

在宅糖尿病療養者の看護に関する研究

渡邊輝美 深江久代 今福恵子 福與知恵

静岡県立大学短期大学部

1 はじめに

国民医療費や介護保険制度の要介護認定者の増加から、糖尿病などの生活習慣病の対策が急務となり、健康フロンティア戦略など国を挙げて対策が取られている。そのため生活習慣病の予防活動への期待が高まっている。

現在、老人保健法によって、基本健康診査を基に高血圧・高脂血症・糖尿病などの生活習慣病への健康教育が行われ、家庭訪問については要介護状態の予防のための訪問指導が中心に行われている。しかし生活状況や生活に対する個人の考え方は様々であり、生活習慣病予防のための生活の改善に向けた支援は、直接、個人へ働きかける方法が効果的である¹⁾と考えられるようになってきている。その働きかけの方法として家庭訪問援助がある。家庭訪問援助は長年の保健師の活動手段であるが、生活習慣病に関する具体的な家庭訪問援助の方法論はあまり明確になっていない。

そこで本研究は、生活習慣病の事例に多く関わっている国民健康保険団体連合会の在宅保健師が行っている家庭訪問援助について調査し、生活習慣病を抱える人への家庭訪問援助の方法論の確立に向けた基礎資料とすることを目的に行った。今回は分析途中のため中間報告とする。

2 方法

調査対象は静岡県国民健康保険団体連合会の在宅保健師 48 人であり、質問紙調査を行った。調査内容は年齢などの基本属性、保健師経験、生活習慣病事例に関する家庭訪問の実施の有無・良好な方向へ行動変容した事例の有無・良好に行動変容した要因・良好に行動変容しなかった理由、生活習慣病事例への援助としての家庭訪問の有効性、家庭訪問において医療費適正化の視点をもって行う必要性などである。選択肢を設けている項目については単純集計を行い、自由記載の項目については回答内容を共通する事項に分類した。

倫理面の配慮については、静岡県立大学研究倫理審査部会に研究計画及び調査票を提出し、承認された。

3 結果

静岡県国民健康保険団体連合会の在宅保健師の34人(70.8%)から回答を得て分析した。回答者の平均年齢は52.8歳±10.7、保健師経験年数は23.1年±10.1であった。

生活習慣病の事例を受け持ったことがある人は25人(73.5%)、良好な方向へ行動変容した生活習慣病の事例を受け持っている人は15人(44.1%)であった。良好な方向へ行動変容した生活習慣病の事例を受け持っている15人に、良好な方向へ行動変容した理由を聞いたところ(表1)、「本人が生活習慣病を予防したいあるいは改善したい意志があった(11人)」「保健師が生活習慣病の病態や合併症について指導した(11人)」「保健師が生活習慣の改善の方法を指導した(11人)」が多かった。次に「本人あるいは家族が気づいていない健康上の課題を指導した(10人)」「保健師とケースとで、なぜ生活習慣病あるいは生活習慣病予備群になったかを考えた(9人)」「本人が生活習慣病になることで家族や仕事などに及ぼす影響について保健師が指導した(9人)」の順に多かった。

表1 生活習慣病のケースに関わり、良好な方向へ行動変容した理由 (n=15)

	数(人)	%
本人が生活習慣病を予防したいあるいは改善したい意志があった	11	73.3
保健師が生活習慣病の病態や合併症について指導した	11	73.3
保健師が生活習慣の改善の方法を指導した	11	73.3
本人あるいは家族が気づいていない健康上の課題を指導した	10	66.7
保健師とケースとで、なぜ生活習慣病あるいは生活習慣病予備群になったかを考えた	9	60.0
本人が生活習慣病になることで家族や仕事などに及ぼす影響について保健師が指導した	9	60.0
保健師が本人あるいは家族との信頼関係を築いた	6	40.0
保健師が本人あるいは家族の生活や価値観に合わせた指導をした	6	40.0
保健師の関わる年数が多かった	3	20.0
保健師の関わる時間が多かった	2	13.3
保健師の訪問回数が多かった	1	0.7
その他	3	20.0

一方、良好な方向へ行動変容した事例がない 10 人へその理由を聞いたところ(表 2)、「生活習慣病の事例に対して良好な方向への行動変容を促す保健指導に自信がない」「生活習慣病の対応に関するマニュアルがない」「事例宅が留守で訪問できなかった」が各 10 人ずつと最も多かった。

表 2 生活習慣病のケースに関わり、良好な方向へ行動変容しなかった理由 (n=10)

	数(人)	%
生活習慣病のケースに対して良好な方向への行動変容を促す保健指導に自信がない	10	100.0
生活習慣病の対応に関するマニュアルがない	10	100.0
ケース宅が留守で訪問できなかった	10	100.0
訪問回数が少ない	7	70.0
高齢者のケースであり、保健行動を変える援助は難しい	4	40.0
訪問頻度が少ない	3	30.0
本人自身が生活習慣病に関心がなく、保健師の訪問や指導が受け入れにくかった	2	20.0
その他	6	60.0

生活習慣病の事例に家庭訪問が有効であると回答した人は 33 人 (97.1%) で、その理由(自由記載)は「家庭や生活環境を把握しやすいため、本人や家族と一緒に問題点を明らかにし改善できる点を話し合える (23 人)」という意見が最も多かった。次に「家族の様子がわかり、本人家族と一緒に関わることができ、家族を含めた支援ができる (8 人)」が多かった。

国民健康保険分野で保健師の家庭訪問が必要であると回答した人は 29 人 (85.3%) であった。さらに、生活習慣病の事例に家庭訪問を行う上で、医療費の削減あるいは適正化の視点をもつ必要があると回答した人は 32 人(94.1%)で、その理由(自由記載)は「疾病の予防と疾病の重症化防止あるいは合併症を防ぐ (10 人)」が最も多かった。次に「不必要な多受診や重複受診を防ぐ (6 人)」「医療の現状を知ってもらう (4 人)」の順であった。

4 考察

平成 14 年度の患者調査によると、医療機関を受診している総患者数は、高血圧性疾患 699 万人、糖尿病 228 万人、虚血性心疾患 91 万人、脳血管疾患 137 万人、悪性新生物 128 万人であり、合計すると約 1300 万人となっている。医療費については、悪性新生物 2 兆 2171 億円、高血圧性疾患 1 兆 9551 億円、脳血管疾患 1 兆 7499 億円、糖尿

病 1 兆 1250 億円、虚血性心疾患 6963 億円となっており、これらを合計すると 7 兆 7434 億円に上り、これは一般診療医療費の 32%を占めている(平成 14 年度国民医療費)²⁾。これらのことから、生活習慣病が占める割合は高く、生活習慣病の予防と悪化防止は急務である。

生活習慣病は、本人および家族の価値観が基本となり、生活習慣病になりやすい長年の生活習慣が病として現れてくる。今回の調査から、本人が生活を改善しようとする意思があると、生活の改善がしやすいことが明らかになった。しかし、生活習慣病に罹患した患者であっても、本人が生活習慣を改善したいという意志を持っているとは限らない。むしろ長い生活歴の中で身につけてきた生活習慣を改善したいという意志を持つことは難しいと考える。そのために生活を改善したいという意志を持つための援助が重要と考える。本人に生活習慣を改善しようという意志をもつ援助方法としては、生活習慣病の病態や合併症について話すこと³⁾、本人や家族と保健師がなぜ生活習慣病あるいは生活習慣病の予備群になったかを考えること、本人が生活習慣病になることで家族や仕事に及ぼす影響を話すことなどが挙げられる。今回の調査では生活習慣病のケースに関わり、良好な方向へ行動変容した理由から、保健師はこれらの方法も駆使して効果的な家庭訪問援助を行っていることが明らかになった。

一方良好な方向へ行動変容した事例がない保健師の理由として、生活習慣病の事例に対して良好な方向への行動変容を促す保健指導に自信がない、生活習慣病の対応のマニュアルがないなどが挙げられ、生活習慣病に対する具体的な援助方法が個々の保健師まで浸透していない実態が明らかになった。

生活習慣病の事例に対して、家庭訪問援助は有効とほとんどの保健師が考えていて、その理由は、生活状況が把握しやすい、本人だけでなく家族を含めた指導ができるということが多かった。本人だけでなく家族も合わせて指導をしないと生活改善に向けての効果が得られにくいという報告もある⁴⁾。これらのことから生活習慣の改善は本人だけでなくその家族全体の指導も必要であるため、家庭訪問援助は有効な手段と考えられる。

以上のことから、生活習慣病の改善に向けて、家庭訪問援助は有効な手段であるが、その具体的な方法は個々の保健師に反映されていないと考えられる。厚生労働省の生活習慣病対策においても、健診の内容と結果を本人が十分に理解し、自ら評価することで、日頃の生活習慣を見直すきっかけが出来るよう保健担当者の働きかけが求められている⁵⁾と記載されていることも合わせて、今後、生活改善に向けての具体的な方法を確立していく必要があると考えられる。

5 結論

生活習慣病の事例には家庭訪問は有効と在宅保健師は考えている。しかし生活習慣病への対応が困難であると回答している保健師もいることから、具体的な援助内容を検討していく必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた静岡県国民健康保険団体連合会ならびに在宅保健師の皆様感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生科学審議会地域保健増進栄養部会、今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）、週刊保健衛生ニュース、第 1327-1 号、41、2005
- 2) (財) 厚生統計協会、国民衛生の動向、52(9)、141、2005
- 3) 新村津代子、自分の健康状態を知ることが改善へのきっかけ、保健師ジャーナル、61 (11)、1032-1035、2005
- 4) 市川尚子他、外来糖尿病患者における配偶者面接による指導効果、プラクティス、20 (3)、333-337、2003
- 5) (財) 厚生統計協会、国民衛生の動向、52(9)、146、2005

参考文献

- 1 村上礼子他、外来に通院する糖尿病患者の実態、自治医科大学看護学部紀要、1 巻、69-77、2003
- 2 松岡緑他、糖尿病患者教育に対する患者のニーズ調査、九州大学医学部保健学科紀要、2 巻、7-16、2003
- 3 数間恵子、外来看護の可能性を読む；外来患者療養相談活動の実践から、看護技術、47 (7)、94-100、2001
- 4 中山純子他、糖尿病外来に通院する要指導患者からみた今後の外来指導の実際第 1 回外来での糖尿病患者の調査を分析、外来看護新時代、9 (1)、128-134、2003
- 5 橋本俊彦、糖尿病治療の最新の動向、日本保険医学会誌、102 (1) 107-112、2004
- 6 高橋綾他、糖尿病患者への看護に熟練した看護師が外来で実践している看護援助について、埼玉県立大学短期大学部紀要、5、11-21、2003
- 7 西山栄津子他、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
- 8 武田倬、糖尿病教育システム作り～島根県における二次予防から三次予防まで～、日本糖尿病教育・看護学会誌、6 (1)、46-50、2002
 - 9 竹内葉子他、内科外来における糖尿病療養指導の実際～外来・病棟間の継続看護を目指して～、日本糖尿病教育・看護学会誌、6 (2)、147-151、2002
 - 10 古賀明美他、受診中断中にある糖尿病患者の療養生活および治療の認識～継続者との比較～、日本糖尿病教育・看護学会誌、7 (1)、15-23、2003
 - 11 佐藤和子他、教育入院システム体制・内容の変化が退院後の患者に与える影響について、日本糖尿病教育・看護学会誌、7 (1)、24-27、2003
 - 12 黒江ゆり子他、岐阜県における糖尿病教育の現状；その1、岐阜県立看護大学紀要、2 (1)、21-27、2002
 - 13 大関ちはや他、自己効力感を高める糖尿病教育を目指して～退院後1年間の血糖コントロールの実態からの分析～、成人看護Ⅱ、33、132-134、2002
 - 14 中村万紀子他、糖尿病療養相談室の現状と課題、地域看護、34、58-60、2003
 - 15 佐藤満他、糖尿病患者における生活習慣、健康行動と医療費との関連、厚生学の指標、50 (1)、7-16、2003
 - 16 大石まり子、糖尿病と医療経済、病診連携、medicina、40 (3)、389-391、2003
 - 17 鎌江伊三夫他、糖尿病治療の医療経済、Geriatric Medicine、42 (5)、624-628、2004.
 - 18 田村須賀子、家庭訪問の援助行為における看護職の意図、千葉看護学会誌 5(2)、73-78、1999