

厚生労働科学研究費補助金
(政策科学推進研究事業)

外来機能および看護職の役割と その効率性評価に関する研究

平成 14 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岡谷 恵子

平成 15 年 3 月

目次

I. 総括研究報告	岡谷 恵子 …… 1
II. 分担研究報告	
1. 先駆的施設における糖尿病外来看護の取り組み に関する実態	数間 恵子 …… 5
2. インスリン非使用糖尿病患者に対する外来での 個別相談・指導の実態	数間 恵子 …… 11
3. 個別相談・指導の評価指標の検討 －「糖尿病用食事関連 QOL 尺度」の作成	数間 恵子 …… 35
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	…… 39

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
総括研究報告書

外来機能および看護職の役割とその効率性評価に関する研究

主任研究者 岡谷 恵子（社団法人 日本看護協会 専務理事）

研究要旨

外来における看護機能、とりわけ個別の相談・指導活動は、長期にわたる療養行動を支援して疾患の進展憎悪を防ぎ、国民医療費の増大を抑制する上で極めて重要と考えられる。本研究は、個別の相談・指導活動対象のモデルとして糖尿病患者を取り上げ、以下の3つの研究を実施した。

研究Ⅰ：糖尿病外来看護に先駆的な取り組みを行う施設数カ所への聞き取り調査を実施した。

研究Ⅱ：研究Ⅰの結果を踏まえて、外来で看護職者が検討したものである。インスリンを使用していない糖尿病患者（以下、インスリン非使用患者）に対して個別相談・指導を提供している施設を対象に、調査票による全国調査を実施し、個別相談・指導の実態を調べるとともに、これらの活動の成果や変化についての看護職者の認識を尋ねるとともに、その関連要因を探索することで、効果的なケアを提供しうる糖尿病外来での看護個別相談・指導のあり方について検討した。

研究Ⅲ：糖尿病については食事療法が基盤となることから、食事を含めた生活全般に関するQOLに着目し、患者への個別相談・指導の効果の測定指標の一つとして、糖尿病用食事関連QOL尺度を開発し、その信頼性・妥当性の検証を行った。

その結果、看護職者による外来での個別相談・指導はインスリン非使用患者を含む糖尿病患者に対して、様々な体制・看護提供システムの下で行われ、多岐にわたる内容のケアを提供していること、個別相談・指導の実施が患者の療養態度の改善や不安の軽減、また看護職者自身や周囲の医療従事者・病院などへ様々な影響を与えていることが明らかになった。これらは、今後の外来看護機能のあり方についての検討に重要な示唆を与えるものと考えられる。また、作成した糖尿病用食事関連QOL尺度は、因子妥当性、収束的妥当性および弁別的妥当性、内的整合性、再テスト信頼性を有するものであることを確認した。今後、患者への個別相談・指導の効果の測定指標として活用するために、感度および反応性の検証が必要である。

分担研究者

数間 恵子（東京大学大学院医学系研究科 教授）

研究協力者

宮下 光令（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻）

柴山 大賀（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻）

小林 康司（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻）

佐藤 栄子（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻）

鈴嶋 よしみ（財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター）

田中 ゆき（東京大学大学院医学系研究科 数間研究室）

田中 奈緒子（東京大学大学院医学系研究科 数間研究室）

A. 研究目的

外来における看護機能、とりわけ個別の相談・指導活動は、長期にわたる療養行動を支援して疾患の進展憎悪を防ぎ、国民医療費の増大を抑制する上で極めて重要と考えられる。本研究は、個別の相談・指導活動対象のモデルとして糖尿病患者を取り上げて検討したものである。

平成9年に厚生省が行った糖尿病実態調査によれば、わが国の糖尿病患者は約690万人と推定されており、その大部分はインスリンを使用していない患者（以下、インスリン非使用患者）である。糖尿病患者は、血糖コントロールを良好に維持することにより合併症の発症やその進行を防止しようが、それを達成するために患者がそれまでの生活習慣を変更して、新たな自己管理行動を習得し、継続していくことは容易なことではない。現在医療者に求められているのは、患者の生活の質（Quality of Life: QOL）を最大限に向上させながらも合併症を最小限にする援助の実施である。特に、個別性の高い生活習慣に対する支援をする上で、看護師が担う役割は大きいと考えられる。

実際それに呼応するように、多くの病院で、インスリン非使用患者に対する外来での個別相談・指導ならびに集団指導後の個別指導に、30分以上におよぶ時間をかけて対応していることが、数間らの平成13年度の外来における看護の相談・指導機能に関する調査により明らかになっている。しかしこれらの活動は、現在診療報酬上何ら評価されていないため、相談・指導のニーズに対して十分な対応ができないという問題が指摘されている。診療報酬上の評価が得られれば、今まで以上に多くの病院で、これらの活動が促進され、患者の糖尿病自己管理行動に対する適切な援助が実現されうると考えられる。インスリン非使用患者に対する看護個別相談・指導の客観的な有用性を検証するため、これらの活動が全国の病院でどのように実施されているのかという実態について調査する必要がある。さらに、そうした活動の結果もたらされた成果について、どのような要因が関連しているのかを探索することも、今後の外来看護機能のあり方についての検討に寄与するものと考えられる。

これらの行為の有用性を検討する際には、糖尿病患者のQOLへの支援が重要であることから、QOLも重要となると考えられる。全ての糖尿病患者に共通の治療は食事療法であり、この実施はQOLに大きく影響を与えていると考えられる。食事療法を実施しながら負担なく日

常生活を送ることができるような援助は看護機能の重要な要素であり、食事に関連するQOL（以下、食事関連QOL）を詳細に評価する尺度を用いて、外来看護個別相談・指導を評価できる可能性がある。

したがって本研究では、インスリン非使用患者に対する看護師による外来個別相談・指導の実態およびその成果の関連要因を明らかにすること、糖尿病用食事関連QOL尺度を開発し、その信頼性・妥当性の検証を行うことを目的とした。

B. 研究方法

研究Ⅰ：先駆的施設における糖尿病外来看護の取り組みに関する実態

まず、糖尿病外来看護に先駆的な取り組みを行っている病院7か所・診療所1か所をほぼ本州全域から選び、聞きとり調査を通じて外来看護機能に関する予備的体系整理を行った。

研究Ⅱ：インスリン非使用糖尿病患者に対する外来での個別相談・指導の実態

その結果に基づき、全国の200床以上の病院で、数間らの平成13年度調査の回答より「在宅療養指導料」適応外対象にも相談・指導を提供していることが明らかで、回答に施設名が明記されていた179施設を対象とした。調査は3段階に分けて行い、第一段階は看護管理者、第二段階は実際に個別相談・指導に携わっている看護職者に、調査票を郵送した。第三段階では、調査票の一部について再現性確認のための再調査を行った。調査内容は、病院の糖尿病外来看護個別相談・指導体制、患者実績、相談・支援外来等の実態とし、糖尿病外来看護機能について検討した。

研究Ⅲ：個別相談・指導の評価指標の検討—「糖尿病用食事関連QOL尺度」の作成

食事を含めた生活全般に関する新たなQOL尺度「糖尿病用食事関連QOL尺度（案）」を作成し、その因子妥当性、収束的妥当性、弁別的妥当性、内的整合性、再テスト信頼性を検討した。尺度（案）は、食事療法に関連する特異的QOL（狭義の食事関連QOL、計17項目）と、食事療法から派生する生活機能制限（包括的健康関連QOL尺度であるShort Form-36; SF-36からの転用）からなっている。

対象は、北関東に位置する一般病院（病床数456床）通院中の糖尿病患者で、一定の基準に合致した291名中、調査に協力が得られたものとした。調査は施設の承認を得て行った。

C. 結果

研究Ⅰにおいては、8施設の聞き取り調査では計14名の看護職者から協力が得られ、看護職者による外来での個別相談・指導はインスリン非使用患者を含む糖尿病患者に対して、様々な体制・看護提供システムの下で行われ、多岐にわたる内容のケアを提供していること、個別相談・指導の実施が患者や看護職者自身、周囲の医療従事者や病院などへ様々な影響を与えていることが明らかになった。

研究Ⅱにおいては、郵送調査では第一段階では179施設中87.6%（有効票62.0%）から、第二段階では105施設の計402名中85.6%（有効票69.9%）から、それぞれ回答が得られた。第三段階では協力の意思を示した170名中87.1%（有効票87.1%）から回答が得られ、中等度の再現性が確認された。

外来での診療体制および看護体制については、全体の79.3%が糖尿病専門外来を有し、72.1%の施設で糖尿病診療のための多職種チームが形成されていた。チームの主要な構成メンバーは、医師、看護職者、栄養士、薬剤師であった。個別相談・指導にあたる看護職者の活動形態は、「外来の看護職者が、診療の補助業務のかたわらで必要に応じて対応」している施設が全体の7割以上で、「相談・指導の専門部署の看護職者が対応」している施設は全体の約4分の1にとどまった。個別相談・指導の対象者の選別方法は、他の職種、特に医師からの依頼による相談・指導が最も多く、患者や家族の希望によるもの、相談・指導担当の看護職者が必要な患者を選択するものがそれに続いた。糖尿病患者の受診時にルーチンとして対応するのは、糖尿病診療科に入院していた患者の退院後のフォローとしてのものが最も多く、他科以外の糖尿病患者への接触は少なかった。

次に、個別相談・指導の成果や変化に対する看護職者の認識の関連要因として、「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」各領域を目的変数とした重回帰分析を行った。その結果、有意に関連している領域が多かった変数について述べる。

「個別相談・指導時に行う看護行為」としては、「個別的な自己管理行動の具体化」や「身体的なケアを提供する」という行為を行っているほど、各領域でよい変化・影響との関連が見られていた。

「糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制」としては、「糖尿病専門外来」や「教育入院制度」の存在などが各領域でのよい

変化・影響との関連が見られていた。また、「個別相談・指導の場所」については、「専用の個室」を使用しているほど看護職者自身へのよい影響が増加し、負担が減少していた。

「個別相談・指導の対象者の選別方法」については、「糖尿病患者の初診時」に対応するほどよい影響が減少していた。また、「糖尿病患者の退院後の初回外来受診時」に対応するほどよい影響が増加していた。

研究Ⅲにおいては、291名中、238名から調査承諾と回答が得られ、236名を有効とした。再調査にはそのうちの150名から協力が得られた。

狭義の食事関連QOLの17項目は因子分析結果から3因子構造（「食事全般の主観的満足感」「食事療法の負担感」「食事療法からの受益感」）であることが確認された。「糖尿病用食事関連QOL尺度」は、この3下位尺度に、SF-36から転用の4下位尺度（「全般的食事感」「社会機能の制限」「活力」「心の健康」）とあわせた7下位尺度とした。

この7下位尺度、およびSF-36の他の下位尺度を用いて、因子妥当性、収束的妥当性、弁別的妥当性を検討し、本「糖尿病用食事関連QOL尺度」がそれぞれ独立の7ドメインから構成されることを確認した。また信頼性を検討した結果、各下位尺度のクロンバックの α 係数は0.71~0.84、再テスト法による級内相関係数は0.46~0.75、重み付き κ 係数は0.36~0.70であった。

D. 考察

先駆的施設への聞き取りおよび郵送法による全国調査から、看護職者による外来での個別相談・指導は、インスリン非使用患者を含む糖尿病患者に対して、様々な体制・看護提供システムの下で行われ、多岐にわたる内容のケアを提供していること、個別相談・指導の実施が患者や看護職者自身、周囲の医療従事者や病院などへ様々な影響を与えていることが明らかになった。

現状では、患者のニーズや医師の要請に応えるために、看護職者は、制限された環境の中で、必要に応じて個別相談・指導を実施せざるを得ない状況にある。しかし、糖尿病患者個人個人の日常生活上の困難全般に対して、より効果的な相談・指導を提供するためには、他業務から独立した相談・指導に専念できる立場の看護職者が、プライバシーの保たれる相談・指導専用の場所で、ある程度の時間をかけて落ち着いて

患者と接することができる体制が保証されていることが必要である。また実際、個別相談・指導に従事していた看護職からのこうした体制に対する要望も極めて高いものであった。しかしそれを実現するには、人材の確保や設備の整備、およびそれにまつわる諸経費など、それぞれの医療施設の努力に依存するだけでは困難である。

今後は外来での個別相談・指導に対する診療報酬の新規設定等に向けた働きかけが必要であり、そのために、個別的な相談・指導に対する患者のニーズや臨床的効果、およびその経済的な効率性を検討していく必要がある。

個別相談・指導の評価指標については、「糖尿病用食事関連 QOL 尺度」は、信頼性および妥当性を十分に備えた尺度であった。今後、糖尿病患者に対する支援方法の効果指標として活用するために、感度および反応性の検証が課題である。

E. 結論

看護個別相談・指導に携わっている看護師を対象とした全国調査を実施した。その結果、看護職者による外来での個別相談・指導はインスリン非使用患者を含む糖尿病患者に対して、様々な体制・看護提供システムの下で行われ、多岐にわたる内容のケアを提供していること、個別相談・指導の実施が患者や看護職者自身、周囲の医療従事者や病院などへ様々な影響を与えていることが明らかになった。これらは、今後の外来看護機能のあり方についての検討に重要な示唆を与えるものと考えられる。

また、糖尿病用食事関連 QOL 尺度を作成し、これが因子妥当性、収束的妥当性および弁別的妥当性、内的整合性、再テスト信頼性を有するものであることを確認した。今後、患者への個別相談・指導の効果の測定指標として活用するために、感度および反応性の検証が必要である。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
外来機能および看護職の役割とその効率性評価に関する研究

分担研究報告書

先駆的施設における糖尿病外来看護の取り組みに関する実態

分担研究者 数間 恵子（東京大学大学院医学系研究科 教授）

研究要旨

先駆的施設における糖尿病外来看護の取り組みを明らかにするため、糖尿病外来看護を実践する看護師（8施設 14名）への聞き取り調査を実施した。その結果、看護職者の外来における個別相談・指導は、インスリン非使用患者を含む糖尿病患者に対して、様々な体制・看護提供システムの下で、多岐にわたる内容のケアを提供されていること、個別相談・指導の実施が、患者や看護職者自身、周囲の医療従事者や病院などへ様々な影響を与えていることが明らかになった。本調査で得られた情報をもとに、全国の病院で勤務する看護職者を対象にインスリン非使用患者に対する看護職者の個別相談・指導に関する実態調査を実施することとした。

A. 研究目的

インスリン非使用患者に対して、看護師が外来で30分以上をかけた個別相談・指導を行っていることが平成13年度調査より明らかになっているが、その詳細は不明である。

本研究では、糖尿病外来看護に先駆的な取り組みを行う施設への聞き取り調査を実施し、その活動の詳細を明らかにすることで、個別相談・指導の実態に関する全国調査のための調査表作成の手がかりとする。

B. 研究方法

1. 対象

調査対象は、糖尿病患者を対象として外来で看護を提供している医療施設に勤務する看護師とした。調査施設の選定においては、規模や地域の多様性を考慮した。調査対象者の勤務する施設の特徴を表I-1に示す。

2. 調査方法

2002年7月から9月の間に、現在糖尿病患者に対して個別相談・指導を実施している8施設の看護職者計14名（うち看護部長・局長4名、師長・課長4名、主任・係長2名、看護師4名）を対象に、個別相談・指導の体制、対象者の活動状況および患者への効果の実感について、半構造的な面接調査を行った。面接に同席した研究者は最大4名であり、そのうち2名はすべての面接に同席した。面接時間は1回約2時間であった。面接は対象者の許可を得てカセットレコーダを用いて録音した。

3. 分析

得られた情報を、糖尿病診療体制、糖尿病外来看護提供システム、患者に提供された具体的な看護ケア、ケアを実施したことの影響、のそれぞれについて、研究者1名が内容を整理し、面接に参加した研究者間でその結果を検討・確認した。

C. 結果

得られた情報を整理し、表I-2に示した。

1. 糖尿病診療体制

専門医が専門外来を開いている施設から、専門医が過去いたが現在はいない施設まで様々であった。多職種によるチームが形成されている施設がいくつかあったが、その構成職種・活動内容は様々であった。

2. 糖尿病外来看護提供システム

看護職者が相談・指導専門の部署に所属して対応している施設、外来診療の合間に時間を作って対応している施設などがあった。個別相談・指導のためのスペースとしては、専用の個室が確保されている施設、窓口で対応している施設、病棟で対応している施設などがあった。

相談の対象となる患者の選別方法としては、毎回全ての患者に行う問診で判断する施設、毎回全ての外来患者のカルテをチェックして判断する施設から、過去の教育入院や相談・指導の経験者を中心に声をかけている施設、インスリンを使用している患者に限定している施設など、様々であった。また、他職種（主に医師）からの依頼を受けて個別相談・指導を実施している

施設が多かった。

3. 患者に提供された具体的な看護ケア

病態や治療法などの内容や意義の説明、自己血糖測定の手技の指導、日常生活上の注意や問題となっていることの確認などは、多くの施設で行われていた。その他にも、患者の行動上の問題点を患者自身に気づいてもらうような援助、訴えの傾聴やストレスへの対応といった心理的なケアなど、提供されている看護ケアは多岐にわたっていた。

4. ケアを実施したことの影響

個別相談・指導の実施による影響は、相談・指導を受けた患者への影響、相談・指導を行った看護職者への影響、周囲の医療従事者や病院全体への影響とに分類された。

1) 患者への影響

自身の病状を意識するようになる、療養に対する姿勢が前向きになるなどの態度の変化や、問題となる行動が改善する、指導した療養行動が定着するなどの行動の変化、安心感を持つようになる、厳しかった表情が変化するなどの心理面の変化といった、態度や行動の変化が個別相談・指導の影響として多く挙げられた。

血糖コントロールが改善する、インスリンの導入を阻止できるといった、病態の変化についても複数施設で挙げられた。

2) 看護職者自身への影響

患者が抱える困難に対する理解力が増す、自分の看護行為を他者に伝えることができるなどの自身の技能の向上や、自分の看護行為の効果／必要性を実感できるなどの職務上の満足などが挙げられた。

3) 周囲の医療従事者・病院への影響

医師の治療が円滑になるという影響が多く挙げられた。他に「目に見える看護をしている」と病院のイメージアップになるという影響もあった。

D. 考察

本調査により、看護職者の外来における個別相談・指導は、インスリン非使用患者を含む糖尿病患者に対して、様々な体制・看護提供システムの下で、多岐にわたる内容のケアを提供されていること、個別相談・指導の実施が、患者や看護職者自身、周囲の医療従事者や病院などへ様々な影響を与えていることが明らかになった。

E. 結論

本調査で得られた情報をもとに、全国の病院で勤務する看護職者を対象にインスリン非使用患者に対する看護職者の個別相談・指導に関する実態調査を実施することとした。

表 I-1. 調査対象者および施設の背景

施設名	一般病床	地域	調査対象者
A 病院	410 床	関東	看護課長 1 名
B 病院	489 床	関東	看護部長、主任 1 名
C 病院	450 床	東北	看護局長、看護課長 1 名
D 病院	439 床	関東	看護局長、看護係長 1 名
E 病院	180 床	中国	看護部長、看護師 1 名
F 病院	578 床	中国	看護師 1 名
G 診療所	なし	関東	看護師長 1 名、看護師 2 名
H 病院	114 床	関東	看護師長 1 名

表 I-2. 糖尿病外来看護の現状とその成果として現れた変化

	糖尿病診療体制	糖尿病 外来看護提供システム		
		概要	相談の対象となるPt.	対応時間/時間帯
A 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM専門医は現在不在。 Ns.が生活上の問題をアセスメントし、他職種の参加をコーディネートする。(生活はNs、食事の仕方や計算は栄養士、など) 	<ul style="list-style-type: none"> 「外来Pt.療養指導室」というプライバシーが保護される部屋で、全科のPt.を対象に看護相談を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後、初回の外来時には必ず。 Dr.診察時の様子や、検査値の推移から、Ns.が必要性をアセスメント。 Dr.からの依頼。 Pt.から希望されるケースもある。 	<ul style="list-style-type: none"> 予約する場合もある。 主にDr.診察後。(診察前、非診察日もある)
B 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM専門外来あり。 DM診療チーム (Dr., Ns, 栄養士, 薬剤師, 運動療法指導士, 検査技師)で、定例カンファやDM教室・DM教育入院の企画・運営などを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 「療養指導室」という専門部署で、DMのPt.のみを対象に実施。 月100人強に対応。 Ns.は2名だが、ほぼプライマリー制。 	<ul style="list-style-type: none"> DM教室出席者、DM教育入院者のリストを作成し、外来受診時に直接声をかける。 他科Dr.からの直接依頼。 小児：発症時に病棟から連絡あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 予約制なし。 Dr.診察前/後どちらでも実施。 1回10分~1時間くらい。
C 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM診療チーム(専門医, Ns., 栄養士, 薬剤師)で、定例カンファやDM教室の開催など。 必要時に、職種間でPt.への関わりで連携をとる。 	<ul style="list-style-type: none"> Ns.はDr.の診察介助をしながら、時間を見つけて必要なPt.(主にDM)へ面接。 月100人強に対応。 プライマリー制ではない。 	<ul style="list-style-type: none"> Ns.が、検査値、合併症検査の実施状況、Ns.・栄養士との面談状況、これまでの経過などから、前日に診療録をチェック。 Dr.からの依頼。 新患。 	<ul style="list-style-type: none"> 予約制なし。 主にDr.診察前。(Dr.からの依頼での面接は診察後)
D 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM専門外来あり。 外来DM教室による集団教育を月1回1時間、Dr.が実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 主に「健康管理センター」の1室で対応。 指導担当のNs.は6人いるが、その中の1人が全体の約半分を担当。 	<ul style="list-style-type: none"> インスリンを使用中のPt.のみ。 	<ul style="list-style-type: none"> 予約制なし。 診察後の対応が多い。 1回30分以内。
E 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM専門外来あり。 外来でのDM教室を2種類、計3回/月開催。 Dr., Ns., 栄養士の調整は、看護部長が外来で実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 外来に相談専用の窓口を設置。 窓口だけではなく、診療の介助の合間に対応することもある。 日に10件以上。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口の対象は問わない。(Pt.からの希望?) Dr.からの依頼もある。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.の都合にあわせて。 主に1回30分未満。
F 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM専門外来あり。 教育入院に積極的。 Dr.3人, Ns., 薬剤師, 栄養士が参加するミーティングが、月1回外来で、週1回病棟で開催。 	<ul style="list-style-type: none"> DMPt.のみを対象とした「療養指導室」で個別に対応。隣に「栄養指導室」が併設。 病棟所属のNs.2人が交代で対応しているので、ほぼプライマリー制。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療録から血糖コントロールの悪いPt.をピックアップ。 Dr.からの依頼もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療の待ち時間を利用。 5件/日×3日/週。 1回30分~1時間。
G 診療所	<ul style="list-style-type: none"> DM診療チーム(専門医, Ns., 栄養士, 検査技師, 健康運動指導士)で、症例検討会の実施やDM教室の開催など。 	<ul style="list-style-type: none"> 全Pt.(ほとんどDM)に毎回Ns.が問診を行い、食事の聴取やワインポイント指導を行う。 指導用の場所はない。 初診者は必ずDM教室に参加。 	<ul style="list-style-type: none"> 問診時に時間をかけた個別対応が必要と判断されれば実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 問診からの流れで、主にDr.の診察前。
H 病院	<ul style="list-style-type: none"> DM専門外来あり。教育入院に積極的。Dr., Ns., 薬剤師, 栄養士, 検査技師が参加する教育入院Pt.のカンファレンスを毎週開催。 	<ul style="list-style-type: none"> インスリントラブルや血液データの結果など、情報はPt.が持ち込むことが多い。 主に病棟の1室で対応。 	<ul style="list-style-type: none"> 教育入院後のPt.が主体。 Dr.からの依頼もある。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.の都合にあわせて。 主に1回30分以内。

※ DM:糖尿病, Pt.:患者, Dr.:医師, Ns.:看護師

表 I-2. 糖尿病外来看護の現状とその成果として現れた変化(続き)

	糖尿病 個別相談・指導の実際				現行の問題点 ・今後の課題
	具体的な看護ケア	Pt.への影響	看護師への影響	病院への影響	
A 病院	<ul style="list-style-type: none"> 訴えの傾聴。 療養行動を容易にするtoolの紹介。 治療の必要性・意義の説明。 Pt.の行動上の問題点を、Pt.自身が気づくよう援助。 	<ul style="list-style-type: none"> 問題となる行動の改善。 心理的負担の軽減。 インスリン導入の阻止。 	<ul style="list-style-type: none"> 仕事のやりがいにつながる。 	<ul style="list-style-type: none"> Dr.がNs.の役割を認めてくれるようになった。 病院のイメージアップに。 	--
B 病院	<ul style="list-style-type: none"> 病態や治療法などについての説明。 心理面での拠り所として。 治療中断者に電話や手紙を出す。 	<ul style="list-style-type: none"> 病状への意識の向上。 安心感を持つようになった。 治療中断者が通院を再開。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の看護行為の効果/必要性を実感できる。 自分の看護行為を他者に伝えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> Dr.の治療がスムーズになる。 「目に見える看護をしている」と、病院のイメージアップに。 	<ul style="list-style-type: none"> DM教室の出席、や教育入院の経験がないPt.にどのようにアクセスするかが今後の課題。
C 病院	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活に関すること、問題点の聴取。 治療法や手技の説明・指導。 ストレスマネジメント。 	<ul style="list-style-type: none"> 自身の病状に関心を持つようになった。 「そんな話聞きたくない」などと怒って帰る人もいる。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.の捉え方が変化した。「できないのが当たり前」。 Pt.からの怒り・拒否の反応に落ち込むなど。 	<ul style="list-style-type: none"> Dr.の診療がしやすくなった。 	<ul style="list-style-type: none"> 現行の体制では、継続して関わりにくいので、Pt.の経過がわかりづらい。
D 病院	<ul style="list-style-type: none"> インスリン自己注射の手技の指導。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.が自分の身体に関心を向けるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 著明な改善が見られるような指導ができれば、やりがいにつながる。 	--	<ul style="list-style-type: none"> 初診のPt.にも関わりたい。 退院後のPt.にも継続的に関わりたい。 待ち時間の利用。
E 病院	<ul style="list-style-type: none"> Pt.が抱える悩みの相談。 診療前の予診。 	<ul style="list-style-type: none"> 血糖値の改善。 療養に対する理解の向上。 入院せず、外来通院だけで対処できている。 家族関係の改善。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.が抱え得る困難に対する理解力が増す。 知識が豊富なPt.が多く、それに負けないよう勉強する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬上評価されないで、収益につながらない。 Dr.の診療がスムーズに行く。 	<ul style="list-style-type: none"> 現行のままでよい。 Pt.に合った診療を提供するにはPt.への理解が重要であり、そのためには与診を兼ねた外来での「よろず相談」機能は不可欠。
F 病院	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活に関すること、問題点の聴取。 治療法や手技の説明・指導。 	<ul style="list-style-type: none"> 指導した療養行動が定着しつつある。 療養に対する姿勢が前向きになった。 Dr.に言いにくいことを吐露できる。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.に対する理解が向上する。 病棟での対応も柔軟になった。 治療よりもPt.を優先するようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.の理解力が向上しており、Dr.の診療がスムーズに行く。 	<ul style="list-style-type: none"> 隔日→毎日対応したいが、病棟所属なので難しい。 現行のPt.の選択方法だと、血糖コントロールの良いPt.を見落としがち。
G 診療所	<ul style="list-style-type: none"> 治療法や手技の説明・指導。 生活の注意の指導。 ストレスへの対応(傾聴)。 	<ul style="list-style-type: none"> 血糖コントロールの改善。 厳しかった表情の変化。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要なPt.がいると必要な研修・学会へ参加するようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種間での橋渡し役として機能。 	<ul style="list-style-type: none"> 専任のNs.による個別相談のための窓口か個室を作りたい。
H 病院	<ul style="list-style-type: none"> 治療法や手技の説明。 日常生活上の問題など広く傾聴し、指導ではなく、Pt.自らの気づきを促す対応を心がけている。 	<ul style="list-style-type: none"> 療養行動の定着。 Pt.自身が身体の変化を通して、いろいろなことに気づく。 	<ul style="list-style-type: none"> Pt.に対する理解が向上する。 Pt.の話を傾聴することで、自らの学び、成長につながる。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療がスムーズに行く。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談に専念できるスタッフを外来に確保したい。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
外来機能および看護職の役割とその効率性評価に関する研究

分担研究報告書

インスリン非使用糖尿病患者に対する外来での個別相談・指導の実態

分担研究者 数間 恵子（東京大学大学院医学系研究科 教授）

研究要旨

本研究では、全国の200床以上の病院で、外来で看護職者がインスリン非使用患者に対して、「在宅療養指導料」算定要件と同様の時間をかけて個別相談・指導を提供している施設に勤務し、外来で糖尿病患者の相談・指導に携わっている看護職者を対象に、1) インスリン非使用患者に対する看護職者による外来での個別相談・指導の実態、2) その成果や変化に対する看護職者の認識とその関連要因の2点について、自己記入式調査票を用いた横断調査を実施した。有効回答は、1) では179施設中111施設、2) では402名中281名から得られた。

その結果、わが国の個別相談・指導の現状として、専門部署の看護職者による体制がまだ整っていないこと、糖尿病診療科以外の糖尿病患者が対象になりにくいことなどが明らかになり、看護職者は、患者のニーズや医師の要請に応えるために、制限された環境の中で必要に応じて個別相談・指導を実施せざるを得ない状況にあることが示唆された。

また、インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての看護職者の認識に関する質問項目を、因子分析などにより10領域に分類し、それぞれの関連要因を、重回帰分析により検討した結果、個別相談・指導の際に、患者、看護職者自身、職場環境のいずれかに好影響を与える要因として、患者の個別的な自己管理行動を具体化すること、糖尿病専門外来が有ること、相談・指導のための専用の個室を使用していること、診察前の対応に固執しないこと、糖尿病患者の退院後の初回外来受診時に対応することなどが明らかになった。

今後は、外来での個別相談・指導体制の整備に向け、上記結果を踏まえながら、患者のニーズや臨床的效果、およびその経済的な効率性についての検討が必要であると考えられる。

A. 研究目的

本研究では、全国の200床以上の病院で、平成13年度調査の回答より、外来で看護職者がインスリン非使用患者に対して、「在宅療養指導料」算定要件と同様の時間をかけて個別相談・指導を提供していることが明らかな施設を対象に、以下の点について調べ、糖尿病外来看護機能のあり方について検討することを目的とした。

1. インスリン非使用患者に対する看護職者による外来での個別相談・指導の実態
2. 上記活動の成果や変化に対する看護職者の認識とその関連要因

なお、本研究では、個別に30分以上、あるいはそれに近い時間をかけて行われる相談・指導を「個別相談・指導」と称した。

B. 研究方法

1. 対象

平成13年度調査で有効回答があった1083施設のうち、外来で看護職者がインスリン非使用患者に対して、「在宅療養指導料」算定要件と同

様の時間をかけて個別相談・指導を提供しており、かつ病院名を記載してあった179施設に勤務し、外来で糖尿病患者の相談・指導に携わっている、あるいはその経験のある看護職者とした。

2. 調査方法

情報の収集には研究者らが作成した自己記入式調査票を用いた。

調査は3段階に分けて行った。

1) 第1段階

対象とした179施設の看護部責任者あてに、調査趣意書、調査票A、返信用封筒、謝礼（図書券）を入れた封筒を送付した。調査期間は2002年10月18日から11月5日までとしたが、回収率を上げるために11月6日に督促状を送付し、11月21日の回収分までを本調査の対象施設とした。なお調査票Aの中で、次の第2段階調査への協力の可否、また協力可能な場合には協力可能な看護職者数を尋ねた。また、調査票Aを回収した際、回答に欠損があった場合は、

第2段階調査時にその項目を再度看護部責任者あてに尋ね、回答を依頼した。

2) 第2段階

第2段階は、調査趣意書、調査票B、返信用封筒、謝礼(図書券)を入れた封筒を、各施設の協力可能な看護職者数だけ用意し、それを一括して看護部責任者に送付して、各看護職者への配票を依頼した。回収は個別郵送返却とした。調査期間は11月6日から12月2日までとした。この中で、次の第3段階調査への協力の可否を尋ねた。

3) 第3段階

第3段階調査は、第2段階調査に用いた調査票Bのうち、看護職者の認識を尋ねる部分の項目の再テスト信頼性を検証するために実施した。調査票Bを回収した約2週間後に、第3段階調査への協力同意が得られた各施設の看護職者あてに、調査趣意書、調査票C、返信用封筒、謝礼(図書券)を入れた封筒を送付した。調査期間は11月25日から12月27日までとした。

3. 調査票の作成

先行研究および研究Iの結果をもとに、面接に携わった研究者3名が討議の上、調査票の項目を作成し、その施設における診療や個別相談・指導体制について尋ねる調査票A(案)、および各看護職者の活動状況や個別相談・指導の影響について尋ねる調査票B(案)を構成した。これら2つの調査票(案)の表面妥当性は、研究Iの面接対象者2名に加え、看護師免許と臨床経験を有する11名と糖尿病患者への個別相談・指導の経験のある看護職者2名の計15名により検証された。そこで挙げられた改善点を研究者3名で検討、改善し、調査票A、Bを完成させた。調査票Cは、完成した調査票Bから目的に該当する42項目を抜粋して作成した。

4. 調査内容

各段階での調査内容を以下に示した。

1) 第1段階(調査票A)

(1) 施設背景

設置主体、病床数

(2) 糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制

1カ月の糖尿病受診患者数、1カ月の糖尿病新規受診者数、糖尿病専門外来の有無、糖尿病診療のための多職種チームの有無、教育入院制度の有無、外来患者向けの糖尿病教室の有無、外来患者向けの栄養士による個別相談・指導体制の有無

(3) インスリン非使用患者に対する、看護職者に

よる外来での個別相談・指導体制

1カ月の平均対応件数、個別相談・指導にあたる看護職者の活動形態、個別相談・指導の場所、予約制の有無、個別相談・指導の時間帯、個別相談・指導の対象者の選別方法

2) 第2段階(調査票B)

(4) インスリン非使用患者への個別相談・指導の活動状況

1週間の個別相談・指導の対応時間、個別相談・指導の活動形態、個別相談・指導時に行う看護行為

(5) インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識

個別相談・指導による患者の態度や行動の変化についての認識、個別相談・指導による患者の病態の維持・改善についての認識、個別相談・指導が看護職者自身におよぼす影響についての認識、個別相談・指導の職場環境への好影響についての認識

(6) インスリン非使用患者への個別相談・指導体制の現状と今後についての考え

(7) 対象者背景

看護職者としての取得免許、職位、臨床経験、糖尿病療養指導士の資格の有無、糖尿病認定看護師の資格の有無、性別、年齢

3) 第3段階(調査票C)

(8) インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識

個別相談・指導による患者の態度や行動の変化についての認識、個別相談・指導による患者の病態の維持・改善についての認識、個別相談・指導が看護職者自身におよぼす影響についての認識、個別相談・指導の職場環境への好影響についての認識

5. 分析方法

現行の糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制、インスリン非使用患者への個別相談・指導の実態は、回答分布を記述した。

「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」の全42項目(うち「個別相談・指導による患者の態度や行動の変化についての認識」22項目、「個別相談・指導による患者の病態の維持・改善についての認識」8項目、「個別相談・指導の看護職者自身におよぼす影響についての認識」9項目、「個別相談・指導が職場環境への好影響についての認識」3項目)の信頼性は、各項目ごとに、再テスト信頼性の指標として、級内相関係数、重み付き κ 係数、ピアソンの積率相関係数を求めた。その後、「個別相談・指導による患者の態度や行動の変

化についての認識」22項目と「個別相談・指導が看護職者自身におよぼす影響についての認識」9項目のそれぞれについて因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。抽出する因子の数は、事前に想定した因子構造（前者は6因子、後者は2因子）に基づいて決定した。因子負荷量が0.4未満の項目は、因子の構成要素としては除外することとした。抽出された各因子の内的整合性は、因子負荷量が0.4以上の項目についてのクロンバックの α 係数により確認した。各因子の得点は、それを含む下位項目の得点の総和とした。また、「個別相談・指導による患者の病態の維持・改善についての認識」8項目、「個別相談・指導の職場環境への好影響についての認識」3項目は、それぞれ1因子とみなし、クロンバックの α 係数により内的整合性を確認した。

「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」の関連要因の検討は、上記の因子ごとに求めた得点をそれぞれ目的変数として重回帰分析を行った。その際、以下に述べる変数すべてを説明変数の候補とし、変数減少法を用いて最終的な重回帰モデルを求めた。変数選択の基準は $p < 0.1$ とし、 $p < 0.05$ を有意とした。

候補の変数は以下のとおりである。

第1段階調査からは、「糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制」として、「糖尿病専門外来の有無」「糖尿病診療のための多職種チームの有無」「教育入院制度の有無」「外来患者向けの糖尿病教室の有無」「外来患者向けの栄養士による個別相談・指導体制の有無」。

さらに「インスリン非使用患者に対する、看護職者による外来での個別相談・指導体制」として、「個別相談・指導の場所（4変数）」「予約制の有無」「個別相談・指導の時間帯（4つのダミー変数）」「個別相談・指導の対象者の選別方法（5変数）」。

第2段階調査からは、「インスリン非使用患者への個別相談・指導の活動状況」として、「個別相談・指導の活動形態（5つのダミー変数）」「個別相談・指導時に行う看護行為」。ただし、「個別相談・指導時に行う看護行為」の下位10項目については、項目間の関係をピアソンの積率相関係数で評価し、値が0.6以上の相関関係を持つ項目群を1つの変数とみなし、クロンバックの α 係数により内的整合性を確認した。こうして得られた変数の得点は、この変数に含まれる項目の合計得点とした。

さらに「対象者背景」として、「看護職者としての取得免許（2つのダミー変数）」「職位（2

つのダミー変数）」「臨床経験年数」「糖尿病療養指導士の資格の有無」「糖尿病認定看護師の資格の有無」「性別」。

以上の解析には Windows 版 SAS version 8.2J を用いた。

C. 結果

1. 調査の応諾状況

調査の応諾状況を図Ⅱ-1に示した。

本調査対象は179施設で、第1段階調査の回収率は81.6%、有効回答率は62.0%であった。有効回答は、1) 一般病床が200床以上で、2) 個別相談・指導を30分以上、あるいはそれに近い時間をかけて、2ヵ月に1件以上実施している施設からの回答とした。

第2段階調査の対象となったのは、105施設（58.7%）の看護職者402名であり、回収率は85.6%、有効回答は95施設の看護職者281名（69.9%）から得られた。有効回答は、「1週間の個別相談・指導の対応時間」を1ヵ月あたりの対応時間に換算し、1ヵ月に30分以上個別相談・指導に従事している者の回答とした。

第3段階調査には、第2段階調査の有効回答者のうち60.5%が参加し、回収率は87.1%であった。無効回答はなかった。

2. インスリン非使用患者に対する看護職者による外来での個別相談・指導の実態

1) 第1段階調査結果

(1) 第1段階調査の対象施設背景

第1段階調査の対象施設背景を表Ⅱ-1に示した。

設置主体は、市町村立の施設が全体の21.6%と最も多かった。また、大学病院が全体の27.9%を占めていた。病床数は、全体の39.6%が600床以上の施設であった。

(2) 糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制

糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制を表Ⅱ-2に示した。

全体の79.3%が糖尿病専門外来を有し、72.1%の施設で糖尿病診療のための多職種チームが形成されていた。チームの主要な構成メンバーは、医師、看護職者、栄養士、薬剤師であり、理学療法士や臨床検査技師が参画している施設は約3分の1であった。さらに、ほぼ全ての施設が、教育入院制度や外来患者向けの栄養士による個別相談・指導体制を整え、4分の3以上の施設が外来患者向けの糖尿病教室を実施していた。

(3) インスリン非使用患者に対する、看護職者

による外来での個別相談・指導件数と体制

1 ヶ月あたりの対応件数の分布は、最小値、25 パーセント、中央値、75 パーセント、最大値の順に、それぞれ 0.5、3、10、20、1620 件であった。

表Ⅱ-3 に示すように、個別相談・指導にあたる看護職者の活動形態は、「外来の看護職者が、診療の補助業務のかたわらで必要に応じて対応」している施設が全体の 7 割以上存在し、「相談・指導の専門部署の看護職者が対応」している施設は全体の約 4 分の 1 しか存在していなかった。

なお、表中に記載していないが、個別相談・指導の場所については、個室をまったく利用しない施設は 24 施設であり、78.4% の施設は個室を利用することがあると回答していた。また、相談・指導のための専用の個室を利用している施設は 54 施設 (48.9%) であった。

予約制に関しては、約 4 分の 3 の施設が予約制を取っていないかった。

個別相談・指導の時間帯は、医師の診察後が最も多く、診察前にしか対応しない施設は全体の 13.5% にとどまった。その他と回答した施設は、診察日に限らず、患者の都合にあわせて受診日でない日にも対応する施設であり、全体の 15.3% を占めていた。

個別相談・指導の対象者の選別方法は、他の職種、特に医師からの依頼による相談・指導が最も多く、患者や家族の希望によるもの、相談・指導担当の看護職者が必要な患者を選択するのがそれに続いた。糖尿病患者の受診時にルーチンとして対応するのは、糖尿病診療科に入院していた患者の退院後のフォローとしてのものが最も多く、糖尿病診療科以外の糖尿病患者への接触は少なかった。

2) 第 2 段階調査結果

(1) 第 2 段階調査の対象者背景

第 2 段階調査の対象者背景を表Ⅱ-4 に示した。

全体の 34.9% が糖尿病療養指導士の資格を取得していた。糖尿病療養指導士、糖尿病認定看護師ともに全体の約 3 分の 1 が資格の取得を希望していたが、糖尿病認定看護師では取得を希望しないの方が、希望者を大きく上回っていた。

(2) インスリン非使用患者への個別相談・指導の活動状況

1 ヶ月あたりの対応時間の分布は、最小値、25 パーセント、中央値、75 パーセント、最大値の順に、それぞれ 40、120、240、600、16800 分であった。

表Ⅱ-5 に示すように、「個別相談・指導の活動形態」としては、半数以上の者が、「外来に所属し、診療の補助業務のかたわらで必要に応じて対応」しており、「相談・指導の専門部署に所属して対応」している者は 1 割強であった。

「個別相談・指導時に行う看護行為」に関しては、全ての行為について、半数以上の者が「時々行う」あるいは「よく行う」と回答していたが、「身体的なケアを提供する」という行為については、48% が「ほとんど行わない」あるいは「あまり行わない」と回答していた。

(3) インスリン非使用患者への個別相談・指導体制の現状と今後についての考え

まず、個別相談・指導という業務を今後も継続する必要があるか、について尋ねたところ、281 名 (100%) が「はい」と回答した。理由としては、「ライフスタイルは個性が大きく、その指導は時間がかかるから」「患者のニーズの多様化に対応するため」などが挙げられた。

次に、個別相談・指導の具体的な体制の現状と今後についての考えに対する回答分布を表Ⅱ-6 に示した。

個別相談・指導専用の窓口については、「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて 270 名 (95.1%) が必要性を感じており、理由としては「患者が看護師に相談しやすくなり、安心だと思うから」などが挙げられた。

個別相談・指導専用の個室については、「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて 262 名 (93.2%) が必要性を感じており、理由としては「プライバシーへの配慮」「落ち着いた環境の方が患者も話しやすくなるから」などが挙げられた。

個別相談・指導の予約制については、「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて 239 名 (85.1%) が必要性を感じており、理由としては「患者を待たせる時間が減るから」「ゆとりを持った対応が可能になるから」などが挙げられた。一方、「現在なく、今後もいらない」は 37 名 (13.2%) であり、理由としては「患者が必要な時にすぐ対応できることの方が重要だから」などが挙げられた。

電話相談については、「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて 165 名 (58.7%) が必要性を感じており、理由としては「タイムリーに対応できるから」「どうしても病院に来られない患者に役立つ」などが挙げられた。一方、「現在あるが、今後やめたい」「現在なく、今後もいらない」を合わせて 106 名 (37.7%) は不要と感じており、理由と

しては「電話では患者の思い、状態がわかりづらく、看護師からも伝えづらい」などが挙げられた。

電子メールでの相談については、現在導入されていると回答したのは同一施設に所属する4名(1.4%)のみであった。「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて117名(41.6%)が必要を感じており、理由としては「時間帯を期にせず個別に対応できるから」などが挙げられた。一方、「現在なく、今後もいらない」は157名(55.9%)に上り、理由としては「メールのやりとりより、直接患者に対応した方が情報がよくわかるから」「利用が少ないと思うから」「必要であるがよくわからないから」などが挙げられた。

医師との情報共有のためのコンピュータ端末については、「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて226名(80.5%)が必要を感じており、理由としては「情報が共有でき、指導に生かせるから」「素早く情報交換ができるから」などが挙げられた。一方、「現在なく、今後もいらない」は43名(15.3%)であり、理由としては「外来カルテに必要情報を記載し、医師が必要時に看護記録を見たり、看護師が医師へ情報を伝えればよいから」などが挙げられた。

患者への説明のためのコンピュータ端末については、「現在あり、今後も続けたい」「現在ないが、今後設置してほしい」を合わせて169名(60.1%)が必要を感じており、理由としては「医師に直接聞かなくても患者のデータがわかり、患者に指導・説明できる」「教育をするための方法は多い方がよいから」などが挙げられた。一方、「現在なく、今後もいらない」は97名(34.5%)であり、理由としては「どのように使用するのか、イメージがわからないから」「コンピュータを必要としないから」などであった。

個別相談・指導に専念できる立場の看護師については、「現在おり、今後増やしてほしい」「現在いないが、今後配置してほしい」を合わせて256名(91.1%)が増員の必要性を感じており、理由としては「ゆっくりと関わりを持って、個別性を見いだして対応できるから」「個別相談・指導は、他の業務の合間に行うものではなく、きちんとした形で対応する必要があるから」などが挙げられた。

個別相談・指導の必要時に対応できる立場の看護師についても、「現在おり、今後増やしてほしい」「現在いないが、今後配置してほしい」を合わせて245名(87.2%)が増員の必要性を感じており、理由としては「患者を待たせずに素

早く対応できるようになるから」などが挙げられた。

個別相談・指導にあたる看護師については、243名が(86.5%)「増やしてほしい」と回答しており、理由としては「患者数が増加してきているから」「現状では一人の患者に十分な時間が割けないから」などが挙げられた。

個別相談・指導のプライマリー制については、「現在そうで、今後もその方がよい」「現在そうではないが、今後その方がよい」を合わせて221名(79.0%)がプライマリー制を支持しており、理由としては「同じ看護師が継続的に関わることにより、その患者を把握でき、対応できるから」「個々の患者の対応に責任を持つから」などが挙げられた。一方、「現在そうだが、今後やめたい」「現在そうではなく、今後もその方がよい」を合わせて45名(16.0%)がプライマリー制を支持しておらず、理由としては「何人かで指導にあたった方が、指導方法に偏りがないと思うから」などが挙げられた。

患者への継続的な関わりについては、「現在行っており、今後もそうしていきたい」「現在行っていないが、今後そうしていきたい」を合わせて269名(95.7%)が必要を感じており、理由としては「継続的に関わることで、治療効果も上がると考えられるので」などが挙げられた。

3. 個別相談・指導の成果や変化に対する看護職者の認識とその関連要因

1) 「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」に関する質問項目の再テスト信頼性、因子妥当性および内的整合性

看護職者自身が認識している個別相談・指導の成果や問題点である、「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」に関する全42項目の得点分布を表Ⅱ-7に示した。ほとんどの項目で、回答が「時々ある」「よくある」の側に偏っていたが、両極の「ほとんどない」と「よくある」の両方に偏った双峰性の分布を示した項目や、これら両極の2水準をあわせた回答分布が80%を超える項目はなかったので、42項目の全てを対象にして再テスト信頼性および因子妥当性を検証した。

まず、42項目のそれぞれについての再テスト信頼性の結果を表Ⅱ-8に示した。級内相関係数、重み付き κ 係数、ピアソンの積率相関係数のいずれにおいても、中程度の信頼性が確認された。

次に、「個別相談・指導による患者の態度や行動の変化についての認識」22項目と「個別相談・指導が看護職者自身におよぼす影響につい

での認識」9項目のそれぞれについての因子分析の結果を表Ⅱ-9、表Ⅱ-10に示した。どちらも事前に想定していた因子構造(それぞれ6因子、2因子)が得られ、これらの項目の因子妥当性が確認された。各因子のクロンバックの α 係数も良好な値であり、高い内的整合性が確認された。

また、「個別相談・指導による患者の病態の維持・改善についての認識」8項目、「個別相談・指導の職場環境への好影響についての認識」3項目のクロンバックの α 係数はそれぞれ0.87、0.74と良好な値であり、これらについても高い内的整合性が確認された。

上記の結果をふまえ、本研究では「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」が、次の10領域から構成されるものとして扱うことにした。すなわち、「患者からの積極的なアプローチ」「患者の自分自身への関心」「患者の不安の軽減」「患者の運動療法への取り組み」「患者の食事療法への取り組み」「患者の薬物療法(内服薬)への取り組み」「患者の病態の維持・改善」「看護職者自身への好影響」「看護職者自身への負担」「職場環境への好影響」である。

2) 「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」の関連要因

「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」の得点分布を表Ⅱ-11に示した。

これらの関連要因を探索するための説明変数のうち、「個別相談・指導時に行う看護行為」10項目の相関関係を確認した結果、「患者からの自発的な訴えを聞く」と「患者からのニーズを尋ねる・確認する」の2項目間と、「個々の患者に自己管理目標やその具体的行動を提案する」「個々の患者の自己管理目標やその具体的行動を一緒に考える」「個々の患者にふさわしい自己管理行動を促す」の3項目間で、ピアソンの積率相関係数が0.6以上であった。そこで説明変数としては、前者の2項目を「患者の訴えの確認」、後者の3項目を「個別的な自己管理行動の具体化」という変数として扱った。クロンバックの α 係数は、それぞれ0.77、0.86であった。

「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」10領域それぞれを目的変数とした重回帰分析の結果は表Ⅱ-12に示した。

「個別相談・指導時に行う看護行為」のうち、「個別的な自己管理行動の具体化」という行為を行っているほど、「患者からの積極的なアプロ

ーチ」「患者の自分自身への関心」「患者の運動療法への取り組み」「患者の食事療法への取り組み」「看護職者自身への好影響」「看護職者自身への負担」「職場環境への好影響」が有意に増加していた。また、「身体的なケアを提供する」行為を行っているほど、「患者の自分自身への関心」「患者の不安の軽減」「患者の食事療法への取り組み」「患者の薬物療法(内服薬)への取り組み」「患者の病態の維持・改善」「看護職者自身への負担」が有意に増加していた。

「糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制」では、「糖尿病専門外来」が有るほど、「患者からの積極的なアプローチ」「患者の病態の維持・改善」「看護職者自身への好影響」「看護職者自身への負担」が有意に増加していた。また、「糖尿病診療のための多職種チーム」が有るほど、「患者の不安の軽減」が有意に減少し、「職場環境への好影響」が有意に増加していた。さらに「教育入院制度」が有るほど、「患者の不安の軽減」「患者の薬物療法(内服薬)への取り組み」が有意に減少していた。

「個別相談・指導の活動形態」については、「外来に所属し、診療の補助業務のかたわらで、必要に応じて対応する」方が、「外来に所属し、特定の曜日あるいは時間帯に対応する」よりも、「看護職者自身への負担」が有意に増加していた。

「個別相談・指導の場所」については、「相談・指導のための専用の個室」を使用しているほど「看護職者自身への好影響」が有意に増加し、「看護職者自身への負担」が有意に減少していた。また、「相談・指導のときに偶然空いている個室」を使用しているほど「患者の病態の維持・改善」「看護職者自身への負担」が有意に減少していた。さらに、「相談・指導のときに偶然空いている、個室ではない場所」を使用しているほど「職場環境への好影響」が有意に減少していた。

「予約制の有無」は、10領域中すべての領域で関連が認められなかった。

「個別相談・指導の時間帯」については、「主に診察前」に対応しているほど、それ以外の時間帯に対応するのに比べて「職場環境への好影響」が有意に減少していた。なお、「受診日でない日」に対応するという回答はなかった。

「個別相談・指導の対象者の選別方法」については、「糖尿病患者の初診時」に対応するほど「患者の薬物療法(内服薬)への取り組み」と「看護職者自身への好影響」が有意に減少し、「看護職者自身への負担」が有意に増加していた。また、「糖尿病患者の退院後の初回外来受診

時」に対応するほど「患者の薬物療法（内服薬）への取り組み」「患者の病態の維持・改善」「看護職者自身への好影響」が有意に増加していた。さらに、「他の職種（医師、看護職者、栄養士、薬剤師、臨床検査技師など）からの依頼」で対応するほど「患者の不安の軽減」が有意に減少していた。

D. 考察

1. インスリン非使用患者に対する看護職者による外来での個別相談・指導の実態

1) 調査対象施設、対象者背景

第1段階調査で有効回答を示した施設には、わが国の医療施設母集団と比較して、設置主体は国や公的医療機関の割合が高く、また大学病院などの大規模な施設の割合が高かった。このことは、これらの施設で外来看護に対する意識が高いこと、および大学病院のほうが調査研究に理解があり、より協力的であるという現状などを反映している可能性がある。

しかし本研究の対象施設は、200床以上の施設の中でも、インスリン非使用患者に対して看護職者が外来で個別相談・指導を行っている施設に限定しており、全国にこのような活動を行っている施設の総数および施設背景別の内訳が明らかになっていない現状では、本研究の有効回答施設の研究対象母集団に対する代表性は不明なままであり、一概に本研究対象がわが国の現状としての代表性を損なっているとも言えない。今後は、全国の施設を対象にした無作為標本抽出による、上記活動を実施している施設数の推定を目的とした大規模調査が望まれる。

第2段階調査で有効回答と扱った、外来での個別相談・指導に1ヵ月あたり30分以上従事していた看護職者は、臨床経験が10年以上の者がほとんどで、主任・係長や師長・課長といった管理職が3割弱もいた。このことから、個別相談・指導は、熟練を要する行為であり、相応の臨床経験が必要とされていることがうかがえる。また、糖尿病療養指導士の資格を有する者が34.9%もおり、調査時点ではわが国に15名しかいない、日本看護協会が認定した糖尿病認定看護師が5名も本調査に参加していたことから、外来での個別相談・指導が、これらの有資格者の能力を発揮するための場となっていることがうかがえる。さらに、これらの資格の取得希望者が少なくないことは、看護職者自身が個別相談・指導を実施する上で、より高度な知識や技術の必要性を感じていることの表れであると考えられる。なお、認定看護師については取得を希望しないものが多いが、これは資格取得

に6ヵ月以上を要し、その間は離職あるいは休職せざるを得ないことが、種々の面で負担に感じられるためであろう。今後、この教育期間の長さの正当性について、有資格者の臨床での実績、資格取得希望者の置かれている一般的な現状等を踏まえて多角的に議論し、検討する必要があるかもしれない。

2) 糖尿病患者に対する外来での診療体制および看護体制

看護職による外来での個別相談・指導を実施している施設からの有効回答の7割以上が、糖尿病専門外来、多職種チーム、教育入院制度、外来患者向けの糖尿病教室、外来患者向けの栄養相談といった、糖尿病診療体制を備えていた。こうした充実した体制は、これらの施設が糖尿病診療に元来意欲的であることを示していると考えられる。このことは、鈴木ら、野並らの研究結果と一致している。

また、こうした活動を行っている施設の多職種チームの7割以上に看護職者が参画していた。このことから看護職者が外来で患者の個別相談・指導にあたっている施設では、看護職者が診療チームの一端を担う重要な存在であることが示唆された。

3) インスリン非使用患者に対する、看護職者による外来での個別相談・指導体制

個別相談・指導にあたる看護職者の活動形態は、診療の補助業務のかたわらで対応する場が圧倒的に多く、専門部署の看護職者による個別相談・指導体制はまだ整っていないという現状が明らかになった。その一方で、個別相談・指導の際には、相談・指導専用ではないながらも個室を利用するケースが多く、患者のプライバシーに留意していることがうかがえた。また、個別相談・指導の時間帯は、医師の診察後が多かった。これは個別相談・指導を医師から依頼されて実施するケースが多いことと関連しているのであろうが、逆にこのことが、治療の変更など、患者の最新の情報に対応した相談・指導を実施することや、診察時間を気にせず、患者と看護職者が時間的にゆとりを持って接することを可能にしていると考えられる。実際、瀬戸らにより、わが国のある病院での診察前面接の時間的な限界が報告されている。

また本研究結果では、糖尿病患者の受診時の対応として、糖尿病診療科以外の糖尿病患者への接触が少なかった。これは現在糖尿病患者に個別相談・指導を実施している看護職者が、糖尿病専門医を中心とした多職種診療チームなど、

糖尿病を診療する科とのつながりが深く、当該科を受診した患者には比較的容易に接触できるのに対し、それ以外の科を受診した糖尿病患者の情報は入手しにくい、という現状が反映されているものと考えられる。このことを改善するための一案として、病院内のすべての医療職種が共有可能で、リアルタイムでアクセスできるような情報システムの構築が望まれる。また、看護職者自身も、個別相談・指導の意義と院内における活動の位置付けを明確化し、院内の他の医療職種に自らの活動の理解を促すことも必要であろう。

次に、第2段階調査で有効回答と扱った看護職者が、個別相談・指導時に行う看護行為では、本研究で挙げた10の行為のほとんどを行っていたが、「身体的なケアを提供する」という項目に関しては約半数の者が行っていないと回答していた。特にこのことに関して、活動形態、個室での対応、対応時間(分/月)および看護職者の背景因子を説明変数としたロジスティック回帰分析を行った結果、対応時間にのみ有意な関連があった(オッズ比:1.001、95%信頼区間:1.000-1.001、 $p=0.0017$)。すなわち、活動形態や場所といった看護職者の置かれた環境や看護職者の背景因子は、患者への身体的なケアの提供を左右しないこと、および時間をかけて対応出来ることが身体的なケアの提供に関連していることが示された。このことは、個別相談・指導には時間が確保される必要があることを示唆しており、そのための方策として、看護職者の増員等を検討する必要がある。

最後に、個別相談・指導に従事している看護職者の今後の要望としては、ほとんど全ての項目で肯定的な要望が多かったが、「電話相談」と「電子メールでの相談」については、現在設置していない施設で、患者からの利用のしやすさを考慮して肯定する意見と、相談・指導では直接対面して患者の全体像を把握することが重要だとする否定的な意見とで賛否が分かれた。しかし、「電話相談」については現在設置している施設も多く、患者からのニーズの高さがうかがえる。現行の相談・指導体制では対応しきれていない患者の抱える困難にも、患者が必要としている時に対応できるという点で、これらの相談形態は有効ではないかと考えられる。そしてそこで表出される困難が、患者や患者を取り巻く環境を深く理解しなければ対応できない種類のものである時には、当然のことながら、患者と直接面接する機会をあらためて設ければよいだろう。

以上のことから、現状では、大半の施設で患

者のニーズや医師の要請に応えるために、看護職者は、制限された環境の中で必要に応じて個別相談・指導を実施せざるを得ない状況にある。しかし、糖尿病患者個人個人の日常生活上の困難全般に対して、より効果的な相談・指導を提供するためには、他業務から独立した相談・指導に専念できる立場の看護職者が、プライバシーの保たれる相談・指導専用の場所で、ある程度の時間をかけて落ち着いて患者と接することができる体制が保証されていることが必要である。また実際、個別相談・指導に従事していた看護職からのこうした体制に対する要望も高かった。しかしそれを実現するには、人材の確保や設備の整備、およびそれにまつわる諸経費など、それぞれの医療施設の努力に依存するだけでは困難である。今後は外来での個別相談・指導に対する診療報酬の新規設定等に向けた働きかけが必要であり、そのために、個別的な相談・指導に対する患者のニーズや臨床的效果、およびその経済的な効率性を踏まえた上で検討していく必要がある。

2. 個別相談・指導の成果や変化に対する看護職者の認識とその関連要因

個別相談・指導の成果の評価には、臨床場面で起こっている事実を測定すべきであるが、それは臨床現場や患者の主観を研究対象とすることにまつわる制約や限界を考えると非常に困難である。そのため本研究では、臨床現場で活躍する専門職者の主観は、さほど事実とはかけ離れていないと仮定し、信頼性を確認の上であれば、看護職者の認識は個別相談・指導による成果や変化を表現し得ると考えた。ただしこのことは、客観的な事実との整合性や一致度をみるなど、妥当性について検証する試みに結論を与えるものではなく、むしろこれらの試みこそが、今後のもっとも重要な課題であることを強調しておく。

本研究の結果、「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」に関する各項目の信頼性の値は中程度であり、やや安定性にかける結果となった。これは本調査の質問項目が、具体的な症例についてではなく、過去の経験を通じた全体的な印象について尋ねたことが影響したのだと考えられる。今後は、全般的な印象を尋ねる際の質問の工夫など、より詳細な検討が必要であろう。

関連要因についての検討にあたっては、「インスリン非使用患者への個別相談・指導の影響についての認識」10領域の分布はそれぞれ左右に若干歪んではいるが、その歪みは極端なもので

はなく、また双峰性でもなかったので、重回帰分析の目的変数に足るものであると考えた。

重回帰分析の結果、個別相談・指導によって「患者からの積極的なアプローチ」が増えたという認識に関連する要因は、「個別相談・指導時に行う看護行為」にまつわるものとして、「患者の訴えの確認」「個別的自己管理行動の具体化」があがった。このことは、患者の話を傾聴し、ニーズに合わせた個別的目标設定をしていることが、患者との親密度を増すことにつながる可能性を示唆している。施設の体制や看護職者の背景にまつわる要因としては、糖尿病専門外来があることや糖尿病療養指導士の資格を有することがあがった。直接的な解釈は難しいが、こうした専門性の高い体制が施設に備わっていることで、患者に安心感や信頼感を与えた結果、患者からの積極的なアプローチが増したのかもしれない。

「患者の自分自身への関心」が増したという認識に関連する要因は、「個別相談・指導時に行う看護行為」にまつわるものとして、「身体的なケアを提供する」「患者の理解を助けるように例示する」「患者を情緒的に支援する」「個別的自己管理行動の具体化」があがっていた。これは、身体的なケアを提供することが、患者にとって自分の身体に目を向けるきっかけになること、わかりやすい例示によって患者が自分自身の病態を理解できるようになること、情緒的な支援により患者に自己肯定の感情が芽生えることなどが考えられる。また、療養生活上の個別的目标を具体化することも、患者が自分自身への関心や理解を促すことにつながる可能性が示された。これらのことから、患者自身の気づきに対する支援の方法として、上記の4つの行為は有効である可能性がある。

「患者の不安の軽減」についての認識に関連する要因は、「個別相談・指導時に行う看護行為」にまつわるものとして、「患者の訴えの確認」「身体的なケアを提供する」「個別的自己管理行動の具体化」があがっていた。このことから、患者の話を傾聴したり、身体に直接触れたり、患者の主体性を尊重することは、患者の不安を取り除くことに有効である可能性が示された。施設の体制にまつわる要因では、「糖尿病診療のための多職種チーム」がないこと、「教育入院制度」がないこと、および「他の職種からの依頼」で個別相談・指導を実施することであった。これらの直接的な解釈は難しく、今後より詳細な検討が必要であろう。

「患者の運動療法への取り組み」「患者の食事療法への取り組み」「患者の薬物療法（内服薬）

への取り組み」に良い変化をもたらしたという認識に対する要因として、「個別的自己管理行動の具体化」という行為があがった。過去の先行研究と同様、こうした行為が患者の行動変容に良い影響を与える可能性が本研究でも示された。また、「患者の訴えの確認」が、「患者の食事療法への取り組み」に良い影響をもたらした行為であることが示された。これは、糖尿病の療養上、食事は日常生活に根ざした、患者の個別性が強く表れる領域であるためであろう。さらに、「身体的なケアを提供する」ことが、食事療法と内服薬への取り組みに関係していた。これは直接的な関連よりも、身体へのケアを提供する際に、身体症状のある患者には、食事や内服薬の自己管理の重要性を必然的に説かざるを得ないケースが多いためと考えられる。また、施設の体制や看護職者の背景にまつわる要因は、薬物療法への取り組みにのみ有意な関連が認められた。まず、「教育入院制度」がないことが、薬物療法への取り組みを改善するという結果となっていた。先行研究に示されている教育入院の効果を考えてみると、この結果は慎重に取り扱う必要があるが、このことは、教育入院を採用していない施設のほうが、患者の問題解決に対する看護職者の外来での責任が重いことを、看護職者自身が自覚していることを表しているのかもしれない。また、初診の患者に対応しないことが、薬物療法への取り組みを改善することに有意に関連していた。酒井らや箱石らは、初診時の対応の重要性および有用性を説いているが、まさに初診の患者に対応している施設では、初診時から対応していることで、初めから患者の薬物療法の取り組みが良好であり、またそれが維持された結果、改善としては認識しにくいことを意味している可能性がある。また、退院後の初回受診時に対応する施設では、患者の生活環境の変化にまつわるものが相談・指導の焦点になりやすく、その一環として内服管理に対する成果を感じやすいということかも知れない。

「患者の病態の維持・改善」についての認識には、「患者の訴えの確認」「身体的なケアを提供する」「患者の理解を助けるように例示する」という行為、および退院後の初回受診時に対応することが有意に関連していた。これらの要因は病態の改善を認識させやすいことが示されたが、実際に病態を改善させる行為であるかどうかは、今後検討の余地がある。

次に、個別相談・指導による「看護職者自身への好影響」と「看護職者自身への負担」の要因について考える。「身体的なケアを提供する」