

図表 5 0. 施設訪問の実技評価の結果（胃ろうによる経管栄養）

n=219 (96)

胃ろうによる経管栄養 (実施ガイドラインに基づく実施内容)			できて いる	一部で きている	できて いない	実施し ていない	確認で きかない
ステップ		実施内容項目	対象職種				
STEP1 安全管理体制確保	1)	対象者の状態について報告・連絡・相談等を行う	看護職員 介護職員				
	2)	対象者の状態、実施者の知識・技術等をアセスメントして対応者を判断する	看護職員				
STEP2 観察判断	1)	対象者の状態を観察する(カテーテルの固定又は挿入部の状態、腹部膨満感、腹痛の有無、腸音、排便の状況)	看護職員				
	2)	胃ろうによる栄養管理の実施の可否及び対応者を医師の指示及び対象者の状態等から確認する	看護職員				
STEP3 実施準備	1)	医師から出されている指示等の確認を行う	看護職員	89.0	2.4	2.9	3.8
	2)	必要物品を揃え、指示された注入経腸栄養剤等(流動物)の種類、量、時間を確認する	看護職員 介護職員	91.3	4.1	1.4	2.3
	3)	パッケージされていない注入経腸栄養剤等(流動物)については、指示内容に従って容器につめ、パッケージされた注入経腸栄養剤等(流動物)については、対象者のものであることを確認し、滴下筒を介しゴム管の先端まで満たして、チューブ内の空気を排除し準備する	看護職員 介護職員	94.1	3.2	0.0	2.7
	4)	準備した注入経腸栄養剤等(流動物)等を対象者のもどに運ぶ	看護職員 介護職員	97.7	0.5	0.0	1.8
STEP4 ケア実施	1)	対象者に本人確認を行い、処置の説明を行う	看護職員	94.3	2.9	0.0	2.4
	2)	注入する注入経腸栄養剤等(流動物)が対象者本人のものかどうかを確認する	看護職員	93.3	1.4	0.5	3.8
	3)	チューブの挿入部の状態を確認し、体位を整える。チューブに閉塞がある場合には、ミルキングや白湯を注入して開通を図る	看護職員	95.2	2.9	0.5	1.4
	4)	容器のゴム管及び連結管をチューブに連結し、ゆっくり注入し、注入直後の状態を観察する	看護職員	97.1	1.0	0.0	1.9
	5)	注入中の症状を定期的に確認する 対象者の体位 滴下の状態(閉塞の有無、速度) 挿入部からの注入経腸栄養剤等(流動物)のもれ 気分不快 腹部膨満感 悪心・嘔吐 腹痛 呼吸困難 高血糖症状 等	看護職員 介護職員	88.6	8.7	0.5	1.4
	6)	注入が終了したら30~50mlを白湯を注入し、状態を観察する	看護職員 介護職員	95.0	0.5	0.5	2.7
	7)	容器のゴム管および連結管とチューブの連結を外し、注入物の逆流を防ぐため、チューブを止めると共に頭部を挙上した状態を保つ	看護職員 介護職員	97.3	0.9	0.0	0.5
STEP5 結果確認	1)	対象者の状態を食後しばらく観察する(体位、腹部膨満感、悪心・嘔吐、腹痛、呼吸困難 等)	看護職員 介護職員				
	2)	寝たきり者に対しては、異常がなければ体位交換を再開	看護職員 介護職員				
	3)	看護職員と介護職員が協働で行った場合は、看護職員に報告する	看護職員 介護職員				
STEP6 片付け	1)	使用物品を後片付けする	看護職員 介護職員	93.5	0.5	0.0	2.8
STEP7 評価記録	1)	ケアの実施の証明及び今後のケアプランに活用できるように記録する	看護職員 介護職員	85.4	2.4	0.5	5.2

注：無回答（ケア実績がない）は除いて割合を算出

4. ヒヤリハット・アクシデント発生の報告

①目的

各施設の基準に基づき、ヒヤリハット及びアクシデント発生の報告状況により実態を把握するとともに、その内容の精査に基づき、モデル事業における安全性を評価する。

②方法

モデル事業実施期間中、ヒヤリハット、アクシデントの発生に気がついたときに、それぞれ介護職員、指導看護師に所定の様式に記入してもらった。

各施設の基準に基づき、ヒヤリハット様式は関係した介護職員のみが記入し、また、アクシデント様式は指導看護師のみが記入している。

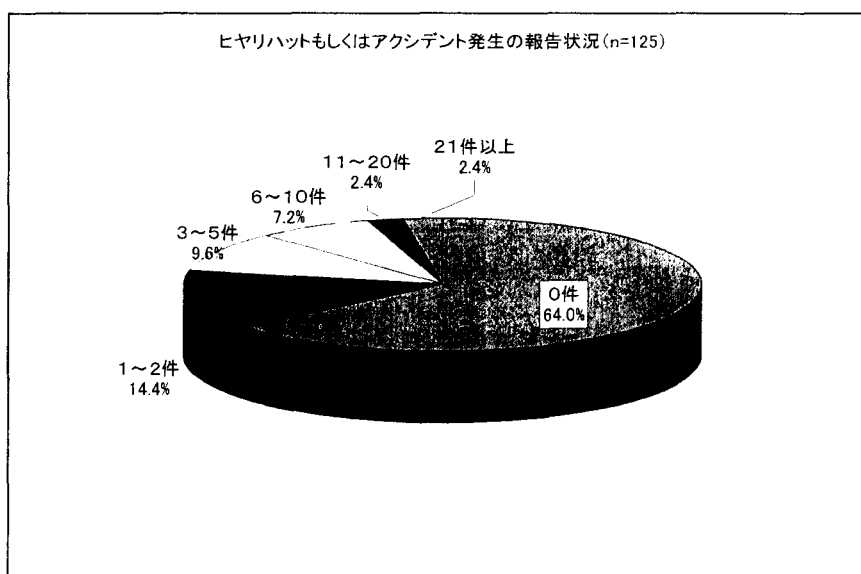
③報告施設

ヒヤリハット発生の報告があったのは全部で 43 施設、アクシデント発生の報告があった施設が 3 施設あり、いずれも報告があったのは 1 施設である。

ヒヤリハットもしくはアクシデント発生の報告があった 45 施設は、参加した 125 施設の 36.0%を占める。逆に 80 施設 (64.0%)、約 3 分の 2 の施設では報告が皆無であった。

発生を報告した施設の中で報告件数が 5 件以内であったのが 30 施設 (発生施設の 67%) である。一方、21 件以上報告があったのは 3 施設 (同 7%) であるが、この中にはもつとも多かった施設 (45 件) があり、報告状況に大きな幅がある。

図表 5 1 ヒヤリハット、アクシデントの発生の報告施設



④ヒヤリハット発生の報告状況

i. ヒヤリハット発生の報告月

月次での発生の報告状況で見ると、参加した施設での内部研修が終わり、試行が本格的に実施された辺りの10月に発生の報告のピークがあり、その後減少している。

図表5 2 月次でのヒヤリハットの発生の報告状況

【全 体】

【発生の報告が多い7施設 (10件以上)】

	発生の報告件数	構成比(%)
9月	88	33.6
10月	96	36.6
11月	61	23.3
12月	17	6.5
合計	262	100.0

	発生の報告件数	構成比(%)
9月	40	27.8
10月	70	48.6
11月	24	16.7
12月	10	6.9
合計	144	100.0

ii. ヒヤリハットの内容

実際に発生の報告があったヒヤリハットの状況を見てみる。「口腔内吸引」で124件、「胃ろうによる経管栄養」で143件が報告されている。

a. 口腔内吸引での発生の報告状況

口腔内吸引のヒヤリハットは、「ベッド上」での発生の報告が78.2%と最も多く、その第一の原因は実施内容の「忘れ」(38.7%)であり、以下、「技術不足」(29.8%)、「知識不足」(22.6%)と続いている。

図表5 3. 口腔内吸引での発生の報告状況

1. 口腔内吸引		(n=124)						
発生場所	1. ベッド上	2. 車椅子	3. その他	無回答	合計			
	78.2	8.9	12.9	0.0	100.0			
原因(複数回答)	忘れ	技術不足	知識不足	確認漏れ	観察不十分	マニュアル以外の行為	勘違い	その他
	38.7	29.8	22.6	20.2	16.1	12.9	5.6	9.7

※四捨五入の関係で、合計が100%にならない場合があります

※表の中の破線枠は、多い原因を3位までを示す

b. 胃ろうによる経管栄養での発生の報告状況

胃ろうによる経管栄養のヒヤリハットも「ベッド上」での発生の報告が46.2%と多く、これに次いで「車椅子」(28.7%)での報告が多い。

第一の原因は、口腔内吸引と同様に実施内容の「忘れ」(42.7%)であるが、これに続くのは「確認漏れ」(31.5%)である。

図表5 4. 胃ろうによる経管栄養での発生の報告状況

※表の中の破線枠は、多い原因を3位までを示す

(n=143)

2. 胃ろうによる経管栄養 (n=143) (%)								
発生場所	1. ベッド上	2. 車椅子	3. その他	無回答	合計			
		46.2	28.7	24.5	0.7	100.0		
原因(複数回答)	忘れ	確認漏れ	知識不足	観察不十分	技術不足	マニュアル以外の行為	勘違い	その他
	42.7	31.5	21.0	16.1	13.3	8.4	8.4	19.6

※四捨五入の関係で、合計が100%にならない場合があります

以下に具体的な事例を示す。

痰があがったときに、吸引出来なかった。準備に時間が、かかってしまった。
利用者の口の中(見える所)に痰が上がってこなく、吸引ができなかった。観察する項目を忘れてしまった。どこまで口の中に入れていいのかわからなかった。
痰がらみありサクション施行。サクション中、看護師が手技を確認。吸引時間が長めであった(約30秒)と指摘される。
〇〇様の胃ろうチューブに接続管をつなぐ時に名前を確認が不十分だったため、△△様の胃ろうチューブに接続してしまうが、すぐに気がつき直す
E-7300mlとE-7400mlの栄養を使用している指示量を確認し、6名分準備したが、1名の入居者の栄養量の量を間違えて準備し看護師が確認の際気がついた。(E-7400mlだったがE-7300mlで準備した。)
準備時チューブを間違えて装着し、本人へ通す時気がつき、すぐに本人の物を準備し注入した。
注入開始した時には、体位保持できていたが、徐々に傾いていった。傾く方にクッションを挟むのを忘れてしまった。先の事を予測できていなかったため。8:10居室に訪室すると、ベッド上で右に大きく傾き、少量嘔吐している所を発見する。
昼食時、流動物を注入した際、10分程で、100ccが流れ込んでしまい、胃に負担がかかり、嘔吐、嘔気などがあるのではないかとヒヤリとした。滴下数を観察できていなかった。
食堂にて胃ろうを行う為、対象者の利用者様を食堂に誘導。胃ろうを実施する他の利用者様を対象者の利用者のとなりに配置し、スタンドに2人分のイリゲータを吊り下げて胃ろうを実施しようとした。対象者の利用者様に連結するチューブと他利用者様のチューブを間違えてつなげようとしてしまい、ヒヤリとした。
必要物品を揃える時点で、白湯を準備しなければいけないのに水を準備してしまう。
対象者に吸引の説明を行わず吸引。本人ビックリされる。吸引器に気をとられ、説明できなかった。
吸引チューブを口の中に挿入する際、圧がかかった状態のまま、挿入してしまった。
口腔内吸引をおこなう際、チューブがうまく口腔内に入らず、強引に入れようとした。技術不足の為、冷静に対応することができなかった。
昼の流動食後の白湯を流している時にちょっと目を離していたところ胃ろうチューブを抜去されていた。右手をよく動かされ、チューブが手の届く範囲にあるのにも関わらず観察が不十分だった。
口腔内吸引を行なっている際チューブが奥に入ってしまう嘔吐反射見られる。→NSに報告。その後、おわかりなし。
1回の吸引時間を長く吸引してしまった。知識・技術不足であった。
痰が多く1回の吸引時間を長く吸引してしまった。1回の吸引時間が5~10秒程度と解っていたが痰が多くついつい長く吸引してしまった。
経管栄養の対象者を間違えそうになった。緊張してしまった。
夕食分の胃ろう準備をしている際、300kcalと400kcalの2種類があるのに全て300kcalで準備してしまった。準備中にNSより教えて頂き気付く。
16時夕食の経管食開始前に痰がらみある為吸痰施行。吸引すると同時に昼の経管食のものを多量に嘔吐。すぐに看護師に報告しバイタルサイン測定し、一般状態の観察行う。嘔吐・嘔気すぐに良くなり、夜の経管食中止とし、内服と白湯のみ胃瘻より流す。(11/12の夕方にも、口腔ケアを行った際に嘔吐反射あり。その後経管食多量に嘔吐しており、口腔内の吸引には注意が必要である事を、看護師、介護職員の認識不足であった。)
18時頃から叫び声が大きくなり、痰がらみも頻回。吸痰を何度か行うも叫び声大きくなる。18時30分屯服のウィンタミン1包注入。それ以降も叫んだ事により痰がらみあり。19時頃口腔内の痰を吸引した際多量に痰を吸引。嘔気(+)。すぐに順番の看護師に報告。利用者の状態確認しバイタルサイン、SPO2を測定。嘔気(-)となり様子観察を行う。(頻回の痰がらみと叫び声が大きくなる事により痰の量も多くなり、口腔内の見える範囲の吸引のはずが、のどの奥までチューブが入ってしまった。又、再三の痰がらみにより吸痰する時間も長くなり刺激してしまつた。いつもより痰がらみひどく叫び声も大きくなるようであれば早目に看護師に報告すべきであった。)

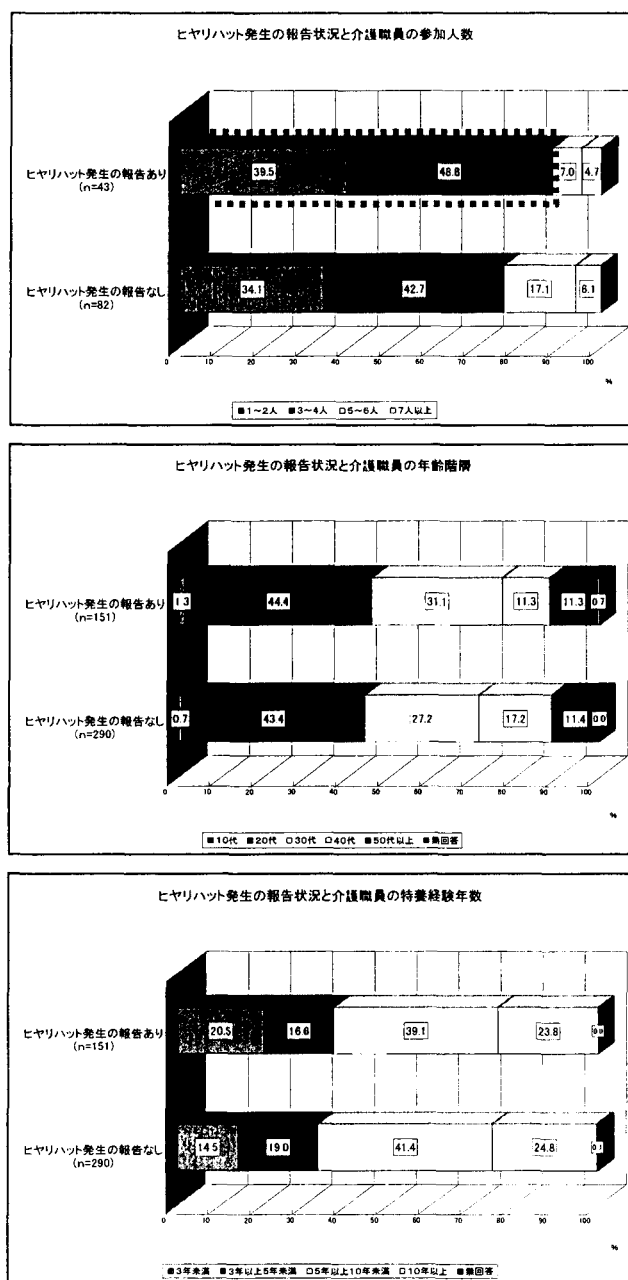
⑤ヒヤリハットの発生の報告状況と施設、職員との関係

i. 施設の特徴

ヒヤリハットの発生の報告状況を詳しく見ると、報告があった施設では参加した介護職員の数が「4人以下」の割合が88%であるのに対して、報告がなかった施設では77%となっており、報告があった施設は当事業に参加した介護職員がやや少人数の体制である。

図表55 ヒヤリハット発生の報告状況と各施設の特徴

※図の中の破線枠は、割合が多い属性を示す

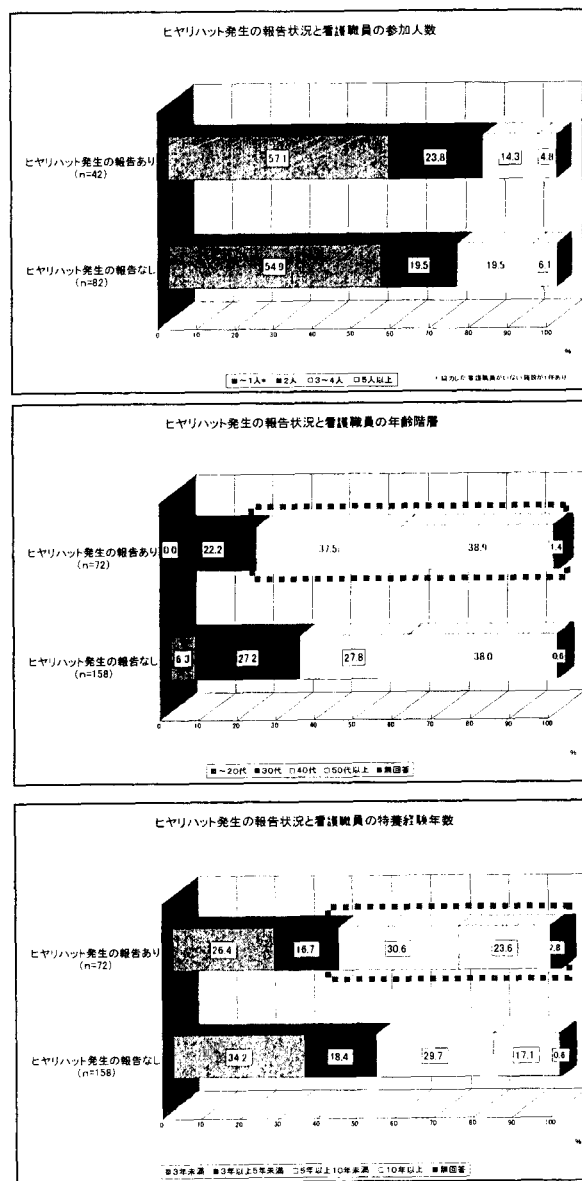


ii. 看護職員の特性

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76.4%を占め、また経験年数では「5年以上」の看護職員が54.2%となっていて、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。当事業ではヒヤリハット発生は介護職員から報告されており、報告があった施設では、経験のある看護職員が介護職員と関わっている様子が見えてくる。

図表56 ヒヤリハット発生の報告状況と看護職員との関係

※図の中の破線枠は、割合が多い属性を示す



注：1施設は看護職員が指導看護師のみ

⑥ヒヤリハット発生の報告状況と各職員の意識との関係性

各職員の質問票の中で、介護職員、看護職員、指導看護師に対して事故発生時の対応について尋ねており、こうした事故発生への対応方法の理解とヒヤリハット発生の報告との関係性について整理した。

介護職員、看護職員、指導看護師のいずれも、ヒヤリハット発生の報告がある施設に比べて、報告がない施設で「そう思う」という割合が3ポイント~8ポイントと小幅ではあるが、やや高くなっている。

以上をみると、差は小さいものの、ヒヤリハット発生の報告をしている施設では、

- ・介護職員自身、「事故の対応がまだ十分ではない」と認識している
- ・看護職員は、「介護職員への事故の対応の指導が十分ではない」と認識している
- ・指導看護師は、「介護職員はまだ事故の対応がきちんとできない」と認識している

というように、各職員が事故対応力を認識している様子がうかがえる。

図表57 ヒヤリハット発生の報告状況と各職種の事故対応の認識

【介護職員質問票】

		介護職員自身は事故発生への対応方法を理解している(人)					介護職員自身の対応方法の理解(割合)				
介護職員ごとのヒヤリハット発生	介護職員数	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	合計(n=424)	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	
報告がなかった	n=332	273	52	1	6	332	82%	16%	0%	2%	100%
報告があった	n=92	73	12	1	6	92	79%	13%	1%	7%	100%

【看護職員質問票】

		看護職員自身は事故発生への対応方法を指導できた(人)					看護職員自身の対応方法の指導(割合)				
施設ごとのヒヤリハットの発生	施設数	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	合計(n=227)	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	
報告がなかった	n=81	111	23	1	20	155	72%	15%	1%	13%	100%
報告があった	n=43	49	9	4	10	72	68%	13%	6%	14%	100%

【指導看護師質問票】

		指導看護師からみて介護職員は事故発生への対応方法を理解している(人)						指導看護師から見た介護職員の対応方法の理解(割合)					
施設ごとのヒヤリハットの発生	施設数	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	確認できず	無回答	合計(n=125)	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	確認できず	無回答	
報告がなかった	n=82	66	8	1	6	1	82	80%	10%	1%	7%	1%	100%
報告があった	n=43	31	3	0	8	1	43	72%	7%	0%	19%	2%	100%

⑦ヒヤリハット発生の報告状況と事例検討会との関係性

事例検討会の開催回数でみると、3回以上開催しているのは「発生の報告がない」施設で14件（17%）、「発生の報告がある」施設で14件（33%）となっており、報告している施設では3分の1が概ね月1回以上で検討会を実施していた様子である。

図表58 ヒヤリハットの発生状況と事例検討会の開催

施設ごとのヒヤリハットの発生		事例検討会回数(施設数)								事例検討会回数(割合)							
		施設数	0回	1回	2回	3回	4回	5回	無回答	合計 (n=125)	0回	1回	2回	3回	4回	5回	無回答
報告がなかった	n=82	32	11	19	10	3	1	6	82	39%	13%	23%	12%	4%	1%	7%	100%
報告があった	n=43	13	9	4	6	5	3	3	43	30%	21%	9%	14%	12%	7%	7%	100%

⑧アクシデントの内容

アクシデント発生の報告の報告は3施設であった。

アクシデント内容は口腔内吸引で1件、胃ろうによる経管栄養でも6件の発生の報告があり、胃ろうによる経管栄養のアクシデントは「ベッド上」での発生の報告が4件であった。第一発見者は「介護職員」である。

アクシデント状況を見ると、「救命救急の実施」をした事例はなかった。具体的な事故の種類と事故後の対応の内容は以下のとおりである。

◆チューブ挿入部より漏れが発生。車イス上での胃ろうのため、腹圧によるものと思われるが、他の原因として、チューブの太さが少し細いためか？あるいは、自分でチューブをいじってしまうことがあるためか。チューブの折れ曲りによるものとも考えられる。
◆ 同様の状態でもう1件発生
◆誤作動（チューブ接続）にすぐに気が付いて、接続しなおした。
◆胃ろうチューブ内の空気抜き忘れたが、すぐに気が付いて、胃ろうチューブ内のエア抜きを行った。
◆胃ろうより逆流があり、嘔気（はきけ）もみられるので、すぐに中止した。医師の指示があるまで中止を継続します。
◆チューブからの漏れ（PEG周囲）が続く。看取り期のため栄養状態が悪く、なかなか周囲の肉が盛り上がらない。そこでPEGチューブを垂直にして、ガーゼで保護。発赤がひどくならないようにフィルムで保護する。
◆吸痰中に本人が咳きこんだ。よく口の中をみるとだ液が残っており、これが咳き込んだ原因と思われる。

IV. 意見交換会

①目的

モデル事業実施施設の指導看護師との意見交換を実施することにより、その具体的な取り組みの実態、また、実施施設の関係者からの調査票及び施設訪問シートの結果に対する意見を把握し、当該事業の評価及び検証の参考とし、研修プログラム及び教材等の改訂案の作成に活用する。

②参加状況

モデル事業の試行を終了した 125 人の指導看護師に対して、検討委員を交えた意見交換会への参加を募った。ほぼ全国から参加の応募があり、最終的に 52 人が参加し、参加率は 41.6%となった。

③実施方法

グループディスカッションでの「全参加者の意見発表」では、グループ内で各自 3 分程度、自己紹介として施設名、所属、氏名など以外に、以下の項目についての課題・改善すべき事項などに関する意見を述べてもらった。

○指導看護師養成研修

- ・研修の時間数（12 時間）
- ・内容、教材（内容、ボリューム）、指導方法 など

○施設内研修

- ・研修の時間数（14 時間）
- ・内容
- ・事故発生時の対応方法の指導
- ・通常業務への支障 など

○連携によるケアの試行

- ・ヒヤリハット・アクシデント時の対応
- ・施設長や医師との連携 など

④討議内容

	テーマ	意見
指導看護師養成研修	研修の時間数 (12時間)	2日間12時間は、研修時間としては短いという意見が多いが、現場の業務を考慮すると3日間現場を空けることは難しいのが現状のようであり、これを考慮すると適当な工程と考えられる。
	内容	時間配分のメリハリをつけることで、2日間の中でも満足できる内容にすることができると考えられる。
	教材(内容、ボリューム)	看護職員が学んできた内容に近いと、振り返りや再確認できたという意見が多い。しかし、「倫理・法規」のように、理解はできるが指導は難しい内容であるという意見があったが、これは、「人体の仕組みと働き」と同様に、専門用語が多く、介護職員には難しい内容と考えられていた。このため説明するための専門用語の解説や図解などを求める意見が多くあった。また、教材自体のボリュームは多すぎるとの意見である。
	指導方法	養成研修で受講した内容を一人で説明することは難しいと考える人が多い。普段教える機会がなかったり、どのように指導すればよいか分からないことが不安を招いているようである。 また、介護職員のこれまでの学習内容、経験がさまざまであることも、適切な指導方法を導き出せない要因のひとつと考えられる。
施設内研修	研修の時間数 (14時間)	今回は半月程度の範囲での実施を要請したが、このような短期間で14時間を普段の業務の中で実施するのは、3~4人程度の参加でも調整が難しいようである。
	内容	指導看護師自身が教材の不備を補うため、あるいは、介護職員に分かりやすく説明するため、工夫した資料を用意しているケースがあった。 リーダークラスの介護職員が人選されて参加していたためか、「人体の仕組みと働き」などに「関心・興味」を持つ職員も多くいたようである。 分かりやすい資料を作成するため、医師や栄養士などと協議したり、社会福祉士と打合せたりして、内容を工夫した指導看護師もいた。 吸引は常時発生する可能性が低いと、実際のケアを体験しにくいケアである。
	事故発生時の対応方法の指導	胃ろうによる経管栄養では、さまざまな材料があるため、1種類の手技で指導するのでは介護職員は戸惑うことが考えられる。手技は材料に応じて複数の方法を準備する必要がある。
	通常業務への支障	現場で研修を混乱なく進めるためには、少なくとも前月のシフト調整時には、設定できるタイミングが望まれる。
その他	ヒヤリハット・アクシデント時の対応	胃ろうによる経管栄養では、「チューブの接続」で発生する恐れがある。
	施設長や医師との連携	基本的に良好な連携体制で進められたようである。
	双方向コミュニケーション	介護職員とは連携がとれ、互いの成長が実感でき、得るものは多かっただと感じている。

V. モデル事業の成果のまとめ

1. 研修全般

(1) 指導看護師養成研修

①指導看護師の人選

指導看護師については、指導看護師養成研修の募集要項では、「特別養護老人ホームでの勤務経験が通算概ね5年以上の常勤の看護師」として公募したが、応募施設に勤務する看護師は様々な経歴の者が多い実態にあった。例えば、勤務している特別養護老人ホームでの経験年数は2年7ヶ月であるが、他の老人保健施設での勤務経験1年6ヶ月も勘案して人選する等、他の高齢者施設、訪問看護ステーション、病院での勤務状況等も勘案して129人を選定し、結果的には勤務経験が必ずしも5年以上に限定はされなかった。

そのうち125人の指導看護師が、各施設内で協力体制を構築しながら他の看護職員及び介護職員への施設内研修や連携によるケアの試行を遂行できていた。その際には、医療、介護、福祉、生活への理解と指導能力、施設内で多職種との協調、連携が求められるため、指導看護師には特別養護老人ホームでの一定程度の勤務経験年数が求められる。

②研修時間

指導看護師養成研修の2日間（12時間）という研修時間については、参加者の48.8%は「適切であった」と評価しているものの、42.4%は「短すぎた」と評価しており、「短すぎた」という回答者が適切と認識している期間は「3日間」が多くなっている。

意見交換会においては「2日間ではせわしない感じ。追われている感じ」という意見があったものの、「研修を受講した当時は短いと感じたが、現実の業務を考慮すると3日間現場を空けることは難しい。3日間の研修であったら参加できなかったかもしれない」といった意見が複数あったことから、介護現場との調整を考慮すると2日間（12時間）の方が、研修に看護師を派遣する施設側からも理解が得られる期間と言えるようである。

また、今回はモデル事業の検証（内容・方法の説明）のために12時間中3時間も費やしていることから、2日間（12時間）の研修内容の精選、研修時間の配分等、より効果的なものとするこゝで、適切な研修との評価を受けることができるものと考えられる。

③研修内容

指導看護師の81.6%は「養成研修のプログラムには指導に必要な内容が含まれている」と肯定しており、全体としては良好な評価であった。その一方で、事前事後評価の結果では、指導・実践に関わる「医療的ケアの技術について実施モデルとすることができる」「各職員の能力及び研修の習熟度を把握した上で指導ができる」が事後の達成度

が60%台に留まっている。

質問票の自由回答や施設訪問のコメント、意見交換会での意見などには、「看護師の基礎知識の再確認部分が多い」「演習などは基礎からやり直して改めて勉強になった」といった良好な意見がある一方で、「専門用語が多く、介護職員には難しい」「資料は指導看護師が介護職員に指導することを踏まえた内容にして欲しい」「介護職員に分かりやすい実例が欲しい」「看護職員が指導する視点と介護職員が知りたい視点が異なる」「介護職員を指導するにあたって、相手の教育背景（カリキュラム等）の基礎情報を知りたい」といった意見もあった。

実際の現場で介護職員の指導に活用するには、受講する介護職員にとっての分かりやすさへの配慮がまだ十分ではなく、介護職員のレベルに合わせた内容に改善する必要性、指導するための方法などに不明な点があることが指摘されており、研修の講師である指導看護師が、受講者である介護職員に関するこれまでの研修や教育課程等といった基礎情報の実態が把握できる仕組みも必要であると考えられる。

一方で、教材の「看護師から介護職員への指導のポイント」に対しては84.8%が肯定しており、施設訪問で述べられたコメントでも、「重要な手掛かりとなり、ポイントを抑えた指導ができた」「分かりやすく伝えるべき内容がはっきりした」「ポイントを絞り込むことができ、分かりやすく指導できた」という良好な評価が多くあり、指導看護師にとって介護職員への指導のポイントの明示は重要と考えられる。

演習については、「実践的な内容であった」「他施設との手技等の確認ができた」「グループワークで意見交換ができた」という意見が多数あり、講義に加えて演習の研修方法も有効と考えられる。

(2) 施設内研修

① 介護職員の人選

ケアを試行する介護職員については、特に条件等の指定を行わなかったところであるが、意見交換会では「介護職員はリーダークラスを選んだ」「理解力があり、意欲のある介護職員を選んだ」との意見が多かった一方で、「すべての介護職員を対象とするのは難しいのではないか。習得できない介護職員もいると思う」との意見も多数あり、モデル事業の結果からも各施設内で適切かつ慎重な人選が行われたと評価できる。

非医療関係者である介護職員が口腔内吸引等を行うことを考慮すると、施設長が、配置医や指導看護師と相談の上、日常生活の支援を自立的に行える介護職員の中から、その希望等を踏まえて人選することが重要と考えられる。

② 研修時間

施設内研修の14時間という研修時間については、指導看護師からはさまざまな場面で調整、実行の難しさを訴える声が聞かれた。例えば、「勤務終了後または休日等も研修を行った」「スタッフ4人が2日間業務から離れるのは大変厳しく、スケジュール調整が大変だった」、あるいは「数人の職員を集めて研修を行うための調整も非常に困難な状況」「日常の業務をしながら資料準備を行わなければならない余裕がなかった」などの意見が多数あり、指導看護師は「一般的に時間が足りない」と実感していることがうかがえる。

当該モデル事業ではシフトが確定している中で研修等の実施を要請したため、さまざまな関係者の調整に腐心し、資料の準備に忙殺された指導看護師の苦労がこのような評価になったものと考えられる。一方で、介護職員、看護職員のいずれも、ほとんどが「適切であった」という評価であったことから、研修時間の確保には各施設における長期的なスケジュール計画及び事前の調整が重要と考えられる。その際には、介護職員、看護職員と職種を越えたシフト等の調整も必要となることから、施設として1年間の教育スケジュールを計画する等の教育体制の整備が必要である。

各研修内容に対する研修時間については、施設内研修の受講者側の介護職員、看護職員は、いずれも研修時間に対して90%前後が「適切だった」と回答しており、非常に良好な評価をしている。介護職員、看護職員で「そう思わない」という回答をしている人が多い項目は、介護職員では2%前後(8~10人)の「介護及び医療的ケアに関する倫理や法規」「人体の仕組みと働き」がある。看護職員では4%前後(8~10人)の「吸引の実技」や「安全管理体制とリスクマネジメント」「急変、事故発生時の対応」が当てはまる。

一方で、講師側の指導看護師の評価は、「適切だった」という割合は、他の研修内容では概ね70%を越えているなかで、「介護及び医療的ケアに関する倫理や法規」「人体の仕組みと働き」は60%前後に留まっていることから、「介護及び医療的ケアに関する倫理や法規」「人体の仕組みと働き」の研修時間については時間延長等含めた再検討が必要と考えられる。

③研修内容

いずれの研修内容も「必要な技術や知識の説明があった」が80%以上に達しており、全体としては良好な評価であった。

特に、受講者である介護職員、看護職員は、質問票ではいずれも研修内容に対して非常に良好な評価をしている。介護職員はすべての研修内容に対して96%以上が「必要な説明があった」と回答しており、看護職員も92%以上が肯定している。

その一方で、講師としての指導看護師の評価では、「必要な説明ができた」という割合は5項目で90%台、2項目で80%台となっているが、「介護及び医療的ケアに関する倫

理や法規」「人体の仕組みと働き」はそれぞれ 72.8%、76.0%であり、介護職員、看護職員の評価に比べて厳しい結果となっている。

また、教材内容に対しても、介護職員の 92%以上が「必要な記述があった」としており、看護職員も肯定の割合は概ね 90%前後となっている。いずれも非常に良好な結果となっている。一方で、指導看護師の評価では「必要な記述があった」という割合は 6 項目で 80%台となっているが、「介護及び医療的ケアに関する倫理や法規」「人体の仕組み」「喀痰が生じる疾患や病態」はそれぞれ 72.8%、74.4%、78.4%であり、介護職員、看護職員の評価に比べてこれも厳しい結果となっている。

同様に、教材の分かりやすさについても、介護職員、看護職員の評価と指導看護師の評価は二分されている。介護職員はいずれの内容に対して概ね 90%前後が「分かりやすかった」と回答しており、看護職員も肯定の割合はいずれも 80%以上となっており、いずれも教材の分かりやすさに対して良好な評価をしている。一方で、指導看護師の評価では「分かりやすかった」という割合は 3 項目のみが 80%台となっているだけで、70%台が 2 項目、60%台が 2 項目、50%台が 2 項目となっている。50%台となっているのは、「介護及び医療的ケアに関する倫理や法規」「人体の仕組み」である。

全般にわたって、指導看護師は「倫理・法規」関係は自身の知識や理解が十分ではなく、自信を持って他の職員に教えることができなかつたようである。同じように、「人体の仕組みと働き」についても、医学的な用語をどのように教えるかに非常に苦慮している様子である。しかし、受講者側の介護職員の評価は、指導看護師からの説明や使用した教材に対する評価全体が良好であり、意見交換会で取り上げられたように、「人体の仕組みと働き」に対してはかなりの興味・関心を示している職員もいる様子である。このようなことから、「介護及び医療的ケアに関する倫理や法規」「人体の仕組みと働き」については、研修時間と併せて研修内容及び教材内容の充実が必要と考えられる

教材については、多数の指導看護師が、自施設の介護職員対象にわかりやすい副読本的な資料を作成し、説明する際には自分なりに工夫して行っていたが、「正確に伝達できたか不安がある」「法規等は難しい。説明できたかどうか」「教材に沿って研修をしたが、専門的なことが伝わったかどうか」というような、自信がない意見も多数あった。

他に、指導看護師の質問票や意見交換会において、「胃ろうは、現場で利用頻度が高くなっている半固形やボタン型も加えたほうがよい」との意見が複数あり、介護職員からは「教材と普段の手技と異なる」との意見もあった。介護現場に合わせた教材の検討も必要と考えられるが、例えば、栄養チューブはカテーテル型、ボタン型、経管栄養剤は流動性、半固形と性状等さまざまであり、また、実施方法等についても対象者の状態によって選択されるものであることから、一様の教材での研修は難しいところである。

指導看護師の質問票の自由回答で、「その施設により体制や利用者の状況使用物品なども違うので、基礎のマニュアルをもとに各施設のナースが医師や管理者と相談し合い、

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実態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うかがえる。

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条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。

VI. 今後の取り組みの方向

(1) 指導看護師の指導マインドの醸成とスキルの向上

今回のモデル事業に参加した 125 名の指導看護師は、いずれも特別養護老人ホームでの勤務勤務が一定年数以上の人であり、各施設でも指導的立場にいる看護師が多くなっている。したがって、同職種の看護師に対してはその指導力を十分に発揮しているものと考えられるが、その他の職員である介護職員などとの関係では、必ずしも普段から指導している訳ではないようである。実際、指導看護師の質問票や施設訪問でのヒヤリングなどで、「介護職員に指導することを踏まえた内容であれば指導しやすい」「介護職員への統一した指導方法を検討して欲しい」といった意見が聞かれた。

また、参加した介護職員の医療的ケアに関わる知識や経験の背景を把握していないことも、適切で的確な指導につながりにくくなった背景にあると考えられる。例えば、状況対応型のリーダーシップでは、指導される側の「自律的行動の能力」と「責任を進んで負う意志／意欲」のレベルや状態を、以下のような要素で把握することが重要になるとしているが、こうした視点で職員の状態を把握した上で指導することができれば、実効性の高い、納得的な指導につながるものと考えられる。

能力：知識、経験、スキル

意欲：自信、関心、動機

今後、さまざまな場面で多職種間の連携が進むことは間違いなく、指導看護師にも指導する職員のこうした状況を把握した上で、どのような指導方法が適切であるかを検討することが必要になってくるであろう。

プロセス評価では、3 ヶ月を経過する頃から対象となった入所者の中で状態変化などの原因で対象から外れる人が増えてきていることから、いろいろな取り組みは 1～2 ヶ月の範囲で取り組まざるを得ないと考えられる。一方で、2 ヶ月を経過した辺りでは介護職員の 1 割は「支援を受けてできる」もしくは「できない」状態であり、指導看護師による的確で確実な支援が不可欠な時期といえよう。

こうした時期を安全を確保しつつ乗り越えるためには、事業計画としてしっかりした研修計画を策定することはもちろんのこと、指導看護師自身が、医療・福祉分野におけるもっとも大切な資産である「人材の育成」を行う役割を果たすことが非常に大切になる。そのためには、指導する職員が持っているもの、持っていないものを整理・明確化するとともに、持っていないものを習得してもらい顕在化させる、新しい能力などを見出すといった働きかけが望まれる。いずれにしろ、指導看護師が「必要なことを教え、やる気を高めるリーダー」に育つような仕組みづくりが必要となろう。

(2) カリキュラムづくり

今回のモデル事業で組み立てたプログラムに対する意見として、「介護福祉士が学んだ内容と人権や認知症などで一部重複している」という意見が出ていたように、介護職員にとって充足している内容、不足している内容を十分には踏まえていなかったようである。

一方で、各施設の実情に適した内容にすることも、有効なカリキュラムづくりには重要な要件であり、こうした点を踏まえて、以下のような視点からのさらなる精査も必要であろう。

- ・介護職員の教育カリキュラムとの連動
- ・重要性や優先性を考慮した項目の選定
- ・法律的・医学的な専門用語の解説
- ・受講者の知識・経験のレベルに応じた資料づくり
- ・現場で使用されている手技に応じた内容
- ・理解度や充足度を確認する仕組み
- ・実技・演習の取り込み

また、DVDやビデオなど流布しやすい媒体を活用することの考慮も必要になるろう。

(3) 実技経験と安全性の担保

若年層の介護職員からは、「演習ではなく、実際に吸引する際には不安がある」というように実体験に対する不安が挙がっている。普段は事故の発生がない施設が多いことから、看護師にも経験不足の様子がうかがえ、モデル事業の期間中に事故の発生がなかったことなどの理由から、「事故発生時の対応方法を指導できた」とする割合が70.8%に留まっている。

胃ろうによる経管栄養は、比較的日常的に行われる医療的ケアであるが、口腔内吸引は入所者の状態が安定している場合、特に発生しないことが多い。このため、モデル事業でも「実際には行わなかった」施設もあったように、手技を高める機会は自ずと限られ、実技経験を積み、医療的ケアを安全に行えるようにするため対応の取り組みが難しくなっているのが現状であろう。

いわゆるOJT(On-the-Job Training)方式により施設内で演習を行う場合は、職員同士で相互に行ったり、専門の施設や機器を整備した外部の専門機関が関わり、実践的なトレーニングを行う仕組みが考えられる。さらにこうした機関が実技と講義を含めた研修全体を担って行くことも考えられる。

特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携による
ケアの在り方に関するモデル事業報告書

平成 22 年 3 月

発行 株式会社日本能率協会総合研究所

平成 21 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康推進事業等事業)