

Y7-20

病棟看護師の退院支援に対する意識と行動の変化 転棟時の情報収集に着目して

高山赤十字病院 看護部

○新江 由季^{あらい ゆきこ}、霜出 郁美、山中 加奈子、

中村 和代

【はじめに】当病棟では、救命センターから転棟してくる脳血管疾患患者に対し退院支援への関わりをしている。転棟時にどれだけの情報を得ているかが、退院支援に大きく影響すると考える。看護師の退院支援に対する意識と行動が変化し、転棟時に退院支援に必要な情報収集ができることを目的とし『転棟時行動リスト』（以下、『行動リスト』とする）を作成・使用した。結果、看護師の退院支援に対する意識と行動に変化がみられたので、ここに報告する。

【方法】転棟時に退院支援に必要な情報収集を行うための『行動リスト』を作成し、看護師に使用してもらう。使用前後のアンケート調査を実施し、比較・分析する。

【結果】『行動リスト』を使用することで、「家族構成・キーパーソン」「介護保険の申請」「ADL」について、情報収集しているという回答が増加した。「患者・家族との関係形成」、「今後の生活の予測」、「家族の状況把握」、「積極的に退院支援する姿勢」に役立ったと全員が回答し、「アセスメント能力」、「他部署との連携」に役立ったと94%が回答した。

【考察】退院支援に必要な情報把握が不十分であったのは、看護師の退院支援に対する意識が低いこと、必要な情報が何かを理解していないことが原因であった。『行動リスト』は、退院支援に対する意識を高め、必要な情報を理解すること、退院支援に必要な情報収集を行うことに有効であったと考える。看護師と患者・家族がはじめて関わる転棟という場では、退院の話をもちかけにくく思いを聞き出せなかった。『行動リスト』を使用することで、退院後の生活を患者・家族と共に考えていくことができ、退院支援を進めやすくなった。

Y7-21

北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書の追跡調査報告

武蔵野赤十字病院 医療社会事業部 在宅介護支援センター¹⁾、武蔵野市 高齢者支援課²⁾、北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会³⁾○庄司 幸江¹⁾、笹井 肇²⁾、中島 康子²⁾、富田 博樹³⁾、戸根 修³⁾、藤ヶ崎 浩人³⁾、高橋 紳一³⁾、橋本 幸司³⁾、横見 弥世衣³⁾、山内 恵美子³⁾、増子 はるみ³⁾、伊藤 真由美²⁾、高橋 利恵子²⁾

【背景】医療機関の機能分化や多職種協働の地域連携が進む中、回復期から在宅療養への移行期には特にケアマネジメントシステムとの連携の欠如が課題とされてきた。当圏域では08年5月より北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会が中心となり、急性期・回復期・在宅診療の医師、看護師、リハビリテーション関連職・ケアマネジャー、保健福祉行政の担当者が参画した分科会において、地域連携診療計画書を作成、運用を開始した。それらは4枚の接着型パスの構成から成る。（その1）患者用オーバービュー（その2）急性期から回復期への移行期（その3）回復期から在宅・施設への移行期（その4）退院後3～6ヶ月の状況を共有するフィードバックシートである。計画管理病院では（その3）までの回収により患者の転帰はデータが得られるが、在宅療養の現状・課題を把握できる（その4）については追跡が出来ない。

【目的】地域連携診療計画書を使用し退院した患者・家族・ケアマネジャーにインタビューをすることにより、患者本位のシステムとして機能しているかを検証する。

【方法】武蔵野赤十字病院から回復期病院を経て在宅療養をしている患者・家族、担当ケアマネジャーに対しインタビューを行い、急性期、回復期、維持期など連携のどの部分に課題があるか、また患者・家族側から見た医療者との意識の違いを報告する。