

第7回日本赤十字看護学会学術集会 テーマセッションⅠ

看護と介護の協働

Collaboration of Nursing and Caregiving

司 会	佐藤サツ子	SATO Satsuko	(日本赤十字秋田短期大学)
話題提供者	高田 恵子	TAKADA Keiko	(中町赤十字老人保健施設)
	山崎 京子	YAMAZAKI Kyoko	(能代山本訪問看護ステーション)
	安藤 秀江	ANDO Hidee	(訪問介護事業所)
	高橋美岐子	TAKAHASHI Mikiko	(日本赤十字秋田短期大学)



佐藤サツ子
SATO Satsuko



高田 恵子
TAKADA Keiko



山崎 京子
YAMAZAKI Kyoko



安藤 秀江
ANDO Hidee



高橋美岐子
TAKAHASHI Mikiko

今、社会はまさに少子・高齢化を迎えている。秋田県は全国に先駆けて少子・高齢化が進んでいる地域であるが、地域の高齢者、地域住民を支える上で看護・介護に期待される役割は大きい。

地域で生活する住民や高齢者の思いに応えるために、看護と介護がどのように連携し、協働ができるかをテーマに老人保健施設、訪問看護ステーション、訪問介護センターで活躍されている看護職、介護職の立場から、話題を提供していただいた。また、本学は看護・介護を担う卒業生を社会に送り出しているが、看護と介護の独自性と連携について、基礎教育のなかでどのように指導し育てていくか、基礎教育の立場から話題を提供していただいた。

佐藤サツ子

中町老人保健施設の高田氏からは、看護・介護の連携だけでなく、施設で働く職員全員が利用者、家族の生活の場で、職員の専門性を発揮しながら、同じ目標に向かって連携することの重要性を話していただいた。

訪問看護ステーションの山崎氏からは、訪問看護ステーションを核にした小規模多機能サービスに取り組み、中等度の在宅療養者を対象に、平成18年4月から医療ニーズと介護ニーズを併せもつ、指定療養通所介護を立ち上げられた。そのなかで、看護と介護はそれぞれの役割、専門性を果たすこと、パートナーシップを築くことが大切であると話された。

訪問介護センターでケアマネジャーをしている

安藤氏からは、「自宅で好きなように暮らしたい」という利用者の思いを受け止め、看護・介護双方が必要な利用者には、より良い在宅生活を送っていただくために看護・介護の連携をどう図っていくかが大きな課題であると述べられた。

日本赤十字秋田短期大学、介護福祉学科高橋氏は、利用者、家族の人間としての尊厳を守るためには、看護・介護職が人間として感じる普通の生活感覚をもつこと、その上で看護・介護の協働、連携がある。また、基礎教育のなかで看護・介護の連携を学ぶには看護学科、介護福祉学科の学生が共通の場でグループディスカッションを行う等、学習内容の工夫が必要であると話された。

テーマセッションでは話題提供に終わり、参加者と十分な討議ができなかったが、多くの問題が提起された。

介護・看護の役割はますます拡大されていくが、共通の場に立ってそれぞれの役割を認め、同じ目標に向かってどのように協働・連携できるかの議論も必要であろう。また、看護・介護の協働だけでなく、地域住民を支える担当者チームの連携が必要である。このチームケアの担い手をどう育てていくかも大きな課題である。

このテーマがそれぞれの場でさらに議論され、検討される事を期待している。

チームケアについて

高田恵子

看護・介護の連携がテーマであるが、病院・施設においては看護・介護の連携だけではよいケアの提供は難しい。施設で働く職員全員がチームで関わることにより、患者・利用者に有効なケアを提供できると考える。当施設では、開設当初よりチームで関わることを理念にあげてやってきた。中町赤十字老人保健施設のチームケアの取り組みを紹介する。

中町赤十字老人保健施設（以下老健）は、昭和62年全国のトップを切って「老人保健施設モデル事業」に着手し、昭和63年4月から本格実施した。現在、入所定員は82人、通所定員18人。中町赤十字病院に隣接した、病院併設型の老健である。開設当初より、施設理念に基づき、地域社会から信頼される施設を目指し、利用者の自立を目標にチームで取り組んできた。

看護・介護は平成13年より、固定チームナーシングを導入し、施設目標を基に各チーム目標を掲げ、年間固定したチームでケアを提供している。毎朝の朝礼、チーム会、リーダー会、全体会などをもち老健が一つの方向へ前進していけるようになっていく。固定チームの成果として以下のことがあげられる。

- ①小集団活動により、深いレベルで利用者の把握ができている。

- ②受け持ち担当することで、責任と継続性があり統一したケアの実施ができている。
- ③チームの利用者の特性を学ぶことにつながり、ケアが行いやすくなっている。
- ④チーム内で、他職種も含め、利用者を中心としたコミュニケーションが活発になり利用者に適したケアの提供ができるようになった。
- ⑤チームリーダーは、リーダーシップを発揮し、リーダーとしての育成につながっている。

当施設では、保健師助産師看護師法で定められている医療行為に関わる業務以外は区別なく行っている。職種間においても各職種の役割を明確にして、それぞれの専門性を高めるとともに、他の職種の専門性を尊重している。みんな仲良くというのはチームケアではなく、専門性を発揮するのがチームケアだと考える。しかし、専門性を主張しすぎるとうまくいかない。介護老人保健施設は介護が主体の施設であるから、介護職員を前面に押し出しながら専門性を協調させていけばよいのではないかと。当施設では本来の職域の垣根を取り払い、必要時リハ職員もトイレや入浴介助をする。リハの視点から看護介護職員にコメントが返ってくる。看護・介護職員はまたそれをリハ職員に返すという連携をしている。昼食時は特に利用者の

ところで看護、介護、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士それぞれが専門性を発揮し意見交換を活発に行っている。「しているADL」と「できるADL」について、職種によって利用者への視点が異なりそれが専門性であり、連携する部分がさらに明確になっている。専門の部分をどうつなげていくか、そこにコミュニケーションがある。朝の申し送りも、看護介護職員、リハ職員、支援相談員が参加し、栄養士もその日の利用者の状態把握をしている。記録については、ケアサービス記録として、看護介護の記録とリハ職員の記録をドッキングしている。栄養士も記録している。必要時連絡表という形で相談員の記録がそのなかに入り、職種間の情報の共有を図っている。また、施設の構造上訓練室はなく、多目的ホールは時間帯より訓練室になったり、レクリエーションの場であったり、食堂となる。廊下や階段、ベッド、ベッドサイドを利用して訓練が行われ、訓練の場であり生活の場である所で利用者の様子が目に入る。生活に密着したリハビリを行うことができ、それは利用者の把握と職種間の情報の共有の場となっている。

施設では、利用者・家族参加のケアカンファレンスの実施とケアプランの作成をしている。利用者・家族の意向に沿ったプランの作成、これが施設との信頼関係の構築につながっている。それぞれの専門職の参画のもと、利用者に関する意見を出し合い、情報の共有と共通の認識をもち対応方法を決定している。利用者もまた、意欲的に明確な意思をもって参加している。これが、チームケアであり、利用者・家族の方を中心とする望まし

いケアのあり方ではないだろうか。

看護師の立場からチームケアを考えたとき、利用者は高齢者で、複合する疾病・障害をもち、多くは心身ともに衰退期である。看護師は、利用者の健康維持、増進、疾病の予防、悪化予防、感染防止、異常の早期発見と医療・看護処置などの使命がある。毎日の生活が安定し、安心して過ごしてもらうためには的確な病状チェック・病状管理が必要で、医師への報告・連絡、介護職員やその他の職種への正しい情報提供と介護の指導能力が求められる。このことにより、介護職員は仕事がし易くなる。逆に、介護職員からの情報で早期発見、早期対応ができる場合が多い。一番密接に関わっている介護職は、利用者の生活パターン、行動、性格等細かい観察のなかから把握し、利用者の生活上の援助を行っている。しかし、生活援助の計画や選択については、健康面の情報がなくては安全性や適切さに欠けることになるため、看護職の助言は必要不可欠である。リハビリテーションにおいても同じことがいえる。これが看護職の専門性であり、連携であると考え。看護や介護、リハビリなど職種に関係なく、他職種の業務を良く理解すること、そして自分の業務も他職種に理解してもらえるように働きかけていくことが大事である。

これからの医療・介護は、看護・介護の連携のみならず、医師、リハビリ職員、栄養士、支援相談員、ケアマネジャーなど多職種でのかかわりが必要であり、全職員が一体となって、利用者の自立支援とQOLの向上を目指し関わっていかねばならないと考える。

訪問看護ステーションの立場から地域との連携と協働

山崎京子

当ステーションは、秋田県の北部能代市に、平成7年7月に医師会立として開設した。特徴は、運営・経営権を管理者に一任（独立採算性）するという異例な形で始まったが、この権限委譲が結果的に、訪問看護の発展（小規模多機能サービスの実践）につながった。

理念は高く、①利用者のニーズに叶う看護の提

供 ②利用者の人格尊重と人間愛をもって看護にあたる ③利用者のQOLを高める援助を惜しまない、を掲げた。24時間連絡体制は、平成9年6月（県内第1号）に開始、同時に利用者のデータベース化に取り組み、平成11年6月に3つのソフトを組み合わせて、全利用者データベース「情報管理システム（能代山本版）」が完成した。平成

10年ホームページ開設。平成9年度「緊急型訪問看護情報マルチシステムの開発」を始めとして、日本訪問看護振興財団（以後、財団という）研究助成金による研究に3回選考され、内田陽子氏(学者)と臨床現場との共同研究が始まり、学会、雑誌等にも多数発表している。

地域への啓発活動として、平成7年から11年まで、毎年1回、社会情勢を鑑み、講演会など企画開催して地域へ向けて発信した。第一回は「スウェーデンの在宅福祉とバリアティブケア」と題して、スウェーデン在住の馬場寛氏とシャシティーン馬場氏の講演会を地元で開催した。平成12年は介護保険導入年で、居宅介護支援事業所併設と訪問看護ステーションサテライト開設等で極めて多忙であったが、秋田県訪問看護ステーション協議会も関係者と協力して発足した。そして平成17年には、当ステーション十周年にあたり、一般住民も含めた記念講演会開催と記念誌も発行した。

また平成14年度、財団の訪問看護ステーションにおける多機能設置モデル事業に選考されて、「訪問看護から他サービスの発展」と題してモデル事業に参加した。その結果NPOを起業（ステーシ

ョン管理者であり、NPO法人理事長も兼務）でき、平成15年9月に「認知症単独型通所介護事業」（定員10人）を、同年11月には「基準該当によるショートスティ事業」（定員3人）を開設した。平成15・16年度も厚生労働省の未来志向型研究プロジェクト事業を受諾した財団から選考され、「認知症の通所施設を活用した医療依存度の高い利用者の通所看護（当時の名称）」、「実現可能な通所看護のシステム作り」に、それぞれ取り組み検証した。その結果、総括としてNPO法人「結いの里」施設を拠点としたサービス（「訪問看護ステーションを核とした小規模多機能サービス」）が実践できた（図1）。

さらに全国の先駆的な訪問看護ステーションの取り組み（モデル事業も含む）の成果が、指定療養通所介護を創設（平成18年4月）させた。これは、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中・重度者を支える通所サービスとして、現行の介護保険制度の一類型として創設された。当ステーションも、5月1日付で県から認可され「元気塾」と命名して開設した。訪問看護ステーションの併設事業だが、NPO法人「結いの里」施設を改

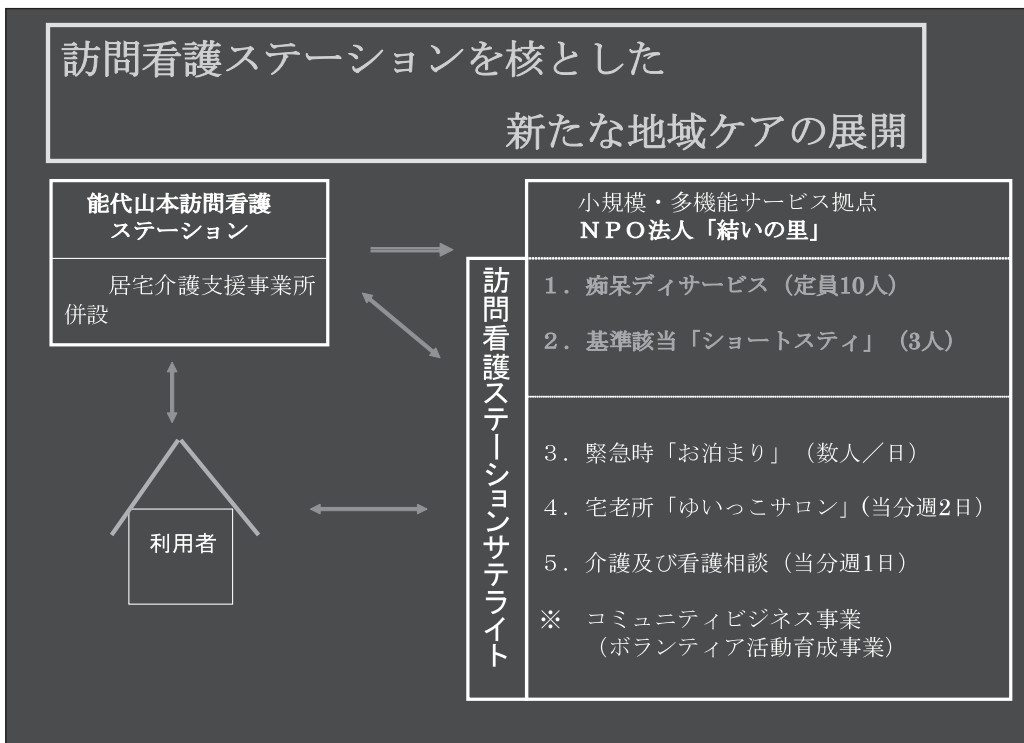


図1

築工事した後で、間借りをしての開設である。自然環境は、630坪の敷地に多くの野菜が植えられ、花や果物もあり、東屋もできで申し分ない環境下にある。時にはゆったりとした認知症の人々との触れ合いもあり、重度の疾病をもっている人や精神的に落ち込んでいる人にとって元気の出る所と自負している。しかしもっとも大切なことは、医療者と介護者の協働による人的環境が良くなければ、利用者の満足感や安心感は得られないということである。今、「結いの里」の介護職とステーションの看護職は、互いの役割をしっかりと認識し協力関係を強めてきている。それは同じ場所でケアを展開していくなかで、お互いに協力することでスケールメリットを感じているからではないかと筆者は想像している。

看護と介護の協働の課題を以下に示す。

(1) 利用者及び家族は、看護と介護の協働に期待している。

①利用者がどこに居ても（入院、入所、在宅）、必要な治療、看護、介護が途切れることなくスムーズに安全に提供されることが求められている。

②よりよいパートナーシップを築くこと。お互いを知るための関わりを密にする。

(2) 看護職、介護職が、互いの使命と役割をしっかりと認識し、専門性を果たすこと。

(3) 看護と介護の質向上のため、共同研究し発表することが大切。

(4) 看護職および介護職をめざす学生には、ボランティア活動をとおして社会に貢献することを教育の場で学んでほしい。

看護と介護の協働について

安藤秀江

利用者が、医療施設に入院しているときは「患者」と呼ばれ、その施設の管理下に置かれる。病院は病気の治療やリハビリをしてもらっている場所であり、「管理されてもしかたがない」と思っているが、自宅では「好きなように暮らしたい」という思いが強い。私たちはその思いを受け止めながら生活の援助を進めていくわけだが、療養上の世話や診療の補助が必要な場合、利用者は訪問看護と介護を組み合わせて利用する場合がある。訪問看護の利用には主治医の指示書が必要であり、訪問介護を利用する場合にはケアマネジャーの介護計画、ケアプランに組み込まれることが必要になる。ここで、主治医と調整役のケアマネジャーの連携が、後の看護・介護の連携のキーポイントとなるであろう。介護保険利用の仕事の場合、ケアマネジャー抜きには一歩も進めないようになっており、連携がとれていないと介護の現場でも不具合が生じる。今年2月に厚生労働省から出された「平成18年度介護報酬等の改定について」のなかに、医療と介護の機能分担と連携の明確化が示され「ケアマネジメントにおける主治医等との連携や在宅サービス提供体制の整備を進める」と

あった。退院後は地域のかかりつけ医師を中心に外来診療が行われるため、退院時に入院先の医師からかかりつけ医師に紹介書が渡される。ここではきちんとした書面があり、医師から看護師への連携も整っていると思う。しかし、利用者の生活を支えるケアマネジャーの部分に医師からの直接指示は出ているのだろうか疑問に思う。

医師と看護師の連携のように、病院から自宅へと戻る際の主治医とケアマネジャーの連携、地域のかかりつけ医とケアマネジャーの連携、これらを進めるための工夫が求められるのではないだろうか。訪問介護の手順として、退院が近い段階でケアマネジャー・訪問看護の担当者と共に面会に行き、入院先の主治医や看護師も交え、自宅での暮らし方についての話し合いをもち、第1段階のサービス担当者会議となる。第2段階としてケアマネジャーがケアプランを作成、そのプランに沿って私たちが訪問介護計画書をつくりサービス開始、という順序になるのだが、急な場合が多く、利用者に関する情報がファックスされて、とりあえず訪問介護開始となる場合が多い。サービス担当者会議が行われていない場合は、看護が入って

いる時間帯に同席させていただくこともある。ケアマネジャーによっては、初回訪問の1回か2回くらい看護と介護のサービス時間を重なるように設定し、サービス担当者会議ができないまでも、ケアのなかで話ができるように配慮してくれる。この辺から、看護と介護の協働の形が見えてくる。

ケアマネジャーは、ケアプラン作成のためにサービス担当者会議を行わなければならないが、現状は各サービス担当者の時間調整が難しいという理由で、ファックスでのやり取りで対応していることが多い。そのような場合、当方で提供した情報に関して、他のサービス担当者はどう考えているのか、またどのような内容をケアマネジャーに寄せているのかまったく分からない。一方通行になっているため、会議というには程遠いものを感じる。訪問介護も、そのケアプランに沿って訪問介護計画書を作成した後、定期的または状態の変化に応じてモニタリングを行い、記録し、検討し、次のプランに反映させていくわけだが、訪問介護計画の一部変更ぐらいではケアマネジャーまで届いていないのが現状である。介護と看護の間の報告も同じく、お互いの援助内容が少しずつ変わっていても知らない場合がある。問題というのは表面に現れるまでにかなりの時間がかかる。利用者宅には連絡ノートが備えられ、各自のサービス過程がしるさされていたとしても、それが正確に担当の責任者に伝わり、ケアマネジャーにも伝わり、問題提起されなくては利用者のより良い援助につながらないであろう。書面での伝達を確実にしていくことが重要である。

ここで訪問看護と介護が連携をとりながらケアしている事例を以下にあげる。

なお、事例は個人が特定されないよう情報の一部を改変した。

A 雄さん57歳

数年前左脳出血（左視床出血）を発症。脳研に救急搬送され入院、両側脳室ドレナージ術を施行し、意識レベル改善された。

その後、Bリハビリテーションセンターへ転院。右上下肢麻痺、構音障害、嚥下障害が残る。

C事業所でサービスを開始した時点では療養医療のショートステイと通所リハビリを利用。自宅にいる日は訪問介護を1日3回利用していた。

日中はベッド上で過ごし、短時間しか首を支えていることができないので、食事の時間20分ほど車椅子に座る。嚥下障害はあったが、柔らかいお粥に刻みのおかずを混ぜると左手で食事をとっていた。

数カ月前、リハビリテーションセンターへ再び入院。これはまだ50代のA雄さんのADLを維持し、少しでも長く在宅生活ができるようにという目的であった。

入院中、A雄さんは嚥下障害の重篤な機能不全がみつきり経口摂取は不可となり、鼻からの経管栄養に切り替えられ自宅に戻ってきた。

ここから看護と介護の協働が始まる。

ヘルパーがA雄さんの皮膚疾患の状態を見て軟膏を塗布するために、何度も看護師から説明を受け、連絡ノートにも書き込んでもらっている。しかし間違いなく適切な軟膏を選んでいるという自信がなく常に不安がつきまとう。簡単な援助であってもヘルパーにはいささか荷が重い。

地域に多くの重度の利用者が生活しているにもかかわらず、医療系の在宅サービスが思うように使えないという現実がある。

介護保険の制度的問題、介護福祉士・ホームヘルパーの研修や教育の問題も含まれており、解決には時間がかかることだろう。

連携を阻む要因というものを、『ケアマネジャーのためのモニタリングガイド』（都築，2003）では「連携そのものが困難であったり、連携が可能であるにもかかわらず連携がとれないのは、連携して共有すべき情報の内容が特定されていないことと、その結果として連携によるメリットが確認できないからです。つまり誰のどのような情報が、何の目的でどう活用され、それが利用者と当該機関にどのような利益をもたらすのか明確になっていないからにはほかなりません」と述べている。利用者の思い、介護職と看護職からの問題提起、主治医の意見、これらをケアマネジャーが調整し、そこから共有すべき情報の内容が明らかにされ、利用者の生活に反映される。自分たちは忙しいからサービス担当者会議ができないと諦めていることはないだろうか。看護と介護、双方が必要とさ

れる場合、互いに連携をはかり、より良い在宅生活を送っていただくためにその思いをどう形に表すのが課題である。訪問介護事業を始めて1年、今自らの未熟さを振り返っている。

文献

都築光一 (2003). ケアマネジャーのためのモニタリングガイド. 日総研出版.

看護と介護の連携・協働 —介護福祉士養成の立場から—

高橋美岐子

本学は、看護学科80名、介護福祉学科50名を定員として平成8年4月に開学し11年目を迎えた。介護福祉学科は2年課程で、日本赤十字学園では唯一の介護福祉士養成施設である。卒業生は9期生まで450名以上、その大半が秋田県内に就職し、さらには東北各県をはじめ関東、関西で活躍している人もいる。就職先は、介護老人福祉施設（以下特養）、介護老人保健施設（以下老健）で7割程度を占め、その他デイサービスセンター、グループホーム、知的障害者施設、身体障害者施設、病院など多岐にわたっている。現場ではケアマネジャーや相談員、実習指導や介護技術講習会の指導者、訪問介護事業所を立ち上げるなど、その立場もまた多様である。また、今年度初めて卒業生を教員として迎えることもできた。

今日は話題提供というよりも、卒業生の情報や介護福祉士養成に携わっているなかで普段感じていることをお話したい。介護福祉士は法制度が確立してから今年でようやく18年という、看護師に比べると非常に若い職種である。看護師は業務独占だが介護福祉士は名称独占なので、介護の仕事は必ずしも介護福祉士でなければならないというものではない。このことが実は今日のテーマにも大きく関わってくると考えているが、この点については議論があるところであり、それは別におききたい。

今、なぜ看護と介護の連携・協働が議論されるのか、考えられることとして、第一に、受けた基礎教育の内容と現実のギャップが大きいこと、第二に看護・介護における連携上の課題があげられる。介護福祉士を目指す学生は、その役割や他職種との協働・連携について講義のなかで、そして実習現場で体験を通して学んで卒業していく。介

護福祉教育では、利用者理解、緊急時の対応、観察などの必要性から医学一般、介護技術の科目を中心として医療に関する知識を得るようにしている。したがって、介護福祉士を目指す学生は、医療行為を日常的に行うものではないことを認識して巣立っていくのである。また、他職種との連携や協働については、自分たちの役割分担や仕事のしやすさのための線引きではないことも認識している。しかし、就職先の現場で待っているものは、まさに教育と現場のギャップなのである。特に老健はその特性からいって、医療的配慮が必要な利用者が多く生活している場である。卒業生は勤務についたその日から、痰吸引もできないのか、排泄のお世話は介護職員の仕事等々大きな壁にぶつかることになる。

この2月に日本赤十字社が初めて、福祉施設の中間管理者を対象に研修会を実施した際、オブザーバーとして参加させていただいた。そのなかでもやはり、看護と介護の連携、協働に関する課題が提示されていた。たとえば、看護と介護の間に壁がある、医療施設のなかで介護職にどこまで求めてよいか、看護職、介護職のお互いの専門性とやりがいの維持・向上、互いの仕事への理解が低く遠慮や不満を抱きやすい、職種によって目標の持ち方やケアの方向性がバラバラになってしまいがちなどである。

例えば実際こんな話がある。ある老健での出来事。看護師が仙骨部の褥創の処置をしようと利用者のところに行き臀部をみた。すると便失禁があったため、その看護師は介護職員を呼び臀部を清潔にするように言って一旦その場を離れ、その後褥創の処置をしたというのである。このことはいったい何を意味しているのだろうか。

私たちは、利用者がそれぞれの価値観、生活歴をもったその人それぞれが違う存在であることは十分認識している。褥創をもつその人にとって、排便すること、便の後始末をすること、清拭をして清潔を保つこと、褥創の手当をすることは一連の生活行為である。それぞれに切り離されたものではないことも知っている。しかし、それがなぜ一連の行為として実現できないのだろうか。私のような考え方は理想でしかないと思われる方がいるとしたら寂しい気がする。学校では基本を学び、利用者を尊敬ある一人の大切な存在として、その人の全体をみてケアすることが重要であることを、そして、学校で学ぶことは絵に描いた餅ではないと学生に伝えている。私たち教育者も現場の人たちもこのことをよく考える必要があるのではないだろうか。利用者に関わる私たち自身もまた、ひとりの人間として尊重されたいというニーズも持っている。その思いを大切にすることだと思う。そう考えると、看護と介護の協働や連携は当たり前のものであり、特別なことではないと実感する。ましてや赤十字は「人間の尊厳」を大切にすることが基本姿勢にあり、赤十字人としてそれを具現化するという使命も持っているように思うのである。

相手の役割・業務を意識するあまり、最も大切なことを忘れかけてはいないだろうかと思うときがある。病院であれば看護師である自分自身で便をふき取り、清拭をし、褥創の処置をしていると思う。何が違うかという、そこに看護と介護の職員がいるということ、それぞれの役割を尊重するという意味や業務分担ということ、利用者をひとりの人間として受け止めケアすること等について、総合的に考えてみる必要があると思われる。

看護と介護のよりよい連携・協働のために確認しておきたいこととして、以下があげられる。

(1) 十分な情報交換と情報の共有化

情報交換・情報の共有は、「利用者一人ひとりが人間として豊かな人生を生きることができるよう支援する」ための大前提である。

(2) 議論の場、研修等

(3) 信頼関係

さまざまな意見があるから発展するのであり、根底にあるのが話し合える雰囲気、信頼関係であ

る。議論の場では愚痴の言い合いでとどまっただけでいけないし、話に具体性を欠いては先がみえない。職場の雰囲気は自分が醸し出す雰囲気でもあり、職員一人ひとりの心の鏡でもある。自分が職場でどんな影響を与えているのか時々立ち止まってみることも必要と考える。

(4) 専門職が“普通の生活感覚”をもつ

「当たり前のことを当たり前」、この感覚の中で自然に看護と介護の協働ができあがってくるのではないかと考えている。よく、相手の立場になって考えることが大切といわれる。相手の立場に立つということは結局、自分がどんな生活をしているかについて考えることだと思う。換言すれば、私たち自身が日常生活の中で体験する快・不快、精神的痛み、人間としての尊敬ある生について考えを深めることでもある。

(5) 基礎教育では

歴史のある看護教育では、医師の役割や連携については実習を通して学ぶ機会があり、それはまた、医師と看護師という全く異なる分野の役割であることから理解しやすく、実習でも明確に認識できる場所である。しかし、介護と看護の役割、協働・連携は医師と看護のように明確ではない。さらに、地域看護実習でも、老年看護学実習でも、介護福祉実習でも、お互いの協働や連携についてはほとんど体験する機会がないまま卒業してしまうのではないだろうか。2年間や3年間の厳しいカリキュラムの中でこの課題をどのようにクリアしていくのか、その工夫が求められるところである。本学のように、看護師と介護福祉士の両方を養成する場では、たとえば、事例を用い、両学科の学生が肩を並べてグループディスカッションをするなどを通して、お互いの役割やケアについて、看護の協働・連携について理解を深めていくことなど、授業内容を工夫することも考えられる。

高齢社会が進展し、福祉施設や事業所等で活躍する看護職の需要も徐々に大きくなり、その質が利用者の生活に大きな影響を及ぼすといっても過言ではないと考えている。そういった意味からも、福祉施設や事業所等で活躍する看護師には、より一層、物事をトータルに観て判断する能力、深い人間性、質の高い専門性が求められると感じている。利用者一人ひとりの豊かな人生づくりに、看護職も介護福祉職も参加させていただいているこ

とに感謝しながら、チームケアを実現させていきたいものである。

介護福祉士には、今、質の向上が求められている。看護教育に比べるとその歴史はまだ浅く試行

錯誤の連続であるが、自分自身も末端で介護福祉教育に関わっていることを自覚しながら、日々研鑽を積んでいきたいと思っている。

