

2023 年 12 月 8 日

2023 年度聖路加国際大学大学院看護学研究科  
博士論文

訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制および  
態勢づくりのマイクロ・エスノグラフィー

Micro-Ethnography of the Creation of a Nursing System and Preparedness  
for On-Call Support in a Visiting Nurse Office

20DN006

氏名 立川 尚子

## 目次

第1章 序論 .....	1
I. 背景 .....	1
II. 研究目的 .....	2
III. 研究の意義 .....	2
IV. 用語の定義 .....	2
第2章 文献検討 .....	4
I. 病院・診療所におけるオンコール対応とオンコール体制づくり .....	4
1. オンコール対応およびオンコール体制の概要 .....	4
2. オンコールをめぐる課題 .....	5
3. 人口構造の変化と働き方改革 .....	5
4. オンコール体制づくりのアウトカム .....	6
5. まとめ .....	6
II. 訪問看護事業所におけるオンコール対応と体制づくり .....	7
1. 訪問看護事業所の概要 .....	7
2. オンコール対応およびオンコール体制の概要 .....	7
3. オンコールをめぐる課題 .....	8
4. 訪問看護事業所におけるオンコールの論点 .....	9
III. 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の概念分析 .....	10
1. 概念分析の方法 .....	10
2. データ収集方法 .....	10
3. 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の属性 .....	11
4. 先行要件と帰結 .....	12
5. 予備研究への示唆 .....	14
IV. マイクロ・エスノグラフィーにおけるフィールドワーク .....	15
1. マイクロ・エスノグラフィーの記述を目指す研究のプロセス .....	16
2. 認識論上のポジショニング .....	16
3. 構成主義に基づく認識論に依拠した解釈的アプローチ .....	17
4. フィールドとの関わり方 .....	17

5. 看護研究におけるエスノグラフィー .....	18
V. 組織文化や職場文化に関する研究 .....	19
1. 組織風土と文化 .....	19
2. チーミングと心理的安全性 .....	19
3. 心理的安全性を高めるリーダー行動 .....	20
4. 訪問看護事業所における職場文化への示唆 .....	20
第3章 予備研究 .....	22
I. 研究方法 .....	22
II. 研究の対象 .....	22
III. データ収集期間 .....	22
IV. データ収集方法 .....	22
V. 分析方法 .....	23
VI. 研究結果 .....	24
1. 訪問看護事業所の概要 .....	24
2. A 訪問看護事業所の看護方針 .....	24
3. 研究参加者 .....	25
4. オンコール体制の概要 .....	25
5. A 訪問看護事業所の看護体制の概要 .....	26
6. 本研究にむけた示唆 .....	36
第4章 研究方法 .....	42
I. 研究デザイン .....	42
II. 研究目的 .....	42
III. 方法 .....	42
1. 研究方法 .....	42
2. 研究対象者 .....	42
3. 施設と研究対象者のリクルート方法 .....	43
4. データ収集期間 .....	44
5. データ収集場所 .....	44
6. データ収集方法 .....	44
7. データ収集項目 .....	46

8. 分析方法.....	47
IV. 有害事象の取扱.....	48
V. 研究における倫理的配慮.....	48
第5章 研究結果.....	51
I. 訪問看護事業所の概要.....	51
1. A 訪問看護事業所の概要 .....	51
2. 研究参加者 .....	51
3. 訪問看護の実施状況.....	51
4. オンコール対応を担うための人員体制 .....	53
II. A 訪問看護事業所におけるオンコール対応.....	54
1. 訪問看護開始までの流れとオンコール対応の準備 .....	54
2. A 訪問看護事業所におけるオンコール対応の状況 .....	54
3. はじめてオンコール対応を経験する訪問看護師たちの語り .....	55
4. オンコール対応と態勢、看護体制づくりに関するリーダー看護師の語り .....	60
III. A 訪問看護事業所における緊急訪問の実際 .....	62
1. B さん宅への緊急訪問 .....	62
2. 療養者や家族にとってのオンコール要請とは何か .....	66
3. A 訪問看護事業所における頻繁なオンコール要請に対する許容 .....	68
IV. A 訪問看護事業所におけるカンファレンスの実際 .....	71
1. 療養者や家族に関するやり取り .....	72
2. メンバーが支援に不安や困難を感じた時のやり取り .....	74
3. 支援への困難感と看護方針のすり合わせ .....	75
4. A 訪問看護事業所におけるリーダー行動.....	77
第6章 考察 .....	89
I. 訪問看護事業所における看護の提供.....	89
1. 療養の時期と看護の提供との関係.....	89
2. 訪問看護事業所におけるオンコール要請回数と当番看護師の負担.....	90
3. 頻繁なオンコール要請の許容と看護体制および態勢づくり .....	92
4. オンコール対応とはどのような実践か .....	92
II. オンコール対応を行なう看護体制や態勢づくり .....	93

1. 看護体制や態勢を「判断する場」の確保.....	93
2. 看護体制や態勢づくりを促進させるリーダー行動 .....	94
3. 他訪問看護事業所における研究成果の活用について .....	96
III. 本研究の限界と今後の課題.....	97
第7章 結論 .....	101
引用文献 .....	102
資料1 管理者用研究説明文書 .....	107
資料2 職員用研究説明文書 .....	115
資料3 同意書.....	123
資料4 同意撤回書 .....	124
資料5 療養者および家族介護者用：研究への協力依頼文書 .....	125
資料6 インタビューガイド .....	126
謝 辞 .....	127

## 図目次

図 1 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の先行要件・属性・帰結 .....	14
図 2. 事業所の様子 .....	40
図 3. A 訪問看護事業所におけるオンコール対応の流れ .....	53
図 4. 利用契約書の一部（介護保険） .....	87
図 5. オンコール対応の契約時、療養者らに渡される専用ダイヤル .....	88
図 6. カンファレンスルームの様子 .....	88
図 7. 療養の時期と訪問看護の提供およびオンコール対応との関係図 .....	99
図 8. 看護体制および態勢づくりとの関係と成果に関する概念図 .....	100

## 表目次

表 1. 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の属性 .....	13
表 2. リーダーシップの 12 行動 .....	21
表 3. 研究参加者（予備研究） .....	39
表 4. A 訪問看護事業所で利用しているアプリケーション .....	41
表 5. 研究参加者 .....	86
表 6. インタビューリスト .....	86

## 第1章 序論

### 1. 背景

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」によると、2025年における訪問看護職員の需要推計は12万人であるが、就業者数は約5万人と人員獲得に難渋している(厚生労働省, 2019)。訪問看護事業所は、24時間体制での対応が求められていることから、人材不足を背景とした看護体制づくりにおいて、オンコール対応を継続することが課題のひとつとなっている。

オンコールとは、呼び出しにすぐに対応できるよう、待機している状態を指し、医療・介護従事者はオンコールに対応する者として、治療や療養の場からの相談や連絡に対応したり、治療や療養の場へ赴き対応したりする業務の一形態である。訪問看護事業所においても、主に訪問看護師がオンコールに対応する者として相談や連絡に応答したり、療養者宅へ訪問したりするが、ことに看取りや介護負担に関するオンコール対応については、在宅療養の質に関連することから、訪問看護事業所がオンコール対応の質を担保するために看護体制を整備することが求められている。しかしながら、これまでオンコール対応を行なうための看護体制づくりや、臨時的に柔軟な対応ができることやそのような対応ができるよう事前に準備を整えておく、いわゆる態勢のあり方に焦点を当てた研究は行われておらず、訪問看護事業所の管理者は、オンコール対応に伴う訪問看護師のストレス(内野, 笹野, 村山, 正野, 2016)や業務負担と対峙しながら、看護体制や態勢づくりに孤軍奮闘しているところである(岩本, 2018; 椎名, 寺田, 眞鍋, 2018)。

そこで本研究は、訪問看護師がオンコール対応し続けられる看護体制や態勢のあり方とは何であるかを探求することを目的に、看護体制とは看護を提供するための組織だったしくみであることから、組織研究を概観することから着手した。

産業・組織心理学領域では、組織のチームワーク発揮には、行動や共有された知識と組織がもつ規範(職場文化)を融合することが重要としているが(山口, 2020)、黙示的な規範(人間関係における暗黙の了解や関係性)は、明示的な規範(理念や規則)以上に影響力があるため、組織変革の障壁にもなり得ると考えられている(白髪, 2016)。

一方、Edmondson(2009, 2014, 2021)は、組織づくりには、チームング: Teaming と心理的安全性: Psychological Safety の両者が必要であるとしている。チームングとは、ダイナミックな協働であり、専門性や地位等を越えて一致協力するスキルや、メンバーが交代しても生じる協働的な学習活動やプロセスである。また心理的安全性とは、職場内でメンバ

ーが率直に意見や質問したり、助けを求めたりしても、対人関係のリスクがないと共有された職場文化である (Edmondson, 2021)。

以上の知見から、訪問看護師がオンコール対応し続けられる看護体制や態勢づくりにおいて、ダイナミックな協働と職場文化の与える影響は大きいのではないかと考えられ、このような研究上の問いを踏まえて、本研究を進める。

## II. 研究目的

訪問看護事業所においてオンコール対応を行なう看護体制や態勢づくりはどのように捉えられ、それらがどのような関係にあるかについて以下の目標により明らかにする。

1. 訪問看護事業所におけるオンコール対応とは、どのような実践かを記述する
2. 看護体制や態勢づくりがオンコール対応にどのように関係しているか、またオンコール対応が看護体制や態勢づくりにどのように影響を与えているかを記述する

## III. 研究の意義

オンコール対応を行なう看護体制および態勢づくりを記述することは、訪問看護事業所の管理者にとって、看護体制や態勢づくりを検討するための一助となる。また、看護師にとっては、役割を再認識し看護体制や態勢づくりに参画することや、継続した看護実践を可能とさせることへの一助となる。

## IV. 用語の定義

先行研究におけるオンコール対応の取り扱われ方は様々であることや、予備研究からの結果を踏まえ、本研究では、以下のように各用語を取り扱うこととする。なお、オンコールとは、対応する側が使用する言葉であるが、本研究が取り扱う訪問看護事業所における「オンコール対応」とは、在宅療養開始時に、療養者や家族介護者と訪問看護事業所間で「相談や連絡、または療養者宅(治療や療養の場)への訪問要請に訪問看護師が常時対応する」対応の範囲を合意の上で交わされる現象であることから、療養者等が訪問看護師に対して相談や訪問要請することを便宜的に「オンコール対応を要請する」としている。

### 1. オンコール

相談、連絡、または治療や療養の場への呼び出しにすぐに対応できるよう、待機している状態。業務の一形態



## 2. オンコール対応

オンコールに対応する者が、オンコール対応を要請する者からの相談や連絡、または治療や療養の場への呼び出しに、夜間・休日に限らず常時対応すること。本研究では、訪問看護師がオンコール対応を要請する者からの相談を受け対応することや、訪問要請を受けて訪問を実施し終えるまでをオンコール対応の範囲とする。

## 3. オンコール対応を要請する者

療養者(患者)・家族介護者、オンコール対応を行なう者が所属する施設(病院・診療所・訪問看護事業所)の職員、または療養者(患者)に関係する施設外の者とする

## 4. 看護体制

看護を提供するための、人員配置、運営に関連する理念、目的、規則、ルール等の組織だったシステムや組織的対応

## 5. 態勢

組織上決められていない事柄や状況の際に、臨時的に柔軟な対応ができる状態。また、臨時的に柔軟な対応ができるよう、事前に準備を整えておくこと

## 6. 定期訪問

あらかじめ計画した日の時間帯に療養者宅におもむき、看護を提供すること

## 7. 臨時的な訪問

定期訪問の計画を立て直して、看護を提供すること

## 8. 緊急訪問

オンコール対応の要請があった際、訪問看護師が療養者宅におもむき、看護を提供すること

## 9. リーダー看護師の行動

本研究では、メンバーへ助言や指導をする役職を担う看護師(看護体制)と、役職が無くても管理者がメンバーへの助言や指導に必要な臨床判断が行えると判断し、サブリーダーとしての役割を付与された看護師(態勢)の行動が役職を担う看護師へ補完的に機能していることから、合わせて取り扱う

## 第2章 文献検討

相談、連絡、または呼び出しにすぐに対応できるよう待機する状態を指すオンコールは、訪問看護事業所だけではなく、病院、診療所、介護施設等でも行われている業務形態のひとつである。多くの医療・介護従事者にとってオンコール対応とは、オンコール対応を行なう者が、主に夜間休日に相談や連絡を受けたり、治療や療養の場(病院・介護施設等)に呼び出されたりする業務と認知されているが、本研究の実施にあたり、改めてオンコール対応を概観した上で、治療や療養の場ごとのオンコール体制のあり方を整理する必要があると考えた。

そこで本項では、まず、病院・診療所におけるオンコール対応やオンコール体制を概観し、オンコール対応とはどのような現象であるかを把握することとした。

### 1. 病院・診療所におけるオンコール対応とオンコール体制づくり

#### 1. オンコール対応およびオンコール体制の概要

病院においては、救急外来や手術室、様々な病棟が、オンコールにおける治療(療養)の場として研究の対象となっている。

オンコールに対応する者については、医師、看護師、助産師、検査技師等であり、オンコール対応と考えられる場面については、入院患者の病状変化時に、オンコールに対応する者としての主治医が、オンコールを要請する者である病棟看護師から、相談や連絡、呼び出しを受けて対応する場面や、救急外来での患者対応への応援を求め、オンコールを要請する者である看護師や医師が、院内または院外にいる同僚をオンコールに対応する者として呼び出す場面などが挙げられている(世古田ら, 2020)。

また、病院におけるオンコールには、ナースコールも挙げられる。ナースコールにおける看護師の対応を解釈する研究では、コールが頻回な ALS 患者への対応を肯定的に捉える看護師の関わりには、目先の具体的な要求に応えるだけでなく、同時に患者の不安な状態を踏まえて応答すること(長谷川, 小林, 2022)や、ナースコールの多機能化に着目した研究では、段階的にチームを呼び出す機能や、患者の転倒や離床を感知するセンサとナースコール接続による通知機能等の多機能化が、オンコール体制づくりを整備することが報告されている(玉木, 2003)。

人員体制については、オンコールに対応する者である医師が、院内で待機する当直医制

(藤原ら, 2020)、主治医が勤務時間外であってもオンコール要請に対応する主治医制(世古田ら, 2020)、他の業務を行う従事者が治療の場に呼び出されて対応にあたる体制(清水, 高橋, 2015)、自宅待機する従事者が治療の場に呼び出されて駆けつける体制(清水, 高橋, 2015)が報告されている。

一方、在宅療養支援病院・診療所においては、2012 年に看取りや臨時的な診療である往診の役割を充実させる、機能強化型の要件が創設されている。機能強化型の要件とは、看取りや往診に対応することの他、複数の診療所が連携してオンコール対応を充実させる体制をとることであり(松崎ら, 2013)、地域医療においては、病診連携としてオンコール対応を行なう体制づくりが推進されている(厚生労働省, 2021)。また、機能強化型の体制をとる病院・診療所では、従来の体制をとる病院・診療所に比べ、往診や在宅での看取りに対応できることや、在宅療養から入院に至る患者数が少ないことが報告されているが(孫ら, 2022)、このような体制をとる病院・診療所数は、562 施設・3,358 施設(令和元年調査: 厚生労働省, 2021)と限定的であり、施設間でのミーティングや情報共有などの態勢づくり、最初に対応を受ける施設の負担などが、施設増加のハードルとなっている(松崎, 2013)。

## 2. オンコールをめぐる課題

病院におけるオンコールをめぐる課題については、医師、看護師等の労働時間超過を巡る整備(いわゆる、医師の働き方改革)が背景となっており、ガイドライン(厚生労働省, 2017)では、使用者である病院が、オンコール対応を行なう医師、看護師等の労働環境を適切に把握することや、病院システムとしてのオンコール体制整備が示されている。

また、労働時間外のオンコール(待機する状態)時間と労働時間の関係については、医療機関・診療科ごとの義務様態(呼び出しの頻度、治療の場に到着するまでの時間、待機中の活動制限の程度)により、オンコールに対応する者の労働時間や労働環境を判断するものとなる。

## 3. 人口構造の変化と働き方改革

国が政策として、オンコール対応を含む医療システム整備を進める背景には、人口構造の変化として、2040 年までに高齢者数の増加および労働人口の減少が見込まれていることが挙げられ、加えて 2020 年から続くコロナ禍により、医療体制のひっ迫が喫緊の課題となっていることも挙げられる。なお、改革を推進するための整備に関する法律は、2020 年

から医療機関に適用されているが、医師については 2024 年 4 月からの適用にむけた審議が進められているところである(厚生労働省, 2020b)。

#### 4. オンコール体制づくりのアウトカム

オンコール体制づくりのアウトカムについては、興味深い内容が報告されている。

当直医制から、他科医師とのチームとしてオンコール体制づくりを行った診療科では、事前指示を明示しておく取り組みから、協力し合うことや情報共有する態勢づくりが強化されたとしている(藤原ら, 2020)。

一方、受け持ち患者に常時対応する主治医制を、病院全体の医師による輪番制へ移行したオンコール体制づくりでは、オンコール対応を行うための態勢づくり(こまめなショートカンファレンス、週間サマリー作成、臨時的対応のリスト化、注意を要する患者の口頭申し送り)と、対応困難時の人員体制を整備することで、時間外労働時間の減少やストレス低減、業務満足感や就労継続意思が抽出され、患者からも不安や要望は聞かれず、オンコールをめぐる体制および態勢づくりの成果としている(世古田ら, 2020)。

また、手術室看護師のオンコール体制づくりでは、緊急手術のオンコール要請が多い時間帯を業務時間に変更することで労働時間外にオンコール対応する機会が減少し、生活リズムやワークバランスが整うことで心身の負担が軽減したとしている(清水, 高橋, 2015)。

#### 5. まとめ

病院・診療所におけるオンコール対応とオンコール体制に関する文献検討から、オンコールについて知見を、改めて以下に取りまとめた。

まず、オンコールとは夜間休日に限定されるものではなく、オンコールに対応する者の労働時間内・外にみられる現象であるといえる。ここで、オンコールに対応する者とは、労働時間外における特定の従事者だけではなく、ナースコールや救急室の例のように、労働時間内において呼び出しにすぐに対応できる者も含まれると考えられ、オンコール対応を要請する者についても、患者に関係する者だけに限らず、患者(療養者)自身も含むと考えられる。

以上の整理から、オンコール対応とは、オンコールに対応する者がオンコール対応を要請する者からの相談や連絡、または治療や療養の場への呼び出しに常時対応することと考えられるが、オンコール対応し続けるためには、医療機関や診療科ごとにオンコール対応

のあり方は異なっている、業務状況に相応した体制や態勢づくりが必要と考えた。

さらに、体制や態勢づくりは、オンコール対応が要請される状況からも検討する必要があるだろう。一例として、ナースコールは患者の安寧が保たれない際に患者が対応を要請し、応答する看護師は即応的に患者の状況を推論し駆けつけるが、たとえ予見できない状況であっても臨時的に柔軟な対応を行なうこと(態勢)が求められる。しかし、このような対応が行えるためには、組織だった日常業務の与える影響は少なくないのではないだろうか。したがって、オンコール対応し続けるためのオンコール体制や態勢づくりとは、看護を提供するための組織だった体制づくりも必要であるし、臨時的に柔軟な対応を行なえる態勢づくりも必要であると考えられる。

病院・診療所のオンコール体制や態勢づくりに関する論文数は、20 程度と限られていたことに留意する必要があるが、以上の取りまとめから、訪問看護事業所におけるオンコール対応や体制づくりを概観することとした。

## II. 訪問看護事業所におけるオンコール対応と体制づくり

訪問看護事業所の運営や活動状況は、病院や診療所と比べ広く認識されているといえることから、まずは、訪問看護事業所の概要を述べた上で、オンコール対応やオンコール体制を概観する。

### 1. 訪問看護事業所の概要

訪問看護事業所は国内に約 13,000 ケ所あり、在宅療養する乳児から高齢者までを対象に看護を提供している。1 訪問看護事業所が支援する療養者数についての規定はなく、療養者数 100 人未満の事業所 80%、100 人以上の事業所 20%となっている(厚生労働省, 2021)。

訪問看護事業所あたりの訪問看護師数は、10 人未満 95%、10 人以上 5%で(厚生労働省, 2020)、約 90%の訪問看護事業所は土日祝日、早朝・夜間帯に臨時的な訪問とオンコール対応を行っている(一般社団法人全国訪問看護事業協会, 2019)。

### 2. オンコール対応およびオンコール体制の概要

オンコールに関する全国調査は、オンコール対応は訪問看護事業所の営業時間外となる夜間・休日に当番としてオンコールに対応する訪問看護事業所の運営状況を対象としている(一般社団法人全国訪問看護事業協会, 2019)。

まずオンコールに対応する者が夜間休日当番として待機する場所は、オンコール対応者の自宅とする訪問看護事業所 90%、当直室や事業所内とする訪問看護事業所 1.2%で、多くの訪問事業所が、オンコール対応者の自宅から対応する体制をとっている。

人員については、訪問看護師の他、46.7%の訪問看護事業所では管理者自身が(看護師または保健師)、夜間・休日に当番の一員としてオンコールに対応しており、1 日あたりの当番は 1 人体制とする訪問看護事業所 71.9%、1 月あたりでは 1-6 人で輪番制をとる訪問看護事業所 87.9%でオンコールに対応する体制をとっている(同調査より)。

次に、オンコール数については同調査では集計されていなかったが、オンコール対応により緊急訪問を実施した数が集計されており、1 か月あたりの緊急訪問実施数 10 回未満の訪問看護事業所 77.8%、10 回以上の訪問看護事業所 22.2%(調査対象 1 月のみのデータ)が夜間・休日に緊急訪問を実施している。

この他、訪問看護事業所におけるオンコール体制の特徴としては、訪問看護師の労働時間後に当番としてオンコール対応を行なうことが主流である。また、90%の訪問看護事業所が実施する土日祝日、早朝・夜間帯の臨時的な訪問とは、看取りや病状が不安定な療養者に対しての、日中の定期訪問以外に計画された訪問であり、療養者の状態に基づく臨時的な訪問を実施しながら、オンコール対応の要請にも対応する体制づくりを行なっている。

一方、緊急訪問実施については、訪問看護師は電話を受けた時点から臨床判断を行い、対応にあたる特徴が示されているが(中野, 川村, 2016, 2018; 角田, 2019)、適切に臨床判断するためには、訪問看護師と療養者、家族介護者が状態変化時の対応のあり方をあらかじめ話し合う看護実践を重ねることで、誤認や齟齬を最小限にオンコール対応を行えることが指摘されている(渡邊, 大竹, 小林, 2019; 角田, 2019)。

オンコール対応を行なう看護体制や態勢づくりを対象とする研究は見当たらなかったが、訪問看護事業所におけるオンコールをめぐる課題について検討することとした。

### 3. オンコールをめぐる課題

訪問看護事業所におけるオンコールをめぐる課題については、1 つめとして、人員体制に関する課題が挙げられる。先の調査でみたように、夜間・休日のオンコール対応に当番として従事する負担は小規模な訪問看護事業所では特に大きく(内野ら, 2016)、このような状況を見聞きする看護師が不安や負担感を懸念し転職先とすることを躊躇したり、断念したりすることも報告されている(桶河, 田村, 上野, 2012; 檜原, 真継, 2014)。一方、看護師

の就労環境改善を模索する管理者の一部は、自ら連日オンコール対応を引き受けることで解決策とすることも報告されており(厚生労働省, 2014)、訪問看護事業所にとって、慢性的な人員不足やオンコールに対応できる人材獲得は喫緊の課題となっているといえる。

2つめの課題としては、オンコール対応そのものに関する精神的・身体的負担が挙げられる。療養者や家族介護者へのオンコール対応時は視覚情報が無い環境下で判断を行なうこととなるが、対応する訪問看護師は、自身が適切に判断を行なうことについてのストレスを感じやすく(内野, 笹野, 村山, 正野, 2016)、当番日には不安や緊張から睡眠パターンの変調を来したり(菊地, 石井, 2016)、離職動機の一つになったりすることが指摘されている(桶河, 田村, 上野, 2012; 吉田, 古城, 2015)。

一方、療養者等からのオンコール対応を要請する内容に関しては、生活全般における些細な相談から、療養継続を左右する介護負担の相談や急激な病状変化による相談と幅広く(渡部, 渡辺, 2004)、オンコール対応を要請する頻度については、療養者がはじめて在宅療養を開始する時期にはオンコール対応を要請する頻度が増加することが報告されている(福田, 島内, 藤原, 2020)。また、がん終末期の療養者に関するオンコール対応には、鎮痛剤の追加投与への判断や療養者および家族介護者が抱える不安への寄り添い、臨死に近づく判断を行なう緊張感に加え、オンコール対応を要請する頻度が急増する傾向にあることから(川越, 松浦, 染谷, 大金, 2008)、オンコール対応を行なう訪問看護師は、精神的・身体的負担感を抱えやすいといえる。

#### 4. 訪問看護事業所におけるオンコールの論点

以上のことから、訪問看護事業所におけるオンコールについての論点を以下に整理した。

ひとつ目として、日中での看護実践(組織としての看護体制)や療養者に関する情報がどのように共有されること(態勢)が、実際のオンコール対応に関係するかを明らかにする必要がある。ここで、治療や療養の場としての療養者宅とは、その人の歩んだ人生が凝縮された場である点は病院で交わされるオンコール対応とは大きく異なる状況といえる。また、在宅療養の選択を「その人らしくある、ということの選択」と言い換えてみると、療養者・家族の生き様に踏み込むような内容についても看護の提供上必要と考えられるならば、共有する必要はあるが、他方で、そのような情報は日常の看護記録への記載が憚られたり、文章では伝わりにくかったりする特徴があるように思われる。しかし、そのような情報が療養に関する意味として看護師間で共有されるから、療養者・家族介護者はオンコール対

応を受けながら在宅療養し、個が尊重されながら看取りを迎えるのではないだろうか。

2 つ目としては、訪問看護事業所においても、改めてオンコールをめぐる組織的な体制と態勢づくりの両者が必要ではないかという点である。電話対応にみられるオンコール対応については、視覚情報が無い状況下であっても予見できることは対応可能だが、予見できない事柄については、臨時的で柔軟な対応を整える態勢づくりが特に必要と考えられた。

オンコールに対応するための態勢づくりに焦点を当てた先行研究は見当たらなかったが、以上の論点を踏まえ、オンコール対応を行なう訪問看護事業所の看護体制や態勢づくりを検討する試みとして、管理者による実践報告に着目し、訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制はどのような実践により構成されているかを検討することとした。

### III. 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の概念分析

#### 1. 概念分析の方法

看護研究における概念分析は、概念の基本要素を調べるプロセスとされているが、Walker & Avant は、特定の看護実践の基本要素を解釈する上で、その実践が生じるための先行要件および、帰結を関連させて基本要素が適切であるか確認する手順をとる概念分析法を提唱している(Walker & Avant, 2019)。抽出した看護実践の適切性を、先行要件と帰結との文脈で確認できることから、Walker & Avant の概念分析を採用することとした。

#### 2. データ収集方法

国内の文献は、医学中央雑誌(1990-2022 年)を用い、「在宅医療」「訪問看護」「電話」「オンコール」「看護体制」のキーワードをもとに検索した結果、40 文献が抽出された。海外の文献については、PubMed、Cochrane Library(1990-2022 年)を用い、「treatment at home」、「convalescence or recuperation」、「home health nursing or visiting care」、「telephone」のキーワードにより検索したが、日本の訪問看護事業所についての文献は該当がなかった。その中から、タイトルや要約を確認し、訪問看護事業所以外に所属する著者、訪問看護事業所の体制が言及されていない記述、重複文献を除外し、「訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制」が網羅的に記述された雑誌記事を含む 17 文献を分析対象とした。



### 3. 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の属性

訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の属性として【チームで共有する実践】【スーパーバイズする】【療養者・家族介護者の思いをつなげる電話対応】【多職種とつながる】【予測や見通しを立てる】【オンコールに備えた実践】【臨時的な対応を調整する】の7つのカテゴリーが抽出された(表1)。

【チームで共有する実践】とは、看護判断(椎名, 2018; 並木, 2018; 長濱, 2018; 門倉, 2010)、療養者の状態や方針(椎名, 2018; 眞鍋, 2018; 門倉, 2010; 岩本, 2018; 並木, 2018; 長濱, 2018; 野田, 2009; 岡藤, 2010)、対応したこと(椎名ら, 2018; 眞鍋, 2018; 岩本, 2018)、実践技術(椎名ら, 2018; 野田, 2009)の共有をタイムリーに行い(原子ら, 2018; 眞鍋, 2018; 並木, 2018; 岩本, 2018; 長濱, 2018; 團野, 2018; 門倉, 2010)、共有のシステム化(野田, 2009; 椎名ら, 2018; 椎名, 2018; 岩本, 2018)を図ることである。

【スーパーバイズする】とは、管理者・経験のある看護師が相談・指導・助言を行う(原子ら, 2018; 椎名, 2018; 椎名, 2018; 並木, 2018; 門脇, 2010)ことである。

【療養者・家族介護者の思いをつなげる電話対応】とは、療養者の遠慮や不安を押し量りながら(椎名, 2018; 眞鍋, 2018; 長濱, 2018; 椎名ら, 2018)療養経過を確認し(眞鍋, 2018; 長濱, 2018; 原子ら, 2018; 角田, 2019; 門脇, 2010; 門倉, 2010)、家族介護者の思いをエンパワメントする(團野, 2018; 長濱, 2018; 滝口, 2018; 角田, 2019; 門倉, 2010)ことである。

【多職種とつながる】とは、多職種から療養者の在宅療養を継続させるために、必要な情報を引き出す(眞鍋, 2018; 奥村ら, 2010)ことである。

【予測や見通しを立てる】とは、夜間の療養者の状態変化(椎名, 2018; 原子ら, 2018; 岩本, 2018; 椎名ら, 2018; 角田, 2019)を予測した上で、医師からの指示を受けておく(原子ら, 2018; 門倉, 2010)準備する一方、療養者の生活を見通す(椎名ら, 2018; 原子ら, 2018; 岩本, 2018)ことである。

【オンコールに備えた実践】とは、実践的な対応にむけた確認(椎名, 2018; 原子ら, 2018; 並木, 2018; 眞鍋, 2018; 門倉, 2010)を行ったり、誰もが臨時的に対応する心構え(椎名, 2018; 眞鍋, 2018; 並木, 2018; 原子ら, 2018; 野田, 2009; 椎名ら, 2018)をもち、療養者(椎名ら, 2018; 角田, 2019)や家族介護者(滝口, 2018; 岩本, 2018)と対応を考える一方で、すべての看護師が訪問看護業務に自立する(岩本, 2018; 野田, 2009; 門倉, 2010)ことである。

【臨時的な対応を調整する】とは、検討した対応が、療養者の状況にそぐわない場合、柔軟に対応を修正し(並木, 2018; 椎名ら, 2018; 長濱, 2018; 原子ら, 2018; 門倉, 2010)、タ

イムリーに対応(長濱, 2018)を行なうことである。

#### 4. 先行要件と帰結

##### 1) 先行要件

先行要件とは、「概念が発生する前に発生するか、発生しなければならない出来事や事象」であり、概念を文脈として理解することや定義属性を洗練させる目的がある(Walker & Avant, 2019)。属性の解釈から、訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の先行要件には、【在宅生活を望む療養者と家族介護者】【在宅支援の共通目標】を抽出した。

【在宅生活を望む療養者と家族介護者】とは、様々な疾患や障害を有しながらも、〈療養生活への思い〉と〈心身の養生〉を求める療養者と家族介護者のことである。【在宅支援の共通目標】とは、〈訪問看護事業所〉における支援目標が〈取り巻く多職種〉間でも共有されることである。

##### 2) 帰結

帰結としては、【すべての安心がつながる】【療養環境の整備】が抽出された。【すべての安心がつながる】とは、療養者-家族-看護師-多職種間の〈協働による安心〉が担保され、今後も〈協働がつながる〉ことである。【療養環境の整備】とは〈療養者・家族介護者の意思が尊重される〉環境が整備され、〈事業所体制が強化される〉ことや〈多職種協働が強化される〉ことにつながることである。

以上から、訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の先行要件・属性・帰結の関係を図1に示した。

表 1. 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の属性

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
チームで共有する実践	看護判断の共有	看護師が一人きりで判断しない(椎名, 2018) 判断・行動はチームとしての判断する(椎名, 2018; 門倉, 2010) 全体で共有し、責任をもつことを伝えている(並木, 2018) 判断に迷う場合は当番同士で相談し合う(長濱, 2018)
	療養者の状態や方針の共有	スタッフ全体で各利用者の状態を共有する(椎名, 2018; 門倉, 2010) 情報共有の頻度を上げる(眞鍋, 2018) 年齢・専門に多様性のあるチームを結成する(岩本, 2018) 夜間対応は翌朝ミーティングで共有する(並木, 2018; 長濱, 2018; 野田, 2009) 全体で今後の経過を検討し、対応方針を固める(椎名, 2018; 門倉, 2010; 岡藤, 2010) 緊急電話・訪問の必要性が生じない状況をみんなで考える(椎名ら, 2018)
	対応したことの共有	毎朝のミーティングで昨晩の緊急電話・出勤などを話し合う(椎名ら, 2018) 対応の振り返りや適切な対応を話し合う(椎名ら, 2018; 眞鍋, 2018) 緊急対応の記録はSNSで共有(岩本, 2018) 緊急受信時、定期訪問やフォローの不足を考える(椎名ら, 2018)
	実践技術の共有	相手の言葉から、予測を伝えるテクニックを共有する(椎名ら, 2018) 関わり方のコツを教える(野田, 2009) 手順書を元に情報共有や伝達を行う(野田, 2009)
	タイムリーに共有する	関係機関の報告(原子ら, 2018; 眞鍋, 2018) 携帯電話やメール、SNSで適宜実施(原子ら, 2018; 並木, 2018; 岩本, 2018) 状態に波がある利用者の情報共有を増やす(眞鍋, 2018) 夜間帯でもあらかじめ共有した電話をケアマネにする(長濱, 2018) 当番の看護師へ伝達を行う(長濱, 2018)(眞鍋, 2018) 電子カルテ、朝、ランチ、口頭、様々な場面で共有を図る(圓野, 2018; 門倉, 2010)
	共有のシステム化	情報共有をシステム化する(野田, 2009; 椎名ら, 2018; 椎名, 2018; 岩本, 2018)
	管理者・経験ある看護師が 相談・指導・助言を行う	管理者が利用者の状況をスーパーバイズする(原子ら, 2018; 門脇, 2010) 管理者や先輩看護師が、報告内容から訪問を提案する(椎名, 2018) 電話対応内容を管理者・上級看護師と共有(椎名, 2018) 経験が浅い看護師の報告から、経験ある看護師が利用者の不安を判断する(椎名ら, 2018) 非常勤に賃金を確保し、朝ミーティング参加を促す(並木, 2018)
	療養者の遠慮や不安を推し量る	電話対応時「今からお伺いいたしましょうか」と一言そえる(椎名, 2018) 必要時、追加訪問を提案する(眞鍋, 2018) 訪問時「いつでも連絡してください」と声をかける(眞鍋, 2018) 電話対応時、まず名前を呼び安心させる(長濱, 2018) 在宅療養中の利用者の問題を知る(長濱, 2018) 不安から長電話となる傾向もある(椎名ら, 2018)
	療養者・家族介護者の 思いをつなげる電話対応	適宜電話で状況を伺う(眞鍋, 2018; 長濱, 2018; 門倉, 2010; 門脇, 2010) 夜の不測の事態を見越し夕方電話を入れる(椎名ら, 2018) メールを使える利用者さんに、メールで連絡を入れる(原子ら, 2018) 寂しさや不安を傾聴することを特有の支援ニーズと認識する(角田, 2019) 「連絡できるところがある」という事実が利用者の支え(原子ら, 2018) 精神の利用者は訪問は拒否的でも24時間対応は希望する(原子ら, 2018)
	家族介護者の思いを エンパワメントする	緊急電話で事務的なことを急を要さない事でも傾聴する(圓野, 2018) 状態変化やその時の対応について説明と理解を得る(圓野, 2018) 医療機器や急変等の対処方法について説明しておく(圓野, 2018; 門倉, 2010) 緊急到着を遅めに伝え、待つ不安を増長させないよう配慮(長濱, 2018) 家族と使う言葉を電話で使う(滝口, 2018) 家族からの電話ではエンパワメントを行なう(角田, 2019) 訪問までの間にできる対処方法を伝える(長濱, 2018)
多職種とつながる	多職種から情報を引き出す	多職種から連絡してほしい内容を具体的に伝える(眞鍋, 2018) ヘルパーに「相談や困った時いつ連絡をしても構わない」と伝える(眞鍋, 2018) ヘルパーからの連絡に、感謝の言葉を伝える(眞鍋, 2018) ヘルパーの連絡で早い段階から介入しやすくなる(眞鍋, 2018) 連携会議に参加する(奥村ら, 2010)
	夜間の療養者の状態変化	訪問時、緊急対応の可能性を予測する(椎名, 2018; 原子ら, 2018; 岩本, 2018) コールゼロではなく、対応を想定しマネジメントする(岩本, 2018) 在宅での生活に慣れるまで、電話や訪問は多くなりがち(椎名ら, 2018) クライシスプランを立てておく(角田, 2019; 椎名ら, 2018)
予測や見通しを立てる	医師から指示を受けておく	主治医から事前に相談し指示を受けておく(原子ら, 2018; 門倉, 2010)
	療養者の生活を見通す	利用者の24時間の生活にまで責任をもって考える(椎名ら, 2018) 導入期から、丁寧に24時間を見通したケアを検討する(椎名ら, 2018) 24時間みるつもりで関わる(原子ら, 2018; 岩本, 2018)
オンコールに備えた実践	実践的な対応にむけた確認	緊急対応に備え、当番看護師と同行訪問する(椎名, 2018; 原子ら, 2018; 門倉, 2010) 振り返りで次回当番時の対応をイメージする(眞鍋, 2018) 当番看護師の他にバックアップ担当を決めておく(並木, 2018) 全利用者の対応一覧表を当番看護師が把握する(原子ら, 2018)(眞鍋, 2018) 連日訪問の利用者緊急対応は、当日訪問の看護師が対応する(並木, 2018) 事務も情報共有に参画し、電話対応に備える(椎名, 2018; 眞鍋, 2018) 緊急対応を当番看護師と担当看護師とで協力し担う(並木, 2018)
	誰もが臨時的に対応する心構え	スタッフ間が連絡を取れる一覧表を作成する(原子ら, 2018) 事前に対応方法を決めている(長濱, 2018; 圓野, 2018) 緊急時、点滴を実施できるように調整する(野田, 2009) シミュレーションする(椎名ら, 2018)
	訪問看護業務に自立する	コール当番を練習する期間をもつ(岩本, 2018) 一人前になるまで同行訪問を行う(野田, 2009) 理解して考える研修を企画・実施する(野田, 2009; 門倉, 2010) コミュニケーションに関する研修を行う(野田, 2009)
	療養者と対応を考える	クライシス・プランを作っておく(椎名ら, 2018; 角田, 2019)
	家族介護者と対応を考える	症状の対処法、今後起こる症状を説明する(滝口, 2018) 看取り期の意味を家族と捉え直す(滝口, 2018) 適宜対処について教育的ケアを実施する(岩本, 2018; 岡藤, 2010)
	柔軟に対応を修正する	緊急電話が頻回な利用者と話し合い、訪問内容を変更する(並木, 2018; 椎名ら, 2018) チーム制で、交代で利用者宅へ訪問する(並木, 2018; 門倉, 2010) 個々の使命感に任せることから、全員が一丸となって取り組むことへ調整(並木, 2018) 頻繁な電話に1か月間交代で対応(長濱, 2018) 主治医には、夜間のケア内容を翌朝報告する(原子ら, 2018) 緊急ではない連日電話に対し、対応の仕組みを作った(長濱, 2018)
	タイムリーに対応する	要件を聞きながら名簿で医師やCMなどの背景を確認する(長濱, 2018) 電話対応か訪問かをアセスメントする(長濱, 2018)

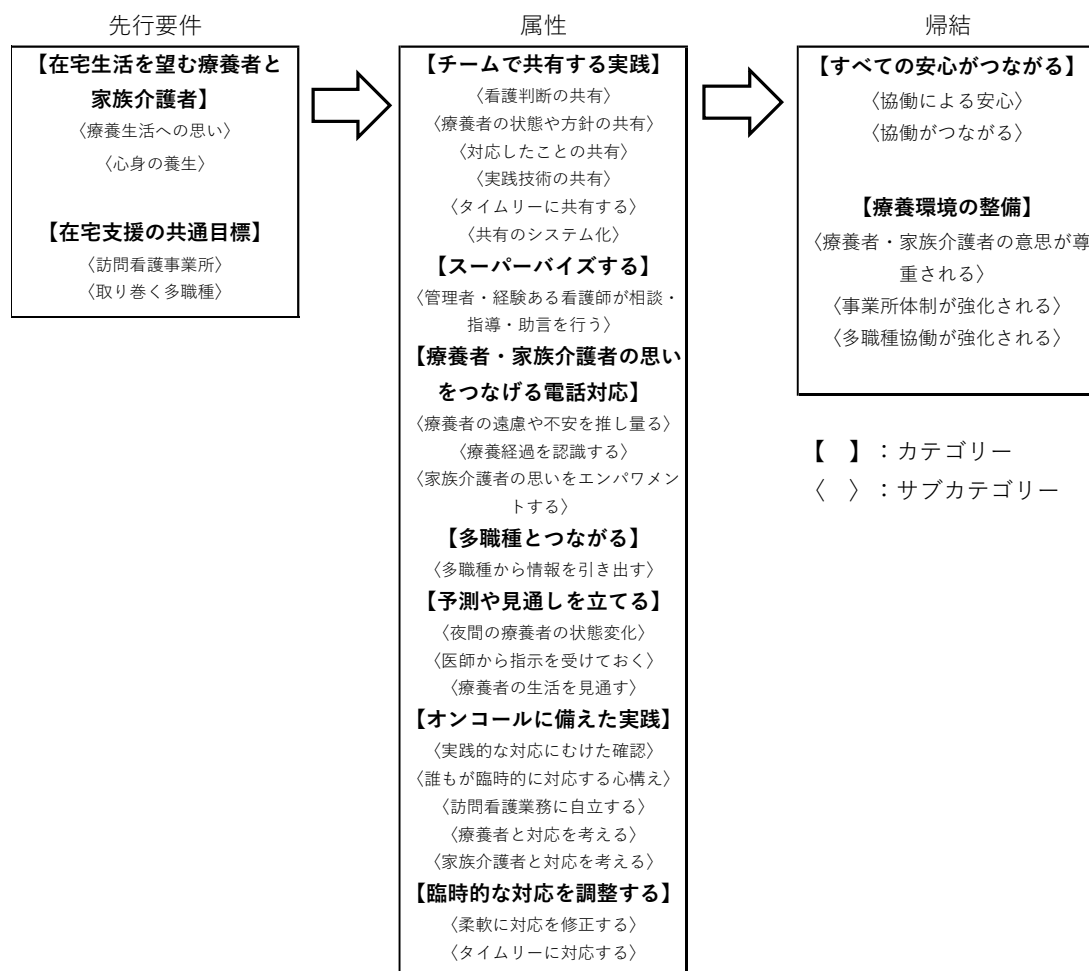


図1 訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制の先行要件・属性・帰結

## 5. 予備研究への示唆

訪問看護事業所におけるオンコールの論点を踏まえてカテゴリーを解釈し、予備研究へ向けた示唆を得ることとした。

まず、看護実践や療養者に関する情報共有とオンコール対応との関係については、訪問看護事業所では、【チームで共有する実践】として〈看護判断〉、〈技術〉、〈対応したこと〉を〈タイムリーに共有〉する態勢づくりを行っており、オンコール対応に関連する看護実践としては、療養者の立場から【予測や見通しを立てる】ことが挙げられた。【予測や見通しを立てる】とは、訪問看護師は日中の看護実践の中で〈療養者の生活を見通し〉た上で〈夜間の療養者の状態変化〉を予測し、オンコール対応に備えて〈医師から指示を

受けておく〉態勢づくりを行っている」と解釈した。さらに、このような態勢づくりを行える背景としては、【スーパーバイズする】〈管理者・経験のある看護師が指導や助言〉の与える影響が大きいのではないかと考えた。

一方、オンコールに対応することについては、【オンコールに備えた実践】が挙げられた。【オンコールに備えた実践】には、〈療養者・家族介護者と対応を考える〉ことを日中の看護実践で行っていると解釈したが、このような看護実践をチームで共有したり、スーパーバイズを受けたりする関りを重ね、〈誰もが臨時的に対応する心構え〉が形成されるのではないかと解釈した。

以上の解釈から、態勢としての【チームで共有する実践】と【スーパーバイズ】が活発な訪問看護事業所においては、看護記録への記載が憚られたり、文章では伝わりにくい療養者の情報についても、オンコール対応に必要な情報として共有されていると考えられた。オンコール対応のカテゴリーは、【療養者・家族介護者の思いをつなげる電話対応】としたが、視覚的な情報が無い電話対応において〈療養者の遠慮や不安を推し量る〉ことや〈家族介護者の思いをエンパワメント〉ができるためには、活発に情報共有される態勢づくりが必要であると考えた。

オンコールをめぐる看護体制と態勢づくりの必要性についてはすでに述べたように、両者はやはり必要といえる。システムとしての看護体制と準備を整える態勢については、厳密な線引きは難しい部分もあると思われるが、オンコール対応が想定される療養者に対して【臨時的な対応を調整する】看護体制づくりについても、オンコール対応に備えた態勢と関連すると思った。

以上の解釈を踏まえ、実際の看護事業所ではどのように情報や意見のやり取りが行われ、看護体制や態勢づくりが実践されているかを明らかにするため、質的記述的研究の方法としてのマイクロ・エスノグラフィーに向けたフィールドワークを計画することとした。

#### IV. マイクロ・エスノグラフィーにおけるフィールドワーク

一定の社会構造のなかで展開する、人間の最小の行為や行動(マイクロジェネティック・データ)に注目したフィールドワークとそれに基づく記述は、マイクロ・エスノグラフィーといわれ、フィールドサイトの選定から記述までのプロセスを経ながら、対象を質的に記述する研究方法である(箕浦, 1999)。箕浦(2009)が例示するプロセスを参考としながら、予備研究を計画することとした。

## 1. マイクロ・エスノグラフィーの記述を目指す研究のプロセス

マイクロ・エスノグラフィーの記述を目指すプロセスについて、箕浦(1999)は、8段階のプロセスを示している。①フィールドサイトの選定、②フィールドの全体像を把握、③リサーチ・クエスチョンを立てる、④観察のユニットを定めた焦点観察、⑤観察結果を読み解くための理論的枠組みの探索、⑥理論に導かれた事象の選択的観察、⑦データ分析と解釈、⑧エスノグラフィーを記述することであり、これらの各段階は、互いに重複したり、行きつ戻りつを繰り返しながら進行させていく(箕浦, 1999)。予備研究では、フィールドサイトを選定した上で(①)、フィールドの全体像を把握すること(②)とし、フィールドワークおよび記述を経験し、本研究にむけた焦点観察への見通しを立てることとした。また、続くデータ分析や解釈のため、認識論や解釈的アプローチに関する知見を得ることとした。

## 2. 認識論上のポジショニング

フィールドワークを用いた研究は、4つの要素から構成されている(箕浦, 2009)。1つめは、認識主体としての研究者、2つめは認識の対象となる世界であり、これらは認識論(epistemology)として取り扱われる。認識論は、科学的・信念的体系の原理的・枠組み的な次元であるヒュポダイム(廣松, 1988)といわれ、研究活動はその下で行われるが、研究者は解釈的アプローチをとる存在として、認識を記述したフィールドノーツやそれらを分析した結果得られる理論的陳述を行なう(箕浦, 2009)。

科学哲学においてヒュポダイムといわれる認識論とは、学問の基底にある暗黙の前提的理解であり、認識の対象となる世界をどのようなものと見るかが、実証研究と異なる点である(箕浦, 2009)。実証主義をとる研究では、客観的世界は実在することを当然視し、世界は認識主体から独立に存在する「真理」として記述する立場をとる。他方、認識論に依拠した構成主義(あるいは構築主義)をとる研究では、唯一無二の客観的世界はなく、認識主体がどのような問いを発するかで、世界がどのような相貌を見せるかが変わる、という立場(epistemological subjectivism)をとる。構成主義をとる研究において対象となる世界は、客観的与件とそれを観察する研究者の主観的活動とが、協働することで認識される“再構成された現実”であり、それはあくまでも、世界についての部分的真実でしかないという立場である(箕浦, 2009)。

### 3. 構成主義に基づく認識論に依拠した解釈的アプローチ

解釈的アプローチは、対象者自身が構築した世界を描くことに主眼をおくことから、対象者の意味世界を分かることが中心課題となる(箕浦, 2009)。そのため、相手社会への共感をベースにして、研究対象者との共同性を重んじたまなざし、問いの発し方に留意する必要がある(箕浦, 2009)。

学問的営為となるフィールドワークでは、「見る」という行為から問いが発せられるが、①人々が生活を営んでいる状況で、②研究者自身がツールとなり、③現在生起していることを直接把握することになる(箕浦, 1999)。観察時のバイアスを是正するため、観察後に内容を確認することや、共に観察した者がいれば話し合うことも必要となる。また、フィールドワークから得られるデータは、1度きりの事象であるため、データの信頼性という観点で解釈に留意する必要があるが、他方で、妥当性の高いデータを得られるという側面がある(箕浦, 1999)。

妥当性を確保したフィールドワークを目指すためには、フィールドの全体像を把握した後、課題となる事象に焦点を絞り、研究目的に沿って、何を、どう観察するかを決めることが必要となる(箕浦, 1999)。一般に、観察は自然的観察法のみを用いるが、事象を特定することは、(対象者にとっての)意味世界を解釈する上で、重要と考えられる。

### 4. フィールドとの関わり方

箕浦(2009)は、「倫理的ジレンマ」や「自分の感情との関係」における問題に直面した場合への対応が、関係性や研究対象者の自己開示にも影響するため、検討しておく必要性を述べている。

倫理的ジレンマを生じる場面としては、フィールドには、さまざまな社会的諸力が錯綜することから、利害が対立する集団が存在し、場合によっては研究者の居方が迫られる状況に遭遇することがある(箕浦, 2009)。日本文化人類学会倫理綱領(2009)は、調査地や研究対象者に対する3つの倫理を定めており、第1：フィールドワーカーは、研究目的・方法および成果公表などの一切に関する説明責任を負うこと、第2：研究対象に直接的・間接的危害や不利益を生じないようにすること、第3：成果の地域還元、であり、課題への対処にあたっては、当該倫理綱領に照らし合わせ、慎重に検討することとする。

また、自身の感情との関係については、研究者が、フィールドでの居方や動き方が分かるようになるまでは、居心地の悪さや不安感が伴う他、フィールドワークには、不安・逡

巡・怒りなどさまざまな感情が常に伴う(箕浦, 2009)。フィールドノーツの記録にあたっては、個人的メモに、研究者に対する対象者の感情、対象者に対する研究者の感情を書きとめ、客観化することに努める。

#### 5. 看護研究におけるエスノグラフィー

最後に、看護研究としてエスノグラフィーを用いる意義について論述する。

箕浦(1999)は、人の日常行動の背後にある文化は、当人さえ感知されないくらいその人の一部分となっていることが多く、エスノグラフィーは、その人の生きている意味世界である表出された行為や言葉、創出したもの(cultural artifacts)との関係を解釈し、描くことに意義があるとしているが、このような背景から、水野(2007)は、エスノグラフィーを用いた看護研究は、患者や周りの人々が抱く信念や行動に基づいた意味世界そのものを解釈することで、看護師は病状と患者の意味世界に沿った支援を進められることや、従来の支援を検討できる点を強調している。

藤崎(2002)は、乳房や甲状腺を摘出する患者へのフィールドワークから、患者は、術前から方略を駆使しながら「回復のストーリー」に身体の変化を収め、前向きなボディイメージを作り上げる力を持つことや、混乱状態となっても「回復のストーリーを強化・成熟させること」で対処することを明らかにしている。また、大森(2004)は、特定の農村地域に居住する高齢者にとっての健康の意味を記述する研究から、当該地域の高齢者は、老化や農業の機械化による役割喪失にあっても、働き続けることが「自分への誇り」であり、誇りを実感することは健康を意味づける結果から、高齢者自身の主体的な健康増進に向けた支援に、総合的な理解の上で誇りや働くことを支持する重要性を明らかにしている。

一方、小村(2011)は、筋ジストロフィー病棟における看護師と患者との言語的・非言語的交流の様相から、看護師の感覚を働かせた患者の身体的感覚の把握や、言葉を交わさず患者の意図を読み解く技を明らかにする一方で、そのような関係性は、両者に気づきや甘えを生じさせ、病状の進行に関する重要な語りを避ける関係に向かわせる課題を提起している。

以上のことから、看護研究においてエスノグラフィーを用いる意義とは、病いをもち変化する療養者の価値観や、その人が本来有する力を発見することであり、日常の看護実践において展開されるやり取りを、ディテール豊富な文脈として捉えることから、患者・看護師間での関係性を振り返り、看護実践の意味を探究できることが期待できる。本研究の



主眼である、オンコール対応を行なう看護体制および態勢づくりにおいては、職員間での複雑なやり取りが想定されることから、表出された行為や言葉、創出したもの(cultural artifacts)との関係を解釈し、描くことから事象を深く理解することができると考えた。

## V. 組織文化や職場文化に関する研究

オンコール対応を行なうための看護体制および態勢づくりとは、組織としてのあり方を検討するものであることから、リーダー看護師や職員間の複雑なやり取りを解釈する上で、組織文化や職場文化に関する研究を概観することとした。

### 1. 組織風土と文化

組織風土とは、従事者の考え方や行動、感情に影響を与える職場環境の特性であり、当たり前のようにになっている事柄や価値観、規範などを指す一方、組織文化とは、経営者が理念やビジョンをベースに従事者に浸透させ形成される行動理念や価値観とされている(白髪, 2016)。組織が成果を創出するためには、組織風土を踏まえながらも組織文化を育む必要があるといわれているが、職場風土にみられる黙示的な規範(人間関係における暗黙の了解や関係性)は、組織変革の障壁にもなり得ると考えられている(白髪, 2016)。

### 2. チーミングと心理的安全性

一方 Edmondson(2009, 2014, 2021)は、組織づくりにはチーミング：Teaming と心理的安全性：Psychological Safety の両者が必要であるとしている。チーミングとは、ダイナミックな協働であり、専門性や地位等を超えて一致協力するスキルや、メンバーが交代しても生じる協働的な学習活動やプロセスである。また心理的安全性とは、職場内でメンバーが率直に意見や質問したり、助けを求めたりしても、対人関係のリスクがないと共有された職場文化である(Edmondson, 2021)。対人関係のリスクとは、自身が無知・無能に見えたり、混乱をもたらす人だと思われたりすることであり、多くの人は対人関係のリスクを避けるよう振る舞う特性があるとされているが、職場文化として集団に心理的安全性が形成されることによりチーミングが促進され成果を創出できると考えられている。

組織科学研究における心理的安全性の言及は、シャインとベニスの研究が端緒とされている(Schein, Bennis, 1965)。組織に生じる保守的な傾向を解凍するプロセスに対し、変革を目指した挑戦であれば、失敗しても叱責されたり、阻害されたりせず組織やチームに容

認められる「個人の認識」を導くものとして心理的安全性に焦点を当てた。シャインとベニスが心理的安全性とは組織に所属する個人が認知することや仕事への愛着や没頭へ繋がるものとしたことに対し、Edmondson は組織や「チームに備わる特性」として捉えたことが異なる点で、組織やチームがメンバーによる挑戦を支援する態勢をとり、たとえ失敗したとしても、叱責や非難ではなく、そこから学ぶことの大切さを重視して許容する文化や風土、規範を備えることの大切さに着目したとされている(青島、山口, 2021)。

心理的安全性が形成された職場にみられる率直な発言は、様々な意見交換(ミーティングや同僚へのフィードバックなど)や、電子的コミュニケーションでも確認することができるが、賛同や好意的な発言だけから心理的安全性を判断するのではなく、意見の対立があったとしても、どこに相違があるかについて率直に話し合えることや目標に基づき建設的に反対できる関係であるかについても判断するとしている(Edmondson, 2021)。

### 3. 心理的安全性を高めるリーダー行動

心理的安全性を高める職場文化形成については、リーダー行動が大きな影響を与えられている(Edmondson, 2021)。Edmondson(2014)は心理的安全性を高めるリーダー行動として8つの行動を示しているが、青島、山口(2021)は、心理的安全性とリーダー行動に関する概念を比較検討した上で、心理的安全性を醸成する12のリーダー行動を取りまとめている(表2)。これはEdmondsonが提唱するリーダー行動、セキュアベース・リーダーシップ、青島らの調査研究を統合したものであるが、セキュアベースとは、愛着理論から派生したセキュアベース=安全基地の概念で、安心安全な場所を確保する一方で、そこから飛び出して挑戦していくところに、人や組織の成長の本質があるとする心理的安全性をもたらすリーダーシップ概念であり、「安心=思いやり」と「挑戦=挑ませる」という2つの要素を含むことで人や組織は成長するとしている(コーリーザー, ゴールズワージー, クーム, 2018)。青島、山口(2021)は、リーダーはメンバーが「人との絆(思いやり)や目標との絆(挑戦)」を形成できるようメンバーと組織の成長を支援する必要性を述べている。

### 4. 訪問看護事業所における職場文化への示唆

以上のことから、オンコール対応を行なうための看護体制および態勢づくりには、職場内でメンバーが率直に意見や質問したり、助けを求めたりできる職場文化の形成は重要であると考えられる。また、心理的安全性を醸成するリーダー行動の影響は訪問看護事業所

でも同様であることが想定された。ただし、訪問看護事業所における看護体制や態勢のあり方、職場文化に関する先行研究はないことから、フィールドの選定についてはオンコール対応や体制づくりを訪問看護事業所全体で積極的に取り組んでいることとした。さらに、看護体制や態勢づくりについては、まずは訪問看護事業所における活動の全体像を把握し、心理的安全性やリーダー行動については最終的な段階で改めて解釈していくこととした。

表 2. リーダーシップの 12 行動

	項名	Edmondson	セキュアベ ース・リー ダーシップ	青島、山口 (調査研究より)
安全・安心の場を作る 人との絆	1 部下を見る・人として受け入れる		○	○
	2 オープンさ・いつでも話せる	○	○	
	3 失敗を認める		○	○
	4 冷静でいる	○	○	○
	5 聴く		○	
	6 質問する		○	○
挑戦の場を作る 目標との絆	7 ビジョンを描くファシリテーション		○	○
	8 共感できるストーリーを語る			○
	9 役割を再定義する	○		
	10 部下に任せる		○	○
	11 境界線を示す	○		
	12 フィードバックする	○		○

(青島、山口, 2021 より一部改変)

### 第3章 予備研究

実際の訪問看護事業所において、オンコール対応し続けるための看護体制や態勢づくりのあり方を明らかにするためには、まず、訪問看護事業所がどのような活動の場であるかの全体像を把握することが必要であり、本研究にむけたフィールド選定の条件を検討することや方法の吟味を行なうことを目的に、予備研究を実施した。

#### I. 研究方法

参加観察およびインタビューによる質的記述的研究

#### II. 研究の対象

1 訪問看護事業所(A 訪問看護事業所)に勤務する管理者および職員を対象とした。

対象となる訪問看護事業所の選定は、看護系大学教員からの機縁的紹介とし、オンコール対応の実績があること、オンコール対応や対応にむけた看護体制や態勢づくりに積極的に取り組んでいることを条件とし、オンコール対応や看護体制、態勢づくりに関する参加観察やインタビューに協力いただける管理者と職員とした。

#### III. データ収集期間

2022 年 10 月 7 日～28 日

#### IV. データ収集方法

A 訪問看護事業所には、研究者自身がおもむき、始業から終業までの事業所内での活動の様子に参加観察し、管理者や職員にインフォーマルインタビューを行ったほか、インターネットを用いたカンファレンスや朝礼への参加観察、ショートメールによる職員間のやり取りに対する参加観察、A 訪問看護事業所が開設するホームページや行政への届出情報から、以下の項目についてデータ収集を行った。

- ① **日常業務に関する事項**：始業から終業までの事業所内での業務の流れ
- ② **事業所と周辺状況**：理念、事業所の開設からの変遷(職員数、併設事業の有無など)、療養者数と特性、地理的状況
- ③ **チーム実践に関する事項**：申し送りやミーティング、カンファレンスなど、フォー

マル組織として実施されているもの、職員間での会話や架電、情報共有の手段等

- ④ **スーパーバイズに関する事項**：相談・指導・助言を行う者とその状況
- ⑤ **事業所内でのオンコール対応**：事業所に相談等の電話があった際の、対応者や対応内容と対応後の動き
- ⑥ **多職種とのつながりに関する事項**：連携相手、内容に関する情報
- ⑦ **オンコールに備えた実践**：当番看護師や他の職員が行っている実践
- ⑧ **臨時的な対応に関する事項**：臨時的な対応が必要な状況、対応の様子

当番の訪問看護師が療養者宅に緊急訪問するオンコール対応場面への参加観察については、研究責任者が訪問看護師の業務負担や、療養者、家族介護者の精神的負担に十分に配慮できる状態であることが前提であり、まずは当番看護師との関係づくりを行ない、本研究において業務負担に配慮した同行計画や、オンコール対応に関するデータ収集方法について吟味できると考えたため、本研究に組み入れることとした。

参加観察に際して、研究への協力が得られない職員はいなかったが、職員への精神的負担が少なく、かつ状況を把握できる位置を選定した上で、職員の発言、表情、動作などに注意を払いながら詳細にデータ収集することに努めた。

フィールドノーツの記述構成は、**観察記録の部**として、時間軸に沿い、出来事、管理者や職員の言動をそれが生起した文脈がわかるよう詳細かつ具体的に記録すること、**解釈・省察の部**として、観察から見えてきた視点や、知見として得られた理論とデータとの関係や、観察データがもつ理論的な示唆、フィールドワークの進め方についての注意点や改善点などを記録した。

管理者や職員へのインフォーマルインタビューについては、観察内容に確認が必要な場合、数分程度の質問が可能かについて配慮した上で実施した。

管理者へのフォーマルインタビューについては、事業所の状況のある程度把握した調査第3日目に半構造的インタビューを45分間行い、オンコール体制の現状やこれまでの変遷、オンコール対応を行なう看護体制づくりで大切にしていることについて実施した。

## V. 分析方法

フィールドノーツおよび逐語録におこしたフォーマルインタビューデータは、文脈を大切にしながら帰納的に分析を行い、A 訪問看護事業所における概要から、本研究にむけた

示唆を取りまとめた。なお、データ収集および分析の過程を通じて、教員およびエスノグラフィー研究に関する専門家による助言および指導を受け、妥当性・信頼性の確保を行なった。

(聖路加国際大学研究倫理審査委員会 承認番号：22-A066)

## VI. 研究結果

### 1. 訪問看護事業所の概要

A 訪問看護事業所は、開設から 3 年 6 カ月(調査時点)が経過した都市部 X にある訪問看護ステーションである。従業者数は、看護師 12 名(常勤 7 名、非常勤 5 名)、理学療法士 2 名(非常勤 2 名)、事務員 4 名(常勤 2 名、非常勤 2 名)であり、利用者約 160 名への支援は自転車で行っている。管理者は、以前、同地域で中心的な役割を担う B 訪看で、長年管理業務を引き受けていたが、一念発起し A 訪問看護事業所と A 居宅介護支援事業所を開設、B 訪看共々、都市部 X における在宅看護の中心的役割を担っている。

A 訪問看護事業所において、70 歳以上の利用者が占める割合は約 9 割で X 地域内に居住し、ほぼ全員がオンコールに対する契約を結んでいる。A 訪問看護事業所によるオンコール対応を求める背景には、連携する医師からファーストコールとして対応を依頼されることや、ケアマネジャーから利用者や家族からの要望として依頼されることが多く、A 訪問看護事業所の看護体制は、オンコール体制と直結する状況となっている。

### 2. A 訪問看護事業所の看護方針

開設にあたり、管理者は運営に関する方針(以下、看護方針)を策定しているが、調査期間中、たびたび「A 訪問看護事業所の看護方針」が共有される場面が観察された。A 訪問看護事業所の方針は、ミッションと 6 つのビジョンから構成されており、ミッションは、「利用者さんにご家族の思いを支え・守り続ける」、ビジョンは、①24 時間 365 日安心・安楽を提供する、②0 歳から 100 歳以上まで、地域の人々と支え合い、関係職種と繋がりながら看護を提供する、③利用者さんにご家族の生き方を尊重し、共に考え、共に歩む姿勢で関わる、④サービスを受ける人と、サービスを提供する人が気持ち良く過ごすことができることを追求する、⑤顔の見える関係性を生かし、多職種と密に協働する。そして絶えず開拓・構築をする、⑥スタッフは専門職として、知識・技術・態度を互いに磨き続ける、であるが、当該方針は形骸化することなく、むしろ、観察された多くの場面で、管理者・職員の口から語られていたため、全文を記述した上で分析の対象とすることとした。

### 3. 研究参加者

研究参加は、調査期間に就業するすべての職員で、看護師 11 名、事務員 2 名、ケアマネジャー1 名の計 14 名で仮名とし、役職等、備考についてとりまとめた(表 3)。

### 4. オンコール体制の概要

#### 1) オンコールに対応する者

オンコールに対応する者については、時間帯(日勤帯：事業所の営業時間内、夜間帯：事業所の営業時間外)によって A 訪問看護事業所独自のルールづくりや体制を観察できた。まず、夜間帯は 4 名の看護師(管理者を含む)から 1 名が 1 日交代で当番を担っている。A 訪問看護事業所で管理者以外の看護師が引き受ける夜間の当番回数は、1 月あたり原則 6 回というルールがあり、他方、管理者は残りの約 12 回当該業務に従事している。

次に、平日の日勤帯は 6 名の看護師(管理者を含む)から 1 名が当番を担う。日勤帯の当番については当番回数のルールはなく、管理者が看護師の訪問スケジュールを見ながら当番を割り当てている。さらに、平日は関係する事業所からも訪問や相談を求める電話が直接 A 訪問看護事業所にかかってくるため、事務員 2 名もオンコール対応にあたっている。

土日、祝日(事業所の営業時間外)については夜間帯を担う 4 名の看護師が 1 日交代で当番を引き受けているが、利用者の病状によっては当番時間帯に臨時的な訪問が計画され、当番看護師自らが訪問して看護を提供した上で、オンコール要請に備えたり対応にあたったりしている。

#### 2) オンコール対応を行なう場所

夜間帯や土日、祝日を担う 3 名の看護師がオンコール対応を行なう場所は、A 訪問看護事業所内および、階下に併設する居宅介護支援事業所内の一室である。この一室は休憩できる設えになっており、A 訪問看護事業所が開設から 10 か月後に現在の場所に移転した際設けられた。現在、当番にあたる看護師の多くは X 地域に居住していないが、緊急訪問が必要な場合、駆けつける必要がある。夜間帯は移動の不安や、移動手段を確保する気ぜわしさがあること、また、対応自体や準備等で同居する家族に気兼ねすることなどが課題として挙げられたため、代休を取得し心身への負担に配慮していた。一方、日中については 6 名の看護師が交代で A 訪問看護事業所内や訪問先で対応にあたっているが、管理者が

業務状況を判断しながら当番を割り当てる他、自ら対応にあたる場面もしばしば観察された。

### 3) オンコール対応を引き受ける流れ

オンコール対応を引き受ける流れは 2 通りあり、オンコール専用回線とそれ以外の媒体での流れに分けられる。オンコール専用回線とは、あらかじめ療養者および家族介護者に手交する電話番号であるが、当回線の媒体はスマートフォンで管理者が主に携行しているが、交代時間になると当番看護師に順次転送する流れとなっている。

それ以外の媒体での流れとは、主に日中、A 訪問看護事業所にかかってくる要請や相談へ対応する場合の流れである。まず、事務員が用件を受け取ると、即時的な対応を要しない場合、看護師全員が常時、利用する SMS(ショートメールサービス：携帯電話間でグループメンバーを登録した上で、メッセージを共有するアプリケーション)に内容を打ち込む。訪問先の看護師は訪問の合間に SMS を閲覧することがルール化されており、主には日中当番の看護師が対応するが、他の看護師が当番看護師をサポートするために情報を書き込んだり、当番ではなくても当該対応を引き受けたりすることなどが、当該 SMS 上に打ち込まれる。さらに、打ち込み内容は、オンコール対応の進捗状況、終了、気づいたこと、感謝の言葉、などが頻繁に交わされ、午前中だけでも 20 通近くのショートメッセージが管理者・複数の看護師らによって入力・共有されていることが観察された。

一方、事務員が即時的な対応を要する電話を受けた場合、当番看護師へ直接電話を入れる他、連絡が取れない場合には、対応可能な看護師を探すため、順番に電話をかけることがルールとなっているが、事務員はマニュアルに基づいて対応の流れを学び、緊急対応が必要かについて習熟していく。なお、当マニュアルは事務員を増員した際に作成されたが、採用時の面接で管理者より「電話対応について(A 訪問看護事業所は)重要視している」と説明を受け、気概をもって入職したエピソードを事務員から聴取した他、事務員専用の電話機には「明るく元気に!!」のシール(事務員による自筆)が貼られており、これらのことから、事務員は電話対応自体を大変重視して業務にあたっていることがわかった。

## 5. A 訪問看護事業所の看護体制の概要

### 1) 看護実践をつなぐ ICT

A 訪問看護事業所では ICT(情報通信技術)を積極的に活用しており、常勤の看護師はス



スマートフォンとタブレット端末(入職時に貸与、非常勤は勤務時のみ利用)を中心に、チーム実践に関する業務やスーパーバイズ等が進められている。その背景にはコロナ禍による影響が大きく、ソーシャルディスタンスにより事業所に集合しなくとも実効性の高い情報共有が再認識され、仕組みづくりが進められていた。

まず、朝礼はグループ通話機能を有するアプリケーション(以下、a アプリ)を用いて行われるが、画面共有と文字入力ができることから、各職員の体調報告(対話と体温の入力)と当番看護師からのオンコール対応報告が 5~10 分程度で行われている。管理者は職員の健康状態と夜間のオンコール対応状況を把握するが、必要時看護師に口頭で助言を行う他、別のアプリで関係者へ報告することを依頼したり、自身が報告したりすること等を迅速に共有することが特徴的であった。

ここで、A 訪問看護事業所が利用しているアプリを整理すると、a(前述の朝礼用)アプリ、b(カンファレンス用)アプリ、c(日常の連絡や対応を共有する SMS)アプリ、d(事業所内で訪問予定等を共有する)アプリ、e(看護記録用)アプリ、f(利用者ごとに地域が多職種と共有する)アプリ、g(f アプリ内で A 訪問看護事業所の看護師が情報を書き込むページ)、7 つの場面でアプリを使い分けている(表 4)。そのため、管理者や職員の会話には「訪問前に d 見てね」「c で何て書いてあったっけ」など頻繁に種々のアプリが登場し、看護師は極力 A 訪問看護事業所に出勤しないことや、一部屋の人数は 3 人までのルールの下、情報共有をはじめとする業務を進めていた。

以上のことから、コロナ禍による感染対策を背景に構築された A 訪問看護事業所独自のコミュニケーションは、Teaming: ダイナミックな協働を表わす特徴のひとつと考えられた。

## 2) d アプリ活用の変遷

A 訪問看護事業所における看護体制づくりの特徴に、事業所内で勤務予定等を共有する d アプリ整備の変遷が挙げられる。

d アプリには、スプレッドシート(Google 社)が用いられているが、リアルタイムで共同編集や閲覧が行える機能を有しているため、A 訪問看護事業所すべての職員が d アプリ内のすべてのシートをタイムリーに閲覧できるようになっている。ファイルの詳細な内容は A 訪問看護事業所独自のしくみであるため一部割愛するが、週間勤務表のシート「利用者セル」や「備考セル」に適宜、管理者から看護師へ訪問中に確認すること等を記入し、訪問が終了すると「各看護師のセル」に各人が訪問サマリーを記入する立て付けになっている。

る。また、当該ファイルは事務員も閲覧権限をもっており、訪問の進捗や算定に必要な情報を確認する。調査最終日に実施した、管理者へのフォーマルインタビューでは、

**コロナからスタートした感じですね。立ち上げの時から、どうやったらタイムリーに情報共有できるかなということで、色々考えて今のようになったんです。これも(業務の進捗など)最初は、私だけがチェックしていたんですけど、そのうちみんながチェックするようになっていって。視点が拡がるようになったことで、責任も共有できるようになったんですよね。みんなで見られるようになって仕事の意識づけが高まったと考えています。段々と作り上げていった。(管理者の言葉を速記的に書き起こした内容)**

対面で行っていた朝礼やミーティングが実施できない状況となり、タイムリーな情報共有の重要性が改めて体制づくりの優先事項となったが、「(d アプリを作り上げる過程を通し) 職員みんなで責任を共有することや仕事へのモチベーションを高める結果を得た」との管理者の語りから、新たな体制づくりへの懸念よりむしろ、現在では当該体制に手応えを感じていることが伝わってきた。

管理者が語った「責任の共有や仕事へのモチベーション」については、療養者のケアに関する看護師間の会話からも読み取ることができた。当時、褥瘡をもつ療養者(以下、Y さん)へ連日訪問が行われていたが、創評価やケア方法などが連日インフォーマルにディスカッションされていた。またディスカッションではタブレット端末で撮影した複数の画像が用いられ、Y さん宅へ訪問していない看護師でも画像を確認しながら手順を質問しやすく、ケアが奏功していることを共に喜ぶ様子等が観察された。看護師同士が顔を合わせる機会が少ない状況でも円滑にディスカッションできる背景には、ICT の活用により「看護実践と個々の考えが可視化されている」ことが影響を与えていると考えられた。

### 3) 可視化された看護実践や考えからの学び

c アプリとは日常の連絡や対応を共有する SMS であり、日中のオンコールを引き受ける流れでも活用されているツールであるが、特に新人看護師にとっては別の意味合いをもつ。

古村さんは、A 訪問看護事業所に入職して 6 カ月になる新人看護師である(調査時)。研究者が調査中であることを伝えと、自身が新人看護師であることや、自宅が近隣にあることからユニフォームを着用して通勤していることなどを笑顔で自己紹介する。研究者が

まだオンコール勤務に従事していないかを尋ねると、

古村さん) 面接時は、オンコールの存在を聞いただけで、業務しなければいけないとは説明されていなくて。「気が向いたら、できそうだったら」と説明を受けて入職したんです。(c アプリは) **まだ、読んでいるだけで。いつもじっくり読んでいます**(読むポーズをとる)、**うん、うん。読んで…うん、なるほどって。**(記入を尋ねると) **書くのはまだまだです！**

古村さんは、オンコール業務をいつか担う条件では入職していない。また、オンコールを今後担うかは明言しなかったが、c アプリを連日くまなく読み、会話のやり取りから「うん、なるほど」と学んでいるところで、自身はそのような会話に加わる状況ではない新人であると語ったが、その後の会話から古村さんはアプリやカンファレンス等を通し、経験のある看護師同士のやり取りを画面で見たり読んだりする機会が確保されていることに満足しており、分からないことがあった場合、自身の教育を担った特定の看護師に電話をかけて確認しているとのことであった。

コロナ禍以前の業務下では、文章化したやり取りを読む機会は看護記録が中心であったことから、新人看護師にとってc アプリを一例とした看護体制には、「可視化した看護実践や考え方から学ぶ場」となっていると考えられた。

#### 4) 看護方針と組織の持続性

一方で、管理者は A 訪問看護事業所における看護体制づくりの一つである採用(メンバーの加入)について「オンコール対応を担うこと」は必須条件とはしておらず、管理者が作り上げた「看護方針に基づいて協働できる人材」が条件であると語る。

管理者) やっぱり、面接は「人となり」をまず見ます。私たちが目指している看護を必ず伝えて、方針と合っているかを見極めてもらうというか、すり合わせてもらって。実際に入ってもらって、合わなければそれで(退職となっても)仕方ないですよ。(現在の)体制も、一人で作り上げたのではないんですよ。まずは(事業所の)支軸を作り上げて、肉付けをしていっているんです。定期的に面談を行うようにしたのも、変化を見逃さないようにって思っているんです。やっぱり、サポート体制をしっかりと整えていくことは大切だと思っています。」「動いても怖くない」って思えるようにフォローをしっかりとしていく

というか。

A 訪問看護事業所の看護方針と入職者が有する価値観や看護観とをすり合わせられるか、つまり、管理者は、看護体制づくりにおいて A 訪問看護事業所の看護方針を中心に据えているのである。ここで、A 訪問看護事業所の看護方針が「利用者さんご家族の思いを支える・守る」ではなく「(中略)支え・守り続ける」ことに着目した。開設時からのメンバーである事務員は、看護方針が職員の行動に根付いている一例として事業所内の様子を、以下に語っている。

平林さん) (看護師達は) **療養者の振り返りは頻繁に話し合っていますね。そう、開設から目標がブレないんですよ。私がそう(要介護状態に)になったら、ぜひ (A 訪問看護事業所の看護師に) 来てもらいたいって思っているんですけど、(管理者に) こっちに越して来てって言われて(笑いながら 2 回繰り返す)。**

事務員は繰り返し看護師らの様子を語ったが、事務員自身にも看護方針は浸透している。A 訪問看護事業所の玄関口には、これまで支援した療養者から頂戴した木彫りの皿、写真、記事等が飾られていたのだが(図 2)、事務員がそれぞれの品から療養に関するエピソードを詳細に語った。また 1 件の電話対応後、2 名の事務員が慌ただしく台所で用意をはじめたが、看取りを行った療養者の夫がほどなく A 訪問看護事業所に来訪するとのことで、

平林さん) **最初はお菓子を届けて下さったんですよ、娘みたいに看護師を思ってくれて。「健康のため、散歩していた時に見つけた」って。そうしたら今度は手作りのきんぴらを届けてくれたんですよ「こんな時期だから食べなくてもいいよ」って言葉を添えてくださって。さっきのはその時の容器を取りに来るって電話だったんです。(と、お礼の一筆箋とお菓子を容器に入れて準備している)**

来訪した夫への対応を済ませた事務員はきんぴらと手紙の写真を撮り、「手作りのきんぴらと手紙を頂いた」と c アプリで共有する他、訪問から戻った看護師らにきんぴらを振る舞いながら夫の様子を伝えていたが、c アプリ上での共有については、

平林さん) あれは、主には皆藤さん(管理者)にむけてなんです。(報告が遅れて)夫やケアマネさん達から言われて「分からなかった」ということがないようにですね。そういったことがあったら送るようにしているんですよ。

その後、訪問から A 訪問看護事業所に戻った管理者は、きんぴらを食べながら夫からの手紙を読み、内容について事務員と談笑したが、これらのことから事務員も看護方針に基づいた支援を行い続ける重要なメンバーであると考えられた。

また、リーダー的立場の看護師とは管理者の看護観や価値観を共有する者であることを推察した一例に、管理者の口調や声のトーンが似通っている場面を観察した。療養者の家族へどのように確認したらよいか相談する看護師に対し、管理者が「息子さんに言えましたあ～？お話しできましたあ～？って聞いてみたらいいよねえ」と述べた一方、医師への相談方法を思案する新人看護師へ助言するリーダー的立場の看護師は「〇〇はどうですかねえ～、って書いたらいいかも。〇〇はどうですかねえ、って」と口調や声のトーンが似通っており、これらのことから A 訪問看護事業所の看護体制は、看護方針が職員に浸透し価値観が共有されていると考えられた。

## 5) カンファレンス

A 訪問看護事業所では、毎週 2 時間にわたりカンファレンスを行っている。看護師を中心としたカンファレンスは医療機関でも同様に実施されているが、1 時間程度が一般的であるため長いと言える。開設当初は対面で行われていたが、コロナ禍以降、画面共有ができる b アプリ(zoom 社)を用いたオンラインで行われている。参加者は、看護師、ケアマネジャー(同法人)、事務員で、参加する場所は A 訪問看護事業所の各部屋 3 名ずつ分散してアクセスするルールとなっている。研究者は A 訪問看護事業所スタッフルームから看護師 2 名が参加する様子を観察し、速記的に書き起こした内容については、発言した研究参加者ごとに採番し、分析の対象とした。

調査時におけるカンファレンスの大まかな流れは、まず管理者が新規療養者についての情報共有を行った後、看護師が順に療養者の報告や相談を行い、それらに対して管理者、リーダー看護師が助言・指導を行う。次にアクシデントの共有と分析、業務の見直し、看護記録の管理、地域勉強会の開催について等、多岐にわたる話し合いが行われていた。

ここで、カンファレンスデータとは、組織内で交わされるチームとしての営みの一部を

表わすデータであり、本研究における理論的枠組みである心理的安全性(Edmondson, 2021)を検討できる場面であることに着目した。そこで、続く本調査における焦点観察への見通しを立てるため、検討することとした。

#### 6) A 訪問看護事業所のカンファレンスからみた心理的安全性

心理的安全性とは、職場内でメンバーが率直に意見や質問したり、助けを求めたりしても、対人関係のリスクがないと共有された職場文化である。Edmondson(1999, 2021)は、このような文化はメンバーが互いに信頼・尊敬し合い、率直に話ができると思える場合に存在するとしても、リーダーが心理的安全性を作り出すことが重要であるとし、メンバーがチームの心理的安全性を評価する尺度も開発している。そこで、試行的にカンファレンスデータから A 訪問看護事業所における心理的安全性を概観することとした。

##### (1) チーム内で生じたミスの取り扱われ方

カンファレンスでは2事例のミスについて意見が交換されていた。事例1は明らかなミスと判断し難い内容で、認知症の療養者宅から看護師が訪問後にごみを持ち帰ること(39~44)、事例2は明白なミスであり、療養者宅へ医師宛の文書が誤送信されたこと(54~75)についてであった。

事例1の概要は、認知症の利用者がゴミをいじってしまうことに気づいた看護師が、訪問時に生じたごみは持ち帰る旨を他の看護師へ申し送ったが、ある看護師が排泄物が付着したオムツも持ち帰ることについて疑問を提起した場面である。管理者は、「びっくりしました(40)」と、驚きを表明した上で経緯を尋ね(42)、

**管理者) そうか。こういうことは、言わないとね。**(言わないでモヤモヤしていることは) **うちの指針に合わないよね。言わないと。それがチームだから。いい機会だから、モヤモヤしていることある？大丈夫そう？大丈夫かな。今でなくても、これからこういうことってあるから。手上げしてくれると嬉しいです。(44)**

経緯を把握した管理者の口調は終始穏やかであり、今後も気になったことを「言うこと」が A 訪問看護事業所の方針やチームとして必要であると伝え、他の事例が無いか掘り起こしを試みるが、それは「とがめること」が目的ではなく、事例の共有がチームにとって成

長につながるので「嬉しい」と伝えている。また、ミスと判断し難い事例を「モヤモヤしていること」とし、今後、訪問中に判断し難い状況に遭遇することは当然生じることであり、その際はメンバーと共有し解決策を探ることが重要であると伝えている。

事例2の概要は、看護師が訪問した際、利用者家族から誤送信された手紙の内容に立腹していると伝えられ、看護師は直ちに送信元である事務員に報告したが、事務員から管理者への連絡が遅延した事例で、管理者は、

**管理者）誰にでもあるんだよ。こういう時、みんながどう動くかを考えてもらいたい。一人ひとり言ってみて。（58）**

と、意見を求めたが、看護師が発言する様子は率直であり、自身の意見が否定されることへの躊躇や不安はないようにみえたが、傾聴する看護師の様子についても頷きや笑顔などが頻繁にみられ、発言の途中で批判や非難する様子は観察されなかった。

すべての看護師が発言を終えたところで、

**管理者）そうだね。どうですか、みなさん。思ってもいないことってあるよね。こういうこと、大事だね。まずは私に報告するってことが大事で、報告が遅れたのが問題って思っていて。（中略）報告することは、自分、組織、利用者を守ることになるから。（65）**

管理者は穏やかに、それぞれの考えが共有される重要性和優先すべき問題について述べ、報告することの意味を伝えている。こうした管理者の対応と「互いに批判や非難しないやり取り」は、カンファレンスの終始変わりなく続けられていた。

## (2) メンバーが困難や難題を率直に提起することができるチーム

前述の2事例はメンバーが困難や難題を提起した場面であるが、A訪問看護事業所のカンファレンスにおける「療養者に関する報告や相談行為」のほとんどに、困難や難題を垣間見ることができた。看護師が発言した報告や相談内容は、終末期を迎える療養者(2)、療養者の疼痛と排便のコントロール(10)、担当医との折り合いに悩む療養者(12)、療養者の入浴拒否と家族関係(23)、ゴミ屋敷問題(23)(35)、家族介護者の虐待リスク(25)、鎮静剤コントロール(25)、療養者にはじめて処方されたコルセット装着(78)であり、それぞれの

課題が提起されると、管理者とリーダー看護師を中心に質問やアセスメント、今後の観察事項などについての会話が展開され、発言をしない看護師においても首を傾けて考えを巡らせている様子などが観察された。一方で、管理者は報告された利用者の全体像を概ね把握しており、自身が訪問していた状況を回想した上でアドバイスしたり(11、24)、連携する医師や家族に状況を説明する役割を引き受けると伝えたりしていた(38)。また、看護師の発言が途絶えるたびに「あとありますかー」と発言を促す声かけがしばしば聞かれた。

以上のことから、管理者による建設的なやり取りにより、看護師は率直に発言しても批判や非難されないことを体感し、業務上の困難や難題を提起しやすくなると考えられた。

### (3) 他のメンバーと違うことを認め合うチーム

事例2において看護師たちが「自分だったらこう対応する」と発言する場面(59-64)では、自身の考えを明確に発言する看護師たちの一方で、批判や非難せず終始頷きながら傾聴するメンバー態度も観察された。

一方、管理者の発言は承認や同意(そこなんだよね、わかりましたー、そうか、そうだよ、5、32、44、65)するだけでなく、改善への振り返りが不十分であると判断した事例2の一場面では、

**管理者) 意識が低いのかもしれないです。(中略)私はリスク管理として、誰が一番関わった方がいいかを考えているんです。気になるワードが出た時、もみ消しちゃだめなんです。組織として共有するのが大切なんです。チームとして大切なんですよ。今一度心の中で考えてください。組織として強くなれたと思います。ありがとうございます。**

管理者の「意識が低いのかもしれないです」という言葉は否定に近い言葉であるが、特定の者にむけてではなく全員に穏やかに語りかけるように述べたことから、カンファレンス全体に緊張した空気が流れた。「気になるワードが出た時、もみ消しちゃだめなんです」とは、組織・チームが不十分な振り返りをうやむやにせず共有して対策を検討するプロセスが組織の成長につながることを意図しており、結びの「ありがとうございます」には、共有の好機を得たことや対応にあたった看護師への感謝、日々の業務への労いなども含まれているのではないかと推察した。この場面から、A 訪問看護事業所では他者との違いを認め合うだけでなく、管理者が「解決にむけた情報共有と判断を行う組織」を目指して



いると解釈した。

(4) チーム内で安心してリスクを取ること

「安心してリスクを取る」ということは、自身がメンバーから無知・無能に見られたり、混乱をもたらす人だと思われたりする対人関係上のリスク(懸念)を感じずに、率直に発言したり振舞うことである。カンファレンス中、管理者は参加者全員が発言するよう繰り返し促していたが、一人の発言が長く偏ったり発言に躊躇したりする様子はみられず、むしろ参加者が一定のルールを踏まえながら、コミュニケーションを楽しんでいるようにも見えた。調査初日、A 訪問看護事業所の特色ともいえる 2 時間のカンファレンスについてリーダー看護師は「2 時間カンファレンスしているんですけど、もう長いんですよ。なんとかしないと、と思っているんです。」と述べていたのだが、実際にカンファレンスで発言された内容の多くは看護師らが日常的にやり取りする中で確認し合ったり疑問が共有されたりしたものであり、やり取りの結果、確認すべき課題や疑問に関する文脈が整えられ、カンファレンスでの発言が整然としたのではないかと推察された。また、このようなインフォーマルなコミュニケーションとフォーマルな組織におけるディスカッションが相補的に存在することが、A 訪問看護事業所における看護体制や態勢づくりの特徴であると考えられた。

(5) チームやメンバーに支援を求められること

カンファレンスでの活発な会話のやり取りから、ほとんどの職員はどのメンバーにも支援を求めやすい関係性を構築できている様子だった。一例に事務員が電話対応の内容を SMS に発信し、看護師の既読や対応の進捗を事務員間で確認するルールがあるが、情報を知った看護師たちについては率先して対応を引き受けたり、知っている情報を書き込んだりすることも日常の態勢である。

このようなことから、A 訪問看護事業所における支援の求めやすさについては、必ずしも個々の親和性が保たれているだけとは言い切れず、一定のルール化と躊躇なく支援し合える職場文化の両者が関係していると考えられた。

(6) 自身の努力を踏みにじるような行動を故意にするメンバーはいないこと

限定的な調査で個人の感情という主観的情報をくみ取ることは困難であったが、カンフ

ファレンスで管理者が看護師へ、繰り返し賛同や同意、感謝を伝える場面が観察されたことや、管理者自身がインタビューで語った「大切なルールを守ることによって多職種へ敬意を表すことになるので、最低限のルール、たとえばいつも会話に笑顔とかが浸透するようマニュアルを作っている」の内容から、A 訪問看護事業所では互いを尊重する価値観が共有されることで非倫理的な行動を取るメンバーは存在しにくいのではないかと考えられた。

(7) チームでは、自身のスキルと能力が評価され、活用される

カンファレンスでは主に管理者が看護師ら进行评估する場面を観察できたが、職員自身がスキルや能力进行评估されたと実感している場面は観察できなかった。調査中、リーダー看護師や事務員と交わした会話から、リーダー看護師が管理者からマニュアルやルール作りを任されていること知ったが、リーダー看護師の「〇〇については、今後ルール作りを予定しているんですけど」「委員会を立ち上げたいんですけど」「マニュアルが本当に役に立っているか…」といった発言から、現状に一定の成果を感じてはいるが、メンバーからの評価や活用への実感を十分に得られていない様子を感じられた。本研究においては、チームとして、看護師のどのようなスキルや能力进行评估し合っているかや評価を実感しているかについて掘り下げる必要がある。

6. 本研究にむけた示唆

文献検討からの知見、オンコール対応を行なう訪問看護事業所の看護体制や態勢づくりに関する予備研究から、本研究にむけたフィールド選定の基準と選定したフィールドで収集すべきデータについて以下に設定し、それぞれを導くに至った根拠を取りまとめた。

**フィールド選定の基準**

- ① 職員や療養者の状態、療養環境に応じて、訪問看護計画を再検討した上で人員体制を調整するなど、柔軟に看護体制や態勢づくりを行っていること
- ② 職員がオンコール対応に関係することを認識しており、カンファレンス等のフォーマルな場やインフォーマルなやり取りにおいても、オンコール対応にむけた話し合いが行われていること
- ③ 情報共有できる媒体に、職員がアクセスしやすいこと
- ④ スーパーバイズする者がカンファレンスでファシリテーションを行なうなど、職員

が問題解決にむけて率直に意見したり質問したりできる状況づくりを行っており、記録からは伝わりにくい情報についても共有が行われていること

### **選定したフィールドで収集すべきデータ**

- ① オンコールに関するデータ
- ② オンコール対応にむけた体制や態勢づくりとされるデータ
- ③ 実際のオンコール対応に関する事例

#### 1) フィールド選定の基準について

新入職員の育成を優先した看護体制をとることや、コロナ禍に応じて看護体制を整備する結果から、オンコール対応し続けるための看護体制や態勢とは、職員や療養者の状態、療養環境に応じて柔軟に整備されることを基準とした。

また、オンコール要請は常に予測できるものではないが、態勢づくりとして誰でもオンコールに対応する心構えをもつことや、些細な情報でも共有しておく認識をもつ必要はあるといえる。予備研究の結果では、事務員も一丸となってオンコール要請への判断や伝達ルールを共有していたことや、職員間のインフォーマルなやり取りについても、オンコール対応へむけた態勢づくりの場面と考えることができた。加えて、職員間のインフォーマルなやり取りの場面では、記録や写真を共有しながらコミュニケーションを進める様子が散見されたが、情報共有するための媒体に簡単にアクセスしながら記録では伝えにくい内容についてもやり取りが活発に行われることが、オンコール対応にむけた心構えや必要な情報を整理することにつながるのではないかと考えた。

一方で、スーパーバイズする管理者やリーダー看護師が看護体制づくりや態勢づくりに関与する上で、職員や療養者に関する情報を的確に把握することは、改めて非常に重要であるといえる。カンファレンスにおいて、管理者が繰り返し職員に率直な発言を促したり質問したりしていた結果から、本研究にむけたフィールド選定の基準とした。

以上、フィールド選定にあたっての基準を検討したが、①～④の基準すべてを満たす訪問看護事業所については A 訪問看護事業所が該当することから、今後必要なデータとの関連を掘り下げて分析できると判断し、本研究にむけたフィールドワークの対象とした。

#### 2) 選定したフィールドで収集すべきデータについて

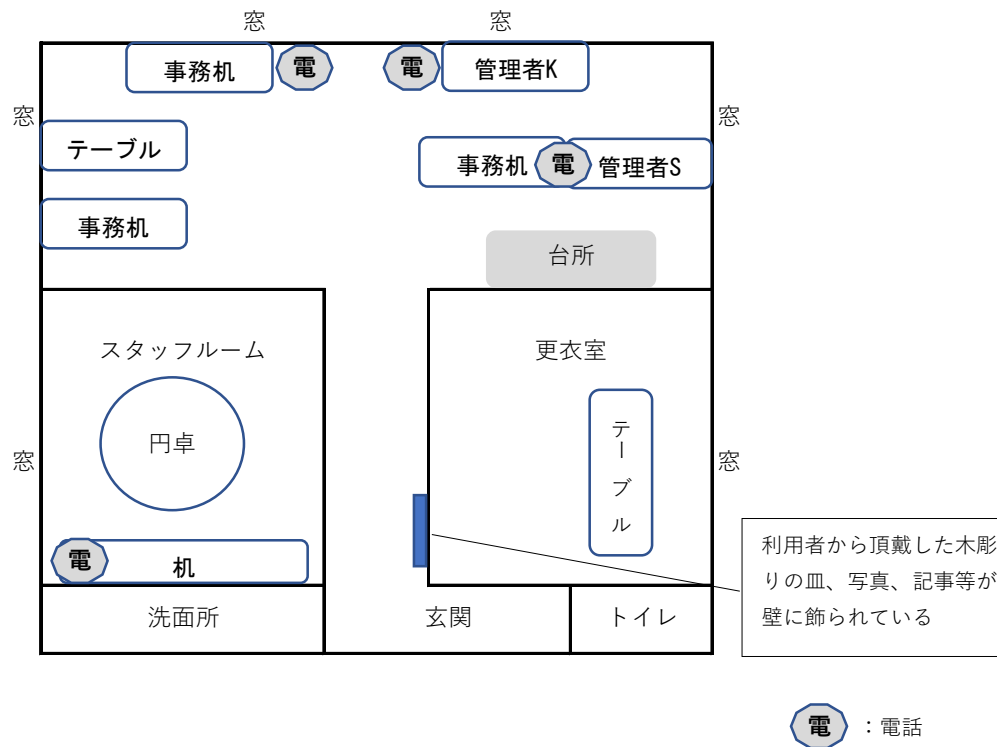
フィールドに対する恣意的な解釈を避けるためのデータ収集については、オンコールに関するデータ(①)として、選定した訪問看護事業所で用いられているオンコール契約書などの関連資料や、オンコール対応した数などの収集を行う必要がある。

また、オンコール対応にむけた体制や態勢づくりとされるデータ(②)については、インフォーマルなやり取りやカンファレンスに代表されるフォーマルな場でのやり取りが、実際のオンコール対応へどのように活かされているか等の関連を検討する目的で、さらにデータ収集を行う。

実際のオンコール対応に関する事例(③)については、参加観察する対象者(訪問看護師)の属性、オンコール対応を担うまでの経過、現在の対応状況、実際のオンコール対応と看護体制や態勢づくりとの関連について、インタビューデータとして収集する必要がある。また、実際のオンコール対応の様子を参加観察するにあたっては、オンコールを要請する療養者に関する情報(病状、同居者、介護サービス、住環境に関する内容)も必要と考えられる。倫理的な配慮として、事前にオンコール契約を結んでいる療養者に対し、研究の趣旨を記した説明文書を配布し、同意が得られた療養者に限り参加観察することを計画へ組み入れることとする。

表 3. 研究参加者（予備研究）

仮名(敬称略)	役職等	備考
皆藤	管理者	20年以上訪問看護に携わる、对外教育活動を行う
斉藤	部長(看護師)	リーダー看護師、開設メンバー、夜勤担当番を担う
田川	看護師	リーダー的立場、開設メンバー、夜勤担当番を担う
三井	看護師	リーダー的立場、訪問看護経験が豊富
上坂	看護師	他事業所での就労経験あり、夜勤担当番を担う
古村	看護師	新人看護師。訪問看護経験6カ月
山村	看護師	
太田	看護師	
和田	看護師	週2日勤務する
吉田	看護師	
武田	看護師	
平林	事務員	事務のリーダー的立場、事業所開設時からのメンバー
川村	事務員	電話対応を含む業務経験1年8カ月、常勤
荒井	ケアマネジャー	併設する居宅介護支援事業所勤務、管理者と連携を密に行う



事業所は、マンションの1戸に開設。階下には、居宅介護支援事業所を併設し、1室を当番看護師の仮眠室としている

図 2. 事業所の様子

表 4. A 訪問看護事業所で利用しているアプリケーション

アプリケーション名	目的	機能および利用の概要
a アプリ	朝礼	<b>参加者の画面を共有しながらのグループ通話、および文字入力ができる機能</b> 当番看護師がオンコール対応を行ったり、体調報告を入力したりする
b アプリ	カンファレンス	<b>参加者の画面や資料共有を行いながら、会話や文字入力することができる機能</b> 看護師が利用者にまつわる相談や報告を行い、スーパーバイズを受けたり、画像や資料を共有しながらアセスメントや今後の方針などを議論する
c アプリ	日常の連絡や報告	<b>SMS(ショートメッセージサービス)による、文字と画像を共有できる機能</b> 日常の報告、連絡、相談を行なう。分かりやすく入力することや訪問前後で閲覧するルールがある
d アプリ	訪問や算定の管理	<b>日々の訪問予定や、利用者ごとの連絡事項、算定の管理をシートごとに共有できる機能</b> 訪問時に確認する内容を管理者等が依頼したり、訪問後、看護師が訪問サマリーを入力する
e アプリ	看護記録	<b>看護記録や報告書、計画書などの文書を管理する機能</b> 日々の看護記録を行う他、褥瘡等の画像を保存したり、報告書や計画書などを作成する
f アプリ	多職種との共有	<b>多職種が利用者ごとの情報交換を文字や画像により共有する機能</b> 利用者ごとに承認を受けた多職種間で、訪問時の様子や課題などを共有する
g アプリ	看護師間での共有	<b>A 訪問看護事業所看護師間で、文字や画像を用いて情報交換する機能</b> f アプリ内に作成した A 訪問看護事業所ページで、看護師が情報共有を行なう

## 第4章 研究方法

フィールド選定の基準や選定したフィールドで収集すべきデータに関する示唆を踏まえ、研究への問いを、訪問看護師にとってのオンコール対応とはどのような実践か、看護体制や態勢づくりがオンコール対応にどのように関係しているか、また、オンコール対応が看護体制や態勢づくりにどのように影響を与え、チームや個人に成果を与えるかとし、研究計画をとりまとめた。

### I. 研究デザイン

訪問看護事業所におけるオンコール対応を行なう看護体制および態勢づくりのマイクロ・エスノグラフィー

### II. 研究目的

訪問看護事業所においてオンコール対応を行なう看護体制および態勢づくりは、どのように捉えられ、それらがどのような関係にあるかについて以下の研究目標を設定する。

1. 訪問看護事業所におけるオンコール対応とは、どのような実践であるかを記述する
2. 看護体制や態勢づくりがオンコール対応にどのように関係しているか、またオンコール対応が看護体制や態勢づくりにどのように影響を与えているかを記述する

### III. 方法

#### 1. 研究方法

参加観察およびインタビューによる質的記述的研究

#### 2. 研究対象者

研究対象者を選択する前提となるフィールドの選択基準として、以下の基準をすべて満たす訪問看護事業所とした。

- 職員や療養者の状態、療養環境に応じて、訪問看護計画を再検討した上で人員体制を調整するなど、柔軟に看護体制や態勢づくりを行っていること
- 職員がオンコール対応に関係することを認識しており、カンファレンス等のフォーマルな場やインフォーマルなやり取りにおいても、オンコール対応にむけた話し合



いが行われていること

- 情報共有できる媒体に、職員がアクセスしやすいこと
- スーパーバイズする者がカンファレンスでファシリテーションを行なうなど、職員が問題解決にむけて率直に意見したり質問したりできる状況づくりを行っており、記録からは伝わりにくい情報についても共有が行われていること

## 1) 研究対象者の選定基準

- (1) フィールドの選択基準すべてに該当する訪問看護事業所に勤務する管理者と職員
- (2) 事業所長から本研究に対し、承諾が得られている
- (3) 本研究の参加について、管理者と職員から文書による同意を得られている

## 2) 除外基準

以下に抵触する者は組み入れないこととした。

- (1) 観察実施期間中に、事業所内で勤務実績がない職員

## 3. 施設と研究対象者のリクルート方法

### 〈施設と対象者〉

フィールドの選択基準すべてに該当し、事業所長である管理者より承諾を得た上で、研究参加に同意が得られた A 訪問看護事業所に勤務する管理者と職員

### 〈リクルート方法〉

- 1) 管理者に対し、研究責任者が電話もしくは email にて研究の趣旨を伝え、対象者(管理者、職員)に対し、研究説明文書(資料 1：管理者用、資料 2：職員用)、同意書(資料 3)および同意撤回書(資料 4)を持参した
- 2) 研究責任者が上記書類を持参し、管理者および職員に対し、1) の資料を用いて説明を行った。送付する場合、説明に必要な時間調整を行った上で、インターネットの会議システムを用いた面接、電話のいずれかで説明を行うこととした
- 3) 説明後、対象者から質問があれば、口頭、もしくは後日改めて電話、email にて十分な説明を行い、調査当日までに自由意思により、郵送(郵送代、封筒は研究責任者が負担)、手渡しのいずれかで同意書を受領した

#### 4. データ収集期間

フィールドワークは、2022 年 10 月 7 日から 2023 年 8 月 16 日までの期間に実施した。全体像を把握するためのフィールドワーク(予備研究)は開始から 3 週間以内で 4 日間連続して実施した。中盤は質的データの分析を行い、終盤の約 2 か月間に週 1～2 回実施し(本研究)、カンファレンス 5 回(合計約 8 時間半)、インタビュー 6 回(管理者に 2 回実施)分の質的データおよび、看護体制および態勢に関連するデータを収集した

#### 5. データ収集場所

対象者が勤務する A 訪問看護事業所および、A 訪問看護事業所の訪問看護師がオンコール対応により緊急訪問する療養者宅（対応者の業務負担や療養者への精神的負担を考慮し、緊急訪問への同行は 1 事例とした）

#### 6. データ収集方法

- 1) 業務への支障が無いよう配慮しながら、朝礼およびカンファレンス、訪問看護師が当番としてオンコール対応する場面を中心に、参加観察を行った
- 2) 研究への協力が得られない職員については、記録は行わないこととした
- 3) 朝礼およびカンファレンスへの参加観察の場合、研究責任者は、対象者へ精神的負担が少なく、かつ状況を把握できる位置を選定した上で、職員の発言、表情、動作などに注意を払いながら観察し、カンファレンス内容については、同意の下で録音した
- 4) 訪問看護師が当番としてオンコール対応する場面への参加観察に先立ち、オンコール要請が想定される療養者および家族介護者に対し、研究への協力依頼文書(資料 5)を、管理者の同意および訪問看護師の協力を得て訪問看護提供時に配布した。郵送する場合は、研究責任者が封筒と切手を用意した。研究への協力依頼文書(資料 5)には、研究の趣旨、訪問看護師のオンコール対応の様子を観察する目的で研究責任者が同席する可能性があること、研究協力の諾否に関する事項、観察内容の秘匿性確保に関する事項を明記した
- 5) 訪問看護師が当番としてオンコール対応する場面への参加観察に際しては、業務負担を考慮した日程調整を事前に行った上で、訪問看護事業所内に一緒に待機し、オンコール対応の様子を参加観察した

- 6) 訪問看護師が療養者宅への緊急訪問を判断した際には、療養者または家族介護者へ、改めて「訪問看護師がオンコール対応する様子を観察する目的で研究責任者が同行すること」を説明していただき、口頭で同意を得た場合、緊急訪問に同行し対応の様子を参加観察した（緊急訪問への同行は、1事例のみとした）
- 7) 緊急訪問への同行について、療養者または家族介護者から同意が得られなかった場合、緊急訪問への同行は行わず、電話による対応場面のみを参加観察することとした
- 8) 緊急訪問へ同行した際、研究責任者は利用者または家族介護者へ、改めて研究目的を説明し同意を得たが、緊急要請しているという状況を踏まえ、精神的負担への配慮に努め、訪問看護師の対応の妨げにならない場所を判断し参加観察した。参加観察中、同意の撤回があった場合には、参加観察をただちに中止し、退室することとした
- 9) フィールドノーツの記述構成は、大学ノートに以下の内容を記録した
  - ①**観察記録の部**：時間軸に沿い、10)の事項に関する出来事、管理者や職員の言動をそれが生じた文脈がわかるよう詳細かつ具体的に記録する
  - ②**解釈・省察の部**：「理論メモ」には、観察から見えてきた視点や、知見として得られた理論とデータとの関係など、観察データがもつ理論的な示唆を、「方法論メモ」には、フィールドワークの進め方についての注意点や改善点を、「個人メモ」には、対象者に対する印象や感情をそれぞれ記録する
- 10) 詳細かつ具体的な記録にあたっては、識別原則(発言者の識別)、逐語原則、具体原則(ディテール豊富な記述)に従い、Spradley(1980/2010)が示す9つの主要な次元(①**空間**：物理的な場、②**行為者**：関与する人々、③**活動**：人々が行う一連の行為、④**行為**：人々が行う単一の行為、⑤**物体**：そこにある物、⑥**出来事**：人々が遂行する一連の互に関連した活動、⑦**時間**：時間経過に沿って起こる連続、⑧**目標**：人々が成し遂げようとしている物事、⑨**感情**：感じられ、表現される情緒)の視点と、文脈としての記述にあたっては、
  - a. すべての…はどのような(場所、行為、出来事、感情など)
  - b. …を詳細に記述できるか(物体、時間、目標)
  - c. すべての…について説明できるか(人々、時間、目標など)
 の問いを心がけながらとりまとめた

- 11) 内容に確認が必要な場合、管理者および職員に対し、数分程度の質問が可能かを口頭で確認した上で質問することとし、支障がある場合には、改めて確認するよう努めた
- 12) 当番としてオンコール対応を行なう訪問看護師 5 名に対し、以下の項目について半構造的インタビューを実施した
  - ①オンコール対応を担うまでの経過と、現在の対応状況について
  - ②オンコール対応へむけた態勢づくりで大切にしていること
  - ③カンファレンスなどでのやり取りが、日々の看護実践やオンコール対応にどのように活かされているかについて
- 13) 当番としてオンコール対応を行なう訪問看護師へのインタビュー所要時間は 60 分程度、インタビューガイド(資料 6)に沿って行ない、同意の下で内容を録音した

## 7. データ収集項目

収集するデータ項目は、以下とした

- 1) 朝礼およびカンファレンス：管理者および職員間で交わされるやり取りに対し、心理的安全性の観点(青島, 山口, 2021)を踏まえた以下の項目に着目し、データを収集する
  - ①困難や難題事例の提起：解決に向けた話し合いの状況
  - ②ミスや課題の取り扱われ方
  - ③他者理解：職員それぞれの立場や意見を認めたり、異なる意見の取り扱われ方
  - ④安心・安全な場：質問や意見を率直に発言する状況
  - ⑤相互協力：職員ごとの進捗を把握することや、協力に関する状況
  - ⑥リーダー行動：話しやすさ、自身の限界や誤認への態度、意見や質問を促すファシリテーション、判断内容の明確さ、責任を言及する公正な態度
- 2) 看護師へのインタビュー：オンコール対応を担うまでの経過、現在の対応状況、オンコール対応へむけた態勢づくりで大切にしていること、朝礼およびカンファレンス、様々なアプリやマニュアルが、看護実践やオンコール対応にどのように活かされているか、オンコール対応をし続けられる看護体制への考えについて、インフォーマルなインタビューも含めて、データを収集した
- 3) オンコールに関する事項：オンコール契約書などの関連資料、営業時間内と夜間休日におけるオンコール回数、緊急訪問回数、1 回の電話対応時間、オンコール要請が想定される療養者・家族介護者との申し合わせや事業所内での態勢づくり、事業所内や

多職種との情報共有に関する内容

- 4) **オンコール要請した療養者に関する事項**：療養者自身の情報（年齢、性別、疾患、病状、これまでのオンコール要請状況）、同居者の状況、介護サービスの利用状況
- 5) **緊急訪問に関する事項**：要請から事業所出発までの所要時間、療養者宅までの移動手段と所要時間、看護提供の内容、看護提供後の事業所内、多職種との情報共有、対応の振り返りに関する取り組み

## 8. 分析方法

- 1) フィールドノートおよび逐語録におこしたデータは、文脈を大切にしながら帰納的に分析を行った
- 2) 収集したデータから、A 訪問看護事業所においてオンコール対応を行なう看護体制および態勢づくりはどのように捉えられ、実践されているのかについて、取りまとめた
- 3) **看護師にとってのオンコール対応に関するデータ分析**：フィールドノートおよび逐語録を繰り返し読み、①看護師にとってオンコール対応とはどのような実践か、②看護師にとってのオンコール対応に、看護体制や態勢づくりはどのように影響しているのかを分析視点として、関係する管理者および職員の活動や発言、文脈が損なわれないようにコード化を行なった。また、各コードの類似性・相違性を検討しながら、生成したコードとフィールドノートおよび逐語録によるデータ分析にも戻りながらカテゴリーを生成することとした
- 4) **オンコール対応と看護体制や態勢づくりとの関係や成果に関するデータ分析**：フィールドノートおよび逐語録を繰り返し読み、①上記3) ①で抽出された実践を、看護体制や態勢づくりの中で看護師はどのように学ぶか、②看護師の実践はどのように看護体制や態勢づくりへ還元され、チームや個人に成果を与えるかを分析視点として、管理者および職員の活動や発言、文脈が損なわれないようにコード化を行なった。また、各コードの類似性・相違性を検討しながら、生成したコードとフィールドノートおよび逐語録によるデータ分析にも戻りながらカテゴリーを生成することとした
- 5) データ分析の過程を通じて、指導教員のスーパービジョンや博士後期課程大学院生および、修了生の意見をもらい、生じた疑問点については、フィールドノートおよび逐語録に戻って再分析し、解決しない場合は、焦点化したフィールドワークを行ってデータを追加することとした。また、研究参加者に結果をフィードバックし、現場の視

点で現象が捉えられているか、現場の実践や活動の様子として齟齬が生じていないかなどを確認し、意見が得られた場合にはデータとして追加することとした。これらの過程を、疑問がなくなるまで繰り返し、分析を洗練させるよう努めた

#### IV. 有害事象の取扱い

参加観察およびインタビューによる健康被害は想定しない

#### V. 研究における倫理的配慮

##### 1. 対象者の人権擁護

厚生労働省「人を対象とする生命科学・医学研究に関する倫理指針」を遵守し、人権擁護に配慮する

##### 2. 個人情報の取扱いについて

###### (1) 個人情報の保護と対象者識別

参加観察は、職員や療養者などの個人、ならびに訪問看護事業所や連携先などの名称は特定できないよう、記号や番号を用いて適切に記録した。また、カンファレンスデータの取扱いについては、逐語録におこす際、特定の個人を判別できる内容を削除した上で記号や番号を用いて管理し、逐語録との相違がないと確認した時点で、データを消去することで機密性を維持することとした

###### (2) 情報の保管方法

情報の保管は、特定の個人や名称を判別できる情報を切り離した上で、鍵のかかるキャビネットで責任をもって管理し、自施設外に個人や名称を判別できる情報の持ち出しは行わなかった。研究責任者は、研究等の実施に係わる文書(研究計画書、各種申請書・報告書の控え、対象者識別に関する対応表、同意書、その他データの信頼性を保証するのに必要な書類または記録)を、研究倫理審査委員会の承認後5年間保存する

##### 3. 対象者にもたらされる利益

研究に参加することで、参加者に直接もたらされる利益はないが、研究結果が今後、訪問看護事業所における看護体制や態勢づくりへの一助となる可能性がある

#### 4. 研究協力によって生じる不利益、それに対する配慮

研究に参加する不利益として、参加観察、および訪問同行予定日時の調整および実施に伴う時間的制約や精神的な負担を伴うが、業務への支障が最小限になるよう配慮した

#### 5. 健康被害が起きた場合の補償

参加観察やインタビュー調査である本研究に健康被害は想定しないが、参加観察、およびインタビュー中に心身の苦痛等を認めた時は、速やかに観察および同行訪問を中断もしくは中止し、状況が落ち着くまで対応する。受診が必要な場合、指導教員に速やかに報告し、適切に対応することとした

#### 6. 研究参加への同意と撤回

本研究への参加は、対象者の自由意思により決定され、同意されない場合であってもいかなる不利益も被らないことを説明し、同意書(資料3)への署名を得ることで研究協力への承諾とした。また、同意を撤回する場合は、同意撤回書(資料4)への署名を得ることで研究不参加を確認することとした

#### 7. 研究参加により発生する費用とその負担者

インターネットの会議システムを用いた面接を希望された場合については、通信料を研究参加者が負担することとした

#### 8. 研究対象者等からの相談等への対応

研究説明文書(資料1、2)には、研究責任者の氏名、所属、連絡先として電話番号、emailを記載し、研究相談窓口とし、相談があった場合は、研究者が対応することとした

#### 9. 倫理委員会の承認

研究実施に際して、聖路加国際大学 研究倫理審査委員会による承認を得て実施した

#### 10. 利益相反

本研究は、勇美記念財団研究助成金の支援を受け実施したが、研究の実施、分析には関与しなかった

## 11. 謝金、謝礼

研究参加者である管理者と職員への謝金として、3,000 円分の QUO カードを支払った。また、フォーマルインタビュー、実際のオンコール対応の参加観察への研究参加者である訪問看護師への謝金として、別途 3,000 円分の QUO カードを支払った。

緊急訪問への参加観察に協力いただいた療養者への謝礼として、フェイスタオルを謹呈した

(聖路加国際大学研究倫理審査委員会承認番号：23-A028)



## 第5章 研究結果

### 1. 訪問看護事業所の概要

#### 1. A 訪問看護事業所の概要

A 訪問看護事業所は、開設から4年5カ月(調査時点)が経過した都市部 X にある訪問看護ステーションであり、従業者数は、看護師 12 名(常勤 8 名、非常勤 4 名)、理学療法士 2 名(非常勤 2 名)、事務員 4 名(常勤 2 名、非常勤 2 名)で、予備研究から約 10 ヶ月後のフィールドワークとなったが、2 名の看護師が入職し産休明けで 2 名の職員が復帰した一方、1 名の看護師が退職していた。

調査時点での療養者数は約 170 名であったが、高齢者への支援が中心である一方、医療ニーズの高い療養者への支援や看取りへの支援を事業所の特色と掲げ看護を提供している(厚生労働省『介護サービス情報公表システム』より)。訪問看護を受ける療養者の経過については様々であるが、X 地域で長く活動する管理者(以下、皆藤ナース)を頼りに、入退院を繰り返しながら 10 年以上支援を受ける療養者や、配偶者や親の看取りを経て家族ぐるみで支援を受ける者は少なくない。X 地域は古くからの商業施設や高層マンションが立ち並ぶ活気に満ちた地域として知られている。

#### 2. 研究参加者

本研究に同意が得られた参加者は、管理者 1 名、訪問看護師 9 名、ケアマネジャー 1 名の計 11 名であった。研究参加者に関する情報については、仮名とした上で、役割やオンコール当番の状況について取りまとめた(表 5)。

#### 3. 訪問看護の実施状況

日々の訪問看護の提供については、皆藤ナースがスタッフごとの週間勤務表を作成し、スタッフは割り当てられた 4～5 件の療養者宅を訪問し、看護を提供するのが大まかな流れとなっている。週間勤務表については、スプレッドシート(Google 社)が引き続き用いられており、リアルタイムで編集や閲覧できる機能を有していることからすべての職員が訪問状況等を確認しながら看護を提供している。

日常の訪問看護とオンコール対応における連絡や相談を共有するしくみとして、SMS(ショートメッセージサービス)をコロナ禍が収束しても活用している。情報共有の中

心的なシステムのひとつであるため改めて述べるが、SMS グループは皆藤ナース、訪問看護師の他、事務職員がメンバーであり、営業時間内に勤務する事務職員は事業所で電話対応した内容の緊急性を判断した上で、グループに書き込みや画像を送信し、発信した情報が実施につながったかを適宜確認する役割を担っている（図3）。

一方、療養者や家族介護者がオンコール要請する場合についても対応の流れ(p26)は同様であったが、専用ダイヤルは皆藤ナースが管理しているスマートフォンの番号となっており、時間帯ごとの当番看護師へ順次転送する方法を取っている。ただし、日中の時間帯については当番看護師の訪問スケジュール等でオンコール対応しにくいと判断された場合には、皆藤ナース自らが日中のオンコール対応を引き受けている。また、療養者や家族介護者にとって 24 時間つながることが優先されるため、オンコール対応の契約締結時に営業時間内は A 訪問看護事業所にかけることも案内されている(詳細はⅡ.1 で後述する)。

そのため、訪問看護師にとって日常の訪問業務の合間に SMS を活用することはルールであると共に、オンコール対応に多かれ少なかれ関係することになっているのである。

訪問看護師たちは訪問先で些細な困りごとや確認したいことがあった際に、SMS を利用するが、メッセージ発信に際してはルールがあり、簡潔で分かりやすい内容、文末に発信者名を添えることとなっている。そのため、タイムリーに助言を与える・得られるやり取りや、実施がうまくいったことに対する労い、緊急訪問への応援に駆けつけるなど幅広いやり取りが行われている。発信数については、半日で平均 20 通と頻繁であり、訪問看護師たちは SMS を通して気軽に情報共有し、協力し合っている。

一方、どの訪問看護師もすぐに対応できない場合については、事務職員がリーダー看護師に直接電話連絡し、リーダー看護師が対応可能と判断した訪問看護師へ直接電話し緊急訪問の依頼を行ったり、リーダー看護師自らがスケジュールを調整して緊急訪問するなどの対応が行われている。

このように A 訪問看護事業所では、クラウド化された週間勤務表や SNS でのやり取りを通して日々の訪問看護の提供状況がタイムリーに共有され、日常の訪問看護やオンコール対応についても協力し合いながら看護実践していることが分かった。

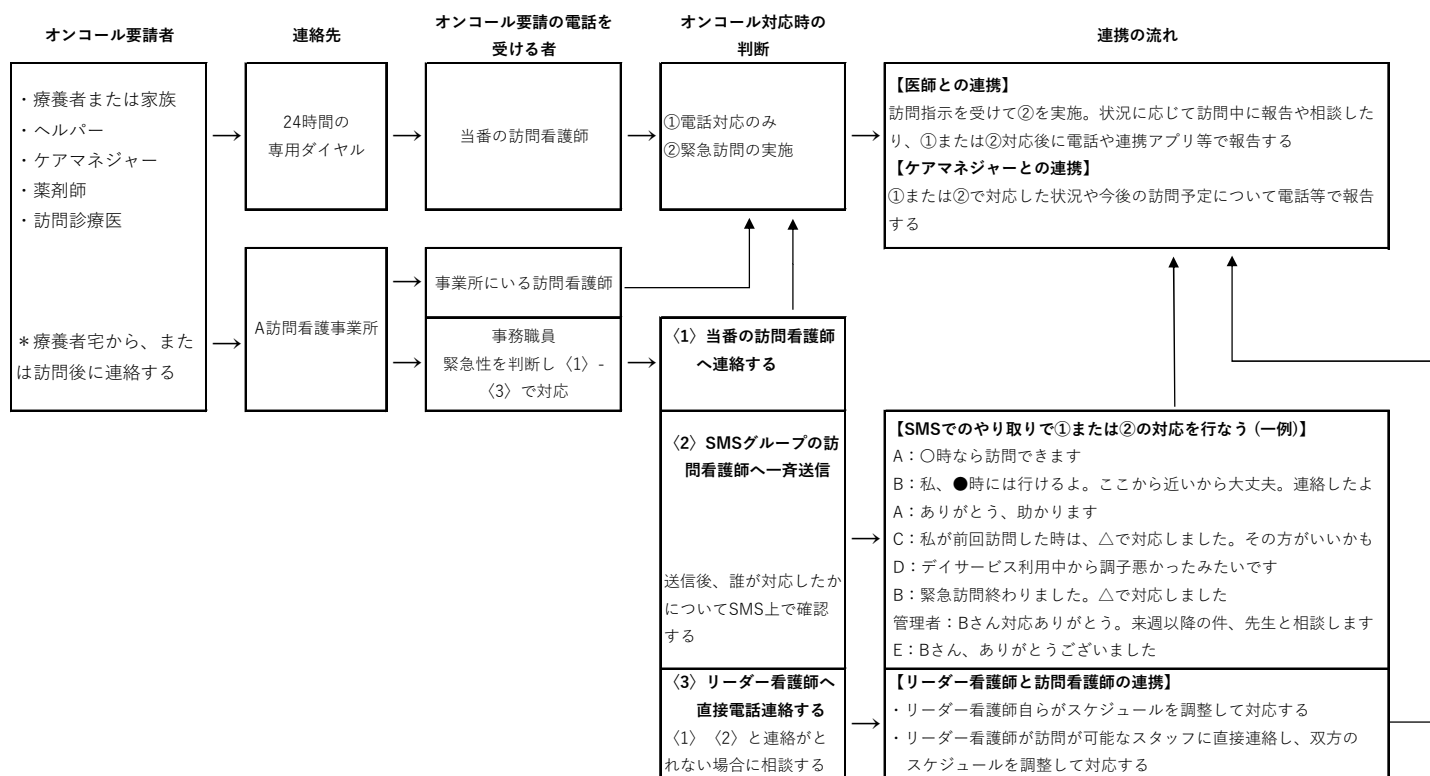


図 3. A 訪問看護事業所におけるオンコール対応の流れ

#### 4. オンコール対応を担うための人員体制

オンコール対応を担うための人員体制についても予備研究時と変更なく輪番制が取られており、時間帯(日勤帯：事業所の営業時間内、夜間帯：事業所の営業時間外)によって A 訪問看護事業所独自のルールが策定され、人員配置されている。

夜間帯については、管理者を含む 5 名の看護師のうち 1 名が 1 日交代で当番を担い、当番回数は 1 月あたり原則 6 回までというルールも同様である。一方、管理者は月平均 10 回夜間帯のオンコール当番を担っているが、管理者が自身の勤務スケジュールを調整しやすいことや、オンコール対応としての看護実践に注力する方針を取っているためであった。

平日の日勤帯については、管理者を含む 7 名の看護師うち 1 名が当番を担うが、当番の上限回数にルールはなく、管理者が看護師の訪問スケジュールを見ながら訪問件数の少ない看護師へ当番を割り当てている。ただし、実際は前述のように協力し合いながらオンコール対応の要請に答えている。

土日、祝日(事業所の営業時間外)については、夜間帯を担う 5 名の看護師のうち 1 名 1 日交代で当番を引き受けている。A 訪問看護事業所では療養者の病状等によって、柔軟に夜間や休日、臨時的な訪問看護を提供しており、当番の訪問看護師が臨時的な訪問を提供しながら、オンコール対応の要請にも備える人員体制を取っている。

## II. A 訪問看護事業所におけるオンコール対応

### 1. 訪問看護開始までの流れとオンコール対応の準備

一般的な訪問看護開始までの流れは、療養者が在宅療養を希望した際、主治医や看護師、ケアマネジャー等との話し合いで開始を判断することが多い。訪問看護提供の依頼を受けた訪問看護事業所は、主治医からの指示書に基づき、療養者や家族と訪問看護利用に関する契約を締結することで訪問看護の提供が開始される。契約締結時には、在宅療養に係る介護や医療従事者が集まる会議が療養者宅で行われることも多く、その際、定期的な訪問看護以外でオンコール対応が想定される場合に、オンコール対応に関する契約が合わせて締結される(図4)。オンコール対応に関する契約は、療養者または家族介護者の任意で締結される側面もあるため、様々な事情から契約を締結しない場合もあるのだが、療養中に病状が変化した際などに療養者等からの依頼を受け、後日オンコール対応に関する契約を交わすこともある。A 訪問看護事業所においては、ほぼ全療養者がオンコール対応の契約を締結している。

オンコール対応の開始に際し、A 訪問看護事業所では「24 時間緊急連絡先」とプリントされた用紙を手渡しているが(図5)、用紙は A4 サイズでラミネート加工されており、自宅の目立つ場所に掲示し続けても劣化しないよう配慮している。用紙中央には大きく専用ダイヤルが記されているが、その他の配慮事項として、営業時間内は A 訪問看護事業所に直接連絡すれば対応可能な訪問看護師を迅速に手配できることや、療養者の状態について訪問看護師が緊急性が高いと判断した場合、訪問看護師から救急車を要請する対応を行なうことなどが書かれている。さらに A 訪問看護事業所では、希望があれば療養者の携帯電話に緊急連絡先を登録する支援や、家族にも緊急連絡先を登録するよう促し、療養者や家族がいつでもオンコール対応を要請できるよう配慮していることも継続している。

### 2. A 訪問看護事業所におけるオンコール対応の状況

A 訪問看護事業所における緊急訪問の提供回数は、6 ヶ月間で 358 回、緊急訪問の提供時間帯については、営業時間内 54%、営業時間外は 46%で(2021 年 7 月 1 日～12 月 31 日間の集計)、集計期間から約 2 年経った現在においても、提供回数や時間帯については同じ状況であった。緊急訪問の提供回数を 6 カ月間として集計した理由については、月ごとに看取りをむかえる療養者数やオンコール対応を頻繁に要請する療養者数が変化するため、

緊急訪問回数が大きく変動するためであった。なお、集計期間については 7～9 月がコロナ感染者数の急増した第 5 波と重なるが、療養者の PCR 検査結果が共有スプレッドシート上で把握された上で緊急訪問が実施されていた。

一方、オンコール要請に関する電話回数については、A 訪問看護事業所でも集計を行っていなかった。ただし、体感としては平日で 20 コール程度、週末で 10 コール程度はあるとのことであった。このような状況を概算すると、A 訪問看護事業所では 1 ヶ月約 400 回オンコール要請の電話を受けていることになる。参加観察中のカンファレンスやインタビュー中でも電話が鳴り、管理者や訪問看護師がオンコール対応する場面を幾度も観察した。

1 回の電話対応時間についてはほとんどが 1 分程度であり、療養者や家族が混乱している場合や話を聞いてもらいたい様子を察した場合では 10～15 分程度対応することもあるが体感では稀とのこと。筆者が同席した電話対応についても「はい、〇〇のことですよ、分かりましたー、今から行きますねー」と、療養者の状況が分かっていた口調で穏やかに対応する様子が幾度も観察された。

全国調査によると、約 78%の訪問看護事業所での緊急訪問回数は 10 回未満/月であることから(一般社団法人全国訪問看護事業協会, 2019)、A 訪問看護事業所では極めて多く緊急訪問やオンコール要請に関する電話対応を行っているといえる。

### 3. はじめてオンコール対応を経験する訪問看護師たちの語り

オンコール対応と看護体制および態勢づくりに関するインタビューに参加した訪問看護師は管理者を含む 5 名で、属性やオンコール当番状況について取りまとめた(表 6)。研究説明のため A 訪問看護事業所を訪問した際に遡るが、管理者より新入職した 2 名の訪問看護師がオンコール対応を始めて間もないと伺い、インタビュー調査に協力していただくこととなった。2 名の訪問看護師(No.5, 6)は看護経験 4 年目で、いずれも病棟での看護実践を経て同時期に入職していた。入職 4 カ月目の時期というのは、まだ訪問看護業務にも慣れていないことが予想され、オンコール対応への不安や困難感について明らかにできると考えたため、2 名にそれぞれインタビューを行った。

入職した訪問看護師がオンコール対応を引き受けるまでの流れは、**(入職 2 ヶ月目)** 事業所で待機しながら、オンコール当番を担っている管理者から、緊急訪問を提供する旨の連絡を受け、管理者が対応する緊急訪問に同行することを 2 回経験、**(入職 3 ヶ月目)** 週 1 回、夜間のオンコール当番を担うが、電話対応した内容は必ず管理者に電話かメールで報

告し、緊急訪問が必要と判断した場合については、管理者とどのように看護を提供するかを電話で打ち合わせた上で緊急訪問し、管理者に実施報告をしてオンコール対応を終えることを継続している。なお、管理者と同行訪問すること、管理者への報告については A 訪問看護事業所で必ず行うルールとなっており、管理者と連絡がつかない場合については、リーダー看護師である齊藤ナースに報告するルールになっている(齊藤, 9)。なお、A 訪問看護事業所では皆藤ナースと齊藤ナースがリーダー看護師の役割である他、役職はついていないが、2 名の看護師がサブリーダーとしてスタッフの助言等を行っている(表 5)。

**片山ナース) 一番最初、皆藤さん(管理者)と一緒に訪問したのは、ターミナルの人で**  
(片山, 23)

片山ナースは、死期が迫った療養者への緊急訪問が特に印象深かったと語りはじめる。

**片山ナース) 元々日中も訪問していて(管理者と)夜も様子を見に行こうって言っていたんです。予定された夜の訪問(臨時的訪問)という感じで。(実際に)夜行って状態を確認して、座薬で鎮痛していたので、それを使ってっていうような(看護を提供した)。翌日の明け方ぐらいに、「息が止まりました」ってご家族から連絡があって、エンゼルケアをするっていうのが初めての緊急でした(片山, 23)**

片山ナースは、臨終をむかえた療養者への看護(エンゼルケア)を病棟で何度か経験していた。しかし、勤務していた病棟でのエンゼルケアについては「なんか…もっとやってあげたいなって思うようなこととかもあって、訪問看護やろうって思ったきっかけでもあったんです(片山, 29)」と、病棟でのエンゼルケアでは必要な実践が不足していると感じ、訪問看護を通して必要な実践を知るため転職を決意したと述べた。皆藤ナースと共に提供した緊急訪問の様子については、

**片山ナース) ご家族もすごく受け入れができていて、ずっと熱心にやられていた方だったので、本当に穏やかに、なんか理想的ないい最期を迎えられていたのかな。エンゼルケアも、丁寧にその人らしい形でできて。それがすごい良かったな(片山, 29)**  
**終わってからも何かやっぱり本当にやれてよかったなっていう思いがあって(片山, 37)**

緊急訪問でのエンゼルケアを振り返った片山ナースは、病棟でのエンゼルケアには、その人らしい形を尊重することに不足があったのだと述べる。緊急訪問でのエンゼルケアでは、生前療養者が好んでいた衣服を着せながら、家族から療養者が元気だった頃のエピソードを聞いたり、介護は大変なこともあったが痛みから解放され穏やかにこの家から旅立って良かった、と闘病生活を回顧するエピソード聞くことができたとのことである。

つまり、片山ナースは(療養者および家族にとっての)その人らしい人生と旅立ちの形を踏まえてエンゼルケアを実践することができたから、「やっぱり本当にやれてよかったな」と述べているのだが、「実際には、皆藤ナースの補助役としての実践であったため実践したと胸を張って言えるものではない」と謙遜しながらも、はじめての緊急訪問を通してもっとやってあげたかったこととは、その人らしい形を尊重する看護実践(エンゼルケア)であったと実感したのである。

そして以降、様々なオンコール対応を経験した上で、オンコール対応をどのように捉えているかについては、

**片山ナース) はい。ポジティブな結構いい気持ちで (片山, 39)**

**はい。いい経験をさせていただいたなっていう感じです (片山, 43)**

(筆者の眼を見て同意を求めるように) **大事ですよー (片山, 79)**

片山ナースは、日常の訪問看護もオンコール対応も勿論不安はあると前置きしたが、満面の笑みで「オンコール対応は看護実践であり、療養者にとって大事な支援とポジティブに捉えている」と語った。また、このような捉え方に至る要因については、同行訪問とリーダー看護師への報告の他、スタッフ誰もが嫌な顔をせず相談に応じてくれることを挙げ、これらにより不安や困難感を乗り越えられると語った (片山, 93)。

一方、新入職の美川ナースが語ったオンコール対応の経験は、単独ではじめて緊急訪問を提供した場面であった。

**美川ナース) (カンファレンスで) 話題に上がっていた、失禁とかでたまに呼ぶことがあった人 (オンコール対応を要請する人) で。電話が来たときは (その人の状況をカンファレンスで) 聞いたこともあるし、行こうって感じで行ったんですけど、行くの初めてだっ**

**たんです。その人の家に。**（美川, 19）

ゆっくりと穏やかに語った片山ナースとは対照的で、美川ナースは快活に「ハハッ」と笑い声をあげながら、これまで全く訪問したことがない療養者からのオンコール要請に対応したことを語り始める。

**美川ナース）**そのときは、「ま、行くだろうな」って思って皆藤さんに電話（報告）して。  
「**お電話が来たから行こうと思ってます**」「**じゃお願いします**」みたいな。（美川, 23）

療養者宅は高層マンション群にあったが、入口やエレベーターに利用制限が複雑に設計されていたため訪問は容易ではなく、入り方が分からなくて勘（美川,19）で療養者宅までたどり着き、看護を提供したとのことであった。

ここで美川ナースは、自身の緊急訪問に関する判断や行動力を勘と表現して語り始めたのだが、続く語りから決して勘だけで判断していないことが分かった。

**美川ナース）**たぶん呼ぶ（オンコール対応を要請する）のは、**たぶん知らない人ん家だろうなって思っていて。自分が行ってる人（訪問している療養者）は多分呼ばないっていうことは大体分かるじゃないですか。**（美川,27）

美川ナースが日常的に訪問看護を提供している療養者は病状や状況が安定してるため、オンコール対応を要請する可能性は低いと判断している。したがって、オンコール対応を要請するのは、自身が訪問していない療養者、つまりカンファレンスで状況を聞いたことがある療養者の変化に注意していたと述べているのである。この点について美川ナースは、日常の業務においてオンコール対応を要請する可能性のある療養者を「呼びそうな人」と表現し、

**美川ナース）**（病状が）**重い**っていうか**呼びそうな人**に（他の訪問看護師が訪問していたら）行ったら、「**どんな人？**」みたいな（風に訊ねる）。（美川, 41）

**今まで電話とかとってる人**（オンコール対応をした療養者は）、**行った人も全部含めてですけど、1回は名前聞いたことあるので。まったく本当に1ミリも知らない、っていう人**



**からは今までかかってきてないんです。そうですミーティング（カンファレンス）でも名前が挙がってる人、マーク自分でしてる人（美川, 63-65）**

これまでオンコール対応を行った療養者については、カンファレンスや他の看護師とのやり取りの中からオンコール対応する可能性を推測した上で看護記録を閲覧し、呼びそうな人の概要を捉えている。さらに、実際にオンコール要請の電話を受ける際、タブレット端末で看護記録を立ち上げながら対応する様子については、

**美川ナース）一応開くと（画面を立ち上げると）申し送り欄がまず上にあって疾患と普段やることが書いてあるんで、「うん、こういう人ね」って。（美川, 73）**

**私と片山さんがオンコール始まる（対応を開始する）時に、ミーティング（カンファレンス）で、申し送り欄の見直しをみんなしてねって皆藤さんたちが声かけてくれて。みんな、気遣って直したりしてくれて（えへへと笑う）。（美川, 75）**

看護記録のトップページには申し送り欄があり、療養者の病状に関する情報や鎮痛剤等の治療状況、日常の看護実施内容、緊急時の連携先等について一目で分かるよう記載するルールになっているが、2名の新人訪問看護師たちがオンコール対応を開始するタイミングで、皆藤ナースらリーダー看護師たちがメンバーに声をかけ、最新情報の更新が行われている。このような申し送り欄の更新は、A 訪問看護事業所における態勢づくりのひとつといえるが、たとえ新人訪問看護師であっても療養者の状況が直ちに把握できるので、訪問看護を提供したことがない療養者でもオンコール対応できると語った。

インタビューは終始笑い声があふれ、彼女の快活で明るい人柄が伝わる機会となったが、オンコール対応をどのように捉えているかについては、「不安はありますよ、でも（はっきりとした口調で真剣な表情に変わり）やるしか、やるしかない（美川, 100）」と、片山ナース同様に前向きに捉えていることがわかった。

インタビュー調査前、新人訪問看護師である2名の訪問看護師からは不安や困難感についての語りを聴取することを想定していたのだが、はっきりとオンコール対応を積極的に捉え実践する意志を聴取した。なお、オンコール対応に一定の経験を有する3名の訪問看護師についても、同様の意志を聴取したことを付記する。

以上、A 訪問看護事業所では極めて多くの緊急訪問や電話対応を行っているのだが、それにもかかわらず、訪問看護師たちはオンコール対応を引き受けることを看護実践のひとつとして積極的に捉えている。そして、オンコール対応を不安や困難感ではなく積極的な実践として捉える背景には、同行訪問、カンファレンスや看護師同士で交わされるやり取り、看護記録や SMS により、療養者や家族介護者の状況が分かるという点は大きく関係しているといえる。また、オンコール対応に関する不安や困難感を乗り越える点については、リーダー看護師への報告や誰もが嫌な顔をせず相談に応じてくれるため、オンコール対応時における看護実践がイメージできると考えられた。

ここまでで、A 訪問看護事業所における看護体制としては、同行訪問、カンファレンスの実施、リーダー看護師への報告、ICT を活用した週間勤務や看護記録(申し送り欄)、SMS が挙げられる。一方、柔軟な対応である態勢づくりとしては、カンファレンスの中や看護師同士で交わされるやり取り、看護記録(申し送り欄)や SNS の活用、誰もが嫌な顔をせず相談に応じてくれる職員全体のあり方と考えられるが、看護体制と態勢を通して療養者や家族の状況が分かるということが重要な意味をもつようである。日常的な看護実践ではないオンコール対応では、療養者や家族の状況が分かるということに加え、最終的にどう実践するかということについてもリーダー看護師の助言を得ながら見通せていることが重要であると考えられた。

#### 4. オンコール対応と態勢、看護体制づくりに関するリーダー看護師の語り

斉藤ナースは、皆藤ナースと共に A 訪問看護事業所の立ち上げを行ったリーダー看護師であり、スタッフ育成、マニュアルやルール作りの他、前述のオンコール対応に関するデータ収集や分析を行う中心的な立場にある訪問看護師である。

現在、A 訪問看護事業所で同行訪問やリーダー看護師への報告はルールとなっているが、新人訪問看護師を含むすべてのスタッフが報告するルールとなっており、報告する内容については、オンコール対応や日常の看護実践で感じた些細な事柄であっても報告することをリーダー看護師たちは促している。なお、報告方法については、口頭や前述の SMS、メールのいずれかであるが、開設時はそのような看護体制ではなかった(斉藤, 9)。

**斉藤ナース) 前は義務じゃなかったんです。(任意で行なうものかを問うと)態勢ですかね、必要だったら報告してね、みたいな感じだったんですね。でも、以前オンコール対応が辛**

くて続けられないスタッフがいて。それだと不安や辛さを言わないで抱え込んでしまった  
みたいなんですよ。(齊藤, 11)

結果的に一度不安を抱えた訪問看護師は、業務への配慮を行っても退職してしまった。

齊藤ナース) それで皆藤と「同行訪問とオンコール対応時の報告は義務にしよう」ってな  
ったんです。(中略)そのようにスタッフに関わるようにしたら、格段にスタッフが安心で  
きるみたいで。たとえば、(療養者からオンコール当番訪問看護師へ)「ちょっと調子が悪  
い」と電話が来て、(訪問看護師が)「(あらかじめ準備した)薬を飲んで様子みましょう」  
と電話対応した後、私たちのどちらかに「このように対応したんですけど、いいですか」  
と報告の電話がくるようになって。スタッフにしてみたら、「本当にあの対応で良かった  
のかな」って不安を引きずったままになるけど、私たちが「それでいいよ」って (対応が  
適切であることを)保証してあげる、というのはとても大切だと思っています。(齊藤, 13)

オンコール対応への不安を抱えた訪問看護師の退職を転機として、リーダー看護師への報  
告が看護体制に組み込まれたが、その結果リーダー看護師たちはスタッフが格段に安心す  
る看護体制づくりへの手応えを獲得している。そのため皆藤ナースや齊藤ナースは、スタ  
ッフから報告を受けることを責務と捉えている。また、実際の対応については、リーダー  
看護師がスタッフの看護実践の適切さを盲目的に承認するのではなく、必要な観察点や支  
援があれば具体的に提案するため、スタッフが格段に安心すると述べた。

一方、リーダー看護師への報告によって、自身のオンコール対応内容に安堵する経験の  
獲得はインタビューで複数のスタッフも語っており、混乱している家族に電話対応した際、  
リーダー看護師からの助言を踏まえた対応内容を報告することで達成感や自信を獲得した  
経験(片山, 97-99)や、夜間帯や休日であったとしても、迅速な報告の必要性から電話報告  
できたことで、リーダー看護師から評価を受けたり実践を承認されたりする経験(片山,  
93)(美川, 110)が挙げられた。

以上のことから、報告の義務化によりスタッフは積極的な報告態度を獲得することで看  
護の適切性を確認する経験を重ね、一方のリーダー看護師は看護実践を承認することでス  
タッフと信頼関係を構築していることが看護体制や態勢づくりを進める上で重要な点であ  
ると考えられた。

### III. A 訪問看護事業所における緊急訪問の実際

訪問看護事業所におけるオンコール対応には、オンコール対応を要請する者に ①電話で対応を行なう場合と、②訪問要請を受けて緊急訪問を提供する場合の 2 通りがあるが、そもそも訪問看護師はどのように①または②の対応を判断するのだろうか。

これまでの語りから、A 訪問看護事業所の訪問看護師は電話の内容から判断するだけでなく、カンファレンスでオンコール対応を要請する可能性がある療養者(呼びそうな人)を把握し、看護記録で確認したり他の訪問看護師とやり取りして療養者の状況を確認し、あらかじめ看護実践の見通しを立てているようである。一方、療養者や家族介護者の立場からみて「オンコール対応を要請する」という状況とは、日常の療養生活が立ち行かなくなるなんらかの事情が生じたと考えられるが、訪問看護師はその状況をどのように捉えているのだろうか。

本項では、緊急訪問の実際を記述した上で、オンコール対応を行う訪問看護師にとって、または、オンコール対応を要請する療養者や家族にとってオンコール対応(要請)とはどのような意味をもつかについて解釈することとする。

#### 1. B さん宅への緊急訪問

B さんは 80 代女性で、高層マンションに独りで暮らしている。近隣には娘が居住しており、1 日おきに徒歩で来訪しては昼食を準備し、B さんの様子を見守り続けている。娘が来訪しない日については、週 1 回訪問看護が提供される他、昼食の配食サービスを利用しながら安否確認が行われている。X 月 X 日午前 8 時半頃、A 訪問看護事業所の事務職員が、娘から緊急訪問要請の電話を受ける。

**片山ナース) 朝、本人さんが娘さんに「苦しい」って電話で相談したらしくて、娘さんから事業所に緊急訪問してほしいって電話があったんです。B さんは全くというくらい電話をくださったことはないので、緊急訪問もたぶんはじめてだと思うんです。**

緊急訪問の身支度をしながら B さんの療養状況を聞き、片山ナースと B さん宅へ電動自転車で向かう。B さん宅までの道のりは 5 分程度であったが、マンションは賑やかな商業施設に近接しており、開店前の路地は静かな佇まいであった。

居住階でエレベーターを降りると、まっすぐに伸びた通路の奥のドアが半分ほど開いており、娘が上半身をのぞかせて待ち構えている。私たちを見つけ何度も会釈をしている。近づくにつれ娘の表情が読み取れたが、必死に不安を押し殺した作り笑顔でせわしく会釈を繰り返し「すみません、こんな時間にお呼びして。どうぞお入りください」と、私たちを招き入れる。

通されたリビング中央にはリクライニングチェアがあり、パジャマ姿の B さんが横になっている。室内は冷房がしっかりと効いており、B さんは厚手のひざ掛けに包まれてニコニコ笑いながら片山ナースに会釈をする。B さんの血色は良好で、片山ナースに事の経緯を話そうと口を開くが、娘は B さんをなだめて説明をはじめめる。

最初に B さんから娘に電話があったのは前夜 12 時頃であり、B さんは深夜であることが分からない様子で世間話をはじめたとのことである。娘が「ママ(B さん)、今は夜中ですよ」と伝ええると B さんは電話をすぐに切ったが、B さんを心配していた早朝、改めて B さんから「苦しい」と電話があったため飛んで来たところ、室内はクーラーが止まり熱気を帯びていたことから、熱中症を心配してオンコール対応を要請をしたとのことであった。片山ナースは、穏やかな表情で娘の話しに相槌を打ちながら、時折 B さんの表情にも視線をむけ、B さんの体温を測ろうと手を伸ばす。すると B さんは、

**B さん) ほらあ、これ(体調不良)は先週からに遡るんですよ。あなた(片山ナース)が上がって来れなくて、お弁当の人も大変なのよねえ**

B さんは、「ようやく自分が話す番だ」とばかりに、体調不良となった経緯を話し始める。B さんはリクライニングチェアから上半身を起こすと、丁寧な口調でよどみなく、先週、自身がチャイムを受けてマンション入口の開錠ボタンを押せなかったことから、訪問看護師や配食業者が入室に手間取ったエピソードを話す。片山ナースと娘は、B さんの話に「うん、そうでしたね」と相槌を打ちながら、エピソードは事実だが、曜日や時間に誤認識があることを小声で確認し合っている。

**娘) 実は先日来た時、「お弁当に虫が入っているのよ」って母に言われたんです。まだそのお弁当が残っているというので中を見たんですけど、焼きそばに入っている細い玉ねぎ、それを「虫だ」って言ったんですね。…どうしよう。お弁当止めた方が…ママ、お弁当止**

**めてみる？**

娘は平静を装い話し始めたが、わずかな沈黙から「…どうしよう」と絞り出した声は消えそうなほど小さかった。一方の Bさんは、娘からの提案に驚きと困った表情を見せながら「ええ…？ せっかく、ねえ…」と歯切れの悪い返事をして愛想笑いをみせる。しかし、すぐに Bさんの思考は先週のエピソードに戻ってしまい、自分がなぜ開錠ボタンを押せなかったかについて、身振りを交えて再び話しはじめる。その様子を見守った片山ナースは、

**片山ナース）うん、なんだかいつもの調子に戻っているみたいですね**

**娘）あー良かった。熱中症っぽくなっちゃったせいですかね**

**片山ナース）うん、そうかもしれないですね…。お弁当、止めちゃうと娘様が大変になっちゃいますよね…**

緊急訪問を要請した本当の理由とは、熱中症ではないように思われた。片山ナースの問いかけに、娘が語りはじめる。

**娘）そうなんですけど…（考え込む表情を見せながらうつむき、自分に言い聞かせるように）もうそろそろ、もっと私も来なきゃいけない…うーん。やっぱり、（小声で）少しずつ分からなくなっちゃってきて…**

Bさんの認知機能低下が進行したことについて、娘は薄々気づいていたようであった。前述の、Bさんから「お弁当に虫が入っている」と言われたことは、それを決定づけるエピソードとなった。歳を取れば自分の母親もそうなると思わされているが、「やっぱり、少しずつ分からなくなること」を受け入れなければならない悲嘆が声色ににじんでいた。片山ナースがかけた「娘様が大変になっちゃいますよね」の一言は、娘が心に押し込めていた Bさんに対する思いを吐露させるきっかけになったように思われた。娘の悲嘆を振り払うように、今度は Bさんが手振りを交えて話しはじめる。

**Bさん）それで、私、ほら（微笑みながら）みなさん近代的だから、（スマートフォンを指差し）そんな小さいのでね、ズラッと沢山書いてあって、私は分からないでしょ…**

しかし、誰より辛いのは B さん自身なのかもしれない。B さんは、自分の生活はこのところ混乱続きであると繰り返し話した。自分の記憶をたどりながら話す B さんの様子は、娘や片山ナース、時には筆者の表情を見て、自分の言っていることはおかしくないか、間違っていないかを確認しながら話しているようにもみえた。一方で、娘は立ち上がり、インターフォン脇に貼り付けた開錠順を示すメモの位置を貼り直しながら、「ちゃんと押せなくなっちゃったんですよね…どうしようかな」とつぶやいた。

B さんの話を傾聴していた片山ナースは、「B さん、朝食食べていないですけど、少し食べてみます？薬も飲んで…」と B さんに声をかける。片山ナースの声かけに反応した娘は B さんに駆け寄り笑顔を見せながら、「ママ、サンドイッチとかどう？明日（のお弁当は）ご飯だから」と朝食を促す。B さんは一瞬躊躇した表情を見せたが「う…ん、うん、うん、2 人分食べるわ」と返答する。娘は「あーパパの分もね、分かった！」と、B さんがすでに逝去した夫の分まで食べると言ったのだと解したことで、皆は一斉に笑い声をあげた。筆者も声をあげて笑ったのだが、B さんの食欲が回復したことへの安堵感だけでなく、認知機能低下を受け止めなければいけない事実へのやり切れなさを、束の間でも和らげたい気持ちはみな同じだったように思われた。

約 25 分間の緊急訪問はここで終了したが、娘は「ママ、買い物行ってくるね。私も一緒にコンビニ行くので降ります」と、看護師の退室と共にエレベーターへ向かうこととなった。エレベーターまでの真っすぐな通路を共に歩きながら娘は、「やっぱり、呆けるのが進んできたんですよね。こんな風になるんですね…」と、B さんの認知機能低下を確信しながらも、B さんの状態を納得するため「こんな風になる(ママもとうとうこんな風になってしまった)」と自身に言い聞かせるような口調でつぶやいた。しかし一方で、医学的な判断を片山ナースの返答に求めているようにもみえた。片山ナースは一瞬返答をためらうように間を取りながら「…そうですね…。うん」と応えた。強く断定しない柔らかい声色の返答は、明言を避けるようにも聞こえたが、それはかえってその場には最良の答えであるように聞こえた。なぜならば、娘は終始気丈に振舞っていたが、最愛の母親が分からなくなっていくことに悲嘆しているようにみえたからである。頭で分かっている事実を受け止めるということは全く簡単ではないのであり、そのような悲嘆や不安に寄り添うことに看護実践があるのである。

## 2. 療養者や家族にとってのオンコール要請とは何か

研究説明のため筆者が来訪した時に遡るが、緊急訪問への調査を1度しか行わないことを伝え、皆藤ナースから「それでわたしたちの実践している看護が分かるのか」と質問を受けた。筆者としては、緊急訪問時に他者(筆者)が同行することは療養者や家族にとって精神的負担になることを懸念しており、限定的ではあるが貴重な実践を調査させていただきたいと伝えたところ、「私たちの看護を見てもらいたいよね～」と、その代わりとしてA訪問看護事業所が行った緊急訪問の対応記録を見せていただくこととなった。

2021年の半年間に実施した358例の対応記録を一読すると、療養者や家族には多様な個別性があるのだが、繰り返し読み進めるうちに、療養者や家族介護者の状況と心情には共通した特徴があることに着目できた。

まず、療養者や家族介護者がオンコール対応を要請する状況の共通性については、「療養者や家族介護者の置かれた状況が変化している、移り変わる時期である」、ということだった。前述のBさんについても、独居で自立した生活から介護体制を検討する時期に差し掛かったのだといえる。ただし、このような変化の時期を療養者や家族が意識できるかといえば、必ずしもそうとは言えない。Bさんの認知機能低下は、一定の時間軸を見通した訪問看護師だからそう判断できるのであって、Bさんの混沌と活気を行きつ戻りつする生活について、娘は転機の到来を確信するまでには至らなかった。あるいは、娘はそうかもしれないと思っても、事実を受け入れられずに日常をやり過ごすことも療養生活の一側面である。しかし、とうとう受け入れなければならない、オンコール要請しなければならない出来事が生じたのであれば、これを機に転換を認識するのだらうと考えられた。

緊急対応記録の例示については、秘匿性確保に配慮すべきであることから、続柄等を変更した上で、以下に転換期が判断できた3事例を記述することとした。

**(事例1:家族からの要請)** 癌の進行に抗いながら生活続ける療養者が、とうとうトイレへ行けなくなりベッドで失禁した、意識が混濁していると、病状進行による状態変化について家族がオンコール対応を要請した状況

**(事例2:息子からの要請)** 母親である療養者への介護を続ける90代父親の介護状況について「父親の介護が不十分だから母親が回復しない」と憤る息子から要請した状況

**(事例3:姪からの要請)** 叔母の介護を引き受けていた姪が仕事を終えて来訪した際、すでに呼吸が停止した叔母を発見するが、姪は「まだ生きているかもしれない」とオンコー



ル対応を要請した状況

これらに例示した状況から、療養者や家族にとってオンコールを要請する状況とは「療養上の節目や転換期」であると解釈した。

さらに、療養者や家族に療養上の節目や転換期が到来したことについて、訪問看護師たちはそれを的確に看護実践のタイミングと捉え、関わっていることも分かった。前述の3事例に対する訪問看護師たちの関わりを以下に示す。

**（事例1：家族からの要請への訪問看護師の対応）** 気丈に振舞っていた療養者との別れを意識する時期の到来を判断した訪問看護師が、療養者宅から訪問診療医へ連絡し、看取りの場に関する話し合いが緊急的に設けられ、療養者や家族の意思を尊重しながら在宅療養を継続する意思決定支援が行われた。

**（事例2：息子からの要請への訪問看護師の対応）** 90代の父親による介護不足は当然の時期に差し掛かったことを判断した訪問看護師が息子にその事実を諭し、両親それぞれの思いを尊重しながら介護の手を増やす手段（ヘルパー支援の導入）を提案した。

**（事例3：姪からの要請への訪問看護師の対応）** 訪問看護師は、姪の「呼吸をしていないけど、まだ生きているかもしれない」と発言した意図を、傍で看病できなかった病弱な叔父への配慮からと判断し、「身体がまだ温かいうちに会わせよう」と、別室にいた叔父の移動を介助し叔母と対面できるよう支援した。

これらのことから、A 訪問看護事業所の訪問看護師たちは、オンコール対応には療養上の節目や転換を調整する看護実践が必要とされることを予め認識していると考えられた。事例でみた看護実践というのは、訪問看護師たちが直面した状況から即興的に判断して対応したのではなく、日頃の情報共有が微に入り細に入り行われているからこそ瞬時に判断し対応できるのである。つまり、療養者や家族介護者の立場や心情変化にまで踏み込むような情報共有も行われているから、オンコール対応という日常的でない状況下で療養上の節目や転換を調整する看護実践が提供されるのである。A 訪問看護事業所では、療養者の状態変化に合わせて夜間や休日の臨時的な訪問が積極的に計画されているが、このような転機を捉える訪問看護の追加的な提供とは、態勢づくりである。

次に、オンコール要請時に特徴づけられる療養者や家族の心理的状态であるが、療養者

や家族は「混乱または不安な状態にある」ということである。そして、このような心理状態も踏まえた上で、訪問看護師は看護を提供しているという特徴である。

**（事例2：息子からの要請）** では、息子は父親の介護不足に憤って電話したのであるが、これまでの療養状況を見通しているから訪問看護師は、息子の心情を、父親の介護不足から生じた怒りだけではなく、破綻しつつある介護生活への憂慮と察したり、母親との惜別の時期到来を受け入れられず混乱する心情を読み取った上で、息子を諭すのである。

ところで、混乱または不安な状態にある療養者からのオンコール要請にはもうひとつ特徴がある。認知症や独居の療養者については、オンコール要請する電話を1日に20回以上と頻繁にかけてしまう時期がある。A 訪問看護事業所の緊急対応記録の分析によると、認知症や独居の療養者12名からの電話はコール全体の4割以上を占める結果であった(斉藤, 7)。次項では、A 訪問看護事業所のカンファレンスでやり取りされた、頻繁なオンコール要請への捉え方について記述する。

### 3. A 訪問看護事業所における頻繁なオンコール要請に対する許容

A 訪問看護事業所では、毎週1回約2時間カンファレンスを行っているが、一般的なカンファレンスが1時間程度と比べると長い時間を確保している。コロナ禍では、感染対策の観点からインターネットの会議システムを利用した開催となっていたが、現在はカンファレンスルーム(図6)で対面を再開しハイブリッドで実施している。A 訪問看護事業所が開催するカンファレンスには、連携関係にある訪問診療医やヘルパーが一部参加することもある。某日のカンファレンスで、訪問診療医は困惑した様子で訪問看護師達と以下のやり取りをはじめた。

**医師）** 認知症でコールが1日20回以上の方が複数いるんですよね（看護師が一斉に笑う）

**斉藤ナース）** うちにもメチャメチャかかっています

**皆藤ナース）** 特に夜中が多くて。前から電話が多い人だったんですけど、現在すごくなっているんですよね。

**医師）** 本当、適切に電話を使えない人ですよね、究極持たせたままでいいのか…（画面越しの表情は陰しく、苛立っているようにも見える）

**皆藤ナース）** うまくいく時もあるんですけどね…（医師へ同情しながら微笑みかける）

**斉藤ナース）** Cさんの携帯は(あらかじめ登録した相手にだけ電話をかけられる)キッズ携

**帯にしたんです。押すだけ。(看護側の方針と、仲間に向かって)もうちょっと様子見だよ**  
**ね** (皆藤ナースたち数名が、うんうんとうなづく)

**確かに眠れないことはあるので、睡眠薬の服用介助で訪問するのもいいかもしれない。2**  
**日に1回(訪問してはどうか)。そしたら少しは眠れていいのかもしれない**  
**三井ナース)でも昼間にも20回あるでしょ** (みんなが笑う)

(カンファレンス 4, 86-92)

訪問看護師たちは、認知症で独居の療養者からの頻繁な電話に困惑する医師に対し、大変な労力への共感と同意から笑ったのだと参加観察時は解釈したのだが、改めて関連するやり取りを踏まえた上で解釈してみると、訪問看護師たちは頻繁なオンコール要請を困惑するどころか、むしろ徹底的に許容している、ということが分かった。

訪問看護師たちのCさんに対する見立てとしては、電話が突然頻繁になった「原因が把握できないこと」が中心課題であり、解決にむけては、日常の訪問看護やオンコール対応時のやり取りを通して根本的な原因を分析できたり、効果的な対処法についても判断できたりするため、頻繁な要請であっても「対応すること自体に意味がある」と許容するのである(うまくいく時もある)。現時点までの対処事項としては、キッズ携帯にしてCさんが電話を闇雲にかけないようにしており(注：無作為に電話をかけたエピソードがある)、今後の対処としては、内服介助を目的に臨時的な訪問を提供し、頻繁なオンコール要請の原因を探る方針である。

A 訪問看護事業所の訪問看護師たちが頻繁なオンコール要請を許容することについては、インタビューでも以下のように語られていた。

**美川ナース)なんか毎回朝にかけてくるおじいちゃんがいるんですけど** (笑い) **ご飯無い**  
**コールとかしてくるんです** (中略) **5時半が一番早いですね、朝に4回はある** (笑い声をあげて楽しそうに)。**5時半にかかってきて9時ぐらいにお弁当が届くから、「もう来るよ**  
**一、あと〇時間で」** っていうと(電話をブツッと)切られるんですよね (笑い)

(美川, 82-85,92)

**片山ナース)心不全が増悪したDさんは、ほぼ毎日呼んで。ほぼ毎日訪問** (定期的な訪問と緊急訪問) **をしたんですけど、意外と日中はケロッとしてて。で、夜になるとやっぱ調**

子悪いっていう感じで（呼ぶ）。向こうも私のことを分かって「あーまた来たの」みたいな感じで、「夜中なのに大変だね～」みたいに（笑い）ですね（片山,57,61,73）

さらに、頻繁なオンコール要請に対する訪問看護師たちの許容が、どうやって学ばれるのかについて、前述の美川ナースは以下のように語っている。

美川ナース）（日中に訪問が無い時は）「寂しい寂しい」もあるんですけど、そうですね、あ、寂しい、うん確かに。（だから）あまり苦には感じなかったです、朝 5 時半に言われても。（中略）ミーティングでは「こうやって言えばいいんだよ」って教えてくれて、対応してみたいな感じで。だからみんなそう対応してますね。（美川,90,96）

美川ナースは親しみを込めて「おじいちゃん」と呼称しているが、美川ナースはこの療養者へ一度も訪問看護を提供したことはなく、カンファレンスで「独居で体調不良により混乱している療養者の療養状況や心理的状态」が繰り返し共有されたことから、療養者の混乱した状況や状態が悪化し心細くなっている心理状態を理解したので関心を寄せ、心情に寄り添うように電話対応を続けるうち、親しみを感じるようになった。また、美川ナースは、体調不良の原因を評価した他の訪問看護師が医師と話し合い、投薬が開始され病状が安定した状況変化を「療養者からのコールが減った」ことで体感したと語った(美川,86)。

一方、片山ナースも頻繁にオンコール要請した療養者の顛末について同様の経験を以下のように語っている。

片山ナース）Dさんは、心不全が悪化し一時的に苦しくなって（オンコール要請が頻繁になったが）、先生と（リーダー看護師たちが）相談して利尿剤を調節したら、むくみもなくなって。症状が良くなったから呼ばずに済んでる、っていう感じ（片山,63）

片山ナースが対応した療養者Dさんは、同居の配偶者が入院したため一時的に独居となり、心不全悪化により呼吸苦が生じて夜間に心細くなり頻繁に電話をかけてしまったとのことであった。カンファレンスでは、Dさんは元々大食漢で心不全の診断を受けても好きなお酒や食事量を控えられなかったり、家族もDさんの好きな寿司や丼ものを持参しては食べ過ぎてしまったりすることもある状況であった。しかし、頻繁なオンコール要請時に

リーダー看護師はDさんの心不全悪化を評価し、Dさんへ過食の是正や心臓への負担となる水分制限と禁酒を提案し、その上で訪問診療医による投薬が開始されたことにより状態は改善し、結果としてDさんからの電話回数が減少した。

とは言え、昼夜問わずかかってくる頻繁なオンコール要請を困惑する時があるのも事実である。頻繁にオンコール要請の電話をかけてしてしまう療養者を「適切に電話を使えない人」と医師は表現したのだが、病状が悪化すれば混乱して不安になるのは当然であり、原因が解決しない限りにおいては、療養者は適切に電話を使ったといえるのかもしれない。

以上のことから、A 訪問看護事業所の訪問看護師たちは、病状悪化により混乱し不安になった療養者の頻繁なオンコール要請を徹底的に許容するのであるが、許容の態度とは、原因分析に着目するから取られる集団的態度であり、病状変化や食事、内服状況、家族関係の変化に至るまでの原因分析(徹底した臨床的推論)については、カンファレンスや看護記録から丁寧に状況が共有され、心身の症状緩和へむけた看護実践がオンコール対応も含めて提供されるから、訪問看護師たちは療養生活が立て直されたことをオンコール要請の減少で体感し、許容する態度を獲得するのである。

#### IV. A 訪問看護事業所におけるカンファレンスの実際

これまでの分析から A 訪問看護事業所におけるカンファレンスとは、訪問看護師たちが日常の看護実践から収集した様々な情報を寄せ集め、看護を提供するための方針を吟味する場となっているようである。前述の頻繁なオンコール要請を許容する例でも、カンファレンスで様々な情報が集積された上で看護方針を立てていることが把握できた。

このことから、A 訪問看護事業所におけるカンファレンスは、組織的な対応(看護体制)や臨時的で柔軟な対応(態勢)の必要性や適切性を判断する重要な場であると考えられる。皆藤ナースは、カンファレンスについて「スタッフが語ること、(そのためにリーダー看護師は)スタッフをくすぐることが必要なんです(皆藤, 22-27)」と述べているが、リーダー看護師はどのように関わり、訪問看護師たちに何を語らせることを目指しているのかを明らかにする必要がある。

そこで本項では、A 訪問看護事業所の集団に着目しながらカンファレンスでのやり取りを解釈することとする。具体的には、以下の6項目に該当する文脈に番号を付記しながら解釈を進めるが、以下の6項目に該当しないやり取りについても柔軟に検討することとする。また、文脈の記述に際しては、これまでの仮名表記からカンファレンスにおけるリー

ダー看護師 4 名の発言：L1～4、メンバーの発言：M1～6 表記に変更し、意見の相違等が特定の個人の能力や技量等に依拠すると判読されないよう配慮することとした。

なお、フィールドワークで収集したカンファレンスデータは 5 回、合計約 8 時間のやり取りで、研究参加者はほぼ全日カンファレンスに参加している。

### 心理的安全性の形成に影響するリーダーシップ行動（青島, 山口, 2021）

- ① 困難や難題事例の提起：解決に向けた話し合いの状況
- ② ミスや課題の取り扱われ方
- ③ 他者理解：職員それぞれの立場や意見を認めたり、異なる意見の取り扱われ方
- ④ 安心・安全な場：質問や意見を率直に発言する状況
- ⑤ 相互協力：職員ごとの進捗を把握することや、協力に関する状況
- ⑥ リーダー行動：話しやすさ、自身の限界や誤認への態度、意見や質問を促すファシリテーション、判断内容の明確さ、責任を言及する公正な態度

#### 1. 療養者や家族に関するやり取り

A 訪問看護事業所におけるカンファレンスのおおまかな流れは、まず、リーダー看護師から新規に訪問看護の提供が開始された療養者に関する情報共有が行われ、その後、リーダー看護師がファシリテーションを行いながら、メンバーが療養者や家族の療養・介護状況と看護実践を報告し、浮かび上がった課題について話し合う流れとなっている。

以下に、新規に訪問看護の提供が開始された療養者に関する情報共有の場面を記述する。

**L1)【新規療養者の紹介】**（新規療養者である）Kさんは妹と二人暮らし。妹は〇病（疾患名を伝え、妹も日常生活動作に支障を来していると伝え、スタッフ数名が意図を理解し、深くうなずく）。X月からのリハビリ入院を終えて（退院し、先週から）自宅に戻ってきたんだけど、食欲不振（が続いているため、訪問診療医の指示）で点滴4日行っています。

**L2)【訪問時の療養者の状況について】**今はちょびちょび飲食できるようになったよね。伝い歩きで玄関まで来れるから。ドア開けてくれてびっくりしちゃったんだよね。えっ？って（驚いた様子を演じる）

**L3)【以降の訪問時への留意事項について】**本人歩けるけど（現在、自力歩行できるまで回復したが）、ゆっくり待っていないとね（訪問時、本人を急かさないうチャイムは繰

り返し押さないようにしよう)。今後は、できればデイを続けながら自宅で過ごしたいみたい。今日は結構しっかりしてきた感じ (カンファレンス 1, 14-16)

A 訪問看護事業所ではリーダー看護師たちが中心となり、新規療養者の状態評価や療養環境の調整を目的として訪問看護を提供している。3 名のリーダー看護師たちが順に、療養経過と退院直後の状態や療養状況、点滴治療後の回復状況、以降の訪問時への留意事項について伝えるやり取り③他者理解⑤相互協力⑥話しやすさ、判断の明確さを行なう。また、療養者が抱える潜在的な課題については、以下の様に語られた。

L1) (声のトーンを下げて) 妹さんは「(K さんは以前) 痛み止め中毒だった」って言ったね… (カンファレンス 1, 17)

以前、療養者は鎮痛剤内服に依存していたが、この時点で原因を明らかにすることはできなかった①難題事例の提起。そのため今後の方針としては、療養者や家族とコミュニケーションを取りながら鎮痛剤依存に至った背景を聞き取る必要性を述べている。このように A 訪問看護事業所のリーダー看護師たちは率先して療養者宅に赴き、療養状況や課題を捉え、メンバーにノウハウを伝える②課題の取り扱われ方、⑥判断内容の明確さなのであるが、時には訪問看護師による看護の提供が療養者に歓迎されないこともある。以下に事例を示す。

L3) 新規は(複数の疾患がある新規療養者で) 最近は認知症もひどくなっちゃって。家族の言う事も全然聞かなくて被害妄想が強く。家もめちゃくちゃ汚くなっちゃってパニックになりやすく(中略) そんなことで最初の訪問は契約もできず⑥自身の限界。

(カンファレンス 2, 1)

これは、認知機能が低下した新規療養者が家族による介護や来訪も拒否していた状況で、家族からの依頼で訪問看護の導入が判断された事例である。初回訪問時は療養者が契約を拒否したため訪問看護を提供できなかったが、リーダー看護師は療養者に自身を認知してもらうため、根気強く連日療養者宅に顔を出していた。

L1) でも昨日訪問したらものすごくいいタイミングで便秘で苦しんでいて「お尻が！

お尻が！」って。

(カンファレンス 2, 1-15)

排便できず苦しんでいた新規療養者に支援を申し出たリーダー看護師は、ようやく訪問看護の必要性を理解してもらい看護を提供できた場面を共有した。顛末を聞いた訪問看護師たちは「おお…」と、どよめきの声をあげる一方で「よかった～よかったね～」とリーダー看護師の一步踏み込んだ関わりを称賛し<sup>④安心・安全な場</sup>、これから訪問を続けるリーダー看護師を労う<sup>③他者理解、⑤相互協力</sup>のである(カンファレンス 2, 3-5)。

## 2. メンバーが支援に不安や困難を感じた時のやり取り

A 訪問看護事業所では、リーダー看護師がスタッフへ積極的に同行訪問を行うが、同行訪問実施の判断については、オンコール対応にむけて当番の看護師が円滑に対応できるためや、スタッフが初回訪問する際などに看護の提供内容をリーダー看護師と共に確認する目的で計画されている。またそれ以外でもスタッフ自身が同行訪問の必要性を感じた場合には、リーダー看護師へ直接依頼したり、カンファレンスで申し出たりするなどのやり取りが以下の様に行われている。

**M1)【リーダー看護師への直接依頼】**日中の訪問に同行訪問が少なかったから「同行を増やしてください。日曜とかに訪問する人(の同行)をつけてください」って言って (M1, 45)

**M2)【M2 が初回訪問する際の同行確認】**あと新規で入らせていただきます A さんの…

**L1) はい、一緒に行かせていただきます。私いっしょに行きますね。**

(カンファレンス 2, 57-58)

**M3)【未経験の状態評価への同行依頼】**Q さんは誤嚥による肺炎疑いがあるって評価するのがはじめてなので、同行をお願いします。娘さんが今後食事介助できるかについても評価が必要かと思っています

(カンファレンス 1, 95, 97)

スタッフはリーダー看護師へ同行訪問を依頼することを積極的に行っているのだが、これらの様子からリーダー看護師は、スタッフが看護実践に不安や困難を感じた際、率直に助けを求められる者<sup>④安心・安全な場</sup>とみなされていることが分かった。インタビューからもリーダー看護師の様子について、「いつでも嫌な顔しない(片山, 93, 美川, 110)」、「話をすごく聞いてくださって。特に忙しいときでも手を留めて、目を見て話してくださって(田川,



63)」と対応することから、リーダー看護師たちがスタッフの不安や困難感を認め、協力する態度を示す<sup>③他者理解、⑥話しやすさ</sup>ことに徹底してしていることが伺い知れた。

### 3. 支援への困難感と看護方針のすり合わせ

ところで、カンファレンスへの参加観察を重ねてゆくと、スタッフごとの人柄や「どのように看護したいか」についても把握できるようになった。中でも訪問看護師(M4)は、スタッフ間でのフランクな会話では聞き役に回ることが多いのだが、饒舌になる時は決まって看護提供上の不安についてであり、「もし〇〇だったら、どうしたらいいですかね」と自身の考えを明言せず突然助言を求める語り口が、気になるようになっていた。

皆藤ナースは「スタッフには、どのように看護したいかを A 訪問看護事業所が目指す看護とすり合わせてもらいたい(皆藤 1,7)」と述べ、カンファレンスルーム入口に A 訪問看護事業所が目指す看護ビジョンやミッションを掲示している。リーダー看護師たちは、カンファレンスでスタッフが不安や意見を表出することを通し、A 訪問看護事業所の看護方針にすり合わせてもらおうと考えているのである。だからリーダー看護師たちは、スタッフからどんな意見が表出されたとしても快く応じ、看護方針のすり合わせに徹するのである。リーダー看護師が根気強くスタッフに関わる様子について、以下に例示する。

**M4) ベッドとか終末期に向けた調整をどういうタイミングでするのがいいのかつかみきれない部分があって。例えば N さんは、今回ベッドを入れるタイミングは、これが普通のことなのか、ちょっと後手後手で遅めなのかっていう(思いが)あったんです。最近失禁も増えていて、自分で(リハビリパンツを)履き替えるのもだんだん大変になってくるし、エアマットにしたら起き上がりにくくなると思うし、どういうタイミングでどんな話し合いをもっていっていいのかなと。(M4 の発言中、N さんへ療養環境の調整を行った L3 は高い声でうんうん、うんうん、と繰り返し相槌をうっている)**

**L3) 本人と話しながら(タイミングを見定める)かな…。本人の生活スタイルなので。**

(カンファレンス 2, 104)

訪問看護師(M4)の、終末期における療養環境調整の判断に関する質問に対し、実際に調整を行ったリーダー看護師(L3)は、訪問看護師(M4)の「ちょっと後手後手で遅めなのか」の

発言には取り合わず、療養者の生活を尊重しながら会話を重ねる中に調整のタイミングがある、とまずは簡潔に返答する。一方、訪問看護師(M4)が回答の意味を理解できずにいる様子を察したリーダー看護師(L2)は、回答の意味を掘り下げる。

**L2) あれ、Nさんに介護ベッド入っているの？**

**L3) それが入ったんですよ。最初のベッドは立ち上がるのが大変ないくらい低かったんですよ。だから(病状が進行したと判断した際、Nさんに)「しんどくない？」って話をして、(Nさんが)「しんどい」っていうから、「ベッド替えた方がいいかしんない」って聞いたら(Nさんが)「いいよ」って言ってくれて** (カンファレンス 2, 106-107)

リーダー看護師(L2)から呼び水を得たリーダー看護師(L3)は、実際の会話を示しながら療養者が同意できるタイミングを見定めたと言言する。このようなやり取りに触発されたケアマネジャー(CM)が、Nさんに必要な支援に関して発言する。

**CM) 私もう1つサービス入れたいのは、訪問入浴。だって最近臭いが強くなってきているでしょ。尿臭でね**

**L1) 新しい家に引っ越すタイミングでもいいね**

**L3) 何回か行って、急に本人が「うん」ってなるタイミングがあるので、**

**CM) だから無理強いはね**

**L2) やっぱり、タイミングってなかなか難しいものなんですよ**

**CM) 自分が納得するまで (のタイミングを) 見守り続けるって**

(カンファレンス 2, 108-114)

リーダー看護師たちとケアマネジャーは様々なタイミングについてやり取りし、多くのスタッフは同意の笑みを見せうなづいたが、訪問看護師(M4)は対照的にゆっくりうなずきながらも考え込む表情がみられていた。訪問看護師(M4)の様子を察したリーダー看護師(L1)は、やり取りの総括を以下に行う。

**L1) やっぱりベッドもしかり、こちらにしてみたら、入れなきゃいけない状況っていっぱいあったんだけど、色んな意味があるじゃない。たとえば、ほんと動けなくなってさ、床**

ずれできそうになっちゃったり。そういうときに、「こちらが入れた方がいいな」というタイミング」と、「むこうのタイミング」が合えば一番（他のナース：うん、うん）

あとは向こう側がある程度譲歩できて、「そうかそうか」ってそれを理解できて、段々「こっちがいいな」って言うんだったらいいよね。だけどそれが理解できないのに、こちらだけの、こちらだけの勤めで、入ることはない。うん（カンファレンス 2, 115）

リーダー看護師(L1)は、こちらのタイミングとむこうのタイミングと比喻を用い、両者が合えば迷うことはない、まずは訪問看護師(M4)の困難感を受け止める<sup>③他者理解</sup>。しかし一定の療養者については何らかの理由で提案をすぐに受け入れられず、必要性を理解したり納得したりすることに時間を要することもあると伝え、そのような療養者のむこうのタイミングに寄り添わないで(いや、療養者の葛藤に寄り添うことに看護実践があるのだから)こちらのタイミングで療養環境を調整することはない、と総括を述べる<sup>⑥判断内容の明確さ</sup>。

こうしたリーダー看護師たちとの濃密なやり取りを通し、多くのスタッフは支援に対する困難感を乗り越え、やりがいと損ねず、いやむしろやりがいを強めて看護実践に対峙するのであるが、一方で、支援への困難感を抱えるスタッフにとっては、このようなやり取りで簡単に納得できるものではない「困難感の根深さ」も観察できた。したがって、「スタッフをくすぐること(皆藤, 22-27)」とは、リーダー看護師がスタッフを否定や非難せず、スタッフの頑なな態度や考えが融和に向かうまで関わり続けるという意図で用いたと理解できるようになった。

次項ではさらに、リーダー看護師たちがどのようにスタッフが率直に語れるよう関わっているかについて記述する。

#### 4. A 訪問看護事業所におけるリーダー行動

A 訪問看護事業所におけるカンファレンスは、皆でどのように看護を提供していくかについて共有する場(看護方針のすり合わせの場)となっているのだが、看護方針のすり合わせに時間を要するスタッフもいる。

そこで本項ではさらに、看護実践において重要なポイントを捉えきれない訪問看護師(M4)とリーダー看護師(L1)とのやり取りから、人材育成に関与するリーダー看護師の卓越したファシリテーションを解釈する。X 日のカンファレンスで、訪問看護師(M4)が初回訪問した療養者 P さんから、療養に関する葛藤を聴取したことを相談する場面を示す。

**M4)** (癌の終末期をむかえる P さんから)「**息子さんが住んでいる〇市の緩和ケア病棟に入院するルートがひかれているが、家で亡くなりたい**」って、はじめて行った (初回訪問した)私にもおっしゃったんです。(L1:ふーん、うんうん。そうなんだよね)

**息子さんとのやり取りを私が見えていないので、詳しくは深掘りしなかったんですけど、**  
**「〇病院に入院するより此处で死にたい。でも息子がせつかく段取りしてくれたから、そのようにするしかないけど」**っておっしゃっていて。確か (以前の) カンファレンスで、  
**どこかのタイミングで訪問診療いれる(開始する)かもって…** (カンファレンス 4, 95)

訪問看護師(M4)は、初回訪問した P さんから「在宅死への意思」と「入院の段取りを整えた息子の想いに従うこと」への葛藤を傾聴したと述べたのだが、P さんの意思を尊重しようとは考えず、訪問診療を開始するタイミングが気になると発言を終える。リーダー看護師(L1)は訪問看護師(M4)の発言を否定せず、P さんの意思を尊重する看護実践についてコメントを返す。

**L1)** 別に訪問診療いれることは全然できるんだけど、(M4 への伝え方を思案する様子で言葉を選びながら) **私息子さんと話して(もよいが)、それは(まず看護師が P さん)本人に、**  
**「その気持ちを息子さんに言ってみたら」**って言ってもいいかもしれない。まずできることとすれば、土日(息子が)いらっしゃっているはずだから**「気持ち伝えてみたら」**って。それで P さんがなんて言うか

**M4)** ご本人が「自宅ではない。病院へもう紹介しちゃっている。息子が段取りをつけちゃってる」と話されて

**L1)** (M4 の発言にすぐさま、低く穏やかな口調で) **それを聞いたら自分はどうするの？**

**M4)** ちょっと初回訪問だったので、そこまでは聞けなかったんですけど、でも本人は家で過ごしたいけど、息子さんには自分の思いを話していない印象、うん

(カンファレンス 4, 100-105)

リーダー看護師(L1)は訪問看護師(M4)へ、在宅死への意思を息子に伝えることを P さんに提案することが必要な看護実践ではないかと提案する。訪問看護師(M4)は、リーダー看護師(L1)の提案を受け入れられず解決策を見失い、初回訪問で P さんへの思いに踏み込め

なかったことを P さんの印象を説明することにすり替え、どのように関わる必要があったかについては明言を避けてしまった。

**L1) 皆どうする？みんなだったら。そう言われたら、どうする？**（カンファレンス 4, 106）

ここでリーダー看護師(L1)は、カンファレンスの参加メンバーにむけ、在宅死への意思と家族に従うことへの葛藤を吐露された時、どう看護するかについてのディスカッションへ直ちに切り替えを行なった<sup>②課題の取り扱われ方⑥意見や質問を促すファシリテーション</sup>。リーダー看護師(L1)の質問に返答した訪問看護師(M5)とリーダー看護師(L2)は、対照的な回答を以下に行った。

**M5) 「ご本人の意思を息子さんは知っているんですか？」**って聞いて、もし知らないなら  
「伝えてみたらー」って言う

**L2) まず受け止める（わははは、と笑い）** **そうなんですねって。ま、普段行っている人だったら多分、そういうのは分かるんだけど。言われたら、受け止めてみる。そうなんですねって、気持ちは分かったって**  
(カンファレンス 4, 107-109)

サブリーダー看護師(M5)は、ここではメンバーの立場として P さんの葛藤へ踏み込み、意思決定を支援する看護を実践すると発言した<sup>③他者理解、④安心・安全な場</sup>。一方、リーダー看護師(L2)は、何度か訪問を重ねれば療養者の葛藤に踏み込やすくなると前置きしたが、初回訪問であれば療養者の思いを受け止めるだけでも十分な実践だったと発言し、訪問看護師(M4)の心情を慮った<sup>③他者理解、④安心・安全な場</sup>。

両看護師の発言を聞いても解決が見えない表情で天井を眺め続ける訪問看護師(M4)の様子に、カンファレンスの空気は重苦しく張り詰めた。リーダー看護師(L2)のおどけ笑いを織り交ぜた発言は、訪問看護師(M4)を見つめながら発せられたのだが、訪問看護師(M4)の困惑に対する配慮から発せられたようにもみえた。

リーダー看護師(L2)へ「真面目にー！」と微笑みながら注意を促したリーダー看護師(L1)は、ディスカッションの核心に迫る。

**L1) でもそれは、ラストタイムの時もあるよね。うん。遅くない？ 遅いよね。うん。だってこの人に明日があるかどうかかわかんない。もし自分が(看護師として)明日があるか**

どうかわからない人の気持ちを聞いてきてそのまま本当に亡くなっちゃったらどう？  
それはもうね、1日でも早く動く。先週聞いたならその日のうちに私の方に報告して。う  
ん。そうすれば、私が「Pさんどう思ってるの」って電話で聞いてもいいし、息子さんに  
電話したっていいし、ソーシャルワーカーに電話したっていいし。うん。その気持ちを聞  
いて、受け止めてくるのはいいけれども、何も行動しないでここまで来るのはまずい。や  
っぱり、命は刻々と迫ってる。私たちはもう、知ったらすぐに動きたい。うん。なので、  
みんなが聞いた時に一発目の人もいるから（自分が最初に葛藤を拾い上げる場合もあるか  
ら）。そこで答えを出しなさいとは言わないけど、聞いてきてこれは誰かに言わなきゃい  
けないと思ったことは、もうその日に言って。そうすれば、誰かが、知っている人がキャ  
ッチできるから、ああやって動こう、こうやって動こうとなるから。あとは、どうしても  
その場でやっぱり本人の意思を聞きながら周り（家族）がどう動いているかは探ってもい  
いと思う。その人の背景をすべて知らなくたって、「息子さんにいう事ってできないの？」  
とか「どういう風に言ったら気持ちが伝わるかね？」とか。そこ止まりじゃなくて、もう  
ちょっと深掘りしてみる。うん。（カンファレンス 4, 112）

しかし、訪問看護師(M4)は困惑した表情で、「でも、段取りをつけているから無理って言っているの」と同様に返答したため、リーダー看護師(L1)はさらに「無理なのか無理じゃないのかもわかんない。分からないから、Pさんのその時の気持ちをちゃんと聞けば、なにか私たちが代弁できるかもとか。息子さんに私たちから、Pさんはこの土地でずーっと生活していらしたし、そう(亡くなりたいと)思っているみたいですよ。私たちもそのお手伝い、全力でさせてもらいますからって言える」と説明を重ねた。すると、天を仰いでいた訪問看護師(M4)は何かを思い出した表情に変わるとリーダー看護師(L1)を見据えて、

**M4) それも、ちょっと言っていかなってよぎってはいたんですけど、(Pさんと息子との)関係性がみえなくっても…**

訪問看護師(M4)がようやく自身の課題に向き合いはじめたと判断した<sup>②</sup>課題の取り扱われ方、<sup>⑥</sup>責任を言及する公正な態度 リーダー看護師(L1)は、さらに根気強く訪問看護師(M4)へ看護実践の振り返りを促すため踏み込んで発言する。

L1) それって関係性の問題なのかな。関係性の問題っていうよりは、もっとその話を深掘りしようっていうこと（力強く）。なんかさ、関係性じゃなくてそれはさ、「私はこの人の訪問はじめて」とか言うんじゃないくて、その人が今思っていることを、もっともっと深掘りして聞いてみたらどうなの。うん。これ聞いたら失礼だなんて思っちゃったらそれまで。（中略）人の気持ちってそのタイミングでしか聞けないことがあるから、その時に、自分がブレーキかけちゃったらおしまいなんじゃないと思う私は。自分にブレーキかけなくていいのかなと。それは、言い訳になっちゃう。たとえば。あたしなんて毎回初回行くんだけど、情報無いよー（皆が笑う）。でもそれでも相手はどう思っているんだろう、なんでそう思うんだろうってことをひとこと一言聞いてみると、色々な事をポツリポツリと話してくださったりとか。それっていうのは、コミュニケーション技術というか。うん。

（カンファレンス 4, 118）

リーダー看護師(L1)の助言は、葛藤する療養者へ一歩踏み込み、想いを繋げるため丁寧にコミュニケーションを図ることに看護実践があるのだから躊躇する必要はない(自分にブレーキかけなくていい)と、訪問看護師(M4)の心情を慮りながらも<sup>③他者理解</sup>、それが訪問看護師(M4)に不足しているのではないかと論ずるのである<sup>⑥責任を言及する公正な態度</sup>。リーダー看護師(L1)は、これまで見られた和やかな様子とは一変し声のトーンを下げ、はっきりとした口調で語ったのだが、時折、沈黙を続ける訪問看護師(M4)へ視線を向けては、「うん、うん」と理解や同意を促すかけ声を挟みながら発言を終えた。リーダー看護師(L1)の助言には、訪問看護師(M4)自身が不足に気づき、必要な看護実践を目指してほしいと訴える迫力が感じられた。すると、訪問看護師(M4)はリーダー看護師(L1)に向き直り、

**M4) ○さん(リーダー看護師(L1)の名前)はすでに知っていると思うんですけど、Pさんはここで幼少期から育って、この土地に愛着があって…**

訪問看護師(M4)はようやく表情を和らげ、困難感の解決にむかう発言をした。カンファレンスの重苦しい空気は、訪問看護師(M4)が解決の糸口を掴んだと察したメンバーの安堵の笑い声で一変した。その後、他の訪問看護師たちはせきを切ったように、Pさんへの支援に関する情報を話し始めたのだが、他の訪問看護師たちの発言は、決して訪問看護師(M4)の不徳を非難するものでも、自身は良い実践ができていると表明するものでもなく、「○

○みたいですよ～、そうそう、○って言うてもいいですよ～」と、P さんへの支援に関する考えを一斉に寄せ集め、みんなで実践につなげていこうと確かめ合っているようにみえた。その様子を静観していたリーダー看護師(L1)は、総括として以下の発言をした。

**L1) わかりました。要はコミュニケーションの話をしているんだ。**(他の訪問看護師たちの発言で論点がずれかけたことに対し、すみませんと謝る) **それも大事な情報だから、ありがとありがと。訪問看護師(M4)さんがブレーキかけないで聞いていいよって話。みんなもそうだよね。聞けるときに聞けるタイミングで、次聞けるかわかんないしね。次があるかも一って思ってさ、次いない(ご逝去などで訪問が終了してしまう)なんて人いっぱいいるんだから。その時に自分が支援しなきゃなって思ったことができないで終わることこそ悲しいことはないです。その経験わたし痛いほどしているんで、うん。すごく心残りになっちゃって。やっぱ思ったときに動くことが大事。**ということで私動きますね。(M4:はい) **じゃ、なるべくならね、それを叶えてあげられるようにしたいよね、(M4:はい) ありがとうございました。いい情報くださって。**(カンファレンス 4, 123)

リーダー看護師(L1)は、論点が支援のタイミングを捉える重要性についての助言から P さんへの支援方法の共有にずれかけたスタッフの発言意図を認めながらも<sup>③他者理解</sup>、看護実践が必要なタイミングと見定めたのであれば、直ちになんらかの行動へ移すことが A 訪問看護事業所の目指す看護方針と述べている。さらに、そのきっかけとなった自らの経験<sup>⑥自身の</sup>限界を率直にメンバーに伝え、自ら P さんの療養環境の調整へ着手すると明言する<sup>⑤相互協力</sup>のである。

カンファレンス後、看護方針のすり合わせに時間を要するスタッフへ皆藤ナースはどのような思いで関わったのかを改めて訊ねる機会を得たのだが、皆藤ナースは微笑みながら穏やかな口調で以下のように説明をはじめた。

**皆藤ナース)「そのままにしないっていう価値観の共有をみんなでしていく」っていうことが大事なんだ、って思っていて**(皆藤 2, 7)

人材育成に関与するリーダー行動について皆藤ナースは、「スタッフが語れるよう、ス



スタッフをくすぐること(皆藤, 22-27)」と表現していたのだが、カンファレンスでのやり取りから、「リーダー看護師がスタッフをくすぐる」には2つの意味があることがわかった。

ひとつめは、リーダー看護師がスタッフに根気強く向き合う姿勢である。カンファレンスで常にリーダー看護師は、①スタッフの立場に想いを巡らせながら共感、②スタッフの発言は否定や非難せず最後まで傾聴、③発言に気になる点があった場合、意図を確認するため問いかけを行うというプロセスを踏むのだが、ここでスタッフがA訪問看護事業所の目指す看護を実践できていないと思われた場合、④再び①から③のプロセスを繰り返し、スタッフに気づきを促している。しかし、それでもスタッフが看護方針をすり合わせられないと判断した場合、⑤すべてのスタッフを交えたディスカッションへと切り替えを図り、共に解決を探るのである。このような切り替えにより他のスタッフは他人ごとの課題を自分ごとに捉え直し、最終的には皆で価値観を合意形成する態度を培ってゆくのである。

皆藤ナースは、「訪問看護スタッフを育てていくには(中略)どういう思考過程かというのを見極める必要があると思っています。その上で、どう関わった方がより成長するんだろうかって意識的に(考えて)動いているんですよ(皆藤 2, 21)」とスタッフの思考特性を見定めながら意図的にやり取りする重要性を語った。さらに皆藤ナースは、スタッフが作成した報告書の「(看護師は療養者や家族を)指導しなければいけない」言葉選びを例に挙げ、療養者と訪問看護師との関係を適切に表現した言葉であるかを語り合ったこともある、とスタッフの思考特性を捉えるための関わりについて述べた。このようなスタッフとの重層的なやり取りについて、皆藤ナースは以下のように解説している。

**皆藤ナース) やっぱり語ることなのかなと思ってます。彼女たちにも語ってもらし、私達も語るし。例えばカンファレンスもそうだけど、私達の考え方と他の考え方があって、それはいろいろあって当然だと思う。でも、私達はこのミッションとビジョンの中でずれないように動きたいから、だから(カンファレンスルーム入口に)掲げているんですけど、今の私達が求めてやろうとしてることに対してずれないのかって語りながら、整理しながら。(もしずれが生じていたのであれば)あなたの考え方と、どこをどういうふうにすり合わせたらいいんだろうねって意識的に動いて(関わって)いるんです (皆藤 2, 25-27)**

スタッフの考えを尊重しながらもミッションやビジョンに依拠した看護方針のすり合わせ

を図るため、リーダー看護師は巧みにスタッフからやる気も困難感をも語らせるやり取りを幾重にも交わすのであるが、このような重層的なやり取りはスタッフの自尊心をくすぐり、やりがいを高め実践に対峙することを支えるリーダー看護師のくすぐりなのである。

ふたつめには、リーダー看護師自身が気負わず身構えず、スタッフと語り合うことや分かり合うこと自体を愉しむ姿勢を意図している。皆藤ナースはスタッフと関わる時の自身の態度について、以下のように述べている。

**皆藤ナース）とにかく自分がポジティブ。やっぱり、明るくなきゃ駄目だと思っていて。例えば背中で、しんどかったのは見せちゃいかんなとは思って。あと、後ろから声をかけられたときに、仕事は 1 回止めるっていうのは意識的にして、意識しなくてもできるようになったんだけど、「なあに？」って（笑顔で）振り向く。それが当たり前だと思っていたけど、当たり前じゃないんだなと思ったし、でもやっぱりそれってすごく自分はされて嬉しいことだから、それは続けたいと思う。うん。あと挨拶だな。挨拶はやっぱりすごく大事だと思ってる。みんなに声かけるとか、意識的にやっていますよね（皆藤 2, 29）**

ところで、スタッフとの関わりを愉しむ皆藤ナースの姿勢はスタッフにも存分に伝わっている。インタビューでも訪問看護師たちは口々に、「皆藤さんが自分たちの想いを大切にして接してくれる」、「自分たちの成長に向けて様々な配慮を重ねてくれる」、「皆藤ナースと一緒に仕事ができて嬉しい」と語っていたのだが、事例に登場した訪問看護師(M4)についても、皆藤ナースたちの姿勢に共感して転職したと述べており、前述のやり取りの後も躊躇せず質問を投げかけていたことを付記する。

以上、A 訪問看護事業所におけるカンファレンスの記述から、カンファレンスは、組織的な対応(看護体制)や、臨時的で柔軟な対応(態勢)の必要性や適切性を判断する重要な場であるといえるのだが、ミッションおよびビジョンに依拠したリーダー看護師のファシリテーション力が関与することにより、スタッフは看護方針のすり合わせにむけ率直に質問や意見したり、理解できないことや困難感を抱えている状況を率直に伝えたりしても自身が集団の中で尊重されるため語りが深められ、皆で合意形成できる場(看護体制づくりの場)となっていると考えられた。

さらに A 訪問看護事業所のリーダー看護師はロールモデルであるといえ、行動規範となるリーダー看護師との密度の濃い関わりからスタッフは深く信頼を寄せ、不安や困難感を

乗り越えるため率直に発言することができるのでないかと考えられた。

したがって、A 訪問看護事業所ではリーダー看護師たちがスタッフとの関わりを通して安心・安全な場を創出するためカンファレンスは心理的安全性の高い場となり、看護実践から生じた率直な意見や疑問、報告が看護実践の意味づけや役割認識として訪問看護師たちに還元され、オンコール対応も含めた看護実践を推し進める原動力となるのである。

表 5. 研究参加者

No	仮名 (敬称略)	役職等	オンコール 当番	主なリーダー業務	備考
1	皆藤	管理者/看護師 (リーダー)	日中 夜間・休日	管理業務全般、スタッフからの報告 に対応、カンファレンスでのファシ リテーター	訪問看護認定看護師、ケアマネジャー 兼務 ☆
2	斉藤	ケア部長/看護師 (リーダー)	日中 夜間・休日	マニュアルやルール作成、スタッ フからの報告に対応、カンファレン スでの助言	在宅看護専門看護師、開設メンバ ー ☆
3	田川	看護師 (サブリーダー)	日中、休日	2名のリーダー不在時のカンファ レンス運営、カンファレンスでの助言	看護経験約 20 年、開設メンバ ー ☆
4	三井	看護師 (サブリーダー)	日中 夜間・休日	2名のリーダー不在時のカンファ レンス運営、カンファレンスでの助言	看護経験約 30 年、ケアマネジャー兼 務
5	片山	看護師	日中 夜間・休日	—	病棟で 3 年勤務、入職 4 か月目 ☆
6	美川	看護師	日中 夜間・休日	—	病棟で 3 年勤務、入職 4 か月目 ☆
7	古村	看護師	日中	—	看護経験 2 年目
8	島田	看護師	—	—	在宅看護専門看護師、時短勤務
9	吉田	看護師	—	—	訪問看護経験 1 年未満、週 4 日勤務の 非常勤
10	和田	看護師	—	—	週 2 日勤務の非常勤
11	—	ケアマネジャー	—	—	併設する居宅介護支援事業所勤務

☆：インタビュー対象者（表 5 に詳細を記した）

表 6. インタビューリスト

看護師 (仮名)	看護経験 年数	訪問看護 経験年数	オンコール対応を はじめた時期	オンコール当番状況
皆藤	27 年	25 年	25 年前	平日夜間：3 回/週 土日夜間：1～2 回/月
斉藤	23 年	21 年	21 年前	平日夜間：1 回/週 土日夜間：1～2 回/月
田川	20 年	10 年	1 年前	平日の日中：1～2 回/月 土日の日中：1 回/月
片山	4 年目	4 ヶ月	入職 2 ヶ月目	平日夜間：1 回/週 土日夜間：1～2 回/月
美川	4 年目	4 ヶ月	入職 2 ヶ月目	平日夜間：1 回/週 土日夜間：1～2 回/月

※訪問看護経験年数およびオンコール対応をはじめた時期については、他の訪問看護事業所での経験も含む

2. 利用者様は、事業所に対し訪問看護師の変更を申し出ることができます。その場合第1条に規定する訪問看護サービスの目的に反するなど変更を拒む政党な理由がない限り、利用者様の希望にそうようにいたします。

第9条（訪問看護サービス内容及びその提供）

1. 事業所は、訪問看護師を派遣し、契約書別紙サービス内容説明記載の訪問看護を提供します。
2. 事業所は、利用者様の訪問看護サービスの実施状況などに関わる記録を整備し、その完結の日から 2 年間保存いたします。
3. 利用者様及びそのご家族(家族がいない場合は後見人)は、必要がある場合は、事業所に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。但しこの閲覧及び謄写は、事業所の業務に支障のない時間に行なうこととします。

第10条（居宅支援事業者等との連携）

1. 事業者は、利用者様に対して訪問看護サービスを提供するにあたり、利用者様が依頼する居宅介護支援事業者またはその保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な関係に努めます。

第11条（協力義務）

===== 中 略 =====

第18条（協力事項）

1. この契約に定めない事項については、介護保険等の関係法令に従い、利用者様・事業所の協議により定めます。

秘密保持に関わる同意

訪問看護計画の作成及び実施にあたり、サービス担当者会議等、当該サービス提供にかかわる特定の機関へ、利用者及びその家族に関する必要な個人情報を提供することに同意します。

はい

いいえ

緊急時訪問看護加算にかかわる同意

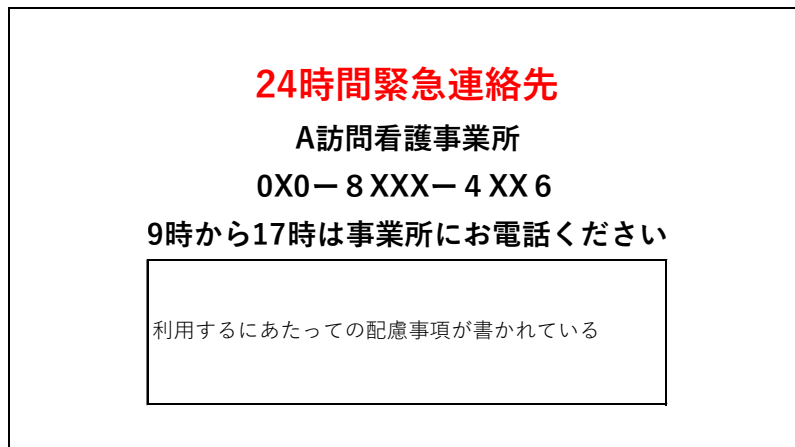
いつもと様子が違うときに、いつでも電話相談が可能で、必要時に応じて緊急時訪問を行なう「緊急時訪問看護加算」の提供を受けることに同意します。

はい

いいえ

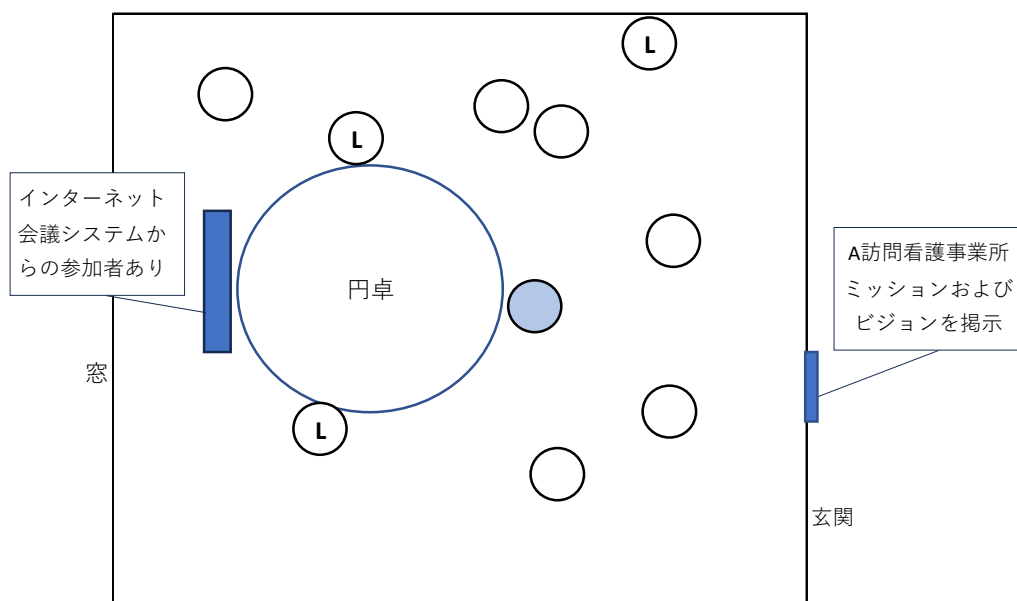
図 4. 利用契約書の一部（介護保険）

利用契約書は、訪問看護を利用する際の保険（介護保険、医療保険）ごとで小冊子となっている。主治医から訪問看護事業所へ訪問看護指示書が交付された後、訪問看護事業所は上記の利用契約書を用いて療養者および家族と利用契約を締結する(介護保険ではオンコール対応を「緊急時訪問看護加算」と呼称)。



A4用紙でラミネート加工されている。赤字で緊急時に利用すること、配慮事項には、状況によって救急手配など必要な判断を行なうことなどが示されている

図 5. オンコール対応の契約時、療養者らに渡される専用ダイヤル



A訪問看護事業所の階下にある。コロナが終息に向かったX月から対面での実施を再開し、現在はハイブリッドで開催  
連携する訪問診療医やヘルパーは、オンラインで参加する

● : 管理者  
○L : サブリーダー看護師

図 6. カンファレンスルームの様子

## 第6章 考察

本項では、療養の時期と看護実践との関係を述べた上で、オンコール対応とはどのような実践であるか、またオンコール対応を行なうための看護体制および態勢づくりの関係と成果について考察する。

### I. 訪問看護事業所における看護の提供

#### 1. 療養の時期と看護の提供との関係

訪問看護事業所における看護とは、療養の時期を見通したり見定めたりしながら看護体制(ルーティンワーク) または態勢(臨時的で柔軟な対応)として提供されるが、療養の時期は病状の進行や悪化により療養上の節目や転換期を迎えたり不安定化する特性があることから、療養の時期に応じて計画的かつ柔軟に看護が提供されるのである(図7)。

療養の時期は、【療養の安定期】、【療養上の節目や転換期】、【療養の不安定期】に分けられるが、療養者や家族はこれらの時期を行きつ戻りつしながら療養生活を送ると考えられる。療養者や家族は療養生活の過程で、病状により今後の生活を見直す時期をむかえたり【療養上の節目や転換期】、生活に不安や混乱を来したりすること【療養の不安定期】を経験するのだが、誰しも療養生活を立て直したり安定した生活を送り続けたいのであって【療養の安定期】、「日常の訪問看護」とは療養者や家族の安寧を目指し、すべての時期へ計画的に提供される関係にある。

療養者や家族が訪問看護を利用するきっかけのひとつに退院直後の時期が挙げられるが、この時期は療養生活の立て直しが必要とされる代表的な例で、「臨時的な訪問看護(臨時的に計画された看護)」が一定の期間(およそ1～2週間)に限って集中的に提供され、療養者らの希望に沿いながら療養生活の立て直しが行われる。A 訪問看護事業所の事例では、リーダー看護師たちが退院直後の療養者宅に連日赴き、療養者に生じる病状の重篤性や家族介護の限界に直面するのであるが、計画された看護の提供といってもその内実というのは柔軟な立ち回りであり、家族介護を拒否する混乱を来した療養者宅に連日たち寄りながら支援活路を見出すことも訪問看護の日常なのである。

一方、【療養上の節目や転換期】とされる時期には認知症や癌の病状進行や悪化があり、同様に「日常の訪問看護」や「臨時的な訪問看護(臨時的に計画された看護)」が療養環境を調整する目的で提供されるが、結果から療養者や家族が常にこのような転機の到来を認

識できるものではないことを捉えた。認知機能低下が進行した B さんの事例では(p60)、娘が緊急訪問を要請し、看護師と関わる中で療養上の節目や転換期に気づいてゆくのだが、一方の B さんはそれを認識できず混乱していたように、療養者や家族が認識する療養の時期とは必ずしも一致するものではなく認識できない場合もあることから、訪問看護は各人がおかれた療養の時期を見通しながら柔軟に看護を提供するのである。

しかしながら、約 10 名の訪問看護師たちが 170 名の療養者とその家族の療養の時期を見通すということは決して容易いことではなく、見通すための集団のあり方が重要な役割を果たすのである。A 訪問看護事業所のカンファレンスでは、種々の看護実践を通して収集された様々な情報が話し合われるのであるが、最終的にどのように看護を提供していくかの判断は、療養者や家族が有する療養への価値観や人生観に基づいている。介護ベッド導入をようやく受け入れた N さんの、失禁で清潔が保てない事例共有の場面では(p74)、リーダー看護師たちは「むこうのタイミング」に寄り添いながらも「こちらのタイミング(支援のタイミング)」を見定める難しさを語り合う。リーダー看護師たちは、気丈に最期まで自立を目指す N さんの価値観を尊重する対応の適切性を判断しながらも、支援のタイミングを見定めることを看護実践の道しるべとするのである。

したがって、訪問看護の提供において「療養の時期」の把握とは非常に重要であり、このような把握するためのやり取りが土台としてあることで【療養上の節目や転換期】を見通し、臨時的で柔軟な対応(態勢づくり)が可能になるのである。なお、【療養上の節目や転換期】または【療養の不安定期】に対する看護の提供は、病状の急激な変化等により迅速に柔軟な対応を行なう要素が強いと考えられる。A 訪問看護事業所が迅速かつ柔軟に対応できる背景には、カンファレンスのような「組織的な対応の必要性や臨時的な対応の適切性を柔軟に判断できる場」に十分な情報が集積され、療養者らの価値観を尊重した議論が微に入り細に入り交わされる土台が、非常に重要な役割を果たすと考えられた。

## 2. 訪問看護事業所におけるオンコール要請回数と当番看護師の負担

前述から訪問看護事業所におけるオンコール対応とは、病状の急激な変化等により迅速に柔軟な対応が必要とされた際、療養の安定化を図るため積極的に取られる看護実践のひとつといえるのだが、療養者や家族からの直接的な求めを起点とすることが他の看護の提供と異なる点で、そのような対応に備える当番看護師の精神的負担が序論でも述べたように課題となっている。一部の訪問看護事業所では人員不足や当番看護師への負担緩和の観



点から、オンコール要請回数を少なく抑えることを目標とし、訪問看護の提供体制を試行錯誤しているところである。しかし、当番看護師の負担軽減にとって重要なのは「組織全体で療養の時期を十分に見通すこと」を目標にすることで、具体的には、療養の時期を見通す方略の検討とオンコール対応状況を包括的に評価する仕組みづくりの2点といえる。

現在、訪問看護事業所が行っている組織で療養の時期を見通す方略は多様だが、ICT 活用例のようなタイムリーに集団が情報共有できる仕組みは改めて重要であるといえる。画像共有や記録のルール化は視認性が高く、当番看護師が迅速な把握のためアクセスしやすいと考えられた。また、率直なやり取りができるカンファレンスは人材育成の場になり得ることから、スタッフが実践知を獲得する観点で時間を検討する必要があると考えた。

次に、オンコール対応状況を包括的に評価する仕組みづくりであるが、まずは実践をタイムリーに評価できる人材が必要といえる。A 訪問看護事業所では2名が担っていたが、臨床判断した上で実践を承認できるリーダー看護師育成や獲得は改めて重要といえ、管理者のバーンアウト予防にもつながると考えられた。また、スタッフからの報告や相談内容については、組織でやり取りする看護体制の観点から評価できると考えた。

なお、A 訪問看護事業所はオンコール要請回数は極めて多いが、対応が想定される療養者の状況を組織で予見し情報共有しているため電話対応時間は極めて短く(概ね1分程度)、報告や相談がルール化されていることから、当番看護師の負担感は軽減されているといえ、さらに対応の達成感についても組織で共有していることや、対応後の休暇が取得できることも負担軽減に寄与していると考えられた。

なお、オンコール要請回数が適切かの判断については、療養者や多職種等との関係性や疾病(認知症やがん終末期)からも吟味される必要がある。訪問看護師と療養者や家族が顔なじみ(または声なじみ)となり、報告や相談しやすい関係性を構築することは早期に状態悪化を把握することにつながるといえる。また、地域の訪問診療医との関係性からファーストコールを引き受けることは要請回数増加に影響を与える(A 訪問看護事業所)。

また療養者の疾病については、独居で認知症を有する療養者はオンコール要請回数が多い傾向にあることや、がん終末期についてもオンコール要請が多くなるため(川越, 2008)、疾病特性も踏まえて看護体制や態勢づくりを評価する必要がある。本研究は、オンコール要請が多くても看護体制や態勢づくりによってはオンコール当番看護師の負担が軽減する状況が詳らになった研究であり、検討する必要があるといえる。

### 3. 頻繁なオンコール要請の許容と看護体制および態勢づくり

一方、オンコール要請が頻繁な療養者に対してみられた A 訪問看護事業所の徹底的な許容(p66)であるが、組織に頻繁なオンコール要請への許容が共有されることは想定しておらず、本研究で得られた重要な知見であると考えられる。本項では、オンコール対応の許容には看護体制および態勢づくりが関係すると考えられるため考察する。

ひとつめとして、頻繁なオンコール要請を組織で許容できることには、課題解決にむけて各人が柔軟に実践すること(態勢)や対処の進捗が見通せること(看護体制)が大きく関係すると考えられる。心不全が悪化した D さんからの頻繁なオンコール要請の事例では(p68)、まずカンファレンスで D さんの療養状況と課題を共有し、解決にむけた介入はリーダー看護師が、頻繁なオンコール要請への対応は当番看護師が担った。一方、当番看護師は解決への進捗が見通せており、さらに D さんからの電話回数減少を体感したから許容する役割や実践の意味を改めて見出すのである。課題解決にむけた各人の役割分担や対処の進捗が見通せる看護体制および態勢であることは、頻繁なオンコール要請をただ容認するのではなく、解決に向けたプロセスのひとつとしての許容なのである。

ふたつめとしては、頻繁なオンコール要請への対応に疲弊しないため、組織全体で対応を労い合ったり業務を補完しあったりできる態勢づくりや、代休を取得できる人員体制とすることも関係するといえる。リーダー看護師 2 名は柔軟な対応が取れるスケジュールを常に調整し、療養者やスタッフの状況を把握しながら依頼したり自身が対応したりと立ち回るのであるが、率先してスタッフを労うことを怠らないのである。一方、スタッフについてもクラウド化した勤務表や SMS 等の ICT 活用により各人の訪問状況と心情が把握でき、オンコール対応の代行や労いをタイムリーに交わせることは疲弊回避に大きく関係していると考えられた。集団でそれぞれの役割を発揮しながら解決に取り組み、集団で労いや解決を共有できることはオンコール対応を行なう組織に必要な看護体制および態勢づくりといえる。

### 4. オンコール対応とはどのような実践か

以上のことから、オンコール対応とは、療養生活が不安定になった療養者や家族に対する課題解決にむけた看護体制および態勢の中で、療養の安定化を積極的に目指す看護実践のひとつであり、精神的負担を軽減するため、組織全体で対応を労い合ったり人員体制を調整したりしながら取り組まれる臨時的で柔軟な対応である。

## II. オンコール対応を行なう看護体制や態勢づくり

### 1. 看護体制や態勢を「判断する場」の確保

訪問看護事業所においてオンコール対応を行うための組織的な対応(看護体制)と臨時的で柔軟な対応(態勢)との関係とは両者が明確に切り分けられるものではないが、現状の看護体制や態勢の適切性を判断したり、態勢が看護体制に位置づけられる必要性や、反対に看護体制を一定の条件により態勢とする必要性を判断したりして看護を提供する関係にあるといえる。つまり、両者の境界が不明瞭であるというのは望ましい組織であって、「組織的な対応や臨時的で柔軟な対応の必要性や適切性を判断する場」によってリーダーとスタッフが合意形成できる組織は、看護体制および態勢づくりが行われているといえる(図8)。結果から「組織的な対応や臨時的で柔軟な対応の必要性や適切性を判断する場」には、インフォーマルなやり取りやカンファレンスが挙げられた。

「リーダー看護師への報告」が態勢から看護体制としてルール化された事例では、報告を躊躇し不安を溜め込んだ訪問看護師の退職を機にリーダー看護師たちが「話し合いの場」を設け、スタッフの不安低減を優先した報告を看護体制に位置づけた。リーダー看護師への報告がルール化された成果は、スタッフにとって実践の適切性をリーダー看護師から保証されることで、不安や困難感を解消できることや、達成感を実感できること、適宜提案を受けることで実践向上に取り組める点があり、一方リーダー看護師にとっては、スタッフの成長段階や実践への課題が把握でき、個別的な人材育成を検討するきっかけになることが挙げられたが、重要な点はこのようなルール化の意図や成果に対し、互いが納得かつ満足できている点である。

また、療養生活の場で提供された看護実践を集団で把握するカンファレンスとは、組織的な対応や日常的な看護に組み入れにくい対応の必要性や適切性を柔軟に判断できる最良の場であると考えられる。そもそも訪問看護の提供とは、療養者や家族とのやり取りの中で生じる即時的かつ柔軟な対応としての側面も大きく、「判断する場」が軽視されれば実践が個人に埋もれてしまい、実践そのものの適切性ばかりか組織的な対応が必要な実践かも判断できない課題を生じるのである。一方、対応の必要性や適切性を判断する場が重視されるということは、実践の適切性が吟味され、かつ組織的な対応として位置づけられるか否かの吟味もされるため、看護の質を担保するためには、このような「判断する場」を重視する必要があるといえる。

A 訪問看護事業所におけるカンファレンスでは、訪問看護師たちが療養生活の場で様々な状況に出くわし、実践した内容が良きに悪しきにかつ詳らかに共有されるのであるが、この「良きに悪しきに詳らかに発言できる」ことも大変重要である。訪問看護師たちが躊躇せず発言し続けられるのは、集団の場で個人が否定されたり能力がないと非難されたりすることがない職場文化、つまり心理的安全性(Edmondson, 2021)が高い場であるためである。予備研究の参加観察も含めた計 5 回、約 8 時間半にわたるカンファレンスにおいて、一度たりともスタッフ個人が非難されたり否定されたりする場面を観察しなかったのだが、カンファレンスで率直に意見や質問でき、かつ看護体制や態勢の適切性や必要性を判断する場であるためには、リーダー看護師の影響力は大きいのである。

## 2. 看護体制や態勢づくりを促進させるリーダー行動

A 訪問看護事業所でのカンファレンスではスタッフが率直に意見や質問でき、組織全体で様々な課題解決に向き合う職場文化が存在したことから心理的安全性が高い組織といえるが、カンファレンスが実効性の高い場であるためには、リーダー行動は大変重要な役割を担っているといえる。A 訪問看護事業所におけるリーダー看護師とは、リーダーとしての役職を担う 2 名と訪問看護の経験豊富なサブリーダー 2 名の計 4 名(表 5)で構成されているが、彼女たちの行動については、第 2 章 V. 3 表 2 で青島ら(2021)が取りまとめたリーダーシップの 12 行動の項目すべてに該当すると解釈した。「人との絆や目標との絆を形成するリーダー行動」は、訪問看護事業所の特性を踏まえて具体的に明示する必要があるため、《スタッフを“くすぐる”リーダー行動》をコアカテゴリーとした(図 8)。

「人との絆」に関するコードは【やり取りを愉しむ】とし、〈いつでも話せる〉、〈冷静〉、〈傾聴〉、〈失敗を認める〉、〈質問する〉、〈意見の尊重〉、〈困難感解決に向き合う〉をサブカテゴリーとした。次に、「目標との絆」に関するコードは【挑戦を促す場作り】とし、〈ビジョンや共感できる話を語る〉、〈訪問の委譲〉、〈役割を促す〉、〈看護実践を保証する〉、〈総括する〉を訪問看護事業所の特性を踏まえサブカテゴリーとした。

以下に、スタッフを“くすぐる”リーダー行動のあり方について考察する。

【やり取りを愉しむ】とは、リーダー看護師たちが療養者や家族、スタッフとのやり取りにおいて、療養の安定化や成長等を喜び愉しむ行動をとることである。カンファレンスではリーダー看護師たちの活発なやり取りから療養の時期が浮かび上がるのであるが(p72-74)、人と関わることへの情熱に知見を織り交ぜたやり取り〈困難感解決に向き合う〉〈ビ

ジョンや共感できる話を語る〉を通し、スタッフは療養者とリーダー看護師へ親近感を抱き、実践を具体的にイメージしようと質問や報告できるのである。一般に、訪問看護師たちの療養者に関するやり取りの特徴には多角的視点に療養生活と病状変化を臨床推論する複雑性があるのだが、議論が白熱したとしてもリーダー看護師は看護方針について必ず総括を行い〈総括する〉〈役割を促す〉、スタッフに感謝の言葉も添える行動を取っている〈意見の尊重〉〈冷静〉(p35, p82)。リーダー看護師の総括は訪問看護事業所が掲げるミッションおよびビジョン(p24)に基づくが〈ビジョンや共感できる話を語る〉、ミッションやビジョンはスタッフが実践の判断に迷った際の羅針盤として機能するのである。

看護実践とは人を通した活動であるが、常に困難に立ち向かうものでもある。〈困難解決に向き合う〉とは、リーダー自身が困難解決に向き合わないでスタッフが看護実践に安心して取り組むことはできない(p74, 82)という、リーダー看護師たちの姿勢から解釈した。オンコール対応とは【療養上の節目や転換期】に対し療養環境を調整する看護実践であり、柔軟な対応を求められる度合いが高い実践であるのだが、リーダー看護師が率先して担う意味とは、スタッフの負担を軽減させること以上に看護のリーダーとして実践のあり方を示すことにある〈困難感解決に向き合う〉〈看護実践を保証する〉〈役割を促す〉。誰がその複雑性を解釈するのか、支援の意味を教授するのか、リーダー看護師たちはオンコール対応を通して看護を語るのである【挑戦を促す場作り】。

リーダー看護師たちは種々の課題へ柔軟に対応するのだが、新規療養者の事例(p72-73)に見られたように、療養環境の安定化や全体像を把握(土台作り)〈看護実践を保証する〉した上で、スタッフに訪問委譲すること〈訪問の委譲〉は重要で、看護の役割と、個々の訪問看護師の能力を合わせて判断している〈役割を促す〉。カンファレンスの一場面では(p82)、終末期の療養者が抱える葛藤に踏み込めない訪問看護師へ一方的に実践を促すのではなく根深い困難感を判断し〈冷静〉〈傾聴〉〈質問する〉〈困難感解決に向き合う〉、最終的にはリーダー看護師が役割を引き受けるのだが、スタッフの緩やかな成長を尊重した上での判断なのである〈失敗を認める〉〈意見の尊重〉。

以上、訪問看護事業所における《スタッフを“くすぐる”リーダー行動》とは、スタッフと療養者や家族にまつわる関わりをもちながら【やり取りを愉しむ】、スタッフの成長にむけても関わること【挑戦を促す場作り】であり、これらの行動から組織全体で組織的な対応や日常的でない柔軟な対応のあり方を方向づけられるため、看護体制が強化される組織の成果や、メンバーの不安や困難解決を図り、達成感を得て看護実践を継続させる成果

を創出できると考えられた。

### 3. 他訪問看護事業所における研究成果の活用について

最後に、他の訪問看護事業所が看護体制および態勢づくりを進める上で、研究成果をどのように活用できるかについて述べる。本研究は、組織としての対応(看護体制)やルーティンワークに位置づけられない柔軟な対応(態勢)のあり方や関係について取り上げた研究であり、A 訪問看護事業所では先駆的にオンコール対応を行うための看護体制および態勢づくりを進めているといえるが、多くの訪問看護事業所が課題としているオンコール対応を行なう訪問看護師の育成と獲得の観点から転用可能な知見について述べる。

まず、オンコール対応を行なう訪問看護師の育成についてであるが、訪問看護師の能力や経験に応じて段階的にオンコール対応に関われる看護体制づくりとすることは重要であると考えられた。具体的には、看護提供の状況を把握するために面談日程をあらかじめ計画しておくことや、療養者の状況を把握するために記録、カンファレンスを整備することが挙げられる。さらに態勢づくりとしては、タイムリーに相談や報告できる仕組みを検討するため、日常のやり取りも踏まえて報告や相談のルール作りを行なうことが有効と考えられた。タイムリーに相談や報告できる態勢づくりについては、管理者やリーダー看護師の負担が懸念されるが、看護記録やメッセージ送信におけるやり取りのルール化が整うと、的確に伝える－把握する関係性が構築されやすく、さらに面談日程があらかじめ計画される(看護体制)ことで訪問看護師は自身の成長や課題に向き合いやすくなることや、看護体制や態勢が自身の成長に合わせて整備される実感が組織への帰属意識やオンコール対応としての看護実践に取り組む意欲にも結びつくと考えられた。A 訪問看護事業所では新人看護師がおり、入職条件にオンコール対応は求められていなかったのだが、本研究実施時には日中のオンコール対応を積極的に担っており段階的に育成された好事例といえる。

次にオンコール対応を行なう訪問看護師の獲得についてであるが、看護体制や態勢づくりが柔軟に検討されている状況や看護方針を可視化することは有効と考えられる。看護体制として人員体制を示すことはすでに行われているが、療養者や家族をどう看護したらよいか(態勢づくり)についてどのように集団で検討しているか(看護体制)を、入職を控えた看護師に示すことは大きなインパクトとなる。A 訪問看護事業所の訪問看護師 1 名は、高校の職業体験で皆藤ナースが運営するカンファレンスに同席し感銘を受け、皆藤ナースと共に働くことを目標に大学、3 年の臨床経験を経て入職している。A 訪問看護事業所では、

カンファレンスは集団が看護方針をすり合わせる最良の場とされていたが、入職予定者のカンファレンス同席を懸念する場合については、管理者自身が看護方針を語ることが重要と考えられた。オンコール対応は看護実践のひとつであり、療養の時期によっては必要な対応であると訪問看護師が実感できるためには、集団としてどのように看護を提供するかを議論(態勢)した上で共有すること(看護体制)が改めて重要といえる。

近年、このような集団のあり方については、プロフェッショナリズム：専門家・専門職集団としての振舞いや判断、として自身が置かれた医療現場を規範的(~すべき, doing)からナラティブに捉え、あり方(being)を個人、同僚、組織全体で考え続ける重要性が指摘されている(宮田, 2023)。A 訪問看護事業所はあり方(being)を志向する組織といえるが、訪問看護師としての判断、組織としての判断、地域でどのように役割を発揮するかについてやり取りを交わすことでナラティブに捉え、あり方(being)を話し合う場を看護体制として確保することは、改めて重要といえる。

具体的なあり方(being)志向の話し合いに向けては、コミュニケーション・スキルや臨床能力、倫理的・法的理解が求められるが、療養の時期を見通した上で看護方針を示すためには、ヒューマニズム(尊敬・共感・思いやり・誠実性)や卓越性(知識・技術に秀でる、スタンダードを超えることを追求する)(Arnol, Stern, 2006)も必要といえる。また、このような話し合いが深化するためには、振り返りから学びを得る省察的实践家(reflective practitioner)の存在は有効とされている(宮田, 2023)。本研究でとりまとめた《スタッフを“くすぐる”リーダー行動》は、省察的实践家の一行動例といえるが、本カテゴリーが訪問看護事業所においてリーダー行動が求められている看護師にとって、人を鼓舞し突き動かすリーダーシップの行動指針として活用できると考えられた。

活発なやり取りによって考え続ける集団を促すリーダー行動は重要であり、本研究が、システムや柔軟な対応(態勢)を吟味し続ける集団づくりの一助になれば幸いである。

### III. 本研究の限界と今後の課題

以下に、本研究の限界と今後の課題について述べる。

本研究は、訪問看護事業所におけるオンコール対応の捉え方や組織的な対応(看護体制)や日常の看護でルーティン化できない柔軟な対応(態勢)のあり方をマイクロ・エスノグラフィーによって記述した研究である。フィールドワークを用いた本研究は認識主体である研究者による構成主義をとることから、対象事業所と研究者との協働で認識される「再構

成された現実」(箕浦, 2009)は、部分的な真実であるという限界がある。

今回の研究において対象事業所は 1 事業所であったが、オンコール対応数が極めて多いにも関わらず看護実践のひとつと積極的に捉えられていた。その背景には、組織的な対応や臨時的で柔軟な対応を判断する場において訪問看護師が療養の時期を見定めたり見通せたりしていることは大きいのだが、加えて率直にやり取りできる職場文化(心理的安全性)とリーダー行動の影響を捉えることができた。しかし比較対象となる質的データを持たないことから、訪問看護事業所の規模(職員数やリーダー数)や活動状況等により、率直にやり取りできる職場文化の醸成に新たな特性が見つかる可能性や、小児や精神疾患を有する者に特化した訪問看護事業所では異なる結果が得られる可能性も考えられる。今後は、様々な訪問看護事業所を対象にオンコール対応を行なう看護体制および態勢づくりについての検討を続けることが課題である。

また、訪問看護事業所における看護体制や態勢づくりにはリーダー行動が影響を与えることやリーダー行動の特性を捉えたが、訪問看護事業所のリーダー看護師がどのようにリーダー行動を獲得したかについては明らかにしていない。今後は、訪問看護事業所におけるリーダー行動や組織マネジメントに焦点を当てた研究を検討することが課題である。



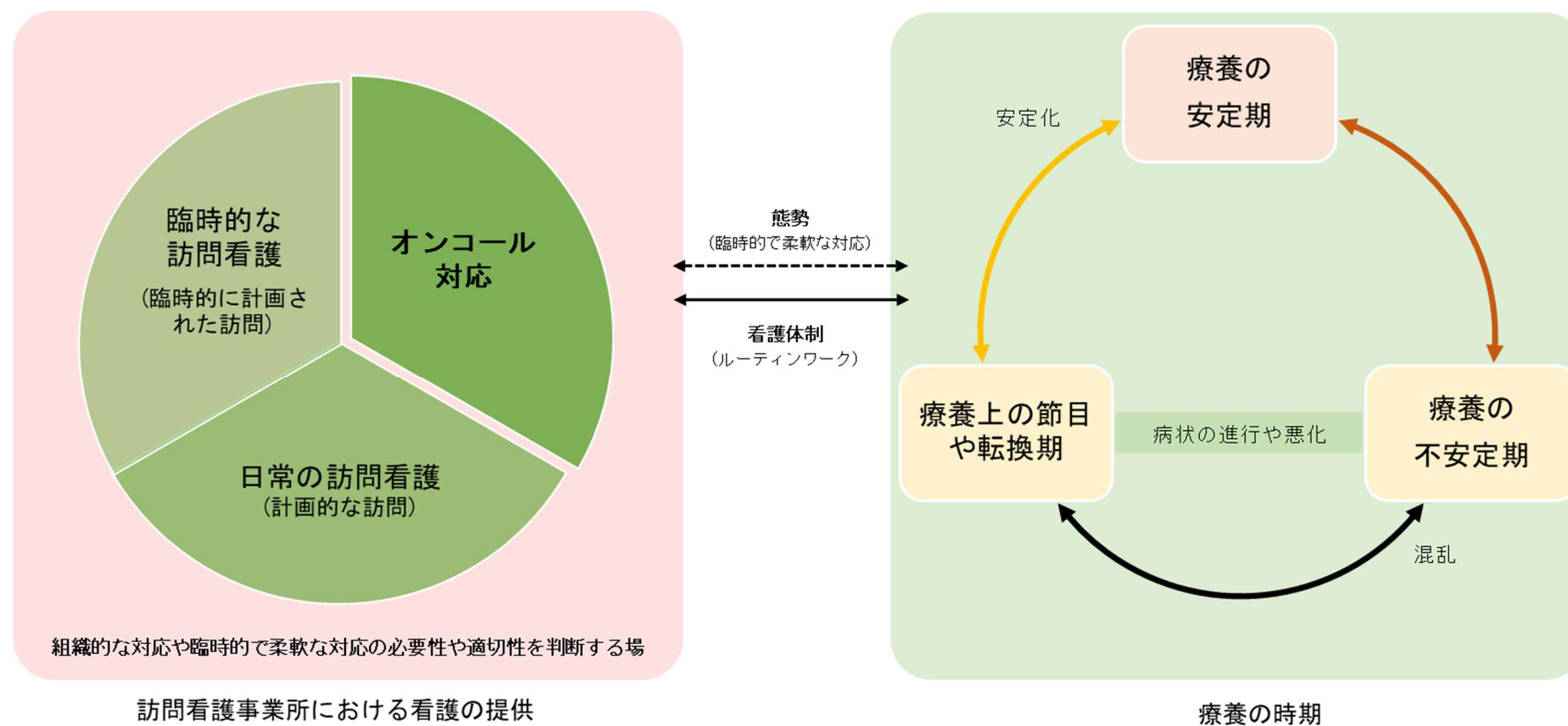


図 7. 療養の時期と訪問看護の提供およびオンコール対応との関係図

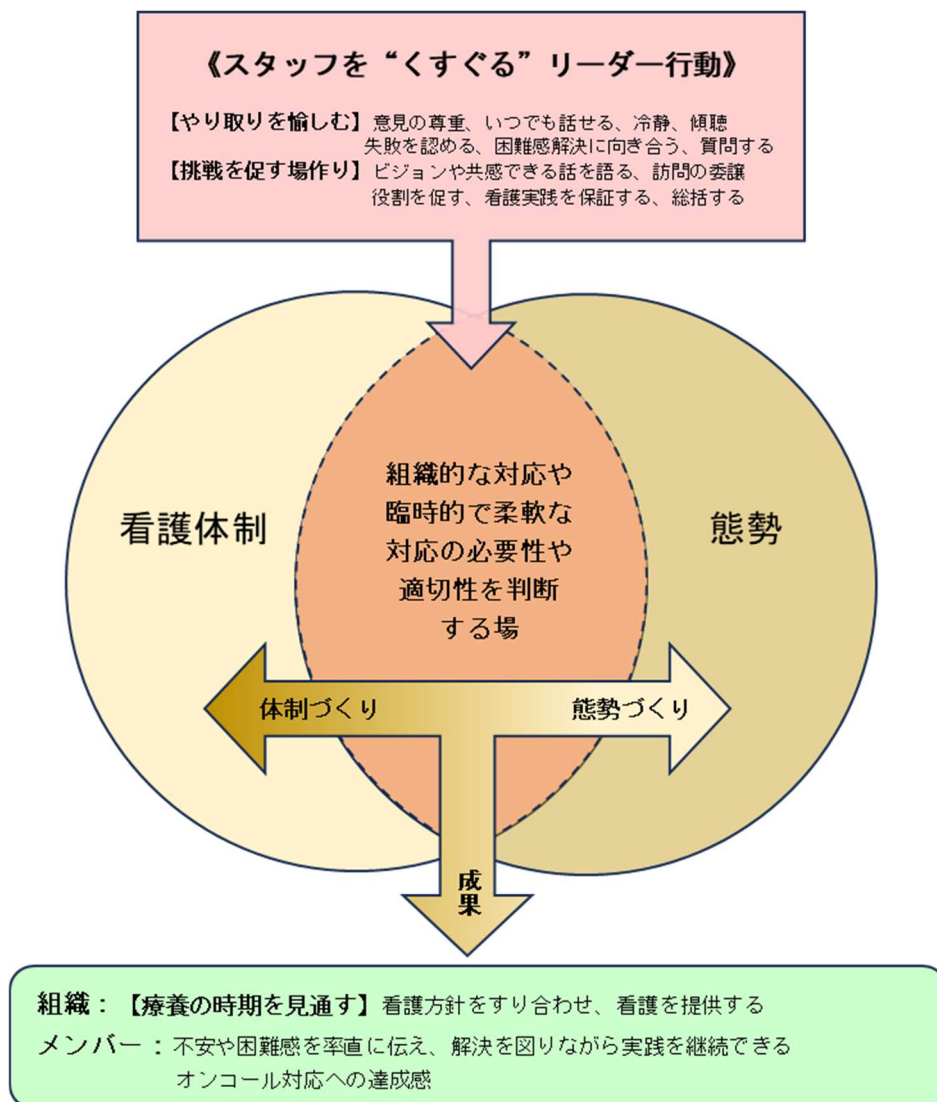


図 8. 看護体制および態勢づくりとの関係と成果に関する概念図

## 第7章 結論

本研究は、方法論としてマイクロ・エスノグラフィーを採用し、A 訪問看護事業所へのフィールドワークとインタビュー調査を実施したが、結果から A 訪問看護事業所では、緊急訪問は約 60 回/月、電話対応は約 400 回/月と極めて多く対応していたにもかかわらず、訪問看護師はオンコール対応への達成感や仕事へのワークエンゲージメントを高めていた。質的記述的分析から、以下の示唆を得た。

1. 訪問看護事業所は、療養の時期【療養の安定期】 - 【療養上の節目や転換期】 - 【療養の不安定期】を見通し見定めながら、ルーティンワーク(看護体制)または臨時的で柔軟な対応(態勢)として看護を提供している。
2. オンコール対応とは、【療養上の節目や転換期】や【療養の不安定期】におかれた療養者や家族に対し、課題解決にむけた組織的な対応(看護体制)の中で、療養の安定化を積極的に目指す臨時的で柔軟な看護実践のひとつである。
3. 訪問看護師がオンコール対応を続けるためには、組織全体で対応を労い合う態勢づくりや、人員体制を調整しながら取り組まれる必要がある。
4. 訪問看護事業所において、オンコール対応を行うための組織的な対応(看護体制)や臨時的で柔軟な対応(態勢)は明確に切り分けられるものではないが、現状の看護体制や態勢の適切性を判断したり、態勢を看護体制に位置づける必要性や、反対に看護体制を一定の条件により態勢とする必要性を判断したりして看護を提供する関係にある。
5. 【組織的な対応や臨時的で柔軟な対応の必要性や適切性を判断する場】においてリーダーとスタッフが率直にやり取りした上で合意形成できる組織は、看護体制および態勢づくりが行われているといえる。
6. 【組織的な対応や臨時的で柔軟な対応の必要性や適切性を判断する場】が率直にやり取りできる場であるためには、【やりとりを愉しむ】【挑戦を促す場作り】を行なうリーダー行動が重要であり、組織の成果として看護方針をすり合わせて実践を行えることや、メンバーの成果として不安や困難感を率直に伝え、解決を図りながら実践を継続することや、オンコール対応への達成感を得ることが可能となる。