

高齢者の在宅療養場面に求められる多職種連携の技能 Interprofessional Collaborative Practice Skill Requirements for Elderly Homecare

藤田 益伸 FUJITA, Yoshinobu

要約

本研究の目的は多機関多職種が関与する在宅療養場面において医療・介護専門職が活用している連携行動を抽出・整理することである。医療機関、介護サービスに従事する専門職15名を対象に面接を実施し、他職種との連携する際に上手くいった、上手くいかなかったエピソードをもとに連携行動を抽出した。その結果、多職種連携に必要な条件として、「高齢者本位の生活支援意識」「専門職の役割と限界の把握」「顔の見える関係形成」の3要素が抽出された。円滑な連携を促進する連携行動のあり方と具体的な習得方法について考察した。

キーワード：多職種連携、専門職連携教育、コミュニケーション・スキル

1. 序論・目的

高齢社会白書によると日本の65歳以上の高齢者人口は3,190万人であり、高齢化率は25.1%と過去最高となっている（内閣府, 2014）。高齢者のいる世帯は2,083万世帯でこのうち一人暮らし又は夫婦のみ世帯は53.6%を占めている。また65歳以上で要介護、要支援と認定された人は545.7万人と年々増加を続けており、老老介護をはじめとする家族の介護負担は大きな社会問題となっている。一方、自宅で介護を受けたいと希望する人は約4割、最期を迎えたいと希望する人は約半数であり、介護者の負担を軽減するとともに高齢者の希望を叶える支援体制の構築が求められている。

高齢社会に対して政府が推進する中長期にわたる基本的かつ総合的な指針である高齢社会対策大綱が2012年に改訂された（内閣府, 2012）。この中で、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される地域包括ケアの確立を目指すことが明示された。そして健康づくりの総合的推進、介護保険制度の着実な実施、介護サービスの充実、高齢者医療制度の見直し、住民等を中心とした地域の支え合いの仕組み作りの促進することが示された。特に高齢者の在宅療養支援には、在宅療養に携わる介護・医療の専門職が協働して包括的かつ継続的なケアを提供することが不可欠である。

専門職間の垣根を越えた協力関係を形成するために、共通した目標を持つことや相互コミュニケー

ションと場の設定が必要とされている（野中, 2007）。大塚・平田・新井・大嶋・井口・高田・大熊・加藤・藤井・小川（2004）は、多職種が高齢者支援に関する情報を共有すること、多職種がカンファレンス等で協議し相互理解し合うことが協働実践に不可欠であることを示している。良好な専門職連携を目指して、多職種が一堂に会する場を設定して地域における連携上の課題の抽出と研鑽に向けた会合や交流会を開催する地域が増加している（厚生労働省, 2012）。また一部の医療・福祉系大学において、学生段階から他職種との連携のあり方を学ぶ専門職連携教育が導入され始めている（大塚・高嶋・大嶋, 2004）。

多職種の交流を通じた連携促進の取組みは単純接触効果を根拠にしていると想定される。ただし単純に会合や交流会の目的を意識せず参加するだけでは、参加することが連携だと勘違いする者も現れて、かえって連携が阻害される可能性も想定される。山中（2004）は形式的な会議・研修会の場合、専門職は他者への関心よりも自分の専門職としての役割に固執してしまう傾向があると指摘している。つまり苦手意識や立場の違いなどマイナスのイメージを持ったまま他職種と交流した場合、かえって連携が阻害される恐れが懸念される。さらに在宅療養に携わる専門職は少人数で多忙な中業務に従事しており、医療系職種において業務負担が大きくなるほど連携への関心が薄まる傾向もみられている（藤田・武田, 2013）。

専門職連携教育は会合や交流会のような多職種間の単純接触にとどまらず、連携のための知識・技術を提供する機会として期待されている。ただしReeves・Perrier・Goldman・Freeth・Zwarenstein（2013）によれば専門職連携教育の教育と実践による質的な変化の検証は不十分とされている。加えて専門職連携教育は主に病院・施設内での専門職間連携を想定して発展した経緯があり、地域や在宅療養場面にそのまま適用するには限界があるという指摘がみられる（小嶋・冨末・大石・大友, 2014）。病院・施設は同じ法人に所属して同じ場所で働くことから、お互いが顔を合わす機会が多い。在宅療養における連携は多様な事業所の多職種が関与するため、一堂に集まることが難しく、病院・施設とは異なった連携のあり方が求められると想定される。

在宅療養場面における多職種連携を調査したものとして村杜（2012）の研究があるが、介護支援専門員のチームマネジメント概念に焦点を当てたものであり、職種を超えて共通する連携行動を検討した研究は少ない。Barr・Koppel・Reeves・Hammick・Freeth（2005）も専門職連携に係る知識の習得と肯定的態度に関する報告は多く見られるものの、連携に関する具体的な行動とその変化に関する研究が少ないことを指摘している。在宅療養場面での連携の実態を把握すること、および専門職同士が接触した際取るべき行動を具体的に明らかにすることで、連携に苦手意識を持つ人や経験の浅い人に対しても具体的な行動レベルでの教育と行動強化が可能になると効果があると考えられる。

そこで本研究は、在宅療養現場の医療・介護専門職が連携場面にて活用する具体的な連携行動を抽出・整理し、専門職連携教育を実施する上で有用と考えられる知見を提供することを目的とした。

2. 方法

対象者

対象者はA市内にて医療機関、介護サービスに従事する専門職15名である。女性9名、男性6名、平均年齢48.9歳である。調査時点に従事している業務は訪問介護事業所3名、訪問看護事業所2名、居宅介護支援事業所4名、地域包括支援センター4名、病院地域連携室2名である。また15名中13名が病院または福祉施設での現場経験を有していた。医療・介護業務の平均経験年数は23.2年であった。

手続き

調査は面接法を採用し、2013年9月から2014年6月の間に実施された。対象者は調査者の縁故法により調査依頼を行った。対象者1名につき、1人当たり40分から1時間30分程度の半構造化面接を実施した。面接時にはICレコーダーを用いて対話を記録し、話の概略はメモ書きを行った。調査内容として、まず年齢・性別・経験年数等の基本情報を聞き取った。次にこれまでの在宅療養中の高齢者支援において、他職種との連携する際に上手くいった、上手くいかなかったエピソードについて自由に語らせた。その際上手く連携するためのコツや心がけていることについても意見を求めた。

分析方法

分析テーマとして具体的な連携行動に関連する語りの中から、連携促進に必要な知識・技術・価値観といった概念を抽出することを目指した。面接内容を録音したICレコーダーを逐語録におこし、自由記述の記載内容を意味のある構成単位に分割した。次に類似性のあるものを毎に集約して、カテゴリーごとに分類した。分析結果の信頼性と妥当性の確保に向けて、調査者以外の介護・医療専門職2名に分類の妥当性について協議・確認しながら進め、最終的なカテゴリーをまとめた。

倫理的配慮

対象者に本研究の主旨及び秘密保持を遵守すること、研究以外の目的で使用しないこと、及び個人が特定されないよう匿名性を確保することを説明し、同意を得た上で面接調査を実施した。

3. 結果

面接法によって抽出された多職種連携を促進する連携行動をカテゴリー化し、表1にまとめた。多職種連携に必要な条件は、「高齢者本位の生活支援意識」「自らの専門性の役割と限界の把握」「顔の見える関係形成」の3つのカテゴリーから構成される。

表1. 「多職種連携を促進する連携行動」のカテゴリー

メインカテゴリー	サブカテゴリー	データの一部
高齢者本位の生活支援意識	高齢者の生活を基準にして考える	<ul style="list-style-type: none"> 一連のその人の生活の流れというのがあって、その人の生活を基準において連携していくっていうのが本来あるべき連携。 在宅と施設とかデイとか、そういうところと違うのは、自分のテリトリーに入られているっていう意識がやっぱりすごい強い。 生活を支援していくっていうのは中の一部に治療というのはあるけれども、治療が全面じゃない。こう、妥協の中で生活っていうのは存在する。 みんなそれぞれ個性があって、じゃあこの人にはこの看護婦さんが合うかなとするのと同じように、ケアマネさんもこの人やったらこの先生にこの看護婦さんにこのヘルパー事業所についてというのがいいかなと思う。
	多職種で支援内容を共有する	<ul style="list-style-type: none"> 胃ろうの人からプリン食べたいって言われたら食べれるように皆が考えるんやで。どないしたら食べれるか。 最期は奥さんが亡くなっていた、呼吸が止まっていたっていうこともわからないこともある。こういうことが問題にならないためには、共有していけばいいわけですよ。
専門職の役割と限界の把握	職種による視点の違いに気づく	<ul style="list-style-type: none"> 餅は餅屋で各職種があるわけやから、ほな看護師がケアの事について100%かいうたら、そうでもないと思うんや。 注意点はここだよねっていう話をして、そこの所が押さえられたらあとは訪問看護師に聞く。アドバイスすることで介護福祉士、医療畑じゃなくても十分やっついていける。
	自分に求められる役割を把握する	<ul style="list-style-type: none"> 細かい病気のことを知るんじゃないですよ。どういうふうな役割を担ってるかっていうことの知識を。 ついたポジションで責任を持つことやね。責任というかベストを尽くすわけね。
	他職種の役割を尊重する	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネしている時、訪問看護師の顔バリバリ見えていますよ。見ているけど取っいたらいかんのよ。 一番したらいけないのが、知識もないのに勝手に介護側が、医療に関わらさんと、こんなんこうしたらええやんみたいな勝手な知識になってしまう。
	自ら学ぶ姿勢を示す	<ul style="list-style-type: none"> 失敗したから反対にああいう時はこういうこと言うたらあかんねって。失敗も積み重ねじゃないですか。 どうしても医療的な視点が弱いのは当たり前やね。ベースないんやから。ただ、それと自覚してね、聞くポイントであるとかね、自己研さんするなりして、それは補えるもんやと思うね。
顔の見える関係形成	人となりをつかむ	<ul style="list-style-type: none"> やっぱり人となりが分かっているから、その先生にお願いしようかなって思ったりするわけで、そこは職種の前にその人かな。 自分のこういう風なね、今こういう立ち位置でとか、こういう仕事しているとか、そういうことをやっぱり話している。
	相手の思いをくみ取る	<ul style="list-style-type: none"> この人はこうしてほしいんだろうなって所はあるじゃないですか。そのしんどうい部分については理解するよって、歩み寄れるよっていうことを、まず最初に言うておくことが大事かなと。 もし私が逆の立場だったらどう思うかなって想像してみる。
	自分の考えと感情を整理する	<ul style="list-style-type: none"> 私は怒って言っているのか、腹が立つから言っているのか、この人に伝えんといかんから、本当にこの人のために伝えようと思っているのか、っていうことはいったん考える。 自分が大変やから、それが最優先されるっていうふうなね、そういう行動取られると受け手側はやっぱり、別にそれは医者じゃなくても気分は害しますよね。
	相手に受け入れられるように伝える	<ul style="list-style-type: none"> 正論ほど気をつけて出さないと、人に言うときはね、ぐうの音が出ない。 こっちがおかしなことと思っても、相手はきっとそれが正しいと思ってやっっている。だから決して悪いと思ってやっっているわけじゃないっていう前提で話をしないとあかんって。 病院にいて介護の世界入ってびっくりしたのが皆めっちゃ丁寧です。事業所さんと話す時に、家族さんに話すのと同じようにこちらにも丁寧に。

(1)高齢者本位の生活支援意識

高齢者の生活を第一に考え、それを実現するための支援内容を専門職同士で共有することを示す。

「高齢者の生活を基準にして考える」とは、高齢者本人を支援の中心に据える視点を持つことである。「自分がやりたいとかしたいっていうことを一番優先されるから。食べたい、見たいってあったら、絶対それが優先されるんだって」という具合に、在宅療養場面では高齢者本人を主役に据える。各専門職は補佐役として高齢者の家に訪問して彼らの生活に合わせた支援を行う。病院・施設では専門職による治療や支援が優先されるが、在宅では治療や支援はあくまで生活の一部であり、生活全体の中で専門職によるケアを位置づけて提供することが求められる。

「多職種で支援内容を共有する」とは、各専門職が支援の方向性や内容を共有するである。まず高齢者の介護支援計画や支援経過記録をはじめとする情報を把握することが必要である。「ちょっと意思決定の不十分な本人をどうやったら皆でって、リスクの分散しているわけですよ。例えば包括センターだけで決めてください言うたら困りますがな」という形で、情報の共有のみならず支援に対する思いや支援に携わる中でのリスクや困難さといった感情部分を分かち合うことも含まれる。

(2)専門職の役割と限界の把握

専門職が自他の専門性の役割と限界を把握し、高齢者支援においてその専門性をどのように活かすべきか自覚的であることを示す。

「職種による視点の違いに気づく」とは、「ケアマネさんも元前歴が何かでも全然やっぱり見てる視点が違う。医療職だった人はやっぱり医療面を中心に見はる。介護職だった方は介護面を見はる。」という具合に、専門職ごとに得手不得手があり、同じ事象であっても物事の捉え方や視点が違うことを理解することである。

「自分に求められる役割を把握する」とは、専門職間の話し合いで決められた役割を把握し、遂行することである。基本的には介護支援計画に定められた介護支援専門員、看護師、訪問介護員としての職種に求められる役割を遂行することが求められる。また、「注意点はここだよっていう話をして、そのことが押さえられたら後は訪問看護師に聞く。アドバイスすることで介護福祉士、医療畑じゃなくても（ターミナルケアを）十分やっていける」と、自分と異なる分野の専門知識であっても、その時々の高齢者に求められるニーズと要点を押さえて支援に従事することが望まれる。

「他職種の役割を尊重する」とは、他職種の専門性を理解して、高齢者の生活支援でその専門職に求められる役割・業務を素直に委ねることである。例えば医療知識に疎い福祉系の職種が医療の必要性を勝手に判断することは許されない行為である。同様に看護師や訪問介護の経験がある職種で現職が介護支援専門員の場合には、「うちの看護婦さんが行っても、ああ私ケアマネやなあ、そういえばこのケース、大変やなあとか思って聞いとるだけ」という形で、現種の立ち位置を自覚して、相手の仕事を指図したり取り上げたりしない姿勢が求められる。

「自ら学ぶ姿勢を示す」とは、自分の専門性の限界やわからない点を素直に認めた上で、自己研さんをする姿勢を明示することである。高齢者の生活は常時安定しているものではなく、急な状態変化と支援内容の変更が頻繁に起こるため、支援が行き届かない事態が発生する。まして新人や未経験の困難事例を担当する場合は困難や不安も大きく、失敗を経験することも少なくない。しかし、面接調査では失敗をすること自体への非難よりも、失敗した後どのようなフォローがなされるか、次の実践にどう活かされるかといった点が重視されていた。「分からないことっていっぱいあるでしょう。でもそれはやっぱり誰かにはつないでいかなないと駄目だわ。わかんないから放ちっちっちというのは駄目だ」という形で、自身の不得手な点に気づいた時は克服するように努力することが大切であり、そうした姿が他職種は今後も連携したいか否かを判断する材料の一つとなっている。

(3)顔の見える関係形成

「人となりをつかむ」とは、他職種の性格や人柄、ものの見方や考え方を理解することである。「やっぱり人となりが分かっているから、その先生にお願いしようかなって思ったりするわけで、そこは職種の前に、その人かな」と、これは専門職としての職業的な関係を越えた、生身の人間関係を形成することが連携する際の前提条件であることを意味する。そのために連携相手の事業所に出向いて顔を合わせたり、業務とは離れた世間話などを交わしたりして相手の特徴を把握し、実際に連携する時に自身の言動や身の振り方の検討材料としている。

「相手の思いをくみ取る」とは、他職種の言動や行為の背景にある考えや思いを察知することである。「カンファレンス一つにしても、相手の言葉を大事にしていかないと。しっかり聞いて、それに対して向こうがこう思ってああしてあげたいな言われたら、そうやなあ、やっぱりほんならそのやり方でやろうかという風になれる」といった形で、相手の話を聞いて言外の思いを察している。そして高齢者支援における連携相手の立場や都合、性格等を勘案して、相手に対する配慮を示す必要がある。

「自分の考えと感情を整理する」とは、他職種へ意見を伝える前に一度自分の考え方と感情を振り返ることである。「こうこうこうやから、私こう思うんです、だからこうしてくださいみたいに言われるのがすごく嫌な方多いので。なんでお前が決めんねんって感じになるので」と、相手への配慮に欠けた直情的な発言は相手との関係を悪化させる。発言する前に自分が何を伝えたいか、それを受けた相手はどのように思うか自問することが求められる。そのために発言前に話の優先順位をつける、話の筋道を立てる、具体例を挙げてわかりやすく説明するといった準備がなされる。

「相手に受け入れられるように伝える」とは、自分の発言と意図する所が相手に確実に伝わるように言葉や態度を選ぶことである。自分の伝えたい意見を整理した後、相手の都合を考えてタイミングよく伝えたり、丁寧な言葉で話をするといった工夫がなされる。また、専門職として正しい意見は、場合によって他職種の立場や考え方を否定したり、感情を害する恐れもあるため慎重に伝える必要がある。例えば退院して自宅へ帰りたいと願う高齢者の支援場面において自宅生活は難しいと捉えて関

与を躊躇する専門職がいる場合に、非協力的だとレッテルを貼るだけでは連携は進まない。例えば、「やっぱり帰りたいとおっしゃっているし、例えば訪問看護とか、こういうことがあったら帰れるん違うかと思うんですけど、そういう風に言葉を選ぶけど。」という具合に、なぜ相手が支援を困難と捉えているか踏まえた上で、相手が納得できるように丁寧に説明をする。

4. 考察

在宅療養に携わる専門職は、高齢者の望む生活の実現という目標に向かって支援に携わっている。病院の場合は病気を治すという目標が明確であり、診断された病気に対する治療方法もある程度標準化されている。他方、在宅療養の支援の場合には、高齢者が望む生活は個別に異なっており、それを実現するための方法も多種多様に存在する。例えば、糖尿病を患う高齢者の支援を考える場合、「お酒の摂取は禁止すべき」という意見もあれば、「残り少ない人生だから今更喜欢いなお酒を禁止するのは生きがいを奪う」という意見もあり、必ずしも医学的判断が優先されるわけではない。

そこで在宅療養において高齢者本人の意向を最優先し、その実現に向けて支援の方向性を定めることが基本となる。高齢者本位の生活支援という同じ方向を向くことで、高齢者の生活に合わせた形で各々の有する専門性を十分に発揮することができる。反対にどれだけ高度な専門的知識や技術を有していても、高齢者の生活の質を高めるために用いられなければ無意味であり、他職種にとっては正論の押し付けと取られかねない。そのため日頃から自他の専門性の違いを把握した上で常に自己研鑽することで、個々の高齢者の意向に沿った形で専門性を活かすことができる。

また高齢者の心身の状態や生活に対する思いは刻々と変化する。病院・施設では高齢者の状態を24時間観察し、同一機関内の専門職間で随時の情報交換を行うことができる。それに対し、在宅の医療・介護専門職は地域の中に点在し、常に高齢者を観察することや支援に係る情報を即座に共有することが困難である。加えて専門性が異なれば高齢者を観察する視点が異なり、得られる情報が異なるので(大塚ら, 2004)、お互いが得た情報を共有して理解を深めることが重要である。生活という実態が見え辛い中で支援だからこそ、常に支援の方向性が正しいか確認する作業が求められる。

対象者の発言には「顔の見える関係」という言葉が頻出し、医療・介護の専門関係の枠を超えた生身の付き合い方が重要視されていることが判明した。森田・野末・井村(2012)は顔の見える関係とは名前と顔が一致することに加えて考え方や価値観・人となりがわかること、信頼感を持って一緒に仕事ができることとされ、本研究においても同様の概念が確認された。高齢者の性格、思いや希望をアセスメントすることは支援の上で不可欠であるが、専門職間連携の際にもお互いの人となりを把握することが連携を促進する。連携相手の立場や視点を把握することで、提供された支援の意味や今この場で求められる自身の動き方がわかり、結果的に支援の質の向上に寄与すると考えられる。こうした顔の見える関係まで進展するためにも、関係形成の過程でお互いが好意的な印象を持つことができるような対人コミュニケーションが重視されるといえよう。藤本・大坊(2007)は、コミュニケーション

ン・スキルを整理し、表現力と自己主張による表出系、解読力と他者受容という反応系、自己統制と関係調整という管理系6カテゴリーに分類している。本研究では顔の見える関係構築のために相手の思いをくみ取り、自分の考えと感情を整理し、相手に受け入れられるように伝えることが出されており、藤本らのコミュニケーション・スキルと対応するものと考えられる。ただし実方（2014）は対象者への支援目標を共有せずともメンバー間の関係が良好であれば、あたかも連携しているという錯覚を起こす点を指摘しており、コミュニケーション・スキルは円滑な連携の必要条件に過ぎないことに留意しなければならない。

5. まとめ

本研究で明らかになった多職種連携の促進に必要な要素を図1に示した。円滑な連携と協働のためには、高齢者中心の生活支援、専門職の役割と限界の把握、顔の見える関係構築の3点全てが不可欠である。高齢者を中心に据える視点が欠如していると、自身の専門性が絶対正しいという視点から脱却できずに、「専門性に固執」して押し付けがましい支援に陥る可能性がある。次に自他の専門職としての役割を認識できない場合には、「直情が先行」してしまい、専門性を発揮できない恐れがある。最後に高齢者の生活を第一に考えて自らの専門性を活かそうとしても、それを他職種に上手く伝達し共有するコミュニケーション・スキルが低ければ、「職人氣質」の人間とみなされて専門職間で信頼関係を築くことが難しいだろう。

最後に連携促進に必要な3要素の習得方法について考察する。従来、多職種連携の手法は職業人として自然に身につくものであり、意図的な訓練が必要だと認識されることが少なかった（松岡,2009）。加えて水本・森本（2011）はどの専門分野においても学問領域が次々と高度化・細分化されて専門領域の教育に偏重していると指摘し、Reeves, Goldman, Oandasan（2007）によれば専門領域の教育と比して専門職連携教育への関心は低くなる傾向があるとされている。日本においては、介護支援専門員やホームヘルパーの資格は大学での高等教育を受講しなくとも取得できることもあり、体系的な専門職連携教育を学習する機会は非常に限定されていると想定される。今回抽出された3要素のうち、高齢者を中心に考えることと自らの専門性を高めることは、地域や職能団体による研修会等を通して習得可能である。一方で顔の見える関係構築に向けた取り組みは、多職種による会議や交流会で交流をする程度にとどまり、前者と比較して体系的に学習する機会は少ない。多職種とのコミュニケーション・スキルを個人の経験の中での習得に任せるのではなく、意図的な学習機会を用意することで、多職種連携が改善できる部分も大きいと考えられる。

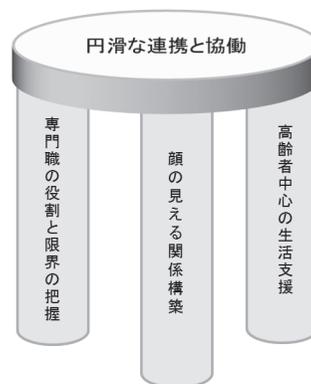


図1. 他職種連携を促進する三本柱

謝辞

本研究は日本学術振興会特別研究員奨励費（課題番号：26・3073）の助成を受けて行われた。

引用文献

Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., Freeth, D. (2005). Effective Interprofessional Education: Argument,

Assumption and Evidence. Wiley-Blackwell (高橋榮明 (監修)・中山蒂子 (翻訳) (2011). 役に立つ専門職連携教育－議論・仮説・根拠－ 出版サポート大樹舎)

藤本学・大坊郁夫(2007). コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み. パーソナリティ研究, 15(3), 347-361.

藤田益伸・武田英樹 (2012). 介護・医療の専門機関の在宅療養の業務量が連携意識に及ぼす影響. 日本の地域福祉. 25, 39-48.

実方由佳 (2014). 子ども虐待対応における「専門職間連携」の擬態化. 社会福祉学. 55(2), 27-39.

小嶋省吾・寫末憲子・大石剛史・大友崇義 (2014). 地域包括ケアを指向するソーシャルケアの職能団体基盤型IPWのモデル構築～連携実践能力における葛藤対応への着目～. 第7回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会. 56.

厚生労働省 (2012). 平成24年度在宅医療連携拠点事業 <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_02.pdf> (2014年10月12日)

松岡千代 (2009). 多職種連携のスキルと専門職教育における課題. ソーシャルワーク研究, 34(4), 40-46.

水本清久・岡本牧人・石井邦雄・土本寛二 (編著) (2011). 実践チーム医療論 医歯薬出版株式会社
森田達也・野末よし子・井村千鶴 (2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliative Care Research. 7(1), 323-333.

村杜卓 (2012). チームマネジメントの未活用要因および活用条件. 社会福祉学. 53(2), 17-31.

内閣府 (2012). 高齢社会対策大綱 <<http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/h24/hon-index.html>> (2014年10月12日)

内閣府 (2014). 平成26年版高齢社会白書 (全体版) <<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html>> (2014年10月12日)

野中猛 (2007). 図説ケアチーム. 中央法規

大塚真理子・平田美和・新井利民・大嶋伸雄・井口佳晴・高田玲子・大熊明・加藤巳佐子・藤井博之・小川恵子 (2004). 在宅要介護高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素. 埼玉県立大学紀要. 6, 9-18.

大塚真理子・島崎美登里・大嶋伸雄 (2004). インタープロフェッショナル教育の現状と展望－英国

と日本の教育例を中心に－. *Quality nursing*, 10(11), 1002-1008.

Reeves, S., Goldman, J., Oandasan, I. (2007). Key Factors in Planning and Implementing Interprofessional Education in Health Care Settings. *Journal of Allied Health*, 36(4), 231-235.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. (3):CD002213.

山中京子 (2004). 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成. *社会問題研究*. 53(1), 1-22.