

較例である。歩行困難の患者に対し、その問題点を追及する際、両者ともに立位支持能力を評価する。熟練者の場合、予測されるリスクを考慮し対応準備を行っているため、転倒という事故は回避できるが、学生は立位を取らせることのみ集中し、その結果転倒事故が生じる。長澤は、臨床実習における学生について「患者へのオリエンテーションが不適切」、「経験が少なく予測的なリスクに対応できない」、「転倒予防など患者のリスク管理が不十分」等を問題点としてあげており⁶⁾、今回の結果と同様の傾向を示していた。

一般的な産業分野でのリスクマネジメントでは、可能な限りリスク回避を行うことで事故防止につなげていく。しかしリハビリテーション医療の目的は患者のADL・QOLの改善であり、そのために患者の活動性をあげることが求められ、ここに事故防止との矛盾が生じる。今回の学生の臨床実習におけるインシデントは癌患者へのリハビリテーションではなく、ほとんどが脳血管性障害に対するものであったが、今後、癌のリハビリテーションを積極的に進めていくためには、更なるリスク回避を徹底させる必要がある。

2007年度より始まった文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」では癌専門看護師などのがん専門医療者の育成が進められているが、これらは免許取得後、数年の実務経験を有するものを対象としている。リハビリテーションの分野においても専門士を育成するためには、経験を有するものが望ましいとも考えられる。しかし、1990年代後半より我が国の理学療法士・作業療法士養成校数は急激に増加し、若い理学療法士が増えていることに加え、医療施設への就職のみではなく訪問リハビリテーションへの従事など介護保険分野への就職も増え、癌患者のリハビリテーションを担当する必要があると増えていくと考えられる。癌のリハビリテーションを広く普及させるために、資格取得前から癌患者に対するリスク管理教育をどのように普及させていくのが今後の課題と考えられる。

E. 結論

今回、癌患者のリハビリテーションスタッフ育成におけるリスク管理について調査・分析を行った。その結果、臨床実習学生は確認・観察不十分や動作の予測不備等により転倒などのインシデントを起こしやすく、癌患者リハビリテーションを普及させていくには徹底したリスク管理教育が必要となることが示唆された。

文献

- (1) 辻哲也, 里宇明元. (2006). 癌のリハビリテーション. 金原出版
- (2) Gerber LH, et al. (1998). Rehabilitation for patients with cancer diagnoses. DeLisa JA: Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, 3rd ed, 1293-1317, Lippincott-Raven Publ.
- (3) 片桐浩久, 高橋満, 高木辰哉 (2003). 転移性骨腫瘍に対する治療体系—原発巣検索手順と予後予測に対する戦略—. 関節外科, 22, 46-54
- (4) Smets, E. M., B. Garsen, et al. (1993) Fatigue in cancer patients. British journal of cancer, 68, 220-4.
- (5) Irvine, D., L. Vincent, et al. (1994) The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. A comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. Cancer nursing, 17, 367-78.
- (6) 長澤 弘 (2001). 理学療法とリスクマネジメント. 理学療法, 18 (6), 565-570

F. 研究発表

本研究において、該当する研究発表はない。

G. 知的所有権の取得状況

本研究において、該当する知的所有権に該当するものはない。

表 1. 癌のリハビリテーションの分類 (Diez の分類)

予防的リハビリテーション	癌と診断された後、早期に開始されるもので、手術、放射線治療、化学療法の前もしくは後すぐに施行される。機能障害はまだないが、その予防を目的とする。
回復的リハビリテーション	治療されたが残存する機能や能力をもった患者に対して、最大限の機能回復を目指した包括的訓練を意味する。機能障害、能力低下の存在する患者に対して、最大限の機能回復を図る。
維持的リハビリテーション	癌が増大しつつあり、機能障害、能力低下が進行しつつある患者に対して、すばやく効果的な手段（たとえば自助具やセルフケアのコツの指導など）により、セルフケアの能力や移動能力を増加させる。また、拘縮、筋萎縮、筋力低下、褥瘡のような廃用を予防することも含まれる。
緩和的リハビリテーション	終末期の癌患者に対して、そのニーズを尊重しながら、身体的、精神的、社会的にも QOL の高い生活が送れるようにすることを目的とし、温熱、低周波治療、ポジショニング、呼吸介助、リラクゼーション、各種自助具、補装具の使用などにより、疼痛、呼吸困難、浮腫などの症状緩和や拘縮、褥瘡の予防などを図る。

表 2. 癌患者におけるリハビリテーション中止基準

1. 血液所見：ヘモグロビン 7.5g/dl 以下、血小板 50,000/ μ l 以下、白血球 3,000/ μ l 以下
2. 骨皮質の 50%以下の浸潤、骨中心部に向かう骨びらん、大腿骨の 3cm 以上の病変などを有する長管骨の転移所見
3. 腸管・膀胱・尿管などの臓器、血管、脊髄の圧迫
4. 疼痛、呼吸困難、運動制限を伴う胸膜、心嚢、腹膜、後腹膜への浸出液貯留
5. 中枢神経系の機能低下、意識障害、頭蓋内圧亢進
6. 低・高カリウム血症、低ナトリウム血症、低・高カルシウム血症
7. 起立性低血圧、160/100mmHg 以上の高血圧
8. 110/分以上の頻脈、心室性不整脈

文献 2)より

表 3. リスク内容別癌患者数

	転倒(人)	骨折(人)	易感染性(人)
脳腫瘍	6		1
転移性骨腫瘍	5	7	
原発性骨腫瘍		2	
軟部肉腫	3		1
多発性骨髄腫	3	4	1
悪性リンパ腫	3		4
急性骨髄性白血病			1
卵巣癌	2		2
腹膜癌			1
大腸癌	1		1
舌癌	1		
皮膚癌		1	
神経芽腫		1	
合計	24	15	12

表 4. インシデント発生の訓練場面

脱臼肢位	移乗介助・体位変換・関節可動域訓練・
転倒	体位変換・移乗介助・歩行介助・ADL 訓練・エルゴメータ等
チューブトラブル	移乗介助・立位訓練・関節可動域訓練
炎症症状増悪	筋力増強訓練
義肢・装具・車いすの トラブル	車いす介助・移乗介助・エルゴメータ

表 5. インシデント発生要因例

確認不十分	「移乗時、麻痺肢の下肢の位置に注意しておらず、捻りそうになった」、「移乗時、フットプレートに足が乗ったまま乗り移ろうとした」
環境確認 不十分	「ベッド上に訓練機器設置の際、点滴ラインに触れそうになった」、「移乗介助時、IVH が車いす座面上にあり、患者が座り踏みそうになった」
観察不十分	「階段昇降練習中に膝折れがおこり、転倒しそうになった」、「急に歩容が悪くなり、転倒しそうになった」、「段昇降訓練中、後方に重心が移動し、後方に座り込んでしまった」
指示不足・ 理解不足	「車椅子上の患者さんに「待っていてください」と声をかけたが、患者は立ち上がってしまった」
動作の予測 不備	「体位変換時に人工骨董置換術後の脱臼肢位をとりかけた」、「立位訓練中、患者の手の位置が悪く、滑り、バランスを崩した」
判断ミス	「2人の患者を任せられ、一人をリハ室に残したまま、もう一人の訓練のためリハ室を出た」
未熟な治療 技術	「関節可動域の測定中に患者さんの筋緊張が増強した」、「過負荷によって、次の日に疲労感がでた」

表 6. インシデント内容とその要因件数

	転倒	チューブ トラブル	炎症症状 増悪	脱臼肢位	装具・車 いすのト ラブル	計
確認不十分	4				1	5 (12.5%)
環境確認 不十分	1	3				4 (10.0%)
観察不十分	9					9 (22.5%)
指示不足・ 理解不足	4				2	6 (15.0%)
動作の 予測不備	4			2	1	7 (17.5%)
判断ミス	2			1		3 (7.5%)
未熟な治療 技術	4		2			6 (15.0%)
計	28 (70.0%)	3 (7.5%)	2 (5.0%)	3 (7.5%)	4 (10.0%)	40

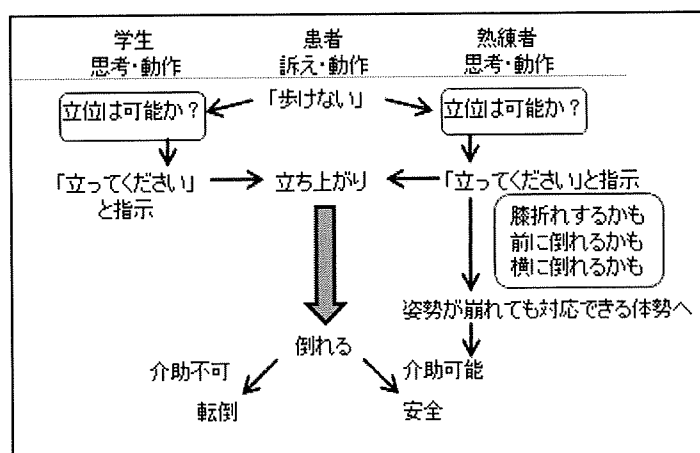


図 1. 臨床実習生と熟練者の思考・動作例

Ⅱ－5. がん患者の療養環境・
専門スタッフの職場環境
のあり方に関する研究

訪問看護ステーションにおける休日夜間携帯電話当番の

記録フォーマットに関する実践的研究

～共通フォーマットの作成とデータベース化を目指して～

研究分担者 鈴木珠水（群馬パース大学保健科学部）
研究協力者 馬醫世志子（群馬パース大学保健科学部）
研究協力者 棚橋さつき（桐生大学看護学科）
研究協力者 山路聡子（群馬県看護協会）

研究要旨

在宅医療は色々なシステムにより支えられている。中でも訪問看護ステーションの24時間対応は、利用者と訪問看護師を携帯電話で結んでいる。

休日夜間携帯電話当番の電話内容を明らかにするために、電話内容のデータベース化を研究目的とし、休日夜間携帯電話当番の新ノートを作成した。

新ノートは、電話内容の『分類』や、電話『内容』、電話を受けての『判断』、『実施』の項目に対し、各々小項目のある選択式にした。『分類』では『1.Ptに関する相談』、『2.Ptに関する連絡』、『3.業務連絡』の3つとした。相談と連絡は、区別が難しいため、記入アルゴリズムを作成した。また『疾患』では「疾患名」、小児という「対象及び世代」、ターミナルという「病期」が混在した。『判断』、『実施』は同時進行の場合もあり、複雑に入り組んでいた。

このデータベース化により24時間対応の重要性の啓蒙、日中の対策など包括的な対策、訪問看護の“業”の可視化ができると考える。

A. 研究目的

現在、在院日数短縮化の医療費抑制政策により、おのずと在宅医療への期待が高まっている。その重要なケアサービスの担い手として「訪問看護ステーション」があるが、訪問看護師のやりがいと同じくらい、在宅医療の難しさや課題をはらんでいる。

医療費抑制、在院日数短縮等の社会的状況と、療養者の「自宅で最期を迎えたい」というニーズから、末期がん患者への訪問看護の提供は増加しつつある。また、難治性疾患である神経難病の在宅療養者、頸髄・脊髄損傷者や在宅酸素療法

を受ける呼吸器疾患療養者、小児疾患をもつ療養者も、訪問看護ケアサービスの利用者として、シェアを拡大している。

中でも、末期がん患者や神経難病の療養者の特徴としては、医療依存度が高く、ハイケアが必要であることから24時間対応型のケアシステムが必須になっており、訪問看護ステーションでは「緊急時訪問看護加算」、「24時間連絡体制加算」などで対応しているが、経済的評価は十分とは言い難い。

また、訪問看護ステーションでは、病院看護のようなシステムティックな勤務

交替(2交替や3交替)を取っておらず、その休日夜間対応は、「携帯電話当番」が担っているが、夜中に緊急電話があり緊急訪問しても翌日の勤務は考慮されず、携帯電話当番に従事する訪問看護師にしわ寄せがきている現状がある。

医療依存度の高い利用者が在宅療養をされる割合が増えてきた現状を支えるため、訪問看護ステーションは24時間対応が普通になってきているが、その“業”が可視化されていないため、コンセンサスを得ることが難しい。

また、携帯電話当番従事者は、訪問看護ステーションの訪問看護師職員の中で、常勤で、小さな子供がいないなどの条件を満たした者で対応されている現状があるため、対応人数は十分ではない。

在宅がん患者と家族にとって、急変時に病棟のナースコールのように看護師が呼べることは保障されるべき条件である。

昨年の報告書で、告知されていない在宅がん患者の休日夜間緊急訪問回数が多かったりことを報告した。在宅がん患者がどのような内容で、休日夜間緊急訪問を要請するのか、明らかにする必要を痛感し、協力の得られる訪問看護ステーションで聞き取りを開始した。しかし、休日夜間緊急訪問の月件数を責任者が計数しているのみで、データベース化されておらず、必要な情報を引き出すことは不可能であった。

今年度の報告書の「訪問看護ステーションにおける休日夜間携帯電話当番に関する質的研究」で、訪問看護師が休日夜間携帯電話当番に対し、大きな負担を感じていることが明らかになった。

そこで、休日夜間携帯電話当番の電話内容を明らかにするために、電話内容のデータベース化をすることを研究目的とし、そのプロセスを紹介する。研究の波及効果として、携帯当番者には、その業務の重要性を、非携帯電話当番者には休日夜間対応に対して理解と協力を得られるよう支援することを目指す。なお、本研究は介入研究であり、そのプロセス自体も成果であると考えた。

B. 研究方法

1. 研究対象と調査内容

A県下のA訪問看護ステーションに調査協力を依頼し、責任者への聞き取り、訪問看護ステーションにおいて携帯電話当番が従来記入していた携帯電話当番記録既存ノート(以下“既存ノート”)を分析し、携帯電話当番記録新ノート(以下“新ノート”)を作成し、新ノート記入依頼をし、新ノートのフォーマットの改定を行った。そのノートの印象を調べるため、新ノート記入トライアルに参加するA訪問看護ステーションを含めた計6か所の訪問看護ステーションにて携帯電話当番に従事している訪問看護師に対し、下記2),3)を見た印象を自記式郵送法にて調査した。

研究対象は以下の通りである。

- 1)既存ノート。
- 2)1)の分析と、責任者への聞き取りを整理し、共同研究者で検討した新ノートフォーマット。
- 3)2)の新ノート記入時の説明書もしくは、記入補助ツール。
- 4)新ノートの記入状況。
- 5)A訪問看護ステーションを含めた計6か所の訪問看護ステーションに対して配布した新ノートに関する調査票。

2. 調査期間

H21年5月から11月

3. 分析方法

研究対象 2)新ノートフォーマットに関しては、その経過の最終改定版を明らかにし、3)記入補助ツールは、作成物を明示し、5)はグラフ化し検討した。

4. 倫理的配慮

既存ノートを参考にする時は、利用者個人名、家族名は記録せず、新ノートの分析でも同様に個人が特定できる部分の情報はすべて記録自体を避けた。

訪問看護師に対する質問調査では、年齢を記入する以外には氏名記入はなく、個人が特定できない形で処理を行った。

写真情報は、個人情報が見える部分は加工を行い、見えないようにした。

C. 研究結果

1. 携帯電話当番と既存ノート

A 訪問看護ステーションの休日夜間携帯電話当番で用いられていた記録物関係は、小さなバッグと一緒に入れられ用いられていた（写真 1）。

既存ノートは A5 サイズよりもやや小さめのリング手帳で、左に日時を記入できるよう線を引き、自由記載であった（写真 2）。

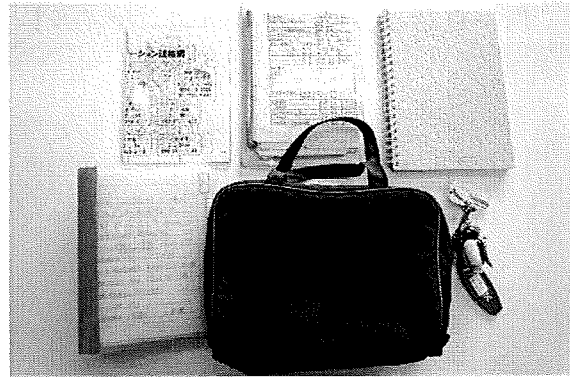
休日夜間緊急訪問を行った際には、「以降、看護記録へ」という記載が目立った。これは既存ノートへの記入はメモとして活用され、詳細は正式書類の看護記録に記載されるからであった。しかし、自由記載のため、全てを読まないで休日夜間緊急訪問の有無が不明確であった。

既存ノートの他に、利用者情報票（写真 3）をハガキ管理ファイルに納めた利用者情報ファイル（写真 4）と、訪問看護師連絡網、かかりつけ医や関連病院、ケアマネージャーなどの連絡先が書かれているアドレス帳（写真 5）が透明ビニルに入れられ活用されていた。

休日夜間携帯電話当番必需品は、この写真 1 のバッグに既存ノートと付属品を入れたものと、訪問看護ステーションの携帯電話 2 台である。この携帯電話 2 台のうち、1 台は主休日夜間携帯電話当番者が持ち、写真 1 のバッグを持つ。副休日夜間携帯電話当番者は、もう 1 台を持ち、主休日夜間携帯電話当番が訪問中や電話対応中に、対応する役割がある。

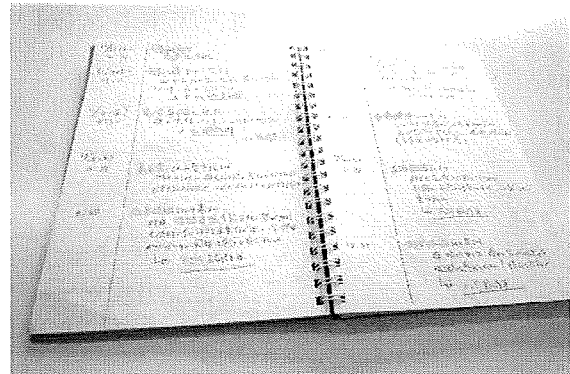
休日夜間携帯電話当番者は、外出先でもこれらの必需品と携帯電話を持ち歩かなければならず、個人の鞆の中で各々の必需品がばらばらになってしまい、必要時に早急に取り出せないという状況を避けるために、写真 1 のような小さな鞆に入れて管理していた。

[写真 1 ; 既存ノートと付属品]



*左から時計回りに、利用者情報ファイル（写真 4）、連絡網、アドレス帳（写真 5）、既存ノート

[写真 2 : 既存ノート 見開き状態]



[写真 3 : 利用者情報票]

氏名	年齢
住所	
TEL	
主治医	TEL
ケアマネ	TEL
緊急連絡先	
病名	
簡単なADL	
チューブ類	
受持看護師	1 2

[写真 4 :
携帯電話当番用利用者情報ファイル]



* 写真 3 の票が、ハガキファイルに差し込まれ「あいうえお」順にインデックスがつけられている。

[写真 5 :
携帯電話当番用連絡網、アドレス帳]

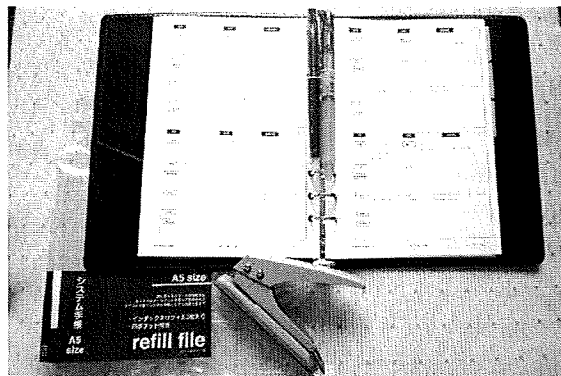


[写真 6 : 休日夜間携帯電話当番必需品]



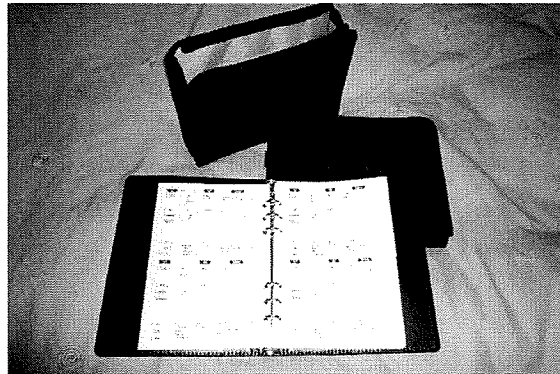
* ノートセット(大鞆の上)と個人鞆(大鞆)、訪問看護ステーションの2台の休日夜間携帯電話当番用携帯電話は充電中

[写真 7 : 新ノート]



* 新ノートはシステム手帳を利用。

[写真 8 : 新ノート用 bag in bag]



2. 既存ノートから新ノートへ

既存ノートの記事と、A 訪問看護ステーションの訪問看護師に聞き取りを行い、フォーマットの多い新ノートの作成を行った。新ノートは A5 のシステム手帳を用い、レフィルは印刷し穴あけ機で作成した(写真 7)。

休日夜間携帯電話当番者は、自分の鞆に休日夜間携帯電話当番必需品を入れた小さな鞆を持ち歩くため、ペンを刺す場所やポケットがたくさんある bag in bag を準備した(写真 8)。

3. 新ノートのフォーマット

新ノートのフォーマットは、休日夜間携帯電話当番を行っている訪問看護師の聞き取りを行い、半年かけて改定を重ねた。資料 1 は改定 6 版の最新版である。

なお、最新版は、新ノート作成に携わった A 訪問看護ステーションの記入パイ

ロットスタディで用いられていないものである。

以下、新ノートフォーマットの項目ごとに説明を行う。

1) 『誰から』の項目

『誰から～1.利用者名』という項目では、誰のケースで電話がかかってきているのかを、明確にする必要がある。最初は、利用者本人なのか、血縁者の家族がかけてきているのかを区別したいと考えたが、緊急時に声だけで家族かどうかを判別できないという意見があり、本

人なのか、その他なのかだけで良いとした。『誰から～2.他』という項目では、利用者支援者以外（ケアギバーなどのサービス提供システム側以外）を想定した。しかし、『誰から～1.利用者名：Aさん』でかつ、『誰から～2.他：ケアマネージャーBさん』ということがあった。Aさんの件で、サービス提供システム側のBさんが電話をしてきたというケースもあった。しかしこの場合では、利用者Aさんの件ということは、かけてきたBさんという情報と同等の重要性を持つため、記入が必要となる。

資料1 新ノート 改定6版フォーマット

日付	H	年	月	日	時間	:	通話時間	分	
誰から	1	利用者名				本人/他	分類	1	Ptに関する相談
	2	他						2	Ptに関する連絡
疾患	1	がん	2	神経難病	3	小児疾患	4	ターミナル	
	5	COPD	6	脊髄損傷	7				
	通話要旨								
	内容								
内容	1	1)訪問中止 2)変更 3)依頼			3	状態・状況報告		5	他
	2	医療器具・機器トラブル			4	指示書・実績関係			
	判断	1	経過観察必要			4	医師に報告必要		7
2		心理的支援必要			5	看護・医療処置必要			
3		電話での状況確認困難			6	特になし			
実施	1	傾聴			6	Ns訪問(非番・受け持ち)			
	2	報告・連絡・調整			7	他			
	3	電話教育・支援							
	4	Ns訪問(携帯当番・受け持ち)							
	5	Ns訪問(携帯当番・受け持ち外)			サイン:				

2) 『分類』の項目

『分類』では、『分類 1.Ptに関する相談』、『分類 2.Ptに関する連絡』、『分類

3.業務連絡』の3つとした。相談と連絡は、区別が難しいが、記入アルゴリズムを作成することで、解決を試みた(資料2)。

『分類 3.業務連絡』は、利用者名が出てこないものとした。『分類 1.Pt に関する相談』、『分類 2.Pt に関する連絡』では、必ず利用者名があることが前提であり、内容によって「相談」、「連絡」に振り分けるようにした。ここでのポイントとして、「傾聴」というケアリング提供の有無が「相談」、「連絡」を分けると定義した。

3) 『疾患』の項目

『疾患』では、A 訪問看護ステーションで、休日夜間緊急電話をかけてくる利用者をもとに選択肢を作成した。しかし、がん、COPD などの「疾患名」、小児という「対象及び世代」、ターミナルという「病期」が混在する結果となった。

4) 『内容』の項目

『内容』の項目は、『通話要旨』に自由記載するが、カテゴリーに分けたかったため、既存ノートと新ノートを参考に内容分析し、『内容 1.1)訪問中止 2)変更 3)依頼』、『内容 2.医療器具・機器トラブル』、『内容 3.状態・状況報告』、『内容 4.指示書・業績関係』、『内容 5.他』に区分した。

特に、『内容 2.医療器具・機器トラブル』に関しては、日中の指導を綿密にしておけば対処できる内容であったかを検討し、休日夜間で予定外の緊急訪問をセーブするための方策を考えるため、追加した。

5) 『判断』、『実施』の項目

『判断』は、緊急電話がかかってきて、看護師がその電話内容から、時間をおいて様子を見ていいのか、緊急性が高いため休日夜間緊急訪問をした方がいいのか、どう判断したかを明確にするための選択肢とした。一方『実施』は、その『判断』を受けて、その後どう対応したかというものであるが、看護活動では、判断と実施は同時に行われることもあり、明確に分けられない状況もある。例えば、利用者またはその家族からの電話で、突然の急変に混乱しているときには、『判断 2.心理的支援必要』と判断し、詳しく事情を聴くため、まずは『実施 1.傾聴』をしつつ、『実施 3.電話教育・支援』を行い、

それで『実施 2.報告・連絡・調整』の必要なく、『実施 4~6.Nurse 訪問』が不要だと判断したが、『実施 1.傾聴』及び、『実施 3.電話教育・支援』で、効果が出て、時間経過と共に利用者の病状などが落ち着くかどうかを『判断 1.経過観察必要』として、経過観察することになる。

それで落ち着かなければ、再度電話がかかってきて、『判断 3.電話での状況確認困難』、病状・病態変化の場合は『判断 4.医師に報告必要』とし、『実施 2.報告・連絡・調整』で、かかりつけ医に報告し、休日夜間携帯電話当番者がこの電話の利用者の受け持ち看護師ではない場合で、対応に不安があるなど、受け持ち看護師に連絡をしたりし、『実施 4~6.Nurse 訪問』となる。この例でもわかるように、『判断』、『実施』は、判断するために実施をしながらまた判断をしていくことから、機能的に分化できなかった。

『実施 4~6.Nurse 訪問』であるが、あえて、携帯当番者がその利用者の受け持ち看護師であるか、明確に分けたかったためである。また、非番であるのに緊急訪問をしているケースにどのような理由があるのかも明確にする必要があるため、このように『実施 4.Nurse 訪問 (携帯当番・受け持ち)』、『実施 5.Nurse 訪問 (携帯当番・受け持ち外)』、『実施 6.Nurse 訪問 (非番・受け持ち)』の 3 つに分けた。

6) 『通話要旨』

既存ノートが自由記載だったため、全てが選択式であると、適切に選ばれていない場合、解析者が判断できないという理由と、選択に迷いや誤りがあっても、通話要旨に記録されていれば、解析者が正しい選択に振り分けもできるという判断で、『通話要旨』を自由記載にした。

4. 記入アルゴリズム (資料 2)

前述した記入アルゴリズムは、作成したフォーマットに、誰が記入しても同じ判断ができるよう、記入補助として共同研究者で検討し作成した。また、『判断』、『実施』に関しては、複数選択もありうることを説明した。

5.新ノートの記入状況

新ノートの記入状況は、自由記載であった既存ノートから、選択肢が中心の新ノートに替わり、混乱が生じ使用しにくかったとのことだが、フォーマットに慣れてくると記入の負担感は既存ノートと変わらないとのことであった。

しかし、訪問看護ステーション責任者とスタッフでは、明らかに記入状況が異なっていた。責任者はデータベース化の目的を理解しており、またそれを1カ月に1回、休日夜間緊急訪問の回数をこのノートから計数するので、記入もれを最小にするべく記入している姿勢がうかがえた。

既存ノートでは、受信時間を記入する欄があったが、通話時間を記録する欄は無く、記載されていなかったため、通話時間を記入できないケースも見られた。

同様に未記入が目立ったのは『疾患』であり、経過の長い人や携帯電話当番の受け持ちの利用者であれば『疾患』記入が容易にできるが、受け持ちでなく、初訪問の利用者では、疾患名の記載は、携帯電話当番用利用者情報ファイル（写真4）で確認が必要となり、そこまでして調べて記入することはできないということであった。

また、通話時間 5 分以上と長いのに、『実施 1.傾聴』、『実施 3.電話教育・支援』のいずれも選択されていない場合も多く、これらの看護業務を“業”として意識して行っているかそうでないかが明確になった。

緊急訪問では、1 回目の電話でその必要性を判断し、休日夜間緊急訪問に行く場合と、同じ利用者から複数回電話が来てようやく行く場合とあり、看護師毎にその傾向が異なっていた。

6.新ノートの印象調査

A 訪問看護ステーションを含めた 6 か所の訪問看護ステーションに、新ノートの印象を調査した。

6 か所の訪問看護ステーションで携帯電話当番に従事している 26 名の訪問看護師に調査依頼をし、回収率は 100%であった。

新ノートの印象を図 1、アルゴリズムの印象を図 2 に示した。

新ノートに対し、肯定的にとらえている訪問看護師が全体の 40%~46%、否定的にとらえているのは 11~21%であったが、「どちらともいえない」と戸惑いを感じている訪問看護師は 33~42%であった。

アルゴリズムの印象は、「面倒くさそう」では 61.5%が思うと答えているが、「わかりやすそう」50.0%、「(新ノートにこれを参考にして) 記入できそう」76.9%であった。

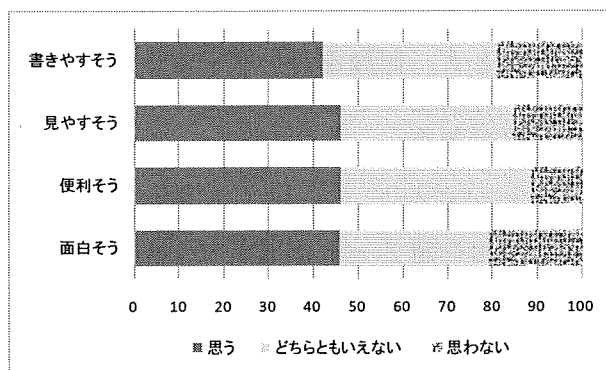


図 1 新ノートの印象

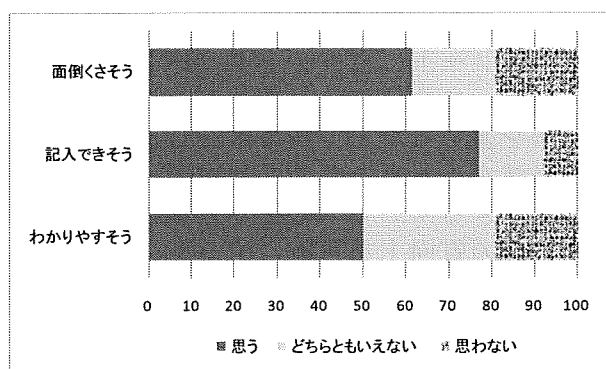


図 2 記入アルゴリズムの印象

D. 考察

1. 訪問看護ステーションの休日夜間携帯電話当番の記録記入の難しさ

休日夜間携帯電話当番の記録記入の難しさは、記録責任が生じないことにあると考えられる。休日夜間緊急訪問の場合は看護記録記入の義務が生じるが、それ以外は書かなくてもよい。しかし、休日夜間緊急訪問をしなくても、『実施 1.傾聴』、『実施 3.電話教育・支援』で、救われる利用者や家族がいるのは事実である。記録をしないとすればこれらの対応は全く見えない。よって、訪問看護ステーションの24時間対応の実態を明らかにし、経済評価されるためにも、記録責任は生じずとも、記録を行いデータとして蓄積し、可視化できるようにしておくことが必要である。

2. 訪問看護ステーションの業務と看護

今回の新ノート作成とフォーマット化を進めるにあたり、個々の訪問看護師は訪問看護に対し、やりがいを感じているが、24時間対応の必要性など、管理者とスタッフ間に温度差が生じていた。

また、雇用形態によってもその差があり、休日夜間携帯電話当番なしの契約でも、「訪問看護は24時間対応である」という理念の浸透が今後必要である。

新ノートによりデータベース化でき、スタッフ全員でそれを共有し、日中の対策を講じるなど、携帯電話当番の負担を軽減する対策と共に、利用者に安楽を提供できるサービスの在り方を含めた訪問看護の質向上を可能にするシステム作りが望まれる。

3. データベースから講じるサービスの質向上とリスクマネジメント

通話時間が長いのに、『実施 1.傾聴』、『実施 3.電話教育・支援』のいずれも選択されていない場合が多かったことは、これらの看護業務を“業”として意識して行っていないか、もしくは看護技術の『傾聴』や『電話教育・支援』概念、認識の違いが生じていることも考えられる。

休日夜間携帯電話当番では、受け持ちの利用者以外

の電話も受け、声だけの対応となるため細心の注意が必要となる。よって、『傾聴』の技法の確認や、『電話教育・支援』で行うサービス内容を整理し、マニュアル化するなどの対応が今後必要となってくる。

また、1回目の電話でその必要性を判断し休日夜間緊急訪問に行く場合と、何度も電話が来てようやく行く場合とあった。利用者が訪問を希望する場合は、緊急訪問に問題は生じないが、こちらの判断に委ねられている場合、緊急訪問を判断し実施した場合は、訪問料が生じるので、不必要な訪問を避け、必要な訪問は1回目の電話でとらえる必要がある。

データベース化が可能になれば、内容・判断・実施の記入により、複数回の電話でどのようなプロセスで対応したかわかるので、管理者はスタッフに振り返りのフィードバックを促せ、緊急訪問の判断やタイミングなどのリスクマネジメント対策に役立てることが可能である。

4. 新ノートがもたらすメリットと課題

新ノートは、既存ノートのような自由記載でないため、与えられた選択肢の中から選択することが義務付けられる。よって、特に『判断』、『実施』の選択肢では、自分は何を実施したのかと問いかけ、それを実施しているという意識が芽生えることにつながると考えられる。

現在新ノート改定6版のフォーマットを用いているが、データベース化し、内容を分析し、さらに改定をしていく必要がある。

また、A 訪問看護ステーション以外の5か所の訪問看護ステーションで同一のフォーマットを用い、過不足ない項目の検討を行いたい。

将来的には、データベース入力の手間を考えると、紙媒体ではなく Personal Digital Assistant (PDA)のペン入力可能な液晶ディスプレイなどの開発も望まれる。技術的に可能であるがコストがかかるので、企業の協力と国のモデル事業などのプロジェクトも望まれる。

訪問看護師の負担を軽減しながら、訪問看護ケアの質の向上、24時間対応をしていくことは必須課題である。

E. 結論

休日夜間携帯電話当番の電話内容を明らかにするために、電話内容のデータベース化を研究目的とし、休日夜間携帯電話当番の新ノートを作成した。

新ノートは、電話内容の『分類』や、電話『内容』、電話を受けての『判断』、『実施』の項目に対し、各々小項目のある選択式にした。『分類』では『1.Ptに関する相談』、『2.Ptに関する連絡』、『3.業務連絡』の3つとした。相談と連絡は、区別が難しいため、記入アルゴリズムを作成した。

また『疾患』では「疾患名」、小児という「対象及び世代」、ターミナルという「病期」が混在した。

『判断』、『実施』は同時進行の場合もあり、複雑に入り組んでいた。

このデータベース化により24時間対応の重要性の啓蒙、日中の対策など包括的な対策、訪問看護の“業”の可視化ができるようになる。

文献

小西優子(2008).訪問看護のセーフティマネジメント 訪問看護での記録について 活用できる報告書 2 在宅療養編, 看護技術,54(14),1589-1592.

信平牧子, 島内節, 清水洋子(2004). 在宅ケア機関の24時間体制と訪問看護師の負担感に関する研究, 第35回日本看護学会地域看護抄録, 131-133.

鈴木珠水, 清田恵美乃, 馬醫世志子他(2008). 訪問看護ステーションにおけるがん死亡患者の看護記録分析—「在宅死」・「病院死」の特徴と患者および家族

の療養の場所・最期の場所決定の『揺らぎ』について—, 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業, 平成20年度総括・分担研究報告書, 213-226.

稲葉真奈美(2006). 診療科別看護記録事例集 訪問看護の看護記録 訪問看護記録改良への取り組み, 看護きろく, 16(7), 70-81.

稲葉真奈美(2006). 診療科別看護記録事例集 訪問看護の看護記録 訪問看護開始までの記録, 看護きろく, 16(8), 53-60.

稲葉真奈美(2006). 診療科別看護記録事例集 訪問看護の看護記録 日々の訪問看護記録, 看護きろく, 16(9), 69-77.

稲葉真奈美(2007). 診療科別看護記録事例集 訪問看護の看護記録 訪問看護課題と展望, 看護きろく, 16(12), 53-61.

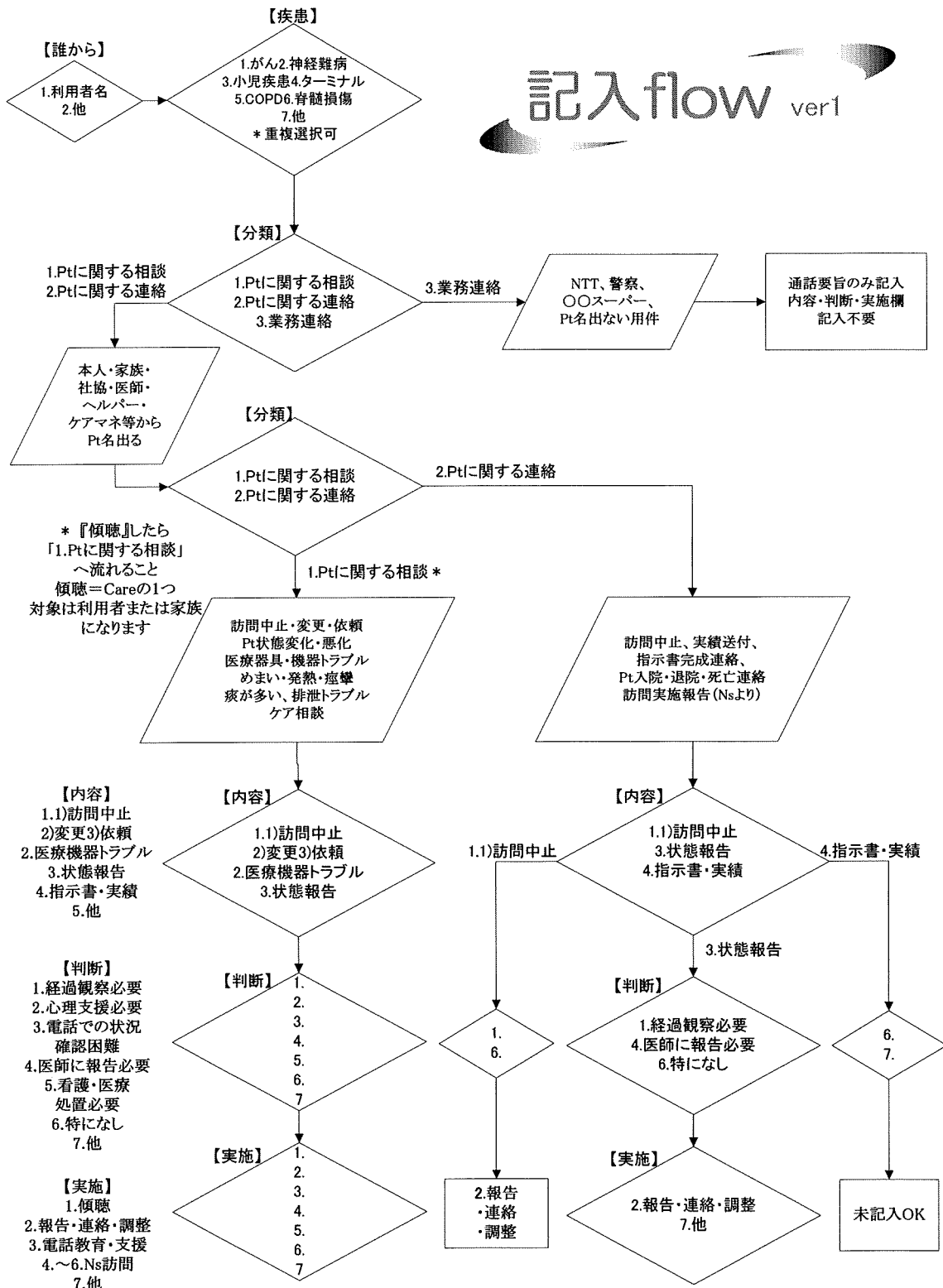
F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

資料 2 記入アルゴリズム



訪問看護ステーションにおける休日夜間電話対応についての研究

～携帯電話当番ノートのデータ解析～

研究分担者 鈴木珠水 （群馬パース大学保健科学部）
研究協力者 馬醫世志子 （群馬パース大学保健科学部）

研究要旨

携帯電話当番となる訪問看護師の負担を軽減する方策を模索するため、X県A訪問看護ステーションにおける平成21年5月～10月までの携帯電話当番ノートの記載を対象とし、休日夜間の電話対応の実態を調査し、以下の知見を得た。

1. 総受信件数 212 件（平均 35.3 件/月）内訳：利用者に関する「相談」44.3%、利用者に関する「連絡」46.7%、利用者に直接関係しない「業務」連絡 19.0%
2. 1回の平均通話時間 3.9 分。5分以内が 86.3%（183 件）を占めた。
3. 受信時間帯は 8 時台、18 時台、9 時台が多かった。
4. 「相談」電話内容：「症状に関する相談」52.2%、「医療器具/機器トラブル」17.8%、「処置依頼」5.6%、「薬に関する相談」4.4%、「介護に関する相談」10.0%等。
5. 「相談」への対応：「電話での教育/支援」42.2%、緊急訪問 40.0%等。
6. 「相談」90 件中、計 7 件（7.8%）非番看護師が対応しているケースがみられた。
7. 緊急訪問となる確率が高値：「呼吸状態（6/10 件 60%）」「嘔吐（2/2 件 100%）」「腹部膨満（2/2 件 100%）」「血尿（2/2 件 100%）」「ストーマ（2/2 件 100%）」「移動介助依頼（4/5 件 80%）」
8. 全 212 件中 63 件（29.7%）が休日夜間の電話を避けることが可能と考えられた。

A. 研究目的

現在、わが国では在院日数の短縮化により、重症患者であっても早期に退院し、外来と在宅医療でフォローする医療形態が推進されている。しかし在宅医療システムは十分熟しているとは言い難く、在宅医療を支える訪問医や訪問看護師は様々な問題を抱えながら、日夜、利用者と向き合っている。

重症の利用者が増加し、24 時間体制の在宅医療システム構築は急務となっているが、その中でも利用者にとって最も身近な存在である訪問看護師による 24 時間支援体制は早急に確立すべきシステムである。現状では 24 時間支援体制を可能にするものとして、休日夜間の電話相談があるが、チームで行う病棟看護と異

なり、電話相談を受ける 1 人の訪問看護師が負う責任や負担は大きい。

これまでのところ、訪問看護ステーションにおける電話相談の内容分析や緊急訪問に関する研究（大須賀ら(2005)、島内ら(2008)）はいくつかみられる。しかし、訪問看護ステーションによっては、休日夜間の受信電話が必ずしも利用者からの相談のみとは限らず、在宅医療システムにとって重要な様々な保健医療機関との連絡調整に関する電話も受けている。先行研究では、利用者の相談に関する内容分析が主であり、地域での連絡調整や業務連絡等まで含めた休日夜間の電話対応全てを対象とした研究はあまり見られない。

そこで、本研究では、訪問看護ステーション看護師が休日夜間に受けた電話内

容を記した“携帯電話当番ノート”を用いて、包括的に休日夜間の電話対応の実態を調査し、携帯電話当番となる訪問看護師の課題と利用者に質の高いサービスを提供する方策について検討することとした。

B. 研究方法

A 県 A 訪問看護ステーション（以下、「A 県 A 訪問看護ステーション」を「A 施設」とする）において、休日夜間の電話を受ける携帯電話当番者に、携帯電話当番ノート（受信日時、通話時間、発信者／疾患名、通話要旨等を記載するノート）の記載を依頼し、2009 年 5 月～10 月までの記載内容から、携帯電話当番が受けた電話件数、通話時間、受信時間帯、電話内容について分析した。

電話内容の分析については、携帯電話当番ノートに記された内容を熟読し、全データを利用者に関する相談（以後、「相談」と略す）、利用者に関する連絡（以後、「連絡」と略す）、利用者に関係しない業務連絡（以後、「業務」と略す）の 3 種類に分類し、分析を行った。

*用語の定義

「休日夜間」:

土曜日、日曜日、祝日と月曜日から金曜日の 17:30 から翌日 8:30 までを指す。

「携帯電話当番」:

訪問看護ステーション（代表）への電話を休日夜間には携帯電話に転送して利用者のニーズに応えるシステムにおいて、その携帯電話を持つ訪問看護師。月曜日から木曜日は 17:30 から翌日 8:30 までが 1 勤務であり、携帯電話当番者は毎日交替する。金曜日 17:30 から月曜日 8:30 までは 3 日間連続で同じ携帯電話当番者がステーションの携帯電話を持つ。携帯電話は 2 台あり、1 台目を持つ看護師が話し中であつたり、訪問看護中であつた場合は 2 台目の携帯電話にかけてもらうようにされている。

「携帯電話当番ノート」:

休日夜間の電話が誰からどのような内

容でかかり、携帯電話当番者はどのように対応したか、その情報を訪問看護ステーション内の看護師で共有するために、本研究で開発した独自の A6 判システム手帳。携帯電話当番者は携帯電話と共に携帯電話当番ノートを常に持ち歩き、電話の受信時はその場で通話内容等を記載する。

（倫理面への配慮）

調査には利用者名が消された携帯電話当番ノートのコピーであるが、その記載内容から利用者の判別が可能である場合もあるため、紙媒体のデータは鍵のかかる場所に保管し、電子媒体のデータはパスワードを設定し、研究者以外の目に触れないようにした。研究終了後、紙媒体のデータはシュレッダーにかけ、電子媒体のデータは個人が特定できないよう削除した。

C. 研究結果

1. 対象施設の概要

本研究の対象施設である A 施設は、月平均利用者は 92 名であり、そのうち医療保険利用者は 33 名（35.9%）、介護保険利用者は 59 名（64.1%）であつた。利用者の主な疾患は、癌 24%、循環器疾患 18%、呼吸器疾患 14%、神経難病 11% 等であつた。

1 日平均利用者数、1 日平均訪問回数は共に 33 名、33 回であり、1 ヶ月平均訪問回数は 644 回であつた。また、施設スタッフは、常勤看護師 5 名（管理者 1 名含む）、非常勤看護師 11 名、事務員 3 名の計 19 名であり、そのうち携帯電話当番従事者は 5 名（常勤看護師 4 名、非常勤看護師 1 名）であつた。なお、業務時間は月曜日から金曜日 8:30 から 17:30 までであつた。

2. 「相談」「連絡」「業務」への分類

携帯電話当番が受けた電話 212 件は、「相談」94 件（44.3%）、「連絡」99 件（46.7%）、「業務」19 件（9.0%）に分類された。

3. 電話件数と受信時間帯

A施設の携帯電話当番が6ヶ月間で受けた電話件数は212件（平均35.3±7.4件/月）であり、1回の通話時間は5分以内が183件（86.3%）、6分が1件（0.5%）、8分が5件（2.4%）、10分が18件（8.5%）、15分が1件（0.5%）で、平均3.9±2.6分であった。

表1 通話時間別件数

通話時間	件数(%)	
1分	25 (11.8)	183 (86.3)
2分	54 (25.5)	
3分	44 (20.8)	
5分	60 (28.3)	
6分	1 (0.5)	25 (11.8)
8分	5 (2.4)	
10分	18 (8.5)	
15分	1 (0.5)	
不明	4 (1.9)	
計	212 (100.0)	

受信時間帯は8時台が34件（16.0%）と最も多く、次いで18時台が29件（13.7%）、9時台が16件（7.5%）と多かった。受信時間帯を内容別にみると、「相談」では8時台15件（16.0%）、18時台11件（11.7%）、21時台8件（8.5%）、「連絡」では8時台15件（15.2%）、9時台14件（14.1%）、18時台12件（12.1%）、「業務」では18時台6件（31.6%）、8時台4件（21.1%）、19時台3件（15.8%）の順に多かった（図1）。

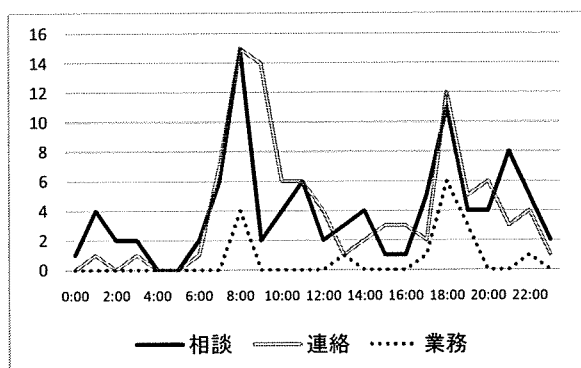


図1 分類別携帯電話受信時間帯

4. 「相談」94件の概要

「相談」に分類されたデータを発信者別にみると、利用者からが90件、利用者以外からが4件であった。

利用者からの電話90件の内訳は、症状に関する相談が47件（52.2%）、医療器具/機器トラブルに関するものが16件（17.8%）、処置依頼に関するものが5件（5.6%）、薬に関する相談が4件（4.4%）、介護に関する相談が9件（10.0%）、その他が9件（10.0%）であった（表2）。

症状に関する相談では、「呼吸状態」に関する相談が10件と最も多く、次いで「発熱」4件、「痰」4件、「嘔吐」「不眠」「腹部膨満」「めまい」「血尿」が各2件、その他19件であった。

医療器具/機器トラブルに関する相談では、「膀胱留置カテーテル」に関する相談が5件と最も多く、次いで「マーゲンチューブ」3件、「ストーマ」「点滴」が各2件、「呼吸器」「気管カニューレ」「輸液ポンプ」「胃瘻」が各1件であった。

処置を依頼するものとしては、「排便処置」が3件、「足の処置」「点滴依頼」が各1件であった。薬に関する相談では、「薬剤使用の可否」を問うもの2件、「薬剤選択」「試供品依頼」が各1件であった。

介護に関する相談では、「移動介助依頼」が5件、「便汚染ケア依頼」が1件、「オムツ交換方法」「血液汚染時の洗濯方法」「レンタルベッド依頼」が各1件であった。

その他、「入院したいができない」2件、「看取り希望」「退院後の相談」「病室変更」「入所中の施設に関する相談」「リハビリに対する要望」「担当看護師に相談したい」「家族の相談」の電話が各1件みられた。

具体的な内容としては、「嘔吐の後、呼吸していない。」「呼吸が止まりました。」のように生死にかかわるものから、「舌に白いポツポツしたものあり。」「尿臭気になる。管、バッグは交換可能か。」「看取り希望」の相談といったものまで多岐に渡っていた。また、「体がおかしい」「マ

ーゲンチューブの確認音がわからない」のように、電話ではその状況の確認が難しいと思われる内容もみられた。

利用者以外からの「相談」の内訳は、利用者の症状に関する介護ステーションからの相談 2 件、在宅で点滴可能かといったかかりつけ医から相談、利用者の搬送に関する救急隊からの相談が各 1 件であった。

表 2 「相談」に分類された利用者からの電話 90 件の概要

相談内容	件数(%)		
症状に関する相談	呼吸状態	10 (11.1)	47 (52.2)
	発熱	4 (4.4)	
	痰	4 (4.4)	
	嘔吐	2 (2.2)	
	不眠	2 (2.2)	
	腹部膨満	2 (2.2)	
	めまい	2 (2.2)	
	血尿	2 (2.2)	
	その他: 排便コントロール、痙攣、しびれ、疼痛、腹痛、貧血、骨折、舌の炎症、歯肉炎、腋窩びらん、コブ、反射、眠り続けている、苦しい、状態が不安定、調子が悪い、体がおかしい、大声、気落ち	19 (21.1)	
	医療器具/機器 トラブル	膀胱留置カテーテル	
マーゲンチューブ		3 (3.3)	
ストーマ		2 (2.2)	
点滴		2 (2.2)	
その他: 呼吸器、気管カニューレ、輸液ポンプ、胃瘻		4 (4.4)	
処置依頼	排便処置	3 (3.3)	5 (5.6)
	その他: 足の処置、点滴依頼	2 (2.2)	
薬に関する相談	薬剤使用の可否	2 (2.2)	4 (4.4)
	その他: 薬剤選択、試供品依頼	2 (2.2)	
介護に関する相談	移動介助依頼	5 (5.6)	9 (10.0)
	便汚染ケア依頼	1 (1.1)	
	その他: オムツ交換方法、血液汚染時の洗濯方法 レンタルベッド依頼	3 (3.3)	
その他	入院したいができない	2 (2.2)	9 (10.0)
	その他: 看取り希望、退院後の相談、病室変更、入所中の施設に関する相談 リハビリに対する要望、担当看護師に相談したい、 家族の相談	7 (7.8)	

5. 「連絡」99 件の概要

「連絡」に分類されたデータを発信者別にみると、利用者からが 44 件(44.4%)、A 施設に勤務する看護師からが 25 件(25.2%)、A 施設に勤務する看護師以外の保健医療従事者からが 30 件(30.3%)であった。(表 3)

「連絡」に分類された利用者からの電話 44 件の内訳は、利用者の状況を報告するものが 14 件、訪問看護日時の変更/中止/追加、新たな設定等に関するものが 14 件、入院報告が 6 件、死亡連絡が 4 件、その他が 6 件であった。

A 施設に勤務する看護師からの電話 25 件の内容は、訪問後の利用者の状態報告が 10 件、利用者の連絡先問合せが 5 件、医師からの指示内容伝達が 3 件、訪問調整が 2 件、その他 3 件であった。

表 3 「連絡」に分類された 99 件の電話概要

発信者	通話内容	件数(%)	
利用者	訪問日時調整	14	44 (44.4)
	状況報告	14	
	入院報告	6	
	死亡連絡	4	
	その他	6	
A 施設看護師	訪問後の状態報告	10	25 (25.2)
	利用者の連絡先問合せ	5	
	医師の指示内容伝達	3	
	訪問調整	2	
	その他	5	
A 施設看護師 以外の 保健医療従事者	実績依頼	6	30 (30.3)
	指示書	6	
	医師の指示	5	
	訪問日時調整	2	
	入院報告	1	
	死亡連絡	1	
その他	9		

A 施設に勤務する看護師以外の保健医療従事者からの電話 30 件の内容は、実績依頼が 6 件、指示書の作成終了連絡が 6 件、医師からの指示が 5 件、訪問日時調整が 2 件、入院報告、死亡連絡が各 1 件、その他 9 件であった。

6. 「業務」19 件の概要

「業務」に分類されたデータを発信者別にみると、A 施設に勤務するスタッフからが 7 件(36.8%)、A 施設に勤務するスタッフ以外の保健医療従事者からが 8 件(42.1%)、その他が 4 件(21.1%)であった。(表 4)

A 施設に勤務するスタッフからの電話 7 件の内容は、出勤に関するものが 3 件、A 施設の代表電話が携帯電話に転送設定できているかの確認が 1 件、A 施設の「パ

ソコンの電源を朝入れてください」が1件、「保険証返送しました」が1件、電話のコールバックが1件であった。

表4 「業務」に分類された19件の電話概要

発信者	連絡内容	件数(%)
A施設スタッフ	出勤遅れます(2)	7 (36.8)
	明日出勤できません	
	電話は転送になっていますか	
	パソコンの電源を朝入れてください	
	保険証返送しました	
	電話をいただきましたか	
A施設スタッフ以外の 保健医療従事者	〇〇看護師と連絡とりたい(8)	8 (42.1)
その他	電話料金通知	4 (21.1)
	施設のセキュリティ確認	
	ユニフォーム完成通知	
	迷惑電話	

A施設に勤務するスタッフ以外の保健医療従事者からの電話8件は、「〇〇看護師は出勤しているか?」「〇〇看護師の連絡先を教えてください」等、全てA施設に勤務する看護師と「連絡がとりたい」という電話であった。

その他の電話4件の内容は、電話料金通知が1件、A施設のセキュリティ会社から入室確認はあったが退室確認がないので退室の確認をしたいというセキュリティ確認が1件、ユニフォームが完成したとの連絡が1件、迷惑電話が1件であった。

7. 利用者からの「相談」90件への対応

「相談」に分類された利用者からの電話相談の内容とその対応を表5に示す。訪問希望の有無に関しては、携帯電話当番ノートに明確に「来てほしい」「訪問してほしい」「みてほしい」といった記載があったもののみを「○」(訪問希望あり)とした。結果として、利用者が訪問を希望した場合、1件を除いて全て緊急訪問されていた。

基本的に対応は携帯電話当番が行うが、対応の中には「非番看護師緊急訪問」が6件、「非番看護師が電話対応」が1件、90件中計7件(7.8%)非番看護師が対応しているケースがみられた。

利用者からの「相談」90件に対する対応の内訳は、「緊急訪問」が36件、「電話での教育/支援」が38件、「傾聴」「傾聴し、本日訪問予定の受持ち看護師に連絡」「医師に連絡」が各2件、その他10件であった(表6)。

表6 利用者からの「相談」90件への対応

対応		件数(%)	
緊急訪問	当番看護師(受持ち)	5 (5.6)	30 (33.3)
	当番看護師(受持ち外)	25 (27.8)	
	非番看護師緊急訪問	6 (6.7)	
電話での教育/支援		38 (42.2)	
傾聴		2 (2.2)	
傾聴し、本日訪問予定の受持ち看護師に連絡		2 (2.2)	
医師に連絡		2 (2.2)	
本日の訪問予定に組み込む		1 (1.1)	
訪問すること伝えるが、最終的に家人で実施		1 (1.1)	
非番看護師が電話対応		1 (1.1)	
受持ち看護師に連絡		1 (1.1)	
受持ち看護師に連絡し、後日訪問		1 (1.1)	
翌日訪問		1 (1.1)	
訪問日程調整		1 (1.1)	
医師に相談するよう促す		1 (1.1)	
往診依頼するよう促す		1 (1.1)	
報告連絡調整		1 (1.1)	

8. 緊急訪問

今回得られた携帯電話当番ノートに記載された全212件のデータのうち、緊急訪問した件数は38件17.9%(平均6.3件/月)であった。携帯電話の発信者別の内訳は、利用者からが36件、介護ステーション(介護ステーション利用者の症状悪化)からが1件、かかりつけ医(IVHの差し替え依頼)からが1件であった。

利用者からの電話で緊急訪問となった36件の内訳は、「呼吸状態」の悪化に伴うものが6件、「発熱」が1件、「気道内圧上昇・痰」が1件、「嘔吐」「腹部膨満」「血尿」が各2件、その他の症状に関するものが9件、「ストーマ」に関するものが2件、「膀胱留置カテーテル」「マーゲンチューブ」「呼吸器」「輸液ポンプ」といった医療器具/機器トラブルに関するものが各1件、摘便依頼、足の処置依頼が各1件、移動介助依頼が4件、排便後の介助依頼が各1件であった。