

療養者への援助に困難をきたしている  
訪問看護師の体験構造

---

完了報告書

申請者名：平山 香代子

所属機関：東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 在宅ケア看護学分野 博士後期課程

所属機関所在地：〒113-510 東京都文京区湯島 1-5-45

提出年月日：2009年10月16日

## I. 研究の意義と動機

人口の高齢化と入院期間の短縮化は、在宅医療と介護サービスの充実の必要性を高めている。在宅療養生活を支える中核として訪問看護への期待は高いが、ゴールドプランで掲げた 9900 カ所の訪問看護ステーション設置目標に対して、2008 年 4 月の時点で 5479 カ所（厚生労働省調査）、55.34%しか達成できず、訪問看護の質量ともに向上することが望まれる。

まず、訪問看護の質を評価する満足度調査では、訪問看護利用者の満足と訪問看護師の職務満足に正の相関が見られ<sup>1,2)</sup>、訪問看護師の職務満足を高めることが、訪問看護ステーションの質を向上すると言われてきた。さらに、訪問看護師の離職防止を目的にした調査では、ストレスと離職の関係は定かでない<sup>3,4)</sup>が、「訪問看護の専門性」と「訪問看護志向性」が高まると、職務満足が向上して、勤務継続に貢献する<sup>5)</sup>ことが示唆された。

日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会の三団体は、訪問看護の普及に向けて、訪問看護推進連携会議を発足し、「訪問看護 10 カ年戦略」(2009)を打ち出している。このアクションプランの中に「訪問看護師を十分に確保し、継続して育成する」ことを掲げた目標があり、訪問看護師育成計画や訪問看護師としてキャリアアップの評価基準の作成、継続研修の充実などが挙げられている。2009 年度の介護報酬改定では、初めて複数名訪問や、1 時間 30 分以上の訪問看護も評価されたことは喜ばしい限りであるが、訪問看護の援助場面で生じている複雑な問題を整理して、訪問看護がさらに発展する基盤を造っていく必要がある。

訪問看護に関連した問題を整理すると、訪問看護師が体験している困難と対応に関する実態調査研究<sup>6-13)</sup>がされ、サービス提供体制や人員の不足<sup>14, 15)</sup>、ケア方法に関する知識と経験不足<sup>7-10, 16, 17)</sup>などのサービス提供者側の課題のほかに、困難事例と言われる療養者・家族の特性<sup>12, 18, 19)</sup>や、困難場面の構造<sup>20, 21)</sup>を明らかにする研究や、看護師を含め、在宅での援助を行う専門職の困難事例への対処方法を明らかにする研究<sup>22-24)</sup>も見られ、療養環境を取り巻くシステムの問題や、ケアサービスを提供する側、受ける側双方の問題を明らかにして、困難の構造を明らかにする研究が進んできた。これによって、在宅ケア場面における困難という現象の解明と、対処方法の確立が注目されている。

一方、サービスを提供する側である訪問看護師の内面に着目して、困難な状況にいる看護師の感情に寄り添いながら、在宅ケア場面における訪問看護師の困難感に着目した研究がいくつか見られる。訪問先での療養者や家族の状況をみて、1 人で判断してアセスメントしなければならない困難<sup>25)</sup>や、訪問看護師が援助場面において孤独感に陥る可能性<sup>3)</sup>、判断に困り戸惑い<sup>26)</sup>、「ケアの重圧」「関わりの難しさ」「感情を受け止める疲労」「訪問看護師としての揺らぎ」などの困難感を在宅ターミナル場面を感じている報告<sup>27)</sup>もある。とくに精神科疾患を患っている療養者の依存を引き受けることでの信頼関係の構築や、希死念慮などの興奮状態でも寄り添い続ける看護の必要性<sup>28)</sup>が強調され、訪問看護における精神障害者への援助に関する困難の実態が次々と報告された<sup>6, 29-31)</sup>。林(2009)<sup>29)</sup>は、訪問看護師による精神障害者への援助における困難には「契約遂行の困難」「在宅での援助の困難」「関係者との連携困難」「看護師同士で支え合うことの困難」があるとしており、飯村(2009)<sup>30)</sup>は、精神科訪問看護を行う上での看護師が体験する負担感や難しさに着目して、訪問看護師が感じている困難と、困難にどのように

対処しているか、どのようなサポートを期待しているかについての実態調査研究を行っている。

以上のように、在宅ケアの場面において、困難をきたす事例が存在することや、専門職がなんとか対処している現状は明らかになってきている。しかしその対応は手探りであり、困難な状況を独りで抱えて、退職していく訪問看護師も少なくない。訪問看護師自身の内面に寄り添った具体的な困難を言語化することで、孤立しやすい困難な援助場面を共有する一助としたい。

## II. 研究目的

訪問看護の援助場面で、訪問看護師が感じる困難を明確にする

## III. 用語の操作的定義

困難事例は接近困難、援助困難、処遇困難、対応困難などのさまざまな名称で報告されており、援助場面における困難についての統一した用語説明はない。

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、利用者とは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で、援助者が近づくことを拒否する事例<sup>32, 33)</sup>に用いられている。援助困難事例は「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、方針が見い出しづらかったり、他職種・他機関が連携を駆使しなければならないような事例<sup>19)</sup>や「看護の方向性が見いだしにくい<sup>21)</sup>と定義している。さらに看護師にとって対応困難な状態とは「患者が、看護婦の意に反する反応ばかり返してきたり、看護婦の働きかけに全く反応しなかったりするために、看護婦が患者にどのようにかかわったら良いかわからない状態<sup>34)</sup>と定義しており、一様に療養者・家族などの利用者側の要因による援助関係の不成立を表現している。また、処遇困難<sup>11, 23)</sup>という名称も、同じような意味で使用されている。

訪問看護師の困難感に着目した研究では、「精神科訪問看護を行う上で看護師が体験する負担感や難しさ<sup>31)</sup>や、「在宅ターミナル療養者に対して訪問看護師が役割として引き受けていることを遂行するうえで感じる戸惑いや不安、悩みといった精神的負担<sup>27)</sup>などの、援助を行う訪問看護師の負担感を困難感としている。

本研究では、訪問看護師が内面に抱く困難に重点を置いていることから、客観的な困難事例の実態や構造を分析するのでも、負担感<sup>31)</sup>や葛藤<sup>35)</sup>のように訪問看護師の困難を示す一部の感情に着目するのでもない。日常の援助場面において、『その対象に限ってはとくに、「気が重い」「ため息が出る」「心を落ち着ける動作(深呼吸や飲料水を飲む)』を行って訪問に赴いている状態』を、困難に陥っている状態と捉え、この援助場面での訪問看護師の感情に着目した。

## IV. 研究方法

### 1. 研究内容：

訪問看護ステーション内及び同行訪問中での参加観察と、困難な状況を体験している訪問看護師へのインタビューによって得られた「参加観察メモ」「録音テープ」「逐語録」をデータとする。訪問看護師の主観的な感情や、表情、態度、声色などのデータを加えた記述データの中で、「困難な場面」と「困難な時の看護師の感情」に着目して、質的帰納的に分析する。

### 2. 研究方法の選択：

#### 1) 研究デザイン

訪問看護師が感じる援助上の困難な体験は、概念生成が不十分であることから、質的研究が望ましい。よって、概念の構成要素と経過を構造的に示す概念生成型の質的研究として優れている **Grounded theory approach (Straus&Corbin,1998)** <sup>36)</sup>を用いた。

#### 2) Grounded theory approach を用いる妥当性

**Grounded theory**とは、1967年に社会学者の Glaser と Strauss によって提唱され、アメリカの看護学で定着した質的データから帰納的に理論を開発するための研究方法である。特徴は、社会現象を説明するための実証分析で役立つような理論の開発を目指すことを強調した事である。**Grounded theory**はシンボリック相互作用論 (symbolic interactionism) が応用されており、人は社会的相互作用のなかで対象を意味づけて行動し、その意味は相互作用のプロセスのなかで修正されるものであると考えられている。すなわち、**Grounded theory**は個人の知覚に、個人を取り巻く環境、およびそれとの相互作用の過程をも含めて研究対象にすることを示している。

本研究は、訪問看護の援助場面という相互作用の場において、看護師が知覚する困難に着目した。困難に直面した看護師の多くは正確には自らの体験や感情を言語化できずに、行動しながら徐々に状況の意味づけを行っている。このため、看護師への1回限りのインタビューだけでは不十分であり、同行訪問や継続インタビューを行い、データを継続比較分析する **Grounded theory approach** を用いることとする。

#### 3) 研究対象者の選定

所属組織が不安定であると、訪問看護における困難に影響すると考えられるため、安定した運営を行っている施設(5カ所)を選定した。安定した運営とは「開設してから5年以上が経過」しており、「黒字の経営収支」、そして、「1年以内の訪問看護師の離職が1名以内」であることを基準に、在宅看護に精通している研究者の紹介で、研究同意が得られた訪問看護ステーションで研究説明会を行った。研究説明会によって、困難な事例に対応している訪問看護経験1年以上の看護師で同意の得られた訪問看護師を研究参加者とするほか、ステーション内で馴染んだ関係をつくるべく、インタビュー前に、訪問看護ステーションの研修生として同行訪問を行った。特に、訪問看護師が困難と感じている療養者宅への訪問を中心に行い、療養者・家族への看護行為を参加観察した。

本研究は選定した 5 カ所の訪問看護ステーションのうちで、承諾の得られた関東圏の 2 カ所の訪問看護ステーションで同行訪問を行い、5 人の訪問看護師にインタビューを行った。さらに、継続比較を行うために、同ステーションの所長、さらに別の 2 カ所の訪問看護ステーション 9 名の訪問看護師にインタビューを行い、療養者、家族 2 名にもインタビューを行った。

### 3. 研究の場

本研究は、関東圏内の 2 カ所の訪問看護ステーションで K 訪問看護ステーションと T 訪問看護ステーションの訪問看護師の感じる困難から開始した。K 訪問看護ステーションは 9 万人が暮らす県庁所在地の中でも住宅街にあり、単独の訪問看護ステーションである。常勤は 3 名で、非常勤は 2 名、居宅介護支援事業所と訪問介護ステーションが併設している。T 訪問看護ステーションは東京から 30Km 圏内に位置しており、15 万人が暮らすベッドタウンにある地域の中核病院 (300 床程度) に併設しており、居宅介護支援センターと訪問介護ステーションも併設している。訪問看護師は所長を含めて常勤 7 名、事務職 1 名の構成になっている。

### 4. 研究方法

#### 1) インタビューまでの手続き

研究の場は、在宅看護に精通している研究者によって選定基準に合う訪問看護ステーションの紹介を頂いた。訪問看護ステーションの管理者に対して研究趣旨の説明を行い、文書と口頭で同意を頂くと、訪問看護ステーション内で研究説明会 (以下、説明会) を開催した。全スタッフが参加できる日時を選択したが、参加できなかったスタッフには個別に再度説明を行った。説明会で、研究計画書と研究同意書、フェイスシートを配布しておき、後日、研修生として同行訪問を行った際に口頭で、研究参加の有無を確認して、インタビュー時に同意書とフェイスシートを回収した。

#### 2) インタビューの場と方法

同行訪問を行った後に研究参加者にインタビューを行い、その時点で研究参加者が困難に感じている対象が誰かを知ることができた。その後、継続比較的に、研究参加者と同行訪問やインタビューを繰り返したり、異なる看護師と研究参加者が困難と感じている療養者宅に訪問した。データを記述する際に不明な点を確認するために、再度、研究参加者と直接会ったり、電話で確認して、データを補足する際に、困難な現象の変化について確認した。

フェイスシートは研究参加者の「年齢」「看護師歴」「訪問看護師歴」「看護上の得意分野」「看護上の苦手分野」「今の仕事を選んだ理由」「仕事で気を付けていること」「看護上の興味」を記述する形式として、さらに、困難事例を 1 例「療養者の病名」「性別」「年代」「主たる介護者」「困難と感じた対象」を記述する欄を作成した。そして、困難だと感じた場面を語って貰うことを記載しておいた。同行訪問期間は 2009 年 1 月から 7 月末日、インタビュー期間は 7 月 1 日～9 月 18 日

### 3) 分析方法

録音したインタビュー内容を逐語録におこし、訪問看護師の「援助場面の困難な現象」と「困難がおこったときの感情」について語った部分をデータのリッチさに合わせて、文章、段落、ページ毎に区切り、それをデータとした。その切片化したデータのプロパティとディメンションを抽出してラベル名をつけた。さらにデータに戻り、データを継続的に比較分析した後、各ラベルがデータの内容を表しているか繰り返し吟味した。ラベルの要素や性質を比較しながら分類してカテゴリーにまとめるオープンコーディングとカテゴリー間の関係を捉える軸足コーディングを繰り返しながら、カテゴリー間の関係として、明らかにしたい援助関係における「看護師が感じる困難」を示すカテゴリーと、原因や対処行動を示すカテゴリー、対処後の状況を示すカテゴリーがパラダイムとして抽出された。その後、さらに次のデータを収集し、ラベルを作成して、カテゴリー間の関係性を見直した。この一連の作業を繰り返しながら、ラベル名、カテゴリーの再考を繰り返し行い、カテゴリー関連図によるストーリーラインを作成した。

### 5. 倫理的配慮

研究の場を提供して貰うために、各施設の責任者に説明し、研修としての同行訪問と、スタッフへの研究説明会の実施と、同意が得られた場合のスタッフへのインタビューに関して、あらかじめ文書と口頭で同意を得た。

研究参加者には、研究説明会で研究の概要と、研究参加の依頼を文書と口頭で行った。さらに、インタビュー前に研究の概要、目的、方法、個人が特定されないこと、研究の目的以外に使用しないこと、インタビューの中断、中止はいつでも可能であること、同行訪問では研修生として参加することを確認した。さらに本研究は、財団法人 勇美記念財団の助成を受けていること、報告書を提出することの他、関連学会に報告することを説明し、研究終了後は録音データを消去すること、などを文書、口頭で説明し、同意を得た。なお、本研究は、東京医科歯科大学の倫理審査委員会の承認を得ていることも付記した。

## V. 結果と考察

### 1. 研究参加者の属性

研究参加者は18名になるが、基準となるのは、2カ所の訪問看護ステーションの5名の常勤訪問看護師である。年齢は平均42.2才で、全員女性であった。訪問看護師歴は平均5.7年で4年から8年という比較的ベテランと考えられるスタッフであった。

インタビューデータからは160ラベル、33サブカテゴリ、8カテゴリが抽出された。カテゴリは《》、サブカテゴリは〈〉、データからの引用は「」で示す。また、全カテゴリの中核をコアカテゴリ【】で、表記する。

表. 1) 基準研究参加者(訪問看護師)の概要

ID	年代	インタビュー時間	切片数	看護師歴(年)	訪問看護師歴(年)
A	40代後半	2時間13分07秒	64	14	5.5
B	40代前半	50分09秒	18	16	4
C	40代前半	1時間18分42秒	22	23	7
D	40代前半	1時間8分3秒	17	15	8
E	30代後半	1時間30分	41	7	4

## 2. 困難事例

A 看護師は、現在困っている療養者について語っていたが、言葉にならない部分が多く、看護場면을繰り返し繰り返し語っていた。インタビューを2回とさらに電話でのインタビューを2回繰り返す中で、徐々に「自分の気持ちが整理できて、離れてみるができるようになった」と話す。その間に、療養者自身の体調が悪化しており、A 看護師を困らせていた言動もなくなった。

B 看護師は自分が担当する前から決まっていた訪問ケアの内容に不満があるものの、療養者・家族と前の看護師が決定したこととして、従っていた。しかし居心地の悪い思いを続けている内に療養者の状態が悪化して、入院となり、訪問が終了となった。現在、療養者が退院しても訪問には行きたくないと感じている。

C 看護師は、訪問初日に療養者の息子から怒鳴られたことのショックが癒えない。ステーションと介護支援専門員と家族で話し合い、怒鳴るような言い方を改めることになり、ステーションのスタッフが全員交代で訪問することになったために、C 看護師の訪問回数は減少しているが、訪問前の緊張はとれないという。

D 看護師は過度の緊張で、普段はしないようなミスを繰り返すことに、自己嫌悪を感じている。話している内に、療養者の態度もおおらかになってきているとは再認識したが、なぜか、療養者のお部屋に入るとミスをすると不思議がっている。

E 看護師は、療養者のことを怒鳴ったり、サービス提供者に対して、その場で注意せずに、後から苦情を入れる家族の態度を改めるように求めていたが、家族が変わらないことと、ステーションの中での事態の共有が無いことから、訪問看護を続けるのが限界だと思っていた。ところが、家族から話し合いをしたいと申し出があり、互いの思っていることを話した後は、徐々に困難が薄れていくのを感じている。

表. 2) 看護師が困難だと感じる療養者・家族

ID	療養者疾患	性別	年代	主たる介護者	困難と感じた対象
A	狭心症・甲状腺機能低下・うつ	女性	70代	夫	療養者本人
B	ALS	男性	60代	妻	療養者本人・妻
C	心不全・認知症	女性	80代	夫	息子
D	ALS	男性	40代	妹	療養者本人・妹
E	心不全・認知症	女性	80代	夫	息子

### 3. 継続比較した看護師・療養者・家族

A 看護師の困難から分析を開始し、現在 8 つの《カテゴリ》、33 の〈サブカテゴリ〉が抽出され、さらに比較分析を継続している

表. 3) 比較継続した看護師と療養者・家族

ID	年代	インタビュー時間	役割	比較したこと
F	30代後半	58分17秒	訪問看護師	困難の印象(A)
G	50代後半	50秒9秒	訪問看護師	介護者への接し方(B, D)
H	40代後半	1時間09分51秒	訪問看護師	困難のただ中、言葉にならない(A)
I	40代前半	51分4秒	訪問看護師	困難の印象(A, F)
J	30代後半	1時間58分01秒	訪問看護師	介護者への接し方(B, D, G)
K	40代前半	1時間30分	訪問看護師	療養者本人(B, D, G, J)
L	40代後半	49分41秒	訪問看護師	療養者本人(B, D, G, J, K)
M	40代後半	1時間20秒	訪問看護師	療養環境、介護状況(A)
N	50代前半	1時間2分25秒	訪問看護師	苦情(C)
T-top	40代後半	50分	ステーション所長	スタッフが困難と感じる事例への対応
C-top	50代前半	10分	ステーション所長	スタッフが困難になっているときの管理者の判断
H-f	50代	40分	療養者家族	H 看護師や訪問看護に対する思いの確認
L-p	30代	1時間	療養者本人	L 看護師や訪問看護に対する思いの確認



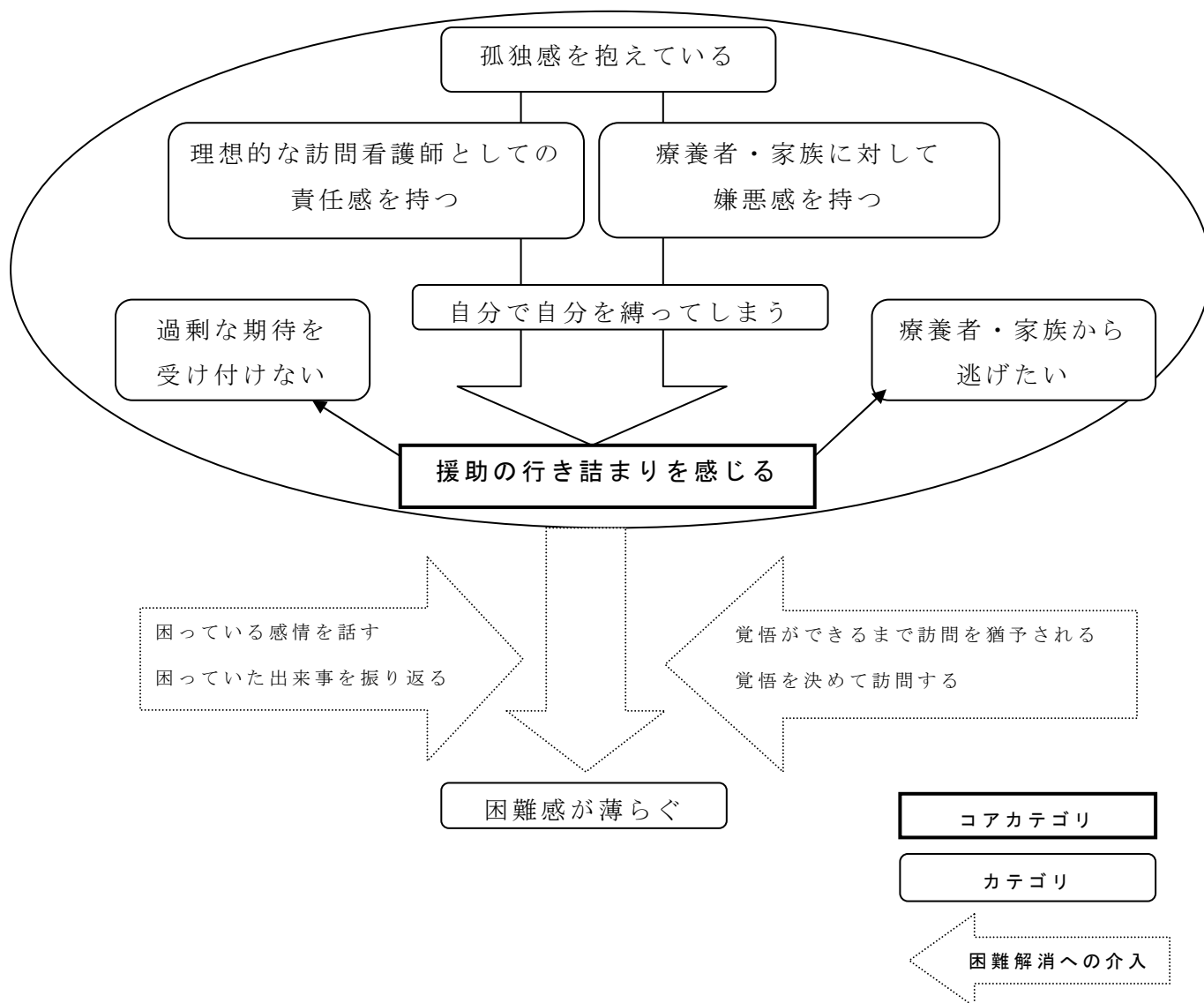
#### 4. カテゴリリスト

訪問看護師が感じる援助における困難は、8つの《カテゴリ》と33の〈サブカテゴリ〉で形成された。

表. 4) 訪問看護師が感じる援助における困難 カテゴリ-サブカテゴリ リスト

《カテゴリ》	〈サブカテゴリ〉	《カテゴリ》	〈サブカテゴリ〉
孤独感を抱えている	見離され感がある	援助の行き詰まりを感じる	コミュニケーション力の無さに焦燥感を抱く
	困っていることを独りで抱えている		苦手な療養環境を変化させることができない葛藤を感じる
訪問看護師としての責任感を持つ	存在価値の高い訪問看護師になれない	療養者の気持ちへの援助が出来ない無力感を抱く	異常が見分けられない無力さを感じる
	看護師の事情で、ケア方法の変更をしたくない		療養者の身体症状に対するケア判断に自信がない
	良い看護師に見られるようにする		聴き入れない療養者・家族にお手上げ
	誤解されないように慎重になる		自分のペースでケアができずに焦る
療養者・家族に対して嫌悪感を持つ	私が嫌だと思ふ言動をする療養者・家族に困惑する	療養者・家族から逃げたい	自信がないので最初から避ける
	療養者・家族が怖い		自分が逃げだしたい
自分で自分を縛っている	療養者・家族から怒られるのは嫌だ	過剰な期待を受け付けない	療養者・家族と向き合いたくない
	苦手意識に縛られてしまう		主治医に任せてしまいたい
	療養者・家族から拒否されることを恐れる		病院にいてほしい
	過剰な緊張が辛い	困難感が薄らぐ	対応できない訴えを拒絶する
			すでに出来上がった役割は果たせない
			療養者・家族に言われるままにケアするのは嫌だ
			困っている感情を話す
			困っていた出来事を振り返る
			覚悟ができるまで訪問を猶予される
			覚悟を決めて訪問する
			療養者・家族と看護師間で異なる互いの主張に慣れてきた

## 5. 訪問看護師が援助場面で感じる困難の構造図



## 6. 訪問看護師が援助場面で感じる困難のストーリーライン

療養者・家族への援助場面で、困難に遭遇している訪問看護師（以下、看護師）は、「孤独感を抱えている」状況で、看護師自身にとっての《理想的な訪問看護師としての責任感を持つ》ことと、これに相反する《療養者・家族に対して嫌悪感を持つ》という感情の狭間で葛藤を生じ、結果的に《自分で自分を縛ってしまう》ことになる。身動きが取れなくなっている看護師は、自分の持っている力を最大限に発揮することが出来ず、むしろ萎縮する傾向があり、看護援助が成立できていないように感じ、【援助の行き詰まりを感じる】ようになる。この体験は、看護師にとって非常に居心地の悪い感覚であり、療養者・家族からの《過剰な期待を受け付けない》という、反発感情が強くなったり、《療養者・家族から逃げたい》という、逃避感情が強くなる。これらの陰性感情がさらに孤独感を増加させたり、責任感や嫌悪感の狭間の葛藤が強くなり、援助の行き詰まりはさらに強固になっていくという悪循環を形成する。このまま放っておくと、看護

師が訪問看護ステーションを辞めるか、療養者への訪問を止めるかの選択になっていく。

困難を解消するために、手探りの対応がなされているが、《困難感が薄らぐ》ためには、〈困っている感情を話す〉ことや、〈困っていた出来事を振り返る〉ことで、自分が抱いていた一方的な思い込みや、療養者・家族の真意を推し量る余裕ができた。この余裕を確保するためには、管理者や同僚の理解や、第三者による傾聴による心理的開放と、〈訪問を猶予される〉などの心理的・時間的開放が必要であった。看護師が自ら〈覚悟を決めて訪問する〉まで、温かく見守ることができる職場環境が存在した。このように困難解消への介入の結果として《困難感が薄らぐ》という体験が観られた。

### 1)《孤独感を抱えている》

訪問看護師は、療養者宅へ一人で訪問して看護ケアを行うことから、孤独になりやすい職場環境にあり、特に困難と感じる事例に遭遇しているときに強く《孤独感を抱えている》傾向にある。「担当看護師だけが訪問をしていたときは、訪問をしていない同僚や所長が、“そんなの知らない”っていう感じだったの」と、同僚や管理者から〈見離され感〉があり、「最初は、やっぱり自分だけが変わらないかと思いました。みんなは違うかもって思うし、みんなには話せないじゃないですか。困っている状況は話せても、こういう、自分の悪いところみたいなのは話せないですよ。“困難なんだ！”って思いました。守秘義務があるから、家族に話すわけにも行かないから、結局自分で持っているんです」と、〈困っていることを独りで抱えている〉状況であった。

### 2)《理想的な訪問看護師としての責任感を持つ》

訪問看護師は、「人から褒められるように一生懸命実践しようと努力しているのに、なぜかうまくいかない。自分のやり方、看護のしかたが通用しないっていうことは、自分自身の存在価値が否定されているような気になります」と、〈存在価値の高い訪問看護師になれない〉気持ちを吐露していた。また、家族が見境もなく怒り出したり、看護師としては必要性を感じないが、療養者・家族の要望による訪問看護では、〈一緒にいるのは嫌だけれど耐え〉ていることも話された。「おそらくご本人は、私がこんなに辛いとは思っていないでしょうね。いい人モードをやってます」と、療養者・家族からは〈良い看護師に見られるように〉していた。さらに、療養者を説得して作り上げてきた療養計画を、ステーションの事情で全面的に変更させることへの違和感を感じている訪問看護師は、〈看護師の事情でケア方法を変更したくない〉と感じており、独自の判断を療養者・家族に話すと、サービス提供者全員の整合性が無くなり、不信感を与える気がして〈誤解されないように慎重になる〉ことが多くあり、過剰な責任感による無理な訪問看護の様子が語られた。

### 3)《療養者・家族に対して嫌悪感を持つ》

訪問看護師は、「療養者本人に“調子がよさそう”なんて言うと、もう終わりです。次の週から“具合が悪くて死にそう〜”って、訪問中も具合の悪さを主張するように、必ずあります」。そして、「夜中の4時でも“だるいからマッサージしに来て”と電話してきたり」、「夫を介護するのは、自分の身体がしんどいから、自分が介護されたい」と、療養者が自分の重症さを主張する言動や、自分本位と捉えられる訴えに呆れる。さら

に看護師のいたらなさを、別の訪問看護師に告げ口したり、文句があることを暗に含んだ態度を見せられることに嫌気がさし、〈私が嫌だと思う言動をする療養者・家族に困惑〉していた。さらに、「覆い被さるような暗い雰囲気」や「威圧的な怒り」、「文字盤での命令口調」、「家族が療養者に吐く暴言」に対して〈療養者・家族が怖い〉と感じ、療養者や家族の「怒りの表出の仕方」に反感を持ったり、「何をしてもしなくても注意されるので、どうして良いかわからない」などの動揺を見せ、〈療養者・家族から怒られるのは嫌だ〉と感じ、療養者や家族に対する嫌悪感がますます増大していく様子が語られた。

#### 4)《自分で自分を縛ってしまう》

訪問看護師は「一度ついた苦手意識はなかなかとれない」と話し、「家族への苦手意識が持続して、無意識に緊張してしまう」と、〈苦手意識に縛られてしまう〉事実困惑していた。苦手意識を持った訪問では、常時敏感になっていて、療養者・家族の一挙手一投足が、「私のことを優柔不断と思っているに違いない」「突然訪問を打ち切られる」のではないかと、被害妄想ともとれる発言があった。「突然訪問を打ち切られるような気が」していることから、〈療養者・家族から拒否されることを恐れる〉あまりに、「訪問に行く前から緊張」し、「落ち着かない動作」を始終行い、「雰囲気に緊張して簡単なケアで失敗する」ことになり、医療専門職として自信を無くす悪循環に陥っている。このような〈過剰な緊張状態が辛い〉と思っているが、なかなかその状況から抜け出せないでいた。

#### 5)《援助の行き詰まりを感じる》

訪問看護師は、「療養者が文字盤をつかって眼球の動きで何かを訴えているのだけれど、眼球が動いちゃって文字盤のどこを指しているのかわからないので、本人も苛ついている感じで“もういい！”みたいな、感じも出てきた」と、意志疎通ができない療養者の苛つきに戸惑ったり、「緊急なら看護師が率先して考えるけれど、命に別状のない訴えだから、家族の判断でいいと思ったら、責任転嫁されたと思われて・・・」、〈コミュニケーション力の無さに焦燥感を抱〉いていた。そして、「早く死ぬための方法をしつこく質問された」り、「話しを聴いてもとりとめがなくて、精神的援助をしなければいけないとは思うけれど、対応できない」などの〈療養者の気持ちへの援助が出来ない無力感を抱〉いていた。一方、「死にたい」というのは精神面の問題で、本当に具合が悪いとは思っていないけれど、訴えが多くなっていて、身体の異常が陰に隠れているかもしれない、「不定愁訴の中に聞き逃してはいけない重大な身体異常のサインがあるかも知れないけれど、療養者が話すとりとめのない話しの中から何を拾えば良いのかわからない」と、〈異常が見分けられない無力さを感じ〉ていた。さらに、「長く介護をしてきた家族が自信をもって、“これはなんでもない”と言われると、療養者の訴えやバイタルサインの変調があり、看護師としては心配でも、引き下がってしまう」という〈療養者の身体症状に対するケア判断に自信がない〉面があった。以上のように困難を感じる援助場面において、自分の力量に自信が持てない訪問看護師は、それでも最適な看護を提供するために、看護師の力が発揮できる状況を創り上げようと画策していた。

しかし、「防虫剤と消臭剤が入り交じった臭いのする療養者のお部屋にいるのは、本当に辛いうえに、本人が殺虫剤を撒くので、私が喘息発作を起こしそうになって、殺虫剤は止めて貰ってますが、防虫剤や消臭剤は、私が我慢するしかない」と話していた。「5年前からコーヒーカップの位置や療養者の来てい

る服まで変わらない、時間の止まったお部屋」に訪問していると、変化を拒絶されているような気持ちになり、室内の苦手な匂いについて話すことはためらわれた。反対に、「ケアの様子を観ていて、全て終わった後に苦情を言うんです。だから、気がついたときに言ってほしいと頼んでも、“プロなんだから、自分で気がつくべきだ！”っておっしゃって、いつまでも平行線になってしまいます」と語っていた事例もある。苦手な訪問先だからこそ、看護師がケアしやすいように環境（援助する療養環境や、介護者の振るまい）を変えたいと願っているが、〈苦手な療養環境を変化させることができない葛藤を感じ〉ていた。

結果的に、〈自分のペースでケアができずに焦る〉訪問看護師は「療養者さんに意識を集中しているのに、そこに医師が現れ、家族が後ろで色々話していると、療養者さんも影響されてどんどん変わってしまって、何がなんだかわからなくなる」と、複雑で変化の早い援助場面では自分のペースがつかめずに、自分の力が発揮できないことに焦りを感じていた。そして、一つひとつの問題に対応しようとしても、「薬を過剰投与してしまう療養者が、困って相談してくるので、一生懸命工夫して説明しても、結局飲んでしまう」ことや、「ケア中に叫んで暴れる療養者に対して怒鳴る息子さんに注意しても、逆に怒鳴られる」などの、療養者・家族の行為によって、〈聴き入れない療養者・家族にお手上げ〉状態になってしまう。

#### 6)《過剰な期待を受け付けない》

訪問看護師は、「家族役割のような、訪問看護師の役割以上の要求をはねのけた」くなったり、「家族が誰の意見も聴かずに、自分の主張を通そうとする事への抵抗感」を感じて、〈対応できない訴えを拒絶〉していた。また、「呼吸器が装着されている療養者の家族の代行として、2時間の留守番をすることが、以前の担当看護師との間で決まっていた、引き継いだけれど、療養者は寝てしまうので、時間を持て余しているのが居たたまれない」ことや、「どんなに詳細に引き継いでも、前の看護師と同じようにはできないと言うことを家族にも割り切って貰わないと、担当看護師を変更するなんてできない」と、〈すでに出来上がった役割は果たせない〉ということを主張していた。さらに、「療養者の要望のままに訪問させられることへの苛立ち」や、家族にとっての「理想的な看護師像を押しつけられて戸惑った」など、〈療養者・家族にいわれるままにケアするのは嫌だ〉という気持ちになっていた。

#### 7)《療養者・家族から逃げたい》

訪問看護師は、「大変だとわかっている療養者を受け入れることは最初から拒否」したり、「看護師の言動によって家族から不満が出るのを懸念して、余計なことは言わない」ようにしたり、「問題がおこりそうなどときには、前もって所長に振ることで、自分を守る」などの、〈自信がないので最初から避ける〉という行動をとっていた。また、「とにかく、嫌で逃げたかった」や「無理して関係を縮めたいとは思わない」、「これ以上、訪問を継続することは無理だと思う」などの〈自分が逃げ出したい〉という、訪問することを止めたいという気持ちが強く表れた。ただし、現実には訪問は継続しており、訪問看護師の心理面だけが、療養者・家族から逃げていて、〈療養者・家族と向き合いたくない〉と思っている事が多かった。

たまたま、他職種が責任を負ってくれるような状況の時には、「看護師を介さないで直接医師に連絡することを勧めた」り、訪問看護師が「主治医に頼りたい」気持ちになっていて、〈主治医に任せてしまいたい〉という、医師依存を示す語りがあった。また、病状の変化によって入院したために訪問看護が中止に

なった事例では、退院の可能性を聴いても、あえて自らは情報をとらないようにしている態度や、主治医が入院を勧めることに拒否する療養者に対して、熱心に入院を勧める場面が観られ、〈病院にいてほしい〉という気持ちが見え隠れしている。

#### 8)《困難感が薄らぐ》

訪問看護師は、第三者に〈困っている感情を話す〉ことで、「自分の気持ちを整理することができる」ことに気がついた。また、〈困っていた出来事を振り返る〉ことで、「担当看護師と同僚の認識のズレに気がついた」り、「話し合いを持つのが遅すぎて療養者・家族との気持ちがこじれていた」ということが困難を形成していたことに気がついた。

困難を我慢している看護師に対して、管理者や同僚は本人が困っていそうだということに気が付いているが、「誰もが通る道、乗り越えられるわよ」とか、「困っているのは分かるんだけど、どうしていいのかわからないのよね」、「相性が悪いと言うのはあると思うけど、だからと言って、担当を変更させると本人が落ち込んだりするから、良い方法ではないのよね」など、結局様子を見ていることになっていた。この時期、困難を我慢している看護師は「みんなはわからないわよ」とか、「所長はだれでもあるとか言うけれど、この大変さを体験しない人に言ってもらいたくない」など、管理者や同僚への不信感と取れる発言が見られた。しかし、我慢が限界に達し、「もう、訪問は無理！」という言葉が看護師から発せられると、管理者や同僚は迅速に対応している。その対応は、〈覚悟ができるまで、訪問を猶予される〉ことであった。「他のスタッフも訪問してくれるようになり、独りで背負っているような負担が減少した」などの、今まで管理者や同僚に抱いていた不信感からくる孤独感が軽減され、心理的・時間的余裕が出てくると、今までのことを振り返るようになった。

徐々に、「訪問回数を増やして苦手意識を克服したい」という思いになり、〈覚悟を決めて訪問する〉ようになった。そして、積極的に療養者・家族と対峙するようになり、「家族と看護師の主張は平行線だが、互いの考えを伝えることができた」り、「向き合って話し合うことで、家族の態度が軟化して嬉しかった」という体験をしている。ここから、〈療養者・家族と看護師間での異なる主張に慣れてきた〉ことで、訪問看護の援助場面で感じる困難が薄れていくことがわかった。

## VI. 本研究の限界と今度の課題

本研究は訪問看護の援助場面で、訪問看護師が感じる困難を明確にすることで、困難を解消して、より質の高い訪問看護の実践を継続して行うための支援方法を探索する研究である。援助場面で感じる困難とは一体何なのか。そして、どのような介入を行えば良いのかが少し見えてきたところである。しかし、カテゴリのバリエーションはまだ不足しており、継続比較を重ねることで、それぞれのカテゴリーをもっと精密に解明する余地が残されている。理論的飽和を目指して、更なる研究データの積み重ねが重要であると考え。今後は、インタビューによる困難感の変化に着目しながら、さらに、療養者・家族、介護支援専門員、医師などからも比較のためのデータを収集する必要がある。

## 謝辞

本研究の対象訪問看護ステーションの皆様、療養者・御家族の皆様には、同行訪問と公式・非公式インタビューで、大変なご協力を頂きました。この場を借りて御礼申し上げます。昨年度からグラウンデッド・セオリー・アプローチの勉強会を立ち上げて、分析方法の習得に力を貸して下さった、国際医療福祉大学の森真喜子先生を始め、勉強会に参加の皆様、そして、東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科の山崎智子先生、大木正隆先生、内堀真弓先生には、分析でひとかたならぬお世話になりました。さらに、博士前期・後期課程に所属している院生の皆様方には、比較の部分でご意見を頂いたことがとても参考になりました。皆様方に深謝申し上げます。なお、本研究は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成によるものであることを付記いたします。

## VII. 引用・参考文献

- 1) 徳永淳也・今中雄一・波多野浩道・信友浩一(2001). 訪問看護における職務満足と顧客満足の多軸的な関連. 医療経済研究, 9:41-50. 医療経済研究機構.
- 2) 富岡小百合・石澤恵・大竹まり子・赤間明子・佐藤千史・鈴木育子・小林淳子・叶谷由佳(2007). 日本在宅ケア学会誌, 11(1):43-51.
- 3) 仁科祐子・谷垣静子(2005). 訪問看護師の職業ストレスに関する研究 職位別のストレスの検討, 訪問看護と介護, 10(10), :840-849. 医学書院
- 4) 松山洋子(2001). 訪問看護ステーションに勤務する看護婦のストレスの検討. 岐阜県立大学紀要, 1(1):27-34.
- 5) 中野康子(2008). 訪問看護師の勤務継続と職務満足との関係. 兵庫県立大学紀要, 15:43-59.
- 6) 渡邊久美・折山早苗・國方弘子・岡本亜紀・茅原路代・管崎仁美(2009). 一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援のニーズ. 日本看護研究学会雑誌 32(2):85-92.
- 7) 安岡文子(2008). 生活の場でターミナルケアに取り組む訪問看護師の働きかけとその困難 訪問看護ステーションに勤務する看護師のグループワークを通して, 日本看護学会論文集: 成人看護 II 38号: 71-73.
- 8) 染谷京子(2007). 訪問看護師が訪問先で遭遇する対応困難な看護場面とその対応, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 32号:260-266.
- 9) 近藤望, 竹山未歩子, 中町仁美, 河原田まり子(2007). 在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困難感, 緩和ケア 17(2): 170-174. 青海社
- 10) 川原礼子・齋藤美華(2006). 医療行為を伴う訪問看護の場面で「困ったこと」-訪問看護師へのアンケート調査から-. 東北大学医療保健学科紀要 15(2):107-112.
- 11) 小倉千恵子・近藤あゆ子・杉本佐栄子・榎原千沙子(2005). 行政と在宅介護支援センターが関与した高齢者の処遇困難事例の実態. 日本看護学会論文集: 地域看護第 36回:108-110.

- 12) 野嶋佐由美・中野綾美・宮田留理・小迫富美恵・原礼子(1994). 対応困難な家族に対する家族の分析を通して有効な家族看護モデルの開発とその検証. 平成4・5年度 科学研究費補助金(一般研究 B)研究成果報告書:39-93.
- 13) 山岸春江・小川三恵子・下平良子(1992). 訪問場面における援助困難問題の現状. 保健婦雑誌,48(9):703-707.
- 14) 美濃由紀子・宮本真巳(2008). 【指定通院医療機関になったらどういふことをするのか】 医療観察法における訪問看護の現状と課題, 精神看護 11(3):60-63.
- 15) 普照早苗・松山洋子・森仁実・他(2006). A県下過疎地域における病院・診療所からの訪問看護の役割と課題. 岐阜県立大学紀要紀要 6(2):43-50.
- 16) 片岡直子・山本則子・石垣和子(2008). 統合失調症をもつ利用者に効果的な訪問看護を提供するための教育プログラムの開発. 日本在宅ケア学会誌,11(2):65-74.
- 17) 小林裕美, 樋口美代子(2006). 家族看護学の概念を取り入れた実践に対する訪問看護師の認識について 1つの訪問看護ステーションでの学習会の取り組みから, 日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report5号:25-31.
- 18) 吉澤みどり(2003). 援助困難ケースの全体像—実態把握表作成とその集計分析より—. 地域保健 34(3):81-89.
- 19) 野嶋佐由美・中野綾美・宮田留理・畦地博子・松本女里・原礼子・小迫富美恵(1997). 看護者が認知する対応困難な家族の類型化. 高知女子大学紀要自然科学編,45:67-80.
- 20) 小野美奈子(1999). 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,5(1):47-55.
- 21) 上野亜希子・和泉香代子・佐久本淳子・長澤仁美・永田磨紀・樋口すみ江・本田るい・得居みのり・芳賀百合子・岡田ルリ子・中西純子(1998). 対応困難を感じる看護体験の要因と構造. 日本看護学会論文集:第29回 看護総合:162-164.
- 22) 二宮佐和子(2006). 処遇困難な在宅高齢者のケアコーディネーション, 大阪府立大学看護学部紀要 12(1):115-121.
- 23) 武ユカリ(2005). 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, 財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2005年度 最終報告書
- 24) 永田千鶴・東清巳(2005). 在宅療養が困難な状況下で高齢者とその家族を支えた訪問看護・介護介入—セルフケア能力の向上に焦点を当てて—. 日本地域看護学会誌8(1):31-40.
- 25) 荒尾晴恵(2003). 【ターミナルケア再考】 終末期を支えるナースに必要な条件 実態調査から見えるもの, 訪問看護と介護(1341-7045)8(6):469-474. 医学書院.
- 26) 廣部すみえ(2001). 訪問看護婦の判断の基盤となる能力 困難な判断場面から, 福井県立大学看護短期大学部論集 12~13 :29-40.
- 27) 加藤英子(2008). 在宅ターミナルにおける訪問看護師の困難感, 日本看護学会論文集:地域看護(1347-8257)38号:112-114.



- 28) 田崎真理子・平ユミ子・嶋澤由佳里・他(2007). 主婦を支える訪問看護の役割 統合失調症患者の事例を通して.日本精神科看護学会誌 51(3):164-168.
- 29) 林裕栄(2009). 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難,日本看護研究学会雑誌 32(2):23-34.
- 30) 飯村麻紀(2009).訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護に携わる精神科経験のない看護師の困難とニーズ.病院・地域精神医学 51(2):43-44.
- 31) 船越明子,宮本有紀,萱間真美(2006). 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識,日本看護科学会誌 26(3): 67-76.
- 32) 岩佐美抄・岡本玲子(2002).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 6(4): 81-86. 日総研.
- 33) 細川雅人・大熊章夫(2008).広汎性発達障害をとまなう処遇困難事例と援助.訪問看護と介護,13(9):743-747,医学書院.
- 34) 齊藤公子(1986).看護婦にとって対応困難な透析患者への看護婦の対応様式. 日本看護学会論文集:第 17 回看護管理:20-22.
- 35) 伊関敏男・大川賀久・工藤隆司・菊池奈緒・三ヶ田明人・山田一・田辺有理子・稲葉文香(2008). 訪問看護師が抱えるジレンマとその対策 東北地方の精神科訪問看護師における実態調査より. 日本精神看護学会誌,51(3):169-173.
- 36) Strauss A.,Corbin J(1998).*Basics of Qualitive Research:Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*.SAGE.