

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

足病変を繰り返す患者を介した地域連携との関わり

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 佐世保市立総合病院 公開日: 2022-07-11 キーワード (Ja): 看護外来, 社会資源, 包括支援, 糖尿病看護, 地域連携 キーワード (En): 作成者: 湯浅, 麻衣子, 鴨川, めぐみ, 近藤, 弥生 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/839

Nurse's role in diabetic foot prevention and care.

Sasebo Municipal General Hospital
Department of nurse for out patients

Maiko Yuasa Megumi Kamogawa Yayoi Kondou

足病変を繰り返す患者を介した地域連携との関わり

佐世保市立総合病院 看護部外来

湯浅麻依子、鴨川めぐみ、近藤 弥生

要旨：生活習慣病と言われ、慢性疾患とされる糖尿病を有する患者において、治療の主体は本人であり、その疾患を受け入れながら社会、及び家庭での生活を時に変容させ、改善しながら病気と共に共存していく事を必要とされる。時に患者の年齢や理解度、身体能力において自己管理が困難な場合、家人の協力及び社会資源の活用を余儀なくされる場合もある。患者は自閉症を有し、糖尿病外来に通院しているものの自己管理において、治療の主体である食事療法も十分ではなく、キーパーソンである両親は高齢であり、家人の協力も十分に得ることは困難であり血糖コントロールは不良であった。さらに糖尿病から引き起こされる動脈硬化や神経障害を合併症に有し足病変をきたしており形成外来へも通院していた。A氏は潰瘍が重篤化した際のみ受診をするという状況を何度も繰り返していたためその都度入院し治療を受けていたが、これを繰り返すことにより足切断へ移行する危険性も十分に考えられた。病棟を退院する際に病診連携を通じ介護認定の申請を行い訪問看護師の協力のもと本人や、両親への関わりを十分に持ちながら周囲のサポート体制を整えていった。訪問看護師と、外来看護師が計画や対策を共有し、患者が足に対する興味を持つことで在宅でのフットケアが可能となり、困難であると思われていた在宅での加療を継続することができたためここに報告する。

キーワード：看護外来、社会資源、包括支援、糖尿病看護、地域連携

I はじめに

生活習慣病と言われる糖尿病は、食事療法、運動療法、薬物療法を中心に自己管理が必要な疾患であり、困難な場合には家人の協力及び社会資源の活用が必要となる場合もある。患者は自閉症を有しており、家人の協力も十分に得られず血糖コントロールは不良であった。さらに糖尿病から引き起こされる足病変を認めていたが重篤化した時にのみ受診をするという状況を何度も繰り返し、そのたびに入院加療を行っていた。退院後訪問看護サービスを受けることになった患者とその家族へ訪問看護師、外来看護師が連携を取りながら関わり、在宅での自己管理ができたためここに報告する。

II 研究方法

- 1, 研究期間：平成22年1月から7月
- 2, 研究方法：症例研究。外来看護師と訪問看護師が外来受診や電話連絡を通し看護計画に基づいて患

- 者の在宅支援を行う。診療録、看護記録、カンファレンスを通して患者の言動や病状の変化を振り返る。
- 3, 研究対象：40台男性 身長166cm 体重81kg。BMI 30。当院内科、眼科、形成外科かかりつけ。2004年に糖尿病と診断され他院で治療を開始していた。2008年に右眼血管新生緑内障で他院眼科より本院へ紹介された。その際空腹時血糖値620mg/dl、HbA1c15.5%を認め内分泌内科へ紹介され入院しインスリン療法を導入した。2009年に下肢蜂窩織炎で外科受診しその後下肢潰瘍形成を認め形成外科紹介となり以後内分泌内科と形成外科に通院中である。現在、右眼の視力はゼロである。キーパーソンは両親であるが80歳台と高齢である。
 - 4, 倫理的配慮：患者及び訪問看護師に研究目的、方法、知り得た個人情報やデータは研究以外に使用しないこと、協力を辞退しても今後の診療に不利益は生じないことを口頭で説明し同意を得た

Ⅲ 結果

患者は足病変の悪化で何度も入退院を繰り返していた。足の状態も良く外来治療でも可能となったが叔母が、病状を心配し他院への転院を希望して地域連携室に相談した。そこで、本人、両親、病棟師長、ソーシャルワーカーで面談が行われ、転院は難しいが在宅での管理が可能となるように介護保険の申請が行われた。本人への指導として、食事内容の記録を入院中から行うよう促したり、足の管理においても看護師見守りのなか包帯交換の説明が行われた。介護保険申請が受理され、訪問看護師の介入が可能となりこれらの指導内容を訪問看護師へ引き継ぐと同時に、患者情報が外来看護師にも伝達され、目標を立案し、連携をとりながら関わっていった。退院後の1月、2月は指間の不良肉芽の盛り上がりや足底部の瘻孔から浸出液があるなどの症状が持続していたため共同目標として1,足病変が重篤化せず、また新たな足病変を作らない。2,定期的な外来通院で血糖管理の指導を行う。とした。訪問看護師とは細かく連絡が取りあえるように電話窓口を形成外来と内科外来の2カ所に設け担当者を決め、情報交換を行った。担当者が不在の際でも対応できるよう、経過記録、及び看護計画に明記しておきスムーズなやりとりが行えるようにした。足病変に対しては分泌物、腫脹、熱感などを認めた際は病院へ電話連絡をもらい、特に臭気が伴えば形成外来を受診できるよう連携をとり、内科外来でフットケアを行うなど、異常の早期発見と早期治療に努めた。時に、フットケアや形成外来受診の際に訪問看護師の付添いもあり、具体的なフットケアの方法に対し、訪問看護師から「このように足のケアを行うんですね」などの言葉も聞かれた。訪問看護師の付き添いがない時は、注意事項を手紙に書いて訪問看護師へ渡してもらった。本人からは来院の際、体重や食事の内容を記載したノートや自己血糖測定手帳を持参してもらい、自宅での取り組み状況を確認した。自閉症を有する患者は言葉をスムーズに発する事が困難であったため聞きたい内容や、自宅での様子を手紙に書いてきてもらうなど、工夫をしながら関わった。適切な履物の選択や靴下の着用について指導を行い、下肢の清潔保持と血糖のコントロールが重要であることを繰り返し説明した。また右下肢は足底に著明な変型を認めていたため、水疱や胼胝の形成を引き起こしやすく、専門業者を通しインソールの作成を行った。持参した手紙の中に「血糖値と足の病気との関係があるとは知らなかった」「足は大事にしていきたい」などの言葉が聞かれた。また、この時期父親からは、訪問看護師に対し「自分たちは何もできない。あなた達だけが頼りです」「足は悪くなってばかりだから怖くて触れない」などの言葉も聞かれた。このように、定期外来を行いながら患者や家族、訪問看護師との情報交換を行い、支援目標や計画を共有し

あいながら足の管理を含めた糖尿病管理に努めていった。患者は徐々に訪問看護師に対しても表情が明るくなり、訪問日に伝えることができなかつた事などを次回紙に書いて渡すようになった。4月頃より、下肢は幾分、良好な状態となったが、間食が増え食前血糖値が250mg/dlを上回ることが多くなり体重増加も認められた。そこで共同目標を1,血糖管理に関して食事内容の情報を細かく取りながら支援を行うとした。毎日の食事内容を本人が携帯カメラで撮影。それを訪問看護師が現像し外来看護師に情報提供を行った。患者の主食の摂取状況をみると茶碗に山盛りにつがれていたり、外食の際も、麺類とご飯など炭水化物を同時に摂取していること、寝る前にヤクルトを飲んでいたなどの状況を把握したため、炭水化物摂取量を見直したり、寝る前の間食についてはやめるなど具体的な食事指導を行うことができた。足病変と血糖値の関連について引き続きパンフレット等を用いて指導を行った。また、血糖測定や体重測定を毎日行い食事内容については自分で見直す事ができたことなど努力を認めながら、関わっていった。6月より介護度が要介護2から要介護1となり、週3回の訪問支援が2回に減ったため、自己での包帯交換が必要となった。そこで共同目標を1,自己で毎日の足浴と包帯交換が行えるよう援助するとした。元々患者の自宅は外に風呂場があるため雨の日には入浴ができず、週に2~3回程度の入浴をしていた。患者や家人に、入浴しない時にも足浴だけは毎日行うよう説明した。たらいにお湯を準備することは1人では困難であったため、お湯の準備と後かたづけを父親へ依頼した。結果、入浴をしない日でも足だけは毎日洗うようになり、下肢の清潔を保持でき、自己での下肢の観察や足浴、包帯交換も可能となった。そのため、足病変の悪化は認めなかった。この関わりを始めてから、血糖コントロールは不良であったが、入退院を繰り返していた患者が研究期間中、足病変の為に入院することは1度もなかった。

Ⅳ 考察

糖尿病管理における治療の主体は患者本人であり、目標は、社会や家庭での生活を改善させ病気と共存していく事である。患者は2004年に近医で糖尿病と診断されていたが、本人、家族共に糖尿病の病態や、管理方法の理解が不十分で、定期受診もしていなかった。足病変や血糖コントロール改善のために何度も入退院を繰り返して在宅での管理は困難な症例であると思われた。パトリシア・アンダーウッドはオレムのセルフケア欠如の理論をもとに「看護師は個人、あるいはグループに対してセルフケア行動をガイドすることができた。それに限度があるようなら、彼らに変わってヘルスケアを行ってあげることもできるのです」と言っている。外来管理のみでは、患者と十分に関われない

いと判断し、退院前に介護保険の申請を行ったことを機に、訪問看護師を交え自己管理の指導を計画しヘルスケアを継続させた。訪問看護師は自宅での詳しい生活状況を外来看護師へ情報提供し、それを活用することで患者の生活にそった具体的支援方法を提案し、在宅での継続加療が実現できた。また、フットケアの専門的な方法を実際に訪問看護師がみることで、院内で行われているケアが在宅でも取り入れることが可能となった。篠田は「退院支援のマネジメントは医学モデル（問題指向型アプローチ）から生活モデル（目標指向型アプローチ）へのモデルチェンジの支援である」と述べている。疾病や障害の解決を目的とする医学モデルから患者の身体、心理、環境状況をふまえて問題をとらえ、解決を図る生活モデルに移行できるよう支援した。このように患者が糖尿病と共に生き、人としての生活を営み、その人らしいよりよい人生を送れるよう支援することが必要であると考え。また自閉症を有する患者に時間をかけ糖尿病に関する情報を提供し、処置の方法を説明することで自分の足の観察や、足浴、包帯交換まで管理できるようになり患者ができる部分を引き出すことができた。これは訪問看護師と患者、家族が頻回に関わることでより密接な信頼関係の構築が可能となったこと、外来看護師と訪問看護師との連携でフットケアや糖尿病の治療に関する専門的な知識の提供を互いが行い、それを患者に還元できた結果であるのではないかと考える。また退院当初家人は、足病変に対し、不安も強く処置に対し遠巻きに見ているという状況も見られたが、時間が経過する中で、フットケア用のお湯の準備や後かたづけを行うなど処置の一端を担うなどの場面も見られた。本人や家人が持つ本来のセルフケア能力を内的資源とし、これを引き出し活用することが可能となった。外来看護師の役割は、患者がよりよい生活を十分にととのえる環境を支援することであり、援助の課題に関して誰が対応したら良いかを調整するコーディネーターの役割を担っている。必要な援助を明確にし外来看護師だけでは対応できない部分を各部門と連携しあいながら、情報を共有し、働きかけることで自宅での自己管理が可能となった。

V まとめ

人口の高齢化や慢性疾患が増加する中入院期間は短縮され外来での医療の提供が大変重要になってきている。今回社会資源を利用し、地域との連携を取りながら看護介入を積極的に行うことで患者が在宅でのQOLを維持し向上させることができた。

VI 終わりに

当院は急性期疾患病院としての役割を担っている。よって病状が安定した患者は、地域との連携を図りな

がら関わっていくことが必要である。在院日数が短縮化されるなか、不安を抱えながら退院する患者が安心して在宅で生活ができるように、入院時から病棟・外来・地域や多職種との連携を取り、支援することが重要である。また、社会資源の活用について情報を提供しながら、不安なく在宅で生活が送れるように外来看護を提供していきたい。

引用文献

- 1) バトリシア・R・アンダーウッド看護理論の臨床活用、(株)日本看護協会出版会、2003
- 2) 篠田 美智子：退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割、看護、2008年：第60巻11号：P45