

看護職と介護職の連携に関する調査報告書

看護職と介護職の連携に関する調査報告書

山梨県立大学地域研究交流センター
看護・福祉専門職コーディネーター部門

小 野 興 子 (人間福祉学部)

小 林 たつ子 (看護学部)

泉 宗 美 恵 (看護学部)

城 戸 裕 子 (人間福祉学部)

伊 藤 健 次 (人間福祉学部)

看護職と介護職の連携に関する調査報告書

目 次

序	1
I. 調査の背景	3
1. 調査の背景となる看護と介護をとりまく現状と課題	3
2. 看護職と介護職の専門性と連携の課題	4
II. 調査の目的と方法	6
1. 事前調査について	6
1) 事前調査としてのグループインタビュー	6
2) インタビュー結果	7
2. 本調査の目的と方法	8
1) 本調査の目的	8
2) 調査対象	9
3) 調査方法	9
III. 施設管理者への調査結果	10
1. 調査対象施設の概要	10
1) ケアに関わる職員の構成	10
2) 入所者の要介護度別状況	11
3) 看護職と介護職の管理体制	12
4) 現任教育の状況	13
5) 看護職と介護職の業務内容の明確化	14
2. 看護職と介護職の連携に関する管理者の認識と課題	15
1) 看護職と介護職の連携の現状	15
2) 看護職と介護職の連携に関する課題	15
3) 看護職と介護職の連携のための改善策	17
4) 施設管理者の自由記述より得た看護と介護の連携に関する示唆	18
IV. 看護職と介護職への調査結果	20
1. 調査対象者の基本属性	20
1) 看護職・介護職の施設別構成	20
2) 職種別経験年数	20
3) 職種別勤務年数	20
4) 職種別勤務形態	21
2. 看護職と介護職の連携の実態	22
1) 看護と介護の連携の現状に関する認識	22
2) 連携をとるための職場環境・システム	22

3) 連携に対する自己の認識	24
3. 看護職と介護職の日常業務の実施状況と認識	25
1) 看護職と介護職の医療的行為の実施状況と認識	26
2) 看護職と介護職の医療的行為以外のケア項目の実施状況と認識	28
4. 看護と介護の関係性	34
V. 看護と介護の連携に関する自由記述からみえてきたこと	37
1. 自由記述の分析方法	37
1) Vekty について	37
2) 分類カテゴリー及び基礎データについて	37
2. 自由記述の概要	38
3. 自由記述の詳細内容	39
1) 現状をどうにか受け止めている	39
2) 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満	41
3) 連携についての積極的な考え方	45
4) 組織全体や制度などの問題の指摘	47
4. 質の高いケアを提供するために、自由記述からみた課題	51
1) 相互の専門性や役割に対する理解と尊重に関する課題	52
2) 業務分担に関する課題	53
3) 施設における医療的行為に関する課題	54
VI. まとめ	55
資料1 介護福祉士へのグループインタビューより得られた内容	60
資料2 看護師へのグループインタビューより得られた内容	62
資料3 看護と介護の連携に関するアンケート調査用紙（施設管理者用）	64
資料4 看護と介護の連携に関するアンケート調査用紙（看護職・介護職用）	67

序

山梨県立大学は、「地域に開かれた大学、地域と向き合う大学」として、県民の皆様の要望と支援により開学し、四年目を終ろうとしている。特に開学と同時に設置された地域研究交流センターが、地域の皆様とのパイプ役としてその推進の役割を担ってきた。その役割の一つとして、本学に看護学部と人間福祉学部が設置されたことから、看護学部教員と人間福祉学部教員が連携して、本県における看護や福祉分野の今日的課題に対応したいと考え、平成 19 年度に本センターに「看護・福祉専門職支援コーディネーター部門」を立ち上げた。その役割として、①看護職・福祉職の連携に関するリカレント講座・研修の企画・調整、②専門職支援窓口の一本化に向けた取り組み、③専門職としての地域貢献に関わる研究、④専門職のニーズ把握、この四点を挙げてきた。

看護師の専門職支援については、本大学の前身である看護大学の中から、社会福祉士専門職支援については、本学人間福祉学部の創設以来、すでにリカレント講座や研修会を開催し、また、個々の要望に応じて講師派遣や相談に応じる等の支援を行ってきた。しかし、本県として大学教育に介護福祉士の基礎教育を開始してまだ日の浅いことから、介護福祉士への支援については、まだまだ十分とは言いがたい現状にある。

また、今日の長寿社会の現実をふまえると、特に高齢者支援は社会の大きな要請であり、高齢者の生活支援に当たる看護専門職と介護専門職のあり方が問われている現状にある。特に高齢障害者の増加と、医療依存度の高い高齢者が急増しているなかで、高齢者の生活支援の場となる福祉施設におけるケアは、複雑かつ多岐にわたる専門的技術を必要とされるようになった。しかし、ケアに当たる専門職のマンパワー不足は少子化をはじめとする社会的変化の波を受けて顕著であり、医療分野と福祉分野の専門職が質の高いケアを提供するために、それぞれの専門性を高めて如何に連携して関わっていくかが求められている。

この今日的課題解決につながることを願って、看護職・介護職に従事する方々の専門職としてのニーズを把握するために、アンケート調査を実施し、この結果をふまえてリカレント講座や研修会の内容に活かしていきたいと考えた。そこで、県内の介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の施設管理者及び看護職と介護職にある方々を対象に、昨年 1 月、看護と福祉の連携に関するアンケート調査を実施した。ここにその結果を報告書としてまとめることができた。

このアンケート調査は、山梨県介護老人福祉施設協議会長様、山梨県介護老人保健施設協議会長様にご理解を頂き、実施することができましたことに、まず深謝申し上げます。また、各施設管理者の皆様、看護職・介護職の皆様には多忙な業務の傍ら、多くの方々からご回答いただきましたことに感謝を申し上げます。

この調査取りまとめの過程の中で、日夜高齢者ケアに当たる皆様の真摯な下向なケアに対する思いや考え方が伝わり、担当者一同が感銘をうけている。この報告書に収

録した内容は、高齢者ケアに当たるお一人ひとりの大切な貴重なご意見と受け止め、大学として、今後どのような専門職支援が必要かを判断する資料として、リカレント講座や研修会企画の内容に反映していきたいと考えている。さらに、各施設におかれましても、質の高いケアを提供するための研修や研鑽のために活用していただけることを心から願っている。

I 調査の背景

1. 調査の背景となる看護と介護をとりまく現状と課題

2008年4月の山梨県高齢者福祉基礎調査¹⁾によると、本県の高齢化率は23.0%であり、全国との格差は縮まっているものの、約2年早く高齢化が進展している。特に後期高齢者数の増加は著しく、2006年には前期高齢者の数を上まわった。また、少子化や核家族化等の影響を受け、県内の一人暮らし高齢者は全高齢者の13.0%、高齢者夫婦世帯数は総世帯数の8.3%であり増加の一途をたどっている。さらに後期高齢者の増加により、認知症高齢者は高齢者数の6.8%、認知症高齢者の90.4%は後期高齢者である。高齢者、特に後期高齢者は今後も増え続けることが推計されており、これらの後期高齢者の生活を如何に支えていくかが、医療・福祉、ひいては社会全体の課題となっていることは周知の事実である。

高齢者はそれまでの住み慣れた地域での生活が最期まで続けられることを望み、それを地域で支えていくことが期待されているが、現実には「老・老介護」「認・認介護」等と表現されるように、国民的論議へと発展している。実際には家族に支えられて在宅で死亡した者の数は全死亡者数の12.2%(2005年)に過ぎなかった。介護する家族のマンパワー不足は顕著であり、家族や地域の支援により在宅での生活を最期まで支えることは、実際にはかなり困難な状況にあると言わざるを得ない。これらの状況を踏まえると家族や地域力を活かした在宅での高齢者ケアを充実させる一方で、介護保険施設での専門職による高齢者ケアを如何に充実させていくかが、重要かつ緊急な課題である。

このように要介護高齢者の増加する一方で家族・地域の介護力は弱体化し、「介護の社会化」の課題に対応する必要性から、1997年には介護保険法が成立し、2000年4月実施となったことにより、高齢者ケアは大きく変革した。特に1963年の老人福祉法に規定された福祉施設である特別養護老人ホーム(介護保険法上は「介護老人福祉施設」として位置づけられるが、本稿では、一般的呼称としての「特別養護老人ホーム」を使用する)は、それまでの措置的なあり方から高齢者の尊厳を支えるケアへとその性格を変え、高齢者の選択と権利を保障し、保健・医療・福祉サービスを一体化したケアとして提供することが盛り込まれた。その後も、2005年、2006年と改正・見直しが図られ、施設給付の見直し、感染症管理体制の強化、介護事故に対する安全管理体制の強化、身体拘束廃止に向けた取り組みの強化、褥瘡防止に向けた取り組み等の施設サービスの質の向上等が図られてきた。特に特別養護老人ホームでは、一定の要件を満たした場合の「重度化対応加算」や、「看とり介護加算」等が新設され、高齢者施設サービスの質と量の両面からの充実したケアを要請されている現状である。このような社会的な要請と必要性から県内の特別養護老人ホームは1975年にはわずかに

3施設にすぎなかったが、2008年現在では56施設へと顕著に増加している。

一方、1986年の老人保健法の改正により創設された老人保健施設は、要介護老人対策としての中間施設として、リハビリテーションに主眼を置いて、それぞれの高齢者が持っている能力と主体性や自立性を最大限尊重したケアを提供することを目的として設置された。年々増加する認知症高齢者に歯止めをかけるべく、最近では、身体的リハビリテーションに留まらず、軽度の認知症を対象に認知症短期集中リハビリテーション実施加算が認められ、より質の高い専門的ケアが求められるようになっている。

2. 看護職と介護職の専門性と連携の課題

このような社会的要請と介護の社会化を背景として、介護力が弱体化するなかで家庭や地域に取り残された障害者や高齢者の人権と基本的生活を守る社会システムとして、1987年には「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、福祉専門職として介護福祉士が行う介護が規定された。すなわち、専門的知識と技術をもって登録される「名称独占」の福祉専門職としての介護職が誕生した。この介護福祉士の誕生により、保健医療の知識を基盤として健康の回復・保持・増進のために生活の援助の役割を果たしてきた看護師、すなわち、医療系の看護専門職として位置づけられてきた看護師との協働により、高齢者や障害者の生活支援の役割を果たしていくために看護職と介護職の連携の必要性が生じることとなった。

一方、看護専門職は介護福祉士制度に先んじること約40年、1951年に「保健婦助産婦看護婦養成所指定規則」が定められてから、今回のカリキュラム改正に至るまでに、大きくは3回(1967,1990,1997)の改正を重ね、医学モデルに偏ったカリキュラムから、看護の独自の機能を果たすために「看護診断と看護治療」ができるカリキュラムへと発展してきた。看護基礎教育を4年制大学として一本化を図り、その専門性を高めるべく志向し、教育の充実と准看護師養成の停止を主張しながら、今だ一本化できない現実がある。その教育体系も、医療モデルに依拠していることに変わりはなく、そのことが「介護」とは専門性を異にした「看護」の専門性であるも言えよう。

さらに、両職種連携の課題としてあげられるのは、介護保険施設における指定基準においてケアに関わる職員は「看護職」、「介護職」とされ、必ずしも専門職に限られていないという点である。ケアの質を保障していくためには、専門職としての看護師と介護福祉士であることが望ましいと考えるが、少子化傾向にも歯止めが掛からず、ケアに関わる専門職のマンパワー不足も加速化、慢性化して益々深刻さを増している。専門職として誕生して間もない介護福祉士にかわって、基礎教育体系の浅いヘルパー職に頼らざるを得ない現状がある。また、看護職にあっても医療施設に勤務する看護職も不足するなかで、老人福祉施設に勤務する看護職も、専門性としては教育体系の浅い准看護師にその多くを担われているといった現状もあり、両職種ともにマンパワ

一を外国人労働者に頼らざるを得ない事態にも至っている。

この複雑かつ緊急な問題に対して、看護師、介護福祉士の基礎教育のあり方の検討も重ねられているが、すでに現在、高齢者のケアに当たっている両専門職に求められている課題は大きく、両職種が如何に効果的に連携し、効率性のある質の高いケアが提供できるかを模索しなければならない。

【引用・参考文献】

- 1) 山梨県：平成 20 年度高齢者福祉基礎調査概要、山梨県、平成 20 年 8 月
- 2) 高齢者保健福祉実務研究会監修：高齢者保健福祉実務事典（加除式）、第一法規出版、平成 13 年

Ⅱ. 調査の目的と方法

1. 事前調査について

以上のような看護職と介護職の連携や協働における問題については、介護福祉士が福祉専門職として誕生して間もない 1996 年頃から、論議されるようになった。多くは看護師の教育に携わる者、または介護福祉士の教育に携わる者の研究報告に見られる。2)~6) 両職種間の連携と分担に関するもの、両職の役割意識や関係性・専門性に関するもの、医療行為等ケアの実施に関するものである。両職種間の連携と協働に関して「問題がある」「それぞれの役割の不理解」等が挙げられているが、その要因は複雑、多義にわたり、解決策は未だ明確になっていない。また、山梨県内の状況について知る資料や研究報告は見当たらなかった。そこで、県内の実情を把握するための調査を企画した。そのきっかけとなる情報を得るために現在、介護保険施設において、看護職または介護職にある人から、直接情報を得たいとグループインタビューを実施した。

1) 事前調査としてのグループインタビュー

- ①目的：山梨県内における看護と介護の連携に関する現状を知り、課題を予測することである。それは今後県立大学が地域貢献としての役割を果たしていくための判断資料としての事前調査と位置づける。しかし、参加される看護師や介護福祉士自身も互いの有意義な意見交換や体験の共有の場となることも期待した。
- ②方法：看護職と介護職のそれぞれのグループ毎インタビューとし、以下の質問内容について自由に自分の体験や考えを語ってもらう半構造化のインタビューとした。インタビューガイドを作成し、ガイドにそって行った。
 - ・勤務施設の特徴・組織体制と各自の勤務の状況と役割
 - ・連携がうまくいく場合とうまくいかない場合（具体例を含めて）
 - ・日頃連携のために工夫していること
 - ・連携のあり方について考えていること、問題点、課題など
 - ・課題や問題に対する対策や解決策など
- ③対象者：県内の老人保健施設及び特別養護老人ホームに勤務している看護師 6 名と介護福祉士 6 名を対象とし、それぞれに調査者である 4 名の担当教員が参加した。
- ④依頼と倫理的配慮：事前にグループインタビューの目的、方法について文書と口頭により説明し同意を得た。インタビュー内容はテープに収録し、逐語録とすること、データの匿名性を確保し、プライバシーを厳守すること、および録音テープの保管に注意し、研究終了後は責任をもって廃棄すること等についても説明し、了解を得たうえで実施した。

⑤実施日時：

看護師へのインタビュー：2007年7月23日 18：00～20：00

介護福祉士へのインタビュー：2007年8月22日 18：00～20：00

2) インタビューの結果

グループインタビューから得られた言語を1センテンスずつに分け、同じ意味内容を含むと判断したものをカテゴリー化にした。カテゴリー化は複数の研究者で行った。

(1) 介護福祉士6名のインタビューからは、106センテンス(文)が得られた。さらに同じ意味内容を含むセンテンスをカテゴリー化し、21のサブカテゴリーと6つのカテゴリーに大別できた。(資料1)

カテゴリー化とその内容は以下であった。

- ①「組織管理体制」：主にリーダーのあり方に関すること。管理体制が施設によってまちまちで一様ではないこと等
- ②「現任教育・カンファレンス」：職場内研修は両職種が一緒に研修することで互いを理解し合う機会となっていること。ケースカンファレンスは看護と介護の連携の場として互いの職種を理解する場である。新人教育等の目的別研修は、施設毎に行うことは大変難しい現実があること等
- ③「業務内容・役割分担」：医療行為を介護職が行わざるを得ない実情。ケア項目による役割分担は難しいこと等
- ④「看護と介護、他職種との連携のあり方と課題」：看護師と介護職の協働の現状とより良い連携をもつための課題。両職種のケアに関する認識の違いからくる連携の課題等
- ⑤「介護福祉士の基礎教育のあり方と現場への影響」：介護福祉士の教育体系の多様さからくる問題点、介護の学生の資質に関する問題点、基礎教育と介護現場との乖離がある現状等
- ⑥「人手不足、人材不足の現状と背景」：介護福祉士の有資格者を採用することは困難であり、給与体系・待遇の低さから人材が定着せず、ベテランの人材が不足している現状、人材が質・量ともに不足する悪循環の現状。しかし、人材は現場を動かす重要な存在であること等

(2) 看護職へのインタビューからは、103のセンテンス(文)と、26のサブカテゴリーと8つのカテゴリーに大別できた。(資料2)

カテゴリー化とその内容は以下である。

- ①「組織管理体制」：リーダーが看護師である施設、介護福祉士である施設、両職種が別組織となっている施設等の管理組織のあり方は様々であり、それぞれの利点・問題点がある等

- ②「現任教育(研修)の現状」：福祉施設に適応した研修の機会は職場内・外ともに少ないこと、施設内では各施設のケアの特徴に合わせて研修会を行っている等の現任教育の現状について
- ③「介護職と看護職の資質・ケアの資質」：介護職の資格取得の方法の多様さからくる介護士の資質の差、福祉施設に特に求められる看護判断力など看護師の資質が問われている現状等
- ④「業務内容・役割分担」：医療行為の役割分担は不明確であり、介護士が行わざるを得ない現状。医療依存度の高い入所者への対応とその責任体制の問題等
- ⑤「看護・介護の連携」：介護職と看護職が連携したケアを提供するために努力がはらわれている現状とその難しさ等
- ⑥「看護師・介護福祉士の専門性」両職種の専門性の発揮により、良いケアが提供できるという認識、専門性を発揮するための課題、互いの専門性に対する理解不足等
- ⑦「施設職員の待遇」：全般に低い施設職員の待遇とその悪循環の現状
- ⑧「職場改善への期待」：福祉施設職員のレベルアップのための社会福祉士に対する期待と県立大学への期待等

看護職と介護職の連携の課題を予測するために両職種に行ったグループインタビューから、以上のように、やや内容は異なるものの、ほぼ同様の課題を見出すことができた。すなわち、両職種が連携して、より良いケアを提供するための課題は「組織管理体制のあり方」「基礎教育及び現任教育のあり方」「それぞれの職種の資質や専門性と相手職への理解」「業務内容・役割分担（特に医療行為）のあり方」「施設職員の人材不足と待遇の関係」等が密接に関係していると考えられた。また、両職種が連携してより良いケアを提供するために、それぞれの職種が努力しているが、課題の多いことも明らかとなった。そこで、以上の結果をあまえ、施設管理者の課題と思われる内容と、ケアに直接関っている看護職、介護職個々が対処しなければならない内容とに分け「施設管理者用アンケート」「看護職・介護職用アンケート」を作成し、本調査を実施した。

2. 本調査の目的と方法

1) 本調査の目的

本学地域研究交流センター「交流・支援部門」の看護・福祉専門職支援コーディネーターの活動目的をふまえ、山梨県内の看護と福祉関係専門職支援のための方策を探ることを目的に、研究的取組とした。その手はじめとして、現代的、緊急的課題が高いと思われる老人福祉施設に焦点を絞り、高齢者ケアに関わる看護職と介護職の連携のため課題を明らかにし、その解決策を探りたいと考えた。この調査結果が直接ケア

に当たる施設の研修会の企画や本学で開催するリカレント講座や研修の企画に資することを意図した。

2) 調査対象

本調査は介護保険制度に規定された介護保険施設である「介護老人保健施設(以下、老人保健施設とする)」及び「指定介護老人福祉施設(以下、特別養護老人ホームとする)」を対象とした。なお、介護保険施設のうち医療施設である「指定介護療養医療施設」は医療への依存度が比較的高く、前記の二施設とは入所対象者の看護・介護のケア度は異なると判断し、今回の調査対象から除外し、現在山梨県内に開設している老人保健施設 30 施設、及び特別養護老人ホーム 57 施設の全てを対象とした。また前項の事前調査の結果をふまえ、本調査は、施設管理者を対象としたアンケート調査及び直接高齢者ケアに携わる看護職(看護師と准看護師)、介護職(介護福祉士)を対象とした。

3) 調査方法

施設管理者に対する調査、及び看護職・介護職に対する調査共に選択肢による無記名のアンケート調査とし、一部自由記述により回答を得た。

調査の趣旨について山梨県老人保健施設協議会長、及び山梨県老人福祉施設協議会長に説明し協力と了承を得て、施設毎にまとめて調査用紙を配布した。回答者の個々には、アンケート用紙の冒頭で、調査の趣旨を説明し、同意した者のみが回答する方式とした。回答後は、各自が封印し、施設毎に郵送により回収した。施設管理者に対するアンケート内容を資料 3 に、看護師・介護福祉士に対するアンケート内容を資料 4 に示した。調査期間は、平成 20 年 1 月 23 日～2 月 15 日であった。

参考文献

- 1) 筒井孝子他：看護と介護—その専門性と連携、第 15 回日本看護科学学会学術集会シンポジウム、日本覚悟科学学会誌 VOL16.NO, P10~12、1996.
- 2) 柴田和子：看護と介護の連携・協働のための関係性の構築、佐賀短期大学生活福祉学科記要、1999.10 P97~106
- 3) 永嶋由理子他：看護職と介護職の連携についての検討—介護職の役割意識の実態から—山口県立大学社会福祉学部紀要第 8 巻、2002.3
- 4) 高木和美：看護とは何か、介護とは何か、賃金と社会保障、N O 1335、2003 .12
- 5) 人見 優子他：介護職員の「医療行為」等業務の実態、共栄学園短期大学研究紀要 VOL23.2007
- 6) 松本短期大学 介護福祉学科：介護職の医療行為に関する調査報告書、長野県の介護保険施設における実態、2003.12

Ⅲ. 施設管理者への調査結果

現在山梨県内に開設している老人保健施設 30 施設、及び特別養護老人ホーム 57 施設の全てを対象としてアンケート調査を依頼した。(資料3) そのうち、管理者からの回答がえられたのは、老人保健施設は 20 施設(66.7%)、特別養護老人ホームは 26 施設(45.6%)であった。全回答率は 52.9%である。回答内容については、平成 20 年 1 月現在の状況として回答を得た。

1. 調査対象施設の概要

1) ケアに関わる職員の構成 (図1-1・2)

それぞれの施設において、ケアに関わる職員の構成とその人数を設問肢(看護師、准看護師、介護福祉士、ヘルパー、その他)により問うたところ、以下の回答を得た。

①老人保健施設において、看護職が 26%(看護師:10%、准看護師:16%)、介護職が 62%(介護福祉士:33%、ヘルパー:29%)、その他 12%であった。

看護職においては、看護師よりも准看護師のしめる割合が高く半数以上が准看護師である。また、准看護師のみで看護師のいない施設が 1 ヵ所、看護師は 1 名のみで他は准看護師のみという施設が 2 ヵ所あり、ケアの責任体制やケアの質をどのように保障していくかといった課題を抱えている現状がうかがえた。

介護職においてもその半数近くがヘルパーによって占められていた。無資格者を介護職員として採用している施設もあったが、明確な数は把握できなかった。専門職である介護福祉士が全く採用されていないという施設はなかった。

また、老人保健施設における看護職と介護職の割合は、概ね指定の人員基準(看護職 9 人、介護職 25 人/入所者 100 人)に比した割合であった。

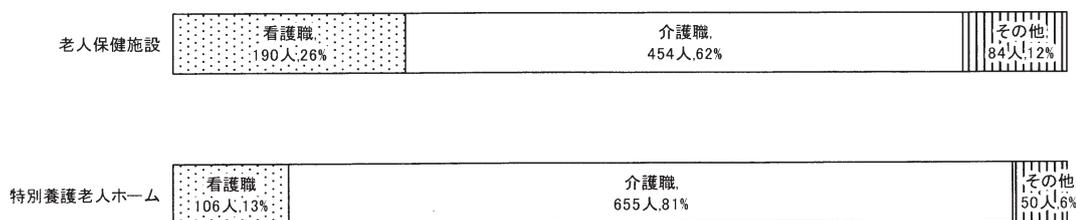


図1-1 職員の構成

②特別養護老人ホームにおいては、看護職が 13%(看護師:7%、准看護師:6%)、介護職が 81%(介護福祉士:45%、ヘルパー:36%)、その他 6%であった。看護職の半数近くは准看護師であった。看護師は 1 名のみで、その他はすべて准看護師でしめられている施設が 9 ヵ所あった。また、介護職も介護福祉士は半数に満たず、そ

それを補うヘルパー職及びその他の無資格者によってケアが担われている現状であった。特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の割合も、大凡指定の人員基準(看護職 3 人、介護職 31 人/入所者 100 人)に比したものであったが、看護職の占める割合がやや高かった。

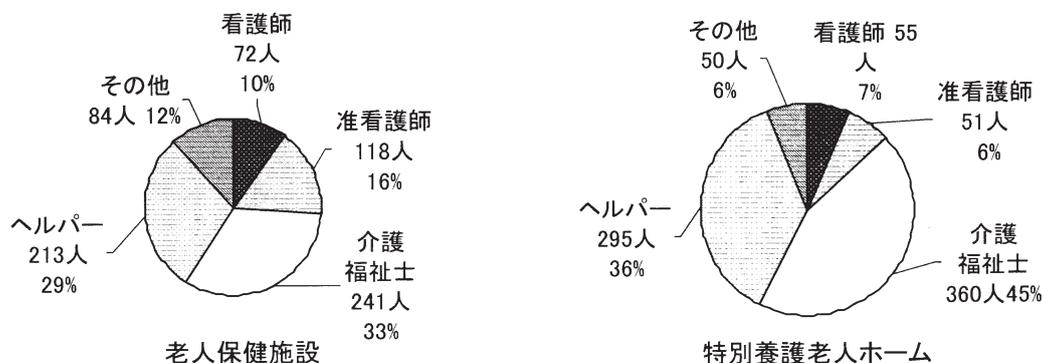


図 1-2.職員の構成

2) 入所者の要介護度別状況 (図 2)

入所者の介護度別(要支援から要介護Ⅴまで)状況について、以下の回答を得た。

- ①老人保健施設においては、「要支援」は 0.5%、「要介護Ⅰ」が 6.8%、「要介護Ⅱ」が 18.0%、「要介護Ⅲ」が 28.7%、「要介護Ⅳ」が 28.4%、「要介護Ⅴ」は 17.6%と、入所者数は介護度が高いほど多い傾向にあり、「要介護Ⅲ及びⅣ」が半数以上をしめていた。

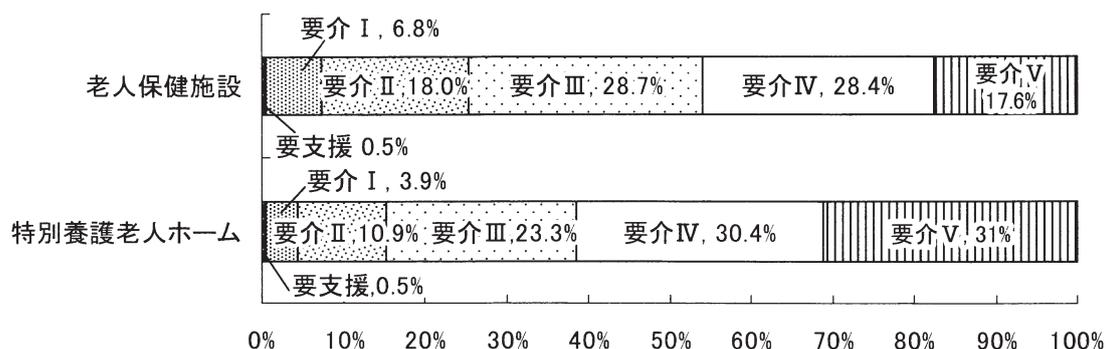


図 2.要介護度別人数割合

②特別養護老人ホームにおいては、「要支援」は 0.5%、「要介護Ⅰ」が 3.9%、「要介護Ⅱ」が 10.9%、「要介護Ⅲ」が 23.3%、「要介護Ⅳ」が 30.4%、「要介護Ⅴ」が 31.0%と介護度が高くなるに従って漸次多くなっていた。

老人保健施設の入所対象者は、リハビリテーション期にある者が多いこと、特別養護老人ホームでは、常時介護を必要とし、居宅介護が困難な対象者を入所対象とすることから、それぞれの施設の入所者の特徴を示すものであった。

3) 看護職と介護職の管理体制 (図 3)

入所者のケアに直接関わっている職員の組織管理体制について、3タイプ(図 3-1)を例示して問うた結果は以下であった。

①老人保健施設においては、看護職と介護職を一つの組織として管理し、看護職が管理(以下リーダーとする)に当たっている施設(タイプ2)が 16 施設(80%)、介護職と看護職それぞれにリーダーがおかれている施設(タイプ1)が 3 施設(15%)であった。しかし介護職がリーダーとなって看護職と介護職を一つの組織として管理している施設(タイプ3)はなかった。

老人保健施設にあっては、治療の必要性は低い、リハビリテーションとしての加療を必要とする入所者が中心であり、回復とともに変化する日常生活動作や介護の方法を決定するために、看護師としての判断が期待され、看護職をリーダーとした体制が業務をスムーズに導くと考えられているためであろう。しかし、准看護師のみで看護師のいない施設が 1 ヵ所あり、しっかりとした専門職としてのリーダーシップのもとに、適切なケアを導くという点では課題のあることが推測される。

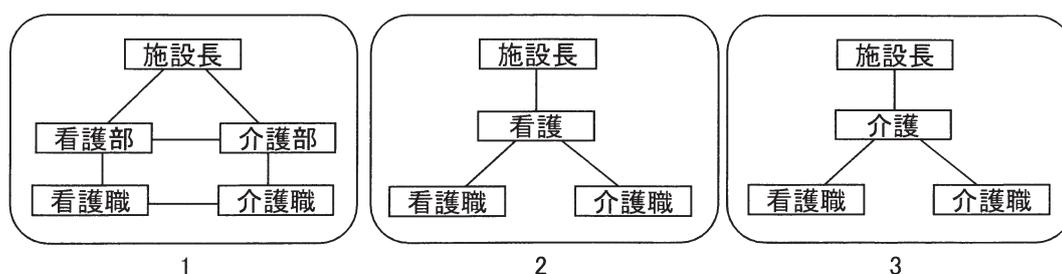


図3-1 看護職と介護職の管理体示例示

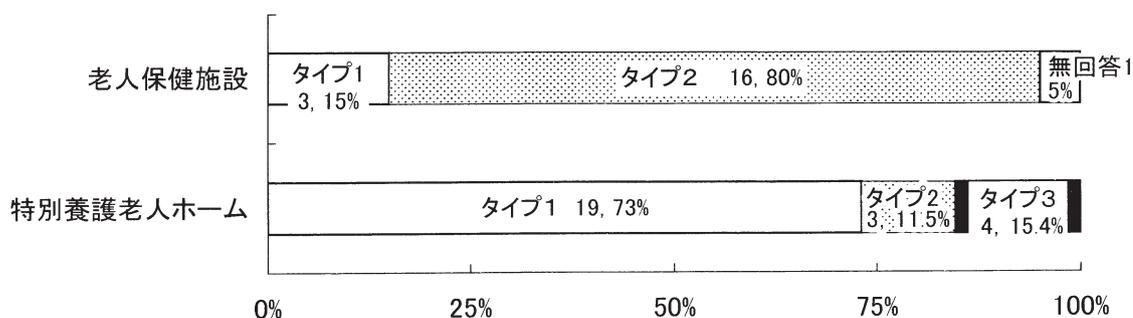


図 3-2 看護職と介護職の組織管理状況

②特別養護老人ホームにおいては、19 施設(73%)が介護職と看護職とは別組織(タイプ1)となっており、リーダーをそれぞれにおいていた。これはそれぞれの専門性を尊重したそれぞれの力を発揮しやすい体制であるといえる。しかし、実際に入所者一人一人に対するケアを決定する際意思決定をどのように行っていくかなど、専門職同士が連携し、一貫性をもったケアをどのように提供できるかといった課題もあることが推測される。介護職がリーダーとなって両職種を一組織としている施設(タイプ3)が4 施設(15.4%)、看護職がリーダーとなっている施設(タイプ2)が3 施設(11.5%)であった。この体制もそれぞれの専門性をどのように発揮し、連携していくかという課題があろう。

特別養護老人ホームでは、日常生活介護の必要性が高い入所者が多く、介護職としての専門性を発揮していくことが期待される。そのため介護福祉士としての判断力をケアに生かしやすい体制であるといえる。

医療職である看護職と福祉職である介護職とは、ケアの視点や判断基準も異なるはずであり、うまく連携して効果的な判断ができれば、ケアを有効に導くことができると考えられる。筒井¹⁾は、単独の職種で関わるより複数の職種で関わるのがケアを有効に導き、それぞれの職種が独自の異なる視点をもっていることが大切であろうと述べている。しかし、これまで看護職と介護職がどのような管理体制をとればケアを効果的に機能するかということについて論じられている報告はみあたらず、今回の調査についても、管理者からの回答は少ないことから、それぞれの体制の良否を判断することはできなかった。今後、福祉施設において、看護職と介護職が、それぞれの専門性をいかにしながら有効に、効果的に機能していくための管理組織体制について検討していく必要があることが示唆された。

4) 現任教育の実施状況 (図4)

各施設において、ケアにかかわる職員の現任教育(職場内教育)の実施状況と職場外研修の活用状況等について5つの設問により回答(複数回答)を得た。

- ①職員の能力や経験等に応じた体系的な教育研修が実施されている施設は、老人保健施設6 施設(30%)、特別養護老人ホームは6 施設(22%)であった。
- ②職種別の教育研修は、老人保健施設9 施設(45%)、特別養護老人ホームは9 施設(33%)で実施されていた。
- ③必要に応じて随時研修を実施している施設は、老人保健施設においては13 施設(65%)、特別養護老人ホームにおいては17 施設(63%)であった。
- ④職場において研修を行うことは困難な状況があり、職場外研修のみを取り入れている施設が老人保健施設5 施設(25%)、特別養護老人ホーム9 施設(33%)であった。
- ⑤体系的研修、職種別研修、必要に応じた研修、職場外研修等を3種類以上取り入れ、多様に組み合わせて研修を充実している施設が9 施設あった。また、体系的研修と

必要に応じた研修、または職場外研修等 2 種類の研修を実施している施設が 13 施設、単発的な研修のみの実施が 7 施設であった。

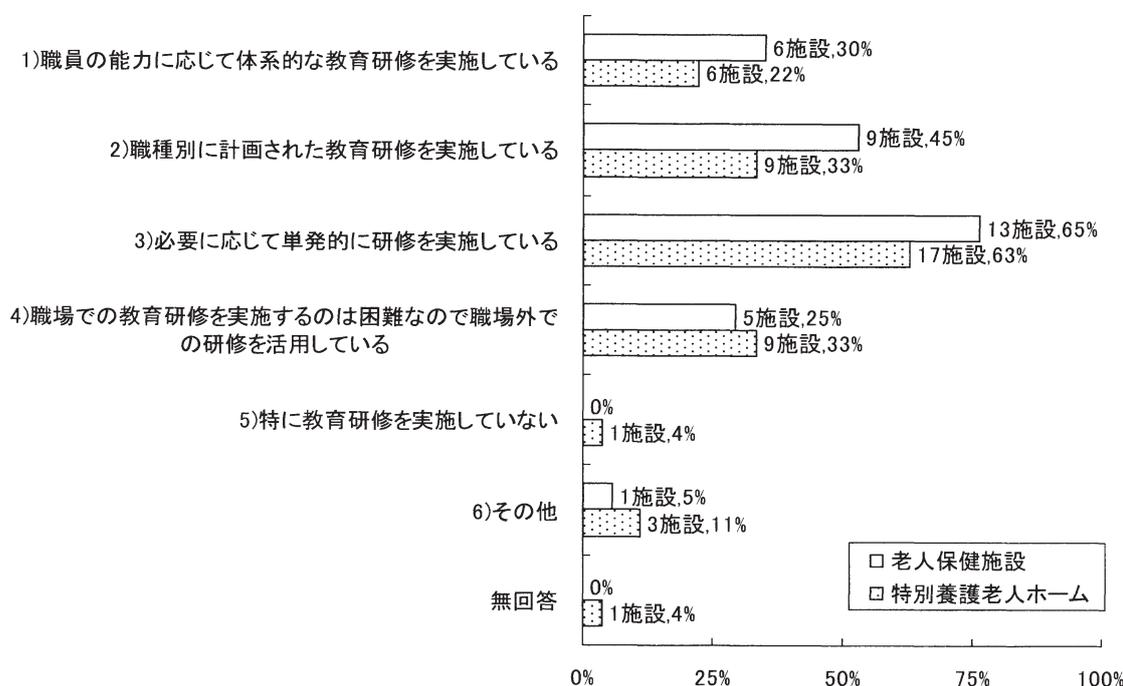


図 4 職場における現任教育の実施状況(複数回答)

⑥看護職・介護職ともに研修を全くおこなっていない施設も 1 施設あった。

体系的研修、職種別研修、単発的な研修など各施設の職場内における研修の実施率は、特別養護老人ホームに比し老人保健施設の方が高かった。今回回答を得た施設のケアに関する職員数は老人保健施設においては 1 施設平均 41.7 人、特別養護老人ホームは 33.2 人と小規模のため、体系的研修や職種別研修は組みにくく、職場内における研修を有効に定期的実施することは課題も多いと思われ、職場内研修に加えて、各施設が連携しあって研修会を行っていくことも有効なあり方であろう。

5) 看護職と介護職の業務内容の明確化 (図 5)

看護職と介護職の業務内容が明確に分担されているか否かについて、以下の回答を得た。

①看護職・介護職の業務内容が明確に明文化されている施設は、老人保健施設 12 施設(63%)、特別養護老人ホームは 20 施設(77%)であり、業務分掌・業務基準・各職種のスケジュール表等で明確にわかるようになっていると回答していた。

②業務内容が明文化されていない施設が、老人保健施設 7 施設(37%)、特別養護老人ホームは 4 施設(15.4%)であった。

業務分担をどのように行っているのかについて、自由記述を求めたところ、「看護職は治療処置、保健管理に関すること、介護職は身の回りの世話(食事、排泄、入

浴、更衣等)」としていたが、食事、排泄、入浴等は介護職の業務と明確に分けることはできないので介護業務を看護師も協働することを「業務スケジュール表」によって明らかにしている施設があり、実際には明確に分けることは難しく、検討の余地があると述べられていた。医療行為についても、規則で定められた行為は看護師が行うようにしているが、逆に介護職でも認められている業務を看護職は行わない傾向があるとしている施設もあり「介護の業務は看護もできるが、看護の業務は介護にできないことがある」という点で課題が多いと述べられていた。しかし、多くの施設管理者は分掌化しているので問題ないとしている施設が多く、看護職と介護職の分掌や業務内容の明確化に関する課題を具体的に把握することはできなかった。



図 5 看護職と介護職の業務内容の明確化

2. 看護職と介護職の連携に関する管理者の認識と課題 (図 6)

1) 看護職と介護職の連携の現状

自施設において、看護職と介護職の連携がうまくとれていると考えるか否かについて、管理者の認識を以下の設問により問い、以下の回答を得た。

「十分連携がとれている」としている施設は、老人保健施設で 7 施設(21%)、特別養護老人ホームでは 4 施設(27%)であった。「どちらかという連携がとれている」と回答した施設が大半をしめ、老人保健施設では 13 施設(68%)、特別養護老人ホームは 18 施設(69%)であった。逆に、「どちらかという連携には問題が多い」はいずれの施設においても 1 施設ずつであり、「問題が多い」と回答した施設はなかった。

2) 看護職と介護職の連携に関する課題 (図 7)

看護職と介護職の連携において問題となることは何かについて以下の問により回答を得た。

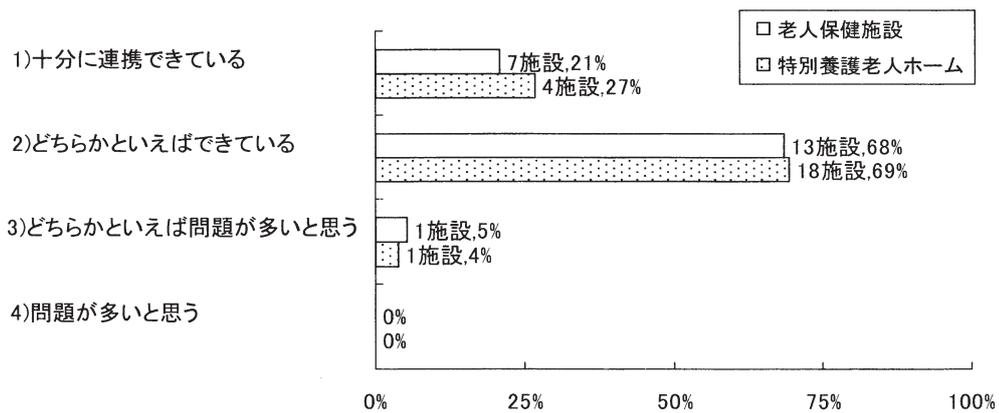


図 6.看護と介護の連携の現状

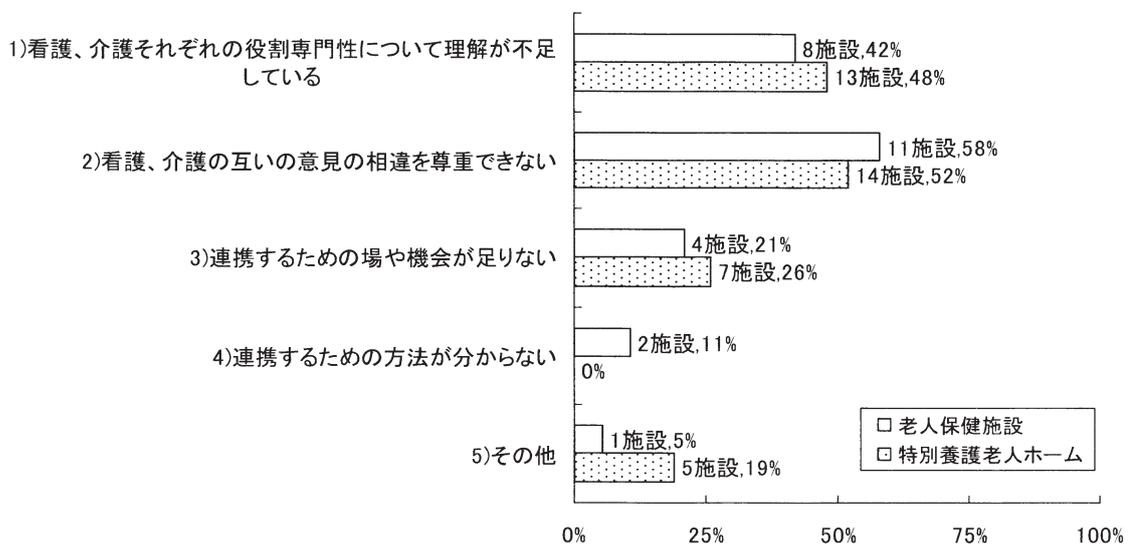


図 7.看護と介護の連携の問題 (複数回答)

「互いの意見の尊重ができない」と考えている施設が老人保健施設では 11 施設 (58%)、特別養護老人ホームは 14 施設 (52%)あり、「それぞれの役割・専門性について理解が不足している」とした施設は、老人保健施設では 8 施設(42%)、特別養護老人ホームは 13 施設(48%)、「連携するための場や機会が足りない」とした施設が、老人保健施設では 4 施設(21%)、特別養護老人ホームは 7 施設(26%)、「連携するための方法がわからない」としている施設も老人保健施設で 2 施設みられた。

前項 1) で、大半の施設管理者が「連携はとれている」または「どちらかという」と取れている」と回答しながら、課題は何かを問うと「互いの意見の尊重」や「役割や専門性の理解不足」をあげ、その理由として「連携の場や機会の不足」があげられており、現実には様々な課題を抱えながら、その場その場で解決しながら、大きな問題にまでは至っていない現状であると言えよう。互いの専門性を発揮し、専門職間で有効に連携しながら、さらにケアの質を高めていくための課題があると受け取れた。

さらに、「その他」の記述の中には『それぞれに専門性はあるが重複業務があるので、連携と主体性が必要』『利用者本位の考え方が根底にないと、互いの専門性の尊重はできない』『専門性も大切ではあるが、生活の場に位置づけられた人間性が大切』という意見もあり、専門職である前に人を対象としたケアに関する者としての人間性や主体性を問う等の大切な指摘がなされており、施設管理者としての根本的な姿勢をしめされたものと解釈した。

3)看護と介護の連携のための改善策 (図 8)

看護職と介護職の連携を進めるための改善策について、以下の設問により複数回答により以下の結果を得た。

- ①「互いを理解しようという意識を高める」ことが必要としているのは、老人保健施設では 13 施設(68%)、特別養護老人ホームは 21 施設(78%)であり、意識の高揚が大切であることを大多数の管理者が感じていた。
- ②「両者が意見を出し合う場をつくる」ことが必要としているのは老人保健施設では 11 施設(58%)、特別養護老人ホームは 16 施設(59%)であった。多忙な業務のなか、それぞれが意見を出し合うことで連携が促進でき、有効なケアを導くことになる」と解釈されていた。

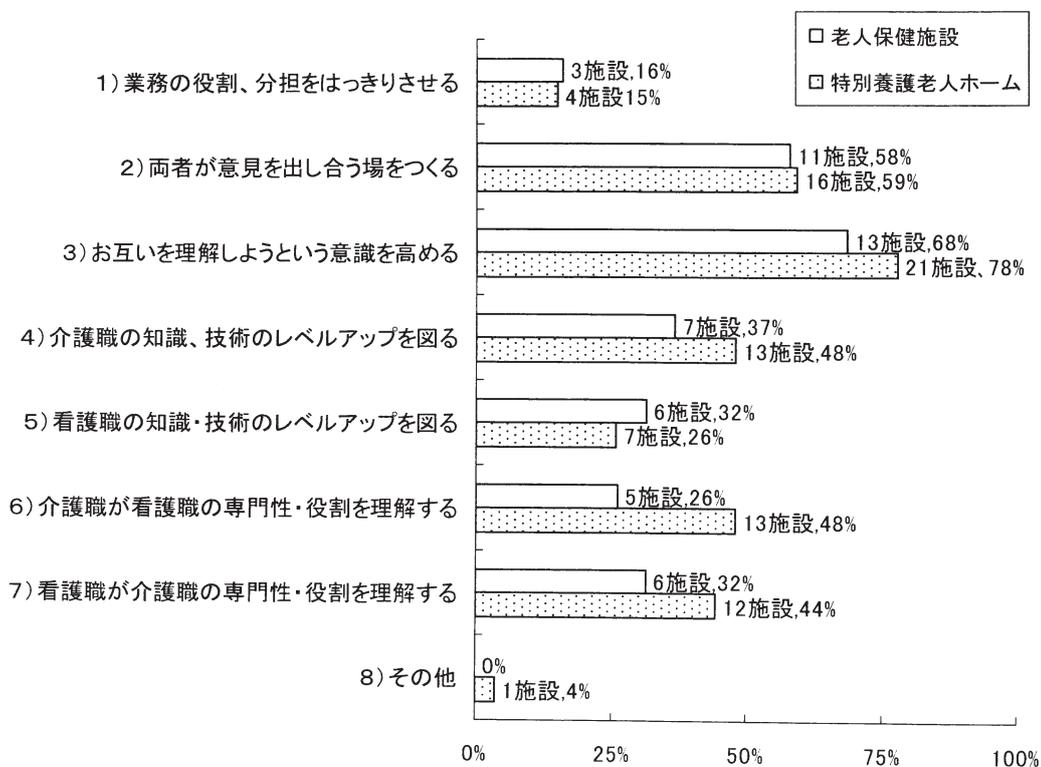


図 8.看護と介護の連携のための改善策 (複数回答)

- ③「介護職の知識・技術のレベルアップを図る」必要があるは、老人保健施設では 7 施設(37%)、特別養護老人ホームは 13 施設(48%)、逆に「看護職の知識・技術のレベルアップを図る」必要があるは、老人保健施設では 6 施設(32%)、特別養護老人ホームは 7 施設(26%)であった。
- ④「介護職は看護職の専門性や役割を理解する」必要があるは、老人保健施設では 5 施設(26%)、特別養護老人ホームは 13 施設(48%)であった。逆に「看護職が介護職の専門性や役割を理解する」必要があるとしている施設は、老人保健施設では 6 施設(32%)、特別養護老人ホームは 12 施設(44%)であった。
- 看護職も介護職も共に「知識・技術のレベルアップを図る」「互いの専門性や役割を理解する」ことが必要であることを半数に近い管理者が感じており、それぞれの職種に同じような課題があることが示唆された。また、「業務の役割・分担をはっきりされる」ことを必要とした管理者は極わずかであり、施設管理者として、分担の明確化より、互いの専門性を発揮できるように、意識改革や専門職としての研鑽を望む管理者が多く、今後、施設内研修の方向性や専門職間の研修のあり方にいかしていけるものと思われる。

4) 施設管理者の自由記述より得た看護と介護の連携に関する示唆

両施設合わせて 21 の施設管理者より、自由記述の回答を得た。介護職と看護職から得た自由記述とは数量的な差が大きいため、一概に比較はできないが、主な内容を以下のようにまとめることができる。

- ① 福祉施設では、病院勤務の経験の長い看護師が異動してくることが多い。専門職としての介護福祉士に対する理解や福祉施設を「生活の場」として理解することが乏しく、介護福祉士との協働の精神に欠ける看護師が多い。福祉施設を「生活の場」として過ごす入所者をもっと多面的にみる必要がある。福祉施設での看護のレベルアップの必要性がある。
- ② ケアのレベルアップのために、介護職員は殆どが介護福祉士の資格を持つように働きかけている。看護と介護が同等の立場で連携していくことが必要であり、介護福祉士は全員が国家試験を受けるシステムの構築が急務である。
- ③ 専門職であっても、業務独占と名称独占の差を感じる。看護は長い間かかつて専門性を確立してきた経過がある。介護はまだ歴史は浅く、教育背景も様々であるが、早い時期にケアのエビデンスを確立していけば、同等の立場で意見交換していける。
- ④ 月一回のリーダー会議、運営会議等により、問題点や専門的な意見を出し合って各職種間の意見の調整・検討をしている。各委員会も看護、介護の専門性を発揮し、互いに理解できるように編成している。入所者の記録についてはパソコン入力としているので、いつでもどこでも情報を共有し確認できるので、各

職種間の連携に役立っている。

以上の自由記述から、看護師は病院での看護の経験はあっても、福祉施設としての看護の特性を十分理解していないこと、介護職にあっては専門職としての歴史が浅いことから、両職種が連携して専門職としての力量を発揮していくためには、まだまだ課題の多いことを施設管理者も認識していると受け取れた。しかし、一方、そのような課題を抱えながら施設によっては、その課題を改善するための方策を講じ、互いに連携し合ってケアの質を高めることに懸命に取り組んでいる施設もあった。特に、施設の専門職リーダーとしての力量や組織の責任者のあり方によって、両職種間の専門性を有効に機能させ、一人ひとりの入所者に添った質の高いケアを提供できる施設へと発展できることが示唆された。

【引用・参考文献】

- 1) 筒井孝子他：看護と介護—その専門性と連携、看護科学学会誌 VOL16,NO1, P10～13

IV. 看護職と介護職への調査結果

調査票の配布対象者は、看護職が老人保健施設に勤務する者 288 人、特別養護老人ホームに勤務する者 211 人で看護職総計 499 人とした。介護福祉士は、老人保健施設に勤務する者 353 人、特別養護老人ホームに勤務する者 588 人で介護福祉士総計 941 人とした。回答者数は、看護職が 303 人（回収率 60.7%）で、老人保健施設に勤務する者 171 人（回収率 59.3%）、特別養護老人ホームに勤務する者 132 人（回収率 62.6%）であった。介護福祉士の回答者数は、631 人（回収率 67.1%）で、老人保健施設に勤務する者 233 人（回収率 66.0%）、特別養護老人ホームに勤務する者 398 人（回収率 67.7%）であった。なお、全質問項目の記載のないものは無かったため、回答したものすべてを有効回答数とした。

1. 調査対象者の基本属性（表 1）

1) 看護職・介護職の施設別構成

看護職では、老人保健施設に勤務する者 171 人(56.4%)、特別養護老人ホームに勤務する者 132 人(43.6%)であり、介護福祉士では、老人保健施設に勤務する者 233 人(36.9%)、特別養護老人ホームに勤務する者 398 人(63.1%)であった。

2) 看護職・介護職の経験年数（図 1）

看護職では 10 年以上の者が最も多く 229 人(75.6%)であった。介護福祉士では、5 年～10 年未満の者が最も多く 272 人(43.1%)で、次に多いのは 10 年以上で 164 人(26.0%)であった。施設別に職種別の経験年数をみると、老人保健施設に勤務する看護職の経験年数は、10 年以上が 76.0%と経験年数の多い職員の割合が高く、1 年未満の者はいなかった。一方、介護福祉士では 5 年～10 年未満の者が最も多く、5 年未満の職員は 24.5%であった。特別養護老人ホームでも同様の傾向がみられ、看護職では 10 年以上の経験をもつ者が 7 割以上と多く、介護福祉士では、5 年未満の職員が 33.4%を占め、1 年未満の職員は 6.8%であった。特別養護老人ホームでは、老人保健施設に勤務する介護福祉士よりもさらに経験年数の少ない職員の割合が多い傾向にあった。

3) 看護職・介護職の勤務年数（図 2）

看護職、介護福祉士ともに、勤務年数 5 年～10 年未満の者が最も多く看護職 94 人(31.0%)、介護福祉士 223 人(35.3%)、次質の高いケアを提供するために、に多いのは 3 年～5 年未満で看護職 61 人(20.1%)、介護福祉士 131 人(20.8%)であった。施設別では、両職種とも、特別養護老人ホームに勤務する職員のほうが、勤務年数 3 年未満の者の割合が多く、特に看護職にその傾向がみられた。

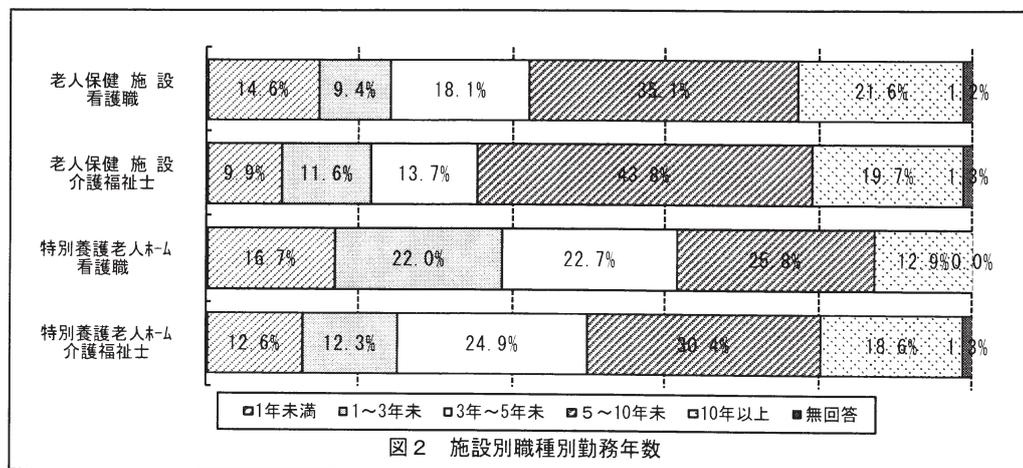
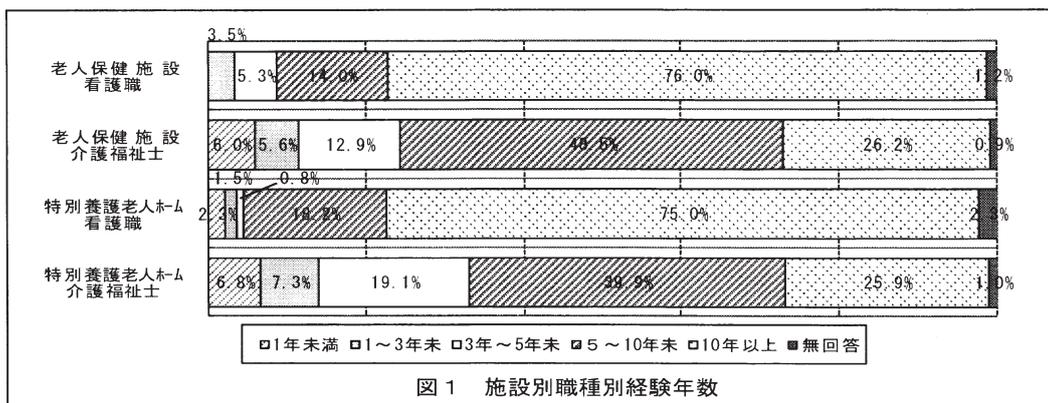
経験年数の分布と比較すると現在の勤務年数のほうが、全体的に年数が低い傾向にあり、特に看護職においてはその傾向が顕著である。看護師の経験年数が、3 年未満の者が 3.3%程度であるのに対し、勤務年数では 30%を超えている。このことから、看護師では他の職場での経験を経て現在の職場に従事している者が多いことがわかる。

4) 看護職・介護職の勤務形態

看護職は、常勤 80.2% (243 人)、非常勤 19.8% (60 人) であり、介護福祉士では、常勤 88.3% (557 人)、非常勤 11.7% (74 人) であった。

表1 対象者の基本属性

		(%)	
項目		看護職 (N=303)	介護福祉士 (N=631)
施設	老人保健施設	171(56.4)	233(36.9)
	特別養護老人ホーム	132(43.6)	398(63.1)
経験年数	1年未満	3(1.0)	41(6.5)
	1～3年未満	8(2.6)	42(6.6)
	3～5年未満	10(3.3)	106(16.8)
	5～10年未満	48(15.8)	272(43.1)
	10年以上	229(75.6)	164(26.0)
	無回答	5(1.7)	6(1.0)
勤務年数	1年未満	47(15.5)	73(11.6)
	1～3年未満	45(14.9)	76(12.0)
	3～5年未満	61(20.1)	131(20.8)
	5～10年未満	94(31.0)	223(35.3)
	10年以上	54(17.8)	120(19.0)
	無回答	2(0.7)	8(1.3)
勤務形態	常勤	243(80.2)	557(88.3)
	非常勤	60(19.8)	74(11.7)



2. 看護職と介護職の連携の実態

1) 看護と介護の連携の現状に関する認識 (表2)

職場において看護、介護の連携が取れているかとの問いに対し、「思わない」に回答した割合が看護師では77.2%、介護福祉士では70.5%であり、看護と介護が円滑に連携できているとは言い難い現状が明らかとなった。この結果は、2005年に鎌田¹⁾が「全国高齢者ケア協会」で実施した「看護と介護の連携に関する実態調査」の結果よりも、さらに連携が困難であることを示した。また、本調査において同時に実施した施設管理者を対象とした結果では、44施設中42施設(95.5%)が「連携はできている」と回答しており、直接ケアを提供している職員との認識のずれが明らかとなった。

看護・介護の役割に対する理解については、看護師、介護福祉士ともに8割以上が「思わない」に回答しており、看護、介護の互いの意見の尊重についても、両職種とも7割の者が「思わない」に回答した。連携をとる上で重要となる「互いの役割に対する理解」や「互いの意見の尊重」についても、看護師、介護福祉士ともに「できていない」と認識している者が多ことから、看護・介護双方が障害になっている要因を明らかにしていき、それらを共通課題として問題解決に向けて検討していくことが重要であると考えられる。

2) 連携をとるための職場環境・システム (表3)

看護、介護が連携するための場や機会をつくっているかについては、「思わない」に回答した者が看護師では75.2%で、介護福祉士では61.0%であった。本調査の自由記述からも、一緒になって話し合う場や意見交換の場がない。話し合っているゆとりがない。という意見が看護師、介護福祉士双方からだされた。また、日常生活援助方法の決め方についても、看護職あるいは介護職だけで決めているに「そう思う」と回答した者は、看護師、介護福祉士ともに7割以上であった。一方で、共同で決めているかについては、看護師、介護福祉士ともに7割以上の者が「そうは思わない」に回答した。また、看護職、介護職以外の他職種との共同で決めていると回答した割合も看護師28.4%、介護福祉士26.9%にとどまった。つまり、日常生活援助方法は、共同して決めるよりそれぞれの職種ごとに決めている職場が多いことが明らかとなった。しかし、現場では、一人の利用者を中心に看護職と介護職が援助目標を共有して、心身の変化やそれに伴う生活の変化を察知し、リスクを想定して的確に対応していくことが必要であり、連携が不可欠である。連携をとるためには、看護、介護双方が提供した援助内容が双方に見え、その結果を共有し互いに確認できることが重要であること²⁾からも、そのためのカンファレンスの場と機会をつくる工夫と努力が必要となる。

職場における看護と介護の業務分担の明確になっているかについては、「思わない」に回答した者が、看護師では67.0%で、介護福祉士では71.1%であった。具体的には自由記述の中で、「役割分担が不明確で互いに不満が生じている」「看護と介護の業務を完全に区切ることは難しいと感じる」「互いが協働しあえるような業務分担になっていない。特に夜間の体制はマンパワー不足もあり負担が大きい」などの意見が述べられた。

表2 看護と介護の連携の現状に関する認識 (％)

	看護職 (N=303)			介護福祉士 (N=631)		
	思 う	思 わない	NA	思 う	思 わない	NA
1. 現在、看護、介護の連携が取れている。	65 (21.5)	234 (77.2)	4 (1.3)	179 (28.4)	445 (70.5)	7 (1.1)
2. 看護・介護それぞれの役割について理解している。	42 (13.9)	257 (84.8)	4 (1.3)	85 (13.4)	540 (85.6)	6 (1.0)
3. 看護、介護の互いの意見を尊重できている。	83 (27.4)	219 (72.3)	1 (0.3)	179 (28.4)	450 (71.3)	2 (0.3)

表3 連携をとるための職場環境・システム (％)

	看護職 (N=303)			介護福祉士 (N=631)		
	思 う	思 わない	NA	思 う	思 わない	NA
1. あなたの職場では看護、介護が連携するための場や機会がある	71 (23.4)	228 (75.2)	4 (1.3)	238 (37.7)	385 (61.0)	8 (1.3)
2. あなたの職場では看護、介護をする上で上司や組織の理解がある。	120 (39.6)	180 (59.4)	3 (1.0)	240 (38.0)	381 (60.4)	10 (1.6)
3. あなたの職場では看護と介護の業務の役割、分担がはっきりしている。	97 (32.0)	203 (67.0)	3 (1.0)	172 (27.3)	449 (71.1)	10 (1.6)
4. (看護・介護)両者が意見を出し合う場をつくっている。	101 (33.3)	200 (66.0)	2 (0.7)	295 (46.7)	331 (52.5)	5 (0.8)
5. 職場では介護職の知識、技術のレベルアップを図っている。	110 (36.3)	183 (60.4)	10 (3.3)	159 (25.2)	468 (74.2)	4 (0.6)
6. 職場では看護職の知識、レベルアップを図っている。	125 (41.3)	175 (57.7)	3 (1.0)	263 (41.7)	330 (52.3)	38 (6.0)
7. あなたの職場では看護職だけで利用者の日常生活援助方法について決めている。	232 (76.6)	68 (22.4)	3 (1.0)	491 (77.8)	123 (19.5)	17 (2.7)
8. あなたの職場では介護職だけで利用者の日常生活援助方法について決めている。	212 (70.0)	79 (26.0)	12 (4.0)	483 (76.5)	139 (22.0)	9 (1.5)
9. あなたの職場では看護職、介護職が利用者の日常生活援助方法について共同で決めている。	64 (21.2)	238 (78.5)	1 (0.3)	148 (23.5)	477 (75.6)	6 (0.9)
10. あなたの職場では利用者の日常生活援助について看護職や介護職だけでなく医師や他の職種との共同で決めている。	86 (28.4)	216 (71.3)	1 (0.3)	170 (26.9)	456 (72.3)	5 (0.8)

表4 連携に関する自己の認識 (％)

	看護職 (N=303)			介護福祉士 (N=631)		
	思 う	思 わない	NA	思 う	思 わない	NA
1. 看護、介護をお互い尊重しようとする意識が高い。	117 (38.6)	181 (59.7)	5 (1.7)	279 (44.2)	346 (54.9)	6 (0.9)
2. あなたは看護、介護の連携の方法を知っている。	58 (19.1)	237 (78.2)	8 (2.7)	173 (27.4)	448 (71.0)	10 (1.6)
3. あなたは日頃、看護職または介護職として知識、技術のレベルアップを図っている。	101 (33.3)	200 (66.0)	2 (0.7)	162 (25.7)	464 (73.5)	5 (0.8)
4. あなたは自分の専門職としての専門性、役割を理解している。	25 (8.3)	276 (91.0)	2 (0.7)	60 (9.5)	567 (89.9)	4 (0.6)

一方、看護管理者を対象とした調査結果では、44 施設中 32 施設（72.7%）で「看護と介護の業務内容が明確に明文化している」と回答しており、現場の実態に適応した業務分担になり得ていない現状を示していた。

職場において介護職の知識、技術のレベルアップを図っているかについては、看護師 60.4%、介護福祉士 74.2%が「そう思わない」に回答したのに対し、看護職の知識、技術のレベルアップ実践度は看護師、介護福祉士ともに4割以上が職場では看護職のレベルアップを図っていると回答した。特に、介護福祉士では自己のレベルアップのための実践度については25.2%の者が図っていると回答したのに対し、看護職のレベルアップ実践については41.7%が図っていると回答した。福祉施設の場合、専門性が異なる職種等で構成する組織であることや継続教育のシステムが整備されていないことから、職場における体系的・専門的な継続教育の機会がほとんどない実態がある。ほとんどの場合、職場外の単発的な研修や研究会等の教育機会を活用している現状である。特に介護職においては、専門の継続教育機関が整備されていない状況のなかで、体系的な継続教育を受ける機会が乏しく、実践活動の経験を裏付けとしながら力量を形成している現状がある。このことから、職場における継続教育の充実を図るとともに、福祉施設におけるケアの全体的な質向上を推進する意味からも職場・行政・教育機関が連携した継続教育システムを構築することが必要となると考える。

3) 連携に対する自己の認識（表4）

自己の専門職としての日頃のレベルアップ実践度では、看護師 66.0%、介護福祉士 73.5%が「図っていない」と回答しており、自己研鑽をしていると思わない者の割合が多かった。

また、連携の方法を知らないと回答した者が、看護師では78.2%、介護福祉士では71.0%と多く、連携の具体的なとり方を互いに理解しないままにチームでケアを行っている現状が明らかとなった。連携のための方法論の確立が急務であり、同時に現任教育の内容に取り上げるなどの対策をとる必要がある。

お互いを尊重しようとする意識が高いかとの問いに対しては、看護職では59.7%、介護福祉士では54.9%が「そう思わない」と回答した。また、自己の専門職としての専門性、役割の理解度は両職種とも理解していると回答した者は1割未満であり、ほとんどの者が「思わない」と回答した。複数の職種が円滑に協働するためには、相互の理解と尊重が重要であり、その基盤となるのは自らのアイデンティティを認識していることである³⁾とされている。自らの職業について、年齢や経験、職位に拘わらず、「これが看護師である」あるいは「これが介護福祉士である」という自己の専門性に対する認識がなければ、お互いに専門性を明示し、理解し合うことは難しい。看護も介護も社会的な必要性から創設された専門職であり、その専門領域にはそれぞれの専門性に基づいた価値観や見方、意見がある。だからこそ、多面的な見方が可能となるわけで、それぞれの専門性による意見の違いを理解するためにも、まずは看護職と介護職の双方が自己のアイデンティティを認識することが必要となる。

3. 看護職と介護職の日常業務の実施状況と認識

老人保健施設及び特別養護老人ホームにおいて、高齢化に伴い医療的ニーズの高い入所者が増加してきている。そのような現場において、医療行為と非医療行為を明確に区別しそれぞれの役割分担の中で行われていない現実は多く報告されている^{4) 5)}。

食事介助を一つみても、健康のレベルや意識レベルや身体の障害の状況等々により、どのように援助し何に留意したら、より安全に食事摂取を援助することができるかの判断と技術が必要になるが、どれが医行為でどれは医行為ではないと区別ができるだろうか。

医行為とは「医師法」に「医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為で、具体的には社会的通念に照らして個別に判断すること」とされており、医行為の範囲は明瞭にされているわけではない⁶⁾。小笠原は医行為と考えられるものとして、22項目を上げている⁷⁾が、疾病構造の変化や介護現場の状況などから、厚生労働省は、平成17年7月26日付けで「判断に疑義が生じることの多い行為であつて、原則として医行為ではないと考えられる行為を示し、医療に関する免許を有しないものを行うことが適切かどうかの判断の参考にするよう」通知⁸⁾している。医行為ではないと考えられる行為として、①体温測定、②血圧測定、③動脈血酸素濃度測定、④軽微な傷の手当て、⑤医薬品の介助（軟膏塗布、点眼薬投与、湿布の貼付）、⑥爪切り、⑦口腔ケア、⑧耳垢除去、⑨ストーマパウチの排泄物処理、⑩自己導尿の介助、⑪市販デバイスによる浣腸であったが、入所者の状況により、介護現場では必ずしもこの行為のすべてが医行為ではなく、介護職が行える行為といえるかどうかは疑問である。

今回、そのような現実の中で、実際はどのように実施されているのか、また、それぞれの援助行為に対し、看護職及び介護職はどのような認識を持っているか、について質問し調査した。

質問した業務としての援助行為項目は永嶋⁹⁾、人見¹⁰⁾、鎌田¹¹⁾、高木¹²⁾らの先行研究を参考にし、研究者間で50問を作成した（資料4 アンケート：看護・介護職対象を参照）。その内容は「医行為関連」16項目、「食事援助」6項目、「清潔援助」9項目、「褥瘡のある人への援助」4項目、「排泄への援助」8項目、「健康状態・ADLの観察、判断」6項目に関する項目群である。

尚、「医行為関連」16項目について、平成17年7月の厚生労働省通知によって11項目*が原則として医行為としない解釈が示されたが、その解釈の範囲は広く、誰が行うかの判断に迷う部分もあり混乱する状況を孕んでいる。通知の中では、医療行為が福祉施設等において行われる場合は看護職員によって実施されることが望ましく、またその指導の下で実施されるべきである、と付記されているため、今回の調査では、生活援助行為とは類似しない医行為を含む医療的行為の要素が大きい項目を医行為関連の項目群とした。（以後医行為関連項目群を医療的行為項目と略す）

50項目の看護職・介護職の項目群毎の実施状況のうち、医療的行為項目の実施状況は表5に、医療的行為項目以外のケア実施状況は表6～表10に示すとおりである。

2) 50項目（6項目群）の援助行為に対する看護職、介護職の援助に対する認識

医療的行為群の16項目に対する看護職、介護職どちらの役割と考えるかの問いに対

し、その結果を図3に示した。また医療的行為項目以外のケア項目に対する認識については図4～図8に示すとおりである。

以下に、看護・介護職の、(1) 日常業務の実施状況と、(2) 日常業務の援助行為に対する認識について、各項目群の結果を述べる。

1) 看護職と介護職の医療的行為の実施状況と認識

(1) 医療的行為の実施状況

表5に示すとおり、医療的行為に対する看護職の平均実施率は20.8%で項目間に大きな差は見られなかった。その中で上位実施項目は「軟膏を塗る」「経管栄養¹の流動食を注入」「血圧を測定」「呼吸の状態を観察」等であった。介護職は医療的行為であるが平均実施率は27.2%でその項目間の実施率には大きな差が見られた。その中で上位実施項目は「軟膏の塗布」や「薬を飲ませる」「呼吸状態の観察」「血圧測定」「爪に異常のある人の爪切り」「脈拍測定」「経管栄養の流動食を注入」「坐薬挿入」等であった。

「留置カテーテルの挿入」「留置カテーテルを抜く」「点滴を抜く」「浣腸」「褥瘡の消毒」などは10%台で、「IVH(中心静脈栄養)刺入部の皮膚の消毒」はわずかであった。

対象の状況によって医行為となるか否かの判断を要する状況の中で、多くの医療的行為がされている実態があった。

項 目	看護職	介護職	未実施	無回答
軟膏を塗る	23.55	50.21	19.70	6.53
薬を飲ませる	22.16	49.46	21.73	6.64
呼吸状態を観察する	22.48	45.50	25.37	6.64
血圧測定	22.91	42.72	27.94	6.42
爪に異常のある人の爪切り	21.63	37.47	33.51	7.39
脈拍測定	22.27	37.37	33.83	6.53
経管栄養の流動食を注入する	23.02	28.69	46.04	2.25
坐薬を入れる	22.16	27.94	43.15	6.75
吸入(ネブライザー)を行う	14.88	21.73	53.96	9.42
意識障害のある人に経管栄養の流動食を注入	18.74	19.06	58.35	3.85
便の出ていない人の排便を行う	21.31	18.52	53.43	6.75
褥瘡の消毒を行う	21.63	15.10	56.32	6.96
浣腸を行う	20.45	12.63	59.64	7.28
腕や足に入っている点滴を抜く	19.38	12.10	61.03	7.49
膀胱留置カテーテルを抜く	18.42	8.35	64.67	8.57
膀胱留置カテーテルの管を入れる	18.52	8.03	64.78	8.67
IVH(中心静脈栄養)刺入部の皮膚の消毒	6.21	6.14	73.45	13.70

¹ 胃ろうへの栄養注入を含む

(2) 医療的行為に対する認識

医療的行為項目に対して看護・介護職どちらが行うことが適切と認識しているかについて質問したところ、図 20 に示すとおりであった。16 項目中、「呼吸の状態の観察」「IVH 周囲の皮膚の消毒」の項目は両者の認識に 20%以上の差があったが、他の項目はほぼ一致していた。看護職が行うことが適切と 90～70%の両者が答えていた項目は、「膀胱内留置カテーテルの挿入」(介護職 89.5%、看護職 83.8%)、「膀胱内留置カテーテルの抜去」(89.4%、83.8%)、「床づれの処置」(86.7%、82.5%)、「浣腸」(83.8%、80.2%)、「点滴を抜く」(86.7%、79.5%)、「排便」(75.9%、76.2%)、「意識障害のある人に経管栄養の流動食を注入」(73.1%、70.0%)、「IVH 周囲の皮膚の消毒」(84.9%、60.1%)、であった。60～50%の両者が看護師が行うことが適切と答えていた項目は「経管栄養の流動食の注入」(65.3%、60.7%)、「坐薬の挿入」(57.4%、57.1%)、「ネブライザー」(61.5%、56.1%)、「爪に異常のある対象の爪切り」(44.8%、51.8%)、であった。薬物を用いたり、解剖生理学的な知識の基に行う処置や援助、創部や IVH などのように体内に直接入っているカテーテル類に関連する処置などは両者とも医療行為の認識であり、看護職の役割と双方で認識している。「呼吸状態の観察」の項目は看護師がすべきと 41%の看護師が答えているのに対し、介護福祉士は 14%が看護師がすべきと答えており認識の違いが見える。しかし血圧や脈拍、呼吸などの測定や軟膏塗布、内服薬の服用は両者で協働して観察・測定、実施するという認識であった。

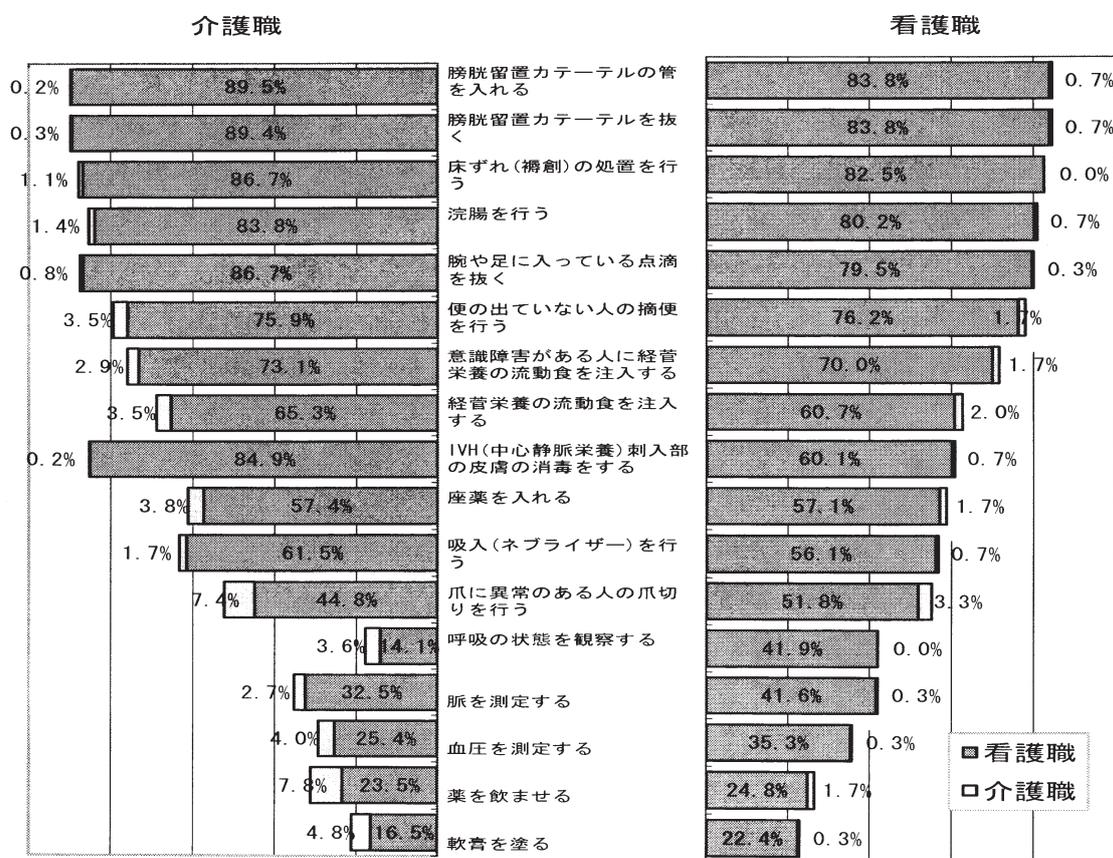


図3 医療的行為に対する認識

(3) 医療的行為のまとめ

福祉現場では様々な状況があり、誰が判断しどのように行うかの決定が難しく実施する時は責任を負うことになる。今回の調査で看護職はどの行為も 20%前後の実施率であったのに対し、介護職は多くの行為を 50%前後の実施率で行っていることが明らかになった。実施で上位を占めた行為は「軟膏を塗る」「薬を飲ませる」「呼吸状態を観察する」「血圧測定」等であった。これらは厚労省通知による医行為でないと考えられるもの¹³⁾として列挙された行為に含まれるものであった。しかし「坐薬の挿入」「ネブライザーの実施」「意識障害のある人への流動食の注入」「摘便」などの医療的行為も約 20%の介護者は実施している実態があり、仮に H17.7 の通知で医行為外の行為であると解除された行為であっても、対象の状況はさまざまである中で、どのように判断し実施したらよいのか、利用者にとってもまた実施する介護職にとっても緊張や不安や危険との背中合わせの状態の中で行われているのではないかと思われる。

医療的行為に対する認識について見ると、留置カテーテルの挿入と抜去、褥瘡処置、浣腸、点滴を抜く、摘便、経管栄養、は看護・介護職が共に 70%以上で看護職の役割であると答えている。この他座薬挿入、ネブライザー、異常のある爪の爪切り、などの行為も双方とも 50~60%が看護職の役割と認識していた。

以上のことより、医行為である、あるいは医行為に相当すると認識しながらも、実践現場では行わざるを得ない状況であるといえる。H17.7 厚労省通知より原則として医行為外として示された項目はこれからますます介護職は実施することになる。そのため、基本となる知識や技術の修得、状況判断などの研修の機会は必至といえる。また看護職の専門的な視点からの指導助言は重要であるので、看護職は介護職との関係形成を深め利用者の健康の視点をケアチームに積極的に提供していく役割がある。

2) 看護職と介護職の医療的行為以外のケア項目の実施状況と認識

A. 食事介助

(1) 食事介助の実施状況

表 6 に示すように、「食事援助」は 6 項目で看護師の平均実施率は 22.9%、介護福祉士は 50.6%であった。看護師は 20%台であるのに対し、介護福祉士は「流動食の摂取量の観察」は 32%と少ないが他の項目はすべて 50%以上の実施状況であった。

項目	看護職	介護職	未実施	無回答
食べた量や食事内容を観察する	23.98	55.67	18.31	2.03
食べる意欲のない人に食事介助	25.16	55.46	17.45	1.93
半身麻痺があり箸が持てない人の食事介助	22.48	54.50	20.99	2.03
水を飲んだらむせてしまう人の食事介助	23.45	53.53	21.31	1.71
全身麻痺があり箸が持てない人の食事介助	20.77	51.82	24.73	2.68
流動食の摂取量の観察	21.73	32.44	42.93	2.89

(2) 「食事介助」に対する意識

図4に示すように、6項目中、看護職が行うことが適当と両者はほぼ一致した割合で答えていた項目は「流動食の摂取量の観察」（介護職 37.7%、看護職 32.7%）のみであった。「誤嚥しやすい対象の食事介助」、「全身麻痺または半身麻痺の対象への食事介助」、「食欲のない対象への食事介助」、「食事の内容や摂取量の観察」の項目は両者共に、介護職は介護職がすべきと答えているのに対し、看護職は看護職がすべきと答えており、認識に相違が見られた。ただし「流動食の摂取量の観察」は双方とも看護師がすべき援助と答えている。双方で協働して行っていくという認識は両者とも60～80%台でほぼ同じ割合であった。

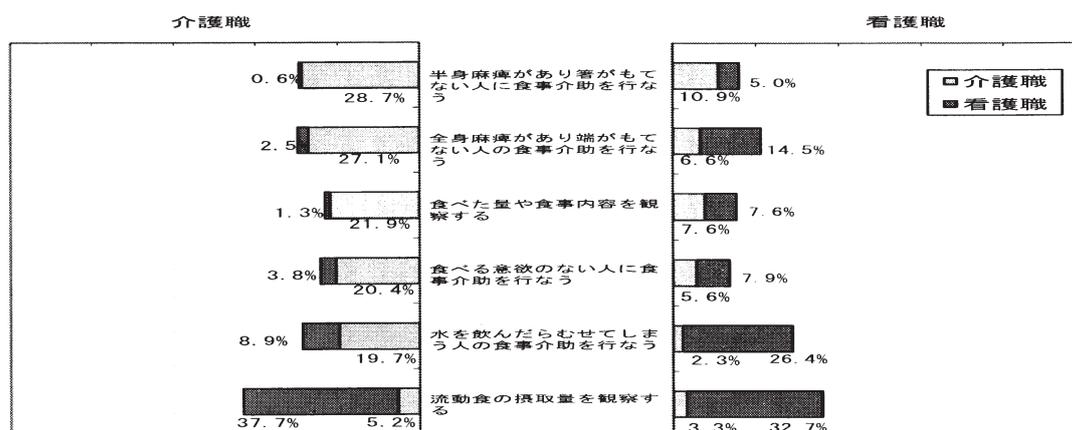


図4 食事援助に対する認識

B. 清潔援助

(1) 「清潔援助」の実施状況

表7に示すように、「清潔援助」は9項目で看護職の平均実施状況は18.8%、介護職は46.4%であった。介護職は入浴介助について入浴に意欲的でない人や意識が明瞭でなかったり麻痺があったりなどいろいろな条件が加わっても50%台の実施状況であったが、点滴をしている人の清拭は30%台の実施率であった。

表7 清潔援助職種別実施状況比較 (%)

項目	看護職	介護職	未実施	無回答
半身麻痺があり、一人では動けない人の入浴介助	18.31	55.14	24.52	2.03
やる気の乏しい人に入浴介助をする	18.63	54.71	24.30	2.36
爪切りを行う	21.63	53.85	18.20	6.32
全身麻痺で動けない人の入浴介助	16.70	52.25	27.94	3.10
口腔内の状態を観察	21.52	49.14	22.81	6.53
意識のはっきりしていない人の入浴介助	14.56	42.18	39.29	3.96
意識のはっきりしない人の口腔内清潔	21.09	41.86	34.48	2.57
膀胱留置カテーテル挿入中の人の陰部清拭	19.59	37.90	39.29	3.21
点滴をしている人の全身清拭	17.56	30.30	48.18	3.96

(2) 「清潔援助」に対する認識

図5に示すように、9項目中、「口腔内の状態を観察する」について、看護職は看護職が行うことが適当と24.1%が認識し、介護職が行うのが適当という認識は5.3%であった。それに対し、介護職は介護職が適当と15.1%が認識しており、看護職が適当はわずか8.7%で、両者の認識に相違が見られた。他の項目は双方ともほぼ一致していた。特に入浴介助は麻痺や意識の有無など、さまざまな条件はあっても介護職が行うのが適切と介護職の約50%は認識していた。

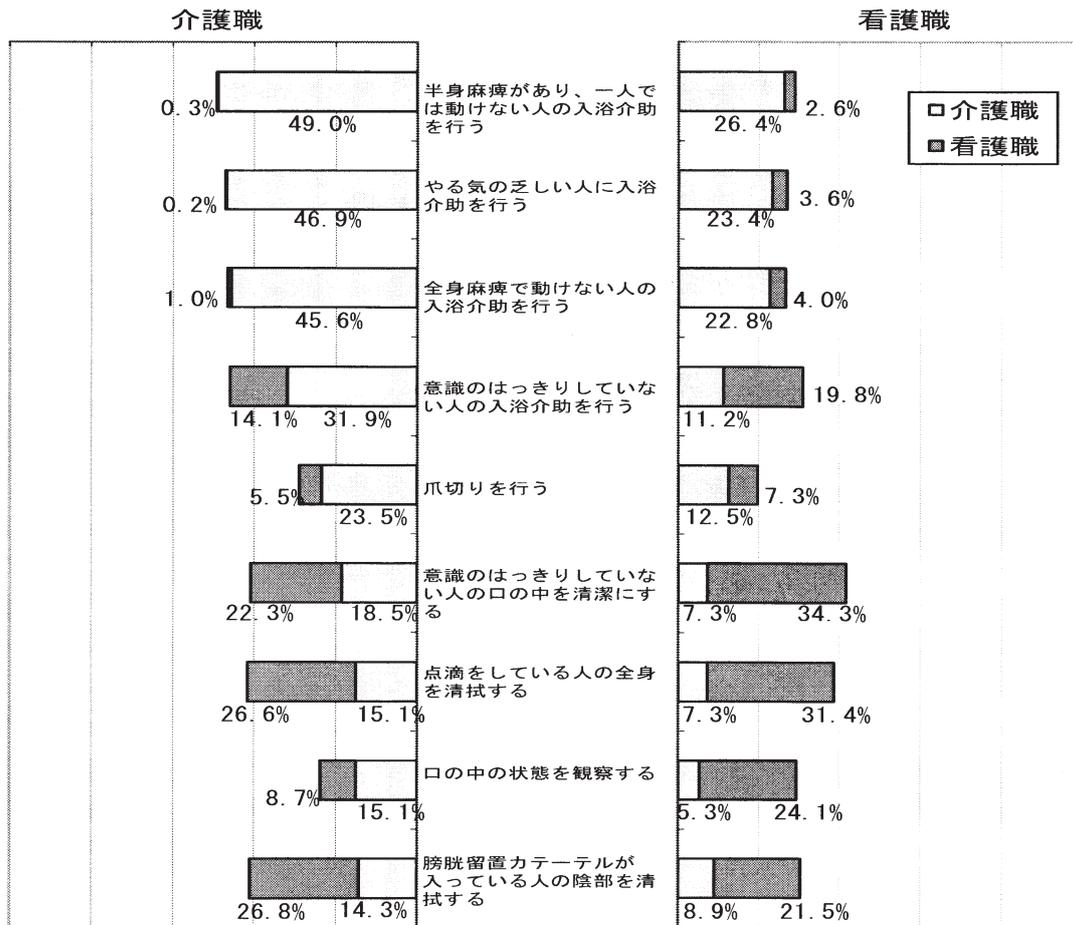


図5 清潔援助に対する認識

C. 褥瘡のある人への援助

(1) 「褥瘡のある人への援助」の実施状況

表8に示すように、「褥瘡のある人への援助」は4項目で平均実施率は看護師19.7%、介護福祉士50.8%であった。褥瘡に対するケアを介護職の40~50%の人は床ずれがあっても入浴介助や陰部洗浄を実施していた。皮膚の状態の観察などの項目も入浴介助と同じ実施率であった。

表8 褥瘡のある人への援助の職種別実施状況比較

(%)

項目	看護職	介護職	未実施	無回答
皮膚の状態観察	22.06	52.78	18.74	6.42
褥瘡のある人の入浴介助	17.45	52.03	23.98	6.53
褥瘡のある人の陰部洗浄	17.88	49.36	25.91	6.85
褥瘡のある人の皮膚の状態観察	21.41	48.82	22.91	6.85

(2) 「褥瘡のある人への援助」の認識

図6に示すように、4項目中、「褥瘡のある人の皮膚の状態の観察(29.7%)」や「全身の皮膚の状態の観察(21.1%)」の項目は、看護職は看護職が行うのが適切と答えているのに対し、介護職は看護職が行うのが適切と答えているのはわずか(11.7%、6.3%)であり、認識にズレがみられた。他の2項目(項目16・17)も介護職が行うのが適切と介護職の30~40%は認識しているのに対し、看護職は20%弱の看護職が介護職が適切とは回答しておらず、双方の認識の割合に相違が見られた。

褥瘡のある人への援助の項目群に対する認識では、褥瘡のある人の入浴介助や陰部洗浄は介護職が、褥瘡状態やそうでない皮膚の観察は看護職がおこなうか、またはそのほとんどを協働で行うという認識の割合が大きかった。

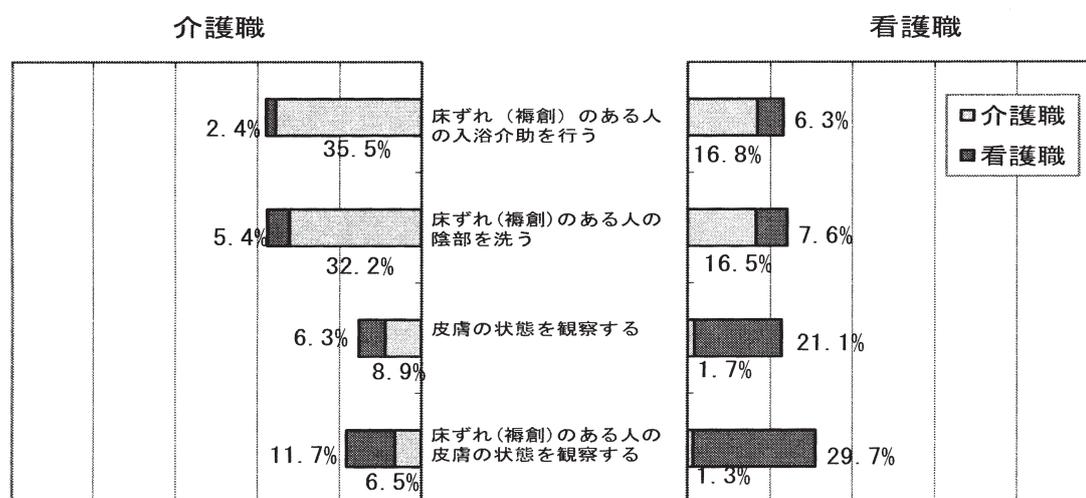


図6 褥瘡のある人への援助に対する認識

D. 排泄への援助

(1) 「排泄援助」の実施状況

表9に示すように、「排泄への援助」は8項目あり、平均実施率は介護職49.6%、看護職18.3%であった。介護職はオムツ交換やトイレ誘導、便や尿の観察など半数の人が実施していると答えているのに対し、ベッド上で便器や尿器を用いた排泄援助は30%台と少なかった。

表9 排泄援助の職種別実施状況比較

(%)

項目	看護職	介護職	未実施	無回答
やる気の乏しい人をトイレまで誘導し介助する	19.16	54.18	20.13	6.53
便や尿の観察	21.73	53.10	18.74	6.42
半身麻痺があり、一人では動けない人のトイレ誘導・介助	18.84	53.00	21.20	6.96
褥瘡のある人のオムツ交換	19.16	51.39	22.59	6.85
全身麻痺のある人のオムツ交換	17.34	50.86	24.63	7.17
陰部や殿部の状態の観察	22.38	48.72	22.38	6.53
意識のはっきりしない人のオムツ交換	16.81	47.32	28.37	7.49
ベッドに寝たままの人に便器・尿器の挿入	10.81	38.33	38.97	11.88

(2) 「排泄への援助」の認識

図7に示すように、「排泄への援助」に対する認識も看護・介護職双方とも同じ傾向であった。30~50%の介護職はオムツ交換や排泄誘導、便器、尿器による排泄の援助などは介護職の役割であると認識している。8項目中、看護職は便や尿の観察、陰部や殿部の観察、意識のない対象のオムツ交換は看護職が行うのが適切と10~20%が認識しているが、介護職は看護職の役割とは認識していない。むしろ意欲のない対象の排尿誘導や麻痺や寝たきり、意識のない対象や褥瘡のある対象のオムツ交換に対し、介護職が行うのが適切と30~50%の介護職者は答えている。観察は両者で行うのが適切と答えており双方とも協働で行っていくことが適切と認識していた。

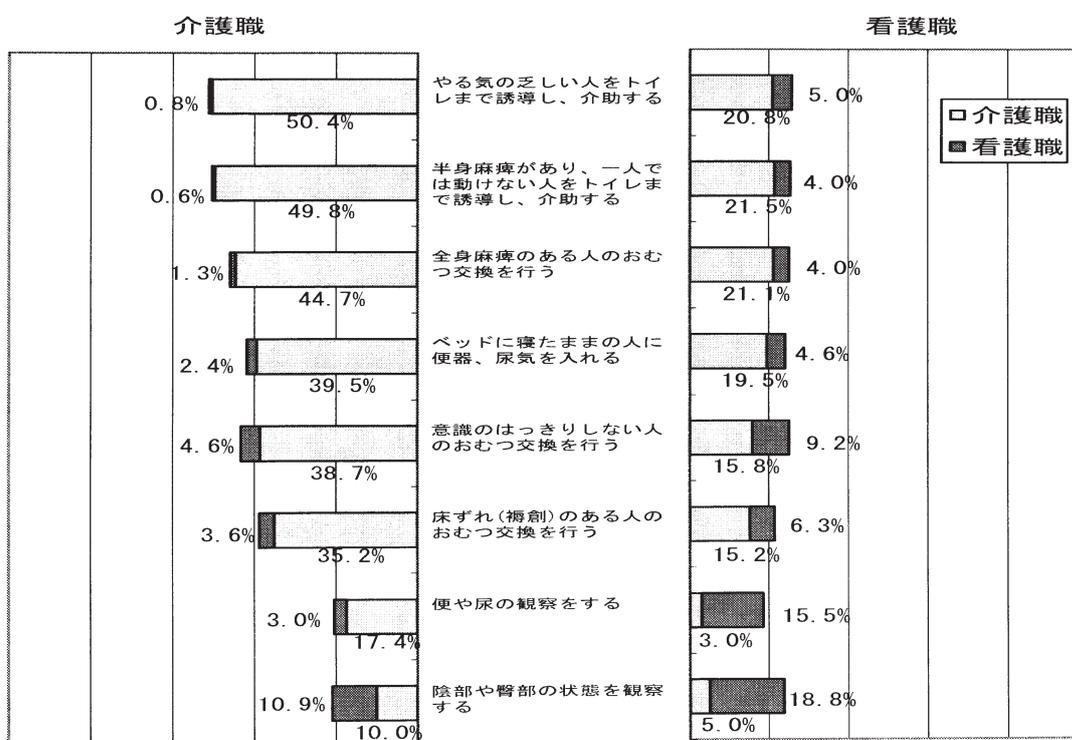


図7 排泄への援助に対する認識

E. 健康状態・ADLの観察、判断

(1) 「健康状態・ADLの観察、判断」の実施状況

表10に示すように、「健康状態・ADLの観察、判断」は6項目あり、平均実施率は介護職45.7%、看護職22%であった。介護職は利用者の健康状態の判断の実施が30%台で少なかったが、他の手足の状態や意識やADLの状態などの観察は半数の人が行っていた。看護職は全体にどのケア項目も20%前後の実施状況であった。

表10 健康状態の職種別実施状況比較 (%)

項目	看護職	介護職	未実施	無回答
利用者の健康状態の観察	22.91	52.36	18.42	6.32
利用者が自分でどれくらい動けるか観察	21.41	50.21	21.84	6.53
利用者の健康状態によってケアの方法を考える	22.16	48.29	22.91	6.64
腕や足の曲がり具合の観察	22.06	46.47	24.41	7.07
意識の状態を観察	22.16	46.36	24.95	6.53
利用者の健康状態の判断	21.31	30.62	41.11	6.96

(2) 「健康状態・ADLの観察、判断」の認識

図8に示すように、6項目中、「利用者の健康状態の判断」は看護職・介護職ともに看護職が適切と認識している(62.7%、47.4%)。しかし「意識状態の観察」は看護職が行うのが適切と38.9%の看護職が認識しているのに対し、介護職は看護職が適切とは11.9%にとどまり、看護職の認識の1/4であり、認識に大きな相違がみられた。この傾向は他の項目にも見られ、「腕や足の曲がり具合の観察」、「利用者がどれくらい動けるかの観察」、「利用者の健康状態によってケアの方法を考える」、「利用者の健康状態の判断」も看護職と介護職のそれぞれの認識に違いが見られた。

この項目群は他の項目群に比べて認識に大きな違いが見られた。また他の項目群に比べ「健康状態・ADLの観察、判断」の項目群は協働で行うという割合が多く認識されていた。

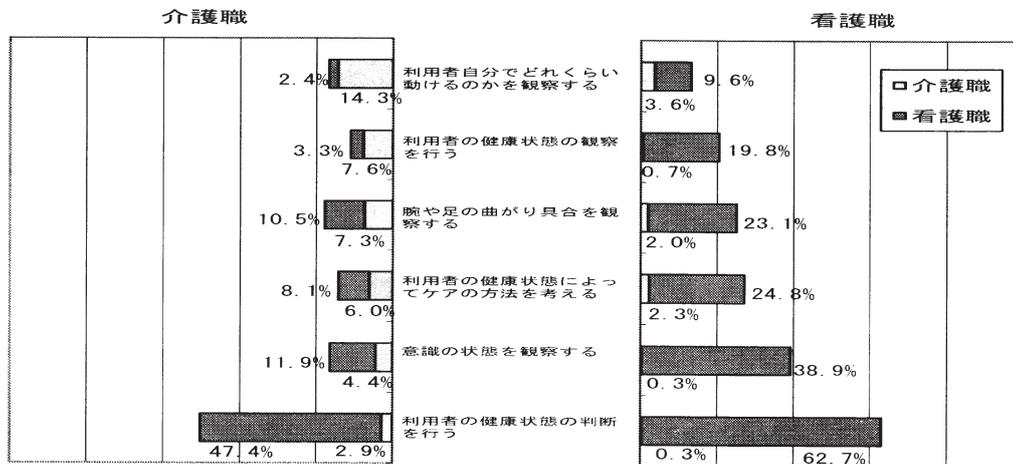


図8 健康状態・ADLの観察、判断に対する認識

F. 医療的行為以外のケア項目のまとめ

食事介助、清潔の援助、排泄の援助、褥瘡のある人への援助、健康状態・ADLの観察、判断、これらのすべての項目群において、看護職は20%前後の実施状況に対し、介護職は50%以上の実施状況であった。

食事援助では介護職は麻痺がある、食欲がないなどの条件が加わっても介護職が行う役割があるという認識をしていた。しかし流動食の摂取量の観察は看護職の役割と両者が認識していた。看護職は誤嚥の危険性がある対象の食事介助は看護職の役割と認識しているのに対し、介護職は介護職の役割と認識しており認識に相違が見られた。このような認識が逆転しその差が大きい項目は他の項目群には見られなかった。この項目は介護職の53.3%の実施率があり日々の経験から実施できる自信があるのではないかと考えられる。

清潔援助に対する認識では介護職は入浴介助について、麻痺があったり意識がなかったりなどのいろいろな状況の対象であっても介護職が行うべきと認識している。それに対し看護職は意識のない対象の口腔内の観察やIVH挿入中の入所者の清拭、留置カテーテル挿入中の利用者の陰部洗浄などは看護職が行うのが適切と認識している。意識の有無やカテーテル類などを装着しているような場合は看護職が実施するのが適切であると両者は認識していた。これらは医療的行為の範疇ではないが、カテーテル類の装着は身体侵襲が大きいことから、その取り扱いには医療的知識の必要性が認識されているものと考えられる。

褥瘡のある人への援助に対する認識においても、皮膚や褥瘡のある人の皮膚の観察、排泄への援助に対する認識においても、便や尿の観察、陰部や殿部の状態の観察、また健康状態・ADLの観察、判断に対する認識においても、健康状態の判断等の項目は看護職が行うのが適切と両者が認識していた。普段と変わりなく健康な状態か異常の兆候はないかなどの観察や判断はヘルスアセスメントの専門的技術の知識と視点が求められるため看護職の役割と認識されると思われる。反面、日常生活に関する援助は対象が多少の条件を持っていても、日々の経験から実施できるという自信があるため介護職の役割と認識できるのではないかと考える。

以上のことより、医療的行為以外のケア項目の実施と認識は対象の条件が様々であり、高齢者の特性としても急遽変化する可能性が高いことなどから、対象の状況を見ながら両者でそれぞれの特性をもった視点で観察し、歩み寄って援助していく連携業務実践の認識が重要であることを示唆している。

4. 看護と介護の関係性

看護と介護の関係性については、看護職、介護福祉士ともに約7割の者がモデル3のように看護と介護は独自の専門領域と共通の領域をもち、並列な関係にあると考えていた。

川村¹⁴⁾は看護職と介護職のそれぞれの職種の思考過程に関する調査において、看護職も介護職も同じように支援の必要性や支援課題を抽出するが、支援目標に関しては、看護職は健康や生命に重点をおき、介護職は、利用者の生活文化に重点をおいているこ

と、支援の方法は類似の生活支援方法に加えて、独自の法的に承認された技術を用いていることを明らかにしている。看護と介護は教育背景や歴史的経緯あるいは法的位置づけが異なる独自の専門性をもつ職種であることから、ケアに対する必要性や方法など基本となる考え方に共通部分はあっても、その援助過程は異なると考える。したがって、今回の結果より多くの方が看護と介護の共通部分と独自の専門性の部分を認識していることから、互いの相違点ばかりを強調するのではなく、共通認識できる部分にもっと目を向け、互いの専門性を尊重した上での連携の具体的方策を検討していく必要がある。

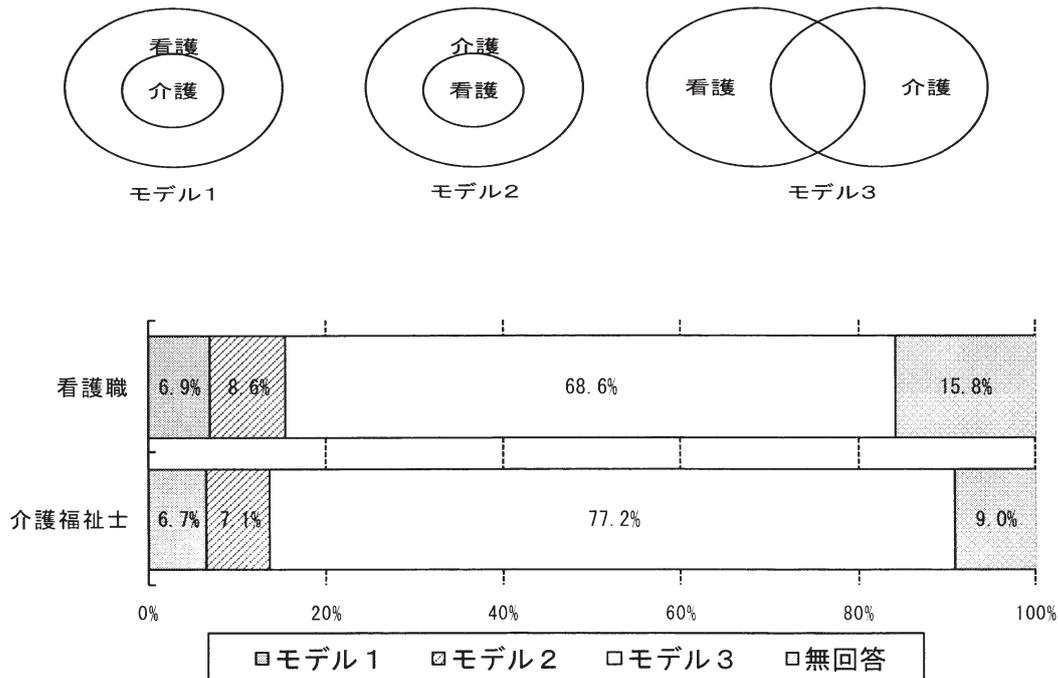


図9 看護と介護の関係性

【引用・参考文献】

- 1) 鎌田ケイ子：在宅ケアにおいてめざすべき看護と介護の連携とは. コミュニティケア, 9 (4) : 14-25, 2007
- 2) 井上千津子：看護と介護の連携. 老年社会科学, 28(1) : 29-34, 2006.
- 3) 千田みゆき：チーム医療において在宅療養者をどう支えるか, インターナショナルナースingleレビュー, 22(5) : 39-43, 1999.
- 4) 朝日新聞：「介護職員、医療行為か」2008 10月2日
- 5) 高木和美：看護とは何か、介護とは何か、賃金と社会保障、No1355、p4-33、2002.12.
- 6) 厚生労働省医政局長通知：医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法31条の解釈について、平成17年7月26日.
- 7) 小笠原裕次・若穂井透：「実践 Q&A 介護保険の苦情対応」東京法令出版2001. p110
- 8) 前掲書4)
- 9) 永嶋由理子、渕野由夏：看護職と介護職の連携について野検討、山口県立大学社会福祉学部紀要、Vol、8、19-31、2002.3.

- 10) 人見優子、弓貞子：介護職員の「医療行為」等業務の実態～介護実習先職員のアンケート調査をもとに～、共栄学園短期大学研究紀要、23, 2007.
- 11) 鎌田ケイ子：【地域・在宅ケアへの提言 看護と介護の連携,ケアの倫理を考える】 看護と介護の連携が地域を支える、コミュニティケア、8 (1) P52-57、2006.01.
- 12) 前掲書 5)
- 13) 前掲書 6)
- 14) 川村佐和子：看護と介護—その専門性と連携. 日本看護科学会誌, 16(1):10-12, 1996.
- 15) 鎌田ケイ子：【医療と福祉はこう変わった】 問われる看護職の責任の重さ 全国高齢者ケア協会が実施した「介護職による医療行為」の実態調査から、訪問看護と介護、12 (12)、997-1001、2007

V. 看護と介護の連携に関する自由記述から見えてきたこと

1. 自由記述の分析方法

1) Vekty について

自由記述の分析にはレポート分析支援システム「Vekty」を用いた。Vekty は山梨県立看護大学短期大学部が NTT 東日本と共同開発した「レポート分析支援システム」で平成 17 年度「特色ある大学教育支援プログラム」に採択された同大の「当事者参加授業の実施」への文部科学省からの助成事業の一つである。Vekty では以下の順に分析作業が実施される。

- ①システム生成のカテゴリー数（＝分類しようとする数）を決定
分析対象をいくつに分類するかを決定し、カテゴリー毎の略語と分類名を入力
- ②分析基準となる分類済みデータ（基礎データ）の設定
分析対象記述から複数担当者が適当数の例文を選択しタブ区切りファイルとして保存
- ③構築形態素数の条件設定を行い分類器のカスタマイズを実施
文章の長さに応じて構築形態素数を設定
- ④分析対象レポートの設定
Vekty のシステムによってレポートデータを意味の通る短文に区切り、タブ区切りファイルに変換し、システムに取り込む
- ⑤分析
判定ポイント（確かさ・曖昧さの程度）を設定し、レポートデータの分析を実施
- ⑥分析データの確かさの検証
Vekty のシステムによって予め設定したカテゴリーに分類されるが、一定量の未分類とシステムのロジックでは判断がつきにくい要確認のケースが生じる。これらについて担当者がどのカテゴリーに分類するか、または排除するかを判断

2) 分類カテゴリー及び基礎データについて

自由記述の分析にあたり、予め複数の担当者が自由記述を別個に読み込み各自で分類を作成し、その後各自の結果を持ち寄って検討し以下の 4 つのカテゴリーを決定した。

- 1：現状をどうにか受け止めている（現状のみにふれているものも含む）
- 2：相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（お互いにこうあるべきも含む）
- 3：連携についての積極的な考え方（こうあるべきという希望も含む）
- 4：組織全体や制度などの問題の指摘

次に各カテゴリー毎に 7～10 の代表的文例を抽出し、再度 Vekty による暫定分析を実

施した。その分析結果を複数担当者で検証し、複数回の修正・再分析を経て、要確認数 71 (6.9%) 未分類数 20 (1.9%) という分類結果に至ったものを基礎データとして採用した。

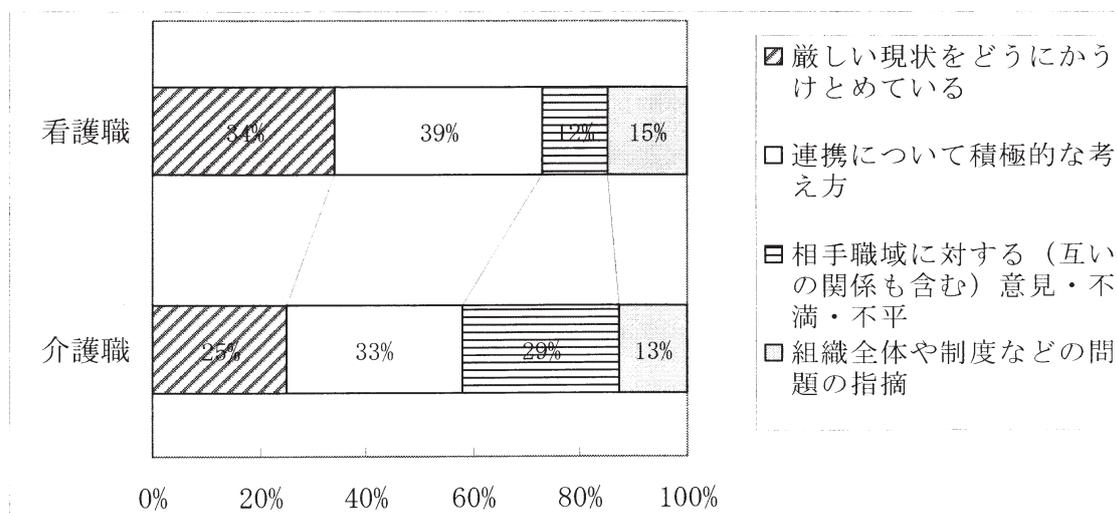
2. 自由記述の概要

Vekty のシステムによってレポートデータを短文に区切った結果、分析対象の文章数は 1028 となった。暫定分析をへて、最終的に 71 文が要確認対象となり、その一文一文を 3 名の担当者で分析し、合議により分類し、4 つのカテゴリーに分類できない単文数は 20 となった。分類結果は表 1 と表 2 に示したとおりである。なお、介護職の回答者数 631 名・看護職の回答者数 303 名と回答者数に大きな開きがあり、短文数にも大きな差がある。このため自由記述を分析する際に影響が出ている可能性があり、分類によっては看護職側の記述がないものも存在する。

表 1

	介護職	看護職	total
厳しい現状をどうにかうけとめている (agreement)	193	79	272
相手職域に対する(互いの関係も含む)意見・不満・不平 (complaint)	227	28	255
連携について積極的な考え方 (positive)	253	88	341
組織全体や制度などの問題の指摘 (system)	105	35	140
未分類	19	1	20
total	797	231	1028

表 2



全体の傾向としては、連携についての積極的な考え方に関連する単文が最も多く記載されている点が共通していた。対照的だったのは相手職域に対する意見・不平・不満に関する単文であり介護職では短文全体の 29 パーセントを占めていたのに対し、看護職では 12%と大きな差が見られた点が特徴的といえる。

3. 自由記述の詳細内容

この章においては各カテゴリーに含まれる内容を分類し、各項目の代表的な記述内容を介護職・看護職を対比させる形で示す。

1) 現状をどうにか受け止めている

介護職で 25%、看護職で 34%の比率を占めたカテゴリーであり、「医療依存度の上昇」「業務分担」「相互理解」「視点・価値観の違い」「看護と介護の関係性」「介護職種背景の多様性」の 6 項目に分類された。

表 1-1 現状をどうにか受け止めている（医療依存度の上昇）

介護職の記述	項目	看護職の記述
医療的に手のかかる利用者が増える一方の施設	医療依存度の上昇	施設で行う医療行為が利用者の高齢化・重度化に伴い増えてくるが看護師の人員は決められている為はかなり苦しい状況だと思う
看護師はいつも人員不足であり介護も看護的な業務に携わる事が多くなっている		2～3年前まではADLが自立していた利用者が多かったのに重症の入所者が多くて驚いた

看護職・介護職共に入所利用者の医療依存度の上昇を実感しており、医療的対応に追われる様子が描写された。介護職においては本来的には看護職の行うべき業務内容についても介護職が実施しているとの認識が示されている記述が目立った。

表 1-2 現状をどうにか受け止めている（業務分担）

介護職の記述	項目	看護職の記述
介護職が吸引・投薬などの医療行為をせざるを得ない	業務の近接化	経管でも創の処置でも教えれば介護職の仕事でよいというので介護職は何でも出来るようになっていきます
看護職がやるべきことでも土日祝日や夜間は不在のため介護士が行っている		看護と介護の連携がないと人手不足の現状では業務が終わらない
施設内の日常に於いて介護と看護をはっきりと区別できない所が存在する		介護士は介護のことだけだが看護師は介護も行えるためそこがネックだ

医療依存度の上昇と関連して看護と介護の双方から業務内容が近接化していること

を伺わせる描写が目立った。看護師が不在の時間帯があり、医療的な行為も介護士が行わなければ業務が終わらない現状が数多く指摘された。

表 1-3 現状をどうにか受け止めている（相互理解）

介護職の記述	項目	看護職の記述
介護と看護の仕事がはっきり分かれていてお互いに話し合う機会が少ない	相互の 不 理 解	看護師でなければ出来ない仕事が見えにくく理解されないのか、コミュニケーション不足か、悩むことが多い
お互い人手不足で気を使って遠慮して言いたいことを言えずもめたりすることがある		介護職は生活援助に費やす時間が多く、看護の仕事（専門性）に関心を持つ介護職は少ない
看護の専門性を介護側が理解するのは難しい		日々の業務に追われ介護からは「看護は手伝ってくれない」、看護サイドからは「日常生活援助は介護の仕事だから」といった声が聞かれる

同一施設内で同じ利用者を対象に援助を行っているにも関わらず相互理解が進まず、連携が行えていないことを伺わせる描写が目立った。前項においては業務内容が近接化していることを示す記述が多く記されていたが、この項目と合わせて考えると相互の専門性を理解し合った上での分担ではなく、医療的対応の増加に伴うなし崩し的な業務の混合が生じていることが想像される。

表 1-4 現状をどうにか受け止めている（視点・価値観の違い）

介護職の記述	項目	看護職の記述
介護も看護も同じ志をもち、協力してケアしていきたいがうまくいかない	視点・ 価値 観の 相 違	お互いに目指しているケアの目標が異なりやりづらさを感じる
看護職が医療職としての思考のままでは生活を取り戻すための支援は難しい		職種の専門性の違いが、考え方や認識の違いを生む
高齢になると多くの疾患を抱えている方が多く、生活や本人の気持ちを尊重するのか、疾患に重点を置くのかで大きく援助内容が変わってくる		看護と介護の価値観があまりにも違う人や福祉の進歩についてこられない人、ついて行こうと勉強しない人との連携が難しい
一人の人のケアをいかによくしていくかという生活の視点に立った援助を考えているつもりですが、そもそもそこに視点の違いがあるように思う		看護職と介護職では基礎教育で学んでくる内容やケアの基本的考え方が異なる

双方が、お互いの持つ視点や価値観の相違を意識し、その違いが連携の難しさを生んでいるとの認識が示された。介護職の記述からは「生活」と「医療・疾患」を対比させ

て考えている様子が伺える。

表 1-5 現状をどうにか受け止めている（看護と介護の関係性）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護職の方が立場が上であるような状況であり連携をとろうにも難しい	看護と介護の関係性	古い施設であったり職員の年齢が高かったりすると看護師の指示の元に介護をしているし、介護職も指示を待っているような状態があると思う
「看護と介護の間には深く暗い溝がある」といわれているがなかなか距離が縮まらない		看護師の仕事は介護職の方にはできないが介護の仕事は看護師が出来るということを前提として、どのように業務を分担するのか難しい
管理職は皆看護師で介護には管理職はいません		看護と介護が同じ立場で意見が言える環境が今の職場には全くありません
看護師の指示によって業務が行われている部分がある		看護師は縁の下の力持ちとして存在している

介護職の記述からは、専門職として対等な関係にはなく、看護の下に介護が位置づけられているという意識が強く示されており、一部の看護職の記述からは「看護が介護を指導する」「指示する」といった表現が用いられており、専門職同士の連携と言うよりも、指示し指示されるという関係性が今なお色濃く残っている気配が自由記述の文章からも感じられる。

表 1-6 現状をどうにか受け止めている（介護職の背景の多様性）

介護職の記述	項目	看護職の記述
無資格の人であっても介護を行っている現状がある	介護職の背景の多様性	介護士の中には資格がない人も多く、利用者の観察の視点がずれていたり、援助の優先順位が違ったりする事がある
介護は歴史が浅く専門学校を卒業した職員や社会人を経験して新たに福祉の業界に入ってきた職員など様々だ		介護スタッフのレベルの差を感じる
介護職には年齢差があり、知識も技術も個人差が見られ統一した援助方法を進めていくのは難しい		未経験者が多いため一から指導しなければならない

両者の認識が一致していた項目である。無資格、ヘルパー資格、介護福祉士といった教育背景が異なる現状や、それに伴う知識・技術のばらつきの多さが指摘された。

2) 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（お互いにこうあるべきも含む）

介護職で 29%、看護職で 12%の比率を占め、両者の差が最も大きく出たカテゴリであり、「待遇面の不満」「業務分担の不満」「業務遂行上の不満」「相手職種の専門性に関する不満」「生活の場のとらえ方に関する不満」「地位・力関係に関する不満」の6項目に分類された。

表 2-1 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（待遇面の不満）

介護職の記述	項目	看護職の記述
給料にしても看護師の方が高く介護は低い が差はなくて良い	待遇面の不満	
病院とは違うのだから収入面でも初任給に大差があるのはおかしいと思う		

看護職と介護職の差が顕著に表れた項目である。介護職側は待遇面の差を強く意識していることが表出されているが、看護職側には介護職の待遇が高いとの記載はないが、後述する「連携についての積極的な考え方」のカテゴリにおける「連携への具体的方法」の項目では、介護職の待遇改善を求める看護職の記述が見られる。

表 2-2 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（業務分担の不満）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護師の業務内容が不明確だ	業務分担の不満	看護職の大変さを理解してもらえないことがある
看護師のいる日勤帯にも吸引・摘便・浣腸を行わねばならず不安・不満を持っている		看護は介護行為が出来るが介護は看護行為が制限されることをよく理解して欲しい
看護師は生活援助にもっと手を出して欲しい		看護は介護の仕事を手伝うことが出来ても、介護は看護の仕事を手伝う事が出来ない場合もあるため業務分担しないと仕事がこなせない
看護師が利用者と接していない時にどんな仕事をしているのかわからず不満だ		

介護職側からは日常生活援助に対して看護職の関わりが低いこと、医療的行為を介護職も担うこと、看護業務の全体像が見えにくいことへの不満が表出され、看護側からは看護師の業務内容が理解されないこと、施設における医療的対応の困難さが表出された。業務内容の分担方法や、お互いの業務に関する理解の不徹底が推測される。

表 2-3 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（業務遂行上の不満）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護に相談しても様子を見てというばかりで具体的な指示がない	業務遂行上の不満	些細なことでも介護職は自分で判断しないで看護職と情報交換をして欲しい
認知症ケアは看護の勉強不足が目立っているように思う		皮膚の乾燥、下肢の冷感などに関して看護師の指示がなくても即対応できるような考える介護をして欲しい
看護師に意見を言っても話が通らない		観察し気づいたことを記録に残して欲しい
状況を聞いただけで様子観察の指示が出る人が多いので必ず現場へ来てみて欲しい		介護職が依存的になることがあり、なぜこういう方法で行うのかという認識を自主的に把握しようとする人が少ない

ここでも表 1-5「看護と介護の関係性」の項目と同様、介護職が看護職から指示を受ける、というニュアンスの記述が双方から見受けられる。自由記述に於いては不満の根本的な要因には触れられていないものが多いが、連携を考える上では介護職側の不満の要因を解明する必要性が感じられる。

表 2-4 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（専門性に関する不満）

介護職の記述	項目	看護職の記述
人を見ず患部のみを見ている看護師が多く、それを専門性と誤解している	専門性に関する不満	介護職の知識レベルに差があり、きちんと教育研修を受けたものは良いが、ヘルパー二級レベルの人たちは説明してもなぜそうしなくてはいけないかなかなか理解できないようだ
生活の支援をするということをはき違えて、介護は誰でも出来るという意識の方がいます		

表 1-6「介護職の背景の多様性」の項目とも関連するが、看護職からは知識レベルの差が指摘された。看護職は介護職と比較すると、資格取得までの教育背景のばらつきが少なく職業者としての均質性が高いことから、介護職の質的なばらつきにたいしての不満が生じていることが推測される。介護職からは対象者を見る視点や生活を支援するという専門性の捉え方の相違が不満として表出された。

表 2-5 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（「生活の場」のとりえ方に関する不満）

介護職の記述	項目	看護職の記述
病院から来た看護師は病院の考え方が強く介護というものをあまり理解していないように感じる	「生活の場」の とりえ方に関する 不満	
病院と施設とでは違いがある。生活の場であっても理解できない看護師が多い		
特養では本来看護も介護も区別なく働かなくてはならない場であるのに、看護はそのことを理解していない		

前項の「専門性に関する不満」とも関連するが「生活の場」の捉え方とそこでの支援のあり方に関する認識の差が大きく、その点が介護職からは不満として表出されている。看護からはこの点に関する直接的な記述は見られない。

表 2-6 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満（地位・力関係に関する不満）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護が上の立場で介護が下だという意識があると思う	地位・力関係に関する 不満	
現状として看護の方が介護より上位にあるように感じる		
介護職員を助手と考えている看護師がいて、仕事上対等ではない		
未だに介護を走り役だと思っている節がある		
介護職の地位が低く看護が独占している		
直に利用者と接し、毎日の様子がわかっているのは介護士なのに看護師は聞く耳を持っていない		
介護は看護の召使いではない		

介護側からは業務の上では重なる部分が増えてきているにもかかわらず、地位や力関係に大きな差がある、との認識と、そこから生まれる不満が強く示されている一方で、看護側からはこの項目に該当する記述は見受けられない。連携を考える上での重要なポイントであると考えられる。

3) 連携についての積極的な考え方（こうあるべきという希望も含む）

介護職で 33%、看護職で 39%の比率を占めたカテゴリーであり、「相互理解」「相手職種への信頼」「連携のイメージ」「連携の具体的方法」4項目に分類された。双方の意見は非常に似通っており、連携の必要性については共通認識が得られているといえる。一方で連携の具体的方法に関しては、介護側からは日常業務の内容にまで踏み込んだ連携のあり方が提示されているのに対して看護側からは業務内容にまで踏み込んだ形の提示はみられなかった。

表 3-1 連携についての積極的な考え方（相互理解）

介護職の記述	項目	看護職の記述
連携という点ではお互いをもっともっと知らなければ（仕事内容も知識も）ならないと感じる	相互理解	お互いの専門性を生かし協力しあうことが大事
看護は介護を学び介護は看護を学ぶ必要がある		看護と介護のそれぞれの職種の専門性を尊重してケアすることが大事だ

双方の記述内容の特徴は非常に似ており、双方がお互いを理解することの重要性を共通認識としてもっていることを示していると考えられる。

表 3-2 連携についての積極的な考え方（相手職種への信頼）

介護職の記述	項目	看護職の記述
介護だけでは限界があり、医療面のケアを取り入れることにより利用者が健康に過ごせると思う	相手職種への信頼	生活援助の面では看護職員は介護職員にかなわないという介護職員であってほしい
看護師があわてることなく対応するのを見ると利用者だけでなく介護者も安心感・信頼感が出てくる		利用者様の日常生活において清潔、排泄等においてはむしろ介護職のほうが細かい観察をしており、連携を多く持ちながらケアを行っております
投薬・処置だけでないケア的手法を身に付けた医療職としての看護師に期待したい		特養は生活支援であり、そこで働いている人は資格以上の違いは何もないはずだ
		介護がなければ看護は成り立たない

この項目ではお互いに寄せる信頼が率直に表現されている。それぞれの専門性を尊重した関係性が構築できている施設もあること、あるいはそういった専門性を尊重しあった関係性を望んでいることが想像される。

表 3-3 連携についての積極的な考え方（連携のイメージ）

介護職の記述	項目	看護職の記述
共に尊重しあい、お互いの専門職としての知識を出し合い利用者にとってよりよい援助を行っていければよい	連携のイメージ	特養なので介護が中心となり健康状態問題が生じれば看護の役割が多くなる
認め合い協力していくことが必要でありお互いに切磋琢磨し向上していきたい		特養は病院とは違うということ意識した看護、介護が必要ではないかと思う
それぞれの役割を生かしながらもっとお互い歩みよって仕事ができればと日ごろ思っている		介護職員が意欲的で自主性のある施設では看護と介護の関係が違ってくるしどちらかが先走りしたのでは良い方向に向かわないので対等であるべきだ

介護側からは専門職どうしとしての協力関係や磨きあいを意識した記述が多く、看護側からは対等の関係での連携についての記述が見受けられた。「相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満」の内容と比較すると連携に積極的な看護師とそうでない看護師の間での温度差が表現されていると想像される。

表 3-4 連携についての積極的な考え方（連携の具体的方法）

介護職の記述	項目	看護職の記述
入浴・おむつ交換を一緒に行うことで皮膚の状態をみながら話し合うことができる。より良いケアができる	連携の具体的方法	介護と看護の役割をはっきりさせ、常に連携をとり情報交換を行いリスクに対する対応を行っていきたい
毎日のことが看護・介護の隔たりなく一緒にケアできたらよい		やはり老人ホームは介護が中心でなければならぬと思う
お互いの業務内容を理解するためには共に行動して意見を出し合っていく方が、よりよい結果をえられる		もう少し介護を中心とした施設でもいい
看護の分野、介護の分野共にお互いが持つ情報や知識、技術などをしっかりと共有できればより質の高い、看護・介護サービスが提供できる		協力し合うことがとても大切であり、協力できていると思うときは物事がスムーズに運んでいると実感する
気付きの部分で違う角度からの視野で意見を交換していけることがとても大事だと思う		看護が上とか介護が上とか区別せず一緒に仕事をしていく上での良いパートナーでいたい

どのように連携していくかについて、介護側からは具体的な業務内容にまで踏み込ん

だ記述がなされ、看護側からはやや抽象的な形での連携方法が表出されている。

4) 組織全体や制度などの問題の指摘

介護職で 13%、看護職で 15%の比率を占めたカテゴリーであり、「職員配置基準・待遇」「組織体系」「シフト・勤務体制」「業務上の区分の明確化」「業務上の看・介融合」「情報共有」「介護職が行う医療的行為を拡大」「医療的行為は看護に限定」の項目に分類された。カテゴリー全体として、介護職側からの個別的具体的な記述が多くなされていたことが特徴的である。看護職の回答者数が少ないことを考慮する必要はあるが、看護職からの記述がない、あるいは少ない項目が多く、記述内容そのものについても介護職の記述のほうが具体性のある内容となっていた。

表 4-1 組織全体や制度などの問題の指摘（職員配置基準・待遇）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護師の行っていた役割を介護も連携してやっていく場合はきちんと一度は教えるべきだ。	職員配置基準・待遇	介護の待遇改善が出来ればお互いの専門性を生かしよりよいケアを提供することが出来ると思う。
給料面での差が大きいのに介護士が看護の仕事をする人が多いので、いっそのこと処遇を同じにして業務を統一して欲しい。		介護士の中に看護がついてくると思うので、介護の給料をもっと上げるべきだと思う。
介護度の高い利用者が増えるなか、基準の人員に疑問を感じる。		欲を言えばもう少し介護士の給料をあげて、人が大勢配置出来るシステム作りが必要だと思う。

自由記述の全体的な傾向からも、夜間は看護職が不在でその間の医療的行為は介護職が担うなど、施設内での看護・介護の業務内容が近接化し明確な区分がしにくいこと、入所者の重度化が進み、医療的行為に関連する業務が増加していること、などの状況が示されている。この項目では、そのような状況下でなし崩し的に従来看護職が行ってきた業務が介護職の日常業務にもはいつてきていること、それらの要因を看護職・介護職の配置人数の少なさに見出していることが示唆され、業務内容が近接化しつつあるにもかかわらず待遇面での差が生じていることを懸念し、介護職の待遇を引き上げることの必要性が看護職からも述べられている。

表 4-2 組織全体や制度などの問題の指摘（組織体系）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護職には師長がいたり、主任がいるのに、介護職にはいない。	組織体系	介護を実施するうえで、その方の健康状態や注意することが多々あるため、お年寄りが生活していくうえでリーダーシップを発揮しなければならないのは看護と考える。
介護員をまとめる代表がいないため、一方的になってしまう。		介護士も専門職であって病院のような看護助手ではないのです。
看護職の代表は師長であり介護職の代表も兼ねているが、双方の連携を取るための会議がほとんどできていない。		介護がメインの職場だと考えています。
看護師にしかできないこともあるが、介護の仕事が多い高齢者の施設では介護士にも管理職がいないと統一したケア・連携ができないと考えています。		
レベルアップ質アップにはどちらも同位でなければ意見交換、意思疎通ははかれない。		
看護職には師長がいたり、主任がいるのに、介護職にはいない。		

介護職側からは看護職側と比較して多くの記述がなされており、看護職が管理職として介護を統括する組織体系や、介護職出身の管理者が存在しないことが問題、との認識が多く示された。一方看護職側からは、看護がリーダーとなって組織運営をするべきだ、という意見や介護職が主体となるべきだ、という意見が提示されており、看護職の中で意見が分かれていることが示されていると考えられる。

表 4-3 組織全体や制度などの問題の指摘（シフト・勤務体制）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護師にも早番などあった方が良くと思う。	シフト・勤務体制	
看護師不足であるため、介護職が看護に介入している部分がある。		
看護師は夜勤をしないため、吸痰や経管注入などの医療行為も行っている。		
夜間、看護師がいないことで介護員の負担が多くなっている。		

看護師も土日に交代出勤してほしい		
------------------	--	--

介護職側からは、看護職の不足や元々の配置人数の少なさなどの都合上、平日の日勤帯にしか看護職が配置されていない現状が指摘され、看護職不在時に一部の医療的行為が介護職側の業務になりつつあることが示されていると推測される。

表 4-4 組織全体や制度などの問題の指摘（業務上の区分の明確化）

介護職の記述	項目	看護職の記述
医療行為と介護の区別をもっと分かりやすくした方がよい。	業務上の区分の明確化	
役割分担をしっかりとこそ、「協働」があり得ると考える。		
看護、介護の仕事をある程度区切るべきだと思う。		
お互いの役割分担・仕事内容は確定していない。		
業務をしっかりと分けることも大事。		

表 4-5 と相反する項目であり、同一職種の中なかでもとらえ方の隔たりが大きいと考えられる部分である。介護職側からは業務上の看護介護の区分が不明確であり、そこを明確にするべきだ、という意見が数多く寄せられたが、看護側からは表 4-7、表 4-8 において「医療的行為」を介護職も部分的に担うべき、あるいは担うべきではない、という意見は表出されているが、それ以外の業務区分についての記述は見受けられなかった。

表 4-5 組織全体や制度などの問題の指摘（業務上の看・介融合）

介護職の記述	項目	看護職の記述
トイレ誘導やおむつ介助等、介護員が行っている仕事に対してもっと看護師にも積極的に参加してほしい。	業務上の看・介融合	特養（生活の場）において、看護、介護とわけて考えることはあまり必要でないと思う。
看護師が介護職の部分への業務の幅を広げてもらえたらコミュニケーションがとりやすくなるように感じた。		基本的な学習をしている介護士なので、片麻痺がある人の入浴や嚥下障害のある人の食事介助等異常のない限り介護士の判断で観察しながら実践すべきだ。
看護は医療面のみならず、着衣、おむつ交換も共にしてほしい。		仕事量の多さ、介護士と基本的に区別なく仕事をする方針の施設があり看護＋介護の仕事がある。

施設での看護の役割がもう少し介護よりになると連携がうまくいくのではと思う。		看護と介護の役割の違いが不明な事が多く、何か急変が起きたら看護師が対応する。
特養の仕事は看護だから、介護だからと分けなくても良いと思う。		

表 4-4 と相反する項目であり、同一職種内でもとらえ方の隔たりが大きいと考えられる部分である。介護側の記述のニュアンスは看護職の側が日常生活援助の部分に歩み寄ることでの融合であり、看護側の記述のニュアンスは看護職が担ってきた業務範囲を介護職が成長することで肩代わりするニュアンスが含まれていると考えられる。双方が相手の歩み寄りを求めている様子が出された項目といえる。介護職側からは看護職が入浴・排泄などの日常生活援助に関わって欲しいという思いが表出され、看護側からは日常業務の上では融合し、急変時などは看護師が専門性を活かして対応するべきだ、という考えが表出された。

表 4-6 組織全体や制度などの問題の指摘（情報共有）

介護職の記述	項目	看護職の記述
看護師、介護士とのコミュニケーションがばらばらで報告・連絡・相談ができていない	情報共有	職員不足のため話し合う機会がなく、一定の人たちによって実施されてしまっている
看護だけが知っていれば良い、介護だけが知っていれば良いということは一つもないように感じられる		

「連携についての積極的な考え方」のカテゴリーにおいては「常に報告・連絡・相談をお互いに行っている」「コミュニケーションが取れている」など、情報共有がきちんと行われていることを示す記述も数多くみられた。一方で本項目では情報共有がうまくいかない組織体制上の問題を指摘する記述が看護介護の双方から見受けられた。

表 4-7 組織全体や制度などの問題の指摘（介護職が行う医療的行為を拡大）

介護職の記述	項目	看護職の記述
グレーゾーンをなくし介護士にもできるようにするなど、グレーゾーンの撤廃は大きな課題と考えます	介護職が行う医療的行為を拡大	家族が家庭でしていること（医療行為）は介護職でも実践すべきだと思う
看護が行っている一部の行為ができるようになれば、特に老人保健施設において業務がスムーズになると思う		医療行為的なものは看護の指導のもとに介護が行ってもいいと思う

表 4-8 と相反する項目であり、同一職種内でもとらえ方の隔たりが大きいと考えられ

る部分である。同時に本項目内では看護職と介護職の間で記述内容が似通っていることが特徴として挙げられる。また、表 4-5 の「業務上の看・介融合」と関連する項目でもある。入所者の医療依存度が高まり、少数しか配置されていない看護職だけでは担いきれない現状を捉えて、その現実的な解消策として介護職が行う医療的な行為を拡大していく、という考えが表出されていると推測される。

表 4-8 組織全体や制度などの問題の指摘（医療的行為は看護に限定）

介護職の記述	項目	看護職の記述
医療行為と見なすことは看護職、日常的な動作に関しては介護職	医療的行為は看護に限定	医療に関わることは看護業務として、一貫したほうが望ましいと思う
医務的な処置は看護職に任せ、その他の介助（食事、水分、排泄）は看護職から意見を聞き、介護側が動く		異常の有無が分かり報告できるなど生命に関わる医療行為は看護師の役割と思う
老人の介護は看護の免許がなければしてはならないことにする		医療行為は看護が全てした方がよい

表 4-7 と相反する項目であり、同一職種内でもとらえ方の隔たりが大きいと考えられる部分であり、同時に本項目内では看護職と介護職の間で記述内容が似通っていることが特徴として挙げられる。また、表 4-4 の「業務上の区分の明確化」と関連する項目でもあるが、本項目では医療的行為に関して記述された内容を集めた。高齢者施設の配置基準が想定している看護介護の役割分担のイメージは入所者の医療依存度がさほど高くはないことを前提に、医療的行為は看護職が担い、日常生活援助は介護職、という形であったと考えられる。本項目に分類されている記述はこの従来の流れに則り、本来的には医療的行為は看護職が担うべきだ、という考えが表出されていると推測される。

4. 自由記述からみた課題

看護師・介護士の双方が、協働・協力・連携の必要性和重要性を認識していることが調査から明らかになった。しかし、必要性が繰り返し叫ばれているにもかかわらず現状に変化がないことこそがこの課題の根深さと困難さを物語っている。今必要なのは現実的かつ具体的な問題解決のための方法であり、現状を変化させるための行動であるといえる。以下、自由記述から抽出された課題を「相互の専門性や役割に対する理解と尊重に関する課題」「業務分担に関する課題」「施設における医療的行為に関する課題」の3つに分類し、それぞれについて考察をおこなう。

これらの考察に際して考慮すべきなのは介護職の資格的背景の多様性である。現状として無資格者や養成期間が 50 時間と短いヘルパー 3 級、それぞれ 130 時間と 230 時間の養成カリキュラムが課せられるヘルパー 2 級・1 級、現行 1650 時間以上（H21 年度より 1800 時間以上）のカリキュラムを経る養成校ルートの介護福祉士、3 年以

上の実務経験後に国家試験を受験する実務ルートの介護福祉士、など、一口で「介護職」や「介護士」と呼ばれる職種のなかにはこれだけの多様な背景をもった人材が混在しているのである。また、同じ介護福祉士という国家資格を持っていても、養成校ルートを経て資格を取得した場合と実務経験ルートを経て資格を取得した場合とは大きく教育背景は異なる。個人の資質以外にもこういった多様な教育背景が存在することから生じる問題は、看護職の記述からも連携を困難にする大きな要因として表現されており、介護職と他職種との連携を考える際に強く意識するべきである。

また、高齢者施設における医療的行為の問題を考える際には特に、国家資格を有する専門職としての統一的な教育プログラムを経ている介護職と、そうでない介護職を同一に扱って論じることが適切かどうかは熟慮する必要がある。今回の自由記述においても、介護職を専門職として捉えている記述と、専門職としての位置づけがあいまいな観点からの記述が混在していた。

1) 相互の専門性や役割に対する理解と尊重に関する課題

自由記述から見えてくるのは、看護職側からは介護の専門性とはなにか、という問いかけであり、介護職側からは高齢者施設で発揮されるべき看護の専門性とはなにかという問いかけである。日常の業務のなかで相手職種の働きぬきには利用者の生活上の課題が解決できず、ケアの質の向上も望めないことを理解していながらも、具体的な連携や協働のあり方が見えてこないでいるのは、根本的に相手職種からの問いかけに答えられていないことが原因ではないかと想像される。看護と介護は別々の教育プロセスを持つ専門職種であり、同じ職場で同じ対象者を援助しているからといって、直ちにお互いを理解できるわけでも尊重できるわけでもない。理解と尊重を形成していくには、それぞれの職種が施設という場所で高齢者を援助する際の自らの専門性をはっきりと提示し、認め合う必要があると考える。

介護職の記述からは自らを生活援助の専門職とする意識が強いことがうかがえる。しかし、看護職の側には「介護にできることは看護にもできる」という意識がある。介護が行うプロとしての「生活援助」とは、具体的に何を達成すれば「生活が援助できた」といえるのか、そこに発揮される介護独自の専門性とは何なのかを日常の実践の中で示し、その実績を、根拠を持って主張する必要がある。具体的に言えば、介護職がこういう判断で、このように関わり生活を整えた結果、お年寄りが笑顔になった、という実例を蓄積し、その蓄積を次の高齢者に生かしていくことである。

看護職の記述からは自らを医療の専門職とする意識が強いことがうかがえる。しかし、介護職の側には「病気だけをみないでその人を見てほしい」「生活の場なのだから治療が優先になるのはおかしいのでは」という意識がある。高齢者施設において生・病・老・死はつながりあい切り離すことのできないものであり、治療的な視点の強い医療モデルでは対応しきれない部分が存在する。病棟や外来でいかに研鑽を積んだとしても、そのことが即、高齢者施設で生かすことができるわけではない。医師という存在がいない、

あるいはほとんどいない状況下で、生活を支える観点から医療職種としての判断をくだしていく、看護領域の中でも独自の専門性をもつ分野である、という意識を持つ必要がある。その上で医療モデルから脱却し、病や障害を抱えた上での「健康」を支えるという生活モデルの中での看護の専門性を示す必要がある。それは言い換えれば治療し完治に導けなくとも、よく生きよく死んで行くための医療的な判断やサポートを利用者に提供することであり、的確な予測と判断で施設でのチームケアに参加することである。医療的対応を必要とする多くの利用者を、少数の看護職が走り回って処置しているのが現状であるが、日々の生活援助をきちんと行うことで医療依存度を下げていくことと、状態悪化による医療依存度の増加を予防することこそが看護の力を発揮するべき場所であり、悪化した利用者の処置を対処療法的に行うのでは本末転倒である。

2) 業務分担に関する課題

看護職・介護職ともに何らかの形での業務分担とその明確化が必要だと認識している。しかしその分担の具体的なあり方に関しては、多様な捉え方が表現されており、職種ごとに意見が集約されているとはいいがたい。こういった多種多様な意見や価値観が混在している状況下では、単純に業務ごとに役割を区分する方法では連携は生まれない。たとえばおむつ交換は介護職、褥そうの処置は看護職という分担の方法ではなく、排泄ケアという業務を一緒に行い、各利用者のその日の様子や皮膚状態を共に観察し、その後その日の状況に応じて各職種の役割を行うなどの、業務そのものが連携を生み出す状況を作るべきである。日常的に連携している状況が生まれることで、カンファレンスや申し送り以上に有益な情報の共有がなされ、同じ業務を行うなかで連携が強化されていくと考える。

ただし、業務内容の一部を両職種が共同して行うのはあくまで手段であって、根本的にはまず、高齢者の生活支援という目的の共有があり、その後どの援助はどちらの職種が行うべきか、という形での役割分担を考えないと、役割分担そのものが目的化し、固定化する弊害が生まれかねない。

3) 施設における医療的行為に関する課題

医療的な対応を必要とする利用者が増加しているのに対して、看護師の配置基準には変化がなく、結果として介護職の業務範囲が、医療的行為の領域までなし崩し的に近接化していること、などから高齢者施設における看護と介護両者の境目が近接化しひずみが生まれていることが自由記述から読み取れる。このひずみの根本的原因は基本的には医療依存度の高い利用者の増加と、それにもかかわらず看護職の配置基準が変わらないことだと考えられるが、自由記述においては、医療的行為は看護職の領域であり介護が行うべきではないという意見と、介護職が医療的行為の一部を担うことでひずみを解消しようという方向性との二つが表現されている。前者は高齢者施設でのケアの質を高め

るためには必須といえるが、設置基準の改定か、あるいは施設独自の看護職の増員が必要であり、長期的な制度設計や施設の経営方針も含めた対応となる。これらは現場の看護職・介護職の動きのみで解決できる範囲を超え、なにより目の前の利用者への対応としては時間がかかりすぎる恐れがある。後者では、看護職が行わなければならない領域と、一定の研修等を経て介護職が行うことのできる領域をあらためて明確化することや、施設における医療的行為のあり方を根本から問い直すこと、業務体制を転換するために協働することが求められる。同時に介護職が医療的行為を安全に実施するための研修システムを構築していく必要も生じる。後者の方向性を追及し、日々の業務や研修を通じた日常的な連携を積み上げていくことが現段階における現実的な取り組みであり、日常的な連携が実現してこそ、両職種を持つ専門性が十分に発揮される土台が出来上がるといえる。

ここまでの内容を整理すると、高齢化の進展や家族形態の変化によって高齢者を取り巻く環境は大きく様変わりし、同時に高齢者自身も病を抱えて長い時間を生きていくライフサイクルの変化が生じている。にもかかわらず高齢者施設の人員配置の基準は変化せず、看護と介護のケアのあり方も、現状に合わせて変化し切れているとはいえない。こうした現状にたいして看護職介護職からは、双方がそれぞれの専門性を認め、連携してケアを提供するべきだという声が非常に多くあがっている。しかし、双方が同じ認識を持っているにも関わらず具体的な連携の方法についてはまだまだ模索中という状況が浮かび上がってくる。

現在の高齢者施設においては、生・病・老・死の全てと直面し、それらに対して援助を展開していくことが不可欠となっている。そのような援助は医療だけ、福祉だけ、では決してなしえないものであり、施設におけるそれぞれの専門性の発揮の仕方を改めて構築し、言葉や概念の上だけでなく現実の業務の上で、どのようなケアが実践できれば「連携が取れて」「お互いを認め合った」といえるのか、それらを具体的な業務のなかで作り上げていく必要がある。業務の融合と分担という、この相反するようにも見える部分を組織として整えることが特に重要であり、生病老死の全てにチームとして関わっていくスペシャリスト集団となるための新しい連携の枠組みを作り上げていく必要がある。

VI. まとめ

本県の高齢化率が高まる中で、医療・福祉施設においても、また地域においても看護、介護の重要性かつ必要性が高まっている。そのような状況に対し教育に関わる立場から、現在緊急的課題が高い老人福祉施設に焦点を絞り、高齢者ケアに関わる看護職と介護職の連携の課題を明らかにし、その解決策の示唆を得ることを目的に県下全数調査を行った。

その結果は、「Ⅲ. 施設管理者への調査結果」、「Ⅳ. 看護職と介護職への調査結果」、「Ⅴ. 看護と介護の連携に関する自由記述からみえてきたこと」のそれぞれに詳しく述べているので、以下にその要旨をまとめる。

『施設管理者への調査結果』

1. 看護・介護の組織としては、老人保健施設では看護職が管理職を、特別養護老人ホームでは看護職、介護職がそれぞれの管理職になっている組織が圧倒的に多く、どのような管理体制をとれば看護・介護が効果的に機能してケアができるか、今後の課題である。
2. 現任教育については体系的研修、職種別研修等の実施率は、特別養護老人ホームに比して老人保健施設の方が高かった。一施設の職員数が小規模なため、職場内研修と併せ、各施設が連携した研修会も有効である。
3. 看護職と介護職の業務内容の明確化について、管理者は分掌化しており問題ないとしているが、それぞれの業務を明確にしていくには問題も多いとも述べており、有機的な連携を図っていくための業務内容の明確化については課題がある。
4. 大半の施設管理者は看護職・介護職の連携はとれていると述べると共に、専門職者である前に人としての人間性や主体性を問うという指摘があり、管理者の基本姿勢が伺えた。
5. 看護と介護の連携のためには、知識・技術のレベルアップ、互いの専門性や役割の理解の必要性を述べており、専門性の発揮、意識改革、専門職としての研鑽を望んでいた。

『看護職と介護職への調査結果』

1. 看護職と介護職の連携の実態
 - 1) 実践現場では看護、介護の連携が取れていない、互いの役割の理解・意見の尊重がない、連携するための話し合う機会やそのゆとりもない中で、日常生活援助方法を共同では決定しないと6~7割が回答していた。一人の利用者に統一した関わりが必要であり、カンファレンス等の機会をつくる工夫と努力の必要が示唆された。
 - 2) 看護と介護の業務分担が明確になっていないと、両職種とも7割が答えており、現

場の実態に適応した業務分担になり得ていない現状を示していた。

- 3) 知識、技術のレベルアップを図っているのは両職種とも3~4割で、体系的・専門的な継続教育の機会がほとんどない実態があり、職場・行政・教育機関が連携した継続教育のシステムを構築する必要性が示唆された。
- 4) 連携の方法を7~8割が知らないと回答しており、具体的な連携方法を理解しないままにチームでケアを行っている現状が明らかとなった。連携のための方法論の確立が急務であり、同時に現任教育の内容に取り上げるなどの対策をとる必要性が示唆された。

2. 看護職と介護職の日常業務の実施状況と認識

- 1) 医療的行為の解釈範囲が大まかであるため、短絡的に行為のみで医療的行為か、そうでないかは決められない。そのため介護職は不安と緊張の中で援助することが多い。
- 2) 医療的行為であっても介護職が行わざるを得ない現実があり、医療的行為以外の行為では実践がされているため、知識・技術習得のための研修は必至である。
- 3) 医療の専門的な視点からの指導助言は重要であり、看護職は介護職との関係形成を深め、利用者の健康の視点をケアチームに積極的に提供していく役割がある。
- 4) 意識がない、カテーテル類を装着している等の対象の援助やその付帯物品の取り扱いには医療的知識が必要であると認識されていた。
- 5) 健康状態の判断等の項目は看護職が行うのが適切と看護・介護の両者が認識していた。健康状態、異常の兆候などの観察や判断はヘルスアセスメントの専門的技術の知識と視点が求められるため看護職の役割と認識されていた。
- 6) 介護職は日常生活援助に対し多少の身体条件が加わっていても、日々実践しており、経験と研鑽から実践できる自信をもっているといえる。

3. 看護と介護の関係性

看護と介護の関係性については、看護職、介護職ともに約7割の者が、看護と介護は独自の専門領域をもち、共通の重なる部分はあるが、並列関係にあると考えていた。今後は共通認識部分にもっと目を向け、互いの専門性を尊重した連携を推進していく方を検討する必要がある。

『看護と介護の連携に関する自由記述からみえてきたこと』

1. 現状をどうにか受け止めている

- 1) 医療依存度が高くなっていることや人員不足、看護師不在の時間帯もあり、医療的行為も介護職が行わなければならない現状がある。
- 2) 相互の専門性の理解の上での業務分担ではない為、業務の混合が生じており、双

方のもつ視点や価値観の相違が連携の難しさを生んでいると認識している。

- 3) 専門職として対等な関係ではないため、指示し指示されるという関係性への不満がある。
 - 4) 介護職は無資格、ヘルパー、介護福祉士と教育背景が異なり、知識・技術にばらつきがある。
2. 相手職種やお互いの関係性に対する意見・不平・不満
- 1) 介護職は待遇面の差や業務分担に対する不満が表出されていた。
 - 2) 看護職は生活の場の捉え方と支援に関して、専門性の認識に相違があることに不満がある。
 - 3) 介護職側からは業務の上では重なる部分が増えてきているにもかかわらず、地位や力関係に大きな差があるという不満をもっている。
3. 連携についての積極的な考え方
- 1) お互いを理解することの重要性を双方が共通認識としてもっていた。
 - 2) お互いの職種に信頼を寄せており、専門性を尊重しあった関係性を望んでいた。
 - 3) 協力し合って一緒にケアを行うなど具体的な連携のあり方を模索している。
4. 組織全体や制度などの問題の指摘
- 1) 職員配置基準・介護の待遇改善が出来れば、お互いの専門性を生かし、よりよいケアを提供することができると考えられていた。
 - 2) どちらの職種が管理職になるか等の組織運営について意見が分かれていた。
 - 3) 看護職の不足や元々の配置人数の少なさなど、シフトや勤務体制の指摘があった。
 - 4) 情報共有、報告・連絡・相談といった連携方法に関する積極的な考え方が双方から出された。

以上のことから、明らかになった課題は以下であると考える。

1. 看護と介護の連携について、施設管理者と実践現場の看護・介護職とでは認識に温度差があったが、管理者は連携のためには、主体的な専門職としての姿勢と、人をケアする者としての豊かな人間性を求めており、専門的知識・技術の習得に加えて、ケアに当たる個々が人間としての成長のために自己研鑽に努めることが必要である。
2. 介護職は待遇やケアシステム、業務内容と分担、その負担について不満感を強く持っていたが、教育的背景の違いや有・無資格者の混在する中での介護の問題も認識していた。また、日常生活援助は多少の身体条件が加わっていても、経験と研鑽から実践できる自信をもっている反面、実施してはいるが緊張と不安の中での実践であることが伺え、知識・技術修得のための現任教育とともに、質の高いケアを提供するために、早急な看護・介護の連携のあり方の検討が必要である。

3. 医療的行為について平成 17 年厚生労働省通知がなされたが、1 人の入所者のケアをする中で看護・介護の業務役割分担ができるかという問題がある。意識がない、カテーテル類を装着している等の場合は医療的な視点からの助言が重要であり、健康状態の判断は看護職の役割業務と双方が認識していた。しかし、日々変化する入所者の健康状況により、看護・介護を必要とする状況も援助量も変化する時、入所者を中心においた援助でなければならない。そのために場面や状況に応じ、どのように連携し合うべきかの検討を看護職・介護職と一緒にいき、専門性と役割を共に理解し合う必要が示唆された。
4. 現任教育の機会が少なく、また「自己研鑽をしている」(3~4 割)、「自己の職種及びそれぞれ互いの職種の専門性・役割について理解している」(1 割)、との回答状況であり、職場、行政、教育機関が相互に連携し、現任教育・継続教育システムを構築していくことが看護・介護の連携にとって重要課題であることが示唆された。

2000 年に介護保険制度がスタートし、福祉領域から発展してきた介護職と医療現場の中心にいた看護職が、同じ現場で共にケア職として関わる時、その目的とするところは「命と生活へ関与し、自立した生活を創り出すこと」¹⁾ である。それぞれの職種の発生・発展領域は異なるが、看護も介護も人間、健康、生活、自立をどう捉えるかという観点ではケアという同じ領域内である。本県は全国の中で高齢化率がトップクラスである。そのような状況に対し、福祉現場と教育現場のそれぞれがもてる力を共に出し合い、看護と介護の連携の糸口を創り出すことができ、連携ができ協働していく様な体制ができれば他者の参考になろう。

医行為の解釈に示されるように少しずつ看護・介護のあり方や範疇も変化・発展してきており、如何によりよい連携をしていくかについて検討する時期にある。両職種がよい知恵を出し合い、そこに関わる看護職・介護職の各人が力を出し合い、人間性を培っていくことではないかと思う。

謝辞

本調査に当たり、老人福祉施設の施設長様はじめ看護職・介護職の皆様には、多大なご協力をいただいた。また、報告書をまとめるに当たり、入力作業や分析作業に関して両学部の学生はじめ担当者以外の教員にもご協力いただいた。心から感謝申し上げる次第である。

【引用・参考文献】

- 1) 井上千津子：看護と介護の連携. 老年社会科学, 28(1) : 29-34, 2006.

- 2) 鎌田ケイ子：在宅ケアにおいてめざすべき看護と介護の連携とは. コミュニティケア, 9 (4) : 14-25, 2007
- 3) 高木和美：看護とは何か、介護とは何か、賃金と社会保障、No1355、p4-33、2002. 12.

資料1 介護福祉士へのグループインタビュー

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
介護職が次長のトップ職として入った	リーダーは介護職	組織管理体制
介護職がトップで情報がうまく流れている		
ヘルパー職や無資格者は介護福祉士の下になる		
施設によってリーダー層の位置づけが異なる		
看護職を含めて介護リーダーが統括する形がよい		
生活の場という視点で介護側が考える望ましい責任者は介護職です		
トップとして看護と介護の両方の役割を担っている		
生活の場をよくわかっている看護師長である		
トップにだれがなるかは人による		
現場での意見を述べるためにはリーダー自ら実践の場で働くべきである。		
リーダーは指示するばかりではなく、率先現場に入ることが重要である。	リーダーには看護も介護もわかる人	
看護と介護と一緒に研修する	リーダーは人柄が重要	
研修会が互いを理解しあう場になっていく	リーダーの業務への関わり方	
感染の勉強など看護も介護も研修を一緒にする	看護も介護も共に研修会を持つ	
研修会を毎月1回もっている	職場内研修のあり方	現任教育(研修)・カンファレンス
新人教育は難しさがある		
介護職の離職が多く、研修会なかなか進まない		
介護の方は、新人として採用し最初から、組織の中で育てていっている		
ケースカンファレンスが重要		
ケースカンファレンスの参加者は多職種がはいておこなっている	連携と教育の場としての ケースカンファレンス	
連携の場としてのカンファレンスの重要性		
ケースカンファは質をあげていくための教育の場になる		
夜間、座薬挿入はNSがいらないので介護職がしている	医療行為を介護職が行う現実	
薬剤の1週間のセットなど本来業務でないがする		
医療処置(排便、創傷処置など)指示の上でする		
手伝って欲しいという、看護は忙しいという	ケア項目による役割分担	
NSとコミュニケーションがとれなくなっている		
NSは処置したまま開けておいて、おむつは替えない		
看護と介護の業務は別になっている		
看護は看護、介護は介護と分かれてしまっている		
ヘルパーはこれは業務ではない等とはっきり言う		
看護と介護が同じようにケアに入っている		
業務は看護も介護も一緒にしている		
一緒に共存して行っている	看護と介護の協働の実際	
処置があるときは看護が看るといってくる		
朝の申し送りに看護師も参加する		
かつてはレクなどは両者で共に行っていた		
腎部の処置がある人のオムツ交換はしてくれる		
看護は看護の立場でしか見れないが、介護の視点に歩み寄り姿勢が必要だ		
これは看護だ、介護だという役割機能の違いでケアを看ることはできない		
夜間、判断ができず、NSをオンコールする		
夜間看護職が病院から来てくれるので若手の介護職は助かっている		
胃瘻、在宅酸素などの方への看護師の対応が必要になる		
重症化しているので看護師が必要		
処置は「やっという」と介護に依頼するが手伝ってはくれない		
看護職に甘えてしてもらうことが多い		
看護師との業務に対する考えの相違から協働体制は弱い		
NSの人間性によって協働の在り方は違う		
介護福祉士が「生活の視点」を重視するために利用者に対しての身体状況判断が看護と食い違うときがある		
介護職は初心者が多くケアが未熟で看護職に頼る傾向がある		
師長が入って援助モデルを示してくれると介護も変わる		
経験年数の長さからくる思い込みで自己判断してしまう	看護師との連携の問題点	
看護師との認識の差異がある		
ヘルパーと介護福祉士の違いがある		
看護師の対象の見方が介護士と異なる		
専門性の認識の曖昧さにより介護福祉士のあり方が様々である		
介護福祉士が感じる看護師像はプライドが高い	専門性の認識の違い	
国家資格のある看護師のほうを上位と考える上司の考えがある		
看護師の介護現場の認識に対して介護福祉士の感情的には問題がある		
看護師に対するイメージ	看護と介護、他職種との連携のあり方と課題	
看護師の介護現場の認識に対して介護福祉士の感情的には問題がある		

資料1 (続き)

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
どの職種でも「生活」をみられることが必要	看護と介護のケアの判断や視点の違い	看護と介護、他職種との連携のあり方と課題
看護師は病気を診てしまうと困る		
NSが介護士は「病気の時にみられるのか」と言われる		
看護師の認知症高齢者に対する視点並びに学習の弱さがある		
看護師は状況判断が十分ではない		
看護師は利用者の状況判断が不十分であり、利用者への影響がでる		
病院経験が長いと病気をみがちである		
ナースはある程度の経験を積んでいるので判断が違う。		
病院経験のあるNS職は視点が違う		
看護師側は学習しようという意識が大切		
医師が老健を理解していないので困る	介護職の教育背景の違いと資質の問題点	介護基礎教育のあり方と現場への影響
医療的知識がないのでケアマネとしても対等に話せない		
介護が看護に追いついていけない		
介護職員の質という面で教育指導が行き届かない		
いつも新しい職員が多く、いつも基本から研修せざるを得ない		
ヘルパー2級や無資格者が多く、知識不足や気づきができない		
教育期間の短さと求められる質の高さにギャップがある		
介護職は学習がもっと必要である		
看護学生と介護福祉士実習生の実習の真剣さがちがう		
医療と福祉での専門性の過程の構築がちがう		
看護と介護の学生の実習認識や目的意識が異なる		
介護福祉士教育が求める教育と現場との意識実態には相違がある		
施設は実習のためのものではなく、生活の場である		
挨拶ができない、注意されても気に留めない学生はお断りしたい心境である		
介護実習に対して実習生の社会性の低さが目立つ		
介護福祉の学生はコミュニケーションの未熟さがある		
介護教育と現場実践が結びつかない		
現場経験からの資格取得が有用だと思う	介護の基礎教育の在り方・学生の資質と介護現場の乖離	
実際に実務をして介護福祉士を取った方が多い		
教育機関を卒業しても、事業所では即戦力になりにくい		
介護福祉士資格取得者の社会性の低下が感じられる		
実習生は社会性の欠如しているので現場実習としての受け入れ困難がある		
介護実習教育指導に対する受け入れ先としての不満がある		
実習生が入ることで福祉現場にはメリットもデメリットもある		実習受け入れによる現場への影響
実習生受け入れにより入所者への効果もある		
施設は福祉人材の育成を通して社会貢献している		
制度で決められた枠からいうと人員不足がある		
離職させないための対応が大変です		
一度離れると次が来ない。辞めない方向でかかわる		
資格を持った人が入ってこない		
職員が長続きしない		
経験を持った職員が辞めることが困る		
看護職の4・5年の一番大切な年代がない		
介護福祉士の給与の実態はひどい	給与体系や待遇の低さ	
介護福祉士の給与の実態が離職につながっている		
介護福祉士の待遇の低さへが離職原因である		
勤務施設による待遇の違いがある		
介護福祉士の業務と待遇(給与)のバランスが取れていない		
介護職の業務内容の厳しさがある		
給与(時給)が低いのは資格の有無に左右される		
資格の違いによる介護現場での給与の差が大きい		
介護福祉士の離職は看護師より早い		
資格取得の要件を外してでないと介護従事者の確保はできない現状がある		施設管理者への要望
組織は人と専門性を明確にもってほしい		
人材は現場や組織を動かす重要な素材であり、大切に		
辞めないための事業者側の施策と努力が必要		
現場では無資格者への教育を有効に行うことが必要		

資料2 看護師へのグループインタビュー

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
看護師が縁の下の力持ちになって、上からモノを言うんじゃなくて、下から支える形でリーダーシップをとるように言われている	看護師のリーダー	組織管理体制
いずれは看護師がリーダーという方向になって行く		
看護の管理者として看護をしながら介護の業務にも関わる		
副施設長が看護師でうまくいく	介護福祉士のリーダー	
大学出身の社会福祉士をもった介護士が入ってきて、リーダーシップをとるようになると介護現場は変わる		
上司が介護福祉士なんですよ		
看護担当がそれぞれの棟にいる、それで介護担当もそれぞれの分野に張り付いている	看護と介護は別組織	
看護の上司は看護主任、介護の上司は介護主任、その上に施設長		
看護・介護リーダーがそれぞれの管理をする		
組織は看護と介護は横並びです	組織管理の問題点	
看護は准看が責任者の場合もある		
介護部門からの意見で「看護は何故介護組織には入らないのか？」という意見がある		
老健の看護師長はよく変る、看護師長はいなくても良い	職場内研修の状況	現任教育(研修)の現状
老健のレベルアップのために検討会を開いている		
研修内容は老人疾患、認知症について等を施設内で企画している		
研修の参加状況について要綱がある	研修の機会が少ない福祉施設の職員	
施設では情報が得難いので周囲の看護についけない		
研修会は老協とか介護福祉士協会等で開催するものに参加するので、介護の研修は全員が受けることは難しい		
施設外研修の機会は一人1回/年程度である		
看護師数は少ないので病院と協働で研修開催している		
新人研修も職場外に出している	看護協会研修は福祉施設に適合した研修が少ない	
介護の研修機会は少ない		
看護協会で実施する研修には福祉施設からの参加は少ない		
看護協会の研修はレベルが高くて参加しにくい		
看護協会の研修はレベルが高く、参加できる研修は記録の書き方くらい		
看護協会の研修は福祉施設勤務者に適した研修企画が少ない	学習の意欲と動機付け	
准看は研修しなくても、仕事ができると思っている		
(准看護師は)学習の動機付けが薄い		
介護福祉士の学習意欲は高い	介護職の資格の多様さと資質の差	介護職と看護職の資質・ケアの質
介護士にはヘルパーの資格をもつ者もいるし、無資格者もいる		
(介護福祉士は)医学的知識も学んでいると思う		
介護職は素直で一生懸命、手を抜くこともなく、教えられたとおりにやっている		
介護職は応用力がやや不足しているのでは？		
名札が「介護士」なんです、ヘルパーであろうと介護福祉士であろうと		
介護福祉士はなかなか採用できないから、資格がなくても介護職員として教えられている人が大分いるんじゃないか		
介護福祉士がどのような勉強をしているのか知りたい		
アセスメント力という点で看護師と同等にディスカッションできない		
ケアマネを取らないと老健のリーダーはやっていけない		
看護師でケアマネを取る人もある		
施設の設置基準では看護師がいなくても良い、准看でも良い		
看護師の年齢は二極化している	看護師の配置	
看護師数は基準を満たしている		
一応、3対2の基準は満たしている		
老健では介護保険のみの適用なので治療は自費負担→施設では医療の経費は取れない→自立支援の人が増えれば施設の収入は下がる→介護度を下げたくない→寝かせきりとなる	介護保険の制限によるケアの質低下	
(福祉施設)は医師は月に何回か来るだけ、介護士は判断を看護師に委ねる→看護師はストレス		
ベテラン看護師(准看でも)は医師より身体異常の判断ができる(便秘の判断等)		
(福祉施設は)看護判断を生かせる職場	福祉施設に求められる看護判断力	
(福祉施設も)医療依存度が高くなっているから病院からの看護師はいつも医師がいるので医師の言うことを聞けば良いと思ってしまうようだ		
週ごとにかわるDr.、薬の変更を看護師に任せられることがある		
医師がやるべきことを看護に委譲してしまうことがある	医師の役割を負う看護師	
Dr.の仕事看護師に任せられる→自分(看護師)のライセンスに傷がつかないように守る		
法的にはバイタル測定は看護師がやることになっている、介護のやることもはっきりしてる		
嚥下障害者の食事介助は看護師	業務内容・役割分担	
投薬は夜間は看護師が準備し、投薬は介護士		
各セクションに配置されている看護師に医療行為の責任が取れるか？		
介護士が看護師の指示なく胃ろうの援助をしているが看護師に法律上の責任がある		
介護士の医療行為の問題は難しい		

資料2 (続き)

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
<p>老健も医療依存度の高い人を病院から押し付けられる(入院期間短縮の影響)</p> <p>療養型が廃止される→老健は段々、利用者が重度化していき医療介護という視点になっていく</p> <p>入所者が急変し、意識がなくなった場合は、付き添っていかなければならない</p> <p>看護師は土日は施設に1人勤務なので、(介護が)カバーしあいながら</p> <p>看護師は上日は1人勤務、医療を担当するので病院治療にも付き添って行く</p> <p>看護と介護は3対2になっているので、介護の中に看護が入るという形で人間関係を作るようにして いると向こうも言いやすいし、私達も言いやすい</p> <p>やはり現場の仕事をしおいてとか、労力を出し借しむと駄目、もっと信頼したり、互いに能力を上げたりしないと・・・信頼し合って声かけをしていく</p> <p>なるべく介護職がわかりやすいように 出来るだけ(医学)専門用語を使わない</p> <p>「何かあったらわからなかったらいつでも行くからね」と言って安心して夜勤が出来るようにしています</p> <p>席は看護と介護は隣り合わせて連携はとりやすい</p> <p>ユニット毎に、アセスメントを介護の人と一緒にしている</p> <p>ケアプランは介護福祉士とも相談しながら立てる</p> <p>全職種でケアプラン作成(サービス担当者会議)をおこなっている</p> <p>職種間の連携は当然必要なことと受け止めている</p>	医療依存度が高い入所者への対応	業務内容・役割分担
<p>老健での看護と介護の役割が明確ではない</p> <p>具体的なケア場面では看護師と介護士の連携は難しい、介護士は「誤嚥の危険性があるのに私たちに依頼してほしくない」という</p> <p>介護士は生活の視点からみた計画が立てられる</p> <p>介護士は生活レベルの援助をする専門職として誕生した</p> <p>看護師だが、介護福祉士の資格もあって看護にはない「生活のケアをする」という考え方を学んだ</p> <p>介護士の専門性はなかなか難しい</p> <p>高看と准看とは(仕事が)違うはずだ</p> <p>「看護師がいて良かった」と思われる仕事をしなければ(誤嚥の予防、浣腸なくて良い排泄援助)の工夫等)</p> <p>病院と施設の違いを感じるところが多々ある</p> <p>(福祉施設は)看護が自立してできる</p>	連携のための努力	看護・介護の連携
<p>福祉施設は種々の職種で成り立っているが看護と介護の専門性を認めない施設がある</p> <p>看護師とすれば、専門職同士が肩を並べての仕事が良い</p> <p>お互いの専門性の発揮が利用者の笑顔に繋がる</p> <p>看護と介護どちらが偉いということではなく、互いに(専門性)認めてもらえるような仕事をしたい</p> <p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	介護職としての専門性	看護師・介護福祉士の専門性
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	福祉施設の看護職の専門性	
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	両職種の専門性の発揮	看護師・介護福祉士の専門性
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	看護師の介護に対する理解不足	
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	介護職から看護職への転職	施設職員の待遇
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	低い施設の職員の待遇	
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	看護師の介護に対する理解不足	職場改善への期待
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	社会福祉士への期待	
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	看護師の介護に対する理解不足	職場改善への期待
<p>看護と介護互いの専門性を重視しなければならない</p> <p>病院の看護師は介護士ではなく、看護師になることを進めることがある</p> <p>看護師は介護士のことを知らない</p> <p>病院の看護師に福祉施設のことを解ってほしい</p> <p>急性期病棟でも高齢者の患者が多い→病院の看護師も急性期の時から生活の場を解っての看護をしてほしい</p> <p>介護から看護師や准看になりたい者がおり、大学、3年課程、准看過程等に進学する介護専門学校の教員からは何のために介護を学んだのかと怒られる</p> <p>介護職員は看護師になろうと悩んでいる人もいる</p>	大学公開講座等への期待	

看護と介護の連携に関する アンケート調査ご協力をお願い

山梨県立大学 地域研究交流センター
看護・福祉専門職支援担当

当調査は、皆様が看護と介護の連携について、どのように考え実施しておられるかを知ることにより、今後、さらに看護と介護が連携を密にし、よりよい高齢者ケアに役立てることを目的としています。つきましては、貴施設の看護職や介護職が所属する組織の概要についてお伺いしたいと存じます。調査の内容や方法は下記のとおりです。なお、本調査に施設が特定しないこと、集計の結果等は統計的処理を行い、本研究のみで使用し、守秘義務に努めることで皆様に不利益のないようにいたします。

この内容に承諾の有無(同意する しない)を選択していただき、同意していただける場合は、調査用紙にご記入頂き、ご返却ください。なお、同意されない場合もご返却ください。

本調査に 同意する 同意しない

1. 貴施設の職場に所属するケアに携わっている職員の構成とその人数を平成20年1月現在でお答えください。

1) 看護師	人
2) 准看護師	人
3) 介護福祉士	人
4) ヘルパー	人
5) その他	人
(具体的に)

2. 貴施設に現在入所している方の要介護度別人数を平成20年1月現在でお答えください。

1) 要支援	人
2) 要介護度Ⅰ	人
3) 要介護度Ⅱ	人
4) 要介護度Ⅲ	人
5) 要介護度Ⅳ	人
6) 要介護度Ⅴ	人

6. 看護と介護の連携の現状について、施設管理者としてどうお考えですか。該当する内容に○印をつけてください。

- 1) 十分に連携できていると思う
- 2) どちらかといえばできていると思う
- 3) どちらかといえば問題が多いと思う
- 4) 問題が多いと思う

7. 看護と介護の連携について問題と考えるところは、どのようなところですか。該当する内容に○印をつけてください。(複数回答可)

- 1) 看護、介護それぞれの役割・専門性について理解が不足している
- 2) 看護、介護の互いの意見の相違を尊重できない
- 3) 連携するための場や機会が足りない
- 4) 連携するための方法がわからない
- 5) その他 ()

8. 看護と介護の連携をすすめるために有効と考えることは、どのようなことですか。該当する内容に○印をつけてください。(複数回答可)

- 1) 業務の役割・ 分担をはっきりさせる
- 2) 両者が意見を出し合う場をつくる
- 3) お互いを尊重しようという意識を高める
- 4) 介護職の知識・技術のレベルアップを図る
- 5) 看護職の知識・技術のレベルアップを図る
- 6) 介護職が看護職の専門性・役割を理解する
- 7) 看護職が介護職の専門性・役割を理解する
- 8) その他 ()

9. その他、看護と介護の連携について日頃思っていることがあれば自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

看護職員用

平成 20 年 1 月 15 日

介護職員用も同内容

看護と介護の連携に関する アンケート調査ご協力のお願い

山梨県立大学 地域研究交流センター
看護・福祉専門職支援担当

当調査は、皆様が看護と介護の連携について、どのように考え実施しておられるかを知ることにより、今後、さらに看護と介護が連携を密にし、よりよい高齢者ケアに役立てることを目的としています。調査の内容や方法は下記のとおりです。なお、本調査により個人が特定しないこと、集計の結果等は統計的処理を行い、本研究のみで使用し、守秘義務に努めることで皆様に不利益のないようにいたします。

この内容に承諾の有無(同意する しない)を選択していただき、同意していただける場合は、調査用紙にご記入頂き、ご返却ください。なお、同意されない場合もご返却ください。

本調査に 同意する 同意しない

I. あなたのことをお伺いします。

1. あなたの性別をお答えください。該当するものに○をつけてください。

男性 女性

2. あなたの年齢を教えてください。該当するものに○をつけてください。

① 20～29 歳 ② 30～39 歳 ③ 40～49 歳 ④ 50～59 歳 ⑤ 60 歳以上

3. あなたの現在の勤務施設はどちらですか。 該当するものに○をつけてください。

① 介護老人保健施設 ② 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

4. あなたの職種はどちらですか。該当するものに○をつけてください。

看護師 准看護師

5. あなたの現在の職種の経験のべ年数は、何年ですか。 (年 ヶ月)

6. あなたの現在の勤務施設での勤務年数は、何年ですか。 (年 ヶ月)

7. あなたの勤務形態を教えてください。該当するものに○をつけてください。

① 常勤(正職員) ② 非常勤(パート・臨時)

8. あなたの職位を教えてください。該当するものに○をつけてください。

① 管理職(リーダー・主任・副主任等) ② 一般職員(スタッフ)

Ⅱ. 看護と介護の連携についてお尋ねします。該当するもの 1つに○をつけてください。

		全く 思わ ない	あ ま り 思 わ な い	や や そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
1	あなたの職場では看護、介護それぞれの役割について理解している	1	2	3	4
2	あなたの職場では看護、介護の互いの意見を尊重できている	1	2	3	4
3	あなたの職場では現在、看護、介護の連携がとれている	1	2	3	4
4	あなたの職場では看護、介護が連携するための場や機会がある	1	2	3	4
5	あなたの職場では看護、介護をするうえで上司や組織の理解がある	1	2	3	4
6	あなたは看護、介護との連携の方法を知っている	1	2	3	4
7	あなたの職場では看護と介護の業務の役割、分担がはっきりしている	1	2	3	4
8	(看護・介護)両者が意見を出し合う場所をつくっている	1	2	3	4
9	看護、介護をお互い尊重しようとする意識が高い	1	2	3	4
10	職場では介護職の知識、技術のレベルアップを図っている	1	2	3	4
11	職場では看護職の知識、技術のレベルアップを図っている	1	2	3	4
12	あなたは日頃、看護職または介護職として知識、技術のレベルアップを図っている	1	2	3	4
13	あなたは自分の専門職としての専門性、役割を理解している	1	2	3	4
14	あなたの職場では看護職だけで利用者の日常生活援助方法について決めている	1	2	3	4
15	あなたの職場では介護職だけで利用者の日常生活援助について決めている	1	2	3	4
16	あなたの職場では看護職、介護職が利用者の日常生活援助方法について共同で決めている	1	2	3	4
17	あなたの職場では利用者の日常生活援助について看護職や介護職だけでなく医師や他の職種と共同で決めている	1	2	3	4

Ⅲ. 日頃の実務を行うにあたり、以下の問いにお答えください。

あなたはそれぞれの行為に対し、看護職、介護職のどちらが行うことが適切と考えますか。

適切と思う職種に○をお付けください（記入例1）。

両方行ってよいと思う場合は両方に○印をつけてください（記入例2）。

さらに実際にその行為をあなたがやっているかどうかをお答えください。

【記入例1】看護職が行うことが適切と考える場合。実際はあなたが実施していない場合

援助行為		看護職	介護職	実施の有無 実施している場合は○ をつけてください
1	食べる意欲のない人に食事介助を行う	○		

【記入例2】看護職、介護職の両方行ってよいと考える場合。実際にあなたが実施している場合

援助行為		看護職	介護職	実施の有無 実施している場合は○ をつけてください
10	やる気の乏しい人に入浴介助を行う	○	○	○

以下の問いにお答えください。

援助行為		看護職	介護職	実施の有無 実施している場合は○ をつけてください
1	食べる意欲のない人に食事介助を行う			
2	半身麻痺があり箸がもてない人に食事介助を行う			
3	全身麻痺があり箸がもてない人の食事介助を行う			
4	水を飲んだらむせてしまう人の食事介助を行う			
5	経管栄養 ¹ の流動食を注入する			
6	意識障害がある人に経管栄養の流動食を注入する			
7	流動食の摂取量を観察する			
8	食べた量や食事内容を観察する			
9	意識のはっきりしていない人の口の中を清潔にする			
10	やる気の乏しい人に入浴介助を行う			
11	半身麻痺があり、一人では動けない人に入浴介助を行う			
12	全身麻痺で動けない人に入浴介助を行う			
13	意識のはっきりしていない人に入浴介助を行う			
14	点滴 ² をしている人の全身を清拭する			
15	膀胱留置カテーテル ³ が入っている人の陰部清拭をする			

¹ 胃ろうへの栄養注入を含む

² IVH(中心静脈栄養)も含む

うらへ →

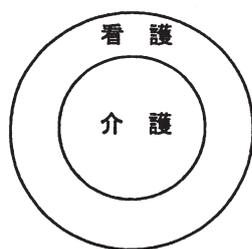
援助行為		看護職	介護職	実施の有無 実施している場合は ○をつけてください
16	床ずれ（褥瘡）のある人の入浴介助を行う			
17	床ずれ（褥瘡）のある人の陰部を洗う			
18	床ずれ（褥瘡）のある人の皮膚の状態を観察する			
19	皮膚の状態を観察する			
20	口の中の状態を観察する			
21	爪切りを行う			
22	爪に異常のある人 ⁴ の爪切りを行う			
23	やる気の乏しい人をトイレまで誘導し、介助する			
24	半身麻痺があり、一人では動けない人をトイレまで誘導し、介助する			
25	全身麻痺のある人のおむつ交換を行う			
26	ベッドに寝たままの人に便器、尿器を入れる			
27	便や尿の観察をする			
28	意識のはっきりしない人のおむつ交換を行う			
29	床ずれ（褥瘡）のある人のおむつ交換を行う			
30	便の出ていない人の摘便 ⁵ を行う			
31	血圧を測定する			
32	陰部や臀部の状態を観察する			
33	膀胱留置カテーテルを抜く			
34	膀胱留置カテーテルの管を入れる			
35	浣腸を行う			
36	坐薬をいれる			
37	IVH(中心静脈栄養)刺入部の皮膚の消毒をする			
38	床ずれ（褥瘡）の処置を行う			
39	腕や足に入っている点滴を抜く			
40	軟膏を塗る			
41	薬を飲ませる			
42	吸入(ネブライザー)を行う			
43	脈を測定する			
44	呼吸の状態を観察する			
45	腕や足の曲がり具合を観察する			
46	意識の状態を観察する			
47	利用者が自分でどれくらい動けるか観察する			
48	利用者の健康状態の観察を行う			
49	利用者の健康状態の判断を行う			
50	利用者の健康状態によってケアの方法を考える			

³ 膀胱に排尿のための管を入れていること

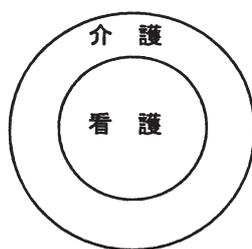
⁴ 巻き爪、白癬の爪、肥厚した爪

⁵ 肛門に指を入れて便を取り出すこと

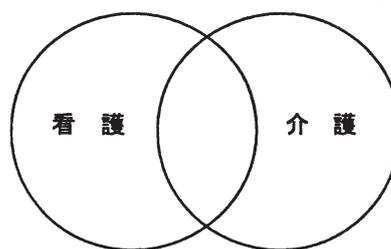
IV. 看護と介護の関係性を考えた場合、次のいずれのモデルを考えますか。
あなたが望ましいと考えるものに○をつけてください。



1



2



3

V. 看護と介護の連携について日頃、お考えのことをご自由にお書きください。

設問は以上です。

ご協力ありがとうございました。

お手数ですがご回答アンケートは、個人情報保護のため添付封筒に入れ、封印し、
御担当様に、期日までに提出をお願い申し上げます。

