

〈原著論文〉

臨床施設管理者の意識調査からみる看護基礎教育における課題 —看護と介護のより良い連携に向けて—

Education problems in basic nursing education to see from the attitude survey of clinical facilities administrator : Towards the quality of the care of collaboration with the nurse and care worker

高見 清美¹, 豊田 百合子², 藤原 尚子³, 平賀 元美⁴

要旨

超高齢社会の今、日常生活ケアに直接関わる看護と介護のよりよい連携は質の高いケア提供のための必須課題であり、基礎教育の段階から連携のための教育が必要とされる。今回、看護基礎教育における連携のための教育課題についての示唆を得ることを目的に、看護職と介護職が協働する臨床施設の管理者を対象に所属施設（部署）における連携状況および連携のために看護学生に卒業時に身につける能力として期待することについて調査を行った。その結果、①連携を妨げる要因として教育背景の違いが最も多く、学生時代より協働することを通し、相互に学び合いお互いの価値観や役割を理解する場が重要となる、②卒業時に身につける能力として期待することでは倫理的側面に関する優先順位が高く基礎教育ではまず対人職としての倫理的姿勢の涵養が基本となる、③看護職ではチーム医療のキーパーソンとしての意識づけを基礎教育の段階から行っていく必要がある、という3点について示唆を得た。

キーワード：看護職，介護職，専門職連携，看護基礎教育

Nurse, Care worker, inter-professional collaboration

Basic nursing education

I. はじめに

医療・福祉を取り巻く状況：急速な高齢化の進展と疾病構造の変化は医療費抑制とそれに伴う病床区分の整理、在院日数の短縮をもたらし、医療依存度の高い対象が地域でケアを必要とする状況が加速している。さらに超高齢社会を迎えるにあたり2025年には概ね180万人～200万人の看護職員、200万～250万人の介護職員が必要とされている。ケアマンパワーの不足が懸念される中、医療は高度専門分化・多様化しており、マンパワー不足を補うための効率のよい質の高いチーム医療が求められている。特にこれからの超高齢社会を支える最も大きなマンパワーとなる看護と介護の連携は大きな課題であり、地域・生活の場で対象の「健やかないのちと生活」を守る質の高い連携が求

められている。

専門職連携は病気や障害、年齢に関わらずあらゆる人が共に生きる社会を支える基盤の一つであり、今日の医療福祉の現場では不可欠なものになっている。しかし、その実践には困難が伴い連携を妨げる要因に専門職の縄張り意識、自分の分野への権益のこだわり、コミュニケーション不足、縦割りの養成教育等があげられており、この問題を克服することが求められている（藤田,2013）。これらを打破するためにわが国においても2000年前後からIPE（専門職連携教育）を大学教育の教育課程に取り入れる大学が増加している（山本,2013）。専門職連携教育は「複数の領域の専門職が協働とケアの質を高めるために共に学び、互いから学び、互いについて学びあう過程」（CAIPE,2002）と定義されており、専門職として自分の考えや価値観と

-
- | | |
|------------------|-------------|
| 1 Kiyomi TAKAMI | 千里金蘭大学 看護学部 |
| 2 Yuriko TOYOTA | 大阪保健福祉専門学校 |
| 3 Naoko FUJIWARA | 千里金蘭大学 看護学部 |
| 4 Motomi HIRAGA | 千里金蘭大学 看護学部 |

受理日：2016年9月10日
査読付

ともに、他職種の価値観、考え方の違いを尊重しつつ、相互理解を基盤として協働でチームを形成し維持する（チームマネジメント）ことができる基礎的能力を養う事が求められている。

本研究は以下のことを明らかにすることにより、看護と介護のより良い連携に向けた看護基礎教育の課題について示唆を得ることを目的とする。

1. 看護職と介護職の協働がなされている臨床施設の管理者に対する所属施設（部署）での連携状況および連携を妨げる要因についての意識調査の内容から看護基礎教育における課題を知る。
2. 看護と介護のより良い連携のため看護学生が卒業時にどのような能力を身につけることが期待されているのか臨床施設のニーズを知る。

II. 方法

1. 調査対象 看護職・介護職の双方の職種が勤務する臨床施設の管理職。400施設（700部署）に対し返信があった看護職管理者および介護職管理者389名を分析対象とした。
2. 調査方法 8月に1施設4名の看護管理者、介護管理者に対しプレテストを実施。その後、本調査として看護師・介護福祉士を養成するA専門学校の実習施設および卒業生が就職している400施設の臨床施設（病院、介護保険施設、訪問看護ステーション）の看護部・施設管理部へ協力依頼書および調査票を送付し該当者への調査を依頼した。調査期間は2014年9月から10月までであり、441名から回答が得られ、そのうち看護師資格を持つ管理者（以下看護職管理者とする）および介護職の資格を持つ管理者（以下介護職管理者とする）の389名を分析対象とした。
3. 調査項目 ①属性（施設種、職位、職種）②所属施設（部署）の看護と介護の連携状況について（先行研究を参考に10項目を作成）「非常にそう思う」～「全くそう思わない」の4段階評価。③連携を妨げる要因について、先行研究から連携を妨げる要因としてあげられている項目（教育背景の違い、資格のばらつき、生活目線に変更できない、看護職の理解不足、介護職の学習不足、その他の6項目）のうち、自施設の連携を妨げる要因として考えること

について複数回答での回答を求めた。④看護学生に卒業時に連携のため身につけることが期待される能力（先行研究を参考に17項目作成）「十分身に付ける必要あり」～「特に必要がない」の4段階評価。

4. 分析方法：SPSS19Version使用。属性は単純集計、対応のない2変量の比較に関して、マンホイットニーU検定を使用。
5. 倫理的配慮：調査票は匿名とし、表紙に研究目的および方法、データは統計的に処理し個人を特定しないこと、研究への参加は自由意思であり参加しないことによる不利益は被らないことを明記し、調査票の返信をもって同意とした。その際、返信は個別の返信封筒で個々の回答者から調査票を直接研究者に郵送で返送してもらった。

III. 結果

1. 属性

1) 施設種および職種

回答者の属性は病院勤務の看護職が215人（55.3%）と最も多く、次いで介護保険施設勤務の看護職が108人（27.8%）、病院勤務の介護職14人（3.6%）、介護保険施設勤務の介護職44人（11.3%）、訪問看護ステーションの看護職7人（1.8%）であった。全体として看護職が331人（85.1%）を占めており、介護職の回答割合は58人（14.9%）であった（表1）。

表1. 施設種と職種 (人数)

施設種	看護職	介護職	計
病院	215	14	229
介護保険施設	108	44	152
訪問看護ステーション	7	0	7
無記入	1	0	1
合計	331	58	389

2) 職位

職位は、看護部長・副看護部長・施設長などその施設全体の責任をもつ役職につく看護職は34人（8.7%）であり、介護職は4人（1.0%）であった。また看護師長・課長などその病棟、ユニット全体に責任を持つ役職は看護職163人（41.9%）、介護職5人（1.3%）であった。次いで主任・副主任は看護職では72人（18.5%）、介護職では33人（8.5%）、無記入は看護職62人（15.9%）、介護職16人（4.1%）であった。

2. 所属施設（部署）の連携状況についての意識

1) 連携のあり方に関する意識

職場（部署）の連携状況に関する10項目の質問に対して「非常にそう思う」～「全く思わない」の4段階評価での回答において、看護職管理者、介護職管理者全体で最も平均点が高かったのは①看護・介護それぞれの役割について理解している（3.18）であり、最も低いのは「④看護・介護の連携のための方法を部署のスタッフは知っている（2.81）」、次いで「⑥看護・介護をお互いに尊重しようとする意識が高い（2.83）」であった。また10項目のうち9項目は看護職管理者のほうが高い評価をする傾向がみられ、介護職管理者では「⑩患者・利用者の日常生活援助について看護・介護双方で決めている」の1項目のみ若干高い値であった。統計的有意差が見られた項目は「②看護・介護が連携するための場や機会がある（看護職管理者3.05、介護職管理者2.83）」、「③看護・介護が連携する上で上司や組織の理解がある（看護職管理者3.16、介護職管理者2.88）」、「④看護・介護の連携のための方法を部署のスタッフは知っている（看護職管理者2.84、介護職管理者2.66）」、「⑤両者が意見を出し合う場所をつくっている（看護職管理者3.04、介護職管理者2.98）」、「⑧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（看護職管理者3.16、介護職管理者2.72）」の5項目があげられた（表2）。

2) 連携を妨げる要因に関する意識

連携を妨げる要因として、全体として最も回答が多かったのは、「教育背景の違い」（63.7%）であった。次いで「介護職の学習不足」（47.3%）、「看護職の理解不足」（33.9%）、「教育のばらつき（同じ

職種でも資格の違いがある）」（30.0%）、「看護師が生活目線に変更できない」（23.2%）であった（図1）。また、連携を妨げる要因に関する看護職管理者と介護職管理者の比較を見ると、「教育背景の違い」

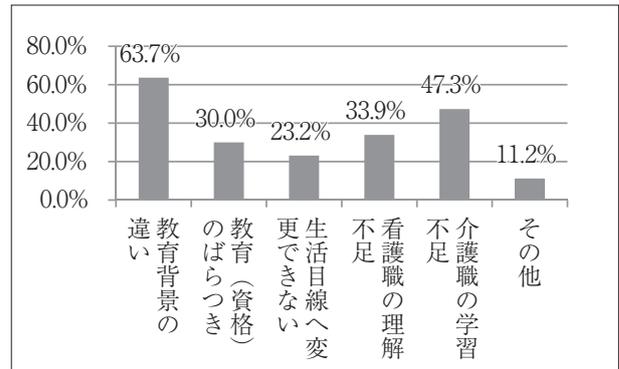


図1. 連携を妨げる要因（回答割合）

では看護職は68.0%の回答であったのに対し、介護職では50%、また「（看護師が医療目線から）生活目線への変更ができない」では看護職20.8%に対し、介護職は37.9%であり2項目において有意差がみられた（表3、図2）。

3. 学生が卒業時に身につける能力として期待することについて

1) 看護学生により良い連携のために卒業時に身につける能力として期待する17項目の質問に対し「十分に身につける必要あり」～「特に必要ない」の4段階評価での回答の結果、最も平均点が高かったのは、「⑰必要な情報について連絡・相談・報告できる（3.70）」であった。次いで「⑮患者・利用者中心に物事を考えることができる（3.60）」、など倫理面に関する内容であった。また、得点が比較的低いのは「③他職種の専門性を理解し、どのような時に頼めばよいか知っている（2.93）」、「⑨カ

表2. 自施設の連携状況について

連携状況について	全体		看護職管理者		介護職管理者		p値
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	
① 看護・介護それぞれの役割について理解している	3.18	.608	3.18	.601	3.17	.653	
② 看護・介護が連携するための場や機会がある。	3.02	.690	3.05	.674	2.83	.752	*
③ 看護・介護が連携する上で上司や組織の理解がある。	3.12	.684	3.16	.645	2.88	.839	*
④ 看護・介護の連携のための方法を部署のスタッフは知っている。	2.81	.646	2.84	.649	2.66	.608	*
⑤ 両者が意見を出し合う場所をつくっている	2.95	.725	2.98	.685	2.72	.894	*
⑥ 看護・介護をお互いに尊重しようとする意識が高い	2.83	.775	2.85	.756	2.72	.874	
⑦ 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	3.03	.699	3.04	.710	2.98	.635	
⑧ 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	3.10	.676	3.16	.643	2.72	.744	
⑨ スタッフは自分の専門職としての専門性、役割を理解している	2.92	.623	2.94	.620	2.81	.634	**
⑩ 患者・利用者の日常生活援助について看護・介護双方で決めている。	2.96	.790	2.95	.620	3.02	.634	

*P<.05 **P<.01

表3. 連携を妨げる要因について

連携を妨げる要因	看護職管理者		介護職管理者	
	回答人数	回答割合	回答人数	回答割合
教育背景の違い	225	68.0%	29	50.0%
教育（資格）のばらつき	104	31.4%	14	24.1%
生活目線へ変更できない	69	20.8%	22	37.9%
看護職の理解不足	109	32.9%	24	41.4%
介護職の学習不足	155	46.8%	33	56.9%
その他	34	10.3%	11	19.0%

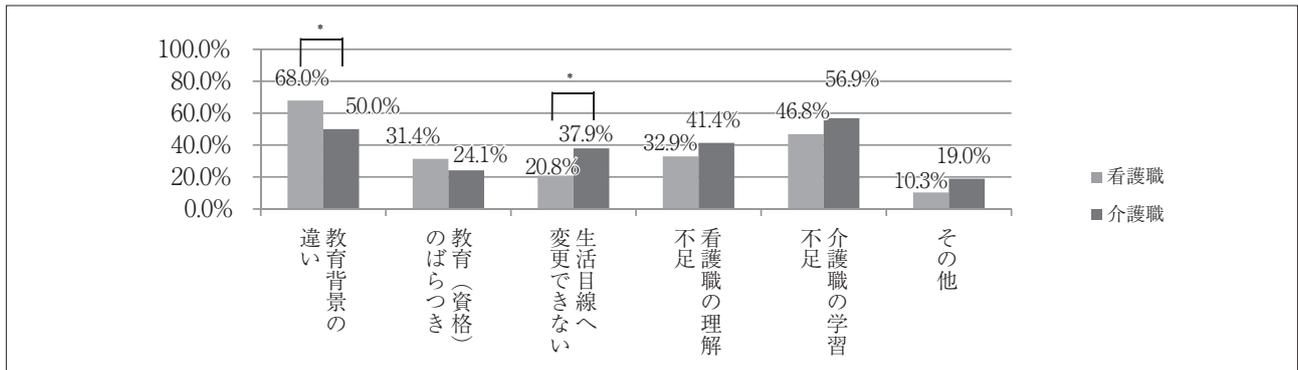


図2. 連携を妨げる要因 看護職管理者と介護職管理者の比較

ンファレンスなどで自分の意志をアサーティブに発言できる (3.05)」であった (表4)。

看護学生に対し卒業時に身につける能力として期待することに対する看護管理者と介護管理者の比較では、双方ともに期待の高かった倫理的姿勢に関することは平均得点がほぼ同じであったが、それ以外の全ての項目で介護職管理者の得点が高く期待が大きかった。また、「③多職種 (介護) の専門性を理解し、どのような時に頼めばよいか知っている (看護職管理者2.89、介護職管理者3.14)」、「⑤

患者・利用者が持つ疾患に対する基礎的知識がある (看護管理者3.49、介護管理者3.69)」、「⑦より良いケアのための他職種 (介護) との情報共有の重要性を理解している (看護職管理者3.30、介護職管理者3.55)」の3項目で介護職管理者のほうが高く有意差がみられた (表5)。

表4. 看護学生に卒業時に身につけることが期待される能力：看護職および介護職の管理者 (得点が高い順)

	平均値	SD
⑰ 必要な情報について連絡・相談・報告できる。	3.70	.568
⑮ 患者・利用者中心に物事を考えることができる。	3.60	.641
⑯ 対人職としての倫理的感受性がある。(対象を尊重する姿勢がある)	3.58	.660
⑤ 患者・利用者がもつ疾患に対する基礎的知識がある。	3.53	.648
④ 患者・利用者の身体状態をしっかり把握する力 (フィジカル・アセスメント能力)	3.49	.668
② 日常生活援助、診療の補助に関する基礎的な看護技術を提供することができる。	3.48	.668
⑪ 基礎的な健康自己管理能力を持ちケア提供ができる。	3.40	.711
① 自職種 (看護) の専門性を理解し、他職種に説明することができる。	3.39	.719
⑬ より良いケアのためのチーム連携の必要性を理解している。	3.35	.736
⑦ より良いケアのための他職種 (介護) との情報共有の重要性を理解している。	3.34	.727
⑫ 価値観の違い職種と協働できるための基礎的な人間関係形成能力がある。	3.30	.742
⑧ 看護の視点から必要なケアを相手に分かるように説明できる。	3.26	.772
⑥ 他職種 (介護) の価値観を認めることができる。	3.24	.755
⑭ 問題解決に向けて主体的、積極的に自ら行動しようとする事ができる。	3.20	.747
⑩ 意見が衝突してもそれを乗り越えようとするストレス耐性がある。	3.16	.761
⑨ カンファレンスなどで自分の意見をアサーティブに発言できる。	3.05	.758
③ 他職種 (介護) の専門性を理解し、どのような時に頼めばよいか知っている。	2.93	.771

表5. 看護学生に卒業時に身につけることが期待される能力：看護職管理者と介護職管理者の比較

連携状況について	看護職管理者		介護職管理者		p値
	平均値	SD	平均値	SD	
① 自職種（看護）の専門性を理解し、他職種に説明することができる。	3.38	.727	3.41	.676	
② 日常生活援助、診療の補助に関する基礎的な看護技術を提供することができる。	3.48	.671	3.52	.655	
③ 他職種（介護）の専門性を理解し、どのような時に頼めばよいか知っている。	2.89	.781	3.14	.687	*
④ 患者・利用者の身体状態をしっかり把握する力（フィジカル・アセスメント能力）	3.48	.671	3.50	.656	
⑤ 患者・利用者がかつ疾患に対する基礎的知識がある。	3.49	.662	3.69	.568	*
⑥ 他職種（介護）の価値観を認めることができる。	3.22	.755	3.36	.742	
⑦ より良いケアのための他職種(介護)との情報共有の重要性を理解している。	3.30	.729	3.55	.680	*
⑧ 看護の視点から必要なケアを相手に分かるように説明できる。	3.24	.775	3.38	.745	
⑨ カンファレンスなどで自分の意見をアサーティブに発言できる。	3.02	.754	3.17	.775	
⑩ 意見が衝突してもそれを乗り越えようとするストレス耐性がある。	3.16	.764	3.17	.752	
⑪ 基礎的な健康自己管理能力を持ちケア提供ができる。	3.41	.718	3.40	.674	
⑫ 価値観の違う職種と協働できるための基礎的な人間関係形成能力がある。	3.30	.732	3.33	.803	
⑬ より良いケアのためのチーム連携の必要性を理解している。	3.32	.723	3.45	.776	
⑭ 問題解決に向けて主体的、積極的に自ら行動しようとする事ができる。	3.20	.752	3.16	.696	
⑮ 患者・利用者中心に物事を考えることができる。	3.61	.630	3.53	.706	
⑯ 対人職としての倫理的感受性がある。(対象を尊重する姿勢がある)	3.59	.657	3.53	.655	
⑰ 必要な情報について連絡・相談・報告できる。	3.70	.570	3.71	.530	

*P<.05

IV. 考察

1. 所属施設（部署）の連携についての意識からの教育課題

所属施設（部署）の連携についての看護管理者・介護管理者の意識では、双方の結果から、全体として「所属施設（部署）の連携のあり方についてお互いの役割は理解できるが、その具体的方法についてわかっていない、またお互いを尊重する意識が十分ではない」と感じている傾向が伺われた。漠然と看護は医療の専門職であり、介護は日常生活ケアを行うものという理解はあり、業務分担はなされているものの“連携”という視点での相互行為が明確になされていないと捉えられていることが推測された。看護と介護の業務は全く独立したものではなく、重なりあう業務だからこそそれぞれのケアをめぐって批判が生じやすい。中村（2005）らは老健を対象とした研究において業務分担を理解しても専門性を理解したことにはならず、看護職と介護職の連携を高めるための方策の一つとして、専門性を“業務”と捉えないことをあげている。専門性とは、業務や行為ではなく、異なる教育や訓練から培った異なる価値観から生まれるケアに対する視点、考え方の中にこそあり、その異なった価値観をお互いに知り尊重するための行為がなされることが重要としている。それぞれ違う教育や訓練を受け、異なった視点や価値観を養っ

てきた専門職であるため同じ場で働いているというだけで有機的な連携を自然に取れるわけではなく、意図的に連携について考えていく必要があり、基礎教育の段階からの連携に対する意識づけが重要であると考えられる。

また、所属施設（部署）の連携については全般的に介護職管理者の得点が低く有意に低い項目は4項目みられ、看護管理者より連携がうまくいっていないとする傾向がみられた。これは鎌田（2006）らが行った看護と介護の連携に関する調査結果と同じ傾向を示している。この要因の一つとして、井上（2007）は看護職が介護職を低く見ているとする介護職の指摘に触れ、医療領域が濃厚な場面においては医療の価値観に引きずられたり、報酬額や教育期間の違いによる社会的認知のあり方の影響もあるとしている。そのような上下関係の意識が生じることはお互いを尊重しようとする意識にも影響を及ぼし、大きく連携の妨げにつながる。また、今回の研究では看護職管理者の回答比率が多く、さらに看護職管理者では介護職管理者より、より上位の役職についている割合が高かった。大西（2003）は職場内で対人葛藤が発生した時に使用する方略として統合方略、支配方略、消極的方略、第三者介入方略をあげ、管理者では自分自身では統合方略を使用したと認識していても、部下は支配方略を管理者から使用されたと認識することが少なからずあるとしている。組織における看護職

管理者と介護職管理者の立場の影響も考えられた。

「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」という項目で双方の意識の差が最も大きかった。これも回答者の割合の影響が考えられ、看護職管理者では病院に所属しているものが多く、介護職管理者では介護保険施設に所属しているものが多い。今回の研究では広く基礎教育への示唆を求めるために施設種による相違を区別せずデータ収集したが、施設種による社会的役割の違い、看護職、介護職のマンパワー構成の違いにより連携に影響する要因の違いが考えられた。看護職は医療施設において慢性的に不足している上に、平成18年の診療報酬改正の影響により大規模病院では看護師、介護保険施設では准看護師の就業割合がさらに加速された。そのため介護職管理者は専門性としては教育体系の浅い准看護師との協働が多い状況にあると考えられる。また、国家資格である看護師資格に対し、知事試験である准看護師では専門職として生涯学習に対する意識にも違いが生じることが推察された。

2. 連携を妨げる要因に関する意識からの教育課題

今回連携を妨げる要因で最も回答割合が多かったのは「教育背景の違い」であり、重なりあう業務をアプローチや価値観の違う職種が共有することは多くの課題を孕むことはこれまでたくさんの先行研究で述べられている。しかし、2つの職種は社会の発展過程の中で必要とされ創設された専門職であり、その“違い”をより良い連携のために活用することが重要な課題となる。それは基礎教育、継続教育の双方の課題であり、互いの相違点ばかり強調するのではなく、共通認識できる部分にもさらに目を向け双方の専門性を共通の体験を通して知ることによりお互いを尊重する意識につながっていくと考える。中村(2005)は考え方を共有するには業務を分担して行うより、一緒に行うことを基本とし、異なった視点や考え方を交換することにより幅広い援助を提供することが可能になると述べている。基礎教育において他職種がとる行動の前提にある価値観や考え方について理解を深めることができるよう、お互いがどのような学習過程を経て資格取得へと至るのか、学生時代から協働学習により双方の価値観を知る経験が必要であると考えられる。また、松井(2001)は専門職独自の判断の過程、つまり問題思考過程が両職種の違いを明確にするものであり、特にアセスメントは専門領域の知識が必要であり、アセスメン

トが最も専門職としての立場を反映するとしている。原田(2005)らは看護学生(大学3年生)と介護福祉士学生(短期大学2年生)に高齢者の糖尿病を患う事例のワークシートを行い、双方のアセスメントの特性について分析している。ここでは看護学生は治療の遵守という医療面からのアプローチの重要性を認識し、介護学生は主に生活の豊かさを重視したアプローチが必要であるという認識が強いことが示唆されたと報告している。このように具体的に一緒に同じ対象についての援助を考え、お互いのアセスメント過程を情報交換し共有し合うことで、それぞれの価値観や考え方についてお互いにお互いから学び合うことにつながる。同じ生活の援助という場面に対し、看護職の強みは健康状態をアセスメントしながら生活の援助の方法を考え実践できることであり、介護職では現実的に看護職が時間をかけにくい患者の生活の豊かさや楽しみの部分を介護職が受け持つという違いがあり、豊かで健やかな生活を支援するためには両方のアプローチが不可欠であることを同じ体験を通して双方の学生が認識できる場を提供していくことが重要となる。

また、次に連携を妨げる要因として、「介護職の学習不足」があげられ、次いで「看護職の理解不足」、「教育(資格)のばらつき」があげられた。特に「介護職の学習不足」への回答は介護職管理者で高く最も優先順位の高いものであった。これは介護職管理者にとって最も切実な課題と認識されているためと考える。介護現場に携わる人々の現状として、無資格者や養成期間が50時間というヘルパー3級をはじめとし、ヘルパー2級・1級があり、また同じ国家資格である介護福祉士資格取得のあり方も実務経験ルート、福祉系高校ルート、経済連携協定(EPA)ルート、養成施設ルート(専門学校、短期大学、大学等)等多様である。平成25年度の介護職における介護福祉士の割合は4割程度であり、このような資格の違いや教育背景の違いは多職種連携・協働を困難にする要因とされている。(大儀, 2014)

また、看護職も同様に同じ看護実践を行うものとして看護師と准看護師という資格があり、そして看護師資格取得の方法として中学校卒業で准看護師を経て看護師になる方法、専門学校、短期大学、大学で学び看護師資格を取得する方法など多様である。中学校卒業を要件とする准看護師制度はその創設の段階から、教育期間の短さ、浅さなどか

ら看護界にとって看護の質の確保という点で大きな課題であり、何度も制度の存続に対し検討がなされてきた。しかし、看護教育は4年制大学での教育を主流としながらも、現在も超高齢社会の到来に向けたマンパワー確保のために教育制度体系は多くの複線を引いたままである。准看護師は医師・歯科医師・看護師の指示を受けて看護師と同じ業をなす者であり（保健師助産師看護師法）、その養成課程において患者・利用者の健康課題について主体的判断、自律的思考を訓練するための看護過程の展開技術を習得する内容がない。アセスメント過程がその職業の専門性を反映するものである以上、この点に関する課題は大きく、専門職としての連携への影響は避けがたいものがあると考える。

双方の職種ともチーム医療の必要性が強調される中、専門職としての役割を果たすため拡大する役割に対応すべく教育内容の充実に向け取り組んでいるが、常にマンパワーの不足への対応が優先される状況にある。学生の間から基礎教育を取り巻く現状を理解し、同じ職種であっても多様な教育背景の対象への理解と相互尊重の中で協働していく視点を持つことが望まれる。

また、看護職管理者と介護職管理者の回答で統計的有意差が見られた項目として「教育背景の違い」「(看護師が)生活目線へ変更できない」がある。教育背景の違いについて有意差はみられたもののどちらの職種も最も高い回答率であった。「(看護師が)生活目線へ変更できない」について、看護職は対象の医療依存度に応じて医療モデルから生活モデルへの視点の転換をしているつもりでいても、介護職はそれが出来ていないと認識しており、基礎教育の段階から生活者の視点をしっかり持つような関わりが必要となる。

3. 卒業時に身につける能力として期待されること

看護学生に期待することとして、最も多かったのが倫理的側面に関するものであり、「連絡・相談・報告」、「利用者・患者中心の志向」、「倫理的感受性」であった。看護職も介護職も対人職としての専門職であり、利用者・患者を中心とした倫理および職業人としての倫理は必須である。日本看護協会は看護者の倫理綱領として15の条文をあげており、また日本介護福祉士会も倫理綱領として7つの条文をあげている。倫理綱領は専門職としての目指すべき価値や目的を表し、望ましい実践へと向かうべき方向を指し示し、専門職のとるべき態度や

姿勢を明確にしているものである。村田（2011）は双方の職能団体ともに、連携・協働することによって利用者のニーズに応えていこうとする内容が含まれており、そのためには目的の共有化をしっかりと図る必要があると述べている。利用者・患者を中心として自分たちのケア実践があることの自覚をあらゆる機会を通じて深めていくことが倫理教育として必要となる。基礎教育においてはまずは専門的・具体的技術の基盤としてそれぞれの職につくものとしての倫理的姿勢の涵養が重要となることが明らかになった。さらに連携においては他職種に限らず情報交換、情報共有が必要であり、連絡・相談・報告の習慣も基礎教育の中で身につけることが必須の項目である。

次に得点の高い項目として「疾患に対する基礎的知識」、「フィジカルアセスメント能力」、「日常生活援助技術・診療補助技術」があげられており、これは医療職として看護実践に必要な能力であり、また保健師助産師看護師法における看護の業務内容を示し看護の専門性の部分である。次に得点が高いものとして「看護の専門性を説明する能力」があげられているが、他職種と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、その基盤として自らの職業アイデンティティの認識が重要となる。自己の専門性に対する認識がなければ自分の専門分野を他の専門領域の人に適切に説明することが難しく、お互いに専門性を明示し理解しあうことは難しい。看護基礎教育においては様々な機会を通し看護観を深め表現することが求められるが、そのような中で自らの看護職アイデンティティの認識を深め、自身の専門について他職種にわかる言葉で説明できる能力を養っていくことが必要となる。

さらに、次に得点が高かったのは、「心身の健康」であり、看護者の倫理綱領（日本看護協会）の12条でもあげられており、自らが健康で最善の状態でもケアに臨むことがケアの質を保証するための職業倫理としてあげられている。自分自身の心身の健康管理のあり方についても教育の中で強化していく必要がある。

看護学生に双方の管理者が期待する能力の比較では、「他職種（介護）の専門性を理解しどのような時に頼めば良いか知っている」という項目は双方の職種とも最も得点が低く優先順位は低いものであるが、看護職管理者ではさらに平均点が3.0以

下の項目であり、介護管理者との得点差が大きいものであった。看護管理者では専門性を理解することの重要性は認めても、卒業したばかりの新人に介護職へ業務を依頼するまでのことは求めていないと考えられた。また、「患者・利用者が持つ疾患に対する基礎知識」は介護職管理者では得点が高く、共通に高かった「連絡・相談・報告」に次ぐものであり看護職に対し、新人であっても医療的知識の提供への期待が大きいことが明らかとなった。さらに、「より良いケアのための他職種（介護）との情報共有の重要性の理解」に対しても看護管理者との得点差は大きい。介護職にとって看護職は最も身近で連携の優先順位の高い職種（袖山, 2012）であり、新人であっても介護管理者ではより即戦力として積極的な連携への行動を期待していることが推察された。

V. 結論

1. 看護職管理者、介護職管理者の双方とも連携を妨げる要因として「教育背景の違い」をあげている。ケアを導きだすためのアセスメントは専門職としての立場を反映するものであるため、一緒に同じ対象のケアについて考えお互いに自分たちのアセスメント過程を表現することは、自職種に対するアイデンティティを深め、他職種の背景にある価値観や考え方の理解につながる。そこで基礎教育からの協働での学びの機会が重要となる。
2. 看護職管理者、介護職管理者の双方とも、連携に必要な卒業時に期待する能力として、まず報告・連絡・相談、患者・利用者中心の姿勢、倫理的感性など倫理的側面をあげている。次いで看護職の役割を果たすために必要な知識・技術であり、連携のための具体的スキルはそれらに比べ優先順位が低い。基礎教育においてはまず対人職としての倫理的姿勢の涵養が基本となる。
3. 介護職管理者では連携に必要な卒業時に期待する能力は、全ての項目において看護職管理者より得点が高く期待が大きい。看護師はチーム医療のキーパーソンとしての役割を担うことが期待されており、またその業務特性から介護職にとって最も連携を期待する職種である。卒業後すぐに即戦力となることは困難であっても、チーム医療のキーパーソンとしての意識づけを基礎教育の段階から行っていく必要がある。

VI. おわりに

日本はどここの国も未だ経験したことのない未曾有の超高齢社会へと向かっている。そのような状況の中、あらゆる世代の人々がその人が持ちうる力で最大限に豊かで健やかな生活を送ることができるための支援が医療福祉職に期待されている。そこでは各専門職がより良い連携を果たし、ケアの効率を図ることが求められる。

今回は最も看護職に身近で、かつこれからの時代どの職種よりも多くのマンパワーが必要とされる介護職との連携について検討した。看護師はチーム医療のキーパーソンとしての役割が期待されており、自らの専門性を礎とし多くの職種と連携し、創造的に自分自身の看護を展開していく能力が要求される。今後、さらに様々な職種との連携を視野に入れ看護基礎教育において身につけるべき本質的な能力についての検討が必要と考える。どのような時代にあってもたくさんのつながりの中で生きぬき、次世代のケアを創造的に担っていきける看護師の育成に取り組んでいきたい。

謝辞

本研究をまとめるにあたりご協力頂いた臨床施設の看護職管理者、介護職管理者の方をはじめたくさんの方に心から感謝致します。

なお、この研究は2014年度杉浦地域医療振興助成を受けて行ったものである。

文献

- 原田秀子, 堤雅恵, 中谷信江, 中尾久子, 高野静香. (2005). 教育課程の違いによる看護・介護の視点に特性に関する研究-高齢者事例のアセスメント内容の分析を通して-. 山口県立大学社会福祉学部紀要, 11, 115-124
- 藤田郁代. (2013). 医療福祉をつなぐ関連職種連携-講義と実習に基づく学習のすべて-. 南江堂, 13-17
- 井上千津子. (2007). 生活支援のための看護と介護の連携 京都女子大学生生活福祉学科紀要, 3, 1-6
- 鎌田ケイ子. (2006). 看護と介護の連携に関する調査結果. 老人ケア研究, 24, 2-3
- 小島洋子, 佐藤芳恵. (1996). 看護と介護~その

基本的考え方～. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 10, 193-204

松井妙子, 岡田進一. (2001). 在宅介護のアセスメント項目に対する看護婦(士)と介護福祉士との注目の相違－在宅支援センター職員への意識調査から～. 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, 6, 55-62

村田真弓 (2011). 医療福祉専門職の多職種連携・協働に関する基礎的研究－各専門職団体の倫理綱領にみる連携・協働の記述から－. 大妻女子大学人間学部紀要, 人間関係学研究, 13, 159-165

中村房代, 北畠英治, 本名靖. (2005). 介護老人保健施設における専門職種間連携. 東海大学健康科学部紀要, 10, 39 - 47

大儀律子, 萩原佳子, 野田部恵, 坂口桃子. (2014). 文献にみる看護と介護の協働の実態とその背景要因. 大阪市立大学看護学部雑誌, 10, 41-49

小野興子, 小林たつ子. (2008). 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年度研究報告書,

大西勝二. (2003). 職場で発生する対人葛藤時に使用する方略に関する研究～統制力と課題の重要性の及ぼす影響～経営行動科学. 17(2), 77-83

袖山悦子, 志田久美子, 小林由美子, 北谷幸寛. (2012). 高齢者ケアを実践している専門職の専門性・弱点に関する認識と多職種連携. 新潟医福誌, 12(2), 41 - 47

山本武志, 苗代康可, 白鳥正典, 相馬仁. (2013) 大学入学早期からの多職種連携教育 (IPE1) の評価－地域基盤型医療実習の効果について－京都大学高等教育研究, 19, 37 - 45

厚生労働省HP. 医療・介護に係わる長期推計(主にサービス提供体制改革に係わる改革について平成23年6月) アクセス 2016.8.31

HYPERLINK "<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ets7-att/2r9852000001f352.pdf>" <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ets7-att/2r9852000001f352.pdf>

公益社団法人社会福祉振興・試験センターHP: 介護福祉士国家試験受験資格受験資格

ルート図 アクセス2016.8.31

HYPERLINK "<http://www.sssc.or.jp/kaigo/shikaku/route.ht>" <http://www.sssc.or.jp/kaigo/shikaku/route.ht>

