

原著

24時間対応の緊急電話に対する熟練訪問看護師の判断と行動

加藤美奈子¹⁾、神崎初美²⁾

1) 一般財団法人 神戸在宅医療・介護推進財団 西部しあわせ訪問看護ステーション

2) 兵庫医療大学看護学部

Experienced Visiting Nurses' Assessments of Clients and Resultant Practices: Preparedness for
Emergency Calls from Clients and Caregivers

Minako KATO¹⁾, Hatsumi KANZAKI²⁾

1) Seibu Shiawase Home-visit Nursing Station, 2) School of Nursing, Hyogo University of Health Sciences

I はじめに

医療制度改革による入院期間の短縮化に伴い、平均在院日数は短縮しており¹⁾、患者は医療依存度や要介護度の高い状態で退院し、医療や介護を必要とする在宅療養者が増加している²⁾。在宅において療養者の医療処置や療養生活の支援等のサービスを提供する訪問看護、特に24時間対応できる訪問看護ステーションの重要性は増している。2015年度全国訪問看護事業協会の訪問看護ステーションにおける24時間対応体制に関する調査研究では「がん末期の利用者が多いことから、急激に変化する病状やADLに迅速に対応するためには、24時間対応が欠かせない」こと、また青木(2015)らの研究では「緊急要請により緊急入院となったものは3%、在宅で治療を受けたものは97%であり、早めに訪問看護師に相談することで、多くの症状に対して入院せず自宅で治療を行い、生活が継続できていることから、夜間・休日を含む24時間対応が在宅療養において不可欠である」ことが示されている。ところが在宅医療に携わる訪問看護師は全就業看護職員152万人のうちの3.7%すなわち5.6万人³⁾にとどまっており、在宅療養者に比べ訪問看護に従事する人材は極めて不足している状況である。

24時間電話対応に関する課題として先行研究では、待機の方法は携帯電話を利用したオンコールによる自宅待機でいつ呼ばれるか心配で休めない⁴⁾うえ、即座の判断を求められることが多くスタッフによっては大変なストレス⁴⁾になっている。また「介護者による通報情報は客観性に欠ける情報や不足情報があり」⁵⁾、多岐にわたるコールの内容から状況を瞬時にアセスメントし、緊急訪問や医師への連絡の必要性を自ら判断することは訪問看護師には重責⁶⁾であることが明らかになっている。オンコールによる対応に訪問看護師の81.3%が精神的に負担を、69.4%が身体的に負担を感じている⁶⁾調査結果もある。

しかし、24時間電話対応の拘束感⁷⁾や療養者把握ができない不安⁸⁾等の負担が大きいにも関わらず長く続けることができている訪問看護師がおり⁹⁾、その理由として緊急電話内容を予測し特有の判断や行動ができ、それをやりがいや職業的役割意識を高め実践しているのではないかと考えた。御厩(2015)は、療養者に起こり得る変化を予測した看護に喜びを感じる訪問看護師が95.6%もある¹⁰⁾と述べている。これらの「知っている言葉には変換できない経験的、身体的な暗黙知を言葉や体系にし、共有可能な知とする」¹¹⁾ために、暗黙知を持つ熟練訪問看護師にインタビューを

通して表出化し、それらをより高い理念やビジョンと結びつけながら言葉（形式知）にするというプロセスを目指した。熟練訪問看護師個人の知識を共有し、より高次の知識を生み出し、それを新人訪問看護師や経験の浅い訪問看護師が学ぶことができれば、24時間の電話対応を含め、訪問看護をやり続ける自信に繋がるなど訪問看護師の継続教育への活用も期待でき、看護の判断・行動を知に変換する価値があるのではないかと考える。先行研究のうち訪問看護師は緊急電話を受信した際にどのような判断と行動をしているのかに関する質的研究は2文献^{5, 12)}あるが、これらは模擬事例を提示し分析したものである。

従って、本研究では現場の熟練訪問看護師が24時間電話対応をするにあたり、緊急電話が予測される療養者や介護者に対してどのように判断し行動しているのか、さらにかかってきた緊急電話に対してどのように判断し行動しているのかを明らかにする。

Ⅱ 方法

1. 研究デザイン

本研究はインタビューの内容分析から、熟練訪問看護師が療養者や介護者からの緊急電話にどのように対応しているか記述し、緊急電話が予測される療養者や介護者に対して、どのように判断し、行動しているのかを明らかにする質的記述的研究である。

2. 研究に用いられる用語の定義

熟練訪問看護師：訪問看護師として5年以上の訪問看護経験年数があり、勤務する訪問看護ステーションの管理者推薦（自己推薦を含む）で本研究の対象者となったものである。

緊急電話：緊急性が高いかどうかに関わらず、療養者や介護者らが24時間対応の訪問看護ステーションにかける電話をさす。

3. 研究対象者

A県内に約600施設ある訪問看護ステーション¹³⁾の中で機能強化型訪問看護管理療養費1を算定しているI型（常勤看護師が7名以上、在宅看取り件数や重症度の高い患者の受け入れ数が多い）訪問看護ステーション11施設（2019年4月現在）に連絡をとり、熟練訪問看護師各1名ずつの紹介を得る。対象を一般の訪問看護師ではなく、熟練訪問看護師としたのは、これまで訪問看護で担当してきた療養者数が多いこと、

看護実践経験も多いと考えたからである。また管理者から推薦を受ける訪問看護師は日頃から適切な緊急時の電話対応ができており、より広く深いデータが得られるのではないかと考え、それぞれ異なる訪問看護ステーションから1名ずつ選出された訪問看護師にインタビューする。

4. インタビューの実施

1) データ収集期間：2019年6月～7月

2) 研究者が作成したインタビューガイドによる半構成インタビューとし、研究対象者の許可を得た上で内容をICレコーダーに録音し、終了後できるだけ早い段階で、録音内容を逐語録にした。

3) インタビューガイド

(1) 24時間電話対応時は多くの療養者様から様々な電話がかかってくると思います。その中で緊急電話が予測される療養者様や介護者様というのはどのような方でしょうか。訪問看護師さんが予測されているポイントは何かお聞かせください。

(2) 緊急電話が予測される療養者様だと訪問看護師さんが判断された場合、その後、医療者としてどのような行動を取られているのでしょうか。

(3) 療養者様が対応できない問題について医療者として未然に防ぐ、解決する、重篤化を回避するなどのことがありましたか。

(4) 事前に想起していただいていた内容以外にも、療養者様や介護されている方が夜間や休日に困らないように判断し、行動されていることはありますか。

5. 分析方法

作成した逐語録から、24時間電話対応の判断と行動に関する記述を意味のあるまとまりで抽出し、コード化、サブカテゴリー化、カテゴリー化と抽象度を上げ分析した。データ分析の信頼性と妥当性を高めるためにカテゴリー化する際は、常にデータに戻り、解釈の妥当性については複数の研究者（看護学研究者2名）とともに確認した。

Ⅲ 倫理的配慮

所属大学の倫理審査委員会の審査と承認を得て実施した（受付番号：第19009号）。研究対象者には研究依頼書に基づき、説明し同意を得た。また研究に同意しても研究への参加を辞退できること、その場合も不利益を被ったりすることはないと説明した。研究対象

者が24時間緊急対応をする熟練訪問看護師を対象とするに際し、インタビュー時も緊急電話が入るかも知れず、またステーションで起こった緊急事態に相談を受けるなど仕事を優先しなければならない状況が発生する可能性がある。その場合、インタビューを中止し、落ち着いてから引き続きインタビューさせていただいて良いのかなど研究対象者に確認しながら行う。本研究は所属大学の教育研究費を使用した。研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益や研究者等の研究に係る利益相反について、資金や資材の提供は受けなかった。

IV 結果

1. 研究対象者の基本属性

機能強化型訪問看護管理療養費1を算定要件とする訪問看護ステーション11施設11名の管理者に研究依頼書を送付し、研究を拒否した1施設と算定要件を満たせず取り下げた2施設以外の8施設から1名ずつの訪問看護師、合計8名を研究対象者とした。8名の平均インタビュー時間は74分であった。8名の基本属性は表1に示した。

2. 24時間対応の緊急電話に対する熟練訪問看護師の判断と行動

逐語録から分析の結果、95コード、16サブカテゴリー、4カテゴリーを抽出した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードは、表2に示した。文中の表記方法は、

【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、< >はコード、インタビューの中で訪問看護師の語りを引用する場合は斜字とした。IDは対象者を表す。前後の文脈を踏まえて()に補足を示した。カテゴリーは【あらかじめ緊急電話が予測される内容に対処できるようにしておく】【要望がある場合は緊急性に関わらず必ず訪問する】【療養者や介護者が気付いていない変化を察知し未然に防ぐ行動を指導する】【緊急訪問時は教育の好機と捉え今後回避できるよう対処する】の4つである。

1)【あらかじめ緊急電話が予測される内容に対処できるようにしておく】

本カテゴリーは〈緊急電話が予測される状況を判断している〉〈緊急事態の対応方法について説明をしておく〉〈緊急時に備えて日頃から医師と連携し必要時は事前指示を受ける〉〈担当訪問看護師以外でも訪問できるよう情報共有しておく〉〈地域住民含め多職種連携で緊急事態に対応する〉〈緊急時に備えて知識や技術を身につける〉の6つのサブカテゴリーで構成されていた。

〈地域住民含め多職種連携で緊急事態に対応する〉ようにしており、それは〈緊急電話をかける事態にならないように様子を見に行ってもらうなど地域住民含め多職種で関わる〉ようにしていた。

(ID : E) 本当に訪問看護師だけでは対応できないので。あの、(電話が)鳴ったら行かないといけないのは訪問看護師ですけど、鳴らないように対策を講じれ

表1. 研究対象者の基本属性

対象者ID	性別	年代	看護師経験	訪問看護経験	現在勤務しているステーションでの勤務年数	24時間対応の電話担当経験年数	インタビュー時間(分)	役職資格
A	男	40	25年	10年	常勤1年6か月 +非常勤2年	10年	78分	
B	女	50	25年	14年	常勤10年4か月	13年4か月	71分	地域看護専門看護師
C	女	50	28年	20年	常勤15年1か月	20年	94分	所長 慢性疾患看護専門看護師
D	女	40	22年	11年	常勤10年2か月 +非常勤1か月	9年11か月	63分	管理者・係長 介護支援専門員
E	女	40	26年	15年	常勤15年8か月	15年5か月	84分	主任 訪問看護認定看護師
F	女	50	20年	14年	常勤10年	13年	64分	
G	女	50	37年	11年	常勤11年8か月	5年	66分	所長
H	女	40	19年	14年	常勤1年2か月 +非常勤1か月	2年	71分	チーフ看護師

表2. 24時間対応の緊急電話に対する熟練訪問看護師の判断と行動

カテゴリ(4)	サブカテゴリ(16)	コード(95)
	緊急電話が予測される状況を判断している	<p>痛末期は病状変化が速く療養者や介護者が先を予測できないから緊急電話がある</p> <p>退院直後の療養者と初めての介護は昼夜問わず電話がかかってくる</p> <p>訪問看護導入期や病状が急速に悪化している時は緊急電話が予測される</p> <p>脳梗塞や心筋梗塞など急変時の電話がかかってくる</p> <p>突然の発熱や病状が不安定な療養者は電話がかかってくる</p> <p>内服の使用方法などの相談で緊急電話がある</p> <p>医療的ケアが必要な療養者から緊急電話がかかってくることが多い</p> <p>排泄コントロールしていても予測していない時間帯に便が出たら緊急電話がある</p> <p>不安が強い介護者は緊急電話が予測される</p> <p>双極性障害(躁うつ病)や統合失調症の療養者が病状不安定になっていると電話がかかってくる</p> <p>転倒した療養者宅から緊急電話がある</p> <p>急に暑くなった時は脱水や熱中症で緊急電話が多くなる</p>
	緊急事態の対応方法について説明をしておく	<p>初めての医療的ケアは入院中にも指導してもらい退院後も手技の自律を目指し毎日訪問する</p> <p>手遅れにならないよう深夜でも困った時に電話するよう説明する</p> <p>どういう時に電話すればよいか具体的に手短かに伝える</p> <p>療養者や介護者に遠慮なく緊急電話してよいことを伝え安心感を与える</p> <p>緊急時の連絡先電話番号を書いて冷蔵庫や電話の横など分かるように貼っておく</p> <p>発信してもらわないと訪問看護師も分からないのでまずは電話をかけて来るよう伝える</p> <p>バイタルサインチェックの方法について教育する</p> <p>暑くなってきたらエアコンをつけることや冷やしすぎないように設定温度も教育する</p> <p>高齢療養者がトイレへ行くのは大変だが入院はもっと大変だからと水分摂取の必要性を地道に説明する</p> <p>日中独居の療養者は介護者が帰宅するまで内服や飲食ができるか確認するなどの生活支援をする</p> <p>療養者の生命維持に必要な服薬は嫌がられても毎回訪問で繰り返し指導し入院を回避する</p> <p>療養者の体調悪化が予測されたら頓服薬の残数や主治医の休診日を確認しておく</p> <p>これさえ飲めばよいという屯用薬をひとつずつ枕元に出して使い方が分かるように置いておく</p> <p>呼吸困難時は酸素流量を上げる、医療用麻薬を使うことなどを説明しておく</p> <p>退院前カンファレンスで病院側と相談して決めた発熱や便秘時の対応を退院後も改めて確認しておく</p> <p>熱が出たら様子を見るのか解熱剤を使うのか訪問看護師か医師に連絡するか療養者や介護者が判断できるよう説明する</p> <p>膀胱留置カテーテルがよく閉塞する場合は泌尿器科に相談し抗生剤処方を得たり早めの交換で対処する</p> <p>ストーマは永久など療養者や介護者がストーマ装具を交換できるように教育する</p> <p>吸引ができない介護者は無理したら危ないで電話をするように伝えておく</p> <p>転倒防止のため低床ベッドの導入、フットケア、リハビリ、眼剤の調整を行う</p> <p>精神科の療養者が夜電話してくるのは不安が強いからで頓服を服用することや遅めに寝ることを教育する</p> <p>糖尿病療養者の定期訪問時に空腹時の対処方法を指導しておけば夜間緊急電話を回避できる</p> <p>退室時は元あった場所に物品を戻し療養者が混乱して緊急電話がないようにする</p> <p>内服でできず入退院を繰り返す療養者は確実に内服できる服薬回数に減らせないか医師に依頼する</p> <p>最低限飲まないといけない薬を医師に確認しておき飲み忘れている時は訪問看護師が服用させるか判断する</p> <p>週末は医師に解熱剤や抗生剤、利尿剤追加、オピオイドなど鎮痛剤の事前指示を受けておく</p> <p>麻薬は余分に処方を得ておき効かなかった時のために2番目、3番目の策を考えておく</p> <p>事前指示で対応できない時に備え医師が休みでも連絡がつく携帯番号を得ておく</p> <p>初回訪問時や訪問看護師が必要だと思った時に医師連絡し緊急時の準備をしておく</p> <p>在宅酸素があるだけで精神的に安心できる療養者には週末事前に医師から指示を受けて設置しておく</p> <p>膀胱留置カテーテル閉塞時は交換するしかないで物品は常に多めに確保しておく</p> <p>看取りが近い時は医師に連絡し死亡診断時に往診できる時間を確認しておく</p>
あらかじめ緊急電話が予測される内容に対処できるようしておく		
	緊急時に備えて日頃から医師と連携し必要時は事前指示を受ける	<p>退院前カンファレンスで病院側と相談して決めた発熱や便秘時の対応を退院後も改めて確認しておく</p> <p>熱が出たら様子を見るのか解熱剤を使うのか訪問看護師か医師に連絡するか療養者や介護者が判断できるよう説明する</p> <p>膀胱留置カテーテルがよく閉塞する場合は泌尿器科に相談し抗生剤処方を得たり早めの交換で対処する</p> <p>ストーマは永久など療養者や介護者がストーマ装具を交換できるように教育する</p> <p>吸引ができない介護者は無理したら危ないで電話をするように伝えておく</p> <p>転倒防止のため低床ベッドの導入、フットケア、リハビリ、眼剤の調整を行う</p> <p>精神科の療養者が夜電話してくるのは不安が強いからで頓服を服用することや遅めに寝ることを教育する</p> <p>糖尿病療養者の定期訪問時に空腹時の対処方法を指導しておけば夜間緊急電話を回避できる</p> <p>退室時は元あった場所に物品を戻し療養者が混乱して緊急電話がないようにする</p> <p>内服でできず入退院を繰り返す療養者は確実に内服できる服薬回数に減らせないか医師に依頼する</p> <p>最低限飲まないといけない薬を医師に確認しておき飲み忘れている時は訪問看護師が服用させるか判断する</p> <p>週末は医師に解熱剤や抗生剤、利尿剤追加、オピオイドなど鎮痛剤の事前指示を受けておく</p> <p>麻薬は余分に処方を得ておき効かなかった時のために2番目、3番目の策を考えておく</p> <p>事前指示で対応できない時に備え医師が休みでも連絡がつく携帯番号を得ておく</p> <p>初回訪問時や訪問看護師が必要だと思った時に医師連絡し緊急時の準備をしておく</p> <p>在宅酸素があるだけで精神的に安心できる療養者には週末事前に医師から指示を受けて設置しておく</p> <p>膀胱留置カテーテル閉塞時は交換するしかないで物品は常に多めに確保しておく</p> <p>看取りが近い時は医師に連絡し死亡診断時に往診できる時間を確認しておく</p>
	担当訪問看護師以外でも訪問できるよう情報共有しておく	<p>毎朝、全員揃ってミーティングをし緊急電話に備えた情報共有をする</p> <p>朝のカンファレンスに参加できない訪問看護師は会議録で情報共有し訪問前に確認して対応する</p> <p>日中訪問した訪問看護師と夜間電話当番が違う時は病状を申し送っておく</p> <p>緊急時対応ができるように初回は複数の訪問看護師で訪問しておく</p> <p>担当者はストーマ交換手順写真を療養者宅に準備し誰でも対応できるよう準備しておく</p> <p>週末緊急電話が予測される療養者は土日どちらか計画的に訪問するか電話当番が平日同行訪問しておく</p> <p>電話当番が自宅で電子カルテを閲覧できるようなタブレット端末を持ち帰り緊急時の対応策が確認できるようにしておく</p>
	地域住民を含め多職種連携で緊急事態に対応する	<p>過剰内服による副作用で体調を崩し受診することもあるので薬剤師による薬剤管理を導入する</p> <p>内服できないと病状不安定で入院になるので訪問看護師に服薬介助できるように薬剤管理を教育する</p> <p>訪問しても緊急性のない場合は担当訪問看護師、ケアマネジャーらと今後の対策を相談する</p> <p>緊急電話を掛ける事態にならないように様子を見に行ってもらうなど地域住民を含め多職種で関わる</p>
	緊急時に備えて知識や技術を身につける	<p>緊急訪問対応後は振り返りをしてどうすれば良かったかなど次の対応策を話し合う</p> <p>緊急時に他のスタッフが対応した看護を聞くことだけでも勉強になる</p> <p>みんなが対応できるようにステーションで電話トリアージマニュアルを作っている</p> <p>病状アセスメントして身体症状が起こっているかと判断した場合は訪問する</p> <p>介護者が不安な時に訪問看護師が訪問しないと在宅看取りはできないのでタイムリーに訪問する</p> <p>救急搬送でも救急隊とのコミュニケーションが困難な場合等は状況説明するため訪問する</p>
	看取りや緊急性が高い時は緊急訪問する	<p>すぐに病院受診できない療養者は事前に医師と緊急対応について相談しておく</p> <p>療養者の声の様子、介護者の表現の仕方など切迫している状態と判断すれば訪問する</p> <p>電話で療養者が話せるか返事できるかなどで意識レベルを確認し緊急訪問する</p> <p>去痰できず吸引が必要だが介護者が対応できない場合は夜間でも緊急訪問する</p> <p>膀胱留置カテーテル閉塞で尿閉であればすぐ訪問する</p>
要望がある場合は緊急性に関わらず必ず訪問する	不安や苦痛が大きく訪問看護師の対応で軽快が見込まれる場合は訪問する	<p>訪問看護師が緊急性はあまり高くないと思っても療養者や介護者の要望がある場合は必ず訪問する</p> <p>訪問したら安心して導き受診を回避できる場合はすぐに訪問する</p> <p>排便処置でも理屈抜きに今と待ち待てない療養者は訪問する</p>
	判断に迷う時は訪問する	<p>電話だけで病状の判断ができない場合は訪問する</p> <p>電話で得る以外の情報を得る必要がある場合は訪問する</p>
	療養者や介護者では対応困難な場合は訪問する	<p>在宅療養開始当初で介護力が確立しておらず療養者や介護者で対応できなければ訪問する</p> <p>膀胱留置カテーテルが閉塞しても尿漏れしながら排尿しており療養者に腹部圧迫感がなければ朝まで様子を見る</p> <p>ストーマの漏れは訪問するが訪問するまでおむつをあてて待つよう伝える</p> <p>転倒して立ち上がれない老々介護は介護者も対応できないので訪問するしかない</p> <p>中心静脈から2時間点滴している療養者はポンプの不調などトラブルがあれば訪問する</p>
	医療的知識を提供し適切な対応を伝える	<p>在宅酸素療法の療養者は酸素チューブが外れていないか、酸素流量、室温・湿度などを確認し伝える</p> <p>膀胱留置カテーテルから尿が出ない時は管が詰っていないか確認し流出があれば様子を見るよう伝える</p> <p>発熱であれば頭を冷やす、衣服を調整するなど適切な対応について説明する</p> <p>鎮痛薬が処方されていない場合は自宅にある市販薬を含め適切な方法を伝える</p>
療養者や介護者が気付いていない変化を察知し未然に防ぐ行動を指導する	訪問看護師が緊急と判断したら救急搬送する	<p>訪問介護士から療養者の内服ができていないと電話があれば医師の事前指示のもと判断し対処する</p> <p>転倒時は痛みや骨折がないか診察のため訪問するまでに要する時間を考え必要なら救急搬送を選択する</p> <p>意識レベル低下の電話を受けたら訪問するまでに要する時間を考え必要なら救急搬送を選択する</p> <p>胸痛の緊急電話があり他に痛みの原因がなく心筋梗塞が疑われたら救急搬送を選択する</p> <p>緊急訪問する訪問看護師の到着を待っている間に病状悪化する恐れがあれば救急搬送を選択する</p>
	電話で病状確認し緊急事態を未然に防ぐ行動をする	<p>発熱等で夜間緊急電話が予測される療養者には訪問看護師が早めに電話をかけた対応策を伝えておく</p> <p>新規の訪問看護利用者は次回訪問予定確認を装って電話し排便状況や最近の様子を情報収集する</p> <p>療養者に次回訪問を2週間先と約束されても訪問看護師が次回訪問より前に電話して様子を確認</p> <p>緊急訪問して何かおかしいと思えば夜間でも早朝でも医師に携帯電話で連絡を取り指示を仰ぐ</p> <p>救急搬送しなくても早めの受診が必要であれば療養者や介護者に促す</p>
緊急訪問は教育の好機と捉え今後回避できるよう対処する	アセスメントを行い必要であれば医師に連絡し受診勧奨する	<p>緊急訪問して何かおかしいと思えば夜間でも早朝でも医師に携帯電話で連絡を取り指示を仰ぐ</p> <p>救急搬送しなくても早めの受診が必要であれば療養者や介護者に促す</p>
	緊急訪問時は効果的教育の好機である	<p>包括的指示で薬剤を準備したくても利用者にさせてもらえず緊急訪問時から処方スタートすることがある</p> <p>急変からの回復後が教育の好機なので環境面や水分補給をアドバイスする</p> <p>緊急時の対策についてより具体的に教育を行い次回の緊急事態発生を予防する</p>
	転倒時の原因を突き止め対処する	<p>転倒してひどい内出血時は意識レベルをみて慢性硬膜下血腫を予測し出血傾向の薬は医師に相談し中止する</p> <p>転倒後の療養者の痛み方や歩行状況を見て骨折の恐れがあればどこに受診するかを検討する</p>

るのは、まずは本人さん・家族さん、そして、そこを支援するケアマネジャー、訪問看護師ですよね。それと薬局さん、薬剤師、在宅のドクターですね。で、あとは地域で受診している病院のドクターであったり、外来の看護師であったりということが多職種、あとは地域で言えば、ノンプロで言えば民生委員さんだったり、ご近所さんですよね。ご近所さんが覗きに来てくれるとか。

(ID:F) (緊急) 訪問は大変かも知れないですけど、でも行った(訪問した)時には誰かの話、電話で相談できる、相談して対応する、対応したあとに振り返って、じゃあ振り返った先に、次の時にこうしたらいいねってその案が出るというかね、対応できるっていうので、だから多分緊急時対応ができるのかなと思うんですね。

2)【要望がある場合は緊急性に関わらず必ず訪問する】

本カテゴリーは「看取りや緊急性が高い時は緊急訪問する」「不安や苦痛が大きく訪問看護師の対応で軽快が見込まれる場合は訪問する」「判断に迷う時は訪問する」「療養者や介護者では対応困難な場合は訪問する」の4つのサブカテゴリーで構成されていた。つまり「不安や苦痛が大きく訪問看護師の対応で軽快が見込まれる場合は訪問する」ようにしており、訪問したら安心に導き受診を回避できる場合はすぐに訪問するようしていた。また、今回の研究対象者である訪問看護師8名は「訪問看護師が緊急性はあまり高くないと思っても療養者や介護者の要望がある場合は必ず訪問する」と異口同音に語っていた。

(ID:A) なんだろう。元々不安な人って、もうほんと不安なんで、行って血圧は測るけれども、ちょっと背中さすったり、それで終わったりとかね。やっぱりその辺はプロフェッショナルの人が来て、例えば装具貼り換えたりとか具体的なんはなかったとしても、来てもらったことだけが価値あるもんなんかな、って思ったりします。

(ID:E) 電話を受けて「緊急性はあんまりないな」と思っても、本人・家族さんが「来てください」と言った場合は必ず行きます。(中略) これはもう必ず行きますね。やっぱり要望がありますので、そこはやはりそのお約束で訪問看護が入っていますので、そこはもうどういう状態であろうと「来てください」ということですから行きます。

3)【療養者や介護者が気付いていない変化を察知し未

然に防ぐ行動を指導する】

本カテゴリーは「医療的知識を提供し適切な対応を伝える」「訪問看護師が緊急と判断したら救急搬送する」「電話で病状確認し療養者や介護者が気付いていない変化を察知し緊急事態を未然に防ぐ行動をする」の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

熟練訪問看護師は、「電話で病状確認し療養者や介護者が気付いていない変化を察知し緊急事態を未然に防ぐ行動をする」対応をしており、その内容としては「発熱等で夜間緊急電話が予測される療養者には看護師が早めに電話をかけ対応策を伝えておく」「新規の訪問看護利用者は次回訪問予定確認を装って電話し排便状況等や最近の様子を情報収集する」「療養者に次回訪問を2週間先と約束されても訪問看護師が次回訪問より前に電話して様子を聞く」であった。

(ID:D) もう(緊急電話を)かけてきそうな人は早めに(看護師から)電話をかける。自分(看護師)が寝る前に「何時頃にかけてみようか?」とか(予め療養者や介護者に了解を取る)、かけといたら「あ、今、熱がこんななんやな」とか「熱が上がったらこれしいよ」とか療養者や介護者に対応策を伝えておくことができる。

(ID:H) まだ新規で(訪問看護に)入りたての利用者だったら、その次の予定訪問日時を電話で1回確認するふりをして様子聞いてみたりとか。そんな時もありますね(中略)「次の予定これぐらいになってます。こないだお通じ出にくい言うてましたけど、どうですか」とか言ったり。そういう話をしていると「ちょっと最近ここ気になってる」ということが出てくるので、そうやって情報もらったり。

4)【緊急訪問は教育の好機と捉え今後回避できるよう対処する】

本カテゴリーは「アセスメントを行い必要であれば医師に連絡し受診勧奨する」「緊急訪問時は効果的教育の好機である」「転倒時は原因を突き止め対処する」の3つのサブカテゴリーで構成されていた。熟練訪問看護師は「緊急訪問時は療養者教育の好機であるため療養者や介護者に具体的な教育を行う」対応をしており「緊急時の対策についてより具体的に指導を行い次回の緊急事態発生を予防する」ようしていた。

(ID:B) 包括的指示で先手必勝の分(薬剤)も置いとくけど(中略)先手必勝したくてもさせてもらえない家もありますよ。今、坐薬が必要なのにないとか(中略)「処方してもらってもいいですか」と促しても「ま

だ必要ないでしょ」とか言われたり。その後に処方が必要だったということになると「それみたことか」って思います。夜から（処方）スタートっていうのもあります。うふふ。NOって言われたら無理ですよ。

(ID:F)「何で朝連絡ないねん、って。なんで今やねん」っていうところですかね（中略）朝に病院でも連れて行ってたらね、また違っただろうなと思ったんだけど、それを言うてもね、仕方がないから（中略）そういうことが一回あって帰ってきたら（退院してきたら）「こういう時は」っていう説明をしています。

V 考察

熟練訪問看護師は緊急電話への対応として、療養者に起こり得る緊急事態を事前に予測し、緊急事態を回避するための準備や行動をしていることが明らかになった。ここでは、結果から明らかになった特徴的な訪問看護師の緊急電話対応の判断と行動、つまり「病状予測」「訪問すべき事象」「緊急電話のアセスメント」「地域住民を含めた多職種連携」に関して考察する。

1. 病状予測

藤倉らの研究では¹⁴⁾ 訪問看護師は定期訪問において事前に予測できる症状を説明し、対処方法を指導するとともに夕方確認の電話を入れる、電話待機者に対しては毎日夕方ミニカンファレンスを開いて症状変化の療養者を申し送り、適切な対応ができるように同行訪問での状況把握を綿密に行っている。今回の研究でも熟練訪問看護師は＜呼吸困難時は酸素流量を上げる、医療用麻薬を使うことなどを説明しておく＞＜毎朝、全員揃ってミーティングをし緊急電話に備えた情報共有をする＞＜緊急時対応ができるように初回は複数の訪問看護師で訪問したり、日頃から緊急事態に備え準備しておく＞など緊急電話が予測される療養者についても想定していることが明らかになった。訪問看護師が不必要な緊急時訪問をしなくて済むという以前に療養者が不必要な緊急電話をかけなくてもいいように予測される病状に対して訪問看護師が療養者への指導を含め万全の備えをしていることが分かる。ただしそれ以外にも緊急事態が起こることもあり得る。中野らの研究では⁵⁾ 「平時からリスク管理を行うことにより、判断に必要な情報が予測的に収集されており情報収集の視点をもって、電話通報から療養者の健康情報を収集する。しかし、介護者による通報情報は客観性に欠ける情報や不足情報があるため、介護者による通

報情報の客観性を高め、（介護者から）不足情報を補うことを行い、介護者以外から情報を収集する。そして収集した情報の内容を整理し、生命の危険性を最優先し安全第一に判断する」というプロセスを得ている。今回の研究でも熟練訪問看護師らは電話口での療養者や介護者の声の様子、表現方法などで緊急性が高いかどうかを判断し訪問するかどうかを決定していた。

2. 訪問すべき事象

緊急性が高い時はもちろん、電話口の情報ではアセスメントできず判断に迷う時、療養者や介護者では対応困難と判断した時も訪問していた。それ以外にも本研究の対象者である熟練訪問看護師らは緊急性が高くなくても不安や苦痛が大きく訪問看護師の対応で軽快が見込まれる場合は訪問していた。これは療養者の病気だけでなく、生活全般を見守る訪問看護師特有の職業倫理と責任感であり、「訪問看護師にはその人の苦痛を和らげたいという基本的な願望がある¹⁵⁾」というトラベルビーの語りとつながる。夜間・休日の緊急時に訪問することが信頼関係を構築するために必要であること、この心理的支援こそが、その後の療養支援にも効果的であると判断し緊急訪問していた。また緊急訪問時は療養者や介護者教育の好機であり、療養者や介護者に緊急時のイメージを伝えることで、今後起こり得る同様の緊急電話を回避でき支援にもなると判断するからである。中野らの研究⁵⁾ で「平時からリスク管理を行う」ことが示されているが、これは模擬事例の分析によるものであり、本研究では、実際の療養者に対し緊急訪問を決断する判断の様子を明らかにできた。

3. 緊急電話のアセスメント

インタビューでは療養者の転倒について語る訪問看護師が多くいた。訪問看護を利用する療養者は高齢者が多くADLが低下しており、訪問看護師は訪問時に見た室内環境も併せて療養者の転倒を予測していた。しかし、転倒しないための環境整備や福祉用具の導入など訪問看護師が提案しても療養者や介護者の同意が得られなければ勝手に状況を変えることはできない。訪問看護師は療養者の意志を尊重すべきか、安全・安楽を守るべきか、どちらを優先させるか倫理的ジレンマに悩んでいた。熟練訪問看護師はその能力から転倒以外にも癌性疼痛の出現など療養者の苦痛も予測しているが「先手必勝の方略を立てたくてもさせてもらえない家もある」と語る。その場合、まずは療養者の

希望を十分傾聴し、意志を尊重しながらいざ緊急事態が起こった場合に適切に対応ができるようあらかじめ教育的な備えをしていることが明らかになった。

また、複数の熟練訪問看護師は、「待つ姿勢」を通して療養者との信頼関係を築いていくとも語っていた。ベナーは教育をするとき「達人訪問看護師は自分の態度、声の調子、ユーモア、技能、またさまざまなアプローチを使う¹⁶⁾」と述べており、本研究の熟練訪問看護師らも実践の中で、その熟練の技を駆使しながら療養者が学習を受け入れる準備ができた時期を見逃さず関わっていることが明らかになった。

4. 地域住民を含めた多職種連携

訪問看護師にとって緊急電話の電話口は医療的知識を持たない療養者や介護者からの少ない情報が入る重要な情報源であり、療養者にとって緊急電話は救命の命綱である。その対応により療養者がその後も希望する在宅療養生活を安心して継続できるかどうかの分け目となる。訪問看護の実践には療養者の健康と生活を守る職業倫理と責任感が存在し、訪問看護師にはその役割がある。在宅療養者に比べ訪問看護に従事する人材が極めて不足している状況で、医療依存度が高い療養者の緊急時対応や看取りを行う訪問看護師は、24時間対応に負担を感じている¹⁷⁾。吉田らの研究でも¹⁸⁾訪問看護は単独訪問が多く、緊急訪問時は療養者の生命状態に関わる重要な判断をしており、訪問看護師一人で療養者の問題を背負い込み、自身の未熟さを感じ

離職することや、柏木らの研究でも¹⁹⁾単独訪問し一人でケアを実践することへの不安や責任の重さが職場定着を困難にしていることが明らかになっている。川島²⁰⁾や東²¹⁾は訪問看護師が行うリフレクションの重要性を述べている。看護実践を振り返ることは、実践に潜む価値や意味を見出し、それを次の実践に生かす意味でも、生きがいや自尊感情、自己効力感の維持にも非常に重要な活動であると言える。これらの重責に対応できるよう、緊急電話が予測される病状や状況に備えた看護師の事前の行動のみならず、緊急訪問対応後に振り返りをし、どうすれば良かったのか、次はどう対応するかなど繰り返し話し合うことで緊急時対応ができていると語る熟練訪問看護師もいた。以上のことから電話口でひとりで判断し対応することを支えるためには、その判断や行動を訪問看護師はもちろん医師らを含めた在宅支援チームで振り返り、さらに良い実践となるよう話し合うことでチーム全体を成熟させ、訪問看護師を育てることになると考える。積み上げた経験を次の24時間対応に生かすことが新人訪問看護師や経験の浅い訪問看護師への教育的役割を果たし、24時間電話対応を含めた訪問看護という仕事へのモチベーションを持ち続けることに繋がると考える(図1)。

VI 研究の限界と課題

本研究は、全国一万箇所以上ある訪問看護ステー

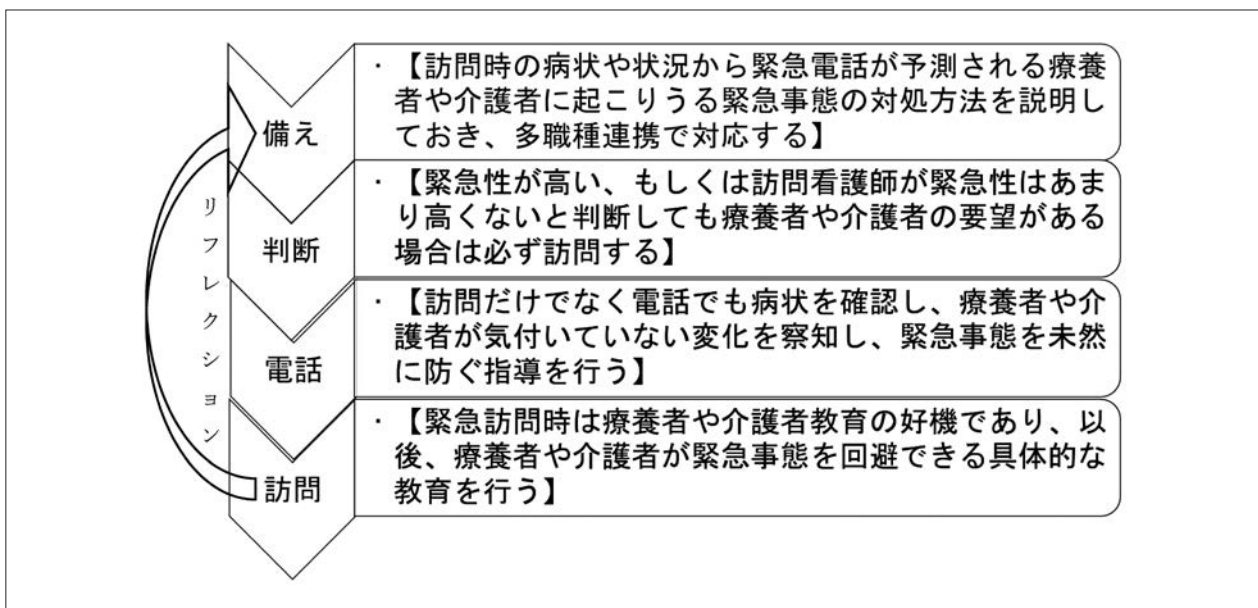


図1. 4つのカテゴリーの関連性

ションの中でA県の限られた地域の熟練訪問看護師8名に対する1回のインタビューによる語りである。訪問看護師の24時間対応における緊急電話の判断と行動には今回明らかにできていないもっと多くの判断と行動があると考えられる。

今後ますます増加する高齢者に、訪問看護師だけが24時間対応の看護をするには限界がある。他の専門職との共助だけでなく、療養者や介護者による自助が発揮できるよう効果的な教育を継続して行うこと、民生委員や宅配業者など近隣住民による互助、行政による公助も含め地域全体で支えあう仕組み作りが課題である。

Ⅶ 結論

本研究によって明らかになった新しい知見は、以下の3点であった。

1. 熟練訪問看護師らは電話口での療養者や介護者の声の様子や表現方法などで緊急性が高いかどうかを判断し訪問するかどうかを決定していた。
2. 緊急性はないと思われる場合でも不安や苦痛が大きく訪問看護師の対応で軽快が見込まれる場合は、訪問していた。
3. 緊急訪問時を好機と捉え今後緊急事態発生を療養者や介護者が予防でき、自助が発揮できる教育的関わりを行っていた。

Ⅷ 謝辞

本研究に快くご承諾いただき、またご多忙中にもかかわらず貴重な体験をお話くださいました訪問看護師の皆様に深謝いたします。

本稿は、兵庫医療大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものである。また、第25回日本在宅ケア学会学術集會にて発表したものである。

文献

- 1) “統計情報・白書。”平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況。厚生労働省。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/03byouin29.pdf,(参照2019-02-16)。
- 2) 大須賀恵子, 河崎文美, 水野多喜子, 他。時間外電話相談充実のための効果的な対応方法の検討。訪問看護と介護。2005, vol.10, no.8, p.659-665。
- 3) “統計情報・白書。”平成30年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況。厚生労働省。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18/dl/kekka1.pdf,(参照2020-08-25)。
- 4) 須永恭子, 田村須賀子。訪問看護師が捉える看取りの課題とその背景に関する検討。Hospices and Home Care, 2014, vol.22, no.1, p.21-30。
- 5) 中野康子, 川村佐和子。緊急電話受信時における訪問看護師の看護判断—看護判断プロセスに焦点を当てて—。日本在宅看護学会誌。2018, vol.6, no.2, p.45-59。
- 6) 菊地由紀子, 石井紀子。訪問看護師の夜間オンコール業務と負担感および睡眠への影響。産業衛生学雑誌。2016, vol.58, no.6, p.271-279。
- 7) 小松山美子。訪問看護師の職業性ストレスの実態とニーズ。訪問看護と介護。2011, vol.16, no.4, p.312-318。
- 8) 信平牧子, 島内節, 清水洋子。在宅ケア機関の24時間体制と訪問看護師の負担感に関する研究。日本看護学会論文集地域看護, vol.35, no.46, p.131-133。
- 9) 公益社団法人日本看護協会医療政策部。“2014年訪問看護実態調査報告書” https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf,(参照2019-04-14)。
- 10) 御厩美登里。訪問看護師の職務継続意向に関連する要因。日本在宅ケア学会。vol.18, no.2, p.37-45。
- 11) 野中郁次郎, 紺野登。知的創造の方法論。東京, 東洋経済新報社, 2003, 281p。
- 12) 中野康子, 川村佐和子。緊急電話受信時、訪問看護師が看護アセスメントに用いた情報の分析。日本看護学会誌, 2016, vol.4, no.2, p.41-51。
- 13) 一般社団法人兵庫県訪問看護ステーション連絡会。“ブロック一覧” http://h-houkan.jp/block/index.html,(参照2019-04-28)。
- 14) 藤倉貴子, 桑原和子, 大橋明美, 梅津由美子, 佐藤美幸, 新田富美子, 高橋時子。訪問看護ステーションにおける24時間電話連絡体制—電話相談及び臨時訪問・アンケート調査の分析—。三友堂病院医学雑誌。2001, vol.2, no.1, p.8-19。
- 15) JOYCE TRAVELBEE。人間対人間の看護。東京, 医学書院, 1974, 344p。
- 16) Patricia Benner。ベナー看護論。新訳版, 東京, 医学書院, 2005, 269p。
- 17) 須永恭子, 田村須賀子。訪問看護師が捉える看取りの課題とその背景に関する検討。Hospices and Home Care。2014, vol.22, no.1, p.21-30。
- 18) 吉田美穂, 古城幸子。A県訪問看護師の離職意識の現状と影響要因。新見公立大学紀要。2015, vol.36, p.113-117。
- 19) 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。2009, vol.32, no.4, p.209-217。
- 20) 川島みどり, 杉野元子。看護カンファレンス。第3版, 東京, 医学書院, 2008, 184p。
- 21) 東めぐみ。看護リフレクション入門。東京, ライフサポート社, 2009, 181p。