

糖尿病療養相談室開設後の実績から今後のあり方を考える

糖尿病療養相談室 ○土本千春 北山恭子 村上恵美 竹中康子
道下小百合 油野聖子 大西美千代 石井あかね
河辺巳知子 渡邊真紀 千代恵子 福岡明美 山上和美

key word : 糖尿病 療養相談 外来看護

はじめに

近年、糖尿病患者は増加し続けている。糖尿病は進行とともに全身の血管に影響する疾患であるため多くの診療科にも関連する。国の政策でもある医療費の削減や在院日数の短縮化等から、外来における医療や看護の充実が求められている。受診行動はとったものの治療中断に至ってしまう患者や、指摘されつつも放置してしまう患者も多い中、糖尿病を悪化させず良好なコントロールへと導くためには、医師の治療を中心とした多職種連携によるチームアプローチにおいて、看護的視点で患者の療養生活をアセスメントし、療養指導・患者教育を行っていくことは重要である。

文献や学会においては、各施設における糖尿病専門外来や糖尿病看護認定看護師の活動、療養相談・指導による評価、糖尿病専門外来看護の看護援助の構造化などが報告^{1~4)}されている。

当院では2001年7月に糖尿病療養相談室が開設され、当院に通院および入院中の、糖尿病をもつ患者及びその家族を対象に、外来で糖尿病療養指導士が療養相談を行っている。開設当初に療養相談記録から相談内容をまとめた報告⁵⁾があり、その後5年が経過している。療養相談だよりにて年度毎の利用者数の集計を行っているが、療養相談による効果や援助内容の分析までは示されていない現状がある。医師からの依頼を中心に療養相談を行ってきたが、他にも必要な患者は多いと感じている。

そこでまず、相談室の実績をまとめ、今後のあり方について考える機会をもつ必要があると考えた。

I. 目的

患者の糖尿病コントロールの維持改善を目指し、今後の療養相談室の充実と活性化につなげるために、これまでの療養相談の実績をまとめる。

II. 研究方法

研究デザイン：実態調査研究

研究期間：2007年7月～2007年10月

データ収集方法：2002年度から2006年度までの年度毎の療養相談まとめ、依頼書や返書等の療養相談記録について、以下の項目を調査・分類しデータとした。

1. 療養相談履歴、相談継続回数
 2. HbA1c
 3. 療養相談への来室理由：糖尿病教育の基本項目から、看護師の視点での以下の項目に分類した。
 - 1) 外来でのインスリン導入や手技獲得、種類の変更
 - 2) 自己血糖測定の手技獲得
 - 3) 血糖値や検査データのモニタリング法や自己血糖測定の応用の仕方
 - 4) 食事療法の知識や方法の獲得・見直し
 - 5) 運動療法の開始や見直し
 - 6) 薬物療法の効果を知る
 - 7) フットケア
 - 8) 気持ちの安定やストレスコーピング方法の獲得
 - 9) 問題の背景についてのアセスメント
 - 10) 今までの方法でよいかの保証を得る
 - 11) パス入院後の評価
 - 12) 前回の療養相談の評価
 - 13) その他
 4. 援助内容：慢性疾患患者への看護援助におけるアプローチ方法を参考に以下の項目に分類した。
 - 1) 相談機能
 - 2) 支持的機能
 - 3) アドヒアランスあるいはセルフマネジメントへの教育的役割
 - 4) 家族看護
 - 5) その他
 5. 看護ケアの意図
 - 1) 外来通院の継続
 - 2) 療養行動の維持・継続
 - 3) 療養行動の改善・行動変容
 - 4) 血糖コントロールの改善
 - 5) 知識を得て生活に応用する
 - 6) 気持ちの調整やストレスマネジメント
 - 7) 身体感覚に働きかける
 - 8) 医療者との関係を築く
 - 9) 家族の協力を得る
 - 10) インスリン注射や自己血糖測定手技の獲得
 6. 紹介元
 7. 療養相談継続の必要の有無・再依頼の状況
 8. 他職種への相談状況
- 分析方法：データの集計を行ない、療養相談室の今後の

あり方等について考察する。

倫理的配慮：過去の記録物の調査であり、個人を特定できるような調査方法ではない。また「本院における個人情報利用目的」の患者等に提供する医療サービス、症例に基づく研究等より、記録やデータを研究に用いることについては包括的に同意を得ているものと考え、研究を進めるに当たっては個人情報の保護を厳守し、個人が特定できないようデータを取り扱うこととした。

Ⅲ. 結果

1. 療養相談履歴・継続回数

相談者数 368 人、依頼書数 281 件、相談・返書数 1141 件、5 年間で 1 人当たりの相談回数は 1 回から 35 回であった。

2. HbA1c

依頼時の血糖コントロールとしての HbA1c は 4.6～15.8% で平均は約 8% であった。5～7% 台での早期からの教育の依頼、また、相談の継続により HbA1c の維持や 1～3% の改善がみられた患者もいた。

3. 療養相談への来室理由

医師からの依頼内容は、外来通院中の生活の見直しや問題アセスメントが 60 件、パス入院後の評価が 38 件、インスリン導入や変更が 26 件、HbA1c 悪化の背景のアセスメントや指導が 16 件、その他、何らかの理由で入院できない患者の外来での教育やアセスメント、減量などの体重コントロール、自己血糖測定の手技指導、フットケアなどがあった。

看護師の視点での来室理由(図 1)は、医師からの依頼に基づいて行われており、①外来でのインスリン導入や手技獲得、種類の変更が 71 件、②自己血糖測定の手技獲得 39 件、③血糖値や検査データのモニタリング法や自己血糖測定の応用の仕方 83 件、④食事療法の知識や方法の獲得・見直し 320 件、⑤運動療法の開始や見直し 127 件、⑥薬物療法の効果を知る 43 件、⑦フットケア 70 件、⑧気持ちの安定やストレスコーピング方法の獲得 165 件、⑨問題の背景についてのアセスメント 336 件、⑩今までの方法でよいかの保証を得る 110 件、⑪パス入院後の評価 69 件、⑫前回の療養相談の評価 244 件、⑬その他 59 件であった。

4. 援助内容(図 2)

援助としては、相談や教育などを組み合わせて行っており、明確に分けることは困難だが、のべ件数で①相談機能 714 件、②支持的機能 604 件、③アドヒアランスあるいはセルフマネジメントへの指導的・学習援助的な教育的役割 613 件、④家族看護 43 件、⑤その他 16 件であった。

5. 看護ケアの意図(図 3)

①外来通院の継続 129 件、②療養行動の維持・継続 655 件、③療養行動の改善・行動変容 515 件、④血糖コントロールの改善 350 件、⑤知識を得て生活に応用する・療

養の知識にあわせて活用する 427 件、⑥気持ちの調整やストレスマネジメント 247 件、⑦身体感覚に働きかける 53 件、⑧医療者との関係を築く 104 件、⑨家族の協力を得る 62 件、⑩インスリン注射や自己血糖測定手技の獲得 42 件であった。問題がある場合には療養行動の改善・行動変容を意図した関わり、うまく継続している場合には療養行動の維持・継続を意図して、また、血糖コントロールの改善や知識を生活に合わせて活用できるような教育を意図して援助につなげていた。また、気持ちの調整やストレスマネジメント、カウンセリング的な関わりを意図しているものもあった。

6. 紹介元

代謝内科 1・2 がほとんどだが、他科より代謝内科に紹介され相談外来に依頼されている場合や、総合診療部、循環器内科、消化器内科に通院中、また、眼科、皮膚科、泌尿器科、神経内科等に入院中の、代謝内科以外からの直接の依頼もあった。

7. 療養相談継続の必要の有無・再依頼の状況

記録上、継続の必要ありは 732 件、継続の必要なしは 42 件であった。必要ありでも次回の相談記録がない場合や、2～3 ヶ月後に、あるいは患者の希望時にとの記載があっても次の相談記録がない場合が多く、必要なしでもその後も継続して相談に来ている患者もいた。また、一旦相談を終了しても、再度血糖コントロールの悪化や問題アセスメントで再依頼となる場合もあった。

8. 他職種への相談状況

相談を実施した結果から、医師への返書とともに問題に対する意見を伝え調整を行ったり、フットケアにおいて皮膚科受診依頼をしたり、また、栄養指導の再依頼や調整などを行っていた。

Ⅳ. 考察

療養相談室のこれまでの実態の傾向、充実と活性化に向けての今後のあり方について考察する。

1. 療養相談室の過去 5 年の実態の傾向

療養相談履歴、継続回数、療養相談継続の必要の有無・再依頼の状況から、5 年間を通してみると、数年に渡り相談を継続している患者やコントロールの悪化で再依頼のある患者がいる事がわかった。また、依頼書はあるが相談の実績がない患者や、療養相談の継続が必要、次回は 2～3 ヶ月後と判断されても、次の相談記録がないことからその後の相談に来ていない患者も多いことがわかった。これらは、医師の診察日と相談室の開催日が合わなかったことや、患者が相談外来の主旨について知らずに否定的な感情を持った可能性などが考えられる。また、以前は療養相談の予約オーダが出来なかったことや、医師の理解も不足していたことなどから相談の継続につながっていなかった可能性がある。現在も月に 8 回の開催日であり、医師からの依頼や患者の希望する日に充分対応できていないことや、相談室の主旨や目的を患

者に充分理解してもらえていないことも考えられる。現在は看護師が次回の予約オーダをすることが出来るようになっており予約票にも反映されることで、相談の継続につながってきていると考える。

血糖コントロールとしてのHbA1cをみると、初回依頼時のコントロール状況は4%台から15%台と幅があり、相談担当者もその患者のコントロール状況や問題、背景を十分に反映させた相談、指導、支援を行なっていく必要があると考える。また、今回のデータの中で、月に1回相談外来に継続して来ること、HbA1cの維持や1~3%の血糖コントロールの改善が見られた患者もおり、患者自身の努力ももちろんであるが、相談による効果もあると考える。一年間継続して糖尿病外来を受診した患者で、相談室で相談指導を行った患者と未相談・未指導の患者において1年後のHbA1cを比較した結果HbA1cが1%以上改善したものは19%に、未相談未指導群では4%であったとの報告⁴⁾からも、相談の継続そのものも患者の血糖コントロールの維持改善に効果があると考えられる。しかし、コントロールや療養行動の改善が困難な患者がいることも事実であり、根気よく患者とともに相談での関わりを継続する事で少しずつでも効果を期待できるのではないかと考える。

紹介元や医師からの依頼内容では、代謝内科以外の診療科からも患者自身の糖尿病の療養行動について評価や指導を依頼されることが少数ながらもあることがわかった。代謝内科医師においても、それぞれの医師の方針や考え方により、相談室への紹介時の血糖コントロール状況や依頼事項が様々であるが、糖尿病をできるだけ進行させないことや、療養行動の維持、改善を目指すには、出来るだけ早期から患者自身の療養行動に介入する必要があり、療養相談外来の活用が望まれる。

他職種への相談状況では、栄養指導や、フットケアにおける皮膚科受診、その他、患者の情報を医師に報告し臨機応変に対策を立てるなどの連携もみられていた。患者からは食事に関する相談が多く、医師からは体重コントロールの依頼も多かったことから、医師の指示のもとではあるが、看護師ならではの視点で多職種連携の調整役となり、チームでの関わりをさらに活性化できると良いと考える。今後、運動療法について理学療法士との連携なども行っていけると、さらに良い関わりにつながると考える。また、外来カルテが電子化されたことで医師・看護師の情報共有が簡便化されたが、栄養指導記録が一元化されていないことや、外来と相談室や栄養指導室など構造上の問題、それぞれの開催日の問題などがあると思われる。依頼書の内容や相談記録の書き方なども考えていく必要があると考える。また、在宅療養指導料等について事務部門との連携も考えていけるとよい。

看護師の視点での療養相談への来室理由、援助内容、ケアの意図からは、医師からの依頼内容を基本としているが、患者を全体的に把握し、相談で何らかの役に立つ

アドバイスをという看護師としての関わりが読み取れた。HbA1cが10%以上と悪いにもかかわらず、入院を拒否する患者や、またそろそろ入院しようかなと自己管理での療養生活のリセットを望む患者もいた。自覚症状がほとんどないため日常生活でも困っておらず入院の必要性を感じないことや、頭ではわかっているが行動の変化が自分では難しいという糖尿病の患者特有の心理が記録からも見受けられ、知識不足や入院のとらえ方の問題などがあると考えられる。また、良好な療養行動がとれていても、「客観的にみてほしいから1か月に1回は来ます」と、相談継続不要と判断されても毎月相談外来に来て、自分なりに一ヶ月を振り返り、看護師とともに次回までの目標を立てている患者もいた。相談を継続していくための方法としては、患者の疑問について次回までに医師や栄養士に確認しておくという方法も効果的であることがデータから読み取れた。まずは継続して来てもらうための関わりが基本であり、援助としては、教育的役割のみでなく、相談・支持的機能も重要と考える。

2. 充実と活性化に向けての今後のあり方

治療内容の変更をしてもHbA1cが悪化した30例において、コントロールが悪化しても相談室へ行きたくない理由として自分でコントロールできているから、わかっていることしか言わないから嫌であると答えた患者がみられたとの報告⁶⁾がある。療養相談外来へは、医師の指示で来る患者がほとんどだが、患者の希望でも相談外来に来ることができ、今回のデータの中には希望で継続して来ていることで糖尿病コントロールを良好な状態に保っている患者もいた。自分でコントロール出来ていても良い状況を報告に来られるような相談室、医師から言われたから来た、わかっているのにまた同じことを言われる所ではなく、患者自身が相談に来ることによって療養行動や糖尿病コントロールにプラスになるような相談室でありたいと考える。

また、退院後の電話相談が病棟にあるという現実や、入院前から関係をつくることにより、患者は思いや考え、疑問なども看護師に出しやすくなり、退院後の相談の効果が高まり血糖コントロールが維持できたとの報告³⁾があるように、患者との信頼関係や相談できる場所が必要である。入院前から相談を行なう事で、患者が自分の血糖コントロールについて考える機会になり、入院の動機付けができ、主体的行動をおこせるきっかけになる。さらに、退院後の療養生活のチェックや評価のため相談にきてもらうことは意味のあることであり、継続できるようなシステム作りが必要である。退院後の療養相談の予約は医師の協力もいるが、退院後の患者支援体制を整えるためにも医師や多職種との連携を意識し調整していく必要があると考える。

インスリン使用者では月に1回、在宅療養指導料が算定できる。療養相談室には専任のスタッフがいないことや開催日の制約などで、インスリンや自己血糖測定の指

導を中心として、複雑な内科外来において療養相談の役割を担っているという現状があり、そのような場合も含め、指導料が確実に算定されているか確認できていない。看護師の実践力で獲得できる収益でもあり、療養相談室の充実と活性化により病院の経営面にも貢献できると考える。また、現在はインスリン使用者における算定であるが、療養相談による血糖コントロールの維持改善という効果が実証できれば、将来的に看護外来での収益へとつながる可能性もないとはいえないと考える。

おわりに

今回の過去5年分の調査は、今後のあり方や、療養相談の充実や活性化に向けて考えるきっかけとなり、意義あるものであった。過去の記録からであったが実態調査を通して振り返ることで、他の療養指導士のかかわり方や記録方法を知ることができ、学びとなった。療養相談は担当者各個人に任されているところがあるが、アセスメントや指導方法の統一、外来での患者教育のための数回シリーズの指導マニュアル作成やフットケア技術の習得など、療養相談の充実に向けた学習方法をさらに考えていく必要があると考える。また、糖尿病のコントロールはHbA1cのみで表現できるものではないため、療養相談の評価においては、QOLの測定や療養行動を測るツールの開発等も必要になってくると考える。

今後、療養相談室としては、相談室に来る相談者のニーズの把握や、療養相談の院内外へのアピールなどにより、必要な患者が相談室を継続して活用できるようなシステム作りが必要であると考え。さらには、院内での糖尿病委員会など、病院として、増え続けている糖尿病患者への医療やケアの充実に向けて考えていく必要があるのではないかと考える。

引用文献

- 1) 松永京子：なぜ今、専門外来が必要とされているのか 糖尿病外来からみたその効果と課題, インターナショナルナーシングレビュー, 23(1), 43-49, 2005.
- 2) 伊藤かおる：当センター外来での糖尿病看護相談の効果 第3報-血糖コントロールを維持するために入院前から相談を開始して-, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11 特別号, 283, 2007.
- 3) 渡辺智恵美他：患者様相談室における糖尿病患者の相談・指導の評価 糖尿病患者のHbA1cの実態調査から, 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 36, 434-436, 2005.
- 4) 正木治恵監修：糖尿病看護の実践知 事例からの学びを共有するために, 医学書院, 2007.
- 5) 中村万紀子：糖尿病療養相談室の現状と課題, 日本看護学会論文集 地域看護, 34, 58-60, 2004.
- 6) 西山栄津子：ナースステーションから 外来での糖尿病継続指導を拒否する患者の心理とその対策, プラクティス, 20(5), 609-611, 2003.

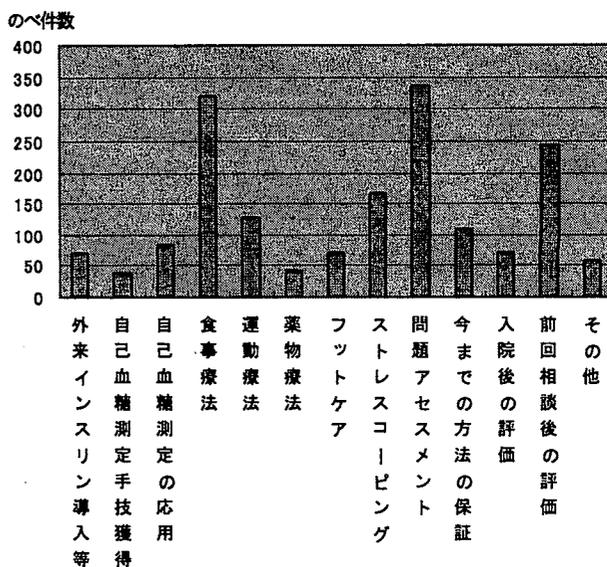


図1 療養相談への来室理由

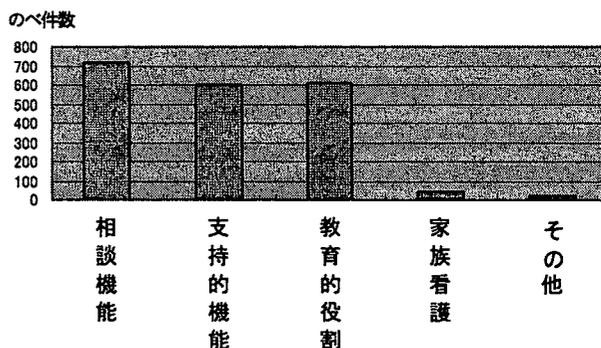


図2 援助方法

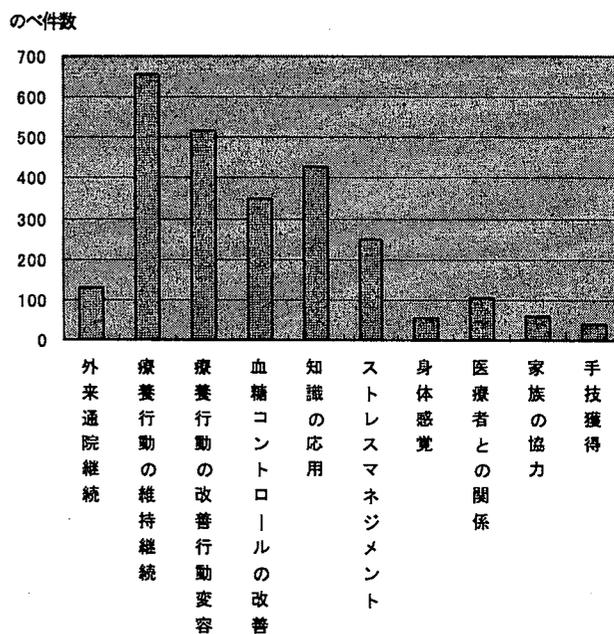


図3 ケアの意図