

指標名: 心不全患者の自己健康管理(家族管理も含む)実施率

背景

入院患者は高齢化し、様々な生活背景を抱える患者が多い。急性期治療が終われば退院となる場合も多く、平均在院日数は短縮化している。このような現状での保健指導は、患者の生活に合わせて個別性があり、患者が主体的に取り組め実践可能である事が求められる。循環器領域では、心不全手帳が取り扱われるようになり、手帳を用いた保健指導が実践可能となった。しかし、当病棟では、心不全手帳の取り扱いはしていたものの、どの患者に手帳が渡され、どのような保健指導が行われているか把握ができていない現状であった。そのため再入院率が16.2%(2017年度)で循環器病棟の看護師として保健指導が不十分であることがわかった。心不全の病態において、症状悪化を繰り返している患者も多い。どの患者においても患者にあった保健指導が行なわれることで、患者が自分の体の変化に気づき、生活を見つめ直すきっかけになる。また、患者の療養環境である自宅で、症状コントロールがされ、生活の質の維持(QOLの向上)が出来るためにも心不全手帳を用いた自己健康管理が必要である。

データの定義

定義(分子)

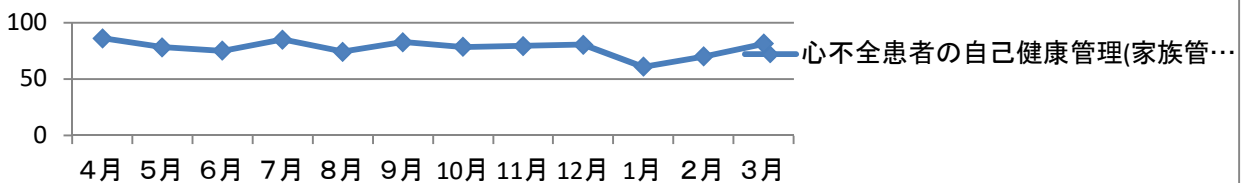
心不全手帳のチェックシートの「体重」「症状」「服薬チェック」の記入が退院時にできていた心不全患者対象(分母)

A3病棟入院中の循環器、心臓血管外科で心不全と診断された患者(退院時の日常生活自立度がC1C2の患者を除く)

- \* 自己管理が出来ない患者は家族への指導が必要
- \* 体重測定が出来る患者

2018年度のデータ

心不全患者の自己健康管理(家族管理も含む)実施率(%)



Nursig Indicator (看護指標)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均値
心不全患者の自己健康管理(家族管理も含む)実施率	86.2	78.1	75	85	74.1	82.8	78.6	79.3	80.6	60.8	70	81.2	77.6
分母: A3病棟入院中の循環器、心臓血管外科で心不全と診断された患者(退院時の日常生活自立度がC1C2の患者を除く)	29	32	16	20	27	29	28	29	31	23	10	16	
分子: 心不全手帳のチェックシートの「体重」「症状」「服薬チェック」の記入が退院時にできていた心不全患者	25	25	12	17	20	24	22	23	25	14	7	13	

参考データ

2016年度 心不全患者の自己健康管理(家族管理も含む)実施率 34.7%(2016年11月~2017年3月)、2017年度 81.2%(2017年4月~2018年3月)

※2016年11月よりNI開始

## 評価

・2017年度、目標値を50%としていたが、年間の実施率が81.2%とと大幅な目標達成となり、2018年度より目標値を85%へあげた。しかし、77.6%と前年度を下回る結果となった。その背景として、日常生活自立度がB以上の患者でも、認知症を患っていたり、独居で家族の協力が得られにくかったりと、保健指導の限界が見えた。そこで、2018年度内に一度NIの見直しを行い、「認知症を患い家族の協力が得られない患者」を除外例に追加した。2019年度の集計結果へ反映させていく。

・集計方法としてリーダーノートを使用しているが、リーダーノートが処分されてしまったり、リーダーノートへ保健指導の経過が記載されていなかったと、正確な数値を出すことが難しい現状となっている。現在はセルフケアグループを中心として、リーダー看護師への声掛けやカルテから退院患者の保健指導状況を確認している。今後、集計方法に関して検討が必要。

現在、心不全患者への保健指導を対象としているが、A3病棟では、心不全患者以外にも心筋梗塞や心臓手術後の患者など様々な患者に保健指導を行っている。今後、心不全患者以外の保健指導についても、NIの指標として考えるか検討していく。

## 参考文献

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)