

< 研究報告 >

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ 高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

佐藤淳子¹⁾ 千田睦美²⁾ 小嶋美沙子²⁾ 土屋陽子³⁾

1) 前ニチイケアセンター盛岡南 2) 岩手県立大学看護学部

3) 弘前学院大学看護学部

要旨

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の、医療機関との連携への思いを明らかにすることを目的とした。

A 県内の訪問看護師 9 名に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】の 3 つのカテゴリーが抽出された。

訪問看護では、高齢利用者は複数の疾患を持つことが多く、糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示医ではない場合があるため、指示医を通じた診療情報の共有の必要性が示唆された。また、医療機関との連携強化のために、医療機関の方針を共有し、訪問看護師からの報告書に対する医療機関からの返事が得られる仕組みが必要であることが示唆された。

キーワード：糖尿病をもつ高齢利用者、インスリン療法、訪問看護、連携、医療機関

はじめに

高齢糖尿病患者は、加齢による ADL 低下、認知機能の低下などの老年症候群の合併頻度が高い（日本糖尿病学会・日本老年医学会，2018a）。また、高齢者世帯の世帯構造は、「夫婦のみの世帯」が 48.7%、「単身世帯」が 47.4% であり（厚生労働省，2017）、家族のサポートを得られにくい状況がある。高齢糖尿病患者は、日常生活の中で出来ていたことが出来なくなるなど加齢による変化もあり、看護者が継続して関わることが重要となる（日本糖尿病教育・看護学会，2014）。高齢糖尿病患者では、合併症の進行予防だけでなく、生活機能や QOL の維持・向上を保ちながら、健康寿命を延ばし、糖尿病がない人と変わらない寿命を保つことが治療の目的となる（日本糖尿病学会・日本老年医学会，2018b）。

先行研究では、インスリンを使用する高齢糖尿病患者の研究が散見される。インスリンを使用する高齢糖

尿病患者の問題状況として、「手技習得時の困難な状況」、「インスリン療法の継続に伴い生じる心理的負担」などが明らかにされており（内海他，2006）、インスリン療法の導入や継続は、高齢糖尿病患者の在宅生活に負担をかけていた。また、高齢糖尿病患者は、長期間インスリン注射を行っていた場合でも、罹病期間の長期化により注射手技の修正が困難になるという問題も新たに生じることが明らかにされている（中村，2014）。

これらの先行研究から、高齢糖尿病患者は、在宅でのインスリン療法の継続に困難があることが明らかにされていると考える。

近年、在院日数の短縮化が進み、医療依存度が高い状態で退院する患者が増えたため、訪問看護を必要とする患者は増加しており、訪問看護と医療機関の連携について、報告が散見される。久保田（2014）は、在宅移行期の訪問看護師と医療機関との連携の現状につ

いて、「医療機関での指導や準備が、実生活のなかにかにかり上げられるかが重要であり、訪問看護師による退院直後の在宅移行期の支援は、その後の在宅療養を継続する上で重要である」と述べている。退院前に入院していた医療機関と訪問看護師との連携の困難さが明らかにされ（樋口他，2009；越部他，2013），退院前カンファレンスの不備や退院指導が生活に沿わない，などの連携の困難についても報告がみられた。

これらの困難の要因には，退院支援は退院支援部署などの医療機関主導で進められるが，医療機関は在宅での高齢利用者の療養の姿のイメージを持ちにくく，在宅療養や訪問看護の理解不足があることが考えられた。

糖尿病患者の療養支援に関する研究では，訪問看護師が認識する医療者側の問題状況として，後期高齢糖尿病患者のインスリン注射の受け入れや手技習得が不十分なまま退院し，在宅に問題が残されるなど，医療機関との連携の難しさが明らかにされている（内海他，2010）。

また，療養継続の困難さは伴うが，退院後も高齢糖尿病患者がインスリン療法継続を希望し，医療機関の看護師と訪問看護師などの在宅支援に関わる職種との連携で継続できた事例報告もみられた（米田，2009）。更に，慢性疾患看護専門看護師や糖尿病看護認定看護師など，専門性の高い看護師が主体となって医療機関と地域・在宅をつなぐ取り組みの報告（石本，2009；佐藤，2012）では，訪問看護師などの在宅支援に関わる職種と連携して糖尿病患者の療養継続を支援しているが，そのような報告はまだ少ない。しかし，これらの報告から，看護者による高齢糖尿病患者の望む治療や生活の確認，高齢者のセルフケアの困難な状況に合わせた援助の可否が，高齢糖尿病患者の在宅での療養継続を左右することが推測された。

以上の先行研究から，訪問看護師は，医療機関と連携して高齢糖尿病患者の療養継続を支える要であり，訪問看護師との連携如何により，在宅での高齢糖尿病患者のインスリン療法の継続の可否が決まる現状があると考えられる。

しかし，先行研究では，インスリン療法を行っている高齢糖尿病患者（以下高齢利用者）を支援する際の連携は十分に明らかにされておらず，訪問看護師がどのような思いで医療機関と連携しているのかを明らかにした研究は見られなかった。

訪問看護師による高齢利用者の支援の現状から，訪

問看護師が医療機関と連携する際の思いを明らかにすることで，医療機関にいる看護師の訪問看護への理解が進み，高齢利用者への支援において，訪問看護と医療機関との効果的な連携について示唆が得られると考えた。

研究目的

本研究の目的は，インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いを明らかにすることである。

研究方法

1. 用語の定義

- 1) インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者：訪問看護を利用しながら介助または自己注射により，在宅でインスリン療法を行っている65歳以上の糖尿病をもつ利用者。
- 2) 医療機関：組織としての医療機関と，医療機関に在職する医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなどの専門職。
- 3) 連携：インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者の療法生活継続のために，医療機関や在宅支援に関わる職種と訪問看護師による支援をつなげること。
- 4) 思い：訪問看護師がインスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支援する過程で，医療機関との連携について願い，考えること。

2. 研究参加者

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者の訪問看護経験があり，研究への参加の同意が得られた訪問看護師。

3. 研究期間

2015年2月から2016年3月。

4. データ収集内容

研究参加者の基礎情報として，年代・看護職の経験年数，訪問看護の経験年数，現職場以前の職歴他についてデータ収集した。

また，高齢利用者の療養生活に関して医療機関と連携する際の職種，連携内容，インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支えるために医療機関と連携する際の思いについてデータ収集を行った。

5. データ収集方法

研究参加者に、基礎情報収集用紙への記入を依頼し、1名につき40分から60分程度、プライバシーの保たれる個室等にて、半構成的面接を行った。

6. 分析方法

1) 逐語録からインスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いが述べられている部分を抽出し、一文一意味の1次コードを作成し、意味の類似性に基づき質的帰納的分析を繰り返し、最終段階をカテゴリー、最終段階から一段階前をサブカテゴリーとした。

2) 分析に当たっては、質的研究に精通した糖尿病看護、老年看護を専門とする看護学研究者からスーパーバイズを受け、信憑性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は、岩手県立大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号2014-M014)。

研究参加者へのアクセスは、訪問看護ステーション管理者に電話で研究について説明し、口頭で承諾の得られた訪問看護ステーションに研究の説明書を送付し、訪問看護ステーション管理者に研究参加の候補者を紹介していただき、研究者が、直接、候補者に連絡をとり、都合のよい日時を伺い、研究の説明を行った。

研究参加の候補者に、研究目的、研究への参加は任意であり、同意しない場合であっても不利益は受けないこと、参加の途中であってもいつでも参加を取りやめることができ、取りやめることによって不利益を受けないこと、訪問看護ステーション管理者には研究参加への承諾の可否は伝えないこと、プライバシーの確

保に努めること、協力内容、面接時間による不利益を与えないこと、研究参加者に関わる全てのデータは施設や個人が特定されないように記号化したうえで管理すること、研究成果の公表後、電子データは消去し、紙媒体の資料はシュレッダーで破棄すること、研究成果の公表について、口頭および書面で説明し、署名をもって同意を得た。

研究参加者の私事や業務に差し支えない面接の日時を決め、研究参加者の所属施設のプライバシーが確保できる個室または、個室に準ずる場所において面接を行った。研究参加者の同意が得られた場合、面接内容をICレコーダーに録音し、メモを取った。

結果

1. 参加者の概要

9つの事業所から9名の訪問看護師に参加協力を得た。研究参加者は、全員女性で、年代は30歳代から50歳代であった。看護師経験年数は平均23.9年(SD±7.0)、訪問看護師経験年数は平均5.8年(SD±3.4)で、全員病院勤務経験者であった(表1)。

2. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

研究参加者の語りから、601の1次コード、43の2次コード、12の3次コード、7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 3次コードを『 』で表す。

1) 【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】

このカテゴリーは、高齢利用者が認知機能の低下な

表1. 研究参加者の属性

参加者	年代	看護師経験年数	訪問看護経験年数	現職場の経験年数	看護師以外の所有資格	現職場以前の職歴
A	50歳代	25年	4年	4年	介護支援専門員	病院・特別支援学校
B	50歳代	28年	2年	2年	無	病院
C	30歳代	14年	5年	5年	無	病院
D	50歳代	31年	5.5年	3.5年	無	病院
E	40歳代	25年	7年	7年	介護支援専門員	病院・老人保健施設
F	50歳代	27年	14年	14年	無	病院
G	30歳代	12年	4年	4年	保健師	病院・老人保健施設他
H	40歳代	21年	4年	4年	無	病院
I	50歳代	32年	7年	3年	介護支援専門員・呼吸療法認定士	病院

どによりインスリン療法継続が難しくなる状況に直面し、訪問看護師が在宅でのインスリン療法の継続を支えるために医療機関からの支援を在宅につなぐ必要があるという思いであった。

このカテゴリーは、＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞、＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞という2つのサブカテゴリーから構成された。

＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞は、『高齢利用者・家族でのインスリン療法の継続が難しい』、『インスリン療法を継続するための関わりが難しい』という2つの3次コードから構成された。

『高齢利用者・家族でのインスリン療法の継続が難しい』は、入院を機に認知症が進行し、今まで出来ていたインスリン注射ができなくなり、訪問看護師が訪問することで注射を継続できている状況による思いであった。

『インスリン療法を継続するための関わりが難しい』は、主治医が変わったことで、高齢利用者に変更された指導内容を理解してもらうための関わりが難しいという思いであった。

＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞は、『インスリン療法を継続するために、医療機関だけでは支えきれない部分を高齢利用者の療養状況に合わせて支えていく』、『インスリン療法を継続するために、在宅支援に関わる職種と共に医療機関からの支援をつないでいく』という2つの3次コードから構成された。

『インスリン療法を継続するために、医療機関だけでは支えきれない部分を高齢利用者の療養状況に合わせて支えていく』は、訪問看護師が、低血糖の判断や対処が適切にはできない高齢利用者・家族に代わって医療機関と連絡を取りながら対応している状況や、在宅でのインスリン療法を継続するためには、医療機関と連携しながら高齢利用者・家族の療養状況に合わせた支援をすることが必要と考え、実践している状況に由来する思いであった。

『インスリン療法を継続するために、在宅支援に関わる職種と共に医療機関からの支援をつないでいく』は、高齢利用者のインスリン療法の情報を医療機関から引き継ぎ、在宅での支援方法をケアマネジャーなどの職種と話し合うことや、在宅支援に関わる職種にイ

ンスリン療法の大切さを伝えていきたいという思いであった。在宅の職種との協働の場面として、低血糖時の対応他、在宅で実際どうしていくかをケアマネジャーと話し合わせ、訪問看護師が訪問できない時間帯に訪問したヘルパーから、血糖値の報告を受けるなどの状況があった。

2) 【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】

このカテゴリーは、糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示を出す医師とは限らないことや、糖尿病を診ている医師による訪問指示が糖尿病とは限らないなどにより医師との連携方法が変化する困難さがあるが、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えるために医師との連携が必要と感じていた。

このカテゴリーは、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞、＜訪問看護の指示医が連携の窓口である＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という3つのサブカテゴリーから構成された。

＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞は、『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、療養生活の中の糖尿病も見ていく』という3次コードから構成された。

『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、療養生活の中の糖尿病も見ていく』は、高齢利用者は複数の疾患を持つことが多く、糖尿病は安定しているため糖尿病に関する訪問指示はないが、訪問看護師は家族が実施するインスリン注射を確認するなど、糖尿病ケアにも関わるといった思いであった。

＜訪問看護の指示医が連携の窓口である＞は、『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、糖尿病に関する連携の窓口は訪問看護の指示医である』という3次コードから構成された。

『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、糖尿病に関する連携の窓口は訪問看護の指示医である』は、訪問指示を出す医師が糖尿病を診ている医師ではない場合や、糖尿病も診ているが訪問指示が糖尿病以外の時も、糖尿病に関する情報のやり取りの基本は訪問看護の指示医であるという思いであった。

＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞は『訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との関わり方に悩む』という3次コードから構成された。

『訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師

との関わり方に悩む』は、一人の高齢利用者を診る医師が複数の場合が多く、実際に糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示医ではない場合の連携が難しいという思いであった。訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師には、定期的な報告は行えないため、低血糖など問題があった時の関わりだけではなく、普段からの関わりも必要と考えていた。

3) 【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】

このカテゴリーは高齢利用者の生活継続を支える訪問看護師の役割としての連携への思いであった。

このカテゴリーは、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞、＜訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ＞という2つのサブカテゴリーから構成された。

＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞は、『医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えたい』、『生活継続のために在宅での療養状況を理解して、高齢利用者の療養方法を考える必要がある』、『医療機関のそれぞれの専門職と連携したい』という3つの3次コードから構成された。

『医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えたい』は、インスリンが指示通り実施されないなどの相談や情報

提供をした時に医療機関から返事が得られない状況もあるため、返事があることで、訪問看護師は自分が伝えたことの適切さを判断でき、次の援助を考えられるという思いであった。また、医師の治療方針や目標を訪問指示書で把握することや、医師に確認する機会を持つことは難しい状況があるため、医師の治療方針や目標を知ること、訪問看護師はどのように高齢利用者を支援するとよいか考えることができ、医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えることができるという思いがあった。

『生活継続のために在宅での療養状況を理解して、高齢利用者の療養方法を考える必要がある』は、訪問看護師は疾患だけではなく、生活している高齢利用者やその療養環境を含めて高齢利用者を見ていて、医療機関も共に療養状況を理解して療養方法を考える必要があるという思いであった。高齢利用者が医師の指示通りに療養することは、生活中心のためできないこともある。そのような療養状況を医師に理解してほしいが、医師と話し合いの機会を持つことが難しいと考えていた。

『医療機関のそれぞれの専門職と連携したい』は、医師との連携だけではなく専門性の高い看護師などが医療機関の窓口となって療養支援の相談に応じてもら

表2. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

カテゴリー	サブカテゴリー	3次コード
在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ	インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある	高齢利用者・家族でのインスリン療法の継続が難しい インスリン療法を継続するための関わりが難しい
	インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく	インスリン療法を継続するために、医療機関だけでは支えきれない部分を高齢利用者の療養状況に合わせて支えていく インスリン療法を継続するために、在宅支援に関わる職種と共に医療機関からの支援をつないでいく
医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく	訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく	訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、療養生活の中の糖尿病も見ていく
	訪問看護の指示医が連携の窓口である	訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、糖尿病に関する連携の窓口は訪問看護の指示医である
	訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい	訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との関わり方に悩む
医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい	医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい	医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えたい 生活継続のために在宅での療養状況を理解して、高齢利用者の療養方法を考える必要がある
	医療機関のそれぞれの専門職と連携したい	医療機関のそれぞれの専門職と連携したい
	訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ	訪問看護師も医療機関も単独では生活継続を支えることが難しい 訪問看護師は在宅支援に関わる職種と医療機関との橋渡し役である

うなど、医療機関に勤務する専門職にも在宅の高齢利用者に目を向けてほしいという思いであった。

＜訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ＞は、『訪問看護師も医療機関も単独では生活継続を支えることが難しい』、『訪問看護師は在宅支援に関わる職種と医療機関との橋渡し役である』という2つの3次コードから構成された。

『訪問看護師も医療機関も単独では生活継続を支えることが難しい』は、高齢利用者の血糖コントロールのためには、生活の中でインスリン療法や食事療法などを支えていく必要があるが、訪問看護師も医療機関も、それぞれ単独での支援は難しいという思いがみられた。

『訪問看護師は在宅支援に関わる職種と医療機関との橋渡し役である』は、必要時に訪問看護師が医療機関と連絡を取ることは、在宅支援に関わる職種にとって安心感につながるため、訪問看護師の役割として大事にしていきたいという思いであった(表2)。

3. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いの構造

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢糖尿

病利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いの構造は、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】という思いを基盤として、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】という連携への思いがあった。

【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】は、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】という思いに含まれた。

【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】という思いは、医師からの対応が不足していることに対して、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞という思いと、＜訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ＞という訪問看護師の役割への思いとなっていた。【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】という思いは、＜訪問看護の指示医が連携の窓口である＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という連携の現状への思いに対して、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という連携の現状への思いに対して、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞

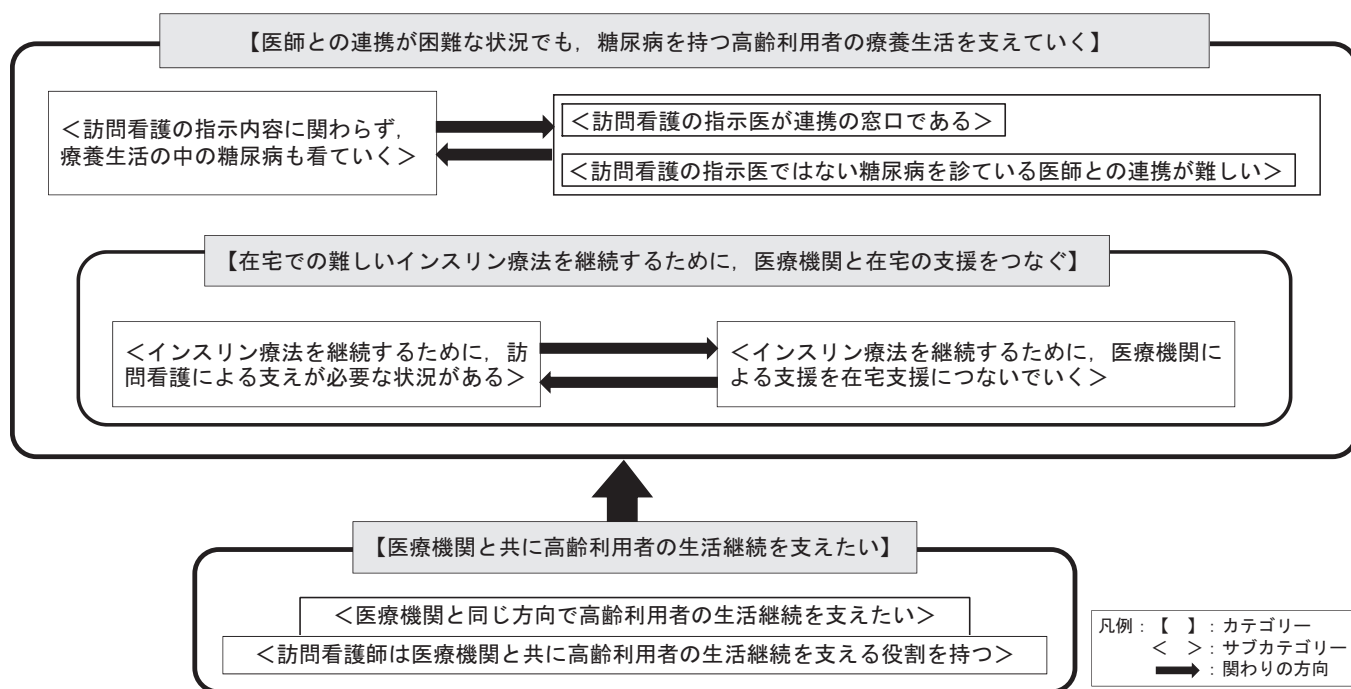


図1. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

という思いが互いに関連してみられた。また、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】は、＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞ため、＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞という実践への思いとなっていた（図1）。

考察

考察では、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いと、訪問看護と医療機関とのよりよい連携への示唆について述べる。

1. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】には、高齢利用者の認知機能の低下などにより＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞、＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞という思いがみられた。内海ら（2004）は、高齢糖尿病患者のインスリン使用に伴う生活上の問題状況として、「患者の低血糖への対策が不十分」であることや、「患者が自分のニーズを医療者にはっきり伝えることができない」ことなどをあげている。研究参加者は、低血糖の判断や対処が適切にはできない高齢利用者・家族に代わって医療機関に伝えて対応することや、高齢利用者の療養生活の負担軽減を考えて医師へ注射回数の変更の提案をするなど、高齢利用者の生活上の問題状況に沿って医療機関と連携し、その連携により療養生活の継続を支えるという思いにつながっていた。

また、在宅でインスリン療法を行っている高齢利用者への支援では、ケアマネジャーやヘルパーなど在宅支援に関わる職種との協働による支えも重要となる。本研究でも、在宅でのインスリン療法を支える場面において、ケアマネジャーやヘルパーとの協働があり、研究参加者は医療機関からインスリン療法の情報を在宅に引き継ぎ、高齢利用者の在宅支援に関わる職種と共に支援をつないでいた。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として森垣（2008；2011）は、インスリン自己注射自立度の変化を予測しながら在宅支援に関わる職種との援助の必要性を述べ

ている。研究参加者には、在宅支援に関わる職種にインスリン療法の大切さを伝え、連携していきたいという思いがあった。高齢糖尿病患者の増加に伴い、インスリン療法を行う高齢者の増加も予想される。インスリン注射の実施忘れなど、高齢利用者のセルフケアの困難な状況を支えている訪問看護師は、訪問回数や訪問時間が限られるため、今後は在宅支援に関わる他職種との連携を進めることも重要と考える。

【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】は、訪問指示内容で医師との連携方法が変化することでの医療機関との連携への思いであった。研究参加者は、訪問指示内容が糖尿病に関連しない時も、また指示医が糖尿病を診ている医師ではない時も、指示医に血糖値の報告や、家族が実施するインスリン注射の確認などをしていった。このように連携の窓口は指示医だが、研究参加者は低血糖などの問題があれば、指示医ではない糖尿病を診ている医師にも伝える関わりをしていたことが明らかとなった。訪問指示書や報告書によるやり取りはなく、問題があった時だけの連絡となることや、連絡後の情報は家族を通して得るしかないことから、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という連携の困難さがあった。その背景として、高齢者は複数の疾患を持つことが多いため、高齢利用者に関わる医師が複数となるが、訪問看護の指示医が糖尿病に関して指示を出していない場合には、高齢利用者の糖尿病の主治医との連携を訪問看護師が直接とる体制がないことがある。そのため、複数の医師が一人の高齢利用者を診ている場合は、医療機関間で診療情報を共有し、訪問看護の指示医が糖尿病に関する情報を把握し、指示医を通したやり取りが容易にできる体制が必要と考える。

また、椎名（2013）は、訪問看護による予防的関わりの必要性を述べている。糖尿病をもつ高齢者に訪問看護師が関わることで、低血糖対応などにより重症化を予防できることや、認知症の発症・進行などの加齢による療養状況の変化に気付くこともできる。研究参加者は、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞という思いがあり、糖尿病を診ている医師が指示医ではないときでも継続して予防的に関わるため、高齢利用者の身体面に関して、訪問看護師が直接、医療機関と連携の取れる体制が理想的と考える。

研究参加者の医療機関との連携への思いの基盤と

なっていたのは、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】という思いであった。内海ら(2010)は、訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者への看護として、「利用者・家族の在宅での生活継続を支えるための看護が基盤となる」と述べており、同様の結果が得られた。研究参加者の情報提供や相談に対して返事が得られないなど、医療機関からの対応が不足していたことで、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞という思いとなっていた。医療機関からの対応不足の要因には、医療機関と話し合いの機会を持つことの難しさと、それによる訪問看護の役割や体制の周知不足も考えられた。訪問診療など、在宅医療の利用者数は増加傾向にあり(厚生労働省, 2016)、今後は医療機関と訪問看護の顔の見える関係ができることが期待される。

2. 訪問看護と医療機関とのより良い連携への示唆

本研究では、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という思いがみられた。これらの思いから、研究参加者は医療機関と密に連携をして高齢利用者を支えたいが、医療機関からの情報が不足しているという連携体制の不備が推測された。指示医との連携体制として望まれることは、訪問指示書に医師の治療方針や目標が記録されることであり、それにより医療機関の方針の確認ができることである。また、訪問看護師の指示医への報告書による情報提供に対して医師や医療機関からの返事が義務付けられるシステム、または返信欄があるような書式の変更など、医療機関との密な情報のやり取りができる体制が必要と考える。医療機関と話し合いの機会を持つことは難しい状況であるため、何かあった時の連携だけではなく、利用者に関する情報提供や相談事に対して報告書を利用して返事をもらうことで、連続した医療機関との連携が期待される。

医療機関と話し合いを持つ機会は少ないが、医療機関から訪問看護が提供されるための相互交流や学習の機会を増やす取り組みも計画されており(公益社団法人日本看護協会他, 2014)、今後は訪問看護師と医療機関との相互理解の拡充も期待される。糖尿病看護認定看護師による訪問看護師を対象にした研修会の実践報告(檜原他, 2013)や、医療機関の糖尿病看護認定看護師が訪問看護師から困難な事例への関わりの相談を受け、事例に合わせた支援(丸山, 2014)も報告さ

れている。訪問看護師と医療機関の外来看護師、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士などの医療機関の専門職との連携が進むことで、医師も参加した連携につながることも期待される。

研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究参加者をA県の訪問看護ステーションの訪問看護師としたため、他の地域の医療機関と訪問看護ステーションでは連携状況が異なる可能性があることである。

今後は、複数の地域の訪問看護師を対象を広げ、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いを更に明確にすることや、医療機関の看護師を対象として、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者の支援に携わる訪問看護師との連携への思いを明らかにすることが必要と考える。

結論

本研究は、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いを明らかにすることを目的として、A県内の訪問看護師9名に、半構成的面接を行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。その結果、研究参加者の語りから601の1次コードが抽出され、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】の3つのカテゴリーが抽出された。

本研究の結果から、高齢利用者は複数の疾患を持つことが多く、訪問看護では糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示医ではない場合があるため、診療情報の共有による指示医を通したやり取りの必要性が示唆された。また、訪問看護での連携強化のために、医療機関の方針がわかり、訪問看護師からの報告書に対する医療機関からの返事が得られる仕組みが必要であることが示唆された。

謝辞

本研究を行うに当たり、ご協力いただきました研究参加者の皆様に深謝申し上げます。なお、本稿は、岩手県立大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆 (2009): 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状—連携上の困難・役立った支援より, 看護実践の化学, 34 (10), 61-68.
- 石本洋子 (2009): 外来看護師が行う自己管理支援～Part.3 地域との連携～, プラクティス, 26 (3), 258-261.
- 越部恵美, 佐久間美保子, 高橋真由美, 他 (2013): 訪問看護師からみた病院とステーションとの連携のあり方～療養者・家族の安心につながる退院前カンファレンスの検討～, 日本看護学会論文集老年看護, 43, 110-113.
- 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2014): 訪問看護アクションプラン2025, 2025年を目指した看護, 平成25年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団, <http://www.jvnf.or.jp/top/plan2025.pdf> [検索日 2015年8月19日]
- 厚生労働省 (2016): 平成29年 在宅医療の現状, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf> [検索日 2018年7月8日]
- 厚生労働省 (2017): 平成29年 国民生活基礎調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h28-houkoku-03.pdf> [検索日 2019年2月13日]
- 久保田幸子 (2014): 医療と生活をつなぐ訪問看護, 日本糖尿病教育・看護学会, 18 (1), 75-77.
- 丸山順子 (2014): 困難事例の誌上コンサルテーション, インスリン自己注射ができなくなり高血糖を来たしたケース (訪問看護師からのコンサルテーション), Nursing Today, 29 (5), 58-61.
- 森垣こずえ (2008): 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), 584-589.
- 森垣こずえ (2011): 在宅における糖尿病高齢者のインスリン自己注射の実際—インスリン自己注射自立度分類とその援助, 日本在宅ケア学会誌, 14 (2), 41-49.
- 中村美幸 (2014): 高齢糖尿病患者のインスリン自己注射実施上の問題と看護援助—外来看護師への面接調査による分析—, 日本糖尿病教育・看護学会, 18 (1), 25-32.
- 榎原直美, 阿部川真紀子, 飯尾美紀, 他 (2013): 糖尿病看護認定看護師による訪問看護師を対象とした研修会実践報告, 日本糖尿病教育・看護学会, 18 (特別号), 178.
- 日本糖尿病学会・日本老年医学会 (2018a): 高齢者糖尿病ガイド2018 第1版, 10, 文光堂, 東京.
- 日本糖尿病学会・日本老年医学会 (2018b): 高齢者糖尿病ガイド2018 第1版, 26, 文光堂, 東京.
- 日本糖尿病教育・看護学会 (2014): 糖尿病看護ベストプラクティス—インスリン療法— 第1版, 93, 日本看護協会出版会, 東京.
- 佐藤真理子 (2012): 糖尿病患者における病診連携と外来看護師の役割, 新時代の外来看護, 17 (6), 54-61.
- 椎名美恵子 (2013): 病気や障害があっても生活自立できるように支援する, COMMUNITY CARE, 15 (7), 47-51.
- 内海香子, 野口美和子, 清水安子, 他 (2004): 高齢糖尿病患者のインスリン使用に伴う生活上の問題状況, 日本看護学会論文集老年看護, 34, 135-137.
- 内海香子, 清水安子, 黒田久美子 (2006): 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, 10 (1), 25-35.
- 内海香子, 麻生佳愛, 磯見智恵, 他 (2010): 訪問看護師が認識す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と看護, 日本糖尿病教育・看護学会, 14 (1), 30-38.
- 米田昭子 (2009): 進化する慢性看護—病院と地域との看護を繋げる, 看護実践の科学, 34 (13), 37-41.

(2019年2月27日受付, 2019年5月31日受理)

< Research Report >

The Thoughts to the Cooperation with Medical Institutions
of Visiting Nurses who Support Elderly
with Diabetes Undergoing Insulin Therapy

Atsuko Sato¹⁾ Mutsumi Chida²⁾ Misako Kojima²⁾ Yoko Tsuchiya³⁾

1) Former Nichii Care Center Morioka Minami

2) Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

3) Hirosaki Gakuin University, Faculty of Nursing

Keywords : elderly with diabetes, insulin therapy, visiting nurse, cooperation, medical institution