

P-297

4施設看護師間の地域連携ミーティングの現状

岡山赤十字病院 看護部

みやげ 三宅
なのみ 尚美

【はじめに】現在、患者が急性期病院から回復期・維持期病院を経て在宅にスムーズに復帰することができるよう支援することが求められている。そのためには、各施設が十分に連携をはかり良質な医療・看護が提供できるようにすることが重要である。病院は地域の中核病院として急性期医療を担っている。〇病院では平成21年7月より連携の深い回復期・維持期病院3施設と看護師間の連携の会（地域連携ミーティング）を開始した。会の目的を1.急性期病院から在宅にわたる切れ目のない適切な医療福祉サービスを提供すること。2.患者の抱える問題を医療面・生活面から抽出し本会のメンバーで共有すること。3.本会のメンバーが顔見知りとなりきめ細かな連携を深めること。とした。今回、会の現状を明らかにし報告する

【方法】定例会は月1回、各施設から1～3名の看護師が参加して開催した。事例検討会は3ヶ月に1回、開催する施設を変えて開催した。退院前カンファレンスは対象患者を脳卒中患者・大腿骨骨折患者で地域連携バスを使用する患者とし〇病院で開催した。

【現状】定例会は、会の目的に則した内容について検討し定例会の決定事項は各施設の持ち帰り伝達している。事例検討会は、参加したスタッフから「急性期での看護の視点・回復期での看護の視点を比べながら見ることができ、自分の看護の視点が広がった」「転院後の患者の様子が分かりモチベーションが上がった」などの感想があった。退院前カンファレンスは、患者・家族から「転院前に転院先のスタッフと顔みしりとなり安心した」という感想があった。本会の目的である2,3については取り組んでいると考える。

P-299

心肺蘇生法の講習会を患者・家族に実施して

前橋赤十字病院 高度救命救急センター病棟

なかじま 章江、あきえ 近藤 裕子、山崎 純子、入料 大、
木村 広大、会田 明美、増田 敦子、丹下 正一、
牧口みどり

【はじめに】近年、植え込み型除細動器、除細動付心臓再同期療法（以下デバイス）の必要な患者が増加しており、当院では、デバイスチームによる、術前、術後訪問や外来での継続看護を行っている。その中で、患者・家族から、不整脈が出現した時の対応について、不安を感じているとの訴えが多かった。そこで、デバイス植え込み患者家族を対象に、心肺蘇生法の講習会を計画・実施した。

【概要】デバイス植え込み術後、心肺蘇生法の参加希望の有無を確認し、希望があった患者・家族を対象に講習会を実施した。参加者は、第一回6名、第二回14名であった。

講習会の流れは、ハンズオンリーCPRとAED使用CPRの2シナリオのDVD鑑賞、講義後、実技と質疑応答を計画した。

講義は心血管内科医師が担当し、心室頻拍と心室細動の危険性、心肺蘇生法の必要性と手技の流れを説明した。

実技は、傷病者発見から胸骨圧迫開始まで、胸骨圧迫、AED使用方法、救急隊到着までの全セッションの練習を行った。参加者1グループ2～3名とし、各グループに1体のシミュレーターとAEDを用いて、デバイスナース1名が指導を行った。

講習会終了後、参加者にアンケートを配布し、実施後の評価を行った。

【結論】アンケートの結果は以下の3点であった。

- 1, 不整脈出現時の対応を知ることが不安の軽減に繋がった。
- 2, 家族・家族間や、患者・家族間でのコミュニケーションを深める場となった。
- 3, 治療に関して興味を持つことができた。

このことから、講習会の開催は有効であり、今後も、定期的な講習会を開催していくことが必要と考えられる。

【今後の課題】高齢者の方の配慮や、複数回受講する参加者の為に、内容に変化を持たせ興味を持ってより深く理解できる様、実技内容の工夫を行う。

P-298

併設病院と連携した訪問看護ステーションの緩和ケアの取り組み

大分赤十字病院 訪問看護ステーション

ひめの 姫野かおり、生野 秀子、竹中 愛子

大分赤十字病院（以下当院）は平成14年に地域がん診療拠点病院の指定を受け緩和ケアチームを組織し活動を行っている。緩和ケアチームはスムーズな在宅療養への移行をめざし、発足時より在宅支援部門である地域医療連携室と併設する大分赤十字訪問看護ステーション（以下当ステーション）を緩和ケアチームに加えている。在宅支援部門は患者の希望を優先した退院調整を行うとともに即応性を基本方針としている。当ステーションは緩和ケアラウンドに参加し、緩和ケアチーム、在宅医やケアマネジャーと医療処置や症状コントロールについて随時カンファレンスを行っている。在宅においても継続して訪問看護ステーションが支援する体制を作り、緊急時や再入院希望時は在宅医と在宅支援部門が連携を図り即日入院できる体制を整え、患者が主体となって療養の場を選択できる支援を行っている。このように当ステーションが緩和ケアチームとして活動しコーディネーター的な役割と地域において緩和ケアの実践を行っている。この取り組みの結果、昨年度は当ステーションの利用者121人中、40人ががん末期患者であった。40人中、23人を7か所の地域医療機関と連携し、11人を在宅で看取りを行っている。当院での最期を希望した利用者15人が計画的な入院によって当院で最期を迎えている。当院は地域がん拠点病院として全入院患者の34%ががん疾患の患者であり、当ステーションも33%が末期がん患者の利用者であった。以上のように当ステーションが緩和ケアチームの在宅部門として参加することは在宅療養者を支援することに有効であった。また当ステーションと連携することで緩和ケアを専門としていない在宅医も当院の緩和ケアチームから支援を受け緩和ケアに取り組んでおり地域における緩和ケアの質の向上につながっている。

P-300

糖尿病患者が運動療法を継続する為の支援の検討～TTMの活用～

長岡赤十字病院 看護科

せき 関 ひとみ、笠井 恵、六川 素子

【目的】トランスセオレティカルモデル（以下TTM）を用いた介入の経過を考察し、糖尿病患者が運動療法を継続するための効果的な方法の検討。

【方法】対象はA病院に教育入院し、退院後A病院に通院する20歳以上、且つ医師から運動療法の処方がある2型糖尿病患者1名。食事・薬物療法は継続できているが、運動療法は関心期、準備期、或いは実行期の患者。入院中1回と月1回退院時に本研究者がTTMに基づいて面接を行い、その場面を観察法で記録する。記録内容から必要な部分を抜き出し検討する。倫理的配慮：研究の主旨及び個人が特定されない配慮をする旨を説明。本人より同意を得た。

【結果】関心期：行動変容しないことに対し非難せず、患者の考えや行動を受容した。運動継続できない理由をふまえ、具体的な運動内容を提案した。準備期：行動していることを評価し、自己効力感を高めるよう関わった。実行可能な目標を設定してもらい励まし、賞賛した。実行期：地道に継続していることを賞賛した。逸脱や習慣の逆戻りを防ぐため、患者の現状に合わせ適切な目標設定に努めた。維持期：運動に充実感を感じ、運動の継続をより強固にすることを目標とした。患者は目標を高く設定し取り組むようになり、研究者は支持的に関わった。

【考察】変化する患者の行動変容の段階とその行動の裏付けとなる思いや考えを把握し、患者と共に適切な目標設定をした。その結果、患者も運動療法に積極的に取り組むようになった。患者の自己効力感が高められたことにより、患者は自身の内在する能力を発見し、それによって自己管理行動を選択・決断し能動的に療養行動を改善することができるようになった。