

## 生活習慣病を有する青年期・壮年期・老年期にある患者の看護支援に関する研究

小田和美 小野幸子 坂田直美 田中克子 岩崎佳世(大学) 南谷絹代(羽島市民病院) 西野のぞみ  
坂倉未歩 佐藤真由美(戸谷内科)

### I. 目的

平成14年より継続している事例検討会の結果、生活習慣病を有する患者が日々何を思い考えながら生き、糖尿病の自己管理に向き合っているのかを理解し、患者なりに努力していることを患者の力として引き出して受け止め、認めていくことによって、患者はより自分らしく生きていくことができることが明らかとなった。これは、「糖尿病外来患者の自己管理行動を引き出す教育支援モデル」として結実しており、毎年事例を重ねて、このモデルの精度を高めることに取り組んでいる。

研究開始時より参加している共同研究者は、本年度大学院生となり、糖尿病療養指導士として活動している外来を拠点にして、より患者にとって有益な支援システムを構築していこうとしている。同時に、本共同研究において、事例検討を重ね、糖尿病患者への看護援助を迫及している。

ここでは、これまでの事例と異なり、「その人なりの工夫で見出した自己管理行動による実行」を行い、「適正体重・適正HbA1cの獲得」ができているが、①その人なりの工夫が危険を伴う自己管理方法であること、②セルフケアを必要とする別の病気をもっていること、③1型糖尿病であること、というこれまでとは異なる特徴をもつ事例について報告する。

### II. 方法

#### 1) 事例検討会の方法

共同研究者が実践において援助が難しいと感じている事例について、看護の実際とその経過を検討し、より効果的であると思われる援助方法を提供することを継続的に行う。ゆえに、前向きの検討会であり、行った看護援助の効果を都度評価検討し、改善し続けることができる。

事例提供者が、援助が難しいと感じた看護の関わりとその事例の経過を示す記録ならびに追加説明の内容が検討対象である。事例提供者が看護の実際とその結果について報告し、ディスカッションを行う。ディスカッションの目的は、そのときの看護援助を評価し、次回の援助方針をたてることである。

#### 2) 倫理的配慮

事例提供者は、自分自身の看護援助の内容について検討することについて同意している。事例は個人が特定されないように提示され、検討される。また、検討会に参加する大学教員は、生活習慣病を有する患者の看護を専門領域の一つとしており、検討することによって看護の質が保障される。

#### 3) 検討事例

Aさん、30歳代後半、女性。1型糖尿病。8年前よりパニック障害の症状があり、4年前より内服治療を開始している。昨年夏ごろから、パニック障害の症状を感じたら点滴治療を行っていた。

昨年の春頃より、口の渇きが気になったが、パニック障害の薬の影響かと思っていた。9月になり、体重が55キロから44キロに減少してきたため受診したところ、血糖値が500mg/dl以上で即入院となった。HbA1cは15%で尿ケトン(3+)であった。インスリン強化療法が開始され、4回打ちとなった。入院中に自己血糖測定(以下SMBG)が開始された。約35日間入院し、10月末に退院した。退院時のHbA1cは11.2%であった。

退院後1回目の11月初旬の外来ではHbA1cは9%であった。退院後は2週間に1回外来受診をしていたが、血糖値は80~400台とばらつきがあり、夜中に寝汗をかくことも多かった。12月初旬にはHbA1c8.2%と改善が見られた。

事例提供者は、11月下旬の外来においてはじめて出会い、12月初旬の外来において、関わる事ができた。Aさんは、自宅での糖尿病療養について以下のように語った。

低血糖を感じることも多く、捕食をするが、捕食をすると高血糖になってしまうため、頻回にSMBGを行ってインスリン量の調節をしたり、追加でインスリン注射を行ったりしていた。本人は、「SMBGをしないと食べることができない」「食べると血糖が気になってしまう」と訴えていた。さらに、寝汗を書くので低血糖ではないかと思うが、朝測定しても血糖値は高くなっている。仕事は夫の喫茶店の手伝いで、時間通りに食事をとることができないし、忙しいときはSMBGをしたくてもできない。という状況が語られた。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 1回目検討会の検討結果

##### 1) Aさんの問題点

Aさんの問題点として以下の5点が見出された。

- (1) 安心して食べることができないこと。
- (2) 血糖値がばらついていること。
- (3) 寝汗をかくこと。
- (4) 仕事を再開して自己管理の困難さが出現していること。
- (5) 本人の希望はHbA1cを早く6%台にすること。

最も問題であるのは、(1)安心して食べることができないことで、「SMBGをしないと食べることができない」、「食べると血糖が気になってしまう」といい、測定値に一喜一憂してインスリンを増減していることであると考えた。インスリンを調節することは必ずしも悪いことではないが、都度の調節で終わっていることを問題と捉えた。

また、時間通りに食事ができない、忙しいときはSMBGしたくてもできない、低血糖時にSMBGせずに捕食すると血糖値が高くなってしまふ。お姑さんと同居なので、横になって休むことができない、ということが語られ、家族の協力を得ることが必須であると考えた。

##### 2) 検討事項

それぞれの問題点に対して、Aさんの自己管理について検討を行った。

(1) SMBGをしてもデータを生かしてコントロールする技術がないと判断できるため、SMBGをセルフモニタリングに活用できるようにするにはどうすればよいか。

(2) (1)と関連して、血糖値の変動の理由は何か。

(3) 寝汗を低血糖と鑑別する必要がある。

(4) どのようにして家族の協力を得るか。

(5) 医師からは血糖コントロールはあわてなくてよいといわれているのに、なぜあせっているのか。

##### 3) 援助方法

検討の結果、以下の4点の援助方針を確認した。

(1) 血糖値の変動を、食事や活動量、インスリン量との関係を理解し、血糖コントロールに活用できるようにする。

- ① 3～5日程度、インスリンの自己調節をせず、データをとることを提案する。
- ② 記録するデータは、血糖測定の時と値、食事時間と内容、量(捕食も含む)、インスリン量(追加量、時間も含む)。

③ 次回受診時、これらのデータをもとに、血糖値に影響を及ぼすものについて検討する。

(2) 症状があったとき、朝の血糖値を測定し、低血糖かどうか確認する。

処置をせずに進行せず、朝は高血糖であることから、寝汗はパニック障害によるものの可能性がある。低血糖の危険性は低いように思われる。

(3) 夫や姑の理解と協力状況を確認して、話せる機会を持つようにする。

(4) 急激なHbA1c低下は糖尿病性網膜症の危険性があるので、緩やかな目標設定を促す。

本人の血糖値(血糖コントロール)への思いを聞いた上で行う。

(5) その他

2ヶ月でHbA1cを2%低下させ、体重を2kg増加させたことは評価できた。

#### 2. 2回目検討会の検討結果

##### 1) Aさんのその後の経過

12月中旬には、風邪をひいてコントロールが乱れたと思うといていた。インスリンの種類が速効型と中間型から、超速効型と遅効型に変更となったため、薬剤指導があった。HbA1cは8.3%で、事例提供者は、「HbA1cが変化していないのはコントロールしようと努力していたからではないか」とねぎらったが、Aさんは「そうかな」と答え、満足していないように見受けられた。

1月初旬には、事例提供者はAさんに会うことができなかったが、医師の診療録には、超速効型を注射すると「えらくなる」。血糖値は下がっていない。「なんでかな」という発言が記録されていた。また、毎晩寝汗をかいていた。

1月中旬、さらに複雑なインスリンの自己調節を自覚症状に応じて行っていた。それらの方法は、食前に指示量を注射して、食後2～3時間後に2単位追加で注射して血糖の安定を得た、超速効型の注射後30～1時間後に動悸がしてえらくなるため、指示量を減らして、2～3時間後に追加注射して血糖が安定した、眠前の遅効型インスリンを2単位追加すると寝汗をかかなくなった、などであった。

また、これまでは空腹を感じるとパニックになりそうで気持ちがおかしくなったので、食事の1回量を増やして回数を減らす、低血糖のような症状がでたときにはSMBGをせずに捕食で対処しているなどの自己管理方法をとっていた。

インスリンの調節がしやすいのではないかと考え、インスリン注入ポンプの使用を希望していた。

SMBG の記録は行っており、前回促したように、追加注射の量は記載していたが、時間や捕食、活動量などその他の影響要因は記載しておらず、「時間がない」といつていた。インスリンを調節せずにデータを取ってみることは 1 日もできていなかった。

## 2) A さんの問題点と検討事項

(1) SMBG の値に一喜一憂してインスリンの自己調節をしていること、血糖値と症状の関係を確認せずインスリンを調節していること、インスリン量や打ち方の調節がその場限りで評価がなされていないことから、「セルフモニタリング」の能力をつけるためにはどうすればよいか」ということを検討した。

(2) 持参した SMBG の記録をみると、HbA1c の改善の割には SMBG の値が高すぎるものが問題視され、「血糖値の再評価を行う必要がある」ことが検討された。

## 3) 援助方針

これらの検討の結果、以下の 3 点についての援助方針が見出された。

(1) セルフモニタリングの能力を高める。

①低血糖を同定すること、症状（動悸や寝汗）と低血糖との関係を明らかにすること、低血糖症状と低血糖の関係を明らかにするなど、自分自身の状況を確認に捉えること。

②インスリンと食事、活動量、時間の関係を見つけ出すこと。

③これらのことを看護師も把握し、効果的なアドバイスをにつなげること。

(2) 血糖値と体感の関係を意識できるようにし、判断できることを増やす。

(3) SMBG の技術を確認し、測定精度を高める。

## IV. 考察

本事例は、「適正体重・適正 HbA1c の獲得」はできていても、「その人なりの工夫で見出した自己管理行動による実行」が危険を伴う方法であるため、継続的に支援が必要な事例である。

このような事例は、血糖コントロールの値のみを見ていると、援助が必要であるにもかかわらず、コントロールが良いために、看護師とかわらずに済んでしまうかもしれない。しかし、その場限りの調節ということで、危険性は高いのである。

この事例では、療養に安寧が得られないことが、血糖値を測定させ、インスリンの自己調節をさせていたため、インスリン自己調節をしないでの血糖値のデータをみようとしても、応じることができなかった。忙しいとして記録することも困難で

あるために、パターンを見出すことは簡単にはいかない。しかし、不安になりやすい傾向の持ち主なので、看護師が丁寧に関わり、本人お任せではなく、ひとつひとつ確認していくことで、この人の血糖パターンを見出していくことができるだろう。また、看護師と話すことで、この人が自分自身の療養方法の矛盾や疑問に気づくことも期待できる。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容

➤ Q: 1 回目の検討時の方針で、インスリンの自己調節をしないで血糖値のベースを取るといったことになったとあるが、その後はどうなったのか。

A: この時点ではまだ、HbA1c も高く、血糖値が高くなったらどうしようという不安が強かったために、私たちの提案を受け入れることができなかった。血糖を測らざるを得ない、インスリンを打たざるを得ない状況であったと判断している。

➤ Q: どのように援助したらモニタリング能力を高めることができるのか。

A: 血糖値と自分の行動、食事、体調などの関係を細かく、看護師と一緒に考えて、本人が意識できるように関わることで、モニタリング能力が高められると考える。

➤ Q: モデル図には「人生について」とあるが、事例のように若い人にどのように考えてもらったらよいのか。

A: これまで高齢者の事例を通じて、うまくいった事例を振り返って出てきたモデルである。この事例では、相手の方が不安が強く話されるので、話を聞くことはできていたが、「血糖値を下げたい」という思いの裏を聴くことを意図的にすることができていなかった。1 人娘さんを大切にしていることは聞いているが、その娘や夫とどのような人生を送りたいと考えているのかを聴いていく必要があると感じた。今後聴く機会を作っていきたい。

➤ Q: 事例は I 型であるが、II 型の場合自己管理方法に違いはあるのか。

A: 個人的には、インスリンをうつことは、目が悪い人が眼鏡をかけることと同じだと考えている。II 型であっても、インスリン療法、食事療法を上手にできるように看護師が支えることで、セルフモニタリング能力を獲得していけば、インスリン量の自己調節も可能だと考えている。

➤ Q: モデル図に「自分を客観視できていることを評価する」とあるが、評価のツールはある

のか。

A:自分のことを客観的に語る事ができた時に、そのことを看護師が認めてできていることを伝えるということ。評価のツールがあるわけではない。書き方が悪かったかもしれない。

例えば、お茶代わりにお酒を飲んでた事例では、最初は、お酒を飲むときは主食を控えたほうがよいなどと指導していったのだが、聞いてもらえなかった。何回か話をする中で、ぼろっと「お酒やめてみた」と言われたことがあった。良く聞くと、寝酒を止めたただけであったが、「止められたんですか。すごいですね。」と褒めたら、「このくらいだったら、お昼もやめてみようかな」という発言が聞かれた。

## VI. 今後の課題

今回の事例は、これまでの事例とは異なるタイプのものではあった。さらに様々なタイプの事例を重ね、「糖尿病外来患者の自己管理行動をひきだす教育支援」モデルを精選していきたい。