

独自のものを作りあげることが必要である」という意見もあり、指導看護師自らが学習しながら施設の状況にあわせた副読本等を作成し指導することが重要と考えられる。

そこで、施設内研修では基本となる内容を整備した教材を提供し、併せて副読本を作成するなどの工夫を各施設に任せることも可能となる余地を残しておく必要がある。

他に、「人権」「認知症」などについては、「介護福祉士はすでに勉強しているところも多い」と介護職員が他の研修で学習し重複しているという意見があったことから、研修内容を選択できるようなプログラム等を施設で柔軟に判断することとしてもよいのではないかと考えられる。

今回参加した介護職員の多くは、受講した研修を肯定的に受け止めている評価であるが、これは9割近くが介護福祉士の有資格者であり、ある程度の知識や経験を持っていることが影響しているものと考えられる。指導看護師がこうした点を理解して、時間をかけて準備して指導に臨んでいけば、指導の方法も自ずと変わり、むしろ自信を持って指導していったのではないかと考えられる。

2. 連携によるケアの試行

①入所者の人選

今回の看護職員と介護職員の連携によるケア（口腔内吸引・胃ろうによる経管栄養）の対象者については、看護職員が“看護職員と介護職員で協働して実施できるか”、“看護職員のみで実施すべきか”を医師からの指示等を基に対象者を判断しており、入所者の健康状態について医師、看護職員、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制を整備した上で実施されることが必要と考えられる。

また、入所者へのケアの実施は、施設長から当該事業の趣旨、施設内での研修及び指導等を踏まえて介護職員が実施することを、入所者本人もしくは家族に説明し、書面により同意を得た上で試行されており、施設長が最終的な責任を持って体制の整備を行うこと等の施設としての組織的対応が必要と考えられる。

②ケアの実際

胃ろうによる経管栄養については、「ミキサー食であるため時間をかけた注入は行わない」「チューブの型の違いに戸惑う」との意見が多数あり、また、口腔内吸引では「日頃手動式吸引器を使用しており、戸惑いがある」などの意見があった。こうした点への対応としては、個々の施設の実状に合わせた手順書等の作成が重要と考えられる

また、施設内研修後2ヶ月経過したところでの介護職員の連携によるケアのプロセス評価結果で、「支援を受けてできる」「できない」の割合が10%を超える項目も多いことから、指導看護師と介護職員との濃密な連携体制の構築が2ヶ月以上は必要になると考えられ、

安全を確保するために介護職員を支援する体制の整備を行うためのシフト等の組織的な体制整備が求められる。

実際には看護職員の86.3%は「介護職員と連携できた」としていて、指導看護師の92.8%が「介護職員との連携がとれた」としているように、現場での連携は非常に円滑に行われていた様子である。また、施設訪問でも指導看護師からは「介護の責任者と綿密に打ち合わせて勤務表の調整を行った」、あるいは「介護職員、看護職員、医師が十分な連携をとって安全に実施することができた」「連携してケアを行うことで、相互理解と連帯感が強まったように思う」などの意見があるように、普段からの多職種連携がケアの試行により一層緊密なものとなったようである。

他に、意見交換会では、参加した指導看護師の半数以上が「介護職員にも胃ろうのチューブの接続と栄養剤の注入を任せても良い」という意見であったことは、こうした状況でケアが行われたことを踏まえたものと考えられる。

施設長の質問票から連携の様子を見ると、全員が指導看護師から「指導内容などの説明」を受け、「安全対策などでの役割」を理解していて、88.8%は施設内研修の実施にも関与した。また、「ますます重度化が進み医療対応者の増加が予測される中、看護職と介護職の連携はよりいっそう重要である」「改めて医務と介護の連携の大切さを確認できた」というように、連携の重要性が再認識されたことが分かる。

医師もほぼ全員が指導看護師からのモデル事業に関する説明を受けており、モデル事業についても、「喀痰の吸引、胃ろうによる経管栄養ともに何の問題もなく実施できている」「口腔内吸引は吸引が見える範囲のみではなかなか難しいと思ったが、よく実施された。胃ろうもチューブの取り外し前の動作は適切であった」「研修体制もしっかりしており、研修に関しては問題ないと感じた」という意見もあった。

③ヒヤリハット・アクシデント発生の対応

ケアの試行期間3ヶ月間を通して、ヒヤリハット・アクシデント発生の報告については、45施設、約3分の1から調査票の提出があった。

この報告状況を詳しく見ると、施設や関係した職員の特性には明確には現れていないが、人選された介護職員数が「4人未満」といった少人数の体制の施設からの報告がやや多く、こうした施設ではヒヤリハットの発生に気がつきやすかったものと考えられる。

また、ヒヤリハット発生の報告状況と参加している看護職員との関係では、ヒヤリハット発生の報告があった施設では、参加している看護職員の年代は「40代以上」が76%、経験年数では「5年以上」の看護職員が64%を占めていて、いずれも報告がなかった施設に比べて割合が多くなっている。ヒヤリハット発生は介護職員から報告されており、報告のあった施設では、経験のある看護職員が介護職員に関わっている様子が見えてくる。

ヒヤリハット・アクシデント発生の報告がなかった施設は、80施設と全体の約3分の2を占めている。さらに、ヒヤリハット・アクシデント発生の報告があった45施設中、11施設が1件のみ発生の報告となっており、発生の報告が5件程度の施設を含めると全体の9割に当たる111施設に及んでいる。その一方で、ヒヤリハット発生が45件と報告してきた1施設の報告事例を見ると、かなり厳密な基準で報告されている様子である。

こうした報告状況となった背景には、報告基準は従来からの各施設の基準に則ると施設側の判断に任せたことと、当事業のヒヤリハットの報告事例として掲げた内容が比較的條件が緩やかでやや曖昧だったためと考えられる。

また、「研修を受けた介護職員が事故発生時の対応方法を理解していた」という問いに対して、「どちらともいえない」と回答した指導看護師の自由回答には、「実際の事故やヒヤリハットが発生しなかったため分からない」という意見があったが、ヒヤリハットの発生に気がつかなかった、何らかのリスクを予測する感受性がなかったとも考えられる。

当該事業のケアの試行期間が短期間であり、ケア実施の際はヒヤリハット事例の蓄積・分析など、配置医・施設長・指導看護師の参加の下で、定期的な実施体制の評価、検証が重要と考えられる。

④施設内委員会

介護職員の質問票にある、「研修実施後の試行実施体制と事故時の対応」については、試行実施時における「不明点などの発生時での看護職員との相談」「看護職員との連携」は、ともにほとんどの職員が肯定している。また、「事故発生時の対応方法の理解」についても82.3%の職員が肯定している。

事例検討会を1回以上実施した施設は56.8%の71件に留まっているが、実施していない施設では、「気づいたときに話し合った」「常に現場レベルでの検討、アセスメント・ディスカッションを頻繁に行った」「時間を確保しての検討会を開催することはできなかったが、不安に思うことや分からないことなどを随時聞くことで対応できたと思う」といった意見もあるが、実際には現場での日常的な対応が行われていたかは確認できていない。

実際に開催した施設では、「すぐに具体策を立てたので、統一したケアを提供できるようになった」「検討会を通して、改めてその利用者の現在に至る経緯やいまの状態が理解でき、新たな視点からの学びになったようである」「入所者を同じ視点でケアすることの大切さを再確認できた」というように、振り返り・気づきに貢献できている。このことから、関係者からなる安全の確保のための体制の整備を行うため、施設内委員会を設置し、事例等の検討がなされることが重要と考えられる。

施設長の質問票に「看護職員の業務量が増え、負担が増大した」という感想が記述されていたように、施設内ではさまざまな調整や準備が行われた。一方で、施設長の「このことが特別養護老人ホームで実施されるとすれば、全職員が担当することになり、より計画的な実施スケジュールが必要になると思う」という意見があるように、施設全体で取り組むべきテーマとするならば、年度の事業計画において実施計画を策定し数ヶ月間で研修を行うことで、仮に受講する介護職員の人数を増やしても、こうした困難さは解消ないし軽減できるものと考えられる。