

令和元年6月17日現在

機関番号：82643

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2018

課題番号：15K08864

研究課題名(和文) 脆弱高齢者のケア移行時における診療情報伝達のための標準的フォーマット開発

研究課題名(英文) Development of a standard format for clinical information transfer during the care transition period of frail elderly

研究代表者

松村 真司 (Matsumura, Shinji)

独立行政法人国立病院機構(東京医療センター臨床研究センター)・その他部局等・医師

研究者番号：90323542

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,800,000円

研究成果の概要(和文)：脆弱高齢者のケア移行時に臨床情報を適切に引き継ぐための方法の開発と有効性の検証を行った。ケア移行の概念整理を行った上で、医療・保健・介護職へのインタビュー調査によりケア移行時に必要な情報を抽出した。これらの知見をもとに作成された「標準ケア情報提供書」を介入とした無作為比較研究を行った。地域診療所20か所における計177例に対して質問票調査が行われ、有効回答112例(介入群45例、対照群67例)について入院経験、入院満足、医療資源の使用、医療機関間のコミュニケーションをアウトカムとして比較したが、2群間に有意な差は認めなかった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

今回の研究により我が国におけるケア移行、とりわけ脆弱高齢者に関するケア移行の概念の整理が行われた。またケア移行時、特に急性期病院の入退院時の情報伝達の際に優先度の高い情報が何かが明らかになった。一方、標準ケア情報提供書を介入に用いた無作為比較研究では、我が国のケア移行時に関する実証データが得られたが、いずれのアウトカムにおいても有意な差を認めなかったことから今回のような情報提供書を用いるのみでは不十分であることも明らかになった。これらすべてが今後のケア移行時の情報共有の方法を考える上で学術および社会的意義の高い知見であると考えられる。

研究成果の概要(英文)：We developed a method to transfer clinical information during the care transition period of vulnerable elderly and attempted to inquire into its effectiveness. After organizing the concept of care transition, we extracted the necessary information required during care transition through focus group interviews with healthcare and allied care professionals. Afterward, we conducted a randomized comparative study using the "standard care information sheet" based on the findings of the qualitative study as an intervention. A questionnaire survey was conducted using 177 samples in 20 clinics. Using these responses, we compared the hospitalization experience, hospital satisfaction, and health care resource utilization after the discharge of the respondents. We also compared communication between medical institutions. In total, 112 responses (45 in intervention group and 67 in control group) were compared, but the results revealed no significant difference between the two groups.

研究分野：プライマリ・ケア、ヘルスサービス研究、コミュニケーション

キーワード：在宅医療 医療の質改善 コミュニケーション 地域医療 ケア移行

## 様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19、CK - 19 (共通)

### 1. 研究開始当初の背景

ケア移行 Care transition とは、継続的な加療を要する患者において治療やケアが行われている場所が変化し、ケア提供者が変わることを示していると定義している。高齢人口が総人口の 20% を超え、さらに増加を続けている我が国において、在院日数の短縮と入院後早期からの退院にむけた調整が求められる急性期病院において、このようなケア移行における適切な情報交換や連携の質を高めることの重要性は近年高まってきている。とりわけ要介護状態にある脆弱高齢者に関しては、疾病の慢性化・複雑化、および患者一人にかかわる医療・福祉・介護職などの多人数化が進んでいるため、入院中ならびに退院後のケア体制を早期に確立するためには通常の医学的な診療情報に加え、患者の居住・生活環境、ADL/iADL、認知機能、Advance care planning の取得状況など、療養上・介護上不可欠な情報の確実な伝達が求められる。しかしこれらの情報は通常、患者に関わる複数の専門職の間で個別に取得され、その都度各担当者間で断片的に取得・蓄積されたものが、それぞれの担当者の裁量で伝達されているのが実情である。

欧米では 2000 年代に入りこのようなケア移行時の情報伝達に関し、多くの研究が行われるようになってきている。入院時担当医と地域のプライマリ・ケア医の間の直接のコミュニケーションが行われるのはごく少数 (3 - 20%) であり、退院後初回の外来受診までに退院サマリーが届いているのも少数 (12-34%) であることを明らかにし、これらの情報移行が不十分であることを示している (Kripalani, JAMA. 2007 [PMID: 17327525])。また、不適切な情報移行により、患者満足度の低下、副作用の発生、再入院率が増加することも明らかになっている (Naylor MD. Health Affairs. 2011 [PMID: 21471497])。一方、このような入退院時の情報伝達エラーを防ぐために、コンピュータ技術を利用した退院サマリイの改善や、事前の情報共有の試みが行われているが、退院後の再入院率の低下などの具体的なアウトカム改善には至っていないのが現状である (Hansen LO, Ann Intern Med. 2011 [PMID: 22007045])。

本邦においては高齢者における退院支援ツールの開発や、退院支援介入、疾患別の地域連携パスなどの作成による退院時の診療情報の適切な共有に関する試みや、入院時におけるスクリーニングシートを用いた早期からの退院支援導入の試みなど、本領域における先進的な試みが近年なされてきているものの (永田、他. 病院管理. 2004, 影山、浅野. 家族看護学研究. 2015, 影山、浅野. 家族看護学研究. 2015, 宇都宮、退院支援実践ナビ、2011)、急性期病院における診療情報の標準化や、それらの適切な伝達がその後の診療に与える影響や、医療者間のコミュニケーションをどう改善させていくかについての検討はほとんどなされていない。

今後さらに社会の高齢化および患者背景の複雑化が予想される中で、患者の生活情報、患者や患者家族の価値観や治療に関する希望、地域プライマリ・ケア医からの意見、今後の療養体制への希望などへの情報伝達に関する知見を収集する意義は大きく、これらについての実証研究を行うことは今後のケア移行の質を改善する上で極めて重要であると考えられる。

### 2. 研究の目的

本研究では、要介護状態にある脆弱高齢者のケア移行時、とりわけ急性期病院における入院時に、地域のプライマリ・ケア・チームと病院ケア・チームの間で、臨床情報が適切に引き継がれ、それによって退院後の患者ケアおよび医療機関間のコミュニケーションを改善させるための実践的な方法を開発することを目的としている。

具体的には以下の 3 点を研究の目的とした。

- (1) 脆弱高齢者の入退院時に重要とされる診療情報および生活・ケア情報の双方を取り入れた、患者に関する診療情報の伝達のための標準的フォーマットを開発する。
- (2) これらのフォーマットに即した情報を連携時に提供し活用することで、脆弱高齢者の急性疾患における入院時における患者および患者家族のケア体験、ならびに退院直後の生活およびケア体制が改善するかを検証する。特に、患者の生活情報・価値情報の伝達が、入院時のケアをより患者の価値を取り入れたものになるか、そして入退院における病院と地域プライマリ・ケア医とのコミュニケーションが改善するかを検証する。
- (3) 今回得られた知見を反映させ、ケア移行時の情報伝達に関する医療者向けの教育資源を開発する。

### 3. 研究の方法

#### (1) 我が国におけるケア移行概念の整理

脆弱高齢者のケア移行の概念整理とケア移行時の情報伝達内容に関する探索的研究  
国内外の脆弱高齢者に関するケア移行 (Care transition)、ケア連携 (Care coordination)、ケア統合 (Care integration) に関する文献を収集し、本邦における診療現場、とりわけプライマリ・ケアにおけるケア移行についての概念整理を行い、わが国におけるケア移行時の情報伝達とその課題について探索的研究を行った。

- (2) 脆弱高齢者の診療情報提供書フォーマット開発に関するインタビュー調査  
要介護2以上の脆弱高齢者が急性期病院に入退院する際に、どのような診療情報および生活・ケア情報の伝達を行うことが重要か、さらにこれらが通常の診療情報に加わることによって、改善が期待される入院中の診療・ケア内容および退院後の診療・ケア内容にはどのようなものがあるかを明らかにすることを目的としたインタビュー調査を行った。まず、地域医療に携わる関係者数名に対して半構造化個別インタビューを行い、これらの結果より得られた知見をもとにインタビューガイドを作成の上、急性期病院職員および地域プライマリ・ケアに従事する保健医療福祉職従事者を対象に2回のフォーカスグループインタビューを行った。またこれらの研究結果を踏まえて、要介護高齢者の急性期病院入院時における標準ケア情報提供書フォーマットを開発した。
- (3) 在宅脆弱高齢者入院時における標準ケア情報提供書フォーマットを用いたケア移行プロセス改善に関する介入研究  
(2)で作成された標準ケア情報提供書フォーマットの使用を介入とした多施設無作為比較介入研究を行った。同意の得られた要介護2以上の在宅療養患者を対象とし、全国20か所の協力診療所をそれぞれ無作為に介入群・対照群の2群に分け、急性疾患において入院をした際に、通常の診療情報提供書に加えて標準ケア情報提供書を記入し送付する群を介入群、通常の診療情報提供書を送付する群を対照群とし、これらの患者の退院後30日以内にあらかじめ同意の得られている患者の介護者に対して調査票を送付し、患者の療養環境・患者の希望を反映した入院体験および入院満足度(HPSQ-13)について自己記入式調査票を用いて測定した。また合わせて地域の在宅担当医に対して調査票を送付し、入院後の転帰、退院後30日以内の医療資源利用、入院スタッフ・在宅医間コミュニケーション、に関して情報を収集した。これらをアウトカムとし、2群間で比較し、介入についての効果を比較した。
- (4) ケア移行に関する教育資源の開発  
(1)～(3)における研究によって蓄積した知見を用いて、ケア移行に関する小冊子(医療者のための要介護高齢者における診療情報提供書作成ガイド)を作成し、医療保健・介護福祉関係者に広く配布した。またこれまでの知見に関しホームページを作成し経時的に広く情報提供を行った。

#### 4. 研究成果

- (1) ケア移行に関する概念整理、本邦におけるケア移行の定義  
国内外の文献を収集の上、先行研究において用いられているケア移行およびその上位概念であるケア連携に関する概念整理と定義づけを行った。米国の政府関連の保健医療の質評価・研究機関であるAHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)はケア連携(Care Coordination)とは「ヘルスケアサービスの適切な提供を促進するために、患者ケアにかかわる2人以上の担当者間で行われる患者ケア活動の熟慮した組織活動」と定義し、ケア連携の主たるゴールは、患者のニーズと希望に合致する質の高い医療を提供すること、と設定していた。またValentijnらは、ケアの連携には3段階があり、ニーズの把握と伝達の基礎となる第1段階(ケア・リンケージ(Care Linkage)=コミュニケーション)さらによりこれらのケアを担当する機関が一体化した狭義のケア連携(Care Coordination)そして患者ニーズを把握した上で、意思決定をきちんと行い、それぞれの組織が一体となって責任を持ったケア連携がされるようになった最終段階を、ケア統合(Care Integration)と、連続性をもった概念で表していた。このように、ケア連携を改善させるといった場合、どのレベルの連携を示し、また改善を試みる場合にはどの段階を目指しているのかを明らかにした上でこれらの議論を進める必要があることが明らかになった。このような先行研究における知見と、我が国の現在の医療・介護体制を踏まえて、本研究班においては「継続的な加療を要する患者が医療サービスを受ける医療機関や療養の場が移行し、ケア提供者が変わること」をケア移行と定義し、ケア移行はケア連携の一部を表しており、ケア提供者の変化に伴って考えられる提供者の組み合わせが多数考えられることを提示した。
- (2) 脆弱高齢者の診療情報提供書フォーマット開発に関するインタビュー調査  
脆弱高齢者が急性期病院に入退院する際にどのような情報が重要であるか、そしてどのようなフォーマットが有用であるかを明らかにすることを目的として2016年1月から3月まで、地域医療に携わる医療保健従事者5名に対し個別の半構造化インタビューを行い、さらに急性期病院職員、および在宅医療に従事する医療保健従事者を対象としたフォーカスグループインタビューを行った。録音されたインタビュー内容は逐語録を作成の上、2名の研究者が独立してその発話をもとに質的な内容分析を行った。得られた結果を持ち寄り、討議の上で分析結果を統合したものをインタビュー参加者にフィードバックし、内容の修正および確認を行ったものを最終分析結果とした。

個別インタビューにおいては急性疾患による入退院時の情報提供の際に多くの問題が発生し、入退院時に必要とされる共通の基本的情報と、入院時および退院のそれぞれの時に必要とされる特有の情報があることが指摘された。また、その双方において効果的な情報提供が求められていることが明らかになった。引き続き行われた急性期病院スタッフ8名、および地域保健医療従事者8名に対するフォーカスグループインタビューでは、入院時に求められる情報として「基本的ケア情報(連絡先、既往歴、内服歴、ADL/iADL)」、「蘇生に関する情報、アドバンスケアプランニング(ACP)の進捗状況」、「入院の目的・治療の目標」、「在宅での生活状況」が、また退院時には基本的ケア情報とともに「入院中に行われた説明内容」、「治療経過」、「退院後に必要な医療処置内容」の確実な伝達が求められていた。またこれらの情報を含む情報提供書のニーズは高かったが、そのフォーマット形式には様々な意見が見られた。これらの結果を踏まえ、急性期病院の入院時における標準ケア情報提供書フォーマットを作成した。

### (3) 在宅脆弱高齢者入院時における標準ケア情報提供書を用いたケア移行プロセス改善に関する介入研究

2017年5月～2018年11月に地域の20か所の診療所を対象として、本研究班が開発した標準ケア情報提供書を介入とした無作為比較研究を行った。最終的に研究組み入れ基準を満たしかつ同意が得られた計177例(対照群99例、介入群78例)に研究が行われた。そのうち、入院中の死亡、90日を越えた入院などの脱落例を除いた140例(介入群58例、対照群82例)からデータが得られ、うち有効回答が得られた112例(介入群45例、対照群67例)を解析対象とした。平均年齢は86.4歳、女性が70名(62.5%)を占め、61名(54.5%)が要介護4以上であった。独居は8名(7.1%)であった。これらの背景因子は群間に有意差を認めなかった。主要アウトカムである「患者の療養環境・希望を反映した入院体験」については因子分析により「療養環境の把握」、「今後の療養の希望・配慮」、「退院目標」、「退院支援」の4因子が抽出され、それぞれを下位尺度として0点-100点でスコア化した。その上で各下位尺度におけるスコアを群間で比較したが、それらの結果のすべてにおいて有意差はみられなかった(療養環境の把握: 対照群58.2、介入群58.8、 $p=0.88$ 、今後の療養先の希望・配慮: 対照群59.6、介入群58.1、 $p=0.67$ 、退院目標: 対照群70.9、介入群71.9、 $p=0.79$ 、退院支援: 対照群63.8、介入群66.3、 $p=0.56$ )。また、HPSQ-13で測定した介護家族によって記入された入院満足についても群間に有意差は見られなかった(コミュニケーション尺度: 対照群64.8、介入群66.0、 $p=0.59$ 、アメニティー尺度: 対照群67.0、介入群71.0、 $p=0.39$ 、一般的満足尺度: 対照群58.5、介入群61.2、 $p=0.49$ )。二次アウトカムである退院30日以内の緊急受診および再入院についても群間差は見られなかった。また在宅の担当医と病院スタッフ間のコミュニケーションについて、「入院中の問い合わせ」、「入院時の目標達成」、「病院スタッフとの情報共有」の項目については有意な差は認められなかったが、「退院前の退院日の外来主治医への通知」は介入群において有意に低い(介入群44.4%、対照群65.7%、 $p=0.026$ )という結果が得られた。以上より、今回の標準ケア情報提供書による情報伝達は、少なくとも入院ケアおよび病院と地域のコミュニケーションの改善には効果を認めなかったと考えられた。この理由として、情報伝達自体が本介入のような書式を用いたものでは適切に行われない可能性、情報伝達は十分に行われたがそれらの情報がその後活用されなかった可能性、今回設定した患者アウトカムには情報伝達以外の要因が果たす影響のほうが大きい可能性、等が考えられた。

これらより、現状行われている書類ベースでの情報提供のみでは、少なくともケア移行後の患者のケアに関して入院中のケア内容および退院後の患者アウトカム、および入院中の主治医と病院のコミュニケーションの改善のためには不十分である、という知見が得られた。

### (5) 脆弱高齢者のケア移行に関する教育資源の開発

今回の研究の過程で、とりわけ急性期病院の医療職において、脆弱高齢者、とくに要介護高齢者のケア移行における情報伝達とその活用についての教育資源が乏しいことが明らかになった。本研究において得られた知見をまとめた12ページの小冊子を作成・配布するとともに、特に急性期病院で勤務する医療スタッフに向けた情報をまとめたホームページを作成し、情報発信を行った。また、様々な媒体を用いて、これらのケア移行における情報提供の重要性について発信を行っている。

## 5. 主な発表論文等

### 〔雑誌論文〕(計 3 件)

新森加奈子, 木村琢磨, 松村真司 我が国におけるケア移行という概念 病院を退院した患者の診療所外来へのケア移行を中心に、日本プライマリ・ケア連合学会誌 査読有、41巻、2018、pp18-23

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/generalist/41/1/41\\_18/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/generalist/41/1/41_18/_article/-char/ja/)

松村真司、主治医移行・ケア移行時の注意とコツ、内科、査読無、122巻、2018、1005-1008

松村真司、施設間連携における情報の受け渡し 診療所 病院へのコンサルト/リファー、治療、査読無、101巻、2019、92-95

〔学会発表〕(計 2 件)

松村真司 要介護高齢者のケア移行時における診療情報交換 医療コミュニケーション研究会 第33回例会 名古屋大学医学部基礎研究棟 2018年12月11日(名古屋、愛知)

松村真司、飯岡緒美、小崎真規子、菅野哲也、新森加奈子、尾藤誠司 「脆弱高齢者のケア移行時における診療情報提供書フォーマットの開発」 第20回日本在宅医学会 グランドプリンスホテル新高輪 2018年4月29日(東京、東京)

〔図書〕(計 0 件)

〔産業財産権〕

出願状況(計 0 件)

取得状況(計 0 件)

〔その他〕

小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第1回「ケア移行,ケア連携,ケア統合がなぜ重要なのか？」 週刊医学界新聞 第3297号 2018年11月12日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03297\\_06](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03297_06)

小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第2回「救急外来から始まる効果的なケア移行」 週刊医学界新聞 第3301号 2018年12月10日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03301\\_05](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03301_05)

佐藤直行、小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第3回「カルテ記載によるケア移行」 週刊医学界新聞 第3305号 2019年1月14日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03305\\_02](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03305_02)

本橋健史、小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第4回「効果的で根拠のある指示伝達」 週刊医学界新聞 第3309号 2019年2月11日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03309\\_03](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03309_03)

本田優希、小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第5回 症例共有と臨床教育のための症例プレゼンテーション 週刊医学界新聞 第3313号 2019年3月11日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03313\\_05](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03313_05)

三高隼人、小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第6回 夜間・休日の急変に備えた効果的な申し送り 週刊医学界新聞 第3317号 2019年4月8日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03317\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03317_04)

鍋島正慶、小坂鎮太郎、松村真司 スマートなケア移行で行こう！ 第7回 ICUにおける多職種での情報共有と退室時のフォロー 週刊医学界新聞 第3321号 2019年5月13日 [https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03321\\_05](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03321_05)

ホームページ等

よりよいケア移行のためのWebサイト

<https://keaikou-kenkyu.jimdofree.com/>

6. 研究組織

(1)研究分担者

研究分担者氏名：

ローマ字氏名：

所属研究機関名：

部局名：

職名：

研究者番号（8桁）：

(2)研究協力者

研究協力者氏名：

ローマ字氏名：

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。