

---

## 総 説

---

# 生活支援のための看護と介護の連携

井上千津子

本論では、介護の実践者であり、また介護の教育にかかわる立場から「看護と介護の連携」をテーマに論及した。

誰もが自立して自分らしく生きていくためには、生活をトータルで支える生活支援が求められている。その中核としての看護と介護の連携の重要性と必要性を述べ、さらに、連携のための条件を示し、連携を阻害している問題を、看護職・介護職双方の意見から導き出した。そのうえで、①意識の問題 ②教育内容 ③マンパワーの問題 ④システムのあり方の4項目に整理をし、この4点に対して問題の内容と、解決へ向けての若干の提言を行った。特に連携を不可欠とする医療依存度の高い在宅療養者の増大と、それに伴う介護負担増を背景に浮上してきた「介護職が行う医行為」について、内蔵している問題点を明らかにして、看護・介護双方の専門職としての捉え方について議論の必要性を述べた。

なお本論は老年社会科学 Volume 28, no. 1, 2006 に投稿した論文に加筆・修正を加えたものである。

キーワード：連携 意識 教育 マンパワー システム

## 1 はじめに

介護は人生の中で誰もが遭遇することであり、誰もがたとえオムツに包まれていようと、認知症になろうと、生活者としての人権が守られ、主体的な快適な生活が希求されている。その営みを可能とするために、生活をトータルで支える生活支援が緊要な課題になってきている。この新たな生活支援システムとしては、人間とその生活に関する多角的な知見と技術を包摂した「生活支援」が必要であり、生活をトータルで支えるためにチームケアの重要性と必要性が認識され、その展開の仕方が課題になっている。チームケアの中心に看護と介護の連携が位置づけられ、そのあり方が問われている。

「看護と介護の連携」に関する問題は、高齢化社会が台頭し、介護が社会的課題になった時代から今日まで、どれほど論議され、研究課題として取り上げられてきたことであろうか。思えば筆者もヘルパーとして介護の実践活動をしていた時代にも、この問題について、NHKをはじめとするマスメディアを通して問題提起や提言をさせていただいたが、その頃と問題の所在は同じである。

本稿では、介護の実践者であり、また介護教育にかかわる立場から連携について考察を進めていく。

## 2 看護と介護の関係

介護は、歴史的に見れば看護の領域に含まれ、源を同

一にしていた。しかし、看護は、医療技術の発達に伴い、高度に専門性の分化した医療に引きずられ、高度医療を支えるマンパワーとしての機能が增大していった。一方で勢い看護師不足のあおりを受けて看護業務として規定されている療養上の世話という部分まで手が回らなくなったという現実がある。同時に高齢社会の到来にともなって、老化による身体的機能低下を原因とする生活障害への対応も増大していった。この部分が医療から切り離されて、介護という領域が創り出されたという経緯が一般的な認識であろう。

看護と介護の関係であるが、看護は輸入概念であり、介護は看護から分化したわが国独自の概念である。ナイチンゲールから200年の歴史を持ち、論理的にも、技術的にも体系づけられた看護に比較すると、介護は歴史的にも未発達な領域と言わざるを得ない。

介護職としての本格的な養成は、1987年「社会福祉士及び介護福祉士資格」の創設が契機である。しかし、人材養成の基本となる学問や実証的な研究も、序々に積みあげられているものの、用語の厳密な定義づけや、言語のもつ歴史性、さらに枠組みとしても十分には練られていない状況である。

このような歴史的な違い、さらに資格の内容・取得方法の違い、教育期間の違いなど、資格の持つ背景に差違のある看護と介護の連携、協働という作業をどのように進めるかが課題であり、そのあり方が高齢者や障害者の生活の質を左右することになる。

### 3 看護と介護の連携とは

連携の言語的意味は、広辞苑によると『同じ目的を持つ者どうしが協力して物事を行うこと』とある。

では、看護と介護の同じ目的とは何か、ということであるが、『看護とは、健康の保持・増進、健康の回復、あるいは安らかな死のために自立して日常生活ができるように援助する科学であり、技術である』<sup>1)</sup>としている。目的としては、何らかの疾病や障害を持った病者に対して医療処置を含めて看護技術を手段として「健康を回復し、生命の活性化を図り、日常生活の原状復帰」を目指すことにあるといえる。一方介護は、援助の対象を病者ではなく、生活者と捉え、欠落した生活行為を成立させる介護技術を通して「命を守り、日常生活の継続性」を支えることである。双方の共通した目的とは、「命と生活へ関与し、自立した生活を創り出すこと」という点を導き出すことができ、看護と介護がこの目的に向かって協力することということになる。

疾病や障害の発生の背景には、生活基盤の脆弱化が大きな要因として存在し、一方で、生活障害の裏には疾病が原因しているという相互関係が成り立っている。このことから、疾病や障害の状況と生活基盤との関係を重視していく必要がある。疾病の発生子防、悪化防止、病状の改善へ向けて疾病管理は看護が担う内容であり、介護は、疾病の裏に存在する生活基盤の崩れ、さらに生活障害の背景としての疾病や障害に目をむけ、生活行為の援助を通して生活基盤の整備と、生活意欲の喚起が重要な役割になろう。たとえば、糖尿病からくる身体的疾患に対しては治療という現状回復のための医療処置を含めて、看護職が担い、治療効果をあげるための生活基盤、つまり食事環境の整備、(食材の購入、調理・加工、雰囲気、摂食改善)、または外出するための移動手段の確保、受診意欲や生きていこうとする意欲を引き出していくという役割を担う介護職。この双方が過不足なく役割を果たしていくことが連携であり、「命と生活へ関与し、自立した生活を創り出す」という目的を達成することになる。

このように人間らしい豊かな生活を支援するためには、看護と介護の連携は不可欠である。しかし、連携の重要性、必要性は誰もが認識しているが、連携は口で言うほど簡単なことではない。なぜか、その理由は連携をするための条件が整っていないということがいえる。では、連携の条件とは何か、第一に、連携する相手の業務内容の理解と相手の専門性を尊重すること。第二に専門性を備えたスタッフの質と量が確保されていること。第

三に専門職としての知識と技術を有し、それを具体化するための実践力を具備していること。第四に双方の仕事が見えるシステムがあること、これらがあげられる。

### 4 看護と介護の連携の課題

筆者も参加した「全国高齢者ケア協会」がこのたび行った看護と介護の連携に関する調査結果<sup>2)3)</sup>を引用しながら論及する。調査は、当協会の会員1050名に調査票を郵送し、50.5%の回収率であり、対象は次の通りである。基礎資格は(表1)に示すように看護職が70%、次いで介護職(介護福祉士、ホームヘルパー)17.2%であり、勤務場所は(表2)、高齢者施設が43%、在宅が14%、その他が40%であり、その他には、一般病院や教育機関が含まれている。いずれも連携が不可欠な環境にある看護職と介護職の回答が多かった。

看護と介護の連携の現状(表3)、看護と介護の連携についての問題(表4)を示す。連携の現状は、「どちらかといえばできている」と「どちらかといえば問題」という相半ばする解答であるが、介護職の方が、看護職に比較すると連携ができているという回答は少なく、また、問題有りの割合が高い数字を示している。連携の問題点としては、介護職では、理解不足と意見の相違を尊重できないが上位を示し、看護職では、理解不足は上位であるが、意見の相違を尊重できない割合はかなり低い数字を示している。つまり、連携をとる場面において、

表1 対象者の基礎資格(文献3より転載)(%)

看護師(准看護師)	355	(70.0)
介護福祉士	78	(14.7)
保健師・助産師	26	(4.9)
ホームヘルパー	13	(2.5)
社会福祉士	12	(2.3)
その他	30	(5.7)
特になし	16	(3.0)
計	530	(100.0)

表2 対象者の最長の勤務場所(文献3より転載)(%)

療養型医療施設	88	(16.7)
老人福祉施設	75	(14.2)
老人保健施設	64	(12.1)
居宅介護支援事業所	32	(6.0)
訪問看護ステーション	23	(4.3)
訪問介護事業所	21	(4.0)
その他	221	(41.7)
特になし	5	(0.9)
計	530	(100.0)

表3 看護と介護の連携の現状について(文献3より転載)

( ) %

	看護職	福祉職	その他	計
十分にできている	23 (6.1)	2 (2.0)	3 (6.5)	28 (5.3)
どちらかといえばできている	168 (44.4)	43 (42.2)	17 (37.0)	228 (43.3)
どちらかといえば問題	157 (41.5)	46 (45.1)	23 (50.0)	226 (43.0)
問題が多い	29 (7.7)	11 (10.8)	3 (6.5)	43 (8.2)
計	377 (71.8)	102 (19.4)	46 (8.8)	525 (100.0)

表4 看護と介護の連携について問題と考えるところ(文献3より転載)

( ) %

	看護職 (N=381)	福祉職 (N=102)	その他 (N=46)	計 (N=529)
それぞれの役割の理解不足	281 (73.8)	63 (61.8)	27 (58.7)	371 (70.1)
互いの意見の相違を尊重できない	168 (44.1)	59 (57.8)	19 (41.3)	246 (46.5)
連携の場や機会が足りない	177 (46.5)	55 (53.9)	20 (43.5)	252 (47.6)
上司・組織の理解がない	97 (25.5)	27 (26.5)	10 (21.7)	134 (25.3)
連携の方法がわからない	51 (13.4)	9 (8.8)	7 (15.2)	67 (12.7)
その他	36 (9.4)	9 (8.8)	1 (2.2)	46 (8.7)
問題なし	9 (2.4)	0 (0)	2 (4.3)	11 (2.1)

介護職が看護職より意見の相違を強く感じていることを示している。また、看護職は介護職と比較すると相手の意見を尊重するという点では、連携の条件としての必要性は低いということになる。

双方の問題意識をさらに明確にし、連携の有効策を導き出すために、看護職・介護職双方が相手に対してどのような問題意識を持っているかという点について自由記載から見てみる。

### 1) 看護職の意見

— 介護職はプロとしての意識が低く、学習意欲がない。

— 介護職のコンプレックス丸出しの看護職に対するバッシングの意識変革が必要である。

— 介護職の基礎教育不足が連携を阻害している大きな点である。

— 無資格者がプロとして介護をしていること事体が問題であるし、無資格者を雇用できる制度そのものの改善が必要である。

— 介護職の医療に対する知識が足りないので、学習すべきである。

— 知識不足が原因して発見が遅れ、看護職の訪問が手遅れになり、利用者に負担がかかっているケースが多い。

— 介護教育不足に大きな原因があり、また、介護職の学びの意欲、姿勢に疑問を感じる。

— 一緒に話して話し合う場がない。

— 介護職は、お金にならないカンファレンスには出てこようとしない。

— 患者が重度化し、反対にマンパワー不足は増大して

いく中で、話し合うゆとりがない。

— 看護師同様基礎知識や基礎技術のある程度身につけてから現場に出るべきであろう。

— 学校で勉強し、国家試験に合格した後取得できる看護師資格と比較すると介護は安易に資格が取れるので、資格レベルが低い。資格のレベルを合わせることで連携の道である。

— このように看護職からは介護の質、教育のあり方についての指摘が多い。

### 2) 介護職は看護職をどのように見ているのだろうか

— 看護職が介護職を低いレベルで見ている傾向があり、介護職に対する偏見がある。

— 看護職に遠慮があり、本音でディスカッションができない。

— 看護職が介護職を軽視するには理由がある。学習する意欲のない介護職が多い。

— 介護職は看護技術ができるようになることが技術アップとなり、はじめて同等に意見が言える用になる。

— 看護は、個々の看護技術は高く、看護に対する意識も高いけれど、全体を見てよくしていこうと努力する人は少ない。

— 介護も看護職と同じ技術ができるように教育内容を変えるべきである。

— 介護保険下において、看護と介護では、給付が適正化していない。入浴の介護を行う場合、単位数が約2倍である。同じ行為であるが納得いかない。

— 連携・協働の重要性は理解しているが、看護職の介

介護現場における人手不足が問題である。その結果介護職に何でもかんでも押し付けてくる。

一看護職は、病院感覚が強く、介護現場における生活を見ることができないように思う。

一日中血圧計や処置台を運び歩いているようでは、話し合う機会はない。

一便秘の利用者に「出せばよい」的な考えで、下剤の処方を考えている看護師が多い。

一看護師といろいろと会議を持ったが、最後まで理解をしてもらえなかった。

以上のように介護職からは、看護職の介護職に対する意識のあり方が多い。しかし、労働評価の不当性についても看過できない意見が出ている。

こうした現場の実態から、連携の障壁になっている問題点としては、意識、教育、マンパワー、システムの4項目に整理できる。これらをどのように改善していくかが連携のキーになるだろう。

## 5 連携を進めるためには

### 1) 意識の問題

看護職が介護職を低く見ているという介護職の指摘については、介護・看護の実践現場で、このような上下関係が成立しているということであろう。特に介護職が上下関係を感じるのは、医療領域が濃厚な場面においてであり、介護職も看護職と同じ看護技術をもつべきであるという意見や、介護職は、看護技術の習得がレベルアップであるという認識につながってきていると考えられる。

社会的認知は、報酬額や教育期間の違いが大きいため、上下関係が成立しやすい環境にもあることも認めざるを得ないが、この上下関係の成立は、連携のための第一の条件であるところの、「連携相手の双方の専門性を尊重する」ということができていない結果である。看護も介護も社会の発展過程で必要とされて創設された専門職であり、その専門領域にはそれぞれの特徴が存在するわけである。それぞれの専門性に基づいた価値観や見方、意見があるからこそ多面的に考えられるということでもある。

双方の専門性を尊重するためには、看護と介護がそれぞれの価値観や役割からくる意見の違いをどのように埋め合わせていくかが重要になる。誰がリーダーシップをとるかということではなく、ニーズが何か、そのニーズを満たすためには誰がどのようにかかわるか、という視点の共有こそ不可欠である。

### 2) 教育の問題

介護職の教育不足が看護職から強く指摘されている。

内容として医療的な知識不足や学習意欲、姿勢の欠落があげられている。医療依存度の高い現場において、「年々、患者が重度化していくなか、反対にマンパワー不足は増大していく」という現状から看護職の代替として介護職への期待は大きくなるであろう。その期待と現実とのずれから、医療的知識の不足や介護教育における医療的技術の修得不足が目につくのであろう。

確かに、介護は誰でもできると位置づけられ、介護福祉士資格は名称独占であり、業務の独占性は有していない。このことから、介護現場は、資格のある者無い者、ヘルパーの1級2級と、知識や技術にばらつきがあり、当然介護の質にもばらつきが出てくる。その結果、「医療知識の不足が原因して発見が遅れ、看護職の訪問が手遅れになり、利用者に負担がかかっているケースが多い」という指摘につながってくる。

このことは、第二に専門性を備えたスタッフの質と量が確保されていること。第三に専門職としての知識と技術を有し、それを具体化するための実践力を具備していること。この2つの条件が整備されていないことの現れであるといえる。

さらに、現在、介護の人材養成の場として、専門学校、大学における2年制、4年制が雨後の竹の子のように乱立し、養成施設の格差、(教員の差・教育環境の格差)が広がりつつある。介護のマンパワー不足から出発した養成教育であるが、看護と介護の自立と連携のためにも、量から質への転換が不可欠であり緊要である。この問題について介護教育の場に目を移してみると、第1に、多様化している資格取得の一本化による均質化が必要である。第2に、教育内容であるが、小林光俊氏らの調査<sup>4)</sup>において、『介護福祉士に期待・要請される知識について』の項目から、次のことが言える。施設管理者・介護職はいずれも「医学一般に関する知識」が共通して上位を占めている。この結果からも、介護現場においては、身体的な変化を観察する知識の修得が求められていることになる。このことは、介護現場における医療依存度の高さの反映と見て取れるが、裏返せば「医学一般」の教授法、教育内容が問われているともいえる。

折から介護福祉士制度の変革の時期を迎えて、カリキュラムの改正が進んでいると聞くと、カリキュラムのみをいかに改正しても教授法の工夫なくしては教育効果は上がらないであろうし、カリキュラム全体の統合性と自由度をひろげることがより求められる。加えて、人間教育や基本的な生活環境の知識、また、医療的な基礎知識の習得など、教育内容の充実を含めて、チームケアの担い手としての専門職養成のためにも、教育期間の延長を

英断すべきであろう。

この教育機関の延長は、看護と介護の労働評価の不平等性を解消するためでもある。せめて3年教育を課している看護と教育期間を同等にすることによって、教育内容の充実を図ることになり、質の高い人材が輩出されることに結びつく。このことが賃金をはじめとする処遇の格差をなくしていくことになり、この格差感の解消こそ、看護職、介護職の主体性に基づいた連携の根源とも言えるのである。

こうした基礎教育の充実と共に重要なことは、現場におけるスーパービジョンである。状況が見えるところで、状況に応じて、見える形での適切な指導・助言が不可欠であり、優れたスーパーバイザーによる教育こそ必要である。特に、基礎教育における理念、原理原則を、生きた人間を相手に、個別化された現状へ如何に応用させていくか、この応用力の熟成こそ不可欠な教育である。

### 3) マンパワーの問題

自由記載のなかで、介護職の意見として「連携・協働の重要性は理解しているが、看護職の介護現場における人手不足が問題である。その結果介護職に何でもかんでも押し付けてくる」この言葉は、連携のための第二の条件である専門性を備えたスタッフの質と量が確保されていること、という条件の不備が「介護職が行う医行為」という問題を浮上させてきたとも言える。背景としては、在宅における医療依存度の高い利用者の増大であり、中でも難病患者の痰の吸引行為を契機に、この問題が具体的に議論の的となったことは周知の通りである。

平成15年に厚労省から、「ALS患者の在宅医療の支援」<sup>5)</sup>についてという見解が出され、一定の条件下において介護職が行う痰の吸引が容認された。その後相次いで、平成17年には、「在宅におけるALS以外の療養患者や障害者に対する痰の吸引の取り扱いについて、ALS患者と同様に、家族以外の者が痰の吸引を実施することはやむを得ない措置として許容される」<sup>6)</sup>という通知が出された。この「痰の吸引」は①医行為であることを前提として、家族のレスパイトケアの一環として、やむを得ない当面の処置であること、②業務時間内に行える個人契約の業務外の行為であること、③家族の委託が前提であり、家族と介護従事者との契約であること。このことが「痰の吸引」を家族以外の者に認めた内容である。確かに実施する上で一定の条件を示しているが、その条件は医療職との連携が主点である。しかも、実施は家族と介護従事者の契約ということで、責任の所在は相変わらず明確になっていない。

しかも、相次いで出されたこれらの通知は、この内容

を守れば、医事法などの違反にはならないということであって、事故があった場合は、介護業務としての事故責任が問われることになる。つまり、介護職としては、「痰の吸引」という医行為を、家族から委託されれば、家族と個人的な契約を結び実施しても良いが、事故が起きた場合は、介護事故ということになり、実施した介護職にしわ寄せが来ることは目に見えている。介護職は、家族がやっているから、家族が困っているから、やらざるを得ないという言い訳を傍らに置きながら、孤立無援のなか、医行為をせざるを得ない状態が続くであろうことだけは明白である。

医行為である「痰の吸引」を家族との契約という「私人的な行為」の延長線上で介護職が職域拡大をしていくことの是非については、介護の専門性の方向を左右する上で大きな課題である。また、看護職も、医行為という自分たちの専門性に裏付けられた行為を介護職にゆだねることについて、自分たちの責任を真摯に認識する必要があるのではないだろうか。

加えて、ターミナルケアの問題である。医療費の削減を目途とした医療制度の変更に伴い、高齢者のターミナルの場が病院から施設へ移行しつつある。当然介護職がターミナルケアを担わざるを得ない状況が生まれてきている。ますます看護と介護の連携は必須条件となる。医療依存度の高い人たちの命を守り、自立した生活を支えるという同じ目的を遂行するためには、やはりマンパワーの充実が重要であり、しかも医療領域の専門職である看護職の充実こそが要にならう。介護職が行う医行為という問題が浮上してくる背景は、本来担わなければならない職種がその役割を果たしていないということの現れである。

### 4) システムの問題

一緒になって話し合う場がない。話し合っているゆとりがない。という看護職、介護職双方の指摘からもカンファレンスができない状況であろう。特に在宅などでは訪問の日時も異なることから利用者を中心に話し合うことも困難であり、それぞれがケアプランによる自分に課せられた約束事を遂行すると言うことにならう。連携をとるためには、看護、介護双方が提供した援助行為が双方に見え、その結果がみえるという事であり、援助行為の根拠を明確にして、双方が確認することが不可欠である。現場では連絡ノートなどを活用して、状況の変化や、自分の援助行為を報告し合っている事例を聴くが、こうした現場における工夫の積みあげも重要ではあるが、しかし、一人の利用者を中心に生活像を共有して、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、現在の生活、将来の生活を見据えて、的確に対応をしていくことが不可欠であり、そのためのカンファレンスの場と機会を作る工夫と努力が必要である。看護・介護双方が障害になっている要因を共通課題として、問題解決へ向けて、共に考えていくことが重要である。合わせて、カンファレンスの場において、的確に情報を提供する説明能力を磨くことも連携には看過できない要因の一つである。つまり、いかにわかりやすい言葉で語れるか、如何適切な文章で表現できるか、この言語機能こそ要である。

さらにもう1点看過できない課題は、看護・介護双を繋ぐキーマンの存在である。キーマンはケアマネージャーということになるだろうが、ケアマネージャーとして、適正なケアプランの作成、そのプランの結果を得るためにも、連携の問題、介護が行う医行為の問題について、蚊帳の外に在るのではなく、同じ土俵の上での発言を期待したい。利用者の現在の生活、将来の生活、それに至るための道筋を見据えて、看護・介護の機能を最大限に活用していくキーマンの役割を果たすべきであろう。

## 6 終わりに

看護と介護は、双方とも社会の進展に伴いその必要性から誕生した専門職であり、どちらかが欠けても、双方

の目的は達成困難であり、社会的ニーズには応えられないことになる。このことを認識し、この専門職が前述した連携のための条件を整備していくことが緊要であり、重要である。連がりとは広がりとは表裏一体であることから、看護・介護双方が自立し、連携する事によって利用者の命と生活の幅が広がることになる。連携のための方法論の確立を期待して論を閉じる。

## 引用文献・参考文献

- 1) 井上幸子他「看護とは」(1) 看護学体系第1巻3 日本看護協会(1990年)
- 2) 鎌田ケイ子他「看護と介護の連携に関する調査結果」老人ケア研究, 2006; 24: 2~3.
- 3) 鎌田ケイ子他「看護と介護の連携に関する調査結果」老人ケア研究, 2006; 24: 6~14.
- 4) 小林光敏監修 専門介護福祉士の展望 北隆館(2006) P58~59
- 5) 「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」平成15年7月17日 厚生労働省医政局長通知
- 6) 「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取り扱いについて」平成17年3月24日 厚生労働省医政局長通知