

- 医療ジャーナル社、東京、P 303、2004.
20. 村田恵子、荒川靖子、津田紀子監訳：家族看護学 理論・実践・研究、医学書院、東京、P 27、2001.
21. 日本訪問看護振興財団：2006 年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書、P67.
22. 石澤恵、富岡小百合、大竹まり子他：訪問看護師の家族観と家族看護実践の実態および家族看護実践に関連する要因、山形医学、Vol. 27、No. 1、P 79-88、2009.

The purpose of this research is to investigate training programs of family nursing conducted in home-visit nursing stations for clarifying knowledge of family nursing, intervention techniques, and attitudes that are indispensable in visiting nurse service. We mailed self-administered anonymous questionnaires to 5,910 nurses working for 1970 home-visiting nurse stations in all parts of Japan in June-August 2010. The contents of a questionnaire are as follows: ①an administering agent of a home-visiting nurse station and attributes of nurses (such as an age), ②knowledge of family nursing, intervention techniques, and attitudes which are necessary to home-visiting nurses (a 27 items 6-point Likert scale), and ③the work performed in training programs of family nursing and its contents. We performed a simple tabulation analysis of 2,211 nurses (valid response rate = 37.4%) and a chi-square (χ^2) test. The statistical analysis showed that it is necessary for home-visiting nurses to have communication skills that make it easier for patients and their family members to accept their guidance without forcing their sense of values on them. It is also found that home-visiting nurses do not necessarily have to communicate with all family members. These findings suggest that we need to clarify the level of nursing intervention necessary to nurse patients and help and their family members in home-visit nursing. Another finding that only about 34% of home-visit nursing stations implemented training programs of family nursing suggests that they need to increase the opportunity for home-visit nurses to take them.

訪問看護師に必要な家族看護の知識や技術を個人で学習できる教材の作成

教材作成の背景

訪問看護師の系統的な教育の始まりは、1988年から実施された20日間の訪問看護婦養成講習会で、その後、2002年に日本看護協会が訪問看護婦養成講習会の内容を大幅に見直し、新たな訪問看護研修カリキュラムステップ1・2が実施された。この2段階式の教育では、ステップ1の修了者数は年々増加したが、ステップ2は開催数および受講者数は微増にとどまっていた。ステップ2受講者数については、研修日数が6日間と長いことと、熟練看護師の教育が次なる課題である¹⁾と角田は考察している。さらに、2005年には訪問看護eラーニングシステムのモデル的運用が開始されており、初年度から900人を超える受講者があった。このeラーニングシステムは、各県の看護協会までも遠いという看護師や長期研修の時間の確保が難しい事業所のニーズを掘り起こした¹⁾と角田は述べている。

訪問看護のカリキュラムの内容は呼吸管理やスキンケアなどの技術に多くの時間が当てられている。川島は訪問看護師がこれから受講したい研修内容として、家族看護やコミュニケーション、ステーションの経営管理などであることを報告²⁾しており、家族看護に関する研修の充実を図る必要がある。また、家族看護の研修内容には、実践で役立つ内容と、家族看護の基礎知識の内容が求められると思われる。その理由として、訪問看護ステーションにおける、訪問時に行う家族支援（相談・調整・健康管理）の実施率は58.3%であった³⁾と報告されており、実践ですぐ使える内容を教育することが有用と考えるからである。加えて、家族看護の基礎知識が求められる背景には、家族看護を学んだ人は比較的若年の看護師に限定されている可能性があるからである。その背景には、家族を一つの単位として看護するという家族看護学は1980年代後半から北米を中心に発展し、日本では、1990年ごろから家族看護学の概念が紹介されていること。1994年に日本家族看護学会が発足し、看護教育にも取り入れられるようになった状況がある。

さて、訪問看護師一人当たりの研修回数はよく、離職率を下げる要因として取り上げられている。ややもすると、研修回数が多い訪問看護ステーションでは、研修時間を確保するために日常業務が圧迫される可能性をはらむ。柏木は離職によって職員がマイナスの状態が継続することは、訪問看護ステーションの運営だけでなく職員の外部研修などへの参加の機会を減らしてしまう⁴⁾と述べている。よって、日常業務を圧迫せず、最大の研修時間を確保できる人員を配置することが訪問看護ステーションの管理者に求められている。また、川上らは、研修方法として、ビデオの活用や研修内容が選択できることへのニーズがあることを報告⁵⁾している。これ

らのことから、研修の形式として、①学ぶ内容を選択できるために、複数の研修内容を準備すること、②研修にかかる移動時間を短縮するため、訪問看護ステーション内で自己学習できるコンテンツを充実させる必要がある。

そこで、今回は研修にかかる移動時間の短縮を目指して、訪問看護ステーション内で実施できること、看護師個々の隙間時間を利用して家族看護の学習ができることに焦点を当てた教材を作成することにした。

事例内容の精選について

訪問看護師へのアンケート結果では、研修の内容には、家族のおかれた状況としては、「ターミナル期の利用者と家族」、「認知症を持つ利用者と家族」で、内容では、「相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術」、「家族に起こっている問題の焦点を明確にするためのアセスメント」、「家族療法の知識」、「家族の認知・感情・行動を変化させるための問いかけの技術」、「家族に起こる健康問題における依存症や虐待などの次世代伝播の知識」の希望が多かった（表1・2）。

研修内容の希望には、表3のように、訪問看護師に必要な知識・技術として「非常に必要」と認識されていた、「相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術」、「家族に起こっている問題の焦点を明確にするためのアセスメント力」の項目が含まれていた。そして、表4のように、「家族療法」などの用語の意味が分からないという項目も含まれていた。そのため、家族看護の基礎的知識も内容の中に盛り込むように工夫した。

また、訪問看護経験年数と訪問看護師に必要な知識・技術の27項目との関連をみたところ、2年未満の群では他の年数の群に比べ、有意に「在宅ケアチームの中で、チームメンバーの相談にのれる力が必要である」に否定的な意見をもっていた。そして、訪問看護経験年数7～10年の群では「家族ひとりひとりに働きかけて、より健康で自律した生活技術の獲得を促す力が必要である」と「家族ひとりひとりに働きかけて、健康問題の対処法について指導する力が必要である」の2項目で、有意に肯定的な意見をもっていた。そして、訪問看護経験年数11年以上の群では、他の経験年数の群と比べて「家族ひとりひとりに働きかけて、健康問題の対処法について指導する力が必要である」に有意に否定的な意見をもっており（表5）、7～10年の訪問看護経験がある看護師は家族員のセルフケア能力の向上を重要視していると考えられる。

これらの結果から、訪問看護経験年数によって研修内容を変えたほうが良いこと

が示唆されたが、今回は、全体的な結果を踏まえ、「認知症」の受容が十分でない家族に対して、セルフケア能力の向上を目指した「相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術」の方法を理解できることを目標にした事例を作成した。

表1 研修として取り上げてほしい家族の状況 n=2211 複数回答

家族の置かれている状況 上位3項目	n	%
ターミナル期の利用者と家族	721	31.6
認知症を持つ利用者と家族	460	20.2
精神疾患を持つ利用者（認知症を除く）家族	376	16.5

ターミナルや認知症を持つ利用者と家族にまつわる事例検討を希望する人が多かった。

表2 研修として取り上げてほしい内容 n=2211 複数回答

研修内容として取り上げてほしいもの 上位5項目	n	%
相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術が必要である	682	11.7%
家族に起こっている問題の焦点を明確にするためのアセスメント力が必要である	618	10.6%
家族療法の知識が必要である	535	9.2%
家族の認知・感情・行動を変化させるための問いかけの技術が必要である	485	8.3%
家族に起こる健康問題における依存症や虐待などの世代間伝播の知識が必要である	396	6.8%

表 3 全般的に言って訪問看護師に必要なこと

n=2211 () 内は%

全般的に言って訪問看護師に必要なこと 上位5項目	非常に必要
相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術が必要である	1350 (61.1)
援助者で訪問看護師の価値観を押し付けないでいる姿勢が必要である	1333 (60.3)
家族に起こっている問題の焦点を明確にするためのアセスメント力が必要である	1282 (58.0)
家族ひとりひとりに働きかけてコミュニケーションをはかる力が必要である	1098 (49.7)
家族に対して、一方的ではない相互的な関わりを持つ姿勢が必要である	1071 (48.4)

表 4 質問の用語の意味が分からないと回答した人数

2211 人中

質 問 項 目	n
家族療法の知識が必要である	15
新婚期や教育期といった家族周期段階別の基本発達段階を理解する力が必要である	8
家族という集団を利用した行動変容を起こさせる技術が必要である	7
家族の認知・感情・行動を変化させるための問いかけの技術が必要である	6
家族看護の理論などをもとにした情報収集項目の知識が必要である	6
地域社会に向けて、家族のニーズを代弁する力が必要である	3
家族に起こる健康問題における依存症や虐待などの世代間伝播の知識が必要である	2

表 5 訪問看護経験年数と訪問看護師に必要な知識・技術の 27 項目との関連

上段：度数

下段：調整済み残差

	全体数	2 年未満	3~6 年	7~10 年	11 年以上	P 値
在宅ケアチームの中で、チームメンバーの相談にのれる力	2209					
必要	2080	530	641	541	461	0.017
		-3.1	1.0	0.8	1.5	
不要	126	17	8	7	4	
		3.1	-1.0	-0.8	-1.5	
家族ひとりひとりに働きかけて、自律した生活技術の獲得を促す力	2207					
必要		513	597	527	426	0.010
		0.2	-1.7	3.1	-1.6	
不要		35	51	20	38	
		-0.2	1.7	-3.1	1.6	
家族ひとりひとりに働きかけて、健康問題の対処法について指導する力	2207					
必要		514	608	529	424	0.005
		0.1	-0.2	2.9	-2.9	
不要		32	40	19	41	
		-0.1	0.2	-2.9	2.9	

現任教育内容の課題

アンケート結果にもとづいて、事例の種類を増やしていくことが必要である。

また、表 4 のように「家族療法」15 人や、「新婚期や教育期といった家族周期段階別の基本発達課題」8 人、「家族看護の理論などをもとにした情報収集項目」6 人、「家族に起こる健康問題における依存症や虐待などの世代間伝播」2 人といった質問の用語の意味がわからない人が数人いたので、家族看護学の基礎知識の普及を図る必要がある。

また、家族看護学では看護介入のレベルとして次の 3 つがある。①家族員個人の身体的健康とウェルビーイングに焦点を当てる、②個人と家族員の両方を同時に注

目して、家族員間の相互理解や相互支援に焦点を当てる、③全体としての家族システムの変化と社会環境との調和に焦点を当てる。希望する研修内容に上げられている「家族という集団を利用した行動変容を起こさせる」、用語の意味が分からないに上げられている「地域社会に向けて、家族のニーズを代弁する」といった、患者－看護師という２者の関係ではなく、患者とそれぞれの家族員、家族と地域社会という３者以上の相互作用する関係については、家族看護額の介入レベルとしては②・③に該当する。とくに③の介入レベルは大学院修了レベルであるという意見もあるため、訪問看護活動における看護介入レベルをどこにするか検討が必要である。とくに、介入レベル③の場合は、地域包括支援センターや保健センターなどの地域社会にある関係機関とどの程度協働するのかを明確にした上で、研修内容を検討することが必要である。

引用文献

1. 角田直枝：訪問看護師の人材確保・養成と展望、保健の科学、第51巻6号、P401－405、2009.
2. 川島恵津子：訪問看護ステーションに勤務する看護師のキャリアニーズの要因に関する研究、看護・保健科学研究誌、第7巻1号、P P93－102、2006.
3. 財団法人日本訪問看護振興財団：2006年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書、P132.
4. 柏木聖代、田宮菜奈子、村田昌子：訪問看護ステーションにおける看護職員の採用・離職の実態と職員増減の関連要因、プライマリ・ケア、vol132、No4、209－217、2009.
5. 川上理子、森下安子、松木里江他：訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題、高知女子大学紀要看護学部編、第54巻、P27－34、2005.

<タイトル：認知症の母親をなかなか受容できない息子への関わり>

このDVD内容の学習目的

- ・『相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術』のひとつの方法を理解する
- ・男性が主介護者である場合に配慮する点を理解する

事例の特徴

ハツさん 72 歳、女性。10 年前に夫と離別し、以降一人暮らしをしている。

1 年ほど前から、物忘れがみられ、徐々に話のつじつまが合わないことも目立つようになった。生活面においても長男が自宅に帰ると部屋が散らかっている・飲み残しの内服薬が床に転がっているなどがみられ、長男がゴミを捨てると後から拾ってくる、いつも同じ服でお風呂に入った様子がないなどの行動が見られるようになった。

民生委員も、ハツさんの物忘れや、部屋が散らかっているなどの情報を把握しており、その情報が地域包括支援センターへ伝えられていた。その後、嫁の妙子さんも地域包括支援センターに相談に行き、要介護 1 の認定を受けた。

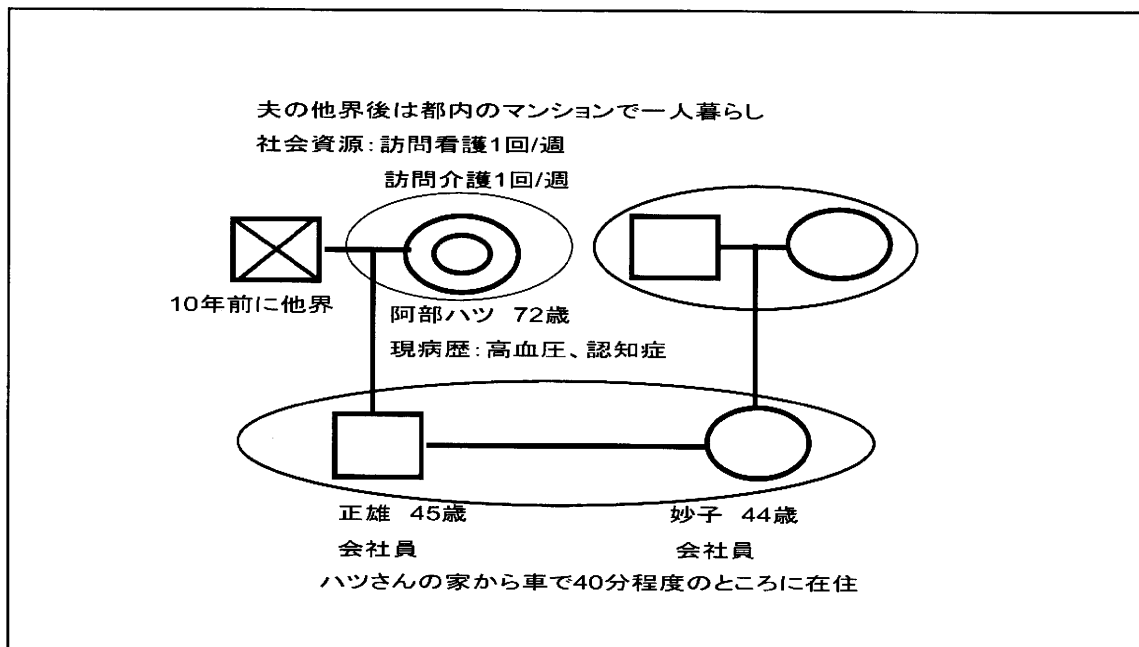
介護保険サービスとして、ヘルパー 1 回/週（家事援助）と訪問看護 1 回/週（状態観察と内服管理）を開始した。

正雄さんは 45 歳、長男で、会社員である。

週末には仕事の合間を見て実家に帰り、室内の片づけなどを行っている。“うちの母は、ボケていない。普通の高齢者と一緒にしないでほしい”と、認知症に対する否認の思いが強くあり、介護認定の際もしぶしぶ承諾している。

妙子さんは長男の嫁で会社員である。ハツさんの事を気にかけているが、他県の実家に妙子さん自身の高齢の両親がいて時々介護に帰省している。

家系図



訪問看護の経過

サービス開始当初は、1回/週の訪問から始めた。当時は、話のつじつまが合わないこと・記憶障害による訪問日の思い違いをしていることがあったが、日常生活は安定してきた。

サービス導入半年後、ヘルパーや看護師の名前と顔が時々一致しなくなり、ヘルパーを追い返してしまうなどの行動が時折みられた。ケアマネを介して、現状の報告を長男にしても“母は変わりありません。大丈夫です。”との返答であり、訪問看護から長男に認知症の専門家医の受診を勧めた時も“うちの母に限ってボケるなんてありえない。物忘れなんてない。何も困ることはない。”“しっかりしている母だから、他人の世話になるのは嫌がると思う”との意向であった。

最近、ハツさんは、内服行動が継続しないことに起因して心不全を起こして入退院を繰り返すようになっており、ハツさんが寂しさからかヘルパーや訪問看護師が帰ろうとすると駄々をこねるような行動も見られるようになっている。

訪問看護師は、ハツさんが1人暮らしを続けるには、ヘルパーを増やし、食事介助やデイサービスなどの施設利用による他者との交流の機会を増やすという支援が必要ではないかと考えていた。そして、正雄さんにハツさんの認知症や服薬の現状を認識してもらう必要があると考えている。

今日は、訪問看護師がハツさんの認知症や服薬行動について、正雄さんと直接話をしたいと思い、土曜に訪問日を変更し訪問した。

場面 1

訪問看護師とハツさんとの会話です。

訪問看護師：ハツさん、息子さん、こんにちは、ニコニコ訪問看護 S T の清水です
(以下 N s) (息子さんに) 折角のお休みのところ、すみません。お邪魔します。

ハツ：あら？こんにちは。まー、まー、来てくださって嬉しいわ。えっと、名前が
ねー、最近ねー……。 (わらって誤魔化す)

正雄：あっ、どうも。お願いします。 (さっと他の部屋に行ってしまう。)

N s：ハツさん、体調はいかがですか？

ハツ：まー、まー、ねー。

N s：そうですか。ご飯は？食べられていますか？

ハツ：えー。ちゃんとね。

看護のポイント

できれば、日常生活の中で支障となる記憶障害の部分や会話に見られるハツさんの特徴 (はぐらかす、笑ってごまかす、など) や感情が引き出せるようにします。また、怒りなどの負の強い感情で表出される方については、不快な思いを残さないように留意して関わります。

薬の確認をしたところ、前回火曜日に訪問した時からハツさんは一度も薬を飲んでいない事がわかりました。ハツさんに薬の管理についての困難さを確認し、正雄さんと服薬確認について相談する了承を得ました。

訪問看護師は、今日の訪問を通して息子の正雄さんに直接現状を認識してもらい、ケアプランの見直しの必要性を理解してもらいたいと考えています。ハツさんとの会話の様子と共に、看護師のアセスメント内容を正雄さんに伝えることが大切です。

場面 2

下は看護師と息子の正雄さんの面接の様子です。

N s : すみません、お休みのところ、少しお母様の事でお時間いただけませんか？

正雄 : あっ？終わりました？お袋、元気でしょ？変わらないですよ。

N s : ①そうですね、今は比較的、血圧なども落ち着かれています。②ただ、1つ、心配なことがあるんです。

正雄 : ……。(身構える感じ)

N s : ③お気づきかもしれませんが、サービスを始めた当初と今のお母様を比較すると、残念ながら少しずつ変化が見られています。

④特に一番、私たち看護師が危惧しているのは、内服薬が正しく飲めていないことです。

⑤以前にもお電話で報告させていただいたと思いますが、看護師が来るたびに、今日のように血圧などを測って、お薬の残数を確認させていただくのですが、前回の訪問から薬を1度も飲めていないことも見られています。

⑥このままだと、また心不全などで入院しなくてはいけなくなるのではないかと心配です。

正雄 : いやーお袋は、元々、医者嫌いの薬嫌いですからねー。

N s : ⑦そうですね、医者嫌いなんですね。

⑧では、お薬を飲んでもらって、医者にかからないようにしていきたいですね。

それに⑨ハツさん、「家が安心ね」と話していたので、できるだけ、自宅での生活を支援したいと私たちも思うのですが……。

正雄 : そうですね……。

N s : 正雄さんやお嫁さんの目からみて、今のハツさんはどんな印象を持たれますか？

正雄 : 確かに、今年に入って、入院が増えていますよね？ま、歳だからある程度は仕方ないのかもしれないけど。⑩急な入院はこちらもなかなか、動きにくくて正直、困るんですよ。妙子は両親の介護があるから、お袋のことは俺がやりたいと思ってるんですよ。

N s : そうですね、お仕事されていると急な入院は調整つけるのも大変ですよ？

息子：⑩それに、入院はいろいろありますし、寝たきりになったら困るし・・・。

N s：いろいろと言うと、具体的にはどんなことですか？

正雄：ま、仕方がないことですが、医療費もかかりますし、それにちよくちよく、病院から電話があるのも正直、困るんですよ。大人しく入院していただければいいけど。そうはいかないので。

N s：⑪そうなんです、例えば、どんなことで電話があるのですか？

正雄：ま、前回ですけど、夜、一晩中起きていて、同室の人の迷惑になるので個室にしてもいいか？とか、それでも、落ち着かないから、この前は、一晩、ついてくれないか？と言われてましてね、あれには困りました。

N s：そうですか、⑫そんなエピソードがあったのですね。それは、大変でしたね。

訪問看護師の基本的な態度

場面2における訪問看護師の面接のポイントは下の通りです

- ①家族が受け止めている現状を否定せず、受容する。
- ②最小限を提示する
- ③“一番、分かっているらっしゃる・感じておられるのはご家族”という意識で話す。
- ④まず、医療の側面から予測されることを提示する
- ⑤正雄の記憶を呼び起こしながら、端的に現状を報告する。
- ⑥予測できることを伝える。
- ⑦正雄の言葉を否定はしない。
- ⑧“困っている”対象を、“利用者・家族”から、“健康維持のための正しい内服行動が支援できなくて困っている”に表現を変えることで正雄さんの拒否感を和らげる
- ⑨ハツさんのコミュニケーションパターンをさりげなく、伝えたり、時折、ご本人の話した言葉情報を入れたりすることは、聞き手の感情に働きかけるのに有効。
- ⑩相手の困ることを受容する。

⑪ここで“そうですね、認知症も進むし・・・。”など看護師の主張をどの強さで正雄さんに伝えるかは、相手の語りに合わせて調整する。

⑫相手の困りごとを共有する。

看護のポイント

面談の大まかな流れとしては、①現状の報告をし、②看護師の視点から医療的に抱える課題のアセスメント（今回の場合は“内服行動が取れていない”）内容を伝える。そして、③医療的リスク（今回の場合は“さらなる入院加療の可能性”）を伝え、④解決に導くための看護師の行動と本人・家族の行動を伝える、という順番で進めていくといいでしょう。

なお、面談の途中で、家族の思い、受け止め、考え、などは留意し、肯定的に関わるように努力します。否定してしまうと、息子の正雄さんの否認が強くなり、ひいては、看護師との関係も難しくなってしまう恐れがあります。

正雄さんは、“認知症”に対しての否定が強いという情報がありましたが、面談中に敢えて、その言葉を使う必要はありません。疾患名を伏せたままでも、疾患・症状が日常生活に影響していることを伝えていくことで、相手の行動変容に働きかけることができます。それには、看護師自身が“わからない家族”“困った家族”という家族に対する否定的な思いを取り除くことが大事です。面談の中で、正雄さんの「急な入院は困る・入院後の病院からの連絡や寝たきりになったら困る」といった思いに対して、肯定的に関わるように努力します。

また、いろいろと調整したいことがある場合も、相手が処理できる情報量、現在の看護師と家族の関係性を考慮して最小限を提示しましょう。

場面3

次は、家族の認識に働きかけ、聞き手の拒否感を和らげながら、実際に協働できる範囲を確認します。そして、必ず、次の評価の目安や視点を共有し、利用者のみならず、家族とも関わり続けられるようにします。

場面 3

息子さんに対する拒否感を和らげる方法や、看護師の提案の伝え方

正雄：ま、いろいろあるのは⑬歳ですからある程度は仕方ないかもしれませんがね。

N s：そうですね。歳には誰も勝てませんね。⑭ただ、ハツさんがこれからもお元気で自宅に居ていただくには、内服薬をきちんと飲むことが重要だと考えています。そのために、見守りの目を増やせばいいと思うのですが。

⑮正雄さんにはお仕事があるので、毎朝、“お薬のんだ？”と確認していただくのは大変だとも思うのですが、何かいいアイディアはないでしょうか？

正雄：言えば、なんとかかなると思っていたんですけどね。なかなか、難しいのかもしれないですね。こちらも、来た時は、確認するようにしますよ。

N s：⑯そうしていただけると助かります。お薬の声かけを兼ねて、家事援助にヘルパーさんを入れるとか、ま、日常生活のメリハリをつける意味でもデイサービスを利用して見守りも兼ねるなどのサービスもありますが、そういうのはどうでしょうか？

正雄：いやー、そこまでじゃないでしょ？うちのおふくろ。元気ですから。

N s：⑰そうですね。ゆくゆく考えていただければいいと思いますが。まず、正雄さんがいらっしゃる土曜日にも内服薬の声かけができれば・・・。残数確認を協力いただけますか？

正雄：はい、そうしてみましよう。

N s：⑱そして、1ヶ月くらい、様子をみてみましようか？それでも、なかなか、毎日、飲むのが難しければ、少しお薬内容を主治医に相談したり、サービスの導入を検討した方がいいと思います。

正雄：はい。分かりました。

N s：次回、来月の受診は、正雄さんも行かれますか？

正雄：いや、仕事かな？

N s：⑲そうですか、じゃ、受診の頃にお薬がどれくらい飲めているか、一度、連絡をさせていただいてもいいですか？それで、なかなか、飲むのが難しいようであれば、私からも先生に現状を報告してもいいですか？

正雄：はい、お願いします。

N s : その結果を見て、また、次のことをご相談させてください。

正雄 : はい、そうしましょう。

訪問看護師の基本的な態度

場面3における訪問看護師の面接のポイントは下の通りです

- ⑬息子は“歳だから”という言葉で物忘れを表現しているためその言葉を活用して語りかける。これにより、聞き手の拒否感を和らげることができる。
- ⑭サービス調整をしたい、というこちらの意図があるが、あくまで、息子さんが興味を示す“ハツさん”に話題の焦点を絞る。
- ⑮援助側が考える、家族で関われる限界も示し、その上で考えを聞く。
- ⑯家族の歩み寄りにまず、感謝を示す。その上で、援助側の考えるベスト案を提示する。
- ⑰援助側の案はあくまで、1回目は提示にとどめ、相手の歩み寄りを見る。そして、具体的に何をしてもらいたいのか、伝える。
- ⑱相手のペースは尊重するが、次に必要なこと、その目安も提示する。そうすることで、次の面談がスムーズに行える。
- ⑲関わりの方向性が見えたら、役割分担をする。そして、合意の上で面談を終わる

『相手に脅威と感じられない説明や説得、提案ができるコミュニケーション技術』として、相手に対する拒否感を和らげる方法があります。相手が使っている言葉や表現を活用して語りかける、相手の興味を示している対象を話題の焦点にするなどの方法があります。事例の正雄さんの場合は物忘れを“歳だから”と表現していたためこれを活用しながら、話題の焦点をハツさんに絞るようにしています。

そして、看護師の提案の伝え方としては、家族のペースで関わりを変えていく必要があります。家族による支援の限界を示したうえで意向を確認し、ベストと思われる提案も相手の反応によっては提示にとどめる事も必要です。この事例では、看護師としてはすぐにでもケアプランを変更したい気持ちはあるとは思いますが、まずは、ご

家族の認識に働きかけ、聞き手の拒否感を和らげながら、実際に協働できる範囲をアセスメントすることが必要です。

さらに、家族に協力を依頼する時にはできるだけ具体的に提示し了解を得るようにします。提案後は、必ず評価の目安や評価の視点を必ず提示します。本事例では息子さんによる土曜日の内服状況と残数の確認を依頼し、「1カ月くらい様子を見る」との評価の目安と「毎日飲むのが難しければ主治医に相談・サービス導入の検討」という評価の視点を提示しました。こうする事で利用者のみならず、家族とも関わり続けられますし、利用者へのケアと家族へのケアが同時に行うことが可能となり、次回の面接もスムーズに行えます。

また、今回の介護者は男性ですが、男性介護者はいくつかの特徴があることが文献で示されていて、本事例にもその特徴を垣間見ることができます。例えば、①他者からの支援はあまり好まない、②他者からの意見を取り入れるというよりは、自分の判断でサービスや介護を組み立てたい意向がある、が当てはまります。本事例のように、看護師と息子との関わりがまだ密でない場合は、この様なことに注意する必要があります。

男性介護者に関する文献

- ・ 杉浦圭子、伊藤美樹子他：在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討、日本公衆衛生学会誌、vol151、No4、240－251、2004.
- ・ 馬庭恭子：男性介護者の現状と今後のあり方、保健の科学、vol138、No8、538－541、1996.
- ・ 市森明恵、大下真以子他：男性介護者が抱く排泄ケアへの抵抗感と排泄ケアを受け入れる思い、日本地域看護学会誌、vol16、No2、28－37、2004.
- ・ 石橋文枝：在宅看護における家族介護者の対人認知に関する研究—男性介護者の対人認知の実態—、藍野学院紀要、vol16、74－87、2002.
- ・ 山本則子、石垣和子他：高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質（QOL）、生きがい感および介護継続意思との関連：統柄別の検討、日本公衆衛生学会誌、vol149、No7、660－671、2004.
- ・ 川野英子、平野美穂、鳥居央子他、男性が主介護者である家族への生活力量向上を目指した支援、家族看護学研究、第13巻3号、150－157、2008.

資料 1

アンケート集計結果(単純集計)

1. 訪問看護ステーションの属性

1) 訪問看護ステーションの所在地

地 域	度数	%
北海道・東北	356	16.1
関東	421	19.1
中部	363	16.4
近畿	359	16.2
中国・四国	374	16.9
九州・沖縄	330	14.9
無回答	8	.4
合計	2211	100.0

関東地域からの回答がやや多く、九州・沖縄地域からの回答がやや少なかった。

2) 設置主体

地 域	度数	%
医療法人	904	40.9
社団・財団法人	436	19.7
営利法人	178	8.1
社会福祉法人	226	10.2
NPO	36	1.6
協同組合	130	5.9
地方公共団体	170	7.7
その他	75	3.4
無回答	56	2.5
合計	2211	100.0

その他には、学校法人や社会法人病院、宗教法人があった

3) 最近1ヶ月間の利用者数

	度数	%
30人以下	471	21.3
31～50人	625	28.3
51～70人	489	22.1
71～100人	363	16.4
101人以上	249	11.3
無回答	14	.6
合計	2211	100.0

最近1ヶ月間では、31～50人の利用者を抱える訪問看護ステーションが多かったが、利用者が101人以上という大規模なステーションも少数あった。

4) 非常勤を含むスタッフ数

	度数	%
3人	383	17.4
4人	399	18.0
5人	360	16.3
6人	287	13.0
7人	182	8.2
8人	129	5.8
9人	97	4.4
10人	96	4.3
11～15人	178	8.1
16～20人	46	2.1
21～23人	8	.3
34人	1	.0
無回答	45	2.1
合計	2211	100.0

非常勤者を含むスタッフの人数は3～6人が多かった。スタッフの人数が3人と回答した訪問看護ステーションは、383箇所（17.4%）あった一方、34人と回答した訪問看護ステーションが1箇所あった。非常勤者を含むスタッフの人数の平均は6.3±3.4人と人数のばらつきがあった。

5) 常勤者数

	度数	%
1人	124	5.6
2人	418	18.9
3人	652	29.5
4人	427	19.3
5人	254	11.5
6人	121	5.5
7～10人	130	6.0
11～15人	19	.8
16～18人	3	.1
無回答	63	2.8
合計	2211	100.0

常勤者の人数が1人と回答した訪問看護ステーションは、124箇所（5.6%）あった一方、18人と回答した訪問看護ステーションが1箇所あった。常勤者数の平均は3.7±1.9人であった。