

St. Luke's International University Repository

糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者が行う生活の調整: 訪問看護を受けている1事例の検討

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 富安, 眞理, 木下, 幸代, Tomiyasu, Mari, Kinoshita, Sachiyo メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014941

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者が行う生活の調整 —訪問看護を受けている1事例の検討—

富 安 眞 理¹⁾, 木 下 幸 代¹⁾

要 旨

糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者を対象として、実現可能な短期目標の設定および家庭での実践と記録を行うという糖尿病自己管理への支援を行い、対象者自らが生活を調整していくプロセスについて示唆を得たので報告する。

対象者は、B訪問看護ステーション利用者である2型糖尿病の70歳代前半女性（A氏）である。A氏は、糖尿病網膜症による視力の低下、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害を合併しており、訪問開始時のHbA_{1c}は9.0%であった。2003年12月～2004年5月に8回の訪問を実施した。A氏は糖尿病食事療法への関心は高かったが、十分な実行ができていなかったため、まず、今までの生活を振り返り問題点・改善点を抽出した。さらに、身近で評価しやすい短期目標の設定、家庭での実践と聞き取りによる記録を行った。また、視力低下によって、家庭での実践について記録することが困難な状況であったため、目標が達成された場合カレンダーにシールを貼る方法を試み、対象者・ケア提供者ともに評価することが可能となった。4カ月にわたる糖尿病自己管理への取り組みについて、A氏は時間を決めて食事を摂ることを意識するようになったと話し、HbA_{1c}は8.0%と改善していた。

今回の事例では、対象者による短期目標の設定と実践状況を確認できる記録の実施、さらに、記録の工夫によるケア提供者からA氏への肯定的なフィードバックにより、できそうだと思うことを一つずつ日常生活に組み込んでいくという生活の調整のプロセスが明らかになった。

キーワード

生活の調整、糖尿病合併症、ひとり暮らし高齢者、訪問看護

I. はじめに

わが国における糖尿病患者は、平成14年度の糖尿病実態調査¹⁾で、推定1,620万人（糖尿病の可能性を否定できない人も含む）とされ、増加の一途をたどっている。その大きな特徴として、男女ともに60歳以上の高齢者に増加の傾向が著しいこと、糖尿病合併症をあわせもつ割合が高いこと、が指摘されている²⁾。

家庭で糖尿病を管理していくことは、指示された治療法を一人ひとりの日常生活に組み入れるという複雑な仕事であり、生活全体の調整を必要とする³⁾。そして、その生活のさまざまな場面で、在宅療養者は慢性疾患に特有の「慢性性（chronicity）」という「長期にわたって続いていくこと」の思わぬ大変さ⁴⁾と向き合わなければならない。糖尿病のコントロールには食事療法は不可欠であるが、高齢者にとって厳密な食事療法は生活の質の低下を引き起こすこともある。高齢者が食事療法を実

行しようと強く思っても、壮年期患者ほど食事療法の実行に結びつくわけではなく⁵⁾、食品交換表の利用などの厳密なコントロールを実施している者は少数である⁶⁾など生活上の課題が存在する。特に、65歳以上のひとり暮らし高齢者世帯が大幅に増加している現状において⁷⁾、糖尿病をもつひとり暮らし高齢者が、病気によるさまざまな制約と折り合いをつけながらその人らしく生活していくためには、訪問看護を含めた在宅ケアチームによる生活の質の確保をめざす支援が必要である。

今回、糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者の1事例に対して、実現可能な短期目標の設定および家庭での実践と記録を行うという糖尿病自己管理への支援を行い、対象者自らが生活を調整していくプロセスについて示唆を得たので報告する。

II. 方法

1. 対象者

対象者は、B訪問看護ステーション利用者のうちで、

受付日2005年2月7日 受理日2005年5月17日

1) 聖隷クリストファー大学看護学部

2 型糖尿病をもつ 70 歳代前半女性（A 氏）である。対象の選定は、日常生活が自立していて自己管理への取り組みに意欲のある前期高齢者を条件とした。

2. 訪問実施期間

2003 年 12 月～2004 年 5 月であり、介護保険居宅サービス計画に立案された糖尿病自己管理への支援にかかわった。訪問看護経験のある研究者が訪問看護師との同行訪問 3 回、訪問介護の家事援助にあわせた 60 分の訪問 2 回、研究者による単独訪問 3 回の計 8 回の訪問を実施した。

3. 糖尿病自己管理への支援

糖尿病自己管理への支援においては、短期目標の設定、行動の遂行、自己評価およびフィードバックを組み込んだ糖尿病患者教育プログラム⁸⁾を一部修正し展開した。糖尿病自己管理への支援内容は、①食事を中心とした 3 日間の記録、②自らの生活の中での問題点・改善点の抽出、③身近で評価しやすい短期目標の設定、④家庭での実践と記録、⑤短期目標の自己評価、⑥研究者からのフィードバック、である。それぞれの内容については、対象者の自己決定を尊重するように留意した。

4. 倫理的配慮

研究内容を事前に訪問看護師より説明してもらい、次に研究者が訪問し書面をもって研究の趣旨を伝え訪問および個人が特定されないよう工夫したうえでデータ公表について同意を得た。なお、拡大鏡でようやく文字を読むことができる A 氏に対し、A 氏の同意を確認しながらわかりやすい説明を実施することに努めた。

A 氏に対して配慮した点は次のとおりである。参与観察においてフィールドノートに記載する際すべて匿名で

扱い、日常生活に関する記録やフィールドノートに記載された個人情報には研究者のみが取り扱うことを説明した。また、途中で訪問を断っても何ら不利益を被らないことを確認した。

III. 事例紹介

A 氏は、50 歳代半ばに糖尿病、60 歳代後半に糖尿病性腎症と診断され、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害も合併している。インスリン自己注射を実施しており、食事療法は、指示エネルギー量 1,600kcal/日、たん白質 40g/日、塩分 7g/日である。発症後は継続して糖尿病外来を受診しており、60 歳代には 4 回の教育入院にて指導を受けた。2003 年 12 月の訪問看護開始時の HbA_{1c} は 9.0%であった。夫と 8 年前に死別し、現在はひとり暮らしである。長女、次女ともに結婚しており、次女は隣町に住んでいる。本人は娘 2 人に頼らずなるべくひとりの生活を継続させたいと考えている。介護保険において要介護 1 の認定を受け、週 1 回 30 分の訪問看護サービス（病状観察・療養生活指導）と家事援助を目的とした週 3 回の訪問介護サービスを利用している。

IV. 糖尿病自己管理への支援の実際

1. 支援の実際

研究者のかかわった訪問看護の経過概要は図 1 に示すとおりである。

1) 初回訪問

糖尿病の経過と療養生活に関して 30 分にわたり話を聞いた。A 氏は「眼が見えにくくなって、はじめて自分の病気について考えました。これ以上眼がわるくならな

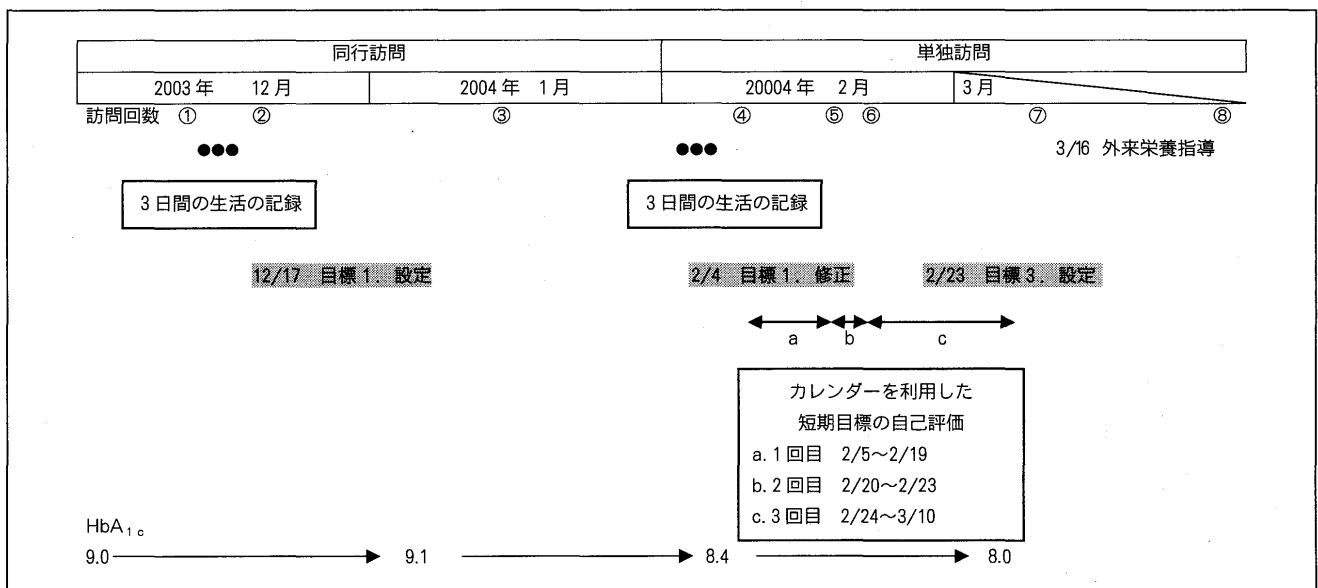


図 1 訪問看護の経過概要

いようにしたいと思います」と述べ、2003年8月眼底出血による視力低下をきっかけとして、改めて糖尿病の自己管理に目を向けるようになったとのことであった。しかし、十分な実行はできていない様子であり、日常生活の状況を把握するために、食事を中心とした3日間の記録を依頼した。記録方法は、朝食・昼食・夕食の献立内容を、主食、主菜、副菜に分けて記入していく簡略化した書式である。視覚障害のあるA氏が、記録用紙に直接記入することは困難なことが予測されたため、覚書程度にA氏が書きとめたものを次の訪問に研究者が聞き取りをすることにした。食事に関しては「ヘルパーさんにつくってもらっていますが、食材を切ったり、下ごしらえの部分はお願いして、味付けはやっぱり自分でやっていきたいです」と述べていた。

2) 訪問2回目

休日を含めた3日間について、研究者が確認した記録を用いて話し合ったところ、A氏からは、改善したい点として、時折夕食を抜かして夜食を摂ってしまうことがあげられた。また、バランスのよい食事を心がけているが、塩分摂取には意識が向いていないことが明らかとなった。そこで実現可能な目標として“目標1. 時間を決めて食事を摂る”および“目標2. 味付けに気を配る”をA氏とともに設定した。

3) 訪問3回目

町内新年会など年末年始の行事のために、“目標1. 時間を決めて食事を摂る”ことはできなかったとのことであった。次回訪問日にあわせ3日間の記録の記入を再度依頼した。

4) 訪問4回目

訪問前3日間の生活について話し合ったところ、食事時間について「夕食が8時をすぎてしまうことが気がかりです」とのことであった。そこで、目標1. を“時間を決めて食事を摂る”から、より具体的な“夕食を8時までに終える”に修正した。また、眼が見えにくいA氏は、家庭での実践の記録ができていく状況にあった。A氏が実行できる記録方法として、日々利用しているカレンダーを用いて目標が達成できた場合に本人がシールを貼るという方法を提案した。なお、“目標2. 味付けに気を配る”については、次回訪問時に塩分計測を行い、A氏の味覚の傾向を確認することとした。

5) 訪問5回目

カレンダーを利用したシール貼りは2週間にわたり毎日継続されていた(図2)。低血糖についてもカレンダーに記録が残っており、「私もいろいろ考えたんだけど、やっぱり、定期的に食事を摂って決まった量のインスリンを打つことが大切なよね。それに低血糖かなって思ったら、まず血糖を測定すればいいのよね」と対処方法について気づきを得ていた。また、味噌汁の塩分計測を行い、0.56%と薄味であることをA氏・ホームヘルパーとともに確認した。

6) 訪問6回目

本人より「どうしても、朝起きるのが遅くなり朝食の時間もずれこんでしまうので、夕食が不規則になってしまっていると思う」との話があった。そこで夕食に関する目標は達成できたと判断し、A氏自らが朝食に関する新しい目標“目標3. 朝食を8時30分までに終える”を設定した。

7) 訪問7回目

“目標3. 朝食を8時30分までに終える”は、朝起きることができず、シールがカレンダーに貼られることはなかった。しかし、「杖を使って歩いているけど、足腰が弱くならないように運動もかねて、デイケアに週1回通うことをケアマネさんに相談しています」といった生活を変えていきたいという意欲がみられた。

8) 外来受診付き添い(2004年3月)

「2年前に糖尿病性腎症の栄養指導を入院中に受けたけど、あいまいになってしまっている」とのA氏の話から、外来での栄養指導を受けることになった。栄養指導(約30分)では、A氏は栄養師に対してたん白制限やエネルギー摂取の方法について積極的に質問していた。基本的な知識の確認については、「前より頭に入りました」との言葉が聞かれた。HbA_{1c}は8.0%と改善していた。

9) 訪問8回目

訪問7回目から2カ月後、4カ月にわたる糖尿病自己管理の経過について、A氏とともに話し合った。A氏は「時間を決めて食事を摂るようになりました。これからは、趣味の洋裁もミシンの直線縫いはできると思うから始めてみたい」と話した。訪問看護ステーションスタッフからも、カレンダーを用いた生活の振り返りをきっかけとして、デイケアに通いはじめ、A氏自ら主体的に考え行動を起こすようになったとの評価を得た。

V. 考察

糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者を対象に、4カ月にわたる糖尿病自己管理への支援を試みた。本事例

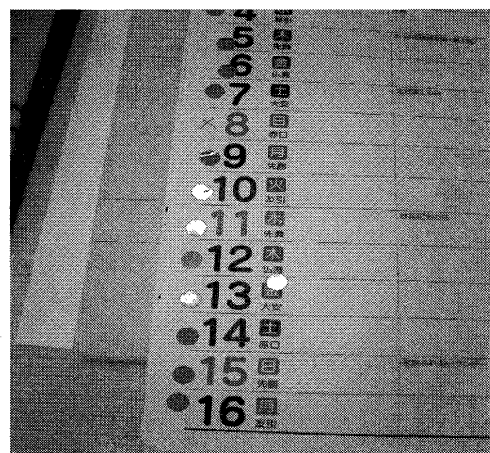


図2 カレンダーを利用した短期目標の自己評価

への支援を通して、研究者によって提示された目標や対策ではなく、自ら選択した行動目標の達成に向けて試行錯誤しながらも自分にあった方法を選択し、その行動を自分の日常生活に組み込んでいくという生活の調整のプロセスが明らかになった。

最初に、対象者とともに生活を振り返り、問題点・改善点を抽出して身近で評価しやすい目標を設定するように働きかけたところ、A氏自身が「時間を決めて食事を摂る」という目標を設定して、自ら取り組もうという意欲がうまれたのではないかと考えられた。さらに、短期目標の自己評価と研究者からのフィードバックを重ねるなかで、朝食時間が遅いために夕食時間が不規則になりがちであるという、生活に対する対象者の視点から問題を決定すること⁹⁾が行われた。こうした具体的で客観的な気づきによって、本人のしたいことを尊重した行動目標の設定が可能になったと思われる。身近に存在する一つひとつの小さな目標は、行動に対する直接の強化や手がかりをもたらせてくれるものであり¹⁰⁾、こうした目標設定と記録の振り返りは、行動変容に向けての効果的な方法であった。その結果として、夜食を控え時間を決めて食事を摂るといった行動変容がなされ、HbA_{1c}の改善につながったと考えられる。

また、カレンダーを活用した記録の工夫により、対象者だけでなくケア提供者にも目に見える形でその評価を確認したことは、A氏自らが生活習慣を見直していくことに大きくかかわっていた。先行研究においても、実践したことを評価し励ますというフィードバックは、自己効力を強化するひとつの要因であり、主体的に自己管理に取り組む能力を獲得していくうえで重要である¹¹⁾と報告されており、本研究においても同様の結果を得ることができた。また、ひとり暮らしの高齢者の自己評価を目に見える形で在宅ケアチームが共有し目標の評価とともに確認することにより、行動が維持されるのではないかと考える。

今回の事例では、行動目標を自ら設定することが生活習慣を改善しようとする動機づけとなっていた。対象者による短期目標の設定と実践状況を確認できる記録の実施、さらに、記録の工夫によるケア提供者から対象者への肯定的なフィードバックにより、できそうだと思うことを一つずつ日常生活に組み込んで生活の調整が行われていた。

この生活の調整におけるケア提供者の役割としては、生活に取り入れることが可能な自己管理の内容をともに見つけること、そして、行動変容への意欲と行動が引き出されるようなカレンダーにシールを貼るといった具体的な記録方法を示すことであった。

VI. おわりに

糖尿病をはじめとする慢性疾患をもつ高齢者は、日常

生活において自立度が高く、要支援あるいは要介護1に該当することが多い。こうした在宅療養者は、生活（家事）援助を主とした訪問介護サービスを利用する割合が高い傾向にある¹²⁾。介護保険下で使用限度額が設定されている状況においても、A氏のような医療との連携が不可欠な対象者については、在宅療養者の生活の質を確保する生活支援の専門職として訪問看護師が介護職およびその他の在宅ケアチームメンバーと連携をとり継続的にかかわっていく必要がある。

謝辞：本研究にご協力いただいた事例の方、また訪問看護ステーションの皆様にご感謝致します。なお本研究は第9回聖路加看護学会学術大会で発表しました。

引用文献

- 1) 厚生統計協会編, 国民衛生の動向, 厚生 の指標, 51 (9), 144-145, 2004.
- 2) 桜井孝他, 高齢者糖尿病の理解, 訪問看護と介護, 4(1), 3-9, 1999.
- 3) 吉田亨, 河口てる子, 川田智恵子, 患者教育の現状と問題点—健康教育の歴史を踏まえて, 日本糖尿病学会監修, 糖尿病記録号 1990, 245-248, 医学図書出版, 1990.
- 4) 黒江ゆり子, 病いの慢性性 Chronicity と生活者という視点, 看護研究, 35(4), 3-17, 2002.
- 5) 西方久美子, 後期高齢糖尿病患者における食事療法の特徴と関連要因, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 7(2), 115-122, 2003.
- 6) 横山美樹, 野口美和子, 正木治恵, セルフケア行動と Quality of Life との関連性からみた老年糖尿病患者の看護目標, 日本看護科学学会誌, 12(1), 23-32, 1992.
- 7) 国立社会保障・人口研究所人口構造研究部, 日本の世帯数の将来推計 (全国推計) の概要, 厚生 の指標, 51(5), 46-51, 2004.
- 8) 木下幸代, 糖尿病の自己管理を促進するための教育プログラムの作成, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2(2), 110-117, 1998.
- 9) 黒江ゆり子他訳, 糖尿病教育および心理社会的介入におけるアウトカム, 看護研究, 37(7), 9-13, 2004.
- 10) 祐宗省三他編, 社会的学習理論の新展開, 35-139, 金子書房, 1987.
- 11) 木下幸代, 外来における段階的個別指導方法, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3(2), 125-128, 1999.
- 12) 服部万里子, 在宅において訪問看護が果たす役割とその効果, インターナショナルナーシングレビュー, 27(3), 96-101, 2004.

Case Study of Lifestyle Regulation in the Elderly Living Alone with Diabetes Complications : Focus on Home Health Care Provided to the Client

Mari Tomiyasu, Sachiyo Kishita
(Seirei Christopher College of Nursing)

The present study describes the experiences of an elderly diabetes client living alone while attempting lifestyle regulation for diabetes self-management. With support, the client identified diabetes self-management techniques, expressed and achieved her own goals, and incorporated diabetes into her lifestyle.

The client was an elderly woman with diabetes complicated by neuropathy, nephropathy and retinopathy who was selected from a private home health care agency. At the time of her selection, she was not able to control her blood sugar level ($HbA_{1c}=9.0\%$). The home health care program facilitating diabetes self-management was presented during eight visits from December 2003 to May 2004. In the first visit, her lifestyle and the difficulties with which she was confronted were discussed and she expressed concern about her diet regimen. This client-centered program was designed to identify continuous problems, her short-term goals in living with diabetes, and manage her regimens by creating a daily record. Short-term goals were rewarded using the appraisal method. If the client achieved her goal, she placed a sticker on her calendar. The incorporation of diabetes into her lifestyle was discussed after following four months of self-management. She positively evaluated her experience in taking meals at the appointed time, and she was able to control her blood sugar level ($HbA_{1c}=8.0\%$).

The results suggest that the motivational effects of regulation of lifestyle in regard to diabetes self-management were not derived from the goals themselves, but rather from the fact that the client made informed choices and responded evaluatively to her own experience. Goal-setting and self-monitoring were effective methods for behavior modification, and this adoption of diabetes self-management was also found to benefit from the caregivers' positive evaluations and use of visual records.

Key Words

lifestyle regulation, elderly living alone, diabetes complications, home health care