

難渋した高齢糖尿病患者への指導について

佐藤 麻帆 杉山 睦実 南條 久乃

静岡赤十字病院 2-7病棟

要旨：本研究は、高齢糖尿病患者がインスリン療法を安全に継続するために、患者の個別性に合わせた看護展開ができたか、またどのように有効であったのかを事例分析によって検討することを目的とした。まずインスリン療法を導入する自己管理不良な高齢糖尿病患者への看護展開を分析した。そして患者に合わせた目標を設定し、全ての看護師が同じ目標に向けての指導を行うことで、できたことを認める関わりが増え、患者のセルフケア能力を引き出す支援となった。患者が在宅に帰った後も、インスリン療法を安全に継続していくために、多職種との連携を入院早期から充実させていくことが課題となった。

Key words：インスリン自己注射、高齢者、個別性、指導

I. はじめに

2011年（平成23年）に実施された国民健康・栄養調査（厚生労働省、2013）によると、70歳以上の人口の約40%は糖尿病が強く疑われる人、糖尿病の可能性が否定できない人だと推測される。日本はすでに超高齢社会に突入している。高齢化に伴い、高齢糖尿病患者は更に増加することが考えられる。また、少子高齢化がさらに深まり、高齢者夫婦のみ、あるいは独居の高齢者の世帯が増加しているのが現状である。

糖尿病の治療にインスリン療法がある。インスリン療法においては、インスリン注射手技取得から食事の管理、定期的な血糖値測定等、自己管理が重要である。また、経口血糖降下薬に比べ、低血糖を起こすリスクも高い。したがって、低血糖の理解や対処も求められる。しかし、高齢者は日常生活動作機能の低下や、認知機能の低下により自己管理が困難となることが考えられる。高齢化や、高齢者のみの世帯が増加する中で、インスリン療法を安全に継続するためには、生活環境の整備や清潔保持、食事管理、服薬管理等、生活全体の支援が必要である。

平成27年7月、インスリン注射を導入する高齢糖尿病患者が入院した。その患者は治療中断歴が

あった。また、人工肛門・回腸導管を造設していたが、人工肛門はストーマパウチを装着しておらず、身体の内たるところに便が付着していた。入浴習慣も殆ど無く、体臭が強かった。患者は生活保護で暮らしていた。これらの情報から、既に自己管理が不良であることが考えられた。インスリン注射導入、また、治療を安全に継続するためには、サポートが必要だと考えた。今回、その患者への支援について振り返ることで、今後の高齢糖尿病患者への看護に役立てていきたい。

II. 目的

患者へ行った看護を振り返り、個別性に合わせた看護展開ができたか、また、それはどのように有効であったのかを明らかにする。

III. 倫理的配慮

患者には研究の目的と方法、データや個人情報に厳重に管理し、データを適切な方法で処理し、廃棄すること、研究結果の発表方法について口頭で説明し、口頭での同意を得た。

IV. 患者紹介及び入院中の経過

Aさん。70歳代前半の男性。身長154.5cm。体

重53.2kg。以前は飲食店で働いていたが、現在は無職で生活保護を利用して生活している。兄がいるが交流は殆どなく、詳細不明である。市内で一人暮らしをしている。介護保険なし。日常生活動作には支障はなく、自立されている。

既往に糖尿病、下行結腸人工肛門造設、回腸導管、肺炎がある。平成16年に糖尿病を指摘され、治療にて血糖コントロールは良好であったが、平成21年より通院を自己中断された。平成27年7月、友人から跛行を指摘され、神経内科を受診された。受診時、血液検査にてHbA1c：13.3%と高値を示し、血糖コントロール目的で内科入院となった。

詳細は不明だが右腹部に回腸導管、左腹部に人工肛門を造設していた。入院時、人工肛門はパウチを装着せず、トイレットペーパーと新聞紙を当て、ゴムで固定されていた。入浴習慣も殆どなく体臭が強く、Aさんのベッド周りは衣類・新聞紙・ゴミ等が散乱し、また人工肛門からの便が付着していることもあり、乱雑かつ不衛生であった。食習慣は昼の11時頃起床するため朝食は食べていない。昼食は食べたり食べなかったりしていた。夕食は、近所の居酒屋で摂っていた。

Aさんは糖尿病の治療を長期間受けていなかったことが影響し、インスリン依存状態であり、Aさんは今回の入院で初めてインスリン療法を開始することになった。Aさんにインスリン療法の説明をした際に、「針は嫌いだよ。痛いのも嫌。これを家に帰ってからするわけではないでしょ?」と否定的な発言が多く聞かれた。また、同じことを繰り返し説明する必要がある、理解力の低下もみられていた。治療自己中断歴があることや、パウチを装着していないこと、ベッド周りの環境から、退院後もインスリン注射を継続していくことは難しいと予測された。その為、施設へ入所する方針で退院調整を行った。しかし、生活保護受給者であり、入所可能な施設は限定された。入所可能な施設では、患者自信がインスリン注射を行えることが入所の条件であった。その結果、施設は見つからず、自宅へ退院することとなっ

た。

VI. 看護の実際

Aさんには、6つの看護問題をあげた。今回は①薬物療法（インスリン注射、内服）に対する知識不足に関連した非効果的自己健康管理、②ストーマケアに対する知識不足に関連した非効果的自己健康管理、③糖尿病の食事療法の知識不足に関連した非効果的自己健康管理、④退院後の生活に対する知識不足の4項目について振り返る。

1. 看護問題：薬物療法（インスリン注射、内服）に対する知識不足に関連した非効果的自己健康管理

看護目標：簡易化されたインスリン手順書を見ながら、注射を打つことができる。

通常使用しているインスリン注射パンフレットを活用し、指導を開始した。Aさんが、自らパンフレットを開くことはなかった。看護師が声をかけるとパンフレットを開くが、見ながら行う様子はみられなかった。看護師の助言を頼りに、注射を行っていた。ゴム栓の消毒忘れ、空打ちの際のダイヤル回し忘れ、皮膚の消毒忘れなど、毎回、何らかのミスがみられていた。また、2種類のインスリンを渡すと、適切なインスリンを選ぶこともできなかった。使用したパンフレットは字が小さく、内容が細かすぎて、Aさんには不適當であること、退院後はAさん一人でインスリン注射を行わなければならない状況であるが、ミスが多く、手順を暗記できそうもないこと、その為、何らかの手順書は必要であると考えた。そこで、Aさんに合わせた簡易化した手順書（図1）を作成した。2種類のインスリンの選択と単位数の確認は、表（図2）を作成した。インスリン量の変更になることを考慮し、インスリン量の変更時は、外来看護師に表の単位数の書き直しを依頼した。Aさんからは、「これならわかりやすいね。家のどこかに置いて見ながらやればいいんだね。」という発言や、「色ね。黄色ね。色で見分ければいいね。」との発言が聞かれた。また、インスリン手技習得の進行状況は、こまめにカンファレンス

インスリンは食べる直前に打ちましょう。

①	インスリンの名前を読む。選ぶ。
②	濁っているインスリンをよく振って混ぜる。
③	インスリンの先を消毒し、針を付ける。 針のキャップをはずす。
④	単位を 2 に合わせる。 針を上に向けて指ではじき、ボタンを押す。 インスリンの液が出たことを確認。
⑤	単位を打つ量に合わせる。
⑥	打つ場所は、皮膚の硬いところを避けて、 毎回違う場所になるように選ぶ。
⑦	皮膚の消毒をする。
⑧	注射器は、単位のダイヤルが見えるように持つ。 皮膚にまっすぐ針を刺す。
⑨	ボタンを押す。単位のダイヤルが0になったら、 ボタンを押したまま10秒数える。 ボタンを押したまま針を抜く。
⑩	針をはずし、針入れに入れる。
⑪	打ったら食べる！！

図1

インスリン	朝食直前	昼食直前	夕食直前
	8		
		10	

図2

にあげることとした。どこでミスしやすいのか、どんな癖があるのかなど、指導時の注意点を説明した。スタッフからは、ベッド周りが汚いから、インスリンを家でなくしてしまうのではないかとの意見もあり、入院中から作成した表やインスリンをAさんの手元に置いておいてもらい、使用時に自ら取り出せるということも目標に追加しながら、情報交換と評価、修正を繰り返した。Aさんは、表を見ればインスリン注射を正確に行えるようになった。しかし、看護師の助言がないと、表

を見ることを忘れてしまい、その場合は手技にミスがみられることがほとんどであった。退院までに、表の確認の習慣づけをすることはできず、一人でインスリン注射を行うことに、不安を残す形となった。

さらに、インスリン療法開始にあたり、低血糖を起こす危険も予測された。一人暮らしであることから、低血糖時には、自分で対処できることが求められる。糖尿病教室の参加や病棟でのビデオ学習をすすめ、看護師が指導を行った。

2. 看護問題：『人工肛門のケアに対する知識不足に関連した非効果的自己健康管理』

看護目標：人工肛門のパウチ装具を装着し、定期的に交換することができる。

Aさんは、人工肛門に新聞紙やトイレットペーパーをあてて、ゴムで固定していた。ウロストミーは、パウチを装着していたが、定期的なパウチ交換を行っていなかった。パウチが漏れたタイミングで交換をし、両方の人工肛門ともに、おしりふきで周囲をふきとっていたのみであった。入浴の習慣もなかった。Aさんからは、「めんどくさいんだもん。便も硬いから出る時にトイレに行けばいいんだよ。」との発言が聞かれた。パウチを装着することを不必要と考えており、看護師がパウチの装着を促しても拒否をしていた。Aさんと話をし、パウチを装着する必要性を説明すると、それなら長い日数つけておけるものがないとの返事があった。Aさんの希望に沿い、適したパウチの選択をする為には、専門看護師に相談する必要があると考え、皮膚・排泄認定看護師に介入を依頼した。認定看護師からのアドバイスを受け、Aさん自身の考え方も変化したようであった。スタッフは、交換日には、必要物品の準備やパウチ交換をAさんと一緒に行い、パウチ交換をする処置室まで一緒に歩き、付き添った。最初はパウチを装着することに抵抗を示していたが、Aさんからは、「今日は自分で全部やってみたいよ。」との発言が聞かれるようになった。皮膚・排泄認定看護師のアドバイスも覚えており、付き添う看護師に説明しながら行っていた。また、「退院後はお風呂

に入る時に交換するよ。石鹸できれいに洗うよ。」との発言もみられ、自分でシャワーの予約をとるようにもなった。

パウチ交換の物品を準備する際、毎回のように入物がみ当たらなかった。ベッド周囲が衣類や新聞紙で散乱しており、探すのに時間を要した。不必要な物は捨てること、整理整頓することも、合わせて指導をし、時には一緒に片付けを行った。

3. 看護問題：『糖尿病の食事療法の知識不足に関連した非効果的自己健康管理』

看護目標：食事を3食摂取することができる

Aさんは、昼の11時頃に起床する為、朝食は食べていない。昼食は、食べたり食べなかったりしていた。夕食は、近所の居酒屋で食べていた。コンビニを利用する習慣があり、グラタンやチキンライス、お菓子を購入していた。まずは、自宅で食べている食事と量や味付け、内容がどのように違うのかを一緒に振り返った。栄養士からの食事指導も依頼し、間食を控えることや時間をかけて食事を食べることを指導された。インスリン注射を施行する為、食事は3食しっかり摂取する必要がある。3食の食事をどのように準備するのか検討すると、宅配食の利用が話にあがった。Aさんに提案してみると、興味がある様子だった。担当ケアマネジャーが来院時、Aさんと相談しながら、ヘルパーやデイサービス、宅配食の利用をすることとした。費用面の問題もあったが、夕食は外食や自分で準備をしたいとの希望があった為、希望に沿うようにし、外食や購入時の食品の選び方について、再度栄養士からの指導を行ってもらった。

4. 看護問題：『退院後の生活に対する知識不足』
看護目標：安心して退院後の生活を送ることができる

入所可能な施設は見つからず、自宅退院の方針となった。担当メディカルソーシャルワーカー(medical social worker:MSW)を通し、ケアマネジャーを決めた。早急な来院を依頼し、インスリンの手技が不確実であること、不規則な食生活であること、内服の飲み忘れの可能性が あることな

ど、退院後に考えられる問題点について情報提供した。さらに、介護保険の手続きを行った。

食事に関しては、朝食はヘルパーかAさんが購入したもの、昼食は週6日は宅配弁当、残りの1日はデイサービス、夕食は週2日はヘルパーが調理し、残りの5日はAさんが準備することとなった。また、退院前カンファレンスを実施し、医師や看護師、MSW、ケアマネジャー以外にも、訪問看護師、ヘルパー、デイサービススタッフと、Aさんに関わる職種が多数参加した。そこで、インスリン注射をするタイミングでの訪問や内服が行えているかの確認方法を検討した。Aさん一人にインスリン注射の手技が任せられるまで、何らかの形で訪問する計画を立てた。退院1週目は毎日10時30分から11時まで当院の訪問看護師が介入し、朝食時のインスリン注射の施行確認、製剤や単位数の確認、内服の確認をし、月曜日と木曜日の14時30分から15時までは、ヘルパーが昼食時のインスリンの施行確認をすることとなった。土曜日は、デイサービスを利用することとした。

VI. 考 察

長期間糖尿病の治療を中断していたことや、パウチを装着せず新聞紙を当て自己流で管理していたこと、入院初日からベッド周囲にゴミが散乱している状況から、Aさんの自己管理能力が低いことが考えられた。インスリン注射やストマ装着に関して、否定的な発言が多く聞かれた。どのようにしたら、Aさんが前向きに取り組むことができるのか、またどこまでならでできるのかをアセスメントし、Aさんに合わせた目標を設定した。カンファレンスに頻回に挙げたことはAさんの習得状況をリアルタイムに情報共有する場となり、患者目標の明確化へと繋がった。目標が明確になったことでスタッフもAさんへの指導が行いやすくなった。そして、できてきていることを認める関わりが増えていった。氏家幸子は「自己管理行動が必要であると認識している患者であっても、その行動を自分ができると思えない場合は、患者の行動変容はおきないものである。医療者から指示

された療法が厳密で自分ではできそうもないと感じる場合は、患者ができそうだと感じる目標を立て、それを達成することにより少しずつ自己効力感を高めていくことが有効だとされている。」¹⁾と述べている。Aさんに合わせた目標を設定し、できたことを褒めた私たちの関わりは、Aさんの自信を高めモチベーションの維持に繋がったと考える。それは結果として、Aさんのセルフケア能力を引き出す支援になった。

約1か月間、Aさんに対し指導を行ったが、確実なインスリン自己注射手技の習得はできなかった。山本裕子らは「高齢者に対するインスリン自己注射を支援するために、その人のライフスタイルに合った方法で繰り返し指導し、一度習得された手技であっても定期的に確認し、経年的なフォローアップが必要である。」²⁾と述べている。Aさんのような高齢者の場合は、入院期間だけでなくすべてを習得できるとは限らず、退院後も経年的な支援が必要であると改めて感じた。在宅に帰った後も支援を継続していくため、他職種との連携を充実させていく必要がある。他職種がそれぞれの専門分野で力を発揮するためには、患者に接する機会が多く、日常生活支援を行う看護師による情報提供は欠かせない。そのような役割を持つ看護師の力は大きく、重要である。

VII. おわりに

高齢者を対象とした糖尿病看護では、入院中の看護師の支援だけでは限界がある。医療福祉相談員や訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパーなどのような、在宅でその患者を支援する他職種との連携を、早期から充実させていくことが今後の

課題となる。

文 献

- 1) 氏家幸子. 成人看護学C 慢性疾患患者の看護第3版. 東京：廣川書店；2007, P.39.
- 2) 山本裕子, 鈴木佑果, 関岡未菜. 高齢糖尿病患者のインスリン注射継続のための支援と課題－文献レビューを通して－. 摂南大看護 2013；1 (1)：39-41.

参考文献

- 1) 朝倉俊成, 清野弘明, 松井優花ほか. 長期インスリン自己注射実施患者を対象とした自己注射操作項目の遵守に関する実態調査. プラクティス 2006；23 (5)：577-80.
- 2) 井堀多美子, 雨森正記, 梅本富士ほか. 外来でのインスリン自己注射再指導の必要性について－外来通院中のインスリン自己注射患者の知識と手技の実態を検討して－. プラクティス 1999；16 (2)：199-202.
- 3) 大瀧陽子. 【困難事例の誌上コンサルテーションシリーズ (4) 病院と在宅をつなぐ高齢糖尿病患者への看護】困難事例の誌上コンサルテーション インスリン自己注射指導が進まないにもかかわらず、医師から退院を急かされるケース. ナーシング・トゥデイ 2013；28 (5)：36-9.
- 4) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課. 平成23年国民健康・栄養調査報告. [online]. 東京：厚生労働省. [cited 2016-10-05]available from URL.<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h23-houkoku.pdf>, 2013