

糖尿病教育入院をした患者への外来指導に関する一考察

キーワード：糖尿病教育入院、外来指導

北4 吉崎 綾

はじめに

生活習慣病である糖尿病(以下 DM と称す)は、指導後退院してからの療養生活が重要であるといわれている。当院では、多数の DM 患者が通院治療を受けているが、診察と検査が中心で、看護師による日常生活指導は、ほとんどできていないのが現状である。過去の研究では、半年を過ぎるとわずかに悪化傾向がみられ始めるという結果が明らかになっている。その背景には、自己管理の難しさが浮き彫りになっている。今回教育入院を受け退院し、外来通院している患者に対して在宅での療養生活の様子及び患者の感じていることをインタビューし、実際指導を行い変化をみていった。そこから外来指導についての効果的な結果を得たのでここに報告する。

I. 用語の定義

ここでの DM 教育入院とは、10 日間の入院を通して、医師・看護師・栄養士・薬剤師など各医療関係者より DM についての知識を学び、自己管理に向けて学習する場をいう。また外来指導とは、外来にて患者の相談やセルフケア行動に必要な指導などの教育的働きかけをし、患者を支援していくことをいう。

II. 研究方法

(1)研究デザイン：事例研究

(2)対象の選定：DM 教育を目的として初めて入院したプライマリー40 歳代男性患者 2 名。研究対象者に対し、事前に紙面を用いて研究の目的や方法を伝え承諾を得ると同時に倫理的原則に基づいて実施していく。

(3)調査期間：H15、9～11 月の 3 ヶ月間での月 1 回の外来定期受診日

(4)データ収集方法：面接法で各対象者の外来受診日に、対象者に対し、研究者が、自宅での自己管理状況について面接を行い、それを記録する。

(5)データ分析方法：面接した記録から問題内容を抽出し、指導を行い変化をみていく。

III. 事例紹介①

A 氏 47 歳 男性 独り暮らし。無職 H13、7 月 DM と診断。H15、1 月よりインスリン(イノレット 30R 2 回)開始。入院時 HbA1c11.6% 合併症なし。入院後、インスリン 4 回打ちに変更となる。飲酒量多く、アルコールと低血糖の関係について指導行う。また 2 食/日であったため、3 食取るよう指導し、次の目標を一緒に立てた。

1. 3 食必ず食べ、インスリン施行する。
2. 運動は毎日行う。
3. 1 ヶ月後の受診までに少しでも飲酒量を減らす。氏は「きっと次の受診の時は良くなってるよ」と意気込んで退院する。

事例紹介②

B 氏 40 歳 男性 妻・子供 2 人と 4 人暮らし。会社員(営業)。H15、7 月末 DM 診断。入院時 HbA1c8.8%。合併症なし。1 型が疑われ、退院 2 日前よりインスリン開始(3 回打ち)となる。氏は仕事が多忙であり、インスリンを上手く生活に取り込んでいくことに対しての不安を抱いていた。食事に関しては、昼の外食をやめるという日標を自身で立てており、また入院中より空腹感強く、それをどう

コントロールしていくかが今後の課題であった。

IV.結果

《自己管理への動機付け》

A氏の1ヵ月後は、1日2食しか食べずインスリンも打ったり打たなかったりと不規則な生活を送っていた。運動も「しようと思ってるが面倒」と家にいることが多く、運動はしておらず。生活が不規則であるため治療である食事療法が行えてないと考えた。そのためまずは生活にメリハリをつけ、3食食べるように指導した。運動に関しては元々していた散歩から始めるよう提案した。2ヵ月後、3食必ず食べるようになっており、インスリンも施行。運動も2日に1回であるが実行していた。A氏からは「あんたが話し聞いてくれたけん」「約束したからね」「我が体が大事やけんね」という言葉が聞かれた。3ヶ月間でHbA1c11.6→10.1まで低下。

一方B氏は、昼の外食は妻の手作り弁当に変えて実行し、インスリンも仕事が忙しい中でも食事前に施行し、比較的自己管理はできていた。問題であった空腹感は相変わらずあり、徐々に食事量増えていた。また運動は仕事が忙しくほとんどできていないのが現状であった。血糖も(空腹時)、1ヵ月後80~120mg/dl台、2ヵ月後100~130mg/dl台、3ヵ月後120~150mg/dl台と上昇してきていたため、BSが悪いときは立ち止まって自分の行動を振り返るようアドバイスする。B氏からは「実際帰ってやってみてわからないこといくつかあったから質問できてよかった」という言葉が聞かれた。3ヶ月間でHbA1c8.8→6.1まで低下。

以上のことより、知識を習得しただけでは自

己管理への動機付けとはならず、医療者が相談相手となり、その都度生活の軌道修正を行い、動機付けをしていくことが必要ということが明らかになった。

《サポート体制》

退院後のA氏の生活が乱れた背景には、「作るのが大変」「面倒で作りきらん」と食事に関して単身の男性が自己管理していくことは非常に難しく、完全にサポート不足が生じていると考えられた。またA氏は無職であり、誰かのために、何かのためにという目的がないという点も大きな問題と考えられた。一方B氏は妻子がおり、食事は栄養指導を受けた妻が3食調理しているため管理良好であった。しかし、3ヵ月後には「妻がスタミナ切れで…」と食事内容に変化がみられ、量も徐々に増えていた。

以上より、サポートが欠如している患者にはより一層の医療スタッフからの教育・指導・関わりが重要である。また、家族への指導・継続的なかわりも必要であることが明らかになった。

《チーム医療》

今回の面談で、男性の独り暮らしによる調理困難、空腹への対処、調理者のストレス、仕事と運動の両立の困難さなど一人ひとり問題を抱えていることがわかった。外来では、短い診察時間の中で医師が話を聞いたり、自宅での食事内容を書いた者に栄養士がコメントをしたりはされているが、問題解決に至るほどではない。病棟でも年に1回糖尿病教室医療者連絡会を開いたり、外来看護婦との月1回カンファレンスを開いたり、取り組み始めた段階である。

以上より、各部門と連携して行うなど、チーム医療で行う重要性が明らかになった。

V. 考察

山口らは「慢性疾患患者がセルフケアを維持するうえで重要なことは“動機付け”である」¹⁾と述べている。A氏もB氏も教育入院を受け、知識習得し、やる気を見せていたため、自己管理への動機付け、すなわち内発的動機付けはできていると思われた。しかし、実際の生活は様々な誘惑や障害があることがわかり、毎回面談を行い気持ちを確認し軌道修正したことは、外発的動機付けになったのではないだろうか。山口らは「患者は他者からの関心を意識したときに、自己を認識して自分の生活を振り返り、やる気を決意して、自己決定をすることができる」²⁾と述べている。それぞれの自己管理に関心を示し、さらに行動を支持したことで生活行動の変化や、行動変容の維持につながったのではないかと考える。またA氏の「あんたが話し聞いてくれたけん」「約束したからね」、B氏の「質問できてよかった」という言葉から、ヘルスカウンセリングにつながる可能性を見出すことができたと考える。特にA氏はサポート体制が整っておらず、そのような患者にはより一層の関わりが重要といえるだろう。また、コントロールの主体は、患者本人であるとともに患者の家族であり、患者を取り巻く家族との継続的な関わりが必要と思われる。

中西は「慢性疾患患者としての患者役割を果たすのは入院中ではなく家庭や職場である。このことから外来は実際の療養生活上の問題に対して、具体的に助言したり、患者が相談できる機能を有する必要がある」³⁾と述べている。外来における指導は、外来受診時に患者の気持ちの確認や生活の軌道修正を行い、個別指導ができる体制作りが必要であるといえる。それには、栄養士による個別的な栄養指導や、

理学療法士による具体的な運動方法の指導が必要と思われ、各部門と連携していく重要性があるのではないだろうか。当院では、結果でも述べたように外来での指導はされておらず、今後話し合っていく必要があるだろう。

VI. 結論

外来指導は、

- ① 外発的動機付けになる。
- ② 生活行動の変化や行動変容の維持につながる。
- ③ 継続的な関わりが必要。
- ④ 個別指導が効果的。
- ⑤ 外来指導における課題が明らかになった。
 - i サポート体制がない人への関わりの強化。
 - ii 食事・運動・薬物療法を円滑に進めるための他職種との連携
 - iii 個別指導ができる体制作り。

おわりに

今まで教育入院を経験して実際の生活へ戻っていく患者を何人も受け持ってきた。“その人たちはどうしてるんだろう…”“上手くやっているんだろうか”と思いつつも外来へ足を運ぶことはなかったが、今回の外来での面談を通して自己管理の厳しさ、看護スタッフの一員としての役割の大きさに気づくことができた。今回は、研究期間の限界があり、ごく少数の患者の意見しか聞くことができなかったが、今後も実践を通して、また研究的視点を持って取り組んでいきたい。

<参考・引用文献>

- 1) 2) 山口瑞穂子ら：経過別看護②慢性期 P20, 学研, 1995
- 3) 中西順子：慢性疾患患者の看護の特性, 臨床看護, P24(7巻), 1998