



標準化死亡比の高い地域における2型糖尿病患者の療養行動の実態：療養行動の継続の看護支援に向けて

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-10-19 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中馬, 成子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005552

研究報告

標準化死亡比の高い地域における
2型糖尿病患者の療養行動の実態
—療養行動の継続の看護支援に向けて—

Self-care behavior among type 2 diabetes patients in
a high standardized-mortality-ratio district: nursing
support for continued therapeutic self-care behavior

中馬 成子

Nariko CHUMAN

キーワード：標準化死亡比，2型糖尿病患者，療養行動

Keywords: self-care behavior, type 2 diabetes patients, standardized-mortality-ratio

Abstract

The purpose of this study is to assess self-care behavior by type 2 diabetes patients residing in a high standardized-mortality-ratio district who have ceased treatment in an effort to come up with ideas for better patient education. Ten diabetics participated in semi-structured interviews, and their responses were subjected to qualitative inductive analysis. We assessed knowledge of the disease by extracting “you understand the condition of disease by comparing current blood-sugar level with a target value,” “I don’t know my current medical condition,” “complications are scary so want to avoid them,” “I can’t imagine me getting complications,” plus degree of awareness about blood-sugar level and complications. To determine awareness of treatment, we extracted “diet is fundamental,” “improvement is achieved through self control,” and “people don’t understand it enough to apply it to their daily lives.” To determine actual self-care behavior we extracted “modified diet and/or servings” or “engage in regular exercise,” etc.; while poor or absence of self-care behavior was indicated by “unable to stick with recommended servings,” “unable to adopt therapeutic behavior right after education/counseling.” Considering treatment involved and environmental factors, our findings suggest that patients need support in order to regulate themselves and sustain self-care behavior.

要 旨

本研究の目的は、糖尿病の標準化死亡比の高い地域の治療中断の経験を有する2型糖尿病患者の療養行動の実態を調査し教育への示唆を得ることである。10名に半構成的面接を行い質的帰納的に分析した。療養行動を左右する病状の認識は【目標値と現在の血糖値を比較して病状を理解している】【病状はわからない】【合併症は怖いから回避したい】【合併症は自分のこととして考えられない】、病気の管理に関する理解は【食事療法が基本である】【自己管理により病状が改善する】【生活に生かせるほど理解していない】が抽出された。実践している療養行動は【食事内容・量を変更した】【運動療法を継続している】など、実践できていない療養行動は【適切な食事量を継続できない】【教育後すぐには療法行動がとれない】などが抽出された。医療・生活環境を考え、患者が生活の中で療養行動を継続するためのセルフレギュレーションへの支援が必要であると示唆された。

I. 緒言

糖尿病は専門的な教育を受けた後、患者自ら疾患の管理を行い、医師および看護師などの医療従事者から指導を受けながら、血糖コントロールを維持することが求められる。都市部であれば、糖尿病専門医および糖尿病療養指導士による系統的かつ専門的な指導が行われることが多い。

しかしながら、島嶼を含むへき地においては発生した健康問題について専門職が少ないために、発生した健康問題について専門職間で相談して方針を決定することが難しい（今道，2008）とされている。

Q市は島嶼内にある人口およそ5万人の市である。Q市の平成8年～平成12年の糖尿病による標準化死亡比（standardized mortality ratio, 以下SMRと略す）は、男性179.9, 女性165.5（全国を100とする）であり、地区によっては男性336.2, 女性353.8と大幅に高かった（Q市健康福祉部健康増進課，2006）。Q市のSMRが高い要因についての調査は行われていないが、平成20年の兵庫県保健医療計画の報告書（兵庫県，2008a）によると、糖尿病の入院患者数は全県20.2（人口10万対）に比べ、Q市が含まれる圏域は29.7であった。Q市は平成10年に本州と架橋され車による交通が可能であるが、2次保健医療圏域は島内であり、糖尿病の治療および管理も島内で行われることが多い。またQ市は総面積が184 km²で東西南北に広く、鉄道はなく、バスの便数も都市部ほど多くは無い。したがって自家用車の所有率が高く、都市部に比べ車に依存しがちで歩くことが少ない生活を送り（兵庫県，2008b）、運動量が少ないことが考えられた。

療養指導は、良好な代謝コントロールを達成、維持し、合併症の発症を予防し、進展を抑制する（日本糖尿病学会，2007）のに有用である。しかしながら、Q市では専門的な教育が十分に受けられない環境にあり、またSMRが高い地域である。そこで、Q市における患者の療養行動について調査し、その地域性を理解した上で、自己管理を支援する必要があると考えた。

II. 用語の定義

療養行動：糖尿病の病状の認識と病気の管理に関する理解に基づく生涯における療養法に関する行動

III. 目的

SMRが高いQ市における2型糖尿病患者に対し、病状の認識と病気の管理に関する理解および糖尿病教育後の療養行動についての聞き取り調査を行い、その実態を明らかにし、糖尿病の療養行動を継続するための介入への示唆を得る。

IV. 方法

1. 研究デザイン

半構成的インタビューによる質的記述型研究。

2. 対象

- 1) 2型糖尿病患者で生涯において治療または経過観察を必要とされた者
- 2) 治療中断の経験のある者
- 3) 療養行動を行うための理解力、生活能力に問題がないと予測される64歳以下の成人期の男女

3. 調査方法

対象者に対し、半構成的面接法によりデータ収集を行った。データ収集期間は、2008年3月から7月で、外来診察の終了後に個室で実施した。インタビューガイドに沿って、合併症を含む病状の認識、病気の管理の理解、教育後の療養行動について質問した。また、検査データと治療経過は診療録から転記した。

4. 分析方法

半構成的面接で得られた内容を逐語録におこし、自分の病状についての認識、糖尿病教育後の病気の管理に関する理解および療養行動について表現していると思われる記述を抽出し、コード化した。そして類似したコードを集め名称をつけサブカテゴリーとして分類した。さらに類似したサブカテゴリーを集めて名称をつけ、カテゴリーとして分類した。分析は糖尿病看護研究および質的研究の経験者にスーパーバイズを適宜受けた。

5. 倫理的配慮

大阪府立大学看護学部研究倫理委員会に研究計画書および倫理審査申請書を提出し、その承認を得て調査を行った。説明と同意は、面接前に文書を用いて研究の主旨と方法、匿名性の厳守および研究参加は自由意志に基づき拒否の権利があること、経済的な負担は無いこと、治療上の不利益を被らないこと、学会や論文としての公表の可能性

について説明を行い、同意書に署名を得た。研究データの取り扱いについては匿名性を厳守し、同意書とは別にして保管した。

V. 結果

1. 対象者の概要

1) 対象者の背景

対象者は男性8名，女性2名の10名であった。平均年齢は56歳，治療方法はインスリン療法が3名，内服薬による治療が6名，食事療法が1名で

あった。合併症は医師に確認し，合併症がある者が3名，ない者が6名，不明が1名であった。治療期間は半年から12年間で平均が4.8年であった。教育入院の経験者は1名，9名が栄養指導を受けていた。BMIは19.5～32.3で，平均が24.0であった。HbA1cは5.7～9.8%で平均は7.1%であった(表1)。

2) 対象者の通院する病院の概況

Q市には平成18年に糖尿病専門医が1人着任している。糖尿病教育は主にA病院では糖尿病専門

表1 対象者の概要

対象者	性別	年代	合併症	治療法	治療期間(年)	職業	教育入院	栄養指導	BMI	調査時HbA1c(%)
A	男性	50歳代	網膜症，腎症，神経障害	インスリン療法	5	無職	なし	なし	19.5	7.4
B	男性	30歳代	網膜症，腎症	インスリン療法	3	無職	あり	あり	23.7	9.8
C	女性	60歳代	不明	内服薬	4.5	無職	なし	あり	27.1	6.7
D	男性	60歳代	なし	インスリン療法	0.5	自営業(配管業)	なし	あり	20.0	6.8
E	女性	60歳代	なし	内服薬	2	介護事務	なし	あり	26.8	6.7
F	男性	50歳代	なし	内服薬	4	地方公務員	なし	あり	22.8	6.2
G	男性	50歳代	網膜症，腎症	内服薬	12	無職(以前，自営業)	なし	あり	19.7	7.1
H	男性	60歳代	なし	食事療法	7.5	自営業(建築業)	なし	あり	25.4	5.9
I	男性	40歳代	なし	内服薬	6	スーパー勤務	なし	あり	32.3	8.3
J	男性	50歳代	なし	内服薬	3	漁業	なし	あり	22.8	5.7

表2 対象者の通院する病院の糖尿病教育

	A病院	B病院
糖尿病専門医	専門医1人(平成18年4月着任)	非専門医1名。
診療日	週1回。診療時間：新患30分，再診10分	週5～7回。診療時間：1人3～5分
糖尿病療養指導士	不在	不在
糖尿病教室	開催していない	年2回開催。糖尿病という病気について，糖尿病療養上の注意点，メタボリックシンドロームについて講演を行なっている。その他，年に1回程度栄養士主導で料理教室を行なっている。患者と家族および地域の健常者も参加可能である。
糖尿病教育	糖尿病専門医による指導内容 ・患者の問題点の指摘と対策，将来起こるべき問題点とその改善(長期的な対応) ・上記の改善のための現在行え得る(行わなければならない)食事療法，薬物療法，運動療法および現在の自分の糖尿病のコントロール状態について患者自身で判断する方法(自覚症状の変化，体重の変化，尿糖・血糖の測定方法，血圧のチェック方法など)	内科医による指導内容 ・食事のとり方(バランスよく，朝食ではなく，ゆっくりとよく噛んで食べる)，食べ過ぎの目安として体重の増加しないように体重減少を意識する。 ・運動は可能であれば日常生活に取り入れ長続きさせる。食べ過ぎたカロリーは運動では消費するには無理がある。 ・眼科への定期的な受診を促す。
看護師による個人指導	行っていない	医師からHbA1cが8%以上ある患者を個人指導するように依頼がある。1回30分程度。患者1人に4回程度実施する。指導内容は，検査データの説明，糖尿病・合併症・治療についての指導，自己血糖測定の指導，足病変の管理である。
栄養士による個人指導	糖尿病専門医から要請があれば指導する	糖尿病教室を開催する

医，B病院では内科医が行い，教育内容は表2に示した。B病院では糖尿病療養指導士の資格のない看護師による糖尿病教育が行われ，医師による依頼でHbA1cが8.0%以上ある患者に対し系統的な教育を行っていた。糖尿病教室はA病院では行われず，B病院では糖尿病患者を含む地域住民を対象に行われていた。

2. 病状についての認識

以下，カテゴリーを【】，サブカテゴリーを〈〉，主な具体的内容を「」で表す。

病状の認識については【目標値と現在の血糖値を比較して病状を理解している】【食事内容・量により血糖値が変動する】と認識する一方で，【病状はわからない】とする者がいた。

【目標値と現在の血糖値を比較して病状を理解している】

病状については，目標値と比較して〈目標値より血糖値が低い・高い〉とし，血糖値の推移をみて〈基準値内に血糖値が戻った〉〈血糖値は以前より下がってきている〉と認識していた。

〈目標値より血糖値が低い・高い〉は，目標値を医師から知らされ理解したうえで，それと比較しその差から病状を認識していた。

「(血糖値)というのわかる。さっき150なんぼかやった。先生から食後2時間で160ぐらいにするように言われた。」(対象者B)

「今日はちょっと高かった，8テンなんぼって言っちゃったけど。6の前半までしなさいよ，言われてんけども。」(対象者I)

〈基準値内に血糖値が戻った〉は，基準値を理解した上で前回と比較し血糖値が以前の基準値に近い値に戻ったと認識していた。

「初めて。今日はわりと基準に戻るいうか。」(対象者F)

〈血糖値は以前より下がってきている〉は，初診時からのHbA1cの変化から下降し改善していることを認識していた。

「平成7年に発覚したときは，A1cが11点なんぼやった(平成10年から受診中断)。そんとき(自覚症状もなかった。平成17年に風邪で受診した時のHbA1c)は9ぐらいやった。」(対象者G)

【食事内容・量によって血糖値が変動する】

〈食事内容・量によって血糖が変わった〉と病状は食事により変化することを体験していた。

〈食事内容・量によって血糖が変わった〉は，食事の内容及び量が変わることにより血糖値が変動するという体験が示された。

「低くはないけど，変わらずに7台ぐらい維持しよう。バナナとか，柑橘類いうかな，ご飯けっこうなんか食べるとのに6.7とか。意外と低い。ここ1年間ぐらい比較的安定しとる。」(対象者G)

「肺炎の時，ものを食べにくくなっったから，入院した。体重50kgになった。その時の入院のときにA1cがはじめ8になり，6になり，今は5.6。」(対象者J)

【病状はわからない】

血糖値から病状を理解し，食事によって病状が変化するという認識の一方で，病状について〈病状の進行がわからない〉〈血糖値の基準値を知らない〉と示された。

〈病状の進行がわからない〉は，自分では病状の悪化についてはわからず医師に説明を受けて病状を理解していた。

「進んどるのがわからん。今日も先生に言われて，そうかなと思うぐらい。進むいうても一回や二回やったらわからん。」(対象者D)

〈血糖値の基準値を知らない〉は，血糖の基準値を手帳に書いてはいるものの即座に答えられないことを示していた。

「(正常値は)わからへん。目安は聞いてます。(手帳に)あれに書いてある。覚えておらん。いつもそれを見るんやけど。ちょっと高いんのやな。」(対象者D)

病状のひとつである合併症については【合併症のない現状を維持したい】【合併症は恐怖だから回避したい】【合併症は自分のこととして考えられない】とし，合併症を意識しながらも合併症のない生活を送りたいという思いが示された。

【合併症のない現状を維持したい】

現在，合併症がないまたは不明な対象者は〈合併症にならないように気をつけたい〉〈現状を維持していきたい〉〈合併症に進まず改善して欲しい〉など，合併症のない現状を維持したい，という思いであった。

〈合併症にならないように気をつけたい〉は，自分で気をつけることで合併症を防ぎたい，という

思いであった。

「ならないじゃなしに、やっぱり気いつけなきゃあかん。そこまでね、なりたないっていうはあります。」(対象者E)

〈現状を維持していきたい〉は、改善したいけれどもせめて現状を維持したい、という思いであった。

「少しでもよくなるほうにもっていきたい。維持してるって感じ。最低今を維持したい。」(対象者E)

〈合併症に進まず改善して欲しい〉は、合併症に進まず、可能ならば改善して欲しい、という思いであった。

「合併症になったら、嫌やな思う。これ以上進まず改善したらいいと思う。」(対象者D)

【合併症は恐怖だから回避したい】

〈合併症になるのは恐怖である〉〈失明したら人生が終わる〉〈人工透析は辛いから受けたくない〉という理由から合併症を回避したいという思いが示された。

〈合併症になるのは恐怖である〉は、合併症に対する恐怖を示し、治癒することを願っていた。

「合併症は恐いから薬(内服薬)で治ればいいと思う。」(対象者C)

〈失明したら人生が終わる〉は、糖尿病性網膜症による両側の失明は人生の終わりであるという思いであった。

「片目ならともかく両目見えなくなったら人生が終わったようなもの。」(対象者G)

〈人工透析は辛いから受けたくない〉は、経験者から人工透析の辛さを聞き、受けたくないという思いがあった。

「(人工透析に) になったら嫌やな。透析はしんどいということしか聞けへんから。とりあえず(透析) せんようにしようかなと思う。」(対象者B)

【合併症は自分のこととして考えられない】

軽度の合併症および合併症がない対象者は、〈自分には腎症はない〉〈自分は合併症には罹患していない〉〈合併症まで進行していないから想像できない〉と合併症はまだ自分とは無縁の病状であるという考えが示された。

〈自分には腎症はない〉は、尿糖が軽度検出されたことは理解していながらも、腎症はないという認識であった。

「(腎症は) 始めのうちはなかった。尿糖がちょっと高いなあいうぐらい。」(対象者J)

〈自分は合併症には罹患していない〉は、合併症をもつ人が多数いることは知っているが、自分は罹患していないという認識であった。

「(合併症のある人は) 今いっぱいいるよね。自分まだそこまでいってないというのがある。」(対象者E)

〈合併症まで進行していないから想像できない〉は、合併症まで進行していないから想像ができないという認識であった。

「今そこまで行ってないから想像できない。1回も気にはせえへんけど、実際なってもたら、どないなるんやろうなあ。」(対象者I)

3. 病気の管理に関する理解

全員が医師による診察時または教育入院時、栄養指導時に療養行動について教育を受けていた。教育後の対象者が認識している教育内容は【食事療法が基本である】【自己管理によって病状が改善する】であった。一方では、【生活に生かせるほど理解していない】という認識であった。

【食事療法が基本である】

〈過食しないことが重要である〉〈炭水化物だけに偏らず食品を組み合わせる〉〈食事療法は継続する必要がある〉という食事療法の基本については理解していた。

〈過食しないことが重要である〉とし、血糖値を下げる試みをいくつか行っていたが、過食しないことが最も重要であることを理解していた。

「色々したけど、薬屋のもうけやなと思うて、これはあかん思うてやめた。食べ過ぎんことが大事。」(対象者J)

〈炭水化物だけに偏らず食品を組み合わせる〉とし、炭水化物を主食と副食に組み合わせていたが、バランスの悪い組み合わせであることを理解していた。

「前まではうどんとどんぶりみたいな感じだったけど、両方とも穀物みたいになるから悪いか言われて。最近は飯屋で、ご飯とおかずと組み合わせる。」(対象者I)

〈食事療法は継続する必要がある〉とし、血糖値を下げるために受診時前に食事調整をする人がいるがそれは間違いであり、継続して食事量を調整することが必要であることを理解していた。

「受診している人で今朝はご飯食べて来んかつ

たけど高いなあ、て。考え方がまちごうとる。一食抜くぐらいでなおるんやったら誰も辛いことせえへん。」(対象者J)

【自己管理によって病状が改善する】

病状は〈自ら行う生活習慣の改善が必要である〉〈手術と異なり自己管理の必要な病気である〉〈早期治療を受けることが重要である〉〈主治医の指示に従うことが必要である〉とし、医療従事者に指導を受けながらも、自らが実践しなければ改善しないことを学んでいた。

〈自ら行う生活習慣の改善が必要である〉とし、医師の指導により自分で生活習慣を改善することが必要であると理解していた。

「先生も自分自身で治さな治らへん言うよった。生活習慣と薬も飲んで、生活環境な。」(対象者F)

〈手術と異なり自己管理の必要な病気である〉とし、手術との治療の違いから自己管理の重要性を認識していた。

「手術で切ったり、骨折ったりと違う。自己管理の病気やないのが、やっとわかった。」(対象者F)

〈早期治療を受けることが重要である〉とし、診断されることを怖がらずに早期治療することの重要性を理解していた。

「怖がらんと糖尿でたら早期治療。ほっといたらいいことないつくづく思うた。」(対象者J)

〈主治医の指示に従うことが必要である〉とし、医師の指導に従うことが自己管理につながることを理解していた。

「先生のいうままに努力せんとこれ以上悪なったら、先生が治療に専念せい言われてますからね。先生にお任せいう感じで」(対象者A)

【生活に生かせるほど理解していない】

教育されたことを生活に生かせるように理解している一方で、〈診断初期に教育された時は内容が理解できなかった〉とし、教育内容を理解しないままに生活を送っていた。また〈家庭で実践できるほど指導を理解していなかった〉とし、知識として理解していたが生活の中で生かせるまでの理解ではなかった。〈内服薬だけで改善すると思っていた〉と治療の基本的な理解ができていないことも示された。

〈診断初期に教育された内容は理解できなかった〉

た)は、診断初期において、最も長い場合2年間は教育内容が理解できず生活していたことを示していた。

「教育受けてもやっぱ不十分ということやね。」(対象者G)

「ここ1年ぐらいでなるほどということ、自分自身気持ち変えてるんやけどね。やっぱり1年2年は、正直なところなんとも(わからなかった)。」(対象者F)

〈家庭で実践できるほど指導を理解していなかった〉は、教育内容を理解したつもりでも家庭では療養行動に移せていないことが示された。

「前の時にはあんまり覚えてないけど、実際なってきたら(できない)。」(対象者B)

「自分でわかってるんですが、食事の制限ができてない。実行するっていうのは難しい。」(対象者E)

〈内服薬だけで改善すると思っていた〉により、内服薬による治療だけで、他の療養行動はとらなくても病状が改善すると理解していたことが示された。

「薬でなんとかなるだろうという安易な気持ちだった。自己管理しとったらなあとは思いません。」(対象者F)

4. 教育後に実践している療養行動と実践できていない療養行動

1) 実践している療養行動

教育後に実践している療養行動は【食事内容・量を変更した】【運動療法を継続している】【受診・治療を欠かさないようにしている】であった。

【食事内容・量を変更した】は、教育後に〈日常の食事内容・量を調整した〉〈野菜を多く取り入れるようになった〉という食事に関する療養行動であった。

〈日常の食事内容・量を調整した〉は、食事や酒の量を制限する療養行動が示された。

「食べ物を半分にして間食ゼロ。お酒はその時は飲まない。」(対象者J)

「糖尿病の本で研究して、気いつけてやってるけど。バランスというか。量とか食べる種類とか。ぴっちりとはいかん。」(対象者D)

〈野菜を多く取り入れるようになった〉は、食材

の中でも野菜を増やし、摂取カロリーの制限を行っていたことが示された。

「カロリーの多いもの、魚でも脂肪の少ない魚とか肉も。本を読んでそれからできる範囲内でやってるんですけども。野菜を主にしとるけどね。」(対象者D)

「出来るだけ野菜を多く入れろと言われているから。自分で家庭菜園もしとるし。」(対象者H)

【運動療法を継続している】は、運動の中でも〈歩くことは毎日欠かさない〉〈山登りを定期的に行っている〉〈友人と毎日歩いている〉とし、現在の運動の習慣と習慣化するために友人と歩くという療養行動が示された。

〈歩くことは毎日欠かさない〉は、可能であれば歩行を毎日欠かさず行っているという療養行動が示された。

「できるだけ歩く。毎日散歩がてら、階段使って、一回20分ぐらい。」(対象者B)

「1日30～40分歩いている。」(対象者C)

〈山登りを定期的に行っている〉は、自宅近くにある山に定期的に乗っているという療養行動が示された。

「山登りを近所の山ずっと歩くだけだけど、月に1・2回、1時間ぐらい。」(対象者I)

〈友人と毎日歩いている〉は、一人では継続できないが、友人とウォーキングを約束することで習慣化しているという療養行動が示された。

「テレビ見るより行こうかで。友人と行ってます。(継続は)1人やったらそれはわかんない。ほぼ10年。夜8時から1時間ぐらい。」(対象者E)

【受診・治療を欠かさないようにしている】

〈薬を欠かさないようにしている〉〈薬を欠かさないために受診している〉という受診行動と薬物療法を継続する療養行動が示された。

〈薬を欠かさないようにしている〉は、長期的に良好な病状を保ちたいという思いから薬物療法を継続するという意志が示された。

「今はきちんと(薬)飲んでます。3,4年で退職やから。体に気いつけとかんと、後々あるし思うて。」(対象者F)

〈薬を欠かさないために受診している〉は、薬物療

法を継続するために受診を中断しないという意志が示された。

「きっちり(受診に)来てます。薬欠かさねんから。(平成)13年からは7年間ずっと受診してます。」(対象者G)

2) 実践できていない療養行動

教育後に実践できていない療養行動は、【適切な食事量を継続できない】【教育後すぐには療養行動がとれない】であった。

【適切な食事量を継続できない】は、〈一日だけは良いだろうと過食する〉という考え方と〈季節の果物および菓子類を過食してしまう〉〈友人との会食では過食してしまう〉という日常から外れた場面での過食と、〈受診日前に食事量を減らす〉という検査結果を調整するための行動に示された。

〈一日だけは良いだろうと過食する〉は、仕事を続けるために体力を保ちたいという思いや食事を残すのはもったいないという思いが強く過食していた行動が示された。

「仕事していたさかい、食べて今日ぐらい飲んでええやろうて、自分でつくるから量が多い。腹いっぱい食うて仕事行って。」(対象者A)

「3杯くらい食いよった。1杯とか初めしとってんやけどなかなかできません。」(対象者H)

〈季節の果物および菓子類を過食してしまう〉は、3食の食事時の過食ではなく果物や間食による過食が示された。

「食事よりも間食。ピワとか。一回に2つぐらい食べてます。ケーキとかチョコレート。痩せないのはわかってるんですけど。」(対象者E)

〈友人との会食では過食してしまう〉は、友人との会食時は気が緩み、制限する考えが無くなり過食することが示された。

「友だちと食べに行くとなついつい食べ過ぎてしまう。」(対象者E)

「わかっってもね。仲間が集ったらビール1本ぐらいええかな。それを完璧にするのは難しい。」(対象者G)

〈受診日前に食事量を減らす〉は、受診日に採血されることを考えて食事調整している行動が示された。

「受診する4,5日前だけ食事を抑える。受診で血液とるから。高くならんように。」(対象者G)
 「1ヶ月は受診までであるけれども、1週間2週間は結構気使って食事するけど、後半の2週間1週間になってきたら、逆に食べてしまう。」(対象者I)

【教育後すぐには療養行動がとれない】は、〈教育後すぐには療養行動がとれなかった〉〈食事療法は行わずインスリン注射だけ続けていた〉といった教育内容が長い場合は3年間理解できず、さらに治療の認識不足により適切な療養行動に至っていないことが示された。

〈教育後すぐには療養行動がとれなかった〉は、入院時および通院時に教育を受けてもすぐには、療養行動がとれなかったことが示された。

「退院して家に帰ったときはいっぺんには守れなかった。通院だけやさかいね。ほとんどできなかった。」(対象者A)

「薬は飲みつつも初めの3年間ほど、ビタツとした食生活に関してはね(できなかった),2,000キロカロリー以上は摂っとると思う。」(対象者G)

〈食事療法は行わずインスリン注射だけ続けていた〉は、インスリン療養だけで血糖コントロールするという考えで食事療養を実施していなかったことが示された。

「栄養士さんからこういう食事の方がええとか聞いていったらええけど、とりあえずインスリン打って押さえることしか頭になかった」(対象者A)

VI. 考察

1. Q市の糖尿病患者の病状の認識の特徴

多くの対象者が血糖値の基準値を理解しモニタリングを行っていた。受診時には毎回医師から自己管理の評価として報告がされることもあるためか、血糖値に関心を示していることが明らかになった。医師から目標値を提示され、現在の【目標値との現在の血糖値を比較して病状を理解している】としていた。また果物が血糖値を高めること、肺炎により食事がとれなくなったことにより体重減少があり、その結果【食事内容・量により血糖が変動する】ことから食事を調整し血糖の上昇を予防していた。一方では【病状はわからない】とする者もいた。

合併症については【合併症のない現状を維持したい】、【合併症は恐怖だから回避したい】と考え、意識していないわけではないものの、【合併症は自分のこととして考えられない】として全く他人事として捉えていたということも明らかになった。しかし、合併症がどういうものか知らないという回答は無く、認識の程度の差はあったが合併症については意識していたことが明らかになった。

対象者の糖尿病の病状の認識は、血糖値を基準値と比較して認識する場合と合併症の罹患性から認識する場合が考えられた。また食事内容及び量によって血糖値が変動することも体験していた。血糖コントロールにとって食事療法は有効であり(日本糖尿病学会, 2007; 多留ら, 2008; 栗林ら, 2006), 最も基本的な治療であることを教育することが必要である。

また、血糖値について毎月の血糖値の推移をモニタリングする傾向があることから、血糖値の評価ができるような知識の提供と血糖値が高い場合は合併症へ移行する危険性があることを示すことにより自己管理に対する認識の変容を促進することが考えられる。合併症は、恐怖である、失明すると人生が終わるといった陰性感情をもっていた。トランスセオリアル・モデルでは、病状の悪化に対する恐怖、不安などの感情が次のステップの熟考ステージへ移行する、とされている(Patricia, 2002 / 竹中, 2005)。また保健信念モデルでは、罹患することに重大性を感じると保健行動をとる、とされていることから患者から恐怖や不安などの発言があった時に合併症についての知識とともに生活への影響など具体的に示すことが効果的であると考えられる(野川, 2010)。

2. 病気の管理に関する理解の特徴

糖尿病の食事カロリーコントロールについて〈過食しないことが重要である〉、〈炭水化物に偏らず食品を組み合わせる〉という食事内容のバランスなどの【食事療法が基本である】ことを学んでいた。また【自己管理によって病状が改善する】という学びが明らかになった。糖尿病の自己管理の基本である食事療法、自己管理の継続の必要性について理解していた。しかし【生活に生かせるほど理解していない】とし、生活する中で行動に移せる具体性のある知識ではないことが明らかになった。また、〈診断初期に教育された内容は理解できなかった〉、という対象者もいた。糖尿病診療ガイドライン(日本糖尿病学会, 2007)

によると、合併症の発症予防と進展抑制のために早期から厳格な代謝コントロールが必要とされている。また初期教育を十分に受けていない患者は治療中断に陥りやすい、という報告もある（坂本他，2005）。Q市の糖尿病のSMRが高いということは重症化するわち合併症の進展が考えられることから、初期教育の重要性が必要であると考えられる。

さらに〈内服薬だけで改善する〉といった認識をもつ対象者もあり、糖尿病の治療に対する理解の低さも明白になった。糖尿病は自覚症状がほとんどなく、罹患していることを認識することが困難な疾患である。内服薬は欠かせないが、食事療法が守られることにより、薬物の効果も発揮される。また、治療の放置および中断（中石他，2007）や療養行動が継続されないことにより、重症化してから受診に至ることも多い（山田他，1993；山名他，2007；朝長，2007）。Q市においてもSMRが高いことから、治療の中断があったことが予測される。また、漁業が盛んであることから、先行研究（森田他，2009）のインタビュー中に大漁の時には祝い膳を囲んでいた、という話があった。Q市における会食の特徴を踏まえうえて、内服薬だけでは血糖のコントロールが不可能であり、食事が血糖値に大きく影響することを指導し、会食後の食事のコントロール方法について具体的な指導が必要である。

3. 教育後の療養行動の特徴

教育後は、【食事内容・量を変更した】、【運動療法を継続している】、【受診・治療を欠かさないようにしている】としながらも、【適切な食事を継続できず】、〈一日だけは良いだろうとして過食し〉、朝・昼・夕食以外に〈季節の果物および菓子類を過食してしまう〉ことが明らかになった。また〈友人との会食では過食してしまう〉としている。3食以外の間食を過食し、一日だけは良いだろうという考えをもち、友人との外食で過食するなど、日常から外れた場合に自己管理ができなくなることが明らかになった。さらに受診日が近づくと、血糖値を測定する採血があることから〈受診日前に食事を減ら〉し、【教育後すぐには療養行動がとれない】として、〈食事療法を行わずインスリン注射だけを続けていた〉という誤った知識のまま療養生活を続けていた。

糖尿病の療養行動は患者自身が実践する。しかも療養行動は生活に密着した食事および運動である。対象者は、糖尿病の療養行動について、総論

的な知識として得てはいるものの、自分の生活の中で実践可能な行動としては習得できていないことが明らかとなった。架橋されていることから現在Q市は離島に存在するとはいえないが、架橋される前からQ市で生まれ生活をしている患者は病気に関する専門的な教育を十分に受けられない地域で療養生活を行っている。このような地域における看護は、野口（2006）のいう地域の食文化、食習慣、患者の食生活についてより詳細に把握することが具体的な計画の提供につながると考える。

看護職による糖尿病教室が開催されていない病院もあり、糖尿病専門医および内科医による診療時の指導が中心であった。また、血糖値が高くなってから看護師が個人指導をする病院もあり、療養生活を行うための必要な情報が限られていることも推測された。また外来患者は2週間または1か月に1回受診し、限られた診療中に指導を受けることから、知識や行動の修正が十分行えていない可能性も高い。さらに実践できていない療養行動へのサポートも得られない医療環境であることも予測される。したがって、患者自らが自分で病気を管理する方策をもつことが必要であると考えられる。

4. 標準化死亡比の高い島嶼に在住する2型糖尿病患者に対する教育への示唆

本研究の対象者は、島嶼内に在住し、就業および医療を含む生活は島内で行われる事が多い。また糖尿病の2次保健医療圏域も島内である。都市部と比較すると糖尿病専門医1名、糖尿病看護認定看護師はいない、という限られた教育環境の中で患者は療養行動をとれなければならない。

Q市により企画された健康Q21（2006）では、肥満度は60歳代で25.0以上が23.6%、適正体重を知らないという者が50歳代で29.2%、20歳代で46.2%であった。また漁師は朝・昼は船上でパン、おにぎりが多く、夕食がドカ食いになる、弁当は冷凍食品ばかりで野菜を入れない、という報告がある。運動はウォーキングを行う人が多いが、日常生活での歩数は、男性5,588歩（全国8,202歩）、女性が5,297歩（全国7,282歩）と、糖尿病患者が増える要因が食習慣、運動習慣から推察された。

Q市の医療環境として、糖尿病教育の時間および専門職が限られていること、またSMRが高いという実態があった。患者は血糖値に関心を示しモニタリングする力があり、合併を回避したいと願っているが、教育を受けたものの学んだことを

生活に生かせないということも明らかになった。したがって、積極的なセルフモニタリングを促し、患者の生活を踏まえた食事療法、運動療法の計画をサポートし、セルフレギュレーションへの支援が必要であることが示唆された。

VII. 本研究の限界と課題

本研究は10名の対象者の主観であり、過去の体験を想起したこともあり、客観的に島嶼内で生活、医療を完結するという地域に在住する2型糖尿病患者の療養行動を明らかにできたわけではなく、データに偏りがある可能性もある。

受けた教育内容も2病院で異なり、また対象者も個別性が高く、インタビューした回答にばらつきが大きく、一般化するの難しい。今回明らかになった特徴をもとに、インタビューガイドの精度を上げ、さらに客観的な裏付けになるデータを取り、Q市の2型糖尿病患者の療養行動の特徴を見出す必要がある。また、今回、都市部とは異なる医療環境、生活環境にいる患者に対する教育への示唆が得られたことから、今後教育試案を作成して検証する必要がある。

VIII. 結論

病状については、血糖値と目標値の差から高い、低い、または改善していることを把握し、受診時の血糖値をモニタリングしていた。また食事内容及び量によって血糖値が変動することを体験していた。その一方で自分の血糖値を知らない、病状がわからないとする者もいた。合併症については、合併症がない者は現状を維持したいとし、合併症は恐怖であるから、失明すると人生が終わるという理由から回避したいとしていた。しかし合併症については自分のこととしては考えられないとしている者もあったが、合併症について知らない者はなかった。認識している教育は食事療法の基本と自己管理の重要性、継続することが必要であるとしていた。しかし一方では理解はしたつもりであったが、行動に移せるだけの具体的知識ではなかった。教育後に実践している療養行動は、食事内容・量を変更し、食事療法について学習を始め、運動療法を継続し、受診・治療を欠かさないようにするなど、療養行動の基本を実践できていた。しかし、時に満腹に食べてしまったり、間食をとったり、会食時に過食するなど、日常では行えたことも、場合によっては療養行動がとれ

ないことも明らかになった。

Q市の特徴的な医療環境、生活環境を考え、患者の生活に応じた実践可能な療養行動の計画と患者自らが糖尿病をセルフレギュレーションできる支援が必要であることが示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり、御協力をしてくださいました病院長、主治医、看護部の皆様に厚く御礼申し上げます。また、貴重な体験をお話しいました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 朝長修(2007)：糖尿病治療中断と腎不全，プラクティス，24(2)，175～178。
- Griffin S.J.(1998)：Lost to Follow-up:the Problem of Defaulters from Diabetes Clinics, Diabetes Medicine, 15(suppl.3), S14-S24.
- 兵庫県(2008a)：兵庫県保健医療計画，平成20年4月1日。
- 兵庫県(2008b)：兵庫県健康増進計画，平成20年4月。
- 今道英秋(2008)：へき地・離島医療マニュアルの有用性，へき地・離島救急医療研究会誌，33-38。
- 栗林伸一，織田朋子，飯田直子他(2006)：クリニックにおける初診糖尿病患者への栄養相談の実態と評価，日本病態栄養学会誌，9(2)，181-189。
- 森田智子，神谷千鶴，中馬成子他(2009)：Q市における在宅高齢糖尿病患者のセルフケア，関西看護医療大学紀要，1(1)，3～14。
- 中石滋雄，大橋博，栗林伸一他(2007)：糖尿病治療中断者の実態調査，プラクティス24，162～166。
- 日本糖尿病学会(2007)：科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン，南江堂，東京。
- 野川道子(2010)：看護実践に活かす中範囲理論，メヂカルフレンド社，東京。
- 野口美和子(2006)：へき地・離島の看護と保健活動の特徴，保健の科学，636～640。
- Patricia M., Burbank, Deborah R.(2002)：Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults：Interventions With the Transtheoretical Model / 竹中晃二(2005)：メディカルフィットネスシリーズ2 高齢者の運動と行動変容 トランスセオレティカル・モデルを用いた介入，ブックハウス・エイチデイ，東京。
- Q市健康福祉部健康増進課(2006)：健康Q21。
- 坂本江美子，大森安恵，鈴木奈津子他(2005)：田園都市における一病院の20～30歳代発見2型糖尿病患者の初診時実態と教育の必要性，東京女子医大誌，424～427。
- 多留ちえみ，齊藤初音，岩井千恵他(2008)：2型糖尿病患者の初診後1年間の自己管理行動実施状況とコントロール指標の推移，神戸大学院保健学部紀要，24，90-100。
- 山田幸男，高澤哲也，鈴木正司他(1993)：drop outが原因で透析・失明に至った患者の実態と予防策，プラクティス10，426-431。
- 山名泰生，松尾雅子，瀨瀬有子(2007)：糖尿病治療中断による危険な病態—眼科医の視点から—，プラクティス24，167～173。