トに記録し、情報シートを作成した。チェックされた項目に関する援助の到達目標と具体的な援助目標を設定した。結果的にはこのカードは項目が多いため、プレテストの段階で、ホームヘルパーが活用するにはさらに簡便で、より援助内容を具体的に記入したモデルが要求されることがわっかった（資料３：平成９年度研究報告書）。

平成10年度研究；

前年度の反省を基に、さらに簡便なチェック項目と自立援助の方向を示した情報シートと利用者介護記録を試案し、ホームヘルパーの協力を得て試用した。

## C．研究結果

昨年度の研究の結果を踏まえ、より簡便な方向で検討した。２訂目の情報シートおよび介護実践記録の様式とその活用方法は次の通りである。

### １，情報シートとその活用方法

利用者の生活情報を収集し、生活ニーズを把握するために、自立に関わる情報を検討してチェック項目を作成した。それをホームヘルプサービスの３本柱である身体介護、家事援助、相談助言の業務範囲に振り分けた。
身体介護に必要な情報は、コミュニケーション、起居移動、食事、排泄、入浴・保清、整容・更衣に関する身体レベルに関するもの。

家事援助に必要な情報は、家屋内外の管理、金銭管理、買物・代行・付き添い等。

相談助言に関するものは、家族関係・介護者問題、社会活動・生き甲斐、健康状態等とした。、それぞれの業務範疇でケア活動に必要となる情報項目は、できるだけＭＤＳ－ＨＣ／ＣＡＰｓでも問題領域につながるチェック項目を取り入れ標準化に心がけた。

情報シートは利用者の主たる援助がわかるように身体援助関係シート、家事関係シート、相談助言関係シートをそれぞれシートを色分けをしている。

情報シートの内容は、「利用者の情報」をチェックする欄と「援助の方向」欄を並記して、チェック項目に対する自立支援の方向が見やすいようにした。（資料２：情報シート）

「利用者の情報」欄は以下の４つの側面にわけて情報収集する。

①態度の側面；利用者がそのことをするかしないかという視点での情報。この項目は、利用者の精神的内面の観察であり、ここの項目にチェックがあれば、なぜそうなのかを精神的側面から判断しその原因や誘因について理解した上での対応が必要になる。

②動作の側面；利用者ができるかできないかの視点での情報。この項目は、利用者のＤＡＬを中心に観察する項目である。ここの項目にチェックがあれば、残存能力を生かした介護の工夫が必要になる。

③障害の側面；精神面や動作に影響を与えている原疾患との関係、服薬との関係を判断する情報。この項目にチェックがあれば、疾患や薬物との関係を考慮して十分な観察や関係機関への連絡が必要である。

④その他；家族や社会関係の情報。ここの項目は、利用者と家族関係、社会活動等利用者を取り巻く社会的な側面の情報をチェックしているので、他機関や他職種等との連携の必要が生じる場合がある。。

以上の情報項目のいずれかをチェックすると「援助の方向」（右欄）の欄にチェック項目から判断する方向とその場合のケアへの手がかりが記載してある。これらを利用者の個

別援助計画立案時の参考にする。

2．利用者介護記録と活用方

利用者介護記録は次の各記録様式を作成した

①フェースシート（様式１）

ここには本人氏名および主治医、介護支援専門員，要介護認定日、認定介護度、２４時間／週間サービス計画表でまとめた。この頁で利用者を支援する人材が一目でわかる。

②利用者像（様式２）

利用者像が見えるようにまとめた。ホームヘルパーが受託するサービス種別、利用者・家族の希望、審査会の意見、認定介護度、日常生活自立度（寝たきり度および痴呆性老人日常生活自立度）、情報シートのチェックから見えた利用者像をまとめた情報シート像からなる。

③サービス計画書（様式３）

受託したサービスを提供するホームヘルパーが、長期援助目標に添って情報シートから得たニーズから個別の援助計画を立て記録する。援助計画を立てる参考資料として家族構成や家屋見取図もつけた。様式２と３は利用者像を見ながら援助計画が立てられるように見開きの頁とした。

④介護サービス経過記録（様式４）

日々のサービス記録は、できるだけ簡明に記録できるものとした。１頁に６回分の記録が可能なようにしたので、週あたり１回のサービス事例では１ヶ月半、２回では３週間分、３回では２週間分、毎日では１週間分が記録できる。

記録する内容は、訪問時間、所要時間、健康チェック、サービス種別とその日の主訴及びそれへのヘルパー対応、その他特記事項とした。サービスを６回提供したところで記録頁が終了するから主任ヘルパーまたは介護支援専門員が検印する。主訴、特記事項などから、新たに対応を検討する必要のあるものは、その都度、主任ヘルパーに上げる

3，試用の結果

この情報シート及び利用者介護記録を試用した結果は次の通りであった。

試用協力が得られたのは２市６町で５５事例である。

①Ｓ市（１級ヘルパー 13 名；常勤）

試用事例 13 件

・チェックした情報をサービス計画書にまとめるのが困難（利用者ニーズ、問題点が明確にできない）

・情報シートは全くチェックしないでサービス計画書を記入した。（シートの利用の仕方が理解できない）

・情報チェックしたところ、平素のサービス内容とは違ったニーズが発見できた。（ニーズへの気づきができた）

・様式２の情報シート像は評価基準が示されていないので記入しにくい。（作成の再検討が必要）

・短期援助目標がかけない。（援助目標の意味が理解できていない）

・１日２回訪問の場合の経過記録の記入方法はどうするのか。（要検討）

・記入量が多く、時間をとられる。介護保険開始後はそのような時間はとれない。（記入がいや、消極的）

・家族構成 、家屋見取図の記入をしていない。（いままでの記録にはないこと）

②Ｎ市（１級７名、２級３名、無資格２名;常勤）

試用事例 12 件

・チェックした情報がサービス計画に反映しにくい 。（手順の不慣れ）

・情報チェックしてみると、現在のサービスと一致していないことがわかった。（プランの必要性の再認識）

・情報シートの援助の方向欄を参考にしても具体的な援助計画をたてるのは難しい。（アセスメントができていない）

・つい、いつものサービス内容を書いてしまった。（試用の意味が理解できていない）

・病名の欄がほしい。（要検討）

・家族の希望と長期援助目標、短期援助目標間に一貫性がない。バラバラになった。（ニーズがつかめていない）

③K町（1級2名、2級3名）

試用事例12件。

・24時間／週間サービス表の記入が難しい（スペースが狭小）

・情報シートの記入がしにくい。質問項目を％で表せるようにするとよい。（要検討）

・サービス計画はヘルパーだけでは計画が困難。他職の連携が必要。（実際は保健婦の指導があった）

・情報シートに痴呆症のみのシートを作ったらどうか。（チェックシートからのアセスメント力量がない）

・寝たきり者用のシートが必要。（同上）

・具体的な援助計画が難しい。（知識不足）

・情報シートの項目に正常な状態の項目があるが、不要な項目ではないか。（要検討）

・記録の必要は感じるがあるが、時間がない。（いいわけ）

④W町（1級3名；常勤）

試用事例4件。

・家族構成、家屋見取図は、別の場所に移したほがよい。（計画書の記入スペースを十分にとるため）。

・チェック項目はできる項目とできない項目を分けた方が見やすい。（勘違い？）

・普通のヘルパーは、一般状態の観察はできない。表情の観察ならできる。（看護業務との境界を強調）

・短期援助目標は、ヘルパーの援助の援助達成度なのか、利用者の自立度なのか。（理解不足）

・様式1.2.3.をまとめた方がよい（要検討）

・２４時間／週間サービス計画表は、サービス計画書（様式３）と同じ頁がよい。（要検討）

・様式２はいらない。（要検討）

・ヘルパーは毎日ローテーションで動いている　ので、経過記録（様式４）担当ヘルパー欄　はなくてもよい。（システムに疑問あり）

⑤S町（1級6名;常勤）

試用事例4件

・利用者像（様式２）が記入しにくい。（要検討）

・情報シートに痴呆者用を作ってほしい。（アセスメントの理解不足）

⑥N町（1級2名;常勤）

試用事例4件。

・短期援助目標という意味がわからない。（理解不足）

・ヘルパーはローテーションで訪問しているので、決まっていることを援助している。（援助計画へ意識が低い）

・訪問後は、コンピューターに入力して管理している。改めて手書きの必要性があるのか。（介護保険用データの入力と混同？）

・情報シート像は、家族の介護力も含めて判断するのか。（理解不足）

・家屋見取図は不要だと思う。（援助計画欄を拡大する意味）

・経過記録は特記事項だけでよい。（記録に時間がとれない）

⑦Ｆ町（２級２名；常勤、３級10名；登録）

試用事例４件

・生活支援型ヘルパーに、ここまでの記録が必要なのか。（家事援助が中心）

・記入してみると難しい。

⑧Ｈ町（１級３名；常勤）

試用事例２件

・情報シートの質問の意図が理解しにくいものがある。（要検討）。

・情報シートを活用してサービス計画書を作成するのは難しい。（アセスメントできない）

等の意見を聴くことができた。

## D、考　察

試用の結果、試案の再検討と共にホームヘルパーの質の向上の必要性についても若干の示唆を得た。

１）情報シートおよび利用者介護記録について

(1)試用結果から

情報シートを岡山県下の東西南北ほぼ全域から２市６町を選び、試用協力を得た。

この試用を通して次の様なことが明らかになった。

「情報シート」は、平成９年度に初回案としてＭＤＳ－ＨＣ／ＣＡＰｓを基に作成した情報シートがホームヘルプ用個別アセスメントシートとしてはチェック項目の密度が濃くてプレテストの段階で改善を検討することになったのを受けて簡便な改良案として作成した。

作成にあったては、日常生活の行為動作を生命維持につながる基本行動、身の回りの日常生活行動、社会活動参加行動、健康に関わる行動ごとに生活自立に影響するポイントをチェック項目として検討し、標準化を図った。さらに、チェック項目がチェックされた場合に、自立支援の視点に立ってケアプラン策定に必要なヒントと援助活動の方向を示した。

試用にあたって、活用方法の説明をその機関の代表者１～２名に説明し、他のメンバーには伝達方式をとったこと、研究者がすべての事例に同行できなかったことなどもあり、アセスメントに十分活用されていない傾向もあったようだ。

「利用者介護記録」は、ホームヘルパー側から全般的に記録内容が多いという意見が多かった。

記録内容からはサービス計画(ケアプラン)は情報シートでチェックした項目がアセスメントされていない、援助目標が利用者の自立レベルの視点に立つのではなく、ヘルパー自身の業務内容の記入が目立つ。ニーズを利用者の要求や主訴として捉えている。

サービス内容は家事がほとんどを占めている。24 時間／週間サービス計画表から他職種と協働する事例は少なく、ホームヘルパー単独の援助が目立つ。現在各現場で使用している記録用書式は簡単でケアプラン欄がないこと、サービスも項目チェックのみをするとするものが多い。（資料５；試用協力市町の記録様式例）

全般的に個別援助計画については実践されていないし、知識、技術も十分なものではないと思える。

(2)情報シートの改善を図る－３訂

今回の試用結果や現場のレベルを考慮して、さらにホームヘルプサービスの現場のサービス内容を整理・分析し、情報シートもホ

ームヘルパーによりなじみやすい次のような分類でまとめ、チェック項目数も減じて改訂した。

(1)身体の介護に関すること

ア、食事の介護

イ、排泄の介護

ウ、衣類着脱の介護

エ、入浴・身体の保清、洗髪の介護

オ、通院等の介護その他必要な身体の介護

(2)家事に関すること

ア、調理

イ、衣服の洗濯、補修

ウ、住居等の掃除、整理・整頓

エ、生活必需品の買い物

オ、関係機関との連絡

カ、その他必要な家事

(3)相談、助言に関すること

ア、生活、身上、介護に関する相談助言

イ、住宅改良にかんする相談助言

ウ、その他必要な相談助言

これらの各項目で、自立に向けた援助に必要なチェックポイントを精神面（する・しない）、身体面　（できる・できない、疾患、障害との因果関係）、社会面（物理的環境）に分けて挙げた。（資料６：情報シート－改訂版）

援助計画を立てる第１段階としてこの情報シートで現状を把握し、第２段階でこの３側面でチェックされた項目を「利用者像、個別援助計画策定評価表」に抜き出してアセスメントを行う。第３段階でそのアセスメントの内容を踏まえて情報シート右欄に示した短期援助目標及びその目標に対応する援助方法例を参考にしながら個別援助計画を立てることになる

ホームヘルプサービスにおける個別援助計画が定着することをめざし、再びこの試案を試用してみる。

**２）本研究の経過中に見えてきてホームヘルプサービスの問題点**

ホームヘルプサービス事業は、寝たきり老人、介護を要する痴呆性老人、疾病等により身体が虚弱な老人など身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに支障がある老人（要援護老人）の家庭に対してホームヘルパーを派遣し老人の日常生活の世話を行い、以て老人が健全で安らかな生活を営むことができるよう援助することを目的とする。（老人ホームヘルプサービス事業運営要綱より）

①ホームヘルパーは利用者のＱＯＬを高める支援をするべき。

このことから、老人の日常生活をどのように捉えて理解しておくことが必要なのかを改めて確認しておく。すなわち、人は誰でも生命を維持する生理的な行為行動を基礎にしてそのうえに社会生活を成り立たせている。高齢者の生活も同様である。この高齢者が健全で安らかな生活が営めるように援助するには、高齢による老化現象をはじめとした身体的、精神的、社会的なあらゆる生活側面を適切に理解しておくこと。さらに、日々の生活行動は、その人の生活歴の中で培われた価値観や習慣、その時の心理状態等にも影響されやすいので、個人の行動態様も様々であるから、高齢者の生活全般を広い視野でとらえることである。

したがって、ホームヘルパーによる要援護老人への援助活動は、食事・排泄・入浴など基本的な生命維持活動が自立できない人や衣服の着脱・買い物・家事などの日常的な生活行動を援助するだけではなく、趣味・娯楽・他者との交流・学びなど生活の豊かさや満足

感、充実感をを与える活動である。すなわち、ＱＯＬ（生命の質・生活の質）を高める視点での援助活動である。

②過剰介護や保護的介護は自立を阻む

援助の目的は、「生活の安全確保」「自立の支援」「生活の質の向上」である。

要援護老人は、しばしば心身に機能低下や病的な状態を抱えていることが多い。援助者はこのような現実に直面すると本人に代わって保護的な過剰な援助をしてしまいがちであるが、援助活動においては常にこのことを頭に置き、生活の安全、快適さの確保に対する援助を提供する過程で自立に向けた支援を展開していくことが大切である。生活者としての姿勢が自立していくことは、主体性を持って自らの生活行動を自ら選択したり決定できる自律性も育つ。そこにＱＯＬの向上につながる意義がある。

③科学的な観察・分析・判断が援助機能を支える

人の日常の生活行動の成因を知ることは、自立支援を展開する上で非常に有意である。

生活行動は本人の行動する意欲や意志、心理状態などが要因となる行為（精神的側面）と、動作能力（ＡＤＬ）や持っている疾患や障害の影響（身体的側面）、生活環境（物理的、人的側面）の要素が互いに関連しあって個人の生活行為動作として表現される。したがって、この３方向から生活行動を分析し、原因を探り、自立のためのニーズを明らかにした上で自立支援活動に入ることが望ましい。

これらのことを基本に考えると現状のホームヘルプサービスに次のような点を検討する事も必要ではないかと感じた。

④ホームヘルパー養成研修について

今回の試用協力を得たホームヘルパーは、１級課程修了者が 36 人、２級課程修了者が 10 人であった。しかも８市町 のうち、４市町は全員１級課程受講者であった。Ｆ町のみ１級課程修了者がいなかった。

１級課程は２級課程修了者を対象に主任ヘルパー業務に関する知識・技術の修得を目標に 230 時間内にチーム運営方式の基幹的ヘルパーの養成研修を、また、２級課程は 130 時間内にホームヘルプサービスの基本的な研修を行っている。今回の研究に特に関係する必要な知識・技術に関する科目としては、２級課程カリキュラムに福祉サービスの基本視点（6 時間）及び相談援助とケア計画の方法（4 時間）ケア計画の作成と記録、報告の技術（5 時間）がある。特にケア計画の作成、報告については実技講習であるからホームヘルパーとしての援助目標やケア計画立案の基本的な技術は修得できているはずであるが、今回の事例ではアセスメント及び援助目標、具体的援助計画において適切な記入ができなかった。養成講習会のケア計画に関する科目の教授法の工夫やカリキュラムの効率のよい組み方、適切な講師の選定など検討し、しっかりと技術が修得できるようにすることが必要であろう。

⑤リーダーによる現場教育の必要性

その理由の一つには、現場の記録書式にもある。援助計画欄が設けられてない書式や実施記録も買い物、調理・・・という実施した項目に○印をうつだけの書式であったりする。これでは、現場でケア計画策定の知識の活用も技術の向上も期待できない。

もう一つは、ホームヘルパーステーションに知識、技術を持ち、リーダーシップのとれるスタッフがいるかどうかである。

K町では訪問看護ステーションと在宅支援センターを1フロアに開設しており、保健婦、看護婦、介護福祉士、社会福祉士、ホームヘルパーが常駐している。管理者である保健婦がチームケアのリーダーとしても個別ケアの指導助言にあたっている。現在使用しているホームヘルプサービス個別援助計画表には援助目標や具体的な援助計画欄はない。しかし、研究協力を依頼し、実践していく過程で、保健婦は研究の趣旨を踏まえてホームヘルパーをリードし、試用記録様式に期待通りの記入をさせていた。リーダーがいれば養成研修で得た知識をもとに現場で実践教育ができると確信した。1級ヘルパーのみで構成しているあるステーションの主任は、ケアプランが必要であることは理解できているが、記録書式を工夫したり、プランを立てるところまでは実行困難であるという。時間がないというのが理由であった。

⑥現任教育、再教育

今回の対象事例は、家事型のサービスが多かった。しかもホームヘルパーのみによる単独支援が多く、他のサービス提供機関との協働事例が少なかった。チームケアあるいは職種間の連携機能には経験が乏しいことが伺える。介護保険施行後はこの機能を強化していく必要があるから、現任教育あるいは再教育を計画的に行いホームヘルパーの資質の向上に努めることも大切である。

介護保険施行後のチームケアの一端を担うホームヘルパーが、利用者の自立支援のための個別援助が有効に機能するには相当の訓練が必要であろうと感じた。。

## E、結　論

ホームヘルパーによる個別援助計画に活用できるアセスメントシートの開発を試みた。試案を3訂まで行ったが、まだ結論が出ない。この研究の経過中にホームヘルパーサイドの個別援助計画に関する姿勢や技術面の実際が見えた。介護福祉士教育に携わっている者としてのサイドで介護福祉士と比較すると、思っていた以上にレベルの差があるようにも感じた。、あるいはケアプランの知識と理解はあってもプラン立案、記録、報告技術に慣れていないだけなのかもしれないが、いずれにしても現在の現場では個別援助計画はほとんど立てられていないのが現状であった。

ホームヘルプサービス現場で活用できるアセスメントシートと記録様式を完成し、よりよい個別援助が展開できるための役に立てたいと考える。

## F、参考文献


1）ジョンN．モリス／池上直己他、池上直己訳：在宅ケアアセスメントマニュアル、厚生科学研究所、東京：1996.

2）日本訪問看護振興財団：日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン、日本看護協会出版会、東京：1996.

3）居宅サービス計画ガイドライン：全国社会福祉協議会、東京：1998.

4）ホームヘルパー養成研修テキスト：ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編：長寿社会開発センター、東京：1996.


## G、研究発表

1．論文発表はない。

2，学会発表

① 橋本祥恵　中野邦子：ホームヘルパーが担当する在宅高齢者の実態、第5回日本介護福祉学会、1997.

② 橋本祥恵　中野邦子　小玉美智子　谷口敏代　迫　明仁：ホームヘルプ事業における固有のケア計画策定と記録様式の試案、第6回日本介護福祉学会、1998.

利用者コードNo.

# フェースシート

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 男　女 | M,T,S　年　月　日（　　歳） |
| 住　　所 | 〒<br>ＴＥＬ； | | 世帯主氏名 |
| 緊急連絡先 | 昼間；住所〒<br>氏名<br>夜間；住所〒<br>氏名 | | TEL　（　）<br>続柄<br>TEL　（　）<br>続柄 |
| 主　治　医 | 氏名<br>住所〒<br>所属 | 病院・診療所 | TEL　（　）<br>TEL　（　） |
| 介護支援専門員 | 氏名<br>所属 | | TEL　（　） |
| 利用者・家族の相談内容希望 | | | |
| 要介護認定 | 要支援・要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ | 判定日 | 年　月　日 |
| 主治医・審査会の意見 | | | |

## ２４時間／週間サービス計画

| 曜日 | 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 |
|---|---|
| 月<br>火<br>水<br>木<br>金<br>土<br>日 | |
| ｻｰﾋﾞｽ機関別の介護内容（受託ｻｰﾋﾞｽ） | |

# 利　用　者　像

| 利用者　氏名 | | 男　女 | M,T,S　年　月　日（　歳） | |
|---|---|---|---|---|
| 受託介護項目（種別） | | | 要介護度 | |

**個別援助計画策定評価表**　　策定年月日　　年　月　日　　記入者

| | 受託介護項目 | 具体的な情報 |
|---|---|---|
| 身体介護 | 食事の介護 | |
| | 排泄の介護 | |
| | 衣服着脱・整容の介護 | |
| | 入浴、清拭、洗髪の介護 | |
| | 通院介護、その他必要な身体の介護 | |
| 家事援助 | 調理・食事 | |
| | 衣類の洗濯・補修 | |
| | 掃除・整理整頓 | |
| | 必需品の買い物 | |
| | 関係機関との連絡 | |
| 相談助言 | 生活・身上・介護に関する相談助言 | |
| | 住宅改造、その他必要な相談助言 | |
| その他 | | |

# 個別援助計画

作成：平成　年　月　日　　作成者：

| 利用者氏名 | | 男　女 | M,T,S　年生（　歳） |
|---|---|---|---|
| 長期援助目標<br>（総合的な援助方針） | （期間　　） | | |

| 受託介護項目毎ニーズ | 短期援助目標 | 援助計画 | 頻度 | 期間 | 担当 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

身体介護1　　食　事　の　介　護

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| する・しない | □食欲が低下気味である（食欲不振）<br>□食べようとしない（食事拒否）<br><br><br><br>□異常な食欲（異食、早食い、ひったくり）<br><br>□偏食がある（嫌いなもの　　）<br>□食べ残しが多い<br><br>□その他 | ア、通常に摂食する<br>・身体的異常不安・うつの有無を確認（医療職へ）、<br>・不満、反抗，抗議的態度には傾聴、気分転換、家族関係調整<br>・好物の提供、好みの味付け、口当たりのよいもの<br>・痴呆や精神障害の有無を確認（医療者へ）、傾聴、作業療法相談、<br>イ、バランスよく摂食する<br>・調理方法の工夫、生活歴、食習慣の傾聴<br>・視覚障害の有無の確認、配膳の工夫、介助 |
| できる・できない | □座位の保持が困難<br>□頭部が不安定<br><br>□手指でつまみ動作ができない<br>□食器の固定ができない<br>□食器で食物が掬えない（前腕回内外不能）<br>□手を口に持っていけない（前腕屈曲伸展不能）<br><br>□よだれが多い、口中に食物が残る<br>□嚥下できない、むせる<br><br><br>□噛めない（歯がない、義歯がない、）<br><br>□食後の口腔ケアができない<br><br>□その他 | ア、座位で食事ができる<br>・ｷﾞｬｯｼﾞﾍﾞｯﾄﾞ・車椅子など使用で座位安定確保<br>・ｴｱ枕などで頭部を固定<br>イ、残存機能を活用して食事動作が自立する<br>・食器滑り止めの工夫、箸・ｽﾌﾟｰﾝの握り方工夫、<br>・肩関節外転、内転など代償動作を指導、<br>・肩の外転、躯幹の屈曲で代償動作の指導<br>・理学療法士による食事動作指導<br>ウ、安全に食物が嚥下できる<br>・頭部は健側に傾ける、食物の残りを取り除く<br>・30~60 度座位で頭部は前屈姿勢<br>・経管栄養に夜栄養補給（医療職と連携）<br>・食事内容の工夫、きざみ食、プリン様、ｾﾞﾘｰ様<br><br>エ、歯磨き、口腔のすすぎができる<br>・促す、最小限の介助 |
| 疾患や障害 | □口腔に疾患がある（歯折、歯肉炎、口内炎）<br><br>□脳血管障害がある（脳出血、脳梗塞）<br>□多発性硬化症がある<br>□筋萎縮性側索硬化症がある<br>□パーキンソン病がある<br>□リウマチがある<br>□視覚障害がある<br>□痴呆がある<br>□脱水傾向がある<br>□高血圧、糖尿病、腎臓病、肝臓病がある<br><br>□その他 | ア、痛みをとる<br>・医療者に連絡・受診<br>イ、誤嚥しないように食事ができる<br>・医療者と連携、食事内容の工夫、食事方法の工夫<br>・家族指導、安全の確認と観察<br>・食事姿勢・体位の工夫、食事動作の介助<br><br>ウ、確実に摂食する<br>・買い物・調理の指導・介助、摂食の見守り・介助<br>エ、水分を摂る<br>オ、食事療法をする<br>・医療者と連携、食事処方に沿った調理の工夫 |
| 環境 | □食物の調理形態（きざみ、ほぐし、ミキサー）<br>□食べやすい味付け、温度<br>□ﾃｰﾌﾞﾙと椅子のバランス<br>□食卓、食事場所の雰囲気<br><br><br>□その他 | ア、喉ごしのいい調理をする<br>イ、むせないように食べる<br>・甘味使用や熱めのお茶を勧める<br>ウ、安定した座位を保つ<br>エ、楽しく、リラックスして食べる<br>・音楽を流す、花を飾る、時間をかける、同席者 |

身体介護2

# 排　泄　の　介　護

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| する・しない | □排泄現象に問題がある<br>（便秘・下痢・頻尿・尿意便意促迫）<br>□失禁する（漏らす、ちびる）<br>□弄便がある<br>□トイレ以外で用便する<br>□おむつをしている<br>□その他 | ア、精神的に落ち着く<br>・傾聴する（生活習慣の不一致、不安、不満、緊張依存心などの心理的な面の確認）。リラックス支援<br>・排泄環境点検・整備へ連携<br>イ、原因となる疾患や状態を改善する<br>・医療者と連携、指示によるケアと指導<br>・痴呆がある場合はおむつ使用・交換、清潔ケア<br>・ﾘｱﾘﾃｨｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ<br>ウ、おむつを外す<br>・傾聴する（孤独感、不安感、欲求不満等）、<br>・尿意の有無の確認、安心パンツ |
| できる・できない | □寝床上で寝返り・腰挙げができない<br>□介助でも起きあがり、バランスがたもてる<br>□伝い歩き、立ちしゃがみができる<br>□車椅子移動が可能<br>□ドアの開閉ができない<br>□手洗いができない<br>□その他 | ア、練習して改善を試みる<br>・寝返り・腰上げ訓練、差込便器使用<br>イ、ポータブル便器で排泄できる<br>・ポータブルトイレ移乗の介助と移乗動作訓練<br>・衣服着脱介助、動作訓練、用便後の始末汚物処理<br>ウ、トイレで用便ができる（自立）<br>・歩行介助、衣服の上げ下ろし、用便後始末見守り<br>・車椅子・便器への移乗見守り、必要時一部介助<br>エ、プライバシーが確保できる<br>・ドア開閉の援助、見守り<br>オ、用便後手洗いができる<br>・見守り、一部介助、おしぼりのサービス |
| 疾患や障害 | □認知・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝに障害がある<br>□浣腸や摘便をしている（　　回／週）<br>□下剤を定期的に使用している<br>□食事療法をしている<br>□留置カテーテルを挿入している<br>□セルフカテーテルを使用している<br>□尿路系ストーマがある<br>□消化器系ストーマがある<br>□その他 | ア、適切な排泄の援助を受ける<br>・排泄間隔で管理、おむつ使用、ﾘｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ<br>イ、予防と医師の指示に従う<br>・医療者と連携、指示の遵守の見守り、運動<br>・食事内容の工夫、食事量・水分出納の観察・補給<br>ウ、セルフケアが適切にできる<br>・セルフケア行動の見守りと状態の観察、<br>・医療者と連携、家族指導 |
| 環境 | □排泄環境が悪い<br>（移動距離，廊下幅、手すり、床素材、履き物、トイレの介助空間、便座、照明、室温）<br>□トイレの表示がない<br>□洋式便器、ポータブルトイレに慣れない<br>□衣服の着脱ができにくい<br>□その他 | ア、排泄動作がし易い<br>・住宅改善の相談、関係機関と連携、<br>・移動補助具・自助具の検討<br>イ、トイレの場所がわかる<br>・「便所」「トイレ」、部屋⇔トイレの表示<br>ウ、便器に使い方がわかる<br>・使用法を繰り返して説明する<br>エ、衣服の着脱が簡単にできる<br>・衣服の工夫 |

身体介護3　　衣服着脱・整容の介護

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標（援助方法例） |
|---|---|---|
| する・しない | □更衣・整容をする気がなく、不潔感がある<br>□更衣・整容に過剰なこだわりを見せる<br>□衣服の選択が不適切である（春夏秋冬）<br>□更衣はするがちぐはぐでうまくできない<br>□衣服の整理・整頓に関心が薄い<br>□その他 | ア、生活を楽しむ<br>・利用者との関わりを深くする、傾聴、楽しみごと、生活リズム整え、人間関係の拡大<br>イ、精神的安寧を保つ<br>・傾聴と受容（自己表現、自己防衛、示威など）<br>ウ、できるだけ自分できる<br>・痴呆、認知障害がある場合はその場で根気よく指導、できない部分のみ介助<br>・精神的行動の場合は理解する態度と受容<br>エ、整理整頓に関心を持つ<br>・衣服の畳み方、収納指導<br>・分別収納場所の表示（タンス等） |
| できる・できない | □衣服のボタンの掛け外しができない<br>□ひもが結べない、ほどけない<br>□衣服の袖が通せない、脱げない<br>□ズボンの上げ下げができない<br>□靴下、たび、靴が履けない、脱げない<br>□靴が脱げてしまう、うまく歩けない<br>□スリッパでうまく歩けない<br>□手洗い、洗顔、歯磨きができない<br>□髪がとけない<br>□化粧ができない<br>□爪が切れない<br>□その他 | ア、ボタンの掛け外し、ひも結びが自立する<br>・ゆっくりやってみる、ボタンは大きめに、ひもは太めにしてみる<br>・ボタンやひもをマジックテープに替えてみる<br>イ、できるだけ自分でできる<br>・座位バランス指導（または仰臥位）<br>・片手動作による着脱法の指導（患測から着衣・健側から脱衣）、<br>・伸縮性材質の衣服や大きめの衣服を選ぶ<br>・衣服の改良やリーチャー、フック、ソックスエイドなど自助具の利用<br>ウ、転倒しないように歩く<br>・介護用シューズの利用<br>エ、座位、立位のバランスがとれる<br>・バランス訓練、<br>オ、洗面所への移動ができる<br>・車椅子移乗、自走の訓練<br>カ、洗顔、歯磨き、整髪、化粧、爪切りができる<br>・上肢機能障害の場合は、水栓、洗面台の改善、自助具の選定、工夫、活用、一部介助 |
| 疾患と障害 | □上下肢機能障害（片麻痺）<br>□慢性関節リウマチ、腰痛（痛み、変形）<br>□対麻痺、四肢麻痺（知覚障害、膀胱直腸障害）<br>□その他 | ア、片手で自立する<br>・バランスの改善　（理学療法士と連携）<br>・簡単な衣服、自助具の活用、動作指導<br>イ、いたみを避ける<br>・軽く保温性ある衣服、ゆったり、前開き、自助具<br>ウ、残存機能を生かして自立する<br>・ズボン、靴は大きめ、伸縮性ある材質<br>・失禁時の清潔ケア |
| 環境 | □整容環境の評価<br>（洗面台の高さ，水栓器具、鏡、タオル掛け、歯磨きチューブ、歯ブラシ、櫛、ヘアブラシ、ひげ剃り）<br>□その他 | ア、環境の改善で自立を目指す<br>・関係機関、職種に連絡、相談 |

身体介護4　　入浴・清拭・洗髪の介護

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| する・しない | □入浴を嫌う、入りたがらない<br>□洗わない・洗おうとしない<br><br><br>□脅迫的に洗い続ける<br><br>□その他 | ア、入浴して身きれいにする<br>・意欲をおこさせる（快感、安心感、生き甲斐など）<br>・傾聴（不満、不安、依存欲求、プライドなど）<br>・痴呆では入浴動作の学習、動作分割<br>イ、脅迫観念を改善する<br>・親身になってわかろうとする、傾聴、受容 |
| できる・できない | □入浴準備（給湯，給水）ができない<br>□排水と清掃ができない<br><br>□衣服の着脱が困難<br><br>□居室～浴室への移乗・移動が困難<br>□洗い場への移動・移乗が困難<br>□浴槽への出入りが困難<br>□洗体が困難<br>□洗髪が困難<br>□体が拭けない、身仕舞いが困難<br><br>□入浴はできない、床上清拭のみ<br><br><br><br>□精神機能の低下があり危険である<br><br><br>□その他 | ア、入浴の準備、後かたづけの援助を受ける<br>・給湯、排水、清掃⇒家事援助<br><br>イ、衣服の着脱ができる<br>・⇒衣服着脱・整容の項参照<br>ウ、入浴が自立する<br>・理学療法士・作業療法士と連携（座位・立位バランスの訓練、床座位でのプッシュアップ，椅座位でのプッシュアップ、移乗・入浴動作の指導）<br>・最小限の介助<br>・痴呆の場合は反復訓練、動作分割<br>・介護者の指導<br>エ、身体、口腔、耳孔、鼻孔が清潔である<br>・全身清拭、部分清拭、足浴、手浴、洗髪<br>・耳孔、鼻孔、口腔の清潔　爪切り<br>・入浴サービスの紹介<br>オ、けがや事故をおこさない<br>・注意力、判断力、理解力にそって電気、ガス、給湯の指導をする、介助をする |
| 疾患と障害 | □片麻痺・バランス障害（脳卒中）<br>□上下肢、関節のこう縮がある<br>□全身的な機能低下・障害がある<br>（老衰、長期寝たきり、頸椎損傷）<br>□高血圧症である<br>□痴呆、精神障害がある<br><br>□皮膚感染症がある<br>□褥創がある<br><br>□熱性疾患がある<br>□ドクターストップが出ている<br><br>□その他 | ア、安全に入浴する<br>・医療者と連携、安全確認をとる、看護婦同行<br>・健康観察（バイタルサインのチェック）<br>・残存機能の活用、一部介助<br><br>イ、患部が憎悪しない<br>・患部の清潔、薬物塗布・創部の手当観察指導<br><br>ウ、入浴はしない<br>・部分清拭 |
| 環境 | □浴室の環境評価<br>（出入り口、ドアハンドル、手すり、水栓、浴槽型洗い場との段差、自助具）<br>□脱衣室の環境<br>（出入り口、ドア、広さ、手すり、室温）<br><br>□その他 | ア、入浴がし易い<br>・関係機関に連絡、浴室改善、介助指導<br>・自助具の活用<br>・脱衣室改善 |

身体介護５　　通院等の介助その他必要な身体の介助

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| する・しない | □ベッドから出ようとしない。起きない<br>□睡眠剤を使用している<br>□体調が悪そうである<br><br>□部屋から外へ出たがらない<br>□車椅子に乗らない。操作しない<br><br><br>□家の中を絶えず歩き回る<br>□自分の居場所が分からなくなる<br>□夜間に徘徊する<br><br>□その他 | ア、生活に張りを持たせる<br>・楽しみごと、話し相手の確保、生活リズムの整え<br>イ、受診して体調を整える<br>・痛みの有無、視力低下、一般状態を観察し対処<br>ウ、生活空間が広がる<br>・他者への怒り、甘え・依存心などの傾聴と調整<br>エ、動作や行為を学習し移動方法がわかる<br>・動作分割 、ことばがけ、訓練<br>オ、自分の行動が認知できる<br>・ﾘｱﾘﾃｨｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ、動作分割など<br>・生活のリズム調整、傾聴する、運動を勧める<br>・居間、トイレなど表示してみる |
| できる・できない | □自分で寝返りができない<br>□起きあがれない<br>□座位がとれない、<br>□立位がとれない<br><br>□車椅子への移乗ができない<br>□車椅子の自走ができない<br><br>□歩行が困難、歩けない<br>□交通機関の利用がしにくい<br><br>□その他 | ア、離床できる<br>・ｷﾞｬｯｼﾞｱｯﾌﾟ、長座位・端座位・立位でのバランス訓練、体位・姿勢動作の指導、筋力強化訓練リハビリテーション連携<br><br>イ、車椅子への自力移乗、自走ができる<br>・声かけ、動作分割指導、最小限介助<br><br>ウ、転倒しないようゆっくり歩ける<br>・腰帯介助、杖・歩行器利用歩行、見守り<br>・外出の付き添い |
| 疾患や障害 | □四肢麻痺がある（右　左）（上肢、下肢）<br>□バランス障害がある<br>□四肢のこう縮<br>□四肢の切断（部位　　）<br>□脊椎損傷がある（ 部位　　）<br><br><br>□筋緊張性疾患がある<br>□疼痛性疾患がある（ リウマチなど）<br>□視覚障害がある（全盲、弱視、視野狭窄）<br>□精神機能障害がある（認知障害など）<br>□立ちくらみ、貧血がある<br><br>□その他 | ア、残存機能を生かし、少しの介助で移乗・移動ができる<br>・便器・浴槽・自動車などへの移乗・移手順の指導、移動前マッサージ（こう縮緩和）<br>イ、自助具、補助具等で自立を図る<br>・装具歩行・手動車椅子・電動車椅子等自助具、補助具の選定、関係職種と連携<br>ウ、安全に移動できる<br>・ゆっくり歩行、見守り、安全確保<br>・移動範囲の整理、進行方向の見守り<br>・目印やポイントの工夫、ﾘ・ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ<br>エ、健康状態を改善する<br>・医療者と連携・指示を受ける、食事管理、 |
| 環境 | □居室や寝床が和式である<br>□ベッドの高さが適切でない<br>□移動バーや手すりがない<br>□家屋内に段差が多い<br>□杖、車椅子がない<br>□トイレが和式である<br>□月あたりの外出回数（　　）<br><br>□その他 | ア、歩く手段を確保する<br>・ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰの視点でベッド高の調節、杖・歩行器<br>・歩行補助具の常置と整備、<br>イ、安心して歩ける<br>・手すり設置、段差解消、浴室・トイレ等改良<br>・住居改善補助申請の援助<br>ウ、交通機関を利用して外出できる<br>・外出時介助 |

家事

# 家　事　の　援　助

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| 調理・食事 | □食材の買い物ができない<br>□調理や準備・後かたづけができない<br>□摂取介助が必要<br>□食堂まで移動して食事をする<br>□居室で（座位、臥位）で食事をする<br>□特別食（高血圧食、潰瘍食、糖尿食　　kcal ）<br>□主食（普通食、粥食、その他）<br>□副食（普通食、きざみ食、ミキサー食、その他）<br>□経管栄養をしている<br>□その他 | ア、食材が入手できる<br>・買い物代行、視覚障害者は同伴買い物、注文配達<br>イ、調理が自分でできる<br>・調理代行、調理の指導、見守り<br>・後かたづけ、冷蔵庫内の管理、指導、火元の管理見守り<br>ウ、食事摂取が自立する<br>・残存機能の活用、自助具の活用、<br>・移動、移乗、体位の工夫<br>・摂取量の観察<br>エ、適切な摂食ができる<br>・特別食の献立、調理形態の工夫<br>・経管栄養の観察、助言、医療職と連携 |
| 衣類の洗濯補修 | □洗濯・補修・アイロン掛けができない<br>□四季の更衣や整理ができない<br>□布団干し・シーツの取り替えができない<br>□その他 | ア、清潔な衣類を身に付ける<br>・衣類の洗濯代行、洗濯機の使用法指導<br>・アイロンがけ代行、ボタン付け、補修<br>イ、衣類を管理する<br>・季節ごとの衣類の整理援助<br>ウ、布団干し、シーツの取り替えをする |
| 掃除・整理整頓 | □居室の掃除ができない<br>□畳・建具の補修、張り替えができない<br>□室内の害虫の駆除<br>□冷蔵庫内の整理<br>□家屋の補修<br>□庭の手入れ、側溝等の清掃<br>□その他 | ア、居室の掃除、整理整頓<br>イ、業者へ連絡、障子の張り替え代行<br>ウ、殺虫剤の噴霧等<br>エ、食中毒の予防<br>・賞味期限切れ食品点検、庫内の清潔<br>オ、家屋修理、庭の手入れ、外塀の掃除<br>・代行又は業者依頼 |
| 必需品の買い物 | □食材・衣類・生活用品の買い物<br>□その他 | ア、買い物を楽しむ<br>・買い物に付き添い同伴する、<br>・代行、出納帳をつける<br>・買い物代金の取り扱い<br>（月極まとめ払い、クレジット、家族支払い） |
| 関係機関等との連絡 | □身体・精神上に異常がある<br>□ケアニーズが変化した<br>□公的関係書類の提出、記入<br>□民生委員、近隣との連絡<br>□ボランティアとの連絡<br>□家族への連絡 | ア、異常の憎悪を予防する<br>・家族、主任ヘルパー、担当看護職、主治医連絡<br>イ、援助内容を変更する<br>・主任ヘルパー、ケアマネジャー連絡<br>ウ、関係機関へ代行処理 |
| その他 | □<br>□<br>□ | |

相談・助言1　　生活・身上・介護に関する相談助言

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| 社会生活 | □日中一人でいることが多い（孤独）<br>□寂しい思いを訴える<br>□近隣とのつきあいが減少または希薄<br>□趣味など余暇活動が減少又は少ない<br>□家族に不満を持っている<br>□支援者を快く思っていない<br>□その他 | ア、生活の楽しみを得る<br>・近隣、友人知人との接触、<br>・地域の福祉サービスの定期的な利用<br>・グループ活動へ参加 、送迎サービスの活用<br>イ、家族や支援者と良好な関係を持つ<br>・傾聴、受容、スキンシップ、 |
| 身上・介護者・コミュニケーション | □介護者がいない（一人暮らし）<br>□介護の手代わりがいない<br>□介護者は就労している<br>□介護者の健康不安がある<br>□介護者に相談相手がいない<br>□利用者・介護者間の折り合いがよくない<br>□介護の知識や技術が不十分<br>□本人または家族が施設入所を希望する<br><br>□虐待のおそれがある<br>□介護ニーズが変化した（増、減）<br><br>□めがね使用<br>□視覚障害がある（全盲、視野狭窄）<br>□難聴、補聴器使用（右　左　）<br>□失聴（手話、読唇、筆談）<br><br>□その他 | ア、福祉サービスを利用する<br>・介護保険の申請<br>・インフォーマルな支援者の投入<br>・地域福祉サービスの利用<br>・傾聴、受容<br>・相談・助言、カウンセリング<br>・介護知識、技術の指導助言<br>イ、施設へ入所できる<br>・関係機関へ連絡<br>・家族関係の調整、助言、見守り<br>ウ、適切な支援が受けられる<br>・主任ヘルパー、ケアマネジャー連絡<br>エ、意志を伝えることができる<br>・代筆、代読、<br>・緊急時の連絡方法の確立<br>・生活補助具の活用、ボランティア活用<br>・生活の相談助言、カウンセリング |
| 医療・健康問題 | □短期記憶障害がある<br>□判断力、認知能力、見当識に障害がある<br>□せん妄の兆候がある<br>□鬱（不安、悲しみ、絶望感、泣く）の兆候<br>□徘徊、暴言、性的行動、弄便など<br>□精神障害（幻覚、妄想、独笑、独語）がある<br>□自殺企図があった<br>□既往症がある<br>（病名　　）<br>□治療中の疾患がある<br>（病名　　）<br>□現在の症状<br>（　　）<br>□薬物を服用している<br>（薬剤　　）<br>□気管切開をしている<br>□ストーマを装着している<br>□透析をしている<br>□酸素療法をしている<br>□膀胱カテーテルが入っている<br>□褥創の処置がある<br>□その他<br>（　　） | ア、症状を悪化させない<br>・根気よくつきあう、ﾘｱﾘﾃｨｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ、<br>・症状の観察、専門家に相談<br>・自傷行為に注意<br>・傾聴、受容 、タッチング、レクレーション、<br>・観察と専門家の指示を仰ぐ<br>・緊急時、終末期の対応、連携、連絡方法の確認<br>・家族に支援機関や家族会の紹介<br>・健康観察情報、家族・本人のセルフケア技術観察情報はケアマネジャー、関係機関等へ報告、助言指導<br>・薬物服用の見守り |

相談・助言２　　住宅改良に関する相談助言・その他必要な相談助言

| | 利用者の訴え・状況 | 短期援助目標例（援助方法例） |
|---|---|---|
| 住宅改良 | □照明が暗い<br>□電気配線が蛸足配線、漏電の危険性<br>□居室、廊下に段差がある<br>□居室が二階、階段昇降が危険<br>□手すりがない（廊下、浴室、洗面所、トイレ）<br>□床が滑りやすい<br>□廊下の幅が狭い<br>□浴室、脱衣室、洗面所が狭く段差がある<br>□トイレが和式である<br>□台所の流し台の高さが不適切<br>□ガス台の傷みがある（ガス漏れ危険）<br>□水栓がひねりにくい<br>□水栓の位置が高い（低い）<br>□冷蔵庫が機能していない<br>□調理器具の工夫、自助具の使用がない<br>□害虫がでる<br>□室温が高い（低い）、暑い（寒い）<br>□すきま風が入る<br>□冷暖房設備の点検（ガス、電気、灯油）<br>□玄関から外へ出にくい（段差）<br>□外の往来まで坂道、でこぼこ道<br>□往来は交通量が多い<br>□騒音が激しい<br>□その他 | ア、生活のしやすい住居を確保する<br>・住宅改造相談、日常生活用具給付事業、融資事業等との連携 |
| その他の相談助言 | □経済状態がやや困難<br><br>□その他<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□<br>□ | ア、経済的支援を受ける<br>・関係機関と連携 |

# 高齢在宅療養者の生活状況からみた生きがいに関する研究

小西美智子（広島大学医学部保健学科　教授）
中本朱美（広島大学医学部保健学科）

訪問看護を受けている高齢在宅療養者 27 例に生きがいと療養生活について面接を行い、その内容をグランデッド・セオリー的アプローチにより分析した。その結果、高齢在宅療養者の生きがいの構造と療養生活の受け止め方を明らかにすることができた。その関連性をみると、望ましい「自己実現受容型」から専門職による支援の必要な「自己実現諦め型」等の 7 つのパターンに分類できた。

キーワード：高齢在宅療養者、生きがい、療養生活の受け止め方

## A．研究目的

疾病構造の変化や急速な高齢化に伴い、要支援及び要介護高齢者が増加している。高齢化に伴う種々の問題への対策が強化されている中で、一般の高齢者を対象とした生きがい感に関する過去の研究は多いが、地域で暮らしている障害をもった高齢者の生きがいを明らかにした研究は少ない。そこで、高齢在宅療養者の生きがいを明らかにし、支援方法を考察する必要がある。

本研究では、高齢在宅療養者の生きがいを「日常生活を送る中で療養生活を支え、本人が楽しいと感じているもの」と定義する。

本研究の目的は高齢在宅療養者の生きがいの構造と療養生活の受け止め方を明らかにし、その関連性をみること、高齢在宅療養者が生きがいを持って生活できるように支援するための方法を考察することである。

## B．研究方法

H市内で訪問看護を受けており、寝たきり度判定基準がランク J·A·B·C でコミュニケーションがとれる高齢在宅療養者のうち、研究の同意が得られた 34 例を訪問した。

訪問看護婦の訪問時に同行し、ケア実施時又はケア終了後 30～60 分をめやすに半構成的に面接を行った。「日常生活の中でどういった楽しみを持っているか」「病気や老いに対してどのように考えているか」等について面接し、対象者の許可を得て内容を録音した。調査期間は平成 10 年 5 月 11 日から 8 月 10 日である。

録音した内容は逐語的に書き起こし、生きがいと療養生活の受け止め方に関する部分をコード化した。データとの比較分析を繰り返しながら、類似したコードにネーミングし、カテゴリー化した。さらに、中核となるカテゴリーを抽出し、カテゴリー間の関連性を検討し、文献と照合しながら命題を明らかにした。分析の妥当性・信頼性については、スーパービジョンを受けた。