

看護・介護の専門性と協働に関する研究

—施設に従事する看護師と介護福祉士の面接調査より—

安田 真美¹⁾ 山村江美子¹⁾ 小林 朋美²⁾
寺嶋 洋恵²⁾ 矢部 弘子²⁾ 板倉 勲子¹⁾

¹⁾ 聖隷クリストファー大学看護学部

²⁾ 聖隷クリストファー大学社会福祉学部

Study on the Specialties as well as the Cooperation of Nursing and Care work

— From Interview with Nurses and Care Workers working at the Nursing Home —

Mami YASUDA¹⁾ Emiko YAMAMURA¹⁾ Tomomi KOBAYASHI²⁾
Hiroe TERASHIMA²⁾ Hiroko YABE²⁾ Isako ITAKURA¹⁾

¹⁾ Seirei Christopher College, Department of Nursing

²⁾ Seirei Christopher College, Department of Social Work

抄 録

介護保険施設に従事する看護師と介護福祉士各8名にインタビューし、それぞれが捉えている両職種の役割やお互いの専門性についての意識を明らかにすることを試みた。その結果、看護の専門性としては、「健康管理」、「健康上のアセスメント」、「医療」が挙げられ、介護の専門性としては、「利用者の思いや気持ちに沿いながら日常生活を整える」ことが挙げられた。協働のためにはお互いの専門性を発揮しながらの密な話し合いが必要と分かった。

キーワード：看護と介護、協働、介護保険施設

I. はじめに

我が国は、2000年に全人口の6人に1人であった高齢者が、2025年には全人口の3人に1人になると予測されるなど、高齢化が急速に進んでいる¹⁾。そのため、高齢者介護問題への対応策として、2000年4月1日から介護保険制度が施行された。それに伴い介護保険施設も増え、2000年10月現在では全国総数11,222施設となっている²⁾。

これらの介護保険施設では、様々な職種が協働することによって機能している。なかでも看護職と介護職との協働は、日常生活能力の低下した高齢者にとって重要なことである。

高齢者の看護・介護を考えた場合、症状に対する援助よりもむしろ、身体的・精神的援助が必要とされる場合が多い。また、慢性的な疾患、障害を抱えながら生活を送る場合には日常的に医療的な観察が必要となってくる。そのため、看護職と介護職がいかに協働して高齢者を支援するかが問われてきている。我々が考える協働とは、単に、業務を一緒に行うというのではなく、看護職・介護職それぞれの専門性を発揮しながら連携し対象に必要な援助を提供することである。

しかし、看護職と介護職の業務内容、専門性などはしばしば混同されやすい。厚生労働省の「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」による報告書⁴⁾の中では家族以外の者によるたん吸引を条件付きながら認める内容となっており、介護職が行う医療処置について法的に緩和されようとしている現在、こうした混同、混乱はますます強くなるのではないかと考える。

そこで、このような混同を整理するために、施設に従事する看護師と介護福祉士の捉えてい

る両職種の役割やお互いの専門性についての意識を明らかにすることを試みた。

II. 研究方法

対象：介護保険施設4施設に勤務する看護師8名および介護福祉士8名を面接対象とした。その内訳は、看護師は各施設看護師長クラス1名、中堅看護師1名ずつの計8名であり、介護福祉士は経験年数5～6年以上のもの各施設2名ずつの計8名であった。対象施設はS県内の介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設である。全施設ともに、日常生活援助と医療処置を協働して行っている。

方法：面接表を作成し、インタビューを行い、逐語録を作成し、整理分類を行った。看護師への面接は看護系の質問者が、介護職への質問は社会福祉系の質問者が行った。質問内容は、看護と介護の違いについて両職種間の専門性、業務、他職種への期待などについて聞き、そこで得られた結果について職種間の比較検討を行った。

倫理的配慮：面接協力者に研究目的、内容、方法などを説明し了承を得た。その際に、面接の内容を学会等で発表すること、施設名、個人名が特定できないようにプライバシーを厳守することについても説明を行った。

III. 結果

1. 各職種の専門性の捉え方

1) 看護の専門性

看護の専門性についての看護職・介護職それぞれの意見を整理分類した(表1)。看護職が考

える看護の専門性は、主に「健康管理」、「健康上のアセスメント」、「医療」の3つであった。介護職も同様に看護の専門性を「健康管理」、「健康上のアセスメント」、「医療」としていた。介護職からは看護の専門性である医学的知識を基にした「根拠」を、介護職に足りないものとして、今後習得したいとする意見もあった。

具体的な意見として「健康管理」には、「疾病、健康管理については看護職が判断する」、「看護職は健康管理をしており、1人1人の利用者の病状を把握している」などがあった。「健康上のアセスメント」は、「介護職の視点に理論と病態のアセスメントを加え、判断根拠を持つ」、「利用者を個人としてみるよりも、病状、疾病を中心にアセスメントし判断する」などであった。

「医療」には、「医療依存度の高い利用者には看護職による援助が望ましい」、「生活援助の実施に医療面からの判断が加わる」、「生活援助は

同じであるが、状態が悪いと医療処置を行える」などが述べられていた。

看護職、介護職ともに看護の専門性に対する大きな認識の違いはみられなかった。

しかし、看護職自身の意見として、「健康管理」「健康上のアセスメント」に重点を置き、病状から生活面の制限を行うなど、生活面の満足に対しての援助不足を危惧するものもあった。

2) 介護の専門性

介護についての専門性についての看護職・介護職双方の意見を整理分類した(表2)。

看護職が考える介護の専門性は、「利用者の持てる力を発揮できる」「病態に左右されず家での生活をそのまま受け入れる」など生活に重点をおいた援助という捉え方をしていた。介護職が考える介護の専門性は、「自由な発想で個別ケアの展開」「その人が思っていることを大切にすする」など、利用者の思いや気持ちに沿うことを目指し、日常生活を整えることだとしていた。

表1 「看護」の専門性

	看護職が考える専門性	介護職が考える専門性
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理に裏づけを持つ。 ・疾病、健康管理については看護職が判断する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職は健康管理をしており、1人1人の入所者の病状を把握している。
健康上のアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・病態生理学的に人間の全身を診る。 ・必ずアセスメントしてから援助を実施する。 ・介護職の視点に理論と病態のアセスメントを加え、判断根拠を持つ。 ・利用者の状態を健康上の危険、疾患からアセスメントし、生活を制限しようとする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護は判断するとき「根拠」を持つ。 ・病状、疾病を中心にアセスメントし判断する。 ・医学的な知識を持つ。
医療	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職に医療行為を任せても責任は看護職にある。 ・医療依存度の高い利用者には看護職による援助が望ましい。 ・生活の側面はあるが、治療が中心。 ・病状から生活を考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活援助に医療が加わる。 ・看護は治すことを考える。 ・生活援助は同じであるが、状態が悪いと医療処置を行える。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・目標設定が「生理的ニーズ」に偏りがち。 ・利用者を疾患や検査データでみるため、疾病の可能性に関心が向く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職は個人としてみられるよりも、「看護職」として信頼されている。

両職種とも、介護は疾患中心ではなく、生活中心という捉え方をしていた。

しかし、看護職・介護職双方から、自由な発想で個別ケアを展開できるが根拠と裏づけに乏しい部分もあるとの意見も出たていた。

2. 日常生活援助

看護職、介護職ともに「看護も介護も基本的に同じ」と認識しており一緒に行っていた。

特に看護職は、「介護職の方が利用者の情報を持っていることが多く、そのため看護職の方から関わりを密にし、情報を共有する努力を行う必要がある」と述べており、日常生活援助の協働が看護職と介護職の連携につながると捉えていた。

さらに看護職は日常生活援助を行う際には、看護の視点を常に持ち、看護の専門性を発揮しながら介護についての役割も担っていく必要があると述べていた。

3. 医療処置

ここでは特に、施設で行われている介護職の

医療処置の捉え方や現状について述べる。実際に行われている医療処置として挙げられたのは、施設によって違いはあるが、「経管栄養（接続と注入）」、「吸引（口腔内のみ）」、「酸素吸入」、「座薬挿入」、「褥瘡処置」、「人工肛門パOUCH交換」、「浣腸」、「排便」、「服薬」、「軟膏塗布」などであった。

介護職が行う医療処置について、看護職・介護職の考え方を各施設別にまとめた（表3）。

1) 看護職の捉え方

看護職は医療行為を介護職に任せなければならない状況がある。しかし、医療処置を介護職が行う場合、判断や行為そのものの責任は看護職にあると述べていた。

また、施設では医療処置の看護職と介護職の区切りが曖昧になってきているので、看護職には医療処置を任せるか否かの判断能力が求められるとも述べていた。

2) 介護職の捉え方

介護職は医療処置を、「看護職の指導のもとで

表2 「介護」の専門性

	看護職が考える専門性	介護職が考える専門性
ケアの独自性	<ul style="list-style-type: none"> 生活に根ざしたケア、本人の持てる能力を発揮させるようなケアの展開。 施設の生活の枠を超え、社会的な側面から生活を整えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 家庭における生活に近いケアを展開。 疾患や健康を中心に考えるのではなく、生活場面の満足を考える。
ノーマライゼーション	<ul style="list-style-type: none"> 入所者を、障害も含めて全て受け入れられる。 医療を必要としている状態でも、その状態で、その人なりの生活ができると捉えられる。 家での生活をそのまま受け入れられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 終末期であっても、入所者の楽しみを考える。
思いを大切に にする		<ul style="list-style-type: none"> 入所者が思っていることを大切にする。 ケアプランが入所者の気持ちに沿う。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の理解が深い。 個人だけでなく、集団へのアプローチができる。 日常生活の中で異常を見分けることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護は福祉ベースであり、人を感性で捉える。 根拠を問われると弱い。 寂しさをバックアップすること。

表3 「医療処置」の捉え方 一施設別比較一

施設	看護職の捉え方	介護職の捉え方
介護老人福祉施設	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員がいない時間帯には、医療処置を介護職に任せなければならない。 ・医療処置の判断は介護職には任せられない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員がいない時間帯には、医療処置をやらずにはいられない状況。 ・生活全般をみていくには、介護職も医学的な知識を持つ必要がある。 ・学校では習わなかったので、最初は医療処置への怖さがあった。 ・本来は看護職の仕事。 ・介護職が医療処置を行うには、看護師が研修を行い、介護職にも任せられるようシステムを整えることが必要。
介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職に任せられることもある。 ・看護と介護の区切りが不明瞭。 ・医療処置の責任は看護職にある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・不足している医療を補う。 ・医療処置というより、生活援助の一部。 ・必ず看護職が存在しており、安心して行える。 ・どこまで介護職が行っていいのかわからない。 ・医療に対しては責任はもてない。
介護療養型医療施設	<ul style="list-style-type: none"> ・医療処置を介護職が行う場合、判断や行為そのものの責任は看護職にある。 ・介護職は医療処置の意味が分からないままに行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療行為は看護職と一緒にやっている。 ・一緒に行いながら、観察ポイント等を学ぶことができ勉強になる。

最小限の医療を行っている」、「看護職が必ず存在しているから生活の一部として捉え、安心して行うことができる」、「生活全般をみていくには、医療的な知識を持つ必要がある」などと述べていた。また、「最初は怖さがあったが、医療行為をやらずにはいられない状況（特に夜間）がある」、「医療処置は行わなければならない状況があるが、責任はもてない」などの意見も聞かれた。

3) 各施設による違い

(1) 介護老人福祉施設

看護職が行う医療処置を夜間には介護職員が行っていた。介護職員は医療処置の一部を介護業務と認識し、医療処置能力の向上を目指す発言も聞かれた。看護職は、夜間などどうしても介護職員に医療処置を任せなければならない。しかし、介護職が医療処置を行っても判断は任

せられないと述べていた。

介護職からは、養成課程時において習得できる技術・知識ではないことが多いため、研修の徹底を強く望む声があった。

(2) 介護老人保健施設

介護職は医療処置に関与はしていたが、「不足している医療を補う」、「医療処置も生活援助の一部」という捉え方をしていた。しかし、「介護の範囲」に戸惑いは見られた。

看護職は、医療処置に関する責任は看護職にあると述べており、介護職は、医療に対する責任はもてないと述べていた。

(3) 介護療養型医療施設

看護師が常に勤務しているために、医療処置を介護職が単独で行うということは殆どないと述べていた。介護職は医療処置を看護職と一緒に

に行っており、一緒に行くことで安心でき、観察点などを指導してもらい、次の援助に活かすことができるなどの意見を述べていた。

看護職は、医療処置の判断や行為の責任は看護職にあると述べていた。

4. 各職種への期待

1) 看護職から介護職への期待

看護職が介護職に望むものとしては、「介護福祉士の視点で発言して欲しい」、「利用者のQOLの向上を目指したケア」、「持てる力を発揮するような援助」、「残存機能に働きかけるような援助」、「施設での生活を家庭に近づける援助」など、介護福祉士本来の視点を強化する意見が主であった。しかし、介護本来の生活の視点を引き出すことが大切と考えるが、看護職がそれを抑えてしまっているのではとの意見もあった。

また、看護職の指示待ちではなく、協働・連携のためには自分たちの意見をしっかり述べることを望む声も多くあった。

2) 介護職から看護職への期待

介護職が看護職に望むものは、「生活場面として福祉の視点を持って欲しい」、「利用者の生活を理解し、受け入れる」、「医療の枠に当てはめずに生活の側面から利用者を捉える」など生活に対する理解と福祉の視点を持つことであった。

また、協働・連携を図る大きな要素として、「お互いの立場から利用者を中心に、話し合いができる関係」、「気軽に話し合える関係」を望む意見も多くあった。

IV. 考察

両職種の専門性について考えてみる。看護職

の専門性については看護職、介護職ともに「健康管理」、「日常生活を通して健康上のアセスメントを行う」という意見で一致していた。このことから看護職は職業としての専門性が確立していると考えられる。

介護職は、疾患中心ではなく生活中心という点では一致していた。しかし、利用者の思いを大切にするあまり、入所者の価値観に影響されやすいといえる。例えば、誤嚥の危険性が高くても、本人の希望に沿って経口摂取の援助を計画したりするなど、利用者がどのような生活を送りたいのか、本人の気持ち、思いを第一に考え援助を行うことが多い。看護職のように、健康上の視点からのアセスメントではなく、生活を主体とした視点であると考えられる。

しかし看護職からは、専門性として利用者の病態の把握、疾患治療を優先してしまい、生活面の満足や、QOLの向上に対する援助が希薄になってしまっていることを危惧し、今後の課題とする意見も多く述べられていた。

ただし、介護保険施設に入所している高齢者は、医療依存度は低いとはいえ、障害・疾病を抱えながら生活していると考えられる。そのため、看護の専門性である病態把握、治療優先は必要不可欠な場合もある。そこで、看護職が生活の満足を第一優先に考えるよりも、介護職との意見交換を重要視する必要があると考えられる。今後、介護職の利用者への思いを大切に、生活の満足を重視する専門性と、看護職の健康上のアセスメントという専門性を発揮しながらの協働がさらに求められ、重要となると考えられる。

日常生活援助については、全施設が一緒に行っていた。看護職と介護職の連携のきっかけとして「日常生活援助の協働」が挙げられており、今後の施設ケアを考えた時に、業務の分業

を見直す必要があると考えられる。また、これからの施設ケアを考えたとき、看護職はただ日常生活援助を一緒に行うだけでなく、日常生活を行う際にも「健康管理」「健康上のアセスメント」という視点で関わり、その際の観察点や重要な情報などを介護職に説明する能力が看護職には求められるのではないかと考える。

医療処置については、両職種間の意見の相違がみられた。看護職は介護職が医療処置を行う際の責任は自分たち看護職にあると捉えていた。介護職は医療処置も生活援助の一部として捉えており、アセスメントの重要性に対して認識の相違がみられた。また、介護職は医療処置に対して戸惑いを示す者と、積極的に知識技術を習得したいとする者とに分かれた。これは施設基準の相違と入所者の介護度、介護福祉士の養成課程の多様性や経験年数による影響も大きいと考えられる。

介護保険施設の人員基準、施設サービス支給額について表4、表5に示す。介護老人福祉施設においては看護職員の配置が少なく、基本は昼間帯の勤務であり、夜間は自宅待機である。よって夜間は介護職員のみで利用者をケアしているのが実状である。そのため、医療処置を行わずにいられない状況と答え、知識と技術の習得を望む意見が出たと考えられる。

反対に、看護職員と介護職員の比率が1対1の介護療養型医療施設では医療処置を介護職員単独で行うことはほとんどないと答えていた。夜間帯も必ず看護職員が勤務しているので安心できるとも述べていた。

これらの中間である介護老人保健施設では、看護職員が常に勤務しているが人数が少なく、介護職員が医療処置を行わなければならない時も多くあった。看護職員が存在しているため安心して医療処置を行えたとしながらも、介護の

範囲が曖昧で戸惑いも見受けられた。

平成12年の介護保険施設の要介護別入所者の構成割合によると、要介護4,5の重度の介護が必要な入所者の割合の1番多いのが介護療養型医療施設69.2%、次に介護老人福祉施設51.6%であり、介護老人保健施設は38.9%である¹¹⁾。看護職と介護職の比率が1対1の介護療養型医療施設に介護度の高い入所者が多いのは当然と考えられるが、看護職員の人員配置が少ない介護老人福祉施設にもかなり介護度の高い入所者が多いことが分かる。3施設の中で、介護老人福祉施設が、介護保険サービスの支給額が最も少ないことより、介護保険サービスの支給額が影響していることも推測される。それぞれの施設に期待される役割、入所者の介護度、介護保険サービスの支給額などを見直す必要があると考える。

一方、介護福祉士の資格取得方法は大きく分けると養成施設を卒業する方法と国家試験を受験する方法の2つに分けられる。特に、国家試験を受験する方法は実務経験を経て受験資格を取得するものである。このように介護福祉士の養成課程は様々であり、経験年数、施設の業務方針・内容によって介護福祉士個人の「業務に対する思い」が形成されている。今後、介護職と看護職の協働を考えるにあたって教育課程の一本化も考慮に入れることも過言ではないと考える。

表4 介護保険施設における職員配置基準

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
			介護保険適用	医療保険適用
医師	1 (非常勤可)	1 (常勤)	3	3
看護師	3	9	17	17
介護職員	31	25	17	17

入所者100人当たりの人員基準

厚生統計協会(2003)：国民衛生の動向、pp230, 厚生統計協会、より一部引用

お互いの職種に対する期待については、看護職から介護職に対しては、福祉の視点の強化、介護福祉士本来の視点など、専門性を強化することであった。看護職は自分たちの専門性は「健康管理」と「健康上のアセスメント」であると述べている。しかし、この「健康管理」「健康上のアセスメント」によって利用者の生活を制限してしまうことも多い。また、利用者の望む生活、満足できる生活を送るための健康管理という発想の転換が看護職には難しい。そこで、看護職は介護福祉士本来の生活を主体とした視点から意見を述べてもらい、話し合いを持ちながらケアを考えていきたいと思っている

のと考えられる。

介護職から看護職への期待は、施設が医療の場ではなく生活の場であることへの理解と福祉の視点を持つことであった。また、介護職は協働・連携を図る大きな要素として「お互いの立場から利用者を中心に、話し合える関係」を挙げていた。介護職は自分たちからも積極的に、生活の場面であることへの理解を求めようような働きかけが必要だと考えているのではないか。

看護職からも生活の側面からの意見を介護職に求めており、今後の高齢者の看護・介護には、看護職・介護職、お互いの専門性を発揮しながらの密な話し合いが必要と考えられた。

表5 各施設サービスの支給額

施設の種類の	単 位 数 ()内は円(月額)への換算
介護老人福祉施設 (小規模生活単位型)	要介護1 784(23.8万円)
	要介護2 831(25.3万円)
	要介護3 879(26.7万円)
	要介護4 924(28.2万円)
	要介護5 974(29.6万円)
介護老人福祉施設 (従来型) (人員配置3:1の場合) ¹⁾	要介護1 677(20.6万円)
	要介護2 748(22.7万円)
	要介護3 818(24.9万円)
	要介護4 889(27.0万円)
	要介護5 959(29.2万円)
介護老人保健施設 (人員配置3:1の場合)	要介護1 819(24.9万円)
	要介護2 868(26.4万円)
	要介護3 921(28.0万円)
	要介護4 975(29.6万円)
	要介護5 1,028(31.3万円)
介護療養型医療施設 (療養型病床群を有する病院で、人員配置看護6:1, 介護4:1の場合)	要介護1 820(24.9万円)
	要介護2 930(28.3万円)
	要介護3 1,168(35.5万円)
	要介護4 1,269(38.6万円)
	要介護5 1,360(41.3万円)

注1)人員配置3:1とは、介護職員・看護職員の人員配置が、入所者3人に対して1人であることをいう。以下、同じ。

厚生統計協会(2003):国民衛生の動向、pp231, 厚生統計協会。より引用

V. 結論

看護の専門性として「健康管理」、「健康上のアセスメント」、「医療」が挙げられ、介護の専門性としては、「病態に左右されず家での生活をそのまま受け入れる」、「その人が思っていること大切にすること」など、利用者の思いや気持ちに沿いながら日常生活を整えることが挙げられた。

看護・介護職の協働、連携を図るためには、お互いの専門性を発揮しながらの意見交換が必要といえる。

業務の中の医療処置については、看護・介護職それぞれ、また、施設によって意見の相違がみられた。これは、それぞれの専門性によるもの、施設の指定基準、介護保険サービスの支給額による影響などさまざまな影響が示唆され、今後の課題と考えられる。

なお、本研究の一部は第8回老年看護学会学術集会(2003年11月、兵庫県)にて発表した。

引用・参考文献

- 1) 厚生統計協会（2003）：国民衛生の動向。pp.227, 厚生統計協会。
- 2) 前掲1) pp.470-471
- 3) 安田真美, 山村江美子, 小林朋美, 寺嶋幸恵, 矢部弘子, 板倉勲子（2003）：看護・介護の専門性と協働に関する研究－施設職員
の専門性と協働に関する意識調査－。日本老年看護学会第8回学術集会抄録集, pp.96.
- 4) 看護師などによるALS患者の在宅療養支援に関する分科会（2003）：「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」報告書。
- 5) 高木和美（1999）：新しい看護・介護の視座
看護・介護の本質からみた合理的看護職員構造の研究。看護の科学社。
- 6) 篠崎良勝（2002）：どこまで許される？ホームヘルパーの医療行為。一橋出版。
- 7) 林信治（2003）：医療的ケアに関する介護福祉士の対処の現状と意識。厚生
の指標, 50(8), 1-7.
- 8) 小島洋子, 佐藤芳江（1996）：看護と介護－その基本的考え方－。静岡県立看護大学短期大学部研究紀要, 10, 193-204.
- 9) 波多野梗子（2002）：これからの看護教育の課題－看護基礎教育の内容と方法を中心に－。愛知県立看護大学紀要, 8, 1-6.
- 10) 株式会社日本総合研究所研究事業本部(2003)：医療と介護の連携に関する海外調査研究報告書, カナダ・ドイツ・フランス・ノルウェー。株式会社日本総合研究所研究事業本部。
- 11) 厚生労働省（2003）：平成12年介護サービス施設・事業所結果速報
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kaigo00/2.html>
- 12) 前掲1) pp.230
- 13) 前掲1) pp.231
- 14) 厚生統計協会（2003）：国民の福祉の動向。pp.242-243, 厚生統計協会。