

外来から始める継続看護とチーム医療



生活習慣の見直しが必要ですよ……

A氏の日常生活をもう少し踏み込んでアセスメントを行わなければ行動変容には繋がらないだろうと感じ、CDEJとの面談を提案



薬の効果がないなら病院を変えようか

看護師間の連携



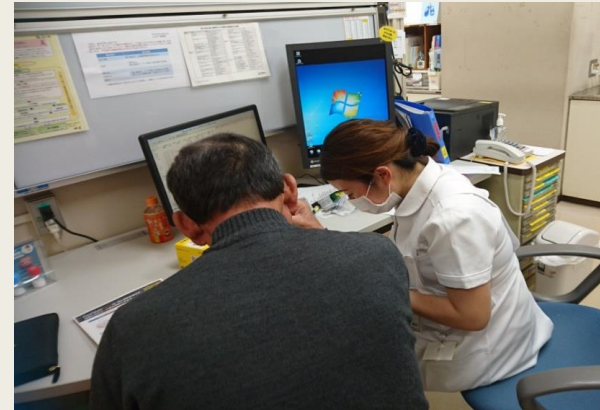
外来でのCDEJの役割



外来には現在CDEJが3名います
主に代謝科の医師の診察介助

毎朝「糖尿病気になるシート」を用いカンファレンス

- ★インスリン自己注射
- ★血糖測定の指導
- ★糖尿病看護外来を立ち上げ糖尿病患者のフットケアなど



糖尿病患者の日常生活の療養指導を全般的に行っている



CDEJとの面談で色々問題点がみつかったようです。改善でき
そうなところを指導しています。
ひきつづき、かかりつけの医院さんを受診されるようです。

医師と
の連携



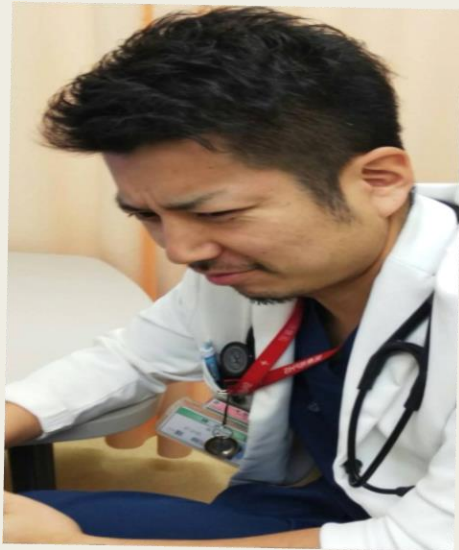
他施設と
の連携



それはよかったね
診療情報提供書にも糖尿のコントロールの依頼を記載
しておくね

そして半年後

事前に行われた心筋シンチの結果が思わしくなくまたHbA1cも12.9%まで悪化



循環器医師から
代謝科医師への
連携

教育入院やってみます！

もう1度生活習慣の改善が必要です
糖尿病の教育入院をしてみますか？



外来看護師は

糖尿病の教育入院までに外来から病棟へ継続できるように、

病棟外来連絡票 を記載し、
入院する病棟へ連携を取りました。

病棟との
連携



A氏は教育入院を行い、退院後もFMG※を使用することになったため、
外来のCDEJが病棟に出向き、FMGの装着を指導し退院されました。

FMG（血糖自己測定）※



私たち外来看護師は、日常生活習慣を見直さなければいけない患者に対するアプローチをどう行っていくか、行動変容に対する援助をどうおこなえばいいのかを日々考えて看護をしています。

循環器担当看護師から
CDEJへ連携

医師から
かかりつけ医師へ連携

循環器の医師から
代謝科の医師へ連携

外来から
病棟への連携

つながる医療、繋がる看護が
行えたのではないかと感じています。