

〔報告〕

岐阜県における糖尿病教育の現状：その1

黒江 ゆり子 藤澤 まこと 普照 早苗

Educational Program for the Person with Diabetes : Focusing on the Hospitals in Gifu Prefecture, Japan

Yuriko Kuroe, Makoto Fujisawa, and Sanae Fusuo

はじめに

慢性疾患の一つである糖尿病は、さまざまな合併症を引き起こす可能性があるとともに、わが国に多くみられる2型糖尿病は、生活習慣の改善により発症予防が可能な疾患でもある。40年以上を遡る早い時期から、世界保健機関（WHO）と国際糖尿病連合（IDF）は、相互に連携を保ちながら糖尿病への対応策を検討し続けてきた。1989年には、糖尿病の予防とコントロールに関する決議が採択され（第42回世界保健総会）、①自国にとっての糖尿病の重大性を評価すること、②糖尿病の予防とコントロールのために、それぞれの地域の状況に適した住民ベースの方策を実施すること、③糖尿病の臨床および公衆衛生面での更なる教育と訓練の機会を分かち合うこと、④地域レベルでの糖尿病の予防とコントロールのための一貫したアプローチモデルを確立することなどが重要であると提言している¹⁾。

わが国では、1998年に厚生省が健康日本21企画検討会を設置し、2000年には「21世紀における国民健康づくり運動報告書」を発表した。糖尿病の具体的な目標については、1997年に比べて、2010年における有病者数を7%減少させ、糖尿病検診受診後の異常所見者の事後指導受診率を70%から100%に、糖尿病有病者の治療継続率を45%から100%にするとの目標値が示されている²⁾³⁾。

これらは二次・三次予防にとどまらず、一次予防に力点をおき、生活習慣の改善により能動的、積極的に疾病の発症自体を予防しようとする動きであり、その後、わが国の地方自治体ではさまざまな企画運営がされている⁴⁻⁸⁾。生活習慣は、長い年月をかけてかたちづくられ

るため、その変更はなかなか難しく、認知・情意・精神運動を十分に兼ね備えた健康教育の実施が求められる。さらに、そのような健康教育は、地域住民のニーズに応じて継続的かつ発展的に行われる必要がある。日本の糖尿病罹病率は予備軍を含め7人に一人となり、さらに増加をつづけている。岐阜県においても糖尿病による外来受療率は160（全国平均146、人口10万対、1999年患者調査⁹⁾）であり、この地域においても糖尿病予防のための健康教育の意義は大きいと考えられるが、一つの病院の試みの報告はあるが¹⁰⁻¹⁶⁾、岐阜県下の糖尿病教育がどのようなものであるかを明らかにしたものはみられない。そこで、岐阜県下における糖尿病教育の現状を把握するため、糖尿病に関するどのような健康教育が行われているか、また看護職者の果たしている役割等について、医療施設および保健施設を対象に調査を行った。今回は、その第1回目報告として、病院を対象にした調査結果を報告する。

I. 研究目的

岐阜県の病院において、どのような糖尿病教育が行われているか、その中で看護職者がどのような役割を果たしているかを明らかにし、糖尿病教育における役割を果たそうとするときの課題を検討する。

II. 調査方法

岐阜県の病院のうち、内科を有している病院(84病院：大学付属病院2、国立病院4、公立病院19、私立病院20、その他39)の入院部門および外来部門を対象に質問紙調

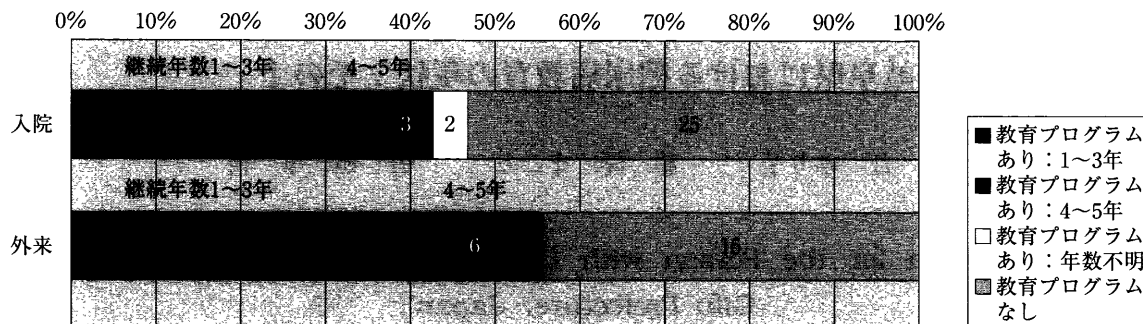


図1 糖尿病集団教育プログラムの有無と継続年数

査を行った(2001年7月~9月, 無記名, 郵送法)。質問内容は, 入院部門における集団糖尿病教育について(9項目), 外来部門における集団糖尿病教育について(8項目), および糖尿病教育における個別の看護について(どのような教育内容・ケア内容の提供が多いか, 教育・ケアを実施するときの困難), 糖尿病看護・ケアにおける留意点および工夫などで構成し, 回答方法は多肢選択法および自由記述式を用いた。質問紙調査への協力依頼を葉書でおこなった後に質問紙(各施設2部)を郵送し, 入院部門および外来部門における糖尿病教育に携わっている看護職者(各1名)による回答を依頼した。なお, 自由記述式による回答は, 1文章を記録単位とし, 研究者3名による探索型内容分析をおこなった。

Ⅲ. 結果

質問紙の回収数は, 入院部門47件(回収率58.0%), 外来部門36件(44.4%)であった(有効回答率100%)。

1. 対象の属性 職種は, 入院・外来部門とも, 看護婦士・准看護婦士からの回答が90%以上を示し(入院部門45人:95.7%, 外来部門34人:94.4%), 保健婦あるいは助産婦が1~2人(2.1~5.6%)であった。所属機関は, 入院・外来部門とも, 公立病院約30~40%, 私立病院約30~40%, その他に大学付属病院, 国立病院, 社団法人および医療法人の病院が含まれている。所属診療科は, 内科が最も多く, 入院部門で約50%, 外来部門で約60%を示し, 次いで入院部門では混合診療科, 外来部門では糖尿病専門部門(糖尿病外来等)が多かった。また, 入院部門の平均入院患者数は 48.2 ± 53.6 人(20~360人/病棟), 糖尿病患者入院数は平均 7.0 ± 7.8 人(3~33人/病棟), 外来部門の平均受診者数は 844.3 ± 564.4 人(65~2388人/1週間), 糖尿病患者受診数は平均152.1

± 138.4 人(20~500人/1週間)であった。

2. 糖尿病教育の現状—集団教育プログラム—

1) 糖尿病集団教育プログラムの有無と継続年数 糖尿病教室などの集団教育プログラムの有無とその継続年数をまとめたのが図1である。入院部門では, 教育プログラムのある施設が22(46.8%)であり, そのうち継続年数1~3年が17施設, 4~5年が3施設である。また外来部門では, 教育プログラムのある施設が20(55.6%), そのうち継続年数1~3年が14施設, 4~5年が6施設であった。入院・外来部門ともに, 40~50%の施設で教育プログラムをもっているが, 多くは開始されて5年以内である。

2) 糖尿病集団教育プログラムの内容と看護職者の役割

(1) 入院部門: 集団教育プログラムを有する入院部門(22施設)における教育内容と看護職者の担当を示したのが, 図2である。教育内容については, ①糖尿病とは, ②食事療法, ③運動療法, ④薬物療法, ⑤日常生活について, ⑥フットケアの方法, ⑦ストレス対応の7つが集団教育プログラムに含まれているか, また看護職者の担当については, その教育内容を看護職者が何時間担当しているかを質問したものである。糖尿病・食事療法・運動療法, 薬物療法・日常生活は, 90%以上の施設で教育プログラムに含まれているが, フットケアは約70%, ストレス対応は約30%を示すにとどまった。

看護職者の担当は, 糖尿病・食事療法・日常生活およびフットケアでは2時間以上の教育を担当している施設がある一方で, 食事療法は看護職者が担当しない施設も約40%を示した。ストレス対応を除く6つの教育内容はいずれも, 約60%以上で看護職者が関わりながら教育プログラムが行われており, プログラムに看護職者が全く携わっていないとする回答は1施設のみであった。

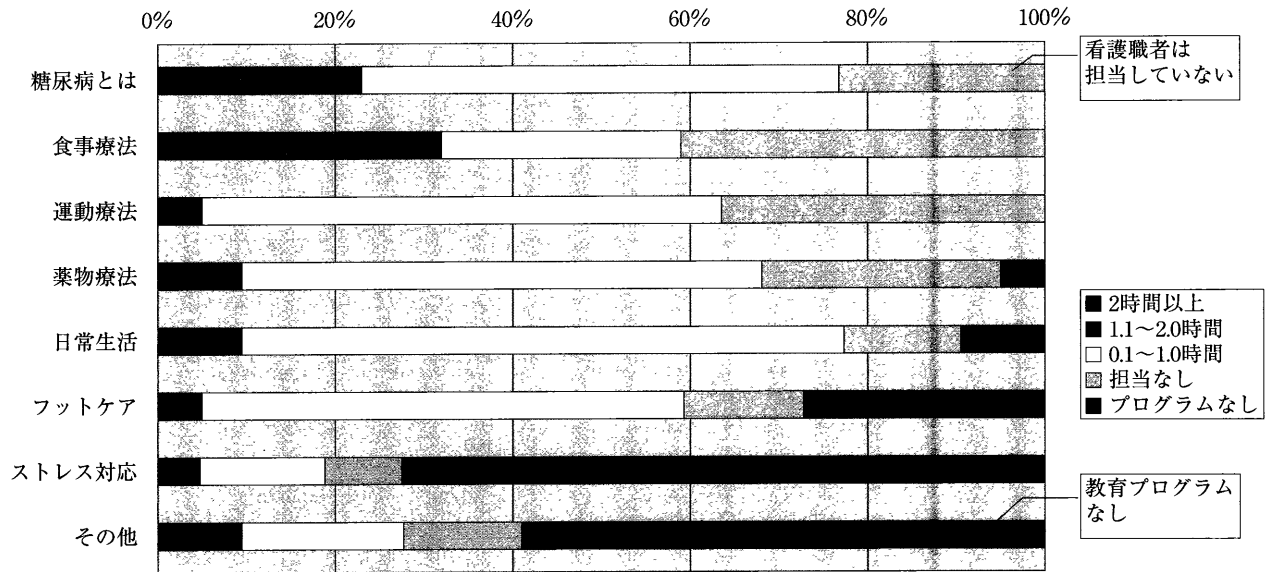


図2 糖尿病集団教育プログラムの有無と継続年数

(2) 外来部門：集団教育プログラムを有する外来部門において多く行われている教育内容は食事療法，糖尿病とは，運動療法，日常生活であり，80%以上を示し，フットケアは約50%，ストレス対応は15%を示すにとどまった。

また，看護職者が担当している教育内容は，日常生活（5%）が最も多く，次いでフットケア（40%），ストレス対応（15%）である。食事療法，糖尿病，薬物療法は看護職者の担当がいずれも20%以下であるのに対して，フットケアやストレス対応については，その多くが看護職者によって教育が行われ，集団教育プログラムに看護職者が全く携わらないのは，2施設であった。

3) 看護職者以外の教育プログラムの担当者 教育プログラムの担当者として多いのは，入院部門では，栄養士（22施設）であり，次いで医師が14施設，薬剤師が11施設，臨床検査技師・理学療法士・臨床心理士は5～6施設である。また外来部門では，栄養士と医師は，90%以上の17～19施設で担当し，薬剤師および理学療法士が10～12施設，臨床検査技師が5施設，臨床心理士および歯科衛生士がそれぞれ1施設であった。

3. 糖尿病教育・看護ケア個別の看護について

糖尿病教室のような集団教育ではなく，個別の看護として過去1年間で多かった教育内容・ケア内容は，入院部門・外来部門とも食事療法，インスリン療法，自己血糖測定に関わるケアであった。具体的には，入院部門における食事療法では，食事療法の基本についての説明，

病院食の内容を記入することの援助，インスリン療法では，インスリン自己注射の導入指導，1型糖尿病患者の母親への注射指導，自己血糖測定では血糖測定方法の説明と毎食前の血糖測定の援助が示された。

また，外来部門の食事指導では，間食のとり方，標準体重を維持するための食事の摂り方，インスリン療法では，インスリン注射の導入，低血糖への対処方法，自己血糖測定では，方法指導とその後のフォローが示された。

4. 糖尿病教育・ケアにおける困難

この1年間で難しかった看護について，入院部門から45，外来部門から31の回答（自由記述式）が寄せられた。

1) 入院部門：入院部門では59記録単位に分割され，8項目に分類された（表1）。「高齢者・独居者へのケア」「食事療法継続のためのケア」「治療への意欲・治療継続力の低下した対象者へのケア」の困難さが多く示され，具体的には，高齢者のケアでは，高齢者で痴呆があるために説明しても実行が困難であったり，「もう年だから」と真剣に聞いてもらえないなどがあった。独居者へのケアでは，自宅での食事管理の援助者がいないために，食事管理が困難である場合が示されている。食事療法継続のためのケアでは，飲酒のために食事がおろそかになり，血糖コントロールが不安定になる場合や，食への欲求が強いために食事療法が困難な場合があった。また治療への意欲・治療継続力の低下した対象者へのケアでは，「いつ死んでもいい」との考えで治療への意欲がなかったり，理解はしていても継続できない対象者へ

表1 この1年間で難しかった看護

入院部門		外来部門	
1. 高齢・独居の対象者へのケア (15)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化が進んできた為いろいろな教育をしてもどうせ年だからと真剣に聞いてもらえなかったりすること。 ・高齢な為、痴呆があり、教育できない人が多くなった。(インスリン自己注射などできない) ・一人暮らしや高齢の方が多く、食事、栄養の管理をどのようにしたら続けていけるのかが難しかった。 	1. 治療への意欲・治療継続の力の低下した対象者へのケア (21)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の生活を修正する必要性は理解しているが、行動の取れない人。 ・指導しても「分かっています」とわかろうとしない。 ・指導内容を最後まで聞こうとせず、自分なりの誤った都合のよいセルフケア方法を作り上げようとする患者さんに対して、正しく理解していただく為の援助方法。
2. 食事療法の継続のためのケア (13)	<ul style="list-style-type: none"> ・飲酒により、食事がおろそかになり、血糖コントロールが乱れ、合併症が進行しているが、糖尿病による合併症であることを受容できない。 ・知識不足のため食事療法が困難(食事への欲求が強い) ・食事療法が守れない患者が多い(間食をしている)病識のない患者が多い 	2. 食事療法の継続のためのケア (14)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事療法を頭では理解しているが、生活のパターンの中で実践できない患者の指導(仕事柄、頻回の宴会が不可欠など)。 ・治療途中でドロップアウトし、症状が悪化し、再入院(受診)となる患者の指導、動機付け。
3. 治療への意欲・治療継続の力の低下した対象者へのケア (10)	<ul style="list-style-type: none"> ・とにかく何度糖尿病の恐ろしさを話しても「俺はいつ死んでもいいと思ってる」と糖尿病を治療しようとする意志のない患者さんがいる。 ・理解はしても、実行できずに再入院する患者の看護 	3. 高齢・独居の対象者へのケア (13)	<ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしで中年男性→外食に頼ってしまい自分で調理できない。 ・高齢者、独居老人など調理(食事療法としての)の確保など、福祉的問題を持つ方の他職種、他機関の連携 ・高齢になってからのインスリン注射の実施(理解力の低下と老世帯の為の不安)。
4. 理解力不足の対象者へのケア (6)	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病のパンフレットを使用し、説明するも、理解してもらえないことが多く、血糖コントロールもなかなかできない状況であった。 ・病気に対する理解力が少なかつた。 	4. 理解力不足の対象者へのケア (8)	<ul style="list-style-type: none"> ・「軽い糖尿病といわれた」といい、受け入れていない(理解力がない)。 ・受診時に血糖を下げたいと言いつつ、受診前々日くらいより食事を極端に減らし、低血糖発作を起こす患者に理解できるように再三説明・指導をおこなった。
5. 薬物療法の継続のためのケア (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンの自己注射が難しい患者に、家族も交えながらどのように継続していくか考え指導していくこと。 ・血糖の日内変動が激しく、インスリンの量が定まらず退院へなかなかもっていかず続かなかった。 	5. 精神面のケア (7)	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病合併症について過剰に不安を持つ患者さん、特に糖尿病網膜症からくる視力障害のため失明に対して不安がつよ患者さんの精神的な援助。 ・IDDMの患児の両親への精神的ケア：得に母親に疾病を受け入れてもらい、共に、疾病をコントロールしていこうと考えてもらえるまでの言葉かけ、説明がやはり難しい。 ・1型糖尿病と診断され、継続したインスリン注射が負担となり精神的に情緒不安定になった患者さんに対して、話を傾聴しながら、インスリン療法の必要性を認識させ、1型糖尿病と向き合い、自己管理が継続できるまでのメンタルケア ・糖尿病性腎症を併発している男性で、性格が昔かたぎで頑固、医師の話も信用せず。透析導入の話も聞き入れようとしない。下痢が続いている事もありしばらく来院がなく心配していると、他院を受診してきたとの事。それで納得し素直に入院も受け入れるようになった。(その間数回電話にてコミュニケーションを持った)性格を心得た上で治療に協力してもらい難しさを痛切に感じた。
6. 医療スタッフの問題 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・教育入院を受けるようになって、3ヶ月のため教育する看護婦の知識不足もあり、統一した教育ができるようクリニカルパスを作成し、指導していかねばいけないと感じている。 ・スタッフ間で意思統一、指導の統一が難しい。 	6. スタッフ側の問題 (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・業務の兼ね合いで継続的にかかわる時間が取れなかった。 ・神経症状のしびれ感の強い患者に対する看護婦としての対応。
7. 家族の問題 (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に指導をしても家族の中の人間関係もあり、退院後指導したことが守られない。 ・家族の協力も得られない場合もあり、教育入院が長引くことがある。 	7. 薬物療法の継続のためのケア (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・外来でのインスリン導入、入院困難な人が最近も多く、外来での導入を行うが、1時間以上かけて指導しその後は患者が1人で自宅で行動しなければいけないため本当に理解できたのかが不安である。確認ができない。
8. その他 (7)	<ul style="list-style-type: none"> ・色々な病気(合併症も含めて)が絡み合っている時は難しい。 ・糖尿病性腎不全で透析を受けている患者のフットケア。 	8. 家族の問題 (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・診療時の説明を十分にしても家に帰宅後、家族の理解が少ないため、治療の改善がなされなかった。
		9. その他 (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・思春期のIDDM患者のコントロール (HbA1C、12.0%)

のケアの困難さがあげられた。その他にも医療スタッフの問題や、家族の問題によりケアが困難であるなどの記述があった。

2) 外来部門：外来部門では74記録単位に分割され、入院部門と同様の項目に「精神面へのケア」の困難さを加えた9項目に分類された。「治療への意欲・治療継続力の低下した対象者へのケア」の困難さが最も多くみられ、次に「食事療法継続のためのケア」「理解力不足の対象者へのケア」「高齢者・独居者へのケア」の困難さがあげられた。具体的には、治療への意欲・治療継続力の低下した対象者へのケアでは、生活習慣の変更の必要性は理解しているが行動できない場合や、自己判断や思い込みが強く、治療を継続できない場合が示された。また食事療法継続のためのケアでは、職業により毎日の生活の中で食事療法を実行できない患者、理解力不足の対象者へのケアでは受診前々日から食事を極端に減らして低血糖発作をおこす患者の例があげられた。

さらに、精神面へのケアでは、糖尿病性網膜症による視力障害のため失明に対する不安の強い患者や、継続したインスリン治療が負担となり、情緒不安定となった患者へのケアがあげられた。

5. 糖尿病教育・ケアにおける留意・工夫

糖尿病教育・ケアにおいて留意・工夫していることについては、入院部門37、外来部門27の回答が寄せられた。

1) 入院部門：入院部門では100記録単位に分割され、5項目に分類された(表2)。「説明の仕方の工夫」「精神面への配慮」「皮膚の清潔保持」「スタッフ間での協力」などであった。具体的に「説明の仕方の工夫」では、「視覚的な資料の利用」・「患者が理解できるように説明をする」・「日々の生活の中で出来ることを説明する」・「個々の知識不足を補う」があり、看護職者が患者個々に即した説明の仕方を日々考えていることが示された。「精神面への配慮」では、患者のやる気を後押し、また、患者が治療中断しないように支えることが示された。「皮膚の清潔保持」では、主にフットケアが示され、自己管理できる患者に対しては積極的に実技を取り入れるなどの工夫が見られ、「スタッフ間の協力」では、患者を支えるチームとしての連携を行っている現状があった。また、その他に「患者会」や「学習塾」など、院外の活動にも視野を広げ、勧めている内容が示された。

2) 外来部門：外来部門では78記録単位に分割され、9項目に分類された。それらは「診察後の知識の確

表2 日頃から留意・工夫していること

入院部門		外来部門	
1. 説明の仕方 の工夫 (27)	<ul style="list-style-type: none"> 1) 視覚的な資料の利用 <ul style="list-style-type: none"> ・入院中にはビデオや糖尿病の教育資料を読んでもらう。 ・血糖検査の結果を書き出しよく見える場所（記録室内）におく。 2) 対象が理解できるように説明をする。 <ul style="list-style-type: none"> ・入院中に患者の理解力の確認のため2回はカンファレンスを個人的に行っている。 3) 日々の生活の中で出来ることを説明する。 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢の方でも独居の方が多く、自己管理が難しいためなるべく生活状況を詳しく情報収集し、退院後も続けられるように本人と手技などを工夫しながら行っていくようにしている。 ・患者さんの在宅での生活について情報を得る、その上で何が問題点で今回入院になったのか、血糖コントロール不良の原因になったのかを追求する。 4) 個々の知識不足を補う。 <ul style="list-style-type: none"> ・再度糖尿病指導教育を全て行わず、データベース、理解度テストによりその個々の不足している知識又は是正しなければならない知識について、強化的教育を行っている。 	1. 診察後の知識 の確認 (16)	<ul style="list-style-type: none"> 1) 検査データについて <ul style="list-style-type: none"> ・血糖値の測定後すぐ患者に伝える。 ・糖尿病手帳にHbA1cその他血糖、尿糖の値を記入し、体重血圧なども書き入れ、自己管理する上で参考にしてもらう。 2) 皮膚の清潔保持について <ul style="list-style-type: none"> ・フットケアの一部として靴、履物が不適切と思われる場合にはアドバイスをしている。 ・創傷のチェックと治療（こまめに行う） 3) 合併症に関して <ul style="list-style-type: none"> ・手帳は眼科受診時に持参してもらい、目の状態（網膜症）を記入してもらっている。 ・視力障害があって1人暮らしの人は外来受診時に爪切りや足のチェックを行っている。
2. 精神面への配 慮 (14)	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち込みに注意し過食、食欲不振、不眠などに結びつくことがないようにする。 ・データがよくなっている時は患者さんの頑張りたたえ、きちんと守っているのにデータが改善されていない時は患者さんがいやになってしまわないよう納得のいく説明をし、改善されることを話すようにしている。 	2. 精神面への配 慮 (13)	<ul style="list-style-type: none"> 1) 話しやすい雰囲気づくり <ul style="list-style-type: none"> ・話を傾聴し、安心感を持たせ、自分の気持ちや意見を十分話せる雰囲気作りをする。 ・教育指導終了後も気軽に相談できるような雰囲気作りを努めている。 2) 個々の心の状態に添う。 <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病は一生続けて治療していかなければならない病気ですが、その大切さを分かってもらって共に患者さんが悲観されないよう根気よく声かけをしている。 ・安易に励ましたり軽い気持ちで接することはしない。
3. 皮膚の清潔保 持 (11)	<ul style="list-style-type: none"> ・フットケアとして、お茶（カテキン）を使った足浴を施行。 ・フットケアでは教育の中で方法と実技など取り組み習慣付けを行っている。（自己管理できる人） 	3. 治療環境の調 整 (8)	<ul style="list-style-type: none"> 1) スタッフ間の協力 <ul style="list-style-type: none"> ・限られたスタッフ、時間の中でできるだけ、役立つ情報を伝えたい。（現在10人くらいの方を対象に個別指導を実施している。） ・栄養士、医師などからも問題がでており、入院外来の主なスタッフで糖尿病患者支援チーム会議を実施していく。 2) 患者と医師の橋渡し <ul style="list-style-type: none"> ・主治医とのよい関係が成り立つような援助を心がけている。
4. スタッフ間 での協力 (8)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時にはケアマネージャーを通し、訪問看護部門やヘルパーへの協力要請を必要としていくことが多い。 ・入院中は看護婦を中心とし、栄養科、リハビリ科との連携により管理されていますが、家庭に戻ることを考え、家人または本人にできる限りの説明をしています。 	4. 人生・生活 の質への配 慮 (8)	<ul style="list-style-type: none"> ・過去のデータの結果や生活を振り返りながら、糖尿病と療養生活を両立させる為に患者さんと話し合いながら一緒に生活スタイルを具体的に設定する。 ・気になる患者（入院を繰り返す、血糖コントロールの不良など）には外来受診日に面接をし、生活状況確認するようにしている。
5. その他 (11)	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者会はありませんが、気の合う友達作りを勧めている。 ・週1回地域の方々と上記の患者、職員を含めて、DMのみでなく成人病予防のための学習塾を開催している。 	5. 視覚的な資料 の利用 (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に応じたパンフレットや資料、ビデオなどを活用し、繰り返し、工夫した指導を行う。 ・外来中待合にパンフレット「さかえ」や糖尿病職のレシピの本をおき気軽に目を通しやすくし、希望者に提供する。
		6. 糖尿病教室へ の参加を促 す (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な糖尿病教室の開催案内をその時点での新患患者さん約200名に郵送し、参加をうながす。
		7. 継続的な援助 (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の自己管理や認識度の維持のために、外来受診時の生活指導やテレホンサービス、アンケート調査を行い、患者さんと接する機会を多く持つ。
		8. 高齢患者への 配慮 (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・当院外来は高齢者が多く外来診療の時間では、患者さんが十分理解し主体的に治療をうける事は、むずかしい現状がある。
		9. その他 (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・友の会などの入会を勧めている。（自分だけではない。いろいろお互いに話ができる） ・入院までに至らない方で、糖尿病の基礎教育が行き届かず、日々ジレンマを感じている。

認「精神面への配慮」「治療環境の調整」「人生・生活の質への配慮」「視覚的な資料の利用」「糖尿病教室への参加を促す」「継続的な援助」「高齢者への配慮」であった。具体的に「診察後の知識の確認」では、検査データ・皮膚の清潔保持・合併症についての知識の確認があり、いずれも医師の外来診察後に患者の知識を確認し、助言するというものであった。「精神面への配慮」では、患者が安心感を抱き、自分の気持ちや意見を十分に表現することができる「話しやすい雰囲気づくり」があげられた。また、患者によっては安易に励まさないという配慮もされていた。「治療環境の調整」では、入院部門と同様に「スタッフ間の協力」があった。また、主治医と患者のよい関係が成り立つような援助を心がけているといった「患者と医師の橋渡し」をしていることが示された。「人生・生活の質への配慮」では、対象と話し合いながら、一緒に生活スタイルを具体的に設定するといった、患者と共にという姿勢で援助することがあげられ、さらに、長期にわたる治療が必要な病気であることを念頭にいた「個々のこころの状態に添う」が示された。

入院部門でもみられた「視覚的な資料の利用」では、外来の待合中を利用するなど、短時間で理解しやすい資料を用いていることがあげられた。

IV. 考察

1. 糖尿病教育プログラムと看護職者の役割について

1) 糖尿病教育の経緯 糖尿病教育を早期に開始したのは、1924年から教育プログラムを開始したジョスリン糖尿病センターであり、現在この教育プログラムに全米から参加者が集まっている。糖尿病教育の担当者は、医師、看護職者、栄養士、運動療法士であるが、看護職者・栄養士・運動療法士はCDE（Certificate Diabetes Educator）を取得している。彼らは参加者に関する情報を共有し、チームカンファレンスを重ね、どのような糖尿病治療が効果的かを検討しながら教育活動を行う。看護職者はインスリン量の調整と自己血糖測定の指導を担当している²³⁾。

わが国においては、1961年から教育入院を始めた東京都済生会中央病院が最初であると考えられる^{17~22)註①}。現

在は、教育入院、外来教室、外来通院での指導に分けられており、教育担当者は、医師、栄養士、看護職者である。外来教室における教育プログラムの内容は、糖尿病について（医師）、栄養・食品交換表（栄養士）、献立の立て方・調味料の使い方（栄養士）、油の使い方・外食料理Ⅰ（栄養士）、外食料理Ⅱ（栄養士）である⁹⁾¹⁰⁾。

2) 東京都済生会中央病院およびジョスリン糖尿病センターの教育プログラムとの比較 慢性疾患における療養上の困難さは、慢性であるがゆえに、長期にわたって続けなければならないこと（慢性性 Chronicity）である。そのため最近では、心理的サポートの必要性が提言され、長い歴史をもつジョスリン糖尿病センターでは、教育プログラム開始時に、糖尿病を診断されたときの感情、現在感じている問題などを語り合う。家族と一緒に参加した人、一人の人、婚約者との参加などさまざまであるが、落ち着いた雰囲気の中でこの時間が共有される。また、グループセッションによる家族への心理的サポートがなされる。

岐阜県における今回の結果では、このような心理的側面への援助は糖尿病教育プログラムには含まれていない。このような傾向はこの地域のみならず、わが国全体の傾向であるが、長い糖尿病教育の歴史をもつ東京都済生会中央病院では、「治療の心構え」などを含む討論会が教育プログラムの中に含まれており、今後の充実が期待される²⁰⁾。岐阜県においては教育プログラムにおける看護職者の役割の今後の拡大が可能であると言えるが、重要なのは、看護職者が日々の活動の中で留意・工夫していることの中に心理面へのケアが含まれていることである。それらは、話しやすい雰囲気をつくる、個々のこころの状態に添う、本当の励ましを考える、生活・人生に関わっているという認識をもつなどであった。これらは、この地域における看護職者の重要な役割を示唆しているように思われる。

2. 糖尿病教育・ケアにおける課題

糖尿病教育・ケアにおける困難では、高齢・独居者へのケアが、入院部門で最も困難であるとあげられた。それは入院目的の中で教育・指導の占める割合が多いにも拘らず、記名力の低下や痴呆のある高齢者に行動変容を求めることが難しいことによると考えられる。外来部門では高齢・独居者へのケアの困難さがそれほど示されな

いのは、外来受診時の短時間ではその困難さが確認できないためと考えられる。また、食事療法継続のためのケアは、いずれの部門も困難であるとし、入院部門では、退院後に食事療法が守れなかった再入院の患者に対する指導の困難さが示された。外来部門では、医療職者の問題として、業務の兼ね合いで継続的な指導ができず、対象者の生活に沿ったケアに限界があり、退院後の生活の中で活かせる指導が難しい現状があると考えられる。

外来部門で困難な点として最も多く示されたのは、治療への意欲・治療継続の力の低下した対象者へのケアである。対象者によって生活背景も異なり価値観も異なるため、より個別的ケアが必要にも関わらず、看護職者の関わる時間が少ないことが治療の継続を一層困難にしているといえる。また外来部門では精神的ケアの困難さが浮き彫りとなった。罹病期間が長くなり、症状の進行のみられる対象者に対して、個別的な精神的ケアの必要性は感じているが、そのケアにも限界があり、看護職者として困難さを感じているといえる。

3. 看護職者の活動における留意・工夫

糖尿病教育・ケアの中で日頃から留意・工夫していることについては、入院部門と外来部門で若干の違いがみられている。入院部門では、患者と接する時間が外来部門と比べ長いことから、視覚的な資料を取り入れるなど説明の仕方を工夫し、時間をかけてゆっくりと患者の理解を高めようとする姿勢が伺われ、その一方、外来部門では、短い診療時間の中で患者の理解を助けること、および患者が自分の意見や気持ちを十分に表現できるように配慮する姿勢が伺われる。外来受診時に接する短い時間の中でも、患者が治療中断することなく、長期の生活・人生を通してかかわっていくことが出来るように配慮している看護職の意図的な考えが伺われた。また、精神面への援助については入院部門、外来部門ともに患者の治療意欲を支え、患者が治療中断をしないように、日頃から患者の気持ちを出しやすい雰囲気をつくる工夫をしているようであった。

すなわち、日頃の活動の中でさまざまな工夫をしながらも、まだ多くの困難な点を抱えている。一つの病院の工夫を相互に共有すれば、課題となっている高齢者・独居者へのケア、あるいは治療継続の力の低下した対象者へのケアの改善にむけてさらに創造的な工夫が可能にな

るであろう。この点はさらに検討していきたいと思う。

まとめ

1. 岐阜県下の病院における糖尿病集団教育は入院部門・外来部門とも約半数の施設で行われている。
2. 看護職者は教育内容の約60%に携わっている。
3. 看護職者は高齢者・独居者、治療意欲の低下した対象へのケア、および精神面のケアに困難を感じている。
4. 看護職者は日常の活動の中で、説明の仕方の工夫、診察後の知識の確認と充実、生活・人生の質を考えるなど精神面を配慮したケアを提供している。

注①：わが国の医療施設における糖尿病教室については、何年にどの医療施設で始まったかを明確に示す資料がないため、医学中央雑誌（1988～2001年）で検索した資料から糖尿病教室についての報告内容を検討し⁹⁻²²⁾、最も古い年代を示す糖尿病教室を本論では提示した。用いた検索用語は「糖尿病」・「教育」である。なお、松平による東京都済生会中央病院の糖尿病教育開始年度は1958年と示されているが²⁵⁾、渥美によれば糖尿病教室の開始は1961年と示されていることから⁹⁾、糖尿病教室開始年度（1961年）を採用した。

謝辞 本調査にご協力いただきました医療施設の皆様および看護職の皆様にご心より深謝申し上げます。なお、本研究は岐阜県特別研究費の助成を受けたものであり、深くお礼申し上げます。

引用文献

- 1) WHO Study Group, Prevention of Diabetes Mellitus, 馬場茂明監訳：WHO 糖尿病の予防—WHO 研究班報告—, 南江堂, 1994.
- 2) 野中恭平, 沖田信光, 泉陽子：糖尿病医療の新しい展開, 糖尿病学の進歩2000, 第34集, 診断と治療社；1-9, 2000.
- 3) 馬場茂明：諸外国における糖尿病戦略の現状と対策, 糖尿病の療養指導2000, 第34回, 診断と治療社；161-169, 2000.
- 4) 村田敦子：地域・行政の糖尿病対策, 臨床看護, 27 (3)；368-371, 2001.
- 5) 加藤昌弘：糖尿病予備軍への総合的保健指導, 地域保健, 31 (5)；40-55, 2000.
- 6) 守田万寿夫：糖尿病制圧を目的とした富山県糖尿病アタックプランの現状と効果, 糖尿病の療養指導, 第34回, 診断と治療社；155-160, 2000.

- 7) 福地公子：川崎市における糖尿病教室の取り組み（第1報）, 神奈川県公衆衛生学会誌, 34；26, 1998.
- 8) 滝沢みや子：川崎市における糖尿病教室の取り組み（第2報）, 神奈川県公衆衛生学会誌, 34；27, 1998.
- 9) 厚生省大臣官房闘鶏情報部編：患者調査 平成11年 都道府県編, 厚生統計協会；356-370, 1999.
- 10) 鹿野昌彦他：糖尿病患者教育による患者動態の変化, 糖尿病, 33 (4)；348, 1990.
- 11) 土川江利子他：糖尿病教育入院後の血糖コントロールに影響する因子の検討, 糖尿病, 33 (11)；846, 1989.
- 12) 傍島裕司：外来教室における患者の特性の評価と教育効果, Diabetes Frontier, 9 (2)；169-174, 1998.
- 13) 西村英尚, 渡辺法男他：当院における糖尿病入院・外来への個人教育システムの評価, 日本薬学界119年会講演要旨集, (4)；180, 1999.
- 14) 西村英尚, 渡辺法男他：当院における糖尿病入院・外来への個人教育システムの評価, 日本薬学界118年会講演要旨集, (4)；180, 1998.
- 15) 山本真由美, 磯村幸範他：糖尿病教育における Total Quality Management の応用, 糖尿病, 43 (11)；197, 2000.
- 16) 西村英尚, 渡辺法男：薬剤師による糖尿病入院患者教育とその評価, 全国自治体病院協議会雑誌, (375)；28-31, 1999.
- 17) 渥美義仁：糖尿病教室の運営とその実際, 糖尿病の療養指導, 第33回, 診断と治療社；130-35, 1999.
- 18) 藤本陽子, 増田恵美他：当院での28年間の教育入院システムの変遷からみた糖尿病患者教育のコツ, 糖尿病, 40 (1)；142, 1997.
- 19) 竹内まつ江, 土方ふじこ他：専門外来の取り組みの実際—糖尿病外来—, 看護技術, 47 (7)；51-54, 2001.
- 20) 羽倉稜子：糖尿病の患者教育, 糖尿病学の進歩, 診断と治療社, 第32集；41-48, 1998.
- 21) 羽倉稜子：糖尿病教室における患者教育, 診断と治療, 1号；.105-111, 1989.
- 22) 高見京子：当院における糖尿病教育入院の検討, 第28回中四国地方会, 糖尿病, 34 (1)；61, 1991.
- 23) C. R. Kahn., G. C. Wier., Joslin's Diabetes Mellitus, 金澤康徳, 春日雅人他：ジョスリン糖尿病学, 医学書院 MYW, 第1版；406-414, 1995.
- 24) 穴沢園子, 松岡健平：糖尿病教育におけるナース・栄養士の役割, (平田幸正編, からだの科学：糖尿病), 日本評論社；139-145, 1992.
- 25) 松平健平：欧米の患者教育の実情 (平田幸正編, からだの科学：糖尿病), 日本評論社；161-166, 1992.

(受稿日 平成14年2月26日)