

慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助

および援助提供システムについての検討

山田吉子(松波総合病院) 古野ひさよ(揖斐厚生病院) 中島加代(岐阜中央病院) 栗田智子(大垣市民病院) 恒川育代(岐阜大学) 田内香織 河村めぐみ 藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子(大学)

I. 目的

糖尿病を含む慢性疾患、特に生活習慣病は、病気を持つ本人と家族が健康管理の中心となり、日常生活の中で養生法を実施する必要がある。それは長期に渡り、多くは一生続くものであるため、養生法を継続することはなかなか難しく、個人と家族を支える看護職者はどのようにサポートすればよいかで悩むことが多い。

本研究においては糖尿病とともに生活を続けている人々に提供した看護実践例を用いて具体的な看護援助内容を振り返ることで、看護職者はどのような援助提供体制のもとで、どのように看護援助を提供することが可能であるかについて施設を越えて議論し、共有することを目的とする。

II. 方法

1. 方法: 病院に所属する共同研究者が自分の行った実際の看護援助内容を紹介し、その看護援助内容について共同研究者全員で検討を行なう。検討会は、4月に第1回、7月に第2回、11月に第3回、2007年1月に第4回を行なう。

2. 倫理的配慮: 本学倫理審査部会の承認を受けて研究を進めた。看護援助検討会において提示する内容は、個人が特定されることがないように匿名性に配慮して扱い、研究目的以外に使用しない。

III. 結果

1. 援助内容の概要

援助例 1: A氏は糖尿病を診断された他院にて治療を続けていたが血糖コントロール不良のため、教育入院となった。退院後は体重・血糖値が低下し、「痩せていくのが楽しい」と療養生活に励んでいた。1年後に血糖値が上昇し、再度の教育入院となった。看護援助として、①指導が始まる前に担当スタッフと話し合いを持ち、退院後に実践可能な点に焦点をあて指導した。②経過を傾聴したところ、親族が亡くなったストレス、パート時間が延びて外食が多くなった、友人との宴会が多くなったなどが本人から語られた。③食事内容の聞き取りから表3の過剰摂取と、食品交換表に関する理解違いがあるため、食品交換表の使い方についての再学習を勧めた。④運動療法は寒さと多忙で実践されていないことから、ライフコーダで

運動量を確認した。⑤継続的な実践に関して患者の了解を得ながら地域連携パスにて継続支援を行なった。

援助例 2: B氏は7年程前より経口薬治療を続け、HbA1c 7%代のコントロールであったが、1年前より8%代に上昇し、インスリン導入を勧められ入院となった。①現在の症状、入院の受けとめ、入院の目的、知りたいこと、心配なこと等を聴き取り、計画に沿ってインスリン使用についての指導を実施した。本人が仕事のことを気にしていたため、外出しながらの教育とし、2週間の入院で外来通院となった。②外来では、診察の待ち時間に指導項目に沿って聴き取りをしながら指導を続けた。③骨折で入院となり、入院中の食事により良好な血糖値になることが分かり、本人も努力していた。退院後の外食について不安が表現されたため、自宅での食事に配慮すること等で支援を続けた。

援助例 3: C氏は1年前頃より血糖コントロール不良となり、インスリン療法が勧められていたが、「インスリンになったら死にたい」等と話すことから導入を見合わせていた。血糖値の上昇が続きインスリン導入が必要となり、外来でインスリン指導を行った。①初回の指導は明るい部屋で患者の気持ちを傾聴し、本人はインスリンに対するイメージなどについて語った。インスリンを使用しているのは一人ではないことや使用物品などを説明したところ、練習用パットに注入することができた。②注射手技の練習を1回1時間程度とし、本人のペースに合わせて根気良く説明した。③メモリが見やすいように黒色板や虫眼鏡を使用して確認した。

援助例 4: D氏は8年前より糖尿病と高脂血症にて内服治療、2年前頃よりHbA1cが上昇し、インスリン導入を勧められたが拒否していた。その後自宅のリホームを契機に動くことが多くなりHbA1cが低下、身体活動が改善に結びつくことを実感し、散歩やジョギングを毎日行なうようになった。①これまでの経過を聴き取り、要因を把握した。②活動量が少なくなったことが要因であると

考えられたため、運動療法について説明し、夕食後の散歩と仕事での身体活動の増加を勧めた。

2. 看護援助検討会における検討経過

1) 第1回検討会

援助例 1: 地域連携パス(註①)の1例目であり、糖尿病教育入院後、HbA1c 6%代に改善した。1年後に再入院、その2年後にも再入院している。現在152cm、61.3kgである。退院後のフォローをどのように行うかが課題の焦点であり、医師、栄養士、看護師の連携が必要である。

援助例 2: 2月に下肢骨折で入院時、食事を1840kcalから1520kcalに減らした。退院後は空腹感が強くこのカロリーではもたないと訴えがあった。職場が近く、仕事の合間に受診しているが、外来ではなかなか声かけられないため、定期的な電話でフォローをしている。

地域連携について、同じ職種でも連携が難しいことがあり、担当者、医師、栄養士との連携をどのように図っていくかが課題である。

電話フォローについては、19時30分～20時くらいがよいのではないかと、空腹時や食事時は避け、「今話をしてもいいですか」「5分くらいいいですか」と相手の状況を確認してから本題に入る。外来受診を中断している人に電話をしているが、本人が出られないなら妻に状況を聞くだけでも少し状況が把握できるのではないかと。

効果的な生活支援について、リバウンドをする人が多い、長年糖尿病を患っている人は初診の1年のデータと長い経過後の1年のデータ比較が必要である。

糖尿病と自己管理方法について、正しい知識が必要である。何年か経っている人は、糖尿病教室を少しやると元に戻る。HbA1cが10%以上の場合にはなかなか変わらない。経過が長い人ほど、コントロールが難しい。

2) 第2回検討会

援助例 2: 6月から食事が1680kcalに増加した。HbA1c7.2%、体重63.5kgとなる。仕事量は増えていない。普段の夕食は午後9時くらいであり、外食が月に5～6回ある。「悪いところが分かっているけれど分からない」と言う。妻に電話したが、出なかった。骨折も良くなり、松葉杖なしで歩く服薬、インスリン注射は行なっている。間食はとっていない。

次の受診のときに、食事2単位分をどのように増やしたのか、アルコールやビールの摂取状況、外食の内容について確認する。

援助例 3: 初日の外来では何も話さなかった。医

師から自殺するかもしれないので注意するようにと聞いており、指導室内の環境にも配慮し、30分ほど話を聞いた。

インスリンについて「バイアルで吸って打つ」というイメージを持っており、また「インスリン導入になったら死を待つだけ」という想いを抱いていることが分かった。また、痛みへの恐怖「針を刺すのが痛い」と思っていることが分かったため、フレックスペンと針(の太さ)を実際に見てもらった。本人は医師から「インスリンの手技は汗をかかないと覚えられないよ」と聞いており、心配していた。看護師はインスリンの手技を、C氏が覚えるまで責任をもって説明することを伝えた。C氏は夫と同伴で来院し、夫同席のもとインスリンの説明を行った。C氏は1日目で流れを理解し、腹部に刺入する(インスリンは注入しない)ことができた。本人は明日から自分でやってみると言うことができた。C氏は視力の低下があり、1ページ1動作のインスリン指導用紙を用い、1動作ごとに確認することにした。注射手技は、指導記録を残した(個人の視力に応じた工夫)。

援助例 4: 6月から内服薬アマリール5錠に増量した(HbA1c 7.8)。「インスリンはイメージが悪いので使いたくない」と話していた。D氏は元来自分のことについてあまり話さない人である。検査の値が良くないので、看護職とも顔を合わせないように帰って行く様子であり、話すことが少なくなっているかもしれない。今後は関係づくりを目指していくこととする。3ヶ月くらいを目標に話しのできる関係をつくれるといいのではないかと。運動によってHbA1c7～6代になっており、「できればインスリンを使いたくない」という本人の思いを支えて援助していく。

3) 第3回検討会

各援助例の経過報告と検討を行なうとともに10月に開催された岐阜糖尿病コメディカルセミナーで報告された援助事例を資料として意見交換を行なった。

意見交換の第1点はインスリン注射の針の廃棄ボトルについて、第2点はCSII(持続的インスリン皮下注入法)に関する看護援助についてであった。県内病院にてCSIIを導入した事例の報告があったことから、この方法について話し合い、保険適用などの困難さがあるが、若年者や女性、特に妊娠期間の血糖コントロールにおいては効果的である場合があること、およびこの方法の導入においては、看護職者が十分な知識をもつことが重要であるなどが共有された。

4) 第4回検討会

－援助例のその後と援助における重要点－

援助例のその後の状況およびこれまでの経過を振り返り、それぞれの看護援助において、どのようなことが重要な意味をもっていたのかについて検討を行なった。

援助例 1: [その後] 普段はかかりつけ医を受診し、眼科受診に合わせて3ヶ月に一度当院外来を受診している。〔重要点〕指導が始まる前に、担当のスタッフと話し、退院後に実践可能な点に焦点を当てた指導を行ったこと。

援助例 2: [その後] 仕事の空き時間に受診するなどの様々な生活の調整を行っている。〔重要点〕思いを傾聴したことが重要な援助であった。

援助例 3: [その後] 家族の協力を得て、コントロールを続けている。〔重要点〕初回に明るい部屋でゆっくりと思いを傾聴したこと、最後まで責任を持って指導することを約束したことが重要な意味を持っていた。また、C氏の意向に沿えるような学習計画を共に考え、また夫同伴で指導を行ったことにより、C氏も心強く、家族の協力が得やすく、生活の中に取り入れていくことが容易であったのではないかと。

援助例 4: [その後] D氏から話しかけてくれるようになった。外来受診を定期的に続けている。〔重要点〕運動療法によりHbA1cのデータが改善したという成功体験を持っているD氏に、頑張っているところを認め、自信につなげ、継続できるよう支えたこと。

IV. 考察

1. 慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助

慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助について平成16年度の聞き取り調査¹⁾および平成17年度の質問紙調査²⁾から得られた内容を基盤に検討したところ、医療利用者から求められていることとして①本人が理解できるように具体的に何回も説明をする、②日常生活の中で続けられることを探す、③糖尿病や療養生活について、誤解や思い込みがないかどうかを確認する、④継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける、⑤看護職者（保健医療職者）と接することで、自分の食生活・生活を見直す機会となるように関わる、⑥今後の健康管理の重要性を伝える、などがあげられた。（表1）

表1：医療利用者が求めていることと必要な看護援助

1. 平成16年度共同研究より得られた医療利用者が求めていることと必要な援助		
求められる看護援助	医療利用者が求めていること	医療利用者の声
1) 本人が理解できるように具体的に何回も説明する。	糖尿病病とその療養について何遍でも聞きたい。	教育入院は何遍でも聞けるので満足
	分かるように何回も説明してほしい。	分かるように何回も説明してもらえた。
	細かい指導があると理解しやすい。	細かいことを言って教えてもらえるもので、頭に入るのが早い。
2) 本人が日常生活の中で続けられる運動を探す。	過激な運動ではなく、歩くだけでいいことが分かる必要がある。	過激な運動ではなく、歩くだけでいいことがわかった。
3) 糖尿病や療養生活について、誤解や思い込みがないかどうかを確認する。	自分の思い込みであることが多いので、それについて知りたい。	自分の思い込みであることが多いことがわかった。
4) 継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける。	生活がだんだん元に戻ってくるので、継続的な援助が必要。	生活がだんだん元に戻ってくる。少しずつ。いけないなあと思いながら。
2. 平成17年度共同研究より得られた医療利用者が求めていることと必要な援助		
5) 看護職者（保健医療職者）と接することで、本人が自分の食生活・生活を見直す機会となるように関わる。	食生活を見直す機会をもつ。	今までの自分がどれだけ多量に食事をしていたのか分かった。食事がずばらになりやすくなったので改めて自覚した。
	生活・生活管理を見直す機会をもつ。	生活習慣で無茶をしなくなった。規則正しい生活をするようになった。
6) 今後の健康管理の重要性を伝える。	今後の健康管理が重要であることを認識する。	糖尿病のことがよくわかった。今後の健康管理の重要性を把握した。
7) 継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける。（上記4に含まれる）	教育入院後は食事・運動・薬・生活全体など多くの取り組みをしているが、6ヶ月以上続けたものは少ない。「定期的な受診」「主食の量を決めた」「野菜を食べるようにした」がそれぞれ90%→55%75%→55%、80%→55%で高持続を示しているが、これらにおいても60%を下回っている。	

表2：求められる看護援助と実践された看護援助

求められる看護援助	実践された看護援助
1) 本人が理解できるように具体的に何回も説明する。	指導を開始する前に担当スタッフと話し合いを持ち、退院後に実践可能な点に焦点をおいて指導をすすめる。(援助例1) 本人の知りたいこと、心配なこと等を聴き取り、計画に沿ってインスリン使用についての指導を実施した。(援助例2) 退院後の夕食について不安が表現されたため、自宅での食事に配慮すること等で支援を続けた。 フレックスペンと針(の太さ)を実際に見てもらった。インスリンの方法を覚えるまで責任をもって説明することを本人に伝えた。1日目は流れの理解。本人が明日から自分でやってみると言う。視力の低下があるため、1動作1ページのインスリン指導用紙を用い、1動作ごとに確認することにした。(援助例3) 運動の重要性について説明し、夕食後の散歩と仕事での身体活動の増加を勧めた。(援助例4)
2) 本人が日常生活の中で続けられる運動を探す。	デパートの中を歩く。大型スーパーの駐車場では車を遠くに停めて歩く。(援助例4)
3) 糖尿病や療養生活について、誤解や思い込みがないかどうかを確認する。	インスリン療法に対するイメージについて話してもらいと、「インスリン導入になったら死を待つだけ」や痛みへの恐怖「針を刺すのが痛い」であり、インスリンはイメージが悪いので使いたくないと表現した。(援助例3)
4) 継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける。	実践に関して患者の了解を得ながら地域連携パスにて継続支援を行なった。(援助例1) 定期的な電話によるフォローを行なった。(援助例2)
5) 看護職者(保健医療職者)と接することで、本人が自分の食生活・生活を見直す機会となるように関わる。	食事内容の聞き取りから宴会や外食の習慣があり、表3の過剰摂取食品交換表に関する理解違いがあることが分かり、食品交換表の使い方についての再学習を勧めた。(援助例3) これまでの経過を聴き取り、要因を把握。活動量が少なくなったことが要因であると考えられたため、運動療法について説明し、夕食後の散歩と仕事での身体活動の増加を勧めた。(援助例4)
6) 今後の健康管理の重要性を伝える。	血糖コントロールの必要性を伝えた。(援助例1.2.3.4)

この知見をもとに、今回の援助例に実践された看護援助内容を検討すると、①～⑥の要素がそれぞれの援助例に含まれていると考えられた(表2)。長期にわたって続く病気においては、多くの場合に自分の生活を見直して対応することが求められるが、それが長期にわたるために継続できなくなることがあり、それゆえ、自分が納得できるまで何度も聞きたいとか、自分の生活の中で続けることのできる方法を探したいという思いを抱くため、それを支えることが重要な意味をもつと思われる。

また、第4回の検討会で示された「できるだけたくさんの具体策を示すことによって、その人が生活に取り入れやすい食事や運動を自ら選択してもらい、それを継続できるように支援していくことが今後の課題となるのではないか。ノンカロリーやオフカロリーの飲み物などを紹介すること、頑張っていることを褒めることなどは有用だと考える。」という意見や「声をかける、相談する機会をもつ、食事内容や運動できているかを確認するという事は、継続的に支援することとなり、患者さんに『あなたをんでいますよ』『あな

たのことを気にかけていますよ』というメッセージを送ることになる。そのメッセージは患者さんを支える重要な鍵となる。」などの意見から、求められる看護援助には、「あなたを応援します」というメッセージといつでも相談できる環境を整える」ことを加える必要があると考える。

2. 慢性の病いとともにある生活に求められる援助提供システム

先述のような看護援助は看護師一人の努力でできるものではなく、医療施設と病院が連携することや、その中で看護職者が相互に繋がることが長期にわたる支援を可能にする。

援助例1のように地域連携パスを用いて医療施設と診療所がつながることは、教育入院を受けた病院と毎月受診する診療所の両者がその個人の療養生活を支援することになる。現状においては、まだまだ医療施設と地域との連携は十分ではないことが多いが、看護職者が相互に連携する具体的な方法を今後は模索する必要があると思われる。

また、第4回検討会にて共同研究メンバーから示された「悪くなりすぎる前に介入できるように

『どのような状態になったら受診したほうがよいか』という目安を紙面で伝えていくとよいのではないか。定期受診日以外にも、何でもフリーで相談できる日時と場所の設定をしておくことは、患者さんにとっては有益なのではないか。』という意見などを踏まえると地域連携においては患者本人が判断できる目安を示しておくこと、気になったときにはいつでも相談できる環境を整えるという組織的な取り組みが必要になると考える。

V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

インスリン導入になるときの援助方法、および病院と地域の連携による継続支援の可能性などを検討テーマとして討議を開始した。病院施設や地域において実際に長期間に渡って支援するときの難しさと工夫について多くの意見が出された。

○外来の待ち時間に 10 名ほどの患者さんに指導したことを、指導票に記入している。患者さんは頑張っているが、ある程度のところまでいくと、これくらいいいかな・・・となる。40 代、勤労者の人をどう支援していけばよいか。外食の場合は、洋食より和食を選択するように進めている。○外食だけでなく、おかずは買って、ご飯は家で炊くという中食の場合が最近は多くなっている。このような場合はカロリーも塩分も高いので、気をつけないといけないと思う。

○その人の生活の中でできることを医師とも話し合いながら、できるように支援している。外来と病棟のつながりが薄いと病棟のときに思った。○高齢者が対象の場合、生活していく中で、少しでも血糖値をあげないようにする必要がある。食事に関しては、本人や家族にも十分説明するが、本人も家族もこの歳にまでなって・・・という思いが根底にあり、なかなか制限を継続することは難しい。運動療法、リハビリ（リハビリは週に 2 回行っている。）、車椅子に座って行うリハビリ体操（ビデオを毎日流し、DM の人に限らずみんなでもやってもらっている。）、散歩などによって体を動かすことによって血糖値を下げっていく必要がある。

○座ってできる体操のビデオは、壮年期の人にも有用ではないか。寒い日には、外に散歩に出かけることを継続するのが難しい。仕事で忙しい、デスクワークが多い人は運動不足になりやすい。そういう人も、家の中で、仕事の合間に座ってできる体操があるのなら、実施することができるかもしれない。ただし、高齢者用のビデオであり、運

動量が十分でないかもしれないことを考慮する必要はある。

○散歩についてであるが、「（糖尿病だから、）散歩に行ったほうがいいよ」と進めるだけでなく、家族と一緒に散歩するほうが、自分だけ・・・という思いにならず、継続しやすいかもしれない。指導のとき、家族が来ている場合は、家族みんな・・・ということ指導を含めていくように心がけている。

○保健所で行っている集団指導については、希望して受ける人であるため、意識が高いという特徴がある。集団指導ではお互いに励ましあうことができるし、誰かに見てもらえることが、継続につながっている。しかし、継続していく中では順調に行くことばかりではない。簡単な目標を立て、1 つでも達成できたことが自信になり、継続につながる。食べ過ぎてしまう人に、食べているものをメモしてもらい、どれだけ食べているかを自分で把握してもらうことによって、なぜ悪化したか、これからどうすればよいかを考えるためのヒントになる。

○手術後に糖尿病となった人で、外科医師による内服またはインスリン治療でコントロールできてしまう場合には、内分泌にかかることなく退院となってしまう。その場合、看護師が関わることはない。今のところ、医師から医師に紹介されていて、診療科や病棟、外来を越えて看護師同士が情報を共有することがない。看護師同士でつながっていくことができればよい。

VI. まとめ

1 年間の取り組みとして看護援助例の検討を定期的に進めたことで、共同研究者それぞれの意見を聞くことができ、また相互に相談できる場となった。『あなたを見ていますよ』『あなたのことを気にかけていますよ』というメッセージを送ること。そのメッセージは患者さんを支える重要な鍵となる。」の意見を共有できたことなど私たちにとって意義深い検討会となった。今後も充実した看護に影響する方法について考えていきたい。

VII. 文献

1) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他: 慢性の病いと一長い経過の中で人々が保健医療に求めるもの一, 平成 16 年度共同研究事業報告書; 69-74, 2005

2) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他: 慢性の病いとともにある生活の中で人々が保健医療に求めるもの, 平成 17 年度共同研究事業報告

註①：地域連携パス：連携医より強化療養指導の指示が出され、患者が当該療養指導を受ける意思がある場合に適応となり、糖尿病の治療が継続してできることを目標として構成されたものである。アウトカムとタスクで構成され、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月のそれぞれの時期で確認することが必要な項目と支援として実施すべき内容が示されている。アウトカムには糖尿病コントロールの必要性について理解できるとか、糖尿病の治療が継続してできるなどが含まれ、タスクには①スケジュール（クリニック受診、報告書を連携医に郵送など）、②検査（体重、腹囲、HbA1cなど）、③記録（指導計画書、指導報告書など）、④説明・指導（栄養指導、生活指導、糖尿病教室参加の勧めなど）の内容が含まれる。