

糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための 訪問看護師の継続教育プログラムにおける構成要素

内 海 香 子 (自治医科大学看護学部)

本研究の目的は、訪問看護師の学習ニーズにもとづき、糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の継続教育プログラムにおける構成要素を明らかにすることである。以下の3段階を経て結果を抽出した。1) A県内訪問看護ステーション看護師を対象にした質問票調査を実施し、学習ニーズを把握した。2) 学習ニーズをもとに、文献検討をふまえて看護専門家会議により構成要素案を抽出した。3) 多職種専門家会議により補足・洗練を行った。抽出された構成要素は、《在宅における糖尿病セルフケア支援の考え方》、《利用者のセルフケアの経時的変化》、《在宅ならではのセルフケアの実態把握》、《安全な在宅生活継続のための支援》、《利用者の生活と折り合いのついたセルフケアへの支援》、《利用者の活気や意欲を高める支援》、《家族への支援》、《多職種との連携》、《専門家の知識・サポートの活用》の9項目であった。これらの構成要素は、訪問看護師の学習ニーズにもとづいており、訪問看護師が困難とする糖尿病をもつ利用者のアセスメント、利用者・家族への具体的な援助技術を多く含む実践的な内容であり、訪問看護の特性をふまえた有用な構成要素であると考えられた。

KEY WORDS : home visiting nursing, diabetes, continuous education program, self care

I. 緒 言

訪問看護利用者（以下、利用者と略す）の主傷病の6.9%は糖尿病である¹⁾が、訪問看護利用者に最も多い主傷病名は循環器疾患であるため、リスクファクターである糖尿病を併存疾患に有する利用者は多い。さらに、2007年度の国民健康・栄養調査結果では、糖尿病、糖尿病予備軍が増加傾向にあることが指摘されており²⁾、訪問看護において糖尿病をもつ利用者の増加が予測される。

在宅医療の推進に伴い、在院日数が短縮化され、十分にセルフケアを習得できないまま退院する糖尿病患者も多く、訪問看護師が果たす役割は大きい。しかし、近年の糖尿病の治療では、多種のインスリンデバイス、血糖自己測定器が存在するが、訪問看護師は医療の最新情報の入手が困難であるため、利用者のセルフケアを十分支援することが難しい。さらに、糖尿病をもつ利用者の訪問看護指示書の主傷病は、糖尿病以外であることが多く、利用者・家族共に、糖尿病のセルフケアへの関心があいまいな場合が多く、支援が難しい。

川上他³⁾は、「県看護協会が行う訪問看護師養成プログラムに加えて、在宅で継続される医療処置を含めた高

度な看護ケアの提供ができる人材の育成を目指した継続教育プログラムの必要性」を説いている。また、訪問看護は利用者の生活の場において支援するため、個々の利用者の生活に適した個別性の高いかわりが可能であり、質の高い看護が期待できる。以上のことから、訪問看護師が糖尿病看護の知識・技術を習得するための継続教育の機会とその内容の充実が必要である。

訪問看護における糖尿病看護に関する研究について、1999年から2009年7月までのわが国の研究を概観すると、研究論文は、一人暮らしの高齢糖尿病患者への訪問看護の事例研究⁴⁾、糖尿病医療・ケアの質指標に関する研究⁵⁾、インスリン注射を行う高齢者の在宅療養を支える援助に関する研究⁶⁾の3件のみであった。同様に看護師を対象とした糖尿病看護に関する研修についても検索したが、研究論文は、糖尿病看護における実践能力評価指標を開発した研究⁷⁾のみであった。

北米では、糖尿病患者の医療の質向上のために、在宅ケアにおいても、National StandardやAssociation of America Diabetes Educatorにより提示された糖尿病ケアのガイドラインが活用されている⁸⁾。1990年代後半から、在宅看護機関を対象にした糖尿病看護教育プログラムが開発され⁹⁾、訪問看護師の糖尿病ケアの向上に効果的であることが報告されている¹⁰⁾。また、在宅医療における質評価基準として、Assessing Care of Vulnerable Elders

(ACOVE) が提示されている¹¹⁾。

わが国では、正木他⁵⁾が、訪問看護における糖尿病ケアの質評価指標を明らかにした。しかし、まだ十分に普及しておらず、かつ、質評価指標に到達するための具体的な教育内容も明らかにされていない。加えて、日本は諸外国に比べ訪問看護の歴史が浅く、また訪問看護事情が異なるため、日本独自の訪問看護における糖尿病看護の教育を開発していく必要があると考える。

以上より、訪問看護の特性に焦点をあてた糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するために必要な知識や技術を明らかにする研究が重要であると考えた。一方、わが国の訪問看護師は、医療施設での看護経験を有する者が多く、必要とされる知識や技術レベルが多様である。このことから研修内容を考えるにあたり、まず訪問看護師の糖尿病看護の学習ニーズを明らかにする必要がある。よって、本研究の目的は、訪問看護師の学習ニーズにもとづき、糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援するための訪問看護師の継続教育プログラムにおける構成要素（以下、構成要素と略す）を明らかにすることとした。

II. 用語の定義

セルフケア：利用者が、家族や周囲の力も活用しながら、糖尿病や他の疾病の療養、健康のために行う活動。

学習ニーズ：訪問看護師の看護上の困難や教育希望内容。

構成要素：訪問看護師を対象とする糖尿病看護の継続教育プログラムにおいて必要不可欠な内容。

III. 研究方法

本研究は、以下の3段階を経て構成要素の抽出を行った（図1）。

1. 第1段階：訪問看護師の学習ニーズの選定

訪問看護師の学習ニーズを把握するために、筆者らが作成した質問票を用いて、A県内の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象に、郵送法による調査を行った。質問票は、先行研究¹²⁾の結果をもとに作成し、訪問看護で行われる糖尿病をもつ利用者のセルフケアを支援するための看護51項目（表2参照）について、看護上の困難と教育希望の有無を問うた。また、質問項目以外の学習ニーズについて自由記載欄を設けた。

困難は“ある”、“少しある”、“あまりない”、“ない”の4段階リッカートスケールで、教育希望は“あり”、“なし”の二者択一で回答を求めた。困難は、“ある”、“少しある”を“困難あり”とし、“ない”、“あまりない”

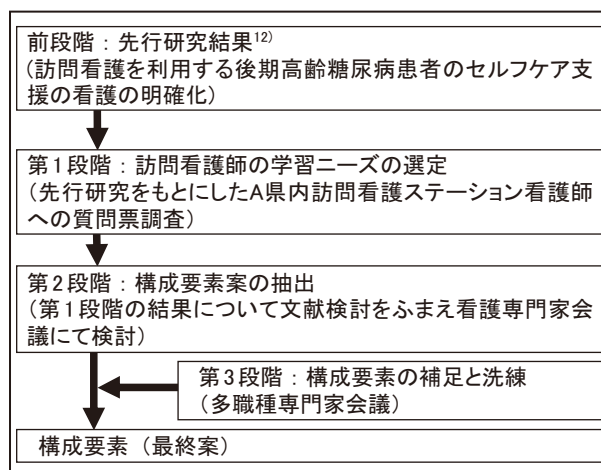


図1 研究枠組み（構成要素抽出の過程）

い”を“困難なし”として集計した。また、訪問看護師歴による学習ニーズの違いを明確にするために、訪問看護師経験年数12ヶ月未満と以上、24ヶ月未満と以上というように中央値より少ない年数毎に単年で区切り、2群で集計し、有意水準を5%未満とし、統計パッケージSPSS15.0J for Windowsを用い、フィッシャーの直接法にて検定した。また、自由記載の回答は、質的帰納的分析を行い、カテゴリー化した。

これらから、“困難あり”が60%以上みられる項目、“教育希望あり”が60%以上みられる項目、訪問看護師歴により有意差のみられる項目を学習ニーズとして選定した。また、自由記載の分析結果から抽出されたカテゴリーを学習ニーズとした。

2. 第2段階：構成要素案の抽出

第1段階の結果は、文献検討をふまえながら看護専門家会議にて、下記の手順で構成要素案を抽出した。看護専門家会議のメンバーは、経験豊富な糖尿病看護の教育・研究者、在宅看護学の教育・研究者、糖尿病看護認定看護師、訪問看護ステーションの管理者で構成した。

- 1) 第1段階で、学習ニーズとして選定された質問項目について、項目間の見直しを行い、整理し、「構成要素の具体項目」を抽出した。
- 2) 抽出した具体項目を文献検討にもとづき、看護専門家会議で検討し、具体項目の補足と修正を行った。
- 3) 具体項目は類似性に従い分類し、「構成要素案」の抽出を行った。
- 4) 分析は、看護専門家会議で検討し、真実性を確保した。

3. 第3段階：多職種専門家会議による構成要素の補足・洗練

最終段階は、A県内の地域医療で活躍している糖尿病

専門の医師、および糖尿病患者支援経験を有する薬剤師、栄養士、理学療法士、ヘルパー、ケアマネージャー、訪問看護認定看護師各1名と、他県の糖尿病看護認定看護師1名に、第2段階の看護専門家会議のメンバーを加えた13名からなる多職種専門家会議を行った。会議での意見は質的帰納的分析により集約し、それをもとにさらなる構成要素の補足・洗練を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査委員会の承認を得た。第1段階の調査では、A県内の108ヶ所の訪問看護ステーションの管理者に対し、研究の趣旨と倫理的配慮を文書にて説明し、承諾の得られた55施設に質問票を郵送した。さらに、個々の研究参加者には質問票と共に、研究の趣旨、研究参加は自由意思であり、参加を辞退しても不利益を被ることはないこと、無記名でありプライバシーが保護されること、質問票の返送をもって同意を得たとすることを説明した文書を同封した。また、第3段階の多職種専門家会議への参加者に対しては、研究の趣旨、会議への参加は自由意思で、参加を拒否しても不利益は被らないこと、プライバシーの保護について、文書及び口頭で説明し、会議への参加をもって同意を得たと判断した。また、会議開始前に、参加者全員から、口頭による会議の録音の許可を得た。

IV. 結 果

1. 第1段階：訪問看護師の学習ニーズの選定

1) 対象者の概要 (表1)

研究参加に承諾の得られた訪問看護ステーション55施設、計191人に質問票を発送し、126人から回答を得た(回収率65.9%)。対象者の看護経験年数は14～540ヶ月(中央値202ヶ月)、訪問看護の経験年数は2～216ヶ月(中央値65ヶ月)であった。

2) 糖尿病をもつ利用者・家族への看護上の困難と教育希望 (表2)

“困難あり”が60%以上を占めた質問項目は27、“教育希望あり”が60%以上を占めた質問項目は12であった。

また、訪問看護師経験年数を用いて、中央値より短い月数を年単位で2群に分け、すべての2群間で学習ニーズの有意差を検定した結果、訪問看護師経験年数による学習ニーズの違いにおいて、24ヶ月未満(n=27)と以上(n=99)で、有意差のみられた項目数が最も多く、看護上の困難で有意差のみられた質問項目は2つ、教育希望に有意差のみられた質問項目は6つで、困難とする割合、教育希望が有る割合は、いずれも訪問看護師経験年数24ヶ月未満(n=27)の方が高かった。

表1 対象者の概要

(n=126)

項 目		人数 (%)
年 齢	20～30歳	6 (4.8)
	31～40歳	45 (35.7)
	41～50歳	48 (38.1)
	51～60歳	25 (19.8)
	61歳以上	2 (1.6)
訪問看護ステーション設置主体	地方公共団体	15 (11.9)
	医療法人	43 (34.1)
	社会福祉法人	3 (2.4)
	医師会	10 (7.9)
	看護協会	18 (14.3)
	公的・社会保険関係団体	3 (2.4)
	その他	28 (22.2)
雇用形態	常勤	92 (73.0)
	非常勤	33 (26.1)
	無回答	1 (0.8)
糖尿病看護に関する研修経験	あり	31 (24.6)
	なし	89 (70.6)
	無回答	6 (4.8)
訪問看護開始前の糖尿病看護の経験	あり	100 (79.4)
	なし	26 (20.6)

3) 質問項目以外に訪問看護で糖尿病をもつ利用者・家族への看護上の困難と教育希望 (自由記載における学習ニーズ) (表3)

質問項目以外の困難については44人から回答があり、【限られた時間での利用者の身体状況、療養状況、生活状況の査定と自己管理支援は不十分であること】など、教育希望については16人から回答があり、【利用者に適した在宅での効果的な指導方法】など、計18のカテゴリーが抽出された。なお、カテゴリーは【 】で記した。

以上、第1段階で把握された学習ニーズは、質問項目から重複を除いた31の項目と自由記載から18カテゴリーが選定された。

2. 第2段階：構成要素案の抽出 (表4下線無部)

看護専門家会議により、第1段階で選定された学習ニーズをもとに構成要素案を抽出した。(以下、質問項目を『 』、構成要素の具体項目を〈 〉、構成要素を《 》で記す。また、アンダーラインは根拠を示す。

『利用者と家族が行う食事療法の実際を把握し、他者の援助が必要な部分と利用者が行える部分を査定する』と、『食事療法が十分行えない原因を把握する』は、食事療法の実施の査定に関連する内容であり、〈食事療法での困難と利用者が実施可能な部分の査定〉と1つに整理した。また、利用者の身体状況、生活状況についての情報交換に関する質問項目は5職種に分かれていたが、多職種で一括し、〈多職種との利用者の身体状況、生活

表2 糖尿病をもつ利用者・家族への看護上の困難と教育希望

質 問 項 目	看護上の困難		教育希望	
	あり群人 (%)	訪問看護師 歴2群差※	あり群人 (%)	訪問看護師 歴2群差※
<糖尿病のセルフケア及び血糖コントロール>				
○利用者の糖尿病の病歴、病状、血糖を把握する	72 (57.1)	.007	62 (49.2)	.109
1●利用者の生活から低血糖、高血糖の原因を把握する	87 (69.0)	.010	61 (48.4)	.174
2●利用者や家族が生活を振り返り、食生活や活動の工夫を行えるように支援する	102 (81.0)	1.219	82 (65.1)	.474
3●利用者や家族の血糖コントロールへの関心を高め自己管理意欲の向上をはかる	111 (88.1)	.663	93 (73.8)	1.798
4●利用者や家族の自己管理に取り組む思いを把握し、自己管理の目標を一緒に見つける	104 (82.5)	.027	86 (68.3)	.035
○利用者と家族が行う自己血糖測定の実際を把握し、援助が必要な部分と利用者が行える部分を査定する	57 (45.2)	.177	58 (46.0)	.019
○自己血糖測定が正しくできない原因を把握する	54 (42.9)	.344	50 (39.7)	.221
○利用者や家族の自己血糖測定の手技習得を支援する	59 (46.8)	1.887	52 (41.3)	.800
5●自己血糖測定の結果を血糖コントロールを良好とするための生活改善に活用する	89 (70.6)	1.123	79 (62.7)	1.223
<食事療法>				
6●利用者と家族が行う食事療法の実際を把握し、他者の援助が必要な部分と利用者が行える部分を査定する	100 (79.4)	.711	81 (64.3)	.051
7●食事療法が十分行えない原因を把握する	94 (74.6)	.183	74 (58.7)	.001
8●利用者の思いや楽しみと折り合いをつけて、良好な血糖コントロールを維持できるような食事・間食の工夫を一緒に考える	105 (83.3)	.036	92 (73.0)	.005
9●利用者が実行しやすい方法で食事指導を行う	109 (86.5)	1.090	104 (82.5)	.018
10●食事療法で利用者が実施できない部分を家族やヘルパーに補完してもらえるよう支援する	87 (69.0)	1.768	73 (57.9)	.459
<薬物療法>				
○利用者と家族が行う内服薬の管理の実際を把握し、援助が必要な部分と利用者が行える部分を査定する	58 (46.0)	.035	55 (43.7)	.261
○医師の指示通り内服薬の管理が十分行えない原因を把握する	64 (50.8)	.312	51 (40.5)	.009
○医師の指示通り内服薬の管理を行なえるように支援する	69 (54.8)	.281	53 (42.1)	.374
○利用者のインスリン注射の受け入れ状態を把握する	61 (48.4)	.048	54 (42.9)	.720
○利用者と家族が行うインスリン注射の実際を把握し、他者の援助が必要な部分と利用者が行える部分を査定する	59 (46.8)	.876	48 (38.1)	1.331
○医師の指示通りインスリン注射が実施できない原因を把握する	58 (46.0)	1.067	50 (39.7)	1.940
○利用者や家族のインスリン注射の手技習得を支援する	65 (51.6)	.232	53 (42.1)	.036
○インスリン注射手技で利用者ができない部分を家族やヘルパーに補完してもらえるように支援する	72 (57.1)	.401	52 (41.3)	2.954
11●訪問時以外でもインスリン注射実施の有無を確認できる方法を考える	83 (65.9)	2.095	63 (50.0)	7.022**
12●食べ物や活動量と血糖値の関係から内服薬やインスリン製剤の種類や量が利用者にとって適切かを判断する	99 (78.6)	.817	94 (74.6)	1.361
13●利用者や家族に個々に適した低血糖の予防や対処方法をアドバイスする	76 (60.3)	.584	75 (59.5)	1.670
<運動療法>				
14●利用者の運動や活動の実際を把握する	78 (61.9)	1.806	69 (54.8)	.150
15●利用者の日常生活に無理なく運動や活動を取り入れる	104 (82.5)	.027	84 (66.7)	.491
<家族>				
○家族介護者の介護負担や介護力を査定する	61 (48.4)	.009	48 (38.1)	.697
○利用者を含めた家族全体の援助のニーズを査定する	74 (58.7)	.445	53 (42.1)	.711
○家族の心配や介護への思いを聴く	47 (37.3)	.271	46 (36.5)	.295
16●家族介護者が介護により体調不良とならないように支援する	64 (50.8)	2.355	48 (38.1)	5.005**

●：学習ニーズとして選定された項目（“困難あり”または“教育希望あり”が60%以上、または訪問看護師経験年数24ヶ月未満と以上で有意差がみられた項目）

※：訪問看護師歴24ヶ月未満と以上の2群間でフィッシャーの直接法による検定実施の意味

**：p<0.05

表2 (つづき)

質 問 項 目	看護上の困難		教育希望	
	あり群人 (%)	訪問看護師 歴2群差※	あり群人 (%)	訪問看護師 歴2群差※
<他職種との連携>				
○チームで連携をはかる	73 (57.9)	.063	53 (42.1)	2.923
○利用者が必要なサービスを活用できるようケアマネジャーと連携をもつ	46 (36.5)	.259	38 (30.2)	1.864
17●利用者と家族が自己管理を滞りなく行なえるようにヘルパーと連携する	62 (49.2)	1.406	41 (32.5)	9.356**
18●ケアマネジャーと利用者の身体状況、生活状況について情報交換をする	35 (27.8)	.567	32 (25.4)	4.183**
19●医師と利用者の身体状況、生活状況について情報交換をする	77 (61.1)	5.100**	56 (44.4)	3.297
20●ヘルパーと利用者の身体状況、生活状況について情報交換をする	59 (46.8)	1.152	40 (31.7)	3.929**
21●栄養師や薬剤師などの他職種と利用者の身体状況、生活状況について情報交換をする	86 (68.3)	.280	60 (47.6)	1.324
22●事前に利用者に最適な血糖コントロール値と血糖値に応じて調整可能なインスリン量を医師と調整する	78 (61.8)	3.414**	65 (51.6)	1.047
23●医師に利用者の血糖コントロール状況や生活状況を伝え薬物の種類や量を調整してもらう	82 (65.1)	3.148	67 (53.2)	1.101
<看護師－利用者関係>				
○個別性を尊重して利用者と信頼関係を形成する	66 (52.4)	.577	52 (41.3)	.023
<生活全般>				
○利用者の身体状況、生活状況を把握する	52 (41.3)	.168	45 (35.7)	.265
24●限られた訪問時間の中での確にニーズを把握する	88 (69.8)	1.508	66 (52.4)	2.397
25●利用者の社会性や活動性を高める	98 (77.8)	.518	69 (54.8)	4.197**
○体調に応じて、必要であれば医療機関につなげる	52 (41.3)	2.371	48 (38.1)	1.198
26●利用者の食事や生活リズムを整える	107 (84.9)	.471	74 (58.7)	.414
27●利用者の安全確保のために異常や安否を把握する体制を作る	80 (63.5)	3.380	61 (48.4)	3.151
28●在宅での生活が継続可能であるか査定する	78 (61.9)	.003	66 (52.4)	2.306
<専門職としての自己研鑽>				
29●他職種や専門家の知識やサポートを活用する	92 (73.0)	.232	95 (75.4)	2.430
30●専門職として学習を深める	93 (73.8)	.044	107 (84.9)	.012
31●常に新しい知識や情報を得る	98 (77.8)	.033	109 (86.5)	.233

●：学習ニーズとして選定された項目（「困難あり」または「教育希望あり」が60%以上、または訪問看護師経験年数24ヶ月未満と以上で有意差がみられた項目）

※：訪問看護師歴24ヶ月未満と以上の2群間でフィッシャーの直接法による検定実施の意味 **: p<0.05

状況に関する情報交換」と1つに整理した。

『事前に利用者に最適な血糖コントロール値と血糖値に応じて調整可能なインスリン量を医師と調整する』と『医師に利用者の血糖コントロール状況や生活状況を伝え薬物の種類や量を調整してもらう』は、利用者の薬物療法に関して医師と連携する内容であり、〈内服薬、インスリンの種類・量に関する医師との調整〉と1つに整理した。

また、訪問看護では、ヘルパー以外の多職種とも協働することから、『利用者と家族が自己管理を滞りなく行えるようにヘルパーと連携する』は、〈利用者の生活支援（食事療法、薬物療法、安全確保）に関する具体的な多職種との連携〉とした。

『自己血糖測定の結果を血糖コントロールを良好とするための生活改善に活用する』は〈血糖自己測定の結果

を活用し、食生活や活動の工夫を行えるように支援する技術〉という具体項目とした。

さらに、ここまでに抽出された構成要素は、自由記載から抽出された学習ニーズとの比較検討を行い、〈認知症のある利用者へのセルフケアの支援〉、〈独居利用者への食事・インスリン支援体制〉を追加した。

加えて、『専門職として学習を深める』、『常に新しい知識や情報を得る』は、自由記載のカテゴリー【糖尿病の最新の治療方法】を考慮し、〈糖尿病の治療・看護に関する最新知識の自己研鑽の方法〉とした。

また、質問票調査では困難率40～50%、教育希望率約40%であったが、在院日数の短縮化の動き等を考慮し、糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する際に、内服薬、インスリン自己注射、血糖自己測定への支援は訪問看護において不可欠と考え、〈インスリン注

表3 自由記載欄における学習ニーズ

項目	カテゴリー
看護上の困難	【入院療養から在宅療養へのスムーズな移行ができない】 【限られた時間での利用者の身体状況、療養状況、生活状況の査定と自己管理支援では不十分であること】 【独居または家族のサポート力が不十分な利用者への支援方法】 【自己管理意欲や能力に乏しい利用者への支援方法】 【利用者の意欲や活動性を高めること】 【寝たきりや麻痺のある利用者の運動療法の実施】 【その人に適した食事療法への支援方法】 【フットケア・清潔ケアの必要性を理解してもらうこと】 【医師との連携や専門家の活用が難しいこと】 【食事・薬物療法に関する知識や情報が不十分となり易いこと】 【利用者の経済的な問題への対応】
教育希望	【利用者に適した在宅での効果的な指導方法】 【生活調整の工夫のための情報の活用方法】 【短時間でできるアセスメント】 【糖尿病とその療養法に関する基礎知識】 【糖尿病の最新の治療方法】
両方	【認知症のある利用者への対応と自己管理の支援】

射での困難と利用者が実施可能な部分の査定)、「内服薬管理への支援」、「血糖自己測定、インスリン注射への支援」を新たに加えた。ここまでの段階で、計27の具体項目が抽出された。

さらに、文献をもとに検討した結果、訪問看護では、利用者の主傷病名が糖尿病以外の場合が多く、利用者・家族の糖尿病への関心が低い場合も多い¹²⁾ことから、訪問看護における糖尿病患者の支援の特徴^{4) 6) 13)}の理解が必要と考え、「利用者の糖尿病のセルフケアについての考え方」、「セルフケアの経時的変化」、「利用者と看護師の信頼関係の深化」を補足した。

また、急性合併症の早期発見が不可欠である⁵⁾ことから、利用者と家族が安全に在宅での生活ができるように、「高血糖昏睡、低血糖昏睡の危険性の査定」、「高血糖昏睡の予防」を補足した。また、視覚障害をもつ高齢糖尿病患者の訪問事例の報告^{4) 6)}が散見され、対応の工夫が必要であることから、「視覚障害のある利用者へのセルフケアの支援」を補足した。さらに糖尿病の合併症である足病変の予防と管理の知識が必要^{14) 15)}であるため、「フットケアの知識と技術」を補足、高血糖状態では歯周炎が拡大することや、歯の自浄性が低下する¹⁶⁾ため口腔ケアが大切となることから「口腔ケアと糖尿病コントロールの関連」を補足した。この段階までで、具体項目35が抽出された。これらを類似性に従って分類した結果、9の構成要素が抽出された。

3. 第3段階：多職種専門家会議による構成要素の洗練 (表4 イタリアック波下線部)

多職種専門家会議では、約3時間の意見交換が行わ

れ、14の意見に集約された。これらについて、訪問看護に特化した糖尿病看護の構成要素としての必要性や妥当性を検討し、構成要素の修正と補足を行い、洗練した。以下、専門家会議での意見を「」で記す。

「利用者にかかわるチームで、在宅での糖尿病管理の目標共有が必要」に対しては、具体項目〈利用者の糖尿病コントロール目標についての考え方〉、「利用者にかかわるチームでの目標共有の重要性」を補足した。また、「利用者の身体状況がわかるように、訪問看護師から家族に説明が必要」に対しては、「家族への支援」に具体項目〈利用者の身体状況への理解の促進〉を補足、「病状が不安定な利用者への運動療法の考え方と方法の知識が必要」に対しては、具体項目〈病状が不安定な利用者に対する運動療法の考え方と方法〉を補足、「各職種(専門家)の活動を知り、困った時に、各専門家へ相談できる窓口の周知が必要」に対しては、第2段階で抽出された具体項目〈多職種や専門家の知識やサポートを活用する〉をより具体化し〈各職種(専門家)が利用者に行う活動内容〉、「専門家へのアクセスの窓口」と修正した。「糖尿病の基本的な知識のプログラムへの追加の必要性和不要性」については、自由記載の学習ニーズにも、【糖尿病とその療養法に関する基礎知識】がみられたが、訪問看護に特化した糖尿病看護の構成要素とするために補足しなかった。

従って、最終的に、抽出された構成要素は9、具体項目は40となった(表4)。また、訪問看護師歴で有意差がみられた学習ニーズに関連した構成要素は、表4の右欄にマークをつけた。

V. 考 察

本研究は、先行研究¹²⁾の糖尿病看護の経験豊かな訪問看護師から導かれた実践内容にもとづいて質問票を作成し、訪問看護師の学習ニーズ調査を行った。従って、抽出された構成要素は、訪問看護師が困難とする糖尿病をもつ利用者のアセスメント、利用者・家族への具体的な援助技術を多く含む実践的な内容である。

岡谷¹⁷⁾が述べているように、訪問看護師は、単なる糖尿病や治療に関する知識の伝達ではなく、それらの知識や技術を利用者と家族の状況に適用し、次の訪問までの変化を的確に予測し、糖尿病をもつ利用者と家族が安心して、安全に生活できるための支援をする必要がある。本研究では、そういった非訪問時間があることや、単独訪問が多く他者と相談しながらケアが行えない状況があるという訪問看護の特徴と訪問看護師の学習ニーズが反映された構成要素であると考えられる。

表4 訪問看護師を対象とした糖尿病をもつ利用者のセルフケアを支援するための継続教育プログラムにおける構成要素の最終案

《構成要素》	《具体項目》	学習ニーズの差
《在宅における糖尿病セルフケア支援の考え方》	《 <u>利用者の糖尿病コントロール目標についての考え方</u> 》 《利用者の糖尿病のセルフケアについての考え方》	
《利用者のセルフケアの経時的変化》	《セルフケアの経時的変化》 《利用者と看護師の信頼関係の深化》	
《在宅ならではのセルフケアの実態把握》	《限られた訪問時間での的確なニーズの把握方法》 《食事療法での困難と利用者が実施可能な部分の査定》 《利用者の運動や活動の実態を把握する技術》 《インスリン注射での困難と利用者が実施可能な部分の査定》 《非訪問時の薬物（インスリン注射、経口血糖降下剤）実施確認》 《低血糖、高血糖の原因の把握》 《高血糖昏睡、低血糖昏睡の危険性の査定》 《訪問時の血糖値やグリコヘモグロビン値からの利用者の生活、食事、薬物の適切さの査定》 《在宅生活の継続可能性の査定》	◎
《安全な在宅生活継続のための支援》	《利用者に適した食事や生活リズムを整える技術》 《利用者や家族に適した低血糖の予防と対処方法》 《高血糖昏睡の予防》 《内服薬管理への支援》 《血糖自己測定、インスリン注射への支援》 《認知症のある利用者へのセルフケアの支援》 《視覚障害のある利用者へのセルフケアの支援》 《フットケアの知識・技術》 《口腔ケアと糖尿病コントロールの関連》	
《利用者の生活と折り合いのついたセルフケアへの支援》	《利用者の思いや楽しみと折り合いをつけ、良好な血糖コントロールを維持できるように食事・間食の工夫を一緒に考える技術》 《利用者が実行しやすい食事指導の方法》 《利用者の日常生活に無理なく運動や活動を取り入れる技術》 《 <u>病状が不安定な利用者に対する運動療法の考え方と方法</u> 》 《血糖自己測定の結果を活用し、食生活や活動の工夫を行えるように支援する技術》	
《利用者の活気や意欲を高める支援》	《利用者の社会性や活動性を高める援助技術》 《血糖コントロールへの関心を高め、自己管理意欲の向上をはかる技術》 《利用者のセルフケアに取り組む思いを把握し、利用者の自己管理の目標を一緒に見つける技術》	◎
《家族への支援》	《介護者の健康維持への支援》 《 <u>利用者の身体状況への理解の促進</u> 》	◎
《多職種との連携》	《 <u>利用者にかかわるチームでの目標共有の重要性</u> 》 《多職種との利用者の身体状況、生活状況に関する情報交換》 《内服薬、インスリンの種類・量に関する医師との調整》 《利用者の生活支援（食事療法、薬物療法、安全確保）に関する具体的な多職種との連携》 《独居利用者への食事・インスリン支援体制》	◎ ◎ ◎
《専門家の知識・サポートの活用》	《糖尿病の治療・看護に関する最新知識の自己研鑽の方法》 《 <u>各職種（専門家）が利用者に行う活動内容</u> 》 《 <u>専門家へのアクセスの窓口</u> 》	

注 下線無部：第2段階での抽出内容、イタリック波下線部：第3段階での追加・変更内容

◎：訪問看護師歴24ヶ月未満と以上で学習ニーズに有意差がある項目

以下、抽出された構成要素について、糖尿病をもつ利用者・家族のセルフケアを支援する上で、訪問看護の特性を踏まえた有用性を考察する。

《在宅における糖尿病セルフケア支援の考え方》は、利用者・家族の価値観や考え方を尊重した在宅での糖尿病管理の目標や支援の理解を助ける構成要素である。

医療的管理を重視する病院医療とは違い、在宅医療は生活を支える医療である。そのため、厳密な医療管理ではなく、生活の中に医療を取り入れ、生活の質を落とさず長期的にセルフケアを支える考え方の習得が重要である。

《利用者のセルフケアの経時的変化》は、訪問看護

師が信頼関係の深化と共に、利用者の身体的不調を緩和し、徐々にセルフケアへの関心を高め、利用者・家族がセルフケアを行えるように働きかける過程である。本構成要素は、糖尿病をもつ利用者への訪問看護事例^{4) 6) 13)}に共通した看護である。よって本構成要素の理解は、訪問看護における糖尿病のセルフケア支援のイメージ化につながると考える。

《在宅ならではのセルフケアの実態把握》は、食事療法、インスリン療法など利用者・家族が行うセルフケアを限られた訪問時間で把握し、適確なアセスメントを行うための構成要素である。訪問看護は限られた訪問時間ではあるが、利用者の生活の場に入るからこそ見えるものがある。本構成要素はそういった特性を生かした利用者の生活やセルフケアを把握するための視点を明確にするためのものである。これにより、限られた時間であっても効率的なセルフケアの実態やニーズの把握に役立つと考える。

また、訪問看護では非訪問時間を含めて、セルフケアを査定し、利用者と家族の安全性を確保する能力が必要となる。従って、〈低血糖、高血糖の原因の把握〉、〈高血糖昏睡、低血糖昏睡の危険性の査定〉、〈訪問時の血糖値やグリコヘモグロビン値からの利用者の生活、食事、薬物の適切さの査定〉により、次の訪問までの血糖の変化を予測する技術の習得につながると考える。

《安全な在宅生活継続のための支援》は、利用者・家族の在宅生活の基盤を支えるための構成要素である。そのうち〈利用者に適した食事や生活リズムを整える技術〉、〈内服薬管理への支援〉、〈血糖自己測定、インスリン注射への支援〉は、利用者の在宅生活の安全性の確保と継続に欠かせない支援である。

さらに、糖尿病をもちながら安全に生活するためには、低・高血糖昏睡などの急性合併症の予防が必要となる。訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況には、インスリンやSU薬の投与量の調整が難しく低血糖をおこしやすい、低血糖症状に気づきにくいなどがある¹²⁾。糖尿病をもつ利用者・家族が、安全に安心して生活するためには、低・高血糖昏睡を予防できるよう訪問看護師が血糖コントロールや体調管理のための支援を行うことが求められる。本構成要素にはこれらの具体項目が盛り込まれている。

加えて、認知症や視覚障害のある利用者に対しては、利用者のできないことを補完する支援が必要となる。内海他¹⁸⁾は、「インスリンを使用する高齢糖尿病患者に対して、主体性を発揮しながら自分らしく療養生活を過ごせるよう支援することが重要」と述べている。〈認知症

のある利用者へのセルフケアの支援〉、〈視覚障害のある利用者へのセルフケアの支援〉の際にも、セルフケアを全て代行するのではなく、利用者・家族の持つ力を活かした支援を考えることが重要である。

また、糖尿病をもつ利用者では、小さな傷から壊疽などの重い病変に進行する危険性があり、時期を逃さずに処置や指導を行うことが大切である¹⁵⁾。加えて、糖尿病をもつ利用者は、高血糖により歯周病を起こしやすい、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となる¹⁹⁾。これらのことから、〈フットケアの知識・技術〉、〈口腔ケアと糖尿病コントロールの関連〉は、予防的ケアの強化において重要である。

《利用者の生活と折り合いのついたセルフケアへの支援》は、利用者がセルフケアを継続し、住み慣れた家で満足して生活することを支援するための構成要素である。生活の場から支援する訪問看護師の力量の発揮が期待される内容であり、利用者のQuality of Life（以下、QOLと略す）を高めることができる。

利用者の中には、高齢、ADLの低下、失明により、食えることしか楽しみがない者もあり、食事療法へのかかわりが非常に難しい。谷崎²⁰⁾が、「訪問看護師が病状をよくしたい、合併症を予防したいと思うばかりに、「管理」しようとする」とすればするほど、利用者の気持ちが遠のき、離れていく」と述べている。つまり、訪問看護では、教科書通りの指導は通用しないということである。このことから、訪問看護師が〈利用者の思いや楽しみと折り合いをつけ、良好な血糖コントロールを維持できるように食事・間食の工夫を一緒に考える技術〉、利用者・家族の生活に適した〈利用者が実行しやすい食事指導の方法〉、〈利用者の日常生活に無理なく運動や活動を取り入れる技術〉、〈病状が不安定な利用者に対する運動療法の考え方と方法〉を習得することは重要課題である。さらに、訪問看護の利用者の中には、嚥下障害等を有している場合も少なくない。全人的アセスメントのもと、利用者の糖尿病以外の身体状況を把握し、かつ利用者の楽しみが損なわれないように食事への支援を行う必要があることは言うまでもない。

《利用者の活気や意欲を高める支援》は、利用者の希望や目標につながるものを生活の場から見出しやすいという訪問看護の特性を活用し、利用者の意欲を引き出すための構成要素である。高齢者では医療者の評価により、自尊心の向上ひいてはQOLの向上につながる可能性がある²¹⁾。本構成要素は、訪問看護師が意図的に利用者のセルフケアの努力や目標を認める支援といった、慢性病看護学が培ってきた行動変容アプローチを用いた

めのものであり、利用者の活気や意欲を高め、QOLの向上ならびに長期継続の可能性を高める。

《家族への支援》は、利用者本人のみならず家族をも含めて支援の対象としなければ成り立たない訪問看護ゆえに必要な構成要素である。特に生活習慣病である糖尿病は、日常の生活に治療法を組み込むことが必要であり、家族に対し〈利用者の身体状況への理解の促進〉をはかることで、身近な存在である家族が適切なケア提供者やサポーターになり得る。またそのために家族に生じるストレスや介護負担を軽減するなどの〈介護者の健康維持への支援〉は、利用者と家族が住みなれた家での生活の継続につながる。

《多職種との連携》は、在宅での糖尿病管理において、多職種が利用者を支援することから、効果的な連携を行うために有用な構成要素である。看護師とヘルパーがチームを組んで協働することにより在宅での糖尿病管理が向上すること²²⁾や、利用者の不安定なセルフケアを補完できること⁶⁾が報告されている。特に、セルフケアが難しい状況で一人暮らしをしている利用者では、安否確認や生活を支える支援体制が在宅生活の継続の鍵となる。〈独居利用者への食事・インスリン支援体制〉により、このような問題の解決が可能になると考える。

また、訪問看護師は、医師よりも患者の情報を多く知り得る立場にある。岩本²³⁾が、「医師からも患者の状況判断が的確にできる訪問看護師の能力が期待されている」と述べているように、医療とケアの両方の知識をもつ訪問看護師が、〈内服薬、インスリンの種類・量に関する医師との調整〉の研修を受けて、医師との調整の際に必要な知識とアセスメント内容を理解することは、医師との円滑な連携の実施に有用と考える。

《専門家の知識・サポートの活用》は、訪問看護師が効率よく、必要な知識や技術をタイムリーに得ることを助ける要素である。糖尿病の治療は日進月歩のため、知識や情報を更新しなくてはならない。牛久保他²⁴⁾や川上他³⁾が訪問看護師の研修ニーズの一つに、最新の情報入手があることを明らかにしているが、糖尿病看護においても同様である。

また、訪問看護の利用者のケアに必要な知識や情報は多様であり、タイムリーに知識や情報を得るための人的資源として専門家の存在がある。米国では、Diabetes Nurse Educatorのいる在宅看護機関の訪問看護師は、糖尿病に関する知識が多く、よいケアを行えている²⁵⁾ことが報告されている。

こういった専門家の存在、専門家同士のネットワークの有無は、地域により異なるため、地域の実情を加味し

た〈専門家へのアクセスの窓口〉と〈各職種（専門家）が利用者に行う活動内容〉および、それらをふまえた〈糖尿病の治療・看護に関する最新知識の自己研鑽の方法〉を構成要素に盛り込むことで、訪問看護師が、知識や情報の充足や更新を効率的に行う助けになると考える。

加えて、上述した2つの構成要素は、地域や事例により、利用者に関わる職種や利用できる社会資源が異なることを考慮した内容とすることで、より実践的な知識と情報を訪問看護師に提供できると考える。

なお、訪問看護師歴により学習ニーズに有意差がみられた項目については、訪問看護師歴が24ヶ月未満の訪問看護師の方が看護上の困難や教育希望の割合が高かった。このことから、本構成要素を活用した継続教育プログラムを実施する際には、訪問看護師歴の短い参加者に対して、学習ニーズに差がみられた具体項目を重視すると効果的と考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、1県内の訪問看護師の学習ニーズにもとづき考案した構成要素であるという点である。しかし、文献検討をふまえた看護専門家会議と多職種専門家会議により、内容を補足、洗練したことで、構成要素として必要な内容は、網羅できたと考えられ、汎用性があり、意義ある成果と考える。今後の課題は、抽出された構成要素をもとに、訪問看護師を対象とした継続教育プログラムを立案、実施、評価し、さらに構成要素を洗練することである。

謝辞

本研究にご理解とご協力を賜りました訪問看護師の皆様、専門家の皆様に感謝いたします。論文作成にあたり、貴重なご意見やご協力をいただいた前橋赤十字病院 高木あけみ氏、前橋赤十字訪問看護ステーション大屋千代子氏、林昌子氏に感謝いたします。また、質問票の作成、分析にあたりご指導いただきました自治医科大学医学部 公衆衛生学 中村好一教授に感謝いたします。最後に、本論文をご指導いただいた群馬大学医学部保健学科 牛久保美津子教授に深謝いたします。なお、本研究の一部は第15回日本糖尿病教育・看護学会学術集会にて発表した。

引用文献

- 1) 日本訪問看護振興財団：2007(平成19)年度 訪問看護基礎調査報告書、日本訪問看護振興財団、2008.
- 2) 厚生労働省健康局：平成19年国民健康・栄養調査結果の概

- 要, 厚生労働省, 2009-07-24, <http://www.mhlw.go.jp/Bunya/Kenkou/index.html>
- 3) 川上理子, 森下安子, 松木里江, 川森淳子: 訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題, 高知女子大学紀要看護学部編, 54: 27-34, 2005.
 - 4) 富安眞理, 木下幸代: 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-, 聖路加看護学会誌, 9(1): 62-66, 2005.
 - 5) 正木治恵, 山本信子, 山本則子, 石垣和子: 高齢者訪問看護における糖尿病ケアの質評価指標の開発, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 12(2): 136-144, 2008.
 - 6) 森垣こずえ: インスリン注射を行う高齢者の在宅療養を支える介護援助. 訪問看護と介護, 13(7): 584-58, 2008.
 - 7) 瀬戸奈津子: 糖尿病看護における実践能力育成のための評価指標の開発(2), 日本糖尿病教育・学会誌, 11(2): 135-149, 2007.
 - 8) Frable P.J., Wallace D.C., Ellison K.J.: Using Clinical Guidelines in Home Care, Home Healthcare Nurse, 22(7): 462-468, 2004.
 - 9) Jones P.M., Clark L.L.: Developing educational materials for teaching diabetes standards of care to home care nurses, Diabetes Educator, 28(5): 712-728, 2002.
 - 10) Jones P.M.: Quality Improvement Initiative to integrate teaching diabetes standards into home care visits, Diabetes Educator, 28(6): 1009-1020, 2002.
 - 11) Wenger N.S., Shekelle P., Davidoff F., Mulrow C.: Quality Indicators for Assessing Care of Vulnerable Elders, Ann Intern Med, 135(8): 641-667, 2001.
 - 12) 内海香子, 麻生佳愛, 磯見智恵, 大湾明美, 小野幸子, 牛久保美津子, 野口美和子: 訪問看護師がとらえた訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14(1): 30-39, 2010.
 - 13) 當山典子, 小暮史恵, 羽田あさ子, 木内和子: 糖尿病患者への訪問看護, 訪問看護と介護, 4(1): 17-21, 1999.
 - 14) 大倉瑞代: 糖尿病患者のフットケア, 訪問看護と介護, 12(11): 910-915, 2007.
 - 15) 横田邦信, 田嶋尚子: 在宅医療ハンドブック (坪井栄孝監修), 初版, 中外医学社, 2001.
 - 16) 日本糖尿病療養指導士認定機構編: 日本糖尿病療養指導士受験ガイドブック2009, 第1版, メディカルレビュー社, 2009.
 - 17) 岡谷恵子: 訪問看護の人材育成の変遷と課題, 看護研究, 35(1): 57-65, 2002.
 - 18) 内海香子, 清水安子, 黒田久美子: インスリンを使用する高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護援助, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 10(1): 25-35, 2006.
 - 19) 西村英紀: 糖尿病と歯周病-6番目の合併症の予防と治療-, 糖尿病診療マスター, 8(1): 94-96, 2010.
 - 20) 谷崎幸枝: 大らかな, ゆとりをもった看護実践の大切さ, 訪問看護と介護, 12(11): 898-900, 2007.
 - 21) 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.
 - 22) Vetter M.J., Bristow L., Ahrens J.: A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case managers and community health workers, Home Healthcare Nurse, 22(9): 645-658, 2004.
 - 23) 岩本テルヨ: 在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究-訪問看護師の対応に関する医師の意向-, プライマリケア, 26(2): 118-127, 2003.
 - 24) 牛久保美津子, 川村佐和子, 星旦二, 長谷川美津子: 訪問看護婦の看護技術に対する教育ニーズ, 日本公衆衛生雑誌, 42(11): 962-973, 1995.
 - 25) Adams C.E., Cook D.L.: The impact of a diabetes nurse educator on nurses' knowledge of diabetes and nursing interventions in a home care setting, Diabetes Educator, 20(1): 49-53, 1994.

COMPONENTS OF CONTINUOUS EDUCATION PROGRAM FOR HOME VISITING NURSES WHO SUPPORT SELF-CARE OF DIABETICS AND FAMILY

Kyoko Uchiumi
School of Nursing, Jichi Medical University

KEY WORDS :

home visiting nursing, diabetes, continuous education program, self care

The purpose of this study was to clarify the components of the education program of diabetes nursing, which is support to the self-care of person with diabetes and their families, for home visiting nurses. This research method consisted of three steps. At the first, in order to grasp education needs of home visiting nurses, a questionnaire survey was conducted to home visiting nurses in Prefecture A. Secondly, the program components, which are based on the educational needs and literature review, were extracted through the meeting by expert nurses. Finally, the meeting of experts consisted of multi disciplines in community health care was held. As a result, the learning program consisted of ten components including “the idea of the self-care of person with diabetes and their families in the home care”, “time-dependent changes in the self-care of person with diabetes and their families through home-visit nursing care”, “grasping of situation about the self-care of person with diabetes and their families in the home care”, “support to families of the person with diabetes”, “cooperation with other disciplines” and “active use of knowledge and support of experts”, etc. This paper discussed how they contribute to improving the skills of home visiting nurses who support the self-care of persons with diabetes and their families.