

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 22 日現在

機関番号：21102

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2014

課題番号：23593448

研究課題名(和文) 訪問看護における高齢糖尿病患者のケアプログラムの開発とその有用性

研究課題名(英文) development and utility of care program for diabetes within home care nursing for the elderly

研究代表者

細川 満子 (Hosokawa, Mitsuko)

青森県立保健大学・健康科学部・教授

研究者番号：20315542

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,900,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の第一の目的である高齢糖尿病患者の糖尿病ケアプログラムを精錬しケアプログラムver.3を開発した。プログラムの主な改善点は実用性を高めるために、ケア頻度別に分類したこと、他職種との連携する内容の明確化、急性合併症への対応について樹形図を考案した。さらに開発したケアプログラムver.3を訪問看護師5名に介入してもらい、評価した。その結果、修正の必要性はなく、高齢者糖尿病患者への標準的なケアプログラムとして活用できることが示唆された。

研究成果の概要(英文)：The primary purpose of this study to developed diabetic care program ver.3 in home care nursing for the elderly was achieved. The main improvement points were that it was classified according to the care frequency to raise practicality and the contents which cooperate with another occupation were clear. More tree diagrams were contrived about correspondence to an acute complication. 5 visiting nurses participated and used care program ver.3 and their evaluation were presented. As a result, no need for corrections, and suggest that we can be used as standard care program for elderly diabetic patients.

研究分野：在宅看護

キーワード：ケアプログラム 訪問看護 高齢者 糖尿病 インスリン療法

1. 研究開始当初の背景

1) 高齢 2 型糖尿病療養者の現状

2 型糖尿病患者の半数以上は高齢者が占めており、高齢化に伴い今後増加することが予想されている。高齢糖尿病患者は加齢に伴う糖代謝機能の低下により複数の血管合併症を有すること、日常生活動作 (ADL) の低下や認知機能の低下などの生活機能障害をもつことが特徴である。また、外出、買い物、金銭の管理が困難になる等の手段的 ADL の低下、家族の介護力の低下により、自立した生活が送れなくなり糖尿病の自己管理が困難となるという問題につながる。このような状況はさらなる合併症の進行、QOL の低下を招くことから、在宅における高齢糖尿病患者のケアの充実が重要である。

2) 訪問看護師の糖尿病ケアプログラムの開発の必要性とこれまでの研究経過

糖尿病は慢性疾患であるため、診断・発見から末期の合併症に至るまでの長期期間のケアプログラムが必要とされている (日本糖尿病協会、2004)。標準化されたケアプログラムは糖尿病看護の質と安全を保障することにもつながり、多くの医療機関においてクリティカルパス等が導入されている。一方、在宅においては島内らが在宅酸素療法、連続携行式腹膜透析、褥創などの医療的ケア事例や一定期間後に悪化が予測されるケア事例のクリティカルパスが開発されている (島内、2000)。また 2010 年には遠山らによって在宅ターミナル高齢者・家族に対するケアプログラムが開発されているが (遠山、2010)、在宅糖尿病のケアプログラムはこれまで考案されていない。そこで、研究者らは訪問看護師の糖尿病ケアの実践過程にもとづいた糖尿病ケアプログラム Ver.1 を作成した (平成 22 年度青森県立保健大学健康科学特別研究; 細川代表)。

ケアプログラム Ver.1 の枠組みは、縦軸に米国糖尿病教育者協会 (American Association of Diabetes Educators :AADE) の教育アウトカム尺度にも示され、看護実践に適用されやすい糖尿病自己管理行動である「血糖に関する問題の解決」「血糖のモニタリング」「薬物管理」「合併症のリスク管理」「食事」「身体活動」「心理社会的適応」の 7 カテゴリーに設定し、横軸にアセスメント、ケア内容、アウトカム、モニタリングとしてマトリックス表とした。そして訪問看護師にケアプログラム ver.1 を試用してもらった。その結果、ステーションでの活用効率性や他職種との連携の促進についての評価は低いという結果を得た。

この結果を踏まえ、実用化に向けてケアプログラムを精練することが必要であると考えた。

2. 研究の目的

1) 高齢 2 型糖尿病患者の訪問看護における糖尿病ケアプログラム ver.1 の改善点を明ら

かにし精練する。

2) 在宅高齢糖尿病患者の訪問看護へ精練したケアプログラム ver.2 を使用してもらい、その有用性と課題について明らかにする。

3. 研究の方法

1) 専門家によるコンセンサスメソッドによる糖尿病ケアプログラム ver.2 作成

研究代表者・研究分担者による糖尿病ケアプログラム ver.1 の試用結果について評価した。そして研究代表者・研究分担者および高齢糖尿病療養者のケアに係わる訪問看護師による意見交換会を開催しケアプログラム ver.2(案)の内容妥当性について検討した。

2) ケアプログラム ver.2 の有用性の検証

対象：A 県内 2 か所の訪問看護ステーションの訪問看護師 5 名。

方法：高齢 2 型糖尿病患者に対してケアプログラム ver.2 を 2 週間試行してもらい、自記式アンケート調査を行った。

倫理的配慮：対象者には口頭および文書にて研究の目的・方法、参加は自由意志であることを説明し、同意を得た。また患者にも同様に同意を得た。

4. 研究成果

1) 研究代表者・研究分担者による糖尿病ケアプログラム ver.1 の試用結果をふまえて次のような改善点が出された。

急性合併症の判断樹であるケアプロトコールは、ケアプログラム実施の前提条件とする。

ケアプログラム ver.1 はアセスメント、ケア項目を「血糖に関する問題の解決」「血糖のモニタリング」「薬物管理」「合併症のリスク管理」「食事」「活動」「心理社会的適応」のカテゴリーに分類したが、実用性を鑑みその枠組みをベースに実施頻度別に整理する。

アウトカムの表記について「低血糖症状に適切に対処できる」等の曖昧な表記は焦点化する。

アウトカムはケア実施 1 か月、3 か月の経過で評価するため、アセスメント項目、ケア内容と分離する。

さらに高齢糖尿病療養者のケアに係わる訪問看護師による意見交換会によりケアプログラム ver.1 を次のように修正した。

急性合併症の有無によってケアプログラム表を分けていたが、同一の表に含める。

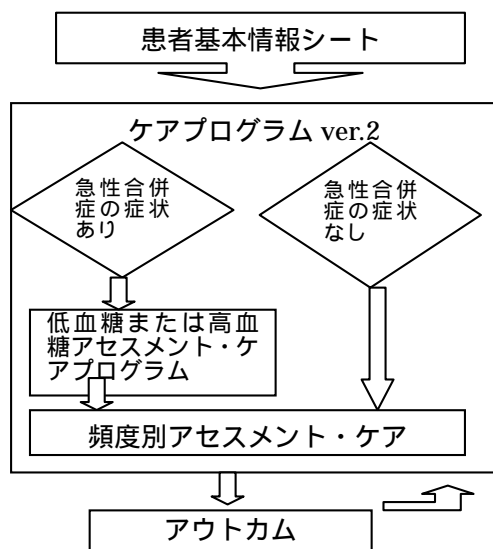
急性合併症が認められた場合、即応するための判断樹を加える。

ケア内容について、他職種と連携する項目は明確に表記する。

2) ケアプログラム ver.2 の作成

研究者および訪問看護師の意見をふまえて、ケアプログラム ver.2 を作成した。ケアプログラム ver.2 のケアプロトコールは図 1 に示した。患者基本情報シートは患者の糖尿

病に関する情報について把握し、ケアプログラム ver.2へ移行する。ケアプログラム ver.2において、まず急性合併症のリスクの有無についてアセスメントする。そして低血糖および高血糖症状がある場合は、判断樹による対応ができるようにアセスメント・ケアプログラムを作成した。その後、精練した頻度別のケアプログラムへと移行する。急性合併症の症状がない場合、ケアプログラムへと移行し、それぞれアウトカムへと移る。



【図1 訪問看護における高齢糖尿病患者のケアプロトコール】

ケアプログラム ver.2の概要は図2に示した。頻度別に項目を分類し、毎回実施する項目はアセスメント13項目、ケア内容16項目とした。週に1回実施する項目はアセスメント3項目、ケア内容4項目、月に1回はアセスメント11項目、ケア内容18項目とした。また3か月に1回はアセスメント1項目、ケア内容3項目とし、6か月に1回はアセスメント3項目、ケア内容3項目とした。

| 頻度 | アセスメント | ケア内容 |
|-------|--------|------|
| 毎回 | 13項目 | 16項目 |
| 1回/週 | 3項目 | 4項目 |
| 1回/月 | 11項目 | 18項目 |
| 1回/3M | 1項目 | 3項目 |
| 1回/6M | 3項目 | 3項目 |

【図2 ケアプログラム ver.2の概要】

3) ケアプログラム ver.2の有用性の検証

ケアプログラム ver.2を試行した訪問看護師は全て女性で、5名のうち管理者2名、スタッフ3名であった。看護師としての経験年数は平均24.4年、訪問看護師としての経験年数は平均11.4年であった。2名が糖尿病療養指導士の資格を有していた。

ケアプログラム ver.2の内容について、利用者フェイスシート、低血糖および高血糖の急性合併症時アセスメント・ケアプログラム

について5名が修正の必要性なしと回答したが、ケアプログラム ver.2については1名が腎機能のチェックについて、実施回数の変更が必要であると回答を得た。

また、ケアプログラム ver.2の有用性は、「合併症の予防」、「糖尿病に必要なアセスメント」、「必要なケアの実施」、「効率性」、「指導の効果」、「情報交換の活用」、「ケアの評価」の項目について5名が「とても思う」、「やや思う」と回答した。それに対して、「他職種との連携」、「ケア会議での活用」、「事業所への活用」、「記録時間の短縮」の項目では半数以上が「あまりそう思わない」と回答が得られた。

今回、ケアプログラム ver.1を精練しケアプログラム ver.2を作成した結果、訪問看護における高齢糖尿病患者に必要なアセスメント、ケア内容が網羅されていることが示唆された。しかし、介入事例が少なく、しかも介入期間が短期間であったことから、その有用性についてさらに検討する必要がある。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計1件)

細川 満子、訪問看護師は利用者が望む生活を実現する”要”となる、コミュニティケア、査読無、Vol.15、No.11、pp.33-37、2013

〔学会発表〕(計2件)

細川 満子、富田 恵、井澤 美樹子、高齢者訪問看護における糖尿病ケアプログラムの開発、日本糖尿病教育・看護学会学術集会、2011年、9月24日、東京都

細川 満子、其田 貴美枝、在宅高齢者の糖尿病看護の実態と課題-訪問看護の視点から-、第1回日本在宅看護学会学術集会、2011年12月11日、東京都

6. 研究組織

(1) 研究代表者

細川 満子 (HOSOKAWA, Mitsuko)
青森県立保健大学・健康科学部・教授
研究者番号：20315542

(2) 研究分担者

富田 恵 (TOMITA, Megumi)
弘前医療福祉大学・保健学部・講師
研究者番号：10325912

戸沼 由紀 (TONUMA, Yuki)
青森県立保健大学・健康科学部・助教
研究者番号：70531094

松尾 泉 (MATSUO, Izumi)
青森県立保健大学・健康科学部・講師
研究者番号：60550829

笹森 佳子 (SASAMORI, Yoshiko)

青森県立保健大学・健康科学部・助手
研究者番号：90723015

井澤 美樹子
青森県立保健大学・健康科学部・講師
研究者番号：20315550