

神奈川県立保健福祉大学大学院
保健福祉学研究科 保健福祉学専攻
令和3年度博士論文要約

糖尿病療養指導の専門性を有する看護師による成人期にある人への
受診中断予防のための援助

博士後期課程 保健福祉学研究科
61920001 安藤 里恵
研究指導教員 白水 真理子 教授
副研究指導教員 中島 啓 教授
間瀬 由記 教授

第1章 序論

日本における「糖尿病有病者数」は約1000万人と推計されている(厚生労働省, 2019)。医療機関への受診は任意であり、受診を中断する患者は年間8%程度と報告されている(日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会, 2014)。2012年から始まった健康日本21(第2次)は、糖尿病の評価項目の一つとして治療継続者の割合の増加をあげているが、2018年の中間評価では目標が達成されておらず、60歳以上と比較して50歳代未満の治療継続率は低いとされている(厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 2018)。また、2016年3月に策定された糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、医療機関未受診者及び受診中断者に対する受診勧奨・保健指導が実施されている。このように受診中断者の減少は、国家レベルの糖尿病対策における喫緊の課題の一つとして重要視され、解決が求められている。受診中断予防のための方策として、2014年に糖尿病受診中断対策マニュアルと糖尿病受診中断包括ガイドが作成されている。かかりつけ医に向けて作成された内容であり、有用ではあるが看護職が用いるには限界がある。したがって、受診中断ハイリスク者の傾向を捉え、看護職を含む医療従事者のどのような関わりがあれば、患者の受診継続意欲が向上し、受診中断を予防することができるのかを検討することが必要である。

以上より、本研究の目的は、成人期にある糖尿病患者の受診中断に関する文献のスコopingレビューにより、成人期にある糖尿病患者の受診中断に関する知見を要約し、今後の研究への示唆を得ること(研究1)、および糖尿病療養指導に専門性を有する看護師による成人期にある人への受診中断予防のための援助を明らかにすること(研究2)である。これらを通して、成人期にあり就労している2型糖尿病患者、中でも受診中断ハイリスク者に対する受診中断予防に資する知見を得るとともに、受診中断予防プログラム作成のための示唆を得る。本研究を、第2章 糖尿病受診中断に関わるスコopingレビュー、第

3章 糖尿病療養指導の専門性を有する看護師による成人期にある人への受診中断予防のための援助、第4章 総括から構成する。

第2章 糖尿病受診中断に関わるスコーピングレビュー

「受診中断」は定義が定まっておらず、体系的なシステマティックレビューを実施する段階には至っていないことから、糖尿病患者の受診中断に関する知見を総合的に扱うスコーピングレビューの手法を用いた。本研究では、糖尿病患者の受診中断に関する知見を要約し、受診中断に関わる文献の動向と定義、受診中断者の特徴、受診中断者への介入の効果について考察した。

文献検索には、医学中央雑誌 Web 版（以下、医中誌とする）、PubMed、ハンドサーチを利用した。キーワードを「糖尿病」「受診中断」とし、選定基準を①糖尿病患者の受診中断に関する研究②成人期の患者を対象とした研究③日本語もしくは英語で書かれた研究とした。文献選定のフローチャートは Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (s PRISMA) に基づいて作成した。重複している 2 件を除く 239 件のタイトルと要旨を読み、除外基準に照らしてスクリーニングした。除外基準は、①糖尿病患者の受診中断に関わる研究結果を伴わない解説や特集②症例報告③本テーマと関連しない研究である。最終的に 41 件を分析対象とした。

分析の結果、以下が明らかになった。受診中断や糖尿病教育プログラムからの脱落に関する研究が 2000 年以降増加しており、29 件が日本での調査であった。受診中断者の疫学的特徴は、男性、若年者が多いことであり、糖尿病の状態の特徴は、自覚症状がないこと、薬物療法をしていないことであった。また、セルフケア能力の低さや自己効力感の低下などの行動面・心理面の特徴が示されていた。

以上より受診中断経験者は、医療者との信頼関係の構築や自身への理解を求めるとともに、具体的な療養指導を求めている。受診中断の研究は、特に日本で注目度が高く、国の政策として受診中断予防が重要視されている状況がある。受診中断者は、疫学的、経済的要因に加え、セルフケア能力や自己効力感の低下に関連した複数の中断要因が相互に強化されて受診中断に至ることが示唆された。受診中断経験者が求める支援を考慮することが受診中断の抑制につながる可能性がある。また、記述研究が多くを占めていることから、受診中断者の特徴や傾向をふまえた支援策を体系化し、評価するデザインの研究が必要である。

第3章 糖尿病療養指導の専門性を有する看護師による成人期にある人への受診中断予防のための援助

研究 2 は、糖尿病療養指導の専門性を有する看護師が、受診中断ハイリスク者と捉える成人期にある 2 型糖尿病患者の特徴と受診中断予防のための援助や課題を明らかにすることを目的として実施した。用語の定義は、受診中断を「受診予定日に医療機関を受診せず、

糖尿病に関する治療および療養指導を含むケアを受けることをやめること」とし、医療機関を変更するケースは除外した。受診中断ハイリスク者を「2 型糖尿病患者のうち、20 歳以上 65 歳未満の成人期にあり、就労等により、受診のための時間の確保が難しいと看護師が判断している者」と定義した。研究協力者は、糖尿病患者が通院する医療機関に勤務し、通常業務として 2 型糖尿病受診中断ハイリスク者への支援経験をもつ看護師 25 名であった。フォーカス・グループ・インタビュー（以下、FGI）をオンラインで実施し、分析は、S. ヴォーン（1999）による FGI 質的データ分析の手法により行った。神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った(保大第 7-20-42)。

研究協力者の多くは糖尿病認定看護師であり、6 グループ全ての基本的考えとして、糖尿病患者の受診中断を予防したいと願い、対策を取っていた。受診中断ハイリスク者の特徴として、11 カテゴリと 3 大カテゴリが抽出された。大カテゴリは、【受診行動に負担感をもつ人】【糖尿病に関する適切なヘルスリテラシーをもたない人】【療養に向かうパワーが弱まっている人】であった。また、受診中断予防のための援助は、24 カテゴリ 5 大カテゴリが抽出され、『受診の障壁を低減するために多角的にアプローチする』をコアカテゴリとした。大カテゴリは、【患者の背景や気持ちを知り支持的に関わる】【患者に合わせて指導に強弱をつけながら関わる】【最適な受診勧奨方法を模索する】【受診ストレスを軽減できる環境を作る】【保健・医療・福祉の専門職と協働し受診を継続・再開できる体制を作る】であった。受診中断予防の課題として 10 カテゴリ 4 大カテゴリが抽出された。大カテゴリは【必要の人に支援が行き渡らない】【患者を支えるために必要な連携が難しい】【受診中断ハイリスク者の特定が難しい】【受診勧奨が難しい】であった。

糖尿病療養指導の専門性を有する看護師は、受診中断予防のための援助として、受診の障壁を低減するために、多角的にアプローチしており、「関わりと支援の適期と内容を見極める」「受診に関わる環境調整」「多職種協働による援助」の 3 つの視点で考察した。糖尿病療養指導に専門性を有する看護師は、経験や知識を基盤として、患者の醸し出す雰囲気や言動から受診中断ハイリスク者を捉えていた。経済的状況や就労等による生活状況のみならず、self-stigma の存在を考慮していた。成人期にある患者が社会的役割と糖尿病のセルフケアのバランスを維持することの困難さに配慮した上で、糖尿病に関わるヘルスリテラシーを向上できるよう、患者との距離感を測りながら、関わりと支援の適期と内容を見極めていた。また、自分の裁量の範囲内や糖尿病チームを活用してできる工夫を駆使し、受診に関わるストレスを軽減しようとしていた。さらには、患者の治療継続を最優先とし、自施設にこだわらない広い視点で、保健・医療・福祉の専門職と協働し、患者の受診継続につなげていた。

第 4 章 総括

この章では、本研究で明らかになったことから、今後の課題と展望について述べた。

課題の1点目は、患者に連絡がつかないことがあることや受診勧奨手段や機会が限られることである。各医療機関の特徴やマンパワーに応じて、受診中断者の特定から受診勧奨までのシステムを確立することが必要である。

2点目は、必要な人に必要な支援が行きわたらないことである。看護師の努力だけでは、受診中断ハイリスク者の特定が困難であり、全てのハイリスク者に対して関わるできないジレンマを抱えていた。マンパワーの強化に加え、受診中断を複数回経験し心理的に傷ついている者への対応等、専門性の高いケアの必要性を見極め、療養指導の専門家につなげていく体制が求められる。また、患者の状況にそぐわない定型的な療養指導の弊害を、糖尿病を専門としていない部署や医療機関に広く周知する必要がある。

そして3点目は、患者の治療継続のための保健・医療・福祉の専門職との協働が発展途上である点である。特に、成人期にある患者は、就労状況や家庭状況と療養とのバランスをとるに加え、自身が療養の必要性について意思決定する能力を持っており、受診の障壁が多い時期でもある。そのため、受診の障壁を低減させるために、患者の職場や家族、また糖尿病専門の医療機関やかかりつけ医、職域、地域と広く連携し、患者をサポートしていく必要がある。連携ツールを開発し、活用すること等が考えられる。また、他の医療機関の状況を知り、患者に合う医療機関の紹介、もしくは、病院を選択しやすい働きかけが必要である。糖尿病療養指導に専門性を有する看護師がプラットフォームとなり連携を促進するとともに、患者の経済的支援と医療機関の経営的基盤の強化の両輪でサポート体制を構築していく必要がある。

引用文献

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med* 2009; 151: 264-9.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714657/>

厚生労働省.(2019).令和元年 国民健康・栄養調査報告.2021年9月25日アクセス

<https://www.mhlw.go.jp/content/000710991.pdf>

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会.(2018).「健康日本21(第二次)」中間評価報告書,2021年9月25日アクセス,<https://www.mhlw.go.jp/content/000378318.pdf>

日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会.(2014).糖尿病受診中断対策包括ガイド,2021年9月25日アクセス,http://human-data.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/dm_jushinchudan_guide43_e.pdf

Vaughn,S.,Schumm,J.S.,Sinagub,J.M.,(1996)/井下理(1992),グループ・インタビューの技法,慶應義塾大学出版会.

http://human-data.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/dm_jushinchudan_guide43_e.pdf

http://human-data.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/dm_jushinchudan_guide43_e.pdf

Vaughn,S.,Schumm,J.S.,Sinagub,J.M.,(1996)/井下理(1992),グループ・インタビューの技法,慶應義塾大学出版会.