

糖尿病患者の教育入院プログラム作成と評価

The Planning and Evaluation of the Diabetic Educational Program for Inpatients

佐野 玉季¹⁾, 島田 昌子¹⁾, 新田 妙子¹⁾, 伊達久美子²⁾

SANO Tamaki, SIMADA Masako, NITTA Takeko, DATE Kumiko

要 旨

糖尿病患者が増加しつつある現在、糖尿病をめぐる医療は、患者自身が食事療法や運動療法等の自己管理ができるように教育することが重要となってきた。筆者らは当病棟で今まで行ってきた糖尿病教育入院患者への指導方法を見直して、一定の入院期間の中でも患者が疾患を受け止め、自己管理能力が高まるような教育入院プログラムを新たに作成し、導入を試みた。教育入院プログラムは、医療者間の統一目標の設定と役割分担の明確化、看護チーム内の指導基準の統一、教育入院のイメージづけの強化、学習への動機づけの強化、目標を患者と共有および修正を5つの柱として構成した。このプログラムの評価は、退院後3ヶ月目の患者に対し質問紙調査を実施し、プログラム導入前後の比較によって行った。その結果、食事自己管理行動と看護師の関わりに対する満足感が導入前群より導入後群の方が有意に高くなったことから、プログラムの有用性が示唆された。一方、教育内容の理解度の確認が導入後群で評価が下がり、指導内容の統一のために用いたマニュアルが画一的であった可能性が示唆され、課題が明らかとなった。

キーワード 糖尿病患者, 教育入院プログラム

Key Words Diabetes Mellitus, Diabetic Educational Program for Inpatients

はじめに

糖尿病患者が増加しつつある現在、厚生省の調査では、受療中の患者は1997年には218万人となった。また、同年にはじめて実施された糖尿病実態調査では、糖尿病が強く疑われる(治療中の人を含む)人は690万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると1,370万人にもなる¹⁾という。増加しているのは、インスリン非依存状態にある2型糖尿病であることから、日本が高度経済成長をとげ、生活がより便利に豊かに、とりわけ食生活が向上したことが、その増大に大きく影響していることは間違いない。糖尿病は食料事情が豊かで身体的には楽な、しかし精神的にはストレスの多い生活を送っている人が発病しやすい。その治療法は、そうした生活とは正反対のバランスのとれた食事や運動の励行、規則正しい生活、ストレス管理が重要となってくる。そのため糖尿病をめ

ぐる医療では、患者自身が食事療法や運動療法、ストレス管理ができるように教育することが治療の一環とされている。そこでは、患者はどのような内容の食事節制をしなければいけないか、運動をどのくらいすべきなのか、また規則正しい生活の必要性等を学習し、患者自身による自己管理能力を向上させることが目標となる。

当病棟では、これまで糖尿病の教育目的で入院した患者に対する統一した教育プログラムが確立していなかった。入院中の患者の教育については、担当看護師が個別に看護計画を立案し指導していた。しかし、患者が食事療法についての知識がないまま栄養士による指導が入ったり、試験外泊の指示が患者の準備もできぬまま出され、食事療法や内服・インスリン注射を自己管理するという目的にならないこともあった。この原因として各コメディカル間の情報交換の不足、看護師として医師の治療計画についての把握不足、患者との目標の共有化が出来ていなかった事等が考えられた。一昨年、筆者らが行った糖尿病の教育入院に対する患者の評価に関する研究²⁾で、患者との目標の共有化が不十分であり、看護チームとして統一した関わりができていないとの結果が得られた。そこで、これまでの当病棟の教育入院をした患者への教育や看護を振り返り、教育入院プログラムの作成に

受理日：2003年8月4日

1) 山梨大学医学部附属病院看護部：University of Yamanashi Hospital

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(臨床看護学)：University of Yamanashi (Clinical Nursing)

取り組むことにした。他院の教育入院プログラムについて情報収集を行い、糖尿病教育内容と方法の明確化・統一化と目標の共有化に重点をおいた本病棟用の教育入院プログラムを作成し、導入した。そして、入院日数、HbA1c、患者の認識を導入前後で比較検討することでこのプログラムの評価を行ったので報告する。

・教育入院プログラムについて

1. プログラムの作成プロセス

プログラムは、平成13年12月～平成14年2月にかけて

て糖尿病チームの看護師2名が中心となり原案を作り、病棟会で検討を重ね、平成14年3月より導入した。原案作りでは病棟医長ら複数の医師から助言を得た。

2. プログラムの特徴

プログラムは、従来から一般的に用いられている知識重視型学習が基本であるが、モチベーションを高め維持できるように以下の点を重視した。

1) 医療者間の統一目標の設定と役割分担の明確化

医師・看護師・栄養士・薬剤師との合同カンファレンスで情報交換を行い、統一目標を設定し、役割分担の明

表1 教育入院プログラムにおける看護実践内容

下記のM1, V1等の記号は、表2に対応している。

<p><入院時></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 教育入院スケジュール表(S1)を提示し退院までの内容を説明する。 2. アナムネ聴取時に C1 C2のチェックリストを併用し 糖尿病の食事療法 薬物管理 合併症の知識とその症状 家族サポート 生活習慣(外食・飲酒・喫煙) 仕事 定期通院の有無などを確認する。 3. 血糖測定の時間・場所 病棟でのインスリン自己注射の注意点を説明する。
<p><1週目> 以下の2～4は 担当看護師が患者の知識・技術の習得段階に応じて 初期計画で立てた目標を患者とともに修正する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病カンファレンス(S2) 入院後 最初の月曜日に行われ 治療方針 看護目標 食事指導の方針等を話し合い確認する。その際に C5 S3を看護師がチェックしておき、カンファレンスに提示する。 2. 食事療法の指導 献立記入は M1 B4 B5を用い 病院の治療食のメニュー・材料・調理法を実際に書くことで今までの自宅での食事と比較して問題点を明らかにする。 ビデオ学習(V1 V2)は食事療法の目的・ポイントを見て その後内容を看護師と振り返り 理解度を確認する。 食事会(D)は 必要に応じて医師が参加を決定し 患者に伝え参加してもらう。 外食指導は B6を用いて 指導を行う。 3. 運動療法の指導 M2 V3を用い 運動が必要な患者には 1日の運動量を聞いて 加えて必要な運動時間・方法・内容を説明する。入院中は 万歩計を使用して1日6000歩～1万歩と決めて行うこともある。 腎・心機能の悪い患者には 運動を控える必要があることを説明する。 4. 薬物療法の指導(必要な方) 医師より病状説明・必要性の説明を行い 同意を得たのち M4を用いて開始する。 血糖降下薬のビデオ学習(V4 V5)は 毎週水曜日に薬剤師による指導を行う。薬剤師と事前に個別に合わせた説明内容を検討する。また インスリン自己注射やSMBG(自己血糖測定)はビデオ学習(V8 V9 V10)を行い 手技を看護師が指導し 評価する(C4)。 5. 生活指導 日常生活(B2)・合併症(フットケア含むM3)・シックデイについてビデオ学習(V6 V7)を交えて看護師が指導し 評価する(C3)。
<p><2週目> 具体的な指導を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 食事療法の指導 看護師による表分類・単位換算の指導。 栄養士による個別指導(1回目)を行い 食品交換表(B1)を用いて献立作成を行う。 食事会に参加して主食を実際に計って盛り付け 栄養士・看護師と一緒に食事を行う事もある。 2. 糖尿病教室 医師・薬剤師・栄養士による講義で 医師・看護師が必要と考えた講義を患者に勧める。内容はL1～L5を参照。 3. 試験外泊 外泊時期や期間を患者・家族・医師と看護師で相談していく。外泊の目的は食事療法・薬物管理・SMBGの実践である。
<p><3週目> 看護師・医師の退院に向けて個別の生活指導を行う。生活全般で気付いたこと 困ったことなどを患者・家族にも聞いて話し合って退院指導につなげる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外泊中の生活を振り返る。 2. 栄養士による食事指導(2回目)を行う。

確化に努めることにした。

2) 看護チーム内の指導基準の統一

食事療法・運動療法・フットケア等の指導マニュアルとチェックリストを作り、看護チーム内の指導基準の統一を図ることにした。

3) 教育入院のイメージづけの強化

3週間の入院スケジュールを入院時に提示して、教育入院に対するイメージづけを強化することにした。

4) 学習の動機づけの強化

入院時に医師による入院目的の説明(再確認)とアナムネをとった看護師が担当看護師となることで、患者・家族と目標を共有し、学習への動機づけへの関わりを強化することにした。

5) 目標を患者と共有および修正

患者の知識・技術の習得段階に応じて、初期計画で立てた目標を患者と共に修正することにした。

3. 教育入院プログラムの実践内容

3週間の入院スケジュールの中で行われる看護実践内容を表1に示した。看護チーム内で指導基準を統一するための教材、指導マニュアル、チェックリストを表2に示した。これらの教材等は、教育入院プログラム用に新たに作成したもの以外に、従来から使用しているものの一部、修正を加える等で整備した。また、入院時に患者・家族に提示した「教育入院スケジュール」を資料1に示した。

表2 糖尿病教育入院プログラムで用いる教材等

今回、教育入院プログラム用に新たに作成したものは、以前から使用し、今回、教育入院プログラム用に修正したものは、以前から使用し、教育入院プログラムに採用したものは、で示した。またM1、V1等の表記は表1に対応している。

内 容	作成状況	名 称	実施方法
カンファレンス	S2	糖尿病カンファレンス(医師 看護師 栄養士が参加)	医療チーム内で実施
指導マニュアル	M1	食事療法指導マニュアル	看護チーム内で使用
	M2	運動療法指導マニュアル	
	M3	フットケア指導マニュアル	
	M4	インスリン療法指導マニュアル	
チェックリスト	C1	食事療法チェックリスト	看護チーム内で使用
	C2	運動療法チェックリスト	
	C3	フットケアチェックリスト	
	C4	インスリン療法チェックリスト	
	C5	糖尿病知識チェックリスト	
オリエンテーション資料	S1	教育入院スケジュール(入院時に患者・家族に配布)	患者・家族に提示 または紹介
図書教材	B1	糖尿病食事療法のための食品交換表	
	B2	糖尿病と日常生活	
	B3	糖尿病 その正しい理解のために	
	B4	糖尿病の食事療法 その実際と献立のポイント	
	B5	糖尿病の食事療法 その正しい理解のために	
	B6	外食コントロールブック	
ビデオ教材	V1	糖尿病とは	
	V2	糖尿病の食事療法	
	V3	糖尿病の運動療法	
	V4	糖尿病の薬物療法	
	V5	低血糖とは	
	V6	糖尿病の合併症	
	V7	糖尿病の足病変	
	V8	インスリン注射について(1)	
	V9	インスリン注射について(2)	
	V10	自己血糖測定器の操作について	
糖尿病教室	L1	運動療法(理学療法士)のお話:第1・3火曜日	
	L2	糖尿病の検査のお話 日常生活における注意事項について(医師):第2・4火曜日	
	L3	糖尿病の治療のお話(医師・薬剤師):第1・3金曜日	
	L4	糖尿病を正しく理解するために(医師)第1・3火曜日	
	L5	食事で糖尿病を治そう(栄養士):第2・4金曜日	
	L6	腎症食簡易表の指導(医師・栄養士):第5金曜日	
食事会	D	原則として毎週火曜日に実施(栄養士・看護師)	

教育入院プログラムの評価

1. デザイン

準実験研究(時系列設計)を用いた。

2. 対象者

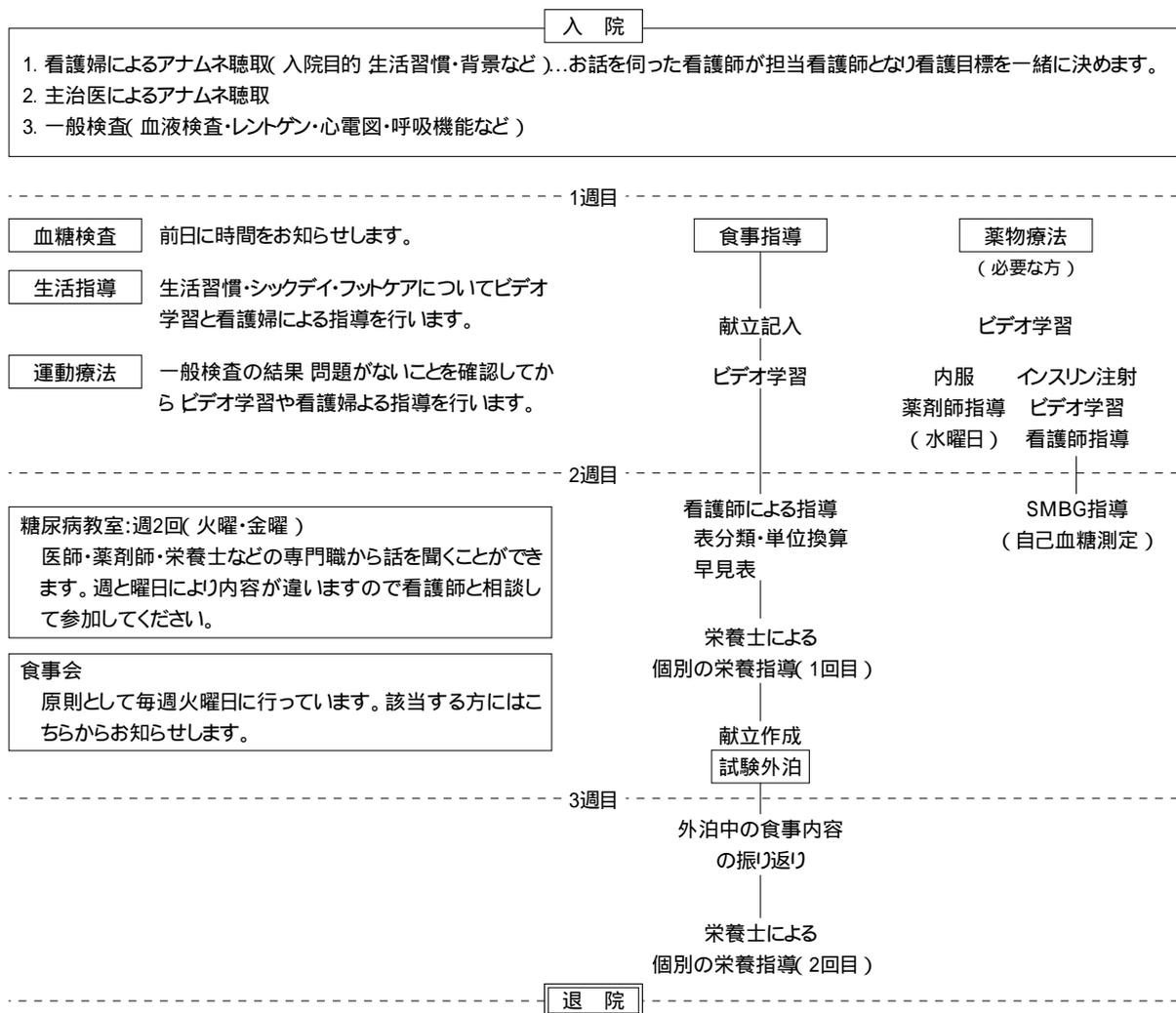
Y大学医学部附属病院の内科病棟に、糖尿病の教育目的で入院した患者を対象とした。プログラム導入前の患者12名(以下、導入前群)、プログラム導入後の患者8名(以下、導入後群)である。対象者はすべて2型糖尿病患者とした。導入前群の患者の平均年齢は、60.8 ± 21.0歳、導入後群は63.5 ± 12.7歳で有意差はなかった。男女の比率、婚姻形態、合併症、自覚症状の有無、教育入院歴等は両群間に差はなく、2つの群はほぼ似かよった特性を有する集団と判断した(表3)。対象者の職種をみると、無職、主婦、農業の比率が80%を占めており、会社員等と違い時間的に拘束されない患者が多いことが特徴であった。

表3 対象者の特徴

		導入前(n=12) 導入後(n=8)		p値
		人(%)	人(%)	
年齢(歳: Mean±SD)		60.8±21.0	63.5±12.7	0.819
性別	男性	4 (33.3)	3 (37.5)	1.000
	女性	8 (66.7)	5 (62.5)	
婚姻状況	既婚	11 (91.7)	8 (100.0)	1.000
	未婚	1 (8.3)	0 (0.0)	
インスリン療法	あり	4 (33.3)	3 (37.5)	1.000
	なし	8 (66.7)	5 (62.5)	
合併症	あり	4 (33.3)	2 (25.0)	1.000
	なし	8 (66.7)	6 (75.0)	
自覚症状	あり	3 (25.0)	2 (25.0)	1.000
	なし	9 (75.0)	6 (75.0)	
糖尿病歴	5年未満	5 (41.7)	1 (12.5)	0.325
	5年以上	7 (58.3)	7 (87.5)	
教育入院歴	なし	0 (0.0)	3 (37.5)	0.053
	あり	12 (100.0)	5 (62.5)	

1)のみ検定。他はフィッシャーの直接法による有意確率(両側)を示した。

資料1 「教育入院スケジュール」(患者・家族提示用:入院時)



3. 調査期間

- 1) 導入前群の調査は、平成13年12月～平成14年4月に実施した。
- 2) 導入後群の調査は、平成14年5月～9月に実施した。

4. 調査方法と内容

退院後3ヵ月程度の時期に郵送法による自記式質問調査を行った。質問項目は、基本的属性等、糖尿病や合併症に関する項目、自己管理状況(食事・運動・生活管理)〔9項目〕、教育入院に対する評価(5項目)、看護師に対する評価(教育的関係)〔4項目〕、(信頼関係)〔12項目〕、教育入院に対する満足感、看護師の関わりに対する満足感、である。入院日数、疾患、HbA1c等の検査値はカルテより収集した。なお、の看護師に対する評価は、Lisserの看護ケアの満足度尺度を先行研究^{3,4)}を参考に一部改変して用いた。

5. 倫理的配慮

調査対象者に質問紙を郵送する際に、調査趣旨の説明文書を同封し、同意の上で返信してもらう形式をとった。

6. 分析方法

対象者の属性や合併症の有無等の質問は、回答の実数と回答者全員に対する割合(百分率)で示した。両群間の比率の差はフィッシャーの直接法により検討した。自己管理状況、教育入院に対する評価、看護師に対する評価は、「非常に良い」または「とても思う」、「やや良い」または「思う」、「あまり良くない」または「ほとんど思わない」、「悪い」または「全く思わない」から順に4点、3点、2点、1点と配点して合計点を求めた後、中央値を算出した。高得点は良い状態を示し、低得点は悪い状態を示す。導入前後の比較はMann-WhitneyのU検定を用いた。教育入院に対する満足感と看護師の関わりに対する満足度は、VAS(ビジュアル・アナログ・スケール)法を用い、不満足0mmから満足100mmとして測定した。分析方法は、各測定値の平均値±標準偏差を算出し、導入前後の差を見るためt検定を用いて検討した。

7. 結果

1) 入院日数、HbA1cの比較

プログラム導入前後で入院日数、入院中のHbA1cの改善率を比較したが有意差はなかった。しかし、導入後群の方が入院日数のSD値が小さいことから、ばらつきが少なく平均した入院期間でそれぞれの目的を達成していたといえる。また、HbA1cの改善率も導入後群の方がやや大きく、SD値も小さいことから、導入後群の対象者は平均した改善傾向を認められた(表4)。退院後1ヵ月目、3ヵ月目におけるHbA1cの比較を試みたが、退院後は地域の医院等に受診しているため、当院外来未通院者が導入前6名(50%)、導入後5名(62.5%)おり、残念ながら比較できなかった。

表4 入院日数・HbA1c値

	導入前(n=12)		導入後(n=8)		p値
	Mean	± SD	Mean	± SD	
入院日数	32.4	± 16.0	32.8	± 10.9	0.956
HbA1c値(%)					
入院時	9.5	± 2.7	9.5	± 2.2	0.821
退院時	8.7	± 2.4	8.2	± 2.0	0.744
- の差	-1.5	± 1.0	-1.4	± 0.9	0.920
改善率(%)	-13.3	± 6.3	-14.1	± 4.9	0.888

t検定

2) 自己管理状況の比較

自己管理状況の評価結果を表5に示した。自己管理状況の食事管理行動において、導入前群(中央値15.0)より、導入後群(中央値17.5)の方が有意に高い得点を示した。食事管理行動の質問項目の中では、「間食の習慣」で有意差を認めた(表6)。

表5 自己管理状況

質問項目数	得点範囲	導入前(n=12)		導入後(n=8)		p値
		Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	
食事管理行動	5	5~20	15.0(15.3 ± 1.8)	17.5(17.5 ± 2.0)	0.022	
運動管理行動	2	2~8	6.0(6.0 ± 0.7)	6.0(5.9 ± 1.3)	0.803	
生活管理行動	2	2~8	7.0(6.8 ± 1.0)	7.0(7.1 ± 0.8)	0.369	

非常に良い=4 やや良い=3 あまり良くない=2 悪い=1 で配点した。
Mann-WhitneyのU検定を用い Meは中央値を示す。(Mean±SD)は参考値として示した。

表6 自己管理状況(食事)

	導入前(n=12)		導入後(n=8)		p値
	Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	Me(Mean ± SD)	
食事制限が守れている	3.0(3.0 ± 0.7)	3.0(3.3 ± 0.5)	3.0(3.3 ± 0.5)	0.518	
間食の習慣	3.0(2.8 ± 0.6)	4.0(3.6 ± 0.5)	4.0(3.6 ± 0.5)	0.005	
外食の機会	3.0(3.1 ± 0.7)	3.5(3.4 ± 0.7)	3.5(3.4 ± 0.7)	0.413	
飲酒の機会	4.0(3.5 ± 0.8)	4.0(4.0 ± 0.0)	4.0(4.0 ± 0.0)	0.053	
規則正しい食事ができている	3.0(3.0 ± 0.9)	3.0(3.3 ± 0.7)	3.0(3.3 ± 0.7)	0.486	

非常に良い=4 やや良い=3 あまり良くない=2 悪い=1 で配点した。
Mann-WhitneyのU検定を用い Meは中央値を示す。(Mean±SD)は参考値として示した。

3) 教育入院に対する評価の比較

教育入院に対する評価の比較を表7に示した。この評価は、前述のプログラムの特徴 ~ を意図して行ったものである。統一目標の設定と役割分担の明確化についての質問は「教育内容の明確性」であり、導入前群(中央値3.0)、導入後群(中央値3.5)と有意ではなかったが高い傾向を認めた。看護チーム内の指導基準の統一についての質問は「教育内容の統一性」と「指導期間」で評価した。「教育内容の統一性」は導入前後で変化はなかったが、「指導期間」の評価は導入前群(中央値3.0)、導入後群(中央値3.5)と有意ではなかったが高い傾向を認めた。教育入院のイメージづけの強化と、学習への動機づけの強化についての質問は「指導方法」であり、両群ともに中央値4.0と高い値を示した導入前後で変化はみられなかった。目標を患者と共有および修正についての質問は「指導方法」に加え、「理解度の確認」で評価した。「理解度の確認」は導入前群(中央値4.0)より、導入後群(中央値3.0)と有意ではなかったが低い傾向を認めた。

4) 看護師に対する評価の比較

看護師に対する教育的関係と信頼関係の評価でも、有意差はなかったものの導入前群に比べ導入後群は高い傾向を認めた(表8)。教育的関係の質問項目は、看護師の気遣い、訴えた事への対応、話したい事への対応、親しみ

やすさの4項目で、導入後群の評価が下がった項目はなかった。信頼関係は、約束を守る、意見の尊重、接した時間、質問のしやすさ、守られている実感、理解されている実感、担当看護師の紹介、担当看護師の存在・薬効の説明、病状の説明・検査や治療の説明、退院指導の12項目で、導入後群の評価が下がった項目はなかった。

5) 教育入院と看護師の関わりに対する満足感の比較(表9)

教育入院に対する満足感は導入前群79.1 ± 17.2mm、導入後群90.1 ± 11.1mmと大幅に高くなっているものの有意差はみられなかった。看護師の関わりに対する満足感は、導入前群76.7 ± 22.6mm、導入後群94.2 ± 8.1mmと有意に高くなっていた。

考察

1. 食事管理行動の変容と教育プログラムの関連性について

今回の調査では食事管理行動のうち、間食の習慣が導入前群より、導入後群で有意に改善した。このことは、対象者の平均年齢が60歳を超え、80%以上の対象者が仕事上で時間的な束縛をされず、比較的自由に間食ができる状況にある者が多かったため、それらの人が教育入院時の生活指導や食事指導によって改善したと思われる。

また対象者の行動変容に結びついた要因として、入院時から家族を含めてアプローチを始めたことや、習得段階に応じて栄養士や薬剤師ら専門職による指導を取り入れたことが少なからず影響したと考える。野波ら⁵⁾は外来糖尿病患者にプライマリーナーシング制を導入し、血糖コントロールが不良な患者に対し、看護師が相談指導を行った結果、HbA1cが有意に低下したと報告しており、担当看護師が指導の中心となって関わり、患者と目標を修正・共有していくことが重要であるといえる。当院でも担当看護師制をとり、入院から退院まで、ひとりひとりの患者の健康問題を共に考えて、個別の看護計画を立案して関わることを大切にしている。そのため、今回、教育入院目的の患者に対しては、患者と担当看護師の人間関係

表7 教育入院に対する評価

	導入前(n=12)		導入後(n=8)		p値
	Me	(Mean ± SD)	Me	(Mean ± SD)	
評価の合計点	16.5	(16.8 ± 2.2)	17.0	(17.1 ± 2.5)	0.796
教育内容の明確性	3.0	(3.3 ± 0.7)	3.5	(3.3 ± 0.7)	0.794
教育内容の統一性	3.0	(3.4 ± 0.5)	3.0	(3.5 ± 0.5)	0.734
理解度の確認	4.0	(3.6 ± 0.5)	3.0	(3.4 ± 0.5)	0.391
指導期間	3.0	(3.0 ± 0.7)	3.5	(3.4 ± 0.7)	0.285
指導方法	4.0	(3.6 ± 0.5)	4.0	(3.6 ± 0.5)	0.862

非常に良い=4 やや良い=3 あまり良くない=2 悪い=1 で配点した。
Mann-WhitneyのU検定を用い Meは中央値を示す。(Mean±SD)は参考値として示した。

表8 看護師に対する評価

質問項目数	得点範囲	導入前(n=12)		導入後(n=8)		p値	
		Me	(Mean ± SD)	Me	(Mean ± SD)		
教育的関係	4	4~16	13.0	(13.4 ± 2.3)	15.5	(14.8 ± 1.6)	0.182
信頼関係	12	12~48	41.0	(39.2 ± 6.3)	43.5	(42.6 ± 4.8)	0.143

非常に良い=4 やや良い=3 あまり良くない=2 悪い=1 で配点した。
Mann-WhitneyのU検定を用い Meは中央値を示す。(Mean±SD)は参考値として示した。

表9 教育入院と看護婦の関わりに対する満足感

	得点範囲	導入前(n=12)		導入後(n=8)		p値
		Mean	± SD	Mean	± SD	
教育入院	0~100	79.4	± 17.2	90.1	± 11.1	0.119
看護師の関わり	0~100	76.7	± 22.6	94.2	± 8.1	0.034

VASのためt検定を用いた。

が指導や目標の共有化に大きく関与するという考えから、アナムネをとった看護師がそのまま担当となり関わることにした。このことは、入院時から患者の食事・生活パターンや家族状況を把握して看護計画に反映でき、看護師の関わりに対する満足感の上昇にもつながったと思われる。さらに、教育入院プログラムでは、入院スケジュールを3週間と設定して、指導計画を最初に提示してイメージづけを強化したことで、目標が明確となり行動変容を起こすきっかけとなり、さらには入院期間のばらつきの減少に影響したと考える。

一方、前述したように対象者の中には当院の外来に未通院者が存在しており、退院後1ヶ月目、3ヶ月目のHbA1cの改善率を比較できなかった。入院時から退院時のHbA1cの改善率をみると、導入後の方がわずかではあるが高いことから、入院中の食事療法の厳守や試験外泊での食事管理がより確実となったともいえるが、このプログラムの評価に繋げるには意義は低いと感じている。さらに食事自己管理における有意差は「間食の習慣」以外に認めなかった。他の質問項目のうち、「食事制限が守られている」、「規則正しい食事ができている」は導入前後で中央値3.0といずれも「良い」と高い結果であった。これらのことから、食事療法指導に関連するプログラムの内容や指導方法のみならず、食事自己管理の評価方法についても、看護師、栄養士、医師の医療チーム間で再検討する必要性を確認した。

2. 指導内容の評価とプログラムの今後の課題

今回、教育入院の評価項目である「教育内容の明確性」が、導入前群(中央値3.0)、導入後群(中央値3.5)と有意ではなかったが高い傾向を認めた。このことは専門職が役割分担を行うことで、栄養指導・薬剤指導・生活指導をいつ、誰が行ってくれるのが患者にも伝わったことが影響し、この評価結果につながったと考える。また、平均入院日数が前後で変わっていないにもかかわらず、導入後群の方が「指導期間」について高い傾向を認めた点は、3週間の入院スケジュールを提示して教育内容を視覚的に説明したことが影響したと考えられる。また、指導マニュアルを作成したことにより、スタッフ間での指導方法の統一は図れたものの、患者の評価には繋がっていない点については、スタッフ間の情報交換の不足により、継続した指導が行われなかったことが一因であったと考える。そして、教育内容の「理解度の確認」が導入後群に低い傾向を認めたことは、指導マニュアルが関係しているのではないかと推察できる。つまりマニュアルにより指導内容の統一は図れたが、患者の反応や理解度に合わせた個別的な指導が不足したのではないかと考える。木下⁶⁾は、糖尿病の指導において、実践したことを評価し、励ますというフィードバックは自己効力を強化す

る一つの要因であり、個別性を重視した関わりが重要であると述べている。今後は患者がどのように理解したのかを十分に把握できるような個別性の観点から、新たなプランを組み入れていく必要がある。また、患者の状況を看護記録や看護計画に反映して、個別的な指導が継続して行えるよう担当看護師の役割を意識し、カンファレンスを充実させていくことが重要であると考ええる。

・おわりに

近年、糖尿病看護において、看護師が患者教育のスペシャリストとして育成することが期待されている。看護師には、より個人に焦点を当てて、患者の動機づけや行動変容に関与し、また他職種との連携や継続した働きかけといった統合的・継続的な看護が求められている⁷⁾。当病棟の教育入院プログラムはあくまでも患者の個別的な課題を重視して進めたつもりであった。しかし教育内容の統一化を図ることで、一部、個別性に欠ける面があったのかもしれない。また、このプログラムは、看護師主体で作成したため、指導の範囲が限られていた面がある。今後は、医師を含めた他職種との連携を密にとっていく必要性を実感している。これらの点を反省し、現状のプログラムを修正していくつもりである。また本研究におけるプログラムの評価では対象者数が20名と少なく、統計学的分析結果を解釈するうえで限界があったと認識している。

最後になりましたが、本調査にご協力下さった患者の皆様、関係者の方々に心より感謝いたします。

文献

- 1) 葛谷健(2002)健康日本21と糖尿病 1997年の厚生省の糖尿病実態調査。内分泌・糖尿病科, 14(3): 242-248.
- 2) 島田昌子, 伊藤克枝, 他(2002) 階西病棟に入院した糖尿病患者の看護ケアの評価と要望。看護研究集録1999・2000年版(山梨医科大学医学部附属病院看護部), 8: 51-62.
- 3) 上泉和子(1993)看護ケアの評価方法に関する研究 その1 評価測定用具の開発。日本看護学会誌, 13(3): 264-265.
- 4) 山崎慶子, 藤枝知子, 他(1994)患者の看護ケアに影響を及ぼす因子の探索 病院看護機能評価から。日本看護学会集録集第25回看護管理, 172-174.
- 5) 野波葉子, 山川真理子, 他(2001)外来における糖尿病患者の看護の実態調査。日本糖尿病教育・看護学会誌, 5(1): 14-23.
- 6) 木下幸代(1998)糖尿病の自己管理を促進するための教育プログラムの作成。日本糖尿病教育・看護学会誌, 2(2): 26-33.
- 7) 飯岡由紀子, 野波葉子, 他(1999)病棟における糖尿病患者の看護の実態調査。日本糖尿病教育・看護学会誌, 3(1): 22-35.