

Vol.27

特別号

Sep.2023

日本糖尿病教育・看護学会誌

The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

第28回 日本糖尿病教育・看護学会 学術集会抄録集

一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会

J A  E N

Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

日本糖尿病教育・看護学会学術集会 会長・開催地・期日

回	会長	開催地	開催期間
第1回	野口 美和子	東京都	1996.10.13
第2回	佐藤 昭枝	神奈川県	1997.9.27 ~ 28
第3回	河口 てる子	東京都	1998.9.26 ~ 27
第4回	兼松 百合子	岩手県	1999.9.24 ~ 25
第5回	百田 初栄	神奈川県	2000.9.23 ~ 24
第6回	川田 智恵子	岡山県	2001.9.15 ~ 16
第7回	佐藤 栄子	愛知県	2002.10.5 ~ 6
第8回	佐々木 ミツ子	新潟県	2003.9.27 ~ 28
第9回	中村 慶子	愛媛県	2004.9.18 ~ 19
第10回	安酸 史子	福岡県	2005.9.17 ~ 18
第11回	嶋森 好子	京都府	2006.9.16 ~ 17
第12回	正木 治恵	千葉県	2007.9.15 ~ 16
第13回	稲垣 美智子	石川県	2008.9.6 ~ 7
第14回	川口 洋子	北海道	2009.9.19 ~ 20
第15回	数間 恵子	東京都	2010.10.10 ~ 11
第16回	福井 トシ子	東京都	2011.9.24 ~ 25
第17回	任 和子	京都府	2012.9.29 ~ 30
第18回	照沼 則子	神奈川県	2013.9.22 ~ 23
第19回	黒江 ゆり子	岐阜県	2014.9.20 ~ 21
第20回	宮武 陽子	香川県	2015.9.21 ~ 22
第21回	米田 昭子	山梨県	2016.9.18 ~ 19
第22回	藤田 君支	福岡県	2017.9.16 ~ 17
第23回	道口 佐多子	茨城県	2018.9.23 ~ 24
第24回	中村 伸枝	千葉県	2019.9.21 ~ 22
第25回	土屋 陽子	岩手県	2020.9.19 ~ 27
第26回	新良 啓子	神奈川県	2021.9.18 ~ 19
第27回	清水 安子	大阪府	2022.9.17 ~ 18
第28回	住吉 和子	岡山県	2023.9.23 ~ 24

第28回 日本糖尿病教育・看護学会学術集会

The 28th Annual Meeting of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

プログラム・抄録集

メインテーマ

with コロナの時代、
心と身体が元気になる療養支援を考えよう

会 期

2023年9月23日(土)、24日(日)

ハイブリッド開催

大会長

住吉 和子

(岡山県立大学保健福祉学部看護学科 教授)

運営事務局 日本コンベンションサービス株式会社 関西支社
〒541-0042 大阪府大阪市中央区今橋 4-4-7 京阪神淀屋橋ビル 2F
E-mail : 28jaden@convention.co.jp

第28回 日本糖尿病教育・看護学会 学術集会 [プログラム・抄録集]

目次

◆会長挨拶	3
◆開催概要	4
◆交通のご案内	5
◆会場案内	6
◆日程表	8
◆開催方法	12
◆参加者へのご案内	13
◆座長・発表者へのご案内	16
◆プログラム	
会長講演	21
特別講演	21
教育講演	22
市民公開講座	24
シンポジウム	24
ワークショップ	28
委員会セミナー	29
交流集会	31
ランチョンセミナー	36
看護研修学校紹介展示	38
一般演題（口演）	40
一般演題（ポスター）	47
心に残る私のストーリー	51
◆抄録	
会長講演	57
特別講演	58
教育講演	62
市民公開講座	75
シンポジウム	76
ワークショップ	97
委員会セミナー	100
交流集会	105
ランチョンセミナー	116
看護研修学校紹介展示	124
口演	125
ポスター	151
心に残る私のストーリー	166
◆企画委員 / 実行委員 / 協力委員	172
◆謝辞	176

会長挨拶

第28回 日本糖尿病教育・看護学会学術集会

大会長 住吉 和子

岡山県立大学保健福祉学部看護学科 教授



第28回学術集会は、「withコロナの時代、心と身体が元気になる療養支援を考えよう」というメインテーマで催させていただきます。新型コロナウイルス感染症の流行により、社会も私たちの生活も医療施設のシステムも大きく変わりました。今年の5月8日に2類から5類に引き下げられましたが、経済の低迷や不安定な国際情勢、食料自給率の低さなど大きな課題は継続しています。食料不足が懸念される中、海外からの輸入品の防腐剤や添加物など食物の安全性の問題も浮き彫りになっています。このような先の見えない時代ではありますが、変化に対応しながら糖尿病療養支援を実践されている皆様と現状の課題を共有し、明日への活力にいただける学術集会にしたいと準備を進めております。

数日前のニュースで、人工甘味料のアスパルテームに発がん性の可能性があることをWHOが公表しました。人工甘味料と糖代謝について文献を調べたところ、砂糖と比較して人工甘味料を使用したほうが体重増加につながり、血糖値の上昇がみられなくてもホルモンへの影響があることが報告されています。数年前の卒業研究ゼミで末期がんといわれて生還された方の手記から要因を調べたことがありました。共通していたのは、「生きたい」という意志と「添加物のない食事」「適度な運動をすること」「体を温めること」「明るい気持ちでいること」でした。ナイチンゲールは「病はどの過程をとっても回復過程である」と述べています。糖尿病療養支援における回復過程の支援について、改めて皆様と一緒に考えてまいりたいと思います。

特別講演、教育講演、ワークショップ、シンポジウム、市民公開講座で26セッションを開催させていただくことになりました。新型コロナウイルス感染や食料安全について現状や希望をもって生きること、糖尿病治療に関する最新情報、糖尿病療養支援に関する講義・演習、チーム医療の実際など幅広い内容でご専門の先生方にご講演をいただきます。また、一般演題は80件、心に残る私のストーリーは22件の応募をいただきまして、誠にありがとうございました。

まだ感染者が増加している現状を鑑みて今回の学術集会でも懇親会は開催しないこととしました。その代替案として、ポスター展示会場で、昨年と同様に参加者同士の交流の場を作ります。今回は、ステビア（天然甘味料）を使ったお菓子が完成いたしましたので、少しですがご準備しております。

多くの皆様のご参加をお待ちしております。

開催概要

学会名 **第28回日本糖尿病教育・看護学会学術集会**

会 期 **2023年9月23日（土）、24日（日）**
ハイブリッド開催

会 場 **岡山コンベンションセンター**
〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町14-1

大会長 **住吉 和子**
(岡山県立大学保健福祉学部看護学科 教授)

テーマ **withコロナの時代、心と身体が元気になる療養支援を考えよう**

後 援 岡山県立大学
一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構
公益社団法人日本看護協会
公益社団法人日本糖尿病協会
公益社団法人おかやま観光コンベンション協会

交通のご案内

岡山コンベンションセンター

〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町14-1
TEL : 086-214-1000

【JRでお越しの方】

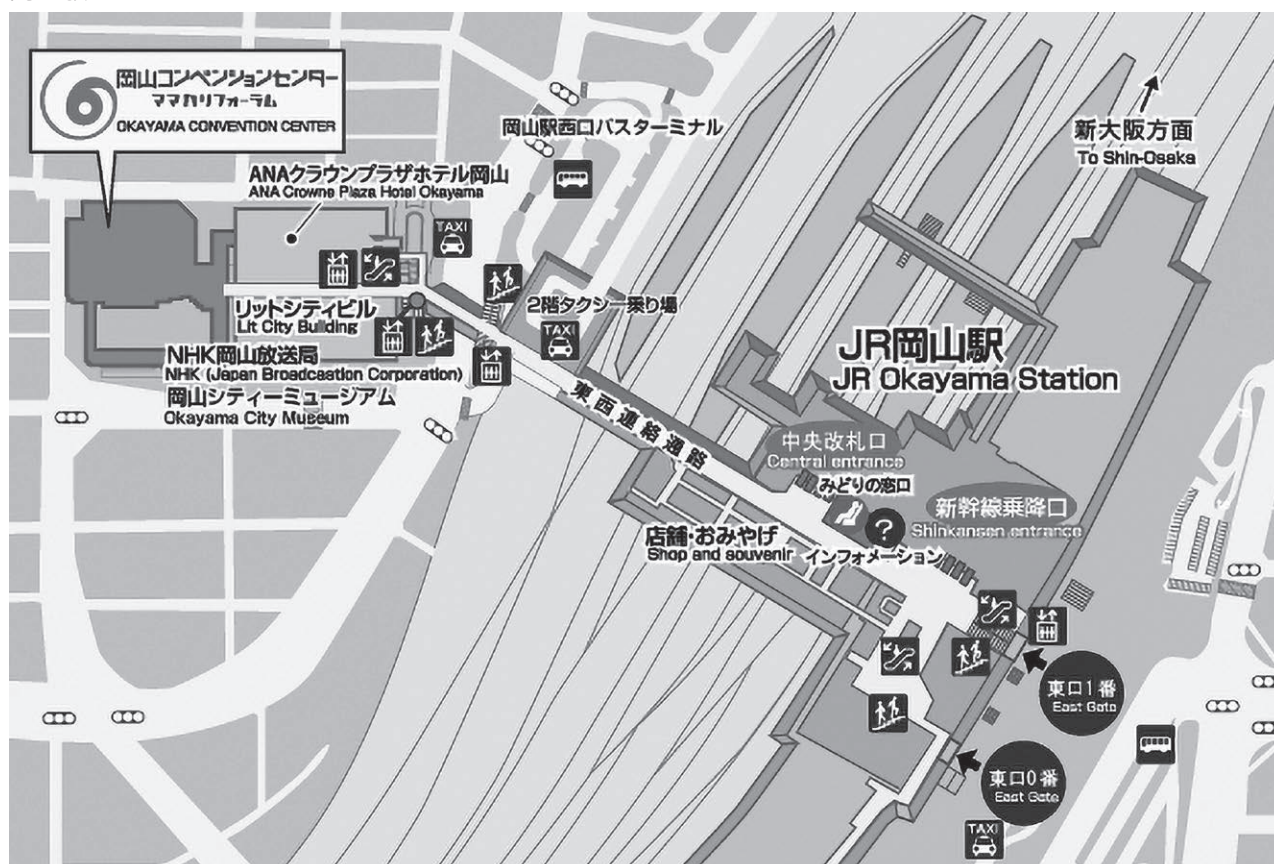
JR岡山駅中央改札口から徒歩約3分

【飛行機でお越しの方】

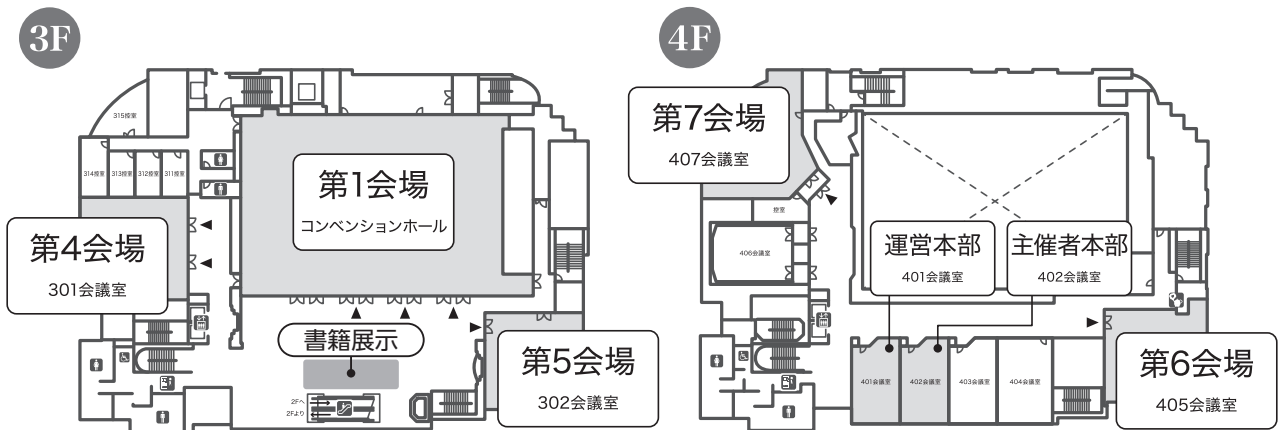
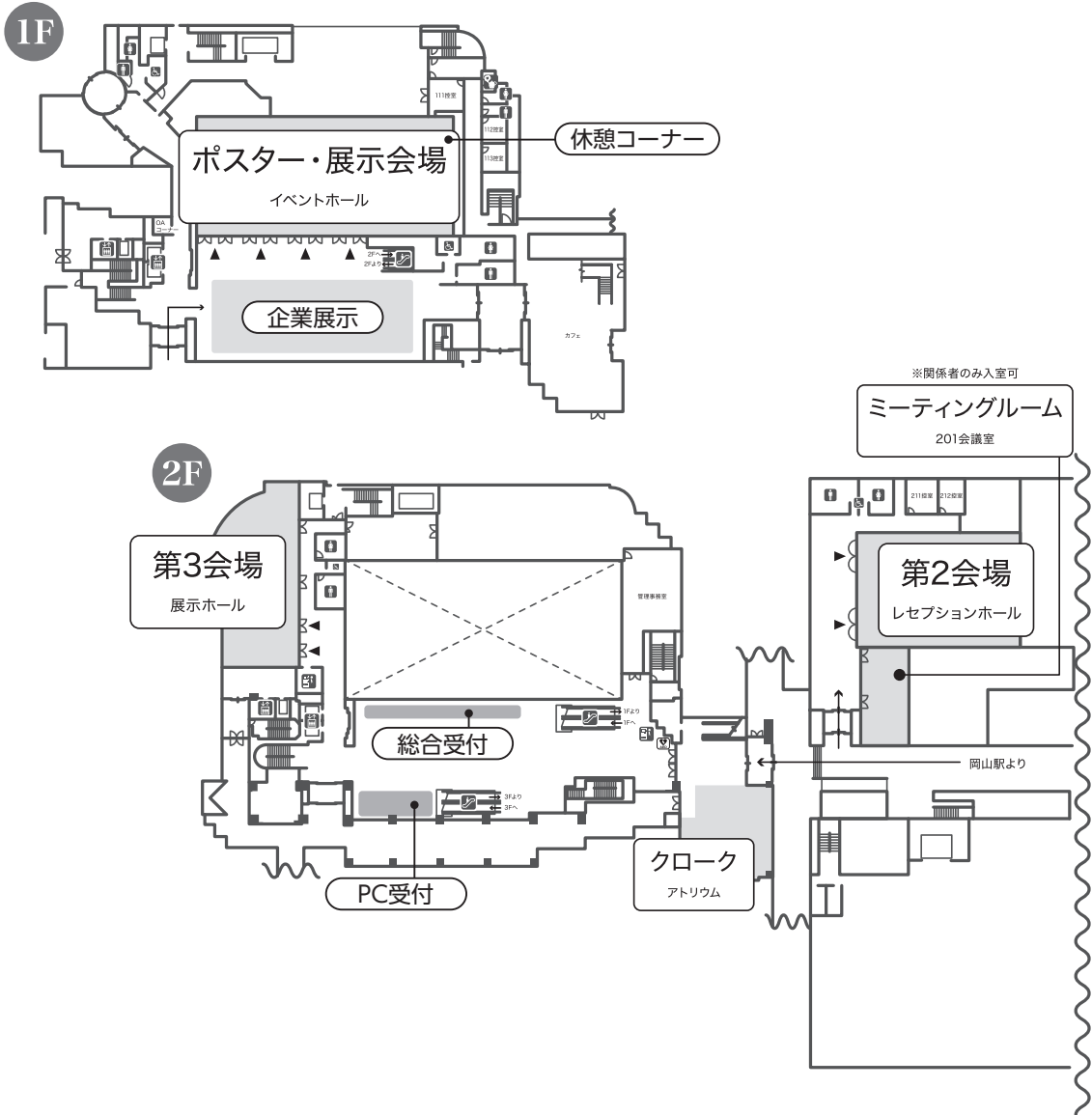
岡山桃太郎空港より岡山駅行きのバスをご利用ください。

約40分（ノンストップ約30分） ※ JR岡山駅西口バスターミナル（21番乗り場）へ着きます

岡山駅からのアクセス



会場案内



日 程 表

1日目 2023年9月23日 (土)

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	3F コンベンションホール	2F レセプションホール	2F 展示ホール	3F 301会議室
9:00	9:00~ 開会式			
10:00	9:10~9:40 会長講演 with コロナの時代、心と身体が元気になる療養支援を考えよう 講師：住吉和子 座長：清水安子	9:20~10:10 教育講演 1 ソリューションフォーカス (解決志向) を用いた面接法 講師：青木安輝 座長：吉沢祐子	9:40~11:10 シンポジウム 1 腎不全期に移行した高齢糖尿病患者 の意思決定支援を考えよう 講師：柏原直樹、大賀由花、大脇浩香 座長：佐藤真理子、藤井眞由美	
	9:40~10:10 28th AWARD 表彰式			
11:00	10:10~11:10 特別講演 1 感染症と生物の生存戦略 講師：井上正康 座長：森永裕美子	10:20~11:10 教育講演 2 運動療法を継続させるための 支援のコツ 講師：野村卓生 座長：片岡典代		
	11:20~11:50 学会賞表彰式			
12:00	12:00~13:00 ランチョンセミナー 1 2型糖尿病診療のレベルアップ ~経口GLP-1受容体作用薬をどう使うか?~ 講師：亀井 望 座長：大橋 健 共催：ノボ ノルディスク ファーマ株式会社/MSD株式会社	12:00~13:00 ランチョンセミナー 2 インスリン治療の現状と今後の展望 (デジタルヘルス関連を中心に) 講師：安西慶三 座長：朝倉俊成 共催：ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	12:00~13:00 ランチョンセミナー 3 CGM 新時代! 看護師ができる 1up 治療支援 講師：山崎優介 座長：利根淳仁 共催：アボットジャパン合同会社	12:00~13:00 ランチョンセミナー 4 外来、病棟で血糖記録を最大限に活用した 糖尿病診療、治療支援を目指して 講師：長山浩士 座長：平松貴子 共催：テルモ株式会社
13:00				
14:00	13:10~14:30 市民公開講座 食料・農業危機と食の安全 ~命と健康を守るには 講師：鈴木宣弘 座長：数間恵子	13:10~14:00 教育講演 3 高齢者糖尿病の管理と問題点 講師：松岡 孝 座長：石川万里子	13:10~14:30 ワークショップ 1 ソリューションフォーカスの実際を 学ぶ (ワークショップ) 講師：青木安輝 座長：笹邊順子、住吉和子	13:10~14:40 委員会セミナー 1 研究推進委員会 質的研究のポイント! インタビューの劇的ビフォーアフター 講師 (挨拶)：森加苗愛 講師：清水安子、東めぐみ 座長：山崎優介
		14:10~15:00 教育講演 4 糖尿病性腎症の診断・治療の進歩と 岡山県における重症化予防への取り組み 講師：四方賢一 座長：吉沢祐子		
15:00	14:50~15:50 特別講演 2 IPW としてのチームを考える 講師：田村由美 座長：黒田久美子	15:30~17:00 シンポジウム 2 糖尿病性腎症重症化予防の 地域での取り組み 講師：吉沢祐子、浜田詩子、 酒井美枝、中山法子 座長：笹邊順子、水ノ上かおり	14:40~15:30 教育講演 5 糖尿病のある人の糖尿病によるつらい気持ち (diabetes distress) の理解と認知行動療法、 マインドフルネスを援用した関わり 講師：安藤美華代 座長：高取佐智子、藤原恭子	15:00~16:20 ワークショップ 2 健康太極拳で内臓を 元気にしましょう! 講師：中林さつき 座長：住吉和子
	16:00~17:00 特別講演 3 この希望は失望に 終わることがありません 講師：齊藤隆二 座長：大賀由花		15:50~16:50 教育講演 6 認知行動療法を取り入れた多職種・ 多機関協働での糖尿病療養支援 プログラム作成の試み 講師：松岡宏明、高取佐智子 座長：中元美恵	
17:00				
18:00				

	第5会場	第6会場	第7会場	ポスター	企業展示	休憩コーナー
	3F 302会議室	4F 405会議室	4F 407会議室	1F イベントホール	1F イベントホールロビー	1F イベントホール
9:00						9:00~17:00 休憩コーナー
10:00	10:10~11:10 第1群 口演1 チーム医療・多職種連携 (1~6) 座長：佐川京子	9:50~11:10 交流集会1 ゆる〜く集まるDMナース work at クリニック	9:50~11:10 交流集会3 災害時の糖尿病看護に ついて考えよう！ 今できることを共有し、患者 のレジリエンスを高めよう！	9:20~12:00 ポスター (貼付)	9:30~16:30 企業展示	
12:00	12:00~13:00 ランチョンセミナー5 “働き方改革”のまっただ中、 POCTをどう役立てるか。 講師：佐々木洋光 座長：森小津恵 共催：ニプロ株式会社			12:00~16:10 ポスター (展示)		
14:00	13:10~14:20 第2群 口演2 外来看護 (7~13) 座長：高杉麻里、横村久美子	13:10~14:30 交流集会2 糖尿病看護特定認定看護師と チーム医療について語ろう ～目指せ！チーム医療の キーパーソン～	13:10~14:30 交流集会4 看護師による糖尿病の 口腔内アセスメントについて 学びましょう - Part2 -	13:00~14:00 ポスター発表① (52~61)	14:00~15:00 ポスター発表② (62~70)	
15:00	14:25~15:15 第3群 口演3 高齢者 (14~18) 座長：豊田里美	14:50~16:10 委員会セミナー2 編集委員会 臨床での看護実践を報告してみよう 講師：藤田君支、森加苗愛、 澄川真珠子 座長：西垣昌和	14:50~16:10 交流集会5 医科歯科連携で糖尿病患者さ んの健康を守ろう！ 「第2弾スタート」 ～歯科受診支援のために自施 設でできるはじめての一步～			14:30~15:30 参加者交流 タイム
16:00	15:20~16:10 第4群 口演4 在宅療養支援・看護 (19~23) 座長：岩井千代美					
17:00						
18:00						

2日目 2023年9月24日 (日)

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	3F コンベンションホール	2F レセプションホール	2F 展示ホール	3F 301会議室
9:00	9:00~11:00 シンポジウム 3 うすき石仏ねっと 共同企画シンポジウム ～地域での他職種 ネットワークシステム～ 講師：舩友一洋、近藤誠哉、高橋友美、 神田秀一郎、川辺みさこ 座長：佐田佳子、森加苗愛	9:20~10:50 シンポジウム 4 with コロナ時代の 医療安全を考える 講師：吉田陽子、熊野真美、 杉島訓子、豊島麻美 座長：伊波早苗、園田由美		9:00~10:30 委員会セミナー 3 国際交流委員会 外国人患者さんへの糖尿病療養支 援、どうしていますか？ ～看護師の支援の工夫と外国人患者 さんの声から考えよう～ 講師：河井伸子、町川香代子 座長：中山法子、山口裕子
10:00			9:40~10:30 教育講演 7 妊娠母体の血糖管理指標 講師：清水一紀 座長：岡崎愉加	
11:00				10:40~12:10 委員会セミナー 5 政策委員会 インスリン使用者への 遠隔モニタリング支援 ～診療報酬につなげる看護実践の実際～ 講師：太田美帆、永淵美樹、富樫智子 座長：大原裕子、山崎優介
11:00	11:10~12:10 特別講演 4 ヒューマンエラーを考える ～ヒトの認知・行動の特性に関する知識 を医療安全の実践・教育に活かす～ 講師：石松一真 座長：杉島訓子	11:00~11:50 教育講演 8 デジタル時代の新たな血糖管理 ～デバイスの活用と治療サポート 講師：利根淳仁 座長：吉田直子	11:20~12:10 教育講演 9 血の道療法による 静脈へのアプローチ 講師：室谷良子 座長：園田由美	
12:00				
13:00	12:20~13:20 ランチョンセミナー 6 アドボカシー活動とスティグマの 解消～岩田稔さんと共に考える 講師：利根淳仁、岩田 稔 座長：伊波早苗 共催：アークレイマーケティング株式会社	12:20~13:20 ランチョンセミナー 7 一人ひとりにあわせたパーソナライズ医療へ ～看護師が患者と共に実践するHCLの最大活用～ 講師：川述里美 座長：石井 均 共催：日本メドトロニック株式会社	12:20~13:20 ランチョンセミナー 8 SMBG、CGM を 糖尿病治療支援に活かす 講師：廣田勇士 座長：水野美華 共催：株式会社三和化学研究所	
14:00	13:30~14:20 教育講演 10 もっと、もっとプロになろう！ そして、臂に強くなろう！ ～ジェネラリストとして、EBPの実践～ 講師：森山美知子 座長：伊波早苗	13:30~14:20 教育講演 11 糖尿病神経障害患者の看護 ～自律神経障害を中心に～ 講師：畑中あかね 座長：杉島訓子	13:30~14:50 ワークショップ 3 血の道療法による 静脈へのアプローチ 講師：室谷良子 座長：園田由美、水ノ上かおり	
15:00		14:30~15:30 教育講演 12 「見える」を守る最前線！ ～糖尿病網膜症治療の最新技術と 支える看護～ 講師：岡野内俊雄、高尾利恵 座長：廣澤裕代		
16:00	15:00~17:00 シンポジウム 5 CDEJ 共同企画 「多様化する糖尿病医療における CDEJ の役割と展望」 The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care 講師：宇都宮一典、平岡めぐみ、 橋本祐子、田口三知、三浦恵子 座長：宇都宮一典、瀬戸奈津子	15:40~16:30 教育講演 13 看護の力で人の「環」を創り、患者さんを元気に！ チームを元気に！そして、地域を元気に！ 講師：佐藤真理子 座長：笹邊順子		
17:00	17:00～ 閉会式			
18:00				

	第5会場	第6会場	第7会場	ポスター	企業展示	休憩コーナー
	3F 302会議室	4F 405会議室	4F 407会議室	1F イベントホール	1F イベントホールロビー	1F イベントホール
9:00	9:00~10:10 第5群 口演5 自己管理・心理・QOL (24~30) 座長：小坂ひとみ、渡邊路子	9:00~10:20 委員会セミナー4 特別委員会 インスリン療法を行う 高齢糖尿病患者さんの支援 ～高齢糖尿病患者さんの問題を知り、 病院と地域の連携を深めよう～ 講師：梶野美保、橋本祐子 座長：梶野美保	9:00~10:20 交流会集8 「JADEN in 岡山でみ～んな 元気になる話」 ～療養支援やって良かったっ たっていう体験談共有しませ んか？～			
10:00				9:30~15:00 ポスター（展示）	9:30~16:00 企業展示	9:30~16:30 休憩コーナー
11:00	10:20~11:00 第6群 口演6 特定行為・特定行為研修 (31~34) 座長：原 光明	10:40~12:00 交流会集6 糖尿病をもつ高齢者における isCGM 活用の可能性の探求	10:40~12:00 交流会集9 やってみよう！視力障害・ 感覚障害のある患者体験 患者中心のケアで 元気を届けよう！	11:00~12:00 ポスター発表 (71~80)		
12:00	11:10~11:50 第7群 口演7 看護師の技と教育 (35~38) 座長：水野美華					
13:00						
14:00	13:50~14:40 第8群 口演8 血糖パターンマネジメント (39~43) 座長：古山景子	13:50~15:10 交流会集7 糖尿病とがんを併せ持つ 患者への支援ーがん薬物療法 を受ける糖尿病患者のセルフ マネジメント支援ツールの 開発：手足症候群	13:50~15:10 交流会集10 しこく KAGAWA の ちいさな糖尿病専門 クリニックから発信 第2弾 ～連携のモヤモヤを語ろう～			14:30~15:30 参加者交流 タイム
15:00	14:50~15:30 第9群 口演9 1型・2型糖尿病 (44~47) 座長：大橋睦子			15:00~16:30 ポスター撤去		
16:00	15:40~16:20 第10群 口演10 患者教育 (48~51) 座長：料治三恵		15:30~16:50 交流会集11 生活背景十人十色：病気との つき合い方を患者とともに 考えよう！～看護の教育的 関わりモデル「生活者として の事実とその意味」～		16:00~17:00 展示撤去	
17:00						
18:00						

開催方法

本学術集会は現地開催を中心としたハイブリット開催を予定しております。

開催形式に関しては下記をお確かめください。なお、登壇者の意向により、配信をしないプログラムも一部ございます。最新情報は学術集会 HP よりご確認ください。

会場種別	現地開催	ライブ配信	オンデマンド配信	備考
第1会場	○	○	○	
第2会場	○	×※	○	
第3会場	○	×※	○	
第4会場	○	×※	×※	
第5会場	○	×※	×※	
第6会場	○	×	×	
第7会場	○	×	×	
ポスター・展示会場	○	×	×	

プログラム種別	現地開催	ライブ配信	オンデマンド配信	備考
会長講演	○	○	○	
特別講演	○	○	○	
教育講演	○	△	○	
市民公開講座	○	○	○	
シンポジウム	○	△	○	
ワークショップ	○	△	△	
委員会セミナー	○	×	×	
交流集会	○	×	×	
ランチョンセミナー	○	※	※	詳細はHPにて公開予定
一般演題（口演）	○	×	×	
一般演題（ポスター）	○	×	×	
心に残る私のストーリー	○	×	×	
式典、表彰式	○	×	×	

○：実施予定、△：一部のプログラムにて実施予定、×：実施なし予定、※：ランチョンセミナー協賛企業にて調整中

・ライブ配信（学会当日）

9月23日（土）、24日（日）の2日程について、本学術集会のホームページ内にてライブ配信の特設サイトを開設いたします。

・オンデマンド配信（後日配信）

10月16日（月）12:00から11月17日（金）12:00の約1か月の期間で、本学術集会のホームページ内にてオンデマンド配信の特設サイトを開設いたします。

※ ID とパスワードについて

アクセス用の ID とパスワードはライブ配信サイト、オンデマンド配信サイトで共通です。

学会会期当日までに参加登録者のみなさまへメールにて通知いたします。

配信サイトへログイン可能となるまでに、確認作業のためお時間をいただいておりますので、参加登録はお早めにお済ませください。

参加者へのご案内

1. 開催日・開催方法

開催日	開催方法
2023年9月23日（土）～24日（日）	現地開催、一部プログラムのライブ配信
2023年10月16日（月）12:00～11月17日（金）12:00まで	一部プログラムのオンデマンド配信

2. 参加登録

・事前参加登録

第28回学術集会ホームページ>トップページ左部メニューバー「参加登録」>ページ下部「参加登録はこちら」より、オンライン上での参加登録を受け付けております。

区分	申込期間	会員	非会員	学生
早期参加登録	2023年5月8日（月）～8月11日（金）12:00まで	7,000円	10,000円	3,000円
通常参加登録	8月11日（金）12:00～10月31日（火）12:00まで	9,000円	12,000円	4,000円

※専修学校、高等学校、高等専門学校、短期大学、大学、大学院、認定看護師教育課程在籍中の方は学生でご登録いただけます。

・現地での参加登録

会場での当日参加登録も受け付けておりますが、当日の受付は混雑することが予想されます。上記の事前参加登録を推奨いたします。費用は上記の「通常参加登録」を参照いただき、釣銭が発生しないよう参加登録費をご用意ください。

当日参加登録 受付

日時：2023年9月23日（土）8:30～16:00

2023年9月24日（日）8:30～15:00

場所：岡山コンベンションセンター 2F ロビー

3. 参加・視聴にあたって

講演の撮影、録音、動画等は固く禁止されております。また、SNS等への投稿等も固くお断りします。なお、参加中の質疑応答等も撮影、録音、録画し、WEB配信いたします。予めご了承ください。

4. 参加証・領収書

参加証は、9月1日（金）以降に各自で参加登録システムより発行してください。ネームホルダーは会場にてお配りしております。領収書は、参加登録システム上で決済完了後から発行可能となっております。個別の郵送はございません。

<オンライン参加登録システムによる参加証・領収書の発行方法>

- (1) 第28回学術集会ホームページ>トップページ左部メニューバー「参加登録」>ページ下部「参加登録はこちら」より、参加登録時に設定したIDとパスワードでログインしてください。
- (2) 画面下部の「オンライン参加登録イベント文書発行」欄より、イベント名(第28回日本糖尿病教育・看護学会学術集会)をご確認の上、「発行可能文書」欄から発行する文書をご選択ください。
- (3) それぞれの文書発行画面では、発行文書のプレビューがご確認いただけますので、ご確認の上、文書発行へお進みください。文書はPDFにて出力され、ダウンロードされます。なお、領収書も参加証・名札等も、参加費の納付が完了していませんと、発行はできません。

5. プログラム集・抄録集

プログラム集は、学会員の方には事前に送付します。非会員の現地参加者は会場にて入手することが可能です。非会員のWeb参加者に向けた郵送配布は実施しておりません。

抄録集は電子版の抄録集として、9月初旬に第28回学術集会ホームページで公開します。

パスワードは「jaden2okayama8」です。冊子体は作成いたしません。

6. その他

・通信環境

会場では無料のWi-Fiが利用できます。機具・付属品の貸出はありません。

・クローク

日時：2023年9月23日(土) 8:30～17:00

2023年9月24日(日) 8:30～17:00

場所：岡山コンベンションセンター 2F アトリウム

・企業展示 / 書籍展示

日時：2023年9月23日(土) 9:30～16:30

2023年9月24日(日) 9:30～16:00

場所：岡山コンベンションセンター 1F イベントホール&ロビー (企業展示)

岡山コンベンションセンター 3F (書籍展示)

※企業展示・書籍展示のブースでスタンプラリーを実施します。

スタンプラリーの台紙は現地でお渡しいたします。

・託児室

託児室の利用は完全予約制でございます。利用希望の方は第28回学術集会ホームページの詳細を確認の上、9月8日(金)までに申し込みをお願いいたします。

・ランチョンセミナー

事前参加登録時にランチョンセミナーをご予約された方は、9月1日（金）以降に事前参加登録画面で参加証に付随して整理券がダウンロードできます。当日はこちらを印刷の上、ご持参ください。なお、整理券は各日のランチョンセミナー開始前まで有効です。開始以降は無効となり、お弁当の残部があれば、先着順でご入場いただけます。また、余席があれば、当日整理券を2Fロビーにて先着順で配布いたします。

・28th AWARD

一般演題から3題、心に残る私のストーリーから5題、28th AWARDを選出しました。9月23日（土）9：40より第1会場にて表彰式を行います。受賞された演題には、演題番号にAWARDマークが付いています。

・糖尿病看護認定看護師活動紹介および日本糖尿病療養指導士（CDEJ）相談ブース

それぞれのブースを1F イベントホール内に設置します。

・日本糖尿病療養指導士（CDEJ）認定更新のための研修単位

本学術集会出席（現地・WEB）により、認定更新単位＜1群4単位＞（看護師のみ）、＜2群4単位＞のいずれかを申告できます。また、本学術集会で糖尿病療養指導に関する発表をされた方（筆頭者のみ）は2単位加算となります（ただし加算可否については単位申告時に審査があります）。会場での単位登録は行っておりませんので、認定更新の申請時に参加証を添えて申請してください。参加証は、事前参加登録画面より、9月1日（金）以降にダウンロード可能となります。領収証は、参加証の代わりとはなりませんのでご注意ください。

・一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会への入会

入会希望の方は、日本糖尿病教育・看護学会ホームページ（<https://jaden1996.com/>）をご確認ください。

7. 第28回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 会議一覧

内容	日程	会場（岡山コンベンションセンター内）
理事会	9月22日（金） 13：00～16：00	4F：405 会議室
社員・会員総会	9月22日（金） 17：00～18：00	2F：レセプションホール
広報委員会	9月22日（金） 18：30～20：30	2F：201 会議室
編集委員会	9月23日（土） 10：00～11：00	2F：201 会議室
研究推進委員会	9月23日（土） ① 9：30～10：30 ② 17：00～18：00	3F：314 会議室
国際交流委員会	9月23日（土） 13：00～15：00	2F：201 会議室
特別委員会	9月23日（土） 15：00～17：00	2F：201 会議室
政策委員会	9月23日（土） 17：00～18：00	2F：201 会議室
研修推進委員会	9月23日（土） 17：00～18：00	4F：405 会議室
将来検討委員会	9月23日（土） 17：00～18：00	4F：407 会議室

座長・発表者へのご案内

1. 座長の先生方へ

- 1) 事前打ち合わせのあるセッションについては、事前に運営事務局よりご案内します。
- 2) 会場に到着されましたら、座長・演者受付（岡山コンベンションセンター 2F：ロビー）へお越しいただき、受付をお済ませください。その後、セッション開始時刻 15 分前までに当該会場の「次座長席」にご着席ください。
- 3) 一般演題（口演）は、1 演題 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）です。
- 4) 質疑応答は、現地参加者から受け付けます。

2. すべての発表者の方へ

発表時は利益相反（COI）の開示をお願いいたします。スライド用テンプレートが学術集会ホームページの「座長・発表者へのご案内」にありますので、ご活用ください（詳細は「9. 利益相反（COI）開示について」をご参照ください）。

3. 指定演題（特別講演・教育講演・シンポジウム等）の演者の先生方へ

- 1) 会場に到着次第、座長・演者受付（岡山コンベンションセンター 2F：ロビー）にて受付をお済ませください。
- 2) セッション開始 30 分前までに、PC 受付（岡山コンベンションセンター 2F：ロビー）にて、ご自身の発表データの登録をお願いします。ノート PC 本体をお持ち込みの方は、「8. ノート PC 本体をお持ち込みの方へ」をご覧ください。
- 3) セッション開始時刻 15 分前までに当該会場の「次演者席」にご着席ください。

4. 一般演題（口演）発表の演者の方へ

一般演題（口演）は、1 演題 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）です。

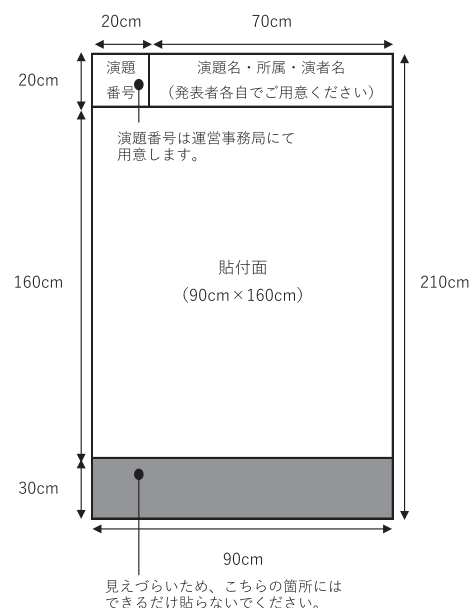
- 1) 会場に到着次第、座長・演者受付（岡山コンベンションセンター 2F：ロビー）にて受付をお済ませください。
- 2) セッション開始 30 分前までに、PC 受付（岡山コンベンションセンター 2F：ロビー）にて、ご自身の発表データの登録をお願いします。ノート PC 本体をお持ち込みの方は、「8. ノート PC 本体をお持ち込みの方へ」をご覧ください。
- 3) セッション開始時刻 15 分前までに当該会場の「次演者席」にご着席ください。

5. 一般演題（ポスター） 演者の方へ

- 1) 一般演題（ポスター）は、現地でのポスター掲示があります。
- 2) ポスターパネルは、1演題につき縦160cm、横90cmのスペース（※右図参照）を用意しております。パネルの下30cmは貼り付けできません。スペース内で収まるようにポスターをご準備ください。
- 3) 演題番号と画鋏は、運営事務局で用意いたします。
- 4) 発表時間はありませんが、下記時間帯は参加者からの質問に回答できるようご自身のポスターの前で待機してください。
9月23日（土）13：00～14：00、14：00～15：00
9月24日（日）11：00～12：00
- 5) 撤去時間を過ぎても掲示されているポスターは運営事務局で撤去・処分いたします。

貼付時間：9月23日（土）9：20～12：00

撤去時間：9月24日（日）15：00～16：30



6. 「心に残る私のストーリー」の応募者の方へ

「心に残る私のストーリー」はポスター会場の休憩コーナーエリアに掲示します。発表時間ではありませんが、ご参加いただける方は下記時間帯でお集まりいただき、参加者とのエピソードの共有、懇親をお楽しみください。（参加者交流タイム）

9月23日（土）14：30～15：30

9月24日（日）14：30～15：30

7. メディアデータをお持ち込みの方へ

- 1) USBフラッシュメモリーにてご用意ください。会場の「PC受付」（岡山コンベンションセンター2F：ロビー）にてデータ受付・試写後、データをコピーさせていただきます。
- 2) 9月24日（日）にご発表の場合でも9月23日（土）から受付可能です。9月24日（日）の午前中に発表の方は、なるべく9月23日（土）にデータ登録を済ませてください。受付時間は9月23日（土）8：30～16：00、9月24日（日）8：30～15：00です。
- 3) 試写が終了しましたらデータはLAN回線を経由して、ご発表会場まで転送されます。
- 4) 会場ではWindows PCをご用意しております。アプリケーションはPower point2021を用意しております。フォントはOS標準のものを作成してください。例）MSゴシック、MS明朝、Century、Times New Roman
- 5) ファイル名は「演者名（例：発表太郎）」としてください。
- 6) メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
- 7) 発表データは運営事務局が責任を持って削除いたします。

8. ノート PC 本体をお持ち込みの方へ

PC 受付で試写後、発表 20 分前までに各発表会場内左手前方の PC オペレーター席まで PC 本体および電源アダプターをご持参ください。発表後、PC はオペレーター席で返却いたします。モニター出力端子は HDMI のケーブルを用意いたします。一部機種には変換ケーブルが必要なものもあります。変換ケーブルについては、発表者各自がお持ち込みください。ノート PC から外部モニターに正しく出力されるか確認してください。個々の PC や OS によって設定方法が異なりますので、事前にご確認ください。会場プロジェクターの画面の解像度は、FullHD (1920 × 1080) となっております。デスクトップ上の分かりやすい場所に発表データのショートカット (エイリアス) を「演者名 (例：発表太郎)」として作成してください。動画データを使用される場合は、PC プレビューセンターにて動画の動作確認を行ってください。発表中にスクリーンセーバーや省電力モードにならないよう事前に設定してください。

AC アダプターは必ずご持参ください。また、リモートプレゼン機器と接続する為には USB Type-A 端子が必要です。USB Type-C 端子しかない PC をお持ち込みの場合には Type-A への変換アダプターをお持ちください。

9. 利益相反 (COI) 開示について

利益相反とは、外部との経済的な利益関係等によって、公的研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる、または損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態を指します。

※「厚生労働科学研究における利益相反 (Conflict of Interest : COI) の管理に関する指針」より本学術集会での発表では利益相反の開示が必要となります。共同発表者を含め全員について演題発表時に、筆頭著者がまとめて開示を行ってください。本学術集会で申告すべき COI は、演題登録からさかのぼって過去 1 年以内の発表内容に関係する企業・組織または団体との COI 状態をさします。講演および一般演題 (口演) 発表では、発表スライドの 2 枚目 (タイトルスライドの次) に、一般演題 (ポスター) 発表では、ポスターの最下部に提示してください。スライド用テンプレートが学術集会ホームページの「座長・発表者へのご案内」にありますので、ご活用ください。

プログラム

プログラム

会長講演

9月23日（土）9:10～9:40 第1会場

with コロナの時代、心と身体が元気になる療養支援を考えよう

講師：住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

座長：清水 安子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座）

特別講演

特別講演 1

9月23日（土）10:10～11:10 第1会場

感染症と生物の生存戦略

講師：井上 正康（健康科学研究所・現代適塾）

座長：森永裕美子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

特別講演 2

9月23日（土）14:50～15:50 第1会場

IPW としてのチームを考える

講師：田村 由美（日本赤十字広島看護大学看護学部看護学科）

座長：黒田久美子（千葉大学大学院看護学研究院）

特別講演 3

9月23日（土）16:00～17:00 第1会場

この希望は失望に終わることがありません

講師：斉藤 隆二（吉備聖約キリスト教会）

座長：大賀 由花（山陽学園大学看護学部看護学科）

特別講演 4

9月24日（日）11:10～12:10 第1会場

ヒューマンエラーを考えるーヒトの認知・行動の特性に関する知識を医療安全の実践・教育に活かすー

講師：石松 一真（滋慶医療科学大学大学院医療管理学研究科）

座長：杉島 訓子（京都大学医学部附属病院）

教育講演

教育講演 1

9月23日（土）9:20~10:10 第2会場

ソリューションフォーカス（解決志向）を用いた面接法

講師：青木 安輝（株式会社ソリューションフォーカス）

座長：吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院看護部）

教育講演 2

9月23日（土）10:20~11:10 第2会場

運動療法を継続させるための支援のコツ

講師：野村 卓生（関西医科大学リハビリテーション学部理学療法学科）

座長：片岡 典代（社会医療法人仁生会三愛病院看護部）

教育講演 3

9月23日（土）13:10~14:00 第2会場

高齢者糖尿病の管理と問題点

講師：松岡 孝（岡山旭東病院内科 / 倉敷中央病院糖尿病内科）

座長：石川万里子（島根大学医学部附属病院看護部）

教育講演 4

9月23日（土）14:10~15:00 第2会場

糖尿病性腎症の診断・治療の進歩と岡山県における重症化予防への取り組み

講師：四方 賢一（岡山大学病院新医療研究開発センター）

座長：吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院看護部）

教育講演 5

9月23日（土）14:40~15:30 第3会場

糖尿病のある人の糖尿病によるつらい気持ち (diabetes distress) の理解と認知行動療法、マインドフルネスを援用した関わり

講師：安藤美華代（岡山大学学術研究院社会文化科学学域）

座長：高取佐智子（岡山大学病院糖尿病センター）

藤原 恭子（公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院リソースナース室）

教育講演 6

9月23日（土） 15:50～16:50 第3会場

認知行動療法を取り入れた多職種・多機関協働での糖尿病療養支援プログラム作成の試み

講師：松岡 宏明（岡山市保健所）

高取佐智子（岡山大学病院糖尿病センター）

座長：中元 美恵（JA 広島総合病院看護科）

教育講演 7

9月24日（日） 9:40～10:30 第3会場

妊娠母体の血糖管理指標

講師：清水 一紀（心臓病センター榊原病院糖尿病内科）

座長：岡崎 愉加（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

教育講演 8

9月24日（日） 11:00～11:50 第2会場

デジタル時代の新たな血糖管理 —デバイスの活用と治療サポート

講師：利根 淳仁（岡山済生会総合病院内科・糖尿病センター）

座長：吉田 直子（ましたに内科クリニック）

教育講演 9

9月24日（日） 11:20～12:10 第3会場

血の道療法による静脈へのアプローチ

講師：室谷 良子（日本フットケア協会）

座長：園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

教育講演 10

9月24日（日） 13:30～14:20 第1会場

もっと、もっとプロになろう！そして、腎に強くなろう！ —ジェネラリストとして、EBP の実践—

講師：森山美知子（広島大学大学院医系科学研究科成人看護開発学）

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）

教育講演 11

9月24日（日）13:30～14:20 第2会場

糖尿病神経障害患者の看護—自律神経障害を中心に—

講師：畑中あかね（神戸市看護大学看護学部）

座長：杉島 訓子（京都大学医学部附属病院）

教育講演 12

9月24日（日）14:30～15:30 第2会場

「見える」を守る最前線！ ～糖尿病網膜症治療の最新技術と支える看護～

講師：岡野内俊雄（倉敷成人病センター 副院長 / アイセンター長）

高尾 利恵（倉敷成人病センターアイセンター）

座長：廣澤 裕代（医療法人孝秀会パーク統合クリニック内科）

教育講演 13

9月24日（日）15:40～16:30 第2会場

看護の力で人の「環」を創り、患者さんを元気に！ チームを元気に！そして、地域を元気に！

講師：佐藤真理子（社会福祉法人恩賜財団済生会支部岡山県済生会済生会吉備病院看護部）

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

市民公開講座

9月23日（土）13:10～14:30 第1会場

食料・農業危機と食の安全～命と健康を守るには

講師：鈴木 宣弘（東京大学農学生命科学研究科）

座長：数間 恵子（元東京大学大学院医学系研究科）

シンポジウム

シンポジウム 1

9月23日（土）9:40～11:10 第3会場

腎不全期に移行した高齢糖尿病患者の意思決定支援を考えよう

座長：佐藤真理子（社会福祉法人恩賜財団済生会支部岡山県済生会済生会吉備病院看護部）

藤井眞由美（公立学校共済組合中国中央病院）

高齢腎不全患者に対する保存的腎臓療法（CKM）

講師：柏原 直樹（川崎医科大学高齢者医療センター）

認知機能が低下した糖尿病性腎不全患者のための意思決定支援の考え方

講師：大賀 由花（山陽学園大学看護学部看護学科）

医療チームで支える意思決定支援

—その人らしく最期まで生きることを支えるための治療法を考える—

講師：大脇 浩香（岡山済生会外来センター病院腎臓病センター）

シンポジウム 2

9月23日（土） 15:30～17:00 第2会場

糖尿病性腎症重症化予防の地域での取り組み

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

水ノ上かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

岡山県における協会けんぽと連携した糖尿病重症化予防に向けた援助

講師：吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院看護部）

糖尿病性腎症重症化予防のチーム支援

～継続治療を支える思いを大切にした地域との連携～

講師：浜田 詩子（土佐市立土佐市民病院内科外来）

高知県における糖尿病性腎症重症化予防の取り組みについて

講師：酒井 美枝（高知県健康政策部保健政策課）

多職種で取り組む糖尿病性腎症重症化予防事業

—地域横断的に活動する人材の活用と行政との連携—

講師：中山 法子（糖尿病ケアサポートオフィス）

うすき石仏ねっと共同企画シンポジウム ～地域での他職種ネットワークシステム～

座長：佐田 佳子（大分大学医学部附属病院看護部）

森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

”うすき石仏ねっと”における医療情報の活用と医療 Dx への期待

講師：舩友 一洋（臼杵市医師会立コスモス病院）

糖尿病重症化予防の実践を目指した持続可能な地域ネットワーク構築

講師：近藤 誠哉（臼杵市医師会立コスモス病院糖尿病・内分泌内科）

『うすき石仏ねっと』を用いた糖尿病地域連携の取り組み ～看護師の立場から

講師：高橋 友美（臼杵市医師会立コスモス病院療養支援室）

「うすき石仏ねっと」を用いた糖尿病地域連携の取り組み ～調剤薬局の立場から～

講師：神田秀一郎（萬里薬局洲崎店）

臼杵市における「糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク」と「うすき石仏ねっ と」を活用した糖尿病対策について

講師：川辺みさご（臼杵市役所保険健康課）

with コロナ時代の医療安全を考える

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）

園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

医療安全管理者と協働したインスリン関連インシデント対策

講師：吉田 陽子（医療法人厚生会福井厚生病院看護部）

With コロナ時代の今だからこそ、改めて見つめ直すチーム医療とスタッフ教育

講師：熊野 真美（地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター）

在宅で精密医療機器を安全に活用できるための取組み ～医療安全の視点を取り入れた患者支援の実際～

講師：杉島 訓子（京都大学医学部附属病院）

入院 / 在宅ルール間でのエラーに対応する連携強化

講師：豊島 麻美（武蔵野赤十字訪問看護ステーション）

シンポジウム 5

9月24日（日）15:00～17:00 第1会場

CDEJ 共同企画

「多様化する糖尿病医療における CDEJ の役割と展望」

The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care

座長：宇都宮一典（慈生会野村病院 / 日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）

瀬戸奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科慢性疾患看護学領域）

糖尿病医療の多様化と CDEJ の役割

講師：宇都宮一典（慈生会野村病院 / 日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）

「糖尿病性腎症の療養指導の役割と展望」今こそ CDEJ の力が必要だ！地域連携で行う糖尿病透析予防支援

講師：平岡めぐみ（JCHO 四日市羽津医療センター看護部糖尿病センター）

高齢者糖尿病の療養指導の課題と展望

～インスリン療法を行う高齢者を見守る環境の現状～

講師：橋本 祐子（医療法人社団亮仁会那須中央病院入退院支援部）

精神疾患を併せもつ糖尿病患者の療養指導

講師：田口 三知（東京都立病院機構東京都立松沢病院）

地域包括ケアシステムにおける糖尿病医療の在り方

講師：三浦 恵子（岡崎市民病院）

ワークショップ

ワークショップ 1

9月23日（土） 13:10~14:30 第3会場

ソリューションフォーカスの実際を学ぶ（ワークショップ）

講師：青木 安輝（株式会社ソリューションフォーカス）

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

ワークショップ 2

9月23日（土） 15:00~16:20 第4会場

健康太極拳で内臓を元気にしましょう！

講師：中林さつき（楊名時八段錦・太極拳岡山県支部）

座長：住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

ワークショップ 3

9月24日（日） 13:30~14:50 第3会場

血の道療法による静脈へのアプローチ

講師：室谷 良子（日本フットケア協会）

座長：園田 由美（川崎医療福祉大学）

水ノ上かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

委員会セミナー

委員会セミナー 1

9月23日（土）13:10～14:40 第4会場

研究推進委員会

質的研究のポイント！ インタビューの劇的ビフォーアフター

座長：山崎 優介（広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部）

講師（挨拶）：森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

講師：清水 安子（大阪大学大学院）

東 めぐみ（順天堂大学）

委員：餘目 千史（公益社団法人日本看護協会）

岡 佳子（飯塚病院）

住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

高橋 慧（大阪大学大学院）

原 光明（黒木記念病院）

藤原 優子（大阪大学医学部附属病院）

村角 直子（金沢医科大学）

山田 明子（九州病院）

委員会セミナー 2

9月23日（土）14:50～16:10 第6会場

編集委員会

臨床での看護実践を報告してみよう

座長：西垣 昌和（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科）

講師：藤田 君支（九州大学大学院）

森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

澄川真珠子（札幌医科大学）

委員：藤原 優子（大阪大学医学部附属病院）

西村亜希子（香川大学）

上杉 裕子（金城学院大学）

田中 理恵（筑波大学）

徳永 友里（横浜市立大学）

永淵 美樹（佐賀大学医学部附属病院）

国際交流委員会

外国人患者さんへの糖尿病療養支援、どうしていますか？
～看護師の支援の工夫と外国人患者さんの声から考えよう～

- 座長：中山 法子（糖尿病ケアサポートオフィス）
山口 裕子（神戸大学大学院保健学研究科）
講師：河井 伸子（大手前大学国際看護学部）
町川香代子（国立国際医療研究センター病院看護部）
委員：谷本真理子（国際交流委員会）
餘目 千史（前日本赤十字北海道看護大学）
グライナー智恵子（神戸大学大学院保健学研究科）
畑中あかね（神戸市看護大学）
劉 彦（東京医療保健大学千葉看護学部）

特別委員会

インスリン療法を行う高齢糖尿病患者さんの支援
～高齢糖尿病患者さんの問題を知り、病院と地域の連携を深めよう～

- 座長：梶野 美保（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 九州大学病院）
講師：梶野 美保（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 九州大学病院）
橋本 祐子（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 医療法人社団亮仁会那須中央病院）
委員：金本 純子（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 四天王寺大学）
高橋 良恵（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 信州大学医学部附属病院）
原田 和子（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 医療法人社団紘和会平和台病院）
桃坂真由美（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 九州大学病院）
黒田久美子（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 千葉大学大学院）
佐藤 果苗（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 安田女子大学 / 安田女子短期大学）
中村 美幸（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 東京医療学院大学）
遠藤 真理（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 社会医療法人抱生会丸の内病院）
内海 香子（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会 / 岩手県立大学）

政策委員会

インスリン使用者への遠隔モニタリング支援
—診療報酬につなげる看護実践の実際—

座長：大原 裕子（帝京科学大学）

山崎 優介（広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部）

講師：太田 美帆（東京家政大学）

永淵 美樹（佐賀大学医学部附属病院）

富樫 智子（慶應義塾大学病院）

委員：金子 佳世（日本医科大学武蔵小杉病院）

菊永 恭子（日本医科大学付属病院）

菊原 伸子（東邦大学医療センター大森病院）

グライナー智恵子（神戸大学大学院）

佐藤 栄子（足利大学）

野間 弘子（船橋市立医療センター）

村角 直子（金沢医科大学）

村田 中（日本赤十字社医療センター）

山本 真矢（聖隷浜松病院）

交流集会

交流集会 1

9月23日（土）9:50~11:10 第6会場

ゆる〜く集まる DM ナース work at クリニック

企画：柏本佐智子（関目やまもと糖尿病内科）

布谷 容子（あずま糖尿病内科クリニック）

吉田 直子（ましたに内科クリニック）

倉岡 賢治（サクラ糖尿病・腎臓・内科クリニック）

小野 明美（こすぎ内科クリニック）

糖尿病看護特定認定看護師とチーム医療について語ろう ～目指せ！チーム医療のキーパーソン～

- 企画：坂本 倫基（福岡大学病院）
- 村元かなえ（千葉西総合病院）
- 山田 庄子（谷津保健病院）
- 北中由芳子（自衛隊中央病院）
- 町田 洋子（玄々堂君津病院）
- 内藤 愛（諏訪中央病院）
- 長野 泉（公益財団法人結核予防会複十字病院）
- 戸田 滋久（独立行政法人国立病院機構福山医療センター）
- 石山 志織（国際医療福祉大学三田病院）
- 高水 佳代（橋本市民病院）
- 平川 亜紀（菊川市立総合病院）
- 坂崎 恭子（順天堂大学医学部附属練馬病院）

災害時の糖尿病看護について考えよう！ 今できることを共有し、患者のレジリエンスを高めよう！

- 企画：渡邊 路子（独立行政法人労働者健康安全機構岡山労災病院看護部）
- 貞安 妙美（広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院）
- 永井 美貴（福山市民病院）
- 高砂由美子（天満病院）
- 吉田 照美（岡崎市民病院）
- 藤原 香（やすだクリニック）
- 中野 恵理（近畿大学病院）
- 守谷 景子（一般財団法人積善会十全総合病院）
- 浜田 詩子（土佐市立土佐市民病院）
- 頼本 奈々（独立行政法人国立病院機構東広島医療センター）
- 廣田 美香（地方独立行政法人徳島県鳴門病院）
- 櫻本 明美（社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院）

看護師による糖尿病の口腔内アセスメントについて学びましょう - Part2 -

企画：柴山 大賀（筑波大学医学医療系）

工藤 理恵（筑波大学医学医療系）

**医科歯科連携で糖尿病患者さんの健康を守ろう！「第2弾スタート」
～歯科受診支援のために自施設でできるはじめの一步～**

企画：吉田 照美（岡崎市民病院）

三浦 恵子（岡崎市民病院）

前田 るみ（北医療生活協同組合北病院）

貞安 妙美（広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院）

永井 美貴（福山市民病院）

渡邊 路子（岡山労災病院）

土川 睦子（DM-NURSE-LAB）

石川 香織（安城更生病院）

岡田 照代（Nurse Office OKADA）

押村 憲昭（かすもり・おしむら歯科口腔機能クリニック）

糖尿病をもつ高齢者における isCGM 活用の可能性の探求

企画：穴井えりも（防衛医科大学学校医学教育部看護学科）

菅原加奈美（医療法人社団ユスタヴィアクリニックみらい立川）

山田未歩子（国立成育医療研究センター）

長山 千枝（ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院）

小林 麗子（公立置賜総合病院）

糖尿病とがんを併せ持つ患者への支援ーがん薬物療法を受ける糖尿病患者のセルフマネジメント支援ツールの開発：手足症候群

- 企画：山本 裕子（畿央大学）
- 田中 登美（奈良県立医科大学）
- 光木 幸子（同志社女子大学）
- 南村二美代（大阪公立大学）
- 横田 香世（大阪青山大学）
- 嶋田 幸子（京都田辺中央病院）
- 肥後 直子（京都府立医科大学附属病院）
- 藤田かおり（洛和会音羽病院）
- 門田 典子（京都看護大学）
- 服部 美景（京都府立医科大学附属病院）

「JADEN in 岡山でみ～んな元気になる話」 ～療養支援やってて良かったっていう体験談共有しませんか？～

- 企画：大佐古三香（パナソニック健康保険組合松下記念病院）
- 山崎 優介（広島市立北部医療センター安佐市民病院）
- 竹内 麻衣（公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院）
- 佐々木亜衣（総合病院釧路赤十字病院）
- 岩本 由衣（長崎県病院企業団長崎県壱岐病院）
- 秋元 陽子（東京慈恵会医科大学附属第三病院）
- 森山 初美（東京慈恵会医科大学附属第三病院）
- 森瀬 茜（株式会社DPPヘルスパートナーズ）
- 川島 幸美（パナソニック健康保険組合松下記念病院 / 医療法人明徳会総合新川橋病院）
- 小森 正子（愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院）
- 佐藤 広太（久里浜医療センター）
- 鈴木 裕子（富士吉田市立病院）
- 成田 圭子（十和田市立中央病院）
- 松田 麻耶（帝京大学医学部附属病院）

やってみよう！視力障害・感覚障害のある患者体験 患者中心のケアで元気を届けよう！

企画：宮田 瑛美（(宗)在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院看護部）

片岡 典代（社会医療法人仁生会三愛病院）

佐藤 果苗（安田女子大学看護学部看護学科）

吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院）

笹邊 順子（倉敷成人病センター）

豊田 里美（日本赤十字社岡山赤十字病院）

中尾久美子（特定医療法人和風会中島病院）

藤井真由美（公立学校共済組合中国中央病院）

水ノ上かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院）

横山 仁美（医療法人社団井口会総合病院落合病院）

松浦 志保（社会医療法人栗山会飯田病院）

平田安由美（公益財団法人操風会岡山旭東病院）

しこく KAGAWA のちいさな糖尿病専門クリニックから発信 第2弾 ～連携のモヤモヤを語ろう～

企画：是本奈津子（医療法人社団とみおか内科クリニック）

谷脇 直美（医療法人社団とみおか内科クリニック）

新岡美由紀（医療法人社団とみおか内科クリニック）

大河原 泉（医療法人社団とみおか内科クリニック）

松岡香代子（医療法人社団とみおか内科クリニック）

五味美佐子（医療法人社団とみおか内科クリニック）

松下 照子（医療法人社団とみおか内科クリニック）

生活背景十人十色：病気とのつき合い方を患者とともに考えよう！～看護の教育的関わりモデル「生活者としての事実とその意味」～

- 企画：井上 智恵（京都済生会病院）
- 林 優子（大阪医科薬科大学）
- 近藤ふさえ（長岡崇徳大学）
- 滝口 成美（大森赤十字病院）
- 河口てる子（聖隷クリストファー大学）
- 大池美也子（元九州大学大学院）
- 安酸 史子（日本赤十字北海道看護大学）
- 小平 京子（関西看護医療大学）
- 太田 美帆（東京家政大学）
- 伊波 早苗（淡海医療センター）
- 横山 悦子（順天堂大学）
- 東 めぐみ（順天堂大学）
- 伊藤ひろみ（元砂川市立病院）
- 小林 貴子（横浜創英大学）
- 小田 和美（札幌市立大学）
- 道面千恵子（九州大学大学院）
- 岡 美智代（群馬大学大学院）
- 長谷川直人（自治医科大学）
- 小長谷百絵（新潟県立看護大学）
- 恩幣 宏美（群馬大学大学院）

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1

9月23日（土）12:00~13:00 第1会場

座長：大橋 健（国立がん研究センター中央病院総合内科（糖尿病腫瘍科） 科長）

2型糖尿病診療のレベルアップ ～経口 GLP-1 受容体作動薬をどう使うか？～

講師：亀井 望（広島赤十字・原爆病院内分泌・代謝内科 部長）

共催：ノボ ノルディスク ファーマ株式会社／MSD株式会社

ランチョンセミナー 2

9月23日（土）12:00~13:00 第2会場

インスリン治療の現状と今後の展望（デジタルヘルス関連を中心に）

座長：朝倉 俊成（新潟薬科大学 薬学部 臨床薬学教育研究センター）

インスリン治療の現状とインフォマティクスが支える糖尿病診療の未来 - コネクティッドインスリンデバイスの活用 -

講師：安西 慶三（佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科）

共催：ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

ランチョンセミナー 3

9月23日（土）12:00~13:00 第3会場

座長：利根 淳仁（岡山済生会総合病院）

CGM 新時代！看護師ができる 1up 治療支援

講師：山崎 優介（広島市立北部医療センター安佐市民病院）

共催：アボットジャパン合同会社

ランチョンセミナー 4

9月23日（土）12:00~13:00 第4会場

座長：平松 貴子（川崎医科大学附属病院看護部 看護部長）

外来、病棟で血糖記録を最大限に活用した糖尿病診療、治療支援を目指して

講師：長山 浩士（浜松医療センター内分泌・代謝内科）

共催：テルモ株式会社

ランチョンセミナー 5

9月23日（土）12:00~13:00 第5会場

座長：森 小津恵（東京都済生会向島病院）

“働き方改革”のまっただ中、POCTをどう役立てるか。

講師：佐々木 洋光（東海記念病院）

共催：ニプロ株式会社

ランチョンセミナー 6

9月24日（日）12:20～13:20 第1会場

座長：伊波 早苗（社会医療法人誠光会理事・淡海医療センター看護局 統括看護部長）

アドボカシー活動とスティグマの解消～岩田稔さんと共に考える

講師：利根 淳仁（岡山済生会総合病院内科・糖尿病センター 副センター長）

岩田 稔（株式会社Family Design M 代表取締役）

共催：アークレイマーケティング株式会社

ランチョンセミナー 7

9月24日（日）12:20～13:20 第2会場

座長：石井 均（公立大学法人 奈良県立医科大学 医師・患者関係学講座 教授）

一人ひとりにあわせたパーソナライズ医療へ～看護師が患者と共に実践するHCLの最大活用～

講師：川述 里美（医療法人南昌江内科クリニック日本糖尿病療養指導士）

共催：日本メドトロニック株式会社

ランチョンセミナー 8

9月24日（日）12:20～13:20 第3会場

座長：水野 美華（原内科クリニック 糖尿病看護特定認定看護師）

SMBG、CGM を糖尿病治療支援に活かす

講師：廣田 勇士（神戸大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌内科学部門）

共催：株式会社三和化学研究所

看護研修学校紹介展示

ポスター・展示会場

一緒に糖尿病看護の輪を広げませんか
～仲間とともに協力し合い深めた学びや、私たちの実践と挑戦を紹介します～

○浦上 晴代

日野市立病院

相原みゆ紀

仙台医療センター

安東美瑞穂

東林間かねしろ内科クリニック

飯田 優

埼玉医科大学国際医療センター

五十嵐理奈

日本海総合病院

岩瀬 仁美

国保旭中央病院

大田 親子

長門総合病院

佐々木恵子

元 社会福祉法人恩賜財団済生会京都府病院

加納 裕久

土岐市立総合病院

笹島 由江

西東京中央総合病院

佐藤ひとみ

村山医療センター

多田 瑞穂

船橋市立医療センター

蓼沼 恵美

榊原記念病院

濱口 計子

小川赤十字病院

平賀 愛子

北里大学メディカルセンター

前場真由美

沖縄協同病院

又吉 桃子

琉球大学病院

宮本 晴江

真生会富山病院

三好 徹

中部国際医療センター

吉橋 信行

獨協医科大学病院

一般演題（口演）

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

9月23日（土）10:10～11:10 第5会場

座長：佐川 京子（JA山口厚生連周東総合病院地域医療福祉連携室）

- 1 ドナベディアンモデルを活用した A 病院の糖尿病に関する組織的な医療の質の評価
—新たな組織体制構築に向けて—
○石川 恵
日本赤十字社前橋赤十字病院
- 2 演題取り消し
- 3 認知症をもつ糖尿病患者のインスリン調整を含めた外来看護
○東 康子
医療法人社団和楽仁芳珠記念病院
- 4 介護支援専門員への糖尿病出前講座の成果
○小林 麗子
公立置賜総合病院
- 5 1型糖尿病と統合失調症を併せ持つ人の地域生活を支えるために
～多職種による支援体制の構築と課題～
○三ツ木美麗、名嘉眞香小里、箱木まゆみ、藤井 仁美、宮川 高一
医療法人社団ユスタヴィア多摩センタークリニックみらい
- 6 離島における診療看護師（NP）の実践報告 ～ 複数の疾患を併せ持つ糖尿病患者の一例～
○岩本 由衣
長崎県病院企業団長崎県壱岐病院

第2群 口演2 「外来看護」

9月23日（土）13:10～14:20 第5会場

座長：高杉 麻里（岡山労災病院看護部）

槇村久美子（医療法人美甘会勝山病院）

- 7 外来指導における糖尿病療養指導看護師の継続指導に対する思い
○青木 紀江
地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立大塚病院

- 8 スティグマに向き合うーインスリンは嫌という言葉の裏側ー
○大塚 美穂、山本こずえ、山田 繁代、上嶋 昌和、中井 謙之、尾崎 邦彰
医療法人社団憲仁会中井記念病院看護部
- 9 外来で初めて取り組んだ2型糖尿病患者への応用カーボカウント支援
○前田 るみ
北医療生活協同組合北病院
- 10 岡山県協会けんぽ糖尿病性腎症重症化予防活動の報告
○小堀他津子¹、福田 哲也¹、吉沢 祐子²
¹岡山中央病院、セントラル・クリニック伊島、²心臓病センター榊原病院
- 11 Aクリニックにおける糖尿病性腎症重症化予防の療養支援の変遷と今後の展望
○安楽香奈子、上ノ町 仁、加治屋昌子
医療法人上ノ町・加治屋クリニック
- 12 糖尿病をもつコロナ陽性者のシックデイ対応の実態調査
○金納 典子¹、田代 尚崇²、田代 未知²、横瀬 美香²、永江奈保子²、安本 彩華²
¹福岡糖尿病ケアサポート、²たしろ代謝内科クリニック
- 13 有職糖尿病患者への医療チームによる「初回フットケア指導」の有効性の検討
○下之内暢子¹、カルデナス暁東²、山本 優子³
¹訪問看護ステーション太秦安井、²日本赤十字豊田看護大学看護学部成人看護学領域、
³大阪医科薬科大学病院看護部

第3群 口演3 「高齢者」

9月23日(土) 14:25~15:15 第5会場

座長：豊田 里美（日本赤十字社岡山赤十字病院看護部）

- 14 1型糖尿病患者を持つ高齢者の低血糖の現状と低血糖問題解決能力
○坂根 靖子¹、同道 正行¹、菅沼 彰子¹、坂根 直樹¹、PR-IAH 研究グループ²、
Wu Fei-Ling³
¹京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室、²PR-IAH 事務局、
³Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology
- 15 認知症1型高齢糖尿病患者へ間歇スキャン式持続グルコースモニタリングを使用し
改善がみられた事例
○黒岩 絵美
株式会社互恵会大阪回生病院看護部外来

- 16 高齢糖尿病患者が希望する自宅療養生活を継続するための支援 ～病院と在宅支援チームとの連携一事例～
○山本なつ美
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院患者支援センター
- 17 高齢者 2 型糖尿病患者の生活環境、食事療法の状況と血糖管理の関係について
○碓井 優理¹、坂本 梅子¹、石本 望美¹、林 哲範²、宮塚 健²
¹北里大学病院看護部、²内分泌代謝内科
- 18 糖尿病の療養中に認知症を発症した高齢者を介護する高齢配偶者の介護体験
○菊池 結香
盛岡つなぎ温泉病院

第4群 口演4 「在宅療養支援・看護」

9月23日（土）15:20～16:10 第5会場

座長：岩井千代美（社会医療法人近森会近森病院看護部）

- 19 自己中断歴のある 2 型糖尿病患者への看護実践報告
○石津 美紀
社会医療法人財団慈泉会相澤病院医療サービスセンター看護科
- 20 高齢糖尿病患者が在宅でインスリン療法を継続するための介護支援専門員を対象とした認識度調査
○齊藤陽菜実¹、一ノ渡 学²
¹岩手医科大学付属病院、²岩手医科大学看護学基礎講座
- 21 終末期患者における外来での意思決定支援～訪問看護師として関わった経験から見えた課題～
○高砂由美子
天満病院
- 22 演題取り消し
- 23 看護師の病院と在宅での糖尿病療養指導の比較検討
○梶川秩曜子¹、中村小百合²
¹九州文化学園高等学校、²藤田医科大学保健衛生学部看護学科

座長：小坂ひとみ（岡山済生会総合病院9西病棟）

渡邊 路子（岡山労災病院看護部）

24 聴力障害をもつ高齢2型糖尿病患者への療養支援

○岡邊 和恵¹、下田 典子¹、園田 由美^{1,2}

¹川崎医科大学総合医療センター、²川崎医療福祉大学

25

AWARD

患者の意識改革～熱傷を負った透析糖尿病患者への個別性のある関わり～

○三宅智香子、内田真由美、藤尾由貴恵

倉敷医療生活協同組合総合病院水島協同病院透析室

26

透析の意思決定と予後を宣告された患者のQOLを考える～透析を拒否した患者との指導場面を通して～

○横山 小織、松木 玲子、彦根 由香、田中真紀子、巽 達也、野田 智子

滋賀県立総合病院

27

注射療法患者へ医療経済と環境（SDGs）を考慮した取り組み～カートリッジ製剤の情報提供による患者満足度調査～

○菅原加奈美¹、佐々木 薫³、徳永 礼子¹、長谷川 亮¹、藤井 仁美²、金重 勝博¹、
宮川 高一²

¹医療法人社団ユスタヴィアクリニックみらい立川、²多摩センタークリニックみらい、

³クリニックみらい国立

28

糖尿病患者が疾患を受容する一考

○坂邊 律子

美杉会佐藤病院

29

糖尿病負担感に影響を与える要因の検討

○片山 初美

近江八幡市立総合医療センター

30

糖尿病を既往にもつ脳梗塞患者へ行ったフットケアの一例

○森野 良美、女鹿田沙織、金山 香苗、岩佐 由美、山崎 優介

広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部

座長：原 光明（特定医療法人社団春日会黒木記念病院看護部）

- 31 特定行為に係る看護師の研修を修了した糖尿病看護認定看護師の実践の評価～院内アンケート結果から～
○山本恵美子
国民健康保険小松市民病院看護部
- 32 糖尿病看護特定認定看護師による「看看連携」の実践からの気づき
○坂口 優希、内田 邦子、土田由紀子
東京女子医科大学病院看護部
- 33 特定行為研修を修了した看護師の組織横断的活動の報告
○武内さやか
医療法人医仁会武田総合病院看護部
- 34 急性期病院における診療看護師主導の院内糖尿病チームの活動～後ろ向き調査から見てきたタイムリーについての一考察～
○廣瀬 久美
前佐々総合病院

座長：水野 美華（原内科クリニック）

- 35 新人看護師を対象とした糖尿病看護に関する研修と課題
○溝上貴世美¹、大工原裕之²
¹ 坂出市立病院看護部、² 坂出市立病院糖尿病内科
- 36 感染者治療病棟入院中の糖尿病患者へのインスリン自己注射手技習得までの関わり
○西郷 和枝
会津中央病院外来看護相談室
- 37 診療所看護師と糖尿病療養指導を行うための協働プロセスでの変化～アクションリサーチを用いて～
○佐竹 明美
群馬医療福祉大学看護学部看護学科

- 38 薬剤性高血糖となったがん患者への熟練看護師による血糖コントロール支援の技
- 初回支援時の情報収集に着目して -

○柏崎 純子、中野実代子

共立女子大学看護学部

第8群 口演8 「血糖パターンマネジメント」

9月24日（日）13:50~14:40 第5会場

座長：古山 景子（日本医科大学付属病院看護部）

- 39 intermittent-scanning continuous glucose monitoring (isCGM) を有効
に活用できた 2 事例の外来継続看護の振り返り

○山田 吉子¹、松本しのぶ²、林 可奈子²、谷 菜津美¹、山田 浩司²

¹医療法人和光会山田メディカルクリニック看護部、²医療法人和光会山田メディカルクリニック内科

- 40 isCGM 使用による心理的影響に関する文献検討

○酒井知恵子¹、石破さくら²、澤井 花音³、針山 朋子²、片岡 英幸¹

¹鳥取大学医学部保健学科、²鳥取大学医学部附属病院、³岡山大学病院

- 41 高齢独居女性とともに伴走者としての療養支援
～ 機械苦手意識へ isCGM 導入良好な血糖コントロールが叶った ～

○中山 一子

医療法人中山クリニック

- 42 リブレ活用により血糖コントロールを日常生活の中に上手く取り入れることが出来
た一事例

○金廣美有紀

倉敷医療生活協同組合総合病院水島協同病院人工透析室



AWARD

- 43 高齢糖尿病患者の低血糖の経験から肯定的側面を引き出すための看護師の関わり

○高木 若奈¹、正木 治恵²、石橋みゆき²、石井 彩^{2,3}

¹国立成育医療研究センター、²千葉大学大学院看護学研究院、³千葉中央メディカルセンター

第9群 口演9 「1型・2型糖尿病」

9月24日（日）14:50~15:30 第5会場

座長：大橋 睦子（岡山大学病院看護部外来1）

- 44 1 型糖尿病女性の思春期における月経と血糖にまつわる情報の受け止め方と生活の
変化

○渡邊 彩夏¹、菅原 明子²、塩飽 仁²、入江 亘²

¹千葉大学医学部附属病院、²東北大学大学院医学系研究科保健学専攻家族支援看護学講座小児看護学分野

- 45 1 型糖尿病児の就学時多職種支援
○田村 三穂
東都大学ヒューマンケア学部看護学科
- 46 強化インスリン療法の同意が得られなかった患者が治療を受容し継続している要因の検討—保健師外来の支援を通して—
○大崎 泰葉
総合病院水島協同病院外来看護 1 科
- 47 2 型糖尿病をもつ男性シフトワーカーの概日リズムに影響を及ぼす日常生活行動
○石田 晴子
いわもと内科クリニック看護部

第10群 口演10 「患者教育」

9月24日（日）15:40～16:20 第5会場

座長：料治 三恵（岡山大学病院看護部）

- 48 糖尿病教育入院患者の自己決定支援に対する患者参加カンファレンスの効果～ PAID スケールを用いて～
○森口 直文、高橋 優果、伊与 恭子、古山 景子
日本医科大学付属病院
- 49 糖尿病患者への口腔保健行動の看護支援教材の作成に向けて—第4報 看護師を対象とした調査
○桑村 由美¹、瀧川 稲子²、湯本 浩通¹、細木 真紀¹、澄川真珠子³、桃田 幸弘¹、上村 浩一⁴、倉橋 清衛¹
¹徳島大学大学院、²徳島大学病院、³札幌医科大学、⁴兵庫県立大学
- 50 CGM のクラウドデータにより遠隔モニタリング支援を行った 1 事例
○山崎 優介
広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部
- 51 中学生への「未来の健康のために何ができるか」に焦点をあてた糖尿病発症予防の授業が生活習慣の意識変化に及ぼす影響
○庄子千鶴満¹、廣兼美佐子¹、松村 佳江¹、宮本 弘美¹、新田千恵美¹、水入 苑生²、重本憲一郎²、西澤 欣子²
¹(医)一陽会原田病院看護部、²(医)一陽会原田病院内科

一般演題（ポスター）

ポスター 1

9月23日（土）13:00～14:00 ポスター会場

- 52 糖尿病腎症患者の療養認識パターンと経験学習プロセスの特徴
○松井希代子、宮崎 彩乃
金沢医科大学
- 53 身近な支援者を得にくい環境で療養する糖尿病高齢者の療養行動安定に向けた外来における看護実践のプロセス
○石崎 香織
社会福祉法人新潟市社会事業協会信楽園病院
- 54 外来における2型糖尿病患者に対する看護師の関わりの実態とセルフケアとの関連
○丸山 育子、林 紋美
公立大学法人福島県立医科大学看護学部
- 55 外来における2型糖尿病患者に対する看護師の関わりの実態とセルフケアとの関連（第2報）年代別による分析
○林 紋美、丸山 育子
福島県立医科大学看護学部
- 56 急性期病院で糖尿病看護を実践している看護師の問題解決行動と糖尿病ケアの関連
○古川 智恵
聖泉大学看護学部
- 57 演題取り消し
- 58 糖尿病教育入院における筋力トレーニングを主体とした運動療法指導プログラムの効果
○岩田 敦子、金山 直美、堀 郁子、稻上 千晴、生駒 直子、谷垣 礼治
日本赤十字社大阪赤十字病院
- 59 外来において他職種と連携し糖尿病性腎症のある患者へ介入した1症例
○西山 真純、皆越奈津子、大森 和代、今村 奈央、中嶋 淑心、嶋田 英敬
医療法人如水会嶋田病院一般外来
- 60 在宅療養支援における外来看護師の通院患者自宅訪問の取り組み～自宅訪問により服薬管理向上につながった一症例～
○安田 直子、中川 千枝
山口県済生会下関総合病院

- 61 重症低血糖を頻回に繰り返す高齢 I 型糖尿病患者の在宅療養支援 ～在宅支援事業所と家族との協働で在宅療養を支える～

○板谷 直子¹、中村 智香²

¹ 京都保健会吉祥院病院在宅看護課、² 訪問看護ステーションオルテンシア

ポスター 2

9月23日 (土) 14:00～15:00 ポスター会場

- 62 2型糖尿病患者の食事療法に関する看護支援についての文献検討

○谷口 絵理¹、村内 千代²、瀬戸奈津子²

¹ 関西医科大学総合医療センター、² 関西医科大学看護学部・看護学研究科

- 63 人工甘味料が糖代謝へ及ぼす影響

○高村知代子¹、藤堂 由里²、岡崎 愉加²、住吉 和子²

¹ 岡山県立大学非常勤、² 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

- 64 インスリン自己注射に伴う事柄と血糖コントロールの関連についての文献研究

○山崎 歩¹、西島 桂子²、村内 千代³

¹ 鳥取大学医学部保健学科、² 大阪暁明館病院、³ 関西医科大学看護学部

- 65 コロナ禍の生活様式の変化が糖尿病患者の療養行動に与えた影響

○岩本 百世、細川 茜、平田 久美、西宗 千春、阿部 祐子

徳島赤十字病院看護部8階北病棟

- 66 看護師が抱える 1 型糖尿病の子どもへの支援の困難と支援の工夫

○西島 桂子¹、村内 千代²、山崎 歩³

¹ 大阪暁明館病院、² 関西医科大学看護学部看護学研究科、³ 鳥取大学医学部

- 67 妊娠糖尿病 (GDM) の産後脱落の実態とフォローアップに対する当院の取り組みの有用性について

○鈴木 由夏¹、菊池 範行¹、源馬理恵子²

¹ 医療法人社団糖和会さくち内科クリニック、² 医療法人社団盛翔会浜松北病院

- 68 糖尿病特定認定看護師がゲートキーパーとなり開始した院内回診の経緯と成果

○陳 宇慶、早川 ユリ

武蔵村山病院

- 69 CSII 開始時に間歇スキャン CGM からリアルタイム CGM (デクスコム G6) に変更し血糖コントロールの改善が見られた一事例

○坂東 瞳

医療法人王子総合病院

フットケアクリニカルラダー導入によるスタッフの足病変予防に対する意識の変化

○佐久間道夫¹、和田はるみ¹、松永 知子²、北島 明代²、田口 三知³

¹ 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立墨東病院、

² 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩総合医療センター、

³ 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立松沢病院

ポスター 3

9月24日(日) 11:00~12:00 ポスター会場

71 思春期 2 型糖尿病患児に対する看護支援に関する文献検討

○春名みずき¹、瀬戸奈津子²、村内 千代²

¹ 関西医科大学総合医療センター看護部、² 関西医科大学看護学部・看護学研究科

72 年 1 回の特定健診時を活用した認知症検査の意義や実現可能性—担当看護師のインタビューより

○黒田久美子¹、清水 安子²、内海 香子³

¹ 千葉大学大学院看護学研究科、² 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、³ 岩手県立大学看護学部

73 高齢糖尿病患者のセルフケア支援のための熟練看護師のアセスメント (第 2 報)

○山岸 直子

埼玉県立大学穂ケイン医療福祉学部看護学科

74 CDEJ 新規取得と資格継続を目的とした糖尿病看護研修の開催

○近澤 珠聖¹、戸沢 智也^{2,3}、新井 茉美⁴、磯 みゆき⁵、相馬 幸子⁵、小沼真由美³、
栗山 知子⁶、長島まゆみ⁷、永島 靖子⁸、橋本 祐子⁹、安酸 史子¹⁰

¹ 上都賀総合病院看護部、² 獨協医科大学看護学部、³ 獨協医科大学病院看護部、⁴ 自治医科大学附属病院看護部、

⁵ 那須赤十字病院看護部、⁶ 古河赤十字病院看護部、⁷ 栃木県済生会宇都宮病院看護部、

⁸ 獨協医科大学日光医療センター看護部、⁹ 那須中央病院看護部、¹⁰ 日本赤十字北海道看護大学

75 A 病院糖尿病療養支援委員会のリスクマネジメントに関する活動報告

○成田麻見佳^{1,2}、川崎てるみ¹

¹ 札幌市病院局市立札幌病院、² 市立札幌病院看護部看護課

76 足病変ハイリスク患者への入院時フットチェック、退院時パンフレットの導入と今後の課題

○宮脇 晴代

医療法人王子総合病院

77 看護師の糖尿病看護に対する認識と学習経験との関連性

○五島麻里子、井上 織絵

独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院門司メディカルセンター

78 A 病院糖尿病看護特定認定看護師の活動と課題

○浜田 一豊

高知赤十字病院

79 ステロイド投与により糖尿病が悪化した患者への取り組み

○山尾 美希、池田美由紀、東口 朋美、江尻新太郎

あさかぜ診療所

80 特定機能病院における組織横断的な特定行為の実践
ー他科入院患者に対するインスリン投与量の調整ー

○古山 景子^{1,2,3}、菊永 恭子¹、小松ひろみ¹、鈴木智恵子¹、久保田芳明²、長尾 元嗣³、
岩部 真人³

¹ 日本医科大学付属病院看護部、² 日本医科大学付属病院循環器内科、

³ 日本医科大学付属病院糖尿病内分泌代謝内科

- 1 「これでまだ生きられる」と看護師が”ここにいる”意味を教えてくれたAさん

清水 正子

厚木市立病院

②
AWARD

- 「私、また息子におにぎり持たせてるの。」

内藤 愛

組合立諏訪中央病院

- 3 待合室のお爺さんとの出会い～日頃の糖尿病療養指導を重ねて～

渡邊由布子

東京女子医科大学附属足立医療センター外来

- 4 脳梗塞による右片麻痺の後遺症のある患者様とのストーリー

福田 恵

医療法人社団武田クリニック

- 5 私を糖尿病看護へ導いてくれた人

横田 幸子

公益社団法人地域医療振興協会市立大村市民病院看護部HCU・透析室

⑥
AWARD

- これでなんとかして！！

佐川 京子

JA山口厚生連周東総合病院地域医療福祉連携室

⑦
AWARD

- 『麻痺があっても愛おしい、わたしの右手』

大重由利菜

麻生株式会社飯塚病院北6階産科病棟

- 8 「なんで、あなたがうれしいの。」

坂本 倫基

福岡大学病院

- 9 「この先もずっと僕の担当になってもらえますか。」

坂本 倫基

福岡大学病院

⑩

AWARD

Aちゃんとの関りから学んだこと

吉田 多紀

筑波メディカルセンター病院

11 看護師でよかった

村元かなえ

医療法人徳洲会千葉西総合病院

12 人生で一番モチベーションが高い！

梅津 歩

飯塚病院

13 言葉の真の意味を捉える看護

仲上 静香

市立貝塚病院看護局

14 “3.12”、治療を止めると覚悟を決めた日。

山根 陽子

麻生飯塚病院

15 感動した患者さんの言葉

内藤 祥子

川崎市立井田病院看護部外来

16 糖尿病看護がライフワークになった理由

春田さゆり

JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター

17 全てを受け止めて進む瞬間

新谷美智子

医療法人全真会全真会病院

⑱

AWARD

仕事を失っても「あなたの応援が力になる」

大島 由美

新見公立大学健康科学部看護学科

19 患者と家族の思いを橋渡ししたケア

安藤百合江

医療法人社団すまいるおれんじ訪問看護ステーション

- 20 糖尿病を授かる
加藤 久代
京都岡本記念病院地域医療連携部
- 21 多く語らない患者さんとの出会い
田中麻由子
社会福祉法人京都社会福祉事業財団京都桂病院
- 22 あなたの腎臓ちょうだい
石山 志織
国際医療福祉大学三田病院

抄 録

■会長講演

座長：清水 安子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座）

with コロナの時代、心と身体が元気になる療養支援を考えよう

住吉 和子

岡山県立大学保健福祉学部看護学科

1960年代に我が国に導入された糖尿病教育入院は、全国の施設に広がり、施設に合わせた形で実施されています。また、特定検診の導入や予備群を対象とした教育入院により、予備軍から糖尿病への移行を予防する試みも行われています。糖尿病の治療の基本は食事療法、運動療法、薬物療法ですが、薬剤の開発により状態に合わせた治療方法が選択できるようになりました。糖尿病の治療のほとんどが家庭で行われるため、患者教育や療養支援に関する研究が多く報告されています。このような医療従事者の努力にもかかわらず2016年の国民健康栄養調査では糖尿病患者数は減少に転じていない状況です。

アメリカでは1970年代後半の「マクガバン・レポート」や1990年代のデザイナーフーズ・プロジェクトによりがん患者数が減少に転じ、食生活が見直されています。末期がんと診断され生還した人の手記によると、砂糖を控える、添加物を避けるなど食事内容を改善していました。食事の改善により、身体を構成している一つ一つの細胞が正常なバランスを保ち、改善へ向かっていると推測されます。糖尿病の治療の基本も食事療法で、エネルギーやバランスに加えて、人工甘味料などの添加物などを見直すことで、食事療法が容易になるのではないかと考えています。また最近では、みそ汁の摂取頻度が多いほど血圧を低下させるという報告もあり、高血圧患者への常識とされたことについても見直しが必要となっています。

糖尿病についてのイメージも治療に関する常識も時間の経過とともに変化しています。糖尿病の療養支援を見直し、従来の食事療法や運動療法に加えて病気を癒そうとする自然の試みとなる療養支援について考えてみたいと思います。

■特別講演 1

座長：森永 裕美子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

感染症と生物の生存戦略

井上 正康

健康科学研究所・現代適塾

化学進化を基盤に誕生した原始生命体は、数十億年をかけて結果オーライで人類を創生させてきた。ヒトの身体の構築原理や生存原理は全て身体と生命史の中に記録されており、生命科学はその発掘作業が主体であった。物質と生物の境界物であるウイルスは、単細胞や多細胞と共存する事により広大なニッチを確保しながらヒトゲノムの一部としても機能している。鳥類や恐竜が哺乳類に進化できた事にもウイルスのシンシチン遺伝子が関与しており、ヒトは微生物と共存する以外の選択肢を持たない生命体である。1970年大阪万博の年に大学院生として「安全なワクチン」を創る研究を始めたが、遺伝子工学の脅威的進歩により成分ワクチンが誕生してワクチン学が完成したかに思われ、研究テーマを活性酸素代謝や感染防御学に広げてきた。

2019年秋にコロナパンデミックが始まり、その出口がワクチンになると考え、半世紀ぶりにワクチン学の進歩を振り返ってみた。そこには「多様な病原体に対する迎撃ミサイルとして短期間で製造可能な『遺伝子ワクチン』が主役となるシナリオ」が描かれていた。当初はその進歩に感心したが、直ぐにそれが免疫の本質に反し、薬物動態学的にも『本質的なミスコンセプトである事実』に気付いた。自他を認識して体内の恒常性を維持する免疫系は、『異種蛋白を産生する体内の細胞を感染細胞と認識して排除する機能』を有する。その為、体内で異種蛋白を産生する細胞は自己免疫的排除対象となる。

mRNA ワクチン粒子の表面をカバーしているポリエチレングリコール (PEG) は細胞融合試薬でもあり、筆者は熊本大学でその研究を行っていた。血中半減期が僅か5分の Superoxide Dismutase (SOD) を PEG 修飾すると、それが72時間にも延長する。この原理を利用したのが肝炎治療薬の PEG- インターフェロンや抗白血病薬の PEG-Asparaginase である。“PEGylation” と呼ばれた本手法は1980年代に酵素医薬の体内制御に利用されたが、生体異物としての PEG の性質から大きな発展は見られなかった。異物のリポゾーム化ワクチン粒子を PEG 修飾する事により血中寿命が激増し、マウスでは β 相での半減期が約1週間に延長する。これはヒトでは数ヶ月間も血中を循環する剤形であることを意味する。長時間循環型ワクチンナノ粒子は脳血液関門などと無関係に全身臓器の細胞内に mRNA を転送しうる。因みに、マウスでは血中に入ったワクチン粒子は、約30%近くが肝脾に取り込まれる。次に多く取り込まれるのが血液幹細胞の豊富な骨髄、次いで卵巣、副腎、精巣上体の順に取り込まれる。様々な細胞内で難分解性の mRNA が長期間スパイクを産生し続ける為、接種1年半後も大量のスパイクが血中に検出され、皮膚や睾丸をはじめとする様々な組織でスパイクが産生され続けている事が論文で報告されている。

今回の mRNA ワクチンはワクチン学ではあり得ない非常識な短期間での頻回接種されており、その度に免疫系が強化されて全身の細胞を攻撃する自己免疫疾患が誘起される。周知の如く、2020年春に『コロナのスパイクが ACE2 受容体と結合して血栓形成やミトコンドリア依存性の血管細胞死を誘起することが Circulation Res. で報告されており、接種者ではこの病態が全身性に進行している。mRNA ワクチンは“ワクチンと偽称された毒物”だったのである。国民の8割もが頻回接種され、世界一の接種率と感染率を誇る日本では、この様な免疫循環系病態を基盤に従来医学では理解不能な“医原性疾患”が深刻化しつつあり、医療体系の根本的パラダイムシフトが必要となっている。本学会では、これらの情報を会員と共有し、今後の日本の医療のあり方を論じたい。

■特別講演 2

座長：黒田 久美子（千葉大学大学院看護学研究院）

IPWとしてのチームを考える

田村 由美

日本赤十字広島看護大学看護学部看護学科

IPW (Interprofessional Work) は、Leathad による造語 "Inter(-)Professional" に、“Work” を修飾した言葉である。“Inter-professional Collaboration (IPC)” “Inter-professional Collaborative practice (IPCP)” など、その目的や文脈によって、主に英国、北欧、北米で使用されている。日本では、その日本語訳をめぐっては、職種間連携・協働、専門職連携、多職種連携、多職種協働などが使われている。特に 2010 年代は、チーム医療再考の流れから、IPW とチーム医療は同義語として使われることも多い。

IPW は、保健医療福祉領域の実践アプローチとして生成・発展しており、IPW とチーム医療とのアプローチの軸の違いを明確に理解しておくことは重要であろう。

まず、IPW の鍵概念のひとつは Collaboration である。

IPW の Inter-professional の (-) ハイフンに大きな意味がある。用語の提唱者 Leathard は、“Inter” には 2 つの意味を込めていることを強調している。一つは “integration” (統合・一体化・整合) で、もう一つは “interaction” (関わり合い、相互作用) である。つまり、そのことにかかわる Professional (専門職) 同士が関わり合い、相互作用することと work が整合・一体化統合されたものになっていることを指す。言い換えれば、IPW は、そのことに関わる専門職の相互作用による一体化された実践で、そのためには collaboration 協働することが必定で、IPC や IPCP ともいうように、実践のアプローチである。

そして、もう一つの重要なことは、Leathard によれば、Interprofessional が用いられる文脈には、“learning and working together” ということが含意され、IPW という文脈のなかでは働くことと学ぶことがシンクロしているということである。

一方、チーム医療はチームが鍵概念である。どのような専門職によってチームが構成されるかが重要な視点になる。確かに、チーム医療は、病院という医療現場で生成された用語であり、どのような患者をチーム医療の目的対象にするかで、チームを構成する専門職が決まる。日本では、政策的動きの中で、診療報酬制度の中で多職種連携がインセンティブすなわち、加算の対象として位置づけられ展開していることは注目すべきである。チーム医療の定義では、専門職による「相互補完的」関わりを多職種連携としている。

演者は専門職はみな Interprofessional であると考えている。IPW としてのチームを、専門職間のコラボレーションとコミュニケーションの観点から考え、IPE にも言及する。

■特別講演 3

座長：大賀 由花（山陽学園大学看護学部看護学科）

この希望は失望に終わることがありません

齊藤 隆二

吉備聖約キリスト教会

【聖書の与える希望の特徴】

心に「希望」を持つことが健康に好ましく作用するであろうことは誰もが予想するところです。キリスト教における希望の特徴は、第一にことばではっきり書き記されていることであり、第二に「愛」と密接に結びついているところにあります。

【聖書が与える希望の実際】

聖書は人がその生涯において直面する様々な絶望的状况に対して、愛と連動する希望を提供します。

その絶望的状况とは、「孤独」「罪悪感」「死」「生きる意味の喪失」「自己否定」といったものです。それらは人が常にさらされている精神的危機と呼べるでしょう。聖書のことばは理性と感性に作用し、それらの危機に対峙しうる希望を与えます。

A. 「共に居る神」

孤独の問題に対する聖書からの解答は、「共に居る神」という希望です。

“恐れるな。わたしはあなたとともにいる。たじろぐな。わたしがあなたの神だから。” イザヤ書 41 章 10 節（新改訳 2017 版）

人はそれぞれ神の作品であり、神の愛の対象なので、神は常に共に居ると約束されています。

B. 「十字架のキリスト」

罪悪感の問題に対する希望の根拠は、「十字架のキリスト」です。

“わたしは良い牧者です。良い牧者は羊たちのためにいのちを捨てます。” ヨハネ 10 章 15 節（以下同）

罪とは愛の欠如であり、自己中心性です。罪の無い人はいませんから、人はつねに自分自身からの罪の告発のストレス下（罪悪感）にあります。キリストは罪を曖昧に取り扱うのではなく、かえって罪の身代わりに自らが十字架にかかることで「赦し」を確立しました。

C. 「天国の希望」

死は根源的な恐怖であり、すべての不安の基礎です。しかしキリストの復活は死は絶対的な終局ではなく、神との愛の関係に永遠性があることを示しました。

“わたしの父のみこころは、子を見て信じる者がみな永遠のいのちを持ち、わたしがその人を終わりの日によみがえらせることなのです。” ヨハネ 6 章 40 節

D. 「愛の神との暮らし」

生きる意味について、あるいは自己同一性（自分は何者なのか）を巡る問題も多くの人を抱える悩みです。聖書が与える解決は「神との暮らし」です。修行などの人的努力によって神に近づくのではなく、神の側から愛の関係性に招きます。

人は愛されるために生きており、愛することによって真の充足を得ます。

“わたしの愛にとどまりなさい。” ヨハネ 15 章 9 節

【希望の根拠としての愛】

医療の現場でお一人おひとりが直面する様々な局面において、希望を持ち続けることは時として困難なのではないでしょうか。

気休めではない確かな希望を持つためには、確かな根拠が必要となります。

その確かな根拠とは「愛」であると聖書は語り、神からの永遠的な愛をお一人おひとりに差し出しています。

講演内容が何らかの形で、皆様の大切なお働きの励ましや気づきにつながれば幸いです。

■特別講演 4

座長：杉島 訓子（京都大学医学部附属病院）

ヒューマンエラーを考えるーヒトの認知・行動の特性に関する知識を医療安全の実践・教育に活かすー

石松 一真

滋慶医療科学大学大学院医療管理学研究科

医療場面と日常場面では、作業の内容や求められるスキルなどに違いがある。一方、臨床で経験する失敗と日常的に経験する失敗の背後要因のひとつである人間側の要因には共通点も多い。医療をはじめとしたヒューマン・マシン・システムの中でインシデントやアクシデントが発生すると、注意不足や思い込みなどのヒューマンエラーが原因としてあげられることも少なくない。

ヒューマンエラーは、人間の認知や判断、行動などが関与することによって、本来期待された結果ではなく、望ましくない結果を他者や環境などに与えることを意味する。特に医療場面のヒューマンエラーとは「医療関係者や家族、患者自身の認知、判断、行動などによって、本来期待された治療の機会が損なわれること」を指すと言える（熊田・石松, 2015）。しかしながら、ヒューマンエラーが発生するか否かは、個人の特性のみによって決まるわけではなく、状況や環境を含むシステムと個人との相互作用によって決まるため、システム的なアプローチとともに個人へのアプローチが必要となる。したがって、ヒューマンエラーの防止や安全の問題を考えるうえでは、私たちの認知・行動の特性を踏まえ、“To err is human”の所以を理解することが必要となる。

そこで本講演では、ヒトの認知・行動の観点からヒューマンエラーの問題や医療安全について“考える”ことにする。まず、ヒトの認知・行動に関するモデルを紹介し、ヒューマンエラーの問題を考えるうえで必要となる基礎知識を概観する。次に、“注意”や“思考の癖”に焦点をあて、見落としや思い込みが生じるメカニズムについて説明する。デモなどを活用しながら、「“みえている”はずの情報をなぜ見落とすのか?」「なぜ思い込みが生じるのか?」といった疑問の解決を試みる。更に「なぜ説明が意図通りに相手に伝わらないのか」といったコミュニケーションの問題を取り上げ、コミュニケーションの基本や気づきを促すコミュニケーションについて言及する。最後に、安全の問題を考えるうえで、自分を客観視し、俯瞰的にとらえるメタ認知の重要性を指摘する。「どうしてうまくいかなかったのだろうか」「どうすればよかったのだろうか」「なぜ今回はうまくいったのだろうか」といった形で自分自身の行動や認知を振り返ることは、自分自身への気づきを促し、自分の安全性を自ら考え、修正できる能力の育成につながることを期待される。またチームのパフォーマンスや安全性を高めるためには、自己の認知・行動の特性を理解するとともに、それらの情報をチームメンバー間で共有することも重要となる。

本講演が、あらためて医療安全の問題を考える機会になるとともに、ヒトの認知・行動の特性に関する知識をどのように医療安全の実践・教育に活かすことができるかを考える機会となれば幸いである。

■教育講演 1

座長：吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院看護部）

ソリューションフォーカス（解決志向）を用いた面接法

青木 安輝

株式会社ソリューションフォーカス

私は年に一度の人間ドックの後に数値が「若干良くない」項目があり、保健指導を勧められます。しかし、初めて指導を受けた時の体験が心地よくなかったため、その後は受けたことがありません。簡単に言うと、指導者の方が“正しい”知識を笠に着て、「ダメなあなたは変わるべきだ」と言っているように聴こえてしまったのです。指導者の方はよかれと思って色々言ってくださることは“わかる”のですが、居心地の悪さの方が勝ってしまい、早く指導面談を終わらせるために「はい、はい、わかりました」とだけ答えて、面談後すぐに資料も捨ててしまいました。はい、私は“悪い”患者です（苦笑）。

単純化した言い方をしましたが、これは親子関係でも上司部下関係でも、先輩後輩関係でも、現代社会の様々なコミュニケーション場面における大きな変化とそれによって生じているミスマッチの一つの表れと思われまます。

コミュニケーションの民主化（地位に関係なく皆対等）意識の浸透や、一般人がインターネットで専門情報にアクセスすることが容易になったこと等によって、あらゆる面談場面で「上位者（先生）のありがたい助言を賜る」というニュアンスは以前に比べて随分と薄くなってきています。つまり素直に専門家の言うことを聞いてくれる度合いは低くなっています。

また、1990年度以降「パワーハラスメント」や「セクシュアルハラスメント」という言葉が一般に使われるようになり、現在では検索すると「〇〇ハラスメント」という言葉が軽く30種類以上出てきます。これが意味するところは、力づく（文字通りの身体攻撃力だけでなく権威や知識の量など様々な力の源泉から生まれる影響力を含む）で相手の思考や行動をコントロールしようとすることは、よかれと思ってであったとしても、“いじめ”の一種であると認定される可能性が生じてしまうことになりました。

つまり、現代社会の面談場面において効果を高めるために、地位（権威）や専門知識の重要性は相対的に低下し、会話の運び方（コミュニケーション）によって相手とのつながり感（エンゲージメント）を高めることで、目的とする結果（思考や行動の変化）を得ることが必要とされてきたのです。

この講演において紹介させていただく「ソリューションフォーカス（解決志向）」は、健康増進行動を促す面談場面だけでなく、日常の周囲の人々とのコミュニケーションにおいても、応用可能な考え方があります。「（相手の）間違いを正す」という要素は抑制気味にして、むしろ「（相手の）うまくやっていることや上手に対応していること」にまず焦点をあてることで関係性をつくった上で、今より好ましい結果を生む可能性のあるやり方について一緒に考えるコミュニケーションのあり方について”一緒に”考えましょう。

■教育講演 2

座長：片岡 典代（社会医療法人仁生会三愛病院看護部）

運動療法を継続させるための支援のコツ

野村 卓生

関西医科大学リハビリテーション学部理学療法学科

運動療法は血糖値を低下させ、継続することで、インスリン抵抗性を改善させるなど糖尿病治療に有用な治療手段です。さらに、運動療法の継続は、加齢や運動不足による筋萎縮の予防に効果的で、日常生活のQOLを高める効果も期待できるなど、様々なメリットをもたらします。一方、運動療法の実施率は50%程度であり、糖尿病基本治療の中でも、最も継続が難しいことが知られています。

少年・青年期の場合、年齢が若いほど運動療法は狭義の運動の形態をとらず、発達の視点も踏まえて、遊びの中に含まれることが重要となります。学童期の後半以降になれば目的をもった行動が可能になるので、ウォーキングなどの単調な運動でもある程度の継続が見込めますが、「遊び」「ゲーム」「お得」などをキーワードとして支援には工夫の余地があります。

壮年・中年期では、身体的にも精神的にも完成し、最も効果の見込める有酸素運動とレジスタンス運動を組み合わせた運動療法の実施が可能です。他方、壮年・中年期では、社会的な責任が増え、また、子育てや介護など、ライフステージの変化に対する課題により、運動療法のためだけに時間を割くことが難しくなるので、画一的な支援では継続が困難になります。「時間がない」という壮年・中年期に共通する問題を考慮した支援が重要であり、24時間行動（どこか増えれば、どこか減る）を意識すると共に、運動のみでなく、生活活動を含めた身体活動の支援が必要になります。

高年期では、比較的時間的な余裕ができるものの、心身の老化を考慮した支援が必要不可欠となり、安全に運動療法を支援するという事に注力しなければなりません。患者側への質問調査において、運動療法を実施しない理由として「運動をすると痛くなる場所があるから（足や腰など）」が上位に挙げられることから、運動器の痛みを配慮する必要があります。また、下肢筋力の低下や関節の固有感覚機能の低下などにより、バランスが低下するので、運動時の転倒予防に注目する必要があります。

本講演では、少年・青年期、壮年・中年期、高齢期の年代別での特有の問題を考慮した“運動療法を継続させるための支援のコツ”を解説するので、明日からの運動療法支援の一助にして頂きたいと思います。

■教育講演 3

座長：石川 万里子（島根大学医学部附属病院看護部）

高齢者糖尿病の管理と問題点

松岡 孝^{1,2}

¹岡山旭東病院内科、²倉敷中央病院糖尿病内科

今や高齢者が総人口の約 30% を占め（前期高齢者：後期高齢者 ≒ 1：1）我が国は高齢化社会に突入している。高齢者の有病率は高く、外来受診患者の 1/3、入院患者の 1/2 を 75 歳以上が占めている。糖尿病においても、糖尿病患者の平均年齢は男性 71.4 歳、女性 75.1 歳（2001～2010 年）、糖尿病患者の約 2/3 以上が 65 歳以上とも報告されており、高齢者の糖尿病診療は日常診療で欠かすことはできない。高齢者は非高齢者と何が違うのか、どう対処すべきか、高齢者糖尿病の日常診療における診療・支援とその問題点について考えてみる。

1. 高齢者の状態を総合的に把握する

加齢と共に全ての機能は低下してくる。高齢者の診療に際しては、高齢者総合機能評価 (CGA) により、①身体機能 (ADL、フレイル、サルコペニア)、②認知機能、③心理状態、④栄養状態、⑤薬剤、⑥社会・経済状況を評価する必要がある。

2. 高齢期糖尿病患者の特徴

①症状が乏しい、②脱水になりやすい、③低栄養をきたしやすい、④全身臓器の機能不全に陥りやすい、⑤認知機能低下、ADL の低下、⑥各種合併症・併存症による老年症候群の悪循環、⑦個人差が大きいなどの特徴を理解する。

3. 検査データの評価と診断

高齢者の検査データを評価する時に非高齢者の基準値で評価すると過大評価に繋がる場合もあるので注意が必要である。

4. 高齢者糖尿病の治療

①食事療法：高齢者ではサルコペニアを避けるよう、蛋白質の摂取が推奨されている。味覚低下による砂糖、塩の摂取量増加には注意が必要である。②運動療法：有酸素運動の他、筋力・筋量を低下させないよう個人に合わせてレジスタンス運動も考慮する。③薬物療法：腎・肝・心機能に合わせて薬剤量を調節し、ポリファーマシー、相互作用、アドヒアランス、キーパーソンなどを考慮した治療が必要である。

5. 高齢者糖尿病の管理目標

高齢糖尿病の管理目標を参考にしながら、極力低血糖を避け、個々の症例に合わせた血糖値・HbA1c などの管理目標を決定する必要がある。

6. 高齢者の重要な合併症

- (1) 急性合併症：高血糖 (HHS、DKA)、低血糖 (重症化、遷延化)
- (2) 慢性合併症：大血管障害、細小血管障害
- (3) その他：①感染症 (肺炎、尿路感染症)、②悪性腫瘍 (肝臓がん、膵臓がん、大腸がんなど)、③骨粗鬆症・骨折、④歯周病、⑤認知症

7. 結び

糖尿病治療の最終目標は健康寿命の延伸であるが、患者個々の人生観を尊重、共有しながら治療・支援していきたいところです。

■教育講演 4

座長：吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院看護部）

糖尿病性腎症の診断・治療の進歩と岡山県における重症化予防への取り組み

四方 賢一

岡山大学病院新医療研究開発センター

糖尿病性腎症は、わが国の末期腎不全の最大の原因疾患であり、新規慢性透析療法導入原因疾患の約40%を占めている。JDCP studyの解析結果では、わが国の2型糖尿病患者のアルブミン尿陽性率は約30%であった。アルブミン尿は末期腎不全への進行のみならず、心血管死の危険因子である。

これまでの糖尿病性腎症の治療の基本は、①血糖値・血圧・脂質の管理、②レニン-アンジオテンシン系阻害薬の使用、③減塩とたんぱく質制限を基本とする食事療法であった。また、近年の臨床研究の結果から、チーム医療による集約的治療を行うことにより、腎症の発症や進展を抑制できることが示されている。

糖尿病性腎症に対する有効性のエビデンスが確立された薬剤は、これまでACE阻害薬とARBのみであったが、最近の臨床試験によってSGLT2阻害薬と非ステロイド型ミネラルコルチコイド受容体(MR)拮抗薬が腎症（慢性腎臓病を合併する2型糖尿病）に対して有効であることが明らかとなり、さらにGLP-1受容体作動薬も腎症に対する有効性が示唆されている。

このような最近のエビデンスに基づいて、現在の糖尿病性腎症の治療として、①血糖値・血圧・脂質の管理、②減塩とタンパク質制限を基本とする食事療法、③ACE阻害薬/ARBを基本として、SGLT2阻害薬、MR拮抗薬を加える薬物療法が推奨される。また、腎症を伴う糖尿病患者における血糖管理には、SGLT2阻害薬とGLP-1受容体作動薬の使用が推奨される。このように、腎症に対する薬物療法は進歩したが、腎症の治療には医師とメディカルスタッフによるチーム医療が重要であることは言うまでもない。

岡山県では、2012年より糖尿病医療連携の推進、糖尿病医療水準の向上と均てん化、県民への啓発活動を目的として、糖尿病対策専門会議を設立して糖尿病医療連携推進事業を開始した。本事業では、おかやま糖尿病サポーター（CDE Lに相当）の養成や、かかりつけ医機能をもつ総合管理医療機関の認定、糖尿病医療ネットワーク（「おかやまDMネット」）の構築などの活動を行ってきた。2018年より行政、県医師会、糖尿病対策推進会議、岡山県糖尿病対策専門会議等により岡山方式の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを開始した。さらに2021年4月より本プログラムのアウトカム評価を開始した。アウトカム評価では、岡山県国民健康保険団体連合と連携し、国保データベースやレセプトデータを用いた健診データの集約、医療機関受診状況の把握を行っている。また一部の市町村においては、アルブミン尿のデータを取得している。このような取組により、各市町村で行っている腎症重症化予防事業のアウトカムを県内で統一した形で評価できるようになった。

この講演では、糖尿病性腎症の診断・治療の進歩について解説するとともに、岡山県における糖尿病性腎症重症化予防への取り組みを紹介したい。

■教育講演 5

座長：高取 佐智子（岡山大学病院糖尿病センター）

藤原 恭子（公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院リソースナース室）

糖尿病のある人の糖尿病によるつらい気持ち (diabetes distress) の理解と認知行動療法、マインドフルネスを援用した関わり

安藤 美華代

岡山大学学術研究院社会文化科学学域

糖尿病治療においては、複雑で要求されることの多い日々のセルフマネジメント、合併症の進行、治療の変更等が、糖尿病とともに生きる人の心理的な負担になり、糖尿病に深刻な事態をまねくことがあります。このような、糖尿病やその治療で感じる心理的負担感、糖尿病特有の感情、糖尿病によるつらい気持ち (diabetes distress) として、多くの糖尿病のある人が体験しています (Young-Hyman et al., 2016)。糖尿病によるつらい気持ちは、合併症が進行する不安、低血糖の怖さ、医療者との不調和なコミュニケーションから感じる苦痛、糖尿病治療への憂うつ感等、多様な感情が混在しています。このような糖尿病のある人のつらさや障壁による影響の重大さから昨今では、糖尿病のあるすべての人への糖尿病にかかわる心理社会面の理解と支援の必要性が強調され、糖尿病によるつらい気持ちについては、定期的に見立て、一人ひとりに寄りそった支援を行うことが推奨されています。

糖尿病によるつらい気持ちの内容は、食事療法、運動療法、治療継続、糖尿病治療の難しさ、服薬、合併症、注射、身体面のつらさ等、個別性が高く多領域にわたっています。糖尿病のある人は、このような糖尿病によるつらい気持ちと向き合いながら、日々ご自身にあった自己決定を行い、目標達成に向けた努力を続け、ストレスをためない自分に合った取り組みを心がけたり、身体活動をしたり、食事の仕方を工夫したり等のセルフケアをしていることが語られています。

糖尿病のある人の糖尿病への包括的ケアがいきるように、糖尿病のある人に関わる医療者側が行う効果的な心理社会的支援が、喫緊の課題となっています。したがって、糖尿病のある人への糖尿病によるつらい気持ち、こころがけや取り組みを理解し、医療者と糖尿病のある人がともに糖尿病によるつらい気持ちに向き合い対処する取り組みが必要だと考えます。そこで今回は、糖尿病のある人への調査や日頃の関わりを基に実践している、糖尿病によるつらい気持ちの様子、糖尿病治療やケアに影響を与えている多様な事柄に対して感じているつらい気持ち、糖尿病とともに生きていくのに心がけたり取り組んだりしている対処について理解することを目的とした包括的アセスメントにもとづく取り組みを紹介させていただきたいと思います。

また、糖尿病のある人とともに、糖尿病によるつらい気持ちを理解し向き合うにあたり、手助けになる認知行動療法的あり方やマインドフルネスについて紹介させていただきたいと思います。

■教育講演 6

座長：中元 美恵（JA広島総合病院看護科）

認知行動療法を取り入れた多職種・多機関協働での糖尿病療養支援プログラム作成の試み

松岡 宏明

岡山市保健所

高取 佐智子

岡山大学病院糖尿病センター

地域保健における健康教育の位置付け

老人保健法において健康教育が保健活動として法的に位置付けられるまでもなく、健康教育は地域保健活動の中核を担ってきた。とくに一般的な健康知識が不足していた時代においては集合健康教育での健康知識の普及啓発が地域の健康水準の向上に効果を有していた。しかし、健康情報が流布して、その不足が解消すると、生活習慣病に纏わる健康教育の有効性は下がってしまった。個の健康行動を教育的介入によって変えることの限界の認識から、生活習慣に関わる保健施策は健康推進パラダイムへとシフトしたはずであった。

そのパラダイム・シフトをもたらすべく登場した健康日本21がわずか5年で成果を上がっていないとの烙印をおされ、そこで登場したのが特定健診・保健指導であった。これも、参加者での効果自体限定的で、さらに参加者に選択バイアスがかかってしまうことなど、地域全体の生活習慣病有病割合を下げるような効果は上がらなかった。

一方、海外ではDiabetes Prevention Programをはじめ、マインドフルネス介入を含む認知行動療法の健康行動変容への効果が立証されはじめた。地域保健分野でも transtheoretical model を利用した禁煙介入や motivational interviewing を利用した condom 着用推奨など、心理技法が盛んに導入され始めて、有効な健康教育を、希望する人に提供できる環境の整備が行政に求められるようになった。

健康教育をプラットフォームとして専門職とのソーシャル・キャピタル(SC)を市民が構築できるプログラム

SCの豊かさは健康水準に好影響を与えるとされている。健康教育に医師のみならず、看護師、栄養士、薬剤師、健康運動指導士などの地域の専門職が、組織を跨いで関わり、その共通言語として認知行動療法を利用できれば、市民は健康教育を契機に、様々な専門職とのSCを醸成できる可能性がある。認知行動療法の利用と健康教育を通じたSC醸成という欲張った意図を掲げて、岡山市は岡山大学にSACCT糖尿病プログラム開発を依頼した。

岡山市糖尿病・肥満対策プログラム：SACCT糖尿病

岡山市糖尿病・肥満対策事業の一環として、通院治療中の肥満を伴う糖尿病のある人が意欲的に健康習慣を獲得することを支える保健指導を目指した「岡山市糖尿病・肥満対策プログラム：SACCT糖尿病」を開発した。従来の食事・運動・薬物療法に加えて、生活習慣の改善で感じるストレスに対処するための技術習得を目指した内容を加えたもので、自学自習できるようにワークブックの様式で作成した。

講演では

地域保健での健康教育の位置付けの変遷とともに、「SACCT糖尿病プログラム」の概要と、試行錯誤しながらプログラムを実施した経験を事例とともに紹介する。

■教育講演 7

座長：岡崎 愉加（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

妊娠母体の血糖管理指標

清水 一紀

心臓病センター榎原病院糖尿病内科

妊娠中の耐糖能異常には、もともと糖代謝異常のある母体が妊娠した場合と、妊娠中のみ耐糖能異常が見られる妊娠糖尿病があります。特殊な例として妊娠中に発症する1型糖尿病があり、その多くは劇症型の臨床像を呈します。また妊娠して初めて2型糖尿病が発見される場合もあります。糖尿病合併妊娠と妊娠糖尿病は、診断基準は違いますが治療は同様に母体の血糖値を正常化することにあります。

妊娠中に糖代謝異常があると、流産や、妊娠時に高血圧を発症する妊娠高血圧症候群などが起こるリスクが高くなります。また、血糖値が高いとブドウ糖が胎盤を通じて胎児に運ばれるため、巨大児や新生児低血糖、新生児黄疸などが起こりやすくなります。糖尿病のある女性が妊娠を希望する場合は、妊娠前から血糖を十分にマネジメントしたうえで計画的に妊娠することが重要です。

妊娠中の血糖マネジメントは、

- ・空腹時血糖値 70 ~ 95mg/dL
 - ・食後1時間値 140mg/dL 未満または食後2時間値 120mg/dL 未満
 - ・HbA1c 6.5% 未満（妊娠週数や低血糖のリスクなどを考慮し、個別に設定する）を目標とします。
- しかし、実際には血糖値とHbA1c、グリコアルブミンの値に乖離があることも少なくありません。これらの指標はそれぞれ長所、短所があるため、それぞれの特徴を理解したうえで、正しく判断する必要があります。

本稿では、血糖値、HbA1c、グリコアルブミンそれぞれの特徴を考え、妊娠中の血糖管理として利用する上での注意点を説明します。

妊娠中の母体血糖値は、空腹時低血糖、食後高血糖という特徴があり、特に妊娠後期に、胎児が大きいほどこの血糖の変動は顕著になります。また母体の食後高血糖を放置しておくと、巨大児や新生児低血糖に至る可能性が高くなります。妊娠後期の母体の空腹時低血糖は、胎児が大きいことを示す可能性が高く食間での捕食をいれた分割食が必要となります。

妊娠中の血糖指標の特殊性は正常値にも表れており、妊娠中のHbA1cは $5.0 \pm 0.6\%$ 、GA $13.6 \pm 2.1\%$ です。妊娠時HbA1cの基準値は非妊娠時に比べ低く、妊娠中の血糖管理目標はHbA1c値は5.6%未満です。妊娠貧血が高度となる妊娠24週前後では特に低下することが多く、特に鉄剤を投与された場合は見かけ上の低下が大きくなり注意が必要です。

グリコアルブミンは、グリコアルブミンを指標とした血糖管理は周産期合併症の予防効果が認められますがBMIの上昇と逆相関することが知られており、妊娠後期には低下傾向にあるので注意が必要です。

妊娠中の経皮的皮下グルコース測定による持続血糖モニタリング（CGM）による血糖コントロールの評価は、TIRの範囲は63 ~ 140mg/dL、TBRを54 ~ 62mg/dL、TARを141mg/dL以上とされているが今後の検討が必要です。

■教育講演 8

座長：吉田 直子（ましたに内科クリニック）

デジタル時代の新たな血糖管理 – デバイスの活用と治療サポート

利根 淳仁

岡山済生会総合病院内科・糖尿病センター

近年、糖尿病治療分野におけるテクノロジーの進歩は著しく、中でも CGM（continuous glucose monitoring）とインスリンポンプ療法の進化が注目を集めている。令和 4 年度の診療報酬改定ならびに令和 4 年 12 月の「Dexcom G6 CGM システム」の適応拡大に伴い、1 型・2 型糖尿病を問わず CGM の使用頻度は急拡大している。さらに、hybrid closed loop (HCL) テクノロジーを搭載した新しいインスリンポンプの登場により先進糖尿病治療は新たな段階に突入した。

データマネジメントの観点からは、各種 CGM デバイスがスマートフォンとの互換性を確立し、クラウドベースのデータ管理が主流になったことは重要なポイントである。これにより医療機関とのリアルタイムのデータ共有が可能となり、遠隔血糖モニタリングの道を拓くとともに、診療の効率化にも大いに役立っている。

本講演では、CGM およびインスリンポンプ療法の基本、活用方法、利点と課題について解説する。さらに、メディカルスタッフによる治療サポートの観点から、患者教育、トラブルへの対処、データの解釈と療養指導のポイントについても取り上げる。

デジタル時代の新たな血糖管理は、個別化された治療アプローチを可能とし、糖尿病患者の生活をより良いものに変えるポテンシャルを有する。糖尿病治療に携わるメディカルスタッフは、これらの新たなデバイスと治療法を適切に活用し、患者に最良のケアを提供するための知識とスキルを発揮し、治療満足度向上に寄与することが期待される。

■教育講演 9

座長：園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

血の道療法による静脈へのアプローチ

室谷 良子

日本フットケア協会

現代に伝承されている「血の道療法」は、血液が末端まで滞りなく流れるようにするための手わざ法である。元々は家族のための手当て法として、代々親から子へ連綿と伝えられている健康法であり、療養法である。

日常生活の中に取り入れられる手で行うケアや工夫により、血液の流れをよくし、血管を圧迫している筋肉の歪みやねじれ、緊張などを解消し、体内の温度差をなくすことで体調の維持や不調を整え症状を緩和する、日々の生活を整える知恵である。

「一日の疲れを取り除き、健康な身体づくりをすること」を基本理念に、フットケア・指先マッサージ・爪のケア・ハンドケア・顔のケア等の手わざで、口伝・伝承を行っている。

また、保健・福祉・看護・介護に関する研究もし、立つ・座る・寝る・歩くの4つの動作、左右のバランスを基本とした用具など医療機関やメーカーで開発を行っている。

近年「血の道療法」は、主として冷え解消のために統合医療にも取り入れられ、各専門機関での検証により、効果が確認されてきている。

日常生活の工夫や動作、身体のバランスを整え、血液が滞らないように、ちょっとした生活の知恵が代々受け継がれている。

重力によって下がった筋肉や血管の圧迫をとること、左右のバランス、平均体温を保つことを重要視している。

血の道療法の特徴的な手わざに、爪切り法がある。

「爪の中心点をとる」ことから始め、その中心点の左右対照に爪が伸びることで、指先の毛細血管の血液の滞りも回復してくる。

さらに指先マッサージ、膝下マッサージなどの方法で、表在性静脈から深部静脈への環流を促進し、筋肉や血管の歪みや縮みを元に戻していく。

この方法は、いつでも・どこでも・誰でも・安全で・害がなく・短時間で取り入れることができる。

■教育講演 10

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）

もっと、もっとプロになろう！そして、腎に強くなろう！ －ジェネラリストとして、EBPの実践－

森山 美知子

広島大学大学院医系科学研究科成人看護開発学

糖尿病治療は「糖尿病学維新」と言われるほど、大きく進歩した。その一方で、生活習慣や嗜好の多様化、高齢化による非感染性疾患 Non-communicable diseases (NCDs) の増加は止まらない。日本には冠たる各種健診制度、医療提供体制がある。国は、医療保険者に特定保健指導や重症化予防事業を義務付けている。それにも関わらず、スイスチーズの穴をすり抜けるように脳卒中、末期腎臓病、重度心不全の患者が高度医療機関に入院してくる。また、発達障害、精神疾患、認知症を有し、発症、重症化する者も増えている。病歴を見ると、「どうして、どこでも止められなかったの」と忸怩たる思いだ。入院医療は、本来は、患者教育の場には適していない。だから、産業保健、学校保健、地域保健、プライマリ・ケアが重要なのだ。今回は、

- ・プロアクティブケア（先取りする医療）の必要性とそのシステム構築
 - ・療養指導体制の構築：プライマリ・ケアの充実の必要性と病診連携（専門医療との連携）
 - ・国によるデータヘルスの推進：施策の方向性、糖尿病性腎症重症化予防（その目的と戦略）、健康経営、民間事業者の活動とテレナーシング
 - ・Evidence-based な患者教育の進め方
- などについて、お話ししたい。

■教育講演 11

座長：杉島 訓子（京都大学医学部附属病院）

糖尿病神経障害患者の看護—自律神経障害を中心に—

畑中 あかね

神戸市看護大学看護学部

教育講演

糖尿病神経障害（diabetic polyneuropathy、以下 DPN）は、糖尿病による慢性の高血糖を基盤として全身の末梢神経系が障害される慢性合併症である。末梢神経の代謝異常、細小血管症による神経組織の慢性血流低下・低酸素状態が、発症・進展に関与する。糖尿病性三大合併症の中で、DPN は最も早期に発症し、病理学的には遡行性軸索変性症と規定されている。長い神経ほど早期に障害されやすく、長い神経線維の末端部から神経変性が始まるため、典型例では足趾や足底から左右対称に障害徴候が現れる。進行とともに足首や下腿などの近位部に障害が拡大する頃には、手にも障害徴候が現れ、手袋靴下障害パターンとなり、症状は感覚・自律・運動の順に現れる。糖尿病患者の 20% はしびれ感、すなわち陽性感覚症状を訴えるが、80% 近くの患者は自覚症状がない。神経機能低下に何らかの不自由感を覚えたときにはすでに重症化している場合が少なくない。特に糖尿病自律神経障害（diabetic autonomic neuropathy、以下 DAN）は、心血管系調節機能不全を介して心臓発作や脳卒中の引き金になり、無自覚性低血糖や無自覚性心筋梗塞など命にかかわる。また、自律神経は全身の臓器をつかさどっているため、進行すると心血管、消化器、泌尿器、生殖器、皮膚、瞳孔など、全身の臓器の機能異常をきたし、起立性低血圧、食後低血圧、胃不全麻痺、便秘、下痢、膀胱機能障害など、多彩な症状を示す。これらは、日常生活に大きく影響し、患者は QOL が低下する。

しかし、このような症状は大半が 20 年、30 年をかけて徐々に出現し、健常者でも経験する種類のものであり、患者は症状や少し不自由を感じても、原因が神経障害であるとは思わず、「おなかの調子が悪いだけだ」などと済ませてしまい、同時に神経障害による症状のわかりにくさ加わり、相当重症化しても医療者に訴えないことがある。患者が訴えないため、医療者も気づきにくいのが、DPN、特に DAN の特徴である。

DPN は、看護が全身を統合的にみるからこそ、また、慢性的機能障害が影響する日常生活に深くかかわるからこそ、症状の発現を患者とともに発見しやすく、また、専門知識を活かして患者の症状の体験を具体的に理解ができるのではないかと考えられる。まずは、DPN に関する知識をつけ、“その目で見ると”ことができることが求められる。また、それらが日常生活にどのように影響しているか、患者が生活の中でできる対処はどのようなことかを、患者とともに話し合うことができれば、患者の QOL は向上し、また、命が守られ、少なくとも、日常生活の困りごとをわかってくれる存在となり、それは患者にとって大きな意味をもつと考えられる。

当日は、DPN の基礎知識を確認しながら、患者の日常生活と看護について考えたい。

■教育講演 12

座長：廣澤 裕代（医療法人孝秀会パーク統合クリニック内科）

「見える」を守る最前線！ ～糖尿病網膜症治療の最新技術と支える看護～

岡野内 俊雄

倉敷成人病センター 副院長 / アイセンター長

高尾 利恵

倉敷成人病センターアイセンター

糖尿病網膜症の治療の歴史は長いですが、十数年前までは増殖網膜症により生じた硝子体出血や黄斑偏位、網膜剥離、あるいは膜による牽引を伴う黄斑浮腫に対しての硝子体手術と、新生血管の抑制・予防や毛細血管瘤に起因する黄斑浮腫に対する網膜光凝固が主たる治療法であった。この十数年で硝子体手術は目覚ましい発展を遂げた。また糖尿病黄斑浮腫に対してはトリアムシノロンアセトニドを用いたステロイドテノン嚢下注射や硝子体注射も行われるようになり、2014年には硝子体注射に血管内皮増殖因子阻害薬（抗 VEGF 薬）を用いる治療も認可され、治療戦略は大きく変わってきており現在もその変化は続いている。そういった中、2020年に診療指針として糖尿病網膜症診療ガイドライン（第1版）が出された。注目すべきは、変化する治療法の渦中であることと糖尿病患者の生活背景を考慮して、実臨床上は個々の症例の状況をふまえた治療が尊重されていることにある。2022年には新たに2剤の抗 VEGF 薬（1剤は Angiotensin-2 阻害作用も含んでいる）が糖尿病黄斑浮腫の治療に承認された。このような現状を踏まえて、本講演では、低侵襲手術が可能になった硝子体手術による視機能改善を目指した手術治療、また重篤な網膜症の視機能維持のための手術治療、そしてガイドラインにも定義された「視力をおびやかす糖尿病黄斑浮腫」に対して治療オプションをフルに活用したゴールを目指す治療について、自験例を提示しながらお話しすることができればと考えている。

一方、進行した糖尿病網膜症の患者では、低下していく視機能の中でさまざまな思いや感情を抱き、漠然とした恐怖を感じていることもある。それは、社会生活や将来設計をも含んでいる。眼科的治療は、「見える」を守るために病状にあった治療を根気よく行う必要があるため、看護師は治療と向き合う患者の気持ちを汲み取り、寄り添うことを意識した看護を継続することが大切である。近年の糖尿病網膜症治療の進歩に伴い、さまざまな治療の過程でかかわる看護の領域は多様となり、眼科看護師が果たすべき役割や受ける期待は広がっている。特に眼内の手術治療、とりわけ硝子体手術では、患者の不安や恐怖感が増幅されるため、身体的苦痛の軽減に加えて心因的苦痛の緩和に向けた探求を続けることは眼科看護の神髄である。そのためには、身体的及び精神的特徴を捉え、リスクアセスメントを行い、術前・術中・術後と一貫した周術期看護の提供が求められる。更に、糖尿病の療養は、長期に渡る患者自身のセルフケアの維持、継続支援も必須であり、医師の治療に際して、視能訓練士を含めた多職種とともに看護師が広い視野で療養の検討・支援をすることは極めて重要である。具体的な療養支援やニーズに応じた看護ケア、環境の整備などについて、当院の実践を示しながらご紹介したい。

■教育講演 13

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

看護の力で人の「環」を創り、患者さんを元気に！チームを元気に！そして、地域を元気に！

佐藤 真理子

社会福祉法人恩賜財団済生会支部岡山県済生会済生会吉備病院看護部

1. 糖尿病は人生とともに歩まなければならない病気、だからこそ地域を含むチームの「環」が必要！

糖尿病は薬を飲んだり、注射をしたりするだけでよくなる病気ではなく、食事や運動といった“生活”や、糖尿病とともに生活していくうえで生じるさまざまな“感情”、“社会的要因”などが複雑に絡み合い、影響し合う病気です。また、糖尿病だけでなく、認知症や発達障害、精神障害、がん、関節リウマチなどの病気を併せ持つことや金銭的な問題を抱えることで、治療の選択や継続がより難しい状況に身を置いている人がいます。そのため、糖尿病とともに歩み続けながら治療を続けることには多くの困難を伴います。その複雑で困難な状況に寄り添い、治療を手助けするためには専門医療機関による“院内のチーム医療”だけでなく、“地域のチーム医療”へと治療や支援の「環」を拡げたチームアプローチが必要不可欠です。

2. 糖尿病はさまざまなことが複雑に絡み合い、影響し合う病気、だからこそ多角的・多面的な「チームアプローチ」が必要！

多角的・多面的なチームアプローチを実現させるためには、チームメンバー一人ひとりの足並みをそろえ、同じ方向に向かって歩むことのできる“道しるべ”が不可欠です。その道しるべとは、「理念」や「ビジョン」です。当院は「地域に親しまれ信頼される病院」を理念に掲げ、「吉備病院が大切にしたいことや価値観と共鳴できる人と人・人と病院・人と地域をつなげ、人の「環」を創る」をビジョン（KIVISION）とし、病院一丸となって地域で暮らす人々へ医療を提供するだけでなく、地域の開業医、周辺施設や医療機関の人々とのつながり＝「環」を大事にしたチームアプローチを目指して奮闘しています。

3. 糖尿病とともに歩み続けながら治療を続けることには多くの苦悩や困難を伴う病気、だからこそ糖尿病を抱える「人」に寄り添うことができる「看護の力」が必要！

糖尿病とともに歩み続けている過程でさまざまなことが複雑に絡み合ったり、重なり合ったりするために自分らしく機嫌よく過ごすことや自分の身体を気遣うことが難しくなった＝元気を奪われている人に出会います。そのときに私たちは、HbA1cや血糖値などの検査データから糖尿病という疾患を捉えるだけでなく、その人が醸し出しているものを感じながら目線、しぐさ、口調や言葉数などに関心を寄せ、その人がなぜ元気がないのか、元気を奪われている状況は何かと糖尿病を抱える「人」に寄り添い、元気を取り戻せるように支援できる力を看護師は兼ね備えています。この兼ね備えている看護の力を患者さんだけでなく、チームや地域で発揮し、人の「環」を創り、患者さんを元気に！チームを元気に！そして、地域を元気に！することが看護師に期待されていると思っています。

以上のことを踏まえて、当院の取り組みも含めてお話したいと思います。

■市民公開講座

座長：数間 恵子（元東京大学大学院医学系研究科）

食料・農業危機と食の安全～命と健康を守るには

鈴木 宣弘

東京大学農学生命科学研究科

日本の食料自給率は38%と言うが、実質はもっと低い。野菜で考えると如実にわかる。野菜の自給率80%と言うが、その種は9割が海外の畑で種採りされているから種が止まれば自給率は8%になってしまう。さらに化学肥料原料はほぼ全てを輸入に頼っている。肥料が止まれば収量は半減。つまり、野菜の実質自給率は4%になってしまう。

中国の「爆買い」やウクライナ紛争により、日本の食料とその生産資材の輸入途絶のリスクが高まっている。「お金を出せば輸入できる」のが当たり前でなくなり、肥料、飼料、燃料などの暴騰にもかかわらず農産物の販売価格は上がらず、農家は赤字にあえぎ、廃業が激増している。

国民の命を守るには国内の食料生産を増強する抜本的な対策が必要と思われるが、逆に、コメ作るな、牛乳搾るな、牛処分しろ、ついには生乳廃棄で、「セルフ兵糧攻め」のようなことをやっているのは、本当に「農業消滅」が急速に進み、不測の事態に国民は餓死しかねない。

一方で、増税してでも防衛費は5年で43兆円に増やし、経済制裁を強化し、敵基地攻撃能力を強化して攻めていくかのような議論が行われている。欧米諸国と違って食料自給率が極端に低い日本が経済制裁強化と叫んだ途端に、自らを「兵糧攻め」に晒すことになり、戦う前に飢え死にさせられてしまう。戦ってはならないが、戦うことさえできないことを認識すべきである。

さらには、SDGsを「悪用」して、水田のメタンや牛のゲップが地球温暖化の「主犯」だったとして、まともな食料生産の苦境を放置したまま、新ビジネスにしようと昆虫食や培養肉や人工卵の機運が醸成されつつある。しかも学校給食でコオロギが出されたり、パウダーにして知らぬ間に様々な食品に混ぜられようとしている。

イナゴの食習慣は古くからあるが、避妊薬にもなるコオロギで子供達を「実験台」にしてはならない。戦後の米国の占領・洗脳政策による学校給食や今年からのゲノム編集トマトの小学校への配布と同じように子供達を「実験台」にした拡散戦略を繰り返してはならない。

まともな食料生産振興のための支援予算は長年減らされ、現在の農水予算は補正予算を加えても総額2.3兆円なのに、武器には毎年10兆円以上、昆虫食などの推進にも財政支援を拡大するのだろうか。コメを減産し、乳牛を処分し、牛乳を廃棄し、トマホークとコオロギをかじって生き延びることができるのか。

除草剤や防カビ剤や成長ホルモンなどの残留で命を縮めかねない輸入品は安いだけでなく、命を守るには地元の安全・安心な農産物こそが本当は安いのだと気づき、消費者も流通・加工業界も、今すぐに国産・地場産にシフトしていくことが求められる。「医食同源」の言葉どおり、医療関係者に期待される役割は大きい。

■シンポジウム 1 腎不全期に移行した高齢糖尿病患者の意思決定支援を考えよう

座長：佐藤 真理子（社会福祉法人恩賜財団済生会支部岡山県済生会済生会吉備病院看護部）
藤井 眞由美（公立学校共済組合中国中央病院）

高齢腎不全患者に対する保存的腎臓療法（CKM）

柏原 直樹、角谷 裕之
川崎医科大学高齢者医療センター

本邦の維持透析患者数は増加の一途をたどり、約 34 万人に上る。増加の主因は糖尿病と高齢化の進展である。透析導入年齢も高齢化しており、最多年齢層は 75-80 歳である。透析患者の約 70% が 65 歳以上であり、腎臓病診療は高齢者医療そのものである。

高齢腎臓病患者は循環器疾患、脳血管障害、認知機能障害、フレイル等の合併症を有することが通例である。腎代替療法として本邦では 90% 以上において血液透析が選択される。透析は体外循環であり循環動態に大きな負荷を与える。そのため合併症を有する患者では、導入困難、中断を余儀なくされる場合も少なくない。また、週 3 回の透析センターへの通院自体が高齢患者、家族、介護者に大きな負荷となる。後期高齢者では、エンドオブライフ・ケアの一環として透析導入・見合わせを捉える必要がある。

腎不全に際して生命維持のために、透析療法が必須であることは自明である。しかしながら、全身状態不良により体外循環に忍容性を持たない場合だけでなく、患者の尊厳性を尊重し、人生の最終段階における医療に準じ、患者・家族の意思確認上で、透析見合わせの決断を迫られる局面は少なくない。各種合併症を有する高齢患者において、透析導入による ADL、QOL を含めた包括的な予後を予測することは困難である。予後予測の科学的なエビデンス、社会的なコンセンサスが不在な中で、患者本人、家族、医療チームの共同意思決定（shared decision making; SDM）によって、導入・見合わせ・中断が決定されているのが実情であった。決断を迫られる医療者への精神的な負荷も大きい。透析見合わせとなった場合の、保存的な緩和医療のあり方も、標準的なものは確立されていない。

欧州、北米を中心として、腎代替療法を選択しない治療選択肢として保存的腎臓療法（conservative kidney management: CKM）が確立されている。保存的腎臓療法は、腎不全に伴う合併症と、身体的、心理・精神的、社会的苦痛を軽減、解除することを目的としている。

2018 年、AMED 長寿科学研究開発事業として「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班を立ちあげた。高齢腎不全患者への科学的エビデンスに基づく透析導入、見合わせ、中断の意思決定プロセス及び、緩和ケアの方法論の構築が本研究の目的である。そのために、高齢腎不全患者において、透析導入時の状況と導入後の予後調査、および高齢者における透析導入 / 見合わせに関する実態・予後調査を行った。さらに適切な緩和的医療の介入方法について検討し、その有用性や妥当性について検証した。本シンポジウムでその成果を発表したい。

■シンポジウム 1 腎不全期に移行した高齢糖尿病患者の意思決定支援を考えよう

座長：佐藤 真理子（社会福祉法人恩賜財団済生会支部岡山県済生会済生会吉備病院看護部）
藤井 眞由美（公立学校共済組合中国中央病院）

認知機能が低下した糖尿病性腎不全患者のための意思決定支援の考え方

大賀 由花

山陽学園大学看護学部看護学科

高齢化社会となった日本において、透析患者の総数は約 35 万人となり、毎年約 4 万人が腎代替療法（血液透析療法、腹膜透析療法、腎移植）の選択に直面しています。このような背景から、高齢患者に対する透析療法の医学的な問題、倫理的な課題が論じられています。

高齢者医療において、保存的腎臓療法（conservative kidney management : CKM）は、透析療法を導入しない選択肢であり、緩和ケアも内包する治療法として注目されています。

AMED 長寿・障害総合研究事業長寿科学研究開発事業の分担研究である「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始 / 見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」（研究開発代表者：柏原直樹氏，研究開発分担者：会田薫子氏）の成果物である「高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール」第 3 章の事例を用いて、会場の方々と一緒に、腎不全期に移行した高齢糖尿病患者さんの治療法選択における意思決定支援について考えたいと思います。

腎不全期に移行した高齢糖尿病患者さんの認知機能が低下していた場合、どのような療養支援が行えるでしょうか。また、その方が、透析療法を選択するかどうかということ話し合う際、道しるべとなるものは何でしょうか。意思決定支援の在り方の基本となるものはどのようなことでしょうか。

事例は、77 歳の女性です。糖尿病性腎症、冠動脈疾患、転移が疑われる子宮体がん、脳梗塞後遺症、末梢動脈疾患（peripheral arterial disease : PAD）を有しています。認知機能の低下も見られますが、嗜好や好き嫌いに関する意思表示は行うことができます。

冠動脈疾患の精密検査目的にて大学病院に入院した際、高度腎機能低下がみられ、腎代替療法を検討されています。しかし、医学的に腹膜透析と血液透析はリスクが高いと判断され、保存的腎臓療法（CKM）を含めてご家族に説明がなされます。本人にとって医学的な事柄を理解することは難しいので、ご家族と医療・ケアチームとの話し合いが行われています。

「（病気や治療の話は）怖いから聞きたくない」という患者さんの意思決定プロセスにおいて、医療・ケアチームは、ご家族との相談だけで今後の治療方針を決定してもよいのでしょうか？

まず大切なことは、切実な身体症状の緩和を優先的に行うことです。その上で、認知機能低下の原因についてアセスメントの重要性が示唆されます。加えて、本人の苦痛を理解しようとする姿勢で接することも、医療者としては大切な心構えです。そして、本人の意思を尊重するために価値観・人生観に関する情報を集めることで、生活の質を保つ支援について考えることができそうです。厚生労働省の「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」も参考になると考えます。

■シンポジウム 1 腎不全期に移行した高齢糖尿病患者の意思決定支援を考えよう

座長：佐藤 真理子（社会福祉法人恩賜財団済生会支部岡山県済生会済生会吉備病院看護部）
藤井 眞由美（公立学校共済組合中国中央病院）

医療チームで支える意思決定支援 —その人らしく最期まで生きることを支えるための治療法を考える—

大脇 浩香

岡山済生会外来センター病院腎臓病センター

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年、その後の日本の高齢化は進み、2040 年には 65 歳以上の高齢者人口はピークを迎える。75 歳以上になると身体機能の低下により、要介護者の割合は急増し、フレイル、認知症と共に多くの疾病を抱える状態となる。このような腎不全期に移行した高齢糖尿病患者の中から、透析患者が発生する。このような高齢糖尿病性腎不全患者（以下、高齢腎不全患者）における腎代替療法において大切な事は、透析療法は救命のみでなく、生活の質、生きがいを重視することである。わが国では 90% 以上において血液透析が選択される。血液透析は循環動態にも大きな負荷を与え、合併症を有する患者には透析導入困難や透析見合わせを余儀なくされる場合もある。また、定期的な通院自体が大きな負荷ともなり、社会的入院を継続している血液透析患者は増加傾向にある。一方、高齢者にとって腹膜透析は、在宅治療が容易のため社会的入院が回避でき、循環動態に与える影響も少なく、穏やかな在宅療養生活を可能とする治療である。透析中断の判断も不要であるため、ACP(Advance care planning)に基づき、穏やかな終末期ケアの提供も容易である。また、退院が困難な血液透析終末期患者であっても、地域の医療介護リソースを活用し、腹膜透析に変更することで安楽な在宅生活への移行や終末期看取りが可能となる。

治療選択とは、単に腎代替療法の中から治療法を選択するだけでなく、患者にとって生きる意味も含めた、個人の価値観に基づく「意思決定」である。医療者の役割は、その意思決定を支援することである。意思決定は高齢腎不全患者の人生のどのステージにおいても繰り返される。つまり腎不全とともに生きる患者の生活に寄り添い、患者・家族の揺れ動く気持ちを捉え、意思決定支援をし続けることが必要とされる。多くの医療とケアの行為にはメリットもあればデメリットもある。臨床倫理的に適切な医療とケアとは、益と害を総合的に評価して本人の視点からみた益の最大化を目指す。その意味で、今後の高齢者医療とケアに関する意思決定においてフレイルの視点は重要でもある。フレイルの程度に留意しながら、医学的に適切に判断し、患者・家族と対話を重ねながら、透析療法を選択するのか、または透析療法を選択せず自然に委ねるのか、意思決定のプロセスを適切に進め治療法を選択をすることが大切である。

私たち看護師が意思決定支援を行う際には、患者の症状を把握し、真意を代弁し擁護者となると同時に、治療と生活をコーディネートする役割が求められている。高齢腎不全患者は人生の最終段階を過ごす生活者でもある。高齢腎不全患者の生活の質を維持し、最期までその人らしく生き抜くことを支えるために看護の力は大きいと考える。高齢腎不全患者の意思決定支援事例を皆さんと共有し、多職種協働で進める高齢腎不全患者の意思決定支援を考えていきたい。

■シンポジウム 2 糖尿病性腎症重症化予防の地域での取り組み

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

水ノ上 かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

岡山県における協会けんぽと連携した糖尿病重症化予防に向けた援助

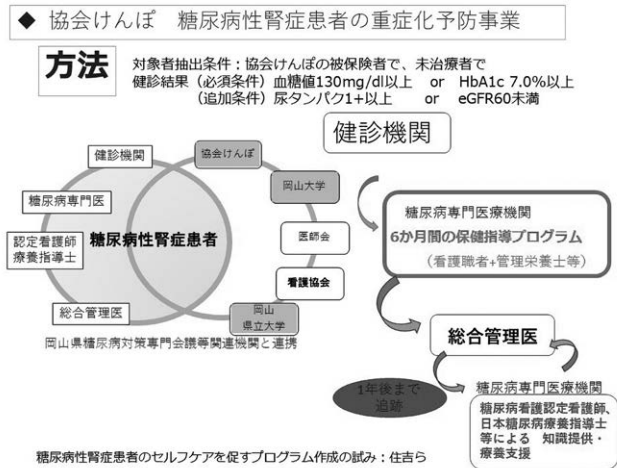
吉沢 祐子

心臓病センター榊原病院看護部

2012年4月～糖尿病透析予防管理料が新設され、各糖尿病専門治療機関では「糖尿病重症化予防」加算を算定することが可能な要件を満たしてチーム活動を開始した。当院でも、病院の広報誌を用いて患者様、地域に向けて情報発信を行って活動を続けている。

岡山県では、2011年～日本糖尿病療養指導士（CDEJ）、2012年～糖尿病看護認定看護師（DNCN）がそれぞれ有志でチームを作り、研修会等の企画、補佐および各種情報共有を行っている。2014年には地域の療養指導士となる「おかやま糖尿病サポーター（ODS）」の認定事業も開始した。

ODSは、CDEJの資格取得が難しい診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護施設、健診施設、行政機関などの地域に密着した施設で働くスタッフを対象としている。糖尿病に興味を持ち、基本的な知識を身に付けて、専門医療機関からかかりつけ医に通院するようになる患者のことを理解し、治療中断しないように患者を身近な立場でサポートする役割を担っている。このような岡山県内の様々な立場から療養指導が出来るメディカルスタッフの環境を生かし、2017年から働き世代を対象に、協会けんぽと協力して健診から糖尿病性腎症患者のセルフケアを促す試行援助を開始した。糖尿病性腎症へのアプローチをより早いライフステージから介入しようと働き世代を対象とし、新規透析導入回避を狙う目的もある。岡山県糖尿病対策専門会議等関連機関である全国保険協会岡山支部、岡山県看護協会、岡山県立大学、おかやまDMネット、岡山県医師会と連携し、専門医療機関に所属するDNCN、CDEJを持つ管理栄養士等により知識提供・療養支援を行う構図（下図）で開始した。対象者の条件は、①かかりつけ医がいない、かつ②健診で糖尿病と診断され、eGFR 60未満または尿たんぱく1+の状態がある者とした。援助技法は解決志向アプローチ（SFA）を用いて関わった取り組みを紹介する。



シンポジウム

■シンポジウム 2 糖尿病性腎症重症化予防の地域での取り組み

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

水ノ上 かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

糖尿病性腎症重症化予防のチーム支援 ～継続治療を支える思いを大切にされた地域との連携～

浜田 詩子

土佐市立土佐市民病院内科外来

高知県は平成30年1月、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。未治療者や治療中断者への受診勧奨、重症化リスクの高い対象者に対しても、かかりつけ医と保険者が連携した保健指導を実施している。しかし、このプログラムでは数年で透析導入が予測される対象者への介入は行っていない。そのため、概ね5年以内に透析導入が予測される対象者に、保険者と連携した腎保護療法と生活支援の強化により、透析導入の遅延を図ることを目的に、令和2年9月「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」が策定された。当院は、このプログラムのモデル事業の病院のひとつとして参加している。

介入方法は、受診日に当院で行う生活支援に保険者が同席し情報を共有する。次回受診日までに保険者が別に生活支援を行う。さらに、互いの介入記録をメール等の方法で情報を共有する。保険者が得た情報を当院のチームで共有し、必要時カンファレンスを行っている。期間は6ヶ月を1クールとしている。対象者は7名で、4名は1クール介入後の経過観察のみとなり、3名は2クール以降の介入を行っている。介入期間はまだ終了していないため、介入の最終効果は判定されていないが、対象者は自ら考え、生活を調整できている。

今回、今後の糖尿病性腎症重症化予防の継続支援に活かすために、介入中の対象者3名の継続治療を支える思いをKJ法で分析した。「食事療法がストレス」で「食べたい」と思いながらも、「仕事を続けたい」「現状維持したい」「家族に心配をかけたくない」と「前向きに食事療法に取り組もうという思い」で治療を継続していたことから、「仕事を続けたい」「現状維持したい」「家族に心配をかけたくない」という思いが、継続治療を支えていると考えられた。また、糖尿病を「一生付き合っていく病気」と捉えながらも「モチベーションの低下」している現状が伺われ、モチベーションの維持が今後の課題と思われた。

保険者の介入記録からは、家族関係、治療の疑問点や取り組みの実際、対象者の考え方等、当院の介入では得られなかった情報が多くあり、対象者に対する理解を深めることができた。また、KJ法のデータ量が増え、継続治療を支える思いや課題の抽出の一助となった。今後、モチベーションの維持を考える上で、対象者が持っている継続治療を支える思いに保険者とチームで心を寄せ、支援することが重要ではないかと思われた。

以上のことから、対象者の継続治療を支える思いを大切に、保険者とチームで連携した包括的な継続支援を行うことが、糖尿病性腎症重症化予防に繋がると考えられた。

■シンポジウム 2 糖尿病性腎症重症化予防の地域での取り組み

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

水ノ上 かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

高知県における糖尿病性腎症重症化予防の取り組みについて

酒井 美枝

高知県健康政策部保健政策課

【はじめに】

高知県では、「県民の誰もが住み慣れた地域で、健やかで心豊かに安心して暮らし続けることのできる高知県」の実現を目指して日本一の健康長寿県構想を策定し、3つの柱に基づく取り組みを進めている。その柱の1つである「健康寿命の延伸に向けた意識醸成と行動変容の促進」では、重症化のリスク要因を持つ人、いわゆるハイリスク層に対するアプローチと、県民全体の健康増進を図るポピュレーションアプローチの強化に取り組んできた。ハイリスク層に対するアプローチでは、令和2年度から糖尿病性腎症患者に対し、医療機関と市町村などの保険者が連携して強力に保健指導を行う「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」をモデル事業として実施している。今回は、その取組について報告する。

【取組内容】

本プログラムは、eGFR30以上60 (mL/min/1.73m²)未満、顕性蛋白尿(+以上)が認められ、数年で透析導入が予測される方を対象としている。対象者は、医療機関は診療情報から、保険者は健診データ等から抽出を行った後、主治医に判断を仰いだ上で、医療機関、保険者が協議して決定する。対象者には主治医からプログラムの概要を説明し、同意書をいただくこととしている。介入としては、主治医の判断のもと医療機関においては、腎保護療法の継続と1クール6か月間、少なくとも3か月に1回(1クール3回)以上の生活指導を実施する。一方、保険者においては、生活指導時に同席または情報提供書等により医療機関と情報を共有しながら、「減塩の徹底」及び「脱水予防」を重点項目とし、対象者の理解と実践の確認等の支援を実施する。この間、医療機関と保険者はカンファレンスや電話などで情報共有を行う。1クールの介入終了時及び終了3か月後に評価を実施し、以降の介入方法について検討する。

【結果及び考察】

令和5年1月までに、4保健所管内9市町村の10医療機関でプログラムを実施し、80名に介入することができた。そのうち、介入前後1年の検査データのある者50名(介入強化群)と、介入を実施しなかった標準治療群39名と介入(基点)前後の Δ eGFR(365日換算)の平均値を比較したところ有意差が認められた。あくまでも現時点での中間評価であり、今後は2年後のデータを分析し最終評価を行うこととしているが、介入により腎機能の低下を防止できる可能性が示唆された。

【おわりに】

今後は、さらに多くの医療機関で本プログラムに取り組んでいただきたいと考えており、実施効果の啓発に加え、地域ごとに医療機関と保険者の連携体制の構築を進めていく。また、糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいては医療機関と保険者の連携が課題となっており、本プログラムによる連携体制の構築が、重症化予防プログラム推進の後押しにもなるのではないかと考える。

■シンポジウム 2 糖尿病性腎症重症化予防の地域での取り組み

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）

水ノ上 かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

多職種で取り組む糖尿病性腎症重症化予防事業 —地域横断的に活動する人材の活用と行政との連携—

中山 法子

糖尿病ケアサポートオフィス

山口県防府市から委託を受けて、国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組んで6年目を迎えた。初年度は看護師1名だけで開始し、翌年は管理栄養士がメンバーとなり、毎年少しずつメンバーが増え、令和5年度は看護師3名、管理栄養士1名、理学療法士2名、ヨガインストラクター1名で構成している。当初は市内の医療機関から、この事業に協力したくないという意見も複数あり、参加者を募ることに難渋した。この5年間で協力医療機関も年々増え、今年度からは後期高齢者も対象となるなど、事業は拡大しつつある。

医療機関での糖尿病療養支援との違いは、まずは主治医との連携の困難さである。各医療機関の糖尿病治療の考え方や治療法もバラバラであり、糖尿病患者教育の概念がいまもコンプライアンス遵守を指示されるケースもある。当然、対象者の糖尿病教育へのモチベーションもさまざまだが、参加は強制ではなく自らの意思であるため、糖尿病性腎症への関心は高い印象がある。そのような状況下で、参加者と信頼関係を構築し、生活実態と血糖変動を把握し、個々の参加者が望む医療の形に近づけるために、主治医への報告書の内容や報告方法を場合によっては臨機応変に変えるなどの工夫を重ねてきた。

また、主治医からの指示書はあるが、具体的指示がない中で各職種が面談の際に困らないように、看護師が中心となり、患者教育の方向性を他の職種と共有し、報告書では十分に伝わらないと判断した時には主治医のところに足を運んだり、電話で直接話をして方向性を確認するなどしながら、私たちが行う患者教育が治療にも活かせるような微調整を行ってきた。

そして、6ヶ月の介入終了後も十分な療養行動が確立できず、不安が残る参加者もいる。行政の保健師と意見交換する中で、地域包括支援センターの活用について助言をいただき、保健師や管理栄養士などが、継続して見守り・必要があれば介入をしていただけるようになっている。

演者からは、協力医療機関を増やすための工夫や、よりよい結果を出すための多職種での取り組みの変遷と介入した結果、そして5年間のフォローアップの現状などを述べさせていただく。

■シンポジウム 3 うすき石仏ねっと共同企画シンポジウム ～地域での他職種ネットワークシステム～

座長：佐田 佳子（大分大学医学部附属病院看護部）
森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

”うすき石仏ねっと”における医療情報の活用と医療Dxへの期待

舩友 一洋

臼杵市医師会立コスモス病院

“うすき石仏ねっと”（“石仏ねっと”）は人口3.6万人弱の臼杵市内で活用されている医療・介護連携ICTネットワークである。医師・歯科医師・薬剤師・看護師・保健師・社会福祉士・栄養士・歯科衛生士・ケアマネジャー等の多くの専門職が参加し、双方向性情報共有が行われている。市民が情報の閲覧を許可するための石仏カードは2万4,500枚以上（2023年4月現在）発行され、市民の参加率、多職種の参加率において全国でもトップクラスと評価されている。加入者・利用者は年々増加し、機能も年々充実してきている。多職種による情報共有は相乗効果を生み、糖尿病等の疾患連携、救急・災害活用、薬剤管理などで成果を上げている。2021年からはディサービス・デイケアやヘルパーステーションでも“石仏ねっと”が利用できるようになった。

日本全国には250以上の医療ICTネットワークが存在するとされている。その多くが情報開示施設内にある情報を閲覧する仕組みを採用しており、医療情報（検査結果、処方・調剤情報など）は集積されていない。“石仏ねっと”では、医療・介護情報を集積し、集積したデータを疾患連携や救急活動に活用している。現在国は医療Dx*を推進している。この中で全国の医療機関を結び（全国医療情報プラットフォーム）、電子カルテ情報を標準化（HL7-FHIRによる規格統一や標準カルテ作成）し、医療情報を一元管理できる体制の構築を目指している。マイナンバーカードの発行推進や健康保険証としての利用もこの医療Dxと関連している。マイナンバーを活用し一元管理されたデータを用いて、疾患連携や救急活用することも検討されている。

“石仏ねっと”ではデータをまとめて疾患連携などに活用している。医療Dxにより、近い将来全国でICTを用いた疾患連携が普及することを期待している。

*医療Dx：医療分野（病院・薬局・訪問看護ステーションなどの医療機関）におけるDX（デジタルトランスフォーメーション）のこと。医療の現場において、デジタル技術を活用することで、医療の効率や質を向上させることを目的としている。

■シンポジウム 3 うすき石仏ねっと共同企画シンポジウム ～地域での他職種ネットワークシステム～

座長：佐田 佳子（大分大学医学部附属病院看護部）
森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

糖尿病重症化予防の実践を目指した持続可能な地域ネットワーク構築

近藤 誠哉

臼杵市医師会立コスモス病院糖尿病・内分泌内科

糖尿病患者の増加と高齢化に伴い関連医療費は増加の一途をたどっており、その対策は地域医療体制の維持における最重要課題の一つである。臼杵市では2010(平成22)年より、地域一体型の糖尿病対策事業である『臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議』を設立し、医療、行政、保険者の垣根を越え、一次予防から三次予防までの包括的な糖尿病対策事業を展開している。中でもICTネットワークを用いた循環型連携診療体制の構築と、多職種協働による重症化予防の取り組みは、本事業の中核を担うものである。

当市では2010(平成22)年より、地域唯一の専門医療機関である当院に糖尿病連携外来を開設し、市内20の登録医療機関との間で循環型連携診療を実施している。当科で疾患管理介入の後、状態の安定した患者を順次かかりつけ医療機関に逆紹介して連携診療を開始。当科連携外来へは6～12ヶ月毎に再受診してもらい、疾患管理状況の把握や各種療養指導はもとより、治療のアップデートや合併症の評価、高齢者においては認知症および身体機能の評価を行う。2022年度はのべ732人が連携外来を受診し、うち72%は問題なく連携を継続、一方で6%には病態悪化などのバリエーションを認め、当科で再度治療介入を行なっている。

糖尿病連携診療においては、各医療機関にまたがる膨大な医療情報を管理し、円滑に共有するためのツールが必要不可欠である。当市では、2014年(平成26)より医療介護統合型ICTネットワークである『うすき石仏ねっと』の運用が開始されており、同ICT内に実装された糖尿病連携機能を利活用することで、医療機関、歯科医療機関はもとより、調剤薬局や介護福祉関連事業所、さらには市役所や消防署といった行政機関との間でも、幅広い情報共有が可能となっている。具体的には、医療介護連携による高齢者支援や、医科歯科連携の促進による糖尿病性歯周病の早期介入、さらには医薬連携による、適正疾患管理を目指した薬剤指導など、地域における幅広い施設や職域間での糖尿病疾患連携が実践されている。

医療連携の促進により、専門医療機関とかかりつけ医療機関との機能分担が明確化され、地域の糖尿病患者の重症度別再配置が可能となった。これにより専門医療機関である当科では、心腎血管障害合併ハイリスク患者に対し、重症化予防に特化した診療を行うことが可能となり、2014年(平成26)には糖尿病透析予防外来を開設した。さらに2018年(平成30年)からは、市ならびに医師会との協働による『臼杵市糖尿病腎症重症化予防プログラム』の運用が開始され、当科に腎症重症化予防外来を開設。特定健診より抽出されたハイリスク腎症患者に対し、多職種協働による透析予防介入を実施し、一定の成果を上げている。

本講演では当地の糖尿病対策ネットワーク構築の概要について述べる。

■シンポジウム 3 うすき石仏ねっと共同企画シンポジウム ～地域での他職種ネットワークシステム～

座長：佐田 佳子（大分大学医学部附属病院看護部）
森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

『うすき石仏ねっと』を用いた糖尿病地域連携の取り組み ～看護師の立場から

高橋 友美

臼杵市医師会立コスモス病院療養支援室

当市では2014年より医療介護統合型ICTネットワークである『うすき石仏ねっと』（以下石仏ねっと）の本格的運用が開始されており、医療機関はもとより調剤薬局や介護福祉関連事業所、市役所及び消防署といった行政機関との間で、医療介護分野における幅広い情報共有が可能となっている。

同ネットワーク上には、効率的な情報共有のための各種疾患連携ツールが整備されており、糖尿病連携ツールには、糖尿病連携パス・電子版お薬手帳・糖尿病地域連携シートなどが装備されている。

糖尿病連携パスとは、糖尿病連携手帳の電子版であり、『石仏ねっと』参加医療機関の検査データが時系列に表示され、専門医とかかりつけ医との双方向性の情報共有が可能となっている。

電子版お薬手帳は、加入している調剤薬局のデータが閲覧可能となっており重複処方やポリファーマシー対策にも有効である。また、調剤薬局との連携により、疾患管理のための療養指導面での協働も可能となる。

糖尿病地域連携シートとは、入院中の療養指導内容を一覧できるツールのことであり、特に退院後の支援に欠かせない様々な情報の伝達に使用するものである。高齢糖尿病患者の増加に伴い、医療介護連携の促進も重要な課題の一つであり、療養を支える介護スタッフや患者家族をも巻き込んだ地域包括的な糖尿病療養支援の実践を行なっている。

また地域連携シートの中には医科歯科連携シートも存在する。当院では歯科衛生士が糖尿病と歯周病の関連性についての指導や歯科受診勧奨を積極的に行なっており、治療の必要性が高い患者においては糖尿病専門医が同シートを作成し、地域の歯科医院と緊密な連携を行なっている。

連携に参加しているかかりつけ医療機関の中には、一部ICTネットワークが整備されていない施設もあり、その場合は各施設の要望を元に『石仏ねっと』に掲載した内容についての電話連絡やFAX、かかりつけ医への直接訪問など、『石仏ねっと』の配備無くしても個別に連携が図れる仕組みも併せて整備することで、ICT使用時に準ずる情報共有方法を目指している。

ICTネットワークという一見便利で柔軟性の高いツールであると言えるが、一方で施設設備の不備や精通するスタッフの不在、災害時などでは用を成さない。顔の見える関係性の構築が必要不可欠であり、ヒューマンネットワークをICTネットワークと同時進行することでお互いを補完し合い、切れ目のないきめ細やかな連携が担保されるものと考えている。

■シンポジウム 3 うすき石仏ねっと共同企画シンポジウム ～地域での他職種ネットワークシステム～

座長：佐田 佳子（大分大学医学部附属病院看護部）
森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

「うすき石仏ねっと」を用いた糖尿病地域連携の取り組み ～調剤薬局の立場から～

神田 秀一郎
萬里薬局洲崎店

「うすき石仏ねっと」（以下、石仏ねっと）は、大分県臼杵市内の医療介護機関を結ぶ情報ネットワークである。参加薬局においては、患者のプライバシー保護を厳重に図りながら、診療・検査などから得られた多くのデータを元に、患者にわかりやすく説明を行い、質の高い服薬支援を行うことを目的としている。

2014年10月から市内の調剤薬局15店舗が石仏ねっとに加入した。各薬局が毎日の業務終了後に薬剤情報を石仏ねっとのサーバーに送ることで、翌日には他職種間で薬剤情報を共有できる。また、他職種からの情報を閲覧することで、今まで薬局では得られなかった情報を確認することができ、患者の服薬支援へつなげている。また、コミュニケーションツール（掲示板、メールなど）を利用し、他職種と連携を密に取りながら細かな薬剤調整・管理の支援に役立てている。

糖尿病療養支援においても石仏ねっとを参照することで服薬支援につなげている。実際に、腎機能や肝機能を確認し投与量の調整や薬剤選択の提案をしたり、検査結果が前回からどのように変動したかという“線の情報”をもって副作用対策につなげたり、入院中の薬剤（注射も含め）を確認し、退院後もつながりのある服薬支援を行ったりすることができている。他にも、糖尿病透析予防指導で用いられているツール「美味しい減塩ポイント」（コスモス病院作成：毎月更新）が石仏ねっとの掲示板で閲覧できるため、薬局での食事療法の説明時に活用できている。多職種協働においては石仏ねっとのメールを用いて、医師、看護師、栄養士、メディカルソーシャルワーカー、ケアマネージャー等と情報を共有することで同じ方向性を持って患者支援が継続できている。

一方、多職種連携をするにあたっては、「顔見知りの関係作り」が重要である。石仏ねっとを活用するだけでなく、今後も積極的に多職種の「顔見知り」の機会に参加し、患者支援へと繋げたい。

■シンポジウム 3 うすき石仏ねっと共同企画シンポジウム ～地域での他職種ネットワークシステム～

座長：佐田 佳子（大分大学医学部附属病院看護部）
森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

臼杵市における「糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク」と「うすき石仏ねっと」を活用した糖尿病対策について

川辺 みさご
臼杵市役所保険健康課

臼杵市は、人口 35,926 人、高齢化率 41.85%（R5.4. 1 現在）と少子高齢化が進んでいる。高齢化に伴い、医療・介護を必要とする方は増加し、臼杵市国民健康保険においては、糖尿病をはじめとした生活習慣病の有病率が高い状況が続いている。

そのような中、臼杵市では医療関係者と行政がともに糖尿病対策にとりくむための「臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議」を、平成 22 年 9 月に臼杵市医師会・大分県中部保健所・臼杵市の三者で立ち上げ、「糖尿病を発症させない・悪化させない・重症化させない」をスローガンに様々な事業に取り組んでいる。現在は、薬剤師会、歯科医師会、糖尿病療養指導士会等も加わり、医療、行政、保険者の垣根を越えた、地域一体型の糖尿病重症化予防の連携事業を展開している。

「発症させない」一次予防として、糖尿病専門医等による糖尿病講演会の開催、19 歳～ 39 歳の若年者に対する無料健診の実施、さらに令和 4 年度からは教育委員会と連携し、肥満傾向のある児童生徒を対象とした小児生活習慣病予防健診を行っている。また、特定健診の結果、境界型糖尿病に該当する方に対して糖負荷検査を行い、専門医による病型診断ならびに病態評価をもとに保健指導を実施し、対象者の糖尿病新規発症の抑制に取り組んでいる。

「悪化させない」二次予防として、特定健診の結果、HbA1c6.5%以上の未治療者に対して、糖尿病専門医療機関を早期に受診できる体制を整備し、治療が軌道に乗った方については、かかりつけ医に戻し年 1 回は糖尿病専門医を受診する循環型地域医療連携の体制を整えている。

「重症化させない」三次予防として、平成 28 年度から糖尿病性腎症の重症化予防に取り組み始め、臼杵市の保健師と地域のかかりつけ医、臼杵市医師会立コスモス病院の糖尿病専門医、さらにはコスモス病院の看護師や管理栄養士が、診療情報や薬剤の情報、保健指導や栄養指導の内容、家庭での生活の様子等の情報を共有し、対象者に寄り添った支援を行っている。

これらの糖尿病対策の連携を支えるシステムとして、『うすき石仏ねっと（地域 ICT ネットワーク）』があり、診療情報や薬剤の情報、健診結果等、対象者にかかわる情報を ICT ネットワークを介して多職種で共有されている。

糖尿病性腎症重症化予防事業における、行政の保健師とかかりつけ医や専門医療機関の医師、看護師・管理栄養士の連携の実際とその成果、石仏ねっとの活用状況や課題について報告する。

■シンポジウム 4 with コロナ時代の医療安全を考える

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）

園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

医療安全管理者と協働したインスリン関連インシデント対策

吉田 陽子¹、寺島 富美枝²

¹医療法人厚生会福井厚生病院看護部、²医療法人厚生会福井厚生病院

前職にて医療安全管理者とともにインスリンに関連するインシデント対策を講じた経験について述べる

背景

2008年より院内のリスクマネージャー会議のメンバーの一員となり、血糖・インスリン関連のインシデントを数多くみてきたが、対策を講じ注意喚起しても減少しないことが気になっていた。2011年に日本看護協会のファーストレベル研修に参加した際、自部署での課題について考える機会があり、インスリン関連インシデントが減少しないことを課題に取り上げた。そして、現場の問題点を把握する

ため、各部署を「ラウンド」することが必要と考えた。しかし、リスクマネジメントの専門家でない私1人がラウンドするには、根拠のある対策を提示できないと考え、医療安全管理者の師長にラウンドしてくれることを依頼し了承を得た。このような経緯を経て2011年から医療安全管理者と糖尿病看護認定看護師のインスリンラウンドが始まった。

実施内容

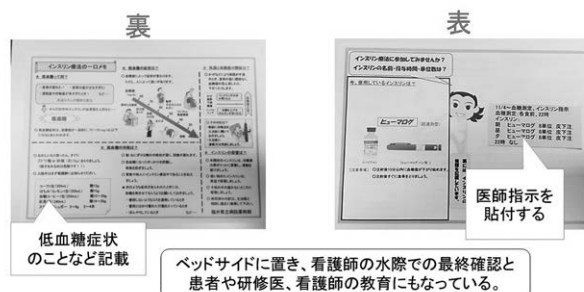
インスリン関連インシデントの内容として①インスリン未実施、②血糖測定未実施の2つが多かった。ダブルチェックや対策（薬剤部と連携して開発したインスリンカード¹）の発行と利用を講じても減少することがなかった。2011年度より約10年間取り組んだ医療安全管理者とのラウンドについては、2人でラウンドした前半期（2011～2015）と、糖尿病リンクナースと共にラウンドした後半前期（2016～2017）、後半後期（2018～2020）に分けてシンポジウムで述べる。

結果及び課題

安全文化を醸成するには、毎年繰り返し行っていくことが重要である。今回約10年間にわたりラウンドした結果、インスリン関連インシデント減少の効果は十分とはいえなかった。しかし、インスリンが劇薬であるという認識の定着、インスリンバイアルの正しい吸い方、ペン型インスリンの正しい手技、ダブルチェックの徹底、インスリンの知識が身につけてきたこと等により、医師のインスリン指示についても「おや？」と気付く感受性が養われて、チェックバックで確認し、インスリン誤投与の防止および0レベルインシデントの報告に繋がったことは評価したいと考える。

現在勤務している病院でも、同様のラウンドを医療安全管理者と8月より実施している。チェック項目は当院のインシデント内容に合わせたもので作成した。組織は違っても、患者が入院期間中、治療を安心して受けることができるように今後も医療安全管理者、各部門と協働し0レベルが増える風土を作っていくことが今後の私の課題である。

インスリンカード



■シンポジウム 4 with コロナ時代の医療安全を考える

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）
園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

With コロナ時代の今だからこそ、改めて見つめ直すチーム医療とスタッフ教育

熊野 真美

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター

ここ数年糖尿病治療においては、内服薬や注射薬の新規薬剤が登場したり、インスリンポンプの進化や持続グルコースモニタリング（Continuous Glucose Monitoring：CGM）の普及など目まぐるしく進歩している。そのような流れの中、働き方改革の推進もあり時間外の研修会の縮小など、教育の在り方の見直しも求められていた。そこに加えて、新型コロナウイルス感染症（以後、コロナとする）の感染拡大により、医療者側、患者側双方とも経験したことのないパンデミックの渦に巻き込まれ、手探りで患者支援を続けてきた。

コロナ禍においては、日本中の多くの医療機関がそうであったように、当院でもコロナ患者への対応はもちろん、公的医療や高度急性期医療の提供という責務を果たすため、頻回な病棟編成、ICUや感染症病棟へのスタッフ派遣が行われた。スタッフを派遣した病棟は少ない人数での病棟運営を強いられ、患者との接触も極力長時間にならないよう注意を払う必要があったことから、これまでの療養支援のスタイルの維持が困難となった。さらに、集団教育（教育入院や外来糖尿病教室）、患者会活動が中止となり、糖尿病内科病棟でもスタッフが療養支援に携わる機会が減少した。こうした療養支援の減少やコロナ禍における激務や精神的疲労もあってか、院内の看護師の日本糖尿病療養指導士数が感染拡大前と比較し、約半数となっている現状がある。もちろんコロナの影響だけとは言い難いが、資格更新者や受験者数の減少は続いている。

しかしコロナ禍から With コロナ時代にかけて困難な経験ばかりではない。課題は多いが、With コロナ時代の今だからこそ見えてくることも多くある。ひとつは研修スタイルの変化がある。現在ほとんどの研修はオンライン化され、後日 e-ラーニング配信も行っていることから、参加者のペースで学ぶことができるというメリットがある。半面、講師側は参加者の反応が得づらい等のデメリットもあるので、OJTをどのように進めるかが課題となる。また各病棟に慣れないスタッフが増える中、糖尿病を合併するコロナ患者や家族に退院支援を行うため感染症病棟との連携強化を図った。こうした取り組みが、糖尿病看護に携わるスタッフの底辺を広げる活動につながると考える。

冒頭にも述べたように、糖尿病治療が進歩している中、コロナ禍で起きた糖尿病患者への療養支援の機会の減少は、スタッフのスキルとの解離を起こし、医療安全にも影響を及ぼすことが考えられる。今回のシンポジウムではコロナ感染拡大前から行っている糖尿病チームでのスタッフ教育から地域連携活動を踏まえて、With コロナ時代の今、見えてきた課題にどう取り組んでいくのか、模索中の現在の活動について報告する。

■シンポジウム 4 with コロナ時代の医療安全を考える

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）
園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

在宅で精密医療機器を安全に活用できるための取組み ～医療安全の視点を取り入れた患者支援の実際～

杉島 訓子
京都大学医学部附属病院

近年、糖尿病分野では持続インスリン注入療法 (CSII: Continuous Subcutaneous Insulin Infusion) をはじめ、持続血糖モニタリング (CGM: Continuous Glucose Monitoring) に用いる機器が開発され、より細やかな治療を組み立てることが出来るようになりました。最新の CSII では専用の CGM と併用することにより、変動の激しい基礎インスリン量を 5 分ごとに自動調整できるようにもなりました。そのことにより、特に夜間の血糖管理が安定し、血糖値の変動係数も小さくなった患者も多くいます。CGM の開発により、点でしか把握できなかった血糖値がグラフで把握することが出来るようになり、HbA1c の改善も報告されています。

一方、これらの精密機器を在宅で管理するためには、患者や家族自身が安全に医療機器を取り扱う能力を身につけることが求められます。精密機器だからこそ、不具合が起きたときの対応が間違えば、大きなエラーになり得ます。最近では、患者情報である治療データをクラウドで管理することも多くなっています。

ISO(国際標準化機構)の規定では「安全とは受容できないリスクがないこと」と定義されています。これまでの医療安全の視点は、当該分野における知識やスキルを獲得した医療者がいかにエラーを起こさないのか、エラーが起きても対応可能なレベルまでリスクを下げられるのかという視点で対策を講じられてきました。4つのステップから戦略的なエラー対策を講じることが有効とされています。4つステップとは「危険を伴う機会を減らす」「エラーが起こる確率を下げる」「エラーに気づく」「被害に備える」です。危険を伴う機会を減らすことで重要なことは、「やめる」ことです。在宅で精密な機器を取り扱えるのか否かの判断をチームで行うことは重要となります。患者自身が安全に機器管理するためにエラーが起こる確率を下げる対策では「手順を解りやすくする」「出来る能力を育てる」の視点が重要となります。「出来る能力を育てる」は医療者ができるのではなく、医療の知識が十分でない患者や家族も含めた対象に「対応能力が身につく」というレベルまで支援することが求められています。エラーに気づく対策を講じるためには、患者や家族が「エラーを発見できる」スキルを身につけてもらうことが必要となります。つまり、医療者が安全に機器を取り扱うのみならず、患者や家族が安全に管理できるように支援することが求められているのです。そのため、在宅で自己管理を行う患者や家族を支援する医療者には、俯瞰的に環境と対象を評価し、適切な支援を行うことが求められます。

今回の発表では、戦略的なエラー対策の視点で特に在宅で扱う精密医療機器を安全に取り扱うための取組みを紹介しながら、参加者の皆様と安全な医療を実現するための方略を考えていきたいと思っています。

■シンポジウム 4 with コロナ時代の医療安全を考える

座長：伊波 早苗（淡海医療センター看護局）
園田 由美（川崎医療福祉大学保健看護学科）

入院/在宅ルール間でのエラーに対応する連携強化

豊島 麻美
武蔵野赤十字訪問看護ステーション

糖尿病の治療は、医療の進歩発展と共にオーダーメイドする時代である。在宅において糖尿病を持つ方は様々な療養体験をもち、その多くは人生の最終段階を生活している方々である。それらの支援においては、対象の予後や QOL を十分考慮したうえで、安全かつ簡便な方法で管理をすることが求められる。近年の糖尿病治療薬は、DPP-4 阻害剤や SGLT-2 阻害剤などの新薬をはじめ、インスリン製剤や GLP- 作動薬とそのデバイスの進歩はめざましく、患者一人一人の病態に応じて、よりきめ細やかな、より効果的な糖尿病治療薬の組み合わせが可能になった。こうした薬の進歩は、入院期間の短縮や、外来での注射製剤の導入を可能にした一方で、ハイリスク薬剤の取り扱いへの指導としてより注意を払う必要がある。加えて、対象の高齢化により、在宅での服薬管理、安全管理が問題となっている。特に加齢による身体機能の変化や認知機能の低下では薬の自己管理が困難になり、正しく服用されずに余る「残薬」の問題も深刻である。

2008 年以降、介護保険制度の発展と共に、在宅療養を支える仕組みづくりも進歩している。最近では訪問薬剤師の活躍も目覚ましい。しかし、インスリン注射や、血糖測定を支援する制度については発展途上であることも事実であり、他者が一連の行為を代行することは認められていない。訪問看護師として現場で感じることは、医療を取り巻く環境変化と、それを引き受ける、特に高齢者への支援体制のスピード感の違いや、医療者独自の常識が先行し、糖尿病を持つ方々の真のサポートを提供する目的のズレが否めない。

板垣らは病状が不安定な療養者を在宅療養に導く在宅移行期に訪問看護師が連携上の困難として【在宅移行後の安定療養を目指した情報伝達や共有が図れない】【在宅療養を支えるメンバー間で療養上の意思統一が図れない】【在宅移行期の在宅療養に必要な療養者の認識が得られない】【家族と在宅療養上の協力体制を築くことができない】の 4 カテゴリーを示している。急性期治療を終えた療養者の在宅移行期は、病状の不安定さから療養上の課題が変化しやすく流動的であることから、病状に応じた連携が必要であり、在宅療養で予測される課題や療養管理の方策について、退院前カンファレンスで十分に検討を重ねる必要がある。また不測の療養課題には、入院ルール側と在宅支援側が双方で働きかけ、連携体制をタイムリー築くことで安定した療養移行支援を導く必要性を示唆している。

本セッションでは、症例を通じて、病診連携のポイントや在宅での療養を支える連携のコツについて紹介し、地域で暮らす糖尿病を持つ方々の「いい加減で、好きに人生を過ごしたい」との願いを叶えるための連携について焦点を当てた討議ができることを期待したい。

■シンポジウム 5 「多様化する糖尿病医療におけるCDEJの役割と展望」 The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care

座長：宇都宮 一典（慈生会野村病院／日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）
瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科慢性疾患看護学領域）

糖尿病医療の多様化とCDEJの役割

宇都宮 一典^{1,2}

¹慈生会野村病院、²日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長

2型糖尿病は遺伝的な素因を基盤として、臍島におけるインスリン分泌不全と内臓脂肪型肥満によるインスリン抵抗性によって発症する。従来、日本人の糖尿病はやせ型でインスリン分泌不全が特徴であり、インスリン抵抗性を主とする欧米人とは病態が異なると考えられてきた。しかし、我が国における糖尿病の増加の裏には、食生活の変容に伴った内臓脂肪型肥満があり、インスリン抵抗性が大きく関与している。このことは、糖尿病合併症の疾患構造の変化に如実に表れている。これまで日本人の合併症は細小血管症が主体であったが、近年心血管疾患に代表される大血管症が増加しており、その要因はインスリン抵抗性を主病態とした糖尿病にある。一方、患者の高齢化によって、加齢に伴う臓器障害が加わり、血管合併症は多彩な病像を呈するに至っている。糖尿病治療の目的は、合併症の発症・進展阻止と健康寿命の延伸にあることは言うまでもない。そのためには、かかる患者の病態、年齢構成ならびに背景をなす生活習慣の多様性を踏まえ、治療法の個別化が必要である。真の個別化を実践するためには、患者のニーズを的確に把握する専門職としての技量が問われるのである。

日本糖尿病療養指導士(CDEJ)は、メディカルスタッフにおける糖尿病のエキスパートとして、現在の糖尿病診療には欠かせない存在となっている。異なった職種の視点を交え、チーム医療を先導し、展開することが期待されている。2000年の機構設立当初、CDEJには糖尿病専門施設で、医師の指導の下、病棟や外来診療における患者教育・療養指導に従事するロールモデルが想定されており、機構の規約もこのイメージに沿って策定されている。中でも、「医師の指導の下」での活動であることが厳格に求められてきた。これはメディカルスタッフが医師の視野から外れ、偏った介入をすることを避けたいといった懸念に発しており、CDEJとは何者か、その技量を量れなかった当時の状況からすれば、致し方ないことであつたろう。

しかし今、CDEJの活動の場とその役割は大きく変貌しようとしている。糖尿病をはじめとする慢性疾患の診療は、地域包括ケアシステムの中核に位置付けられ、病院から在宅診療に至るシームレスな連携の中で行われるものとされている。これに伴って、CDEJは専門病院から患者宅まで、多様な医療現場で働かなければならない。しかも、地域に出るほど、医師の手から離れ、自身の裁量で決しなければならぬことが増えるのである。社会はそれを求めているとも言える。CDEJのライセンスは、こうした責務に耐えうることを示す証となるものである。今後CDEJが担う役割は、一層大きなものとなるであろう。その要請に応えることのできるCDEJを育成することが、認定機構の使命と考えている。

■シンポジウム 5 「多様化する糖尿病医療におけるCDEJの役割と展望」 The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care

座長：宇都宮 一典（慈生会野村病院／日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）
瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科慢性疾患看護学領域）

「糖尿病性腎症の療養指導の役割と展望」 今こそCDEJの力が必要だ！地域連携で行う糖尿病透析予防支援

平岡 めぐみ

JCHO 四日市羽津医療センター看護部糖尿病センター

「透析になったら人生終わりだ・・・」そんな言葉を耳にされたことはありませんか。糖尿病三大合併症である「糖尿病性腎症」は、患者さんの間でも「怖い合併症」として認識されてきました。しかし、その認識はどの段階から生まれるのでしょうか。長期的な高血糖は無自覚のままに腎症を進行させ、症状を自覚した段階ではかなりの進行が疑われます。この無自覚な段階から正しく腎症の現実や未来の予測を伝えること、「怖い」というだけでなく、「未来を守るために、腎臓を守る～今、何ができるだろうか」CDEJはそう患者さんの心に投げかけ、ともに療養を見つける関りを行ってきました。しかし、まだまだ自分の病期や状況を知らず、生活を振り返るチャンスを逃している方がいます。

2012年4月診療報酬に「糖尿病透析予防指導管理料」が新設され、糖尿病領域では初めて「チーム医療」と「予防診療」に対価が認められました。臨床の私たちCDEJにとって、背中をぐいっと押してくれる画期的なできごとでした。これにより、腎症2期の早期からアプローチが開始でき、多職種での多角的な支援に繋がってきたと感じています。

2016年4月国家プロジェクトとして「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定されました。透析治療には年間500万円/人と高額な医療費がかかり、このプロジェクトは地域の行政・医療機関・医師会が協働し、特性に合わせたプログラムを作ることでより効果的な支援を提供することに大きな意義があります。これにより、私たちCDEJも地域プロジェクトに参画し、活動の場が「院内チーム」から「地域医療チーム」へと拡大していきました。

私が住んでいる四日市市では、10年前に基幹病院と糖尿病や腎専門クリニックで「地域医療チーム：糖尿病地域連携研究会」を発足しCDEJを含む多職種の仲間と活動してきました。「一般クリニックでも糖尿病療養支援ができる連携を！」をコンセプトに支援ツールを作り体験型で学習する機会を設けてきました。2018年には医師会と行政と連携し、腎症地域プログラムを仲間と思案し取り組んできました。拘った点はやはり「地域の一般クリニックでも透析予防支援ができること」です。そこで「保健指導ツール」を作成し、腎症研修を企画しました。研修を修了した登録医院では、かかりつけ患者以外でも保健指導を提供できる体制作りを行い「あなたの糖尿病と腎臓について考えてみませんか～」とまずは自分の腎症を正しく知り、自分事として向き合うための支援に取り組んでくれています。

腎症支援におけるCDEJの役割には、「透析になったら人生終わりだ」その恐怖だけで終わらせないこと！生活者である糖尿病患者さん自身が自分の大切なものを守るために、腎臓も守る！そのための療養に向けた動機づけや具体的な方法への働きかけに期待を寄せています。今回は地域のCDEJ活動もご紹介しつつ、今後の展望についてお話しします。

■シンポジウム 5 「多様化する糖尿病医療におけるCDEJの役割と展望」 The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care

座長：宇都宮 一典（慈生会野村病院／日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）
瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科慢性疾患看護学領域）

高齢者糖尿病の療養指導の課題と展望 ～インスリン療法を行う高齢者を見守る環境の現状～

橋本 祐子

医療法人社団亮仁会那須中央病院入退院支援部

令和5年版高齢者白書の結果では、65歳以上の高齢化率は29%と高く、高齢化の影響を受けていると考えられる糖尿病の患者数も増加し、糖尿病を強く疑われる人を含むと2000万人とも言われています。（2022 山内）

糖尿病を持つ高齢者の生活の質をできるだけ下げずに、栄養管理はもとより薬剤管理が生活の一部になるために、私たち糖尿病療養指導士（CDEJ）は、どのような行動が必要なのでしょうか。まずはインフォーマルな支援における課題を考えてみましょう。例えば高齢者にインスリン手技指導を開始する際に、十分な評価をせずには本人に指導し、「やってみたが駄目だったのでご家族を呼んで指導しましょう。」とか、代わる代わる違う看護師が口頭で指導を行った結果、「覚えられないので管理はご家族にお願いしましょう。」という事になると、一旦預けたインスリン管理を取り上げるので、ご本人の自尊心を傷つけ、自己効力感を低下させてしまうリスクがあります。ご家族が、手技を習得し退院後も見守りや注射の代行を受け入れたとしても、自宅に戻ってから「自分でできるでしょう、認知症が進まないように自分でやって。」などと言われることもあります。退院後の初回外来で確認すると「家族は忙しいので負担をかけたくない。自分でやっています。」という声を聞き、しばしば血糖値が上昇するというケースも経験します。

では次にフォーマルな支援に関する課題を考えてみましょう。訪問看護を利用するのはどうでしょう。強化インスリン療法を行う場合、早起きの高齢者が朝ご飯の前にインスリンの支援をするのは、時間外対応となったり、毎日数回の訪問が難しかったり、頻回な訪問は経済的負担にもなり、長期継続は難しいかもしれません。

施設入所に関する課題もあります。施設によって差はあるようですが、インスリン使用者の受け入れが難しい、あるいは人数を制限しているといったところもあるようです。セルフケア困難となった高齢1型糖尿病患者が安全に生活できる環境の確保も容易ではないようです。

さて、まとめますと高齢者糖尿病の療養指導の課題としてはどのようなことが考えられるのでしょうか。

日本糖尿病教育・看護学会では、「5か年計画・重点目標（2017～2021年）」をあげ、その1つである「超高齢社会に向けた基盤整備」について特別委員会が継続して取り組んできました。CDEJや糖尿病看護認定看護師などへの聞き取り調査を行い、高齢糖尿病患者への療養支援に関して11の課題を抽出しました。過日行われた日本老年看護学会第28回学術集会において「地域で生活するインスリン療法を行う糖尿病をもつ高齢者の問題と支援」をテーマに交流集会を行い、貴重な意見交換ができました。シンポジウムではそれぞれの一部をご紹介します。高齢者糖尿病の療養指導の課題と現状を踏まえ、CDEJの役割についてディスカッションできれば幸いです。

■シンポジウム 5 「多様化する糖尿病医療におけるCDEJの役割と展望」 The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care

座長：宇都宮 一典（慈生会野村病院／日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）
瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科慢性疾患看護学領域）

精神疾患を併せもつ糖尿病患者の療養指導

田口 三知

東京都立病院機構東京都立松沢病院

【当院の現状】昨年6月にインスリン投与量の調整の特定行為研修を終了し、11月より週1回の糖尿病看護外来を立ち上げた。6ヶ月間の糖尿病看護外来の延患者数は113名、男性62名（54.8%）、女性51名（45%）、平均年齢は61.46歳（29～86歳）だった。疾患の内訳は、統合失調症34.6%、うつ病20%、認知症14.2%、アルコール依存症14.2%、双極性障害4%、発達遅滞4%、その他10%だった。相談内容と処置の内訳は、精神症状に関すること37%、食事30%、運動23.8%、持続グルコースモニタリング9.7%、フットケア8.8%、インスリン投与量の調整6%、インスリンポンプ0.8%だった。精神症状に関する相談は、食欲増進や間食34件、不眠など生活リズムの乱れ20件、アルコール18件、抑うつ状態や意欲低下など陰性症状16件、精神科薬への抵抗や妄想に関すること9件、認知症7件だった。食欲増進や間食の相談内容の多くは精神科薬の影響もあったが、運動不足や間食などの甘い菓子類、飲料を好む等の生活習慣が要因の内容も含まれていた。不眠や生活リズムの乱れは、親の介護やヘルパーとの関係性の問題から生じていた。精神科薬の副作用への抵抗や妄想に結び付いている相談もあり、糖尿病の症状や血糖コントロールに関する相談の他、精神症状に関連した様々な課題があることが明らかになった。

【精神科における糖尿病の特徴】精神疾患では統合失調症やうつ病が多く、精神科での薬物治療が大きく影響している。抗精神病薬による治療は、食欲増進やインスリン抵抗性の増大に伴い、血糖値上昇のリスクを高めることが知られている。例えば、クロザピン、オランザピン、クエチアピン、リスペリドンなど。肥満や体重増加、脂質異常の結果、メタボリックシンドロームを来す場合やインスリン抵抗性に直接影響を及ぼす場合がある。このような薬物療法だけでなく、例えば統合失調症では、活動性の低下などの陰性症状により、運動療法が実行できなかつたり、幻覚妄想といった陽性症状のため、日常生活に支障を来す場合がある。また日中の眠気や夜間の不眠など生活リズムを崩しやすいという特徴もある。

【精神科における糖尿病治療の方向性】精神科疾患の患者は糖尿病をコントロールする意欲がない訳では無いので、病気の一部という視点が必要である。抗精神病薬では、どの薬でもある程度のリスクが生じる。薬によって、図らずも糖尿病になった苦しみに共感する姿勢が必要と考える。なぜ糖尿病の治療がうまくいかなくなっているのかを把握して総合的にアセスメントする事、そして共感的な姿勢をもって接するという事が大切である。精神疾患患者は、精神症状や薬物治療に伴う副作用がある中で、地域生活を維持して血糖コントロールをすることができるように、糖尿病看護外来で面接・支援することは重要である。

■シンポジウム 5 「多様化する糖尿病医療におけるCDEJの役割と展望」 The Role and Prospects of CDEJ in Diversifying Diabetes Care

座長：宇都宮 一典（慈生会野村病院／日本糖尿病療養指導士認定機構 理事長）
瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科慢性疾患看護学領域）

地域包括ケアシステムにおける糖尿病医療の在り方

三浦 恵子
岡崎市民病院

日本は65歳以上の高齢化率が29.0%と増加傾向にあり、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。厚生労働省は、団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的に地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムのスローガンは「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで」である。その実現のために、急性期病院で働くCDEJ看護師としてできることは、合併症の発症を予防し進展を抑制することにより糖尿病をもつ人が安心して「住み慣れた地域」で暮らせるように支援することである。当地域では、糖尿病地域連携パス（以下連携パス）を運用しており、A病院の糖尿病専門医と非専門医であるかかりつけ医が連携し、地域全体で糖尿病をもつ人の血糖管理を行うことで地域包括ケアシステム的一端を担っている。CDEJの資格をもつ多職種が採血結果待ちの時間を利用し治療支援をしているが、A病院の連携パス患者に対するCDEJによる介入が腎機能低下を抑制した結果が示された（第65回日本糖尿病学会年次学術集会、2022年）。

また、年齢を問わず合併症や多疾患を併存している状態でも「住み慣れた地域」で暮らすことができるように、多職種連携することが求められる。近年、認知機能低下、高齢独居、精神疾患など糖尿病治療が難渋するケースが多くなってきている。CDEJは、糖尿病に関する幅広い知識とともに、糖尿病をもつ人を、1人の生活者として捉えることが強みである。地域医療連携の際には注射が打てない、内服ができないなど病態や治療内容のみの情報提供だけではなく、社会背景や心理的な側面なども考えながら、CDEJが中心となって多職種でディスカッションすることが重要である。日頃から地域の医療者と顔の見える連携を構築し、糖尿病をもつ人の支援につなげることが重要である。

そして、糖尿病をもつ人が「自分らしい暮らしを最期まで」送るためには、患者自身が意思決定することが重要である。糖尿病は死に直結するイメージがないためACPと結びつかないかもしれない。しかし、日頃の支援において患者が大切にしていること、価値観、生きがい、気がりなど沢山の患者の想いのかけら（患者の意思の断片）に関する情報を私たちCDEJはもっている。また、地域・在宅で関わっている医療者は私たちでは知り得ない患者の姿や想いに関する情報をもっているのではないだろうか。多職種連携する際には、治療に関する情報を共有するだけでなく、糖尿病をもつ人の想いのかけらを集め、関わる全ての医療スタッフで共有することは糖尿病をもつ人の「住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで」につながると考える。

本シンポジウムでは、さまざまな糖尿病をもつ人と関わる中での症例を通し、急性期病院に勤めるCDEJ看護師という立場で地域包括ケアシステムにおける糖尿病医療の在り方について検討する。

■ワークショップ 1

座長：笹邊 順子（倉敷成人病センター看護部）
住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

ソリューションフォーカスの実際を学ぶ（ワークショップ）

青木 安輝
株式会社ソリューションフォーカス

このワークショップでは教育講演にてお伝えした「ソリューションフォーカス（解決志向）」の考え方を面談場面に活かす具体的なやり方について、実験的なコミュニケーションワークを通じてご自身の状況に合った取り入れ方を工夫していただきます。

昨今「多様性」が重要視される時代となり、画一的な大量生産モノは売れなくなり、少量多品種で生産された“個性に合う”商品が求められるようになってきました。そんな時代背景もあり、多くの場面で「私の（特殊な）場合にはどのようなやり方が合うのか」という問いが立てられることが多くなりました。このワークショップでは、講師が総論的なコメントをしますが、具体的なやり方に関して個別の全てのケースにそれが当てはまるわけではありません。基本的な考え方を汲み取っていただいた上で、「さて、この人との面談では何をどう大切にしたらよいのだろうか？」と個別に考えていただく必要があります。

ですので、コミュニケーションワークに臨む際には、具体的な面談相手を想定していただき、その相手であればどのような反応を示すだろうかと現実的に考えていただきます。

既に皆さんが面談の中で実施されていることで有効なことはきっと数多くあるはずです。このワークショップでの気づきが、そのことを確認することにつながることも多々あると思います。既にやっている効果的なことはそのまま残し、新たに取り入れたいと思えたことだけを有効に活かすという「良いとこ取り」の精神でご参加ください。

以下のトピックを扱う予定ですが、当日の進行具合等により若干の変更がある可能性もあることをご承知おきください。

扱う可能性のあるトピック：

1. 面談前に本人に伝わる文字および画像情報について
2. 会話の出だし
3. 「プラスの眼鏡」および「OK メッセージ」の重要性
4. 本人が既に実行していることの中で「良いこと」を見つける
5. 「その先」に何をしたいと思っているのかのイメージを膨らませる
6. 目的（目標）のために何が大切だと考えているかを確認する
7. 実行可能でやりたくなるスモールステップを見つける
8. 「他には？」の質問で本人の納得度を確認する
9. フォローアップの際に重要なこと：「良かったこと」「よかったこと」「ヨカッタこと」

■ワークショップ 2

座長：住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）

健康太極拳で内臓を元気にしましょう！

中林 さつき

楊名時八段錦・太極拳岡山県支部

太極拳

太極拳は静かな深い呼吸とともに、ゆったりと柔らかく体を動かす健康法・養生法です。「流水不争先」流水先を争わず。川の流は先を争うことなくゆったりと流れています。太極拳は技を競うものではありません。川は追い越すことも、とどまることもありません。この自然の摂理にそって心身の解放を求める健康法が太極拳です。

八段錦

太極拳を行う前後にする八つの医療体術です。一つ一つ独立した動きとなっています。気の流れと血液の循環を良くし体を健康に整える運動で導引術から派生しました。

例) 第一段錦 双手托天理三焦（胃腸を丈夫にして全身の機能を高める運動・肩こりの予防治療にも効果があります）

参加者の皆様がはじめてでもできる体に良い簡単な動きをいくつかご紹介します。一つでも二つでもお土産にお持ち帰り頂き「背伸び」をするように気軽に生活の中で行ってください。皆様の健康のお役に立てれば幸いです。

■ワークショップ 3

座長：園田 由美（川崎医療福祉大学）

水ノ上 かおり（医療法人社団清和会笠岡第一病院看護部）

血の道療法による静脈へのアプローチ

室谷 良子

日本フットケア協会

現代に伝承されている「血の道療法」は、血液が末端まで滞りなく流れるようにするための手わざ法である。元々は家族のための手当て法として、代々親から子へ連綿と伝えられている健康法であり、療養法である。

日常生活の中に取り入れられる手で行うケアや工夫により、血液の流れをよくし、血管を圧迫している筋肉の歪みやねじれ、緊張などを解消し、体内の温度差をなくすことで体調の維持や不調を整え症状を緩和する、日々の生活を整える知恵である。

「一日の疲れを取り除き、健康な身体づくりをすること」を基本理念に、フットケア・指先マッサージ・爪のケア・ハンドケア・顔のケア等の手わざで、口伝・伝承を行っている。

また、保健・福祉・看護・介護に関する研究もし、立つ・座る・寝る・歩くの4つの動作、左右のバランスを基本とした用具など医療機関やメーカーで開発を行っている。

近年「血の道療法」は、主として冷え解消のために統合医療にも取り入れられ、各専門機関での検証により、効果が確認されてきている。

日常生活の工夫や動作、身体のバランスを整え、血液が滞らないように、ちょっとした生活の知恵が代々受け継がれている。

重力によって下がった筋肉や血管の圧迫をとること、左右のバランス、平均体温を保つことを重要視している。

血の道療法の特徴的な手わざに、爪切り法がある。

「爪の中心点をとる」ことから始め、その中心点の左右対照に爪が伸びることで、指先の毛細血管の血液の滞りも回復してくる。

さらに指先マッサージ、膝下マッサージなどの方法で、表在性静脈から深部静脈への環流を促進し、筋肉や血管の歪みや縮みを元に戻していく。

この方法は、いつでも・どこでも・誰でも・安全で・害がなく・短時間で取り入れることができる。

■委員会セミナー 1 研究推進委員会 質的研究のポイント！ インタビューの劇的ビフォーアフター

日時：9月23日（土）13:10～14:40

場所：第4会場

座長：山崎 優介（広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部）
講師（挨拶）：森 加苗愛（大分県立看護科学大学）
講師：清水 安子（大阪大学大学院）
東 めぐみ（順天堂大学）
委員：餘目 千史（公益社団法人日本看護協会）
岡 佳子（飯塚病院）
住吉 和子（岡山県立大学保健福祉学部看護学科）
高橋 慧（大阪大学大学院）
原 光明（黒木記念病院）
藤原 優子（大阪大学医学部附属病院）
村角 直子（金沢医科大学）
山田 明子（九州病院）

【企画趣旨】

研究推進委員会では、これまで会員の皆さまへ糖尿病教育・看護の向上に寄与する研究を推進するため、量的研究・質的研究・事例研究に関するセミナーを開催してまいりました。

今年度は、会員の皆さまよりご要望のあった質的研究に焦点をあて、現象を明らかにするために用いられるインタビューの実際についてご紹介します。臨床家がよく直面する、インタビュー調査に関する“あるある事例”を通して、質的研究に精通する研究者が疑問に答えるレクチャー形式で開催します。

質的研究にあたり、現場では「対象者の思いや体験を明らかにするために、インタビューの際、何を意識し展開すればよいのか分からない」「自分のペースで進めてしまい話が続かない」、「本題から話がずれてしまい、明らかにしたいことが聞けない」、「テキストや参考書を読んでもよくわからない」といった声がよく聞かれます。皆さまもこのような疑問を感じたことはありませんか？

これらの疑問に対して、本セミナーでは、インタビュー調査時のコツ・ポイントを分かりやすく解説しています。

研究をこれから始めようとしている方、質的研究を計画している方、質的研究に取り組み始めた方も、是非セミナーにご参加頂き、インタビューの劇的☆ビフォーアフターをお楽しみください。

さらに、今年度より新たな取り組みとして、『研究相談所』を設けておりますので、研究に関する日頃の疑問、分からないことなどを気軽に相談してください。

【プログラム】

1. 趣旨説明
2. 講演1：「質的研究のためのインタビューとは」
講義 清水安子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）
3. 講演2：「対象者に思いや体験を語っていただけるインタビューの実際」
 - 1）講義 東めぐみ（順天堂大学保健看護学部）
 - 2）あるある動画と劇的☆ビフォーアフターの紹介
4. 質疑応答
5. まとめ

■委員会セミナー 2 編集委員会 臨床での看護実践を報告してみよう

日 時：9月23日（土）14:50～16:10

場 所：第6会場

座 長：西垣 昌和（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所）

講 師：藤田 君支（九州大学大学院）

森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

澄川 真珠子（札幌医科大学）

委 員：藤原 優子（大阪大学医学部附属病院）

西村 亜希子（香川大学）

上杉 裕子（金城学院大学）

田中 理恵（筑波大学）

徳永 友里（横浜市立大学）

永淵 美樹（佐賀大学医学部附属病院）

企画主旨

実践報告とは、糖尿病看護に関する実践の報告で、糖尿病看護の発展に寄与すると認められるものとされています。実践している時には気づかなくても、結果的に良い実践であったことを振り返り、実践報告として読んだ人に共有されることで、グッドプラクティスが広がるものと考えます。本学会の学術集会には、全国の多くの実践家の方が参加され、事例報告や活動報告をされますが、学会誌への投稿はまだまだ少ない現状です。本セミナーでは、実践家の方が実践報告をまとめる際のアドバイスを具体的にご紹介します。

プログラム

1. 挨拶

西垣 昌和 編集委員長（国際医療福祉大学大学院）

2. 実践報告の投稿概要

藤田 君支（九州大学大学院）

3. 実践報告①紹介・解説

森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

4. 実践報告②紹介・解説

澄川 真珠子（札幌医科大学）

5. 質疑応答

事前に下記の論文に目を通してご参加ください。

実践報告論文①

白井 玲華, 角 文乃, 樋口 智恵, 仲 祥子, 香川由美子, 中川裕美子 (2007).

一般診療所外来における変化ステージモデルを活用した 糖尿病患者へのアプローチ 行動変容サポート記録シートの作成とその活用の実例. 日本糖尿病教育・看護学会誌11(2) 59-66. mf.7002100410 (isho.jp)

実践報告論文②

橋野 明香, 森山 美知子 (2019). インスリン自己注射に抵抗を示す患者への行動変容に向けた支援 一高齢独居で片麻痺患者の一事例一. 日本糖尿病教育・看護学会誌23(1) 52-59. https://doi.org/10.24616/jaden.23.1_52

■委員会セミナー 3 国際交流委員会 外国人患者さんへの糖尿病療養支援、どうしていますか？ ～看護師の支援の工夫と外国人患者さんの声から考えよう～

日時：9月24日（日）9:00～10:30

場所：第4会場

座長：中山 法子（糖尿病ケアサポートオフィス）
山口 裕子（神戸大学大学院保健学研究科）
講師：河井 伸子（大手前大学国際看護学部）
町川 香代子（国立国際医療研究センター病院看護部）
委員：谷本 真理子（国際交流委員会）
餘目 千史（前日本赤十字北海道看護大学）
グライナー 智恵子（神戸大学大学院保健学研究科）
畑中 あかね（神戸市看護大学）
劉 彦（東京医療保健大学千葉看護学部）

糖尿病療養支援が必要な外国出身の患者さんが増えてきていますが、療養支援に困難を感じることはありませんか？

国際交流委員会では、今年5月にJADEN会員を対象に外国人患者に対する療養支援の困難に焦点をあてた実態調査を行いました。本企画ではその調査の結果の概況をお伝えします。そして、外国人患者さんに対する療養支援の困難と工夫を看護師から、さらには外国人患者さんが経験している困難と療養の工夫について聞いてみたいと思います。

これからの日本においても国際色豊かな療養支援が必要になってきます。是非、関心のある方、お集まりください。異文化、自文化に関する発見がきっとあると思います。

■委員会セミナー 4 特別委員会 インスリン療法を行う高齢糖尿病患者さんの支援 ～高齢糖尿病患者さんの問題を知り、病院と地域の連携を深めよう～

日時：9月24日（日）9:00～10:20

場所：第6会場

座長：	梶野 美保	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／九州大学病院）
講師：	梶野 美保	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／九州大学病院）
	橋本 祐子	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／医療法人社団亮仁会那須中央病院）
委員：	金本 純子	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／四天王寺大学）
	高橋 良恵	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／信州大学医学部附属病院）
	原田 和子	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／医療法人社団紘和会平和台病院）
	桃坂 真由美	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／九州大学病院）
	黒田 久美子	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／千葉大学大学院）
	佐藤 果苗	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／安田女子大学／安田女子短期大学）
	中村 美幸	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／東京医療学院大学）
	遠藤 真理	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／社会医療法人抱生会丸の内病院）
	内海 香子	（日本糖尿病教育・看護学会特別委員会／岩手県立大学）

高齢糖尿病患者が増加し、インスリンを使用する高齢者も多くなり、多くの併存疾患や認知機能低下、サポートパーソンの不在などで、在宅や介護施設などでのインスリン注射や血糖管理が難しくなっています。日本糖尿病教育・看護学会特別委員会では、高齢者糖尿病患者の課題を抽出し、さらに支援に苦慮している事例の支援について検討してきました。高齢糖尿病患者さんが抱える課題に対する取り組みを検討する必要があると考えています。

急性期病院などでの治療が終了し、患者さんが退院や転院するときに必要な支援、施設や自宅など地域でインスリン治療を継続していくにあたって必要な支援、また双方の連携などにおける取り組みを具体的に考えていくことが重要です。本交流集会では、地域でインスリン注射を使用しながら生活する高齢糖尿病患者さんが安全なインスリン注射ができ、さらに低血糖を起さず、血糖コントロールの目標を達成することができるように、様々な施設から参加されている皆様からそれぞれの立場で、インスリン注射が必要な高齢糖尿病患者さんにどのような支援や制度が必要かを検討し、必要な支援について共有できる機会にしたいと考えています。本交流集会は日本糖尿病教育・看護学会特別委員会による企画です。ぜひご参加ください。

【プログラム】

1. 趣旨説明 :5分
2. 事例紹介（インスリンを使用する高齢糖尿病患者の困難事例1）（7分）
3. 事例紹介（インスリンを使用する高齢糖尿病患者の困難事例2）（8分）
4. グループディスカッション（45分）
5. 全体討議（グループディスカッションの共有）10分
6. まとめ・アンケート記入：5分

■委員会セミナー 5 政策委員会 インスリン使用者への遠隔モニタリング支援 —診療報酬につなげる看護実践の実際—

日時：9月24日（日）10:40～12:10

場所：第4会場

座長：大原 裕子	(帝京科学大学)
山崎 優介	(広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部)
講師：太田 美帆	(東京家政大学)
永渕 美樹	(佐賀大学医学部附属病院)
富樫 智子	(慶應義塾大学病院)
委員：金子 佳世	(日本医科大学武蔵小杉病院)
菊永 恭子	(日本医科大学付属病院)
菊原 伸子	(東邦大学医療センター大森病院)
グライナー 智恵子	(神戸大学大学院)
佐藤 栄子	(足利大学)
野間 弘子	(船橋市立医療センター)
村角 直子	(金沢医科大学)
村田 中	(日本赤十字社医療センター)
山本 真矢	(聖隷浜松病院)

新型コロナウイルス感染症の拡大により、我が国においても情報通信機器（ICT：Information and Communication Technology）を活用した遠隔診療が急速に普及しはじめ、この流れに追隨してテレナーシングの取り組みも広がりつつあります。政策委員会では、令和6年度の診療報酬改定に向けて、令和4年度に引き続き、インスリン使用中の糖尿病患者に対する看護師の遠隔モニタリングによる支援の適用を提案しています。これまでも看護師は外来診療の場だけではなく、電話により、自己注射状況・血糖パターンの把握、医師と協働した注射量の調整、低血糖予防・対処、生活調整等の支援を行ってきました。これらの看護活動の一部がオンライン化し、患者から提供されたモニタリングデータをタイムリーに活用することで、より良い血糖管理、低血糖予防、通院負担の軽減等が期待できます。

本企画では、まず、要望書や医療技術評価提案書を作成する際に収集した文献より、現在の国内外でのテレナーシング・看護師による遠隔モニタリング支援のエビデンスを紹介します。次に、モバイルアプリ等の情報通信機器を用いて患者からクラウドに提供されたデータをどのように取り扱うか、情報通信機器や電話を使用して看護師がどのように支援をするか、会場の皆様がイメージしやすいように解説します。そして、実際に先駆的に遠隔モニタリング支援に取り組んでいる施設では、どのようなシステムで、どのような患者をどのように支援し手ごたえを得ているのか、好事例を紹介します。会場の皆様とは、遠隔モニタリング支援の活用と普及における課題や解決策について、ディスカッションしたいと考えています。遠隔医療、テレナーシング、診療報酬に関心のある方々のご参加を心よりお待ちしております。

【プログラム】

1. 企画趣旨説明
2. 国内外におけるテレナーシング・遠隔モニタリングのエビデンス
3. 情報通信機器を用いた遠隔モニタリング支援の進め方
4. 遠隔モニタリング支援の好事例
5. 全体討議・質疑応答
6. まとめ

■交流集会 1 9月23日(土) 第6会場 9:50~11:10

ゆる〜く集まる DMナース work at クリニック

柏本 佐智子¹、布谷 容子²、吉田 直子³、倉岡 賢治⁴、小野 明美⁵

¹関目やまもと糖尿病内科、²あずま糖尿病内科クリニック、³ましたに内科クリニック、

⁴サクラ糖尿病・腎臓・内科クリニック、⁵こすぎ内科クリニック

【企画主旨】

近年、外来糖尿病患者の半数以上がクリニックを受診しており、その割合は増加傾向を示しています。糖尿病を専門としたクリニックも多く、糖尿病看護を専門とした看護師が、クリニックで働く機会も増えています。

私たちは、クリニックで働く中で、病院の外来看護でもない、訪問看護でもない、クリニック看護の専門性っていったい何なんだろう。他のクリニックはどうしているんだろう。と考え始めました。学会に参加しても、クリニックの交流集会はなく、昨年10月に「ゆる〜く集まるDMナース work at クリニック」のwebページを作成し、不定期でZOOMを使用した集まりを開始しました。

ZOOMではクリニックで勤務をする中で、病院の外来とは違うことから疑問に思う事や気がかりなことについて情報交換をしました。そしてより多くのクリニック勤務ナースと実際に顔を合わせて話をしたいと思うようになりました。皆さんもクリニックでの糖尿病看護の困りごと、工夫している事などみんなで共有しませんか？

リアル開催第一回の今回は、テーマは設けず、自由にクリニックでの糖尿病看護について情報交換したいと思います。人数に限りがありますが、これからクリニックで働いてみたいナース枠も設けます。皆様のご参加をお待ちしています。

対象：

- ◆楽しく時に悩みながらクリニックで糖尿病看護を実践しているナース
- ◆これから糖尿病専門クリニックで働きたいと考えているナース(若干名)

交流集会参加の効果：

- ◆情報交換と学びにより、クリニックでの看護がさらに楽しくなります！

【プログラム】

1. 企画主旨説明 5分
2. 主催者クリニック紹介 10分
3. 交流会(クリニックでの糖尿病看護について) 40分
4. 各グループ内容の共有 15分
5. まとめ 5分
6. アンケート記入等 5分

■交流集会 2 9月23日(土) 第6会場 13:10~14:30

糖尿病看護特定認定看護師とチーム医療について語ろう ～目指せ！チーム医療のキーパーソン～

坂本 倫基¹、村元 かなえ²、山田 庄子³、北中 由芳子⁴、町田 洋子⁵、内藤 愛⁶、長野 泉⁷、戸田 滋久⁸、石山 志織⁹、高水 佳代¹⁰、平川 亜紀¹¹、坂崎 恭子¹²

¹福岡大学病院、²千葉西総合病院、³谷津保健病院、⁴自衛隊中央病院、⁵玄々堂君津病院、

⁶諏訪中央病院、⁷公益財団法人結核予防会複十字病院、

⁸独立行政法人国立病院機構福山医療センター、⁹国際医療福祉大学三田病院、¹⁰橋本市民病院、

¹¹菊川市立総合病院、¹²順天堂大学医学部附属練馬病院

【企画趣旨】

私たちは特定行為研修を組み込んだ新たな認定看護師教育課程（B課程）1期生として2020年度に日本看護協会看護研修学校を卒業しました。B課程ではこれまでの認定看護師の専門的で包括的な視点に加え、臨床推論や病態判断力を培い、「チーム医療」や「多職種連携」の重要性について学びました。2021年より糖尿病看護特定認定看護師となってからは、B課程での学びを活かし、医師をはじめとする他職種とコミュニケーションをとり、相互理解を深めながら「チーム医療のキーパーソン」になるべく日々奮闘し、うまくいかないこともあります。試行錯誤を繰り返しています。

今回、私たちと同じように「チーム医療」「多職種連携」を推進したい、推進していくにはどうしたらいいのか、という思いを持つ多くの方々と一緒に語り合い、学びを深めたいと考えこの交流集会を企画しました。交流集会では、卒業後の私たちが実践した「多職種連携」や「チーム医療」の実例について紹介します。その実例を足掛かりにグループワークでは、皆さんの現場での悩みや感じていることを語り合い、「チーム医療のキーパーソン」になるための手がかりを1つでも見つけられる交流集会になることを目指しています。

一緒に、交流集会の場を楽しみながら「チーム医療のキーパーソン」になるための方法について考えてみませんか。

【プログラム】

1. 企画趣旨の説明
2. B課程1期生のチーム医療の実例の紹介（事例報告）
3. チーム医療を実践する中での悩み、感じていることを語りながら「明日から自施設で取り組みそうなこと」についてグループワーク
4. まとめ

■交流集会 3 9月23日(土) 第7会場 9:50~11:10

災害時の糖尿病看護について考えよう！ 今できることを共有し、患者のレジリエンスを高めよう！

渡邊 路子¹、貞安 妙美²、永井 美貴³、高砂 由美子⁴、吉田 照美⁵、藤原 香⁶、中野 恵理⁷、守谷 景子⁸、
浜田 詩子⁹、頼本 奈々¹⁰、廣田 美香¹¹、櫻本 明美¹²

¹独立行政法人労働者健康安全機構岡山労災病院看護部、

²広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院、³福山市民病院、⁴天満病院、⁵岡崎市民病院、

⁶やすだクリニック、⁷近畿大学病院、⁸一般財団法人積善会十全総合病院、⁹土佐市立土佐市民病院、

¹⁰独立行政法人国立病院機構東広島医療センター、¹¹地方独立行政法人徳島県鳴門病院、

¹²社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院

【企画趣旨】2011年3月11日に発生した東日本大震災後、2013年に日本糖尿病教育・看護学会より災害時の糖尿病患者マニュアルが作成され（2020年改訂）患者支援に活用されています。今後は南海トラフ巨大地震などの災害の可能性もあり、災害への備えに対する支援は重要です。

また2019年にはCOVID-19のパンデミックもあり、自然災害とは異なる災害レベルの感染症も経験しました。未知のウイルスに対し誰もが不安を抱えながらも適応できた力、それは、池田らが定義している「その人が持つ力であり、逆境やストレスに対して環境と相互作用しながら、柔軟に対応するプロセスであり、その結果の状態を表すもの」1) Na⁺、すなわちレジリエンスであると考えます。

今後も様々な災害が起こることが想定され、患者が有事に素早く適切に対処できるためには、普段からの備えが必要です。それに加えて、災害レベルの状況に陥った時の実践力（セルフケア）を発揮でき、また災害から回復する力（レジリエンス）を高めることが大切だと思います。

この交流集会で、私たち医療者が今まで行ってきた災害支援や対策を互いに共有し、今後起こると予測される災害に対して、患者のセルフケア能力を高めることがレジリエンスの向上に繋がれることを知る機会としませんか？

皆様のご参加をお待ちしています。

引用文献 1) 池田清子，澁谷幸，波田彌生（2021）：看護が引き出す回復力，医学書院

【プログラム】

1. 交流集会主旨説明
2. グループワーク・ディスカッション
3. 発表・共有
4. ミニレクチャー
5. まとめ
6. アンケート

■交流集会 4 9月23日 (土) 第7会場 13:10~14:30

看護師による糖尿病の口腔内アセスメントについて学びましょう - Part2 -

柴山 大賀、工藤 理恵
筑波大学医学医療系

【企画趣旨】

歯周病は糖尿病の合併症の1つとして注目されてきています。糖尿病患者さんは、歯周病により歯を喪失することによって食事量や食事内容の変更をきたし、血糖コントロールが困難となる可能性があります。またインスリン抵抗性が増すことも報告されています。しかし、歯周病はセルフケアと歯科受診により重症化予防が可能です。

私たちは、看護師による歯周病管理は、糖尿病の重症化予防に役立つ重要な支援の1つであると考えています。歯周病管理は、看護師が口腔内の状態を日常的にアセスメントし、それに基づいて実践することが大切です。みなさんは、口腔内アセスメントに自信をもって取り組んでいらっしゃいますでしょうか。中には、患者さんとどう関わったら良いのかを悩み、困難を抱えている方もいらっしゃるかもしれません。

本交流集会は、前回の交流集会(柴山ら, 2022)の第2回目としてさらに発展させ企画いたしました。今回は、皆さまからのご要望をもとに、アセスメントシートを用いた口腔内評価について学びます。初めての方でも参加できるように、今回も糖尿病患者の歯周病管理について学習したあと、口腔内評価についての講義と演習を行います。演習では、ロールプレイを通して、外来での患者さんへのかかわりについて意見交換を行います。ロールプレイは歯科医の監修のもと、感染に十分注意して実施いたします。

よりよい患者支援にむけた歯周病管理のあり方について、私たちと一緒に考えてみませんか。多くの方のご参加をお待ちしております。

【プログラム】

企画趣旨説明	5分
講義1 糖尿病患者の歯周病管理について	10分
講義2 アセスメントシートを用いた口腔内評価について	10分
演習 アセスメントシートを用いた口腔内評価の実践	20分
意見交換	10分
まとめ	5分

(本交流集会は JSPS 科研費 JP19K10946 の助成を受けた研究の一環として行います。)

■交流集会 5 9月23日(土) 第7会場 14:50~16:10

医科歯科連携で糖尿病患者さんの健康を守ろう！「第2弾スタート」 ～歯科受診支援のために自施設でできるはじめの一步～

吉田 照美¹、三浦 恵子¹、前田 るみ²、貞安 妙美³、永井 美貴⁴、渡邊 路子⁵、土川 睦子⁶、石川 香織⁷、
岡田 照代⁸、押村 憲昭⁹

¹岡崎市民病院、²北医療生活協同組合北病院、³広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院、
⁴福山市民病院、⁵岡山労災病院、⁶DM-NURSE-LAB、⁷安城更生病院、⁸Nurse Office OKADA、
⁹かすもり・おしむら歯科口腔機能クリニック

【企画趣旨】

歯周病は、糖尿病の併存疾患であり、血糖コントロールを良好にすることが、歯周病と糖尿病の悪化・進展を防ぎます。そのため医科歯科連携を推進していくことが必要です。平成28年歯科疾患実態調査を元に、歯周病患者数を推定すると約7,000万人ですが、実際に歯科診療所で治療を受けている患者は約400万人と報告されています。歯周病であることを無自覚の人や、自覚していても未治療の人がいかに多いかが分かります。歯周病によって歯が喪失すると、歯や口腔の健康のみならず、全身の健康にも悪影響を及ぼします。また、歯や口腔の健康を保つことは、単に食物を摂取・咀嚼するだけでなく、食事や会話を楽しむなど、生涯豊かな生活を送るための基礎となります。(歯周治療のガイドライン2022)

昨年私たちは、看護師が糖尿病をもつ患者における歯科受診の必要性を理解するための交流集会を企画しました。交流集会でのアンケートでは、糖尿病を持つ患者さんに歯科医院の受診を勧めていない看護師が約30%存在することが明らかとなりました。一方で、糖尿病教室に歯科の内容を組み込むなど工夫している施設があり、受診支援の方法は様々であることが分かりました。

そこで本交流集会では、各施設で行われている歯科受診への支援について共有することで、新たな患者支援のきっかけにつながり医科歯科連携への第一歩としたいと考えております。当日は歯科医師にも参加していただく予定としております。多くの方の参加をお待ちしております。

【プログラム】

1. 企画趣旨説明
2. レクチャー
3. 各施設での取り組みについてグループディスカッション
4. まとめ

■交流集会 6 9月24日(日) 第6会場 10:40~12:00

糖尿病をもつ高齢者におけるisCGM活用の可能性の探求

穴井 えりも¹、菅原 加奈美²、山田 未歩子³、長山 千枝⁴、小林 麗子⁵

¹防衛医科大学学校医学教育部看護学科、²医療法人社団ユスタヴィアクリニックみらい立川、

³国立成育医療研究センター、⁴ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院、

⁵公立置賜総合病院

【企画趣旨】

本交流集会は、間歇スキャン式持続グルコース測定 (intermittently scanned continuous glucose monitoring : 以下、isCGM) のシリーズとして4回目です。これまでは、「点ではない曲線を読む」をテーマに isCGM のデータの療養支援への活かし方について、皆様と意見交換し学びを深めました。今回は isCGM の使用において、多くの医療者が難しいと感じている「糖尿病をもつ高齢者への支援」について話題を提供させていただきます。

近年、指先穿刺を伴わないグルコース値の測定方法として isCGM が着目されています。isCGM は、上腕部に装着したセンサーに測定器本体を近づけることでグルコース値が確認できるため、利便性がよく、血糖管理に役立ち、患者の QOL (Quality of Life : 以下、QOL) に貢献します。しかしながら、糖尿病をもつ高齢者においては、認知面や身体機能の問題があり、機械の操作やデータ解釈の難しさなど様々な課題があると言われていています。さらに、外来診療の短い時間の中では、高齢者の認知機能の状態や身体面での把握が難しく、isCGM 導入はハードルが高いと感じている方も多いと思います。また、isCGM を使用する高齢者への看護ケアの実態も明らかになっていない現状があり、手探りで看護を行っている方も多いと考えます。

そこで、本交流集会では、糖尿病をもつ高齢者における isCGM の使用上の課題や看護実践について、糖尿病看護認定看護師が経験した事例を交えながら看護のコツをお伝えします。皆様とのディスカッションを通して、明日への看護実践へのヒントになればと思います。

【プログラム】

1. 趣旨説明
2. isCGM のキホンの解説
3. 症例提示
4. グループワークと意見交換
5. まとめ・アンケート

本交流集会は、座席準備の関係上グループワーク参加者は24名までとさせていただきます。なお、聴講者の人数制限はありません。

■交流集会 7 9月24日(日) 第6会場 13:50~15:10

糖尿病とがんを併せ持つ患者への支援ーがん薬物療法を受ける糖尿病患者のセルフマネジメント支援ツールの開発：手足症候群

山本 裕子¹、田中 登美²、光木 幸子³、南村 二美代⁴、横田 香世⁵、嶋田 幸子⁶、肥後 直子⁷、藤田 かおり⁸、門田 典子⁹、服部 美景⁷

¹畿央大学、²奈良県立医科大学、³同志社女子大学、⁴大阪公立大学、⁵大阪青山大学、⁶京都田辺中央病院、⁷京都府立医科大学附属病院、⁸洛和会音羽病院、⁹京都看護大学

【企画趣旨】

糖尿病患者は多くのがんにおいて有意に高い発症リスクがあると報告されており、がんを併せ持つ糖尿病患者は少なくありません。また、がん治療の発展により長期に療養する糖尿病とがんを併せ持つ患者の増加が予測されており、糖尿病とがんを併せ持つ患者の看護には多くの期待が寄せられています。

がん薬物治療中は様々な有害事象によって、糖尿病のセルフマネジメントだけでは対応が困難な状況が生じます。私達の先行研究（光木他、2020）では、患者は糖尿病、がんそれぞれの専門領域の看護師から提供される情報を自身で統合し、がん治療の時期に応じて優先性を変えながら糖尿病とがんの両方のセルフマネジメントを行っている現状がありました。そこで、私達はそれぞれの専門領域の看護師間の連携・協働を基盤として、がん薬物療法中のセルフマネジメントを促進するツールを作成しました。今年の交流集会では私たちが作成した「がん薬物療法を受ける糖尿病患者のセルフマネジメント支援ツール」を紹介し、参加者からツールの活用に向けた肯定的なご意見とともに、改善のための助言も多く頂戴しました。

今年の交流集会では、皆さまがフットケアで対応される機会も多い有害事象であるの一つである手足症候群を取り上げます。がん専門看護師によるミニレクチャを通して、症状の理解を深めるとともに、皆さまの実践での悩みや工夫を共有し、より良いケアについて一緒に考えたいと思います。また、専門性を活かした看護師の支援のタイミングや方法、連携等についても検討したいと思います。なお、本交流集会には、がん看護専門看護師ががん看護の視点から意見交換に加わります。本交流集会をふまえてツールを精練し、活用性を高めていきたいと考えています。多くの方のご参加をお待ちしています。

発表内容は JSPS 科研費 JP 22K10904 により助成を受けた研究の一部です。

【プログラム】

- オリエンテーション (5分)
- がん専門看護師によるミニレクチャ (10分)
- セルフマネジメント支援ツールの紹介 (5分)
- 状況説明 (5分)
- グループワーク (30分)
- 意見交換・質疑応答 (20分)
- まとめ・アンケート (5分)

■交流集会 8 9月24日(日) 第7会場 9:00~10:20

「JADEN in岡山でみ～んな元気になる話」 ～療養支援やってて良かったっていう体験談共有しませんか?～

大佐古 三香¹、山崎 優介²、竹内 麻衣³、佐々木 亜衣⁴、岩本 由衣⁵、秋元 陽子⁶、森山 初美⁶、森瀬 茜⁸、川島 幸美¹⁹、小森 正子¹⁰、佐藤 広太¹¹、鈴木 裕子¹²、成田 圭子¹³、松田 麻耶⁷

¹パナソニック健康保険組合松下記念病院、²広島市立北部医療センター安佐市民病院、

³公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院、⁴総合病院釧路赤十字病院、

⁵長崎県病院企業団長崎県壱岐病院、⁶東京慈恵会医科大学附属第三病院、⁷帝京大学医学部附属病院、

⁸株式会社DPPヘルスパートナーズ、⁹医療法人明徳会総合新川橋病院、

¹⁰愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院、¹¹久里浜医療センター、¹²富士吉田市立病院、

¹³十和田市立中央病院

key words : ケア評価

【企画趣旨】

皆様は自分が患者さんに行った療養支援について語ることはありますか？

糖尿病看護の世界では、患者さんに成功体験を重ねてもらい、自己効力感を高める働きかけが重要です。皆様も日々そのような看護実践をされているのではないのでしょうか。しかし、看護師である自分自身の成功体験や自己効力感についてはどうでしょう。患者さんへの支援の中で、本当は何かしら手応えを感じていることもあるのに、それを他の人に話をしたり、振り返る機会がないままになっていませんか？

患者さんだけでなく、看護師自身の自己効力感も大切です。成功体験は看護師の自己効力感に影響しているといわれており、看護師自身の自己効力感を高めることは周囲にポジティブな影響を与えます。自分自身の手応えがあった看護実践を人に話し、それを認めて褒めてもらうことで成功体験になりますし、それが自己効力感につながります。何よりも心が温まり看護が楽しくなってきました。

本交流集会では、皆様が行った療養支援の中で、手応えを感じた成功体験や、療養支援の楽しさを共有できるような企画を考えています。是非、皆様の経験した大切な療養支援を岡山の地に持ちより、語り合うことで、「明日の仕事も頑張れる!!」そんな気持ちになって、また日々の糖尿病看護につなげて下さる事を願っています。ご参加を心よりお待ちしております。

【プログラム】

1. 企画趣旨説明 (大佐古三香)
2. ミニレクチャー「看護を語る事の意味」(山崎優介)
3. 療養支援やってて良かった事例 (佐々木亜衣、森瀬茜)
4. グループディスカッション
5. 各グループ発表
6. まとめ (竹内麻衣)

■交流集会 9 9月24日(日) 第7会場 10:40~12:00

やってみよう！視力障害・感覚障害のある患者体験 患者中心のケアで元気を届けよう！

宮田 瑛美¹、片岡 典代²、佐藤 果苗³、吉沢 祐子⁴、笹邊 順子⁵、豊田 里美⁶、中尾 久美子⁷、藤井 真由美⁸、水ノ上 かおり⁹、横山 仁美¹⁰、松浦 志保¹¹、平田 安由美¹²

¹(宗)在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院看護部、

²社会医療法人仁生会三愛病院、³安田女子大学看護学部看護学科、⁴心臓病センター榊原病院、

⁵倉敷成人病センター、⁶日本赤十字社岡山赤十字病院、⁷特定医療法人和風会中島病院、

⁸公立学校共済組合中国中央病院、⁹医療法人社団清和会笠岡第一病院、

¹⁰医療法人社団井口会総合病院落合病院、¹¹社会医療法人栗山会飯田病院、

¹²公益財団法人操風会岡山旭東病院

【企画趣旨】

3年に渡る新型コロナウイルス感染症の蔓延は、私たちの生活に大きな変化をもたらしました。医療現場において、医療者と患者の物理的な距離を保つことが求められ、様々な制約の中で多くの悩みや問題に直面しながら、関わり方やケアの方法を模索する日々だったと思います。

この交流集会では、視力・感覚障害の模擬体験を通じて、今こそ改めて患者、看護師それぞれの立場からケアを振り返る機会になればと考えています。

模擬体験で体幹したことから、視力・感覚障害といった合併症を抱えている患者の生活を想像し、ポジティブな思考と発想で患者中心のケアについて皆さんの考え、共有しましょう。

合併症を抱え生活する糖尿病患者をより深く理解し、明日からのより良いケアに繋がる交流集会になればと思います。

【プログラム】

1. 企画趣旨の説明
2. 事例を通して、模擬体験(患者・看護師それぞれの役割を体験)
3. 体験を通しての感想、支援の方法などのグループディスカッション
4. ディスカッション内容の発表、意見交換
5. まとめ(研修後にまとめの資料は配布)

<模擬体験の内容>

- ・視力・感覚障害を疑似体験用のメガネや手袋などを使用、装着する。
- ・患者役はインスリン自己注射、自己血糖測定(疑似血液を使用した吸着)、血糖測定ノートへの測定値の記入を実施、看護師役はそれらの支援を体験する。

【注意事項】

- ①参加者の上限は30名とし、参加者が予定人数よりも上回る場合は見学者としての入室とします。
- ②マスク着用等の感染対策に配慮、協力をお願いします。
- ③参加者4-6名に対して、糖尿病看護認定看護師のファシリテーター1名を配置しグループワークを支援します。
- ④ファシリテーターが安全面の配慮を行います。医療機器を使用します。体験時は各自、十分な注意を払い実施するようにご協力ください。

■交流集会 10 9月24日(日) 第7会場 13:50~15:10

しこく KAGAWAのちいさな糖尿病専門クリニックから発信 第2弾 ～連携のモヤモヤを語ろう～

是本 奈津子、谷脇 直美、新岡 美由紀、大河原 泉、松岡 香代子、五味 美佐子、松下 照子
医療法人社団とみおか内科クリニック

【企画趣旨】

5年前、私たちはこの学会で～診療所ならではのモヤモヤを話し合い よりやりがいのある看護をするために～をテーマに交流集会を持ちました。参加してくださった皆さんと、日々のモヤモヤを表現・共有することが出来、専門診療所で働くことの意味や目指す看護について見つめ直す機会となりました。

一言に診療所と言っても、生活習慣病を定期的に診ている所や、その時々困りごとに対応する所など施設毎に特徴があります。いずれにしても、地域包括ケアシステムの中で、診療所の看護師が果たす役割は大きくなっています。短期あるいは長期的に介入が必要な患者に発症初期から関わり、その後も継続的な支援を担います。院内の他職種との連携はじめ、病状によっては、より専門的な治療を受けるために受診する病院との連携、腎臓内科や循環器科、眼科、歯科、腫瘍内科など他科との連携、働き盛り世代の企業・地域保健師との連携、高齢患者の安全な療養を支えるための介護関係者との連携など他部門と円滑に連携できるかどうかは患者支援の質に関わります。

一般的に病院には地域連携室があり、SW等の専門職により他施設との連携が取りやすいと言えます。しかし、診療所にはそのような専門職や専門部署がないことが多く、自分たちでその役割を果たす事となり、それによるメリット・デメリットもあります。

患者がどの場面においても納得できる支援を切れ目なく受けることができるようにするためには、医師の視点だけでなく、看護師だからこその視点、看護師のアセスメントも不可欠であり、それがゆえに日頃の連携において悩み、モヤモヤを感じている方も多いのではないのでしょうか？

同じように診療所で悩まれている方(診療所との連携に興味のある病院勤務の方ももちろん)、「連携」をテーマに語り合いませんか？

【プログラム】

- 1、企画趣旨説明
- 2、グループディスカッション
- 3、意見交換
- 4、まとめ

■交流集会 11 9月24日(日) 第7会場 15:30~16:50

生活背景十人十色：病気とのつき合い方を患者とともに考えよう！～看護の教育的関わりモデル「生活者としての事実とその意味」～

井上 智恵¹、林 優子²、近藤 ふさえ³、滝口 成美⁴、河口 てる子⁵、大池 美也子⁶、安酸 史子⁷、小平 京子⁸、太田 美帆⁹、伊波 早苗¹⁰、横山 悦子¹¹、東 めぐみ¹¹、伊藤 ひろみ¹²、小林 貴子¹³、小田 和美¹⁴、道面 千恵子¹⁵、岡 美智代¹⁷、長谷川 直人¹⁶、小長谷 百絵¹⁸、恩幣 宏美¹⁷

¹京都済生会病院、²大阪医科薬科大学、³長岡崇徳大学、⁴大森赤十字病院、⁵聖隷クリストファー大学、⁶元九州大学大学院、⁷日本赤十字北海道看護大学、⁸関西看護医療大学、⁹東京家政大学、¹⁰淡海医療センター、¹¹順天堂大学、¹²元砂川市立病院、¹³横浜創英大学、¹⁴札幌市立大学、¹⁵九州大学大学院、¹⁶自治医科大学、¹⁷群馬大学大学院、¹⁸新潟県立看護大学

【企画趣旨】

私たち「患者教育研究会」は看護師による効果的な患者教育の向上を目指し、「看護の教育的関わりモデル」を開発し、29年経った現在も毎月検討を続けています。そして、開発したモデルを臨床現場で活用して頂けるように第23回学術集会から継続して交流集会を行ってきました。今回の交流集会では、熟練看護師の看護実践から導き出された効果的な患者教育のための概念の1つである『生活者としての事実とその意味』を紹介します。

糖尿病の病状をコントロールするには、患者は生活を調整することが必要になります。治療のためであれば生活を変えるべきであるという前提に立つ看護師は、患者が生活を変えるのは当然であるとし、患者の行動は変わらないか、変わったとしても短期間しか続かず大部分は元の生活に戻っていきました。一方、患者がうまく治療を生活に組み込んだ場合は、看護師が患者の生活習慣や価値観に配慮し、それに基づいた療養生活を支援していることがわかりました。ここでいう生活とは、①生命、生存、②生活習慣、社会的活動、生計、暮らしむき、③価値観、信条、生き方の側面があります。そして、この生活はいろいろな面を持つ多面体のようで、その時々で変化しています。看護師は、患者との日々の関わりの中で患者の「生活者としての事実とその意味」を浮き彫りにしていきます。そのようなプロセスの中で患者が本当はどうしたいのかが見え、その人にとって必要とされるケアが展開できるようになります。

当日は、『生活者としての事実とその意味』について事例を交えながら解説し、皆様とのディスカッションを通して、看護実践の手がかりをみつけることができれば幸いです。

【プログラム】

企画趣旨の説明 (5分)

『生活者としての事実とその意味』概念の説明 (25分)

『生活者としての事実とその意味』事例の紹介 (15分)

ディスカッション (30分)

まとめ・アンケート (5分)

第1日目 第1会場

■ランチョンセミナー 1

座長：大橋 健（国立がん研究センター中央病院総合内科（糖尿病腫瘍科） 科長）

2型糖尿病診療のレベルアップ ～経口GLP-1受容体作動薬をどう使うか？～

亀井 望

広島赤十字・原爆病院内分泌・代謝内科 部長

糖尿病治療におけるエビデンスの構築により、早期から良好な血糖を維持することの意義が明らかとなり、適切な薬物療法を行えば、多くの人において「糖尿病のない人と変わらない寿命とQOL」という目標が達成可能となりつつある。

しかし、実際の糖尿病診療の現場では、最適化されないままの薬物療法が継続していることも多く、その原因として医療従事者と患者とのコミュニケーションギャップがあることが知られている。患者中心の決定サイクルがうまく回るための方法として、「共有意思決定」「動機づけ面接」などが有効とされるが、2型糖尿病の薬物療法選択の場面において「インフォームドチョイス」も使いやすい。

GLP-1 受容体作動薬は、強力な血糖改善効果を持ちながらも低血糖を起しにくく、血糖変動を改善する優れた特性を持ち、心血管疾患予防のエビデンスや食欲抑制を介した肥満抑制と残存膵β細胞機能の保護の可能性もある。2型糖尿病のある多くの人々にとって、内因性インスリン分泌がある程度残っている糖尿病発症早期からの使用が強く推奨される薬剤であるが、他のペプチドホルモンと同様に消化管からの吸収が困難で注射製剤しかなかったため、自己注射に拒否感のある患者において、これまで使用されにくかった。

しかし、吸収促進剤であるSNAC（サルカプロザートナトリウム）を含有する経口セマグルチドであるリベルサス[®]の登場により、皮下注射だけでなく内服の選択肢が増え、「インフォームドチョイス」による治療選択の場面が増えてきている。「週1回の皮下注射」と「毎日起床時に内服しその後少なくとも30分間絶飲食をする」のどちらにするかを自分で選択すると、患者は自らが主体的に関わった治療法であるとの認識を持ち、より積極的に薬物療法に取り組んでいるような印象を受ける。

本講演では、GLP-1の特徴とGLP-1受容体作動薬の位置付けについて改めて整理し、リベルサス[®]の服用方法と、なぜそのような服用方法が必要なのかについて一緒に考えたい。さらに、看護師による服薬支援とその先にあるコミュニケーションギャップの解消、ライフスタイル改善への期待を述べたい。

共催：ノボ ノルディスク ファーマ株式会社／MSD 株式会社

第1日目 第2会場

■ランチョンセミナー 2 インスリン治療の現状と今後の展望（デジタルヘルス関連を中心に）

座長：朝倉 俊成（新潟薬科大学 薬学部 臨床薬学教育研究センター）

インスリン治療の現状とインフォマティクスが支える糖尿病診療の未来 -コネクティッドインスリンデバイスの活用-

安西 慶三

佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科

糖尿病は、インスリン発見から100年以上が経過し、多くの治療薬が登場したにもかかわらず、未だにインスリン治療が必要な人々が存在しています。さまざまな背景を持つ糖尿病患者の生活とニーズは多様化しており、現在の治療法では課題に十分に対応できていない可能性があります。本講演では、インスリン治療の重要性と可能性に焦点を当て、インスリン注入器やデジタル機器の最新情報を取り入れながら、糖尿病診療の未来におけるインフォマティクスの役割について提示します。

具体的な症例として、1型糖尿病を患っているが認知症も併存する患者を考えます。この患者は、MDI（Multiple Daily Injections）によるインスリン治療が不可欠ですが、認知症の影響でインスリンの打ち忘れや過剰投与が頻繁に起こり、高血糖や低血糖を繰り返しています。このような状況では、患者の血糖値のコントロールは困難を極めます。

この症例において、家族や医療者は患者の安全性と血糖値のマネジメントを向上させるために、スマートインスリンペンの導入を検討しました。スマートインスリンペンは、コネクティッドインスリンデバイスであり、インスリンの投与量や注射時間を記録し、クラウド上でデータを共有することができるデバイスです。

スマートインスリンペンの利用により、家族や医療者はリアルタイムで患者のインスリン投与履歴を把握できます。これにより、過剰投与や打ち忘れのリスクを軽減し、血糖値のマネジメントを改善することが期待されます。また、データの共有により、医療チームは遠隔で患者の状態をモニタリングし、必要なアドバイスを提供することができます。

この具体例からわかるように、スマートインスリンペンの導入は1型糖尿病と認知症を抱える患者にとって重要な支援手段になると考えます。インフォマティクスの進歩とコネクティッドデバイスの活用により、患者の安全性と血糖値の管理が向上し、家族や医療者はより適切なサポートを提供できるようになるでしょう。

総括すると、本講演ではインスリン治療の現状とインフォマティクスが支える糖尿病診療の未来について再考します。インフォマティクスの進歩とコネクティッドインスリンデバイスの活用により、糖尿病治療はより効果的で個別化されたものとなることが期待されます。患者の多様なニーズに対応し、血糖値のマネジメントと生活の質の向上を実現するために、糖尿病診療におけるインフォマティクスの重要性を示します。

共催：ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

ラン
チ
ョ
ン
セ
ミ
ナ
ー

第1日目 第3会場

■ランチョンセミナー 3

座長：利根 淳仁（岡山済生会総合病院）

CGM新時代！看護師ができる1up治療支援

山崎 優介

広島市立北部医療センター安佐市民病院

糖尿病治療は目まぐるしい進化を遂げている。GLP-1 受容体作動薬や SGLT-2 阻害薬など、低血糖を起こしにくく効果が大きい薬剤が多く開発され、インスリン製剤においても作用発現時間が短いものや、効果が長く安定するものなど種類が増えてきている。中でも糖尿病治療に大きな影響を与えたものの一つとして、持続グルコースモニタリング（CGM）がある。従来の血糖自己測定（SMBG）では、その時の血糖値を「点」でしか見ることができなかったが、CGMでは、24時間の血糖変動を「線」で見ることができるようになった。これにより、今までわからなかった血糖変動、特に夜間の低血糖を見つけることが可能となり、糖尿病診療に大きな変化をもたらした。

CGMには、間歇スキャン式CGM（isCGM）とリアルタイムCGM（rtCGM）の2種類が存在する。どちらのCGMにも特徴があり、患者の状態や生活状況、好みに合わせて選択していくこととなる。その中でもisCGMであるFreeStyle リブレは、使用方法の簡便さから、糖尿病がある人にとって非常に画期的なものとなっており、CGMが広く普及するきっかけとなったと考える。FreeStyle リブレは、2017年販売開始当初は全く新しいデバイスであったことから、特別なものであると認識されていた。しかし、令和4年の診療報酬改定後、使用者は増え、今や糖尿病診療においてなくてはならないものになってきている。最近では、診療所で取り扱うことも多くなったことから、看護師がFreeStyle リブレを扱う機会も増えてきている。

本学会の参加者は、FreeStyle リブレを扱ったことがある、もしくは知っている方がほとんどではないかと考える。しかしながら、CGMを治療支援に活用しているかと尋ねるとほとんどの方は自信がないと答えるのではないだろうか。また、最初の機器導入説明は看護師が行っているが、データを読み込み、患者に説明をするのは医師であり、看護師による支援は行っていないという施設も多いのではないだろうか。私は現在総合病院に勤務し、糖尿病看護外来でCGMデータを活用した治療支援を行っている。その立場から言えることは、CGMは決して難しいデバイスではなく、看護師が行う治療支援に活かすことで、支援の幅が広がるということである。CGMによって可視化された血糖変動を患者と一緒に確認することで、食事、運動、薬物療法といった治療に関するサポートだけでなく、日常生活上の患者の気がかりなど細かい相談に乗ることも可能となる。また、コミュニケーションツールとして患者との信頼関係の構築や、患者の治療意欲の向上につなげることも可能となると考えている。

本セミナーでは、FreeStyle リブレを看護師がどのように活用するか、データをどのように見て治療支援に活かすか、また実際にどのように患者に治療サポートを行っているかなどをお伝えし、明日から早速治療支援を試してみようと思える機会としたい。

共催：アボットジャパン合同会社

第1日目 第4会場

■ランチョンセミナー 4

座長：平松 貴子（川崎医科大学附属病院看護部 看護部長）

外来、病棟で血糖記録を最大限に活用した糖尿病診療、治療支援を目指して

長山 浩士

浜松医療センター内分泌・代謝内科

糖尿病診療の基本の data は血糖値であり、正確な血糖値を把握できてはじめて正確な診断、診療にあたることができる。過去には当院でも病棟の血糖測定は SMBG 器で測定し、その値を後から電子カルテに入力する方法で行われており、入力間違い、入力遅れ等が一定数見られた。また外来の SMBG 記録においても患者さんの手書きの記録では不正確なものも見られた。そのようなことから、当院外来では 2012 年からメディセーフフィットによる外来血糖測定記録の取り込みを開始し糖尿病診療に活用している。正確な血糖記録はもちろん、長期の経過が分かることは有用で、A1c では遅れてしまうタイムリーな変化を捉えることができ診療に活用している。近年では CGM も進歩してきており、1 型糖尿病や、インスリン頻回注射の 2 型糖尿病中心に利用が広がっているが、SMBG の有用性は現時点でも変わらず、実は CGM にも勝る data 活用の方法もあることから紹介したい。CGM はクラウドベース管理となってきたが、SMBG 記録もクラウド型の血糖管理アプリ「メディセーフ データシェア」が登場しており紹介する。病棟においては 2012 年から全病棟でテルモのメディセーフフィットプロを導入し、正確な血糖記録をタイムリーに把握できるようになった。2019 年からはメディセーフフィットプロ II へ移行して運用している。POCT 器による病棟血糖管理としては 10 年以上の実績があり、安定して運用できている。検査技師による定期的な点検も実施している。当院では 1 名の糖尿病看護認定看護師、4 名の糖尿病療養指導士が在籍し、糖尿病教室や外来における透析予防指導を行い、チームカンファレンスも定期的に開催している。進化、進歩する糖尿病診療の現状と課題、そして、総合病院における糖尿病診療、治療支援の問題や困難についても、情報を共有したい。

共催：テルモ株式会社

第1日目 第5会場

■ランチョンセミナー 5

座長：森 小津恵（東京都済生会向島病院）

“働き方改革”のまっただ中、POCTをどう役立てるか。

佐々木 洋光
東海記念病院

POCT：Point Of Care Testing は、ベッドサイドなど患者の傍らで医療従事者が行う検査で、検査時間の短縮や患者が検査を身近に感じることが出来るという利点を活かして、迅速かつ適切な診療などに寄与し、医療の質と患者のQOLに資する検査であると日本医療検査学会のPOCTガイドラインで定義されている。糖尿病領域では、ベッドサイドで行われる簡易血糖測定が、POCTの良い適応であり、1970年代前半にレフラクタンスメータによる比色定量の血糖測定器が開発され、POCT対応機器として臨床応用が開始された。1980年代後半、安価なSMBG機器の登場以降、SMBG機器による簡易血糖測定が盛んに実施され糖尿病の診療現場に定着した。一方、POCT対応機器は膜電極を使用したものが1990年代に登場したが、SMBG機器に比して、著しく高価であり、普及しなかった。2000年以降、SMBG機器の一部で偽高値による重大なインシデントが散見されるようになり、2004年厚生労働省が医薬品・医療用具等安全性情報を発出することで、精度管理や医療安全の観点からPOCT対応機器の有用性を考えて採用する施設が徐々に増えたが、それでも大多数の施設でSMBG機器が使用されていた。その後、国際的にはSMBG機器の国際規格ISO15197が2013年に改訂され、ヘマトクリットや干渉物質の影響を明記し、誰が測っても測定値のバラツキを極力小さくする仕様が要求される様になった。またPOCT対応機器に関しては、米国臨床・検査標準協会(CLSI)が、院内血糖管理に関する包括的な国際ガイドライン及び推奨を含むPOCT12-A3を発行し、より厳格な精度管理基準を課す様になった。米国においては、基準を満たしたPOCT機器以外病院内での使用を認めない方向に進んでいるようである。一方、我が国では、2018年に行われた医療法の一部改正において、医療機関内で実施される検体検査の精度の確保が求められ、使用する機器の内部精度管理の実施が明記され、SMBG機器やPOCT対応機器もこの対象となったが、これは努力義務であり、POCT対応機器使用の動機とはなりにくかった。その様な中、近年医療現場において働き方改革が議論される様になった。多忙な医師の業務をタスクシェア・タスクシフトで他の医療職種に委譲するものであるが、委譲された職種もそもそも多忙であり、業務を効率化するしかない。正しい血糖測定値を得るには、①血糖測定機器の精度管理が実行でき、②患者認証を行い測定を確実に実施、③得られた測定値を電子カルテに迅速かつ間違いなく記録するという手順を実行できるシステムが必要であり、POCT対応機器はこれらの機能を持っている。特に医療スタッフの記録業務の効率化は業務時間の短縮軽減に大きく資する可能性があり、導入を考慮すべきである。

共催：ニプロ株式会社

第2日目 第1会場

■ランチョンセミナー 6

座長：伊波 早苗（社会医療法人誠光会理事・淡海医療センター看護局 統括看護部長）

アドボカシー活動とスティグマの解消～岩田稔さんと共に考える

利根 淳仁

岡山済生会総合病院内科・糖尿病センター 副センター長

岩田 稔

株式会社Family Design M 代表取締役

2023年7月現在、2019年から続くCOVID-19の流行はようやく落ち着く兆しを見せています。この数年の間も、新しい糖尿病治療薬や通信機能を備えた血糖管理デバイスが登場するなどの技術革新が進み、患者さんとのかかわり方においても、オンライン診療が開始されたり、Webシステムを活用した患者会が実施されるなど、糖尿病医療を取り巻く環境は絶えず変化し続けています。さて、糖尿病の治療目標は、合併症の発症・進展を阻止し、糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLの実現を目指すことです。当院でも、この目標達成に向け、さまざまな職種の医療スタッフがチームを組んで治療を行っていますが、前述の通り、近年の医療技術の進歩により、既に糖尿病がある人も糖尿病がない人と変わらない平均寿命の達成が期待できるようになってきています。どのように患者QOLを向上させられるかについては、様々な視点があり、コメディカルの皆さんも含めた多くの医療従事者の間で議論が進められていることだと思います。

このQOLの向上に向けた取り組みとして、近年、特に注目されているキーワードが「スティグマ」と「アドボカシー」です。日本糖尿病学会と日本糖尿病協会は、2019年11月に「アドボカシー委員会」を合同で設立しました。社会の意識や仕組みを変革する取り組みのなかで、昨年5月からは「糖尿病にまつわることばを見直すプロジェクト」も開始されています。皆さんもご存じの通り、アドボカシー活動によってスティグマを取り除いていくよう努力することが大切であると糖尿病治療ガイド（2020-2021版）で記載されています。スティグマとアドボカシーは、医療従事者一人一人に関わる事柄として、理解を深めていく必要があると感じています。

本セミナーでは、「アドボカシー」と「スティグマ」について、その現状や必要性を改めてお伝えするとともに、元プロ野球選手として国際大会でも活躍された岩田稔さんにもご登壇いただきます。「元プロ野球選手+糖尿病のある方」の立場から、貴重な経験もお伺いし、皆さんと共に考える機会にしたいと思います。

ご参加の皆さんには、本セミナーを通して、糖尿病診療におけるアドボカシー活動やスティグマの解消が身近な問題であることを実感いただき、明日からの糖尿病のある方に寄り添った、細やかな治療支援に繋げていただければ幸いです。

共催：アークレイマーケティング株式会社

第2日目 第2会場

■ランチョンセミナー 7

座長：石井 均（公立大学法人 奈良県立医科大学 医師・患者関係学講座 教授）

一人ひとりにあわせたパーソナライズ医療へ～看護師が患者と共に実践するHCLの最大活用～

川述 里美

医療法人南昌江内科クリニック日本糖尿病療養指導士

近年、インスリン製剤やインスリンポンプなどの注入デバイス、血糖マネジメントのための治療デバイスのバリエーション拡大に伴い、日本の1型糖尿病患者への治療の選択肢は大きく広がっている。2015年にリアルタイムCGM機能を搭載したインスリンポンプ「Sensor Augmented Pump (SAP)」の登場によりSAP療法が急速に普及し、2018年には低グルコースを予測して基礎インスリンを自動停止、自動注入再開する predictive low-glucose management (PLGM) も搭載された。その効果は、夜間低血糖や無自覚性低血糖の予防に寄与し、患者や家族の安心感にもつながった。さらに、2022年1月には本邦初のHybrid closed loop (HCL) を搭載したミニメド™770Gシステムの登場により、インスリンポンプが基礎インスリンを自動調整するまでに進化し、長期的な血糖コントロールの改善とQOLの向上が期待されている。

治療法の選択肢が大きく広がったことで、患者一人ひとりにあわせたパーソナライズ医療 (Personalized therapy) の実現が可能になった。先進医療を行う上で、医師だけでなく、患者を取り巻くすべてのメディカルスタッフの協力が欠かせない。医療者はその治療法を習熟し、患者への確かな情報提供を行い、その選択をサポートする必要がある。

HCL療法では、安全に治療を行うための手技指導に加え、ケアリンク™レポートより得られた情報を患者と共有し、患者自身がどのように治療に活かすかを一緒に考える支援は、患者の血糖マネジメントやQOLの維持向上には欠かせない。

一方、患者が自分らしく生きていくためには、先進医療だけでは不十分であり、経済的問題などでその選択ができないこともある。看護師は個々の心理・社会的な背景を理解し、寄り添うこと。そして、患者とチーム、家族を繋ぐコーディネーターや、社会的サポートの情報や患者同士のつながりを提供するなど、調整役としての役割も大きい。

現在、進化したCSII・リアルタイムCGM、SAP (アラート・PLGM・HCL) という様々な選択肢を、どのような患者に提供し、その選択をどのように支援していくか、ライフステージに応じ変化する患者のニーズに合わせ、将来的にどのように治療をカスタマイズするかを考える必要がある。また、ケアリンク™レポートをどのように読み解き、課題を見つけ、いかにHCLの維持時間を高め、HCL機能を最大限に生かした治療効果とQOLの拡大につなげられるか、患者・看護師の立場で治療支援を考えてみたい。

共催：日本メドトロニック株式会社

第2日目 第3会場**■ランチョンセミナー 8**

座長：水野 美華（原内科クリニック 糖尿病看護特定認定看護師）

SMBG、CGMを糖尿病治療支援に活かす

廣田 勇士

神戸大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌内科学部門

糖尿病の血糖管理指標として、HbA1c が長年用いられている。HbA1c は2～3か月にわたる血糖値の平均値を反映した指標であり、HbA1c の測定だけでは日々の血糖変動を把握することはできない。また、インスリン治療中などでは、低血糖が生じるリスクもあり、適切な治療を行うためには、糖尿病をもつ人自身が自己の血糖値や血糖推移を把握する必要がある。

血糖自己測定（self-monitoring of blood glucose: SMBG）は1986年から保険適応となり、日常診療に用いられている。SMBGを用いることで、測定したタイミングでの血糖値を把握することができるようになり、インスリン治療がより安全に行えるようになった。ただし、SMBGの回数が不十分であれば、測定時点の血糖値が、低下途中にあるのか、上昇途中にあるのかといったような詳細な血糖変動を把握することが困難な場合もある。

2010年に本邦でも使用可能となった持続血糖モニター（continuous glucose monitoring: CGM）により、血糖変動を詳細に評価できるようになった。プロフェッショナルCGMは、装着期間の血糖変動を振り返って評価するための検査機器である。プロフェッショナルCGMの登場により、夜間低血糖の存在や、食後高血糖の存在など、SMBGでは把握できなかった血糖変動が評価可能となった。プロフェッショナルCGMで血糖変動を評価した場合に、そのデータをフィードバックし、治療内容を見直したり、SMBGを実施するタイミングを最適化したりすることが可能である。2015年にはsensor augmented pump（SAP）療法が可能となり、インスリンポンプユーザーにおいてリアルタイムCGMが使用可能となった。さらに、2017年には間歇スキャン式CGM（intermittently scanned CGM; isCGM）が発売され、2018年には単体型のリアルタイムCGM機器が保険適用となり、多くのインスリン使用中の糖尿病をもつ人がisCGMやリアルタイムCGMを使用し始めている。しかし、これらのCGMを用いる場合でも、SMBGを適切に使うことが重要であり、SAP療法や一部のリアルタイムCGMでは、CGMの使用にSMBGが必須である。また、SMBGでの較正を要しない工場較正がなされているisCGM機器とリアルタイムCGM機器のいずれの使用においても、「必要に応じて血糖自己測定器を併用しながら、糖尿病の日常の自己管理に用いる。」と添付文書に記載されており、適切なタイミングでSMBGを実施する必要がある。以上のように、isCGM、rtCGMが普及する中でも、SMBGをどう活用するかは重要な課題である。本講演では、SMBG、CGMを糖尿病治療支援にどう活かすかを考えてみたい。

共催：株式会社三和化学研究所

ポスター・展示会場

■看護研修学校紹介展示

一緒に糖尿病看護の輪を広げませんか
～仲間とともに協力し合い深めた学びや、私たちの実践と挑戦を紹介します～

○浦上 晴代¹、相原 みゆ紀²、安東 美瑞穂³、飯田 優⁴、五十嵐 理奈⁵、岩瀬 仁美⁶、大田 親子⁷、佐々木 恵子⁸、加納 裕久⁹、笹島 由江¹⁰、佐藤 ひとみ¹¹、多田 美瑞穂¹²、蓼沼 恵美¹³、濱口 計子¹⁴、平賀 愛子¹⁵、前場 真由美¹⁶、又吉 桃子¹⁷、宮本 晴江¹⁸、三好 徹¹⁹、吉橋 信行²⁰

¹日野市立病院、²仙台医療センター、³東林間かねしろ内科クリニック、
⁴埼玉医科大学国際医療センター、⁵日本海総合病院、⁶国保旭中央病院、⁷長門総合病院、
⁸元 社会福祉法人恩賜財団済生会京都府病院、⁹土岐市立総合病院、¹⁰西東京中央総合病院、
¹¹村山医療センター、¹²船橋市立医療センター、¹³榊原記念病院、¹⁴小川赤十字病院、
¹⁵北里大学メディカルセンター、¹⁶沖縄協同病院、¹⁷琉球大学病院、¹⁸真生会富山病院、
¹⁹中部国際医療センター、²⁰獨協医科大学病院

東京都清瀬市の日本看護協会看護研修学校は、2020年から特定行為研修を組み入れた認定看護師教育（B課程）を行っている。2期生となる私達は、30人の仲間と切磋琢磨し多くを学び糖尿病看護への理解を深めた。

例えば、専門科目であるセルフモニタリングの授業では、連続グルコースモニタリング機器を装着して血糖値の変動を体験し、意見交換した。生活の中で血糖管理を続けることへの煩わしさや恐怖感などの率直な気持ちを仲間に伝え受け止めてもらえたことで安心感を得た。また、血糖値を確認し工夫したことが、セルフモニタリングに基づいた治療そのものだったことに気付いた。これらの経験により、患者を生活者として捉えることの大切さや、共に振り返るプロセスが自身のモニタリング力を高める支援に繋がることを学んだ。またグループワークでは多角的な考えを見聞きすることで、新たな気づきやコミュニケーション技術の学びとなった。

これらを経て私達は今、患者自身のモニタリング力やマネジメント力を促進する支援を心掛けている。目の前の患者の生活を思い描きながら情報収集し、臨床推論力や病態判断力を活用し把握した病態と併せて、血糖パターンマネジメントに繋げている。そして可視化したデータや生活を共に振り返り、問題点を自身が発見し、解決策を見出せるよう支援している。また、患者の代弁者となり、医師や多職種とディスカッションを繰り返し、価値に基づく診療の実現に取り組んでいる。さらに、患者体験から得た気づきはスティグマの解消に向けたアドボカシー運動に役立っている。

本展示では、B課程の様子や私達の実践と目標について紹介する。この展示を通して、糖尿病看護特定認定看護師をめざす仲間が増えることを期待し、企画した。

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

1

ドナベディアンモデルを活用したA病院の
糖尿病に関する組織的な医療の質の評価—
新たな組織体制構築に向けて—

○石川 恵

日本赤十字社前橋赤十字病院

【目的】 A 病院は 31 診療科 555 床を有する施設でありどの部署にも糖尿病患者がいる。ドナベディアンモデルを用い A 病院の糖尿病に関する組織的な医療の質の評価を行い、新たな組織体制構築にむけた取り組みに関して示唆を得る。【実践内容と方法】 1. 収集項目：1) 現在の組織体制 2) 無作為抽出した 1 日の入院患者の現状①血糖測定数②糖尿病製剤使用者数③糖尿病内分泌内科（以下糖内科）と他診療科別の糖尿病製剤使用者数、3)2021 年間インスリン自己注射導入指導数、4) インシデントアクシデント事例①月別報告数②内訳、5)2022 年糖尿病専任看護師（以下専任看護師）に職員より寄せられた内容。 2. 分析方法：Dona-bedian,A. が提唱したドナベディアンモデルにて収集項目 1) を構造、2)3) を過程、4)5) を結果として整理し、総合的に A 病院の糖尿病に関する組織的な医療の質を分析した。なお A 病院倫理委員会の承認を得た。【結果】 1. 構造：多職種かつ有志で構成された糖尿病ケアチームが 2005 年より発足。活動は勤務時間外になることもあり参集率 43.4% と院内問題事項の検討、周知が十分にできなかった。専任看護師は主に看護師対象に問題対応していた。 2. 過程：血糖測定者数は各病棟平均 7.7 人。インスリン加療者は各病棟平均 6.5 人、経口血糖降下薬（以下内服薬）使用者は 4.4 人。またインスリン 81.0%、内服薬 97.0% は他診療科指示であった。2021 年は毎月平均 3.6 件インスリン自己注射導入指導があった。 3. 結果：インシデントアクシデント報告数は 2019 年月平均 16.8 件、2020 年 17.3 件、2021 年 7.8 件であった。インスリン事例と内服薬事例では、2019 年 55.0%、18.0%、2020 年 51.0 %、29.0%、2021 年 34.0%、37.7% であった。専任看護師には“他診療科医師のインスリンの指示の出し方が様々で困惑する”等の意見が寄せられた。【考察】 インシデントアクシデント事例が継続して報告されており糖尿病製剤指示は他診療科が 8 割以上を占めることから他診療科医師らを含め周知を適切に行うこと等が求められた。よって現場から問題を抽出し情報発信する機構、そして指示・抽出された問題を多職種にて検討する機構、更に全部署の看護師と検討する機構が新たに必要と考えた。

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

2

演題取り消し

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

3

認知症をもつ糖尿病患者のインスリン調整を含めた外来看護

○東 康子

医療法人社団和楽仁芳珠記念病院

【目的】

認知症をもち入院治療が困難な糖尿病患者のインスリン調整を含めた外来看護の振り返り

【実践内容と方法】

患者は81歳男性、妻と2人暮らし、パチンコが趣味。IgG 4関連疾患リウマチ科に通院していた。腎臓がんを有し、間質性腎炎のためステロイド薬開始となった。

転院初診時、インスリン強化療法実施でHbA1c：6.6%、ステロイド薬の減量、患者、家人の希望もあり糖尿病内服のみへ変更となったが、重症肺炎を発症し、ステロイド療法が強化され、血糖コントロール不良となり入院。入院中は帰宅願望強く、暴言や、車いすを自操し離棟することもあった。入院中の血糖コントロールはHbA1c：9%台で推移していた。その後退院し、血糖コントロールは徐々に悪化。13.2%となり、体調不良もあつたため外来での看護介入の依頼となった。特定看護師として、血糖コントロールに係る薬剤投与関連、インスリンの投与量の調整の実施とした。介護度は要介護2、訪問看護・リハビリテーション1回/週、ADL：寝たきり度：B1 認知症自立度：Ⅱb

期間：2021年10月～2022年12月

方法：外来受診1か月毎に看護介入を実施。それ以外にも妻や訪問看護師とは適宜調整し連携を実施した。

倫理的配慮：所属施設の倫理委員会に申請し、許可を得た。

【結果】

妻に依頼し、インスリンの注射及び、血糖測定の手技を習得してもらった。訪問看護師には、患者の状況とともに妻への援助も依頼した。当初インスリンデグデグの1回打ちから開始したが、調整できなかったため、インスリンリスプロの朝・昼食時前の2回打ちとし、血糖値は徐々に改善していき、HbA1cは8.5%となった。〈医療・生活〉〈患者の状況・思い〉〈妻の思い〉〈訪問看護師の実践〉〈外来看護師の実践〉を都度評価していくことで、患者は入院することなく、自分の好きなことができる日常生活を送ることができた。

【考察】

今回インスリン調整ができたのは、妻や訪問看護師などの患者を支える力をその都度評価し、血糖値を含め適宜介入できたためである。認知症をもつ糖尿病患者自身の希望する生活を維持するためにも、継続した外来看護の視点で介入していく必要がある。

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

4

介護支援専門員への糖尿病出前講座の成果

○小林 麗子

公立置賜総合病院

【目的】 介護支援専門員対象の糖尿病出前講座における研修の成果を明らかにする。【実践内容と方法】 出前講座は、A市内と近隣の13事業所の介護支援専門員33名を対象としたもので、糖尿病を持つ高齢者の食事療法と合併症に関する研修の依頼であった。現状分析として、高齢者は低栄養予防が大切であり、重大な合併症は低血糖と著明な高血糖に的を絞り、研修目標を「糖尿病を持つ高齢者を支えるための観察ポイントが言える」とし研修を設計した。研修後の実践課題を取り入れ〈食事が摂れていない、〇〇しか食べていないことに気づいた〉〈血糖自己管理ノートを見せてもらった〉〈400mg/dl以上の高血糖に気づいた〉〈80mg/dl以下の低血糖に気づいた〉〈これまでなかった症状で本人、家族が困っていると気づいた〉〈気づいたことを医療機関や訪問看護師に報告した〉のうち、実践した件数と評価を言葉にし提出してもらった。倫理的配慮として個人情報保護と学会発表の趣旨を文書で説明し同意を得た。【結果】 研修の約1か月半後、7事業所より実践課題結果の提出があった。実践につながった例として、〈血糖自己管理ノートを見せてもらった〉が7件、〈食事が摂れていない、〇〇しか食べていないことに気づいた〉〈400mg/dl以上の高血糖に気づいた〉〈気づいたことを医療機関や訪問看護師に報告した〉が各1件であった。評価の言葉には、「ヘルパーや訪問看護師の報告を意識するようになった」「インスリン注射部位が硬くなり血糖が高いとわかった」との返答があった。【考察】 糖尿病をもつ高齢者は、低栄養、低血糖、著明な高血糖により、日常生活の困難や体調変化、生命の危機が起こりうる。実践課題により、介護支援専門員やヘルパーの観察で気づき、医療者と共有するコミュニケーションへの効果があった。これまで一方向的な研修を企画していたが、研修から得た評価を次に活かすことができると考えられた。今後も出前講座において、介護支援専門員に対し具体的で実践可能な観察項目を提示し、糖尿病を持つ高齢者の生活状況に寄り添った連携ができるよう努めていきたい。

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

5

1 型糖尿病と統合失調症を併せ持つ人の地域生活を支えるために
～多職種による支援体制の構築と課題～

○三ツ木 美麗、名嘉真 香小里、箱木 まゆみ、藤井 仁美、宮川 高一
医療法人社団ユスタヴィア多摩センタークリニック
みらい

【目的】認知機能障害を伴う1型糖尿病患者の支援の困難さから方法を模索し、ストレングスマッピングシートの活用が患者理解に繋がった。地域生活継続に向けた多職種での支援について報告する。

【倫理的配慮】施設の倫理委員会にて承認

【実践内容と方法】A氏40代女性、1型糖尿病、統合失調症。17歳から20年間医療的介入がないまま引きこもり状態であった。DKAでの搬送が契機となり上記診断・治療開始。単身生活での自己管理が難しくグループホーム（以下GH）入居となり、往診から当院へ転医。初診時HbA1c8.5%、随時血糖350mg/dl、デグルデク34U朝1回、GH職員（以下職員）見守りで自己注射実施。表情は変化に乏しく視線を合わせない、口数は少なく緩慢な話し方、意欲低下あり。職員の困り事として、低血糖の頻発と自己対応困難、前医から職員へ低血糖対応の指示が統一されていない、1日4回のSMBGの負担感、1型糖尿病の知識不足があった。isCGMを導入し職員へ疾患の知識教育と共に、メールや電話応対にて支援し連携を図った。ストレングスマッピングシートから本人の思いを確認した。

【結果】isCGMの活用と職員の1型糖尿病への疾患理解と対応力が向上し、遠隔モニタリングでの治療調整・確実なインスリン投与・低血糖対応が統一された。GH内の連携から支援体制を確立でき、GH・作業所を含めたインスリン3回注射が可能となりHbA1c8.5%から7.5%、TIR34%から73%に改善した。A氏が間食を自制できず血糖値が悪化した際、血糖マネジメントに配慮し食事療法を支援するGHと自己決定を支持する相談支援専門員との間で意見の相違が生じた。連携のためコーディネーター役を担い、本人・両者同席での診察や栄養相談を実施し、本人の意向を確認することで全体での共通理解に繋がった。支援体制が維持され、A氏は居心地よく安全な生活のもと社会参加の継続に至った。

【考察】支援者の患者理解と疾患理解から、1型糖尿病と統合失調症を有する患者の地域生活を支える協力体制の強化・患者の意向に沿った支援に繋がった。事例を通じ他院精神科との連携の端緒となった。多職種間の相互理解・関係性の構築にコーディネーターが必要である。

第1群 口演1 「チーム医療・多職種連携」

6

離島における診療看護師（NP）の実践報告～複数の疾患を併せ持つ糖尿病患者の一例～

○岩本 由衣
長崎県病院企業団長崎県壱岐病院

【目的】A病院はB県の離島にあり、島の中核病院としての役割を担っている。今回低血糖で救急搬送された関節リウマチ（以下、RAと略す）の既往を持つ糖尿病患者に対して、住み慣れた地域で療養生活を送れるよう、診療看護師（以下、NPと略す）が医療チームのコーディネーターとなり退院調整に関わった事例を報告する。なお倫理的配慮として個人が特定されないよう配慮し、本人に口頭で同意を得た。

【実践内容と方法】症例は2型糖尿病、関節リウマチ、変形性脊椎症のあるC氏60歳代女性。要介護3の夫とふたり暮らし。夫の不在時に自宅で倒れているところを隣人が発見し救急搬送、緊急入院となった。NPは主治医と共に医療面接・診察をおこない、変形性脊椎症による下肢疼痛・痺れの増悪が食思不振となり、加えて経口血糖降下薬（SU剤）を欠かさず内服していたことによる低血糖が要因と考えた。入院後はSU剤を中止しインスリン療法へ変更。血糖管理後、内因性インスリン分泌能は保たれていたため、主治医へ経口薬への移行について相談した。また下肢の痺れが改善せず、長年膠原病内科専門医への受診歴もなかったため、痺れの鑑別も含めRAのコントロール状況や薬剤調整の必要性について、膠原病内科医へ相談するとともに退院調整を開始。C氏・夫共に自宅退院を希望されていたため、退院支援看護師にC氏の夫の介護状況を含めた生活環境について確認。C氏の現在の病態や薬物療法を含めた今後の見通しについてはNPより情報提供し、在宅で利用可能な福祉サービスなど相談し調整をおこなった。RAに対するステロイドを含めた薬剤調整は不要であったため、インスリン療法から経口薬へ変更した。

【結果】島内にC氏夫婦を支援してくれる家族がいなかったため、院内外の多職種でカンファレンスを重ね、C氏の生活環境調整をおこない自宅退院ができた。

【考察】NPが医療チーム内のコーディネーター役となることで、早期から退院調整をおこなうことができる。特に島内に支援してくれる家族のいない患者に対しては、院内外の多職種連携は必要不可欠であり、NPが介入することで住み慣れた地域での療養生活を支援する一助となるのではないかと考える。

第2群 口演2 「外来看護」

7

外来指導における糖尿病療養指導看護師の
継続指導に対する思い

○青木 紀江

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立大塚病院

1 目的

外来指導経験の少ない糖尿病療養指導看護師(以下、CDENと示す)は継続指導の必要性を判断する事が難しく、思うように患者指導が出来ない等、糖尿病教育に対する思いを聞く事がある。CDENが外来指導についてどのような思いを持っているか把握する

2 方法

1) 質的記述的研究 2) 研究期間: 令和4年8月から令和5年2月

3) 研究対象: 糖尿病性透析予防指導外来で患者指導をしているCDEN3名、CDEN歴及び外来指導年数3年から5年

4) 倫理的配慮: 本研究はA病院倫理審査委員会の承認を受け実施した

3 結果

カテゴリー: 3個 ①外来指導の現状②糖尿病療養指導看護師としての実践に対する思い③外来指導の課題に分類した

4 考察

(1) 外来指導の現状

A病院の糖尿病性透析予防指導外来は、病棟で勤務しているCDEN4名(研究者含む)が担当している。CDENは外来継続指導の重要性を理解し、記録から患者の経過や目標設定を読み取る事ができていた。一方不慣れな外来指導を行う事への不安や、相談・応援体制の不備を感じていたが、継続看護を意識して関わり、患者を客観的に評価して目標達成状況を判断しようと務めている事がわかった。

(2) 糖尿病療養指導看護師としての実践に対する思い

CDENは専門職として前向きな姿勢でやりがいを持っていた。一方指導目標の理想と現実に葛藤を抱え成果に繋がらない現状もあった。

(3) 外来指導の課題

CDENは患者の動機付けの程度や理解度を外来指導時間内に判断する事に難しさを感じていた、行動変容シートの導入が統一したアセスメントツールになると考える。委員会とPTと連携し、看護師が調整役となり医師及び多職種の透析予防指導外来チームで患者支援を行う。外来指導経験のないCDENも同等の指導ができるよう教育方法のシステムの構築が必要であると考えた。

CDENは不慣れな外来勤務の戸惑いやシステムの不備、難しい患者への指導方法の困難さなど様々な思いを抱いていた。一方CDENとして糖尿病指導に前向きな姿勢とやりがいを持ち指導した結果、具体的に実現可能な目標の設定となり、目標の達成度の評価が良好な療養行動となり継続指導につながると考える事ができていた。

第2群 口演2 「外来看護」

8

スティグマに向き合うーインスリンは嫌と
いう言葉の裏側ー

○大塚 美穂、山本 こずえ、山田 繁代、上嶋 昌和、

中井 謙之、尾崎 邦彰

医療法人社団憲仁会中井記念病院看護部

【目的】

スティグマは治療開始後の自己管理行動にも影響し、社会的サポートを受け難くする。また、人間関係の影響もあると言われている。患者がインスリン導入を拒み続けた理由を明らかにする。

【実践内容与方法】

事例は70代女性。HbA1c 8~9%。BMI 16.6。3年前に夫を亡くし独居。以前よりインスリン導入を勧められていたが、拒否していた。今回外来導入を条件にインスリン治療に同意された。

初対面であった為、導入前には患者の心の内を聴き、取り巻く背景を理解し、良好な関係を構築することから始めた。

すると、夫兄弟との関係性や会話の内容を聞き、スティグマを感じていた。自身が糖尿病だと言えなかった事、入院すると周囲に知られてしまう事への恐れが判明した。文献を基に患者との会話を分析し、支援の際には自己効力感を高めてもらえるような伝え方をした。手技獲得する過程で、小さな成功体験を沢山感じてもらうようにした。会話は個室の相談室で行い、同じ看護師が対応するなど環境に配慮した。『患者に個人情報保護と事例研究の趣旨を伝え、参加は自由で拒否による不利益はないことを説明し同意を得た。』

【結果】

通院6日にして、インスリン導入が完了した。導入前の「毎日通院するので、看護師さんにやってもらいたい」という言葉から、「明日から自分で出来ます」という自信のある言葉へ変化した。家族にも糖尿病でインスリンをする事を伝えられた。

【考察】

患者は夫兄弟のステレオタイプの会話を聞き、スティグマを感じていた。患者にとって村での生活が全てである。コミュニティの狭さからスティグマへの恐れが強く、周囲へ言い出す事が出来なかった。それが治療の遅れとなっていた。患者背景を配慮した事で、インスリン導入を乗り越えられ、結果家族へも伝える事が出来た。きめ細やかな支援は小さな病院の強みである。医療者は、「言い辛さ」に配慮しながら患者の話を丁寧に聴き、信頼関係を構築すると共に、自己尊重を支える姿勢が求められている。受け入れ難かったインスリン自己注射が出来た事で、患者の自信となり、自己効力感を高めた成功体験がスティグマの低減に繋がったと考えられる。

第2群 口演2 「外来看護」

9

外来で初めて取り組んだ2型糖尿病患者への応用カーボカウント支援

○前田 るみ

北医療生活協同組合北病院

【目的】低血糖高血糖を繰り返す60代の2型糖尿病患者に、応用カーボカウントでの血糖管理を支援した。当初「インスリン量は決めてほしい」との受け止めで、外来看護部内でも経験がなく試行錯誤であったが、患者と医療者がともに取り組み、血糖管理の改善がみられたので報告する。

【実践内容と方法】症例：A氏60代男性、洗濯業、2型糖尿病、血糖変動幅が大きく低血糖が頻発しており応用カーボカウントによる血糖管理を開始した（インスリンカーボ比0.4インスリン効果値100目標血糖値150mg/dl）。主な主食と量を確認しA氏専用の応用カーボ表を作成、食事記録から種類を徐々に追加、インスリンの変更、間食にもインスリンカーボ比活用を広げ支援を継続した。患者支援と前後して部内学習を進めた。倫理的配慮：個人が特定されない点、自由意思による参加の保証をA氏に口頭で説明し研究協力の同意を得た。

【結果】応用カーボカウント研修に参加した看護師が活用を提案した段階では、主治医は経験がなく、部内では「栄養士の支援では」と消極的だった。研修参加者3名が計画し、自らデバイスを用いたカーボカウント体験、業務の合間や部内会議で学びを共有した。主治医とは話し合いながら方法を一致させ支援を開始した。A氏も半信半疑ながら月1回の診療の合間にも記録を持参して自己管理を継続し、HbA1c8.9%から7.6%へ改善、血糖変動幅が縮小、低血糖が減少した。医療者の意識の変化として、治療に合わせた生活ではないということ気付くきっかけになった。

【考察】看護の役割として、患者の援助課題を明確にし、各専門職と連携した支援を創造できるよう調整していくことが求められる。A氏の低血糖を減らし働き続けたいというニーズから課題を明確にし、研修での学びという知的刺激をチームで共有し具体的支援を促進調整したことが、取り組みにつながったと考える。

医療者と患者のパートナーシップは、双方の信頼関係と、患者が自分で考え判断し行動する主体的な医療参加によって強化される。部内で初めての支援は双方の協働の取り組みとなり、毎回共に行った振り返りがA氏の生活に組み込まれ、血糖管理につながったと考える。

第2群 口演2 「外来看護」

10

岡山県協会けんぽ糖尿病性腎症重症化予防活動の報告

○小堀 他津子¹、福田 哲也¹、吉沢 祐子²¹岡山中央病院、セントラル・クリニック伊島、²心臓病センター榊原病院

【目的】2017年4月から岡山県協会けんぽ糖尿病性腎症重症化予防事業が開始され、プログラムに参入された11名の結果を報告する。

【方法】研究施設の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。対象は2017年5月～2020年12月に実施した11症例（男性10名、女性1名）で、開始時の腎症病期は2期8名、3期3名であった。岡山県協会けんぽの被保険者のうち健康診断から抽出。専門医療機関で約6回（半年間）の指導介入後はかかりつけ医に逆紹介、1年後に再受診し、プログラム終了となる。指導開始時、6回介入終了時、1年後における体重、HbA1c、腹囲、収縮期血圧、尿中微量アルブミン指数、eGFR、体脂肪率、推定塩分摂取量、推定蛋白摂取量等の推移について比較検討した。

【結果】年齢 53.5 ± 10.0 歳、糖尿病歴 6.7 ± 8.4 年。体重は開始時80.5kg→終了時78.2kg→1年後79.7kgと有意に減少した（ $p < 0.01$ ）。HbA1cは、開始時9.1%→終了時7.3%→1年後7.2%と有意に低下した（ $p < 0.01$ ）。腹囲は97.8cm→96.3cm→98.4cmで開始時に比べ終了時には有意に減少（ $p < 0.01$ ）、1年後はリバウンドが見られた。収縮期血圧は144→134→140（mmHg）で開始時と終了時には有意差が見られた（ $p < 0.05$ ）が1年後は有意差は無かった。尿中微量アルブミン指数は、開始時471.1→235.0→477.2（mg/g Cr）で、開始時から介入半年後に有意に改善した（ $p < 0.05$ ）。eGFR、体脂肪率、塩分摂取量、蛋白摂取量には改善がみられなかった。また体重、HbA1cは開始時から1年後も有意差を持って改善が見られたが、他の項目において、1年後は有意差はみられなかった。

【考察】約半年間はコメディカルが毎月1回介入することで測定値に改善傾向が多く見られ、指導の効果といえる。かかりつけ医では保健指導の継続が無いため、多くの項目で1年後は終了時より悪化傾向であったが、治療の継続により血糖コントロールは維持できていたと考える。

【結論】集学的な保健指導が患者の受診行動、セルフケア行動へと繋がり、短期間で指導の効果がみられた。腎症の進展予防の為には、保健指導後のかかりつけ医とのさらなる連携が必要である。

第2群 口演2 「外来看護」

11

Aクリニックにおける糖尿病性腎症重症化予防の療養支援の変遷と今後の展望

○安楽 香奈子、上ノ町 仁、加治屋 昌子
医療法人上ノ町・加治屋クリニック

【背景】糖尿病性腎症(以下腎症)重症化予防において、Aクリニック(以下A)においても蓄尿や随時尿による推定食塩摂取量(以下推定食塩)の算出を行い療養支援に繋げてきた。2004年より外来にて腎症1・2期を対象に減塩指導を行ってきたが指導効果の維持は難しい。そこで、尿中Na/K比(以下N/K)が脳心血管リスクの指標として有用という報告もあり減塩が実行出来ない患者に対しN/Kを用いた指導を取り入れた。

【目的】Aにおける腎症重症化予防の支援の変遷を振り返り、カリウム(以下K)摂取量を増やす事に着目した実践過程について報告する。

【実践内容と方法】Aでの2000年以降の学会の発表録を元に腎症進展予防の実践活動を抽出し、継続している支援である推定食塩と共にN/Kを用いた支援にて行動変容に繋がった1症例を提示し今後の支援に繋げられるか評価した。倫理的配慮は当施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】2004年栄養士が蓄尿での推定食塩の提示と食事会にて意識改革が出来た事の発表を最初に、各職種が様々な発表を行ってきた。多職種で連携して講義型の腎教室や対話型のカンパセーションマップを利用した教育に移行しながら併せて食事会での味覚の動機付けを行うなど、支援の工夫を重ねてきた。しかし感染症の流行により集団での動機づけが難しくなり、個別の指導としてCKD重症度分類表を用い腎症病期について説明し、塩分チェックシートと随時尿を使用した推定食塩の比較にて減塩の意識付けを行ってきた。その経過で減塩は意識しているが、多くの患者は実行出来ていない。そのため、K摂取量を増やす事でNa排泄効果を促す事を利用しN/Kを用いた指導をする事とした。初診の未治療糖尿病患者の食事の聞き取りで、野菜の摂取量が少ない症例に対し、ただ「野菜を食べましょう」ではなくN/Kを2に近づける様に具体的な野菜の食べ方を説明した。症例は食事指導にて3ヵ月後の推定食塩が2.8(11.1→8.3)g/日減少し、N/Kは4.5→2.4に改善した。

【考察】推定食塩摂取量を用いた具体的な減塩指導を継続する事は大切である。さらに患者の興味を引くような支援の方法としてN/Kを示す事は現実的な支援ではないかと考える。

第2群 口演2 「外来看護」

12

糖尿病をもつコロナ陽性者のシックデイ対応の実態調査

○金納 典子¹、田代 尚崇²、田代 未知²、横瀬 美香²、永江 奈保子²、安本 彩華²

¹福岡糖尿病ケアサポート、²たしろ代謝内科クリニック

【目的】糖尿病をもちコロナ陽性者のシックデイ対策の実態について調査する。【方法】F市内のTクリニックの外来で2022年4月1日から2023年3月31日までの間に公費対象で新型コロナウイルスの検査を受けた6419例中間診時糖尿病の既往歴があると答えたコロナ陽性者を無作為に抽出した症例にアンケートを実施しデータを収集した。【倫理的配慮】アンケートの回答をもって同意したものとすると説明し、個人情報については本調査の目的以外では使用することはなく個人が断定されない形で発表することを説明した。【経過】2022年4月20日まではF市では積極的疫学調査は発生届を受理したすべての陽性者に対して行われていたが、4月21日以降の積極的疫学調査の対象者を①65歳以上②40～64歳で重症化リスク因子を複数持つ方③妊婦④中等症以上で入院が必要な方⑤2歳以下の方⑥①～⑤以外で保健所が判断した方とし、①～⑥以外の陽性者にはSMS送信での対応となり、保健所での積極的疫学調査の対象者が見直された。2022年9月8日より全国で全数届出の見直しにより、発生届出の対象が①65歳以上の者②入院を要する者(診断時点で直ちに入院が必要でない場合であっても、基礎疾患等により、入院の必要が生じる可能性がある)と医師が判断した場合も含まれる)③重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬の投与が必要な者又は重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ罹患により新たに酸素投与が必要な者④妊婦となり、発生届の対象が見直され、保健所での積極的疫学調査の対象者も見直された。【結果】糖尿病をもちコロナ陽性となりシックデイ対応が必要な症例があったが、内服調整等で保健所、かかりつけ医療機関等へ相談できずにいた症例があった。【考察】新型コロナウイルスは全世界で確認され、医療従事者は日々の対応に追われている。その中で糖尿病をもつ陽性者へかかりつけ医療機関や診断医療機関が一人ひとりに合わせたシックデイ対応の説明を陽性診断時に行うのは限界があると考えられる。シックデイの療養支援は、糖尿病患者への基本的なひとつであり、患者一人ひとりに日々の備えとして、継続して繰り返し療養支援していく必要があると考える。

第2群 口演2 「外来看護」

13

有職糖尿病患者への医療チームによる「初回フットケア指導」の有効性の検討

○下之内 暢子¹、カルデナス 暁東²、山本 優子³
¹ 訪問看護ステーション太秦安井、² 日本赤十字豊田看護大学看護学部成人看護学領域、³ 大阪医科薬科大学病院看護部

【目的】有職糖尿病患者は、受診時間の制限や職種により足病変に関する要因が多様であり、初回から医療チームでの包括的な視点からの指導内容の検討が必要である。そこで、フットケア外来未受診の有職糖尿病患者を対象に、足への関心を高め、フットケアに関するセルフケア行動をもたらすために、医療チームによる「初回フットケア指導」を行い、その有効性を検討する。【方法】2018年9月から12月まで、A診療所のフットケア外来に未受診の有職糖尿病患者4名を対象に研究を行った。対象者らの《①足の状態》《②靴(履き物)の種類・状態・嗜好》《③仕事に関連した足病変のリスク》《④足への関心度》《⑤フットケアに関するセルフケア行動の程度と内容》に関する情報を医療チームカンファレンスで共有し、「初回フットケア指導」の内容を検討した。研究者が変化ステージモデルに基づき、行った指導内容を次回の定期受診まで対象者に自宅で実践してもらった。指導前後の上記の④⑤項目の単純変化、まとめた対象者の自宅での実践状況とそれに対する感想を用いて、指導の評価を行った。本研究は所属施設の倫理審査の承諾を得て実施した。【結果】指導後、「足への関心度」が向上した対象者が2名、「フットケアに関するセルフケア行動」における行動変容がみられたのは1名であった。4名に「適切な胼胝の処置の実践」「履き物の望ましい履き方の実践」「適切な靴の種類とサイズの選択の理解と検討、下腿の浮腫の確認の実行と足を観察する機会の増加」などフットケアへの認識や行動の変化が見られた。指導は外来待ち時間を活用したことに対して肯定的な意見が見られた。【考察】対象者のフットケアに関するセルフケア行動や足への関心度では変化がみられなかった。変化がみられない対象者も足や靴への認識や行動の変化が見られたことから、本研究の医療チームによる「初回フットケア指導」が一定の効果があったと考える。また、患者の問題点を的確に捉え、効果的な指導を実施するためには、医療チームでの関わりが重要である。さらに、外来待ち時間を活用した指導は、時間の制約のある有職糖尿病患者にとって利用しやすいシステムであると考えられる。

第3群 口演3 「高齢者」

14

1型糖尿病患者を持つ高齢者の低血糖の現状と低血糖問題解決能力

○坂根 靖子¹、同道 正行¹、菅沼 彰子¹、坂根 直樹¹、PR-IAH 研究グループ²、Wu Fei-Ling³
¹ 京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室、²PR-IAH 事務局、³Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology

【目的】低血糖は心血管疾患、交通事故、認知症、骨折などのリスクを高める。特に高齢者にとって不安や気がかりとなり、自己管理を阻害する因子である。日本糖尿病教育・看護学会より「高齢者の無自覚低血糖リーフレット」が作成されているが、1型糖尿病の高齢者の現状は明らかではない。今回、1型糖尿病を持つ高齢者の状況、低血糖不安や低血糖問題解決能力について調査し、非高齢者と比較した。【方法】対象は国立病院機構の7病院に属する成人1型糖尿病268名で高齢者群(82名;平均年齢69.3±6.5歳)と非高齢者群(186名;平均年齢44.8±7.5歳)の2群に分類した。生活習慣、無自覚低血糖(Clarkeの基準)、感情負担(PAID)、低血糖症状(Edinburgh hypoglycemia scale)について質問紙調査を用いた。低血糖問題解決能力の評価にはHPSS(hypoglycemia problem-solving scale; 24項目、7つのサブスケール[問題解決の認知、検出コントロール、原因の探索、問題解決ゴールの設定、予防戦略の探求、戦略の評価、即時対応])を用いた。患者属性、治療内容、各種検査、合併症などの情報は診療録より収集。2群間の差はt検定を用いた。本研究は国立病院機構臨床研究中央倫理委員会で承認(R2-0117002)。

【結果】非高齢者群に比べ、高齢者群ではBMIが有意に低かったが、HbA1c値は有意に高く、心電図CV-RR3%未満の者が有意に多かった。しかし、性別、糖尿病網膜症、無自覚低血糖、重症低血糖の既往の割合には両群間に差を認めなかった。症状については、2群間でいくつかの差がみられた。PAID点数には両群間で差を認めなかった。自律神経と神経症状点数は高齢者群で有意に低かったが、全身症状に両群間に差を認めなかった。低血糖問題解決能力HPSSのサブスケールの中で「低血糖予防戦略の探求」スコアが高齢者群で有意に低かった。

【考察】1型糖尿病高齢者において無自覚低血糖、重症低血糖既往の割合は、非高齢者と差はないが、低血糖予防のための予測と対処方法について本人だけでなく、家族や周囲の支援者とともに戦略を練ることが大切であることが示された。

第3群 □演3 「高齢者」

15

認知症1型高齢糖尿病患者へ間歇スキャン式持続グルコースモニタリングを使用し改善がみられた事例

○黒岩 絵美

株式会社互惠会大阪回生病院看護部外来

【目的】

1型糖尿病の認知症合併率は健常者の約2倍に上り自己注射の継続に悩む高齢1型糖尿病患者は増加しつつある。インスリン補充は生命維持に直結するため確実な手技習得の為の支援は必須である。今回間歇スキャン式時グルコースモニタリング（以下isCGM）を用いて繰り返し介入し改善がみられた実践例を報告する。

【実践内容と方法】

A氏70歳代男性、妻、娘同居。罹病歴25年、50歳代で糖尿病指摘され混合製剤2回、SMBG1日2回実施。他県より転居で紹介受診。MMSE15/30点、HDS-R11/30点、TIA既往、難聴あり、入院中検査でCPR0.1(336)、GAD陽性発覚、入院後注射手技指導では、実施したことを忘れて2回実施しようとする、単位合わせ間違い等があり、治療方針では低血糖回避を最優先とし、1日1回の混合性剤のみ家族が実施、isCGMを導入し退院することとなった。外来で毎月AGPを確認し、本人の理解度、実施能力に合わせてデバイス変更を行った。最終超速効型インスリンは本人管理、持効型インスリンのみ家族管理となった。来院毎に筆談を交えたコミュニケーションで情報を補填し、測定に関しては、できるだけ気になる時にスキャンを行うよう指導を行い、低血糖時の対応について再確認を行った。注射に関して手技の確認、同一部位の変更指導など確認を行ったが手技習得に関しては一進一退の状況であった。

【倫理的配慮】

個人情報保護と事例報告の趣旨を説明し同意を得た。

【結果】

患者が気になる所で複数回測定できたためスキャン率74%から91%に上昇し、AGPの把握に繋がった。またレポートのフィードバックや対策介入が低血糖回避に繋がり、TIR11%からTIR50%まで改善した。しかし度々打ち忘れが伺えたため、投与量の固定、手技指導を行い、指導回数を重ねる度に単位合わせ間違いなく実施できた。

【考察】

isCGMで測定回数の増加は推定HbA1cおよび低血糖時間の改善と関連すると言われている。患者と一緒に測定結果を確認することで、出来ている部分の評価や、本来の持てる力を把握することに繋がった。しかし手技習得プロセスが、行きつ戻りつする可能性があり、定期的なサポートが必要である。

第3群 □演3 「高齢者」

16

高齢糖尿病患者が希望する自宅療養生活を継続するための支援～病院と在宅支援チームとの連携～事例～

○山本 なつ美

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院患者支援センター

【目的】

高齢者の糖尿病看護は、可能な限り住み慣れた地域でその人らしい暮らしを続けられるよう支援することである。今回、認知症を持つ高齢患者が希望する在宅で安心して過ごせるよう病院と在宅支援チームの連携が図れた一事例を報告する。

【実践内容と方法】

事例:80代女性A氏2型糖尿病罹病期間28年 要介護4夫と二人暮らし

糖尿病治療を中断・悪化し、入院管理を勧められ夫も賛同したがA氏は頑なに拒否された。夫はA氏を尊重し自分で世話をすると決意したが、在宅サービスを受けることは難色を示した。倫理的配慮:本人と家族に事例報告の趣旨・匿名性の保持について文書及び口頭にて説明し同意を得た。

方法:本人・夫ともにインスリン治療の手技習得は困難であった。A氏の自宅で過ごしたい思いと支持する夫の思いや日頃の生活状況を確認し、安心して療養生活を継続するには在宅サービスの利用が必要と考えたが両者とも消極的であった。在宅療養継続のためには両者の負担を軽減する必要があり、訪問看護師によるインスリン管理が解決策の一步となると提案、繰り返し情報提供後了承された。更にこれまでの療養支援で構築した関係性から同行訪問を希望され、週3回持効型インスリンで治療開始した。

病院と在宅支援チームの連携:初回の同行訪問において、ケアマネージャーや介護福祉士、訪問看護師と対面の機会を作った。療養上の課題として、間食を含めた食生活の問題や血糖管理目標、治療方針を確認し各々が必要な支援方法を確認、協議・共有した。

【結果】

同行訪問では関わるスタッフ全員で必要な支援の共通理解が得られた。訪問看護師からは注意点や方向性が共有でき安心して支援が行えるとの意見があった。訪問後は電話や情報連絡表を用いて訪問看護師と情報共有や薬剤の調整が行え、在宅療養が継続できた。夫からは病院と訪問看護師との連携ができており訪問に来てもらってよかった、生活が安定したとの意見が聞かれた。

【考察】

在宅支援チームと連携した環境調整は、患者・家族の安心が得られ希望する自宅での療養生活を継続に繋がった。病院と在宅支援チームが協働し支援状況を共有する意義は大きいと考える。

第3群 □演3 「高齢者」

17

高齢者2型糖尿病患者の生活環境、食事療法の状況と血糖管理の関係について

○碓井 優理¹、坂本 梅子¹、石本 望美¹、林 哲範²、宮塚 健²¹北里大学病院看護部、²内分泌代謝内科

【目的】65歳以上の糖尿病をもつ高齢者の生活状況の実態を明らかにし、糖尿病をもつ高齢者の生活背景における糖尿病療養上の問題点を明らかにする。

【方法】

2022年9月1日から2022年11月30日にX病院内内分泌代謝内科を受診した65歳以上の糖尿病初診患者を対象とした。診療録より療養上の支援を得られるもの（サポートパーソン）の有無を含めた生活背景、臨床的指標を抽出し、個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行い後方視的に解析した。本研究は所属施設の倫理委員会にて承認を受け、研究機関の長の許可を得た。

【結果】

対象患者は344名（男性201名、女性143名）、年齢 75 ± 6 歳、糖尿病罹病期間 19 ± 13.5 年、HbA1c $7.2 \pm 0.8\%$ 、グリコアルブミン(GA) $19.5 \pm 4.1\%$ 、BMI 23.1 ± 4.3 kg/m²であった。生活背景に関して、親族などの同居者を有するものは276名(80.2%)、独居者が60名(17.4%)であった。独居者のうち、5名はサポートパーソンも不在であった。独居者は、男性が51.7%、年齢 76 ± 6 歳、HbA1c $7.4 \pm 0.9\%$ 、GA $19.8 \pm 4.1\%$ 、BMI 23.3 ± 3.6 kg/m²であり、同居者を有するもの（男性59.9%、年齢 76 ± 6 歳、HbA1c $7.2 \pm 0.8\%$ 、GA $19.6 \pm 4.2\%$ 、BMI 23.1 ± 4.5 kg/m²）と有意な差はなかった。食事準備に関して、本人、家族及びヘルパーの調理を自炊と定義すると、独居者で有意に自炊が少なかった（75.0% vs 94.1%, $P < 0.0001$ ）。また、糖尿病治療内容に関して、低血糖リスクのある薬剤（スルホニル尿素薬、グリニド薬、インスリン製剤）を使用しているものは、同居者を有するもので189名(67.7%)、独居者で41名(68.3%)であり、有意な差はなかった（ $p = 0.9290$ ）。介護認定について記載のあった311名中215名(69.1%)が介護未申請であり、独居者58名においては37名(63.8%)が介護未申請であった。

【考察】

独居者では有意に自炊している割合が低い一方で独居であっても同居者を有するものと同様に低血糖リスクのある薬剤が使用されており、糖尿病をもつ高齢者の糖尿病療養支援において、適切な血糖管理とともに生活背景・生活状況に即した看護介入・療養支援が重要であると考えられる。

第3群 □演3 「高齢者」

18

糖尿病の療養中に認知症を発症した高齢者を介護する高齢配偶者の介護体験

○菊池 結香

盛岡つなぎ温泉病院

【目的】糖尿病の療養中に認知症を発症した高齢者を介護する高齢配偶者の介護体験を明らかにし、糖尿病の療養中に認知症を発症した高齢者（以下、高齢者）と高齢配偶者への看護を検討することである。

【方法】高齢者と同居する65歳以上の配偶者で、日頃高齢者の通院に同行している者へ半構成的面接を行った。研究参加者の語りから、介護体験に関する部分を抽出し、質的帰納的に個別分析を行った。次に全体分析として、個別分析のサブカテゴリーを1次コードとし、質的帰納的に分析し、カテゴリー間の関係から、糖尿病の療養中に認知症を発症した高齢者を介護する高齢配偶者の介護体験の構造図を作成した。本研究は〇〇倫理審査会と研究協力施設の承認を得て行った。

【結果】研究参加者は男性1名、女性4名で、平均年齢は 78.4 ± 5.9 歳、介護歴は2年未満から14年であった。高齢者は男性4名、女性1名で平均年齢は 79.4 ± 5.8 歳、糖尿病歴は 20 ± 10.7 年、認知症の周辺症状として活動量の低下、徘徊等の症状があった。全体分析の結果、4つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを|| ||で示す。糖尿病の療養中に認知症を発症した高齢者を介護する高齢配偶者は、||高齢者と暮らす喜びが続くように、現在の病状の維持を願い、周囲の協力を得て生活を続ける||を中心に、||高齢者を大事に思い、身の回りのことや自己管理を代行する||、||高齢者を不憫に思いながらも、自分の生活を優先する自分自身に葛藤する||、||今後の生活の継続に対して不安を感じる||という介護体験をしていた。||高齢者を大事に思い、身の回りのことや自己管理を代行する||、||高齢者を不憫に思いながらも、自分の生活を優先する自分自身に葛藤する||、||今後の生活の継続に対して不安を感じる||は互いに関連がみられた。

【考察】本研究の結果から、高齢者を介護する高齢配偶者の介護体験は、喜びと葛藤や不安が混在した複雑な体験であることが明らかとなった。高齢者と高齢配偶者への看護として、高齢配偶者には、糖尿病と認知症に関する正しい知識を説明する等4つ、高齢者には、認知機能の低下を早期発見する等3つの看護が示唆された。

第4群 □演4 「在宅療養支援・看護」

19

自己中断歴のある2型糖尿病患者への看護実践報告

○石津 美紀

社会医療法人財団慈泉会相澤病院医療サービスセンター看護科

【目的】糖尿病と診断され治療開始後、些細な事がきっかけで、自己中断に至る患者も多い。今回、改めて「糖尿病に向き合っていこう」という思いになった自己中断歴のある患者と関わった。関わりの中で気分の浮き沈みを繰り返しながら徐々に患者が元気になっていく様を見て、自分の看護実践がどのように影響したかについてどうだったのか振り返りを行ったのでここに報告する。【倫理的配慮】発表にあたり当院倫理委員会の承認を得た。(承認番号2023-034)【実践内容と方法】月1回の外来受診時に療養指導を行い、そのカルテ記録を元に富永の分析方法に準じてカテゴリー分け(支持的・共感的理解、患者理解、情報提供・資源の活用、マイナス要素の働きかけ、陰性感情)を行った。【結果】患者は、頑張っても自分が思っている理想に近づけない事にジレンマを感じ、ストイックに何かをしようと考えているが上手くいかない事が多いと感じていた時期は、主に傾聴を中心に介入した(支持的・共感的理解)。周囲の人にも糖尿病について伝える事ができず、うまくいかないと「自己管理ができないから悪くなった」と考え、鬱状態になる事もあった(患者理解・陰性感情)。面談を繰り返す中で、食前血糖を150 mg/dL以下に目標設定したいと発言するようになり、自己血糖測定値を参考にしながら、食事内容や運動方法など具体的に一緒に考える事ができるようになった。また、結果を評価し、今後どのようにしていけば良いか、なりたいか等の話ができるようになった(情報提供・資源の活用)。【考察】実践内容について具体的にカテゴリー分けをする事で、自然に支持的・共感理解、患者理解、その時にあった情報提供等を行っていた事がわかった。また、その患者に対しマイナス要素の働きかけはなかったが、陰性感情を表面に出さないようにしていたことがわかった。また、自分自身が患者を通し、糖尿病看護に携わる看護師としてのあり方を学び、治療継続への援助者としての役割を担っていることが実感できた。【おわりに】今回は1症例の記述統計のみでの振り返りとなったが、この分析結果を基に更に看護実践を積んでいきたい。

第4群 □演4 「在宅療養支援・看護」

20

高齢糖尿病患者が在宅でインスリン療法を継続するための介護支援専門員を対象とした認識度調査

○齊藤 陽菜実¹、一ノ渡 学²¹岩手医科大学付属病院、²岩手医科大学看護学基礎講座

【目的】

本研究の目的は、医療と介護の連携強化を図るために、介護支援専門員の視点から高齢者のインスリン療法に対する情報項目の重要度の認識を明らかにすることである。その上で、複数の問題を複雑に抱えやすい高齢者に対し、多職種連携支援を最大限に発揮するために、看護師がどのように役割を担うのか考察するために本研究を遂行した。

【方法】

- 1) 研究のデザイン：調査研究
- 2) 研究対象者の選定方針：盛岡市に所在する居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員。
- 3) データ収集方法：先行研究から情報項目で認識に差があると考えられる23項目をもとに質問を作成した。被験者は、各質問について重要度を5段階(5:非常に重要、4:重要、3:どちらでもない、2:重要でない、1:全く重要でない)で評価した。
- 4) 倫理的配慮：所属施設の倫理委員会にて承認を受けて実施した。

【結果】

本研究では調査を依頼した101件に対し、返送があったのは56件(55.4%)であった。回収したアンケートについて、全項目の8割以上に回答が得られたため、回収したすべてを有効回答とした。アンケート結果をもとに最頻値を算出することで、各問で最も多かった回答を把握し、どのような項目を重要だと介護支援専門員が認識しているのかを明らかにした。また、データに偏りが無いかをみるため平均値や分散値を求めた。その結果、23項目のうち7項目の、使用前の注射針の管理状況、注射針の破棄方法、異常行動の有無、血糖測定器の針の管理と廃棄方法、血糖測定用穿刺具のトラブルの有無、誰が服薬管理しているか、受診時の医師のコメントが重要であると示唆された。

【考察】

今回の調査結果から、注射針の管理状況、服薬管理状況、受診時の医師の意見など、在宅におけるインスリン管理状況の情報項目が多く含まれていた。今後、高齢糖尿病患者が増加していくと考えられる中、在宅高齢者が安全かつ適切に管理していくための多職種連携支援を検討していく必要があるのではないだろうか。回答者の資格上の教育背景との違いで認識に差があるかどうかについては、現在検討中である。

第4群 口演4 「在宅療養支援・看護」

21

終末期患者における外来での意思決定支援
～訪問看護師として関わった経験から見えた課題～

○高砂 由美子

天満病院

【目的】終末期を迎える膵頭部がん患者に外来と兼務している訪問看護師として関わった経験を振り返り、外来における意思決定支援について考察する。

【実践と方法】事例報告。A氏70歳代女性。2型糖尿病歴30年。B病院外来通院加療中に、閉塞性黄疸を認め、精査の結果、膵頭部がんステージⅣと診断される。本人よりBSCの希望があるが、家族が積極的な治療を希望したため、C病院で化学療法を行いながら、B病院で糖尿病加療となる。その後、治療効果が得られず、通院での加療が困難となったため、B病院内にある訪問看護での介入となる。

〈倫理的配慮〉A氏及び家族に本学会のみの発表を行うこと、個人は特定されないことを説明し同意を得た。

【結果】外来通院時には、血糖コントロール状況の確認を行っていた。その後、訪問看護開始となるが、患者は、悪液質症候群による食欲不振と体重減少、倦怠感があり、高血糖状態となっていた。訪問看護介入後、一時的に血糖コントロールが良好となり、親族と外食をするまで食欲も回復したが、病状悪化とともに、患者より死への不安や延命治療に対する思いを聴くことが多くなった。また、家族からも「今後どうなっていくのかイメージがわからない」といった不安や混乱がみられた。そのため、患者の思いを傾聴し意思を確認するとともに、家族、医師、休日対応の訪問看護ステーションとカンファンスを持ち、家族の不安や患者の希望に添うように働きかけた。ペインコントロールを行うため、一時入院とはなったが、最期は自宅での看取りとなった。

【考察】終末期では、どのような最期を迎えたいのかといった意思決定支援が求められる。しかし、膵臓がんのように進行が早く、急激な心身機能の変化により、患者、家族も死に対する受容が追いつかず混乱が生じる。また、訪問看護の限られた時間の中では、意思決定支援に添うことが難しいことを経験した。そのため、外来看護師は、療養支援に携わる時から、意思決定支援に関わることが重要であり、それらを在宅医療と連携しながら引き継いでいく役割があると考えられる。今後、意思決定支援やACPに関するスキルを獲得していくことが課題である。

第4群 口演4 「在宅療養支援・看護」

22

演題取り消し

第4群 口演4 「在宅療養支援・看護」

23

看護師の病院と在宅での糖尿病療養指導の比較検討

○梶川 秩曜子¹、中村 小百合²¹九州文化学園高等学校、²藤田医科大学保健衛生学部看護学科

「目的」

糖尿病の療養指導は、入院や外来で看護師やコメディカルが実施している。そのため、糖尿病療養指導士などの有資格者以外の看護師も指導を行い、その場所は、病院、地域ではクリニック、訪問看護ステーション（以下訪問看護）などで行われている。糖尿病の療養指導は、病態の把握、合併症の予防、日常生活の調整を行うため看護師には指導スキルが必要であると思われる。そこで、病院、クリニック、訪問看護の看護師に対し糖尿病療養指導スキルを明確化する。

「方法」

内分泌・代謝・糖尿病内科、眼科、腎臓内科病棟の看護師94名。患者を紹介するクリニックの看護師23名。退院支援を行う訪問看護に従事する看護師49名、計166名の看護師を対象に「糖尿病療養指導スキル尺度」を用いてアンケート調査を行った。研究の協力は自由意思であることを説明し、アンケートは封書に入れ郵送で回収した。分析はSPSSを用いてkruskal-walli検定を領域別で行い有意水準5%で比較した。倫理的配慮は、糖尿病療養指導スキル尺度の作成者の使用許可を得て、大学倫理委員会の承認を得た（HM21-058）

「結果」

アンケートの回収率は病棟98%、訪問看護95%、クリニック97%。属性は、病棟が20歳代76名(80.4%)糖尿病指導歴 1.3 ± 2.2 年。訪問看護師は、40歳代16名(32.3%)指導歴 2.6 ± 6.0 年。クリニックは、50歳代9名(39.3%)指導歴 3.5 ± 6.6 年である。項目別の平均値は、「足の観察」が病棟 5.18 ± 1.65 、訪問 5.20 ± 1.48 、クリニック 3.35 ± 1.73 。「合併症を聞く」は、病棟 4.77 ± 1.83 、訪問 4.63 ± 1.43 、クリニック 3.43 ± 2.06 で有意差があった。

「考察」

病棟看護師は、20歳代と若く指導歴も短いが合併症の説明や足の観察を実施していた。クリニックでは、指導歴は長いけど足の観察、合併症の説明の平均値は低かった。病棟、訪問看護に比べクリニックでは、診療が中心で指導時間の確保が難しい。しかし、クリニックの看護師は、指導歴が長く年齢が高いことから病態や患者の把握は可能であると考えられる。今後は、看護師間の情報共有を行い療養スキルの向上を行うことが課題である。

第5群 口演5 「自己管理・心理・QOL」

24

聴力障害をもつ高齢2型糖尿病患者への療養支援

○岡邊 和恵¹、下田 典子¹、園田 由美^{1,2}¹川崎医科大学総合医療センター、²川崎医療福祉大学

【目的】

聴力障害を持つ30年来自己流で療養を行っていた2型糖尿病患者に外来で多職種による支援を行い、療養行動に変化が見られた関わりについて検討する。

【実践内容と方法】

支援内容やA氏の行動について看護記録より抽出し振り返った。A氏70歳代男性、初回来院時HbA1c7%台でインスリン自己注射を実施していた。神経障害、網膜症あり、腎症2期。10年前に妻が他界し1人暮らし。住居移転に伴い当院に紹介となった。教育入院の経験があるが、糖尿病の知識・理解不足に加え、低血糖を頻発していることが問題だと判断し多職種による介入を開始した。紹介時の情報が少なく、生活状況などケアマネージャーや地域包括支援センター、当院MSWと情報共有した。糖尿病の知識・理解不足の原因として聴力障害によるコミュニケーションが考えられ、受診時に手話通訳に同席を依頼し、指導と理解の確認、およびA氏との関係性の構築を行った。低血糖に関しては、自炊ができず炭水化物の摂取に偏っていること、インスリン自己注射部位が限定していることで高血糖となり、さらに低血糖が頻発することで間食量が増え、インスリンの指示量が増加していた。

倫理的配慮：患者に個人情報保護と事例報告の趣旨を説明し同意を得た。

【結果】

上記問題に対し、看護師と管理栄養士で受診時に関わった。A氏の性格上、一度に指導しても受け入れが難しく、具体的な方法を少しずつ提案することで、野菜を摂るなどの食生活が改善できた。インスリンの手技を確認したところ、空打ちを行わず、施注後6秒待たずに抜去し、下腹部にインスリンボールを認めた。インスリン手技の根拠を説明し、A氏が納得できると注射場所を変更するなど自己注射の手技の習得につながった。

【考察】

これまで正しい知識のないまま自己流で療養していたため、看護師と管理栄養士がA氏に最小限行ってもらいたいことを中心に理解度にあわせて支援を行った。手話通訳を介しての指導となり、負担もあったと考えられるが、A氏に合わせた支援を行い、実施できたことを賞賛することで支援回数が増えるごとに笑顔も見られるようになり、行動変容に至ったと考える。

第5群 口演5 「自己管理・心理・QOL」

25 AWARD

患者の意識改革～熱傷を負った透析糖尿病患者への個別性のある関わり～

○三宅 智香子、内田 真由美、藤尾 由貴恵

倉敷医療生活協同組合総合病院水島協同病院透析室

【目的】

数年にわたりフットケアチームが関わったが、病識が低くセルフケアが進まなかったA氏の行動変容を振り返り、セルフケアに必要な要素を改めて考えることが出来たので報告する。A氏には書面で説明し、同意を得た。

【方法】

A氏(54歳男性)は、糖尿病性腎症の後に透析導入し8年目である。母親や恋人の自殺、兄との死別により境界型の精神疾患と診断されていた。唯一の肉親である叔父家族とは絶縁状態で生活保護を受けている。事故で胼胝を削り出血したり、測定に画鋸が刺さった状態のまま来院したり、その都度フットケアチームでは生活上の注意・指導を繰り返すと共に、A氏のセルフケア能力を引き出すために受容や教育と様々な方法で関わってきた。両下肢に電気あんかによるI度熱傷を受傷した。透析室で外科医と看護師で創処置と、電気あんかの代用でエアコン使用の指導を行ったが危機感が薄く、その2日後には同じ場所にII度熱傷を受傷したため、外科医師に紹介となった。診察・治療、II度熱傷のためさらなる合併症のリスクと切断に至る可能性を説明されると共に、透析来院時の処置だけでなく自宅でのケアの指導を行った。

【結果】

看護師を中心とした透析スタッフで指導や注意を行ってもA氏の反応は他人事であった。今回、外科医という専門医にシビアな予後の説明を受けたことでA氏にとっての危機感を持つきっかけとなった。そして、他の下肢切断患者と会話をしたことで愛猫との生活が困難になる予想図がより現実味を帯びたこと、熱傷が悪化したことでA氏の母親の死因が熱傷だったこともあり、下肢切断や死の恐怖を覚えたと言言があった。上記が複合したことでA氏は「歩けなくなったら困る」とはじめて自分の足の大切さを自覚し、電気あんかの使用を中止し、自宅でのケアにも取り組むという行動変容につながった。

【考察】

長期にわたるA氏への取り組みが、無関心期にあるA氏の自己肯定感や自己効力感を養い、現実の自分に向き合うことが出来るようになったと考える。

第5群 口演5 「自己管理・心理・QOL」

26

透析の意思決定と予後を宣告された患者のQOLを考える～透析を拒否した患者との指導場面を通して～

○横山 小織、松木 玲子、彦根 由香、田中 真紀子、巽 達也、野田 智子
滋賀県立総合病院

【目的】透析導入しなかった事例を通して意思決定とQOLについて考察し、患者らしく生活を送るための支援とQOL向上について示唆を得たため報告する。

【実践内容と方法】本報告は所属施設の倫理審査委員会の承認を受け実施した。

事例 A 氏:70 歳代、糖尿病腎症 4 期で通院中、独居。期間:202X 年 1 月初回～202X + 1 年 11 月。透析予防外来に通院。入院時は病棟を訪問し、カンファレンスを開催した。

当初から「いつ死んでもいい」と透析は拒否。通院を労いながら関係性構築し生活状況を聞き取ると、自宅は足の踏み場もなく衛生状態も悪いことがわかった。処方薬も紛失しやすくコンプライアンス不良や皮膚疾患にもつながっていた。また、塩分過多の背景には、ゴミが増えないよう残飯を出さない、スープも残さないという本人なりの工夫もあった。食事内容と摂り方について管理栄養士と連携、来院時に病院のコインランドリーを活用するなど、生活と定期受診の両立を目指した。緊急入院時も透析への意思は変わらない一方で、悪化を防ぐための内服と訪問看護の導入、介護保険の必要性について同意あり。次第に洗濯機の購入や、外出前日に入浴する変化あり。また、「旅行に行っておいしいものを食べたい」など聞かれ始め、透析は「つながれて自由がなくなる。旅行に行けなくなる」と。旅行中の救急搬送を想定し、どこにいても患者の意向に沿った医療が受けられるようエンディングノートやネームホルダーについて検討し活用することとなった。また、緊急時に外部支援者が侵入できるよう窓を施錠しないことを共有、実際に有効であった。また、体調不良時には旅行を延期するという健康意識の高まりもみられた。

【結果】「生活の中で継続できる療養行動」を共に考え、行動変容がみられた。また「今やりたいことができること」を支えることでQOLが向上、さらに看取りを含めた備えの共有に至った。

【考察】意思決定を支えるニーズを把握し、主体性をサポートするケアのあり方は患者のQOLを高めること、独居の場合、病状悪化時に発見が遅れ苦痛を伴うリスクあり、地域との連携が重要であることが示唆された。

第5群 口演5 「自己管理・心理・QOL」

27

注射療法患者へ医療経済と環境 (SDGs) を考慮した取り組み～カートリッジ製剤の情報提供による患者満足度調査～

○菅原 加奈美¹、佐々木 薫³、徳永 礼子¹、長谷川 亮¹、藤井 仁美²、金重 勝博¹、宮川 高一²

¹医療法人社団ユスタヴィアクリニックみらい立川、²多摩センタークリニックみらい、³クリニックみらい国立

【目的】当院のインスリン注射使用患者数は現在 172 名 (2022 年 10 月)。プレフィルド製剤 (使い捨て) 142 名 (82%) に対して、カートリッジ製剤 (詰め替え用) 31 名 (18%) と少ない現状がある。カートリッジ製剤には詰め替えの手間があるが、プレフィルド製剤より低価格であることや廃棄物削減が考えられ、患者ベネフィットは高いと予測される。スタッフが情報提供を短時間でできるシステムを確立し、アンケート調査にて患者満足度を調査する。【実践内容】2022 年 10 月インスリン注射中の患者を抽出。性別、年齢、病歴、病型、HbA1c、インスリン治療歴、使用製剤、一日の注射回数、総インスリン単位等を抽出。スタッフが情報提供を短時間でできるよう、薬価、管理料、注入器加算等 (医療者用) の資料を作成。情報提供用紙 (患者用)、アンケート (患者用) 作成。2022 年 12 月～2023 年 3 月に対象者に情報提供。2023 年 2 月より変更者にアンケート調査を実施。【倫理的配慮】所属の倫理委員会の承認を得て、個人情報保護を書面で説明し同意を得た。【結果】プレフィルド製剤変更対象者 93 名の内、情報提供した患者 56 名。薬剤変更が考えられる患者 12 名、認知機能低下や巧緻機能低下患者 18 名、入院手術や転院予定患者 7 名を除外した。情報提供した患者の内、変更者 45 名 (80.4%)。アンケート回収 35 名。変更してよかった 28 名 (80%)。どちらともいえない 6 名。変更しないほうが良かった 1 名。変更してよかった理由は経済性、ゴミの減量、保管スペース減少 (冷蔵庫のスペース) と回答があった。デメリットは詰め替え動作が面倒、デバイスが重たい等の回答があった。【考察】アンケート結果より、カートリッジ製剤への変更でメリットを感じる患者が多く、注射療法中の患者への情報提供の取り組み支援は患者満足度の向上に寄与した。また、この支援の中で、インスリンボールの発見、注射手技の間違い、注射実施率、低血糖の対処法、経済状況、注射療法や糖尿病への想いを聞くことができ、医療者側も気づきが多く支援の広がりを感じた。この取り組みは患者、医療者双方に満足度が高く、よりよい注射療法継続サポートへと繋がる結果となった。

第5群 口演5 「自己管理・心理・QOL」

28

糖尿病患者が疾患を受容する一考

○坂邊 律子
美杉会佐藤病院

【緒言】

今回、視力低下、失業をきっかけに糖尿病の治療を中断しないといけないと感じていたA氏が、日常生活を前向きにとらえ糖尿病の治療も継続するようになった関わりを通して環境の変化や病気の悪化などイベントがあると、フィンの危機論である衝撃、防衛的対抗、承認、受容を繰り返しているのではないかと考え事例を振り返った。

【事例の紹介】

入院前は視力低下、失業をしたことがきっかけでA氏自身で日常生活を送ることが難しい状態となった。硬い表情で自分から人と関わろうとする雰囲気はなく療養指導をしても受け入れてもらえない状態であった。

【事例の展開】

1. 衝撃の段階

A氏の場合、視力の低下などがあり失業し収入が厳しくなったことがきっかけで、病院受診も控えるようになり、話かけてもあまり反応のない状態であった。この時、挨拶など声掛けするようにA氏に関わった。

2. 防衛的対抗の段階

A氏は視力低下や収入がなくなったことに対する不安があり糖尿病の診療は診断を中断されていた。病気や日常生活など自分がおかれている現状を受け入れることができずパニックになり自分で問題を解決できない状況であったのではないかと捉えた。そして、姉もA氏を心配されていたため、姉にも声掛けし外来通院を継続するように関わった。

3. 承認の段階

入院し白内障の手術を受け視力も改善してきたことや医療スタッフとの関わりでA氏の表情も穏やかになっていった。また、病棟看護師を中心に医療スタッフにより生活調整がされ、A氏は、退院後の生活についても考えられるようになっていった。

4. 適応の段階

退院後、も気にされる発言が聞かれるようになりA氏自身で判断し療養行動を継続して行えるようになった。外来では、何かあれば相談するように声掛けし関わっている。

【考察】

糖尿病患者は日常生活も踏まえた援助をおこない患者自身で療養行動をとることができるようになることが疾患を受け入れるということではないかと考えた。また、日常生活ができるように心理社会的援助を行っていく必要がある。

第5群 口演5 「自己管理・心理・QOL」

29

糖尿病負担感に影響を与える要因の検討

○片山 初美
近江八幡市立総合医療センター

【目的】糖尿病患者が合併症を予防しよりよい生活を送るためには、セルフケア行動の継続が必要であるが、日常生活の中でセルフケア行動を継続することは決して容易なことではない。療養生活の中で、抑圧、重荷、葛藤、つらさ、いらいら、悲しみ、孤独感などの負担感を抱くことは、心理的健康に影響を与えられている。本研究の目的は、心理的健康に影響を与える糖尿病負担感に影響する要因について明らかにすることである。

【方法】インスリン注射をしている外来通院中の糖尿病患者に対し、基本属性、PAID及びSDSCAに関する質問紙調査を行った。分析は、SPSSによる重回帰分析、t検定を行った。本研究は、所属施設の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。

【結果】分析対象とした284名の背景は、年齢64.0歳±12.7、男性152名(53.5%)・女性132名(46.5%)、1型糖尿病51名(18.0%)・2型糖尿病233名(82.0%)、糖尿病負担感得点46.4±14.7、セルフケア行動得点25.4±8.1であった。重回帰分析の結果、糖尿病負担感に影響する要因は、性別($\beta = 0.176, P = 0.003$)とHbA1c($\beta = 0.176, P = 0.006$)のみであり、セルフケア行動との関連は認めなかった。性別についてさらに分析をした結果、配偶者と同居している女性の負担感が男性に比べて大きく($P < 0.001$)、PAID20項目中11項目において有意差を認めた。仕事の有無では、仕事をしていない女性の負担感が男性に比べて大きく($P < 0.001$)、年齢が高い女性、病型では2型糖尿病女性の負担感が男性に比べて大きかった(いずれも $P < 0.001$)。

【考察】PAIDと性別との関係については過去の研究においても同様の結果であったが、今回の研究において女性の背景まで明確にすることができた。男女の感情の違いについて、男性は理論的、女性は感情に基づいて行動すると言われており、女性の方がより負担感を強く感じやすいのではないかと考えられる。配偶者との同居では、家庭における役割を女性が担うことが多いための負担感、仕事がないことや年齢が高くなることで社会との関わりが減少することによるストレスを男性に比べ女性がより感じやすいのではないかと考えられる。

第5群 □演5 「自己管理・心理・QOL」

30

糖尿病を既往にもつ脳梗塞患者へ行ったフットケアの一例

○森野 良美、女鹿田 沙織、金山 香苗、岩佐 由美、
山崎 優介
広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部

【目的】糖尿病の合併症である脳梗塞は、その後遺症により生活の質やリハビリテーションにも大きな影響を与える。また同じ大血管症である末梢動脈疾患を併発するケースが多く、足病変のリスクだけでなく生活の質にも大きく影響をする。今回、脳梗塞で入院しさらに足病変を合併した糖尿病患者へ行ったフットケア支援について報告する。

【実践内容と方法】事例報告。看護記録と実際の看護介入の場面を振り返り考察を行った。対象：A氏 50歳代女性、独居。既往に2型糖尿病、高血圧を有し、今回は脳梗塞にて入院となった。3年程前から受診自己中断しており入院時HbA1cは12.0%台であった。急性期を麻痺なく経過し脳血管障害後遺症は半盲のみだった。歩行訓練中に疼痛訴え片側足趾の壊死が発見され入院中に切断となった。なお、倫理的配慮についてはA病院倫理委員会の承認を受け、A氏の同意を得た。

【結果】歩行訓練を中断し、足趾の観察を行い壊死の進行程度に看護師は落胆と衝撃をうけ「痛かったね。もっとはやく私たちが気付いてれば。」と率直に伝えた。A氏は、「切らないといけないのはわかってた。怖くて我慢して誰にも言えなかった。ずっと痛かった。」と語り切断という選択をした。今後の生活やリハビリテーションへの思いなどを語り合い「生きていくためには仕事はしないと。母には頼れない。」という思いがあった。社会復帰を見据え手術までの間、足趾のケアをA氏自身で行えるよう、看護師と共に足の色調変化や温度差の確認、軟膏処置などみて触れることから始め、出来ていることを賞賛し、変化を共有し思いを傾聴した。「今のこの足を、憶えておかなきゃ。自分を支えてくれる足を守れるのは自分しかいない。まだ、生きたい。仕事に復帰したい。」という現在から未来への自分に思いを馳せるような、前向きな発言へと変化した。

【考察】A氏は、入院前から足の異常を認識していたことがわかった。しかし、その異常を相談できず不安や恐怖となり、壊死の進行に繋がったのではないかと考える。ありのままのA氏を受け止め理解し支援をしていく関わりの中で、A氏が自らの足と対峙し前向きな行動変容につながったと考える。

第6群 □演6 「特定行為・特定行為研修」

31

特定行為に係る看護師の研修を修了した糖尿病看護認定看護師の実践の評価～院内アンケート結果から～

○山本 恵美子
国民健康保険小松市民病院看護部

【目的】A病院では2019年から2022年3月までに11名が特定行為に係る看護師の研修を修了している。その中でまだ1名ではあるが、インスリンの投与量の調整の特定行為を実践しており、これまで2022年3月までに実践件数333件と年々増加している。その行為により医師の負担軽減や血糖コントロールの認識についての向上が期待されるが、実際に有効かは不明である。そこで今回、2022年3月までの有用性の確認と1年間の特定行為を行った後の医師や看護師の認識の変化を評価するためアンケートを実施し、特定行為の有用性や示唆を得ることを目的とした。【方法】インスリンの投与量の調整の介入経験がある医師および看護師を対象に2022年5月及び2023年3月に独自に作成したアンケートを実施し単純集計した。アンケート内容は、1特定行為介入について(①役立ったか、②治療上効果があったと思うか、③業務に支障はあったか)2血糖コントロールについて(①関心が高まった、②理解が深まった、③情報収集を行うようになった、④知識が深まった)とし、中立的な選択肢をなくし有効性を評価するため4段階(「ある」4点から「ない」1点)の選択式と自由記載とした。倫理的配慮として、A病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。【結果】2022年4月から2023年3月の実践件数は400件であった。アンケート回収率は5月88.0%、3月82.5%であった。(以下、平均±SDを5月→3月で記載する)。1特定行為介入については①3.81±0.4→3.81±0.4、②3.71±0.49→3.74±0.44、③1.31±0.57→1.31±0.59。2血糖コントロールについては①3.18±0.72→3.23±0.65、②3.15±0.68→3.21±0.69、③2.96±0.73→3.03±0.65、④3.03±0.61→3.09±0.67。【考察】今回の調査により、特定行為が役に立ったや治療上効果があったと考えている医療従事者が多く、有用性があると考えられた。また血糖コントロールについても肯定的な回答が多く、1年経過してもそれらについて、少なくとも低下することはなかった。これらより血糖に対する特定行為が有用であることや、特定行為による医師や看護師の血糖コントロールについての意識がより良い方向に変化することが示唆された。

第6群 口演6 「特定行為・特定行為研修」

32

糖尿病看護特定認定看護師による「看看連携」の実践からの気づき

○坂口 優希、内田 邦子、土田 由紀子
東京女子医科大学病院看護部

【目的】 A 病院の糖尿病看護特定認定看護師（以下、特定看護師）は、入院患者への特定行為（インスリン調整）を行っている。特定看護師が中心となり、外来や病棟看護師、訪問看護師による連携（以下、看看連携）がスムーズに実践できた事例を振り返り、看看連携への示唆を得ることが本実践報告の目的である。

【実践内容と方法】 事例は 70 歳代の患者 1 名で、2022 年 9 月から 2023 年 3 月までのカルテ記録から看看連携による実践を整理した。患者は、膝切除術後に内因性インスリン分泌低下、高血糖となり入院予約となった。外来看護師がインスリン注射に不安を抱える患者を把握し、特定看護師に情報共有された。特定看護師と病棟看護師にて患者の認知面や理解力、及び食生活内容などの情報収集を行いながら、その都度病棟看護師とセルフケアの進行状況や理解度の状況を共有した。また、糖尿病療養支援へ不安のある病棟看護師の支援を行った。さらに、患者に入院中に訪問看護の利用を提案し、医師を代行し訪問看護師と病棟看護師、本人を含め退院前カンファレンスを行い、継続すべき看護ケアについて情報共有をした上で退院することができた。退院後は糖尿病看護専門外来での支援を継続するとともに、訪問看護師からの電話相談に対応した。倫理的配慮は、患者や担当看護師に個人情報保護等について口頭・書面にて説明し同意を得た。

【結果】 看看連携を推進した特定看護師による実践は、1、特定看護師が病棟と外来を往来しながら連携の中心となり病棟・外来・訪問看護をつないだこと、2、治療と生活を結び付けた迅速かつ的確なインスリン調整を可能にしたことで病棟・外来・訪問看護師からのタイムリーな応答が可能になったこと、3、特定看護師が地域からの相談窓口としての役割を担ったことである。

【考察】 本事例を通じて、外来や病棟、地域とのシームレスな支援体制構築の重要性が示唆された。特定看護師がリーダーシップを発揮することで、看護職同士が対象者の生活を支えるための目標を共有でき、対等な立場で協働することでより看看連携を強化できると考える。

第6群 口演6 「特定行為・特定行為研修」

33

特定行為研修を修了した看護師の組織横断的活動の報告

○武内 さやか
医療法人医仁会武田総合病院看護部

【目的】 特定行為研修終了後の 2022 年 4 月より、特定行為である「インスリンの投与量の調整」を活用し、糖尿病内科医師と協働した組織横断的活動を開始した。今回はその実践内容と開始一年間の結果を報告する。

【実践内容と方法】 現在、循環器内科・糖尿病内科病棟に所属し、週に 2～3 日の活動日を設けて糖尿病内科や他科の医師からの依頼を受け、主に入院患者のインスリン調整を行っている。インスリン量の調整のみではなく、患者訪問しインスリン治療の必要性の説明を含め、退院後の生活、血糖管理を見据えた療養支援を行っている。早期から高血糖や低血糖への対応を行う事で疾患の治癒促進へ繋げ、入院期間が延長しないよう、多職種で協働している。倫理的配慮：個人が特定されないよう配慮し当院倫理委員会より本報告に関する同意を得た。

【結果】 2022 年 4 月から 2023 年 3 月までの 1 年間で、入院・外来、在宅領域合わせて約 160 件の特定行為を実践した。月平均の依頼件数は 13.3 件。診療科別では多い順に糖尿病内科 35 件、外科 26 件、循環器内科 25 件、整形外科 14 件、総合診療科 10 件であった。依頼内容としては、1 型・2 型糖尿病の血糖コントロール、周術期の血糖コントロール、外来・入院化学療法、COVID-19 感染症でのステロイド使用時、高カロリー輸液内のインスリン量の調整、糖尿病内科医師不在、多忙時の対応などを実践している。その中でも特に多かった実践領域は、入院中の周術期の血糖コントロールであった。周術期の特定行為実践では、術前の血糖コントロール、術当日の輸液内インスリンやスケール調整、術後は経口摂取開始に伴うインスリン調整を行うだけではなく、経口摂取量の低下に対する輸液の相談や、管理栄養士と協働した食事内容や形態の調整、高血糖に対して不安を抱く患者への心理的支援も含まれていた。

【考察】 看護師が行う特定行為は、ただ単純にインスリンの単位数を変更するのではなく、患者を取りまく様々な課題へ対処できる可能性がある。特に、患者が安心して医療を受けるための心理的支援が重要である。また、医師など多職種の間を取り持つかけはしの役割であり、糖尿病領域において重要といえる。

第6群 □演6 「特定行為・特定行為研修」

34

急性期病院における診療看護師主導の院内
糖尿病チームの活動～後ろ向き調査から見えてきたタイムリー
についての一考察～

○廣瀬 久美
前佐々総合病院

【背景】A病院は救急車受け入れ平均300台/月、平均在院日数11.7日(2020年)の急性期病院である。各診療科の連携不十分な背景から高血糖への対応の遅れが散見された。診療看護師(NP)により医師に先行して血糖管理を開始する院内の血糖管理システムを作製および糖尿病チームを発足し、タイムリーな対応を目指した。NPは、あらゆる職種からの高血糖の連絡を受け、病棟、外来、救急外来など活動の幅は拡大した。主な役割は、①入院時の身体診察及び検査結果から現状を把握し治療展開を予測する②特定行為(インスリン調整、輸液調整等)③薬物療法、食事療法の適切さを評価、変更③退院時の診療情報提供書の記載、とくに血糖管理についての根拠と今後の対応まで)③多職種と医師、主治医と糖尿病内科医のつなぎ役、など並行して実践していた。【目的・方法】必要な時期に必要な血糖管理ができていないのか疑問が生じ、過去1か月分の糖尿病チーム導入前後の患者背景、入院時の診療科、入院日数、介入までの日数などを後ろ向き調査を実施した。倫理的配慮として、患者・家族に、文面にて、NPの介入を評価する目的で研究を行うこと、データは匿名で統計学的処理を行い個人が特定されないことを説明、サインを以て同意を得た。

【結果】導入前31名、導入後33名。介入までの日数は短縮、介入期間は延長した。病態や退院後の生活を見据えた討議をMSWと行う機会と、管理栄養士と栄養について話し合う機会が増えた。侵襲ある治療の有無を問わず、全例に特定行為を含めた血糖管理を実践していた。一方、入院期間は差がなかった。

【考察】タイムリーな対応の基礎には、多職種連携があった。それぞれの専門職の思うタイムリーがあり、病態や主治医の治療方針に沿って決定付けられるものであった。また、血糖管理は「併診」の立場であることが多く、入院期間の明らかな短縮にはつながらなかった要因であった。他方、主治医の意向に沿った退院の方針が出ることを予測して血糖管理も収束し退院前の薬剤調整を実践していた。

【結論】糖尿病チームとしてタイムリーが成立していたと振り返る。

第7群 □演7 「看護師の技と教育」

35

新人看護師を対象とした糖尿病看護に関する
研修と課題

○溝上 貴世美¹、大工原 裕之²

¹ 坂出市立病院看護部、² 坂出市立病院糖尿病内科

【目的】

当院では新人看護師に対し、糖尿病看護に関する研修を入職直後の4月と入職半年経過頃にフォローアップ研修として各4時間ずつ、年間合計8時間の研修を企画運営している。2013年度より2022年度までの10年間に延べ103名の対象者に対し行った研修方法を検討した。

【実践内容と方法】

4月は講義および血糖測定器とインスリン自己注射のデモンストレーションを行った。入職後半年研修では、所属部署内で半年間に糖尿病患者と関わったうえでの困りごとに対し、Q & A方式で計画立案した。2016年度と2017年度には初めてOSCEを行い、2021年度は糖尿病患者体験を取り入れた。また、2022年度には2017年から2021年までの5年間に院内で発生した糖尿病治療や看護に対するひやりはつと事例を基に再発予防のための研修会を行った。発表に関して所属施設の長の承認を得た。対象者にはプライバシー保護を口頭で説明し、同意を得た。

【結果】

2016年度のOSCEは低血糖プロトコルに沿った低血糖の対処法とインスリンの準備から片付けまでの実施、2017年度は検査延食時のインスリン注射のタイミング、重症低血糖対応について評価した。2021年度は3日間薬物療法を行ったと仮定し、間食を含めた食事や活動内容を記録しプレゼンテーションを行う機会とした。入職後半年経過した頃に多かった困りごとは、重症低血糖を含む低血糖時の対処法、退院後の食事指導、間食時の対応、低血糖プロトコルの復習、周術期の血糖コントロールが必要な理由であった。

【考察】

コロナ禍前は、数年内には異動することを前提に、どの部署に配属となっても困らないよう、部署の特徴も踏まえながらQ & A方式で筆者が疑問に答える形式での研修内容を企画していた。コロナ禍となり、新人看護師でもコロナ対応部署に所属していたこともあり、公平性を保つ目的で受け身の研修から参加型の研修へと切り替えた。まだフォローアップ研修の方向性は入職直後の研修のように定型なものがないが、今後は教育効果を評価し新人看護師が少しでも糖尿病看護に関心をもてる研修を試行錯誤しながら企画していこうと考えている。

第7群 口演7 「看護師の技と教育」

36

感染者治療病棟入院中の糖尿病患者へのインスリン自己注射手技習得までの関わり

○西郷 和枝

会津中央病院外来看護相談室

【目的】 COVID-19 感染患者は感染拡大予防のため感染者治療病棟にて管理され医療チームスタッフ以外の入棟に制限があった。しかし、白内障による視力低下がある糖尿病患者へインスリン自己注射手技を支援するコンサルテーションを受けた。病みの軌跡安定期へ移行するタイミングで看護チームへ遠隔で糖尿病治療のセルフケア支援を実践できた関わりを報告する。

【実践内容と方法】 研究方法：実践報告 期間：2020年9月～11月

対象：A氏 50歳代男性 2型糖尿病 糖尿病合併症：腎症1期 HbA1c：11.2% 空腹時血糖値：181mg/dl 糖尿病歴：20年。

1年前にインスリン注射療法を中断し実家へ転居後B病院に通院。白内障手術の術前血糖コントロール目的でC病院紹介され入院中にCOVID-19に感染しB病院へ戻る。その後肺炎による重症管理のためD病院へ救急搬送転院となった。クライシス期の身体的脅威や視力低下を理由に自己効力感が低下し安定期に移行したがインスリン注射は看護師に依存し手技習得を拒否されコンサルテーションを受ける。

倫理的配慮：患者情報は本研究以外には使用しない同意と院内倫理委員会承認を得た。

【結果】 受け持ち看護師および看護チームと電子カルテや院内メール・内線通話等を活用し①目標設定のため情報収集からのアセスメント②セルフケア能力の評価③治療に対する思い：治療中断の経緯④自分はそれをできるという意味決定支援を促せる情報提供およびアドバイスを実施した。毎日の声掛けや治療の説明を続け、じっくり患者の思いを傾聴することで前向きに治療に臨めるようエンパワーメントを進めた結果A氏が自身の思いや将来のイメージをつかめるよう変化し、インスリン自己注射手技を習得してB病院へ戻れることができた。

【考察】 糖尿病の治療途中でCOVID-19感染から重症肺炎になったことで、A氏は疾患による脅威と糖尿病合併症進行との心身の折り合いの取り方に迷いや不安が強く抱かれたことは十分に理解できる。看護師は患者のセルフケア実行へ支援できるタイミングをうかがいながらエンパワーメントできたことで、患者の心身の安定期にインスリン自己注射の手技を習得できるよう関わられたと考える。

第7群 口演7 「看護師の技と教育」

37

診療所看護師と糖尿病療養指導を行うための協働プロセスでの変化
～アクションリサーチを用いて～

○佐竹 明美

群馬医療福祉大学看護学部看護学科

【目的】 研究者とA診療所の看護師によりA診療所に通院する糖尿病患者に対して療養指導を行うための協働を行った。そのプロセスにおける研究者とA診療所看護師の変化を報告する。

【方法】 対象はA診療所に勤務する看護師2名である。(以下診療所看護師とする) 研究者は月に1~2回、A診療所の糖尿病患者への療養指導を行なう外部者の立場で診療所看護師とのかかわりを持った。研究デザインはアクションリサーチであり、研究期間は2020年12月~2022年8月までであった。データはメモによる診療所看護師と研究者とのかかわりをもった場面の記述と業務終了後の診療所看護師へのインタビューにより収集した。データ分析は研究者の診療所看護師とのかかわりとそれによる研究者と診療所看護師の変化に関する場面を抽出した。変化の意味内容を読み取り局面として表した。本研究は研究施設の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。

【結果】 研究者と診療所看護師の変化は4局面であった。研究者と診療所看護師がかかわるなかで研究者は診療所看護師の働く環境を知り、診療所看護師は研究者の糖尿病患者とのかかわり方を知る【お互いを知る】局面、研究者の経験を基に診療所看護師の糖尿病に関する知識の向上を図り、療養指導へ踏み出せるよう診療所看護師にかかわるが、患者への療養指導の結果が出ない【うまくいかない療養指導】の局面、診療所看護師の糖尿病患者との距離やかかわりかたに研究者が気づかされる【診療所看護師の看護に気づかされる】局面、研究者が診療所看護師自身の意識していない看護を伝えることにより【診療所看護師が自身の看護を実感する】局面があった。【考察】 研究者は診療所看護師の看護に気づかされる変化に至った。診療所は糖尿病患者にとって地域に根差した場所であり、診療所看護師とは距離の近い関係にある。糖尿病患者にとって診療所は様々なことが語られやすい場であると考えられた。診療所看護師は自身の看護を実感する変化に至った。これは、研究者との相互作用によるものと考えられる。自身の看護に気づいたことにより今後の専門性を高めることや技術獲得につながると考えられる。

第7群 □演7 「看護師の技と教育」

38

薬剤性高血糖となったがん患者への熟練看護師による血糖コントロール支援の技
-初回支援時の情報収集に着目して-

○柏崎 純子、中野 実代子
共立女子大学看護学部

【目的】化学療法により薬剤性高血糖となったがん患者への熟練看護師による血糖コントロール支援の技のとして、初回支援時の情報収集項目を明らかにした。本研究では、技を「思考と行為を駆使した看護実践」と定義した。

【方法】薬剤性高血糖となったがん患者への支援の経験をもつ専門看護師（CNS）と認定看護師（CN）に対して、血糖コントロール支援の技について半構造化面接を実施した。録音データから逐語録を作成し、初回支援時の情報収集に着目しながら語りを抽出し、カテゴリー分類した。所属施設の研究倫理審査委員会による承認（KWU-IRBA # 21023）後、研究参加者に自由意思による参加であることや個人情報保護等を説明し同意を得たうえで実施した。

【結果】がん看護 CNS2名、糖尿病看護 CN3名、がん化学療法看護 CN3名に1時間の面接を行った。分析の結果、初回支援時の情報収集として114コード、30サブカテゴリーを抽出した。【化学療法による身体への影響】のカテゴリーには、＜レジメンに応じた副作用＞や＜食事摂取状況＞などの7サブカテゴリー、【病気や治療への思い】では＜高血糖の受け止め＞＜がん治療への思い＞などの3サブカテゴリーで構成された。他のカテゴリーとして【がん治療の経緯とレジメン】、【高血糖の症状と影響】など計7カテゴリーが得られた。

【考察】化学療法により薬剤性高血糖となったがん患者は、予期していなかった高血糖や化学療法に加えて高血糖への新たな治療を開始する必要がある。しかしながら、高血糖とその治療を受け入れられていない状況では、血糖コントロールに対するセルフケアを実施することは困難である。そのため、熟練看護師はがん患者の＜高血糖の受け止め＞に着目していたといえる。また、化学療法の副作用による嘔気や食欲低下などの消化器症状は食事摂取に直結し、血糖コントロールを左右する。食事摂取が困難となれば低血糖やシックデイのリスクがあるため、＜レジメンに応じた副作用＞や＜食事摂取状況＞などの情報を収集していたと考える。熟練看護師は、初回支援時から患者のセルフケアの実施への影響を予測して情報を収集していたことが明らかとなった。

第8群 □演8 「血糖パターンマネジメント」

39

intermittent-scanning continuous glucose monitoring (isCGM) を有効に活用できた2事例の外来継続看護の振り返り

○山田 吉子¹、松本 しのぶ²、林 可奈子²、谷 葉津美¹、山田 浩司²

¹医療法人和光会山田メディカルクリニック看護部、

²医療法人和光会山田メディカルクリニック内科

【目的】

血糖コントロールが難しい2型糖尿病患者、低血糖の不安が大きい1型糖尿病患者に対し intermittent-scanning continuous glucose monitoring (以下CGM) を有効に活用できた1年間の継続看護の振り返りを報告する。

【実践内容与方法】

A氏：60歳代女性、2型糖尿病、HbA1c11.1%。CGMを装着するも自己管理のアドバイスや解析レポート（以下レポート）に関心を示さない状況が続いた。糖尿病教育の経験がない為、糖尿病知識の提供、血糖コントロールの重要性の認識を高める為にステップバイステップ法で働きかけた。半年後の夜間低血糖を心配している事を伝えとレポートに関心を示すようになった。B氏：50歳代女性、1型糖尿病、HbA1c6.6%。自己管理に前向きであったが、職場での低血糖発症後、悲嘆や知られたい思いなどスティグマを抱いていた。受診時には、話を傾聴し自尊感情を取り戻していけるよう心理的サポートを行った。レポートから低血糖・高血糖の原因を振り返り、予防・対処方法を一緒に考えた。

【倫理的配慮】所属する施設長の同意を得た上で、患者には研究の主旨、プライバシーの保護、自由意志に基づく参加である、不参加により不利益が生じない事を口頭で説明し同意を得た。

【結果】

CGMは夜間低血糖の確認や低血糖の予測と対応が出来有効であった。A氏は夜間低血糖からレポートに関心が高まり、食事・運動・インスリン療法等の質問が増え「元気で生きていきたいからCGMをつけている」と話し、HbA1cも6.6%まで低下した。B氏は面談の継続で「話を聞いてもらえるだけで嬉しかったし安心できるようになった。低血糖に気をつけ勤務出来るようになった」と話し、レポートの振り返りによって、低血糖傾向時には測定回数を増やし朝食の用意やインスリン調整等、低血糖対策が出来ようになった。

【考察】

レポートを振り返り食事の確認や朝食等の情報提供や傾聴を継続する継続支援は自己管理意欲を高められたり、低血糖の回避となり、安心・安全な生活支援に繋がりQOLも高められた。CGMは患者の療養生活にきめ細かく介入し、瞬時に支援出来る為、外来継続看護の有効なツールとして活用できると考えられた。

第8群 口演8 「血糖パターンマネジメント」

40

isCGM使用による心理的影響に関する文献検討

○酒井 知恵子¹、石破 さくら²、澤井 花音³、
針山 朋子²、片岡 英幸¹

¹鳥取大学医学部保健学科、²鳥取大学医学部附属病院、³岡山大学病院

【目的】先行研究から isCGM が患者に与える心理的影響をカテゴリー化して明らかにすることである。

【方法】Web 版医学中央雑誌 (ver.5) を用いて、キーワードを「Freestyle リブレ」「糖尿病」「患者」とし and 検索をした。さらに得られた文献を会議録は削除し選定基準及び除外基準に沿って文献を選定し、目的にあった文献を対象として文献研究を行った。選定基準を、患者心理について患者の意見や行動が具体的に記されているものとした。検索期間は 2017 年から 2022 年とした。除外基準は、乳幼児期、学童期を対象としているもの、妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠のみを対象としているもの、精神疾患を合併しているもの、患者の心理状況について述べられていないものとした。分析方法は、対象文献から isCGM が患者に与える心理的影響に関する記述を抽出し、コード化を行った。抽出されたコードの類似性に基づきサブカテゴリー化した。サブカテゴリーごとに内容の抽象度を高め、isCGM が及ぼす心理的影響をまとめカテゴリー化した。倫理的配慮として、先行文献等を引用する場合には、論文の著作権を侵害することがないように留意した。

【結果】isCGM 使用者の心理的影響について述べられている部分を抽出した結果、36 のコードが抽出され、それらを分類した結果、23 のサブカテゴリー、9 つのカテゴリーが生成された。この 9 つのカテゴリーのうち【測定の容易さ】【生活様式の変化】【血糖値可視化によって前向きに療養に取り組むきっかけとなった】【治療に対する心境の変化】の 4 つのカテゴリーを肯定的感情【不快感・心配】【不正確さ】【困難感】【費用の問題】【皮膚の不親和性】の 5 つのカテゴリーを否定的感情とした。

【考察】患者は、isCGM 使用により日常生活のなかで自己効力感を高め自己管理への動機付けとなっていた。一方で、心理的負担や困難感を生じ否定的感情も明らかとなった。治療の自己中断がないように、患者が抱く感情を受け止め、一緒に考え、継続的に問題解決し支援していく必要性が示唆された。

第8群 口演8 「血糖パターンマネジメント」

41

高齢独居女性とともに伴走者としての療養支援～機械苦手意識へ isCGM 導入良好な血糖コントロールが叶った～

○中山 一子
医療法人中山クリニック

【目的】COVID-19 機に親族より果物やお菓子が多く届き、過食及び偏食から数ヶ月間 HbA-1 値 11.6%、FPG450mg/dl と高値からインスリンデグデルゲ (遺伝子組換え) リラグリチド (遺伝子組換え) 導入後に isCGM を導入し血糖コントロールが良好へ改善した 1 事例を報告する。

【倫理的配慮】本実践研究の趣旨、プライバシー保護の説明し同意を得た。

【実践内容と方法】A 氏 70 代独居女性 2 型糖尿病、COVID-19 を機に孫子の帰省が減少し果物やお菓子が多く届き生真面目な性分から毎日、食事代わりに過食傾向にあった。合併症進展抑制を踏まえインスリンデグデルゲ/リラグリチド 6 ドーズ開始、デモンストレーションを理解するまで行いリーフレットに従い実践時、デバイス本体へ 6 ドーズに赤マジックで目印を付けた。COVID-19 感染を恐れ戸外での運動も殆ど難しく室内で可能なラジオ体操の提案をした。主食 3 食を確り摂り方、宅配の果物等は小袋に分け冷凍保存方法も一緒に検討した。インスリンデグデルゲ/リラグリチド自己注射から 2 週後 isCGM の導入時はスマートフォン所持しない事からリーダを活用した。8 時間以上スキャンでトレンドは途切れる等の例も納得いく迄、質問へ寄り添い pt 「機械音痴で大丈夫かしら？私！」CDEJ 「どんな事でもご相談大丈夫です！応援団です一緒に頑張りましょう」と、激励した。行動記録ノートと食事内容ノートも記載内容へも血糖トレンドの推移に大切な旨も伝え 8 回スキャン/日を目標とした。2 週間毎に isCGM センサー交換時、達成した目標へ傾聴し称賛した。

【結果】療養支援から凡そ 8 ヶ月間を経過 HbA-1 値 6.2%、FPG93mg/dl と血糖コントロールが良好となった。isCGM も TIR85% に達し pt 「ピット測るのが楽しくなりました」CDEJ 「機械に慣れて上手ですね」と、12 回以上/日にスキャンも実践していた。食事でも定期的に果物や菓子など偏食の改善が有り、食後のストレッチも定着した。

【考察】with コロナで対面減少の最中、来院時で行動記録/食事内容ノートを確認後、改善へ称賛し信頼関係構築でインスリン デグデルゲ/リラグルチド自己注射 isCGM と初めて治療へ応援団として激励は、伴走者としての理解が認められた。事前にリーダへ充電し帰宅時に実践した事から自信に繋がり、isCGM へ興味も増し TIR 可視化から機械の苦手意識を克服し TIR85% へ継続が叶ったと示唆される。

第8群 □演8 「血糖パターンマネジメント」

42

リブレ活用により血糖コントロールを日常生活の中に上手く取り入れることが出来た一事例

○金廣 美有紀

倉敷医療生活協同組合総合病院水島協同病院人工透析室

目的

今まで血糖コントロール不良であったA氏に非侵襲的なリブレを導入することで自己血糖コントロールが継続出来るようになる。

I. 患者紹介: A氏 男性 70代後半 糖尿病歴35年 透析歴10か月。糖尿病が原因により第1趾壊疽から切断となった経緯あり。

II. 倫理的配慮: 本研究の目的及び方法について説明したうえで、研究参加は自由であること、いつでも中止ができることを説明し、同意 書にサインを頂いた。

III. 実践内容と方法

針を使わず血糖測定できるリブレセンサーを、一日3回食前にモニターにかざすことを指導。又、自分の食べた物の種類によって血糖値がどのくらい上昇するのか自覚してもらうため、食べた後にも血糖測定してもらった。

IV. 結果

A氏は大好物のカップ焼きそばの食後血糖値が300mg/dlという数値が出たことでカップ焼きそばを食べることをやめた。他にもおやつを食べた後、実験的に血糖値を測定することで血糖値に興味を持つようになり意識的に自分の食べ物を選択するようになった。更にA氏は自分の血糖値をグラフにするようになり、その姿を見た3歳の孫と一緒にグラフ作成を手伝ってくれたことが血糖コントロール継続の相乗効果となり安定期を保っていた。しかし、経過の中で時に気持ちが緩む時もあり、制限していた食べ物を食べてしまった罪悪感から再び間食の回数が多くなり不安定期に突入した。その際A氏と不安定期からの脱出を目標にA氏と共に振り返りを行った。その中で過去のリブレデータを見返してみるとA氏は奮起する気持ちが再び現れるようになった。そして、再び安定期に乗ることができた。

V. 考察

リブレという非侵襲的なツールを利用することでの利便性と本人の意思、家族の協力も相乗効果となり日々の血糖コントロールに繋げることができたと考察する。

第8群 □演8 「血糖パターンマネジメント」

43 AWARD

高齢糖尿病患者の低血糖の経験から肯定的側面を引き出すための看護師の関わり

○高木 若奈¹、正木 治恵²、石橋 みゆき²、石井 彩^{2,3}
¹ 国立成育医療研究センター、² 千葉大学大学院看護学研究院、³ 千葉中央メディカルセンター

【目的】低血糖の経験のある糖尿病を有する高齢者に対し、看護師が患者と共に経験の振り返りを行うことで、肯定的側面を引き出すための関わりを明らかにすること。

【方法】低血糖を経験した高齢(65歳以上)の糖尿病患者に関わる糖尿病看護の有資格者3名を対象とした。所属施設の倫理審査委員会の承認を得て研究対象者と半構造化面接を行い、低血糖を経験した高齢糖尿病患者の事例と、低血糖予防の関わりについて語りを得た。語られた内容を質的統合法(KJ法)で分析した。インタビューは2022年11月に行なった。

【結果】

3名の対象者について、A氏は看護師経験年数27年、糖尿病看護経験年数25年、総合病院勤務の糖尿病看護認定看護師、B氏は看護師経験年数14年、糖尿病看護経験年数5年、健康管理センター勤務の日本糖尿病療養指導士、C氏は看護師経験年数28年、糖尿病看護経験年数25年、特定機能病院勤務の糖尿病看護認定看護師であった。

3名それぞれの看護師に特徴的な関わりとして、A氏は【セルフケア能力のアセスメント:患者の経験と強みへの着目】(元ラベル数28)【低血糖予防の介入:数値と身体症状を結びつける援助】(元ラベル数20)、B氏は【低血糖のリスクの探索:患者が認識していない低血糖への細心の注意】(元ラベル数25)【低血糖予防のためのアセスメント:患者の価値観・血糖管理観】(元ラベル数12)、C氏は【低血糖予防のためのアセスメント:患者の低血糖に対する想いの把握】(元ラベル数14)【低血糖予防の介入:患者が納得し、実施可能な方法の模索】(元ラベル数18)であった

【考察】

肯定的側面を引き出すために重要な援助の1つは【セルフケア能力のアセスメント:患者の経験と強みへの着目】などの患者の自己管理行動を促進し主体的な療養に取り組むための援助であると考え。また、低血糖を経験した患者が精神的負担を有する可能性を認識した上で患者の精神的負担を取り除き、患者が生活の中に取り組むことができる方法の検討、患者本人だけでなく患者の周囲の支援環境への関わりを行うなどの、患者の自己管理行動を阻害する要因を取り除くための援助も重要であると考え。

第9群 □演9 「1型・2型糖尿病」

44

1 型糖尿病女性の思春期における月経と血糖にまつわる情報の受け止め方と生活の変化

○渡邊 彩夏¹、菅原 明子²、塩飽 仁²、入江 亘²¹千葉大学医学部附属病院、²東北大学大学院医学系研究科保健学専攻家族支援看護学講座小児看護学分野

【目的】1型糖尿病をもつ思春期女性が月経と血糖に関する情報をどう受け止め、その後の生活にどのような影響があったかを明らかにする。

【方法】1型糖尿病成人女性3名に半構造化面接を実施しSCATを用い分析した。本研究は所属施設の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。

【結果】分析から得られた各対象者のストーリーラインを示す。A氏：診察時に＜高血糖の結果に即した情報提供＞を受けることで＜月経と血糖の関係の紐付け＞が生じ、＜月経周期に合わせた療養行動の変化＞を起こしていた。その後、＜女性ホルモンによる血糖変動の漸次的自覚＞に伴い、療養行動に関して＜感覚的から形式的な対応への変化＞がみられた。また、＜普段の血糖パターン＞から＜月経時の高血糖に対する楽観的解釈＞をし、＜月経周期に左右されない生活＞をしていた。B氏：発症時に月経と血糖の関係について＜不意な情報提供＞を受けており、月経開始後からの＜日常の血糖変動ごとの要因説明＞が加わることで＜生理的要因による血糖変動への前向きな諦め＞に繋がっていた。また、月経が始まり＜女性ホルモンによる血糖変動への過度な懸念＞を持ちながら、＜月経周期に応じた血糖変動の現れ＞によって＜月経と血糖の関係の漸次的自覚＞が芽生え、＜月経周期に合わせた療養行動の思案＞をしていた。C氏：初経前、月経と血糖の関係について＜漠然とした情報への受動的接触＞があり、月経を迎えた際に主治医からの＜直接的な情報提供＞を受け＜事前情報への合点＞がいった。月経が始まり思春期の間、＜血糖コントロールの困難感＞と＜コントロール不能感の蓄積による精神的苦痛＞に苛まれていた。一方で、＜血糖コントロールの困難感＞を抱えながら＜身体的変化に合わせた療養行動の試行錯誤＞を経て、＜血糖変動に合わせた療養行動の獲得＞や＜積極的な対策＞をし、＜身体的変化に合わせた療養行動の適応＞に至っていた。根底には＜不本意な血糖変動への前向きな諦め＞があった。

【考察】月経と血糖の関係にまつわる情報の受け止めやその後の生活の変化に個別性が表れる背景には女性ホルモンによる血糖変動への影響の程度がある可能性が示唆された。

第9群 □演9 「1型・2型糖尿病」

45

1型糖尿病児の就学時多職種支援

○田村 三穂

東都大学ヒューマンケア学部看護学科

【目的】

本研究は、医療的ケア児コーディネーターによる1型糖尿病児の就学支援の実践内容を質的に分析し、支援に関わった職種とその役割及び評価の時期・内容について明らかにすることを目的とした。

【実践内容と方法】

2023年までに7名の1型糖尿病児の就学支援を実施した。具体的な活動は、本人・家族との面談、保育園訪問、主治医同行受診、就学前の支援者連携会議の参加、支援者への緊急対応指導、担当看護師との情報共有、各種連携ノートの作成、学校・学童クラブでの看護活動の準備・実践、支援者研修等である。

【結果】

1. 支援者とその役割

就学後の支援者は学校関係者、医療関係者、学校外の学童関係者であった、各支援者の具体的役割は表1に示す（表1参照）。

【表1 就学後の支援者とその役割】

支援者	役割
担任教諭	リブレ値・低血糖症状（特に体育時）の確認と対処、家族との連絡
養護教諭	就学時の処置室整備・血糖測定インスリン注射の場所の設定、緊急対応の準備
副校長	教育委員会との連絡、放課後児童対策課との連絡、訪問看護師の業務の把握
教育委員会	訪問事業所の配置、実績把握、事業所との連絡、学校との連絡、家族との連絡、ヒヤリハット報告管理
訪問看護師	自立指導、事業所間連絡
放課後児童対策課	訪問事業所の配置、実績把握、事業所との連絡、教育委員会との連絡、家族との連絡
学童クラブ	おやつ量の把握・記録、おやつ準備、看護師不在時のリブレ値確認、観察、低血糖時対処

2. 評価

評価の時期は、各学期（会議）、年度末（報告書）、進級時（会議）であり、内容は各支援者の経過報告を踏まえた支援方針の検討であった。「給食やおやつに関するトラブル」、「インスリン注射に関するトラブル」、「遠足・運動会」、「プール活動」、「児童間のトラブル」、「自己注射の自立度」等が報告され支援方針が検討された。看護師の支援が終了するタイミングは、症状を伝えられ各校固有な体制の中で、見守りや対処が可能と判断された場合であった。学校内での家族の付き添いは無く7名が3年生までに看護師支援が終了した。

【考察】

就学前に医療情報の共有と支援方針の検討をすることにより、各支援者の役割理解と支援者間の関係構築がなされ、多職種間の情報伝達や相互の相談がより円滑になされた。支援者間の関係性形成により、家族と支援者相互に不安が軽減し、トラブルの予防につながっている。一方で、看護業務の理解が不十分な一部の学校での看護活動の理解促進と業務準備の必要性が示唆された。今後は、思春期の療養生活支援のコーディネーターが課題である。

本研究は、首都圏特別区地域の実践報告であり汎用性に限界がある。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう匿名性を保持し家族に内容を開示し了解を得て情報共有しており、本研究は紙面で確認し口頭で了承を得ている。

第9群 □演9 「1型・2型糖尿病」

46

強化インスリン療法の同意が得られなかった患者が治療を受容し継続している要因の検討—保健師外来の支援を通して—

○大崎 泰葉

総合病院水島協同病院外来看護1科

【目的】強化インスリン療法の同意が得られない患者への支援を保健師外来で行った。関わりとインタビューを通して、治療を受容し継続できている要因について考察する。

【実践内容と方法】事例は、A氏、2型糖尿病、50歳代男性、独居。強化インスリン療法開始の同意が得られなかったが、保健師等の関わりで導入と継続が可能となった。診療録、看護記録からデータ収集を行うとともに、外来の待ち時間に個室で10分程度、インタビューガイド(治療を決めた理由、続けられている理由)に基づく半構成的面接を実施した。研究は所属施設の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。

【結果】表1に示す。

表1

	A氏の健康状態・治療	A氏の言動	保健師外来での介入
2019年3月～	HbA1c12.1%。口渇、頻尿あり。インスリン消極的で血糖降下剤内服のみへ変更。	・「自分の好きにして死ぬんじや。調子はすつと悪い。昼カップラーメン、夜茶碗1杯、野菜あまりとれていない。」 ・指導後一時的に間食を抑えたりされるが長くは続かず。	・前主治医の指示を受け糖尿病指導の介入をしたことを契機に毎回診察前に保健師外来で介入し生活状況の聴取や適宜指導を行っていた。
2020年9～12月	呼吸苦あり。 呼吸器外来を受診。COPD診断で吸入処方。 呼吸苦改善。	・「動いたらしんどい。」 ・「吸入の必要性を感じず当初使用されず。」 ・「あんたがそこまで言うならしんどい時は吸うかも。」 ・「吸入ちゃんとしてる。前より楽になった。」	・A氏と関わりが長く信頼関係ができていた看護師からも、呼吸器外来の受診勧奨をしてもいい意図的に関わった。 ・保健師より「呼吸苦を和らげるためにぜひ吸ってもらいたい」と伝える。 ・吸入継続を賞賛。
2021年1月3月	HbA1c15%台。入院は禁煙困難で拒否。 BOT開始。 HbA1c18%台。 医師より強化インスリン療法提案。	・「調子良く料理作ることができるようになった。野菜とるようにしている。」 ・「BOT経験あり開始に同意。」 ・「青と皮だけだから薄く打てない日がある。4回は絶対しない。」受容されず。	・検査値の増悪があるが否定せず食生活が改善できていることを賞賛。 ・インスリン手技確認し問題ないこと確認。 ・保健師も強化インスリン療法を勧める。 ・A氏の気持ちを受容し思いを発信できるように関わり介入を見逃す。
4月～	HbA1c17%台。 医師より食事回数に合わせ朝、夕でヒューマログ2回施行を提案。 徐々にデータ改善し半年後HbA1c8%台。	・「そんなに言ってくれるなら」「星と夕ならできそう」とヒューマログ追加に同意。 ・「習慣になっている。真面目に打っているから血糖が下がらないとおかしい。調子がいい。ご飯も美味しい。」	・依然検査値が高い状態が続いており保健師よりA氏の身体が心配であるためインスリンを打ってほしい旨を伝える。 ・外来受診時には声をかけ続けた。 ・検査値を伝え「血糖が良くなっています。この調子で頑張って打ちましょう。」と励ましていった。
2023年4月	HbA1c7%台。	・「心配してくれていることを考えたらこれ以上迷惑をかけたらいかん。言ってくれないと血糖も上がり続いていた。あんたのお陰で頑張れている。」	・半構成的面接を実施。治療を決めた理由、続けられている理由等を聴取。

【考察】気になる患者として保健師外来で継続的に関わったことで信頼関係ができ、「そんなに言ってくれるなら」と、受け入れがたい治療でも受け入れてみようという意識変容の一助に繋がったと考える。また、身体を心配しそれを言語化して本人に伝える共感的態度で接したことや、生活習慣に合わせてヒューマログを2回で導入したことが治療の受け入れ要因であったと考える。そして、強化インスリン療法開始による体調変化の実感が治療継続要因であると考察した。

第9群 □演9 「1型・2型糖尿病」

47

2型糖尿病をもつ男性シフトワーカーの概日リズムに影響を及ぼす日常生活行動

○石田 晴子

いわもと内科クリニック看護部

【目的】2型糖尿病をもつ男性シフトワーカーの深夜に及ぶ多様な就業形態と、それに伴って影響をうける睡眠と食事の特性を明らかにし、糖尿病をもつシフトワーカーの重症化予防となる具体的な療養支援を検討する。

【対象者】労働基準法の時間外労働規定における22時～5時を含む時間に勤務し、就業時間が変動する2型糖尿病をもつ男性シフトワーカー6人。年齢は40～70歳代で糖尿病受診歴は1～10年。

【方法】質的記述的研究デザイン。半構造化面接を行い、インタビュー内容を逐語録化した。事例ごとに生データを繰り返して読み、就業形態と睡眠、食事に関する行動や考えを表す文脈を抽出しコード化した。事例は継続して比較検討し、新たな分析結果が生じなくなるまで繰り返し、日常生活行動、特に睡眠と食事の特性をあげた。分析は質的研究者の参加を得てスーパーバイズを受けた。所属施設の倫理審査委員会の承認と研究対象者の文書による同意を得た。

【結果】就業形態は「長時間勤務で変動」し、特に「深夜の単独勤務」が多く、HbA1c値や血圧値の上昇によって就業規制があった。夜勤の割合が増えた場合、「休日は寝て過ごしている」特性があり、食事については「夜勤明けの食事内容が偏る」、「就寝前の食事が多くなり起床後は欠食」していた。また同居家族の有無に関わらず「一人で食べる」特性があり、療養に関する情報や理解の不足をもたらしていた。

【考察】シフトワーカーは、本来人間が持つ生理的なリズムやホルモン作用に合わせた「起きて食べる」という行動とは逆に、「食べて寝る」習慣が積み重なり、概日リズムの乱れが悪化しやすい。夜間勤務による不規則な日常生活行動に対し、生活リズムが異なる家族からの療養支援が得られない場合もあり、欠食の要因の一つとなる。また夜間勤務の多い日常生活は食事だけでなく社会的にも孤立しやすく、適切な情報の理解や糖尿病療養に困難をもたらすことも考えられる。シフトワーカーの糖尿病の重症化予防には、HbA1c値、LDL-コレステロール値、血圧等、動脈硬化のリスク因子を包括的に捉え、時間栄養学的な食べ方、生活状況の中で継続できる支援が重要であると考えられる。

第10群 口演10 「患者教育」

48

糖尿病教育入院患者の自己決定支援に対する患者参加カンファレンスの効果
～PAIDスケールを用いて～

○森口 直文、高橋 優果、伊与 恭子、古山 景子
日本医科大学付属病院

【目的】糖尿病教育入院患者に対して患者を交えたカンファレンスを行い、PAIDスケール(感情負担度)を用いて糖尿病患者の心理的負担の変化を調査し、退院後の療養行動継続について明らかにする。

【実践内容と方法】糖尿病クリニカルパスで入院し研究説明に同意された患者で、退院後当院糖尿病・内分泌代謝内科に通院する患者2名を対象とした。

1. 入院3日目に研究者(病棟看護師)が面談を行った後、患者と医療者(主治医、研究者、糖尿病看護認定看護師、担当管理栄養士)で30分程度カンファレンスを実施し、退院後1・3・6ヶ月時の外来受診時に15分程度の面談を行った。
2. 入院時、退院時、退院後1・3・6ヶ月の外来通院時にPAIDの記入を行い研究者が直接回収した。
3. カンファレンスで患者が自己決定した療養行動内容について、PAIDスケールと発言を基にどのような変化が見られるか調査した。
4. 糖尿病治療効果の判定のためHbA1cの推移について調査した。

本研究は、所属施設の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。

【結果】

1. 退院後外来面談の反応：A氏B氏共にカンファレンスで自己決定した療養行動で継続出来たことや、継続出来なかった代わりに別の方法を行っているという発言が聞かれた。
2. PAIDスケール点数の変化：A氏は入院時37点退院時30点、退院後6ヶ月40点。B氏は入院時38点退院時36点、退院後6ヶ月29点。項目毎では、心理的負担の高い3点と4点の項目はどちらにおいても減少した。
3. HbA1cの推移：A氏は入院時8.2%から、退院後6ヶ月時には7.0%、B氏は入院時10.4から退院時7.1%、と両氏共にHbA1cの低下を認めた。

【考察】入院時のPAIDスケール総点数は、A氏が入院前より退院後に上昇しているが、退院後6ヶ月の両氏の各項目点数は、1点と2点で構成され、全体を通して心理的負担の軽減に繋がったと考える。両氏は共通する項目に3点以上をつけ、糖尿病疾患の不安よりも、糖尿病管理の不安を抱えていた。インスリン治療の継続に加え、カンファレンスで実現可能な療養行動を自己決定したことで食事療法、運動療法が継続され、退院後のHbA1c改善に影響がみられたものと考えられる。

第10群 口演10 「患者教育」

49

糖尿病患者への口腔保健行動の看護支援教材の作成に向けて
一第4報 看護師を対象とした調査

○桑村 由美¹、瀧川 稲子²、湯本 浩通¹、細木 真紀¹、澄川 真珠子³、桃田 幸弘¹、上村 浩一⁴、倉橋 清衛¹
¹徳島大学大学院、²徳島大学病院、³札幌医科大学、⁴兵庫県立大学

【目的】糖尿病患者の口腔保健行動への看護支援教材(以下、教材)の開発に向けて、看護師の認識と教材の適切性についての評価を明らかにする。

【方法】2023年2月～3月に糖尿病看護に携わる看護師を対象に、糖尿病患者の口腔保健行動に関する認識と教材の適切性についてWeb調査を行った。教材は項目(口腔内の状態、口腔衛生行動、歯科受診、糖尿病と歯周病に関する知識や認識、医科歯科での情報提供、義歯等)ごとに質問と説明で構成した。数値データは単純集計し、自由記述は意味内容ごとにカテゴリーを生成した。倫理的配慮：所属施設の倫理審査委員会の承認を受けて実施(4027-4)。

【結果】対象者23名中、22名が糖尿病看護認定看護師や糖尿病療養指導士等の有資格者で、口腔に関して患者から話を聞く頻度は少ない/やや少ないが83%、聞いたことがある口腔内の困りごとは、口渇48%、歯の喪失43%、歯肉腫脹30%、歯科治療時の糖尿病の影響の不安30%で、患者には《口腔保健行動についての知識や認識の不足》と《口腔保健行動の実施への障壁》があるため、《歯科受診の必要性》《口腔ケアの必要性と方法》《口腔と糖尿病などの身体疾患や生活との関連》について情報を伝える必要があり、看護師には《歯科受診への橋渡し》《情報や知識の提供》《自己管理の支援》の役割があると考えていた。教材の全32項目中28項目(87.5%)が適切/ほぼ適切と評価された。やや不適切と評価されたのは歯肉の腫れ、歯磨きの開始時期や就寝前の歯磨き、歯科治療時の医科歯科情報連携に関する項目で、各1名ずつから、わかりやすい表現案が示された。また、教材は短時間で簡便に使用できるものが望まれていた。

【考察】口腔保健行動の支援で看護師が果たすべきと考える役割は、医師/歯科医師が看護師に求める役割(先行調査)と合致していた。歯の喪失は口腔の危機状態であるが、その状態になるまで患者は看護師に情報発信しない可能性が推察された。教材は、看護師が患者に伝える必要があると考える内容を含んでおり、概ね適切と評価された。今後は看護師、患者の双方から、簡便で身近な教材として位置づけられ、活用されるように工夫する必要がある。

第10群 口演10 「患者教育」

50

CGMのクラウドデータにより遠隔モニタリング支援を行った1事例

○山崎 優介

広島市立北部医療センター安佐市民病院看護部

【目的】糖尿病領域における遠隔モニタリングは進化してきている。スマートフォンのアプリを介して、クラウドに保存された血糖値などのデータを看護師がモニタリングすることで遠隔支援が可能となるが、実践報告は少ない現状にある。今回、CGM（持続グルコースモニタリング）のクラウドデータを活用し遠隔モニタリング支援を行った1事例を報告する。

【実践内容と方法】事例報告。記録と支援場面を振り返り考察を行った。患者に口頭で参加の自由意志、匿名性保持、同意撤回時に医療スタッフに伝えてもらうこと等を説明し同意を得た。対象：A氏50代女性。20XX年12月に1型糖尿病と診断された。翌年4月より看護介入開始し、5月にCGMを導入した。B病院の遠隔モニタリングのシステムとしては、電子カルテ端末とは別のパソコンでデータ管理を行っており、患者の同意の元にクラウド連携を行っている。なお、支援者は糖尿病看護認定看護師であった。

【結果】A氏は糖尿病発症当初から「糖尿病になって食べるのが怖いです」と何度も話し、看護師は糖尿病の理解を促し、糖尿病でない人と同じような人生を歩むことができるように支援を続けてきた。isCGM導入後より1型糖尿病のハネムーン期が終わり、血糖変動が大きくなってきた。それに伴い、A氏は病気や治療変更への不安を多く語り、病院への定期外の連絡が増えてきた。看護師は不安に対応するため、対面診察時の療養支援だけではなく、その間CGMを遠隔モニタリングし電話支援を開始した。A氏は低血糖への不安を多く語っていた。そのため、クラウドデータを元にインスリン単位数を変更することで低血糖を起こさないように支援を行った。A氏は「こうやって電話でサポートしてくれるから本当安心です。治療のことだけでなく不安なことも聞いてくれるのが嬉しいです。」と話した。

【考察】看護師が行うクラウドデータを用いた遠隔モニタリング支援により、治療変更に伴う患者の心理的变化に対応ができる可能性がある。また、遠隔モニタリング支援に特定行為「インスリンの投与量の調整」を活用することで、患者の状態や状況に応じたタイムリーな対応が可能となることが考えられる。

第10群 口演10 「患者教育」

51

中学生への「未来の健康のために何ができるか」に焦点をあてた糖尿病発症予防の授業が生活習慣の意識変化に及ぼす影響

○庄子 千鶴満¹、廣兼 美佐子¹、松村 佳江¹、宮本 弘美¹、新田 千恵美¹、水入 苑生²、重本 憲一郎²、西澤 欣子²

¹(医)一陽会原田病院看護部、²(医)一陽会原田病院内科

【目的】中学生への「未来の健康のために何ができるか」に焦点をあてた糖尿病発症予防の授業が、生活習慣の意識にどのように影響するかを明らかにする。

【方法】20XX年11月、A市立B中学校の全校生徒を対象に看護の出前授業「未来の自分のための、今できる生活習慣～糖尿病患者さんを支える立場からのお話～」の授業（50分）を行った。授業後にマークシート式質問紙を配布、当日中に回収した。本研究について事前に保護者に文書で通達し、保護者と中学生の同意を得た参加者を対象とした。質問内容：糖尿病の認知度・授業の理解度、健康のための行動の継続の自信は4段階、今後の意向を5段階の選択回答、「やってみよう」と思う具体的行動は自由回答とした。調査結果は単純集計・クロス集計を行い分析した。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象：209人中、同意を得た205人。授業前、糖尿病を「知っていた」「ある程度知っていた」122人（60%）、「聞いたことがある程度」76人（37%）、「全く知らない」7人（3%）、授業後、糖尿病について「わかった」「ある程度わかった」196人（96%）だった。糖尿病は「とても大変な病気だ」「大変な病気だ」と感じたが194人（95%）、その中で未来の自分の健康のために何かをやってみようと思ったのは186人（96%）だった。行動を起こすことに「自信がある」「やや自信がある」121人（59%）、「あまり自信がない」「自信がない」83人（41%）で、その中で未来の自分の健康のために何かをやってみようと思ったのはそれぞれ116人（96%）、75人（90%）だった。やってみようと思う事の自由記載は食事145人（71%）、運動76人（37%）、その他46人（22%）だった。

【考察】中学生への糖尿病発症予防の授業で糖尿病の理解が深まり、行動の自信の有無に関係なく糖尿病の重大性を認識した場合、何かをやってみようという意識変化に繋がった。アンケート調査は具体的な糖尿病予防行動を考える動機付けとなると考えられた。

【結論】中学生への糖尿病発症予防の授業とその振り返りの時間は糖尿病の理解を深め、具体的な行動について考えることに繋がる。

ポスター 1

52

糖尿病腎症患者の療養認識パターンと経験学習プロセスの特徴

○松井 希代子、宮崎 彩乃
金沢医科大学

【目的】2型糖尿病腎症の療養認識である「高肯定感」認識パターン（以下、「高肯定感」）の患者は、食事・運動・薬物療法の療養行動実行度が高く、4年間の縦断的追跡調査においても、療養行動継続・腎機能を維持した。糖尿病腎症の診断後、生活習慣を形成し直す学習において、経験は重要な役割を果たすと考えられ、Kolbの経験学習論に着目した。今回、2型糖尿病腎臓患者の3つの療養認識パターンと経験学習プロセスについて調査し、療養認識パターンと経験学習プロセスの特徴を明らかにする。

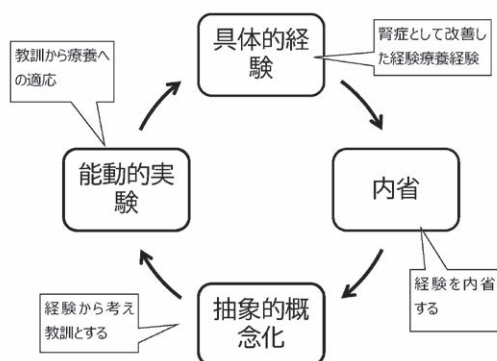
【方法】対象：20歳以上の2型糖尿病腎症患者とした。除外条件は、薬剤性糖尿病、妊娠糖尿病、透析治療中、質問に答えられない者とした。調査時期：2022年8～9月。調査方法：質問紙調査および半構造化面接調査。調査内容：1. 質問紙調査①基本属性（性別・年齢）、②療養認識（「療養認識パターン分類質問紙8項目」）、③経験学習尺度16項目、2. 半構造化面接調査：腎症の診断後の療養行動の改善についての考え方について経験学習プロセスを基に調査した。倫理的配慮：所属施設の医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】1. 対象：参加者は22名、分析対象者は20名であり、男性13名、女性7名であった。年代は、60歳代4名、70歳代13名、80歳代3名であった。2. 2型糖尿病療養認識パターン分類：「高肯定感」11名、「現実逃避」9名、「原因不明感」0名であった。3. 療養認識の違いによる経験学習尺度得点：「高肯定感」と「現実逃避」において有意な差は見られなかった。

4. 療養行動の改善についての考え方：療養認識パターンと経験学習プロセスには特徴があるとは言えなかった。経験学習プロセスは、具体的経験10名、内省6名、抽象的概念化2名、能動的実験として療養への適応へのサイクルに至っていたのは3名（「高肯定感」2名）であった。

【考察】経験学習プロセスにおいて、経験学習プロセスのサイクルを進めていた3名は、血糖コントロールの良否について一定の期間の中で考え、対策を立てていた。医師の言う通り、良いと思う行為をする、また、遺伝であるとする対象は、経験学習サイクルを進めていないと考えられた。

図 経験学習プロセス



ポスター 1

53

身近な支援者を得にくい環境で療養する糖尿病高齢者の療養行動安定に向けた外来における看護実践のプロセス

○石崎 香織
社会福祉法人新潟市社会事業協会信楽園病院

【目的】糖尿病高齢者の療養行動は、心身の機能低下から不安定になりやすい。しかし、独居高齢者の増加や生活様式の多様化から、家族等の支援を得にくく、独力での療養行動遂行を求められる場合が多い。従って、身近な支援者を得にくい環境で療養する高齢患者の療養行動安定への支援ニーズは高いと考える。今回、独居や認知介護等の高齢患者への、療養行動安定に向けた外来における看護実践のプロセスを明らかにすることを目的とした。

【方法】身近な支援者を得にくい環境で療養する糖尿病高齢者への看護実践、療養行動安定評価の経験を持つ、糖尿病看護経験10年以上の外来看護師のうち、研究協力の同意が得られた4名に半構造化面接を実施した。実践プロセスには、看護師の実践と患者の反応に相互作用が存在すると考えたため、社会的相互作用に関係し、研究対象がプロセスの特性を持つ場合に適している修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。調査は、2022年12月から2023年2月に実施した。本研究は、所属施設の研究倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】外来看護師は、言動、身なり、病状変化等から「療養行動遂行困難な状況を疑う」が、すぐに遂行不可能と判断せず、療養生活状況、認知機能等の「現状把握」を行い、「支援の必要性の認識」に至る。同時に「緊急性の判断」を行い、緊急性が高い場合は、入院に向け調整を行い、病棟と連携をとりながら「在宅療養継続に向けた支援」を行う。緊急性が低いと判断した場合は、ニーズに合わせ、タイミングを計り、目標修正やセルフケア能力向上への支援等の「在宅療養継続に向けた支援」に繋ぐ。そして、緊急性に関わらず、「部署・多職種間で相互の連携」をとり、サービス導入や調整を試みる。その後、患者なりの療養生活を送れていることを確認し「療養行動安定の評価」をするが、再び不安定になる可能性を予測し、見守りを中心とした「先の見通しとケアの継続」に至る。

【考察】プロセスには、専門的知識を活用した状態判断と支援の調整、患者のできる力を伸ばす支援、ニーズに合わせた支援体制整備、患者視点の安定評価という実践があった。実践には患者の自尊心を傷つける可能性への配慮が伴い、患者の視点やペースを重視したプロセスを促進していると考えられた。本研究は、理論的飽和に至っていないと考えられるため、今後更なるデータ収集、分析の継続の必要性があると考えられる。

ポスター

ポスター 1

54

外来における2型糖尿病患者に対する看護師の関わりの実態とセルフケアとの関連

○丸山 育子、林 紋美

公立大学法人福島県立医科大学看護学部

【目的】 外来における看護師の糖尿病患者への関わりの実態を明らかにし、セルフケアとの関連を探索する。

【方法】 1) 対象: 外来通院中の2型糖尿病患者 2) 関わりとは、時間の長さに関係なく、看護師から何かしらを聞かれたり療養について尋ねられたりすること。3) 方法: 調査項目①年齢 性別 糖尿病歴 治療法 合併症 HbA1c ②看護師の関わり(関わり有無「ある」の場合は頻度 内容 満足) 求める関わりの有無と内容 ③セルフケア評価: セルフケア行動評価尺度 SDSCAのうち食事・運動のみ(7項目) 糖尿病患者セルフケア能力測定ツール(40項目) 4) データ収集: 調査会社に委託し研究協力者はWeb上で作成のアンケートに同意後回答 5) 分析方法: 看護師の関わりの記述統計、看護師の関わりが「ある」群と「ない」群の間におけるセルフケア関連の差は Mann-Whitney 検定(有意水準 $p = .05$)を使用した。尺度の使用許可を得て、本研究は所属施設の一般倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】 分析対象者は同一選択の回答など9名を除外し445名(有効回答率98.0%) 1) 対象者の概要: 平均年齢 50.2 ± 12.1 歳 男性298名女性146名 その他1名 2) 年代による性別の差は、20代で女性が多く、50代では男性が多かった ($p < .001$)。療養期間は60代以上とそれ以外の年代で差があった ($p < .001$)。糖尿病歴 合併症の有無、インスリン使用の有無、HbA1cには差がなかった。3) 年代によるセルフケア行動に差はなく、セルフケア能力のストレス対処力 ($p < .01$) 自分らしく自己管理する力 ($p = .002$) で差があった。看護師の関わりの「ある」群と「なし」群では、20-30代、50代では差がなかった。40代では看護師の関わり「ある」群の点が高かったのは、セルフケア能力の知識 ($p = .002$) サポート活用力 ($p < .001$) モニタリング力 ($p = .03$) 自己管理の原動力 ($p = .002$) 身体認知 ($p = .041$)、60代以上ではセルフケア行動の食事 ($p = .002$) セルフケア能力 サポート活用力 ($p = .033$) であった。

【考察】 外来において2型糖尿病患者に対して看護師の関わりがあると、関わりの満足は高く、セルフケア行動が促進され、一部のセルフケア能力も高められていることが示唆された。

ポスター 1

55

外来における2型糖尿病患者に対する看護師の関わりの実態とセルフケアとの関連 (第2報) 年代別による分析

○林 紋美、丸山 育子

福島県立医科大学看護学部

【目的】 外来における看護師の糖尿病患者への関わり(時間の長さに関係なく、看護師から何かしらを聞かれたり療養について尋ねられたりすること)とセルフケア関連を年代別に明らかにする。

【方法】 1) 対象: 外来通院をしている2型糖尿病患者 2) 方法: 調査項目①年齢 性別 糖尿病歴 治療法 合併症 HbA1c ②看護師の関わり(有無) ③セルフケア評価: セルフケア行動自己評価尺度のうち食事と運動(7項目) セルフケア能力測定ツール(40項目) 3) データ収集: 調査会社に委託し研究協力者はWeb上で作成されたアンケートに同意後回答 4) 分析方法: 各年代(20-30代、40代、50代、60代-)におけるセルフケア関連の差を Kruskal-Wallis 検定、各年代別の看護師の関わりが「ある」群と「ない」群の間におけるセルフケア関連の差は Mann-Whitney 検定をし、有意水準 $p = .05$ とした。本研究は所属施設の一般倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】 分析対象者は同一選択の回答など9名除外し445名(有効回答率98%) 1) 対象者の概要: 平均年齢 50.2 ± 12.1 歳、男性298名女性146名その他1名 2) 年代による性別の差は、20代で女性が多く、50代では男性が多かった ($p < .001$)。療養期間は60代以上とそれ以外の年代で差があった ($p < .001$)。糖尿病歴 合併症の有無、インスリン使用の有無、HbA1cには差がなかった。3) 年代によるセルフケア行動に差はなく、セルフケア能力のストレス対処力 ($p < .01$) 自分らしく自己管理する力 ($p = .002$) で差があった。看護師の関わりの「ある」群と「なし」群では、20-30代、50代では差がなかった。40代では看護師の関わり「ある」群の点が高かったのは、セルフケア能力の知識 ($p = .002$) サポート活用力 ($p < .001$) モニタリング力 ($p = .03$) 自己管理の原動力 ($p = .002$) 身体認知 ($p = .041$)、60代以上ではセルフケア行動の食事 ($p = .002$) セルフケア能力 サポート活用力 ($p = .033$) であった。

【考察】 セルフケア能力のストレス対処力は年齢とともに獲得し、看護師の関わりがあると、60代以上でセルフケア行動の食事を促進、40代ではセルフケア能力の一部を高めると示唆された。20-30代で差がないのは、糖尿病を受け入れていないのではないかと考える。

ポスター 1

56

急性期病院で糖尿病看護を実践している看護師の問題解決行動と糖尿病ケアの関連

○古川 智恵
聖泉大学看護学部

【目的】本研究の目的は、急性期病院で糖尿病看護を実践している看護師を対象に、看護師の問題解決行動と糖尿病ケアの関連を明らかにすることである。

【方法】1. 調査方法：自記記入式質問紙調査法 2. 対象者：関西地域の69急性期病院に勤務する看護師 3. 調査方法：関西地域の急性期病院の看護部長宛に依頼文と質問紙15部を送付した。4. 調査内容は、基本属性10項目、服部らが作成した看護師の問題解決行動自己評価に関する45項目(PSSN)、および著者らが作成した糖尿病ケアに関する25項目とした。また、尺度の使用については開発者の許可を得た。4. 調査期間：2021年12月～2022年1月 5. 分析：SPSS statistics ver25.0を使用した。2群の比較にはMann-Whitney検定を用い、関連要因の検討には、重回帰分析を行った。6. 倫理的配慮：大学の研究倫理審査委員会の承認を得た後、調査施設の看護部長の許可を得た。

【結果】回答者222名(有効回答率：21.4%)を分析の対象とした。性別は男性13名(5.9%)、女性209名(94.1%)であった。平均看護師経験年数 17.0 ± 9.4 年で、平均糖尿病看護経験年数は 8.5 ± 6.6 年であった。所属部署で比較すると、病棟173名(77.9%)と外来49名(22.1%)であったが、所属部署でPSSN得点に有意差は認めなかった。糖尿病ケアでは、「爪の切り方を確認している」、「食習慣について確認している」、「現在の運動習慣について確認している」の3項目について、病棟の看護師が有意に実践していた。

【考察】病棟看護師は、患者のフットケア指導に着目し、食生活や運動習慣など生活習慣を獲得するための日常生活指導を実践していた。一方外来では、爪の切り方の指導はフットケアの看護専門外来が担当していることから、外来看護師の実践に繋がりにくかったのではないかと推察された。外来で通院治療を受ける糖尿病患者が安心して通院するためには、外来看護師の糖尿病ケア実践の課題を明確にする必要があることが示唆された。

ポスター 1

57

演題取り消し

ポスター 1

58

糖尿病教育入院における筋力トレーニングを主体とした運動療法指導プログラムの効果

○岩田 敦子、金山 直美、堀 郁子、稲上 千晴、
生駒 直子、谷垣 礼治
日本赤十字社大阪赤十字病院

【目的】新型コロナウイルス流行の影響で、感染対策本部の指導により従来の糖尿病教育入院の運動プログラムである院内ウォーキングを中止せざるを得ない状況となった。入院中も退院後も継続できる、筋力トレーニングを主体とした運動プログラムを新たに構築し、退院後の継続状況を確認した。【倫理的配慮】個人が特定されないよう匿名性に配慮し所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。【方法】診療録を用いて後方視的に調査した。【実践内容】ストレッチと、腹筋、脚の筋力トレーニング（3段階の強度）を含めた運動プログラムを多職種で再構築した。医師からの指示を受け、病棟看護師が運動プログラムを個別指導で約26分指導した。患者が実施した運動プログラムのレベルと回数を看護師が毎日確認し、継続できるよう退院後の目標を立案した。初回外来受診時に外来看護師や医師が実施状況を確認し承認した。【結果】2022年10月～2023年2月に入院し運動プログラム指導を受けた26名を調査対象とした。入院中の運動プログラム継続者は22名、非継続者は4名であった。退院後の運動プログラム継続者は17名、非継続者は9名であり、非継続の理由は多忙であった。運動プログラム継続者のうち13名は、運動の習慣化や健康のために継続できており、有酸素運動などを追加し、体重減少などの効果を自覚していた。入院前の運動習慣ありが10名、なし14名、不明2名であった。習慣なしのうち8名が退院後に運動継続していた。運動プログラムについて『これなら家でもできそう』『家族と友人に勧めて一緒にやりたい』という患者の声があった。【考察】新たな運動プログラムは、感染症対策が必要な中でも患者が生活に取り入れ習慣化することができる内容であったと考える。運動習慣がなかった患者にとっては行動変容のきっかけとなった。入院中・退院後の医療者からの承認がポジティブフィードバックとなり運動の継続に繋がったと考える。短期間の調査のため、退院後の継続状況を確認しながら、プログラムの見直しや介入方法の検討が必要である。今後も情勢の変化に伴い、従来の療養行動が困難になる可能性があり、情勢に応じたプログラムの改定が必要である。

ポスター 1

59

外来において他職種と連携し糖尿病性腎症のある患者へ介入した1症例

○西山 真純、皆越 奈津子、大森 和代、今村 奈央、
中嶋 淑心、嶋田 英敬
医療法人如水会嶋田病院一般外来

目的

外来患者の個別性と腎症ステージに応じた介入を、他職種と連携し実践した一例を経験したため報告する。

実践内容と方法

本発表にあたり、当院倫理審査委員会の承認を受けている。

A氏60代、男性。罹病期間約35年の2型糖尿病患者。熊本市CKD病診連携にて当院へ紹介。紹介時身長154.0cm、体重58.5kg、HbA1c6.3%。広汎性発達障害があり心療内科へ通院中。こだわりや不安も大きい傾向あり。

離婚により調理担当の妻が不在となり、食習慣の変化から体重減少(58.5→5か月後54.0kg)、さらに腎機能悪化とカリウム値も上昇したため(クレアチニン1.78→2.31mg/dl、K値4.4→5.1mEq/l)、医師より食事をしっかり摂り、野菜や果物を控える指導があったがなかなか改善が図れなかった。食事内容や理解度を確認すると、十数年来糖尿病のためエネルギーを控える食事をしており、現在腎症3期はある程度エネルギーを摂る必要があるが理解できていなかった。このため管理栄養士へ情報共有し指導を依頼、自分で出来る方法(朝食を軽く食べ、野菜の茹でこぼしを続ける)で取り組んだ。

また医師より透析は避けられない事は伝えてあったが、不安が大きく、「透析は嫌です、不安。」という言葉を繰り返言われていた。A氏は同じ人に話を聞いて欲しいということを出されておられ、なるべく同じ医療者が対応して気持ちを傾聴し、医療制度についてはMSWから、透析については透析室スタッフより優先順位をつけA氏の理解度に合わせた説明を行ってもらった。

結果

食生活の改善により、クレアチニン2.00mg/dl、カリウム4.5mEq/lと数値も少し改善し、「引き続き食事療法に取り組みます。」と前向きな言葉が聞かれるようになった。他職種で介入し知識を深めることで、漠然としていた不安が徐々に「針は太いのか？麻酔はないのか？」と具体的な内容へと変化していく様子がみられた。

考察

情報共有を行い他職種と連携できたことで、A氏の不安や理解力に合わせた指導に繋げる事ができたと考える。外来は時間的制約も多いが、それぞれの専門職から分かりやすい説明を行い不安や不明点を解消していけるよう今後も介入していきたい。

ポスター 1

60

在宅療養支援における外来看護師の通院患者自宅訪問の取り組み～自宅訪問により服薬管理向上につながった一症例～

○安田 直子、中川 千枝
山口県済生会下関総合病院

【目的】外来看護師が通院患者の自宅訪問（以下、訪問とする）を行うことで服薬管理向上につながった事例を振り返り、今後の在宅療養支援について検討する。

【実践内容と方法】事例紹介：K氏、80歳代女性。独居。要支援1。糖尿病歴10年、緑内障既往あり。内服薬とインスリン注射で血糖管理中、「血糖測定器がおかしくなった」「受診カードがなくなった」等の発言が聞かれるようになった。HbA1c上昇傾向にあり、在宅療養支援スクリーニングで支援が必要と判断、看護計画立案後、K氏の同意を得て訪問を実施した。訪問時、生活状況に加えて内服薬やインスリンの管理状況を確認。訪問後、カンファレンスを実施し、担当ケアマネジャーやかかりつけ薬局薬剤師と連携して服薬管理方法を検討した。研究に際して、A病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】昼食前血糖測定の時間に合わせて訪問。自身の昼食としてきな粉餅3個を準備して待っていた。内服薬は薬袋のまま保管、一部ビニール袋に小分けして外出鞆に入れられていた。一包化されている食後薬の飲み忘れはなかったが、朝食前と毎食前の糖尿病薬は残薬日数が合っておらず、K氏より「どちらがどの薬かわからない」との発言あり。訪問後、主治医の許可を得てかかりつけ薬局に食前薬の一包化と日付の印字を依頼、K氏同意のもと在宅訪問薬剤管理指導を導入し、カレンダーでの服薬管理を開始した。インスリン注射・血糖測定物品は箱にまとめて眼鏡と一緒に食卓の上に置かれていた。血糖測定器は作動確認し異常がないことを確認。血糖測定手順は正しく理解されていたが、血液をセンサーにつける際に数回の失敗があった。インスリン自己注射は手順通り実施できていること、施行単位数を正しく理解されていることを確認した。介入後、かかりつけ薬局薬剤師より服薬コンプライアンスは改善傾向にあり、飲み忘れもなくなってきたとの情報提供あり。半年後、HbA1cは7.7%から6.8%に改善した。

【考察】訪問でK氏の生活の場を目の当たりにし、生活状況や療養環境をより深く把握できたことで、自己管理上の問題点が明確となり、具体的な支援方法の検討につながった。

ポスター 1

61

重症低血糖を頻回に繰り返す高齢I型糖尿病患者の在宅療養支援～在宅支援事業所と家族との協働で在宅療養を支える～

○板谷 直子¹、中村 智香²

¹京都保健会吉祥院病院在宅看護課、²訪問看護ステーションオルテンシア

I. はじめに
インスリン療法を余技なくされた高齢糖尿病患者が要介護状態にある場合は、生活上の介護だけでなく、インスリン管理においても介助が必要である。

II. 研究目的
医療・介護依存の高い、認知のある高齢糖尿病患者の在宅療養を可能にする要因を考察する

III. 研究方法
重症低血糖で頻回に入退院を繰り返す1型糖尿病で認知症を併せ持つ患者を、訪問診療を受け持ってから、現在に至るまでのカルテなどの記録をたどり、在宅療養が継続している要因を考える。

IV. 倫理的配慮
個人データは学術集会以外には使用しないこと、個人情報については厳重に保管し、学術集会が終了すれば、粉碎にして破棄することとした。本研究は所属施設の看護部で倫理的配慮が確認されたものである。

V. 事例紹介

(1) A氏 70代 1型糖尿病 要介護3 集合住宅に妻と二人暮らし 子は長女のみ。妻や長女からの介護は望めない。重症低血糖で入退院を繰り返していたが、入院は今後しないと希望され、24時間訪問診療が受けられるB往診センターに紹介された。

VI. 結果

1) 退院当日のサービス担当者会議に参加
在宅サービス事業所の計7人が集合した。ほぼ毎日昼前に訪問しインスリン注射の見守りを行うヘルパー用に、手技のパンフレットを持参し、血糖測定とインスリン自己注射の手技を全員で確認した。

2) 重症低血糖の発生

昼前は概ねHIを示した。しかし、退院後から半年の間に、数回の低血糖と意識障害で発見。往診医が自宅到着までに訪看によってブドウ糖内服などで対応。

3) グルカゴン点鼻粉末剤の使用

低血糖で意識がなくなるとブドウ糖を服用することが難しいという情報から、グルカゴン点鼻薬が処方された。

VII. 結論

医療と介護の在宅支援は、1回/日が限度枠内だった。サービス担当者会議で在宅支援事業者全体が集まり、各々の顔の見えるつながりができた。A氏の「在宅で暮らしたい」という意向を確認しあったことが、事業所全体の目標にもなり、連携の必要性を意識した。

ポスター 2

62

2型糖尿病患者の食事療法に関する看護支援についての文献検討

○谷口 絵理¹、村内 千代²、瀬戸 奈津子²¹ 関西医科大学総合医療センター、² 関西医科大学看護学部・看護学研究科

【背景】食事は生活の中で欠かせない行動であり、糖尿病の基本的な治療法の1つである。糖尿病患者と食事療法を振り返る場面に携わり、個人に合わせた支援の難しさを感じた。荒川ら(2015)が糖尿病外来通院中5,100名を対象に食事療法の指導頻度を調査した結果では36.7%が受けたことがないと回答していたことから、看護師が行う食事療法の支援は重要と考え文献検討を行った。

【目的】2型糖尿病患者の食事療法に関する看護支援の文献検討を行い、看護支援の内容を明らかにする。

【方法】医学中央雑誌 Web版を用い「2型糖尿病」and「食事療法」and「看護」と検索し、国内の原著論文、看護文献に限定し、「学術誌でないもの」「食事療法の看護支援が記載されていないもの」を除外し、15件の文献を分析対象とした。2型糖尿病患者の食事療法の看護支援を抽出しカテゴリ化を行った。倫理的配慮として、文献の使用には著作権法を遵守するとともに、研究内容を正確に読み取り、著者の意図を侵害しないように配慮した。

【結果】2型糖尿病患者の食事療法の看護支援は【糖尿病患者に共通する標準的な関わりを行う】【患者の食生活や心理面、強みなど特徴を理解する】【食生活の課題や疑問を明らかにする】【患者に合わせた、食事療法を行うために必要な情報を提供する】【患者が自分なりに食事療法を継続することができる方法や目標を一緒に考える】【食事療法を継続できるよう肯定的な関わりを行い、意欲を高める】の6カテゴリが抽出された。

【考察】【糖尿病患者に共通する標準的な関わりを行う】だけでなく【患者の食生活や心理面、強みなど特徴を理解する】支援から始め、患者の思いを知る中で【食生活の課題や疑問を明らかにする】ことで、その課題を解決できるよう【患者に合わせた、食事療法を行うために必要な情報を提供する】ことや【患者が自分なりに食事療法を継続することができる方法や目標を一緒に考える】支援に繋がると考えられる。そして【食事療法を継続できるよう肯定的な関わりを行い、意欲を高める】支援を行うというように、それぞれのカテゴリの繋がりによって、個性のある看護支援が形成されることが示唆された。

ポスター 2

63

人工甘味料が糖代謝へ及ぼす影響

○高村 知代子¹、藤堂 由里²、岡崎 愉加²、住吉 和子²¹ 岡山県立大学非常勤、² 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

【目的】近年ダイエットコーラやカロリーゼロなど低カロリーを選択するものが増加するなど健康志向が高まっているが、人工甘味料摂取による体重増加も報告されている。そこで今回は、人工甘味料が糖代謝への影響を文献から確認することを目的とする。

【方法】人工甘味料、低エネルギー甘味料、非栄養甘味料、アステルパーム アセスルファミウム、スクロース、糖代謝のキーワードで過去10年間PubMedを検索し、116件がヒットした。抄録を読んで糖代謝に関する40件の文献を抽出し、人工甘味料の糖代謝の影響の有無について整理した。

【結果】対象となった人工甘味料は、スクロース、スクラロース、アスパルテム、エリスロトール、サッカリンなどであった。腸内細菌などへの影響についての報告は、サッカリンとスクラロースは血漿メタボロースを阻害し、便と口腔内のマイクロバイオームの変化が報告された。別の報告では、7日間のスクラロースの投与で腸内環境は変化しなかったという報告もあった。血糖値とインスリン分泌の変化についての報告は、ショ糖入りの飲料は血糖値とインスリン分泌量を上昇させたが、アステルパーム入り飲料を1日かけて飲んでも24時間血糖値への影響はなかった。スクラロースの摂取、キシリトールとエリスロトールは、血糖値やインスリン分泌への有意な影響はなかったが、GLP-1、CCKを著しく増加させた。しかし、スクラロースについては、血糖値およびインスリン分泌を増加させたという報告や食事消費量を増加させたという報告がみられた。さらに、スクラロースはインスリン分泌を減少させ、GLP-1放出が促進されるものの単球は63%減少したという報告がみられた。アスパルテムとアセスルファミウムKは血糖コントロールを改善させたこと、アステルパームは胃排出を遅らせたことが報告されていたが、トリグリセロイドが増加しHDLコレステロールが低下したという報告もみられた。

【考察】アスパルテムやアセスルファミウムK、スクラロースは、血糖値を有意に下げている報告が多かったが、単球や腸内細菌やホルモンへの影響が懸念されるため長期的に観察する必要がある。

ポスター 2

64

インスリン自己注射に伴う事柄と血糖コントロールの関連についての文献研究

○山崎 歩¹、西島 桂子²、村内 千代³¹鳥取大学医学部保健学科、²大阪暁明館病院、³関西医科大学看護学部

【目的】

インスリン自己注射に伴う事柄と血糖コントロールの関連について文献検討により明らかにすることである。

【方法】

本研究は文献研究であり、医学中央雑誌と Pub Med で「インスリン自己注射」「血糖コントロール」「インスリンボール」「Insulin injection」「Insulin therapy」「lip hypertrophy」をキーワードに検索し、目的に合致した国内 9 文献、海外 3 文献の計 12 文献を対象とした。分析では、血糖コントロールに関連、もしくは影響をおよぼすインスリン注射に伴う事柄を抽出、マトリックス表を用いて整理し、類似内容をカテゴリー化した。分析過程では、文献の記述内容をできるだけ忠実に反映できる様に務めた。

【結果】

結果は 5 つに大別された。【患者背景と血糖コントロールの関連】は、コントロール不良群は、良好群と比較して有意にインスリン総投与量が多かった。【注射手技と血糖コントロールとの関連】では、注射歴 3 年未満は 3 年以上に比べ有意に高い手技獲得率で、定期的に注射部位を確認する者ほど HbA1c は低かった。【注射手技の影響による疼痛・出血】では、腹部を 10 分割した部位での穿刺部痛を比較した研究で、臍下、臍斜め上、脇腹で穿刺部痛が強く、臍斜め下、臍横では少なかった。また、健常者を対象とした研究では、注射時出血した場合は有意に穿刺部痛が強かった。【注射手技と皮下腫瘍・コントロールの関連】では、皮下腫瘍を有する患者では HbA1c が平均 0.5% 高く、1 型糖尿病、インスリン総量が多く注射歴が長い、注射回数が多いことが関連しており、皮下腫瘍の部位は臍横が 69.7% と最も多かった。【指導による注射手技と血糖コントロールの変化】では、皮下腫瘍のある患者にサイトローテーションの再指導をすることで、低血糖頻度が有意に高くなった。また、皮下腫瘍蝕知群の HbA1c が有意に低下していた。

【考察】

皮下腫瘍は、穿刺部痛の少ない部分に多くみられていた。一方で、定期的に注射部位を確認することやサイトローテーション指導を行なうことで、コントロールの改善にも繋がっていた。外来においては、問診に加え注射部位の視診や触診を必ず実施する必要性を再認識した。

ポスター 2

65

コロナ禍の生活様式の変化が糖尿病患者の療養行動に与えた影響

○岩本 百世、細川 茜、平田 久美、西宗 千春、

阿部 祐子

徳島赤十字病院看護部 8 階北病棟

【目的】糖尿病の治療を行う上で自己管理は必須であり、コロナ禍は患者の療養行動に大きな影響を与えたと考えられる。A 病院の糖尿病患者がどのような影響を受けたか明らかにしたいと考え、本研究に取り組んだ。【方法】所属施設の倫理審査委員会による承認を受けて、研究の主旨、方法を説明し、同意を得られた入院患者 32 名、外来患者 30 名に質問紙調査（体重、食事、運動、飲酒量、受診控え、ストレスなど）を行った。【結果】62 名に質問用紙を配布し 59 名から回答が得られ、有効回答率は 100% であった。対象年齢は 10 代後半～80 代後半であり、平均年齢は 58.4 歳であった。罹病歴は、5 年未満が 44.6%、5 年以上が 14.2%、10 年以上が 23.2%、20 年以上が 17.8% であった。体重は増えたが 40%、減少したが 30%。間食は増えたが 52%、宅配食は増えたが 28.5%。外食は減ったが 48%。運動量は変化なしが 53.5%、増えたが 9.5%。飲酒量は変化なしが 77%、増えたが入院患者 16%、外来患者 0%。受診は控えなかったが 54%。ストレスは増えたが 70.5%。生活習慣が悪くなったは 53.5% であった。【考察】食生活では間食・宅配食の利用が増加していたことなどから、コロナが食習慣に与える影響は大きいと考える。運動量が増えたと回答した人が少なからずおり、コロナ禍でも感染に留意しながら意識的に行っていたことが窺える。外来患者に比べ、入院患者で飲酒量が増えていたのはストレスが影響し、血糖コントロール不良に繋がったのではないかと考える。受診控えは全国では 50～60% が控えたと回答していた中、A 病院では受診を控えなかった人が最も多かったのは、受診することで自身の健康状態を把握しようという考えがあったのではないかと考える。また、四国地方の B 県では都市部に比べ感染者が少なかったため、危機感が低かった可能性もある。ストレスを感じた人が多かったのは、コロナ禍で行動制限などこれまでと違った環境になったことが影響したのではないかと考える。【結論】コロナ禍において、患者の 70.5% はストレスを感じており、療養行動に影響を与えていた。コロナ禍の生活様式の変化は、患者自身の療養行動を見直すきっかけとなった。

ポスター 2

66

看護師が抱える1型糖尿病の子どもへの支援の困難と支援の工夫

○西島 桂子¹、村内 千代²、山崎 歩³¹大阪暁明館病院、²関西医科大学看護学部看護学研究科、³鳥取大学医学部

【目的】1型糖尿病の子どもへ療養支援を実践するなかでの看護師が抱える困難と工夫を明らかにすることである。

【方法】対象者は小児科外来・病棟に勤務する看護師8名。データ収集期間は2022年1月～6月。半構成面接を行い質的帰納的に分析した。

倫理的配慮：研究への参加は自由意思を尊重すること、個人が特定される情報は公表しないことを文章と口頭で説明し承諾を得た。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

【結果】工夫については23サブカテゴリ、10カテゴリが構成された。

親の療養支援の参加に関連した〔療養管理に親を巻き込む〕1カテゴリ、患児への指導や関係づくりに関連した〔指導する対象や状況を見極め自立の目標設定をする〕〔患児の気持ちに寄り添った関係づくり〕を代表とする5カテゴリ、看護師の指導方法や時間に関した〔受診時間を活用して療養状況や穿刺部を確認する〕〔納得した療養に繋がるよう段階的に指導を勧める〕を代表とする4カテゴリで構成された。

困難については24サブカテゴリから、8カテゴリが構成された。

親への支援に関する〔患児への支援を行う上での親への対応〕の1カテゴリ、患児の体型や認知力による支援や思春期への支援に関する〔年少患児の体型や認知力による支援〕〔思春期特有の難しさがある患者への支援や関わり〕を代表とする4カテゴリ、看護師の知識や支援時間に関する〔1型糖尿病の専門知識を持つ看護師は少ないことで看護の質の担保が難しい〕〔看護師の支援時間が取り辛い〕を代表とする3カテゴリで構成された。

【考察】小児科看護師は幼少期から思春期まで幅広い患児への支援が求められる。看護師は受診時の短い時間を利用して子どもの発達に応じて患児と親への支援内容を変える工夫を行っていた。しかし、体型や認知力、思春期の療養支援に困難を感じており、支援時間の確保の必要性和専門的知識を持つ看護師の育成が必要であると感じていた。小児科看護師は幅広い年代や親に関わることができるよう、専門的知識を得ながら療養支援を行っていると考えられた。

ポスター 2

67

妊娠糖尿病(GDM)の産後脱落の実態とフォローアップに対する当院の取り組みの有用性について

○鈴木 由夏¹、菊池 範行¹、源馬 理恵子²¹医療法人社団糖和会さくち内科クリニック、²医療法人社団盛翔会浜松北病院

【目的】GDM既往女性に対する産後フォローアップの現状と脱落原因を探り、当院の手紙や電話による受診勧奨の有用性を明らかにする。

【方法】当院受診GDM既往女性119名を対象に1)生活環境2)GDMの知識や理解度3)産後受診理由と脱落理由4)電話や手紙の受診勧奨に関する質問紙を作成。分岐質問で「実施群」「未実施群」に分類し比較。A市4病院の糖尿病専門医師に、各病院のGDM既往女性の受診勧奨方法や受診率向上の試みを質問紙で回答を得て当院と比較。4病院へ患者情報関連質問のないよう留意した。本研究は当院受診のGDM既往女性と糖尿病専門医師に郵送調査法にて実施。参加は自由意思であり、質問紙回収にて同意取得。2022年7月30日に所属施設の承認を得て個人情報に留意し実施した。

【結果】対象者の統計から産後6～12週OGTT実施率90～100%と比較し、1年後は52～70%と低下。診断時期が早いほど、産前受診回数が多いほど、産前OGTT陽性点数が高いほど産後受診率が高い傾向にある。回収率は38%。年齢31±8歳、妊娠中1点陽性が37名、1名は産後受診者であり不明。就業者は48.8%。産後OGTT「実施群」30名「未実施群」8名に分けて検討。脱落理由は育児や仕事の多忙、検査忘れ、拘束時間が長い、子供を預けられない等が挙げられた。今後検査を「できれば受けたい」と「未実施群」62.5%が回答。「受けたくない」は0%。当院の試みのOGTT時個室提供は「とても良い・良い」が「実施群」96.9%。電話や手紙の受診勧奨は「とても良い・良い」が「実施群」93.3%「未実施群」87.5%。電話や手紙の受診勧奨が受診の契機となるは、「実施群」96.7%「未実施群」75%。A市4病院の受診勧奨は、電話連絡や事前予約を実施していた。

【考察】電話や手紙の受診勧奨は有用であり、他病院も電話の受診勧奨で受診率が向上。未実施群の多数ができれば検査を受けたいと考えている。脱落理由から、医療機関の個室提供等サポート体制の充実が受診率向上に繋がり、当院の取り組みのさらなる発信が必要である。検査忘れには十分な説明と受診勧奨の継続、拘束時間問題では、年に1回OGTT以外の血糖検査を考慮する必要がある。

キーワード：GDM、受診勧奨

ポスター 2

68

糖尿病特定認定看護師がゲートキーパーとなり開始した院内回診の経緯と成果

○陳 宇慶、早川 ユリ
武蔵村山病院

【目的】 当院では入院患者の専門的な糖尿病治療は糖尿病医 2 名で対応している。しかし、糖尿病治療目的以外の入院はインスリン調整等が必要な例を除き非糖尿病内科医が治療しており、血糖測定継続をはじめ漫然と自己管理や血糖管理が続けられていることに課題を感じていた。また、糖尿病既往のある入院患者を専門的にタイムリーに介入できないことがあった。病院長と協議の元、糖尿病治療目的以外の入院患者も糖尿病専門チームがフォローを行うべく、糖尿病特定認定看護師がゲートキーパーとなりチーム回診（以後回診）を開始した。開始後約 1 年間の経緯と成果、今後の課題を検討したので報告したい。

【実践内容と方法】 実践期間：2022 年 5 月 -2023 年 3 月。回診メンバー：糖尿病内科医 2 名、糖尿病特定認定看護師 2 名、病棟看護師。実践方法：回診は隔週月 2 回、地域包括ケア等 2 病棟で行った。回診の際は糖尿病特定認定看護師が考える患者の問題点を医師へ説明し、血糖測定回数や治療状況について確認した。病棟看護師からは患者の現状や治療内容を報告した。患者は高齢者が多かったため、低血糖リスクを避ける調整を心掛けた。病棟看護師と退院後の見通しを確認しながら個々の生活状況にあった治療方針になるようカンファレンスを行った。本発表に際し倫理的検討を行い研究の目的、内容を対象者に説明し同意を得、所属施設長並びに看護部の承認を得た。

【結果】 対象患者は 32 名で平均年齢は 77 歳であった。回診開始時の平均 HbA1c は 7.0% で退院時は 6.4% であった。内服・GLP-1 受動体作動薬単独もしくは併用治療患者 16 名の内 50% に投薬内容の変更を行った。全患者の 84% で血糖測定回数を減らすことができ、46% が最終的に血糖測定終了となった。

【考察】 回診開始により血糖測定回数が減り、患者・看護師双方の負担が軽減でき、血糖測定終了によるコスト削減にも繋がったと考える。さらに、適切な投薬や血糖測定回数の減少は、患者自身の糖尿病自己管理への働きかけにも繋がる。今回の取組へのこうした影響について、患者や病棟医師・看護師の認識やニーズを確認するようなアンケート調査を今後実施し活動範囲を他病棟にも広げていきたいと考える。

ポスター 2

69

CSII 開始時に間歇スキャン CGM からリアルタイム CGM (デクスコム G6) に変更し血糖コントロールの改善が見られた一事例

○坂東 瞳
医療法人王子総合病院

【目的】

リアルタイム CGM (デクスコム G6) が 2022 年 12 月より、持続血糖測定器加算から血糖自己測定加算で算定できることとなり、月 2640 点から月 1250 点となった。これにより今までリアルタイム CGM を使用したくても金銭的に難しかった患者も使用できる機会が増えた。今回、間歇スキャン CGM を使用しながら強化療法を行っていた患者が CSII 導入とともに間歇スキャン CGM からリアルタイム CGM へ変更後血糖コントロールが改善した一例を報告する。

【実践内容と方法】

患者は A 氏 30 歳台男性。X-5 年に GAD 抗体、IA-2 抗体陽性、1 型糖尿病と診断。強化療法開始となり、X-4 年より間歇スキャン CGM で血糖管理を行っていた。徐々にインスリン療法に対して慣れが見られ、スキャン回数の減少、インスリンの打ち忘れなどが見られていた。その結果 HbA1c が 6% 台から 10% 台まで上昇。医師より CSII を勧められ、その際 SAP も勧められたが金銭的に難しいということで、金銭的な負担の増加がないリアルタイム CGM への変更を提案。A 氏より承諾が得られ CSII 開始と共にリアルタイム CGM に変更することとなった。

【倫理的配慮】

個人情報保護、事例報告の趣旨を A 氏に説明し同意を得た。

【結果】

開始後 3 か月で HbA1c は 10.2% から 8.8% まで改善。本人の言葉より「スキャンをする手間がなくて楽。」「低血糖は症状を感じるけど、高血糖はあまり症状がないのでアラートで教えてくれるから助かる。」といった言葉が聞かれた。A 氏はリアルタイム CGM を使用したことにより自分の血糖推移を意識することにつながった。さらにアラートにより高血糖に気づくことができ、追加ボラスを行ったことが HbA1c の改善につながった。

【考察】

リアルタイム CGM を取り入れたことで血糖値を測ることを忘れてしまうことや、面倒でやらない、といったことを改善するきっかけとなったと考える。今回は CSII も同時に導入したため、自己注射の手間も改善された。そのため追加ボラスを行うことができ血糖値の改善につながっていると考える。SAP は金銭的に難しいと考える患者でも CSII と共にリアルタイム CGM での血糖管理を行うことで血糖コントロールの改善に至ったと考える。

ポスター 2

70 AWARD

フットケアクリニカルラダー導入によるスタッフの足病変予防に対する意識の変化

○佐久間 道夫¹、和田 はるみ¹、松永 知子²、北島 明代²、田口 三知³

¹ 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立墨東病院、² 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩総合医療センター、³ 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立松沢病院

【目的】

都市部3病院の糖尿病看護認定看護師と透析看護認定看護師が協働でフットケアラダーを作成し、これを活用したスタッフ教育を実施した。フットケア教育を受ける前後でケアに対する意識の変化を検証した。

【方法】

期間:令和3年4月~令和4年3月。対象者:看護師・臨床工学技士。フットケアラダーを作成し、ラダー導入前後、フットケアに対する自信・ケアへの参画の意識の変化といった視点での質問紙を作成し、調査を実施。倫理的配慮:A病院倫理委員会の承認を得た(令和3年10月)。

【結果】

3病院で看護師43名、臨床工学技士14名に質問紙を配布し、回収率100%であった。職歴は1年未満1名、1~3年4名、4~10年20名、11年以上32名で、フットケアの実践経験は、ある68%、ない32%であった。

ラダー導入前後に変化があった項目は、フットケアに関する興味・関心94%(+28%)、知識・技術が難しい100%(+33%)であり、直接的なケアしか考えていなかった、器具の扱い方が難しい、と回答している。変化がなかった項目は、フットケア実施を躊躇する38%(±0%)であり、知識・技術不足や相談先が不明の回答があった。

【考察】

ラダー導入前は、足へ直接的なケアのみがフットケアと捉えていた。しかしラダー導入により、足の状態・全身状態・生活状況・セルフケア状況といった幅広い知識を知ること、フットケアへの興味・関心が高まった。また、ラダー導入により基本的なフットケア技術を習得できたが、患者個々の足に対応できる実践能力が十分ではないため、難しさを実感したと考える。

躊躇する要因として、相談窓口が不明なことと経験不足が影響しており、フットケアに携わる専門スタッフを明確にし、成功体験を積み重ねることで負担感の軽減に繋ると考える。

専門スタッフが共に実践できる環境を支援し、スタッフの安心したケア実践や育成となると考える。ラダーの項目に「指導者と一緒に実践する」を追加し、経験豊富なスタッフと共にケア実践することでスタッフの積極的なフットケアへの参加を支援していく。

ポスター 3

71

思春期2型糖尿病患者児に対する看護支援に関する文献検討

○春名 みずき¹、瀬戸 奈津子²、村内 千代²

¹ 関西医科大学総合医療センター看護部、² 関西医科大学看護学部・看護学研究科

【背景・目的】思春期2型糖尿病患者児は様々な課題を抱えていると推測されることから看護支援が重要と考え、文献検討により思春期2型糖尿病患者児に対する看護支援を明らかにする。

【方法】医学中央雑誌web版を使用し「2型糖尿病」and「思春期」and原著論文の国内文献を検索し、看護支援のカテゴリー化を行った。倫理的配慮として、取り扱った文献について著者の真意から逸脱することがないように留意した。

【結果】文献検索の結果33件が該当し、スクリーニングとハンドサーチにより6件を分析対象とした。思春期2型糖尿病患者児に対する看護支援として、【患児の情報や患児を取り巻く環境を把握する】【知識の提供は発達段階を考慮した工夫をする】【患児主体の療養行動へと移行していくために主体性や意欲を高める関わり】【日常生活に療養行動を取り入れるために家族を含めて支援する】【学校教員を含む多職種で患児や家族を支援する】【成長発達段階を踏まえ、患児が思いを表出できるよう日々声かけをする】の6カテゴリーが明らかになった。

【考察】2型糖尿病患者児には家族歴が高頻度にみとめられることから【患児の情報や患児を取り巻く環境を把握する】こと、思春期は発病して間もない時期であるため【知識の提供は発達段階を考慮した工夫をする】こと、また、療養行動の自立のための準備期間であることから【患児主体の療養行動へと移行していくために主体性や意欲を高める関わり】を行うことが重要だと考えられた。そして、2型糖尿病患者児は自覚症状が乏しいために通院を中断する症例もあることから【日常生活に療養行動を取り入れるために家族を含めて支援する】必要性は高いと考えられた。症例報告では、院内学級教員が理科の授業を通して患児の疾病理解を深めたことから【学校教員を含む多職種で患児や家族を支援する】ことも大切と考える。さらに、思春期は他者と比較して相対的な評価を行う発達の特徴があり、友人達との違いを感じるようになるため、【成長発達段階を踏まえ、患児が思いを表出できるよう日々声かけをする】といった関わりで、患児が疾患を受容し成長発達できるように看護支援を行うことが大切だと考えられた。

ポスター 3

72

年1回の特定健診時を活用した認知症検査の意義や実現可能性—担当看護師のインタビューより

○黒田 久美子¹、清水 安子²、内海 香子³¹千葉大学大学院看護学研究院、²大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、³岩手県立大学看護学部

【目的】

糖尿病患者は認知症のハイリスクグループであり、認知症の影響を考慮して、早期からの支援が課題である。本研究の目的は、認知症の検査を定期に設けている慢性疾患外来の調査のうち、糖尿病外来クリニック1施設の実践から、糖尿病外来における認知症検査の意義や実現可能性を明らかにすることである。

【方法】

該当の取り組みを担当する看護職に、ZOOMを用いた半構造化面接で、開始したきっかけ、実践状況(頻度や内容等)、患者・家族の反応等を調査した。関係する医療者の実践内容や患者・家族の反応を抽出し、質的統合法(KJ法)によって、「糖尿病外来における認知症検査の意義や実現可能性は何か」と問いをかけ、分析を行った。研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

Aクリニックでは、一見、認知症と懸念されない高齢者(80歳代が最も多い)に対しても、早期発見のために診療の一環として医師の処方のもと診療報酬を算定し、ADAS(Alzheimer's Disease Assessment Scale)検査を、特定健診を自施設で受診する日に実施している。

元ラベル36枚から4段階を経て、最終ラベル6枚に集約された。最終ラベルの関係性から空間配置を行い、最終ラベルのシンボルマークを命名し、以下の結論を得た。

【外来での実現可能性/診療外での可能時間の捻出と診療報酬の獲得】を基盤に、【患者の関心/抵抗感や結果の影響への配慮】と【看護師の期待/確実な支援を見出す機会】となるように開始された。その結果【検査の場/楽しさ・自分からなんでも話せる】となった。それによって、【認知症でない場合の検査意義/生活に密着した困りごとの表出と早期の対応可能性】と【認知症を疑われる場合の検査意義/患者にとっての検査の意味・早期の認知症治療開始】にいたっていた。

【考察】

一見、認知症が懸念されない場合でも、生活に密着した困りごとの表出の場となり、早期支援につながることで、楽しさや何でも話せるという場づくりの重要性、定期に実施することにより認知症への抵抗感を軽減し、円滑な認知症治療開始につながる可能性が示唆された。

ポスター 3

73

高齢糖尿病患者のセルフケア支援のための熟練看護師のアセスメント(第2報)

○山岸 直子

埼玉県立大学穂ケイン医療福祉学部看護学科

【目的】 高齢糖尿病患者のセルフケア支援のためのアセスメントツールを作成する上での基礎資料を得るため、高齢糖尿病患者のセルフケア支援のための熟練看護師のアセスメントについて明らかにすることを目的とした。

【方法】 研究対象者は糖尿病看護に携わる看護師で、外来個別相談やフットケア外来を担当している8名(うち2名は病棟兼務)、病棟勤務の看護師2名の計10名とした。データ収集は2022年3月~12月に半構造的インタビューを行った。データ分析は質的記述的方法に基づき行った。本研究は所属機関の研究倫理委員会の承認(No.20039)を得て実施した。

【結果】 研究対象者の看護師の臨床経験平均年数は25.7年、糖尿病ケア経験平均年数は14.8年、認定看護師3名、療養指導士5名であった。熟練看護師は、データ悪化や話とデータの乖離、清潔保持状況などから<問題への気づき>をし、<問題への気づきから確認のための情報収集>を行っていた。情報収集では<なんでも話せる関係性の構築>を基盤とし、表情やしぐさ・言葉尻など<患者の反応をみながら得る情報>、家族や多職種といった<多方面から捉える患者の実状>をしていた。また、高齢者で課題となりやすい、手指の巧緻性、関節可動域や筋力低下といった<身体機能低下の判断>、一貫性のない会話、物探しや紛失、投与薬量の誤りなどから<認知機能低下への気づき>をふまえ、<日常生活の維持状況の推測>や<これまでできていた手技や管理方法の適切性を目で確認>していた。さらに、<低血糖の出現状況や理解度の把握>、<経済状況の把握>を意図的に行いアセスメントしていた。また、<長年培われてきた考えや生活状況、人となりの理解>をし、<気力や生活の楽しみの維持の判断>も行っていた。そして、<家族サポートと本人の受け入れ状況の判断>や<社会資源の必要性和本人の受け入れ状況の判断>をし、タイミングを見極めながら必要な支援につなげていた。

【考察】 高齢糖尿病患者のセルフケア支援のためのアセスメントでは、高齢者の特徴や生じやすい課題をふまえて意図的に情報収集し、時間経過のなかでの変化を逃さず捉えることが重要である。

ポスター 3

74

CDEJ新規取得と資格継続を目的とした糖尿病看護研修の開催

○近澤 珠聖¹、戸沢 智也^{2,3}、新井 茉美⁴、磯 みゆき⁵、相馬 幸子⁵、小沼 真由美³、栗山 知子⁶、長島 まゆみ⁷、永島 靖子⁸、橋本 祐子⁹、安酸 史子¹⁰

¹ 上都賀総合病院看護部、² 獨協医科大学看護学部、³ 獨協医科大学病院看護部、⁴ 自治医科大学附属病院看護部、⁵ 那須赤十字病院看護部、⁶ 古河赤十字病院看護部、⁷ 栃木県済生会宇都宮病院看護部、⁸ 獨協医科大学日光医療センター看護部、⁹ 那須中央病院看護部、¹⁰ 日本赤十字北海道看護大学

【目的】

看護師が日本糖尿病療養指導士（以下CDEJ）の資格更新するために、＜第1群＞自己の医療職研修（以下看護1群）の研修単位を5年間のうちに20単位取得しなければならない。栃木県のCDEJを有した看護師の意見から県内で看護1群が取得できる機会が少ないとの声をきき、単位取得ができる研修会を企画し、継続して開催している。研修会の取り組みを報告する。

【実践内容と方法】

栃木県内の糖尿病看護認定看護師7名、慢性疾患専門看護師1名の計8名で運営を担った。名称を「栃木県糖尿病看護実践力開発セミナー」とし、2016年より毎年1回開催した。テーマは血糖パターンマネジメント（第1回、71名）、高齢者糖尿病（第2回、68名）、在宅療養支援（第3回、59名）、糖尿病腎症（第4回、75名）、FGM・SMBGの血糖管理マネジメント（第5回Web、117名）、エンパワメント（第6回Web、137名）、災害看護（第7回）とした。構成は午前講演、午後は10名以下のスモールグループディスカッション（以下SGD）を行った。所属施設の臨床倫理委員会による承認を受けた。

【結果】

看護の内容を主とした研修会とすることで看護1群4単位を付与することができた。コロナ流行時期はWeb開催としたがSGDの運用ができなかったため講義のみの研修会となり、看護1群2単位の付与となった。2021年度時点で栃木県の看護師のCDEJ資格取得者は95名であるが、そのうちの資格更新者は62名であった。研修会後のアンケート結果をもとに内容の振り返りを行い、テーマの立案に役立った。また会の継続開催を望むことのほか、症例や事例についてのディスカッションで具体的な糖尿病看護を学ぶことができたこととされ、看護の実践に役立つ内容であったことも確認できた。

【考察】

看護1群を希望する者が多く、栃木県内での研修会開催を願うなど研修の機会を設けることができた。単位取得ができることでCDEJの新規取得や資格継続を諦めず更新に繋がっていると思われる。また、SGDが参加者自身の自己研鑽となり糖尿病看護の知識・技術の向上につながったと考える。研修テーマに沿ったSGDにより実践力を養う糖尿病看護研修会の開催を継続していきたい。

ポスター 3

75

A病院糖尿病療養支援委員会のリスクマネジメントに関する活動報告

○成田 麻見佳^{1,2}、川崎 てるみ¹

¹ 札幌市病院局市立札幌病院、² 市立札幌病院看護部看護課

【目的】 A病院糖尿病療養支援委員会（以下DMST）は糖尿病診療及び看護の質向上のため多職種で組織され、活動の一つとして2018年からリスクマネジメントにも取り組んでいる。A病院のインスリン関連ヒヤリ・ハットは約25件/年、インスリン針の針刺しは約10件/年（2018～2022年）発生しており、安全かつ確実なインスリン投与のため活動を行った。活動を振り返り、成果と課題について報告する。

【倫理的配慮】 実践報告にあたりA病院倫理審査委員会の承認を受けた。

【実践内容と方法】 ヒヤリ・ハット事例では確認不足を要因とした薬剤名や投与量の誤り、針刺しはペン型インスリンによる針刺しが多かった。インシデント対策部門と協力し、注意喚起等を行ってきたが、類似した事例が繰り返し発生していた。感染症流行により病棟再編や異動が頻繁に行われる環境下でも安全に実施できる対策が必要であった。そこで、針刺し損傷防止機構付きペン型注入器用注射針の導入やスライディングスケールの薬剤の変更、院内ラウンドで、安全かつ確実なインスリン準備方法の確認を行った。また自己注射を行う患者への説明用紙の作成と周知を行った。

【結果】 活動により2022年の薬剤名間違いによるインスリン誤投与はなくなったが、自己注射又は看護職員による投与時の投与量間違いや投与忘れは発生した。針刺し損傷防止機構付きペン型注入器用注射針は導入コストに課題があったため、感染症病棟で先行導入し、効果を確認後に2021年院内全体の導入が可能となった。ペン型インスリンによる看護職員の針刺しは0件に抑制されたが、床に落ちている針を拾う等の清掃員の針刺しは発生したため、自己注射時の廃棄物管理について、患者指導の強化に取り組んだ。

【考察】 A病院では感染症流行下で看護職員の頻繁な異動を要する状況があり、注意喚起や職員教育だけでは安全かつ確実なインスリン投与に課題があった。針や薬剤を変更するなどハード面の整備にも取り組んだところ、ヒヤリ・ハット抑制に繋がった。今後も患者や看護職員の状況に合わせた活動方法を検討し、安全な糖尿病療養支援のためリスクマネジメントに取り組む必要がある。

ポスター 3

76

足病変ハイリスク患者への入院時フットチェック、退院時パンフレットの導入と今後の課題

○宮脇 晴代

医療法人王子総合病院

【目的】 A 病棟は循環器内科病棟であり、糖尿病や透析など足病変リスクの高い患者が多く入院してくる。足病変を予防するためには足の観察や異常の早期発見、早期相談は欠かせない。今回、ハイリスク患者へ統一した観察、フットケア介入、セルフケア指導ができるように入院時フットチェックリスト、退院時パンフレットを作成し導入したので報告する

【実践内容と方法】 フットチェック導入前にスタッフへ足病変についてフットチェック、フットケア方法の勉強会を行った。フットチェックのポイントと介入方法を記載したチェックリストを作成し、A 病棟に入院してきた透析（導入を含む）患者、糖尿病のある患者をハイリスク患者として入院時チェックを開始。フットケアが必要な患者にはチェックリストに記載してある介入方法を参考にチームで介入。高度な処置（肥厚爪や創のある場合など）が必要な場合は CDEJ や WOC へ相談してもらうこととした。セルフケアにつながるようパンフレットを作成し退院時指導を行った。入院時チェックリスト、退院時パンフレットは 2022 年 5 月から導入し、2022 年 12 月までの期間で実施率の調査を行った。

【倫理的配慮】 対象者へ目的、方法、個人情報の保護について口頭で説明し同意を得た。

【結果】 調査期間中 A 病棟へ入院してきた患者のうち透析、糖尿病のある患者 287 名。フットチェック実施 161 名（実施率 56%）、うち 96 名にフットケアを実施（介入率 33%）。フットチェック未実施患者は 126 名（未実施率 44%）。退院時指導は未実施のことが多かった。

【考察】 事前勉強会の実施やチェックのポイントと介入方法、どのようなときに相談が必要かを明確にしたことでチェックだけで終わるのではなく、フットケア介入など継続した看護へ結びつけるとできたのではないかと考える。一方で、フットチェック未実施率 44% であることはフットチェックがまだ定着されておらず、ハイリスク患者に必要な観察やケアが実施できていないことが明らかとなった。患者の足病変予防のためにもフットチェック、退院時指導の実施率を上げることは必須である。今後は実施率 70% を目標に運用方法などを見直していく必要がある。

ポスター 3

77

看護師の糖尿病看護に対する認識と学習経験との関連性

○五島 麻里子、井上 織絵

独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院門司メディカルセンター

【研究目的】

A 病院の看護師の糖尿病患者に対する認識と看護の実施状況を調査することにより看護師は糖尿病看護に対してどのような認識を持っているのかを明らかにする。その認識が糖尿病患者指導経験の有無、学習状況に関連があるのかを分析し必要な学習課題や認識改善のための方策の示唆を得る。

【方法】

A 病院看護師 114 名を対象に質問紙調査票を配布した。研究協力依頼書にて説明し同意を得られた方のみ無記名で回答。質問内容は属性に関する項目（5 問）糖尿病の自己学習に関する項目（3 問）糖尿病指導に関する項目（5 問）。糖尿病看護への認識に関する項目（50 問）は富永らに許可を得て使用した。本研究は A 病院の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

回答者数は 82 名、基本属性：看護師経験年数は 20 年以上が約 60%。糖尿病療養指導士の有資格者は 6 名（7.4%）であった。糖尿病患者への指導経験あり 23 名（28.0%）、なしが 59 名（72.0%）。糖尿病に関する学習では資格あり群の半数は研修に積極的に参加していた。合併症、医療機器の使用に関する指導について「できる」と回答したのは指導経験あり群が最も多かった。糖尿病看護への認識については質問内容より 5 つのカテゴリーに分けた。肯定的カテゴリー（32 項目）は「とてもそう思う（4 点）」から「全くそう思わない 0 点」、否定的カテゴリー（18 項目）は「とてもそう思う（0 点）」から「全く思わない（4 点）」で構成されている。（質問紙表を用いた糖尿病看護に関する意識調査 P 714、より引用。糖尿病 53（9）：713～718, 2010）肯定的カテゴリーにおいては指導経験なし群の平均点が高かった。否定的カテゴリーの平均点が肯定的カテゴリーよりの平均点に比べ低い結果となった。

【考察】

糖尿病患者への認識は指導経験なしの方が否定的カテゴリーで点数が低かった。糖尿病患者への認識について否定的な要因となる特徴的な指導項目は見受けられなかった。手ごたえのない糖尿病看護が否定的点数の低さに繋がっていると考えられる。否定的カテゴリーを改善するためには肯定的な考えを持ち糖尿病看護を実践している看護師を増やすことが重要である。

ポスター 3

78

A病院糖尿病看護特定認定看護師の活動と課題

○浜田 一豊
高知赤十字病院

目的：A病院では、2020年度特定行為研修終了し、糖尿病看護特定認定看護師（以下特定認定看護師）となった看護師が、実践場面での活動をカルテ記録を用いて振り返り分析し、課題が出たので報告する。実践内容と方法：特定認定看護師が、泌尿器科・小児科・形成外科・皮膚科病棟で勤務し、①「悪化させない糖尿病管理」という視点で患者・看護師教育、糖尿病コンサルテーション活動を行った。②手順書を指導医（糖尿病専門医）と共に作成し、医療安全委員会に提出し承認を得た。③病棟で血糖管理している患者を手順書に沿ってアセスメントし、介入する必要性があれば介入し、指導医・主治医に報告し記録した。④活動状況、糖尿病管理のポイントを記載した情報を血糖管理新聞として病棟に毎月配布した。倫理的配慮は、A病院倫理記録に諮り看護部と対象者に同意を得て、個人が特定されないよう配慮を行った。

結果：期間は2021年6月～2023年3月で、活動は週一回行った。実施した特定行為は26件で、著名な高血糖や低血糖を来した患者はいなかった。病棟で活動日以外にも、血糖管理におけるコンサルテーションが増えた。アセスメント介入401件。コンサルテーション29件。血糖指示簿の見間違いや、記入間違いのインシデントを防ぐ介入もあった。血糖管理新聞から知識を得たとの報告が病棟看護師より複数聞かれた。病棟で活用する糖尿病療養指導勉強会を行い、動画作成し病棟看護師で共有した。

考察：特定認定看護師が実践場面での活動で、特定行為、患者への療養指導、看護師教育、相談を受け対応し、悪化させない糖尿病管理の視点で活動したことは有効であったと考える。課題として今後、新たに特定看護師が増えた時に協働し安全に活動するために、①手順書の定期的な見直し修正、②活動の明確化、③指導医（糖尿病専門医）との連携強化が必要であると考え。指導医との連携として、現在糖尿病ワーキングでいつでも相談できる関係性が構築されている。新たに特定看護師が増えた時に安心して活動するために、定期的なカンファレンス実施、勉強会を継続し、報告連絡相談が円滑に行えるチーム作りをしていく必要がある。

ポスター 3

79

ステロイド投与により糖尿病が悪化した患者への取り組み

○山尾 美希、池田 美由紀、東口 朋美、江尻 新太郎
あさかせ診療所

【目的】全身疼痛により非ステロイド性抗炎症薬と副腎皮質ホルモン療法を受けていた2型糖尿病患者に対し、医師と協働し薬剤の減量と血糖値改善に取り組んだ。一症例だが症状改善に繋がったため報告する。倫理的配慮は、対象者と家族に対し、報告の趣旨、匿名性の保持、不利益が生じないこと、報告内容を確認し拒否することができ、承諾するか否かは自由であることを説明し承諾を得た。

【実践内容】他の医療機関で治療を受けていた80歳代女性である。初診時「全身が痛い、糖尿病も悪くなっている」と訴え、身体機能の低下から家族に支えられ歩行していた。ステロイドの副作用から血糖値上昇を認めスルホニル尿素薬が増量されていた。血液検査では、RF、抗核抗体、MMP-3、CRP陰性、HbA1cは10.4%であった。身体所見から薬物有害事象の状態であり、疼痛は筋、筋膜の持続的な緊張や硬化によるものと考え、医師は薬剤減量と運動療法が必要と考えた。看護師は、療養面談で疼痛と糖尿病悪化のメカニズムやステロイドの減量、鎮痛剤と糖尿病薬の変更、持効型インスリン注射開始の必要性を説明し、疼痛緩和を図るため週1回60分間の運動療法を開始した。疼痛を抱えての運動は辛いいため、気持ちを聴き、励まし、継続できるよう関わった。食事療法への取り組みとして毎日の食事内容を記載してもらい、isCGMの結果を食事、運動と関連づけて2週間おきの振り返りを実施した。

【結果】2ヶ月後、ステロイドとアセトアミノフェンは中止に至り社会活動ができる状態となった。HbA1cは3ヶ月後で9.5%、6ヶ月後で7.3%となりインスリンは持効型溶解インスリンアナログ/ヒトGLP-1アナログ配合注射液へ変更、9ヶ月後でHbA1cは7.1%、注射投与量を減量するも12ヶ月後6.9%であった。

【考察】高齢者が慢性疼痛の治療を受けている場合、その治療が慢性疾患の悪化やQOL低下を招くことがある。今回、看護師が医師と協働し患者が抱える疼痛の原因、評価、援助方法を考え、気持ちを聴きながら患者、家族と共に病気と生活全体を丁寧に見直したことが症状改善に繋がったのではないかと考える。

ポスター 3

80

特定機能病院における組織横断的な特定行為の実践

－他科入院患者に対するインスリン投与量の調整－

○古山 景子^{1,2,3}、菊永 恭子¹、小松 ひろみ¹、
鈴木 智恵子¹、久保田 芳明²、長尾 元嗣³、
岩部 真人³

¹ 日本医科大学付属病院看護部、² 日本医科大学付属病院循環器内科、³ 日本医科大学付属病院糖尿病内分泌代謝内科

【目的】 特定機能病院 A では、周術期やシックデイ、化学療法期における糖尿病・内分泌代謝内科への血糖コントロール依頼数は年間 1500 例以上に及び、常時 70～80 名の他科入院患者を併診している。そのような背景から 2022 年より特定行為研修を修了した糖尿病看護認定看護師（当院では特定看護師と呼称）2 名が、糖尿病・内分泌代謝内科が併診する一部の入院患者へのインスリン投与量の調整を実践している。組織横断的な特定行為の実践により、対象診療科や実践数の拡大が図れていることから、その経過を報告する。

【実践内容と方法】

1. 2021 年 4 月、特定行為実践に向けたロードマップを作製した。
2. 同年 8 月、他区分も含めた「看護師特定行為実践ワーキンググループ (WG)」を院内医療安全管理部の下部組織として発足し、「①看護師特定行為実践における運用マニュアル」「②手順書 (区分ごと)」を作成した。
3. 同年 10 月、院内医療安全管理委員会で①②の承認を得た。
4. 同年 11 月、糖尿病・内分泌代謝内科の指導医の下、研修を開始した。
5. 2022 年 1 月、指導医師が併診する入院患者を対象に、インスリン投与量の調整を開始した。
6. WG 発足時、運用開始時、運用開始 1 年後に、院内の部長会・医長会・看護部会で、実践状況を報告した。

【結果】 2022 年 1 月～2023 年 3 月の実践数 97 症例、診療科数 19 科、主疾患の治療概要内訳は周術期が 44 例と最も多く、次いでステロイド療法 18 例、足病変 14 例、等であった。主治医からの治療予定に関する連絡や病棟看護師からの血糖変動に関する報告は特定看護師が受けているが、指導医への夜間・当直帯の緊急連絡、インシデント、アクシデントの発生は 0 件であった。それを踏まえて 2023 年 1 月からは術後 ICU 管理が必要な高侵襲手術症例にも対象を拡大し、2023 年 4 月現在、常時 12～14 名を担当している。

【考察】 看護師による特定行為の実践上、最も重要視すべきことは患者の安全の確保であり、医療安全管理部の下部組織としてシステム構築を図ったことがロードマップ通りの運用につながった。また院内での組織横断的なコンセンサスを得るためにも、院内会議での定期的な実践状況の報告が必要であると思われた。

■心に残る私のストーリー 1

「これでまだ生きられる」と看護師が”ここにいる”意味を教えてくれたAさん

清水 正子
厚木市立病院

「膵十二指腸切除術後の患者の機嫌が悪く、どう接していいのかわからない」という病棟看護師からの相談がきっかけで、私はAさんへの支援を開始した。術後2週間以上経つが、朝から血糖値が400～500mg/dLという数値が続いており、1日3回のインスリンスライディングスケールだけで血糖管理が行われていた。Aさんの機嫌が悪い原因は高血糖症状のためだと推察された。そこで、医師に報告し持効型インスリンの定時注射も追加された。その数日後には血糖値は安定してAさんの心も安定した。退院後は毎回の医師の診察の前に看護外来に来て生活の様子、インスリンの調整などについて療養相談を行なった。Aさんは、看護外来の部屋に入る度に「顔が見られて安心した。あーこれで病気は治った。あーこれでまだ生きられる。」と私が看護師として“ここにいる”意味を教えてくれた。数年後、Aさんは永眠されたが、今でもあの笑顔は私の心の奥に残っている。

■心に残る私のストーリー 3

待合室のお爺さんとの出会い ～日頃の糖尿病療養指導を重ねて～

渡邊 由布子
東京女子医科大学附属足立医療センター外来

待合室で診察を待っていると、お爺さんに声をかけられた。「骨折してギプスが取れたから1日2km歩いている」と話してくれた。「血糖値が高いからご飯はなるべく食べない」「運動より食事に気を付けると血糖値が下がる」と言うので、これは私の得意分野だ！と思い「すごいですね、頑張っていますね」と加えて、すかさず返答した。すると「あなた詳しいね」と笑顔になり、つい「糖尿病専門の看護師です」と口にしてしまった。「どこの病院に行ったらあなたの看護を受けられるの？」と言われたが、お爺さんは会計に、私は診察に呼ばれその場を離れた。外来で糖尿病療養指導を行う中で、境界型糖尿病をもつ患者さんとの関りはほぼないが、境界型の段階でも血糖値を意識していて驚いた。それと同時に外来に来る患者さんも病院から出れば患者さんではない。この方の様に食事を意識したり運動をしたり、そういった日常生活を覗き見ることができた気がして嬉しくなった。

■心に残る私のストーリー 2 AWARD

「私、また息子におにぎり持たせてるの。」

内藤 愛
組合立諏訪中央病院

透析室の看護師からフットケアの依頼を受け、初めて彼女と出会った。伏し目がちに靴下を脱ぐ…手も足も白癬が広がり、皮膚はボロボロと厚く剥けてどこから手を付けたらいいかわからない。どうやって生活しているんだろうか、そう考えながらせめて剥けてくる皮膚が引かからないよう切ることが、今の私にできる精一杯のケアだった。ポツリ、ポツリ語り始める。息子さんをととても大事にしていること、好きなお花の話…。ここ最近はお所に立つのも敬遠しているようだった。治療に繋げる必要があると考え、受診を勧めた。皮膚科を受診してしばらくした頃私を見るなり「私、また息子におにぎり持たせてるの。」目にうれし涙を浮かべる別人のように明るい彼女がそこには居た。「よかったですね。」見せてくれた手を取り合っ一緒に喜んだ。彼女は今日も息子さんにおにぎりを握ってから透析室に通っている。

■心に残る私のストーリー 4

脳梗塞による右片麻痺の後遺症のある患者様とのストーリー

福田 恵
医療法人社団武田クリニック

10年前に脳梗塞後に右片麻痺となりその後、肺がんも経験した77歳の男性患者様。リハビリ後日常生活もほぼ自立、利き手も左手に変わった。インスリン治療も問題なく実施。趣味を楽しんでいる様子を携帯の写真で待ち時間に見せてくださいました。現在はお庭では野菜やお花を育てたり、お庭にレンガを敷いてつまづかないよう小道を作ったりされました。「人の何倍もすべての作業に時間も掛かり、とても大変、でも誰にも手伝ってもらわずにマイペースでやっています」と笑顔。「何でもできるよ！便利な世の中になったしね！」とスマホを片手でスムーズに操作しておりました。HbA1cは6.0%代で経過。昔からの趣味である旅行も楽しんでいます。待ち時間の間に普段の生活を楽しんで過ごされている様子も見せていただき、今まで片麻痺の方は生活に制限があり、介助などを必要とするイメージでしたが、趣味を楽しみ、生き生きと過ごすことができました。

■心に残る私のストーリー 5 私を糖尿病看護へ導いてくれた人

横田 幸子
公益社団法人地域医療振興協会市立大村市民病院看護部HCU・透析室

20年前のことである。当時、病棟から外来へ異動となり、療養相談室を担当することになった。療養相談室を立ち上げた先輩看護師から引き継ぎ、初めて介入した患者との関わりである。70歳代男性、妻と二人暮らし。規則正しい療養生活を送っていた。食事の制限、毎日のウォーキング、自己管理ノートは、朝夕食前に血糖値と低血糖の対応を記録されていた。関わる中で見えてきた問題点は、夕食前の低血糖だった。患者は、低血糖はよくないとわかりつつも、HbA1cが上昇するのではないかと食事制限を頑張り過ぎていた。ある日、患者が「いつもありがとうね。いろいろ教えてくれて。ここであなたが話を聴いてくれるから頑張れますよ。」と話された。この一言が、糖尿病療養指導士、糖尿病看護認定看護師を目指すきっかけとなった。介入から15年後、永眠された。傾聴の大切さ、寄り添う看護を教えていただいた、一生忘れられない患者である。

■心に残る私のストーリー 7 AWARD 『麻痺があっても愛おしい、わたしの右手』

大重 由利菜
麻生株式会社飯塚病院北6階産科病棟

先日、脳梗塞発症を機に糖尿病と診断された70代のAさん。利き手である右手に麻痺が残り、その日を境にAさんの生活は一変した。家庭では主婦として家事をこなし、おまけに数匹もの保護犬や野良猫の世話まで、地域ではヘルパーとして何十年と糖尿病を抱える方の暮らしを支えてきた。そんなAさんと対話を重ねるなかで、家庭や地域において“なくてはならない人”だと感じたことを言葉に添えると、「誰かの手を借りないと歩くこともできない」「トイレにだって行けない」「自分にとったら、それがとてももどかしい」と家族にもまだその辛さや自分の置かれた状況を打ち明けられずにいると左手で涙を拭いた。ふとAさんの視線の先に目を向けると、麻痺の残るその手をいつまでも優しくさする姿がそこにあり、そっと「愛おしい手ですね」と添えると、「こんな体でもやっぱり愛おしい」と一瞬にして顔がほころび、Aさんの懸命に生きていこうとする姿に胸を打たれた。

■心に残る私のストーリー 6 AWARD これでなんとかして！！

佐川 京子
JA山口厚生連周東総合病院地域医療福祉連携室

平日時間外に担当患者さんが来院。彼は少しやせて体調がよくない様子が伺えた。「どうしたの？」と声をかけると、右手に握りしめたクシャクシャの1万円札を私に向けて「これでなんとかして」と訴えた。右足底部には釘を踏んだ事による明らかな化膿創があり入院が必要な状態であった。入院の可能性が高い事を説明すると、彼は、「お金がない。看護師さんから足をきれいにして傷を作らないようにと言われていたけど傷を作ってしまった。でもお金がないから受診できなかった」「なんとか1万円工面できたからあんたならなんとかしてくれると思って来た。」との事。診察を行い、医師と医事課に相談し1日2回外来での抗生剤点滴とした。患者の自宅は病院から20キロ離れておりバスでの通院。そのため毎朝来院して1日院内で過ごし、夕方の点滴をして帰宅する事を1週間続け軽快した事で患者さんから「やっぱりあんたに頼んで良かった」と最大限の笑顔も頂いた。

■心に残る私のストーリー 8 『なんで、あなたがうれしいの。』

坂本 倫基
福岡大学病院

「腎臓内科、受けて来たよ。」と腎症4期である70歳代のA氏は外来の窓口で報告にきた。A氏は糖尿病になり、気づくと腎症4期まで悪化していたことがずっと受け入れられず、透析予防指導も受けず、腎臓内科の受診もしなかった。受診の度に声をかけ、疲れやだるさ、浮腫を気遣う言葉を3年間かけ続けた結果、A氏は透析予防指導と腎臓内科の受診を受け入れることができた。腎臓内科を受診後にA氏は外来に戻ってきて、「腎臓内科、受けて来たよ。まだもう少しは大丈夫って。」と受診の報告をしてくれた。私は長年の安堵感と報告に戻って来てくれたことに対し思わず、「すごくうれしいです。」と伝え、A氏は「なんで、あなたがうれしいの。」と笑顔で言いながら帰宅された。

あれから5年が経過し、今も糖尿病内科と腎臓内科を通院しながら、透析に至らず過ごされている。

■心に残る私のストーリー 9

「この先もずっと僕の担当になってもらえますか。」

坂本 倫基
福岡大学病院

「この先もずっと僕の担当になってもらえますか。」50歳代のA氏はこの言葉から1時間泣き続けた。入院5日目に私が担当した時、A氏は糖尿病の診断に至るまでの不安な思い、診断後の今の苦しさを誰にも伝えられず、過去の自分を責め続けていた。A氏は6か月前から症状があり、近医の受診を続けたが原因がわからず、診断された時にはHbA1cが17.8%まで悪化していたことへの後悔と葛藤の中でもがいていた。約1時間、6か月間の不安だった思い、だるさやふらつきの症状に向き合い続けて辛かった日々を振り返り、「どうしてもっと早く気づけなかったんだろう、でも結局は自分の不摂生が悪いんです。」と受け止めていた。A氏が診断に至るまで不安だった思いと、診断後の今の苦しさが伝わり、気づくと自分も一緒に泣いていた。診断に至るまでの体験や思い、糖尿病と共に生きる生活のその時、その時間に目を向けながら支援する大切さを感じた出来事だった。

■心に残る私のストーリー 11

看護師でよかった

村元 かなえ
医療法人徳洲会千葉西総合病院

下肢切断をした1型糖尿病のAさん。病室に会いに行くと「忙しいのにきてくれたの？ありがとう。」「ちゃんと休んでる？心配だよ〜。」といつも私のことを気にかけてくれた。Aさんの予期せぬ低血糖にスタッフは頭を悩ませていた。ある日Aさんは「また低血糖になっちゃった。看護師さんたち私が低血糖を起こすと大騒ぎで、迷惑をかけてるって思うの。」と話し私は心が痛んだ。Aさんは「担当の看護師さん、私を管理する気満々みたいですごく厳しい。でも一生懸命なの。私も看護師さんに、私の体調のこと知ってもらえるように努力してみる。」と言った。どんな時も相手を思いやることのできるAさんの思いやりに溢れた言葉に触れ、私たちだけが患者さんを思っているのではない、私たちもいつも患者さんから思われているのだということに気付かされる。Aさんと出会えたことに感謝。何年経っても素敵な学びが得られるって幸せ。本当に看護師でよかったと思う。

■心に残る私のストーリー 10 AWARD

Aちゃんとの関りから学んだこと

吉田 多紀
筑波メディカルセンター病院

Aちゃんが11歳で1型糖尿病を発症して以来、私は継続して関わっていました。血糖コントロールに関する話に留まらず、バンド活動や彼氏ができたこと、勉強嫌いなこと、アニメが大好きなことなど、楽しそうに話してくれました。私はAちゃんが糖尿病をもちながらも中学校生活を楽しく送っていると思っていました。

高校生になったAちゃんが「実は中学校の時、いじめられててん。でもな、Bさん（筆者）の前では、元気で明るいAでいたかってん。だから、言わんかってん」、続けて「もう大丈夫やで。高校楽しいよ」と言いました。「無理をさせていたね。辛かったよね」と謝る私にAちゃんは「言えなかったんじゃないねん。Bさんには、明るいAって思っていて欲しかったん。無理なんてしてなかったよ」と言いました。思い出すと今でも胸がギュッとなります。この出来事から、私は改めて謙虚さを忘れず、理解しようという心を持ち続けるよう努めています。

■心に残る私のストーリー 12

人生で一番モチベーションが高い！

梅津 歩
飯塚病院

「血糖が高けりゃ入院すればいい」と何度も入退院を繰り返すAさん。そんなAさんに転機が訪れたのは、糖尿病性足壊疽で下肢切断した患者と同じ部屋で過ごしたことだ。20年間、糖尿病とつきあってきた中で初めて自分も足を切断するのではないかと不安と恐怖がよぎり相談したと言う。私はそんな思いに寄り添い、そっとAさんの足に触れ、一緒に足を見ようと伝えた。傷ひとつなく、足先はぼかぼかし、触っている感覚をAさんに実感してもらうことで『健康な足』だと気づいた瞬間、Aさんの表情が一変し安堵に変わる。高血糖の時は入院して何とかしようとしてきたAさんが「まだまだ自分にできることがある」「スニーカーを買って妻と運動します」と語り、今が“人生で一番モチベーションが高い”と目を輝かせる姿に私も嬉しくなった。その出会いから半年ほど経ってAさんの訃報を知った。Aさんが遺した言葉を思い出す度に看護師として鼓舞する自分がいる。

■心に残る私のストーリー 13 言葉の真の意味を捉える看護

仲上 静香
市立貝塚病院看護局

10年前に関わった70代のA氏が網膜症により失明されたと情報があった。久しぶりにあったA氏は「毎日が生き地獄、迷惑をかけずに死にたい」と話され、生きる意欲がなくなっていた。「毎日が生き地獄」という言葉が気がかりで、その意味を知りたいと思った。他者に迷惑をかけないことを信念とするA氏が誰かに頼らないと生きていけない惨めな気持ち、家族も自分の思いをわかってくれない辛さを聞き、「毎日が生き地獄」と話す意味が理解できた。自分さえ我慢すればと他者の支援は強く拒否されるため、傾聴しかできない私に「あなたが話をきいてくれるだけで救われているのよ」と笑顔で話された。A氏にとって自分の気持ちを安心して話せること、思いを理解してくれる存在が必要だと気づいた。障害を持って生きる望みが持てるよう言葉の真の意味、心理的背景にある思いに寄り添う看護をしたい。

■心に残る私のストーリー 15 感動した患者さんの言葉

内藤 祥子
川崎市立井田病院看護部外来

70歳代の植木職人のAさん。兄弟4人とも糖尿病で1人は他界している。診察室に入るなりいつになく笑顔で体調がよさそうな感じであった。体重が2kg減量し「仕事で木に登る時、体が楽になったよ」と話された。そして、「糖尿病の人は食べたいものを食べないとかえって血糖は上がってしまうんだよ。食べたなら次の日はいつもより多く歩けばいいんだよ。我慢するとストレスで血糖は上がる」そして「笑顔で過ごすのが一番いい！糖尿病を愛して過ごしていくんだよ」と話された。愛する？Aさんからこの言葉を聞けるとは思っていなかったが、Aさんは兄弟関係が良く仕事も一緒にしている（兄弟愛）、親の介護経験のエピソードから（親への愛）を持ち合わせた人であった。最後に「兄や弟のようにインスリン注射はしたくないから、飲み薬と食事と運動で頑張るんだ」と話された。初めてAさんの心の内を知り、「糖尿病を愛する」なんと素敵なお言葉なのだろうと思った。

■心に残る私のストーリー 14 “3.12”、治療を止めると覚悟を決めた日。

山根 陽子
麻生飯塚病院

膵がんと闘病中の父が発した言葉である。“3.12”。父の誕生日でもあり、父が初めて治療を止めたいと言い、私たち家族も覚悟を決めた日である。父は何事も一人で決め、一度決めたら曲げない人であった。父は治療に対し迷いがあったが、それを希望する家族の思いに応え、手術や化学療法…と弱音を吐かずあらゆる治療を受けた。その間、インスリン治療が始まり、父に代わり母がインスリン手技を覚え、家族で懸命に父を支えた。しかし、そんな父も診断を受けて1年半後に緩和ケアへ移行した。これからは父の大好きな時間を大切にしようと家族で話し合い、看護師である私がPCAポンプを管理し、夫が父を抱え、車椅子で行きつけのパチンコ店に連れて行くことができた。病魔にも邪魔されない父だけの時間であり、誇らしげにパチンコをする父の横顔を今も忘れることはできない。家族のために生ききった父の生き様を通して、病いと共に生きる苦悩や看護の醍醐味に触れた。

■心に残る私のストーリー 16 糖尿病看護がライフワークになった理由

春田 さゆり
JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター

子育てしながら看護師を目指していた20数年前、当時8歳だった長男が1型糖尿病を発症した。私と夫が悲しんでいる姿を見た長男が病室の窓を指さし「ここから落ちちゃおうかな。」とつぶやいた。私は「ここは4階だし、病院だから助けられちゃうよ。やめたほうがいいよ。」と声をかけた。その後長男は、1型糖尿病について学び1型糖尿病とともに生きることを決めた。「インスリン注射は命。大切な命を人には任せられない。お母さんは信用できないから、お母さんには注射はさせないよ。自分でやる。」とインスリン注射を最初から自分でした。私は長男の傍にいたいと看護学校を辞めようと考えた。「僕のせいでお母さんは看護師になるのを諦めた。と悲しい思いをさせても良いの。」と担任から問われ看護師を目指すことを継続した。この体験が強みとなり糖尿病を持つ人々と熱く関わる看護師となって20数年、糖尿病看護が私のライフワークとなっている。

■心に残る私のストーリー 17 全てを受け止めて進む瞬間

新谷 美智子
医療法人全真会全真会病院

家族4人の再会は、あの寒い冬でした。私がA氏と出会ったのは、A氏の父親が入院した時とA氏の入院の時でした。遠方から車を夜走らせ、入院の手続きに来院された会社員の姉と両親の4人家族でした。A氏の入院のことは、入院中の父親にも母親にも告げられていませんでした。だから、2年ぶりの親子の再会は、心が震える瞬間（スタート）でした。父親は、「頑張れ、頑張れ」と励まし、母親は、「大丈夫、大丈夫」と不安そうにA氏に声をかけた。A氏は、大きな目を開けて、声をかけられるたびに瞬きを繰り返した。しかし、言葉はだまません。母親が「A氏は、わたしのことわかっているのかな。」と、看護師に何度も尋ねる。「瞬きしているからわかっていると思うよ。」と、看護師は何度も答える。そのうち、父親の手と母親の手とA氏の手を重ね合わせ静かに見守った。今から、インスリン治療を継続していくA氏の心の支えと家族の安心につながることを願った。

■心に残る私のストーリー 19 患者と家族の思いを橋渡ししたケア

安藤 百合江
医療法人社団すまいるおれんじ訪問看護ステーション

携帯に見知らぬ着信歴。恐る恐る出ると「Aです、世話になった・・・」と言葉がはっきり聞き取れない。誰なのかはわからず繰り返し尋ねると、以前糖尿病教育入院で関わったA氏だった。当時A氏はインスリン注射が導入となり指導を進めたがなかなか獲得できなかった。真面目なA氏はすっかり落ち込みますます出来なくなっていた。A氏は独居で長女が近くに住んでいた。A氏に家族の協力を得てはどうかと提案したが「娘に世話をかけたくない、頑張ります」との返答。長女にA氏の状況を伝えた。長女から「母からは自分でできる。大丈夫だからと聞いていたが、実は私も心配だった」との思いが語られた。A氏と長女との思いは一緒だった。A氏にも長女の思いを伝えた。その後、長女から同居の話があり注射や血糖測定も長女が行う事となり、A氏に笑顔が戻った。A氏と長女との思いの橋渡ししができた。A氏は現在、脳梗塞で入院。担当看護師との話の中で筆者の話題が出た。「当時、娘に頼みたかったが言えなくてね、伝えてくれてありがとう」と呂律不良で電話をしてくれた。A氏の事例は「看護の力」を体験した一事例である。

■心に残る私のストーリー 18 AWARD 仕事を失っても「あなたの応援が力になる」

大島 由美
新見公立大学健康科学部看護学科

パーキンソン病（PD）を併せ持つAさんとの関わりは今も続いている。PDの進行は、疲労感、集中力・筋力低下をきたし、労働者としての責任が果たせない無力感、将来への不安を大きくさせていた。気持ちが途切れそうになりながら渾身の力で就労を継続していた。「おにぎりだけはよくないとわかっているが、人前でこぼすところを見せたくない」とできる限りこぼさず食事することをAさんは大事にしていた。運動も食事療法もAさんにとっては難しく、基本的な療養指導ができない歯がゆさもありつつ、Aさんの応援者であることを精一杯伝えることだけしかできなかった。それでもAさんはおぼつかない足取りで、私の指導日には必ず来てくれている。「ついに仕事やめてきました。」とAさんの決断に「これまでお疲れ様でした。ここからまたスタートですね」と答えると、「あなたの応援は本当に力になる」と笑顔であった。未来と向き合う決意を交わした瞬間であった。

■心に残る私のストーリー 20 糖尿病を授かる

加藤 久代
京都岡本記念病院地域医療連携部

Aさんは腎がん手術後の免疫療法により、急激に糖尿病を発症しインスリン依存状態となった。会社勤めを定年退職後、夫婦仲良く暮らしていた矢先の手術。そして化学療法。更には追い打ちをかける糖尿病。次々と迫る危機に対して、むしろ前のめりなくらい熱心に、インスリン注射や血糖測定の手技を習得していく。療養指導中、私は思わずAさんに尋ねた。「なぜそんなに頑張れるんですか？」Aさんは穏やかな笑顔で答えてくれた。「がんは先生に全てお任せ。でも、糖尿病は私がコントロールできるからね！」

数週間後、Aさんはがん再発と出血で急逝された。一日分の食事メニューを、毎朝電話で奥さんに報告することが日課であったと、受持ちチナスから聞いた。ラブコールは亡くなるその朝にも。

がんを患うAさんご夫婦にとって、糖尿病は「厄介者」ではなく「授かりもの」だったと心から思った。

■心に残る私のストーリー 21

多く語らない患者さんとの出会い

田中 麻由子

社会福祉法人京都社会福祉事業財団京都桂病院

糖尿病教育入院患者とどのように関わればよいか悪戦苦闘している頃、A氏50歳代男性が高血糖と腎不全、大腸癌疑いで入院しました。A氏は妻・娘と別居中、話しかけても返答のみで表情は陰しく妻への連絡をためらい、病状説明を受けてもその時の思いを医療者に語られませんでした。A氏の気持ちを想像でしか捉えられていないまま、血糖測定やインスリン注射が開始になり、仕方ないといった表情で受け入れられました。家族関係に葛藤がある時期は個別指導しA氏を理解していく、指導室で他患者と共に血糖測定・自己注射・講義には参加せず、自室で血糖測定し受け入れ状況をみて自己注射を開始する計画を立てました。血糖測定手技確立後、血糖値に関心を持つ発言や自分の体調を気遣う発言が聞かれ、自己注射も開始できました。転院し透析導入後大腸癌手術する方針が決まり、転院先での術前検査のため絶食説明や翌日の外出時間の打ち合わせなどでA氏と話す機会が増えました。A氏は看護師に自ら声をかけ通院前後に「行ってきます」「ただいま、検査終わったよ。明日の予約票、もらって来た」など詰所に寄り話をして下さるようになりました。無事に手術を終えその後A氏は糖尿病内科の待合室で「血糖ノート見てくれるか。最近、血糖低いんや」と体調の報告をして下さっていました。

患者さんの性格や言動は様々でも良くなりた、頑張ろうという思いに寄り添い、模索しながらも患者さんの思いを理解し関わることで信頼関係が築けることを経験し、患者さんとの何気ない会話が私自身に元気を与えて下さっていることに気がきました。A氏との出会いから15年、患者さんと何気ないお話しができることが私の看護の源になっています。

■心に残る私のストーリー 22

あなたの腎臓ちょうだい

石山 志織

国際医療福祉大学三田病院

「あなたの腎臓1個ちょうだいよ。糖尿病で腎臓が悪くなるなんて知らなかった。」冗談ほく言ったAさんの言葉に私は答えにつまってしまいました。Aさんは透析導入目的で当院に紹介されてから、大好きなお酒と煙草をやめて、インスリンも指示通り打つようになりました。いよいよ腎機能が低下し、代替治療を考えなければならなくなりました。医師から腎移植の説明も受けましたが、独身のAさんは兄弟に迷惑をかけたくないと誰にも相談せずに血液透析を選択しました。透析導入後にAさんに会うと「透析してるって言ったら妹が腎臓をくれるって」と笑顔で話してくれました。いつも仕事第一に頑張ってきたAさん。糖尿病の合併症について知っていたら透析をしなくても済んだかもしれません。改めて糖尿病知識の大切さを実感しました。

第 28 回 日本糖尿病教育・看護学会学術集会委員 企 画 委 員

■大会長

住吉 和子（岡山県立大学）

■事務局

岡崎 愉加（岡山県立大学）

藤堂 由里（岡山県立大学）

■企画委員

伊波 早苗（淡海医療センター）

大賀 由花（山陽学園大学）

片岡 典代（高知県三愛病院）

笹邊 順子（倉敷成人病センター）

佐田 佳子（大分大学医学部附属病院）

佐藤真理子（済生会吉備病院）

杉島 訓子（京都大学医学部附属病院）

園田 由美（川崎医療福祉大学）

高取佐智子（岡山大学病院）

高村知代子（岡山県立大学（非））

藤原 恭子（倉敷中央病院）

水ノ上かおり（笠岡第一病院）

森 加苗愛（大分県立看護科学大学）

吉沢 祐子（心臓病センター榊原病院）

藤井眞由美（中国中央病院）

実 行 委 員

津崎 好美 (社会医療法人愛仁会明石医療センター)
明石千香子 (赤穂市民病院)
吉田 照美 (岡崎市民病院)
小坂ひとみ (岡山済生会総合病院)
柳島 真樹 (岡山赤十字病院)
料治 三恵 (岡山大学病院)
植田 明美 (岡山リハビリテーション病院)
渡邊 路子 (岡山労災病院)
横山ひとみ (落合病院)
仲上 静香 (市立貝塚病院)
前田 るみ (北医療生活協同組合北病院)
高橋 朋美 (北播磨総合医療センター)
田中麻由子 (京都桂病院)
上野 恵美 (医療法人恵生会 恵生会病院)
越智 志保 (済生会西条病院)
兵頭 千恵 (済生会松山病院)
黒田 良子 (自衛隊阪神病院)
生野友理恵 (しげい病院)
次田 麻美 (心臓病センター榊原病院)
東田 美紀 (社会医療法人社団 正峰会 大山記念病院)
村田 裕子 (高島市民病院)
横山 知子 (高松赤十字病院)
岩井千代美 (社会医療法人近森会 近森病院)
廣田 美香 (独立行政法人徳島県鳴門病院)
下須賀香奈子 (市立豊中病院)
井上 歩 (総合病院 日本赤十字病院 玉野分院)
榎村久美子 (医療法人 美甘会勝山病院)
石井 正子 (水島中央病院)
中辻 裕子 (南堺病院)
平山 美紀 (八尾市立病院)
岡田 亜子 (屋島総合病院)
佐藤 果苗 (安田女子大学)
中尾久美子 (特定医療法人 和風会 中島病院)

施設名五十音順

協 力 委 員

堀 尚子 (井原市立井原市民病院)
橘 美由紀 (井原市立井原市民病院)
井上 幸子 (岡山県立大学)
塚本 恵弥 (岡山県立大学)
角田八千代 (岡山県立大学)
名越 恵美 (岡山県立大学)
犬飼 智子 (岡山県立大学)
網野 裕子 (岡山県立大学)
徳嶋 靖子 (岡山県立大学)
首藤 恵泉 (岡山県立大学)
趙 敏廷 (岡山県立大学)
長田 麻里 (岡山大学病院)
廣野 初音 (岡山大学保健学科看護学専攻)
金廣 真実 (岡山大学保健学科看護学専攻)
村上由香里 (岡山労災病院)
宮本 千春 (落合病院)
田口 浩子 (笠岡第一病院 健康管理センター 保健師)
藤森 久子 (川崎医科大学総合医療センター)
佐藤 美保 (川崎医科大学総合医療センター)
南 照美 (川崎医科大学総合医療センター)
材木 優也 (川崎医科大学総合医療センター (10階東病棟 看護副主任))
小野有里佳 (倉敷成人病センター)
安達 愛莉 (倉敷成人病センター)
物部 千尋 (倉敷成人病センター)
三好 生子 (倉敷成人病センター)
福田 枝里 (倉敷成人病センター)
山本あゆ美 (倉敷成人病センター)
白髪 恵美 (倉敷成人病センター)
武政 麻伊 (倉敷成人病センター)
高吉 彩 (倉敷成人病センター)
渡辺真理子 (倉敷成人病センター)
相木 恵美 (倉敷成人病センター)
木村 美紀 (倉敷成人病センター)
山下 純加 (倉敷成人病センター)
秋田 捺夏 (倉敷成人病センター)

清水 啓子 (倉敷中央病院)
飯田 祐子 (倉敷中央病院)
佐野 薫子 (しげい病院)
伊達 初美 (しげい病院)
中村 百代 (しげい病院)
庄野 千枝 (しげい病院)
唐木 香奈 (心臓病センター榊原病院)
西田 朋世 (心臓病センター榊原病院)
眞鍋実希子 (心臓病センター榊原病院)
永野 範子 (心臓病センター榊原病院)
藤原久美子 (玉野三井病院)
犬飼 倫子

施設名五十音順

謝 辞

本学術集会の開催にあたり下記の皆様よりご協賛いただきました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第28回日本糖尿病教育・看護学会学術集会
大会長 住吉 和子

協賛企業一覧

アボットジャパン合同会社	東洋羽毛中四国販売株式会社
アークレイマーケティング株式会社	ニプロ株式会社
株式会社アローズ	日本メドトロニック株式会社
株式会社エトスコポーレーション	ノボルディスクファーマ株式会社
MSD株式会社	株式会社VIPグローバル
エムベクタ合同会社	marubun&Co.株式会社
株式会社ガリバー	株式会社メルシー
株式会社クマノミ出版	持田ヘルスケア株式会社
株式会社三和化学研究所	LifeScan Japan株式会社
帝人ヘルスケア株式会社	ロシュDCジャパン株式会社
テルモ株式会社	

後援・助成団体一覧

岡山県立大学
一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構
公益社団法人日本看護協会
公益社団法人日本糖尿病協会
公益社団法人おかやま観光コンベンション協会

皮膚を水分・汚れ・刺激から守る

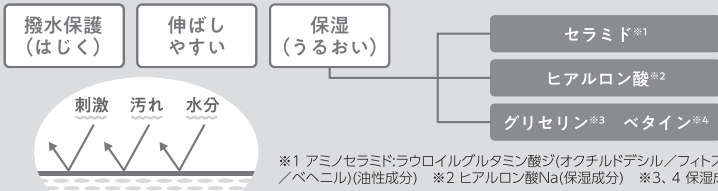
新発売



コラージュフルフル はっすい 撥水保護クリーム



水分・汚れ・刺激から守り、肌を保湿



※1 アミノセラミド、ラウロイルグルタミン酸 γ (オクチルドデシル/フィトステリル/ペヘニル)(油性成分) ※2 ヒアルロン酸Na(保湿成分) ※3、4 保湿成分

<化粧品> 150g

浸軟しやすい(ふやけやすい)
部分の撥水保護クリームとして

おむつ使用時の
撥水保護クリームとして

○お問い合わせは下記までご連絡ください。

0120-01-5050 (9:00~17:40 土日、祝、会社休日を除く)

持田ヘルスケア株式会社 持田製薬グループ

・コラージュフルフル撥水保護クリームには抗真菌成分ミコナゾール硝酸塩を配合していません

TEIJIN

Human Chemistry, Human Solutions

患者さんの Quality of Lifeの向上が 私たちの理念です。

帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社

〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD006-TB-2207-2
2022年7月改訂

日本糖尿病教育・看護学会誌（2023年8月発行，第27巻特別号）

The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

編集：第28回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 運営事務局

〒541-0042 大阪府大阪市中央区今橋4-4-7 京阪神淀屋橋ビル 2F

日本コンベンションサービス株式会社 関西支社

E-mail：28jaden@convention.co.jp

発行：一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

株式会社ガリレオ 学会業務情報化センター内

FAX：03-5981-9852

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると，著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

JCOPY（（社）出版社著作権管理機構 委託出版）

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。

複写される場合は，その都度事前に，（社）出版社著作権管理機構

（TEL：03-5244-5088，FAX：03-5244-5089，info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。