東京家政学院大学紀要　第 43 号　2003 年　人文・社会科学系　抜刷
（2003 年 8 月発行）

# 介護老人福祉施設における
# 施設サービス計画作成のための基礎研究

吉　賀　成　子

# 介護老人福祉施設における施設サービス計画作成のための基礎研究

吉　賀　成　子

## はじめに

2000 年４月から施行された介護保険制度では，「利用者の個別性を尊重し，継続的な介護サービスを提供する」という理念のもとに，介護老人福祉施設におけるサービス提供形態を措置から契約へと変更し，要介護者の選択の自由とともに，利用者の人権と意思を尊重した介護が行われることとなった。

また同時に，利用者の生きる意欲や力を引き出し，その人らしい日常生活が送れるような介護サービスを提供するため，「居宅サービス計画（ケアプラン）」「施設サービス計画（ケアプラン）」を作成し，介護実践することが義務付けられた。しかし，その実践はまだ混沌としているのが現状である。

そこで，本研究では介護老人福祉施設の施設サービス計画ならびに介護実践の検討をとおして，施設サービス計画作成にあたっての視点を明らかにした。

## Ⅰ．研究の目的と方法

### １．問題意識

介護老人福祉施設においては現在，利用者一人ひとりの生活の質の向上や，その人らしい生き方を追求する支援を行なうために，介護する側の意識の変革が求められている。特に，利用者一人ひとりに適したよりよい介護を提供するために，どのように施設サービス計画を作成し，介護実践していくかということに取り組んでいるところである。

しかし，福祉現場では人手が足りず毎日の介護業務をこなすだけで精一杯で，利用者一人ひとりのことを考えたくてもそこまで手が回らない，施設サービス計画をどのように作成したらよいか分からない，という介護職員の声が聞かれる。

利用者個人に着眼し，個別に適切な介護アセスメントを行なってニーズを明確にし，ニーズに基づいた施設サービス計画を作成し，計画に従って介護実践をしていくことができれば，利用者にとってより適切な介護サービスが行われるはずである。

### ２．研究の目的

本研究では，介護老人福祉施設における介護実践の現状に関する事例研究をとおして，個別性のある適切な施設サービス計画を作成するため，ひいてはより質の高い介護を提供をしていくために行う。介護老人福祉施設の施設サービス計画がどう作成されているかという現状を明らかにし，今後の取り組みについて検討するものである。

### ３．研究の方法

介護老人福祉施設Ａ園において，介護ボランティア活動を通しての参与観察により，利用者との自由な関わりや，施設職員からの情報の提供などの協力を得て，事例研究を行った。

施設サービス計画は詳細な情報がなければ作成できないことから，筆者がより多く関わりを持った利用者の中から要介護度１～５の利用者を各々１～３名合計 11 名を抽出し，各事例について，認定調査票，包括的自立支援プログラム・ケアチェック表，介護日誌，介護実践の状況および筆者が介護ボランティア活動の中で得た利用者からの直接情報をもとに，Ａ園で作成された施設サービス計画について，検討を行った。研究期間は平成 13 年６月～平成 14 年２月である。

## Ⅱ．用語の概念枠組み

人文学部人間福祉学科

１．介護保険制度における施設サービス計画

介護保険制度でいうケアプランには，居宅サービス計画（介護保険法第７条第18項）と，それに基づいて指定居宅サービス事業者が作成する個別の介護計画（訪問介護計画等）ならびに介護保険施設において作成される施設サービス計画（介護保険法第７条第20項）がある。

表１　ケアプランの種類

| ケアプラン作成の段階 ＼ 生活の場 ／ プランの内容 | | 自宅 | 入所型施設 |
|---|---|---|---|
| Ⅰ | どの（what）サービスを提供（利用）するか | A | B |
| Ⅱ | どのように（how）サービスを実施するか | a | b |

引用文献

橋本泰子:ケアマネジメントにおける生活とは何か,「病院」第56巻（1997年）９月号，医学書院 p. 807

本研究で取り上げる施設サービス計画は，上記の表の（b）にあたるもので，利用者の目標を達成するために入所施設においてどのように介護サービスを提供していくかという具体的な計画である。

２．介護過程と施設サービス計画

「介護過程は,利用者の介護上の問題を明確にし，解決するための方法を計画し，実践・評価する一連の思考過程である。介護過程では，介護従事者が現実にある介護上の問題を解決していけば，利用者が望んでいる状態がかなえられると考えている。そして介護上の問題を解決するための介護方法を導き出すこと，つまり利用者一人ひとりに適した質の高い介護を提供することが，介護過程の目的になる。よい介護実践をしていくことを目的として，介護過程は活用される。」[注1)]

専門性の高い対人援助サービスは「plan, do, see（evaluation）」という一連の手順を踏むことによって計画的に遂行されている。介護実践においても例外ではなく，個々のニーズにあった専門性の高い介護サービスを提供するためには適切な介護サービス計画が必要である。介護老人福祉施設の入所者は高齢化，病弱化，痴呆化等が進み，介護ニーズは多様化を極めている。このような状況の中で，一人ひとりの生活を支援する介護実践においては，個別のニーズに配慮しなければならない。施設サービス計画は，介護過程の介護計画と同一のものである。

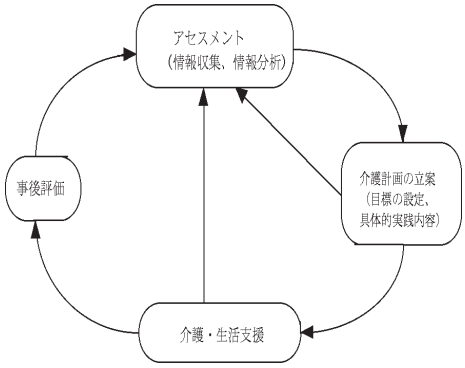


図１　介護過程

３．介護アセスメント

アセスメントは，介護保険制度では課題分析とされている。ケアプランの目標（長期・短期目標,優先度の決定）を立て，目標に沿ってサービスを提供し実施するために，利用者の情報を収集，解釈，分析し，課題（ニーズ）を明確化していく過程である。

介護アセスメントの大きなねらいは，利用者のニーズの内容や程度を明確にすることであり，利用者や家族の能力を評価し，援助の効果を予測して今後の介護の方向性を判断することである。そのためには専門的知識と的確な判断能力が要求される。

## Ⅲ．研究の概要

１．介護老人福祉施設Ａ園の概要

(1) 施設の概要

設立37年を迎え，介護老人福祉施設としては歴史ある施設のひとつである。山中に建つ入所施設が多い中で，最寄り駅より歩いて５分という市街地に位置しており，交通の便はよい。入所定員は182名と大規模な施設で，病院（医療保険

適応の特例許可老人病院，介護保険適応の療養型病床群），老人デイ・ケア施設，在宅介護支援センターを併設している。

（２）入所者の概要

入所者の状況は，平均年齢 83.2 歳，在園平均日数はおおよそ５年で，要介護度の平均は 3.2 である。入所利用者は，加齢に伴う身体的，精神的機能低下が目立ち，何らかの疾病を併せ持つ人も多い。特に痴呆症状の進行と重度化，徘徊傾向のある利用者の増加が特徴としてあげられる。

施設内では，利用者に生きがいと楽しさ，喜びが得られるようにと，華道，茶道，陶芸，はり絵，短歌，歌のサークルなどの活動や，運動療法，作業療法の他，運動会や文化祭などの行事が行われている。

２．事例の概要と施設サービス計画

事例の概要は次の通りである。

事例３；終末期を迎え，寝たきり

事例４；ADL の低下のために，寝たきり

事例８；骨粗しょう症のために，寝たきり

事例６；発熱を契機に，寝たきり

事例１・事例５・事例７；ベッドサイドの車椅子に座りきり

事例２・事例９；車椅子を使用しているが，施設内での生活はほぼ自立

事例 10・事例 11；身体的な障害はほとんどないが，痴呆症のため家に帰りたいと落ち着かない

11 事例の年齢，性別，要介護度，障害老人の日常生活自立度，痴呆老人の日常生活自立度，ADL と生活の状況およびＡ園職員の作成した施設サービス計画については，文末の一覧表にまとめた。

３．施設サービス計画の検討

事例検討の方法は，Ａ園の介護職員によって作成された施設サービス計画が，利用者にとって適切な介護を提供できるものとなっているかどうか，生活全般の解決すべき課題（ニーズ），長期目標，短期目標，介護内容について検討し，施設サービス計画作成のための視点を提示した。

特に，利用者の生活全体がアセスメントされた上で，的確にニーズが捉えられているか。援助目標は利用者の生活状況にあったものになっているか。介護内容には個別性があり，具体的なもので，即実践可能なものになっているかという点について検討を行った。

## Ⅳ．結果と考察

〔事例１〕

Ｂさん，女性，91 歳

痴呆症

障害老人の日常生活自立度；B2

痴呆性老人の日常生活自立度；Ⅲａ

要介護度；4

ADL および生活状況；車椅子使用，入浴は機械浴，おむつ使用，右眼失明，左眼白内症（ボランティアが付けている少し大きめの名札の字は読める。人の認識も十分にでき生活上支障はない），両膝に関節可動域制限あり。両下肢の拘縮があるため歩行不可，日中はベッドサイドの車椅子に座って過ごす。転倒予防のためＹ字型安全ベルト着用。

会話による意思の疎通は可能であるが，時におむつをはずしたり，かけ布団を床に放り投げる，他の利用者を叩く，食器を床に投げるなどの行為がみられることがある。娘の面会が毎日ある。

〔施設サービス計画〕

Ｂさんに対しての施設サービス計画は，生活全般の解決すべき課題（ニーズ）として「家族が毎日楽しく過ごしてもらいたいと願っている」をあげ，援助目標（長期目標）「精神面の安定を図る」，援助目標（短期目標）「声かけ，対話を通して，毎日の生活を楽しく過ごす」としている。そのサービス内容は「①入室時に声かけを行なう。②対話に努める。③本人が発語できるような声かけ，援助を行なう。」の３つをあげている。

〔考察〕

施設サービス計画の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）については，家族の思いをそのままニーズとして取り上げられている。これは本人の解決すべき課題ではない。「家族が毎日楽しく過ごしてもらいたい」というニーズの表現は，介護職員もまた同様に「楽しく生活してほしい。それには毎日声がけしたい」「もっと話しかけてあげたい」という「気持ち」であると考えられる。介護アセ

スメントができていないため，アセスメントに基づく課題の表現ができず，気持ちの表現になってしまっている。

Ｂさんの日常生活に目を向けてみると，日中はほとんどベッドサイドの車椅子に座っており，入浴や特別な行事がないかぎり居室から出て活動することはない。Ｂさんが，痴呆のため他の利用者を叩いたり，お茶を床にひっくり返したり，布団を床に放りだした時には，他の利用者に迷惑がかかるからと一人離れた位置に車椅子を移動させられることもある。また，歩行が不可能であるにもかかわらず，車椅子から立ち上がろうとするため家族の了解を得たうえでＹ字ベルトを，オムツ外しの不潔行為に対してはボディスーツ下着を着用している。これではＢさんの毎日は楽しいとは言えないであろう。

つまり，いくら介護職員がＢさんに楽しい生活をして欲しいという思いを持っていても，この施設サービス計画では生活が安定して楽しいものになるための具体的な介護方法がなく，目標に向けた介護実践が行われていないといえる。

Ｂさんがどうして他の人を叩いたり布団やコップのお茶を床にこぼすのかがアセスメントできていない。利用者にとって楽しい生活を送るためにどのような援助が必要かを考えていかなければならない。また，Ｙ字ベルトやボディスーツに関しては，介護保険制度においても身体拘束禁止の項が設けられており，早急に対策がたてられなければならない。

〔事例２〕
Ｃさん，女性，69 歳
慢性関節リウマチ
障害老人の日常生活自立度；A1
痴呆性老人の日常生活自立度；正常
要介護度；２
ADL および生活状況；四肢の関節の拘縮，変形，腫脹がみられ可動域制限あり，車椅子使用。入浴はリフト浴（背中介助）週２回，総義歯。発熱と痛みにより夜間眠れないことが度々ある。

Ｃさんは単身で，生活保護を受給している。他人よりプライベートの面について質問されることに抵抗あり，繊細で，干渉されることを好まない。趣味は短歌，俳句，読書。大学卒業後，一時小学校で教鞭をとっていたことがある。手作りクラブ，茶道，生け花，陶芸，短歌，コーラス，貼り絵などのクラブ活動に参加するほか，OT や施設のエプロン，タオルたたみと活動的である。ピンクのパジャマを着用したり，アイラインを引いたり，おしゃれである。

〔施設サービス計画〕

Ｃさんに対して，作成された施設サービス計画は，生活全般の解決すべき課題（ニーズ）として「脾臓肥大に伴い貧血状態が持続している」をあげ，援助目標（長期目標）「病気の進行を予防し，精神面の安定を図る」，援助目標（短期目標）「食事と内服にて対応し，健康を維持する」である。その介護内容は「①バランスのとれた食事をとるように助言する。②様子観察をし，食事が毎回取れない状態時等情報を医務課に伝える。③本人より訴えがあったときは，よく聞き，精神面の安定を図る。」の３つを上げている。

〔考察〕

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）には，医療からの情報がそのまま記載されているが，生活を送るうえでそのことがどのように影響しているかを介護アセスメントしていかなければならない。介護内容に関しては，食事をとるように助言したり，医務課に伝えるだけではなく，食事をとらなければならないことをわかってはいるが，体調不良のため食事がなかなか取れないＣさんに対してどのように介護していくかをを考えなければならない。

また，Ｃさんは，入所者の中では年齢も若く，かつて教員の経験もあり，自分の要求をはっきりと介護職員に言う。介護職員は，今までの「ありがとうございます。あなたのよいようにして下さい」という依存的な利用者とは違い自分の要求をするＣさんを，気難しい利用者であるとみている。しかし，これらの要求の裏には，Ｃさんの慢性関節リウマチという疾病による痛みや将来への不安，単身であることの孤独，自分はしっかりしておりここに入所しているお年寄りとは違うというプライドなどが隠れていることを捉える必要があるの

ではないか。

また，買い物に行ったり，美術館に行ってみたいという希望を持っているものの，家族のいないＣさんにとってはなかなかかなえられない。買い物に行かなくても施設で生活はできる。しかし，施設で暮らしながら地域社会の一員としての生活が継続できるようにするための視点を持ち，具体策を立てていくことも必要であろう。

その他，Ｃさんはリハビリテーションと自分が役に立てることへの生きがいを兼ねてタオルたたみを行っている。しかし，365 日，タオルの小山を前に作業を続けている姿には，無理をしている様子が窺えた。介護実践においては手伝って頂いてありがたいと仕事を任せきりにするのではなく，作業が肉体的にも精神的にも負担になっていないか，どういう状況で，どういう気持ちでやっているのか等を常に介護アセスメントをし，施設サービス計画を作成していかなければならないであろう。

１．生活全般の解決すべき課題（ニーズ）についての検討

生活全般の解決すべき課題は，個々の情報の中から利用者は何を望んでいるのかを確認したうえで，現在満たされていないニーズや，今後満たされなくなると予測させるニーズは何か，何によってこのニーズが満たされない状況が引き起こされているのかなど，原因や理由は何かを明らかにする。また，ニーズが満たされない状況が継続するとどのような状況になるのか，ニーズが満たされるとどのように状況が変化するかを予測することで，利用者のニーズを明らかにしていく。つまり，一部分の現象のみを取り上げるのではなく，生活全体を介護アセスメントしなければならない。その際，利用者のできないことなどの問題点だけをクローズアップするのではなく，自発性，可能性，潜在力といった前向きなアセスメントも必要となる。

Ａ園で作成された施設サービス計画の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）についてみてみると，家族の思い（事例１「家族が毎日楽しく過ごしてもらいたいと願っている」）や，医療上の情報（事例２「脾臓肥大に伴い貧血状態が持続している」，事例３「尿検査でたんぱくが多かった」，事例４「発熱を繰り返している」，事例７「仙骨部に褥瘡ができている」）をそのままニーズにしているものもある。その他，事例９では「慌てたり緊張すると言葉が出てこない」というように現象のみをニーズとしているものもある。

また，どの事例においても１つしか計画に取り上げていなかった。その理由は，「沢山あげても実践できなければ意味がないので，一番必要なものを１つだけにしている」（介護職員談）というものであり，他の介護を決して行っていないわけではないということであった。しかし，作成されていないということは，とりもなおさず職員間での共通理解がされなかったり，実践してもしなくてもよいということであり「経験と勘」による専門性の低い介護活動ということになる。

２．長期援助目標について

長期援助目標は，利用者がどのように生活したいと思っているか，目指していく利用者の全体像を示すものである。そのためには，利用者の思いを十分に受け止め，利用者の生活全体を把握し，どのように生活をしていけばよいかという予測性を立てたうえのものでなければならない。具体的には，利用者の自己実現が果たせるように，QOL が少しでも高められるように，援助方針を利用者とともに設定しなければならない。

事例５「口腔付近と衣類の清潔の保持」，事例６「褥瘡の治癒」，事例８「褥瘡の予防」のように，利用者の現状のある一部分のみに注目したものが多くみられた他，介護職員の希望を述べたもの（事例１「精神的安定を図る」）があった。これは，利用者を包括的にとらえられていないといえ，利用者自身の思いを汲み取ることができていない。施設サービス計画は利用者と介護職員が共有するもので，介護職員のものだけではない。

３．短期援助目標について

短期援助目標は，長期援助目標を達成するための当面の目標であり，段階的に設定される必要がある。

また，目標を達成するためにあるものであるから，当然期間を設定し，評価を行わなければなら

ない。介護老人福祉施設Ａ園では，施設サービス計画の見直しを利用者の誕生月とその６ヶ月後にしているため，計画の実施期間はすべて６ヶ月間となっている。利用者の状態が変化した時も変更はされておらず，これでは，施設サービス計画が十分に活用されてないことになる。

４．介護内容について

介護内容は，利用者の長期・短期目標を達成するために，誰が，いつ，どこで，何を，どのように介護実践するかを具体的に示したもので，利用者の一人ひとりの状態にあった個別性のある具体的なものでなければならない。

特に入所施設においては，複数の職員で介護を行うため，誰にとってもわかりやすく，すぐに実行できるような具体的なものでなくてはならない。

Ａ園の施設サービス計画の中の介護内容の，事例１「入室時に声をかける」や「発語できるような声かけ」では，どのような「援助」なのか具体的でなく，個別性も見えてこない。

また，「努める」というようなあいまいな言葉が多く使われているが，これではやるのかやらないのか，どれぐらい行うのかもはっきりしない。

嚥下困難な利用者や褥瘡に関しては，どれも似かよって，マンネリ化している。

また，利用者が自分でできることに関しては，介護内容として取り上げられておらず，持てる力を引き出す介護も行われていないといえる。

## おわりに

以上のことから，介護老人福祉施設において，適切な施設サービス計画を作成するためには，次のような視点に留意しなければならないことが明らかになった。

１．利用者の生活の一部にだけ注目するのではなく，生活全般を見据えて，介護アセスメントすること。
２．利用者の希望を充分に取り入れること。
３．利用者の持てる力を引きだし伸ばす視点を持って，計画を作成すること。
４．利用者と共有するものであること。
５．援助内容は，具体的であり誰でもすくに実行できるものであること。
６．計画は，必ず見直し，評価を行うこと。

質の高い介護は，適切な施設サービス計画が作成されて，初めて可能となる。

介護現場では，職員が足りず忙しいから施設サービス計画を立てることができないのだと言う。しかし，施設サービス計画作成の課題は，職員の人数で解決できるものではない。まずは，介護職員一人ひとりが，的確な施設サービス計画を作成できるようにならなければならない。そのためには，現場の職員研修のあり方も検討して行かなければならないだろう。

今後も老人介護福祉施設Ａ園の職員とともに，利用者が地域社会の一員としてその人らしい生活が続けられる介護を実践するには何が必要であるのかをともに考えていく予定である。

注

１）石野育子著「最新介護福祉全書別巻２　介護過程」メジカルフレンド社，2000.pp.11-12
石野育子は，介護過程を思考過程としているが，思考のみでなく，思考を含む介護実践過程と考えられる。

### 参考文献

１）白澤政和『ケアプラン作成の意義と今後の方向性』月間福祉，2001.
２）澤田信子著『今，あなたに求められる介護―介護保険制度を担うために―』中央法規出版，1998 年，pp.129-131
３）竹内孝仁・白澤政和・橋本泰子『ケアマネジメント概論』中央法規，2000.
４）北九州市保健福祉局総務部計画課監修『ケアプラン作成手法の比較調査研究報告書―７つの手法の個性がわかる―』社会福祉法人北九州市社会福祉協議会，平成 11 年
５）竹内孝仁著『介護基礎学』医歯薬出版株式会社, 1998.
６）広井良典『ケアを問いなおす―〈深層の時間〉と高齢化社会』ちくま新書，1997.
７）竹内孝仁監修指導『事例研究介護か世話か』医歯薬出版株式会社，2000.
８）黒澤貞夫著『生活支援の理論と実際』中央法規, 2001.
９）古川考順・佐藤豊道・奥田いさよ編集『介護福祉〈10 これからの社会福祉〉』

10）社団法人全国老人保健施設協会編集『全老健版ｖ er．2 包括的自立支援プログラムフォーマットと記入方法』厚生科学研究所，2001.
11）日本介護福祉士会編集『介護支援専門員ハンドブック　生活支援のためのケアプランの立て方　自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル実践版』（ver．Ⅲ対応）
12）大川弥生著『本当のリハビリテーションとともに築く介護　目標指向的介護の理論と実際』中央法規，2000.
13）一番ヶ瀬康子監修，桜井里二著『特別用語老人ホームの今日と明日ー自由に生き生きと自分らしくー』一橋出版
14）編集高齢者ケアプラン普及委員会池上直己・鎌田ケイ子・高橋泰『高齢者ケアプラン入門１　高齢者ケアプラン概説』厚生科学研究所，1997.
15）編集高齢者ケアプラン普及委員会関山昌人他『高齢者ケアプラン入門２　いま，なぜケアプランか』厚生科学研究所，1998 .
16）木下康仁『老人ケアの社会学』医学書院，2000.

## 事例概要一覧

| 事例 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 痴呆性老人の日常生活自立度 | ADL および日常生活の状況 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 91 | 女 | 4 | B2 | Ⅲ a | 痴呆症，脳梗塞の後遺症<br>食事自立<br>おむつ使用<br>機械浴（週 2 回）<br>歩行困難，車椅子使用，全介助<br>一日のほとんどをベッドサイドで車椅子に座って過ごす。時に蒲団を床に放り出したり、側にいる利用者を叩いたりする。 |
| 2 | 69 | 女 | 2 | B1 | 正常 | 慢性関節リウマチ<br>食事自立<br>排泄自立<br>リフト浴（週 2 回）<br>歩行困難，移動車椅子自力操作可<br>会話可<br>日中は、タオルたたみをしたり、クラブ活動に参加したりして過ごす。リウマチの痛みのために、夜眠れない。食欲もあまりない。 |
| 3 | 93 | 女 | 5 | C2 | Ⅳ | 廃用症候群<br>食事全介助，ミキサー食<br>おむつ使用<br>機械浴（週 1 回）<br>歩行困難，移動ストレッチャー全介助<br>会話不可<br>寝たきりで，自発的な訴えは一切ない。週 1 回の入浴を除いては，小さく丸くなった状態で，24 時間ベッド上で過ごす。咀嚼力，嚥下力ともに弱く食事の摂取が難しい。 |
| 4 | 88 | 女 | 5 | C2 | Ⅲ a | 廃用症候群<br>食事全介助，きざみ食<br>おむつ使用<br>機械浴（週 2 回）<br>歩行困難，車椅子使用，全介助<br>会話不可<br>１日中ベッド上でウトウトしている。耳元で呼びかけると，目を開いたり，人の動きを目で追うこともある。義歯をはずしており，咀嚼力，嚥下力ともに弱い。仙骨部に褥瘡ができている。 |

## Ａ園職員の作成した施設サービス計画

| 事例 | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 援助目標 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 長期目標 | 短期目標 | 介護内容 |
| 1 | 家族が毎日楽しく過ごしてもらいたいと願っている。 | 精神面の安定を図る。 | 声かけ，対話を通して，毎日の生活を楽しく過す。 | ①入室時に声かけを行なう。<br>②対話に努める。<br>③本人が発語できるような声かけ，援助を行なう。 |
| 2 | 脾臓肥大に伴い貧血状態が持続している。 | 病気の進行を予防し，精神面の安定を図る。 | 食事と内服にて対応し，健康を維持する。 | ①バランスのとれた食事をとるように助言する。<br>②様子観察をし，食事が毎回取れない状態時等情報を医務課に伝える。<br>③本人より訴えがあったときは，よく聞き，精神面の安定を図る。 |
| 3 | 飲み込みが悪く，口の中に溜める。また，食事摂取量が少ない。<br>尿検査でたんぱくが多かった。 | 体調を良くし，健康を維持する | 本人にとって適切な栄養，水分量を摂取する | ①食事摂取でミキサー食を１，２口摂ったら水分を１口飲むようにする。<br>②毎食後水分で残渣を残さないようにする。<br>③食事摂取量は全体の 2/3 以下にする。<br>④午前午後の水分補給時アイソカル 200 mℓ飲む。<br>⑤午前午後夜間に１本づつアイソトニックゼリーを飲む。<br>⑥食事，水分量のチェックをする。 |
| 4 | 発熱を繰り返している。 | 体調を良くし，健康の維持を図る。 | 十分な食事，水分量を摂取する。 | ①本人のペースに合わせて食事介助を行なう。<br>・食時事，汁物内の具は取り除き，具と汁は別々に摂取する。<br>・水分はトロミアップをスプーン３杯入れ，摂取する。<br>・水呑みでむせる時はスプーンを使う。<br>②日勤時の水分トータルを 1100 mℓ以上とする。<br>・食事摂取量が全体の１／２以下のとき，水分補給時アイソカルを飲む。<br>・夜の水分補給時スイートゼリーを食べる。<br>③ 8：30，23：30 にもおむつを交換し，陰部洗浄を行なう |

## 事例概要一覧

| 事例 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 痴呆性老人の日常生活自立度 | ADL および日常生活の状況 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 84 | 女 | 5 | B2 | Ⅲ a | 痴呆症，日本脳炎後遺症，糖尿病<br>食事半介助，ミキサー食<br>おむつ使用<br>機械浴（週 2 回）<br>歩行困難，リクライニング゛式車椅子使用，全介助<br>会話不可<br>日中はベッドサイドのリクライニング車椅子に座って過ごす。流涎のため頚部にただれあり。童謡をついて歌うことはあるが，発語はない。感情失禁のため，泣いたり笑ったりすることが多い。 |
| 6 | 85 | 女 | 4 | B2 | Ⅳ | 痴呆症，糖尿病<br>食事自立<br>おむつ使用，バルーンカテーテル挿入<br>機械浴（週 2 回）<br>歩行困難，車椅子使用，全介助<br>会話可能であるが，辻褄が合わない<br>痴呆症で，異食や徘徊をしていたが，発熱が続き，ベッド上安静をとったためにオムツ使用となった。下肢の筋力も低下し歩行困難になった。仙骨部には褥瘡あり。尿閉のためバルーンカテーテルを挿入。車椅子使用時は転倒予防のため Y 字ベルト着用している。大きな声で話しかけると聞こえるが，一方的に分からないことを言うことが多く，会話はほとんど成り立たない。 |
| 7 | 85 | 女 | 4 | B2 | Ⅳ | 痴呆症<br>食事半介助，きざみ食<br>おむつ使用，機械浴（週 2 回）<br>歩行困難，車椅子使用，全介助<br>会話時に単語を話すことあり，こちらからの簡単な言葉掛けは理解できる。<br>一日のほとんどをベッドサイドの車椅子に座って過ごしている。話しかけると簡単な単語を話すが自分からは話さない。食事や飲み物は食器を弄び，なかなか食べようとしないことがある。 |

## Ａ園職員の作成した施設サービス計画

| 事例 | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 援助目標 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 長期目標 | 短期目標 | 介護内容 |
| 5 | 食べこぼしや唾液が多いため，エプロンを付けても衣類まで浸透し，濡れたり汚れることが多い | 口腔付近と衣類の清潔の保持 | 衣類の汚れの軽減 | ①襟元にタオル生地のエプロンをつける（無い時はタオル可）。<br>②食事エプロンを使用するときは，水分の通りにくい厚いエプロンをつける。<br>③濡れたり汚れてしまった衣類は必ず取替える。<br>④こまめに唾液をふき取り口腔付近の清潔に努める。 |
| 6 | 仙骨部に褥瘡がある | 褥瘡の治癒 | 負担のない援助 | ・２時間毎の体位変換を行なう。<br>・毎日午前午後離床を行なう。<br>離床時は，円座，Ｙ時ベルト，膝の下に枕を置く等して，ずり落ちて患部を圧迫しないように注意する。 |
| 7 | 食事時や水分摂取時手の動作が不安定なため自力摂取しても遊んでしまうことがある。 | 自力摂取につながる援助を行ない本人の活性を。 | 食事時や水分摂取時，手の動作が不安定な時は，本人が摂取しやすいよう介助を行なう。 | ①食器類をさわったりして食事をとってくれないときは，スプーンに食事をのせ，本人の摂取しやすいように援助を行なう。 |

## 事例概要一覧

| 事例 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 痴呆性老人の日常生活自立度 | ADL および日常生活の状況 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 88 | 女 | 3 | B2 | Ⅲ b | 両下肢障害，痴呆症<br>食事自立<br>おむつ使用<br>機械浴（週 2 回）<br>歩行困難，車椅子使用，全介助<br>会話可<br>重度の骨粗しょう症のため，ベッド上の生活になり，オムツも使用。会話に問題はないが，最近時々不潔行為が見られることがある。 |
| 9 | 81 | 女 | 1 | A1 | 正常 | 脳梗塞後遺症による左片麻痺<br>食事自立<br>排泄自立（夜間のみポータブルトイレ）<br>リフト浴（週 2 回）<br>歩行困難，車椅子使用，自力操作可<br>軽度の言語障害があるが，会話可<br>脳梗塞後遺症による左不全麻痺，言葉がスムーズに出てこない。車椅子を自力操作し，身の回りの事は不自由ながらほとんど自分でできる。<br>午前中は施設で使用するタオルたたみ，午後はぬり絵や貼り絵をして過ごしている。 |
| 10 | 73 | 女 | 1 | A1 | Ⅱ b | 痴呆症，腰椎圧迫骨折<br>食事自立<br>排泄自立<br>普通浴（週 2 回）<br>歩行杖<br>会話可<br>会話に支障はないが，その内容は作話や被害妄想が多い。家に帰りたいと度々訴える。訴える時は唇が震え，不穏状態を呈す。 |
| 11 | 73 | 女 | 1 | A1 | Ⅱ b | 痴呆症食事自立<br>排泄自立<br>普通浴（週 2 回）<br>歩行可<br>会話可<br>身体面における障害はない。会話はその時その時で辻褄を合わせることができ通常の会話は成立する。失見当識があり，老人ホームに入所していることは理解できていない。「そろそろ家に帰らなくちゃ。家の者が待ってるし，買い物もしなくちゃ」などと園を出ていこうとすることがあり，介護員の目を盗んで出かけようとする。出かけると帰れなくなる。徘徊はない。 |

## Ａ園職員の作成した施設サービス計画

| 事例 | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 援助目標 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 長期目標 | 短期目標 | 介護内容 |
| 8 | 離床中止となり，ベッド上での安静を保つことから，褥瘡ができる可能性がある。 | 褥瘡の予防 | 体位変換の実施 | ①おむつ交換後と夜間２時毎の体位変換の実施。<br>②エアーマットとビーズマットの使用 |
| 9 | 慌てたり緊張すると言葉が出てこない。 | 利用者間，職員とのコミュニケーションを深め，園の生活に喜びを感じて頂く。 | 落ち着いてゆっくり話をするように，気持ちをリラックスさせる。 | ①挨拶や声かけによりコミュニケーションを図り，発語を促す。<br>②身体の不調や言葉の障害によりストレスが貯まっていないか等サインを見逃さないように気を配る。 |
| 10 | 帰宅要求を度々する。 | 施設での生活に慣れて頂けるよう援助する。 | 帰宅要求のあったとき，落ち着けるように援助する。 | ①帰宅要求があったら，状況を判断して相談室に息子さんの自宅および会社に連絡してもらう。連絡の結果を必ず主に報告する。<br>②金銭要求があったら，当日の責任者が対応する。<br>③他の訴えに対しては，受容に努める<br>①と②を夜間訴えた時は，朝になるまで待ってもらう様に助言する。 |
| 11 | 「家に帰る」「買い物に行く」等といって介護員の目を盗んで園外に出ていってしまう。 | 園内で落ち着いた生活を送って頂く。 | P-ドコの活用又所在確認表を活用しての所在確認を行う。 | ①職員の目の届きにくい時間帯は仕事を頼んだり職員の業務に同行してもらえるようにする（洗濯物たたみ，タオルたたみ，居室掃除，配茶等）。<br>②所在確認表を活用して 30 分に 1 回の所在確認。<br>③ P-ドコを活用し，不明時の所在確認をスムーズに行う。<br>④他フロア，他部所に協力を求め，園外に出るのを未然に防ぐ。 |