

2010年度 在宅医療助成勇美財団研究助成 完了報告書

## 「困難ケースの在宅医療における良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築」

その1 援助者が感じる『困難』についての研究

申請代表者 伊藤憲祐(プライマリヘルスケア研究所:〒110-0012 東京都台東区竜泉 3-32-3)

主任研究者 吐師 秀典(特定非営利活動法人友愛会 保健師/日本赤十字秋田看護大学 助教)

共同研究者 椎名 美恵子(訪問看護ステーションみけ 管理者・看護師)

仁科 聖子(順天堂大学医療看護学部 助教・看護師)

柏崎 信子(訪問看護ステーションみけ 看護師)

提出年月日 2011年8月30日

# I 序論

## 1. はじめに

2000年の介護保険制度開始から10年、在宅医療のみならず在宅ケアは日々進歩をとげている。多様なサービスが生まれ、療養は病院や施設で行うものと認識されていたそれまでの通念は、如何に地域の中で療養していくかという発想に変化している。『死ぬときは病院で…』という漠然とした社会通念は紆余曲折を経ながらも『自分らしい生き方・死に方』といった多様化に、ある程度対応できる制度になりつつある。それは終末期ケア領域だけの価値変容ではなく、健康・疾病・障害などにかかわる広範囲の領域で展開されるものとなっている。

措置・収容型支援の衰退とともに地域・在宅での療養生活を選択する方が増える中、多事業所・多職種が連携して援助をする機会も大いに増え、個々の生活に合わせた医療福祉サービスの提供が必要不可欠となっている。この変化は、高齢医療・福祉のみならず、障がい者や慢性疾患患者などの在宅療養者へのケアの基盤整備にも広がっている。在宅への療養場面の移行は、財政政策とも相まって、病院の入院日数短縮化や施設形態の変化に拍車をかけており、能動的な在宅ケア領域の向上・拡大だけでなく、押し迫る在宅ケアへの期待は大きな過渡期にきているとも考えられる。

このように多様性と厚みが増す在宅ケアにあって、新たに課題として浮かび上がってきたものに、連携に関するものが増えているのは周知のとおりである。専門職種間の連携という概念だけではなく、事例にかかわる関係機関が包括的に取り組む在宅ケアにおいては、事業所間連携も大切な役割を担う。

研究領域においても実践領域においても、この事業所間連携の円滑化やその有効性に対する取り組みを整理することが求められている。しかし、在宅ケアの現場においては、援助者同士の中で『困難ケース』という共通言語が広く浸透している現状があり、それら『困難ケース』に対しての連携には課題が多い。この『困難ケース』に対しての連携の課題を整理し、良好な連携をもって在宅ケアに臨むことは、在宅ケアの発展には欠かせないものであると考える。

『困難ケース』とは、援助者が援助することに大きな手間や精神的ストレスを感じる事例なのであろうが、実態は定まらず、しかも日々の援助場面においてその打開策が整理されないまま『困難ケース』への対応が繰り返される現状を筆者たちは感じることが多い。

多職種が協働して援助をおこなう現在は、各職種や援助者の援助観も多様化しており、『困難ケース』の認識、捉え方、対応への智慧を共有することが、今後より良い在宅ケアを展開していく試金石となり、また各専門職の真価が問われる部分であると考えられる。

本研究の具体的な骨子を築くにあたり、テーマ中の『困難ケース』の定義をどのように規定するかという議論に至った。テーマは『連携のためのノウハウ構築』目指すことに主題をおいているが、『ノウハウ』の有機的技法の発見研究やシステム及び理論構築研究を手がける前に、いくつかの基礎的な研究が必要であると考えられる。その一つとして『困難』の理論的整理と定義がなくては、本テーマ

全体の信頼性が獲得できないと考え、最初の研究として、援助者が感じる『困難』の理論的構造を明らかにすることとした。

## 2. 定義・分類の先行研究レビュー

『困難』についての先行研究の検索で『定義』をキーワードに行うと、関係性のあるものは見つからなかった。そこで『分類』での検索を行った。その結果、困難ケース(困難事例)の分類は、1. 抽象的構造的分類と、2. 具体的現象的分類に大別できることがわかった。

抽象的構造的分類とは、困難ケースを定義的視点でカテゴリ化し、その全体像を出そうとする分類である。また、具体的現象的分類とは、困難ケースの全体像を把握するものではなく、現象として起きている困難を類型化したものである。

### 1) 抽象的構造的分類

岩間は、困難事例の全体像を、『個人的要因』、『社会的要因』、『不適切な対応』の3つの要素に分類<sup>1)</sup>している。また、西尾は、ライフモデルソーシャルワークのアセスメント分析枠組みをベースに、困難事例を『本人によるもの』、『援助者によるもの』、『関係の中で生じるもの』の3つに大別<sup>2)</sup>し、『本人によるもの』と『援助者によるもの』はそれぞれ、問題が『本人自身』にあるか、『環境』にあるかに細かく分け、援助困難の現状を分析している。

### 2) 具体的現象的分類

ケース(本人)の状態における分類としては、吉澤が本人や家族の具体的な現象により9つの分類(①生命危機状態のケース、②痴呆状態のケース、③老人性精神障害のケース、④精神疾患のあるケース、⑤人格障害・性格異常(疑い)のあるケース、⑥嗜癖問題があるケース、⑦重症の慢性疾患のあるケース、⑧介護者等の問題が大きいケース、⑨その他の援助困難ケース)<sup>3)</sup>をしており、他の困難ケースの事例報告や研究に多く引用されている。また、吉江らも同居家族の背景と介護の問題との関係について分類している<sup>4)</sup>。

援助者に視点をおいた分類としては、吉江らが先行文献から特定職種(ケアマネジャー)のケアマネジメントプロセスに随伴した分類、また援助者側の価値観や能力不足から生じるものを『倫理的ジレンマ』として分類<sup>5)</sup>したものがある。吉江らはそれ以外にケースの状態と環境要因を含めた12分類(『痴呆』、『独居』、『家族関係不良』、『苦情、要求過多』、『意向のズレ』、『経済的問題』、『サービス拒否』、『キーパーソン不在』、『医療依存』、『精神障害』、『虐待』、『事業者との関係不良』)<sup>6)</sup>などをあらわしている。

関係性に視点をおいた分類としては、村上らはケアマネジャーが困難を感じていることをその対人関係システムによって5つに分類(『利用者と家族の理解』、『利用者との相互作用』、『ケアマネジャー自身の課題』、『所属機関との相互作用』、『スーパーバイザーとスーパーバイジーの相互作用』)<sup>7)</sup>している。

その他に、井上はカテゴリに一貫性がないながらも11に分類<sup>8)</sup>したものをあらわしている。

### 3. 研究目的

本研究は、在宅ケア領域における『困難ケース』への援助を、連携という視点から整理してノウハウを構築することを最終的な目的とし、その基礎的な研究として、援助者が感じる『困難』がどのような構造であるかを明らかにする。

## II 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究が、援助者が感じる『困難』の理論的構造の構築を図ることを考えると、理論構築型の研究方法が望ましい。また、『困難』の概念が不明瞭であるから質的研究方法が適している。よって、質的帰納的研究方法を用いた。

### 2. 研究参加者

東京都台東区、墨田区、荒川区近郊の事業所または個人宛に研究協力を依頼し、同意の得られた在宅ケア領域に従事する援助者を研究参加者とした。なお、研究協力を依頼する段階において、年齢および経験による選択は行っていない。

### 3. データ収集期間

2010年10月から2010年12月

### 4. データ収集方法

本研究をおこなうにあたり、半構造化面接の面接内容を検討するためパイロット調査を実施した。その結果をもとに、面接ガイドを作成した(資料1)。面接内容は、研究参加者の同意を得てメモとICレコーダーに記録した。面接はプライバシーに配慮しながら、研究参加者の都合のよい日時と場所でおこなった。面接時間は、平均45分であった。

### 5. データ分析方法

ICレコーダーに録音した内容から逐語録を作成し、データとした。研究参加者のとらえる困難に焦点を当て、文章または区切りと考えられる内容で分類し、文脈ごとに検討しながらコード化した。そのコードから類似したものを整理、検討し、カテゴリ化した。

## 6. 用語の操作的定義

以下の用語について、本研究の上で操作的に定義する。

- 1) 援助者…本稿における『援助者』は、在宅医療分野、地域保健分野に従事する者（病院および診療所医師、保健師など）と在宅ケア分野に従事する者（訪問看護事業所、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、地域活動を行う NPO などの職員）と定義する。
- 2) 利用者…上記で定義した『援助者』の援助対象者（患者、介護および看護を受ける人々など）を『利用者』と定義する。

## 7. 倫理的配慮

本研究に参加を依頼する際、文書と口頭で研究の主旨を伝え、参加は自由意思であること、研究協力の同意の撤回とインタビュー時の中断の権利の保障、プライバシーの保護、個人情報の保護、目的以外にデータを使用しないこと、研究終了後のデータの破棄、研究結果の公表方法の予定を説明し、文書で同意を得た。また、インタビューに登場する事例についても個人情報の保護に配慮した。

## III 結果と考察

### 1. 対象者の概要（別表 1 参照）

研究参加者は 15 名となった。職种的内訳は、医師 1 名、保健師 1 名、看護師 2 名、理学療法士 1 名、介護支援専門員 4 名、介護福祉士 1 名、ヘルパー 2 名、社会福祉士 1 名、生活相談員 2 名である。経験年数は、半年から 25 年の 15 名である。しかしながら、本研究では職種や経験における違いを明らかにするのではなく、地域・在宅領域において対人援助を行う人(援助者)の困難を理論的に解き明かすものであるため、属性の紹介とする。

### 2. カテゴリリスト（表 1 参照）

援助者が感じる困難は、6 つカテゴリ、【援助者に起因するもの】、【利用者の言動に起因するもの】、【周囲・社会・環境に起因するもの】、【援助者と利用者の関係性に生じるもの】、【援助者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】、【利用者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】に分類された。またサブカテゴリは表 1 のように 20 に分類され、サブカテゴリ前のコード(2 次コード)は 68 個あった。

これ以降、カテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》、インタビューデータを「 」で示す。

表 1. 援助者の感じる『困難』(カテゴリ分類表)

カテゴリ	サブカテゴリ
【援助者に起因するもの】	《「分からない」という理由付け》
	《自分の能力に対する評価》
	《自分が作っている範囲》
	《答えの見つからない自問・疑問》
【利用者の言動に起因するもの】	《期待に合わない反応》
	《伝えることへの障害》
	《関係を作れない行為・状況》
【周囲・社会・環境に起因するもの】	《マイナスに働く家族》
	《変えられない?制度・ルール》
	《埋められない資源の溝》
	《地域生活という状況》
【援助者と利用者の関係性に生じるもの】	《始まらない関係性》
	《機能不全な関係性》
	《良好な関係の模索》
【援助者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】	《二次的な対象として捉えてしまう家族》
	《自組織内の不調和》
	《他職・他機関との連携不全》
【利用者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】	《利用者の家庭内役割》
	《制度が与える利用者への影響》
	《地域にいてることで生じた人間関係》

### 3. 援助者が感じる『困難』の分析と考察

#### 1) 【援助者に起因するもの】

地域で生活している利用者は、病気や障害の状況、それまでの生活の歴史や考え方、価値観など様々である。援助者はそれぞれの立場で、そのような利用者に対して必要な時に、必要なことを提供する立場である。しかしながら、全ての状況において利用者の考え方や感じ方を理解できないことがある。また、援助者は役割を兼務しながら関わるなかで自分の職域を把握しにくいことがある。さらに、援助者のなかには自分の職務において全ての援助に自信をもっておらず、不安をもちながら関わっている場合もある。このように援助者は、自分自身の援助に関して《「分からない」という理由付け》をしていた。

援助者は利用者の力を上手く引き出せなかったり、もう少し利用者の立場を考えて行動できなかったのかと後悔をしたり、利用者・家族・事業所における調整の難しさを感じたり、こうしなければならぬと分かっているのにできなかったりすることを振り返り、《自分の能力に対する評価》

をしていた。

援助者は、経験年数が少ないことへのコンプレックス、抱え込んでしまう関わり方、自分自身の体力の限界、さらに自分にとって予定外の仕事を行うことへの思いがあり、援助に対して《自分が作っている範囲》があった。さらに、援助者は仕事に対して達成感が見つけられない、自分の意思に反してやらされているという思い、自分自身の行っていることへの確信をもてないといった《答えの見つからない自問・疑問》をもっていた。

「本人はここに通いたがっているの、通わせてあげたいっていう中に、本人がこういう病気にかかってしまっかわいそうだっていうところだったりとか、それで何にも出来なくなっ  
てしまっているっていうことで、すごく自分の悲しかったり、苦しかったりするようところがどうしてもあの一、そこの訴えの中に入っていると思うんですね。やっぱりそれは、私自身も十分に理解しきれてはいなかったと思うし、あくまでも私たちって実際に人間、自分が体験以上のことって、なかなか想像でしか及ばない」(yy51)

## 2) 【利用者の言動に起因するもの】

援助者は、利用者がよりよい状態で療養生活を続けていけるように生活全体を把握しながら関わりをもっている。そのようななか、虐待の疑いや精神疾患のある利用者、その時々で要求の異なる利用者から《期待に合わない反応》だと感じるがあった。また、認知症や精神障害、医療への拒否、常識を知らない、してほしいことと出来ることの違いへの理解が難しい利用者に対して《伝えることの障害》に出会っていた。さらに、援助者にとって金銭的な問題で援助を導入することが難しい、会話のなかにセクハラ的発言が出てくる、何を話しても怒ってしまい話をすることができない、援助者（訪問介護士）を見下すような利用者に対して《関係を作れない行為・状況》があると感じていた。

「主治医の先生に対してもそうですし、ヘルパーさんとかに対してもそうなんですけど。その方、引越しをしてきて、初めて関わったんですけど、薬への依存がかなり強い方で。・・・特に便秘と下痢を繰り返していて、下痢をするたびに、下痢止めを飲み、なくなると下剤を飲む。・・・お腹がパンパンになると本人はもう不穩になって。多分辛いから。そうするとヘルパーさんとかに対しても暴言がでてきたり」(vf14・17・19)

## 3) 【周囲・社会・環境に起因するもの】

援助者は利用者に家族がいる場合、家族も含めた関わりを調整していく。そのため、援助者と家

族との会話も、欠かせないものである。しかし、援助者は家族が拒否するために介入できなかつたり、重要な処置も家族の同意がないため出来なかつたり、家族に意見を言えない空気があつたりという《マイナスに働く家族》への対応に苦慮していた。

地域という生活の場において周囲の環境が利用者に影響を与えることもある。援助者にとって、地域全体のもつ雰囲気や近所との関わりが作り出す《地域生活という状況》や、行政で決められた時間制限や制度の限界、事業所の運営規定という《変えられない制度・ルール》は援助を行う上で妨げとなることを感じていた。また、援助者は受け入れてくれる病院がないことへの《埋められない資源の溝》があると思っていた。

「隣に住んでいる 80 代のおばあさんが、すごく面倒見る、見てくれる、よく言えばすごく面倒見てくれる方なんです、悪く言うとすごいいおせっかいなんですよ・・・あることないことを、近所に触れ回っちゃったりとか、この方の個人情報」(e49・51)

#### 4) 【援助者と利用者との関係性に生じるもの】

援助者は利用者との間にある距離を押し量りながら、時には第 6 感も駆使しながら関係を築き上げていく。この時に会話は欠かせないものであるが、病気や障害により、意思の疎通が難しいことがある。援助者は利用者からの拒否、会話がかみ合わない、信頼関係を築けないといった《始まらない関係性》に戸惑うことがあつた。また、援助者にとって関係性がこじれたままの関わりや、利用者の援助者の仕事内容への間違つた理解は《機能不全な関係性》という状況であつた。さらに、援助者は利用者の感情の波や自立度に合わせた関わり、援助者と利用者という立場における《良好な関係の模索》を行っていた。

「例えば、こうあの精神疾患の方なんかは、その中でも、こう本人が混乱してて苦しんでいるような様子があつたりするので、適切なものにつながれば、きっとそういうこともないのになあつていうのは思いつつも、無理やりね、こちらでやってしまうわけにもいかないの、ちょっと歯がゆい感じがしますね。」(yy4)

#### 5) 【援助者と周囲・社会・環境の関係性に生じるもの】

援助者は家族との関わりの中で悩みをもつことがある。援助者は、他の家族も障害があることにより援助がスムーズに進まなかつたり、家族の援助に対して疑問を感じてもそれをよい方向に導くことが難しい場合などに《二次的な対象として捉えてしまう家族》がいることを感じていた。

援助者は、自分自身の属する職場の環境からも影響を受ける。援助者の上司との関係性、同僚と



の価値観の違いなどによる「自組織内の不調和」もあった。さらに、他職種との間ではそれぞれがもっている知識や言葉の使い方の違いや、病院や行政職員との連携の難しさなど「他職種・他機関との連携不全」を感じていた。

「肛門のなかに熱湯を注入して便を出させることなんですね。ペットボトルも熱くて持てないって感じです。で、それを、肛門を開いて中に注入して、当然びらん状態というか、もうかなり赤くなったりとかしているんですけども、それでなければ便がでないと(家族が話している)。」(n56~62)

「いや、もうあの一、あれですよ。その方の、まあお酒飲んで、あの一まっ、病院出てきてもね、病院の看護師さんとかに、暴言吐いたりとか、色んな事をして、あの出されちゃったと。ね、んで一、とにかく、少しね、時間を置きましょうって形になっちゃうんですよ」(s8)

#### 6) 【利用者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】

家で生活している利用者は生活者であり、それぞれの家の状況によって役割や立場がある。援助者は、利用者と家族の気持ちのずれ、利用者自身が家庭内において援助者となっている場合の「利用者の家庭内役割」への対応に戸惑いがあった。

また、援助者は、利用者から制度への不満や人権および権利の話題が出された時、「制度が与える利用者への影響」の大きさを感じていた。さらに、近所の人の心ない言葉や利用者同士のトラブルなど「地域にいて生じた人間関係」も援助を行う上で大きな影響を及ぼしていた。

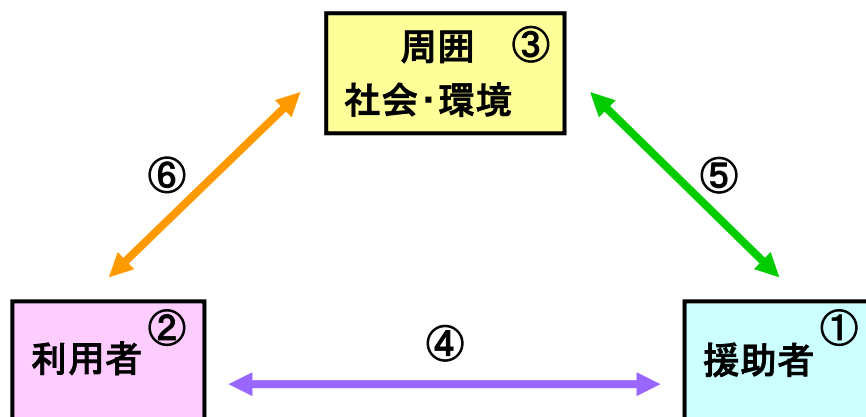
「2時間ぐらいヘルパーさん説教されることありまして、座らせて。サービスはいいから話を聞けっていうことで、国のその介護保険は、何でこういうことができないんだ、というのを、かなり最初のうちは説教されることがあって。私も2時間半くらいちょっとずっと話したことがありますけれども、説教されて」(n182)

援助者の感じる『困難』は、『援助者』、『利用者』、『周囲・社会・環境』が、それぞれ自体に起因するものと、相互の関係に生じるものによって構成されていた。これは、先行研究で西尾が紹介しているもの<sup>2)</sup>と近いカテゴリであった。

ただし、本研究における新しい結果としては、西尾があげている『環境』に対比される『周囲・社会・環境』が、『援助者』と『利用者』の中にあるサブカテゴリではなく、同列に位置するカテゴリであり、

三者が互いに相互関係を持っているということがあげられる（図1参照）。そして、これらのカテゴリは、『困難』が生じている所在を表すものであった。

また、『周囲・社会・環境』には、家族や隣人、他職種、上司、同僚などの人的なもの、制度、地域環境などの背景的なものがあり、【援助者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】、【利用者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの】には、人的なものがより関与していた。



- ① 援助者に起因するもの
- ② 利用者の言動に起因するもの
- ③ 周囲・社会・環境に起因するもの
- ④ 援助者と利用者の関係性に生じるもの
- ⑤ 援助者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの
- ⑥ 利用者と周囲・社会・環境の関係に生じるもの

図1. カテゴリによる『困難』の所在的構造図

一方、サブカテゴリと分析時のサブカテゴリに至る下位コード(2次コード)の抽象化ラインに着目していくと、『～なのに～』という規則的な文法で置きなおすことができることが分かった。『したいのにできない』や『できるのにしてはいけない』といったものである。

これらの結果を規則的な文法による整理を試みた結果を別表2に示した。規則的な文法による整理とは、『できる』と『できない』、『すべき』と『してはいけない』、『したい』と『したくない』という援助者に内在する『相反する思い』が、援助者の感じる困難とどのようにつながっているかを前述の分析結果から整理したものである。本稿中には別表2から一部を抜粋したものを表2としてあげた。

表2. サブカテゴリと二次コードの規則的文法による整理 (※ 一部抜粋)

規則的な文法から読み取れる関係	サブカテゴリ	二次コード	二次コードの表す状況の補足説明
「すべき」-「できない」	伝えることへの障害	アプローチに対する拒否	必要な援助を行うべきだが、(利用者の拒否によって)できない
「すべき」-「できない」	マイナスに働く家族	家族のケアに対する態度	(利用者)に必要なケアをすべきだが、家族の(否定的な)態度によりできない
「すべき」-「できない」	変えられない?制度・ルール	サービスのあり方	利用者に行いたいサービスをすべきだが、(制度で決められた時間などの制限により)できない
「すべき」-「したくない」	自分の能力に対する評価	コミュニケーションが取れない	コミュニケーションがとれない利用者とのコミュニケーションをとるべきだが、(関係が悪化するのが嫌で)したくない
「すべき」-「したくない」	自組織内の不調和	同僚とのずれ	同僚(の考え方など)に合わせるべきだが、そうしたくない
「できる」-「してはいけない」	※ 対象サブカテゴリなし		
「できる」-「したくない」	良好な関係の模索	意識の中での上下関係	援助はできるが、(本人の依存心が増してしまうため)したくない
「したい」-「できない」	自分の能力に対する評価	周囲を一致させれない	本人・家族・事業所の思いの調整をしたいが、できない
「したい」-「できない」	関係を作れない行為・状況	セクハラしてくる	利用者にセクハラをやめてもらうようにしたい(やめてほしい)が、できない
「したい」-「できない」	地域生活という状況	近所のかかわり	近所の住民が利用者の事情を口外するのをやめさせたいが、できない
「したい」-「できない」	機能不全な関係性	一度できた関係性のこじれ	こじれた利用者との関係性を修復したいが、できない
「したい」-「できない」	他職・他機関との連携不全	他職との違い	他職と共通理解を得たいが、できない
「したい」-「できない」	地域にすることで生じた人間関係	近所からのいやみ	利用者の近隣住民の誤解やいやみをなくしたいが、なくすことができない(なくせない)
「したい」-「してはいけない」	※ 対象サブカテゴリなし		
「したい」-「できる」-「してはいけない」	※ 対象サブカテゴリなし		
「できる」-「してはいけない」-「したくない」	自分の能力に対する評価	自分の能力について低いと感じている	(状況として)なすべきで、やりたいのだが、(自分に余裕がなくて)できない
「できる」-「すべき」-「したくない」	自分が作っている範囲	自分で決めた枠	(利用者の近隣住民の相談などは)できることであり、状況的にすべきであろうが、したくない
「したい」-「できない」-「してはいけない」	答えの見つからない自問・疑問	何のために…	能力的にできることであり、状況的にすべことであるが、達成感や充実感を感じないためにしたくない
「すべき」-「したくない」-「できない」	自分が作っている範囲	自分の肉体的心配	(夜間の頻回コールへの対応など)置かれた状況に対処すべきだが、(体力的に)対処できないし、したくない
「すべき」-「したい」-「できない」	「分からない」という理由付け	相手のことが分からない	利用者のことを理解したいし、すべきだが、できない
「すべき」-「したい」-「できない」	関係を作れない行為・状況	金銭がない	(利用者が)十分なケアを受けるべきだし、そうするようにしたい(してほしい)が、金銭的な問題によりできない

『できる』、『すべき』、『したい』という肯定的な意味合いを持つ要素(肯定要素)と、『できない』、『してはいけない』、『したくない』という否定的な意味合いを持つ要素(否定要素)が援助支援を行う過程に置いて同時に存在したときに援助者は困難を感じている。肯定要素と否定要素が同時に存在する組み合わせは12通りあるのだが、本研究のデータでは当てはまらないものもあった(表2参照)。

表 3 は困難が生じる組み合わせの 12 通りを表したものである。

表 3. 困難が生じる肯定要素と否定要素の組み合わせ表

要素の数	組み合わせ
2つ	『できる』－『してはいけない』
	『できる』－『したくない』
	『すべき』－『できない』
	『すべき』－『したくない』
	『したい』－『できない』
	『したい』－『してはいけない』
3つ	『できる』－『してはいけない』－『したい』
	『できる』－『してはいけない』－『したくない』
	『できる』－『すべき』－『したくない』
	『すべき』－『できない』－『したい』
	『すべき』－『できない』－『したくない』
	『したい』－『してはいけない』－『できる』

別表 2 を見ると、援助過程における 12 通りの組み合わせの中でも、『してはいけない』や『したくない』といった否定要素ではなく『できない』という否定要素を含んだ組み合わせが比較的多い。しかしその有意差は、統計的調査を加えていない本研究では検証できない。

これらのことから分析される『困難』を構造化したものが、図 2 である。図中の実線で結んだ関係のように、援助者が援助の過程において、肯定要素と否定要素が同時に存在している状況であると『困難』を生じる。逆に、点線のように肯定要素または否定要素のみが同時に存在している状況では、『困難』は生じない。これは、『肯否の同居』が、援助者が感じる『困難』を生じさせていることを表す。

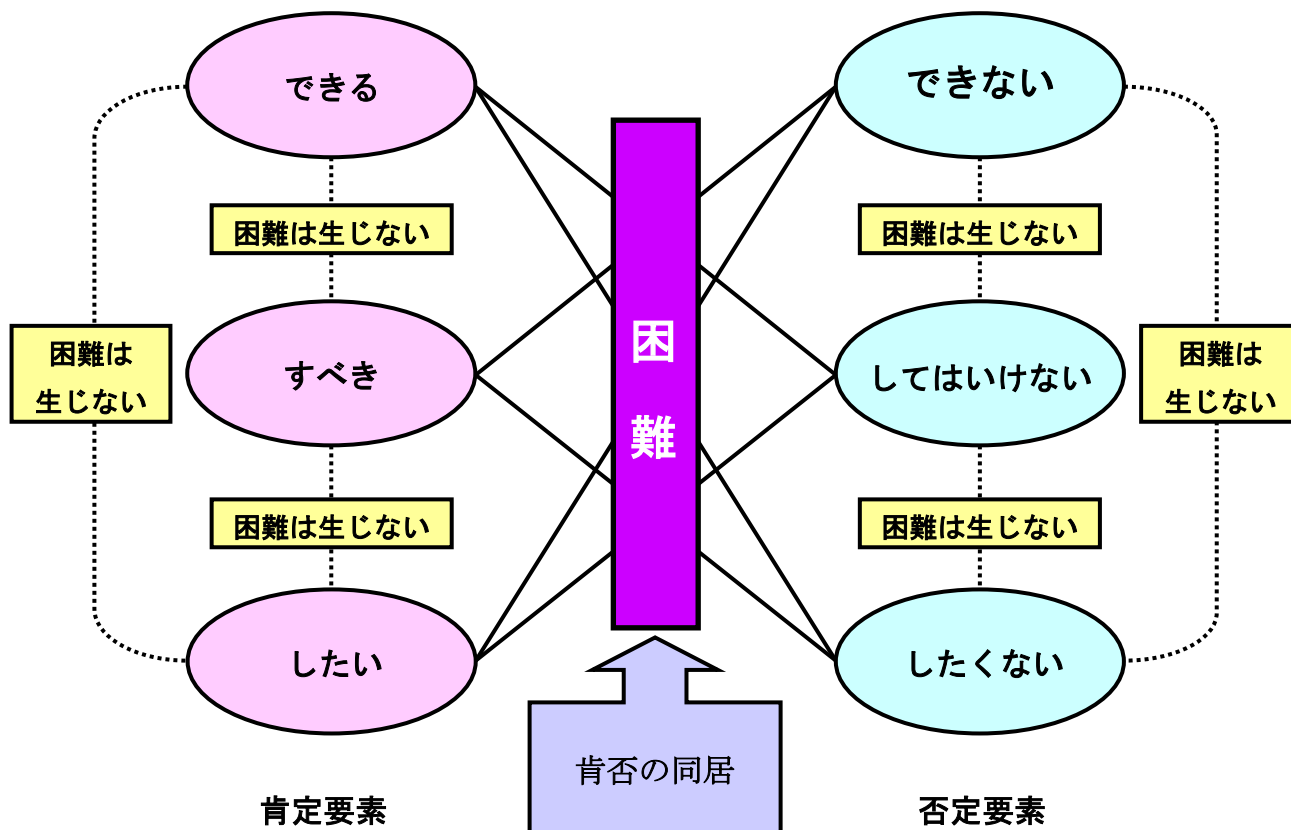


図2. サブカテゴリから分析される『困難』の構造図

本研究の研究参加者は、前述であげたように経験年数や職種によるコントロールは行っていない。それは、この援助の過程における『肯否の同居』は誰にでも起こりえることを明かしている。つまり、援助者が援助者として在るときには『困難』は生じるものであると言える。また、援助過程での肯否が同居している時に『困難』が生じていることは、結果ではなく過程(プロセス)の中で生じるものであると言える。誰にでも起こりえて、生じてしまう『困難』は、生じさせなくするものではなく、過程(プロセス)における同居の時間的短縮によって軽減するものと言える。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

図2. サブカテゴリから分析される『困難』の構造図 であげた『できる』『できない』『すべき』『してはいけない』『したい』『したくない』の主語にあたるものは、経験や時間、能力、感情などが条件因子となっていることがサブカテゴリから推測されるが、今回の研究では『困難の理論的構造』に焦点をあててインタビューを行ったため、上記にあげた条件因子の整理まではできていない。

また、『困難ケースの在宅医療における良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築』というテーマによって行っている研究だが、前述のとおりノウハウ構築までは至っていない。今回の『困難の理論的構造』を基礎資料として、良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築を検討していくことが今後の課題である。

## V 結論

本研究は、在宅における『困難ケース』への援助を連携という視点から整理して、ノウハウを構築するという最終目的を達成するための最初の研究として、援助者の感じる『困難』がどのような構造であるかを明らかにすることを目的として、台東区・墨田区・荒川区近郊に勤務する援助者 15 名に半構造的面接を行った。面接内容を逐語録にして、援助者の感じる『困難』に関する内容をデータとした。そのうえで、データをコード化して、サブカテゴリ、カテゴリへと抽象度をあげていった。これにより、次の 3 つの結果が得られた。

1. 援助者の感じる『困難』に関するカテゴリは、困難の所在的分類を表し、【援助者に起因するもの】【利用者の言動に起因するもの】【周囲・社会・環境に起因するもの】というそれ自体に起因するものと、【援助者と利用者の関係性に生じるもの】【援助者と周囲・社会・環境の関係性に生じるもの】【利用者周囲・社会・環境の関係性に生じるもの】という相互関係に生じるものがあった。

2. サブカテゴリと二次コードの抽象化ラインから、援助者の中で『したいのにできない』や『すべきなのにできない』といった援助過程における肯定要素と否定要素が同時に存在する『肯否の同居』において、『困難』が生じていることが分かった。

3. 援助者の中で肯否が同居している時間を短くすることが、『困難』を減少させるものであり、『困難』そのものは誰にでも生じるものであることが分かった。援助者が『困難』と感じる時間を短くする方法が、今後、連携のノウハウを構築していく上で重要になるものであると考える。

この研究の最終的な目的に、『良好な連携のため』という課題を提示している。現段階の研究結果からは、多職種の連携は、カテゴリの【援助者と周囲・社会・環境の関係性に生じるもの】を構成するものだとも言える。連携が『困難』の条件因子にならず、『困難』を短縮するものになりえるかという問いに答えていくためにも、研究の継続が必要である。

## 謝辞

本研究に助成いただきました、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団に心より感謝申し上げます。分析においては、日本赤十字秋田看護大学の佐々木亮平先生、田中瞳先生に客観性と妥当性についてご意見をいただき深く感謝いたします。また、このインタビュー調査・研究に協力していただきました台東区、墨田区、荒川区近郊の医療機関、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、地域包括支援センター、NPO 法人の管理者・スタッフの皆さまに深く感謝致します。

## 引用文献

- 1)岩間伸之(2009)：困難事例とは何か，3つの発生要因と4つの分析枠組み．特集 困難事例と向き合う，ケアマネジャー，11(9)，14-31.
- 2)西尾敦史(2007)：「援助困難」のみかた，沖縄県地域福祉権利擁護事業の実態調査から．沖縄大学人文学部紀要 第10号，77-95.
- 3)吉澤みどり(2003)：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，81-89.
- 4)吉江悟，高橋都，斎藤民，他(2004)：同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状，長野県 A 市の行政保健師へのインタビューから．日本公衆衛生雑誌，51(7)，522-529.
- 5)吉江悟(2010)：困難事例とは．ケアマネジメント困難事例集，世田谷区地域福祉部介護保険課発行，59-76.
- 6)吉江悟，斎藤民，高橋都，他(2006)：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因，12種類のケース類型を用いて．日本公衆衛生雑誌，53(1)，29-39.
- 7)村上信，濱野強，藤澤由和(2007)：高齢者のケアマネジメントの現状と課題，事例検討会における支援困難事例を通して．新潟医療福祉学会誌，7(1)，43-50.
- 8)井上信宏(2007)：地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応，地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために．信州大学経済学論集 第57号，15-47.

## 参考文献

- 9)谷口好美(2006)：医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造．老年看護学 Vol.11 No.1,2006，12-20.
- 10)加藤英子(2007)：在宅ターミナルケアにおける訪問看護師の困難感．第38回 地域看護 2007，112-114.
- 11)石原えり，安岡美穂，西尾美佳，太田節(2008)：終末期がん患者を持つ家族が在宅ケアを困難と感じた要因．第39回 成人看護Ⅱ 2008年 84,250-252.
- 12)大越扶貴，田中敦子(2009)：援助職が高齢者虐待の対応に困難を感じる要因．日本在宅ケア学会誌 Vol.13, No.2，51-57
- 13)平山香代子(2009)：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．2008年度在宅医療助成勇美記念財団 完了報告書

## 添付資料目次

資料1. 本研究の半構造化面接ガイド	1
資料2. 研究についての依頼書	2
資料3. 同意書	4
資料4. 同意撤回書	5



## 資料 1

### 本研究の半構造化面接ガイド

(研究協力者から許可が得られた場合のみ、IC レコーダーに録音した)

1. 今、あなたが働いているなかで、「難しい」と感じていることはありますか。

1) 「ある」と答えた場合

(1)それは、どのようなことか教えていただけますか。

(いつ、どのような時、何に対して、なぜそのように思ったのか)

(2)それに対して、あなたがどのように対応したのか(または、しているのか)教えていただけますか。

2) 「ない」と答えた場合

(1)あなたが、「難しい」と感じることなく働ける要因について教えていただけますか。

(この後、以前の記憶を思い出していただくための材料として、職歴やその年数について質問する)

2. 今まで対人援助をしていたなかで「心残り」に思っていることはありましたか。

1) 「ある」と答えた場合

(1)それは、どのようなことだったのか教えていただけますか。

(いつ、どのような時、何に対して、なぜそのように思ったのか)

(2)それに対して、あなたがどのように対応したのか教えていただけますか。

(3)今振り返って、どのように対応すれば良かったと思われませんか。

2) 「ない」と答えた場合

(1)あなたが、「心残り」を感じることなく働けた要因について教えていただけますか。

3. 対人援助場面であなただけでは対応が難しい状況になった場合、どのような方法で解決を図っていますか。

## 資料2

様

### インタビューご協力をお願い

在宅医療・在宅ケアサービスに携わられている皆様におかれましては、日々の業務でお忙しいことと存じます。私共プライマリヘルスケア研究所は、ヘルスフォーオール(Health for all)を願い、プライマリヘルスケア(Primary Health Care)\*を主体的に研究していく機関として、「困難ケースの在宅医療における良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築」に関する研究に取り組んでおります。

そこで、最初の理論的分類を行うために、皆様から「対人援助上、難しいと思ったこと」についてお聞きしたいと思います。

本研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたしたく、以下の項目をお読みいただき、研究に参加することに同意される場合は、同意書にご署名をお願いいたします。

#### 記

##### 1. 研究の目的

在宅ケアにおける困難ケースの支援をより有効なものにするために、援助者の捉える困難の理論的整理(分類)と定義化を行います。

##### 2. 研究方法

この研究は、援助上の困難についてインタビューを1時間程度行います。インタビューの内容は、筆記とMDに録音し、出来事の特徴がつかめるよう、あなたが経験した事例をもとに進めていきます。その後、インタビューで得られたデータは逐語録にします。

対象者ごとのデータを、質的に分析します。結果および考察の論述は、2011年8月までに行います。

逐語録は、発言や意図が正しく表現されているかインタビュー対象者に確認してもらいます。分析は質的な研究を行っている者にスーパービジョンを受け、妥当性の確保に努めます。

##### 3. 研究への協力の自由意思

この研究への協力は、お断りになることもできます。お断りになっても、協力をしてくださった方が不利益を被ることは一切ありません。

#### 4. 研究への協力の拒否権

この研究への協力を同意した場合であっても、いつでも途中でやめることができます。辞退する場合は、撤回書に署名をいただきます。研究の協力を取りやめることによって不利益を被ることは一切ありません。

#### 5. プライバシーの保護

インタビューで得られた情報は、個人が特定されないよう匿名化し、他の人に情報を漏れないようファイル管理し、研究所内の閲覧に留めます。

#### 6. 個人情報の保護の方法

対象者の個人が特定されないよう所属施設名、個人名はアルファベットにして、情報を取扱いさせていただきます。対象者が経験した事例に関する個人情報については、最小限として、匿名化し特定されないよう配慮いたします。得られたデータは、研究終了後シュレッダーにて処理します。

#### 7. 研究に参加・協力することにより期待される利益

援助者の捉える困難の理論的整理(分類)と定義化し、良好な連携を構築するノウハウを構造化します。この研究の成果は、在宅ケア基盤の整備のために有益であると思われれます。

#### 8. 研究に参加・協力することにより起こりうる危険並びに不快な状態とそれが生じた場合の対処方法

インタビュー内容が個人体験に関わる内容であるため、面接中につらい体験を想起し対象者が負担を感じるものがあつたら、一旦インタビューを中止し、日を改めてインタビューを別の日に行うなど、対象者の精神的・身体的な負担がかからないように配慮します。インタビューされて話したくないことや個人情報に関わることは録音を中止します。

#### 9. 研究結果の公表方法

研究結果は、2011年08月に報告書を作成した後、学会で発表するか学会誌等に投稿し公表することを考えております。

#### 10. 研究中・終了後の対応

研究結果は、報告書として2011年8月以降に作成し、研究協力者にお送りします。

#### \* 連絡先 \*

プライマリヘルスケア研究所

〒110-0012

東京都台東区竜泉 3-32-3

TEL:03-5824-8788, FAX:03-5824-8988

### 資料3

プライマリヘルスケア研究所  
研究申請代表者 伊藤 憲祐 殿

「困難ケースの在宅医療における良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築」  
に関する研究

## 同意書

私は、「困難ケースの在宅医療における良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築」に関する研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法、期待される利益および起こりうる不快な状態などについて十分に説明を受け、以下の内容を理解しましたので協力します。

### 説明内容

1. 研究の目的・意義
2. 研究方法
3. 研究への協力の自由意思
4. 研究への協力の拒否権
5. プライバシーの保護
6. 個人情報の保護の方法
7. 研究に参加・協力することにより期待される利益
8. 研究に参加・協力することにより起こりうる危険並びに不快な状態とそれが生じた場合の対処方法
9. 研究結果の公表方法
10. 研究中・終了後の対応

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

参加者(署名)\_\_\_\_\_

研究者(署名)\_\_\_\_\_

## 同意撤回書

私は、プライマリヘルスケア研究所において実施される研究 「困難ケースの在宅医療における良好な連携の再現性と一般化のためのノウハウ構築」に協力することについての同意を撤回したいので、お知らせいたします。

(研究協力者)

(同意撤回日)

氏名： \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意の撤回を確認した日： \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意撤回書の写しをお渡しした日： \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意の撤回を確認した研究者（署名）： \_\_\_\_\_

## 添付図表目次

別表 1. 研究対象者の概要	1
別表 2. サブカテゴリと二次コードの規則的文法による整理	2
別表 3. 「困難」のコード表	4
別表 4. 先行文献分類表	12

## 本稿中の図表

表 1. 援助者の感じる『困難』（カテゴリ分類表）	
表 2. サブカテゴリと二次コードの規則的文法による整理（一部抜粋）	
表 3. 困難が生じる肯定要素と否定要素の組み合わせ表	
図 1. カテゴリによる『困難』の所在的構造図	
図 2. サブカテゴリから分析される『困難』の構造図	

別表1 研究協力者の概要

	性別	職 種	在宅での経験年数
1	女	訪問介護員	10年
2	男	生活相談員	1年
3	女	看護師	2年
4	男	介護支援専門員	1年
5	女	介護支援専門員	2年
6	男	介護支援専門員	7年
7	女	社会福祉士	5年
8	女	保健師	5年
9	女	訪問介護員	4年
10	女	介護支援専門員	8年
11	男	訪問介護員	10年
12	男	理学療法士	半年
13	男	生活相談員	6年
14	男	医師	25年
15	女	看護師	7年

別表2. サブカテゴリと二次コードの規則的文法による整理(全体版)

サブカテゴリ	二次コード	二次コードの表す状況の補足説明	規則的な文法から読み取れる関係
「分からない」という理由付け	自分の職域が分からない	自分の仕事はここまでやるべきと思っていたが、そのとおりにできない	「すべき」-「できない」
	相手のことが分からない	利用者のことを理解したいし、すべきだが、できない	「すべき」-「したい」-「できない」
	未経験	必要な経験を習得したいが、習得できていない	「したい」-「できない」
	分からない	仕事の確証を得ていたい、得ることができない	「したい」-「できない」
自分の能力に対する評価	自分の能力について低いと感じている	(状況として)なすべきで、やりたいのだが、(自分に余裕がなくて)できない	「できる」-「してはいけない」-「したくない」
		本人の力をうまく引き出すべきだが、うまく引き出すことができない	「すべき」-「できない」
		提供できる援助を深く考えるべきであったが、できなかった	「すべき」-「できない」
		病状変化の早期発見をすべきだが、できない	「すべき」-「できない」
		※生データより参照 技術を持っているべきであったが、できなかった	「すべき」-「できない」
	本人(利用者)が地域で暮らすべきだが、できない	「すべき」-「できない」	
	分かっているのにできない	(利用者)に指導的に言うべきだが、したくない	「すべき」-「したくない」
	コミュニケーションが取れない	コミュニケーションがとれない利用者とのコミュニケーションをとるべきだが、(関係が悪化するのが嫌で)したくない	「すべき」-「したくない」
うまくコミュニケーションをとりたくて、良好な関係でいるべきだが、できない		「すべき」-「したい」-「できない」	
周囲を一致させれない	本人・家族・事業所の思いの調整をしたいが、できない	「したい」-「できない」	
自分が作っている範囲	キャリアコンプレックス	他者と同等もしくはそれ以上のキャリアを持ってたいが、持つことができていない	「したい」-「できない」
	抱え込み	他の職員と利用者の対応を分担したいと思っていたが、分担してはけないと感じて、分担できなかった	「したい」-「できない」-「してはいけない」
	自分から作った距離	利用者との距離を縮めるべきであったが、したくなかった	「すべき」-「したくない」
	自分の肉体的心配	(夜間の頻回コールへの対応など)置かれた状況に対処すべきだが、(体力的に)対処できないし、したくない	「すべき」-「したくない」-「できない」
	自分で決めた枠	(利用者の近隣住民の相談などは)できることであり、状況的にすべきであろうが、したくない	「できる」-「すべき」-「したくない」
	キャパシティ	反省すべきことが多くなると、(自分の許容範囲を超えてしまい)辞めたくなる(仕事を続けたくない)	「すべき」-「したくない」
答えの見つからない自問・疑問	何のために・・・	能力的にできることであり、状況的にすべことであるが、達成感や充実感を感じないためにしたくない	「したい」-「できない」-「してはいけない」
	判断・調整が難しい	自分の判断を信じたいが、してはいけないを思い、調整できなかった	「したい」-「できない」-「してはいけない」
	どちらがいいのか	自分の考えを信じたいが、自分の考えを優先してはいけない(考えは間違っている)のではないかと悩む	「したい」-「してはいけない」
	後悔	亡くなった利用者への後悔の気持を整理したいが、してはいけないのではないか	「したい」-「してはいけない」
期待にあわない反応	出来事を収めてしまう	(利用者)に虐待されているなど事実を話そうにしたい(してほしい)が、そうできない(なっていない)	「したい」-「できない」
	訴えるというかわり	(訴えの多い利用者)の訴えに耳を傾けるべきだが、したくない	「すべき」-「したくない」
伝えることへの障害	アプローチに対する拒否	必要な援助を行うべきだが、(利用者の拒否によって)できない	「すべき」-「できない」
	認知的な障害がある	(利用者との)相互理解をしたいが、(認知的な障害のため)できない	「したい」-「できない」
	不理解	(常識や援助者の都合などを)利用者)に理解してもらおうにしたい(理解してほしい)が、できない	「したい」-「できない」
関係を作れない行為・状況	セクハラしてくる	利用者)にセクハラをやめてもらうようにしたい(やめてほしい)が、できない	「したい」-「できない」
	怒るといのかかわり	(利用者)に話を聞いてもらうようにしたい(聞いてもらいたい)が、利用者が怒っていることでできない	「したい」-「できない」
	部屋が汚い	(利用者との)関係を作ってゆくべきだが、部屋が汚いことでしたくない	「すべき」-「したくない」
	金銭がない	(利用者)が十分なケアを受けるべきだし、そうするにしたい(してほしい)が、金銭的な問題によりできない	「すべき」-「したい」-「できない」



サブカテゴリ	二次コード	二次コードの表す状況の補足説明	規則的な文法から読み取れる関係
マイナスに働く家族	家族の連絡に対する態度	(利用者の) 家族に常識的な連絡方法を取るようにしたい(取ってほしい)が、そうできない	「したい」-「できない」
	家族のケアに対する態度	(利用者)に必要なケアをすべきだが、家族の(否定的な)態度によりできない	「すべき」-「できない」
	家族の行動	(利用者)に必要なケアをすべきだが、家族の(否定的、反動的な)行動によりできない	「すべき」-「できない」
変えられない?制度・ルール	制度に対する暗黙の限界	サービスを中止(もしくは開始)したいが、(制度の運用上)してはいけない	「したい」-「してはいけない」
	制度の限界	望ましい援助を行いたい(が)、(制度上)してはいけない	「したい」-「してはいけない」
	制度の方向性	医療施設においても介護レスパイト患者の受入れを行うべきだが、(介護保険制度が始まったことで)できない	「すべき」-「できない」
	会社の限界	十分なマンパワーの確保をしたい(してほしい)が、(組織の運営方針、資金面により)できない	「したい」-「できない」
	サービスのあり方	利用者に行いたいサービスをすべきだが、(制度で決められた時間などの制限により)できない	「すべき」-「できない」
埋めれない資源の溝	病院という資源の不足	重症患者や老老世帯などの受入れを病院が行うべきだが、病院資源の不足によりできない	「すべき」-「できない」
地域生活という状況	近所のかかわり	近所の住民が利用者の事情を口外するのをやめさせたいが、できない	「したい」-「できない」
	地域	アルコール依存症の利用者を飲酒誘惑に触れさせたくないが、酒屋の多い山谷地域ではできない	「したい」-「できない」
始まらない関係性	始まらない関係性	関係性を構築したいし、すべきだが、(利用者の拒否などにより)できない	「すべき」-「したい」-「できない」
機能不全な関係性	一度できた関係性のこじれ	こじれた利用者との関係性を修復したいが、できない	「したい」-「できない」
	解釈のずれ	利用者との制度の解釈の共有をしたいが、できない	「したい」-「できない」
良好な関係の模索	気づかい	一人一人の利用者の意思や感情にあわせたいが、(現場の混乱など職場への気づかいから)できない	「したい」-「できない」
		援助者の方針どおり援助をすすめたいが、(利用者の意思への気づかいから)できない	「したい」-「できない」
	意識の中での上下関係	(利用者)にヘルパーやケアマネがどのような存在であるかを理解してもらいたい(が)、できない	「したい」-「できない」
		援助はできるが、(本人の依存心が増してしまうため)したくない	「できる」-「したくない」
二次的な対象として捉えてしまう家族	家族がいることで	利用者との関係に集中したいが、家族がいるためにそれはしてはいけない	「したい」-「してはいけない」
	家族への関わりが分からない	家族と良好な関係を築きたいし、そうすべきだが、できない	「すべき」-「したい」-「できない」
	家族への不信感の存在	家族へ(援助者の)考え、思いなどを伝えたいが、してはいけないように感じる	「したい」-「してはいけない」
自組織内の不調和	上司とのずれ	上司に(自分の成果、価値観などを)認められたい(理解してもらいたい)が、できない	「したい」-「できない」
	同僚とのずれ	同僚(の考え方など)に合わせるべきだが、そうしたくない	「すべき」-「したくない」
	同僚を助けられない	同僚の大変さをどうにかしたいが、(状況的に)できない	「したい」-「できない」
他職・他機関との連携不全	連携が難しい	(望ましい形態で、望ましい資源と)連携をとりたいが、(他機関の都合などにより)できない	「したい」-「できない」
	孤立であたる	(人員配置、援助環境的に)複数で対応したいが、できない	「したい」-「できない」
	他職との違い	他職と共通理解を得たいが、できない	「したい」-「できない」
制度が与える利用者への影響	阻害となる制度	予定どおりの援助を行いたいし、そうすべき(状況)だが、(利用者の制度への不満など)制度にかかわる問題のせい	「すべき」-「したい」-「できない」
	負利用される制度	利用者の立場を優先すべきだが、利用者の利害関係者に法的に援助を妨げられてできない	「すべき」-「できない」
利用者の家族内役割	利用者が援助者となる家族	利用者が家族の介護を行わないようにしたい(介護をしてほしくない)が、そうできない	「したい」-「できない」
	不適切な家族の関わり	家族が利用者(に虐待などの)不適切な行為を行わないようにすべきで、そうしたいが、行わないように対処できない	「すべき」-「したい」-「できない」
	利用者(と)家族のずれ	利用者(と)家族の思いをすり合わせたいが、できない	「したい」-「できない」
地域にいてることで生じた人間関係	店の人の関わり	援助者の考え通りにしたいが、利用者の近隣商店の行為によりそれができない	「したい」-「できない」
	利用者同士のトラブル	利用者同士がトラブルにならないようにすべきだし、そうしたいが、できない	「すべき」-「したい」-「できない」
	近所からのいやみ	利用者の近隣住民の誤解(いやみ)をなくしたいが、なくすことができない(なくせない)	「したい」-「できない」

別表3 「困難」のコード表

## ①援助者本人に起因するもの

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
47	ni	異なる立場の兼務(看護師とケアマネ)	自分の職域が分からない	「分からない」という理由付け
109	ko	どこまでが自分の仕事なのか分からない		
51	yy	利用者の考えや感じ方を理解できないと思うことがある	相手のことが分からない	
146	ko	信頼されているのか、依存されているのか分からなくなる		
183	ni	精神障害が分からないから苦手意識がある。嫌い。		
52	s	何度言ってもなんで分からないのか。		
72	(K)	経験のない処置・訪問への不安	未経験	
134	(K)	経験値の影響		
494	ko	何を仕事の確証としていけばいいのか分からない	分からない	
60	ni	自分の限界がある	自分の能力について低いと感じている	自分の能力に対する評価
159	it	援助者が本人の力をうまく引き出せないと感じる		
78	s	提供できる援助を深く考えられなかったことでおきた現実		
253	ko	(医療職でないので)病状変化の早期発見ができない		
265	ko	自責の念に駆られる		
560	ko	本人が地域で暮らせなくなることへの自責・自分の仕事の限界		
50	y	はっきりと指導的に言わなくてはならない場面でも関係が壊れるのが嫌でいえない	分かっているのにできない	
76	y	うまくコミュニケーションが取れないときは向いてないと思う	コミュニケーションが取れない	
8	it	コミュニケーションがうまくいかないと感じ、迷いながら訪問を続ける		
54	ko	本人・家族・事業所の思いの調整が難しい	周囲を一致させれない	
84	ni	キャリアコンプレックスがある。	キャリアコンプレックス	自分が作っている範囲
102	ni	ケースを抱え込みすぎてニーズに合わない援助になってしまっている。	抱え込み	
332	n	誰かの抱え込みになってしまうとサービスもスタッフの関係もまずくなる。		
63	yy	一人で抱え込んでしまうと荷が重い		
127	ni	初回での失敗が原因と考えている。	自分から作った距離	
66	y	頻度が多すぎるコールは体力が持たない	自分の肉体的心配	
84	y	頻度が多い汚物処理は体力が持たない。		

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
370	e	自分の仕事はこれだと決めていてそれ以外のことばかりさせられていると困難だと感じていた	自分で決めた枠	
71	yd	本業以外のもろもろの仕事が重なると鬱になる		
565	s	仕事上の悩みがあまりに重なる	キャパシティ	
66	ni	やらされてる感があった	何のために・・・	答えの見つからない自問・疑問
98	it	仕事の中で達成感が見つけられない		
55	yy	自分の判断に自身をもてなくて家族にも施設にもいえなかった	判断・調整が難しい	
16	(K)	自己判断が難しい時		
42	ko	家族間の話が違う時、どう調整し何をすべきか迷う		
54	ko	本人・家族・事業所の思いの調整が難しい		
103	yy	本当に必要なら無理やりでもすべきなのか、そうではないのか悩	どちらがいいのか	
53	yd	ALSの場合、人工呼吸器をつけて生きるのが本当にいいのか悩む		
110	yd	食べられなくなった場合、自宅で徐々に弱くなり亡くなっていくという選択で良かったのか？の判断は難しい		
94	it	自分がやってることが本当に良いことか、確信を持たない不安感		
102	it	リハビリで寝たきりから回復し元気になったことにより、ベッドから転落するなどの事故がおこる ＝寝たきりのままなら事故がないというジレンマ		
91	s	亡くなったことへの後悔を整理すること	後悔	

②利用者の言動に起因するもの

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
54	ni	我慢強いわない(ネグレクトがあっても)	出来事を収めてしまう	期待にあわない反応
283	ku	虐待の疑いがあっても、 本人が大丈夫といえればそれ以上の介入はできない		
8	yf	精神障害があって訴えが強い利用者	訴えるというかわり	
69	ko	その時々で要求が異なり、何をしても良いか分からなくなる		
10	yf	利用者の思いだけの一方通行		
12	yf	ドクターショッピングと薬依存		
188	n	必要な話は困ったことに利用者がいやな話で切られてしまう。	アプローチに対する拒否	伝えることへの障害
14	yf	排便コントロールと不穏が関係しているけど排便コントロールをさせてくれない。		
54	s	分かっているのに分からない振りをされているコミュニケーション		
22	i	お金がないではなく、出したくない。		
22	yy	介護保険の申請から拒否がある。		
230	n	認知症になってきた	認知的な障害がある	
63	ko	高次機能障害や認知症の方の真意が掴めない		
221	d	認知とお金の問題はいや。忘れるとこちらのせいにされるから。		
33	yf	精神障害をたてにとって好きなことをしてしまう。	不理解	
50	d	駄々っ子になってしまうとどうしてよいのかわからない。		
188	d	利用者で常識を知らない人はいやだ。		
2	yy	病識がない方のサービスは難しい		
36	t	してほしいこととできることの違いを説明して謝っても気に食わない		
8	yd	往診の度に、実現困難な同じ話を繰り返されるので、往診に行くのが相当辛い		
234	n	セクハラがある。	セクハラしてくる	関係を作れない行為・状況
12	y	何をいっても怒っていて話にならない。	怒るといってかわり	
23	t	介護の人を見下しているのか何言っても怒っていて聞かない		
106	t	足の踏み場がないほど汚い	部屋が汚い	
16	i	金銭的な問題であまりケアを受けられない	金銭がない	

③周囲・社会・環境に起因するもの

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
53	ni	家族が各々話しに当たる	家族の連絡に対する態度	マイナスに働く家族
98	n	一方通行の家族との連絡。留守電		
147	ni	してよい処置も家族の感覚でできないと思われているとさせてくれない。	家族のケアに対する態度	
157	ni	家族に怒られる		
34	n	虐待的な行動があるにも関わらず言い負かされてしまっている。	家族の行動	
50	n	年齢を理由にヘルパーの交代を求められる		
64	n	(家族に)意見を言うことさえもできない空気		
116	n	一度警察が介入して、何にもならなかったから余計虐待といいづらくなっている。		
6	i	家族が介護拒否する		
10	i	状況は悪くなっていくのに家族が拒否して介護に入れない。		
24	i	家族が他人から何か言われたくないから入れさせてくれない		
44	i	家族から拒否は動けない		
84	n	他の事業所が見つからないからサービスの停止で離れることもできな	制度に対する暗黙の限界	変えられない?制度・ルール
96	n	一度入ると基本断れない仕事。セクハラのような理由がない限り		
252	n	よっぽどでない限りこちらから断れない仕事。		
14	i	介護保険は無理やりできないから		
251	d	こちらの都合で援助が規定されるのはいや。でも制度の限界もある。	制度の限界	
86	i	制度でどうにもならない		
308	ko	介護保険制度(単位数)の縛りで、生活を支えるヘルパーさんを入れると医療系サービスが入れられない		
400	ko	援助者の努力で本人の状態が良くなると、介護保険は使えなくなるという理不尽さ		
462	ko	仕事量に見合った報酬評価がない		
204	i	制度ではヘルパーをしっかりとつけるとオーバーしてしまう		
133	ku	虐待時の介入など、援助者に法律的な何の権限もない中で援助しなくてはならない		
33	s	介護保険が始まってからは、レスパイト先も介護保険優先の制限があって、医療で救ってあげる部分が少なくなった	制度の方向性	
120	s	組織のスタンスと援助のマンパワー不足を解消できない	会社の限界	
46	t	本当はしてあげたいけど次の訪問もあるから時間の制限があったりで	サービスのあり方	

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
174	g	行政で決められた時間内では訪問することなどできず、アプローチが困難		
20	yd	人工呼吸器などつけていると重症化しても、受け入れてくれる病院がない	病院という資源の不足	埋めれない資源の溝
26	yd	受け入れ病院がない為、老老世帯の共倒れがおきる		
545	ko	受け入れ先がないから地域で暮らせない、ということに矛盾を感じる		
6	d	依存症の人と山谷という環境	地域	

④援助者と利用者の関係性に生じるもの

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
115	ni	訪問に入れなかった・拒否された	始まらない関係性	始まらない関係性
326	d	話がかみ合わないのは困難。話が進まない。		
19	it	信頼関係が築けないまま訪問を続ける		
156	n	一度ごまかすために言っただうそがずーっと覚えていて障害になる。	一度できた関係性のこじれ	機能不全な関係性
501	n	自分への評価や喜んでくれるってことがないのがくってしてしまう。		
18	y	コミュニケーションがうまくいかず脱水になってしまったことがある。相性		
103	yd	一度こじれた人間関係を修復するのは難しい		
490	ko	仕事の成果が見えない		
194	n	(盲目のため)犬の散歩はヘルパーの仕事→困った利用者	解釈のずれ	
79	yy	こちらの誠意が伝わらないときはつらい		
7	t	コミュニケーションが取れない方は困難だなあと		
38	t	融通を利かせて記録なんて適当にしろといわれる。		
532	ko	経済的事情で生活の場を本人が選択できないことのジレンマ		
231	d	感情の波にあわせるのが大変	気づかい	良好な関係の模索
4	yy	利用者の意思を優先させ、無理に援助者の考えを押し付けられな		
106	yd	医療者と患者さんの常識は違うので、 気を使わないと関係がこじれる		
139	ku	最初から強制力使っても交渉できないので、 信頼関係を結んでいくしかない＝その間は援助が進まない		
44	t	一人融通を利かせるとすべての人にしなくていけなくなる。		
264	t	ヘルパーは利用者から見て低い存在。	意識の中での上下関係	
135	ko	援助することで本人の依存心が増してしまう		
179	ko	ケアマネージャーという専門職でありながら、何でも屋と思われる		

⑤援助者と周囲・社会・環境に生じるもの

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
37	ni	家族がすべてを知りたがる。そのため一人ひとりに同じこと繰り返す。	家族がいることで	二次的な対象として捉えてしまう家
54	ni	他の家族も障害がある>できるはずの援助のもっと手前になってしまう		
147	ni	家族に気を使う		
24	ko	直接介護に関わっていない家族から援助者が要求を受ける		
56	n	精神障害の家族の民間療法を止められない。それを加担させられる。	家族への関わりが分からない	
66	n	ヘルパーはできないが家族を説得もできないヘルパーは避ける、ケアマネも投げる。変わらぬ不納得な現状。		
142	n	正攻法で処置がうまくいかないから虐待的民間療法を止めれない。		
241	e	家族からあなたにだけと内密の話をされる。うれしいがどうしていいか複雑		
325	ku	家族への遠慮など、コミュニケーション不足で上手く介入できない		
54	ko	本人・家族・事業所の思いの調整が難しい		
156	n	一度ごまかすために言っただうそがず一と覚えていて障害になる。	家族への不信感の存在	
198	d	注意すると虐待だと思われるのがいや。だからいいにくくなる。		
38	yy	自分たちの質の許容範囲を超えているけど家族に説明すと大変なケースだから拒否されるみたいに思われる		
38	yy	本人の意思が分かりづらく姉の思いが強くでてくる。自分はそれを上手にできなかった。		
70	ni	上司から認められていないと感じている。	上司とのずれ	自組織内の不調和
82	ni	上司との看護観の違い		
83	ni	同僚の看護観に合わせなる苦勞・違和感	同僚とのずれ	
162	t	同僚が利用者に対して先入観を持ってしまうと援助の話し合いもしにくく		
71	i	同僚の大変さをどうにかして上げられないもどかしさ	同僚を助けられない	
8	s	他の期間と利害が合わないと時間に解決をゆだねることに	連携が難しい	他職・他機関との連携不全
116	i	連携は難しい		
14	yd	往診だけではALS患者・家族を支えられないが、入院先が少ないので病院との連携がとれない		
843	ko	(形に嵌った対応の)行政職員との連携		
73	yd	一人で診療所をやっていると、休みを取る時の補完が難しい	孤立であたる	
114	yd	在宅での治療が無理と判断しても、入院先が見つからない⇒医者であっても自分ではどうしようもできない		
120	i	医療と介護は言葉も知識も違う。	他職との違い	



⑥利用者と周囲・社会・環境に生じるもの

番	人	一次コード	二次コード	三次コード
24	ni	利用者が他の家族(知的障害の娘)の介護をしてきた。今でも気になる	利用者が援助者となる家族	利用者の家族内役割
63	yd	夫婦ともに病気になった場合、二人で施設などに入所する経済力がないと、在宅でずると悪化して行くのを見ているしかない		
38	yy	本人の意思が分かりづらく姉の思いが強くてくる。自分はそれを上手にできなかった。	不適切な家族の関わり	
121	(K)	ネグレクト事例への介入		
549	ku	面倒を見ず、不適切な対応をする家族がいる場合は、独居高齢者支援より難しい		
10	ko	本人と家族の気持ちの違いに戸惑う	利用者と家族のずれ	
14	ko	家族の気持ちが本人に伝わらない		
34	ko	本人と家族の要求の狭間に立たされ困惑する		
178	n	制度への不満が援助者への不満になる。	阻害となる制度	制度が与える利用者への影響
182	n	生活援助で入っているのに制度の不満による説教でほとんどつぶれ		
336	ko	医療ケアの必要な方は、家で暮らしていくのが難しい		
496	e	人権・権利を振りかざされるとどうしていいかわからなくなる。	負利用される制度	
498	e	法律や権利を持ち出されるとそれでは解決しないと分かっているけどどうしていいかわからなくなる。		
12	d	第三者のかかわりのため話が悪い方に進む。	店の人の関わり	地域にいることで生じた人間関
40	y	利用者同士の関わりにうまく入れないことでトラブルが起こる	利用者同士のトラブル	
59	e	近所の方があんたは認知症だからここには住めないって言い本人は気にしている。	近所からのいやみ	
131	e	間違った解釈をしている近所の方が本人を知らぬ間に悩ましている。		

別表4 先行文献分類表

番号	文献	対象	結果
1	1)岩間伸之(2009): 困難事例とは何か, 3つの発生要因と4つの分析枠組み. 特集 困難事例と向き合う, ケアマネジャー, 11(9), 14-31.	ケアマネジャー 要因の図式化	困難事例を把握して、定義づけることは難しい。一定の枠組みで整理する方法として、個人的要因、社会的要因、不適切な対応の3つの要素に分類される。これらの要素が重なるところに困難事例が発生するという認識が困難事例を理解するための重要なポイントとなる。3つの発生要因に基づき4つの類型として示される。
2	西尾敦史(2007):「援助困難」のみかた, 沖縄県地域福祉権利擁護事業の実態調査から. 沖縄大学人文学部紀要 第10号, 77-95.	地域福祉権利 擁護事業の実 態調査 対象: 専門員 (11)、生活支援 員(147)、関係機 関・施設(809)	ライフモデルソーシャルワークのアセスメント分析枠組みをベースに、利用者本人の判断能力などの資源(P=Person)、本人を取り巻く環境がもつ資源(E=Environment)に分類を試みた。P利用者本人、E:E-1家族・親族、E-2権利擁護事業、E-3支援機関との連携に分類し、「援助困難」の現状について分析を試みた。 援助困難に対するストレングスの活用として、利用者本人の病気や障害といった問題点だけに焦点を当てるのではなく、本人を取り巻く多様なレベルの環境とその相互に影響を与えている関係性を含めて視野に入れることによって、介入に多様なアプローチを可能にする。アセスメントと同様の枠組みで分類している。
3	吉澤みどり(2003): 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, 81-89.	保健師63事例 の分析	援助困難ケースの定義: 得意な問題を(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事例 9つの分類: ①生命危機状態のケース、②痴呆状態のケース、③老人性精神障害のケース、④精神疾患のあるケース、⑤人格障害・性格異常(疑い)のあるケース、⑥嗜癡問題があるケース、⑦重症の慢性疾患のあるケース、⑧介護者等の問題が大きいケース、⑨その他の援助困難ケースとし、介護保険開始以降、1年間に関わった事例62件について記録の内容分析を行った。対応内容と業務量の割合は、①関係機関とのケース像の共有(78.8%)、②適切なサービス導入の助言・説明(59.1%)、③症状・疾患に対する医療的判断・助言(54.6%)、④病院・施設さがし(39.4%)、⑤家族への精神的支援(31.1%)。援助困難ケースは、認知症への対応は全体の30%以上、特に1人暮らしの約4割が痴呆のケース、精神保健領域(③、④、⑤、⑥)の問題ケースが65%以上を占めている。3割以上のケースが⑧、受診・入院の必要性があるを示したケースは3割前後、1人暮らしの問題、「近隣苦情・近隣不安」がある「不潔行為・不潔状態」が上位。H13年は痴呆が症状が著しいが約6割。全体で上位: 不潔行為・不潔状態「近隣苦情・近隣不安」が全体の上位。 業務量は、平均保健師活動時間9.9時間/月。保健師が対応した業務量を介護保険サービスでケアマネジャーが実施したと仮定すると1ケース48時間/月では81600円に相当する。介護報酬の3分の1。
4	吉江悟, 高橋都, 斎藤民, 他(2004): 同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状, 長野県 A 市の行政保健師へのインタビューから. 日本公衆衛生雑誌, 51(7), 522-529.	保健師への フォーカスグ ループインタ ビュー6名、個別 インタビュー5名	同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例について、それを構成する「同居家族の背景」として精神障害・知的障害がある、介護意欲が低い(介護の必要性を感じていない、介護の意義を見出せない)、人間関係が悪い、他人が家に入ることに抵抗がある、金銭面の問題がある(金銭管理が困難である場合、経済力不足、高齢者への経済的依存)という背景から、生じている介護の問題として、家族による介護量の不足、サービスの受け入れ拒否、介護における逸脱行動(暴力、誤った方法による介護)があった。

5	吉江悟(2010): 困難事例とは. ケアマネジメント困難事例集, 世田谷区地域福祉部介護保険課発行, 59-76.	ケアマネジャー 文献レビュー	<p>困難とは、主観的な概念である。「①苦しみ悩むこと。②ものごとを成し遂げたり実行したりすることが難しいこと。難儀。(広辞苑第六版)」<b>「困難事例」とは、「介護支援専門員が苦しんだり、悩んだり、難しいと感じたりしている(いた)事例」</b></p> <p><b>「困難」とは、相対的な概念である。「介護支援専門員が困難を感じる人が多い事例」という意味で用いられる。</b></p> <p>困難の概念の特徴:(1)「困難」とは、外部からの何らかの刺激に対して反応するセンサーのようなものである。困難を感じることによって、その背景にあるものを掘り下げるきっかけとなる。(2)「困難のセンサーは、その先にある対処動作と連動している(例: センサーが物体を感知すると、自動ドアが開く)。「困難」のセンサーが何かを感知した先にも、何らかの対処行動が続かなければならない。その際には、まず「センサーはいったい何に反応したのか?」という点を具体的、客観的に明らかにしていくことで、対処行動も明確になってくる。</p> <p>先行文献で用いられている「困難事例」6種類、1)事例の持つ特性による分類は、本人の状況、家族・世帯の状況により分類されている。a)経験頻度が高く困難間も強い類型(典型例: 独居高齢者のサービス拒否)、b)経験頻度は低いものの困難感強い類型(典型例: 虐待またはその疑い)2)ケアマネジメントプロセスによる分類(対応困難の内容をケアマネジメントプロセスに沿った形で整理している文献も見られる。3)困難という単語を用いず、「倫理的ジレンマ」という表現で、介護支援専門員が認識する困難の内容を整理した文献もみられる。</p> <p>困難事例への対応にあたってのポイントについて</p>
6	吉江悟, 齋藤民, 高橋都, 他(2006): 介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因, 12種類のケース類型を用いて. 日本公衆衛生雑誌, 53(1), 29-39.	ケアマネジャー 12種類のケース 類型を用いた	<p>「痴呆」、「独居」、「家族関係不良」、「苦情・要求過多」、「意向のズレ」、「経済的問題」、「サービス拒否」、「キーパーソン不在」、「医療依存」、「精神障害」、「虐待」、「事業者との関係不良」の12種類のケース類型に関して、困難感やそれに対する研修等の支援の実態、個人・事業所特性や支援と困難感の有無との関連を示し、支援に対するニーズを明確化している。</p> <p>困難群で、割合が高かったケース類型は、「痴呆」、「独居」、「家族関係不良」、「苦情・要求過多」であった。困難群で有意に担当件数が多かった。12種類のケース類型全てに関して、最近1年間で困難に感じた者の割合はもっとも低い項目でも40%以上であり、ケースを担当した経験のある者に限った場合には、ほとんどの項目で80%を上回る高い割合であった。</p>
7	村上信, 濱野強, 藤澤由和(2007): 高齢者のケアマネジメントの現状と課題, 事例検討会における支援困難事例を通して. 新潟医療福祉学会誌, 7(1), 43-50.	ケアマネジャー 支援事例32例	<p>支援事例を5つのシステムからの分析を行った。「利用者と家族の理解」、「利用者との相互作用」、「ケアマネジャー自身の課題」、「所属機関との相互作用」、「スーパーバイザーとスーパーバイジーの相互作用」の5つのシステム。「利用者との相互作用」が27事例と最も多かった。困難を感じているシステムは「利用者と家族の理解」であり12事例、③ケアマネジャー自身の課題が9事例であった。</p> <p>利用者のニーズについては4つに分類し、専門職グループが捉えたニーズとの一致・不一致の状況を示し、ニーズの枠組みを図に示した。</p>
8	井上信宏(2007): 地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応, 地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために. 信州大学経済学論集 第57号, 15-47.	地域包括支援 センター「困難 事例への対応」 の実例(8市のア ンケート、インタ ビュー調査)	<p>援助者の一連の行為を「困難事例の対応を考えるための2つのディメンジョン」&lt;発見&gt;と&lt;援助&gt;という2つのディメンジョンに分節化して地域包括支援センターの困難事例の対応の整理を行っている。</p> <p>11のカテゴリーに分類している。</p>