

在宅ケアにおける多職種連携の困難と課題

成瀬 和子¹, 宇多みどり²

¹東京医科大学医学部看護学科, ²神戸市看護大学

キーワード：多職種連携、在宅ケア、困難

Difficulties and challenges in multidisciplinary collaboration of home care

Kazuko NARUSE¹, Midori UDA²

¹School of Nursing, Tokyo Medical University, ²Kobe City College of Nursing

Key words: multidisciplinary collaboration, home care, difficulties

1. はじめに

厚生労働省は少子高齢化社会による社会保障費の増加を抑制するため、2004年の第5次医療法改正で医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目ない医療を提供することにより早期に在宅生活へ復帰できるように在宅医療の充実を図ることを目標とした（厚生労働省, 2011⁹）。そして、在宅医療に係る体制構築の指針（厚生労働省, 2012）の中で、様々な状況においてどのような在宅医療・療養関係機関との連携体制構築をすべきかを示した。介護保険制度では利用者を中心とした様々な職種からなるチームでのケア提供が基本であり多職種連携は在宅ケアの鍵とも言えるが、多職種連携上での困難についてはあまり報告がない。介護支援専門員が直面する困難（布花原, 2007）のように個別の職種に関する報告がわずかにあるのみで、医療系職種やチームとしての多職種連携の実情は不明である。

そこで本研究では、A市B区の保健・医療・福祉の実務者による「多職種交流会」の参加者を対象に、在宅ケアにおける多職種交流上での困難を明らかにし、今後の取り組みへの資料とすることを目的とした。

「多職種交流会」は在宅ケア関係者の自主グループである「B区が多職種連携を考える会」が、B区内の在宅ケア事業者の交流を目的として開催したものである。

2. 研究方法

1) 方法と対象

「B区が多職種連携を考える会」が2013年度に3回開催した「多職種交流会」の参加者合計474名（第1回145名、第2回211名、第3回118名）を対象にした研究である。参加者には交流会来場時に、研究説明書と多職種連携に関する無記名自記式調査票を配布した。そして交流会終了時に研究の説明と協力の依頼を口頭でおこない、協力の意思がある場合は出口に設置した調査票の回収箱に参加者自身で用紙を投入してもらい、回収した。

調査票は、回答者の属性、他職種との連携や協働における困難の有無と具体的内容、困難解消に交流会が役立ったか、などについて回答を求めたが、今回は連携や協働における困難の有無と内容について分析をおこなった。

2) データ分析

データは回答者のうち複数回参加者を除いた各回いづれか1回のみの参加者の回答を分析の対象とした。これは初回と複数回目とでは、参加者が感じる困難が異なる可能性があること、それに与える交流会の影響が同定・排除できないこと、による。データは交流会3回分の回答を統合して分析した。対象者の概要は記述統計分析をし、連携や協働の困難に関する具体的な記述内容を困難となる要因から質的に分析した。質問票から得られた記述を意味内容の類似性、相違性を検討し、研究者1名がカテゴリーに分類しまとめたものをもう1名の研究者が確認した。

3) 倫理的配慮

多職種交流会参加者に、①調査は多職種連携を考える会の今後の活動の参考にすること、②データは研究者2人のみを取り扱うこと、③無記名調査であり匿名

性は保証されること、④調査協力は任意であり協力しなくても不利益はないこと、⑤協力意思の撤回は、調査票提出後は不可能であること、⑥結果は一般に発表する可能性があること、について書面と口頭で説明をおこなった。データ収集に関しては参加者の任意性を保つため、調査票を参加者自身で回収箱に投入してもらった。なお、本研究は神戸市看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

3. 結果

調査票は計359名から回収した(有効回収率75.5%)うち245名をデータ分析の対象とした。本文では質的データを分類し、領域を『』カテゴリーを「」であらわし、生データは<>で示した。

回答者245名は24の専門職と2の非専門職(事務職員、県会議員)からなり、専門職では看護職が最多、

表1 多職種交流会参加者の職種及び所属機関(累計)

職種 (N=245)	n (%)	所属機関 (N=245)	n (%)
看護師	62 (25.3)	医療機関(診療所・病院など)	60 (24.5)
ケアマネジャー	50 (20.4)	居宅介護支援事業所	47 (19.2)
介護職	29 (11.8)	訪問看護ステーション	32 (13.1)
療法士	17 (6.9)	訪問介護ステーション	24 (9.8)
相談職(相談員・社会福祉士)	17 (6.9)	通所介護施設(デイサービス)	19 (7.8)
医師・歯科医師	10 (4.1)	介護老人施設	12 (4.9)
薬剤師	9 (3.7)	薬局	8 (3.3)
介護福祉士	12 (4.9)	福祉用具事業所	5 (2.0)
福祉用具専門相談員	4 (1.6)	地域包括支援センター	5 (2.0)
栄養士	5 (2.0)	グループホーム	5 (2.0)
保健師	2 (0.8)	保健センター	1 (0.4)
事務職	3 (1.2)	その他	26 (8.5)
その他	18 (7.3)	無回答	1 (0.4)
無回答	7 (2.9)		

表2 他職種との連携に困難感を抱く回答者の割合

交流会回数	困難感の有無			合計 n (%)
	はい n (%)	いいえ n (%)	無回答 n (%)	
第1回 N=94	79 (84.0)	11 (11.7)	4 (4.3)	94 (100.0)
第2回 N=112	84 (75.0)	23 (20.5)	5 (4.5)	112 (100.0)
第3回 N=39	25 (64.1)	11 (28.2)	3 (7.7)	39 (100.0)
合計 N=245	188 (76.7)	45 (18.4)	12 (4.9)	245 (100.0)

表3 B区における多職種連携上の困難

領域	カテゴリー	データの具体例（職種）
他職種とコミュニケーションをとる上での困難	互いに時間的余裕がない	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡しても留守だったり、連絡が取れるタイミングやスピーディーなやり取りが難しい。 (介護福祉士・療法士・社会福祉士・福祉用具相談員) ・じっくり話し合いや情報交換をしたいと思うが、時間を作るのが難しい。 (介護職・看護師・介護支援専門員・療法士・医師) ・他職種の方も忙しくFAXでないと伝えあえないので難しい。 (介護支援相談員) ・業務におわれ時間が無いので十分なコンセンサスが得られにくい。 (療法士*)
	で忙しいので遠慮してしまう	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しいのではないかと考えてしまいなかなか連絡がとりづらい。 (介護職) ・介護支援相談員さんなどが常に忙しそうで、何でもかんでも伝えたり情報をいただく事にためらってしまう。 (介護職) ・他職種の状況が分からないので、連絡をとるタイミングに気を遣う。 (介護職)
	他職種に認知されずつながらない	<ul style="list-style-type: none"> ・理学・作業療法士に比べて仕事内容が見えにくいようだ。 (言語療法士) ・薬局という資源が認知されおらず人とのつながりが薄い。 (薬剤師) ・薬に特化しているような感じでなかなかネットワークに入れない。 (薬剤師) ・栄養改善に関わるニーズはあるにもかかわらず実際には出番がない。 (栄養士) ・介護支援専門員以外には連絡が少ない（連携が少ない）。 (療法士)
	地域活用資源からわからない	<ul style="list-style-type: none"> ・誰に相談すればいいかわからない。 (介護職) ・どのような問題に対し、どの職種の誰と連絡窓口がどこか、もっと知りたい。 (医師・薬剤師) ・地域へつなぐとき、事業所の特色等の情報があればよりスムーズに円滑にできると感じる。 (病院看護職)
利用者サービス提供上の困難	専門職間の視点や役割期待が異なる	<ul style="list-style-type: none"> ・職種によって患者のとらえ方や知識が違い、大切にしたい思いのズレが生じる。 (看護師・社会福祉士) ・それぞれの職種での価値観や意見もありお互いを尊重しながら議論することが難しい。 (介護支援専門員・看護師) ・病院での退院前カンファレンスで患者の在宅での状況とケアプランにギャップを感じる。 (看護師) ・情報提供内容と必要な情報が合っていない。 (看護師) ・必要なサービスが介護支援専門員と一致しない。 (相談職) ・介護支援専門員との患者の生活の捉え方にギャップを感じる。 (看護師) ・職種への過度な期待。 (社会福祉士) ・(介護) 支援センターは介護保険における介護支援相談員の役割とは全く同じではない中で、介護支援相談員的な役割を求められることがある。 (社会福祉士) ・お互いの役割への理解がなく意見がくい違う。 (看護師・社会福祉士)
	利用者の情報を共有するのが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・施設入所してくる時の利用者の情報量。退院後にどこまで利用者をフォローしてくれるのか、どこまで出来るようになっていけば、困らないのかが不明。 (介護福祉士) ・情報の詳細が紙面のやりとりなどで伝わりにくいことがある。 (看護師) ・お互いの情報の共有をするのにサマリーだけでは十分でない。意思決定など重要な場面で病院の中で決めてしまうのでなく、これまで長く関わられてきて地域専門職の方と協力したい。 (看護師) ・大きな病院や連携の窓口がない病院は情報のやり取りが難しい。 (看護師・看護支援専門員・相談員) ・業務が多忙で情報を伝えきれず、サービス事業所は情報が足りなくて困る。 (介護支援相談員) ・多職種でかかわる時、同じ情報が共有され理解されているか。 (介護支援専門員) ・正確な情報伝達（が難しい）。 (介護専門支援員)
ケアチームとして機能する上での困難	相手の能力がわからない	<ul style="list-style-type: none"> ・どこまでを理解されていてどこまでを話をして良いのか考えて、結局話さずに終わってしまうことがある。 (療法士) ・相手のスキルがどの程度か、人柄がどうなのかわからず、情報交換に際してもどのレベルで対話しているのか困ることが多い。 (医師) ・何をどこまで依頼すればよいか分からない。 (看護師)
	本音で話しづらい	<ul style="list-style-type: none"> ・各職種間の守備範囲を意識するあまり、思う様に意見交換できないことがある。 (看護師) ・専門職との意識がお互いに高い事が多い為、腹を割った話がしにくく声がかげづらい。 (看護師) ・あまり顔がみえない。本心をさぐりながら話す事が多いように思う。 (看護師) ・顔見知りでない方と連携をとるのに勇気がいる。 (看護師) ・顔見知りではない方なのでどこからどこまでを伝えればよいのかで悩むことがある。 (療法士) ・初回の事業所・医療機関はアプローチ不足が生じていることがある。 (看護師) ・相手がどのような人か分かりにくいので意見が変なふうにとらわれないかと心配。 (療法士)
	他職種との壁がある	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉と医療分野の壁が依然見られると思う。 (介護職・社会福祉士・相談職・介護支援相談員) ・医療と介護という考え方が医師サイドにはあり、医師全体の考え方が一定していない。 (医師) ・医師や医療職との知識の差 (介護支援専門員) ・介護支援相談員、訪問看護師との連携がうまくいかない事が時々ある。 (介護職) ・なかなか意見を言える状況と思えないことが多い。 (介護職)

*療法士には理学療法士、作業療法士、言語療法士を含む

ついでケアマネジャーが多くこの2職種で45%を占めていた。所属機関では28の機関・事業所より参加していたが、医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションに勤務している者が多かった(表1)。回答者のうち77%が他職種との連携に困難感を抱いており、困難感をもつ割合は第1回参加者が一番高く第3回が一番低かった(表2)。

回答者の感じていた多職種連携上の困難についてまとめたものが表3である。多くが感じていた連携上の困難は、『他職種とコミュニケーションをとる上での困難』、『利用者サービス提供上の困難』、『ケアチームとして機能する上での困難』に大別された。

1) 他職種とコミュニケーションをとる上での困難

コミュニケーションに関する困難は4つのカテゴリー「互いに時間的余裕がない」、「忙しいので遠慮してしまう」、「他職種に認知されておらずつながらない」、「地域資源の活用がわからない」にまとめられた。「互いに時間的余裕がない」では、<連絡しても留守だったり、連絡が取れるタイミングやスピーディーなやり取りが難しい>、<じっくり話し合いや情報交換をしたいと思うが、時間を作るのが難しい>状況で、<他職種の方も忙しくFAXでないと伝えあえないので難しい>、<業務におわれ時間がないので十分なコンセンサスが得られにくい>困難があった。そして<忙しいのではないかと考えてしまいなかなか連絡がとりづらい>という「忙しいので遠慮してしまう」事態になっていた。また、薬剤師・療法士(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む、以下、療法士とする)・栄養士では、<理学・作業療法士に比べて仕事内容が見えにくいようだ>、<薬局という資源が認知されておらず人とつながりが薄い>という存在の認知の問題や、<栄養改善にかかわるニーズはあるにもかかわらず実際には出番がない>、<介護支援専門員以外には連絡が少ない>という職種の必要性の認知の困難があり、「他職種に認知されておらずつながらない」状況になっていた。また、<誰に相談すればいいかわからない>、<どのような問題に対し、どの職種の誰と連絡口がどこか、もっと知りたい>とどこと連携してよいかかわらず、「地域資源の活用がわからない」状況になっていた。また、<地域へつなぐとき事業所の特色等の情報があればよりスムーズに円滑に出来ると感じる>という指摘もあった。

2) 利用者サービス提供上の困難

サービス提供にかかわる困難は「専門職間の視点や役割期待が異なる」、「利用者の情報を共有するのが難しい」の2つのカテゴリーに分けられた。「専門職間の視点や役割期待が異なる」では<職種によって患者のとらえ方や知識が違い、大切にしたい思いのズレが生じる>、<それぞれの職種での価値観や意見もありお互いを尊重しながら議論することが難しい>という職種の専門性の違いの指摘や、<情報提供内容と必要な情報が合っていない>、<必要なサービスが介護専門支援員と一致しない>、<介護支援専門員との患者の生活の捉え方にギャップを感じる>という困難があった。また他の<職種への過度の期待>や<お互いの役割への理解がなく意見がくい違う>という困難も指摘された。「利用者の情報を共有するのが難しい」例としては、<施設入所してくる時の利用者の情報量。退院後にどこまで利用者をフォローしてくれるのか、どこまで出来るようになっていれば、困らないのかが不明>、<情報の詳細が紙面のやり取りなどで伝わりにくいことがある>、<お互いの情報を共有するのにサマリーだけでは十分でない>という紙面でのやり取りの限界や、<大きな病院や連携の窓口がない病院は情報のやり取りが難しい>というシステムによるもの、<業務が多忙で情報を伝えきれず、サービス事業所は情報が足りなくて困る>という情報量の問題、<他職種でかかわる時、同じ情報が共有され理解されているか>、<正確な情報伝達(が難しい)>という情報共有・伝達の難しさが指摘された。

3) ケアチームとして機能する上での困難

在宅ケアにかかわるチームが機能するのを阻む要因として、「相手の能力がわからない」、「本音で話づらい」、「他職種との壁がある」の3つがあった。「相手の能力がわからない」例としては、<どこまで理解されていてどこまでを話をして良いのか考えて、結局話さずに終わってしまうことがある>、<相手のスキルがどの程度か、人柄がどうなのかがわからず、情報交換に際してもどのレベルで対話していいのかが困ることが多い>、<何をどこまで依頼すればよいかかわらない>と何をどのように情報伝達・共有してよいかかわらない状況が示された。「本音で話づらい」では、<各職種間の守備範囲を意識するあまり、思うように

意見交換が出来ないことがある>、<専門職との意識がお互いに高い事が多い為、腹を割った話がしにくく声をかけづらい>という専門職の意識や、<顔見知りでない方と連絡をとるのに勇気がいる>、<顔見知りではない方なのでどこからどこまで伝えればよいか悩むことがある>という見知らぬ相手への構えが記述された。また、ある福祉職は医療職に対して<福祉と医療分野の壁が依然見られると思う>、<医師や医療職との知識の差>を記述しており、ある医師は<医療と介護という考え方が医師サイドにはあり、医師全体の考え方が一定していない>と示すなど、福祉と医療の双方が壁を感じていた。加えてなかなか意見を言える状況と思えないことが多い>と感じる介護職もあり、「他職種との壁がある」現実がみられた。

4. 考察

本研究で明らかになった多職種連携の困難には、「コミュニケーションでの困難」、「サービス提供上の困難」、「チームとして機能する上での困難」があった。それらは<互いに時間的余裕がない>という在宅ケアにかかわる各職種に共通するもの、<専門職の視点や役割期待が異なる>といった多職種協働であるがゆえの困難、そして<本音で話しづらい>等の個々の職種の努力で乗り越えられるものが含まれていた。

1) 他職種とコミュニケーションをとる上での困難

在宅ケアでは介護保険を利用する者がほとんどであり、時間ベースでのサービス提供であるため提供側も時間に縛られ余裕がない。連携相手が事業所に居ないことが多い(吉川&長谷川, 2014)などの物理的制限によりコミュニケーションが取りづらい状況になるのに加え、在宅医療の対象者は高齢者に限らず、精神疾患患者、小児等も増えており(日本看護協会, 2011)、ほとんどが利用者の意思で業者を選択するため、同じサービス内容であってもサービス提供者が異なるために各利用者でケアチームメンバーが異なる状況にある。そのような中では相手の理解不足に陥りやすくなる。回答者は、地域にどのような職種やサービス提供事業所が存在するかがわからず連携が取れなかったり、知っていてもその役割や活用法がわからなかったり、他職種が実際に何を求めているかがわからなかったりしていた。これらはコミュニケーションを重ねること

で解消できるものであり、地域資源の情報だけでなく顔の見える関係性が必要である。それと同時に、社会資源のありかや使用法、連携の方法(連絡がとりやすい時間・方法など)などをサービス提供者間で共有する仕組みが必要である。

2) 利用者サービス提供上の困難

これはサービス提供者の専門性の違いに起因するものと情報共有の困難によるものである。専門性の違いは在宅ケアにおいてポジティブに作用するものと考えられるが、今回の調査ではネガティブに作用していた。互いの視点や期待のギャップを埋めるには時間を要するが、現状ではそのギャップを埋めることが出来ない現状があった。また情報の共有については、共通のフォーマットを作成し共有することで多少は解消されると考える。しかし、結局は顔を突き合わせて話し合い理解することが必要であり、多職種交流会でケースカンファレンスをおこない、互いの視点の違いを明らかにしてそれをどう理解し協働するかを話し合う、その際に多職種で使用できる共通フォーマットを作成することで、ギャップを克服するなどの努力が求められる。テレビカンファレンスやタブレット等の情報通信技術を活用し、コミュニケーションを図る工夫も必要である。

3) ケアチームとして機能する上での困難

回答のなかでは「相手の能力がわからないためどのレベルで対応すればよいかかわからない」と答えたのは医療職であった。この背景は不明だが、相手の能力と自分の要求やゴールを相手に提示してすり合わせていく必要があり、それを言語化して確認していく作業が必要である。しかし、協働相手と本音で話しづらいとしたのは看護職が多かった。反対に他職種との壁があったとしたのは福祉職が多く、特に医療職との壁について感じていた。医師に対しては訪問看護師でも医師への遠慮・心理的抵抗感やチーム内での上下関係(吾妻, 2013; 藤原, 2014)があり、本調査では医師自身が<医療と介護という考え方が医師サイドにはある>という記述もある。

在宅ケアにおけるチームワークの認識においては、チームワークの共通の定義が存在せず、場面に応じた使われ方をされていることやチームワークはスキルではなく、良いケアへのモチベーションや期待から生じ

た認識としての存在にとどまるという報告もある（酒田, 2016）。ケアチームとして機能すること自体の認識が個々に異なる事を踏まえ協働相手である職種間において、相互の職種のケアの方針や医師との療養上の問題に対しての合意のプロセスを通して、十分な意見交換ができることが必要と考える。

4) 今後の取り組み

平成26年の介護保険法改正で地域ケア会議が制度化され、多職種連携が強化されるようになった（岡島, 2013）。しかし、これも行政主導であり交流会参加者のような幅広い職種・業種が参加できるものでもないため、地域ケア会議に加えてインフォーマルなコミュニケーションの場は重要である。ケースカンファレンスやケア会議で利用者の状況変化を予測した支援の優先順位をシミュレーションするなどを通じて、職種間の視点の相違やケア方針の共通理解を進めるための工夫も求められる。

先行研究（藤原, 2014; 吉川, 2014）では多職種連携の困難として、情報の双方向性の欠如による情報共有の難しさ、チームとして人間関係を構築する難しさがあげられている。本調査においても、「利用者の情報を共有するのが難しい」で「情報の詳細が紙面のやりとりなどで伝わりにくいことがある」や「お互いの情報の共有をするのにサマリーだけでは十分でない」、「専門職間の視点や役割期待が異なる」での「情報提供内容と必要な情報が合っていない」、「互いに時間的余裕がない」での「連絡しても留守だったり、連絡が取れるタイミングやスピーディーなやり取りが難しい」など情報における双方向性の欠如による情報共有の困難が、他職種とコミュニケーションや利用者へのサービス提供、さらにケアチームとして機能する上でも連携上の困難としてみられた。また、本調査での「本音で話しづらい」で「顔見知りではない方なのでどこからどこまでを伝えればよいのかで悩むことがある」や「相手がどのような人か分かりにくいので意見が変なふうにとらわれないかと心配」との回答は、人なりが分かる関係、さらに信頼感をもって一緒に仕事ができる関係（森田, 2012）、しいては人間関係を構築する難しさと捉えることができる。人間関係の構築には互いの理解を促すために開催された「多職種交流会」のような異なる職種が互いに顔を見せる場は有用である。相手に対し壁があり本音で話しづらい現状を、

FAXや書類ではなく互いに顔が見える状況で気軽に話すことで人柄や能力が見えてくることもある。交流会は1対1の関係性から1対複数の関係性にシフトすることができ、他職種との壁をなくしてチーム作りをするには適した場であるといえる。

「多職種交流会」には、回数を重ねるにつれ継続参加者も増えている。互いを知るという機会を提供することでつながりを持って、それを業務に生かす例も出てきており、他職種の理解に役立っている。井上ら（2014）は、多職種連携の促進には、多職種がケアを見直す機会を提供しつつ他職種と相互に学びあいながらケアを提供することが必要、としている。行政主導の地域ケア会議ではなく、サービス提供者自らが自主グループをつくり、多職種交流会の場を提供することは、自ら壁を破り職種間の認知の相違を共有し、その背景にあるものの理解を促し、多様な職種が同じベクトルを向き行動するきっかけとなるものである。今後は、様々な職種によるケースカンファレンスや多職種連携に必要な知識・経験を抽出した研修プログラムの構築（吉川, 2014）等実践に沿った活動の振り返りをおこない、共通理解を深めていくことが必要である。

5. 結論

多職種交流会で明らかになった多職種連携の困難には、「他職種とコミュニケーションをとる上での困難」、「サービス提供上の困難」、「チームとして機能する上での困難」があった。その困難の解消に多職種交流会は貢献できるものであり、また非専門職も参加していることから、継続して開催していくことで様々な社会資源をつなげていく場にもなると考えられる。

6. 研究の限界

本研究はA市B区の在宅ケアにかかわる人々の「多職種交流会」参加者から得られた結果であり、一般化には限界がある。また自由記述を各職種の双方向でなく一方向からみた分析であり、特定の職種における困難を詳細に示すに至っておらず、職種・職種間の連携の困難には多面的分析が必要である。

利益相反申告

当研究に関しては申告基準を満たすものはない。

引用文献

- 吾妻知美、神谷美紀子、岡崎美晴他（2013）. チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学紀要, 7, 22-33.
- 藤原和成、高橋賢史、藤原悠子他（2014）. 出雲地域の訪問看護師における医師との情報共有の困難さに関する調査. 島根大学医学部紀要, 37, 61-66.
- 井上久美子、李錦純（2014）. 在宅ケアにおける保健医療福祉の専門職が捉えている多職種連携. 第34回日本看護科学学会学術集会講演集, 622.
- 厚生労働省（2011^a）. 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案の概要（平成18年度改正）. 平成23年度版厚生労働白書資料編, p.38. 厚生労働省.
- 厚生労働省（2011^b）. チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（チーム医療推進会議）, 厚生労働省.
- 厚生労働省（2012）. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. 厚生労働省医政局指導課長通知, 医政指発0330第9号.
- 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
- 日本看護協会（編）（2011）. 看護がつなく・支える在宅療養、ケアをつなぐ退院支援・退院調整と訪問看護の基盤強化, 平成23年版看護白書, p.23. 日本看護協会出版会.
- 布花原明子、伊藤直子（2007）. ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容—ケアマネジメントスキル不足の検討—. 西南女学院大学紀要, 11, 9-21.
- 岡島さおり（2013）. 地域ケア会議について. 地域ケア会議推進に係る全国担当者会議資料、厚生労働省老健局振興課. 検索日2016年11月20日, http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/02_2.pdf
- 酒田和久（2016）. 在宅ケアにおける医療と介護関係

職のチームワーク認識と協働の問題—在宅療養診療所と連携するスタッフにおける働き方の考察から—, 社会福祉学評論, 16, 28-41.

吉川峰子、長谷川美香（2014）. 在宅医療、ケア実践者が認識している連携時の困難—多職種連携を促進するための研修内容の検討—. 日本看護学会論文集 地域看護, 44, 35-38.

