

## マツダ病院 QCサークル活動報告書

|       |                                |     |        |        |
|-------|--------------------------------|-----|--------|--------|
| サークル名 | DATTE・MOTTO                    |     | 発表者    | 倉橋 美輝  |
|       |                                |     | リーダー   | 倉橋 美輝  |
| 部署    | 看護部                            |     | サブリーダー | 三戸 由理子 |
| 活動期間  | 2020年7月日～2022年1月13日            |     | メンバー   | 平岡 佐知子 |
| 会合状況  | 会合回数                           | 22回 |        | 蔵永 敦子  |
|       | 1回あたりの会合時間                     | 60分 |        | 松山 愛   |
| テーマ   | 糖尿病患者の外来での療養指導件数の増加<br>病棟～外来連携 |     | アドバイザー | 横山 匠太  |
|       |                                |     |        | 平野 容子  |
|       |                                |     |        | 高野 英祐  |
|       |                                |     |        | 大下 雅枝  |

## 1. テーマ選定

糖尿病患者は年々増加しており、厚生労働省が2017年に発表した患者調査の概況で、糖尿病患者数は過去最多の328万9,000人になった。また、糖尿病は慢性疾患であり、治療は一生続くため、重症化・合併症予防が大切である。そのため自己管理行動に向け、個々の患者背景に応じた療養指導を行うことが重要になる。こうした社会情勢を踏まえ、看護部の重点課題として、生活習慣病予防・重症化予防・合併症予防の活動推進を挙げられ、糖尿病重症化予防が活動目標になった。しかし現状は、医師は指導してもらいたい患者が多くいるし、血糖コントロールがこれ以上悪くなったら入院になるから、その前に指導して欲しい、という療養指導の依頼があっても、外来看護師は指導しなくてはと思う一方で、自信がない、指導できる人がいない、他の業務もたくさんあるし忙しいなどがあり、指導が必要な患者や個別性に応じた療養指導ができていなかった。そこで、個別的な療養指導が実施できるようにこのテーマを選定した。

## 2. 現状把握

指導が必要な患者として、HbA1c8.5%以上(75歳未満)の患者の指導、入院時に自己注射・自己血糖測定が開始となった患者の退院後初回指導、デバイス導入や変更時の指導の実施件数について調査した。

1) 調査機関:2020年7月1日～9月30日

2) 調査結果

(1) HbA1c8.5%以上(75歳未満)の患者の指導件数(n=65)

指導あり:18% 指導なし:82%

(2) 退院後初回指導件数(n=14)

指導あり:78% 指導なし:22%

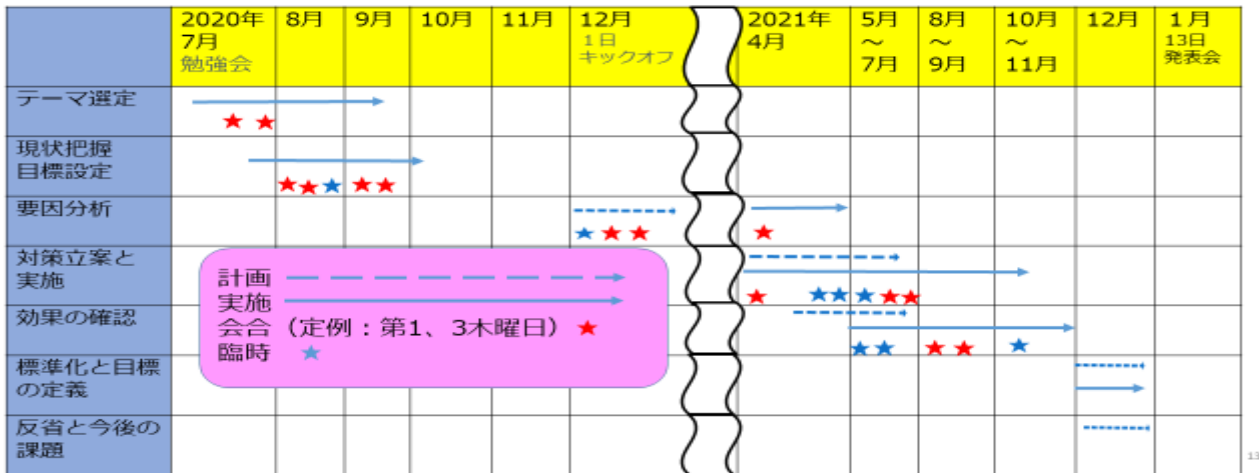
(3) デバイス導入や変更時の指導件数(n=51)

指導あり:88% 指導なし:12%

### 3.目標設定

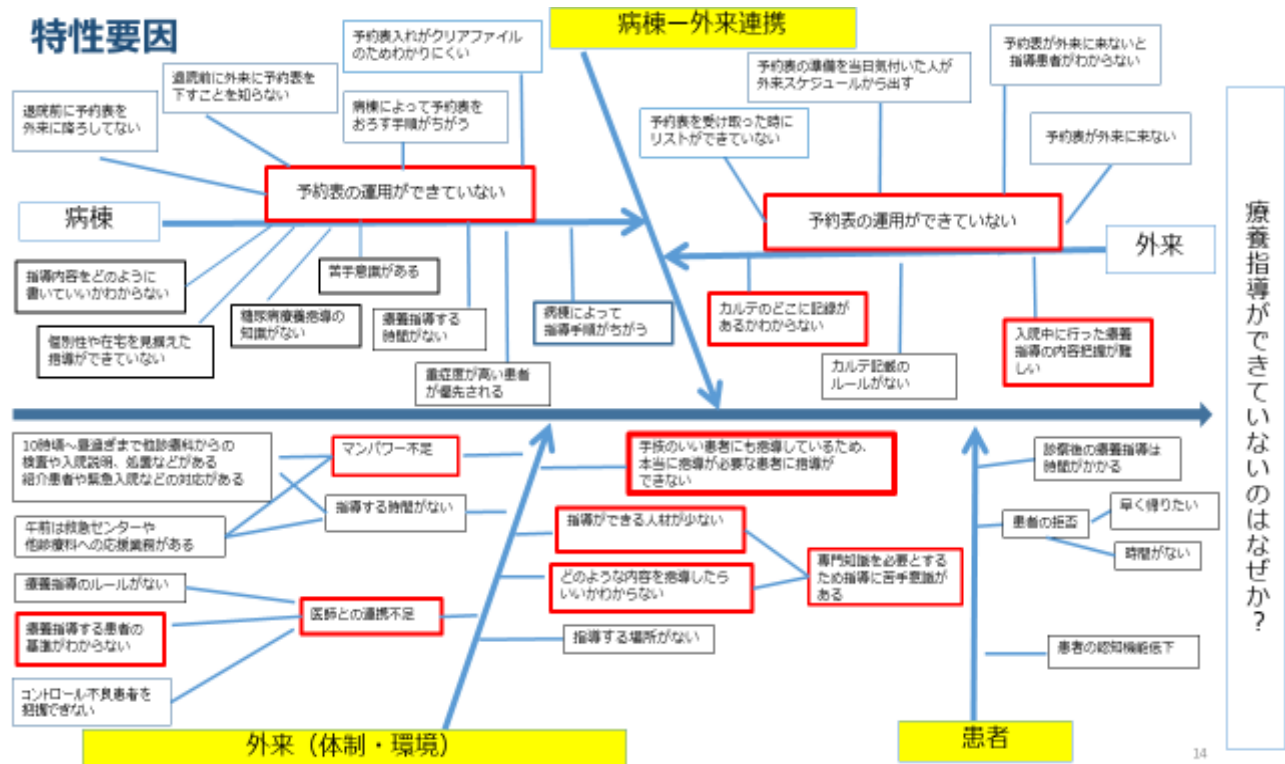
- (1)HbA1c8.5%以上の療養指導:2 倍、
- (2)退院後初回受診患者の指導:100%
- (3)デバイスの導入、変更時の指導:100%

### 4.活動計画(図 1)

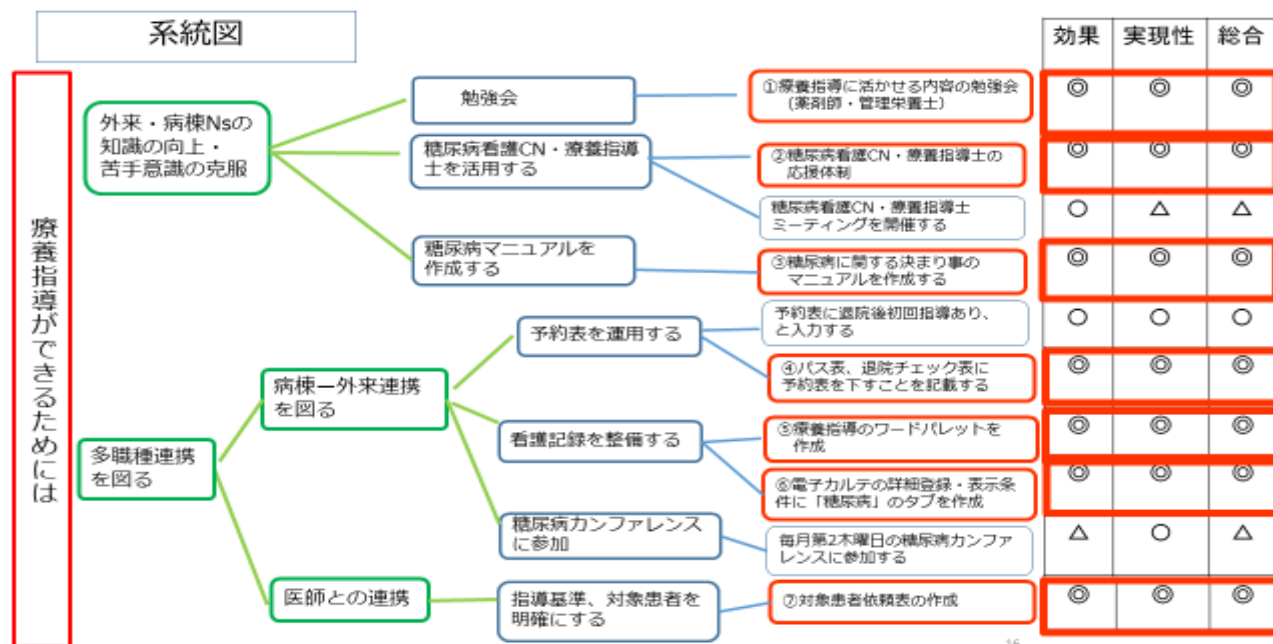


### 5.要因解析

特性要因図 (図 2)



## 6.対策の立案(図3)



## 7・対策の実施

### 1)外来看護師の取り組み

#### (1)勉強会開催

インスリン自己注射や血糖測定器の手技指導だけでも実施できるように、糖尿病治療薬について薬剤師による勉強会を実施した。

(2)デバイス、パンフレットの整理。インスリン自己注射のポイントを入れた資料をパウチにして作成。

(3)糖尿病療養指導士が指導している場面を見学する。

(4)外来看護師で指導予定患者の受診の前日に情報共有し指導の担当者を決め、予約表をファイルに準備した。

(5)他部署の糖尿病療養指導士有資格者の応援体制の構築

(6)応援看護師が指導の内容がわかるように、糖尿病療養指導リストに受診日、指導内容などを入力・見える化し、情報共有した。

(7)在宅療養指導の札を作成(内科受付にもコスト漏れ防止のため、連携を図った)

### 2)病棟看護師の取り組み

(1)糖尿病教育入院に関するマニュアル作成

### 3)病棟-外来連携

(1)退院後初回受診時の予約表を内科外来に下ろす(糖尿病教育クリニカルパスと退院チェック表に項目を作成)

(2)ワードパレット作成(インスリン自己注射・自己血糖測定)

(3)糖尿病内科退院指導テンプレート作成

### 4)多職種連携

(1)糖尿病タブの作成(糖尿病指導で登録し記録を一目で内容を把握することができる)

### 5)医師との連携

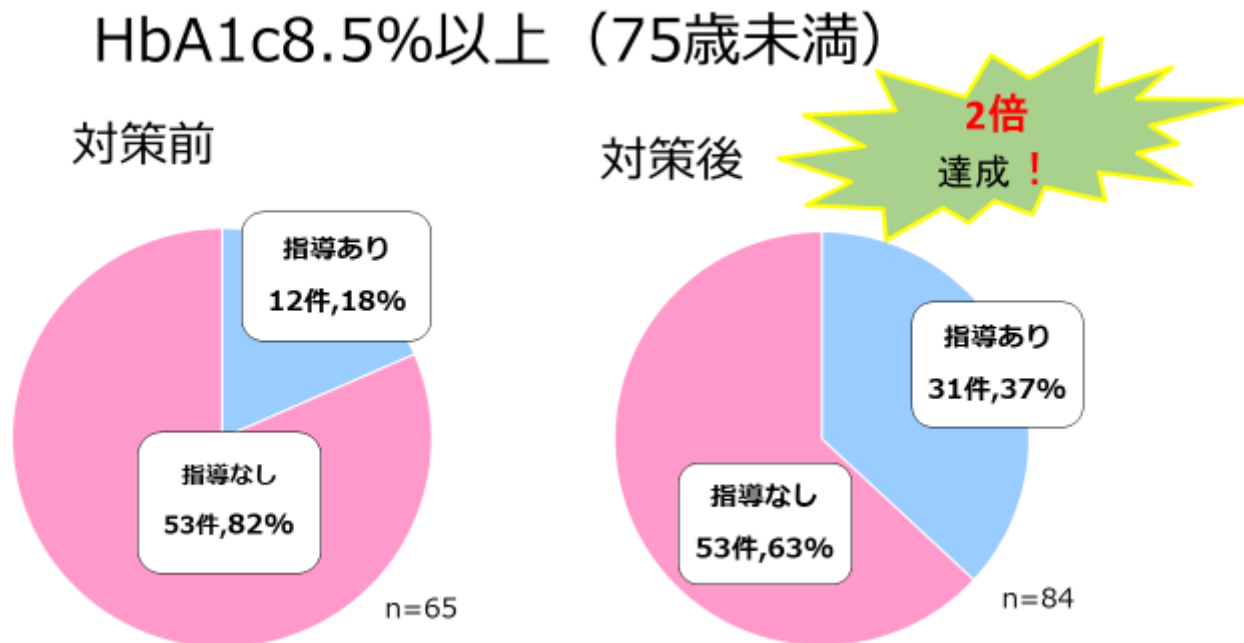
(1)指示簿の作成

## 8.効果の確認

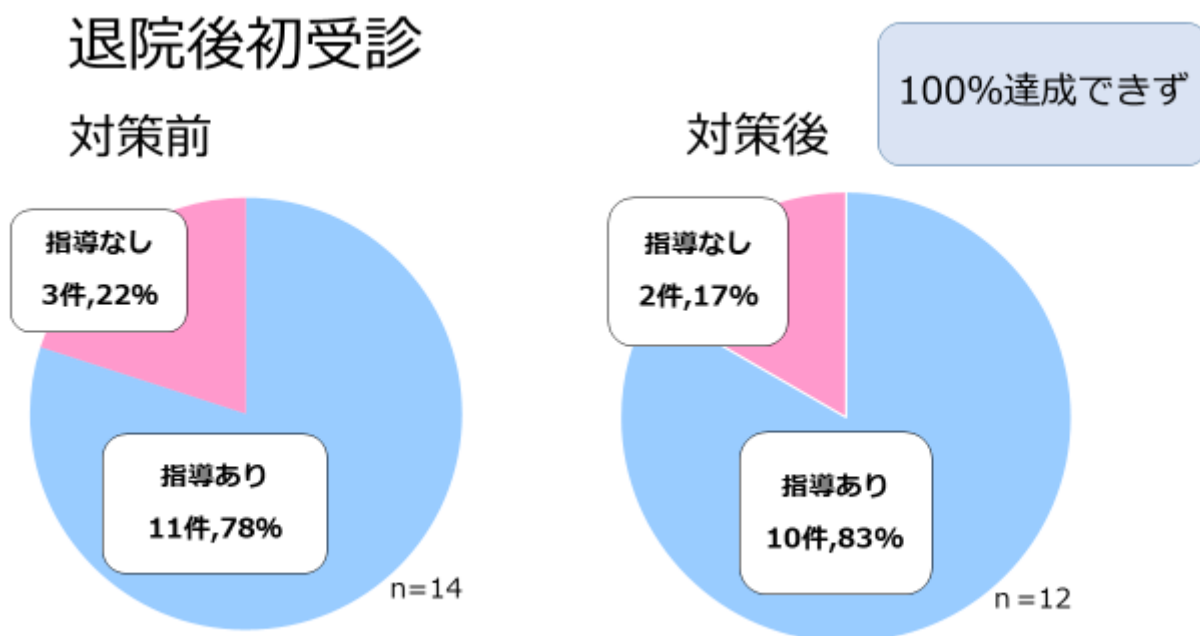
[有形効果]

調査機関:2021年5月1日~7月31日

1) HbA1c8.5%以上(75歳未満)の患者の指導件数(図4)

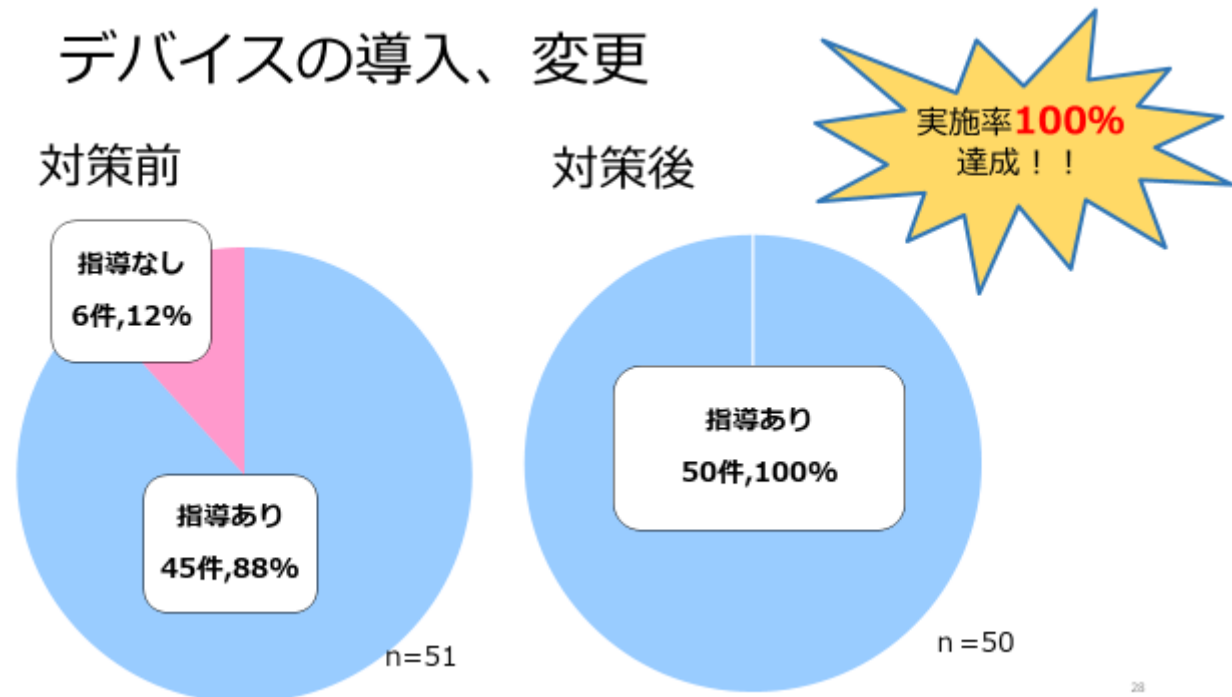


2) 退院後初回受診(図5)



100%達成できなかった理由:外来一病棟連携はできていたが、外来看護師間での予約表の運用ができていなかった

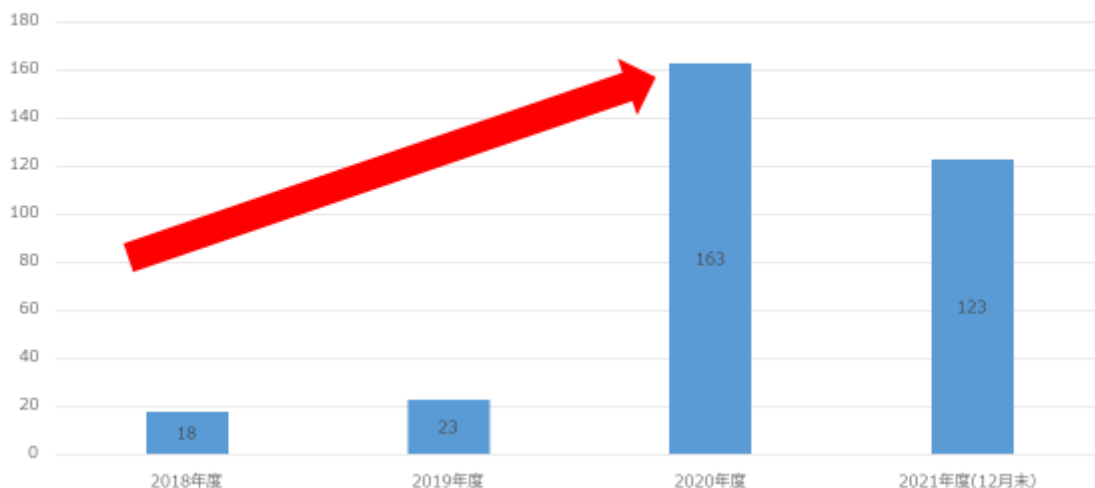
3) デバイスの導入・変更(図 6)



28

4) 指導件数(図 7)

### 効果の確認 在宅療養指導算定件数



29

[無形効果]

1) 療養指導ができる看護師の増加:2名→14名に増加

外来看護師に聞き取り調査を実施し、「勉強会で薬の効果や副作用を知ること、手技指導はできるようになった。」「指導できる人が増えて相談しやすくなった。」などの話が聞かれた。

2) 糖尿病内科医師のコメント

辻医師:「そう言われたら指導とか断られんようになったかなあ。」と、

平岡先生:「指導してくれる看護師さんが増えて良かった。血糖値が悪い患者さんを気にかけて声かけてくれるようになったって思うよ。」と言われた。

[波及効果]

療養指導を30分実施すると在宅療養指導170点の算定がとれる。指導件数が増加することで収益も増加する。

(図8)

## 在宅療養指導算定件数増加→算定量増加



**収益**

¥ 39,100円 (2019年)

¥ 277,100円 (2020年)

¥ 255,000円 (2021年  
12月現在)

アップ!



35

9.標準化と管理の定着(図9)

### 標準化・定着化

| なにを                | いつ       | だれが              | どうする   | なぜ                   |
|--------------------|----------|------------------|--|----------------------|
| 療養指導するべき患者         | HbA1c悪化時 | 医師<br>看護師<br>栄養士 | 在宅での療養行動を確認、指導する                             | 重症化・合併症予防            |
| 入院していた患者の在宅療養行動の確認 | 退院後初回受診日 | 外来・病棟<br>看護師     | 外来：指導リストに入力する<br>病棟：予約表を確実に降ろす、記録を糖尿病療養で登録する | 入院中の指導が在宅で継続できているか確認 |
| 自己注射導入、変更の手技指導     | 指示がでた時   | 医師<br>看護師        | 療養指導指示簿を使用する                                 | 指示の明確化               |

36

## 10.反省と今後の課題

### 1)反省点

- (1)糖尿病療養指導士ミーティングの開催ができなかった。
- (2)記録の評価とマニュアル運用の確認ができなかった。

### 2)今後の課題

- (1)デバイスの手技指導はできるようになったが、患者の個別性に合わせた指導は自信がない看護師が多いため、糖尿病の知識に関する勉強会を行い、療養指導に関する不安の軽減に努めていくこと。
- (2)患者評価:療養指導を行った結果、患者の行動変容につながったかどうか、など患者アンケートやHbA1cの推移の検証など。
- (3)フットケア件数の増加:病棟、外来で行っているフットケアが継続できるようにお互い連携する。