

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2

田内香織 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗 金子徳子(大学)
山田吉子(松波総合病院) 栗田智子(大垣市民病院) 古野ひさよ(揖斐厚生病院)

I. はじめに

病院と地域において糖尿病患者への継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続けることは重要な課題である。しかしながら、岐阜県における診療所通院患者に関しては医師の指導のみでフォローされ、看護としてのケアの継続が少ない状況であった。また、診療所の看護師は、診療の補助などの業務が多忙であることや、糖尿病患者への療養指導に関する経験や知識の不足のために、指導が困難な状況であった。そこで今年度は、病院と診療所の看護職を対象にして研修会を開催し、糖尿病療養指導に関する知識の向上と施設間の連携を目指し、糖尿病患者への援助提供システムの方策について検討することとした。

II. 方法

1. 糖尿病自己管理支援リーフレット等の作成

リーフレットの目的は、診療所外来看護師が通院患者に糖尿病療養指導が効果的に実施できることとした。共同研究者1人ひとりが項目を分担し、各自が作成した案を検討会時に持ち寄って、話し合いながら作成した。

2. A地区における糖尿病研修会の実施

研修会は診療所が休診である木曜日午後、A病院の会議室で1時間程度の研修会を計画した。この研修会の目的は「糖尿病とその療養指導に関する基礎知識を深め、地域連携指導の充実を図ること」とした。現地側共同研究者が、看護部長の協力を得て、病診連携を行っている施設宛てにFAXで研修会のお知らせを行った。

また、現地側共同研究者が講師となり、検討会で作成したリーフレットを使用し、糖尿病とその療養指導に関する基礎知識の講演を行った。さらに地域連携指導の充実を図るために、診療所外来パスについての説明も行った。

3. 倫理的配慮

研修会参加者に対しては、本研究の趣旨と目的を説明し、成果として報告する資料にするための写真撮影の許可を得た。なお、本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 糖尿病自己管理支援リーフレットの作成過程及び工夫点

検討会を5回実施し、「糖尿病自己管理支援リ

ーフレット(患者用・看護師用)」の2種類を作成した。内容には「糖尿病ってどんな病気?」「合併症について」「糖尿病の検査について」「食事療法について」「運動療法について」「薬物療法について」「診療所外来パス」を含め、初めて糖尿病と診断された患者に最低限必要な知識を提供できるよう構成した。

「糖尿病ってどんな病気?」では、インスリンのはたらきによって、血糖値がコントロールされていることや、糖尿病のタイプや症状について説明した。「合併症について」では、三大合併症である網膜症や腎症、神経障害について説明した。

「糖尿病の検査について」では、血糖値、HbA_{1c}の意味やコントロールの目標について説明した。

「食事療法について」では、食事療法の必要性や具体的にどのようなことに気をつければよいかについて説明した。「運動療法について」では、運動療法の必要性と具体的な運動の種類とめやすを説明した。「薬物療法について」では、経口血糖降下剤とインスリンについて説明した。

また、文字の大きさに配慮し、リーフレットには目標や検査結果など書き込む部分を設け、患者一人一人に合わせて支援できるよう工夫した。看護師用のリーフレットには、糖尿病療養指導を行う上でのポイントを朱書きした。

リーフレットを活用し、糖尿病患者への療養指導を行うために、診療所外来パスを作成した。診療所外来パスを利用する目的は、個々の看護師の能力によって生じる患者への支援内容の差異を改善すること、および患者が療養を継続する上で、受診日や検査内容、糖尿病療養指導のスケジュールについて予め知っておくことによって、自己管理しやすいというメリットが予測された。

2. A地区における糖尿病研修会の成果

研修会には、A地区の5施設(病院、訪問看護ステーション、診療所)から看護職57名の参加があった。看護職以外にも、救急救命士、栄養士の参加があった。参加者は熱心に講義を聞いており、フットケアに関する具体的な質問や「糖尿病患者も増えてきているので、講習会などがあれば参加したい」「研修会の機会もなくなかなか聞けない話を専門の方から聞くことができてよかった」「もう一度聞きたい」という声があった。

3. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

研修会后、実際にリーフレットを使っている看護師から「指導のポイントが簡単に書かれており、患者に説明しやすい」「自分自身の学習にもなる」「指導困難な2事例にリーフレットを使用し、指導を行っている。次の受診日には、内容について質問すると答えることができ、目標が持てるようになった」という感想があった。

4. 現地看護職者の受け止めや認識

共同研究への参加は他施設の看護職者から刺激を受けるよい機会であった。また、困難事例を検討し、自施設での看護実践の向上や施設を超えた連携を行い、病院と地域において糖尿病患者への継続的な支援を可能とするために必要な取り組みであり、今後も継続して取り組みたいという認識であった。

本研究は今年度で終了となるが、共同研究者らは本研究での取り組みを元に、自施設で糖尿病をもつ患者への療養指導を更に充実させ、連携を行い継続していく予定である。また、診断基準や治療方法などが変わった時には、リーフレットを改訂していく必要があると認識していた。

5. 本学教員が関わったことの意義

共同研究としてこのような取り組みを行うことで、糖尿病患者への継続的かつ効果的な支援のために診療所外来パスや糖尿病自己管理支援リーフレットが作成され、パスやリーフレットが施設の枠を超えて活用できることによって、看護実践の改善につながったと考える。

また、リーフレットの提供や研修会の開催は、現場の看護職の生涯学習の支援につながったと考えられる。

IV. 共同研究報告と討論の会での討議内容

【病院看護師A】全ての項目に関して指導する必要のない患者（これまでに療養指導を受けている人など）に対して、リーフレットを部分的に使用したり、順番を変えて指導することがあるか、可能か。リーフレットを用いて指導を行うときには、予約をとっているか。

【共同研究者】患者の理解力に応じて進めてよい。全回分をまとめて渡し、目を通してきてもらってもよい。ただ、一度に説明しようとする時間がかかるので、業務との兼ね合いもあると思う。当院では「療養指導枠」が週2回あり、予約制である。外来受診後に、指導室へ寄る患者もいる。

【病院看護師B】糖尿病指導管理料の算定はどのようにしているか。病棟スタッフへも、糖尿病患

者への指導をするように言っているが、それに対する報酬がないという状況がある。管理職の立場ではその視点も持つておく必要がある。

【共同研究者】糖尿病指導管理料の算定については、インスリン注射やフットケアを実施した人に算定すると良いと思う。栄養指導と含めて算定しても良いのではないか。当院では今年から、生活習慣病管理指導料を算定しなくなったが、病院としては生活習慣病の管理に関する取り組みを続けている。報酬を得ないで、このような取り組みを続けることが可能となっているのは、実績を病院や看護部に報告することで活動の必要性や効果を認めてもらうことが必要である。

【病院看護師B】入院期間の短縮に伴い、十分な糖尿病の療養指導を実施できない状況である。どこまで病院が責任を持ち、どこからを地域で担っていけばよいか。また、病院から地域にどのようにつなげていくか。

【共同研究者】地域へつなげていくためには、啓発活動は重要と考えている。連携医院のコメディカルを対象に勉強会を行って、意見交換している。

【病院看護師B】指導をしていくということを考える際に、経済効果の判定も必要と考える。患者にとっての糖尿病による経済負担と、治療を受けコントロールしていくことでの負担軽減がどれ程であるかを示していく必要がある。

【共同研究者】患者には、コントロールすることで薬が減れば経済的負担も精神的負担も軽減するということを伝え、学びの動機付けとなるように働きかけている。

【病院看護師C】糖尿病地域連携パスの動きが医師会の方でもあるようだが実際はどうか。

【共同研究者】まだ関わりはできていない。

【病院看護師D】当院では、糖尿病地域連携パスの登録が50名程ある。パスは症状に関する内容が主である。今後は生活に密着した看護のパスに作り変えていく必要がある。地域の病院が集まる「地域連携実務者会議」で検討していく予定である。患者の自立や地域との連携のためにも、パスは重要視していく必要がある。地域との連携という点では、診療所だけでなく、訪問看護ステーションとの連携についても考えていく必要があると思うが、何か取り組んでいることはあるか。

【共同研究者】当院の訪問看護ステーションの看護師は療養指導もしっかり行っていると思う。しかし、パスの導入にまでは至っていない。他の訪問看護ステーションも含めて、今後はパスを導入していけたらよいと思う。




A 地区における研修会の様子



※参加者の了解を得て掲載しております。

診療所外来パス 患者様スケジュール

様

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
目標	糖尿病について学びましょう 	糖尿病の検査について学びましょう 	糖尿病の合併症について学びましょう 	糖尿病の食事療法について学びましょう 	糖尿病の運動療法について学びましょう 	糖尿病の薬物療法について学びましょう 今後の目標を設定しましょう 
スケジュール	糖尿病について説明を受けていただきます。 体重・腹囲・血糖値を測定します 糖尿病教室が開催されている施設を紹介します	糖尿病の検査について説明を受けていただきます。 体重・腹囲・血糖値を測定します	糖尿病の合併症について説明を受けていただきます。 体重・腹囲・血糖値を測定します 	糖尿病の食事療法について説明を受けていただきます。 体重・腹囲・血糖値を測定します 	糖尿病の運動療法について説明を受けていただきます。 体重・腹囲・血糖値を測定します 	糖尿病の薬物療法について説明を受けていただきます。 体重・腹囲・血糖値を測定します
検査	体重 kg 腹囲 cm 血糖測定 mg/dl	体重 kg 腹囲 cm 血糖測定 mg/dl	体重 kg 腹囲 cm 血糖測定 mg/dl	体重 kg 腹囲 cm 血糖測定 mg/dl	体重 kg 腹囲 cm 血糖測定 mg/dl	体重 kg 腹囲 cm 血糖測定 mg/dl
療養指導	リーフレットに沿って糖尿病について説明を受けます 生活状況についてお聞きします 	リーフレットに沿って糖尿病の検査について説明を受けます 生活状況についてお聞きします	リーフレットに沿って糖尿病の合併症について説明を受けます 生活状況についてお聞きします	リーフレットに沿って糖尿病の食事療法について説明を受けます 生活状況についてお聞きします	リーフレットに沿って糖尿病の運動療法について説明を受けます 生活状況についてお聞きします	リーフレットに沿って糖尿病の薬物療法について説明を受けます 生活状況についてお聞きします 

診療所外来パス

患者名 ○○ ○○ 様 男・女 歳

パス適応基準		除外基準(使うべきでない状態)					ゴール	
1) 糖尿病と診断された患者 □初診 □既往診 2) 療養指導を受ける意志がある患者		1) 動機付けのできていない患者					1) 糖尿病の基本的な知識を知る事が出来る	
	1回目 年月日()	2回目 年月日()	3回目 年月日()	4回目 年月日()	5回目 年月日()	6回目 年月日()	7回目 年月日()	
アウトカム	□糖尿病について学ぶ必要性が理解できる □糖尿病とはどんな病気か知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の検査について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の合併症について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の食事療法について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の運動療法について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □糖尿病の薬物療法について知る	□糖尿病について学ぶ姿勢がある □今後の目標が設定できる	
	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無 □糖尿病とはどんな病気か聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無 □HbA1c値について聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無 □合併症について聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無 □指示カロリーと主食の量を聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無 □運動量と運動時間について聞く □言える □言えない	□療養指導を受ける意志があるか聞く □有 □無 □使用中の薬の名前を聞く □言える □言えない □目標について聞く □言える □言えない	
全体スケジュール	□療養指導 □スケジュール説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回療養指導内容説明 □次回受診日説明	□療養指導 □療養記録 □次回受診日説明	
	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	□HbA1c % □体重 kg □腹囲測定 cm □BS測定 mg/dl	
記録	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	□指導報告書	
	□リーフレット配布 □糖尿病とは □指示カロリー キロカロリー □主食の量 グラム/1回 □運動目標 歩数 歩/日 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室室内	□リーフレット配布 □糖尿病の検査 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め /	□リーフレット配布 □糖尿病の合併症 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め /	□リーフレット配布 □糖尿病の食事療法 □指示カロリー キロカロリー □主食の量 グラム/1回 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め /	□リーフレット配布 □糖尿病の運動療法 □運動目標 ・歩数 歩/日 ・運動時間 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め /	□リーフレット配布 □糖尿病の薬物療法 ・内服薬の名前 ・内服時間 ・インスリンの名前 ・注射時間 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の勧め /	□目標設定援助 □患者目標 □取り組んでいることを聞く □困っている事を聞く □糖尿病教室 参加の確認 □有 □無	
バリアンス	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	



食事療法について

※患者用リーフレットの例

糖尿病の食事療法は健康食です！何でも食べられます。

糖尿病の高血糖を放置すると、合併症が起きてきます。これを防ぐには、摂取する食べ物の量を制限し、各種の栄養分も不足しないよう、食事のとり方を変えねばなりません。その人に合ったエネルギー量にすることと、栄養バランスのとれた食事に切り換えること。それが食事療法です。

ポイント

1. 腹八分目
2. 食品の種類はできるだけ多くする
3. 脂肪は控えめに
4. 食物繊維を多く含む食品（野菜、海草、きのこ）をとる
5. 朝食、昼食、夕食を規則正しく
6. ゆっくりよくかんで食べる



食事療法は、薬を飲むわけでもなくお金もかかりません。軽視されがちですが、一番効果があります。またほかの治療法の効果を助ける、もっとも基本になる重要な治療法です！！

自分にとって必要なエネルギー量を知ろう！！

STEP1：標準体重を知る

() さんの標準体重 = 身長 () m × 身長 () m × 22
= () kg !!

STEP2：身体活動量はどのくらい？

軽労作・・・デスクワーク、主婦など 25～30kcal/kg 標準体重
普通・・・立ち仕事が多い職業 30～35kcal/kg 標準体重
重い労作・・・力仕事の多い職業 35～ kcal/kg 標準体重

STEP3：() さんに必要なエネルギー量は・・・

標準体重 () kg × 身体活動量 () kcal/kg
= () kcal !!

バランスのとれた食品構成

- ・指示されたエネルギー量の中で、炭水化物、タンパク質、脂質のバランスをとり、適量のビタミン、ミネラルも摂取する。
- ・一般的には指示エネルギー量の 55～60%を炭水化物、タンパク質は標準体重 1kg 当たり成人の場合 1.0～1.2g(一日約 50～80g)として、残りを脂質でとるとよい。
- ・食品の選択に際し、「糖尿病食事療法のための食品交換表 第 6 版」を使うと、一定のエネルギー量を守りながら、バラエティーにとんだ食品

() さんの

指示カロリーは () kcal / 日です。

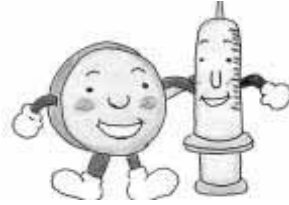
主食の量は () g / 回です。



薬物療法について

※看護師用リーフレットの例

薬物療法は、血糖をコントロールし、合併症の進行を予防するために行なわれます。薬物療法には、のみ薬とインスリン注射があり、症状によって使い分けられます。



Point!

※患者さんに処方された薬を、実際に1つ1つ見ながら、特徴や注意点を確認

おもなのみ薬の種類と特徴

●SU剤（エスユーざい）

スルホニル尿素剤のことです。おもに、すい臓のインスリン分泌を促して、血糖を下げます。2型糖尿病の人だけに有効です。

●BG剤（ビグアナイドざい）

肝臓、筋肉、脂肪など、すい臓以外に作用して血糖を下げます。SU剤が効きにくい2型糖尿病の人に有効です。

●α-グルコシダーゼ阻害剤（アルファ-グルコシダーゼそがいざい）

小腸内での、糖分の分解・吸収を遅らせて、食後の高血糖を抑えます。インスリンを使用している人にも有効です。

～上記3つは、代表的な薬の種類です。このほかにも種類はあります。～

注意事項

- * 自分ののみ薬や、インスリンの名前と量を覚えておきましょう。
- * のみ薬やインスリン注射は、糖尿病を治すものではありません。食事療法・運動療法も同時に続けていきましょう。
- * 決められた時間に行ない、自分の判断でやめたり、薬を増やしたり、減らしたりしないようにし看護師や医師に相談しましょう。

Point!

※赤線部分を特にお話し、患者さんが相談しやすい雰囲気を作りましょう。

確認してみましょう

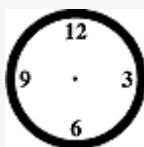
〔のみ薬の場合〕

- ・ のみ薬の名前 _____ ・ 数（量） _____
- ・ 時間 _____



Point!

※個々の患者さんの生活状況もふまえて、一緒に確認して行きましょう。



朝（ 時）



昼（ 時）



夕（ 時）



寝る前（ 時）