

介護福祉士が展開する多職種連携の現状と課題 — A県介護福祉士会を対象とした質問紙調査を通して —

口村 淳 岡山県立大学 保健福祉学部

[共同著者] 北村 健宏 市立長浜病院 5階西病棟・高田 栄亮 社会福祉法人慈恵会 特別養護老人ホームゆいの里

キーワード 介護福祉士、多職種連携、質問紙調査、会議進行技術、看護職員との連携

I | 緒言

本研究の目的は、A県介護福祉士会を対象とした質問紙調査をとおして、介護福祉士の展開する多職種連携の状況および課題について明らかにすることである。

多職種連携とは「保健・医療・福祉の複数領域の専門職者が活躍する臨床現場や地域において、それぞれの技術と役割を基に、共通の目標を目指して連携協働すること」と定義される(横山2020)。介護福祉士が関わる多職種連携には、利用者のQOLの向上、実践者自身の成長とチーム全体の成長、さらに医療・介護費用の抑制といった効果がみられると記されている(介護福祉士養成講座編集委員会2019:148-150)。近年、地域包括ケアシステムにおける複数の関係機関との協働、在宅・施設における看取り介護や医療ニーズの高い利用者への実践などを通じて、多職種連携は一層注目されているといえるだろう。また、2017年に改訂された「求められる介護福祉士像」の「関連領域の基本的なことを理解し、多職種協働によるチームケアを実践する」という項目からも、介護福祉士と多職種との連携・協働がより強化されたことがうかがえる。

介護職員の多職種連携に関する先行研究には、次のようなものがある。施設・機関に着目すると、介護老人保健施設をフィールドにした研究(林ら2010;山本ら2019;岡田ら2022;森本ら2022;牧野ら2020)が多くみられる。介護老人保健施設では看護職員やりハビリ担当職員との役割分担が、福祉施設に比べ、より明確に行われている可能性があり、その点が研究対象となりやすい背景にあると考えられる。病院をフィールドとした大塚ら(2013)、黒川ら(2017)の研究では、前者は看護職員との連携、後者はリハビリ担当職員との連携に焦点をあてている。澤田ら(2014)は、重症心身障害児(者)病棟における看護職員との連携について報告している。介護老人福祉施設をフィールドにしている研究が、二木(2010)、山内ら(2016)、佐々木ら(2018)白井(2020)である。これらの研究は、全て看護職員との連携について検討している。その他の研究では、柴田ら(2003)の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の看護職員との連携状況を横断的に調査した研究、吉田(2021)による介護老人保健施設と介護老人福祉施設の管理者に着目した研究、松岡ら(2007)による訪問入浴にお

ける看護職員との連携に焦点をあてた研究、大平(2019)による介護労働実態調査の労働者調査票の分析を通し、職務満足度と介護職員の連携の関係性を解明した研究がある。以上の先行研究の概観を通し、介護職員の多職種連携に関する研究は一定の蓄積がなされていることがわかる。

しかしこれらの先行研究の特徴は、医療・保健・福祉チームの一員として介護職員を含んでいる内容、または多職種からみた介護職員との連携に関する内容が中心であり、介護職員に限定した研究は大平(2019)のみといえる。介護福祉士の多職種連携に関する文献レビューを行った横山(2020)は、多職種から介護福祉士との連携の重要性を示唆されるが、介護福祉士の専門性に基づく自律的な連携実態を知る文献がみられないことを課題にあげている。この点については検討の余地が残されている。そこで本研究では、介護福祉士が展開する多職種連携の状況と課題を明らかにする目的で、A県介護福祉士会を対象に質問紙調査を行った。

II 研究方法

1. 調査対象者とデータ収集方法

調査対象者は、A県介護福祉士会の全会員(756名：2022年5月時点)である。筆者がA県介護福祉士会に調査協力を依頼し許可を得た上で、調査依頼書、自記式調査票、返送用封筒の同封された一式を2022年6月に郵送した。自記式調査票の返信期限を8月末としていたが、返信数を増加させるため、返信期限を10月末に延長し、その旨を伝える再依頼書を8月に郵送した。

2. 自記式調査票の内容

自記式調査票は、「A：調査協力者の属性を問う内容」「B：よく連携をとる職種を問う内容」「C：多職種連携の実施状況を問う内容」「D：多職種連携の悩みや課題について問う内容」から構成されている。

「A：調査協力者の属性を問う内容」は、性別、年齢、介護職としての経験年数、所属先の4項目である。「B：よく連携をとる職種を問う内容」は、生活相談員・支援相談員、看護師・保健師、ケアマネジャー、管理栄養士・栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、地域包括支援センター職員、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、その他の14項目から、調査協力者1人につき3つまでを選択してもらった。「C：多職種連携の実施状況を問う内容」では、次の方法で質問項目を作成した。最初に、吉池ら(2009)、公益社団法人日本介護福祉士会(2018：17-21)、介護福祉士養成講座編集委員会(2019：152-57)を基に多職種連携の要素として「考え方・態度」「能力・スキル」「チーム・会議」の枠組みを設定した。次に、藤田ら(2015)、藤井ら(2018)、吉村ら(2018)を参考に連携の機能に関する質問項目(20項目)を設定した。「考え方・態度」では多職種理解、自己理解、目標共有、利用者中心、自己成長に関する5項目、「能力・スキル」では依頼、ストレングスアプローチ、アセスメント、プランニング、モニタリング、専門性発揮、問題解決に関する7項目、「チーム・会議」では傾聴と共感、リーダーシップ、フォローシップ、ファシリテーション、プレゼンテーション、コンフリクトマネジメント、提案、情報共有に関する8項目を設定した。回答方

法は、5件法のリッカート・スケールを採用した。「D：多職種連携の悩みや課題について問う内容」は、自由記述で回答を求めた。

3. 分析方法

「A：調査協力者の属性を問う内容」「B：よく連携をとる職種を問う内容」「C：多職種連携の実施状況を問う内容」については、単純集計のほか、調査協力者の属性と多職種連携の実施状況の関連について分析した。「C：

表1 調査協力者の基本属性

項目		n (%)
性別 n = 148	女性	97 (65.5)
	男性	51 (34.5)
年齢 n = 148	20代	4 (2.7)
	30代	28 (18.9)
	40代	59 (39.9)
	50代	31 (20.9)
	60代以上	26 (17.6)
経験年数 n = 148	0～5年	8 (5.4)
	6～10年	22 (14.9)
	11～15年	42 (28.4)
	16～20年	23 (15.5)
	21～25年	38 (25.7)
	26年～	15 (10.1)
所属 n = 147	① 介護老人福祉施設	32 (21.8)
	② 介護老人保健施設	16 (10.9)
	③ 通所介護事業所	15 (10.2)
	④ 認知症高齢者グループホーム	10 (6.8)
	⑤ 医療療養型病院	9 (6.1)
	⑥ 小規模多機能型居宅介護事業所	9 (6.1)
	⑦ 訪問介護事業所	6 (4.1)
	⑧ 居宅介護支援事業所	5 (3.4)
	⑨ 障害者支援施設（日中活動系）	5 (3.4)
	⑩ 養護老人ホーム	4 (2.7)
	⑪ サービス付き高齢者向け住宅	4 (2.7)
	⑫ 回復期リハビリテーション病院	4 (2.7)
	⑬ 通所リハビリテーション事業所	4 (2.7)
	⑭ 介護療養型医療施設	3 (2.0)
	⑮ 介護医療院	3 (2.0)
	⑯ 一般病院	3 (2.0)
	⑰ 障害者支援施設（居住系）	3 (2.0)
	⑱ 地域包括支援センター	2 (1.4)
	⑲ 障害者支援施設（居宅系）	2 (1.4)
	⑳ 保護施設	1 (0.7)
	㉑ 福祉関連企業	1 (0.7)
	㉒ その他（社協、行政、自営業）	6 (4.1)

多職種連携の実施状況を問う内容」について、5件法の回答に便宜的に点数を付置き、平均値を算出した。全体の平均値を基数とし、調査協力者の属性別に算出した平均値とのクロス集計を行った。統計処理にはBellCurve統計解析ソフト「エクセル統計 (version 3.20)」を使用し、それぞれの項目についてt検定を行い、有意水準は5%未満とした。

「D：多職種連携の悩みや課題について問う内容」については、質的記述的分析を行った。分析の過程を以下に示す。①自由記述に記載されている内容を繰り返し注意深く読んだ。②多職種連携の悩みや課題にあたる部分に着目し、意味内容がわかる範囲で文章を切片化し、コードを作成した。③コードの意味の類似性に着目し、サブカテゴリーを作成した。④サブカテゴリー間の意味の共通性を見出し、カテゴリーを作成した。⑤最後にカテゴリーを領域別に分類した。なお、①から⑤までの過程において、まずは第一筆者が分類作業を行い、その内容を基に第二及び第三筆者からの意見を反映させ、修正を重ねることで、分析の信頼性、妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

調査依頼書には研究の主旨、調査協力は自由意志であること、回答は無記名とし、得られた回答は個人が特定できないようにデータ管理すること、ならびに研究目的に限定した調査結果の公表について明記し、自記式調査票の回答・返送をもって同意を得たものとした。

III 研究結果

1. 調査協力者の基本属性

調査協力者の基本属性を表1に示す。回収

された調査票は148通であった(回収率19.6%)。性別は、女性が97人(65.5%)、男性が51人(34.5%)であった。年齢は、40代が59人(39.9%)で最も多く、次いで50代が31人(20.9%)、30代が28人(18.9%)、60代以上が26人(17.6%)、20代が4人(2.7%)であった。介護職としての経験年数は、11～15年が最も多く42人(28.4%)、次いで21～25年が38人(25.7%)、16～20年が23人(15.5%)、6～10年が22人(14.9%)、26年以上が15人(10.1%)、0～5年が8人(5.4%)であった。所属別の上位10番までをみると、介護老人福祉施設が32人(21.8%)で最も多く、次いで介護老人保健施設が16人(10.9%)、通所介護事業所が15人(10.2%)、認知症高齢者グループホームが10人(6.8%)、医療療養型病院と小規模多機能型居宅介護事業所が9人(6.1%)、訪問介護事業所が6人(4.1%)、居宅介護支援事業所と障害者支援施設(日中活動系)が5人(3.4%)、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、回復期リハビリテーション病院、通所リハビリテーション事業所がともに4人(2.7%)であった。

公益社団法人日本介護福祉士会(2021)の全国調査では、性別は女性70.8%、男性28.9%、年齢は20代7.0%、30代17.2%、40代30.6%、50代26.4%、60代以上18.2%、所属先の上位5位は介護老人福祉施設16.2%、介護老人保健施設12.8%、通所介護事業所7.3%、訪問介護事業所7.1%、認知症高齢者グループホーム6.9%、という結果が報告されている。上記の項目については、本研究の結果と概ね一致した傾向であった。

表2 よく連携をとる職種

項目	n (%)	
よく連携をとる職種 n = 148 (複数回答)	看護師・保健師	123 (83.1)
	ケアマネジャー	82 (55.4)
	生活相談員・支援相談員	62 (41.9)
	理学療法士	39 (26.4)
	管理栄養士・栄養士	25 (16.9)
	地域包括支援センター職員	19 (12.8)
	作業療法士	13 (8.8)
	医師	11 (7.4)
	医療ソーシャルワーカー	5 (3.4)
	歯科衛生士	4 (2.7)
	薬剤師	2 (1.4)
	言語聴覚士	1 (0.7)
その他(心理士、相談支援員、弁護士など)	7 (4.7)	

注：調査協力者1人につき3つまで選択してもらった。

2. よく連携をとる職種

介護福祉士がよく連携をとる職種は表2の通りである。調査協力者1人につき3つまで選択してもらったところ、看護師・保健師が123人(83.1%)で最も多く、次いでケアマネジャーが82人(55.4%)、生活相談員・支援相談員が62人(41.9%)、理学療法士が39人(26.4%)、管理栄養士・栄養士が25人(16.9%)、地域包括支援センター職員が19人(12.8%)、作業療法士が13人(8.8%)、医師が11人(7.4%)、医療ソーシャルワーカーが5人(3.4%)、歯科衛生士が4人(2.7%)、薬剤師が2人(1.4%)、言語聴覚士が1人(0.7%)、その他が7人(4.7%)と続いた。介護福祉士の8割以上が看護職と、半数以上がケアマネジャーと連携をとっている状況がうかがえる。

3. 多職種連携の実施状況

多職種連携の実施状況は表3の通りである。実施状況を検討するにあたり、実施率の高い項目を「⑤できている」「④ややできている」の合計値で、低い項目を「①できていない」「②あまりできていない」の合計値でみてみ

る。まず実施率の高い項目について、「⑤できている」「④ややできている」の合計が70%を超える項目が6項目みられた。「No.1 多職種の特徴や役割について理解することができる」が86.3%で最も高く、次いで「No.2 多職種連携における介護福祉士の役割を理解することができる」が81.8%、「No.13 多職種の意見に関心・興味を持つことができる」が79.0%、「No.6

多職種に協力を依頼することができる」が77.8%、「No.5 多職種連携を通して自分自身を成長させることができる」が72.6%、「No.7 多職種の知識・技術を活用することができる」が71.0%の順であった。一方で「①できていない」「②あまりできていない」の合計が20%を超える項目が4項目みられた。「No.16 多職種が参加する会議で、司会進行をすることが

表3 多職種連携の実施状況

連携の要素	連携の機能	No.	質問内容	⑤	④	③	②	①	平均値	標準偏差
考え方・ 態度	多職種理解	1	多職種の特徴や役割について理解することができる (n = 146)	54 37.0%	72 49.3%	14 9.6%	4 2.7%	2 1.4%	4.12	0.95
	自己理解	2	多職種連携における自ら (介護福祉士) の役割を理解することができる (n = 148)	59 39.9%	62 41.9%	21 14.2%	4 2.7%	2 1.4%	4.16	0.87
	目標共有	3	達成すべき目的・目標を多職種間で共有することができる (n = 148)	22 14.9%	68 45.9%	38 25.7%	15 10.1%	5 3.4%	3.59	0.98
	利用者中心	4	多職種連携において利用者の QOL 向上を中心に考えることができる (n = 148)	24 16.2%	66 44.6%	37 25.0%	18 12.2%	3 2.0%	3.61	0.97
	自己成長	5	多職種連携を通して自分自身を成長させることができる (n = 146)	35 24.0%	71 48.6%	26 17.8%	10 6.8%	4 2.7%	3.79	1.05
能力・ スキル	依頼	6	多職種に協力を依頼することができる (n = 148)	39 26.4%	76 51.4%	21 14.2%	9 6.1%	3 2.0%	3.94	0.91
	ストレングス アプローチ	7	多職種の知識・技術を活用することができる (n = 148)	30 20.3%	75 50.7%	33 22.3%	7 4.7%	3 2.0%	3.82	0.88
	アセスメント	8	多職種協働で情報収集をすることができる (n = 148)	25 16.9%	73 49.3%	35 23.6%	10 6.8%	5 3.4%	3.70	0.95
	プランニング	9	介護計画 (ケアプラン) を作成する際、多職種の意見を反映させることができる (n = 146)	26 17.8%	59 40.4%	38 26.0%	17 11.6%	6 4.1%	3.51	1.12
	モニタリング	10	多職種協働で評価 (モニタリング) を行うことができる (n = 146)	23 15.8%	52 35.6%	41 28.1%	23 15.8%	7 4.8%	3.37	1.14
	専門性発揮	11	多職種連携において介護福祉士の専門性を活かすことができる (n = 148)	20 13.5%	55 37.2%	54 36.5%	13 8.8%	6 4.1%	3.47	0.97
	問題解決	12	多職種連携を通して課題 (問題) を解決することができる (n = 148)	17 11.5%	68 45.9%	44 29.7%	15 10.1%	4 2.7%	3.53	0.92
チーム・ 会議	傾聴と共感	13	多職種の意見に関心・興味を持つことができる (n = 147)	43 29.3%	73 49.7%	23 15.6%	6 4.1%	2 1.4%	3.99	0.92
	リーダーシップ	14	多職種で構成されたチームのリーダーを担うことができる (n = 148)	15 10.1%	34 23.0%	48 32.4%	25 16.9%	26 17.6%	2.91	1.23
	フォロー アップ	15	多職種がチームリーダーの場合、リーダーをサポートすることができる (n = 148)	23 15.5%	58 39.2%	41 27.7%	22 14.9%	4 2.7%	3.50	1.01
	ファンリ ケーション	16	多職種が参加する会議で、司会進行をすることができる (n = 148)	24 16.2%	29 19.6%	43 29.1%	27 18.2%	25 16.9%	3.00	1.31
	プレゼン テーション	17	会議では自分の意見や考えをわかりやすく伝えることができる (n = 147)	20 13.6%	48 32.7%	51 34.7%	17 11.6%	11 7.5%	3.31	1.12
	コンフリ クト マネジメント	18	会議で多職種と意見が異なった場合、冷静に自分の意見を述べるることができる (n = 148)	17 11.5%	56 37.8%	51 34.5%	14 9.5%	10 6.8%	3.38	1.03
	提案	19	会議では課題 (問題) の改善に向けた具体的な提案ができる (n = 148)	17 11.5%	64 43.2%	37 25.0%	17 11.5%	13 8.8%	3.37	1.11
	情報共有	20	会議の内容は参加しなかったメンバーにも共有することができる (n = 148)	24 16.2%	67 45.3%	33 22.3%	18 12.2%	6 4.1%	3.57	1.03

注1：表頭の番号は次の通り。⑤できている、④ややできている、③どちらともいえない、②あまりできていない、①できていない

注2：平均値は、⑤を5点、④を4点、③を3点、②を2点、①を1点と置き換えた上で算出した。点数が高いほど実施率が高いことを示す。

できる」が35.1%で最も高く、次いで「No.14 多職種で構成されたチームのリーダーを担うことができる」が34.5%、「No.10 多職種協働で評価(モニタリング)を行うことができる」が20.6%、「No.19 会議では課題の改善に向けた具体的な提案ができる」が20.3%の順であった。

次に選択肢の⑤を5点、④を4点、③を3点、②を2点、①を1点に置き換え、各項目の平均値を算出した。点数が高いほど実施率が高いといえる。平均値の高い項目の上位5番までをみると、「No.2 多職種連携における介護福祉士の役割を理解することができる」が4.16で最も高く、次いで「No.1 多職種の特徴や役割について理解することができる」が4.12、「No.13 多職種の意見に関心・興味を持つことができる」が3.99、「No.6 多職種に協力を依頼することができる」が3.94、「No.7 多職種の知識・技術を活用することができる」が3.82の順であった。一方で平均値の低い項目の上位5番までをみると、「No.14 多職種で構成されたチームのリーダーを担うことができる」が2.91で最も低く、次いで「No.16 多職種が参加する会議で、司会進行をすることができる」が3.00、「No.17 会議では自分の意見や考えをわかりやすく伝えることができる」が3.31、「No.10 多職種協働で評価(モニタリング)を行うことができる」と「No.19 会議では課題の改善に向けた具体的な提案ができる」がともに3.37であった。

以上の選択肢の合計ならびに平均値の検討を通して、実施率の高い項目としてNo.1、2、5、6、7、13が、実施率の低い項目としてNo.10、14、16、17、19があげられる。実施率の高い項目は「考え方・態度」「能力・スキル」に多くみられる傾向が、その反対に実施率の低い項目は「チーム・会議」に多くみられる傾向がうかがえる。

4. 調査協力者の属性別にみた多職種連携の実施状況

属性別にみた多職種連携の実施状況について表4に示す。表3でみた多職種連携の実施状況の平均値を基数とし、年齢、経験年数、所属別に算出した平均値とのクロス集計を行った。年齢は20～30代、40代、50代、60代以上の4項目に、経験年数は0～10年、11～20年、21年以上の3項目に、所属は高齢分野(表1の①②③④⑥⑦⑧⑩⑪⑬⑱)、医療分野(表1の⑤⑫⑭⑮⑯)、障害分野(表1の⑨⑰⑲⑳)の3項目に分類した。

分析の結果、年齢別では各項目とも有意差はみられなかった。経験年数別では、「0～10年」では「No.3 達成すべき目的・目標を多職種間で共有することができる」と「No.15 多職種がチームリーダーの場合、リーダーをサポートすることができる」で有意に低い傾向がみられた。一方で「21年以上」において「No.16 多職種が参加する会議で、司会進行をすることができる」が有意に高い傾向がみられた。所属別では、「医療分野」で「No.3 達成すべき目的・目標を多職種間で共有することができる」が有意に高い傾向がみられた。その一方で「No.14 多職種で構成されたチームのリーダーを担うことができる」では有意に低い傾向がみられた。「障害分野」では「No.6 多職種に協力を依頼することができる」と「No.9 介護計画(ケアプラン)を作成する際、多職種の意見を反映させることができる」が有意に低い傾向がみられた。以上により、経験年数の短い介護福祉士は「目標共有」や「フォローシップ」の実施率が低い傾向にあり、経験年数の長い介護福祉士は会議の「ファシリテーション」の実施率が高い傾向がうかがえる。また「医療分野」の介護福祉士は「目

表4 属性別にみた多職種連携の実施状況

No.	質問内容	全体 (基数)	年 齢				経 験 年 数			所 属		
			20-30代 p 値	40代 p 値	50代 p 値	60代 p 値	0-10年 p 値	11-20年 p 値	21年- p 値	高齢 p 値	医療 p 値	障害 p 値
1	多職種の特徴や役割について理解することができる	4.12	4.22 n.s.	3.95 n.s.	4.19 n.s.	4.31 n.s.	4.00 n.s.	4.17 n.s.	4.13 n.s.	4.07 n.s.	4.41 n.s.	3.82 n.s.
2	多職種連携における自ら（介護福祉士）の役割を理解することができる	4.16	4.16 n.s.	4.05 n.s.	4.23 n.s.	4.35 n.s.	3.90 n.s.	4.09 n.s.	4.40 n.s.	4.18 n.s.	4.27 n.s.	3.73 n.s.
3	達成すべき目的・目標を多職種間で共有することができる	3.59	3.41 n.s.	3.61 n.s.	3.58 n.s.	3.77 n.s.	3.17 *	3.63 n.s.	3.77 n.s.	3.48 n.s.	4.05 *	3.36 n.s.
4	多職種連携において利用者のQOL向上を中心に考えることができる	3.61	3.56 n.s.	3.56 n.s.	3.58 n.s.	3.81 n.s.	3.40 n.s.	3.66 n.s.	3.66 n.s.	3.52 n.s.	3.82 n.s.	3.55 n.s.
5	多職種連携を通して自分自身を成長させることができる	3.79	3.84 n.s.	3.68 n.s.	3.87 n.s.	3.88 n.s.	3.57 n.s.	3.77 n.s.	3.94 n.s.	3.82 n.s.	3.77 n.s.	3.18 n.s.
6	多職種に協力を依頼することができる	3.94	3.81 n.s.	3.98 n.s.	3.90 n.s.	4.04 n.s.	3.60 n.s.	3.92 n.s.	4.15 n.s.	3.95 n.s.	4.09 n.s.	3.36 *
7	多職種の知識・技術を活用することができる	3.82	3.69 n.s.	3.85 n.s.	3.87 n.s.	3.88 n.s.	3.50 n.s.	3.88 n.s.	3.94 n.s.	3.78 n.s.	4.09 n.s.	3.45 n.s.
8	多職種協働で情報収集をすることができる	3.70	3.59 n.s.	3.64 n.s.	3.81 n.s.	3.81 n.s.	3.33 n.s.	3.69 n.s.	3.91 n.s.	3.62 n.s.	4.00 n.s.	3.55 n.s.
9	介護計画（ケアプラン）を作成する際、多職種の意見を反映させることができる	3.51	3.41 n.s.	3.44 n.s.	3.65 n.s.	3.65 n.s.	3.20 n.s.	3.49 n.s.	3.72 n.s.	3.50 n.s.	3.77 n.s.	2.82 *
10	多職種協働で評価（モニタリング）を行うことができる	3.37	3.16 n.s.	3.36 n.s.	3.68 n.s.	3.31 n.s.	3.10 n.s.	3.49 n.s.	3.38 n.s.	3.36 n.s.	3.64 n.s.	2.82 n.s.
11	多職種連携において介護福祉士の専門性を活かすことができる	3.47	3.47 n.s.	3.46 n.s.	3.55 n.s.	3.42 n.s.	3.20 n.s.	3.48 n.s.	3.62 n.s.	3.46 n.s.	3.55 n.s.	3.09 n.s.
12	多職種連携を通して課題（問題）を解決することができる	3.53	3.66 n.s.	3.47 n.s.	3.61 n.s.	3.42 n.s.	3.33 n.s.	3.63 n.s.	3.53 n.s.	3.53 n.s.	3.68 n.s.	3.09 n.s.
13	多職種の意見に関心・興味を持つことができる	3.99	3.88 n.s.	4.19 n.s.	3.81 n.s.	3.88 n.s.	4.03 n.s.	3.91 n.s.	4.06 n.s.	3.99 n.s.	4.14 n.s.	3.82 n.s.
14	多職種で構成されたチームのリーダーを担うことができる	2.91	2.78 n.s.	2.97 n.s.	3.16 n.s.	2.65 n.s.	2.93 n.s.	2.75 n.s.	3.09 n.s.	3.02 n.s.	2.32 *	2.64 n.s.
15	多職種がチームリーダーの場合、リーダーをサポートすることができる	3.50	3.31 n.s.	3.59 n.s.	3.55 n.s.	3.46 n.s.	3.07 *	3.55 n.s.	3.68 n.s.	3.52 n.s.	3.41 n.s.	3.45 n.s.
16	多職種が参加する会議で、司会進行をすることができる	3.00	2.91 n.s.	3.05 n.s.	3.06 n.s.	2.92 n.s.	2.40 n.s.	3.00 n.s.	3.34 *	3.11 n.s.	2.77 n.s.	2.36 n.s.
17	会議では自分の意見や考えをわかりやすく伝えることができる	3.31	3.28 n.s.	3.12 n.s.	3.52 n.s.	3.54 n.s.	3.00 n.s.	3.26 n.s.	3.55 n.s.	3.34 n.s.	3.14 n.s.	3.09 n.s.
18	会議で多職種と意見が異なった場合、冷静に自分の意見を述べることができる	3.38	3.56 n.s.	3.17 n.s.	3.55 n.s.	3.42 n.s.	3.27 n.s.	3.35 n.s.	3.47 n.s.	3.43 n.s.	3.05 n.s.	3.27 n.s.
19	会議では課題（問題）の改善に向けた具体的な提案ができる	3.37	3.34 n.s.	3.24 n.s.	3.52 n.s.	3.54 n.s.	3.03 n.s.	3.34 n.s.	3.60 n.s.	3.45 n.s.	3.09 n.s.	2.82 n.s.
20	会議の内容は参加しなかったメンバーにも共有することができる	3.57	3.50 n.s.	3.41 n.s.	3.84 n.s.	3.73 n.s.	3.43 n.s.	3.55 n.s.	3.68 n.s.	3.56 n.s.	3.64 n.s.	3.09 n.s.

注1：p値はt検定による。 * p<0.05 n.s.有意差なし

注2：所属の内訳は次の通り。高齢（①②③④⑥⑦⑧⑩⑪⑬⑮）、医療（⑤⑫⑭⑱⑲）、障害（⑨⑫⑱⑲）（ ）の番号は表1の所属を示す。

注3：各属性ごとに平均値の最も高い項目を網掛けで示す。

「標準共有」の実施率が高い一方で、「リーダーシップ」の実施率が低い傾向がみられる。「障害分野」の介護福祉士には、多職種への「依頼」や「プランニング」の実施率が低い傾向がみられた。

次に、各属性の中で最も平均値の高い項目（表4の網掛け部）に着目すると、年齢では「60

代以上」が11個、経験年数では「21年以上」が17個、所属では「医療分野」が13個という結果であった。有意差は認められないものの、年齢が高く経験年数が高いほど、多職種連携の実施率が高い傾向がうかがえる。また、「医療分野」の介護福祉士は、「高齢分野」や「障害

分野」に比べ、多職種連携の実施率が高い傾向がみられた。

5. 多職種連携における悩みや課題

自由記述の内容を質的記述的研究の方法で分析したところ、41個のコードより、13個のサブカテゴリー、4個のカテゴリーが生成され、それらを2個の領域に分類することができた。以下、領域を《 》、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、コードを「 」で示す(表5)。

1) 【連携に対する考え方・態度】

このカテゴリーは、介護福祉士の連携に対する考え方や態度に関する内容を表している。多職種連携を行う上で「医療職との連携に苦手意識がある」や「看護師からの言動を不快に思うことがある」といった〈医療職への苦手意識〉があるという意見がみられた。〈多職種との見解の相違〉では、「多職種と考えが異なる」や「看護師と意見が合わない」といった意見がみられた。また、「自らの主張を譲らない職員がいる」「他分野の介護福祉士と見解が異なる」といった同じ職種間での見解の相違を指摘する意見もみられた。〈消極的な連携の態度〉では、医療職への苦手意識から「医療職に遠慮してしまう」ことや「連携の際に否定されるのが怖い」といった見解がみられた。また「忙しいと連携が後回しになる」という意見もあった。

2) 【連携能力】

このカテゴリーは、介護福祉士の連携能力に関する内容を表している。最初に〈不十分な専門性〉について述べたい。このサブカテゴリーでは「介護福祉士の専門性を発揮できていない」「知識が乏しく連携に不都合が生じる」「多職種連携がイメージできていない」が課題としてあげられている。〈円滑でない情

報共有〉では、「情報共有がスムーズにできない」ことや「チーム内での連携の方法が統一できていない」こと、また「書面による伝達だけでは難しい」という意見がみられた。〈施設外部との連携の難しさ〉では、「ケアマネとの連携がとりにくい」「地域包括支援センターとの連携がとりにくい」「行政との連携がとりにくい」といった具体的な機関を取りあげた意見がみられた。また「連携方法が機関によって異なる」ことや「施設外の多職種を理解することが難しい」ことがあげられていた。さらに新規事業を行う上で「関連団体との相互理解ができていない」という意見も含まれている。〈施設内部での連携の難しさ〉では、「上司との連携がとれていない」や「相談員との連携がとりにくい」という特定の職種を取りあげる意見がみられた。また「職種間のコミュニケーションが不十分である」「多職種での意見交換の時間がとれない」「人員不足により連携が難しい」という声もあった。施設内の連携は「多職種が中心となり連携を行っている」という意見もみられた。〈連携のタイミングの難しさ〉では、「連携のタイミングが難しい」ことや「必要時にしか連携をとれていない」という意見がみられた。最後に〈連携による当事者への不利益〉では、「利用者本位の連携ができていない」ことや「専門用語が多く当事者に伝わりにくい」という課題がみられた。

3) 【会議のあり方】

このカテゴリーは、会議に関連した内容を表している。〈会議開催の難しさ〉では、「カンファレンスを開く時間がとれない」ことや「コロナ禍で会議が減少した」という意見がみられた。また、「会議の司会が難しい」や「会議を仕切れるリーダーがいない」という〈会議進行の難しさ〉も課題にあげられる。

4)【相対的な見方】

このカテゴリーは、多職種に起因する内容を表している。＜医療職の強い立場＞では、会議などで「医療職の意見が優先される」ことや、職場内で「医療職の意見が強い」という意見がみられた。＜多職種からの評価の低さ＞では、職場で「多職種より評価が低くみられる」ことや「多職種との間に上下関係が存在する」という意見があった。また連携の際、介護福祉士の「意見が反映されない」と

いう見解もみられた。

5) 多職種連携における課題の構造

表5の領域、カテゴリー、サブカテゴリーの関係性を図解したものが図1である。《介護福祉士の領域》では【連携に対する考え方・態度】【連携能力】【会議のあり方】の3つのカテゴリーが相互に関係しあっている。その一方で、《多職種の領域》における【相対的な見方】が《介護福祉士の領域》にある各カテゴリーと関連している可能性があることを示している。

表5 多職種連携における課題

領域	カテゴリー(4)	サブカテゴリー(13)	コード(41)	自由記述の要約
介護福祉士の領域	連携に対する考え方・態度	医療職への苦手意識	医療職との連携に苦手意識がある	「医療職と話すことに苦手意識がある。看護師とは考え方が違う」「看護師と話すのが苦手」「医療職と話すことに苦手意識はある」「看護師に対しての不満が言いつらい」など
			看護師からの言動を不快に思うことがある	「看護師によっては、ケアワーカーに対する対応がやや不快に思うことがある。職業差別的な意味で」
		消極的な連携の態度	忙しいと連携が後回しになる	「忙しそうにしていると連携をためらってしまうことがある」
			医療職に遠慮してしまう	「業務独占の上位職に遠慮してしまうことや、その職種の意見に応じてしまう傾向がある」
		多職種との見解の相違	自らの主張を譲らない職員がいる	「各々の職種の固定観念が強く、お互いの引き際が見つからない。自分たちが正しいという意識が強い」「本当に多職種が意見を理解しているのか、結果、自らの意見が一番正しいになってしまう」「すぐ敵対する。相互理解に難あり」
			看護師と意見が合わない	「利用者ケアで看護師と意見が合わないことがある。介護職は利用者の生活(QOL)をみているが、看護師は病気を中心とした視点である」
	多職種と考え方が異なる		「介護職、リハ職、看護職と根本的な考え方が違うので、そこが難しい」「利用者のその人らしさを大切にしたいは一緒であるが、意見が異なると何が利用者にとって良いケアなのかわからない」	
	他分野の介護福祉士と見解が異なる		「高齢分野と障害分野では、障害分野の支援をしている介護職の思いが強すぎる」「介護保険のサービスと比べ、障害福祉サービスは年齢層、サービスの種類、利用者のニーズの幅が広い。障害特性も様々なため、連携のしづらさはものすごくある」	
	連携能力	円滑でない情報共有	情報共有がスムーズにできない	「情報の共有がちゃんとできていない時がある。言っただけ伝わっていないなど。看護師と介護職で情報の行き違いがある」「情報を伝達していても、受け手が理解してくれただけでは確認していない」など
			チーム内で連携の方法が統一できていない	「連携のタイミングや課題についての捉え方がチーム内で統一できていないため、多職種連携がスムーズに行えていない」「共通言語を用いて連携することの難しさを痛感している」
			書面による伝達だけでは難しい	「書面での情報(ざっくりとした情報)だけで終わってしまい、一部の人にしか詳細が伝えられていないことがある」「記録だけでは個別介護技術の伝達、周知までには至らない」「文章やメール、lineなどでは、なかなか全てを共有することは難しい」など
		施設外部との連携の難しさ	ケアマネとの連携がとりにくい	「ケアマネジャーは忙しくて、出会う機会が少ない、出会って話したいが、出会えていないケアマネジャーが多い」「ケアマネに意見すると『やりにくい』と受け取られることがある」など
行政との連携がとりにくい			「県や市の担当者との連携がとりにくい。情報に対する先入観から、内容の変更に対して迅速に対応してもらえない」「行政とつながる際、担当者の異動が多く、その都度、経過説明をしなければならぬ」	
関連団体との相互理解ができていない			「環境 NPO と福祉団体の連携を図りたいが、双方とも互いの分野への理解がまだまだ足りない」	
施設外の多職種を理解することが難しい	「入所施設のため、外部の専門職とかがかわることがほぼない。施設内にいない専門職の仕事や専門性がわからない」			
	連携方法が機関によって異なる	「病院によって連絡できる時間帯や相手、手順などに差があり、連携しづらいつらいと感じることがある」「在宅介護において訪問リハ、通所リハとの連携をとる機会が少ない」		
	地域包括支援センターとの連携がとりにくい	「包括支援センターとの関わり方が難しい」		

施設内部での連携の難しさ	上司との連携がとれていない	「職員は増えないが、どのように安全安心したケアをしていけばいいか、現場と経営者の思いが違う」「上司が全く送りやせずに帰り、仕事が残ったままになっていることが多く困っている」	
	介護職員同士の意見がまとまっていない	「介護職の時間がなく、話がまとめられない」	
	職種間のコミュニケーションが不十分である	「職員間の会話が少ない。もっと話せばいいのにと感じている」「業務に追われ、多職種どころか職員間の情報共有も十分には行えていない状態である」	
	多職種での意見交換の時間がとれない	「日々のケア、家族への対応、他職種からの要請への対応を行っている、多職種で意見を交換し、課題の抽出や解決に向けての話し合いを行うことができない」「職員不足でシフトがきついで、夜勤中心となり、なかなか他職種との情報共有が難しい」「仕事に多職種とゆっくりと相談する時間がない」など	
	相談員との連携がとりにくい	「相談員に他機関から情報を収集してもらうことをお願いしても、必要性をわかってもらえず、それは自分の仕事ではないと言われ困る。相談員に相談するのが苦痛である」	
	多職種が中心となり連携を行っている	「デイサービスでは、相談員を通じて、多職種と連携することがほとんどである」「現在業務上、連携しながら相談するというのは看護師が行っているため、多職種連携に関しては理解できていない」「ケアマネジャーが間に入ること、時間と言葉のニュアンスが変化してしまう」	
	人員不足により連携が難しい	「人員不足やシフトの具合で、なかなか連携が取れない体制にあるが、改善できていない」「連携だけではなく人員不足なのが悩み」「情報共有の時間がなくて、自分で残ったり休憩時間を割いて、書類を読まなければならない」など	
連携による当事者への不利益	利用者本位の連携ができていない	「利用者本位の視点でアセスメントや目標設定ができていない」「利用者が興奮している現場では、利用者への対応が優先されるもので、職員同士で話し合う場合ではない。職員同士で仕事の話をしている間に何か事故が起きたら大変」	
	専門用語が多く当事者に伝わりにくい	「セラピスト、看護師、医師など、医療関係者の専門用語が多すぎて、当事者と家族が理解できておらず、介護職が仲介することが多い」「医療用語や薬剤の効果などわかりにくい。家族も理解しにくい面もある」	
不十分な専門性	介護福祉士の専門性を発揮できていない	「リハビリスタッフやナースのサポートがメインとなっているので、介護福祉士としての専門性が発揮できない」「多職種も介護スタッフも、介護福祉士の役割、専門性についての考え方がバラバラで個人のスキルによるレベルの差が大きいと感じている」「他職種に比べて、介護福祉士の専門性の低さを感じる」など	
	知識が乏しく連携に不都合が生じる	「やはり介護職は知識が少なく感じる。特に身体、病気について」「病気についての知識が乏しいので、看護師と話すとき、思うように話せない」「報告の仕方。医療用語、専門用語が理解しにくい時がある」	
	多職種連携がイメージできていない	「介護福祉士が多職種連携のイメージをもてていないのが現実なのかと思われる」「そもそも多職種連携がどのようにあるべきか、自分の中でしっかり定まっていない」「多職種連携の大切さや意味が理解できていないため、チーム内での意見がまとまっていない現状のまま、多職種に相談してしまう機会がある」など	
連携のタイミングの難しさ	必要時にしか連携をとれていない	「必要時にしか連携しないため、もっと普段から顔みえる関係になれるような機会があればいいと思う」「理学療法士や作業療法士は、リハビリの時だけデイケアにくるので、話す機会が限られている」	
	連携のタイミングが難しい	「入院や体調を崩されて、利用者のADLに変化があった時、できるだけ早い多職種連携により、何をどうすればよいのかを考えるべきであるが、一体になって考えられていない」「連携のタイミングは確かに難しい。なかなか相手が見つからない時やデイの送迎で忙しい時間に電話がかかってくるか、ファックスやメールも打っている時間がないので、つい電話をしてしまう」「連携するタイミングをはかろうとすると、相手の都合優先になってしまう」など	
会議の開催の難しさ	カンファレンスを開く時間がとれない	「連携のためのカンファレンスを開く時間がなく、情報交換が全て、業務中の立ち話で済ませてしまっている」「会議、サービス担当者会議など、時間調整が難しい」「多職種と個別に相談、アドバイスを受けることができて、多職種が集まったカンファレンスなど会議を実施する機会はなかなかない」など	
	コロナ禍で会議が減少した	「コロナ禍で担当者会議などの会議が減り、連携がとりにくいこともあったが、少しずつ緩和されている」	
会議のあり方	会議の司会が難しい	「会議で司会をしたことがあるが、どう進行していけばよいか不安があり、レジュメを通して進めていくには良いと思うが、他者からの意見を求めると、どうしても他の人の意見を優先してしまう」	
	会議を仕切れるリーダーがいない	「多職種カンファレンスでお互いに意見交換しても、なかなか話がまとまらない。リーダーがいない時がある」	
多職種の領域	医療職の強い立場	医療職の意見が優先される	「老健のため、医師、看護師の意見が優先されがちである」「介護の視点が理解されにくい部分がある。医療職優位でカンファレンスが進んでいる」など
		医療職の意見が強い	「特養で介護職中心のケアができると思っていたが、医務の意見が強い」「看護師の意見が強すぎて、介護職が何も言うことができなくなる時がある」「看護師が話し合いに入ると「聞いていない」「できない」と言い切り、職場内が重い」「医療職の人間関係が複雑で圧を感じる」など
	多職種からの評価の低さ	多職種より評価が低くみられる	「理学療法士や作業療法士から情報を伝えてもらうと上手くいくことがあり、その違いが釈然としない」「医師をはじめ看護師など、いまだに介護職に対して評価が驚くほど低いのが現状である。意見を述べる場はほとんどない」
		多職種との間に上下関係が存在する	「多職種と介護職のパワーバランスに戸惑うことがある。職場にもよるが、一定の上下関係があるように感じる」
意見が反映されない	「各職種の仕事内容が違うため、理解できないこともあり、思ったことを言っても反映されない場合もある」「介護福祉士として利用者の立場で情報発信しても、問題として取り上げてもらえない時がある」など		

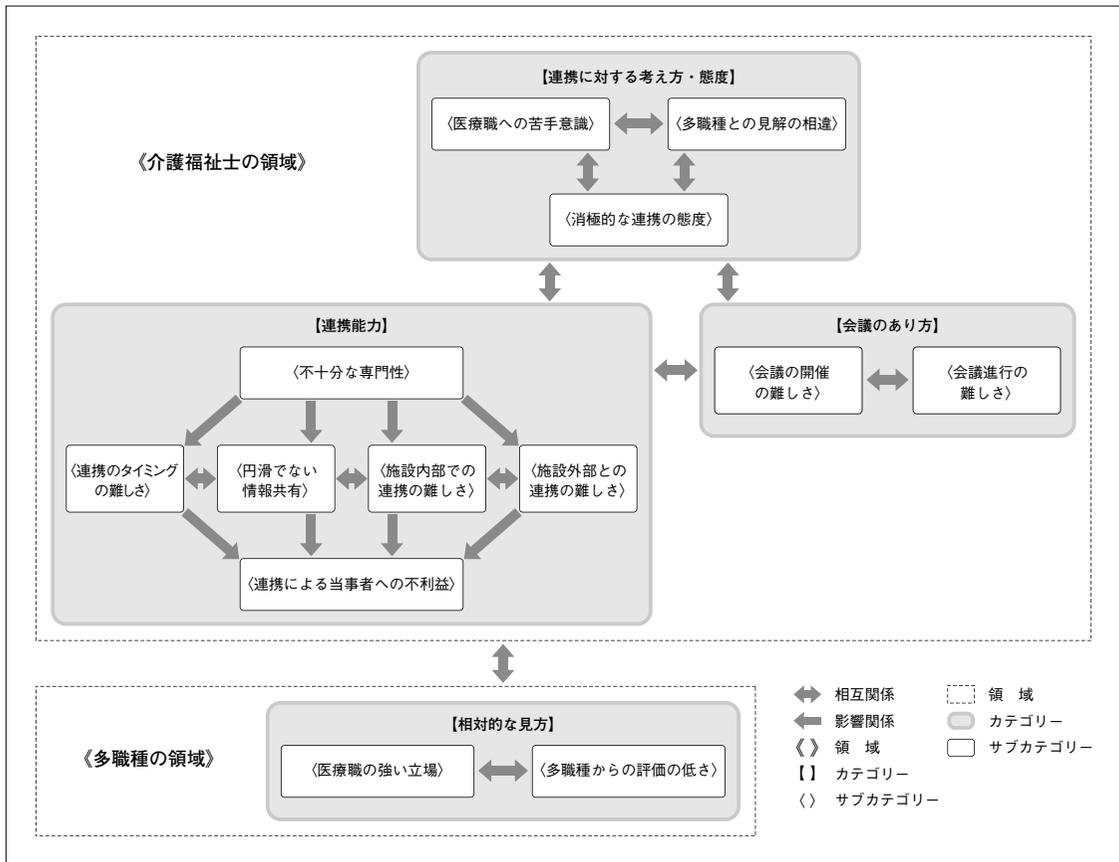


図1 多職種連携における課題の構造

IV | 考察

本研究では、A県介護福祉士会を対象に実施した質問紙調査を通し、介護福祉士が展開する多職種連携の状況と課題について分析を行った。分析の結果は以下の通りである。①介護福祉士の8割以上が看護職員と半数以上がケアマネジャーと連携をとっていた、②「考え方・態度」「能力・スキル」の項目において実施率が高く、「チーム・会議」の項目では実施率が低い傾向がみられた、③年齢が高く経験年数が長いほど多職種連携の実施率が高い傾向がみられた、④多職種連携の課題として、《介護福祉士の領域》では【連携に対する考え方】【連携能力】【会議のあり方】が相互に関係

し、それらは《多職種の領域》の【相対的な見方】と関連していた、である。以上の分析結果をもとに、次の3点について考察を行う。

第一に、会議を手段とした多職種連携についてである。本研究では「チーム・会議」における多職種連携の実施率が低い傾向がみられた(表3)。その中で会議について問う内容は、No.16、17、18、19、20の5項目である。5項目の中では、No.16(ファシリテーション)の実施率が最も低かった。このことは自由記述における、〈会議進行の難しさ〉の「会議の司会が難しい」「会議を仕切れるリーダーがない」という意見からも、ファシリテーションの難しさがうかがえる(表5)。また経験年数とのクロス集計をみると、「0～10

年」の実施率が有意に低く、「21年以上」の実施率は有意に高かった(表4)。つまり、経験年数の長い介護福祉士は会議の進行役としての経験が豊富で、その反対に経験年数の短い介護福祉士は会議に参加する立場が多いことを表している。会議の進行役については、介護職員以外の職種(たとえば相談員、ケアマネジャー)が務めることも少なくない。そのため、介護職員が会議の進行(ファシリテーション)を行う機会は限定的になっている可能性が考えられる。公益社団法人日本介護福祉士会(2018:28)は、会議でどのような働きをするかによって、連携の質に大きな違いが生じると述べている。また、多職種が連携・協働に向けて「顔の見える関係」を作る上でも会議の開催は有効とされる(介護福祉士養成講座編集委員会2019:156)。会議は、申送りや立ち話での情報交換と違い、フォーマルな場といえるだろう。会議を進行するには、会議の構造を理解した上で一定のスキルが求められる。その意味でも、研修や書籍を通じて会議のノウハウを学ぶことも必要といえる。また、会議に参加した際に、進行役のベテラン職員や多職種のスキルを観察し、学ぶ姿勢も求められる。

第二に、年齢・経験年数と多職種連携の関係についてである。本研究では、年齢が高く経験年数が長いほど多職種連携の実施率が高い傾向が明らかになった(表4)。経験年数の長い人は各職場でリーダー的立場を担っている可能性が考えられる。公益社団法人日本介護福祉士会(2021:50)は、年齢や経験年数が上がるにつれて職位が上がる傾向があること、その一方で年齢や経験年数が低い介護福祉士は一般の介護職員(役職なし)である割合が高いことを報告している。自由記述に

おける<施設内部での連携の難しさ>では、「多職種での意見交換の時間がとれない」「人員不足により連携が難しい」という意見がみられた(表5)。年齢や経験年数が低い人ほど、日々の業務に追われ、直接的な多職種との連携が不十分になっている可能性が考えられる。こうした状況から、一般の介護職員は、まずはリーダー的立場にある介護職員と連携(同職種間の連携)をとり、それを受けてリーダー的立場の介護職員が窓口となり、多職種との連携が行われている構図が示唆された。

第三に、看護職員との連携のあり方についてである。本研究では、8割以上の介護福祉士が「看護師・保健師」と連携している実態が明らかになった(表2)。第2位のケアマネジャーが55.4%であることに鑑みると、いかに看護職員との連携の比重が大きいかが理解できる。一般に看護職員は直接援助系の職種に位置づけられ、その点では介護職員と同じ領域であり、両職種は日常的に連携をとりあう関係にあるといえる。特に介護施設では医師が常駐していないことが多いため、医学的判断や管理ができる看護職員は、介護職員にとって心強い存在である。その一方で、本研究では次のような意見がみられた。自由記述の<医療職への苦手意識>において「医療職との連携に苦手意識がある」や「看護師からの言動を不快に思うことがある」という意見がみられた(表5)。この背景には、<相対的な見方>における「医療職の強い立場」や「多職種からの評価の低さ」も影響を与えていると考えられる。松下ら(2020)は「高圧的な態度をとる人間が枢要なポジションにいる場合、どのような高度で洗練された情報システムを使用しようとも、フェイス・ツー・フェイスの場では情報は有効に活用されな

い」と、威圧的な態度や言動が連携の阻害要因になることを指摘している。多職種間の見解の齟齬を埋めるためには、互いの違いを理解し認め合うことが重要である。看護職員は介護職員に何を求めているのだろうか。工藤ら(2016)は「看護専門者は自分たちの専門性を尊重してもらえようような人間関係を構築し、また仕事を行う上でも専門職同士として協調し合える関係を望んでいる」と述べている。この見解に依拠すれば、看護職員は介護福祉士の専門性に期待しているといえる。本研究では、＜不十分な専門性＞において「介護福祉士の専門性を発揮できていない」「多職種連携がイメージできていない」といった、介護福祉士自身が専門性の不十分さを認める意見がみられた(表5)。その意味では、各職場における介護福祉士の専門性を明確にすることが課題といえる。吉田(2021)は看護職員と介護職員の連携では、日常的なコミュニケーションと専門的なコミュニケーションの両面から信頼関係を形成することが大切であると述べている。看護職員との連携を良好にする上では、職場において気兼ねなく発言できる雰囲気づくり、また間違いを認めたり助けを求めたりすることができる環境づくりに加え、介護福祉士の専門性に基づく情報の授受を行うことが重要と考えられる。

V | 結語

本研究では、A県介護福祉士会を対象とした質問紙調査を通して、介護福祉士の展開する多職種連携の状況及び課題について検討してきた。その結果、会議の進行技術を高める必要性、リーダー層が窓口となり多職種連携が行われている傾向があること、多職種の中でも特に看護職員との連携を良好にすること

の必要性が示唆された。緒言でも述べたが、介護福祉士の専門性に基づく自律的な連携実態を明らかにした先行研究が少ない中、一定の成果を示すことができたのではないかと考える。

最後に本研究の課題を述べる。第一に回収率向上の問題である。本研究では148通の回答が得られたが、所属別にみると高齢分野に偏っている傾向があり、それ以外の分野の実数が少ないことがあげられる。クロス集計の精度を高めるには、よりサンプル数を増やす必要がある。再依頼書を郵送した結果であるが、今後はさらなる回収率向上の工夫が求められる。第二に、A県の介護福祉士会を対象としたもので、無作為抽出された介護福祉士を対象としていない点である。全国的に介護福祉士会への加入率が低い現状が指摘されており(石川ら2021)、より正確な実態を把握するためには、全国調査や介護福祉士会に未加入者など調査対象者を拡大する必要があると考える。以上が今後の研究課題である。

◎ 参考文献

- 藤井博之・斉藤雅茂(2018)「医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発」『厚生指標』65(8), 22-28.
- 藤田淳子・福井小紀子・池崎澄江(2015)「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発」『厚生指標』62(6), 1-9.
- 林隆司・泉谷利彦・縄井清志・ほか(2010)「介護老人保健施設における専門職の役割-リハビリテーション職・看護師・介護福祉士・ソーシャルワーカーの視点から」『医療保健学研究』(1), 41-54.
- 石川高司・井之上尚美・岡村友美・ほか(2021)「職能団体である介護福祉士会の入会率の低さに関する一考察-アンケート調査から理由を探る」『地域総合研究』49(1), 51-63.
- 介護福祉士養成講座編集委員会編(2019)『最新介護福祉士養成講座4 介護の基本II』中央法規出版.
- 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, 41-55.
- 公益社団法人日本介護福祉士会編(2018)『介護福祉士がすすめる多職種連携』中央法規出版.
- 公益社団法人日本介護福祉士会(2021)「第13回介護福祉士の就労実態と専門性の意識に関する調査報告書」(<https://www.jaccw.or.jp/projects/chousakenkyu>, 2023.1.31).
- 工藤安史・河野啓子・畑中純子・ほか(2016)「介護福祉士を看護補助者として活用するための方策-看護師と准看護師の介護福祉士と共に働くことへの意欲に関連する因子から」『東海公衆衛生雑誌』4(1), 76-85.
- 黒川喬介・久保田智洋・大関健一郎・小橋一雄(2017)「認知症治療専門病院におけるリハビリテーション従事者と介護職間でのケア連携の検討」『理学療法科学』32(3), 391-395.
- 牧野真弓・加藤真由美・富田利香・ほか(2020)「介護老人保健施設の看護師と介護職を対象とした転倒予防連携プログラム介入の効果検証」『日本転倒予防学会誌』6(3), 35-44.
- 松岡弘子・城戸照彦・塚崎恵子(2007)「訪問入浴介護従事者間の連携に対する認識の相違-看護職・介護職の連携の実際と必要性について」『訪問看護と介護』12(6), 486-494.
- 松下博宣・市川香織・藤谷克己・石川弥生(2020)「組織風土に関わる多職種連携の阻害・促進要因の検討-組織風土パーセプションの共起ネットワーク分析」『保健医療福祉連携』13(1), 11-20.
- 森本勇一郎・池田公平・中村拓人・笹田哲(2022)「介護老人保健施設の作業療法士が実施する介護職と連携したクライアントへの支援のプロセス」『作業療法』41(5), 551-558.
- 岡田恭子・有田広美(2022)「A 県下介護老人保健施設の看取りケアにおける介護職との連携・協働のための看護職の実践と課題」『死の臨床』44(1), 144-151.
- 大平剛士(2019)「日本の介護職の連携と職務満足」『老年社会科学』40(4), 375-383.
- 大塚和美・大塚育衣・野口久美子(2013)「介護福祉士と看護師の相互の役割と期待をめぐる課題-介護福祉士と看護師の連携の認識に関する一考察」『宇部フロンティア大学人間社会学部紀要』4(1), 1-5.
- 佐々木美幸・星美鈴・土肥真奈・叶谷由佳(2018)「特別養護老人ホームの介護職からみた看護職との連携と施設属性・看護体制・医療依存度の高い入所者の看護職の対応状況との関連」『日本看護研究学会雑誌』41(4), 701-712.
- 澤田和子・木村麻紀・谷口さゆり・石田実知子(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」『吉備国際大学研究紀要(医療・自然科学系)』24, 55-63.
- 柴田明日香・西田真寿美・浅井さおり・ほか(2003)「高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識」『老年看護学』7(2), 116-126.
- 白井かおり(2020)「ユニット型特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の連携-ユニットケアを実践している看護職と介護職への質問紙調査より」『日本福祉大学大学院福祉社会開発研究』15, 89-99.
- 山本浩子・百田武司(2019)「介護老人保健施設における看護職員と介護職員の連携・協働における課題-連携・協働の促進に向けた介入研究のための予備調査」『日本赤十字広島看護大学紀要』19, 23-31.
- 山内加絵・長畑多代・松田千登勢(2016)「ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度原案の内容妥当性・表面妥当性の検討」『大阪府立大学看護学雑誌』22(1), 55-62.
- 横山正子(2020)「文献レビューにみる介護福祉士の多職種連携」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』12, 25-34.
- 吉田さとみ(2021)「介護保険施設の管理者による看護職と介護職の協働・連携を円滑にするための実践」『老年看護学』26(1), 79-87.
- 吉池毅志・栄セッコ(2009)「保健医療福祉領域における『連携』の基本的概念整理-精神保健福祉実践における『連携』に着目して」『桃山学院大学総合研究所紀要』34(3), 109-122.
- 吉村基宜・田口孝行・常盤文枝(2018)「保健医療福祉系大学における専門職連携教育(IPE)評価尺度の作成」『保健医療福祉科学』8(0), 1-9.