

O-14

訪問診療医・訪問看護師に求められている連携と役割機能：
両職種間におけるギャップの見える化から在宅医療の円滑化を再考する

蒔田麻友子*2, 大久保豪*1, 横島一彦*1, 岡本茂雄*2, 横山啓太郎*3, 飯島勝矢*4

1 一般財団法人オレンジクロス, 2 株式会社シーディーアイ,

3 東京慈恵会医科大学, 4 東京大学高齢社会総合研究機構

日本在宅医学会 2017年6月18日

1-1. 背景

- 在宅医療においても、多職種連携により、患者・家族のアウトカムや医療利用などのアウトカムが改善するとの示唆
(Zimmer JG, et al. 1985[PMID: 3966617]; Ong KY et al., 2017 [PMID: 26790376])
- 訪問診療医と訪問看護師の間でギャップが生じることも。
- ギャップに関する調査を行った研究は乏しい。
(Pubmed : 1,961件、医中誌 : 3,765件を調査)

1-2. 本研究の目的

訪問診療医－訪問看護師間の連携上生じるギャップの解消に向けて、
その実態および発生構造・要因を明らかにすること

2-1. 方法

- 半構造化面接法（semi-structured interviews）
- 対象者：訪問診療医7名、訪問看護師6名、在宅医療連携部スタッフ2名 合計15名
- 調査期間：2014年10月～2017年5月

ギャップの定義

処置や対応に齟齬が生じたり、情報の受発信が不足もしくは的確に行われずコミュニケーションに齟齬が生じたりすること

2-2. 分析方法

- グラウンデッドセオリー（Strauss & Corbin, 1998）を参考に実施。
 1. 研究目的に合致する部分をコーディング
 2. 原文を参照しながらコードをカテゴリー化
 3. カテゴリー同士の関係性を検討
- 在宅医療に関する研究会において分析途中の結果を提示し、フィードバックを得て、分析を再検討。

3-1. 結果

概念図

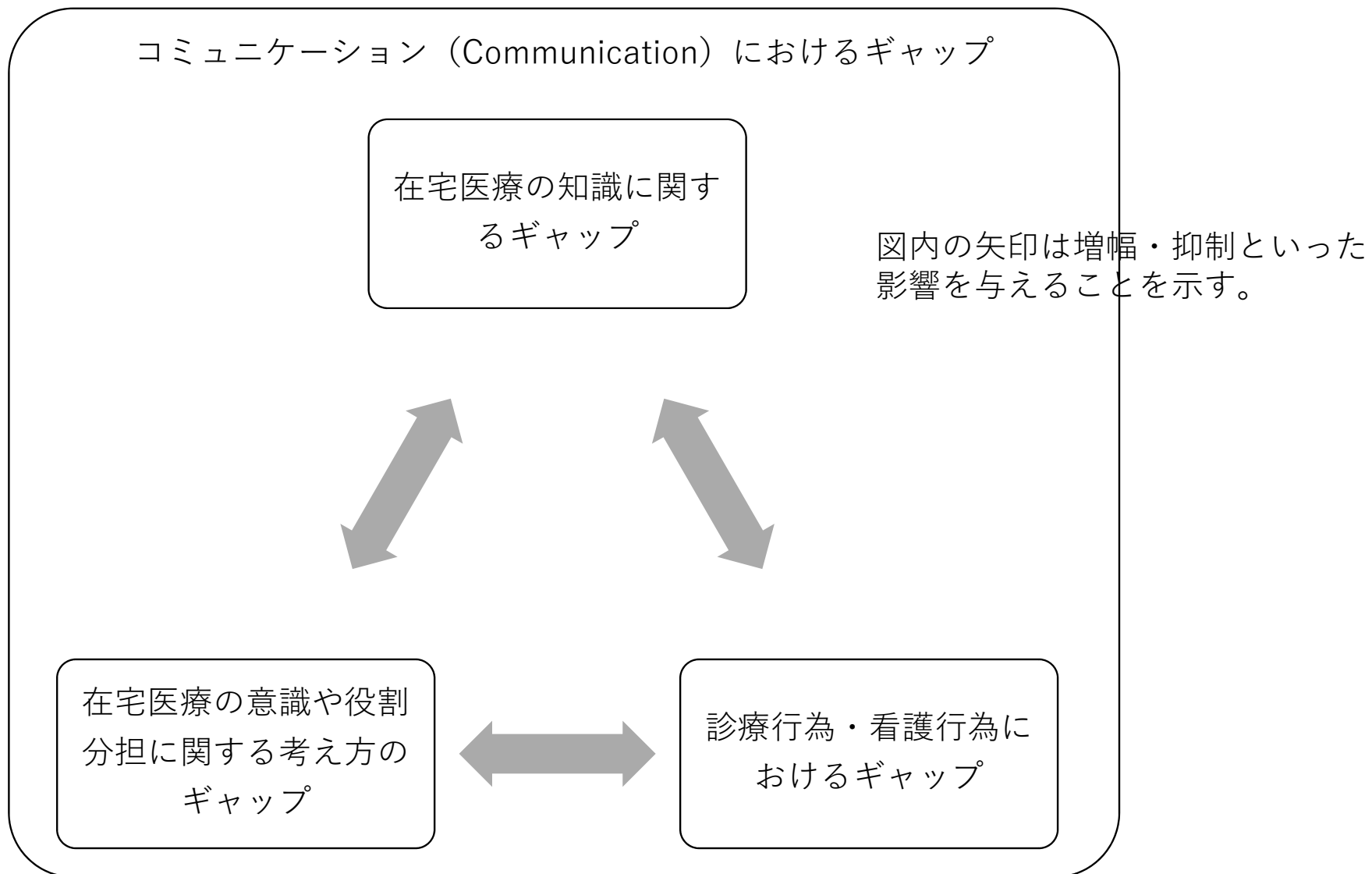


図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

コミュニケーション（Communication）におけるギャップ

在宅医療の知識に関するギャップ

- ・ 治療方法に関する知識
- ・ 患者・家族の状況に関する理解

在宅医療の意識や役割分担に関する考え方のギャップ

診療行為・看護行為におけるギャップ

図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

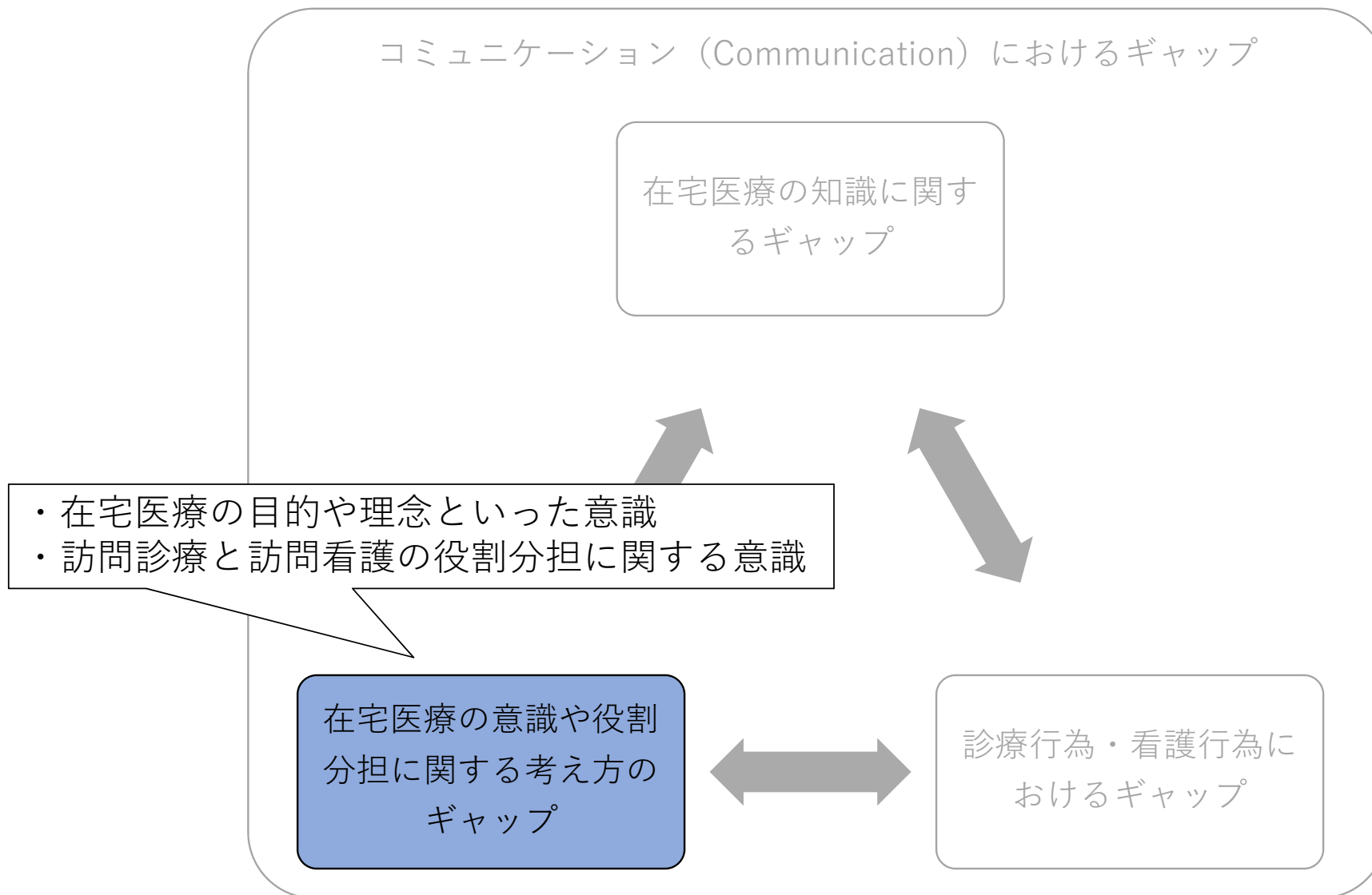


図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

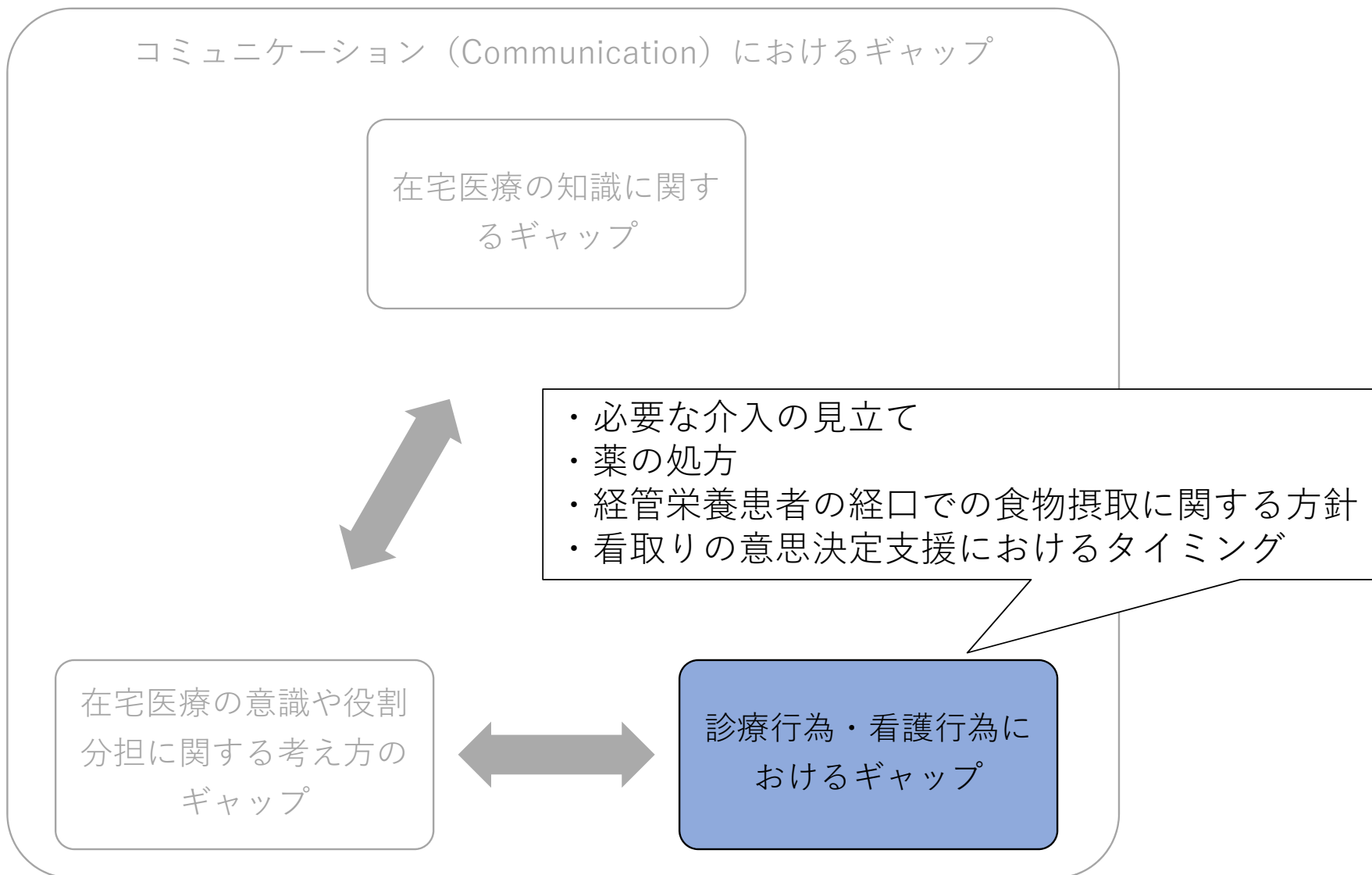


図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

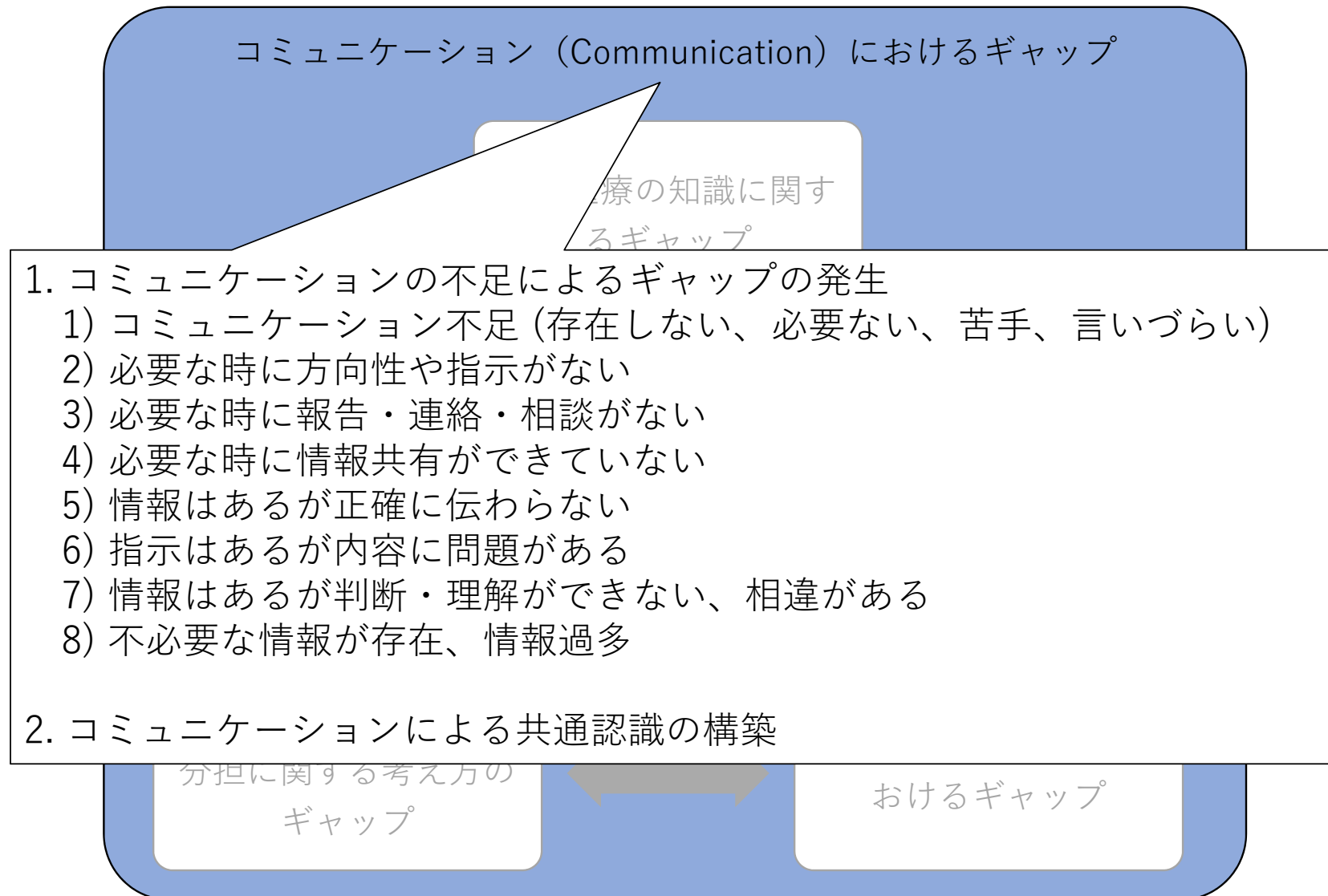


図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

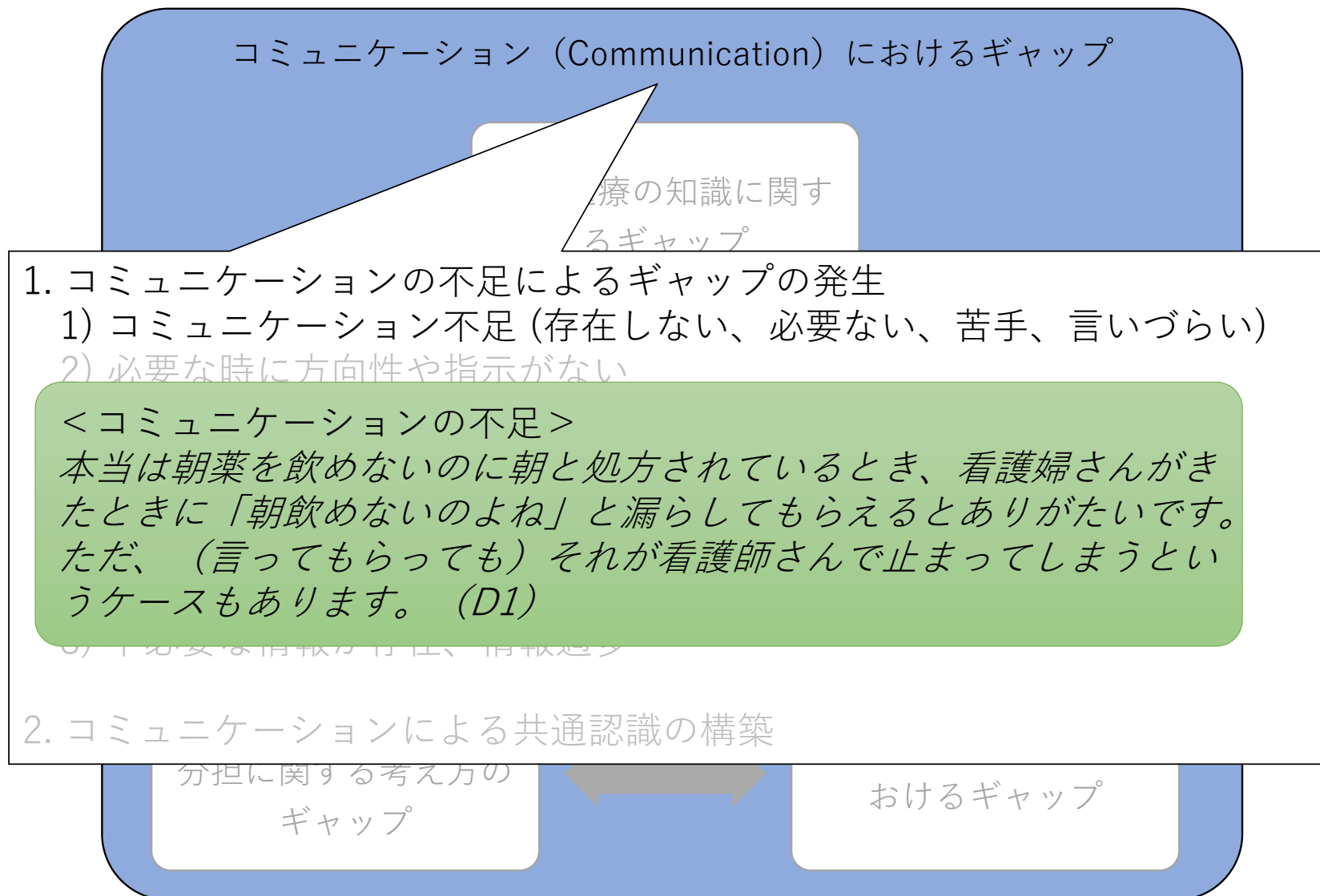


図 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

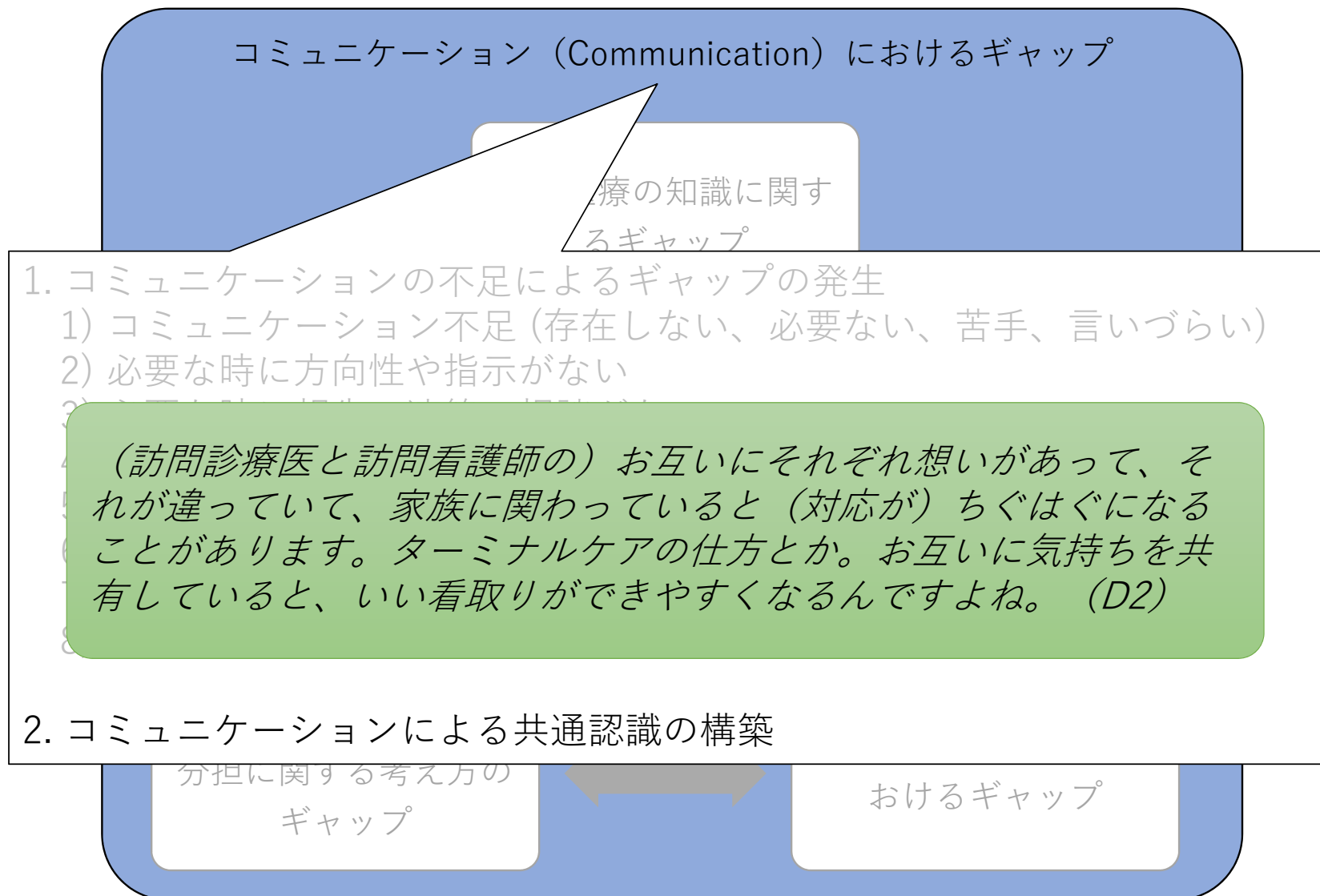


図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

3-2. ギャップの発生要因の分類

1. パーソナリティによるもの
2. それぞれの専門領域が担ってきた役割の認識の相違
3. 在宅医療の教育・学習が不十分
4. 在宅医療の経験不足
5. 連携先事業所の不十分な業務体制、運営方針との認識のズレ
6. 在宅医療の標準化・平準化・共通言語化が未確立
7. 相互連携の心構えや仕組み、役割分担、運用基準等の未整備
8. 在宅医療の的確な入口管理が不十分
9. 予後予測が不十分、有事の際の迅速な対応が不十分
10. 在宅医療の的確な出口管理が不十分
11. 処置の方向性についての第三者的・横断的な評価機能の欠如
12. 業務繁忙でコミュニケーション不足
13. 慣行的・歴史的にコミュニケーションが少ない
14. コミュニケーションの内容、情報の質の問題
15. 情報共有が不十分
16. 良好なコミュニケーション環境が未構築
17. 具体的な連携ネットワークの仕組みが未確立
18. 適切なコミュニケーション・ツール（ICT）が未活用、未開発
19. コミュニケーション技術の未熟

表1 ギャップ発生要因と各ギャップの関連

ギャップ発生の要因	在宅医療の知識	意識や役割分担に関する考え方	診療行為 看護行為	コミュニケーション
1. パーソナリティによるもの	○	○	○	○
2. それぞれの専門領域が担ってきた役割の認識の相違		○	○	○
3. 在宅医療の教育・学習が不十分	○	○	○	○
4. 在宅医療の経験不足	○	○	○	○
5. 連携先事業所の不十分な業務体制、運営方針との認識のズレ		○	○	○
6. 在宅医療の標準化・平準化・共通言語化が未確立	○	○	○	○
7. 相互連携の心構えや仕組み、役割分担、運用基準等の未整備	○	○	○	○
8. 在宅医療の的確な入口管理が不十分	○	○	○	
9. 予後予測が不十分、有事の際の迅速な対応が不十分		○	○	
10. 在宅医療の的確な出口管理が不十分	○	○	○	
11. 処置の方向性についての第三者的・横断的な評価機能の欠如	○	○	○	
12. 業務繁忙でコミュニケーション不足				○
13. 慣行的・歴史的にコミュニケーションが少ない				○
14. コミュニケーションの内容、情報の質の問題				○
15. 情報共有が不十分				○
16. 良好なコミュニケーション環境が未構築				○
17. 具体的な連携ネットワークの仕組みが未確立				○
18. 適切なコミュニケーション・ツール（ICT）が未活用、未開発				○
19. コミュニケーション技術の未熟				○

4. まとめ

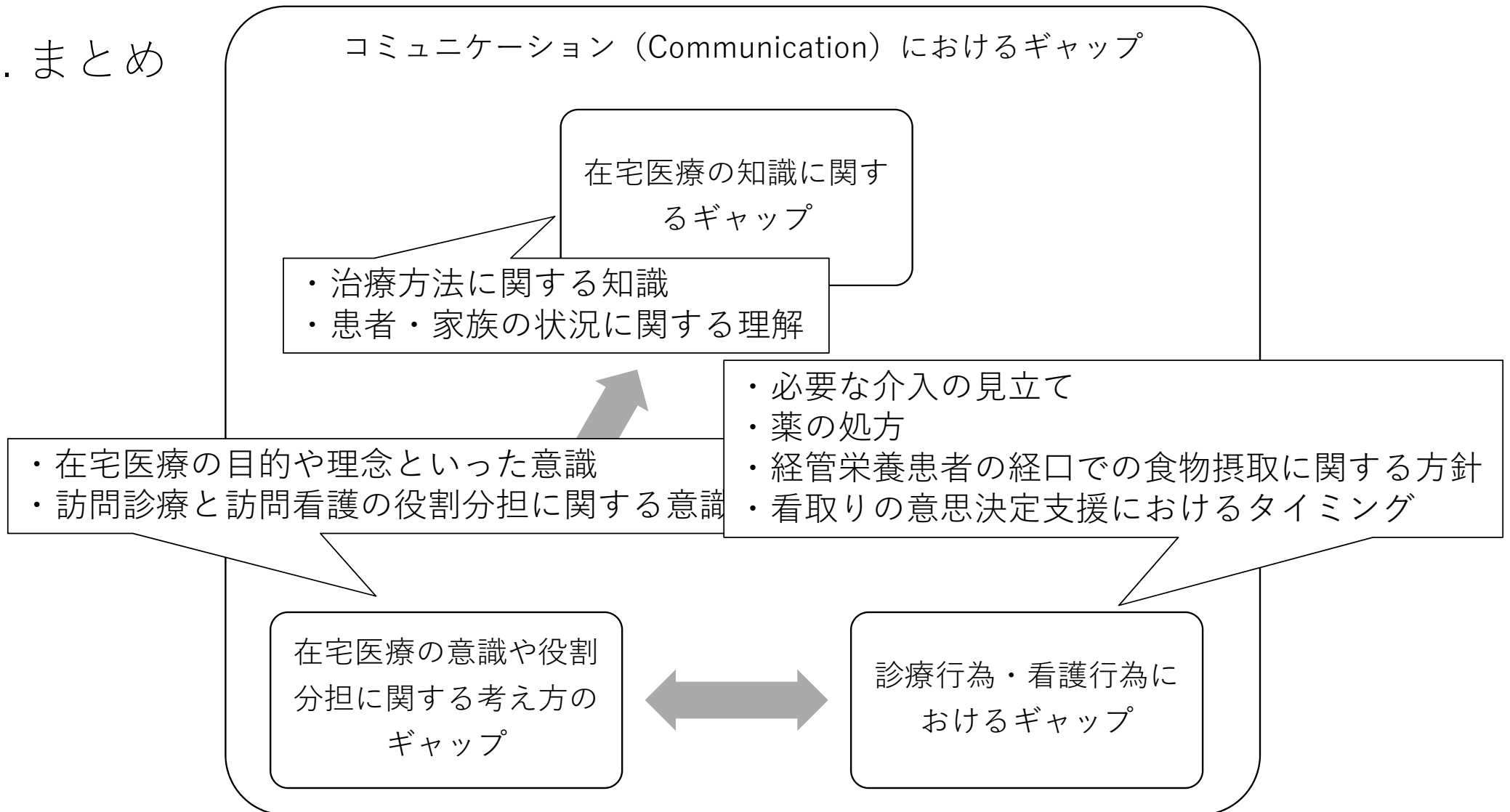


図1 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

4. まとめ

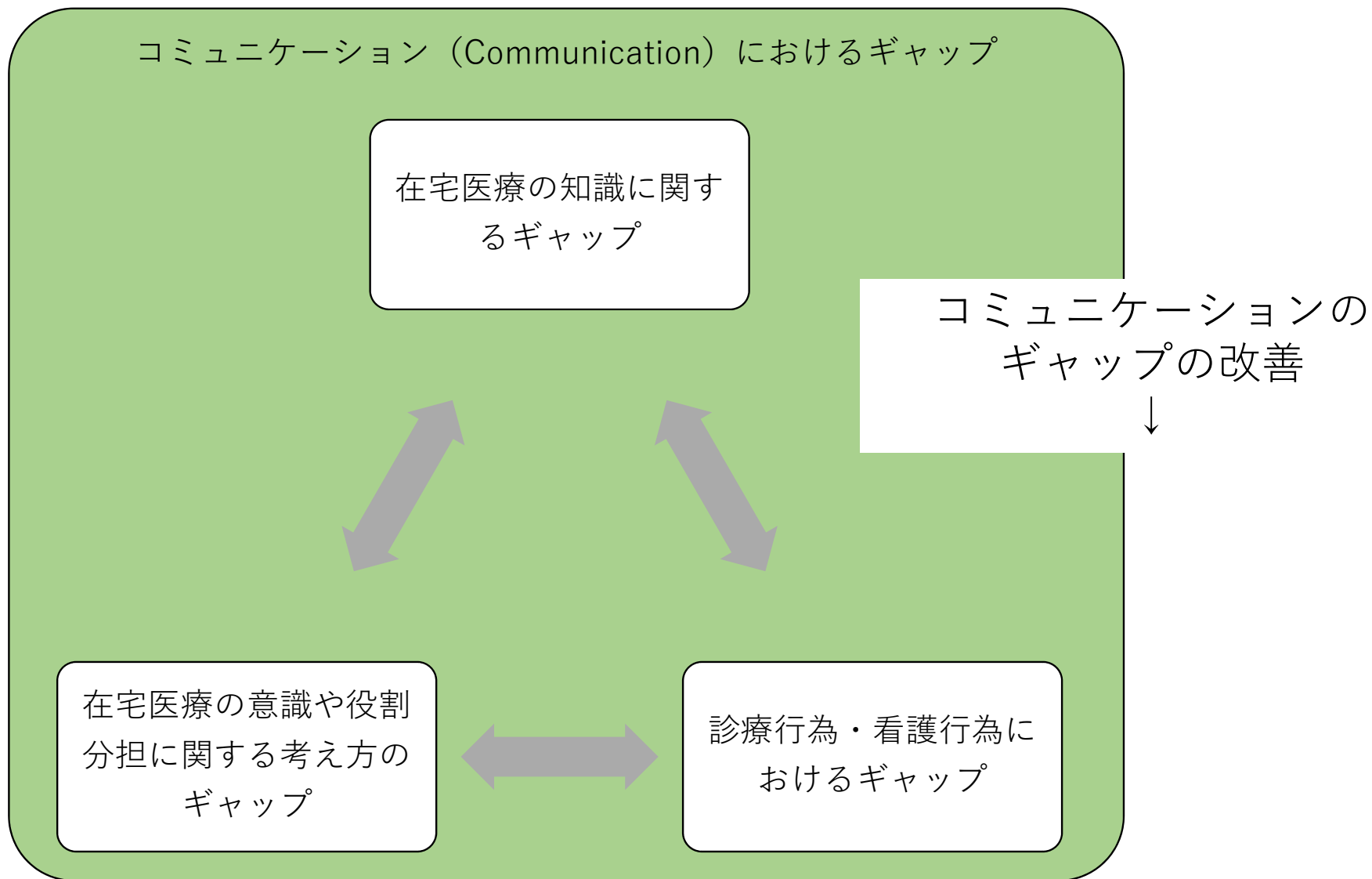


図 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

4. まとめ

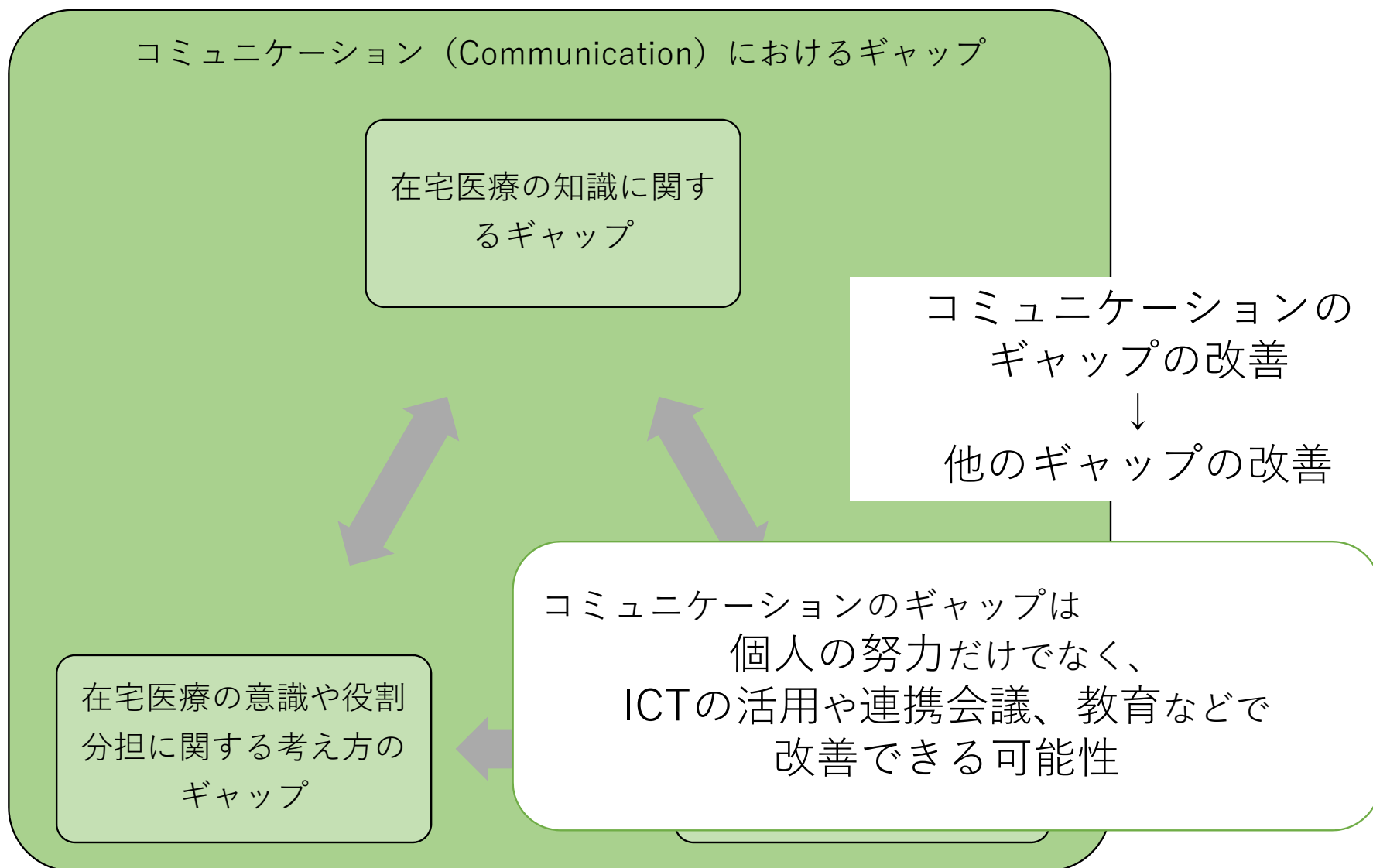


図 訪問診療医と訪問看護師の感じるギャップの分類と関係性

5. 引用文献

Zimmer JG, Groth-Juncker A, McCusker J. (1985) A randomized controlled study of a home health care team. *Am J Public Health* 75(2): 134-141.[PMID: 3966617];

Strauss AL, Corbin JM. (1998) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ong KY, Cheen MH, Chng JS, Chen LL, Ng SM, Lim SH, et al. (2017) Effectiveness of a multidisciplinary home-based medication review program in reducing healthcare utilization among older adult Singaporeans. *Geriatr Gerontol Int* 17(2): 302-307. [PMID: 26790376]

ご清聴ありがとうございました。