

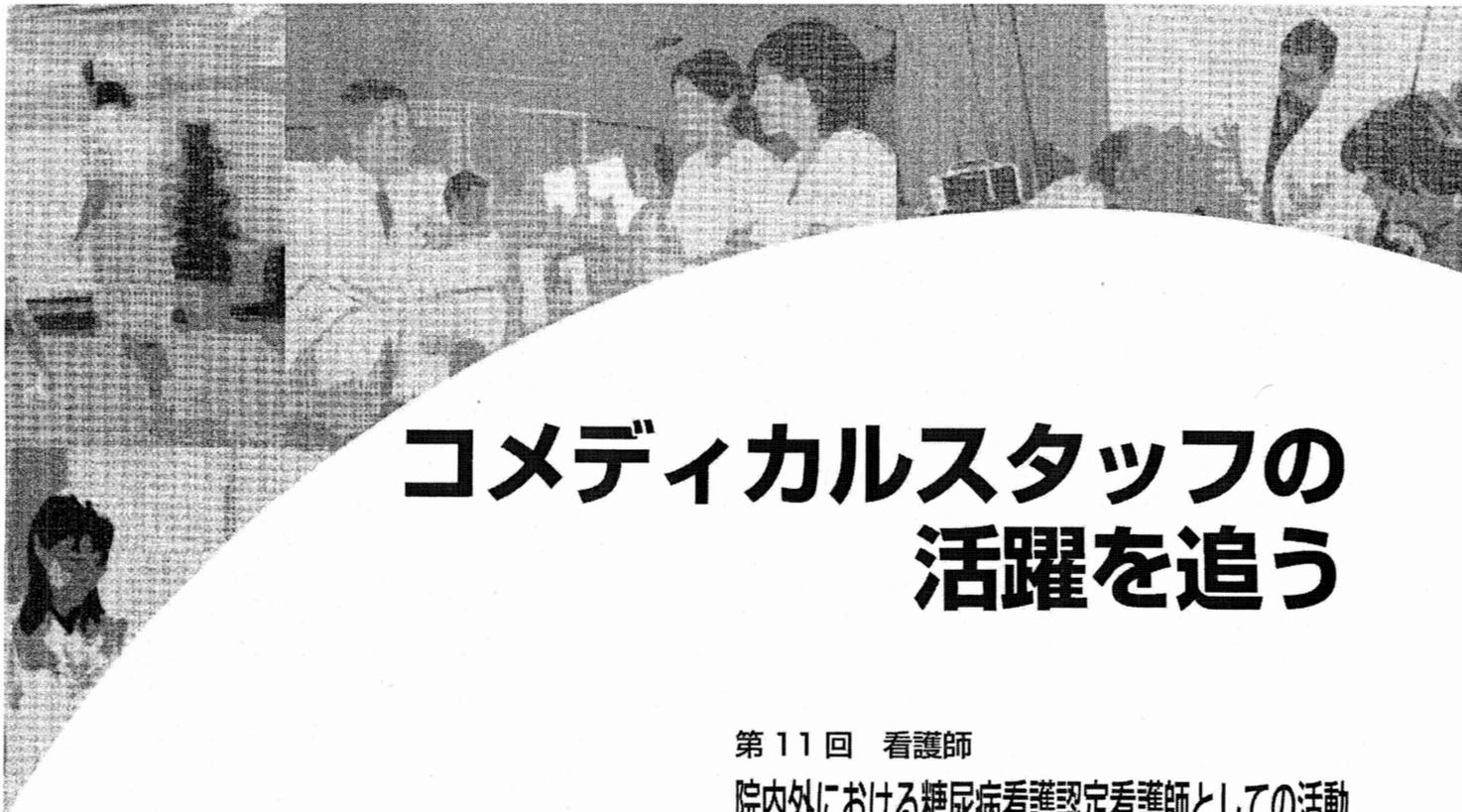
AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

Life Style Medicine (2009.07) 3巻3号:266～271.

コメディカルスタッフの活躍を追う
看護師
院内外における糖尿病看護認定看護師としての活動

法月章子



コメディカルスタッフの活躍を追う

第11回 看護師

院内外における糖尿病看護認定看護師としての活動

法月 章子

NORIDUKI Akiko

旭川医科大学病院外来ナースステーション



はじめに

2007年の国民健康・栄養調査で、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病の可能性を否定できない人は、あわせて約2,200万人にのぼった。また、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者とその予備群は、40～74歳の男性の2人に1人、女性の5人に1人と推計され、いずれも増加傾向にある。糖尿病をはじめとする生活習慣病やその合併症の増加、高齢化などから、医療費や社会保障費の増大は社会問題となっている。厚生労働省は、2008年度から特定健康診査・特定保健指導を実施することで、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍を2015年までに25%減少させることを目標とし、医療費適正化計画を打ち出している。

一方、慢性疾患管理は、要介護高齢者を増加させないためにも重要な課題である。高齢者は、自宅や入所施設での慢性疾患管理のコントロール不良による急性増悪の

ための再入院が多く、合併症を増やし、かつ重症化しながら入退院をくり返していると考えられる。これは、外来における患者教育が不十分であること、社会資源の適切な利用、調整の不足があると考えられ、医療者の知識や療養指導の向上が求められる。

そこで、糖尿病看護認定看護師としてこれまで携わってきた一～三次予防の活動を報告し、今後の慢性疾患管理と地域連携について考えてみたい。



認定看護師の役割¹⁾

認定看護師には、「実践」「指導」「相談（コンサルテーション）」の3つの役割がある。

実践：糖尿病患者に関する情報を多面的・総合的にとらえ、患者とともに考えながら患者個々の自己管理の意味を見出し、適切な方法を試行錯誤し、患者が自己を客観視し、能力を十分に発揮できるように援助する。

指導：外来でも病棟でも、患者や家族、医療スタッフ

が相談した時に、ニーズに応じた情報、適格なアドバイスを提供できるリソースパーソンであることが求められる。しかし、認定看護師の数が少なく、専門的知識と熟練した技術をもった実践者の数にはかぎりがあるため、看護スタッフに対する教育・指導が重要になっている。

相談：看護スタッフが患者の援助に行き詰まったときに相談にのり、アドバイスを提供し、患者個々がその人らしく生きていけるために支援する姿勢を示し、効果的な援助方法へと導いていく存在である。患者の気持ちや考えを他職種に伝える代弁者という役割を担いつつ、多くの医療職者を患者にとってよりよいケアへと導く役割も担う。



当院の紹介

17 診療科 23 部門からなる病床数 602 床の地域医療を担う中核病院である。外来の 1 日平均患者数は 1,300 人を超える。糖尿病内科外来の患者総数は約 1,000 人で、療養指導や退院後の継続看護を必要とする患者は 1 日約 5 人である。コメディカルも参画している大規模臨床試験として、J-DOIT3 (2 型糖尿病患者を対象とした血管合併症抑制のための強化療法と従来治療との無作為化比較試験)^{2)*1} などがある。また、地域の病院や診療所から糖尿病合併症検査入院 (クリティカルパス) を受け入れ、病診連携を図っている。



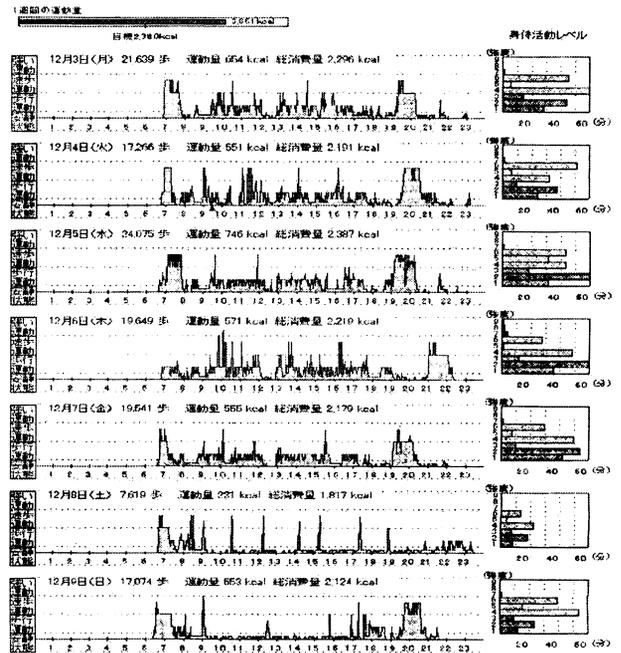
認定看護師としての活動

1) 外来における活動

a. J-DOIT3

現在、当院では 13 人が研究登録され、医師 4 人、看護師 2 人、栄養士 1 人が研究を担当している。強化療法

開始 1 ヶ月目
身体活動レベルの日内変動 (第 2 週)



開始 6 ヶ月目
身体活動レベルの日内変動 (第 28 週)

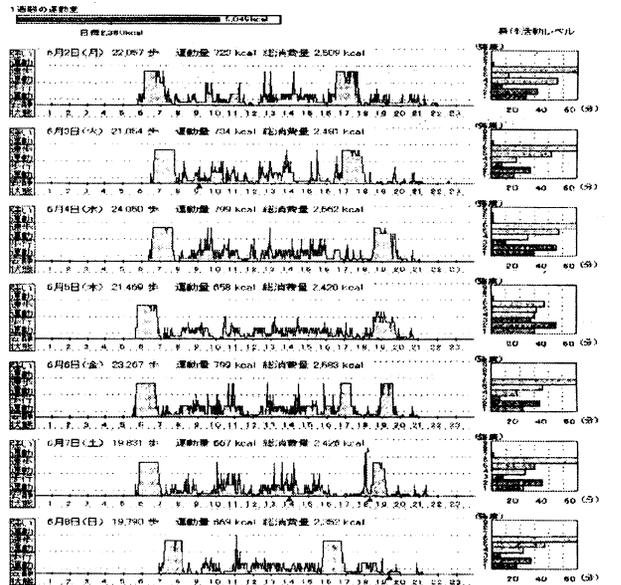


図 1 男性の症例

* 1 J-DOIT3 : Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment study for 3 major risk factors of cardiovascular diseases :

2 型糖尿病患者を対象とした血管合併症抑制のための強化療法と従来治療との無作為化比較試験 : 全国 81 施設で開催され、糖尿病に伴う心筋梗塞や脳卒中の発症および進行を防止できる方法を見出す試験である。患者は、強化療法群か従来療法群のどちらかに無作為に割付けられる。従来治療群に入った場合には、血管合併症の発症を低く抑えるために、現時点で標準と考えられている治療を受けることになる。また、強化療法群に入った場合には、血糖、血圧、脂質をより正常値に近づけるために、従来療法よりも強化された食事療法や運動療法を実施し、薬物療法では血糖、血圧、脂質それぞれについてコントロールの様子をみながら、段階的に治療を強化していく。研究期間は 3 年以上。

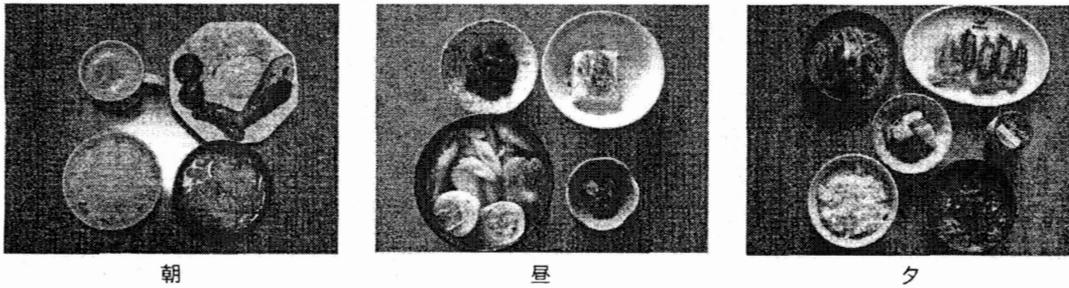


図4 DNETT-Japan の症例 1日の食事内容

達した後は1日1回の血糖測定は食後に測定するように促している。食後高血糖は血糖コントロールを悪化させるとともに、動脈硬化の進展因子になる。食事内容によって、血糖値がどのように変動するかを患者自身が理解することで、食生活の改善や修正に結びつけることができる(図3)。

このように、患者が記録したセルフモニタリングの資料を患者と一緒に読み解くことで糖尿病のコントロールを良好にしている事実は、コメディカルの介入の効果といえる。

b. DNETT-Japan^{*2}

糖尿病腎症3期Aに移行した患者は、エネルギー制限食から蛋白制限食への転換に苦慮する。図4では、①蛋白質の食品が多い、②醤油をかけるメニューが多い、③汁物を毎食摂取している、などが問題点として考えられた。「これまでの糖尿病は食べ過ぎなければよかった。だから、カロリーを減らして量を食べられるように、汁物や豆腐を多く食べていた。」と話し、蛋白制限食のむずかしさを表出した。また、妻の協力のもと食事療法を実施しているが、思うようなデータの改善がみられず、心理的負担感が増大している。この症例は、糖尿病問題領域質問票(problem area in diabetes survey: PAID)で、食事の楽しみを奪われた、将来の合併症への不安の2項目が高得点であった。腎症の進展を抑制できるよう

に、患者が病状、治療と向き合い、生活調整ができるようなサポートを継続している。

c. フットケア

2008年4月から「糖尿病合併症管理料」として糖尿病重症化予防のためのフットケアについて診療報酬が認められるようになった。その施設基準の一つは、「専任の常勤看護師で、糖尿病足病変の看護に従事した経験を5年以上有し、かつ糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者を1名以上配置されていること」とされている。日本糖尿病教育・看護学会の研修プログラムでは、日本糖尿病学会の認定を受けた専門医から糖尿病についての医学的な知識を学ぶとともに、糖尿病についての専門的な知識と技術を身につけた日本看護協会認定の慢性疾患専門看護師もしくは糖尿病看護認定看護師による講義と演習をおこなうプログラムとなっている。後述の「北海道糖尿病専門分野における質の高い看護育成」は、フットケア研修の基準として認定されている。当院では、2007年1月からフットスクリーニングを開始している。現在は、200人程度のフットスクリーニングが終了し、このうち糖尿病足病変を発症する可能性のあるハイリスク患者が32人抽出された。自覚症状がある神経障害のある患者は、国際コンセンサスにもとづき、定期的にフットチェックをする必要があるため、この患者を含めると約60人がフットケア外来へ

*2 DNETT-Japan: Diabetic Nephropathy Remission and Regression Team Trial (DNETT)-Japan:

糖尿病腎症の寛解をめざしたチーム医療による集約的治療:2型糖尿病の顕性期糖尿病腎症の患者を対象に、医師とコメディカルスタッフが参加するチーム医療によってより強力な治療介入をおこなうことにより、腎症の進展を抑制できるか否かを検証する研究である。患者は、強化療法群か従来療法群のどちらかに無作為に割付けられる。顕性期には厳格な血糖管理、血圧管理、蛋白質摂取制限が必要になるため、強化療法群に入った患者には、デジタルカメラと血圧計が貸し出され、朝夕の血圧測定を実施し、食事を撮影し外来受診時に持参してらう。内服コンプライアンスも重要な要素となるため、服薬手帳を活用し内服状況を確認する。研究期間は5年以上。

の継続対象患者となる。これまで、毎週火曜日にフットケアをおこなっていたため、定期的に介入している患者は5人程度であった。

今後は、フットケア外来の開催日を増やし、「糖尿病内科の受診日と違うため来られない。」という患者のフットケアができるように調整していくことが必要である。また、フットケア外来への継続対象となる患者は、相対的に血糖コントロールが不良の場合が多い。糖尿病重症化予防の位置づけとしてのフットケアであり、足を観察しながら、その患者にとって必要な療養指導を提供していく必要がある。

d. 継続看護と療養指導

血糖コントロール目的で入院される糖尿病入院患者は、年間200人に及ぶ。退院時には、外来継続のための退院時基準をもとに継続看護される。また、外来では医師の指示で療養指導を開始する療養指示書があり、インスリン療法の導入や初診患者への糖尿病指導などをおこなっている。その件数は、随時約100件にのぼる。

継続看護は、退院後6ヵ月が過ぎ、新しい治療に慣れ、データが改善したところを見計らって終了としていた。その後、退院後9～12ヵ月目にHbA_{1c}の再上昇を認める患者が多いことが過去の調査でわかった。現在は、退院後1年間は継続看護とし、体重増加やその後の体調の変化、血液検査データの推移を見守って継続するのかカンファレンスで検討している。また、外来で継続看護を開始する基準は、糖尿病と診断されて間もない症例、HbA_{1c}8%以上、家族のサポートが望めない症例などである。毎月、カンファレンスをおこなうことでスタッフと情報交換をしながら、患者個々に必要な看護を展開している。

2) 病棟・院内における活動

2008年度は看護部教育委員会の主催で、8人の認定看護師による選択研修が各3回にわたっておこなわれた。糖尿病看護は、第1回「薬物療法と血糖パターンマネジメント」、第2回「糖尿病の合併症」、第3回「糖尿病患者の心理と行動」をテーマとした。中堅の看護師の参加が多く、糖尿病の最新知識と、病棟でのスタッフ指導に

役立ててもらえる内容とした。また、毎年4月に、新卒者・新任者のための看護技術研修としてインスリン療法を指導している。入院中の糖尿病患者も、どの病棟でもインスリン療法の指導を受けることができ、インシデントの発生が防止できることを目標に、知識提供と実技指導をおこなっている。

専門病棟では、患者アセスメントの方法や必要な援助のアドバイスをケースカンファレンスで提示し、医師とコメディカルで開催される合同カンファレンスでは、看護の視点での情報提供や継続看護の方法を伝えている。

糖尿病看護は実践知であり、カンファレンスなどの事例検討を通じて、看護の質の向上に努めている。

3) 地域における活動

北海道糖尿病教育・看護研究会や道北地区糖尿病教育・看護研究会、糖尿病療養支援研究会などの幹事を務め、道内の糖尿病看護の質の向上をめざして活動している。その多くは、研究会での演題発表、シンポジストとしての参加である。また、道内各地における講演として、旭川医科大学の派遣講座では近隣の市町村からの依頼で、医師や看護師、ケアマネージャーやヘルパーを対象とした講義もしている。さらに、市民を対象とした健康教育にも携わり一～二次予防にかかわる機会を得ている。

2008年度から実施されている特定健診・特定保健指導では、ガイドラインにもとづく研修会で糖尿病患者の看護の講義を担当し、地域で活躍する保健師の教育に携わっている。生活習慣病予防のための健診は、生活習慣の改善が必要な人を見つけだし、行動変容を促すことや、治療を必要とする人に適切な受診を勧めることが大切となる。この講義の際には、今日から使える看護技術を提供できるよう、行動変容のための看護理論をもとに事例紹介している。

4) 厚生労働省 特定分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師の育成事業

2006年度から、北海道は、専門分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師育成事業を開始した。糖尿病においては、当院が3年連続して開催している。糖尿病診

療の現場では、増加の一途である糖尿病患者のために、看護師への教育・指導の役割が強く求められている。この研修をとおして地域における糖尿病教育・看護の質の向上に寄与することを目的として、受け入れ施設として携わってきた。当院では、これまで11人が研修を修了し、自施設にもどってから、看護外来やフットケア外来の開設、糖尿病センターの立ち上げにかかわっている。3人が日本糖尿病療養指導士の資格を取得し、1人が糖尿病看護認定看護師をめざして勉強中である。また、筆者自身は、日本糖尿病教育・看護学会の政策委員に任命され、この研修の今後の方向性や評価にかかわっている。



おわりに

慢性疾患管理は、入院治療から外来や地域へシフトする時代となった。2型糖尿病患者の心血管イベントの発症をプライマリエンドポイントに置いた旭川スタディがはじまったばかりであるが、今後は、糖尿病における地域連携クリティカルパスの看護システムを構築できるように、院内外におけるスタッフ教育に携わり、糖尿病看護の質の維持・向上を図っていきたい。

文 献

- 1) 瀬戸奈津子, 和田幹子:あなたにもできる認定看護師・プロの技 解説編. *Nurs Today* 17: 68-71, 2002
- 2) 糖尿病予防のための戦略研究 (J-DOIT3) (<http://www.jdoit3.jp>)

参考文献

- a) 金川克子, 津川一代, 鈴木志保子ほか:新しい特定健診・特定保健指導の進め方 メタボリックシンドロームの理解からプログラム立案・評価まで, 中央法規, 東京, 2007
- b) 森山美知子:新しい慢性疾患ケアモデル デイジーズマネジメントとナーシングケースマネジメント, 中央法規, 東京, 2007
- c) 黒田久美子:糖尿病患者へのチーム医療における看護婦の役割. *Qual Nurs* 7: 498-503, 2001

Profile

法月 章子

旭川医科大学病院外来ナースステーション副看護師長

1970年 静岡県生まれ。
 1992年 静岡済生会総合病院入職。
 2000年 旭川医科大学病院入職。
 2005年 日本糖尿病療養指導士(日本糖尿病療養指導士認定機構)取得。
 2006年 糖尿病看護認定看護師(日本看護協会)取得。
 日本糖尿病教育・看護学会会員。
 2008年～ 政策委員, ネットワーク委員。
 趣味:北海道の花々を愛でること, 溪流釣りのお付き合いで, 自然散策をすること。