

論文 | Articles

ケアマネージャーの出身職種とターミナルケアにおける対医療職
コミュニケーションとの関係の考察

Analysis of the relation of the past career of the care managers to their
communication with the medical professions during terminal care

角 能

KADO, Yoku

高橋 幸裕

TAKAHASHI, Yukihiro

尚美学園大学
総合政策学部

Shobi University

2020年9月
September 2020

ケアマネージャーの出身職種とターミナルケアにおける対医療職 コミュニケーションとの関係の考察

Analysis of the relation of the past career of the care managers to their
communication with the medical professions during terminal care

角能・高橋 幸裕

KADO, Yoku TAKAHASHI, Yukihiro

[抄録]

本稿はターミナルケアに際して、ケアマネージャーが医療職とどのようなコミュニケーションを行っているのか、介護職出身ケアマネージャーと看護職出身ケアマネージャーとでコミュニケーションにどのような違いが見られるのかを明らかにした。結果から、ケアマネージャーが利用者の生活の視点を医療職に訴えかける際に、自身の医療面での判断スキルの限界だけでなく、医療職の専門性・自律性を侵さないために医療に関する要望の伝達を自制するように意識していることも分かった。一方で、利用者の容態が変化しうるターミナルケアを在宅で行う場合には、医療職のみで患者の医療情報を把握することは困難である。そこで医療職の判断を支えるために患者の医療情報の伝達の役割が重視されている。そのためケアマネージャーの医療的な視点の必要性が語られている。換言すれば、医療職に対する要望伝達のための医療的な視点の習得ではない。

出身職種で比較すると、介護職出身者は利用者の生活の視点が反映できること、中途半端な医療知識に基づいた医療職の専門性の侵害という副作用が抑止できるという自身の経験の利点を強調している。一方、医療職（看護職）出身者は利用者の医療情報を発見し医療職に伝達する力量という点で自身の経験の利点を強調している。

キーワード：医療職 調整 自律 専門性 コミュニケーション 介護職出身ケアマネージャー 看護職出身ケアマネージャー

[Abstract]

This paper clarifies what kind of communication the care managers communicate with the medical professions during terminal care, and the differences in communication between the care managers from the care worker (care-careered care managers) and those from the nursing staff (nurse-careered care managers).

The result shows that when the care managers appeal to the medical professions from the viewpoint of the quality of life (QoL) of the care receiver, they are conscious of the limitation of their own medical judgment skills in medical care as well as of their self-control of communication of medical requests in order not to impinge the medical expertise and autonomy of the medical professions. On one hand, during terminal care at home, as the medical conditions of the care receiver may change suddenly, the medical professions cannot collect enough his/her medical information. To support the judgment of the medical professions, the care managers are highly expected to play an important role of transmitting

medical information of the receiver to the professions. For this purpose, the medical manager should learn medical viewpoints. In other words, the aim of learning medical viewpoints by the care manager is to deliver not medical requests but precise medical conditions of the receiver to the medical staff.

The result of comparison between care-careered care managers and nurse-careered care managers shows that care-careered care managers insist their career of care as they can deliver the QoL of the receiver and avoid the demerits of impinging expertise of medical professions due to insufficient medical knowledge. On the other hand, nurse-careered care managers insist their career of nurse as they can discover medical information and transmit it to the medical professions.

Key Words : Medical Professions, Management, Autonomy, Expertise, Communication, care-careered care managers, nurse-careered care managers

1. 序論・はじめに

本稿は、在宅でのターミナルケアに従事するケアマネージャーにおける、自身の出身（経験）職種の多職種調整についての考えへの影響を考察する。具体的には、ケアマネージャーは、どのような点に注意して、医師や看護師という医療職に対して、どのようなコミュニケーションを行っているのか、そのことがケアマネージャーの出身職種（介護職か医療職か）とどのように結びついているのかを分析する。

現代日本においては、病院で死を迎える者が大多数を占めている。2016年時点では病院での死亡割合が75.8%に達している。一方、人々の希望を見ると、死を迎える場所として自宅を希望する者が最も多く自身の死については苦痛を伴わずに亡くなることを希望している（厚生労働省2014：130-131）。

また自分が担当する治る見込みがなく死期が迫っている患者に対する医療職の考えを見ても、「自宅で療養し必要になれば医療機関等に入院させる」ことを選択する者の割合が最大になっている。医師や看護職員において選択した者の割合がそれぞれ69%、64%になっており、国民同様、自宅を中心としたターミナルケアを好ましいと考える者が多い（終末期医療のあり方に関する懇談会2010:19）。

制度を見ても、在宅でのターミナルケアに対する支援は拡充傾向にあるといえる。訪問看護ステーションによる在宅看護にはターミナルケア加算が設定されており、2018年にはケアマネージャーによるターミナルのケアプランを通じた調整に対して、ターミナルケアマネジメント加算が設定された（小竹2018：171）。

しかしながら、多くの人々が希望する今後の延命治療の可能性、すなわちターミナルケアを選択するかどうかの選択も含めた在宅でのターミナルケアの円滑な促進のためには、介護保険制度等による公的給付の拡充のみでは不十分である。介護職、看護師や医師などの職種の間で、どのようなチームケアを行っていくかも重要な課題になる。これらの問題は、介護保険制度における公的給付を拡充するのみでは解決せず、現場レベルでのやりとりによって対応する必要がある問題である。

そして、さまざまな職種の間での調整の役割を担うのはケアマネージャーである。一方ケ

アマネージャー試験の受験に際しては、介護福祉士や看護師をはじめとする職種における通算5年以上の実務経験が求められる。2019年試験合格者の保持している資格をみると、看護師・准看護師が18.0%、介護福祉士が56.0%（厚生労働省2019）となっており、介護福祉士資格保持者が圧倒的に多い。時系列での推移で見ても、介護福祉士資格保持者の割合が増加し、看護師・准看護師資格保持者は減少している。2002年試験合格者においては看護師・准看護師資格保持者が34.8%、介護福祉士資格保持者が32.9%で看護職資格保持者の割合が介護職資格保持者の割合を上回っていた（厚生労働省2002）のが現時点では逆転しているのである。

以上より、延命治療という選択肢も残した上で在宅でのターミナルケアの円滑な推進と今後の課題を考えるには、チームケアの中での職種間関係の調整を行うケアマネージャーによる調整がどのような考えのもとに行われているのか、介護職出身と看護職出身とで異なる部分がないかどうかを検討することは不可欠であるといえる。

2. 先行研究の検討

2.1. 先行研究の動向と課題

ターミナルケアに際しては、緊急時の医療対応と利用者の趣向や生活環境の尊重の両立、そのためのさまざまな職種の専門性を同時に考慮することとその間での選択・調整が求められる（角・高橋2020）。これまで福祉研究において提起されてきた理論的視点を振り返ると、各職種が自身の領域に閉じこもり情報の共有が行われなかったということ（Mitchell, et. al, 2010）の弊害はターミナルケアに際しては特に大きい。一方で、職種間のコミュニケーションを通じた情報の共有が行われた場合に、（医療職等の）特定の職種の専門性のみを尊重によって他の職種の専門性・領域が侵害され（染谷2007：43）、前者の視点のみが反映されることも上記の選択の可能性を妨げる結果になりかねない。ここでは利用者や家族の趣向に基づき、職種間のコミュニケーションの中で各職種の専門性の発揮が対等に行われること、そのための職種間関係の調整が必要である。

そして以上のような職種間のコミュニケーションの場の確保とそこでの権力関係の非対称性の回避を踏まえて他職種連携を行う必要がある。このような問題関心を反映してか、近年ターミナルケアにおける各職種の役割と職種間関係に注目した先行研究が増えている。

最初に、終末期ケアにおける各職種の役割とそれを踏まえた調整のあり方に関する先行研究が見られる。ここでは、生活の視点と医療面の双方に通じているがゆえに、訪問看護師が終末期ケアの調整の中心となるべきと提起されている。近藤・久保川（2016）は、非がんの高齢者のターミナル期に際しての利用者のスピリチュアルな次元でのケアに関して、死に向けた医療面でのケア、利用者の趣向や生活面を踏まえたケアの双方において得点が高いのが訪問看護師であるため、終末期のケアにおいて訪問看護師の役割が重要であることを指摘している。同時にケアマネージャーのスピリチュアルケアの得点の低さ、医師は医療面での得点が高いが生活の得点が低いこと、訪問介護は生活の得点のみ高いことも明らかにされている。

次に見られるのが、職種間の権力関係に注目した研究である。まずターミナルケアにおいて医療職の優位・利用者の生活面でのケアの捨象が指摘されている。株本（2017）は、

ホスピスの制度体系の整備において宗教関係者が大きな役割を果たした韓国と異なり、日本においては医療中心に整備されたため、身体医学に重点が置かれ、心のケアの側面が後回しにされている傾向が見られることを明らかにしている。

一方、福祉職の視点を中心に据えて、ターミナルケアにおける看護職と福祉職との権力関係に注目したのが、角・高橋（2020）である。これまで利用者の身体の健康管理や家族支援と生活支援との関係については、看護職と介護職との比較によって分析した研究が多かったのとは異なり、福祉職と看護職との比較を行っている点に特徴がある。またこれまでの専門職論が当該職種同士のやりとりを通じた職種間の役割の再編成のみに注目（Bochove.et.al, 2016）しそれらの職種間の調整役割を担う職種の分析が少なかったのとは異なり、福祉職による調整と看護職による調整との関係を考察している点にも特徴がある。この研究では、医療機関との接続と利用者や家族の生活支援のバランスが求められるターミナル期においては、介護職出身のケアマネージャーが増えて医療職に苦手意識を持っている現状も踏まえると、双方に通じた看護職による調整役割が重要であると福祉職（ケアマネージャー含む）自身が考えていることがまずは明らかにされている。しかしながら看護職に調整を丸投げするのみでは介護職の専門性でもある利用者や家族の生活支援が軽視されることも懸念されるため、生活の視点について看護職、医師への働きかけを自身の役割と福祉職が考えていることも明らかにしている。

しかし以上の研究においては、ケアマネージャーの出身職種の影響が加味されていないという課題が存在する。一方で、前述のように、ケアマネージャーは現場で直接利用者にケアを行う介護福祉士や看護師の資格も保持していることが多く、このような経験が現場で直接ケアを行う専門職に対する調整の方法にも影響を及ぼす可能性がある。

また医療職との調整に際して、どのようなことを意識してコミュニケーションをとっているのかの分析も先行研究においては不十分である。これまで福祉職の専門性として、利用者を直接担当していない機関も含めた多様なサービスの調整（秋山 2007：135）が提起されてきた。また利用者や家族の生活の視点を医療職に対して働きかけることも福祉職の専門性として明らかにされてきた（角・高橋 2020）。しかし福祉職であるケアマネージャーが医療職に対して生活の視点の必要性を働きかける際に、どのような点に注意してコミュニケーションを行っているのかの分析はあまり見られない。コミュニケーションの目的は考察されているが、そこでの注意点については十分に明らかにされてこなかった。

加えるに、医療職に対するどのような関係をケアマネージャーの専門性とするかは、当事者であるケアマネージャーの考えやこれまでの経験によっても左右されうる。個別のケア行為と異なり、職種間関係の調整に関する具体的な技法は文脈依存性が強く外在的に定義することが困難である。

以上を踏まえ、本稿では、看護職出身のケアマネージャーと介護職出身のケアマネージャーとの医療職との調整に関する考え方について、医療職とのコミュニケーションに関する意識まで含めた考察を行う。

2.2. 分析枠組み

ここでは、本稿の分析枠組みについて、述べる。

まず、ケアマネージャーの出身職種の医療職の現状についての認識への影響の分析を行

う。これまで、看護職や医師等の医療職に対して、利用者の生活環境に対する視点の弱さ、生命の保持の偏重という認識をケアマネージャーが持っていることが明らかにされてきた(角・高橋 2020)。またターミナル期に限らず、看護職の生活支援に対する視点の弱さが介護職から懸念されていることも明らかにされてきた(二木 2010)。しかしながら、看護職出身者と介護職出身者という経験した職種の影響を踏まえた考察が行われていない。そこで本稿では、ケアマネージャーの出身職種が医療職に対する認識にどのような影響を及ぼしているのかの分析を行う。

2点目として、自身の出身職種である介護職や看護職とケアマネージャーという職種との違いをどのように認識しているのかについても注目する。長年従事した職種の考えはケアマネージャーに就任した後も影響を及ぼす可能性が想定される。一方で、利用者に対して直接ケアを行う介護職や看護職とケアプランの作成を通じて職種間の調整を行うケアマネージャーの役割とは異なり、自身の出身職種との違いを認識している可能性もある。

3点目として、ケアマネージャーが家族や利用者の考えと医療職の考えとのバランスをどのように考えどのようなコミュニケーションを医療職ととっているのか、出身職種がそこにどのような影響を及ぼしているのかにも注目する。前述のように、ターミナルケアに際しては、利用者の健康管理と利用者や家族の意向、利用者のそれまでの生活環境を同時に考慮することが求められるため、家族と看護師、ヘルパー、医師等さまざまな担い手の考えを同時に調整していく必要が生じる。一方、医療職との調整についての考えは、ケアマネージャーからの医療職に対する認識によって左右される可能性がある。また長年従事した看護職や介護職の経験も影響を及ぼしている可能性がある。これらの点から、自身の出身職種が医療職に対する認識にどのように影響を及ぼし、そのことがケアマネージャーによる医療職とのコミュニケーションにどのように結びつくのかについて分析する。

以上の分析枠組みを踏まえ、次節では、分析に使用するデータについて説明し、第4節～第7節では、分析結果について説明する。第4節では、ケアマネージャーの医療職に対する認識について分析し、第5節では、自身の出身の職種とケアマネージャーの役割に関するケアマネージャーの考えを分析する。その後第6節では、医療職とのコミュニケーションについて分析する。第7節では、医療職とのコミュニケーションについて、ケアマネージャーが出身職種とどのように結び付けて解釈しているのかを分析する。第8節以降ではまとめと考察を行い、ターミナルケアにおけるケアマネージャーの医療職とのコミュニケーションの今後の課題について整理する。

3. 分析に使用するデータ

本稿では、2017年6月から2019年2月にかけて執筆者および共同研究者の古賀恵海(熊谷生協病院)の3名で行ったケアマネージャーに対する調査の中で、医療職とのコミュニケーションに関する明確な語りや意見が見られた、7名のケアマネージャーに対する半構造化インタビューの方式を用いた聞き取り調査の結果を、分析に使用する。調査に際しては、公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団、太陽生命厚生財団、生協総合研究所より研究助成を受け、倫理規定に従って実施した。

具体的な調査対象は、介護職出身のケアマネージャーについては、2018年4月に実施した東京都23区内のA居宅介護支援事業所のケアマネージャー(以下Aさん:2018年

3月まで従事)、2017年8月および2018年8月に調査した茨城県のC居宅介護支援事業所勤務で日本介護支援専門員協会のスタッフ(以下Cさん)、2017年に実施した埼玉県のDおよびE居宅介護支援事業所(以下、6月実施:Dさん、8月実施:Eさん)、2019年2月に実施したG居宅介護支援事業所(以下Gさん)、東京都のH居宅介護支援事業所(以下Hさん)のケアマネージャーである。看護職出身のケアマネージャーについては、2019年2月に実施した東京23区内の自治体にあるB居宅介護支援事業所のケアマネージャー1名(Bさん)に対する聞き取り調査の結果を使用する。Bさんのみ看護職の職務経験を持つケアマネージャーで、残りの6名は介護職の資格、職務経験を持つケアマネージャーである。また、参考資料として、埼玉県の介護老人保健施設Fのスタッフ、Fさんへのインタビューデータも使用する。

A居宅介護支援事業所は東京都内にある医療生活協同組合による運営で、併設の有床診療所を持ち、訪問介護事業所や訪問看護ステーションも併設されている。C居宅介護支援事業所は株式会社が運営し、訪問介護事業所等が併設されている。その他の事業所は、D居宅介護支援事業所は埼玉県内にある医療生活協同組合が、H居宅介護支援事業所は株式会社が運営している。D事業所は病院や訪問看護ステーション、訪問介護事業所等が、

調査対象者	調査時期	事業所の場所	事業所の運営主体	出身職種
Aさん	2018年4月	東京23区	医療生活協同組合	介護職
Bさん	2019年2月	東京23区	社団法人	看護職
Cさん	2017年8月・2018年8月	茨城県	株式会社	介護職
Dさん	2017年6月	埼玉県	医療生活協同組合	介護職
Eさん	2017年8月	埼玉県	有限会社	介護職
Fさん	2017年6月	埼玉県	医療生活協同組合	介護職
Gさん	2019年2月	埼玉県	社会福祉法人	介護職
Hさん	2019年2月	東京都	株式会社	介護職

H事業所は訪問介護事業所等が併設されている。E居宅介護支援事業所は有限会社、G居宅介護支援事業所は社会福祉法人が運営し、E事業所は併設の訪問看護ステーションや訪問介護事業所等、G事業所は併設の訪問介護事業所等がある。

一方、看護職出身のBさんが勤務するB居宅介護支援事業所は、一般社団法人が運営し、訪問看護ステーションや訪問介護事業所等を併設している。

聞き取り調査にあたっては、「終末期になって増えた相談および解決方法、そこでの役割や課題」、「他の職種と看取りに対する意見の違いを感じた経験」、「看取りで悔いが残ったケース」、「看護職に対する意見や意見を言いつらいと感じた経験」、「自身の出身の職種の経験がケアマネージャーの仕事にどのように活かされているのか」などについて尋ねた。聞き取り調査にあたっては、Bさんの語りの一部およびCさんを除いて、いずれにおいても許可を得てICレコーダーによる録音を行っている。引用するデータについては内容は変えずに、そのままでは意味がとりづらい箇所は表現を修正している。

なお、本稿の分析は一部のケアマネージャーに対する聞き取り調査に基づいたものであるため、知見の一般性を検証するというよりも、ケアマネージャーにとっての出身職種と医療職に対する調整についての考えとの関係の仮説の生成を目的としたものである。

4. 医療職に対する認識

では、在宅でターミナルケアの調整を行うケアマネージャーは、調整の対象である看護職や医師という医療職について、どのような現状認識を持っているのだろうか。

まず、看護職出身のケアマネージャー B さんからは、医師や看護師という医療職のみでは、十分に家族等の意向に関する情報をくみ取ることができないことが語られている。

記録 1：「ましてお医者さんだったり、看護師さんだったりして、なんか自分の思っていることをちゃんと伝えきれないことって、よくあるかと思うんですよ。それは代弁して伝えますよ。それでないと、お医者さんは家族の意見を聞いているつもりだった、でも本当はこの人違うこと思ってたっていうことだったら、これ食い違うっていうことになりかねないでしょ。」(B)

一方、介護職出身のケアマネージャーの語りからは、医師や看護職等に対する相対的に強い不満が共通して見られる。具体的には、利用者や家族の生活環境に対する医療職の認識不足に関するものである。

A さんからは、病院の医師がぎりぎりまで治療を行い、治療が困難と判断してようやく在宅ケアに移行させたために「骸骨のように肉が落ちちゃって」というように身体状況が悪化していたことが批判的に語られている。

記録 2：「病院で死亡診断書、書いてもらったんですけど、そういう医者の変なプライドだったりとか、そういうつながりの悪さでそういうかわいそうな思いをさせちゃう。医者もちゃんとお家に帰す準備をしてこなかったってことですよね。その患者さんを。だってそんなやせ細っちゃって、もう骸骨みたいですよ、足なんか、もう絶対に歩けないだろうな、みたいにやせ細っちゃって。それなのにもう治療ないから、いつ帰ってもいいって言われて、家族はすごい不信になっちゃって(中略)。素人の私が見たって、これはもう数日だって思えるような状況でしたから。そんなんで帰ってきたら恥ずかしいでしょ。医者として。治療やるだけやって引き延ばして結局はもう治療ができなくなっていつ帰ってもいいよっていう状況で返すのは。」(A)

ほかには介護職の看護職との権力関係の非対称性を懸念する語りも、ケアマネージャーから見られる。E さんは、利用者とターミナル前も含めて長期間に渡って接している介護職に対して、ターミナルに近い時期から入る頻度が増えている看護職が利用者の生活の全体像を捉えず、健康面でのマイナスの側面のみを指摘する傾向が見られることを述べている。その結果、介護職の看護職に対する権力関係での劣位が生じ、介護職が萎縮することへの懸念が述べられている。

記録 3：「介護職ってずーっとみててその流れの中である時上手くできてない場面があるかもしれないわけですね。そういう一番悪い状態の時に看護職がポンっと入ってきて『なにやってんの』って怒ったりする場合がありますよ。その辺でなんていうのかな、ずーっとみている介護職と、ちょっとちょっとで大事な所をみる看護職の立場の違いで、やっぱり看護職の方が悪いところだけをピックアップして指摘していく、そうすると介護職が萎縮しちゃうそういう部分があったことがあったので。」(E)

同様の意見は、介護老人保健施設に勤務するスタッフから見られる。「エンジェルケアも含めナースが全部やっているんですよ。山場になってくればくるほど介護は離されて

しまう。疎外感。いままで一番関わっていたのは私たちなのに、一番大事なときは関わらせてもらえない。行ってみたらもう直前だったという、発見が介護職の場合もありますけど。まあ最後ってどうなるかわからないですけどね。でももっと最後まで関わらないといけないと思うんですよ。最後の状況がナースで止まってしまっていて、短時間カンファでもやって、みんなで共有ができて、介護職も緊張感をもってやれるといいなおもっています。」(F) というように、ターミナル期の前の段階も含めて利用者に関わってきた介護職がターミナル段階のチームケアから疎外され、医療職優位で進んでいることへの懸念が語られている。

以上のように、医療職のみでは家族や利用者の生活の視点を必ずしもくみ取ることができないという、前述の角・高橋(2020)や二木(2010)と同様の認識は、介護職出身者からも看護職出身から見られる。

5. 自身の出身の職種とケアマネージャーとの役割の違い

それでは以上のような医療職に対する認識の中で、ケアマネージャーは自身の職種である介護職や看護職における経験をどのように考えているのだろうか。

まず、看護職出身のケアマネージャーBさんからは、利用者だけではなく、家族、そして医師や看護職も含めたあらゆるケアの担い手を踏まえた調整を行っていることが、看護職とは異なるケアマネージャーの役割として語られている。

次に、介護職出身のケアマネージャーAさんからも、利用者だけではなく家族も踏まえたケアを行っている点が、介護職とは異なるケアマネージャーの役割の独自性として語られている。

記録4:「ケアマネージャーってその人だけ見てるわけじゃないので(中略)。自分がヘルパーやってたときはその人のことだけやってるんですよ、ケアを、身体介護にしても何にしても。だけどケアマネージャーになると、その人がどんなにお家にいたいと言っても、たとえば同居してる家族とかだったりとか、通っててね、様子見に来てくれる家族だったりとかが『お母さん無理だから。』って言われたら、お家にいられないんですよ。となると家族も含めてコミュニケーションとらなきゃいけないし、家族の立場とか介護力だったりとか、そういうこともトータルに見ないとその人のことを支えていけないと思ってるんで。」(A)

以上より、介護職出身のケアマネージャーからも看護職出身のケアマネージャーからも対利用者だけではなく、家族も含めた働きかけを重視している点が、自身の出身職種、現場で利用者に直接ケアを行う職種との違いとして意識されている。

6. 医療職とのコミュニケーション

それでは、以上の医療職に対する認識や自身の出身とケアマネージャーとの違いを踏まえて、医療職とどのようなコミュニケーションが行われているのだろうか。

まず、ケアマネージャーが中心となって各職種に対して指揮命令を下す司令塔となる、このような調整を主張する語りは、いずれのケアマネージャーから見られない。

一方で、介護職出身のケアマネージャーで日本介護支援専門員協会スタッフのCさんからは、「私も含めて介護福祉士は生活場面をみるのは得意ですけども、なかなか医療的

なものの見方が弱いというのが昨今課題になってるんです（中略）。だいたい8割ぐらいが介護福祉士なんです。これは全国的な傾向です。なので、そういった状況になってから、今いった課題が国の方からも指摘され始めた。医療連携が弱いというのは指摘された。」というように、介護職出身のケアマネージャーが増えたことによって、医療的な視点が不足していることが語られている。またGさんからは、医療職に対する（後述するような、具体的な医療行為ではなく）利用者の担当の依頼のために、医療的な視点をケアマネージャーが身に着けておく必要性が語られている。

記録5：「とにかく多職種連携。医療と介護、そこの連携の繋ぎ役というか、そこにケアマネージャーがいると思うんですけど、そうなので私自身もケアマネ自身も、医療のこと、医療職のこと、そういうことをきちっと勉強しておかないと、やはり介護職と医療職の間を繋げるっていうことも難しいと思いますし、常日頃からお付き合いっていうのかな。そういうのがすごく大事になるのかな。『こういうケースがあるんですけどお願い出来ますか？』ってスッとと言える介護職の方がいたり医療職の方がいたり先生がいたり。そういうところに繋がられるような、いつもそういう体制をとってないといけなかなって。ケアマネージャーはそれが一番大事なのかなって思います。」(G)

しかしながら同時に、あくまでも医療職の専門性の尊重の必要性が語られ、ケアマネージャーが医療職との調整に際して具体的な医療行為に関する要望伝達等によって介入しない方が好ましいことも語られている。「ほかの職種の領域を侵害しないことが大事。それができていないケアマネがいる。たとえばケアマネが医師の領域を侵害してしまっている。患者が頭痛いと言った時に『ロキソニンください。』と言う。『それは俺が決めること』と医師は怒りますよ。『患者が頭痛い』と言っていると伝えればいいんです。」(Cさん：速記メモ) というように、医療職に対してはあくまでも利用者の身体状況を伝える役割にケアマネージャーは徹することの重要性が、医療職の領域の尊重という観点から語られている。前述のAさんからも、医師に対しても提案を行うのではなく、あくまでも家族も含めた現場での身体面での事実を伝える役割にケアマネージャーは徹すべきであることが語られている。

記録6：「だって医者に何を指示するんですか。面白いことがあって、ケアマネージャーが自分が担当している利用者さんがこたつに入って低温やけどをしているので、『こたつに入らないように言ってください。』って。そうじゃなくて、事実を事実として伝えればいいんだって言うんです。」(A)

記録7：「ターミナルの利用者さんとか、本人にケアマネージャーやなんかがやってあげられることなんて少ないですよ。自分が訪問したときの状況がいつもと違ったらそれを主治医に報告するとか、こんなんでしたよって、そういう状況報告とか、家族の今の思い、医者には伝えられてない思いを聞いたりしたときに、『本当はこうなんだけど』って言ってましたよっていうようなことを伝えたり。そういう連絡役。」(A)

H事業所のケアマネージャーからも、「基本、終末期の場合っていうのは、私はほとんど訪問診療を入れてしまっているんで、医療的な不安なりは看護師さんやお医者さんのほうに直接お話をいただくことにはなっているんで、病状のことに関して連絡が増えたとか相談がっていうのは逆にないというか減ってますね。元気な頃よりは。ただ病院をどうすればいいのかとか、緩和ケアの病院は多めに、3個か4個契約しておいたほう

がいいのかとか、そういう本当に最期迎える場所についての相談が増えたと思いますね。」(H) というように、医療面での相談はどこで迎えるかという場所に関することに限られ、どのような医療行為が必要かという相談とそれへの対応は看護師・医師という医療職に委ねられていることが述べられている。

一方で、医療職に対する相対的な信頼の高さ、相対的な医療職の威信の高さも背景になっている。「ただあと本当に最期のほうになると、やはり訪問看護師さんと往診の先生、そこをご家族が一番頼りにしていらっしゃってて、そことがケアマネもそうなんですけど、密に連絡を取り合うっていうのが最期のほうですね。」(G) というように、家族が他職種以上に医療職を信頼していることも、医療職への接続の重要さと結びついている。

とはいえ、医療面に関することを医療職に白紙委任しているわけではないことに注意する必要がある。医療職に対する具体的な医療行為に関する要望の伝達は戒められてはいるが、医療面（身体面）での情報の伝達の必要性は語られている。このようなケアマネージャーからの医療職に対する情報伝達によって、医療職による判断を支援することが志向されているといえる。

さらに、ケアマネージャーから看護職に対して意見が伝達されている場面も存在する。ターミナルケアのチームの体制づくりやそこでの利用者の生活支援の視点の反映に関しては、ケアマネージャーから医療職に対して要望の伝達が行われている。A さんからは公立病院の医師に対して退院前カンファレンスの開催の要望が伝えられている。また介護職出身のケアマネージャー D さん・E さんからは、介護職が看護職と対等であることの説得や利用者や家族の関係を踏まえて介護職によるサービスの導入の有無に関する看護職に対する異議申し立てが行われている。

まず E さんからは、介護職出身という経験や前述の看護職による介護職が重視する生活支援の視点の軽視への懸念も踏まえて、介護職は看護職に対して劣位ではないことの共有に向けた看護職に対する働きかけが行われている。

記録 8：「やっぱり介護の人が一生懸命してるから穏やかに過ごせるんだし、そここのところに医療の人が関わって、みんなそれぞれが大事だって。同じ立場なんだよって口を酸っぱくして介護が下で看護が上っていう、大体漠然とした考え方があるけどもけど、そうじゃないよっていうのを一生懸命ずーっと伝えてきてる。まあ自分自身が介護の方から来てる立場なんで、どうしても医療職とかにね、卑屈になりがちなんですよね。介護職ってね。その辺をやっぱり同等だよっていうことを、常に。」(E)

同様の語りは介護老人保健施設のスタッフからも見られる。これまでの医療職中心のターミナルケアの場面で、利用者や家族のそれまでの生活環境を踏まえた支援に関して、看護職に対して意見を言いづらい状況の改善の必要性が語られている。

記録 9：「70 代だった人、急激に悪くなって、まだ若いし愛されていた人でした。3F で見ていたのに 2F でみるべきとナースが言って、結局 2F に移動して、今までみてなかったよくわからない 2F の職員がケアして看取ったんです。本当は 3F でずっと見ていた人たちで看取りたかったですね。だって今までを知らなかったら、心が通じないじゃないですか（中略）。看取り以外はナースに言えるんですよ。ただ看取りに関してはナースに対してあまり言えない。だって経験が少ないから。でも今後それではいけないですよっていうのはわかってきて、事前カンファレンスを大事にしようといま

カンファレンスの準備をしています。他職種連携とはいいますが、私たち現場が家族や本人からの思いを聞き取り、ナースは医療的な内容の準備を対応してもらって、同等の対応で同じ土俵でケアができるようになりたいと思っています。」(F)

またDさんからは、終末期の中でも最終段階では利用者と家族の関係性の安定の観点からヘルパーを新たに導入すべきではないという意見が、看護職に対して提起されている。

記録 10：「訪問看護さんが介護している娘さんがどうも疲れちゃっているようだからヘルパーさんを使ったらどうかと看護師さんから提案があったことがあるんです。でも本当にもうそのときに他人ですよ、ヘルパーさんって。他人が看取りの場面に入る、そのためには契約もしなくちゃいけないし、聞きづらいことも確認し合わなくちゃいけないし、わずらわしさを思うと、これは私の考えだけでも、本人家族双方が納得している看取りの場面に、あんまり第三者の出る幕ないなと思うんですよ。ヘルパーさんを介入させるんだったら、普段あんまり関わっていないご家族とか、たとえば娘さんの旦那さんとか、とにかく近い人がもっと過密に関わる時間なんじゃないかなって思うんです。そういう思いがあるんで、『もうこのタイミングでヘルパー入れてる場面じゃないでしょ。家族でしょ。』とそのときは看護師さんにそう言ったんですけど。看護師さんは、でも娘さんは寝られてないし、日中ヘルパーさんが入ると助かるんじゃないかなっていう話を聞くとやっぱりケアマネとしてヘルパー入れるべきだったのかとか、でもそれが余命半年とかまだ余裕があればいいけど、もう今週危ないという方では違うと思うから、だからもうほんとに危ないという人に関しては、あんまり他人の介入はしないで家族の時間を持って欲しいと私自身は思っているんです。」(D)

家族の介護負担の緩和だけでなく、ターミナル期の家族と利用者間関係の保持、そのことによる悔いのない最期という観点から利用者や家族の生活支援の必要性が語られ、看護職に対する問題提起が行われている点に、ここでの語りの特徴がある。

以上より、医療職に対してケアマネージャーから利用者や家族の生活環境に関する情報が提示されている。さらにこのような生活支援の体制づくりについては、ケアマネージャーから医療職に対して要望の伝達が行われている。そのことによって、介護職が医療職と対等な関係になることも可能になり、生活支援の視点をチームケアに反映できることが強調されている。

一方で、医療に関する事項については、あくまでも情報の伝達に徹するべきことが語られている。医療職に対してケアマネージャーから要望を伝達することに伴うトラブルが強調されているのである。前述の介護職出身のケアマネージャーの医療連携のための医療的なものの見方の必要性というCさんの語りも、医療職に要望を伝達するためというよりも、利用者の状態を推測し情報を伝達するために必要な知識と考えられている。

7. 自身の職種の利点を生かした医療職との調整の方法の語り

それではチームケアへの生活支援の視点の反映のための医療職に対する要望の伝達と医療職に対する医療面での専門性の尊重のバランスという点に関して、ケアマネージャーの出身職種の影響についてはどのように考えられているのだろうか。

まず看護職出身のケアマネージャーBさんからは、以上のような様々な専門性を抱えて

いる職種の中の調整のためには、看護師等の医療関係の資格も持つケアマネージャーの方が好ましいと考えられている。利用者の生活環境の尊重と医療面でのバランスをとる必要があるターミナルケアの調整においては、双方の知識・経験を兼ね備えた医療関係の資格を保持していることが、円滑な調整につながると考えられているのである。

記録 11：「看護師だからこそ見えてる部分と助言できてる部分ってたくさんあると思います。本当はケアマネージャーは医療系の方がいいと思いますよ（中略）。何がどうなったらっていう人の体のことも見えてるし、人の心の部分も看護職だから見てきた部分があるから、今までの経験があるからこそこういう風に言ってるんだと思います。」（B）
医師や看護師等の医療職に対して、利用者や家族の心のケアの部分も含めた生活の支援に関して、情報に加えて要望の伝達まで行うためには、医療面とのバランスについても考慮する必要がある。そこで医療面にも通じた医療職の資格を保持しているケアマネージャーの方が好ましいと解釈されているのである。

一方で、看護職出身のケアマネージャー B さんとは対照的に、介護職出身のケアマネージャー A さんからは看護職出身だからこそ看護職との意見の食い違いが発生し円滑なチームケアの妨げになることへの懸念も表明されている。

記録 12：「幸いなことに私は医療職じゃないので、そのこの所はぶつからないですね。

ちゃんと連携をとりやすい。こう言ったら何ですけど、以前の管理者、看護師だったんですね。看護師でケアマネージャーをしていたものですから、業務としたら看護師の業務じゃなくてケアマネージャーなんですけど、そこにやっぱり訪問看護師が入るとなると、ケアマネージャーとしての立場の看護師と訪問看護師としての立場の看護師のやっぱり思いとかケアの考え方とかっていうのは、その時にちょっとずつでもあるのかかっていう風に私には見えたことがあったんです。」（A）

そして、ケアマネージャーの知識の限界という点からも、医療職の専門性の尊重の必要性、それゆえに医療職出身のケアマネージャーは好ましくないことが語られている。看護職出身のケアマネージャーは看護職としての最新の技法・知識を必ずしも習得していないことも看護職出身のケアマネージャーに対する懸念材料として言及されているのである。上記の A さんの語りと合わせると、看護職としての最新の動向を必ずしも把握しておらず医療の結果に十分に責任を負うことができないにも関わらず、看護職としての作法は体得しているために、看護職の領域に介入することを不安視しているといえよう。

記録 13：「ケアの方法だったりとか、そんなところだったのかなっていう風に思いますけどね。私講習に行ったとき言われたんですけど、専門職って常に勉強して学んでいかないと専門職じゃないよっていう風に言われてたんですね。看護師の資格を持ってるけど今ケアマネージャーやってる看護師さんは看護師としての知識はたぶん更新されていってはいないと思うんですね、現場にいないから。だけど訪問看護師として働いてる看護師さんたちは事業所の中での学習会もあれば、看護師同士の情報共有だったりとか、そういうものもあるんじゃないかなって。だから医療って日々進化していくじゃないですか。処置の方法もね。」

また前述の記録 8 の E さんの語りは、介護職出身だからこそ、介護職の看護職に対する劣位という現状も明確に認識でき、チームケアへの介護職の視点の反映を働きかけができるというケアマネージャーが介護職出身であることの利点も示唆している。その背景に

は、前述のような介護職出身のケアマネージャーから看護職はじめ医療職に対する不信感がある。対照的に、看護職出身のケアマネージャーBさんは、医師に対して相対的に強く信頼する語りが見られる。具体的には、「いや、それはね、昔のドクターは自分の意見を通すドクターいたかと思いますけど、このごろはやっぱり家族の意向とか、それを尊重するドクターが多いから、そんななんていうのかな、食い違うっていうこともあまりないし。」(B) というように、医療職を強く信頼し、それゆえ医療職出身のケアマネージャーゆえに生活支援や介護職の専門性を後回しにしてしまうことへの懸念も弱い。前述の記録1の医療職が十分に家族等の情報をくみ取ることができないのも接点の限界に起因するもので生活支援への志向性自体はあると考えているため、ケアマネージャーになって家族との接点が増えれば意向を把握可能と考えているといえよう。

以上より、医療面での情報の発見に基づいた医療面と生活支援とのバランスを考えることができるという利点を強調するか、医療職の領域を侵すことを懸念するかという点で、医療職出身のケアマネージャーについての評価に違いが見られる。看護職出身のBさんは生活支援について医療面での利用者の状況も踏まえた上で医療職に働きかけることができることから看護職等の医療職出身のケアマネージャーの利点を強調している。また医療職への高い信頼から医療職出身であるがゆえに生活支援を後回しにすることへの懸念も弱い。一方で、介護職出身のAさんは医療職出身のケアマネージャーの場合、医療面での知識が不十分にも関わらず医療職の行為形式は習得しているため医療職の自律性の侵害に陥ることを懸念している。また同じ介護職出身のEさんは生活支援の視点を後回しにしないという介護職出身者の利点を強調している。

8. 結論

前節までの分析結果を踏まえると、介護職出身と看護職出身のケアマネージャーのターミナルケアにおける医療職との調整に関する考え方について、次のように要約できる。

まず、いずれの職種出身のケアマネージャーからも、職種間での視点の食い違いの可能性について言及され、看護職等の医療職において家族の意向、生活の視点が看過される可能性が指摘されている。そして生活の視点が、ターミナルケアに際して選択肢として確保されるためには、利用者や家族の情報及びそれを踏まえた対応に関する要望について他職種、中でも医療職に伝えることがケアマネージャーの役割として重視されている。この点は前述の先行研究でも指摘されてきた点である。

一方、医療面での知識に関することは医療職の自律性の尊重という点から情報伝達に留め、要望を出すことは控えられている。他方で、このような医療職への情報の伝達に徹することは、医療面を医療職に丸投げするということではなく情報伝達によって医療職の気づきに向けた働きかけを行っている点にも注意する必要がある。

そして、ケアマネージャーの出身職種による医療職に対する認識の違いも見られる。前述の医療職が生活支援を看過することに対する懸念も、看護職出身のケアマネージャーからは介護職出身のケアマネージャーと比べて弱い。

このような医療職の生活支援への理解という点での信頼の違いは、看護職資格保持者がケアマネージャーとして勤務することの利点を強調する看護職出身のケアマネージャーBさんと不利点を強調する介護職出身のケアマネージャーAさん（介護職出身ゆえの利点

を強調するEさん)という違いにもつながっている。ターミナル期には、前述のように、それまでの生活環境と治療や生命の保持・管理などの医療的側面の双方を加味した多職種によるチームケアが求められる。そのため看護職出身のケアマネージャーBさんからは両者、特に医療知識に通じた看護職等の医療職出身のケアマネージャーによる職種間の調整が好ましいことが述べられている。また医療職の生活支援という視点への理解という点での信頼の相対的な高さゆえに、医療職出身のケアマネージャーゆえ生活支援を後回しにするわけではないという解釈がされている。

対照的に介護職出身のケアマネージャーAさんからは、一方で医療職の専門性・自律性の侵害の回避、他方で利用者や家族の生活支援の視点の重視ゆえに、介護職出身のケアマネージャーの利点を示唆する語りが見られる。看護職出身のケアマネージャーによる調整は、医療面での最新の知識の限界があるにも関わらず、同じ職種経験、行動性向を共有しているがゆえに看護職の医療面での専門性の侵害を誘発することを懸念する語りが見られる。すなわち看護職出身のケアマネージャーと比べてケアマネージャーの医療知識への信頼が低い。またEさんからは医療職の専門性では看過されがちな生活支援の視点を介護職の経験ゆえにチームケアに引き出すことができることが示唆されている。すなわち看護職出身のケアマネージャーと比べて医療職の生活支援の知識に対する信頼が低い。

9. 考察

以上より、利用者や家族の生活の支援という目的のために、医療職に対する複数のアプローチを用いたコミュニケーションが図られている。まずこれまで指摘されてきたように利用者や家族のそれまでの生活環境を踏まえた趣向が妨げられる場合は医療職に対して生活面での要望伝達が行われている。一方、医療が生活のサポートにつながる場合は医療職の自律性の尊重が志向され、医療知識に限界のあるケアマネージャーから医療職への要望伝達は利用者に対して副作用ももたらしかねないために控えられている。そしてこのような生活のサポートのための医療職の自律的な判断に基づいた医療の効果をより大きなものにする必要がある一方で、在宅の場合急変しうる利用者の医療面での変化の情報について医療職のみでは十分把握しきれない。そこでケアマネージャーから医療職に利用者の情報の伝達の必要性が語られ、このような医療面での情報発見のためにケアマネージャーの医療知識の習得の必要性が語られている。このように医療面と非医療面とでケアマネージャーから医療職に対するコミュニケーションの注意点が異なっているのである。角・高橋(2019)では、職種間コミュニケーションについて、他者への意見の伝達と他者の意見の理解に分類して考察が行われているが、他者への意見の伝達については非医療面と医療面では異なった様相が見られる。

このような分析結果を踏まえると、介護職の専門領域であり家族や利用者の生活環境を反映した生活支援を引き出すために医療職に働きかける必要性、医療面での医療職に対する支援を行う必要性、医療職に対する限度を超えた働きかけを抑制する必要性、それぞれについて、自身の経験およびその限界も踏まえた判断が必要といえる。

これまでの研究においては、医療職支配のターミナル期のチームケアの中で利用者や家族の趣向の反映のために、ケアマネージャー等福祉職から医療職に対する働きかけの促進の必要性が強調されてきた。具体的には、自身による利用者の生活の視点の反映の役割を

ケアマネージャー等福祉職が重視していることが明らかにされてきた（角・高橋 2020）。従来多くの現象が医学の対象となっていく医療化の中での医師による専門職支配の問題が指摘され（野口・中山 2001）、医療中心に緩和ケアの体制が整備されてきた日本では特にこのような傾向が強いことが指摘されてきた（株本 2017）。本稿の事例においても、このような医療化の弊害を克服すべく、ケアマネージャーから医師や看護職などの医療職に対して、生活の視点の確保に向けた積極的な働きかけが行われている。前述の介護職出身のケアマネージャー E さんの語りは、この点を意識することの重要性を示唆している。

一方、医療職による医療面での支援のためのケアマネージャーから医療職に対する働きかけも求められる。医療面での判断に必要な情報が不足していないかという判断もケアマネージャーから医療職への働きかけに際しては求められる。医療情報に対する医療知識に基づいた医療行為の判断は医療職の専門性とされてきたが、利用者の容態の変化が速いターミナル期において、在宅のケアの場合は医療情報のすべてを医療職が把握しているとは限らない。猪飼（2019：268）において、ケアに必要な情報が病院に集中していた「病院の世紀」から、地域や家庭に有用な情報が増える地域包括ケアの時代への変化が指摘されている。しかし、ケアにとって有用な情報が病院から地域、家庭へと移行していくことは、医療の情報の必要性が低下していることを指すわけではない。一方、ターミナル期には医療職だけでは在宅や地域での医療情報が十分に把握できないからこそ、ケアマネージャーによる医療面での利用者の情報の発見は不可欠な役割と言える。前述の医療職出身のケアマネージャー B さんによる自身の経験の利点の語りは、このようなことも示唆している。

他方で、自身の医療判断の力量の限界も認識した上で、医療職に対する働きかけが医療職の自律性の侵害に陥っていないかどうかを判断する力、すなわちケアマネージャーから医療職への働きかけの抑制の判断も求められる。これは、他者に対する働きかけのみを強調してきたこれまでの専門職論（竹内 1972）とは異なる位相に位置づく視点である。これまで老人福祉の財源の老人医療への投入の一方、介護施設での医療面の提供の制約という制度上の歴史が、医療への福祉の取り込みに比した福祉への医療の取り込みの不足という結果を招いていることが指摘されてきた（高間 2019）。また福祉に関する専門職論では、このような医療職の自律性の担保という考え方は、介護職による医療知識の習得の妨げ、その結果としての医療職支配の再生産につながるとして批判的に捉えられてきた（高木 1998:48）。しかし医療依存度が高くなる一方、利用者の生活の尊重も同時に求められるターミナル期においては業務量が膨大なものになり、さまざまな担い手によりさまざまな専門性を伴ったケアの選択肢をそろえ利用者の生活に包括的に対応しつつ、各担い手が一定程度自身の業務の優先順位をつけることも必要になってくる。またケアマネージャーもその一端を担うソーシャルワークという業務の膨大さを考えると、ケアマネージャーの労働負担の緩和のためにも、業務を限定する必要もある（Butrym,Z.1976=1986）。そうすると、ケアマネージャーの知識には限界が生じてくる。他方で、このような中途半端な医療知識に基づくケアマネージャーによる医療面での判断は、利用者や家族に対して副作用が大きい（田中 2019：98）。したがって医療職による判断を踏まえることも必要になってくる。これまで指摘されてきたような医療職のプライドの尊重の観点（日本死の臨床研究会教育研修委員会 2007：86）だけから、医療職に対する要望伝達が控えられているわけではないのである。前述の介護職出身の A さんの語りはこの点の重要性を示唆しているといえ

よう。

とはいえ医療職の自律性の尊重は、医療職に白紙委任することによって達成されるのではなく、上記のように、医療職が自律性が発揮できるように情報を提供することによって達成されるものである。

また医療と生活支援の境界は必ずしも明確ではない。医療領域にも生活の論理が入り込んでいる地域包括ケアの時代（猪飼 2019：267）において、生活支援の点からのケアマネージャーによる医療職に対する要望伝達が、医療職からは医療面での自律、専門性の侵害と解釈される可能性も存在する。岸（2018：122）は、医師は自身による近代医学の論理と共存可能な限り、当事者に寄り添った語りの物語性の尊重という他の職種の論理を許容する可能性を述べている。しかし共存可能かどうかは、医師とケアマネージャーによる解釈が一致した限りで成立するにすぎず、両者の相互作用の中で再構成されていくものでもある。

したがって、医療職の専門性の利点および限界と調整を行うケアマネージャー自身の専門性の利点と知識の限界を個別のケースごとに見極め、多くの担い手と接しているという利点を踏まえ積極的な情報伝達を行いつつ、提案と提案の抑止とを適切に選択していくことがこれからのケアマネージャーに求められている対医療職における専門性であると言える。特に後者のケアマネージャー自身の専門性の利点と限界は、自身の他職種での経験を、その利点だけではなく限界も踏まえて、判断していくことが重要であろう。

注

本稿の分析に使用したデータは、「公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団ジェロントロジー研究助成」、「公益財団法人太陽生命厚生財団 2017 年度研究助成事業」、「公益財団法人生協総合研究所第 16 回助成事業」の助成を受けた。謝意を表したい。また「2016 年度助成ジェロントロジー研究報告」、「公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団 2016 年度福祉諸科学事業報告書 ジェロントロジー研究助成 介護現場における介護職と看護職による『看取り』と『死』の持つ意味の差異を踏まえたケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究」、「生協総研賞・第 16 回事業研究論文集」、「公益財団法人生協総合研究所 2018 年度研究助成事業 在宅介護現場における終末期介護を支える家族支援のあり方に関する研究—介護職・福祉職・看護職の連携による実践からの考察」、「公益財団法人太陽生命厚生財団研究助成報告書（2020 年近刊）」に詳細なデータが掲載されている。なお、これらの報告書においては主に調査結果のデータの記載が行われており、本稿の問いに基づいた分析は行われていない。

引用文献

秋山智久（2007）『社会福祉専門職の研究』 ミネルヴァ書房。

Marianne van Bochove, Evelien Tonkens, Loes Verplanke and Suzanne Roggeveen (2016) Reconstructing the Professional Domain: Boundary Work of Professionals and Volunteers in the Context of Social Service Reform. *Current Sociology* 66(3) ,pp392-411.

猪飼周平（2019）「海図なき医療政策の終焉」『羅針盤としての政策史 歴史研究からへスケア・福祉政策の展望を拓く』 勁草書房。

- 角能・高橋幸裕（2019）「終末期介護における職種間のコミュニケーションの課題の多面的考察—介護職・ケアマネージャー・看護職へのアンケート調査の結果を踏まえて—」『総合政策研究紀要』34, p.35-63.
- 角能・高橋幸裕（2020 近刊）「ターミナル期の多職種連携における福祉職の役割と職種間関係の考察—福祉職・看護職・介護職への聞き取り調査を踏まえて—」『社会政策』12(2), p.125-132.
- 株本千鶴（2017）『ホスピスで死にゆくということ 日韓比較から見た医療化現象』東京大学出版会.
- 岸政彦・北田暁大・筒井淳也・稲葉振一郎（2018）『社会学はどこから来てどこへ行くのか』有斐閣.
- 厚生労働省（2014）『平成26年版厚生労働白書』.
- 厚生労働省（2002）『第5回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について』.
(<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1224-1.html>)2020/8/21 確認.
- 厚生労働省（2019）『第22回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について』.
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187425_00004.html) 2020/8/21 確認.
- 終末期医療のあり方に関する懇談会（2010）『終末期医療のあり方に関する懇談会報告書』.
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000yp3k.pdf>)
2020/8/21 確認.
- 近藤由香・久保川真由美（2016）「在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる4専門職種のターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度」『日本看護研究学会雑誌』39(5), p.51-64. (<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20160502005>) 2020/8/21 確認.
- Rebecca Mitchell, Vicki Parker, Michell Gilles and Nadine White (2010) Review:
Toward Realizing the Potential of Diversity in Composition of Interprofessional Health Care Teams; An Examination of the Cognitive and Psychosocial Dynamics of Interprofessional Collaboration, Medical Care Research and Review 67(1), pp3-26. (https://www.researchgate.net/publication/26674051_Review_Toward_Realizing_the_Potential_of_Diversity_in_Composition_of_Interprofessional_Health_Care_Teams_An_Examination_of_the_Cognitive_and_Psychosocial_Dynamics_of_Interprofessional_Collaboration) 2020/8/21 確認.
- 日本死の臨床研究会教育研修委員会編（2007）『死の臨床とコミュニケーション』人間と歴史社.
- 二木はま子（2010）「特別養護老人ホームにおける介護職との連携・協働を円滑にする看護職の認識と行動」『飯田女子短期大学紀要』27, p.41-55.
- 野口裕二・中山和弘（2001）「保健医療の思想と文化」山崎嘉比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会, p.217-236.
- 小竹雅子（2018）『総介護社会—介護保険から問い直す』岩波書店.
- 染谷淑子（2007）『福祉労働とキャリア形成 専門性は高まったか』ミネルヴァ書房.
- 高木和美（1998）『新しい看護・介護の視座 看護・介護の本質からみた合理的看護職員構造の研究』看護の科学社.

- 田中元 (2019) 『ケアマネ&介護リーダーのための「多職種連携」がうまくいくルールとマナー』 ぱる出版 .
- 高間沙織 (2019) 「戦後日本における病院の福祉施設的使用」 猪飼周平編 『羅針盤としての政策史 歴史研究からヘルスケア・福祉政策の展望を拓く』 勁草書房, p.73-129.
- 竹内洋 (1972) 「専門職の社会学」 『ソシオロジ』 16(3), p.45-66.
- Zofia T. Butrym (1976) THE NATURE OF SOCIAL WORK., Macmillan Press = 川田誉音訳(1986) 『ソーシャルワークとは何か その本質と機能』 川島書店.