

高齢糖尿病患者を支える ～あらためて地域ネットワークづくりを考えよう～

日本赤十字看護大学 看護実践・教育・研究フロンティアセンター認定看護師教育課程 糖尿病看護コース専任教員
千葉県糖尿病看護研究会 幹事 青木 美智子

急速な高齢化が進む中でも地域における現状は様々で、私が住む千葉県は人口増加率が全国2位と急速に人口が増加しています。しかし、それに対応するだけの医療機関が不足しており、県行政においても喫緊の課題となっています。今後、県民の高齢化に伴い、さらなる医療提供の悪化が懸念されます。在院日数の短縮化や現行の在宅支援システムだけでは支えきれない事態が起これかねません。このような中、高齢糖尿病患者においては、入院期間の短縮により、特にインスリン導入に十分な支援が行えないまま退院するケースが増えています。

病院では実際にどのような支援が行われているのでしょうか。インスリン手技に医療者が不安を感じたら、可能であれば同居や近隣の家族にインスリン注射の支援を依頼します。それが不可能な状況では、医療ソーシャルワーカー(MSW)やケアマネージャーに介入してもらい、介護保険で出向しているヘルパーに見守りをゆだねたり、訪問看護師に手技指導を依頼したりします。このような現状において、私たち医療者は連携の在り方を再考すべき時にあります。これまでの「病院での支援は病院で完結させる」医療体制では、「高齢者が安心して療養生活を営める」という目標には到達できないでしょう。現在、国は地域連携パスの推進や地域での高齢者への介護予防などの対策を講じています。しかし、高齢者の場合には、インスリン注射ができていたとしても、認知症の発症や身体機能の低下などからそれまでの療養行動の継続が難しくなることが予想されます。

高齢者支援のエキスパート訪問看護師を対象とした調査研究(正木氏ら)¹⁾で、在宅支援における問題としてインスリン自己注射と低血糖がクローズアップされました。インスリン手技をマスターできないで退院する高齢者、主治医との連携も問題視されていました。これらの問題に対し、私たちは病院(あるいは診療所)という組織の枠を超えた対策を検討する必要があると考えます。退院支援体制は病院という組織で行われていますが、その活動をさらに効果的にするためには、病院(診療所)医師や糖尿病チームスタッフ(多職種)・MSW・市町村の地域包括センター・訪問看護ステーションなどが、高齢者を中心としてさまざまな組織の枠を超えた連携体制を皆で検討していく必要があります。

過日、糖尿病看護研究会で訪問看護師が、インスリン療法を導入したある高齢者の依頼ケースについて語ってくれました。依頼書に記されていたのは「インスリン療法への支援」のみです。高齢者の状況、病態、糖尿病管理の目標も記されていません。訪問看護師は、患者の状態を把握しようにも身体状況は全く分からない。どこに目標を設定するとよいのか、単にインスリン注射が自分のできるようになればよいのか。低血糖の際にはどうしたらよいのか…。こうした訪問看護師の高齢糖尿病患者の支援における問題点は様々存在するという現状を、病院勤務の医療者が知る機会はありません。高齢者訪問看護における糖尿病ケアは、高齢者支援の目標や情報共有が重要なカギとなります。訪問看護師が通院病院の医療者と円滑に連携できれば、訪問看護師の支援はさらに充実することでしょう。現在、糖尿病患者への地域連携の手段として「糖尿病連携手帳」があります。また、正木氏は「糖尿病関連フェイシート」²⁾を訪問看護の視点から考案しています。連携システムの強化とともに、糖尿病連携手帳と共に有効な活用を期待したいところです。

私たちの地域の高齢者は私たちが支えていかなければなりません。現状を真摯に受け止め、そのために私たちにできる連携を広げていきましょう。

【文 献】

- 1) 正木治恵・山本信子他：高齢者訪問看護における糖尿病ケアの質評価指標の開発，日本糖尿病教育・看護学会誌，2号，12巻，136-144，2008。
- 2) 正木治恵・山本信子：糖尿病ケア，高齢者訪問看護の質指標 ベストプラクティスを目指して，日本看護協会出版会，2008，115～166。