

[資料]

## グループワークによる「介護過程」の授業展開 —重度認知症高齢者の施設サービス計画について—

寺田 富二子<sup>1)</sup>

### 要 旨

その人らしさを実現するケアプランを作成することは、利用者の「個別ケア」「尊厳を守るケア」を実践することにほかならない。重度の認知症を抱える利用者のアセスメントを行う際、コミュニケーションが困難なことから、学生は介護過程を展開する後期実習において大変苦勞することがある。後期実習前の授業時間を使って、アセスメント場面のロールプレイを取り入れたグループワーク演習を行った。結果、学生にとってICF（国際生活機能分類）の視点で考える介護過程の展開方法を身につける一助になることが示唆された。

キーワード：ICF、認知症、アセスメント、ケアプラン

### I. はじめに

介護福祉士養成課程において、介護実習期間に行う介護過程の展開は、個々の学生が単独で孤独にアセスメントし計画立案しなければならない。その課題は、学生にとって非常に苦痛を伴うものであり、実習におけるストレスナーになっていると予想される。ましてや、普段の生活で重度の認知症のある高齢者と接する体験の少ない学生にとって、施設入所者の8割超といわれる認知症高齢者のケアプラン作成には困難を極めることも予想される。渡部<sup>1)</sup>は「老いに伴った機能低下や認知症などの影響による生活力の衰退のために、クライアントの力が過小評価される可能性がある」と述べている。学生が『できないこと』のみに着目したアセスメントをとる傾向があることは、実習後の提出レポートから読み取ることができる<sup>2)</sup>。そこで、後期実習に向かう学生が、受け持ち利用者の介護過程を展開するにあたって、利用者の『できる』ことに着目したアセスメント方法を学ぶための授業を構成した。

今回、学生が紙ベースの事例について、グループ演習を通して「利用者理解」を深め、ICFの視点に基づき段階的にアセスメントをすすめる手法で授業展開したところ非常に意欲的に授業参加する学生が多く、コミュニケーション

の図り難い認知症高齢者へのケアプラン作成への理解が深まったので、その授業効果をここに報告する。

### II. 目的

学生が、カンファレンス形式でアセスメントを深めていくことで事例を分析する力を養うことができると仮説を立て、学生がグループ討議の手法を身につけグループ間で相互学習することによりコミュニケーション能力を高め、重度の認知症高齢者へのICFの視点にたった介護過程の展開を体験できる演習方法の一つとして提示したい。

### III. 方法

初回の授業開始時から、学生からの積極的発言を求めするために、グループ討議のルールやすべての課題には正解が一つではないということを繰り返し説明し、理解させた。介護福祉専攻2学年56名を年齢や性別を考慮して11グループに編成し、T氏のケアプランを完成させるまでそのグループを固定し、学生一人一人が必ず司会・記録者・発表者・タイムキーパー・リーダーの役割をもち、1コマ毎に役割交替するように設定した。

1) 弘前医療福祉大学短期大学部 生活福祉学科 介護福祉専攻 (〒036-8102 青森県弘前市小比内3-18-1)

①実施期間 2013年10月1日～10月29日 グループワーク 5コマ (90分×5)

②演習事例について

a) 事例の概略

T氏 (84歳) アルツハイマー型認知症

ADL状況 何かにつかまって歩く・入浴は介助でシャワー浴・排泄はトイレに行くが、すでに出ていることが多く、リハビリパンツ使用

家族構成 妻・長女夫婦と孫2人の6人家族

(入所の経路) 3年前から認知症の症状が出現し、在宅で妻の介護を受けていた。昨年からはデイサービスやヘルパー利用するが、妻の膝関節症が悪化し在宅生活の継続が困難となり介護老人福祉施設への入所に至る。

③各コマの展開について

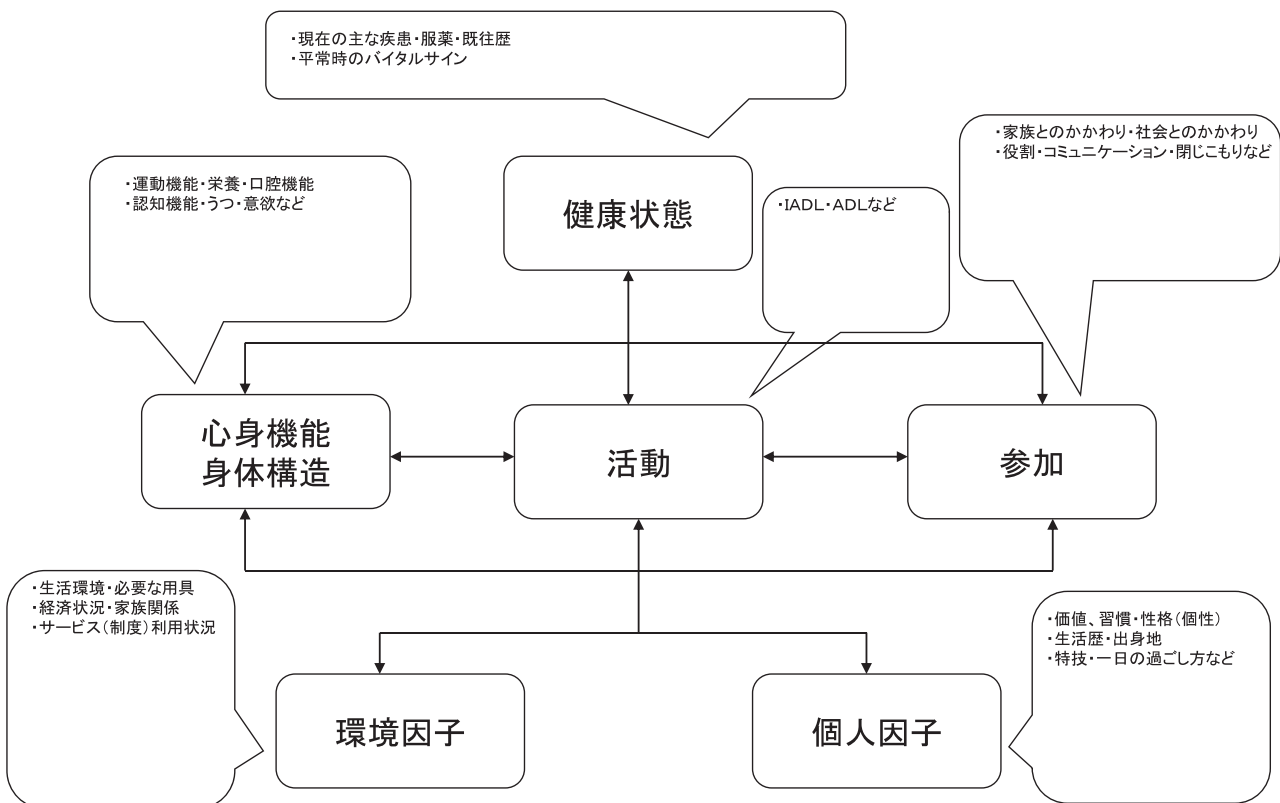
1 回目「事例概要の把握」

事例の概略を提示したあと、演習シート①(表1)を用い、不足する情報について質問する内容とその根拠を考えさせる<sup>3)</sup>。質問項目の手がかりとしてICF国際生活機能分類を演習シートとして使用した。グループ内で十分な討議ができるよう時間配分したのち、グループでまとめた質問項目について発表させる。その発表の合間には、ひとつのグループから発せられた質問に関連する内容で、さらに知りたい情報について掘り下げた質問をさせた。

2 回目「ICFの視点でアセスメント実践」

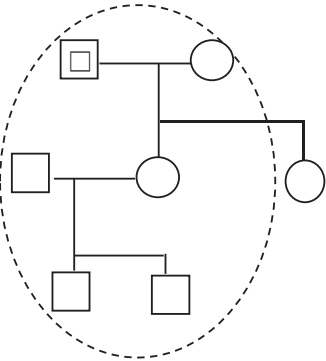
1 回目で明らかになったT氏の情報をふまえ、さらに詳細な基本情報(表2)を提示する。学生に

表1 ICF(国際生活機能分類)の構成要素とアセスメント項目



出典：介護福祉士養成講座編集委員会：新・介護福祉士養成講座9 介護過程、25頁、中央法規出版株式会社、2009

表2 基本情報

受付日	平成 年 月 日	受付者	〇〇園	受付方法	次女より介護相談
利用者名	Tさん	性別	男		
住所	市内		生年月日	S4年9月12日生 84歳	
生活歴	<p>(生活歴) 市内で生まれ、中卒後から家業の農業を手伝う。21歳で結婚し、2人の女兒をもうける。稲作・養蚕・畜産等に従事し、子供を育てる。農閑期には得意の車の運転技能を活かし土建業のアルバイトをした。長女に婿を迎え、同居していた両親を看とり、次女を嫁がせ、孫に囲まれ順調に家族生活を営んでいた。農協の旅行や友人との交流等を楽しんでいたが、けがや病気のために、農業を縮小していくようになる。70歳を過ぎたあたりから、田畑を手放し、入院を繰り返すようになった。3年前の入院時から、物忘れや失見当がみられ、妻の介護を受けながら生活していた。</p>			<p>(家族状況)</p> 	
病歴	<p>35歳～飼い牛に蹴飛ばされ左膝関節複雑骨折 38歳～赤痢 54歳～交通事故による頭部裂傷 平成8年3月～大腸癌手術・高血圧・胃潰瘍 平成12年5月～前立腺癌手術 平成19年4月～白内障手術 平成22年10月～胃癌手術・認知症の症状出現・難聴</p>			<p>(主治医) 入院前まで：S病院 現在：T病院(外科)</p>	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	IIIb	
認定情報	<p>認定年月日 平成25年7月2日 認定有効期限 平成25年7月～平成25年12月 要介護4</p>				
経過	<p>平成20年～22年あたりはT氏の妻は、97歳で寝たきりの同居の母親の介護を担っていた。そのころからT氏は、煙草の不始末や補聴器紛失等を頻繁におこしていた。車を運転しては自宅に帰れなくなり、人に送られて戻ることが数回あった。散歩に出た後から戻れなくなったり、自宅庭先の土の上で寝ていることも多くなった。後部座席のドアを開けたままバックし、自宅の塀と車を壊したことをきっかけに、運転免許を返納する。痩せが目立ち、再三の受診の勧めにも応じずにいたが、大量に嘔吐したことを契機に内科受診する。検査の結果、IV期胃癌の診断で市立病院外科へ入院し手術を受ける。平成22年冬の退院後より、自宅での入浴を拒否するようになる。意欲低下と体力低下が顕著となる。母親のケアマネから、介護サービスを勧められる。同じころ母親は、特養入所となる。初回認定では、要介護1の判定。翌年春から、小規模多機能型居宅介護サービスを利用開始。週2回の「通い」で他者との交流があり、物忘れの進行はあったが、在宅生活を継続していた。平成24年春、田んぼに落ちて、小学生に助けられた事件のあたりから、閉じこもることが多くなった。デイへも行くのをしぶり、一日中寝ていることが多くなった。介護者の膝痛が悪化したことから、「泊まり」を利用するようになる。また妻の介護を拒否するようになった為ヘルパーサービスと長女の介護を増やす。妻への暴言がエスカレートし、見かねた周囲が施設入所を勧めるようになった。</p>				
利用者の経済状況	国民年金/長女夫婦の収入				
利用サービス	入所前までデイサービス週3回・ヘルプサービス週6回				

は、演習シート②（表3）を用いさらに知りたい情報についてグループ討議をさせる<sup>4)</sup>。途中、T氏の認定調査の特記事項（表4）を見せ、介護保険の介護認定について学習させたうえで、T氏が介護を要するようになった背景を理解させる。ロールプレイ形式により、教員が家族介護者役となって学生の質問に回答していく。聴き方のルールやコミュニケーション技法についても学ばせる。

### 3回目「ICFの視点でニーズを探る」

演習シート③（表5）を用い、ニーズを探るためのグループ討議をさせる<sup>5)</sup>。ここでも学生には、施設入所に至る経過や家族関係についても考察させ、T氏の生活全体をイメージできるように質疑応答を

繰り返す。

### 4回目「施設入所後のケアプラン策定」

演習シート④（表6）を用い、T氏の施設生活をイメージして、それぞれのグループでケアプランの原案づくりをさせる<sup>6)</sup>。

### 5回目「グループ発表」(写真1.2)

模造紙に記載させ、各グループのケアプラン作成の意図を説明させながら発表させ、グループ間で質疑応答させる。最後に、教員作成のT氏の施設サービス計画書（表7）を配布し、介護過程の展開にいたるまでの多面的なアプローチの実際を示した。

表3 演習シート②

これからアセスメントを行うにあたり、何を知りたいと思いますか？

何について (カテゴリ)	必要と思われる情報 (内容)	その情報はなぜ必要か (理由)
健康状態		
心身機能・ 身体構造		
活動		
参加		
環境的要因		
個人的要因		

表5 演習シート③

以下の項目を話し合ってみよう！

利用者の望む暮らし
利用者の現在の生活機能
健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？
背景因子は生活機能にどのような影響を与えているか？
現状が続くことで予測されるリスクは何か？
状況を改善するには？
生活の目標

表6 演習シート④

個別援助計画書 (T氏) グループ名 \_\_\_\_\_

長期目標 (期間: )	具体的な援助内容・方法			頻度
課題	短期目標 (期間)	(内容)	(方法)	

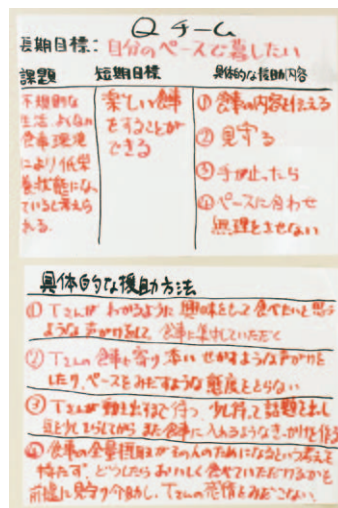


写真1

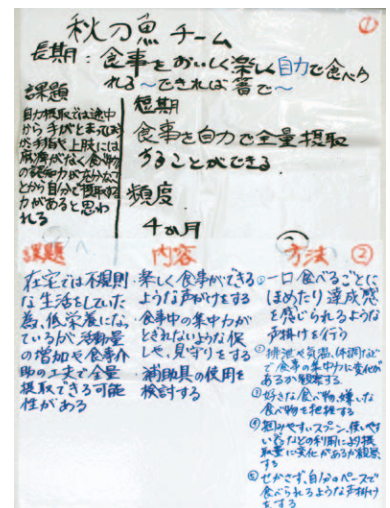


写真2

表4

## 認定調査票（特記事項）

### 1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-6) じっとして立っていることができず、何かにつかまっても膝から力が抜けて、わなわなとへたりこんでしまうことが多い。

(1-7) 夜間トイレに向かう時は、10mほど襖や壁を伝って歩くが、日中は歩こうとしても上記の様な状態なので手引きしている。

(1-10) デイサービスでのみ入浴している。自分で洗うようにタオルを渡しても、手のひらで丸めるしぐさをするだけである。

(1-11) 両手両足とも長年の水虫による変形・変色・肥厚がひどい。ニッパーややすりを使って介護者が削るが、非常に抵抗する。

(1-13) 長年難聴で悩み補聴器を使っていたが、認知症発症前後に何度も補聴器を紛失し、現在は使用していない。聞き返しが多い。

### 2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-2) 病院受診時やデイでの外出時のように長い距離を移動するときには車いすを使用し、介助されている。

(2-3) 介護者がそばにいなければ、いくらでも口の中のため込んでしまうことがあり、せることが多くなっている。

(2-5, 6) 日中はオムツに排泄してしまっているが、夜間は2回以上、トイレに行こうとし、トイレではないところに排泄してしまう。

(2-10, 11) 一つずつ着やすいように手渡しして声掛けをしても、シャツをはこうとしたり、ズボンに手を通そうとしたりする。

### 3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 顔見知りの友人や、好みのデイ職員とは会話が弾むこともあるが、介護者である妻には常に怒った口調で話している。

(3-2) 何もすることがなく座っていると、うとうとと眠ってしまい、しばらくして起こされても、その時には全く時間の感覚がない。

(3-4) デイサービスから自宅に戻った直後でも、どこに行ってきたのかわからない。直前の食事食べたことを忘れている。

(3-8) 家族が気付かないうちにお尻で這いずり、外へ出てしまうことがある。週一回以上は、近所の人達と一緒に探し回ることがある。

### 4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声をだす, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

(4-3) 妻が身辺の介助をしようとする、突然イライラして、怒りをぶつけようとするのが毎日ある。

(4-5) 親戚の集まりやデイでの会話の場面では、『家族が馬鹿にするので、おもしろくない』といった内容しか話さない。

(4-6) 妻が介助しようとする、毎回『バカヤロー！さわるな！何もするな！』と、かなり大きな声で叫び続ける。

(4-7) 2か月前からは、オムツを替えようとする妻の頭を殴ったり、唾を吐いたりするようになっている。

### 5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 起床時間も食事時間も非常に不規則で、3度の食後の薬を服用することができない。むせもあるために飲めないことが多い。

(5-2) 認知症の初期のころは、近くのコンビニで煙草を大量に購入するなどの行為が目立ったが、現在は金銭への執着がない。

(5-4) 通院した時やデイサービスの場で、帰ろうとし、落ち着かなくなることが多い。

( )

### 6 特別な医療についての特記事項

#### 6 特別な医療

(6 ) 胃を三分の二以上切除しており、一回の飲食物は少量でなければ嘔吐するはずだが、現在では、好きな甘いもの等は際限なく大量に飲食しようとする。

( )

( )

### 7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 上記（3-8）の様に、目覚めた時にふっと思いついたように動き回ることにはあるが、一日中が一つとして寝転んでいることが多いのでB2と判断した。

(7-2) 夜間一人でトイレに向かったまま、自分の寝床に戻れないことが、ほぼ毎晩あるのでIIIbと判断した。

( )

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい



## 個別援助計画書(Ｔ氏)

計画作成者氏名：寺田富子

作成日：2013/10/29

表7

長期目標(期間：1年)	日常生活リズムを整えることで元気を取り戻し、身体的にも精神的にも気持ちのよい生活を送りたい。そして時々自宅に帰ったり、家族と過ごしたりする時間を多くしたい。				
課題	短期目標	期間	具体的な援助内容	具体的な方法	頻度
(1) これまで何度もいろいろな病気で入院したが、これからは体調を整えて気持ち良く暮らしていきたい。	安定した体調で過ごすことができ、異常を早期に発見できる。	3ヶ月	①血圧計測 ②服薬管理 ③脱水予防 ④尿量確認・排便チェック ⑤体重管理(現BMI値20.3)	①バイタルチェック(朝・夕) ②薬剤の形状について薬剤師や医師と相談 ③一日に900mlの水分補給(食事外で) 起床時・朝食前・服薬時・10時・昼食前 3時・夕食前・服薬時・就寝前(100mlずつ) ④3時間ごとの排泄誘導(トイレまで移動介助し行為を促す。おむつ内の排泄確認し排泄表への記入を忘れず、一月後に結果を検討する) ⑤月一回、入浴時に体重測定	①毎日 ②1回 ③毎日 ④毎日 ⑤1/月
(2) 紙おむつを外し、トイレで用を足したい。	紙おむつを外し、尿意・便意を訴えることができ、トイレで排せつできる。	1ヶ月	排泄パターンの確認 成功時の称賞	3時間ごとの排泄誘導 排泄表の作成と分析 離床の勧め(言葉かけの工夫) タイミングを図って動機づけ(言葉かけの工夫) 気持ち良さの共感(言葉かけの工夫)	毎日
(3) 必要な食事をとり、体力が落ちないようにしたい。	楽しみながら自分の力で食べることができる。	1ヶ月	①適切な食事の提供 ②口腔ケア	①血中アルブミン値の把握・必要カロリーの計算 胃に優しい食事内容を栄養士と相談 高栄養でむせない食材の工夫 ②歯科医・歯科衛生士による口腔内チェック 食事前のパタカラ体操やゴックン体操 好きな唄の利用による口腔機能の向上を目指す カラオケの時間を他利用者と楽しむ	①毎日 ②1/週
(4) 転倒しないように身体機能を向上させたい。	転倒や骨折することなく過ごすことができる。	3ヶ月	安定した立位をとるため下肢筋力アップのための機会を提供	楽しめるリハビリメニューをリハスタッフと相談 昼食後の時間を利用し、他入所者とともに楽しみながら活動できるメニューを提供する(近所の産直の店や道の駅への散歩・中庭での野菜づくり・中庭の掃き掃除・ホールでの運動機器の利用・運転ゲーム機の使用・相撲の星取り・ミニ運動会・保育園児との縄ない教室等)	2/週

<p>(5) 清潔な環境で過ごしたい。</p>	<p>定期的に入浴し、身体を清潔にできる。</p>	<p>1ヶ月</p>	<p>①固浴で入浴 ②ひげそり ③水虫の爪を治療する ④定期的に床屋で散髪</p>	<p>①午後の遅い時間帯に入浴（一人の介助者が誘導・移動・着脱・洗身・帰室・水分補給までの一連の介助を担当する） ②毎朝の電気髭そり使用が可能になるよう介助初めは見守りをする。洗面台に向かって立てっ ひげそりをする時間を決める。 ③看護師による入浴後の処置と爪げずり ④皮膚科の受診 ⑤いぎつけの床屋へ家族と一緒に外出する</p>	<p>①隔日 ②毎日 ③隔日 ④1/月 ⑤1/月</p>
<p>(6) 規則正しい生活リズムをつくり、毎日をゆったりと過ごしたい。</p>	<p>精神面の安定を図り、活動的な生活を送ることができ 多くの楽しみを発見できる。</p>	<p>1ヶ月</p>	<p>お茶の時間を設ける</p>	<p>水分補給を考慮して、大好きな抹茶や緑茶を好きな甘味とともに提供する。ホールの和室で、なじみの他入所者やボランティアとともに過ごす</p>	<p>毎日</p>
<p>(7) 元気だったころのように冗談を言い合ったり、にぎやかに楽しさを感じたりして生きていきたい。</p>	<p>家族とゆっくりとした時間を過ごすことができる。</p>	<p>3ヶ月</p>	<p>全職員によるあたたかい対応（おもてなしの心）</p>	<p>本人の視界に入って、笑顔でゆっくりと言葉かけをする。最も輝いていた50歳の時代背景を考慮した話題提供や、回想できる緩やかな時間をセッティングする。本人の問いかけには、丁寧に繰り返し答え、ごまかしたり複数回を同時に話したりしない。説明口調にならないように気をつける。本人の様子を笑ったり、小馬鹿にしたりするような言葉は発しない。 昔の得意とした農作業に関連する「家の光」を利用して、カレンダーを見ながら農業のヒントや工夫について教えを請う。 旅行に行った写真等をみながら、T氏の自伝史の作成を手伝う。</p>	<p>毎日</p>
<p>(8) 家族と過ごす時間をつくりたい。</p>	<p>家族とゆっくりとした時間を過ごすことができる。</p>	<p>6ヶ月</p>	<p>①施設行事への家族参加を促す ②自宅への外泊計画立案</p>	<p>①本人の誕生日や施設の大きなイベントへは、本人自身がスタッフとともに車で、家族を迎えに行く。 ②家族の行事（次女の里帰り時等）の機会をとらえて、自宅まで過ごせるようにセッティングする。</p>	<p>1/週</p>
<p>(9) 変わったことがあったら家族に連絡して欲しい。</p>	<p>長らく在宅介護してきた家族が安心して暮らすことができる</p>	<p>6ヶ月</p>	<p>施設の便りの発行 家族へのケア記録の開示</p>	<p>介護担当者から定期的な近況報告する。便利には本人の様子を掲載し、少なくとも月一回は、サードピア担当者会議への家族出席を促す。</p>	<p>1/月</p>

#### IV. 倫理的配慮

T氏の家族へ、事例対象者や所属施設が特定されないよう個人名の表記をしないことと研究目的以外では使用しないことを文書及び口頭で示し、了解を得た。対象学生へ、研究目的、意義、方法に関する説明をし、授業参加を求めた。

#### V. 結果

グループには、各々グループ名をつけさせることで、チームワーク意識を醸成できた。学生一人一人にコマごとの役割分担を明確にしたことで責任意識が芽生え、グループワークの状況は、回を重ねるごとに活発化した。提出されるリアクションペーパーには、「情報を得るための質問を繰り返すことで、T氏が身近に感じられ非常に興味を抱いた」「他の人の考えていることがよくわかって、とても楽しかった」「自分の言いたいことを、グループメンバーが熱心に聞いてくれて感動した」「利用者のケアプランが、こんなにも多くの方向から考えられてつくられているものだと初めてわかった」などと記述されていた。反面、「何を検討する時間なのか不明だった」「施設サービス計画作成時になぜ在宅のケアプランまで参考にするのかわからない」などと否定的な反応も見られた。

グループ発表の時間、自らのグループにはない発想に気付いた場面で、自然に拍手が沸き起こるなどの反応があり、学生間の学びの姿勢が積極的になっていた。

#### VI. 考察

介護過程の授業では、学生がさまざまな演習事例に取り組み、利用者の個別の生活課題や潜在能力を引き出すためのアセスメントの手法を学びながら、具体的な事例を深く分析する力量を身につけることを目的としてい

る。自立支援に沿った介護計画の立て方を学ぶことにより、多職種協働によるチームアプローチの必要性を理解することをねらいとしている。

学生は、高齢者施設での実習場面において、認知症のある利用者の思いを想像することが苦手である。アセスメントを深めるためには、「利用者理解」は不可欠であるが、学生自身のコミュニケーション能力を他学生と比較、評価するチャンスが少ない座学においては、その能力を高めるチャンスも少ないと考えられる。しかし、一つの事例についてグループでアセスメントを段階的にすすめていく演習を展開することで、コミュニケーション能力を高めながらケアプラン作成の手法を理解させられると考える。演習のありかたを創意工夫し、学生の積極的参加を実現できる場面づくりが重要である。

(受理日 平成25年10月31日)

#### 引用文献・参考文献

- 1) 渡部律子：「人間行動理解」で磨くケアマネジメント実践力、88-89、中央法規出版株式会社、2013
- 2) 弘前医療福祉大学短期大学部 生活福祉学科 介護福祉専攻：介護事例研究集録 2012年版
- 3) 介護福祉士養成講座編集委員会：新・介護福祉士養成講座9 介護過程、25、中央法規出版株式会社、2009
- 4) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会：五訂介護支援専門員実務研修テキスト、212、一般財団法人 長寿社会開発センター、2012
- 5) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会：五訂介護支援専門員実務研修テキスト、219、一般財団法人 長寿社会開発センター、2012
- 6) 弘前医療福祉大学短期大学部生活福祉学科介護福祉専攻：介護実習の手引き、50頁、2013