

「在宅ケアにおける困難事例に関する研究と対応ツールの作成」

終了報告書

申請者: 武ユカリ¹⁾

共同研究者: 小杉真司²⁾、浅井篤³⁾、榎原秀一⁴⁾

- 1) NPO 法人 COM 総合福祉研究所 非常勤講師 〒650-0025 神戸市中央区相生町 4-2-33 《研究助成申請時 2) 研究生》
- 2) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療倫理学分野 〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
- 3) 熊本大学大学院医学薬学研究部環境生命科学生命倫理学分野 〒860-8556 熊本県熊本市本荘 1 丁目 1-1
- 4) 医療法人邦明会榎原クリニック 〒551-0001 大阪市大正区泉尾 1-5-17

2006 年 11 月 30 日提出

緒言

2000(平成12)年介護保険制度が導入された。以後、在宅ケアには医療、看護、福祉の分野の専門職が事業者として参入し、利用者と家族の在宅生活をささえるためケアサービスを提供している。そこで多くのケア提供者は円滑にケアサービスを行うことができない、いわゆる困難事例に日々遭遇している。多くのケア提供者はこういった困難事例に応急的に対応せざるを得ない。なぜなら時間的、人的、環境的などの様々な制約がある中で、ケア提供者は対応をしなければならないからだ。さらに個々の利用者や家族の複雑な事情も背景にあり、多様なニーズに容易に応えることはできない。また多職種のケア提供者の全てが、円滑なケアサービスの提供に協力的であるとも限らない。

厚生労働省老健局の介護制度改革関連法案(平成17年2月)には、ケアマネジメントの見直しとして「支援困難事例への対応の強化」が示されている。¹また在宅生活支援の重要な担い手である、ホームヘルパー1級の養成研修には困難事例の検討が必須科目となっており、研修テキストでも「援助困難事例の検討」に多くのページ数が割かれ実習課題としても重要視されている。在宅ケアサービスの利用者と家族が安心して快適に家で暮らせるためには、在宅ケアにおける困難事例を総合的に検討する必要がある。

困難事例は、接近困難、援助困難、処遇困難、対応困難などの名称で、介護支援専門員、保健師、訪問看護師からの研究報告があった。保健師が援助困難として訪問依頼を受けた7事例を対象にした分析²、訪問看護師の主観による1事業所の286例の保存資料を分析し困難要因の比較検討を疾患別に行ったもの³、実態把握票(困難なケースを予め8つに分類)を用いたアンケート調査で保健師の対応をコード化したもの⁴、利用者要因を除いた困難なケースへの対応やケースの特徴を事業所ごとに整理したもの⁵などがあり、困難事例について多様な検証が行われている。また在宅療養が困難な状況下でも療養生活が継続されている事例に注目した研究報告では、過去にある事例検討会で報告された在宅高齢者とその家族の25事例を題材に、在宅療養が困難な状況を構成する要素を6分類し、セルフケアを高めた介入について整理した報告がある。⁶しかし予め困難な要素を予測したり規定したりせず、また利用者の対象を予め限定したりせず、在宅ケア提供者が個々の経験から困ったケースについて自由に語る中で、その要因と対応の両側面から分析したものはなかった。

困難事例を客観的に検討する機会を得ることは、日々対応に苦慮しているケア提供者にとって重要である。また在宅ケア提供者の養成過程では実践教育の一助となる。さらに在宅ケアに携わらない人々にとっては、在宅ケアの現状の一つを知る機会を提供できる。そこで本研究は在宅ケアサービスの大きな担い手である訪問看護師を対象に、個々の経験から困難事例とはどのような事例か、困難事例の要因にはどんな事象があるか、また現状においてどのような対応が実施されているのか明らかにすることを目的とした。

用語の定義

困難事例については統一した用語説明は未だなく、色々な名称で様々な定義がされている。接近困難な事例は「本人、介護者、家族など利用者側の要因によってサービス提供者側が、利用者と人間関係を形成したり、直接的なケア提供やサービス利用を勧めることが困難な事例」⁷。援助困難ケースは「特異な問題を多くの場合多様に抱えているため、対応が困難であったり、方針が見出しづらかったり、多職種・多機関が連携を駆使しなければならないような事例」⁸。在宅療養が困難な状況とは「療養者・家族を取り巻く人間関係や疾病、貧困、住環境など在宅療養を継続していく上で支障をきたすと考えられる状況の全て」⁹などがある。ここでは困難事例を含めいくつかの用語についての本研究における定義を示しておく。

【困難事例】利用者に在宅ケアを提供する過程で、人（利用者、家族、医師、訪問看護師、他の事業所のスタッフなど）に対して、または状況、制度など全ての事象において、円滑なケア提供の妨げや対応に苦慮した事例とする。

【困難因子】インタビュー協力者が挙げた対応に困った事例の中で、訪問看護師が対応に苦慮した要因となっていた事象を指す。例としては、利用者・家族の言動、他のケア提供者の協力体制、介護保険や医療制度、地域や住宅事情、事業所の運営上の事情などである。

【対応】協力者が挙げた困難事例の中で、円滑にケアを提供するために行った行為、言動、姿勢などの全てとする。

呼称について

利用者は在宅ケアサービス利用者、家族は在宅ケアサービスの利用者の家族で、主に主介護者であるが、その他の家族も含まれている。ケア提供者は医師、看護師、他の事業所のケアスタッフの全ての人材を指す。表に示されるその他のケア提供者はヘルパー、入浴サービスである。

研究実施に関する倫理的配慮

本研究では応募の申請書類の他にインタビュー協力者に対する本研究の目的や方法などについて、説明文書、協力への同意書を作成した。（本報告書添付）その資料を加え京都大学大学院医学研究科・医学部医の倫理委員会に研究倫理審査を申請し、平成17年11月24日指針書が発行され研究実施の承認を得た。

インタビュー内容について共同研究者、分析協力者以外に録音音声を文書化する業者が触れることになる。本研究で知りえた情報を口外しない、情報の保存は当該作業が終了した時点で消去するなどを取り決め、文書にて守秘義務の誓約書を交わした。

研究方法

1) 訪問看護師に対して個別インタビュー調査を実施した。

対象 現在訪問看護をしている訪問看護師。地域差を考慮し九州地方、近畿地方の1府2県の訪問看護師にインタビューを依頼した。理論的飽和を目指し15~20名を予定した。最終的に承諾を得られた16名(九州地方10名、近畿地方6名)に実施した。

質問者 質問者は本研究である武が担当した。(武は看護師13年、訪問看護師5年の臨床経験と、学術研究調査でのインタビュー実施経験がある。)

目的 訪問看護師にとって困難事例の困難の要因とは何であるか、困難事例においてどのような対応をしていたかを明らかにすることを目的とした。

インタビュー協力者(以下協力者)へアクセス 協力者は本研究者と直接面識がなく、全くの利害関係のない訪問看護師とし、立場上話しにくいことがないように配慮した。協力者へのアクセスは仲介者を介し、事前に本研究におけるインタビュー内容について概略を説明して、自由な意志で協力承諾を得られるようにした。そこで承諾を得られた人にもみ直接連絡を取って協力への意思確認し日程、場所を調整した。

場所 協力者の希望に配慮した上で個室、あるいは他の同席者のいない環境で行った。

時間 30分~1時間の予定としたが、実際には40分~80分となった。

謝金 協力者には交通費を含め、一律5千円を謝金として支払った。

説明文書と同意書 協力者には本研究に関する説明書を用いて、インタビュー当日に詳細な説明を行い同意書へサインをもらった。(添付資料参照)特に個人情報への配慮として、特定の氏名、地名などの個人が特定される情報についてインタビュー中は使用しないこと、もし使用した場合でも逐語録作成時に文書化しないことを説明した。

インタビュー方法 半構造化面接法を用いた。訪問看護師が経験した困った事例に関する事象について、「これまでに困ったケースはと聞かれたら、どんなケースが思い浮かびますか?」と質問し、協力者の返答に応じて挙げられた事例について聴き取りを行った。インタビュー開始時には「ぱっと思い浮かぶもので結構です」と説明し、協力者自身が思い浮かべる困難事例について話しやすいよう配慮した。

インタビュー内容の記録 インタビュー開始前に協力者の同意を得て、インタビュー内容の全てをICレコーダーに録音した。後に原稿に起こし逐語録を作成した。

分析方法 次の要領で分析を行った。

1. インタビュー内容の逐語録から、協力者が挙げた困ったケースとして挙げた事例について主として誰に、何に問題があったかを考慮し、その概要で各事例をラベリング(= **事例名**)した。
2. 協力者が困った事象(= **困難因子**)と訪問看護師として対処するために行った行為(= **対応**)を抽出した。逐語録の該当箇所部分に、**困難因子**、**対応**とし直接記載した。
3. 1.2.を本研究である武が行った後、インタビューに関わっていない心理学、看護学、医学系の研究者、臨床看護師7名に、逐語録の原文と**事例名**、**困難因子**、**対応**の客観

性・妥当性についての検討を依頼した。

4. 以上の検討から、次の2つの表を作成することとした。

(表1) <収集事例分類一覧表> 概要からその事例に名前 (= 事例名) をつけた一覧表

(表2) <対象別困難因子・対応分類表> 誰が起因となっているどんな事象に対して訪問看護師は困難を感じていたのか、その事象にどのように対応したのかを分類化した表

収集した事例数と除外基準 16名の協力者から1名につき1~5事例について話を聞くことができた。訪問看護師としてかかわった困難事例における困難因子と対応を抽出することを目的としたため、除外した事例、エピソードがあったのでその基準を以下に示す。

- 協力者が本インタビューで挙げた対応に困った事例以外の、自らの経験や他の様々な事例も含め総括したコメント
- ケアマネージャーとして関わった事例のエピソード
- 本研究の分析に、情報が十分得られなかったと判断したエピソード

結果

1. インタビュー協力者の属性

性別：16名、全員が女性。

年齢：最年長53歳、最年少31歳、平均年齢43歳

看護経験年数：最長36年、最短11年、平均年数約22.4年

訪問看護経験年数：最長15年、最短3年、平均年数約7.8年

インタビュー実施時、現役の訪問看護師で15名が各々の事業所の責任者であった。

2. 収集事例分類一覧(表1)

結果として合計45の困難事例を収集し、事例の内容に応じて事例名をラベリングした。その事例名によって一覧表を作成した。(表1参照) 本表を事例概要の紹介とする。

利用者、家族の行動や言動への対応だけでなく、医師や他のケア提供者への対応に苦慮した経験、長年の引きこもりで家族以外の人とほとんどかかわりを持たず暮らしてきた利用者、進行性の難病である利用者、ターミナル期の利用者、精神疾患の利用者、暴力行為がある例など多岐にわたる事例を収集した。

3. 対象別困難因子・対応分類表(表2)

協力者が挙げた事例の中で、訪問看護師が実施していた対応について着目し、そこから誰が原因となったどんな困難事象に対するものかを分類し、困難因子を抽出した。整理した。(表2参照) 困難因子となった対象者はU利用者、F家族、B○利用者・家族、D医師、H病院、O他のケア提供者(訪問看護師、医師以外)であった。困難因子は対象毎に複数抽出され、カテゴリーとサブカテゴリーに整理した。また(表2)には(表1)の事例番号をそれぞれの項目に付記し、どの事例の事象であるかを確認できるようにした。

4. 訪問看護師の対応の分類化

(表2)の訪問看護師の対応を概観すると、次の3つに分類することができた。困難因子に対する1]全面的な解決への対応、2]部分的な解決への対応、3]表面的な対応である。この3分類と困難因子の拡大、深刻化について説明する。困難因子と訪問看護師の対応について『本研究における困難因子と訪問看護師の対応概観モデル』として図に示した。

1) 全面的な解決への対応

全面的な解決への対応は、一つの困難因子に対して全面的な解決に直接つながると考えられる対応をさす。例としてU-1「高齢者対象のデイサービスを利用したがない」利用者に対して「障害者対象のデイサービスへの参加許可をもらう」(30)が挙げられる。この場合、利用者がデイサービスを利用できれば、困難因子の全面的な解決に至っていると考えられる。その代替案として障害者対象のデイサービスを利用できるようにすることは、全面的に解決に直接つながる対応であるといえる。他にはU-2利用者が「病状説明を受けていないことに対して」不満・不安・苦悩を感じているのに対して、「医師に病状説明を依頼する」(3)、「家族と医師が相談し病状を利用者に説明する」(3)という対応がある。この場合、病状説明を受けていないという困難因子には、全面的な解決につながる対応である。(本研究における困難因子と訪問看護師の対応概観モデル、1]参照)

2) 部分的な解決への対応

部分的な解決への対応は、一つの困難因子に対して全面的な解決にはつながらないが、困難因子の深刻さの軽減を図り必要なケアを円滑に提供できる対応をさす。例としてBo利用者・家族に「経済的困難がある」ことに対して、「ケア物品を家庭用品で代用する」という対応がある。経済的困難が全面的に解決されてはいないが、この対応によって経済的な困難がある中で、利用者はケアを円滑にうけやすくなったと考えられる。その他にはF-4介護に関連する事象「介護方法に誤りがある」への対応として全面的な修正ではなく妥協点を探る(26、28)がある。訪問看護師からみた困難因子を全面的になくすのではなく、改善策を探すのである。(本研究における困難因子と訪問看護師の対応概観モデル、2]参照)

3) 対処的な対応

対処的な対応とは問題解決にはつながらないが、ケアを円滑に提供するため、その場の対処としてとられる対応である。例として、U-1利用者が「新しいスタッフ、ヘルパーの受け入れが難しい」に拒否的であることに対して「自らが単独で担当する」がある。この対応は新しいスタッフの受け入れが難しいという困難因子に対して、自らが一人で担当することで対処している。この困難因子の解決は新しいスタッフを受け入れること、問題改善は受け入れが緩和になることであるが、この対応はどちらでもなく、その場の対処的な対応だといえる。他にはU-3「無理な要求をする、勝手な行動をとる」という利用者ニーズに関する困難因子に対して「時間外や時間延長に無償で応じている」という対応もある。無償で時間外や時間延長に応じているのは、問題解決や問題改善でもなく困難因子

の解決には直接つながらない対処的な対応である。(本研究における困難因子と対応概観モデル、3]参照)

4) 困難因子の拡大、深刻化

結果として困難な事象が拡大するまたは深刻度が増す場合がある。例として、U - 2「何に対しても不満ばかりをいう」利用者に対して、利用者と相談しながら約束事を書面にするが、それがまた不満が増強し約束事を無効にした事例(40)がある。1 ~ 3]のどの対応をしても結果として困難因子を拡大させたり深刻さを増幅させたりすることもある例である。(本研究における困難因子と訪問看護師の対応概観モデル、4]参照)

考察

◆ 訪問看護師が困難事象に対応するときの状況、役割について

作成した対象別困難因子・対応分類表から訪問看護師が困難事例に対応するとき状況、役割について次のようなことが考えられる。

直接医療とは関係のない、家族間の複雑な関係性にまで立ち入らなければならない。

Bo - 2「人間関係」では、利用者と家族の関係性が複雑であるとか、仲が悪いなどに対して、「互いの不満を聴く(9、11)、頻回に訪問し様子を見る(35)、問題点を絞り完全な改善を求めない(39)」といった対応がされている。利用者のケアを円滑に提供するため、このような家庭における家族間の複雑な関係性にまで立ち入る必要がある。

家族の身体状況も管理、対処しなければならない

F 3 不満・不安・苦悩「家族自身が病気であることに対して」では「専門医への紹介・診察の手続きをする(21)、救急搬送しなければならない状況のため援助する(35)、保健師に協力を依頼し入院の手続きをする(45)」といった対応がされている。在宅ケアは利用者だけでなく、もちろん家族も対象である。それは本来、介護負担を軽減すること、利用者の介護を担う上での支援であるが、現状では家族の病気に対しても訪問看護師が対応している。

暴力行為への援助にも関わらなければならない

利用者、家族のそれぞれが暴力振るう場合がある。U - 4 その他「家族、訪問看護師に対する暴力行為がある」に対して(利用者から暴力を受けている家族に)利用者の介護から離れるように促す(12)、(訪問看護師への暴力に)家族へ協力を要請する(40)といった対応がある。またF - 2 暴力的、抑圧的態度・言動「他の家族員に対して暴力行為がある」への対応として、暴力行為を制止する(17)、ヘルパー導入で家庭内暴力の機会を少なくする(17)、暴力をふるう当事者を交えた話し合いをする(17)などが挙げられる。

訪問看護師が利用者の担当として孤立した立場に立たされやすい

対応の難しい利用者や家族を単独で担当する場合もある。U - 1 拒否的態度・言動、「新しいスタッフ、ヘルパーの受け入れが難しい」に対する対応で、自らが単独で担当する(21、37、40)、特定の担当者を決める(22)がある。またU - 4「訪問看護師に対して支持的、命

令的、批判的態度をとる」でも対応として、自らが担当となり単独で対応している(7)がある。対応の難しい利用者、家族に担当者として責任をもって向き合わなければならない。訪問看護は利用者宅にほとんどが単独で訪問し、30分～数時間を密室性の高い中で過ごさなければならない、周囲から協力や共感が得られないと孤立した立場になりやすい。

利用者や家族が重大な決断を迫られる場面での援助が求められる

利用者には、U 2 不満・不安・苦悩には「重大な決断をしなければならないことに対して」が困難因子として挙がっている。家族にもF - 1に同様「重大な決断をしなければならないことに対して」がある。双方の項目とも、対象者や家族の気持を聴き、利用者自身でケア方針を決めること(3)、家族で話し合うこと(23)を大切に考え対応していることがわかる。

終わりに

インタビューから得られた情報の分析から困難事例の困難因子と訪問看護師の対応について明らかにし、概観モデルにおいて困難因子が消失、または拡大するという変化が生じることを説明してきた。さらに訪問看護師が困難事例に対応するとき状況、役割、訪問看護師が困難事例への対応で留意すべき点についても整理した。しかしながら本研究でインタビュー調査の対象としたのは訪問看護師16名であり、本研究で明らかとなった困難因子が一般化できるとは考えていない。また本研究で作成した表を用いたからといって、全ての困難事例が即解決できるとも考えていない。

しかし困難因子を対象別に分類し、各項目における訪問看護師の対応を記載した表は、訪問看護師からみた困難事例の困難因子をわかりやすい形で提示できたものとする。困難な事象に対応している当事者が、その困難事象を客観的に検討し解決に向けて対応することは容易なことではない。本表についてはさらに困難因子の分類方法などについて検討し、困難事例に関する検討ツールとして改良をしていきたい。

謝辞

本研究においては個人情報保護のためお名前、ご所属を書くことができませんが、ご多忙にも関わらずインタビューに快くご協力いただきました訪問看護師の皆様、インタビュー協力者へ仲介して下さいました皆様、またインタビュー内容の分析過程で客観性、妥当性についてご意見を頂きました京都大学大学院医学研究科坂本沙弥香様、東京大学大学院生命・医療倫理人材養成ユニット長尾式子様、藤田みさお様、兵庫大学健康科学部看護学科中須賀洋子様、東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科大黒理恵様、加古川市民病院出口直子様、済生会御所病院野村佳香様に深く感謝申し上げます。

助成金について

本研究は、財団法人在宅医療助成勇美記念財団平成17年度助成によるものである。

研究協力者の方への説明書

1. この研究の目的

在宅における困難事例について、接近困難、処遇困難、対応困難など様々な名称で介護支援専門員や訪問看護師を中心に報告がされ、施設内や地域ごとに検討会や勉強会が開かれています。介護制度改革関連法案(平成17年2月)にも「支援困難事例への対応の強化」が示されています。在宅ケア実践者の立場からも、居宅支援を支える介護制度の基本理念としても、困難事例への対応は重要な課題です。

在宅生活者の暮らしに応じたケアを提供するには、患者、家族の個々の多様なニーズに対応することが求められていますが、在宅ケア実践者がどれほど努力し誠実であっても、個々の多様なニーズに答えられるとは限りません。その場限りの対応となったり、対応策が話合われても『困難』について分析や検討がされることは少ないのが現状です。時間的、人的、様々な制約があり、多くの在宅ケア実践者は困った事態に応急的に対応せざるを得ません。それは在宅ケア実践者の大きなストレスとなり、「これでよかったのか?」「他に手立てはなかったのか?」といったジレンマにおちいることにもなります。在宅での療養をスムーズに継続させるにはケア実践者自らが経験した『困難』を客観的に分析し、検討することが必要です。

しかし現在、在宅ケアに関わる訪問看護師や介護支援専門員も含めたケア実践者が経験した『困難』についての研究はありません。困難事例は個々の患者、家族のあらゆる状況によって異なり介護に従事する人間によっても変わってくるので単純な分類はできませんが、ひとつひとつの困難事例にどのような「困難」の因子があるのかを明確にすることは可能だと考えられます。

そこで本研究では、在宅ケア実践における『困難』の因子とは何であるかということに着目して『困難』の実像を明らかにし、在宅ケア実践者が困難事例に出会ったとき、その困難事例を分析、検討し対応策を見出すためのツール(検討シートや分析・検討の具体的な手順)の作成を試みています。

2. この研究への協力方法について

(1) この試験への参加について

既存の本や研究発表された資料だけでは知ることが難しい、現場での困難事例とその対応について伺いたいと考えています。そこで訪問看護師の方に個別でインタビューをお願いしています。時間は30分~1時間程度の予定です。インタビューは録音テープに記録させてください。インタビューの後、その内容を文書に起こして分析を行いたいためです。インタビューの中では個人情報

保護するためにも、あなたご自身の名前はもちろん、患者、家族などの個人を特定できる氏名、居住地域名、所属名などは一切用いないこととします。録音テープは研究責任者が施錠できる保管庫に保管し、本研究の終了時に責任をもって処分いたします。

(2) 説明と同意について

この説明書をお読みになり担当者から説明を聞いて、研究にご協力をいただけます場合は、別紙の同意書(2通)にサインを頂きたいと思います。同意書はあなたと本研究者が1通ずつ保管することとします。あなたがもし同意されなくても、一切不利益は生じません。また、あなたが同意した後でも、その同意をいつでも撤回できます。

(3) プライバシーの保護

専門の学会や学術雑誌に発表されることもあります。ご協力いただきました方、またインタビューの中に出てこられる患者さんやご家族のプライバシーは十分に尊重いたします。結果発表の際には慎重に配慮し、あなたご自身や患者さんの個人に関する情報(氏名、具体的な居住地区など)が外部に公表されることは一切ありません。

(4) 謝礼について

交通費を含め五千元をお支払いいたします。後ほど領収証にサインをお願いいたします。

(5) ご質問、お問い合わせ

この研究について何か分からないことや心配なことがありましたら、いつでも研究担当者にご相談下さい。

(TEL 075-753-4647 医療倫理学分野 担当：武ユカリ)

これらの内容をよくお読みになりご理解いただき、この研究にご協力いただける場合は、別紙の同意書に署名または記名し、日付を記入して担当者にお渡し下さい。

平成 年 月 日

担当者署名 _____

同 意 書

私は、『在宅ケアにおける困難事例に関する研究と対応ツールの作成』について研究の実施に際し、同研究に関する説明を別紙説明書により研究担当者から受け、下記の点を確認した上、参加することに同意します。

1. 研究の目的・方法
2. インタビューの方法・内容
3. 本研究への協力について、同意をいつでも撤回でき、また撤回しても何ら不利益を受けないこと
4. プライバシーは最大限に尊重されること

協力者氏名 _____

同意日 平成 年 月 日

< 本研究の説明を行った担当者 >

所 属 _____

担当者氏名 _____

本同意書は、本人と研究担当者が一部ずつ保管する。

(表1)

収集事例一覧

番号	事例名
1	利用者の疼痛コントロールを主治医が十分に行えなかった事例
2	利用者に病識がなく、外出先で倒れることを繰り返した事例
3	深刻な病気であることの説明を受けず、数年間家に引きこもっていた事例
4	看取るための環境整備が全く行われなまま在宅生活に移行したターミナル期の利用者
5	病状を楽観視していた利用者と家族に繰り返し説明を行わなければならなかった事例
6	利用者が無表情で感情を読み取ることが難しく、ケアに拒否的な態度をとった利用者の事
7	訪問看護師に抑圧的態度で契約外の援助を奉仕として強要した利用者の事例
8	もう死んでもいいと繰り返し言い生きる意欲をなくしていた慢性疾患の利用者の事例
9	粗暴な言動をするケア提供者がいたため、利用者に対するサービス提供に支障があった
10	利用者が住宅改修業者にだまされている可能性が疑われたが十分な介入ができなかったケース
11	利用者と介護者に長年の複雑な嫁姑関係があり対応に苦慮した事例
12	寝たきりの利用者が介護者に暴力を振っていた事例
13	介護者の性格上、介護や家事を一生懸命こなし休息を取らなかった事例
14	利用者の病状から訪問回数増が必要だが利用者に月に1回でいいといわれた事例
15	利用者がターミナル期である説明を受けておらず、周囲の人に不信感を抱いていた事例
16	家庭内暴力があり、訪問看護師が介入せざるを得なかった事例
17	在宅で看取るために必要なボランティアなどのサービスなく訪問看護師の負担が大きかった事例
18	ヘルパーがサービス枠いっぱい家族が介護に参加していない状況だった事例
19	在宅医が私的理理由から訪問看護指示書を書かなかった事例
20	在宅医が褥瘡処置などに必要な物品を用意してくれなかった事例
21	介護者が精神疾患で加療の必要があり援助をしなければならなかった事例
22	数十年に渡り家族以外とほとんど接触を持っていなかった利用者へ介入した事例
23	老衰で食事ができなくなってきた利用者への処置について、家族が訪問看護師に意見を求めた事例
24	在宅医が利用者の予後について家族に気遣いのない発言をした事例
25	利用者と在宅医の間に信頼関係が築けず、担当の変更をしなければならなかった事例
26	利用者の病態について家族が誤った解釈をし、安静を重視しすぎている事例
27	家族が訪問看護師と利用者の接触を嫌うため、利用者とのコミュニケーションや状態観察が難しかった事例
28	家族が他者の助言を聞き入れず他の事業所とトラブルを繰り返していた事例
29	まだ入院加療が必要な時期に病院側の都合で退院照会があった患者の事例
30	統合失調症でターミナル期の利用者の日々のケアに戸惑った事例
31	家族が何かにつけ利用者を怒鳴りつけていた事例
32	医療的ケアが必要な子どもの学校での援助ニーズがあった事例
33	契約手続き前に入浴介助のニーズがあった事例
34	主治医とケアの方向性が違ったため主治医に一方的に契約を切られた事例
35	介護をめぐる利用者と家族の希望の不一致がある中で看取った事例
36	ターミナル期の利用者に訪問看護師としての役割を果たせなかった事例
37	利用者が身体欠損を受け入れられず日常のケア提供ができなかった事例
38	家族が食事のケアができず利用者の病状悪化につながった事例
39	利用者が家族に対して抑圧的な態度をとっていた事例
40	利用者がケア提供者に暴力的な言動をした事例
41	周囲に攻撃的で近隣住民とトラブルを繰り返し起こしていた利用者の事例
42	専門的なケアが必要にも関わらず在宅医療、訪問看護にアクセスしない、できない人の事
43	利用者が認知症で家族の介護負担が大きいが、経済的に貧窮しサービス提供が十分にできなかった事例
44	身動きや発語ができない利用者が、外界との交流に家族の協力が得られず閉じこもり生活を余儀なくされていた事例
45	家族の各々が精神疾患、知的障害を患っている上に、行政担当者が支援に非協力的だった事例

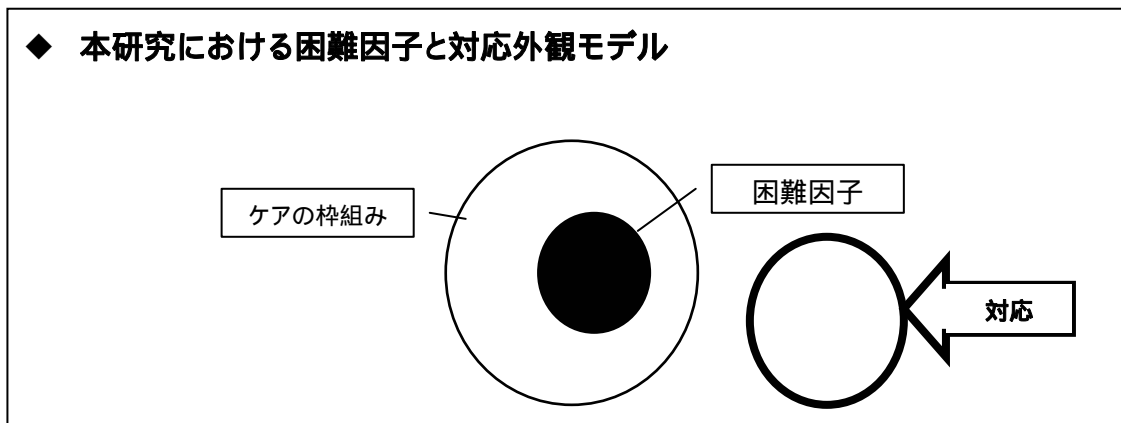
対象	困難因子		訪問看護師の対応	
	カテゴリー	サブカテゴリー		
U 利用者	1	拒否的 態度・ 言動	訪問看護の必要性を感じていない	患者会へ参加し出席している利用者・家族と接触する(3)、今後の日常生活に即して具体的に提示する(6)、玄関先までも訪問を継続する(6)、今後の病状から必要性が生じることを説明する(14)
			新しいスタッフ、ヘルパーの受け入れが難しい	家族(介護者)の入院を機に必要性を説明する(3)、自らが単独で担当する(21、37、40)、特定の担当者を決める(22)、直前に同行訪問の連絡をする(40)、継続できる形で関わりを続ける(44)
			ケア提供者との会話、関わりが難しい	これまでの生活歴に関連した話の中で利用者を褒める(37)、ケアとは直接関係のない会話をする(37)、苦痛なケアに共感的な言葉がけをする(37)、明るい話題を提供する(37)、趣味(歌を歌うなど)を聞き一緒にする(45)
			痛みを伴う処置をしたくない	処置について丁寧に説明をする(15)
			日常のケアを嫌がる	負担の方法を提示する(37)、機嫌を見計らって促す(37)、ケアを中断する(37)、促しをやめる(37)、実施できなくても生死に関わることではないと訪問看護師が納得する(37)、受け入れられる方法を具体的に提示する(37)、
			ケア用品の導入を嫌がる	緊急に必要でも導入を時間をかけて説明する(22)
			高齢者対象のデイサービス利用をしたがらない	障害者対象のデイサービスへの参加許可をもらう(30)
	2	不満・不安・ 苦惱	障害、病気の受け入れられることが難しい	気持ちを傾聴する(3)、本音で話し合う(3)
			生活意欲がない	趣味(裁縫)を利用し他の人に使用する品の作成を依頼する(8)、趣味(ギター演奏など)が再びできる環境づくりをする(30)
			病院の受診、入院をしたがらない	入院予定先の師長に訪問協力を要請する(22)
			何に対しても不満ばかりをいう	前向きに過ごす方がいいこともあると利用者に話す(39)、ケアがうまくできるように話し合って約束事を書面にする(40)、約束事の書面にさらに不満を持つためを無効にする(40)、単独でのかかわりを避け複数の事業所で関わるよう連携する(40)、複数で担当する(41)、気持ちを傾聴する(41)
			病状悪化に対して	構音障害によるコミュニケーション改善のため補助具について話した(3)、辛さに共感する(3)、改善につながる(水分摂取)環境を作る(37)、気持ちを傾聴する(44)
			医師の対応に対して	医師への不満を聴く(30)、頻回の電話による訴えを聴く(30)、必要時には(信頼を得ている)訪問看護師が必ず対応することを約束する(30)
			重大な決断をしなければならないことに対して	重大な決断に対する意思を確認する(5)、(人工呼吸器を装着するか否か迷う)気持ちを傾聴する(5)、病状をみながら再度意思確認をする(5)、(進行する病状や延命治療に関して)気持ちを傾聴する(44)、利用者自身でケア方針を決めるよう話す(3)、そばに付き添う(3)
			病状説明を受けていないことに対して	医師に病状説明を依頼する(3)、家族と医師が相談し病状を利用者に説明する(3)、動揺・不安な気持ちを傾聴する(3、15)、
	3	利用者 ニーズに 関	孤立している	気持ちを素直に話せる相手となり傾聴する(3)、明るい話題提供をする(44)、友人的な関わりをする(44)
			居宅外における医療的ケアが必要である	居宅外での医療的ケアを援助する(32)
			契約前の急なケア援助を要請する	緊急要請に応じケアを実施する(33)
			契約していない人の援助要請がある	救急搬送を援助する(42)
規定外の援助を依頼する			ボランティアで援助する(41)	
病状悪化によるケアニーズが増える	訪問回数を増やす(4)、夜間にも訪問し対応する(4)			

F 家族	対応する 事象	無理な要求をする、 勝手な行動をとる	時間外や時間延長に無償で対応している(7)、病院や訪問看護事業所を転々としても問題解決しないことを主治医から説明する(7)、他のケア提供者も交えた話し合いをする(40)、できないことを丁寧に説明する(40)、規定時間で対応する(40)、不在時は規定時間外に訪問しケアをする(41)、
		どのようなケアを望む のかが不明である	主治医の指示に従って必要な処置を行うのみである(36)
	4 暴力的 ・ 言抑 動圧	家族に対する抑圧的 態度・言動が日常的 にある	家族の気持ちを利用者に伝える(39)、家族に感謝の気持ちを示すよう利用者に話す(39)、ショートステイを取り入れる(39)
		暴力行為がある	(利用者から暴力を受けている家族に)利用者の介護から離れるように促す(12)、(訪問看護師への暴力に)家族へ協力を要請する(40)
	5 その他	訪問看護師に対して 指示的、命令的、批 判的態度をとる	自らが担当となり単独で対応する(7)
		病状の展望などの理 解不足がある	医師からの説明を再度依頼する(3)、必要になる補助具について説明、使用を促す(3)、他の協力者と一緒に説明をする(3)、患者会への参加を促す(3)、専門医を受診してもらう(3)、専門相談室へ相談する(3)
		周囲の人との間でトラ ブルを起こす	行政職員のケアマネージャーに担当してもらう(41)、時間外に無償で転居先を探す(41)
		使用機器の不具合が ある	業者に問い合わせ確認作業をひとつずつ行う(25)
		詐欺の被害に遭って いる疑いがある	民生委員、警察に相談する(10)、支払いなどについて尋ね本人の意思を確認する(10)
	1 拒否的 ・ 言動 態度 ・ 言抑 動	日常生活に意欲がな い	これまでの介護をねぎらう、家族なりの努力を評価する、カンファレンスを開き話し合う
利用者の外界との接 触を嫌う		気持ちを話しやすいよう利用者と個人的にe-mailで交流する(44)、家族に聞こえないように利用者が話せる環境をつくる(44)	
2 暴力的 ・ 言抑 動圧	利用者や他の家族に 対して抑圧的な態度 をとる	利用者の意思尊重が大切だと話す(5)、利用者への不満を聴く(11)	
	他の家族員に対して 暴力行為がある	事情を傾聴する(17)、医師へ報告・相談する(17)、暴力行為を制止する(17)、ヘルパー導入で家庭内暴力の機会を少なくする(17)、暴力をふるう当事者を交えた話し合いをする(17)	
3 不満 ・ 不安 ・ 苦悩	重大な決断をしなけ ればならないことに対 して	在宅にこだわらずホスピスの利用も可能であることを説明する(4)、延命に関わる処置について家族の気持ちを傾聴する(23)、辛い気持ちへに共感を示す(23)、家族で話し合った結果であれば後悔はない説明する(23)、気持ちを傾聴する(5、44)	
	利用者へ負担の大き い医療処置を望むこ とに対して	利用者の負担になっていることを説明する(23)	
	自らのケア方針や方 法の正当性に対して	これまでの介護をねぎらう(5)、手順を説明しながらケアを一緒に行う(18)、これまで行ってきた介護が間違いではないと示す(23)	
	利用者どの気持ちの ズレがあることに対 して	気持ちを傾聴する(22)、家族の希望も大切にすると伝える(22)、できる限り利用者の希望を尊重できるよう話す(22)	
	利用者の病状悪化に 伴う気持ちの変化に 対して	気持ちを傾聴する(3)、利用者の意思を尊重できる状況を作るための話し合いをする(3)、悪化のたび繰り返し病状説明を行う(5)、予測し得る事態について説明する(23)	
	他の家族員の非協力的 態度に対して	他の家族員(当事者)が気持ちを話す機会を作り、近いスタッフ(同性)が同席し共感的理解を示しながら傾聴する(3)、家族間の当事者とスタッフが同席してケアの方向性を話しあう(3)、施設サービスを導入する(3)	
	家族自身が病気であ ることに対して	専門医への紹介・診察の手続きをする(21)、救急搬送しなければならない状況のため援助する(35)、保健師に協力を依頼し入院の手続きをする(45)	
	介護方針が統一され ていない	家族とケア提供者との間でケア方針について話しあう(18)、	

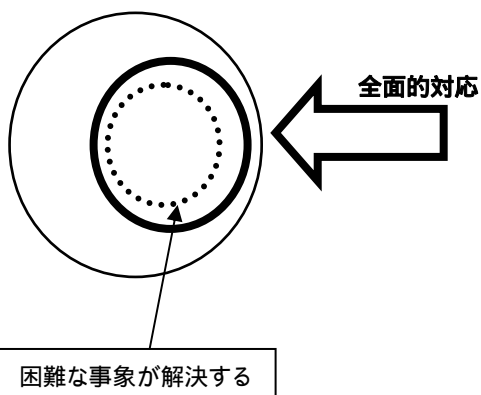
	4	介護に関連する事象	介護の方法に誤りがある	介護者ができる範囲内で具体的な方法を提示する(26)、全面的な修正ではなく妥協点を探る(26、28)、家族なり努力を評価し関わりの継続を重視する(26)	
			介護力が不足している	家族にケアに参加してもらい手順など説明する(17)、デイサービスやショートステイを取り入れ負担軽減を図る(31)、一時入院してもらい状況の改善を図る(38)	
			介護を抱え込んでしまう	ヘルパーの支援を導入する(12)、援助ができる関係性の継続を重視する(13)、家族の介護方法を聴き取る(28)、介護の分担について具体的な提示をする(28)	
			主介護者や他の家族員が介護に非協力的である	協力方法について相談する(3)、介護に非協力的な理由について話しやすい場を作る(3)、家族を交えたサービス担当者会議を開く(3)	
B。利用者・家族	1	拒否的態度・言動	家族間の排他介助に対して	家族の排他介助が必要であることを家族に説明する(35)、訪問看護師の手伝いをする形で家族に入ってもらおう(35)、家族と事前に介助を始める方法について相談する(35)	
			家族以外の他者の介入に対して	それぞれの立場で話しやすい場で繰り返し話を聴く(22)、利用者・家族の意向を重視する(訪問時間や回数など)(22)	
			入院加療や施設利用に対して	無理強いせず病状をみながら入院を促す(22)、専門的なケアの必要性を説明する(22)、入院中も病棟を訪問し利用者と家族の様子を確かめる(22)、病棟棟長が入院前に利用者宅を訪問する協力を得る(22)、入院先まで搬送にも付き添う(22)、施設利用中にも訪問看護師が訪ねることを約束し利用を勧める(28)	
			訪問看護への支払いに対して	交通費など不払いのまま訪問看護している(27)	
	2	人間関係	複雑である、仲が悪い	互いの不満を聴く(9、11)、頻回に訪問し様子を見る(35)、問題点を絞り完全な改善を求めない(39)	
			相反する希望がある	利用者の気持ちを聴きながら家族の希望を尊重する(35)、介護者の満足が得られる介護方法をとる(35)	
	3	その他	経済的な困難がある	必要になった点滴台を丈夫な木で作り提供する(7)、業者の協力を得て介護用品のレンタル料負担金を軽くする(17)、生活保護の申請を援助する(43)、ケア物品を家庭用品で代用する(43)、自己負担金の半分しか利用者に請求しない(43)、介護保険を適用し介護用品を支給する(43)	
			病状について理解が不足している	利用者の疾病を専門とする地域相談室へ相談に行った(5)、患者に地域の専門医の受診を受けてもらう(5)、他の同疾患の患者と関わる機会を提供する(27)	
			ケアの方向性が、不明であるまたは曖昧である	家族と主治医を交えて話しあいをする(18、22)	
	D 医師	1	非協力的態度	訪問看護指示書を出さない	別の医師に指示書を依頼する(19)、医師会へ協力を要請する(19)
				必要物品を用意しない	安価での購入方法を探す(20)
				必要な診察、処置をしない	医師へ疼痛管理に麻薬の使用を勧めた(1)、医師が褥創の診察をしないため訪問看護師が病棟看護師に相談し処置を行う(20)、利用者の状況報告をしても何の対処もしないため担当医を変更する
訪問看護契約を無断で解約する				解約に応じ他事業所へ引き継ぎを行う(34)	
病院医師が在宅担当医に協力をせず勝手に診療を続ける				病院医師の指示通りの診療助的ケアを実施する(36)	
苦手意識から利用者を避ける				緊急時でも訪問看護師が対応することを利用者、家族に伝える(24)	
			医師判断による利用者の行動制限がある	医師に制限を緩める許可をもらえるよう具体的な方法を提示する(3)、地域で他の援助者を集める(3)、自分らしく生きられる時間を大切にしたい気持ちを医師に話す(3)	

	2 その他	利用者との信頼関係がない	医師の失言を患者に謝り利用者・家族に医師変更の希望を聞く(24)、医師変更の希望に応じて他の医師を探す(25)、医師と患者が話す機会を作る(25)、
		連携がとりにくい	地域で在宅医療に対応可能な医師を探す(5)、往診に対応する精神科医を探す(45)
		必要な処置の経験がない	処置方法を医師に指導する(25)、家族に医師の特性を伝え訪問看護師がフォローアップしていくことを伝える(25)
H 病院	1 在宅 準備 不足 の	家族へケア指導がされていない	夜間も含めケアの援助・指導をする(4)
		病状説明をしていない	在宅医へ病状説明を依頼する(4)
		施設利用の検討がされていない	緩和ケア病棟の検討について説明を行う(4)、緩和ケア病棟の見学を提案する(4)、ホスピスも選択肢のひとつであると説明する(30)、ホスピス病棟への申請手続きや面接に行く(30)
	2 退院時期の見間違い		病院からの要請に応じ入院中の患者の訪問をする(29)
O 他の ケア 提供者	1 協力者が不足している		地域で様々な職種・ボランティアに協力を求める(18)
	2 ケア方針が不一致である		複数機関を交えて話し合いをする、利用者の病気について勉強会を開く(5)
	3 病状の展望に対する理解がない		ケア会議で医師が説明を行う(27)
	4 危険を伴うケアを行う		ケア会議を行い病状についての説明を行う(5)
	5 粗暴な言動がある		行政へ仲裁や対応について相談する(9)
	6 利用者に対する不満をいう		不満を傾聴し励ます(2)、苦情に陳謝する(39)
	7 他の事業所が支援から撤退する		訪問を継続しようという姿勢で関わる(7)、撤退予定の事業所と利用者を変えた話し合いをする(40)
	8 過剰なサービス提供をしている		介護に参加していなかった家族に参加できる体制作りを提案する(18)、ヘルパー利用による経済的負担を具体的に家族に提示する(18)、医師に報告・相談する(18)、ケアマネージャーへ医師から説明する(18)

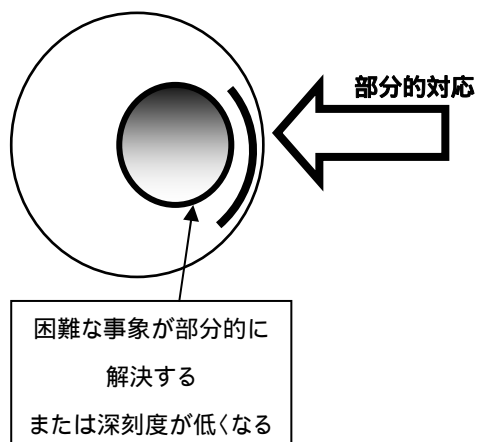
◆ 本研究における困難因子と対応外觀モデル



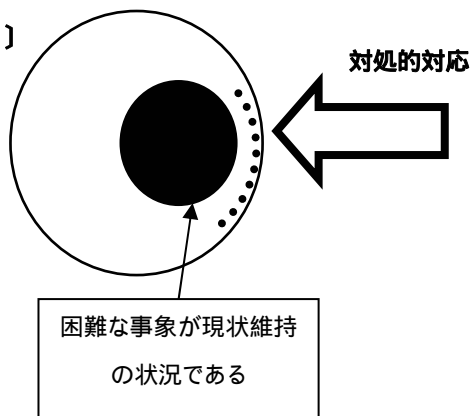
1)



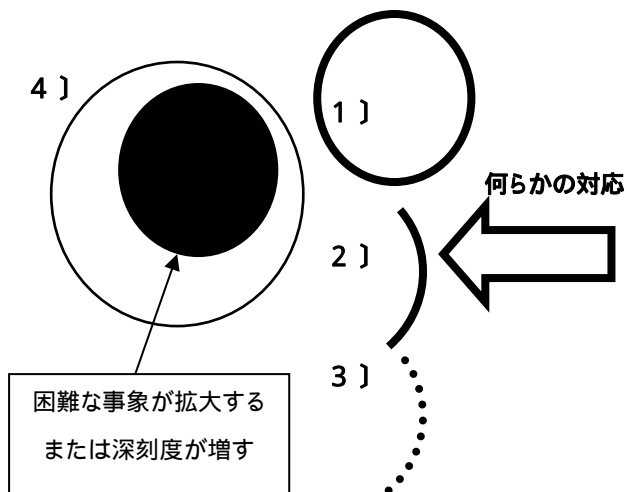
2)



3)



4)



参考文献

1 厚生労働省「平成 17 年第 16 回社会保障審議会（資料 2 - 1）介護制度改革関連法案の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8f.html>

2 小野美奈子「援助困難として訪問依頼を受けた事例の看護学的構造」千葉看護学会誌
Vol.5 No1 1999.7 47-54p

3 松坂由希子「訪問看護師からみた在宅における困難事例の分析」ホスピスケアと在宅ケア 2005

4 吉澤みどり「援助困難ケースの全体像 実態把握票作成とその集計分析より」地域保健 2003

5 宮崎富美路「所属組織とケアマネジメント」ケアマネジメント学 2003

6 東清巳「在宅療養が困難な状況を構成する要素と介入 在宅高齢者とその家族への援助」熊本大学医学部保健学科紀要 2006 年発行 2号 19-31

7 岡本玲子「接近困難事例のケアマネジメント Q&A」トータルケアマネジメント 2001

8 4 と同じ

9 6 と同じ