

第3巻 第1章

第1節 介護過程の意義と目的

【到達目標】

- 介護の概念（三大介護から心身の状況に応じた介護へ）の変遷を理解している。
- 介護過程の目的・意義・必要性を説明できる。
- 科学的根拠にもとづいた介護実践のプロセスを理解している。

1. 介護の概念の見直し

◆ 三大介護から、心身の状況に応じた介護へ

2007（平成 19）年 12 月に「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」が公布され、社会福祉士及び介護福祉士法の規定が改正されました。

この改正で、介護職の国家資格となる介護福祉士の仕事が、いわゆる三大介護（食事・入浴・排泄の介護）と表現されるものから、心身の状況に応じた介護の提供へと変わりました。このことは、介護現場の日常の仕事をふり返るよい機会となりました。

初心にかえって、あらためて介護とは何か、介護の概念を再認識してみましょう。

◆ 介護の本質

老いやおとろえ、障害があることによって生じる、利用者がかかえる生活上の困難や不便（＝生活障害）を少しでも解消し、利用者本人が望むその人らしい生活の再構築を側面的に支えること、それも介護職が一方的に行うのではなく、その人がみずからの意思にもとづいて、質の高い生活を送ることができるよう支援すること（＝利用者本位、自立支援）が、介護の本質であると理解されています。

つまり介護とは、単に食事や入浴、排泄などのような ADL のお世話、また、利用者ができないことへの手助けや介助（利用者に代わって行為をすること）を意味するわけではないのです。

介護という仕事は、利用者がなぜ今のような状態になったのかを探り、その原因を取り除いたり、利用者の意欲をかき立てたりしながら、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していく仕事であると考えられます。つまり介護とは、利用者の生活全般にわたった、とても広い意味での援助活動なのです。

🔗 ポイント：三大介護から心身の状況に応じた介護へ

改正前：食事・入浴・排泄の介護（三大介護）を中心とした捉え方

改正後：利用者の心身の状況全体に応じた、包括的な介護の提供

→「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・具体的な介護を展開するためのプロセス

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場あたりに行われてはいけません。

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、専門職による具体的な支援・介護の方法を計画し実践しています。一人ひとりの介護職は、介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者の生活ニーズにそって作成したケアプラン（居宅サービス計画、施設サービス計画）をふまえて、介護職能の視点にもとづいたアセスメントを行い、介護計画を立案し、具体的な介護を実施しています。

利用者が希望する生活の実現に向けて、意図的な介護を展開するためのプロセスを介護過程といいます。これは、介護を進めていくうえでの手順や経過と言い換えることができます。また、介護過程にそった介護実践は、利用者の心身の状況や利用者を取り巻く環境面にも目を向け、一人ひとりの介護職が個人的にもちあわせている知識や経験、コツなどを活用し、具体的な根拠をもって援助していくことが、大いに求められます。

◆ 介護過程を展開する意味

他職種および介護職同士が協働・連携して、専門的な知識と技術に裏打ちされた介護過程を展開することにより、客観的で科学的な根拠にもとづいた介護実践が可能になります。また、介護過程の展開のプロセスを言語化し、記録に残すことにより介護実践の成果をあとからふり返ることができます（＝評価）。

さらに、利用者一人ひとりについて尊厳の保持や自立支援の視点にもとづくため、利用者を主体とした個別ケアの実践を可能にします。

介護過程を展開することの3つの意義

- ① 科学的根拠にもとづいた介護実践が可能になる
- ② 実践の成果をあとからふ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可能になる

3. 介護過程の必要性

◆ 介護過程とは介護実践の道筋

介護過程は、一般的に「アセスメント→計画の立案→実施→評価」の4段階で構成されています（図 1-2）。この考え方は、何も介護特有のものではありません。日常生活でもよくみられますが、いずれも計画を立てるための事前の検討や準備（アセスメント）はしっかり行い、問題となることをほぼ明確にし、改善策を練ってから実行に移していきます。

アセスメント	計画の立案	実施	評価
・ 情報収集 ・ 情報の解釈・関連づけ・統合化 ・ 課題の明確化	・ 目標の設定 ・ 具体的な援助内容・方法の決定	・ 計画にもとづく実施 ・ 自立支援・安全・尊厳の保持 ・ 利用者の反応・可能性	・ 目標の達成度 ・ 援助内容・方法の適切性 ・ 計画修正の必要性

介護過程の展開とは、ちょうどこの旅行会社と利用者との関係に似ているといえます。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旅行を手に入れられるように、旅行会社はともにこころとからだを動かし、利用客みずからが行動を選択できるように支援する仕事であろうと思います。

このことを介護に置き換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みずから選択でき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に活用され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、介護過程のプロセスにおいて、尊厳を守るという観点から、利用者の自己決定を実現する必要があります。

なかでもポイントとなるのは、利用者理解に向けて利用者に関する情報を収集し、解決すべき課題を導き出すアセスメントの段階です。アセスメントをふまえて立案さ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むか、利用者がみずから選択し、実践に参加するように援助できているかが重要なポイントになります。

解決すべき課題を明らかにする作業は、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まります。信頼関係が成立したならば、身体的な介護も、居住環境の整備も、家族介護者への介護に関する指導も、有効に実施できるものと考えられます。

介護の実践段階における専門的な技術の活用が、介護過程を活性化させ、介護目標に到達できると考えます。

キーワードまとめ

用語	意味・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されていた。
心身の状況に応じた介護	2007年改正後の介護の概念。利用者の心身状態全体を包括的に捉えた介護の提供。
生活障害	老いや障害によって生じる、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・選択に置くという考え方。
自立支援	利用者がみずから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、意図的な介護を展開するためのプロセス（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。
QOL	Quality of Life（生活の質）の略。利用者の生活満足度・安定感・幸福感を示す指標。
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振り返ること。

学習のポイント

- ✓ 介護福祉士の仕事は、「三大介護」から「心身の状況に応じた介護」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プロセス（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段階で循環する。
- ✓ 介護過程を展開することで、①科学的根拠にもとづく実践、②評価による振り返り、③個別ケアの

実践が可能になる。

- ✓ アセスメントは介護過程の最も重要な段階であり、利用者の全体像を把握することが出発点となる。

第3巻 第1章 第2節

介護過程の展開

【到達目標】

- 介護過程の展開（アセスメント→計画の立案→実施→評価）の各段階の内容を理解している。
- アセスメントにおける情報収集・解釈・関連づけ・統合化・課題の明確化の手順を説明できる。
- 介護計画の立案・実施・評価の各段階における留意点を理解している。

1. 介護過程の展開イメージ

◆ 介護職の仕事と介護過程

介護過程という言葉を知ると、あたかも専門的な知識や技術を使いこなしながら、何か特別なことを行わなければならないように思うかもしれません。しかし、アセスメントという言葉は多くの介護職が知っているでしょうし、介護計画にしても、立案や実施に多くの介護職はかかわっているはずです。つまり、介護職は、日ごろあたりまえのようにこの展開過程のなかで仕事を進めているのです。

そこで本節では、介護過程というフィルターを通して、日ごろの取り組みをふり返ってみます。「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してみてください。

◆ プロセス（手順）の重要性

介護過程というからには、プロセス（手順）がとても重要になります。

アセスメントをしないまま（もしくは不十分なまま）介護計画を立案しないでしょうか。介護計画の立案にしても、利用者本人が生活を送るうえでの課題を明確にする前に、具体的な援助内容・方法をまとめていないでしょうか。

介護過程を時系列でみていくと、「アセスメント→計画の立案→実施→評価」の4つの段階を経て進んでいくことになります。また、矢印の流れのように、介護過程は一方通行の直線的なものではなく、終結にいたるまでのあいだは何度でも循環していくことが特徴です。介護過程とは、プロセスのくり返しによって、利用者の望む生活の実現を援助することといえます。

▶ 介護過程の循環サイクル

① アセスメント	② 計画の立案	③ 実施	④ 評価
・ 情報収集 ・ 情報の解釈・関連づけ・統合化 ・ 課題の明確化	・ 目標の設定 ・ 具体的な援助内容・方法の決定	・ 計画にもとづく実施 ・ 自立支援・安全・尊厳の保持 ・ 利用者の反応・可能性	・ 目標の達成度 ・ 援助内容・方法の適切性 ・ 計画修正の必要性・今後の方針

※ 介護過程は一方通行ではなく、何度でも循環する。評価の結果から再アセスメントに戻ることも重要。

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であっても大切なのですが、アセスメントは、そのなかでもとくに重要な段階といえます。

アセスメントには、「情報の収集」「情報の解釈・関連づけ・統合化」「課題の明確化」のプロセスが含まれます。このアセスメントの段階で、利用者にとって必要な援助とその理由を明確にしていきます。

介護過程におけるアセスメントは、施設や在宅で暮らす利用者の生活全体をさまざまな視点から把握し、その人がどのような生活を望んでいるのか、そのためにはどのような困りごとがあるのかを、介護職が明確にすることです。

介護過程は、生活支援技術のように、技術を身につけることではありません。介護を行う専門職として、利用者に対してどのような介護を行うのか、そして、なぜその介護がその利用者に必要なのかを考えることです。つまり、それを考えるための基礎となるアセスメントをすることから始めます。

② 情報の収集

◆ どのような情報を収集するか

アセスメントの第一歩は、情報の収集にあります。つまり、どのような情報を、だれ（何）からどのように収集するかが鍵をにぎることになります。集めた情報の量と質によって、そのあとの介護過程の展開が大きく左右されるといっても過言ではないのです。

ここでいう情報とは、利用者本人の身体状況のみをさすものではありません。利用者がかかえる疾病や障害、それにとともなう ADL など、介護職はどうしても目に見えやすい情報ばかりを集める傾向にあります。しかし、介護職は利用者の生活全体を援助するのであって、食事・入浴・排泄といった ADL のみを介助するわけではありません。そのため、利用者がかかえる心理状態のほか、利用者を取り巻く環境的な側面など、幅広い視点から情報を収集する必要があります。

◆ 基本的な情報

情報の収集にあたっては、まず、基本的な情報を正しく把握する必要があります。具体的には、①氏名、②性別、③生年月日・年齢、④サービス利用開始年月日、⑤サービス利用にいたった理由、⑥家族構成、⑦介護におけるキーパーソン、⑧サービス利用開始前の生活状況、⑨サービス利用における本人・家族の要望、などがあげられます。

これらの情報は、介護現場では、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

情報の収集にあたっては、アセスメントシートや情報収集シートと呼ばれる書式（記入用紙）を活用しますが、利用者の全体像を全人的に把握するためには、ICF（国際生活機能分類）にもとづく視点が重要になります。

ICF では、人間が生活するうえで使用しているすべての機能を「生活機能」と位置づけ、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルで構成しています。これに対して、「障害」を生活機能の低下として広くとらえ、「機能障害」「活動制限」「参加制約」の3つのレベルを設定しています。これは、利用者は誇りをもって主体的に生きようとする存在であり、その能力を備えた人としてその人を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の視点にもとづいた情報の収集により、利用者の全体像を全人的にとらえることが重要になります。

▶ ICF の構成要素とアセスメント項目（主な例）

構成要素	アセスメント項目の具体例
健康状態	現在、薬や治療が必要な疾患はないか。（例）高血圧、糖尿病、脳出血、認知症、レビー小体型認知症 など
心身機能・身体構造	健康状態で把握した疾患にともなって起こっている状況（例）上肢・下肢麻痺の状況、認知機能の程度、バイタルサイン、言語障害、排尿の状況、嚥下力、意欲の状況
活動	日常生活活動（ADL）や手段的日常生活活動（IADL）の状況（例）起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容・睡眠、コミュニケーション、スケジュール調整、服薬管理、金銭管理などのIADLの状況
参加	外出、家庭・社会での役割に関し、意欲・生きがいの状況、余暇の過ごし方、他者とのかわり、利用しているサービスの参加状況、社会での役割
環境因子	住居の生活環境（生活に必要な用具）等の物的環境、家族・同居人・友人等の人的環境の状況、サービスの利用状況、経済状況
個人因子	性別、年齢、生育歴、教育歴、職業、人種、価値観・習慣、性格（個性）、生活歴・出身地、特技、1日の過ごし方

◆ 情報の収集方法

情報の収集にあたってもっとも重要な情報源となるのは利用者本人です。利用者が今どういう状態にあるのか、今の状態を利用者はどのように感じ、今後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や障害のある人のなかには、みずから意思表示をすることが困難であったり、苦手であったりする人たちもいます。また、情報を収集する段階では必ずしも介護職と利用者との関係性が親密なものとは限りません。

そのため、利用者の家族や実際に援助を行っているほかの職種などからも情報を収集することが大切になります。さらには、介護記録や業務日誌をはじめとする記録類から情報を収集することも有効な手段といえます。

なお、相手がだれであったとしても共通していえるのは、情報の収集が質問攻めや尋問にはなってはならないということです。また、介護に必要な情報を収集することが目的なのであって、興味本位に、必要以上にいろいろなことを聞き出すことのないように気をつけましょう。

情報収集の2つの観察

【客観的観察】介護職が事実をありのままに観察すること。介護職が利用者を観察したときに生じる自身の思いや感情は、客観的観察とはいえない。

【主観的観察】利用者が思っていることや考えていること、つまり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などを通じて引き出さなければ得られない情報。

→ 客観的観察による情報だけでアセスメントを行うと介護職の一方的な介護になりやすく、利用者の主観的観察を得たかどうかで介護が変わっていく。

情報収集の際の留意点

① 観察力を身につける：「特別な目的のために見る」力＝観察力をもつことが大切。「いつもと違う点」「どこかおかしい点」などに気づく力を養う。

② 先入観や偏見をもたない：正しい判断をさまたげる原因となる先入観をもたないようにすること。偏見をもたずに観察することも大切。

→ 情報を収集するということは、利用者の全体像を把握することである。

③ 情報の解釈・関連づけ・統合化

◆ 情報の解釈

情報を収集したあとに行う作業としては、情報の解釈があります。

集められた情報というのは個々バラバラなものでしかありません。そこで、収集した情報をもとに、生活を送るうえでの具体的な希望や困りごとを明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上げるためには、まず 1 つひとつの情報が何を意味しているのかについて理解しておかなければなりません。つまり、個々の情報を解釈するという作業が必要になります。

情報の解釈とは、その利用者にとっての情報の意味を考え、理解することをいいます。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。収集した情報のなかには、「Eさんは〇〇が思うようにできない」といった内容のものも含まれているでしょう。そのとき、情報とともに E さんに対して、ある種のマイナスイメージを抱いてはなりません。

先入観や偏見などにとらわれることなく、事実の全体像がみえてくるまでは、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るようにします。そのうえで、介護に関する知識を活用しながら情報を解釈していきます。

◆ 関連づけ・統合化

ある 1 つの情報というのは、収集方法が正確であり、意味づけされていないものであれば、ある事実の一部をあらわしていることになります。その一部分同士を関連づけて統合化するという作業が、解釈のあとになされるものです。関連づけ・統合化とは、1 人の利用者を、生活の主体者としてのイメージにまとめていく作業ということができるでしょう。

介護職が収集した情報も、解釈したあとの関連づけ・統合化の仕方によっては、まるで違う課題があらわれてしまいます。

◆ 情報同士をつなぎ合わせた仮説の検証

情報の解釈・関連づけ・統合化という作業は、利用者の生活のしづらさが何に起因しているのかを明らかにする作業といえます。そのためには、具体的な思考過程として、情報同士をつなぎ合わせて仮説の検証をしていくことになります。

収集した情報の意味を解釈し、複数の情報の関係性を明らかにして、必要な援助の内容・方法を導き出す場合、佐藤富士子は、【A に起因する B】という方式にそって考え、それを文章にまとめてみるとわかりやすくなると提案しています。

【A に起因する B】というのは、「B というのは A という事実によって起こっている」ということを意味しており、「したがって、C という援助が必要になる」という結論につながります。このとき、B は「援助が必要な状態」をあらわしており、A は「B の原因と考えられる 1 つまたは複数の事実」をあらわしています。

📖 仮説検証の例（F さんの場合）

【収集した情報】85 歳・転倒・すり足・段差・再び転倒することに対する不安（5 つの情報）

【A = 原因】85 歳・すり足・段差（加齢にともなう筋力低下ですり足となり、転倒の要因になる）

【B＝援助が必要な状態】転倒・不安

【C＝援助の必要性】不安の軽減，転倒を予防しなければならない

→ このような仮説を立てるためには，いくつかの疑問や想定される事柄を考え，情報同士の関連を1つひとつ検証していくことが大切。

④ 課題の明確化

◆ 課題とは

収集した複数の情報を矛盾なく関連づけ，統合化することができれば，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または継続するために，解決しなければならない困りごとのことであり，介護上の問題（生活課題）と位置づけることもできます。

課題の明確化は，「Cという援助の必要性」に該当します。課題を明確化する際には，利用者の生活全体を把握することが重要です。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に際し，援助内容や援助方法も場あた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

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。1人で複数の課題を有していることがほとんどで，なおかつ，それぞれの課題が必ずしも同じ比重であるわけではないのです。1つひとつの課題の優先度を考えましょう。

課題の優先順位を検討する際のポイント

- ・健康状態が悪化するような点はないか（＝生命の安全）
- ・日常生活の自立，継続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（＝人生の豊かさ）

3. 計画の立案

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継続するために，解決しなければならない困りごとが明らかになったことを受けて，次の段階としては，介護計画を立案します。この計画に盛りこまれるおもな内容としては，①課題，②目標，③援助内容・方法があげられます。

介護計画を立案する際のポイントとしては，「①課題→②目標→③具体的な援助内容・方法の決定」の

順番で検討していくことが重要です。つまり、課題をふまえ、今後どのようにになりたいかという目標をもち、その目標を実現するためにはどのような援助が必要になるか……この検討の手順こそが大きな鍵をにぎっているのです。

② 目標の設定

◆ 目標とは

介護計画における目標の設定では、利用者みずからが自分の望む生活に向けて、一定期間に実現できることを段階的に進めていくことが大切になります。目標を設定する際には、利用者の望む生活をふまえ、利用者本人による選択を基本とし、介護職による一方的な押しつけにならないように留意します。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重要です。設定した目標をチーム（利用者や家族、関連する他職種）が共有し、利用者の力を最大限に活用しつつ、目標達成に向けた取り組みを行っていかねばなりません。

◆ 目標の設定の仕方

目標は、理想的や抽象的になる傾向があります。しかし、目標があいまいであると、チームで共有し、達成に向けて協働することは困難です。そのため、目標は、実現可能な到達時期を決めて、具体的でわかりやすい表現で、段階的に設定していくことが大切です。

一般的には、数週間から数か月までを短期目標とし、6か月から1年までを長期目標とします。目標の期間を区切って設定するのは、目標の達成状況や適切さなどの評価を可能にするためです。

また、介護計画の目標を設定する際には、介護支援専門員（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、両者のあいだで整合性が保たれることが重要です。

利用者を中心とする目標設定の留意点

- | |
|---------------------------------|
| ① 個別的である（一人ひとりの生活習慣や価値観を尊重する） |
| ② 利用者の自己実現をめざす（家庭や社会への参加を可能にする） |
| ③ 利用者自身が取り組むことができる（能力を最大限に活用する） |

▶ 「目標」の表現の仕方（5つのポイント）

- ・ ① 主語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現する）
- ・ ② 設定した期間において、現実的で達成可能であること（可能性の予測を示す）
- ・ ③ 観察または評価可能であること（量、時間、期間、場所などを明確に記述する）
- ・ ④ 何をめざしているかが明確であること（だれもが理解できる表現にする）
- ・ ⑤ 利用者が読んで不快な表現は避けること（命令的、指示的な表現はしない）

③ 具体的な援助内容・方法の決定

◆ 利用者主体の援助内容・方法

目標の設定に続いて、具体的な援助内容・方法を決定します。

援助の内容や方法は、だれが見ても同じ介助ができることが重要です。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、共通認識ができていなければ、ケアの標準化が保たれません。したがって、介護計画のなかには、介助方法、頻度、留意事項などを記入し、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な説明を行い、内容について同意を得て、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。

援助内容・方法を決定する際の留意点

- ① いつ、どこで、だれが、何を、何のために、どのように行うのかを明確にする
- ② 個別性を尊重し、時間や頻度など、利用者の状況に合わせる
- ③ 目標と援助内容・方法の一貫性を確認する
- ④ 計画書にはわかりやすい表現で記述する

④ 利用者・家族の参加と多職種連携

◆ 利用者・家族の参加

どんなに立派にまとめられた介護計画であったとしても、あまりにも実現不可能な目標が設定されていたり、現実的でない援助内容・方法が盛りこまれているようでは、だれのための、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、結局は介護職側の一方的な計画であっては、何の意味もありません。

実効性に欠ける介護計画にならないためにも、計画の立案にあたっては、利用者・家族の参加が大切になります。可能であれば、計画を立案する際のケアカンファレンスの場に利用者・家族に出席してもらうなど、文字どおり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

利用者の生活を支援しているのは、決して介護職だけではありません。多様な課題を解決するために、医師、看護師のほか、栄養士や理学療法士、作業療法士など、ほかの専門職と連携しながら利用者を援助しているのです。したがって、計画の立案にあたっては、それぞれの専門性をふまえた内容にしていこうにします。

それと同時に、利用者にかかわるチームのメンバー全員が介護計画の意図をしっかりと理解していることが重要になりますから、メンバーにどのようにして計画の意図を伝えていくのか、具体的にはケアカンファレンスのもち方についてもあらかじめ検討しておくことが大切です。

4. 実施

① 実施の際の留意点

介護計画の実施は、単に利用者に喜ばれることを追求するものではありません。一連の介護過程における介護計画をふまえ、利用者の安全性、快適さ、そして自立に配慮した介護技術の実施が大切になります。

◆ 安全性への配慮

介護職は、実際の生活場面において利用者の身体に直接触れることになるわけですから、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のこと、そのときの疲労度や気分によっても利用者の身体状態は変わる可能性がありますから、常に観察をしながら安全な介護技術を実施するようにします。

なお、ここでいう安全性とは、利用者にとっての安全性だけでなく、介護職自身にとっての安全性という意味も含まれます。無理な体勢をとったり、力まかせの介護を行ったりしては、介護をする側がからだをこわすことにもなりかねません。利用者と介護職との安全性は裏表の関係にあることを意識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たとしても、介護職による一方的なものであったならば、利用者にとって満足のいく生活が送れるものではありません。決して押しつけるようなことはせず、それまでの生活習慣などにも配慮しながら、利用者にとって快適で、心地よい援助を実施するように心がけることが大切です。

人はだれでも、自分の価値観を大切にしたいと思っています。したがって、他人に価値観を押しつけられることには大変苦痛を感じます。快適さへの配慮という場合、人によって価値観が千差万別であることを理解し、関心をも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ことが必要です。

◆ 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において、すべての行為を利用者本人にしてみらうといった、身体的自立のみを意味しているわけではありません。自立という場合、自分の生活が自分の主体的な意思によって営まれているかが重要なのであって、介護技術の実施にあたっては、介護職側の都合によって一方的に行ってはならないのです。

② 実施状況の把握

◆ 利用者の反応

利用者の安全性、快適さ、そして自立に配慮した援助を介護計画にもとづいて実施するにあたっては、利用者の反応を見落とさないようにします。

利用者の身体状況、感じていること、考え、思いなどは、刻々と変化します。ただし、援助の内容や方法に対する不安や違和感、要求などを、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。

したがって介護職には、言葉のニュアンスや表情、身体の動き、しぐさなどを細かく観察し、利用者の思いをくみとりながら、常に、今実施し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は、計画の立案の段階にとどまるものではありません。実施の段階でも非常に重要な意味をもちます。

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が、そのために必要な情報の多くは、利用者にもっとも近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

介護計画にもとづく援助を実施した際には、必ず記録に残します。どんなに立派な計画が立案されたとしても、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、援助を適正に、計画どおりに実施したことを確認・証明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やそのときの利用者の反応や言動、観察した内容や判断の根拠については、形としては何も残りません。また、人間の記憶は時間の経過とともに不確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、失敗のくり返しを防ぐことにもつながりません。

そこで、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としては、以下の表に示すものなどが大切になります。

項目（記録の対象）	記録対象となる時期	記録の内容
実施前の利用者の状態	実施前	実施にあたって観察したこと ・日常生活にかかわる動作 ・表情や言動
実施の過程	援助の開始時から終了時までの経過	実施した援助の内容・方法 それに対する利用者の反応や言動 介護職の判断と対応

実施の結果・考察	実施後	目標に対する到達度 ・何がどの程度できたか ・何がどの程度できなかったか ・残された課題 ・援助内容・方法の適否
----------	-----	---

5. 評価

① 評価の意義と目的

介護過程で重要となるプロセスの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）のことであり、事前評価（アセスメント）とは異なります。

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、何のふり返りもないというのは、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に立っているか、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確にすることが、評価を通じて問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

介護計画の目標とは、情報の収集のあと、情報の解釈・関連づけ・統合化、さらには課題の明確化を受けて設定されるものであり、利用者がこうありたいと望む状態、言葉を換えれば、課題が解決されてニーズが満たされている状態をあらわすものです。ある一定期間のなかで、利用者の安全性、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戻って達成の度合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期日に行うことが前提になりますが、それ以外にも、評価期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、すみやかに評価するようにします。

評価する際のポイントとしては、目標にそって現状を観察し、客観的にみて目標に達しているかどうかを検討します。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

- ・目標自体があまり現実的でなかった
- ・現実的であったとしても、実施期間が短かったことで目標に達しなかった
- ・具体的な援助内容・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

・情報を収集して以降、課題の明確化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とのズレが生じてしまった など

◆ 具体的な援助内容・方法が適切であったかの評価

目標の評価に際しては、目標に達していない場合、その原因を検討することになりますが、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内容・方法が果たして適切であったかどうかという点です。

介護計画のなかには、利用者に対して、いつ、どこで、だれが、何を、何のために、どのように行うのかという援助内容・方法が記載されています。これらの内容は、目標を実現させるための具体的な方策であるわけですから、目標と裏表をなす要因として吟味していかなければなりません。

ケアカンファレンスの場などを効果的に活用しながら、具体的な援助内容や援助方法の1つひとつを評価してみましょう。

③ 介護計画を修正する必要があるかの判断

介護目標や具体的な援助内容・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了することになります。

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には、介護計画の修正が求められます。つまり、評価のあとには、計画を修正するかどうかの判断が必要になるのです。

計画の修正という場合、部分的なものと大幅なものと、大きく分けて2通り考えられます。なかでも、評価の結果、情報の収集以降の作業が不十分だと判断された場合や、利用者の生活状態に大きな変化がみ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「情報の解釈・関連づけ・統合化」「課題の明確化」までさかのぼり、あらたに情報を収集し直したり、課題を整理し直したりすることが必要になります。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ることになるわけです。

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くことになります。なお、介護計画に修正が生じた場合には、必ずサービス担当者会議やケアカンファレンスの場で報告をし、ほかの専門職の意見と了解を求めることが重要になります。

📖 キーワードまとめ

用語	意味・説明
アセスメント	介護過程の最初の段階。情報収集・解釈・関連づけ・統合化・課題の明確化のプロセス。
ICF（国際生活機能分	生活機能を「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3レベルで捉える国

類)	際的な分類。
客観的観察	介護職が事実をありのままに観察すること。自身の感情・思いは含まない。
主観的観察	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」という形式で情報同士をつなぎ、課題を導く思考プロセス。
課題（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	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	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振り返ること。
計画の修正	評価の結果、援助継続では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重要な段階。「情報収集→解釈→関連づけ・統合化→課題の明確化」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。
- ✓ 情報の解釈では先入観・偏見をもたず、「A に起因する B→C が必要」という仮説検証の思考で課題を導く。
- ✓ 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。
- ✓ 実施では安全性・快適さ・自立への配慮が基本。実施状況は必ず記録に残す。
- ✓ 評価では目標の達成度と援助内容・方法の適切さの両方を検討し、必要に応じて計画を修正する。

介護過程とチームアプローチ

【到達目標】

- ケアマネジメントの定義・構成要素・理念・目的を理解している。
- ケアマネジメントの流れ（居宅・施設サービス）を説明できる。
- ケアプラン（介護サービス計画）と個別サービス計画（介護計画）の関係を理解している。
- チームアプローチにおける介護職の役割と、専門職同士の連携の重要性を理解している。

1. 介護過程とケアマネジメントの関係性

① ケアマネジメントとは

◆ ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントとは、高齢や障害があることによって地域社会における自立した生活が困難になったとしても、医療・保健・福祉などのさまざまな社会サービスを利用することで、その人らしい生活の継続ができるように支援するしくみのことをいいます。

支援が必要な状態になることから生じるさまざまなニーズに対して、複数のサービス提供機関から各種サービスを総合的・一体的に提供することで、利用者の地域生活を社会的に支えるしくみとして開発されたものです。

ケアマネジメントの中核的な役割をになうのがケアマネジャーであり、介護保険法上では介護支援専門員と呼ばれています。

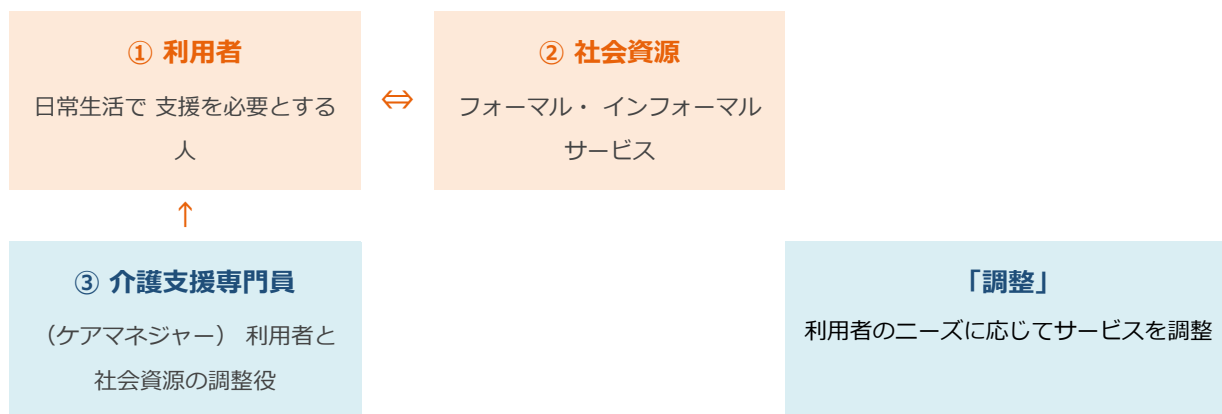
◆ ケアマネジメントの構成要素

ケアマネジメントを構成する要素は、①利用者、②社会資源、③介護支援専門員（ケアマネジャー）の3つです。

利用者とは、日常生活を継続していくうえで、何らかの支援を必要とする人をさします。

社会資源には、制度として整備されているフォーマルサービスと、家族や友人、ボランティアなど利用者の個人的な資源であるインフォーマルサービスの2種類があります。

介護支援専門員（ケアマネジャー）は利用者と社会資源の調整役です。たとえ社会資源が充実していたとしても、利用者のニーズに応じてサービスを調整する介護支援専門員がいなければ、利用者の多くは複雑な制度のしくみや利用方法に関する知識が十分でないために、社会資源の活用ができず、生活の継続は困難になります。



◆ ケアマネジメントの理念・目的

介護サービスの利用者には、それまで生きてきた、その人なりの生活者としての人生の歴史があります。これまでにどのような人生を歩み、今後、生活の不自由さをかかえながらどのように過ごしたいと思っているのかという「時間軸」と、その時々で、どこでどのような人と関係をもちながら生活してきたのか、または生活していきたいと思っているのかという「空間軸」の両方からとらえることが必要です。

また、各種のサービスを利用する際には、利用者がどのような暮らしを望んでいるのかという生活の主体者としての「自己決定の尊重」が重要となります。介護支援専門員がよいと思った計画でも、利用者にとってはストレスになる場合もあるのです。

🔑 ケアマネジメントの理念

利用者主体 / 生活の継続の支援 / 自己決定の尊重 / 自立支援

→ 高齢になったり障害があったりすることによって自立した社会生活が困難になっても、社会資源を活用することにより、これまでどおり地域でその人らしい生活を継続することを目的として行うもの。

② ケアマネジメントの流れ

◆ 介護保険制度による居宅サービスを利用する場合のプロセス

介護保険制度の居宅サービスにおいて保険給付を受けるためには、利用者がサービス利用の申請を行い、要介護認定を受け、介護支援専門員にケアプラン（居宅サービス計画）の作成を依頼する必要があります。利用者の申請を受けた市町村は、要介護認定・要支援認定を行います。認定の結果、「要介護1～5または要支援1・2に該当する」と認定されると、状態に応じた保険給付を受けることが可能になります。

<事前の手続き>	↓ サービス利用の申請 ↓ 要介護認定 介護支援専門員にケアプランの作成を依頼
<ケアマネジメント>	↓ インテーク（相談・受理） ↓ アセスメント（課題分析） ↓ ケアプラン原案の作成 ↓ 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

◆ インテーク（相談・受理）

インテークは受理面接ともいわれ、利用者・家族と介護支援専門員がはじめて出会う場です。ここで支援を必要とする利用者の状況など、必要事項を確認したうえで制度上利用できるサービスなどを説明し、サービスを利用する旨の了解を得て、契約を結ぶことにより支援が始まります。

◆ アセスメント（課題分析）

アセスメントでは、利用者の希望、日常生活活動の能力（可能性）や家族介護者の状況、生活環境などさまざまな情報を収集し、分析することにより、利用者が家庭や地域でその人らしい自立した日常生活を営むために解決すべき課題を明らかにします（ニーズの把握）。

◆ ケアプラン原案の作成

利用者・家族の希望をふまえ、アセスメントにより明確になった、利用者にとっての解決すべき課題（ニーズ）に対してどのような解決方法があるかを検討します。具体的には、目標や必要なサービスを相談・検討し、ケアプラン原案を作成します。

◆ サービス担当者会議

サービス担当者会議では、ケアプラン原案に組みこまれた各種のサービス事業所の担当者が集まり、利用者・家族とともに計画の内容を協議します。サービス提供においては、さまざまな職種がチームとして連携し、利用者の目標達成に向けて支援を実施することが重要です。そのため、どのような目標に向かって支援するか意思統一をはかります。

◆ ケアプランの確定

サービス担当者会議を経て調整したケアプランについて利用者・家族に説明し、内容について同意を得ます。利用者・家族の同意を得ることができてはじめてケアプランとして確定します。介護支援専門員

は、確定したケアプランを利用者と居宅サービス等の担当者に交付します。

◆ 支援の実施

ケアプランにそって各サービス事業所は、個別サービス計画である訪問介護計画や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実施することになります。ケアプランと各事業所の立てる個別サービス計画は、共通の目標のもとに作成され、連動しながら援助を実施することになります。ここで訪問介護事業所の介護職は利用者と出会い、介護過程を展開することになります。

◆ モニタリング

介護支援専門員は、ケアプランに位置づけた目標の達成に向けて、①計画どおりに援助が実施されているか、②目標に対する達成度はどうか、③サービスの種類や援助内容・方法は適切か、④利用者に新たな課題や可能性が生じていないか、⑤サービスの質と量に対する利用者・家族の満足度はどうか、などを確認します。なお、介護支援専門員は少なくとも1か月に1回は利用者の居宅で面接を行い、モニタリングの結果を記録することが必要とされています。

◆ 評価

モニタリングの結果およびケアマネジメントのプロセス全体を評価し、利用者の状況に応じて支援の継続・変更・終結を判断します。ケアプランの修正・変更が必要な場合には、再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すことになります。

◆ ケアマネジメントと介護過程

介護支援専門員が作成するケアプラン（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という）は、利用者の生活全体を支える計画となります。

介護支援専門員は、アセスメントにおいて、利用者の身体的・精神的な健康状態、ADLの能力、経済状況、家族の状況、住環境など幅広い情報を入手し、利用者や家族が現在困っている問題を把握してニーズを導き出します。利用者一人ひとりの個別的な状況から、利用者自身が、どこでどのような生活を送ることを望んでいるのかを知り、目標を設定します。

ケアプランに位置づけられたサービスを提供する事業者（施設の場合は「職種」）は、ケアプランの目標達成に向かって援助を実施します。このとき介護職の場合は介護過程を展開することになります。介護に必要な情報を収集し、情報の解釈・関連づけ・統合化を行い、課題を分析したうえで介護計画（個別サービス計画）を立案します。その計画の目標の達成に向けて、個別的な具体策にそった援助を実施します。

ケアマネジメントのプロセスと介護過程の関係は、居宅サービスの場合と施設サービスの場合でそれぞれ異なります。

③ ケアプランと個別サービス計画

◆ さまざまな呼び名のある「計画」

「計画」には複数の呼び名があり、その違いがわかりにくい状態にあるのが現状です。ここで一度、これらの言葉の整理をしましょう。

区分	計画の名称	内容・作成者
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（居宅） 施設サービス計画（施設） サービス等利用計画（障害者）	利用者・家族の希望をふまえ、アセスメントにより明確になったニーズと目標、支援する際の全体的な支援の方向性、必要となる社会資源をどのように提供すればよいかを記載した計画書。介護支援専門員（または相談支援専門員）が作成。
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 （場合によっては介護計画・個別援助計画とも呼ぶ）	ケアプランに位置づけられた各サービスを具体的にどう実施していくのかを定めた計画の総称。介護職が立案する個別サービス計画は、一般に介護計画と呼ばれる。

◆ ケアプランと個別サービス計画の関係

ケアプランを大きな歯車にたとえると、各専門職が作成する個別サービス計画は小さな歯車に該当します。大きな歯車を目標に向かって正確に回転させるためには、複数の小さな歯車が正確に回転する必要があります。

個別サービス計画では、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、より専門的な計画を立案します。個別サービス計画の立案においては、その計画がケアプランとどのようにつながり、介護職としてどのような役割を果たすことが求められているのかを意識し、目標達成のために「いつ」「だれが」「どこで」「何を」「どのように」「どのくらい」実施するのかを具体的に計画する必要があります。その結果、介護職間での援助のばらつきや、他職種との意識のくい違いを防ぎ、一人ひとりの利用者に対して、個別的で、なおかつ標準化されたサービスを提供することが可能になります。

このように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との関係でお互いに情報を共有し、うまくかみ合わせることによって、はじめて目標達成に向けて進むことができるのです。利用者の望む生活の実現に向けて個別性の高い介護を実践するためには、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一目標に向かって連携するチームアプローチが重要となります。

2. 介護過程とチームアプローチ

① チームアプローチにおける介護職の役割

◆ チームアプローチの必要性

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。したがって、そこには利用者を中心としたケアチームが形成され、チームアプローチが実践されることになります。

専門職がそれぞれの役割を果たしていたとしても、各専門職間の連携がとれていなければ、利用者の生活はよりよい状態にはなりません。たとえば、医師が利用者に「心臓が弱っているので、今は少し安静にしておくように」と指示したとします。それに対して、もしも介護職がその情報を十分に把握していなければ、「家に閉じこもってばかりでは、廃用症候群になってしまう」と散歩に誘ったり、関節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、安静にしたらよいのか、からだを動かしたほうがよいのか迷ってしまいます。したがって、専門職のあいだで、十分に情報を共有し、それぞれの専門性を発揮することが重要となります。

◆ チームによる総合力

人の生活は多面的であり、健康上の問題、経済的な問題、心理的な問題、住居の問題など、数えあげればきりがなほど複合的な要素から成り立っています。したがって、1つの職種だけでかかわるよりも、多職種でかかわるほうがより適切な支援が可能になる状況が多くあります。つまり、介護職や介護支援専門員だけではなく、さまざまな関係者が利用者のニーズに即して支援体制を組み、ネットワークが強化されることにより、総合力が発揮され、問題解決に向けた大きな効果が期待できるのです。

◆ チームケアにおける介護職の役割

チームで利用者の生活を支える場合、とくに介護職は、利用者の生活にもっとも近い存在であることから、利用者の変化にいち早く気づき、介護支援専門員や医師、看護師、栄養士、リハビリテーション職などにつなぐことが求められます。

目 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）

担当の介護職が「最近食べ残しが多くなったこと」に気づき、体重測定したところ1か月で3kg減少していた。

看護師に相談→医師の指示により採血など検査を行ったが、とくに異常はなかった。

好きなものであれば食べてもらえるのではないかと考え、Gさんの好みにあわせて栄養士に献立の変更を依頼したところ、Gさんは喜んでくれたが食事量の増加はみられなかった。

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ていたところ、食べ物をお口に入れてかむ際に、顔をしかめるような表情をすることに気づいた。

「もしかしたら、義歯が合っていないのではないかと……」と思い、介護支援専門員に相談し、歯科医師の診察を受けることになった。

診察の結果、長年使っているうちに歯ぐきと義歯が合わなくなっていること、また、上顎部の歯肉に小さな潰瘍ができており、その痛みのために食欲がなくなっていることが考えられた。

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り、体重も徐々に増えていった。

→ 介護職の気づきをほかの職種に情報提供することで、はじめて課題の原因が明らかになり、適切な対応が可能になって、利用者の QOL を維持・向上させることができる。

したがって、利用者の生活にもっとも近い存在である介護職には、「ふだんとは何か違う」という小さな変化を見逃さない気づきの力と、介護支援専門員や医師、看護師などの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

ある多職種合同の研修で、ケアプランを作成す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、あえて同じ職種でグループ分けをしました。

同じ事例を用いて、グループごとにアセスメントを行い、ケアプランを作成し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があらわれる結果となりました。

看護職のグループでは、現在の病気や障害の状態、服薬の状態、既往歴、血圧や脈拍といったバイタルサインなどの情報に注目し、今後のリスクの予防をより重視したアセスメントが行われました。

一方、介護職のグループでは、利用者がこれまでにどのような生活を送ってきたのか、生活歴や生活における信条、食事の味つけの好みなど、利用者および家族の日常生活をより重視したアセスメント結果となりました。

さらに、ソーシャルワーカーのグループでは、利用者が現在の困っている状態から、利用者自身の力を含めたさまざまな社会資源を活用することにより、いかに生活を改善し継続していくことができるかという点を重視したアセスメントが行われました。

◆ 専門職同士の連携と専門性の尊重

実際のケアプランの作成においては、どのような基礎資格をも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利益となるケアプランが立てられると思われませんが、この研修でのエピソードからは、職種によって、それぞれアセスメントの視点が少しずつ異なることがよくわかります。

そのため、実際のサービス提供段階においては、チームの総合力により利用者の生活を支えるとともに、介護職は介護職としての視点から利用者を理解し、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重要です。

専門職ごとに視点や把握している情報が異なることを十分に理解し、利用者の望む生活の実現を支えるためには、どのような専門職とどのように連携すればよいのかを常に意識してかかわる必要があります。

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、その人らしい生活の継続ができるように、さまざまな社会サービスを総合的・一体的に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核的な役割をになう専門職。利用者と社会資源の調整役。
フォーマルサービス	制度として整備されている公的サービス（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、制度外の個人的・地域的な支援資源。
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	ケアプランに位置づけた目標の達成に向けて、支援の実施状況・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。介護支援専門員が作成。居宅サービス計画・施設サービス計画などがある。
個別サービス計画（介護計画）	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定めた計画。介護職が作成するものを一般に介護計画という。
チームアプローチ	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。
廃用症候群	安静状態が長期にわたることにより、身体的には筋・骨の萎縮や関節拘縮、精神的には意欲の減退や記憶力低下などがあらわれること。

学習のポイント

- ✓ ケアマネジメントとは、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総合的に活用し、その人らしい生活の継続を支援するしくみ。
- ✓ 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」。
- ✓ ケアマネジメントの流れは「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）は大小の歯車の関係。共通の目標のもと連動する。

✓ チームアプローチでは、介護職は利用者の生活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異なる。その違いを理解したうえで、介護職としての専門的視点を他職種と共有することが重要。

第3巻 第2章 第1節

介護職による介護過程の進め方

【達成目標】

- 介護は意図的・計画的に行われるものであり、科学的根拠にもとづいた思考過程（介護過程）の重要性を理解できる。
- 5W1Hの視点から、介護過程の展開を意識した介護職の役割を説明できる。
- 利用者へのかかわり方の変化について、専門性のある介護とは何かを考えることができる。
- アセスメントにおける情報収集の重要性と、思考過程を訓練する姿勢を身につけることができる。

1. 日々の実践のなかにある介護過程

① 介護過程の考え方

介護は、意図的かつ計画的に行われます。そして、介護サービスを提供する道筋を科学的思考にもとづいて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行うのかという根拠を明確にすることが求められます。「この利用者は〇〇と△△の事実から、このように援助したほうが利用者の自立度が高まるはずである」という仮説をもとに介護を行い、その仮説を検証するという思考過程をふむことが大切です。

介護は、算数のように「 $1 + 1 = 2$ 」という計算式が必ずしもあてはめられない分野です。多様な生活歴や価値観をもつ利用者を対象に、百人百様の人生にかかわりながら、個別の情報を意図的に収集し、アセスメント→計画の立案→実施→評価というプロセスをふんで介護過程は展開されます。

介護過程の展開にあたっては、表 2-1 の 5W1H の視点が大切です。

表 2-1 ● 介護過程の展開における 5W1H の視点

① いつ (When)	介護サービスを提供するときに
② どこで (Where)	施設・在宅を問わず、介護サービスが提供されるあらゆる場所・場面で
③ だれが (Who)	介護職が
④ 何を (What)	介護サービスの利用者に必要な生活支援を
⑤ 何のために (Why)	利用者の尊厳を守り、利用者の自立や QOL の向上のために
⑥ どのように (How)	利用者の心身の状況や日常生活・社会生活上の困りごとが解決できるような個別な方法を考えて実践する

② 介護過程の展開と利用者へのかかわり方の変化

介護職は、自分側の一方的な都合ではなく、利用者の望む生活の実現に向けて個別的な援助をめざさなければなりません。実践のなかで介護過程の考え方を意識するかどうかで、利用者へのかかわり方も大きく変わってきます。そのことがわかる事例をいくつか紹介します。

事例 1

A さん（84 歳、女性）は食後に薬を飲むため、洗面所でコップに水を入れようとしていました。自宅の水道は蛇口をひねるタイプでしたが、今の施設では蛇口の前に手をかざすと自動で水が出るタイプであるため、A さんは洗面台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、介護職は反射的に水の入ったコップを差し出しました。

【専門性のある介護】

A さんの話を最後まで聞かずに水を差し出すという介護職の行為は、単なる作業といえるでしょう。この事例における専門性のある介護とは、A さんが話す内容を最後までしっかりと聞き、対応することです。

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」と水を入れる方法を伝えるほうが A さんの自立支援につながるでしょう。

事例 2

施設に入所してまもない B さん（73 歳、女性）は先天性の聴覚・言語障害があるため、微妙なコミュニケーションをはかることが困難です。また、要介護 4 で、車いすを使用しています。

夜勤担当の介護職からの申し送りによると、B さんは深夜に何度も腹痛があり、便意を訴えたといいます。そのためにその介護職は、居室からトイレまでの車いすによる移動と、車いすから便座に腰かける移乗の介

助を行い、Bさんに排便をしてもらったとのこと。
便座に座っていた時間はおよそ30分だったという報告を聞いたとき、介護主任は「深夜に腹痛と便意？」と考えてしまいました。
【専門性のある介護】
この事例の介護職は、そのとき目の前で起こった現象に対応しているだけにすぎません。たしかに、介護職はBさんに対して移動や移乗の介助を行っています。しかし、なぜBさんが深夜に排便したくなったのかについてアセスメントする必要もあるのではないのでしょうか。
通常、深夜に排便したくなることはまれで、からだのしくみからいえば、朝や日中に排便することがほとんどです。にもかかわらず、Bさんは深夜に便意を感じました。
その理由を探っていくと、Bさん本人の希望で、日中、緩下剤を服用していたことがわかりました。
この事例における専門性のある介護とは、単なる排便にともなう移動や移乗の介助にとどまらず、「なぜ深夜に排便したくなったのだろう?」「いつもそうなのだろうか?」など、疑問に感じるものの原因や背景を探っていくことです。

事例3

Cさん（82歳、女性）は当初マンションで一人暮らしをしており、最近は訪問介護員（ホームヘルパー）に不平不満を申し立てて、次々と訪問介護員を交代させていました。
訪問介護員の訪問がないときは近所のコンビニエンスストアでレトルト食品を買い、電子レンジで温めて食べているのですが、急激な体重減少がみられ、現在は40kg程度です。
施設に入所して以降は「おかゆにしてください」と希望するため、介護職はCさんの希望にそった食事を提供しようとしています。
【専門性のある介護】
利用者の自己決定とは、介護職が単に利用者の言われるままの介護サービスを提供することではありません。この事例における専門性のある介護とは、「おかゆが食べたい」との希望は受けとめながらも、なぜそうした希望が出され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ていくなかで、Cさんの場合、義歯のかみ合わせが悪く、義歯の調整が必要であることが判明しました。体重が減少しているCさんに、希望どおりにおかゆを出すよりも、おかゆを希望する理由を聞きとり、そのうえで対応したほうが栄養状態の改善につながります。
「介護」と「単なる作業」との大きな違いは、介護過程による根拠にもとづいた行為かどうかということです。

2. 思考過程の訓練

① アセスメントの重要性

▶▶ 収集した情報の量と質

介護過程のなかでも、アセスメントは重要なものの1つです。その最初の一步は、利用者を取り巻く情報を収集することにあります。情報を収集する際に忘れてはならないポイントは表 2-2 のとおりです。

利用者本人の生活を支援するためには、どのような情報がどのくらい必要なのか、介護職は見通しをもって情報を収集する必要があります。なぜなら、収集した情報の量と質によって、そのあとの介護過程の展開は大きく左右されるといっても過言ではないからです。

表 2-2 ● 情報を収集する際のポイント

- | |
|----------------------------|
| ① 収集した情報が正確な事実であるかどうか |
| ② 介護に必要な情報であるかどうか |
| ③ 偏見や先入観をもたずに収集した情報であるかどうか |

収集した情報の量と質が介護過程の展開にどのような影響を与えるかについて、次の事例から考えてみましょう。

事例 4

通所介護（デイサービス）を利用しはじめた当初、D さん（86 歳、男性）の体重は 55kg 程度で、食欲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ばかりを何とか食べているということでした。

介護職は何とか食事をして栄養をとってもらおうと考え、通所介護の利用時に、ほかの利用者とは違う、D さんのためだけの別メニューを用意することを検討しました。

しかし、かわりかじめてまもないころは、利用者に関する情報も少ないことがほとんどです。多くの場合、介護職は情報が少ないということをあまり意識しないまま、限られた情報のなかから援助内容や援助方法を組み立てようとしています。その結果、利用者にとって望ましいものとは違う生活に導いてしまう可能性もあるのです。

この事例における専門性のある介護とは、D さんに意図的にはたらきかけてさらに情報を収集する姿勢です。限られた情報のみに頼って「D さんのためだけの別メニューを用意する」と結論づけるのではなく、D さんに質問をすることで、なぜウニのびんづめばかり食べるのか、ほかに好きな食べ物はあるのか、特別扱いされることに抵抗はないのかなどを確認・検討します。

さまざまな角度から情報を収集し、解釈し、統合化することによってはじめて、「食を整える」という課題を明確にすることができるのです。

▶▶ 情報を得るためのコミュニケーション

介護現場では、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、利用者の思いや願いにこころを寄せ、その心情をくみとろうと努力し、利用者が生活上の困りごとや悩みごとを述べられるように傾聴する姿勢が求められます。そして、利用者の悲しみや苦しみ、怒り、喜びなどに共感できる感性をみがく必要があります。また、「介護は観察に始まって観察に終わる」ともいわれます。それほど介護職には観察力や洞察力が求められるのです。

観察とは、五感である視覚・聴覚・触覚・嗅覚・味覚を総動員して、利用者を取り巻く事実を知識と照らして、ありのままに入手し、意味のある情報にすることです。また、利用者の思いや願いを観察して、その本質や奥底にあるものを見通す洞察力、さらには共感的な態度により、利用者に関する真の情報を得ることができます。

表 2-3 ● 介護職によるコミュニケーションのタイプ

① ドッジボール型 (一方向) コミュニケーション	専門的知識や技術は十分に備わっているものの、それらを一方的に押しつけるため、相手は自分の今の心情が十分吐き出せない状態におちいってしまう。相手に一方的にボールを投げつけるタイプのコミュニケーションである。
② キャッチボール型 (双方向) コミュニケーション	まず相手の話をよく聞き、思いを受けとめて、それに焦点をあわせて自分の言葉を選んで会話し、双方向のコミュニケーションがはかれるタイプである。忙しい現場でキャッチボール型コミュニケーションをはかることは困難だと感じるかもしれないが、それをしない限り利用者の正確な情報は得られない。

② 「情報の解釈・関連づけ・統合化」という作業

▶▶ 離れ小島に橋をかける作業

介護過程のアセスメント段階のうち、「情報の収集」ではこういうことを行い、その次の「情報の解釈・関連づけ・統合化」ではこういうことを行う、ということが知識として理解できたとします。しかし、それでも、介護職が実際に介護過程を展開するにあたって最初につまずいてしまうのが、収集した情報をどのように解釈し、関連づけて、統合化するかという作業だといわれています。

介護職が収集した情報は、食事は食事、入浴は入浴、排泄は排泄……というように、ある意味でバラバラであり、項目ごとに分類された状態でアセスメントシートに記入されています。つまり「情報の収集」段階では、いわば、離れ小島のように情報が散らばっている状態にあるのです。

これらの離れ小島に橋をかける作業、言い換えれば、情報同士を関連させながら結びつける作業が「情報の解釈・関連づけ・統合化」になります。

▶▶ 介護職による専門的な介護

1 つひとつの情報は、断片的で部分的なものですが、それらのもつ意味を解釈し、関係のありそうな情報同士を関連づけて、統合化すると、それが利用者全体のなかに位置づけられ、はじめて介護に役立つ情報になります。

介護職による専門的な介護とは、思いつきで場あたりのに行われるものではありません。介護職は、収集した複数の情報を矛盾なくつなぎ合わせて仮説を立て、課題を明確にしたうえで援助内容や援助方法を決定していきます。

利用者の生活のしづらさが何に起因しているのかを明らかにすることこそ、介護過程の思考プロセスの1つなのです。

事例 5

E さん（83 歳、女性）は、夫と一人息子を立てつづけに亡くしてから、体調をくずしがちになりました。4 年前に脳梗塞を発症し、現在、歩行は可能ですが、軽度の言語障害があります。

3 か月前にサービス付き高齢者向け住宅に入居して以来、主食はおかゆを希望しています。現在の体重は 40kg。病気になる 4 年前は 56kg だったということなので、16kg の体重減少があります。また、うつ傾向があり、ほかの入居者の言動によって落ちこむこともあります。

介護職は E さんに健康的な生活を取り戻してもらうために、食事の見直しを検討しました。おかゆからご飯への変更を提案すると、「歯が悪いので、おかゆのほうがよい」とのことでした。そこで、歯科治療をすすめましたが、E さんは「脳梗塞になって以来、ワルファリンを飲んでいるので、歯科治療はできない」と言います。

利用者の意向を尊重することは重要ですが、より健康的な生活を送ってもらうためには、状況の改善が必要です。そこで、介護職は次の情報に注目しました。

- ① おかゆを希望している ② 4 年間で体重が 16kg 減少している ③ 歯が悪い
- ④ 脳梗塞の既往歴がある ⑤ ワルファリンを服用している
- ⑥ うつ傾向がある ⑦ 歯科治療はできないと思っている

これらのうち、①～③の情報を結びつけると、E さんの健康的な生活を阻害している要因は、歯が悪いために栄養価の高い食事が十分に食べられないことだと考えられます。この状況を改善するための具体策としては、まずは歯科治療が必要です。

しかし、④～⑦の情報を結びつけると、E さんにはうつ傾向があり、「ワルファリンを飲んでいるから、歯が悪くても歯科治療ができない」と思いこんでいることがわかります。そこで介護職は、ケアカンファレンスの結果をふまえて E さんに歯科治療が可能であることを伝え、さらに体力をつけるために、おかゆからやわらかいご飯に変更することを提案しました。

▶▶ 頭のなかで「？」を生み出す作業

事例 5 では 7 つの情報が集められ、それぞれ関係のありそうな情報同士を関連づけて統合化し、介護に役立つ情報へと形づくっていきました。しかし、情報が 7 つではなく 4 つであった場合には、情報同士を関連させながら結びつける作業がむずかしくなります。

そこで、情報が限られている場合には、今ある情報をもとに「なぜなのだろう?」「どうなっているのだろうか?」という思考をめぐらし、情報の量と質を広げていくようにします。

事例 6

Fさん（82歳、女性）は、朝食前に食堂で新聞を読むのが日課になっています。ある朝、食堂のFさんの席が空いていました。「あら？ Fさんは？」と介護主任が担当の介護職に聞いてみると、「居室においでです。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「……」。

介護主任は、朝食がいらない理由を本人に確かめる必要があると思い、居室を訪れてそのことをたずねると、Fさんは「黒い便が出たので、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をしていました。介護主任は「上部消化管から出血しているのだろうか？」など、頭のなかであれこれ思いをめぐらしながら、朝食をとらないで受診してもらうべきか考えました。

また、黒い便が出たことを看護師に伝え、「Fさんは先週受診した際に、貧血があるので鉄剤を処方されました。その影響ではないでしょうか」との報告がありました。鉄欠乏性貧血の予防としては、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適切でないことになります。

【思考回路を形成する訓練】

介護過程を展開するためには、利用者との日々のかかわりのなかで単に業務をこなすだけでなく、「おや？」「なぜだろう？」と疑問をもったり、考えて行動したりする習慣をつける必要があります。

1つひとつの情報に対して関心を寄せて疑問を抱き、「おや？」「なぜだろう？」という問答を頭のなかでくり返し、意図的な情報収集をすることで、情報の量と質をそろえることができます。そのなかから関連する情報同士がつながったときに、「こういう意味があるのか！」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」ということにも気がつき、思考がおもしろくなります。

🔗 この節のまとめ

- 介護過程は、意図的・計画的に行われる科学的思考プロセスです。5W1Hの視点から展開されます。
- 専門性のある介護とは、利用者の言葉をそのまま受けとめるだけでなく、根拠をもって介護過程を展開することです。
- アセスメントでは、情報の「量と質」が重要です。正確で、介護に必要で、偏見のない情報収集が求められます。
- 「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・統合化して課題を明確にすることです。
- 情報が限られている場合は、「なぜ？」「どうして？」と頭のなかで問いを立て、意図的な情報収集を続けることが大切です。
- 介護職には、キャッチボール型コミュニケーション・観察力・洞察力・共感的な態度が求められます。

介護過程の実践的展開

【達成目標】

- 事例（施設で暮らす G さん）を通じて、アセスメントから評価までの一連の思考過程を追体験できる。
- 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・実施評価表の読み方と使い方を理解できる。
- 利用者の真のニーズを読み取り、根拠をもった介護過程を展開する重要性を説明できる。

1. 事例で学ぶ介護過程の展開

① 事例を用いて介護過程を学ぶ目的

第3節と第4節では、2つの事例を用いて介護過程の展開の実際を学びます。

事例を用いて介護過程を学ぶ目的は、アセスメントから評価までの一連の思考過程を追体験することにあります。したがって、どのような意図で情報を収集し、収集した情報をどのように解釈・関連づけ・統合化した結果、どのような課題を導き出したのか、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、1つひとついねいにイメージしながら読み進めてください。

事例をくり返していねいに読みこむことにより、同じようにみえていた利用者もその思いは一人ひとりまったく異なること、同じ課題をかかえた利用者でも、専門職のかかわり方によって、まったく違う効果が得られることなどが理解できます。

② 各事例の構成と掲載するシート類

各事例には、その事例の内容をあらわす「タイトル」をつけています。

タイトルに続く「利用者のプロフィール」「家族構成および生活歴」「現在の状況」を含む【フェイスシート】は、利用者に関して収集した情報をまとめたものです。不足している情報はないか、重要な情報はどれかなど、利用者をイメージして吟味しながら読むとよいでしょう。

【アセスメント表（1）】は、収集した情報を ICF の枠組みにもとづいて整理したものです。利用者の思いと現状との違いを把握しやすいように、各項目に「現在の状況」と「本人の思い」の欄を掲載しています。

【アセスメント表（2）】は、【アセスメント表（1）】で整理した1つひとつの情報を解釈・関連づけ・統合化した結果と、そこから導き出される課題をまとめています。

【介護計画書】の「課題」は、【アセスメント表（2）】の優先順位の高い順に記入しています。

【介護計画書】と【実施評価表】の2つの様式は、左右に並べて、いちばん左の「課題」からいちばん右の「評価」までを横につなげて読み通すと、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という短期目標を設定し、Cという援助をDという方法でEという頻度で行う計画を立て実施したところ、Fのような状況となった。したがって、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（新たな課題や可能性）」の欄には、援助の実施において気づいたことを記入します。ここでの「気づき」は、計画の修正につながる重要な視点となります。

2. 施設で暮らす高齢者の介護過程（Gさんの事例）

① 利用者のプロフィール

氏名	Gさん
性別	女性
年齢	80歳
生活環境	介護老人福祉施設
要介護度	要介護2（入所時点では要介護3だったが、入所後要介護2となった）
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa（記憶障害、見当識障害、被害妄想など）
障害高齢者の日常生活自立度	A1（屋内での歩行は可能）

② 家族構成および生活歴

【幼少期から結婚するまで】

- ・満州（現・中国東北部）生まれ。父は警察官で、裕福な家庭の4人きょうだいの末っ子として、何不自由なく幼少期を過ごした。
- ・戦後、日本に引き揚げ、女学校を卒業後、まもなく結婚した。
- ・もともとおだやかで、やさしい性格であった。
- ・結婚するまでは家事をしたことがなかった。

【結婚後】

- ・結婚後は、きびしい姑のもとで、慣れない畑仕事をしていた時期もあった。
- ・何度も涙を流したが、夫がやさしかったので耐えることができた。

- ・夫婦のあいだに子どもはなく、夫婦ともに定年まで会社勤めをした。
- ・2番目の姉の家庭がクリスチャンで、その家庭の温かさ、明るい雰囲気にはひかれ、夫婦で教会に行くようになった。Gさんは洗礼を受けたいと思ったが、姑は大反対。夫が「洗礼を受けても離縁はしない」と姑に宣言し、結局Gさんと夫はいっしょに洗礼を受けることとなった。

【定年後】

- ・夫婦仲よく、自宅を開放して、近所の子どもや友人を集めては、キリスト教の集会を開いていた。
- ・6年くらい前から、夫は糖尿病と認知症が悪化して寝たきりとなった。夫の介護はGさんがになったが、しだいにGさんにももの忘れがみられるようになり、夫の服薬管理、食事の準備などができなくなった。
- ・やがてGさん自身の整容や入浴なども滞るようになり、訪問介護（ホームヘルパーサービス）を利用するにいたった。
- ・3年前に夫が亡くなったあと、Gさんはしばらくさびしさのため、うつ的な状態が続いた。
- ・夫の死後1年経ったころから、Gさんは少しずつ元気を取り戻してきたが、もの忘れはいっそうひどくなってきた。
- ・2年くらい前から、金銭管理や身のまわりの世話をしてくれていた姪に対して、「私の財産を狙っている」という被害妄想がみられるようになった。受診の結果、アルツハイマー型認知症と診断された。
- ・1年前に自宅において脳出血で倒れ、3か月間、入院生活を送った。麻痺などは残らなかったが、認知症があるために一人暮らしが困難になって短期入所生活介護（ショートステイ）を利用し、そのあと、介護老人福祉施設に入所となった。

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し、現在、記憶障害や見当識障害、被害妄想などがみられる。
- （3）脳出血：1年前に発症したが、麻痺などの後遺症は残っていない。
- （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：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、身のまわりの世話をしてくれていた姪に対して「私の財産を狙っている」という被害妄想がみられるようになり、それ以降、親しい人に対する被害妄想がくり返されるようになる。
- （7）服薬：アルツハイマー型認知症治療薬（ドネベジル）を服用している。

【日常生活の状況】

- （1）移動：動作はゆっくりであるが、自力で起き上がり、座位を保つことはできる。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。円背があるが、平地は支えなしで歩くことができる。外を歩くときには手引きが必要である。

(2) 身じたく：動作はゆっくりであるが、衣服の着脱は何とか1人でできる。ただし、衣服を整える介助は必要である。夜はパジャマに着替えずにそのまま寝てしまうため、「着替えましょう」という声かけが必要である。

(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である。肥満傾向にあるため、外出や帰宅の際に食べすぎないように介護保険外の自費ヘルパー（外出時の付き添いサービスのヘルパースタッフ）に配慮してもらっている。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、声かけが必要である。

(4) 排泄：尿意と便意はある。自分でトイレに行くことができるが、時々尿もれがあるため、パッドを使用している。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：洗身は手の届くところは自分でできるが、手の届かないところは介助が必要である。洗髪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：夜は24時ごろに就寝し、朝は7時から8時ごろ、介護職に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、考えているうちに何を言いたかったかを忘れてしまって悶々とするが増えてきた。そのために、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、介護職から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には、流暢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である。ベッドまわりには思い出の写真や花がたくさん飾ってあり、聖書やキリスト教に関する書物も置いてある。自宅に帰りたい気持ちが強かったり、外出を希望したりするので、介護保険外の自費ヘルパーを利用し、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、日曜日の礼拝で、外出をしている。

【Gさんや家族などの思い】

- ・ Gさんは、「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」と考えている。
- ・ 施設入所については、「入所したら、すぐ隣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。
- ・ 姪も「Gさんの希望どおり過ごしてほしい」と思っている。
- ・ 「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、下膳やタオルのたたみなどを手伝っている。
- ・ 「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、介護保険外で利用している自費ヘルパーと外出して歩きたいと思っている。

- ・ 信仰心が篤く、「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。また、「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」と言う。
- ・ 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。
- ・ 自分で洋服のほころびが直せたとき、「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）

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年前に自宅において脳出血で倒れ、3か月間、入院生活を送った。麻痺などは残らなかったが、認知症があるために一人暮らしが困難になって短期入所生活介護を利用し、そのあと、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さんの希望どおり過ごしてほしい。

⑤ Gさんのアセスメント表（1）【抜粋・主要項目】

※ 以下は介護過程で特に重要な項目を抜粋しています。

【1. 心身の状態（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（入所時点では要介護3だったが、入所後要介護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	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（ドネペジル）
6	既往歴	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
10	移動	動作はゆっくりであるが、自力で起き上がり、座位を保つことはできる。円背があるが、平地は支えなしで歩くことができる。外を歩くときには手引きが必要。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・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、気がつかなか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、伝道熱心である。しかし、認知症が進むにつれて、コミュニケーションがうまくはかれなかったり、外出した翌日には外出したことを忘れてしまったりする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、やさしい性格である。しかし、認知症が進むにつれてコミュニケーションがうまくはかれなかったり、外出した翌日には外出したことを忘れてしまったりして、苛立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、それそれ！」と笑顔で答える。
32	その他	自分で洋服のほころびが直せたとき、「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、そこから導き出され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という気持ち、礼拝と祈禱会に行きたいという気持ちは強い。しかし、見当識障害により曜日や時間がわからなくなっており、その時間には思い出せなかったり、気がつかなか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。	「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に礼拝・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、そうじをしたり、草取りをしたりして過ごしたい」と考えており、毎週月曜日と木曜日の午前中、2時間程度、介護保険外で利用している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、買い物をする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に、コミュニケーションがうまくはかれなかったり、外出した翌日には前日に外出したことを忘れてしまったりして、イライラしてしまう。	足腰の運動を兼ねて、定期的に帰宅することを今後も継続し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に、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懸命行っていた。施設に入所してからは、介護職が忙しそうに業務に追われていると、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、何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」ということに着目しすぎて、本人の力が発揮できていないのではないかな。	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戻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「最期まで信仰をまっとうしたい」という	教会の礼拝と祈禱会に参加できる。	①礼拝、祈禱会への参加の呼びかけ	①あらかじめ準備ができるように、出かける1時間前に	日曜日（礼拝）・木曜日（祈禱会）

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に礼拝・祈禱会に行く日を忘れて、悲しい思いをしている。	(6か月)	②忘れているときの言葉かけ、出かける準備の支援 ③聖書を持って事務室まで誘導する ④事務室前から居室への誘導	「今日は礼拝（もしくは祈禱会）がありますよ」と呼びかけを行う。②時間が来ても出かけられないときは言葉かけをし、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。	
②足腰の運動を兼ねて、定期的に帰宅することを今後も継続し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に、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。	自分の思いがまともになくても、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	①出かけることを伝え替えなどができていなかったら声かけをする。②何が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。	月曜日と木曜日・日曜日
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戻すことが大切である。	日常生活のなかで役割を担ったり、人の役に立つことができる。(6か月)	①Gさんにできること、人の役に立っていることをいっしょに探し、行ってもらおう。②ほかにもできることややってみたいことがあるか、いっしょに探す。	①下膳やタオルたたみ、針仕事など、Gさんがやってみたことを見つけて、実際に行ってもらおう。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やってみたいことがあるか、いっしょに探す。	随時

⑧ Gさんの実施評価表（要点）

以下は、介護計画の実施後の評価のポイントです。

① 礼拝・祈禱会への参加支援の実施と評価

【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せず、必ず参加を呼びかけることにした。また、呼びかけをしても忘れているときは、さらに言葉かけをするとともに、着替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もっているのので、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に進行しており、参加の日時を忘れる頻度は高まっているので、今後も継続して援助する必要がある。

② 定期外出支援・気持ちの傾聴の実施と評価

【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、Gさんが介護保険外で利用している自費ヘ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さんにとって非常に大切な時間となっている。しかし、週3日では現在の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、根本的には「信仰をまっとうしたい」という強い願いからきているものであることが理解できた。

③ 役割・できること発見支援の実施と評価

【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】もともと奉仕の精神は旺盛な人なので、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、生き生きと専念してもらえる場面がみられた。一方で、認知症による記憶障害のために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、定期的に外出しているが、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日では現在の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真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に近づくのか？」を探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、姪が自分の財産を狙っているのではないかと被害妄想、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」としかみえません。しかし、Gさんの気持ちの根底には「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わかってきました。

介護過程を展開しながら、介護職は「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?」に着目してアセスメントを重ね、利用者の真のニーズに向かって援助していくことが大切です。

🔗 この節のまとめ
● 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思考過程を追体験するためのものです。
● フェイスシートで利用者全体像を把握し、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着目するのではなく、その背景にある真のニーズを探ることが専門的な介護の本質です。
● 実施評価では、計画どおりに進んでいるか確認するとともに、「気づいたこと」を次の計画修正に活かすことが重要です。

第3巻 第2章 第3節

自宅で暮らす高齢者の介護過程

【達成目標】
● 自宅で暮らす高齢者（Lさん）の事例を通じて、居宅での介護過程の展開を学ぶことができる。
● 家族介護者の状況を含めた情報収集・アセスメントの重要性を理解できる。
● アセスメントから介護計画書・実施評価までの一連の流れを追体験できる。

1. 利用者のプロフィール

氏名	Lさん
性別	女性
年齢	82歳

生活環境	自宅
要介護度	要介護 3
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa（第 3 巻 p.224 参照）
障害高齢者の日常生活自立度	A2（第 3 巻 p.224 参照）

2. 家族構成および生活歴

① 幼少期から青年期まで

- ・ M 県の港町で、8 人きょうだい（姉と弟 3 人、妹 3 人）の次女として生まれる。
- ・ 父は漁師で、実家は漁業をしながら旅館も経営していた。
- ・ 子どものころからきょうだいの面倒見がよく、忙しい両親に代わって家事などの手伝いもよくしていた。
- ・ 女学校を卒業後、着物が好きで、呉服店で働きながら着物の着付けや和裁の技術を習得し、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をしながら子育てをした。
- ・ 夫婦仲はとても良好で、近所でも評判のおしどり夫婦だった。
- ・ 町内会の活動にも積極的に参加し、地域の人からの信頼が厚く、きょうだいや親戚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

- ・ 長女の結婚を機会に、大工だった夫が家を建て替え、長女夫婦と同居した。長女夫婦が共働きだったので、孫娘が生まれたころから L さんが家事をすべてにない、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死亡し、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り、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された。
- ・ 趣味だった裁縫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」「着物が盗まれた」と家族に何度も訴えたり、1人で外出して家がわからなくなったり、片時も目が離せなくなった。さらに、明るくおだやかな性格のLさんが、家族に対して攻撃的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した。
- ・ しかし、長女は持病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し治療をしている。
- ・ 長女は朝、関節リウマチによる手指の痛みがひどく、Lさんの介助や家事に支障をきたしている。
- ・ 20時ごろに家族そろって夕飯を食べるなど、家族関係は良好である。
- ・ Lさんは家族に対して遠慮深いところがある。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、増加傾向にある）
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、1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）がみられた。
- （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る。血圧降下剤を服用しているが、現在は安定している。
- （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し、ふさぎこむ日々が続き、家族に対して攻撃的な態度をみせていたが、現在は落ち着いている。

(7) 服薬：血圧降下剤を服用している。飲み忘れることが時々あったので、現在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、義歯の点検を受けている。

② 日常生活の状況

(1) 移動・移乗：若いころから歩くのが好き。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みずから歩くことはしない。歩行時は足元に注意がおよばないので、言葉をかけたり段差では手を貸すなどの配慮が必要。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。歩くのが好きなので、長女と散歩をするのは楽しい。

(2) 身じたく：1 人で着替えることはむずかしいが、言葉をかけながら順番どおりに服を手渡せば、着脱ができる。お気に入りの枯植物の櫛で毎朝、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、減塩薄味にしている。港町の出身なので魚料理が好きである。朝はパンと牛乳、夜は魚や野菜が中心の和食が多い。水分摂取量が少なく、汁物や緑茶などをすすめるが半分程度しか飲まない。歯は総義歯だがしっかり咀嚼できている。「熱い緑茶が好きだけど、お便所が近くなるからね」と言っている。

(4) 排泄：自分から尿意・便意を伝えられず、トイレに行きたいときはもぞもぞとからだを揺らしている。長女が言葉をかけてトイレに連れて行くが、間に合わずに尿をもらすことが週 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てためこむので、排泄が終わったら毎回手渡している。便秘になりやすく 3 日に 1 回の頻度で排便がある。かかりつけ医から便秘対策として、食物繊維の多い食事や、適度な運動と十分な水分摂取するように指導されている。

(5) 入浴・清潔保持：お風呂は好きだが、自宅の浴槽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。言葉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、布団に入ればしばらくは子守歌や童謡を口ずさんでいるが、長女がトイレ誘導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 時に起床している。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、顔見知りの近所の人や、きょうだいの顔がだれだかわからなくなり、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

- ・ 夫が建てた愛着のある家で、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。
- ・ いつか孫娘に浴衣を縫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にない、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さんは精神的に落ち着きを取り戻し、家族に対する攻撃的な言動はみられなくなった。
- ・ 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、現在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。愛用している裁縫道具がある。夫からもらった枯植物の櫛を大切にしている。

4. Lさんのフェイスシート

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
入所における本人・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します。長女の要望：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。孫娘の要望：介護負担が軽減されることをのぞむ。

5. L さんのアセスメント表（1）【主要項目】

L さんのアセスメント表（1）：項目・現在の状況・本人の思い		
番号	項目	現在の状況 / 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みずから歩くことはしない。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、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わ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。孫娘に浴衣を縫ってやりたいと思っている。台所に立って料理をつくる生きがいだった。
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（制度）の利用状況	訪問介護（週 5 回）、通所介護（週 2 回）を利用。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。
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。「私がお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縫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】

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、認知症のために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は減らせる可能性がある。	自分からトイレに行けず、尿失禁が繰り返されることで、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。 （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。	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。現在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縫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さんらしさを取り戻す支援が必要である。	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戻す支援が必要。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を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、尿失禁が繰り返されることで、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。 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戻す支援が必要。また水分摂取を増やす工夫も必要。	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自宅では入浴が難しい日は、訪問介護による清拭や足浴などの清潔ケアを行う。	週2～3回
	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・できることを一緒に探す 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一緒に行い、「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一緒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」という思いに寄り添い、トイレ誘導との組み合わせで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

① トイレ誘導の実施と評価

【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して実施した。Lさんがもぞもぞするサインを見逃さないよう、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。引き続きサイン見逃しなく対応することが大切。

② 入浴支援の実施と評価

【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。自宅では入浴困難な日に清拭・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減された。浴槽への出入りについて、自宅環境整備（すのこ設置等）も検討が必要。

③ 役割・生きがい支援・水分摂取の実施と評価

【実施状況】洗濯物たたみや食器ふきを一緒に行い、感謝の言葉を伝えた。裁縫道具を手の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加している。

【気づいたこと】裁縫への関心が戻りつつある。孫娘に浴衣を縫ってやりたいという思いを活かした関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。

9. この節のまとめ

🔗 この節のまとめ

- 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不可欠です。
- 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・負担感を常に把握し、サービスの調整を柔軟に行うことが在宅支援の要です。
- 「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、継続的にアセスメントを深めることが大切です。

第3巻 第2章 演習課題

演習課題：Ｑさんの介護過程

【演習の目的】

- Ｑさんのフェイスシート・現在の状況を読み込み、自分でアセスメント表（１）（２）を記入する。
- アセスメント結果をもとに介護計画書を立案する。
- その後、本テキストの模範解答と照らし合わせて、自分の思考プロセスを振り返る。
- 利用者の多様な思いやニーズを読み取り、根拠をもった介護過程を展開する力を養う。

1. 事例：介護老人福祉施設で生活するＱさん

① 利用者のプロフィール

氏名	Q さん
性別	男性
年齢	75 歳
生活環境	介護老人福祉施設
要介護度	要介護 4
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする状態）
障害高齢者の日常生活自立度	B1（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体だが座位を保つ）

② 家族構成および生活歴

【幼少期から就職・定年まで】

- ・ 農業を営む両親のもと 6 人きょうだいの四男として生まれる。高等学校卒業後、地元の農業協同組合に勤務する。
- ・ そのあと、結婚し、2 人の息子をもうける。
- ・ 55 歳のとき、パーキンソン病を発症する。
- ・ 定年（60 歳）まで同じ農業協同組合に勤務しており、58 歳のときから 2 年間は組合長を務めていた。
- ・ 組合長になってからは、仕事柄、常に身だしなみを整え、毅然とした態度をつらぬいていた。交友関係も広く、どちらかというと派手な私生活であった。
- ・ パーキンソン病のため、定年近くには歩行時につまずくことも頻繁にみられるようになった。

【定年以降】

- ・ 定年後は妻と 2 人でおだやかに生活していたが、3 年前に妻が他界した。妻が他界してからは、次男夫婦との同居を始めた。
- ・ 年々パーキンソン病の症状が進行し、ADL の低下がはっきりとみられるようになったほか、1 年前に自宅の居室で転倒し、左大腿骨頸部を骨折した。
- ・ 同居している次男夫婦は共働きだったため、在宅での生活が困難になった。Q さんの希望もあって介護老人福祉施設に入所することとなった。
- ・ もともと Q さんは、同施設の通所介護（デイサービス）を週 2 回、また、短期入所生活介護（ショートステイ）を月 7 日利用していた。

【現在の家族構成】

- ・ 息子 2 人は結婚し、長男は仕事の関係で他県で生活している（子どもは 3 人）。
- ・ 入所前までは次男夫婦（子どもなし）と同居していた。
- ・ 次男は地元の役場に勤務し、次男の妻は地元の保育所で保育士をしている。
- ・ 次男夫婦の自宅は施設の近くにある。

③ 現在の状況

【健康状態】

- (1) 一般状態：体温 35.8℃ 呼吸 25～28 回/分 脈拍 80～90 回/分 血圧 130/80mmHg
- (2) 障害の状況：パーキンソン病にともなう症状（言語障害、手指振戦、小きざみ歩行、嚥下機能の低下）
- (3) 現在のおもな疾患：パーキンソン病、骨粗鬆症、軽度の認知症（改訂長谷川式簡易知能評価スケール 20 点）
- (4) 既往歴：左大腿骨頸部骨折（1 年前に自宅の居室で転倒）
- (5) 服薬：パーキンソン病治療薬、骨粗鬆症治療薬、緩下剤（3 日以上排便がない場合に服用）
- (6) 精神状態：夜間せん妄の症状が、月に 3 回程度の頻度であられる。おもに猿や狐といった動物があらわれたと訴え、精神が不安定になることがあるが、コミュニケーションをはかることで落ち着く。
- (7) 視力・聴力：日常生活において、とくに支障はない。

【日常生活の状況】

- (1) 移動：立ち上がる時に不安定であり、小きざみ歩行がみられるため、転倒の危険性がある。短い距離であれば、手すりやアーム付き四輪歩行器を使用して移動することができる。居室から食堂・浴室など、長い距離を移動する場合には電動車いすを使用するが、ほかの入所者や建物の壁にぶつかりそうになるなど、まだ運転操作に慣れていない。
- (2) 身じたく：毎朝、ひげそり、洗面、義歯の装着などは自分で行っている。髪も毎朝整髪料をつけてセットするなど、ほぼ自立している。その日に着る洋服は、居室のクローゼットから自分で用意している。面会があるときには、ふだんよりもおしゃれに気をつけている。
- (3) 食事：食事は自立しており、好き嫌いなく、出されたものはすべて食べている。嚥下の機能が低下しているため、主食はおかゆ、副食はきざみ食である。昔は酒やたばこを好んでいたが、今はやめている。面会に来る知人（農業協同組合当時の部下や世話になった人）が、時々パック寿司を持って来て、居室で食べていることがある。
- (4) 排泄：尿意と便意はある。昼間は失禁パンツを着用しているが、障害者用トイレに電動車いすで移動し、自力で排泄している。夜間は紙パンツを着用し、ポータブルトイレを使用している。
- (5) 入浴・清潔保持：週 2 回、入浴している。電動車いすを使用して、居室から浴室まで移動している。

入浴はほぼ自立しているが、洗髪のほか、足先や背中を洗うときには一部介助が必要である。

(6) 睡眠：日中は活動的であり、夜は 20 時に就寝している。夜中に 2 回ほどトイレに行くが、それ以外は基本的に安眠している。

(7) コミュニケーション：言語障害があるため発語は聞きとりにくい、相手の話を理解する能力は十分にある。自分の意思が介護職に伝わらないことにストレスを感じている。筆談も有効なコミュニケーション手段になっている。

(8) サービスの利用状況：介護老人福祉施設に入所中。居室は 4 人部屋で、窓側のベッドを使用している。ベッドのわきにポータブルトイレが置いてある。ほかにも、電動車いす、アーム付き四輪歩行器、ワープロなどが所せましと並んでいる。

【経済状況】

厚生年金を中心とした定期収入がある（1 か月あたり約 20 万円）。貯金もあり、経済的な問題はない。

【性格】

昔から私の強い性格である。自分のことは自分で行うという思いが強い。

【1 日の過ごし方】

毎朝 6 時に起床し、20 時に就寝する。日中は、日々のレクリエーションやクラブ活動、施設の行事などに積極的に参加している。居室にいるときは、読書やワープロ入力をしている。

【Q さんや家族などの思い】

- ・ Q さんは、「自分の望みどおりの生活をしたい。施設に入ったあとも頻繁に外出したり、帰宅したりしたい。身のまわりのことはできるだけ自分でしたい」と考えている。
- ・ 次男夫婦は、「施設内で安全に、けがなく生活してほしい。月 1 回程度は帰ってきてほしい」と思っている。
- ・ 可能な限り自分 1 人で歩きたいと思っている。また、電動車いすに乗って、買い物や外食、昔の勤務先、自宅などに行きたいという強い思いがある。
- ・ いつもきちんとした身なりでいたい。時々外出したりする折に、お寿司などの豪華な食事をしたいという思いがある。
- ・ 排泄のたびに介護職を呼ぶのは申し訳ない。自分でできることはできるだけ自分で行いたいという思いが強い。
- ・ 入浴が好きなので、もっと頻繁に入浴したいと思っている。
- ・ 将来的にはパソコンを購入して、孫とメールのやりとりをしたいと思っている。
- ・ 日々のレクリエーションやクラブ活動、施設の行事などに積極的に参加しており、そのことがリハビリテーションにもなっていると思っている。
- ・ とにかく何でも自分でできるようになりたいという希望があり、専門的リハビリテーション訓練の機会の増加を希望している。

【最近の様子】

- ・施設に入所してからは、月1回程度、帰宅している。
- ・ふだんは次男の妻に電話をして、買い物などを頼んでいる。
- ・ワープロを使用して、他県に住む孫との手紙や写真のやりとりに生きがいを感じている。
- ・農業協同組合の組合長だったという経歴から、今でも当時の部下や世話になった人が面会に来る。
- ・毎週土曜日の午後は、理学療法士による専門的なリハビリテーション訓練を受けている。
- ・昔の仕事柄、身だしなみはいつもきちんとしている。
- ・最近、次男が使わなくなったワープロを譲り受け、文字入力ができるようになった。

④ Qさんのフェイスシート

氏名	Qさん
性別	男性
年齢	75歳
入所年月	〇年4月
入所にいった理由	年々パーキンソン病の症状が進行し、ADLの低下がはっきりとみられるようになったほか、1年前に自宅の居室で転倒し、左大腿骨頸部を骨折した。同居している次男夫婦は共働きだったため、在宅での生活が困難になった。Qさんの希望もあって介護老人福祉施設に入所することとなった。なお、もともとQさんは、同施設の通所介護を週2回、また、短期入所生活介護を月7日利用していた。
家族	息子2人は結婚し、長男は仕事の関係で他県で生活している（子どもは3人）。入所前までは次男夫婦（子どもなし）と同居していた。次男は地元の役場に勤務し、次男の妻は地元の保育所で保育士をしている。次男夫婦の自宅は施設の近くにある。
キーパーソン	次男夫婦
入所における本人・家族などの要望	Qさんの要望：自分の望みどおりの生活をしたい。施設に入ったあとも頻繁に外出したり、帰宅したりしたい。身のまわりのことはできるだけ自分でしたい。次男夫婦の要望：施設内で安全に、けがなく生活してほしい。月1回程度は帰ってきてほしい。
その他	毎週土曜日の午後は、理学療法士による専門的なリハビリテーション訓練を受けている。とにかく何でも自分でできるようになりたいという希望があり、専門的なリハビリテーション訓練の機会の増加を希望している。

2. 演習：アセスメント表（１）（２）と介護計画書を記入してみよう

演習の手順

STEP1：上記の Q さんのプロフィール・現在の状況・フェイスシートをよく読む。

STEP2：アセスメント表（１）の各項目に、Q さんの「現在の状況」と「本人の思い」を記入する。

STEP3：アセスメント表（２）で情報を解釈・関連づけ・統合化し、課題と優先順位を導く。

STEP4：介護計画書を立案する（長期目標・短期目標・援助内容・方法・頻度）。

STEP5：以下の模範解答と自分の答えを照らし合わせ、思考プロセスを振り返る。

3. 模範解答

① アセスメント表（１）模範解答【主要項目】

【1. 心身の状態（心身機能・身体構造／健康状態）】

1. 心身の状態（心身機能・身体構造／健康状態）			
番号	項目	現在の状況	本人の思い
1	要介護状態区分	要介護 4	－
2	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱ b	－
3	障害の状況（身体・知的・精神）	パーキンソン病にともなう症状：言語障害、手指振戦、小きざみ歩行、嚥下機能の低下	－
4	現在のおもな疾患	パーキンソン病、骨粗鬆症、軽度の認知症	－
5	服薬	パーキンソン病治療薬・骨粗鬆症治療薬・緩下剤	－
6	既往歴	左大腿骨頸部骨折（１年前）	－
7	バイタルサイン	体温 35.8℃ 呼吸 25～28 回/分 脈拍 80～90 回/分 血圧 130/80mmHg	－

【2. 日常生活の状況（活動）】

2. 日常生活の状況（活動）			
番号	項目	現在の状況	本人の思い
10	移動	短距離は歩行器で移動可能。長距離は電動車いすを使用するが操作に慣れていない。小きざみ歩行・転倒リスクあり。	可能な限り自分 1 人で歩きたい。電動車いすで買い物・外食・自宅

			などに行きたい。
11	身じたく	毎朝ひげそり・洗面・義歯装着・整髪など自立。着る服は自分で選ぶ。面会時はおしゃれに気をつかう。	いつもきちんとした身なりでいたい。
12	食事	嚥下機能低下のためおかゆ・きざみ食。自立している。面会者がパック寿司を持参することがある。	時々豪華な食事（寿司など）を楽しみたい。
13	排泄	昼間は失禁パンツで自力排泄。夜間は紙パンツ・ポータブルトイレ使用。	排泄のたびに介護職を呼ぶのは申し訳ない。できるだけ自分でしたい。
14	入浴・清潔保持	週2回入浴。ほぼ自立。洗髪・足先・背中に一部介助が必要。	もっと頻繁に入浴したい。
16	コミュニケーション	言語障害で発語が聞きとりにくい。理解能力は十分。筆談も有効。意思が伝わらずストレスを感じる。	自分の意思をうまく伝えたい。
17	意欲・生きがい	レクリエーション・クラブ活動・施設行事に積極的参加。ワープロで孫と文通。理学療法士によるリハビリに週1回参加。	専門的リハビリの機会を増やしたい。孫とメールしたい。
18	余暇の過ごし方	日中は施設行事に参加。居室では読書・ワープロ入力。月1回帰宅。面会者との交流。	外出したい。昔の勤務先や自宅に行きたい。
19	役割（家庭・社会）	施設の行事・クラブ活動に積極的参加。組合長経歴から面会者が多い。	活動的に過ごし社会とつながりたい。
25	サービス（制度）の利用状況	介護老人福祉施設入所中。理学療法士による週1回のリハビリを受けている。	リハビリの機会をもっと増やしてほしい。

【3. 豊かさ（参加）・4. 環境（環境因子）・5. その他（個人因子）】

3～5. 豊かさ・環境・個人因子

番号	項目	現在の状況	本人の思い
21	生活環境	介護老人福祉施設4人部屋（窓側）。ポータブルトイレ・電動車いす・歩行器・ワープロ所有。障害者用トイレあり。	障害者用トイレに近い個室への部屋替えを希望。
27	価値観・習慣	自分のことは自分でする主義。身だしなみを整えることを大切にしている。組合長としての誇りを持っている。	いつもきちんとしていたい。なんでも自分でしたい。
28	性格（個性）	我が強く、自立心が高い。自分のことは自分で行うという思いが強い。	－
30	特技	和裁の技術を習得したが、現在は裁縫をしていない。	－

② アセスメント表（2）模範解答

☑ 模範解答のポイント

【考え方のポイント】

- 優先順位①：Qさんが最も困っているのは「意思が伝わらないこと」と「自分でできないことへのストレス」。転倒リスクも高く安全確保が最優先。
- 優先順位②：「自分の望みどおりの生活をしたい」という強い希望。外出・帰宅・豪華な食事など、生きがいがや楽しみの確保。
- 優先順位③：Qさんの自立心・プライドを活かし、できることを維持・拡大していく支援（リハビリ・自立支援）。

項目番号	情報の解釈・関連づけ・統合化	課題（優先順位）
10, 13, 16, 21, 27, 28	Qさんは自立心が強く、「自分でできることはできるだけ自分でしたい」という思いが非常に強い。しかし、パーキンソン病による小きざみ歩行・手指振戦・言語障害により、思うように身体が動かずストレスを感じている。電動車いすの操作にも慣れておらず、転倒・接触事故のリスクがある。また、夜間のポータブルトイレ使用・排泄時の自立など、排泄に関して介護職に頼ることへの抵抗感が強い。安全を確保しながら、Qさんの自立心を尊重した支援が必要である。	パーキンソン病の症状により思うように動けず、意思疎通も困難なことへのストレスが大きい。安全を確保しながら自立を支援する必要がある。（優先順位①）
12, 17, 18, 19, 25	Qさんは「施設に入ったあとも頻繁に外出したり、帰宅したりしたい」「豪華な食事を楽しみたい」「リハビリをもっと受けたい」「孫とメールしたい」など、生活の質を高めたい、社会とつながりたいという強い意欲をもっている。施設行事やレクリエーションに積極的に参加し、面会者との交流もある。これらの活動がリハビリや生きがいになっている。一方、嚥下機能低下のため食事形態は制限されているが、特別な機会（面会時など）に工夫した対応ができないか検討する必要がある。	外出・外食・リハビリ増加・孫との交流など、Qさんらしい生き生きとした生活を実現するための支援が必要。（優先順位②）
11, 14, 16, 27	Qさんは毎朝のひげそり・整髪・服の選択など身だしなみに強いこだわりをもっており、現在もほぼ自立している。入浴は週2回だが「もっと頻繁に入浴したい」という希望がある。また言語障害で意思が伝わりにくいため、筆談などコミュニケーション手段の工夫が必要である。Qさんのプライドと自立心を尊重しながら、できることを維持・拡大していく視点が大切である。	身だしなみへのこだわり・入浴希望・コミュニケーション改善など、Qさんらしさを保つための支援が必要。（優先順位③）

③ 介護計画書模範解答

長期目標（期間：12 か月）：安全に施設生活を送りながら、自分らしく生き生きと過ごすことができる。

課題	短期目標・期間	援助内容	具体的な援助方法	頻度
① パーキンソン病の症状により思うように動けず、意思疎通も困難なことへのストレスが大きい。安全を確保しながら自立を支援する必要がある。	転倒なく安全に移動・排泄ができる。（6 か月）	①電動車いす操作の練習・安全確認 ②夜間ポータブルトイレの適切支援 ③筆談・コミュニケーション支援	①電動車いすで移動する際は、操作を見守り、危険がないか確認する。廊下の広い時間帯に練習機会を設ける。 ②夜間のポータブルトイレ使用時は、転倒リスクを考慮して安全な環境を整え、Q さんが自力で使用できるよう見守る。 ③Q さんの発語が聞きとりにくい場合は、筆談や選択肢を示すなどコミュニケーション方法を工夫し、意思確認を行う。	随時（夜間含む）
② 外出・外食・リハビリ増加・孫との交流など、Q さんらしい生き生きとした生活を実現するための支援が必要。	月 1 回以上の外出・帰宅ができる、楽しみのある生活を送ることができる。（6 か月）	①外出・帰宅の計画・調整 ②食事の楽しみの確保 ③ワープロ・孫との交流支援	①次男夫婦と連携し、月 1 回程度の帰宅・外出を計画する。外出時は電動車いすや歩行器を活用し安全を確保する。 ②面会時に知人がパック寿司を持参することを把握し、嚥下状態に合わせたきざみ対応など、食事の楽しみを確保する。 ③ワープロ入力を通じた孫との文通を継続支援する。将来のパソコン導入についても情報提供する。	月 1 回以上（外出）・随時（ワープロ）
③ 身だしなみへのこだわり・入浴希望・コミュニケーション改善など、Q さんらしさを保つための支援が必要。	身だしなみを自分で整え、週 3 回の入浴ができる。（6 か月）	①入浴回数の増加 ②身だしなみ自立の継続 ③リハビリ機会の確保	①現在の週 2 回から週 3 回への入浴増加を検討・調整する。入浴時は自立している部分を尊重し、必要な介助のみ行う。 ②毎朝のひげそり・整髪・服の選択など、Q さんが自分でできていることを継続的に支援し、できなくなった場合は最小限の介助にとどめる。 ③理学療法士によるリハビリの機会増加について、施設スタッフ・理学療法士と連携して検討する。	週 3 回（入浴）・毎朝（身だしなみ）・週 1 回以上（リハビリ）

4. 振り返りのポイント

🔍 自分の答えと比較してみよう

- ① Qさんの「自立したい」という強い思いを、アセスメント表（1）の「本人の思い」欄に適切に記入できたか？
- ② 「転倒リスク」と「自立心の尊重」という相反する要素を、どうバランスよく課題に反映したか？
- ③ パーキンソン病による言語障害がコミュニケーションと意欲の双方に影響していることを、情報の関連づけで示せたか？
- ④ 介護計画書の援助方法は具体的かつ実施可能な内容になっているか？（「声かけをする」だけでなく、どんな場面でどうするかまで書けたか）
- ⑤ Qさんの「組合長としての誇り」「身だしなみへのこだわり」など、個人の価値観・生活歴をアセスメントに活かしたか？

📌 この演習のまとめ

- Qさんの事例では、「自分のことは自分でしたい」という強い自立心が全ての課題の根底にあります。
- パーキンソン病による複数の症状（運動障害・言語障害・嚥下障害）が互いに関連していることを、情報の統合化で示すことが重要です。
- 転倒リスクがある一方で、Qさんの自立心を損なわない支援が求められます。「安全」と「自立」のバランスが介護の専門性の核心です。
- 組合長として地域をリードしてきたQさんの誇りやプライドを尊重した介護が、生きがいの維持につながります。
- 介護計画書の援助方法は、誰が読んでも同じ行動がとれるように具体的に記載することが大切です。
- 演習で作成したアセスメント・計画書は、正解が一つではありません。根拠をもって考え、他者と意見を交わすことで、専門的な思考力が深まります。

第3章 介護過程の展開の実践

事例1 片麻痺のある高齢者の夢の実現に向けた支援

【到達目標】

- 実務者研修課程で学んだ知識・技術を確実に習得し、活用できる。
- 知識・技術を総合的に活用し、利用者の心身の状況等に応じて介護過程を展開し、系統的な介護（アセスメント、介護計画立案、実施、モニタリング、介護計画の見直し等）を提供できる。

- 介護計画を踏まえ、安全確保・事故防止、家族との連携・支援、他職種、他機関との連携を行うことができる。
- 知識・技術を総合的に活用し、利用者の心身の状況等に応じた介護を行うことができる。

1. 利用者のさまざまな暮らしと介護過程の展開

① 生活することの意味、人生の尊さ、介護職の仕事の魅力

人の暮らしは、その人なりの生活歴や生活信条、価値観、地域の文化的特性、自然環境、利用者を取り巻く人的環境、利用者の精神的・身体的状況などが複雑にからみ合って、その人なりの暮らしが成り立っています。だからこそ、利用者のさまざまな情報を意図的に収集し、その情報の意味（その利用者にとって特有の意味）を理解し、関連性に気づき、統合化していくことで、はじめてその人の個別の生活課題が明らかになります。

第3章では、このように個別性が高く、かけがえのない人生に寄り添った援助を行う介護職だからこそ知ることができる、生活することの意味や人生の尊さ、介護職としての仕事の魅力を伝えたいとの思いから、4つの事例を取り上げました。

具体的な事例のなかから、①介護職としての気づきの大切さ、②介護職が収集する情報の量や質によってアセスメントの結果が変わってくる、③アセスメントの結果が利用者の生活の質に大きな影響をおよぼすこと、などを学んでください。

② 介護技術の実施と評価

介護職は介護支援専門員（ケアマネジャー）と違い、コーディネート機能（利用者やサービス提供機関などの連絡・調整）がもっとも求められているわけではなく、直接的な援助者として、安全性と快適さに配慮した介護技術の実践をになう必要があります。そのため、介護過程の展開にあたっては、「アセスメント」や「計画の立案」はもちろんですが、「実施」の部分において介護計画にもとづいた介護を実施することが重要になります。

そこで第3章では、それぞれの事例ごとに、利用者の特性に応じた形での介護をどのように実施すればよいのかについてまとめています。

たとえば食事の介助といっても、利用者の身体的・精神的状況のほか、環境整備の違いによってもその方法や手順はさまざまです。第3章に掲載している事例と演習課題を通じて、利用者の特性に応じた介護を実施・評価してみましょう。

なお、基礎的な介護技術の方法や手順については、本シリーズの「第2巻 介護Ⅰ」の第4章および第5章において解説しています。

2. 第3章で取り上げる事例の特徴

① 事例1 「片麻痺のある高齢者の夢の実現に向けた支援」

脳梗塞（→p.221 参照）により右片麻痺になり、人生の目標であった4度目の遍路参りを断念していたAさんの夢の実現に向けた支援の事例です。この事例からは、介護職には、「麻痺があるから」「歩行が不安定だから」と、「できない理由」を探してあきらめてしまうのではなく、常に利用者の可能性の実現に向けた

アンテナを張り、利用者の潜在的な能力を引き出すことが求められていることがわかります。

3. 演習の進め方

① 介護過程の展開

第3章で取り上げる4つの事例は、すべて共通した構成になっています。

事例の冒頭には、「介護職が収集した利用者に関する情報」がまとめられています。具体的には、①利用者のプロフィール、②家族構成および生活歴、③現在の状況、④フェイスシートがそれにあたります。

これらの情報を項目ごとに整理し直したものがアセスメント表(1)です。このアセスメント表(1)は、ICFの構成要素である「心身的能力・身体構造」「健康状態」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」を置き換えて、全部で32個のアセスメント項目に分類した形になっています。

介護職は、アセスメント表(1)に散りばめられている情報を解釈し、関連づけて、統合化します。つまり、離れ小島に橋をかけて、利用者にとっての課題を明確化するわけです。そのときに用いるのがアセスメント表(2)になります。ここまでが介護過程におけるアセスメントの段階です。

アセスメント表(2)を作成して明らかになった利用者にとっての課題は、優先順位に即して介護計画書に記入します。そして、課題ごとに目標を設定し、目標を達成するための具体的な援助内容・方法を頻度も含めて選定します。この作業が、介護過程における計画の立案の段階です。

介護過程では、介護計画を立案したあとに実施と評価を行うわけですが、実施状況とその評価は実施評価表に記入します。

以上のように、4つの事例を通じて介護過程を疑似体験してください。利用者が目の前にいるわけではありませんが、情報も収集し終えたところからのスタートになりますが、実際の状況を想定して「情報の解釈・関連づけ・統合化」や「課題の明確化」、そして「介護計画の立案」を訓練することは非常に重要です。

② 介護技術の実施と評価

4つの事例には、最後に「演習」が設けられています。事例1では移動・移乗、事例2では食事、身だしなみ、排泄、事例3では移動・移乗、排泄、事例4では衣服の着脱、入浴というように、事例に登場する利用者に対してそれぞれの介護を行うこと（介護技術の実施）を想定しています。

演習の課題は、利用者ごとに立案された介護計画書に盛り込まれている「具体的な援助内容・方法」にもとづいています。つまり、演習を行うことで、介護過程のうちの「実施」段階を体験するわけです。介護技術を実施したあとには、確認・評価項目を参考にして、必ず介護技術の評価を行いましょう。

事例 1 片麻痺のある高齢者の夢の実現に向けた支援

① 利用者のプロフィール

氏名	A さん
性別	男性
年齢	72 歳
生活環境	介護老人保健施設（2 か月後の在宅復帰を目標にリハビリテーションを実施中）
要介護度	要介護 2
入所年月	〇〇年〇月
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症はない。
障害高齢者の日常生活自立度	A 1

② 家族構成および生活歴

▶▶ 幼少期から就職まで

- ・ 4 人きょうだい（姉・兄・弟）の次男として、瀬戸内海の小さな島で育ち、両親は農業と乳牛 2 頭の酪農を営んでいた。
- ・ 生活は苦しかったが、家族思いであった。
- ・ 段々畑と酪農を手伝いながら小学校を卒業し、隣の島の中学校時代は新聞配達などのアルバイトをしながら卒業した。
- ・ 中学卒業後は、働きながら近県の夜間高校に通い、夜間大学を卒業した。
- ・ そのあと、しばらくは近県の政治家の秘書をしていたが、30 歳で帰省し、公社に就職した。

▶▶ 結婚から定年後まで

- ・ 結婚して一男三女をもうけたが、長男は生後 1 週間で死亡した。
- ・ 45 歳のときに生後 1 週間で亡くなった長男の供養のため、55 歳のときには両親のために、休暇を利用しながら四国八十八ヶ所の「遍路参り」をした。
- ・ 58 歳のときに、職場の健康診断で高血圧を指摘され、近くの内科医院を受診したところ、高血圧症と診断された。内服薬にて長いあいだ血圧はコントロールできていた。
- ・ 公社に勤めているときは、まじめであり、家庭でも厳格な父親であった。

- ・ 60 歳で定年退職したあとは、家庭菜園と釣りを趣味として楽しんでいたほか、65 歳のとき、亡くなった姉や弟のために 3 度目の「遍路参り」をした。
- ・ 手先が器用であり、釣り竿に工夫を加えることもあった。また、家庭菜園をもち、たくさんの野菜を収穫していた。
- ・ 家庭菜園で収穫したものや、釣ってきた魚を自分で食べたり、家族に食べてもらうのが楽しみだった。

▶▶ 脳梗塞を発症して以降

- ・ 6 か月前、家庭菜園から帰ったあと、気分が悪くなり嘔吐。夜中にトイレに行こうと思ったが右足がしびれて立てなかった。
- ・ 翌朝、市内の病院を受診し脳梗塞と診断され、そのまま入院。
- ・ 2 か月間、治療とリハビリテーションを受け、室内は歩行器で歩けるようになったが、後遺症として利き手側の麻痺（右片麻痺）と軽度の構音障害が残った。
- ・ 自宅は段差も多く、すぐに戻ることはむずかしいため、在宅復帰の目的で、自宅近くにある介護老人保健施設に入所となった。
- ・ 75 歳になったら、自分と家族のために人生最後の「遍路参り」をするのが夢であったが、4 度目の遍路参りは断念した。

▶▶ 現在の家族の状況

- ・ 妻は専業主婦であり、家事はすべて行っている。
- ・ 3 人の子どものうち、長女は隣の市に、三女は同じ市内に住んでいる。
- ・ 次女は 20 年前に離婚して実家に帰っており、現在も A さん夫婦と同居している。次女は会社勤めをしている。
- ・ 妻は次女を頼りにしており、次女がすべての手続きなどを行っている。
- ・ 三女の家族（三女、夫、娘）は介護に協力的である。

③ 現在の状況

▶▶ 健康状態

(1) 一般状態

- ・ 体温：36.0～36.3℃
- ・ 呼吸：18～20 回／分
- ・ 脈拍：62 回／分
- ・ 血圧：135／85mmHg

(2) 障害の状況

- ・ 脳梗塞の後遺症として、右片麻痺と構音障害がある。

(3) 現在のおもな疾患

- ・ 高血圧症（血圧降下剤を服用）

(4) 既往歴

- ・脳梗塞

(5) 視力

- ・白内障の手術をしており、日常生活に支障はない。

(6) 聴力

- ・日常生活に支障はない。

▶▶ 日常生活の状況

(1) 移動

- ・健側（左側）の足を利用して起き上がり、端座位になることができる。
- ・退院直後は歩行器を使用して歩いていたが、約1か月のリハビリテーションにより短下肢装具をつけて、50m程度の杖歩行が可能となった。
- ・段差を越えるときに少しふらつくため、見守りが必要である。

(2) 身じたく

- ・歯みがき、うがい、洗面は自立している。
- ・最近ほとんどトレーナーを着ているので、更衣は自立している。
- ・靴下をはくのに時間がかかるため、妻がいるときは介助してもらっている。
- ・ボタンは自分でとめることができる。

(3) 食事

- ・現在は、すべて施設の食事（減塩食）である。
- ・1人で食事をすることができる。
- ・魚などの身をほぐすことは困難だが、あらかじめほぐしておく、右手に柄の太いスプーンを持って食べることができる。
- ・食欲はあり、何でもおいしく食べている。

(4) 排泄

- ・日中は自力でトイレに行けるが、夜間はふらつくことがあるので、ベッドで尿器を使用している。
- ・排尿の回数は、1日6～7回（そのうち夜間1回）である。
- ・排便は1日1回あるが、便がかたく、また毎日排便がないと気になるため、夕食後、便をやわらかくするための薬（酸化マグネシウム）を服用している。
- ・水分は十分にとれている。

(5) 入浴・清潔保持

- ・一般浴で、一部介助により入浴している。

(6) 睡眠

- ・睡眠は良好である。

(7) コミュニケーション

- ・軽度の構音障害があり、はっきり発音できないことがあるが、ゆっくり発音すれば、自分の意思を相手に伝えることができる。
- ・妻と次女は毎日面会に来ており、2人と話しているときは楽しそうである。

(8) サービスの利用状況

- ・介護老人保健施設に入所している。
- ・居室は2人部屋で、奥に位置するベッドを利用している。
- ・トイレは居室の近くにある。

▶▶ 経済状況

- ・公社時代からの貯金と定年後の年金があり、生活には困っていない。

▶▶ 性格

- ・ふだんはおだやかであり、人と話をすることが好きである。
- ・頑固な面があり、一度決めたことは最後までがんばる。

▶▶ 1日の過ごし方

- ・朝は5時に起床、21時に就寝する。
- ・午前中のリハビリテーションと、朝夕の自発的な廊下の歩行は欠かさない。

▶▶ Aさんや家族などの思い

- ・Aさんは、「倒れたときはもう歩くことはできないと思っていたのに、こんなに歩くことができるようになった。リハビリテーションを行って自宅に帰り、自立した生活をしたい。1か所でもよいからお遍路さんに行きたい」と要望している。
- ・それに対して妻や次女も、「自宅に帰って、入院前のような生活をしてもらいたい。畑にも行けるようになってほしい。また、自宅周辺でよいからいっしょにお遍路に行きたい」と願っている。
- ・移動に関しては、「外も安全に移動したい」「坂や階段も、杖を使って移動できるようになりたい」「短下肢装具をつけず、ふつうの靴をはいて歩きたい」と思っている。
- ・「いつもこのような服しか着ていないからあんまり遠くへは行かんのよ」と言ったことがある。本当は、「少しおしゃれをして外出したい」と思っている。
- ・食事については、「おいしく食べたい」「食事療法は守りたい」と言っている。
- ・「毎日、朝食後に排便があると、その日は快適である」と言っている。
- ・「家に帰って自宅の風呂に、毎晩、寝る前に入りたい」と思っている。
- ・「ぐっすり眠ることができており、満足している」と言っている。
- ・「人と話しているときは楽しい」と感じている。
- ・「自宅に帰り、歩くことができれば、1か所でもよいからお遍路さんに行きたい」「家でとれたきゅうりはおいしかった」「今ごろは〇〇が釣れるのに」など、家庭菜園や釣りが思い出され、再度やってみたいと思っている。
- ・「施設のなかに囲碁か将棋をする人がいれば、いっしょにやりたいが、そういう人はいない」と言っている。

- ・「楽しい思い出がよみがえることはない」と言っているが、あきらめきれていない。
- ・「三女の家族がよく世話をしてくれるので、うれしい」「妻は高齢なので、無理をさせられない」と言っている。

▶▶ 最近の様子

- ・2か月後の在宅復帰を目標に、午前中、リハビリテーションに熱心に取り組んでいる。
- ・朝夕は自発的に施設内の廊下を歩いている。ほかの時間は、面会に来た人と話したり、テレビを見たりしている。また、レクリエーションにも時々参加している。
- ・1週間前に、施設の近くの札所（四国八十八ヶ所のお寺の1つ）に次女の車で出かけ、車いすでお参りしたとき、夢にまでみた「錦のお札」をいただき感激していた。
- ・「錦のお札をはじめて見たが、弘法大師様がはげまして、見守ってくれているようだ」と涙ぐんでいた。
- ・時々三女の家族と、気分転換に車で外出することがある。
- ・「もう一度お遍路さんに行けるだろうか」と時々つぶやく。
- ・

④ Aさんのフェイスシート

氏名	Aさん
性別	男性
年齢	72歳
入所年・月	〇〇年〇月
入所にいたった理由	6か月前、家庭菜園から帰ったあと、気分が悪くなり嘔吐。夜中にトイレに行こうと思ったが右足がしびれて立てなかった。翌朝、市内の病院を受診し脳梗塞と診断され、そのまま入院した。 2か月間、治療とリハビリテーションを受け、室内は歩行器で歩けるようになったが、後遺症として利き手側の麻痺（右片麻痺）と軽度の構音障害が残った。自宅は段差も多く、すぐに戻ることはむずかしいため、在宅復帰の目的で、自宅近くにある介護老人保健施設に入所となった。75歳になったら、自分と家族のために人生最後の「遍路参り」をするのが夢であったが、4度目の遍路参りは断念した。
家族	妻は専業主婦である。3人の子どものうち、長女は隣の市に、三女は同じ市内に住んでいる。また、次女は20年前に離婚して実家に帰っており、現在もAさん夫婦と同居している。次女は会社勤めをしている。妻と次女は、毎日面会に来ている。三女の家族（三女、夫、娘）が介護に協力的である。
キーパーソン	次女
入所前の生活状況	4人きょうだい（姉・兄・弟）の次男として、瀬戸内海の小さな島で育ち、両親は農業と乳牛2頭の酪農を営んでいた。生活は苦しかったが、家族思い

入所における本人・家族などの要望 その他	であった。段々畑と酪農を手伝いながら小学校を卒業し、隣の島の中学校時代は新聞配達などのアルバイトをしながら卒業した。中学卒業後は、働きながら近県の夜間高校に通い、夜間大学を卒業した。そのあと、しばらくは近県の政治家の秘書をしていたが、30歳で帰省し、公社に就職した。 結婚して一男三女をもうけたが、長男は生後1週間で死亡した。45歳のときに生後1週間で亡くなった長男の供養のため、55歳のときには両親のために、休暇を利用しながら四国八十八ヶ所の「遍路参り」をした。58歳のときに、職場の健康診断で高血圧を指摘され、近くの内科医院を受診したところ、高血圧症と診断された。内服薬にて長いあいだ血圧はコントロールできていた。公社に勤めているときは、まじめであり、家庭でも厳格な父親であった。60歳で定年退職したあとは、家庭菜園と釣りを趣味として楽しんでいたほか、65歳のとき、亡くなった姉や弟のために3度目の「遍路参り」をした。家庭菜園で収穫したものや、釣ってきた魚を自分で食べたり、家族に食べさせたりするのが楽しみだった。 Aさんの要望：倒れたときはもう歩くことはできないと思っていたのに、こんなに歩くことができるようになった。リハビリテーションを行って自宅に帰り、自立した生活をしたい。1か所でもよいからお遍路さんに行きたい。 妻や次女の要望：自宅に帰って、入院前のような生活をしてもらいたい。畑にも行けるようになってほしい。また、自宅周辺でよいからいっしょにお遍路に行きたい。
------------------------------------	--

⑤ Aさんのアセスメント表(1)

1. 心身の状況（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
2	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症はない。
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 脳梗塞の後遺症（右片麻痺、構音障害）
4	現在のおもな疾患	高血圧症
5	服薬	血圧降下剤、便をやわらかくするための薬（酸化マグネシウム）
6	既往歴	脳梗塞
7	平常時のバイタルサイン	体温：36.0～36.3℃、呼吸：18～20回／分、脈拍：62回／

8	その他	分、血圧：135／85mmHg 視力、聴力：ともに日常生活に支障はない。
---	-----	---

2. 日常生活の状況（活動）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
9	家事	家事は妻がすべて行っている。	
10	移動	健側（左側）の足を利用して起き上がり、端座位になることができる。退院直後は歩行器を使用して歩いていたが、約1か月のリハビリテーションにより短下肢装具をつけて、50m程度の杖歩行が可能となった。しかし、段差を越えるときに少しふらつくため、見守りが必要である。	「外も安全に移動したい」「坂や階段も、杖を使って移動できるようになりたい」「短下肢装具をつけず、ふつうの靴をはいて歩きたい」と思っている。
11	身じたく	歯みがき、うがい、洗面は自立している。最近はほとんどトレーナーを着ているので、更衣は自立している。ただし、靴下をはくのに時間がかかるため、妻がいるときは介助してもらっている。ボタンは自分でとめることができる。	「いつもこのような服しか着ていないからあんまり遠くへは行かんのだよ」と言ったことがある。本当は、「少しおしゃれをして外出したい」と思っている。
12	食事	現在は、すべて施設の食事（減塩食）である。1人で食事を行うことができる。魚などの身をほぐすことは困難だが、あらかじめほぐしておく、右手に柄の太いスプーンを持って食べることができる。食欲はあり、何でもおいしく食べている。	家庭菜園で収穫したものや、釣ってきた魚を自分で食べたり、家族に食べてもらうのが楽しかった。現在は、食事を「おいしく食べたい」「食事療法は守りたい」と言っている。
13	排泄	日中は自力でトイレに行けるが、夜間はふらつくことがあるので、ベッドで尿器を使用している。排尿の回数は、1日6～7回（そのうち夜間1回）である。排便は1日1回あるが、便がかたく、また毎日排便がないと気になるため、夕食後、便をやわらかくするための薬（酸化マグネシウム）を服用している。水分は十分にとれている。	「毎日、朝食後に排便があると、その日は快適である」と言っている。
14	入浴・清潔保持	一般浴で、一部介助により入浴して	「家に帰って自宅の風呂に、毎

		いる。	晩、寝る前に入りたい」と思っている。
15	睡眠	良好である。	「ぐっすり眠ることができており、満足している」と言っている。
16	コミュニケーション	構音障害があり、はっきり発音できないことがあるが、ゆっくり発音すれば、自分の意思を相手に伝えることができる。妻と次女は毎日面会に来ており、2人と話しているときは楽しそうである。	「人と話しているときは楽しい」と感じている。

3. 豊かさ（参加）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
17	意欲・生きがい	2か月後の在宅復帰を目標に、午前中、リハビリテーションに熱心に取り組んでいる。朝夕は自発的に施設内の廊下を歩いている。	「自宅に帰り、歩くことができれば、1か所でもよいからお遍路さんに行きたい」「家でとれたきゅうりはおいしかった」「今ごろは〇〇が釣れるのに」など、家庭菜園や釣りが思い出され、再度やってみたいと思っている。
18	余暇の過ごし方	朝夕は自発的に施設内の廊下を歩いている。ほかの時間は、面会に来た人と話したり、テレビを見たりしている。また、レクリエーションにも時々参加している。	「施設のなかに囲碁か将棋をする人がいれば、いっしょにやりたいが、そういう人はいない」と言っている。
19	役割（家庭／社会）	公社に勤めているときは、まじめであり、家庭でも厳格な父親であった。定年後は、家庭菜園で収穫したものや、釣ってきた魚を自分で食べたり、家族に食べてもらうのが楽しみだった。	「楽しい思い出がよみがえることはない」と言っているが、あきらめきれていない。
20	その他	1週間前に、施設の近くの札所（四国八十八ヶ所のお寺の1つ）に次女の車で出かけ、車いすでお参りしたとき、夢にまでみた「錦のお札」をいただき感激していた。	「錦のお札をはじめて見たが、弘法大師様がはげまして、見守ってくれているようだ」と涙ぐんでいた。

4. 環境（環境因子）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
21	生活環境	介護老人保健施設に入所している。居室は2人部屋で、奥に位置するベッドを利用している。トイレは居室の近くにある。	
22	生活に必要な用具	杖、短下肢装具、食事のための柄の太いスプーンなど。	
23	経済状況	公社時代からの貯金と定年後の年金があり、生活には困っていない。	
24	家族関係	妻は専業主婦である。3人の子どものうち、長女は隣の市に、三女は同じ市内に住んでいる。また、次女は20年前に離婚して実家に帰っており、現在もAさん夫婦と同居している。次女は会社勤めをしている。妻と次女は、毎日面会に来ている。三女の家族（三女、夫、娘）が介護に協力的である。	「三女の家族がよく世話をしてくれるので、うれしい」「妻は高齢なので、無理をさせられない」と言っている。
25	サービス（制度）の利用状況	介護老人保健施設に入所している。	
26	その他		

5. その他（個人因子）

番号	項目	現在の状況
27	価値観・習慣	生活は苦しかったが、家族思いであった。現在、介護老人保健施設では、2か月後の在宅復帰を目標に、午前中はリハビリテーションに熱心に取り組んでいるほか、朝夕は自発的に施設内の廊下を歩いている。
28	性格（個性）	ふだんはおだやかであり、人と話をするのが好きである。頑固な面があり、一度決めたことは最後までがんばる。
29	生活歴・出身地	4人きょうだいの次男として、瀬戸内海の小さな島で育ち、両親は農業と乳牛2頭の酪農を営んでいた。夜間大学を卒業後、政治家秘書を経て公社に就職。一男三女をもうけ、定年後は家庭菜園と釣りを趣味として楽しんでいた。供養や家族のために四国遍路参りを計3回行った。家庭菜園で収穫したものや、釣ってきた魚を自分で食べたり、家族に食べてもらうのが楽しかった。

30	特技	手先が器用であり、釣り竿に工夫を加えることもあった。また、家庭菜園をもち、たくさんの野菜を収穫していた。
31	1日の過ごし方	朝は5時に起床、21時に就寝する。午前中のリハビリテーションと、朝夕の自発的な廊下の歩行は欠かさない。
32	その他	時々三女の家族と、気分転換に車で外出することがある。また、「もう一度お遍路さんに行けるだろうか」と時々つぶやく。

⑥ Aさんのアセスメント表(2)

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
10, 12, 17, 19, 30	Aさんは、家庭菜園で収穫したものや、釣ってきた魚を自分で食べたり、家族に食べてもらうのが楽しかったにもかかわらず、脳梗塞で突然の入院となってしまった。自宅に帰って、家庭菜園や釣りに行くには、現在の歩行やふらつきの状態では無理であるとあきらめてしまっているのではないかと。また、家庭菜園や釣りをあきらめずに希望をもつことによって、Aさんの生活への意欲が出るのではないかと。さらには、自分の釣り道具を、手のリハビリテーションも兼ねて手入れすることによって、楽しみにつながるのではないかと。	趣味の家庭菜園や釣りをあきらめずに行うことで、生活への意欲を取り戻す必要がある。	⑤
10, 17, 20, 27, 31, 32	Aさんは、2か月後の在宅復帰を目標に、午前中リハビリテーションに取り組んでいる。また、朝夕は自発的に施設内の廊下を歩いている。しかし、Aさんの希望であるお遍路参りに行けるようになるためには、もっと安全で、安定した歩行と、ふらつかない姿勢を保つことが必要になると思われる。今は歩行訓練をすることにより外出が可能と思っているが、札所は山奥にあることが多い。そのためには、車いすの利用、車への乗降、移動中の車中での座位保持	お遍路に行くためには、車いすの利用、車から車いすへの移乗（車への乗降）、移動中の車中での座位保持、石段・階段・山道の歩行などが必要になる。	①

		持、石段・階段・山道の歩行などが必要になる。また、お遍路参りに行くとき、お札を書けるように右手の訓練も必要である。		
3, 16, 20		Aさんには構音障害があり、はっきり発音できないことがあるが、ゆっくり発音すれば、自分の意思を相手に伝えることができる。お参りの際に自分で般若心経をとнаえることにより、より満足感やこころの落ち着きを得られ、言語訓練にもつながるのではないか。	参拝時に満足感やこころの落ち着きを得るためには、般若心経を自分でとнаえる必要がある。	③
4, 5, 13		Aさんは、日中は自力でトイレに行けるが、夜間はふらつくことがあるので、ベッドで尿器を使用している。排便は1日1回あるが、便がかたく、また毎日排便がないと気になってしまう。排便が気になるあまり、あまり強くいきむと血圧上昇にもつながる可能性がある。現在、便をやわらかくするための薬（酸化マグネシウム）を服用しているが、食事の管理と水分摂取も引きつづき十分行い、毎日規則正しい排便習慣をつけることが必要ではないか。	便をやわらかくするための薬を服用しているが、食事の管理と水分摂取も引きつづき十分行い、毎日規則正しい排便習慣をつけることが必要である。	④
11, 19, 20		Aさんは趣味の家庭菜園をあきらめず希望をもっている。現在はトレーナーを着ているが、本当は「少しおしゃれをして外出したい」という思いがある。1週間前に、施設の近くの札所に次女の車で出かけ、車いすでお参りしたとき、夢にまでみた「錦のお札」を受けて感激していた。	願いをかなえるために自分でお札を書く必要がある。	②

⑦ Aさんの介護計画書

氏名： Aさん

長期目標（期間：6か月）

安全で安定した歩行ができ、お遍路に行くことができる。

課 題	短期目標 目標	期間	具体的な援助内容・方法	頻度
①お遍路に行くためには、車いすの利用、車から車いすへの移乗、移動中の車中での座位保持、石段・階段・山道の歩行などが必要になる。	①杖と短下肢装具で平地、30cm程度の階段、坂を歩くことができる。	3か月 (※)	①歩行の介助 訓練室や廊下などでは、平地の歩行を想定したりハビリテーションを行う。また、訓練室の30cm程度の階段、スロープなどを利用して、階段や坂を想定したりハビリテーションを行う。介護職は、施設のまわりを散歩する際に、Aさんが転倒しないように歩行の介助を行うとともに、自然を楽しむ言葉かけなどを行う。	毎日
②願いをかなえるために自分でお札を書く必要がある。	②車への乗降ができる。	3か月 (※)	②移乗の介助 訓練室などで、車いすを使用した移乗の介助を行う（これは、あくまでも、札所をお参りする際の介助を想定して行うものであり、ふだんから車いすの使用を目的とするものではない）。	毎日
	③移動中の車の中で安定した座位をとることができる。	3か月 (※)	③車での外出援助（家族への依頼） 三女の家族の協力を得ながら、Aさんが外出する際に、家庭菜園にも連れて行ってもらう。収穫できるものがあれば、Aさんにとってもらう。	随時
	お札を書くことができる。	3か月 (※)	筆記（文字を書く）の介助 Aさんに日記を書いてみることをすすめる。文字を書いてもらう際には、すべりにくく、筆圧が弱くても書ける筆ペンなどの筆記用具	毎日

			を用意する。	
③参拝時に満足感やこころの落ち着きを得るためには、般若心経を自分でとなえる必要がある。	般若心経をとなえることができる。	2 か月	お経をとなえることの見守り 起床時に1回ゆっくり般若心経をとなえてもらう。最初はいすに座った状態となえてもらい、姿勢が安定してきたら徐々に立って行ってもらう。また、家族が面会に来たときには、家族といっしょにとなえてもらう。	毎日
④便をやわらかくするための薬を服用しているが、食事の管理と水分摂取も引きつづき十分行い、毎日規則正しい排便習慣をつけることが必要である。	毎日排便があり、すっきりとした気持ちでいることができる。	1 か月	①服薬の介助 処方された薬（酸化マグネシウム）をきちんと服用できているかどうかを確認し、記録する。 ②食事および口腔ケア 食事の内容や量、水分の摂取量などを確認し、記録する。また、食事が終わってから口腔ケアを行う。その際、右側に食物残渣がないかに気をつける。③排泄の介助 生活習慣として、朝食後にトイレに行き、排便してもらうように援助する。	毎日
⑤趣味の家庭菜園や釣りをあきらめずに行うことで、生活への意欲を取り戻す必要がある。	①家庭菜園に行き、世話をすることができる。	2 か月	①家庭菜園への同行（家族への依頼） 三女の家族の協力を得ながら、Aさんが外出する際に、家庭菜園にも連れて行ってもらう。収穫できるものがあれば、Aさんにとってもらう。	随時
	②釣りの道具などを手入れすることができる。	2 か月	②釣り道具の手入れの援助 可能であれば、家族が面会に来る際、釣り道具の一部を施設に持ってきてもらい、Aさんが好きなときに手入れできるようにする。介護職は、その手入れを見守りながら、言葉をかける。	随時

（※）短期目標について：Aさんは2か月後の在宅復帰をめざしているが、退所後もAさんの夢をかなえるために地域包括ケアシステムを活用し、通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーションの利用をする。目標は介護支援専門員とよく話し合い、退所後も継続するため、期間を3か月とした。

⑧ Aさんの実施評価表

担当者氏名： B（介護福祉士）

実施状況	評 価
①お遍路に行くことができるという希望ができ、歩行も安定してきた。家族の協力も得て外出することも多くなった。外出時は不安があるために車いすを使用しているが、平地が多いところでは「自分で歩く」と言って自立して歩行する。お寺の中は段差が多いが、少しずつ歩く距離を長くしている。 ②あるお寺でAさんは、夢にまでみた錦のお札をいただいた。「弘法大師様がはげまして、見守ってくれているようだ」と涙ぐんでいた。それからほとんど三女の家族が来てくれる日を心待ちにするようになった。外出の様子などを日記に書いているが、字が少しずつ判読できるようになってきている。 ③Aさんの居室は2人部屋であるため、間室の人に気をつかい、廊下のベンチに座って般若心経をとこなえることがある。ゆっくりと、3回ぐらいに分けてとこなえている。最近は大きなふらつきもなく、座位も安定してきている。 ④毎日の薬は自己管理できている。朝食後にトイレに行くことも習慣になり、トイレでの座位も安定している。しかし、排便のない日は機嫌があまりよくない。また、水分はトイレに行ったあと、必ず補給すると決めて実行している。血圧は安定している。 ⑤三女と外出するとき、家庭菜園に寄ることが多くなった。野菜が実っていると、車から降りてとっている。そのときは笑顔で、三女に持って帰るように言うそうである。なお、釣り道具はまだ施設に持って来ていない。Aさんも、手入れをする場所がないということである。	ほとんどあきらめていたお遍路に行けるという夢ができたAさんの表情は明るくなり、三女と外出したあと、施設に帰ってくると、そのときの様子をよく話してくれるようになった。 錦のお札をいただいたときは「生きていてよかった……」と感激していた。これでますますお遍路への夢が現実になったのではないだろうか。 時には他の入所者が、Aさんといっしょに廊下のベンチに座って般若心経をとこなえていることがある。人と話することが好きなAさんにとっては、よいコミュニケーションの機会となると思われる。 3～4日に1回ぐらいの頻度で、排便のないときがある。具体的には、10分間程度トイレで座っているが、それ以上になると血圧と姿勢の安定を考慮して中断する。 畑の葉とりは家族に指示をしているが、トマトができていたときは、思わず1つ食べて、「おいしい!」とつぶやいたとのことである。

気づいたこと（新たな課題や可能性）

1. もう一度歩きたいと思っていたときと、錦のお札をいただいたあとでは表情が違うほか、楽しんで歩行訓練をしている。だんだんいろいろなことが現実になっていくことは新たな夢につながる。
2. 外出の負担が三女のお父さんをお願いすることが多くなっている。
3. 自分の目標に向かって努力しているが、レクリエーションには言葉かけをしないと参加しないことがある。
4. 認知症のある入所者とのかわりにとまどっているようである。

⑨ 【解説】 Aさんの介護過程について

Aさんは、「倒れたときはもう歩くことはできないと思っていたのに、こんなに歩くことができるようになった。リハビリテーションを行って自宅に帰り、自立した生活をしたい」と、2か月後の在宅復帰を目標に積極的にリハビリテーションにはげんでいます。

あるとき、介護職が歩行の練習をしているAさんに、「Aさんの夢は何ですか？ どうしてそんなにがんばることができるのですか？」と聞いたところ、これまで亡くなった息子や両親、姉や弟のために3度、四国八十八ヶ所の遍路参りをしてきたこと、次は自分や家族のために参ろうと思っていた矢先に、この病気になってしまい、現在は歩くことがやっとなので、夢であった4度目の遍路参りは無理だとあきらめているが、1か所でもよいからお遍路さんに行きたいと思っていることを話してくれました。

また、1週間前に、次女が1か所だけでもお参りしようと、施設の近くの札所（四国八十八ヶ所のお寺の1つ）に車で連れて行き、境内へは車いすでお参りしたこと、そのとき、夢にまでみた「錦のお札」をいただいて感激したことを興奮気味に話してくれました。

このとき、「錦のお札をはじめて見たが、弘法大師様がはげまして、見守ってくれているようだ」と、涙ぐんでいたことから、ライフワークである遍路参りをあきらめずにいることがわかりました。

Aさんの話を聞いた介護職は、「Aさんは、市内の札所だけでもお参りをしたいと思っているのではないか」「今回は自分や家族のためにお参りする予定であったので、とくにこだわっているのではないか」と思い、その日のケアカンファレンスで報告・相談してみました。

ケアカンファレンスでは、「自宅に帰ることだけでなく、遍路参りを目標とすることで、退所後のより具体的な人生設計ができるのではないか」「今のAさんの様子であれば、全行程をお参りする方法もあるのではないか」という意見でまとまりました。

もともとは「在宅復帰」を目標として、ケアプラン（施設サービス計画）や介護計画を立てて、リハビリテーションを中心に行っていましたが、今回、「Aさんの夢である4度目の遍路参りを実現させること」を目標に加え、そのために必要なことをAさんといっしょに検討しました。

まず、Aさんは、施設内で平らな廊下を歩く訓練と自宅内の段差を越えられる程度の訓練しか行っていません。しかし、お参りをするためには、かなり高い段差や砂利道を安全に歩く必要があります。さらに、ほとんどのお寺は山のなかにあるため、傾斜が厳しく、なおかつ階段には手すりがない場合がほとんどです。境内の階段も1段の高さが高いため、かなりの下肢筋力とバランス感覚が必要であることが考えられました。

また、お参りをするためには、お札を書かなければなりません。Aさんは利き手である右手に麻痺があり、不自由さがありますが、Aさんの希望により右手で文字を書く練習を行うことにしました。

札所間の移動については、Aさんの三女の家族が車を用意して同行することになりました。「1番」からの順番どおりではありませんが、まずは近隣の札所からお参りすることにしました。

これらのことをふまえて介護職は、Aさんの夢の実現に向けて、次の3つの課題を明らかにしました。

5. お遍路に行くためには、車いすの利用、車から車いすへの移乗（車への乗降）、移動中の車中での座位保持、石段・階段・山道の歩行などが必要になる。
6. 願いをかなえるために自分でお札を書く必要がある。
7. 参拝時に満足感やこころの落ち着きを得るためには、般若心経を自分でとなえる必要がある。

約1か月半実施した結果、Aさんは、願いをこめてお札を書くことができるようになりました。お札を自分で書くということは、それを他人に託しても自分がお参りしたのと同じ意味があるといわれています。

また、下肢筋力と体力が十分について、30分間歩いても疲れなくなりました。さらに、階段の昇降におい

ても、杖や手すりを上手に使えるようになりました。手すりのないところの階段では、患側（右側）からの介助が必要になりますが、家族も自然にできるようになりました。

訓練を始めて1か月半後の日曜日、Aさんは次女と三女に付き添われて、市内の札所にお参りに行ってみました。このお寺は平地にあるため、Aさんは何の問題もなくお参りすることができました。とても満足し、これまでの訓練の成果を実感することができて、自信にもなりました。

2か月後、Aさんは予定どおり退所しました。自宅に戻ったAさんは、早速、隣の市のお寺にお参りしたとのことでした。報告のはがきには、しっかりした字で、「念のため、車いすと健康保険証を持って行きました」と書かれていました。

Aさんの夢をかなえるためには、退所後も長期目標・短期目標を達成する必要があります。そのため、介護支援専門員と話し、主治医の病院で、月曜日・木曜日の通所介護（デイサービス）と火曜日・金曜日の併設の通所リハビリテーションを利用して、リハビリテーションをするように介護計画書を作成しました。

演習～Aさんの自立に向けた介護の実際（移動・移乗の介護）～

課題1

家族の協力も得て、外出することも多くなったAさん。今日は、念願であったお寺にお参りすることになりました。

Aさんは、施設職員が運転する自動車に乗って、施設の近くにあるお寺に到着しました。自動車から車いすに移乗して、お寺の門まで送る介助を行いましょう（なお、自動車の座席は、いすを代用します）。

ここに注意！

- Aさんは右片麻痺と軽度の構音障害があります。
- Aさんは短下肢装具をつけています（イラストでは短下肢装具を省略しています）。
- お寺の門までの道は、砂利道であったり、段差が上がったりするところがあります。

介助の方法と留意点

8. 介護職は、Aさんの名前を呼び、あいさつをしてAさんの体調を確認します。

- ① Aさんと視線を合わせ、お参りできることの喜びを共感することも大切です。

9. 介護職は、車いすを準備し点検します（タイヤの空気圧、ブレーキほか）。

10. 介護職は、Aさんに、これから車いすに移乗することを説明し、同意を得ます。

11. 介護職は、車いすを適切な位置に配置します。

- ① Aさんの健側（左側）に車いすを近づけます。
- ② 車いすのブレーキをしっかりとかけ、フットサポートを上げます。

12. Aさんは車いすに移乗します。

- ① 健側下肢でしっかり体重を支え、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、浅く座り、健側下肢を車いすのほうへ移動し、おじぎをするように立ち上がってもらいます。

- ③介護職は、膝折れを防止して、立位による立ちくらみがないか確認します。
- ④立位がとれたら、介護職は、健側下肢を軸に車いす側へと腰を回転させるのを介助します。
- ⑤回転ができたならおじぎをするように、腰を落としながら座る介助をします。
- ⑥深く座って、患側（右側）からフットサポートに足をのせます。

13. 介護職は、上肢がアームサポートの内側にあること、膝掛けや上着が必要かなどを確認します。

14. 介護職は、車いすを押して、お寺の門まで移動します。

- ①砂利道では、キャスタを上げて車いすを押します。
- ②段差を上がるときは、前向きに進み、ティップングレバーを踏んでキャスタを上げて段に乗せ、後輪を押し上げます。

課題 2

お寺の門に着いたとき、Aさんは、「本堂までは杖を使って歩いて行きたい」という意欲を示しました。T字杖を用いた歩行介助を行いましょう。

ここに注意！

- 本堂に行くには、平地を歩いたあと、階段を上がることになります。
- 平地では、3動作歩行を行います。
- 本堂でお参りをすませたあとは、階段を下りることになります。
- お寺の階段は、段差が高い場合があるので注意が必要です。

介助の方法と留意点

15. 介護職は、Aさんに介助内容を説明し、同意を得ます。

16. Aさんはt字杖を使って、3動作歩行により平地を歩きます。

- ①介護職は、Aさんの患側（右側）半歩後方に位置します。患側の腕を支え、一方の手は腰にそえて身体を支えます。
- ②T字杖の長さや安全を確認します。
- ③Aさんは最初に杖を左斜め前方に出します。
- ④次に患側の足を1歩前に出します。
- ⑤最後に健側（左側）の足を1歩前に出します。

17. Aさんはt字杖を使って、階段を上がります。

- ①介護職は、Aさんの患側（右側）後方に位置します。患側の腕を支え、一方の手は腰にそえて身体を支えます。
- ②Aさんは最初に杖を上段につきます。
- ③次に健側（左側）の足から階段を上がります。
- ④最後に患側の足をそろえます。

18. 介護職は、気分が悪くないか確認をし、Aさんの健康状態に配慮します。

19. Aさんはt字杖を使って、階段を下ります。

- ①介護職は、Aさんの患側（右側）前方に段をまたいで位置します。患側を支え、一方の手は腰にそえて身体を支えます。
- ②Aさんは最初に杖を下段につきます。

- ③次に患側の足から階段を下ります。
- ④最後に健側（左側）の足をそろえます。

■ 確認・評価してみよう！

確認・評価項目	CHECK
① Aさんに適切な言葉かけができましたか（念願であったお参りができることに共感する言葉かけ、体調や立位になったときのふらつきの確認、これから行う介助の説明と同意など）。	
② Aさんの健側（左側）が活用できる位置に車いすを準備しましたか。	
③ 車いすのブレーキをかけ、フットサポートを上げておきましたか。	
④ Aさんの健側（左側）上下肢を活用して安全に移乗できましたか。	
⑤ 砂利道での車いす走行が安全にできましたか。	
⑥ 車いすで段差を安全に越えることができましたか。	
⑦ T字杖を使って、平地を安全に杖歩行できましたか。	
⑧ T字杖を使って、安全に階段を上ることができましたか。	
⑨ T字杖を使って、安全に階段を下りることができましたか。	
⑩ 全体を通してAさんの自立に配慮した援助ができましたか。	

第3章 介護過程の展開の実践

事例2 在宅で終末期を迎える高齢者と家族の生活支援

事例2 在宅で終末期を迎える高齢者と家族の生活支援

① 利用者のプロフィール

氏名	Cさん
性別	女性
年齢	95歳
生活環境	自宅
要介護度	要介護5
サービス利用開始年・月	〇〇年〇月
認知症高齢者の日常生活自立度	III a

② 家族構成および生活歴

▶▶ 幼少期から夫の死亡まで

- ・実家は商売を営んでいた。
- ・6人きょうだいの長女で、家事をよく手伝い、裁縫が好きでこまめに行っていた。
- ・旧制高等女学校卒業。23歳のとき公務員の夫と結婚。二男一女をもうけた。
- ・結婚後は専業主婦として家庭を支えた。
- ・畑で旬の野菜を育てることを得意にしていたほか、料理が上手で、煮物は絶品であった。
- ・長男の結婚後、長男夫婦とははじめから同居していた。
- ・長男夫婦はともに公務員として働いていたこともあり、2人の孫はずっとCさんにかわいがられていた。
- ・15年前、Cさんが80歳のときに夫が死亡。
- ・そのあと、外出する機会も減り、家族から通所介護（デイサービス）の利用をすすめられたが、乗り気ではなく、家で音楽を聴いたり、庭に花を育てたり、孫とドライブをしたりして過ごしていた。

▶▶ この1年間の様子

- ・昨年の1月に脳梗塞を発症し、入院。右片麻痺、嚥下障害がみられた。
- ・4月に退院するが、7月にトイレで転倒し、右大腿骨骨折。手術後、10月に退院。
- ・骨折前は、伝い歩きをしていたが、退院後は寝たきりとなる。
- ・そのあと、12月に肺炎を発症して再入院。
- ・今年の2月、前々からCさんが「畳の上で死にたい」と言っていたことや自然な形でCさんを介護し、看取りたいという家族の希望で退院。
- ・要介護認定を経て、訪問診療、訪問看護、訪問介護（ホームヘルプサービス）、訪問入浴介護などのサービスを利用しながら自宅で生活することになった。

③ 現在の状況

▶▶ 現在の家族の状況

- ・長男夫婦（ともに定年退職）と同居している。
- ・おもな介護者である長男の妻（62歳）は介護に積極的で、「実はおむつ交換がうまくできなくて……」「上手に食べてもらえなくて……」と介護職に相談をもちかけてくる。
- ・長男（66歳）も、自分の妻が家事をしているときは、Cさんのそばで話しかけたりしている。
- ・長男の子ども（Cさんの孫）は、一男（33歳）一女（28歳）。ともにCさんにかわいがられて育ったためか、仕事の行き帰りには、必ずCさんを見舞って声をかけている。

- ・孫息子は体位変換を積極的に行っている。
- ・孫娘は、自分の母親の介護負担を軽減するため、家事には協力的である。
- ・Cさんの長女（63歳）は同市内に、また、次男は同県内に住んでいる。
- ・Cさんの長女も長男の妻を気づかい、息抜きのための外出をすすめたり、腰痛予防・緩和のために湿布を届けたりしている。
- ・Cさんの存在そのものが、家族のやすらぎになっている。

▶▶ 健康状態

(1) 一般状態

- ・体温：36.5～36.8℃
- ・呼吸：16～18回／分
- ・脈拍：75～80回／分
- ・血圧：130／85mmHg

(2) 障害の状況

- ・脳梗塞の後遺症として、右片麻痺、嚥下障害がみられる。

(3) おもな疾患

- ・高血圧症があり、血圧降下剤を朝食後に1錠服用している。

(4) 既往歴

- ・脳梗塞（昨年1月）、右大腿骨骨折（昨年7月）、肺炎（昨年12月）

(5) 視力

- ・老化にともなう低下はあるものの、日常生活に支障はない。

(6) 聴力

- ・老化にともなう低下はあるものの、日常生活に支障はない。

▶▶ 日常生活の状況

(1) 移動

- ・ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド上で過ごしている。
- ・自力で寝返りができないため、2時間おきに体位変換を行っている。
- ・自宅内を移動するときには、リクライニング型車いすを使用している。

(2) 身じたく

- ・洗面などでは全介助が必要である。
- ・毎朝、長男の妻が髪をとかしている。
- ・調子がよいときは、孫娘が口紅をつけてくれる。
- ・「身ざれいにしておくことは女性としてのたしなみだ」と、いつも孫娘に言っていた。

(3) 食事

- ・きざみ食を全介助で、2分の1程度食べる。
- ・嚥下障害があるので、食べる量は少ない。

- ・吸い飲みを使用して飲み物を飲んでいる。
- ・長男の妻は、食事もできるだけ家族といっしょに食べられるように配慮している。
- ・すべて自分の歯であり、口腔内の清潔は保たれている。

(4) 排泄

- ・尿意や便意はない。
- ・紙おむつを着用している。
- ・おむつ交換のたびに「はずかしい」「申し訳ない」と言っている。
- ・尿量は少ない。
- ・訪問看護師が週2回、排便を行っている。

(5) 入浴・清潔保持

- ・訪問入浴介護を週1回利用している。

(6) 睡眠

- ・21時には眠っている。
- ・長男の妻が寝る前に（23時ごろ）おむつを交換しているが、目を覚ましてもすぐに寝ている。
- ・最近、昼間もウトウトすることが多くなった。

(7) コミュニケーション

- ・聞いかけにうまく発語できないときは、表情で気持ちをあらわすなど、意思表示はできている。
- ・人物を特定したり、話しかけられた内容を聞きとったりすることは十分できる。

(8) サービスの利用状況

- ・訪問入浴介護（週1回）
- ・訪問看護（週2回）
- ・訪問診療（週1回）
- ・訪問介護（週5回）

▶▶ 経済状況

- ・夫の遺族年金（1か月あたり25万円）を受給している。
- ・介護保険料、介護保険自己負担分、紙おむつ代などは長男夫婦が支払っている。
- ・長男夫婦にとって、経済的に困難な状況ではない。

▶▶ 性格

- ・実家が商売を営んでいたためか、子どものころからいつもニコニコしていた。
- ・高齢になった今でも、日ごろからだれに対しても「ありがとう」と声をかけている。

▶▶ 1日の過ごし方

- ・ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド上で過ごしている。

- ・気分のよいときは、ギャッチベッドの頭部側を起こして窓越しに庭の花を見たり、歌を聴いたりしている（美空ひばりの歌が好きである）。
- ・居間に隣接する部屋にベッドがあるため、家族から常に声をかけられている。

▶▶ Cさんや家族などの思い

- ・Cさんは、「自分らしく人生をまっとうできるように」という思いがあり、なかでも、口から食べることに對して強い思いをもっている。また、「病院ではなく、畳の上で死にたい。私が笑顔だと、みんなが元気になると、亡き夫がよく言ってくれていた。これは私への夫からの遺言だ」と頻繁に口にしている。
- ・おもな介護者である長男の妻は、「お義母さんには今まで、いろいろとよくしてもらったから、恩返ししたい。でも、不安はある」と思っている。
- ・料理が上手で、煮物は絶品と言われていたこともあり、つくれない現状がつらいようで、「何もできない」「申し訳ない」とよく言う。
- ・「以前のように孫と外出したい」という思いがあるが、現状ではむずかしいということもよくわかっている。
- ・エアマットを導入しようとしたが、Cさんが「寝心地が悪い」とのことで使用していない。
- ・「最期まで自分の口から食べたい」という強い思いがあるにもかかわらず、右片麻痺にともなう利き手交換訓練ができていないため、食べさせてもらっていることに「申し訳ない」と思っている。
- ・茶道の師範としてお点前をしていたこともあり、「抹茶が飲みたい」という思いがある。
- ・排泄に関しては、「はずかしい」「もうおしまい」「はじめて嫁におむつを交換してもらったときは涙が出た」と言っている。
- ・「できるだけおむつ交換の回数を減らしたい」という思いがある。
- ・「朝、洗面所で顔を洗いたい」と思っている。「でも、迷惑をかけられないので、家族には言えない」でいる。
- ・「よく寝ていますよ」「眠っているあいだに死ねたらいいね」と言っている。
- ・時間はかかるが伝えたいことは伝えられる。しかし、「今の状況はもどかしい」「うまく言葉が出てこないのはつらい」と言っている。
- ・「庭に出て花を摘みたいようで、「花はいいね、気持ちがやすらぐ」と言っている。
- ・歌を聴いているとき、「歌は私を元気にしてくれる」と言っている。
- ・「夫の遺族年金があることは大いに助かっている」と言っている。
- ・Cさんの長女が気軽に会いに来てくれるのは、「嫁がよい人だからだ。長男にはもったいない人だ」と思っている。
- ・生活環境に対しては「とくに不満はない」と言っている。
- ・訪問入浴介護を週1回利用していることから、「家でお風呂に入ることができてうれしい」「お風呂に入ったあとは気持ちがいい」と思っている。

▶▶ 最近の様子

- ・身じたく、食事、排泄などの場面で、できることは自分なりに行おうとしている。
- ・「何もできない」「申し訳ない」とよく言うが、何とかできることはしたいと一生懸命である。

④ Cさんのフェイスシート

氏名	Cさん
性別	女性
年齢	95歳
サービス利用開始年・月	〇〇年〇月
サービス利用にいたった理由	昨年の1月に脳梗塞を発症し、入院。右片麻痺、嚥下障害がみられた。4月に退院するが、7月にトイレで転倒し、右大腿骨骨折。手術後、10月に退院。骨折前は伝い歩きをしていたが、退院後は寝たきりとなる。そのあと、12月に肺炎を発症して再入院。 今年の2月、前々からCさんが「畳の上で死にたい」と言っていたことや自然な形でCさんを介護し、看取りたいという家族の希望で退院。要介護認定を経て、訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴介護などのサービスを利用しながら自宅で生活することになった。
家族	長男夫婦（ともに定年退職）と同居している。おもな介護者である長男の妻（62歳）は介護に積極的で、「実はおむつ交換がうまくできなくて……」「上手に食べてもらえなくて……」と介護職に相談をもちかけてくる。長男（66歳）も、自分の妻が家事をしているときは、Cさんのそばで話しかけたりしている。 長男の子ども（Cさんの孫）は、一男（33歳）一女（28歳）。ともにCさんにかわいがられて育ったためか、仕事の行き帰りには、必ずCさんを見舞って声をかけている。孫息子は体位変換を積極的に行っている。孫娘は、自分の母親の介護負担を軽減するため、家事には協力的である。Cさんの長女（63歳）は同市内に、次男は同県内に住んでいる。Cさんの長女も長男の妻を気づかい、息抜きのための外出をすすめたり、腰痛予防・緩和のために湿布を届けたりしている。
キーパーソン	長男の妻
サービス利用前の生活状況	実家は商売を営んでいた。6人きょうだいの長女で、家事をよく手伝い、裁縫が好きでこまめに行っていた。旧制高等女学校卒業。23歳のとき公務員の夫と結婚。二男一女をもうけた。専業主婦として家庭を支えた。畑で旬の野菜を育てることを得意にしていたほか、料理が上手で、煮物は絶品であった。長男の結婚後、長男夫婦とははじめから同居。長男夫婦はともに公務員として働いていたこともあり、2人の孫はずっとCさんにかわいがられていた。15年前、Cさんが80歳のときに夫が死亡。そのあと、外出する機会も減り、家族から通所介護（デイサービス）の利用をすすめられたが、乗り気ではなく、家で音楽を聴いたり、庭に花を育てたり、孫とドライブをしたりして過ごしていた。

サービス利用における本人・家族などの要望	Cさんの要望：自分らしく人生をまっとうできるようにしたい。口から食べたい、病院ではなく、畳の上で死にたい。 長男の妻の要望：お義母さんには今まで、いろいろとよくしてもらったから、恩返ししたい。でも、不安はある。
その他	

⑤ Cさんのアセスメント表(1)

1. 心身の状況（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 5
2	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ a
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：C 2 脳梗塞の後遺症（右片麻痺、嚥下障害）
4	現在のおもな疾患	高血圧症
5	服薬	血圧降下剤（朝食後に 1 錠服用）
6	既往歴	脳梗塞（昨年 1 月）、右大腿骨骨折（昨年 7 月）、肺炎（昨年 12 月）
7	平常時のバイタルサイン	体温：36.5～36.8℃、呼吸：16～18 回／分、脈拍：75～80 回／分、血圧：130／85mmHg
8	その他	視力、聴力：ともに老化にともなう低下はあるものの、日常生活に支障はない。

2. 日常生活の状況（活動）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
9	家事	現在は行っていない。	「何もできない」「申し訳ない」とよく言う。料理が上手で、煮物は絶品と言われていたこともあり、つくれない現状が辛い。
10	移動	ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド	「以前のように孫と外出した

		上で過ごしている。自力で寝返りができないため、2時間おきに体位変換を行っている。自宅内を移動するときには、リクライニング型車いすを使用している。	い」という思いがあるが、現状ではむずかしいということもよくわかっている。
11	身じたく	洗面などでは全介助が必要である。毎朝、長男の妻が髪をとかしている。調子がよいときは、孫娘が口紅をつけてくれる。	「身ざれいにしていおくことは女性としてのたしなみだ」と、いつも孫娘に言っていた。 「朝、洗面所で顔を洗いたい。でも、迷惑をかけられないので、家族には言えない」でいる。
12	食事	きざみ食を全介助で、2分の1程度食べる。嚥下障害があるので、食べる量は少ない。吸い飲みを使用して飲み物を飲んでいる。長男の妻は、食事もできるだけ家族といっしょに食べられるように配慮している。すべて自分の歯であり、口腔内の清潔は保たれている。	「最期まで自分の口から食べたい」という強い思いがあるにもかかわらず、右片麻痺にともなう利き手交換訓練ができていないため、食べさせてもらっていることに「申し訳ない」と思っている。また、茶道の師範としてお点前をしていたこともあり、「抹茶が飲みたい」という思いがある。
13	排泄	尿意や便意はない。紙おむつを着用している。おむつ交換のたびに「はづかしい」「申し訳ない」と言っている。尿量は少ない。訪問看護師が週2回、摘便を行っている。	「はづかしい」「もうおしまい」「はじめて嫁におむつを交換してもらったときは涙が出た」と言っている。また、「できるだけおむつ交換の回数を減らしたい」という思いがある。
14	入浴・清潔保持	訪問入浴介護を週1回利用している。	「家でお風呂に入ることができてうれしい」「お風呂に入ったあとは気持ちがいい」と思っている。
15	睡眠	21時には眠っている。長男の妻が寝る前に（23時ごろ）おむつを交換しているが、目を覚ましてもすぐに寝ている。最近、昼間もウトウトすることが多くなった。	「よく寝ていますよ」「眠っているあいだに死ねたらいいね」と言っている。
16	コミュニケーション	聞いかけにうまく発語できないときは、表情で気持ちをあらわすなど、意思表示はできている。人物を特定	時間はかかるが伝えたいことは伝えられる。しかし、「今の状況はもどかしい」「うまく言葉

		したり、話しかけられた内容を聞きとったりすることは十分できる。	が出てこないのはつらい」と言っている。
--	--	---------------------------------	---------------------

3. 豊かさ（参加）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
17	意欲・生きがい	身じたく、食事、排泄などの場面で、できることは自分なりに行おうとしている。	「何もできない」「申し訳ない」とよく言う。しかし、何とかできることはしたいと一生懸命である。
18	余暇の過ごし方	ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド上で過ごしている。気分のよいときは、ギャッチベッドの頭部側を起こして窓越しに庭の花を見たり、歌を聴いたりしている（美空ひばりの歌が好きである）。	「庭に出て花を摘みたい」ようで、「花はいいね、気持ちがやすらぐ」と言っている。また、歌を聴いているとき、「歌は私を元気にしてくれる」と言っている。
19	役割（家庭／社会）	Cさんの存在そのものが、家族のやすらぎになっている。	
20	その他		

4. 環境（環境因子）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
21	生活環境	居間に隣接する部屋にベッドがあり、そこで寝ている。	「とくに不満はない」と言っている。
22	生活に必要な用具	ギャッチベッド、リクライニング型車いす、紙おむつを利用している。	エアマットを導入しようとしたが、Cさんが「寝心地が悪い」とのことで使用していない。
23	経済状況	夫の遺族年金（1か月あたり25万円）を受給している。介護保険料、介護保険自己負担分、紙おむつ代などは長男夫婦が支払っている。長男夫婦にとって、経済的に困難な状況ではない。	「夫の遺族年金があることは大いに助かっている」と言っている。
24	家族関係	長男夫婦と同居している。おもな介護者は長男の妻である。長男の妻は介護に積極的で、「実はおむつ交換がうまくできなくて……」「上手に食べてもらえなくて……」と介護職	「長女が気軽に会いに来てくれるのは、嫁がよい人だからだ。長男にはもったいない人だ」と思っている。

25	サービス（制度）の利用状況	に相談をもちかけてくる。長男夫婦には2人の子ども（Cさんの孫）がおり、ともにCさんにかわいがられて育ったためか、仕事の行き帰りには、必ずCさんを見舞って声をかけている。また、Cさんの長女は同市内に、次男は同県内に住んでいる。Cさんの長女も長男の妻を気づかい、息抜きのための外出をすすめたり、腰痛予防・緩和のために湿布を届けたりしている。 ①訪問入浴介護（週1回）、②訪問看護（週2回）、③訪問診療（週1回）、④訪問介護（週5回）	
26	その他		

5. その他（個人因子）

番号	項目	現在の状況
27	価値観・習慣	「自分らしく人生をまっとうできるように」という思いがあり、なかでも、口から食べることに對して強い思いをもっている。また、「病院ではなく、畳の上で死にたい。私が笑顔だと、みんなが元気になると、亡き夫がよく言ってくれていた。これは私への夫からの遺言だ」と頻繁に口にしている。
28	性格（個性）	実家が商売を営んでいたためか、子どものころからいつもニコニコしていた。また、高齢になった今でも、日ごろからだれに対しても「ありがとう」と声をかけている。
29	生活歴・出身地	実家は商売を営んでいた。6人きょうだいの長女で、家事をよく手伝い、裁縫が好きでこまめに行っていた。旧制高等女学校卒業。23歳のとき公務員の夫と結婚。専業主婦として家庭を支え、畑で旬の野菜を育てることを得意にしていたほか、料理が上手で、煮物は絶品であった。長男の結婚後、長男夫婦とははじめから同居。15年前、Cさんが80歳のときに夫が死亡。そのあと、外出する機会も減り、家族から通所介護の利用をすすめられたが、乗り気ではなく、家で音楽を聴いたり、庭に花を育てたり、孫とドライブをしたりして過ごしていた。
30	特技	家事をよく手伝い、裁縫が好きでこまめに行っていた。畑で旬の野菜を育てるのを得意にしていたほか、料理が上手で、煮物は絶品であった。また、茶道の師範としてお点前をしていたこともあった。
31	1日の過ごし方	ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド上で過ごしているが、気分のよいときは、ギャッチベッドの頭部を起こして窓越しに庭の花を見たり、歌を

		聴いたりしている（美空ひばりの歌が好きである）。また、居間に隣接する部屋にベッドがあるため、家族から常に声をかけられている。
32	その他	

⑥ Cさんのアセスメント表(2)

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
12, 13, 17, 24, 27, 30	Cさんには「自分らしく人生をまっとうできるように」という思いがあり、なかでも、口から食べることに対して強い思いをもっている。この思いは家族である長男の妻も同じであり、おもな介護者である長男の妻も積極的に介護にかかわっており、できるだけ食事を家族といっしょに食べられるように配慮しているほか、「上手に食べてもらえなくて……」と介護職に相談をもちかけてきている。現在、Cさんは、きざみ食を全介助で、2分の1程度食べている。嚥下障害があるので、食べる量は少ない。なお、尿量が少ないことから、水分の摂取量が少ないのではないかと考えられる。	「最期まで自分の口から食べたい」という強い思いがあるにもかかわらず、食事形態がきざみ食であったり、嚥下障害があったりするために、食べる量が少なくなっている。少しずつでも安全に食べて、水分をとることが必要である。	①
10, 13, 17, 24	Cさんは、排泄の場面で、できることは自分なりに行おうとする意欲もある。この思いは家族も同じである。ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド上で過ごしていることに加えて、尿意や便意はないために、紙おむつを着用している。Cさんはおむつ交換のたびに「はずかしい」「申し訳ない」と言っており、できるだけおむつ交換の回数を減らしたいと思っている。また、おもな介護者である長男の妻は「実はおむつ交換がうまくできなくて……」と介護職に相談をもちかけてきている。	長男の妻が自信をもっておむつ交換ができ、Cさんが気兼ねすることなく現状を受け入れることが必要となる。	②
10, 11, 17	Cさんには「身ざれいにしておくこ	「いつも身ざれいにしてい	④

		とは女性としてのたしなみだ」との意識があるほか、「朝、洗面所で顔を洗いたい。でも、迷惑をかけられないので、家族には言えない」との思いがある。また、身じたくの場面で、できることは自分なりに行おうとする意欲もある。しかし、ほぼ寝たきりの状態であり、ベッド上で過ごしているため、洗面などでは全介助が必要である。	たい」との思いはあるものの、洗面などの身じたくには介助が必要である。	
10, 12, 14, 22		Cさんは自力で寝返りができないため、2時間おきに体位変換を行っている。訪問入浴介護は週1回に限られているほか、食事の提供も限られていることなど、移動や食事のほかにもあまり多くないなど、褥瘡の発生が心配される。なお、エアマットは、「寝心地が悪い」との理由で使用していない。	褥瘡を予防するために、清潔に配慮し、適切な福祉用具を使用する必要がある。	3

⑦ Cさんの訪問介護計画書

氏名： Cさん

長期目標（期間：6か月）

最期まで口から食べて、身ざれいに、家族に見守られて笑顔で生活できる。

課 題	短期目標 目標	期間	具体的な援助内容・方法	頻度
①「最期まで自分の口から食べたい」という強い思いがあるにもかかわらず、食事形態がきざみ食であったり、嚥下障害があったりするために、食べる量が少なくなっている。少しずつでも安全に食べて、水分をとることが必要である。	おいしくて、飲みこみやすい食事を食べることができる。	1か月	①調理と食事の介助 市販の高齢者ソフト食を活用したり、きざみ食はなくとろみをつけるといった調理の工夫をしたり、飲みこみやすい食事にする。なお、褥瘡予防の観点から、できるだけ栄養のバランスも考慮する。食事の介助に際しては、健側（左側）の口角から差し出し、口に入れてもらうようにする。	訪問時

②長男の妻が自信をもっておむつ交換ができ、Cさんが気兼ねすることなく現状を受け入れることが必要となる。 ③褥瘡を予防するために、清潔に配慮し、適切な福祉用具を使用する必要がある。	気持ちよく、気兼ねなく排泄を受け入れることができる。	1 か月	②水分補給の介助 吸い飲みのように、小さな穴のあいたふたをつけて、飲み物が少しずつ出てくる工夫をして、飲みこみやすいようにし、水分をとるようなすがする。 おむつ交換の介助 Cさんの羞恥心に最大限配慮するとともに、負担をかけないようにして、おむつを交換する。その際、掛け物は、露出を最低限にするためだけでなく、保温にもつながることを留意する。	訪問時
	常に清潔を保ち、褥瘡をつくらないようにすることができる。	1 か月	陰部洗浄と清拭の介助 おむつ交換のたびに、陰部洗浄と清拭を行う。陰部洗浄では、台所用洗剤の空き容器にぬるま湯を入れて、これを流す工夫をすることにより、家族も簡単に陰部洗浄ができるようになったことを指導する。	訪問時
④「いつも身ざれいにしたい」との思いはあるものの、洗面などの身じたくには介助が必要である。	いつも身ざれいにしていることができる。	1 か月	整容の介助 Cさんの体調がよければ、ベッドを15度程度ギャッチアップして、顔を蒸しタオルで清拭する。また、その際にCさん自身に髪をとかしてもらうように介助する。	訪問時

⑧ Cさんの実施評価表

担当者氏名： D（介護福祉士）

実施状況	評 価
①市販の高齢者ソフト食は、食べやすさや栄養面などに配慮されているが、Cさんの好みではなかったようである。「飲みこみやすさ」だけでなく、「おいしく食べる」という側面にも配慮しなければならない。	食事量が減っているCさんに対して、どのような食事がよいのかを考えていくことは大切なことである。今後もCさんに「おいしく食べてもらう」ために、Cさんの好きな食べ物を家族から聞きとり、また、Cさんを支援するチームのメンバーである栄養士にも相談し

	ながら、食事形態をよりソフトにしていくことでCさんの食が進むように工夫したいと考える。
②吸い飲みを工夫したことにより、少量ずつではあるが、一定量の水分を補給できるようになった。 ②ただ熟々と手際よく紙おむつを交換すればよいわけではなく、Cさんの羞恥心に最大限配慮し、適度に言葉かけを行うようにした。具体的には、掛け物を最低限にするために掛け物を有効に使用した。 ③陰部洗浄と清拭は、できるだけ手際よく、Cさんが羞恥心を感じないように心がけた。介助をしたあと、Cさんは「ありがとう」と拝むようなしぐさをしていった。	水分補給の介助を進めているなかで、Cさんは、おむつ交換の回数を減らしたいがために水分摂取をひかえていたことがわかった。介護職として、水分の大切さを説明していくことで、おむつ交換を気にせず水分をとってもらえるようなはたらきかけを行っていくようにする。 紙おむつを交換してもらうこと自体にはまだ羞恥心があるように思われるが、長男の妻ではなく、介護職に交換してもらっているという気持ちの違いはあるようで、紙おむつを交換している最中、落ち着いた表情をすることが多くなった。 台所用洗剤の空き容器にぬるま湯を入れて、これを流す工夫をすることにより、家族も簡単に陰部洗浄ができるようになった。ただし、家族が行うことでCさんの「はずかしい」「申し訳ない」という気持ちが増す可能性もあるので、家族が行う頻度は相談して決めることとした。
④Cさんには「洗面所で顔を洗いたい」という希望があるが、蒸しタオルという方法ではあるが、身ざれいにしたいというCさんの思いにそった援助を行うことができた。体調をみながら髪もとかすことで、身じたくを整えて生活するというCさんの思いはかなった。満足そうである。	顔の清拭にはほかにも方法があると思われるため、さらにCさんに介助内容を説明し、同意を得てから行うようにする。

気づいたこと（新たな課題や可能性）	1. 在宅での生活を継続するためには、現状をできるだけ維持していく必要があることの確認。 2. 食事形態の検討をはじめとする、さまざまな場面における多職種との連携。
---------------------------------	---

⑨ 【解説】 Cさんの介護過程について

Cさんは、「自分らしく人生をまっとうできるように」という思いがあり、また、「病院ではなく、畳の上で死にたい。私が笑顔だと、みんなが元気になると、亡き夫がよく言ってくれていた。これは私への夫からの遺言だ」と頻繁に口にしています。

一方、家族にとっても、Cさんの存在そのものが家族のやすらぎになっているため、良好な家族関係のなかで、それぞれが役割分担をもってCさんの介護にあたっていました。しかし、家族にもできることでできないことがあります。実際に、おもな介護者である長男の妻は、介護に対して積極的でありながらも、「実はおむつ交換がうまくできなくて……」「上手に食べてもらえなくて……」という不安を抱えていました。

終末期においては、最期をどこでどのように迎えるのかを利用者自身が決められるように援助することが重要です。そして、Cさんのように自宅で最期を迎えることを望む場合には、それを支える家族の協力も必要

になります。したがって、介護職には家族を支援することも求められます。

そこで介護職は、アセスメントを通じて、次の4つの課題を明らかにしました。

3. 「最期まで自分の口から食べたい」という強い思いがあるにもかかわらず、食事形態がきざみ食であったり、嚥下障害があったりするために、食べる量が少なくなっている。少しずつでも安全に食べて、水分をとることが必要である。
4. 長男の妻が自信をもっておむつ交換ができ、Cさんが気兼ねすることなく現状を受け入れることが必要となる。
5. 褥瘡を予防するために、清潔に配慮し、適切な福祉用具を使用する必要がある。
6. 「いつも身ざれいにしていきたい」との思いはあるものの、洗面などの身じたくには介助が必要である。

これらの課題を解決するための援助を通じて、介護職は、家族からCさんの好きな食べ物をあらためて聞きとったり、水分補給時の吸い飲みや陰部洗浄時のぬるま湯入れを工夫したりして、家族との情報共有をより深めていきました。

在宅における終末期の介護では、利用者本人や家族との十分な話し合いのもとに、介護職としての役割を十分に果たすことが求められます。

演習～Cさんの自立に向けた介護の実際（食事、身だしなみ、排泄の介護）～

課題1

抹茶好きのCさんが、「抹茶のゼリーを食べたい」と話しかけてきました。食事の介助を行いましょう。

ここに注意！

- Cさんには利き手側（右側）の麻痺があるため、自分で食べることは困難です。
- Cさんには嚥下障害があります。
- Cさんは茶道の師範をしていたこともあり、抹茶が飲みたいとの思いがあります。

介助の方法と留意点

7. 介護職は、Cさんに介助の内容を説明し、同意を得ます。
 - ①このとき、気分や体調のほか、Cさんがしっかり自覚めているかを確認します。
8. 介護職は、Cさんにとって安楽な姿勢に整えます。
 - ①ベッドの高さを調整し、Cさんの膝下にクッションなどを当てます。
 - ②ベッドを30度程度ギャッチアップし、Cさんの上体を起こし、適切な座位の位置と安定性を確認します。このとき、足がすべらないようにします。
 - ③Cさんの頭部が前傾姿勢になるように枕やクッションで調整します。
 - ④タオルなどを当てて、Cさんの着衣や寝具がよごれないようにします。
 - ⑤安楽な姿勢になっているかCさんに確認します。
9. Cさんに抹茶ゼリーを食べてもらいます。

- ①おしぼりなどを渡し、手をふいてもらいます。
- ②健側（左側）が下になるように左側を向いてもらいます。
- ③「抹茶がお好きでしたね」と、実際に抹茶ゼリーが見える位置で確認してもらいます。
- ④健側の口角からゼリーを差し出し、口に入れてもらいます。
- ⑤Cさんの食べるリズムに合わせて、おいしく食べてもらえるように、食べるペースや一口の量に留意します。
- ⑥誤嚥による誤せなどが起こらないように配慮します。
- ⑦Cさんが嚥下したことを確認します。

10.介護職は、後片づけをします。

- ①おしぼりなどで、口もとや手指などを清拭します。
- ②着衣や寝具などへの食べこぼしを確認し、ベッドのまわりを整えます。

課題2

Cさんの目覚めと身だしなみに配慮した、顔の清拭と整髪の介助を行いましょう。

ここに注意！

- Cさんには右片麻痺があります。
- Cさんは、「身ざれいにしておくことは女性としてのたしなみだ」といつも孫娘に言っています。
- 調子がよいときは、口紅を孫娘につけてもらっています。

介助の方法と留意点

11.介護職は、Cさんに介助の内容を説明し、同意を得ます。

12.介護職は、介助しやすいベッドの高さにします。

13.介護職は、Cさんの顔を清拭します。

- ①Cさんの体調がよければ、ベッドを15度程度ギャッチアップします。
- ②熱めのお湯で濡らして、かたくしぼったタオルを渡します。
- ③Cさんのできないところを介助します。タオルは三つ折りにしてしっかり持ち、面を変えながらふいていきます。
- ④ふき残しがないか、Cさんの顔色などを確認します。Cさんにも確認します。

14.介護職は、Cさんの髪をとかします。

- ①Cさんの体調がよければ、膝下にクッションなどを当ててCさんを安楽な姿勢にします。髪がとかしやすいように、Cさんの意向を確認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します。
- ②くしと鏡を用意し、Cさんにも鏡で髪型を見てもらいながら髪をとかします。髪が整ったことを伝え共感します。
- ③ベッドの高さを元に戻し、Cさんの体調を確認します。

課題3

いつものようにCさんが目を覚ましました。目覚めをうながし、すっきりした気持ちで食事ができるように、まずはおむつ交換と陰部の洗浄・清拭を行い、Cさんの清潔を保持しましょう。

ここに注意！

- Cさんには右片麻痺があります。
- Cさんには、できるだけおむつ交換の回数を減らしたいという思いがあります。
- Cさんは、聞いかけに対してうまく発語できない場合、表情で気持ちをあらわしています。
- Cさんはパジャマを着ています（上は前開きのシャツ、下はズボン）。

介助の方法と留意点

15. 介護職は、Cさんの体調を確認します。

- ① Cさんと視線を合わせ、目覚めをうながし、体調を確認します。すっきりした気持ちで食事ができるように言葉をかけることも大切です。

16. 介護職は、Cさんに介助内容を説明し、同意を得て、ベッドの高さを調整します。

17. 介護職は、紙おむつをはずします。

- ① Cさんの身体を保温し露出を最低限にするため、バスタオルを上半身にかけ、掛け物は足元にたたみます。
- ② Cさんを左側臥位にして、防水シートを敷きます。
- ③ Cさんを仰臥位に戻し、パジャマのズボンを下ろします。
- ④ Cさんの膝を立て、手袋を着用し、「失礼します」と言葉をかけながら、紙おむつをはずします。
- ⑤ このとき、排泄物の量と状態のほか、Cさんの皮膚の状態を観察します。
- ⑥ 使用した紙おむつを手前に引き出し、よごれがもれないように内側に折りたたみます。

18. 介護職は、陰部を洗浄します。

- ① 外陰部のよごれや分泌物をぬるま湯で洗い流します。
- ② ガーゼに石けんをつけて片手で陰唇を開き十分に洗います。
- ③ ガーゼを折り返して肛門も洗います。
- ④ 皮膚のしわを伸ばしながら行います。
- ⑤ 最後に石けんが残らないように十分に洗い流します。

19. 介護職は、陰部を清拭します。

- ① 蒸しタオルで中心部を陰部から肛門へ向かってふきます。感染予防のため二度ぶきはせず、タオルの面を変えながら、今度は中心部の両側を片側ずつやさしくふきます。
- ② 乾いたタオルで湿り気をふきとります。
- ③ 左側臥位に体位を変えて、殿部・肛門部を蒸しタオルでやさしく清拭し、皮膚の状態を観察します。
- ④ 乾いたタオルで湿り気をふきとります。
- ⑤ このとき、よごれた紙おむつを引き出して、汚物入れに入れ、手袋をはずします。

20. 介護職は、新しい紙おむつに交換します。

- ① 新しい紙おむつの上端を腸骨部に当てて、紙おむつの中央が脊柱に当たるように差しこみます。
- ② Cさんを仰臥位にゆっくり戻し、紙おむつのギャザーを立てながら、鼠径部にそわせます。
- ③ 紙おむつをしっかり引き上げて、広げて当てます。もれを防ぐために、紙おむつのギャザーを立て、鼠径部にしっかり当てます。
- ④ Cさんに、おなかが圧迫されていないかを確認します。
- ⑤ パジャマのズボンを上げ、着衣やシートのしわを整えて、ベッド上のCさんが安全であるかを確認します。

■ 確認・評価してみよう！

確認・評価項目	CHECK
① Cさんに適切な言葉かけができましたか（目覚めをうながしてすっきりした気持ちで食事ができるような言葉かけ、体調の確認、これから行う介助の説明と同意など）。 ② Cさんの体調を観察しながら、ギャッチアップにより安全な食事の姿勢をとることができましたか。 ③ Cさんの健側（左側）から介助しながら、抹茶ゼリーを食べてもらいましたか。 ④ Cさんが安全に嚥下できているかを確認しましたか。 ⑤ Cさんの目覚めと身だしなみに配慮し、顔の清拭と整髪の介助ができましたか。 ⑥ Cさんの患側（右側）に配慮した（患側を圧迫しない）紙おむつの交換ができましたか。 ⑦ 排泄物の量と状態、肛門周囲を観察しましたか。 ⑧ 褥瘡を予防するために皮膚の状態を観察しましたか。 ⑨ Cさんの羞恥心に配慮し、陰部洗浄・清拭ができましたか。 ⑩ 全体を通してCさんの自立に配慮した援助ができましたか。	

第3章 介護過程の展開の実践

事例3 都会に住む一人暮らしの高齢者の生活支援

事例3 都会に住む一人暮らしの高齢者の生活支援

① 利用者のプロフィール

氏名	Eさん
性別	男性
年齢	91歳
生活環境	自宅
要介護度	要介護2
サービス利用開始年・月	〇〇年〇月
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症はない。
障害高齢者の日常生活自立度	A2

② 家族構成および生活歴

▶▶ Eさんの生活歴

- ・大学卒業まで地元で育ち、生命保険会社に就職のため上京。そのあと、結婚し、一男一女をもうけた。
- ・結婚後は転勤があり、単身赴任（海外など）が長かった。そのため、簡単な家事は苦にならない。
- ・部長職で定年を迎え、退職してから数年は、妻と2人で庭の手入れや旅行などを楽しんでいた。
- ・妻の乳がんが進行していることがわかってからは献身的に介護し、都内にある自宅もバリアフリーに改築した。
- ・妻が亡くなってから、急激に気力と体力が低下し、妻の遺影の前のいすに座って過ごすことが多くなった。
- ・Eさんの一人暮らしに不安を感じた子どもたちが同居を申し出たが、「自分の家で好きなように暮らしたい」と断っている。
- ・しばらくは長女が通っていたが、腸閉塞で緊急入院したこともあり、さらに体力が低下し、入浴にも介助が必要となった。
- ・長女が介護保険の手続きをしてサービス利用につながった。

▶▶ 現在の家族の状況

- ・妻が亡くなって一人暮らしとなり、4年になる。
- ・長男と長女も都内に住んでおり、長女が火曜日と木曜日に、長男が土曜日に泊まりに来ている。
- ・ニューヨークに住んでいる孫も、帰国すると顔を見せる。

③ 現在の状況

▶▶ 健康状態

(1) 一般状態

- ・体温：35.7℃
- ・呼吸：14～18回／分
- ・脈拍：50～60回／分
- ・血圧：130／80mmHg

(2) 障害の状況

- ・両膝変形性関節症による膝痛、下肢筋力低下

(3) 現在のおもな疾患

- ・両膝変形性関節症（O脚。足にむくみがある）
- ・黄斑変性症（左眼が見えにくく、左右の視力に差がある。また、視野狭窄があるが、眼鏡をかければ新聞は読める）

(4) 既往歴

- ・腸閉塞（これまでに緊急入院2回）
- ・腸閉塞が起こるたびに体力が低下している。

(5) 視力

- ・黄斑変性症により、左眼が見えにくく、左右の視力に差がある。また、視野狭窄があるが、眼鏡をかければ新聞は読める。

(6) 聴力

- ・日常生活に支障はない。

▶▶ 日常生活の状況

(1) 移動

- ・2本の4点杖を使って、自宅内をゆっくり歩く。
- ・自宅内には、トイレ、風呂場、廊下に手すりを設置しているが、両手で2本の4点杖を使わないと歩けないので、廊下の手すりを使うことは少ない。

(2) 身じたく

- ・上衣はベッドの端に腰かけて、時間をかければ自分で着替えることができるが、下衣は引き上げるときに介助が必要になる。
- ・毎朝、洗面台の前のシャワーチェアに座り、洗面、ひげそり、歯みがきを、ゆっくり時間をかけて行っている。
- ・疲れているときは、ひげをそらないこともある。

(3) 食事

- ・昼食は給食サービスを利用している。
- ・ダイニングの食卓で、テレビをつけて、箸を使って食べている。
- ・腸閉塞が怖いので、ゆっくりよくかんで食べるようにしている。

(4) 排泄

- ・以前から便秘の傾向があった。
- ・ベッドのある居室から3mくらい離れた玄関わきのトイレに行き、時間はかかるが自分で排泄している。
- ・布パンツに尿取りパッドを当てているが、排便後、うまくふくことができないため、尿取りパッドに便がついていることがある。
- ・夜間は居室に置いてあるポータブルトイレを利用している。

(5) 入浴・清潔保持

- ・週2回、長男と長女が泊まりに来るとき（火・土曜日）に入浴している。
- ・足先と背中以外は自分で洗うことができる。
- ・浴槽をまたぐときにふらつくことがあり、シャワーですませることもある。

(6) 睡眠

- ・日中、テレビを見ながらウトウトしていることも多いが、夜眠れないという訴えはない。

(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、明確に話す。口数は少ない。

(8) サービスの利用状況

- ・訪問看護
- ・訪問介護（ホームヘルプサービス）（週6回）
- ・給食サービス（毎日）

▶▶ 経済状況

- ・持ち家で、長年の蓄えと厚生年金がある。

▶▶ 性格

- ・おだやかななかにも凜として、自分の主張をしっかりと持っている。
- ・ユーモアのセンスがある。たとえば、入浴時に長女が「頭どうします？（頭は私が洗いますか？）」とたずねたところ、「（魚の）頭は猫にあげてください」などと、まじめな顔でさらりとユーモアのあることを言う。

▶▶ 1日の過ごし方

- ・朝は早起きで、新聞を読むことを楽しみにしている。
- ・午前中は、ダイニングのいすで新聞やテレビのニュース番組を見たり、うたた寝をしたりしている。
- ・昼食（給食サービス）後は、ベッドのある居室とテレビのあるダイニングのあいだのふすまを開けて、ベッドからテレビを見ている。
- ・居室の妻の遺影の前にいすがあり、遺影をながめながら座っていることもある。

▶▶ Eさんや家族などの思い

- ・Eさんは、「どこにも出かけたくはない。自分の家で好きなように暮らしたい。子どもたちにこれ以上の負担をかけたくないので、介護保険と介護保険以外のサービスを利用しながら、自分のできるところは自分でしたい」と考えている。
- ・長男と長女は、「一人暮らしに不安はあるが、できるだけ父親の希望にそいたい」と思っている。
- ・「単身赴任が長かったため、簡単な家事は苦にならない」「できるだけ自分でしたい」という思いがある。
- ・移動に関して、「できるだけ自分の足で移動したい」という思いがある。
- ・「時間がかかるので、着替えるのがおっくうだ」と思っている。
- ・「できるだけやわらかく調理してもらいたい」と言っている。
- ・「さっぱりするので、お風呂は楽しみだ」と言っている。
- ・「楽なので、日中もベッドで横になってテレビを見てしまい、ついウトウトするが、夜も2回くらいトイレに起きるほかは眠れる」と言っている。
- ・「家を管理し、守ることが役割だ」と思っている。

- ・「経済的に子どもたちに負担をかけたくない」と思っている。
- ・「居室にポータブルトイレを置いているので、夜間の排泄も安心だ」と言っている。
- ・「ヘルパーさんはゆっくりしっかりと話を聞いてくれるので、きちんと要望を言いやすい」と思っている。
- ・「廊下に手すりはあるが、できるだけ4点杖を使って歩きたい」と考えている。

▶▶ 最近の様子

- ・都内の住宅街にある2階建て住宅（持ち家）に住んでいる。
- ・妻の介護をしていたころにバリアフリーに改築し、要所要所に手すりがついている。
- ・現在は1階の南向きのリビングやダイニング、ベッドのある居室で生活している。
- ・トイレはベッドのある居室から3mくらい離れた玄関わきにある。
- ・手入れのゆきとどいた庭がある。
- ・支えなしに立ってられないため、家事全般に介助が必要である。ただし、食べ終わった食器は自分で流しに運び、いすに座って洗っている。
- ・食材や日用品の買い物はすべて長女が行っている。
- ・寒がりで、いつも重ね着をしている。
- ・毎朝、新聞がくるのを待っている。
- ・妻が大切にしていた庭の草木は、定期的に庭師に依頼して手入れをしている。
- ・近所づきあいもなく、知り合いもいないためか、玄関から外へはほとんど出ない。
- ・仕事最優先で特技はないと言うが、英語は堪能である。

④ Eさんのフェイスシート

氏名	Eさん
性別	男性
年齢	91歳
サービス利用開始年・月	〇〇年〇月
サービス利用にいたった理由	妻が亡くなってから、急激に気力と体力が低下し、妻の遺影の前のいすに座って過ごすことが多くなった。一人暮らしに不安を感じた子どもたちが同居を申し出たが、「自分の家で好きなように暮らしたい」と断っている。しばらくは長女が通っていたが、腸閉塞で緊急入院したこともあり、さらに体力が低下し、入浴にも介助が必要となった。長女が介護保険の手続きをしてサービス利用につながった。
家族	妻が亡くなって一人暮らしとなり、4年になる。長男と長女も都内に住んでおり、長女が火曜日と木曜日に、長男が土曜日に泊まりに来ている。また、ニューヨークに住んでいる孫も、帰国すると顔を見せる。

キーパーソン	長女
サービス利用前の生活状況	大学卒業まで地元で育ち、生命保険会社に就職のため上京。そのあと、結婚し、一男一女をもうけた。結婚後は転勤があり、単身赴任（海外など）が長かった。部長職で定年を迎え、退職してから数年は、妻と2人で庭の手入れや旅行などを楽しんでいた。妻の乳がんが進行していることがわかってからは献身的に介護し、都内にある自宅もバリアフリーに改築した。
サービス利用における本人・家族などの要望	Eさんの要望：どこにも出かけたくはない。自分の家で好きなように暮らしたい。子どもたちにこれ以上の負担をかけたくないので、介護保険と介護保険以外のサービスを利用しながら、自分のできるところは自分でしたい。 長男と長女の要望：一人暮らしに不安はあるが、できるだけ父親の希望にそいたい。
その他	

⑤ Eさんのアセスメント表(1)

1. 心身の状況（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
2	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症はない。
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：A2 両膝変形性関節症による膝痛・下肢筋力低下
4	現在のおもな疾患	両膝変形性関節症（O脚。足にむくみがある）、黄斑変性症（左眼が見えにくく視野狭窄あり。眼鏡で新聞は読める）
5	服薬	なし
6	既往歴	腸閉塞（これまでに緊急入院2回）
7	平常時のバイタルサイン	体温：35.7℃、呼吸：14～18回／分、脈拍：50～60回／分、 血圧：130／80mmHg
8	その他	腸閉塞が起こるたびに体力が低下している。聴力は日常生活に支障はない。

2. 日常生活の状況（活動）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
9	家事	支えなしに立ってられないため、家事全般に介助が必要である。ただし、食べ終わった食器は自分で流しに運び、いすに座って洗っている。食材や日用品の買い物はすべて長女が行っている。	「単身赴任が長かったため、簡単な家事は苦にならない」「できるだけ自分でしたい」という思いがある。
10	移動	2本の4点杖を使って、自宅内をゆっくり歩く。自宅内には、トイレ、風呂場、廊下に手すりを設置しているが、両手で2本の4点杖を使わないと歩けないので、廊下の手すりを使うことは少ない。	「できるだけ自分の足で移動したい」という思いがある。
11	身じたく	上衣はベッドの端に腰かけて、時間をかければ自分で着替えることができるが、下衣は引き上げるときに介助が必要になる。また、毎朝、洗面台の前のシャワーチェアに座り、洗面、ひげそり、歯みがきを、ゆっくり時間をかけて行っている（疲れているときは、ひげをそらないこともある）。	「時間がかかるので、着替えるのがおっくうだ」と思っている。
12	食事	昼食は給食サービスを利用している。ダイニングの食卓で、テレビをつけて、箸を使って食べている。腸閉塞が怖いので、ゆっくりよくかんで食べるようにしている。	「できるだけやわらかく調理してもらいたい」と言っている。
13	排泄	以前から便秘の傾向があった。排泄は、ベッドのある居室から3mくらい離れた玄関わきのトイレに行き、時間はかかるが自分で排泄している。布パンツに尿取りパッドを当てているが、排便後、うまくふくことができないために、尿取りパッドに便がついていることがある。また、夜間は居室に置いてあるポータブルトイレを利用している。	「居室にポータブルトイレを置いているので、夜間の排泄も安心だ」と言っている。

14	入浴・清潔保持	週2回、長男と長女が泊まりに来るとき（火・土曜日）に入浴している。足先と背中以外は自分で洗うことができる。浴槽をまたぐときにふらつくことがあり、シャワーですませることもある。	「さっぱりするので、お風呂は楽しみだ」と言っている。
15	睡眠	日中、テレビを見ながらウトウトしていることも多いが、夜眠れないという訴えはない。	「楽なので、日中もベッドで横になってテレビを見てしまい、ついウトウトするが、夜も2回くらいトイレに起きるほかは眠れる」と言っている。
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、明確に話す。口数は少ない。	「ヘルパーさんはゆっくりしっかりと話を聞いてくれるので、きちんと要望を言いやすい」と思っている。

3. 豊かさ（参加）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
17	意欲・生きがい	毎朝、新聞がくるのを待っている。また、妻が大切にしていた庭の草木は、定期的に庭師に依頼して手入れをしている。	「介護保険と介護保険以外のサービスを利用しながら、自分のできるところは自分でしたい」と考えている。
18	余暇の過ごし方	午前中は、ダイニングのいすで新聞やテレビのニュース番組を見たり、うたた寝をしたりしている。昼食後は、ベッドのある居室とテレビのあるダイニングのあいだのふすまを開けて、ベッドからテレビを見ている。また、居室の妻の遺影の前にいすがあり、遺影をながめながら座っていることもある。近所づきあいもなく、知り合いもいないためか、玄関から外へはほとんど出ない。	「どこにも出かけたくはない。自分の家で好きなように暮らしたい」と考えている。
19	役割（家庭／社会）		「家を管理し、守ることが役割だ」と思っている。
20	その他		

4. 環境（環境因子）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
21	生活環境	都内の住宅街にある2階建て住宅（持ち家）。妻の介護をしていたころにバリアフリーに改築し、要所要所に手すりがついている。現在は1階の南向きのリビングやダイニング、ベッドのある居室で生活している。トイレはベッドのある居室から3mくらい離れた玄関わきにある。手入れのゆきとどいた庭がある。	「どこにも出かけたくはない。自分の家で好きなように暮らしたい」と考えている。
22	生活に必要な用具	4点杖（2本）、シャワーチェアを利用している。自宅内には、トイレ、風呂場、廊下に手すりを設置しているが、両手で2本の4点杖を使わないと歩けないので、廊下の手すりを使うことは少ない。	「廊下に手すりはあるが、できるだけ4点杖を使って歩きたい」と考えている。
23	経済状況	持ち家で、長年の蓄えと厚生年金がある。	「経済的に子どもたちに負担をかけたくない」と思っている。
24	家族関係	妻が亡くなって一人暮らしとなり、4年になる。長男と長女も都内に住んでおり、長女が火曜日と木曜日に、長男が土曜日に泊まりに来ている。また、ニューヨークに住んでいる孫も、帰国すると顔を見せる。食材や日用品の買い物はすべて長女が行っている。	「子どもたちにこれ以上の負担をかけたくない」と考えている。
25	サービス（制度）の利用状況	①訪問看護、②訪問介護（週6回）、③給食サービス（毎日）	
26	その他		

5. その他（個人因子）

番号	項目	現在の状況
27	価値観・習慣	毎朝、新聞がくるのを待っている。また、妻が大切にしていた庭の草木は、定期的に庭師に依頼して手入れをしている。

28	性格（個性）	おだやかななかにも凛として、自分の主張をしっかりとっている。ユーモアのセンスがある。たとえば、入浴時に長女が「頭どうします？（頭は私が洗いますか？）」とたずねたところ、「（魚の）頭は猫にあげてください」などと、まじめな顔でさらにユーモアのあることを言う。
29	生活歴・出身地	大学卒業まで地元で育ち、生命保険会社に就職のため上京。結婚後は転勤があり、単身赴任（海外など）が長かった。部長職で定年を迎え、退職してから数年は、妻と2人で庭の手入れや旅行などを楽しんでいた。妻の乳がんが進行していることがわかってからは献身的に介護し、都内にある自宅もバリアフリーに改築した。
30	特技	仕事最優先で特技はないと言うが、英語は堪能である。
31	1日の過ごし方	朝は早起きで、新聞を読むことを楽しみにしている。午前中は、ダイニングのいすで新聞やテレビのニュース番組を見たり、うたた寝をしたりしている。昼食（給食サービス）後は、ベッドのある居室とテレビのあるダイニングのあいだのふすまを開けて、ベッドからテレビを見ている。また、居室の妻の遺影の前にいすがあり、遺影をながめながら座っていることもある。
32	その他	

⑥ Eさんのアセスメント表(2)

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
6, 8, 12, 13	Eさんは、以前から便秘の傾向があり、これまでに2回、腸閉塞で緊急入院している。そのたびに体力が低下している。Eさん自身も、また腸閉塞が起こることを怖がっていて、食事はゆっくりよくかんで食べるようにしているほか、「できるだけやわらかく調理してもらいたい」と要望している。	便秘の傾向があり、腸閉塞を起こすたびに体力が低下しているEさんにとっては、腸閉塞の再発予防に向けた取り組みが必要である。	①
4, 13	Eさんは布パンツに尿取りパッドを当てているが、排便後、うまくふくことができないために、尿取りパッドに便がついていることがある。両膝変形性関節症にともなうO脚と足のむくみにより、排泄時に安定した座位が保持できないため、うまくふくことができないものと考えられる。	殿部の清潔を保つ必要がある。	③

9, 12, 17, 18, 27, 31	Eさんは支えなしに立っていただけのため、家事全般に介助が必要である。しかし、「できるだけ自分でしたい」という意思がある。また、単身赴任が長かったせいか、食べ終わった食器は自分で流しに運び、いすに座って洗うなど、簡単な家事は苦にならない。その一方で、「どこにも出かけたくはない。自分の家で好きなように暮らしたい」ともがっており、新聞や定期的に庭師に依頼して庭の草木の手入れをしたりする以外は、玄関から外へはほとんど出ない。	自分でできることを見つけて、そこから日常生活のメリハリや楽しみを広げていく必要がある。	4
4, 10, 21, 22	Eさんには、両膝変形性関節症と黄斑変性症があることにより、2本の4点杖を使って自宅内を歩行しているけれども、必ずしも歩行が安定しているわけではないため、転倒予防の必要がある。現在は1階の南向きのリビングやダイニング、ベッドのある居室で生活しているが、トイレはベッドのある居室から3mくらい離れた玄関わきにあるため、そこまで歩いていかなければならない。なお、自宅内には、トイレ、風呂場、廊下に手すりを設置しているが、両手で2本の4点杖を使わないと歩けないので、廊下の手すりを使うことは少ない。	両膝変形性関節症と黄斑変性症があることにより、2本の4点杖を使って自宅内を歩行しているけれども、必ずしも歩行が安定しているわけではないため、転倒予防の必要がある。	2

⑦ Eさんの訪問介護計画書

氏名： Eさん

長期目標（期間：6か月）

自宅で自分のペースで暮らしながらも、メリハリのついた生活ができる。

課 題	短期目標 目標	期間	具体的な援助内容・方法	頻度
-----	------------	----	-------------	----

①便秘の傾向があり、腸閉塞を起こすたびに体力が低下している E さんにとっては、腸閉塞の再発予防に向けた取り組みが必要である。	排便のコントロールができる。	1 か月	①排便・排ガスの状況の確認 訪問時に必ず、排便や排ガスがあったか（あった場合には何日の何時ごろだったか）、おなかの張りがないかを確認する。 ②水分補給の介助 1 日に 1000ml 以上の水分が確保できるように計画する。また、夜間のトイレの回数を考慮したうえで、夕方までに水分補給できるように介助する。 ③調理の介助 消化に悪いものは避け、水に溶けやすい食物繊維（水溶性食物繊維）を多く含む食品を取り入れた献立を考え、調理する。 ④腸の蠕動運動の促進 膝関節痛があるため、ベッド上で腹部を動かす運動を見守る。また、腹部を冷やさないように保温に気をつける。	訪問時
②両膝変形性関節症と黄斑変性症があることにより、2 本の 4 点杖を使っても、必ずしも歩行が安定しているわけではないため、転倒予防の必要がある。	移動環境を整備し、転倒を予防する。	3 か月	転倒予防のための環境整備 廊下をはじめ、居室やダイニングなどの整理整頓にあたっては、床に落ちているすべりやすい紙などを片理したり、水滴を残さないようにしたりすることにも配慮した。 また、4 点杖の点検を行う。	訪問時
③殿部の清潔を保つ必要がある。	殿部の清潔を保つことができる。	3 か月	殿部の清潔保持の介助 尿取りパッドを交換する際、殿部の皮膚を観察し、よごれていたら、蒸しタオルで押しぶきをする。また、排泄の介助を行う際に、必ず殿部の皮膚を観察するとともに、排泄後はよく介助をする。	訪問時

④自分でできることを見つけて、そこから日常生活のメリハリや楽しさを広げていく必要がある。	日々の暮らしにメリハリをつけて、おだやかに過ごすことができる。	3 か月	Eさんにできることをいっしょに探し、行ってもらおう。 ①調理（昼食は給食サービスを利用しているため、訪問日当日の夕食と、翌日の朝食を用意）、そうじ、洗濯、布団干しなどを行うなかで、Eさんがやってみたいことを見つけて、実際に行ってもらおう。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地域との交流という観点から、何かやってみたいことがあるか、いっしょに探す。	随時
--	---------------------------------	------	--	----

⑧ Eさんの実施評価表

担当者氏名： F（介護福祉士）

実施状況	評 価
①訪問時、必ず排便や排ガスの有無を確認するようにした。また、排便や排ガスがなく、おなかが張った感じがあった場合には、サービス提供責任者および訪問看護師に報告することとした。	現在のところ、腸閉塞が再発することもなく、排便はコントロールされているようである。今後も継続して援助していきたい。
①水分補給の介助では、汁物や果物なども合わせて、1日に1000ml以上の水分が確保できるように計画した。また、調理にあたっては、貝類・こんにゃく・ごま・とうもろこしなどの消化の悪いものや、ごぼう・たけのこ・ふき・さといもなどの水に溶けない食物繊維（不溶性食物繊維）を含む食品は使わないように配慮した。	
①ベッド上で腹部を動かす運動を行ってもらった。	
②廊下をはじめ、居室やダイニングを整理整頓するにあたっては、床に落ちているすべりやすい紙などを片理したり、水滴を残さないようにしたりすることにも配慮した。整理整頓した。	夜間に電話がかかってきた際、あわてて出ようとしてバランスをくずし、左の顎にかすり傷を負う出来事があった。Eさんと話し合い、電話を置く場所を変えるとともに、引きつづき、室内の環境整備を行うこととした。なお、Eさんのかすり傷については、サービス提供責任者を通じて介護支援専門員に報告した。
③殿部の清潔保持に関しては、殿部の皮膚の状態を観	現在のところ、殿部の清潔は保たれているようであ

察し、状況に応じて陰部洗浄や蒸しタオルでの清拭などを行った。	る。今後も継続して援助していきたい。
④ Eさんが自分でできることについては、これまでと同じように、食べ終わった食器を自分で流しに運び、いすに座って洗ってもらうこととした。	Eさんは「どこにも出かけたくはない。自分の家で好きなように暮らしたい」と希望しているため、現在はその希望を尊重する。

気づいたこと（新たな課題や可能性）	地域との交流については、ケアチーム全体の連携のなかで構築していくことが必要であるとする。
--------------------------	--

⑨ 【解説】 Eさんの介護過程について

Eさんは、おだやかななかにも凜として、自分の主張をしっかりとっている人です。妻が亡くなってから、急激に気力と体力が低下し、妻の遺影の前のいすに座って過ごすことが多くなったものの、一人暮らしに不安を感じた子どもたちが同居を申し出たときも、「自分の家で好きなように暮らしたい」と言って、申し出を断りました。

子どもたちが交代で週3日泊まりに来ていますが、これ以上負担をかけたくないという気持ちがあり、介護保険と介護保険以外のサービスを利用しながら、自分のできるところは自分でしたいと思っています。

Eさんの自宅は、都内の住宅街の一戸建て（持ち家）で、単身赴任の時期が長かったこともあり、近所づきあいはほとんどありません。腸閉塞で2回の緊急入院をしてからは体力が低下してしまいました。それでも、妻が大切にしていた庭の草木は、定期的に庭師を呼んで手入れをしています。

「長年暮らしつづけた自宅で、これ以上家族に負担をかけることなく過ごしていきたい」と希望するEさんの生活を、訪問介護においてどのように支えていったらよいか。介護職は、アセスメントを通じて、次の4つの課題を明らかにしました。

1. 便秘の傾向があり、腸閉塞を起こすたびに体力が低下しているEさんにとっては、腸閉塞の再発予防に向けた取り組みが必要である。
2. 両膝変形性関節症と黄斑変性症があることにより、2本の4点杖を使って自宅内を歩行していても、必ずしも歩行が安定しているわけではないため、転倒予防の必要がある。
3. 殿部の清潔を保つ必要がある。
4. 自分でできることを見つけて、そこから日常生活のメリハリや楽しみを広げていく必要がある。

なかでも、妻に先立たれて地域との交流もなく、家に閉じこもっているEさんの生活の活性化に向けて、地域との連携をふまえた積極的な生活支援のあり方を考えることは、介護職として大切な視点です。

しかしEさんは、単身赴任をしていた時期が長く、これまでの人生を地域のなかで生きてきた人ではありませんし、近所には知り合いもいないようです。現在は家で好きなように過ごしたいと希望しているため、Eさんの思いを尊重することとしました。

今後のかかわりのなかでEさんの生活の楽しみを知り、そのうえで他者とのかかわりなど、社会参加に対する支援のあり方をケアチーム全体の連携のなかで構築していくことができたらと考えています。

演習～Eさんの自立に向けた介護の実際（移動・移乗、排泄の介護）～

課題1

Eさんは腸閉塞を起こして、これまでに2回緊急入院しています。腸閉塞の再発予防に向けて、Eさんに具体的なはたらきかけを行いましょう。

ここに注意！

- Eさん自身、「できるだけやわらかく調理してもらいたい」との要望をもち、食事はゆっくりよくかんで食べていますが、このことが必ずしも腸閉塞の予防につながるとは限りません。
- 腸閉塞の予防には、スムーズな排便が欠かせません。
- スムーズな排便のためには、①十分な水分補給、②食物繊維（とくに水溶性食物繊維）の摂取、③腸の蠕動運動の促進、などが大切になります。

介助の方法と留意点

5. 介護職は、Eさんに体調や排便の状態を確認します。
 - ①便秘になっていないことを確認します。
 - ②便秘から腸閉塞にならないようにすることを話します。
 - ③排泄の有無と食事内容に関する記録を続けるように話します。
6. 介護職は、再発予防について、Eさんにできることを考えます。
 - ①意識的にきちんとはかって水分をとります。
 - ・1000mlの水分が確保できるよう容器に準備します。
 - ・夜間はトイレの回数が増えるので、夕方までに水分をとる計画を立てます。
 - ②食物繊維をとります。
 - ・水溶性食物繊維の多い食材と、Eさんの嗜好をふまえた献立を考えます。
 - ・Eさんに合った調理方法を考えます。
 - ③腸の蠕動運動の促進のためにどのような運動が適切かを考え、実施します。
 - ・膝関節痛があるため、ベッド上で腹部を動かす運動をしてもらいます。
 - ・腹部を冷やさないように保温に気をつけます。
7. 介護職は、②で考えたことをどのように実践するか、1日の計画を立てます。
8. 介護職は、毎日実践したことをねぎらい、はげまします。

課題2

日中はトイレで排泄を行っているEさん。下肢の筋力低下と視野狭窄などにより、転倒の危険性が高いために、トイレまでの移動環境を整える必要があります。

Eさんの安全に配慮してトイレまで移動し、排泄の介助を行いましょう。

ここに注意！

- Eさんには、両膝変形性関節症（O脚と足のむくみ）、左右の視力差、視野狭窄などがあります。
- Eさんは2本の4点杖を使って、ゆっくり歩くことができます。
- ベッドのある居室から3mくらい離れた玄関わきにトイレがあります。
- Eさんは、できるだけ自分の足で移動したいという思いがあります。

介助の方法と留意点

9. 介護職は、Eさんにトイレで排泄することを確認します。
10. 介護職は、トイレまで4点杖を使って歩いて行くことを説明し、同意を得ます。
11. 介護職は、トイレまでの廊下に歩行をさまたげるものがないかを確認します。
 - ①水滴が落ちていないかに注意します。
 - ②新聞やビニールなどが置かれていないかなどにも注意します。
12. Eさんに履き物（スリッパなどですべらないもの）をきちんとはき、4点杖で立位をとってもらいます。
 - ①むくみがあるので履き物の状態を確認します。
 - ②4点杖には右用と左用があるので注意します。また、杖の安全点検をし、高さについても確認します。
 - ③立位をとったとき、ふらつきがないかを確認します。
13. Eさんにトイレまでゆっくり歩行してもらいます。
 - ①トイレまでの廊下がしっかり見えているかを確認します。
 - ②左側半歩後方でEさんの腰に手をそえて、身体を支えます。
 - ③膝の痛みを確認します。
14. 介護職はトイレに入り、下衣をおろす準備をします。
 - ①杖を置き、片手で手すりをしっかり持ってもらいます。
 - ②手すりとは反対の手で下衣をおろし、介護者は膝までおろす介助をします。
15. Eさんにおじぎをするようにして便器に座ってもらいます。
 - ①座位が安定しているか、寒くないかなどを確認します。
 - ②露出を防ぐため、膝かけをかけます。
 - ③トイレの外に出て、排泄が終わるのを待ちます。
16. 介護職は、排泄終了後、後始末ができたかを確認します。
 - ①排便後、肛門周囲の清潔、排泄物の量と状態を確認します。このとき、浅く座り、おじぎをしてもらい肛門周囲を清潔にします。
 - ②できていないときは清拭介助をします。
17. Eさんに立位になってもらい、衣服を整え、手洗いをしてもらいます。
18. Eさんにベッドまでゆっくり戻ってもらいます。
 - ①膝の痛みを確認します。
 - ②ベッドまでの廊下がしっかり見えているかを確認します。
 - ③ベッドに座ってもらい、足のむくみを観察します。
 - ④トイレで排泄できたことをねぎらいます。

課題3

夜間はポータブルトイレを使用して排泄を行っているEさん。Eさんの安全に配慮してベッドからポータブルトイレへの移乗と排泄の介助を行いましょう。

ここに注意！

- Eさんには、両膝変形性関節症（O脚と足のむくみ）、左右の視力差、視野狭窄などがあります。
- 夜間は、居室の照明のスイッチがひもでつながられ、ベッドの枕元に届くようになっています。

介助の方法と留意点

- 19.介護職は、Eさんに排泄の確認をして、照明をつけてもらいます。
20. Eさんにベッドに端座位になってもらい、ベッドサイドの状況を確認します。
 - ①ポータブルトイレが足元に置いてあるかを確認します。
 - ②ベッド用手すりがきちんと設置されているかを確認します。
 - ③ポータブルトイレのふたを取り、中に水、消臭液、トイレットペーパーが入っているかを確認します。
21. Eさんにベッド用手すりを持って端座位から立位になってもらい、ポータブルトイレに座れるように体位を変えてもらいます。
22. Eさんに、下衣をおろし、おじぎをするようにポータブルトイレに座ってもらいます。
 - ①座位が安定しているか、寒くないかなどを確認します。
 - ②皮膚の露出に配慮し、バスタオルなどでプライバシーの保護と保温に努めます。
- 23.介護職は、排泄終了後、後始末ができたかを確認します。
 - ①排便後、浅く座ってもらい、肛門周囲の清潔、排泄物の量と状態を確認します。
 - ②できていないときは清拭介助をします。
24. Eさんに立位になってもらい、ふらつきなどの確認をし、衣服を整え、おしぼりなどを用いて手洗いをしてもらいます。
25. ベッドのほうへEさんの腰を回転させ、端座位になってもらいます。
 - ①膝の痛み、足のむくみを観察します。
 - ②ポータブルトイレの排泄物を片づけ、元の位置に戻します。
- 26.介護職は照明を消して、Eさんに休んでもらいます。

■ 確認・評価してみよう！

確認・評価項目	CHECK
① Eさんに適切な言葉かけができましたか（体調の確認、これから行う介助の説明と同意など）。	
② Eさんが水分補給の必要性を理解したうえで、水分をとることができましたか。	
③ 腸閉塞の再発予防に向けて、腸の蠕動運動をうながすための運動をEさんにしてもらいましたか。	
④ Eさんがトイレまで安全に移動するための環境整備ができましたか。	

⑤ トイレまで移動するに際して、Eさんの身体機能（視力や視野、膝関節の痛み、O脚や足のむくみなど）に配慮しましたか。	
⑥ 排泄物の量と状態、肛門周囲を観察しましたか。	
⑦ Eさんが排泄の後始末をしたことを確認しましたか。	
⑧ 夜間、Eさんのベッドの足元に、ポータブルトイレを用意しておきましたか。	
⑨ 安全にポータブルトイレに移乗し、排泄の姿勢をとることができましたか。	
⑩ 全体を通してEさんの自立に配慮した援助ができましたか。	

第3章 介護過程の展開の実践

事例4 介護老人保健施設で生活する利用者への支援

事例4 介護老人保健施設で生活する利用者への支援

① 利用者のプロフィール

氏名	Gさん
性別	女性
年齢	58歳
生活環境	介護老人保健施設
要介護度	要介護3
入所年・月	〇〇年〇月
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症はない。
障害高齢者の日常生活自立度	A 1

② 家族構成および生活歴

▶▶ 幼少期から結婚、子育てまで

- ・3人きょうだいの末っ子として生まれる。
- ・明るく、活発な性格で中学からテニスを始め、高校でもテニス部に所属し活躍した。
- ・大学は、親戚のいる近県の公立大学に進学した。
- ・卒業後、地元の銀行に就職した。
- ・社会人になっても特技としてテニスを続け、地元のテニスクラブに所属し、友人もたくさんいた。

- ・ 30 歳で、3 歳年下の夫と結婚。
- ・ 職場結婚だったため、結婚と同時に退職した。
- ・ そのあとは、専業主婦として転勤の多い夫を支え、2 人の息子を育てた。
- ・ 銀行員である夫の仕事の大変さはよくわかっているので、できるだけサポートして内助の功を発揮したいと願ってきた。

▶▶ くも膜下出血を発症して以降

- ・ 今年の1 月、突然くも膜下出血で倒れ、脳神経外科病院に3 か月入院した。
- ・ 体幹機能障害をとまなう右片麻痺が残り、車いすの生活になった（身体障害者手帳2 級）。
- ・ そのあと、リハビリテーションセンターを経て、現在の介護老人保健施設に入所することとなった。
- ・ リハビリテーションのおかげで、今は支えがあれば立ち上がり、3 ～4 歩歩くことができる。

▶▶ 現在の家族の状況

- ・ 夫（55 歳）は銀行員として、毎朝7 時半には出勤。夜は20～21 時ごろに帰宅する生活を送っている。
- ・ 夫婦の関係は良好で、夫もG さんといっしょに自宅で暮らしたいと思っているが、本当に可能かどうか不安に思っているところがある。
- ・ 長男（24 歳）は、夫と同じ銀行員として他県で働いている（G さんは一人暮らしの長男のために時々アパートのそうじなどにも通っていた）。
- ・ 次男（21 歳）は大学3 年生で、やはり他県で下宿生活を送っている（こちらにも生活用品や食料などを時々送っていた）。

③ 現在の状況

▶▶ 健康状態

(1) 一般状態

- ・ 体温：36.3℃
- ・ 呼吸：15～20 回／分
- ・ 脈拍：50～60 回／分
- ・ 血圧：130／80mmHg

(2) 障害の状況

- ・ くも膜下出血の後遺症として右片麻痺、軽度の言語障害がある。

(3) 現在のおもな疾患

- ・ とくになし。

(4) 既往歴

- ・ くも膜下出血（4 か月前）

(5) 視力

- ・ 日常生活に支障はない。

(6) 聴力

- ・日常生活に支障はない。

▶▶ 日常生活の状況

(1) 移動

- ・右片麻痺があり、健側の左手足を使って車いすを操作している。
- ・施設での訓練により、多少物があっても避けて通ることができるなど、操作に慣れてきている。

(2) 身じたく

- ・利き手である右側に麻痺があるため、時間はかかるが、上衣は自分で着替えることができる。
- ・下衣は、ウエストの部分にひもをつけるなどの工夫があれば自力で着替えることができる。

(3) 食事

- ・左手でスプーンを使って食事をしている。
- ・箸の使用の訓練を行っている。

(4) 排泄

- ・手すりを使えば、トイレで自分で排泄できる。

(5) 入浴・清潔保持

- ・施設では週3回入浴している。
- ・入浴方法はリフト浴で、ほとんど自分で身体を洗うことができる。
- ・洗いにくい部分も、どうしたらよいか積極的に介護職にたずねて工夫している。

(6) 睡眠

- ・日中、リハビリテーションや家事訓練にはげんでいるため、基本的には、夜はよく眠れている。
- ・ただし、時々、自分の障害のことや、本当に自宅で夫と暮らしていけるのかを考えてしまうと、眠れないことがある。

(7) コミュニケーション

- ・右片麻痺にともなって軽い言語障害があるが、日常会話においては差し支えるほどではない。
- ・ほかの入所者ともよく話をしている。

(8) サービスの利用状況

- ・介護老人保健施設に入所している。
- ・自宅に戻ってからは、どのようなサービスを利用して生活していくか検討中である。

▶▶ 経済状況

- ・夫は現役の銀行員（部長職）であり、年間で1000万円を超える収入があるため、経済的には問題ない。

▶▶ 性格

- ・明るく社交的な性格である。
- ・まじめで何でもきちんとこなそうとするところがある。

▶▶ 1日の過ごし方

- ・今は施設の日課にそって生活しているが、自宅での生活に向けて、自分の身のまわりのことを自分でできるようにならなければと、日中、意欲的にリハビリテーションにはげんでいる。また、食事のしたく、洗濯、そうじなど、家事全般について、熱心に訓練を行おうとしている。

▶▶ 退所後の自宅の環境

- ・1階は車いすでも移動可能だが、システムキッチンには車いすが入らないために使えない。
- ・今のままでは段差があり、1人では庭に出ることも、外出することもできない。

▶▶ Gさんや家族などの思い

- ・Gさんは、「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい。そのためには、まず身のまわりのことや家事は自分でできるようになりたい」と思っている。
- ・それに対して夫は、「妻が自宅に戻ることを望んでいるが、どの程度可能であるかは確信がもてない」と考えている。
- ・介護老人保健施設では、家事訓練の環境があまり整えられていないので、家に帰ってから本当にできるのかどうか不安がある。
- ・「自宅周辺は坂が多いため、自宅に帰ってからは、できれば戸外では電動車いすを使いたい」と思っている。
- ・「自宅に帰っても自分で着替えられるように、とくに下衣は工夫しなければ」と思っている。
- ・「何とか左手で箸を使いこなせるようになりたい」と思っている。
- ・「自宅のトイレは洋式トイレではあるが、後始末が困難なので、自分で排泄できる方法を工夫しなければ」と思っている。
- ・「自宅のお風呂では浴槽の出入りが困難なので、夫に負担をかけてしまうのではないかと気にしている。
- ・眠れないときは、「サービスを上手に活用すれば自宅での生活も何とかできる」と思うようにしている。
- ・もともと話し好きだったので、うまく話すことができないことがあると、もどかしくて、悲しくなることがある。
- ・「買い物ツアーなどにもできるだけ参加したい」と思っているが、機会が少なくて残念に思っている。
- ・「車いすでもできるだけ夫の手をわずらわせず、専業主婦としての役割を取り戻すために、自宅の住環境を改善したい」と望んでいる。
- ・「自宅で生活するにはどのような用具が必要なのか、どのような工夫ができるのかを知りたい」と思っている。

④ Gさんのフェイスシート

氏名	Gさん
性別	女性
年齢	58歳
入所年・月	〇〇年〇月
入所にいった理由	今年の1月、突然くも膜下出血で倒れ、脳神経外科病院に3か月入院した。体幹機能障害をとまなう右片麻痺が残り、車いすの生活になった（身体障害者手帳2級）。そのあと、リハビリテーションセンターを経て、現在の介護老人保健施設に入所することとなった。
家族	夫（55歳）は銀行員として、毎朝7時半には出勤。夜は20～21時ごろに帰宅する生活を送っている。夫婦の関係は良好で、夫もGさんといっしょに自宅で暮らしたいと思っているが、本当に可能かどうか不安に思っているところがある。長男（24歳）は、夫と同じ銀行員として他県で働いている（Gさんは一人暮らしの長男のために時々アパートのそうじなどにも通っていた）。また、次男（21歳）は大学3年生で、やはり他県で下宿生活を送っている（こちらにも生活用品や食料などを時々送っていた）。
キーパーソン	夫
入所前の生活状況	3人きょうだいの末っ子として生まれる。明るく、活発な性格で中学からテニスを始め、高校でもテニス部に所属し活躍した。大学は、親戚のいる近県の公立大学に進学した。卒業後、地元の銀行に就職した。社会人になっても特技としてテニスを続け、地元のテニスクラブに所属し、友人もたくさんいた。30歳で、3歳年下の夫と結婚。職場結婚だったため、結婚と同時に退職した。そのあとは、専業主婦として転勤の多い夫を支え、2人の息子を育てた。銀行員である夫の仕事の大変さはよくわかっているので、できるだけサポートして内助の功を発揮したいと願ってきた。
入所における本人・家族などの要望	Gさんの要望：夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい。そのためには、まず身のまわりのことや家事は自分でできるようになりたい。 夫の要望：妻が自宅に戻ることを望んでいるが、どの程度可能であるかは確信がもてない。
その他	

⑤ Gさんのアセスメント表(1)

1. 心身の状況（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3、身体障害者手帳2級
2	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症はない。
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 くも膜下出血の後遺症（右片麻痺、軽度の言語障害）
4	現在のおもな疾患	とくになし。
5	服薬	とくになし。
6	既往歴	くも膜下出血（4か月前）
7	平常時のバイタルサイン	体温：36.3℃、呼吸：15～20回／分、脈拍：50～60回／分、 血圧：130／80mmHg
8	その他	視力、聴力：ともに日常生活に支障はない。

2. 日常生活の状況（活動）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
9	家事	食事のしたく、洗濯、そうじなど、家事全般について、熱心に訓練を行おうとしている。	介護老人保健施設では、家事訓練の環境があまり整えられていないので、家に帰ってから本当にできるのかどうか不安がある。
10	移動	右片麻痺があり、健側の左手足を使って車いすを操作している。施設での訓練により、多少物があっても避けて通ることができるなど、操作に慣れてきている。	「自宅周辺は坂が多いため、自宅に帰ってからは、できれば戸外では電動車いすを使いたい」と思っている。
11	身じたく	利き手である右側に麻痺があるため、時間はかかるが、上衣は自分で着替えることができる。下衣は、ウエストの部分にひもをつけるなどの	「自宅に帰っても自分で着替えられるように、とくに下衣は工夫しなければ」と思っている。

		工夫があれば自力で着替えることができる。	
12	食事	左手でスプーンを使って食事をしている。また、箸の使用の訓練を行っている。	「何とか左手で箸を使いこなせるようになりたい」と思っている。
13	排泄	手すりを使えば、トイレで自分で排泄できる。	「自宅のトイレは洋式トイレではあるが、後始末が困難なので、自分で排泄できる方法を工夫しなければ」と思っている。
14	入浴・清潔保持	施設では週3回入浴している。入浴方法はリフト浴で、ほとんど自分で身体を洗うことができる。洗にくい部分も、どうしたらよいか積極的に介護職にたずねて工夫している。	「自宅のお風呂では浴槽の出入りが困難なので、夫に負担をかけてしまうのではないかと気にしている。
15	睡眠	日中、リハビリテーションや家事訓練にはげんでいるため、基本的には、夜はよく眠れている。ただし、時々、自分の障害のことや、本当に自宅で夫と暮らしていけるのかを考えてしまうと、眠れないことがある。	眠れないときは、「サービスを上手に活用すれば自宅での生活も何とかなる」と思うようにしている。
16	コミュニケーション	右片麻痺にともなって軽い言語障害があるが、日常会話においては差し支えるほどではない。ほかの入所者ともよく話をしている。	もともと話し好きだったので、うまく話すことができないことがあると、もどかしくて、悲しくなることがある。

3. 豊かさ（参加）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
17	意欲・生きがい	自宅での生活に向けて、自分の身のまわりのことを自分でできるようにならなければと、日中、意欲的にリハビリテーションにはげんでいる。また、食事のしたく、洗濯、そうじなど、家事全般について、熱心に訓練を行おうとしている。	「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい。そのためには、まず身のまわりのことや家事は自分でできるようになりたい」と思っている。
18	余暇の過ごし方	余暇時間も自宅に帰るためのリハビリテーションに余念がない。食事の時間も、できるだけ周囲に気を配	「買い物ツアーなどにもできるだけ参加したい」と思っているが、機会が少なく残念に思っ

		り、食器の片づけなどを自分なりに工夫しながら手伝っている。とにかく夫との自宅での暮らしに戻りたい一心で、限られた施設環境のなかでもさまざまな場面で体験を広げ、工夫をしようと努力している。	ている。
19	役割（家庭／社会）	結婚と同時に退職し、そのあとは、専業主婦として転勤の多い夫を支え、2人の息子を育てた。現在、施設のなかでは年齢が若いので、ほかの入所者にできるだけ手を貸している。	「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい」と思っている。また、「ほかの入所者の役に立つことがあれば何か手伝いたい」と思っている。
20	その他		

4. 環境（環境因子）

番号	項目	現在の状況	本人の思い
21	生活環境	現在は、介護老人保健施設に入所している。なお、退所後に戻る自宅は、1階は車いすでも移動可能だが、システムキッチンが車いすが入らないために使えない。また、今のままでは段差があり、1人では庭に出ることも、外出することもできない。なお、自宅の周辺は坂が多い。	「車いすでもできるだけ夫の手をわずらわせず、専業主婦としての役割を取り戻すために、自宅の住環境を改善したい」と望んでいる。
22	生活に必要な用具	（左手足で操作しやすい）車いす	「自宅で生活するにはどのような用具が必要なのか、どのような工夫ができるのかを知りたい」と思っている。「自宅周辺は坂が多いため、自宅に帰ってからは、できれば戸外では電動車いすを使いたい」と思っている。
23	経済状況	夫は現役の銀行員（部長職）であり、年間で1000万円を超える収入があるため、経済的には問題ない。	「今のところ経済的には心配ないが、自分の介護のために、夫の仕事に支障をきたすことは絶対に避けたい」と思っている。
24	家族関係	夫は銀行員として、毎朝7時半には出勤。夜は20～21時ごろに帰宅する	「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果た

		生活を送っている。夫婦の関係は良好で、夫もGさんといっしょに自宅で暮らしたいと思っているが、本当に可能かどうか不安に思っているところがある。長男は夫と同じ銀行員として他県で働いており（Gさんは一人暮らしの長男のために時々アパートのそうじなどにも通っていた）。また、次男は大学3年生で、やはり他県で下宿生活を送っている（こちらにも生活用品や食料などを時々送っていた）。	したい」と思っている。一方で、自分が障害を負ったことで、「夫の出世のさまたげになってしまったのではないか」と気にしている。
25	サービス（制度）の利用状況	現在は、介護老人保健施設に入所している。自宅に戻ってからは、どのようなサービスを利用して生活していくか検討中である。	「在宅で使えるサービスはできるだけ活用して、夫にあまり負担をかけずに、何とか暮らしていきたい」と思っている。「自宅に戻ることが夫の負担になるのではないか」と気にしている。
26	その他		

5. その他（個人因子）

番号	項目	現在の状況
27	価値観・習慣	「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい。そのためには、まず身のまわりのことや家事は自分でできるようになりたい」と思っている。銀行員である夫の仕事の大変さはよくわかっているので、できるだけサポートして内助の功を発揮したいと願ってきた。しかし、自分が障害を負ったことで、「夫の出世のさまたげになってしまったのではないか」と気にしている。
28	性格（個性）	明るく社交的な性格である。また、まじめで何でもきちんとこなそうとすることがある。
29	生活歴・出身地	3人きょうだいの末っ子として生まれる。明るく、活発な性格で中学からテニスを始め、高校でもテニス部に所属し活躍した。大学は、親戚のいる近県の公立大学に進学した。卒業後、地元の銀行に就職した。社会人になっても特技としてテニスを続け、地元のテニスクラブに所属し、友人もたくさんいた。30歳で、3歳年下の夫と結婚。職場結婚だったため、結婚と同時に退職した。そのあとは、専業主婦として転勤の多い夫を支え、2人の息子を育てた。

30	特技	テニス
31	1日の過ごし方	今は施設の日課にそって生活しているが、自宅での生活に向けて、自分の身のまわりのことを自分でできるようにならなければと、日中、意欲的にリハビリテーションにはげんでいる。また、食事のしたく、洗濯、そうじなど、家事全般について、熱心に訓練を行おうとしている。
32	その他	

⑥ Gさんのアセスメント表(2)

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
9, 10, 11, 12, 13, 14		Gさんは、施設という環境のなかでは、かなり自立して暮らしているが、自宅に帰って日中1人で過ごすことを考えると、サービスを利用しても、かなりの工夫や努力が必要である。なかでも、自宅のお風呂では浴槽の出入りが困難なので、夫に負担をかけてしまうのではないかと気にしている。	在宅での生活をできるだけ具体的に想定したうえで、日常生活場面でのADLの自立の幅を広げていく必要がある。なかでも、施設と大きく異なる入浴場面については、その環境整備と入り方の工夫を検討する必要がある。	②
17, 19, 24, 25, 27		Gさんは、「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい。そのためには、まず身のまわりのことや家事は自分でできるようになりたい」と思いながらも、一方で、それが本当に可能かどうか、夫の負担になってしまうのではないかという不安がある。	在宅復帰後、「日中、1人でもサービスを利用しながら家事が行える」という自信をつけ、不安を軽減する必要がある。	①
17, 18, 19, 31		Gさんは、自宅での生活に向けて、自分の身のまわりのことを自分でできるようにならなければと、日中、意欲的にリハビリテーションにはげんでいる。また、余暇時間も自宅に帰るためのリハビリテーションに余念がない。とにかく夫との自宅での暮らしに戻りたい一心で、限られた施設環境のなかでもさまざまな場面で体験を広げ、工夫をしようと努力している。	施設生活のなかでの役割をつくったり、余暇活動にもできるだけ参加したりするなかで、車いすでの生活体験の場を広げ、精神的にも体力的にも自信をつける必要がある。	③

⑦ Gさんの介護計画書

氏名： Gさん

長期目標（期間：6か月）

できるだけ自宅での暮らしをイメージしながら、A D Lの自立の幅を広げて、専業主婦としての役割を取り戻すことができる。

課 題	短期目標 目標	期間	具体的な援助内容・方法	頻度
①在宅復帰後、「日中、1人でもサービスを利用しながら家事が行える」という自信をつけ、不安を軽減する必要がある。	専業主婦としての在宅復帰に向けた課題確認。また、今後取り組むべき作業についての確認ができる。	1か月	専業主婦の仕事のこなし方や、こだわりの確認。また、今からでもできることを提案する。また、それを実現するための課題や具体的な取り組みについての確認。 食事の準備や後片づけを主婦の仕事としていっしょに行いながら、専業主婦時代の話聞いてみる。また、今からでもできることを提案する。	毎日
②在宅での生活をできるだけ具体的に想定したうえで、日常生活場面でのA D Lの自立の幅を広げていく必要がある。なかでも、施設と大きく異なる入浴場面については、その環境整備と入り方の工夫を検討する必要がある。	自宅の生活を具体的に想定し、移動、身じたく、食事、入浴などの場面で、自分で見つけることができる。	3か月	日常生活場面におけるA D Lの確認。また、Gさんが自分でできるようになるための工夫の検討。 ベッドからの起き上がり、車いすへの移乗、身じたく、食事、排泄、入浴などの日常生活場面の現状を把握し、Gさん自身にも自己チェック表に記入してもらう。1つひとつの動作について、確実に自分でできる方法を検討し、継続的に介助していく。	毎日
③施設生活のなかでの役割をつくったり、余暇活動にもできるだけ参加したりするなかで、車いすでの生活体験の場を広	施設生活のなかでの役割をつくったり、余暇活動にもで	3か月	Gさんの施設生活における役割探し、具体的な提案。 ①調理（昼食は給食サービスを利用しているため、訪問日当日の夕食と、翌日の	随時

げ、精神的にも体力的にも自信をつける必要がある。	きるだけ参加することができる。	朝食を用意）、そうじ、洗濯、布団干しなどを行うなかで、Gさんがやってみた いことを見つけて、実際に行ってもらう。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地域との交流という観点から、施設でのクラブ活動や行事（買い物ツアー、1泊旅行など）にできるだけ参加してもらい、さまざまな役割を果たしてもらえようにはたらきかける。
--------------------------	-----------------	--

⑧ Gさんの実施評価表

担当者氏名： H（介護福祉士）

実施状況	評 価
①毎日、少しずつ話をすることで、専業主婦時代から夫の食事には気をつけていたこと、疲れて帰宅する夫に夕食をつくりたいという強い希望が支持され、献立づくりについてアドバイスを受けたことが、Gさんにとっては前向きに考えていくうえでの大きな転機となった。また、たとえ完璧にはできなくても、主婦としての役割は十分に果たせることを伝えたこと、身近に相談してくれる専門職がいることで、少しずつ不安が解消されていったのではないかと。 ②介護福祉士、看護師、リハビリテーションスタッフ、支援相談員、同じ法人の居宅介護支援事業所の介護支援専門員で「在宅復帰支援チーム」をつくり、専門職の側からADLのチェックを行うと同時に、Gさん自身が記入できる「自己チェック表」も作成し、Gさんとの共同作業で取り組んだ。その結果、Gさんの意見や質問、希望が多く語られるようになり、専門職のアドバイスを受けながら、確実にADLの自立の幅を広げることができた。また、Gさん自身が積極的にさまざまな工夫をするようになった。 ③毎月の誕生日会や季節の行事、家族会などの企画・準備を手伝ってもらった。以前は明るく社交的であることが多かったが、今は軽い言語障害があり、はじめはあまり人と話そうとしなかったが、在宅復帰の可能性がみえてくるにしたがって、主婦としての役割を果たすことはできない、みずから積極的に動き出した。かなり責任のある役割を	主婦として、「疲れて帰ってくる夫に夕食をつくりたい」という強い希望が支持され、献立づくりについてアドバイスを受けたことが、Gさんにとっては前向きに考えていくとする大きな転機となった。また、たとえ完璧にできなくても、主婦としての役割は十分に果たせることを伝えたこと、身近に相談してくれる専門職がいることで、少しずつ不安が解消されていったのではないかと。 ADLの幅を広げるという長期目標は普通に達成されつつある。また、専門職による評価だけでなく、「自己チェック表」を活用したことで、Gさん自身、自分の障害や生活していくうえでの困難がどこにあるかを認識する大切な機会となった。

性がみえてくるにしたがって、主婦としての役割を果たすことはできないと、みずから積極的に動き出した。かなり責任のある役割をになってもらったが、きちんと役割を果たし、自信をつけていった。	になってもらったが、きちんと役割を果たし、自信をつけていった。
---	---------------------------------

気づいたこと（新たな課題や可能性）	これまで、「在宅での主婦としての暮らし」をイメージし、そのために必要な支援を施設のなかで行うという経験がほとんどなかったこともあり、「仕事で疲れて帰ってくる夫」という G さんのいちばんの希望を実現させるためのプログラムや環境が不足していることに気づいた。在宅復帰を支える経験を積んで、それをあたりまえに受け入れ、在宅復帰につながる支援のあり方や条件づくりに取り組む必要性を痛感した。
--------------------------	--

⑨ 【解説】 G さんの介護過程について

G さんは、くも膜下出血で右片麻痺となり、車いす生活となりながらも、まだ現役の銀行員として働いている年下の夫のために、何とかして自宅に戻り、専業主婦としての役割を取り戻したいと願っています。自分の障害を考えると、果たしてそれが本当に可能であるのか、一方で不安はかかえながらも、そのためにできることは何でもしたいとの意欲をもっています。

夫もそれを望んでおり、応援したいと思っはいるのですが、やはり本当に大丈夫なのかと半信半疑でいます。

G さんは、現在入所している介護老人保健施設のなかではかなり自立度の高い利用者ですが、自宅に帰って日中 1 人で過ごし、さらには専業主婦としての役割を果たすという目標を達成するには、現在利用できるサービスを最大限活用しても、なおかなりの工夫や努力が必要です。

その目標を実現させるためには、住環境整備を行い、自宅での暮らしを想定したうえでの、施設での日々の暮らし方の工夫が必要となります。自宅に戻った場合、とくに入浴環境は大きく変わるため、自宅で安全に快適に入浴できる環境整備や入り方の工夫が求められます。

そこで介護職は、アセスメントを通じて、次の 3 つの課題を明らかにしました。

1. 在宅復帰後、「日中、1 人でもサービスを利用しながら家事が行える」という自信をつけ、不安を軽減する必要がある。
2. 在宅での生活をできるだけ具体的に想定したうえで、日常生活場面での A D L の自立の幅を広げていく必要がある。なかでも、施設と大きく異なる入浴場面については、その環境整備と入り方の工夫を検討する必要がある。
3. 施設生活のなかでの役割をつくったり、余暇活動にもできるだけ参加したりするなかで、車いすでの生活体験の場を広げ、精神的にも体力的にも自信をつける必要がある。

「夫のためにもう一度、自宅に戻り、主婦としての役割を果たしたい。そのためには、まず身のまわりのことや家事は自分でできるようになりたい」という G さんの強い希望にそうために、介護職は介護計画をふまえて具体的な介助を行っていきました。それと同時に、施設では在宅復帰支援チームをつくり、G さん夫妻を囲んで、在宅復帰にかかわる施設側と地域の関係職種ができることを検討しながら一時帰宅を重ねて、その可能性を一步一步探っていきました。

可能性がみえてくるにしたがって、G さんや夫の不安も徐々に解消され、意欲的な取り組みがみられるようになりました。また、関係職種も在宅復帰支援に何が必要であるのかについて、ともに学ぶことができた貴

重な体験にもなりました。

とくに、「疲れて帰ってくる夫に夕食をつくりたい」というGさんの希望を支えることと、Gさんがいちばん気にしていた、施設とは大きく環境が異なり、夫に負担をかける可能性のある自宅のお風呂での入浴環境の整備と入り方の工夫をていねいに行ったことで、在宅復帰への意欲が高まり、積極的に今後の生活設計に夫婦で向き合っていく姿勢ができはじめたといえます。

演習～Gさんの自立に向けた介護の実際（衣服の着脱、入浴の介護）～

課題 1

在宅復帰に向けて、意欲的に取り組んでいるGさん。なかでも、退所後は、自宅のお風呂で入浴したいと考えています。そのため、自宅での環境を想定し、自立度を確認して、自分でできる方法を見つけようとしています。

Gさんは、車いすで脱衣室まで移動してきました。まずは、衣服を脱ぐ介助を行いましょう。なお、Gさんは、前開きの上衣とズボンを着ています。

ここに注意！

- Gさんは、自宅に戻ったあと、できるだけ夫に負担をかけずに自分で入浴したいと思っています。
- そのために、施設では、起立訓練や平行棒歩行の訓練を行っています。
- Gさんには右片麻痺による体幹機能障害と、軽度の言語障害があります。

介助の方法と留意点

4. 介護職は、Gさんの名前を呼んであいさつをし、体調を確認します。
5. 介護職は、Gさんに介助内容を説明し、同意を得ます。
6. Gさんは上衣を脱ぎます。
 - ①「脱健着患」の原則にもとづき、Gさんは健側（左側）の手でボタンをはずし、患側（右側）の肩を脱ぎ、健側上肢の袖を脱ぎます。
 - ②次に、Gさんは健側の手を使い、患側上肢の袖を脱ぎます。
 - ③介護職は、Gさんの患側に立ち、適宜声をかけながら、Gさんのできないところを介助します。
 - ④このとき、どうしても肌が露出しやすくなるため、バスタオルなどを利用して必要以上に肌が露出しないように配慮します。
7. Gさんはズボンを脱ぎます。
 - ①介護職は患側（右側）を保護し、Gさんは健側（左側）の腰を浮かせて腰部を脱ぎます。Gさんに患側を浮かせてもらい、介護職が腰部を脱ぐのを介助します。
 - ②Gさんは健側の手でできるだけズボンを下げておき、健側下肢から脱ぎます。
 - ③次に、Gさんは健側の手を使い患側下肢を健側下肢に乗せ、健側の手で患側下肢のズボンを脱ぎます。
 - ④介護職は、Gさんのできないところを介助します。

課題2

次に、脱衣室から浴室へ移動し、ゆっくりと浴槽に入って湯につかる介助を行いましょう。

ここに注意！

- Gさんには右片麻痺による体幹機能障害と、軽度の言語障害があります。
- 施設内の入浴はリフト浴ですが、ほとんど自分で洗うことができます。

介助の方法と留意点

- 介護職は、Gさんの名前を呼んであいさつをし、体調を確認します。
- 介護職は、Gさんに介助内容を説明し、同意を得ます。
- 介護職は、安全で快適な浴室環境になっているかを確認します。
 - 脱衣室から浴室までの段差、床面の濡れに注意します。
 - シャワーチェアに、浴槽の湯（もしくはシャワーの湯）をかけて温めます。このとき、Gさんの健側（左側）に浴槽がくるようにシャワーチェアを配置します。
 - すべり止めマットを浴槽の中に敷いておきます。
- Gさんは浴室内へ移動します。
 - Gさんの患側（右側）から腕と腰を支え、ともに歩いて浴室へ移動します。
 - 介護職は、自分の膝（もしくは手）をGさんの患側の膝に当てて膝折れを防止し、腰を支え、シャワーチェアに座ってもらいます。
 - Gさんの両足のかかとが床についているかなど、座位の安全を確認します。
 - Gさんの健側（左側）の足元からゆっくりと湯をかけて、温度を確認してから、かけ湯をします。
- Gさんは浴槽に入ります。
 - Gさんは健側（左側）から、浴槽の縁（もしくはバスボード）に座ります。
 - Gさんは健側の足をまず浴槽に入れ、介護職は、Gさんの患側（右側）の膝関節を支えて入ってもらいます。
 - Gさんは前かがみの姿勢で、健側の膝を曲げながら、ゆっくりと湯につかります。
 - 後ろに倒れないように誘導して、Gさんの姿勢を安定させます。
 - Gさんに、この姿勢でよいか確認し、胸部以上がつかないように注意します。
- Gさんは浴槽から出ます。
 - Gさんに、浴槽から出ることの同意を得ます。
 - Gさんは浴槽の縁や手すりをつかみます。
 - Gさんは健側（左側）上下肢を活用しながら、前かがみの姿勢で健側の膝を伸ばし立ち上がります。このとき、介護職は腰を支えます。
 - Gさんは、浴槽の縁（もしくはバスボード）にいったん座ります。
 - 介護職は、Gさんの背部を支え、患側（右側）から先に膝関節を支え浴槽から足を出します。
 - Gさんは、浴槽の縁（もしくはバスボード）からシャワーチェアへ移動します。このとき、ふらつきがないか確認します。

課題3

Gさんは浴室から脱衣室に戻ってきました。新しい衣服に着替えて、入浴後の介助を行いましょう。
なお、Gさんは、前開きの上衣とズボンに着替えます。

ここに注意！

- Gさんには右片麻痺による体幹機能障害と、軽度の言語障害があります。
- 入浴後の体調の変化には十分に注意する必要があります。

介助の方法と留意点

14. Gさんは、バスタオルでからだをふきます。このとき、介護職はGさんに体調を確認し、Gさんの体力が消耗しないように心がけます。
15. 介護職は、Gさんに新しい衣服を選んでもらいます。そして、衣服の着用について、Gさんのできないところを介助します。
 - ① Gさんは健側（左側）の手で、患側（右側）上肢の袖を通します。
 - ② Gさんは健側の手で上衣の右えりもとを持ち、ぐると後ろからまわして健側の肩まで上衣を着ます。
 - ③ 次に、Gさんは健側上肢の袖を通します。
 - ④ Gさんは健側の手でボタンをとめて、えりもと、両肩、裾などを整えます。
 - ⑤ Gさんは健側の手を使い、患側下肢からズボンを通します。Gさんの状態を観察し、疲れているようであれば、患側は介護職が介助します。
 - ⑥ 次に、Gさんは健側下肢にズボンを通します。
 - ⑦ Gさんは健側の手で、ズボンをできるだけ上まで上げます。
 - ⑧ 介護職が介助して立位になりズボンを上げます。
 - ⑨ 上衣をズボンの中に入れるかどうかGさんの希望を聞きます。
16. 介護職は、Gさんに水分補給のため水を飲んでもらい、Gさんの体調変化を把握します。
17. 介護職は必要に応じて、Gさんの肌や爪の手入れをします。

■ 確認・評価してみよう！

確認・評価項目	CHECK
① Gさんに適切な言葉かけができましたか（できるだけ夫に負担をかけずに自分で入浴したいという思いにそった言葉かけ、体調の確認、これから行う介助の説明と同意など）。	
② 安全で快適な浴室環境になっているかを確認しましたか。	
③ Gさんの健側（左側）に浴槽がくるようにシャワーチェアを準備しましたか。	
④ すべり止めマットを浴槽の中に敷きましたか。	
⑤ 浴槽に入る前に、Gさんの健側の足元からゆっくりと湯をかけて、温度を確認しましたか。	
⑥ Gさんは健側から浴槽に入りましたか。	
⑦ 入浴後、Gさんが自分でからだをふく際に、体力の消耗を防ぐような配慮をしましたか。	
⑧ 衣服の着脱に際しては、「脱健着患」の原則にしたがって介助ができましたか。	
⑨ 入浴後、Gさんに水分の補給をすすめましたか。	
⑩ 全体を通してGさんの自立に配慮した援助ができましたか。	