

青森県における包括ケアシステムの構築に向けて—その2

病院における橋渡しシステムの評価

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を移行するために「連絡調整(橋渡し)」機能を担う看護職(橋渡しナース)の養成・普及・定着化に取り組んだ(システムの概要および橋渡しナースの導入・育成については本誌6月号p.98~103参照)。今号では、橋渡しシステム全体の評価のための検討と、その一環としての橋渡しナースが提供したサービスの実際と成果について報告する。

橋渡しシステムの評価指標の作成

「橋渡し」機能を担う看護職(橋渡しナース)の養成・普及・定着化への取り組みを進める上で、その評価の検討は重要課題である。

そこで、橋渡し機能および橋渡しナースの評価指標、つまり橋渡しシステムの評価指標について検討を行った。

検討方法は、これまでの研究の成果、文献検討を行い、それを基に、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名に対して、フォーカスグループインタビューを実施した。

検討は、フォーカスグループインタビュー2回と、研究者による結果の整理を繰り返し行った。

その結果を受け、橋渡しシステムの評価基準は、「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26の中項目で構成した(表1)。そして、各項目について「構造(Structure)」「過程(Process)」「成果(Outcome)」の視点から具体的な評価指標を抽出し、検討を重ね、現時点では136(重複項目を除く)の質問項目となった(表2)。

同時に、評価方法についても検討を行い、①サービス提供者(組織および橋渡しナース)による自己評価、②サービス利用者(対象者、橋渡し先施設、組織内の他部門の職員等)に

【表1】橋渡しシステムの評価の枠組み

大項目	評価基準 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) アクセスビリティ 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2】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"> 研修会の有無(担当者および関係者対象の研修を含む) 研修会の参加 関連学会等への参加 連絡会への参加 担当者になるための要件 担当者の業務内容 	<ul style="list-style-type: none"> 橋渡し機能に関する知識の活用 社会資源に関する知識の活用 相談技術の活用 自己決定支援の技術の活用 交渉の技術の活用 橋渡し部門のマネジメント技術の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 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 新しい必要な知識の獲得と技術の向上があったか
	2) 関係者の連携	<ul style="list-style-type: none"> 関係者のカンファレンスの有無 院内と院外の関係者間の話し合いの場と時間の調整 	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスの回数 情報共有しているか 情報の不一致を調整しているか 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 	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスにかかったケースの数 情報共有されたか 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 退院計画のゴール設定が共有化される
	3) 橋渡しサービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスの参加者 担当者の配置 担当者的人数 担当者の勤務体制 	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援活動 退院計画立案とその調整 連絡調整活動 情報提供 利用者への指導 	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスの結果が橋渡しに活用されたかどうか 橋渡しサービスを提供したケースの数 退院後の転帰 使用した社会資源 利用者の情報量の変化 情報がうまく流れたかどうか 提供された情報と現状とのギャップが少ない 退院計画の適切性 計画通りの退院かどうか たらい回しにされないか 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 生活意欲は向上したか 安心感(ほっとする)が持てたか 具体的な行動に現れているか(退院の準備を始めるなど) 利用者の気持ちの揺れはどうか
	4) 情報の適切性	<ul style="list-style-type: none"> 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) 情報提供シートの有無 	<ul style="list-style-type: none"> 情報提供に対する患者の同意の有無 	<ul style="list-style-type: none"> 提供された情報が適切か 情報提供件数・内容

【表3】橋渡しナースの業務項目

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

よる評価、③第三者による評価、が挙げられた。具体的には、組織で作成している組織図や業務分掌などの書類、橋渡しナースの業務日報や相談の記録等、利用者アンケートなどを用いることとした。

評価方法の検討は、各評価指標について、誰が、いつ、どのようにすればよいか、評価の妥当性、有用性、効率性、実現可能性を考慮した。

病院における橋渡しナースのサービス提供の実際と成果

1. 橋渡しナースの業務項目の整理およびデータの収集

橋渡しシステムの評価の一環として、まず、橋渡しナースの業務および成果についての評価に着手した。

橋渡しナースの業務項目(表3)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(橋渡し)活動」「退院計画立案と調整」「情報提供」「利用者への指導」「橋渡し活動に関する啓蒙活動」「事例検討会」とした。また、施設によっては実際の従業務務として、「受診介助・支援」「訪問看護」があり、「看護相談以外の対応」も含めて、業務項目として整理した。

各業務項目は表3のとおりに細分類した。

また、この業務項目とは別に入院中の患者について、「橋渡し」の必要性をスクリーニングするために「退院調整スクリーニング」項目として、「80歳以上」「高齢者(70歳以上)で一人または二人暮らし」「ADLに障害(可能性)がある」など15項目を設定した(表4)。

以上の検討結果を踏まえ、データ収集を行った。評価指標および業務項目に基づいたデータの収集方法として、日常業務において橋渡しナースが記入する記録物を用いることとした。具体的には、統一書式による業務日報(看護相談日報)と相談の記録とした(資料1)。

記録書式の検討は、橋渡しシステムの評価指標の検討と同様、研究者および橋渡しナース等により行い、2回のプレテストを基に修正を行った。

2. 橋渡しナースのサービス提供の実際

前述のような検討を基に、橋渡しナースの業務の実際から、その成果を明らかにするために実態調査を行った。

1) 方法

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、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、統一書式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、研究遂行に当たり、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。

2) 結果

調査対象となった2004年9～11月のうちの任意の4週間における「橋渡しナース」業務の各記録件数は表5のとおりであった。

また、各「橋渡しナース」部門の概要は、表6のとおり

【表4】「退院調整スクリーニング」項目

- | |
|-----------------------------|
| 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. 認知症(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 |

【資料1】業務日報(看護相談日報)

平成 年 月 日 ()		看護相談日報		看護師長	記載者
相談		計 件	退院計画立案とその調整	計 件	
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			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)	計 件	
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		
相談支援活動		計 件	利用者への指導	計 件	
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)		・
連絡調整 (橋渡し) 活動		計 件	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			橋渡し活動に関する啓蒙活動	計 件	
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			事例検討会 (ケースカンファレンス)		件
12. 訪問看護指示書の確認・取り扱い			受診介助・支援		件
13. 訪問看護計画書・報告書の確認・取り扱い			訪問看護		件
14. その他					
その他の特記事項					

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

【表5】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	10/28～11/12	10/4～10/30	10/4～10/29
窓口対応日数	17	20	20	18	20	22	19
業務積算(日報集計)	400	559	459	114	184	383	638
相談記録の件数	242	22	173	12	13	79	6

【表6】各「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日
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	1993	1998	1999	2004	1983	2002	2002

りであった。

(1) 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(橋渡し)活動」1,531件(44.4%)、「看護相談以外の対応」672件(19.5%)であった(図1)。「看護相談」の内容で最も多かったのは「退院に際しての相談(療養生活相談)」であった(図2)。また、「連絡調整(橋渡し)活動」内容で多かったのは「受診・検査等の予約手続き代行・支援」「院内の連絡調整」であった(図3)。橋渡しナースは「連絡調整(橋渡し)活動」に最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。

(2) 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、最多13回であった(図4)。

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%)であり、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。

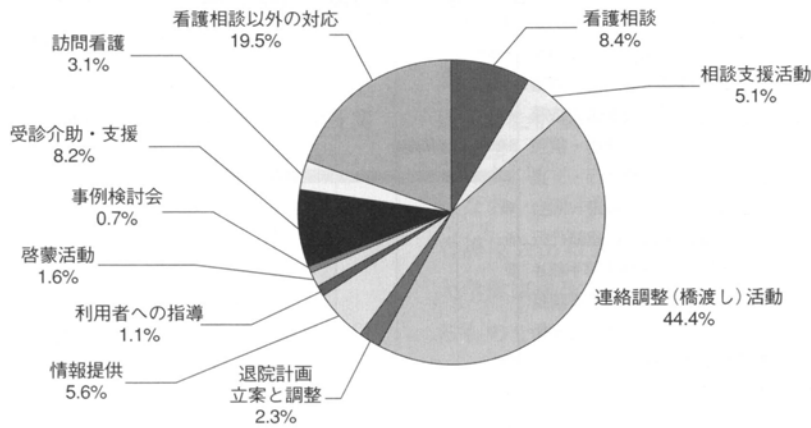
新規相談時の利用者の状況は、入院中22件(22.0%)、外来通院中7件(7.0%)、在宅療養中2件(2.0%)、その他2件(2.0%)、不明67件(67.0%)であった。

(3) 「退院調整スクリーニング」と連絡調整先

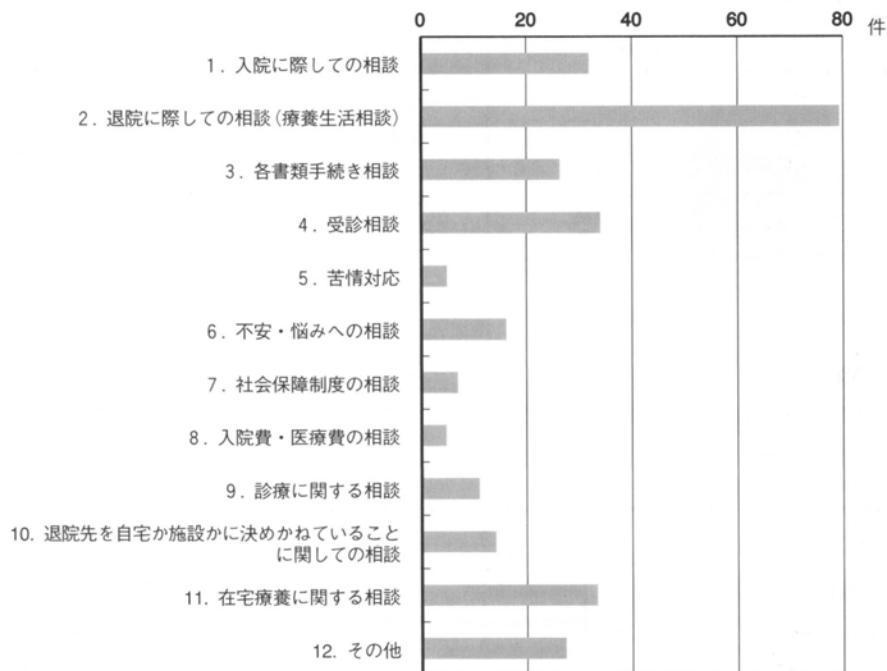
新規相談のうち、「退院調整スクリーニング」に記載があったのは26件(26.0%)であり、「退院調整スクリーニング」項目で多く該当していたのは、「ADLに障害がある」12件、「本人・家族への在宅支援が必要」11件、「社会資源の活用方法に関する支援が必要」9件であった(図5)。

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。

【図1】橋渡しナースの業務状況(7施設)



【図2】「看護相談」の内容別件数



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。

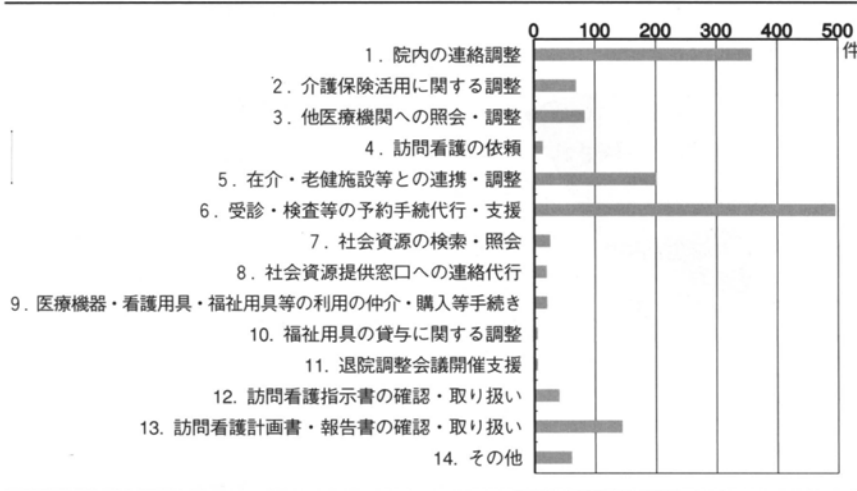
3) 考察

業務日報(看護相談日報)によれば、橋渡しナースは1日当たり平均20.1件(最低6.3~最高33.6件)の業務を実

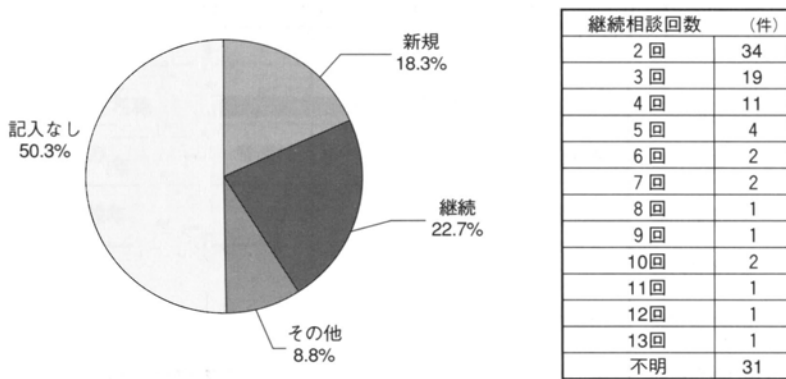
施していた。業務実施件数は、施設によりばらつきはあるが、いずれの施設も橋渡しナースの活動についての需要があることが改めて明らかになった。

また、橋渡しナースの実施業務の内訳を件数で表すと、「連絡調整(橋渡し)活動」が最も多かった。橋渡しナースの活動は、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

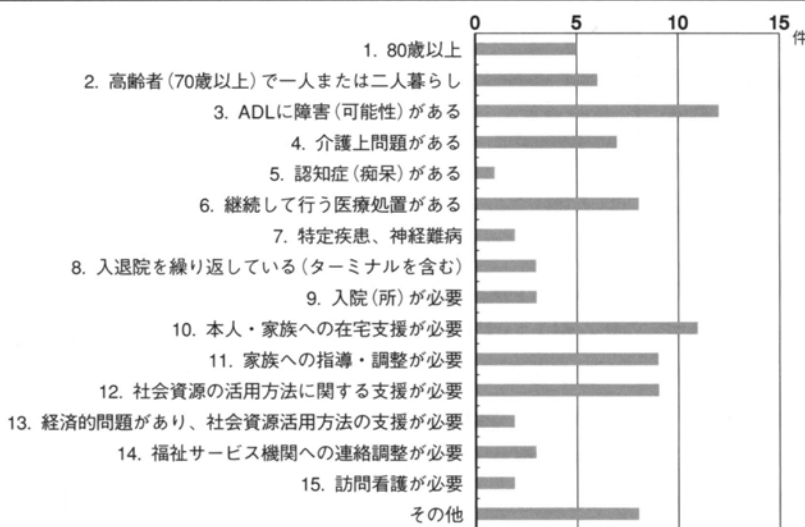
【図3】「連携調整(橋渡し)活動」の内容別件数



【図4】「看護相談」の利用状況



【図5】新規相談ケースの「退院調整スクリーニング」



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18.3% (100件)であり(図4)、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(橋渡し)活動」が挙げられる。

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活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が反映されていることがうかがえた。

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。調査の結果、新規利用者のうち、退院調整スクリーニングへの記載のある者は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えた。

また、前述のように退院調整スクリーニングによる利用者の状況で上位を占めていたのは、社会資源の活用や介護保険制度等の必要性よりも「ADLに障害がある」「本人・家族への在宅支援が必要」であり、看護職としての専門性を活かした支援の必要性が示唆された。

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えた。

おわりに

以上、青森県の保健・医療・福祉包括ケアシステムに

おける橋渡しシステムの評価の一部として、その評価指標と橋渡しナースの業務の実際について紹介した。

本報告は、橋渡しシステム全体の評価の一部分であり、まだ評価の実施に至っていない指標も多くある。今後、残された評価項目について検討を重ね、評価を実施する予定である。

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	
<p>[研究代表者] 上泉和子 (青森県立保健大学)</p> <p>[研究分担者] 細川満子 (青森県立保健大学)</p> <p>板橋玲子 (青森県立中央病院)</p> <p>船木悦子 (むつ総合病院)</p> <p>五十洲廣明</p> <p>齋藤文子</p> <p>舘田菊子 (青森県健康福祉部)</p>	<p>[研究代表者] 上泉和子</p> <p>[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)</p> <p>船木悦子 (むつ総合病院)</p> <p>齋藤トミ子 (五所川原市立西北中央病院)</p> <p>齋藤文子</p> <p>二川原康晴 工藤俊幸 舘田菊子 (青森県健康福祉部)</p> <p>大谷順一 (西北健康福祉こどもセンター)</p>	<p>[研究代表者] 上泉和子</p> <p>[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)</p> <p>鳴海明敏 工藤俊幸 舘田菊子 (青森県健康福祉部)</p>	<p>[研究代表者] 上泉和子</p> <p>[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)</p> <p>大前尚子 (八戸市立市民病院)</p> <p>相馬美香子 (弘前大学医学部附属病院)</p> <p>石脇敬子 (青森県立中央病院)</p>