

AMCoR

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

看護研究集録 (2013.12) 平成24年度:1～4.

インスリン注射の自己管理が困難な糖尿病高齢患者と家族に対する退院
支援の検討

田中麻理 石津舞 小川しのぶ 後藤由貴

インスリン注射の自己管理が困難な糖尿病高齢患者と家族に対する退院支援の検討

キーワード：糖尿病、インスリン注射、自己管理、高齢患者、退院支援

旭川医科大学病院 ○田中麻理 石津舞 小川しのぶ 後藤由貴

はじめに

慢性疾患である糖尿病は、長期にわたる生活管理が必要である。さらに、インスリン注射が導入された場合は、自宅での療養生活を続けていくうえでいくつもの困難を乗り越えていかなければならない。とくに高齢での発症では、視聴覚機能や認知機能の低下、手指の巧緻動作の問題から、インスリンの管理が困難となる。同時に、同居する家族が配偶者のみの場合では、家族もまた高齢であるがゆえに協力体制をつくる難しさもでてくる。福西ら¹⁾は「インスリン注射が導入された場合は毎日注射を行わないといけない苦労や手技の自信のなさ、副作用や低血糖への不安、時間の制限などが患者だけでなく、家族も抱えることとなる」と述べており、患者だけではなく家族の負担も大きいことがわかる。

糖尿病でのインスリン自己注射に関連する研究の多くは、患者本人への支援がテーマであり、家族のニーズや支援のあり方をテーマにするものは少ない。当科においても、高齢の患者が多く、家族に協力を求めるケースは多いが、患者本人と家族が直面する問題を適切にとらえて支援へつなげるための効果的なアプローチについては十分な検討ができていない現状がある。

家族を含めた当事者のニーズをとらえて分析する指標のひとつに鈴木ら²⁾の家族アセスメント内容（以下、家族アセスメント）がある（資料）。この指標では、関連する情報を系統立てて収集する枠組みと分析のための視点が示されており、この指標を用いることで家族の能力が明らかとなり、家族が抱えている看護上の問題や必要としている援助を明らかにするうえで有用であると述べている。

そこで本研究では、インスリン注射の自己管理が困難な糖尿病患者1事例の退院までの経過を振り返り、患者と家族が安心できる退院支援のあり方を検討することを目的とする。

I. 研究方法

1. 研究対象

対象者は、2型糖尿病と診断されてインスリン注射の導入が必要となった入院患者A氏とその家族である。A氏は、80歳代の男性である。リウマチ性多発筋痛症疑いで精査・加療・プレドニン導入を目的とした入院中に、2型糖尿病と診断された。妻と二人暮らしで、近隣に長男夫婦が在住している。

2. データ収集方法

本研究は、インスリン注射の自己管理が困難な糖尿病患者1事例の退院までの経過を振り返る事例研究である。そのため、家族アセスメントの内容に従って展開した退院までの一連の援助と経過を、診療録や看護記録、カンファレンス記録等から、以下の手順で抽出してデータとした。データ収集期間は、平成23年7月から同年10月までとした。

1) 家族アセスメントに基づく情報収集と分析

インスリン注射の継続が必要であると決定した時点で、A氏と妻および長男と面談を行い、家族アセスメントの項目にある【健康問題】【家族の対応能力（構造的／機能的側面）】【発達課題】【過去の健康問題対処経験】【家族の対処状況】【家族の適応状況】について情報収集した。収集した情報のうち、【健康問題】は<ストレス源が家族に与える影響の程度>を、【家族の対応能力（構造的／機能的側面）】からは<ストレスに対応する家族の能力>を、【発達課題】【過去の対処経験】【家族の対応状況】【家族の適応状況】からは<家族がどのようにその問題に対応しているのか>をそれぞれアセスメントし、家族の看護上の問題や必要な援助を明らかにした。

2) 看護計画立案と評価

アセスメントで導き出された援助方針と具体的な援助方法に優先順位をつけて提示し、家族と共に目標を定め計画を立案した。その後、病棟カンファレンスで内容を確認したのちに、退院に向けた支援を開始し、退院前に目標が達成できたか評価した。

3. データ分析方法

収集した情報とアセスメント結果、立案した看護計画、実践経過および評価の各内容を、対象者の変化に注目して整理し、有効な介入方法や影響する要因を検討した。

4. 倫理的配慮

研究の主旨と、同意後の撤回は可能であり、同意を断った場合でも不利益を被らないこと、得られた情報は研究目的以外に使用しないこと、個人が特定されないことを書面と口頭で説明し同意を得た。

II. 結果

1. 収集した患者および家族の情報

家族アセスメントに従って情報を収集した結果、A氏の【健康問題】は、リウマチ性多発筋痛症によ

る疼痛で巧緻動作が困難であること、低血糖や食事療法の知識がないこと、入院前から内服薬の飲み忘れがあることが整理された。入院中の服薬管理は、お薬カレンダーを活用し、薬剤のセットは看護師が行っていた。

【家族の対応能力】の〔構造的側面〕では、A氏は70歳代の妻と二人暮らしで、車で10分程度離れた場所に長男が暮らしていた。また、A氏が入院している病院と自宅が遠く離れているために、妻は長男の協力がなければ面会が困難であった。家事は妻がすべて行っていた。妻には高血圧症と糖尿病の既往があり、地元の病院に通院していること、糖尿病の合併症や食事療法の学習経験があつて減塩のために味噌汁を週2回に減らすなどの工夫はしていたが、インスリン注射や低血糖の知識は不十分であることが整理された。長男は50歳代で、家庭を持っており、仕事は土日が休みであること、また長男も、高血圧症と高尿酸血症のために通院中であることが整理された。〔機能的側面〕は、妻と長男はいつも一緒に面会に訪れ、栄養相談時の会話も盛んで、お互いの健康状態や食事の好みなども理解しており関係性は良好であること、また、A氏も妻も自宅に帰ることを希望しており、お互いの思いが一致していること、長男は週に1度はA氏宅を訪問し、外来受診の送迎などでも協力が得られていたことが整理された。

【発達課題】では、妻は成熟期にあり、持病を抱えながら、今後はA氏の疾患の管理を含めた生活を考えていかなければならないこと、長男は分離期にあり、仕事や独立した家庭を持ちながらも、A氏に介護が必要となった場合に備えて介護体制を整えることが課題となることが整理された。さらに、【過去の健康問題対処経験】は、A氏も妻も慢性疾患の療養生活中ではあるが、生活動作は自立しており介護経験はないこと、【家族の対処状況】では、A氏のインスリン注射に関して妻が自ら質問してくることはないものの、二人とも「歩けるうちは自宅で過ごしたい」との希望が強いこと、これまで社会資源を利用していなかったこと、【家族の適応状況】では、A氏はリウマチ性多発筋痛症の疼痛で排泄行動や食事摂取に困難はあるが、妻は精神的・身体的にも健康で、二人の関係は良好であることが整理された。

2. 収集した情報の分析と見出された看護目標

A氏は、日常生活に介助は要さないが、今後もインスリン注射を継続していかなければならない。しかし自己管理が困難な状態であり、合併症を防ぐためにも家族の協力が必要である。

妻は、糖尿病の既往があり食事療法も実施していたことから、糖尿病に関する知識や健康管理にはある程度の関心があるものの、A氏の状態に対して不安や疑問を述べてくることはなく、初めて実施するインスリン注射が自分達の生活にどのように影響するのかを関連付けることができていない。

それでも、これまで慢性疾患を抱えながら二人で療養生活を送ってきており、また、自宅に帰りたいという気持ちが強く、お互いの目標が一致しているため、健康問題に対応していく力と意欲はあると考

えられた。

A氏と妻は生活パターンが一緒であるため、妻がインスリン注射を手伝うための時間を調整することは可能であるが、高齢であることから新たな役割を担うことは負担が大きく、新しく知識を獲得するためには時間を要すると予測された。そこで長男にも役割の調整を求める必要があると判断した。ただし、長男にも仕事や自分の家族があるため、協力を依頼する場合は生活への影響を考えなければならない。

以上のことから、A氏も家族も退院へ向けて意欲的に取り組める可能性が高いものの、インスリン注射に関する知識や手技の経験がないために、インスリン注射が生活に及ぼす影響を十分に認識できていないことや、高齢の二人だけでは対応困難な問題に長男の協力が不可欠であることを考慮した退院支援計画が必要であると考えた。そこで、自宅退院へ向けた計画をA氏と家族とともに話し合った結果、①A氏は見守りのもとインスリン注射の手技が獲得できる、②妻はインスリン注射の手技が獲得できる、③A氏と妻がインスリン注射や低血糖、生活上の注意点についての知識を習得することができる、④家族内で役割分担することができることを目標とした。

3. 実際の援助内容およびその効果

A氏に対して、毎食前にインスリン注射の手技を指導したところ、見守りのもとでインスリン注射の組み立てはできるようになったが、単位数がずれてしまうためにひとりで管理することは困難であることがわかった。そこで、A氏がインスリン注射を実施しているところを妻に見学してもらった後に、退院後は単位数を一緒に確認して欲しいことを伝え、妻に対してパンフレットとデモ機を用いて指導した。

妻は、インスリン注射手技の習得が進むにつれ、低血糖時の対処方法などに不安を表出し始めた。そのため、糖尿病のしおりに用いて低血糖や生活上の注意点、食事療法について説明したところ、生活への影響を具体的に考えるようになり、「食事の時間は毎日同じがいいの?」「お風呂は大丈夫なのかしら?」「低血糖の時はブドウ糖がいいんだ。すぐにインスリン注射はしない方がいいんですね。」と自ら質問するようになった。その後、新しい役割に負担や不安がないかを確認しながら、知識と手技の習得を支援し続けた結果、退院時には「自宅に帰ってもできます。不安はありません。」と話すまでになった。また、利用していない社会資源に関する情報も提供したところ、「わからないことがあったら、外来や病棟に連絡して聞けばいいんですね。」と理解していた。A氏とは、糖尿病のしおりに合併症のことや、食事療法と低血糖に関する項目に要点を絞って読み合わせを行った。その結果、A氏も自らしおりを読むようになり、糖尿病に関心を持つようになった。

内服薬に関しては、妻への負担も考慮し、長男にお薬カレンダーによる内服管理の協力を依頼した。「週に1回なら、協力することができます。」と協力が得られたため、長男にセット方法を説明し、役割分担ができた。

III. 考察

家族アセスメントを用いたことで、自宅退院すること、インスリン注射が自宅でも行えることがA氏家族のニーズであることが分かった。そこで、家族が持つ疾患の知識や生活パターン、健康状態など退院後の生活を予測するための情報収集に重点を置いた結果、高齢で疾患を抱えながらもこれまで2人暮らしを継続できていたことや、お互いの関係性が良好であったこと、妻が糖尿病の既往があったこと、そしてA氏と妻は自宅退院したいという共通の目標があったことが、A氏家族の強みであることがわかった。こうしたA氏家族のニーズと強みを十分に把握できたことが、A氏家族に対して個別性のある看護介入につながったと考える。

A氏家族の強みを生かして介入した結果、A氏はインスリン注射を実施するなかで退院後の生活を想像するようになり意欲的になった。また、妻には、A氏がインスリン注射を自己管理することが困難であることを理解してもらうために、実施場面に立ち会う機会を提供した。それにより、自宅退院後に必要となる援助が把握でき、まずはインスリン注射の手技を獲得するという目標の共有につながったと考える。また、インスリン注射を継続しなければならないと分かった時点で妻に協力を依頼したことで、限られた面会回数の中でも十分な指導の機会を設けることができた。妻への指導を開始した際に、すぐに妻から質問があると予測していたが、その時点では具体的な質問は出てこなかった。妻は高齢であるため、インスリン注射の立ち会いだけでは、退院後の生活に結び付けることが困難であったのだと考えられた。そこで、妻にもインスリン注射に実際に触れてもらい、妻の理解度や反応を都度確認しながら介入したことで、退院後の生活を考えられるようになり、徐々に疑問や不安を感じていることを自ら積極的に質問するように変化したと考える。このことから、とくに高齢者では、直面する課題や不足している知識、必要な協力の内容を自ら把握することが

難しい場合もあると考えられた。そのため、看護師側から習得しなければならない知識や技術を提示するといった介入が必要であると考えた。また、A氏にとっては身近な妻から協力を得られたことが安心感につながったと考える。さらに、今後妻ができなくなることも想定して長男に協力を依頼し、家族内の役割調整ができたことで、A氏だけでなく妻自身の負担も軽減し、お互いが安心して退院を迎えることができたと考える。

IV. 結論

インスリン注射の自己管理が困難な糖尿病患者1事例へのかかわりから、患者と家族が安心できる退院支援のあり方を検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1. インスリン注射を生活に組み込む上で、退院後の生活を予測しながら家族の強みとニーズを把握することが、個別性のある看護介入につながる。
2. 高齢者では、直面する課題や不足している知識、必要な協力の内容を自ら把握することが難しい場合もあるため、対象者のペースに合わせて看護師側から習得しなければならない知識や技術を提示する必要がある。
3. キーパーソンが高齢である場合は、退院支援の段階で、今後起こりうる問題を予測した家族内の役割調整をすすめることも重要である。

おわりに

今回は1事例の事例研究であるため、研究結果を一般化するには限界があるが、本研究を通して学んだことを今後の看護援助に役立てていきたい。

引用文献

- 1) 福西勇夫他:糖尿病患者への心理学的アプローチ, 第1版, P62-63, 学習研究社, 1999.
- 2) 鈴木和子、渡辺裕子:家族看護学—理論と実践, 第3版, (株)日本看護協会出版会, 2011.

資料 家族アセスメント内容

[1]健康問題	①健康障害の種類 ②健康の段階 ③日常性活力(生命維持力、ADL、セルフケア能力、社会生活能力) ④家族内役割の遂行能力 ⑤経済的負担
[2]家族の対応能力	A: 構造的側面 ①家族構成(家族成員の性、年齢、同居・別居の別、居住地) ②職業 ③家族成員の健康状態(体力、治療中の疾患) ④健康問題に対する関心・理解力 ⑤生活習慣(生活リズム、食生活、余暇や趣味、飲酒、喫煙) ⑥経済的状态 ⑦住宅環境(間取り、広さ、設備) ⑧地域環境(交通の便、保健福祉サービスの発達情報、地域の価値観) B: 機能的側面 ①家族内の情緒的關係(愛着・反発、関心・無関心) ②コミュニケーション(会話の量、明瞭性、共感性、スキンシップ、ユーモア) ③相互理解(患者-家族成員間、家族成員間) ④家族の価値観(生活信条、信仰) ⑤役割分担(役割分担の現状、家族内の協力や柔軟性) ⑥勢力構造(家族内のルール)の存在・柔軟性、キーパーソン) ⑦社会性(社会的関心度、情報収集能力、外部社会との対話能力)
[3]発達課題	育児、子供の自立、老後の生活設計等
[4]過去の健康問題対処経験	育児、家族成員の罹患、介護経験、家族成員の死等
[5]家族の対処状況	①患者家族成員のセルフケア状況 ②健康問題に関する認識 ③対処意欲 ④家族の情緒反応 ⑤認知的努力 ⑥意見調整 ⑦役割分担 ⑧生活上の調整 ⑨情報の収集 ⑩社会資源の活用
[6]家族の適応状況	①患者(療養者)・家族の心身の健康状態の変化 ②家族の日常生活の質の変化 ③家族内の人間関係の質の変化