

Title	2型糖尿病患者の自己管理”継続”を支援するための 糖尿病看護スペシャリストによる看護実践
Author(s)	平岩, 由衣; 清水, 安子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2019, 25(1), p. 54-63
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/71342
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

2型糖尿病患者の自己管理“継続”を支援するための 糖尿病看護スペシャリストによる看護実践

Nursing Practice by a Diabetes Nursing Specialist to Support "Continuation"
of Self-Management of People with Type 2 Diabetes in Clinics

平岩由衣¹⁾, 清水安子²⁾

Yui Hiraiwa¹⁾, Yasuko Shimizu²⁾

要 旨

【目的】糖尿病看護スペシャリストによる糖尿病患者の自己管理“継続”のための看護実践を明らかにすること。

【方法】糖尿病看護認定看護師2名、慢性疾患看護専門看護師1名を対象に、インタビューガイドを用いて半構成的面接調査を実施し、質的統合法（KJ法）を用いてデータ分析を行った。

【結果】分析の結果、8つのシンボルマークが明らかになった。対象者は、《実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む》と《継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める》を両輪で行い、両者と《Well-beingを支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする》を照らし合わせながら関わっていた。また、その過程において《追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない》よう配慮する一方で、必要な時期に《納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える》支援も行われていた。これには《本音を話せる関係構築：様々な角度から患者を知る》と《支援の継続：見守り、努力を認めながら共に歩む》が両輪で基盤となっていたが、《今後の課題：継続支援のための新システムの必要性》も語られた。

【結論】自己管理のための支援に関する先行研究は多く存在するが、本研究の糖尿病看護スペシャリストの卓越した実践により、2型糖尿病患者の自己管理“継続”に着目した際の支援のポイントが明確になったと考えられた。

キーワード：糖尿病 外来看護 自己管理継続

Keywords : diabetes, outpatient, continuation of self-management

I. 緒言

糖尿病患者への自己管理支援に関する研究では、糖尿病の疾患理解や重症化予防の必要性、その行動化に向けての知識を十分持ち合わせているにもかかわらず、知識が実践に活かさない¹⁾ことや、症状のない時期に合併症を予防する意欲を持って療養法を学習する行動が難しい²⁾ことなど、糖尿病教育を受けていたとしても、知識を患者個々の生活に落とし込んで実践に繋げ、それを継続することは困難であり、患者個々の特徴をふまえたきめ細かい支援が必要¹⁾であることが述べられていた。

また、糖尿病教育入院での教育的支援が、退院後のセルフケアにどのように影響しているのか調査した文献レビュー³⁾では、糖尿病教育入院が動機付けとなり、退院直後は自己管理意識が高まっているが、教育入院による効果は、6ヶ月前後を境に減少する傾向があるとし、糖尿病が日常生活と密着してセルフケア行動を継続していかなければならないことを考慮すると、2～3年の中・長期の時間軸で、患者のセルフケア行動を高める取り組みが必要であると述べられている。さらに、奥井ら⁴⁾は、教育プログラムが終了した時点で全員に行動変化が起きてい

¹⁾ 大阪大学医学部附属病院看護部、²⁾ 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

¹⁾ Department of Nursing, Osaka University Hospital ²⁾ Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

るとは限らず、また、逆戻りをすることも考えられることから、教育プログラム終了後の時点においても変化の過程にあると捉え、関わりをもっていくことが、自己管理を継続していかなければならない糖尿病患者に対しての看護の重要な役割であると述べている。

これらのことから、2型糖尿病患者が自己管理を継続していくためには、患者の療養生活を一番身近で支える場である外来での長期的な看護援助がキーポイントになると考えた。しかし、これまでの研究報告を概観すると、2型糖尿病患者のセルフケア継続のための看護に関しては、糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因についての研究²⁾や外来通院糖尿病患者の治療行動に影響を及ぼす要因についての研究⁵⁾、2型糖尿病患者の食事療法への努力と関連要因との関係についての研究⁶⁾など、患者側の要因を明らかにし、セルフケアの継続のための看護支援につなげようとしているものが多く、看護師が実践している自己管理継続のための関わりについて、詳細を明らかにしたものはなかった。

糖尿病自己管理教育に携わる看護師は、知識の提供のみならず患者の主体性を引き出すために患者個々の状況に対応できる幅広い知識と経験を持ち、継続的に関わることが必要である⁴⁾ことから、さまざまな病いの経過や心理・社会的背景をもつ糖尿病患者に対する看護経験が豊富な糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師の経験知を言語化し、自己管理“継続”のための看護実践を明らかにすることで、糖尿病看護スペシャリストのみならず、糖尿病看護に携わる多くの看護師の実践に活用できるのではないかと考えた。

II. 研究目的

さまざまな病いの経過や心理・社会的背景をもつ糖尿病患者に対する看護経験豊富な糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師が行っている糖尿病患者の自己管理“継続”のための看護実践を明らかにすること。

III. 用語の定義

本研究において、以下のように用語の定義を行った。

自己管理“継続”は、健康状態を維持・改善するために自分自身で行う行動や生活調整を長期的に続けることと定義した。

糖尿病看護スペシャリストによる看護実践は、糖尿病患者に対する看護経験が5年以上の糖尿病看護認定看護師あるいはサブスペシャリティーが糖尿病の慢性疾患看護専門看護師による糖尿病患者に対する看護実践と定義した。認定看護師と専門看護師の資格認定を行っている日本看護協会では、認定看護師には、「実践、指導、相談」⁷⁾、専門看護師には、「実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究」⁸⁾の役割があると明記されている。今回の研究では、この役割のうち「実践」に焦点を当てた。

IV. 研究方法

1. 対象者

糖尿病看護認定看護師、あるいはサブスペシャリティーが糖尿病の慢性疾患看護専門看護師としての経験が5年以上あり、研究協力の同意が得られた者。

2. データ収集方法

1) 対象者に同意を得るプロセス

糖尿病看護スペシャリストとのネットワークのある研究者および関西にある認定看護師の会の中心的メンバーである糖尿病看護認定看護師に依頼し、対象となる看護師を紹介してもらい、研究協力の依頼を研究者がメールで行うことについても許可を得てもらったうえで、研究者よりメールで研究協力の依頼を行った。施設責任者の許可が必要な場合は、対象者所属の施設責任者に書面による依頼を行い、許可を得た。さらに面接当日に改めて研究内容を説明し、研究協力の同意書により同意を得た。

2) 調査方法

2型糖尿病患者の自己管理“継続”のための看護実践について、インタビューガイドを用いて半構成的面接調査を実施した。面接にて語られた内容については、対象者の許諾を得てICレコーダーに録音した。面接終了後、録音した内容から逐語録を作成しデータとした。許諾が得られなかった場合には、面接終了後、想起してデータとした。

また、面接後、対象者の背景を把握するために、年齢、性別、看護師歴などを記載する質問票に回答してもらった。

3) インタビューガイドの質問内容

質問内容は先行研究で明らかになっている看護実践を参考^{9) 10)}に、「自己管理の継続のための支援」「導入時期における自己管理継続のための支援」「自己管理継続を意識した場合のアセスメントや評価」に関して、2型糖尿病患者の自己管理の“継続”を視野に入れて関わる際に大事にしていることや工夫している点、具体的な関わりの内容やその意図などについて尋ねることとした。

4) データ収集場所

データの収集は対象者の希望を伺い、対象者の職場や研究者の所属機関などでプライバシーを保持できる個室を確保した。

4) 調査期間

調査期間は2017年8月～10月

3. データ分析方法

分析は、質的統合法(KJ法)を用いて行った。質的統合法(KJ法¹¹⁾)は「バラバラのデータから「仮構築」のプロセスを経て、「整合性のある論理構造」を見出す作業¹²⁾であると言われている。看護師が語る看護実践は、看護師の関わりや意図や行動など様々な内容が含まれているため、その本質を捉え、関わりの実態を明らかにするには、質的統合法(KJ法)が適していると考えた

分析の手順は次の通りである。インタビューでは「自己管理の継続のための支援」「導入時期における自己管理継続のための支援」「自己管理継続を意識した場合のアセスメントや評価」といった視点で、具体例を挙げて語ってもらったが、分析では質問項目ごとに区分することなく、逐語録から、2型糖尿病患者の自己管理継続を支援するための看護実践について語られた内容を、1つのラベルに1つの意味内容が含まれるようコード化し“元ラベル”を作成した。対象

者全員の元ラベルを並べ、ラベルを繰り返し読みながら類似しているものを集めてグループ編成を行い、グループ内の複数のラベルの内容をまとめて表札をつけ、そのグループのラベルとした。このグループ編成は最終的にラベル数が6～7枚程度となるまで繰り返し行った。この6～7枚程度となった<最終ラベル>の関係性を適切に示す位置に配置したうえで、各最終ラベルの中心的な内容を読み取り<<シンボルマーク>>を作成し、相互関係を示す記号を記入して空間配置図を作成した。これらの作業全体を通して、段階ごとに質的研究に精通し、また、質的統合法(KJ法)の指導者研修を修了した慢性疾患看護学の研究者より指導を受けながら作業をすすめることで、研究の真実性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、対象者に研究の目的と方法、研究目的以外には面接内容を一切使用しないこと、個人情報保護は保護されること、研究の参加不参加によって不利益を被ることはないこと等を説明し、書面にて研究参加の同意を得た。また、インタビュー調査の録音は承諾が得られた場合にのみ行った。本研究は大阪大学医学部附属病院倫理審査委員会の承認(承認番号17099)を得て実施した。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、研究期間中に調査が実施できた糖尿病看護認定看護師(以下糖尿病CNとする)2名、慢性疾患看護専門看護師(以下慢性CNSとする)1名であり、対象者の概要は表1に示す通りである。

表1 対象者の概要

	年齢	所属	所属施設	看護師経験年数	糖尿病CN or 慢性CNS経験年数
A氏	40代後半	外来	クリニック	約30年	15年
B氏	40代前半	病棟・外来	病院	約20年	7年
C氏	40代後半	外来	病院	約20年	10年

2. 分析結果

各対象者への面接時間は、A氏 約53分、B氏 約60分、C氏 約59分であった。面接の逐語録から128枚の元ラベルを作成した(A氏 45枚、B氏 37枚、C氏 46枚)。グループ編成7段階目で最終ラベル8枚となった。シンボルマークと最終ラベルは表2に示す(《 》はシンボルマーク、“ ”は元ラベルを示す)。

1) 2型糖尿病患者の自己管理“継続”を支援するための糖尿病看護スペシャリストによる看護実践

(1) 《本音を話せる関係構築:様々な角度から患者を知る》

《本音を話せる関係構築:様々な角度から患者を知る》の最終ラベルは、<血糖や自己管理行動だけではなく患者全体を見る目を持ち、患者の人生上の課題にも目を向け、“いつも”との違いをキャッチしたり、時には糖尿病の話を取ってしないなど、柔軟な関わりを通して、表面上ではなく本音を聞ける、今後自己管理をどうしていくかを一緒に検討していけるような関係性を構築する>であった。

“血糖とかそういうものだけで判断されると、(中略)だからそこだけの判断じゃなくて、あと看護師が関わるのも血糖を良くするためだけに関わっているわけじゃないので、(中略)いろんな面で、患者さんの生活とか、社会的なこととか心理とかを捉えるってことがあるのかなっていう、評価の視点をいろいろ持つておくっていうのがいるのかなって思います。”など、血糖値や療養行動ばかりに着目せず、患者のセルフケア状況を評価する際にも、生活面・社会面・心理面といった、患者の様々な側面を評価する視点を持つておくことが必要だということが語られていた。

また、“その人が、何に今困っていて、今の状況になっているのかなっていうことを、キャッチしよう(中略)この方は今どういう状況なのかなとか、私に会いに来て、どういう風に思っておられるのかなとか、(中略)「なんかしよう」と思って入らないって感じです。”、“医療者側からすると、もうちょっと食事やってほしいとか、運動すればいいのっていうのはあるんですけど、それは、こちらが思っているだけで、相手の方は、そうじゃないかもしれないじゃないですか。困っていらっしやることが。だ

から、それは何かなと思って、そこを知ることから始めるっていう、感じですかね。何について話していこうかなっていうのを一致させるといって、こちらが言いたいことばっか言っても、相手は、こう、表面上の対応しかされなくてよね。”など、自己管理の実行のために医療者が介入しようと思ったり、罹病期間や時期だけで画一的な支援を行うのではなく、患者ひとりひとりの現状・思いや生活を捉えるということが重要であることが語られていた。

(2) 《支援の継続:見守り、努力を認めながら共に歩む》

《支援の継続:見守り、努力を認めながら共に歩む》の最終ラベルは、<「できない」時だけ声をかけると監視されている印象を与えるなど看護師の姿勢は患者に伝わるので、指導・監視ではなく、患者が主導権を握れるように配慮して、長年の努力や小さな成果も認めながら、大変さや辛さを少しでも楽にできるように患者と共に歩いていくような看護師の姿勢が大事である。>であった。

“患者さんのペースというか、主体は患者さんかなと思っているので(中略)自己管理もできてるときとできない時がある(中略)できてない時だけ声をかけちゃうと、監視されてるって思うんだけど、できてるときもできてない時も声をかけていくと、なんか、見守られているみたいな感じに思ってくさるので、”、患者を見守る姿勢で関わりが語られていた。

また、“例えば約束したことを患者さんがやってきてくれたのに、それに触れないというのはやっぱりすごく失礼な話で、(中略)短い時間だけれども、(中略)これだけというのはメモはしてあるので、それには必ず触れるようにはしていますね。自分でやっぱり提供したものを、責任持つっていうことは、そのあたりなのかなって感じはしますけどね。”と、患者と約束したことを話題にしないのは失礼なので、小さなことでも毎回継続してフォローするなど、自己管理を長年継続しているからこそその大変さや辛さを少しでも楽にできるように、患者の努力を認めながら、一緒に支えて乗り越えていけるように関わる姿勢が大事であるということが語られていた。

(3) 《継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める》

《継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める》の最終ラベルは、＜生活者としてのプロである患者と医療者との間の相互作用で自己管理が進んでいくように、患者が「大変、無理、嫌」ではなく、「出来そうだ」と思え、自身で決定していける関わりと同時に、生活の中での患者自身の体験を大切に、看護師からの問いかけによって患者の思考を促し、気づきや発見、工夫が見つかるよう患者のもつ力を支え・育む支援をしている。＞であった。

“こういう方法があるって言ってたくさん提示したときに、患者さんが選んで、こっちの方が本当は効果がありそうだなって思うんだけど、まず、一番大事にするのは患者さんが選んだことを優先する、意向を大切にするというのは大事にしていることですかね。”と他の方法の方が効果がありそうだと感じて、患者が自分で考えて実行したことは、それは患者の力としてその意向を尊重し、その努力を認めるような関わりをするということが語られた。同時に、“自分で気づくということがすごく大事で、私が何かを提供するというよりも、いろんなことを聞いているうちに、患者さんがこういう風にやったらいいのかなとか、そういう気づきを得るっていうのがすごく大事だと思っていて”と外来で看護師が、患者に問いかけをして自分で考えてもらい、“毎日糖尿病のことばかり考えて生活しているわけではない。看護師と話をすると糖尿病のことについての振り返りの機会となり、「最近ここがこうだったから今度はこうしようかな」と、自分で見つけるきっかけとなる。その繰り返し、自己管理の継続ということなのかなと”と語られており、患者の気づきを大事にする援助を通して、患者の気持ちをリセットできたり、新しい工夫を見つけられたり、その繰り返しが自己管理の“継続”支援となることが語られていた。

(4) 《追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない》

《追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない》の最終ラベルは、＜自己管理が実行できなかつたとき自己評価すると、気持ち的に追い込まれるので、失敗体験にならないようにハードルを下げたり、失敗したと思わな

いようにセルフケア状況をいろんな側面から評価してできている面も伝えるようにしており、時には患者を追い詰めないよう取って突っ込まないこともある。＞であった。

“失敗体験をさせないようにするっていうのも一つで、あんまりうまくいかなかったなって思いを持ちちゃうと、次のこう、ステップに上がれないというか、気持ち的にもやっぱりあんまりいい気持ちはしないので、できるだけハードルを下げて、失敗につながらないように配慮をする”、“あと逆に、できてない時って、(中略)そこまで強く言わないっていうか、患者さんが、もうわかってらっしゃるなって思ったら、そこまで突っ込まない感じで”、“週に3回15分歩くという目標を患者さんが立てていたとして、結果週に1回しかできなかつたとする。まずは理由を聞く。患者さんができなかつたことに対しての注目はあまりしない。”など、自己管理が困難な状況の中で、失敗体験が募り、患者が追い詰められてしまわないための配慮が語られていた。

また、“本人が失敗したような口調で言っても、あんまりそういう風に思わせないような言い方に持っていくようには努力はしますね”と、患者が自己管理を実行できなかつたり、失敗したような口調で言っても、これまでの努力を認めたり、目標調整をしたり、患者が気づいていないプラス面を伝えたりして、たとえ実行したことがうまく行かないことがあつたとしても、「失敗」ではなく、次につながる一歩となるような言い方、伝え方に配慮していることが語られていた。

(5) 《実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む》

《実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む》の最終ラベルは、＜医療者の求める理想はあるが、患者によって目指すところもわかりやすい方法や、やりやすい方法も異なるので、一般論的な教育で終わらず、生活にどう落とし込んでいくかまで考え、患者がすぐに行動に移せるように、とにかく具体的で、わかりやすい方法を検討する＞であった。

“3日坊主とか言うけれど、3日やって、3日休んだら、また3日やってくださいとか言うこともある。0じゃなくて、1だけでもあることが大事だと思う。医療者が求める理想はある

けれど、理想に到達する気がない人には理想を言っても無駄なので、その人に合わせて関わること・個別性が大事。”と、医療者の理想を押し付けず、患者の個性・特性に配慮することが大事だと思ふということが語られた。そして、“やっぱり一般的な知識とかを、一般論だけではないので、自分の生活を振り返って、そこにちゃんとできそうかっていうのを、必ず確認をするようにしてるってことですかね”、“教育入院の内容を、自宅での生活に取り入れなければならない、”という話はする。「何か家に帰ったとき困ったことがあれば、いつでも言ってください」という声かけもする。教育入院は、自分のこれまでの生活を振り返ることができるいい機会なので、その振り返りが自宅でも活かせるように話をしていく感じ。”など自分の生活を振り返って実行可能かどうかを確認したり、教育入院での振り返りが自宅でも活かせるように話をしたりするなど、患者の生活にどう落とし込んでいくかを検討することが語られていた。

(6) 《Well-being を支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする》

《Well-being を支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする》の最終ラベルは、＜基本は患者の選択を優先するが、無理をし過ぎても長く続かないので、ステップバイステップの目標設定を行ったり、やれなくなる時期がくることも想定しつつ、常に無理がないかを気にかけてたり、患者の生きがいとなっていることはできるだけ残せないか検討したりして、日常生活の中で糖尿病が占める割合が少しでも小さくなるように配慮する＞であった。

“診断されてすぐの人は、めちゃくちゃ頑張るんですよ。目標を高く設定するので、(中略)そんなめちゃくちゃ頑張っても、続かないですよ、結局。だから、高すぎる目標を設定してないかなとか、すごくやってたとしても、やれなくなる時期がくるだろうなと思ひながら関わっていく”、“最初に意気込み過ぎてしまうような方には「一生やっていかなきゃならないから、続けていけるような形でプランを考えていきましょう」というような声をかけて関わっている。”など、診断されて間もない患者に対して、自己管理の負担が大きくなるよう配慮しつつ、実行できなくなる時期が来ることも想定しつつ

関わるといことが語られていた。

また、“普通の日常生活のなかで、糖尿病の占める割合っていうのを私は少しでもちっちゃくしておきたいので。”、“1個か2個ですね、約束というか、こういう風にしましよかっていうところも、多くを望まないというか、ああやってこうやってっていうたくさん患者さんが言ったとしても、じゃあ一つ、まずこれからやりますっていう感じに持っていくにはしていますね。”“(血糖を)よくしたい方が上なのか、やめない方が上なのか、それを患者さんに決めてもらって、これをやめてでも良くしたいっていうの、であればじゃああしましよかっていうし、これは絶対やめたくないって言えば、良くする方法は、他の方法で考えます。”など、これだけは生きがいというものは、今の病態で、病気よりも優先させていいかどうかを含めて患者と検討し、患者に判断してもらって、できるだけ最後まで残すことができるように配慮することが語られていた。

(7) 《納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える》

《納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える》の最終ラベルは、＜初期や治療導入時期に、患者に現状や自己管理の必要性をきちんと伝えることは重要で、医療者が連携して、患者の理解状況を把握し、伝える時期の見極めを行いつつ、患者が後悔しないように、患者に判断してもらうことが、その後の継続に重要である＞であった。

“糖尿病だっって言われたことを受け入れる、インスリンの導入だったらインスリンが必要だということを受け入れる、ということができた状態じゃないと、いろんなことを伝えても、行動は継続できないっていうのは、やっぱり思いますね。”“なぜそれをやらなければならないかっていうことを伝えずに、次の新たなステップに行きなさいっていうのはいけないので、こういう状態であるっていうことはきちんと伝えるっていうのは、私は礼儀なのかなっていう感じはしますね。”、“身体を助ける時期はちゃんと伝えて(中略)知らなかったってことになる、ね、患者さんも後悔しちゃうので、そういうことがないように、事実は事実として伝えて、患者さんが、どう判断するかなっていうところ、ですかね。”と導入期や次の段階に進むときには、患

者が自分の病状を知らずに後悔することがないよう、自己管理を行うべき事実をしっかりと伝え、必要性を理解してもらった上で判断してもらうことが、その後の継続に重要だということが語られていた。

(8) 《今後の課題：継続支援のための新システムの必要性》

《今後の課題：継続支援のための新システムの必要性》の最終ラベルは、＜診断後すぐは頑張っている患者でも、1，2年後に自己管理を急に中断することもあるが、診断後1，2年経過した患者は全体的に見た優先順位が低く、見落とされがちであるため、かかりつけ医との連携など継続して診ていけるようなシステムをつくっていく必要がある＞であった。

“かかりつけとの連携がけっこう重要なって思います。(中略)そこで教育が途切れちゃうとよくないので、そこと連携して行って、継続して見ていけるようにやっていくのがいいかなって思います。” “本当に早期よりも、早期からちょっと1年ぐらいたしたというか、診断されて1年、2年経った人の方が、危険かなという気はします(中略)合併症ある人とか、ちょっとこれから出そうな人が優先順位が高かったり、早期の人の教育が優先順位が高かったりするの

で、聞の人って、ちょっと落ちがちなんですよね。だから本当はそこにどうするかっていうことはもう少し考えていかないといけないかな”と自己管理の継続支援における今後の課題が語られた。

2) シンボルマークの空間配置

8つのシンボルマークの空間配置図を図1に示す。空間配置図では、《実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む》と《継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める》を両輪で行い、両者と《Well-beingを支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする》を照らし合わせながら自己管理の“継続”のための看護実践を行っているという位置付けられた。また、その過程において《追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない》よう配慮する一方で、必要な時期に《納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える》支援も行われていた。これには《本音を話せる関係構築：様々な角度から患者を知る》と《支援の継続：見守り、努力を認めながら共に歩む》が両輪で基盤となっていたが、《今後の課題：継続支援のための新システムの必要性》も存在する全体構造が示された。

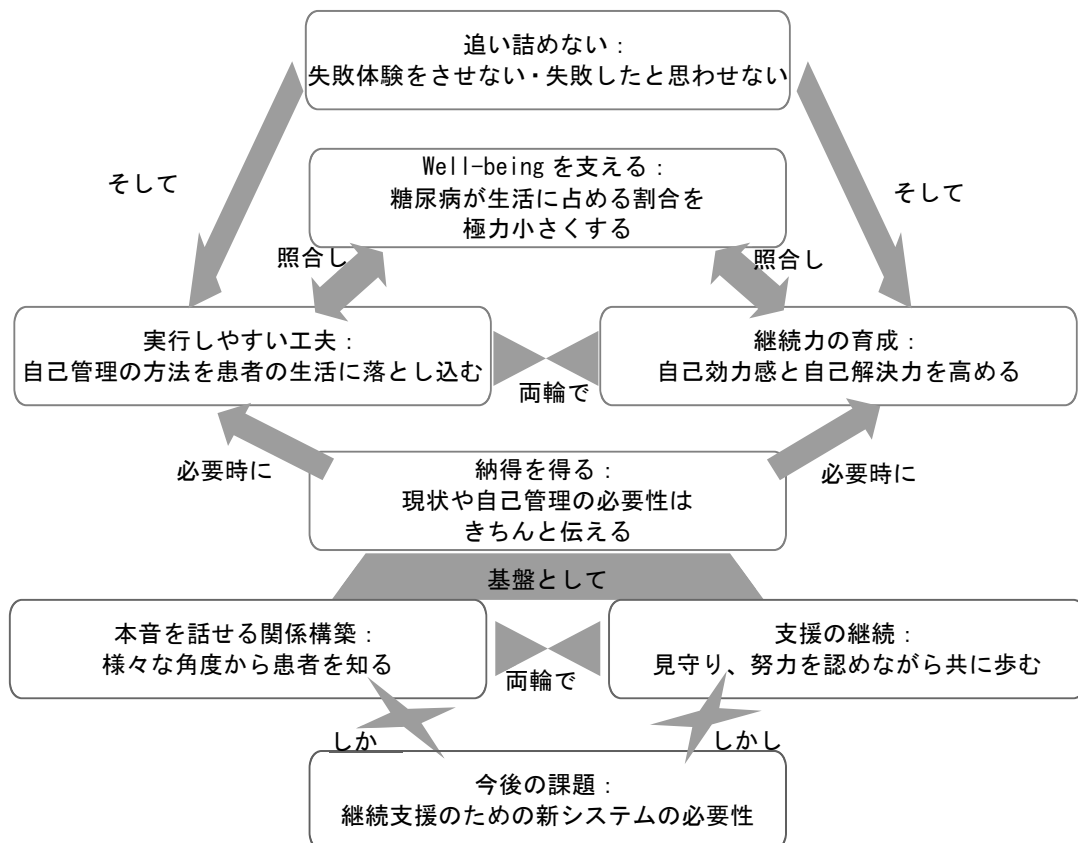


図1 2型糖尿病患者の自己管理“継続”を支援するための看護実践

VI. 考察

1. 自己管理“継続”のための支援のあり方

分析結果から、自己管理“継続”のための支援として看護師は「実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む」と「継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める」を両輪で行っていることが明らかになった。

2型糖尿病患者が自己管理を継続するための指導を検討した小黒ら⁹⁾は、生活の中に治療を組み込むことの重要性を指摘しており、これは、「実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む」を支持するものである。また、2型糖尿病患者の自己管理行動の実施に伴う経験について検討した研究¹³⁾では「意識して【治療環境分析】を行うことは、これまでの生活の中で気づくことが少なかった悪い習慣を是正することにつながり、自己管理行動を阻む要因への回避につながっていると考えられる」と述べられ、意識して治療環境の分析を行い、自己管理行動を阻む要因を回避することは、本研究の結果でいう自己解決力に内包されると言える。このように、「実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む」や「継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める」が自己管理支援の方法として重要であることは、これまでの研究でも述べられている^{14) 15)}。しかし、様々明らかにされている自己管理支援の方法の中で、自己管理“継続”のための支援として、これらが浮かびあがったことに、今回の研究の意義があると考えられる。特に、この2つのシンボルマークは、図1に示された位置づけからも、患者の生活の実状にあった、より効果的で実効性の高い自己管理に向けて、自己管理“継続”のための支援の中核に位置するものと考えられた。

さらに、両者と照らし合わせて、「Well-beingを支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする」支援を行っていた。自己管理“継続”の支援の視点からすると、糖尿病が生活に占める割合を極力小さくすることは、糖尿病から目をそらし、一見自己管理の“継続”を阻むもののように思えるかもしれない。1年6ヶ月以上セルフケアを継続している糖尿病患者の体験プロセスを明らかにした研究¹⁴⁾で述べられているように「自分の譲れる範囲と譲れない範囲を見極め、その譲れる範囲で、生活に楽しみを持

つことができ、楽しむことで心理的な余裕が生まれ、無理なく自分らしい生活が行っていた」といった変化がこの支援の中で生まれ、自己管理“継続”に繋がっていると考えられる。これは糖尿病をもちつつもその人らしく生きることを支援する関わりであり「Well-beingを支える」支援と言えり。対象となった糖尿病看護のスペシャリストは、彼らの経験の中で「Well-beingを支える」支援が、決して自己管理の実行と相反するものではなく、自己管理“継続”の支援になり得ることを実感しているからこそ浮かび上がったものとする。

また、「実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む」と「継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める」と照らし合わせながら、患者一人一人の状況に応じて、「Well-beingを支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする」支援は、今回の対象者の語った支援からもわかるように、全体のバランスを鑑みた柔軟性のあるきめ細やかな支援が求められるため、そこに糖尿病看護のスペシャリストとしての高い専門性があるとも考えられた。

自己管理“継続”のための支援として、必要な時期に、看護師は「納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える」を行っていた。このことの重要性は、多くの先行研究において指摘されており^{2) 13)}、一致する結果であったと言えるが、自己管理の開始ではなく、自己管理“継続”のための支援として浮かびあがったことに注目したい。糖尿病患者は外来通院しながら療養を継続している場合が多いが、初期教育で自己管理の必要性を説明された後、必要性はわかっているものとして、おざなりにされていることも少なくない。また、血糖コントロールが悪化すると、合併症の怖さのみが強調されて伝えられ、患者の納得を得るような説明がなされていないこともある。長い経過の中で患者の身体状況も変化するので、自己管理“継続”のための支援として「納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える」が位置付けられた意味は大きいと考える。

「追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない」という支援は、これまでの研究ではあまり言及されていない新たな知見と考える。ポジティブなフィードバックなど精神的な支援の必要性は先行研究^{14) 15)}でも指摘さ

れており、同様の内容を含む支援だったと考えるが、患者を「追い詰めない」という支援のあり方は、違う視点を含んでいる。自己管理実行のための具体的な目標を立てて、それが達成できたかどうかで判断してしまうと、目の前の短期的な結果で一喜一憂し、継続のためのモチベーションが保てなくなってしまうかもしれない。また、実状と乖離したポジティブフィードバックや自己効力感を高めようとする支援は、患者の心に響かない。「あえて突っ込まない」と表現された支援のように、継続が重要な糖尿病の自己管理だからこそ、患者の状況を踏まえたうえで、患者を「追い詰めない」という視点をもちつつ支援することが重要なのではないか。

そして、それは「納得を得る：現状や自己管理の必要性はきちんと伝える」支援を看護師が医療専門職者としてその役割を果たしつつ、一見相反する「追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない」支援を意識している点に意味があり、一人一人の患者と向き合い、看護師自身の感性も活かしながら展開される領域の実践であると考えられた。

2. 自己管理“継続”のための支援の基盤

「本音を話せる関係構築：様々な角度から患者を知る」、「支援の継続：見守り、努力を認めながら共に歩む」は、自己管理“継続”のための支援の基盤に位置づいた。

対象者の語りの中で、「関係性のできていないうちから、医療者が言いたいことを並べ立てても表面上の対応しかされない」、「本当に困っていることは何かという理解が通じ合った状態ではないと、今後のことを一緒に考えていくところまではいけない」と語られており、糖尿病の自己管理の支援において、関係づくりが重要であることが示された。

多留ら¹³⁾は、「適切な自己管理行動支援を行うためには、看護者が患者の経験を断片的に捉えるのではなく、患者の療養経過の中で、どのような経験をどのように重ねているかを統合的に把握することが重要である」と述べている。患者の人生と疾病体験を理解することにより、患者の気持ちや生活に沿った自己管理の方法やタイミングを見出すことができ、努力を認めながら長い道りを継続して見守っていくことで、自己管理の継続に繋がっていくのではないかと考える。

また、「今後の課題：継続支援のための新システムの必要性」も明らかとなったように、自己管理“継続”のための支援の基盤が十分に整っているとは言い難い。厚生労働省の平成28年「国民健康・栄養調査」¹⁶⁾によると、「糖尿病が強く疑われる者」は約1,000万人と推計され、いまだ増加の一途である。日本糖尿病学会が認定する認定教育施設・教育関連施設数は全国で826件(2017年12月5日現在)¹⁷⁾と限られることから、自己管理教育と継続支援のためにはこういった専門施設と地域のかかりつけ医を含めた地域全体との連携が欠かせない。一つの施設に留まらず、地域全体でシステム構築を検討していく必要があると考えた。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の研究は、糖尿病看護認定看護師2名と慢性疾患看護専門看護師1名と対象者が3名と少なく、自己管理継続のための支援をすべて網羅出来たとは言えない。しかし、明らかになった8つの支援のあり方は、先行研究との比較からも自己管理の“継続”のための重要な支援であると考えられた。今後は、地域を広げ、所属部署や年齢の多様性も広げ、さらに多くの糖尿病看護スペシャリストにデータ収集を行い、今回、明らかになったもの以外にどのような支援が行われているか、追究する必要がある。

VII. 結論

糖尿病看護スペシャリストによる糖尿病患者の自己管理“継続”のための看護実践を明らかにすることを目的に、糖尿病看護認定看護師2名、慢性疾患看護専門看護師1名を対象に、インタビューガイドを用いて半構成的面接調査を実施し、分析を行った結果、「実行しやすい工夫：自己管理の方法を患者の生活に落とし込む」、「継続力の育成：自己効力感と自己解決力を高める」、「Well-beingを支える：糖尿病が生活に占める割合を極力小さくする」、「追い詰めない：失敗体験をさせない・失敗したと思わせない」などの支援が明らかとなり、自己管理のための支援に関する先行研究は多く存在するが、本研究の糖尿病看護スペシャリストの卓越した実践により2型糖尿病患者の自己管理“継続”に着目した際の支援のポイントが明確になったと考えられた。

謝辞

本研究の実施にあたり、多大なご協力をいただきました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

利益相反

開示すべき利益相反状態はない。

文献

- 1) 石井千有季、山田和子、森岡郁晴 (2012) : 教育入院後に再入院した 2 型糖尿病患者の特徴と再入院に至る要因、日本看護研究学会雑誌、35(4)、25-35
- 2) 村上美華、梅木彰子、花田妙子 (2009) : 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因、日本看護研究学会雑誌、32(4)、29-38
- 3) 藤永新子、安森由美、原田江梨子、近藤千明 (2009) : 糖尿病患者のセルフケア継続のための効果的な介入時期と方法の検討 - 糖尿病教育入院に関する文献的研究 -、甲南女子大学研究紀要第 3 号 看護学・リハビリテーション学編、95-103
- 4) 奥井良子、白水真理子、杉本知子、杉本知子、間瀬由記、田中博子、兼松百合子、米田昭子、柳井田恭子 (2013) : 糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師所属施設における 2 型糖尿病患者に対する糖尿病教育プログラムの実態 (第 2 報) - 看護師の関わりと連携の認識に焦点を当てて -、日本糖尿病教育・看護学会誌、17(2)、125-132
- 5) 吉田和恵、服部律子、伏屋小夜子、牧田久仁子 (2013) : 外来通院糖尿病患者の治療行動に影響を及ぼす要因、臨床看護、39(13)、1941-1947
- 6) 餘目千史 (2012) : 2 型糖尿病患者の食事療法への努力と関連要因との関係、日本糖尿病教育・看護学会誌、16(2)、163-170
- 7) 日本看護協会>専門看護師・認定看護師・認定看護管理者>認定看護師 認定看護師 (Certified Nurse) とは 2018 年 11 月 13 日アクセス <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>
- 8) 日本看護協会>専門看護師・認定看護師・認定看護管理者>専門看護師 専門看護師 (Certified Nurse Specialist) とは 2018 年 11 月 13 日アクセス <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/ens>
- 9) 小黒あかね、中村綾子、高瀬佳緒里、門馬明代 (2016) : 2 型糖尿病患者が自己管理を継続するための指導の検討、第 46 回日本看護学会論文集 慢性期看護、50-53
- 10) 山本裕子、松尾ミヨ子、池田由紀 (2013) : 糖尿病看護経験の豊富な看護師が認識する初期 2 型糖尿病患者の特徴と教育の実際、日本糖尿病教育・看護学会誌、17(1)、5-12
- 11) 川喜田二郎 (1967) : 発想法 第 1 版、中公新書、東京
- 12) 山浦晴男 (2012) : 質的統合法入門 第 1 版、医学書院、東京
- 13) 多留ちえみ、宮脇郁子 (2008) : 2 型糖尿病患者の自己管理行動の実施に伴う経験、日本慢性看護学会誌、2(2)、57-65
- 14) 藤永新子、原田江梨子、安森由美、片岡千明 (2013) : 1 年 6 か月以上セルフケアを継続している糖尿病患者の体験プロセス、看護教育研究学会誌、5(2)、33-41
- 15) 鈴木珠水、石井晶子、鈴木里華子、馬醫世志子、萩原英子 (2013) : 社会人で独居の 2 型糖尿病の男性外来患者が血糖を良好に保つためにしている努力に関する研究、看護教育研究学会誌、5(1)、23-32
- 16) 厚生労働省 : 平成 28 年 国民健康・栄養調査結果の概要、2017、2017 年 12 月 7 日アクセス、http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/kekkgaiyou_7.pdf