

青森県における包括ケアシステムの構築に向けて—その1

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

鄭 佳紅 (てい けいこ)

青森県立保健大学健康科学部看護学科講師

上泉和子 (かみいずみ かずこ)

同大学教授／研究代表者

青森県では、「保健・医療・福祉包括ケアシステム」の構築を進める中、利用者が病院から地域へとスムーズに生活の場を移行するために「橋渡し」の機能を担う、「橋渡しナース」の養成・普及・定着化に取り組んできた。本研究は、特に「橋渡しナース」の活動の成果を明らかにし評価することを目的としており、今号で「橋渡しナースの導入・育成について」、次号で「橋渡しナースシステムの評価について」と、2回にわたって報告する。

青森県の保健・医療・福祉包括ケアシステムの概要

1. 青森県の保健・医療・福祉包括ケアシステム

青森県では、1997年度からすべての住民が住み慣れた地域で安心して生活できることを目指し、保健・医療・福祉のサービスを一体的に提供する「保健・医療・福祉包括ケアシステム」の構築を推進してきた。保健・医療・福祉包括ケアシステムとは、地域のすべての住民を対象とし、住民が生涯にわたり健康で安心した生活が送れるよう、健康づくりや生きがいづくり活動、地域の助け合い活動を取り込み、保健・医療・福祉のサービスを、必要な時に一体的に提供するために、サービス提供に関わる機関が連携を図るシステムであり、住民の最も身近

な市町村を基本単位として構築するものである。

これまで保健、医療、福祉の各領域から住民それぞれに必要なサービスの提供が行われ、住民は、必要なサービスごとにアクセスする必要があった。このシステムは、保健・医療・福祉の3つが連携を図り、医療機関の利用者が医療・保健・福祉という区分にとらわれず、いずれも一つの窓口で相談をし、一体的なサービスの提供を受けることができるための仕組みである。

このサービスの目的は、「住民のQOL」を高め、それに向かって保健・医療・福祉それぞれの専門職、サービス提供者が必要なることを考え、役割を果たし、専門的サービスを提供していくことである。

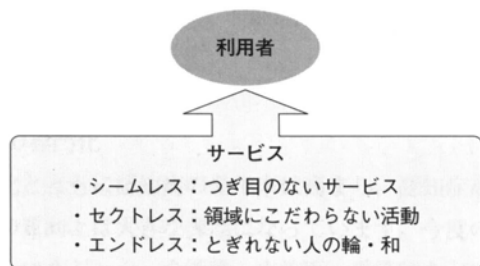
しかし、保健・医療・福祉包括ケアシステムの構築に当たり、挙げられた課題は医療機関との連携の確保であった。

そこで、包括ケアシステム構築の一環として、医療機関と地域（他医療機関、保健、福祉、在宅等）との連携強化を目指し、医療機関の利用者が円滑に生活の場を移行するための「橋渡し」を行う仕組みをつくり、そして、医療機関においてこの機能を担う看護職員として「橋渡しナース」の養成・普及・定着化に取り組んできた。

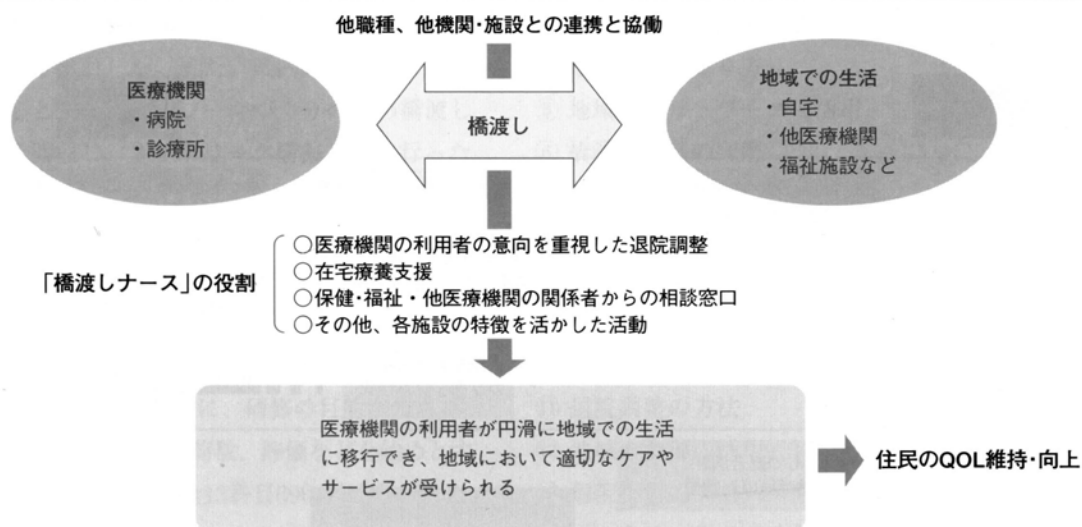
2. 橋渡しナース

橋渡しナースとは、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、あるいは在宅へなど、移行期に関わる看護職員をいい、その移行をスムーズに行うために必要なサービスを提供し、3つの理念、すなわち、「シームレスな（つぎ目のない）サービス」「セクトレスな（領域にこだわらない）活動」「エンドレスな（とぎれない人の輪・和）サービス」を提供することを目的とした（図1）。

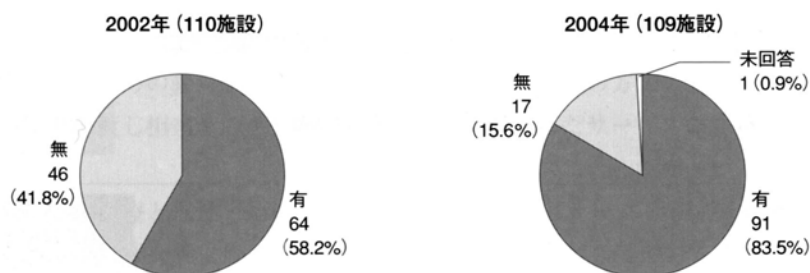
【図1】橋渡しサービスの理念



【図2】橋渡しナースの役割



【図3】連携窓口・担当者を有する病院数



そして、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、④その他、各施設の特徴を活かした活動を行うものである(図2)。

3. 地域連携の実態

2002年に実施した県内の地域連携についての調査によれば、全病院110施設(調査当時)のうち、地域との連携機能を担う窓口や担当者を有する病院は64施設(58.2%)であり、その担当者は、看護職員38施設(34.5%)、事務職員15施設(13.6%)、MSW15施設(13.6%)であった。

一方で、地域との連携の必要性について「必要である」と回答したのは、106施設(96.4%)であり、連携のための部署等の必要性について「必要である」と回答したのは、97施設(88.2%)であった。

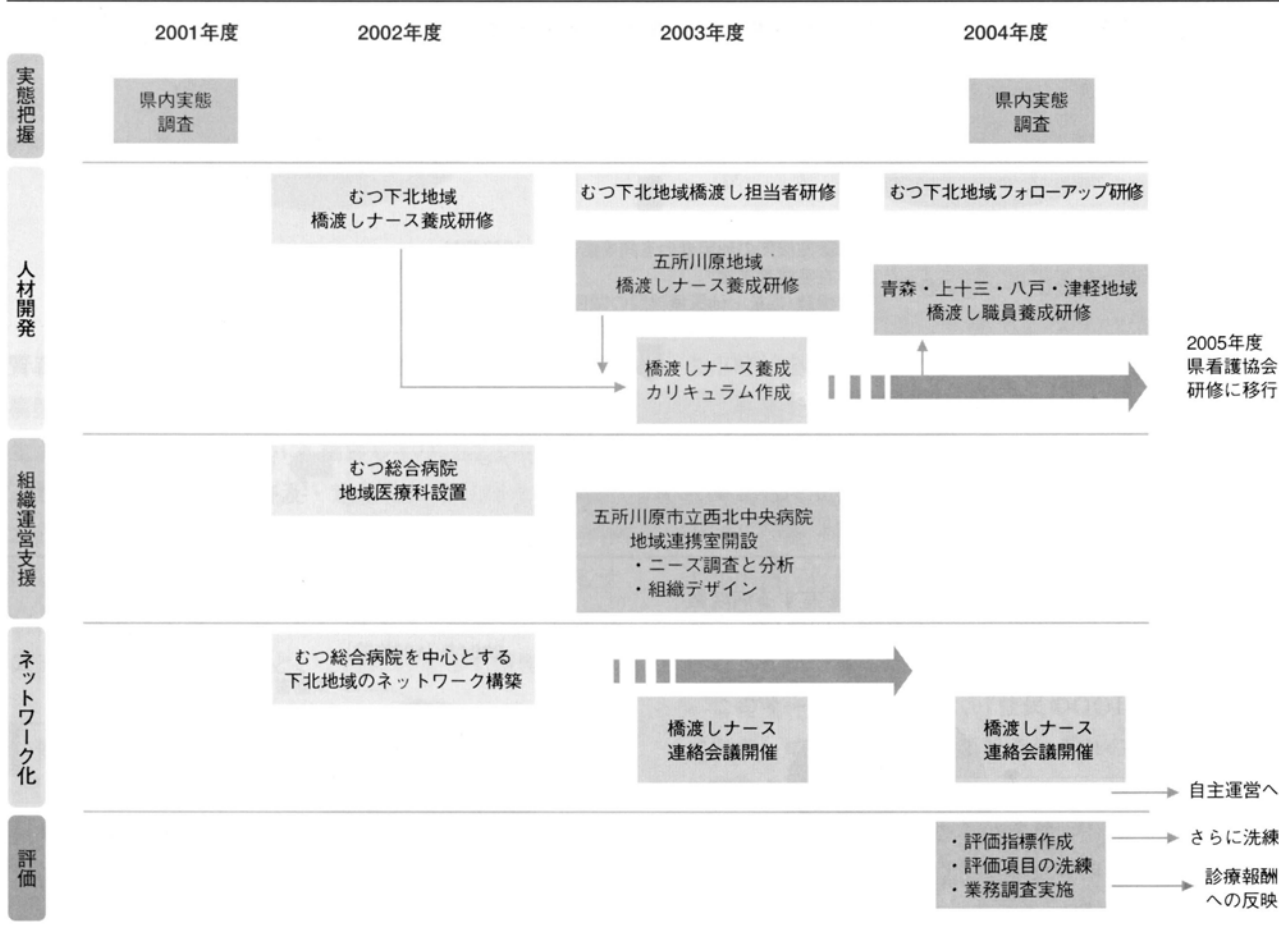
しかし地域との連携の必要性を認識していても、その機能を担う窓口や担当者を有する施設は6割弱であった。

また、地域連携の担当を看護職員が担うことについては、「適当である」67施設(60.9%)、「どちらともいえない」36施設(32.7%)、「適当でない」5施設(4.5%)であり、そのための看護職員の養成について「必要である」と回答したのは89施設(80.9%)であった。

このような実態を踏まえ、2002年度から2004年度の3カ年にわたり、「橋渡し」を行う仕組みをつくり、そして医療機関においてこの機能を担う看護職員として「橋渡しナース」の養成・普及・定着化に取り組んだ。

その結果、2005年3月現在、全病院109施設のうち、地域との連携機能を担う窓口や担当者を有する病院は91施設(83.5%)となり、その担当者は、看護職員50施設(45.9%)、事務職員17施設(15.6%)、MSW15施設(13.8%)となった(図3)。

【図4】大学・行政・臨床の研究連携と全体像



4. 大学・行政・臨床の研究連携と全体像

この取り組みは、青森県健康福祉部、青森県立保健大学、および臨床と共同した橋渡しシステム導入と橋渡しナース（職員）育成に関する官学連携の取り組みである。

青森県健康福祉部は政策立案と実施を行い、青森県立保健大学は調査・研修企画・運営支援、組織運営支援、評価について検討を行った。そして、臨床として、2002年度はむつ下北地域での研修、および拠点病院でのシステムの運用開始、2003年度は西北五地域での研修および拠点病院での組織づくりとシステムの運用開始、2004年度は残る4地域（青森、上十三、八戸、津軽）での研修を行い、全県での橋渡しシステムの促進を行った。

この取り組みは、①実態把握、②人材開発、③組織運営支援、④ネットワーク化、⑤評価を柱としている（図4）。

実態把握では、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。

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。

人材開発は、橋渡しナース（職員）養成研修、橋渡し担当者研修、フォローアップ研修、および研修の実績を踏まえた橋渡しナース養成カリキュラムの作成を行った。

組織運営支援では、拠点病院における地域連携室開設支援や開設準備のためのニーズ調査に当たり、調査計画、実施、分析と組織計画立案支援を行った。

また、調査を基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。

ネットワーク化では、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した。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。

橋渡しナース育成研修プログラムの開発と実施

2002年度および2003年度に実施した、橋渡しナース養成研修の実績を基に、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、評価などを始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。

1. 研修の目的

病院組織の中で橋渡しナースの役割を担う看護職員と、その機能を活用する看護職員、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、研修を通して、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、各施設の特徴を活かした活動を行う。

2. 研修対象

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。

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の理解

- 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 地域連携のあり方
- 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 ネットワークのつくり方
- 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 ニーズに合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できる能力

5. ねらい・科目・科目概要・教育方法・時間数

教育内容のねらい・科目・科目概要・教育方法・時間数は、表1(p.102)に示す。

6. 評価方法

- 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 橋渡し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

【表1】橋渡しナース養成カリキュラム

ねらい	科目	科目概要	方法	時間(分)
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"> 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) 包括ケアシステムの概念(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 地域(管内)の保健医療福祉の現状と課題 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 	講義	60
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	継続看護のあり方	<ul style="list-style-type: none"> 患者のゴールについて 継続看護のポイント 地域連携のポイント 継続看護における看護職の役割 	講義	30
<ul style="list-style-type: none"> 地域の資源活用について 在宅看護の提供について 他部門(院内・院外)との調整について 情報提供について 	橋渡しを担うナースの基礎知識	<ul style="list-style-type: none"> 橋渡し部門を中心とした連携システムについて 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 橋渡しナースの役割と必要とされる能力 	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"> 介護保険制度と介護保険サービスの種類・内容について 活用できる福祉サービスについて 	講義	60
	地域の資源とその活用	<ul style="list-style-type: none"> 地域における社会資源について 資源活用のための問い合わせ窓口やサービスについて 資料 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) 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) 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	30
	退院調整の方法	<ul style="list-style-type: none"> 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) 他部門との連絡調整の実際 院内看護職への指導・助言 	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"> 在宅療養支援のポイント 療養環境の違い(医療施設と在宅)とその影響 橋渡しナースが行う在宅療養支援 訪問看護の知識 	講義 事例紹介	30
	相談・指導の方法	<ul style="list-style-type: none"> 相談に必要な情報 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) 相談の手順 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) 医療看護相談室の現状 	講義 事例紹介	60
	サービスの評価	<ul style="list-style-type: none"> 対象者のニーズの把握 対象者の満足度 	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"> 対象者ニーズのアセスメントの方法 活用できる資源のアセスメントと新たな資源の創出 	講義	60
	情報提供について	<ul style="list-style-type: none"> 情報選択と情報提供 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のか—病院内・対象者・地域) 	講義 事例紹介	30
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"> 組織化 事業計画、事業評価、報告 職務設計 交渉術・啓蒙活動 	講義	30
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"> 橋渡し機能を必要とする事例を用い、各自の役割を学ぶ 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 在宅療養支援について 他部門・他職種との連携について 退院調整について 相談・指導について 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 	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当て、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。

8. 研修の実際

2002年度はむつ下北地域、2003年度は西北五地域、2004年度は青森、上十三、八戸、津軽の4地域において、橋渡しナース（職員）養成研修を開催した。受講者延べ数1,242名、受講者の所属は230施設に上り、病院については63施設（県内病院の57.8%）からの受講があった。また、看護職員の受講者実数は362名となった。

2004年度末の調査によれば、研修受講後 受講修了者を「患者・家族からの相談窓口担当にしている」45施設（71.4%）、「他機関からの連絡窓口担当にしている」41施設（65.1%）であり、人材開発への貢献が示唆されている。

おわりに

以上、青森県の保健・医療・福祉包括ケアシステムの概要、青森県立保健大学において取り組んだ研究概要、特に実態調査と人材開発の取り組みについて紹介した。

今回は、病院における橋渡しシステムの評価を中心に紹介する予定である。

なお、本研究のうち評価の検討は「平成15年度日本看護協会出版会研究助成金」、その他は「青森県立保健大学健康科学特別研究助成」（平成14年度～16年度）によるものである。

【研究組織】

青森県立保健大学健康科学特別研究			平成15年度 日本看護協会出版会助成研究 保健・医療・福祉の連携を促進する システム—病院における橋渡し ナースのサービス提供とその成果
平成14年度	平成15年度	平成16年度	
【研究代表者】 上泉和子 （青森県立保健大学） 【研究分担者】 細川満子 （青森県立保健大学） 板橋玲子 （青森県立中央病院） 船木悦子 （むつ総合病院） 五十洲廣明 齋藤文子 館田菊子 （青森県健康福祉部）	【研究代表者】 上泉和子 【研究分担者】 細川満子 鄭佳紅 早川ひと美 （青森県立保健大学） 船木悦子 （むつ総合病院） 斎藤トミ子 （五所川原市立西北中央病院） 齋藤文子 二川原康晴 工藤俊幸 館田菊子 （青森県健康福祉部） 大谷順一 （西北健康福祉こどもセンター）	【研究代表者】 上泉和子 【研究分担者】 細川満子 鄭佳紅 早川ひと美 （青森県立保健大学） 鳴海明敏 工藤俊幸 館田菊子 （青森県健康福祉部）	【研究代表者】 上泉和子 【研究分担者】 細川満子 鄭佳紅 早川ひと美 （青森県立保健大学） 大前尚子 （八戸市立市民病院） 相馬美香子 （弘前大学医学部附属病院） 石脇敬子 （青森県立中央病院）