

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 20 日現在

機関番号：22401

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2014～2016

課題番号：26870470

研究課題名(和文) 病院から在宅療養移行時に携わる専門職者の専門職連携実践力の探究

研究課題名(英文) Exploration of Interprofessional Collaboration skills of professionals involved in transitional care to home

研究代表者

畔上 光代 (Azegami, Mitsuyo)

埼玉県立大学・保健医療福祉学部・助教

研究者番号：40644472

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、高齢患者の自宅退院に伴う退院支援におけるシームレスなケアを実現する専門職連携実践力を明らかにするために、訪問看護師、介護支援専門員、病院の退院調整部門の職員へのインタビュー調査、訪問看護師の専門職連携実践行動に関する質問紙調査、介護支援専門員の専門職連携実践行動に関する質問紙調査を行った。訪問看護師の連携行動の特徴として、地域の中で多方面に訪問看護の役割機能を発信するということが明らかとなった。介護支援専門員の特徴としては、利用者・家族の生活構築の伴走者となって利用者・家族とともに生活調整を行っていた。その中で、医療との連携の難しさや在宅医療サービス導入の難しさも明らかとなった。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to clarify the Interprofessional Collaboration skills of professionals involved in transitional care to home necessary for seamless care. We conducted the following study. Interview survey to visiting nurses, care managers, professionals of discharge support department. Questionnaire survey on visiting nurse's Interprofessional Collaboration skills. Questionnaire survey on care manager's Interprofessional Collaboration skills. As a characteristic of collaborative behavior of visiting nurses, it became clear that the role function of visiting nursing is disseminated in various directions in the area. As a characteristic of collaborative behavior of care managers, they were working as supporters of users and family members and making adjustments. Among them, the difficulties of collaboration with medical care and the difficulty of introducing home healthcare services have become clear.

研究分野：老年看護学

キーワード：多職種連携

1. 研究開始当初の背景

急速に進む高齢化の中で、今後増え続ける高齢者に対する医療の在り方が問われている。疾病を持つ高齢者が増加する一方、入院医療の供給体制が現在より拡充される可能性は低いと考えられるため、入院医療を受けることができない高齢者が発生することが懸念される。そのような高齢者に医療を提供するため、在宅医療・ケアの体制整備が重要な課題として挙げられる(吉江2013)。病院と在宅ケア機関の連携においては、退院調整や訪問看護ステーションとの連携についての研究や事例報告が多く、専門職の機関間連携力を評価し、その能力を明らかにしている研究は少ない。場の特徴から、在宅ケアには病院とは異なる IPW の姿があることが示唆されており、病院と在宅ケア機関の専門職の機関間 IPW を探究することによって、高齢者や家族が安心して在宅療養生活に移行することができると思え、本計画に至った。

2. 研究の目的

本研究の目的は、65歳以上の高齢患者の自宅退院に伴う退院支援において、病院と在宅ケア機関が行っている連携・協働の実際から、シームレスなケアを実現する専門職者の専門職連携実践力を明らかにすることである。そのために、以下3つの研究を行った。

(1)地域ネットワークを活用しIPWを行っている退院調整部門の専門職と在宅療養支援に携わる訪問看護師および介護支援専門員に日々の実践を語っていただき、その中から病院と在宅ケア機関の機関間連携に焦点を当てた専門職連携実践力を探究する。

(2)病院から在宅移行時に携わる専門職の専門職連携実践力を探究するために、訪問看護師へのインタビューで得た訪問看護師が行う専門職連携の実践内容から作成した調査票を用いて、A県内の訪問看護ステーションで働く訪問看護師を対象に調査を行い、内容の妥当性を検討する。

(3)病院から在宅移行時に携わる専門職の専門職連携実践力を探究するために、介護支援専門員へのインタビューで得た介護支援専門員が行う専門職連携の実践内容から作成した調査票を用いて、A県内の居宅介護支援事業所で働く介護支援専門員を対象に調査を行い、内容の妥当性を検討する。

3. 研究の方法

(1)インタビュー調査

文献検討より作成したインタビューガイドを用いて、退院調整部門の専門職、訪問看護師、介護支援専門員に半構成的な個別インタビューを行った。インタビュー対象者は縁故法により選定した。インタビューで得られたデータを職種ごとに質的記述的に分析した。

(2)訪問看護師への質問紙調査

対象者

A県内の訪問看護ステーション(312ヶ所)に勤務する全訪問看護師を対象とした。

方法

質問紙は訪問看護師へのインタビュー調査から明らかになった訪問看護師の連携実践を基盤として作成した。作成の過程では、IPWおよび質問紙調査に精通した研究者2名のスーパーバイズを受けた。

訪問看護師の専門職連携実践調査票は32項目からなり、回答は「いつもしている」「だいたいしている」「半分くらいはしている」「あまりしていない」「まったくしていない」の5件法とした。

調査票の配布は管理者の同意が得られた訪問看護ステーションに調査表を郵送し、個別に郵送で返送を求めた。

分析方法

回収された調査票について統計解析ソフト(SPSS statistics Ver.21)を用いて回答の割合、平均値、標準偏差を算出し、天井効果、床効果の検討、探索的因子分析などを行った。

(3)介護支援専門員への質問紙調査

対象者

A県内の指定居宅介護支援事業所(1,683ヶ所)に勤務する全介護支援専門員を対象とした。

方法

質問紙は介護支援専門員へのインタビュー調査から明らかになった介護支援専門員の連携実践を基盤として作成した。作成の過程では、IPWおよび質問紙調査に精通した研究者2名のスーパーバイズを受けた。

介護支援専門員の専門職連携実践調査票は33項目からなり、回答は「いつもしている」「だいたいしている」「半分くらいはしている」「あまりしていない」「まったくしていない」の5件法とした。

調査票の配布は、管理者の同意が得られた指定居宅介護支援事業所に調査表を郵送し、個別に郵送で返送を求めた。

分析方法

回収された調査票について統計解析ソフト(SPSS statistics Ver.21)を用いて回答の割合、平均値、標準偏差を算出し、天井効果、床効果の検討、探索的因子分析などを行った。

4. 研究成果

(1)インタビュー調査

訪問看護師へのインタビュー調査

同意が得られた研究対象者は、5か所の訪問看護ステーションに所属する6名の訪問看護師であった。役職は管理者が4名、主任が2名であった。

分析の結果、訪問看護師の連携実践に関する内容は135コード抽出された。それを類似性、相違性に基づいて分類し、31サブカテゴリーが生成され、11カテゴリーを抽出した。

これらは訪問看護師の連携行動として4つに分類された。以下、カテゴリーを<>、サブカテゴリーを[]で示す。

訪問看護師の機関間連携における連携行動は、まず【訪問看護師の専門性を発揮するための基盤づくり】として[訪問看護に声がかかる前から積極的に訪問看護について発信していく]など<訪問看護の役割機能を他職種や高齢者・家族に発信(する)>し、<訪問看護を活用してもらえるように他職種や高齢者・家族に働きかけ(る)>ていた。

さらに【訪問看護師の専門性を発揮した連携行動】として<医療と介護の橋渡しを担う>と同時に、<訪問看護師として高齢者の生活や病状の変化を予測し他職種に働きかけ(る)>、さらに<高齢者や家族の代弁者としての役割を担(う)>っていた。

【多職種と協働するための連携行動】として、<関係を作るために多職種や高齢者・家族と会う機会をつく(る)>り、<他職種や高齢者・家族と対話ができる関係づくりを(する)>していた。また、<利用者を中心に情報共有や相談をすることで信頼関係を作り連携していく><助け合いの関係を作る>など、信頼関係だけでなく助け合いの関係も作っていた。

【他組織と連携する上での課題】では、<窓口がはっきりしないと連携が困難になる>ことや、<在宅療養の準備期間が短い>といったことも抽出された。

介護支援専門員へのインタビュー調査

同意が得られた研究対象者は、4か所の居宅介護支援事業所に属する5名の介護支援専門員であった。分析の結果、介護支援専門員の連携実践に関する内容は113コード抽出され、38サブカテゴリー、14カテゴリーが抽出された。これらは介護支援専門員の連携行動として5つに分類された。以下、カテゴリーを<>、サブカテゴリーを[]で示す。

介護支援専門員の機関間連携における連携行動は、【多職種と知り合い協働するための連携行動】として<多職種と関係をつくるために地域の専門職と会う機会を活用(する)>したり、サービス調整の機会を使って<利用者を中心に他職種と対話ができる>こと、<機関の代表となる専門職と連携の関係を(つくる)>ことを実践していた。

また、【利用者・家族とともに行う生活調整】として[利用者や家族に今後の予測を伝えておく]といった<先を見越した調整を行い利用者・家族に説明(する)>し、<利用者・家族と専門職が合意するように調整(する)>していた。

さらに【連携の発信者となる】ために[入院したら会議がなくても病院に訪問する]など<自分で現状を確認し必要な援助を判断(する)>していた。また、必要な援助から[連携するタイミングを発信する]といった<連携の必要性を判断し発信する>行動も抽出された。

医療と介護の連携では、【医療を理解し協働するための連携行動】として<利用者のサービス調整に必要な医療の知識を持(つ)>ち、<病院から情報をもろうために多部門・多職種とやりとり(する)>をして<在宅医療サービス導入のための調整を(する)>していた。その中で、<病院に在宅療養のためのサポートをしてほしい>という願いも明らかになった。また、<訪問看護に医療との連携を任せる>ことでサポートをうけているといったことも抽出された。

【組織内連携の利点と混乱】では<組織内の関係を活かす情報共有の物理的メリット>という利点と、[同じ組織内では組織内の上下関係が影響してしまう]といった<組織内の階層関係とチームメンバー関係の混乱がある>が抽出された。

考察

訪問看護師へのインタビューから、訪問看護師は高齢者が病院から在宅療養に移行するときに、まず訪問看護の役割を他職種や高齢者・家族に理解してもらい、対話ができる関係を構築しようとしていた。さらに訪問看護を活用してもらうために積極的に働きかける様子も見られた。このように、訪問看護師の連携行動の特徴として、地域の中で多方面に訪問看護の役割機能を発信するということが明らかとなった。

介護支援専門員へのインタビューから、介護支援専門員は高齢者が病院から在宅療養に移行するときに、まず多職種と知り合い協働するための関係を構築しようとしていた。また、介護支援専門員の特徴として利用者・家族とともに生活構築の伴走者となって利用者・家族とともに生活調整を行っていた。その中で、医療との連携の難しさや在宅医療サービス導入の難しさも抽出され、そのための専門職連携実践力がケアマネジャーに求められている可能性が見出された。

(2) 訪問看護師への質問紙調査

WAM NET で検索した A 県内全訪問看護ステーション(312ヶ所)に調査依頼をし、同意が得られた施設(72ヶ所)の全訪問看護師449名を対象者とした。

返信のあった320名(回収率71.3%)の回答のうち、回答に欠損のあるデータを除く294名を有効回答として分析した(有効回答率65.5%)。以下、対象者の基本属性を表1に示す。

表1. 研究対象者(訪問看護師)の基本属性

年齢(歳±SD)	46.8±7.9
看護師経験年数	20.5±8.2
訪問看護師経験年数	7.9±6.1
職位(n=292)	
管理職	57(19.5%)
中間管理職	26(8.9%)
スタッフ	209(71.6%)
勤務形態	
常勤	200(68.0%)
非常勤	94(32.0%)

天井効果は「私はどの職種とも円滑な関係をつくろうとする」の1項目に見られた。床効果は全ての項目に見られなかった。

天井効果が見られた1項目も除外せずに探索的因子分析(最小二乗法、プロマックス回転)を行った。因子数は固有値1以上を条件として4因子が抽出された。因子負荷量0.35未満の2項目(「私は退院前カンファレンスに積極的に参加し、他の専門職や利用者・家族と関係をつくる」「私は他の専門職と一緒に訪問をし、協働の場をつくる」)を削除して因子分析を行った結果、因子負荷量は0.361~0.963、共通性は0.407以上が示された。Cronbach係数は全体で0.957、第1因子から第4因子までは $\alpha=0.809\sim0.934$ であった。因子間相関は $r=0.22\sim0.784$ の範囲であった。第1因子は「在宅医療を支えるマネジメント」、第2因子は「訪問看護の説明と役割発揮」、第3因子は「他職種との対話の促進」、第4因子は「他職種と協働しやすい環境づくり」と命名された。因子別の項目間相関係数は $r=0.353\sim0.897$ の範囲であった。

(3)介護支援専門員への質問紙調査

WAM NETで検索したA県内全指定居宅介護支援事業所(1,683ヶ所)に調査依頼をし、同意が得られた施設(397ヶ所)の全介護支援専門員1,139名を対象者とした。

返信のあった965名(回収率84.7%)の回答のうち、回答に欠損のあるデータを除いた887名を有効回答として分析した(有効回答率77.9%)。以下、対象者の基本属性を表2に示す。

表2. 研究対象者(介護支援専門員)の基本属性

年齢(歳±SD)	49.8±9.3
介護支援専門員経験年数	7.3±4.2
職位(n=876)	
管理職	274(31.3%)
中間管理職	111(12.7%)
スタッフ	491(56.1%)
勤務形態(n=882)	
常勤	774(87.8%)
非常勤	108(12.2%)

天井効果は「私は家族から利用者の病院での様子や退院予定について情報をもらう」「私は訪問看護が必要だと判断した時に、訪問看護の利用を利用者・家族に促す」「私は訪問看護が入る利用者に関しては訪問看護師から医療の情報を得る」「私は利用者・家族にケアマネとしてともに在宅生活を支える誠意を伝える」の4項目に見られた。床効果は見られなかった。

天井効果が見られた4項目も除外せずに探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。因子数は固有値1以上を条件として6因子が抽出された。因子負荷量0.35未満の3項目(「私は地域の専門職が集まる様々な会に参加し関係をつくる」「私は長期にわたってサービス導入を予測する」「私は利用者の状況を自分で判断してサービス調整をする」)を削除して因子分析を行った結果、因子負荷量は0.35~0.883、共通性は0.299以上が示された。Cronbach係数は全体で0.929、第1因子から第6因子までは $\alpha=0.638\sim0.831$ であった。因子間相関は $r=0.353\sim0.683$ の範囲であった。第1因子は「在宅療養生活維持のための調整」、第2因子は「利用者・家族への説明」、第3因子は「他職種への積極的コミュニケーション」、第4因子は「医療情報の収集と活用」、第5因子は「病院との調整と協働」、第6因子は「自発的な訪問」と命名された。因子別の項目間相関係数は $r=0.262\sim0.657$ の範囲であった。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計2件)

畔上光代、病院から在宅療養移行時に携わる専門職者の専門職連携実践力の探究-訪問看護師の実践から-、日本老年看護学会第20

回学術集会、2015年6月14日、パシフィコ
横浜（神奈川県横浜市）

畔上光代、病院から在宅療養移行時に携わ
る専門職者の専門職連携実践力の探究-ケア
マネジャーの実践から-、第8回日本保健医
療福祉連携教育学会、2015年8月9日、首都
大学東京（東京都荒川区）

6．研究組織

(1)研究代表者

畔上 光代（AZEGAMI, Mitsuyo）

埼玉県立大学・保健医療福祉学部・助教

研究者番号：40644472