

## 医療・介護間の情報共有プロセスに生じるずれとその要因の探索

## An exploratory investigation of gaps and their factors in the information sharing process between hospitals and care facilities

谷口 海斗<sup>1</sup>川崎 銀士<sup>1</sup>鈴木 齋王<sup>2</sup>杉原 太郎<sup>3</sup>

Kaito Taniguchi

Ginji Kawasaki

Muneou Suzuki

Taro Sugihara

## 1.はじめに

現在、日本国内では出生率の低下と医療技術の進歩による平均寿命の延びを要因とした少子高齢化が急速に進行しており、全人口に占める高齢者の割合が大幅に増加している[1]。高齢者割合の増加が引き起こす大きな問題の一つが、医療費の増加である。本邦では、高齢化の進行とともに国民医療費は増加の一途を辿っている[1]。その一因は、平均寿命と平均健康寿命の差が大きいことにある。この差は約13年となっており、医療資源を必要とする期間が長いことが確認できる[2]。

医療費を年齢に応じて自己負担割合が変化する方式を採用していることが、社会制度に由来する原因である。先述した平均寿命と平均健康寿命の差の関係から、介護期間が延びることによって、介護保険などの保険料が増加していることも問題となっている。国は、医療費の抑制策として、診療報酬の点数制度の改定と全国の病床数の削減に着手している。しかし、抑制策を講じることで、再入院率が増加しているデータ[3]もあり、患者の負担増加や国全体で医療費増加の可能性があることは、本邦の将来にとって懸念である。

こうした医療費の抑制策によって問題となるのは、施設間移動の増加である。適正な診療報酬を得ようとすると、診療報酬の減少するタイミングで病院は患者を転所させなくてはならない。大学病院に入院した患者は、症状が落ち着くと地方公共団体が設立した病院や私設の病院に転院することになる。機能回復が必要な患者は老人保険施設に転院し、一定期間の後に退所して介護施設へと転所するか、自宅に戻る。介護老人保健施設では3か月ごとに審査があり、施設に在留できるか否かが判断される。施設への入所条件から漏れると、転所の必要性が生じる[4]。医療費の抑制策はこの転所を増やすことになるため、患者の施設間移動の増加につながる可能性がある。

高齢者割合と共に要介護者が増加することによってこの審査のプロセス自体が増加し、高齢者を支える介護職員の負担も増えている可能性がある。入退所時には転院・転所のための書類作りを行う必要もある。審査プロセスの増加のみならず、入退所の回転率の高まりも介護職員の負担につながっている可能性がある。

地域包括ケアシステムの推進も施設間移動の増加の要因の一つである。以前は、一つの病院で入院から看取りまで

完結する体制であった。ところが地域包括ケアシステムの普及が進められることによって、それぞれの施設が専門をもち、全体を一つの流れとして患者を診る体制をとっている。それぞれの専門に従って施設を転所することとなり、以前までの体制と比較して施設間移動の増加につながっている。以上の政策や社会的背景から医療施設間、医療・介護施設間、介護施設間それぞれの施設間移動は増加していると思われる。

施設間連携の中で、患者支援のために行き交うものが情報であり、事前の準備から、その後の業務の効率化や質に至るまで、細部にまで関係していく。施設間移動の増加は情報共有機会の増加である。それにも関わらず、情報共有上の問題は十分に整理されていない。そこで、本研究は、医療・介護間連携において情報共有ツールを用いて医療介護連携を円滑にする最終目標実現の第1段階として、医療介護間の情報共有時のずれとその要因を特定することを目的とする。

## 2.調査概要

調査に先立ち、宮崎大学医学部において倫理審査を受けた。審議の結果承認された(C-0025-2)ため、調査を実施した。本調査は、患者支援センターAと介護老人保健施設Bと特別養護老人ホームCの3施設へ実施した。調査参加者は、患者支援センターAの看護師長、介護老人保健施設Bの看護主任、相談員、特別養護老人ホームCの看護主任、相談員の計5名である。本調査は、2018年12月に実施した後、2019年1月に追加調査を実施した。面接の形式は、半構造化面接法を採用した。質問の基本項目を以下の2項目である。

- i. 施設間連携時の情報共有の方法や流れについて
- ii. 実施の施設間の情報共有時の成功、失敗について

## 3.分析結果

インタビュー内容の文字起こしデータをM-GTAによって分析を行い、分析結果を図1に示した。図中の片頭の矢印は、発言録から得られた因果関係を示しており、両頭の矢印は相関関係を表している。

施設間での情報共有を行うにあたって、大きな問題となっているのが、【施設の本質的役割の違い】と<時間的制約>と<セキュリティポリシー>の2点を内包する【制度による障壁の存在】である。【施設の本質的役割の違い】は、業務内容、必要情報が異なることによって【連携先に対する理解不足】が生じる。これは、<情報提供者による主観>と<情報提供者・取得者による主観>を内包する【情報提供者・取得者による主観差】を生み、広げることになる。また、【連携先に対する理解不足】は、お互いに必要情報の理解度を低下させることにより適切な標準化を妨げ、【情報共有の非標準化】状態となる。これは、情報として

1 岡山大学大学院ヘルスシステム統合科学研究科  
Okayama University, Graduate School of Interdisciplinary  
Science and Engineering in Health Systems

2 宮崎大学医学部 Miyazaki University, Faculty of  
Medicine

3 東京工業大学環境・社会理工学院 Tokyo Institute of  
Technology, School of Environment and Society

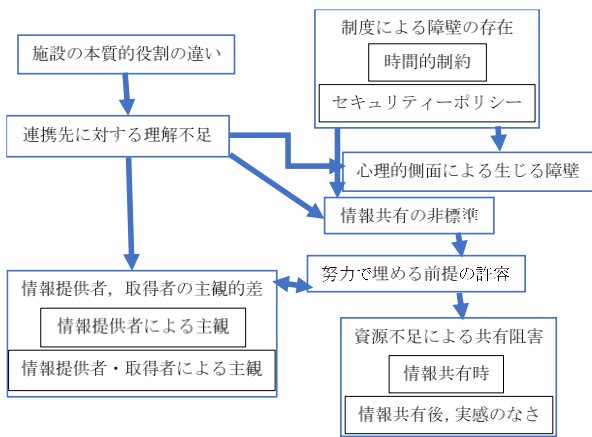


図1 医療・介護施設間の分析結果図

必要としているが足りない部分を【努力によって埋めることを前提とした許容】とすることになり、【資源不足による共有阻害】となったり、【情報提供者・取得者による主観差】を無駄に多くの時間をかけて埋めようとしたりすることになる。さらに【連携先に対する理解不足】と【制度による障壁】は、必要情報を送らない、転移に不利な情報が故意、過失に問わず隠されるなどといったことによって、不信に近い感情を抱かせる原因となり、連携時に【心理的側面による生じる障壁】を生み出す。

以下に、分析結果から連携時の問題点をまとめる。これらの問題点に関して要因を考察する。

- ・ 時間、人材を含む医療・介護資源不足
- ・ 情報共有方法が明確に標準化されていない
- ・ 必要情報の主観による取り違い、程度の開き
- ・ 努力によって不足を補うことに対する許容
- ・ 制度によるプライバシー保護や報酬減による転移必要性
- ・ 施設の本質的な役割の違いがあること
- ・ お互いが顔を合わせないことによる信頼面の不安、心理的抵抗感の存在
- ・ 本質的役割、職種の違いに対する理解不足

## 5. 考察

時間、人材を含む医療・介護資源不足は、少子高齢化と診療報酬制度の改定によって進展している問題と考えられる。資源不足がさらに拡大し、高齢者の増加によって患者数が増加すると、患者ケアに更に多くの資源を割く必要性が生じることは明らかである。その結果、施設連携での情報共有に割く時間、人材の確保が困難になる可能性がある。

情報共有が標準化されていない問題点は、情報を共有する際に使用するツールが、主に送る側の書式に依存していることが要因の一つと考えられる受け取り側の施設が個々の転所前施設に対して対応する必要があり、非効率的である[5]。受け取り側の施設は不足情報をその都度、電話や面接によって転所前施設から収集することになっている。こうして得られる情報には限りがあるため、事前に多くの情報漏れがあった場合には共有しそびれる情報が生じることになると考えられる。こうしたことから情報の受け取り手に重きを置くことが重要だと述べられている[6]。

施設の本質的な役割の違いがあることは、医療施設は、患者の生命維持に関する情報に重きが置かれているのに対し

て、介護施設では、患者の生活支援や生活の質の向上に重きをおいていることに注意が必要である。また、医療情報のような数値的情報は標準化しやすいが、生活支援情報のような主観的情報は、数値で測り難く、標準化が難しい側面も存在する[7]。

必要情報の主観による取り違い、程度の開きは、同じ状況においても、情報の受け取り手によって、意味のとり方、尺度の違いが生じる問題であると考えられる。制度によるプライバシー保護や報酬減による転所の必要性によって、なんとしても転所を促したい状況に陥ったとき、意図的な程度の開きが起こる可能性は否定できない。これは、転所の受け入れ側に不利な情報が歪められて共有されることや隠されることを意味しており、お互いが顔を合わせないことによる信頼面の不安、心理的抵抗感の存在につながる。こうした価値観のずれは、コミュニケーションの妨げとなることも示されている[8]。

連携先施設の理解不足は、受け入れ先の設備状況、受け入れ可能レベルを見誤った転所や必要情報が不足した連携につながっている。実際に連携先の情報に乏しいことや明確なゴールが共有できていないことが指摘されている[11]。連携先施設への理解度を深める教育を行うことで、改善ができるのではないかと考える。

努力によって不足を補うことに対する許容は、不足情報は受け取り側が、電話、面接によって事前に取りに行くことや、転所後に実際の患者の状況を確認しつつ、試行錯誤する努力によって、ずれを埋め合わせいる現状によって生じると考えられる。

## 6. 結論

医療・介護施設間の連携には、多くのずれが存在した。それぞれを比較しつつ、整理し、それぞれの関係性を考察することで要因を検討した。今後としては、これらの結果を踏まえた具体的な技術支援や共有項目とツールの標準化について検討していきたい。

## 謝辞

お忙しい中調査にご協力頂きました患者支援センターAのN氏や、介護老人保健施設BのF氏、T氏、特別養護老人ホームCのI氏、O氏、調査の機会を設けてくださったM氏へ心から感謝致します。課題番号は17KT0084の助成により研究を進められたことに感謝致します。

## 参考文献

- [1] 厚生労働省, “社会保障制度改革の全体像” (2018)
- [2] 厚生労働省, “平均寿命と健康寿命をみる” (2010)
- [3] 診療報酬調査専門組織DPS評価分科会 “DPS導入の影響評価に関する調査結果および評価” 中医協 総4-122.7.14 (2010)
- [4] 社保審-介護給付費分科会, “介護老人保健施設”2017
- [5] 平野聖, 竹田恵子, 大田晋, 種村純, “医療福祉における多職種連携のあり方に関する研究,” 川崎医療福祉学会誌, 2015.
- [6] 八幡 勝也, “地域診療情報連携システムにおける臨床情報の要約およびコミュニケーション” ITヘルスケア 第3巻2号2008
- [7] 平野 貴大, “医療・介護連携における課題 : 情報共有に着目して” 大妻女子大学人間関係学部紀要 2017
- [8] P. HALL, “Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers,” Journal of Interprofessional Care, May 2005.