

A県内の医療施設における糖尿病フットケアに関する調査

及川紳代, 安藤里恵, 齋藤貴子, 石井真紀子, 土屋陽子

Diabetes foot care in medical facilities in A prefecture

Nobuyo Oikawa, Rie Ando, Takako Saito, Makiko Ishii, Yoko Tsuchiya

要 旨

2008年度の診療報酬改定の際に糖尿病合併症管理料（以下、「管理料」）が新設されたことを背景とし、A県内の医療施設における外来での糖尿病患者へのフットケアの実施の現状を明らかにすることを目的として、実態調査を実施した。

対象施設は、内科・皮膚科・泌尿器科を標榜している、または透析設備を有する600施設であり、回収数は157（回収率26.1%）であった。本調査におけるA県内での「管理料」の被算定率は9.1%であり、「管理料」の届出をするつもりがない理由は、「該当する患者数が少ない」が最も多く、次いで「専任の常勤看護師が確保できない」「専任の常勤医師が確保できない」であった。専任の常勤医師や常勤看護師がいる施設での外来糖尿病フットケアの実施率が高かった一方、専任の医師や看護師がいなくてもフットケアを実施している施設が複数あり、「管理料」の算定と「外来フットケアの実施」とが連動できていないことが考えられる。「管理料」算定までの足がかりとなりうる、臨床での実践に根ざした知識や技術が不可欠であり、それを習得できるまでの継続的な研修の必要性が示唆された。

キーワード：①糖尿病合併症管理料 ②フットケア ③糖尿病足病変 ④糖尿病神経障害

I. はじめに

近年、わが国における糖尿病患者は増加の一途をたどっている。2005年の総患者数は246万人以上と推計され、前回の2002年の調査に比べて8.0%増加している¹⁾。また、2007年国民健康・栄養調査²⁾では、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病予備軍は合わせて2210万人と推計され、10年前と比べ約1.3倍に増加していることから、今後も糖尿病患者の増加は加速していくことが予測される。

糖尿病の病態が進むと様々な合併症が起きる。糖尿病の特徴として血管の粥状硬化が起りやすいため血管障害が生じ、高血圧、脳梗塞、心筋梗塞等の大血管障害や、糖尿病腎症、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害などの細血管障害を発症しやすい。

糖尿病患者の合併症で、最も多いのは神経障

害であり³⁾、糖尿病患者の半数以上は足に何らかの自覚症状や外観異常を感じている。しかし、実際に糖尿病患者の神経障害の検査を実施した結果、「神経障害あり」と判定された患者の約4割には足の自覚症状が現れていなかった⁴⁾。神経障害は、足の無感覚とその結果として足の変形や歩行パターンの異常をきたし、日常生活の中で生じた小さな外傷から慢性的な潰瘍や神経虚血性潰瘍に至り、自覚症状がないが故に重篤化しやすい。また、血糖コントロール不良の人ほど足の症状と外観異常の頻度が高いという調査結果⁵⁾もあり、長期間の血糖コントロール不良の状態でも足病変をひきおこした場合には難治性が高く、下肢切断を余儀なくされる患者も多い。日本では、糖尿病の合併症のために年間3000人以上が足を切断しており、手術が成功しても、1割前後の患者が術後1ヶ月以内に死亡

しているという結果もある。これは、糖尿病性壊疽を起こした患者の全身状態が悪く、糖尿病末梢神経障害と血流障害、細菌への抵抗力減弱など多くの悪条件が重なるからであるといわれている⁶⁾。このように合併症や足病変により、患者のQOL(生活の質)は著しく低下する。そのため、現疾患の治療と共に、合併症の発症・進行を防ぐことが重要である。

さらに、糖尿病の医療費⁷⁾は、前回調査時よりも増加しており、65歳以上の患者の医療費が6割以上を占めている。神経障害の発症は、加齢に伴って高率になる傾向がある⁸⁾ことから、今後も糖尿病の医療費の増大が予測される。

以上のように糖尿病合併症が患者と社会にもたらす損失は大きい。そして、糖尿病足病変に対する注目は高まり、各地で医療施設独自のフットケアが実践されるようになってきた。こうした背景から、フットケア実践の拡大と必要性の認識がなされ、2008年度の診療報酬改定の際に「糖尿病合併症管理料」が新設された。これには、糖尿病重症化予防についての評価が含まれているが、特に「糖尿病足病変」は重点的に指導すれば発症を予防できることから重視されている。具体的には、糖尿病足病変ハイリスク要因を持つ外来通院患者に対し、重点的な指導・管理を行った場合、月1回に限り170点算定できるものである。該当点数の算定要件となる施設基準には、質の高い指導を確保するために、研修の内容も盛り込まれており、要件を満たす看護師が、医師の指示に基づいて行う療養指導やケアの実践によって診療報酬が得られる。「糖尿病足病変」に対するフットケアは、単純にフットケアを実施するのではなく、患者の身体的側面(血糖コントロール・合併症の状態など)、心理的側面(セルフケアへの思いなど)をアセスメントし、その患者に合った継続可能な方法を考え支援していくことで、患者のセルフケア行動を強化することが重要となる。

A県における糖尿病の動向も全国同様に推移していると考えられるが、各医療施設でのフットケア実践の現状やフットケアに関する知識や技術習得に関するニーズは明らかになっていない。糖尿病患者教育に関する研修の機会や、高度な療養支援技術を提供できる専門職種(糖尿病看護認定看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師等)の人数も少ないA県において、増加し続ける糖尿病患者に十分に対応するのは困難である

ことが予測される。

以上のことから本研究では、A県の糖尿病患者への効果的なフットケアを実施していくために、医療施設における糖尿病フットケアの実践について把握し、課題やニーズを明らかにする必要があると考え、調査を実施したので報告する。

II. 目的

A県内の医療施設における外来での糖尿病患者へのフットケア実施状況を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 調査対象

医療情報ネットワーク(2009年1月14日現在)で公開されていたA県内の医療施設の中で、内科・皮膚科・泌尿器科を標榜している、または透析設備を有する施設のうち、事業所内の保健室等や老人保健施設を除外した600施設とした。その内訳は、診療所は522施設、病院は78施設であった。

2. 調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。対象施設に調査依頼文書、調査用紙、返信用封筒を同封した封書を郵送した。回答は、施設概要や外来糖尿病患者について把握している方(主に看護管理者)に依頼した。

3. 調査期間

郵送期間:2009年2月中旬から3月初旬

4. 本研究における用語の定義

- 1) 糖尿病足病変:神経学的異常といろいろな程度の末梢血管障害を伴った下肢の感染、潰瘍形成、または深部組織の破壊(WHOの定義)とした。具体的な症状として、皮膚損傷・潰瘍、胼胝(タコ)、鶏眼(ウオノメ)、白癬などがあるとした。
- 2) 糖尿病足病変ハイリスク要因:足潰瘍既往、足・下肢切断既往、閉塞性動脈硬化症、糖尿病神経障害がある患者(糖尿病合併症算定要件に記載されている内容である)。
- 3) 糖尿病神経障害:以下の3項目のうち2項目以上を満たす場合を「神経障害あり」とした。

(1) 糖尿病神経障害に基づくと思われる自

覚症状

(自覚症状:「足の先がジンジン, ピリピリする」「足の先がしびれる」「足の先に痛みがある」「足の感覚に異常がある」のうちいずれか一つ以上の症状がある.)

- (2) 両側アキレス腱反射の減弱あるいは消失
 - (3) 両側振動覚の低下 (C-128音叉にて10秒以下)
 - 4) フットケア: 糖尿病足病変に対する治療と予防を目的とした検査, 処置, ケア, 指導と定義した. その主な内容は, 爪甲切除(麻酔を要しないで行うもの), 角質除去, 足浴等を必要に応じて実施するとともに, 足の状態の観察方法・爪切り等の足のセルフケア方法, 正しい靴の選択方法等についての指導を行うこと.
 - 5) 専任: 専らその業務を任されて担当することをいい, 専任業務に支障がなければ他の業務を兼任しても差し支えない. ただし, その就業時間の少なくとも5割以上, 当該業務に従事していること.
 - 6) 常勤: 施設(事業所)における勤務時間が, 当該施設(事業所)において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数に達していること.
5. 調査内容と回答方法

- 1) 対象施設の概要

施設規模, 設立主体について選択式とした.
- 2) 「糖尿病合併症管理料」(以下, 「管理料」と示す)について
 - (1) 「管理料」の新設やその内容の詳細について

「知っている」「知らない」からの選択とした.
 - (2) 「管理料」算定に必要な職種の在職

「専任の常勤医師」「専任の常勤看護師」の在職の有無については, 「いる」「いない」からの選択とした. 「糖尿病看護認定看護師」「皮膚・排泄ケア認定看護師(以下, WOC看護師)」については, ①「いる」②「認定見込み, 取得予定の看護師がいる」③「いない」からの選択とした.
 - (3) 「管理料」施設基準にかかる届出
 - ①「すでに届出し算定を受けている」

②「今後届出する予定」③「届出したいが条件を満たせない」④「届出するつもりはない」からの選択とした.

- (4) 「届出するつもりがない」の理由

①「該当する患者数が少ない」②「専任の常勤医師が確保できない」③「専任の常勤看護師が確保できない」④「経済的メリットが得られない」⑤「その他」の選択肢を設け, 「その他」の内容については自由記述とした.

- 3) 糖尿病患者とフットケアについて

- (1) 1日の外来受診患者数と糖尿病患者数の平均

- (2) 1ヶ月の外来糖尿病患者の人数

- (3) 糖尿病足病変がある患者の人数とハイリスク要因がある患者の人数

上記(1)から(3)について, 実数の記述とし, 主に糖尿病患者を診察している診療科名の記述を求めた.

- (4) 外来でのフットケアの実施の有無

「はい」「いいえ」からの選択とし, 「はい」と回答した場合は, 実施している診療科名の記述を求めた.

- 4) 回答者について

回答者の職種, 職位について記述式とした.

6. 分析方法

分析は, 各設問の回答を単純集計して百分率を算出した. また, 専門職種の在職の有無と外来フットケアの実施の関連について, χ^2 検定を行った. 「管理料」の算定の有無と1ヵ月に診察する糖尿患者数の平均との関連についてはT検定を行った. なお, 分析にはSPSS for Windows (Ver.16.0J)を使用した.

IV. 倫理的配慮

対象施設の管理者及び回答者に対し, 調査の趣旨と目的, および以下の内容について依頼文書にて説明した. 研究者が情報の保護につとめ, 病院や個人が特定されないこと, 研究目的以外に使用しないこと, 回収した調査用紙は終了後に処分すること, 研究結果は学会や論文等で公表する可能性があること, また, 研究への参加は任意であり, 不参加による不利益は一切生じないことを約束した上で, 以上の内容に対する理解が得られた場合に回答用紙の返信によ

る研究への参加を依頼した。なお、回収した調査用紙は鍵のかかる場所に保管し、データはパスワード付きのUSBにて管理した。終了後はシュレッダーにて処分することとした。

V. 結果

質問紙を郵送した600施設のうち、157施設から回答が得られた（回収率26.1%）。回答者の職種は、看護師が最も多く122人（77.7%）、次いで医師26人（16.6%）であった。その他、准看護師、助産師による回答もあった。

回答者の職位は、看護師長40人（25.5%）で最も多く、医師26人（16.6%）、看護部長・総看護師長16人（10.2%）、その他は、主任看護師、看護師等もあった。

1. 施設概要について

1) 施設規模

回答施設の内訳は、診療所は522施設中120施設（回収率22.9%）、病院は78施設中36施設（回収率46.1%）、無回答1施設だった。無床の診療所が87施設（55.4%）で最も多く、有床の診療所は22施設（14.0%）であった。床数が不明な診療所も含めると、診療所からの回答が全体の約76%であった。

病院の規模は、200床以下が23施設（14.6%）、201床以上が13施設（8.8%）だった。

2) 設立主体

回答施設は、私立（法人・企業・個人など）が121施設（78.9%）であった。その内訳は、102施設（84.3%）が診療所であり、本調査への回答施設は、私立の診療所が最も多かった。国公立（国立・県立・市町村立）が32施設（21.0%）、公的その他は2施設（1.3%）、無回答2施設（1.3%）だった。

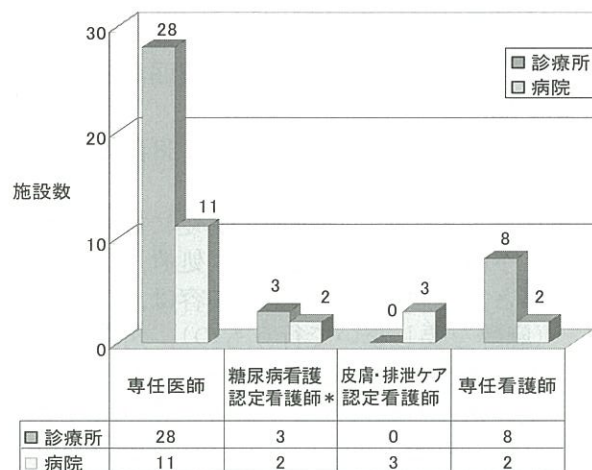
2. 「管理料」について

1) 「管理料」の新設について

「知っている」と回答したのは95施設（60.5%）、「知らない」と回答したのは62施設（39.5%）であった。

「管理料」の算定における施設基準や加算点数などの詳細について、「知っている」と回答したのは52施設（33.1%）、「知らない」と回答したのは102施設（65.0%）であった。

2) A県における「管理料」の算定可能な専門職種と在職している施設規模別施設数（図1）。



*糖尿病看護認定看護師は実際の登録数と異なるため、誤回答の可能性はある

図1 A県における「管理料」の算定可能な専門職種と在職している施設規模別施設数

(1) 専任の常勤医師

「いる」と回答したのは、診療所は28施設、病院は11施設、合計39施設（24.8%）だった。「いない」と回答したのは、116施設（73.9%）であった。

(2) 専任の常勤看護師

「いる」と回答したのは、診療所は8施設、病院は2施設、合計10施設（6.4%）であった。「いない」と回答したのは146施設（93.0%）であった。

(3) 糖尿病看護認定看護師

「いる」と回答した施設は、診療所は3施設、病院は2施設、合計5施設（3.2%）であった。「認定見込み、取得予定の看護師がいる」と回答したのは、診療所の1施設のみであった。「いない」と回答した施設は150施設（95.5%）であった。

ただし、この結果については、実際のA県内の糖尿病看護認定看護師数は1名であり、回答と一致しないため、誤回答が含まれている可能性がある。

(4) WOC認定看護師

「いる」と回答したのは病院の3施設であった。「認定見込み、取得予定の看護師がいる」と回答したのは、病院1施設

であった。「いない」と回答したのは、153施設 (97.5%) であった。

3) 「管理料」の施設基準に係る届出状況 (図2)

「すでに届出し算定を受けている」と回答したのは、診療所 6 施設, 病院 8 施設, 合計14施設 (8.9%) であった。

「今後届出する予定」と回答したのは、診療所 5 施設, 病院 4 施設, 合計 9 施設 (5.7%) であった。

「届出したいが条件を満たせない」と回答したのは、診療所25施設, 病院14施設, 合計39施設 (24.8%) であった。

「届出するつもりはない」と回答したのは、診療所55施設, 病院35施設, 合計90施設 (57.3%) であった。

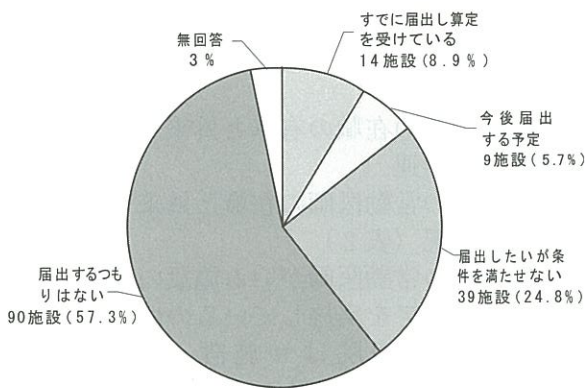


図2 「管理料」の施設基準に係る届出状況 (n=157)

4) 「届出するつもりがない」の理由 (表1)

(1) 選択肢別の結果

該当する選択肢に複数回答可として、89施設から回答が得られた。

① 「該当する患者数が少ない」への回答

診療所37施設 (46.3%), 病院 4 施設 (44.4%), 合計41施設 (45.6%) で最も多かった。

② 「専任の常勤看護師が確保できない」への回答

診療所33施設 (41.3%), 病院 5 施設 (55.6%), 合計38施設 (42.7%) であった。

③ 「専任の常勤医師が確保できない」への回答

診療所27施設 (33.8%), 病院 7 施設 (77.8%), 合計34施設 (38.2%) であった。

④ 「経済的メリットが得られない」への回答

診療所11施設 (13.8%), 病院 1 施設 (11.1%), 合計12施設 (13.3%) であった。

⑤ その他への回答

診療所 6 施設 (7.5%) であり、病院からの回答はなかった。

自由記述内容は、「患者一人ひとりを丁寧に診ればいい」、「糖尿病患者がいない」、「患者の負担が大きくなる」、「専門外だから」、「近隣に専門医がいる」、「医師が糖尿病ケアに積極的でない」があった。

(2) 施設規模別による違い

届出するつもりがない理由を、診療所と病院別に回答率を比較した。診療所では「該当する患者数が少ない」が46.3%で最も多かったのに対し、病院では「専任の常勤医師が確保できない」が

表1 「『管理料』を届け出するつもりがない」の理由

項目	診療所 (n=80)		病院 (n=9)		合計 (n=89)	
	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)	実数	割合 (%)
該当する患者数が少ない	37	46.3	4	44.4	41	45.6
専任の常勤看護師が確保できない	33	41.3	5	55.6	38	42.7
専任の常勤医師が確保できない	27	33.8	7	77.8	34	38.2
経済的なメリットが得られない	11	13.8	1	11.1	12	13.3
その他	6	7.5	0	0.0	6	6.7

77.8%で最も多く、規模による差がみられた。

3. 糖尿病患者の受診人数とフットケアについて

1) 1日の外来患者の平均人数に占める糖尿病患者の平均人数、およびその割合

診療所は、糖尿病患者平均人数8.4人／外来患者平均人数66.0人であり、その割合は12.7%であった。

病院は、糖尿病患者平均人数21.4人／外来患者平均人数166.3人であり、その割合は12.9%であった。

2) 1ヶ月の糖尿病患者の平均人数、足病変及びハイリスク要因を有する患者数

診療所は1ヶ月の糖尿病患者の平均人数は134.9人、足病変患者数は7.5人(5.6%)、ハイリスク患者数は5.4人(4.0%)であった。

病院は、1ヶ月の糖尿病患者の平均人数は444.8人、足病変患者数は26.9人(6.0%)、ハイリスク患者数は26.4人(5.9%)であった。

足病変患者とハイリスク患者の割合において、診療所と病院による差は見られなかった。

3) 「管理料」算定の届け出の有無と1ヶ月の平均糖尿病患者数との関連

回答施設において、「管理料」の算定を受けているかどうかを、1ヶ月の平均糖尿病患者数で比較した。T検定の結果、算定を受けている施設の糖尿病患者数の方が有意に多かった ($p < 0.05$)。

4) 外来フットケアの施設規模別実施状況 (図3)

「管理料」の施設認定や算定の有無は問わずに、算定要件外来でのフットケアの実施状況についての回答を求めた。

診療所は9施設 (7.5%)、病院は12施設 (33.3%) であり、合計21施設であった。

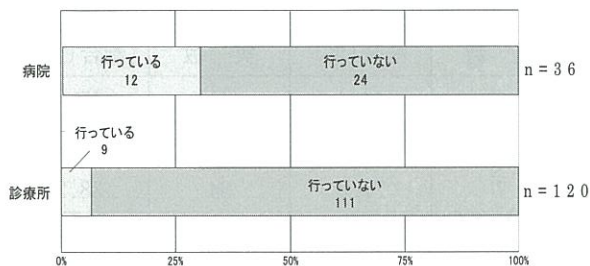


図3 外来フットケアの施設規模別実施状況

5) 外来フットケアの実施状況と「管理料」算定施設 (図4)

外来フットケアを実施していると回答した21施設の「管理料」算定状況は、診療所は9施設、病院は12施設だった。

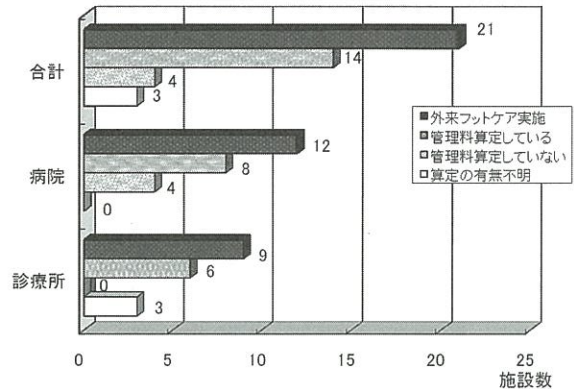


図4 外来フットケアの実施施設と管理料算定施設

4. 専門職種の在職の有無と外来フットケアの実施との関連

1) 専任の常勤医師の在職と外来フットケア実施状況 (表2)

専任の常勤医師がいる施設のうち、外来フットケアを実施しているのは、診療所は5施設、病院は9施設、合計14施設 (35.9%) であった。実施していないのは、診療所は23施設、病院は2施設、合計25施設 (64.1%) であった。

専任の常勤医師がいない施設のうち、外来フットケアを実施しているのは7施設 (6.1%)、実施していないのは、107施設 (93.9%) であった。

χ^2 検定の結果、常勤医師がいる施設での外来フットケア実施が有意に高かった

表2 専任常勤医師の在職の有無と外来フットケア実施

		外来フットケア実施状況		合計
		行っている	行っていない	
専任の常勤医師	いる施設数	14 (35.9%)	25 (64.0%)	39 (100%)
	いない施設数	7 (6.1%)	107 (93.9%)	114 (100%)
合計		21 (13.7%)	132 (86.3%)	153 (100%)

$\chi^2=21.729$ $p < 0.001$

($p < 0.001$).

2) 「管理料」算定可能な看護師の在職の有無と外来フットケア実施状況 (表3)

表3 「管理料」算定可能な看護師の在職の有無と外来フットケア実施状況

		外来フットケア実施状況		合 計
		行っている	行っていない	
算定可能な看護師	いる施設数	10 (66.7%)	5 (33.3%)	15 (100%)
	いない施設数	11 (7.9%)	129 (92.1%)	140 (100%)
合 計		21 (13.5%)	134 (86.4%)	155 (100%)

Fisherの直接法 $p < 0.01$

専任の常勤看護師がいる施設のうち、外来フットケアを実施しているのは9施設(90%)、実施していないのは1施設(10%)であった。

専任の常勤看護師がいない施設のうち、外来フットケアを実施しているのは11施設(7.9%)、実施していないのは129施設(92.1%)であった。

回答施設のうち、「管理料」算定可能な看護師がいて外来フットケアを実施している施設10施設あった。その内訳は、常勤看護師が9施設、糖尿病認定看護師は1施設、WOC看護師は3施設であった。なお、本調査において、WOC看護師が在職する施設には専任看護師も在職していたため、「管理料」の施設基準を満たし算定が可能な看護師がいる施設は10施設であった。 χ^2 検定 (Fisherの直接法) において、「管理料」算定可能な看護師がいる施設での外来フットケア実施が有意に高かった ($p < 0.01$)。

VI. 考察

糖尿病を取り巻く現状は、患者数の増加と合併症による患者のQOLの低下、膨大な医療費の増加等、深刻化を増している。このような背景の中で、糖尿病患者の合併症の重篤化を予防するための支援の必要性が認識され、2008年の診療報酬改正において、「糖尿病合併症管理料」が新設された。特に糖尿病神経障害に関連する「糖尿病足病変」に対する「フットケア」については、重点的な指導により発症が予防できる

と評価されていることから、その必要性は拡大している。糖尿病神経障害は、他の合併症に比べ早期から発症しやすく、神経障害のために足病変の早期発見が遅れ、適切な治療も遅れるという問題がある。人にとって「足」は、身体機能的観点から考えると、身体を支える機能・移動手段としての機能がある。さらに、「足」は人にとっての生活・人生を支えている重要な器官である。予防的フットケアが大切とされる理由は、足病変を発症するということが自身が糖尿病患者の生活と人生に大きな負の影響を与えるからにはほかならない⁹⁾といわれている。しかし、本調査において「管理料」についての既知を、施設概要や外来糖尿病患者について把握しているもの(主に看護管理者)に問うた結果、「知っている」と回答があったのは約6割であり、現段階では、A県における「管理料」や「フットケア」については、必要性の認識や周知の拡大の途上にあると考えられる。

2009年10月現在、A県内の糖尿病専門医は31名、看護師・准看護師の日本糖尿病療養指導士資格取得者は88名(他職種を含めると153名)、糖尿病看護において高度な療養支援技術を提供できる糖尿病看護認定看護師は1名であり、膨大な糖尿病患者数に対する専門医や、糖尿病看護を専門に学んだ看護師の人数は少ない。本調査においても「管理料」の施設基準をみたす専任の常勤医師が在職する施設は、全体の24.8%、専任の常勤看護師が在職する施設は6.4%であり、糖尿病患者に対する専門的な医療を提供できる施設はごく限られている。青木¹⁰⁾は、増加する糖尿病患者を支援する医療には、国の財政困難に伴う医療費の削減と入院期間の短縮化、糖尿病専門医数の不足などにより十分な支援を行えない現状が存在すると述べている。

「管理料」の算定¹¹⁾までには、保険医療機関内の医師や看護師に関する一定の施設基準を満たし、地方社会保険事務局長に届出を行い、受理通知を受けるという過程が必要である。さらに、算定要件として、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要があると認めたものに対し、専任の常勤医師または専任の常勤看護師が、糖尿病足病変に関する療養上の指導を30分以上行った場合に、1ヶ月に1度170点算定できる。本調査では、「すでに算定を受けている」と回答があつ

た施設は、14施設（8.9%）であり、「今後届出する予定」の回答数を合わせても23施設（14.6%）にとどまっている。また、「届出したいが条件が満たせない」と「届出するつもりはない」と回答した施設を合わせた割合は82.1%であり、施設基準や算定要件を満たすことの厳しい現状が明らかとなった。外来フットケアを実施していると回答した21施設のうち、算定要件である専任医師は14施設に在職しており、「管理料」算定施設数と同数だったことから、要件を満たす人材確保が算定の有無に影響していることが推測される。

また、「算定するつもりはない」理由で最も多かったのは、「該当する患者数が少ない」で、半数近くの施設が該当していた。算定を受けていない施設は算定を受けている施設と比較して、1ヶ月の糖尿病患者数が少ないことが明らかになっており、算定に該当する患者数が少ない状況においては、施設基準を満たすために人材を育成・確保しても、結果的に算定を受けられないことを示した結果といえる。また、専任の常勤医師および専任の常勤看護師の在職の有無と外来フットケア実施の有無との関係において、専任の常勤医師・看護師がいる施設でのフットケアの実施が有意に高かった。これらのことから、「管理料」の算定を受けている施設や外来フットケアを実施している施設は、糖尿病専門外来を有していたり、糖尿病患者を専門的に診療したりしている、より糖尿病医療に関する専門性の高い施設であることが予測される。

一方、算定要件を満たすためには、専任の常勤医師・看護師が共に在職している必要があるが、本調査内で要件を満たす看護師が在職している施設は10施設であったため、「算定を受けているのは14施設だった」という結果との誤差が生じている。さらに、糖尿病看護認定看護師がいるとの回答数と実際の人数も一致していなかった。これらのことから、前述のとおり、本研究の回答者の約半数は「管理料」の詳細については周知されておらず、回答の際に誤解が生じていた可能性も考えられる。その点において調査結果を考慮する必要がある、今後の課題として、情報提供や知識の普及・徹底が急務であると考えられる。

「管理料」の届出に係る看護師に関する施設基準は、糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であっ

て、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を終了した者が1名以上配置されていることと明記されている。嶋森¹²⁾は、平成20年6月の糖尿病重症化予防に関わる研修についての見解の中で、「管理料」の要件として求められた研修は、あくまで糖尿病の重症化予防のためのフットケアの研修である点を明確にしておく必要があると述べている。つまり、創傷処置やケアの技術のみではなく、糖尿病の適切なコントロールのための指導が出来る看護師であることが重要であり、糖尿病重症化予防という視点が充分でない研修については、診療報酬の要件に見合った適切な研修とはいえない¹³⁾と考えられている。したがって、研修を受ける資格を得るまでもに時間と経験を要する上に、要件を満たす研修そのものに課せられた条件が厳しいために、研修の企画自体が少なく、たとえ多くの看護師が研修を望んでいても、実際に受講できる人数は少なくなってしまうことは否めないと考える。それにも関わらず、このような条件を必要とするのは、結果的に診療報酬が算定できる施設となった医療機関であっても、適切な糖尿病重症化予防のためのフットケアが実施されず、診療報酬の評価に見合った効果が期待できない可能性があるからである¹⁴⁾とも述べている。この見解は、糖尿病患者の合併症に対する危機感と、重症化予防に関わる医療者としての決意や責任の強調であるように受け止められる。しかし、フットケアを必要とする患者は県内いたるところに散在しており、たとえ足病変やハイリスク要因を持つ患者であっても専門の施設を受診・通院できるとは限らない現状においては、患者のフットケアに対するニーズの充足を困難にしている可能性もあると考える。

第52回日本糖尿病学会年次学術集会¹⁵⁾で、河野は、国立病院機構が実施するフットケア研修の受講生へのアンケート結果から、現場の看護師の状況や悩みなどを紹介した。その中で、研修から2ヶ月間の間に「定期的なフットケアを行っている」のは31.8%、外来においてフットケアをできる場所と時間については、39.0%が「場所も時間もない」と回答し、研修は受講しても、その後の体制整備にはなかなか結びついていない状況が示された。さらに、具体的な問題点として、「情報交換や相談の体制が欲しい」「相談する皮膚科医がいない」などがあった他、医師が看護師に求めるレベルと看護師の

実情の乖離が示唆されていた。本調査においても、「管理料」の届出するつもりがない理由(自由記載)の中には、「医師が積極的でない」という医師との関係についての回答もあり、施設でフットケアを実践していく上で、医師と看護師、その他医療関係者、さらには病院経営に参画する管理者との連携が不可欠であると考えられる。さらに、青木¹⁶⁾は、予防的フットケアを実践する中で、他部門・診療科とのカンファレンスや連携を必要に応じて行えるような体制が必要となると述べている。東北厚生局によると、2008年4月から2009年9月現在までの、A県内の「管理料」の施設認定の届出は22施設あり、実際に算定を受けているのは19施設であった。本調査を実施した2009年2月から3月時点で、算定を受けていると回答があったのは14施設あり、算定の有無に関らず外来フットケアを実施していると回答した施設は21施設であった。いずれにしても、「管理料」の届出施設数と算定施設数、「管理料」算定施設数とフットケアの実施施設数は一致しておらず、「管理料」の算定と「外来フットケアの実施」とが連動できていないことが考えられる。したがって、糖尿病重症化予防のためのフットケアを実現するためには、「管理料」の算定を第一義とするのではなく、現段階では、専門的なフットケアが提供できる人材育成や体制を整えることが先決であると考えられる。

本調査において、対象となった医療施設の7割以上が診療所であり、そのうちの約8割が無床の施設であった。1日の外来患者に占める糖尿病患者の割合を、診療所と病院で比較してみたところ、いずれも約13%であり、明らかな差は見られなかった。糖尿病は進行性の慢性疾患であり、患者は社会生活の中で療養行動に取り組み、糖尿病とうまく付き合いながら生活を調整していかなければならない。入院を要するのはごく一部の患者に限られた期間であり、その多くは退院後、社会生活を再開することになる。このような糖尿病患者にとって、かかりつけ医や通院しやすい自宅近隣にある診療所の存在は大きく、糖尿病医療における重要な一角を担っていると考えられる。そして、患者は施設規模や専門性の有無を問わずに受診していることから、それに関わるあらゆる看護師・医師ら医療関係者の果たす役割は重大であるといえる。今後は多くの施設でのフットケアの普及が期待さ

れるが、その間にも糖尿病患者の合併症は、医療施設の「管理料」の届出や算定を待つことなく、増加・増悪はどんどん進行していくであろう。予防的フットケアの目的を果たすために、患者の身近で直接関わる看護師は、一人ひとりの患者の生活背景とリスクを持つ足に対して、トラブルを起こさずに日常生活を送れるよう、適切な糖尿病のコントロールを含めた患者のセルフケアへの支援することが求められる。

石本¹⁷⁾は、フットケア外来立ち上げに際し、看護師の一番の不安は、爪切りや胼胝削りなどの手技面であった。知識面は参考書や文献で学習できるが、手技面に関しては実際に体験してみないと習得できないと述べている。以上のことから、現場の看護師が求めているのは、実践者の指導の元で、体験や実践を通して知識と技術が統合されるような研修の場であり、確実に習得できるまで研修を積み重ね、継続的にフォローしていくことが重要であると考えられる。このような経過を経て、質の高いケアを実践できる看護師を一人でも多く育成していくことが、結果として「管理料」算定や患者のQOLの維持・向上につながることを示唆された。

Ⅶ. おわりに

本調査では、主に糖尿病患者の診療に関っていると予測される診療科を有する医療施設を対象として、「糖尿病合併症管理料」やフットケアに関する内容を調査した。調査は「管理料」が新設されてから1年未満の時期に実施しており、他の同様の調査結果の資料が乏しいため、今回の結果を客観的に評価することは困難であった。また、回収率が3割に満たなかったため、本調査結果がA県内の実態を反映しているとは断言できない。しかし、「管理料」についての認識や実践の実態を踏まえると、まず医療者が糖尿病合併症やフットケアへの認識を高め、実施に向けての具体的な基盤づくりが必要であると考えられる。その点において、今回の調査で600もの施設に調査用紙を配布したことには、啓蒙の一つとしての効果も期待される。また、フットケアを実施した際にはその評価が必要であるが、現段階では標準化された足の評価方法やケアの方法が確立していない状況である。今後は具体的な実践内容やその成果等に関する実態を把握し、フットケアの質も確保していく必要がある。

謝辞

本調査にあたり、調査を快くお引き受けいただきましたA県内の医療施設の管理者の方々、回答をしてくださった協力者の方々に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成21年度学部プロジェクト研究費の助成により実施した。また、本研究の内容の一部を第14回日本糖尿病教育・看護学会学術集会において発表した。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成17年（2005年）患者調査
- 2) 厚生労働省：2007年国民健康・栄養調査
- 3) 前掲書2)
- 4) 日本糖尿病対策推進会議：日本における糖尿病患者の足外観異常および糖尿病神経障害の実態に関する報告，第51回日本糖尿病学会にて発表，2008.
- 5) 前掲書4)
- 6) 高木元，宮元正章他：フットケアをめぐる現状—医療フットケアはなぜ重要か—糖尿病性潰瘍・壊疽，看護技術，54(2)，17-19，2008.
- 7) 厚生労働省：平成19年度国民医療費の概況
- 8) 日臨内研究2000：糖尿病性神経障害の実態
- 9) 青木美智子：糖尿病看護認定看護師の役割，医療，63(2)，112-113，2009.
- 10) 前掲書9)
- 11) 厚生労働省厚生労働省保険局：「特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて，保医発第0305003号，平成20年3月5日
<http://www.mhiw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1k.pdf>，(2009/01/30検索)
- 12) 嶋森妙子：糖尿病重症化予防に関わる研修についての日本糖尿病教育・看護学会の見解，
http://www.jaden1996.com/documents/footcare080602ver_001.pdf (2009/01/30検索)
- 13) 前掲書12)
- 14) 前掲書12)
- 15) 石垣恒一：学会ダイジェスト第52回日本糖尿病学会，日経メディカルオンライン，2009.
<http://medical.nikkeibp.jp/leaf/all/gakkai/jds2009/200905/510905.html> (2009/10/29検索)
- 16) 前掲書9)
- 17) 石本洋子：外来看護師が行う自己管理支援—Part.2 フットケア外来の立ち上げ—，PRACTICE，26(2)，147-151，2009.

Abstract

When the remuneration for medical care was revised for fiscal year 2008, a management fee for diabetic complications (hereinafter referred to as the management fee) was newly created. Based on the above background, this study aims to clarify the actual situation of performing footcare on outpatients suffering from diabetes in medical facilities in the A prefecture, through a questionnaire survey.

In this study, the questionnaire survey was performed in 600 medical facilities. The number of recovered questionnaires was 157 (a 26.1% recovery rate). The management fee was calculated to be as low as 9.1% in the A prefecture. The primary reason for non-intention to calculate the management fee was "the number of corresponding patients was small," followed by "an exclusive full-time nurse and doctor cannot be hired". The rate of performing footcare on outpatients with diabetes was higher in the facilities that hired an exclusive full-time nurse or doctor. However, several facilities performed footcare even though these facilities did not hire an exclusive full-time nurse or doctor. Therefore, management fee of the calculation of implementation of outpatient footcare may not be possible to work together. Considering the above, knowledge and skills obtained based on clinical practices were thought to be indispensable for calculating the management fee. Continuous training was suggested as a requirement for acquisition of the necessary knowledge and skills.

Keywords : ①Management Fee of the Diabetic Complications ②Foot Care
③Diabetic Foot Lesions ④Diabetic Neuropathy

