

平成 14-16 年度

青森県立保健大学 健康科学特別研究（保健福祉行政課題）総括報告書

## 青森県における包括ケアシステムの構築に向けて

－医療機関における「橋渡しナース」システムの導入と育成に関する研究－

研究代表者

青森県立保健大学

上 泉 和 子

研究分担者

(平成 14 年度)

青森県立保健大学	細 川 満 子
青森県立中央病院	板 橋 玲 子
むつ総合病院	今 村 緑
	船 木 悦 子
青森県健康福祉部健康医療課	五十洲 廣 明
	齋 藤 文 子
	館 田 菊 子

(平成 15 年度)

青森県立保健大学	細 川 満 子
	鄭 佳 紅
	早 川 ひと美
むつ総合病院	船 木 悦 子
五所川原市立西北中央病院	斉 藤 トミ子
青森県健康福祉部健康医療課	齋 藤 文 子
青森県健康福祉部健康福祉政策課	二川原 康 晴
	工 藤 俊 幸
	館 田 菊 子
西北健康福祉こどもセンター	大 谷 順 一

(平成 16 年度)

青森県立保健大学	細 川 満 子
	鄭 佳 紅
	早 川 ひと美
青森県健康福祉部健康福祉政策課	鳴 海 明 敏
	工 藤 俊 幸
	館 田 菊 子

研究協力者

(平成 14 年度)

下北地方健康福祉こどもセンター	逆瀬川 和 弘
青森県立中央病院	植 村 康 子
	斉 藤 喜美子

(平成 15 年度)

五所川原市立西北中央病院	秋 元 初 子
青森県立保健大学大学院修士課程	木 村 香

(平成 16 年度)

青森県立保健大学大学院修士課程	木 村 香
-----------------	-------

# 目 次

I. はじめに .....	1
II. 目的 .....	2
III. 研究方法 .....	2
1. 本県全域における医療施設の地域連携の実態.....	2
2. 下北地域での取り組み .....	2
3. 五所川原地域での取り組み .....	2
4. 県内4地域での取り組み .....	2
5. 橋渡し看護職員養成のためのカリキュラム .....	2
6. 地域ネットワークづくり .....	2
7. 橋渡しナースの業務の実際および評価の検討.....	2
IV. 結果 .....	4
1. 本県全域における医療施設の地域連携の実態.....	4
2. 下北地域での取り組み .....	5
3. 五所川原地域での取り組み .....	5
4. 県内4地域での取り組み .....	6
5. 橋渡しナース養成のためのカリキュラム .....	7
6. 地域ネットワークづくり .....	8
7. 橋渡しナースの業務の実際および評価の検討.....	9
V. 考察 .....	14
1. 実態把握 .....	14
2. 人材開発 .....	14
3. 組織運営支援 .....	14
4. ネットワーク化 .....	15
5. 評価 .....	15
VI. まとめ .....	17
VII. 文献 .....	17
VIII. 発表（学会発表） .....	18
VIII. 資 料 .....	19
資料1 橋渡し担当者一覧 .....	21
資料2 看護相談日報 .....	22
資料3 看護相談票A .....	23
資料4 看護相談票B .....	24
資料5 看護相談の記録 .....	25
資料6 橋渡しナース養成教育カリキュラム .....	26
資料7 第42回日本病院管理学会発表抄録 .....	31

## I. はじめに

青森県では、平成9年度から保健・医療・福祉のサービスを住民に一体的に提供する「青森県保健・医療・福祉包括ケアシステム」を市町村が構築することを推進しており、構築にあたり、医療機関との連携の確保が課題としてあげられていた。そこで、課題に向けた取り組みとして、患者が安心して円滑に生活の場を移行できるようにすることを目的に、継続看護の視点から医療機関内に看護職員を中心とした地域との「橋渡し」を担う人材を養成し、地域に「橋渡し」機能（①医療機関の利用者の意向を重視した退院調整，②在宅療養支援，③保健・福祉・他医療機関の関係者からの相談窓口）を導入する取り組みを行っている。

橋渡しナースは、利用者や患者が、ある施設から他の施設（病院から病院，あるいは福祉施設等）へ，あるいは在宅への移行期に関わる看護職をいい，その移行をスムーズにおこなうために必要なサービスを提供し，シームレスな（つなぎ目のみえない）サービスを提供することを目的としている。

橋渡しナースの役割は、

- ① 医療機関の利用者の意向を重視した退院調整を行う
- ② 在宅療養支援を行う
- ③ 保健・福祉・他医療機関の関係者からの相談窓口となる の3つである（図1）。

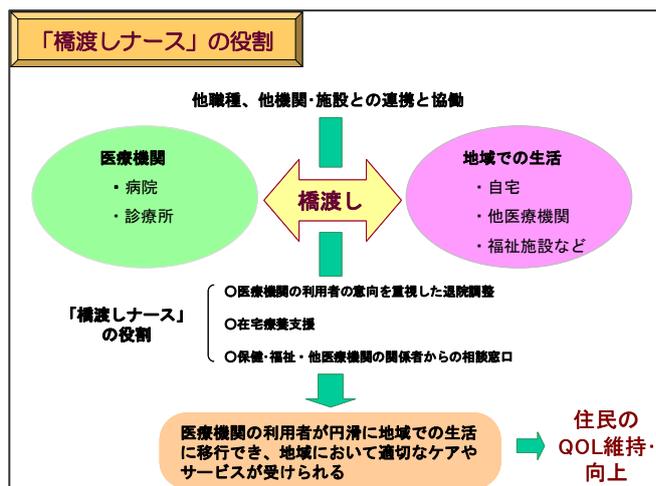


図1 橋渡しナースの役割

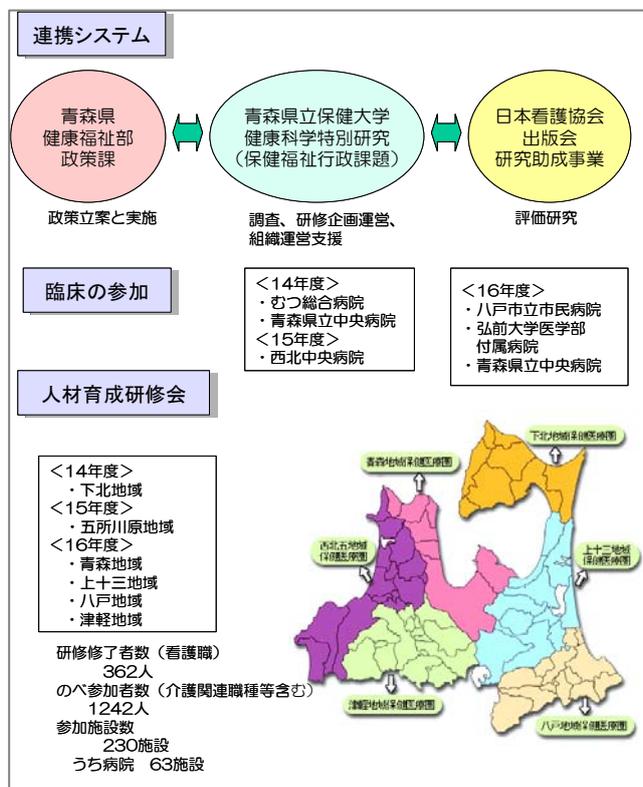


図2 県健康福祉部および臨床との連携・協働

「橋渡し」の担当者が病院内に組織され機能することで、利用者のニーズに即したサービスが提供でき、満足度がいっそう高まると考える。

そこで、本研究は、青森県健康福祉部と共同して、橋渡しナースシステム導入と橋渡しナース育成に関する官学連携研究を行うものである（図2）。

## Ⅱ. 目的

本研究は、医療機関利用者の方々に対する他医療機関や地域の保健福祉サービスとの連携（医療機関から地域への連携）の促進のため、医療機関と他機関との連携を担う看護職員（橋渡しナース）の役割の明確化、医療施設における位置づけと連携システムの構築、橋渡しナースの教育・訓練プログラムの開発と育成、橋渡しシステムの評価を行うことを目的とした。

## Ⅲ. 研究方法

### 1. 本県全域における医療施設の地域連携の実態

県内すべての病院を対象に医療機関から地域への連携に関するアンケート調査を実施した。調査内容は、医療機関から地域への連携のための部署・窓口・担当者の設置の有無、関わっている職種、地域連携の必要性についてなどとした（平成 14, 16 年度）。

また、すでに橋渡しを担う部門等が機能している施設の担当者にヒアリング調査を行い、橋渡し業務・活動の実態を明らかにし、「橋渡しナース」の役割について検討を行った。

### 2. 下北地域での取り組み

「橋渡しナース」の教育・訓練を目的とした研修会を企画し、むつ・下北地域における研修会を開催した（平成 14 年度）。

また、むつ・下北地域の中核病院における橋渡し部門開設支援を行った。

### 3. 五所川原地域での取り組み

医療機関における「橋渡しナース」実施について、五所川原地域をモデル地区として、導入のための事前調査、組織づくり・試行導入、研修会の開催を行った（平成 15 年度）。また、これらの取り組みについてその成果の検討を行った。

### 4. 県内 4 地域での取り組み

青森県内 4 地域（研修未開催地区）において「橋渡しナース」の育成を主眼とした橋渡し担当者養成研修会を開催した（平成 16 年度）。

### 5. 橋渡し看護職員養成のためのカリキュラム

平成 14, 15 年度の「橋渡しナース」の育成を主眼とした研修会開催をもとに、人材の育成と教育・訓練プログラムの作成および評価を行い、橋渡しナース養成のためのカリキュラムを作成した（平成 15 年度）。

### 6. 地域ネットワークづくり

むつ・下北地域において、看護職を中心とした橋渡し窓口のネットワークづくりを行い、その成果について検討を行った。

また、県内の橋渡しを担う看護職員を中心とするネットワークづくりのため、橋渡し担当者連絡会を開催し、ネットワーク構築支援を行った（平成 15, 16 年度）。

### 7. 橋渡しナースの業務の実際および評価の検討

平成 14, 15 年度の成果をふまえ、「橋渡しナース」の活動成果の評価を目的に、評価指標の作成、洗練を行った（平成 16 年度）。

なお、3 か年にわたる本研究の全体概要は図 3 の通りである。

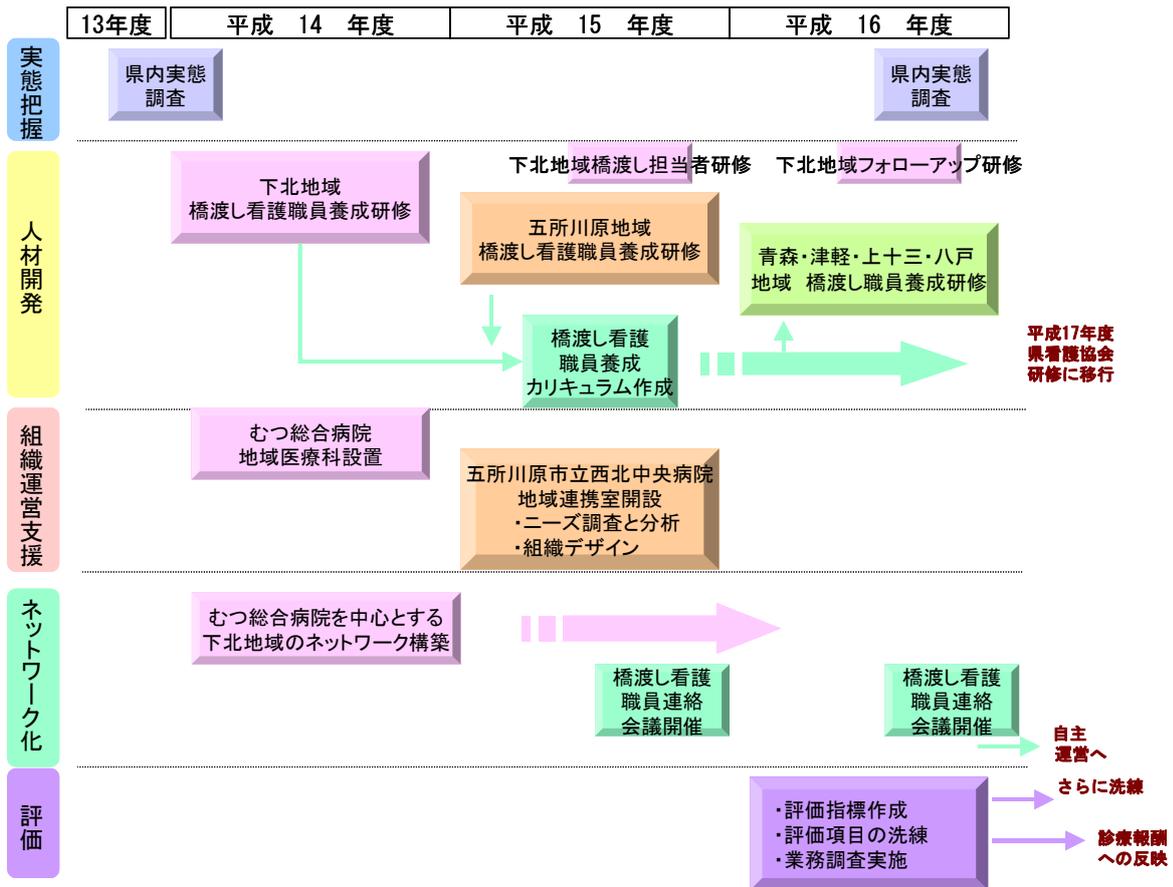


図 3 本研究の全体概要

## IV. 結果

### 1. 本県全域における医療施設の地域連携の実態

平成 14、および 16 年の 2 回にわたり、県内の医療施設（全病院）を対象に、地域連携に関するアンケートを行った。

結果、地域との連携機能を担う窓口や担当者を有する病院は、平成 14 年 64 施設（58.2%）、平成 16 年 91 施設（83.5%）であった（図 4）。これらの病院のうち、担当者として看護職が従事するのは平成 14 年 44 施設（40.0%）、平成 16 年 50 施設（54.9%）、事務職員平成 14 年 15 施設（13.6%）、17 施設（18.7%）、MSW 平成 14 年 15 施設（13.6%）、16 年 15 施設（16.5%）であった（図 5）。

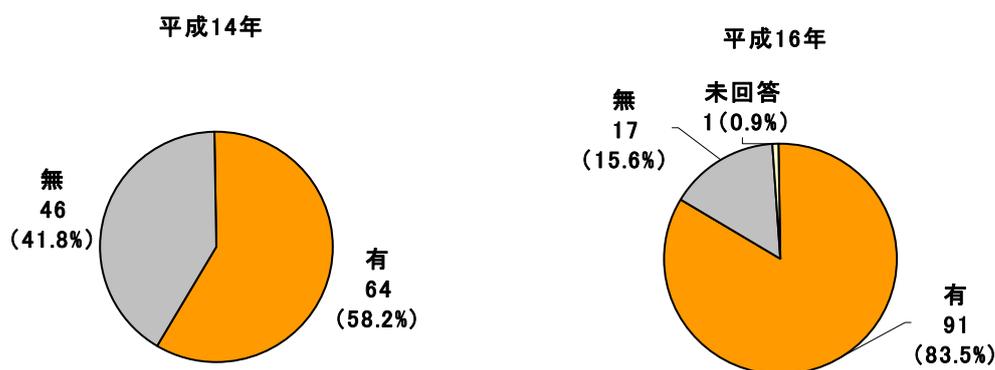


図 4 連携窓口・担当者を有する病院数

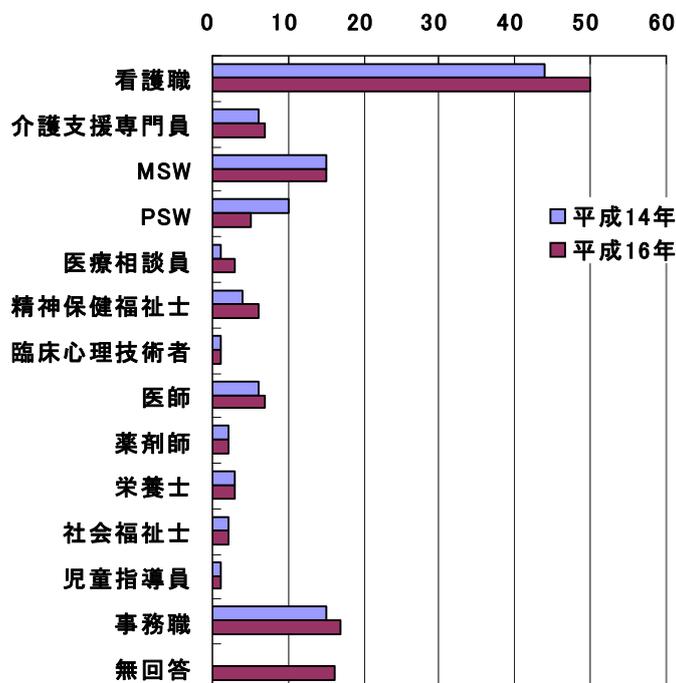


図 5 職種別担当者の配置状況

## 2. 下北地域での取り組み

### 1) 病院における橋渡し部門の活動

下北地域では、平成14年度「むつ・下北地域橋渡し看護職員の養成研修」を開催し、平成15年4月、むつ総合病院に「橋渡し窓口」を開設した。

むつ総合病院における平成16年4月から平成17年1月までの橋渡し窓口の現況は、

- ①退院調整 40件（在宅へ20件，転院・施設入所14件，在院中の死亡6件）
- ②看護相談 221件（ケアマネジャー，担当相談員，ケースワーカー，家族，本人，院内看護師，保健師，役場担当者，他医院の看護師など）
- ③利用者の受診時の代替受付（予約的な配慮）2200件となっている。

むつ総合病院橋渡し窓口の活用は、院内広報から始まり保健所の機関誌「てっぺん」による地域への広報により活発になっている。また、院内の橋渡し担当を看護師長，主任に限定していたが、平成17年3月より「橋渡し病棟協力員」を設け連携強化を図っている。

### 2) むつ・下北地域での橋渡しナース養成研修

むつ・下北地域において、平成14年度に橋渡しナース養成研修を開催した。概要は表1の通りであった。

表1 むつ・下北地域における橋渡しナース養成研修

区分	第1回	第2回	第3回
開催月日	平成14年10月6日（日）	平成14年10月27日（日）	平成14年11月17日（日）
時間	10時～15時30分	10時～16時	10時～16時
会場	公済会館	公済会館	むつグランドホテル
対象者	主に医療機関に従事する看護職員 50名	主に医療機関に従事する看護職員 44名	保健医療福祉関係者 61名
趣旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機関を巻き込んだ地域連携の強化を図る。</li> <li>○ 展開事業の導入、周知</li> <li>○ 問題意識の共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機関において「橋渡し」の役割を担う看護職員を養成し確保することを目的とする。</li> <li>○ 位置付け、役割の認識</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域における「橋渡し」を担う看護職員の活用</li> <li>○ 包括ケアシステム構築推進の具体的方策の検討</li> </ul>

### 3) フォローアップ研修

平成15年度に、すでに看護相談室が機能している施設において、橋渡し担当者の1日実地研修を行った。

また、平成16年度は、むつ・下北地域での橋渡しネットワークの関係者等を対象に事例分析を中心としたフォローアップ研修会を開催し、その後の状況報告および意見交換を行った。

## 3. 五所川原地域での取り組み

五所川原地域では、橋渡し機能をもつ病院がなかったため、この地域の中核となる西北中央病院に橋渡し部門を開設することを提言し、病院における橋渡し部門の組織運営支援および橋渡しナース養成研修を開催した。

### 1) 病院における橋渡し部門の組織運営支援

「橋渡し」システムを導入するにあたり当該病院に勤務する看護職員と退院予定が決まった患者・家族および過去1年間に退院した患者の記録を基に、必要とする退院調整部門や橋渡し機能のニーズについて調査するにあたり、調査計画，実施，分析と組織計画立案支援を行った。

結果、橋渡し機能を必要とする患者数の予測，それに伴い発生する業務に必要となる職員数，

担当者の要件等について明らかとなった。また、調査をもとにしたニーズ検討により、当該病院における「橋渡しナース」システムの導入のあり方（組織デザイン）について検討した。

そして、2004年4月、地域連携室として開設し、外来主任兼務で「橋渡しナース」担当1名を配置した。

1年間の各病棟からの退院調整依頼患者数は160人であった。橋渡しナースが直接、連絡調整の為に関わった地域の関係機関として、居宅介護支援事業所19箇所、グループホーム等の施設5箇所、病院7箇所、市町村2箇所、であった。地域連携では、ケアマネジャーとの連絡調整が最も多く136件であった。

「橋渡しナース」システムを導入し、地域のケアマネジャーから「窓口ができて連絡しやすくなった」「ケア会議に出席している為、気軽に相談しやすくなった」という声が聞かれるようになった。また、患者・家族からは「利用してみたい」「助かる」「これからは必要なことだ」という声が聞かれている。病棟師長やスタッフからは「窓口業務が軽減できた」「社会資源の情報提供等すぐ対応してくれるので大変助かる」等、良い評価を得ている。

## 2) 五所川原地域での橋渡しナース養成研修

五所川原地域において、橋渡しナース養成研修を開催した。この地域では、これまで橋渡し機能を担う病院の窓口や担当者がなかったため、5日間の開催概要は表2の通りであった。

表2 五所川原地域における橋渡しナース養成研修

区分	第1回 (地域連携会議)	第2回	第3回	第4回	第5回 (地域連携会議)
開催月日	平成15年10月5日 (日)	平成15年10月19日 (日)	平成15年11月2日 (日)	平成15年11月16日 (日)	平成15年12月14日 (日)
時間	10時～15時30分	10時～16時	10時～16時	10時～16時	10時～15時30分
会場	ふるさと交流圏民センター「オルテンシア」	青森県「五所川原合同庁舎」	青森県「五所川原合同庁舎」	青森県「五所川原合同庁舎」	「五所川原市中央公民館」
対象者	保健医療福祉関係者 171名	主に医療機関に従事する看護職員 92名	主に医療機関に従事する看護職員 95名	主に医療機関に従事する看護職員 88名	保健医療福祉関係者 168名
趣旨	○ 医療機関を巻き込んだ地域連携の強化を図る。  ○ 展開事業の導入、周知  ○ 問題意識の共有	○ 医療機関において「橋渡し」の役割を担う看護職員を養成し確保することを目的とする。  ○ 位置付け、役割の認識	○ 医療機関において「橋渡し」の役割を担う看護職員を養成し確保することを目的とする。  ○ 活動内容と方法論	○ 医療機関において「橋渡し」の役割を担う看護職員を養成し確保することを目的とする。  ○ 活動内容と方法論	○ 地域における「橋渡し」を担う看護職員の活用  ○ 包括ケアシステム構築推進の具体的方策の検討

## 4. 県内4地域での取り組み

平成16年度は、青森地域、津軽地域、八戸地域、上十三地域の残り4地域において橋渡しナース養成研修を開催した。これらの4地域は、すでに橋渡し機能を担う担当者が活動している地域である。

研修開催にあたり、平成15年度に作成したカリキュラムをもとにプログラムを検討し、各地域の研修は、「行政説明」「橋渡しナースの必要性」「地域資源」「具体的活動」等の内容で、2日間（10時間）の研修とした。詳細は、表3の通りであった。

この研修が終了したことにより、平成14年度から開催してきた橋渡しナースおよび橋渡しを担う職員養成研修は、青森県内全域において開催されたこととなり、3か年の研修修了者は、看護職362名、のべ受講者数1,242名（介護職員等を含む）となった。

また、受講者の所属施設数は230施設、うち病院は63施設であった（表4）。

表 3 橋渡しを担う職員養成研修開催状況

	青森地域	津軽地域	八戸地域	上十三地域
研修開催日程	H16. 11/26-27 (金・土)	H16. 9/4-5 (土・日)	H16. 10/22-23 (金・土)	H16. 10/16-17 (土・日)
開催場所	アピオあおもり	青森県武道館	八戸市立上長公民館	十和田市保健センター
参加者	看護師 保健師 介護支援専門員 ソーシャルワーカー 等 58名	看護師 保健師 介護支援専門員 ソーシャルワーカー 等 53名	看護師 保健師 介護支援専門員 ソーシャルワーカー 等 99名	看護師 保健師 介護支援専門員 ソーシャルワーカー 等 80名
内容	行政説明講義 「保健・医療・福祉包括ケアシステムと橋渡し機能の導入について」 行政説明講義 「橋渡しを担う看護職員の必要性」 行政説明講義 「当該地域における保健・医療・福祉の資源と連携の課題」 行政説明講義 「他地域での取り組み」 事例検討 「橋渡しに必要な知識 1 ～橋渡しの対象と退院調整の方法～」 「橋渡しに必要な知識 2 ～介護保険の知識と連携～」 「橋渡しに必要な知識 3 ～在宅療養支援～」 「橋渡しに必要な知識 4 ～訪問看護ステーションとの連携～」 「橋渡しに必要な知識 5 ～地域の保健活動と連携～」			

表 4 橋渡しナースおよび橋渡しを担う職員養成研修実績

(人)

	青 森	津 軽	八 戸	西北五	上十三	下 北	計
受講者延人数	98	88	198	604	140	114	1242
実人数	49	44	99	62	70	38	362

## 5. 橋渡しナース養成のためのカリキュラム

平成 14, 15 年度に実施した橋渡し看護職員養成研修会の実績をもとに、今後の橋渡しナース育成研修プログラムの基盤として活用することを前提に、研修の目的、ねらい、科目・科目概要・教育方法・時間数、評価などをはじめとする検討を行い、カリキュラム（全 13 科目 690 分）を作成した（表 5）。

表 5 橋渡しナース養成カリキュラムの概要

ねらい	科目	方法	時間 (分)
I. 包括ケアシステムの充実を図る目的で、医療機関の利用者が円滑に在宅での生活に移行できるように必要となる橋渡しナースについての概要を理解する	包括ケアシステムと橋渡しを担うナースの必要性	講義	60
II. 橋渡しナースとして必要な基礎知識について理解を深める ①地域の資源活用について ②在宅看護の提供について ③他部門(院内・院外)との調整について ④情報提供について	継続看護のあり方	講義	30
	橋渡しを担うナースの基礎知識	講義	30
	介護保険・福祉サービスについての知識	講義	60
	地域の資源とその活用	資料提供	
	退院調整の方法	講義 事例紹介	90
	在宅での看護ケア提供に関する知識	講義 事例紹介	30
	相談・指導の方法	講義 事例紹介	60
	サービスの評価	講義	60
	地域連携を促進するための資源の創出と活用	講義	60
	情報提供について	講義 事例紹介	30
III. 橋渡し部門のマネジメントについて学ぶ	橋渡し部門のマネジメント	講義	30
IV. 事例を通して橋渡し機能の実際を学ぶ、事例を通して各自の課題解決の方策を考える。	事例検討	グループ * ディスカッション	120
			690

なお、橋渡しナースの活動を実現するためには、①橋渡しナース、②橋渡しナースの活用者、③地域での包括ケアシステムの推進者（地域の保健師）、の機能が必要であり、本プログラムの対象者は、それらの3つの役割を担う者とした。

## 6. 地域ネットワークづくり

### 1) むつ・下北地域のネットワークづくり

当初、「医療機関から地域への発信」を主として始まったが、実際には地域から医療機関への移行時にも活用されており、双方向の架け橋としての役割も多く、むつ・下北地域全土における橋渡し窓口のネットワークシステム構築へと進んだ。

ネットワーク構築には「下北医療センター看護部交流会（以下交流会）」と橋渡し看護職員養成研修と同時に立上げた「むつ・下北地域看護と介護の連携作り委員会(以下委員会)」が大きな役割をしている。

現在では、むつ・下北地域1市3町4村に33の橋渡し窓口が開設となった。

橋渡し窓口の運用にあたり、利用者の情報が的確に提供できるよう①看護情報提供書（共通使用）、②橋渡し看護基準を作成し各窓口に備えた。

むつ市のネットワーク構築にあたり、9居宅介護サービス事業所と行政で形成されている「ケア会議」との連携から始めた。この9事業所は、むつ市立の9中学校エリアに一つずつ存在している。

次に推し進めた連携は、下北医師会とのネットワークづくりである。

むつ・下北地域の開業医院は大畑町の1医院を除いた残り全てがむつ市に集中している。開業医とのネットワークは、委員会の一員でもあり医師会々員でもある、むつリハビリテーション病院にスムーズに拠点をおくことができた。

保健・医療・福祉による包括ケアシステム構築のためのネットワーク形成に不可欠な行政との連携は、市の介護福祉課と健康福祉課に協力要請により委員会の一員となってもらったことで、システム構築上の最大の強みとなった。

結果、1市3町4村の行政への拡大も容易に行なわれ、市町村保健師にもネットの拡充を図ることができた。

ネット構築には、交流会と委員会の役割はもちろん、下北地方健康福祉こどもセンターによる橋渡しフォローアップ研修の開催、橋渡し基準の作成、橋渡し窓口設置の拡大、地域との折衝、橋渡しの広報等々、指導・支援を受けた。

そして、県と県立保健大学の特別研究が発端となり、橋渡し窓口を下北一円に開設でき平成16年11月にネットワークとして始動した。

### 2) 県内の橋渡しを担う看護職員連絡会

平成15、16年の2か年、医療機関の橋渡し部門を担う看護職員の連携を促進するために、橋渡しナース連絡会議を開催し、県内の橋渡しを担う看護職員等の情報交換を行った。連絡会では、医療圏ごとに中核病院の橋渡しナースがリーダーシップをとり、情報交換や事例検討会の場を設け、ネットワーク構築の促進をはかった。

また、参加者の所属施設の橋渡し担当部門および担当者の連絡先を明記したリスト作成を行った（資料1）。

## 7. 橋渡しナースの業務の実際および評価の検討

今後さらに、保健・医療・福祉の連携を促進し、利用者のニーズに即したサービスの提供を追求するために、病院における「橋渡しナース」の提供するサービスの実際とその成果について明らかにすることを目的に、橋渡し機能および橋渡しナースの評価指標について、以下のよう

### 1) 橋渡し機能の評価の視点及び評価指標の検討

橋渡し機能および橋渡しナースの評価指標について、これまでの研究の成果、文献検討をもとに、研究者と青森県内においてすでに「橋渡しナース」の業務に従事する看護師3名、県行政に従事する看護職1名による検討を重ねた。

結果、橋渡し機能および橋渡しナースの評価指標は、これまでの研究の成果、文献検討をもとに、「橋渡し機能（サービス）の専門性」「サービス提供の構造」「社会資源の適正配分」「迅速性・適時生」「公平性・安定性」「利用者の尊重」「双方向性」の7つの大項目と26の中項目で構成した。そして、各項目について「構造」「過程」「成果」の視点から具体的な成果指標を抽出し、洗練を重ねた（表6,7）。

表6 橋渡しシステムの評価指標（概要）

評価基準 大項目	中項目	評価指標		
		S(構造)	P(過程)	O(成果)
橋渡し機能(サービス)の専門性	1)相談・指導技術 2)関係者の連携 3)橋渡しサービスの提供 4)情報の適切性			
サービス提供の構造	1)連携体制(院内) 2)連携体制(院外) 3)橋渡し部門の組織的位置づけ 4)環境 5)啓蒙活動			
社会資源の適正配分	1)医療費の低減 2)健康意識向上 3)資料・パンフレット等の有効活用 4)施設の適正活用 5)人的資源の有効活用			
迅速性・適時性	1)情報の迅速な提供 2)療養の持続性 3)情報の蓄積 4)フォローアップ			
公平性・安定性	1)アクセシビリティ 2)システムの整合性			
利用者の尊重	1)コミュニケーション 2)生活状況の考慮 3)利用者の参画 4)インフォームド・コンセント (利用者の意向尊重) 5)プライバシーの保護 6)代弁機能			
双方向性				

表 7 橋渡しシステムの評価指標（一部抜粋）

評価基準		評価指標		
大項目	中項目	S(構造)	P(過程)	O(成果)
橋渡し機能（サービスの専門性）	1) 相談・指導技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修会の有無(担当者および関係者対象の研修を含む)</li> <li>・研修会の参加</li> <li>・関連学会等への参加</li> <li>・連絡会への参加</li> <li>・担当者になるための要件</li> <li>・担当者の業務内容</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・橋渡し機能に関する知識の活用</li> <li>・社会資源に関する知識の活用</li> <li>・相談技術の活用</li> <li>・自己決定支援の技術の活用</li> <li>・交渉の技術の活用</li> <li>・橋渡し部門のマネジメント技術の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職として提供する技術に対して納得しているかどうか。</li> <li>・新しい必要な知識の獲得と技術の向上があったか。</li> </ul>
	2) 関係者の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者のカンファレンスの有無</li> <li>・院内と院外の関係者間の話し合いの場と時間の調整</li> <li>・カンファレンスの参加者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスの回数</li> <li>・情報共有しているか</li> <li>・情報の不一致を調整しているか</li> <li>・カンファレンスでケースのゴール設定の調整をしているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスにかかったケースの数</li> <li>・情報共有されたか</li> <li>・情報の食い違いを修正し、ケースに対しての共通理解が得られる</li> <li>・退院計画のゴール設定が共有化される</li> <li>・カンファレンスの結果が橋渡しに活用されたかどうか</li> <li>・橋渡しサービスを提供したケースの数</li> <li>・退院後の転帰</li> <li>・使用した社会資源</li> <li>・利用者の情報量の変化</li> <li>・情報がうまく流れたかどうか</li> <li>・提供された情報と現状とのギャップが少ない</li> <li>・退院計画の適切性</li> <li>・計画通りの退院かどうか</li> <li>・たらい回しにされないか</li> <li>・今の状況を受け入れる、折り合いをつけるという前向きな気持ちがあるか。</li> <li>・生活意欲は向上したか。</li> <li>・安心感(ほっとする)がもてたか。</li> <li>・具体的な行動に現れているか(退院の準備を始めるなど)。</li> <li>・利用者の気持ちのゆれはどうか。</li> </ul>
	3) 橋渡しサービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者の配置</li> <li>・担当者の人数</li> <li>・担当者の勤務態勢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談支援活動</li> <li>退院計画立案とその調整</li> <li>連絡調整活動</li> <li>情報提供</li> <li>利用者への指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・提供された情報が適切か</li> </ul>
	4) 情報の適切性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・橋渡し部門が持っている情報(連携先・利用可能施設・社会資源など)</li> <li>・情報提供シートの有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供に対する患者の同意の有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供件数・内容</li> </ul>

## 2) 橋渡しナースの業務内容と記録書式の検討

橋渡し機能および橋渡しナースの業務について、これまでの研究の成果、文献検討および本研究メンバー（青森県内においてすでに「橋渡しナース」の業務に従事する看護師3名、県行政に従事する看護職1名、および研究者4名）による検討を重ねた。

検討結果をもとに、橋渡しナースの業務の記録書式について検討を行い、2回のプレテストをもとに修正を行った。

結果、橋渡しナースの機能の目的および実際の従事者の業務内容から、橋渡しナースの業務項目は、「看護相談」「相談支援活動」「連絡調整活動」「退院計画立案と調整」「情報提供」「利用者への指導」「啓蒙活動」「事例検討会」があげられた。また、施設により実際の従事業務として、「受診介助・支援」「訪問看護」があり、「看護相談以外の対応」も含め、業務項目として整理した。

「看護相談」は、さらに「入院に際しての相談」「退院に際しての相談」「各書類手続き相談」をはじめとする12項目に細分類した。「相談支援活動」は、利用者の自己決定やセルフケアを支援することを理念として「本人・家族の希望を確認する」「調整課題を提示する」など4項目に細分類した。「連絡調整活動」は、「院内の連絡調整」「介護保険活用に関する調整」「他医療機関への照会・調整」など14項目に細分類した。「退院計画立案と調整」は、「クリティカルパス・標準看護計画の適用の支援」「退院可能性の評価」など4項目に細分類した。「情報提供」は、「施設等への患者情報の提供」「地域の保健師への情報提供」など6項目に細分類した。「利用者への指導」は、「医療機器・看護用具の取扱指導」「生活上必要な技術習得支援」など9項目に細分類した。「啓蒙活動」は、「院内職員に対する啓蒙」「院外の橋渡しネットワークの開発」など5項目に細分類した。

以上の検討結果をふまえ、看護相談日報、看護相談票 A, B, 相談の記録を作成した（資料 2, 3, 4, 5）。

### 3) 橋渡しナースの業務と成果

調査対象は、青森県内においてすでに「橋渡しナース」の業務が定着している 7 病院における「橋渡しナース」活動であり、一定期間内の各看護相談室等における橋渡しナースの業務の記録および看護相談の記録からデータ収集した。調査は、統一フォームを用いて記録をしてもらい、各病院における業務の実態、「橋渡しナース」の機能について分析を行った。

なお、研究遂行にあたり、研究者の所属施設および関係施設の倫理審査を受け、承認を得て実施した。

#### (1) 調査対象

調査対象は、2004 年 9-11 月のうちの任意の 4 週間の「橋渡しナース」業務の記録であり、各記録件数は以下の通りであった（表 8）。

また、各「橋渡しナース」部門の概要は、以下の通りであった（表 9）。

表 8 調査期間と記録件数

	A	B	C	D	E	F	G
期間	9/21~10/15	10/12~11/6	10/4~10/29	9/27~10/22	10/18~11/12	10/4~10/30	10/4~10/29
窓口対応日数	17	20	20	18	20	22	19
相談票記載件数	242	22	173	12	13	79	6

表 9 「橋渡しナース」部門の概要

	A	B	C	D	E	F	G
開設者	自治体	国立大学病院機構	自治体	自治体	自治体	医療法人	自治体
稼働病床数	609床	618床	730床	476床	475床	149床	483床
平均在院日数	16.7日	22.9日	19.6日	17日	16.9日	73日	19.1
病床利用率	87.1%	82.8%	87.9%	77.8%	66.0%	92.0%	88.0%
部門の名称	看護相談室	継続看護室	看護相談室	地域連携室	地域医療連携室	医療相談室	地域医療科
開設年月	平成5年	平成10年	平成11年	平成16年	昭和58年	平成14年	平成14年

#### (2) 橋渡しナースの業務状況

全橋渡しナースの業務日報の集計による業務状況（件数）は、「看護相談」289 件（8.4%）、「相談支援活動」177 件（5.1%）、「連絡調整活動」1531 件（44.4%）、「看護相談以外の対応」672 件（19.5%）であった（図 6）。橋渡しナースは「連絡調整活動」にもっとも多く従事しており、「看護相談」および「相談支援活動」の 3 倍の件数となっていた。

橋渡しナースは、医療機関の利用者が円滑に生活の場を移行するために機能するものであり、1 利用者の橋渡しのために必要な連絡調整は 1 回とは限らない。今回の調査においても相談票記録 547 件のうち、新規相談は 100 件であった。このことから、橋渡しナースの業務において、中核をなす業務として「連絡調整活動」があげられる。

また、これまでの研究結果から橋渡しナースの機能は、①医療と保健・福祉の間の橋渡しを行う、②在宅療養支援、③介護支援専門員などからの相談窓口となる、④その他各施設の特徴を生かした活動を行うこととしていたが、実際に従事している業務の配分は施設により異なっており、各施設および部門の特徴に反映されていることがうかがえた。

橋渡しナースの業務状況(7施設計)

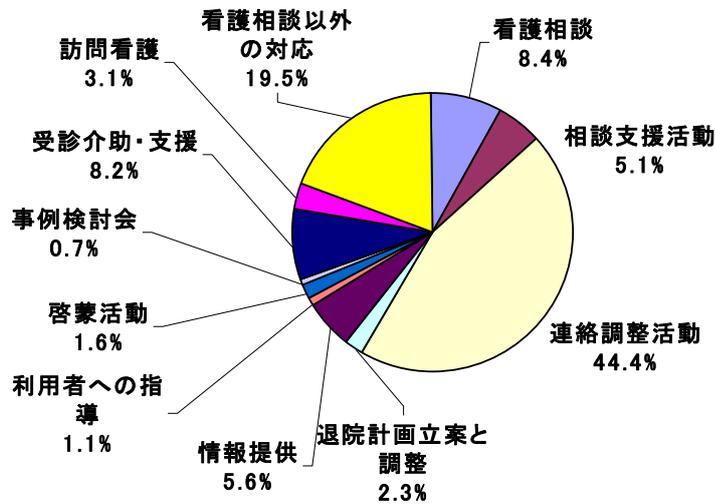


図6 橋渡しナースの業務状況

(3) 利用者の状況

全橋渡しナースによる相談記録（相談票記入）件数は、547 件であった。そのうち、新規相談は100件（18.3%）、継続124件（22.7%）、その他48件（8.8%）、不明275件（50.3%）であった。継続相談回数は2回34件、3回19件であり、最大13回であった（図7）。

利用者の性別は、男性162件（29.6%）、女性273件（49.9%）、不明112件（20.5%）であった（図8）。

年齢区分は、60歳未満64件（11.7%）、60歳以上195件（35.6%）、不明288件（52.7%）であり、80歳以上（再掲）は55件（10.1%）であった。

相談時の利用者の状況は、入院中22件（22.0%）、外来通院中7件（7.0%）、在宅療養中2件（2.0%）、その他2件（2.0%）、不明67件（67.0%）であった。

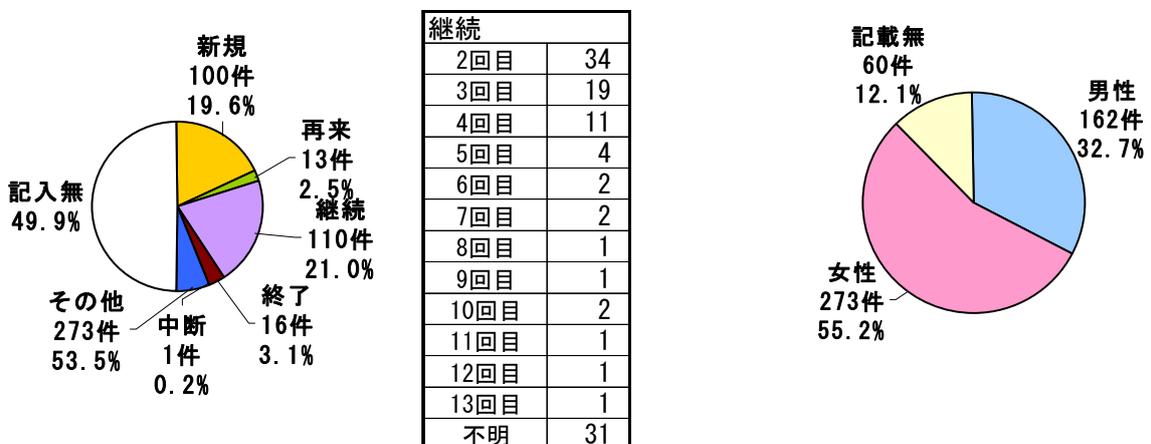


図7 看護相談の利用状況

図8 利用者（ケース）の性別

#### (4) 退院調整スクリーニングと連絡調整先

新規相談のうち、退院調整スクリーニングに記載があったのは26件(26.0%)であり、退院調整スクリーニング項目で多く該当していたのは、「ADLに障害がある」12件、「本人・家族への在宅支援が必要」11件、「社会資源の活用方法に関する支援が必要」9件であった。

入院中の利用者のうち、退院調整スクリーニングが行われていたのは、18件(81.8%)であった。

また、新規相談のうち、連絡調整先の担当者の職種は、「看護師」20件、「ケアマネジャー」8件、「医師」6件であり、調整先の窓口は、「在宅介護支援センター」10件、「医療機関」4件、「市町村」3件であった。

入院中の患者が円滑に「橋渡しナース」の利用者となるためには、入院病棟からの連携が重要であり、そのツールとして、退院調整スクリーニングを用いた連絡調整がある。

本調査の結果、新規利用者のうち、退院調整スクリーニングの記載があったのは8割を占めており、入院病棟との連携が定着している状況がうかがわれた。

一方、連絡調整先の担当者職種で最も多かったのは看護職であったが、次に多かったのはケアマネジャーであった。窓口で最も多かったのは、在宅介護支援センターであり、現状においても、医療機関退院後の利用者の療養生活支援のためには医療連携のみではなく、福祉関係機関等との連携が不可欠であることがうかがわれた。

## V. 考察

以下、考察は、図3に示す全体概要にのっとり、実態把握、人材開発、組織運営支援、ネットワーク化、評価の視点で述べる。

### 1. 実態把握

県内の実態調査に拠れば、医療機関において保健医療福祉連携を担う部門・窓口や担当者を有している施設は、平成14年58.2%から、平成16年は83.5%に増加した。

また、担当者として看護職が従事している施設は54.9%で最も多く、事務職員18.7%、MSW16.5%の順であった。

これらの実態から、保健医療福祉連携の担当者として、「橋渡しナース」が機能し定着しつつあることがうかがわれる。

一方で、保健医療福祉連携のさらなる促進のためには、看護職のみならず、医師、社会福祉士、介護支援専門員（ケアマネジャー）などの存在も不可欠であり、今後は多職種が協働する部門として位置づけられることが望まれる。

### 2. 人材開発

平成14年度から始まった橋渡しを担う（看護）職員養成研修の研修参加者実数は362名、のべ1,242名を数えた。参加者の所属する施設数は230施設であり、うち病院は63施設（県内病院の57.8%）からの参加者があった。

研修会の企画、開催、評価・検討を通して、平成15年度の研究では橋渡しナース養成のためのカリキュラムを作成した。

このカリキュラムの目的は、病院組織の中で橋渡しナースの役割を担う看護職と、その機能を活用する看護職、および地域での包括ケアシステムの推進者を育成するための教育プログラムであり、橋渡し担当者のネットワークづくりも意図している。

橋渡しナースの活動を実現するためには、①橋渡しナース、②橋渡しナースの活用者、③地域での包括ケアシステムの推進者（地域の保健師）、の機能が必要であり、本研修プログラムの対象者は、それらの3つの役割を担う者としており、これらの対象者への研修を行うためには、今後も継続的な開催の必要がある。

### 3. 組織運営支援

平成14年度は、むつ・下北地域における中核病院に橋渡し部門の開設支援、平成15年度には五所川原地域の中核病院において橋渡し部門の開設支援を行った。

特に、五所川原地域の病院における橋渡し部門の開設にあたっては、①看護職員、②過去一年間に退院した患者の記録（カルテ）、③調査時点で退院予定患者を対象に、①退院調整に関するサービス提供の実態、②現状の利用者のニーズの実態、③退院患者のサービス提供の実態を調査し、橋渡しナースのニーズを明らかにした。

同病院では調査の結果をふまえて、対象患者、配置人数、担当者の要件、組織での位置づけ、職務内容を規定し、橋渡しナースを配置した。調査の結果は、これらを規定する上で大変有効な情報となっており、今後新たに橋渡しナースを配置する部門の設置のためのアセスメントを行う上で、これらの情報について収集し、分析することが有効であると考えられる。

#### 4. ネットワーク化

保健・医療・福祉包括ケアシステムの推進において、医療機関から地域へ、また、地域から医療機関へ利用者の移行がスムーズに行なわれるよう「架け橋」として橋渡しナースを育成し、窓口の設置やネットワークの構築を進めてきた。高齢化の進行により、医療と地域サービスの連携は今後ますます必要不可欠であり、橋渡しネットワークはこのような時代に先駆的役割を果たしている。

むつ・下北地域のネットワーク構築の取り組みから、「橋渡し」が利用者にとって有効に機能するためには、

- ① 橋渡し先である介護関連施設のケアマネジャー等、他職種への啓蒙活動を行い、橋渡しシステムおよび機能の理解を深める
- ② 地域ケア会議等との積極的な連携を図る
- ③ 「むつ・下北地域看護と介護の連携作り委員会」などのような連携を支える委員会等の組織づくりとそのリードによる教育研修会などの開催、資質の向上を促進する

などが挙げられる。

むつ・下北地域発信の橋渡しネットワークは県内全体に広まりつつあり、今後も橋渡しナースによるサポート体制を地域に根づかせていく必要がある。

地域を越えた県内すべての橋渡しナースの連絡会開催は、橋渡しナースのネットワークづくりに貢献し、今後の自主的なネットワークづくりの礎になったと考えられる。

今後、むつ・下北地域のネットワーク構築の取り組みから得た課題を参考に、さらに検討を加える必要がある。

#### 5. 評価

##### 1) 橋渡しシステムの評価指標

橋渡しシステムの評価指標は、文献検討をもとに、研究者および研究協力者（県内においてすでに「橋渡しナース」の業務に従事する看護師）による検討を重ね、「橋渡し機能（サービス）の専門性」「サービス提供の構造」「社会資源の適正配分」「迅速性・適時性」「公平性・安定性」「利用者の尊重」「双方向性」の7つの大項目とその下位項目として26の中項目より構成し、さらにそれぞれの項目を「構造」「過程」「成果」の視点に照らして指標を洗練した。

これらの指標は、橋渡し機能の評価指標であるが、一方では、橋渡しナースの活動をさらに充実させるための指標ともなりうると思う。

今後、すべての指標について成果を測定しうる形式として洗練し、各橋渡しナースおよび橋渡しシステムを有する施設が活用することで、さらに橋渡し機能の充実につなげることが可能となると考えられる。

##### 2) 「橋渡しナース」の業務

橋渡しナースの評価の一部として実施した調査によれば、「橋渡しナース」の業務は、橋渡しナースの機能の目的および実際の従事者の業務内容から、「看護相談」「相談支援活動」「連絡調整活動」などに分類することができた。実際の業務について、この項目ごとに分類すると、「連絡調整活動」にもっとも多く従事しており、「看護相談」および「相談支援活動」の3倍の件数となっていた。

橋渡しナースは、医療機関の利用者が円滑に生活の場を移行するために機能するものであり、1 利用者の橋渡しのために必要な連絡調整は1回とは限らない。今回の調査においても相談票記録547件のうち、新規相談は100件であった。このことから、橋渡しナースの業務におい

て、中核をなす業務として「連絡調整活動」があげられる。

また、これまでの研究結果から橋渡しナースの機能は、①医療と保健・福祉の間の橋渡しを行う、②在宅療養支援、③介護支援専門員などからの相談窓口となる、④その他各施設の特徴を生かした活動を行うこととしていたが、実際に従事している業務の配分は施設により異なっており、各施設および部門の特徴に反映されていることがうかがえた。

### 3) 施設内外の連携

入院中の患者が円滑に「橋渡しナース」の利用者となるためには、入院病棟からの連携が重要であり、そのツールとして、退院調整スクリーニングを用いた連絡調整がある。

本調査の結果、新規利用者のうち、退院調整スクリーニングの記載があったのは8割を占めており、入院病棟との連携が定着している状況がうかがわれた。

一方、連絡調整先の担当者職種で最も多かったのは看護職であったが、次に多かったのはケアマネジャーであった。窓口で最も多かったのは、在宅介護支援センターであり、現状においても、利用者の医療機関退院後の療養生活の支援のためには医療連携のみではなく、福祉関係機関等との連携が不可欠であることがうかがわれた。

### 4) 今後の課題

橋渡し機能の評価を適正に行うためには、可能な限り客観視できるよう整えておく必要があり、今後も記録の蓄積および分析を行う必要がある。

本調査にあたり、調査項目および記録書式は、多くの検討を重ねたが、調査の結果、無記入の「不明」部分が多かった。これは、橋渡しナースの自記式調査であり、日々の煩雑な業務を遂行していることを鑑みれば、やむを得ないことでもあるが、今後さらに記録項目及び書式の洗練を重ねる必要がある。

また、本検討は、橋渡しナースのサービス提供の実際とその評価の一部であり、今後、残りの指標の洗練と評価をすることをすすめていく予定である。

## VI. まとめ

青森県では平成9年度から保健医療福祉のサービスを住民に一体的に提供する「青森県保健医療福祉包括ケアシステム」を市町村が構築することをすすめてきた。このシステムの構築にあたり、医療機関と地域との連携の確保という点で課題があげられており、平成14年度から16年度の3年間で、青森県立保健大学と青森県健康福祉部との連携のもと、医療機関における「橋渡しナース」システムの導入と育成を行った。

1. 本研究の実施前後に、青森県における医療機関と地域との連携に関する実態調査を行った。その結果、3年間で橋渡し機能をもつ部門が58.2%から83.5%へ増加していた。
2. 橋渡しを担う看護職養成を目的に研修会を開催し、その過程評価をもとに690分（11.5時間、約3日間）の研修会カリキュラムを作成した。また、橋渡し担当者のためのフォローアップ研修も企画実施した。
3. 橋渡し部門を新たに設置する二つの施設に対して、組織の分析と組織デザインに関する支援を行った。
4. 橋渡しを効果的に実施するためのネットワークづくりについて支援した。
5. 橋渡し機能とサービス提供について評価するため、評価項目と評価方法の開発を行った。
6. 橋渡し機能を有する7つの施設において、橋渡しサービスの評価を行った。

青森県における橋渡し機能は定着しつつあると考えられる。今後はサービスの評価をさらに加えながら、担当者の人材育成と機能の定着をはかっていきたい。

## VII. 文献

- 1) 水流聡子, 石垣恭子, 美代賢吾, 他: 連携に必要な情報の精選と電子的手段による共有, 状況と展望, 看護展望, 27 (2), 36-40, 2002.
- 2) 柏木公一, 美代賢吾, 水流聡子, 他: 在宅クライアントを中心とした看護サマリーの基本データ構造, 第18回医療情報学連合大会, 1-2, 1998.
- 3) 柏木聖代: 訪問看護ステーションと病院間で求められる情報とは, 訪問看護と介護, 8 (3) 186-190, 2003.
- 4) 山本勝: 保健・医療・福祉のシステム化と意識改革, 新興医学出版社, 1993.
- 5) 山田佐登美: 包括的・継続的・専門的な患者支援をめざした総合患者支援センターの設置, 看護展望, 28 (11), 24-30, 2003.
- 6) 末澤廣子, 新地敦彰: 特定機能病院における「医療連携と継続看護」, 看護展望, 28 (11), 68-78, 2003.
- 7) 根岸茂登美, 七田恵子: 高齢者の在宅療養における保健医療福祉職の連携に関する分析(第二報), 日本看護研究学会雑誌, 25 (3), 262, 2002.
- 8) 大井尉義, 村嶋幸代 監: 退院支援 東大病院医療社会福祉部の実践から, 杏林書院, 2003.
- 9) 一番ヶ瀬康子 監: 包括的地域ケア・システムとは何か, 一橋出版, 1999.
- 10) 日本訪問看護振興財団: 継続看護実践ガイド, 中央法規, 2004.

#### Ⅷ. 発表（学会発表）

- 1) 舘田菊子, 上泉和子, 細川満子, 鄭佳紅, 早川ひと美, 斎藤トミ子: 青森県保健・医療・福祉包括ケアシステムにおける「橋渡し」機能の導入, 第 42 回日本病院管理学会学術総会演題抄録集, *病院管理*, 41 supplement, 290, 2004.
- 2) 斎藤トミ子, 秋元初子, 舘田菊子, 鄭佳紅, 早川ひと美, 細川満子, 上泉和子: 橋渡し機能のニーズの検討と組織デザイン, 第 42 回日本病院管理学会学術総会演題抄録集, *病院管理*, 41 supplement, 291, 2004.
- 3) 鄭佳紅, 舘田菊子, 細川満子, 早川ひと美, 斎藤トミ子, 上泉和子: 包括ケアシステムに貢献する橋渡しナースの育成に関する研究, 第 42 回日本病院管理学会学術総会演題抄録集, *病院管理*, 41 supplement, 292, 2004.

## VIII. 資 料



平成 年 月 日 ( )		看護相談日報		看護師長	資料 2
<b>相談</b>		<b>計 件</b>	<b>退院計画立案とその調整</b>		<b>計 件</b>
1. 入院に際しての相談			1. クリティカルパス (CP), 標準 (診療) 看護計画の適用の支援		
2. 退院に際しての相談 (療養生活相談)			2. 退院可能性の評価		
3. 各書類手続き相談			3. 橋渡し計画立案・実施管理・変更		
4. 受診相談			4. その他		
5. 苦情対応			<b>情報提供 (相談を含まないもの, 施設及び利用者への情報提供を含む)</b>		<b>計 件</b>
6. 不安・悩みへの相談					
7. 社会保障制度の相談			1. 施設等への患者情報の提供		
8. 入院費・医療費の相談			2. 地域の保健師への情報提供		
9. 診療に関する相談			3. 社会資源についての情報提供		
10. 退院先を自宅か施設かに決めかねていることに関する相談			4. 医療機器・看護用具・福祉用具等の利用の情報提供		
11. 在宅療養に関する相談			5. 薬剤確保・衛生材料確保に関する情報提供		
12. その他			6. その他		
<b>相談支援活動</b>		<b>計 件</b>	<b>利用者への指導</b>		<b>計 件</b>
1. 本人・家族の希望を確認する			1. 医療機器・看護用具の取り扱いの指導		
2. 調整課題を提示する			2. 生活上必要な技術習得支援		
3. 退院後の生活方針決定支援			3. 在宅自己注射 (算定・算定外)		・
4. その他			4. 栄養指導 (算定・算定外)		・
<b>連絡調整 (橋渡し) 活動</b>		<b>計 件</b>	5. 在宅糖尿病指導 (算定・算定外)		・
1. 院内の連絡調整			6. 外来糖尿病指導 (算定・算定外)		・
2. 介護保険活用に関する調整			7. 退院患者継続訪問指導 (算定・算定外)		・
3. 他医療機関への照会・調整			8. その他の在宅療養生活に関する指導		
4. 訪問看護の依頼			9. その他		
5. 在介・老健施設等との連携・調整			<b>橋渡し活動に関する啓蒙活動</b>		<b>計 件</b>
6. 受診・検査等の予約手続代行・支援			1. 院内職員に対する啓蒙		
7. 社会資源の検索・照会			2. 院外の橋渡しネットワークの開発		
8. 社会資源提供窓口への連絡代行			3. 地域住民への啓蒙活動		
9. 医療機器・看護用具・福祉用具等の利用の仲介・購入等手続き			4. 地域の社会資源組織への啓蒙活動		
10. 福祉用具の貸与に関する調整			5. その他		
11. 退院調整会議開催支援			<b>事例検討会 (ケースカンファレンス)</b>		<b>件</b>
12. 訪問看護指示書の確認・取扱			<b>受診介助・支援</b>		<b>件</b>
13. 訪問看護計画書・報告書の確認・取扱			<b>訪問看護</b>		<b>件</b>
14. その他					
<b>その他の特記事項</b>					

看護相談 (積算)	電話相談	看護相談以外の対応	時間外対応
件	件	件	件

ケース  
ID

氏名

## 看護相談票A

生年月日 年 月 日生  
性別 男・女 年齢 歳

初回相談日時； 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 ( ) 分

依頼者氏名

(続柄； 本人, 配偶者, 同居家族 ( ), 別居家族 ( ), その他 ( ))

依頼者連絡先 (住所)

Tel - -

予 約； 有 ・ 無 ( 時間内 ・ 時間外 ) 緊急性； 有 ( ) ・ 無

相談方法； 面談・電話・その他 ( FAX・Eメール・手紙 )

対応場所； 病院内 ( 看護相談窓口・相談室・病棟・外来・その他 )  
病院外 ( 患者宅 ・ その他 )

相談時点の状況；入院中 ( 病棟 ) ・ 外来通院中 ・ 在宅療養中 ・ その他 ( )

主治医① ( かかりつけ医師 ) \_\_\_\_\_ ( 診療科名 ) \_\_\_\_\_

② ( かかりつけ医師 ) \_\_\_\_\_ ( 診療科名 ) \_\_\_\_\_

③ ( かかりつけ医師 ) \_\_\_\_\_ ( 診療科名 ) \_\_\_\_\_

## 連絡調整先

(職種等) 1. 看護師 2. 保健師 3. ケアマネジャー 4. 医師 5. MSW 6. 事務職 7. その他 ( )  
(窓口) 1. 市町村 ( 障害・精神・高齢者・生活福祉・保健センター・その他 ) 2. 保健所  
3. 医療機関 4. 在宅介護支援センター 5. 介護関連施設 6. 障害者施設 7. 医療機器・介護用具等事業所  
8. その他 ( )

担当者 (氏名) \_\_\_\_\_ (所属) \_\_\_\_\_ (連絡先) \_\_\_\_\_

## 退院調整スクリーニング

1. 80歳以上
2. 高齢者(70歳以上)で一人または二人暮らし
3. ADLに障害(可能性)がある
4. 介護上問題がある
5. 痴呆がある
6. 継続して行う医療処置がある
7. 特定疾患, 神経難病
8. 入退院を繰り返している(ターミナルを含む)
9. 入院(所)が必要
10. 本人・家族への在宅支援が必要
11. 家族への指導・調整が必要
12. 社会資源の活用方法に関する支援が必要
13. 経済的問題があり, 社会資源活用方法の支援が必要
14. 福祉サービス機関への連絡調整が必要
15. 訪問看護が必要
16. その他 ( )

## 転帰

1. 転出(病院・有床診療所・老健施設・特養・グループホーム・その他; )
2. 在宅
3. 死亡退院
4. その他 ( )
5. 施設名;

記録者







## 橋渡しナース養成教育カリキュラム

## 1. 目的

病院組織の中で橋渡しナースの役割を担う看護職と、その機能を活用する看護職、および地域での包括ケアシステムの推進者を育成するための教育プログラムである。また、橋渡し担当者のネットワークづくりも意図している。

なお、橋渡しナースの機能は、①医療と保健・福祉の間の橋渡しを行う、②在宅療養支援、③介護支援専門員などからの相談窓口となる、④その他各施設の特徴を生かした活動を行う。

## 2. 対象

橋渡しナースの活動を実現するため、①橋渡しナース、②橋渡しナースの活用者、③地域での包括ケアシステムの推進者（地域の保健師）、の機能が必要であり、本研修プログラムの対象者は、それらの3つの役割を担う者とする。

## 3. 獲得してほしい能力

- ① 調整能力
- ② 在宅看護提供の能力
- ③ 社会資源活用の能力
- ④ 橋渡し部門のマネジメント能力
- ⑤ 病棟看護師への支援能力、調整能力

## 4. 能力獲得のために必要な知識

- ① 保健医療福祉制度について
- ② 包括ケアシステムについての理解
- ③ 介護保険の知識
- ④ 地域連携のありかた
- ⑤ 地域のネットワークの活用
- ⑥ 橋渡し機能の理解
- ⑦ 訪問看護の知識
- ⑧ 在宅での看護ケア提供に関する知識
- ⑨ 相談、指導の方法
- ⑩ スクリーニングの能力（橋渡しの対象者をスクリーニングする）
- ⑪ 退院調整の方法
- ⑫ 地域の資源の活用
- ⑬ 退院指導のアセスメントと退院指導
- ⑭ ネットワークの作り方
- ⑮ 他部門との連絡調整
- ⑯ サービスを統合的に提供するための支援や助言ができる能力
- ⑰ 連絡調整の方法
- ⑱ 提供したサービスの評価、報告、啓蒙活動の方法
- ⑲ ニーズにあったサービスを創造し変革する能力
- ⑳ 橋渡しナースの機能を活用するための地域への啓蒙活動が出来る能力

5. ねらい、科目・科目概要・教育方法・時間数

ねらい	科目	科目概要	方法	時間
I 包括ケアシステムの充実を図る目的で、医療機関の利用者が円滑に在宅での生活に移行できるように必要となる橋渡しナースについての概要を理解する	包括ケアシステムと橋渡しを担うナースの必要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>わが国の保健医療福祉政策の方向性(厚生労働省の基本方針・医療制度改革・患者を取り巻く社会的状況の変化など)</li> <li>包括ケアシステム概念(包括ケアシステムの考え方、包括ケアシステム推進のための組織体制、ネットワークなど)と現状、地域の持つ課題について</li> <li>地域(管内)の保健医療福祉の現状と課題</li> <li>橋渡しナースの役割や機能、組織における位置づけ、組織的基盤など</li> </ul>	講義	60
II 橋渡しナースとして必要な基礎知識について理解を深める ①地域の資源活用について ②在宅看護の提供について ③他部門(院内・院外)との調整について ④情報提供について	継続看護のあり方	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者のゴールについて</li> <li>継続看護のポイント</li> <li>地域連携のポイント</li> <li>継続看護における看護職の役割</li> </ul>	講義	30
	橋渡しを担うナースの基礎知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>橋渡し部門を中心とした連携システムについて</li> <li>橋渡しナースの活動:外来患者と家族、入院患者と家族、退院支援とスクリーニング</li> <li>橋渡しナースの役割と必要とされる能力</li> </ul>	講義	30
	介護保険・福祉サービスについての知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険制度と介護保険サービスの種類・内容について</li> <li>活用できる福祉サービスについて</li> </ul>	講義	60
	地域の資源とその活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域における社会資源について</li> <li>資源活用のための問い合わせ窓口やサービスについて</li> </ul> 資料 ①保健医療福祉関係機関一覧(医療機関、社会福祉施設、関係団体等) ②保健関係資料(結核予防関係、難病関係、精神保健福祉関係、保健事業) ③福祉関係資料(介護予防生活支援事業、社会福祉協議会の事業、民生委員、児童委員、身体障害者相談員、知的障害者相談員)	資料提供	
	退院調整の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整の具体的内容(退院調整とは、退院計画、退院調整のプロセス、退院調整の実際)</li> <li>他部門との連絡調整の実際</li> <li>院内看護職への指導・助言</li> </ul>	講義 事例紹介	90
	在宅での看護ケア提供に関する知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援のポイント</li> <li>療養環境の違い(医療施設と在宅)とその影響</li> <li>橋渡しナースが行う在宅療養支援</li> <li>訪問看護の知識</li> </ul>	講義 事例紹介	30

	相談・指導の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談に必要な情報</li> <li>面接時のポイント(プライバシーの確保, どこまで関わるかを明確に説明する, 事前情報の確認, プランをいっしょに立てる, 関連職種への情報提供の理解を得るなど)</li> <li>相談の手順</li> <li>指導のポイント(対象者の状況の確認, 在宅に適した方法の選択, 対象者のペースにあわせる, 意思決定の支援, 手技確保のための段階的指導, フォローアップなど)</li> <li>医療看護相談室の現状</li> </ul>	講義 事例紹介	60
	サービスの評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者のニーズの把握</li> <li>対象者の満足度</li> </ul>	講義	60
	地域連携を促進するための資源の創出と活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者ニーズのアセスメントの方法</li> <li>活用できる資源のアセスメントと新たな資源の創出</li> </ul>	講義	60
	情報提供について	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報選択と情報提供</li> <li>情報提供のために必要な情報(誰に, どのような情報を提供するかー病院内・対象者・地域)</li> </ul>	講義 事例紹介	30
Ⅲ 橋渡し部門のマネジメントについて学ぶ	橋渡し部門のマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>組織化</li> <li>事業計画, 事業評価, 報告</li> <li>職務設計</li> <li>交渉術・啓蒙活動</li> </ul>	講義	30
Ⅳ 事例を通して橋渡し機能の実際を学ぶ.  事例を通して各自の課題解決の方策を考える.	事例検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>橋渡し機能を必要とする事例を用い, 各自の役割を学ぶ</li> <li>活用できる地域の資源, 保健サービス, 福祉サービスなどの活用方法を学ぶ</li> <li>在宅療養支援について</li> <li>他部門・他職種との連携について</li> <li>退院調整について</li> <li>相談・指導について</li> <li>演習(グループワーク)を通して, 地域のネットワーク形成をはかる</li> </ul>	グループ * ディスカッション	120
				690

\* グループ編成は, 施設や役割が異なるもの同士が互いの立場を理解しながら, 自己の役割に気づけるような編成が望まれる。学習者の立場や経験などのレディネスにより地域資源の活用, 在宅療養支援, 他部門・他職種との連携などに焦点をあて, それぞれの講義終了後に行う場合やすべての講義終了後に統合的な事例を用いて行う場合などが考えられる。

## 6. 評価

- ① 受講者からのアンケート
- ② 受講修了者のその後のフォローアップ
- ③ 担当者連絡会を通じた活動状況の把握

## 7. 受講者の条件

- ・臨床の実務経験を有すること
- ・倫理的配慮ができる人
- ・問題解決思考力がある人
- ・リーダーシップを発揮できる人もしくはリーダーシップの獲得に意欲のある人
- ・交渉力のある人もしくは交渉力の獲得に意欲のある人



---

青森県における包括ケアシステムの構築に向けて  
—医療機関における「橋渡しナース」システムの導入と育成に関する研究—

本研究は、青森保健大学平成 14-16 年度健康科学特別研究  
(保健福祉行政課題) により実施されたものである。

2005 年 3 月発行

青森県立保健大学 上泉和子  
〒030-8505 青森市大字浜館字間瀬 58-1  
TEL&FAX 017-765-2044

---