

生活機能向上の目標に視点をおいた 介護過程教育の試論

しば はら きみ え
柴 原 君 江

〈要 旨〉

介護教育は転換期にあり、介護福祉士の生涯を通じた能力を開発するために新たな教育内容の見直しが考えられている。特に、介護実践の場でエビデンスに基づくケアが求められ、介護過程の教育はますます重要になる。

介護過程の具体的な展開は、実習Ⅲで介護計画立案の一連の過程を実践し介護サービスの提供ができる能力を養うための指導を行っている。介護目標の設定にあたっては、利用者のプラス面に着目した生活機能向上に視点をあてているが、生活全般の活性化のための具体的な目標設定が不十分な部分がある。問題のポイントはアセスメントであると思われる。利用者の現時点の生活と過去の状況、将来の望ましい生活についてどのようなニーズがあるか把握し、課題や全体像、生活環境とのかかわりで課題を見つけ出すことが必要である。アセスメントの段階で学生と問題を共有し援助目標を設定しやすくするのが教員の役割と思われる。

〈キーワード〉

介護過程 自立支援 生活課題 アセスメント 生活機能 ICF

〈はじめに〉

介護援助における介護目標の設定は、利用者を中心に具体的にされることが求められている。それは介護目標を如何に設定するかであり、介護過程の展開のための教育も十分に検討した上で行うべきであると考えられる。

介護教育は転換期にあり、介護福祉士の生涯を通じた能力を開発するために新たな教育内容の見直しが考えられている。基礎的な能力の付与は当然のことであるが、介護実践の場でエビデンスに基づくケアが求められ、介護過程の教育はますます重要になる。

現在、介護過程は「介護概論」で基礎的な考え方を教育し、「介護技術」、「介護実習指導」「介護実習」の教科で具体的に展開している。多くの教科で取り上げているのは、それだけ重要で利用者の援助過程を十分に考えて実践してほしいからでもある。今後の介護教育内容の改正・カリキュラムの見直しの予定では、介護過程を独立した教科として150

時間を設定し、他の科目で学んだ知識・技術を統合して介護過程を展開できる能力を身につけるとしている。

当大学の授業においても、介護過程の具体的な展開は、実習Ⅲで利用者の情報把握、アセスメント、介護計画立案の一連の過程を実践し介護サービスの提供ができる能力を養うための指導を行っている。

昨年からの介護目標の設定にあたって、利用者のプラス面に着目した生活機能向上に視点をあて、情報収集の様式も改善したが、生活全般の活性化のための具体的な目標設定が不十分な部分がある。そこで、その問題点を明らかにし、介護過程教育の新たな展開のための試論をまとめたので報告する。

〈用語の操作的定義〉

①生活機能

「人が生きること」の全体像を示し、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」のすべてを含む包括概念である。これは生命、生活、人生の統合したものといえる。生活機能の意義は健康状態や心身機能の障害そのものだけでなく生活、人生への影響を重視することにある。

②心身機能

心身機能とは、身体系の生理的機能・心理的機能をさす。

精神機能や感覚機能と痛み、その他の免疫系や呼吸器系、消化器系、代謝、皮膚などの機能・構造を含む。「心身機能・構造」に問題が生じた状態を「機能障害」、「身体構造」は「構造障害」という。

③活動

活動とは、生活レベルの様々な目的をもったひとまとまりの行為をいう。食事や更衣、入浴、排泄、洗面、歩行など身の回りの行為だけでなく、余暇活動や家事・職業的な活動も含まれる。活動は1日の朝から晩までの生活に必要で、それを成り立たせている様々な行為である。

④参加

参加とは、生活・人生場面への関わりのことである。仕事や家庭内での役割や地域社会への参加など人生における役割を果たすこと、その他色々な社会参加のこと。これに問題が生じた状態を「参加制約」という。

⑤環境因子

人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的・制度的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。具体的には生活環境（自宅か施設か、居室やトイレなどの設備）、用具（車椅子などの福祉用具）、生産品（食品など）があり、

社会的・制度的環境はコミュニティーや社会における公式または非公式な社会構造，サービス，全般的なアプローチまたは制度であり個人に影響を与えるもの。

地域活動，政府機関，交通のサービス，更に法律，公的や私的，任意サービスや制度，政策などがある。人的環境には家庭や職場，学校などの場面を含む個人にとって身近な環境の中で人が接触する家族や親族，友人，サービス提供者，保健など他職種の専門職，他者との直接的な接触や関係を含む。

⑥個人因子

個人の人生や生活の特別な背景であり，健康状態や健康状況以外のその人の特徴のことである。

性別，人種，年齢，その他の健康状態，体力，ライフスタイル，習慣，生育歴，困難への対処方法，社会的背景，教育歴，職業，過去及び現在の経験（過去や現在の人生の出来事），全体的な行動様式，性格，個人の心理的資質，その他の特質など個人に起因する属性が含まれる。

1. 研究目的

介護計画は個別的で，利用者の心身の機能や生活特性を重視したものであることは言うまでもない。

利用者の生活機能の現状や，価値観を尊重した適切なアセスメントがされ介護計画をたてる必要があるが，心身の機能に重点が置かれやすいのが現状である。機能を維持・回復させるのは生命・生活・人生のすべての側面に働きかけ，その人のもつ潜在的な生活機能の向上にむけて意思を引き出すものとする。

介護過程を学習し援助計画をたてた事例をもとに，情報収集・アセスメント・介護目標にいたる経過を分析し，指導のあり方と指導上の問題を明らかにすることを目的とする。

2. 研究方法

研究方法

介護過程実践事例の記録分析

学生の実習IIIにおける記録，及び介護技術講習会において介護過程を学び施設等で利用者の介護を実践しているホームヘルパー等の介護計画表を分析対象とした。

介護過程に沿った介護計画表の情報収集，アセスメント，介護目標の設定について特徴を分析。特に「活動の向上訓練は目指す人生（参加）の具体像であるさまざまな活動を可能にしていくもの」であることから活動の個別性（相対的独立性）に着目した。利用者が「どのような人生を送りたいと望んでいるか，家族は何を望んでいるか」など「生活の希

望」にかかわる情報収集の有無とアセスメントを重視して分析した。

研究対象

- ①学生Kの介護実習Ⅲの介護計画表と記録。2005年9月、3年次に介護老人福祉施設実習で行った1利用者の介護過程実践の記録。
- ②介護技術講習参加者の介護計画表。参加者は介護老人福祉施設，介護老人保健施設，身体障害者療護施設，有料老人ホーム，デイサービスセンター，グループホーム，訪問介護ステーションなどの施設職員70名，介護療養型医療施設などの職員5名，学生その他4名，計79名。

介護技術講習会では介護過程展開の講義を150分実施，その後援助対象者の介護計画を介護過程に沿って立案。介護計画のための様式は介護技術講習で事例展開に使用する様式を使用した。

3. 研究結果

1. 学生K，介護福祉専攻3年次の実習Ⅲにおける個別介護計画立案と見直し修正の過程

1) 実習Ⅲの学習目標

学生が担当した利用者の介護計画を立案し実践する。

2) 情報収集

従来の情報収集シートは，利用者のフェイスシート，入所理由，既往歴，家族関係，入所時と現在の身体的・精神的状況，生活歴そして生活状況と介護状況であった。援助計画のための生活状況の把握は食事や排泄，移動の状況，コミュニケーションや精神・身体の具体的状況であって，ADL 中心の情報把握であった。(表1)

表1 実習中に使用した情報収集シート

氏名	O・Aさん 女	生年月日	明治41年月29日	年齢	97歳
入所の理由		家族関係			
平成14年10月11日に入所。平成13年10月に転倒による左腿骨内顆骨折し，退院後も在宅に戻ったものの，自立生活は困難であり，同年12月に老人保健施設に入所。退院後，家族から引き取ることが困難なため。		◎：本人 □：男性 ○：女性			
既往歴		<p>10数年前に死去</p> <p>18歳の時に死去</p>			
慢性関節リウマチ (平成9年) 老人性痴呆症 (平成12年) 左腿骨内顆骨折・骨接合 OPE (平成13年10月) 右目白内障 OPE (平成14年2月) 心房細動 (平成15年2月)					

身体的・精神的状況	
入所時	現在
<p>身体状況 身長：143cm 体重：45.8kg 要介護度：4 バイタルサイン：KT. 35.8°C P. 76 BP. 118/70 身体：立位は支えてもらって可能。 精神症状 認知症：軽度あり（短期記憶に問題あり）間違っ て別のフロアーに行ってしまう。 NM スケール：合計23点</p>	<p>身体状況 体重：40.8kg 要介護3 身体：入浴やトランスファーの際、相手に 掴まることは可能だが移乗は全介助。車椅子 は自操可能。側臥位など寝返りなどは可能。 右手の握力低下・変形が見られる。便秘有 り。 精神状態 認知症：失見当識（曜日などを忘れる）同 じ話を繰り返す。</p>
生活歴	利用者・家族の希望・要望など
<p>出身地はK県。自宅は平屋建て。 クリーニング店で働いていた。裁縫が得意。 社交的でおしゃべり好き。</p>	<p>疲れにくい若さが欲しい。 今したいことは特にない。</p>
生活状況	介護状況
<p>食事（7:30 12:00 18:00） 主食：粥 副食：刻み 箸での自力摂取が可能。</p>	<p>「Oさん、ごはんですよ」と名前を声かけ しながら配膳する。</p>
<p>口腔ケア（毎食後） 食後、水の入ったコップを手渡すと自力 でうがいをを行う。義歯を外して職員に 手渡す。</p>	<p>コップに水を入れ、「うがいをしましょ う」と声かけをして手渡す。義歯を回収 し、消毒（ポリデント）してから返す。</p>
<p>排泄（9:00 14:00 20:00 5:00） 24時間おむつ対応（テーナ白M+L） 便意・尿意無 便秘有 側臥位の際、ベッドの柵に掴まることが 可能。</p>	<p>「今から下を交換します」「横を向い て下さい」と声かけし、柵を触らせ、背 中を少し支える。臀部など皮膚の観察を する。漏れがある場合は陰部洗浄と衣類 交換を行う。</p>
<p>入浴（毎週火曜日・金曜日） 機械浴（シャワーチェア入浴）移乗は 掴まることが可能で全介助。上着の着 脱は自力で袖から腕を抜く。洗髪の際 、目や耳に湯が入らないように塞ぐ。入 浴中、自分の肩に湯をかける。</p>	<p>シャワーチェアへの移乗の際は「しっ かり掴まって」と声かけしながら一人 が支え、もう一人がズボンと下着を下 げて腰を支える。「目や耳に湯が入ら ないように塞いで下さい」「肩に湯を かけましょうか」などの声かけを行う。</p>
<p>移乗・トランスファー 介助者の背中ですっかり腕を組み、掴 まることが可能。エレベーター以外は 自操で移動。</p>	<p>「私にしっかり掴まって下さい」と 声かけし、体がベッドや車椅子に当た らないか確認し「1・2・3」とかけ声 で移乗する。介助者は不安な表情で介 助すると不安が伝わり、「怖い」と言 うので気を付ける。</p>
<p>薬（毎食前） カマ（下剤） アローゼン（緩和な下 剤） エパデール S600（血栓防止・高脂 血漿治療薬）</p>	<p>「美人になる薬ですよ」などと声 かけし、口の中に薬を入れる。</p>
<p>活動 作業療法（毎週土曜日）、音楽クラ ブ（月2土曜日） 居酒屋（月1月曜）拒否はなく、他 の利用者とおしゃべりしながら、そ の時間を自分なりに楽しめる。</p>	<p>「今から作業に行きましょう」「今 から音楽に行きましょう」と声かけす る。</p>
<p>コミュニケーション 視力・聴力は特に問題なし。誕生日 を言える。 「昔は人の肉を食べていた」「親に 逆らえなかった」など昔の同じ話を 繰り返す。日にちや曜日、予定など （失見当識）が分からない。1・2時 間前に入浴などを覚えていない。介 助の際の「横を向きます」など動作 前の声かけに対して理解した様子（「 はい」と頷く）で反応が有る。</p>	<p>「そうなんですか」など受容しなが ら話を聞く。介助の際は不安・恐怖心 の軽減のためにも「これからベッド に移動しますよ」など動作前に声かけ をする。不安な表情で介助すると「 怖い」と言うので動作前は安全確認 をし、表情にも気を付ける。</p>
<p>NM スケール（N式老年者用精神状態 尺度） 家事・身辺整理 5点 交流 7点 記憶 5点 見当識 5点 会話 7点 合計29点 中等症</p>	

17年度から介護における目標のあり方を具体的にするために、「参加」とその具体像である「活動」のレベルにおき、生活機能向上を重視した目標設定のプロセスを踏んで進めていく指導を行った。

利用者の情報収集はICFモデルに添って行うこととして、アセスメント、介護の目標を設定し実施する。この過程では表2の情報収集用紙の活用し、その内容として以下の目安を考慮した。

- ①「健康状態」については、既往歴（急性あるいは慢性の疾患、外傷、先天性異常など）や薬（下剤など）と他職種（医師や看護師など）の見解を記入する。
- ②「心身機能」については、「支えて立位をとることは可能だが疲れてしまう」など現在の身体機能・精神状態などが自分が利用者との関わりから得た見解を記入する。
- ③「活動」については、ADLをはじめとする歩行・食事・排泄・入浴・更衣などの利用者ができること（能力）・実際にしていること（実行状況）を記入する。
- ④「参加」については、「毎週土曜日に作業療法に行く」などの利用者が実際に参加しているクラブ・サークル活動や訓練、余暇活動、趣味、利用者がしたいことなどを記入する。
- ⑤「環境因子」については、
物的：「居室の外にトイレと洗面台がついている二人部屋」など生活環境・福祉用具・自然環境について記入する。
人的：「敬老会などの行事に次男夫婦が面会にくる」など家族・親族・友人・援助者との関係について記入する。
社会・制度的：介護保険制度など公的・私的・任意のサービス・制度・政策を記入する。
- ⑥「個人因子」については、性や年齢・生活歴・ライフスタイル・価値観について記入する。

3) 情報の整理

事例：97歳、女性、骨折後老人保健施設に入所、中等度認知症、要介護3。

以上の情報から「している活動」と「できる活動」をアセスメントし、参加場面を利用者が生き生きと楽しめる援助計画をたてた。（表2）

4) 介護計画

学生Kが実習中に立案した介護の目標は、軽度認知症と慢性関節リュウマチによる右手の握力低下・変形を可能な限り遅らせる援助であった。もの忘れや軽度の失見当識については、対応の仕方で興味を持つことができ、積極性をひきだすことが可能と判断した。右手のリハビリについては、利用者の「手が悪いから昔やっていた裁縫も今は出来ない」という言葉から「裁縫がやりたい」という予測を立てて、リハビリ（参加）のテーマとして実施項目に加えた。しかし、実際は利用者に「何を作りたいのか」、「本当に裁縫をやりたいのか」について日常の関わりや観察によってさらに情報収集しなかったことから、裁縫

の継続ができなかったことを反省している。

結果として介護計画実施途中でプラン変更をしなければならなくなった。「本人が望んでいること」を予測することは大切だが、明確な予測に基づいた具体的な設定がなされなかったためにこのような結果になった。さらに ICF モデルを活用することで不足している情報や偏っている情報を見つけることができたとしている。

表2 ICF モデルを活用した情報整理

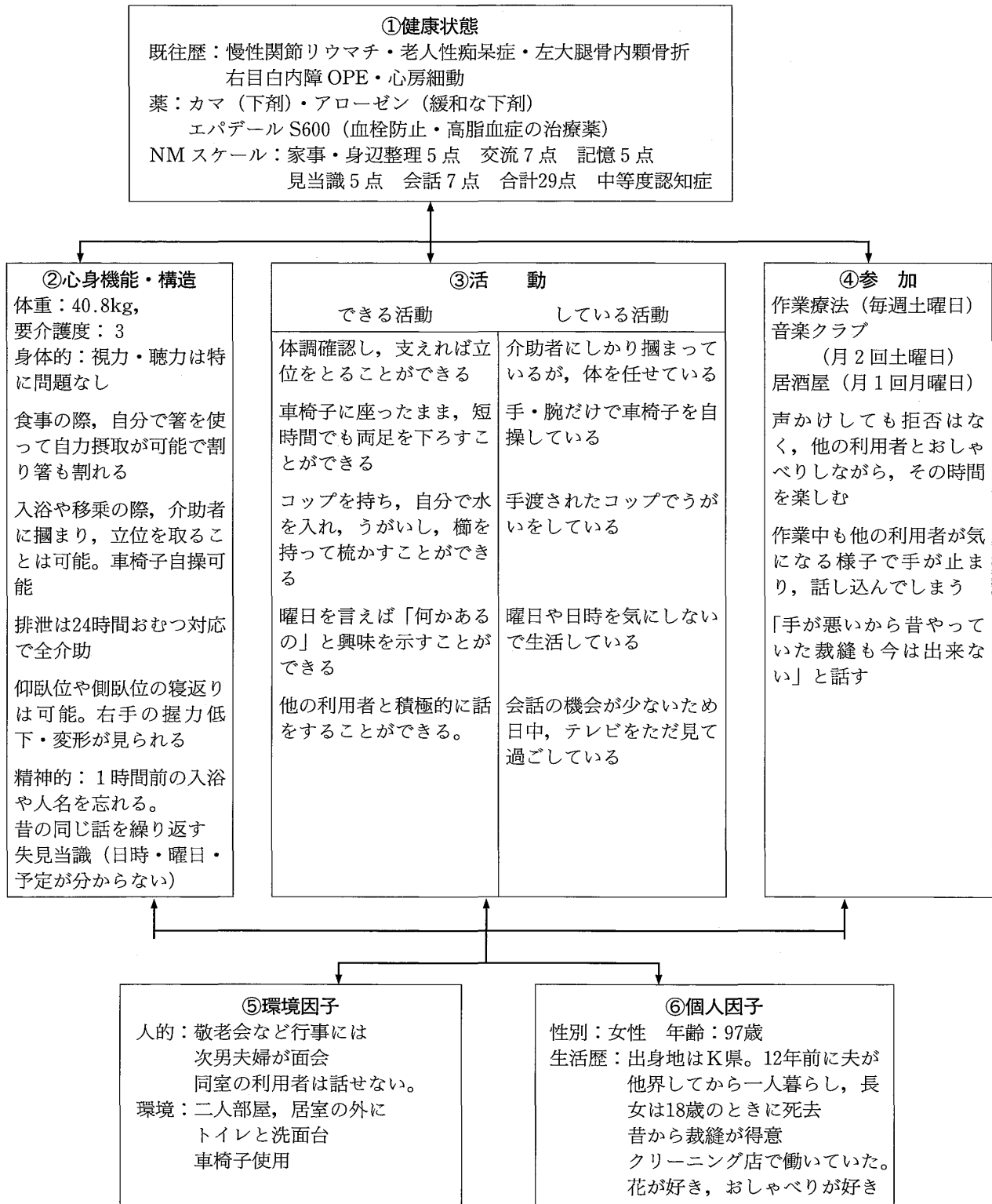


表2 個別介護計画

利用者氏名 O・A	介護方針：右手の機能低下を防ぎ、一日一日を大切に楽しみのある生活をめざす。			
利用者の状況、生活等	課題	介護目標	介助援助内容	評価
<p>認知症があり、失見当識（日時・曜日・予定が分からない）のため、職員も特に聞かれない限り言わず、日時や曜日、予定を知らずに生活している。</p> <p>日中、起きている時はついでにテレビを見ているだけ。</p> <p>認知症のため昔の記憶も部分的になっているが、よく「昔は裁縫が得意で着物も縫ったことがある」「手が悪いから今は裁縫もできない」などと話す。</p> <p>移動や食事と腕や手を良く使うことがあっても指先を使う機会が減ってきているために握力低下や変形が見られる。</p>	<p>毎日、声かけやコミュニケーションの中に日時や曜日、予定を入れることによって認知症（失見当識）の進行を防ぎ、一日一日を大切に本人らしい毎日を送る。</p> <p>裁縫を行うことで右手の機能低下（握力低下・変形）を防ぎ、生活の中で楽しみのある生活を送る。</p>	<p>忘れてしまっても日時や曜日、予定を知らせるような声かけ、コミュニケーションをしていく。</p> <p>楽しみのある生活をする。</p> <p>指先を使う機会を作る。</p>	<p>1. Oさんに対して介助の際の声かけやコミュニケーションの中に日時や曜日、予定を入れる。例）「Oさん今日は〇月×日です。朝食食べに起きませんか。」 「今日は火曜日なのでお風呂ですよ。」 「今日は土曜日なので音楽クラブですよ。」</p> <p>2. 指先がどの程度動くか観察し、裁縫や日常生活の中で指先を使う機会を見つけ声かけする。</p> <p>①お手玉を作る。</p> <p>②箸を使用して食べているか観察。</p> <p>③「うがいしましょう」とコップを渡し、水を出して自分で入れてうがいをしてもらう。義歯を自分で水洗いしてもらう。</p> <p>④入浴時に「右手の指を開きましょう」と声かけし、実際に左手で開いてもらう。</p>	<p>日時や曜日を言う前に入浴などの予定を先に声かけし、後で日時や曜日を問いかけるOさんも興味を持って聞き返すので効果的。</p> <p>Oさんにとって「これを作りましょう」と声かけして作業するよりも布と針、折り紙を渡して自由に好きなものを作るほうが楽しい様子で笑顔も見られた。</p> <p>裁縫は15分しか続かないため、プラン変更して折り紙や塗り絵にしたところ40分、自分の好きなものを作り、好きなように塗りを楽しまれている様子でこれなら長期間続けられるようだ。</p> <p>社交的でおしゃべり好きなOさんにとって私と二人だけで折り紙をするよりも時々、他の利用者も誘うことで刺激になるので環境の工夫をする。</p> <p>入浴後などは疲れが見えて手が止まってしまうので無理はせず、休憩を間に入れてゆっくり作業するなど体調に合わせて考慮する。</p>

「本人が希望することができるようになる」という明確な予測に基づいて具体的に設定がなされない場合は介護の目標が不明確となることに気がついている。

1) 介護の目標設定のプロセスとして、主目標（「参加」レベルの目標）とその具体像である「活動」レベル目標（「する活動」、そしてその実現に必要な「心身機能」レベルの目標を決定することである。さらに重要なのは参加レベルの目標から活動レベルの目標が決まり、その実現に必要な心身機能レベルの目標が決まってくる。「参加」と「活動」を一体として生活機能の各レベルにわたる評価結果や実行プログラムをもとに予後予測を行い最良の目標を決めていくのである。目標設定は各レベルの評価ステップをふんで具体的にしていく必要がある。

1) 介護技術研究会「介護技術講習会テキスト」日本介護福祉士養成施設協会 平成17年3月 p.3

5) 実施及び評価

学生が注目したのは、「本人らしい楽しい生活」を目標にして、このことが認知症の進行を遅らせると考えた。また、指先の機能低下が生活行動の低下を促進することから指先を使う機会を作る工夫をしている。この利用者は裁縫が得意との情報を得て、お手玉づくりをすすめる。実際には集中する時間が15分程度であったためプランを変更して自分が好きな事、やりたいことを利用者と共に見つける工夫をした。

その後、情報をさらに整理して実習中に立案した介護計画を見直し、再度計画を立て直した。

学生の反省は、利用者の「できること」、「できないこと」のみに焦点をあてて援助計画をたてていたことを反省し、心身機能だけではなく、「活動」と「参加」について利用者の言葉や活動の様子に視点を向けて「本人が望んでいること」を把握する計画を立てた。

さらに情報整理し、利用者にとって生活の楽しみとは何か、生活の中で何を望んでいるのかなど利用者の意欲につながる情報が不足していることに気が付いた。

表3 個別介護計画 (再)

利用者氏名 O・A	右手の機能低下を防ぎ、本人にとっての楽しみのある生活を見つける。			
利用者の状況、生活等	課題	介護目標	介助援助内容	評価
<p>曜日を言うと予定に興味を示し、クラブや入浴があると嬉しそうに笑顔を見せる。</p> <p>おしゃべり好きで他の利用者が居れば積極的に会話をすることができののだが日中はただテレビを見ているだけ。</p> <p>声かけで促せば自分でコップに水を入れてうがいをし、髪を梳かすことができるのだが職員が行っている。</p>	<p>曜日や予定を知ること生活に興味ができ、曜日や予定を知ること楽しみのできる。</p> <p>おしゃべりが好きで他の利用者ととも積極的に会話できる機会を増やし、日中テレビを見るだけで終わらないように過ごす。</p> <p>日常生活の中で手を使う機会を作ることによって右手の機能低下(握力低下・変形)を防ぎ、少しでも自立した生活を送る。</p>	<p>忘れてしまっても日時や曜日、予定を知らせるような声かけ、コミュニケーションをしていく。</p> <p>Oさんが何を楽しみとするのか知る。</p> <p>日中(10時のお茶の時間)など生活の中に他の利用者と会話できる機会を作る。</p> <p>指先を使う機会を作る。</p>	<p>Oさんに対して介助の際の声かけやコミュニケーションの中に日時や曜日、予定を入れる。</p> <p>例)「今日は火曜日なのでお風呂ですよ。」や「今日は土曜日なので音楽クラブですよ。」など</p> <p>「うがいしましょう」とコップを渡し、自分で水を出して入れてもらい、うがいをしてもらう。</p> <p>櫛も「これで髪を梳かしましょう」と声かけしながら手渡し、自分でやってもらう。</p> <p>入浴時に「右手の指を開きましょう」と声かけし、実際に左手で開いてもらう。</p>	<p>一週間ごとに変化が見られたのか確認する。</p>

2. 介護技術講習会における介護援助の目標

1) 介護技術講習会

介護技術講習会とは、介護福祉士国家試験・実技試験免除のための行う講習会である。厚生労働省は、平成15年に「介護福祉士国家試験の在り方等、介護福祉士の質の向上に関する検討会」を設置した。検討会報告書で提言された具体策の一つとして、介護福祉士国家試験実技試験については受講者の申請に応じて「介護技術講習会」を修了した者に実技試験を免除する制度を導入した。

介護技術講習会は17年度から実施し、その内容は基本的介護技術である「介護過程の展開」、「コミュニケーション技術」、「移動、排泄、衣類着脱、食事、入浴等の介護技術」である。この講習会の講義と演習は、相互に関連し系統立てて修得することが求められ、重要なポイントは「生活機能の向上」の目標にそったアセスメント、援助の目標設定、目標達成度の評価である。

2) 対象

今回、介護技術講習会において介護過程の講義を150分実施。その後、介護計画を作成した79事例（17年度・18年度介護技術講習会受講者）の介護計画表の援助目標を分析した。

79事例の内訳は、男性37名（46.8%）、女性42名（53.2%）。施設生活者33名（41.8%）、在宅生活者46名（58.2%）である。年齢は男性34歳～91歳、女性50歳～101歳、平均年齢は男性71.4歳、女性72.0歳、在宅生活者の平均年齢は施設生活者より高い。

表4 事例の内訳

N=79 (%) (人)

	男性	女性	計
施設生活者	11	22	33 (41.8)
在宅生活者	26	20	46 (58.2)
計	37 (46.8)	42 (53.2)	79 (100.0)

表5 平均年齢

N=79 (歳)

	男性	女性	年齢不明	計
施設生活者	68.6	68.2	1	68.4
在宅生活者	74.1	75.7		74.9
計	71.4	72.0		71.7

3) 情報収集

介護援助における目標設定のプロセスは、「参加」レベルの目標が主目標であり、「活

動」とその実現に必要な「心身機能」レベルの目標が決まってくる。参加と活動は表裏一体であるが、その具体像が情報収集の段階でどのように把握されているか検討した。情報収集項目を見ると、参加、活動レベルの目標を具体化するための本人や家族の希望（どのような生活・人生を生きたい）がどれだけ具体的に把握されているか注目した。

79事例のうち、本人・家族の「参加・希望」に関する情報をとらえていたものは31名（39.2%）で在宅生活者22名、施設生活者9名であった。その内容を表6に示した。

表6 本人・家族の参加・希望を把握した事例

N=31 (件数)

在宅生活者 22名			情報収集項目 (数)				希望の内容	介護の目標
年齢	性別	疾病	心身機能	活動	参加	(希望)		
87	女	脳梗塞	4	3	1	2	身辺自立, 友人とカラオケがしたい	デイでレク参加, 衣食排泄の自立
91	男	骨折	1	3		2	外出の自立, 図書館に行きたい	歩行訓練, 体力維持と安全
83	男	脳梗塞	2	1	1	2	会社(会長)へ復帰, 無理なく自立	会社のイベントに参加
66	女	脳梗塞	3	2		1	趣味(手芸)をしたい	デイで手芸に参加, 他者と交流
34	男	脊髄損傷	4	3		2	身辺自立, パソコンで他者と交流	移動の自立, 生活拡大
69	女	認知症	1	4	1	1	趣味(絵)を楽しむ気持ちを取り戻す	デイで趣味を活かす
55	女	脳梗塞	4	1	2	2	家事の実施, 健康に注意	本人の意志尊重, 部分的な援助
79	女	認知症	2		1	1	働くことが好き, 仕事生きがい	自分の役割が持てる参加の仕方
76	男	脳梗塞	1	1	2	3	歩行と生活自立, 趣味を楽しみたい	リハビリと将棋
95	女	骨折	2	2		1	身辺自立	リハビリ中心に自立支援
76	女	脊髄損傷	3	3		2	公園の散歩, サークル活動をしたい	自立歩行, 食事, 排泄の自立
75	女	脳梗塞	2	2		1	趣味の手芸, 園芸を楽しみたい 家族生活	立位の保持, 身の回りの自立
79	男	脳出血	3	2		1	身辺自立, 外出の機会, 将棋をしたい	生活の自立, デイで仲間作り,
75	男	脳出血	2	3		2	歩行の自立, 階段も上れるように	四点杖下肢装具歩行, 環境整備
70	女	静脈瘤	1	2	1	1	身辺自立, 家族に迷惑をかけない	ADLの自立, 家事行為の継続
74	男	脳梗塞	2	2	1	1	歩行自立, 麻雀をしたい	レク参加, 他者と交流
69	男	脳梗塞	3	2		3	自営業復帰, 趣味, 同窓会などに出席	ADLの自立度を高め, 趣味に取り組む
78	男	脳梗塞	1	3		2	園芸・畑仕事をしたい, 身辺自立	歩行の自立, 排泄の自立
73	男	脳梗塞	3		2	1	社会参加希望, 将棋を楽しみたい	食事指導, 生きがいを見つける
68	女	脳梗塞	1	2	2	1	身辺自立, 歌が好き	移動の自立, リハの意欲を高める
77	女	脳梗塞	5		1	1	趣味の絵手紙, 在宅生活希望	車椅子自走, デイで他者と交流
80	男	脳梗塞	3	3		2	外出希望, 将棋が趣味	通所サービスで他者と交流

施設生活者 9名								
69	女	脳出血	2	1	1	1	身辺自立, 家族に迷惑をかけない	左手活用の作業, 室内歩行
71	男	脳梗塞	6	2	1	2	歩行自立, 階段が登れる	生活リハ, 他者と交流
63	女	脳梗塞	2	2		1	排泄自立, 娘宅に外泊	移動の自立, 生活行動の見守り
85	男	脳梗塞	2	1		1	身辺自立, 体を動かすのが好き	レクの参加, デイルームで過ごす
72	女	脳梗塞	3	2	1	2	自宅生活に復帰 趣味の絵画復活	杖歩行の自立, 自発的意思疎通
77	女	脳出血	3	3	1	1	身辺自立, 娘の家事の手伝い	歩行自立, 他者と交流で楽しみを
34	男	頸椎骨折	1	1		1	職場復帰, 在宅生活希望	車椅子自走, 社会参加
69	男	脳出血	3		2	2	趣味, 家と同じリズムで, 薬の自己管理	趣味の充実, 歩行の維持
84	女	認知症	1	3		1	帰宅願望, 歌を唄うのが好き	歌で楽しく安定, 生活の場の理解

報収集の段階で、本人や家族が今後の人生をどのようにしたいと希望しているか把握した31名については、歩行や日常生活自立を希望しているのは当然であるが、自己の生き方や希望をとらえて援助目標の設定をしている。

「希望」に関する情報が収集されていなかった事例は48名（60.8%）で、在宅生活者24名、施設生活者24名である。事例の参加・希望の把握状況を表7に示す。

表7 事例の参加・希望の情報把握状況

N=79 (人)

	在宅生活者	施設生活者	計
参加・希望の情報把握事例	22	9	31
参加・希望の情報未把握事例	24	24	48
計	46	33	79

31事例の参加・希望の情報把握は「心身機能」76項目、平均2.5、「活動」59項目、平均1.9、「参加」19項目、平均0.6、(希望) 43項目、平均1.4であった。

参加・希望の情報把握がされなかった48事例は「心身機能」113項目、平均2.4、「活動」126項目、平均2.6、「参加」2項目、平均0.04、(希望) 0項目であった。

4) 援助の目標設定

本人、家族の希望をとらえてアセスメントがされた31事例の、「このようなことをしたい」と希望する内容で最も多かったのは「身辺の自立」で、その理由は「歩きたい」、「外出したい」、「友人と交流」、「家族に迷惑をかけたくない」、「職場復帰」、「薬の自己管理」、「家事・園芸・畑仕事をしたい」、「施設から自宅へ帰りたい」などであった。その他、趣味の「音楽、手芸、絵画」などのサークル活動に復帰したい、「将棋・碁・マージャンをしたい」、「同窓会に参加したい」などであった。

家族の希望は「自分らしい日常を過ごしてほしい」、「無理のないペースで自立できるように」、「目標を持って生活してほしい」などであった。情報分析の結果、設定された介護目標は「デイケアでレクリエーションに参加と衣食・排泄行為の自立」、「歩行訓練による

体力の向上と生活機能向上」,「デイケアで趣味の実施と他者と交流」,「移動の自立と趣味を通して生活拡大」,「歩行の維持と趣味の時間の充実」,「余暇活動の充実と歩行能力の維持」など ADL の維持拡大と生活を豊かにするケアへの参加をすすめる目標が設定されていた。

参加・希望の項目の把握がされていない 1 事例について, 夜間オムツに排泄しているので「自力でポータブルトイレに移動」と介護目標がたてられていた。問題は息子にトイレの依頼が言えないため, 利用者はどのような援助を望んでいるのか, どのようなプロセスをふめば問題解決につながるか明確な目標が示されていない。

「ADL 自立度を高める」,「生活パターンの改善」,「みまもり」などの介護の目標も心身機能を中心にした情報分析にとどまっていた。

4. 考察

1) 学生の実習Ⅲにおける個別介護計画立案と見直し修正の過程について

①介護計画の立案にあたって, 第 1 に介護における目標の設定のプロセスを踏むことが重要である。目標設定にあたって, 目標の設定のプロセスを踏むための情報収集の整理を行うことである。学生が気づいたことは利用者が何を望んでいるかを日頃から把握しておくことが必要ということであった。新たな情報収集用紙を活用し, プラス面に着目した生活機能向上に視点をあてて, 利用者が「どのように生きたいか」という具体像を考えたからである。短い実習期間で難しさはあるが, 「～がしたい」「～が好き」「～をしていた」等から何とか利用者の「参加・希望・意欲」に近づける介護援助の努力をした結果である。従来, 「歩行できないから歩行の自立」を, 「オムツをしているからオムツをはづす」になりやすいが, それだけでなく自立の過程において利用者が何を望み, 意欲的に生活ができるかということである。利用者が自から自己改革に向かい, 援助者が心身機能の維持・改善に努める関係をつくることである。

具体的な展開として, 学生は利用者 O さんの右手の機能低下を防ぎ, 一日, 一日を大切に「して楽しみのある生活をめざす」ことを計画した。軽度の認知症があり, 「昔は裁縫が得意で着物も縫ったことがあるが, 手が悪いから今は裁縫もできない」などと話していることに注目した。

右手の機能低下を防ぐためのリハビリ計画と「楽しみのある生活」と結びつけることが介護としての目標でなければならない。援助を受ける側の自己決定のもとで介護計画をたてるために「今は裁縫もできない」寂しさを他の方法で生き生きさせることができるはずである。

利用者は何を望んでいるか, 行動観察と日頃のコミュニケーションの中から「できるか

ぎり自分でやりたい」という気持ちがアセスメントされれば「楽しみのある生活」をめざすことが可能となる。

再度計画の建て直しからOさんの意欲や能力などプラスのアセスメントがされ、介護目標を決定するのは介護を受ける側であることが理解される。

介護計画指導において、利用者の²⁾「身体機能状況、精神機能状況、環境である社会環境状況については現時点だけでなく過去の状況、さらには将来の望ましい状況について把握し、課題やニーズの全体像を理解する」ことが生活上の課題をとらえることになる。

2) 介護技術講習会受講者の介護計画表の分析について

介護技術講習会受講者の95%は施設や在宅で働くヘルパーなどの介護専門職である。いわゆる身辺介護技術に関しては実務者であり、多くの利用者にかかわっている経験者である。

介護技術講習会では、介護過程展開の講義の前提として、介護実践は一人ひとりの利用者が望む生き方を実現させていこうとする目標を持って積極的な介護活動をめざすものであり、アセスメントの客観性と課題達成のための根拠を明確にする思考過程の重要性を指摘した。

介護における目標設定のプロセスを「ICF：機能分類」モデルを活用したが、受講者にとっては新しい概念であり、なじみの薄さもあってとらえ難いものであった。

講習会のテキストには、介護過程の展開試案を事例で提示している。

事例Aについては、情報収集の段階で心身機能2項目、活動4項目、参加・希望4項目、環境因子1項目、個人因子1項目で、介護目標はすべての項目をアセスメントした結果、心身機能の自立2項目（できる活動）、活動1項目、参加・希望1項目に整理されていた。事例に基づいて整理することを提案したが、受講生に十分理解されたか疑問が残る。

情報収集の段階で、本人や家族が今後の人生をどのようにしたいと願い、希望しているか把握したのは31名にとどまったが、本人・家族の「願いや希望」に関する情報をとらえてアセスメントをしていた事例は、本人・家族の「願いや希望」に視点をおいて働きかける工夫がされていた。

本人・家族の「願いや希望」の情報が把握されなかった48事例と比較すると「活動」と「参加」の項目が少なく、心身機能の向上をめざす利用者が意欲的になり、生活全体の活発化につながる主体性をひきだすことは難しいと思われた。

また、介護計画のための課題が「本人が希望することができるようになる」という明確な予測に基づいて具体的に設定がされなかったために、介護の目標が不明確となった。心

2) 白澤正和「介護福祉の本質を探る」—ソーシャルワークとの関連で— 介護福祉学 2006 Vol.13 p.15

身機能と活動，活動と参加の循環を最良なものにするために，参加レベルに働きかけて心身機能の向上をはかり，「生活全般の活発化」のために介護過程展開の指導のあり方を，さらに工夫する必要があると思われる。

3) 介護過程の教育にあたって

介護過程の教育のポイントはアセスメントにあると思われる。アセスメントは現時点の状態をみてできない部分を向上さるといった課題を設定することが多いが，過去の状況（これまでの人生を振り返って，どのように思っているか，満足している点やもっと進めたいことなど）や今の生活と将来の望ましい状況について把握して課題や全体像，生活環境とのかかわりで課題を見つけ出すことが必要である。アセスメントの段階で学生と問題を共有し援助目標を設定しやすくするのが教員の役割と思われる。

つまり，アセスメントの段階で利用者がどのような生活を求めているか，何のためのリハビリと考え意欲を持ち続けられるかを学生とともに検討する姿勢が必要であろう。

すでに介護実践の場で活躍している介護技術講習会受講者への指導については，目標設定のプロセスに関する指導を丁寧に行う必要がある。介護技術講習会のテキストでは，事例をもとに介護過程と介護技術と結びつけて実践するように計画されている。移動，排泄，衣服，食事，入浴介護の演習においてもテクニックではなく，利用者の心身機能やニーズにそった自立支援がポイントになる。

介護過程については受講者の各自が持参した事例を通してグループワークが行われる。グループワークでは事例発表，共通課題の整理が目的であるが，介護は多角的であり個別を重視した思考過程が求められること，何よりも利用者の価値観を重視する必要性を理解することが求められる。

参考文献

- ① 大川弥生『新しいリハビリテーション—人間「復権」への挑戦—』講談社新書 2004
- ② 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」普及研究委員会資料
- ③ 大川弥生「介護保険サービスとリハビリテーション～ICF に立った自立支援の理念と技法」中央法規出版 2004
- ④ 介護技術研究会「介護技術講習会テキスト」日本介護福祉士養成施設協会 平成17年
- ⑤ 白澤正和「介護福祉の本質を探る」—ソーシャルワークとの関連で— 介護福祉学2006Vol.13
- ⑥ 川井奈保子「ICFにおける高齢者支援についての研究」田園調布学園大学 卒業研究 2006.12