

吉備国際大学研究紀要

(医療・自然科学系)

第24号, 55-63, 2014

重症心身障がい児(者)病棟における 看護職と介護職との連携

澤田 和子*, 木村 麻紀*, 谷口さゆり*, 石田実知子**

Cooperation between nursing staff and care staff in wards of children (or adults) with severe motor and intellectual disabilities.

Kazuko Sawada* , Maki Kimura* , Sayuri Taniguchi* , Michiko Ishida**

Abstract

Care staff was first introduced to the wards of children (or adults) with severe motor and intellectual disabilities in 2005 to improve the quality of life of patients in long-term care as part of an initiative by the National Hospital Organization. The number of care staff is likely to increase in the future; thus, cooperation between nursing staff and care staff is of utmost importance.

In the present study, we conducted interviews with nursing staff to elucidate the current state of cooperation between nursing staff and care staff in wards of patients with severe motor and intellectual disabilities. The results of the study revealed that cooperation between nursing staff and care staff is still in the process of being developed. However, the results suggested that to enhance future cooperation between nursing staff and care staff, the following points are important: “deepening nursing staff’s understanding of care expertise,” “improving communication between nursing staff and care staff on a regular basis,” and “enabling care staff to provide care without anxiety while understanding the patient’s perspective and to report to, contact, or consult with nursing staff as needed.”

Key words : Nursing staff, Care staff, Cooperation, Wards of children (or adults) with severe motor and intellectual disabilities

キーワード : 看護職・介護職・連携・重症心身障がい児(者)病棟

*吉備国際大学保健医療福祉学部看護学科

〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8

*Department of Nursing, School of Health Science and Social Welfare, Kibi International University
8, Iga-machi Takahashi, Okayama, Japan (716-8508)*

**玉野総合医療専門学校 保健看護学科

〒706-0002 玉野市築港1丁目1-20

*TAMANO Institute of Health and Human Services, Department of Nursing Health
1-1-20 Chikko Tamano City Okayama, Japan (706-0002)*

I. はじめに

重症心身障がい児（者）病棟においては、医療技術の進歩に伴い、濃厚な医療ケアを要する医療依存度の高い超重症児の増加や入所者の高齢化に伴う、身体的機能低下を原因とする日常生活援助など医療や看護必要度とともに質と量の両面で多様性が増大している。

このような現状の中での平成 17 年 10 月障害者自立支援法の制定が、重症心身障がい児（者）病棟の運営に影響を与えている。

「長期療養患者の QOL の向上」を目的に、重症心身障がい児（者）病棟に介護職が導入され、今までの重症心身障がい児（者）の看護の専門性を追求しながら看護を行ってきた看護職と、生活支援を行う介護職との連携が重要となっている。重症心身障がい児（者）は、疾病を抱えながら生活をしているため、両職種での専門職としての資質の向上とともに、職種間の協働をいかに図るかが課題である¹⁾。

しかし、これまでの実証研究において重症心身障がい児（者）病棟における看護職と介護職の連携について検討したものはほとんど見られない。

本研究により、重症心身障がい児（者）病棟で働く看護職と介護職との連携の現状を明らかにすることで、介護職が独自の専門性を発揮し、援助を行い、看護職と介護職との連携が図れるための示唆が得られると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、看護職と介護職が連携・協働して、重症心身障がい児（者）の QOL の向上させるための方策について検討することである。

III. 用語の定義

介護職：患者の身体介助にかかる一定の知識技術を有しており、チーム医療の一翼として、看護職員の指示のもと、入浴・食事・排泄の介助等を行なう者²⁾

IV. 研究デザイン

本研究では、重症心身障がい児（者）病棟で働く看護師の、介護職との連携について対象者から得たデータを忠実に表現することを目的とし、質的帰納的研究を用いることとした。

1. 研究方法

(1) 研究対象者

独立行政法人国立病院機構の病院で介護職とともに働く、重症心身障がい児（者）病棟勤務の看護師 4 名とした。

対象者 4 名の平均年齢は 45 歳であり、性別は女性 4 名であった。平均看護師経験年数は 16.7 ± 3.7 年、現病棟での経験年数は、3.75 年であった(表 1)。

表 1 研究対象者属性

看護師	年齢	経験年数	現病棟での経験年数
A	50 代後半	35	4
B	50 代後半	35	2
C	40 代前半	19	6
D	20 代後半	3	3

(2) データ収集期間

データ収集は、平成 24 年 11 月 17 日。

(3) データ収集方法

本研究においてはインタビューガイドに基づき半構造化面接を行った。インタビューはプライバシーが確保できる個室にて行った。インタビューガイドの内容を繰り返し検討し、インタビュー手法について協議を重ねていった。

(4) データ分析方法

半構造的面接法より得られた逐語録を分析対象とした。分析では、逐語録を熟読し、看護職と介護職の連携というテーマに沿い、データ分析を質的帰納的に分析した。分析手順は逐語録の内容を意味内容が理解できるまで読み返し、記録された文脈を重視し、看護職と介護職の連携を記録している箇所を素データとして抽出した。素データのコード化を行い、一覧表を作成した。

コード化したものを整理しながら意味内容の類似性に従い分類し、その分類を忠実に反映したカテゴリーネームをつけ、サブカテゴリーとした。さらにサブカテゴリーの類似性と相違性に添ってカテゴリー化して名称をつけ集約を行った。

(5) 倫理的配慮

本研究における研究対象者の選定、依頼に際しては、研究計画書を提示して研究協力を依頼し、同意を得た。また研究者が研究対象者に研究協力を依頼する際は「研究依頼書」を用いて研究の目的、内容、方法、倫理的配慮について文書と口頭で説明を行い、「同意書」に署名を得た。

研究の内容データは本研究以外には使用せず、外部に情報が漏れることがない旨をあらかじめ研究対象者に約束し、同意を得た。またインタビュー時に IC レコーダーで記録する際、逐語録作成後はすみやかに消去することを告げ、許可を得てから録音ボタンを押した。さらに本調査への協力は対象者の自由意思であり、協力の有無にかかわらず対象者が不利益を被ることはない旨、口頭および書面で説明した。さらに、データは分析や結果公表の際に個人が特定されないように処理し、研究者以外の閲覧や、研究目的以外の使用は行わないこととした。

(6) 研究の厳密性（信頼性、妥当性）の確保

研究内容については、研究者で十分討論し、洗練をはかった。得られた結果について、研究協力者に示し意見を求めた。研究協力者から得られた意見に基づいて結果を修正し、研究の厳密性を高めた。

V. 結果

看護職と介護職の連携というテーマに従って分析を行った結果、7 サブカテゴリー（以下《 》で表記）が抽出され、カテゴリー（以下【 】で表記）に集約された。研究対象者をアルファベット、インタビュー内容を“ ”で示す。また、カテゴリーの関係性を表 2 に示す。

表 2 看護職と介護職の連携

カテゴリー	サブカテゴリー
介護職の専門性への理解	介護職の業務への理解 病院の組織図上の位置づけ
患者の QOL の向上	介護職の導入後の患者の QOL の変化 介護職の病棟の勉強会や研修会などへの参加 介護職の介護計画の立案や記録への参画
看護職と介護職とのコミュニケーション	介護職からの報告 看護職と介護職との話し合い

1. 【介護職の専門性への理解】

このカテゴリーは、《介護職の業務への理解》《病院の組織図上の位置づけ》という 2 つのサブカテゴリーより、構成された。

1) 《介護職の業務への理解》

これは介護業務を専門業務としては感じられず、むしろ「看護助手」でしかないという捉え方となっていた。

経験を積んだ看護師は、以下のように理解していた。

“始めは私らも興味あったよ。どんな事してんやろ？ そやけど来たったら結局看護助手の仕事やんか。無資格の人がするようなこと” (B)。

“看護職の中には介助員を看護助手と思っている人が多いんじゃないかなと思う” (B)。

“最初雇用した時に、上（管理者）は介助員さんって、助手業務ってところのレベルで雇ってはったと思うね。で、今も多分そうじゃないかな” (A)。

“最初雇用した時に、上は（管理者）介助員さんって、助手業務ってところのレベルで雇ってはったと思うね。で、今も多分そうじゃないかな” (A)。

介護職導入は病院や看護部にとっても初めての経験であり、介護職導入に際して事前準備を重ねてきたと考えられるが、職員の認識・理解にまで至っていないと考えられる。また、介護現場は、資格のある者無い者、ヘルパーの 1 級と 2 級と知識や技術にばらつきがあり

3), 介護職の資格の多様化が, 介護職の業務への理解を混乱させているとも考えられる。介護職の業務への理解については, 今後の検討課題であると考えられる。

また, 就職して経験年数の浅い看護職の意見では, 介護職の役割について以下のように捉えていた。

“最近になって介助員さんも増えてきて, こっちも時間が足らなくなって, おむつ交換にしる, 車椅子に乗せたりとかできてなくなってた時に, 他の看護師が「介助員やねんからそれが仕事やねんから, 介助員がしたいのに」って言ってて, 介助員はそっちがメインな仕事なんやって思って, その時初めてわかった。おむつ交換とかそういう事とか日常生活的な事が介助員さんの主な仕事になるのかなと思う” (D)。

このことから, 看護職として経験の浅い者については, 看護職と介護職の違い, 介護職の役割や業務への理解が不十分であり, お互いの役割を理解していないと何が問題となるのかについても理解していないと考えられる。川添⁴⁾は「看護と介護は連携することを前提に役割分担(業務分担)を行っているため, 役割が理解されていなければ連携はうまくいかず, ケアに必要な情報が速やかに提供されないため, 対応の遅れが起きる危険性がある。役割を理解していないことから生じる職種間の誤解が, 人間関係にも影響を及ぼしチームワークを乱す可能性もある」としている。したがって, 今後もう一度, 研修会やミーティングなどを通じて介護職の役割・業務について看護職が理解を深めていくことが連携に繋がっていくと考えられる。

2) 《病院の組織図上の位置づけ》

病院の組織図上の位置づけについては, 病院という組織のため, 介護職は看護職の下位に位置づけられても仕方ないと考えていた。

“私らのところは, 施設とかで働いた人, 今まで経験があって, 病院に入って来た時に, 今結構問題っていうか…。最近辞めるって言った人が, 結局今まで働いて来たところと病院っていうのが違いすぎた。ギャップがありすぎた。やっぱり, 病院は組織になってしまうから,

看護師の下, 看護師の指示の元, 動いていかなアカンってところがあるけど, 前までおったところとか, 施設って看護師よりも介護士が中心となっていく形やから, 看護師に指示されて動くのは嫌なので, 合わないので辞めますって, 今月で辞める人がいる” (C)。

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⁵⁾。それを防止するには, 病棟責任者は職員の連携の必要性の認識を高め, メンバー構成により連携の違いがないようにチームで看護・介護がおこなわれるようにする指導, 教育が先決である⁶⁾, ことが重要となる。

病棟の職員の配置として, 現在は看護職が多く, 介護職は少数であり, 看護職が多くなると看護職の意見が強くなる可能性が高く, また, 介護職は看護職に依存してしまう場合がある。しかし, 介護職の専門性を追い求める介護職にとっては, すべて看護職の指示の元でケアを行っていくのは窮屈であり, その結果退職してしまう。このような状況は看護職の考え方にも問題があると考えられる。介護職は介護のプロとして意見を述べ, 看護職と対等に患者と向き合いたいが, 看護職が潰してしまっているのではないだろうか。介護職にも, 専門性を発揮できるような業務分担を考えることで, 離職防止にもつながると考えられる。

2. 【患者の QOL の向上】

このカテゴリーは, 《介護職の導入後の患者の QOL の変化》《介護職の病棟の勉強会や研究会などへの参加》《介護職の介護計画の立案や記録への参画》という 3 つのサブカテゴリーより構成された。

1) 《介護職の導入後の患者の QOL の変化》

介護職の導入後の患者の QOL の変化については「QOL が向上した」という意見と「QOL は向上していない」という意見に分かれた。

「QOL が向上した」については, 以下の通りであった。
“今までベッド拭きとかもなかなか出来なかったけど,

毎日ベッド拭きをやってくれる。あと、車いすも殆んど洗ったことがないけど、大掃除の時、年に一回ぐらいまとめて洗うというか拭くっていうぐらいやったから、ものすごく汚い。介護職が来て、業務として車いすを毎日1~2台づつ洗ってもらってるから、患者さんを取り巻く環境としては、生活の質的には、今までしてない分してくれるようになったからアップしてるのかなと思う” (C)。

“去年までは、看護師がほぼメインになって散歩連れ出したりとか、今年ぐらいになって5人ぐらい介助員さんが追加になったので、散歩をすごく出してくれるようになったんです。曜日別に分かれてはいるんですけど、あの子も出そうか、あの子も出そうかってプラス何人かも一緒に出してくれたりとか、やってくれるのでそれはQOLにつながったのかな、でもだからといって本当に散歩がいいものかどうかという確信、散歩に行っただけという達成感だけで、それがQOLにつながっているかっていうとわからないんですけど” (D)。

介護職は患者が入院生活を円滑に営むための周辺業務が多いが、いままで看護職だけでは手が回らなかった部分にまで手が回り、環境の面などが整えられたことは「QOLの向上」に繋がっているのではないかと考えられる。

QOLを考慮した援助の評価として、平元⁷⁾は「どんなに最重度の脳障害児であっても、QOLを高めるための療育活動は本人の脳の活動になんらかの影響をあたえている。QOLを高めるために介助者と一緒になって行う自然や街のなかでの活動自体が実は最も重要な発達刺激となりうるのである。」と述べていることから、患者のQOLの向上へと繋がっていると考えられる。

「QOLは向上していない」という意見では

“業務量調査をしたら今回は記録の時間ばかりで、直接看護っていう結果が全く出なかった。結果的には直接看護じゃなくて記録の時間が増えてるねん。これはいい看護じゃないってQOLの向上って言

われてても全然そんな生活をしてない”(C)。

患者のQOLの向上のために導入された介助職であるが、導入に伴い看護職・介護職の業務分担を行って来たが、看護職の業務分担が減った分、患者のケアに時間を回しQOLの向上に時間の使い方について看護職は悩んでいると考えられる。

何をもって「QOLの向上」というのか、入浴回数が増えたから「QOLの向上」なのか、それとも散歩に行く回数が増えたから「QOLの向上」なのかは看護者の看護観にもよっても違いが出てくるのではないかと考えられる。患者の「QOLの向上」について評価は難しいが、重症心身障がい児(者)病棟で働く看護職は、患者の個性を理解し、身体的・精神的・社会的に充実した生活を送れるように、看護者は患者の変化を日々捉えて評価していく必要がある。日常生活支援は、両職種とも援助として重なる部分が多いため看護職の方から情報を共有する努力を行う必要があるとの指摘⁷⁾もあることから、看護職からの歩み寄りが協働の促進につながり、ひては患者のQOLに繋がるのではないかと考える。

2) <<病棟の勉強会など研修会などへの参加>>

病棟の勉強会など研修会の介護職の参加については、看護職の判断で病棟の学習会や勉強会に介護職の参加を促している現状が分かった。

“そのテーマによっては入ってもらおう。看護師の専門的なことやったら、看護師だけでするけど、みんなで考えような事やったら入ってもらおう。入ってもらうようにはしてるけど、少ないな”(B)。

“一緒に月一でここまで介助員さんのレベルがここまでやから、こういう風にやって行こうかって技術チェックとか、いうのも一緒にリーダーさんが入ってる。あとは、ボディメカニクスとか、色んな感染の事とかっていうのは担当者を決めて、病棟では学習会とかっていうのはしてもらったらいとか、共有しないとイケないような内容だったら、これからは受持ち制になってくると、そういうのも入ってくるかもしれへんな”(A)。

“この前から、入ってもらってる。他部門全部が入るん

やから、その子の日常生活援助をどうするかとかも話し合っていくんやから、介助員さんも入らなアカンって事になって、この前から入ったり、日頃のカンファレンスも、内容的には一緒に入ってもらって意見を出してもらったりしてる” (C)。

病院では看護部が主催する研修会があるが、介護職が主催して行う研修はない。病院では看護職と介護職が別々に行われることが多いため、今後研修や勉強会においては、看護部主催と病棟主催の研修や勉強会の計画は連携を図りながら、企画する必要があるのではないかと考えられる。

また療育カンファレンスでは、患者の日常生活援助についても話し合われるため、看護職は、介護職が療育カンファレンスに参加する意義を理解することが重要である。また、介護職が参加し発言することにより、各職種の独自機能が認識されていくと考えられる。

看護職の立場から、介護職を研修に参加させるか、させないだけではなく、介護職からの意見を聞いたり、介護職自らも積極的に研修の計画を立てるなどの工夫も必要である。看護業務への理解を含め、看護職と介護職が共に勉強会や学習会、研修に参加し、知識・技術をさらに深める必要がある⁸⁾と考えられる。

3) 《介護職の介護計画の立案や記録への参画》

介護職の介護計画の立案や記録への参画については、介護職導入時には、介護職も記録していたが現在は記録していなかった。

“介護計画は今のところない。カルテも今のところ見たらいいでって言ってもなかなか見てない。” (C)。

“(介護福祉士の) 学校出てきた人とか、特養に居った人とか、経験によって自分達がプラン立ててたっていう経験のある人と、そんな事したことないっていう人とある” (A)。

“今は何もしなくても済むから、責任も無いから楽になったっていう介助員もおるから、物足りないっていうのは無いね” (A)。

“介助員が最初に導入にされた時、患者の記録も介助

員も書いていた。介助員に受け持たせて、記録残して行こうとしたが、難しくて止めてしまった。受け持ちを持たせることで、介助員のモチベーションも上がるし、やったことの評価もし、修正もできると思ったが、今のやり方になってしまった” (C)。

患者のケアをするにあたり、カルテは患者のケアに必要な情報などがあり、患者の状態を知るためには必要不可欠なものである。介護職がカルテを見ない原因は、介護職側の原因かそれとも、カルテを見なくても業務ができるような内容の割り振りをしているのか、介護職の記録についての認識の問題なのか考えなければならぬ。

また、介護職の「今は何もしなくても済むから、責任も無いから楽になった」からは、「看護職の指示」で動き、介護職自ら患者の状況を判断せず、看護職の指示を待つようでは、介護職の専門性が無くなり、記録を書かせる意味さえなくなってしまう状況を生んでいる。

介護職導入時は記録を書いていたが、現在では記録を書いていない状況であり、ケアの内容を記録に残し、ケアの内容が患者にとってどうであったのかを評価するということは、QOLの向上につながる。看護職の認識としても、介護職は記録を書けない＝書かせなくてもよいと認識しているのではないか。介護職のケアについての記録がなくても、看護職は困ることなく看護をしていることから、看護職、介護職の両者がもう一度記録の必要性について考えることが、記録を書くことから連携が図れるのではないかと考えられる。

3. 【看護職と介護職とのコミュニケーション】

このカテゴリーは、《介護職からの報告》《看護職と介護職との話し合い》という2つのサブカテゴリーより構成された。

1) 《介護職からの報告》

介護職からの報告については、報告はあるとされた。“頼んだことは、『〇〇しておきましたよ』とかは報告がある。おむつ交換の時とかに、『ちょっと見て欲しい』

とかの報告もある。スムーズかどうかはわからんけどね” (C)。

“看護師と介助員がペアになって部屋持ちして動くようになってる。今日、この子は散歩、この子は痙攣とかあったから観察もせなアカン、この子は自傷とか激しいから下に降りてる時とか観察が必要となった時とか、自分がどうしても薬とか、処置に入ったりせなアカンかったりした時は、同じ部屋の介助員さんにこの子こんなんでもうやから観察しといてよとか、昼からこの子とこの子は散歩やからなあとか、散歩から帰ってきたら、その人が報告してくれるねん。嬉しそうに笑ってましたとか、こんなんでしたよとか。意識している介助員さんは、聞きに来てくれるしな。こっちから言わんでも、朝申送りの後に聞きに来てくれたりする人も中にはおる。聞きに来ない人もおる” (C)。

“この子散歩に行ってもいい？とかは聞かれる。今日は元気やから体調も変化ないから大丈夫とか、さっき痙攣あったから止めときましょとか言ったりしてみます。それぐらいしか報連相（報告・連絡・相談）ないんです” (D)。

看護職が介護職と連携を図るためには、介護職からの報告だけではなく、「連絡・相談」についても重要となってくる。看護職は介護職から「報告」があつて当たり前と思っており、「報告」を待っている姿勢が窺える。両者がお互いに「報告・連絡・相談」の必要性を理解していくことの再認識が必要である。

2) 《看護職と介護職との話し合い》

看護職と介護職との話し合いについては、業務改善委員会の中での話し合いはしていたが勤務時間中には話し合いや打ち合わせが出来ていないと感じていた。

“介助員会は、月1回業務改善委員の人が入って、介助員の現状やどうしていききたいのか、看護師へのクレーム苦情なども含めて行っている” (B)。

“業務改善委員の看護師2人と介助員のリーダーの3人プラス副看護師長が入って、調整をしている。その中にはクレームもある。技術チェックをしてその結果を

振り返り、今後どうするかを話合っている。” (A)。

“介助員が声を出したくても、看護師がバタバタしてて声をだせないのか、そうだったとしたら時間を決めるとか、看護体制的にどうしたらいいのか話し合っているところ。業務調整の時間を朝・昼・夕に取って情報交換していく事も必要じゃないか” (C)。

“時間差の出勤をしているから、これからペアで受け持ちをするとなると問題になってくる。早出の人とペアになったら、お願いしようとする「私時間なので今日は帰ります」って言われてしまう。勤務時間中に調整をしないのがアカンなあ” (B)。

重症心身障がい児(者)病棟に勤務する介護職が業務改善委員会活動といった特別な会での話し合いの場も必要であるが、重症心身障がい児(者)のケアの中での調整についても必要となってくる。業務についての話し合い・調整については、今後看護職と介護職がペアになって患者のケアにあたっていくことも予測されるため、今まで以上に話し合い・調整が必要となっていくと考えられる。

安全・安心でより質の高い医療的ケアを提供するためには、看護職と介護職が有機的に連携し、多職種が協働したチームでケアを実践することがより重要となってくる。重症心身障がい児(者)の健康状態について医師、看護職員、介護職員等が情報交換を行い、連携が図れる体制を整備した上で実施されることが必要と考えられる。看護職は健康管理・医療的業務の役割をもち、介護職は生活援助業務を主たる役割としている⁷⁾ことから、看護職は観察重視の参加の仕方をしている可能性があるため今後、協働関係を発展させていくためには、お互いを尊重し合うこと、話し合いの場を積極的に設けることが重要であることが示唆された。

VI. 結論

今回の調査から、看護職と介護職がまだ模索状況にあり、重症心身障がい児(者)のQOL向上のためにどのように連携を図ったらいいのかについて手さぐり状態

であることがわかった。

連携を図る方策として、以下の諸点を提示する。

1) 重症心身障がい児（者）に対する日常生活援助を看護職の役割か介護職の役割かに厳密に区分するのは困難であると考えられるが、介護職の専門性について、看護職は理解を深めなければならない。そのためには病院が介護職をどのような立場に置くのか、どのような役割をさせるのか明確に示し、看護職に伝えなければならない。組織全体で介護職の専門性を理解することで、「連携」を深めていくことが必要である。

2) 重症心身障がい児（者）に対して、適切なケアを行なうためには医療の側面だけでなく、看護職は介護職を生活支援を行う専門職として認識することが必要であり、介護職は、介護職の視点からの情報収集を必ず行うことが必要である。そのためには、申し送りや、日々のカンファレンス、療育カンファレンスなどに介護職も参加することが望まれる。また、日頃から意見交換できる環境を作るようにすれば、介護職も情報収集がしやすくなり、看護職と介護職のコミュニケーションを深めることに繋がっていく。毎日の業務の中で、看護職から介護職に積極的に声かけを行い、情報交換や打ち合わせを行うなど、看護職から情報を集めてい

くことで介護職は看護職が求めていることが理解でき、介護職から積極的に看護職へ情報提供できるようになる必要がある。

3) 看護職が行う医療行為と介護職が行う日常生活援助行為は関連が深いため、医療行為の必要性や生活上の留意点・観察点について介護職に理解してもらいようにする必要がある。介護職であっても患者の観察点を理解しておく不安なくケアを行い、必要時に看護職に報告・連絡・相談することができるよう、共通理解することが必要である。

VII. 研究の限界

本研究は対象者が少数であり、看護師としての経験年数が20代後半から50代後半と幅があることからデータに偏りが生じている可能性がある。しかしながら今後ますます医療依存度の高い超重症児の増加や入所者の高齢化に伴う、身体的機能低下を原因とする日常生活援助の両面で多様性の増大が予測される中、看護職と介護職の連携はよりいっそう重要となるため、今後対象者数の増加や量的研究などや介護職側から調査を行うことが必要である。

引用・参考文献

- 1) 坪井桂子他(2005)「ユニットケアに取り組む特別養護老人ホームの看護職と介護職の協働と教育」『岡山大学医学部保健学科紀要』 15: 51 - 62
- 2) 独立行政法人国立病院機構 本部中国四国ブロック事務所
www.nho-chushi.jp/recruit/admissions/ryouyou.html
- 3) 5) 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
- 4) 川添チェミ (2008)「看護職と介護職 お互いをどうみているのか」『看護学雑誌』 72 (6) , 464-470
- 6) 8) 島田久代(2008)「F病院における看護と介護の連携の実態における考察：アンケート調査による意識調査の結果をふまえて」『松本短期大学研究紀要』 17, 129-144
- 7) 平元東 (2000)『重症心身障害療育マニュアル』 医歯薬出版 20
- 9) 鎌田ケイ子他(2006)「看護と介護の連携に関する調査結果」『老人ケア研究』 24, p6~14

- 10) 高崎絹子他編(2005)「最新介護福祉全書 15 介護技術」『メヂカルフレンド社』
- 11) 小林たつ子他(2010)「看護職と介護職の連携に関する調査報告書—結果の概要と考察」『コミュニティケア』 12 (9), p53-59
- 12) 吉岡なみ子(2011)「療養病床における看護職と介護職の協働—当事者の認識と評価—」『PROCEEDINGS』 16, 53-62
- 13) 鎌田ケイ子(2007)「在宅ケアにおいてめざすべき”看護と介護の連携”とは」『COMMUNITY CARE』 4, 14-20
- 14) 藤岡美代子(2007)「介護の質向上を目指した療養介助職導入」『医療』 61 (11), 715-725
- 15) 川口真実・綿祐二(2008)「重症心身障害児施設におけるケアの実践に関する一考察 —福祉職と看護職の意識と評価実践の差異の検討—」『文京学院大学人間学部研究紀要』 10 (1), 183-197
- 16) 西藤武美(2010)「重症心身障害児(者) 看護の専門性」『日本重症心身障害学会誌』 35 (1), 77-83
- 17) 野中和代(2002)「21世紀における看護職と介護職の協働に必要性について—高齢者をケアする介護職の現場から—」『看護学統合研究』 3(2), 85-88