り直すことを、そばで支（ささ）えること。さらに、介護職が一方的（いっぽうてき）に行うのではなく、その人が自分（じぶん）の意思（いし）にもとづいて、質（しつ）の高（たか）い生活を送（おく）れるように支援（しえん）すること（＝利用者

本位（りようしゃほんい）、自立支援（じりつしえん））。これが介護の本質と理解されています。

つまり介護とは、ただ食事・入浴・排泄などのADL（日常生活動作（にちじょうせいかつどうさ））のお世話（せわ）や、利用者ができないことの手助（てだす）け・介助（かいじょ）（利用者の代（か）わりに行うこと）を意味するものではありません。

介護という仕事は、利用者がなぜ今のような状態（じょうたい）になったのかを探（さぐ）り、その原因（げんいん）を取（と）り除（のぞ）いたり、利用者の意欲（いよく）を引（ひ）き出（だ）したりしながら、一人ひとりの利用者がその人らしく生きていけるように支援する仕事です。つまり介護とは、利用者の生活全体（ぜんたい）にわたる、とても広い意味での援助活動（えんじょかつどう）なのです。

★ ポイント：三大介護から心身の状況に合わせた介護へ

改正前：食事・入浴・排泄の介護（三大介護）が中心の考え方

改正後：利用者の心身の状況全体に合わせた、包括的（ほうかつてき）な介護の提供
→「何をするか」ではなく「その人にとって何が必要（ひつよう）か」を問う介護へ

2. 科学的根拠にもとづいた介護の実践

◆ 意図的（いとてき）・具体的（ぐたいてき）な介護を行うための流れ

介護の仕事をふり返ってみましょう。日ごろの介護実践は、一人ひとりの介護職の思いつきで、その場（ば）かぎりで行ってはいけません。

介護という仕事を行うためには、利用者にとって必要と思われる援助を科学的にとらえ、専門職（せんもんしよく）による具体的な支援・介護の方法を計画（けいかく）し、実践しています。一人ひとりの介護職は、介護支援専門員（かいごしえんせんもんいん）（ケアマネジャー）が利用者の生活ニーズに合わせて作成（さくせい）したケアプラン（居宅（きょたく）サービス計画、施設（しせつ）サービス計画）にもとづいて、介護職の視点（してん）からアセスメントを行い、介護計画を立（た）て、具体的な介護を行います。

利用者が希望（きぼう）する生活の実現（じつげん）に向（む）けて、意図的な介護を行うための流れを介護過程といいます。これは、介護を進めていく上での手順（てじゅん）や経過（けいか）と言い換（か）えることもできます。また、介護過程にそった介護実践では、利用者の心身の状況や、利用者を取（と）り巻（ま）く環境（かんきょう）にも目を向け、一人ひとりの介護職が持っている知識（ちしき）や経験（けいけん）、コツなどを活用（かつよう）し、はっきり

した根拠（こんきょ）をもって援助していくことが、大いに求（もと）められます。

◆ 介護過程を行う意味

他職種（たしよくしゅ）や介護職同士（どうし）が協働（きょうどう）・連携（れんけい）して、専門的（せんもんてき）な知識と技術（ぎじゅつ）に裏打（うらう）ちされた介護過程を行うことで、客観的（きゃっかんてき）で科学的な根拠にもとづいた介護実践ができるようになります。また、介護過程の流れを言葉（ことば）にして記録（きろく）に残（のこ）すことで、介護実践の成果（せいこ）をあとから振り返ることができます（＝評価（ひょうか））。

さらに、利用者一人ひとりについて、尊厳（そんげん）の保持（ほじ）や自立支援の視点にもとづくため、利用者を主体（しゅたい）とした個別（こべつ）ケアの実践ができるようになります。

★ 介護過程を行うことの3つの意義

- ① 科学的根拠にもとづいた介護実践ができる
- ② 実践の成果をあとから振り返ることができる（評価）
- ③ 尊厳の保持・自立支援にもとづく個別ケアの実践ができる

3. 介護過程の必要性

◆ 介護過程とは介護実践の道筋（みちすじ）

介護過程は、一般的（いつぱんてき）に「アセスメント→計画の立案（りつあん）→実施（じっし）→評価」の4段階（だんかい）で構成（こうせい）されています（図 1-2）。この考え方は、介護だけのものではありません。日常生活でもよく見られますが、どれも、計画を立てる前の検討（けんとう）や準備（じゅんび）（アセスメント）はしっかり行い、問題（もんだい）になることをはっきりさせ、改善策（かいぜんさく）を考えてから実行（じっこう）に移（うつ）します。

アセスメント	計画の立案	実施	評価
・情報収集（じょうほうしゅうしゅ） ・情報の解釈（かいしゃく） ・関連（かんれん）づけ・統合化（とくごうか）	・目標（もくひょう）の設定（せつてい） ・具体的な援助内容・方法の決定（けつてい）	・計画にもとづく実施・自立支援・安全（あんぜん） ・尊厳の保持・利用者の反応（はんのう） ・可	・目標の達成度（たっせいど） ・援助内容・方法の適切性（てきせつせい） ・計画修正（しゅうせい）の

うごうか)・課題
(かだい)の明確
化(めいかくか)

能性(かのうせ
い) 必要性

介護過程の展開(てんかい)は、ちょうど旅行会社(りょこうがいしゃ)と利用者の関係(かんけい)に似(に)ているといえます。つまり、旅行というものは、旅行会社が利用者の希望を共有(きょうゆう)し、実践していく過程であり、利用者本人が自分の期待(きたい)する旅行を手に入(い)れられるように、旅行会社はともにこころとからだを動(うご)かし、利用客が自分で行動(こうどう)を選(えら)べるように支援する仕事だといえます。

このことを介護に置(お)き換(か)えて考えてみましょう。介護とは、介護職が介護サービス利用者の生活目標を共有し、実践していく過程であり、利用者本人が自分の期待する生活を手に入れられるように、介護職はともにこころとからだを動かし、その人らしい生活を利用者自身(じしん)が選べるように支援する仕事となります。

介護過程の展開とは、このことを実践していく道筋だといえます。この道筋にそって、日々の介護実践をくり返し行うことにより、利用者のQOLは高まります。

◆ 介護過程の活用

介護職は日々介護を行っていますが、介護過程という考え方は十分(じゅうぶん)に活用しなければなりません。

利用者のニーズにもとづいた介護を行うためには、介護過程の中で、尊厳を守るという視点から、利用者の自己決定(じこけってい)を実現する必要があります。

中でもポイントになるのは、利用者を理解するために利用者に関する情報を集(あつ)め、解決(かいけつ)すべき課題を導(みちび)き出すアセスメントの段階です。アセスメントにもとづいて立てられる介護計画がしっかりしていないと、介護実践そのものがぶれてしまいます。

さらに大切なのは、介護計画の実施段階です。どのように利用者とともに生活課題に取り組(く)むか、利用者が自分で選び、実践に参加(さんか)できるように援助できているかが、重要(じゅうよう)なポイントになります。

解決すべき課題をはっきりさせる作業は、コミュニケーション技術によって利用者のこころを動かすところから始(はじ)まります。信頼関係(しんらいかんけい)ができたなら、身体的(しんたいてき)な介護も、居住環境(きょじゅうかんきょう)の整備(せいび)も、家族介護者

（かぞくかいごしゃ）への介護指導（しどう）も、効果的（こうかてき）に行えると考えられます。

介護の実践段階での専門的な技術の活用が、介護過程をいきいきとさせ、介護目標に到達（とうたつ）できると考えます。

★ キーワードまとめ

用語（ようご）	意味（いみ）・説明
三大介護	食事・入浴・排泄の介護のこと。2007年の法改正前に、介護福祉士の仕事として強調（きょうちょう）されていた。
心身の状況に合わせた介護	2007年の法改正後の介護の概念。利用者の心身の状態全体を、まとめて捉（と）えた介護の提供。
生活障害	老いや障害によっておこる、日常生活上の困難や不便のこと。
利用者本位	介護の中心を、利用者自身の意思・希望・選択（せんたく）に置くという考え方。
自立支援	利用者が自分の意思にもとづいて、質の高い生活を送れるよう支援すること。
介護過程	利用者が希望する生活の実現に向けて、意図的な介護を行うための流れ（手順・経過）。
アセスメント	情報収集・解釈・関連づけ・統合化・課題の明確化を行う段階。介護過程の出発点（しゅっぱつてん）。
QOL	Quality of Life（生活の質）の略（りゃく）。利用者の生活満足度（まんぞくど）・安定感（あんていかん）・幸福感（こうふくかん）を表（あらわ）す指標（しひょう）。
評価（エバリュエーション）	介護サービスを提供したあとの評価。目標達成度や援助方法の適切さをふり返る

こと。

★ 学習のポイント

- ✓ 介護福祉士の仕事は、「三大介護」から「心身の状況に合わせた介護」へと、法改正により変化した。
- ✓ 介護の本質は、利用者本位・自立支援の視点にもとづき、その人らしい生活を支えることにある。
- ✓ 介護過程とは、利用者が希望する生活の実現に向けた、意図的な介護展開の流れ（手順・経過）である。
- ✓ 介護過程の展開は、「アセスメント→計画の立案→実施→評価」の4段階でくり返される。
- ✓ 介護過程を行うことで、①科学的根拠にもとづく実践、②評価によるふり返し、③個別ケアの実践ができるようになる。
- ✓ アセスメントは介護過程の最も重要な段階であり、利用者の全体像（ぜんたいぞう）を把握（はあく）することが出発点となる。

介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）

【到達目標（とうたつもくひょう）】

- 介護過程の展開（アセスメント→計画（けいかく）の立案（りつあん）→実施（じっし）→評価（ひょうか））の各段階（かくだんかい）の内容を理解（りかい）している。
- アセスメントにおける、情報（じょうほう）を集（あつ）める・読（よ）み取（と）る・つなげる・統合（とうごう）する・課題（かだい）をはっきりさせる、という手順（てじゅん）を説明（せつめい）できる。
- 介護計画の立案・実施・評価の各段階で気（き）をつけることを理解している。

1. 介護過程の展開（てんかい）イメージ

◆ 介護職（かいごしょく）の仕事（しごと）と介護過程

「介護過程」という言葉（ことば）を聞（き）くと、何（なに）か特別（とくべつ）なことをしなければならぬように感（かん）じるかもしれません。しかし、「アセスメント」という言葉は多（おお）くの介護職が知（し）っているでしょう。介護計画についても、立案や実施に多くの介護職がかかわっています。

つまり、介護職は、毎日（まいにち）の仕事の中（なか）で、すでにこの展開過程（かてい）を進（すす）めているのです。

ここでは、介護過程というフィルターを通（とお）して、毎日の取（と）り組（く）みをふり返（かえ）ってみます。「アセスメント→計画の立案→実施→評価」という段階ごとに、ふだんの仕事をあてはめて、見直（みなお）してみてください。

◆ プロセス（手順（てじゅん））の大切（たいせつ）さ

介護過程というからには、プロセス（手順）がとても大切になります。

アセスメントをしないまま、または十分（じゅうぶん）でないまま、介護計画を作（つく）っていないでしょうか。利用者（りようしゃ）の困（こま）りごとをはっきりさせる前（まえ）に、援助（えんじょ）の内容や方法を決（き）めていないでしょうか。

介護過程は、時間（じかん）の流（なが）れで見ると、「アセスメント→計画の立案→実施→評価」の4つの段階を進んでいきます。介護過程は一方通行（いっぽうつうこう）ではなく、終（お）わるまで何度（なんど）でもくり返（かえ）すことが特徴（とくちょう）です。

介護過程とは、プロセスをくり返すことで、利用者が望（のぞ）む生活（せいかつ）の実現（じつげん）を助（たす）けることといえます。

▶ 介護過程の循環（じゅんかん）サイクル

① アセスメント	② 計画（けいかく）の立案（りつあん）	③ 実施（じっし）	④ 評価（ひょうか）
・情報（じょうほう）を集（あつ）める	・目標（もくひょう）を決（き）める	・計画にもとづいて行（おこな）う	・目標がどこまで達成（たっせい）できたか
・情報を読（よ）み取（と）る	・援助（えんじょ）の内容（ないよう）と方法（ほうほう）を決める	・自立支援（じりつしえん）・安全（あんぜん）・尊厳（そんげん）の保持（ほじ）	・援助の内容・方法は適切（てきせつ）か
・情報をつなげる		・利用者（りようしゃ）の反応（はんのう）・可能性（かのうせい）を見る	・計画を直（なお）す必要（ひつよう）があるか

① アセスメント	② 計画（けいかく）の立案（りつあん）	③ 実施（じっし）	④ 評価（ひょうか）
・課題（かだい）をはっきりさせる			・これからの方針（ほうしん）

※ 介護過程は一方通行ではなく、何度でも繰り返します。評価の結果（けっか）から、もう一度（いちど）アセスメントに戻（もど）ることも大切です。

2. アセスメント

① アセスメントとは

介護過程はどの段階も大切ですが、アセスメントは、その中（なか）でもとくに重要（じゅうよう）な段階です。

アセスメントには、次（つぎ）のプロセスが含（ふく）まれます。

①情報を集める ②情報を読み取る・つなげる・統合する ③課題をはっきりさせる

このアセスメントの段階で、利用者にどのような援助が必要（ひつよう）か、そしてその理由（りゆう）をはっきりさせていきます。

介護過程におけるアセスメントは、施設（しせつ）や在宅（ざいたく）で暮（く）らす利用者の生活全体（ぜんたい）を、いろいろな視点（してん）から把握（はあく）することです。その人がどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような困りごとがあるのかを、介護職がはっきりさせます。

介護過程は、生活支援（しえん）技術（ぎじゅつ）のように、技術を身（み）につけることではありません。介護を行う専門職（せんもんしょく）として、利用者にどのような介護を行うのか、なぜその介護がその利用者に必要なのかを考（かんが）えることです。そのための基（もと）になるアセスメントから始（はじ）めます。

② 情報を集める

◆ どのような情報を集めるか

アセスメントの第一歩（だいいっぽ）は、情報を集めることです。どのような情報を、誰（だれ）から、どのように集めるかが大切です。集めた情報の量（りょう）と質（しつ）によって、そのあとの介護過程の進み方が大きく変（か）わります。

ここでいう情報とは、利用者の体（からだ）の状態（じょうたい）だけではありません。介護職は、病気（びょうき）や障害（しょうがい）、ADL など、目（め）に見（み）えやすい情報ばかりを集める傾向（けいこう）にあります。

しかし、介護職は利用者の生活全体を助けるのであって、食事・入浴（にゅうよく）・排泄（はいせつ）といった ADL だけを助けるわけではありません。利用者の心（こころ）の状態や、利用者を取（と）り巻（ま）く環境（かんきょう）など、幅広（はばひろ）い視点から情報を集める必要があります。

◆ 基本的（きほんてき）な情報

情報を集めるときは、まず基本的な情報を正（ただ）しく把握する必要があります。具体的（ぐたいてき）には、次のようなものがあります。

- ①氏名（しめい） ②性別 ③生年月日（せいねんがっぴ）・年齢 ④サービスを利用し始めた日 ⑤サービスを利用することになった理由 ⑥家族構成（こうせい） ⑦介護のキーパーソン ⑧サービスを利用する前の生活状況 ⑨本人（ほんにん）・家族の要望（ようぼう）

これらの情報は、介護現場（げんば）では「フェイスシート」としてまとめられます。

◆ ICF にもとづく視点

情報を集めるときは、アセスメントシートや情報収集（しゅうしゅう）シートと呼（よ）ばれる書式（しょしき）を使（つか）います。利用者の全体像（ぞう）を全人的（ぜんじんてき）に把握するためには、ICF（国際生活機能分類（こくさいせいしかつきのうぶんるい））にもとづく視点が大切です。

ICF では、人間（にんげん）が生活するうえで使うすべての機能を「生活機能」とします。これを「心身機能・身体構造（こうぞう）」「活動」「参加」の3つのレベルで考えます。これに対して、「障害」を生活機能の低下（ていか）として広（ひろ）くとらえ、「機能障害」「活動制限（せいげん）」「参加制約（せいやく）」の3つのレベルを設定（せってい）しています。

これは、利用者は誇（ほこ）りをもって主体的（しゅたいてき）に生（い）きようとする存在（そんざい）であり、その能力（のうりょく）を持つ人として全体的に理解しようとする考え方です。

介護過程では、このICFの視点にもとづいて情報を集め、利用者の全体像を全人的にとらえることが大切です。

▶ ICFの構成要素とアセスメント項目（主（おも）な例）

構成要素（こうせいようそ）	アセスメント項目（こうもく）の例
健康状態（けんこうじょうたい）	今、薬（くすり）や治療（ちりょう）が必要（ひつよう）な病気（びょうき）はないか。（例）高血圧（こうけつあつ）、糖尿病（とうにょうびょう）、脳出血（のうしゅっけつ）、認知症（にんちしょう）など
心身機能（しんしんきのう）・身体構造（しんたいこうぞう）	病気にもなまって起（お）こっている状況。（例）手足（てあし）のまひの状態、認知機能の程度（ていど）、バイタルサイン、言葉（ことば）の障害（しょうがい）、嚥下（えんげ）の力など
活動（かつどう）	毎日（まいにち）の生活（せいかつ）の動作（どうさ）（ADL）や、買（か）い物（もの）などの生活動作（IADL）の状況。（例）起（お）き上（あ）がる、移（う

構成要素（こうせいようそ）	アセスメント項目（こうもく）の例
	つ）る、歩（ある）く、食事、着替（きが）え、排泄（はいせつ）、入浴（にゅうよく）、コミュニケーション、お金（かね）の管理（かんり）など
参加（さんか）	外出（がいしゅつ）、家庭（かてい）や社会（しゃかい）での役割（やくわり）。意欲（いよく）・生きがい、余暇（よか）の過（す）ごし方、他（ほか）の人とのかかわり、利用しているサービスへの参加など
環境因子（かんきょういんし）	住（す）まいの生活環境（生活に必要な道具など）、家族・同居人（どうきょにん）・友人（ゆうじん）などの人的（じんてき）な環境、サービスの利用状況、経済（けいざい）の状況
個人因子（こじんいんし）	性別（せいべつ）、年齢（ねんれい）、生まれてからの経歴（けいれき）、教育（きょういく）、職業（しょくぎょう）、価値観（かちかん）・習慣（しゅうかん）、性格（せいかく）、生活歴（れき）、出身地（しゅっしんち）、特技（とくぎ）、1日（いちにち）の過ごし方

◆ 情報の集め方

情報を集めるときに、もっとも大切な情報源（じょうほうげん）は利用者本人です。利用者が今（いま）どのような状態にあるのか、今の状態を利用者がどう感じているのか、これからどうしたいと考えているのかを、きちんと把握する必要があります。

ただし、介護サービスを利用する高齢者（こうれいしゃ）や障害のある人の中には、自分（じぶん）から意思表示（いしひょうじ）をすることが難（むずか）しい、または苦手（にがて）な人

もいます。また、情報を集める段階では、介護職と利用者との関係（かんけい）がまだ親（した）しいとは限（かぎ）りません。

そのため、利用者の家族や、援助を行っている他（ほか）の職種（しょくしゅ）からも情報を集めることが大切です。さらに、介護記録や業務日誌（にっし）などの記録類（るい）から情報を集めることも有効（ゆうこう）な方法です。

ただし、相手（あいて）が誰であっても、情報を集めることが質問攻（ぜ）めや尋問（じんもん）になってはいけません。介護に必要な情報を集めることが目的（もくてき）であって、興味本位（きょうみほんい）で、必要以上（いじょう）にいろいろなことを聞（き）き出（だ）さないように気をつけましょう。

★ 情報収集の2つの観察（かんさつ）

【客観的観察（きゃっかんてき かんさつ）】介護職が事実（じじつ）をありのままに観察すること。介護職が利用者を見たときに生（しょう）じる自分の思いや感情（かんじょう）は、客観的観察ではありません。

【主観的観察（しゅかんてき かんさつ）】利用者が思っていることや考えていること（＝利用者の主観）を観察すること。主観的観察は、介護職が利用者から会話（かいわ）などを通じて引（ひ）き出さなければ得（え）られません。

→ 客観的観察だけでアセスメントをすると、介護職の一方的（いっぽうてき）な介護になりやすくなります。主観的観察を得（え）たかどうかで、介護が変わっていきます。

△ 情報を集めるときの注意点（ちゅういてん）

① 観察力（かんさつりょく）を身につける：「特別な目的のために見る」力＝観察力を持つことが大切です。「いつもと違（ちが）う点」「どこかおかしい点」に気づく力を養（やしな）います。

② 先入観（せんいゅうかん）や偏見（へんけん）を持たない：正しい判断（はんだん）

をさまたげる原因（げんいん）となる先入観を持たないようにします。偏見を持たずに観察することも大切です。

→ 情報を集めるということは、利用者の全体像を把握することです。

③ 情報を読み取る・つなげる・統合する

◆ 情報を読み取る（解釈（かいしゃく））

情報を集めたあとに行う作業（さぎょう）が、情報を読み取ることです。

集めた情報は、1つ1つはバラバラなものです。そこで、集めた情報をもとに、生活を送（おく）るうえでの具体的な希望（きぼう）や困りごとを明（あき）らかにしていく必要があります。

バラバラな情報をまとめるためには、まず1つ1つの情報が何を意味（いみ）しているのかを理解しなければなりません。つまり、1つ1つの情報を読み取る作業が必要です。

情報を読み取るとは、その利用者にとっての情報の意味を考え、理解することです。この作業は、利用者にどのような事実があるのかを明らかにすることから始めます。

集めた情報の中には、「Eさんは○○が思（おも）うようにできない」といった内容も含まれているでしょう。そのとき、Eさんに対してマイナスのイメージを持つてはいけません。

先入観や偏見にとらわれず、事実の全体像が見えてくるまでは、見たり聞いたりしたままの、意味づけのない情報としてとらえます。そのうえで、介護に関する知識（ちしき）を使いながら情報を読み取っていきます。

◆ つなげる・統合する

1つの情報は、集め方が正確（せいかく）で、意味づけされていなければ、ある事実の一部分（いちぶぶん）をあらわしています。その一部分同士（どうし）をつなげて統合する作業が、読み取りのあとに行われます。

つなげる・統合するとは、1人の利用者を、生活の主体者（しゅたいしゃ）としてのイメージにま

とめていく作業です。

介護職が集めた情報も、読み取ったあとのつなげ方・統合の仕方によって、まったく違う課題が見えてくることもあります。

◆ 情報をつなぎ合（あ）わせて仮説（かせつ）を検証（けんしょう）する

情報を読み取る・つなげる・統合する作業は、利用者の生活のしづらさが何から起こっているのかを明らかにする作業です。そのために、情報同士をつなぎ合わせて仮説を検証していきます。

集めた情報の意味を読み取り、複数（ふくすう）の情報の関係を明らかにして、必要な援助の内容・方法を導（みちび）き出すとき、佐藤富士子（さとう ふじこ）は【Aに起因（きいん）するB】という方式（ほうしき）で考え、文章（ぶんしょう）にまとめるとわかりやすいと提案（ていあん）しています。

【Aに起因するB】とは、「BというのはAという事実によって起こっている」という意味です。そして「したがって、Cという援助が必要になる」という結論（けつろん）につながります。

このとき、Bは「援助が必要な状態」をあらわし、Aは「Bの原因と考えられる1つまたは複数の事実」をあらわします。

■ 仮説検証の例（Fさんの場合（ばあい））

【集めた情報】85歳・転倒（てんとう）・すり足（あし）・段差（だんさ）・また転倒することへの不安（ふあん）（5つの情報）

【A＝原因】85歳・すり足・段差（年齢を重ねて筋力（きんりょく）が低下し、すり足になり、転倒の要因（よういん）になる）

【B＝援助が必要な状態】転倒・不安

【C＝援助の必要性】不安を軽減（けいげん）する、転倒を予防（よぼう）しなければならない

→ このような仮説を立てるためには、いくつかの疑問（ぎもん）や考えられることをあげ、情報同士のつながりを1つずつ検証していくことが大切です。

④ 課題（かだい）をはっきりさせる

◆ 課題とは

集めた複数の情報を矛盾（むじゅん）なくつなげて、統合できれば、課題が明らかになります。

ここでいう課題とは、利用者が望む暮らしを実現する、または続けるために、解決（かいけつ）しなければならない困りごとのことです。介護上（じょう）の問題（もんだい）＝「生活課題」と位置（いち）づけることもできます。

課題をはっきりさせることは、「Cという援助の必要性」にあたります。課題をはっきりさせるときは、利用者の生活全体を把握することが大切です。

利用者の生活全体をふまえた課題が明らかになっていなければ、そのあとの介護計画の立案で、援助の内容や方法もその場（ば）かぎりのものになってしまう可能性があります。

◆ 課題の優先度（ゆうせんど）

介護サービスを必要とする高齢者や障害のある人の場合、その人がかかえる課題は1つとは限りません。多くの場合、1人で複数の課題を持っています。そして、それぞれの課題の重さは同じではありません。

1つ1つの課題の優先度を考えましょう。

★ 課題の優先順位（じゅんい）を考えるときのポイント

- ・ 健康状態が悪（わる）くなる点はないか（＝生命（せいめい）の安全）
- ・ 毎日の生活の自立（じりつ）、継続（けいぞく）ができていない点はないか（＝生活の安定）
- ・ その人らしく生活できていない点はないか（＝人生の豊（ゆた）かさ）

3. 計画（けいかく）の立案（りつあん）

① 計画立案のポイント

アセスメントを通じて、利用者が望む暮らしを実現または続けるために、解決しなければならない困りごとが明らかになりました。これを受（う）けて、次の段階として介護計画を立案します。

この計画に盛（も）りこむ主（おも）な内容は、①課題、②目標、③援助の内容・方法です。

介護計画を立案するときは、「①課題→②目標→③具体的な援助の内容・方法を決める」の順番（じゅんばん）で検討（けんとう）することが大切です。

つまり、課題をふまえ、これからどのようにになりたいかという目標を持ちます。そして、その目標を実現するためにどのような援助が必要かを考えます。この手順がとても大切です。

② 目標（もくひょう）の設定（せってい）

◆ 目標とは

介護計画の目標の設定では、利用者が自分の望む生活に向（む）けて、一定（いっせい）の期間（きかん）で実現できることを、段階的に進めていくことが大切です。

目標を設定するときは、利用者の望む生活をふまえ、利用者本人の選択（せんたく）を基本（きほん）とします。介護職による一方的な押（お）しつけにならないように気をつけます。

目標は、利用者が尊厳のある自立した生活を送るうえで、とくに大切です。設定した目標を、チーム（利用者・家族・関連（かんれん）する他職種）で共有（きょうゆう）し、利用者の力を最大限（さいだいげん）に使いながら、目標達成（たっせい）に向けて取り組まなければなりません。

◆ 目標の決め方

目標は、理想的（りそうてき）または抽象的（ちゅうしょうてき）になりがちです。しかし、目

標があいまいでは、チームで共有し、達成に向けて協力（きょうりょく）することは難しくなります。

そのため、目標は、実現できる達成時期を決めて、具体的でわかりやすい表現（ひょうげん）で、段階的に設定することが大切です。

一般的（いっぱんてき）には、数週間（すうしゅうかん）から数か月までを「短期目標（たんきもくひょう）」、6か月から1年までを「長期目標（ちようきもくひょう）」とします。期間を区切（くぎ）って設定するのは、目標の達成状況や適切さの評価ができるようにするためです。

介護計画の目標を設定するときは、介護支援専門員（しえんせんもんいん）（ケアマネジャー）が作成するケアプラン（居宅サービス計画、施設サービス計画）の長期目標・短期目標をふまえ、整合性（せいごうせい）が保（たも）たれることが大切です。

★利用者を中心（ちゅうしん）とする目標設定の注意点

- ① 個別的（こべつてき）である（1人1人の生活習慣や価値観を大切にする）
- ② 利用者の自己実現（じこじつげん）を目指（めざ）す（家庭や社会への参加を可能にする）
- ③ 利用者自身（じしん）が取り組むことができる（能力を最大限に使う）

▶「目標」の表現の仕方（5つのポイント）

- ・① 主語（しゅご）は利用者であること（利用者が主体的に取り組むことを表す）
- ・② 設定した期間で、現実的（げんじつてき）に達成できること（可能性の見通（みとお）しを示（しめ）す）
- ・③ 観察または評価ができること（量、時間、期間、場所などをはっきり書く）
- ・④ 何を目標しているかがはっきりしていること（誰でも理解できる表現にする）
- ・⑤ 利用者が読んで不快（ふかい）になる表現は避（さ）けること（命令的、指示的な表現はし

ない)

③ 具体的な援助の内容・方法を決める

◆ 利用者主体の援助の内容・方法

目標の設定に続（つづ）いて、具体的な援助の内容・方法を決めます。

援助の内容や方法は、誰が見ても同じ介助（かいじょ）ができることが大切です。介護現場では、複数の介護職が1人の利用者にかかわるため、共通（きょうつう）の認識（にんしき）ができていなければ、ケアの標準化（ひょうじゅんか）が保たれません。

そのため、介護計画の中には、介助方法、頻度（ひんど）、注意事項（じこう）などを書（か）き、介護職同士が共有できるようにします。

また、利用者や家族など、専門職以外の人が見ても正しく理解できることが大切です。そのためには、利用者や家族に十分（じゅうぶん）な説明を行い、内容について同意（どうい）を得ます。そして、利用者が主体となって実施できるような援助の内容と方法を考えなければなりません。

★ 援助の内容・方法を決めるときの注意点

- ① いつ、どこで、誰が、何を、何のために、どのように行うのかをはっきりさせる
- ② 個別性を大切にし、時間や頻度など、利用者の状況に合（あ）わせる
- ③ 目標と援助の内容・方法に一貫性（いっかんせい）があることを確認（かくにん）する
- ④ 計画書にはわかりやすい表現で書く

④ 利用者・家族の参加と多職種連携（たしよくしゅれんけい）

◆ 利用者・家族の参加

どんなに立派（りっぱ）にまとめられた介護計画でも、実現できない目標が設定されていたり、

現実的でない援助の内容・方法が含まれていては、誰のための、何のための計画かわかりません。

また、利用者主体、自立支援といいながら、結局（けっきょく）は介護職側（がわ）の一方的な計画では、何の意味もありません。

実効性（じっこうせい）に欠（か）ける介護計画にならないためにも、計画の立案には、利用者・家族の参加が大切です。可能であれば、計画を立案するときのケアカンファレンスの場に利用者・家族に出席（しゅっせき）してもらうなど、利用者といっしょに作業を進めることが理想的です。

◆ 多職種連携

利用者の生活を支えているのは、介護職だけではありません。多様（たよう）な課題を解決するために、医師（いし）、看護師（かんごし）のほか、栄養士（えいようし）や理学療法士（りがくりょうほうし）、作業療法士（さぎょうりょうほうし）など、他の専門職と連携しながら利用者を援助しています。

したがって、計画の立案でも、それぞれの専門性をふまえた内容にしていきます。

同時に、利用者にかかわるチームのメンバー全員（ぜんいん）が介護計画の意図（いと）をしっかり理解していることが大切です。メンバーにどうやって計画の意図を伝（つた）えるか、具体的にはケアカンファレンスのもち方についても、前もって検討しておくことが大切です。

4. 実施（じっし）

① 実施のときの注意点

介護計画の実施は、ただ利用者に喜（よろこ）ばれることを追求（ついきゅう）するものではありません。一連（いちれん）の介護過程における介護計画をふまえ、利用者の安全、快適（かいてき）さ、そして自立に配慮（はいりょ）した介護技術の実施が大切です。

◆ 安全への配慮（はいりょ）

介護職は、実際（じっさい）の生活場面で利用者の体に直接（ちよくせつ）触（ふ）れます。そのため、安全には最大限に配慮する必要があります。

身体機能はもちろん、そのときの疲労度（ひろうど）や気分（きぶん）によっても利用者の体の状態は変わる可能性があります。常（つね）に観察をしながら安全な介護技術を実施します。

ここでいう安全とは、利用者にとっての安全だけでなく、介護職自身の安全も含みます。無理（むり）な体勢（たいせい）をとったり、力（ちから）まかせの介護を行ったりすると、介護をする側の体を痛（いた）めることにもなりかねません。利用者と介護職の安全は裏表（うらおもて）の関係にあることを意識（いしき）することはとても大切です。

◆ 快適さへの配慮

たとえ安全に配慮した援助であっても、介護職による一方的なものでは、利用者にとって満足（まんぞく）のいく生活を送れません。

決して押（お）しつけることはせず、それまでの生活習慣にも配慮しながら、利用者にとって快適で、心地（こころ）よい援助を行うように心がけることが大切です。

人は誰でも、自分の価値観を大切にしたいと思っています。他人（たにん）に価値観を押しつけられることには大変（たいへん）苦痛（くつう）を感じます。快適さへの配慮では、人によって価値観が違うことを理解し、関心（かんしん）を持って相手をよく観察し、コミュニケーションなどによってその価値観を理解していく必要があります。

◆ 自立への配慮

利用者の自立に配慮した介護技術の実施も求（もと）められます。

ここでいう自立とは、食事や入浴、排泄などの生活場面で、すべての行為（こうい）を利用者本人にしてみようという、体の自立だけを意味するものではありません。

自立とは、自分の生活が自分の主体的な意思（いし）によって営（いとな）まれているかどうか大切です。介護技術の実施でも、介護職側の都合（つごう）によって一方的に行ってはいけま

せん。

② 実施状況の把握（はあく）

◆ 利用者の反応（はんのう）

利用者の安全、快適さ、自立に配慮した援助を介護計画にもとづいて実施するときは、利用者の反応を見落（みお）とさないようにします。

利用者の体の状態、感じていること、考え、思いなどは、その時その時で変化（へんか）します。ただし、援助の内容や方法に対する不安や違和感（いわかん）、要求（ようきゅう）などを、そのつど言葉で表現できる利用者ばかりではありません。

また、たとえ言葉で表現していても、それが利用者の思いを正しくあらわしているとは限りません。

そのため、介護職には、言葉のニュアンスや表情、体の動（うご）き、しぐさなどを細（こま）かく観察し、利用者の思いをくみとりながら、常に「今行っている援助は利用者に適しているのか」を判断していくことが求められます。

◆ 多職種連携と情報の共有

利用者にかかわるチームのメンバーとの連携や協働（きょうどう）は、計画の立案の段階だけのものではありません。実施の段階でも、とても大切な意味を持ちます。

ケアプランは、利用者の変化に合わせて見直しを行う必要があります。そのために必要な情報の多くは、利用者にもっとも近（ちか）い介護職が把握している場合が少なくありません。

もっとも新（あた）しく、正しい情報を、常にチームのメンバーが共有できるように、連携をはかることが大切です。

③ 実施の記録（きろく）

介護計画にもとづく援助を実施したときは、必ず記録に残（のこ）します。どんなに立派な計画を立てても、計画どおりに実施されなければまったく意味がありません。

そこで、援助を適切に、計画どおりに実施したことを確認・証明（しょうめい）することを目的として、援助の経過を記録します。

介護職が実施した援助、そのときの利用者の反応や言葉、観察した内容や判断の根拠（こんきょ）については、形（かたち）として何も残りません。また、人間の記憶（きおく）は時間がたつと不確（ふたし）かなものになってしまいます。

そのため、実施状況を記録しておかなければ、よい実践を次の援助にいかすこともできませんし、失敗（しっぱい）のくり返しを防（ふせ）ぐこともできません。

形として残りにくい実践を記録に残す必要があります。記録に含まれる内容は、次の表に示すものなどが大切です。

項目（記録（きろく）の対象（たいしょう））	記録する時期（じき）	記録の内容
実施前の利用者の状態	実施前	実施の前に見たこと ・ 毎日の生活の動作 ・ 表情（ひょうじょう）や言葉
実施の経過（けいか）	援助の始（はじ）まりから終（お）わりまで	行った援助の内容と方法 それに対する利用者の反応や言葉 介護職の判断（はんだん）と対応（たいおう）
実施の結果（けっか）・考察（こうさつ）	実施後	目標がどこまで達成できたか ・ 何（なに）がどこまでできたか ・ 何ができなかったか ・ のこされた課題

項目（記録（きろく）の対象（たいしょう））	記録する時期（じき）	記録の内容
		・ 援助の内容・方法はよかったか

5. 評価（ひょうか）

① 評価の意義（いぎ）と目的

介護過程で大切なプロセスの1つが評価です。

ここでいう評価とは、介護サービスを提供したあとの評価（エバリュエーション）のことです。

事前評価（じぜんひょうか）（アセスメント）とは違います。

介護計画の立てっぱなし、援助のやりっぱなしという状態のままで、ふり返りがないのでは、そもそも介護計画を立案・評価する必要がありません。

立案した計画が、利用者の生活を援助することにどれだけ役立っているか、また、のこされた課題としてどのようなものがあるかを明らかにすることが、評価を通じて問（と）われる大切なポイントです。

② 評価の視点

◆ 目標が達成できたかの評価

介護計画の目標は、情報の収集のあと、情報の読み取り・つなげる・統合、課題をはっきりさせる作業を受けて設定されるものです。

目標は、利用者がこうありたいと望む状態、言い換えれば、課題が解決されてニーズが満（み）たされている状態をあらわします。

ある一定期間の中で、利用者の安全、快適さ、自立に配慮した介護技術を実施したあとには、必ずこの目標に立ち返（かえ）って達成の度合（どあ）いをはからなければなりません。

目標の評価は、計画で設定した評価日に行うことが基本ですが、それ以外にも、評価日より前に目標が達成されたと判断されたり、利用者の生活状態に大きな変化が生じたりしたときには、すみやかに評価します。

評価するときのポイントは、目標にそって今の状況を観察し、客観的に見て目標に達しているかどうかを検討することです。そのうえで、目標に達していない場合には、まずその原因を検討する必要があります。

■ 介護計画の目標が達成されない原因として考えられる例

- ・ 目標自体（じたい）があまり現実的ではなかった
- ・ 現実的であっても、実施期間が短（みじか）かったために目標に達しなかった
- ・ 具体的な援助の内容・方法が適切でなかったために、目標の達成につながらなかった
- ・ 情報を集めて以降（いこう）、課題をはっきりさせるまでの作業が十分でなかったために、目標と利用者の実態（じったい）とのずれが生じてしまった など

◆ 具体的な援助の内容・方法が適切だったかの評価

目標の評価のとき、目標に達していない場合は、その原因を検討することになります。原因の1つとして考えられるのが、利用者に対する具体的な援助の内容・方法が適切だったかという点です。

介護計画の中には、利用者に対して、いつ、どこで、誰が、何を、何のために、どのように行うのかという援助の内容・方法が書かれています。

これらの内容は、目標を実現させるための具体的な方策（ほうさく）です。目標と裏表をなす要因として、検討していかなければなりません。

ケアカンファレンス場などを効果的（こうかてき）に活用しながら、具体的な援助の内容や方法を1つ1つ評価してみましょう。

③ 介護計画を直（なお）す必要があるかの判断

介護目標や具体的な援助の内容・方法を評価した結果、利用者がかかえている課題がすべて解決されていれば、そこでのその人への生活支援は終わりになります。

一方で、評価の結果、このまま同じ形で介護を続けても利用者のかかえる課題が解決につながらないことが明らかになった場合は、介護計画の修正（しゅうせい）が求められます。つまり、評価のあとには、計画を直すかどうかの判断が必要になります。

計画の修正には、部分的なものと大幅（おおはば）なものと、大きく分けて2通り考えられます。

評価の結果、情報の収集以降の作業が十分でないと判断された場合や、利用者の生活状態に大きな変化が見られた場合などには、介護過程のプロセスのうちの「情報の収集」や「情報の読み取り・つなげる・統合」「課題をはっきりさせる」までさかのぼり、新たに情報を集め直したり、課題を整理し直したりすることが必要です。

そのうえで、修正された計画にもとづいて援助が実施されます。

いずれにしても、必要に応じて介護過程は循環した形で展開していきます。なお、介護計画に修正が生じた場合は、必ずサービス担当者会議（たんとうしゃかいぎ）やケアカンファレンスの場で報告（ほうこく）をし、他の専門職の意見と了解（りょうかい）を求めることが大切です。

★ キーワードまとめ

用語（ようご）	意味（いみ）・説明（せつめい）
アセスメント	介護過程の最初（さいしょ）の段階。情報を集める・読み取る・つなげる・統合する・課題をはっきりさせる、というプロセス。
ICF（国際生活機能分類）	生活機能を「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルでとらえる、国際的な分類。

用語（ようご）	意味（いみ）・説明（せつめい）
客観的観察（きゃっかんてきかんさつ）	介護職が事実をありのままに観察すること。自分の感情・思いは含まない。
主観的観察（しゅかんできかんさつ）	利用者が思っていることや考えていること（主観）を観察すること。会話を通じて引き出す。
仮説の検証	「Aに起因するB、したがってCが必要」という形で情報同士をつなぎ、課題を導く考え方のプロセス。
課題（かだい）（生活課題）	利用者が望む暮らしを実現するために解決しなければならない困りごと。介護上の問題。
短期目標（たんきもくひょう）	数週間から数か月で達成を目指す具体的な目標。
長期目標（ちょうきもくひょう）	6か月から1年で達成を目指す目標。ケアプランの目標との整合性を保つ。
評価（エバリュエーション）	介護サービスを提供したあとに、目標達成度や援助方法の適切さをふり返ること。
計画の修正（しゅうせい）	評価の結果、援助を続けても課題解決につながらないと判断した場合に行う介護計画の見直し。

★ 学習のポイント

- ☒ 介護過程は「アセスメント→計画の立案→実施→評価」の4段階で循環する。一方通行ではなく、何度でもくり返す。
- ☒ アセスメントは介護過程でもっとも大切な段階。「情報収集→読み取り→つなげる・統合→課題をはっきりさせる」の流れで進める。
- ☒ 情報収集では、ICFの視点にもとづいて利用者の全体像を全人的に把握する。客観的

観察と主観的観察の両方が必要。

☒ 情報の読み取りでは先入観・偏見を持たず、「A に起因する B→C が必要」という仮説検証の考え方で課題を導く。

☒ 目標は利用者主体で、具体的・実現可能・観察可能な表現で設定する。短期目標と長期目標を使い分ける。

☒ 実施では安全・快適さ・自立への配慮が基本。実施の状況は必ず記録に残す。

☒ 評価では目標の達成度と援助の内容・方法の適切さの両方を検討し、必要に応じて計画を直す。

第3巻 第1章 第3節

介護過程（かいごかてい）とチームアプローチ

【到達目標（とうたつもくひょう）】

- ケアマネジメントの意味（いみ）・しくみ・目的（もくてき）が分（わ）かる。
- ケアマネジメントの流（なが）れ（家（いえ）でのサービス・施設（しせつ）でのサービス）を説明（せつめい）できる。
- ケアプラン（介護（かいご）サービス計画（けいかく））と、個別（こべつ）サービス計画（介護計画）のちがいが分かる。
- チームで働（はたら）くときの、介護職（かいごしょく）の役割（やくわり）と他（た）の職種（しょくしゅ）との連携（れんけい）の大切（たいせつ）さが分かる。

1. 介護過程とケアマネジメントの関係（かんけい）

① ケアマネジメントとは

◆ ケアマネジメントの意味

ケアマネジメントとは、高齢（こうれい）になったり障害（しょうがい）があつたりすることで、地域（ちいき）で自立（じりつ）した生活（せいかつ）がむずかしくなっても、医療（いりょう）・保健（ほけん）・福祉（ふくし）などのいろいろなサービスを使（つか）うことで、その人（ひと）らしい生活を続（つづ）けられるように支援（しえん）するしくみのことです。

支援が必要（ひつよう）になることでいろいろなニーズが出（で）てきます。それに対（たい）して、いくつかのサービス事業所（じぎょうしょ）からサービスをまとめて提供（ていきょう）することで、利用者（りようしゃ）の地域での生活を社会（しゃかい）で支（ささ）えるしくみとして作（つく）られました。

ケアマネジメントの中心（ちゅうしん）の役割をするのがケアマネジャーで、介護保険法（かいごほけんぽう）では「介護支援専門員（かいごしえんせんもんいん）」と呼（よ）ばれます。

◆ ケアマネジメントを作るもの（3つの要素）

ケアマネジメントは、次の3つから成（な）り立っています。

- ① 利用者 日常生活で支援が必要な人
- ② 社会資源（しゃかいしげん） 使えるサービスや人

③ 介護支援専門員（ケアマネジャー） 利用者と社会資源をつなぐ調整役（ちょうせいやく）

社会資源には、2 種類（しゅるい）あります。

・ フォーマルサービス：制度（せいど）として整（ととの）えられたサービス

・ インフォーマルサービス：家族（かぞく）・友人（ゆうじん）・ボランティアなど、個人（こじん）的な支援

サービスがたくさんあっても、ニーズに合わせて調整する介護支援専門員がいなければ、利用者は制度の使い方が分からず、サービスを十分（じゅうぶん）に使えません。それでは生活が続けることがむずかしくなります。

① 利用者	② 社会資源	③ 介護支援専門員
日常生活で支援が必要な人	フォーマル／インフォーマルサービス	利用者と社会資源をつなぐ調整役

◆ ケアマネジメントの理念（りねん）・目的

介護サービスを使う利用者には、それまで生きてきた人生（じんせい）の歴史（れきし）があります。

「今までどんな人生を歩（あゆ）んできたか、これからどう過（す）ごしたいか」という時間（じかん）の流れ。

「どこで、どんな人と関係（かんけい）を持って生活してきたか、これからしたいか」という場所（ばしょ）や人（ひと）とのつながり。

この両方（りょうほう）から利用者をとらえることが大切です。

また、サービスを使うときは、利用者が「どう暮（く）らしたいか」という自己決定（じこけつてい）を大切にすることが重要（じゅうよう）です。介護支援専門員が「よい」と思（おも）った計画（けい画）でも、利用者にはストレスになることがあります。

★ ケアマネジメントの理念

利用者主体（しゅたい）／ 生活の継続（けいぞく）の支援／ 自己決定の尊重（そんちょう）／ 自立支援

→ 高齢や障害で自立した社会生活がむずかしくなっても、社会資源を使うことで、これまでどおり地域でその人らしい生活続けることを目的に行います。

② ケアマネジメントの流れ

◆ 介護保険制度（せいど）の居宅（きょたく）サービスを使う場合

介護保険制度の居宅サービスで保険給付（ほけんきゅうふ）を受（う）けるためには、次のことが必要です。

- ① 利用者がサービス利用の申請（しんせい）をする
- ② 要介護認定（ようかいごにんてい）を受ける
- ③ 介護支援専門員にケアプラン（居宅サービス計画）の作成（さくせい）を頼（たの）む

市町村（しちょうそん）が要介護認定・要支援認定（ようしえんにんてい）を行います。「要介護 1～5、または要支援 1・2」と認定されると、状態（じょうたい）に合わせて保険給付を受けられます。

事前（じぜん）の手続き（てつづき）	ケアマネジメントの流れ
・ サービス利用の申請	① インテーク（相談・受理）
・ 要介護認定	② アセスメント（課題分析）
・ 介護支援専門員にケアプラン作成を依頼	③ ケアプラン原案の作成
	④ サービス担当者会議
	⑤ ケアプランの確定
	⑥ 支援の実施
	⑦ モニタリング
	⑧ 評価
	終結

◆ インテーク（相談・じゅり）

インテークは「受理面接（じゅりめんせつ）」とも言（い）います。利用者・家族と介護支援専門員がはじめて会（あ）う場（ば）です。利用者の状況を確認（かくにん）し、使えるサービスを説明し、利用者の了解（りょうかい）を得（え）て契約（けいやく）を結（むす）びます。

◆ アセスメント（課題分析）

利用者の希望（きぼう）、日常生活活動の能力（のうりょく）、家族の介護の状況、生活環境（かんきょう）など、いろいろな情報を集めて分析します。それによって、利用者が家庭（かてい）や地域でその人らしい生活を送（おく）るために解決（かいけつ）すべき課題を明（あき）らかにします（ニーズの把握（はあく））。

◆ ケアプラン原案（げんあん）の作成

利用者・家族の希望と、アセスメントで分かったニーズに対して、どう解決するかを考えます。目標や必要なサービスを相談しながら、ケアプラン原案を作ります。

◆ サービス担当者会議

ケアプラン原案に入（はい）っているサービス事業所の担当者が集まり、利用者・家族といっしょに計画の内容（ないよう）を話し合います。

サービスを行うときは、いろいろな職種がチームとして連携し、利用者の目標達成（たっせい）に向（む）かって支援することが大切です。そのため、「どんな目標に向かって支援するか」を全員（ぜんいん）で確認します。

◆ ケアプランの確定

話し合っ調整したケアプランを利用者・家族に説明し、同意（どうい）を得ます。同意があつてはじめてケアプランが確定します。介護支援専門員は、確定したケアプランを利用者と各サービス事業所の担当者にわたします。

◆ 支援の実施

ケアプランにそつて、各サービス事業所は個別サービス計画（訪問介護計画、通所リハビリテーション計画、訪問看護計画など）を立てて援助を行います。ケアプランと各事業所の個別サービス計画は、共通（きょうつう）の目標のもとで作られ、連動（れんどう）しながら援助を行います。

ここで訪問介護事業所の介護職は、利用者と出会い、介護過程を展開します。

◆ モニタリング

介護支援専門員は、目標の達成に向けて次のようなことを確認します。

- ① 計画どおりに援助ができているか
- ② 目標にどれくらい近づいたか
- ③ サービスの種類や援助の内容・方法は合っているか
- ④ 利用者に新しい課題や可能性が出ていないか
- ⑤ サービスの量や質に利用者・家族は満足（まんぞく）しているか

介護支援専門員は、少（すく）なくとも1か月（げつ）に1回は利用者の家で面接を行い、モニタリングの結果を記録します。

◆ 評価

モニタリングの結果と、ケアマネジメント全体（ぜんたい）のプロセスを評価し、支援を「続けるか」「変えるか」「終わるか」を判断（はんだん）します。ケアプランの修正（しゅうせい）や変更（へんこう）が必要なときは、もう一度アセスメントを行い、ケアマネジメントのプロセスをくり返します。

◆ ケアマネジメントと介護過程

介護支援専門員が作るケアプラン（居宅の場合は居宅サービス計画、施設の場合は施設サービス計画）は、利用者の生活全体を支える計画です。

介護支援専門員は、アセスメントで、利用者の身体（しんたい）・精神（せいしん）の健康状態、ADLの能力、経済状況、家族の状況、住環境など幅広（はばひろ）い情報を集めます。そして、利用者や家族が今困（こま）っている問題を把握し、ニーズを引（ひ）き出します。

利用者一人ひとりの状況から、利用者自身が「どこで、どんな生活を送りたいか」を知り、目標を決めます。

ケアプランに入っているサービスを行う事業者は、ケアプランの目標達成に向けて援助を行います。

このとき介護職は介護過程を展開します。介護に必要な情報を集め、解釈（かいしゃく）・関連づけ・統合化（とうごうか）を行い、課題を分析したうえで介護計画（個別サービス計画）を立てます。その目標達成に向けて、具体的な援助を行います。

③ ケアプランと個別サービス計画

◆ いろいろな呼び名がある「計画」

「計画」には複数（ふくすう）の呼び名があり、ちがいが分かりにくくなっています。ここで言葉を整理しましょう。

区分（くぶん）	計画の名前	内容・作る人
基本計画（ケアプラン）	・介護サービス計画 ・居宅サービス計画（家での場合） ・施設サービス計画（施設の場合） ・サービス等利用計画（障害	ニーズと目標、全体の支援の方向、必要な社会資源をどう提供するかを書いた計画書。介護支援専門員（または相談支援専門員）が作る。

	者)	
個別サービス計画（介護計画）	・訪問介護計画 ・通所介護計画 ・訪問看護計画 ・リハビリテーション計画 など	ケアプランに入っている各サービスを、具体的にどう実施するかを決めた計画。介護職が立てるものを一般に「介護計画」という。

◆ ケアプランと個別サービス計画の関係

ケアプランを「大（おお）きな歯車（はぐるま）」にたとえると、各専門職が作る個別サービス計画は「小（ちい）さな歯車」に当（あ）たります。大きな歯車を目標に向けて正確（せいかく）に回（まわ）すには、複数の小さな歯車が正確に回ることが必要です。

個別サービス計画は、ケアプランを受けて、その目標を達成するために、より具体的で専門的な計画を立てます。立てるときは、その計画がケアプランとどうつながるか、介護職としてどんな役割を果（は）たすことが求（もと）められているかを意識（いしき）し、「いつ」「だれが」「どこで」「何を」「どのように」「どのくらい」行うのかを具体的に計画する必要があります。

それによって、介護職同士の援助のばらつきや、他職種との意識のちがいを防（ふせ）ぎ、一人ひとりの利用者に対して、個性が高（たか）く、しかも標準化（ひょうじゅんか）されたサービスを提供できるようになります。

ケアプランと個別サービス計画は、大きな歯車と小さな歯車の関係でお互（たが）いに情報を共有し、うまくかみ合（あ）うことで、はじめて目標達成に向かって進むことができます。利用者の望む生活を実現するためには、ケアプランの目標・内容を正確に把握し、利用者を中心に各専門職が同じ目標に向かって連携するチームアプローチが重要です。

★ ポイント：ケアプランと個別サービス計画

- ・ケアプラン＝大きな歯車（生活全体の基本計画）
- ・個別サービス計画＝小さな歯車（各サービスの具体的計画）
- ・共通の目標のもと、連動して動くことで利用者の生活が支えられる

2. 介護過程とチームアプローチ

① チームアプローチでの介護職の役割

◆ チームアプローチが必要な理由

利用者の生活の支援は、ケアマネジメントのプロセスにそって行われます。そのため、利用者を中心としたケアチームができて、チームアプローチが行われます。

それぞれの専門職が役割を果たしていても、専門職同士の連携がとれていなければ、利用者の生活はよくなりません。

※ 注意：連携不足の例

たとえば、医師（いし）が「心臓（しんぞう）が弱（よわ）っているので、今は少し安静（あんせい）にしてください」と利用者に言ったとします。

もし介護職がこの情報を知らないと、「家に閉（と）じこもっていると廃用症候群（はいようしょうこうぐん）になる」と思い、散歩（さんぽ）に誘（さそ）ったり、関節（かんせつ）を動かすことをすすめたりするかもしれません。

そうすると利用者は「安静にするのか、体を動かすのか」迷（まよ）ってしまいます。

→ 専門職の間で十分に情報を共有し、それぞれの専門性を発揮（はっき）することが大切です。

◆ チームによる総合力（そうごうりょく）

人の生活は多面的（ためんてき）です。健康（けんこう）の問題、お金の問題、心（こころ）の問題、住（す）まいの問題など、複合的（ふくごうてき）な要素から成り立っています。

そのため、1つの職種だけでかかわるよりも、いろいろな職種でかかわるほうが、より適切（てきせつ）な支援ができることが多くあります。介護職や介護支援専門員だけでなく、いろいろな関係者が利用者のニーズに合わせて支援体制を組み、ネットワークを強くすることで、総合力が発揮され、問題解決に大きな効果（こうか）が期待（きたい）できます。

◆ チームケアでの介護職の役割

チームで利用者の生活を支える場合、介護職は利用者の生活にもっとも近（ちか）い存在（そんざい）です。そのため、利用者の変化（へんか）にいち早（はや）く気づき、介護支援専門員や医師、看護師、栄養士（えいようし）、リハビリテーション職などにつながることが求められます。

■ 事例：チームケアによる問題解決（介護老人福祉施設・Gさんの場合）

- ① 担当の介護職が「最近（さいきん）食べ残（のこ）しが多くなった」ことに気づき、体重を測ったところ、1か月で3kg減（へ）っていた。
- ② 看護師に相談 → 医師の指示（しじ）で採血（さいけつ）など検査（けんさ）を行ったが、特（とく）に異常（いじょう）はなかった。
- ③ 好（す）きなものなら食べてもらえと考え、Gさんの好みに合わせて栄養士に献立（こんだ

て)の変更を頼んだ。Gさんは喜(よろこ)んだが、食事量は増(ふ)えなかった。

④ あるとき介護職が、Gさんの食事の様子を注意深く観察したところ、食べ物を口に入れてかむときに、顔をしかめる表情(ひょうじょう)をすることに気づいた。

⑤ 「もしかしたら、義歯(ぎし)が合っていないのでは……」と思い、介護支援専門員に相談し、歯科医師(しかいし)の診察(しんさつ)を受けることになった。

⑥ 診察の結果、長年(ながねん)使ううちに歯ぐきと義歯が合わなくなっていること、上顎部(じょうがくぶ)の歯肉(しにく)に小さな潰瘍(かいよう)ができており、その痛みのため食欲(しょくよく)がなくなっていることが分かった。

⑦ 義歯の調整と潰瘍の治療を行った結果、Gさんの食欲は少しずつ戻(もど)り、体重も徐々(じょじょ)に増えていった。

→ 介護職の気づきを他の職種に伝(つた)えることで、はじめて課題の原因(げんいん)が分かり、適切な対応ができ、利用者のQOLを維持(いじ)・向上(こうじょう)させることができる。

このように、利用者の生活にもっとも近い存在である介護職には、「ふだんと何(なに)がちがう」という小さな変化を見逃(みのが)さない気づきの力と、介護支援専門員や医師、看護師など関係職種と十分な連携をとることが求められます。

② 専門職同士の連携

◆ 専門職がもつ視点(してん)

ある多職種合同(ごうどう)の研修(けんしゅう)で、ケアプランを作るグループ演習を行いました。このとき、看護職のグループ、介護職のグループ、ソーシャルワーカーのグループというように、わざと同じ職種でグループに分けてみました。

同じ事例を使ってグループごとにアセスメントを行い、ケアプランを作って発表したのですが、その内容にはそれぞれの職種の特徴(とくちょう)が出る結果になりました。

■ 事例：職種ごとの視点のちがい

- 看護職のグループ：現在の病気や障害の状態、服薬(ふくやく)の状態、既往歴(きおうれき)、血圧(けつあつ)や脈拍(みゃくはく)などのバイタルサインに注目。今後のリスク予防を重視したアセスメント。
- 介護職のグループ：利用者がこれまでどんな生活を送ってきたか、生活歴、生活の信条(しんじょう)、食事の味(あじ)つけの好みなど、利用者・家族の日常生活を重視したアセスメント。
- ソーシャルワーカーのグループ：利用者自身の力を含(ふく)めたいろいろな社会資源を活用して、いかに生活を改善し続けていけるかという点を重視したアセスメント。

◆ 専門職同士の連携と専門性の尊重

実際（じっさい）のケアプラン作成では、どの基礎資格（きそしかく）を持った職種が介護支援専門員として担当しても、結果として利用者にとってもっとも良いケアプランが立てられると思われま
す。ただし、この研修のエピソードから分かるように、職種によってアセスメントの視点は少しずつ
ちがいます。

そのため、実際のサービス提供では、チームの総合力で利用者の生活を支えるとともに、介護職は介護職の視点から利用者を理解（りかい）し、他職種に伝え、共有していくという専門職としての役割を果たすことが大切です。

専門職ごとに視点や把握している情報がちがうことを十分理解し、利用者の望む生活を支えるために「どの専門職と、どう連携すればよいか」をいつも意識してかかわる必要があります。

★ ポイント：チームアプローチで介護職に求められること

- ・ 利用者の生活にもっとも近い存在として、小さな変化に気づく力
- ・ 気づきを他職種に正確に伝える情報連携の力
- ・ 介護職としての視点を大切にしつつ、他職種の視点も尊重する姿勢

■ キーワードまとめ

用語	意味・説明
ケアマネジメント	高齢や障害があっても、その人らしい生活を続けられるように、いろいろな社会サービスをまとめて提供して支援するしくみ。
介護支援専門員（ケアマネジャー）	ケアマネジメントの中心の役割をする専門職。利用者と社会資源をつなぐ調整役。
フォーマルサービス	制度として整えられた公的（こうてき）サービス（介護保険サービスなど）。
インフォーマルサービス	家族・友人・ボランティアなど、制度の外の個人的・地域的な支援。
インテーク	受理面接。利用者・家族と介護支援専門員がはじめて出会い、サービス利用の了解を得て契約を結ぶ場。
モニタリング	ケアプランの目標達成に向けて、支援の実施状況や効果などを確認すること。
ケアプラン（介護サービス計画）	利用者の生活全体を支える基本計画。介護支援専門

個別サービス計画（介護計画）	員が作る。居宅サービス計画・施設サービス計画などがある。
チームアプローチ	ケアプランを受けて、各サービス事業所が具体的にどう実施するかを決めた計画。介護職が作るものを一般に介護計画という。
廃用症候群	利用者を中心に、介護職・看護師・医師・栄養士など多職種がチームとして協働・連携しながら支援を行うこと。 安静の状態が長く続くことで、体は筋肉や骨が衰（おとろ）え、関節がかたくなり、心は意欲が下がり記憶力（きおくりよく）も落（お）ちることが現（あらわ）れること。

■ 学習のポイント

- ・ケアマネジメントは、高齢や障害があっても、医療・保健・福祉などの社会サービスをまとめて使い、その人らしい生活を続けられるよう支援するしくみ。
- ・ケアマネジメントの理念は「利用者主体・生活の継続の支援・自己決定の尊重・自立支援」。
- ・流れは「インテーク → アセスメント → ケアプラン原案作成 → サービス担当者会議 → ケアプランの確定 → 支援の実施 → モニタリング → 評価 → 終結（または再アセスメント）」。
- ・ケアプラン（基本計画）と個別サービス計画（介護計画）は、大きな歯車と小さな歯車の関係。共通の目標のもとで連動する。
- ・チームアプローチでは、介護職は利用者にもっとも近い存在として、小さな変化を見逃さない気づきの力と、他職種への情報連携が求められる。
- ・専門職ごとにアセスメントの視点はちがう。そのちがいを理解したうえで、介護職の視点を他職種と共有することが大切。

介護職（かいごしょく）による介護過程（かいごかてい）の進（すす）め方（かた）

【この節（せつ）で学（まな）ぶこと】

- 介護（かいご）は、考（かんが）えて計画（けいかく）を立て（た）てて行（おこな）うものです。なぜそうするのか、理由（りゆう）をはっきりさせる「介護過程」の大切（たいせつ）さがわかります。
- 「いつ・どこで・だれが・何（なに）を・なぜ・どのように」(5W1H)の見方（みかた）で、介護職の役割（やくわり）を説明（せつめい）できます。
- 利用者（りようしゃ）へのかかわり方（かた）について、専門性（せんもんせい）のある介護とは何（なに）かを考（かんが）えられます。
- アセスメント（情報（じょうほう）を集（あつ）めて整理（せいり）すること）で情報を集（あつ）めることの大切さがわかり、考える力（ちから）をきたえる姿勢（しせい）が身（み）につきます。

1. 毎日（まいにち）の仕事（しごと）のなかにある介護過程

① 介護過程の考（かんが）え方

介護は、考えて計画を立てて行（おこな）います。介護サービスを行う道筋（みちすじ）を、科学的（かがくてき）な考え方で説明していくのが「介護過程」です。

科学的であるためには、「なぜそうした介護をするのか」という理由（根拠（こんきょ））をはっきりさせることが大切です。

「この利用者は〇〇と△△の事実（じじつ）があるから、こうしたほうが自立度（じりつど）が高（たか）まるはずだ」と仮説（かせつ・予想）を立てて介護を行い、その仮説が正（ただ）しいか確（たし）かめる、という考え方を順序（じゅんじょ）よく進めることが大切です。

介護は、算数（さんすう）のように「 $1 + 1 = 2$ 」と決まった答（こた）えがある分野（ぶんや）ではありません。生活歴（せいかつれき・これまでの暮（く）らし）も価値観（かちかん・考え方）も人それぞれです。一人ひとりちがう人生にかかわりながら、情報を集めて、アセスメント→計画を立てる→実行（じっこう）する→評価（ひょうか）する、という流（なが）れで介護過程は進みます。

介護過程を進めるときには、表（ひょう）2-1の「5W1H」の見方が大切です。

★表 2-1 介護過程を進めるときの「5W1H」	
観点（かんてん）	意味（いみ）
① いつ（When）	介護サービスを行うとき
② どこで（Where）	施設（しせつ）でも在宅（ざいたく）でも、介護サービスが行われるあらゆる場所・場面（ばめん）で
③ だれが（Who）	介護職が
④ 何を（What）	利用者に必要（ひつよう）な生活支援（しえん）を
⑤ 何のために（Why）	利用者の尊厳（そんげん）を守（まも）り、自立やQOL（生活の質（しつ））の向上（こうじょう）のために
⑥ どのように（How）	心身（しんしん）の状態（じょうたい）や生活上の困（こま）りごとが解決（かいけつ）できるよう、一人ひとりに合（あ）った方法（ほうほう）を考えて実行する

② 介護過程と利用者へのかかわり方の変化（へんか）

介護職は、自分の都合（つごう）ではなく、利用者が望（のぞ）む生活の実現（じつげん）に向

(む) けて、一人ひとりに合った援助(えんじょ)をめざさなければなりません。介護過程の考え方を意識(いしき)するかどうかで、利用者へのかかわり方は大きく変わります。

そのことがわかる事例(じれい・実際の例(れい))をいくつか紹介(しょうかい)します。

Aさん(84歳・女性(じょせい))は、食後(しょくご)に薬(くすり)を飲(の)むため、洗面所(せんめんじょ)でコップに水(みず)を入(い)れようとしていました。

自宅(じたく)の水道(すいどう)は蛇口(じゃぐち)をひねるタイプでしたが、今の施設では手をかざすと自動(じどう)で水が出るタイプです。Aさんは洗面台(せんめんだい)の前でとまどっています。

Aさんは介護職に「すみません、薬を飲みたいくて……」と声をかけました。すると介護職は、反射的(はんしゃてき)に水の入ったコップを差(さ)し出(だ)しました。

Aさんの話(はなし)を最後(さいご)まで聞(き)かずに水を差し出すのは、ただの作業(さぎょう)です。

この事例での専門性のある介護とは、Aさんの話を最後までしっかり聞いて対応(たいおう)することです。

たとえば「まず蛇口に手をかざして水を出し、そこにコップを差し出せばよいですよ」と方法を伝(つた)えるほうが、Aさんの自立支援(じりつしえん)につながります。

Bさん(73歳・女性)は、施設に入所(にゅうしょ)してまもない方です。生まれつ

き耳（みみ）が聞こえにくく、話すことも難（むずか）しい障害（しょうがい）があります。細（こま）かいやりとりがむずかしく、要介護4で車（くるま）いすを使（つか）っています。

夜勤（やきん）の介護職からの申（もう）し送（おく）りでは、Bさんは深夜（しんや）に何度（なんど）もおなかが痛（いた）くなり、便（べん）が出（で）たいと言（い）ったそうです。

夜勤の介護職は、居室（きょしつ）からトイレまで車いすで移動（いどう）し、車いすから便座（べんざ）に移（うつ）る介助（かいじょ）をして、Bさんに排便（はいべん）してもらいました。

便座に座（すわ）っていた時間は約30分。それを聞いた介護主任（しゅにん）は「深夜におなかが痛くなって便意（べんい）？」と疑問（ぎもん）に思（おも）いました。

この事例の介護職は、目（め）の前で起（お）こったことに対応しているだけです。たしかに移動や移乗（いじょう）の介助はしました。

でも、なぜBさんが深夜に排便したくなったのか、その理由を考える(アセスメント)する必要があるのではないのでしょうか。

ふつう、深夜に排便することは少（すく）なく、からだのしくみからは、朝（あさ）や昼間（ひるま）に排便することがほとんどです。

理由を探（さぐ）っていくと、Bさん本人の希望（きぼう）で、昼間に便を出やすくする薬（緩下剤（かんげざい））を飲んでいたことがわかりました。

この事例での専門性のある介護とは、ただ移動や移乗の介助だけで終（お）わらず、「なぜ深夜に？」「いつもそうなのか？」と原因（げんいん）や背景（はいけい）を探

(さぐ) ることです。

Cさん(82歳・女性)は、もともとマンションで一人(ひとり)暮(ぐ)らしをしていました。最近(さいきん)は、訪問介護員(ほうもんかいごいん・ホームヘルパー)に不満(ふまん)を言(い)い、次(つぎ)から次へとヘルパーを交代(こうたい)させていました。

ヘルパーが来(こ)ないときは、近所(きんじょ)のコンビニでレトルト食品(しょくひん)を買(か)い、電子(でんし)レンジで温(あた)めて食べています。体重(たいじゅう)が急(きゅう)に減(へ)り、今は40kg ほどです。

施設に入所してからは「おかゆにしてください」と希望するので、介護職はその希望どおりの食事を出(だ)そうとしています。

利用者の自己決定(じこけつてい)とは、介護職が利用者の言うとおりにサービスを出すことではありません。

この事例での専門性のある介護とは、「おかゆが食べたい」という希望は受(う)けとめながら、なぜそういう希望が出るのかを利用者といっしょに考えることです。

アセスメントを進めると、Cさんは入れ歯(いれば)のかみ合(あ)わせが悪(わる)く、調整(ちょうせい)が必要だとわかりました。体重が減っているCさんに、希望どおりおかゆを出すよりも、おかゆを希望する理由を聞きとり、対応したほうが栄養(えいよう)の改善(かいぜん)につながります。

「介護」と「ただの作業」のちがいは、根拠(こんこ)にもとづいた行動(こうどう)かどうかで

す。

2. 考（かんが）える力（ちから）をきたえる

① アセスメントの大切（たいせつ）さ

▶ 集（あつ）めた情報の量（りょう）と質（しつ）

介護過程のなかでも、アセスメント（情報を集めて整理すること）はとても大切です。最初（さいしょ）の一步は、利用者を取（と）り巻（ま）く情報を集めることです。

情報を集めるときに、忘（わす）れてはいけないポイントは表 2-2 のとおりです。

利用者の生活を支えるためには、どのような情報がどれくらい必要なのか、見通（みとお）しを持（も）って集める必要があります。集めた情報の量と質によって、そのあとの介護過程の進み方が大きく変わるからです。

★ 表 2-2 情報を集めるときのポイント

ポイント

- | |
|---|
| ① 集めた情報が、正確（せいかく）な事実かどうか |
| ② 介護に必要な情報かどうか |
| ③ 偏見（へんけん）や先入観（せんによかん・思いこみ）なしに集めた情報かどうか |

集めた情報の量と質が、介護過程にどんな影響（えいきょう）を与（あた）えるかを、次の事例で考えてみましょう。

通所介護（つうしょかいご・デイサービス）を使い始（はじ）めた当初（とうしょ）、Dさん（86歳・男性（だんせい））の体重は55kgくらいで、食欲（しょくよく）もほとんどありませんでした。

それでも家ではウニのびんづめとご飯（はん）ばかりを何（なん）とか食べているとのことでした。

介護職は、何とか栄養をとってもらおうと、デイサービスのときにほかの利用者とはちがう、Dさんだけのメニューを用意（ようい）することを考えました。

ただ、かわり始めてまもないころは、利用者についての情報も少（すく）ないことがほとんどです。多（おお）くの場合、介護職は情報が少ないことをあまり意識せずに、限（かぎ）られた情報のなかから援助の内容（ないよう）や方法を組（く）み立（た）てようとしています。

そうすると、利用者にとってよくない方向（ほうこう）に進めてしまうこともあります。

この事例での専門性のある介護とは、Dさんに意識的にはたらきかけて、もっと情報を集める姿勢です。

「Dさんだけのメニューを用意する」と決（き）める前に、Dさんに質問（しつもん）して、なぜウニのびんづめばかり食べるのか、ほかに好（す）きな食べ物はあるのか、特別扱（とくべつあつか）いに抵抗（ていこう）はないか、などを確かめます。

いろいろな角度（かくど）から情報を集め、解釈（かいしゃく・意味を考える）し、つなぎ合わせることで、はじめて「食を整える」という課題（かだい）をはっきりさせることができます。

▶ 情報を得（え）るためのコミュニケーション

介護の現場（げんば）では、介護職のコミュニケーションのタイプは大きく分けて2つあります（表2-3）。

介護職には、利用者の思いや願（ねが）いにこころを寄（よ）せ、その気持（きも）ちをくみとろうと努力（どりよく）し、利用者が困りごとや悩（なや）みごとを話せるように、よく聞く姿勢が求（もと）められます。

そして、利用者の悲（かな）しみや苦（くる）しみ、怒（いか）り、喜（よろこ）びに共感（きょうかん）できる感性（かんせい）をみがく必要があります。

「介護は観察（かんさつ）に始（はじ）まって観察に終（お）わる」とも言われます。それほど介護職には観察する力や、ものごとを見通す力が求められます。

観察とは、視覚（しかく）・聴覚（ちょうかく）・触覚（しょっかく）・嗅覚（きゅうかく）・味覚（みかく）の五感（ごかん）をすべて使って、利用者を取り巻く事実を知識（ちしき）と照（て）らし合わせ、ありのままに受けとり、意味のある情報にすることです。

利用者の思いや願いを観察して、その本質（ほんしつ）や奥（おく）にあるものを見通す洞察力（どうさつりよく）、さらに共感的な態度（たいど）によって、利用者についての本当の情報を得ることができます。

★表2-3 介護職のコミュニケーションの2つのタイプ

タイプ	特徴（とくちょう）
① ドッジボール型（一方向（いちほうこう））	知識や技術はあるが、それを一方的（いっぽうてき）に押（お）しつけてしまう。相手は今の気持ちを十分（じゅうぶん）に話せなくなる。相手にボールを投（な）げつけるようなコミュニケーション。
② キャッチボール型（双方向（そうほうこう））	まず相手の話をよく聞き、思いを受けとめて、それに合わせて言葉を選び会話する。お互（たが）いにやりとりがあるタイプ。忙（いそが）しい現場では難しいと感

	(かん) じるかもしれないが、これをしないと利用者の正確な情報は得られない。
--	--

② 「情報の解釈・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）」という作業

▶ 離（はな）れ小島（こじま）に橋（はし）をかける作業

介護過程のアセスメントの段階（だんかい）には、「情報の収集（しゅうしゅう）」と、その次の「情報の解釈・関連づけ・統合化」があります。それぞれで何をするかが頭（あたま）でわかったとします。

それでも、介護職が実際に介護過程を進めるときに、最初につまずきやすいのが「集めた情報をどう解釈し、関連づけて、つなぎ合わせるか」という作業だと言われています。

介護職が集めた情報は、食事は食事、入浴（にゅうよく）は入浴、排泄（はいせつ）は排泄……
 というように、ある意味でバラバラに、項目（こうもく）ごとにアセスメントシートに書（か）かれています。

「情報の収集」の段階では、いわば、離れ小島のように情報があちこちに散（ち）らばっている状態です。

この離れ小島に橋をかける作業、つまり情報どうしを関連させて結（むす）びつける作業が「情報の解釈・関連づけ・統合化」です。

▶ 介護職による専門的な介護

1つひとつの情報は、断片的（だんぺんてき・きれぎれ）で部分的（ぶぶんてき）なものです。でも、それらの意味を考え、関係（かんけい）のありそうな情報どうしを結びつけて、つなぎ合わせると、利用者全体（ぜんたい）のなかに位置（いち）づけられ、はじめて介護に役立（やく）つ情報になります。

介護職の専門的な介護は、思いつきや、その場（ば）かぎりで行うものではありません。

介護職は、集めた複数（ふくすう）の情報を矛盾（むじゅん）なくつなぎ合わせて仮説を立て、課題をはっきりさせたうえで、援助の内容や方法を決めていきます。

利用者の生活のしづらさが何から来ているのかを明（あき）らかにすることが、介護過程の考えるプロセスの1つです。

Eさん（83歳・女性）は、夫（おっと）と一人息子（むすこ）を続（つづ）けて亡（な）くしてから、体調（たいちょう）をくずしがちになりました。

4年前に脳梗塞（のうこうそく）を発症（はっしょう）し、今は歩（ある）くことはできますが、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があります。

3か月前にサービス付（つ）き高齢者向（こうれいしゃむ）け住宅（じゅうたく）に入居（にゅうきょ）してから、主食（しゅしょく）はおかゆを希望しています。今の体重は40kg。病気（びょうき）になる4年前は56kgだったので、16kgも減（へ）っています。

また、気持ちが落（お）ちこみやすい状態（うつ傾向（けいこう））があり、ほかの入居者の言動（げんどう）で落ちこむこともあります。

介護職は、健康（けんこう）な生活を取（と）り戻（もど）してもらうため、食事を見直（みなお）すことを考えました。おかゆからご飯に変（か）えることを提案（ていあん）すると、「歯（は）が悪いから、おかゆのほうがよい」とのことでした。

そこで歯科治療（しかちりょう）をすすめました。Eさんは「脳梗塞（のうこうそく）になってからワルファリン（血（ち）をかたまりにくくする薬）を飲んでいるから、歯科治療はできない」と言います。

利用者の希望を大切にすることは重要（じゅうよう）ですが、より健康な生活のために

は状況（じょうきょう）の改善が必要です。介護職は次の情報に注目（ちゅうもく）しました。

①おかゆを希望 ②4年間で体重が16kg減少 ③歯が悪い ④脳梗塞の既往歴（きおうれき・前に病気をしたこと）がある ⑤ワルファリンを飲んでいる ⑥うつ傾向がある ⑦歯科治療はできないと思いこんでいる

このうち、①～③を結びつけると、Eさんの健康的な生活を妨（さまた）げている原因は、歯が悪くて栄養価（えいようか）の高い食事を十分に食べられないことだとわかります。改善のためには、まず歯科治療が必要です。

一方、④～⑦を結びつけると、Eさんはうつ傾向があり、「ワルファリンを飲んでいるから歯科治療できない」と思いこんでいることがわかります。

介護職は、ケアカンファレンス（話し合（あ）い）の結果（けっか）を伝（つた）え、Eさんに歯科治療ができることを伝えました。さらに体力（たいりょく）をつけるため、おかゆからやわらかいご飯に変えることを提案しました。

▶ 頭のなかで「？」を生（う）み出す作業

事例5では7つの情報が集まり、関係のありそうな情報どうしを関連づけ、つなぎ合わせて、介護に役立つ情報にしていきました。

しかし、情報が7つではなく4つしかなかった場合は、情報どうしを結びつける作業がむずかしくなります。

そこで、情報が少（すく）ない場合には、今ある情報をもとに「なぜなんだろう？」「どうなっているのだろう？」と考えをめぐらし、情報の量と質を広（ひろ）げていきます。

Fさん（82歳・女性）は、朝食（ちょうしょく）の前に食堂（しょくどう）で新聞（しんぶん）を読（よ）むのが日課（にっか）です。

ある朝、食堂のFさんの席（せき）が空（あ）いていました。「あら？ Fさんは？」と介護主任が担当（たんとう）の介護職にたずねると、「居室にいらっしゃいます。食事はいらないそうです」とのこと。

「なぜ？」とさらに聞くと、担当の介護職は「……」と答えられませんでした。

介護主任は、朝食をとらない理由を本人に確かめる必要があると思い、居室を訪（たず）ねてたずねると、Fさんは「黒（くろ）い便が出たので、こわくて朝食が食べられないの」と言いました。

「黒い便……？」Fさんのからだに何が起きているのでしょうか。そういえば、Fさんはここ何日かさえない表情（ひょうじょう）をしていました。

介護主任は「上部消化管（じょうぶしょうかかん・食道（しょくどう）や胃（い）など）から出血（しゅっけつ）しているのだろうか？」など、頭のなかで考えながら、朝食をとらないで受診（じゅしん）してもらうべきか考えました。

黒い便が出たことを看護師（かんごし）に伝えと、「Fさんは先週受診した際（さい）、貧血（ひんけつ）があるので鉄剤（てつざい）を処方（しょほう）されました。その影響ではないでしょうか」との報告（ほうこく）がありました。

鉄欠乏性貧血（てつけつぼうせいひんけつ）の予防（よぼう）には、バランスのとれた1日3回の食事が大切ですから、朝食を食べないという判断（はんだん）は適切（てきせつ）ではありません。

介護過程を進めるには、利用者との毎日のかかわりのなかで、ただ仕事をこなすだけで

なく、「おや?」「なぜだろう?」と疑問を持(も)ったり、考えて行動したりする習慣(しゅうかん)をつける必要があります。

1つひとつの情報に関心(かんしん)を寄せて疑問を持ち、「おや?」「なぜだろう?」というやりとりを頭のなかでくり返(かえ)し、意識的に情報を集めることで、情報の量と質をそろえることができます。

そのなかで関連する情報どうしがつながったときに、「こういう意味があったのか!」と気づくことができます。すると「だから情報を集めなければいけない」とわかり、考えることがおもしろくなります。

※ 大切(たいせつ)なポイント

情報が少(すく)くないときほど、決(き)めつけずに「なぜ?」「どうして?」と問(と)い続(つづ)けてください。あと少しの情報で、ぜんぜんちがう答えが見えてくることがあります。

■ この節(せつ)のまとめ

- 介護過程は、考えて計画を立てて行(おこな)う、科学的な考え方のプロセスです。5W1Hの見方で進めます。
- 専門性のある介護とは、利用者の言葉をそのまま受けとるだけでなく、根拠(こんきょ)をもって介護過程を進めることです。
- アセスメントでは、情報の「量と質」が大切です。正確で、介護に必要で、思いこみのない情報を集めることが求められます。
- 「離れ小島に橋をかける作業」とは、バラバラな情報を解釈・関連づけ・つなぎ合わ

せて、課題をはっきりさせることです。

- 情報が少（すく）ないときは、「なぜ？」「どうして？」と頭のなかで問（と）いを立て、意識的に情報を集め続けることが大切です。

- 介護職には、キャッチボール型のコミュニケーション・観察力・洞察力・共感する態度が求められます。

★ この節のキーワード

キーワード	読み方（よみかた）・意味
介護過程	かいごかてい
科学的思考	かがくてきしこう
根拠	こんきょ
仮説	かせつ
5W1H	ごだぶりゅういちえいち
アセスメント	情報を集めて整理すること
自立支援	じりつしえん
情報の解釈・関連づけ・統合化	じょうほうのかいしゃく・かんれんづけ・とうごうか
キャッチボール型コミュニケーション	そうほうこうのやりとり
観察力・洞察力	かんさつりよく・どうさつりよく

介護過程（かいごかてい）の実践的（じっせんてき）展開（てんかい）

—事例（じれい）で学ぶ介護過程の進（すす）め方—

★ 到達目標（とうたつもくひょう）

- 施設（しせつ）で暮（く）らす G さんの事例を通（とお）して、アセスメント（情報を集めて整理すること）から評価（ひょうか）までの一連（いちれん）の考える流（なが）れを追体験（つuitたいけん）できる。
- フェイスシート、アセスメント表（1）、アセスメント表（2）、介護計画書（けいかくしょ）、実施評価表（じっしひょうかひょう）の読み方と使い方が分かる。
- 利用者（りようしゃ）の本当のニーズを読み取り、根拠（こんきょ）をもって介護過程を進めることの大切さを説明できる。

1. 事例（じれい）で学ぶ介護過程の進め方

① なぜ事例を使って介護過程を学ぶのか

第3節と第4節では、2つの事例を使って、介護過程の実際の進め方を学びます。

事例で学ぶ目的は、アセスメントから評価までの一連の考える流れを「自分で体験するように」たどることです。

次のことを、1つひとつついていねいに頭にうかべながら読み進めてください。

■ 事例を読むときのポイント

- どのような考えで情報を集めたのか。
- 集めた情報を、どのように解釈（かいしゃく）し、関連（かんれん）づけ、統合化

(とうごうか) したのか。

- その結果、どのような課題（かだい）を見つけたのか。
- その課題を解決するために、どのような計画を立てて実施したのか。
- 実施した結果を、どのように評価したのか。

事例をくり返し、ていねいに読みこむと、次のことが分かります。

- 同じように見える利用者でも、その思いは一人ひとりまったく違うこと。
- 同じ課題を持つ利用者でも、専門職（せんもんしょく）のかかわり方によって、まったく違う効果（こうか）が出ること。

② 各事例の組み立てと使うシート

各事例には、その内容をあらわす「タイトル」が付いています。

■ 使うシートの種類（しゅるい）と役割（やくわり）

- 【フェイスシート】...利用者についての情報をまとめたもの。「プロフィール」「家族構成と生活歴（せいかつれき）」「現在の状況」を含みます。足りない情報はないか、大事な情報はどれかを考えながら読みましょう。
- 【アセスメント表（1）】...集めた情報を ICF（国際生活機能分類）の枠組（わくぐ）みで整理したもの。各項目に「現在の状況」と「本人の思い」の欄（らん）があります。
- 【アセスメント表（2）】...アセスメント表（1）の情報を解釈・関連づけ・統合化した結果と、そこから出てくる課題をまとめたもの。
- 【介護計画書】...「課題」をアセスメント表（2）の優先順位（ゆうせんじゅんい）の高い順に書いたもの。
- 【実施評価表】...介護計画を実施した結果と評価をまとめたもの。

★ポイント：横（よこ）につなげて読むと1つのストーリーになる

【介護計画書】と【実施評価表】の2つの様式（ようしき）は、左右にならべて、いちばん左の「課題」からいちばん右の「評価」まで、横につなげて読みます。すると、1つのストーリーができあがります。

つまり、

「Aという課題の解決に向けて、Bという短期目標（たんきもくひょう）を立て、Cという援助（えんじょ）をDという方法で、Eという頻度（ひんど）で行う計画を立てて実施したところ、Fのような状況になった。だから、Gのように評価できる」というストーリーです。

【実施評価表】のいちばん下にある「気づいたこと（新しい課題や可能性）」の欄には、援助の中で気づいたことを書きます。

ここでの「気づき」は、計画の見直しにつながる、とても大切な視点（してん）になります。

2. 施設（しせつ）で暮らす高齢者（こうれいしゃ）の介護過程—Gさんの事例—

① 利用者のプロフィール

項目（こうもく）	内容
氏名（しめい）	Gさん
性別（せいべつ）	女性
年齢（ねんれい）	80歳
生活環境（せいかつかんきょう）	介護老人福祉施設（かいごろうじんふくししせつ）
要介護度（ようかいど）	要介護2（入所時は要介護3だったが、入所後に要介護2となった）

ど)	た)
認知症高齢者の日常生活自立度	IIIa（記憶障害、見当識障害、被害妄想（ひがいもうそう）など）
障害高齢者の日常生活自立度	A1（屋内（おくない）での歩行は可能）

② 家族構成（こうせい）と生活歴（せいかつれき）

【幼少期（ようしょうき）から結婚するまで】

- 満州（まんしゅう、今の中国東北部）生まれ。父は警察官で、ゆたかな家庭の4人きょうだいの末（すえ）っ子として、何不自由なく幼少期をすごしました。
- 戦後、日本に引（ひ）き揚（あ）げ、女学校を卒業した後、まもなく結婚しました。
- もともと、おだやかでやさしい性格（せいかく）でした。
- 結婚するまでは、家事をしたことがありませんでした。

【結婚後】

- 結婚後は、きびしい姑（しゅうとめ）のもとで、慣れない畑仕事をしていた時期もありました。
- 何度も涙（なみだ）を流（なが）しましたが、夫がやさしかったので、たえることができました。
- 夫婦のあいだに子どもはなく、夫婦ともに定年（ていねん）まで会社勤めをしました。
- 2番目の姉の家庭がクリスチャンで、その温かさや明るい雰囲気（ふんいき）にひかれ、夫婦で教会に行くようになりました。Gさんは洗礼（せんれい）を受けたいと思いましたが、姑は大反対。夫が「洗礼を受けても離縁（りえん）はしない」と姑に宣言（せんげん）し、結局Gさんと夫はいっしょに洗礼を受けることになりました。

【定年後】

- 夫婦仲よく、自宅を開放（かいほう）して、近所の子どもや友人を集め、キリスト教の集会を開いていました。
- 6年くらい前から、夫は糖尿病（とうにようびょう）と認知症が悪化（あつか）して寝たきりになりました。Gさんが介護をしていましたが、しだいにGさんにももの忘れが見られるようになり、夫の服薬（ふくやく）管理や食事の準備などができなくなりました。
- やがてGさん自身の整容（せいよう、身だしなみ）や入浴などもとどこおるようになり、訪問介護（ホームヘルパーサービス）を使うようになりました。
- 3年前に夫が亡くなった後、Gさんはしばらくさびしさのため、うつ的な状態が続きました。
- 夫の死から1年経ったころから、Gさんは少しずつ元気を取りもどしてきましたが、もの忘れはさらにひどくなってきました。
- 2年くらい前から、金銭管理（きんせんかんり）や身のまわりの世話をしてくれていた姪（めい）に対して、「私の財産（ざいさん）をねらっている」という被害妄想が見られるようになり、受診（じゅしん）の結果、アルツハイマー型認知症と診断（しんだん）されました。
- 1年前に自宅で脳出血（のうしゅっけつ）でたおれ、3か月間、入院生活を送りました。麻痺（まひ）などは残りませんでしたが、認知症があるために一人暮らしが難（むずか）しくなり、短期入所生活介護（ショートステイ）を使った後、介護老人福祉施設に入所となりました。

③ 現在の状況

【健康状態】

- (1) 一般状態：身長 150cm、体重 56.5kg、体温 36.0～36.8℃、呼吸 20～22 回/分、脈拍 64～70 回/分、血圧 120/80mmHg。
- (2) 認知症：6年くらい前から発症。今、記憶障害、見当識障害、被害妄想などが見られる。

(3) 脳出血：1年前に発症したが、麻痺などの後遺症（こういしょう）は残っていない。

(4) 視力：日常生活に支障（ししょう）はない。老眼鏡をかけなくても新聞が読める。

(5) 聴力：時々聞き返しがあるが、日常生活に支障はない。

(6) 精神状態：2年くらい前から、姪に対する被害妄想が見られるようになり、その後、親しい人に対する被害妄想がくり返し見られる。

(7) 服薬：アルツハイマー型認知症の治療薬（ドネペジル）を飲んでいる。

【日常生活の状況】

項目	状況
(1) 移動	動作はゆっくりだが、自力で起き上がり、座位（ざい）を保つことができる。ベッドの手すりやいすなどにつかまり、自分で立ち上がることができる。円背（えんぱい、背中が丸い状態）があるが、平地（へいち）は支えなしで歩ける。外を歩くときは手引きが必要。
(2) 身じたく	動作はゆっくりだが、衣服の着脱（ちゃくだつ）はなんとか1人でできる。ただし、衣服を整える介助は必要。夜はパジャマに着がえずに、そのまま寝てしまうため、「着がえましょう」という声かけが必要。
(3) 食事	食べる動作は自立している。普通食を何でもよく食べる。季節の果物や甘いものが好き。肥満（ひまん）傾向があるため、外出や帰宅のときに食べすぎないように、自費ヘルパーに配慮（はいりょ）してもらっている。歯は全部自分の歯で、自分でみがいているが、時々忘れることもあるので、声かけが必要。
(4) 排泄（はいせつ）	尿意（にょうい）と便意（べんい）はある。自分でトイレに行けるが、時々尿もれがあるため、パッドを使用。トイレに行ったときには、パッドに出ているかどうかをチェックする必要がある。

(5) 入浴・清潔保持	洗身（せんしん）は手のとどくところは自分でできるが、手のとどかないところは介助が必要。洗髪（せんぱつ）も介護職が介助している。入浴は好きで、自分から「汗をかいたのでシャワーを浴びたい」と希望することもある。
(6) 睡眠（すいみん）	夜は24時ごろに就寝（しゅうしん）し、朝は7時から8時ごろ、介護職にうながされて起きている。
(7) コミュニケーション	認知症による記憶障害があるので、言ったことを忘れて、同じことを何度もくり返す。自分の言いたいことが言葉にならず、考えているうちに忘れてしまい、悶々（もんもん）とすることが増えてきた。そのため、イライラしてまわりの人に手を上げそうになることもある。介護職に質問しても、返ってきた言葉の意味を理解することがむずかしくなっている。一方で、仲のよい入所者にキリスト教の話をするときは、流暢（りゅうちょう）に話すことができる。
(8) サービスの利用状況	介護老人福祉施設に入所中。ベッドまわりには思い出の写真や花がたくさんかざっており、聖書（せいしょ）やキリスト教に関する書物（しょもつ）も置いてある。自宅に帰りたい気持ちが強く、外出を希望するので、自費ヘルパーを使って、毎週月曜日・木曜日の午前中2時間と、木曜日の午後の祈禱会（きとうかい）、日曜日の礼拝（れいはい）で外出している。

【Gさんや家族などの思い】

● Gさん・姪（めい）・周囲（しゅうい）の人々の声

- Gさんの思い：「最期（さいご）まで神様に感謝して、信仰（しんこう）をまっとうしたい」「時々自宅に帰ったり、好きなところへ出かけたりして、楽しく過ごしたい」。
- 施設入所について：「入所したら、すぐ隣（となり）が教会だから、いつでも礼拝や祈禱会に行けてうれしい」と言っていた。

- 姪の思い：「Gさんの希望どおりに過ごしてほしい」。
- 「自分にできることは手伝いたい」という気持ちがあり、介護職を助けるため、下膳（げぜん、食器を下げること）やタオルたたみなどを手伝っている。
- 「施設にいと、動く距離（きより）が少ないので、足腰が弱ってしまう」と気にしており、自費ヘルパーと外出して歩きたいと思っている。
- 信仰心（しんこうしん）が篤（あつ）く、「自分自身の信仰をまっとうしたい」「まわりの人にキリスト教のことを伝えたい」「自分にできること、人の役に立つことをしたい」「自分の持っているものは、神様のために使いたい」と思っている。
- 「私が礼拝や祈禱会の日や時間を思い出せなかったら『今から礼拝ですよ』と教えてほしい。教えてもらって、忘れずに教会に行きたい」と言っている。
- Gさんに聞くと「特技（とくぎ）はないの」と言うが、「神様一筋（ひとすじ）？」と聞くと、「そう、それぞれ！」と笑顔で答える。
- 自分で洋服のほころびを直せたとき、「このくらいのことは私にもできるのよね。まだまだ私にもできることがあるのね」と、うれしそうに言ったことがある。

④ Gさんのフェイスシート（まとめ）

項目	内容
氏名	Gさん
性別	女性
年齢	80歳
入所年月	〇年4月
入所にいたった理由	1年前に自宅で脳出血でたおれ、3か月間、入院生活を送った。麻痺などは残らなかったが、認知症があるため一人暮らしが難しくなり、短期入所生活介護を使った後、自宅から近い介護老人福祉施設に入所となった。

家族	亡くなった夫とのあいだに子どもはいない。1 番目の姉の家族が近所に住んでおり、その長女（G さんの姪）が G さんの面倒（めんど）をよくみている。
キーパーソン	1 番目の姉の長女（G さんの姪）
入所における本人・家族などの要望	G さん：最期まで神様に感謝して信仰をまっとうしたい。時々自宅に帰ったり、好きなところへ出かけたりして楽しく過ごしたい。姪の要望：G さんの希望どおりに過ごしてほしい。

⑤ G さんのアセスメント表（1）【抜粋（ばっすい）・主要項目】

以下は、介護過程で特に大切な項目を抜粋しています。

【1. 心身（しんしん）の状態（心身機能・身体構造／健康状態）】

番号	項目	現在の状況
1	要介護状態区分・障害程度等級	要介護 2（入所時は要介護 3 だったが、入所後に要介護 2 となった）
2	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa（記憶障害、見当識障害、被害妄想など）
3	障害の状況（身体・知的・精神）	障害高齢者の日常生活自立度：A1
4	現在のおもな疾患（しっかん）	アルツハイマー型認知症
5	服薬	アルツハイマー型認知症治療薬（ドネベジル）
6	既往歴（きおうれき）	脳出血（1 年前）
7	平時のバイタルサイン	体温：36.0～36.8℃／呼吸：20～22 回/分／脈拍：64～70

		回/分／血圧：120/80mmHg
--	--	-------------------

【2. 日常生活の状況（活動）主要項目と本人の思い】

番号	項目	現在の状況と本人の思い
10	移動	動作はゆっくりだが、自力で起き上がり、座位を保つことができる。円背があるが、平地は支えなしで歩ける。外を歩くときは手引きが必要。本人の思い：「施設にいと、動く距離が少ないので、足腰が弱ってしまう」と気にしており、自費ヘルパーと外出して歩きたいと思っている。
16	コミュニケーション	認知症による記憶障害があるので、言ったことを忘れて同じことを何度も繰り返す。悶々とするが増えた。イライラしてまわりの人に手を上げそうになることもある。本人の思い：「まわりの人にキリスト教のことを伝えたい」と思っている。
17	意欲（いよく）・生きがい	日曜日の礼拝と木曜日の祈禱会に行きたいという気持ちは強いが、見当識障害により曜日や時間がわからなくなっており、思い出せなかったり気がつかなくなったりすることが続いた。本人の思い：「私が礼拝や祈禱会の日や時間を思い出せなかったら『今から礼拝ですよ』と教えてほしい」
27	価値観・習慣	信仰心が篤く、伝道（でんどう）に熱心。しかし、認知症が進むにつれ、コミュニケーションがうまく取れなかったり、外出した翌日にはそのことを忘れてしまうことが多くなっている。本人の思い：「自分の持っているものは、神様のために使いたい」
28	性格（個性）	もともと、おだやかでやさしい性格。しかし、認知症が進むにつれ、コミュニケーションがうまく取れなかったり、外出した翌日にはそのことを忘れてしまったりして、苛立（いら

		だ) ちを表現することがある。
30	特技	G さんに聞くと「特技はないの」と言う。「神様一筋?」と聞くと、「そう、それぞれ!」と笑顔で答える。
32	その他	自分で洋服のほころびを直せたとき、「このくらいのことは私にもできるのよね。まだまだ私にもできることがあるのね」と、うれしそうに言ったことがある。

⑥ G さんのアセスメント表 (2) 【情報の解釈・関連づけ・統合化と課題】

アセスメント表 (1) で整理した情報を解釈し、関連づけて統合化した結果と、そこから出てくる課題を、以下にまとめます。

アセスメント項目番号	情報の解釈・関連づけ・統合化	課題 (優先順位)
16, 17, 19, 27, 28, 30	G さんは、自分自身の信仰をまっとうしたい、礼拝と祈禱会に行きたい、という気持ちが強い。しかし、見当識障害により曜日や時間がわからなくなり、その時間に思い出せなかったり、気がつかなくなったりすることが続いた。介護職は「G さんがおぼえているときに行ってもらおう」という対応をしていたが、G さんの願いは「自分が忘れていたり、思い出せなかったら教えてほしい」というものである。	❶「最期まで信仰をまっとうしたい」という願いが強いのに、認知症による記憶障害や見当識障害のため、礼拝・祈禱会に行く日を忘れて、悲しい思いをしている。(優先順位①)
10, 16, 18, 21, 25, 28, 31	G さんは「施設にいと、動く距離が少ないので、足腰が弱ってしまう」「自宅が近いので、運動を兼ねてできるだけ自宅に帰って、そうじや草取りをして過ごしたい」と考えており、毎週月曜日と木曜日	❷足腰の運動を兼ねて、定期的に帰宅することを今後も続けたいと思っ

	の午前中 2 時間ほど、自費ヘルパーを定期的に依頼して、帰宅したり、近隣を散歩したり、買い物をしたりすることを楽しみにしている。しかし、認知症による記憶障害や見当識障害のため、コミュニケーションがうまく取れなかったり、外出した翌日にはそのことを忘れてしまったりして、イライラしてしまう。	ているが、認知症による記憶障害や見当識障害のため、外出した翌日には前日に外出したことを忘れてしまい、イライラしてしまう。（優先順位②）
9, 13, 22, 32	G さんは、会社勤めを始めてからは、夫のために家事を一生けんめい行っていた。施設に入所してからは、介護職が忙しそうにしていると、タオルをたたんだり、食事の下膳を手伝ったりしてくれる。また、自分の服にほころびがあったとき、なんとか自分で直すことができた。そのとき「このくらいのことには私にもできるのよね。まだまだ私にもできることがあるのね」とうれしそうに話した。認知症のために「できない」「忘れる」ということに目が向きすぎて、本人の力が発揮（はっき）できていないのではないか。	③自分でできることを見つけて、そこから生きる喜びや自信を取りもどすことが大切である。（優先順位③）

⑦ G さんの介護計画書

● 長期目標（期間：12 か月）

自分の信仰にもとづいた日々の生活を送ることができる。

課題	短期目標・期間	援助内容	具体的な援助方法	頻度
①「最期まで信仰を	教会の礼拝と	①礼拝、祈禱会へ	①あらかじめ準備が	日曜日

まっとうしたい」という願いが強いのに、認知症による記憶障害や見当識障害のため、礼拝・祈禱会に行く日を忘れて悲しい思いをしている。	祈禱会に参加できる。（6か月）	の参加の呼びかけ ②忘れているときの声かけ、出かける準備の支援 ③聖書を持って事務室まで誘導（ゆうどう） ④事務室前から居室への誘導	できるように、出かける1時間前に「今日は礼拝（もしくは祈禱会）がありますよ」と呼びかける。 ②時間が来ても出かけられないときは、声をかけて出かける準備を手伝う。 ③聖書を持って事務室前まで誘導する。 ④事務室前から戻って来た連絡をもらって、迎えに行く。	（礼拝） 木曜日 （祈禱会）
②足腰の運動を兼ねて、定期的に帰宅することを今後も続けたいと思っているが、認知症による記憶障害や見当識障害のため、外出した翌日に前日に外出したことを忘れてしまい、イライラしてしまう。	自分の思いがまとまらなくても、介護職の援助によって落ち着いた生活を送ることができる。（6か月）	①足腰の運動を兼ねた定期的な外出（散歩、帰宅、買い物など）の準備の支援 ②気持ちが落ち着かないときの傾聴（けいちよう）	①出かけることを伝え、着がえなどができていなかったら声をかける。 ②何かに気になっているかを傾聴し、Gさんが言いたいことをわかりやすく整理して、本人に伝える。また、Gさんが気にしていることで、すでに解決していることは、安心してよいと伝える。	月曜日 木曜日 日曜日
③自分でできること	日常生活のな	①Gさんにできる	①下膳やタオルたた	随時

を見つけて、そこから生きる喜びや自信を取りもどすことが大切である。	かで役割を担（にな）ったり、人の役に立ったりすることができ（る。6か月）	こと、人の役に立てることをいっしょに探し、行ってもら。②ほかにもできること、やってみたいことがあるか、いっしょに探す。	み、針仕事など、Gさんがやってみたいことを見つけて、実際にに行ってもら。その際、できたことをいっしょに喜び、感謝の気持ちを伝える。②ほかにもできること、やってみたいことがあるか、いっしょに探す。	（ずいじ）
-----------------------------------	--------------------------------------	---	---	-------

⑧ Gさんの実施評価表（要点）

以下は、介護計画を実施した後の評価のポイントです。

【実施状況】礼拝・祈禱会も、Gさんがおぼえているときに行ってもらおうという対応をやめ、必ず参加を呼びかけることにした。また、呼びかけても忘れているときは、さらに声をかけるとともに、着がえや持ち物の準備を手伝い、確実に参加できるところまで援助した。

【評価】Gさんは、いつでも必ず礼拝や祈禱会に参加したいという気持ちを持っているので、介護職からの呼びかけや準備の援助に対しては、うれしそうな表情を見せていた。Gさんの認知症は徐々（じょじょ）に進行しており、参加の日時を忘れる回数は多くなっているので、今後も続けて援助する必要がある。

【実施状況】足腰の運動を兼ねての外出は、月曜日と木曜日と日曜日の週3日、自費へ

ルパーに定期的に依頼しているため、確実に帰宅できている。

【評価】月曜日と木曜日と日曜日の外出は、「足腰の運動になる」「自宅を片づけることができる」「家庭集会を開ける可能性がある」という意味で、Gさんにとって、とても大切な時間となっている。しかし、週3日では今のGさんにとって記憶に残りにくく、満足できる頻度ではないと思われるため、さらに検討（けんとう）の必要がある。

【気づいたこと】Gさんの発言だけをとりえて「被害妄想」「もの忘れ」と表面的に片づけてしまわず、どのような動機があって妄想などが起きているのかを理解できるようになった。すると、根本的（こんぽんてき）には「信仰をまっとうしたい」という強い願いから来ているものであることが理解できた。

【実施状況】下膳やタオルたたみ、針仕事など、Gさんにできそうなことを、見守りのもとで、行ってもらうようにした。できたときには達成感（たっせいかん）を十分に味わってもらえるように、感謝の言葉を伝え、いっしょに喜ぶようにした。

【評価】もともと奉仕（ほうし）の精神が旺盛（おうせい）な人なので、人の役に立てることについては、介護職が予想したよりも、生き生きと専念（せんねん）してもらえる場面が見られた。一方で、認知症による記憶障害のため、根気が続きにくいこともあるので、配慮しながら援助することも大切である。

【気づいたこと】

① 月曜日と木曜日と日曜日の外出は、定期的に行っているが、次の日には「今日帰りたい」「自分の家なんだから、いつでも帰りたい」という気持ちになっている。週3日では今のGさんが満足する外出にはなっていないかもしれないので、適切な頻度を検討する必要がある。

② 認知症の進行にともなって、思っていることがまとまりにくく、表現しづらい状況が強くなってきている。Gさんの本当の願いや希望していることを、よく傾聴する必要

がある。

⑨ Gさんの介護過程について（解説）

【この事例において大切な視点】

この事例において大切な視点は、「Gさんの願いや思いを本当に理解して援助する」ことです。

「Gさんは何を望んでいるのか？ どこまで援助すれば自己実現（じこじつげん）に近づくのか？」を探（さぐ）っていく必要があります。

礼拝や祈禱会に行けなかったときの失望、姪が自分の財産をねらっているのではないかという被害妄想、毎日でも家に帰りたいという強い願いなどは、バラバラにとらえていると、認知症による「記憶障害」「被害妄想」としか見えません。

しかし、Gさんの気持ちの根底（こんてい）には、「信仰をまっとうしたい」という強い希望が流れていることが理解できました。

そして、「苛立ち」「怒り」として表現されているのは、「信仰をまっとうしたい」という「自分の生き方」にそぐわないところから来ていることが分かってきました。

★ 介護過程を進めるうえで大切な 3 つの視点

介護過程を進めながら、介護職は次の 3 つに着目してアセスメントを重ね、利用者の本当のニーズに向かって援助していくことが大切です。

- 今の状態は本人の願いにかなっているのか？
- 本人の生活は以前よりよくなったか？
- 本人は自分の人生を生きているか？

★ この節のまとめ

■ 学習のポイント

- 事例を通じた介護過程の学習は、アセスメントから評価までの一連の考える流れを「自分で体験するように」たどるためのものです。
- フェイスシートで利用者の全体像（ぜんたいぞう）を把握（はあく）し、アセスメント表（1）で情報整理、アセスメント表（2）で解釈・課題導出、介護計画書で援助方針を決定します。
- Gさんの事例では、「信仰をまっとうしたい」という核心的（かくしんてき）な願いが、礼拝参加・外出・役割発揮という3つの課題に結びついています。
- 「苛立ち」や「被害妄想」などの表面的な症状に目を向けるのではなく、その背景にある本当のニーズを探ることが、専門的な介護の本質（ほんしつ）です。
- 実施評価では、計画どおりに進んでいるかを確認するとともに、「気づいたこと」を次の計画修正に活かすことが重要です。

● この節のキーワード

事例学習	フェイスシート	アセスメント表	介護計画書	実施評価表
優先順位	真のニーズ	追体験	傾聴	自己実現

自宅（じたく）で暮（く）らす高齢者（こうれいしゃ）の 介護過程（かいごかてい）

—Lさんの事例（じれい）から学ぶ—

★ 到達目標（とうたつもくひょう）

- 自宅で暮らす高齢者（Lさん）の事例を通（とお）して、居宅（きょたく）での介護過程の進め方を学ぶことができる。
- 家族介護者（かぞくかいごしゃ）の状況も含（ふく）めた情報収集とアセスメント（情報を集めて整理すること）の大切さが分かる。
- アセスメントから介護計画書、実施評価までの一連（いちれん）の流れを追体験（つたいけん、自分で体験するようにたどること）できる。

1. 利用者（りようしゃ）のプロフィール

項目（こうもく）	内容
氏名（しめい）	Lさん
性別	女性
年齢	82歳
生活環境（せいかつかんきょう）	自宅
要介護度（ようかいごど）	要介護3
認知症高齢者の日常生活	Ⅲa

活自立度	
障害高齢者の日常生活自立度	A2

2. 家族構成（こうせい）と生活歴（せいかつれき）

① 幼少期（ようしょうき）から青年期（せいねんき）まで

- M県の港町（みなとまち）で、8人きょうだい（姉と弟3人、妹3人）の次女として生まれた。
- 父は漁師（りょうし）で、実家は漁業をしながら旅館（りょかん）も経営していた。
- 子どものころから、きょうだいの面倒見（めんどうみ）がよく、忙しい両親に代わって家事の手伝いもよくしていた。
- 女学校を卒業した後、着物（きもの）が好きで、呉服店（ごふくてん、着物の店）で働きながら着物の着付（きつ）けや和裁（わさい、着物をぬう技術）を身につけ、休日は旅館を手伝う働き者だった。
- 明るくおだやかな性格で、接客（せっきゃく）が得意で社交的だった。

② 結婚から子育て

- 24歳のときに大工をしていた夫と結婚し、現在の場所に引っ越した。
- 27歳のときに長女を出産し、出産後は和裁の内職（ないしょく）をしながら子育てをした。
- 夫婦仲はとてもよく、近所でも評判（ひょうばん）のおしどり夫婦だった。
- 町内会（ちょうないかい）の活動にも積極的に参加し、地域の人からの信頼が厚（あつ）く、きょうだいや親戚（しんせき）との交流も大切にしていた。

③ 長女の結婚・孫娘の誕生と家族の喪失（そうしつ）

- 長女の結婚をきっかけに、大工だった夫が家を建て替（か）え、長女夫婦と同居した。長女夫婦が共働きだったので、孫娘（まごむすめ）が生まれたころからLさんが家事をすべて担（に

な) い、子ども好きだったこともあって、孫娘の世話をすることが生きがいとなった。

- 2年前に長女の夫が病気で亡くなり、翌年の春に今度はLさんの夫が交通事故で突然亡くなった。続けて最愛（さいあい）の家族を亡くしたことで精神的に大きなショックを受け、しばらくふさぎこむ日々が続く、家族との会話が極端（きょくたん）に減った。
- 夫の死から半年が過ぎた秋ごろから、もの忘れが目立つようになった。ある日、長女が仕事から帰ると、冷蔵庫にあった食料品がすべて食べつくされており、Lさんに聞いても「知らない」と言う。長女が心配になってかかりつけ医に相談し、脳神経外科を受診したところ、アルツハイマー型認知症と診断（しんだん）された。
- 趣味（しゅみ）だった裁縫（さいほう）には関心がなくなり、長女が裁縫道具箱を用意してもまったく興味を示さなくなった。
- そのあとも「財布がなくなった」「着物が盗（ぬす）まれた」と家族に何度も訴（うった）えたり、一人で外出して家がわからなくなったりして、片時（かたとき）も目が離（はな）せなくなった。さらに、明るくおだやかな性格だったLさんが、家族に対して攻撃的（こうげきてき）な態度をとるようになり、家族はその変化にとまどい、結局、長女が小学校の教師の仕事を辞めてLさんの介護をすることになった。
- しかし、長女は持病（じびょう）の関節リウマチがあり、通院しながら治療をしているために無理ができず、民生委員（みんせいいいん）に相談し、介護保険サービスを利用することになった。

④ 現在の家族構成

● 現在の家族の状況

- 現在は長女（55歳）、孫娘（27歳）との三人暮らし。
- 長女は近所のスーパーでパートとして働いている。
- 長女はパートの終業（しゅうぎょう）が遅く、帰宅が遅くなりがちである。

- 長女は持病の関節リウマチが悪化（あつか）し、治療をしている。
- 長女は朝、関節リウマチによる手指（しゅし）の痛みがひどく、Lさんの介助や家事に支障（ししょう）をきたしている。
- 20 時ごろに家族そろって夕飯を食べるなど、家族関係は良好（りょうこう）である。
- Lさんは家族に対して遠慮深（えんりよぶか）いところがある。長女の体調や仕事を心配していて、希望があっても言いだしにくいときがある。

3. 現在の状況

① 健康状態

(1) 一般状態：身長 140cm くらい、体重 50kg くらい（おなかまわりがふくよか、増加傾向）、体温 35.5～37.0℃、呼吸 20～25 回/分、脈拍 65～70 回/分、血圧 150/90mmHg。

(2) 認知症：1 年前の秋ごろから、もの忘れの症状が目立つようになり、一人で外出して家に戻れなくなったり、「財布がなくなった」「着物が盗まれた」と家族に何度も訴えたりするなど、BPSD（行動・心理症状）が見られた。

(3) 高血圧：60 歳のころから血圧が高くなり、高血圧症と診断された。血圧降下剤（こうかざい、血圧を下げる薬）を飲んでおり、今は安定している。

(4) 視力：日常生活に支障はない。老眼鏡をかけなくても新聞が読める。

(5) 聴力：通常の会話で時々聞こえていないことがある。

(6) 精神状態：夫が交通事故で亡くなった精神的なショックから、明るくおだやかだった性格が一変（いっぺん）し、ふさぎこむ日々が続く、家族に対して攻撃的な態度を見せていたが、今は落ち着いている。

(7) 服薬：血圧降下剤を飲んでいる。飲み忘れることが時々あったので、今は長女が

管理している。

(8) 医療：かかりつけ医（内科）が月 1 回往診（おうしん）し、健康管理（体重の増加傾向）、高血圧や便秘などの指導（薬の処方）のほか、発熱などの緊急時にも対応している。長女の付き添いで、3 か月に 1 回歯科受診し、義歯（ぎし）の点検を受けている。

② 日常生活の状況

項目	状況
(1) 移動・移乗（いじょう）	若いころから歩くのが好き。足腰が丈夫（じょうぶ）なのが自慢で、介助なしで歩くことができる。しかし、うながされなければずっと座ったままで、自分から歩くことはしない。歩行時は足元に注意が向かないので、声かけや段差では手を貸すなどの配慮（はいりょ）が必要。布団からの起き上がりや寝返りは自力でできる。いす座位（ざい）も安定している。「毎日、1 里（約 4km）歩いて女学校に通っていたのよ」と言っている。長女の仕事が休みの日は近所をいっしょに散歩している。
(2) 身じたく	一人で着替えることはむずかしいが、声をかけながら順番どおりに服を手わたせば、着脱（ちゃくだつ）ができる。お気に入りの櫛（くし）で毎朝、髪をとかしている。「夫がくれた大事な櫛なのよ」と言い、黒髪が自慢だった。
(3) 食事	長女が調理し、L さんの血圧を考えて、減塩（げんえん）薄味（うすあじ）にしている。港町の出身なので魚料理が好き。朝はパンと牛乳、夜は魚や野菜が中心の和食が多い。水分摂取量（すいぶんせつしゅりょう）が少なく、汁物（しるもの）や緑茶などをすすめるが、半分程度しか飲まない。歯は総義歯（そうぎし、全部入れ歯）だが、しっかりかむことができる。「熱い緑茶が好きだけど、お便所（べんじょ）が近くなるからね」と言っている。
(4) 排泄（は	自分から尿意（にようい）・便意（べんい）を伝えられず、トイレに行き

いせつ)	たいときはもぞもぞとからだを揺（ゆ）らしている。長女が声をかけてトイレに連れて行くが、間に合わずに尿（にょう）をもらすことが週 1～2 回ある。ズボンの上げ下げに介助が必要。トイレトペーパーをポケットにためこむので、排泄が終わったら毎回手わたしている。便秘になりやすく、3 日に 1 回の頻度（ひんど）で排便（はいべん）がある。かかりつけ医から便秘対策として、食物繊維（しょくもつせんい）の多い食事や、適度な運動と十分な水分摂取をするように指導されている。
(5) 入浴・清潔保持（せいけつほじ）	お風呂は好きだが、自宅の浴槽（よくそう）が深いために浴槽から出られなくなったことがあり、こわい思いをした。毎晩長女がいっしょに入浴し、洗髪（せんぱつ）や洗身の介助をしていたが、長女の関節リウマチが悪化し、入浴の介助がむずかしくなった。声をかければ前のほうは自分で洗える。「お風呂が大好きなのよ」と言っている。
(6) 睡眠	毎日 21 時に就寝し、布団に入ってしばらくは子守歌や童謡（どうよう）を口ずさんでいるが、長女がトイレ誘導（ゆうどう）のため夜中に様子を見に行くと、ぐっすり眠っている。朝は 7 時に起床。昼食後に 30 分程度昼寝をしている。
(7) コミュニケーション	若いころから旅館や呉服店で接客をしていたので、人と話すのが好きで社交的だった。最近は認知症が進み、顔見知（かおみし）りの近所の人や、きょうだいの顔がだれだか分からなくなり、外出の機会が減っている。会話が成立しないことが多くなったが、時には冗談（じょうだん）を言って笑わせることもある。長女のことは「お姉さん」と呼び、孫娘は小学生だと思いこんで接している。昔から「ありがとうね」が口癖（くちぐせ）で、今でも感謝の気持ちを必ず伝えている。
(8) サービスの利用状況	訪問介護（ホームヘルプサービス）（週 5 回）、通所介護（デイサービス）（週 2 回）

③ L さんや家族などの思い

● Lさん・長女・孫娘の声

- 夫が建てた愛着（あいちゃく）のある家で、家族と仲よく暮らしたいと思っている。
- 長女がつくる料理はおいしいと思っている。また、緑茶は好きだが、トイレのことが心配で飲まないようにしている。
- トイレの世話を家族にしてもらうのが申し訳ないと思っている。
- いつか孫娘に浴衣（ゆかた）をぬってやりたいと思っている。
- 家族に迷惑をかけず、仲よく暮らしたいと思っている。
- 毎日台所に立って料理をつくり、そうじや洗濯などの家事を担い、家庭を支えることが自分の生きがいであり、役割だと思って生きてきた。「私が家のことはしてやらないとね」と言っている。
- 長女は「これまでと同じように家族が仲よく過ごせるようにしたい」と思っている。「自分の病気が心配だが、できるだけ母の介護をしたい」と思っている。
- 孫娘は「母の病気が心配なので、できるだけ介護負担がかからないようにしてほしい」と思っている。

④ 最近の様子

■ 最近のLさんの様子

- 最近のLさんは精神的に落ち着きを取りもどし、家族に対する攻撃的な言動は見られなくなった。
- 日中は居間のソファに座って、新聞の折りこみチラシを読んでいる。
- 長女が留守の日は、ほとんど家から出かけることはない。
- 家事が得意だったものの、今は以前のようにやらなくなった。ただ、今も洗濯物をたたんだり、食器をふいたりしている。
- 愛用している裁縫道具があるが、最近は裁縫をしていない。夫からもらった櫛を大切

にしている。

4. Lさんのフェイスシート

項目	内容
氏名	Lさん
性別	女性
年齢	82歳
家族	長女（55歳）、孫娘（27歳）との三人暮らし。
キーパーソン	長女
本人・家族などの要望	Lさん：夫が建てた愛着のある家で、住み慣れた自宅で生活ができるように、楽しみや喜びのもてる生活をめざす。長女：これまでと同じように家族が仲よく過ごせるようにしたい。自分の病気も心配だが、できるだけ介護負担を軽減してほしい。孫娘：介護負担が軽減されることを望む。

5. Lさんのアセスメント表（1）【主要項目】

以下は、介護過程で特に大切な項目を抜粋（ばっすい）しています。

番号	項目	現在の状況と本人の思い
10	移動	足腰が丈夫なのが自慢で、介助なしで歩くことができる。しかし、うながされなければずっと座ったままで、自分から歩くことはしない。本人の思い：長女と散歩をするのが楽しい。

12	食事	長女が調理し、減塩薄味にしている。水分摂取量が少ない。本人の思い：「熱い緑茶が好きだけど、お便所が近くなるからね」。
13	排泄	自分から尿意・便意を伝えられず、もぞもぞとからだを揺らしている。間に合わずに尿をもらすことが週 1～2 回ある。便秘になりやすく 3 日に 1 回の排便。本人の思い：「トイレの世話を家族にしてもらうのが申し訳ない」。
14	入浴・清潔保持	お風呂は好きだが、浴槽が深く、長女の関節リウマチ悪化で入浴介助がむずかしくなった。本人の思い：「お風呂が大好きなのよ」。
16	コミュニケーション	認知症が進み、顔見知りの近所の人やきょうだいの顔が分からなくなり、外出の機会が減っている。長女を「お姉さん」と呼ぶ。昔から「ありがとうね」が口癖で、今でも感謝の気持ちを必ず伝えている。
17	意欲・生きがい	長女との散歩が楽しい。孫娘に浴衣をぬってやりたいと思っている。台所に立って料理をつくることが生きがいだった。
24	家族関係	長女（55 歳）は持病の関節リウマチがあり、仕事との両立で介護負担が大きい。孫娘（27 歳）は介護負担軽減を望んでいる。
25	サービスの利用状況	訪問介護（週 5 回）、通所介護（週 2 回）を利用。
27	価値観・習慣	家族のために家事をすることが生きがいであり役割。「私が家のことはしてやらないとね」。裁縫が得意で、孫娘に浴衣をぬってやりたいという思い。

6. L さんのアセスメント表（2）【情報の解釈・関連づけ・統合化と課題】

アセスメント表（1）で整理した情報を解釈し、関連づけて統合化した結果と、そこから出てくる課題を、以下にまとめます。

項目番号	情報の解釈・関連づけ・統合化	課題（優先順位）
13, 17, 24, 27	Lさんは自分から尿意・便意を伝えられず、間に合わずに尿をもらすことが週1～2回ある。「トイレの世話を家族にしてもらおうのが申し訳ない」と思っており、家族の役に立ちたいという気持ちが強い。しかし、認知症のため自分から排泄サインを出せず、長女も関節リウマチで朝の介助が困難。適切なタイミングでトイレ誘導が行われれば、尿失禁（にょうしっきん）は減らせる可能性がある。	①自分からトイレに行けず、尿失禁がくり返されることで、Lさんの自尊心（じそんしん）が傷つき、家族への申し訳なさが増している。 （優先順位①）
14, 24	Lさんはお風呂が大好きだが、浴槽が深く、長女の関節リウマチ悪化で毎晩の入浴介助がむずかしくなっている。清潔保持と生活の質（QOL）の観点（かんてん）から、訪問介護や通所介護の入浴サービスを活用することが必要である。	②長女の関節リウマチ悪化により自宅での入浴介助が困難になっており、Lさんの清潔保持が課題となっている。（優先順位②）
17, 27, 12, 10	Lさんは家事が生きがいであり役割だと考えてきた。今は洗濯物をたたんだり、食器をふいたりしている。裁縫が得意で、孫娘に浴衣をぬってやりたいという思いもある。水分摂取が少ない点も、トイレへの遠慮と関連している可能性がある。これらを結びつけ、Lさんらしさを取りもどす支援が必要である。	③家事・裁縫などの生きがいや役割が薄（うす）れており、Lさんらしい生活を取りもどす支援が必要。また水分摂取を増やす工夫も必要。

		(優先順位③)
--	--	---------

7. Lさんの介護計画書

● 長期目標（期間：12か月）

住み慣れた自宅で、家族と仲よく楽しい生活が続けることができる。

課題	短期目標・期間	援助内容	具体的な援助方法	頻度
①自分からトイレに行けず、尿失禁がくり返されることで、Lさんの自尊心が傷つき、家族への申し訳なさが増している。	トイレへ適切なタイミングで行くことができ、尿失禁が減る。（6か月）	①定期的なトイレ誘導 ②排泄後の確認と声かけ	①約2～3時間ごとにトイレ誘導を行う。Lさんがもぞもぞとからだを揺らしているときは、すぐにトイレへ誘導する。②排泄後に「よかったね」「すっきりしたね」と声をかけ、Lさんの気持ちを受けとめる。	毎日 (訪問介護・家族)
②長女の関節リウマチ悪化により自宅での入浴介助が困難になっており、Lさんの清潔保持が課題となっている。	週に2～3回の入浴ができ、清潔を保つことができる。（6か月）	①通所介護・訪問介護での入浴支援 ②自宅での部分的な清潔ケア	①通所介護（デイサービス）での入浴を週2回活用する。訪問介護での入浴介助も検討する。②自宅で入浴がむずかしい日は、訪問介護による清拭（せいし	週2～3回

			き、からだをふくこと)や足浴(そくよく、足だけお湯につけること)などの清潔ケアを行う。	
③家事・裁縫などの生きがいや役割が薄れており、Lさんらしい生活を取りもどす支援が必要。また水分摂取を増やす工夫も必要。	日常生活のなかに役割や楽しみを見つけ、生き生きとした生活を送ることができる。(6か月)	①役割・できることをいっしょに探す ②水分摂取の工夫	①洗濯物たたみや食器ふきなど、Lさんができることをいっしょに行い、「助かるよ」「ありがとう」と感謝を伝える。裁縫道具を手の届くところに置き、興味を示したときにいっしょに取り組む機会をつくる。②「熱い緑茶が好きだけどトイレが心配」という思いに寄りそい、トイレ誘導と組み合わせて、安心して水分がとれるよう声かけする。	随時 (訪問 介護・ 家族)

8. 実施評価のポイント

【実施状況】約2～3時間ごとのトイレ誘導を、訪問介護と家族で連携(れんけい)し

て実施した。Lさんがもぞもぞするサインを見逃（みのが）さないよう、全員で共有した。

【評価】定期的な誘導により、尿失禁の回数が週 1～2 回から週 0～1 回に減少した。Lさんが「間に合った」と安心する表情を見せる場面が増えた。引き続き、サインを見逃さないように対応することが大切。

【実施状況】通所介護での入浴を週 2 回活用し、訪問介護による入浴介助を週 1 回追加した。自宅では入浴がむずかしい日に清拭・足浴を実施。

【評価】Lさんは通所介護での入浴を「気持ちいい」と表現し、清潔が保たれている。長女の介護負担も軽くなった。浴槽への出入りについて、自宅環境整備（すのこ設置など）も検討が必要。

【実施状況】洗濯物たたみや食器ふきをいっしょに行い、感謝の言葉を伝えた。裁縫道具を手が届く場所に置いたところ、ある日、自分から手に取って針仕事を始める場面があった。水分摂取は「トイレ誘導とセット」で声かけを行った。

【評価】役割を担うことでLさんの表情が明るくなる場面が増えた。「私にもできることがあるのね」という言葉が聞かれた。水分摂取量も少しずつ増えている。

【気づいたこと】裁縫への関心が戻りつつある。孫娘に浴衣をぬってやりたいという思いを活かしたかわりを、さらに深めたい。長女のリウマチ悪化に合わせ、介護保険サービスの追加を定期的に見直す必要がある。

★ この節のまとめ

■ 学習のポイント

- 自宅で暮らす高齢者の介護過程では、本人だけでなく、家族介護者の状況も含めたアセスメントが欠（か）かせません。
- Lさんの事例では、「家族の役に立ちたい」「家事が生きがい」という思いを軸（じく）に、排泄・入浴・役割支援という3つの課題が導かれました。
- 尿失禁への対応は、単（たん）なる身体的ケアではなく、Lさんの自尊心や家族への思いやりと深く結びついています。
- 家族介護者（長女）の健康状態や負担感を常（つね）に把握（はあく）し、サービスの調整を柔軟（じゅうなん）に行うことが、在宅支援（ざいたくしえん）の要（かなめ）です。
- 「裁縫が得意」「散歩が好き」などの強みや好みを活かしたケアが、Lさんらしい生活の実現につながります。
- 実施評価では「気づいたこと」を次の計画修正に活かし、続けてアセスメントを深めることが大切です。

● この節のキーワード

在宅介護	家族介護者	トイレ誘導	尿失禁	自尊心
入浴支援	通所介護	役割	生きがい	関節リウマチ

第3巻 第2章 演習課題（えんしゅうかだい）

Qさんの介護過程（かいごかてい）

■ 学習（がくしゅう）の目的（もくてき）

- Qさんの情報（じょうほう）をよく読んで、自分（じぶん）でアセスメント表（ひょう）（1）（2）を書（か）いてみます。
- アセスメントの結果（けっか）をもとに、介護計画書（かいごけいかくしょ）を作（つく）ります。
- そのあと、テキストの模範解答（もはんかいとう）（お手本（てほん）の答（こた）え）と自分（じぶん）の答（こた）えを比（くら）べて、考（かんが）え方（かた）をふり返（かえ）ります。
- 利用者（りようしゃ）のいろいろな思（おも）いやニーズを読（よ）み取（と）り、根拠（こんきょ）（理由（りゆう））のある介護過程（かいごかてい）を展開（てんかい）する力（ちから）をつけます。

1. 事例（じれい）：介護老人福祉施設（かいごろうじんふくししせつ）で生活（せいかつ）する Qさん

① 利用者（りようしゃ）のプロフィール

項目（こうもく）	内容（ないよう）
氏名（しめい）	Qさん
性別（せいべつ）	男性（だんせい）
年齢（ねんれい）	75歳（さい）
生活（せいかつ）の場所（ばしょ）	介護老人福祉施設（かいごろうじんふくししせつ）
要介護度（ようかいごど）	要介護4（ようかいご4）
認知症高齢者（にんちしょうこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじり）	Ⅱb（日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）が出（で）る症状（しょうじょう）や、意思疎通（いしそつう）（話（はなし）が通（つう）じないこと）の困難（こんなん）が、ときどき見（み）られて、介護（かいご）が必要（ひつよ）

つど)	う) な状態 (じょうたい) です。)
障害高齢者 (しょうがいこうれいしゃ) の日常生活自立度 (にちじょうせいかつじりつど)	B1 (家 (いえ) の中 (なか) の生活 (せいかつ) に介助 (かいじょ) が必要 (ひつよう) で、日中 (にっちゅう) もベッドの上 (うえ) で過 (す) ぐすことが多 (おお) いですが、座 (すわ) った姿勢 (しせい) は保 (たも) てます。)

② 家族構成 (かぞくこうせい) と生活歴 (せいかつれき)

● 幼少期 (ようしょうき) から定年 (ていねん) まで

- ・農業 (のうぎょう) をしている両親 (りょうしん) のもとで、6人 (にん) きょうだいの四男 (よんなん) として生 (う) まれました。
- ・高等学校 (こうとうがっこう) を卒業 (そつぎょう) してから、地元 (じもと) の農業協同組合 (のうぎょうきょうどうくみあい) (JA) で働 (はたら) きました。
- ・そのあと結婚 (けっこん) し、2人 (ふたり) の息子 (むすこ) が生 (う) まれました。
- ・55歳 (さい) のとき、パーキンソン病 (びょう) になりました。
- ・定年 (ていねん) (60歳 (さい)) まで同 (おな) じ農業協同組合 (のうぎょうきょうどうくみあい) で働 (はたら) き、58歳 (さい) から2年間 (ねんかん) は組合長 (くみあいちょう) (一番 (いちばん) えらい人 (ひと)) でした。
- ・組合長 (くみあいちょう) になってからは、いつも身 (み) だしなみを整 (ととの) え、毅然 (きぜん) とした (しっかりした) 態度 (たいど) でした。友人 (ゆうじん) も多 (おお) く、にぎやかな生活 (せいかつ) でした。
- ・パーキンソン病 (びょう) のため、定年 (ていねん) が近 (ちか) いころには、歩 (あ) る) ときによくつまずくようになりました。

● 定年 (ていねん) のあと

- ・定年後 (ていねんご) は、妻 (つま) と2人 (ふたり) で静 (しず) かに暮 (く) らしていましたが、3年前 (ねんまえ) に妻 (つま) が亡 (な) くなりました。そのあと、次男夫婦 (じなんふうふ) といっしょに住 (す) むようになりました。
- ・年々 (ねんねん) (毎年 (まいとし)) パーキンソン病 (びょう) が進 (すす) み、ADL (日常生活動作 (にちじょうせいかつどうさ)) が下 (さ) がってきました。1年前 (ねんまえ) には自宅 (じたく) (自分 (じぶん) の家 (いえ)) の部屋 (へや) で転倒 (てんとう) (ころぶこと) し、左大腿骨頸部骨折 (ひだりだいたいこっけいぶこっせつ) (左 (ひだり) の足 (あし) のつけ根 (ね) の骨 (ほね) の骨折 (こっせつ)) をしました。

・同居（どうきょ）（いっしょに住（す）むこと）している次男夫婦（じなんふうふ）は共働（ともばたら）きだったため、家（いえ）での生活（せいかつ）が難（むずか）しくなりました。Qさんの希望（きぼう）もあり、介護老人福祉施設（かいごろうじんふくししせつ）に入所（にゅうしょ）（入（はい）ること）しました。

・もともとQさんは、同（おな）じ施設（しせつ）の通所介護（つうしょかいご）（デイサービス）を週（しゅう）2回（かい）、短期入所生活介護（たんきにゅうしょせいかつかいご）（ショートステイ）を月（つき）7日（にち）利用（りよう）していました。

● 今（いま）の家族構成（かぞくこうせい）

・息子（むすこ）2人（ふたり）は結婚（けっこん）しています。長男（ちょうなん）は仕事（しごと）の関係（かんけい）で、ほかの県（けん）に住（す）んでいます（子（こ）どもは3人（にん））。

・入所前（にゅうしょまえ）までは次男夫婦（じなんふうふ）（子（こ）どもなし）といっしょに住（す）んでいました。

・次男（じなん）は地元（じもと）の役場（やくば）で働（はたら）き、次男（じなん）の妻（つま）は地元（じもと）の保育所（ほいくしょ）で保育士（ほいくし）をしています。

・次男夫婦（じなんふうふ）の家（いえ）は、施設（しせつ）の近（ちか）くにあります。

③ 今（いま）の状況（じょうきょう）

■ 健康状態（けんこうじょうたい）

（1）一般状態（いっぱんじょうたい）：体温（たいおん）35.8℃、呼吸（こきゅう）25～28回／分（かい／ふん）、脈拍（みゃくはく）80～90回／分（かい／ふん）、血圧（けつあつ）130／80mmHg。

（2）障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）：パーキンソン病（びょう）による症状（しょうじょう）（言語障害（げんごしょうがい）（話（はなし）にくいこと）、手指振戦（しゅししんせん）（手（て）のふるえ）、小（こ）きざみ歩行（ほこう）（小（ちい）さい歩幅（ほはば）で歩（ある）くこと）、嚥下機能（えんげきのう）（飲（の）み込（こ）む力（ちから））の低下（ていか））。

（3）今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）：パーキンソン病（びょう）、骨粗鬆症（こつそしょうしょう）（骨（ほね）が弱（よわ）くなる病気（びょうき））、軽度（けいど）の認知症（にんちしょう）（改訂長谷川式簡易知能評価（かいていはせがわしきかんいちのうひょうか）スケール20点（てん））。

（4）これまでの病気（びょうき）：左大腿骨頸部骨折（ひだりだいたいこつけいぶこっせつ）（1年前（ねんまえ）に家（いえ）の部屋（へや）で転倒（てんとう））。

(5) 薬（くすり）：パーキンソン病（びょう）の薬（くすり）、骨粗鬆症（こつそしょうしょう）の薬（くすり）、緩下剤（かんげざい）（便秘（べんぴ）の薬（くすり））。3日以上（みっかいじょう）排便（はいべん）がないとき服用（ふくよう））。

(6) 精神状態（せいしんじょうたい）：夜間（やかん）せん妄（もう）（夜（よる）に混乱（こんらん）する症状（しょうじょう））が、月（つき）に3回（かい）くらいあります。主（おも）に猿（さる）や狐（きつね）などの動物（どうぶつ）があらわれたと言（い）い、不安定（ふあんてい）になることがあります。話（はな）しかけると落（お）ち着（つ）きます。

(7) 視力（しりょく）・聴力（ちょうりょく）：日常生活（にちじょうせいかつ）で、特（とく）に困（こま）ることはありません。

■ 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）

(1) 移動（いどう）：立（た）ち上（あ）がるときに不安定（ふあんてい）で、小（こ）きざみ歩行（ほこう）（小（ちい）さい歩幅（ほはば）で歩（ある）くこと）のため、転倒（てんとう）（ころぶこと）の危険（きけん）があります。短（みじか）い距離（きょり）なら、手（て）すりや、アーム付（つ）き四輪歩行器（よんりんほこうき）（手（て）でつかむ取（と）っ手（て）がついた4つの車輪（しゃりん）の歩行器（ほこうき））を使（つか）って移動（いどう）できます。居室（きょしつ）（自分（じぶん）の部屋（へや））から食堂（しょくどう）・浴室（よくしつ）（お風呂場（ふろば））など長（なが）い距離（きょり）は、電動車（でんどうぐるま）いすを使（つか）いますが、ほかの人（ひと）や壁（かべ）にぶつかりそうになるなど、まだ運転（うんてん）に慣（な）れていません。

(2) 身（み）じたく：毎朝（まいあさ）、ひげそり、洗面（せんめん）（顔（かお）を洗（あら）うこと）、義歯（ぎし）（入（い）れ歯（ば））の装着（そうちゃく）など自分（じぶん）でしています。髪（かみ）も毎朝（まいあさ）整髪料（せいはいつりょう）（髪（かみ）をセットする液（えき））をつけて整（ととの）えるなど、ほぼ自立（じりつ）（自分（じぶん）でできること）しています。その日（ひ）に着（き）る服（ふく）は、自分（じぶん）でクローゼットから選（えら）びます。面会（めんかい）のときは、いつもよりおしゃれに気（き）をつかいます。

(3) 食事（しょくじ）：食事（しょくじ）は自立（じりつ）しており、好（す）き嫌（きら）いなく、出（だ）された物（もの）は全部（ぜんぶ）食（た）べます。嚥下機能（えんげきのう）（飲（の）み込（こ）む力（ちから））が下（さ）がっているため、主食（しゅしょく）はおかゆ、副食（ふくしょく）はきざみ食（しょく）（細（こま）かく切（き）った食事（しょくじ））です。昔（むかし）はお酒（さけ）やたばこを好（この）んでいましたが、今（いま）はやめています。面会（めんかい）に来（く）る昔（むかし）の部下（ぶか）や知人（ちじん）が、時々（ときどき）パック寿司（ずし）を持（も）ってきて、居室（きょしつ）で食（た）べることがあります。

(4) 排泄（はいせつ）：尿意（にょうい）（おしっこのしたい感（かん）じ）と便意

（べんい）（うんちのしたい感（かん）じ）はあります。昼間（ひるま）は失禁（しっきん）パンツをはき、障害者用（しょうがいしゃよう）トイレに電動車（でんどうぐるま）いすで移動（いどう）して、自分（じぶん）で排泄（はいせつ）しています。夜（よる）は紙（かみ）パンツをはき、ポータブルトイレ（持（も）ち運（はこ）びできるトイレ）を使（つか）います。

（5）入浴（にゅうよく）（お風呂（ふろ））・清潔保持（せいけつほじ）（体（からだ）を清潔（せいけつ）にすること）：週（しゅう）2回（かい）お風呂（ふろ）に入（はい）ります。電動車（でんどうぐるま）いすで居室（きょしつ）から浴室（よくしつ）（お風呂場（ふろば））まで移動（いどう）します。入浴（にゅうよく）はほぼ自立（じりつ）していますが、洗髪（せんぱつ）（髪（かみ）を洗（あら）うこと）や、足先（あしさき）・背中（せなか）を洗（あら）うときは一部介助（いちぶかいじょ）（少（すこ）し手伝（てつだ）うこと）が必要（ひつよう）です。

（6）睡眠（すいみん）：日中（にっちゅう）は活動的（かつどうてき）で、夜（よる）は20時（じ）に寝（ね）ます。夜中（よなか）に2回（かい）くらいトイレに行（い）きますが、それ以外（いがい）はよく眠（ねむ）れています。

（7）コミュニケーション：言語障害（げんごしょうがい）（話（はなし）にくいこと）のため、話（はなし）の声（こえ）が聞（き）きとりにくいですが、相手（あいて）の話（はなし）を理解（りかい）する力（ちから）は十分（じゅうぶん）あります。自分（じぶん）の気持（きも）ちが介護職（かいごしょく）に伝（つた）わらないことに、ストレス（かん）じています。筆談（ひつだん）（文字（もじ）を書（か）いて話（はな）すこと）も有効（ゆうこう）な方法（ほうほう）です。

（8）サービスの利用状況（りようじょうきょう）：介護老人福祉施設（かいごろうじんふくししせつ）に入所中（にゅうしょちゅう）。居室（きょしつ）は4人部屋（にんべや）で、窓側（まどがわ）のベッドを使（つか）っています。ベッドの横（よこ）にポータブルトイレが置（お）いてあります。ほかにも、電動車（でんどうぐるま）いす、アーム付（つ）き四輪歩行器（よんりんほこうき）、ワープロ（文字（もじ）を打（う）つ機械（きかい））などがたくさん置（お）いてあります。

● 経済状況（けいざいじょうきょう）

厚生年金（こうせいねんきん）を中心（ちゅうしん）に、毎月（まいつき）の収入（しゅうにゅう）があります（1か月（げつ）あたり約（やく）20万円（まんえん））。貯金（ちょきん）もあり、お金（かね）の問題（もんだい）はありません。

● 性格（せいかく）

昔（むかし）から我（が）の強（つよ）い（自分（じぶん）の考（かんが）えを大切（たいせつ）にする）性格（せいかく）です。自分（じぶん）のことは自分（じぶん）でしたいという思（おも）いが強（つよ）いです。

● 1日（にち）の過（す）ごし方（かた）

毎朝（まいあさ）6時（じ）に起（お）きて、20時（じ）に寝（ね）ます。日中（にっちゅう）は、毎日（まいにち）のレクリエーションやクラブ活動（かつどう）、施設（しせつ）の行事（ぎょうじ）に積極的（せっきょくてき）に参加（さんか）しています。居室（きょしつ）にいたるときは、読書（どくしょ）やワープロ入力（にゅうりょく）（文字（もじ）を打（う）つこと）をしています。

● Qさんや家族（かぞく）の思（おも）い

・Qさんは、「自分（じぶん）の望（のぞ）みどおりの生活（せいかつ）をしたい。施設（しせつ）に入（はい）ったあとも、よく外出（がいしゅつ）したり、家（いえ）に帰（かえ）ったりしたい。身（み）のまわりのことは、できるだけ自分（じぶん）でしたい」と考（かんが）えています。

・次男夫婦（じなんふうふ）は、「施設内（しせつない）で安全（あんぜん）に、けがなく生活（せいかつ）してほしい。月（つき）1回（かい）くらいは帰（かえ）ってきてほしい」と思（おも）っています。

・できるだけ自分（じぶん）1人（ひとり）で歩（ある）きたいと思（おも）っています。また、電動車（でんどうぐるま）いすに乗（の）って、買（か）い物（もの）や外食（がいしょく）、昔（むかし）の勤務先（きんむさき）、自宅（じたく）などに行（い）きたいという強（つよ）い思（おも）いがあります。

・いつもきちんとした身（み）なりでいたい。時々（ときどき）は外出（がいしゅつ）したときに、お寿司（すし）など豪華（ごうか）な食事（しょくじ）をしたい思（おも）いがあります。

・排泄（はいせつ）のたびに介護職（かいごしょく）を呼（よ）ぶのは申（もう）し訳（わけ）ない。自分（じぶん）でできることは、できるだけ自分（じぶん）でしたい思（おも）いが強（つよ）いです。

・お風呂（ふろ）が好（す）きなので、もっとよく入（はい）りたいと思（おも）っています。

・将来（しょうらい）はパソコンを買（か）って、孫（まご）とメールのやりとりをしたいと思（おも）っています。

・毎日（まいにち）のレクリエーションやクラブ活動（かつどう）、施設（しせつ）の行事（ぎょうじ）に積極的（せっきょくてき）に参加（さんか）しており、それがリハビリテーションにもなると思（おも）っています。

・とにかく何（なん）でも自分（じぶん）でできるようになりたい希望（きぼう）があり、専門的（せんもんてき）なリハビリテーション訓練（くんれん）の機会（きかい）を増（ふ）やしてほしいと希望（きぼう）しています。

■ 最近（さいきん）の様子（ようす）

- ・施設（しせつ）に入所（にゅうしょ）してから、月（つき）1回（かい）くらい家（いえ）に帰（かえ）っています。
- ・ふだんは次男（じなん）の妻（つま）に電話（でんわ）して、買（か）い物（もの）を頼（たの）んでいます。
- ・ワープロを使（つか）って、ほかの県（けん）に住（す）む孫（まご）との手紙（てがみ）や写真（しゃしん）のやりとりに生（い）きがいを感じ（かん）じています。
- ・農業協同組合（のうぎょうきょうどうくみあい）の組合長（くみあいちょう）だったので、今（いま）でも当時（とうじ）の部下（ぶか）や知人（ちじん）が面会（めんかい）に来（き）ます。
- ・毎週（まいしゅう）土曜日（どようび）の午後（ごご）は、理学療法士（りがくりょうほうし）（リハビリの専門職（せんもんしやく））による専門的（せんもんてき）なリハビリテーション訓練（くんれん）を受（う）けています。
- ・昔（むかし）の仕事（しごと）から、身（み）だしなみはいつもきちんとしています。
- ・最近（さいきん）、次男（じなん）が使（つか）わなくなったワープロをもらい、文字入力（もじにゅうりょく）ができるようになりました。

④ Qさんのフェイスシート

項目（こうもく）	内容（ないよう）
氏名（しめい）	Qさん
性別（せいべつ）	男性（だんせい）
年齢（ねんれい）	75歳（さい）
入所年月（にゅうしょねんげつ）	○年4月（ねん4がつ）
入所（にゅうしょ）になった理由（りゆう）	年々（ねんねん）パーキンソン病（びょう）の症状（しょうじょう）が進（すす）み、ADLが下（さ）がってきました。1年前（ねんまえ）に自宅（じたく）の部屋（へや）で転倒（てんとう）し、左大腿骨頸部骨折（ひだりだいたいこっけいぶこっせつ）をしました。同居（どうきょ）している次男夫婦（じなんふうふ）は共働（ともばたら）きだったため、家（いえ）での生活（せいかつ）が難（むずか）しくなりました。Qさんの希望（きぼう）もあり、介護老人福祉施設（かいごろうじんふくししせつ）に入所（にゅうしょ）しました。もともと通所介護（つうしょかいご）を週（しゅう）2回（かい）、短期入所

	生活介護（たんきにゆうしょせいかつかいご）を月（つき）7日（にち）利用（りよう）していました。
家族（かぞく）	息子（むすこ）2人（ふたり）は結婚（けっこん）し、長男（ちょうなん）は仕事（しごと）の関係（かんけい）でほかの県（けん）に住（す）んでいます（子（こ）どもは3人（にん））。入所前（にゆうしょまえ）までは次男夫婦（じなんふうふ）（子（こ）どもなし）と同居（どうきょ）。次男（じなん）は地元（じもと）の役場（やくば）、次男（じなん）の妻（つま）は地元（じもと）の保育所（ほいくしょ）で保育士（ほいくし）。次男夫婦（じなんふうふ）の家（いえ）は施設（しせつ）の近（ちか）くにあります。
キーパーソン（中心（ちゅうしん）になる人（ひと））	次男夫婦（じなんふうふ）
入所（にゆうしょ）での本人（ほんにん）・家族（かぞく）の要望（ようぼう）（希望（きぼう））	Qさんの要望（ようぼう）：自分（じぶん）の望（のぞ）みどおりの生活（せいかつ）をしたい。施設（しせつ）に入（はい）ったあとも、よく外出（がいしゅつ）したり、家（いえ）に帰（かえ）ったりしたい。身（み）のまわりのことは、できるだけ自分（じぶん）でしたい。／次男夫婦（じなんふうふ）の要望（ようぼう）：施設内（しせつない）で安全（あんぜん）に、けがなく生活（せいかつ）してほしい。月（つき）1回（かい）くらいは帰（かえ）ってきてほしい。
その他（た）	毎週（まいしゅう）土曜日（どようび）の午後（ごご）は、理学療法士（りがくりょうほうし）による専門的（せんもんてき）なりハビリテーション訓練（くんれん）を受（う）けています。とにかく何（なん）でも自分（じぶん）でできるようになりたい希望（きぼう）があり、専門的（せんもんてき）なりハビリテーション訓練（くんれん）の機会（きかい）を増（ふ）やしてほしいと希望（きぼう）しています。

2. 演習（えんしゅう）：アセスメント表（ひょう）（1）（2）と介護計画書（かいごけいかくしょ）を書（か）いてみよう

■ 演習（えんしゅう）の手順（てじゅん）

STEP1：上（うえ）のQさんのプロフィール・今（いま）の状況（じょうきょう）・フ

エイシートをよく読（よ）みます。

STEP2：アセスメント表（ひょう）（1）の各項目（かくこうもく）に、Qさんの「今（いま）の状況（じょうきょう）」と「本人（ほんにん）の思（おも）い」を書（か）きます。

STEP3：アセスメント表（ひょう）（2）で情報（じょうほう）を解釈（かいしゃく）（意味（いみ）を読（よ）み取（と）ること）・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）（まとめること）し、課題（かだい）（解決（かいけつ）すべきこと）と優先順位（ゆうせんじゅんい）を決（き）めます。

STEP4：介護計画書（かいごけいかくしょ）を作（つく）ります（長期目標（ちょうきもくひょう）・短期目標（たんきもくひょう）・援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）・頻度（ひんど）（回数（かいすう）））。

STEP5：下（した）の模範解答（もはんかいとう）（お手本（てほん）の答（こた）え）と自分（じぶん）の答（こた）えを比（くら）べて、考（かんが）え方（かた）をふり返（かえ）ります。

3. 模範解答（もはんかいとう）（お手本（てほん）の答（こた）え）

① アセスメント表（ひょう）（1）模範解答（もはんかいとう）

【1. 心身（しんしん）の状態（じょうたい）（心身機能（しんしんきのう）・身体構造（しんたいこうぞう）／健康状態（けんこうじょうたい））】

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
1	要介護状態区分（ようかいごじょうたいくぶん）	要介護4（ようかいご4）	—
2	認知症高齢者（にんちしょうこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	Ⅱb	—
3	障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）	パーキンソン病（びょう）による症状（しょうじょう）：言語障害（げんごしょうがい）	—

		んどしょうがい）、手指振戦（しゅししんせん）（手（て）のふるえ）、小（こ）きざみ歩行（ほこう）、嚥下機能（えんげきのう）の低下（ていか）	
4	今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）	パーキンソン病（びょう）、骨粗鬆症（こつそしょうしょう）、軽度（けいど）の認知症（にんちしょう）	—
5	薬（くすり）	パーキンソン病（びょう）の薬（くすり）・骨粗鬆症（こつそしょうしょう）の薬（くすり）・緩下剤（かんげざい）	—
6	これまでの病気（びょうき）	左大腿骨頸部骨折（ひだりだいたいこつけいぶこっせつ）（1年前（ねんまえ））	—
7	バイタルサイン	体温（たいおん）35.8℃、呼吸（こきゅう）25～28回／分、脈拍（みゃくはく）80～90回／分、血圧（けつあつ）130／80mmHg	—

【2. 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）（活動（かつどう））】

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
10	移動（いどう）	短距離（たんきょり）は歩行器（ほこうき）で移	できるだけ自分（じぶん）1人（ひとり）で歩（あ

		動可能（いどうかのう）。長距離（ちょうきょり）は電動車（でんどうぐるま）いすを使（つか）うが操作（そうさ）に慣（な）れていない。小（こ）きざみ歩行（ほこう）・転倒（てんと）う）リスクあり。	る）きたい。電動車（でんどうぐるま）いすで買（か）い物（もの）・外食（がいしょく）・自宅（じたく）などに行（い）きたい。
11	身（み）じたく	毎朝（まいあさ）ひげそり・洗面（せんめん）・義歯装着（ぎしそうちやく）・整髪（せいはつ）など自立（じりつ）。着（き）る服（ふく）は自分（じぶん）で選（え）らぶ。面会時（めんかいじ）はおしゃれに気（き）をつかう。	いつもきちんとした身（み）なりでいたい。
12	食事（しょくじ）	嚥下機能低下（えんげきのうていか）のためおかゆ・きざみ食（しょく）。自立（じりつ）している。面会者（めんかいしゃ）がパック寿司（ずし）を持参（じさん）することがある。	時々（ときどき）豪華（ごうか）な食事（しょくじ）（寿司（すし）など）を楽（たの）しみたい。
13	排泄（はいせつ）	昼間（ひるま）は失禁（しっきん）パンツで自力排泄（じりきはいせつ）。夜間（やかん）は紙（かみ）パンツ・ポータブルトイレ使用（しょう）。	排泄（はいせつ）のたびに介護職（かいごしょく）を呼（よ）ぶのは申（もう）し訳（わけ）ない。できるだけ自分（じぶん）でしたい。
14	入浴（にゅうよく）・	週（しゅう）2回（かい）	もっとよく入浴（にゅうよく）

	清潔保持（せいけつほじ）	入浴（にゅうよく）。ほぼ自立（じりつ）。洗髪（せんぱつ）・足先（あしさき）・背中（せなか）に一部介助（いちぶかいじょ）が必要（ひつよう）。	く）したい。
16	コミュニケーション	言語障害（げんごしょうがい）で発語（はつご）が聞（き）きとりにくい。理解能力（りかいのうりよく）は十分（じゅうぶん）。筆談（ひつだん）も有効（ゆうこう）。意思（いし）が伝（つた）わらずストレスを感（かん）じる。	自分（じぶん）の意思（いし）をうまく伝（つた）えたい。
17	意欲（いよく）・生（い）きがい	レクリエーション・クラブ活動（かつどう）・施設行事（しせつぎょう）に積極的参加（せっきょくてきさんか）。ワープロで孫（まご）と文通（ぶんつう）。理学療法士（りがくりょうほうし）によるリハビリに週（しゅう）1回参加（かいさんか）。	専門的（せんもんてき）なリハビリの機会（きかい）を増（ふ）やしたい。孫（まご）とメールしたい。
18	余暇（よか）の過（す）ごし方（かた）	日中（にっちゅう）は施設行事（しせつぎょう）に参加（さんか）。居室（きょしつ）では読書（どくしょ）・ワープロ入力（にゅうりよく）。月（つき）1回帰宅（かいきたく）。面会者（かいきたく）。面会者	外出（がいしゅつ）したい。昔（むかし）の勤務先（きんむさき）や自宅（じたく）に行（い）きたい。

		(めんかいしゃ) との交流 (こうりゅう)。	
19	役割 (やくわり) (家庭 (かてい) ・社会 (しゃかい))	施設 (しせつ) の行事 (ぎょうじ) ・クラブ活動 (かつどう) に積極的参加 (せっきよくてきさんか) 。組合長経歴 (くみあいちょうけいれき) から面会者 (めんかいしゃ) が多 (おお) い。	活動的 (かつどうてき) に過 (す) ごし社会 (しゃかい) とつながりたい。
25	サービス (制度 (せいど)) の利用状況 (りようじょうきょう)	介護老人福祉施設入所中 (かいごろうじんふくししせつにゅうしよちゅう) 。理学療法士 (りがくりょうほうし) による週 (しゅう) 1 回 (かい) のリハビリを受 (う) けている。	リハビリの機会 (きかい) をもっと増 (ふ) やしてほしい。

【3. 豊 (ゆた) かさ (参加 (さんか)) ・4. 環境 (かんきょう) (環境因子 (かんきょういんし)) ・5. その他 (た) (個人因子 (こじんいんし)) 】

番号 (ばんごう)	項目 (こうもく)	今 (いま) の状況 (じょうきょう)	本人 (ほんにん) の思 (おも) い
21	生活環境 (せいかつかんきょう)	介護老人福祉施設 4 人部屋 (かいごろうじんふくししせつ 4 にんべや) (窓側 (まどがわ)) 。ポータブルトイレ・電動車 (でんどうぐるま) いす・歩行器 (ほこうき) ・ワープロ所有 (しゅゆう) 。障害者用 (しょうがいしゃよう) トイレあり。	障害者用 (しょうがいしゃよう) トイレに近 (ちか) い個室 (こしつ) への部屋 (へや) 替 (が) えを希望 (きぼう) 。
27	価値観 (かちかん) ・	自分 (じぶん) のことは自分	いつもきちんとしてい

	習慣（しゅうかん）	（じぶん）でする主義（しゅぎ）。身（み）だしなみを整（ととの）えることを大切（たいせつ）にしている。組合長（くみあいちょう）としての誇（ほこ）りを持（も）っている。	たい。なんでも自分（じぶん）でしたい。
28	性格（せいかく）（個性（こせい））	我（が）が強（つよ）く、自立心（じりつしん）が高（たか）い。自分（じぶん）のことは自分（じぶん）で行（おこな）うという思（おも）いが強（つよ）い。	－
30	特技（とくぎ）	和裁（わさい）（着物（きもの）をぬう技術（ぎじゅつ））の技術（ぎじゅつ）を習得（しゅうとく）したが、現在（げんざい）は裁縫（さいほう）をしていない。	－

② アセスメント表（ひょう） ② 模範解答（もはんかいとう）

★考（かんが）え方（かた）のポイント

- 優先順位（ゆうせんじゅんい）①：Qさんが一番（いちばん）困（こま）っているのは「意思（いし）が伝（つた）わらないこと」と「自分（じぶん）でできないことへのストレス」。転倒（てんとう）リスクも高（たか）く、安全確保（あんぜんかくほ）が最優先（さいゆうせん）。
- 優先順位（ゆうせんじゅんい）②：「自分（じぶん）の望（のぞ）みどおりの生活（せいかつ）をしたい」という強（つよ）い希望（きぼう）。外出（がいしゅつ）・帰宅（きたく）・豪華（ごうか）な食事（しょくじ）など、生（い）きがいや楽（たの）しみの確保（かくほ）。
- 優先順位（ゆうせんじゅんい）③：Qさんの自立心（じりつしん）・プライドを活（い）かし、できることを維持（いじ）・拡大（かくだい）していく支援（しえん）（リハビリ・自立支援（じりつしえん））。

項目番号（こうも	情報（じょうほう）の解釈（かいしゃ	課題（かだい）（優先順位（ゆう
----------	-------------------	-----------------

くばんごう)	く)・関連(かんれん)づけ・統合化(とうごうか)	せんじゅんい)
10, 13, 16, 21, 27, 28	Qさんは自立心(じりつしん)が強(つよ)く、「自分(じぶん)でできることはできるだけ自分(じぶん)でしたい」という思(おも)いが非常(ひじょう)に強(つよ)い。しかし、パーキンソン病(びょう)による小(こ)きざみ歩行(ほこう)・手指振戦(しゅししんせん)・言語障害(げんごしょうがい)により、思(おも)うように身体(からだ)が動(うご)かずストレスを感(かん)じている。電動車(でんどうぐるま)いすの操作(そうさ)にも慣(な)れておらず、転倒(てんとう)・接触事故(せつしょくじこ)のリスクがある。また、夜間(やかん)のポータブルトイレ使用(しょう)・排泄時(はいせつ)の自立(じりつ)など、排泄(はいせつ)に関(かん)して介護職(かいごしょく)に頼(たよ)ることへの抵抗感(ていこうかん)(いやだという気持(きも)ち)が強(つよ)い。安全(あんぜん)を確保(かくほ)しながら、Qさんの自立心(じりつしん)を尊重(そんちょう)(大切(たいせつ)にすること)した支援(しえん)が必要(ひつよう)である。	パーキンソン病(びょう)の症状(しょうじょう)により思(おも)うように動(うご)けず、意思疎通(いしそつう)も困難(こんなん)なことへのストレスが大(おお)きい。安全(あんぜん)を確保(かくほ)しながら自立(じりつ)を支援(しえん)する必要(ひつよう)がある。 (優先順位(ゆうせんじゅんい)) ①)
12, 17, 18, 19, 25	Qさんは「施設(しせつ)に入(はい)ったあとも頻繁(ひんぱん)に外出(がいしゅつ)したり、帰宅(きたく)したりしたい」「豪華(ごうか)な食事(しょくじ)を楽(たの)しみたい」「リハビリをもっと受(う)けたい」「孫(まご)とメールしたい」など、生活(せいかつ)の質(しつ)	外出(がいしゅつ)・外食(がいしょく)・リハビリ増加(ぞうか)・孫(まご)との交流(こうりゅう)など、Qさんらしい生(い)き生(い)きとした生活(せいかつ)を実現(じつげん)するための支援(しえん)が必要(ひつよう)。

	を高（たか）めたい、社会（しゃかい）とつながりたいという強（つよ）い意欲（いよく）をもっている。施設行事（しせつぎょうじ）やレクリエーションに積極的（せっきよくてき）に参加（さんか）し、面会者（めんかいしゃ）との交流（こうりゅう）もある。これらの活動（かつどう）がリハビリや生（い）きがいになっている。一方（いっぽう）、嚥下機能低下（えんげきのうていか）のため食事形態（しょくじけいたい）は制限（せいげん）されているが、特別（とくべつ）な機会（きかい）（面会時（めんかいじ）など）に工夫（くふう）した対応（たいおう）ができないか検討（けんとう）する必要（ひつよう）がある。	（優先順位（ゆうせんじゅんい）②）
11, 14, 16, 27	Qさんは毎朝（まいあさ）のひげそり・整髪（せいはつ）・服（ふく）の選択（せんたく）など身（み）だしなみに強（つよ）いこだわりをもっており、現在（げんざい）もほぼ自立（じりつ）している。入浴（にゅうよく）は週（しゅう）2回（かい）だが「もっと頻繁（ひんぱん）に入浴（にゅうよく）したい」という希望（きぼう）がある。また言語障害（げんごしょう）が、意思（いし）が伝（つた）わりにくいため、筆談（ひつだん）などコミュニケーション手段（しゅだん）の工夫（くふう）が必要（ひつよう）である。Qさんのプライドと自立心（じりつしん）を尊重（そんちょう）しながら、できることを維持（いじ）・拡大（かくだい）していく視点（してん）が大切（たいせつ）である。	身（み）だしなみへのこだわり・入浴希望（にゅうよくきぼう）・コミュニケーション改善（かいぜん）など、Qさんらしさを保（たも）つための支援（しえん）が必要（ひつよう）。 （優先順位（ゆうせんじゅんい）③）

③ 介護計画書（かいごけいかくしょ）模範解答（もはんかいとう）

長期目標（ちょうきもくひょう）（期間（きかん）：12 か月（げつ））

安全（あんぜん）に施設生活（しせつせいかつ）を送（おく）りながら、自分（じぶん）らしく生（い）き生（い）きと過（す）ごすことができる。

課題（かだい）	短期目標（たんきもくひょう）・期間（きかん）	援助内容（えんじょないよう）	具体的（ぐたいてき）な援助方法（えんじょほうほう）	頻度（ひんど）
① パーキンソン病（びょう）の症状（しょうじょう）により思（おも）うよう（うご）に動（うご）けず、意思疎通（いしそつう）も困難（こんなん）なことへのストレスが大（おお）きい。安全（あんぜん）を確保（かくほ）しながら自立（じりつ）を支援（しえん）する必要（ひつよう）がある。	転倒（てんとう）なく安全（あんぜん）に移動（いどう）・排泄（はいせつ）ができる。 （6 か月（げつ））	①電動車（でんどうぐるま）いす操作（そうさ）の練習（れんしゅう）・安全確認（あんぜんかくにん） ②夜間（やかん）ポータブルトイレの適切支援（てきせつしえん） ③筆談（ひつだん）・コミュニケーション支援（しえん）	①電動車（でんどうぐるま）いすで移動（いどう）する際（さい）は、操作（そうさ）を見守（みまも）り、危険（きけん）がないか確認（かくにん）する。廊下（ろうか）の広（ひろ）い時間帯（じかんたい）に練習機会（れんしゅうきかい）を設（もう）ける。 ②夜間（やかん）のポータブルトイレ使用時（しょうじ）は、転倒（てんとう）リスクを考慮（こうりょ）して安全（あんぜん）な環境（かんきょう）を整（ととの）え、Q さんが自力（じりき）で使用（しょう）できるよう見守（みまも）る。 ③Q さんの発語（はつご）が聞（き）きとりにくい場合（ばあい）は、筆談（ひつだん）や選択肢（せんたくし）を示（しめ）すなどコミュニケーション方法（ほうほう）を工夫（くふう）し、意思確認（いしかくにん）を行（おこな）う。	随時（ずいじ）（夜間含（やかんふく）む）
② 外出	月（つき）1 回以	①外出（がいしゅつ）・帰	①次男夫婦（じなんふう	月（つき）1 回以上

(がいしゅつ)・外食(がいしょく)・リハビリ増加(ぞうか)・孫(まご)との交流(こうりゅう)など、Qさんらしい生き生(いき)とした生活(せいかつ)を実現(じつげん)するための支援(しえん)が必要(ひつよう)。	上(かいいじょう)の外出(がいしゅつ)・帰宅(きたく)ができ、楽(たの)しみのある生活(せいかつ)を送(おく)ることができる。(6か月(げつ))	宅(きたく)の計画(けいかく)・調整(ちょうせい) ②食事(しょくじ)の楽(たの)しみの確保(かくほ) ③ワープロ・孫(まご)との交流支援(こうりゅうしえん)	ふ)と連携(れんけい)し、月(つき)1回程度(かいていど)の帰宅(きたく)・外出(がいしゅつ)を計画(けいかく)する。外出時(がいしゅつじ)は電動車(でんどうぐるま)いすや歩行器(ほこうき)を活用(かつよう)し安全(あんぜん)を確保(かくほ)する。 ②面会時(めんかいじ)に知人(ちじん)がパック寿司(ずし)を持参(じさん)することを把握(はあく)し、嚙下状態(えんげじょうたい)に合(あ)わせたきざみ対応(たいおう)など、食事(しょくじ)の楽(たの)しみを確保(かくほ)する。 ③ワープロ入力(にゅうりょく)を通(つう)じた孫(まご)との文通(ぶんつう)を継続支援(けいぞくしえん)する。将来(しょうらい)のパソコン導入(どうにゅう)についても情報提供(じょうほうていきょう)する。	(かいいじょう) (外出(がいしゅつ))・随時(ずいじ) (ワープロ)
③身(み)だしなみへのこだわり・入浴希望(にゅうよくきぼう)・コミュニケーション改善(かいぜん)など、Qさんらしさを保(たも)つための	身(み)だしなみを自分(じぶん)で整(ととの)え、週(しゅう)3回(かい)の入浴(にゅうよく)ができる。(6か月(げつ))	①入浴回数(にゅうよくかいすう)の増加(ぞうか) ②身(み)だしなみ自立(じりつ)の継続(けいぞく) ③リハビリ機会(きかい)の確保(かくほ)	①現在(げんざい)の週(しゅう)2回(かい)から週(しゅう)3回(かい)への入浴増加(にゅうよくぞうか)を検討(けんとう)・調整(ちょうせい)する。入浴時(にゅうよくじ)は自立(じりつ)している部分(ぶぶん)を尊重(そんちょう)し、必要(ひつよう)な介助(かいじょ)のみ行(おこな)う。 ②毎朝(まいあさ)のひげそり・整髪(せいはつ)・服(ふく)の選択(せんたく)など、Qさんが自分(じぶん)でできていることを継続的(けいぞくてき)に支援	週(しゅう)3回(かい) (入浴(にゅうよく))・毎朝(まいあさ) (身(み)だしなみ)・週(しゅう)1回以上(かいいじょう) (リハビリ)

支援（しえん）が必要（ひつよう）。			（しえん）し、できなくなった場合（ばあい）は最小限（さいしょうげん）の介助（かいじょ）にとどめる。 ③理学療法士（りがくりょうほうし）によるリハビリの機会増加（きかいぞうか）について、施設（しせつ）スタッフ・理学療法士（りがくりょうほうし）と連携（れんけい）して検討（けんとう）する。	
-------------------	--	--	---	--

4. ふり返（かえ）りのポイント

■ 自分（じぶん）の答（こた）えと比（くら）べてみよう

- ① Qさんの「自立（じりつ）したい」という強（つよ）い思（おも）いを、アセスメント表（ひょう）（1）の「本人（ほんにん）の思（おも）い」欄（らん）に適切（てきせつ）に書（か）けたか。
- ② 「転倒（てんとう）リスク」と「自立心（じりつしん）の尊重（そんちょう）」という反対（はんたい）の要素（ようそ）を、どうバランスよく課題（かだい）に反映（はんえい）したか。
- ③ パーキンソン病（びょう）による言語障害（げんごしょうがい）がコミュニケーションと意欲（いよく）の両方（りょうほう）に影響（えいきょう）していることを、情報（じょうほう）の関連（かんれん）づけで示（しめ）せたか。
- ④ 介護計画書（かいごけいかくしょ）の援助方法（えんじょほうほう）は具体的（ぐたいてき）で、実施可能（じっしかのう）（実際（じっさい）にできる）な内容（ないよう）になっているか。（「声（こえ）かけをする」だけでなく、どんな場面（ばめん）でどうするかまで書（か）けたか）
- ⑤ Qさんの「組合長（くみあいちょう）としての誇（ほこ）り」「身（み）だしなみへのこだわり」など、個人（こじん）の価値観（かちかん）・生活歴（せいかつれき）をアセスメントに活（い）かせたか。

■ この演習（えんしゅう）のまとめ

- Qさんの事例（じれい）では、「自分（じぶん）のことは自分（じぶん）でしたい」という強（つよ）い自立心（じりつしん）が、すべての課題（かだい）の根底（こんてい）（一番（いちばん）下（した））にあります。
- パーキンソン病（びょう）による複数（ふくすう）の症状（しょうじょう）（運動障害（うんどうしょうがい）・言語障害（げんごしょうがい）・嚥下障害（えんげしょうがい））が互（たが）いに関連（かんれん）していることを、情報（じょうほう）の統合化

（とうごうか）で示（しめ）すことが重要（じゅうよう）です。

- 転倒（てんとう）リスクがある一方（いっぽう）で、Qさんの自立心（じりつしん）を損（そこ）なわない（こわさない）支援（しえん）が求（もと）められます。「安全（あんぜん）」と「自立（じりつ）」のバランスが介護（かいご）の専門性（せんもんせい）の核心（かくしん）（一番（いちばん）大切（たいせつ）なところ）です。
- 組合長（くみあいちょう）として地域（ちいき）をリードしてきたQさんの誇（ほこ）りやプライドを尊重（そんちょう）した介護（かいご）が、生（い）きがいの維持（いじ）につながります。
- 介護計画書（かいごけいかくしょ）の援助方法（えんじょほうほう）は、誰（だれ）が読（よ）んでも同（おな）じ行動（こうどう）がとれるように、具体的（ぐたいてき）に書（か）くことが大切（たいせつ）です。
- 演習（えんしゅう）で作（つく）ったアセスメント・計画書（けいかくしょ）は、正解（せいかい）が1つではありません。根拠（こんきょ）をもって考（かんが）え、ほかの人（ひと）と意見（いけん）を交（か）わすことで、専門的（せんもんてき）な思考力（しこうりょく）（考（かんが）える力（ちから））が深（ふか）まります。

■ 学習（がくしゅう）のキーワード

用語（ようご）	意味（いみ）
介護過程（かいごかてい）	利用者（りようしゃ）が望（のぞ）む生活（せいかつ）を実現（じつげん）するための、意図的（いどてき）な介護（かいご）の手順（てじゅん）（アセスメント→計画立案（けいかくりつあん）→実施（じっし）→評価（ひょうか））。
アセスメント	情報収集（じょうほうしゅうしゅう）・解釈（かいしゃく）・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）・課題（かだい）の明確化（めいかくか）を行う（おこな）う段階（だんかい）。介護過程（かいごかてい）の出発点（しゅっぱつてん）。
優先順位（ゆうせんじゅんい）	複数（ふくすう）の課題（かだい）の中（なか）で、どれから取（と）り組（く）むかの順番（じゅんばん）。
自立心（じりつしん）	自分（じぶん）のことは自分（じぶん）でしたい、人（ひと）に頼（たよ）りたくないという気持（きもち）。

パーキンソン病（びょう）	脳（のう）の神経細胞（しんけいさいぼう）の働（はたら）きが弱（よわ）くなり、手指振戦（しゅししんせん）（手（て）のふるえ）・小（こ）きざみ歩行（ほこう）・言語障害（げんごしょうがい）などが起（お）きる病気（びょうき）。
嚥下機能（えんげきのう）	食（た）べ物（もの）や飲（の）み物（もの）を飲（の）み込（こ）む力（ちから）。
筆談（ひつだん）	文字（もじ）を書（か）いて気持（きも）ちを伝（つた）え合（あ）うこと。
自立支援（じりつしえん）	利用者（りようしゃ）が自分（じぶん）の力（ちから）で生活（せいかつ）できるように支（ささ）えること。
長期目標（ちょうきもくひょう）	6 か月（げつ）から1 年（ねん）など、比較的長（ひかくてきな）が）い期間（きかん）で達成（たっせい）する目標（もくひょう）。
短期目標（たんきもくひょう）	数週間（すうしゅうかん）から数（すう）か月（げつ）など、短（みじか）い期間（きかん）で達成（たっせい）する目標（もくひょう）。

第3巻 第3章 介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）の実践（じっせん）

事例（じれい）1 片麻痺（かたまひ）のある高齢者（こうれいしゃ）の夢（ゆめ）の実現（じっげん）に向（む）けた支援（しえん）

■ 学習（がくしゅう）の目標（もくひょう）

- 実務者研修（じつむしゃけんしゅう）で学（まな）んだ知識（ちしき）と技術（ぎじゅつ）を確実（かくじつ）に身（み）につけて、使（つか）えるようになります。
- 知識（ちしき）と技術（ぎじゅつ）を全部（ぜんぶ）使（つか）って、利用者（りようしゃ）の心（こころ）と体（からだ）の状態（じょうたい）に合（あ）わせた介護過程（かいごかてい）（アセスメント、介護計画（かいごけいかく）の作成（さくせい）、実施（じっし）、見直（みなお）し）ができるようになります。
- 介護計画（かいごけいかく）にもとづいて、安全（あんぜん）を守（まも）り、事故（じこ）を防（ふせ）ぎ、家族（かぞく）や他職種（たしよくしゅ）（ほかの専門職（せんもんしよく））と協力（きょうりょく）した介護（かいご）ができるようになります。
- 利用者（りようしゃ）の状態（じょうたい）に合（あ）わせた介護（かいご）を、自分（じぶん）で考（かんが）えて行（おこな）えるようになります。

1. 利用者（りようしゃ）のいろいろな暮（く）らしと介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）

● 生活（せいかつ）することの意味（いみ）、人生（じんせい）の尊（とうと）さ、介護職（かいごしよく）の仕事（しごと）の魅力（みりょく）

人（ひと）の暮（く）らしは、その人（ひと）の生活歴（せいかつれき）（これまでの生活（せいかつ））、生活信条（せいかつしんじょう）（生活（せいかつ）で大切（たいせつ）にしていること）、価値観（かちかん）、地域（ちいき）の文化（ぶんか）、自然環境（しぜんかんきょう）、まわりの人（ひと）、心（こころ）と体（からだ）の状態（じょうたい）など、いろいろなことがからみ合（あ）って、その人（ひと）らしい暮（く）らしになります。だからこそ、利用者（りようしゃ）のいろいろな情報（じょうほう）をていねいに集（あつ）めて、その情報（じょうほう）の意味（いみ）（その利用者（りようしゃ））にとっての特別（とくべつ）な意味（いみ））を理解（りかい）し、関連（かんれん）に気（き）づき、まとめていくことで、はじめてその人（ひと）だけの生活（せいかつ）の課題（かだい）が見（み）えてきます。

第3章（だい3しょう）では、このように一人ひとり（ひとりひとり）違（ちが）う、かけがえのない人生（じんせい）に寄（よ）り添（そ）った介護（かいご）を行（おこな）う介護職（かいごしよく）だからこそ知（し）ることができる、生活（せいかつ）することの意味（いみ）、

人生（じんせい）の尊（とうと）さ、介護職（かいごしょく）としての仕事（しごと）の魅力（みりょく）を伝（つた）えたい思（おも）いから、4つの事例（じれい）を取（と）り上（あ）げます。

具体的（ぐたいてき）な事例（じれい）のなかから、①介護職（かいごしょく）としての「気（き）づき」の大切（たいせつ）さ、②介護職（かいごしょく）が集（あつ）める情報（じょうほう）の量（りょう）や質（しつ）によってアセスメントの結果（けっか）が変（か）わること、③アセスメントの結果（けっか）が利用者（りようしゃ）の生活（せいかつ）の質（しつ）に大（おお）きな影響（えいきょう）をあたえること、を学（まな）びましょう。

●介護技術（かいごぎじゅつ）の実施（じっし）と評価（ひょうか）

介護職（かいごしょく）は介護支援専門員（かいごしえんせんもんいん）（ケアマネジャー）と違（ちが）い、コーディネート機能（きのう）（利用者（りようしゃ）やサービス提供機関（ていきょうきかん）との連絡（れんらく）・調整（ちょうせい））がいちばん求（もと）められているわけではなく、直接（ちよくせつ）介護（かいご）をする人（ひと）として、安全（あんぜん）と快適（かいてき）さに気（き）をつけた介護技術（かいごぎじゅつ）を実践（じっせん）する必要（ひつよう）があります。そのため、介護過程（かいごかてい）を展開（てんかい）するときには、「アセスメント」や「計画（けいかく）の作成（さくせい）」はもちろんですが、「実施（じっし）」の段階（だんかい）で介護計画（かいごけいかく）にもとづいた介護（かいご）を行（おこな）うことが大切（たいせつ）になります。

第3章（だい3しょう）では、それぞれの事例（じれい）ごとに、利用者（りようしゃ）の特徴（とくちょう）に合（あ）わせて介護（かいご）をどのように行（おこな）えばよいかをまとめています。

たとえば食事（しょくじ）の介助（かいじょ）といっても、利用者（りようしゃ）の心（こころ）と体（からだ）の状態（じょうたい）や、まわりの環境（かんきょう）の違（ちが）いによって、その方法（ほうほう）や手順（てじゅん）はさまざまです。第3章（だい3しょう）にのっている事例（じれい）と演習（えんしゅう）を通（とお）して、利用者（りようしゃ）の特徴（とくちょう）に合（あ）わせた介護（かいご）を実施（じっし）・評価（ひょうか）してみましょう。

なお、基礎的（きそてき）な介護技術（かいごぎじゅつ）の方法（ほうほう）と手順（てじゅん）は、「第2巻（だい2かん）介護（かいご）Ⅰ」の第4章（だい4しょう）と第5章（だい5しょう）で解説（かいせつ）しています。

2. 第3章（だい3しょう）で取（と）り上（あ）げる事例（じれい）の特徴（とくちょう）

●事例（じれい）1「片麻痺（かたまひ）のある高齢者（こうれいしゃ）の夢（ゆめ）の実現（じつげん）に向（む）けた支援（しえん）」

脳梗塞（のうこうそく）（脳（のう）の血管（けっかん）がつまる病気（びょうき））により右片麻痺（みぎかたまひ）（右半身（みぎはんしん）が動（うご）きにくい状態（じょうたい））

になり、人生（じんせい）の目標（もくひょう）であった4度目（よんどめ）の遍路参（へんろまい）り（四国（しこく）の88か所（はちじゅうはっかしよ）のお寺（てら）をめぐる旅（たび））をあきらめていたAさんが、夢（ゆめ）の実現（じつげん）に向（む）かう支援（しえん）の事例（じれい）です。

この事例（じれい）からは、介護職（かいごしょく）は「麻痺（まひ）があるから」「歩（あ）る）くのが不安定（ふあんてい）だから」と「できない理由（りゆう）」を探（さが）してあきらめてしまうのではなく、いつも利用者（りようしゃ）の可能性（かのうせい）に向（む）けてアンテナを張（は）り、利用者（りようしゃ）のかくれている力（ちから）を引（ひ）き出（だ）すことが求（もと）められていることがわかります。

3. 演習（えんしゅう）の進（すす）め方（かた）

●介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）

第3章（だい3しょう）で取（と）り上（あ）げる4つの事例（じれい）は、すべて同（おな）じ構成（こうせい）になっています。

事例（じれい）の最初（さいしょ）には、「介護職（かいごしょく）が集（あつ）めた利用者（りようしゃ）に関（かん）する情報（じょうほう）」がまとめてあります。具体的（ぐたいてき）には、①利用者（りようしゃ）のプロフィール、②家族構成（かぞくこうせい）と生活歴（せいかつれき）、③今（いま）の状況（じょうきょう）、④フェイスシート、です。

これらの情報（じょうほう）を項目（こうもく）ごとに整理（せいり）し直（なお）したものがアセスメント表（ひょう）（1）です。このアセスメント表（ひょう）（1）は、ICF（国際生活機能分類（こくさいせいかつきのうぶんるい））の構成要素（こうせいようそ）である「心身（しんしん）の能力（のうりょく）・身体構造（しんたいこうぞう）」「健康状態（けんこうじょうたい）」「活動（かつどう）」「参加（さんか）」「環境因子（かんきょういんし）」「個人因子（こじんいんし）」を置（お）きかえて、全部（ぜんぶ）で32個（こ）のアセスメント項目（こうもく）に分類（ぶんるい）した形（かたち）になっています。

介護職（かいごしょく）は、アセスメント表（ひょう）（1）にちりばめられている情報（じょうほう）を解釈（かいしゃく）（意味（いみ）を読（よ）み取（と）ること）し、関連（かんれん）づけて、統合化（とうごうか）（まとめること）します。つまり、離（はな）れた小島（こじま）に橋（はし）をかけて、利用者（りようしゃ）にとっての課題（かだい）を明確（めいかく）にするわけです。そのときに使（つか）うのがアセスメント表（ひょう）（2）です。ここま

でが介護過程（かいごかてい）のアセスメントの段階（だんかい）です。

アセスメント表（ひょう）（2）を作成（さくせい）して明（あき）らかになった利用者（りようしゃ）にとっての課題（かだい）は、優先順位（ゆうせんじゅんい）に従（したが）って介護計画書（かいごけいかくしょ）に記入（きにゅう）します。そして、課題（かだい）ごとに目標（もくひょう）を立（た）て、目標（もくひょう）を達成（たっせい）するための具体的（ぐたいてき）な援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）を、頻度（ひんど）（何回（なんかい））行（おこな）うか）もふくめて選（えら）びます。この作業（さぎょう）が、介護過程（かいごかてい）の計画（けいかく）の作成（さくせい）の段階（だんかい）です。

介護過程（かいごかてい）では、介護計画（かいごけいかく）を作成（さくせい）したあとに実施（じっし）と評価（ひょうか）を行（おこな）いますが、実施（じっし）の様子（ようす）とその評価（ひょうか）は実施評価表（じっしひょうかひょう）に記入（きにゅう）します。

以上（いじょう）のように、4つの事例（じれい）を通（とお）して介護過程（かいごかてい）を疑似体験（ぎじたいけん）してください。利用者（りようしゃ）が目（め）の前（まえ）にいるわけではありませんし、情報（じょうほう）を集（あつ）め終（お）わったところからのスタートになりますが、実際（じっさい）の状況（じょうきょう）を想定（そうてい）して「情報（じょうほう）の解釈（かいしゃく）・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）」や「課題（かだい）の明確化（めいかくか）」、そして「介護計画（かいごけいかく）の作成（さくせい）」を訓練（くんれん）することは、とても重要（じゅうよう）です。

●介護技術（かいごぎじゅつ）の実施（じっし）と評価（ひょうか）

4つの事例（じれい）には、最後（さいご）に「演習（えんしゅう）」があります。事例（じれい）1では移動（いどう）・移乗（いじょう）、事例（じれい）2では食事（しょくじ）・身（み）だしなみ・排泄（はいせつ）、事例（じれい）3では移動（いどう）・移乗（いじょう）・排泄（はいせつ）、事例（じれい）4では衣服（いふく）の着脱（ちゃくだつ）・入浴（にゅうよく）というように、事例（じれい）に出（で）てくる利用者（りようしゃ）に対（たい）してそれぞれの介護（かいご）を行（おこな）うこと（介護技術（かいごぎじゅつ）の実施（じっし））を想定（そうてい）しています。

演習（えんしゅう）の課題（かだい）は、利用者（りようしゃ）ごとに作（つく）られた介護計画書（かいごけいかくしょ）に書（か）かれている「具体的（ぐたいてき）な援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）」にもとづいています。つまり、演習（えんしゅう）を行（おこな）うことで、介護過程（かいごかてい）のうちの「実施（じっし）」の段階（だんかい）を体験（たいけん）するわけです。介護技術（かいごぎじゅつ）を実施（じっし）したあとには、確認（かくにん）・評価項目（ひょうかこうもく）を参考（さんこう）にして、必（かならず）介護技術（かいごぎじゅつ）の評価（ひょうか）を行（おこな）いましょう。

●利用者（りようしゃ）のプロフィール

氏名（しめい）	Aさん
性別（せいべつ）	男性（だんせい）
年齢（ねんれい）	72歳（さい）
生活環境（せいかつかんきょう）	介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ） （2か月後（にかげつご）に自宅（じたく）に帰（かえ）ることを目標（もくひょう）に、リハビリテーションを行（おこな）っています）
要介護度（ようかいごど）	要介護（ようかいご）2
入所年月（にゅうしゅねんげつ）	○年（ねん）○月（がつ）

認知症高齢者（にんちしょうこ うれいしゃ）の日常生活自立度 （にちじょうせいかつじりつ ど）	認知症（にんちしょう）はありません。
障害高齢者（しょうがいこうれ いしゃ）の日常生活自立度（に ちじょうせいかつじりつど）	A1（介助（かいじょ）があれば外出（がいしゅつ） ができ、日中（にっちゅう）はベッドから離（はな） れて生活（せいかつ）できる状態（じょうたい）で す。）

● 家族構成（かぞくこうせい）と生活歴（せいかつれき）

▶ 幼少期（ようしょうき）から就職（しゅうしょく）まで
・4人（よにん）きょうだい（姉（あね）・兄（あに）・弟（おとうと））の次男（じなん）として、瀬戸内海（せとないかい）の小（ちい）さな島（しま）で育（そだ）ちました。両親（りょうしん）は農業（のうぎょう）と、乳牛（にゅうぎゅう）2頭（とう）の酪農（らくのう）（牛（うし）の乳（ちち）をとる仕事（しごと））をしていました。 ・生活（せいかつ）は苦（くる）しかったです、家族思（かぞくおも）いの家庭（かてい）でした。 ・段々畑（だんだんばたけ）と酪農（らくのう）の手伝（てつだ）いをしてながら小学校（しょうがっこう）を卒業（そつぎょう）し、隣（となり）の島（しま）の中学校（ちゅうがっこう）に通（かよ）っていたときは新聞配達（しんぶんはいたつ）などのアルバイトをしてながら卒業（そつぎょう）しました。 ・中学卒業後（ちゅうがくそつぎょうご）は、働（はたら）きながら近（ちか）くの県（けん）の夜間高校（やかんこうこう）に通（かよ）い、夜間大学（やかんだいがく）を卒業（そつぎょう）しました。 ・そのあと、しばらくは近（ちか）くの県（けん）の政治家（せいじか）の秘書（ひしょ）（手伝（てつだ）い）をしていましたが、30歳（さい）で故郷（こきょう）に帰（かえ）り、公社（こうしゃ）（公（おおやけ）の会社（かいしゃ））に就職（しゅうしょく）しました。

▶ 結婚（けっこん）から定年後（ていねんど）まで
・結婚（けっこん）して1男3女（いちなんさんじょ）（息子（むすこ）1人（ひとり）、娘（むすめ）3人（さんにん））をもうけましたが、長男（ちょうなん）は生後（せいご）1週間（しゅうかん）で亡（な）くなりました。 ・45歳（さい）のときに生後（せいご）1週間（しゅうかん）で亡（な）くなった長男（ちょうなん）の供養（くよう）（亡（な）くなった人（ひと）のために祈（いの）ること）のため、55歳（さい）のときには両親（りょうしん）のために、休暇（きゅうか）

を使（つか）って四国八十八ヶ所（しこくはちじゅうはっかしょ）（四国（しこく）にある 88 か所（はちじゅうはっかしょ）のお寺（てら））の「遍路参（へんろまい）り」（お寺（てら）をめぐる旅（たび））をしました。

・58 歳（さい）のときに、職場（しょくば）の健康診断（けんこうしんだん）で血压（けつあつ）が高（たか）いことを指摘（してき）され、近（ちか）くの病院（びょういん）で診（み）てもらったところ、高血圧症（こうけつあつしょう）と診断（しんだん）されました。薬（くすり）を飲（の）むことで、長（なが）い間（あいだ）血压（けつあつ）はコントロールできていました。

・公社（こうしゃ）で働（はたら）いていたときは、まじめで、家庭（かてい）でも厳（きび）しい父親（ちちおや）でした。

・60 歳（さい）で定年退職（ていねんたいしょく）したあとは、家庭菜園（かていさいえん）（家（いえ）で野菜（やさい）を作（つく）ること）と釣（つ）りを趣味（しゅみ）として楽（たの）しんでいました。65 歳（さい）のとき、亡（な）くなった姉（あね）や弟（おとうと）のために、3 度目（さんどめ）の「遍路参（へんろまい）り」をしました。

・手先（てさき）が器用（きよう）で、釣（つ）りざおに工夫（くふう）をくわえることもありました。また、家庭菜園（かていさいえん）でたくさんの野菜（やさい）を収穫（しゅうかく）（とること）していました。

・家庭菜園（かていさいえん）でとれたものや、釣（つ）ってきた魚（さかな）を自分（じぶん）で食（た）べたり、家族（かぞく）に食（た）べてもらうのが楽（たの）しみでした。

▶ 脳梗塞（のうこうそく）になってから

・6 か月前（ろっかげつまえ）、家庭菜園（かていさいえん）から帰（かえ）ったあと、気分（きぶん）が悪（わる）くなり、嘔吐（おうと）（吐（は）くこと）しました。夜中（よなか）にトイレに行（い）こうとしましたが、右足（みぎあし）がしびれて立（た）てませんでした。

・翌朝（よくあさ）、市内（しない）の病院（びょういん）で診（み）てもらい、脳梗塞（のうこうそく）（脳（のう）の血管（けっかん）がつまる病（びょう）気（き））と診断（しんだん）され、そのまま入院（にゅういん）しました。

・2 か月間（にかげつかん）、治療（ちりょう）とリハビリテーションを受（う）け、室内（しつない）は歩行器（ほこうき）で歩（ある）けるようになりましたが、後遺症（こういしょう）（病（びょう）気（き）のあとに残（のこ）る症（しょう）状（じょう））として、利（き）き手側（てがわ）の麻痺（まひ）（右片麻痺（みぎかたまひ））と軽度（けいど）の構音障害（こうおんしょうがい）（発音（はつおん）がしにくい状態（じょうたい））が残（のこ）りました。

・自宅（じたく）は段差（だんさ）も多（おお）く、すぐに戻（もど）ることはむずかしいため、家（いえ）に帰（かえ）ることを目的（もくてき）に、自宅（じたく）の近

(ちか) くにある介護老人保健施設(かいごろうじんほけんしせつ)に入所(にゅうしょ)しました。

・75歳(さい)になったら、自分(じぶん)と家族(かぞく)のために人生最後(じんせいさいご)の「遍路参(へんろまい)り」をするのが夢(ゆめ)でしたが、4度目(よんどめ)の遍路参(へんろまい)りはあきらめました。

▶ 今(いま)の家族(かぞく)の状況(じょうきょう)

・妻(つま)は専業主婦(せんぎょうしゅふ)で、家事(かじ)はすべて行(おこな)っています。

・3人(さんにん)の子(こ)どものうち、長女(ちょうじょ)は隣(となり)の市(し)に、三女(さんじょ)は同(おな)じ市内(しない)に住(す)んでいます。

・次女(じじょ)は20年前(にじゅうねんまえ)に離婚(りこん)して実家(じっか)に帰(かえ)り、今(いま)もAさん夫婦(ふうふ)といっしょに住(す)んでいます。次女(じじょ)は会社勤(かいしゃづと)めをしています。

・妻(つま)は次女(じじょ)を頼(たよ)りにしており、次女(じじょ)がすべての手続(てつづ)きなどを行(おこな)っています。

・三女(さんじょ)の家族(かぞく)(三女(さんじょ)・夫(おっと)・娘(むすめ))は介護(かいご)に協力的(きょうりよくてき)です。

● 今(いま)の状況(じょうきょう)

▶ 健康状態(けんこうじょうたい)

(1) 一般状態(いっぱんじょうたい)

- ・体温(たいおん) : 36.0~36.3℃
- ・呼吸(こきゅう) : 18~20回/分(かい/ふん)
- ・脈拍(みゃくはく) : 62回/分(かい/ふん)
- ・血圧(けつあつ) : 135/85mmHg

(2) 障害(しょうがい)の状況(じょうきょう)

・脳梗塞(のうこうそく)の後遺症(こういしょう)として、右片麻痺(みぎかたまひ)と構音障害(こうおんしょうがい)(発音(はつおん)がしにくい状態(じょうたい))があります。

(3) 今(いま)の主(おも)な病気(びょうき)

・高血圧症(こうけつあつしょう)(血圧(けつあつ)を下(さ)げる薬(くすり)を飲(の)んでいます)

(4) これまでの病気(びょうき)

- ・脳梗塞(のうこうそく)

(5) 視力(しりょく)

・白内障（はくないしょう）（目（め）の中（なか）が白（しろ）くにごる病気（びょうき））の手術（しゅじゅつ）をしており、日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）（こまること）はありません。

（6）聴力（ちょうりょく）

・日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）はありません。

▶ 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）

（1）移動（いどう）

・健側（けんそく）（動（うご）かしやすい左側（ひだりがわ））の足（あし）を使（つか）って起（お）き上（あ）がり、端座位（たんざい）（ベッドのふちに座（すわ）った姿勢（しせい））になることができます。

・退院直後（たいいんちよくご）は歩行器（ほこうき）を使（つか）って歩（ある）いていましたが、約（やく）1か月（いっかげつ）のリハビリテーションにより、短下肢装具（たんかしそうぐ）（足首（あしくび）を支（ささ）える装具（そうぐ））をつけて、50m ぐらいの杖歩行（つえほこう）（杖（つえ）を使（つか）って歩（ある）くこと）ができるようになりました。

・段差（だんさ）（高（たか）さの違（ちが）い）を越（こ）えるときに少（すこ）しふらつくため、見守（みまも）り（そばで見（み）ていること）が必要（ひつよう）です。

（2）身（み）じたく

・歯（は）みがき、うがい、洗面（せんめん）（顔（かお）を洗（あら）うこと）は自立（じりつ）（自分（じぶん）でできること）しています。

・最近（さいきん）はほとんどトレーナー（前（まえ）ボタンのない上着（うわぎ））を着（き）ているので、更衣（こうい）（着（き）がえ）は自立（じりつ）しています。

・靴下（くつした）をはくのに時間（じかん）がかかるため、妻（つま）がいるときは介助（かいじょ）してもらっています。

・ボタンは自分（じぶん）でとめることができます。

（3）食事（しょくじ）

・今（いま）は、すべて施設（しせつ）の食事（しょくじ）（減塩食（げんえんしょく））：塩分（えんぶん）の少（すく）ない食事（しょくじ））を食（た）べています。

・1人（ひとり）で食事（しょくじ）をすることができます。

・魚（さかな）などの身（み）をほぐすのはむずかしいですが、あらかじめほぐしておくと、右手（みぎて）に柄（え）の太（ふと）いスプーンを持（も）って食（た）べることができます。

・食欲（しょくよく）はあり、何（なん）でもおいしく食（た）べています。

（4）排泄（はいせつ）

・昼間（ひるま）は自力（じりき）でトイレに行（い）けませんが、夜間（やかん）はふらつくことがあるので、ベッドで尿器（にょうき）（おしっこを取（と）る器具（きぐ））を使（つか）っています。

・排尿（はいにょう）（おしっこ）の回数（かいすう）は、1日（いちにち）6～7回（かい）（うち夜間（やかん）1回（かい））です。

・排便（はいべん）（うんち）は1日（いちにち）1回（かい）ありますが、便（べん）がかたく、また毎日（まいにち）排便（はいべん）がないと気（き）になるため、夕食後（ゆうしょくご）、便（べん）をやわらかくする薬（くすり）（酸化（さんか）マグネシウム）を飲（の）んでいます。

・水分（すいぶん）は十分（じゅうぶん）にとれています。

（5）入浴（にゅうよく）・清潔保持（せいけつほじ）

・一般浴（いっぱんよく）（ふつうのお風呂（ふろ））で、一部介助（いちぶかいじょ）（少（すこ）し手伝（てつだ）うこと）により入浴（にゅうよく）しています。

（6）睡眠（すいみん）

・睡眠（すいみん）はよくとれています。

（7）コミュニケーション

・軽度（けいど）の構音障害（こうおんしょうがい）（発音（はつおん）がしにくい状態（じょうたい））があり、はっきり発音（はつおん）できないことがあります。ゆっくり発音（はつおん）すれば、自分（じぶん）の意思（いし）（考（かんが）え）を相手（あいて）に伝（つた）えることができます。

・妻（つま）と次女（じじょ）は毎日（まいにち）面会（めんかい）に来（き）ており、2人（ふたり）と話（はな）しているときは楽（たの）しそうです。

（8）サービスの利用状況（りようじょうきょう）

・介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）に入所（にゅうしょ）しています。

・居室（きょしつ）（自分（じぶん）の部屋（へや））は2人部屋（ふたりべや）で、奥（おく）に位置（いち）するベッドを使（つか）っています。

・トイレは居室（きょしつ）の近（ちか）くにあります。

▶ 経済状況（けいざいじょうきょう）

・公社時代（こうしゃじだい）からの貯金（ちょきん）と定年後（ていねんご）の年金（ねんきん）があり、生活（せいかつ）には困（こま）っていません。

▶ 性格（せいかく）

・ふだんはおだやかで、人（ひと）と話（はな）をすることが好（す）きです。

・頑固（がんこ）な面（めん）があり、一度（いちど）決（き）めたことは最後（さいご）までがんばります。

▶ 1日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）

- ・朝（あさ）は5時（じ）に起（お）き、21時（じ）に寝（ね）ます。
- ・午前中（ごぜんちゅう）のリハビリテーションと、朝夕（あさゆう）の自発的（じはつてき）（自分（じぶん））から進（すす）んで行（おこな）うこと）な廊下（ろうか）の歩行（ほこう）は欠（か）かしません。

▶ Aさんや家族（かぞく）などの思（おも）い

- ・Aさん：「倒（たお）れたときはもう歩（ある）くことはできないと思（おも）っていたのに、こんなに歩（ある）くことができるようになった。リハビリテーションを行（おこな）って自宅（じたく）に帰（かえ）り、自立（じりつ）した生活（せいかつ）をしたい。1か所（いっかしよ）でもよいからお遍路（へんろ）さんに行（い）きたい」と希望（きぼう）しています。
- ・妻（つま）や次女（じじょ）：「自宅（じたく）に帰（かえ）って、入院前（にゅういんまえ）のような生活（せいかつ）をしてもらいたい。畑（はたけ）にも行（い）けるようになってほしい。また、自宅周辺（じたくしゅうへん）でよいからいっしょにお遍路（へんろ）に行（い）きたい」と願（ねが）っています。
- ・移動（いどう）について：「外（そと）も安全（あんぜん）に移動（いどう）したい」「坂（さか）や階段（かいだん）も、杖（つえ）を使（つか）って移動（いどう）できるようになりたい」「短下肢装具（たんかしそうぐ）をつけず、ふつうの靴（くつ）をはいて歩（ある）きたい」と思（おも）っています。
- ・「いつもこのような服（ふく）しか着（き）ていないからあんまり遠（とお）くへは行（い）かん」と言（い）ったことがあります。本当（ほんとう）は、「少（す）しおしゃれをして外出（がいしゅつ）したい」と思（おも）っています。
- ・食事（しょくじ）について：「おいしく食（た）べたい」「食事療法（しょくじりょうほう）（病氣（びょうき））に合（あ）わせた食事（しょくじ）は守（まも）りたい」と言（い）っています。
- ・「毎日（まいにち）、朝食後（ちょうしょくご）に排便（はいべん）があると、その日（ひ）は快適（かいてき）（気持（きも））ちがよいことである」と言（い）っています。
- ・「家（いえ）に帰（かえ）って自宅（じたく）の風呂（ふろ）に、毎晩（まいばん）、寝（ね）る前（まえ）に入（はい）りたい」と思（おも）っています。
- ・「ぐっすり眠（ねむ）ることができており、満足（まんぞく）している」と言（い）っています。
- ・「人（ひと）と話（はな）しているときは楽（たの）しい」と感（かん）じています。
- ・「自宅（じたく）に帰（かえ）り、歩（ある）くことができれば、1か所（いっかしよ）でもよいからお遍路（へんろ）さんに行（い）きたい」「家（いえ）でとれたきゅうりはおいしかった」「今（いま）ごろは〇〇が釣（つ）れるのに」など、家庭菜園（か）

ていさいえん)や釣(つ)りを思(おも)い出(だ)し、もう一度(いちど)やってみ
たいと思(おも)っています。

・「施設(しせつ)の中(なか)に囲碁(いご)か将棋(しょうぎ)をする人(ひと)
がいれば、いっしょにやりたいが、そういう人(ひと)はいない」と言(い)っていま
す。

・「楽(たの)しい思(おも)い出(で)がよみがえることはない」と言(い)ってい
ますが、あきらめきれていません。

・「三女(さんじょ)の家族(かぞく)がよく世話(せわ)をしてくれるので、うれし
い」「妻(つま)は高齢(こうれい)なので、無理(むり)をさせられない」と言
(い)っています。

▶ 最近(さいきん)の様子(ようす)

・2か月後(にかげつご)の自宅復帰(じたくふっき)(家(いえ)に帰(かえ)るこ
と)を目標(もくひょう)に、午前中(ごぜんちゅう)、リハビリテーションに熱心
(ねっしん)(一生懸命(いっしょうけんめい))に取(と)り組(く)んでいます。

・朝夕(あさゆう)は自発的(じはつてき)に施設内(しせつない)の廊下(ろうか)
を歩(ある)いています。ほかの時間(じかん)は、面会(めんかい)に来(き)た人
(ひと)と話(はな)したり、テレビを見(み)たりしています。また、レクリエーシ
ョンにも時々(ときどき)参加(さんか)しています。

・1週間前(いっしゅうかんまえ)に、施設(しせつ)の近(ちか)くの札所(ふだし
ょ)(四国八十八ヶ所(しこくはちじゅうはっかしょ)のお寺(てら)の1つ)に次女
(じじょ)の車(くるま)で出(で)かけ、車(くるま)いすでお参(まい)りしたと
き、夢(ゆめ)にまでみた「錦(にしき)のお札(ふだ)」「(ふつうのお札(ふだ)と
違(ちが)う、にしきおりの特別(とくべつ)なお札(ふだ))をいただき感激(かん
げき)(とても感動(かんどう)すること)していました。

・「錦(にしき)のお札(ふだ)をはじめて見(み)たが、弘法大師様(こうぼうだい
しさま)(お寺(てら)を開(ひら)いた偉(えら)いお坊(ぼう)さん)がはげまし
て、見守(みまも)ってくれているようだ」と涙(なみだ)ぐんでいました。

・時々(ときどき)三女(さんじょ)の家族(かぞく)と、気分転換(きぶんてんか
ん)に車(くるま)で外出(がいしゅつ)することがあります。

・「もう一度(いちど)お遍路(へんろ)さんに行(い)けるだろうか」と時々(とき
どき)つぶやきます。

● Aさんのフェイスシート

氏名(しめい)	Aさん
性別(せいべつ)	男性(だんせい)
年齢(ねんれい)	72歳(さい)

入所年（にゅうしょねん）・月（がつ）	○年（ねん）○月（がつ）
入所（にゅうしょ）になった理由（りゆう）	6 か月前（ろっかげつまえ）、家庭菜園（かていさいえん）から帰（かえ）ったあと、気分（きぶん）が悪（わる）くなり嘔吐（おうと）（吐（は）くこと）しました。夜中（よなか）にトイレに行（い）こうとしましたが右足（みぎあし）がしびれて立（た）てませんでした。翌朝（よくあさ）、市内（しない）の病院（びょういん）で脳梗塞（のうこうそく）と診断（しんだん）され、そのまま入院（にゅういん）しました。 2 か月間（にかげつかん）、治療（ちりょう）とリハビリテーションを受（う）け、室内（しつない）は歩行器（ほこうき）で歩（ある）けるようになりましたが、後遺症（こういしょう）として利（き）き手側（てがわ）の麻痺（まひ）（右片麻痺（みぎかたまひ））と軽度（けいど）の構音障害（こうおんしょうがい）が残（のこ）りました。自宅（じたく）は段差（だんさ）も多（おお）く、すぐに戻（もど）ることはむずかしいため、自宅復帰（じたくふっき）の目的（もくてき）で、自宅（じたく）の近（ちか）くにある介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）に入所（にゅうしょ）しました。75 歳（さい）になったら、自分（じぶん）と家族（かぞく）のために人生最後（じんせいさいご）の「遍路参（へんろまい）り」をするのが夢（ゆめ）でしたが、4 度目（よんどめ）の遍路参（へんろまい）りはあきらめました。
家族（かぞく）	妻（つま）は専業主婦（せんぎょうしゅふ）です。3 人（さんにん）の子（こ）どものうち、長女（ちょうじょ）は隣（となり）の市（し）に、三女（さんじょ）は同（おな）じ市内（しない）に住（す）んでいます。また、次女（じじょ）は 20 年前（にじゅうねんまえ）に離婚（りこん）して実家（じっか）に帰（かえ）り、今（いま）も A さん夫婦（ふうふ）と同居（どうきょ）（いっしょに住（す）むこと）をしています。次女（じじょ）は会社勤（かいしゃづと）めをしています。妻（つま）と次女（じじょ）は毎日（まいにち）面会（めんかい）に来（き）ています。三女（さんじょ）の家族（かぞく）（三女（さんじょ）

	よ）・夫（おっと）・娘（むすめ））が介護（かいご）に協力的（きょうりよくてき）です。
キーパーソン（中心（ちゅうしん）になる人（ひと））	次女（じじょ）
入所前（にゅうしょまえ）の生活状況（せいかつじょうきょう）	4人（よにん）きょうだい（姉（あね）・兄（あに）・弟（おとうと））の次男（じなん）として、瀬戸内海（せとないかい）の小（ちい）さな島（しま）で育（そだ）ち、両親（りょうしん）は農業（のうぎょう）と乳牛（にゅうぎゅう）2頭（とう）の酪農（らくのう）をしていました。生活（せいかつ）は苦（くる）しかったです、家族思（かぞくおも）いでした。段々畑（だんだんばたけ）と酪農（らくのう）の手伝（てつだ）いをしながら小学校（しょうがっこう）を卒業（そつぎょう）し、中学校時代（ちゅうがっこうじだい）は新聞配達（しんぶんはいたつ）などのアルバイトをしながら卒業（そつぎょう）しました。中学卒業後（ちゅうがくそつぎょうご）は、働（はたら）きながら近県（きんけん）の夜間高校（やかんこうこう）に通（かよ）い、夜間大学（やかんだいがく）を卒業（そつぎょう）しました。そのあと、しばらくは近県（きんけん）の政治家（せいじか）の秘書（ひしょ）をしていましたが、30歳（さい）で帰省（きせい）し、公社（こうしゃ）に就職（しゅうしょく）しました。 結婚（けっこん）して1男3女（いちなんさんじょ）をもうけましたが、長男（ちょうなん）は生後（せいご）1週間（しゅうかん）で亡（な）くなりました。45歳（さい）のときに亡（な）くなった長男（ちょうなん）の供養（くよう）のため、55歳（さい）のときには両親（りょうしん）のために、休暇（きゅうか）を使（つか）って四国八十八ヶ所（しこくはちじゅうはっかしよ）の「遍路参（へんろまい）り」をしました。58歳（さい）のときに、職場（しょくば）の健康診断（けんこうしんだん）で高血圧（こうけつあつ）を指摘（してき）され、高血圧症（こうけつあつしょう）と診断（しんだん）されましたが、薬（くすり）で長（なが）い間（あいだ）血圧（けつあつ）はコントロールできていました。公社（こうしゃ）に勤（つと）めていたときは、まじめ

	で、家庭（かてい）でも厳格（げんかく）な父親（ちちおや）でした。60歳（さい）で定年退職（ていねんたいしょく）後（ご）は、家庭菜園（かていさいえん）と釣（つ）りを趣味（しゅみ）として楽（たの）しんでいたほか、65歳（さい）のとき、亡（な）くなった姉（あね）や弟（おとうと）のために3度目（さんども）の「遍路参（へんろまい）り」をしました。家庭菜園（かていさいえん）でとれたものや、釣（つ）ってきた魚（さかな）を自分（じぶん）で食（た）べたり、家族（かぞく）に食（た）べさせるのが楽（たの）しみでした。
入所（にゅうしょ）での本人（ほんにん）・家族（かぞく）の要望（ようぼう）（希望（きぼう））	Aさんの要望（ようぼう）：倒（たお）れたときはもう歩（ある）くことはできないと思（おも）っていたのに、こんなに歩（ある）くことができるようになった。リハビリテーションを行（おこな）って自宅（じたく）に帰（かえ）り、自立（じりつ）した生活（せいかつ）をしたい。1か所（いっかしよ）でもよいからお遍路（へんろ）さんに行（い）きたい。 妻（つま）や次女（じじょ）の要望（ようぼう）：自宅（じたく）に帰（かえ）って、入院前（にゅういんまえ）のような生活（せいかつ）をしてもらいたい。畑（はたけ）にも行（い）けるようになってほしい。また、自宅周辺（じたくしゅうへん）でよいからいっしょにお遍路（へんろ）に行（い）きたい。
その他（た）	—

● Aさんのアセスメント表（ひょう）(1)

1. 心身（しんしん）の状況（じょうきょう）（心身機能（しんしんきのう）・身体構造（しんたいこうぞう）／健康状態（けんこうじょうたい））

番号 （ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）
1	要介護状態区分（ようかいごじょうたいくぶん）／障害程度等級（しょうがいていどうとうきゅう）	要介護（ようかいご）2

2	認知症高齢者（にんちしょうこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	認知症（にんちしょう）はありません。
3	障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）（身体（しんたい）・知的（ちてき）・精神（せいしん））	障害高齢者（しょうがいこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）：A1 脳梗塞（のうこうそく）の後遺症（こういしょう）（右片麻痺（みぎかたまひ）、構音障害（こうおんしょうがい））
4	今（いま）のおもな病気（びょうき）	高血圧症（こうけつあつしょう）
5	服薬（ふくやく）（飲（の）んでいる薬（くすり））	血圧（けつあつ）を下（さ）げる薬（くすり）、便（べん）をやわらかくする薬（くすり）（酸化（さんか）マグネシウム）
6	既往歴（きおうれき）（これまでにかった病気（びょうき））	脳梗塞（のうこうそく）
7	平常時（へいじょうじ）のバイタルサイン	体温（たいおん）：36.0～36.3℃、呼吸（こきゅう）：18～20回／分、脈拍（みゃくはく）：62回／分、血圧（けつあつ）：135／85mmHg
8	その他（た）	視力（しりょく）、聴力（ちょうりょく）：どちらも日常生活（にちじょうせいかつ）に問題（もんだい）はありません。

2. 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）（活動（かつどう））

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
9	家事（かじ）	家事（かじ）は妻（つま）がすべて行（おこな）っています。	—
10	移動（いどう）	健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））の足（あし）を使（つか）って起（お）き上（あ）がり、端座位（たんざい）（ベッドの端（はし）に座（すわ）る姿勢（しせい））に	「外（そと）も安全（あんぜん）に移動（いどう）したい」「坂（さか）や階段（かいだん）も、杖（つえ）を使（つか）って移動（いどう）できるようになりたい」「短

		なることができます。退院直後（たいいんちよくご）は歩行器（ほこうき）を使（つか）って歩（ある）いていましたが、約（やく）1か月（いっかげつ）のリハビリテーションにより短下肢装具（たんかしそうぐ）（足（あし）につけるサポート器具（きぐ））をつけて、50m程度（ていど）の杖歩行（つえほこう）ができるようになりました。しかし、段差（だんさ）を越（こ）えるときに少（すこ）しふらつくため、見守（みまも）りが必要（ひつよう）です。	下肢装具（たんかしそうぐ）をつけず、ふつうの靴（くつ）をはいて歩（ある）きたい」と思（おも）っています。
11	身（み）じたく	歯（は）みがき、うがい、洗面（せんめん）は自立（じりつ）しています。今（いま）はほとんどトレーナーを着（き）ているので、更衣（こうい）（服（ふく））の着替（きが）えは自立（じりつ）しています。ただし、靴下（くつした）をはくのに時間（じかん）がかかるため、妻（つま）がいるときは介助（かいじょ）してもらっています。ボタンは自分（じぶん）でとめることができます。	「いつもこのような服（ふく）しか着（き）ていないからあんまり遠（とお）くへは行（い）かんのよ」と言（い）ったことがあります。本当（ほんとう）は、「少（すこ）しおしゃれをして外出（がいしゅつ）したい」と思（おも）っています。
12	食事（しょくじ）	今（いま）は、すべて施設（しせつ）の食事（しょくじ）（減塩食（げんえんしょく））です。1人（ひとり）で食事（しょくじ）をすることができます。魚（さかな）などの身（み）をほぐすことは困難（こんなん）ですが、あらかじめほぐしておく、右手（みぎて）に柄（え）の太（ふと）いスプ	家庭菜園（かていさいえん）でとれたものや、釣（つ）ってきた魚（さかな）を自分（じぶん）で食（た）べたり、家族（かぞく）に食（た）べさせるのが楽（たの）しみでした。今（いま）は、食事（しょくじ）を「おいしく食（た）べたい」「食事療法（しょくじりょうほ

		ーンを持（も）って食（た）べることができます。食欲（しょくよく）はあり、何（なん）でもおいしく食（た）べています。	う）は守（まも）りたい」と言（い）っています。
13	排泄（はいせつ）	日中（にっちゅう）は自力（じりき）でトイレに行（い）けませんが、夜間（やかん）はふらつくことがあるので、ベッドで尿器（にょうき）を使（つか）っています。排尿（はいにょう）の回数（かいすう）は、1日（いちにち）6～7回（そのうち夜間（やかん）1回）です。排便（はいべん）は1日1回ありますが、便（べん）がかたく、また毎日（まいにち）排便（はいべん）がないと気（き）になるため、夕食後（ゆうしょくご）、便（べん）をやわらかくする薬（くすり）（酸化（さんか）マグネシウム）を飲（の）んでいます。水分（すいぶん）は十分（じゅうぶん）にとれています。	「毎日（まいにち）、朝食後（ちょうしょくご）に排便（はいべん）があると、その日（ひ）は快適（かいてき）である」と言（い）っています。
14	入浴（にゅうよく）・清潔保持（せいけつほじ）	一般浴（いっぱんよく）で、一部介助（いちぶかいじょ）により入浴（にゅうよく）しています。	「家（いえ）に帰（かえ）って自宅（じたく）の風呂（ふろ）に、毎晩（まいばん）、寝（ね）る前（まえ）に入（はい）りたい」と思（おも）っています。
15	睡眠（すいみん）	良好（りょうこう）です。	「ぐっすり眠（ねむ）ることができており、満足（まんぞく）している」と言（い）っています。
16	コミュニケーション	構音障害（こうおんしょうがい）があり、はっきり発音（はつおん）できないことがあります。	「人（ひと）と話（はな）しているときは楽（たの）しい」と感（かん）じていま

		すが、ゆっくり発音（はつおん）すれば、自分（じぶん）の意思（いし）を相手（あいて）に伝（つた）えることができます。妻（つま）と次女（じじょ）は毎日（まいにち）面会（めんかい）に来（き）ており、2人（ふたり）と話（はな）しているときは楽（たの）しそうです。	す。
--	--	--	-----------

3. 豊（ゆた）かさ（参加（さんか））

番号	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
17	意欲（いよく）・生（い）きがい	2か月後（にかげつご）の自宅復帰（じたくふっき）を目標（もくひょう）に、午前中（ごぜんちゅう）、リハビリテーションに熱心（ねっしん）に取り組（と）り組（く）んでいます。朝夕（あさゆう）は自発的（じはつてき）に施設内（しせつない）の廊下（ろうか）を歩（あ）りています。	「自宅（じたく）に帰（か）えり、歩（ある）くことができれば、1か所（いっかしょ）でもよいからお遍路（へんろ）さんに行（い）きたい」「家（いえ）でとれたきゅうりはおいしかった」「今（いま）ごろは〇〇が釣（つ）れるのに」など、家庭菜園（かていさいえん）や釣（つ）りを思（おも）い出（だ）し、もう一度（いちど）やってみたいと思（おも）っています。
18	余暇（よか）の過（す）ごし方（かた）	朝夕（あさゆう）は自発的（じはつてき）に施設内（しせつない）の廊下（ろうか）を歩（あ）りています。ほかの時間（じかん）は、面会（めんかい）に来（き）た人（ひと）と話（はな）したり、テレビを見（み）たりしています。また、レクリエーションにも時々（ときどき）参加（さんか）してい	「施設（しせつ）の中（なか）に囲碁（いご）か将棋（しょうぎ）をする人（ひと）がいれば、いっしょにやりたいが、そういう人（ひと）はいない」と言（い）っています。

		ます。	
19	役割（やくわり）（家庭（かてい）／社会（しゃかい））	公社（こうしゃ）に勤（つと）めていたときは、まじめで、家庭（かてい）でも厳格（げんかく）な父親（ちちおや）でした。定年後（ていねんご）は、家庭菜園（かていさいえん）でとれたものや、釣（つ）ってきた魚（さかな）を自分（じぶん）で食（た）べたり、家族（かぞく）に食（た）べさせるのが楽（たの）しみでした。	「楽（たの）しい思（おも）い出（で）がよみがえることはない」と言（い）っていますが、あきらめきれていません。
20	その他（た）	1週間前（いっしゅうかんまえ）に、施設（しせつ）の近（ちか）くの札所（ふだしょ）（四国八十八ヶ所（しこくはちじゅうはっかしよ）のお寺（てら）の1つ）に次女（じじよ）の車（くるま）で出（で）かけ、車（くるま）いすでお参（まい）りしたとき、夢（ゆめ）にまでみた「錦（にしき）のお札（ふだ）」をいただき感激（かんげき）していました。	「錦（にしき）のお札（ふだ）をはじめて見（み）たが、弘法大師様（こうぼうだいしさま）がはげまして、見守（みまも）ってくれているようだ」と涙（なみだ）ぐんぐんでいました。

4. 環境（かんきょう）（環境因子（かんきょういんし））

番号	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
21	生活環境（せいかつかんきょう）	介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）に入所（にゅうしょ）しています。居室（きょしつ）は2人部屋（ふたりべや）で、奥（おく）に位置（いち）するベッドを使（つか）っています。トイレは居室（きょしつ）の近（ちか）くにあります。	—
22	生活（せいか）	杖（つえ）、短下肢装具（たん	—

	つ) が必要 (ひつよう) な用具 (ようぐ)	かしそうぐ)、食事 (しょくじ) のための柄 (え) の太 (ふと) いスプーンなど。	
23	経済状況 (けいざいじょうきょう)	公社時代 (こうしゃじだい) からの貯金 (ちょきん) と定年後 (ていねんご) の年金 (ねんきん) があり、生活 (せいかつ) には困 (こま) っていません。	—
24	家族関係 (かぞくかんけい)	妻 (つま) は専業主婦 (せんぎょうしゅふ) です。3人 (さんにん) の子 (こ) どものうち、長女 (ちょうじょ) は隣 (となり) の市 (し) に、三女 (さんじょ) は同 (おな) じ市内 (しない) に住 (す) んでいます。また、次女 (じじょ) は20年前 (にじゅうねんまえ) に離婚 (りこん) して実家 (じっか) に帰 (かえ) り、今 (いま) もAさん夫婦 (ふうふ) と同居 (どうきょ) しています。次女 (じじょ) は会社勤 (かいしゃづと) めをしています。妻 (つま) と次女 (じじょ) は毎日 (まいにち) 面会 (めんかい) に来 (き) ています。三女 (さんじょ) の家族 (かぞく) (三女・夫・娘) が介護 (かいご) に協力的 (きょうりょくてき) です。	「三女 (さんじょ) の家族 (かぞく) がよく世話 (せわ) をしてくれるので、うれしい」「妻 (つま) は高齢 (こうれい) なので、無理 (むり) をさせられない」と言 (い) っています。
25	サービス (制度 (せいど)) の利用状況 (りようじょうきょう)	介護老人保健施設 (かいごろうじんほけんしせつ) に入所 (にゅうしょ) しています。	—
26	その他 (た)	—	—

5. その他 (た) (個人因子 (こじんいんし))

番号	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）
27	価値観（かちかん）・習慣（しゅうかん）	生活（せいかつ）は苦（くる）しかったです、家族思（かぞくおも）いでした。今（いま）、介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）では、2か月後（にかげつご）の自宅復帰（じたくふっき）を目標（もくひょう）に、午前中（ごぜんちゅう）はリハビリテーションに熱心（ねっしん）に取り組（と）り組（く）んでいるほか、朝夕（あさゆう）は自発的（じはつてき）に施設内（しせつない）の廊下（ろうか）を歩（ある）いています。
28	性格（せいかく）（個性（こせい））	ふだんはおだやかで、人（ひと）と話（はな）をすることが好（す）きです。頑固（がんこ）な面（めん）があり、一度決（いちどき）めたことは最後（さいご）までがんばります。
29	生活歴（せいかつれき）・出身地（しゅっしんち）	4人（よにん）きょうだいの次男（じなん）として、瀬戸内海（せとないかい）の小（ちい）さな島（しま）で育（そだ）ち、両親（りょうしん）は農業（のうぎょう）と乳牛（にゅうぎゅう）2頭（とう）の酪農（らくのう）をしていました。夜間大学（やかんだいがく）を卒業後（そつぎょうご）、政治家（せいじか）の秘書（ひしょ）を経（へ）て公社（こうしゃ）に就職（しゅうしょく）。1男3女（いちなんさんじょ）をもうけ、定年後（ていねんど）は家庭菜園（かていさいえん）と釣（つ）りを趣味（しゅみ）として楽（たの）しんでいました。供養（くよう）や家族（かぞく）のために四国遍路参（しこくへんろまい）りを計（けい）3回（さんかい）行（おこな）いました。家庭菜園（かていさいえん）でとれたものや、釣（つ）ってきた魚（さかな）を自分（じぶん）で食（た）べたり、家族（かぞく）に食（た）べさせるのが楽（たの）しみでした。
30	特技（とくぎ）	手先（てさき）が器用（きよう）で、釣（つ）り竿（ざお）に工夫（くふう）を加（くわ）えることもありました。また、家庭菜園（かていさいえん）をもち、たくさんの野菜（やさい）を収穫（しゅうかく）していました。
31	1日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）	朝（あさ）は5時（じ）に起床（きしょう）、21時（じ）に就寝（しゅうしん）します。午前中（ごぜんちゅう）のリハビリテーションと、朝夕（あさゆう）の自発的（じはつてき）な廊下（ろうか）の歩行（ほこう）は欠（か）かしません。
32	その他（た）	時々（ときどき）三女（さんじょ）の家族（かぞく）と、気分転換（きぶんてんかん）に車（くるま）で外出（がいしゅつ）

		することがあります。また、「もう一度（いちど）お遍路（へんろ）さんに行（い）けるだろうか」と時々（ときどき）つぶやきます。
--	--	---

● Aさんのアセスメント表（ひょう）(2)

アセスメント項目番号	情報（じょうほう）の解釈（かいしゃく）・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）	課題（かだい）	優先順位（ゆうせんじゆんい）
10, 12, 17, 19, 30	Aさんは、家庭菜園（かていさいえん）でとれたものや、釣（つ）ってきた魚（さかな）を自分（じぶん）で食（た）べたり、家族（かぞく）に食（た）べさせるのが楽（たの）しみだったのに、脳梗塞（のうこうそく）で突然（とつぜん）の入院（にゅういん）となってしまいました。自宅（じたく）に帰（かえ）って、家庭菜園（かていさいえん）や釣（つ）りに行（い）くには、今（いま）の歩行（ほこう）やふらつきの状態（じょうたい）では無理（むり）であるとあきらめてしまっているのではないのでしょうか。また、家庭菜園（かていさいえん）や釣（つ）りをあきらめず希望（きぼう）をもつことで、Aさんの生活（せいかつ）への意欲（いよく）が出（で）るのではないのでしょうか。さらには、自分（じぶん）の釣（つ）り道具（どうぐ）を、手（て）のリハビリテーションを兼（か）ねて手入（てい）れすることで、楽（たの）しみにつながるのではないのでしょうか。	趣味（しゅみ）の家庭菜園（かていさいえん）や釣（つ）りをあきらめずに行（おこな）うことで、生活（せいかつ）への意欲（いよく）を取（と）り戻（もど）す必要（ひつよう）があります。	⑤
10, 17, 20, 27, 31, 32	Aさんは、2か月後（にかげつご）の自宅復帰（じたくふっき）を目標（もくひょう）に、午前中（ごぜんちゅう）リハビリテーションに取（と）り組（く）んでいま	お遍路（へんろ）に行（い）くためには、車（くるま）いすの利用（りよう）、車（くる	①

	す。また、朝夕（あさゆう）は自発的（じはつてき）に施設内（しせつない）の廊下（ろうか）を歩（ある）いています。しかし、Aさんの希望（きぼう）であるお遍路参（へんろまい）りに行（い）けるようになるためには、もっと安全（あんぜん）で、安定（あんてい）した歩行（ほこう）と、ふらつかない姿勢（しせい）を保（たも）つことが必要（ひつよう）になると思（おも）われます。今（いま）は歩行訓練（ほこうくんれん）をすることで外出（がいしゅつ）が可能（かのう）と思（おも）っていますが、札所（ふだしょ）は山奥（やまおく）にあることが多（おお）いです。そのためには、車（くるま）いすの利用（りよう）、車（くるま）への乗降（じょうこう）、移動中（いどうちゅう）の車中（しゃちゅう）での座位保持（ざいほじ）、石段（いしだん）・階段（かいだん）・山道（やまみち）の歩行（ほこう）などが必要（ひつよう）になります。また、お遍路参（へんろまい）りに行（い）くとき、お札（ふだ）を書（か）けるように右手（みぎて）の訓練（くんれん）も必要（ひつよう）です。	ま）から車（くるま）いすへの移乗（いじょう）（車（くるま）への乗降（じょうこう）、移動中（いどうちゅう）の車中（しゃちゅう）での座位保持（ざいほじ）、石段（いしだん）・階段（かいだん）・山道（やまみち）の歩行（ほこう）などが必要（ひつよう）になります。	
3, 16, 20	Aさんには構音障害（こうおんしょうがい）があり、はっきり発音（はつおん）できないことがあります。ゆっくり発音（はつおん）すれば、自分（じぶん）の意思（いし）を相手（あいて）に伝（つた）えることができます。お参（まい）りのときに自分（じぶん）で般若心経（はんにゃしんぎょう）をとこなえることで、より満足感（まんぞくかん）や心（こころ）の落（お）ち着（つ）きを得（え）られ、言語訓練（げんごくんれん）にもつながるのではないのでしょうか。	参拝時（さんばいじ）に満足感（まんぞくかん）や心（こころ）の落（お）ち着（つ）きを得（え）るためには、般若心経（はんにゃしんぎょう）を自分（じぶん）でとこなえる必要（ひつよう）があります。	③
4, 5, 13	Aさんは、日中（にっちゅう）は自力（じりき）でトイレに行（い）けますが、夜間	便（べん）をやわらかくする薬（くすり）を	④

	（やかん）はふらつくことがあるので、ベッドで尿器（にょうき）を使（つか）っています。排便（はいべん）は1日（いちにち）1回（かい）ありますが、便（べん）がかたく、また毎日（まいにち）排便（はいべん）がないと気（き）になってしまいます。排便（はいべん）が気（き）になるあまり、強（つよ）くいきむと血圧上昇（けつあつじょうしょう）にもつながる可能性（かのうせい）があります。今（いま）、便（べん）をやわらかくする薬（くすり）（酸化（さんか）マグネシウム）を飲（の）んでいます、食事（しょくじ）の管理（かんり）と水分摂取（すいぶんせつしゅ）も引（ひ）きつづき十分（じゅうぶん）行（おこな）い、毎日規則正（まいにちきそくただ）しい排便習慣（はいべんしゅうかん）をつけることが必要（ひつよう）ではないでしょうか。	飲（の）んでいます、食事（しょくじ）の管理（かんり）と水分摂取（すいぶんせつしゅ）も引（ひ）きつづき十分（じゅうぶん）行（おこな）い、毎日規則正（まいにちきそくただ）しい排便習慣（はいべんしゅうかん）をつけることが必要（ひつよう）です。	
11, 19, 20	Aさんは趣味（しゅみ）の家庭菜園（かていさいえん）をあきらめず希望（きぼう）をもっています。今（いま）はトレーナーを着（き）ていますが、本当（ほんとう）は「少（すこ）しおしゃれをして外出（がいしゅつ）したい」という思（おも）いがあります。1週間前（いっしゅうかんまえ）に、施設（しせつ）の近（ちか）くの札所（ふだしょ）に次女（じじょ）の車（くるま）で出（で）かけ、車（くるま）いすでお参（まい）りしたとき、夢（ゆめ）にまでみた「錦（にしき）のお札（ふだ）」を受（う）けて感激（かんげき）していました。	願（ねが）いをかなえるために自分（じぶん）でお札（ふだ）を書（か）く必要（ひつよう）があります。	②

● Aさんの介護計画書（かいごけいかくしょ）

氏名（しめい）：Aさん

長期目標（ちょうきもくひょう）（期間（きかん）：6か月（ろっかげつ））

安全（あんぜん）で安定（あんてい）した歩行（ほこう）ができ、お遍路（へんろ）に

行（い）くことができる。

課題（かだい）	短期目標（たんきもくひょう） 目標（もくひょう）	期間（きかん）	具体的（ぐたいてき）な援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）	頻度（ひんど）
①お遍路（へんろ）に行（い）くためには、車（くるま）いすの利用（りよう）、車（くるま）から車（くるま）いすへの移乗（いじょう）、移動中（いどうちゅう）の車中（しゃちゅう）での座位保持（ざいほじ）、石段（いしだん）・階段（かいだん）・山道（やまみち）の歩行（ほこう）などが必要（ひつよう）になります。	①杖（つえ）と短下肢装具（たんかしそうぐ）で平地（へいち）、30cm 程度（ていど）の階段（かいだん）、坂（さか）を歩（ある）くことができる。	3 か月（さんかげつ）（※）	①歩行（ほこう）の介助（かいじょ）：訓練室（くんれんしつ）や廊下（ろうか）などでは、平地（へいち）の歩行（ほこう）を想定（そうてい）したリハビリテーションを行（おこな）います。また、訓練室（くんれんしつ）の 30cm 程度（ていど）の階段（かいだん）、スロープなどを使（つか）って、階段（かいだん）や坂（さか）を想定（そうてい）したリハビリテーションを行（おこな）います。介護職（かいごしょく）は、施設（しせつ）のまわりを散歩（さんぽ）するときに、A さんが転倒（てんとう）しないように歩行（ほこう）の介助（かいじょ）を行（おこな）うとともに、自然（しぜん）を楽（たの）しむ言葉（ことば）かけなどを行（おこな）います。	毎日（まいにち）
	②車（くるま）への乗降（じょうこう）ができる。	3 か月（さんかげつ）（※）	②移乗（いじょう）の介助（かいじょ）：訓練室（くんれんしつ）などで、車（くるま）いすを使（つか）った移乗（いじょう）の介助（かいじょ）を行（おこな）います（これは、あくまでも、札所（ふだしょ）をお参（まい）りするときの介助（かいじょ）を想定（そうてい）して行（おこな）うものであり、ふだんから車（くるま）	毎日（まいにち）

			いすの使用（しょう）を目的（もくてき）とするものではありません。	
	③移動中（いどうちゅう）の車（くるま）の中（なか）で安定（あんてい）した座位（ざい）をとることができる。	3 か月（さんかげつ）（※）	③車（くるま）での外出援助（がいしゅつえんじょ）（家族（かぞく）への依頼（いらい））：三女（さんじょ）の家族（かぞく）の協力（きょうりょく）を得（え）ながら、Aさんが外出（がいしゅつ）するときに、家庭菜園（かていさいえん）にも連（つ）れて行（い）ってもらいます。収穫（しゅうかく）できるものがあれば、Aさんにとってもらいます。	随時（ずいじ）
②願（ねが）いをかなえるために自分（じぶん）でお札（ふだ）を書（か）く必要（ひつよう）があります。	お札（ふだ）を書（か）くことができる。	3 か月（さんかげつ）（※）	筆記（ひっき）（文字（もじ））を書（か）くの介助（かいじょ）：Aさんに日記（にっき）を書（か）いてみることをすすめます。文字（もじ）を書（か）いてもらうときには、すべりにくく、筆圧（ひつあつ）が弱（よわ）くても書（か）ける筆（ふで）ペンなどの筆記用具（ひっきようぐ）を用意（ようい）します。	毎日（まいにち）
③参拝時（さんぱいじ）に満足感（まんぞくかん）や心（こころ）の落（お）ち着（つ）きを得（え）るためには、般若心経（はんにゃしんぎょう）を自分（じぶん）でとなえる必要（ひつよう）があります。	般若心経（はんにゃしんぎょう）をとなえることができる。	2 か月（にかげつ）	お経（きょう）をとなえることの見守（みまも）り：起床時（きしょうじ）に1回（かい）ゆっくり般若心経（はんにゃしんぎょう）をとなえてもらいます。最初（さいしよ）はいすに座（すわ）った状態（じょうたい）でとなえてもらい、姿勢（しせい）が安定（あんてい）してきたら徐々（じょじょ）に立（た）って行（おこな）ってもらいます。また、家族（かぞく）が面会（めんか	毎日（まいにち）

			い) に来 (き) たときには、家族 (かぞく) といっしょにな えてもらいます。	
④便 (べん) をや わらかくする薬 (く すり) を飲 (の) ん でいますが、食事 (しょくじ) の管理 (かんり) と水分摂 取 (すいぶんせっし ゅ) も引 (ひ) きつ づき十分 (じゅうぶ ん) 行 (おこな) い、毎日規則正 (ま いにちきそくただ) しい排便習慣 (はい べんしゅうかん) を つけることが必要 (ひつよう) です。	毎日 (まいにち) 排便 (はいべん) があり、すっきり とした気持 (き も) ちでいること ができる。	1 か 月 (い っか げ つ)	①服薬 (ふくやく) の介助 (かいじょ) : 処方 (しょほ う) された薬 (くすり) (酸化 (さんか) マグネシウム) をき ちんと飲 (の) めているかどう かを確認 (かくにん) し、記録 (きろく) します。②食事 (しょくじ) および口腔 (こう くう) ケア : 食事 (しょくじ) の内容 (ないよう) や量 (りょ う) 、水分 (すいぶん) の摂取 量 (せっしゅりょう) などを確認 (かくにん) し、記録 (きろ く) します。また、食事 (しょ くじ) が終 (お) わってから口 腔 (こうくう) ケアを行 (おこ な) います。そのとき、右側 (みぎがわ) に食物残渣 (しょ くもつざんさ) (食 (た) べ物 (もの) の残 (のこ) りかす) がないかに気 (き) をつけま す。③排泄 (はいせつ) の介 助 (かいじょ) : 生活習慣 (せ いかつしゅうかん) として、朝 食後 (ちょうしょくご) にトイ レに行 (い) き、排便 (はいべ ん) してもらうように援助 (え んじょ) します。	毎日 (ま いに ち)
⑤趣味 (しゅみ) の家庭菜園 (かてい さいえん) や釣 (つ) りをあきらめ ずに行 (おこな) う ことで、生活 (せい かつ) への意欲 (い よく) を取 (と) り	①家庭菜園 (か ていさいえん) に 行 (い) き、世話 (せわ) をするこ とができる。	2 か 月 (に かけ つ)	①家庭菜園 (かていさいえ ん) への同行 (どうこう) (家 族 (かぞく) への依頼 (いら い)) : 三女 (さんじょ) の家 族 (かぞく) の協力 (きょうり よく) を得 (え) ながら、A さ んが外出 (がいしゅつ) する ときに、家庭菜園 (かていさいえ	随時 (ず い じ)

戻（もど）す必要（ひつよう）があります。			ん）にも連（つ）れて行（い）ってもらいます。収穫（しゅうかく）できるものがあれば、Aさんにとってももらいます。	
	②釣（つ）りの道具（どうぐ）などを手入（てい）れすることができる。	2か月（に）かけ（つ）	②釣（つ）り道具（どうぐ）の手入（てい）れの援助（えんじょ）：可能（かのう）であれば、家族（かぞく）が面会（めんかい）に来（く）るときに、釣（つ）り道具（どうぐ）の一部（いちぶ）を施設（しせつ）に持（も）ってきてもらい、Aさんが好（す）きなときに手入（てい）れできるようにします。介護職（かいごしょく）は、その手入（てい）れを見守（みまも）りながら、言葉（ことば）をかけます。	随時（ずいじ）

※短期目標（たんきもくひょう）について：Aさんは2か月後（に）かけ（つ）ごの自宅復帰（じたくふっき）をめざしていますが、退所後（たいしょご）もAさんの夢（ゆめ）をかなえるために地域包括（ちいきほうかつ）ケアシステムを活用（かつよう）し、通所介護（つうしょかいご）（デイサービス）、通所（つうしょ）リハビリテーションの利用（りよう）をします。目標（もくひょう）は介護支援専門員（かいごしえんせんもんいん）（ケアマネジャー）とよく話（はな）し合（あ）い、退所後（たいしょご）も続（つづ）けるため、期間（きかん）を3か月（さんかげつ）としました。

●Aさんの実施評価表（じっしひょうかひょう）

担当者氏名（たんとうしゃしめい）：B（介護福祉士（かいごふくしし））

実施状況（じっしじょうきょう）	評価（ひょうか）
①お遍路（へんろ）に行（い）くことができるという希望（きぼう）ができ、歩行（ほこう）も安定（あんてい）してきました。家族（かぞく）の協力（きょうりょく）も得（え）て外出（がいしゅつ）することも多（おお）くなりました。外出時（がいしゅつじ）は不安（ふあん）があるために車（くるま）いすを使（つか）っていますが、平地（へいち）が多（おお）いところでは「自分（じぶん）で歩（ある）	ほとんどあきらめていたお遍路（へんろ）に行（い）けるという夢（ゆめ）ができたAさんの表情（ひょうじょう）は明（あ）るくなり、三女（さんじょ）と外出（がいしゅつ）したあと、施設（しせつ）に帰（かえ）ってくると、そのときの様子（ようす）をよく話（はな）してくれるようになりました。

く」と言（い）って自立（じりつ）して歩行（ほこう）します。お寺（てら）の中（なか）は段差（だんさ）が多（おお）いですが、少（すこ）しずつ歩（ある）く距離（きょり）を長（なが）くしています。	
②あるお寺（てら）でAさんは、夢（ゆめ）にまでみた錦（にしき）のお札（ふだ）をいただきました。「弘法大師様（こうぼうだいしさま）がはげまして、見守（みまも）ってくれているようだ」と涙（なみだ）ぐんでいました。それからほとんど三女（さんじょ）の家族（かぞく）が来（き）てくれる日（ひ）を心待（こころま）ちにするようになりました。外出（がいしゅつ）の様子（ようす）などを日記（にっき）に書（か）いていますが、字（じ）が少（すこ）しずつ判読（はんどく）できるようになってきています。	錦（にしき）のお札（ふだ）をいただいたときは「生（い）きていてよかった……」と感激（かんげき）していました。これですますお遍路（へんろ）への夢（ゆめ）が現実（げんじつ）になったのではないでしょう。
③Aさんの居室（きょしつ）は2人部屋（ふたりべや）であるため、同室（どうしつ）の人（ひと）に気（き）をつかい、廊下（ろうか）のベンチに座（すわ）って般若心経（はんにゃしんぎょう）をとこなえることがあります。ゆっくりと、3回（さんかい）ぐらいに分（わ）けてとこなえています。最近（さいきん）は大（おお）きなふらつきもなく、座位（ざい）も安定（あんてい）してきています。	ときには他（た）の入所者（にゅうしょしゃ）が、Aさんといっしょに廊下（ろうか）のベンチに座（すわ）って般若心経（はんにゃしんぎょう）をとこなえていることがあります。人（ひと）と話（はな）をすることが好（す）きなAさんにとっては、よいコミュニケーションの機会（きかい）となると思（おも）われます。
④毎日（まいにち）の薬（くすり）は自己管理（じこかんり）できています。朝食後（ちょうしょくご）にトイレに行（い）くことも習慣（しゅうかん）になり、トイレでの座位（ざい）も安定（あんてい）しています。しかし、排便（はいべん）のない日（ひ）は機嫌（きげん）があまりよくありません。また、水分（すいぶん）はトイレに行（い）ったあと、必（かならず）補給（ほきゅう）すると決（き）めて実行（じっこう）しています。血圧（けつあ	3～4日（さんよつか）に1回（かい）ぐらいの頻度（ひんど）で、排便（はいべん）のないときがあります。具体的（ぐたいてき）には、10分間程度（じゅっぷんかんでいど）トイレで座（すわ）っていますが、それ以上（いじょう）になると血圧（けつあつ）と姿勢（しせい）の安定（あんてい）を考慮（こうりょ）して中断（ちゅうだん）します。

つ)は安定(あんてい)しています。	
⑤三女(さんじょ)と外出(がいしゅつ)するとき、家庭菜園(かていさいえん)に寄(よ)ることが多(おお)くなりました。野菜(やさい)が実(みの)っていると、車(くるま)から降(お)りてとっています。そのときは笑顔(えがお)で、三女(さんじょ)に持(も)って帰(かえ)るように言(い)うそうです。なお、釣(つ)り道具(どうぐ)はまだ施設(しせつ)に持(も)ってきていません。Aさんも、手入(てい)れをする場所(ばしょ)がないということです。	畑(はたけ)の葉(は)とりは家族(かぞく)に指示(しじ)をしています、トマトができていたときは、思(おも)わず1つ食(た)べて、「おいしい!」とつぶやいたとのこと。

▶ 気(き)づいたこと(新(あた)ら)たな課題(かだい)や可能性(かのうせい)
・もう一度(いちど)歩(ある)きたいと思(おも)っていたときと、錦(にしき)のお札(ふだ)をいただいたあとでは表情(ひょうじょう)が違(ちが)うほか、楽(たの)しんで歩行訓練(ほこうくんれん)をしています。だんだんといろいろなことが現実(げんじつ)になっていくことは新(あた)ら)たな夢(ゆめ)につながります。 ・外出(がいしゅつ)の負担(ふたん)が三女(さんじょ)の夫(おと)に願(ね)がいくことが多(おお)くなっています。 ・自分(じぶん)の目標(もくひょう)に向(む)かって努力(どりょく)していますが、レクリエーションには言葉(ことば)かけをしないと参加(さんか)しないことがあります。 ・認知症(にんちしょう)のある入所者(にゅうしよしゃ)とのかかわりにとまどっているようです。

●【解説(かいせつ)】Aさんの介護過程(かいごかてい)について

Aさんは、「倒(たお)れたときはもう歩(ある)くことはできないと思(おも)っていたのに、こんなに歩(ある)くことができるようになった。リハビリテーションを行(おこな)って自宅(じたく)に帰(かえ)り、自立(じりつ)した生活(せいかつ)をしたい」と、2か月後(にかげつご)の自宅復帰(じたくふっき)を目標(もくひょう)に積極的(せっきよくてき)にリハビリテーションにはげんでいます。

あるとき、介護職(かいごしょく)が歩行(ほこう)の練習(れんしゅう)をしているAさんに、「Aさんの夢(ゆめ)は何(なん)ですか? どうしてそんなにがんばることができるのですか?」と聞(き)いたところ、これまで亡(な)くなった息子(むすこ)や両親(りょうしん)、姉(あね)や弟(おとうと)のために3度(さんど)、四国八十八ヶ所(しこくはちじゅうはつかしよ)の遍路参(へんろまい)りをしてきたこと、次(つぎ)は自分(じぶん)や家族

(かぞく)のために参(まい)ろうと思(おも)っていた矢先(やさき)に、この病気(びょうき)になってしまい、今(いま)は歩(ある)くことがやっとなので、夢(ゆめ)であった4度目(よんどめ)の遍路参(へんろまい)りは無理(むり)だとあきらめているが、1か所(いっかしょ)でもよいからお遍路(へんろ)さんに行(い)きたいと思(おも)っていることを話(はな)してくれました。

また、1週間前(いっしゅうかんまえ)に、次女(じじょ)が1か所(いっかしょ)だけでもお参(まい)りしようと、施設(しせつ)の近(ちか)くの札所(ふだしょ)(四国八十八ヶ所(しこくはちじゅうはっかしょ)のお寺(てら)の1つ)に車(くるま)で連(つ)れて行(い)き、境内(けいだい)へは車(くるま)いすでお参(まい)りしたこと、そのとき、夢(ゆめ)にまでみた「錦(にしき)のお札(ふだ)」をいただいて感激(かんげき)したことを興奮気味(こうふんぎみ)に話(はな)してくれました。

このとき、「錦(にしき)のお札(ふだ)をはじめて見(み)たが、弘法大師様(こうぼうだいしさま)がはげまして、見守(みまも)ってくれているようだ」と、涙(なみだ)ぐんでいたことから、ライフワーク(人生(じんせい)をかけて続(つづ)ける仕事(しごと))である遍路参(へんろまい)りをあきらめずにいることがわかりました。

Aさんの話(はなし)を聞(き)いた介護職(かいごしょく)は、「Aさんは、市内(しない)の札所(ふだしょ)だけでもお参(まい)りをしたいと思(おも)っているのではないか」「今回(こんかい)は自分(じぶん)や家族(かぞく)のためにお参(まい)りする予定(よてい)であったので、とくにこだわっているのではないか」と思(おも)い、その日(ひ)のケアカンファレンスで報告(ほうこく)・相談(そうだん)してみました。

ケアカンファレンスでは、「自宅(じたく)に帰(かえ)ることだけでなく、遍路参(へんろまい)りを目標(もくひょう)とすることで、退所後(たいしょご)のより具体的(ぐたいてき)な人生設計(じんせいせつけい)ができるのではないか」「今(いま)のAさんの様子(ようす)であれば、全行程(ぜんこうてい)をお参(まい)りする方法(ほうほう)もあるのではないか」という意見(いけん)でまとまりました。

もともとは「自宅復帰(じたくふっき)」を目標(もくひょう)として、ケアプラン(施設(しせつ)サービス計画(けいかく))や介護計画(かいごけいかく)を立(た)てて、リハビリテーションを中心(ちゅうしん)に行(おこな)っていましたが、今回(こんかい)、「Aさんの夢(ゆめ)である4度目(よんどめ)の遍路参(へんろまい)りを実現(じつげん)させること」を目標(もくひょう)に加(くわ)え、そのために必要(ひつよう)なことをAさんといっしょに検討(けんとう)しました。

まず、Aさんは、施設内(しせつない)で平(たい)らな廊下(ろうか)を歩(ある)く訓練(くんれん)と自宅内(じたくない)の段差(だんさ)を越(こ)えられる程度(ていど)の訓練(くんれん)しか行(おこな)っていません。しかし、お参(まい)りをするためには、かなり高(たか)い段差(だんさ)や砂利道(じゃりみち)を安全(あんぜん)に歩(ある)くことができる必要(ひつよう)があります。

さらに、ほとんどのお寺(てら)は山(やま)の中(なか)にあるため、傾斜(けいしゃ)(坂(さか)の傾(かたむ)き)が厳(きび)しく、なおかつ階段(かいだん)には手(て)す

りがない場合（ばあい）がほとんどです。境内（けいだい）の階段（かいだん）も1段（だん）の高（たか）さが高（たか）いため、かなりの下肢筋力（かしきんりょく）（足（あし）の力（ちから））とバランス感覚（かんかく）が必要（ひつよう）であることが考（かんが）えられました。

また、お参（まい）りをするためには、お札（ふだ）を書（か）かなければなりません。Aさんは利（き）き手（て）である右手（みぎて）に麻痺（まひ）があり、不自由（ふじゆう）さがありますが、Aさんの希望（きぼう）により右手（みぎて）で文字（もじ）を書（か）く練習（れんしゅう）を行（おこな）うことにしました。

札所間（ふだしょかん）の移動（いどう）については、Aさんの三女（さんじょ）の家族（かぞく）が車（くるま）を用意（ようい）して同行（どうこう）することになりました。「1番（ばん）」からの順番（じゅんばん）どおりではありませんが、まずは近隣（きんりん）の札所（ふだしょ）からお参（まい）りすることにしました。

これらのことをふまえて介護職（かいごしょく）は、Aさんの夢（ゆめ）の実現（じつげん）に向（む）けて、次（つぎ）の3つの課題（かだい）を明（あき）らかにしました。

- ・お遍路（へんろ）に行（い）くためには、車（くるま）いすの利用（りよう）、車（くるま）から車（くるま）いすへの移乗（いじょう）（車（くるま）への乗降（じょうこう））、移動中（いどうちゅう）の車中（しゃちゅう）での座位保持（ざいほじ）、石段（いしだん）・階段（かいだん）・山道（やまみち）の歩行（ほこう）などが必要（ひつよう）になる。
- ・願（ねが）いをかなえるために自分（じぶん）でお札（ふだ）を書（か）く必要（ひつよう）がある。
- ・参拝時（さんばいじ）に満足感（まんぞくかん）や心（こころ）の落（お）ち着（つ）きを得（え）るためには、般若心経（はんにゃしんぎょう）を自分（じぶん）でとなえる必要（ひつよう）がある。

約（やく）1か月半（いっかげつはん）実施（じっし）した結果（けっか）、Aさんは、願（ねが）いをこめてお札（ふだ）を書（か）くことができるようになりました。お札（ふだ）を自分（じぶん）で書（か）くということは、それを他人（たにん）に託（たく）しても自分（じぶん）がお参（まい）りしたのと同（おな）じ意味（いみ）があるといわれています。

また、下肢筋力（かしきんりょく）と体力（たいりょく）が十分（じゅうぶん）について、30分間歩（さんじゅつぷんかんある）いても疲（つか）れなくなりました。さらに、階段（かいだん）の昇降（しょうこう）（上（あ）がり下（お）り）においても、杖（つえ）や手（て）すりを上手（じょうず）に使（つか）えるようになりました。手（て）すりのないところの階段（かいだん）では、患側（かんそく）（右側（みぎがわ））からの介助（かいじょ）が必要（ひつよう）になりますが、家族（かぞく）も自然（しぜん）にできるようになりました。

訓練（くんれん）を始（はじ）めて1か月半後（いっかげつはんご）の日曜日（にちようび）、Aさんは次女（じじょ）と三女（さんじょ）に付（つ）き添（そ）われて、市内（しな）の札所（ふだしょ）にお参（まい）りに行（い）ってみました。このお寺（てら）は平地

（へいち）にあるため、Aさんは何（なん）の問題（もんだい）もなくお参（まい）りすることができました。とても満足（まんぞく）し、これまでの訓練（くんれん）の成果（せい）を実感（じっかん）することができて、自信（じしん）にもなりました。

2か月後（にかげつご）、Aさんは予定（よてい）どおり退所（たいしょ）しました。自宅（じたく）に戻（もど）ったAさんは、早速（さっそく）、隣（となり）の市（し）のお寺（てら）にお参（まい）りしたとのことでした。報告（ほうこく）のはがきには、しっかりした字（じ）で、「念（ねん）のため、車（くるま）いすと健康保険証（けんこうほけんしょう）を持（も）って行（い）きました」と書（か）かれていました。

Aさんの夢（ゆめ）をかなえるためには、退所後（たいしょご）も長期目標（ちょうきもくひょう）・短期目標（たんきもくひょう）を達成（たっせい）する必要があります（ひつよう）があります。そのため、介護支援専門員（かいごしえんせんもんいん）と話（はな）し、主治医（しゅじい）の病院（びょういん）で、月曜日（げつようび）・木曜日（もくようび）の通所介護（つうしょかいご）（デイサービス）と火曜日（かようび）・金曜日（きんようび）の併設（へいせつ）の通所（つうしょ）リハビリテーションを利用（りよう）して、リハビリテーションをするように介護計画書（かいごけいかくしょ）を作成（さくせい）しました。

■ 演習（えんしゅう） ～Aさんの自立（じりつ）に向（む）けた介護（かいご）の実際（じっさい）（移動（いどう）・移乗（いじょう）の介護（かいご））～

課題（かだい）1

家族（かぞく）の協力（きょうりょく）も得（え）て、外出（がいしゅつ）することも多（おお）くなったAさん。今日（きょう）は、念願（ねんがん）であったお寺（てら）にお参（まい）りすることになりました。Aさんは、施設職員（しせつしよくいん）が運転（うんてん）する自動車（じどうしゃ）に乗（の）って、施設（しせつ）の近（ちか）くにあるお寺（てら）に到着（とうちゃく）しました。自動車（じどうしゃ）から車（くるま）いすに移乗（いじょう）して、お寺（てら）の門（もん）まで送（おく）る介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう（なお、自動車（じどうしゃ）の座席（ざせき）は、いすを代用（だいよう）します）。

★ ここに注意（ちゅうい）！

○Aさんは右片麻痺（みぎかたまひ）と軽度（けいど）の構音障害（こうおんしょうがい）があります。

○Aさんは短下肢装具（たんかしそうぐ）をつけています（イラストでは短下肢装具（たんかしそうぐ）を省略（しょうりゃく）しています）。

○お寺（てら）の門（もん）までの道（みち）は、砂利道（じゃりみち）であったり、段差（だんさ）を上（あ）がったりするところがあります。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

- 介護職（かいごしょく）は、Aさんの名前（なまえ）を呼（よ）び、あいさつをしてAさんの体調（たいちょう）を確認（かくにん）します。

- ① Aさんと視線（しせん）を合（あ）わせ、お参（まい）りできることの喜（よろこ）びを共感（きょうかん）することも大切（たいせつ）です。

- 介護職（かいごしょく）は、車（くるま）いすを準備（じゅんび）し点検（てんけん）します（タイヤの空気圧（くうきあつ）、ブレーキほか）。

- 介護職（かいごしょく）は、Aさんに、これから車（くるま）いすに移乗（いじょう）することを説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。

- 介護職（かいごしょく）は、車（くるま）いすを適切（てきせつ）な位置（いち）に配置（はいち）します。

- ① Aさんの健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））に車（くるま）いすを近（ち）かづけます。

- ② 車（くるま）いすのブレーキをしっかりとかけ、フットサポートを上（あ）げます。

- Aさんは車（くるま）いすに移乗（いじょう）します。

- ① 健側下肢（けんそくかし）でしっかり体重（たいじゅう）を支（ささ）え、アームサポートをしっかりとぎってもらいます。

- ② このとき、浅（あさ）く座（すわ）り、健側下肢（けんそくかし）を車（くるま）いすのほうへ移動（いどう）し、おじぎをするように立（た）ち上（あ）がってもらいます。

- ③ 介護職（かいごしょく）は、膝折（ひざお）れを防止（ぼうし）して、立位（りつい）による立（た）ちくらみがないか確認（かくにん）します。

- ④ 立位（りつい）がとれたら、介護職（かいごしょく）は、健側下肢（けんそくかし）を軸（じく）に車（くるま）いす側（がわ）へと腰（こし）を回転（かいてん）させるのを介助（かいじょ）します。

- ⑤ 回転（かいてん）ができたからおじぎをするように、腰（こし）を落（お）としながら座（すわ）る介助（かいじょ）をします。

- ⑥ 深（ふか）く座（すわ）って、患側（かんそく）（右側（みぎがわ））からフットサポートに足（あし）をのせます。

- 介護職（かいごしょく）は、上肢（じょうし）（腕（うで））がアームサポートの内側（うちがわ）にあること、膝（ひざ）かけや上着（うわぎ）が必要（ひつよう）かなどを確認（かくにん）します。

- 介護職（かいごしょく）は、車（くるま）いすを押（お）して、お寺（てら）の門（もん）まで移動（いどう）します。

- ① 砂利道（じゃりみち）では、キャスタ（前輪（ぜんりん））を上（あ）げて車（くるま）いすを押（お）します。

- ② 段差（だんさ）を上（あ）がるときは、前向（まえむ）きに進（すす）み、ティッ

ピングレバーを踏（ふ）んでキャストを上（あ）げて段（だん）に乗（の）せ、後輪（こうりん）を押（お）し上（あ）げます。

課題（かだい）2

お寺（てら）の門（もん）に着（つ）いたとき、Aさんは、「本堂（ほんどう）までは杖（つえ）を使（つか）って歩（ある）いて行（い）きたい」という意欲（いよく）を示（しめ）しました。T字杖（じづえ）を使（つか）った歩行介助（ほこうかいじょ）を行（おこな）いましょう。

★ここに注意（ちゅうい）！

- 本堂（ほんどう）に行（い）くには、平地（へいち）を歩（ある）いたあと、階段（かいだん）を上（あ）がることになります。
- 平地（へいち）では、3動作歩行（さんどうさほこう）を行（おこな）います。
- 本堂（ほんどう）でお参（まい）りをすませたあとは、階段（かいだん）を下（お）りることになります。
- お寺（てら）の階段（かいだん）は、段差（だんさ）が高（たか）い場合（ばあい）があるので注意（ちゅうい）が必要（ひつよう）です。

★介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

- 介護職（かいごしょく）は、Aさんに介助内容（かいじょないよう）を説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。
- AさんはT字杖（じづえ）を使（つか）って、3動作歩行（さんどうさほこう）により平地（へいち）を歩（ある）きます。
 - ①介護職（かいごしょく）は、Aさんの患側（かんそく）（右側（みぎがわ））半歩後方（はんぽこうほう）に位置（いち）します。患側（かんそく）の腕（うで）を支（ささ）え、もう一方（いっぽう）の手（て）は腰（こし）にそえて身体（しんたい）を支（ささ）えます。
 - ②T字杖（じづえ）の長（なが）さと安全（あんぜん）を点検（てんけん）します。
 - ③Aさんは最初（さいしょ）に杖（つえ）を左斜（ひだりなな）め前方（ぜんぽう）に出（だ）します。
 - ④次（つぎ）に患側（かんそく）の足（あし）を1歩前（いっぽまえ）に出（だ）します。
 - ⑤最後（さいご）に健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））の足（あし）を1歩前（いっぽまえ）に出（だ）します。
- AさんはT字杖（じづえ）を使（つか）って、階段（かいだん）を上（あ）がります。
 - ①介護職（かいごしょく）は、Aさんの患側（かんそく）（右側（みぎがわ））後方（こうほう）に位置（いち）します。患側（かんそく）の腕（うで）を支（ささ）え、もう一方（いっぽう）の手（て）は腰（こし）にそえて身体（しんたい）を支（ささ）

えます。

②Aさんは最初（さいしょ）に杖（つえ）を上段（じょうだん）につきます。

③次（つぎ）に健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））の足（あし）から階段（かいだん）を上（あ）がります。

④最後（さいご）に患側（かんそく）の足（あし）をそろえます。

●介護職（かいごしょく）は、気分（きぶん）が悪（わる）くないか確認（かくにん）をし、Aさんの健康状態（けんこうじょうたい）に配慮（はいりょ）します。

●AさんはT字杖（じづえ）を使（つか）って、階段（かいだん）を下（お）ります。

①介護職（かいごしょく）は、Aさんの患側（かんそく）（右側（みぎがわ））前方（ぜんぽう）に段（だん）をまたいで位置（いち）します。患側（かんそく）を支（さ）え、もう一方（いっぽう）の手（て）は腰（こし）にそえて身体（しんたい）を支（さ）えます。

②Aさんは最初（さいしょ）に杖（つえ）を下段（げだん）につきます。

③次（つぎ）に患側（かんそく）の足（あし）から階段（かいだん）を下（お）ります。

④最後（さいご）に健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））の足（あし）をそろえます。

■ 確認（かくにん）・評価（ひょうか）してみよう！

確認（かくにん）・評価項目（ひょうかこうもく）	CHECK
①Aさんに適切（てきせつ）な言葉（ことば）かけができましたか（念願（ねんがん）であったお参（まい）りができることに共感（きょうかん）する言葉（ことば）かけ、体調（たいちょう）や立位（りつい）になったときのふらつきの確認（かくにん）、これから行（おこな）う介助（かいじょ）の説明（せつめい）と同意（どうい）など）。	
②Aさんの健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））が活用（かつよう）できる位置（いち）に車（くるま）いすを準備（じゅんび）しましたか。	
③車（くるま）いすのブレーキをかけ、フットサポートを上（あ）げておきましたか。	
④Aさんの健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））上下肢（じょうかし）を活用（かつよう）して安全（あんぜん）に移乗（いじょう）できましたか。	
⑤砂利道（じゃりみち）での車（くるま）いす走行（そうこう）が安全（あんぜん）にできましたか。	
⑥車（くるま）いすで段差（だんさ）を安全（あんぜん）に越（こ）えることができましたか。	

⑦T字杖（じづえ）を使（つか）って、平地（へいち）を安全（あんぜん）に杖歩行（つえほこう）できましたか。	
⑧T字杖（じづえ）を使（つか）って、安全（あんぜん）に階段（かいだん）を上（あ）がることができましたか。	
⑨T字杖（じづえ）を使（つか）って、安全（あんぜん）に階段（かいだん）を下（お）りることができましたか。	
⑩全体（ぜんたい）を通（とお）してAさんの自立（じりつ）に配慮（はいりょ）した援助（えんじょ）ができましたか。	

第3巻 第3章 介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）の実践（じっせん）

事例（じれい）2 在宅（ざいたく）で終末期（しゅうまつき）を迎（むか）える高齢者（こうれいしゃ）と家族（かぞく）の生活支援（せいかつしえん）

●利用者（りようしゃ）のプロフィール

氏名（しめい）	Cさん
性別（せいべつ）	女性（じょせい）
年齢（ねんれい）	95歳（さい）
生活環境（せいかつかんきょう）	自宅（じたく）
要介護度（ようかいごど）	要介護（ようかいご）5
サービス利用開始年（りようかいしねん）・月（がつ）	○年（ねん）○月（がつ）
認知症高齢者（にんちしょうこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	Ⅲa（記憶障害（きおくしょうがい）や見当識障害（けんとうしきしょうがい）が時々（ときどき）あり、介助（かいじょ）が必要（ひつよう）です。）
障害高齢者（しょうがいこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	C2（1日中（いちにちじゅう）ベッドの上（うえ）で過（す）ごし、自分（じぶん）で寝返（ねがえ）りも打（う）てない状態（じょうたい）です。）

●家族構成（かぞくこうせい）と生活歴（せいかつれき）

▶ 幼少期（ようしょうき）から夫（おっと）の死亡（しぼう）まで
・実家（じっか）は商売（しょうばい）（お店（みせ）をやって品物（しなもの）を売（う）る仕事（しごと））を営（いとな）んでいました。 ・6人（ろくにん）きょうだいの長女（ちょうじょ）（いちばん上（うえ）の娘（むす

め)) で、家事 (かじ) をよく手伝 (てつだ) い、裁縫 (さいほう) (針 (はり) と糸 (いと) で服 (ふく) などをつくること) が好 (す) きで、こまめに行 (おこな) っていました。

・旧制 (きゅうせい) 高等女学校 (こうとうじょがっこう) (昔 (むかし) の女子 (じょし) の中学校 (ちゅうがっこう)) を卒業 (そつぎょう) しました。23 歳 (さい) のとき、公務員 (こうむいん) の夫 (おと) と結婚 (けっこん) し、二男一女 (になんいちじょ) (息子 (むすこ) 2 人 (ふたり) と娘 (むすめ) 1 人 (ひとり)) をもうけました。

・結婚後 (けっこんご) は専業主婦 (せんぎょうしゅふ) として家庭 (かてい) を支 (ささ) えました。

・畑 (はたけ) で旬 (しゅん) の野菜 (やさい) (その季節 (きせつ) にとれる野菜 (やさい)) を育 (そだ) てることを得意 (とくい) にしていたほか、料理 (りょうり) が上手 (じょうず) で、煮物 (にもの) (野菜 (やさい) や肉 (にく) を煮 (に) た料理 (りょうり)) は絶品 (ぜっぴん) (とてもおいしいこと) でした。

・長男 (ちょうなん) の結婚後 (けっこんご) 、長男夫婦 (ふうふ) とははじめから同居 (どうきょ) (いっしょに住 (す) むこと) していました。

・長男夫婦 (ふうふ) はともに公務員 (こうむいん) として働 (はたら) いていたこともあり、2 人 (ふたり) の孫 (まご) はずっと C さんにかわいがられていました。

・15 年前 (じゅうごねんまえ) 、C さんが 80 歳 (さい) のときに夫 (おと) が亡 (な) くなりました。

・そのあと、外出 (がいしゅつ) する機会 (きかい) も減 (へ) り、家族 (かぞく) から通所介護 (つうしょかいご) (デイサービス) の利用 (りよう) をすすめられましたが、乗 (の) り気 (き) ではなく、家 (いえ) で音楽 (おんがく) を聴 (き) いたり、庭 (にわ) に花 (はな) を育 (そだ) てたり、孫 (まご) とドライブをしたりして過 (す) ごしていました。

▶ この 1 年間 (いちねんかん) の様子 (ようす)

・昨年 (さくねん) の 1 月 (いちがつ) に脳梗塞 (のうこうそく) (脳 (のう) の血管 (けっかん) が詰まる病気 (びょうき)) を発症 (はっしょう) し、入院 (にゅういん) しました。右片麻痺 (みぎかたまひ) (右半身 (みぎはんしん) が動 (うご) にくい状態 (じょうたい)) と嚥下障害 (えんげしょうがい) (食 (た) べ物 (もの) や飲 (の) み物 (もの) をうまく飲 (の) みこめない状態 (じょうたい)) がみられました。

・4 月 (しがつ) に退院 (たいいん) しましたが、7 月 (しちがつ) にトイレで転倒 (てんとう) し、右大腿骨骨折 (みぎだいたいこつこっせつ) (右 (みぎ) のふとももの骨 (ほね) が折 (お) れること) 。手術後 (しゅじゅつご) 、10 月 (じゅうがつ) に退院 (たいいん) しました。

- ・骨折前（こっせつまえ）は、伝（つた）い歩（ある）き（壁（かべ）や家具（かぐ）につかまりながら歩（ある）くこと）をしていましたが、退院後（たいいんご）は寝（ね）たきりになりました。
- ・そのあと、12月（じゅうにがつ）に肺炎（はいえん）を発症（はっしょう）して再入院（さいにゅういん）しました。
- ・今年（ことし）の2月（にがつ）、前々（まえまえ）からCさんが「畳（たたみ）の上（うえ）で死（し）にたい」と言（い）っていたことや、自然（しぜん）な形（かたち）でCさんを介護（かいご）し、看取（みと）りたい（最期（さいご）まで世話（せわ）をしたい）という家族（かぞく）の希望（きぼう）で退院（たいいん）しました。
- ・要介護認定（ようかいごにんてい）を経（へ）て、訪問診療（ほうもんしんりょう）、訪問看護（ほうもんかんだ）、訪問介護（ほうもんかいご）（ホームヘルプサービス）、訪問入浴介護（ほうもんにゅうよくかいご）などのサービスを使（つか）いながら自宅（じたく）で生活（せいかつ）することになりました。

●今（いま）の状況（じょうきょう）

▶ 今（いま）の家族（かぞく）の状況（じょうきょう）

- ・長男夫婦（ふうふ）（ともに定年退職（ていねんたいしよく）（仕事（しごと）をやめること））と同居（どうきょ）しています。
- ・主（おも）な介護者（かいごしゃ）（介護（かいご）をする人（ひと））である長男（ちょうなん）の妻（つま）（62歳（さい））は介護（かいご）に積極的（せっきよくてき）で、「実（じつ）はおむつ交換（こうかん）がうまくできなくて……」「上手（じょうず）に食（た）べてもらえなくて……」と介護職（かいごしょく）に相談（そうだん）してきます。
- ・長男（ちょうなん）（66歳（さい））も、自分（じぶん）の妻（つま）が家事（かじ）をしているときは、Cさんのそばで話（はな）しかけたりしています。
- ・長男（ちょうなん）の子（こ）ども（Cさんの孫（まご））は、男（おとこ）の子（こ）1人（ひとり）（33歳（さい））と女（おんな）の子（こ）1人（ひとり）（28歳（さい））です。ともにCさんにかわいがられて育（そだ）ったためか、仕事（しごと）の行（い）き帰（かえ）りには、必（かならず）Cさんを見舞（みま）って声（こえ）をかけています。
- ・孫息子（まごむすこ）は体位変換（たいいへんかん）（寝（ね）ている人（ひと）の身体（からだ）の向（む）きを変（か）えること）を積極的（せっきよくてき）に行（おこな）っています。
- ・孫娘（まごむすめ）は、自分（じぶん）の母親（ははおや）の介護（かいご）の負担（ふたん）を軽（かる）くするため、家事（かじ）には協力的（きょうりよくてき）です。

- ・Cさんの長女（ちょうじょ）（63歳（さい））は同（おな）じ市内（しない）に、次男（じなん）は同（おな）じ県内（けんない）に住（す）んでいます。
- ・Cさんの長女（ちょうじょ）も長男（ちょうなん）の妻（つま）を気（き）づかい、息抜（いきぬ）き（疲（つか）れをいやすこと）のための外出（がいしゅつ）をすすめたり、腰痛（ようつう）の予防（よぼう）・緩和（かんわ）（やわらげること）のために湿布（しっぷ）を届（とど）けたりしています。
- ・Cさんの存在（そんざい）そのものが、家族（かぞく）のやすらぎ（心（こころ）が落（お）ち着（つ）くこと）になっています。

▶ 健康状態（けんこうじょうたい）

（1）一般状態（いっぱんじょうたい）

- ・体温（たいおん）：36.5～36.8℃
- ・呼吸（こきゅう）：16～18回／分（かい／ふん）
- ・脈拍（みゃくはく）：75～80回／分（かい／ふん）
- ・血圧（けつあつ）：130／85mmHg

（2）障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）

- ・脳梗塞（のうこうそく）の後遺症（こういしょう）（病気（びょうき）のあとに残（のこ）る症状（しょうじょう））として、右片麻痺（みぎかたまひ）、嚥下障害（えんげしょうがい）がみられます。

（3）今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）

- ・高血圧症（こうけつあつしょう）があり、血圧（けつあつ）を下（さ）げる薬（くすり）を朝食後（ちょうしょくご）に1錠（じょう）飲（の）んでいます。

（4）これまでの病気（びょうき）

- ・脳梗塞（のうこうそく）（昨年（さくねん）1月（いちがつ））、右大腿骨骨折（みぎだいたいこつこっせつ）（昨年（さくねん）7月（しちがつ））、肺炎（はいえん）（昨年（さくねん）12月（じゅうにがつ））

（5）視力（しりょく）

- ・年（とし）をとったことによる視力（しりょく）の低下（ていか）はありますが、日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）（こまること）はありません。

（6）聴力（ちょうりょく）

- ・年（とし）をとったことによる聴力（ちょうりょく）の低下（ていか）はありますが、日常生活（にちじょうせいかつ）に支障（ししょう）はありません。

▶ 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）

（1）移動（いどう）

- ・ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（うえ）で過（す）ごして

います。

- ・自分（じぶん）で寝返（ねがえ）りができないため、2時間（じかん）おきに体位変換（たいいへんかん）を行（おこな）っています。

- ・自宅内（じたくない）を移動（いどう）するときには、リクライニング型車（がたくる）いす（背（せ）もたれが倒（たお）せる車（くるま）いす）を使（つか）っています。

（2）身（み）じたく

- ・洗面（せんめん）（顔（かお）を洗（あら）うこと）などでは全介助（ぜんかいじょ）（全部（ぜんぶ）手伝（てつだ）うこと）が必要（ひつよう）です。

- ・毎朝（まいあさ）、長男（ちょうなん）の妻（つま）が髪（かみ）をとかしています。

- ・調子（ちょうし）のよいときは、孫娘（まごむすめ）が口紅（くちべに）をつけてくれます。

- ・「身（み）ぎれいにしておくことは女性（じょせい）としてのたしなみ（女性（じょせい）として大切（たいせつ）にすること）だ」と、いつも孫娘（まごむすめ）に言（い）っていました。

（3）食事（しょくじ）

- ・きざみ食（しょく）（食（た）べ物（もの）を細（こま）かくきざんだ食事（しょくじ））を全介助（ぜんかいじょ）で、2分（ぶん）の1（いち）程度（ていど）食（た）べます。

- ・嚥下障害（えんげしょうがい）があるので、食（た）べる量（りょう）は少（すく）ないです。

- ・吸（す）い飲（の）み（小（ちい）さな穴（あな）から少（すこ）しずつ飲（の）み物（もの）が出（で）る道具（どうぐ））を使（つか）って飲（の）み物（もの）を飲（の）んでいます。

- ・長男（ちょうなん）の妻（つま）は、食事（しょくじ）もできるだけ家族（かぞく）といっしょに食（た）べられるように配慮（はいりょ）（気（き）をくばること）しています。

- ・歯（は）はすべて自分（じぶん）の歯（は）で、口（くち）の中（なか）の清潔（せいけつ）は保（たも）たれています。

（4）排泄（はいせつ）

- ・尿意（にょうい）（おしっこをしたい感（かん）じ）や便意（べんい）（うんちをしたい感（かん）じ）はありません。

- ・紙（かみ）おむつをつけています。

- ・おむつ交換（こうかん）のたびに「はずかしい」「申（もう）し訳（わけ）ない」と言（い）っています。

- ・尿量（にょうりょう）（おしっこの量（りょう））は少（すく）ないです。

・訪問看護師（ほうもんかんどし）が週（しゅう）2回（にかい）、摘便（てきべん）（指（ゆび）でうんちを出（だ）すこと）を行（おこな）っています。

(5) 入浴（にゅうよく）・清潔保持（せいけつほじ）

・訪問入浴介護（ほうもんにゅうよくかいご）（家（いえ）まで来（き）てお風呂（ふろ）に入（はい）れてくれるサービス）を週（しゅう）1回（いっかい）使（つか）っています。

(6) 睡眠（すいみん）

・21時（じ）には眠（ねむ）っています。

・長男（ちょうなん）の妻（つま）が寝（ね）る前（まえ）に（23時（じ）ごろ）おむつを交換（こうかん）していますが、目（め）を覚（さ）ましてもすぐに眠（ねむ）ります。

・最近（さいきん）、昼間（ひるま）もうとうとする（少（すこ）し眠（ねむ）る）ことが多（おお）くなりました。

(7) コミュニケーション

・問（と）いかけにうまく発語（はつご）（声（こえ）を出（だ）すこと）できないときは、表情（ひょうじょう）で気持（きも）ちをあらわすなど、意思表示（いしひょうじ）（自分（じぶん）の考（かんが）えを伝（つた）えること）はできています。

・人物（じんぶつ）を特定（とくてい）したり（だれか分（わ）かること）、話（はな）しかけられた内容（ないよう）を聞（き）きとったりすることは十分（じゅうぶん）できます。

(8) サービスの利用状況（りようじょうきょう）

・訪問入浴介護（ほうもんにゅうよくかいご）（週（しゅう）1回（いっかい））

・訪問看護（ほうもんかんど）（週（しゅう）2回（にかい））

・訪問診療（ほうもんしんりょう）（週（しゅう）1回（いっかい））

・訪問介護（ほうもんかいご）（週（しゅう）5回（ごかい））

▶ 経済状況（けいざいじょうきょう）

・夫（おっと）の遺族年金（いぞくねんきん）（亡（な）くなった夫（おっと）からもらう年金（ねんきん））を1か月（いっかげつ）あたり25万円（まんえん）受給（じゅきゅう）（もらうこと）しています。

・介護保険料（かいごほけんりょう）、介護保険（かいごほけん）の自己負担分（じこふたんぶん）（自分（じぶん）が払（はら）う部分（ぶぶん））、紙（かみ）おむつ代（だい）などは長男夫婦（ふうふ）が払（はら）っています。

・長男夫婦（ふうふ）にとって、経済的（けいざいてき）に困（こま）った状況（じょうきょう）ではありません。

▶ 性格（せいかく）

- ・実家（じっか）が商売（しょうばい）を営（いとな）んでいたためか、子（こ）どものころからいつもニコニコしていました。
- ・高齢（こうれい）になった今（いま）でも、日（ひ）ごろからだれに対（たい）しても「ありがとう」と声（こえ）をかけています。

▶ 1日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）

- ・ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（うえ）で過（す）ごしています。
- ・気分（きぶん）のよいときは、ギャッチベッド（背（せ）もたれを上（あ）げ下（さ）げできるベッド）の頭部側（とうぶがわ）を起（お）こして、窓越（まどご）しに庭（にわ）の花（はな）を見（み）たり、歌（うた）を聴（き）いたりしています（美空（みそら）ひばりの歌（うた）が好（す）きです）。
- ・居間（いま）に隣接（りんせつ）する（となりにある）部屋（へや）にベッドがあるため、家族（かぞく）からいつも声（こえ）をかけられています。

▶ Cさんや家族（かぞく）などの思（おも）い

- ・Cさん：「自分（じぶん）らしく人生（じんせい）をまっとうできるように（最後（さいご）までしっかり生（い）きること）」という思（おも）いがあり、なかでも、口（くち）から食（た）べることに對（たい）して強（つよ）い思（おも）いをもってしています。また、「病院（びょういん）ではなく、畳（たたみ）の上（うえ）で死（し）にたい。私（わたし）が笑顔（えがお）だと、みんなが元気（げんき）になると、亡（な）き夫（おっと）（亡（な）くなった夫（おっと））がよく言（い）ってくれていた。これは私（わたし）への夫（おっと）からの遺言（ゆいごん）（亡（な）くなる前（まえ）に残（のこ）した言葉（ことば））だ」と頻繁（ひんぱん）に（よく）口（くち）にしています。
- ・主（おも）な介護者（かいごしゃ）である長男（ちょうなん）の妻（つま）：「お義母（かあ）さんには今（いま）まで、いろいろとよくしてもらったから、恩返（おんがえ）し（してもらったことのお返（かえ）し）したい。でも、不安（ふあん）はある」と思（おも）っています。
- ・料理（りょうり）が上手（じょうず）で、煮物（にもの）は絶品（ぜっぴん）と言（い）われていたこともあり、つくれない今（いま）の状況（じょうきょう）がつらいようで、「何（なに）もできない」「申（もう）し訳（わけ）ない」とよく言（い）います。
- ・「以前（いぜん）のように孫（まご）と外出（がいしゅつ）したい」という思（おも）いがありますが、今（いま）の状態（じょうたい）ではむずかしいということもよ

くわかっています。

・エアマット（中（なか）に空気（くうき）が入（はい）った床（とこ）ずれを防（ふせ）ぐマット）を導入（どうにゅう）しようとしたが、Cさんが「寝心地（ねごこち）（寝（ね）たときの感（かん）じ）が悪（わる）い」とのことで使（つか）っていません。

・「最期（さいご）まで自分（じぶん）の口（くち）から食（た）べたい」という強（つよ）い思（おも）いがあるにもかかわらず、右片麻痺（みぎかたまひ）にともなう利（き）き手交換訓練（てこうかんくんれん）（麻痺（まひ）したほうの手（て）の代（か）わりに、もう片方（かたほう）の手（て）を使（つか）えるようにする練習（れんしゅう））ができていないため、食（た）べさせてもらっていることに「申（もう）し訳（わけ）ない」と思（おも）っています。

・茶道（さどう）の師範（しはん）（お茶（ちゃ）の先生（せんせい））としてお点前（てまえ）（お茶（ちゃ）をたてること）をしていたこともあり、「抹茶（まっちゃ）が飲（の）みたい」という思（おも）いがあります。

・排泄（はいせつ）について：「はずかしい」「もうおしまい」「はじめて嫁（よめ）（息子（むすこ）の妻（つま））におむつを交換（こうかん）してもらったときは涙（なみだ）が出（で）た」と言（い）っています。

・「できるだけおむつ交換（こうかん）の回数（かいすう）を減（へ）らしたい」という思（おも）いがあります。

・「朝（あさ）、洗面所（せんめんじょ）で顔（かお）を洗（あら）いたい」と思（おも）っています。「でも、迷惑（めいわく）をかけられないので、家族（かぞく）には言（い）えない」でいます。

・「よく寝（ね）ていますよ」「眠（ねむ）っているあいだに死（し）ねたらいいね」と言（い）っています。

・時間（じかん）はかかりますが伝（つた）えたいことは伝（つた）えられます。しかし、「今（いま）の状況（じょうきょう）はもどかしい（思（おも）いどおりにならず、いらいらする）」「うまく言葉（ことば）が出（で）てこないのはつらい」と言（い）っています。

・「庭（にわ）に出（で）て花（はな）を摘（つ）みたい」ようで、「花（はな）はいいね、気持（きも）ちがやすらぐ（落（お）ち着（つ）く）」と言（い）っています。

・歌（うた）を聴（き）いているとき、「歌（うた）は私（わたし）を元気（げんき）にしてくれる」と言（い）っています。

・「夫（おっと）の遺族年金（いぞくねんきん）があることは大（おお）いに助（たす）かっている」と言（い）っています。

・Cさんの長女（ちょうじょ）が気軽（きがる）に（気（き）にしないで）会（あ）いに来（き）てくれるのは、「嫁（よめ）がよい人（ひと）だからだ。長男（ちょうなん）にはもったいない人（ひと）だ」と思（おも）っています。

- ・生活環境（せいかつかんきょう）に対（たい）しては「とくに不満（ふまん）はない」と言（い）っています。
- ・訪問入浴介護（ほうもんにゆうよくかいご）を週（しゅう）1回（いっかい）使（つか）っていることから、「家（いえ）でお風呂（ふろ）に入（はい）ることができてうれしい」「お風呂（ふろ）に入（はい）ったあとは気持（きも）ちがいい」と思（おも）っています。

▶ 最近（さいきん）の様子（ようす）

- ・身（み）じたく、食事（しょくじ）、排泄（はいせつ）などの場面（ばめん）で、できることは自分（じぶん）なりに行（おこな）おうとしています。
- ・「何（なに）もできない」「申（もう）し訳（わけ）ない」とよく言（い）いますが、何（なん）とかできることはしたいと一生懸命（いっしょうけんめい）です。

● Cさんのフェイスシート

氏名（しめい）	Cさん
性別（せいべつ）	女性（じょせい）
年齢（ねんれい）	95歳（さい）
サービス利用開始年（りようかいしねん）・月（がつ）	○年（ねん）○月（がつ）
サービス利用（りよう）になった理由（りゆう）	昨年（さくねん）の1月（いちがつ）に脳梗塞（のうこうそく）を発症（はっしょう）し、入院（にゅういん）。右片麻痺（みぎかたまひ）、嚥下障害（えんげしょうがい）がみられました。4月（しがつ）に退院（たいいん）しましたが、7月（しちがつ）にトイレで転倒（てんとう）し、右大腿骨骨折（みぎだいたいこっこっせつ）。手術後（しゅじゅつご）、10月（じゅうがつ）に退院（たいいん）。骨折前（こっせつまえ）は伝（つた）い歩（ある）きをしていましたが、退院後（たいいんど）は寝（ね）たきりになりました。そのあと、12月（じゅうにがつ）に肺炎（はいえん）を発症（はっしょう）して再入院（さいにゅういん）しました。今年（ことし）の2月（にがつ）、前々（まえまえ）からCさんが「畳（たたみ）の上（うえ）で死（し）にたい」と言（い）っていたことや、自然（しぜん）な形（かたち）でCさんを介護（かいご）し、看取

	(みと) りたいという家族(かぞく)の希望(きぼう)で退院(たいいん)しました。要介護認定(ようかいごにんてい)を経(へ)て、訪問診療(ほうもんしんりょう)、訪問看護(ほうもんかんご)、訪問介護(ほうもんかいご)、訪問入浴介護(ほうもんにゅうよくかいご)などのサービスを使(つか)いながら自宅(じたく)で生活(せいかつ)することになりました。
家族(かぞく)	長男夫婦(ふうふ)(ともに定年退職(ていねんたいしょく))と同居(どうきょ)しています。主(おも)な介護者(かいごしゃ)である長男(ちょうなん)の妻(つま)(62歳(さい))は介護(かいご)に積極的(せっきよくてき)で、「実(じつ)はおむつ交換(こうかん)がうまくできなくて……」「上手(じょうず)に食(た)べてもらえなくて……」と介護職(かいごしょく)に相談(そうだん)してきます。長男(ちょうなん)(66歳(さい))も、自分(じぶん)の妻(つま)が家事(かじ)をしているときは、Cさんのそばで話(はな)しかけたりしています。長男(ちょうなん)の子(こ)ども(Cさんの孫(まご))は、男(おとこ)の子(こ)1人(ひとり)(33歳(さい))と女(おんな)の子(こ)1人(ひとり)(28歳(さい))です。ともにCさんにかわいがられて育(そだ)ったためか、仕事(しごと)の行(い)き帰(かえ)りには、必(かなら)ずCさんを見舞(みま)って声(こえ)をかけています。孫息子(まごむすこ)は体位変換(たいいへんかん)を積極的(せっきよくてき)に行(おこな)っています。孫娘(まごむすめ)は、自分(じぶん)の母親(ははおや)の介護(かいご)の負担(ふたん)を軽(かる)くするため、家事(かじ)には協力的(きょうりよくてき)です。Cさんの長女(ちょうじょ)(63歳(さい))は同(おな)じ市内(しない)に、次男(じなん)は同(おな)じ県内(けんない)に住(す)んでいます。Cさんの長女(ちょうじょ)も長男(ちょうなん)の妻(つま)を気(き)づかい、息抜(いきぬ)きのための外出(がいしゅつ)をすすめたり、腰痛(ようつう)の予防(よぼう)・緩和(かんわ)のために湿布(しつぷ)を届(とど)けたりしています。
キーパーソン(中心(ちゅうしん)になる人(ひと))	長男(ちょうなん)の妻(つま)

と))	
サービス利用前 (りようまえ) の生活状況 (せいかつじょうきょう)	実家 (じっか) は商売 (しょうばい) を営 (いとな) んでいました。6 人 (ろくにん) きょうだいの長女 (ちょうじょ) で、家事 (かじ) をよく手伝 (てつだ) い、裁縫 (さいほう) が好 (す) きでこまめに行 (おこな) っていました。旧制 (きゅうせい) 高等女学校 (こうとうじょがっこう) を卒業 (そつぎょう) しました。23 歳 (さい) のとき公務員 (こうむいん) の夫 (おっと) と結婚 (けっこん) し、二男一女 (になんいちじょ) をもうけました。専業主婦 (せんぎょうしゅふ) として家庭 (かてい) を支 (さ) さえ、畑 (はたけ) で旬 (しゅん) の野菜 (やさい) を育 (そだ) てることを得意 (とくい) にしていたほか、料理 (りょうり) が上手 (じょうず) で、煮物 (にもの) は絶品 (ぜっぴん) でした。長男 (ちょうなん) の結婚後 (けっこんご)、長男夫婦 (ふうふ) とははじめから同居 (どうきょ) していました。15 年前 (じゅうごねんまえ)、C さんが 80 歳 (さい) のときに夫 (おっと) が亡 (な) くなりました。そのあと、外出 (がいしゅつ) する機会 (きかい) も減 (へ) り、家族 (かぞく) から通所介護 (つうしょかいご) の利用 (りよう) をすすめられましたが、乗 (の) り気 (き) ではなく、家 (いえ) で音楽 (おんがく) を聴 (き) いたり、庭 (にわ) に花 (はな) を育 (そだ) てたり、孫 (まご) とドライブをしたりして過 (す) ぎしていました。
サービス利用 (りよう) での本人 (ほんにん) ・家族 (かぞく) の要望 (ようぼう) (希望 (きぼう))	C さんの要望 (ようぼう) : 自分 (じぶん) らしく人生 (じんせい) をまっとうできるようにしたい。口 (くち) から食 (た) べたい、病院 (びょういん) ではなく、畳 (たたみ) の上 (うえ) で死 (し) にたい。長男 (ちょうなん) の妻 (つま) の要望 (ようぼう) : お義母 (かあ) さんには今 (いま) まで、いろいろとよくしてもらったから、恩返 (おんがえ) ししたい。でも、不安 (ふあん) はある。
その他 (た)	—

● C さんのアセスメント表 (ひょう) (1)

1. 心身 (しんしん) の状況 (じょうきょう) (心身機能 (しんしんきのう) ・身体構造 (しんたいこうぞう) / 健康状態 (けんこうじょうたい))

番号 (ばんごう)	項目 (こうもく)	今 (いま) の状況 (じょうきょう)
1	要介護状態区分 (ようかいごじょうたいくぶん) / 障害程度等級 (しょうがいていどうきゅう)	要介護 (ようかいご) 5
2	認知症高齢者 (にんちしょうこうれいしゃ) の日常生活自立度 (にちじょうせいかつじりつど)	認知症高齢者 (にんちしょうこうれいしゃ) の日常生活自立度 (にちじょうせいかつじりつど) : IIIa
3	障害 (しょうがい) の状況 (じょうきょう) (身体 (しんたい) ・知的 (ちてき) ・精神 (せいしん))	障害高齢者 (しょうがいこうれいしゃ) の日常生活自立度 (にちじょうせいかつじりつど) : C2 脳梗塞 (のうこうそく) の後遺症 (こういしょう) (右片麻痺 (みぎかたまひ) 、嚥下障害 (えんげしょうがい))
4	今 (いま) の主 (おも) な病気 (びょうき)	高血圧症 (こうけつあつしょう)
5	服薬 (ふくやく) (飲 (の) んでいる薬 (くすり))	血圧 (けつあつ) を下 (さ) げる薬 (くすり) (朝食後 (ちょうしょくご) に1錠 (じょう) 飲 (の) む)
6	既往歴 (きおうれき) (これまでにかかった病気 (びょうき))	脳梗塞 (のうこうそく) (昨年 (さくねん) 1月 (いちがつ)) 、右大腿骨骨折 (みぎだいたいこつこっせつ) (昨年 (さくねん) 7月 (しちがつ)) 、肺炎 (はいえん) (昨年 (さくねん) 12月 (じゅうにがつ))
7	平常時 (へいじょうじ) のバイタルサイン	体温 (たいおん) : 36.5~36.8℃、呼吸 (こきゅう) : 16~18回/分、脈拍 (みゃくはく) : 75~80回/分、血圧 (けつあつ) : 130/85mmHg
8	その他 (た)	視力 (しりょく) 、聴力 (ちょうりょく) : どちらも年 (とし) をとったことによる低下 (ていか) はありますが、日常生活 (にちじょうせいかつ) に問題 (もんだい) はありません。

2. 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）（活動（かつどう））

番号 （ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
9	家事（かじ）	今（いま）は行（おこな）っていません。	「何（なに）もできない」「申（もう）し訳（わけ）ない」とよく言（い）います。料理（りょうり）が上手（じょうず）で、煮物（にもの）は絶品（ぜっぴん）と言（い）われていたこともあり、つくれない今（いま）の状況（じょうきょう）がつらいです。
10	移動（いどう）	ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（うえ）で過（す）ごしています。自分（じぶん）で寝返（ねがえ）りができないため、2時間（じかん）おきに体位変換（たいいへんかん）を行（おこな）っています。自宅内（じたくない）を移動（いどう）するときには、リクライニング型車（がたくる）いすを使（つか）っています。	「以前（いぜん）のように孫（まご）と外出（がいしゅつ）したい」という思（おも）いがありますが、今（いま）の状態（じょうたい）ではむずかしいということもよくわかっています。
11	身（み）じたく	洗面（せんめん）などでは全介助（ぜんかいじょ）が必要（ひつよう）です。毎朝（まいあさ）、長男（ちょうなん）の妻（つま）が髪（かみ）をとかしています。調子（ちょうし）のよいときは、孫娘（まごむすめ）が口紅（くちべに）をつけてくれます。	「身（み）ぎれいにしておくことは女性（じょせい）としてのたしなみだ」と、いつも孫娘（まごむすめ）に言（い）っていました。「朝（あさ）、洗面所（せんめんじょ）で顔（かお）を洗（あら）いたい。でも、迷惑（めいわく）をかけられないので、家族（かぞく）には言（い）えない」でいます。
12	食事（しょく）	きざみ食（しょく）を全介助	「最期（さいご）まで自分（じ

	くじ)	(ぜんかいじょ) で、2分(ぶん) の1(いち) 程度(ていど) 食(た) べます。嚥下障害(えんげしょうがい) があるので、食(た) べる量(りょう) は少(すく) ないです。吸(す) い飲(の) みを使(つか) って飲(の) み物(もの) を飲(の) んでいます。長男(ちやうなん) の妻(つま) は、食事(しょくじ) もできるだけ家族(かぞく) といっしょに食(た) べられるように配慮(はいりょ) しています。歯(は) はすべて自分(じぶん) の歯(は) で、口(くち) の中(なか) の清潔(せいけつ) は保(たも) たれています。	ぶん) の口(くち) から食(た) べたい」という強(つよ) い思(おも) いがあるにもかかわらず、右片麻痺(みぎかたまひ) にともなう利(き) き手交換訓練(てこうかんくんれん) ができていないため、食(た) べさせてもらっていることに「申(もう) し訳(わけ) ない」と思(おも) っています。また、茶道(さどう) の師範(しはん) としてお点前(てまえ) をしていたこともあり、「抹茶(まっちゃ) が飲(の) みたい」という思(おも) いがあります。
13	排泄(はいせつ)	尿意(にようい) や便意(べんい) はありません。紙(かみ) おむつをつけています。おむつ交換(こうかん) のたびに「はずかしい」「申(もう) し訳(わけ) ない」と言(い) っています。尿量(にようりょう) は少(すく) ないです。訪問看護師(ほうもんかんごし) が週(しゅう) 2回(にかい) 、摘便(てきべん) を行(おこな) っています。	「はずかしい」「もうおしまい」「はじめて嫁(よめ) におむつを交換(こうかん) してもらったときは涙(なみだ) が出(で) た」と言(い) っています。また、「できるだけおむつ交換(こうかん) の回数(かいすう) を減(へ) らしたい」という思(おも) いがあります。
14	入浴(にゆうよく) ・清潔保持(せいけつほじ)	訪問入浴介護(ほうもんにゆうよくかいご) を週(しゅう) 1回(いっかい) 使(つか) っています。	「家(いえ) でお風呂(ふろ) に入(はい) ることができうれしい」「お風呂(ふろ) に入(はい) ったあとは気持ち(きもち) がいい」と思(おも) っています。
15	睡眠(すい)	21時(じ) には眠(ねむ) っています。	「よく寝(ね) ていますよ」

	みんな)	います。長男（ちょうなん）の妻（つま）が寝（ね）る前（まえ）に（23時（じ）ごろ）おむつを交換（こうかん）していますが、目（め）を覚（さ）してもすぐに眠（ねむ）ります。最近（さいきん）、昼間（ひるま）もうとうとすることが多（おお）くなりました。	「眠（ねむ）っているあいだに死（し）ねたらいいね」と言（い）っています。
16	コミュニケーション	問（と）いかけにうまく発語（はつご）できないときは、表情（ひょうじょう）で気持ち（きもち）をあらわすなど、意思表示（いしひょうじ）はできています。人物（じんぶつ）を特定（とくてい）したり、話（はな）しかけられた内容（ないよう）を聞（き）きとったりすることは十分（じゅうぶん）できます。	時間（じかん）はかかりますが伝（つた）えたいことは伝（つた）えられます。しかし、「今（いま）の状況（じょうきょう）はもどかしい」「うまく言葉（ことば）が出（で）てこないのはつらい」と言（い）っています。

3. 豊（ゆた）かさ（参加（さんか））

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
17	意欲（いよく）・生（い）きがい	身（み）じたく、食事（しょくじ）、排泄（はいせつ）などの場面（ばめん）で、できることは自分（じぶん）なりに行（おこな）おうとしています。	「何（なに）もできない」「申（もう）し訳（わけ）ない」とよく言（い）います。しかし、何（なん）とかできることはしたいと一生懸命（いっしょうけんめい）です。
18	余暇（よか）の過（す）ごし方（かた）	ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（う）えで過（す）ごしています。気分（きぶん）のよいときは、ギャッチベッドの頭部側（とうぶがわ）	「庭（にわ）に出（で）て花（はな）を摘（つ）みたい」ように、 「花（はな）はいいね、気持ち（きもち）ちがやすらぐ」と言（い）っています。また、歌

		ぶがわ)を起(お)こして窓越(まどご)しに庭(にわ)の花(はな)を見(み)たり、歌(うた)を聴(き)いたりしています(美空(みそら)ひばりの歌(うた)が好(す)きです)。	(うた)を聴(き)いているとき、「歌(うた)は私(わたし)を元気(げんき)にしてくれる」と言(い)っています。
19	役割(やくわり)(家庭(かてい)／社会(しゃかい))	Cさんの存在(そんざい)そのものが、家族(かぞく)のやすらぎになっています。	—
20	その他(た)	—	—

4. 環境(かんきょう)(環境因子(かんきょういんし))

番号(ばんごう)	項目(こうもく)	今(いま)の状況(じょうきょう)	本人(ほんにん)の思(おも)い
21	生活環境(せいかつかんきょう)	居間(いま)に隣接(りんせつ)する部屋(へや)にベッドがあり、そこで寝(ね)ています。	「とくに不満(ふまん)はない」と言(い)っています。
22	生活(せいかつ)に必要な(ひつよう)な用具(ようぐ)	ギャッチベッド、リクライニング型車(がたくる)いす、紙(かみ)おむつを使(つか)っています。	エアマットを導入(どうにゅう)しようとしたが、Cさんが「寝心地(ねごち)が悪(わる)い」とのことで使(つか)っていません。
23	経済状況(けいざいじょうきょう)	夫(おっと)の遺族年金(いぞくねんきん)(1か月(いっかげつ)あたり25万円(まんえん))を受給(じゅきゅう)しています。介護保険料(かいごほけんりょう)、介護保険(か	「夫(おっと)の遺族年金(いぞくねんきん)があることは大(おお)いに助(たす)かっている」と言(い)っています。

		いごほけん)の自己負担分(じこふたんぶん)、紙(かみ)おむつ代(だい)などは長男夫婦(ふうふ)が払(はら)っています。長男夫婦(ふうふ)にとって、経済的(けいざいてき)に困(こま)った状況(じょうきょう)ではありません。	
24	家族関係 (かぞくかんけい)	長男夫婦(ふうふ)と同居(どうきょ)しています。主(おも)な介護者(かいごしゃ)は長男(ちょうなん)の妻(つま)です。長男(ちょうなん)の妻(つま)は介護(かいご)に積極的(せっきよくてき)で、「実(じつ)はおむつ交換(こうかん)がうまくできなくて……」「上手(じょうず)に食(た)べてもらえなくて……」と介護職(かいごしょく)に相談(そうだん)してきます。長男夫婦(ふうふ)には2人(ふたり)の子(こ)ども(Cさんの孫(まご))がおり、ともにCさんにかわいがられて育(そだ)ったためか、仕事(しごと)の行(い)き帰(かえ)りには、必(かなら)ずCさんを見舞(みま)って声(こえ)をかけています。また、Cさんの長女(ちょうじょ)は同(おな)じ市内(しな)いに、次男(じなん)は同(おな)じ県内(けんない)に住(す)んでいます。Cさんの長女(ちょうじょ)も長男(ちょうなん)の妻(つま)を気(き)づかい、息抜(いきぬ)	「長女(ちょうじょ)が気軽(きがる)に会(あ)いに来(き)てくれるのは、嫁(よめ)がよい人(ひと)だからだ。長男(ちょうなん)にはもったいない人(ひと)だ」と思(おも)っています。

		きのための外出（がいしゅつ）をすすめたり、腰痛（ようつう）の予防（よぼう）・緩和（かんわ）のために湿布（しつぷ）を届（とど）けたりしています。	
25	サービス（制度（せいど））の利用状況（りようじょうきょう）	①訪問入浴介護（ほうもんにゅうよくかいご）（週（しゅう）1回（いっかい））、②訪問看護（ほうもんかんご）（週（しゅう）2回（にかい））、③訪問診療（ほうもんしんりょう）（週（しゅう）1回（いっかい））、④訪問介護（ほうもんかいご）（週（しゅう）5回（ごかい））	—
26	その他（た）	—	—

5. その他（た）（個人因子（こじんいんし））

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）
27	価値観（かちかん）・習慣（しゅうかん）	「自分（じぶん）らしく人生（じんせい）をまっとうできるように」という思（おも）いがあり、なかでも、口（くち）から食（た）べることに對（たい）して強（つよ）い思（おも）いをもっています。また、「病院（びょういん）ではなく、畳（たたみ）の上（うえ）で死（し）にたい。私（わたし）が笑顔（えがお）だと、みんなが元気（げんき）になると、亡（な）き夫（おっと）がよく言（い）ってくれていた。これは私（わたし）への夫（おっと）からの遺言（ゆいごん）だ」と頻繁（ひんぱん）に口（くち）にしています。
28	性格（せいかく）（個性）	実家（じっか）が商売（しょうばい）を営（いと

	(こせい)	な) んでいたためか、子(こ) どものころからいつもニコニコしていました。また、高齢(こうれい) になった今(いま) でも、日(ひ) ごろからだれに対(たい) しても「ありがとう」と声(こえ) をかけています。
29	生活歴(せいかつれき) ・出身地(しゅっしんち)	実家(じっか) は商売(しょうばい) を営(いと) んでいた。6人(ろくにん) きょうだいの長女(ちょうじょ) で、家事(かじ) をよく手伝(てつだ) い、裁縫(さいほう) が好(す) きでこまめに行(おこな) っていました。旧制(きゅうせい) 高等女学校(こうとうじょがっこう) を卒業(そつぎょう) し、23歳(さい) のとき公務員(こうむいん) の夫(おっと) と結婚(けっこん) しました。専業主婦(せんぎょうしゅふ) として家庭(かてい) を支(ささ) え、畑(はたけ) で旬(しゅん) の野菜(やさい) を育(そだ) てることを得意(とくい) にしていたほか、料理(りょうり) が上手(じょうず) で、煮物(にもの) は絶品(ぜっぴん) でした。長男(ちょうなん) の結婚後(けっこんご) 、長男夫婦(ふうふ) とははじめから同居(どうきょ) (どうきょ) 。15年前(じゅうごねんまえ) 、Cさんが80歳(さい) のときに夫(おっと) が亡(な) くなりました。そのあと、外出(がいしゅつ) する機会(きかい) も減(へ) り、家族(かぞく) から通所介護(つうしょかいご) の利用(りよう) をすすめられましたが、乗(の) り気(き) ではなく、家(いえ) で音楽(おんがく) を聴(き) いたり、庭(にわ) に花(はな) を育(そだ) てたり、孫(まご) とドライブをしたりして過(す) していました。
30	特技(とくぎ)	家事(かじ) をよく手伝(てつだ) い、裁縫(さいほう) が好(す) きでこまめに行(おこな) っていました。畑(はたけ) で旬(しゅん) の野菜(やさい) を育(そだ) てるのを得意(とくい) にしていたほか、料理(りょうり) が上手(じょうず) で、煮物(にもの) は絶品(ぜっぴん) でした。また、茶道(さどう) の師範(しはん) としてお点前(てまえ) をしていたこともありました。

31	1日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）	ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（うえ）で過（す）ごしていますが、気分（きぶん）のよいときは、ギャッチベッドの頭部（とうぶ）を起（お）こして窓越（まどご）しに庭（にわ）の花（はな）を見（み）たり、歌（うた）を聴（き）いたりしています（美空（みそら）ひばりの歌（うた）が好（す）きです）。また、居間（いま）に隣接（りんせつ）する部屋（へや）にベッドがあるため、家族（かぞく）からいつも声（こえ）をかけられています。
32	その他（た）	—

●Cさんのアセスメント表（ひょう）(2)

アセスメント項目 番号（こうもくばんごう）	情報（じょうほう）の解釈（かいしゃく）・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）	課題（かだい）	優先順位（ゆうせんじゅんい）
12, 13, 17, 24, 27, 30	Cさんには「自分（じぶん）らしく人生（じんせい）をまっとうできるように」という思（おも）いがあり、なかでも、口（くち）から食（た）べることに對（たい）して強（つよ）い思（おも）いをもっています。この思（おも）いは家族（かぞく）である長男（ちやうなん）の妻（つま）も同（おな）じであり、主（おも）な介護者（かいごしゃ）である長男（ちやうなん）の妻（つま）も積極的（せっきよくてき）に介護（かいご）にかかわっており、できるだけ食事（しょくじ）を家族（かぞく）といっしょに食（た）べられるように配慮（はいりょ）しているほか、「上手（じょうず）に食（た）べてもらえなくて……」と	「最期（さいご）まで自分（じぶん）の口（くち）から食（た）べたい」という強（つよ）い思（おも）いがあるにもかかわらず、食事形態（しょくじけいたい）がきざみ食（しょく）であったり、嚥下障害（えんげしょうがい）があったりするために、食（た）べる量（りょう）が少（すく）なくなっています。少（すこ）しずつでも安全（あんぜん）に食（た）べて、水分（すいぶん）をとることが必要（ひつよう）です。	①

	介護職（かいごしょく）に相談（そうだん）してきています。今（いま）、Cさんは、きざみ食（しょく）を全介助（ぜんかいじょ）で、2分（ぶん）の1（いち）程度（ていど）食（た）べています。嚥下障害（えんげしょうがい）があるので、食（た）べる量（りょう）は少（すく）ないです。なお、尿量（にょうりょう）が少（すく）ないことから、水分（すいぶん）の摂取量（せっしゅりょう）（とる量（りょう））が少（すく）ないのではないかと考（かんが）えられます。		
10, 13, 17, 24	Cさんは、排泄（はいせつ）の場面（ばめん）で、できることは自分（じぶん）なりに行（おこな）おうとする意欲（いよく）もあります。この思（おも）いは家族（かぞく）も同（おな）じです。ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（うえ）で過（す）ごしていることに加（くわ）えて、尿意（にょうい）はないために、紙（かみ）おむつをつけています。Cさんはおむつ交換（こうかん）のたびに「はずかしい」「申（もう）し訳（わけ）ない」と言（い）っており、できるだけおむつ交換（こうかん）の回数（かいすう）を減（へ）らしたいと思（おも）っています。また、主（おも）な介護者（かいごしゃ）である長男（ちょうなん）の妻（つま）は「実（じつ）はおむつ交換（こうかん）がうまくできな	長男（ちょうなん）の妻（つま）が自信（じしん）をもっておむつ交換（こうかん）ができ、Cさんが気兼（きが）ねする（遠慮（えんりょ）する）ことなく今（いま）の状況（じょうきょう）を受（う）け入（い）れることが必要（ひつよう）です。	②

	くて……」と介護職（かいごしょく）に相談（そうだん）してきています。		
10, 11, 17	Cさんには「身（み）ぎれいにしておくことは女性（じょせい）としてのたしなみだ」との意識（いしき）があるほか、「朝（あさ）、洗面所（せんめんじょ）で顔（かお）を洗（あら）いたい。でも、迷惑（めいわく）をかけられないので、家族（かぞく）には言（い）えない」との思（おも）いがあります。また、身（み）じたくの場面（ばめん）で、できることは自分（じぶん）なりに行（おこな）おうとする意欲（いよく）もあります。しかし、ほぼ寝（ね）たきりの状態（じょうたい）で、ベッドの上（うえ）で過（す）ごしているため、洗面（せんめん）などでは全介助（ぜんかいじょ）が必要（ひつよう）です。	「いつも身（み）ぎれいにしたい」との思（おも）いがありますが、洗面（せんめん）などの身（み）じたくには介助（かいじょ）が必要（ひつよう）です。	④
10, 12, 14, 22	Cさんは自分（じぶん）で寝返（ねがえ）りができないため、2時間（じかん）おきに体位変換（たいいへんかん）を行（おこな）っています。訪問入浴介護（ほうもんにゆうよくかいご）は週（しゅう）1回（いっかい）に限（かぎ）られているほか、食事（しょくじ）の摂取量（せっしゅりょう）も限（かぎ）られていることから、褥瘡（じょくそう）（床（とこ）ずれ：長（なが）く同（おな）じ姿勢（しせい）で寝（ね）ていることで皮膚（ひふ）に傷（きず）ができること）の発	褥瘡（じょくそう）を予防（よぼう）するために、清潔（せいけつ）に配慮（はいりょ）し、適切（てきせつ）な福祉用具（ふくしいうぐ）（介護（かいご）で使（つか）う道具（どうぐ））を使（つか）う必要（ひつよう）があります。	③

	生（はっせい）が心配（しんぱい）されます。なお、エアマットは、「寝心地（ねごち）が悪（わる）い」との理由（りゆう）で使（つか）っていません。		
--	--	--	--

●Cさんの訪問介護計画書（ほうもんかいごけいかくしょ）

氏名（しめい）：Cさん

長期目標（ちょうきもくひょう）（期間（きかん）：6か月（ろっかげつ））
最期（さいご）まで口（くち）から食（た）べて、身（み）ぎれいに、家族（かぞく）に見守（みまも）られて笑顔（えがお）で生活（せいかつ）できる。

課題（かだい）	短期目標（たんきもくひょう）	期間（きかん）	具体的（ぐたいてき）な援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）	頻度（ひんど）
①「最期（さいご）まで自分（じぶん）の口（くち）から食（た）べたい」という強（つよ）い思（おも）いがあるにもかかわらず、食事形態（しょくじけい）がきざみ食（しょく）であったり、嚥下障害（えんげしょうがい）があったりするために、食（た）べる量（りょう）が少（すく）なくなっています。少（すこ）しずつでも安全（あんぜん）に食（た）べて、水分（すいぶん）をとることが必要（ひつよう）です。	おいしくて、飲（の）みこみやすい食事（しょくじ）を食（た）べることができる。	1か月（いっかげつ）	①調理（ちょうり）と食事（しょくじ）の介助（かいじょ） 市販（しはん）の高齢者（こうれいしゃ）ソフト食（しょく）（やわらかく食（た）べやすつくつられた食事（しょくじ））を使（つか）ったり、きざみ食（しょく）はなくとろみをつける（ねばりを出（だ）してとろっとさせる）といった調理（ちょうり）の工夫（くふう）をしたりして、飲（の）みこみやすい食事（しょくじ）にします。なお、褥瘡予防（じよくそうよぼう）の観点（かんてん）から、できるだけ栄養（えいよう）のバランスも考（かん）がえます。食事（しょくじ）の介助（かいじょ）のときは、健側（けんそく）（動（うご）かしやすい左側（ひだりがわ））の	訪問時（ほうもんじ）

			口角（こうかく）（くちのはし）から差（さ）し出（だ）し、口（くち）に入（い）れてもらうようにします。 ②水分補給（すいぶんほきゅう）の介助（かいじょ） 吸（す）い飲（の）みのように、小（ちい）さな穴（あな）のあいたふたをつけて、飲（の）み物（もの）が少（すこ）しずつ出（で）てくる工夫（くふう）をして、飲（の）みこみやすいようにし、水分（すいぶん）をとるようにすすめます。	
②長男（ちょうなん）の妻（つま）が自信（じしん）をもっておむつ交換（こうかん）ができ、Cさんが気兼（きが）ねなすることなく今（いま）の状況（じょうきょう）を受（う）け入（い）れることが必要（ひつよう）です。	気持（きも）ちよく、気兼（きが）ねなく排泄（はいせつ）を受（う）け入（い）れることができる。	1か月（いっかげつ）	おむつ交換（こうかん）の介助（かいじょ） Cさんの羞恥心（しゅうちしん）（はずかしいと思（おも）う気持（きも）ち）に最大限（さいだいげん）配慮（はいりょ）するとともに、負担（ふたん）をかけないようにして、おむつを交換（こうかん）します。そのとき、掛（か）け物（もの）（布団（ふとん））などは、露出（ろしゅつ）（はだを見（み）せること）を最低限（さいていげん）にするためだけでなく、保温（ほおん）（体（からだ）をあたたく保（たも）つこと）にもつながることを意識（いしき）します。	訪問時（ほうもんじ）
③褥瘡（じょくそう）を予防（よぼう）するために、清潔（せいけつ）に配	いつも清潔（せいけつ）を保（たも）ち、褥瘡（じ	1か月（いっかげつ）	陰部洗浄（いんぶせんじょう）と清拭（せいしき）の介助（かいじょ） おむつ交換（こうかん）のたび	訪問時（ほうもんじ）

慮（はいりょ）し、適切（てきせつ）な福祉用具（ふくしゅうぐ）を使（つか）う必要（ひつよう）があります。	よくそう）をつくらないよう	つ）	に、陰部洗浄（いんぶせんじょう）（性器（せいき）まわりを洗（あら）うこと）と清拭（せいしき）（タオルなどでふくこと）を行（おこな）います。陰部洗浄（いんぶせんじょう）では、台所用洗剤（だいどころようせんざい）の空（あ）き容器（ようき）にぬるま湯（ゆ）を入（い）れて、これを流（なが）す工夫（くふう）をすることで、家族（かぞく）もかんたんに陰部洗浄（いんぶせんじょう）ができるようになったことを伝（つた）えます。	んじ）
④「いつも身（み）ぎれいにしたい」との思（おも）いはありますが、洗面（せんめん）などの身（み）じたくには介助（かいじょ）が必要（ひつよう）です。	いつも身（み）ぎれいにしていることができる。	1か月（い）っかげつ）	整容（せいよう）の介助（かいじょ） Cさんの体調（たいちょう）がよければ、ベッドを15度（ど）程度（ていど）ギャッチアップ（背（せ）もたれを上（あ）げる）して、顔（かお）を蒸（む）しタオル（あたためたタオル）で清拭（せいしき）します。また、そのときにCさん自身（じしん）に髪（かみ）をとかしてもらうように介助（かいじょ）します。	訪問時（ほうもんじ）

●Cさんの実施評価表（じっしひょうかひょう）

担当者氏名（たんとうしゃしめい）：D（介護福祉士（かいごふくしし））

実施状況（じっしじょうきょう）	評価（ひょうか）
①市販（しはん）の高齢者（こうれいしゃ）ソフト食（しょく）は、食（た）べやすさや栄養面（えいようめん）などに配慮（はいりょ）されていますが、Cさんの好	食事量（しょくじりょう）が減（へ）っているCさんに対して、どのような食事（しょくじ）がよいのかを考（かん）がえていくことは大切（たいせつ）なこ

(この) みではなかったようです。「飲(の) みこみやすさ」だけでなく、「おいしく食(た) べる」という側面(そくめん) にも配慮(はいりょ) しなければなりません。	とです。今後(こんご) も C さんに「おいしく食(た) べてもらおう」ために、C さんの好(す) きな食(た) べ物(もの) を家族(かぞく) から聞(き) きとり、また、C さんを支援(しえん) するチームのメンバーである栄養士(えいようし) にも相談(そうだん) しながら、食事形態(しょくじけいたい) をよりやわらかくしていくことで C さんの食(しょく) が進(すす) むように工夫(くふう) したいと考(かん) がえます。
①吸(す) い飲(の)みを工夫(くふう) したことにより、少量(しょうりょう) ずつではありますが、一定量(いっていりょう) の水分(すいぶん) を補給(ほきゅう) できるようになりました。	水分補給(すいぶんほきゅう) の介助(かいじょ) を進(すす) めているなかで、C さんは、おむつ交換(こうかん) の回数(かいすう) を減(へ) らしたいがために水分摂取(すいぶんせつしゅ) をひかえていたことがわかりました。介護職(かいごしょく) として、水分(すいぶん) の大切(たいせつ) さを説明(せつめい) していくことで、おむつ交換(こうかん) を気(き) にせず水分(すいぶん) をとってもらえるようなはたらきかけを行(おこな) っていくようにします。
②ただ淡々(たんたん) と手際(てぎわ) よく紙(かみ) おむつを交換(こうかん) すればよいわけではなく、C さんの羞恥心(しゅうちしん) に最大限(さいだいいげん) 配慮(はいりょ) し、適度(てきど) に言葉(ことば) かけを行(おこな) うようにしました。具体的(ぐたいてき) には、露出(ろしゅつ) を最低限(さいていげん) にするために掛(か) け物(もの) を有効(ゆうこう) に使(し) いました。	紙(かみ) おむつを交換(こうかん) してもらうこと自体(じたい) にはまだ羞恥心(しゅうちしん) があるように思(おも) われますが、長男(ちょうなん) の妻(つま) ではなく、介護職(かいごしょく) に交換(こうかん) してもらっているという気持(きも) ちの違(ちが) いはあるようで、紙(かみ) おむつを交換(こうかん) している最中(さいちゅう)、落(お) ち着(つ) いた表情(ひょうじょう) をすることが多(おお) くなりました。
③陰部洗淨(いんぶせんじょう) と清拭(せいしき) は、できるだけ手際(てぎわ) よく、C さんが羞恥心(しゅうちし	台所用洗剤(だいどころようせんざい) の空(あ) き容器(ようき) にぬるま湯(ゆ) を入(い) れて、これを流(なが)

ん) を感 (かん) じないように心 (こころ) がけました。介助 (かいじょ) をしたあと、Cさんは「ありがとう」と拝 (おが) むようなしぐさをしていました。	す工夫 (くふう) をすることで、家族 (かぞく) もかんたんに陰部洗浄 (いんぶせんじょう) ができるようになりました。ただし、家族 (かぞく) が行 (おこな) うことでCさんの「はずかしい」「申 (もう) し訳 (わけ) ない」という気持 (きも) ちが増 (ふ) える可能性 (かのうせい) もあるので、家族 (かぞく) が行 (おこな) う頻度 (ひんど) は相談 (そうだん) して決 (き) めることにしました。
④Cさんには「洗面所 (せんめんじょ) で顔 (かお) を洗 (あら) いたい」という希望 (きぼう) がありますが、蒸 (む) しタオルという方法 (ほうほう) ではありますが、身 (み) ぎれいにしていきたいというCさんの思 (おも) いにそった援助 (えんじょ) を行 (おこな) うことができました。体調 (たいちょう) をみながら髪 (かみ) もとかすことで、身 (み) じたくを整 (ととの) えて生活 (せいかつ) するというCさんの思 (おも) いはかないました。満足 (まんぞく) そうです。	顔 (かお) の清拭 (せいしき) にはほかにも方法 (ほうほう) があると思 (おも) われるため、さらにCさんに介助内容 (かいじょないよう) を説明 (せつめい) し、同意 (どうい) (OKをもらうこと) を得 (え) てから行 (おこな) うようにします。

▶ 気 (き) づいたこと (新 (あた) らたな課題 (かだい) や可能性 (かのうせい))	
・在宅 (ざいたく) での生活 (せいかつ) を続 (つづ) けるためには、今 (いま) の状況 (じょうきょう) をできるだけ維持 (いじ) (保 (たも) つこと) していく必要 (ひつよう) があることを確認 (かくにん) しました。 ・食事形態 (しょくじけいたい) の検討 (けんとう) をはじめとする、さまざまな場面 (ばめん) における多職種 (たしよくしゅ) (ほかの専門職 (せんもんしよく)) との連携 (れんけい) (協力 (きょうりょく)) し合 (あ) うことが大切 (たいせつ) です。	

●【解説 (かいせつ) 】Cさんの介護過程 (かいごかてい) について

Cさんは、「自分 (じぶん) らしく人生 (じんせい) をまっとうできるように」という思 (おも) いがあり、また、「病院 (びょういん) ではなく、畳 (たたみ) の上 (うえ) で死 (し) きたい。私 (わたし) が笑顔 (えがお) だと、みんなが元気 (げんき) になると、亡 (な) き夫 (おっと) がよく言 (い) ってくれていた。これは私 (わたし) への夫 (おっと) からの遺言 (いご)

（ゆいごん）だ」と頻繁（ひんぱん）に口（くち）にしています。

一方（いっぽう）、家族（かぞく）にとっても、Cさんの存在（そんざい）そのものが家族（かぞく）のやすらぎになっているため、良好（りょうこう）な家族関係（かぞくかんけい）のなかで、それぞれが役割分担（やくわりぶんたん）（仕事（しごと）を分（わ）け合（あ）うこと）をもってCさんの介護（かいご）にあたっていました。しかし、家族（かぞく）にもできるとできないことがあります。実際（じっさい）に、主（おも）な介護者（かいごしゃ）である長男（ちやうなん）の妻（つま）は、介護（かいご）に対（たい）して積極的（せっきよくてき）でありながらも、「実（じつ）はおむつ交換（こうかん）がうまくできなくて……」「上手（じょうず）に食（た）べてもらえなくて……」という不安（ふあん）を抱（かか）えていました。

終末期（しゅうまつき）（人生（じんせい）の最後（さいご）の時期（じき））においては、最期（さいご）をどこでどのように迎（むか）えるのかを利用者自身（りようしゃじしん）が決（き）められるように援助（えんじょ）することが重要（じゅうよう）です。そして、Cさんのように自宅（じたく）で最期（さいご）を迎（むか）えることを望（のぞ）む場合（ばあい）には、それを支（ささ）える家族（かぞく）の協力（きょうりょく）も必要（ひつよう）になります。したがって、介護職（かいごしょく）には家族（かぞく）を支援（しえん）することも求（もと）められます。

そこで介護職（かいごしょく）は、アセスメントを通（とお）して、次（つぎ）の4つの課題（かだい）を明（あき）らかにしました。

- ・「最期（さいご）まで自分（じぶん）の口（くち）から食（た）べたい」という強い思（おも）いがあるにもかかわらず、食事形態（しょくじけいたい）がきざみ食（しょく）であったり、嚥下障害（えんげしょうがい）があったりするために、食（た）べる量（りょう）が少（すく）くなっている。少（すこ）しずつでも安全（あんぜん）に食（た）べて、水分（すいぶん）をとることが必要（ひつよう）である。
- ・長男（ちやうなん）の妻（つま）が自信（じしん）をもっておむつ交換（こうかん）ができ、Cさんが気兼（きが）ねすることなく今（いま）の状況（じょうきょう）を受（う）け入（い）れることが必要（ひつよう）である。
- ・褥瘡（じょくそう）を予防（よぼう）するために、清潔（せいけつ）に配慮（はいりょ）し、適切（てきせつ）な福祉用具（ふくしいうぐ）を使（つか）う必要（ひつよう）がある。
- ・「いつも身（み）ぎれいにしたい」との思（おも）いはあるものの、洗面（せんめん）などの身（み）じたくには介助（かいじょ）が必要（ひつよう）である。

これらの課題（かだい）を解決（かいけつ）するための援助（えんじょ）を通（とお）して、介護職（かいごしょく）は、家族（かぞく）からCさんの好（す）きな食（た）べ物（もの）をあらためて聞（き）きとったり、水分補給時（すいぶんほきゅうじ）の吸（す）い飲（の）みや陰部洗浄時（いんぶせんじょうじ）のぬるま湯（ゆ）入（い）れを工夫（くふう）したりして、家族（かぞく）との情報共有（じょうほうきょうゆう）（情報（じょうほう）を分（わ）け合（あ）うこと）をより深（ふか）めていきました。

在宅（ざいたく）における終末期（しゅうまつぎ）の介護（かいご）では、利用者本人（りようしゃほんにん）や家族（かぞく）との十分（じゅうぶん）な話（はな）し合（あ）いのもとに、介護職（かいごしょく）としての役割（やくわり）を十分（じゅうぶん）に果（は）たすことが求（もと）められます。

■ 演習（えんしゅう） ～Cさんの自立（じりつ）に向（む）けた介護（かいご）の実際（じっさい）（食事（しょくじ）・身（み）だしなみ・排泄（はいせつ）の介護（かいご））～

課題（かだい）1

抹茶（まっちゃ）好（ず）きのCさんが、「抹茶（まっちゃ）のゼリーを食（た）べたい」と話（はな）しかけてきました。食事（しょくじ）の介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう。

★ここに注意（ちゅうい）！

○Cさんには利（き）き手側（てがわ）（右側（みぎがわ））の麻痺（まひ）があるため、自分（じぶん）で食（た）べることはむずかしいです。

○Cさんには嚥下障害（えんげしょうがい）があります。

○Cさんは茶道（さどう）の師範（しはん）をしていたこともあり、抹茶（まっちゃ）が飲（の）みたいと思（おも）いがあります。

★介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

●介護職（かいごしょく）は、Cさんに介助（かいじょ）の内容（ないよう）を説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。

①このとき、気分（きぶん）や体調（たいちょう）のほか、Cさんがしっかり目（め）覚（さ）めているかを確認（かくにん）します。

●介護職（かいごしょく）は、Cさんにとって安楽（あんらく）な姿勢（しせい）（楽（らく）な姿勢（しせい））に整（ととの）えます。

①ベッドの高（たか）さを調整（ちょうせい）し、Cさんの膝下（ひざした）にクッションなどを当（あ）てます。

②ベッドを30度（ど）程度（ていど）ギャッチアップし、Cさんの上体（じょうたい）を起（お）こし、適切（てきせつ）な座位（ざい）の位置（いち）と安定性（あんていせい）を確認（かくにん）します。このとき、足（あし）がすべらないようにします。

③Cさんの頭部（とうぶ）が前傾姿勢（ぜんけいしせい）（少（すこ）し前（まえ）にかたむいた姿勢（しせい））になるように枕（まくら）やクッションで調整（ちょうせい）します。

④タオルなどを当（あ）てて、Cさんの着衣（ちゃくい）や寝具（しんぐ）（ふとんなど）がよごれないようにします。

⑤安楽（あんらく）な姿勢（しせい）になっているかCさんに確認（かくにん）します。

●Cさんに抹茶（まっちゃ）ゼリーを食（た）べてもらいます。

①おしぼり（ぬらしてしぼったタオル）などを渡（わた）し、手（て）をふいてもらいます。

②健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））が下（した）になるように左側（ひだりがわ）を向（む）いてもらいます。

③「抹茶（まっちゃ）がお好（す）きでしたね」と、実際（じっさい）に抹茶（まっちゃ）ゼリーが見（み）える位置（いち）で確認（かくにん）してもらいます。

④健側（けんそく）の口角（こうかく）（くちのはし）からゼリーを差（さ）し出（だ）し、口（くち）に入（い）れてもらいます。

⑤Cさんの食（た）べるリズムに合（あ）わせて、おいしく食（た）べてもらえるように、食（た）べるペースや一口（ひとくち）の量（りょう）に気（き）をつけます。

⑥誤嚥（ごえん）（食（た）べ物（もの）が気管（きかん）に入（はい）ること）によるむせなどが起（お）こらないように配慮（はいりょ）します。

⑦Cさんが嚥下（えんげ）（飲（の）みこむこと）したことを確認（かくにん）します。

●介護職（かいごしょく）は、後片（あとかた）づけをします。

①おしぼりなどで、口（くち）もとや手指（てゆび）などを清拭（せいしき）します。

②着衣（ちゃくい）や寝具（しんぐ）などへの食（た）べこぼしを確認（かくにん）し、ベッドのまわりを整（ととの）えます。

課題（かだい）2

Cさんの目覚（めざ）めと身（み）だしなみに配慮（はいりょ）した、顔（かお）の清拭（せいしき）と整髪（せいはつ）（髪（かみ）を整（ととの）えること）の介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう。

★ここに注意（ちゅうい）！

○Cさんには右片麻痺（みぎかたまひ）があります。

○Cさんは、「身（み）ぎれいにしておくことは女性（じょせい）としてのたしなみだ」といつも孫娘（まごむすめ）に言（い）っています。

○調子（ちょうし）のよいときは、口紅（くちべに）を孫娘（まごむすめ）につけてもらっています。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

- 介護職（かいごしょく）は、Cさんに介助（かいじょ）の内容（ないよう）を説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。
- 介護職（かいごしょく）は、介助（かいじょ）しやすいベッドの高（たか）さにします。
- 介護職（かいごしょく）は、Cさんの顔（かお）を清拭（せいしき）します。
 - ① Cさんの体調（たいちょう）がよければ、ベッドを15度（ど）程度（ていど）ギャッチアップします。
 - ② 熱（あつ）めのお湯（ゆ）で濡（ぬ）らして、かたくしぼったタオルを渡（わた）します。
 - ③ Cさんのできないところを介助（かいじょ）します。タオルは三（み）つ折（お）りにしてしっかり持（も）ち、面（めん）（タオルの表面（ひょうめん））を変（か）えながらふいていきます。
 - ④ ふき残（のこ）しがないか、Cさんの顔色（かおいろ）などを確認（かくにん）します。Cさんにも確認（かくにん）します。
- 介護職（かいごしょく）は、Cさんの髪（かみ）をとかします。
 - ① Cさんの体調（たいちょう）がよければ、膝下（ひざした）にクッションなどを当（あ）ててCさんを安楽（あんらく）な姿勢（しせい）にします。髪（かみ）がとかしやすいように、Cさんの意向（いこう）（希望（きぼう））を確認（かくにん）しながらさらにギャッチアップします。このとき、ふらつきがないかなどを確認（かくにん）します。
 - ② くしと鏡（かがみ）を用意（ようい）し、Cさんにも鏡（かがみ）で髪型（かみがた）を見（み）てもらいながら髪（かみ）をとかします。髪（かみ）が整（ととの）ったことを伝（つた）え共感（きょうかん）します。
 - ③ ベッドの高（たか）さを元（もと）に戻（もど）し、Cさんの体調（たいちょう）を確認（かくにん）します。

課題（かだい）3

いつものようにCさんが目（め）を覚（さ）めました。目覚（めざ）めをうながし、すっきりした気持（きも）ちで食事（しょくじ）ができるように、まずはおむつ交換（こうかん）と陰部（いんぶ）の洗浄（せんじょう）・清拭（せいしき）を行（おこな）い、Cさんの清潔（せいけつ）を保（たも）ちましょう。

★ ここに注意（ちゅうい）！

- Cさんには右片麻痺（みぎかたまひ）があります。
- Cさんには、できるだけおむつ交換（こうかん）の回数（かいすう）を減（へ）らしたいという思（おも）いがあります。

○Cさんは、問（と）いかけに対（たい）してうまく発語（はつご）できない場合（ばあい）、表情（ひょうじょう）で気持（きも）ちをあらわします。

○Cさんはパジャマを着（き）ています（上（うえ）は前開（まえあ）きのシャツ、下（した）はズボン）。

★介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

●介護職（かいごしょく）は、Cさんの体調（たいちょう）を確認（かくにん）します。

①Cさんと視線（しせん）を合（あ）わせ、目覚（めざ）めをうながし、体調（たいちょう）を確認（かくにん）します。すっきりした気持（きも）ちで食事（しょくじ）ができるように言葉（ことば）をかけることも大切（たいせつ）です。

●介護職（かいごしょく）は、Cさんに介助（かいじょ）の内容（ないよう）を説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）て、ベッドの高（たか）さを調整（ちょうせい）します。

●介護職（かいごしょく）は、紙（かみ）おむつをはずします。

①Cさんの身体（からだ）を保温（ほおん）し露出（ろしゅつ）を最低限（さいていげん）にするため、バスタオルを上半身（じょうはんしん）にかけ、掛（か）け物（もの）は足元（あしもと）にたたみます。

②Cさんを左側臥位（ひだりそくがい）（左（ひだり）を下（した）にして横（よこ）になる姿勢（しせい））にして、防水（ぼうすい）シーツを敷（し）きます。

③Cさんを仰臥位（ぎょうがい）（あお向（む）け）に戻（もど）し、パジャマのズボンを下（お）ろします。

④Cさんの膝（ひざ）を立（た）て、手袋（てぶくろ）をつけ、「失礼（しつれい）します」と言葉（ことば）をかけながら、紙（かみ）おむつをはずします。

⑤このとき、排泄物（はいせつぶつ）の量（りょう）と状態（じょうたい）のほか、Cさんの皮膚（ひふ）の状態（じょうたい）を観察（かんさつ）します。

⑥使（つか）った紙（かみ）おむつを手前（てまえ）に引（ひ）き出（だ）し、よごれがもれないように内側（うちがわ）に折（お）りたたみます。

●介護職（かいごしょく）は、陰部（いんぶ）を洗浄（せんじょう）します。

①外陰部（がいいんぶ）のよごれや分泌物（ぶんぴつぶつ）をぬるま湯（ゆ）で洗（あら）い流（なが）します。

②ガーゼに石（せっ）けんをつけて片手（かたて）で陰唇（いんしん）を開（ひら）き十分（じゅうぶん）に洗（あら）います。

③ガーゼを折（お）り返（かえ）して肛門（こうもん）も洗（あら）います。

④皮膚（ひふ）のしわを伸（の）ばしながら行（おこな）います。

⑤最後（さいご）に石（せっ）けんが残（のこ）らないように十分（じゅうぶん）に

洗（あら）い流（なが）します。

● 介護職（かいごしょく）は、陰部（いんぶ）を清拭（せいしき）します。

① 蒸（む）したタオルで中心部（ちゅうしんぶ）を陰部（いんぶ）から肛門（こうもん）へ向（む）かってふきます。感染予防（かんせんよぼう）のため二度（にど）ぶき（同（おな）じ場所（ばしょ）を二度（にど）ふくこと）はせず、タオルの面（めん）を変（か）えながら、今度（こんど）は中心部（ちゅうしんぶ）の両側（りょうがわ）を片側（かたがわ）ずつやさしくふきます。

② 乾（かわ）いたタオルで湿（しめ）り気（け）をふきとります。

③ 左側臥位（ひだりそくがい）に体位（たいい）を変（か）えて、殿部（でんぶ）（おしり）・肛門部（こうもんぶ）を蒸（む）したタオルでやさしく清拭（せいしき）し、皮膚（ひふ）の状態（じょうたい）を観察（かんさつ）します。

④ 乾（かわ）いたタオルで湿（しめ）り気（け）をふきとります。

⑤ このとき、よごれた紙（かみ）おむつを引（ひ）き出（だ）して、汚物入（おぶつ）れに入（い）れ、手袋（てぶくろ）をはずします。

● 介護職（かいごしょく）は、新（あたら）しい紙（かみ）おむつに交換（こうかん）します。

① 新（あたら）しい紙（かみ）おむつの上端（じょうたん）を腸骨部（ちょうこつ）ぶ（こしの骨（ほね）のあたり）に当（あ）てて、紙（かみ）おむつの中央（ちゅうおう）が脊柱（せきちゅう）（背骨（せぼね））に当（あ）たるように差（さ）しこみます。

② Cさんを仰臥位（ぎょうがい）にゆっくり戻（もど）し、紙（かみ）おむつのギャザー（ふちのひだ）を立（た）てながら、鼠径部（そけいぶ）（ももの付（つ）け根（ね））にそわせます。

③ 紙（かみ）おむつをしっかり引（ひ）き上（あ）げて、広（ひろ）げて当（あ）てます。もれを防（ふせ）ぐために、紙（かみ）おむつのギャザーを立（た）て、鼠径部（そけいぶ）にしっかり当（あ）てます。

④ Cさんに、おなかが圧迫（あっぱく）されていないかを確認（かくにん）します。

⑤ パジャマのズボンを上（あ）げ、着衣（ちゃくい）やシーツのしわを整（ととの）えて、ベッドの上（うえ）でCさんが安全（あんぜん）であるかを確認（かくにん）します。

■ 確認（かくにん）・評価（ひょうか）してみよう！

確認（かくにん）・評価項目（ひょうかこうもく）	CHECK
① Cさんに適切（てきせつ）な言葉（ことば）かけができましたか（目覚（めざ）めをうながしてすっきりした気持（きも）ちで食事	

（しょくじ）ができるような言葉（ことば）かけ、体調（たいちょう）の確認（かくにん）、これから行（おこな）う介助（かいじょ）の説明（せつめい）と同意（どうい）など）。	
②Cさんの体調（たいちょう）を観察（かんさつ）しながら、ギャッチアップにより安全（あんぜん）な食事（しょくじ）の姿勢（しせい）をとることができましたか。	
③Cさんの健側（けんそく）（左側（ひだりがわ））から介助（かいじょ）しながら、抹茶（まっちゃ）ゼリーを食（た）べてもらいましたか。	
④Cさんが安全（あんぜん）に嚥下（えんげ）できているかを確認（かくにん）しましたか。	
⑤Cさんの目覚（めざ）めと身（み）だしなみに配慮（はいりょ）し、顔（かお）の清拭（せいしき）と整髪（せいはつ）の介助（かいじょ）ができましたか。	
⑥Cさんの患側（かんそく）（右側（みぎがわ））に配慮（はいりょ）した（患側（かんそく）を圧迫（あっぱく）しない）紙（かみ）おむつの交換（こうかん）ができましたか。	
⑦排泄物（はいせつぶつ）の量（りょう）と状態（じょうたい）、肛門（こうもん）まわりを観察（かんさつ）しましたか。	
⑧褥瘡（じょくそう）を予防（よぼう）するために皮膚（ひふ）の状態（じょうたい）を観察（かんさつ）しましたか。	
⑨Cさんの羞恥心（しゅうちしん）に配慮（はいりょ）し、陰部洗浄（いんぶせんじょう）・清拭（せいしき）ができましたか。	
⑩全体（ぜんたい）を通（とお）してCさんの自立（じりつ）に配慮（はいりょ）した援助（えんじょ）ができましたか。	

第3巻 第3章 介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）の実践（じっせん）

事例（じれい）3 都会（とかい）に住（す）む一人暮らし（ひとりぐらし）の高齢者（こうれいしゃ）の生活支援（せいかつしえん）

● 利用者（りようしゃ）のプロフィール

氏名（しめい）	E さん
性別（せいべつ）	男性（だんせい）
年齢（ねんれい）	91 歳（さい）
生活環境（せいかつかんきょう）	自宅（じたく）
要介護度（ようかいごど）	要介護（ようかいご）2
サービス利用開始年（りようかいしねん）・月（がつ）	○年（ねん）○月（がつ）
認知症高齢者（にんちしょうこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	認知症（にんちしょう）はありません。
障害高齢者（しょうがいこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	A2（屋内（おくない）での生活（せいかつ）は、何（なに）にかにつかまればできますが、自分（じぶん）から外（がい）に出（で）ることは少（すく）ない状態（じょうたい）です。）

● 家族構成（かぞくこうせい）と生活歴（せいかつれき）

▶ E さんの生活歴（せいかつれき）

・大学（だいがく）を卒業（そつぎょう）するまで地元（じもと）で育（そだ）ち、生命保険会社（せいめいほけんがいしゃ）に就職（しゅうしょく）するために東京（とうきょう）に出（で）ました。そのあと、結婚（けっこん）し、男（おとこ）の子（こ）と女（おんな）の子（こ）を1人（ひとり）ずつもうけました。

- ・結婚後（けっこんご）は転勤（てんきん）（働（はたら）く場所（ばしょ）が変（か）わること）があり、海外（かいがい）などで家族（かぞく）と離（はな）れて1人（ひとり）で暮（く）らす期間（きかん）が長（なが）かったため、簡単（かんたん）な家事（かじ）は苦（く）になりません。
- ・部長職（ぶちょうしょく）で定年（ていねん）（仕事（しごと）をやめる年齢（ねんれい）になること）を迎（むか）え、退職（たいしょく）してから数年間（すうねんかん）は、妻（つま）と2人（ふたり）で庭（にわ）の手入（てい）れや旅行（りょこう）などを楽（たの）しんでいました。
- ・妻（つま）の乳（にゅう）がんが進行（しんこう）（病気（びょうき）が悪（わる）くなっていくこと）していることがわかってからは、心（こころ）をこめて妻（つま）の介護（かいご）をし、東京（とうきょう）にある自宅（じたく）もバリアフリー（段差（だんさ）などをなくして、動（うご）きやすくすること）に改築（かいちく）しました。
- ・妻（つま）が亡（な）くなってから、急（きゅう）に気力（きりよく）と体力（たいりよく）が低下（ていか）し、妻（つま）の遺影（いえい）（亡（な）くなった人（ひと）の写真（しゃしん））の前（まえ）のいすに座（すわ）って過（す）ごすことが多（おお）くなりました。
- ・Eさんの一人暮（ひとりぐ）らしに不安（ふあん）を感（かん）じた子（こ）どもたちが、いっしょに住（す）むことを申（もう）し出（で）しましたが、「自分（じぶん）の家（いえ）で好（す）きなように暮（く）らしたい」と断（ことわ）りました。
- ・しばらくは長女（ちょうじょ）が通（かよ）っていましたが、腸閉塞（ちょうへいそく）（腸（ちょう）がつまって、食（た）べ物（もの）が通（とお）らなくなる病気（びょうき））で急（きゅう）に入院（にゅういん）したこともあり、さらに体力（たいりよく）が低下（ていか）し、入浴（にゅうよく）にも介助（かいじょ）が必要（ひつよう）となりました。
- ・長女（ちょうじょ）が介護保険（かいごほけん）の手続（てつづ）きをして、サービスを利用（りよう）することになりました。

▶ 今（いま）の家族（かぞく）の状況（じょうきょう）

- ・妻（つま）が亡（な）くなって一人暮（ひとりぐ）らしになり、4年（よねん）になります。
- ・長男（ちょうなん）と長女（ちょうじょ）も東京（とうきょう）に住（す）んでいて、長女（ちょうじょ）が火曜日（かようび）と木曜日（もくようび）に、長男（ちょうなん）が土曜日（どようび）に泊（と）まりに来（き）ています。
- ・ニューヨークに住（す）んでいる孫（まご）も、日本（にほん）に帰（かえ）ってきたときには顔（かお）を見（み）せに来（き）ます。

● 今（いま）の状況（じょうきょう）

▶ 健康状態（けんこうじょうたい）

(1) 一般状態（いっぱんじょうたい）

- ・体温（たいおん）：35.7℃
- ・呼吸（こきゅう）：14～18回（かい）／分（ふん）
- ・脈拍（みゃくはく）：50～60回（かい）／分（ふん）
- ・血圧（けつあつ）：130／80mmHg

（2）障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）

・両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）（両（りょう）方（ほう）のひざの関節（かんせつ）が変形（へんけい）して痛（いた）む病気（びょうき））によるひざの痛（いた）み、足（あし）の筋力（きんりょく）の低下（ていか）

（3）今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）

・両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）（O脚（おきやく）で、足（あし）にむくみ（水分（すいぶん）がたまって腫（は）れること）があります。）

・黄斑変性症（おうはんへんせいしょう）（目（め）の病気（びょうき）。左（ひだり）の目（め）が見（み）えにくく、左右（さゆう）で視力（しりょく）に差（さ）があります。また、視野狭窄（しやきょうさく）（見（み）える範囲（はんい）が狭（せま）くなること）がありますが、眼鏡（めがね）をかければ新聞（しんぶん）を読（よ）むことができます。）

（4）今（いま）までかかった病気（びょうき）

・腸閉塞（ちょうへいそく）（これまでに急（きゅう）に入院（にゅういん）したことが2回（にか）い）あります。）

・腸閉塞（ちょうへいそく）になるたびに体力（たいりょく）が低下（ていか）しています。

（5）視力（しりょく）

・黄斑変性症（おうはんへんせいしょう）により、左（ひだり）の目（め）が見（み）えにくく、左右（さゆう）で視力（しりょく）に差（さ）があります。また、視野狭窄（しやきょうさく）があります。眼鏡（めがね）をかければ新聞（しんぶん）を読（よ）むことができます。

（6）聴力（ちようりょく）

・毎日（まいにち）の生活（せいかつ）で困（こま）ることはありません。

▶ 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）

（1）移動（いどう）

・2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）（足（あし）を置（お）く部分（ぶぶん）が4つに分（わ）かれている杖（つえ）。安定（あんてい）して立（た）つことができます。）を使（つか）って、自宅（じたく）の中（なか）をゆっくり歩（ある）きます。

・自宅（じたく）の中（なか）には、トイレ・風呂場（ふろば）・廊下（ろうか）に手（て）すりを設置（せっち）（取（と）り付（つ）けること）していますが、両手（りょうて）で2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）を使（つか）わないと歩（ある）けないので、廊下（ろうか）の手（て）すりを

使（つか）うことは少（すく）ないです。

（2）身じたく（みじたく）

・上（うえ）の服（ふく）はベッドの端（はし）に腰（こし）かけて、時間（じかん）をかければ自分（じぶん）で着替（きが）えることができますが、下（した）の服（ふく）は引（ひ）き上（あ）げるときに介助（かいじょ）が必要（ひつよう）になります。

・毎朝（まいあさ）、洗面台（せんめんだい）の前（まえ）のシャワーチェア（お風呂（ふろ）で座（すわ）るための椅子（いす））に座（すわ）り、洗面（せんめん）・ひげそり・歯（は）みがきを、ゆっくり時間（じかん）をかけて行（おこな）っています。

・疲（つか）れているときは、ひげをそらないこともあります。

（3）食事（しょくじ）

・昼食（ちゅうしょく）は給食サービス（きゅうしょくサービス）（食事（しょくじ）を届（とど）けてもらうサービス）を利用（りよう）しています。

・ダイニング（食事（しょくじ）をする部屋（へや））の食卓（しょくたく）で、テレビをつけて、箸（はし）を使（つか）って食（た）べています。

・腸閉塞（ちょうへいそく）が怖（こわ）いので、ゆっくりよくかんで食（た）べるようにしています。

（4）排泄（はいせつ）

・前（まえ）から便秘（べんぴ）（うんちが出（で）にくいこと）になりやすいです。

・ベッドのある部屋（へや）から3mくらい離（はな）れた玄関（げんかん）のそばのトイレに行（い）き、時間（じかん）はかかりますが自分（じぶん）で排泄（はいせつ）しています。

・布（ぬの）のパンツに尿（にょう）を取（と）るパッドを当（あ）てていますが、うんちをしたあと、うまくふくことができないため、パッドにうんちがついていることがあります。

・夜間（やかん）は部屋（へや）に置（お）いてあるポータブルトイレ（持（も）ち運（はこ）びできるトイレ）を利用（りよう）しています。

（5）入浴（にゅうよく）・清潔（せいけつ）の保持（ほじ）

・週（しゅう）2回（かい）、長男（ちょうなん）と長女（ちょうじょ）が泊（と）まりに来（く）るとき（火曜日（かようび）・土曜日（どようび））に入浴（にゅうよく）しています。

・足（あし）の先（さき）と背中（せなか）以外（いがい）は自分（じぶん）で洗（あら）うことができます。

・浴槽（よくそう）（お風呂（ふろ）の湯（ゆ）が入（はい）る部分（ぶぶん））をまたぐときにふらつくことがあり、シャワーだけで済（す）ませることもあります。

（6）睡眠（すいみん）

・日中（にっちゅう）、テレビを見（み）ながらうとうとしていることも多（おお）いですが、夜（よる）眠（ねむ）れないという訴（うった）えはありません。

(7) コミュニケーション

- ・してほしいことがあるときは、「もしよかったら〇〇してください」と、おだやかに、はっきりと話（はな）します。話（はな）す言葉（ことば）は少（すく）ないです。

(8) サービスの利用（りよう）状況（じょうきょう）

- ・訪問看護（ほうもんかngo）（看護師（かngoし）が家（いえ）に来（き）て健康（けんこう）の確認（かくにん）をしてくれるサービス）
- ・訪問介護（ほうもんかいご）（ホームヘルプサービス）（ヘルパーが家（いえ）に来（き）て介護（かいご）をしてくれるサービス）（週（しゅう）6回（かい））
- ・給食サービス（きゅうしょくサービス）（毎日（まいにち））

▶ 経済（けいざい）状況（じょうきょう）

- ・持（も）ち家（いえ）で、長（なが）い間（あいだ）の蓄（たく）え（お金（かね）を貯（た）めること）と厚生年金（こうせいねんきん）があります。

▶ 性格（せいかく）

- ・おだやかな中（なか）にも、しっかりと自分（じぶん）の考（かんが）えをもっています。
- ・ユーモアのセンス（人（ひと）を笑（わら）わせるおもしろさ）があります。たとえば、入浴（にゅうよく）のとき、長女（ちょうじょ）が「頭（あたま）どうします？（頭（あたま）は私（わたし）が洗（あら）いますか？）」「とたずねたところ、「（魚（さかな）の）頭（あたま）は猫（ねこ）にあげてください」などと、まじめな顔（かお）でさらりとおもしろいことを言（い）います。

▶ 1日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）

- ・朝（あさ）は早起（はやお）きで、新聞（しんぶん）を読（よ）むことを楽（たの）しみにしています。
- ・午前中（ごぜんちゅう）は、ダイニングのいすで新聞（しんぶん）やテレビのニュース番組（ばんぐみ）を見（み）たり、うたた寝（ね）（少（すこ）しの間（あいだ）寝（ね）ること）をしたりしています。
- ・昼食（ちゅうしょく）（給食サービス（きゅうしょくサービス））のあとは、ベッドのある部屋（へや）とテレビのあるダイニングの間（あいだ）のふすま（部屋（へや）を仕切（しき）る戸（と））を開（あ）けて、ベッドからテレビを見（み）ています。
- ・部屋（へや）にある妻（つま）の遺影（いえい）の前（まえ）にいすがあり、遺影（いえい）をながめながら座（すわ）っていることもあります。

▶ E さんや家族（かぞく）などの思（おも）い

・E さんは、「どこにも出（で）かけたくない。自分（じぶん）の家（いえ）で好（す）きなように暮（く）らしたい。子（こ）どもたちにこれ以上（いじょう）負担（ふたん）（大変（たいへん）な思（おも）いをさせること）をかけたくないので、介護保険（かいごほけん）と介護保険以外（かいごほけんいがい）のサービスを利用（りよう）しながら、自分（じぶん）でできるところは自分（じぶん）でしたい」と考（かんが）えています。

・長男（ちょうなん）と長女（ちょうじょ）は、「一人暮（ひとりぐ）らしに不安（ふあん）はあるが、できるだけ父（ちち）の希望（きぼう）に合（あ）わせたい」と思（おも）っています。

・「1 人（ひとり）で暮（く）らす期間（きかん）が長（なが）かったため、簡単（かんたん）な家事（かじ）は苦（く）にならない」「できるだけ自分（じぶん）でしたい」という思（おも）いがあります。

・移動（いどう）に関（かん）して、「できるだけ自分（じぶん）の足（あし）で移動（いどう）したい」という思（おも）いがあります。

・「時間（じかん）がかかるので、着替（きが）えるのがおっくう（面倒（めんどろ）でやりたくない気持ち（きもち）だ」と思（おも）っています。

・「できるだけやわらかく調理（ちょうり）してもらいたい」と言（い）っています。

・「さっぱりするので、お風呂（ふろ）は楽（たの）しみだ」と言（い）っています。

・「楽（らく）なので、日中（にっちゅう）もベッドで横（よこ）になってテレビを見（み）てしまい、ついうとうとするが、夜（よる）も2 回（かい）くらいトイレに起（お）きるほかは眠（ねむ）れる」と言（い）っています。

・「家（いえ）を管理（かんり）し、守（まも）ることが自分（じぶん）の役割（やくわり）だ」と思（おも）っています。

・「お金（かね）のことで子（こ）どもたちに負担（ふたん）をかけたくない」と思（おも）っています。

・「部屋（へや）にポータブルトイレを置（お）いているので、夜（よる）の排泄（はいせつ）も安心（あんしん）だ」と言（い）っています。

・「ヘルパーさんはゆっくりしっかりと話（はなし）を聞（き）いてくれるので、きちんと希望（きぼう）を言（い）やすい」と思（おも）っています。

・「廊下（ろうか）に手（て）すりはあるが、できるだけ4 点杖（よんてんづえ）を使（つか）って歩（ある）きたい」と考（かんが）えています。

▶ 最近（さいきん）の様子（ようす）

・東京（とうきょう）の住宅街（じゅうたくがい）にある2 階建（にかいだ）で住宅（じゅうたく）（持（も）ち家（いえ））に住（す）んでいます。

- ・妻（つま）の介護（かいご）をしていたところにバリアフリーに改築（かいちく）し、必要（ひつよう）な場所（ばしょ）には手（て）すりがついています。
- ・今（いま）は1階（いっかい）の南向（みなみむ）きのリビングやダイニング、ベッドのある部屋（へや）で生活（せいかつ）しています。
- ・トイレはベッドのある部屋（へや）から3mくらい離（はな）れた玄関（げんかん）のそばにあります。
- ・手入（てい）れの行（い）き届（とど）いた庭（にわ）があります。
- ・支（ささ）えなしに立（た）ってられないため、家事（かじ）全体（ぜんたい）に介助（かいじょ）が必要（ひつよう）です。ただし、食（た）べ終（お）わった食器（しょっき）は自分（じぶん）で流（なが）しまで運（はこ）び、いすに座（すわ）って洗（あら）っています。
- ・食材（しょくざい）や日用品（にちようひん）の買（か）い物（もの）はすべて長女（ちょうじょ）が行（おこな）っています。
- ・寒（さむ）がりで、いつも重（かさ）ね着（ぎ）をしています。
- ・毎朝（まいあさ）、新聞（しんぶん）が来（く）るのを待（ま）っています。
- ・妻（つま）が大切（たいせつ）にしていた庭（にわ）の草木（くさき）は、定期的（ていきてき）に庭師（にわし）（庭（にわ）の手入（てい）れをする専門家（せんもんか））に頼（たの）んで手入（てい）れをしています。
- ・近所（きんじょ）とのつきあいもなく、知（し）り合（あ）いもないため、玄関（げんかん）から外（がい）へはほとんど出（で）ません。
- ・仕事（しごと）を一番（いちばん）大切（たいせつ）にしてきたので特技（とくぎ）はないと言（い）いますが、英語（えいご）が得意（とくい）です。

● Eさんのフェイスシート

氏名（しめい）	Eさん
性別（せいべつ）	男性（だんせい）
年齢（ねんれい）	91歳（さい）
サービス利用開始年（りようかいしねん）・月（がつ）	〇年（ねん）〇月（がつ）
サービスを利用（りよう）することになった理由（りゆう）	妻（つま）が亡（な）くなってから、急（きゅう）に気力（きりよく）と体力（たいりよく）が低下（ていか）し、妻（つま）の遺影（いえい）の前（まえ）のいすに座（すわ）って過（す）ごすことが多（おお）くなりました。一人暮（ひとりぐ）らしに不安（ふあん）を感（かん）じた子

	(こ) どもたちが、いっしょに住(す)むことを申(もう)し出(で)ましたが、「自分(じぶん)の家(いえ)で好(す)きなように暮(く)らしたい」と断(ことわ)りました。しばらくは長女(ちょうじょ)が通(かよ)っていました。が、腸閉塞(ちょうへいそく)で急(きゅう)に入院(にゅういん)したこともあり、さらに体力(たいりょく)が低下(ていか)し、入浴(にゅうよく)にも介助(かいじょ)が必要(ひつよう)となりました。長女(ちょうじょ)が介護保険(かいごほけん)の手続(てつづ)きをして、サービスを利用(りよう)することになりました。
家族(かぞく)	妻(つま)が亡(な)くなって一人暮(ひとりぐ)らしになり、4年(よねん)になります。長男(ちょうなん)と長女(ちょうじょ)も東京(とうきょう)に住(す)んでいて、長女(ちょうじょ)が火曜日(かようび)と木曜日(もくようび)に、長男(ちょうなん)が土曜日(どようび)に泊(と)まりに来(き)ています。また、ニューヨークに住(す)んでいる孫(まご)も、日本(にほん)に帰(かえ)ってきたときには顔(かお)を見(み)せに来(き)ます。
キーパーソン(一番(いちばん)連絡(れんらく)する家族(かぞく))	長女(ちょうじょ)
サービスを利用(りよう)する前(まえ)の生活(せいかつ)の様子(ようす)	大学(だいがく)を卒業(そつぎょう)するまで地元(じもと)で育(そだ)ち、生命保険会社(せいめいほけんがいしゃ)に就職(しゅうしょく)するために東京(とうきょう)に出(で)ました。そのあと、結婚(けっこん)し、男(おとこ)の子(こ)と女(おんな)の子(こ)を1人(ひとり)ずつもうけました。結婚後(けっこんご)は転勤(てんきん)があり、海外(かいがい)などで家族(かぞく)と離(はな)れて1人(ひとり)で暮(く)らす期間(きかん)が長(なが)かったです。部長職(ぶちょうしょく)で定年(ていねん)を迎(むか)え、退職(たいしょく)してから数年間(すうねんかん)は、妻(つま)と2人(ふたり)で庭(にわ)の手入(てい)れや旅行(りょこう)などを楽(たの)しんでいました。妻(つま)の乳(にゅう)がんが進行(しんこう)していることがわかってからは、心(こころ)

	ろ)をこめて妻(つま)の介護(かいご)をし、東京(とうきょう)にある自宅(じたく)もバリアフリーに改築(かいちく)しました。
サービスを利用(りよう)する うえでの本人(ほんにん)・家族(かぞく)などの希望(きぼう)	Eさんの希望(きぼう)：どこにも出(で)かけたくない。自分(じぶん)の家(いえ)で好(す)きなように暮(く)らしたい。子(こ)どもたちにこれ以上(いじょう)負担(ふたん)をかけたくないので、介護保険(かいごほけん)と介護保険以外(かいごほけんいがい)のサービスを利用(りよう)しながら、自分(じぶん)でできるところは自分(じぶん)でしたい。 長男(ちょうなん)と長女(ちょうじょ)の希望(きぼう)：一人暮(ひとりぐ)らしに不安(ふあん)はあるが、できるだけ父(ちち)の希望(きぼう)に合(あ)わせたい。
その他(た)	---

● Eさんのアセスメント表(ひょう)(1)

1. 心身(しんしん)の状況(じょうきょう)(心身機能(しんしんきのう)・身体構造(しんたいこうぞう)／健康状態(けんこうじょうたい))

番号 (ばんごう)	項目(こうもく)	今(いま)の状況(じょうきょう)
1	要介護状態区分(ようかいごじょうたいくぶん)／障害程度等級(しょうがいていどうきゅう)	要介護(ようかいご) 2
2	認知症高齢者(にんちしょうこうれいしゃ)の日常生活自立度(にちじょうせいかつじりつど)	認知症(にんちしょう)はありません。
3	障害(しょうがい)	障害高齢者(しょうがいこうれいしゃ)の日常生活自立度(に

	の状況（じょうきょう）（身体（しんたい）・知的（ちてき）・精神（せいしん））	ちじょうせいかつじりつど）：A2 両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）によるひざの痛（いた）み・足（あし）の筋力（きんりょく）の低下（ていか）
4	今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）	両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）（O脚（おきゃく）で、足（あし）にむくみがあります）、黄斑変性症（おうはんへんせいしょう）（左（ひだり）の目（め）が見（み）えにくく視野狭窄（しやきょうさく））があり、眼鏡（めがね）で新聞（しんぶん）は読（よ）めます
5	服薬（ふくやく）（薬（くすり）を飲（の）むこと）	なし
6	今（いま）までかかった病気（びょうき）	腸閉塞（ちょうへいそく）（これまでに急（きゅう）に入院（にゅういん）したことが2回（にかい）あります）
7	ふだんのバイタルサイン（体温（たいおん）・脈拍（みやくはく）・血圧（けつあつ）などの値（あた）い）	体温（たいおん）：35.7℃、呼吸（こきゅう）：14～18回（かい）／分（ぶん）、脈拍（みやくはく）：50～60回（かい）／分（ぶん）、血圧（けつあつ）：130／80mmHg
8	その他（た）	腸閉塞（ちょうへいそく）になるたびに体力（たいりょく）が低下（ていか）しています。聴力（ちやうりょく）は毎日（まいにち）の生活（せいかつ）で困（こま）ることはありません。

2. 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）（活動（かつどう））

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
9	家事（かじ）	支（ささ）えなしに立（た）ってられないため、家事（かじ）全体（ぜんたい）に介助（かいじょ）が必要（ひつよう）	「1人（ひとり）で暮（く）らす期間（きかん）が長（なが）かつ

		う)です。ただし、食(た)べ終(お)わった食器(しょっき)は自分(じぶん)で流(なが)しまで運(はこ)び、いすに座(すわ)って洗(あら)っています。食材(しょくざい)や日用品(にちようひん)の買(か)い物(もの)はすべて長女(ちようじょ)が行(おこな)っています。	たため、簡単(かんたん)な家事(かじ)は苦(く)にならない 「できるだけ自分(じぶん)でしたい」という思(おも)いがあります。
10	移動(いどう)	2本(にほん)の4点杖(よんてんづえ)を使(つか)って、自宅(じたく)の中(なか)をゆっくり歩(ある)きます。自宅(じたく)の中(なか)には、トイレ・風呂場(ふろば)・廊下(ろうか)に手(て)すりを設置(せっち)していますが、両手(りょうて)で2本(にほん)の4点杖(よんてんづえ)を使(つか)わないと歩(ある)けないので、廊下(ろうか)の手(て)すりを使(つか)うことは少(すく)ないです。	「できるだけ自分(じぶん)の足(あし)で移動(いどう)したい」という思(おも)いがあります。
11	身じたく(みじたく)	上(うえ)の服(ふく)はベッドの端(はし)に腰(こし)かけて、時間(じかん)をかければ自分(じぶん)で着替(きが)えることができますが、下(した)の服(ふく)は引(ひ)き上(あ)げるときに介助(かいじょ)が必要(ひつよう)になります。また、毎朝(まいあさ)、洗面台(せんめんだい)の前(まえ)のシャワーチェアに座(すわ)り、洗面(せんめん)・ひげそり・歯(は)みがきを、ゆっくり時間(じかん)をかけて行(おこな)っています(疲(つか)れているときは、ひげをそらないこともあります)。	「時間(じかん)がかかるので、着替(きが)えるのがおっくうだ」と思(おも)っています。
12	食事(しょくじ)	昼食(ちゅうしょく)は給食サービス(きゅうしょくサービス)を利用(りよ	「できるだけやわらかく調理(ちょうり)し

		う) しています。ダイニングの食卓 (しょくたく) で、テレビをつけて、箸 (はし) を使 (つか) って食 (た) べています。腸閉塞 (ちょうへいそく) が怖 (こわ) いので、ゆっくりよくかんで食 (た) べるようにしています。	てもらいたい」 と言 (い) っています。
13	排泄 (はいせつ)	前 (まえ) から便秘 (べんぴ) になりやすいです。ベッドのある部屋 (へや) から 3m くらい離 (はな) れた玄関 (げんかん) のそばのトイレに行 (い) き、時間 (じかん) はかかりますが自分 (じぶん) で排泄 (はいせつ) しています。布 (ぬの) のパンツに尿 (にょう) を取 (と) るパッドを当 (あ) てていますが、うんちをしたあと、うまくふくことができないため、パッドにうんちがついていることがあります。また、夜間 (やかん) は部屋 (へや) に置 (お) いてあるポータブルトイレを利用 (りよう) しています。	「部屋 (へや) にポータブルトイレを置 (お) いているので、夜 (よる) の排泄 (はいせつ) も安心 (あんしん) だ」 と言 (い) っています。
14	入浴 (にゅうよく) ・清潔 (せいけつ) の保持 (ほじ)	週 (しゅう) 2 回 (かい) 、長男 (ちやうなん) と長女 (ちやうじょ) が泊 (と) まりに来 (く) るとき (火曜日 (かようび) ・土曜日 (どようび)) に入浴 (にゅうよく) しています。足 (あし) の先 (さき) と背中 (せなか) 以外 (いがい) は自分 (じぶん) で洗 (あら) うことができます。浴槽 (よくそう) をまたぐときにふらつくことがあります。シャワーだけで済 (す) ませることもあります。	「さっぱりするので、お風呂 (ふろ) は楽 (たの) しみだ」 と言 (い) っています。
15	睡眠 (すいみん)	日中 (にっちゅう) 、テレビを見 (み) ながらうとうとしていることも多 (お) いですが、夜 (よる) 眠 (ねむ) れないという訴 (うった) えはありませ	「楽 (らく) なので、日中 (にっちゅう) もベッドで横 (よこ) になってテレビを見

		ん。	(み) てしまい、ついうとうとするが、夜(よる)も2回(かい) くらいトイレに起(お) きるほかは眠(ねむ) れる」と言(い) っています。
16	コミュニケーション	してほしいことがあるときは、「もしよかったら〇〇してください」と、おだやかに、はっきりと話(はな) します。話(はな) す言葉(ことば) は少(すく) ないです。	「ヘルパーさんはゆっくりしっかりと話(はな) し) を聞(き) いてくれるので、きちんと希望(きぼう) を言(い) いやすい」と思(おも) っています。

3. 豊(ゆた) かさ(参加(さんか))

番号 (ばんごう)	項目(こうもく)	今(いま) の状況(じょうきょう)	本人(ほんにん) の思(おも) い
17	意欲(いよく) ・生(い) きがい	毎朝(まいあさ)、新聞(しんぶん) が来(く) るのを待(ま) っています。また、妻(つま) が大切(たいせつ) にしていた庭(にわ) の草木(くさき) は、定期的(ていきてき) に庭師(にわし) に頼(たの) んで手入(てい) れをしています。	「介護保険(かいごほけん) と介護保険以外(かいごほけんい) がい) のサービスを利用(りよう) しながら、自分(じぶん) でできるところは自分(じぶん) でしたい」と考(かんが) えています。
18	余暇(よか) (自由(じゆう) な時間(じかん)) の過(す) ごし方(かた)	午前中(ごぜんちゅう) は、ダイニングのいすで新聞(しんぶん) やテレビのニュース番組(ばんぐみ) を見(み) たり、うたた寝(ね) をしたりしています。昼食(ちゅうしょく) 後(ご) は、ベッドのある部屋(へや) とテレビのあ	「どこにも出(で) かけたくない。自分(じぶん) の家(いえ) で好(す) きなように暮(く) らしたい」と考(かんが) えています

		るダイニングの間（あいだ）のふすまを開（あ）けて、ベッドからテレビを見（み）ています。また、部屋（へや）にある妻（つま）の遺影（いえい）の前（まえ）にイスがあり、遺影（いえい）をながめながら座（すわ）っていることもあります。近所（きんじょ）とのつきあひもなく、知（し）り合（あ）いもないため、玄関（げんかん）から外（がい）へはほとんど出（で）ません。	す。
19	役割（やくわり）（家庭（かてい）／社会（しゃかい））	---	「家（いえ）を管理（かんり）し、守（まも）ることが自分（じぶん）の役割（やくわり）だ」と思（おも）っています。
20	その他（た）	---	---

4. 環境（かんきょう）（環境因子（かんきょういんし））

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思（おも）い
21	生活（せいかつ）の環境（かんきょう）	東京（とうきょう）の住宅街（じゅうたくがい）にある2階建（にかいだ）で住宅（じゅうたく）（持（も）ち家（いえ））です。妻（つま）の介護（かいご）をしていたところにバリアフリーに改築（かいちく）し、必要（ひつよう）な場所（ばしょ）には手（て）すりがついています。今（いま）は1階（いっかい）の南向（みなみむ）きのリビングやダイニング、ベッドのある部屋（へや）で生活（せいかつ）しています。トイレはベッドのある部屋（へや）から3mくらい離（はな）れた玄関（げんかん）の	「どこにも出（で）かけたくない。自分（じぶん）の家（いえ）で好（す）きなように暮（く）らしたい」と考（かんが）えています。

		そばにあります。手入（てい）れの行（い）き届（とど）いた庭（にわ）があります。	
22	生活（せいかつ）に必要な（ひつよう）な道具（どうぐ）	4点杖（よんてんづえ）（2本（にほん））、シャワーチェアを利用（りよう）しています。自宅（じたく）の中（なか）には、トイレ・風呂場（ふろば）・廊下（ろうか）に手（て）すりを設置（せっち）していますが、両手（りょうて）で2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）を使（つか）わないと歩（ある）けないので、廊下（ろうか）の手（て）すりを使（つか）うことは少（すく）ないです。	「廊下（ろうか）に手（て）すりはあるが、できるだけ4点杖（よんてんづえ）を使（つか）って歩（ある）きたい」と考（かんが）えています。
23	経済（けいざい）状況（じょうきょう）	持（も）ち家（いえ）で、長（なが）い間（あいだ）の蓄（たく）えと厚生年金（こうせいねんきん）があります。	「お金（かね）のことで子（こ）どもたちに負担（ふたん）をかけたくない」と思（おも）っています。
24	家族（かぞく）関係（かんけい）	妻（つま）が亡（な）くなって一人暮らし（ひとりぐ）になり、4年（よねん）になります。長男（ちょうなん）と長女（ちょうじょ）も東京（とうきょう）に住（す）んでいて、長女（ちょうじょ）が火曜日（かようび）と木曜日（もくようび）に、長男（ちょうなん）が土曜日（どようび）に泊（と）まりに来（き）ています。また、ニューヨークに住（す）んでいる孫（まご）も、日本（にほん）に帰（かえ）ってきたときには顔（かお）を見（み）せに来（き）ます。食材（しょくざい）や日用品（にちようひん）の買（か）い物（もの）はすべて長女（ちょうじょ）が行（おこな）っています。	「子（こ）どもたちにこれ以上（いじょう）負担（ふたん）をかけたくない」と考（かんが）えています。

25	サービス（制度（せいど））の利用（りよう）状況（じょうきよう）	①訪問看護（ほうもんかngo）、②訪問介護（ほうもんかいご）（週（しゅう）6回（かい））、③給食サービス（きゅうしょくサービス）（毎日（まいにち））	---
26	その他（た）	---	---

5. その他（た）（個人因子（こじんいんし））

番号 （ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきよう）
27	価値観（かちかん）・習慣（しゅうかん）	毎朝（まいあさ）、新聞（しんぶん）が来（く）るのを待（ま）っています。また、妻（つま）が大切（たいせつ）にしていた庭（にわ）の草木（くさき）は、定期的（ていきてき）に庭師（にわし）に頼（たの）んで手入（てい）れをしています。
28	性格（せいかく） （個性（こせい））	おだやかな中（なか）にも、しっかりと自分（じぶん）の考（かんが）えをもっています。ユーモアのセンスがあります。たとえば、入浴（にゅうよく）のとき、長女（ちやうじょ）が「頭（あたま）どうします？（頭（あたま）は私（わたし）が洗（あら）いますか？）」とたずねたところ、「（魚（さかな）の）頭（あたま）は猫（ねこ）にあげてください」などと、まじめな顔（かお）でさらりとおもしろいことを言（い）います。
29	生活歴（せいかつれき）・出身地（しゅっしんち）	大学（だいがく）を卒業（そつぎよう）するまで地元（じもと）で育（そだ）ち、生命保険会社（せいめいほけんがいしゃ）に就職（しゅうしょく）するために東京（とうきよう）に出（で）ました。結婚後（けっこんご）は転勤（てんきん）があり、海外（かいがい）などで家族（かぞく）と離（はな）れて1人（ひとり）で暮（く）らす期間（きかん）が長（なが）かったです。部長職（ぶちょうしょく）で定年（ていねん）を迎（むか）え、退職（たいしょく）してから数年間（すうねんかん）は、妻（つま）と2人（ふたり）で庭（にわ）の手入（てい）れや旅行（りょこう）などを楽（たの）しんでいました。妻（つま）の乳（にゅう）がんが進行（しんこう）してい

		ることがわかってからは、心（こころ）をこめて妻（つま）の介護（かいご）をし、東京（とうきょう）にある自宅（じたく）もバリアフリーに改築（かいちく）しました。
30	得意（とくい）なこと	仕事（しごと）を一番（いちばん）大切（たいせつ）にしてきたので得意（とくい）なことはないと言（い）いますが、英語（えいご）が得意（とくい）です。
31	1日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）	朝（あさ）は早起（はやお）きで、新聞（しんぶん）を読（よ）むことを楽（たの）しみにしています。午前中（ごぜんちゅう）は、ダイニングのいすで新聞（しんぶん）やテレビのニュース番組（ばんぐみ）を見（み）たり、うたた寝（ね）をしたりしています。昼食（ちゅうしょく）（給食サービス（きゅうしょくサービス））のあとは、ベッドのある部屋（へや）とテレビのあるダイニングの間（あいだ）のふすまを開（あ）けて、ベッドからテレビを見（み）ています。また、部屋（へや）にある妻（つま）の遺影（いえい）の前（まえ）にいすがあり、遺影（いえい）をながめながら座（すわ）っていることもあります。
32	その他（た）	---

● Eさんのアセスメント表（ひょう）（2）

アセスメント項目番号（こうもくばんごう）	情報（じょうほう）の解釈（かいしゃく）・関連（かんれん）づけ・統合化（とうごうか）	課題（かだい）	優先順位（ゆうせんじゆんい）
6, 8, 12, 13	Eさんは前（まえ）から便秘（べんぴ）になりやすく、これまでに2回（にかい）、腸閉塞（ちょうへいそく）で急（きゅう）に入院（にゅういん）しています。そのたびに体力（たいりょく）が低下（ていか）しています。Eさん自身（じしん）も、また腸閉塞（ちょうへいそく）になることを怖（こわ）	便秘（べんぴ）になりやすく、腸閉塞（ちょうへいそく）になるたびに体力（たいりょく）が低下（ていか）しているEさんにとっては、腸閉塞（ちょう	①

	がっていて、食事（しょくじ）はゆっくりよくかんで食（た）べるようにしているほか、「できるだけやわらかく調理（ちょうり）してもらいたい」と希望（きぼう）しています。	へいそく）がもう一度（いちど）起（お）こらないようにするための取（と）り組（く）みが必要（ひつよう）です。	
4, 10, 21, 22	Eさんには、両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）と黄斑変性症（おうはんへんせいしょう）があるため、2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）を使（つか）って自宅（じたく）の中（なか）を歩（ある）いていても、必（かなら）ずしも歩（ある）き方（かた）が安定（あんてい）しているわけではないので、転倒（てんとう）（転（ころ）ぶこと）を防（ふせ）ぐ必要（ひつよう）があります。今（いま）は1階（いっかい）の南向（みなみむ）きのリビングやダイニング、ベッドのある部屋（へや）で生活（せいかつ）していますが、トイレはベッドのある部屋（へや）から3mくらい離（はな）れた玄関（げんかん）のそばにあるため、そこまで歩（ある）いていかなければなりません。なお、自宅（じたく）の中（なか）には、トイレ・風呂場（ふろば）・廊下（ろうか）に手（て）すりを設置（せつち）していますが、両手（りょうて）で2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）を使（つか）わないと歩（ある）けないので、廊下（ろうか）の手（て）すりを使（つか）うことは少（すく）ないです。	両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）と黄斑変性症（おうはんへんせいしょう）があることにより、2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）を使（つか）って自宅（じたく）の中（なか）を歩（ある）いていても、必（かなら）ずしも歩（ある）き方（かた）が安定（あんてい）しているわけではないので、転倒（てんとう）を防（ふせ）ぐ必要（ひつよう）があります。	②
4, 13	Eさんは布（ぬの）のパンツに尿（にょう）を取（と）るパッドを当（あ）てていますが、うんちをしたあと、うまくふくことができないため、パッドにうんちがついていることがあります。両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）にともなう	お尻（しり）の周（まわ）りを清潔（せいけつ）に保（たも）つ必要（ひつよう）があります。	③

	〇脚（おきゃく）と足（あし）のむくみにより、排泄（はいせつ）のときに安定（あんてい）した座（すわ）る姿勢（しせい）を保（たも）てないため、うまくふくことができないと考（かんが）えられます。		
9, 12, 17, 18, 27, 31	Eさんは支（ささ）えなしに立（た）ってられないため、家事（かじ）全体（ぜんたい）に介助（かいじょ）が必要（ひつよう）です。しかし、「できるだけ自分（じぶん）でしたい」という思（おも）いがあります。また、1人（ひとり）で暮（く）らす期間（きかん）が長（なが）かったせいか、食（た）べ終（お）わった食器（しょっき）は自分（じぶん）で流（なが）しまで運（は）こび、いすに座（すわ）って洗（あら）うなど、簡単（かんたん）な家事（かじ）は苦（く）になりません。その一方（いっぽう）で、「どこにも出（で）かけたくない。自分（じぶん）の家（いえ）で好（す）きなように暮（く）らしたい」と思（おも）っており、新聞（しんぶん）を読（よ）むことや定期的（ていきてき）に庭師（にわし）に頼（たの）んで庭（にわ）の草木（くさき）の手入（てい）れをすること以外（いがい）は、玄関（げんかん）から外（がい）へはほとんど出（で）ません。	自分（じぶん）でできることを見（み）つけて、そこから毎日（まいにち）の生活（せい）かつにメリハリ（変化（へんか）や張（はり）合（あ）い）や楽（たの）しみを広（ひろ）げていく必要（ひつよう）があります。	④

● Eさんの訪問介護計画書（ほうもんかいごけいかくしょ）

氏名（しめい）：Eさん

長期目標（ちょうきもくひょう）（期間（きかん）：6か月（ろっかげつ））

自宅（じたく）で自分（じぶん）のペースで暮（く）らしながらも、メリハリのついた生活（せい）かつができる。

課題（かだい）	短期目標（たんきもくひょう）	期間（き）	具体的（ぐたいてき）な援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）	頻度（ひんど）
---------	----------------	-------	------------------------------------	---------

		かん)		
①便秘（べんぴ）になりやすく、腸閉塞（ちょうへいそく）になるたびに体力（たいりょく）が低下（ていか）しているEさんにとっては、腸閉塞（ちょうへいそく）がもう一度（いちど）起（お）こらないようにするための取（と）り組（く）みが必要（ひつよう）です。	うんちを出（だ）すリズムを整（ととの）えることができる。	1 か月（いっかげつ）	①排便（はいべん）・排（はい）ガスの状況（じょうきょう）の確認（かくにん） 訪問時（ほうもんじ）に必（かならず）、うんちやおならが出（で）たか（出（で）た場合（ばあい）には何日（なんにち）の何時頃（なんじごろ）だったか）、おなかの張（は）りがないかを確認（かくにん）します。 ②水分補給（すいぶんほきゅう）の介助（かいじょ） 1 日（いちにち）に 1000ml 以上（いじょう）の水分（すいぶん）が確保（かくほ）できるように計画（けいかく）します。また、夜間（やかん）にトイレに行（い）く回数（かいすう）を考（かん）がえながら、夕方（ゆうがた）までに水分（すいぶん）をとってもらうように介助（かいじょ）します。 ③調理（ちょうり）の介助（かいじょ） 消化（しょうか）に悪（わる）い食材（しょくざい）はさけて、水（みず）に溶（と）けやすい食物繊維（しょくもつせんい）（水溶性食物繊維（すいようせいしょくもつせんい））を多（おお）く含（ふく）む食品（しょくひん）を取（と）り入（い）れた献立（こんだて）を考（かん）がえ、調理（ちょうり）します。 ④腸（ちょう）の蠕動運動（ぜんどううんどう）（腸（ちょう）が動（うご）いて、うんちを送（おく）り出（だ）す動	訪問時（ほうもんじ）

			(うご)き)の促進(そくしん) ひざの関節(かんせつ)に痛(いた)みがあるため、ベッドの上(うえ)でおなかを動(うご)かす運動(うんどう)を見守(みまも)ります。また、おなかを冷(ひ)やさないように温(あたた)かくしておくことに気(き)をつけます。	
②両膝変形性関節症(りょうひざへんけいせいかんせつしょう)と黄斑変性症(おうはんへんせいしょう)があることにより、2本(にほん)の4点杖(よんてんづえ)を使(つか)って自宅(じたく)の中(なか)を歩(ある)いても、必(かならず)しも歩(ある)き方(かた)が安定(あんてい)しているわけではないので、転倒(てんとう)を防(ふせ)ぐ必	移動(いどう)する環境(かんきょう)を整(ととの)えて、転倒(てんとう)を防(ふせ)ぐことができる。	3か月(さんかげつ)	転倒(てんとう)を防(ふせ)ぐための環境(かんきょう)の整備(せいび)廊下(ろうか)をはじめ、部屋(へや)やダイニングなどを整理整頓(せいりせいとん)するとき、床(ゆか)に落(お)ちているすべりやすい紙(かみ)などをかたづけたり、水滴(すいてき)を残(のこ)さないようにしたりすることにも気(き)をつけます。 また、4点杖(よんてんづえ)の点検(てんけん)を行(おこな)います。	訪問時(ほうもんじ)

要（ひつよう）があります。				
③お尻（しり）の周（まわ）りを清潔（せいけつ）に保（たも）つ必要（ひつよう）があります。	お尻（しり）の周（まわ）りを清潔（せいけつ）に保（たも）つことができます。	3 か月（さんかげつ）	お尻（しり）の周（まわ）りの清潔（せいけつ）を保（たも）つための介助（かいじょ） 尿（にょう）を取（と）るパッドを交換（こうかん）するときに、お尻（しり）の皮膚（ひふ）を観察（かんさつ）し、よごれていたら、蒸（む）したタオルでやさしくふきます。また、排泄（はいせつ）の介助（かいじょ）を行（おこな）うときには、必（かなら）ずお尻（しり）の皮膚（ひふ）を観察（かんさつ）するとともに、排泄（はいせつ）のあとはふく介助（かいじょ）をします。	訪問時（ほうもんじ）
④自分（じぶん）でできることを見（み）つけて、そこから毎日（まいにち）の生活（せいかつ）にメリハリや楽（たの）しみを広（ひろ）げていく必要（ひつよう）があります。	毎日（まいにち）の暮（く）らしにメリハリをつけて、おだやかに過（す）ごすことができます。	3 か月（さんかげつ）	E さんにできることをいっしょに探（さが）し、行（おこな）ってもらいます。 ①調理（ちょうり）（昼食（ちゅうしょく））は給食サービス（きゅうしょくサービス）を利用（りよう）しているため、訪問日（ほうもんび）当日（とうじつ）の夕食（ゆうしょく）と、次（つぎ）の日（ひ）の朝食（ちょうしょく）を用意（ようい）します、そうじ、洗濯（せんたく）、ふとん干（ぼ）しなどを行（おこな）う中（なか）で、E さんがやってみたいことを見（み）つけて、実際（じっさい）に行（おこな）ってもらいます。そのとき、できたことをいっしょに喜（よろこ）び、感謝（かんしゃ）の気持ち（きも）ちを伝（つた）えます。 ②地域（ちいき）との交流（こうりゅう）という視点（してん）から、何（なに）かやってみたいことがあるか、いっしょに探（さが）します。	そのとき（ときどき）

● Eさんの実施評価表（じっしひょうかひょう）

担当者氏名（たんとうしゃしめい）：F（介護福祉士（かいごふくしし））

短期目標（たんき もくひょう）	実施状況（じっしじょうきょう）	評価（ひょうか）
うんちを出（だ） すリズムを整（と との）えることが できる。	訪問時（ほうもんじ）には必（かなら）ず、う んちやおならが出（で）たかどうかを確認（か くにん）するようにしました。また、うんちや おならがなく、おなかが張（は）った感（か ん）じがあった場合（ばあい）には、サービス 提供責任者（ていきょうせきにんしゃ）（サー ビスをまとめる責任者（せきにんしゃ））と訪 問看護師（ほうもんかんごし）に報告（ほうこ く）することとしました。	今（いま）のところ、腸 閉塞（ちょうへいそく） が再（ふたた）び起 （お）こることもなく、 うんちのリズムが整（と との）っているよう です。今後（こんご）も続 （つづ）けて援助（えん じょ）していきたいで す。
うんちを出（だ） すリズムを整（と との）えることが できる。	水分補給（すいぶんほきゅう）の介助（かいじ ょ）では、汁物（しるもの）や果物（くだも の）なども合（あ）わせて、1日（いちにち） に1000ml以上（いじょう）の水分（すいぶ ん）が確保（かくほ）できるように計画（けい かく）しました。また、調理（ちょうり）のど きは、貝（かい）・こんにゃく・ごま・とうも ろこしなどの消化（しょうか）に悪（わる）い 食材（しょくざい）や、ごぼう・たけのこ・ふ き・さといもなどの水（みず）に溶（と）けな い食物繊維（しょくもつせんい）（不水溶性食 物繊維（ふすいようせいしょくもつせんい）） を含（ふく）む食品（しょくひん）は使（つ か）わないように気（き）をつけました。	---
うんちを出（だ） すリズムを整（と との）えることが できる。	ベッドの上（うえ）でおなかを動（うご）かす 運動（うんどう）を行（おこな）ってもらいま した。	---
移動（いどう）す る環境（かんきょ	廊下（ろうか）をはじめ、部屋（へや）やダイ ニングを整理整頓（せいりせいとん）するとき	夜間（やかん）に電話 （でんわ）がかかってき

う)を整(ととの)えて、転倒(てんとう)を防(ふせ)ぐことができる。	には、床(ゆか)に落(お)ちているすべりやすい紙(かみ)などをかたづけたり、水滴(すいてき)を残(のこ)さないようにしたりすることにも気(き)をつけて整理整頓(せいりせいとん)しました。	たとき、あわてて出(で)ようとしてバランスをくずし、左(ひだり)のあごにかすり傷(きず)を負(お)う出来事(できごと)がありました。Eさんと話(はな)し合(あ)い、電話(でんわ)を置(お)く場所(ばしょ)を変(か)えるとともに、引(ひ)き続(つづ)き、室内(しつない)の環境(かんきょう)の整備(せいび)を行(おこ)なうこととしました。なお、Eさんのかすり傷(きず)については、サービス提供責任者(ていきょうせきにんしゃ)を通(つう)じて介護支援専門員(かいごしえんせんもんいん)(ケアマネジャー)に報告(ほうこく)しました。
お尻(しり)の周(まわ)りを清潔(せいけつ)に保(たも)つことができる。	お尻(しり)の周(まわ)りの清潔(せいけつ)の保持(ほじ)に関(かん)して、お尻(しり)の皮膚(ひふ)の状態(じょうたい)を観察(かんさつ)し、状況(じょうきょう)に応(おう)じて陰部(いんぶ)の洗浄(せんじょう)や蒸(む)したタオルでの清拭(せいしき)(体(からだ)をふいて清潔(せいけつ)にすること)などを行(おこな)いました。	今(いま)のところ、お尻(しり)の周(まわ)りの清潔(せいけつ)は保(たも)たれているようです。今後(こんご)も続(つづ)けて援助(えんじょ)していきます。
毎日(まいにち)の暮(く)らしに	Eさんが自分(じぶん)でできることについては、これまでと同(おな)じように、食(た)	Eさんは「どこにも出(で)かけたくない。自

メリハリをつけ て、おだやかに過 (す) ぐすことが できる。	べ終(お) わった食器(しょっき) を自分(じ ぶん) で流(なが) しまで運(はこ) び、いす に座(すわ) って洗(あら) ってもらふことと しました。	分(じぶん) の家(いえ) で好(す) きなよう に暮(く) らしたい」と 希望(きぼう) している ため、今(いま) はその 希望(きぼう) を尊重 (そんちょう) (大切 (たいせつ) にするこ と) します。
--	---	--

▶ 気(き) づいたこと

・地域(ちいき) との交流(こうりゅう) については、ケアチーム全体(ぜんたい) の連携(れんけい) (協力(きょうりょく) し合(あ) うこと) の中(なか) で作(つく) っていく必要(ひつよう) があると考(かんが) えます。

● 【解説(かいせつ) 】 E さんの介護過程(かいごかてい) について

E さんは、おだやかな中(なか) にも、しっかりと自分(じぶん) の考(かんが) えをもっている人(ひと) です。妻(つま) が亡(な) くなってから、急(きゅう) に気力(きりょく) と体力(たいりょく) が低下(ていか) し、妻(つま) の遺影(いえい) の前(まえ) のいすに座(すわ) って過(す) ぐすことが多(おお) くなりましたが、一人暮(ひとりぐ) らしに不安(ふあん) を感(かん) じた子(こ) どもたちがいっしょに住(す) むことを申(もう) し出(で) たときも、「自分(じぶん) の家(いえ) で好(す) きなように暮(く) らしたい」と言(い) って、その申(もう) し出(で) を断(ことわ) りました。

子(こ) どもたちが交代(こうたい) で週(しゅう) 3 日(みっか) 泊(と) まりに来(き) ています、これ以上(いじょう) 負担(ふたん) をかけたくないという気持(きも) ちがあり、介護保険(かいごほけん) と介護保険以外(かいごほけんいがい) のサービスを利用(りよう) しながら、自分(じぶん) でできるところは自分(じぶん) でしたいと思(おも) っています。

E さんの自宅(じたく) は、東京(とうきょう) の住宅街(じゅうたくがい) の一戸建(いっこだ) て(持(も) ち家(いえ)) で、1 人(ひとり) で暮(く) らす期間(きかん) が長(なが) かったこともあり、近所(きんじょ) とのつきあいはほとんどありません。腸閉塞(ちょうへいそく) で 2 回(にかい) 急(きゅう) に入院(にゅういん) してからは体力(たいりょく) が低下(ていか) してしまいました。それでも、妻(つま) が大切(たいせつ) にしていた庭(にわ) の草木(くさき) は、定期的(ていきてき) に庭師(にわし) を呼(よ) んで手入(てい) れをしています。

「長(なが) い間(あいだ) 暮(く) らしてきた自宅(じたく) で、これ以上(いじょう) 家族(かぞく) に負担(ふたん) をかけることなく過(す) ぐしていきたい」と希望(きぼう) する E さんの生活(せいかつ) を、訪問介護(ほうもんかいご) でどのように支(ささ) えていけばよいでしょうか。介護職(かいご

しょく) は、アセスメントを通(つう)じて、次(つぎ)の4つの課題(かだい)を明(あき)らかにしました。

① 腸閉塞(ちょうへいそく)の再発予防(さいはつよぼう)(もう一度(いちど)起(お)こらないようにすること)について

Eさんは前(まえ)から便秘(べんぴ)になりやすく、腸閉塞(ちょうへいそく)になるたびに体力(たいりょく)が低下(ていか)しています。腸閉塞(ちょうへいそく)を防(ふせ)ぐためには、うんちがスムーズに出(で)ることが大切(たいせつ)です。そのためには、十分(じゅうぶん)な水分(すいぶん)をとること、食物繊維(しょくもつせんい)(とくに水溶性食物繊維(すいようせいしょくもつせんい))をとること、腸(ちょう)の蠕動運動(ぜんどううんどう)を促(うなが)すことが必要(ひつよう)です。Eさんの「できるだけやわらかく調理(ちょうり)してもらいたい」という希望(きぼう)もふまえながら、毎日(まいにち)の食事(しょくじ)や運動(うんどう)の中(なか)で、無理(むり)なく取(と)り組(く)めるようにすることが大切(たいせつ)です。

② 転倒予防(てんとうよぼう)について

Eさんは両膝変形性関節症(りょうひざへんけいせいかんせつしょう)と黄斑変性症(おうはんへんせいしょう)があり、2本(にほん)の4点杖(よんてんづえ)を使(つか)えば自宅(じたく)の中(なか)を歩(ある)くことができますが、足元(あしもと)が安定(あんてい)しているとは言(い)えません。トイレまでの廊下(ろうか)に物(もの)が置(お)かれていたり、水滴(すいてき)が落(お)ちていたりすると、転倒(てんとう)の危険(きけん)が高(たか)くなります。視野狭窄(しやきょうさく)(見(み)える範囲(はんい)が狭(せま)くなること)があることもふまえて、Eさんが安全(あんぜん)に移動(いどう)できる環境(かんきょう)を整(ととの)えることが必要(ひつよう)です。

③ お尻(しり)の周(まわ)りの清潔(せいけつ)について

Eさんは布(ぬの)のパンツに尿(によう)を取(と)るパッドを当(あ)てていますが、O脚(おきゃく)と足(あし)のむくみのために排泄(はいせつ)のときの姿勢(しせい)が安定(あんてい)せず、うんちをうまくふくことができないことがあります。お尻(しり)の周(まわ)りが汚(よご)れたままになると、皮膚(ひふ)のトラブルにつながるおそれがあるため、排泄(はいせつ)の介助(かいじょ)のたびに皮膚(ひふ)の状態(じょうたい)を観察(かんさつ)し、清潔(せいけつ)を保(たも)つことが大切(たいせつ)です。

④ 毎日(まいにち)の生活(せいかつ)のメリハリについて

Eさんは「自分(じぶん)の家(いえ)で好(す)きなように暮(く)らしたい」という思(おも)いが強(つよ)く、外出(がいしゅつ)はほとんどしませんが、その一方(いっぽう)で「できるだけ自分

（じぶん）でしたい」という気持ち（きもち）もあります。食器（しょっき）を自分（じぶん）で洗（あら）うことなど、できることを大切（たいせつ）にしながら、Eさんが楽（たの）しめることを少（す）しずつ増（ふ）やしていくことで、毎日（まいにち）の暮（く）らしにメリハリをつけることができます。

なかでも、妻（つま）に先（さき）立（だ）たれて地域（ちいき）との交流（こうりゅう）もなく、家（いえ）に閉（と）じこもっているEさんの生活（せいかつ）を元気（げんき）にしていくために、地域（ちいき）との連携（れんけい）をふまえた積極的（せっきよくてき）な生活支援（せいかつしえん）のあり方（かた）を考（かんが）えることは、介護職（かいごしょく）として大切（たいせつ）な視点（してん）です。

しかしEさんは、1人（ひとり）で暮（く）らす期間（きかん）が長（なが）く、これまでの人生（じんせい）を地域（ちいき）の中（なか）で生（い）きてきた人（ひと）ではありませんし、近所（きんじょ）には知（し）り合（あ）いもないようです。今（いま）は家（いえ）で好（す）きなように過（す）ごしたいと希望（きぼう）しているため、Eさんの思（おも）いを尊重（そんちょう）することにしました。

今後（こんご）のかかわりの中（なか）でEさんの生活（せいかつ）の楽（たの）しみを知（し）り、そのうえで他（ほか）の人（ひと）とのかかわりなど、社会参加（しゃかいさんか）に対（たい）する支援（しえん）のあり方（かた）をケアチーム全体（ぜんたい）の連携（れんけい）の中（なか）で作（つく）っていくことができたかと考（かんが）えています。

■ 演習（えんしゅう）

課題（かだい）1

Eさんは腸閉塞（ちょうへいそく）を起（お）こして、これまでに2回（にかい）急（きゅう）に入院（にゅういん）しています。腸閉塞（ちょうへいそく）が再（ふたたび）起（お）こらないように、Eさんに具体的（ぐたいてき）な働（はたら）きかけを行（おこな）いましょう。

★ ここに注意（ちゅうい）！

○Eさん自身（じしん）、「できるだけやわらかく調理（ちょうり）してもらいたい」という希望（きぼう）をもち、食事（しょくじ）はゆっくりよくかんで食（た）べていますが、このことが必（かなら）ずしも腸閉塞（ちょうへいそく）の予防（よぼう）につながるとは限（かぎ）りません。

○腸閉塞（ちょうへいそく）の予防（よぼう）には、スムーズなうんちが欠（か）かせません。

○スムーズなうんちのためには、①十分（じゅうぶん）な水分補給（すいぶんほきゅう）、②食物繊維（しょくもつせんい）（とくに水溶性食物繊維（すいようせいしょくもつせんい））の摂取（せっしゅ）、③腸（ちょう）の蠕動運動（ぜんどううんどう）の促進（そくしん）、などが大切（たいせつ）になります。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

● 介護職（かいごしょく）は、Eさんに体調（たいちょう）やうんちの状態（じょうたい）を確認（かくにん）します。

①便秘（べんぴ）になっていないことを確認（かくにん）します。

②便秘（べんぴ）から腸閉塞（ちょうへいそく）にならないようにすることを話（はな）します。

③排泄（はいせつ）の有（う）無（む）と食事（しょくじ）の内容（ないよう）についての記録（きろく）を続（つづ）けるように話（はな）します。

● 介護職（かいごしょく）は、腸閉塞（ちょうへいそく）の再発予防（さいはつよぼう）について、Eさんにできることを考（かんが）えます。

①意識（いしき）してきちんと量（りょう）をはかって水分（すいぶん）をとります。

・1000mlの水分（すいぶん）が確保（かくほ）できるよう容器（ようき）を準備（じゅんび）します。

・夜間（やかん）はトイレに行（い）く回数（かいすう）が増（ふ）えるので、夕方（ゆうがた）までに水分（すいぶん）をとる計画（けいかく）を立（た）てます。

②食物繊維（しょくもつせんい）をとります。

・水溶性食物繊維（すいようせいしょくもつせんい）の多（おお）い食材（しょくざい）と、Eさんの好（す）みをふまえた献立（こんだて）を考（かんが）えます。

・Eさんに合（あ）った調理（ちょうり）の方法（ほうほう）を考（かんが）えます。

③腸（ちょう）の蠕動運動（ぜんどううんどう）を促（うなが）すためにどのような運動（うんどう）が適（てき）しているかを考（かんが）え、行（おこな）います。

・ひざの関節（かんせつ）に痛（いた）みがあるため、ベッドの上（うえ）でおなかを動（うご）かす運動（うんどう）をしてもらいます。

・おなかを冷（ひ）やさないように温（あたた）かくしておくことに気（き）をつけます。

● 介護職（かいごしょく）は、②で考（かんが）えたことをどのように実行（じっこう）するか、1日（いちにち）の計画（けいかく）を立（た）てます。

● 介護職（かいごしょく）は、毎日（まいにち）実行（じっこう）したことをねぎらい、はげまします。

課題（かだい）2

日中（にっちゅう）はトイレで排泄（はいせつ）を行（おこな）っているEさん。足（あし）の筋力（きんりょく）の低下（ていか）と視野狭窄（しやきょうさく）などにより、転倒（てんとう）の危険性（きけんせい）が高（たか）いため、トイレまでの移動（いどう）の環境（かんきょう）を整（ととの）える必要（ひつよう）があります。Eさんの安全（あんぜん）に気（き）をつけてトイレまで移動（いどう）し、排泄（はいせつ）の介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう。

★ ここに注意（ちゅうい）！

○Eさんには、両膝変形性関節症（りょうひざへんけいせいかんせつしょう）（O脚（おきやく）と足

（あし）のむくみ）、左右（さゆう）の視力（しりょく）の差（さ）、視野狭窄（しやきょうさく）などがあります。

○Eさんは2本（にほん）の4点杖（よんてんづえ）を使（つか）って、ゆっくり歩（ある）くことができます。

○ベッドのある部屋（へや）から3mくらい離（はな）れた玄関（げんかん）のそばにトイレがあります。

○Eさんは、できるだけ自分（じぶん）の足（あし）で移動（いどう）したいという思（おも）いがあります。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

- 介護職（かいごしょく）は、Eさんにトイレで排泄（はいせつ）することを確認（かくにん）します。

- 介護職（かいごしょく）は、トイレまで4点杖（よんてんづえ）を使（つか）って歩（ある）いて行（い）くことを説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。

- 介護職（かいごしょく）は、トイレまでの廊下（ろうか）に歩行（ほこう）（歩（ある）くこと）のじゃまになるものがないかを確認（かくにん）します。

- ①水滴（すいてき）が落（お）ちていないかに気（き）をつけます。

- ②新聞（しんぶん）やビニールなどが置（お）かれていないかなどにも気（き）をつけます。

- Eさんに履（は）き物（もの）（スリッパなどすべらないもの）をきちんとはいてもらい、4点杖（よんてんづえ）で立（た）ってもらいます。

- ①むくみがあるので履（は）き物（もの）の状態（じょうたい）を確認（かくにん）します。

- ②4点杖（よんてんづえ）には右用（みぎよう）と左用（さよう）があるので気（き）をつけます。また、杖（つえ）の安全（あんぜん）を点検（てんけん）し、高（たか）さについても確認（かくにん）します。

- ③立（た）ってもらったとき、ふらつきがないかを確認（かくにん）します。

- Eさんにトイレまでゆっくり歩（ある）いてもらいます。

- ①トイレまでの廊下（ろうか）がしっかり見（み）えているかを確認（かくにん）します。

- ②左側（ひだりがわ）半歩（はんぽ）後（うし）ろでEさんの腰（こし）に手（て）をそえて、体（からだ）を支（ささ）えます。

- ③ひざの痛（いた）みを確認（かくにん）します。

- 介護職（かいごしょく）はトイレに入（はい）り、下（した）の服（ふく）をおろす準備（じゅんび）をします。

- ①杖（つえ）を置（お）き、片手（かたて）で手（て）すりをしっかり持（も）ってもらいます。

- ②手（て）すりと反対（はんたい）の手（て）で下（した）の服（ふく）をおろし、介護職（かいごしょく）はひざまでおろす介助（かいじょ）をします。

- Eさんにおじぎをするように便器（べんき）に座（すわ）ってもらいます。

- ①座（すわ）る姿勢（しせい）が安定（あんてい）しているか、寒（さむ）くないかなどを確認（か

くにん) します。

②体(からだ)が見(み)えすぎないように、ひざかけをかけます。

③トイレの外(がい)に出(で)て、排泄(はいせつ)が終(お)わるのを待(ま)ちます。

●介護職(かいごしょく)は、排泄(はいせつ)が終(お)わったあと、後始末(あとしまつ)ができたかを確認(かくにん)します。

①うんちをしたあと、肛門(こうもん)の周(まわ)りの清潔(せいけつ)、排泄物(はいせつぶつ)の量(りょう)と状態(じょうたい)を確認(かくにん)します。このとき、浅(あさ)く座(すわ)り、おじぎをしてもらい肛門(こうもん)の周(まわ)りを清潔(せいけつ)にします。

②できていないときは清拭(せいしき)の介助(かいじょ)をします。

●Eさんに立(た)ってもらい、服(ふく)を整(ととの)え、手洗(てあら)いをしてもらいます。

●Eさんにベッドまでゆっくり戻(もど)ってもらいます。

①ひざの痛(いた)みを確認(かくにん)します。

②ベッドまでの廊下(ろうか)がしっかり見(み)えているかを確認(かくにん)します。

③ベッドに座(すわ)ってもらい、足(あし)のむくみを観察(かんさつ)します。

④トイレで排泄(はいせつ)できたことをねぎらいます。

課題(かだい) 3

夜間(やかん)はポータブルトイレを使(つか)って排泄(はいせつ)を行(おこな)っているEさん。Eさんの安全(あんぜん)に気(き)をつけてベッドからポータブルトイレへの移乗(いじょう)(乗(の)り移(うつ)ること)と排泄(はいせつ)の介助(かいじょ)を行(おこな)いましょう。

★ここに注意(ちゅうい)！

○Eさんには、両膝変形性関節症(りょうひざへんけいせいかんせつしょう)(O脚(おきゃく)と足(あし)のむくみ)、左右(さゆう)の視力(しりょく)の差(さ)、視野狭窄(しやきょうさく)などがあります。

○夜間(やかん)は、部屋(へや)の照明(しょうめい)のスイッチがひもでつながれて、ベッドの枕元(まくらもと)に届(とど)くようになっています。

★介助(かいじょ)の方法(ほうほう)と留意点(りゅういてん)

●介護職(かいごしょく)は、Eさんに排泄(はいせつ)の確認(かくにん)をして、照明(しょうめい)をつけてもらいます。

●Eさんにベッドに端(はし)に座(すわ)ってもらい、ベッドサイドの様子(ようす)を確認(かくにん)します。

①ポータブルトイレが足元(あしもと)に置(お)いてあるかを確認(かくにん)します。

②ベッド用(よう)の手(て)すり(てすり)がきちんと設置(せっち)されているかを確認(かくにん)します。

- ③ポータブルトイレのふたを取（と）り、中（なか）に水（みず）・消臭液（しょうしゅうえき）（においを消（け）す液（えき））・トイレットペーパーが入（はい）っているかを確認（かくにん）します。
- Eさんにベッド用（よう）の手（て）すりを持（も）って端（はし）に座（すわ）った状態（じょうたい）から立（た）ってもらい、ポータブルトイレに座（すわ）れるように体（からだ）の向（む）きを変（か）えてもらいます。
 - Eさんに、下（した）の服（ふく）をおろし、おじぎをするようにポータブルトイレに座（すわ）ってもらいます。
- ①座（すわ）る姿勢（しせい）が安定（あんてい）しているか、寒（さむ）くないかなどを確認（かくにん）します。
- ②皮膚（ひふ）が見（み）えすぎないように気（き）をつけて、バスタオルなどでプライバシー（ひと）に見（み）られたくないこと）を守（まも）り、体（からだ）を温（あた）かくすることにも努（つと）めます。
- 介護職（かいごしょく）は、排泄（はいせつ）が終（お）わったあと、後始末（あとしまつ）ができたかを確認（かくにん）します。
- ①うんちをしたあと、浅（あさ）く座（すわ）ってもらい、肛門（こうもん）の周（まわ）りの清潔（せいけつ）、排泄物（はいせつぶつ）の量（りょう）と状態（じょうたい）を確認（かくにん）します。
- ②できていないときは清拭（せいしき）の介助（かいじょ）をします。
- Eさんに立（た）ってもらい、ふらつきなどの確認（かくにん）をし、服（ふく）を整（ととの）え、おしぼりなどを使（つか）って手洗（てあら）いをしてもらいます。
 - ベッドのほうへEさんの腰（こし）を回転（かいてん）させ、端（はし）に座（すわ）ってもらいます。
- ①ひざの痛（いた）み、足（あし）のむくみを観察（かんさつ）します。
- ②ポータブルトイレの排泄物（はいせつぶつ）をかたづけ、元（もと）の位置（いち）に戻（もど）します。
- 介護職（かいごしょく）は照明（しょうめい）を消（き）して、Eさんに休（やす）んでもらいます。

■ 確認（かくにん）・評価（ひょうか）してみよう！

確認（かくにん）・評価項目（ひょうかこうもく）	CHECK
①Eさんに適切（てきせつ）な言葉（ことば）かけができましたか（体調（たいちょう）の確認（かくにん）、これから行（おこな）う介助（かいじょ）の説明（せつめい）と同意（どうい）など）。	
②Eさんが水分補給（すいぶんほきゅう）の必要性（ひつようせい）を理解（りか）	

い) したうえで、水分（すいぶん）をとることができましたか。	
③腸閉塞（ちょうへいそく）の再発予防（さいはつよぼう）に向（む）けて、腸（ちょう）の蠕動運動（ぜんどううんどう）を促（うなが）すための運動（うんどう）をEさんにしてもらいましたか。	
④Eさんがトイレまで安全（あんぜん）に移動（いどう）するための環境（かんきょう）整備（せいび）ができましたか。	
⑤トイレまで移動（いどう）するときに、Eさんの身体（しんたい）の機能（きのう）（視力（しりょく）や視野（しや）、ひざの関節（かんせつ）の痛（いた）み、O脚（おきゃく）や足（あし）のむくみなど）に気（き）をつけましたか。	
⑥排泄物（はいせつぶつ）の量（りょう）と状態（じょうたい）、肛門（こうもん）の周（まわ）りを観察（かんさつ）しましたか。	
⑦Eさんが排泄（はいせつ）の後始末（あとしまつ）をしたことを確認（かくにん）しましたか。	
⑧夜間（やかん）、Eさんのベッドの足元（あしもと）に、ポータブルトイレを準備（じゅんび）しておきましたか。	
⑨安全（あんぜん）にポータブルトイレに移乗（いじょう）し、排泄（はいせつ）の姿勢（しせい）をとることができましたか。	
⑩全体（ぜんたい）を通（つう）してEさんの自立（じりつ）に気（き）をつけた援助（えんじょ）ができましたか。	

第3巻 第3章 介護過程（かいごかてい）の展開（てんかい）の実践（じっせん）

事例（じれい）4 介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）で生活（せいかつ）する利用者（りようしゃ）への支援（しえん）

● 利用者（りようしゃ）のプロフィール

氏名（しめい）	Gさん
性別（せいべつ）	女性（じょせい）
年齢（ねんれい）	58歳（さい）
生活環境（せいかつかんきょう）	介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）（けがや病気（びょうき）のあとに、家（いえ）に帰（かえ）るための練習（れんしゅう）をする施設（しせつ））
要介護度（ようかいど）	要介護（ようかいど）3
入所年（にゅうしよねん）・月（がつ）	〇年（ねん）〇月（がつ）
認知症高齢者（にんちしょうこううれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	認知症（にんちしょう）はありません。
障害高齢者（しょうがいこううれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	A1（屋内（おくない）での生活（せいかつ）はほぼ自分（じぶん）でできますが、外出（がいしゅつ）には介助（かいじょ）が必要（ひつよう）な状態（じょうたい）です。）

● 家族構成（かぞくこうせい）と生活歴（せいかつれき）

▶ 幼少期（ようしょうき）から結婚（けっこん）、子育て（こそだ）まで

- ・3人（さんにん）きょうだいの末（まつ）っ子（こ）として生（う）まれました。
- ・明（あか）るく、活発（かっぱつ）な性格（せいかく）で、中学（ちゅうがく）からテニスを始（は）め、高校（こうこう）でもテニス部（ぶ）に入（はい）って活躍（かつやく）しました。
- ・大学（だいがく）は、親戚（しんせき）のいる近（ちか）くの県（けん）の公立大学（こうりつだい

がく)に進学(しながく)しました。

・卒業(そつぎょう)後(ご)、地元(じもと)の銀行(ぎんこう)に就職(しゅうしょく)しました。

・社会人(しゃかいじん)になってもテニスを得意(とくい)なこととして続(つづ)け、地元(じもと)のテニスクラブに入(はい)り、友人(ゆうじん)もたくさんいました。

・30歳(さい)で、3歳(さい)年下(としした)の夫(おっと)と結婚(けっこん)しました。

・同(おな)じ職場(しょくば)の人(ひと)と結婚(けっこん)したため、結婚(けっこん)と同時に(どうじ)に仕事(しごと)をやめました。

・そのあとは、専業主婦(せんぎょうしゆふ)として転勤(てんきん)(働(はたら)く場所(ばしょ)が変(か)わること)の多(おお)い夫(おっと)を支(ささ)え、2人(ふたり)の息子(むすこ)を育(そだ)てました。

・銀行員(ぎんこういん)である夫(おっと)の仕事(しごと)が大変(たいへん)なことをよくわかってるので、できるだけ夫(おっと)を支(ささ)えて、家(いえ)の中(なか)から夫(おっと)を助(たす)けたいと願(がん)っていました。

▶ くも膜下出血(まくかしゅっけつ)を発症(はっしょう)して以降(いこう)

・今年(ことし)の1月(いちがつ)、突然(とつぜん)くも膜下出血(まくかしゅっけつ)(脳(のう)の血管(けっかん)が破(やぶ)れる病気(びょうき))で倒(たお)れ、脳神経外科病院(のうしんけいげかびょういん)に3か月(さんかげつ)入院(にゅういん)しました。

・体幹(たいかん)(体(からだ)の中心(ちゅうしん)の部分(ぶぶん))の機能障害(きのうしょうがい)をとともう右片麻痺(みぎかたまひ)が残(のこ)り、車(くるま)いすでの生活(せいかつ)になりました(身体障害者手帳(しんたいしょうがいしゃてちょう)2級(きゅう))。

・そのあと、リハビリテーションセンターを経(けい)て、今(いま)の介護老人保健施設(かいごろうじんほけんしせつ)に入所(にゅうしょ)することになりました。

・リハビリテーション(運動(うんどう)などで体(からだ)の機能(きのう)を回復(かいふく)させること)のおかげで、今(いま)は支(ささ)えがあれば立(た)ち上(あ)がり、3~4歩(ほ)歩(ある)くことができます。

▶ 今(いま)の家族(かぞく)の状況(じょうきょう)

・夫(おっと)(55歳(さい))は銀行員(ぎんこういん)として、毎朝(まいあさ)7時半(じはん)には出勤(しゅっきん)します。夜(よる)は20~21時頃(じごろ)に帰宅(きたく)する生活(せいかつ)を送(おく)っています。

・夫婦(ふうふ)の関係(かんけい)は良好(りょうこう)で、夫(おっと)もGさんといっしょに自宅(じたく)で暮(く)らしたいと思(おも)っていますが、本当(ほんとう)に可能(かのう)かどうか不安(ふあん)に思(おも)っています。

- ・長男（ちょうなん）（24歳（さい））は、夫（おと）と同（おな）じ銀行員（ぎんこういん）として他（ほか）の県（けん）で働（はたら）いています（Gさんは一人暮らし（ひとりぐらし）の長男（ちょうなん）のために時々（ときどき）アパートのそうじなどにも通（かよ）っていました）。
- ・次男（じなん）（21歳（さい））は大学（だいがく）3年生（さんねんせい）で、やはり他（ほか）の県（けん）で1人（ひとり）暮らし（ぐらし）をしています（こちらにも生活用品（せいかつようひん）や食料（しょくりょう）などを時々（ときどき）送（おく）っていました）。

● 今（いま）の状況（じょうきょう）

▶ 健康状態（けんこうじょうたい）

（1）一般状態（いっぱんじょうたい）

- ・体温（たいおん）：36.3℃
- ・呼吸（こきゅう）：15～20回（かい）／分（ふん）
- ・脈拍（みゃくはく）：50～60回（かい）／分（ふん）
- ・血圧（けつあつ）：130／80mmHg

（2）障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）

- ・くも膜下出血（まくかしゅっけつ）の後遺症（こういしょう）（病気（びょうき）やけがが治（な）おったあとも残（のこ）る症状（しょうじょう））として右片麻痺（みぎかたまひ）、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）（言葉（ことば）がうまく話（はな）せないこと）があります。

（3）今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）

- ・とくにありません。

（4）今（いま）までかかった病気（びょうき）

- ・くも膜下出血（まくかしゅっけつ）（4か月前（よんかげつまえ））

（5）視力（しりょく）

- ・毎日（まいにち）の生活（せいかつ）で困（こま）ることはありません。

（6）聴力（ちりょく）

- ・毎日（まいにち）の生活（せいかつ）で困（こま）ることはありません。

▶ 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）

（1）移動（いどう）

- ・右片麻痺（みぎかたまひ）があり、麻痺（まひ）のない左（ひだり）の手足（てあし）を使（つか）って車（くるま）いすを操作（そうさ）しています。
- ・施設（しせつ）での練習（れんしゅう）により、少（すこ）し物（もの）があっても避（さ）けて通

（とお）ることができるなど、操作（そうさ）に慣（な）れてきています。

（2）身じたく（みじたく）

・よく使（つか）う手（て）である右側（みぎがわ）に麻痺（まひ）があるため、時間（じかん）はかかりますが、上（うえ）の服（ふく）は自分（じぶん）で着替（きが）えることができます。

・下（した）の服（ふく）は、ウエストの部分（ぶぶん）にひもをつけるなどの工夫（くふう）があれば、自分（じぶん）の力（ちから）で着替（きが）えることができます。

（3）食事（しょくじ）

・左（ひだり）の手（て）でスプーンを使（つか）って食事（しょくじ）をしています。

・箸（はし）を使（つか）う練習（れんしゅう）を行（おこな）っています。

（4）排泄（はいせつ）

・手（て）すりを使（つか）えば、トイレで自分（じぶん）で排泄（はいせつ）できます。

（5）入浴（にゅうよく）・清潔（せいけつ）の保持（ほじ）

・施設（しせつ）では週（しゅう）3回（かい）入浴（にゅうよく）しています。

・入浴（にゅうよく）の方法（ほうほう）はリフト浴（よく）（機械（きかい）を使（つか）って体（からだ）を持（も）ち上（あ）げてお風呂（ふろ）に入（はい）する方法（ほうほう））で、ほとんど自分（じぶん）で体（からだ）を洗（あら）うことができます。

・洗（あら）いにくい部分（ぶぶん）も、どうしたらよいか積極的（せっきよくてき）に介護職（かいごしょく）にたずねて工夫（くふう）しています。

（6）睡眠（すいみん）

・日中（にっちゅう）、リハビリテーションや家事（かじ）の練習（れんしゅう）にはげんでいるため、基本的（きほんてき）には、夜（よる）はよく眠（ねむ）れています。

・ただし、時々（ときどき）、自分（じぶん）の障害（しょうがい）のことや、本当（ほんとう）に自宅（じたく）で夫（おと）と暮（く）らしていけるのかを考（かんが）えてしまうと、眠（ねむ）れないことがあります。

（7）コミュニケーション

・右片麻痺（みぎかたまひ）にともなって軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）がありますが、毎日（まいにち）の会話（かいわ）では困（こま）るほどではありません。

・ほかの入所者（にゅうしよしゃ）ともよく話（はなし）をしています。

（8）サービスの利用（りよう）状況（じょうきよう）

・介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）に入所（にゅうしよ）しています。

・自宅（じたく）に戻（もど）ってからは、どのようなサービスを利用（りよう）して生活（せいかつ）していくか検討中（けんとうちゅう）です。

▶ 経済（けいざい）状況（じょうきよう）

・夫（おっと）は今（いま）も銀行員（ぎんこういん）（部長職（ぶちょうしょく））として働（はたら）いており、1 年間（いちねんかん）で 1000 万円（まんえん）を超（こ）える収入（しゅうにゅう）があるため、お金（かね）の面（めん）では問題（もんだい）ありません。

▶ 性格（せいかく）

- ・明（あか）るく社交的（しゃこうてき）（人（ひと）と話（はなし）すことが好（す）き）な性格（せいかく）です。
- ・まじめで、何（なに）でもきちんとやろうとするところがあります。

▶ 1 日（いちにち）の過（す）ごし方（かた）

・今（いま）は施設（しせつ）の決（き）まったスケジュールにそって生活（せいかつ）しています
が、自宅（じたく）での生活（せいかつ）に向（む）けて、自分（じぶん）の身（み）の回（まわ）りのことを自分（じぶん）でできるようにならなければと、日中（にっちゅう）、やる気（き）をもってリハビリテーションにはげんでいます。また、食事（しょくじ）の準備（じゅんび）、洗濯（せんたく）、そうじなど、家事（かじ）全体（ぜんたい）について、熱心（ねっしん）に練習（れんしゅう）を行（おこな）おうとしています。

▶ 退所（たいしょ）後（ご）の自宅（じたく）の環境（かんきょう）

- ・1 階（いっかい）は車（くるま）いすでも移動（いどう）できますが、システムキッチン（台所（だいどころ）の設備（せつび））は車（くるま）いすが入（はい）らないために使（つか）えません。
- ・今（いま）のままでは段差（だんさ）があり、1 人（ひとり）では庭（にわ）に出（で）ることも、外出（がいしゅつ）することもできません。

▶ G さんや家族（かぞく）などの思（おも）い

- ・G さんは、「夫（おっと）のためにもう一度（いちど）、自宅（じたく）に戻（もど）り、主婦（しゅふ）としての役割（やくわり）を果（は）たしたい。そのためには、まず身（み）の回（まわ）りのことや家事（かじ）は自分（じぶん）でできるようになりたい」と思（おも）っています。
- ・それに対（たい）して夫（おっと）は、「妻（つま）が自宅（じたく）に戻（もど）ることを望（のぞ）んでいるが、どのくらい可能（かのう）であるかは確信（かくしん）がもてない」と考（かんが）えています。
- ・介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）では、家事（かじ）の練習（れんしゅう）をする環境（かんきょう）があまり整（そろ）っていないので、家（いえ）に帰（かえ）ってから本当（ほんとう）にできるのかどうか不安（ふあん）があります。

- ・「自宅（じたく）の周辺（しゅうへん）は坂（さか）が多（おお）いため、自宅（じたく）に帰（かえ）ってからは、できれば外（がい）では電動車（でんどうしゃ）いす（電気（でんき）の力（ちから）で動（うご）く車（くるま）いす）を使（つか）いたい」と思（おも）っています。
- ・「自宅（じたく）に帰（かえ）っても自分（じぶん）で着替（きが）えられるように、とくに下（した）の服（ふく）は工夫（くふう）しなければ」と思（おも）っています。
- ・「何（なん）とか左（ひだり）の手（て）で箸（はし）を使（つか）えるようになりたい」と思（おも）っています。
- ・「自宅（じたく）のトイレは洋式（ようしき）トイレですが、後始末（あとしまつ）が難（むずか）しいので、自分（じぶん）で排泄（はいせつ）できる方法（ほうほう）を工夫（くふう）しなければ」と思（おも）っています。
- ・「自宅（じたく）のお風呂（ふろ）では浴槽（よくそう）に入（はい）ったり出（で）たりすることが難（むずか）しいので、夫（おっと）に負担（ふたん）をかけてしまうのではないかと気（き）にしています。
- ・眠（ねむ）れないときは、「サービスを上手（じょうず）に使（つか）えば自宅（じたく）での生活（せいかつ）も何（なん）とかなる」と思（おも）うようにしています。
- ・もともと話（はなし）が好（す）きだったので、うまく話（はな）すことができないことがあると、もどかしくて、悲（かな）しくなることがあります。
- ・「買（か）い物（もの）ツアーなどにもできるだけ参加（さんか）したい」と思（おも）っていますが、機会（きかい）が少（すく）なくて残念（ざんねん）に思（おも）っています。
- ・「車（くるま）いすでもできるだけ夫（おっと）の手（て）をわずらわせず、専業主婦（せんぎょうしゅふ）としての役割（やくわり）を取（と）り戻（もど）すために、自宅（じたく）の住（じゅう）まいの環境（かんきょう）を改善（かいぜん）したい」と望（のぞ）んでいます。
- ・「自宅（じたく）で生活（せいかつ）するにはどのような道具（どうぐ）が必要（ひつよう）なのか、どのような工夫（くふう）ができるのかを知（し）りたい」と思（おも）っています。

● Gさんのフェイスシート

氏名（しめい）	Gさん
性別（せいべつ）	女性（じょせい）
年齢（ねんれい）	58歳（さい）
入所年（にゅうしょねん）・月（がつ）	〇年（ねん）〇月（がつ）
入所（にゅうしょ）することになった理由（りゆう）	今年（ことし）の1月（いちがつ）、突然（とつぜん）くも膜下出血（まくかしゅっけつ）で倒（たお）れ、脳神経外科

	病院（のうしんけいげかびょういん）に3か月（さんかげつ）入院（にゅういん）しました。体幹（たいかん）の機能障害（きのうしょうがい）をともなう右片麻痺（みぎかたまひ）が残（のこ）り、車（くるま）いすでの生活（せいかつ）になりました（身体障害者手帳（しんたいしょうがいしやてちょう）2級（きゅう））。そのあと、リハビリテーションセンターを経（けい）て、今（いま）の介護老人保健施設（かいごろうじんほけんしせつ）に入所（にゅうしょ）することになりました。
家族（かぞく）	夫（おっと）（55歳（さい））は銀行員（ぎんこういん）として、毎朝（まいあさ）7時半（じはん）には出勤（しゅっきん）します。夜（よる）は20～21時頃（じごろ）に帰宅（きたく）する生活（せいかつ）を送（おく）っています。夫婦（ふうふ）の関係（かんけい）は良好（りょうこう）で、夫（おっと）もGさんといっしょに自宅（じたく）で暮（く）らしたいと思（おも）っていますが、本当（ほんとう）に可能（かのう）かどうか不安（ふあん）に思（おも）っています。長男（ちやうなん）（24歳（さい））は、夫（おっと）と同（おな）じ銀行員（ぎんこういん）として他（ほか）の県（けん）で働（はたら）いています（Gさんは一人暮（ひとりぐ）らしの長男（ちやうなん）のために時々（ときどき）アパートのそうじなどにも通（かよ）っていました）。また、次男（じなん）（21歳（さい））は大学（だいがく）3年生（さんねんせい）で、やはり他（ほか）の県（けん）で1人（ひとり）暮（ぐ）らしをしています（こちらにも生活用品（せいかつようひん）や食料（しょくりょう）などを時々（ときどき）送（おく）っていました）。
キーパーソン（一番（いちばん）連絡（れんらく）する家族（かぞく））	夫（おっと）
入所前（にゅうしょまえ）の生活（せいかつ）の様子（ようす）	3人（さんにん）きょうだいの末（まっ）っ子（こ）として生（う）まれました。明（あか）るく、活発（かつぱつ）な性格（せいかく）で、中学（ちゅうがく）からテニスを始（はじ）め、高校（こうこう）でもテニス部（ぶ）に入（はい）って活躍（かつやく）しました。大学（だいがく）は、

	親戚（しんせき）のいる近（ちか）くの県（けん）の公立大学（こうりつだいがく）に進学（しんがく）しました。卒業（そつぎょう）後（ご）、地元（じもと）の銀行（ぎんこう）に就職（しゅうしょく）しました。社会人（しゃかいじん）になってもテニスを得意（とくい）なこととして続（つづ）け、地元（じもと）のテニスクラブに入（はい）り、友人（ゆうじん）もたくさんいました。30歳（さい）で、3歳（さい）年下（としした）の夫（おっと）と結婚（けっこん）しました。同（おな）じ職場（しょくば）の人（ひと）と結婚（けっこん）したため、結婚（けっこん）と同時（どうじ）に仕事（しごと）をやめました。そのあとは、専業主婦（せんぎょうしゅふ）として転勤（てんきん）の多（お）い夫（おっと）を支（ささ）え、2人（ふたり）の息子（むすこ）を育（そだ）てました。
入所（にゅうしょ）における本人（ほんにん）・家族（かぞく）などの希望（きぼう）	Gさんの希望（きぼう）：夫（おっと）のためにもう一度（いちど）、自宅（じたく）に戻（もど）り、主婦（しゅふ）としての役割（やくわり）を果（は）たしたい。そのためには、まず身（み）の回（まわ）りのことや家事（かじ）は自分（じぶん）でできるようになりたい。 夫（おっと）の希望（きぼう）：妻（つま）が自宅（じたく）に戻（もど）ることを望（のぞ）んでいるが、どのくらい可能（かのう）であるかは確信（かくしん）がもてない。
その他（た）	---

● Gさんのアセスメント表（ひょう）（1）

1. 心身（しんしん）の状況（じょうきょう）（心身機能（しんしんきのう）・身体構造（しんたいこうぞう）／健康状態（けんこうじょうたい））

番号（ばんごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきょう）
1	要介護状態区分（ようかいごじょうたいくぶん）／障害程度等級（しょうがいて	要介護（ようかいご）3、身体障害者手帳（しんたいしょうがいしゃてちょう）2級（きゅう）

	いどうきゅう)	
2	認知症高齢者（にんちしょうこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）	認知症（にんちしょう）はありません。
3	障害（しょうがい）の状況（じょうきょう）（身体（しんたい）・知的（ちてき）・精神（せいしん））	障害高齢者（しょうがいこうれいしゃ）の日常生活自立度（にちじょうせいかつじりつど）：A1 くも膜下出血（まくかしゅっけつ）の後遺症（こういしょう）（右片麻痺（みぎかたまひ）、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい））
4	今（いま）の主（おも）な病気（びょうき）	とくにありません。
5	服薬（ふくやく）（薬（くすり）を飲む（のむ）こと）	とくにありません。
6	今（いま）までかかった病気（びょうき）	くも膜下出血（まくかしゅっけつ）（4 か月前（よんかげつまえ））
7	ふだんのバイタルサイン（体温（たいおん）・脈拍（みゃくはく）・血圧（けつあつ）などの値（あた）い）	体温（たいおん）：36.3℃、呼吸（こきゅう）：15～20 回（かい）／分（ぶん）、脈拍（みゃくはく）：50～60 回（かい）／分（ぶん）、血圧（けつあつ）：130／80mmHg
8	その他（た）	視力（しりょく）、聴力（ちょうりょく）：どちらも毎日（まいにち）の生活（せいかつ）で困（こま）ることはありません。

2. 日常生活（にちじょうせいかつ）の状況（じょうきょう）（活動（かつどう））

番号	項目（こうも）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思
----	---------	------------------	------------

(ばん ごう)	く)		(おも) い
9	家事 (かじ)	食事 (しょくじ) の準備 (じゅんび)、洗濯 (せんたく)、そうじなど、家事 (かじ) 全体 (ぜんたい) について、熱心 (ねっしん) に練習 (れんしゅう) を行 (おこな) おうとしています。	介護老人保健施設 (かいごろうじんほけんしせつ) では、家事 (かじ) の練習 (れんしゅう) をする環境 (かんきょう) があまり整 (そろ) っていないので、家 (いえ) に帰 (かえ) ってから本当 (ほんとう) にできるのかどうか不安 (ふあん) があります。
10	移動 (いどう)	右片麻痺 (みぎかたまひ) があり、麻痺 (まひ) のない左 (ひだり) の手足 (てあし) を使 (つか) って車 (くるま) いすを操作 (そうさ) しています。施設 (しせつ) での練習 (れんしゅう) により、少 (すこ) し物 (もの) があっても避 (さ) けて通 (とお) ることができるなど、操作 (そうさ) に慣 (な) れてきています。	「自宅 (じたく) の周辺 (しゅうへん) は坂 (さか) が多 (おお) いため、自宅 (じたく) に帰 (かえ) ってからは、できれば外 (がい) では電動車 (でんどうしゃ) いすを使 (つか) いたい」と思 (おも) っています。
11	身じたく (みじたく)	よく使 (つか) う手 (て) である右側 (みぎがわ) に麻痺 (まひ) があるため、時間 (じかん) はかかりますが、上 (うえ) の服 (ふく) は自分 (じぶん) で着替 (きが) えることができます。下 (した) の服 (ふく) は、ウエストの部分 (ぶぶん) にひもをつけるなどの工夫 (くふう) があれば、自分 (じぶん) の力 (ちから) で着替 (きが) えることができます。	「自宅 (じたく) に帰 (かえ) っても自分 (じぶん) で着替 (きが) えられるように、とくに下 (した) の服 (ふく) は工夫 (くふう) しなければ」と思 (おも) っています。

12	食事（しょくじ）	左（ひだり）の手（て）でスプーンを使（つか）って食事（しょくじ）をしています。また、箸（はし）を使（つか）う練習（れんしゅう）を行（おこな）っています。	「何（なん）とか左（ひだり）の手（て）で箸（はし）を使（つか）えるようになりたい」と思（おも）っています。
13	排泄（はいせつ）	手（て）すりを使（つか）えば、トイレで自分（じぶん）で排泄（はいせつ）できます。	「自宅（じたく）のトイレは洋式（ようしき）トイレですが、後始末（あとしまつ）が難（むずか）しいので、自分（じぶん）で排泄（はいせつ）できる方法（ほうほう）を工夫（くふう）しなければ」と思（おも）っています。
14	入浴（にゅうよく）・清潔（せいけつ）の保持（ほじ）	施設（しせつ）では週（しゅう）3回（かい）入浴（にゅうよく）しています。入浴（にゅうよく）の方法（ほうほう）はリフト浴（よく）で、ほとんど自分（じぶん）で体（からだ）を洗（あら）うことができます。洗（あら）いにくい部分（ぶぶん）も、どうしたらよいか積極的（せっきよくてき）に介護職（かいごしょく）にたずねて工夫（くふう）しています。	「自宅（じたく）のお風呂（ふろ）では浴槽（よくそう）に入（はい）ったり出（で）たりすることが難（むずか）しいので、夫（おっと）に負担（ふたん）をかけてしまうのではないかと気（き）にしています。
15	睡眠（すいみん）	日中（にっちゅう）、リハビリテーションや家事（かじ）の練習（れんしゅう）にはげんでいるため、基本的（きほんてき）には、夜（よる）はよく眠（ねむ）れています。ただし、時々（ときどき）、自分（じぶん）の障害（しょうがい）のことや、本当（ほんとう）に自宅（じたく）で夫（おっと）と暮（く）ら	眠（ねむ）れないときは、「サービスを上手（じょうず）に使（つか）えば自宅（じたく）での生活（せいかつ）も何（なん）とかなる」と思（おも）うようにしています。

		していけるのかを考（かんが）えてしま うと、眠（ねむ）れないことがありま す。	
16	コミュニケーション	右片麻痺（みぎかたまひ）にともな って軽（かる）い言語障害（げんごしょうが い）がありますが、毎日（まいにち）の 会話（かいわ）では困（こま）るほどで はありません。ほかの入所者（にゅうし ょしゃ）ともよく話（はなし）をしてい ます。	もともと話（はなし） が好（す）きだったの で、うまく話（はな） すことができないこと があると、もどかしく て、悲（かな）しくな ることがあります。

3. 豊（ゆた）かさ（参加（さんか））

番号 （ばん ごう）	項目（こうも く）	今（いま）の状況（じょうきょう）	本人（ほんにん）の思 （おも）い
17	意欲（いよ く）・生（い） きがい	自宅（じたく）での生活（せいかつ）に 向（む）けて、自分（じぶん）の身 （み）の回（まわ）りのことを自分（じ ぶん）でできるようにならなければと、 日中（にっちゅう）、やる気（き）をも ってリハビリテーションにはげんでいま す。また、食事（しょくじ）の準備（じ ゆんび）、洗濯（せんたく）、そうじな ど、家事（かじ）全体（ぜんたい）につ いて、熱心（ねっしん）に練習（れんし ゅう）を行（おこな）おうとしていま す。	「夫（おっと）のため にもう一度（いち ど）、自宅（じたく） に戻（もど）り、主婦 （しゅふ）としての役 割（やくわり）を果 （は）たしたい。その ためには、まず身 （み）の回（まわ）り のことや家事（かじ） は自分（じぶん）でで きようになりたい」 と思（おも）っています。
18	余暇（よか） （自由（じゆ う）な時間（じ かん））の過 （す）ごし方 （かた）	余暇（よか）の時間（じかん）も自宅 （じたく）に帰（かえ）るためのリハビ リテーションに力（ちから）を入（い） れています。食事（しょくじ）の時間 （じかん）も、できるだけ周（まわ）り に気（き）を配（くば）り、食器（しょ	「買（か）い物（も の）ツアーなどにもで きるだけ参加（さん か）したい」と思（お も）っていますが、機 会（きかい）が少（す

		つき)の片付(かたづ)けなどを自分(じぶん)なりに工夫(くふう)しながら手伝(てつだ)っています。とにかく夫(おと)との自宅(じたく)での暮(く)らしに戻(もど)りたい一心(いっしん)で、限(かぎ)られた施設(しせつ)の環境(かんきょう)の中(なか)でもさまざまな場面(ばめん)で経験(けいけん)を広(ひろ)げ、工夫(くふう)をしようと努力(どりょく)しています。	く)なくて残念(ざんねん)に思(おも)っています。
19	役割(やくわり)(家庭(かてい)/社会(しゃかい))	結婚(けっこん)と同時に(どうじ)に仕事(しごと)をやめ、そのあとは、専業主婦(せんぎょうしゅふ)として転勤(てんきん)の多(おお)い夫(おと)を支(ささ)え、2人(ふたり)の息子(むすこ)を育(そだ)てました。今(いま)、施設(しせつ)の中(なか)では年齢(ねんれい)が若(わか)いので、ほかの入所者(にゅうしょしゃ)にできるだけ手(て)を貸(か)しています。	「夫(おと)のためにもう一度(いちど)、自宅(じたく)に戻(もど)り、主婦(しゅふ)としての役割(やくわり)を果(は)たしたい」と思(おも)っています。また、「ほかの入所者(にゅうしょしゃ)の役(やく)に立(た)つことがあれば何(なに)か手伝(てつだ)いたい」と思(おも)っています。
20	その他(た)	---	---

4. 環境(かんきょう)(環境因子(かんきょういんし))

番号(ばんごう)	項目(こうもく)	今(いま)の状況(じょうきょう)	本人(ほんにん)の思(おも)い
21	生活(せいかつ)の環境(かんきょう)	今(いま)は、介護老人保健施設(かいごろうじんほけんしせつ)に入所(にゅうしょ)しています。なお、退所(たいしよ)したい	「車(くるま)いすでもできるだけ夫(おと)の手(て)をわず

		しょ) 後(ご) に戻(もど) る自宅(じたく) は、1 階(いっかい) は車(くるま) いすでも移動(いどう) できますが、システムキッチン(システムキッチン) は車(くるま) いすが入(はい) らないために使(つか) えません。また、今(いま) のままでは段差(だんさ) があり、1 人(ひとり) では庭(にわ) に出(で) ることも、外出(がいしゅつ) することもできません。なお、自宅(じたく) の周辺(しゅうへん) は坂(さか) が多(おお) いです。	らわせず、専業主婦(せんぎょうしゅふ) としての役割(やくわり) を取(と) り戻(もど) すために、自宅(じたく) の住(じゅう) まいの環境(かんきょう) を改善(かいぜん) したい」と望(のぞ) んでいます。
22	生活(せいかつ) に必要(ひつよう) な道具(どうぐ)	(左(ひだり) の手足(てあし) で操作(そうさ) しやすい) 車(くるま) いす	「自宅(じたく) で生活(せいかつ) するにはどのような道具(どうぐ) が必要(ひつよう) なのか、どのような工夫(くふう) ができるのかを知(し) りたい」と思(おも) っています。「自宅(じたく) の周辺(しゅうへん) は坂(さか) が多(おお) いため、自宅(じたく) に帰(かえ) っからは、できれば外(がい) では電動車(でんどうしゃ) いすを使(つか) いたい」と思(おも) っています。
23	経済(けいざい) 状況(じょうきょう)	夫(おっと) は今(いま) も銀行員(ぎんこういん) (部長職(ぶちょうしょく)) として働(はたら) いており、1 年間(いちねんかん) で 1000 万円(まんえん) を超(こ) える収入(しゅうに	「今(いま) のところお金(かね) の面(めん) では心配(しんぱい) ないが、自分(じぶん) の介護(かい

		ゆう) があるため、お金 (かね) の面 (めん) では問題 (もんだい) ありません。	ご) のために、夫 (おと) の仕事 (しごと) に迷惑 (めいわく) をかけることは絶対 (ぜったい) に避 (さ) けたい」 と思 (おも) っています。
24	家族 (かぞく) 関係 (かんけい)	夫 (おと) は銀行員 (ぎんこういん) として、毎朝 (まいあさ) 7 時半 (じはん) には出勤 (しゅっきん) します。夜 (よる) は 20~21 時頃 (じごろ) に帰宅 (きたく) する生活 (せいかつ) を送 (おく) っています。夫婦 (ふうふ) の関係 (かんけい) は良好 (りょうこう) で、夫 (おと) も G さんといっしょに自宅 (じたく) で暮 (く) らしたいと思 (おも) っていますが、本当 (ほんとう) に可能 (かのう) かどうか不安 (ふあん) に思 (おも) っています。長男 (ちやうなん) は夫 (おと) と同 (おな) じ銀行員 (ぎんこういん) として他 (ほか) の県 (けん) で働 (はたら) いており (G さんは一人暮 (ひとりぐ) らしの長男 (ちやうなん) のために時々 (ときどき) アパートのそうじなどにも通 (かよ) っていました)。また、次男 (じなん) は大学 (だいがく) 3 年生 (さんねんせい) で、やはり他 (ほか) の県 (けん) で 1 人 (ひとり) 暮 (ぐ) らしをしています (こちらにも生活用品 (せいかつようひん) や食料 (しょくりょう) などを時々 (ときどき) 送 (おく) っていました)。	「夫 (おと) のためにもう一度 (いちど)、自宅 (じたく) に戻 (もど) り、主婦 (しゅふ) としての役割 (やくわり) を果た (は) たい」と思 (おも) っています。一方 (いっぽう) で、自分 (じぶん) が障害 (しょうがい) を負 (お) ったことで、「夫 (おと) の出世 (しゅっせ) のさまたげになってしまったのではないか」と気 (き) にしています。
25	サービス (制度 (せいど)) の利用 (りよう)	今 (いま) は、介護老人保健施設 (かいごろうじんほけんしせつ) に入所 (にゅうしょ) しています。自宅 (じたく) に	「自宅 (じたく) で使 (つか) えるサービスはできるだけ活用 (か

	状況（じょうき よう）	戻（もど）ってからは、どのようなサー ビスを利用（りよう）して生活（せいか つ）していくか検討中（けんとうちゅ う）です。	つよう）して、夫（お っと）にあまり負担 （ふたん）をかけず に、何（なん）とか暮 （く）らしていき たい」と思（おも）って います。「自宅（じたく） に戻（もど）るこ とが夫（おっと）の負 担（ふたん）になるの ではないか」と気 （き）にしています。
26	その他（た）	---	---

5. その他（た）（個人因子（こじんいんし））

番号 （ばん ごう）	項目（こうもく）	今（いま）の状況（じょうきよう）
27	価値観（かちか ん）・習慣（しゅう かん）	「夫（おっと）のためにもう一度（いちど）、自宅（じたく） に戻（もど）り、主婦（しゅふ）としての役割（やくわり）を 果（は）たしたい。そのためには、まず身（み）の回（まわ） りのことや家事（かじ）は自分（じぶん）でできるようになり たい」と思（おも）っています。銀行員（ぎんこういん）であ る夫（おっと）の仕事（しごと）が大変（たいへん）なことを よくわかっているの、できるだけ夫（おっと）を支（ささ） えて、家（いえ）の中（なか）から夫（おっと）を助（たす） けたいと願（がん）ってきました。しかし、自分（じぶん）が 障害（しょうがい）を負（お）ったことで、「夫（おっと）の 出世（しゅっせ）のさまたげになってしまったのではないか」 と気（き）にしています。
28	性格（せいかく） （個性（こせい））	明（あか）るく社交的（しゃこうてき）な性格（せいかく）で す。また、まじめで、何（なに）でもきちんとやろうとするこ ろがあります。
29	生活歴（せいかつれ き）・出身地（しゅ ち）	3人（さんにん）きょうだいの末（まつ）っ子（こ）として生 （う）まれました。明（あか）るく、活発（かつぱつ）な性格

	っしんち)	(せいかく)で、中学(ちゅうがく)からテニスを始(はじ)め、高校(こうこう)でもテニス部(ぶ)に入(はい)って活躍(かつやく)しました。大学(だいがく)は、親戚(しんせき)のいる近(ちか)くの県(けん)の公立大学(こうりつだいがく)に進学(しんがく)しました。卒業(そつぎょう)後(ご)、地元(じもと)の銀行(ぎんこう)に就職(しゅうしょく)しました。社会人(しゃかいじん)になってもテニスを得意(とくい)なこととして続(つづ)け、地元(じもと)のテニスクラブに入(はい)り、友人(ゆうじん)もたくさんいました。30歳(さい)で、3歳(さい)年下(としした)の夫(おっと)と結婚(けっこん)しました。同(おな)じ職場(しょくば)の人(ひと)と結婚(けっこん)したため、結婚(けっこん)と同時(どうじ)に仕事(しごと)をやめました。そのあとは、専業主婦(せんぎょうしゅふ)として転勤(てんきん)の多(おお)い夫(おっと)を支(ささ)え、2人(ふたり)の息子(むすこ)を育(そだ)てました。
30	得意(とくい)なこと	テニス
31	1日(いちにち)の過(す)ごし方(かた)	今(いま)は施設(しせつ)の決(き)まったスケジュールにそって生活(せいかつ)していますが、自宅(じたく)での生活(せいかつ)に向(む)けて、自分(じぶん)の身(み)の回(まわ)りのことを自分(じぶん)でできるようにならなければと、日中(にっちゅう)、やる気(き)をもってリハビリテーションにはげんでいます。また、食事(しょくじ)の準備(じゅんび)、洗濯(せんたく)、そうじなど、家事(かじ)全体(ぜんたい)について、熱心(ねっしん)に練習(れんしゅう)を行(おこな)おうとしています。
32	その他(た)	---

● Gさんのアセスメント表(ひょう)(2)

アセスメント項目番号 (こうもくばんごう)	情報(じょうほう)の解釈(かいしゃく)・ 関連(かんれん)づけ・統合化(とうごうか)	課題(かだい)	優先順位 (ゆうせんじ)
--------------------------	---	---------	-----------------

			ゆん い)
17, 19, 24, 25, 27	Gさんは、「夫（おっと）のためにもう一度（いちど）、自宅（じたく）に戻（もど）り、主婦（しゅふ）としての役割（やくわ）を果（は）たしたい。そのためには、まず身（み）の回（まわ）りのことや家事（かじ）は自分（じぶん）でできるようになりたい」と思（おも）いながらも、一方（いっぽう）で、それが本当（ほんとう）に可能（かのう）かどうか、夫（おっと）の負担（ふたん）になってしまうのではないかという不安（ふあん）があります。	在宅復帰（ざいたくふつき）（自宅（じたく）に戻（もど）ること）後（ご）、「日中（にっちゅう）、1人（ひとり）でもサービスを利用（りよう）しながら家事（かじ）が行（おこな）える」という自信（じしん）をつけ、不安（ふあん）を少（すく）なくする必要（ひつよう）があります。	①
9, 10, 11, 12, 13, 14	Gさんは、施設（しせつ）という環境（かんきょう）の中（なか）では、かなり自立（じりつ）して暮（く）らしていますが、自宅（じたく）に帰（かえ）って日中（にっちゅう）1人（ひとり）で過（す）ごすことを考（かんが）えると、サービスを利用（りよう）しても、かなりの工夫（くふう）や努力（どりよく）が必要（ひつよう）です。その中（なか）でも、自宅（じたく）のお風呂（ふろ）では浴槽（よくそう）に入（はい）ったり出（で）たりすることが難（むずか）しいので、夫（おっと）に負担（ふたん）をかけてしまうのではないかと気（き）にしています。	自宅（じたく）での生活（せいかつ）をできるだけ具体的（ぐたいてき）に考（かんが）えたうえで、毎日（まいにち）の生活（せいかつ）の中（なか）で自分（じぶん）でできることの幅（はば）を広（ひろ）げていく必要（ひつよう）があります。その中（なか）でも、施設（しせつ）と大（おお）きく違（ちが）う入浴（にゅうよく）の場面（ばめん）については、その環境（かんきょう）の整備（せいび）と入（はい）り方（かた）	②

		の工夫（くふう）を考（かんが）える必要（ひつよう）があります。	
17, 18, 19, 31	Gさんは、自宅（じたく）での生活（せいかつ）に向（む）けて、自分（じぶん）の身（み）の回（まわ）りのことを自分（じぶん）でできるようにならなければと、日中（にっちゅう）、やる気（き）をもってリハビリテーションにはげんでいます。また、余暇（よか）の時間（じかん）も自宅（じたく）に帰（かえ）るためのリハビリテーションに力（ちから）を入（い）れています。とにかく夫（おと）との自宅（じたく）での暮（く）らしに戻（もど）りたい一心（いっしん）で、限（かぎ）られた施設（しせつ）の環境（かんきょう）の中（なか）でもさまざまな場面（ばめん）で経験（けいけん）を広（ひろ）げ、工夫（くふう）をしようと努力（どりょく）しています。	施設（しせつ）での生活（せいかつ）の中（なか）で役割（やくわり）をつくったり、余暇（よか）の活動（かつどう）にもできるだけ参加（さんか）したりする中（なか）で、車（くるま）いすでの生活（せいかつ）の経験（けいけん）の場（ば）を広（ひろ）げ、心（こころ）の面（めん）でも体力（たいりょく）の面（めん）でも自信（じしん）をつける必要（ひつよう）があります。	③

● Gさんの介護計画書（かいごけいかくしょ）

氏名（しめい）：Gさん

長期目標（ちようきもくひよう）（期間（きかん）：6か月（ろっかげつ））

できるだけ自宅（じたく）での暮（く）らしをイメージしながら、自分（じぶん）でできることの幅（はば）を広（ひろ）げて、専業主婦（せんぎようしゅふ）としての役割（やくわり）を取（と）り戻（もど）すことができる。

課題（かだい）	短期目標（たんきもくひよう）	期間（きかん）	具体的（ぐたいてき）な援助内容（えんじょないよう）・方法（ほうほう）	頻度（ひんど）
①在宅復帰	専業主婦（せんぎようしゅふ）	1か	専業主婦（せんぎようしゅふ）としての	毎日（まいにち）

(ざいたくふつき) 後(ご)、「日中(にっちゅう)、1人(ひとり)でもサービスを利用(りよう)しながら家事(かじ)が行(おこな)える」という自信(じしん)をつけ、不安(ふあん)を少(すく)なくする必要(ひつよう)があります。	ぎょうしゅふ)として自宅(じたく)に戻(もど)るための課題(かだい)を確認(かくにん)できる。また、今後(こんご)取(と)り組(く)むべきことについて確認(かくにん)できる。	月(いっかげつ)	仕事(しごと)のやり方や、こだわを確認(かくにん)します。また、今(いま)からでもできることを提案(ていあん)します。さらに、それを実現(じつげん)するための課題(かだい)や具体的(ぐたいてき)な取(と)り組(く)みについて確認(かくにん)します。食事(しょくじ)の準備(じゅんび)や後片付(あとかたづ)けを主婦(しゅふ)の仕事(しごと)としていっしょに行(おこな)いながら、専業主婦(せんぎょうしゅふ)だった頃(ころ)の話(はなし)を聞(き)いてみます。また、今(いま)からでもできることを提案(ていあん)します。	いにち)
②自宅(じたく)での生活(せいかつ)をできるだけ具体的(ぐたいてき)に考(かんが)え、移動(いどう)、身(み)じたく(みじたく)、食事(しょくじ)、入浴(にゅうよく)などの場面(ばめん)で自分(じぶん)でできることの幅(はば)を広(ひろ)	自宅(じたく)での生活(せいかつ)を具体的(ぐたいてき)に考(かんが)え、移動(いどう)、身(み)じたく(みじたく)、食事(しょくじ)、入浴(にゅうよく)などの場面(ばめん)で、自分(じぶん)でできる方法(ほうほう)を見	3か月(さんかげつ)	毎日(まいにち)の生活(せいかつ)の場面(ばめん)で自分(じぶん)でできることを確認(かくにん)します。また、Gさんが自分(じぶん)でできるようになるための工夫(くふう)を考(かんが)えます。ベッドからの起(お)き上(あ)がり、車(くるま)いすへの移乗(いじょう)、身(み)じたく(みじたく)、食事(しょくじ)、排泄(はいせつ)、入浴(にゅうよく)などの毎日(まいにち)の生活(せいかつ)の場面(ばめん)の今(いま)の状況(じょうきょう)を確認(かくにん)し、Gさん自身(じしん)にも自己チェック表(じこチェックひょう)(自分(じぶん)で確認(かくに	毎日(まいにち)

ろ) げていく 必要(ひつよう)があります。その中 (なか)で も、施設(しせつ)と大 (おお)きく 違(ちが)う 入浴(にゅうよく)の場面 (ばめん)に ついては、そ の環境(かんきょう)の整備 (せいび) と入(はい) り方(かた) の工夫(くふう)を考(かんが)える必要 (ひつよう)があります。	(み)つけるこ とができる。		ん) するための表(ひょう)) に記入 (きにゅう) してもらいます。1 つひと つの動作(どうさ) について、確実(かくじつ) に自分(じぶん) ができる方法 (ほうほう) を考(かんが) え、続(つづ) けて介助(かいじょ) していきま す。	
③施設(しせつ)での生活(せいかつ) (せいかつ)の中(なか)で役割(やくわり) をつくったり、余暇(よか)の活動(かつどう) (かつどう)にもできるだけ参加(さんか)し	施設(しせつ)での生活(せいかつ) (せいかつ)の中(なか)で役割(やくわり) をつくったり、余暇(よか)の活動(かつどう) (かつどう)にもできるだけ参加(さんか)す ることができる。	3 か 月 (さんか げ つ)	G さんの施設(しせつ)での生活(せいかつ) (せいかつ)の中(なか)での役割(やくわり) を探(さが)し、具体的(ぐたいてき)に提案(ていあん)します。 ①調理(ちょうり)(昼食(ちゅうしょく))は給食サービス(きゅうしょくサービス) (きゅうしょくサービス)を利用(りよう)しているため、 当日(とうじつ)の夕食(ゆうしょく)と、次(つぎ)の日(ひ)の朝食(ちゅうしょく) (ちゅうしょく)を用意(ようい)します)、 そうじ、洗濯(せんたく)、ふとん干(ぼ)しなどを行(おこな)う中(な	そのとき (ときどき)

たりする中 (なか) で、 車(くるま) いすでの生活 (せいかつ) の経験(けい けん) の場 (ば) を広 (ひろ) げ、 心(こころ) の面(めん) でも体力(た いりょく) の 面(めん) で も自信(じし ん) をつける 必要(ひつよ う) がありま す。		か) で、G さんがやってみたいことを見 (み) つけて、実際(じっさい) に行 (おこな) ってもらいます。そのとき、 できたことをいっしょに喜(よろこ) び、感謝(かんしゃ) の気持(きも) ち を伝(つた) えます。 ②地域(ちいき) との交流(こうりゅ う) という視点(してん) から、施設 (しせつ) でのクラブ活動(かつどう) や行事(ぎょうじ) (買(か) い物(も の) ツアー、1 泊(いっぱく) 旅行(り ょこう) など) にできるだけ参加(さん か) してもらい、さまざまな役割(やく わり) を果(は) たしてもらえるように 働(はたら) きかけます。	
--	--	---	--

● G さんの実施評価表 (じっしひょうかひょう)

担当者氏名 (たんとうしゃしめい) : H (介護福祉士 (かいごふくしし))

短期目標 (たんき もくひょう)	実施状況 (じっしじょうきょう)	評価 (ひょうか)
専業主婦 (せんぎ ようしゅふ) とし て自宅 (じたく) に戻 (もど) るた めの課題 (かだ い) を確認 (かく にん) できる。ま た、今後 (こん ご) 取 (と) り組 (く) むべきこと について確認 (か	毎日 (まいにち) 、少 (すこ) しずつ話 (はな し) をすることで、専業主婦 (せんぎようしゅ ふ) だった頃 (ころ) から夫 (おと) の食事 (しょくじ) に気 (き) をつけていたこと、疲 (つか) れて帰宅 (きたく) する夫 (おと) に夕食 (ゆうしょく) をつくりたいという強 (つよ) い希望 (きぼう) が支持 (しじ) さ れ、献立 (こんだて) づくりについて助言 (じ ょげん) を受 (う) けたことが、G さんにとっ て前向 (まえむ) きに考 (かんが) えていくう えでの大 (おお) きなきっかけとなりました。	主婦 (しゅふ) として、 「疲 (つか) れて帰 (か え) ってくる夫 (おっ と) に夕食 (ゆうしょ く) をつくりたい」とい う強 (つよ) い希望 (き ぼう) が支持 (しじ) さ れ、献立 (こんだて) づ くりについて助言 (じょ げん) を受 (う) けたこ とが、G さんにとって前

くにん) できる。	また、たとえ完璧(かんぺき)にはできなくても、主婦(しゅふ)としての役割(やくわり)は十分(じゅうぶん)に果(は)たせることを伝(つた)えたこと、身近(みじか)に相談(そうだん)できる専門職(せんもんしょく)がいることで、少(すこ)しずつ不安(ふあん)が解消(かいしょう)されていったと考(かんが)えられます。	向(まへむ)きに考(かんが)えていこうとする大(おお)きなきっかけとなりました。また、たとえ完璧(かんぺき)にできなくても、主婦(しゅふ)としての役割(やくわり)は十分(じゅうぶん)に果(は)たせることを伝(つた)えたこと、身近(みじか)に相談(そうだん)できる専門職(せんもんしょく)がいることで、少(すこ)しずつ不安(ふあん)が解消(かいしょう)されていったと考(かんが)えられます。
自宅(じたく)での生活(せいかつ)を具体的(ぐくたいてき)に考(かんが)え、移動(いどう)、身(み)じたく(みじたく)、食事(しょくじ)、入浴(にゅうよく)などの場面(ばめん)で、自分(じぶん)でできる方法(ほうほう)を見(み)つけることができる。	介護福祉士(かいごふくしし)、看護師(かんごし)、リハビリテーションスタッフ、支援相談員(しえんそうだんいん)、同(おな)じ法人(ほうじん)の居宅介護支援事業所(きょたくかいごしえんじぎょうしょ)の介護支援専門員(かいごしえんせんもんいん)で「在宅復帰支援チーム(ざいたくふっきしえんチーム)」をつくり、専門職(せんもんしょく)の側(がわ)から自分(じぶん)でできることのチェックを行(おこな)うと同時(どうじ)に、Gさん自身(じしん)が記入(きにゅう)できる「自己チェック表(じこチェックひょう)」も作成(さくせい)し、Gさんとの共同作業(きょうどうさぎょう)で取(と)り組(く)みしました。その結果(けっか)、Gさんの意見(いけん)や質問(しつもん)、希望(きぼう)が多(おお)く語(かた)られるようになり、専門職(せんもんしょく)の助言(じょげん)を	自分(じぶん)でできることの幅(はば)を広(ひろ)げるという長期目標(ちようきもくひょう)は順調(じゅんちよう)に達成(たっせい)されつつあります。また、専門職(せんもんしょく)による評価(ひょうか)だけでなく、「自己チェック表(じこチェックひょう)」を活用(かつよう)したことで、Gさん自身(じしん)、自分(じぶん)の障害(しょうがい)や生活(せいかつ)していくうえでの難(むずか)し

	受（う）けながら、確実（かくじつ）に自分（じぶん）でできることの幅（はば）を広（ひろ）げることができました。また、Gさん自身（じしん）が積極的（せっきよくてき）にさまざまな工夫（くふう）をするようになりました。	さがどこにあるかを知（し）る大切（たいせつ）な機会（きかい）となりました。
施設（しせつ）での生活（せいかつ）の中（なか）で役割（やくわり）をつくったり、余暇（よか）の活動（かつどう）にもできるだけ参加（さんか）することができる。	毎月（まいつき）の誕生日会（たんじょうびかい）や季節（きせつ）の行事（ぎょうじ）、家族会（かぞukai）などの企画（きかく）・準備（じゅんび）を手伝（てつだ）ってもらいました。以前（いぜん）は明（あか）るく社交的（しゃこうてき）であることが多（おお）かったですが、今（いま）は軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があり、はじめはあまり人（ひと）と話（はな）そうとしませんでした。しかし、在宅復帰（ざいたくふっき）の可能性（かのうせい）がみえてくるにしたがって、主婦（しゅふ）としての役割（やくわり）を果（は）たすためにできることをみずから積極的（せっきよくてき）に行（おこな）うようになりました。かなり責任（せきにん）のある役割（やくわり）をになってもらいましたが、きちんと役割（やくわり）を果（は）たし、自信（じしん）をつけていきました。	軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があり、はじめはあまり人（ひと）と話（はな）そうとしませんでした。在宅復帰（ざいたくふっき）の可能性（かのうせい）がみえてくるにしたがって、主婦（しゅふ）としての役割（やくわり）を果（は）たすためにできることをみずから積極的（せっきよくてき）に行（おこな）うようになりました。かなり責任（せきにん）のある役割（やくわり）をになってもらいましたが、きちんと役割（やくわり）を果（は）たし、自信（じしん）をつけていきました。

▶ 気（き）づいたこと

・これまで、「自宅（じたく）での主婦（しゅふ）としての暮（く）らし」を思（おも）い描（か）き、そのために必要（ひつよう）な支援（しえん）を施設（しせつ）の中（なか）で行（おこな）うという経験（けいけん）がほとんどなかったこともあり、「仕事（しごと）で疲（つか）れて帰（かえ）ってくる夫（おっと）」というGさんのいちばんの希望（きぼう）を実現（じつげん）させるためのプログラムや環境（かんきょう）が足（た）りないことに気（き）づきました。在宅復帰（ざいたくふ

き)を支(ささ)える経験(けいけん)を積(つ)んで、それを当然(とうぜん)のこととして受(う)け入(い)れ、在宅復帰(ざいたくふっき)につながる支援(しえん)のあり方(かた)や条件(じょうけん)づくりに取(と)り組(く)む必要性(ひつようせい)を強(つよ)く感(かん)じました。

●【解説(かいせつ)】Gさんの介護過程(かいごかてい)について

Gさんは、くも膜下出血(まくかしゅっけつ)で右片麻痺(みぎかたまひ)となり、車(くるま)いすでの生活(せいかつ)になりながらも、今(いま)も銀行員(ぎんこういん)として働(はたら)いている年下(としした)の夫(おっと)のために、何(なん)とかして自宅(じたく)に戻(もど)り、専業主婦(せんぎょうしゅふ)としての役割(やくわり)を取(と)り戻(もど)したいと願(がん)っています。自分(じぶん)の障害(しょうがい)を考(かんが)えると、本当(ほんとう)にそれが可能(かのう)であるのか、不安(ふあん)をかかえながらも、そのためにできることは何(なん)でもしたいという気持(きも)ちをもっています。

夫(おっと)もそれを望(のぞ)んでおり、応援(おうえん)したいと思(おも)ってはいますが、やはり本当(ほんとう)に大丈夫(だいじょうぶ)なのかと半信半疑(はんしんはんぎ)(半分(はんぶん)は信(しん)じ、半分(はんぶん)は疑(うたが)うこと)でいます。

Gさんは、今(いま)入所(にゅうしょ)している介護老人保健施設(かいごろうじんほけんしせつ)の中(なか)ではかなり自立度(じりつど)の高(たか)い利用者(りようしゃ)ですが、自宅(じたく)に帰(かえ)って日中(にっちゅう)1人(ひとり)で過(す)ごし、さらには専業主婦(せんぎょうしゅふ)としての役割(やくわり)を果(は)たすという目標(もくひょう)を達成(たっせい)するには、今(いま)利用(りよう)できるサービスを最大限(さいだいげん)活用(かつよう)しても、なおかなりの工夫(くふう)や努力(どりよく)が必要(ひつよう)です。

その目標(もくひょう)を実現(じつげん)させるためには、住(じゅう)まいの環境(かんきょう)の整備(せいび)を行(おこな)い、自宅(じたく)での暮(く)らしを想定(そうてい)したうえでの、施設(しせつ)での毎日(まいにち)の暮(く)らし方(かた)の工夫(くふう)が必要(ひつよう)となります。自宅(じたく)に戻(もど)った場合(ばあい)、とくに入浴(にゅうよく)の環境(かんきょう)は大(おお)きく変(か)わるため、自宅(じたく)で安全(あんぜん)に快適(かいてき)に入浴(にゅうよく)できる環境(かんきょう)の整備(せいび)と入(はい)り方(かた)の工夫(くふう)が求(も)とめられます。

そこで介護職(かいごしょく)は、アセスメントを通(つう)じて、次(つぎ)の3つの課題(かだい)を明(あき)らかにしました。

① 在宅復帰(ざいたくふっき)への自信(じしん)と不安(ふあん)について

Gさんは「夫(おっと)のためにもう一度(いちど)、自宅(じたく)に戻(もど)り、主婦(しゅふ)としての役割(やくわり)を果(は)たしたい」という強(つよ)い思(おも)いをもっていますが、その一方(いっぽう)で、本当(ほんとう)にできるのか、夫(おっと)の負担(ふたん)になるので

はないかという不安（ふあん）もあります。施設（しせつ）での生活（せいかつ）の中（なか）で、専業主婦（せんぎょうしゅふ）としての仕事（しごと）のやり方を1つひとつ確認（かくにん）し、今（いま）からでもできることを実際（じっさい）に行（おこな）ってもらおうことで、「日中（にっちゅう）、1人（ひとり）でもサービスを利用（りよう）しながら家事（かじ）が行（おこな）える」という自信（じしん）につなげていくことが大切（たいせつ）です。

② 入浴（にゅうよく）をはじめとした自宅（じたく）での自立（じりつ）について

Gさんは施設（しせつ）の中（なか）ではかなり自立（じりつ）して生活（せいかつ）していますが、自宅（じたく）はトイレ・浴室（よくしつ）・キッチンなど、施設（しせつ）とは環境（かんきょう）が大（おお）きく異（こと）なります。とくに自宅（じたく）の浴槽（よくそう）に入（はい）ったり出（で）たりすることが難（むずか）しいため、夫（おっと）に負担（ふたん）をかけてしまうのではないかと心配（しんぱい）しています。移動（いどう）、身じたく（みじたく）、食事（しょくじ）、排泄（はいせつ）、入浴（にゅうよく）など、自宅（じたく）での生活（せいかつ）の場面（ばめん）を1つひとつ具体的（ぐたいてき）に考（かんが）え、Gさんが自分（じぶん）でできる方法（ほうほう）を見（み）つけていくことが必要（ひつよう）です。

③ 施設（しせつ）での役割（やくわり）づくりと自信（じしん）について

Gさんは、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があることで、はじめはあまり人（ひと）と話（はな）そうとしませんでした。しかし、施設（しせつ）での生活（せいかつ）の中（なか）で行事（ぎょうじ）の準備（じゅんび）などの役割（やくわり）をもってもらい、余暇（よか）の活動（かつどう）にもできるだけ参加（さんか）してもらうことで、車（くるま）いすでの生活（せいかつ）の中（なか）でもさまざまな経験（けいけん）を積（つ）むことができます。こうした経験（けいけん）を通（つう）じて、心（こころ）の面（めん）でも体力（たいりょく）の面（めん）でも自信（じしん）をつけていくことが、在宅復帰（ざいたくふっき）への大（おお）きな力（ちから）になります。

「夫（おっと）のためにもう一度（いちど）、自宅（じたく）に戻（もど）り、主婦（しゅふ）としての役割（やくわり）を果（は）たしたい。そのためには、まず身（み）の回（まわ）りのことや家事（かじ）は自分（じぶん）でできるようにになりたい」というGさんの強（つよ）い希望（きぼう）にそうために、介護職（かいごしょく）は介護計画（かいごけいかく）にもとづいて具体的（ぐたいてき）な介助（かいじょ）を行（おこな）っていきました。それと同時（どうじ）に、施設（しせつ）では在宅復帰支援チーム（ざいたくふっきしえんチーム）をつくり、Gさん夫妻（ふさい）を囲（かこ）んで、在宅復帰（ざいたくふっき）にかかわる施設（しせつ）側（がわ）と地域（ちいき）の関係職種（かんけいしよくしゅ）ができることを考（かんが）えながら一時帰宅（いちじきたく）（一時的（いちじてき）に家（いえ）に帰（か）えること）を重（かさ）ね、その可能性（かのうせい）を一步（いっぽ）一步（いっぽ）探（さが）っていきました。

可能性（かのうせい）がみえてくるにしたがって、Gさんや夫（おっと）の不安（ふあん）も少（すこ）しずつ解消（かいしょう）され、やる気（き）のある取（と）り組（く）みがみられるようになりました。また、関係職種（かんけいしょくしゅ）も在宅復帰支援（ざいたくふっきしえん）に何（なに）が必要（ひつよう）であるのかについて、いっしょに学（まな）ぶことができた貴重（きちょう）な経験（けいけん）にもなりました。

とくに、「疲（つか）れて帰（かえ）ってくる夫（おっと）に夕食（ゆうしょく）をつくりたい」というGさんの希望（きぼう）を支（ささ）えたこと、そしてGさんがいちばん気（き）にしていた、施設（しせつ）とは大（おお）きく環境（かんきょう）が異（こと）なり夫（おっと）に負担（ふたん）をかける可能性（かのうせい）のある自宅（じたく）のお風呂（ふろ）での入浴（にゅうよく）環境（かんきょう）の整備（せいび）と入（はい）り方（かた）の工夫（くふう）をていねいに行（おこな）ったことで、在宅復帰（ざいたくふっき）への気持（きも）ちが高（たか）まり、積極的（せっきよくてき）に今後（こんご）の生活設計（せいかつせつけい）に夫婦（ふうふ）で向（む）き合（あ）っていく姿勢（しせい）ができはじめたといえます。

■ 演習（えんしゅう）

課題（かだい）1

在宅復帰（ざいたくふっき）に向（む）けて、やる気（き）をもって取（と）り組（く）んでいるGさん。中（なか）でも、退所（たいしょ）後（ご）は、自宅（じたく）のお風呂（ふろ）で入浴（にゅうよく）したいと考（かんが）えています。そのため、自宅（じたく）での環境（かんきょう）を想定（そうてい）し、自分（じぶん）でできることを確認（かくにん）して、自分（じぶん）でできる方法（ほうほう）を見（み）つけようとしています。Gさんは、車（くるま）いすで脱衣室（だついつ）まで移動（いどう）してきました。まずは、衣服（いふく）を脱（ぬ）ぐ介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう。なお、Gさんは、前開（まえびら）きの上衣（うわぎ）とズボンを着（き）ています。

★ ここに注意（ちゅうい）！

- Gさんは、自宅（じたく）に戻（もど）ったあと、できるだけ夫（おっと）に負担（ふたん）をかけずに自分（じぶん）で入浴（にゅうよく）したいと思（おも）っています。
- そのために、施設（しせつ）では、起立訓練（きりつくんれん）（立（た）ち上（あ）がる練習（れんしゅう））や平行棒歩行（へいこうぼうほこう）の訓練（くんれん）（平行（へいこう）に並（なら）んだ棒（ぼう）を使（つか）って歩（ある）く練習（れんしゅう））を行（おこな）っています。
- Gさんには右片麻痺（みぎかたまひ）による体幹（たいかん）の機能障害（きのうしょうがい）と、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があります。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

- 介護職（かいごしょく）は、Gさんの名前（なまえ）を呼（よ）んであいさつをし、体調（たいちょう）を確認（かくにん）します。

● 介護職（かいごしょく）は、G さんに介助（かいじょ）の内容（ないよう）を説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。

● G さんは上衣（うわぎ）を脱（ぬ）ぎます。

①「脱健着患（だっけんちゃっかん）」（脱（ぬ）ぐときは麻痺（まひ）のない側（がわ）から、着（き）るときは麻痺（まひ）のある側（がわ）から行（おこな）うこと）の原則（げんそく）にもとづき、G さんは麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））の手（て）でボタンをはずし、麻痺（まひ）のある側（がわ）（右側（みぎがわ））の肩（かた）を脱（ぬ）ぎ、麻痺（まひ）のない側（がわ）の腕（うで）の袖（そで）を脱（ぬ）ぎます。

②次（つぎ）に、G さんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）を使（つか）い、麻痺（まひ）のある側（がわ）の腕（うで）の袖（そで）を脱（ぬ）ぎます。

③介護職（かいごしょく）は、G さんの麻痺（まひ）のある側（がわ）に立（た）ち、その都度（つど）声（こえ）をかけながら、G さんのできないところを介助（かいじょ）します。

④このとき、どうしても肌（はだ）が見（み）えやすくなるため、バスタオルなどを使（つか）って必要（ひつよう）以上（いじょう）に肌（はだ）が見（み）えないように気（き）をつけます。

● G さんはズボンを脱（ぬ）ぎます。

①介護職（かいごしょく）は麻痺（まひ）のある側（がわ）（右側（みぎがわ））を保護（ほご）し、G さんは麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））の腰（こし）を浮（う）かせて腰（こし）の部分（ぶぶん）を脱（ぬ）ぎます。G さんに麻痺（まひ）のある側（がわ）を浮（う）かせてもらい、介護職（かいごしょく）が腰（こし）の部分（ぶぶん）を脱（ぬ）ぐのを介助（かいじょ）します。

②G さんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）でできるだけズボンを下（さ）げておき、麻痺（まひ）のない側（がわ）の足（あし）から脱（ぬ）ぎます。

③次（つぎ）に、G さんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）を使（つか）い麻痺（まひ）のある側（がわ）の足（あし）を麻痺（まひ）のない側（がわ）の足（あし）に乗（の）せ、麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）で麻痺（まひ）のある側（がわ）の足（あし）のズボンを脱（ぬ）ぎます。

④介護職（かいごしょく）は、G さんのできないところを介助（かいじょ）します。

課題（かだい）2

次（つぎ）に、脱衣室（だついしつ）から浴室（よくしつ）へ移動（いどう）し、ゆっくりと浴槽（よくそう）に入（はい）って湯（ゆ）につかる介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう。

★ ここに注意（ちゅうい）！

○G さんには右片麻痺（みぎかたまひ）による体幹（たいかん）の機能障害（きのうしょうがい）と、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があります。

○施設内（しせつない）の入浴（にゅうよく）はリフト浴（よく）ですが、ほとんど自分（じぶん）で

洗（あら）うことができます。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

- 介護職（かいごしょく）は、Gさんの名前（なまえ）を呼（よ）んであいさつをし、体調（たいちょう）を確認（かくにん）します。
- 介護職（かいごしょく）は、Gさんに介助（かいじょ）の内容（ないよう）を説明（せつめい）し、同意（どうい）を得（え）ます。
- 介護職（かいごしょく）は、安全（あんぜん）で快適（かいてき）な浴室（よくしつ）の環境（かんきょう）になっているかを確認（かくにん）します。

①脱衣室（だついしつ）から浴室（よくしつ）までの段差（だんさ）、床（ゆか）の濡（ぬ）れに気（き）をつけます。

②シャワーチェアに、浴槽（よくそう）の湯（ゆ）（もしくはシャワーの湯（ゆ））をかけて温（あたた）めます。このとき、Gさんの麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））に浴槽（よくそう）がくるようにシャワーチェアを置（お）きます。

③すべり止（と）めマットを浴槽（よくそう）の中（なか）に敷（し）いておきます。

- Gさんは浴室（よくしつ）の中（なか）へ移動（いどう）します。

①Gさんの麻痺（まひ）のある側（がわ）（右側（みぎがわ））から腕（うで）と腰（こし）を支（さ）え、いっしょに歩（あるい）て浴室（よくしつ）へ移動（いどう）します。

②介護職（かいごしょく）は、自分（じぶん）の膝（ひざ）（もしくは手（て））をGさんの麻痺（まひ）のある側（がわ）の膝（ひざ）に当（あ）てて膝折（ひざお）れ（膝（ひざ）が急（きゅう）に折（お）れて崩（くず）れること）を防（ふせ）ぎ、腰（こし）を支（さ）え、シャワーチェアに座（すわ）ってもらいます。

③Gさんの両足（りょうあし）のかかとが床（ゆか）についているかなど、座（すわ）る姿勢（しせい）の安全（あんぜん）を確認（かくにん）します。

④Gさんの麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））の足元（あしもと）からゆっくりと湯（ゆ）をかけて、温度（おんど）を確認（かくにん）してから、かけ湯（ゆ）をします。

- Gさんは浴槽（よくそう）に入（はい）ります。

①Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））から、浴槽（よくそう）の縁（ふち）（もしくはバスボード）に座（すわ）ります。

②Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の足（あし）をまず浴槽（よくそう）に入（い）れ、介護職（かいごしょく）は、Gさんの麻痺（まひ）のある側（がわ）（右側（みぎがわ））の膝（ひざ）の関節（かんせつ）を支（さ）えて入（はい）ってもらいます。

③Gさんは前（まえ）かがみの姿勢（しせい）で、麻痺（まひ）のない側（がわ）の膝（ひざ）を曲（ま）げながら、ゆっくりと湯（ゆ）につかります。

④後（うし）ろに倒（たお）れないように誘導（ゆうどう）して、Gさんの姿勢（しせい）を安定（あんてい）させます。

⑤Gさんに、この姿勢（しせい）でよいか確認（かくにん）し、胸（むね）の上（うえ）までつからな

いように気（き）をつけます。

● Gさんは浴槽（よくそう）から出（で）ます。

①Gさんに、浴槽（よくそう）から出（で）ることの同意（どうい）を得（え）ます。

②Gさんは浴槽（よくそう）の縁（ふち）や手（て）すりをつかみます。

③Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））の上下（じょうげ）の手足（てあし）を使（つか）いながら、前（まえ）かがみの姿勢（しせい）で麻痺（まひ）のない側（がわ）の膝（ひざ）を伸（の）ばし立（た）ち上（あ）がります。このとき、介護職（かいごしょく）は腰（こし）を支（ささ）えます。

④Gさんは、浴槽（よくそう）の縁（ふち）（もしくはバスボード）にいったん座（すわ）ります。

⑤介護職（かいごしょく）は、Gさんの背中（せなか）の部分（ぶぶん）を支（ささ）え、麻痺（まひ）のある側（がわ）（右側（みぎがわ））から先（さき）に膝（ひざ）の関節（かんせつ）を支（ささ）えて浴槽（よくそう）から足（あし）を出（だ）します。

⑥Gさんは、浴槽（よくそう）の縁（ふち）（もしくはバスボード）からシャワーチェアへ移動（いどう）します。このとき、ふらつきがないか確認（かくにん）します。

課題（かだい）3

Gさんは浴室（よくしつ）から脱衣室（だついしつ）に戻（もど）ってきました。新（あた）らしい衣服（いふく）に着替（きが）えて、入浴後（にゅうよくご）の介助（かいじょ）を行（おこな）いましょう。なお、Gさんは、前開（まえびら）きの上衣（うわぎ）とズボンに着替（きが）えます。

★ ここに注意（ちゅうい）！

○Gさんには右片麻痺（みぎかたまひ）による体幹（たいかん）の機能障害（きのうしょうがい）と、軽（かる）い言語障害（げんごしょうがい）があります。

○入浴後（にゅうよくご）の体調（たいちょう）の変化（へんか）には十分（じゅうぶん）に気（き）をつける必要（ひつよう）があります。

★ 介助（かいじょ）の方法（ほうほう）と留意点（りゅういてん）

● Gさんは、バスタオルで体（からだ）をふきます。このとき、介護職（かいごしょく）はGさんに体調（たいちょう）を確認（かくにん）し、Gさんの体力（たいりょく）が消耗（しょうもう）（使（つか）われて減（へ）ること）しないように気（き）をつけます。

● 介護職（かいごしょく）は、Gさんに新（あた）らしい衣服（いふく）を選（えら）んでもらいます。そして、衣服（いふく）を着（き）るときに、Gさんのできないところを介助（かいじょ）します。

①Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））の手（て）で、麻痺（まひ）のある側（がわ）（右側（みぎがわ））の腕（うで）の袖（そで）を通（とお）します。

②Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）で上衣（うわぎ）の右側（みぎがわ）のえりもとを持（も）ち、ぐると後（うし）ろからまわして麻痺（まひ）のない側（がわ）の肩（かた）まで上

衣（うわぎ）を着（き）ます。

③次（つぎ）に、Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の腕（うで）の袖（そで）を通（とお）します。

④Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）でボタンをとめて、えりもと、両肩（りょうかた）、すそなどを整（ととの）えます。

⑤Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）を使（つか）い、麻痺（まひ）のある側（がわ）の足（あし）からズボンを通（とお）します。Gさんの様子（ようす）を観察（かんさつ）し、疲（つか）れているようであれば、麻痺（まひ）のある側（がわ）は介護職（かいごしょく）が介助（かいじょ）します。

⑥次（つぎ）に、Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の足（あし）にズボンを通（とお）します。

⑦Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）の手（て）で、ズボンをできるだけ上（うえ）まで上（あ）げます。

⑧介護職（かいごしょく）が介助（かいじょ）して立（た）ってもらい、ズボンを上（あ）げます。

⑨上衣（うわぎ）をズボンの中（なか）に入（い）れるかどうかGさんの希望（きぼう）を聞（き）きます。

● 介護職（かいごしょく）は、Gさんに水分補給（すいぶんほきゅう）のため水（みず）を飲（の）んでもらい、Gさんの体調（たいちょう）の変化（へんか）を確認（かくにん）します。

● 介護職（かいごしょく）は必要（ひつよう）に応（おう）じて、Gさんの肌（はだ）や爪（つめ）の手入（てい）れをします。

■ 確認（かくにん）・評価（ひょうか）してみよう！

確認（かくにん）・評価項目（ひょうかこうもく）	CHECK
①Gさんに適切（てきせつ）な言葉（ことば）かけができましたか（できるだけ夫（おっと）に負担（ふたん）をかけずに自分（じぶん）で入浴（にゅうよく）したいという思（おも）いに合（あ）わせた言葉（ことば）かけ、体調（たいちょう）の確認（かくにん）、これから行（おこな）う介助（かいじょ）の説明（せつめい）と同意（どうい）など）。	
②安全（あんぜん）で快適（かいてき）な浴室（よくしつ）の環境（かんきょう）になっているかを確認（かくにん）しましたか。	
③Gさんの麻痺（まひ）のない側（がわ）（左側（ひだりがわ））に浴槽（よくそう）がくるようにシャワーチェアを準備（じゅんび）しましたか。	
④すべり止（と）めマットを浴槽（よくそう）の中（なか）に敷（し）きましたか。	

⑤浴槽（よくそう）に入（はい）る前（まえ）に、Gさんの麻痺（まひ）のない側（がわ）の足元（あしもと）からゆっくりと湯（ゆ）をかけて、温度（おんど）を確認（かくにん）しましたか。	
⑥Gさんは麻痺（まひ）のない側（がわ）から浴槽（よくそう）に入（はい）りましたか。	
⑦入浴後（にゆうよくご）、Gさんが自分（じぶん）で体（からだ）をふくときに、体力（たいりょく）の消耗（しょうもう）を防（ふせ）ぐような配慮（はいりょ）をしましたか。	
⑧衣服（いふく）の着脱（きだつ）（脱（ぬ）ぎ着（ぎ）すること）では、「脱健着患（だっけんちゃっかん）」の原則（げんそく）にしたがって介助（かいじょ）ができましたか。	
⑨入浴後（にゆうよくご）、Gさんに水分（すいぶん）の補給（ほきゅう）をすすめましたか。	
⑩全体（ぜんたい）を通（つう）してGさんの自立（じりつ）に気（き）をつけた援助（えんじょ）ができましたか。	