日本糖尿病教育・看護学会誌　2026年9月発行　第30巻特別号　ISSN 2432-3713

Vol.30
特別号
Sep.2026

# 日本糖尿病教育・看護学会誌

The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

# 第31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

JADEN
Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

STANDARD CARE
スタンダードケア・シリーズ

## エビデンスに基づく 科学的看護 × エキスパートナースの 熟練した技術

「糖尿病をもつ」入院患者さんに対して、治療と並行して行うセルフケア支援の具体的アプローチをエビデンスを示しながら解説




Standard Care for Diabetes Nursing

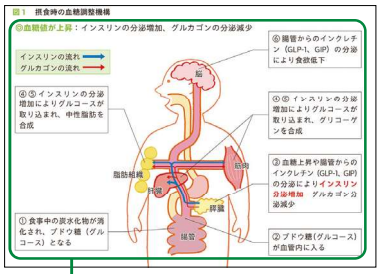
# 糖尿病看護スタンダード

**編集◉一般社団法人 日本糖尿病教育・看護学会**

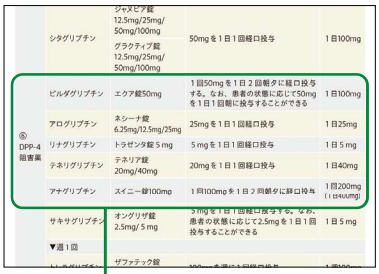
定価：3,960円（本体3,600円＋税） B5判／360頁／ISBN978-4-7965-2620-3

おもな内容


第1章　図解で理解・糖尿病
第2章　糖尿病患者・家族・支援者の理解
第3章　糖尿病の合併症と患者支援
第4章　糖尿病患者を支えるケア
第5章　特別な状況への支援
第6章　病棟で遭遇する糖尿病患者のリスクマネジメント


**POINT ❶** 疾患の理解はインスリン分泌の仕組みなどのわかりやすいイラストで紹介。




**POINT ❷** 糖尿病治療のカギを握る薬物療法は作用機序に応じた具体名で掲載。




**POINT ❸** 食事療法・運動療法は、療養者が「できる」方法を紹介。

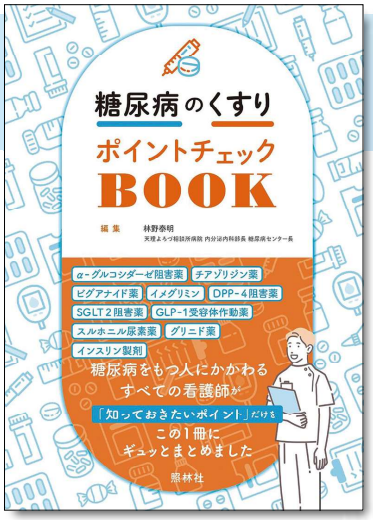
## 引きやすく ケアにつながる 臨床で便利な糖尿病治療薬の本

# 糖尿病のくすり ポイントチェックBOOK

**編集◉林野 泰明**

定価：2,860円（本体2,600円＋税） B6判／240頁／ISBN978-4-7965-2692-0

糖尿病治療に用いる薬剤について、使用時の注意点や安全管理、教育・指導のコツなど明日からの臨床につながる知識をギュッと凝縮しました





照林社　〒112-0002 東京都文京区小石川2-3-23
営業部：TEL(03)5689-7377


●当社ホームページにて試し読みができます！
▶ https://www.shorinsha.co.jp/

# 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 29 回 | 伊波 早苗 | 京都府 | 2024.9.21 ～ 22 |
| 第 30 回 | 柴山 大賀 | 茨城県 | 2025.9.20 ～ 21 |
| 第 31 回 | 瀬戸 奈津子 | 大阪府 | 2026.9.26 ～ 27 |

# 第31回 日本糖尿病教育・看護学会学術集会

The 31st Annual Meeting of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing

# プログラム・抄録集

メインテーマ

## 原点回帰　Let’s do our best ！

会　期

**2026年9月26日（土）～27日（日）**

会　場

**大阪国際会議場 ならびに 会期後オンデマンド配信**

会　長

**瀬戸 奈津子**

（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

後　援

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

**運営事務局**　株式会社インターグループ
〒531-0072 大阪市北区豊崎3-20-1 インターグループビル
TEL：06-6372-9345（平日10～17時）
E-mail：jaden31@intergroup.co.jp

# 第31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 …… 10
◆参加者へのご案内 …… 14
◆座長・発表者へのご案内 …… 19
◆プログラム　会長講演 …… 25
特別講演 …… 25
教育講演 …… 26
シンポジウム …… 27
ワークショップ …… 30
市民公開講座 …… 30
ミニレクチャー …… 30
学会企画 …… 32
国際交流委員会企画 …… 32
政策委員会企画 …… 33
研修推進委員会企画１ …… 34
編集委員会企画 …… 34
研究推進委員会企画 …… 35
特別委員会企画 …… 36
研修推進委員会企画２ …… 36
ランチョンセミナー …… 37
交流集会 …… 38
一般演題（口演） …… 47
一般演題（ポスター） …… 60
心に残る私のストーリー …… 67
◆抄　録　会長講演 …… 73
特別講演 …… 74
教育講演 …… 78
市民公開講座 …… 84
シンポジウム …… 85
ミニレクチャー …… 103
ワークショップ …… 113
30周年記念企画鼎談 …… 117
国際交流委員会企画 …… 119
政策委員会企画 …… 120
研修推進委員会企画１ …… 121
編集委員会企画 …… 122
研究推進委員会企画 …… 123
特別委員会企画 …… 124
研修推進委員会企画２ …… 125
ランチョンセミナー …… 126
交流集会 …… 132
一般演題（口演） …… 155
一般演題（ポスター） …… 200
心に残る私のストーリー …… 227
◆企画委員 / 実行委員 / 協力委員 …… 232
◆謝辞 …… 236

# 会長挨拶

## 第31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会にあたって



第31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会
会長　瀬戸奈津子
関西医科大学看護学部・看護学研究科

このたび、第31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会を2026年9月26日（土）、27日（日）に大阪国際会議場で開催させていただきます。

しばらく学生の関心をもとに、慢性心不全や炎症性腸疾患などの慢性疾患看護の教育・研究に関わってきましたが、糖尿病専門外来、そして糖尿病看護認定看護師教育に携わることのできた経験が私の看護の原点となっていることに間違いありません。その出発点に帰ることで、なんとか本学会の学術集会長という重責を担うことができるとの着地点に至り、テーマを「原点回帰」としました。

本学会が30周年を迎えることから、学会主催の記念行事も同時に開催されます。本学会が歩みを開始した1996年10月から多くの新薬が開発され、デバイスが増加し、様々な作用機序の血糖降下薬が治療の選択肢に加わり、糖尿病治療は進化を遂げました。しかしながら、この人にならという安心感があって本来の生活に迫れるということ、血糖パターンに基づくインスリン治療という基本も変わりません。そこで原点を見つめ直しつつも、時勢に応じて新しいものを取り入れながら、糖尿病教育・看護にベストを尽くしたい、という願いをこめて、テーマに「Let's do our best ！」を加えました。

プログラムでは、糖尿病教育・看護に限らず、医療・看護の原点として命と暮らしをまもるケアや医療者の姿勢やかかわり方、また原点を見失わないように、医療 DX や生成 AI などを正しく取り入れられるような講演を企画しました。基本に立ち返り糖尿病治療の3本柱や糖尿病看護を構成するライフステージ、糖尿病看護に特化した技術のシンポジウムを企画しました。さらに、当事者の語りと基本となる手法、CDEJ の交流やナースのキャリアなどのワークショップを通して糖尿病教育・看護のモチベーションアップを期しています。糖尿病教育・看護にとって病型の違いという前提は欠かせません。市民公開講座では25歳で1型糖尿病を発症し、インスリン注射をしながら自転車で日本一周を成し遂げ、健康系インフルエンサーとして活躍されている本間太希さんからリアルなメッセージをいただきます。

ポストコロナで糖尿病教育・看護を思うように発揮できないフラストレーションを払拭するべく、会場ではドレスコード・サムシンググリーンで糖尿病教育・看護チームの結束力を高めたいと思っています。是非、学会カラーのグリーンを身に付けてご参集ください。

参加者の皆様にとって実りある学術集会になるように、企画委員会メンバー一同ベストを尽くして、大阪でお待ちしています。

# 開 催 概 要

学会名　**第31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会**

会　期　**2026年９月26日（土）～27日（日）**
**現地開催ならびに会期後オンデマンド配信**

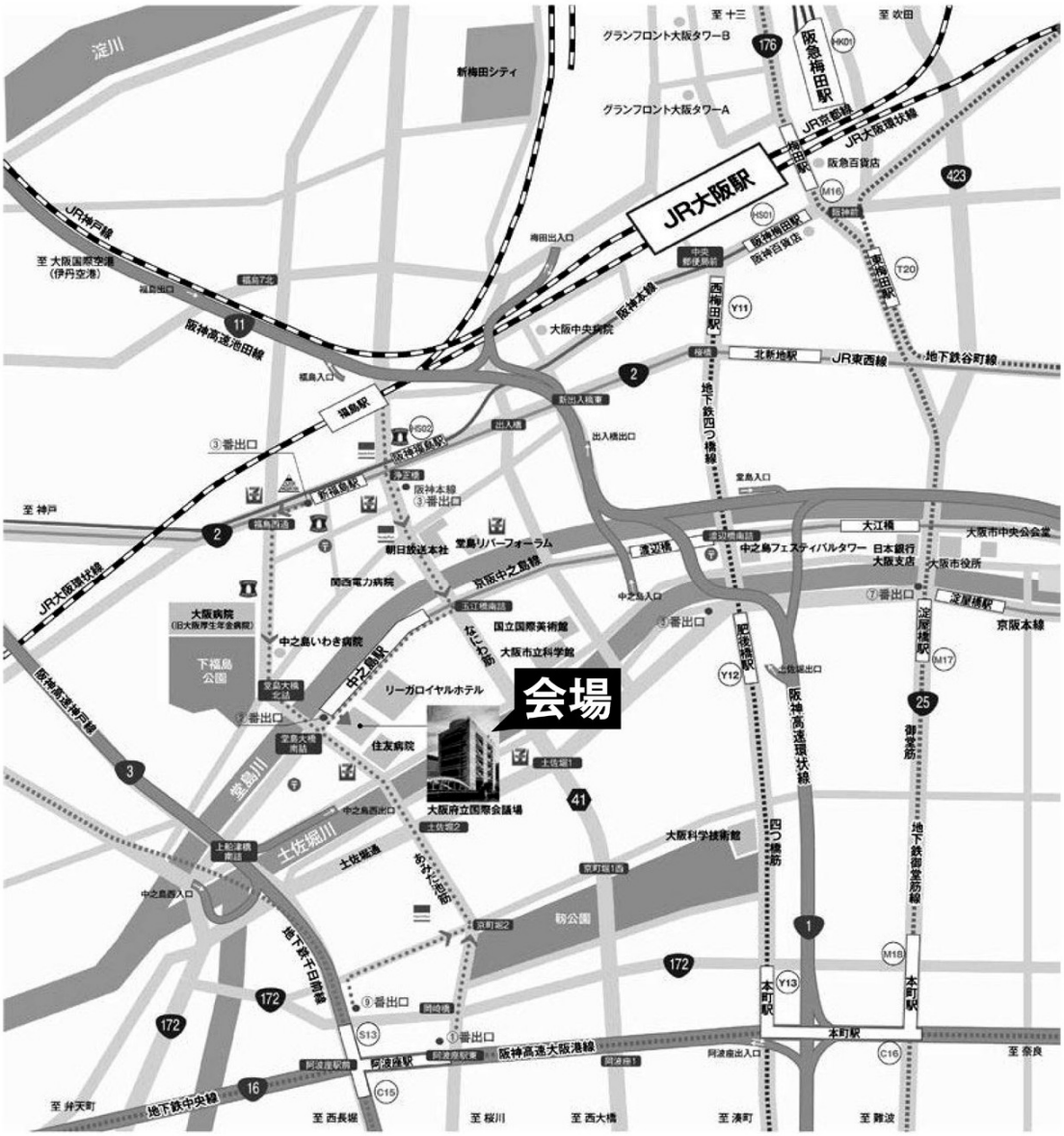
会　場　**大阪国際会議場**
〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島5丁目3－51

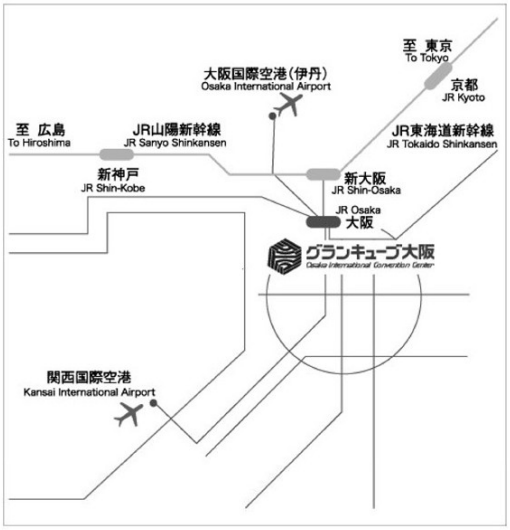
会　長　**瀬戸 奈津子**
（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

テーマ　**原点回帰　Let’s do our best ！**

後　援　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

# 交通のご案内




## ■電車

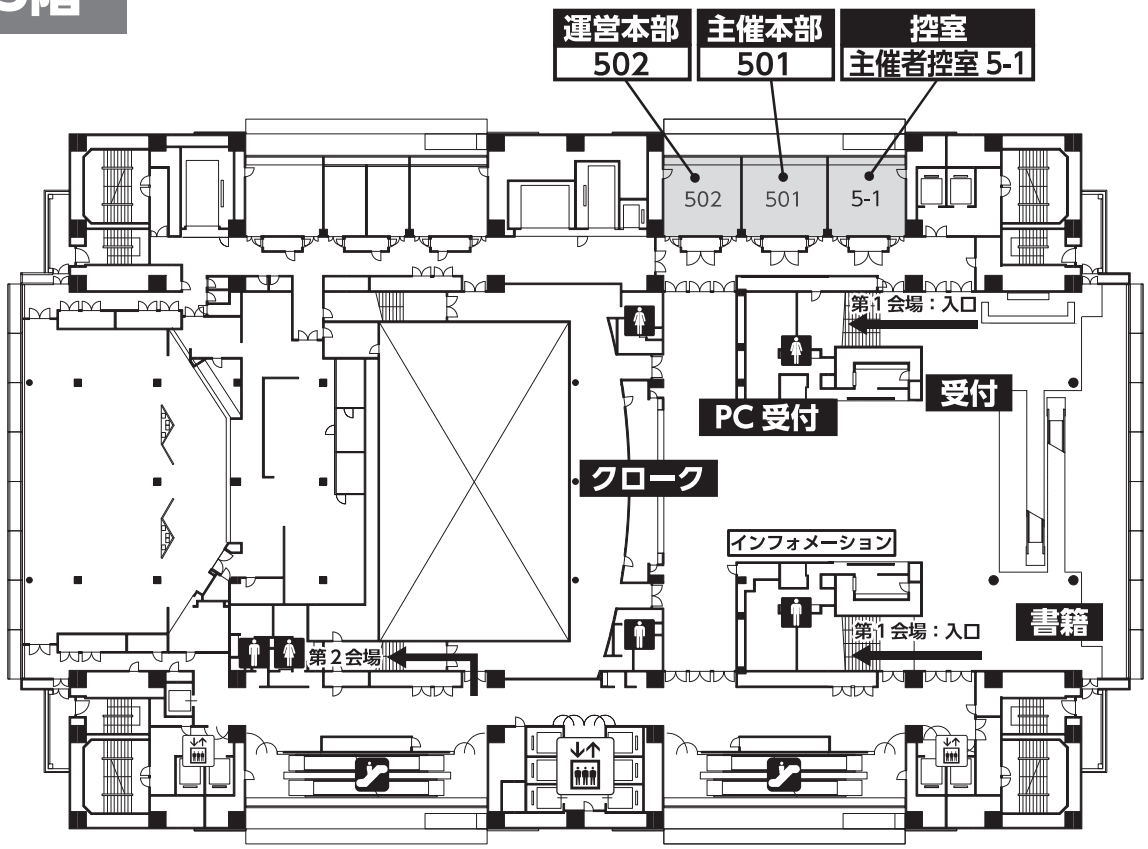
・京阪電車中之島線「中之島（大阪国際会議場）駅」（2番出口）すぐ
・JR大阪環状線「福島駅」から徒歩約15分
・JR東西線「新福島駅」（3番出口）から徒歩約10分
・阪神本線「福島駅」（3番出口）から徒歩約10分
・大阪メトロ「阿波座駅」（中央線1番出口・千日前線9番出口）から徒歩約15分

## ■バス

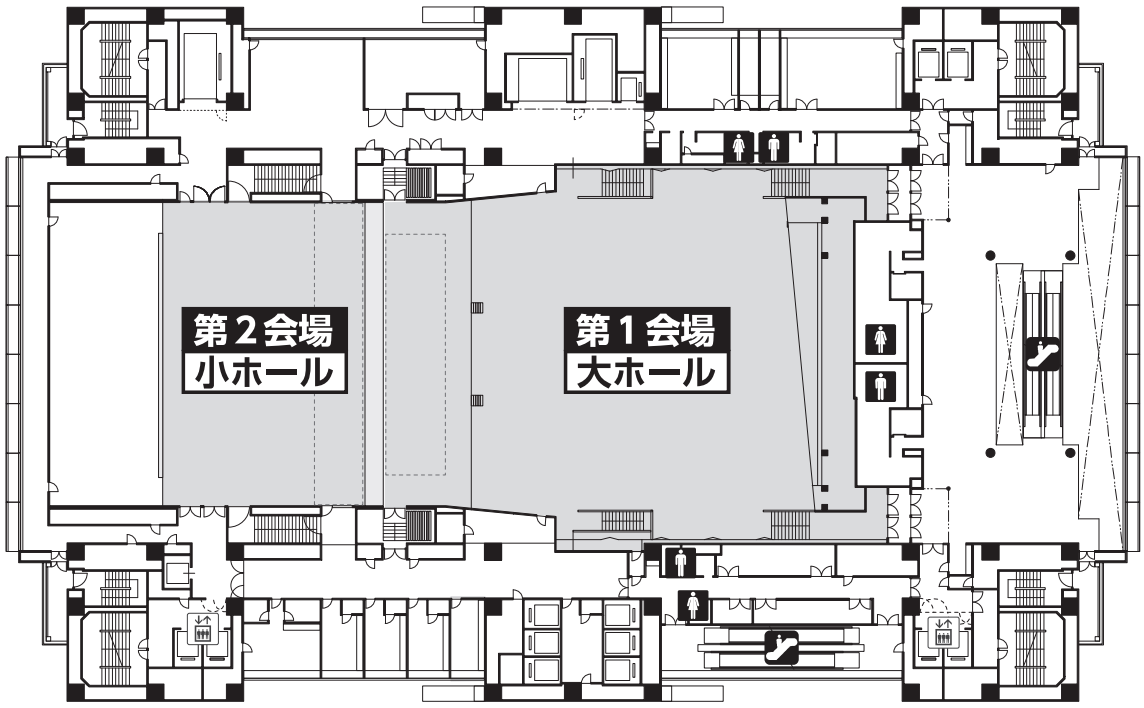
・JR「大阪駅」駅前バスターミナルから、大阪シティバス（53系統 船津橋行）または（55系統 鶴町四丁目行）で約15分、「堂島大橋」バス停下車すぐ

# 会場案内

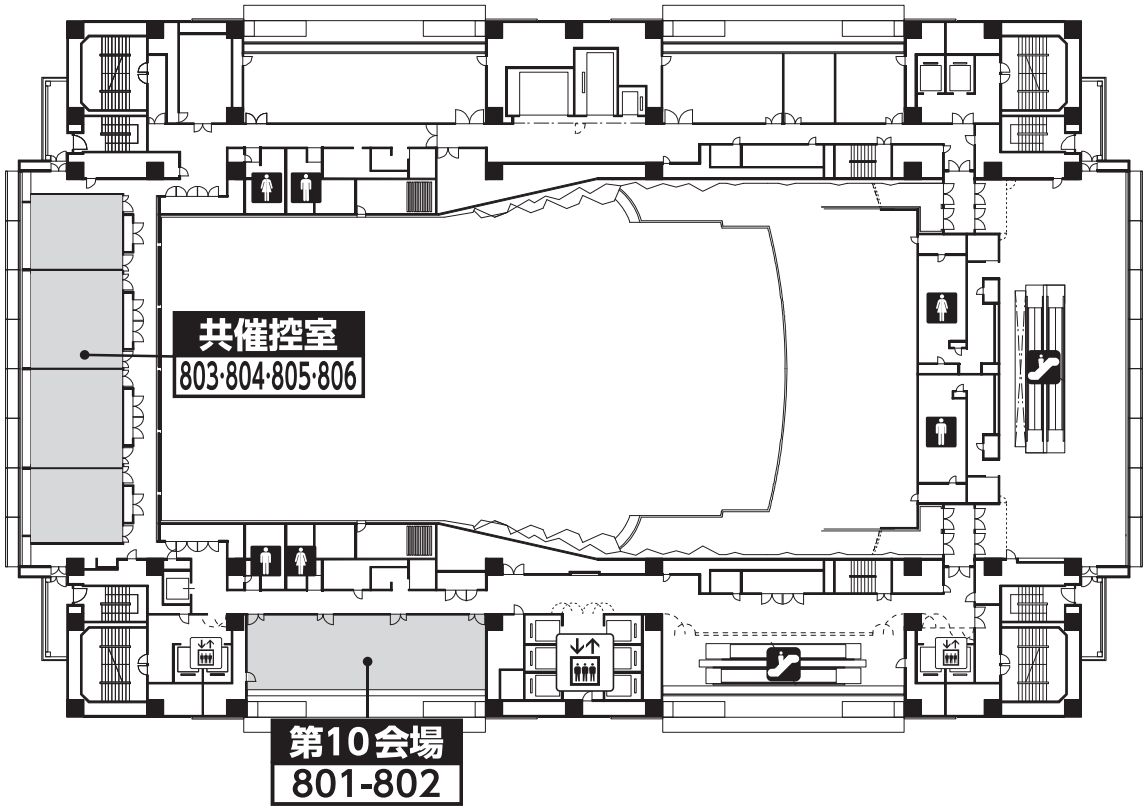
## 5階


運営本部
502
主催本部
501
控室
主催者控室 5-1
502
501
5-1
第1会場：入口
受付
PC 受付
クローク
インフォメーション
第1会場：入口
書籍
第2会場

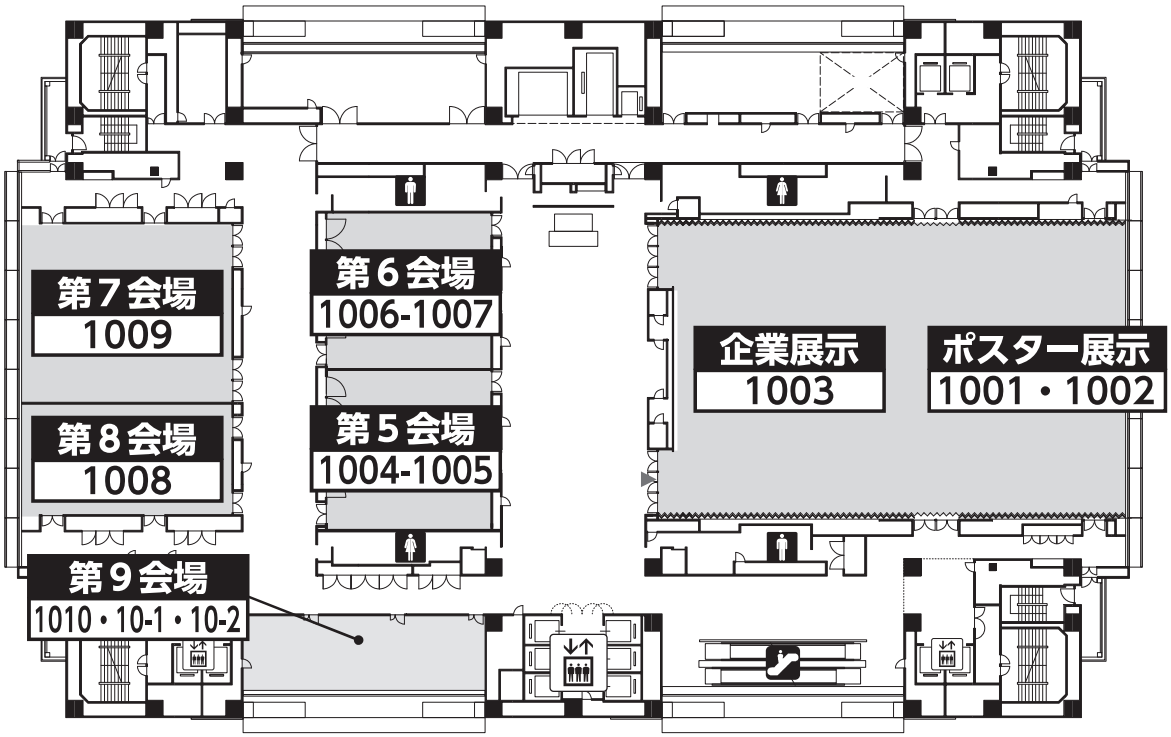
## 6階


第2会場
小ホール
第1会場
大ホール

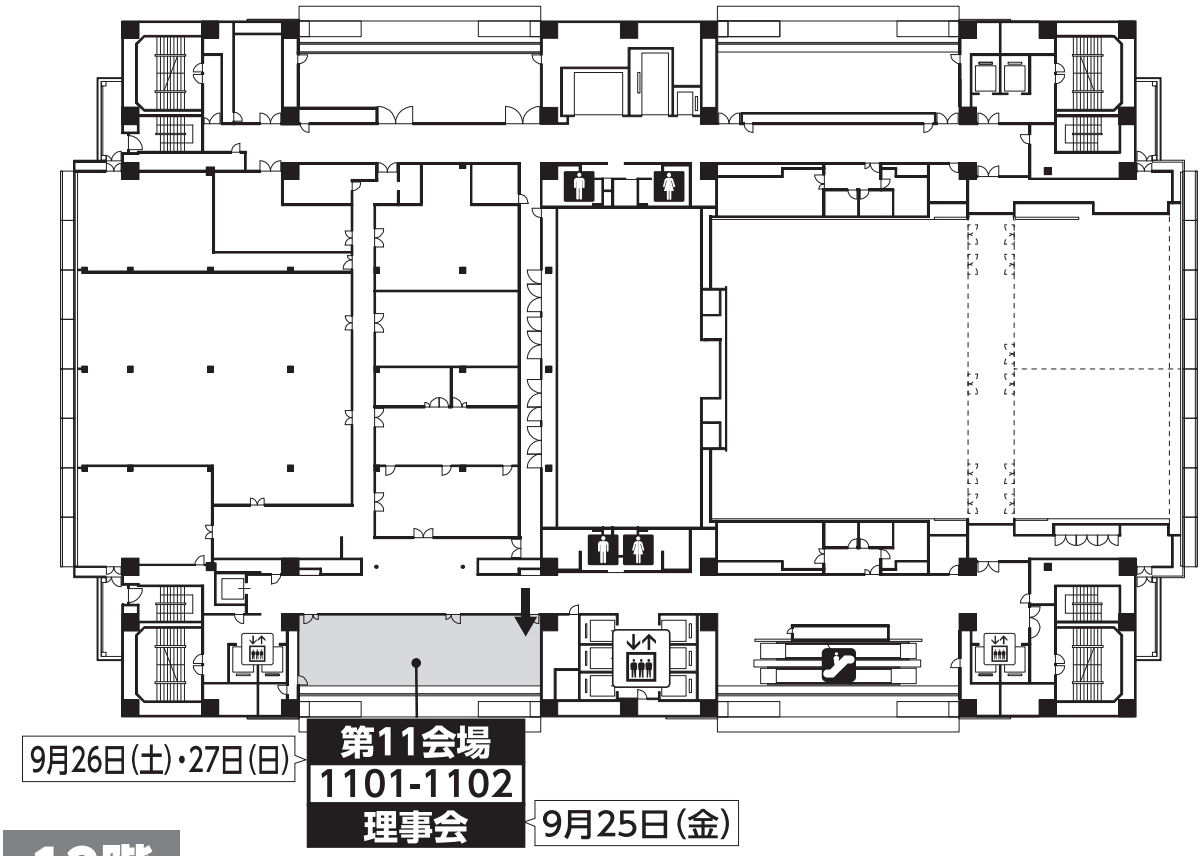
## 8階


共催控室
803･804･805･806
第10会場
801-802

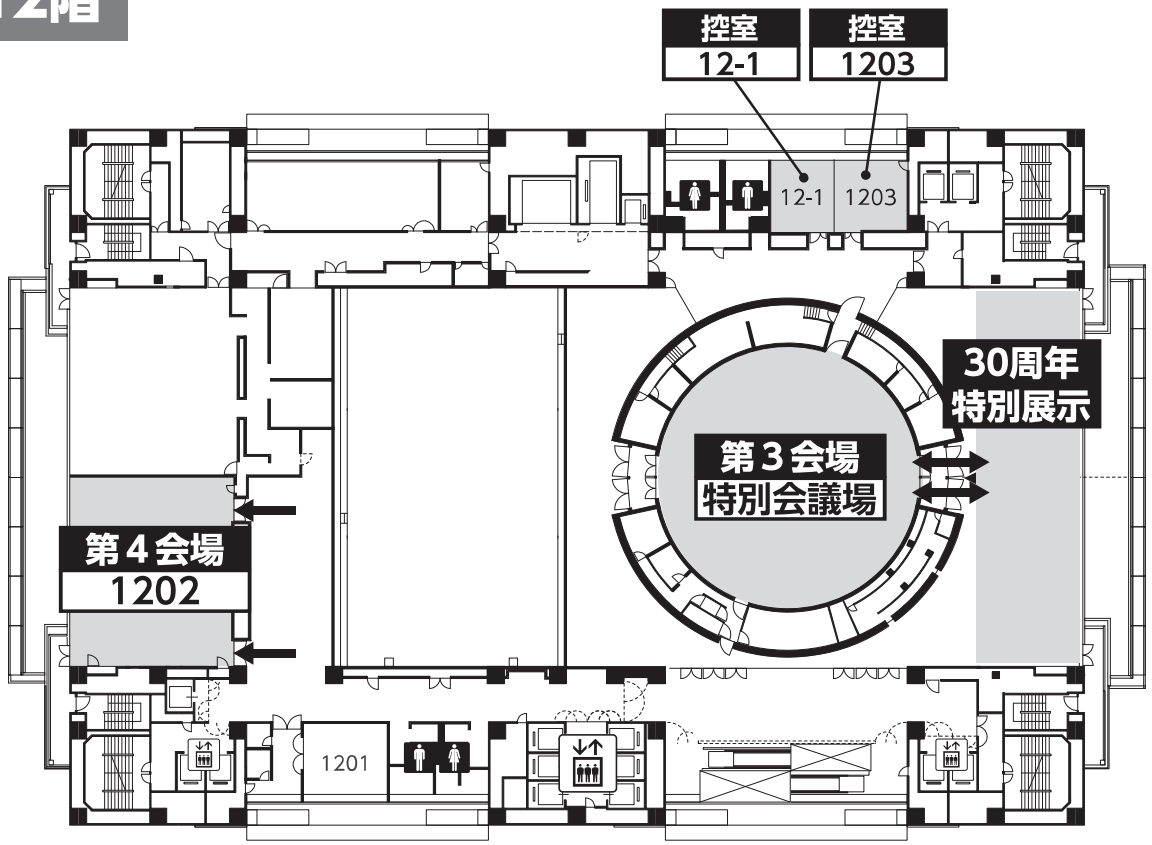
## 10階


第7会場
1009
第8会場
1008
第9会場
1010・10-1・10-2
第6会場
1006-1007
第5会場
1004-1005
企業展示
1003
ポスター展示
1001・1002

## 11階


第11会場
1101-1102
理事会
9月26日(土)・27日(日)
9月25日(金)

## 12階


控室
12-1
控室
1203
12-1
1203
30周年
特別展示
第3会場
特別会議場
第4会場
1202
1201

## ■企業展示・ポスター展示（1001・1002・1003）

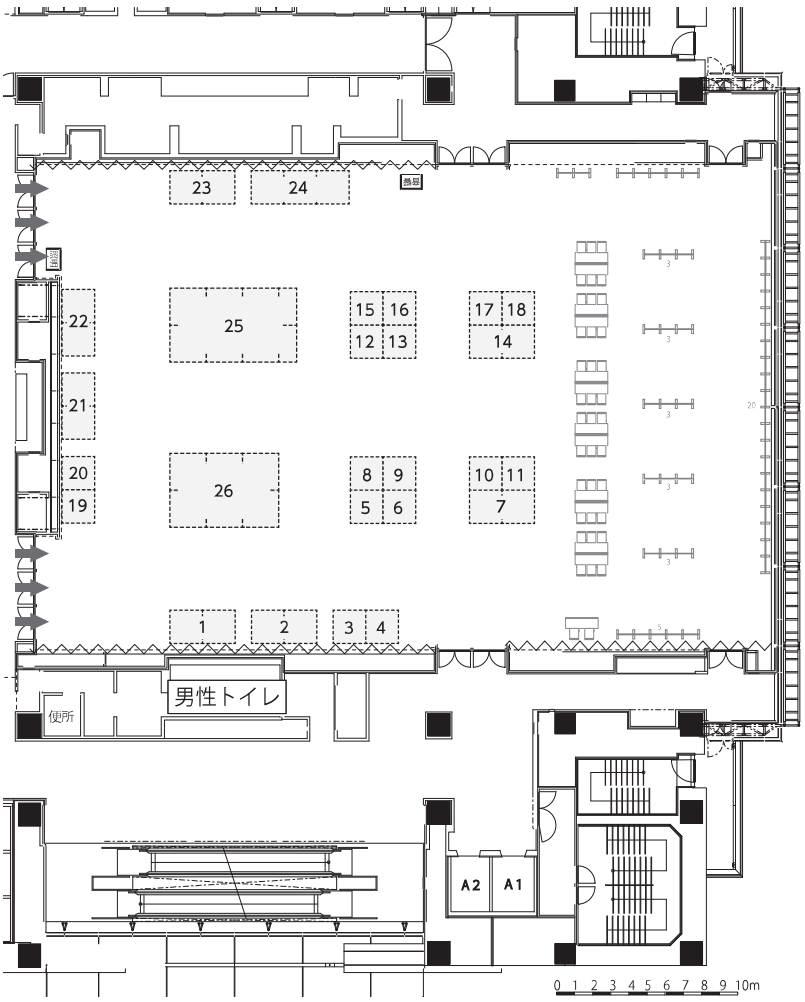
### 出展一覧

（企業展示）

1. ニプロ株式会社
2. デクスコムジャパン合同会社
3. 株式会社 VIP グローバル
4. 第一三共ヘルスケア株式会社
5. 持田ヘルスケア株式会社
6. 株式会社ヤマト
7. サンスター株式会社
8. アボットジャパン合同会社
9. 株式会社セラナースト
10. 認定特定非営利活動法人日本 IDDM ネットワーク
11. 株式会社 Provigate
12. 株式会社信公
13. エムベクタ合同会社
14. 有限会社グッツール
15. アークレイマーケティング株式会社
16. LifeScan Japan 株式会社
17. セーレン株式会社
18. ウエルテック株式会社
19. 有限会社はとり
20. marubunCo. 株式会社
21. 株式会社 明治
22. ミニメドジャパン合同会社
23. 東洋羽毛関西販売株式会社
24. 株式会社メルシー
25. テルモ株式会社
26. 株式会社 CSM ソリューション

（書籍展示）

27. 株式会社ガリバー（5階受付付近）



# 日　程　表

## 1日目　2026年9月26日（土）

### 第1会場　6F 大ホール

8:50～9:10
**開会式**

9:10～9:40　OD
**会長講演**
演者：瀬戸奈津子
座長：柴山大賀

9:40～10:10
**表彰式（学会）**

10:15～11:15　OD
**特別講演1**
医療現場の行動経済学
～すれ違いの解消法～
演者：大竹文雄
座長：清水安子

11:20～11:50
**表彰式**
（JADEN31st　Award）

12:00～13:00
**ランチョンセミナー1**
CGM 時代の糖尿病看護実践 ― CGM データをもとに対話を進めよう ―
演者：林　哲範
座長：肥後直子
（共催：アボットジャパン合同会社）

13:10～14:10　OD
**特別講演2**
〈いのち〉をケアする医療
～患者と医療者の新しい関係のあり方～
演者：加藤眞三
座長：谷本真理子

14:20～15:20　OD
**教育講演2**
誰もが AI と話す時代におけるヒトとテクノロジーをつなぐ言葉
演者：佐野大樹
座長：大原裕子

15:30～16:30　OD
**教育講演3**
看護における日常倫理（everyday ethics）を問い直す
演者：鶴若麻理
座長：米田昭子

### 第2会場　6F 小ホール

10:15～11:15　OD
**教育講演1**
地域包括ケアシステムにおける医療 DX の活用可能性
演者：村上敬亮
座長：大倉瑞代

13:10～14:40　OD
**シンポジウム1**
健康と環境（地球環境？）とコストのバランス
～これからの食事療法を考える～
演者：阿部雅紀
松村史樹
岩間初音
座長：藤本　悠
水野美華

15:00～16:30　OD
**シンポジウム3**
特定行為“インスリン調整”を極める ～看護師の実践と育成の現在地～
演者：水野信子
山﨑優介
安藤有子
座長：中村桐子
古山景子

### 第3会場　12F 特別会議場

10:15～11:25　OD
**政策委員会企画**
情報通信機器を用いた在宅療養指導料の算定について
―令和8年診療報酬改定を受けて―

12:00～13:00
**ランチョンセミナー2**
AID で広がる選択
～ライフキャリアを支える外来導入の実際と支援のポイント～
演者：坂本倫基
座長：山﨑優介
（共催：ミニメドジャパン合同会社）

13:10～14:10
**鼎談 1**
日本糖尿病教育・看護学会の魅力と期待
エスコート：
東めぐみ・森小律恵
柴山大賀
演者：河口てる子・嶋森好子
数間恵子

14:20～15:30　OD
**研修推進委員会企画1**
認識に働きかけ、気づきを引き出し、患者の「腑に落ちる」をともにつくる
―支援シートを用いた糖尿病透析予防支援―

15:40～16:50　OD
**編集委員会企画**
論文でつなぐ糖尿病看護の実践と研究　―学会誌30年の軌跡とこれから―

### 第4会場　12F 1202

12:00～13:00
**ランチョンセミナー3**
糖尿病性神経障害（DPN）の臨床病期と診療のポイント
演者：出口尚寿
座長：青木美智子
（共催：第一三共株式会社）

13:10～14:40　OD
**シンポジウム2**
患者の一歩を支える看護：運動療法のエビデンスと実践
演者：野村卓生
大坂貴史
杉本九実
座長：金子佳世
西澤摩生

15:30～17:00
**ワークショップ2**
あつまれ CDEJ！高齢の A さんのことをみんなで一緒に考えよう！
【CDEJ 認定機構合同】
演者：肥後直子
水野美華

### 第5会場　10F 1004-1005

12:00～13:00
**ランチョンセミナー4**
特定行為が拓く看護師による糖尿病医療の未来
演者：長尾元嗣
座長：古山景子
（共催：テルモ株式会社）

13:10～14:40
**ワークショップ1**
人生を紡ぐナースのキャリア
演者：大瀧由起

14:50～15:10　ミニレクチャー1　OD
報酬学習の視点からみた食行動の理解
演者：清水彬礼

15:20～15:40　ミニレクチャー2　OD
糖尿病ケアにおける睡眠の重要性
―睡眠・生体リズムの視点から―
演者：西村舞琴

15:50～16:10　ミニレクチャー3　OD
急性期病院における糖尿病患者の口腔健康管理
演者：宮下知子

16:20～16:40　ミニレクチャー4　OD
妊娠糖尿病
演者：川嵜有紀

### 第6会場　10F 1006-1007

13:10～14:05　OD
**一般演題1**
特定行為研修
座長：菊永恭子

14:15～15:10　OD
**一般演題3**
1型糖尿病
座長：髙橋弥生

15:20～16:05　OD
**一般演題5**
精神疾患のある患者
座長：小野美穂

16:15～17:00　OD
**一般演題7**
フットケア
座長：土方ふじ子

OD：オンデマンド配信あり

| | 第7会場<br>10F 1009 | 第8会場<br>10F 1008 | 第9会場<br>10F 1010拡張 | 第10会場<br>8F 801-802 | 第11会場<br>11F 1101-02 | 30周年特別展示会場<br>12F ホワイエ | ポスター・展示会場<br>10F 1001-1003 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9:00 | | | | | | 9:00～17:00<br>**30周年記念特別展示** | 9:00～11:00<br>**ポスター貼付時間** |
| 10:00 | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | 9:00～17:30<br>**ポスター・展示・休憩コーナー** |
| 12:00 | | | | | | | |
| 13:00 | 13:10～14:05 OD<br>**一般演題2**<br>小児・思春期・移行期<br>座長：石川万里子 | 13:20～14:40<br>**交流集会1**<br>未来を映像化するビジョンボードの可能性：高校生カンボジア研修の実践から糖尿病療養指導・看護教育への応用を考える | 13:20～14:40<br>**交流集会2**<br>AID(Automated Insulin Delivery) 療法の導入から実践 - レポートを活かした生活支援の実際を共有する - | 13:20～14:40<br>**交流集会3**<br>糖尿病のある方の口腔健康管理に向けた看護支援Ⅲ：継続的な支援にむけて | 13:20～14:40<br>**交流集会4**<br>災害に備える糖尿病支援 ～ 今できる事を共有しよう | | |
| 14:00 | 14:15～15:10 OD<br>**一般演題4**<br>高齢者療養支援1<br>座長：小江奈美子 | | | | | | |
| 15:00 | | 15:10～16:30<br>**交流集会5**<br>薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者の介護施設での生活の課題を知って、支援を考えよう | 15:10～16:30<br>**交流集会6**<br>災害時の糖尿病看護について考えよう！第3弾 日頃からできる災害対策といつもと違う日を過ごすための支援 | 15:10～16:30<br>**交流集会7**<br>「糖尿病患者の「納得して選ぶ」を支える――看護に活かす Shared Decision Making(SDM) の基本 | 15:10～16:30<br>**交流集会8**<br>ゆる～く集まろ DM ナース work at クリニック | | 14:40～15:40<br>**ポスター発表時間** |
| 16:00 | 15:20～16:05 OD<br>**一般演題6**<br>看護職教育・医療安全<br>座長：梶野美保 | | | | | | 16:00～17:00<br>**Sweets Talk Cafe 心に残る私のストーリー 交流時間** |
| 17:00 | 16:15～17:00 OD<br>**一般演題8**<br>認定看護師・高度実践看護師<br>座長：藤井純子 | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | |

## 2日目　2026年9月27日（日）

| | 第1会場<br>6F 大ホール | 第2会場<br>6F 小ホール | 第3会場<br>12F 特別会議場 | 第4会場<br>12F 1202 | 第5会場<br>10F 1004-1005 | 第6会場<br>10F 1006-1007 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9:00 | 8:40～10:10 OD<br>**シンポジウム4**<br>こどもの成長する姿に学ぶ糖尿病教育・看護<br>演者：和田幹子<br>山﨑　歩<br>大橋智洋<br>座長：村内千代<br>肥後直子 | 8:40～10:10 OD<br>**シンポジウム5**<br>高齢者の課題に寄り添う糖尿病教育・看護<br>演者：加藤佑佳<br>河合　恒<br>小野年弘<br>座長：足立智花<br>大倉瑞代 | 9:00～10:30 OD<br>**国際交流委員会企画**<br>Diabetes Self-Management Support for People from Diverse Cultural Backgrounds<br>演者：Catherine Chesla<br>座長：谷本真理子<br>河井伸子 | 8:40～10:10<br>**ワークショップ3**<br>健康と糖尿病の語り―「病気だけど病気ではない」当事者の健康観と生活世界の語りから看護を再考する―<br>演者：高橋奈津子 | 8:40～9:00 **ミニレクチャー5** OD<br>症候性心不全発症予防<br>演者：酒井世志子<br>9:10～9:30 **ミニレクチャー6** OD<br>脳梗塞の早期対応<br>演者：野田泰葉<br>9:40～10:00 **ミニレクチャー7**<br>“特別な技術”より大切にしていること―フットケア実践を支える基本技術―<br>演者：窪岡由佑子 | 8:40～9:35 OD<br>**一般演題9**<br>高齢者療養支援2<br>座長：宗村文江 |
| 10:00 | 10:20～11:20 OD<br>**特別講演3**<br>地域社会に求められるプロフェッショナリズム<br>演者：宮田靖志<br>座長：任　和子 | 10:20～11:20 OD<br>**教育講演4**<br>糖尿病看護から広がる地域と未来<br>演者：中山法子<br>座長：黒田久美子 | 10:40～11:40<br>**鼎談2**<br>日本糖尿病教育・看護学会の真価と展望<br>エスコート：<br>多崎恵子・大原裕子<br>村内千代<br>演者：稲垣美智子・正木治恵<br>瀬戸奈津子 | 10:20～11:50<br>**ワークショップ4**<br>糖尿病看護の「原点」としての「コミュニケーションデザイン」<br>演者：蓮　行 | 10:10～10:30 **ミニレクチャー8** OD<br>Decisional Conflict（ディシジョナル・コンフリクト）：意思決定の葛藤<br>演者：臼井あかね<br>10:40～11:00 **ミニレクチャー9** OD<br>ネガティブケイパビリティ（Negative capability）<br>演者：水野　光<br>11:10～11:30 **ミニレクチャー10** OD<br>“Positive living”<br>演者：古川佳子 | 9:50～10:45 OD<br>**一般演題11**<br>インスリンポンプ<br>座長：恒吉慶子 |
| 11:00 | | | | | | 11:00～11:55 OD<br>**一般演題13**<br>CGM・ICT・遠隔支援<br>座長：町田景子 |
| 12:00 | 12:10～13:10<br>**ランチョンセミナー5**<br>特定行為外来から広げるCGM導入支援と多職種アプローチ<br>演者：坂本倫基<br>座長：楢原直美<br>（共催：デクスコムジャパン合同会社） | | 12:10～13:10<br>**ランチョンセミナー6**<br>多様化する1型糖尿病とスティグマ～医師・患者の立場から～<br>演者：下村伊一郎・岩田　稔<br>座長：森小律恵<br>（共催：アークレイマーケティング株式会社） | | | |
| 13:00 | | | | | | |
| 14:00 | 13:20～14:20 OD<br>**特別講演4**<br>身体抑制をしないことは患者の回復促進に向けた看護実践を探求し創出する力を高める<br>演者：小藤幹恵<br>座長：福井トシ子 | 13:20～14:50 OD<br>**シンポジウム6**<br>足をまもり、歩行を支えるフットケア【日本フットケア・足病医学会合同】<br>演者：伊藤笑子<br>丹波光子<br>藤井　恵<br>座長：森小律恵<br>中山法子 | 13:20～14:30 OD<br>**研究推進委員会企画**<br>臨床家のための量的研究入門　-“あるある”事例から学ぶ調査質問紙の落とし穴-<br>14:40～15:50 OD<br>**特別委員会企画**<br>糖尿病がある高齢者支援×デジタルデバイス～活用の明暗を分ける要因はなにか？～ | 13:20～14:20 OD<br>**教育講演5**<br>「薬が飲めなかった理由は、テロだった」～“当たり前”が通じないアフリカで考えたこと～<br>演者：桐木園子<br>座長：古山景子 | 13:20～14:15 OD<br>**一般演題15**<br>患者理解・心理社会的支援<br>座長：畑中あかね | 13:20～14:15 OD<br>**一般演題16**<br>セルフケア・生活支援<br>座長：吉田多紀 |
| 15:00 | 14:30～16:00 OD<br>**市民公開講座**<br>生活習慣病という”偏見”を直したい。泣いて、走って、向き合って。<br>演者：本間太希<br>座長：瀬戸奈津子 | | | 14:30～15:30 OD<br>**教育講演6**<br>災害時糖尿病医療支援チーム DiaMAT<br>演者：細井雅之<br>座長：永渕美樹 | 14:30～15:25 OD<br>**一般演題18**<br>医療者-患者関係・治療中断<br>座長：中尾友美 | 14:30～15:25 OD<br>**一般演題19**<br>インスリンイコデク<br>座長：嶋田幸子 |
| 16:00 | 16:15～16:30　**閉会式** | | | | | |
| 17:00 | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | |

OD：オンデマンド配信あり

| | 第7会場<br>10F 1009 | 第8会場<br>10F 1008 | 第9会場<br>10F 1010拡張 | 第10会場<br>8F 801-802 | 第11会場<br>11F 1101-02 | 30周年特別展示会場<br>12F ホワイエ | ポスター・展示会場<br>10F 1001-1003 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9:00 | 8:40～9:35 OD<br>**一般演題10**<br>がん・ステロイド・治療関連糖尿病<br>座長：山本裕子 | 8:40～10:00<br>**交流集会9**<br>療養支援しゃべくり007　ー原点に立ち返り療養支援を見つめ直すー | 8:40～10:00<br>**交流集会10**<br>看護が活かせる特定行為第２弾　～糖尿病をもつ人の自己調整力を育む看護～ | 8:40～10:00<br>**交流集会11**<br>しくじりナースシリーズ今こそ原点回帰！血糖自己測定（SMBG）を使って患者さんのための血糖マネジメントを考えよう！！ | 8:40～10:00<br>**交流集会12**<br>医科歯科連携で糖尿病をもつ人の健康を守ろう！「第5弾」～オーラルフレイルを知る・気づく（築く）・つなぐ～ | 8:40～15:00<br>**30周年記念特別展示** | 8:40～15:00<br>**ポスター・展示・休憩コーナー** |
| 10:00 | 9:50～10:35 OD<br>**一般演題12**<br>妊娠・出産・育児期支援<br>座長：西村亜希子 | | | | | | 10:10～11:10<br>**Sweets Talk Cafe** |
| 11:00 | 11:00～11:45 OD<br>**一般演題14**<br>口腔ケア・インスリンボール<br>座長：金井千晴 | 10:30～11:50<br>**交流集会13**<br>糖尿病看護認定看護師にキイテ Q Plus イッテ Go | 10:30～11:50<br>**交流集会14**<br>語ることが原点！私の糖尿病看護～実践知を聞き、語り、分かち合い、つないでいこう～ | 10:30～11:50<br>**交流集会15**<br>挑もう！看護師特定行為「インスリン投与量の調整」の実践確立・拡大に向けて　第４弾 | 10:30～11:50<br>**交流集会16**<br>下肢切断に直面する患者のぐるぐるに巻き込まれながら支援する～看護の教育的関わりモデルを使って振り返ってみませんか？～ | | |
| 12:00 | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | |
| 14:00 | 13:20～14:15 OD<br>**一般演題17**<br>透析予防<br>座長：楢原直美 | 13:15～14:35<br>**交流集会17**<br>精神疾患と糖尿病を併せもつ人の特徴を知って支援の糸口を見つけよう！Part3<br>～精神科訪問看護師の体験から学ぶ在宅療養支援の実際～ | 13:15～14:35<br>**交流集会18**<br>糖尿病と暮らす人びとの生活世界を理解するための新たな方法<br>―北欧の現象学的研究を手がかりに | 13:15～14:35<br>**交流集会19**<br>だれでもできる！レポートに頼らないインスリンポンプの継続支援 | 13:15～14:35<br>**交流集会20**<br>がん治療中の糖尿病患者に対するセルフケア支援の検討―フットケアおよび口腔ケアの看護の現状と課題の共有― | | |
| 15:00 | | 14:50～16:10<br>**交流集会21**<br>糖尿病をもつ方への肥満治療、私たちはどう関わる？<br>支援の方法について―緒に考えよう！ | 14:50～16:10<br>**交流集会22**<br>特定行為を「看護の武器」にする～生活を支えるインスリン調整～ | 14:50～16:10<br>**交流集会23**<br>あなたのことば、どう届いていますか？～患者体験から考えるダイアベティススティグマ～ | 14:50～16:10<br>**研修推進委員会企画2**<br>糖尿病重症化予防フットケア研修ブラッシュアップ“困りごと”“工夫”“知恵”を持ち寄り実践のヒントを見つけよう | | 15:00～18:00<br>**ポスター撤去** |
| 16:00 | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | |

# 参加者へのご案内

## 1．開催日・開催方法

1）2026 年 9 月 26 日（土）～ 27 日（日）：現地開催（大阪国際会議場）

2）2026 年 10 月 26 日（月）正午～ 2027 年 1 月 18 日（月）正午（予定）：オンデマンド配信

## 2．参加登録

1）参加受付期間　5 月 12 日（火）～ 2027 年 1 月 18 日（月）正午

| 区分 | 会員 | 非会員 | 学生 |
|---|---|---|---|
| 早割参加登録<br>8/6 正午まで | 7,000 円<br>（不課税） | 10,000 円<br>（内消費税 10% 909 円） | 3,000 円<br>（内消費税 10% 273 円） |
| 参加登録<br>2027/1/18 正午まで | 9,000 円<br>（不課税） | 12,000 円<br>（内消費税 10% 1,091 円） | 4,000 円<br>（内消費税 10% 364 円） |

令和 6 年能登半島地震および令和 8 年熊本地震、千葉豪雨において被災された会員の方で、参加費免除を希望される場合は、先に学会に参加費免除申請手続きをおこなっていただいた上で参加登録をお願いします。

申請が完了している方は、「登録種別」欄で「参加費免除（被災支援）」が選べるようになります。

参加費免除の申請方法等、詳細は学会ホームページを参照してください。

※当学術集会の参加費はインボイス制度に対応しております。

※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。オンライン登録時に学生証の写し（画像ファイル）をアップロードしてください。

※今学術集会では、抄録集の印刷はありません。すべて WEB 抄録とアプリとなります。

※会員には、事前にプログラム集が送付されます。

※非会員の現地参加者のみプログラム集が配布されます。

## 3．オンデマンド配信の視聴方法、視聴用 ID・PW

オンデマンド配信の視聴につきましては HP から視聴サイトへアクセスの上、ご視聴ください。
視聴用 ID・パスワードは、後日メールにてお送りいたします。

| プログラム | オンデマンド配信 有無 |
|---|---|
| 会長講演 | ○ |
| 特別講演 | ○ |
| 教育講演 | ○ |
| シンポジウム | ○ |
| ミニレクチャー | 一部のみ○（日程表をご覧ください） |
| 委員会企画・セミナー | 一部のみ○（日程表をご覧ください） |
| ワークショップ | × |
| 市民公開講座 | ○ |
| 一般演題（口演） | ○ |
| 交流集会 | × |

## 4．視聴・参加にあたって

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、オンデマンド配信の際は参加中の質疑応答等も撮影、録音、録画し、配信する場合がございます。予めご了承ください。

## 5．参加証・領収書

### ●ネームカードについて

9 月 1 日（火）以降にシステムよりネームカードをダウンロードのうえ、印刷してお持ちください。
ネームカードホルダーは現地でお渡しいたします。

### ●参加証・領収書について

領収書・参加証の発行は、9 月 1 日（火）正午以降に、参加登録システムにて、各自、オンライン発行を行ってください（決済完了している場合のみ可能）。
発行方法については、ホームページ掲載のマニュアルをご覧ください。

## 6．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。非会員のオンデマンド配信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、第 31 回学術集会ホームページで公開します。
冊子体は作成いたしません。

## 7. 現地会場参加の方へ

1）ネームカードの事前送付はありません。9 月 1 日（火）正午以降にシステムよりダウンロード・印刷して忘れずにお持ちください。ネームカードホルダーは会場にあります。

2）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。

3）企業展示 / 書籍展示

日時：2026 年 9 月 26 日（土）9：00 ～ 17：30
　　2026 年 9 月 27 日（日）9：00 ～ 15：00

場所：・企業展示：大阪国際会議場　10 階（1001-1003）
　　・書籍展示：大阪国際会議場　　5 階（受付付近）

4）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 31 回学術集会ホームページの詳細を確認の上、9 月 18 日（金）17：00 までに申し込みをお願いいたします。

5）ランチョンセミナー

演題詳細はプログラムページをご覧ください。

お申し込み方法については、参加登録ページの「オンライン申込時の注意点」のランチョンセミナーお申し込みの項をご覧ください。

整理券は、ネームカードとあわせてシステムよりダウンロードならびに印刷してお持ちください。

ご持参忘れの場合の再発行は原則としておこなっておりませんのでご了承ください。

6）クローク

日時：2026 年 9 月 26 日（土）8：30 ～ 17：30
　　2026 年 9 月 27 日（日）8：30 ～ 17：00

場所：大阪国際会議場　5F　ホワイエ内

7）30 周年記念コングレスバッグ

コングレスバッグ引換券は、ネームカードとあわせてシステムよりダウンロードならびに印刷してお持ちください。12 階特別展示会場にて交換いたします。

## 8. ドレスコード

会場ではドレスコード・サムシンググリーンで糖尿病教育・看護チームの結束力を高めたいと思っています。是非、学会カラーのグリーンを身に付けてご参集ください。

## 9. JADEN31st　AWARD

一般演題（口演）から 3 題、一般演題（ポスター）から 2 題、心に残る私のストーリーから 4 題、JADEN31st　AWARD を選出しました。9 月 26 日（土）11：20 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。

## 10.「心に残る私のストーリー」交流時間・Sweets Talk Cafe について

日時：① 9 月 26 日（土）16：00 ～ 17：00、② 9 月 27 日（日）10：10 ～ 11：10

場所：ポスター会場（1001-1003）

上記日時で Sweets Talk Cafe を開催いたします。

お菓子を食べながら糖尿病ケアについて話したり、葉っぱの付箋に願いや相談ごとを書いてパネルに貼っていただく企画を予定しています。

なお、開催日時①は「心に残る私のストーリー」交流時間を兼ねておりますので、発表者は出来る限りこの時間にご参加いただきますようお願いいたします。

## 11. 日本糖尿病教育・看護学会　30周年特別企画

おかげさまで本学会は設立 30 周年を迎えます。

特別会議場（12 階）では、「学会創設から 30 年、そして未来に向けて輝く糖尿病看護」と題し、歴代理事長による鼎談１，鼎談２を行います。

また、12 階ホワイエでは、下記の通り特別展示を行います。

・委員会・賛助会員のアーカイブ展示

・広報委員会　広報ステーション

・研究推進委員会　研究相談所

・看護研修会認定委員会　相談所

・将来検討委員会 「糖尿病看護における ICT 活用の手引き」配布

・公益財団法人日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程

「一歩踏み出すと景色が変わる！～仲間と出会い、一生の宝物を得る一年～」

・日本糖尿病療養指導士相談ブース

現地参加の皆様には広報委員会作成の 30 周年記念グッズ・コングレスバックを配布予定です。

是非、12 階の特別会議場ならびに特別展示会場にお立ち寄りください。

## 12. スタンプラリー

期間中、企業展示と 12F 特別展示を対象としたスタンプラリーを行います。

台紙は 5F ホワイエおよび 12F コングレスバッグ配布会場にてお渡しします。スタンプが集まったら JADEN31st オリジナルグッズがもらえます。この機会に色々なブースを見てまわってください。

## 13. 日本糖尿病療養指導士（CDEJ）認定更新のための研修単位について

１）本学術集会【出席（現地・事後オンデマンド配信）】により、認定更新に必要な研修単位 4 単位を取得できます。

（看護師は＜第 1 群＞または＜第 2 群＞、その他の職種は＜第 2 群＞）

※参加登録時に「個人情報提供」に同意された方については、本学術集会より CDEJ 認定機構に個人情報を提供します。看護師の方は第 1 群として（認定更新申請時に 2 群に変更可）、それ以外の職種の方は第 2 群として、認定機構にて単位登録を行います。認定更新時の自己申告は不要です。

※「個人情報提供」に同意されない方は、従来どおり、認定更新申請時（認定期間５年目～）に参加証明書を添えて申請してください。

２）本年次学術集会で【発表をされた方（筆頭者のみ)】は、２単位加算となります。但し加算可否については審査があります。認定更新申請時（認定期間５年目～）に必要書類を添えて申請してください。

## 14. 一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会への入会について

入会希望の方は、学会 HP（http://jaden1996.com/）をご確認ください。

## 15. 第31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会　会議一覧

| 内　　容 | 理事会 | 社員総会・会員総会 | 新理事会 |
|---|---|---|---|
| 開催日時 | 9 月 25 日（金）<br>13：00 ～ 16：00 | 9 月 25 日（金）<br>17：00 ～ 18：00 | 9 月 25 日（金）<br>18：00 ～ 19：00 |
| 開催場所 | 11F　1101-02 | 12F　特別会議場 | 12F　特別会議場 |

| 内　　容 | 将来検討委員会 | 編集委員会 | 政策委員会 |
|---|---|---|---|
| 開催日時 | 9 月 26 日（土）<br>11：00 ～ 12：00 | 9 月 26 日（土）<br>14：40 ～ 15：40 | 9 月 26 日（土）<br>16：00 ～ 17：00 |
| 開催場所 | 12F　1203 | 8F　803 | 8F　804 |

| 内　　容 | 研究推進委員会 | 研修推進委員会 |
|---|---|---|
| 開催日時 | 9 月 26 日（土）<br>17：00 ～ 18：00 | 9 月 27 日（日）<br>12：00 ～ 13：00 |
| 開催場所 | 8F　804 | 12F　1201 |

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

3）質疑応答は、現地参加者から受け付けます。

4）会場に到着されましたら、座長・演者受付（大阪国際会議場 5F ホワイエ）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。

## 2．すべての発表者の方へ

1）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・ワークショップ・市民公開講座等）の演者の先生方へ

1）現地にご来場される先生は、会場に到着次第、座長・演者受付（大阪国際会議場 5F ホワイエ）へお越しください。

2）セッション開始 30 分前までに、PC 受付（大阪国際会議場 5F ホワイエ）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

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

2）セッション開始 30 分前までに、PC 受付（大阪国際会議場 5F ホワイエ）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準備ください。

3）演題番号と画鋲は、運営事務局で用意いたします。

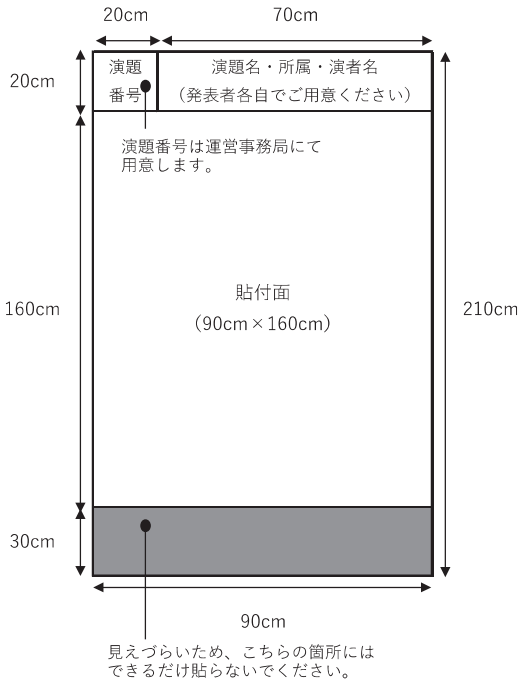
4）発表時間はありませんが、下記時間帯は参加者からの質問に回答できるようご自身のポスターの前で待機してください。

9 月 26 日（土）14：40 ～ 15：40

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：26 日（土） 9：00 ～ 11：00

撤去時間：27 日（日）15：00 ～ 16：30




## 6．「心に残る私のストーリー」の発表の方へ

1）「心に残る私のストーリー」は運営の担当者がポスター会場に掲示します。

2）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 26 日（土）16：00 ～ 17：00

## 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」（大阪国際会議場 5F ホワイエ）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 27 日（日）にご発表の場合でも 26 日（土）から受付可能です。9 月 27 日（日）の午前中に発表の方は、なるべく 9 月 26 日（土）にデータ登録を済ませてください。

受付時間は 9 月 26 日（土）9：00 ～ 16：30、9 月 27 日（日）9：00 ～ 15：40 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 Office365 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 Roman5）

5）ファイル名は「演者名（例：発表太朗）」としてください。

6）メディアを介したウィルス感染の事例がありますので、最新のウィ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

1）「PC 受付」で試写後、発表 30 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致します。

2）モニター出力端子は HDMI 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。（Macintosh など）。

3）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。画像の解像度は、フル HD（1920 × 1080）を推奨しております。

4）動画データを使用される場合は、PC 受付にて動画の動作確認を行ってください。

5）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。

6）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 USBType-A 端子が必要です。USBType-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

1）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いう（「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）。

2）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。

3）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。

4）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。

5）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26日（土）9：10～9：40　第1会場（大ホール）

### 糖尿病教育・看護の原点を見つめ直す

演者：瀬戸奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

座長：柴山　大賀（筑波大学　医学医療系　看護・健康科学域）

## 特別講演

### 特別講演1

9月26日（土）10：15～11：15　第1会場（大ホール）

#### 医療現場の行動経済学～すれ違いの解消法～

演者：大竹　文雄（大阪大学感染症総合教育研究拠点）

座長：清水　安子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

### 特別講演2

9月26日（土）13：10～14：10　第1会場（大ホール）

#### 〈いのち〉をケアする医療～患者と医療者の新しい関係のあり方～

演者：加藤　眞三（MOA 高輪クリニック）

座長：谷本真理子（山梨県立大学看護学部／大学院看護学研究科）

### 特別講演3

9月27日（日）10：20～11：20　第1会場（大ホール）

#### 地域社会に求められるプロフェッショナリズム

演者：宮田　靖志（愛知医科大学地域総合診療医学寄附講座）

座長：任　　和子（京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）

### 特別講演4

9月27日（日）13：20～14：20　第1会場（大ホール）

#### 身体抑制をしないことは患者の回復力促進に向けた看護実践を探求し創出する力を高める

演者：小藤　幹恵（石川県看護協会 前会長）

座長：福井トシ子（国際医療福祉大学大学院　東京赤坂キャンパス）

# 教育講演

## 教育講演1

9月26日（土）10：15～11：15　第2会場（小ホール）

### 地域包括ケアシステムにおける医療 DX の活用可能性

演者：村上　敬亮（東京大学　公共政策大学院）

座長：大倉　瑞代（医療法人社団誠馨会　千葉中央メディカルセンター　糖尿病センター）

## 教育講演2

9月26日（土）14：20～15：20　第1会場（大ホール）

### 誰もが AI と話す時代におけるヒトとテクノロジーをつなぐ言葉

演者：佐野　大樹（Google DeepMind）

座長：大原　裕子（帝京科学大学 医療科学部 看護学科）

## 教育講演3

9月26日（土）15：30～16：30　第1会場（大ホール）

### 看護における日常倫理（everyday ethics）を問い直す

演者：鶴若　麻理（聖路加国際大学　生命倫理学・看護倫理学）

座長：米田　昭子（そよぎハート＆ライフクリニック　湘南平塚）

## 教育講演4

9月27日（日）10：20～11：20　第2会場（小ホール）

### 糖尿病看護から広がる地域と未来

演者：中山　法子（糖尿病ケアサポートオフィス）

座長：黒田久美子（千葉大学大学院看護学研究院）

## 教育講演5

9月27日（日）13：20～14：20　第4会場（1202）

### 薬が飲めなかった理由は、テロだった～“当たり前”が通じないアフリカで考えたこと～

演者：桐木　園子（日本医科大学付属病院）

座長：古山　景子（日本医科大学付属病院看護部）

## 教育講演6

9月27日（日）14：30～15：30　第4会場（1202）

### 災害時糖尿病医療支援チーム DiaMAT

演者：細井　雅之（森之宮病院　糖尿病・内分泌内科センター）

座長：永渕　美樹（佐賀大学医学部看護学科　生涯発達看護学講座）

# シンポジウム

## シンポジウム1

9月26日（土）13：10～14：40　第2会場（小ホール）

### 健康と環境（地球環境？）とコストのバランス～これからの食事療法を考える～

座長：藤本　　悠（関西医科大学看護学部　治療看護分野慢性疾患看護学領域）
　　水野　美華（原内科クリニック）

#### 腎臓病療養指導士とともに行う CKD チーム医療の効果

演者：阿部　雅紀（日本大学医学部内科学系　腎臓高血圧内分泌内科学分野）

#### お金がなくても理想のルール通りにやらないとダメ？
#### ～経済状況に見合った食事療法を考える～

演者：松村　史樹（食のこんしぇるじゅ）

#### 健康・環境・コストの調和から考える～食品ロス削減は、行動変容の入口～

演者：岩間　初音（旭中央病院附属看護専門学校 看護学科）

## シンポジウム2

9月26日（土）13：10～14：40　第4会場（1202）

### 患者の一歩を支える看護：運動療法のエビデンスと実践

座長：金子　佳世（日本医科大学武蔵小杉病院）
　　西澤　摩生（関西医科大学香里病院　看護部　透析室）

#### フレイル予防のための24時間行動支援の進歩

演者：野村　卓生（関西医科大学リハビリテーション学部・大学院生涯健康科学研究科）

#### もっとも大切な事はまず始めること～チリツモ運動のすすめ～

演者：大坂　貴史（綾部市立病院内分泌・糖尿病内科）

#### 運動療法におけるナッジを活用した支援の可能性―患者の行動をそっと後押しする技術と実践―

演者：杉本　九実（帝京大学 大学院公衆衛生学研究科／産業環境保健学センター、株式会社 PONO）

## シンポジウム3

9月26日（土）15：00～16：30　第2会場（小ホール）

### 特定行為“インスリン調整”を極める ～看護師の実践と育成の現在地～

座長：中村　桐子（関西医科大学附属病院　看護部）
　　古山　景子（日本医科大学付属病院　看護部）

#### 特定行為インスリン投与量の調整～病院内での実践報告～

演者：水野　信子（一般財団法人　芙蓉協会　聖隷沼津病院　看護管理室）

#### 在宅だからできるインスリンの投与量の調整～訪問看護における特定行為の実践～

演者：山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）

#### 特定行為研修機関側からの実際と課題

演者：安藤　有子（関西医科大学附属病院　看護部）

## シンポジウム4

9月27日（日）8：40～10：10　第1会場（大ホール）

### こどもの成長する姿に学ぶ糖尿病教育・看護

座長：村内　千代（関西医科大学 看護学部・看護学研究科）
　　肥後　直子（京都府立医科大学附属病院　看護部）

#### こどもの成長を支え、未来につなぐための役割と課題～学校看護師の立場から～

演者：和田　幹子（海老名市教育委員会　教育支援課）

#### 子どもから学び子どもと共に成長する糖尿病看護・支援

演者：山﨑　　歩（鳥取大学医学部保健学科看護学専攻　母性・小児家族看護学講座）

#### 子ども食堂から考える居場所創り

演者：大橋　智洋（NPO 法人「ちいさいほいくえんみんなの里」）

## シンポジウム5

9月27日（日）8：40～10：10　第2会場（小ホール）

### 高齢者の課題に寄り添う糖尿病教育・看護

座長：足立　智花（関西医科大学総合医療センター　看護部）

大倉　瑞代（医療法人社団誠馨会　千葉中央メディカルセンター　糖尿病センター）

#### なぜ高齢者は家に人をいれたがらないのか
#### ―支援拒否の心理と信頼形成・意思決定支援―

演者：加藤　佑佳（京都府立医科大学大学院 医学研究科 精神機能病態学）

#### サクセスフル・エイジングのための糖尿病教育・看護とは

演者：河合　　恒（東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム）

#### 臨床・在宅で活かす成年後見制度――認知機能が低下した方を支える看護師の役割

演者：小野　年弘（一般社団法人かんほう　かんほう訪問看護ステーション）

## シンポジウム6

9月27日（日）13：20～14：50　第2会場（小ホール）

### 足をまもり、歩行を支えるフットケア【日本フットケア・足病医学会合同】

座長：森　小律恵（東京都済生会向島病院）

中山　法子（糖尿病ケアサポートオフィス）

#### 成長発達していく子どもの足を育てるために―『小児靴の手引き書』による「小児靴に必要な10の機能」の検証とその活用―

演者：伊藤　笑子（日独小児靴学研究会）

#### 足をまもり、歩行を支えるフットケア―看護師が行う免荷療法―

演者：丹波　光子（杏林大学医学部付属病院）

#### 快適な靴と足で毎日を過ごす～足をまもり、歩行を支えるフットケアと靴・靴下～

演者：藤井　　恵（快適な靴と足 WOHLTAT，足・爪お手入れ専門店・ポド）

# ワークショップ

## ワークショップ1

9月26日（土）13：10～14：40　第5会場（第5会場 /1004-1005）

### 人生を紡ぐナースのキャリア

演者：大瀧　由起（セラナースト）

## ワークショップ2

9月26日（土）15：30～17：00　第4会場（1202）

### あつまれ CDEJ ！高齢の A さんのことをみんなで一緒に考えよう！【CDEJ 認定機構合同】

演者：肥後　直子（京都府立医科大学附属病院）

水野　美華（原内科クリニック）

## ワークショップ3

9月27日（日）8：40～10：10　第4会場（1202）

### 健康と糖尿病の語り ー「病気だけど病気ではない」当事者の健康観と生活世界の語りから看護を再考するー

演者：高橋奈津子（神奈川県立保健福祉大学）

## ワークショップ4

9月27日（日）10：20～11：50　第4会場（1202）

### 糖尿病看護の「原点」としての「コミュニケーションデザイン」

演者：蓮　　行（京都大学経営管理大学院／劇団衛星）

# 市民公開講座

9月27日（日）14：30～16：00　第1会場（大ホール）

### 生活習慣病という ” 偏見 ” を直したい。泣いて、走って、向き合って。

演者：本間　太希（TYPEONE CREATE）

座長：瀬戸奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

# ミニレクチャー

※会場でのビデオ放映およびオンデマンド配信のみ

## ミニレクチャー1

9月26日（土）14：50～15：10　第5会場（1004-1005）

### 報酬学習の視点からみた食行動の理解

演者：清水　彬礼（大阪公立大学大学院看護学研究科 ケアシステム科学分野 療養ケア科学）

## ミニレクチャー2　9月26日（土）15：20～15：40　第5会場（1004-1005）

### 糖尿病ケアにおける睡眠の重要性―睡眠・生体リズムの視点から―

演者：西村　舞琴（京都光華大学　看護福祉リハビリテーション学部　看護学科）

## ミニレクチャー3　9月26日（土）15：50～16：10　第5会場（1004-1005）

### 急性期病院における糖尿病患者の口腔健康管理

演者：宮下　知子（関西医科大学附属病院）

## ミニレクチャー4　9月26日（土）16：20～16：40　第5会場（1004-1005）

### 妊娠糖尿病

演者：川嵜　有紀（近畿大学看護学部ウィメンズヘルスケア看護学領域）

## ミニレクチャー5　9月27日（日）8：40～9：00　第5会場（1004-1005）

### 症候性心不全発症予防

演者：酒井世志子（市立豊中病院　看護部）

## ミニレクチャー6　9月27日（日）9：10～9：30　第5会場（1004-1005）

### 脳梗塞の早期対応

演者：野田　泰葉（関西医科大学看護学部）

## ミニレクチャー7　9月27日（日）9：40～10：00　第5会場（1004-1005）

### “特別な技術”より大切にしていること ーフットケア実践を支える基本技術ー

演者：窪岡由佑子（勝野内科クリニック、ニノ切やまもとクリニック）

## ミニレクチャー8　9月27日（日）10：10～10：30　第5会場（1004-1005）

### Decisional Conflict（ディシジョナル・コンフリクト）：意思決定の葛藤

演者：臼井あかね（関西医科大学附属病院）

## ミニレクチャー9　9月27日（日）10：40～11：00　第5会場（1004-1005）

### ネガティブケイパビリティ（Negative capability）

演者：水野　　光（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

## ミニレクチャー10

9月27日（日）11：10～11：30　第5会場（1004-1005）

### “Positive living”

演者：古川　佳子（関西医科大学大学院看護学研究科　慢性疾患看護学領域）

## 学会企画

### 30周年特別企画　学会創設から30年、そして未来に向けて輝く糖尿病看護

## 鼎談1

9月26日（土）13：10～14：10　第3会場（特別会議場）

### 日本糖尿病教育・看護学会の魅力と期待

エスコート：東　めぐみ（順天堂大学保健看護学部）
森　小律恵（東京都済生会向島病院）
柴山　大賀（筑波大学　医学医療系　看護・健康科学域）

演者：河口てる子（聖隷クリストファー大学　看護学部／第2代理事長）
嶋森　好子（日本糖尿病教育・看護学会／第3代理事長）
数間　恵子（元東京大学　元大学院医学系研究科　健康科学・看護学専攻成人看護学／緩和ケア看護学／第4代理事長）

## 鼎談2

9月27日（日）10：40～11：40　第3会場（特別会議場）

### 日本糖尿病教育・看護学会の真価と展望

エスコート：多崎　恵子（金沢大学　医薬保健研究域 保健学系）
大原　裕子（帝京科学大学 医療科学部 看護学科）
村内　千代（関西医科大学 看護学部・看護学研究科）

演者：稲垣美智子（金沢大学／第5代理事長）
正木　治恵（千葉大学　看護学研究院　名誉教授／第6代理事長）
瀬戸奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科／第7代理事長）

## 国際交流委員会企画

9月27日（日）9：00～10：30　第3会場（特別会議場）

### Diabetes Self-Management Support for People from Diverse Cultural Backgrounds

演者：Catherine　Chesla（Professor Emerita, University of California, San Francisco）
座長：谷本真理子（山梨県立大学看護学部 / 看護学研究科）
河井　伸子（近畿大学看護学部）

## 政策委員会企画

9月26日（土）10：15～11：25　第3会場（特別会議場）

# 情報通信機器を用いた在宅療養指導料の算定について
# ―令和8年診療報酬改定を受けて―

総合司会：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）

演者：山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）

村田　　中（日本赤十字社医療センター）

町田　景子（東京都立多摩北部医療センター）

企画：日本糖尿病教育・看護学会　政策委員会

太田　美帆（東京家政大学）

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）

永渕　美樹（佐賀大学）

野間　弘子（船橋市立医療センター）

町田　景子（東京都立多摩北部医療センター）

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（浦安市特別養護老人ホーム）

## 研修推進委員会企画 1

9月26日（土）14：20～15：30　第3会場（特別会議場）

### 認識に働きかけ、気づきを引き出し、患者の「腑に落ちる」をともにつくる ―支援シートを用いた糖尿病透析予防支援―

演者：植垣　一彦（神奈川県立保健福祉大学実践教育センター非常勤講師）
吉田　照美（岡崎市民病院）
浜田　詩子（土佐市立土佐市民病院）
久保　睦子（八戸市立市民病院）
平岡めぐみ（JCHO 四日市羽津医療センター）
柳井田恭子（川崎市立井田病院他）

企画：日本糖尿病教育・看護学会　研修推進委員会（透析予防支援チーム）
柳井田恭子（川崎市立井田病院）
吉田　照美（岡崎市民病院）
浜田　詩子（土佐市立土佐市民病院）
久保　睦子（八戸市立市民病院）
平岡めぐみ（JCHO 四日市羽津医療センター）
青木美智子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）

## 編集委員会企画

9月26日（土）15：40～16：50　第3会場（特別会議場）

### 論文でつなぐ糖尿病看護の実践と研究　―学会誌30年の軌跡とこれから―

演者：佐藤　三穂（北海道大学大学院）
西村亜希子（香川大学）

企画：日本糖尿病教育・看護学会　編集委員会
澄川真珠子（札幌医科大学）
清水　安子（大阪大学大学院）
上杉　裕子（金城学院大学）
工藤　理恵（筑波大学）
桑村　由美（徳島大学）
徳永　友里（杏林大学）
中尾　友美（大阪公立大学）
永渕　美樹（佐賀大学）
藤田　君支（九州大学大学院）
藤原　優子（大阪大学医学部附属病院）

## 研究推進委員会企画

9月27日（日）13：20～14：30　第3会場（特別会議場）

### 臨床家のための量的研究入門
### - “あるある”事例から学ぶ調査質問紙の落とし穴 -

司会進行：村角　直子（金沢医科大学）
森　加苗愛（順天堂大学）

演者：柴山　大賀（筑波大学）
山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）

企画：日本糖尿病教育・看護学会　研究推進委員会
森　加苗愛（順天堂大学）
餘目　千史（公益社団法人日本看護協会）
岡　　佳子（飯塚病院）
柴山　大賀（筑波大学）
住吉　和子（岡山県立大学）
髙橋　　慧（大阪大学）
原　　光明（訪問看護ステーションオリナス）
東　めぐみ（順天堂大学）
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）
山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
山田　明子（JCHO 九州病院）

## 特別委員会企画

9月27日（日）14：40～15：50　第3会場（特別会議場）

### 糖尿病がある高齢者支援×デジタルデバイス ～活用の明暗を分ける要因はなにか？～

企画：日本糖尿病教育・看護学会　特別委員会

梶野　美保（九州大学病院）

金本　純子（四天王寺大学）

草間　恵里（信州大学医学部附属病院）

原田　和子（医療法人社団　紘和会　平和台病院）

桃坂真由美（九州大学病院）

生駒　千恵（医療法人 社団誠和会 牟田病院）

黒田久美子（千葉大学）

佐多　愛子（福岡県立大学）

佐藤　果苗（安田女子大学）

橋本　祐子（医療法人社団　亮仁会　那須中央病院）

溝上貴世美（坂出市立病院）

内海　香子（岩手県立大学）

## 研修推進委員会企画2

9月27日（日）14：50～16：10　第11会場（1101-1007）

### 糖尿病重症化予防フットケア研修ブラッシュアップ “困りごと”“工夫”“知恵”を持ち寄り実践のヒントを見つけよう

企画：冨永　幸恵（秋田大学医学部附属病院）

青木美智子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）

春田さゆり（JA 長野厚生連佐久総合病院）

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）

荷川取祐香（社会医療法人敬愛会中頭病院）

住吉由巳子（順天堂大学医学部附属浦安病院）

由浪有希子（あおいくま訪問看護リハビリステーション仙台）

数間　恵子（日本糖尿病教育・看護学会元理事長）

# ランチョンセミナー

## ランチョンセミナー1

9月26日（土）12：00～13：00　第1会場（大ホール）

共催：アボットジャパン合同会社

### CGM 時代の糖尿病看護実践 ― CGM データをもとに対話を進めよう ―

座長：肥後　直子（京都府立医科大学附属病院　看護部）

演者：林　　哲範（北里大学看護学部　基礎看護学　教授／糖尿病・内分泌代謝内科）

## ランチョンセミナー2

9月26日（土）12：00～13：00　第3会場（特別会議場）

共催：ミニメドジャパン合同会社

### AID で広がる選択～ライフキャリアを支える外来導入の実際と支援のポイント～

座長：山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南　事業所長）

演者：坂本　倫基（学校法人福岡大学 福岡大学病院 看護部 糖尿病看護特定認定看護師）

## ランチョンセミナー3

9月26日（土）12：00～13：00　第4会場（1202）

共催：第一三共株式会社

### 糖尿病性神経障害（DPN）の臨床病期と診療のポイント

座長：青木美智子（公益社団法人日本看護協会　看護研修学校　認定看護師教育課程　糖尿病看護学科専任教員）

演者：出口　尚寿（鹿児島大学病院　総合臨床研修センター 副センター長）

## ランチョンセミナー4

9月26日（土）12：00～13：00　第5会場（1004-1005）

共催：テルモ株式会社

### 特定行為が拓く看護師による糖尿病医療の未来

座長：古山　景子（日本医科大学付属病院　看護部　看護師長）

演者：長尾　元嗣（東京女子医科大学　内科学講座　糖尿病・代謝内科学分野　教授・基幹分野長）

## ランチョンセミナー5

9月27日（日）12：10～13：10　第1会場（大ホール）

共催：デクスコムジャパン合同会社

### 特定行為外来から広げる CGM 導入支援と多職種アプローチ

座長：楢原　直美（済生会横浜市東部病院　看護部　糖尿病看護認定看護師）

演者：坂本　倫基（学校法人福岡大学　福岡大学病院　看護部　糖尿病看護特定認定看護師）

## ランチョンセミナー6

9月27日（日）12：10～13：10　第3会場（特別会議場）

共催：アークレイマーケティング株式会社

### 多様化する1型糖尿病とスティグマ～医師・患者の立場から～

座長：森　小律恵（東京都済生会向島病院）

### 免疫チェックポイント阻害剤関連１型糖尿病の機序と課題

演者：下村伊一郎（大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科学 教授）

### やらな、しゃーない！～1型糖尿病だからできたこと～

演者：岩田　稔（株式会社 Family Design M 代表取締役／阪神タイガース CA（コミュニティアンバサダー））

# 交流集会

## 交流集会1

9月26日（土）13：20～14：40　第8会場（1008）

### 未来を映像化するビジョンボードの可能性：高校生カンボジア研修の実践から糖尿病療養指導・看護教育への応用を考える

企画：武永　佳子（ウェルネスクリニック / 岩国ユネスコ協会）
高砂　諒大（Stell α Institute 合同会社）
山根　真央（山陽小野田市立山口東京理科大学　薬学部　２回生）

## 交流集会2

9月26日（土）13：20～14：40　第9会場（1010拡張）

### AID(Automated Insulin Delivery) 療法の導入から実践 - レポートを活かした生活支援の実際を共有する -

企画：穴井えりも（防衛医科大学校）
山下みどり（社会医療法人愛仁会高槻病院）
野﨑　房代（河北総合病院）
菅原加奈美（クリニックみらい立川）
成田麻見佳（市立札幌病院）
小林　麗子（公立置賜総合病院）
長山　千枝（光仁会南部厚生病院）
三村芙美江（島田市立総合医療センター）

## 交流集会3　9月26日（土）13：20～14：40　第10会場（801-802）

### 糖尿病のある方の口腔健康管理に向けた看護支援Ⅲ：継続的な支援にむけて

企画：桑村　由美（徳島大学）
澄川真珠子（札幌医科大学）
瀧川　稲子（徳島大学病院）
大和　　光（徳島大学病院）
五十嵐栄理佳（岩見沢市立総合病院）
古元　香織（徳島県立中央病院）

## 交流集会4　9月26日（土）13：20～14：40　第11会場（1101-02）

### 災害に備える糖尿病支援～今できる事を共有しよう～

企画：佐々木恵子
宮本　晴江（医療法人真生会　真生会富山病院）
小林美和子（新潟厚生連柏崎総合医療センター）
前場真由美（JR 東京総合病院）
加納　裕久（JA 厚生連公立東濃中部医療センター）
三好　　徹（社会医療法人厚生会　中部国際医療センター）

## 交流集会5　9月26日（土）15：10～16：30　第8会場（1008）

### 薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者の介護施設での生活の課題を知って、支援を考えよう

企画：内海　香子（岩手県立大学看護学部）
橋本　祐子（医療法人社団　亮仁会　那須中央病院）
小谷　洋子（特別養護老人ホームけいあいの郷山王台 / 医療法人社団　亮仁会　那須中央病院）
一ノ瀬　孝（全国高齢者施設看護師会）

## 交流集会6

9月26日（土）15：10～16：30　第9会場（1010拡張）

### 災害時の糖尿病看護について考えよう！第3弾
### 日頃からできる災害対策といつもと違う日を過ごすための支援

企画：中野　恵理（近畿大学病院）
貞安　妙美（JA 尾道総合病院）
永井　美貴（福山市民病院）
井之上央子（神戸労災病院）
頼本　奈々（東広島医療センター）
渡邉　路子（岡山ろうさい病院）
守谷　景子（十全総合病院）
藤原　　香（やすだクリニック）

## 交流集会7

9月26日（土）15：10～16：30　第10会場（801-802）

### 糖尿病患者の「納得して選ぶ」を支える――看護に活かす Shared Decision Making(SDM) の基本

企画：後藤　友子（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター / 藤田医科大学 医学部 総合診療科 / 情報と選択と決定の研究所）
三浦　久幸（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター / 藤田医科大学 医学部 総合診療科 / 情報と選択と決定の研究所 / 医療法人社団 臨床研究センター）

## 交流集会8

9月26日（土）15：10～16：30　第11会場（1101-02）

### ゆる～く集まろ 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）
吉田　直子（ましたに内科クリニック）
小野　明美（こすぎ内科クリニック）
布谷　容子（あずま糖尿病内科クリニック）
今野　康子（日吉医院 ( 横浜市 )）

## 交流集会9　9月27日（日）8：40～10：00　第8会場（1008）

### 療養支援しゃべくり 007
### ー原点に立ち返り療養支援を見つめ直すー

企画：大佐古三香（医療法人竜胆会みらい内科歯科クリニック）
山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
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）
恒松　　茜（大東市若者等自立サポートセンター）
岩本　由衣（長崎県病院企業団 長崎県壱岐病院）
川島　幸美（医療法人明徳会総合新川橋病院）
小森　正子（豊田厚生訪問看護ステーション）
佐藤　広太（独立行政法人国立病院機構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）
糸部　文子（東松山市立市民病院）
中川　由季（東京医科大学病院）
赤嶺　　勝（いろのわクリニック）
松田　麻耶（帝京大学医学部附属病院）
森山　初美（東京慈恵会医科大学西部医療センター）
石川　愛美（公立福生病院）

## 交流集会10　9月27日（日）8：40～10：00　第9会場（1010拡張）

### 看護が活かせる特定行為　第２弾
### ～糖尿病をもつ人の自己調整力を育む看護～

企画：角出　孝子（舞鶴赤十字病院）
春田さゆり（JA 長野厚生連 佐久総合病院）
藤井　純子（佐賀大学医学部附属病院）
玉川　智子（東邦大学医療センター佐倉病院）
藤岡美恵香（JA 徳島厚生連　吉野川医療センター）
江澤　芳恵（医療法人　北関東循環器病院）
柴田まり子（日本医科大学多摩永山病院）
伊藤　千穂（ほたるのセントラル内科）
平間　幸子（さいしょ糖尿病クリニック）
糸部　文子（東松山市立市民病院）
釜口三恵子（世光クリニック）

## 交流集会11

9月27日（日）8：40～10：00　第10会場（801-802）

### しくじりナースシリーズ
### 今こそ原点回帰！血糖自己測定（SMBG）を使って患者さんのための血糖マネジメントを考えよう！！

企画：石井　由美（医療法人藤井会　石切生喜病院）

朝倉　智美（大分県厚生連鶴見病院）

小坂　和代（公立八女総合病院）

下須賀香奈子（公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院）

下中紀代子（独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院）

武石千鶴子（社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院）

田中　和子（医療法人社団　敬愛会　佐賀記念病院）

十時　綾子（公益財団法人健和会　健和会大手町病院）

中山　加代（社会医療法人耕和会迫田病院）

平塚　元一（社会医療法人親仁会　米の山病院）

藤本　美枝（医療法人博光会 御幸病院）

## 交流集会12

9月27日（日）8：40～10：00　第11会場（1101-02）

### 医科歯科連携で糖尿病をもつ人の健康を守ろう！「第5弾」
### ～オーラルフレイルを知る・気づく（築く）・つなぐ～

企画：渡邉　路子（岡山ろうさい病院）

吉田　照美（岡崎市民病院）

永井　美貴（福山市民病院）

貞安　妙美（広島県厚生農業協同組合連合会　尾道総合病院）

三浦　恵子（岡崎市民病院）

石川　香織（安城更生病院）

前田　るみ（北医療生活協同組合北病院）

市川真美栄（あい歯科矯正歯科）

岡田　照代（Nurse Office OKADA）

土川　睦子（DM-NURSE-LAB）

## 交流集会13　9月27日（日）10：30～11：50　第8会場（1008）

### 糖尿病看護認定看護師にキイテ Q Plus イッテ Go

企画：柏崎　純子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）
青木美智子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）
荒川亜矢子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）
坂本　倫基（福岡大学病院）
山内　麻衣（なごみ訪問看護ステーション）
大沼　　幹（岩手県立久慈病院）
大磯　純子（おかやま内科 糖尿病・健康長寿クリニック）
見上　恵亮（共立蒲原総合病院）
大槻　美紀（公立豊岡病院組合立 豊岡病院）
山本　　潤（JA 北海道厚生連 旭川厚生病院）

## 交流集会14　9月27日（日）10：30～11：50　第9会場（1010拡張）

### 語ることが原点！私の糖尿病看護
### ～実践知を聞き、語り、分かち合い、つないでいこう～

企画：中村美津子（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻　博士後期課程）
平田　久美（徳島赤十字病院）
岡崎眞由美（医療法人社団　日本鋼管福山病院）
岡　香代子（安来市立病院）
村上比奈恵（社会福祉法人恩賜財団　済生会今治病院）
後藤　博美（大阪急性期・総合医療センター）

## 交流集会15　9月27日（日）10：30～11：50　第10会場（801-802）

### 挑もう！看護師特定行為「インスリン投与量の調整」の実践確立・拡大に向けて　第４弾

企画：山地　陽子（JCHO 東京新宿メディカルセンター）
古山　景子（日本医科大学付属病院）
菊永　恭子（日本医科大学付属病院）
森口　直文（日本医科大学付属病院）
竹田　美樹（JCHO 東京新宿メディカルセンター）
細田　靖恵（JCHO 東京新宿メディカルセンター）

# 下肢切断に直面する患者のぐるぐるに巻き込まれながら支援する ～看護の教育的関わりモデルを使って振り返ってみませんか？～

企画：井上　智恵（京都済生会病院）
河口てる子（聖隷クリストファー大学）
太田　美帆（東京家政大学）
大澤　栄実
安酸　史子（日本赤十字北海道看護大学）
東　めぐみ（順天堂大学）
伊波　早苗（社会医療法人誠光会）
林　　優子（大阪医科薬科大学）
横山　悦子（順天堂大学）
近藤ふさえ（長岡崇徳大学）
道面千恵子（下関市立大学）
長谷川直人（自治医科大学）
小田　和美（東京工科大学）
小長谷百絵（新潟県立看護大学）
小林　貴子（医療創生大学）
大池美也子（元福岡国際医療福祉大学）
伊藤ひろみ（元砂川市立病院）
恩幣　宏美（新潟県立看護大学）
岡　美智代（群馬大学大学院）
小平　京子（関西看護医療大学）

## 交流集会17　9月27日（日）13：15～14：35　第8会場（1008）

### 精神疾患と糖尿病を併せもつ人の特徴を知って支援の糸口を見つけよう !Part3～ 精神科訪問看護師の体験から学ぶ在宅療養支援の実際 ～

企画：山田美穂子（日本赤十字社　富山赤十字病院）
浅井　和江（草加パートナーズ・糖尿病クリニック）
町田　景子（東京都立多摩北部医療センター）
村田　　中（日本赤十字社医療センター）
伊藤　美和（東邦大学医療センター大森病院）
尾上　和子（杏林堂クリニック）
河内あゆみ（日本赤十字社医療センター）
坂本　梅子（北里大学病院）
高松　千織（そのだ内科 糖尿病・甲状腺クリニック）
田口　三知（東京都立松沢病院）
長縄真奈美（稲沢市民病院）
野崎　房代（河北総合病院）
畑﨑　智子
松本　麻里（公立昭和病院）
山下　亜希（市立大津市民病院）
山本　真貴（関西医科大学附属病院）

## 交流集会18　9月27日（日）13：15～14：35　第9会場（1010拡張）

### 糖尿病と暮らす人びとの生活世界を理解するための新たな方法―北欧の現象学的研究を手がかりに

企画：細野　知子（日本赤十字看護大学さいたま看護学部）
太田　美帆（東京家政大学）
鈴木みどり（東京科学大学病院）
宅井さやか（岩手県立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程）

## 交流集会19　9月27日（日）13：15～14：35　第10会場（801-802）

### だれでもできる！レポートに頼らないインスリンポンプの継続支援

企画：菊池美千代（岩手医科大学附属病院）

吉田　直子（ましたに内科クリニック）

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）

山本恵美子（国民健康保険小松市民病院）

藤原　恭子（公益社団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院）

赤嶺　　勝（医療法人　社団明康会　いろのわクリニック）

伊藤　千穂（ほたるのセントラル内科）

新井　茉美（自治医科大学附属病院）

杉島　訓子（おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック）

## 交流集会20　9月27日（日）13：15～14：35　第11会場（1101-02）

### がん治療中の糖尿病患者に対するセルフケア支援の検討―フットケアおよび口腔ケアの看護の現状と課題の共有―

企画：澄川真珠子（札幌医科大学）

桑村　由美（徳島大学大学院）

神谷　千鶴（関西看護医療大学）

水澤　恵美（社会医療法人延山会　西成病院）

## 交流集会21　9月27日（日）14：50～16：10　第8会場（1008）

### 糖尿病をもつ方への肥満治療、私たちはどう関わる？支援の方法について一緒に考えよう！

企画：坂本　倫基（福岡大学病院）

山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）

岩本　由衣（長崎県壱岐病院）

村元かなえ（医療法人徳洲会千葉西総合病院）

戸田　滋久（独立行政法人国立病院機構福山医療センター）

平川　亜紀（菊川市立総合病院）

加藤　朋果（総合病院南生協病院）

渡邊　延子（医療法人川崎病院）

津川　沙紀（飯塚病院）

## 交流集会22　9月27日（日）14：50～16：10　第9会場（1010拡張）

### 特定行為を「看護の武器」にする
### ～生活を支えるインスリン調整～

企画：津崎　好美（社会医療法人愛仁会　明石医療センター）
上野　恵美（医療法人徳洲会　恵生会病院）
竹内　麻衣（公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院）
中野　恵理（近畿大学病院）
黒岩　絵美（大阪回生病院）

## 交流集会23　9月27日（日）14：50～16：10　第10会場（801-802）

### あなたのことば、どう届いていますか？
### ～患者体験から考えるダイアベティススティグマ～

企画：田中　知美（いんべクリニック）
櫻本　明美（姫路聖マリア病院）
三木　智美（兵庫県立はりま姫路総合医療センター）
江成　実樹（東京都立病院機構　東京都立多摩北部医療センター）
南村二美代（大阪公立大学　看護学部看護学科）
田中　永昭（国家公務員共済組合連合会　枚方公済病院内分泌代謝内科）

# 一般演題（口演）

## 一般演題1　「特定行為研修」　9月26日（土）13：10～14：05　第6会場（1006-1007）

座長：菊永　恭子（日本医科大学付属病院）

口演01-1 AWARD
### 訪問看護における特定行為「インスリンの投与量の調整」の実践
### ―在宅療養者３事例の報告―

○山﨑　優介[1]、鎌田　美南[1]、谷　　明[2]、垣本　佑衣[1]、宗藤　恵美[1]、藤野　泰平[3]
[1]みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南、[2]みんなのかかりつけ訪問看護ステーション高畑、
[3]株式会社デザインケア

### 口演01-2　膵臓癌の周術期に特定行為「インスリン投与量の調整」の介入を行った一例

○多田　瑞穂
船橋市立医療センター　外科病棟

### 口演01-3　インスリン調整と患者教育の統合的アプローチ
### ～特定行為を通じた共同意思決定が患者の主体性を引き出した一例～

○山本　　潤、本間　玲子

JA 北海道厚生連　旭川厚生病院

### 口演01-4　特定行為を活用した糖尿病看護認定看護師介入による生体腎移植周術期血糖管理の標準化

○田中　景子[1]、岩﨑　直子[2]、乾　　政志[3]

[1] 東京女子医科大学附属八千代医療センター　看護部、
[2] 東京女子医科大学附属八千代医療センター　糖尿病・内分泌代謝内科、
[3] 東京女子医科大学附属八千代医療センター　泌尿器科

### 口演01-5　特定行為を活用して実践した看護を振り返る
### ～その人が望む場所での生活と治療の両立を一日でも長く続けるために～

○浦上　晴代

日野市立病院

## 一般演題2　「小児・思春期・移行期」　9月26日（土）13：10～14：05　第7会場（1009）

座長：石川万里子（島根大学医学部附属病院）

### 口演02-1　学童後期にある 1 型糖尿病の子どもの QOL に影響する要因

○石山　恭子、永渕　美樹、川久保　愛、松永由理子、古賀　明美

佐賀大学

### 口演02-2　1 型糖尿病児に対する学校面談に関する電子カルテ記録の質的分析
### ― 医療と教育の連携支援の実態と課題 ―

○仲間　長乃

独立行政法人那覇市立病院

### 口演02-3　インスリンポンプ管理を必要とする児童の小学校入学期における学校生活適応とセルフケア移行支援―訪問看護師の介入を通して―

○山内　麻衣

なごみ訪問看護ステーション

### 口演02-4　AYA 期に診断を受け通院困難となった 1 型糖尿病患者の一事例
### ～病みの軌跡モデルに基づく語りの支援～

○中村絵美莉[1]、坂本　梅子[1]、大貫　恵子[1]、辻　　論[2]、林　　哲範[2,3]、宮塚　　健[2]、
正木　嗣人[4]

[1] 北里大学病院　看護部、[2] 北里大学医学部　糖尿病・内分泌代謝内科学、[3] 北里大学看護学部　基礎看護学、
[4] まさき糖尿病・甲状腺クリニック

口演02-5　発達障害のある 1 型糖尿病をもつ患者の成人移行期支援
―多職種連携における課題と看護師の役割―

○植田三紀子、木村菜美子、紙屋　千絵、中村　沙織、内藤　訓生、鹿島田健一
国立成育医療研究センター

## 一般演題3　「1型糖尿病」　9月26日（土）14：15～15：10　第6会場（1006-1007）

座長：髙橋　弥生（聖隷佐倉市民病院）

口演03-1　成人期発症 1 型糖尿病の人の低血糖の経験

○鈴木みどり
東京科学大学病院

口演03-2　成人期に 1 型糖尿病を発症した人の経験

○長山有香理、和田　由樹、河口てる子
聖隷クリストファー大学

口演03-3　無自覚性低血糖を起こしている 1 型糖尿病患者の思いと低血糖予防へ向けた支援

○冨樫　智子[1]、杉本　友紀[1]、中村真由美[1]、今井三千代[1]、山口　伸子[1]、大倉　美紀[1]、
上田留美子[1]、川野　義長[2]
[1]慶應義塾大学病院　看護部、[2]慶應義塾大学医学部　腎臓内分泌代謝内科

口演03-4　重症低血糖を繰り返していた劇症 1 型糖尿病患者の長期的療養支援の振り返り
～糖尿病看護認定看護師としての役割～

○池端　美典[1]、清水　安子[2]、高橋　　慧[2]
[1]大阪大学医学部附属病院、[2]大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

口演03-5　カーボカウント習得における病棟看護師の関わり
―退院後に向けたコンビニエンス食品を活用した応用カーボカウントの取り組み―

○塚本　明美[1]、小曽根龍志[1]、千明　聡子[1]、中谷　彩花[2]、新井　茉莉[3]、岡田　研也[3]
[1]群馬大学医学部附属病院　看護部、[2]群馬大学医学部附属病院　栄養管理部、
[3]群馬大学医学部附属病院　内分泌糖尿病内科

## 一般演題4　「高齢者療養支援1」　9月26日（土）14：15～15：10　第7会場（1009）

座長：小江奈美子（医療法人　八田内科医院）

口演04-1　DKA を繰り返す認知機能低下のある高齢患者に向けた訪問看護師との連携支援

○小畑　基美[1]、丸山　貴光[2]、丸山　友子[1]、市川　雅美[1]、西森　栄太[3]、仲　　元司[3]
[1]佐久市立国保浅間総合病院　看護部、[2]訪問看護ステーションあさま、
[3]佐久市立国保浅間総合病院　糖尿病内科

### 口演04-2　A 急性期病院における高齢者糖尿病患者のインスリン注射手技指導に対する看護実践

○平山　潔人、荻内　雅子、久保　佳代、駒井　江里、森本　景子

地方独立行政法人　神戸市民病院機構　神戸市立西神戸医療センター

### 口演04-3　糖尿病看護の高度実践者による通院中の後期高齢糖尿病者のゴール設定と援助

○菅　優華子[1]、平松　知子[2]、村角　直子[2]

[1]いりたに内科かかりつけクリニック、[2]金沢医科大学看護学部

### 口演04-4　認知症は否定されるもインスリン自己注射が困難となった独居高齢糖尿病患者への外来支援

○齊藤茉莉子、佐々木亜衣

釧路赤十字病院

### 口演04-5　在宅移行期における療養行動と自己管理の乖離
### ―過活動により不安定化した高齢糖尿病患者の一例―

○安藤百合江、市橋　祐樹、前川　典子、丸山　里香、野村　陸至

医療法人社団すまいる　おれんじ訪問看護ステーション

## 一般演題5　「精神疾患のある患者」　9月26日（土）15：20～16：05　第6会場（1006-1007）

座長：小野　美穂（香川県立保健医療大学）

### 口演05-1　糖尿病のある人の抑うつ症状予防に向けた療養支援におけるアセスメントの視点の構造化

○黒木　美紀[1]、瀬戸奈津子[2]

[1]森ノ宮医療大学看護学部看護学科、[2]関西医科大学看護学部・看護学研究科

### 口演05-2　精神疾患をもつ２型糖尿病合併妊婦における自己管理困難感からの回復のプロセス―実存的苦痛に焦点を当てた療養支援―

○榮　　詩帆[1]、川﨑　　恵[1]、上野　尚子[2]、末永　　悠[2]、濱田　朋紀[3]、有村　愛子[2]、森野勝太郎[2]

[1]鹿児島大学病院　看護部、[2]鹿児島大学病院　糖尿病内分泌内科、[3]鹿児島大学病院　産婦人科

### 口演05-3　精神疾患を併存する２型糖尿病患者への外来・訪問看護連携による服薬管理
### ―同行訪問を通じた介入の成果と課題―

○竹崎　陽子

高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター

口演05-4　身体表現性障害と 1 型糖尿病のある方への糖尿病看護相談外来での関わり
– 診察前面談での自由に語る場の保証 –

○藤川　真弓

国家公務員共済組合連合会平塚共済病院

## 一般演題6 「看護職教育・医療安全」　9月26日（土）15：20～16：05　第7会場（1009）

座長：梶野　美保（九州大学病院）

口演06-1　多職種カンファレンスへの変化ステージモデル導入が医療者と患者支援に及ぼす影響

○小林美和子

新潟厚生連柏崎総合医療センター

口演06-2　新規導入した針刺し防止機能付きデバイスに対する看護師の不安軽減と使用促進に向けた教育的介入の効果

○宮本　晴江、梅田加洋子

真生会富山病院

口演06-3　当院の糖尿病関連インシデント減少にむけた取り組み報告
―昼食前血糖測定忘れに対する対策の実践効果―

○石山由紀子、平田　絵里、池田　厚子

山形市立病院済生館　看護部

口演06-4　看護師の糖尿病患者に対するスティグマと関連要因：地域基幹病院における横断的研究

○西吉　優佳[1]、西原　　環[1]、中山　有衣[1]、塩田　響介[1]、西村亜希子[2]

[1]香川労災病院、[2]香川大学医学部看護学科慢性期成人看護学

## 一般演題7 「フットケア」　9月26日（土）16：15～17：00　第6会場（1006-1007）

座長：土方ふじ子（東京都済生会中央病院）

口演07-1　糖尿病足病変重症化予防に取り組むフットケア外来 10 年の歩み
―患者とのパートナーシップに基づく地域看護の実践―

○上野　恵美

医療法人徳洲会　恵生会病院

### 口演07-2　小児１型糖尿病をもつ子どもの足部発達支援における多職種連携の実践―糖尿病領域の看護師が調整役を担う取り組み―

○内田みさ子[1]、岡田　恒夫[2]、田中　由美[3]、瀧原　　純[4]、桜庭　裕香[4]

[1]茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院土浦協同病院 看護部、
[2]茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院土浦協同病院 リハビリテーション科、
[3]茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院土浦協同病院 小児科、
[4]茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院土浦協同病院 リハビリテーション部

### 口演07-3　下肢バイパス術後患者に対する退院に向けた指導 ― バイパス触知の自立に向けた看護介入 ―

○中田　至子、姜　　咲、光峰登紀子、田淵　美幸、中田　志乃

関西医科大学総合医療センター

### 口演07-4　フットケア外来におけるアセスメントシートの改訂～記録の質向上を目指して～

○安田　　緑、中川　浩一、加藤　雪江、畑　　幸枝、岡村まゆみ、小田真由美、
石井ゆかり、三村　真弓、大澤　　香、竹中　希実

済生会富田林病院

## 一般演題8　「認定看護師・高度実践看護師」

9月26日（土）16：15～17：00　第7会場（1009）

座長：藤井　純子（佐賀大学医学部附属病院）

### 口演08-1　糖尿病看護認定看護師によるインスリン投与量の調整実践と指定研修機関化への取り組み

○吉田　照美、津金澤由香、保田　瑞枝

岡崎市民病院

### 口演08-2　初回更新後の糖尿病看護認定看護師が実践の中でたどるキャリアアイデンティティ形成のプロセス

○北尾由里子[1]、古都　昌子[2]

[1]鳥取県立厚生病院、[2]鳥取看護大学大学院

### 口演08-3　糖尿病看護特定認定看護師による思考発話（think aloud）を通した病棟看護師の臨床判断能力の変化

○高橋　弥生[1]、高橋　良幸[2]

[1]聖隷佐倉市民病院、[2]東邦大学　健康科学部看護学科

### 口演08-4　諸外国において糖尿病患者に対して Nurse Practitioner が関わった遠隔医療の実態と効果に関する文献レビュー

○天野　由梨[1]、山崎千寿子[2]、池田　達弥[2]

[1]NTT 東日本関東病院　、[2]東京医療保健大学大学院

## 一般演題9 「高齢者療養支援2」

9月27日（日）8：40～9：35　第6会場（1006-1007）

座長：宗村　文江（東急株式会社　東急病院）

### 口演09-1　認知機能低下のある高齢 irAE 関連劇症 1 型糖尿病患者への支援 ～地域と支援をつなげる佐賀県糖尿病コーディネート看護師の実践～

○南里　　穂[1]、山田つや子[1]、永渕　美樹[2]

[1] 佐賀大学医学部附属病院 看護部、[2] 佐賀大学医学部看護学科 生涯発達看護学講座

### 口演09-2　認知機能低下を背景に糖尿病性ケトアシドーシスを発症した高齢 1 型糖尿病患者への療養支援

○大野　智香、青山　麻衣、菊池　結香

市立大洲病院看護部

### 口演09-3　劇症 1 型糖尿病を発症した認知機能低下を有する高齢者の血糖管理支援 ～訪問診療同行看護師の役割の検討～

○吉田　明子

小島ファミリークリニック

### 口演09-4　認知症進行により自己管理困難となった高齢糖尿病患者への在宅移行支援 ～糖尿病認定看護師による退院後訪問の意義～

○濵口　計子、小堀　紗季、森田　英生、住田　　崇

小川赤十字病院

### 口演09-5　未来の自己像を描く糖尿病重症化予防講座の実践報告 「2040 年のわたしたちへ ～未来を守る小さな選択～」

○安江　志保

市民活動団体 co-YOBOH

## 一般演題10 「がん・ステロイド・治療関連糖尿病」

9月27日（日）8：40～9：35　第7会場（1009）

座長：山本　裕子（畿央大学）

### 口演10-1　がん薬物療法中の消化器がんと糖尿病を併存する患者のセルフケア・エージェンシーの特徴

○坂根　絢子[1]、佐藤　栄子[2]、今泉　郷子[3]

[1] 東海大学医学部付属病院、[2] 公立小松大学保健医療学部 看護学科、[3] 東海大学医学部看護学科

口演10-2　免疫チェックポイント阻害薬治療により 1 型糖尿病を発症した外来患者への看護実践

○飯田　　優、遠藤　采那、髙原百合香、石井　雅子
埼玉医科大学国際医療センター

口演10-3　がん進行に伴う血糖自己管理の意味変容を捉える―BSC を選択した患者への看護支援の振り返り―

○山下　亜希
地方独立行政法人市立大津市民病院

口演10-4　ステロイド糖尿病の特徴を踏まえた看護ケア

○藤田結香里、堀口　智美、浅田　優也
金沢大学医薬保健研究域保健学系

口演10-5　肝移植後にステロイド糖尿病となった人へのセルフケア支援

○大西　鮎美
東京大学医学部附属病院

## 一般演題11　「インスリンポンプ」　9月27日（日）9：50～10：45　第6会場（1006-1007）

座長：恒吉　慶子（兵庫県立尼崎総合医療センター）

口演11-1　視力障害がある 1 型糖尿病患者へのインスリンポンプ導入に向けた支援

○曽根田麻里、前間　勇人、野中　由美
佐賀大学医学部付属病院

口演11-2　高齢 1 型糖尿病患者へのインスリンポンプ導入指導の経験
～自己効力理論を用いた関わりの振り返り～

○小川　綾子
社会医療法人愛仁会　井上病院

口演11-3　持続皮下インスリン注入療法導入希望で来院した 1 型糖尿病患者の治療選択が変化した一例

○伊藤　典江
中央林間駅前いしだ内科

口演11-4　1 型糖尿病患者において SAP 療法導入後早期に糖尿病性ケトアシドーシスを再発した一例

○平野　　愛、成田　奈巳、堂田　奈央、中野　恵理、安原　昌子
近畿大学病院

口演11-5　持続血糖測定機能付きインスリンポンプ療法導入指導マニュアルの作成とその有用性の検討

○古山　恵美、牧野　祐子、楢原　直美

済生会横浜市東部病院　看護部

## 一般演題12　「妊娠・出産・育児期支援」　9月27日（日）9：50～10：45　第7会場（1009）

座長：西村亜希子（香川大学）

口演12-1　親子で同時期に 1 型糖尿病と診断された 1 例
―母親の心理的負担と疾患受容に向けたかかわり―

○山下みどり

社会医療法人愛仁会　高槻病院

口演12-2　妊娠糖尿病既往女性が家族のなかで自らの健康をととのえる経験

○小囿　美夕[1]、井上　尚美[1]、榮　　詩帆[2]

[1] 鹿児島大学医学部保健学科、[2] 鹿児島大学附属病院

口演12-3　育児期への移行に伴い疾患受容が揺らいだ 1 型糖尿病女性への看護介入
―Meleis 移行理論を用いた事例分析―

○杉島　訓子[1]、山根　俊介[1,2]、中村　聡宏[1,2]

[1] おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック、[2] 京都大学大学院 医学研究科 糖尿病・内分泌・栄養内科学

口演12-4　母性健康管理指導事項連絡カードを活用した糖尿病合併妊婦への支援

○柴原　萌英、千明　聡子、塚本　明美、門屋　恵美、星野　御幸、髙橋健太郎

群馬大学医学部附属病院

## 一般演題13　「CGM・ICT・遠隔支援」　9月27日（日）11：00～11：55　第6会場（1006-1007）

座長：町田　景子（東京都立多摩北部医療センター）

口演13-1　老老介護世帯における超高齢糖尿病患者への週 1 回製剤と CGM 導入
―ICT 遠隔連携による安全な在宅療養継続への検討―

○黒岩　絵美

株式会社互恵会　大阪回生病院

口演13-2　治療中断から脳梗塞発症後インスリン自己注射の再開から離脱まで
～isCGM 導入支援と激励と関わりを検討 ～

○中山　一子

医療法人中山クリニック

### 口演13-3　糖尿病外来における CGM 導入患者への支援に向けた看護師と管理栄養士の協働の検討～対話に基づく生活記録シートの作成と試行～

○町田　洋子[1]、石塚　真美[2]

[1] 社会医療法人社団　新都市医療研究会「君津」会　玄々堂君津病院、
[2] 国際医療福祉大学　成田看護学部　看護学科　在宅・生活デザイン看護学

### 口演13-4　A 病院における外来看護師の CGM 支援力向上に向けた教育的支援の実際

○吉田　多紀、大野　亜希

筑波メディカルセンター病院

### 口演13-5　複雑な家庭背景を持つ高齢糖尿病患者への多職種連携 ―対面診療困難症例における ICT ツール導入の意義―

○安東美瑞穂、西山　美香、朝倉　太郎、金城　瑞樹

医療法人優雅　東林間かねしろ内科クリニック

## 一般演題14　「口腔ケア・インスリンボール」

9月27日（日）11：00～11：55　第7会場（1009）

座長：金井　千晴（東京歯科大学市川総合病院）

### 口演14-1　糖尿病のある方の口腔の健康への認識：オーラルフレイルチェックリストと口腔機能検査の結果を併せた分析

○桑村　由美[1]、板東　美香[1]、黒田　暁生[2]、原　倫世[1]、樑田紗矢香[3]、海道　周平[3]、仲村　大輔[3]、二宮　雅美[1]、木戸　理恵[1]、秋月　皆人[3]、岩田　泰億[3]、佐藤　寛太[3]、稲垣　裕司[1]、新開　瑞希[3]、桃田　幸弘[1]、澄川真珠子[4]、細木　真紀[1]、遠藤　逸朗[1]、湯本　浩通[1]、松久　宗英[2]

[1] 徳島大学、[2] 医療法人健昭会なにわ病院、[3] 徳島大学病院、[4] 札幌医科大学

### 口演14-2　生活習慣管理料２糖尿病患者へ歯科・眼科受診勧奨リーフレットの効果をアンケート調査した結果

○井口　真志

名南病院

### 口演14-3 AWARD　看護師によるポケットエコーを用いた自己注射サイトローテーション指導の有用性

○仲上　静香、前田　絵理

市立貝塚病院

### 口演14-4　インスリン皮下硬結に対する多職種介入フローの構築と実践報告 ―エコーによる不顕性硬結の早期発見と看護介入の意義―

○加藤　弥生[1]、佐藤彩也華[1]、岡村　明子[1]、前田　瑠依[1]、川田晋一朗[1]、竹内　淳[2]

[1] ウェルネス内分泌・代謝内科さつきた、[2] さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック

## 一般演題15 「患者理解・心理社会的支援」 9月27日（日）13：20～14：15 第5会場（1004-1005）

座長：畑中あかね（神戸市看護大学）

### 口演15-1 患者心理評価テンプレートを用いた糖尿病患者心理評価の変化 ～血糖管理（HbA1c の変化）との関連性～

○寺岡由紀子[1]、奥谷美栄子[1]、金子　未来[2]、天王寺谷彩奈[2]、岡田　美織[2]、片山　弥生[2]、竹内　千里[3]、明神真希子[4]、山木　香名[4]、美内　雅之[4]

[1] 医療法人伯鳳会　大阪中央病院　看護部 / 内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）、
[2] 医療法人伯鳳会　大阪中央病院　栄養課、[3] 医療法人伯鳳会　大阪中央病院　薬剤課、
[4] 医療法人伯鳳会　大阪中央病院　内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）

### 口演15-2 チルゼパチド 15㎎継続使用患者の「減薬・中止をしたくない」思い

○丸山　友子[1]、市川　雅美[1]、篠原　綾子[1]、西森　栄太[2]、仲　　元司[2]

[1] 佐久市立国保浅間総合病院　看護部西 4 階、[2] 佐久市立国保浅間総合病院　糖尿病内科

### 口演15-3 糖尿病患者のセルフスティグマに関連する自己観と心理社会的要因 ―階層的重回帰分析による検討

○吉田　祐子、冨澤登志子

弘前大学大学院保健学研究科

### 口演15-4 2 型糖尿病を持つ人の精神的苦痛を測定する質問紙 T2-DDAS の日本語版開発

○岡崎研太郎

九州大学　地域医療教育ユニット

### 口演15-5 日本人看護師が捉える中国人糖尿病患者への療養支援の実態と課題：FGI による質的研究

○中田えいみ[1]、柴山　大賀[2]、阿部　吉樹[2]

[1] 筑波大学大学院人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 看護科学学位プログラム 博士後期課程、
[2] 筑波大学医学医療系

## 一般演題16 「セルフケア・生活支援」 9月27日（日）13：20～14：15 第6会場（1006-1007）

座長：吉田　多紀（筑波メディカルセンター病院）

### 口演16-1 配偶者のいる 2 型糖尿病患者の生活リズムと血糖変動の関連

○仙波　洋子[1]、後藤　純信[2]、楠葉　洋子[3]、平松　真祐[4]

[1] 福岡国際医療福祉大学、[2] 国際医療福祉大学大学院、[3] 前国際医療福祉大学大学院看護学分野、[4] 福岡山王病院

### 口演16-2 糖尿病勉強会の成果報告 ～満足度 90% から見えた課題～

○間島ちづる、田山　和美、佐藤　博美

東葛クリニック病院

### 口演16-3　術後疼痛に悩む患者に対する運動療法継続に向けた支援

○金城　　匠、池間　将士

地方独立行政法人　那覇市立病院　看護部　　整形外科病棟

### 口演16-4　就労している壮年期２型糖尿病患者の心理・社会的負担感への看護援助内容

○片野恵美子[1]、片岡　　純[2]、三輪　美紀[3]、広瀬　会理[2]、石本香好子[4]、千葉のり子[1]

[1]常葉大学健康科学部看護学科、[2]愛知県立大学看護学部、[3]愛知淑徳大学、[4]刈谷豊田総合病院

### 口演16-5　肥満症治療過程における変化の兆し～引きこもり状態にある 30 歳代男性の語りから看護支援について考える～

○庄子千鶴満[1]、本多　祥子[1]、松村　佳江[1]、宮本　弘美[1]、新田千恵美[1]、藤原　典子[2]、
大下　加代[2]、向井　佳奈[2]、土井　俊樹[2]、山下　和臣[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17　「透析予防」

9月27日（日）13：20～14：15　第7会場（1009）

座長：楢原　直美（済生会横浜市東部病院）

### 口演17-1　透析予防外来糖尿病腎症患者における看護師を含めた多職種による療養支援回数と eGFR 低下速度の関連

○江尻加奈子[1]、藤本　浩毅[2]、野井　香梨[2]、岡村　春菜[2]、神田　優衣[2]

[1]大阪公立大学医学部附属病院　看護部、[2]大阪公立大学医学部附属病院　栄養部

### 口演17-2 AWARD　糖尿病性腎症初期患者の病気認知とセルフケア能力向上に着目したオンライン支援プログラムの開発とパイロット調査

○藤澤　由香[1]、高橋　和眞[1]、林　　直子[2]

[1]岩手県立大学看護学部、[2]聖路加国際大学大学院

### 口演17-3　高齢糖尿病関連腎臓病：急速進行悪化症例 (Rapid decliner) への透析予防指導～運動指導の意義を考える～

○奥谷美栄子[1]、寺岡由紀子[1]、金子　未来[2]、天王寺谷彩奈[2]、岡田　美織[2]、片山　弥生[2]、
竹内　千里[3]、明神真希子[4]、山木　香名[4]、美内　雅之[4]

[1]医療法人伯鳳会　大阪中央病院 看護部 / 内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）、
[2]医療法人伯鳳会 大阪中央病院 栄養課、[3]医療法人伯鳳会 大阪中央病院 薬剤課、
[4]医療法人伯鳳会 大阪中央病院 内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）

### 口演17-4　「糖尿病関連腎臓病の捉え方パターン分類質問紙」の作成および信頼性と妥当性の検討

○宮崎　彩乃、松井希代子

金沢医科大学看護学部

### 口演17-5　慢性期病院での糖尿病透析予防指導へ多職種での新たな取り組み
### ―医師事務作業補助者の参画を通して―

○片岡　典代、大西　美紀
社会医療法人仁生会　三愛病院

## 一般演題18　「医療者 - 患者関係・治療中断」

9月27日（日）14：30～15：25　第5会場（1004-1005）

座長：中尾　友美（大阪公立大学）

### 口演18-1　糖尿病看護領域における Shared Decision Making 評価の研究動向
### ――文献レビューからの考察

○後藤　友子[1,2,3]、三浦　久幸[1,2,3,4]
[1] 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター、[2] 藤田医科大学 医学部 総合診療科、
[3] 情報と選択と決定の研究所、[4] 医療法人社団 臨床研究センター

### 口演18-2　療養生活の長期化に伴い問診の更新が必要である事に気づけた事例からの学び

○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

### 口演18-3　血糖値に関する主観的情報の欠落に気づき語りを導いた周術期の糖尿病療養支援

○石田　優己[1]、長谷川直人[2]
[1] 自治医科大学附属病院、[2] 自治医科大学看護学部

### 口演18-4　看護師が究極の個人情報である切迫した家計状況を知り得たことを発端に高額だが早急で必須加療に誘導できた糖尿病の２症例

○長岐　育子、松下　貴子、織茂　晴奈、大島　喜八、斎藤　孝子
医療法人社団日高　日高病院

### 口演18-5　治療の差し控えや治療中断に影響する要因の検討

○片山　初美、卯木　　智
近江八幡市立総合医療センター

## 一般演題19　「インスリンイコデク」9月27日（日）14：30～15：25　第6会場（1006-1007）

座長：嶋田　幸子（医療法人石鎚会　京都田辺中央病院看護部外来）

### 口演19-1　インスリンイコデクと CGM を用いた軽度認知症糖尿病患者への外来看護支援

○道下佳代子[1]、白藤　友紀[2]、松井希代子[2]
[1] 金沢医科大学病院、[2] 金沢医科大学　看護学部

口演19-2　インスリンイコデクと持続血糖モニタリング（CGM）を導入した認知機能低下のある高齢２型糖尿病患者の外来看護支援

○杉本　友紀、冨樫　智子、川野　義長

慶應義塾大学病院

口演19-3　認知症合併高齢糖尿病患者における支援体制を再構築した１症例の振り返り

○山本　大輔[1]、中村美津子[2]

[1]白山石川医療企業団　公立松任石川中央病院、[2]金沢大学　医薬保健学総合研究科　保健学専攻

口演19-4　認知機能に課題のある高齢糖尿病患者への関わり
～週１回持効型溶解インスリンアナログ注射液導入支援を行って～

○前田　千佐、加納有美子、島田美知代、井口　知恵、堀井　美智、安井　美恵

高知高須病院

口演19-5　認知機能低下を伴う患者に週１回投与の基礎インスリン製剤（インスリンイコデク）を導入した１症例

○市川　雅美、仲　　元司、丸山　友子、篠原　綾子

佐久市立国保浅間総合病院

## 一般演題（ポスター）　9月26日（土）14：40～15：40　ポスター・展示会場（1001-1003）

P-01　基幹病院における糖尿病をもつ人々へのセルフケアを支える看護のあり方

○柴田万智子

岐阜県立看護大学

P-02　A 病院における世界糖尿病デーのイベントの効果と課題

○新谷美智子

医療法人全眞会　全眞会病院

P-03　受診中断歴のある２型糖尿病外来患者の特徴：看護師の関わりとセルフケアの視点から

○丸山　育子、林　　紋美

福島県立医科大学看護学部

P-04　治療中断歴のある１型糖尿病患者への治療関係再構築への支援
―薬物療法の試行錯誤を通して―

○金山　直美

元　大阪赤十字病院

P-05　統合失調症をもつ２型糖尿病患者の食行動が構成する病気体験の質的研究

○西尾　育子

鹿児島大学医学部保健学科

P-06　２型糖尿病患者におけるソーシャルサポートとライフスタイル管理との関連：就労に関連する文脈に着目したスコーピングレビュー

○北川　麻衣、熊倉　良太、浅田　優也、大桑麻由美

金沢大学医薬保健研究域保健学系

P-07 AWARD　生活習慣病管理料初回算定時の患者参加型目標設定の実態：A クリニックにおける療養計画書の質的内容分析

○増田誠一郎

志太 DM・内科クリニック

P-08　夜間低血糖リスクに対する特定行為研修修了看護師の予測的介入の実践

○半浦　聖香、川端　　望

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院

P-09　糖尿病内分泌内科通院患者における自己注射に伴う在宅医療廃棄物の廃棄実態～家庭ごみ廃棄と混合廃棄に着目して～

○多田　由紀

JCHO 東京山手メディカルセンター

P-10　インスリン導入期における患者の心理的プロセスと特定行為の影響

○十時　綾子、小川亜沙美、時枝　佳世、内村　作子

公益財団法人健和会 健和会大手町病院

P-11　地域で支える在宅インスリン治療の実現に向けた多職種研修会の実践
ープライマリケアの視点からー

○旭　　翔子、橋本　修嗣

はしもと総合診療クリニック

P-12　クリニックにおける AGP レポート活用の現状と課題

○浅井　和江、福原　佳江

草加パートナーズ内科・糖尿病クリニック

P-13　更年期女性の糖尿病管理における ICT 活用の現状と課題：スコーピングレビュー

○小原　柊那、轟　　春菜、宮崎　結茉、濵野　初恵

富山県立大学看護学部看護学科

P-14　２型糖尿病患者の技術受容の認識とモバイルヘルスアプリ利用との関連

○金　　佳延[1]、柴山　大賀[2]、工藤　理恵[2]

[1]筑波大学大学院　人間総合科学研究群　看護科学学位プログラム　博士後期課程、[2]筑波大学　医学医療系

P-15　インスリンポンプ治療導入のための短期集中プログラムの作成

○尾川　博美、井上　優香、中西　真紀、今井　晴恵、山内　紀美、池田　弘毅

医療法人社団　正名会　池田病院

P-16　A 病院における皮下硬結に対する患者指導後の HbA1c の変化と今後の課題

○髙橋　理奈

地方独立行政法人　山形県・酒田市病院機構　日本海総合病院

P-17　週 1 回持効型インスリン注射製剤イコデク（アウィクリ®）を使用した患者の特徴と考察

○鈴木　愛子、落合奈津子、竹内すみよ、松村　結理、前田　　一、郷内めぐみ、
柴田恵理子、前田　聡子、平尾　節子、平尾　紘一

H.E.C サイエンスクリニック

P-18　週 1 持効型インスリン注射製剤インスリンイコデク（アウィクリ®）に切り替えた高齢糖尿病患者の事例

○落合菜津子、鈴木　愛子、竹内すみよ、松村　結理、前田　　一、郷内めぐみ、
柴田恵理子、前田　聡子、平尾　節子、平尾　紘一

H.E.C サイエンスクリニック

P-19　高齢独居の２型糖尿病患者に週１回のインスリン製剤と持続血糖測定器を活用して自宅退院を支援した事例

○井澤　康高[1]、中村　卓哉[1]、栗林　莉華[1]、嶋　　留衣[1]、永瀬紗奈衣[1]、疋田　美雪[1]、
土屋嘉瑞明[2]、細見由佳子[2]、中島　寿樹[2]

[1]独立行政法人地域医療機能推進機構　神戸中央病院　看護部、
[2]独立行政法人地域利用機能推進機構　神戸中央病院　糖尿病内科

P-20　認知機能低下により、在宅療養生活の継続が困難とされた患者を自宅退院へ繋げた一症例

○下山　颯斗

医療法人王子総合病院

P-21　在宅自己注射をしている軽度認知症の高齢糖尿病患者について

○福田　　恵、武田　美江、水元まさよ、沼田菜の花、榊原　　菖

医療法人社団　武田クリニック

P-22　血糖コントロールが困難な認知症のある高齢者の療養状況を捉える訪問看護アセスメントの視点―「在宅療養の全体像」の描出―

○川村　崇郎[1]、陳　　俊霞[3]、安田　真美[2]、丹野　志保[3]

[1]防衛医科大学校、[2]常葉大学、[3]国際医療福祉大学

P-23　認知機能低下がある 1 型糖尿病患者と患者を支える家族への関わり

○中村　彰子、田村　美和、吉本香代子、神崎さやか、仙波　英徳、藤岡　耀祐

一般社団法人永頼会松山市民病院

P-24　糖尿病患者におけるアドバンス・ケア・プランニングの知識・態度・実施状況に関する文献レビュー

○富田　愛音、色摩茉衣子

滋賀医科大学医学部看護学科

P-25　小児期発症 1 型糖尿病発症時の退院支援を円滑にする多職種連携

○石川万里子、角　　恵子、陰山美保子

島根大学医学部附属病院

P-26　妊娠糖尿病既往女性への継続的看護支援に関する文献検討

○新井惠津子

香川県立保健医療大学

P-27　妊娠糖尿病の女性に関わる看護職の支援と課題に関する文献検討

○村内　千代[1]、川嵜　有紀[2]

[1]関西医科大学看護学部、[2]近畿大学看護学部

P-28　1 型糖尿病女性の“語り”が示す療養支援のあり方―発達段階の異なる 4 事例の比較から―

○小川　　藍

東京慈恵会医科大学附属柏病院

P-29 AWARD　糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する看護師のセルフマネジメント支援の実態 1) 糖尿病看護経験とがん看護経験の違いによる実施状況

○光木　幸子[1]、山本　裕子[2]、肥後　直子[3]、嶋田　幸子[4]、田中　登美[5]、横田　香世[6]

[1]同志社女子大学、[2]畿央大学、[3]京都府立医科大学医学部附属病院、[4]京都田辺中央病院、[5]大阪成蹊大学、[6]大阪青山大学

P-30　糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する看護師のセルフマネジメント支援の実態 2) 糖尿病看護とがん看護経験の違いによる支援の困難さ

○肥後　直子[1]、光木　幸子[2]、山本　裕子[3]、嶋田　幸子[4]、田中　登美[5]、横田　香世[6]

[1]京都府立医科大学附属病院、[2]同志社女子大学、[3]大阪畿央大学、[4]京都田辺中央病院、[5]大阪成蹊大学、[6]大阪青山大学

P-31　糖尿病とがんを併せ持つ患者に対するセルフマネジメント支援の実態
３）看護師間連携の実態

○山本　裕子[1]、光木　幸子[2]、肥後　直子[3]、嶋田　幸子[4]、田中　登美[5]、横田　香世[6]
[1]畿央大学、[2]同志社女子大学、[3]京都府立医科大学附属病院、[4]京都田辺中央病院、[5]大阪成蹊大学、
[6]大阪青山大学

P-32　妻の支援が期待どおり得られず葛藤した膵臓癌術前患者の退院支援
―自宅環境への不安を抱える患者の血糖管理を支えた看護介入―

○比留間素子
医療法人社団幸隆会　多摩丘陵病院

P-33　本邦の糖尿病患者および糖尿病看護に携わる医療従事者を対象とした口腔ケアに関する研究の概観：スコーピングレビュー

○綿貫　大智[1]、岩田　大地[2]、大山　和依[3]
[1]北海道科学大学保健医療学部看護学科、[2]地域医療機能推進機構札幌北辰病院、
[3]医療法人社団研仁会北海道脳神経外科記念病院

P-34　外来糖尿病患者への歯科受診推進活動の取り組みとその成果

○市川　美香、澤田恵美子、鈴木　　萌、新美みゆき、加藤　詩乃
碧南市民病院

P-35　足病変に関わる看護師の意識調査

○金子　正美
社会医療法人社団　尚篤会　赤心堂病院

P-36　「見える化」がもたらすフットケアに関するセルフケア行動の継続性
～ DPN 検査を活用した予防的フットケアの追跡評価～

○舘　　夕子、佐藤　幸枝、小谷野　怜、後藤　愛美、川本　浩禎、藤野　祐介
医療法人社団　協友会　柏厚生総合病院

P-37　足切断に至った糖尿病患者の背景分析と看護による重症化予防の課題

○丸山　順子[1]、佐藤恵利香[1]、塩入めぐみ[1]、八幡　和明[2]
[1]新潟県厚生連長岡中央綜合病院　看護部、[2]新潟県厚生連長岡中央綜合病院　糖尿病センター

P-38　糖尿病腎症患者における経験学習プロセスの４ステップの実態

○松井希代子
金沢医科大学

P-39　糖尿病外来における共有意思決定（Shared Decision Making：SDM）についての文献レビュー

○佐藤　広太[1]、徳永　友里[2]、後藤　　温[3,4]、有本　　梓[1]

[1]横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻地域看護学分野、
[2]杏林大学保健学部看護学科看護養護教育学専攻成人看護学研究室、
[3]横浜市立大学大学院医学研究科公衆衛生学、
[4]横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻

P-40　『すまいるの会』１型糖尿病患者会開催の報告

○武田　織枝、吉岡　大志

医療法人社団ラファエル吉岡内科クリニック

P-41　青年期１型糖尿病女性がインスリン自己調整学習会から受けた影響

○青木美智子[1,2]

[1]公益社団法人日本看護協会看護研修学校、[2]元千葉大学大学院看護学研究科

P-42　２型糖尿病と新規診断を受けた人が“糖尿病を自分のこととして捉える”ことを支援する看護実践

○髙橋　　慧、清水　安子

大阪大学大学院

P-43　合併症になる恐れから過度な血糖上昇を回避していた患者への支援

○茅根　由佳、堤　まゆみ、高畑　雅子

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

P-44　スティグマを有する糖尿病患者に対する看護師の配慮
―糖尿病専門外来に従事するCDEJへの面接調査―

○上田伊津代、辻　あさみ

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科

P-45　糖尿病をもつ人へのスティグマの付与につながる医療者がもつ無意識のバイアスの構造

○大柱智恵美[1]、脇　幸子[2]、大野　夏稀[2]、佐藤昂太朗[2]、廣瀬亜希[2]、末広　理恵[2]

[1]日本赤十字社　大分赤十字病院、[2]大分大学医学部看護学科

P-46　急性期病院における医療従事者の糖尿病スティグマと学習会の有用性

○角田利恵子

茨城県立中央病院

P-47　LGBTQ+ とスティグマに着目した看護職者を対象としたオンライン研修の実践と課題

○中西八重子[1]、水野　美華[2]、鈴木裕美子[3]、大澤　亜紀[4]

[1] 医療法人糖クリ　すずか糖尿病クリニック、[2] 原内科クリニック、[3] 新和会　八千代病院、
[4] 社会医療法人明陽会　成田記念病院

P-48　A クリニックにおけるインスリン自己注射指導の実践向上に関する看護支援の検討

○石井　美香[1]、新谷美智子[2]

[1] 医療法人　やまうち内科、[2] 医療法人　全眞会　全眞会病院

P-49　入職 1 年目看護師を対象とした糖尿病をもつ患者への理解を深める研修の効果

○浪尾　路代

香川県立中央病院

P-50　糖尿病看護の学内演習で育まれる生活支援の視点と臨床実践への移行に関する文献検討

○藤堂　由里

山陽学園大学

P-51　糖尿病看護特定認定看護師の医局常駐が医師との協働に与えた影響

○二宮　里佳[1]、梶原　優子[1]、児玉　亘弘[1]、松本　修一[2]

[1] 宇和島徳洲会病院、[2] 福岡徳洲会病院

P-52　糖尿病専門クリニック勤務看護職の就業選択理由とキャリア意識に関する実態調査

○内藤　裕美[1]、金丸　良文[2]、小舘　秀介[3]、中里　　稔[4]、池田　眞人[5]、山西　慎吾[6]、
岡島　史宜[1]

[1] 岡島糖尿病・内分泌・代謝内科クリニック、[2] 金丸内科クリニック、[3] 小舘クリニック、
[4] 中里内科クリニック DM、[5] いけだ糖尿病・甲状腺クリニック、[6] ひまわりキッズクリニック

P-53　NDB オープンデータによる糖尿病看護のエビデンス構築に向けた予備的検討
- 文献レビューと統計学的手法の検討 -

○小林　綾子

新潟県立看護大学

## 心に残る私のストーリー　9月26日（土）16:00～17:00　ポスター・展示会場（1001-1003）

心-01　「心で話してくれる」と言われたフットケアの場面

○市原　紀子
医療法人　片岡内科クリニック

心-02　とうとう失った“ 最後の砦 ”...

○津川　沙紀
飯塚病院

心-03　夏の神事への復帰を目標に、自身のプログラムの運動療法「継続は力なり」に魅せられて

○石橋美智代
医療法人　文佑会　原病院

心-04　痛みと優しさ、どちらも記憶に残る

○江尻加奈子
大阪公立大学医学部附属病院

心-05　夫婦のかけがえのない時間を在宅で支えるということ

○山内　麻衣
なごみ訪問看護ステーション

心-06　患者のオーナーシップを支える看護と安全性の狭間で

○古山　景子
日本医科大学付属病院

心-07 AWARD　生き方に学ぶ

○村内　千代
関西医科大学

心-08　認知機能が低下した患者のインスリン注射指導の工夫

○宮崎　史江
日本医科大学付属病院

心-09　心で続くキャッチボール

○加藤　久代
天理大学　医療学部看護学科

心-10 AWARD
### 『わかったつもり』を問い続ける糖尿病看護
○杉島　訓子
おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック

心-11
### 寄り添い続けることの意味―A さんとの出会いが私に教えてくれたこと
○菊永　恭子
日本医科大学付属病院

心-12 AWARD
### 心に残るエピソード
○清家　美香、末永真由美、村田　裕子
高島市民病院

心-13
### 心に残るエピソード
○村田　裕子、末永真由美、清家　美香
高島市民病院

心-14
### 「誰も信じない」から「誰かのために」へ　―糖尿病チームで得た希望―
○大佐古三香
医療法人竜胆会　みらい内科歯科クリニック

心-15 AWARD
### 癌による身体的苦痛の中で血糖マネジメント支援を希望された A さんの言葉
○袴田　千鶴
社会医療法人誠光会　淡海医療センター

心-16
### 「やめたら高くなるじゃないですか、それは考えてません」
○森口　直文
日本医科大学付属病院

心-17
### 気負いすぎず一緒に悩むも悪くない！
○石井　由美
医療法人藤井会　石切生喜病院

お菓子をたべながら

糖尿病ケアについて話す

# SWEETS TALK CAFE

場所　ポスター会場　予約チケットは会場受付で配布
各日200名・先着

9/26　(土)16:00-16:30　16:30-17:00(二部制)

27　(日)10:10 - 10:40　10:40-11:10(二部制)

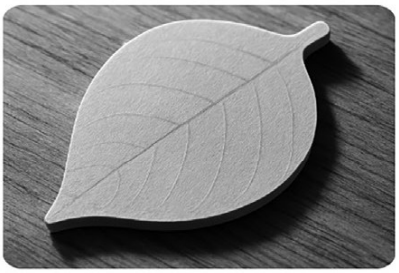

月化粧


チーズラボ


カキタネキッチン

## 学会参加のみんなと話してみよう

予約チケットをお持ちの方同士でペアを作り，
色の異なるふせんをお持ちの方と一緒にCafe受付へ
お越しください．お菓子をお渡しします．
ふせんに，願いや相談事を書いてください．
貼りつけていくと、大きな木に育ちます．
ふせんへの記入だけなら、予約チケットがなくても，
どなたでも自由にご参加いただけます．
話したことがない人とも，ぜひ話してみてくださいね。



第31回日本糖尿病教育・看護学会　学術集会

# 抄　　録

# ■会長講演

座長：柴山 大賀（筑波大学　医学医療系　看護・健康科学域）

## 糖尿病教育・看護の原点を見つめ直す

瀬戸 奈津子
関西医科大学看護学部・看護学研究科

学会30周年を迎える記念すべき学術集会の会長という重責をいただいたことから、僭越ながら、糖尿病教育・看護の原点を見つめ直す機会とさせていただきます。地域密着型病院の糖尿病センター開設において、看護に理解ある医師をはじめとした方々の支えにより、外来看護の立ち上げと看護外来にチャレンジできました。その経験を拠り所に、日本看護協会認定看護師教育専門課程に糖尿病看護学科を開講するにあたり、教員のご縁をいただきました。当時若かった私にとって全力投球の真剣勝負で、研修生、そして認定看護師の皆様に教えられ、学ぶことばかりでした。同時に認定看護師委員会委員として学会活動に携わり、理事として広報委員会、政策委員会を担当し、研究推進委員会や特別委員会、将来検討委員会等の委員を務める中で、学会に育てていただきました。学会誌に掲載された論文は、委員会報告や共著を含めて、ちょうど30編を数えます。

ひもとくと、私が糖尿病看護に魅かれたのは、大学病院の外科から内科病棟に異動した卒後3年目、60代男性の糖尿病腎症由来の腎不全状態にあるAさんを2度の入退院を含めて2年間にわたり受け持ったのが始まりです。Aさんとその妻へのかかわりにより、透析療法を延期できたという実感を得ることができ、外来を拠点とした継続看護の重要性を悟りました。学生時代に受け持った、当時高校生であった2型糖尿病のBさんも、今なお時折思い出すかけがえのない存在です。これまで出会った方々への感謝は尽きません。

糖尿病教育・看護では、療養そのものが生活に密着していることから、初期教育や外来で、看護の自律性を存分に発揮できます。またフットケア等身体的ケアを通して、より糖尿病患者さんとの関係性が深まったり、自らの身体に関心を持ってもらったり、まさに看護の醍醐味が得られます。しかし、長い経過を辿る糖尿病患者さんでは、合併症による症状が全身に及び、否応なしに医療依存度が高まる時期もあります。このような幅広く奥深いアセスメント能力がもとめられる糖尿病看護から、看護の原点をも学ぶことができました。原点に立ち返った契機に、糖尿病教育・看護にベストを尽くします。

# ■特別講演 1

座長：清水 安子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

## 医療現場の行動経済学～すれ違いの解消法～

大竹 文雄
大阪大学感染症総合教育研究拠点



現在の医療現場では、インフォームド・コンセントという手法が一般的になっている。しかし、患者は詳しい説明を受けても必ずしもうまく意思決定ができない。普段の生活でも私達は、分かっていても望ましい行動がとれず後悔することが多い。こうしたことの背景には、私達の意思決定には、人間らしい特性があるからだ。行動経済学は、人間の意思決定のクセを、いくつかの観点で整理してきた。すなわち、確実性効果と損失回避からなりたつプロスペクト理論、時間割引率の特性である現在バイアス、他人の効用や行動に影響を受ける社会的選好、そして、合理的推論とは異なる系統的な直感的意思決定のヒューリスティックスの４つである。　私たちの意思決定は合理的なものから予測可能な形でずれる。逆に言えば、行動経済学的な特性を使って、私たちの意思決定をより合理的なものに近づけることができる。金銭的なインセンティブや罰則付きの規制を使わないで、行動経済学的特性を用いて人々の行動をよりよいものにすることをナッジと呼ぶ。この講演では、行動経済学の考え方を解説し、行動経済学を使ったナッジの作り方と仕事、健康、公共政策における具体的な応用例を紹介する。

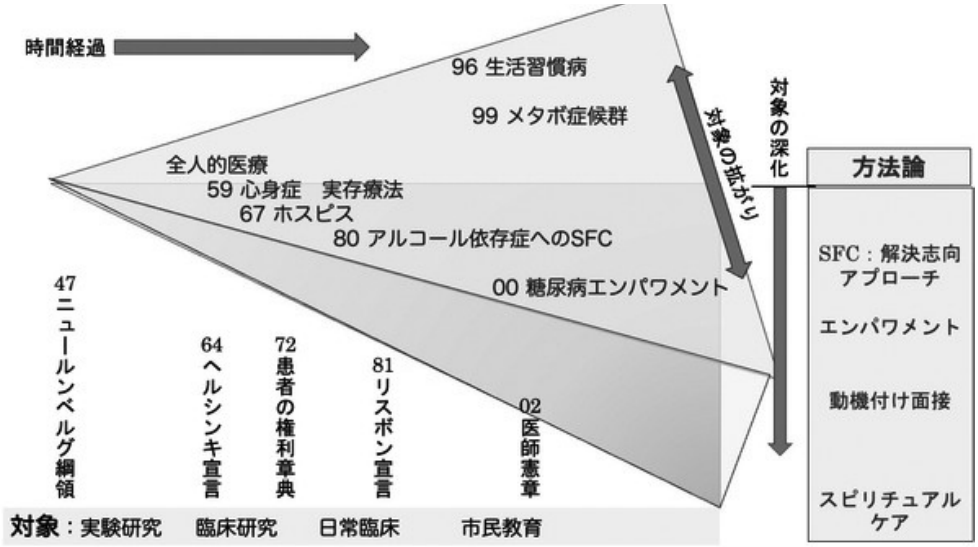
# ■特別講演 2

座長：谷本 真理子（山梨県立大学看護学部／大学院看護学研究科）

## 〈いのち〉をケアする医療～患者と医療者の新しい関係のあり方

加藤 眞三
MOA 高輪クリニック院長、慶應義塾大学名誉教授

2020 年を過ぎた頃より、AI や ITC、ロボット技術の進展は著しく、これらが医療のあり方を根本的に変えていく可能性がある。病気の診断や治療の選択において、AI が人間の能力を超えるのは遠くない未来であり、医療情報提供においても、患者や市民が知りたい情報を自分で容易に集められる時代を迎える。　そのような時代に、医療者は不要になるかと問われれば、そうではないとわたしは確信している。AI やロボットができることは機械に任せ、医療者は人間でしかできないことに専念する状況が訪れることになるからだ。そして、講演者は、「ケアとアートといのり」が最も人間らしい活動であり、機械で置き換えることのできないものと考えている。　AI やロボット技術の進展とは別に、医療は第二次世界大戦後一貫して患者中心の医療へ向かって進んできた。インフォームド・コンセントから始まり、医療情報の提供が医療者の責務となってきたことに現れている。そして、終末期医療におけるケアでは、身体、心理、社会、スピリチュアルの四つの次元でケアすることが浸透してきた。身体面のみをみる科学的医療（医学モデル）から全人的に診る全人医療への道が生まれてきたのである。また、健康創生論（サルトジェネシス）では、病気を排除するのではなく、患者自身の内発的な力や、社会的なサポートを活用して健康を増進させる視点が生まれてきた。そのような背景のもとに出てきたのが、飲酒問題に対する解決指向アプローチ（SFA）、糖尿病でのエンパワーメントであり、それらが動機付け面接として多くの生活習慣病に応用されることになり、対象となる患者数も飛躍的に増加してきた。医療の対象が深くなり、広くなってきたのだ。わたしたち医療者は、今後さらに患者中心の医療をすすめるために、人間ができること、人間にしかできないことという二つの視点で医療を見直すことが求められるだろう。



# ■特別講演 3

座長：任 和子（京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）

## 地域社会に求められるプロフェッショナリズム

宮田 靖志
愛知医科大学医学部地域総合診療医学寄附講座

超高齢社会の進行、慢性疾患・多疾患併存の増加、地域における健康格差、さらに AI の急速な台頭により、医療専門職に求められるプロフェッショナリズムは大きな転換点を迎えている。プロフェッショナリズムの核心は、医療専門職が患者・家族・社会からの「信頼」を維持し続けるための価値観、行動、関係性にある。本講演では、医療専門職に共通するプロフェッショナリズムの基盤を確認したうえで、看護職、とりわけ糖尿病教育・看護に携わる専門職が地域社会の中で果たすべき役割について考察する。従来、専門職の能力は知識・技能・態度としてのコンピテンスを中心に語られてきた。しかし、地域医療の現場では、標準化された知識だけでは対応できない未分化な問題、不確実な病状、複数の疾患や生活課題が絡み合う複雑な状況に日々直面する。そこでは、既知の状況に正しく対応する力に加え、未知の状況において自らの実践を適応させ、新たな知を創出し続けるケイパビリティが不可欠となる。糖尿病看護においては、疾患管理にとどまらず、患者の生活背景、家族関係、就労、経済状況、孤立、地域資源などを含む健康の社会的決定要因への視点が求められる。患者の困難を単なる「自己管理の不十分さ」として捉えるのではなく、その人の病いの体験を物語として理解し、対話を通じて支援を組み立てる姿勢は、ナラティブ・メディスンであると同時に、臨床倫理と社会的説明責任の実践でもある。また AI 時代において、医療者の役割は情報の保持者から、AI を適切に活用し監督する者、患者の価値観や社会的文脈を統合して判断する者へと再定義されつつある。AI が診断や情報提供を支援する時代だからこそ、共感、省察、責任、包摂性、社会的正義に根ざした人間的な専門性が一層重要となる。本講演では、地域社会における信頼を基盤に、複雑さと不確実性に向き合い、患者の生活と社会に働きかけるプロフェッショナリズムの在り方を、参加者の皆様と共に考えたい。

# ■特別講演 4

座長：福井 トシ子（国際医療福祉大学大学院　東京赤坂キャンパス）

## 身体抑制をしないことは患者の回復力促進に向けた看護実践を探求し創出する力を高める

小藤 幹恵
石川県看護協会　前会長



筆者は在職時、看護部門全体で身体抑制激減に取り組んだ。看護が人の回復を妨げないこと、促すことにより、人の QOL や幸福感へ寄与できる働きを向上するためだ。取組当初、身体抑制に向き合うことに躊躇する雰囲気があった。それは、懸念、諦観、悲しみ、しないほうが良いに決まっていると分かりきっているのにあえて臨む理由の理解しづらさ等であった。臨床での議論は、医療側の理由に重点が置かれ、患者の立場や視点に届ききらず、ケアの吟味に至りにくかった。身体抑制は、患者に、医療者への全幅の信頼を持つことや回復を促進させる歩みを困難にし、限界を超えるような我慢を強いていた。私たちは看護の原点に立ち返る必要があった。看護本来のあり方と向かう姿勢、大切にしたいこと、本当はどうしたいかを語り合ってきた。看護師、患者等それぞれが個別で大切な人であること、看護チームが細部にわたるケアを継続するためのなすべきこと等だ。看護が行うことのできる療養生活の世話は、患者の回復とＱＯＬに影響を与える非常に重要な活動である。個別の患者の世話は、身体抑制しないことへの取り組み方も一様ではない。底流には、同じ人同士、お互いに大切な人という思い、生活の整え方によい療養を作り上げていく可能性が広がっていることがある。しかし、身体抑制は医療的な効用が見当たらないだけでなく人権や尊厳を傷つけ、正反対に作用する。身体抑制がないことは、疾患の種類や発達段階等にかかわらない良い人間関係と信頼関係を築く礎となる。国内の糖尿病やその予備段階にある人々は多く、疾患そのもの及び他の身体状況の基礎疾患として看護で関わる機会は多い。糖尿病の発症や進行を予防しようとする看護は、ご本人の意識や主体性、人間一般の傾向への支援として、範囲は広くて繊細と考えられる。個人の自律性への視点を重要視するケアの模索ゆえに、看護者も自問自答し、原点に思い及ぶことも多いのではないだろうか。両者の志向が、内発的な動機や能動性に心を砕くものであり、日常生活上で合った時、喜びもひとしおであろう。筆者たちが身体抑制をしない看護での道のりで感じてきたことでもある。

# ■教育講演 1

座長：大倉瑞代（医療法人社団誠馨会　千葉中央メディカルセンター　糖尿病センター）

## 地域包括ケアシステムにおける医療 DX の活用可能性
## デジタルと AI が、今後の地域医療をどのように変えていくのか

村上 敬亮
東京大学公共政策大学院特任教授



人口減少のすすむ地方では、医療に限らず、教育、物流・小売など、暮らしを支える様々なサービス業が、その顧客密度の低下により苦しんでいます。ここではデジタルの活用による、需要を先取りした供給の効率化が不可欠となります。

加えて、医療の場合、医療機関や医療従事者間の連携を効率的に図りながら、医療現場の生産性も引き上げていかねばなりません。

そこで解決の鍵を握るのは AI です。今、ビジネスソリューションの世界では、AI を前提とした組織戦略が話題です。AI は敵では無く、医師や看護師、医療従事者の味方です。AI を活用することで、これまで議論してきた標準化問題の多くが消え去る一方、データの共有と管理、そのための認証管理には、一層巧みな手法の導入が必要となります。

あなたは武田信玄側になるのか、織田信長側になるのか。デジタル長篠の戦いが始まります。より質の高い地域医療の実現に向けて、AI をいかに巧みに使いこなすか、その入り口から見える風景感を、ご紹介します。

# ■教育講演 2

座長：大原 裕子（帝京科学大学医療科学部看護学科）

## 誰もが AI と話す時代におけるヒトとテクノロジーをつなぐ言葉

佐野 大樹
Google Deep Mind

生成 AI という言葉を耳にする機会は増え、効率化、自動化のツールとして、多様な分野で活用事例が蓄積されつつある。一方で、その実体や位置付けは、まだ多くの人にとって掴みにくい部分もある。普段使う言葉で指示や質問をすれば、文章・画像・動画などの成果物を返してくれる ―この体験は新鮮だが、実際に話しかけてみると「しっくりこない」回答が返ってくることもあり、特に、人と人とのつながりで成立するタスクでは、その利便性を実感するに至らないケースもあるだろう。

本講演では、生成 AI を効率化や作業の自動化のための道具としてだけでなく、「人と人とをつなぐ触媒」としても捉える視点、特に「対話相手」として位置づける捉え方を言語学の立場から提案する。言葉を「選択肢の体系」として捉える選択体系機能言語学を手がかりに、何を、どの分野 ( フィールド ) で、どんな立場 ( テナー ) から、どのような様式 ( モード ) で伝えるかという選択が、生成 AI から引き出される応答をどう変えるかを、具体例とともに示す。対話の実践にあてはめれば、例えば、検査や治療のどの段階で何を扱うか、相手は専門家同士か患者本人か、子どもか高齢者か、書き言葉調で渡すか会話調で話しかけるか ―こうしたコンテクストを言語化することが、生成 AI を「自分の判断や教育を支える対話相手」へと変える鍵になる。

私は、生成 AI を単に効率化や自動化のツールとしてだけでなく、「人と人とをつなぐ触媒」として位置づけたいと考えている。一人ではたどり着けない発想や視点、そして他者の言葉と出会うための「プラスの対話」を可能にする選択肢である。さらに、生成 AI は各分野のディスコースを個人の文脈で橋渡しする「シェアード・ディスコース」の担い手にもなりうる。

現場の原点を踏まえて生成 AI を取り入れようとするとき、ヒトとテクノロジーをつなぐのは、私たち自身が選びとる言葉にほかならないのではないだろうか。

参考文献：佐野大樹 2024.『生成 AI スキルとしての言語学　誰もが「AI と話す」時代におけるヒトとテクノロジーをつなぐ言葉の入門書』かんき出版 .

# ■教育講演 3

座長：米田 昭子（そよぎハート＆ライフクリニック　湘南平塚）

## 看護における日常倫理（everyday ethics）を問い直す

鶴若 麻理
聖路加国際大学大学院　生命倫理学・看護倫理学分野



本教育講演では、認知症ケアを題材にし、日常倫理（everyday ethics）のコンセプトを通して、看護実践において倫理を考える意味を問い直したい。さらに医療職の無意識の偏見がもたらす患者への影響を、哲学者のミランダ・フリッカーが提唱した認識的不正義（人が知識の主体としてもつ能力に関して不正をこうむること）の概念から、糖尿病教育・看護との関連性に触れ、ケア提供者と患者との間の倫理的な関係性を考える。

看護という行為は、相手に対して人として敬意を払う、双方の関係性が前提であり、看護の中心には関係的視点が不可欠であることを考えれば、特に倫理的態度が重要なことはおのずと導かれる1)。看護実践は、患者の日常生活にかかわり、否応なく人のプライバシー領域に踏み込むことになる。看護師は患者とどう関係性を築くべきか、一つ一つの看護場面で常に問われ続けるのである。

Kane らが、1990 年の著書『Everyday Ethics: Resolving Dilemmas in Nursing Home Life』で提示した「Everyday ethics」というコンセプトを提唱した。バイオエシックス（生命倫理）による問題群のもつ性質であるドラマチックな倫理との対比により用いられてきた経緯がある 2)。認知症ケアにおいては、身体の脆弱性や認知機能の障害により、本人の自律性が尊重されない、守られない状況が容易に生じやすい。認知症当事者の日々の自己決定が尊重される普通の暮らしこそが、認知症ケアの根本に据えられるべきであり、そこに「日常倫理（everyday ethics）」に注目する理由があり、かつその重要性がある。これは看護ケアに通底するものであろう。

最後に医療者の無意識の誤った偏見により患者の発言が低く見積もられ、患者の言葉が信用されないことは医療現場でも様々みられ、糖尿病教育・看護の実践における倫理的関係性へのヒントを提示したい。

1）鶴若麻理編著（2025）看護倫理 Ethicsin Nursing, 医歯薬出版 .
2）鶴若麻理・那須真弓編著（2023）認知症ケアと日常倫理 , 日本看護協会出版会 .

# ■教育講演 4

座長：黒田 久美子（千葉大学大学院看護学研究院）

## 糖尿病看護から広がる地域と未来

中山 法子
糖尿病ケアサポートオフィス

糖尿病看護は、血糖管理や合併症予防を支援する看護であると同時に、その人の生活や価値観を理解し、長期にわたり人生に伴走する看護でもある。超高齢社会を迎え、複数の疾患や生活課題を抱えながら地域で暮らす人が増えるなか、糖尿病看護で培われる専門性は、病院の枠を超えて地域社会のさまざまな場面で求められている。

私は糖尿病看護認定看護師として活動を始め、その後、診療看護師（NP）として、病院、診療所、行政の糖尿病性腎症重症化予防事業、無医地区オンライン診療、地域でのフットケア活動などに携わってきた。一見すると活動の場は大きく変化したように見えるが、その根底には糖尿病看護で培った視点と実践がある。

糖尿病診療の場は、疾患管理のためだけに存在するのではない。患者が自身の健康や暮らしを振り返り、専門職との関係性のなかで生活を見つめ直し、自らの選択を重ねながら、その人らしい人生を歩み続けるための支えとなる場でもある。糖尿病看護の専門性とは、治療を支えることにとどまらず、治療を手段として、その人らしい暮らしや人生を支えることにある。

本講演では、無医地区におけるオンライン診療、行政と連携した糖尿病性腎症重症化予防、地域でのフットケアなどの実践を紹介しながら、糖尿病看護の専門性が地域にどのような価値を生み出しているのかを考える。また、病院、在宅、行政、地域住民をつなぐ看護師の役割や、多様なキャリアの可能性についても共有したい。

私は地域で活動するようになって初めて糖尿病看護の専門性を見つけたのではない。むしろ地域で活動するようになって、糖尿病看護の力の大きさに気づかされた。本講演が、糖尿病療養支援に携わる看護師一人ひとりにとって、自らの実践の価値を再発見し、糖尿病看護の可能性と専門性にあらためて誇りを持つ機会となれば幸いである。

# ■教育講演 5

座長：古山 景子（日本医科大学付属病院看護部）

## 薬が飲めなかった理由は、テロだった
## ～“当たり前”が通じないアフリカで考えたこと～

桐木 園子
日本医科大学付属病院総合診療科



糖尿病診療において、患者さんの生活習慣や背景を理解することの大切さは、日々の臨床で実感されていると思います。一方で、これから日本では在留外国人がさらに増え、私たちがこれまで経験してこなかった価値観や生活様式をもつ患者さんと関わる機会も増えていくと考えられます。本講演では、私がアフリカのマリやカメルーンで出会った患者さんとのエピソードをご紹介します。手の火傷を契機に上腕まで軟部組織感染を起こした女性は、「熱い鍋を素手で持ち上げることができることが良い主婦の証」という文化の中で生活していました。自身が糖尿病と知らずに受傷後も自己流の処置を続け、受診が遅れた結果、感染は肘関節付近まで上行していました。きちんと服薬できていた高齢男性が突然通院できなくなった背景には、村から病院のある町へ向かう唯一の道が武装勢力によって封鎖されていたという事情がありました。服薬は中断、血糖コントロールの悪化につながっていました。アフリカは貧しいはずなのになぜ肥満が多く、糖尿病が増えているのか不思議に思うかもしれません。サブサハラ・アフリカでは「太っていることは豊かで健康である証」と考えられており、体重コントロールの必要性を理解してもらうのは困難です。また、経済的に厳しい環境では良質なタンパク質を十分に摂取できず、安価な炭水化物や脂質に偏った食事にならざるを得ないという事情もあります。都市部ではモータリゼーションが急速に進行した結果、以前より身体活動が低下しカロリー過多になっています。一見すると「なぜ？」と感じる出来事も、その人の生活や文化、社会的状況を知ることで見え方が大きく変わります。日本においても、イスラム教徒の増加に伴い、ラマダン中の血糖管理など、文化や宗教に配慮したケアが求められる場面が増えています。本講演では、ラマダンの基本と血糖管理のポイントについてもご紹介します。糖尿病ケアは、「その人の背景を理解しようとすること」から始まります。本講演が、多様な背景を有する患者に寄り添うための一助となることを期待します。

# ■教育講演 6

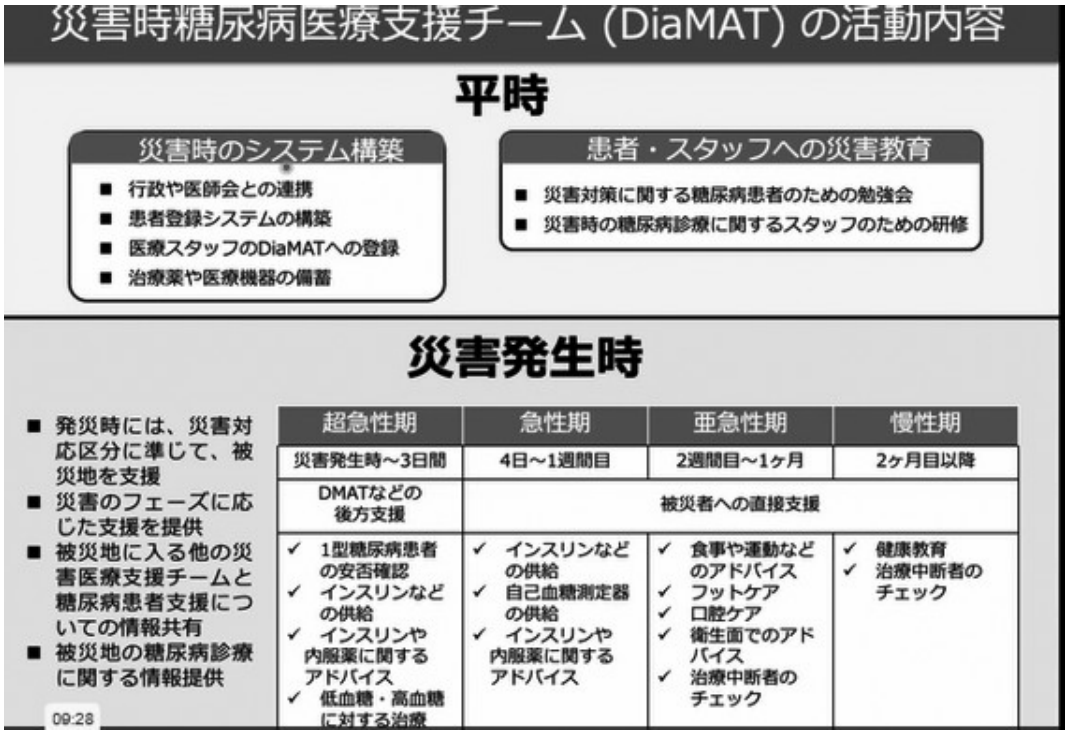
座長：永渕 美樹（佐賀大学医学部看護学科　生涯発達看護学講座）

## 災害時糖尿病医療支援チーム DiaMAT

細井 雅之
大道会　森之宮病院　内科　糖尿病内分泌センター長

DiaMAT　Diabetes Medical Assistance Team とは糖尿病医療支援チームであり、日本糖尿病協会と日本糖尿病学会が設置し、災害が起きる前の防災教育から発災時の支援まで、トータルに糖尿病患者さんを災害から守る仕組みです。

その活動内容は下記の表に示す通りです。最も大切なことは、平時の備えであると強調しておきたいです。※図表 1（JADEC ホームページより）平時の備えの中でも「インスリン user のかたの LINA 登録」を是非、進めていただきたいと思います。



# ■市民公開講座

座長：瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

## 生活習慣病という“偏見”を直したい。泣いて、走って、向き合って。

本間 太希
フリーランス（1型糖尿病当事者）

【はじめに】
1型糖尿病の当事者は、生涯にわたる血糖管理や注射という身体的負担だけでなく、「生活習慣が原因」という偏見や、「治らない病気と生きていく」という心理的負担にも直面している。本講演では、25歳で1型糖尿病を発症し、うつ状態を経験した演者が、自転車日本一周やフルマラソン、トライアスロンへの挑戦を通して見えてきた当事者の本音と、求められる支援のあり方について考察する。

【絶望と引きこもり、正論という障壁】
発症当時、「一生続くインスリン注射」という宣告に絶望し、うつ状態から仕事を退職、引きこもりとなった。周囲からの「前向きに考えたらいい」「そのうち慣れるから」という合理的なアドバイスは、前向きになれない自分をさらに責める要因となった。心の問題を言葉だけで安易に解決しようとするケアは時に患者を追い詰める。本当に必要だったのは解決策の提示ではなく、病気と向き合えるようになるまで「寄り添い続けてくれる存在」と、生活リズムや運動、睡眠など生活を整える身体的ケアであった。

【挑戦の先で見えた患者の現実】
自転車との出会いをきっかけに日本一周へ挑戦し、全国で450人以上の患者や家族と交流した。その中で、「糖尿病は自己責任」という偏見や、誰にも病気を話せない孤独を抱える患者の現実を知った。偏見や誤解をなくし、孤独の中で病気と向き合う患者に「一人ではない」と伝えるため、発症前であれば決して選ばなかった過酷な挑戦を続けている。

【おわりに】
フルマラソン、100kmマラソン、トライアスロンに挑戦する中で、1型糖尿病は人生を突き動かす「原動力」となった。しかし、これらの挑戦は病気を克服した証明ではない。むしろ、病気とともに生きる過程で出会った多くの“患者の声”を社会へ届けるための活動である。言葉を超えた行動を通じて世間の偏見を無くし、孤独な患者に寄り添うこと。それこそが、病気になったからこその人生と言える道ではないか。医療従事者の皆様が、指導者としてだけではなく、「共に人生を走るパートナー」として患者の可能性を信じ、伴走してくださることを願っている。

# ■シンポジウム１　健康と環境（地球環境？）とコストのバランス～これからの食事療法を考える～

座長：藤本 悠（関西医科大学看護学部　治療看護分野慢性疾患看護学領域）
　　水野 美華（原内科クリニック）

## 腎臓病療養指導士とともに行う CKD チーム医療の効果

シンポジスト
阿部 雅紀
日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野

2024 年の新規透析導入患者の平均年齢は 71.7 歳であり、高齢化が進んでいる。また、導入患者の原疾患で最多は糖尿病性腎症で 37.6%、次いで腎硬化症の 19.1%、慢性糸球体腎炎の 13.5%である。糖尿病性腎症においては腎保護効果のある RAS 阻害薬と SGLT2 阻害薬が普及したことにより、透析導入前の治療期間が明らかに延長されている。そのため、慢性腎臓病（CKD）診療においては、高齢の糖尿病性腎症と腎硬化症の割合が多い。わが国では糖尿病性腎症に対して「糖尿病透析予防指導管理料」が算定されており、チーム医療の効果が評価されていた。糖尿病以外の CKD に対しても効果は期待され、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などによる包括的な対応が望まれていた。2017 年に腎臓病療養指導士制度がスタートするなど、チーム医療を積極的に行う環境は整ってきた。そこで、CKD チーム医療を実施している 24 施設において、チーム医療の効果が検証された。その結果、原疾患にかかわらずチーム医療により年間 eGFR 低下速度の大幅な改善が認められた。また、腎臓専門医に加え、4 職種以上で介入することで CKD 患者の全死亡および腎代替療法導入の遅延に有効であった。特に看護師に加え、管理栄養士と理学療法士が関与している場合は、その効果が顕著であった。この結果から、保存期 CKD からの栄養療法と運動療法を含めたリハビリテーションがフレイル・サルコペニアを予防し、予後改善に寄与した可能性が考えられる。全ての CKD 患者に対するチーム医療の有効性を示すエビデンスが示され、2024 年より「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が新設された。また、近年の新規透析導入の原疾患として、原因不明の CKD も増加している。この中には薬剤性腎障害の症例も含まれていると考えられる。サプリメントを含めた薬剤性腎障害は CKD の原疾患としても重要である。薬剤性腎障害をより早期に診断し，適切な予防・治療を行うことは，CKD の進行抑制と透析導入を防ぐ観点で重要である。CKD 患者に対する栄養管理を含めたチーム医療および薬剤・サプリメントによる腎障害について概説する。

# ■シンポジウム１　健康と環境（地球環境？）とコストのバランス ～これからの食事療法を考える～

座長：藤本 悠（関西医科大学看護学部　治療看護分野慢性疾患看護学領域）
　　水野 美華（原内科クリニック）

## お金がなくても理想のルール通りにやらないとダメ？ ～経済状況に見合った食事療法を考える～

シンポジスト
松村 史樹
食のこんしぇるじゅ

近年、食品価格の上昇やエネルギーコストの高騰により、健康的な食生活を維持することが以前にも増して難しくなっている。一方で、医療現場では疾病の重症化予防や健康寿命の延伸を目的として、栄養学的に理想とされる食事療法が推奨されている。しかし、その食事療法は患者の生活環境や経済状況に見合ったものとなっているだろうか。

病院および介護施設の給食においても同様の課題がある。物価高騰や人件費の上昇が続く中、限られた給食費で安全かつ質の高い食事を提供することが求められている。理想を追求するだけでは給食運営の継続が困難となり、結果として安定した食事提供そのものが維持できなくなる可能性がある。持続可能な給食運営のためには、栄養価、コスト、提供体制のバランスを考慮した現実的な選択が必要である。

また、退院・退所後の在宅生活に目を向けると、患者を取り巻く状況はさらに多様である。地域包括ケアシステムで用いられているモデルイラスト（通称：植木鉢モデル）には、「すまいとすまい方」の解説の中で経済力に見合った生活について触れられているが、患者や家族の経済状況によっては、入院中に指導された理想的な食事療法を継続することが難しい場合もある。たとえ一般的な価格の食材であっても、対象者にとっては経済的な負担となる可能性があることも理解しておく必要がある。実践的で持続的であるためには食事療法の理想のルールを指導するのではなく、生活環境や経済状況を考慮した「食事改善策」を提案できることが望まれる。

これからの食事療法には、栄養学的な正しさだけでなく、経済性や継続性の視点が求められる。本発表では、病院給食運営の現状と在宅療養者を取り巻く課題を踏まえながら、「理想のルール通りの食事療法」を目指すことの意義と限界について考察する。そして、患者の生活に寄り添い、無理なく続けられる食事療法とは何かについて、参加者とともに考えてみたい。

# ■シンポジウム１　健康と環境（地球環境？）とコストのバランス ～これからの食事療法を考える～

座長：藤本 悠（関西医科大学看護学部　治療看護分野慢性疾患看護学領域）
　　水野 美華（原内科クリニック）

## 健康・環境・コストの調和から考える ～食品ロス削減は、行動変容の入口～

シンポジスト
岩間 初音
旭中央病院附属看護専門学校看護学科講師

日本の食品ロスは年間約 500 万トンにのぼり、その約半分が家庭から発生している。家庭系食品ロスでは、「手つかず廃棄」や「過剰除去」など、日常の行動改善によって削減しやすい領域がある。本発表では、食品ロス削減を単なる環境対策や節約ではなく、「行動変容の入口」と捉え、生活行動の改善を通じた療養支援の可能性について考察する。

行動変容を継続するためには、取り組みの成果を実感できる小さな成功体験が重要である。食品ロス削減では、冷蔵庫の在庫確認、買い物の計画、食材の使い切り、保存や調理の工夫など、日常生活の中で実践しやすい行動から始めることができる。これらの「できた」という経験は、自己効力感を高める契機となり、食事管理への前向きな認識や行動の継続につながる可能性がある。また、食材を使い切る過程で食生活を見直すことは、食事の質の改善や食費の無駄の削減にもつながり、療養生活を支える基盤となる。

さらに、冷蔵庫は食材の管理や調理に直結する生活環境であり、療養環境の一部として捉えることができる。ナイチンゲールの環境調整論の視点からも、生活環境を整えることは療養を支える重要な要素である。食品ロス削減は、健康・環境・コストの調和を図る実践であり、プラネタリーヘルスの視点とも重なる。

加えて、食品ロス削減は看護教育において、環境リテラシー、食リテラシー、行動科学、社会的価値理解を横断的に学ぶ実践的な題材となる。本発表では、旭中央病院附属看護専門学校における「食品ロス× SDGs」の教育実践を紹介する。この実践は、京都大学の「SDGs KYOTO TIMES」にも掲載された。食品ロス削減を起点として、生活を整えること、行動変容を支えること、そして食と健康を社会的・環境的視点から捉えることの意義を示す。

# ■シンポジウム 2　患者の一歩を支える看護：運動療法のエビデンスと実践

座長：金子 佳世（日本医科大学武蔵小杉病院）
　　西澤 摩生（関西医科大学香里病院　看護部　透析室）

## フレイル予防のための 24 時間行動支援の進歩

シンポジスト
野村 卓生[1]、米田 昭子[2]、瀬戸 奈津子[3]、入江 潤一郎[4]
[1] 関西医科大学リハビリテーション学部・生涯健康科学研究科、[2] そよぎハート＆ライフクリニック湘南平塚、[3] 関西医科大学看護学部・看護学研究科、[4] 関西医科大学内科学第二講座　糖尿病・内分泌内科

2016 年、カナダから世界初の「24 時間行動ガイドライン」が発表され、24 時間行動の各要素（身体活動 [PA]、座位行動 [SB]、睡眠行動 [SLP]）が相互に排他的かつ共依存的であることが強調され、統合的な行動評価の重要性が国際的に広がった。糖尿病分野でも、2022 年の米国糖尿病学会および欧州糖尿病学会のコンセンサスレポートで、24 時間を通じた行動評価と支援の重要性が明確に示された。24 時間行動の各要素は、それぞれ独立した健康影響因子として注目され、過剰な SB 時間が糖尿病や心血管リスクに与える影響などのエビデンスが集積され、フレイルとの関連も明らかになってきた。糖尿病をもつ高齢者においては、加齢による筋量・筋力の低下に加え、糖代謝異常、慢性炎症や神経障害などが相互に影響し、サルコペニアの進行が促進されやすい。よって、高齢者の中でも糖尿病をもつ高齢者は運動療法支援が重要となるが、運動療法は一定時間の運動実施だけで完結するものではなく、日常の PA、SB、SLP を含めた 24 時間行動全体の最適化として捉える必要がある。

24 時間行動の評価は、従来、測定機器を組み合わせた自己報告型が中心であったが、2000 年代以降はウェアラブルセンサーの普及により、一般的にも 24 時間行動が測定可能となり、日常生活の行動を連続的に可視化でき、運動療法を「処方して終える」のではなく、生活の中でどう続けるかを具体的に支える実践へと発展してきている。一方、24 時間行動の臨床応用には、24 時間行動を評価するデバイス、得られるデータの扱い方やデータ解析の煩雑性、得られた結果をどのように解釈して患者へ分かりやすく提示するかなどの課題が山積みである。本シンポジウムでは、まず、糖尿病分野における 24 時間行動評価の過去から現在までを概観する。ついで、我々の研究成果を基に糖尿病をもつ高齢者への 24 時間行動の評価と支援モデルを紹介し、医療実装への課題を解決する糸口を参加者の皆様と議論したい。

# ■シンポジウム 2　患者の一歩を支える看護：運動療法のエビデンスと実践

座長：金子 佳世（日本医科大学武蔵小杉病院）
　　西澤 摩生（関西医科大学香里病院　看護部　透析室）

## もっとも大切な事はまず始めること～チリツモ運動のすすめ～

シンポジスト
大坂貴史[1,2]

[1] 綾部市立病院内分泌・糖尿病内科、[2] 京都府立医科大学大学院医学研究科内分泌代謝内科学講座

糖尿病治療において運動療法は、血糖管理、体重管理、心血管リスク低減、筋力・身体機能の維持、生活の質の向上など、多面的な意義をもつ重要な治療法である。しかし実臨床では、「時間がない」「何をすればよいかわからない」「続かない」「膝や腰が痛い」「運動は苦手」といった理由から、患者が運動療法に踏み出せない場面は少なくない。また医療者側にも、限られた診療・療養指導時間の中で、どこまで具体的に運動指導を行えばよいのかという難しさがある。本講演では、糖尿病運動療法の出発点として「完璧な運動」よりも「まず始めること」の重要性を強調したい。運動療法というと、ウォーキングを 30 分、週 150 分、有酸素運動とレジスタンス運動を組み合わせる、といった標準的な目標が示される。しかし、すべての患者が最初からその目標を達成できるわけではない。むしろ、日常生活の中で座っている時間を少し減らす、食後に数分歩く、階段を選ぶ、椅子からの立ち座りを数回行う、テレビを見ながら足踏みをするなど、小さな身体活動の積み重ねが、運動療法への入口となる。このような「チリツモ運動」は、特別な場所や道具を必要とせず、患者の生活背景に合わせて導入しやすい点に特徴がある。運動が苦手な患者に対しても、「運動しましょう」と一方的に伝えるのではなく、「今の生活の中で、少しだけ体を動かせる場面はどこか」を一緒に探すことで、行動変容のハードルを下げることができる。糖尿病療養支援者は、患者の生活を最も身近に捉え、実行可能な行動目標へ落とし込むうえで重要な役割を担う。本講演では、糖尿病運動療法の基本的な考え方を整理したうえで、日常生活に組み込みやすい具体的な「チリツモ運動」の例、患者への声かけ、目標設定の工夫、継続支援のポイントについて解説する。運動療法の第一歩は、決して大きな一歩である必要はない。もっとも大切なことは、患者が「これならできそう」と思える小さな一歩を見つけ、今日から始めることである。

# ■シンポジウム 2　患者の一歩を支える看護：運動療法のエビデンスと実践

座長：金子 佳世（日本医科大学武蔵小杉病院）
　　西澤 摩生（関西医科大学香里病院　看護部　透析室）

## 運動療法におけるナッジを活用した支援の可能性
## －患者の行動をそっと後押しする技術と実践－

シンポジスト
杉本九実[1,2,3]

[1] 帝京大学大学院公衆衛生学研究科、[2] 帝京大学産業環境保健学センター、[3] 株式会社 PONO

運動療法は糖尿病治療の重要な柱の一つであるが、その継続は容易ではない。令和 6 年国民健康・栄養調査によると、「運動習慣のある者（1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上かつ 1 年以上継続）」の割合は 34.6%（男性 38.5%、女性 31.5%）にとどまっている。また、2 型糖尿病患者を対象とした身体活動介入に関するシステマティックレビューでは、身体活動を遵守した対象者の割合は 32.0% から 100.0% と大きな幅があり、その中央値は 58.0% と報告されている。専門家による指導や支援のもとでさえ、運動を継続できない背景には、単に患者個人の知識や意思だけでなく、患者の行動を取り巻く環境や仕組み、行動を阻害する要因等にも目を向ける必要がある。そこで注目されているのが、行動科学的アプローチである。

行動科学的アプローチの一つであるナッジは、近年、公衆衛生や予防医学分野の実践において、その活用が広く推進されている。ナッジとは、行動経済学（詳細は特別講演：医療現場の行動経済学～すれ違いの解消法～参照）を応用した行動変容を促す技術であり、「人々を強制することなく、望ましい行動に誘導するシグナルまたは仕組み」のことである。ナッジを活用し、運動や身体活動を促すための研究は世界中で報告されており、エビデンスも徐々に蓄積されつつある。また、英国ナッジ・ユニット The Behavioural Insights Team（BIT）は、ナッジのエッセンスを体系的に整理したフレームワーク「MINDSPACE」、「EAST」を提唱し、実践での活用を推進している。

本演題では、最新の研究によるエビデンスをいくつか紹介する。また、演者の著書である「ナッジを応用した健康づくりガイドブック－取組に活かすヒントと好事例集－運動・身体活動支援編」をもとに、糖尿病患者における運動療法の促進と継続に向けた支援のポイントやアプローチ方法について、ナッジのフレームワークを用いながら提案していく。本シンポジウムにおいて、さまざまな臨床の専門家とともに、ナッジを活用した支援の可能性について議論できることを期待している。

# ■シンポジウム３　特定行為“インスリン調整”を極める～看護師の実践と育成の現在地～

座長：中村 桐子（関西医科大学附属病院看護部）
　　古山 景子（日本医科大学付属病院看護部）

## 特定行為インスリン投与量の調整　～病院内での実践報告～

シンポジスト
水野 信子
一般財団法人　芙蓉協会　聖隷沼津病院

糖尿病患者の増加や超高齢化に伴い、入院患者の血糖管理はより複雑化している。特に周術期や感染症治療中、ステロイド使用時など血糖変動が大きく、迅速かつ適切なインスリン調整が求められる。また、糖尿病治療においても新しい経口血糖降下薬やインスリン製剤・GLP-1 受容体作動薬が相次いで登場し、薬物療法はさらに複雑化を呈している現状がある。

当院は病床数 232 床、診療科数 23 科の地域中核病院として位置づけられ、さらに訪問看護ステーションを併設し地域医療にも力を入れている。しかし、糖尿病診療においては、非常勤医師のみの診療体制となっており、他科の入院患者の血糖管理は、主に他科の主治医による血糖管理のケースが多い。

私は 2018 年に特定行為研修を修了し、2019 年度より入院糖尿病患者を中心に、看護支援を含めインスリン投与量の調整の特定行為を実践している。今年で 7 年目になるが、年間平均新規介入総件数は約 160 件、年間平均延べ介入件数は約 2800 件で、主な特定行為介入内容は、周術期血糖管理、他疾患併発・増悪時の血糖管理、輸液内インスリン混注量調整、妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠の血糖管理、ステロイド療法時の血糖管理、低・高血糖時の血糖是正、化学療法時の血糖管理、人工透析中の血糖管理等である。実際のインスリン投与量の調整では、日々の血糖変動のみならず、患者の全身状態、食事摂取量、感染徴候、活動量、治療内容などや、インスリン製剤と併用薬の作用等を、総合的に評価し、また、看護支援の視点を持ち他職種と連携を図りながら、きめ細やかな実践ができるよう心がけている。

特定行為実践の成果として、非常勤医師のみ診療体制の中、特定行為実践を行うことで、糖尿病を持つ患者に安心・安全に医療・看護が効果的に提供できるようになってきていると実感している。また、医師への負担軽減や看護師の教育的役割も果たしていると考える。今後も自身の知識や技術を研鑽し、さらに実践を積み重ねながら、質の高い血糖管理に繋げていきたい。また、特定行為を実践していくの中での課題についても明確化していきたい。

# ■シンポジウム３　特定行為“インスリン調整”を極める～看護師の実践と育成の現在地～

座長：中村 桐子（関西医科大学附属病院看護部）
　　古山 景子（日本医科大学付属病院看護部）

## 在宅だからできるインスリンの投与量の調整
## ～訪問看護における特定行為の実践～

シンポジスト
山﨑 優介
みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南

糖尿病のある人が住み慣れた地域で生活を継続するためには、生活に即したタイムリーな治療支援が求められる。一方で、在宅では認知機能低下、独居、多職種連携、受診頻度などの課題から、血糖変動への迅速な対応が難しい場面も少なくない。

私は糖尿病看護認定看護師として活動後、特定行為研修を修了し、現在は訪問看護師として在宅で暮らす糖尿病のある人を支援している。私が管理者として所属する、みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南ではインスリン使用者が利用者全体の約 35％を占め、そのうち多くのケースで血糖値や CGM データをもとにインスリンの投与量の調整の判断を行っている。手順書に基づく特定行為を活用することで、定期訪問だけでなく、電話相談や緊急訪問を組み合わせながら、タイムリーなインスリンの投与量の調整を実践している。

本講演では、CGM や血糖データを活用したアセスメントをもとに、在宅で暮らす糖尿病のある人の生活状況や価値観を踏まえながら行うインスリンの投与量の調整の実際を紹介する。また、認知機能低下、多職種連携、生活環境など、在宅ならではの課題に対し、訪問看護師がどのように判断し支援しているかを共有する。さらに、特定行為は研修修了者のみが担うものではなく、スタッフ教育やチームでの情報共有を通して、組織全体で支える実践へと発展できる。本講演では、訪問看護だからこそ実現できる特定行為の価値と、今後の実践・育成の可能性について考えたい。

# ■シンポジウム３　特定行為“インスリン調整”を極める～看護師の実践と育成の現在地～

座長：中村 桐子（関西医科大学附属病院看護部）
　　古山 景子（日本医科大学付属病院看護部）

## 特定行為“インスリン調整”の現状と課題

シンポジスト
安藤 有子
関西医科大学附属病院　看護部

当院は大阪府北河内医療圏にある 797 床の特定機能病院である。2020 年に特定行為研修指定研修機関として開講し、2026 年 4 月現在、当院には 143 名の特定行為研修修了者（以下、特定看護師）が在籍している。この人数は看護職全体の 1 割に相当する。2019 年に法人の方針として、医師の働き方改革に伴うタスクシフト・シェアの推進に寄与することを目的に始動したが、我々看護部は、特定看護師らの活躍が看護全体の資質の向上をもたらし、ひいては必ず患者利益に繋がると確認し、前向きに取り組んできた。当院に特定看護師が誕生し 6 年目を迎え、改めて省察すると特定看護師の活用と活躍を現場レベルで具現化するには、医師・看護師が制度の目的と全容を理解することと組織的なバックアップ体制を整備することが重要であった。すなわち、病院が一丸となって活用と活躍を目指す姿勢を備えることである。特定看護師らの活躍の現状として、2025 年度の特定行為実施件数は、3615 件（123 名）で、共に働く医師や同僚看護師、看護管理者からは好意的な感想が多く寄せられている。更に、①患者アセスメント力の深化、②医師との協働関係の促進、③看護職全体の質的向上など種々の副次的効果を生み出している。そして現場で活躍する特定看護師の姿に憧れ、後進が続くという好循環が構築できている。

では、当院における特定行為「インスリンの投与量の調整」について注目すると、区分を取得している特定看護師は 10 名いるが 2025 年度の実施数は僅か 6 件であった。この背景には、実施の機会の乏しさと判断の難しさがあるとの声が上がっている。そこで、本セッションでは、「インスリンの投与量の調整」を積極的に実施すべく特定看護師らへの支援を検討するのか、特定行為としての実施は難しい行為であると認識するのか、皆様とともにこの先のありようを推考したいと考える。

# ■シンポジウム４　こどもの成長する姿に学ぶ糖尿病教育・看護

座長：村内 千代（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
　　肥後 直子（京都府立医科大学附属病院　看護部）

## こどもの成長を支え、未来につなぐための役割と課題
## ～学校看護師の立場から～

シンポジスト
和田 幹子
海老名市教育委員会　教育支援課

近年、恒常的に医療的ケアが必要な児童生徒等（以下「医療的ケア児」という）は年々増加しています。医療ケア児を受け入れる学校ではインクルーシブ教育の開始やＩＣＴの利用など取り組みが多様化しているにも関わらず、医療的ケアに伴うリスク管理などが未整備であることから支援の幅はさらに広がりつつあります。

このような状況を背景に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和３年法律第81号）が公布・施行され、医療的ケア児への支援は“努力義務”から“法的責務”となりました。

この法律により、①教育現場における看護師の配置②医療的ケアの体制整備や情報共有、相談支援を担う支援センターの設置が地方自治体の責務となりました。配置される看護師は、自治体によって名称は異なるものの、学校看護師として医療的ケアを受けるこどもの成長発達を理解し、教育と医療の接点で支援を調整する専門職としての役割が求められています。

医療的ケア児とは、「日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等に在籍するものをいう。」と定義されています。また、医療的ケアには現在14のケアが示されており、その中にはインスリン自己注射の準備や見守り、血糖測定の準備および介助も含まれています。

１型糖尿病をもつこどもたちは、日々の血糖変動と向き合いながら、学び・遊び・友人関係をつくるといった学校生活の中で多面的に成長しています。医療的ケアを必要とするこどもにとって、学校は「学びの場」であると同時に、自立や成長に向けたセルフマネジメント能力を育む重要な生活の場でもあります。

本シンポジウムでは、１型糖尿病をもつこどもの成長から学ぶ視点を軸に、学校看護師の役割と持続可能な支援体制を実現するための課題を共有したいと考えています。

「こどもが自身の思いやペースを大切にしながら学び、成長し、未来へ歩むために学校看護師がどのように関わり、どのような環境をつくることが望ましいか」を共に考える機会となれば幸いです。

# ■シンポジウム４　こどもの成長する姿に学ぶ糖尿病教育・看護

座長：村内 千代（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
　　肥後 直子（京都府立医科大学附属病院　看護部）

## 子どもから学び子どもと共に成長する糖尿病看護・支援

シンポジスト
山﨑 歩
鳥取大学

小児糖尿病の療養支援において、医療者による支援だけでは捉えきれない、子ども同士が互いに学び合いながら成長していく姿が存在する。

特に糖尿病キャンプは、同じ疾患をもつ仲間と生活を共にするなかで、療養行動が自然に共有され、相互学習が生まれる場として大きな意義をもつ。キャンプ期間中、子どもたちは血糖測定のタイミングや活動量と食事量の調整、運動後の対応など、日常の自己管理に関する工夫や悩みを率直に語り合う。普段は周囲に遠慮して話せないことも、同じ経験をもつ仲間の前では安心して言葉にでき、その対話が新たな気づきにつながる。また、これまでインスリンポンプの針交換が怖くて自分ではできなかった子どもが、仲間の姿を見て「自分もやってみたい」と挑戦し、医療者の見守りのもとで初めて自分の手でできたという場面もみられた。このような成功体験は、医療者の支援だけでは得られない、仲間の存在がもたらす大きな力である。さらに、子どもたちは互いの行動を見て、励まし合い、時には失敗を共有しながら、「自分にもできる」という自己効力感を高めていく。医療者は、こうした相互学習が自然に生まれるよう環境を整え、子ども同士の関わりを支える伴走者としての役割を担う。

本シンポジウムでは、糖尿病キャンプにおける子どもたちの学びのプロセスを通して、成長発達の視点から糖尿病教育・看護のあり方を再考する。子どもの主体性と仲間関係を活かした支援の重要性を示すとともに、医療者が「教える側」から「共に育ち、支える存在」へと視点を転換する意義について考察する。

# ■シンポジウム４　こどもの成長する姿に学ぶ糖尿病教育・看護

座長：村内 千代（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
　　肥後 直子（京都府立医科大学附属病院　看護部）

## 子ども食堂から考える居場所創り

シンポジスト
大橋 智洋
特定非営利活動法人ちいさいほいくえんみんなの里

子どもの貧困問題が叫ばれ、全国各地に子ども食堂が生まれて 10 年以上になります。この間、コロナ禍や物価高も経て、多くの子ども食堂が様々な形で、今も活動されています。また、「貧困」という状態そのものの捉え方としても、多くの定義が生まれている今の時代にあって、改めて、今、子ども食堂とは何か、居場所創りとは何かを、一緒に考えていきたいと思います。

# ■シンポジウム５　高齢者の課題に寄り添う糖尿病教育・看護

座長：足立 智花（関西医科大学総合医療センター　看護部）
　　大倉 瑞代（医療法人社団誠馨会　千葉中央メディカルセンター　糖尿病センター）

## なぜ高齢者は家に人を入れたがらないのか
## ― 支援拒否の心理と信頼形成・意思決定支援 ―

シンポジスト
加藤 佑佳
京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

高齢患者に対する訪問診療や在宅支援の場面では、「家に人を入れたくない」「支援を頼んだ覚えはない」といった支援拒否がしばしばみられる。医療福祉専門職が療養行動の維持や安全確保の観点から支援の必要性を感じていても、本人の意向との乖離により、関係構築の初期段階で支援の入り口が閉ざされることも少なくない。高齢者における支援拒否の背景には、自立性の維持や羞恥心、生活空間に他人が入ることへの心理的防衛といった側面がある。また、認知機能や感覚機能の低下により情報理解が難しくなることや、不安の高まりが拒否という形で表出される場合もある。さらに、支援者との関係性や生活リズムとの不一致といった環境的要因も影響する。これらを踏まえると、支援拒否は単なる抵抗ではなく、本人なりの適応や自己防衛として理解する視点が重要である。そのため、支援の導入にあたっては、説得や指導に先立ち、背景や状況を丁寧に把握することが求められる。また、関係構築を重視した段階的な関わりが重要であり、関わりの間口を広げる工夫や本人の小さな選択を尊重する姿勢が有効である。さらに、意思決定支援は一回限りの判断ではなく、対話を重ねながら納得を形成していくプロセスとして捉える必要がある。本演題では、これらの視点を踏まえ、支援拒否の背景を老年心理学の観点から整理するとともに、認知症の人の意思決定支援ガイドラインを踏まえ、支援拒否を「意思の表明」として捉え直し、信頼形成および意思決定支援のあり方と具体的な関わりのポイントを提示する。

# ■シンポジウム５　高齢者の課題に寄り添う糖尿病教育・看護

座長：足立 智花（関西医科大学総合医療センター　看護部）
　　大倉 瑞代（医療法人社団誠馨会　千葉中央メディカルセンター　糖尿病センター）

## サクセスフル・エイジングのための糖尿病教育・看護とは

シンポジスト
河合 恒
東京都健康長寿医療センター研究所

高齢糖尿病患者に対する教育・看護は、加齢による機能低下や糖尿病の重症化によるリスクの管理が重要であるが、糖尿病でも社会参加を継続し、いきいきと生活している高齢者も存在する。われわれの研究所では、「お達者健診」を行い、高齢者の包括的な健康調査を実施してきたが、このような調査に参加している高齢者は、健康を意識し、社会参加・社会貢献を行い、サクセスフル・エイジングを実践していると言えるのではないか。本研究では、糖尿病を有しながらも調査に参加している高齢者の特徴を調べることで、高齢糖尿病患者のサクセスフル・エイジングのための支援のヒントを探索した。お達者健診 2011 コホートの 2023 ～ 2025 年の会場招待型調査のいずれかに参加した 876 名（女性 61.4%、平均年齢 [SD]72.6[7.0] 歳）を対象とした横断研究を実施した。調査会場にて以下の項目を調査した：1) 慢性疾患（高血圧症、脳卒中、心臓病、糖尿病、高脂血症、慢性腎不全の有無）、2) 血液検査（HbA1c、HDL/LDL-Cho）、身体機能（BMI、通常・最大歩行時間）、3) 精神・心理機能（精神的健康 [WHO-5]、抑うつ [GDS-15]）、5) 社会生活機能（食品摂取多様性 [DVS]、社会的ネットワーク [LSNS-6]、高次生活機能 [JST-IC]）。糖尿病患者と非患者群の各項目の差を、性年齢を調整したロジスティック回帰分析、重回帰分析にて比較した。糖尿病患者は 99 名（11.3%）であった。糖尿病患者では非患者と比較して、高血圧、高脂血症の有病率が有意に高く（それぞれ 64.6 % vs 38.0 %、56.6 % vs 38.4 %）BMI、HbA1c も有意に高値であった（それぞれ 23.8 vs 22.6、6.7 % vs 5.7 %）。
HDL/LDL-Cho はいずれも糖尿病患者で有意に低値であった（それぞれ 57 mg/dL vs 64 mg/dL、102 mg/dL vs 115 mg/dL）。一方、歩行時間、精神・心理機能、社会生活機能には両群で統計的有意差はなかった。　糖尿病患者は医学的検査項目には複数のリスクを認めたが、生活機能は非患者と同程度に保たれていた。糖尿病患者のサクセスフル・エイジングのためには医学的検査値の管理に加え、生活機能に目を向けることが重要である。

# ■シンポジウム５　高齢者の課題に寄り添う糖尿病教育・看護

座長：足立 智花（関西医科大学総合医療センター　看護部）
　　大倉 瑞代（医療法人社団誠馨会　千葉中央メディカルセンター　糖尿病センター）

## 臨床・在宅で活かす成年後見制度
## ――認知機能が低下した方を支える看護師の役割

シンポジスト
小野 年弘
かんほう訪問看護ステーション

**【目的】** 高齢化の進展に伴い、認知症などにより判断能力が低下した方が増加傾向にある。本報告の目的は、判断能力が低下した方を支える成年後見制度を概観するとともに、看護師の立場から制度の利用・活用と多職種連携のあり方を検討することである。

**【報告内容】** 成年後見制度は、認知症などにより判断能力が不十分な本人に代わり、後見人等が財産管理と身上保護（入院や施設入所の契約、介護保険サービスの利用など）を担う制度であり、法定後見（後見・保佐・補助）と任意後見から構成される。しかし、制度への理解が十分に共有されていないために、本人に必要な支援が届かず、家族やケアマネジャーをはじめとする支援者が対応に苦慮する場面は少なくない。看護師は、病院や訪問看護の場で本人や家族と継続的に関わり、認知機能の変化や生活上の困りごとに早い段階で気づく立場にある。本報告では、法定後見の概要を整理したうえで、臨床や在宅において制度利用を検討すべきタイミングや相談先、本人・家族や医療関係者から寄せられる質問（FAQ）を紹介する。

**【結語にかえて】** 認知機能が低下した方を支えるには、医療・看護と法的支援の連携が不可欠である。看護師が成年後見制度への理解を深め、適切な利用につなげることは、本人の尊厳と権利を守るとともに、家族や支援者の支えになると考える。

＊成年後見制度については、2026 年５月現在、改正法案（後見・保佐・補助の三類型を補助へ一本化する等）が国会に提出され、審議が進められている。本報告は現行制度を対象とするものであり、改正内容には立ち入らない。

# ■シンポジウム 6
# 足をまもり、歩行を支えるフットケア【日本フットケア・足病医学会合同】

座長：森 小律恵（東京都済生会向島病院）
　　中山 法子（糖尿病ケアサポートオフィス）

## 成長発達していく子どもの足を育てるために
## —『小児靴の手引き書』による「小児靴に必要な 10 の機能」の検証とその活用—

シンポジスト
伊藤 笑子[1,2,3]
[1] 日独小児靴学研究会、[2] 合同会社フェルゼ、[3] 日本フットケア・足病医学会　学術委員会「子どもの足・靴改革ワーキンググループ」

**【背景】**小児期は成長過程にあり、健やかな体づくりのために適度な運動習慣は欠かせない。加えて適切な靴選択は、生涯にわたる足病予防の有効な手立てのひとつであり、日本フットケア・足病医学会（以下、「本学会」と略す）も注力する分野である。しかし、小児糖尿病患児においては、血糖コントロールなどのケアが優先され、靴の重要性までは未だ広く認知されていないのが現状である。
**【目的】**本発表は、1 型糖尿病患児の身近でケアを行う看護師の方々への知識の普及を目指し、機能的靴選択が足や歩行問題の改善にどのように寄与するかを検証し、予防的フットケアとしての小児靴教育の重要性を提示する。
**【対象と方法】**足や歩行に悩みを抱える 12 歳以下の小児 20 名とその保護者を対象に、本学会発刊の『小児靴の手引き書』で定義する「小児靴に必要な 10 の機能」に基づく適合評価を実施した。着脱の簡便さを優先した従来靴と、指標に基づいた靴選択および適切な履き方で、立位アライメントと歩容を比較・分析した。
**【結果】**機能的な靴を選択し、適切に履いた結果、対象児の立位姿勢が安定し、歩行動作が改善した。保護者への聞き取りでも、「歩きたがらない」「よく転ぶ」「足が痛い」といった不定愁訴や痛みの訴えが顕著に軽減・消失した。
**【考察】**小児の歩行の問題の多くは、靴の機能の欠如と不適切な履き方に起因する。特に 1 型糖尿病患児では、不適合な靴による摩擦や圧迫が靴擦れや爪の外傷を招く危険性が高い。これらを防ぎ、歩行・運動時の疲労を軽減するためには、踵の支持性、留め具の固定性、屈曲位置が合致するなどの機能的な靴選択が不可欠である。また、成長著しい小児期においては、「捨て寸」と「成長寸」の両方を加味したサイズの選択と、定期的なチェックの継続が重要である。
**【まとめ】**看護師の方々が患児の靴にも注目し、教育的介入を行うことは最大の「早期予防的フットケア」となりうる。足部形状と発達段階を勘案した靴の機能的選択と、適切な履き方の一生の習慣化のためにも、小児期の啓発資材として『小児靴の手引き書』を臨床現場や患児の家庭でぜひ役立てていただきたい。

# ■シンポジウム６
# 足をまもり、歩行を支えるフットケア【日本フットケア・足病医学会合同】

座長：森 小律恵（東京都済生会向島病院）
　　中山 法子（糖尿病ケアサポートオフィス）

## 足をまもり、歩行を支えるフットケア
## ー看護師が行う免荷療法ー

シンポジスト
丹波 光子
杏林大学病院　看護部

糖尿病患者数の増加、高齢化によるセルフケア能力の低下、透析患者の増加による末梢動脈疾患も増加し足病変リスクも増加していいます。足病変がある患者に対する免荷療法は、創部にかかる圧力や摩擦・ずれを減らし、患者の歩行能力を維持し、治癒を促進するための治療です。適切な免荷が治癒率を大きく左右します。免荷の目的は足底圧の軽減、摩擦・ずれの予防、創傷治癒の促進、再発予防です免荷療法にはトータルコンタクトキャスト、着脱式キャストウォーカー、サンダル、フェルトなどがあります。今回看護師が行う免荷療法の実際と免荷療法を行う上での看護師の役割について述べる。

# ■シンポジウム６
# 足をまもり、歩行を支えるフットケア【日本フットケア・足病医学会合同】

座長：森 小律恵（東京都済生会向島病院）
　　中山 法子（糖尿病ケアサポートオフィス）

## 快適な靴と足で毎日を過ごす
## ～足をまもり、歩行を支えるフットケアと靴・靴下～

シンポジスト
藤井 恵[1,2,3]

[1]WOHLTAT、[2]足・爪お手入れ専門店・ポド、[3]日本語出版実行委員会

「足をまもり、歩行を支える」ために欠かせない靴・靴下。また快適な毎日を過ごすためには、靴を履く足も健康でなければならない。しかし外反母趾、タコ・魚の目、巻き爪など足のトラブルは、靴・靴下の影響を受けることも多く見受けられる。特に糖尿病などの疾患を持った患者の靴・靴下はとても重要である。毎日を快適に過ごすためにはどのようにしていくのがいいのか？フットケアで足を整えて、履物の環境を整えることがとても大事だと考える。 履物の環境を整えるには、まず「靴・靴下」の役割、歴史、種類や機能など基本的な知識を知ることである。靴・靴下を理解した上で、正しいサイズ選び、履き方の指導もできる。またフットケアの施術中にコミュニケーションをすることで、相手のニーズを理解することにより、足と心にあったフィッティングが出来る。私は滋賀県大津市に足・爪お手入れ専門店・ポドを拠点とし、ドイツ式フットケアを中心に、靴と足のカウンセリング、出張フットケアをおこなっている。現場で指導をしている症例など紹介し、「足に合った靴・靴下のサイズ選びと正しい履き方」のポイント、「３つのフィッティング」を紹介する。足のトラブルは靴・靴下だけではなく他の原因もあるが、足に合った履物の環境を整えることにより予防できる。この講演を通じて多くの方の足をまもり、歩行を支え、「快適な靴と足」で毎日を過ごせるようにしていきたい。

# ■ミニレクチャー 1

## 報酬学習の視点からみた食行動の理解

清水 彬礼
大阪公立大学　大学院看護学研究科

肥満はエネルギー摂取がエネルギー消費を上回ることで生じるが、その背景には遺伝的要因や環境要因など多様な因子が関与している。近年、食行動は単なる恒常性維持機構のみならず、脳内報酬系による制御を受けることが明らかとなっており、高脂肪・高糖質食品への嗜好形成や過食との関連が注目されている。

本講演では、まず摂食行動を制御する homeostatic pathway と hedonic pathway の役割について概説する。さらに、レプチン欠損 ob/ob マウスを用いた条件付け場所嗜好性試験（conditioned place preference test）による高脂肪食嗜好性の検討結果を紹介し、レプチンがエネルギー恒常性のみならず、報酬関連摂食行動の調節にも関与する可能性について議論する。また、近年のヒト研究の知見を交えながら、高脂肪・高糖質食品への曝露が報酬学習や食嗜好に及ぼす影響について概説する。肥満を「生活習慣」のみで捉えるのではなく、生理学・学習・環境の相互作用として理解する視点を共有したい。

# ■ミニレクチャー 2

## 糖尿病ケアにおける睡眠の重要性―睡眠・生体リズムの視点から ―

西村 舞琴
京都光華大学

糖尿病ケアの柱は、これまで食事・運動・薬物療法を中心に語られてきた。しかし近年、睡眠は修正可能で重要な生活習慣因子として注目されている。2 型糖尿病患者では不眠が約 40%、閉塞性睡眠時無呼吸が 50%以上に認められることが報告されており、睡眠問題は糖尿病患者にとって身近な課題である。また、1 型糖尿病においても、血糖変動や夜間低血糖への不安などにより睡眠の質が低下しやすいことが知られている。睡眠は、交感神経活動、食欲関連ホルモン、セルフマネジメント行動などを介して血糖管理と相互に関連する。Henson ら（2024）は、糖尿病ケアにおける睡眠を「量・質・タイミング」の 3 側面から捉える重要性を示し、睡眠を包括的な生活習慣支援の一部として扱う必要性を指摘している。また、American Diabetes Association Standards of Care 2026 では、糖尿病患者および糖尿病リスクのある人への睡眠健康スクリーニングが新たに推奨された。一方で、睡眠を改善すれば HbA1c などの代謝関連アウトカムが改善するのかについては、まだ十分に明らかではない。本ミニレクチャーでは、糖尿病と睡眠・生体リズムの関連を概説し、今後の糖尿病看護における睡眠ケアの可能性を参加者とともに考えたい。

# ■ミニレクチャー３

## 急性期病院における糖尿病患者の口腔健康管理

宮下 知子
関西医科大学附属病院　看護部

日本歯科医学会では、「口腔機能管理」「口腔衛生管理」「口腔ケア」を総称して「口腔健康管理」と定義している。口腔機能管理には摂食嚥下訓練や義歯調整など口腔機能の維持・改善を目的とした対応が含まれ、口腔衛生管理には口腔内清掃や歯石除去など専門的管理が含まれる。また、口腔ケアには歯磨きや義歯清掃など、日常的な清潔援助が含まれている。糖尿病患者において、口腔健康管理は血糖コントロールや感染予防、生活の質の維持に関わる重要な課題であることが予想される。特に高齢糖尿病患者では、加齢に伴う口腔機能低下や義歯使用、嚥下機能低下などを背景として、口腔内環境が悪化しやすく、誤嚥性肺炎や低栄養のリスクが高まることが知られている。また、急性期入院中は、絶食やセルフケア能力の低下により短期間で口腔衛生状態が悪化する可能性がある。一方で、急性期病院では、看護師は全身管理や治療を優先せざるを得ず、口腔健康管理が後回しとなる現状がある。さらに、ADL が自立している患者では、「自分でできている」と判断され、口腔内の問題が見過ごされる可能性がある。本ミニレクチャーでは、はじめに口腔健康管理についての説明を行い、急性期病院に勤務する歯科専門職を対象に行った研究結果を踏まえ、糖尿病患者における口腔健康管理の重要性について概説する。特に、動揺歯や義歯の確認、日常的な口腔内観察、早期の歯科相談など、看護師に求められる役割について共有し、多職種連携による口腔健康管理のあり方について考察する。

# ■ミニレクチャー４

## 妊娠糖尿病

川嵜 有紀
近畿大学看護学部　ウィメンズヘルスケア看護学領域　准教授

妊娠糖尿病は、妊娠に伴うインスリン抵抗性の増大を背景に発症する糖代謝異常です。合併症や胎児への影響を予防するためには、血糖をできるだけ正常に保つ血糖コントロールが重要です。しかし妊娠糖尿病と診断された妊婦は、食事管理や体重管理、自己血糖測定などの指導を受け、戸惑いや不安を抱きやすい状況です。そのため、妊婦の心理的負担を理解した支援をすることが大切です。一方で、看護職の中には「妊娠糖尿病はよくわからない」「産科と内科のどちらの視点で支援すればよいのか難しい」と感じる方も少なくありません。本ミニレクチャーでは、基本的な病態、母児への影響、妊娠中の血糖管理と看護支援について、わかりやすく概説します。特に、診断直後に生じやすい不安や罪悪感への心理的支援、食事療法や自己血糖測定を日常生活の中で継続するための支援に焦点を当てます。また、妊娠糖尿病を「出産で終わる疾患」と捉えるのではなく、産後の糖代謝評価、生活習慣支援、次回妊娠に向けた健康管理へとつなげるインターコンセプションケアの視点にも触れます。妊娠糖尿病の女性と子ども・家族の将来の健康づくりへ広げる実践的視点を共有しましょう！

# ■ミニレクチャー５

## 症候性心不全発症予防

酒井 世志子
市立豊中病院

心不全の患者数は「心不全パンデミック」と称されるほど増加し、2030 年には約 130 万人に達すると推計されている。その主要な危険因子の一つが糖尿病であり、糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して心不全発症リスクが 2 ～ 4 倍と高い。心不全は糖尿病患者の生命予後を規定する重要な因子であり、息切れや浮腫を主徴とし、進行性に増悪し突然死のリスクを伴うほか運動耐容能および生活の質の低下をもたらすことがある。2025 年改訂版心不全診療ガイドラインにおいて、糖尿病は心不全リスクを有するステージ A に位置づけられ、前心不全段階であるステージ B から症候性心不全であるステージ C への進展予防が求められており、糖尿病患者の症候性心不全発症予防への看護支援は重要といえる。そこで本レクチャーでは、アセスメントには不可欠である糖尿病から症候性心不全を呈する発症機序に加え、2025 年に提示された「心不全予防に関するステートメント」の診療フローチャートからステージ A・B の糖尿病に着目して治療と管理について整理する。一方で、これらの段階の糖尿病患者は無症状で経過することが多く、予防は容易ではないため理論的枠組みに基づき、症候性心不全発症の前段階における看護支援の在り方を検討したい。

# ■ミニレクチャー６

## 脳梗塞の早期対応

野田 泰葉
関西医科大学看護学部・看護学研究科　助教

糖尿病は動脈硬化を促進し、脳梗塞の主要な危険因子である。特に高血糖の持続、高血圧、脂質異常症の合併は脳梗塞発症リスクをさらに増大させる。一方、脳梗塞は“Time is brain”といわれるように、早期発見と迅速な受診が予後を大きく左右する疾患である。さらに、糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して脳梗塞後の機能予後が不良であることが知られており、後遺症によるセルフケア能力の低下は、患者および家族の生活に大きな影響を及ぼす。脳梗塞は急性発症疾患であり、発症早期の受診が重要であるが、「様子を見ていた」と語る患者も少なくない。特にラクナ梗塞や一過性脳虚血発作（TIA）は、症状が軽微であったり消失したりすることも多いため、「様子を見る」という判断につながりやすい可能性がある。本ミニレクチャーでは、脳梗塞の病型と糖尿病患者における脳梗塞の発症リスクについて解説するとともに、受診遅延の要因と、FAST（Face, Arm, Speech, Time）を活用した症状認識および早期受診の重要性について紹介する。

# ■ミニレクチャー 7

## “特別な技術” より大切にしていることーフットケア実践を支える基本技術ー

窪岡 由佑子
勝野内科クリニック／ニノ切やまもとクリニック　糖尿病看護特定認定看護師・診療看護師

フットケアと聞くと、専門的な技術や高度な処置が注目されることが多い。しかし日常実践において足を守るために重要なのは、特別な手技だけではなく、観察・評価・ケアを丁寧に積み重ねる基本技術であると考える。私は日頃、クリニックやフットケアサロンで多様な足の状態や生活背景を持つ方々に関わっている。その中で、足部の状態を早期に捉える観察と爪・皮膚・靴の適切な評価、生活に合わせたセルフケア支援、必要時の受診提案など、基本的な関わりが継続支援や重症化予防につながる場面を経験してきた。また、日々のケア技術は単なる処置ではなく、足に触れながら情報を得てアセスメントにつなげる重要な機会であると考えている。本講演では、日常のフットケア実践を振り返りながら、特別な技術ではなくてもフットケア実践を支える基本技術を中心に観察の視点やケアの工夫を共有し、明日からの看護実践につながるヒントを参加者と考えたい。

# ■ミニレクチャー 8

## Decisional Conflict（ディシジョナル・コンフリクト）：意思決定の葛藤

臼井 あかね
関西医科大学附属病院　看護部

慢性疾患患者は，治療選択や日々のセルフマネジメントの中で，自ら意思決定を行う場面が多い．その過程では，Decisional Conict（意思決定の葛藤：以下，DC）が生じることがある．近年，Shared Decision-Making（SDM）の重要性が高まり，患者の価値観を踏まえた意思決定支援が求められている．慢性疾患では，治療そのものが患者の日常生活の中で営まれるため，患者が自身の価値観や生活とのバランスを取りながら，納得のいく意思決定ができるよう支えることは重要である．

DC は，O'Connor（1995）が提唱した概念であり，複数の選択肢がある状況において，各選択肢の利益・不利益，自分にとって何を大切にしたいかという価値観，将来の見通しに対する不確実さ，将来「あの選択にしておけばよかった」と後悔するかもしれないという思いなどの間で揺れ，決断が難しくなる意思決定の葛藤状態を指す．DC には，情報不足，自分の価値観の不明確さ，支援不足，周囲からの影響などが関連するとされている．また，DC が高まると，意思決定を先延ばしにしたり，決定後の後悔につながる可能性がある．

DC を理解することは，患者が何に葛藤を感じ，どのような支援を必要としているのかを捉える手がかりとなる．本ミニレクチャーでは，DC の概念を紹介し，慢性疾患患者における意思決定支援について考える．

# ■ミニレクチャー９

## ネガティブケイパビリティ（Negative capability）

水野 光
関西医科大学看護学部・看護学研究科　助教

情報検索や生成 AI の発展により、私たちは以前よりも容易に「答え」にたどり着けるようになった。糖尿病を含む慢性疾患看護においては、療養指導、合併症予防、セルフマネジメント支援など、多くの場面で根拠に基づく判断と問題解決が求められる。一方で、実際の臨床では、患者の生活背景、価値観、病いの受け止め、家族関係、治療への迷いが複雑に絡み合い、明確な答えを見出しにくい状況にしばしば直面する。ネガティブ・ケイパビリティとは、不確実さや曖昧さの中で、性急に結論を求めず、問いを抱えたまま考え続ける力である。本レクチャーでは、この概念の成り立ちと、迅速な問題解決を志向するポジティブ・ケイパビリティとの関係を概説する。そのうえで、慢性疾患のある人への看護において、医療者が患者の語りや迷いに直ちに答えを与えようとするのではなく、不確実さを抱えながら関わり続けることの意味を検討する。迅速な問題解決が求められる現場において、答えを急がないことは、何もしないことではない。曖昧で不確かな臨床に向き合う看護職に求められる能力として、ネガティブ・ケイパビリティの意義を考察する機会としたい。

# ■ミニレクチャー 10

## “Positive living”

古川 佳子
関西医科大学大学院看護学研究科慢性疾患看護学領域

看護に携わる皆さんにとって、受容や適応という言葉はよく耳にすると思います。ですが、“Positive living” という言葉には馴染みがない方が多いのではないでしょうか。“Positive living” は、慢性疾患とともに生きるという文脈において患者さんにとっての望ましい目標と考えられている概念です。慢性疾患には、糖尿病や高血圧などの日々の生活習慣が病気の進行に大きく影響するものや、原因不明で治療法が未確立である病気、あるいは生命を脅かすがんなど多くの病気が含まれます。治療は日進月歩で新薬がどんどん開発され続けています。しかし、現在のところ慢性疾患のほとんどは最新の治療を使用しても、完治はのぞめません。このような治療の限界があるなかで、患者さんは病気であることを受け入れ、生涯にわたって治療を継続し、そして病気によって生じるさまざまな問題を乗り越えていかなければなりません。患者さんのなかには、このような問題を乗り越え、たとえ慢性的な症状や問題を抱えながらも、その人らしく生き生きと生活している方もいます。このレクチャーでは、慢性疾患とともに生きる患者の視点から “Positive living” を捉え、この概念に導く看護について考える機会としたいと思っています。

# ■ワークショップ 1

## 人生を紡ぐナースのキャリア

大瀧 由起
株式会社セラナースト

近年、日本の看護現場においては人手不足や業務負担の増加に加え、中堅看護師を中心としたキャリアビジョンの不明確さが課題として指摘されています。多忙な臨床環境の中で自己の将来像を省察する機会は限られており、キャリア形成が受動的になりやすいことが、結果としてモチベーション低下や離職意向の一因と考えられます。本ワークショップでは、心理学的手法を用いながら、無意識的プロセスへの働きかけを通して、看護師が自身の内的動機や価値観に気づき、主体的にキャリアを再構築する機会を提供することを目的とします。対象は臨床経験を有する看護師とし、９０分の構成で講義と体験型ワークを組み合わせて実施します。導入では、キャリア形成に関する基本的概念や多様なキャリアパスについて概説した後、言語化されていない価値観や感情に着目した自己理解を深めるワークを実施します。具体的には、心理学を用いた価値観の導出ワーク、キャリアデザインワークを実施し、個人の経験に内在する意味づけを可視化します。続いて、小グループでの対話を通して他者の視点に触れることで認識の再構成を促し、自身のキャリアの方向性を整理します。終盤では、短期及び中長期の目標設定を行い、具体的な行動レベルへと落とし込みます。看護師の感情的関与を高める体験型の学習設計を取り入れることで、感情労働の職務においても考える機会となることも本ワークショップの狙いとしています。同時に、知識伝達にとどまらない深い内省を促す点も特徴としています。本ワークショップを通じて、看護師が自らのキャリアを主体的に捉え直し、実践への動機付けを高めることが期待されます。また、内的同期に基づくキャリア形成支援の有用性について示唆を得ることを目的としています。
＜ファシリテーター＞大瀧由起（株式会社セラナースト代表取締役）＜アシスタント＞戸崎美恵（株式会社セラナースト病院マネジメント部門主任）

# ■ワークショップ 2

## あつまれ CDEJ ！高齢の A さんのことをみんなで一緒に考えよう！【CDEJ 認定機構合同】

肥後直子[1]、水野美華[2]
[1] 京都府立医科大学附属病院、[2] 原内科クリニック

【目的】
対面での交流機会が限られるなか、糖尿病にかかわる看護師同士が気軽に意見交換できる場を設ける。また、増加する高齢糖尿病患者の課題に対し、看護の視点からの工夫や対応を共有することを目的とする。加えて、本セッションは、参加者同士が日頃の悩みや工夫を率直に持ち寄り、立場や施設を越えて学び合える「参加型」の交流の場として位置づけている。日常の臨床にすぐに活かせるヒントや、他施設の実践に触れる機会となることを目指す。

【方法】
参加者を少人数グループに分け、くじ引きにより編成したチームでディスカッションを行う。テーマは、低血糖、認知機能低下、ポリファーマシー、治療選択など、高齢糖尿病患者に特徴的な課題とし、臨床場面を想定した具体的な意見交換を行う。必要に応じて参考資料を用いながら、参加者同士の双方向の対話を重視する。ディスカッションを円滑に進めるための参考資料として、学会作成の「高齢糖尿病患者の課題」および「低血糖」に関するリーフレットの配布も現時点で検討中である。
本セッションでは、一方向の講義ではなく、日頃の悩みや工夫を持ち寄り共有することを通して、新たな気づきと実践のヒントを得ることを目指す。正解のない課題について共に考える経験が、明日からのケアに踏み出す勇気につながることを期待する。

# ■ワークショップ３

## 健康と糖尿病の語りー「病気だけど病気ではない」当事者の健康観と生活世界の語りから看護を再考するー

高橋 奈津子[1]、佐藤 幹代[2]、安藤 里恵[1]、中山 直子[1]、髙山 千春[1]、米田 昭子[3]
[1]神奈川県立保健福祉大学、[2]自治医科大学、[3]そよぎハート＆ライフクリニック湘南平塚

本学術集会の原点回帰のテーマから、あらためて糖尿病看護の原点、原点に立ち戻る必要性とその先の看護について当事者の語りから何が見えてくるのかを考えている。我々は、糖尿病の語り映像をいかしたセルフマネジメント支援教材作成とインタビュー映像の一部を「認定NPO法人　ディペックスジャパン健康と病いの語り」のホームページに公開することをめざし、30名の２型糖尿病患者のビデオインタビューを実施した。そのインタビューでは実に豊富で多様な当事者の経験が語られている。糖尿病は、血糖値が高い病気、進行すると合併症が怖い病気ということは一般の人にも知られていることであるが、実際に糖尿病と診断された方々が自分の身体、健康、日常生活や人生への影響についてどう認識しながら日々の生活を営んでいるのかは見えにくい。当事者の方々自身も糖尿病という病いのとらえどころのなさ、わかりにくさを感じながらも生活習慣を省み、合併症の発症や進行をおさえようと自らよしとする健康状態を検査データや身体感覚等から把握したり、時に病気であることを自らの意思や状況により棚上げし生活している語りがみられた。このような語りから浮ケ谷氏の著書にあるように当事者の方々は「病気だけど病気ではない」という生活世界を生きているとあらためて感じた。語りは、当事者が語ること、語る内容であり、医療・看護において当事者の体験を理解することの重要性は周知されていると思うが、多忙な臨床現場ではじっくりと当事者の体験を聴く時間は限られており、ジレンマを感じることも多いのではないだろうか。また当事者誰しもが医療者に語ることをいつも望んでいるわけでもないだろう。今回、糖尿病とともに生きていく中でえられた身体感覚や健康観、生活世界に関する語りをいくつか紹介する。語りの視聴を通して、その当事者の体験の一端を知り、本ワークショップに参加する皆様が臨床経験からえてきた実践知に加え、リタ・シャロンが提唱したナラティブ・コンピテンシー（物語能力）を意識してみることで、自身の糖尿病看護の原点を見つめなおし、今後の糖尿病看護の拡がりと深化につながることを期待したい。

# ■ワークショップ 4

## 糖尿病看護の「原点」としての「コミュニケーションデザイン」

蓮 行
京都大学経営管理大学院

**【背景と目的】**演者の「糖尿病教育・看護」の原点は、ある糖尿病専門医との出会いである。その時、「糖尿病って、医者が治せない病気なんですよね」と言われたことを、今でも強烈に記憶している。この言葉は、「糖尿病は特効薬や手術では治せない」という現代の医学の現実を突きつけると同時に、患者自身の自己管理能力を信じ、その生活を支える看護の重要性を示唆している。しかし、臨床現場において、医療者はしばしば「指導」という枠組みに固執し、患者との対話に限界や無力感を抱くことが多い。本ワークショップでは、演者が考案・実践してきた「演劇的手法」を用いたアクティビティを体験していただく。これは医療者が患者の心情や生活世界を多角的に体感するための手法である。
**【ワークショップの内容】**本ワークショップでは、「コミュニケーションデザイン」の理論的枠組みを頭で理解するだけでなく、短時間ながら「身体知」として消化することを目的とする。
1. **理論の説明**：コミュニケーションデザインに関するレクチャー。なお、座学的要素は、極力少なめにしたいと考えている。
2. **演劇的アクティビティ**：看護教育（卒前・卒後を含む）および臨床現場で活用できるような、演劇的手法を用いたアクティビティを実施する。そんなに恥ずかしくないはずである。
3. **リフレクション**：一番重要なフェーズであり、参加者同士での「集合知」生成を目指す。
**【期待される効果・意義】**演劇的手法は、正解のないケアの現場において、一旦の仮想空間において「ここではチャレンジや失敗してもよい」という安全を確保し、医療者の想像力を解放する。患者の生活の背後にある文脈（コンテクスト）を身体的・感性的に追体験することで、医療者は「伴走者」へと役割を再定義できる。
**【結語】**糖尿病看護は、患者が自らの生活の主人公であり続けるための支援である。本ワークショップを通じて、糖尿病看護の原点である「コミュニケーション」を「コミュニケーションデザイン」という視点で捉え直し、臨床現場や研究で新たな対話の可能性を拓いていただければ本望である。

# ■ 30 周年記念企画鼎談 1
## 日本糖尿病教育・看護学会の魅力と期待

**日　時：9 月 26 日（土）13：10 ～ 14：10**
**会　場：第 3 会場（特別会議場）**

エスコート：東 めぐみ（順天堂大学保健看護学部）
森 小律恵（東京都済生会向島病院）
柴山 大賀（筑波大学　医学医療系　看護・健康科学域）

演　者：河口 てる子（聖隷クリストファー大学　看護学部／第 2 代理事長）
嶋森 好子（日本糖尿病教育・看護学会／第 3 代理事長）
数間 恵子（元東京大学　元大学院医学系研究科　健康科学・看護学専攻成人看護学／緩和ケア看護学／第 4 代理事長）

日本糖尿病教育・看護学会 30 周年特別企画　鼎談 1 では、学会の創設期から変革期を経て充実期に至る時代に理事長を務められた河口てる子先生、嶋森好子先生、数間恵子先生にご登壇いただきます。

河口てる子先生は、糖尿病看護における学術団体の創設をはじめ、看護研究を患者支援に役立てる循環の必要性から本学会の設立にご尽力されました。「研究と実践の両輪」という創設理念のもと、日本糖尿病療養指導士・糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師など糖尿病を専門とする資格制度の創設と教育の継続にご尽力されました。設立総会・第 1 回学術集会は 1996 年 10 月 13 日、日本赤十字看護大学（東京）で開催されました。

嶋森好子先生は、本学会が任意団体であった第 4 期から法人 1 期・2 期の変革期に理事長としてご活躍されました。社会的認知に向け法人化を果たし、学会委員会と現場支援、行政との協働による学術活動と政策提言を推進されました。2008 年には、政策委員会やネットワーク委員会による政策提言や実践事例の集積、特別委員会による教育プログラム策定などの協働により、糖尿病合併症管理料が診療報酬において評価されました。運営面では、事務局の外部委託も行われました。

数間恵子先生は、組織の一層の発展を目指した充実期である 3 期～ 6 期にご活躍されました。法人化後はじめて評議員選挙を行い、選ばれた評議員団により役員団を組織化したほか、総務会を立ち上げ迅速な意思決定体制を整えられました。また「将来検討委員会」を設置し、『フットケア技術第 3 版』『災害時の糖尿病看護マニュアル』等の書籍化を推進されたほか、日本糖尿病療養指導士認定機構や日本糖尿病学会などと協働し、対外的活動を推進されました。

2026 年、20 周年記念会から 10 年が経ちました。この間、現場で実践する看護職に役立つ学会を目指し、研究は実践に、実践は研究にと相互に反映され、エビデンスに基づいた実践は糖尿病患者への支援方法を変革・進展させてきました。本鼎談では 3 名の先生と本学会の歴史を共有し、さらなる 10 年への期待と展望を考えます。

# ■ 30 周年記念企画鼎談 2
## 日本糖尿病教育・看護学会の真価と展望

**日　時：9 月 27 日（日）10：40 ～ 11：40**
**会　場：第 3 会場（特別会議場）**

エスコート：多崎 恵子　（金沢大学　医薬保健研究域 保健学系）
　　大原 裕子　（帝京科学大学 医療科学部 看護学科）
　　村内 千代　（関西医科大学 看護学部・看護学研究科）
演　　者：稲垣 美智子（金沢大学／第 5 代理事長）
　　正木 治恵　（千葉大学　看護学研究院　名誉教授／第 6 代理事長）
　　瀬戸 奈津子（関西医科大学看護学部・看護学研究科／第 7 代理事長）

日本糖尿病教育・看護学会設立 30 周年節目の 2 つの記念鼎談のうち、学会創設から 20 年に渡り確かな礎を築かれた歴代理事長による鼎談 1 を受け、本鼎談 2 では特に、2016 年以降から現在までの約 10 年間の歩みに焦点を当てる。登壇者には、この激動の時期に本学会を牽引してきた歴代理事長 3 名を迎える。登壇者がこれまでの実践知を紡ぎながら、これからの糖尿病看護の真価と未来への展望を深く議論する。

まず【過去：歩みと原点】では、糖尿病看護に携わる中で大切にされてきた思いの原点に迫る。日々の臨床・教育の中で、患者や家族、共に働く医療スタッフ、そして未来を担う院生・学生たちとの深い関わりがいかに支えとなってきたか、また、そこから生まれた研究の蓄積がどのように看護の質を高めてきたのか「ケアの原点」を紐解く。

次に【現在：今思うこと】として、激変する社会情勢と糖尿病医療の進化における本学会の存在意義を議論する。この 10 年は、大規模災害やコロナ禍など、社会構造を揺るがす事態が相次いできた。同時に、糖尿病医療においては新薬の登場やテクノロジーの導入などの進化が目覚ましい。このような変化の大きい時期に、糖尿病看護や本学会が果たしてきた独自の役割、他にはない強みや価値を浮き彫りにし、困難な時代だからこそ見えてきた「真価」について、3 名のリーダーの視点から考えを巡らせる。

最後に【未来：今後を見据えて】、これからの糖尿病看護と本学会が目指すべき未来像を展望する。多様化・複雑化する社会において、今後より一層強化すべき視点や学会に期待される役割・使命について提言を行う。特に、次世代の糖尿病看護を牽引する看護師の皆さま、そして、その指導的立場にある看護師の皆さまに未来へつなぐ熱いメッセージを発信する。歴代理事長 3 名が紡いだ確かな足跡と知を礎に、糖尿病看護が未来へ向けてさらに輝き続けるための道標「展望」を登壇者たちの対話を通じて描き出す時間としたい。

# ■国際交流委員会企画
# Diabetes Self-Management Support for People from Diverse Cultural Backgrounds

**日　時：9月27日（日）9：00～10：30**
**会　場：第3会場（特別会議場）**

座　　長：谷本 真理子（山梨県立大学看護学部／大学院看護学研究科）
　　河井 伸子　（近畿大学看護学部）
演　　者：Catherine Chesla（University of California, San Francisco）

Type 2 diabetes is highly prevalent in immigrant populations in Japan including those from China, the Philippines, South Asian and East Asian countries. While standard diabetes education and self-management support are essential in helping immigrant patients and their families manage diabetes, adapting care to address cultural diversity can improve patients' engagement with care and diabetes outcomes over time.
This presentation will discuss fundamentals of cultural adaptations in diabetes care with immigrants to Japan, along with their efficacy. Diabetes-relevant cultural background beliefs and practices for each ethnic group will be highlighted including, shared health concepts, family health roles and values, common cultural dietary and physical activity practices and religious prescriptions and prohibitions. Social determinants of health that affect all ethnic groups will be discussed. Immigration factors to consider in diabetes management like generation and acculturation will be highlighted.
Cultural adaptations that have enhanced immigrants' engagement in diabetes education, and improved patient and family self-management, will be reviewed. Practical guidance for clinicians, drawn from both research and creative clinical practice with these immigrant groups will be offered.

# ■政策委員会企画
## 情報通信機器を用いた在宅療養指導料の算定について ―令和８年診療報酬改定を受けて ―

**日　時：9月26日（土）10：15～11：25**
**会　場：第３会場（特別会議場）**

総合司会：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）
演　　者：山﨑 優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
　　村田 中　（日本赤十字社医療センター）
　　町田 景子（東京都立多摩北部医療センター）
企　　画：日本糖尿病教育・看護学会　政策委員会
　　太田 美帆（東京家政大学）
　　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）
　　永渕 美樹（佐賀大学）
　　野間 弘子（船橋市立医療センター）
　　町田 景子（東京都立多摩北部医療センター）
　　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（浦安市特別養護老人ホーム）

近年のIOT機器やリアルタイムCGM、コロナ禍を経てのWEB会議システムやビデオチャットの普及は糖尿病診療や看護にも大きな影響をもたらした。日常的にこれらの機能を利用した遠隔医療・支援を、通常の対面診療や看護の補完として活用する場面も多くなっている。また、１回/月や病状に合わせた頻繁な通院が困難な高齢糖尿病患者、休暇取得が困難な就労者や妊婦、へき地在住者などへの医療・看護提供が課題となっている。このような背景を受け、令和８年の診療報酬改定で、在宅自己注射指導管理料を算定している患者と慢性心不全の患者に対して、情報通信機器を用いた２回目以降の指導に在宅療養指導料の算定が可能となった。この算定に向け、当委員会では2018年より活動を開始してきた。その間、遠隔モニタリング支援に関する複数回の実態調査や遠隔モニタリング支援に関するセミナーの開催、研究報告などの活動を経て、2025年に中央社会保険医学協議会への申請を行った。
今回のセミナーでは、新たに算定が可能となった、情報通信機器を用いた在宅療養支援について、算定要件の詳細、具体的な方法や課題、期待される効果と将来の展望について共有したいと思う。

【プログラム】
　総合司会：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）
1. オープニング：企画趣旨説明
2. 情報通信機器を用いた在宅療養指導料の新設について
　　山﨑　優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
3. 診療報酬新設に向けた政策委員会の活動
　　村田　中（日本赤十字社医療センター）
4. 情報通信機器を用いた支援の実際と将来の展望
　　町田　景子（東京都立多摩北部医療センター）
5. 質疑応答
6. まとめ

# ■研修推進委員会企画 1
## 認識に働きかけ、気づきを引き出し、患者の「腑に落ちる」をともにつくる ―支援シートを用いた糖尿病透析予防支援―

**日　時：9月26日（土）14：20～15：30**
**会　場：第3会場（特別会議場）**

演　　者：植垣 一彦　（神奈川県立保健福祉大学実践教育センター非常勤講師）
　　吉田 照美　（岡崎市民病院）
　　浜田 詩子　（土佐市立土佐市民病院）
　　久保 睦子　（八戸市立市民病院）
　　平岡 めぐみ（JCHO 四日市羽津医療センター）
　　柳井田 恭子（川崎市立井田病院他）
企　　画：日本糖尿病教育・看護学会　研修推進委員会（透析予防支援チーム）
　　柳井田 恭子（川崎市立井田病院）
　　吉田 照美　（岡崎市民病院）
　　浜田 詩子　（土佐市立土佐市民病院）
　　久保 睦子　（八戸市立市民病院）
　　平岡 めぐみ（JCHO 四日市羽津医療センター）
　　青木 美智子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）

糖尿病性腎症は自覚症状に乏しく、患者さんが病状の変化を実感しにくい疾患です。そのため、医療者からの説明を受けても「まだ大丈夫」と捉えられ、セルフケア行動につながらないことが少なくありません。私たちは、患者さん自身の「気づき」を引き出すこと―すなわち、本人の内面に目を向ける主体的なプロセスーが行動変容につながると考え、身体感覚にアプローチする5つの「支援シート」を作成しました。支援シートは、①セルフケアを振り返る、②新たな知識を増やす、③未来をイメージする、④できそうなことを選択する、⑤決意を新たにする、の視点で構成されています。本セミナーでは、まず「認識論」についてのご講義を通して、患者の認識に働きかける支援の重要性について理解を深めます。その後、事例を通して支援シートの活用方法の実際を紹介し、身体感覚への働きかけについても体感していただきます。患者さんの認識にどのように関わると“腑に落ちる理解”につながるのかを具体的に学び、明日からの実践に活かせる支援方法を持ち帰ることができる内容です。日々の支援を振り返り、明日からの実践に活かせるヒントを得ていただければと思います。私たちと一緒に、「気づき」を引き出す関わりを体験してみませんか。皆さまのご参加を、心よりお待ちしております。

【プログラム】
1．挨拶：青木美智子　（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）

2．講演　「認識の深まり」と「気づき」をめぐって　～「支援シート」を支える理論～
　　演者：植垣一彦（神奈川県立保健福祉大学実践教育センター非常勤講師）

3．体験型講義　支援シートを使った認識に働きかける気づきを促す支援の実際
　　演者：吉田照美　　岡崎市民病院
　　浜田詩子　　土佐市立土佐市民病院
　　久保睦子　　八戸市立市民病院
　　平岡めぐみ　JCHO 四日市羽津医療センター
　　柳井田恭子　川崎市立井田病院他

4．コメント：植垣一彦

# ■編集委員会企画
## 論文でつなぐ糖尿病看護の実践と研究―学会誌 30 年の軌跡とこれから ―

**日　時：9 月 26 日（土）15：40 ～ 16：50**
**会　場：第 3 会場（特別会議場）**

演　　者：佐藤 三穂　（北海道大学大学院）
　　西村 亜希子（香川大学）
企　　画：日本糖尿病教育・看護学会　編集委員会
　　澄川 真珠子（札幌医科大学）
　　清水 安子　（大阪大学大学院）
　　上杉 裕子　（金城学院大学）
　　工藤 理恵　（筑波大学）
　　桑村 由美　（徳島大学）
　　徳永 友里　（杏林大学）
　　中尾 友美　（大阪公立大学）
　　永渕 美樹　（佐賀大学）
　　藤田 君支　（九州大学大学院）
　　藤原 優子　（大阪大学医学部附属病院）

本学会は今年，創立 30 周年を迎えました．この節目にあたり，編集委員会セミナーでは，学会誌に掲載されてきた論文を振り返ることを通じて，糖尿病看護の実践と研究の変遷を共有し，今後の展望について考える機会といたします．
学会誌は，会員の皆さまの研究成果や実践の知を社会に発信する場として，創刊以来その役割を担い続けてきました． 30 年間に蓄積された掲載論文を振り返ると，研究テーマや方法論の多様化，臨床現場における課題の変容，そして糖尿病看護そのものの発展の過程が浮かび上がります．本セミナーでは，まずこれらの論文の傾向と変遷から，糖尿病看護の実践・研究がどのように深化してきたかを振り返ります．
また，こうした軌跡を踏まえ，これからの実践や研究を“論文として伝える”ことの意義や，糖尿病看護のさらなる発展につなげていくための視点について考えます．あわせて，新しい投稿システムについても，実際の画面を交えながらご紹介します．
30 年の歩みを次の世代へとつなぐ場として，研究者の皆さまはもちろん，実践の場で日々取り組まれている皆さまにも，ぜひお気軽にご参加いただければ幸いです．

＜プログラム内容＞
・編集委員会委員長よりご挨拶
・糖尿病教育
・看護の研究発表のこれまでとこれから
・新投稿システムのご紹介
・質疑応答

# ■研究推進委員会企画
## 臨床家のための量的研究入門
## ―“あるある”事例から学ぶ調査質問紙の落とし穴―

**日　時：9月27日（日）13：20～14：30**
**会　場：第3会場（特別会議場）**

司会進行：村角 直子（金沢医科大学）
　　森 加苗愛（順天堂大学）
演　　者：柴山 大賀（筑波大学）
　　山﨑 優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
企　　画：日本糖尿病教育・看護学会　研究推進委員会
　　森 加苗愛（順天堂大学）
　　餘目 千史（公益社団法人日本看護協会）
　　岡 佳子　（飯塚病院）
　　柴山 大賀（筑波大学）
　　住吉 和子（岡山県立大学）
　　髙橋 慧　（大阪大学）
　　原 光明　（訪問看護ステーションオリナス）
　　東 めぐみ（順天堂大学）
　　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）
　　山﨑 優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
　　山田 明子（JCHO 九州病院）

【企画趣旨】
臨床現場では、「日々のケアを研究にしたい。」「自分の実践の効果を示したい。」と考える看護師が増えています。しかし、研究の進め方がよくわからないまま取り組もうとすると、研究目的の設定から調査票の作り方、データの集め方、結果のまとめ方まで思いがけないところでつまずくことがあります。「やる気はあるけれど、どこから手をつければいいか分からない。」「自分のやり方で本当に大丈夫なのか不安だ。」という声は、多くの臨床家に共通する悩みではないでしょうか。本セミナーでは、そんな臨床家の研究への第一歩を応援することを目的に、現場でよく見られる“あるある”事例を題材にした実践的な学びの場をご用意しました。前半では、量的研究の基本的な考え方と調査質問紙を作るうえで押さえておきたいポイントをわかりやすくお伝えします。続いて、臨床現場を舞台にした模擬研究事例を提示し、「効果を示したい。」という思い込みからくる研究目的の設定、場当たり的な介入、構造の揃っていない質問紙、偏った対象者の選び方、数値だけで判断した結論など典型的なつまずきポイントを具体的にご紹介します。後半のオープンレクチャーでは、この事例をもとに「よりよい調査質問紙にするにはどうすればよいか」を一緒に考えます。答えを一方的に提示するのではなく、参加者の皆様とともに考え、気づきを共有できる場を目指します。本セミナーが、臨床での研究活動を一歩前進させるきっかけとなり、看護実践の質向上につながることを願っています。

【プログラム】
司会進行　村角直子・森加苗愛
趣旨説明（5分）
ミニレクチャー（20分）
テーマ：量的研究の基本ー調査質問紙作成上のポイントー
　　柴山大賀（筑波大学）
模擬研究事例提供　（10分）
テーマ：量的研究ライブレクチャー模擬研究
　　山﨑優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南）
オープンレクチャー（25分）
まとめ（5分）

# ■特別委員会企画
## 糖尿病がある高齢者支援×デジタルデバイス
## ～活用の明暗を分ける要因はなにか？～

**日　時：9月27日（日）9：00～10：30**
**会　場：第3会場（特別会議場）**

企　　画：日本糖尿病教育・看護学会　特別委員会
梶野 美保　（九州大学病院）
金本 純子　（四天王寺大学）
草間 恵里　（信州大学医学部附属病院）
原田 和子　（医療法人社団　紘和会　平和台病院）
桃坂 真由美（九州大学病院）
生駒 千恵　（医療法人 社団誠和会 牟田病院）
黒田 久美子（千葉大学）
佐多 愛子　（福岡県立大学）
佐藤 果苗　（安田女子大学）
橋本 祐子　（医療法人社団　亮仁会　那須中央病院）
溝上 貴世美（坂出市立病院）
内海 香子　（岩手県立大学）

近年、持続血糖測定（CGM）、インスリンポンプやスマートフォンアプリなどのデジタルデバイスの普及により、糖尿病診療および看護実践は大きく変化しています。これらは血糖変動の可視化を通じて低血糖リスクの早期発見や自己管理の質向上に寄与し、特に重症化予防の観点から高齢者においても有用性が期待されています。一方で、高齢者では認知機能や視覚・手指機能の低下、デジタル機器への不慣れさ、社会的支援の不足などにより、デバイス活用が困難となる場面も少なくありません。日本糖尿病教育・看護学会特別委員会では、高齢者の看護支援に対する取り組みを行なっており、その一つとしてデジタルデバイスの活用も推進しています。本集会では、糖尿病がある高齢者がデジタルデバイスを活用する場合の注意点を提示します。更に、デジタルデバイスの活用が有効であった事例と活用が困難であった事例を提示します。具体的には、CGM導入により低血糖の早期察知が可能となり生活の安全性が向上した事例や、家族・重要他者や医療者との情報共有により支援が強化された事例を紹介します。一方で、デジタルデバイスの操作理解が困難で継続使用に至らなかった事例や、支援体制の不足によりデバイスが十分に活用されなかった事例についても取り上げます。これらの事例を踏まえ「糖尿病がある高齢者においてデジタルデバイスを導入すべき対象はどのように判断するか」「活用困難な患者に対してどのような支援が必要か」「家族・重要他者や多職種を含めた支援体制をどのように構築・継続していくか」等について参加者とのディスカッションを通して検討します。これらの検討を通じて、患者特性に応じたデジタルデバイス活用のあり方と、実践可能な支援の方向性を明確にしたいと思います。皆様のご参加を心よりお待ちしています。

# ■研修推進委員会企画 2
## 糖尿病重症化予防フットケア研修ブラッシュアップ“困りごと”“工夫”“知恵”を持ち寄り実践のヒントを見つけよう

**日　時：9月27日（日）14：50～16：10**
**会　場：第11会場（1101-1102）**

企　　画：冨永 幸恵　（秋田大学医学部附属病院）
青木 美智子（公益社団法人日本看護協会看護研修学校）
春田 さゆり（JA長野厚生連佐久総合病院）
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）
荷川取 祐香（社会医療法人敬愛会中頭病院）
住吉 由巳子（順天堂大学医学部附属浦安病院）
由浪 有希子（あおいくま訪問看護リハビリステーション仙台）
数間 恵子　（日本糖尿病教育・看護学会元理事長）

【企画趣旨】
日本糖尿病教育・看護学会研修推進委員会以下、本委員会では、糖尿病重症化予防を目的としたフットケア研修を継続的に実施し、予防的フットケアを実践する看護師の育成に取り組んでいます。現行の研修では、新たにフットケアを始める方を主な対象としており、コロナ禍以降はブラッシュアップ研修の機会を提供できていませんでした。

本委員会は、第30回日本糖尿病教育・看護学会学術集会において、糖尿病重症化予防フットケアブラッシュアップ研修に関する要望と内容についてのアンケートを実施しました。その結果、研修開催への要望は高く、研修内容としては、技術面でのブラッシュアップ、肥厚爪・巻き爪や胼胝・鶏眼への対応、アセスメントの視点と統合の向上、習得した知識・技術の臨床での活かし方、困難事例への支援方法の検討、チーム医療や多職種連携などがありました。

そこで、本委員会では皆様の要望にお応えすべく、本交流集会を企画いたしました。そのねらいは、参加者がフットケアを実践するうえでの“困りごと”の解決のためのヒントを見つけていただくところにあります。持ち寄った“困りごと”を共有しあい、個々の工夫や知恵をディスカッションで出し合いながら、日々のケアに取り入れられる具体的なヒントを見つける場となることを願っています。この機会にフットケア実践での悩み事、困っている事などを私たちと一緒に話してみませんか。

【プログラム】
Ⅰ開会・趣旨説明・進め方の説明
Ⅱグループディスカッション①：困りごとの共有
Ⅲグループディスカッション②：工夫や実践の共有
Ⅳ全体ディスカッション
Ⅴクロージング

## 9月26日（土） 第1会場（大ホール）

# ■ランチョンセミナー1

座長：肥後 直子（京都府立医科大学附属病院　看護部）

## CGM時代の糖尿病看護実践
## —CGMデータをもとに対話を進めよう —

林 哲範
北里大学 看護学部 基礎看護学 教授／糖尿病・内分泌代謝内科

持続グルコースモニタリング（CGM: continuous glucose monitoring）は、糖尿病診療における血糖モニタリングの標準的な手法として急速に普及している。近年では1型糖尿病のみならず2型糖尿病においても活用の機会が広がり、血糖変動を可視化するツールとしてその有用性が広く認識されるようになった。
CGMから得られる情報は、単なる血糖値の記録にとどまらない。日常生活や食事、運動、服薬行動と血糖変動との関連を具体的に示すことで、患者自身の気づきや行動変容を促すことができる。特に看護師にとってCGMレポートは、患者との対話を深め、療養上の課題や強みを共有しながら支援を行うための有効なコミュニケーションツールとなる。
一方で、CGMを療養支援に十分活かすためには、血糖変動の理解や各種指標の解釈、機器の特徴に関する知識に加え、得られたデータを個々の患者の生活や価値観に結び付けて支援へとつなげる視点が求められる。単に数値を評価するのではなく、「なぜこの変動が生じたのか」「患者はどのような生活を送っているのか」をともに考える姿勢が重要である。
本セミナーでは、CGMの基本的な知識を整理するとともに、糖尿病看護においてCGMをどのように活用できるのか、CGMレポートを用いた患者との対話や療養支援の実際を紹介する。CGMを「血糖を測るためのツール」から「患者を理解し、行動変容を支えるためのツール」へと発展的に活用する視点を共有し、CGM時代における看護師の役割と実践のポイントについて考える機会としたい。

**共催：アボットジャパン合同会社**

**9月26日（土） 第3会場（特別会議室）**

# ■ランチョンセミナー2

座長：山﨑 優介（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南事業所長）

## AIDで広がる選択
## ～ライフキャリアを支える外来導入の実際と支援のポイント～

坂本 倫基
学校法人福岡大学 福岡大学病院 看護部 糖尿病看護特定認定看護師

近年、糖尿病治療におけるデバイスは大きく進歩し、ミニメド780Gシステムによる AID（Automated Insulin Delivery）療法は、1型糖尿病をもつ方の血糖マネジメントを大きく変化させています。AID療法は血糖マネジメントの改善だけでなく、日常生活における負担軽減や安心感の向上につながり、その人らしい生活を支える治療選択の一つとなっています。

私たち医療者にもキャリアがあるように、糖尿病をもつ方にもそれぞれのライフキャリアがあります。進学、就職、結婚、出産、子育てなど人生の節目において、治療を見直し、その時々に最適な支援を提供することが糖尿病看護の重要な役割であると考えています。

私は特定行為外来を活用し、AID療法の外来導入システムの構築に取り組みました。そのきっかけは、3歳児を育てながら血糖マネジメントに苦慮していた1型糖尿病をもつ母親との出会いでした。入院導入が困難な状況の中、その方の生活を変えずに治療を支える方法を模索したことが、外来導入システム構築の原動力となりました。

本セミナーでは、ライフキャリアの視点から AID療法の意義を捉え、外来導入システムの実際や症例を通して、AID療法導入支援のポイントについて紹介します。原点回帰という学会テーマのもと、一人ひとりの生活や未来に寄り添う糖尿病看護について、皆様と共に考える機会としたいと思います。

**共催：ミニメドジャパン合同会社**

**9月26日（土） 第4会場（1202）**

# ■ランチョンセミナー3

座長：青木 美智子（公益社団法人日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 糖尿病看護学科 専任教員）

## 糖尿病性神経障害（DPN）の臨床病期と診療のポイント

出口 尚寿
鹿児島大学病院 総合臨床研修センター 副センター長

糖尿病性神経障害 (DPN) は，網膜症や腎症とともに糖尿病細小血管合併症に分類される．その病態機序は，慢性高血糖がもたらす遠位対称性の神経軸索変性による神経線維脱落である．症候学的には感覚，自律，運動神経障害へと進展し，DPN の臨床病期分類が提唱されている．

前症候期（Ⅰ期）～無症状期（Ⅱ期）では，ベッドサイドで実施可能な「DPN の簡易診断基準」を適用し早期診断に努める．実施に当たっては的確な問診と，正しい手技でのアキレス腱反射や振動覚検査が必要となる．治療においては，低血糖や血糖変動にも配慮した良質な血糖マネジメントと，体重，血圧，脂質も含むトータルケア，エパルレスタットの適正投与が大切である．

症状期前期 ( Ⅲ期 ) は両足のしびれや疼痛が問題となる． DPN にともなう疼痛 (DPNP) は，治療不十分であれば難治化するため，第一選択薬を適切に使用する． DPNP 治療薬は，一般的な鎮痛薬とは作用機序も効果発現も副作用も異なるため，処方開始時に十分説明し，処方後も，疼痛改善度を客観的に評価し，患者と対話しながら用量調節することが大切である．なお，糖尿病性足病変 (DF) 発症予防のための予防的フットケアも重要となる． 10g モノフィラメントを用いた防御知覚評価は DF ハイリスク者のスクリーニングに有用である．

症状期中期（Ⅳ期）では，無自覚潜行性に発症進展した糖尿病性自律神経障害（DAN）が重症化し，様々な身体症状が顕性化し患者の QOL は著しく低下する．もはや対症療法とケアしか手立てはなく，根本的な改善は見込めない．症状期後期（Ⅴ期）は，防御知覚喪失，足部筋萎縮と筋力低下（運動神経障害），重症 DAN が併存し，転倒・骨折，足潰瘍形成，壊疽による切断，無自覚低血糖や不整脈による突然死も起こりうる．また，下肢閉塞性動脈疾患 (LEAD) にⅣ期以降の DPN を併発すると DF リスクが増し，包括的高度慢性下肢虚血 (CLTI) に至る例が少なくない．

DPN はとっつきにくい合併症と思う医療者が少なくない．実臨床では専ら重症の DF や DAN のケアを任される看護師が，むしろ早期診断や臨床病期評価に積極的に関わることで末期 DPN，CLTI 症例を減らすことができる可能性がある．

**共催：第一三共株式会社**

## 9月26日（土） 第5会場（1004-1005）

# ■ランチョンセミナー4

座長：古山 景子（日本医科大学付属病院看護部）

## 特定行為が拓く看護師による糖尿病医療の未来

長尾 元嗣
東京女子医科大学 内科学講座 糖尿病・代謝内科学分野 教授・基幹分野長

糖尿病患者数の増加や医師の働き方改革を背景に、糖尿病診療においてもタスクシフト・シェアの重要性が高まっている。特定行為研修制度の普及に伴い、看護師が糖尿病診療を担う機会は着実に増加している。一方、海外では看護師が一定の役割分担のもと患者教育や血糖管理を担い、糖尿病診療において重要な役割を果たしている。

本講演では、都心部の大学病院における特定行為「インスリンの投与量の調整」の導入と発展の歩みを紹介する。院内では、特定行為研修修了看護師が他科入院患者のインスリン投与量調整を担い、糖尿病専門医と連携しながら血糖管理を実践してきた。また、退院後の在宅医療では、診療看護師（NP）、在宅医療機関、糖尿病専門医が連携し、持続グルコース測定（isCGM）、オンラインカルテ、ビジネスチャットツールを活用した情報共有を行うことで、安全かつ継続的な糖尿病診療体制の構築に取り組んできた。

これらの実践を踏まえ、特定行為を基盤とした看護師による糖尿病診療の可能性と今後の課題を整理するとともに、教育体制、診療プロトコール、多職種連携、質保証のあり方について議論し、日本における看護師による糖尿病診療の将来展望を考察する。

**共催：テルモ株式会社**

**9月27日（日） 第1会場（大ホール）**

# ■ランチョンセミナー5

座長：楢原 直美（済生会横浜市東部病院）

## 特定行為外来から広げる CGM 導入支援と多職種アプローチ

坂本 倫基
学校法人福岡大学福岡大学病院看護部糖尿病看護特定認定看護師

近年、持続グルコースモニタリング（CGM）は糖尿病診療において血糖変動の「見える化」を実現し、低血糖予防や血糖マネジメントの向上、さらには治療負担の軽減に大きく貢献しています。一方で、その有用性が十分に知られていないことや、導入・継続支援体制の地域差や施設間格差により、CGM を必要とする方へ十分に届けられていない現状もあります。

当院では特定行為外来を活用し、CGM に関する情報提供から導入支援、導入後のフォローアップまでを一貫して実施しています。昨年度は特定行為外来で 66 件の CGM 導入を支援し、一人ひとりの生活背景や価値観を踏まえながら、共同意思決定（SDM）に基づく治療選択を支援してきました。CGM の活用によりセルフモニタリングが促進され、血糖マネジメントの改善に加え、独居高齢者などにおける低血糖予防や重症低血糖の回避につながった症例も数多く経験しています。

CGM の価値を最大限に引き出すためには、導入だけでなく、継続して活用できる支援体制が重要です。医師だけでなく、看護師、管理栄養士、薬剤師など多職種が CGM を正しく理解し、それぞれの専門性を活かして支援することが求められます。そのような中、糖尿病をもつ方々に最も身近な存在である私たち看護師は、多職種をつなぎ、CGM 導入を推進するキーパーソンとして重要な役割を担うと考えています。

本セミナーでは、特定行為外来における CGM 導入支援の実践と、導入後に生じる障壁を未然に防ぐための多職種アプローチについて紹介します。また、患者一人ひとりに適した治療選択を支える SDM の実践についても共有し、CGM を必要な方々へ届けていくために、明日から実践できる支援のポイントを皆様と考える機会としたいと思います。

**共催：デクスコムジャパン合同会社**

**9月27日（日） 第3会場（特別会議室）**

# ■ランチョンセミナー6
# 多様化する1型糖尿病とスティグマ～医師・患者の立場から～

座長：森 小律恵（東京都済生会向島病院）

## 免疫チェックポイント阻害剤関連1型糖尿病の機序と課題

下村 伊一郎
大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科学 教授

## やらな、しゃーない！～1型糖尿病だからできたこと～

岩田 稔
株式会社 Family Design M 代表取締役／阪神タイガース CA（コミュニティアンバサダー）

近年、1型糖尿病はその発症背景や病態の理解が深まるにつれ、従来の「若年発症・急性発症」という典型像にとどまらず、成人発症や緩徐進行型、さらにはがん治療に関連した発症など、多様な病態を含む疾患として認識されるようになっている。1型糖尿病の患者背景は多様化しているが、患者さんはいずれも日々のインスリン治療や血糖マネジメントなどの継続的な自己管理が必要であり、生活や将来設計に大きな影響を及ぼしかねない。これまでの疾患理解や患者像が必ずしも現在の実態と一致しているとは限らず、こうした認識のずれや誤解からスティグマが生じ、心理的負担や社会生活への影響をもたらすことも少なくない。

本セミナーでは、「多様化する1型糖尿病とスティグマ」をテーマに、医師および患者の立場からご講演いただく。下村先生のご講演では、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）による糖尿病発症を取り上げる。ICIは、がん薬物療法において重要な役割を果たす一方、免疫関連有害事象のひとつとして糖尿病を発症することがある。発症頻度は高くないものの、急激な高血糖やケトアシドーシスを契機に診断される場合もあり、早期発見と適切な対応が重要である。講演では、最近、下村先生のグループが明らかにした本疾患状態の原因と特徴、新しい予防・治療法の可能性、実臨床での対応に加え、がん治療を続けながら新たに糖尿病と向き合う患者さんやご家族への支援のあり方について考える。

岩田さんには、高校時代に1型糖尿病を発症しながらも競技を続け、プロ野球選手として長年活躍された経験から、病気との向き合い方、治療継続の難しさ、周囲の理解と支援の重要性についてご講演いただく。現在取り組まれている啓発活動にも触れていただき、当事者としての実体験に根ざしたメッセージを通じて、1型糖尿病への理解を深める機会としたい。

最後に両講演の内容を踏まえたトークセッションにて、スティグマが患者さんに与える影響や、前向きに治療に取り組むために必要な支援について、医師、看護師、患者それぞれの立場から議論する。多面的な視点を共有することで、今後の診療・支援・社会的啓発のあり方を考える契機となることを期待したい。

**共催：アークレイマーケティング株式会社**

## ■交流集会 1　9月26日（土）13：20～14：40　第8会場（1008）

# 未来を映像化するビジョンボードの可能性：高校生カンボジア研修の実践から糖尿病療養指導・看護教育への応用を考える

武永 佳子[1,2]、高砂 諒大[3]、山根 真央[4]
[1]ウェルネスクリニック、[2]岩国ユネスコ協会、[3]Stell α Institute 合同会社、
[4]山陽小野田市立山口東京理科大学　薬学部　2回生

【企画趣旨】
2026年3月実施の高校生対象のカンボジア医療研修では、生徒の未来を映像化した「ビジョンボード（以下VB）」を携えて臨んだ。現地の医師らの協力による手術見学を通じ、生徒は「自らの能力を信じ、未来へ一歩踏み出す」確信を得た。無意識の限界を打ち破り、行動変容を起こしたその姿に、看護・教育の新たな希望を見出した。この経験から着想した本企画は、VBを活用した新たな療養指導を提案する。糖尿病患者は過去の後悔や未来の不安に囚われ、現在の療養行動が停滞しやすい。VBは非言語的イメージで心の願いを可視化し、対話における認識のズレを最小化する。「同じ風景を共有する」プロセスは、患者と医療者が信頼関係を築く土台となる。本手法は医療者教育にも有効である。多忙な臨床で埋没しがちな「看護観」「提供したい医療」を可視化し、志を再定義できる。本集会では、映像化が言葉の限界を補完し、患者との信頼構築と医療者の成長に繋がり得るかを議論する。尚、本企画はプロのコーチ2名および学生の協力を得て、全関係者の同意を得て倫理的に実施する。

【プログラム】
**導入（5分）**：趣旨説明。対話の限界と映像の力。
**実践報告（5分）**：カンボジアでの変容事例紹介。
**ワークショップ（30分）**：VB体験。写真を通じ「本当の願い」を形にする。
**グループ討論（25分）**：現場（療養支援・教育）での活用対話。
**まとめ（15分）**：アイデア共有と総括。

## ■交流集会 2　9月26日（土）13：20～14：40　第9会場（1010拡張）

# AID(Automated Insulin Delivery) 療法の導入から実践 - レポートを活かした生活支援の実際を共有する

穴井 えりも[1]、山下 みどり[2]、野﨑 房代[3]、菅原 加奈美[4]、成田 麻見佳[5]、小林 麗子[6]、長山 千枝[7]、三村 芙美江[8]

[1]防衛医科大学校、[2]社会医療法人愛仁会高槻病院、[3]河北総合病院、[4]クリニックみらい立川、[5]市立札幌病院、[6]公立置賜総合病院、[7]光仁会南部厚生病院、[8]島田市立総合医療センター

【企画趣旨】

近年、持続血糖モニタリング（Continuous Glucose Monitoring：CGM）とインスリンポンプを連動させて血糖管理を自動化する Automated Insulin Delivery（以下、AID とする）療法は、糖尿病患者の血糖管理を支える新たな治療選択肢として急速に普及している。AID 療法は血糖変動の改善や低血糖の予防などの効果が期待される一方で、導入時の教育支援、機器使用に伴うトラブル対応、生活状況に応じた設定調整など、医療者による継続的な支援が不可欠である。特に CGM によって可視化される血糖曲線は、患者の食事、運動などの日常生活と密接に関連しており、血糖データを読み取り生活支援へと結びつける視点が看護実践において重要となる。

しかし、AID 療法の導入から日常生活での運用、トラブル対応、継続的なアフターケアに至るまでの支援の実際については、各施設で経験が蓄積されているものの、それらを共有する機会は十分とは言えない。特にインスリンポンプを用いた AID 療法では、血糖曲線の解釈と患者の生活背景を統合した臨床判断が求められるが、その具体的な支援方法や看護の役割については施設間で異なり、実践知を共有する場が求められている。

本交流集会では、「AID 療法の導入から実践」をテーマとし、AID 療法を実践している複数施設の認定看護師が事例を提示しながら、導入支援のプロセス、レポートの読み方と生活支援への活用、機器使用に伴うトラブル対応、継続支援の工夫などについて共有する。その後、座談会形式で参加者とともに、AID 療法のアフターケアや臨床現場で直面する困難、支援の工夫について議論を深めることで、多施設の実践経験をもとに臨床現場で活用可能な知見を共有する機会とする。

本企画は、AID 療法の血糖データを単なる数値管理としてではなく、患者の生活行動と結びつけて読み解く「生活支援の視点」から多施設の実践知を共有する点に特徴がある。これにより、AID 療法を受ける患者への看護実践の質向上に寄与することを目的とする。

【プログラム】

・看護実践の共有
・座談会

※多くの参加者に来ていただきたいため、グループワークは行いません。入退室自由ですのでお気軽にご参加ください。

# ■交流集会３　9月26日（土）13：20～14：40　第10会場（801-802）

## 糖尿病のある方の口腔健康管理に向けた看護支援Ⅲ：継続的な支援にむけて

桑村 由美[1]、澄川 真珠子[2]、瀧川 稲子[3]、大和 光[3]、五十嵐 栄理佳[4]、古元 香織[5]
[1]徳島大学、[2]札幌医科大学、[3]徳島大学病院、[4]岩見沢市立総合病院、[5]徳島県立中央病院

【企画趣旨】

糖尿病のない方が、糖尿病のない方と変わらない寿命と日常生活の質の実現を目指すために、口腔の機能維持やフレイル予防も大切です。

私達は、一昨年の交流集会では、私達が作成した糖尿病がある方の口腔の健康についての教育資材を参加者の皆様に紹介し、口腔の健康管理に向けた看護支援について活発な討議を行うことができました。そして、昨年は、口腔の健康管理の中の口腔機能の維持に向けて、口腔機能の基本を確認したあと、口腔機能維持のために推奨されている運動を紹介し、糖尿病のある方の口腔機能の維持・向上に向けた看護支援の視点を含め参加者の皆様と活発な意見交換を行いました。また、交流集会後も有志の方とリモートでの口腔の健康管理についての勉強会を開始し、学習を深めてきています。その中で糖尿病のある方の口腔健康管理に向けて、現場で抱える悩みや課題をともに考え、討議することの必要性や重要性を実感し、今年も交流集会を開催する運びとなりました。

健康に良いことはわかっていても、毎日の生活の中に運動を取入れることは簡単ではありません。そして、身体だけではなく、口腔の運動についても同様のことがいえると思います。メールやLINEといった口腔周囲の筋群をほとんど使用しない方法での意思疎通が可能となってきた状況が続く中で、口腔周囲筋群の退化や廃用が懸念されます。これらの危機感を共有し、無理なく継続して行える対策を講じていくためには、志を同じくする方々との協働が不可欠であると考えます。ぜひ、口腔の健康管理にご関心のある方が、ひとりでも多くご参加してくださいますことを心よりお待ちしております。

【プログラム】

１．導入・趣旨説明（10分）
２．話題提供（15分）
　o 糖尿病のある方の口腔機能と口腔保健行動の関連の調査で明らかになったことと今後の課題
３．グループディスカッション（30分）
　１）取り組み事例の共有
　２）長期的な支援に向けた看護ならではの支援と多職種との連携
４．全体共有・まとめ（15分）
５．アンケート（10分）

## ■交流集会 4　9月26日（土）13：20～14：40　第11会場（1101-1102）

## 災害に備える糖尿病支援今できる事を共有しよう

佐々木 恵子[1]、宮本 晴江[1]、小林 美和子[2]、前場 真由美[3]、加納 裕久[4]、三好 徹[5]
[1]医療法人真生会　真生会富山病院、[2]新潟厚生連柏崎総合医療センター、[3]JR東京総合病院、
[4]JA厚生連公立東濃中部医療センター、[5]社会医療法人厚生会　中部国際医療センター

【企画趣旨】
日本は、台風、大雨、大雪、土砂災害、地震、津波など、さまざまな自然災害が発生しやすい国土です。災害発生時には、医療資源や生活環境が大きく制限され、慢性疾患を持つ方々が適切な医療や看護ケアを受けることが困難になります。なかでも糖尿病治療は、薬物療法、食事療法、血糖測定など多面的な支援を必要とするため、災害時には生命に関わる問題となることも少なくありません。そこで本交流集会では、実際に体験した地震災害における救助・支援場面を共有し、災害時の看護マニュアルや多職種の協力体制などを紹介します。さらにグループディスカッションを通して、災害時における糖尿病ケアの重要性と各施設の課題を共有し、今からできる災害への備えについて、皆さんとともに考えを深めたいと思います。参加者が各施設における災害対策の課題や具体的な支援方法を持ち帰り、災害に備える糖尿病支援の実現に向けて、今できることを共有しましょう。定員は30名とし、人数を超えた場合は見学とさせていただきます。プログラムに興味のある方のご参加を心よりお待ちしています。

【プログラム】
1.開会：企画趣旨説明（1分）
2.講義：災害の実際と支援活動について（15分）
3.グループディスカッション（45分）
　1）災害時の看護マニュアルや各業種の協力体制などを紹介
　2）災害対策について話し合う
4.発表・共有（18分）
5.まとめ・閉会（1分）

# ■交流集会５　9月26日（土）15：10～16：30　第８会場（1008）

## 薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者の介護施設での生活の課題を知って、支援を考えよう

内海 香子[1]、橋本 祐子[2]、小谷 洋子[3,2]、一ノ瀬 孝[4]
[1]岩手県立大学看護学部、[2]医療法人社団　亮仁会　那須中央病院、
[3]特別養護老人ホームけいあいの郷山王台、[4]全国高齢者施設看護師会

【企画趣旨】

我が国では老年人口の割合は増加傾向にあり、糖尿病が強く疑われる者の割合は、男女共に70歳以上の割合が他の年代に比べて多い状況です。薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者が施設入所を希望しても、インスリン注射の支援等が課題になり、転居先の介護施設を探すことが難しい場合が散見されます。インスリン注射は医療行為ですが、指定介護療養型医療施設を除く介護施設には制度上、医師や看護師は常駐していません。看護師の配置は特別養護老人ホームや老人保健施設であれば入所者100人につき3人となっていますが、夜間は看護師1人となります。高齢者は体調により食事摂取量が変動することがあり、対応が遅れると重症低血糖などの危険性があります。しかし高齢者は自覚症状に乏しく、症状が非定型的であるため気づきにくいという問題があります。また、併存疾患があり治療薬が高額で入所判定が通らない場合もあります。このようなことから、薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者の受け入れは困難を極めていると予想されます。看護師の配置が不十分な体制下で糖尿病がある高齢者を支援するための取り組みが各施設で行われていると思われますが、介護施設に入居している薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者の支援に関する報告は少なく（杉山・高橋，2020；麻生・内海・磯見他，2012)、医療施設に勤務していると、介護施設での糖尿病看護や介護支援について知る機会が少ない状況にあります。そこで、介護施設での薬物療法を受けている糖尿病がある高齢者への支援の実際や課題を知り、介護施設への入居の課題や支援について、参加者の所属する施設から支援できることをディスカッションしたいと考えています。皆様のご参加を心よりお待ちしています。

【プログラム】

1. 企画趣旨説明
2. 介護施設での糖尿病がある高齢者の支援の課題
3. 介護施設での糖尿病がある高齢者の支援の実際
4. グループディスカッション
   介護施設での糖尿病がある高齢者の支援～私達にできることは何か？～
5. グループディスカッション共有・まとめ・アンケート記入

## ■交流集会６　９月 26 日（土）15：10 ～ 16：30　第９会場（1010 拡張）

# 災害時の糖尿病看護について考えよう！第３弾
# 日頃からできる災害対策といつもと違う日を過ごすための支援

中野 恵理[1]、貞安 妙美[2]、永井 美貴[3]、井之上 央子[4]、頼本 奈々[5]、渡邉 路子[6]、守谷 景子[7]、藤原 香[8]

[1]近畿大学病院、[2]JA 尾道総合病院、[3]福山市民病院、[4]神戸労災病院、[5]東広島医療センター、[6]岡山ろうさい病院、[7]十全総合病院、[8]やすだクリニック

【企画趣旨】

2023 年から 2024 年の２年間にわたり、「災害時の糖尿病看護」をテーマとした交流集会を企画し、多くの方にご参加いただきました。第１弾は「今できることを共有し、患者のレジリエンスを高めよう！」、第２弾は「知りたい！いろんな施設の災害対策」をテーマに開催しました。災害対策への意識を高めるとともに、各施設での取り組みや課題を共有する貴重な機会となりました。そして今年、第３弾として「日頃からできる災害対策」をテーマに、意見交換の場を設けたいと考えています。災害対策の支援の必要性を感じつつも、「具体的にどう取り組めばいいのか」「難しそう」と悩んでいる方も多いのではないでしょうか。今回の集会では、災害時にも役立つ「日常から知っておいてほしい知識」を共有していきます。日常生活の中では、多忙による欠食や体調不良、会食など、普段とは異なる状況に直面することがあります。こうした「いつもと違う日」を過ごすための工夫の支援は、実は災害時に対応する力を高めることにもつながります。皆様が普段どのような支援をされているか、ぜひ語り合いませんか？初めての方も大歓迎です。災害対策について、一緒に交流を深めましょう。

【プログラム】

１．交流集会の趣旨説明
２．事例紹介
３．グループワーク（事例を元に非日常時について検討）
４．日常から実践できる非日常時への支援についてレクチャー
５．グループワーク　明日からできる取り組みの検討
６．まとめ

# ■交流集会 7　9月26日（土）15：10～16：30　第10会場（801-802）

## 糖尿病患者の「納得して選ぶ」を支える――看護に活かす Shared Decision Making(SDM) の基本

後藤 友子[1,2,3,4]、三浦 久幸[1,2,3]

[1]医療法人社団臨床研究センター、[2]藤田医科大学医学部、[3]情報と選択と決定の研究所、
[4]国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

【企画趣旨】

糖尿病患者は、食事・運動・投薬・血糖管理など日々の自己コントロールを通じて血管へのダメージを抑えながら生涯を送ります。しかし現実には、アドヒアランスの低下により腎機能が悪化して透析治療に至ったり、心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病性網膜といった重篤な合併症を発症するケースも少なくありません。科学的根拠に基づく医療 (EBM) が推進され、糖尿病領域では血糖値・HbA1c といったコントロール指標に沿った療養指導が広く行われてきました。その一方で、患者の生活様式や価値観が多様化している今日、一律的な情報提供・生活指導だけでは主体的な行動変容につながりにくく、合併症の発症・重症化を防ぐためには、患者自身の意思決定を引き出す関わりの重要性が高まっています。Shared Decision Making(SDM) は患者のアドヒアランスを向上させることが複数の研究で確認されており、糖尿病のような生涯にわたるセルフマネジメントが求められる疾患においてもその有効性が示されています。当交流集会では、SDM の日本語版評価指標 (SDM-Q- ケア活用者用・提供者用 ) の開発に携わった研究者が講師を務め、SDM の基本概念と糖尿病ケアへの具体的な応用をわかりやすく解説します。さらに評価指標を用いた自己の振り返りと、実臨床場面を題材にしたロールプレイを通じて、明日から外来・病棟・地域での支援で実践できる力を育みます。「療養指導が一方通行になっている気がする」「患者の声をもっと引き出したい」という悩みを共有し、新たな看護の視点にブラッシュアップしていただける機会になればと思います。

【プログラム】

5 分：企画者自己紹介
10 分：レクチャー ① SDM の基本概念・エビデンス・評価指標の構造
10 分：レクチャー ②なぜ糖尿病ケアに SDM が必要か
10 分：体験ワーク ①チーム形成
20 分：体験ワーク ②ロールプレイ
20 分：体験ワーク ③フィードバック
5 分：まとめ・質疑応答

## ■交流集会 8　9月26日（土）15：10～16：30　第11会場（1101-1102）

# ゆる～く集まろ DM ナース work at クリニック

柏本 佐智子[1]、吉田 直子[2]、小野 明美[3]、布谷 容子[4]、今野 康子[5]
[1]関目やまもと糖尿病内科、[2]ましたに内科クリニック、[3]こすぎ内科クリニック、
[4]あずま糖尿病内科クリニック、[5]日吉医院（横浜市）

【企画趣旨】

糖尿病診療の場は多様化しており、クリニックにおける看護師の役割も広がりを見せています。日常診療の中で患者と継続的に関わるクリニック看護師は、それぞれの施設で工夫しながら実践を行っています。

私たちは、「他のクリニックではどのようにしているのか」を気軽に共有できる場を作りたいと考え、2023年から当学会にて交流集会を行い、特にテーマは設けず、「クリニックにおける糖尿病看護」「病診連携」「スタッフ教育」などについて、自由に語り合うグループディスカッションの場を設けてきました。本交流集会では、クリニックでの実践を通じて生じる疑問や気がかりを共有し、参加者それぞれの現場での困りごとや工夫、知見を分かち合うことを目的としています。これまでの会をきっかけに参加者同士のつながりが生まれ、その後も情報交換が続いているという声もいただいています。

この場が、「ちょっと話してみてよかった」「また参加したいな」と思えるような、あたたかく楽しい交流の場になれば幸いです。皆さまのご参加を心よりお待ちしています。

対象：

・楽しく、とき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
・これから本気で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）

【プログラム】

1. はじめに（企画のご紹介・本日の流れ）　5分
2. みんなでおしゃべりタイム（クリニックでの糖尿病看護について）　50分
3. 共有タイム（各グループで出た話のシェア）　15分
4. おわりに（まとめ・アンケート記入など）　10分

※本発表に関連するCOIはありません。
※ゆる～く集まろ DM ナース work at クリニックは、非営利の任意団体として活動しており、利益の追求は目的としていません。

## ■交流集会９　９月27日（日）　8：40～10：00　第８会場（1008）

## 療養支援しゃべくり 007 ー原点に立ち返り療養支援を見つめ直すー

大佐古 三香[1]、山﨑 優介[2]、竹内 麻衣[4]、佐々木 亜衣[3]、恒松 茜[5]、岩本 由衣[6]、川島 幸美[7]、小森 正子[8]、佐藤 広太[9]、鈴木 裕子[10]、成田 圭子[11]、糸部 文子[12]、中川 由季[13]、赤嶺 勝[14]、松田 麻耶[15]、森山 初美[16]、石川 愛美[17]

[1]医療法人竜胆会みらい内科歯科クリニック、[2]みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南、
[3]総合病院釧路赤十字病院、[4]公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院、
[5]大東市若者等自立サポートセンター、[6]長崎県病院企業団長崎県壱岐病院、
[7]医療法人明徳会総合新川橋病院、[8]豊田厚生訪問看護ステーション、
[9]独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター、[10]富士吉田市立病院、[11]十和田市立中央病院、
[12]東松山市立市民病院、[13]東京医科大学病院、[14]いろのわクリニック、[15]帝京大学医学部附属病院、
[16]東京慈恵会医科大学西部医療センター、[17]公立福生病院

【企画趣旨】
皆様は自分が患者さんに行った糖尿病療養支援について語ることはありますか？糖尿病看護において、患者さんの自己効力感を高める療養支援は重要であり、日々実践されていることと思います。またその根底には患者さんとの関わりという看護の原点があると思います。では、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か。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ても、多忙さゆえ、それを他の人に語ったり、振り返ったりする機会が無いままになっているように思います。患者さんだけではなく、看護師自身が自己効力感を高めることも大切です。成功体験は看護師の自己効力感に影響していると言われており、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他者に語り、それを認めてもらうことが成功体験につながりますし、何よりも看護の原点である、患者さんとの関わりに心が温まり看護が楽しくなってきます。これまでこのテーマでの交流集会を2023年・2024年・2025年と3年に渡り開催したところ、「失敗だと思っていたことが、成功体験に思えてきた」「自施設でもやりたい」と多くのポジティブなご意見を頂きました。そこで本年度は第4弾として、学会テーマである「原点回帰」を踏まえ、看護実践の原点である患者さんとの関わりに立ち返り、皆様が行っている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語っていただき、「なぜうまくいったのか」「その関わりが良かった」というような体験を共有し、再現可能な療養支援として日常臨床に還元できる学びの機会となるような企画を考えおります。大切な療養支援の経験を大阪の地に持ちより、語り合うことで、「明日からの仕事も頑張れる‼」そう感じてくださることを願っています。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

【プログラム】
企画趣旨説明
ミニレクチャー「看護を語る事の意味」
事例の紹介
グループディスカッション
各グループ発表
まとめ

# ■交流集会 10　9月27日 (日) 8:40～10:00　第９会場（1010 拡張）

## 看護が活かせる特定行為　第２弾　～糖尿病をもつ人の自己調整力を育む看護～

角出 孝子[1]、春田 さゆり[2]、藤井 純子[3]、玉川 智子[4]、藤岡 美恵香[5]、江澤 芳恵[6]、柴田 まり子[7]、伊藤 千穂[8]、平間 幸子[9]、糸部 文子[10]、釜口 三恵子[11]

[1]舞鶴赤十字病院、[2]JA 長野厚生連佐久総合病院、[3]佐賀大学医学部附属病院、
[4]東邦大学医療センター佐倉病院、[5]JA 徳島厚生連　吉野川医療センター、[6]医療法人　北関東循環器病院、
[7]日本医科大学多摩永山病院、[8]ほたるのセントラル内科、[9]さいしょ糖尿病クリニック、
[10]東松山市立市民病院、[11]世光クリニック

【企画趣旨】

特定行為研修を修了した看護師 ( 以下、特定看護師 ) は、「インスリンの投与量の調整」を通して、生命に直結する低血糖や高血糖の回避および合併症予防に取り組んでいます。さらに、単なる用量調整にとどまらず、対象者の発達段階や生活背景、価値観を踏まえた看護を行うことで、生活の質の向上を目指してきました。また、専門医が不足する施設においては、血糖マネジメントの相談対応やタスク・シフト／シェアの推進にも貢献しています。近年は、薬剤やインスリン製剤の多様化、デバイスの進歩、さらには CGM の普及により、糖尿病をもつ人と血糖変動やその要因、患者の思いを共有しながら調整を進める機会が増えています。治療の選択肢が広がる中で、糖尿病をもつ人の病態や治療への考え方も多様化しており、個別性に応じた柔軟な対応が求められています。これまでの医師主導のインスリン調整から、糖尿病をもつ人と協働し、血糖パターンに合わせた支援を行う役割へと広がってきました。今後は、個別的な血糖マネジメントに加えて、糖尿病をもつ人自身が調整できる力を育む支援も期待されています。そのためには、特定看護師が主体的かつ継続的に関わることが重要です。今回の交流集会では、在宅・施設・病棟で特定行為を実践している看護師が経験や工夫を持ち寄り、悩みや課題を共有しながら、日々の実践に活かせるヒントを得られる場にしたいと考えています。また、今後特定行為研修の受講を検討している方にとっても、実際の声に触れられる貴重な機会となることを願っています。

【プログラム】

１．企画趣旨説明
２．活動紹介
３．グループディスカッション
　１）特定行為を実践し調整できた事例や判断に迷った体験は？
　２）特定行為に関連するあなたが行っている自己調整力を引き出す支援を教えてください
　３）糖尿病看護の専門性が活きる、特定行為ならではの看護
４．各グループ発表
５．まとめ

## ■交流集会 11　9月27日（日）8：40～10：00　第10会場（801-802）

# しくじりナースシリーズ
# 今こそ原点回帰！血糖自己測定（SMBG）を使って患者さんのための血糖マネジメントを考えよう！！

石井 由美[1]、朝倉 智美[2]、小坂 和代[3]、下須賀 香奈子[4]、下中 紀代子[5]、武石 千鶴子[6]、
田中 和子[7]、十時 綾子[8]、中山 加代[9]、平塚 元一[10]、藤本 美枝[11]
[1]医療法人藤井会　石切生喜病院、[2]大分県厚生連鶴見病院、[3]公立八女総合病院、
[4]公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院、
[5]独立行政法人労働者健康安全機構大阪ろうさい病院、[6]社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院、
[7]医療法人社団　敬愛会　佐賀記念病院、[8]公益財団法人健和会　健和会大手町病院、
[9]社会医療法人耕和会迫田病院、[10]社会医療法人親仁会　米の山病院、[11]医療法人博光会御幸病院

【企画趣旨】

血糖値のモニタリング方法として血糖自己測定（以下SMBG）や持続血糖測定（以下CGM）があり、これらは患者自身がモニタリングし、血糖マネジメントできるようになるためのものです。CGMの普及により、私たちは詳細な血糖変動を可視化できるようになりました。しかし、経済的な問題、高齢者や認知機能低下などで機械の扱いが困難な場合、CGMを拒否する場合や、皮膚の問題、災害時のデバイス不能時等、CGMが使用できない場合があり、そのときはSMBGが必要となります。

私たちはSMBGの“点”の血糖から、血糖の変動に影響を与える要因や生活背景などを読み取る技術も必要です。そしてその技術を使って患者自身がデバイスに左右されずに自己の血糖変動をマネジメントできるように支援する役割があると考えます。

CGM時代の今だからこそ、SMBGのアセスメント視点に原点回帰し、患者主体の血糖マネジメント支援方法を一緒に話し合い、明日からの看護に繋げませんか？どなたでも気軽にご参加下さい。お待ちしています。

【プログラム】

①小劇場
②講義
③グループワーク
④まとめ

## ■交流集会 12　9月27日 (日) 8:40～10:00　第11会場（1101-1102）

# 医科歯科連携で糖尿病をもつ人の健康を守ろう！「第５弾」
# ～オーラルフレイルを知る・気づく（築く）・つなぐ～

渡邉 路子[1]、吉田 照美[2]、永井 美貴[3]、貞安 妙美[4]、三浦 恵子[2]、石川 香織[5]、前田 るみ[6]、市川 真美栄[7]、岡田 照代[8]、土川 睦子[9]

[1]岡山ろうさい病院、[2]岡崎市民病院、[3]福山市民病院、[4]広島県厚生農業協同組合連合会　尾道総合病院、[5]安城更生病院、[6]北医療生活協同組合北病院、[7]あい歯科矯正歯科、[8]Nurse Office OKADA、[9]DM-NURSE-LAB)

【企画趣旨】

糖尿病と歯周病は相互に影響し合う関係にあり、歯周病は糖尿病の「併存疾患」として位置づけられています。そのため、糖尿病患者に対する歯科管理は糖尿病治療の一環として重要であり、患者さん自身が歯科受診の必要性を理解すること、さらに医科と歯科の医療従事者が連携し情報を共有することが、より良い医療の提供につながります。

私たちは2022年より、糖尿病における医科歯科連携をテーマとした交流集会を継続して開催してきました。これまでの取り組みを通して、医科歯科連携を進めるうえでの課題を共有し、明日から実践できる具体的な行動として「医科歯科連携アクションカード」を作成してきました。

前回は参加者による実践発表が行われ、アクションカードを活用した取り組みが有効であることが確認されました。一方で、アンケート結果からは、看護師自身が歯科受診に至っていない現状や、連携の重要性を理解しつつも「人ごと」として捉えてしまう課題が明らかとなりました。

また、「患者さんに歯科受診の重要性を伝えることの難しさ」や、「個人の取り組みをチームや職場へ広げる方法が分からない」といった声も多く、医科歯科連携を“自分ごと”から“チームの実践”へ発展させる難しさが浮き彫りとなりました。実際には、パンフレットの活用や糖尿病教室での歯科衛生士の関与など、前向きな取り組みも生まれていますが、それらを継続的な実践として根付かせるためには、さらなる工夫と支援が必要であると考えます。看護師が日常の療養支援の中でオーラルフレイルに気づき、患者さんの受診行動につなげることは、医科歯科連携を実践するうえで重要な役割になると考えます。

第５弾となる本交流集会では、これまでの「歯科受診を勧める」という啓発の段階から一歩進み、看護師が患者さんの受診行動を支える実践と、医科歯科連携の風土づくりを目指します。

医科歯科連携に興味がある方、取り組みを進めたいが方法に悩んでいる方、すでに実践しているが課題を感じている方など、多くの皆さまのご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. グループワーク
3. レクチャー
4. まとめ

# ■交流集会 13　9月27日 (日) 10：30～11：50　第8会場（1008）

## 糖尿病看護認定看護師にキイテ Q Plus イッテ Go

柏崎 純子[1]、青木 美智子[1]、荒川 亜矢子[1]、坂本 倫基[2]、山内 麻衣[3]、大沼 幹[4]、大磯 純子[5]、三上 恵亮[6]、大槻 美紀[7]、山本 潤[8]

[1]公益社団法人日本看護協会看護研修学校、[2]福岡大学病院、[3]なごみ訪問看護ステーション、
[4]岩手県立久慈病院、[5]おかやま内科糖尿病・健康長寿クリニック、[6]共立蒲原総合病院、
[7]公立豊岡病院組合立豊岡病院、[8]JA 北海道厚生連旭川厚生病院

【企画趣旨】

現在、糖尿病看護認定看護師は1,001名が登録し活動しています（糖尿病看護認定看護師A課程648名・糖尿病看護特定認定看護師B課程353名、2025年12月末の登録者数）。今回、異なる場でどのような活動をしているか、糖尿病看護認定看護師から話を聞きます。様々な場での活動を聞き、糖尿病看護のイメージを膨らませてみませんか？

これからの超高齢社会の日本では、多疾患を併存した糖尿病の高齢者の方々が増え、ますます支援が難しくなります。また、人口減少や地域格差が広がり、認定看護師の活動はさらに様々な場で必要性が増すことでしょう。しかし、糖尿病看護認定看護師の育成は年間30名と患者数の増加に対比できないほど少ないのが現状です。そこで、認定看護師の活動を知りこれからの支援に存分にご活用いただけるように、また、認定看護師資格取得への導入となることをこの交流集会に期待しております。

皆様お誘いあわせのうえ、ご参加ください。

【プログラム】

司会進行：荒川亜矢子・青木美智子

1. あいさつ・企画趣旨説明（2分）　青木美智子
2. キイテ Q ～認定看護師の活動（30分）　企画者全員

大学病院ってこんな活動ができる？（糖尿病チームの連携、小児の支援など）

訪問看護で何してる？（行政と連携した支援、高齢者支援など）

過疎地域だけどできる（地域糖尿病腎症重症化予防会議での活動、オンラインシステムを使用した地域スタッフからの相談対応）

通院を続ける大切さ～クリニックだからできること

3. 交流会（30分）　グループ単位で懇談
4. 全体交流、質疑応答（10分）
5. イッテ Go ～看護研修学校・終了挨拶（8分）　柏崎純子

## ■交流集会 14　9月27日 (日) 10：30～11：50　第９会場（1010 拡張）

# 語ることが原点！私の糖尿病看護
# ～実践知を聞き、語り、分かち合い、つないでいこう～

中村 美津子[1]、平田 久美[2]、岡崎 眞由美[3]、岡 香代子[4]、村上 比奈恵[5]、後藤 博美[6]
[1]金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻　博士後期課程、[2]徳島赤十字病院、
[3]医療法人社団　日本鋼管福山病院、[4]安来市立病院、[5]社会福祉法人恩賜財団　済生会今治病院、
[6]大阪急性期・総合医療センター

【企画趣旨】

この度の学術集会では、現場での糖尿病看護の実践内容について語り、実践知として分かち合いたいと考え交流集会を企画しました。

高齢糖尿病患者の増加や地域包括ケアシステムの推進、特定行為の拡大、タスクシェアの進展により、糖尿病看護は多様な場で高度な専門性が求められています。

本交流集会では、日々の実践を「語る」ことを起点に、糖尿病看護に携わる看護師１人ひとりの経験や工夫、葛藤を共有し、実践知の深化と継承を図りましょう。さらに、急性期から在宅までの切れ目のない支援や、多職種との協働の中で看護が果たす役割を可視化し、現場で活かせる知見として再構築しましょう。本交流集会での対話を通じて新たな気づきと学びを得ることで、今後の糖尿病看護の豊かな発展、そして、次世代への確かな継承へと共につなげていきましょう。

【プログラム】

1. この企画の意図について（10 分）
2. 語りのすすめ方（5 分）
3. 『それぞれの語り、私の糖尿病看護』（40 分）
   「忘れられない患者さん」
   「自分の看護観が揺れた瞬間」
   「成功した工夫 / 上手くいかなかった経験」
4. 全体共有（ファシリテーターから報告）（20 分）
5. まとめ（5 分）

## ■交流集会 15　9月27日（日）10：30～11：50　第10会場（801-802）

# 2026年挑もう！看護師特定行為「インスリン投与量の調整」の実践確立・拡大に向けて　第４弾

山地 陽子[1]、古山 景子[2]、菊永 恭子[2]、森口 直文[2]、竹田 美樹[1]、細田 靖恵[1]
[1]JCHO 東京新宿メディカルセンター、[2]日本医科大学付属病院

【企画趣旨】
私たちは第27回、第29回、第30回学術集会において、「挑もう！看護師特定行為『インスリン投与量の調整』の実践確立・拡大に向けて」をテーマに交流集会を企画し、延べ100名を超える参加を得た。ディスカッションでは、各組織で活動を展開する中での葛藤や、実践に向けた取り組みについて共有がなされ、「活動の参考になった」といった肯定的な評価を多く得ている。回を重ねるごとに議論の内容は、具体的な血糖調整法から、組織への働きかけやシステム構築のあり方へとシフトしている。特定行為研修の開始から10年以上が経過した現在、施設間での実態には差がある。企画者のA病院では認定看護師は1名であるが、特定行為研修を修了した看護師20名が自部署での血糖管理を担っている。B病院では認定看護師4名中3名が特定行為を組織横断的に実践している。本交流集会では、各施設における特定看護師の具体的な組織のニーズと活動領域、体制等の現状を共有する。その上で、それぞれの課題を抽出し、具体的な行動計画を立案・共有する場としたい。多くの皆様のご参集を賜り、活発なディスカッションとなることを期待する。

【プログラム】
1. 趣旨の説明施設活動状況の紹介
2. ディスカッション
3. 発表および意見交換
4. まとめ

## ■交流集会 16　9月27日（日）10：30～11：50　第11会場（1101-1102）

# 下肢切断に直面する患者のぐるぐるに巻き込まれながら支援する ～看護の教育的関わりモデルを使って振り返ってみませんか？～

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

[1]京都済生会病院、[2]聖隷クリストファー大学、[3]東京家政大学、[4]日本赤十字北海道看護大学、[5]順天堂大学、[6]社会医療法人誠光会、[7]大阪医科薬科大学、[8]長岡崇徳大学、[9]下関市立大学、[10]自治医科大学、[11]東京工科大学、[12]新潟県立看護大学、[13]医療創生大学、[14]元福岡国際医療福祉大学、[15]元砂川市立病院、[16]群馬大学大学院、[17]関西看護医療大学

【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」を開発しました。研究会が発足して30年以上経ちますが、さらに看護実践に役立つように毎月検討を重ねています。「看護の教育的関わりモデル」は、日本で実践された事例を分析して生まれたものですので、日本ならではの文化や思考が色濃く反映されています。そのため皆さんが日々感じ、考えていることに近く、今までの交流集会のアンケートからも「思考の整理につながった」、「自分の看護は間違っていなかったと思えた」という声もありました。糖尿病患者を支援している皆さんに「看護の教育的関わりモデル」を知っていただき、実践の振り返りに活用してもらえたらと考えています。そしていかに皆さんの実践に意味があるのか、価値があるのかを実感してほしいと願っております。

今回の交流集会では、足壊疽で下肢の切断を告げられた患者さん（以下原さん）との関わりを紹介します。原さんは高熱を主訴に救急外来を受診し入院することになりました。未治療の糖尿病による足壊疽と診断され、医師から「足を切断することになるだろう」と告げられたため、看護師は、原さんに現在の治療の目的、今後の治療の見通しを伝え、生活への影響について話をしたいと考えました。しかし原さんは今すぐにでも退院して仕事をしなくてはいけないと力説し、話はぐるぐると堂々巡りであり、足切断を自分ごととして考える状態にはありませんでした。看護師は「看護の教育的関わりモデル」で方向性を確認しながら関わりを続けていきました。

この事例で皆さんとディスカッションし、さらに「看護の教育的関わりモデル」を活用して、看護実践を掘り下げて考えていきたいと思います。ぜひご参加ください。

【プログラム】

企画趣旨の説明（5分）
モデルの説明（15分）
事例紹介（25分）
ディスカッション・共有（30分）
まとめ・アンケート（5分）

## ■交流集会 17　9月27日（日）13：15～14：35　第8会場（1008）

# 精神疾患と糖尿病を併せもつ人の特徴を知って支援の糸口を見つけよう!Part3 ～精神科訪問看護師の体験から学ぶ在宅療養支援の実際～

山田 美穂子[1]、浅井 和江[2]、町田 景子[3]、村田 中[4]、伊藤 美和[5]、尾上 和子[6]、河内 あゆみ[4]、坂本 梅子[7]、高松 千織[8]、田口 三知[9]、長縄 真奈美[10]、野崎 房代[11]、畑﨑 智子、松本 麻里[12]、山下 亜希[13]、山本 真貴[14]

[1]日本赤十字社　富山赤十字病院、[2]草加パートナーズ・糖尿病クリニック、
[3]東京都立多摩北部医療センター、[4]日本赤十字社医療センター、[5]東邦大学医療センター大森病院、
[6]杏林堂クリニック、[7]北里大学病院、[8]そのだ内科糖尿病・甲状腺クリニック、[9]東京都立松沢病院、
[10]稲沢市民病院、[11]河北総合病院、[12]公立昭和病院、[13]市立大津市民病院、[14]関西医科大学附属病院

【企画趣旨】

糖尿病をもつ人の約3割にうつ症状がみられ、約1割がうつ病と診断されています。また、統合失調症では糖尿病の合併率が一般人口の約2倍と報告されています。精神疾患と糖尿病が併存すると、双方の治療が相互に影響し合い治療効果を妨げることがあります。精神疾患と糖尿病を併せもちながら地域で生活する人が、その人らしく暮らし続けるためには、地域で多職種が連携し継続的に支援していくことが重要な課題です。

第29回および第30回日本糖尿病教育・看護学会学術集会では「精神疾患を併せもつ人の特徴を知って支援の糸口を見つけよう」をテーマに交流集会を開催し、ミニレクチャーやディスカッションを通して具体的な社会資源活用の示唆を得ました。ディスカッションでは手探りで行っている現状や、精神疾患領域・訪問看護師・地域との連携を望んでも得られない問題点が抽出されました。医療・介護・地域が一体となった切れ目のない支援体制の構築には、なお課題が残されています。

本交流集会では、精神疾患と糖尿病を併せもつ人を支援する中での課題や、日常的な連携の実際、支援の工夫など、精神科認定看護師に体験を踏まえた講演をいただきます。後半では、参加者同士で困りごとや疑問を共有し、前半の内容を踏まえて支援の糸口を探ります。

精神疾患と糖尿病を併せもつ人への支援に関心のある方、支援に難しさを感じている方のご参加をお待ちしています。

【プログラム】

- 企画趣旨説明（2分）
- これまでの成果報告（5分）
- 講演「対話の実践力」精神科認定看護師小瀬古伸幸先生（25分）
- グループディスカッション（30分）
- 発表（10分）
- まとめ・総評・アンケート回答（8分）

合計：80分

## ■交流集会 18　9月27日（日）13：15～14：35　第9会場（1010拡張）

# 糖尿病と暮らす人びとの生活世界を理解するための新たな方法―北欧の現象学的研究を手がかりに

細野 知子[1]、太田 美帆[2]、鈴木 みどり[3]、宅井 さやか[4]
[1]日本赤十字看護大学さいたま看護学部、[2]東京家政大学、[3]東京科学大学病院、
[4]岩手県立大学大学院看護学研究科看護学専攻博士後期課程

【企画の趣旨】

糖尿病看護では、客観的なアセスメントだけでなく、糖尿病と暮らす人の視点に立って同じ方向を見つつよりよい方向をともに探る。しかし、その人の経験の理解が難しく支援に行き詰まりを感じることがある。

今回の交流集会では、糖尿病と暮らす人の視点に近づくための方法として、日常の中で直接経験されていることを捉える現象学的研究をとり上げる。日常の直接経験を現象学の創始者フッサールは「生活世界」と呼ぶ。あたりまえであるがゆえに語ることが難しい経験だが、現象学的研究はそれを明らかにする。北欧では糖尿病と暮らす人の生活世界を明らかにした現象学的研究が蓄積されており、Learning to live with diabetes（糖尿病と暮らすことを学ぶ経験）”という見方を提供している。これらは糖尿病を「病い」ではなく“学ぶ”経験として捉える視座を開く。筆頭筆者はこれらをメタ統合し、「身体の知覚と意識」「サポートしてくれる人の存在」「統合と応答責任」という包括的なテーマを抽出、「糖尿病とともに暮らすことを学ぶモデル」（Ver.1）として図式化した（Hosono & Tochikawa, 2022）。

【プログラム】

本交流集会では、北欧の現象学的研究から構築した「学ぶモデル」を紹介し、その見方で解釈した事例を共有して話題提供する。その後、このモデルを日本の糖尿病看護に取り入れる可能性について議論したい。糖尿病と暮らす人の生活世界を“学ぶ”という見方から理解できたとき、検査値だけを見てしまう、問診が情報収集に留まってしまう等の支援の行き詰まりが解きほぐされるかもしれない。本交流集会を通じて糖尿病とともに暮らす人びとの視点に近づくためのこの方法を磨きたい。

## ■交流集会 19　9月27日（日）13：15～14：35　第10会場（801-802）

# だれでもできる！レポートに頼らないインスリンポンプの継続支援

菊池 美千代[1]、吉田 直子[2]、山本 なつ美[3]、山本 恵美子[4]、藤原 恭子[5]、赤嶺 勝[6]、伊藤 千穂[7]、新井 茉美[8]、杉島 訓子[9]

[1]岩手医科大学附属病院、[2]ましたに内科クリニック、[3]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院、[4]国民健康保険小松市民病院、[5]公益社団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院、[6]医療法人　社団明康会　いろのわクリニック、[7]ほたるのセントラル内科、[8]自治医科大学附属病院、[9]おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック

【企画趣旨】

近年、基礎インスリン量の自動調整や高血糖時の自動補正を行うAID（Automated Insulin Delivery）療法の普及により、インスリンポンプ療法の有用性が高まり、導入施設も増加しています。私たちは2024年、2025年にインスリンポンプ（以下ポンプ）導入時の支援に関する交流集会を開催し、導入時の課題や工夫について共有・検討してきました。一方で、ポンプ使用者の増加に伴い、導入後の継続支援の重要性が一層高まっています。AID療法では基礎インスリンや高血糖時の補正インスリンは自動で投与されますが、カニューレの閉塞や硬結部位への穿刺などによりインスリン投与が妨げられると、治療効果は低下します。ポンプの故障によりポンプ治療が継続できない場合は、患者や家族の不安につながります。そのため、穿刺部位の確認、アラート設定の見直し、トラブルの早期発見などの継続支援は患者や家族の生活状況を把握している看護師の重要な役割になります。また、ポンプの継続支援では、血糖変動に加え、ボーラス実施状況や注入セット交換の適切さ、アラート対応などを把握できるレポートが有用な情報源となります。しかし、施設によっては、レポート閲覧環境が整っていない、あるいは読み取りに苦手意識があるといった理由から、レポートが十分に活用できていない現状もあります。そこで本交流集会では、レポートが活用できない場合でも実践可能な継続支援を紹介します。ポンプからデータを取り出す際などに、ポンプ本体を確認することで故障する前に交換などの対応ができる可能性があります。また、多くの方が行っている穿刺部位の観察で、確認する視点や対応は、ペン型インスリン注入器で行っている方法と同じです。そして、患者がどのようにポンプを使っているかは、ポンプの履歴を確認することで把握できます。このようにレポートがなくても実践できる継続支援はたくさんあります。今回は、「レポートを読む前に最低限確認すべきポイント」に焦点を当て、参加者の皆さんが、明日から実践できる支援を共に考えます。

【プログラム】

実践紹介・グループワーク

# ■交流集会 20　9月27日（日）13：15～14：35　第11会場（1101-1102）

## がん治療中の糖尿病患者に対するセルフケア支援の検討 ―フットケアおよび口腔ケアの看護の現状と課題の共有―

澄川 真珠子[1]、桑村 由美[2]、神谷 千鶴[3]、水澤 恵美[4]
[1]札幌医科大学、[2]徳島大学大学院、[3]関西看護医療大学、[4]社会医療法人延山会　西成病院

【企画趣旨】
日本糖尿病学会による調査（中村ほか，2024）では，2011～2020年における糖尿病患者の死因は，がん（38.9％），感染症（17.0％），血管障害（10.9％）の順で多く，糖尿病患者は一般人と比べてがんによる死亡リスクが高いことが示されている。糖尿病により発がん・がん死リスクが増加する可能性が注目されている。がん治療（手術，化学療法，免疫療法，ステロイド投与など）を受ける糖尿病患者は，血糖変動が大きく，セルフケアが困難となりやすい。また，がんに対する不安と糖尿病療養による負担感を併せ持つことが報告されている（横田ほか，2021）。一方で，肥後ほか（2015）は，がん治療中・治療後の2型糖尿病患者が，がんを持たない患者と同等の自己効力感やコントロール所在を有し，がんと糖尿病のいずれの治療にも意欲的である可能性を示唆している。糖尿病とがんを併せ持つ患者に対するセルフケア支援を担う糖尿病看護の専門性を有する看護師は，治療の優先順位や患者の心理的負担への配慮に戸惑いや困難を感じることが多く，支援方法に悩む場面が少なくないと報告されている（山本ほか，2020）。我々も，糖尿病患者のセルフケア支援，特にフットケアや口腔ケアに着目した臨床実践や研究に取り組む中で，がんを併せ持つ患者への看護実践に悩む体験を有している。そこで本交流集会では，がん治療中の糖尿病患者に対するセルフケア支援のうち，特にフットケアや口腔ケアに焦点を当て，実践例や課題を共有し，今後の看護実践に活かす視点を得ることを目的とする。

【対象】がん看護と糖尿病看護に関心のある看護師（先着40名）

【プログラム】
1．導入・趣旨説明（10分）
2．話題提供（15分）
　・糖尿病とがんの関連
　・がん治療が糖尿病セルフケアに及ぼす影響（食事，運動，フットケア，口腔ケア）
3．グループディスカッション（30分）
　・困難事例や支援に迷った場面の共有
　・工夫している支援内容と患者の反応
4．全体共有・まとめ（15分）
5．アンケート（10分）

## ■交流集会 21　9月27日 (日) 14:50～16:10　第8会場 (1008)

# 糖尿病をもつ方への肥満治療、私たちはどう関わる？支援の方法について一緒に考えよう！

坂本 倫基[1]、山﨑 優介[2]、岩本 由衣[3]、村元 かなえ[4]、戸田 滋久[5]、平川 亜紀[6]、加藤 朋果[7]、渡邊 延子[8]、津川 沙紀[9]

[1]福岡大学病院、[2]みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南、[3]長崎県壱岐病院、
[4]医療法人徳洲会千葉西総合病院、[5]独立行政法人国立病院機構福山医療センター、[6]菊川市立総合病院、
[7]総合病院南生協病院、[8]医療法人川崎病院、[9]飯塚病院

【企画主旨】

近年、肥満症治療は大きく変化しています。これまで「メタボリックシンドローム」の概念のもと、心疾患予防を中心とした介入が進められてきましたが、現在は「肥満症」として健康障害を伴い医学的に減量が必要な状態にある方への診断・治療が行われるようになっています。さらに近年では肥満症治療薬の登場もあり肥満症治療への関心は急速に高まっています。

肥満症は遺伝や環境、ストレスなど多様な要因が関与する疾患であり、単に個人の努力や意思の問題として捉えられるものではありません。こうした背景を踏まえ私たち医療者は、生活習慣の改善を支援するだけでなく、患者さんの思いに寄り添い、その人に合った関わり方を考えていくことが求められています。日々の現場で、進みゆく肥満症治療の中で、肥満を伴う糖尿病をもつ方への支援にうまく結び付けられていない、どのように関わればよいかと悩むことはありませんか。

本交流集会では、糖尿病をもつ方への支援を起点に、肥満症という視点をどのように取り入れ支援に繋げていくかを参加者のみなさんと一緒に考えていきます。グループワークでは、施設毎の糖尿病をもつ方への肥満治療の現状、支援の難しさや課題、QOL の向上など印象に残る事例を共有し、明日からの支援に活かせるヒントを見つけていきます。糖尿病と肥満症の治療の基本は食事療法と運動療法であり、これらを支えるスキルは日々糖尿病診療に携わる私たちの強みでもあります。その強みを活かし、明日からの実践に繋がる一歩を一緒に見つけてみませんか。

【プログラム】

1. 企画主旨説明
2. 肥満治療・支援の現状の説明、症例紹介
3. グループワーク
4. 全体共有、グループ発表
5. まとめ

# ■交流集会 22　9月27日（日）14：50～16：10　第9会場（1010拡張）

## 特定行為を「看護の武器」にする～生活を支えるインスリン調整～

津崎 好美[1]、上野 恵美[2]、竹内 麻衣[3]、中野 恵理[4]、黒岩 絵美[5]
[1]社会医療法人愛仁会　明石医療センター、[2]医療法人徳洲会　恵生会病院、
[3]公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院、[4]近畿大学病院、[5]大阪回生病院

【趣旨】

糖尿病看護の現場において、特定行為研修の受講を迷っている看護師や、修了後の組織内での活用に不安を感じている看護師は少なくありません。特定行為区分である「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」や「インスリン投与量の調整」は、技術的側面に焦点が当たりやすく、患者さんの生活背景や価値観をふまえた看護の視点が、十分に共有されにくい現状があります。

前回、第30回日本糖尿病教育・看護学会学術集会の交流集会では、CDEJ・CNSを含む参加者の皆さまにアンケートを実施しました。その結果、特定行為未受講者が約6割、受講済みが約3割を占め、受講への迷いや修了後の活動に対する不安が多く語られました。一方で、「今後の課題が明確になった」が約6割、「不安が軽減した」が約半数にのぼり、実症例を通じた具体的な実践の共有を求める声が多く寄せられました。

本企画は、その第2弾として、特定行為を単なる「スキル」ではなく、「生活を支える看護実践」として捉え直すことを目指します。実症例をもとに、看護師がどのようにアセスメントし、判断し、支援しているのかを可視化し、多様な生活背景をもつ糖尿病のある方へのインスリン調整と療養支援について、参加者の皆さまとともに検討していきます。

学会テーマである「原点回帰」に立脚し、その人らしさに寄り添う看護とは何かを、症例提示・演習・ディスカッションを通して共有する交流の場です。特定行為研修の受講を迷っている方、修了後の実践に悩んでいる方、糖尿病看護を大切にしたいすべての看護師の皆さまのご参加をお待ちしています。明日からの実践に、ワクワクしながら一歩を踏み出せる時間を、ぜひご一緒しませんか。お気軽にご参加ください。

【プログラム】

1、メンバー紹介・主旨説明
2、レクチャー・活動報告①
3、演習・ディスカッション
4、レクチャー・活動報告②
5、演習・ディスカッション
6、各グループ発表まとめ

# ■交流集会 23　9月27日（日）14：50～16：10　第10会場（801-802）

## あなたのことば、どう届いていますか？
## ～患者体験から考えるダイアベティススティグマ～

田中 知美[1]、櫻本 明美[2]、三木 智美[3]、江成 実樹[6]、南村 二美代[4]、田中 永昭[5]
[1]いんべクリニック、[2]姫路聖マリア病院、[3]兵庫県立はりま姫路総合医療センター、
[4]大阪公立大学　看護学部看護学科、[5]国家公務員共済組合連合会　枚方公済病院内分泌代謝内科、
[6]東京都立病院機構　東京都立多摩北部医療センター

【企画趣旨】
ダイアベティスケアの現場では、私たちが何気なく使っている言葉や態度が、患者の感じ方や行動に影響しているかもしれません。先行研究でも、医療従事者の言葉や態度がダイアベティススティグマにつながる可能性が示されています。しかし、その中に含まれる無意識のスティグマには気づきにくいと考えられます。前回の交流集会においても、言葉や態度が看護のアセスメントに影響する可能性があることが共有されました。
本交流集会では、参加者が患者視点の動画視聴を通して治療相談の体験をします。看護師との話し合いの場面で、スティグマを含む言葉が使われた場合と、含まない言葉が使われた場合を患者として体験します。体験後にはディスカッションを通して関係性の違いやその影響について考えます。さらに、自己管理ノートへの関わりも含めて振り返り、日常の実践を見直します。
日々の実践を振り返りながら、改めて大切にしたい看護のあり方に立ち返る「原点回帰」の機会として、どなたでもお気軽にご参加ください。

【プログラム】
1．当交流集会の趣旨について説明
2．患者体験①（動画視聴による患者視点の疑似体験：スティグマを含む関わり）
3．患者体験①について、感じたことをリアルタイム投票ツールを用いて、共有
4．講義：ダイアベティススティグマについて
5．患者体験②（動画視聴による患者視点の疑似体験：スティグマを含まない関わり）
6．患者体験②について、感じたことをリアルタイム投票ツールを用いて、共有
7．グループディスカッション・質疑応答・感想
8．アンケート（グーグルフォーム）回答

一般演題 1 「特定行為研修」

## 口演 01-1
## 訪問看護における特定行為「インスリンの投与量の調整」の実践―在宅療養者 3 事例の報告―

◯山﨑 優介[1]、鎌田 美南[1]、谷 明[2]、垣本 佑衣[1]、宗藤 恵美[1]、藤野 泰平[3]
[1]みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南、[2]みんなのかかりつけ訪問看護ステーション高畑、[3]株式会社デザインケア

【目的】在宅療養におけるインスリン調整では，血糖値のみならず生活状況や支援体制を踏まえた判断が求められる．しかし，訪問看護師が特定行為として実施する「インスリンの投与量の調整」の実践内容については十分に報告されていない．本報告では，在宅療養者に対して訪問看護師がインスリン調整を実施した 3 事例を通して，在宅における実践の特徴を報告する．
【実践内容と方法】特定行為研修を修了した訪問看護師が関わった在宅療養者 3 名（小児，高齢独居，障害者共同住宅で生活する成人）を対象とした．訪問看護記録，SMBG/CGM データ，インスリン投与状況，主治医との連携内容をもとに，背景，調整内容，経過を整理した．本報告は通常診療および看護実践の範囲内で実施された事例報告であり，対象者には公表について説明し文書同意を得た．個人が特定されないよう十分に配慮した．
【結果】事例 1 は 1 型糖尿病の小児であり，保育園活動時の低血糖に対し，活動量や保護者・保育園職員の不安を踏まえて一時基礎レートや糖質比を調整した．重症低血糖なく保育園生活を継続できた．事例 2 は高齢独居の糖尿病患者であり，CGM 導入により夜間低血糖と注射部位硬結を確認し，生活状況や身体所見を踏まえて混合型インスリンを減量した．介入後は夜間低血糖を認めず，デイサービス利用を継続できた．事例 3 は障害者共同住宅で生活する 1 型糖尿病女性であり，職員の過度な糖質制限による低血糖に対し，食事内容とインスリン量を段階的に調整した．介入後は低血糖を認めず，「皆と同じように食べられるようになった」との発言が聞かれた．
【考察】訪問看護師によるインスリン調整では，血糖値のみならず，生活背景や支援体制を含めた包括的な判断が行われていた．また，本人だけでなく家族や支援者への継続的支援が重要であった．特定行為としてのインスリン調整は，在宅療養の継続支援に寄与する可能性が示唆された．

一般演題 1 「特定行為研修」

## 口演 01-2
## 膵臓癌の周術期に特定行為「インスリン投与量の調整」の介入を行った一例

◯多田 瑞穂
船橋市立医療センター　外科病棟

【目的】
膵臓癌の周術期に、糖尿病看護特定認定看護師がインスリン投与量の調整で関わった患者がどのような回復過程を辿ったのかを考察する。
【方法】
身体面は血糖推移と低血糖の回避状況を考察する。精神面はドナ・C．アギュララの危機理論を用いて、危機回避に必要なバランス保持因子の①出来事に対する知覚、②社会的支持、③対処機制に対しての影響を分析する。本実践は所属施設の倫理委員会で承認を受け実施した。
【結果】
A 氏、80 歳代、男性。閉塞性黄疸で入院後から介入し、外来化学療法時・手術時・術後外来通院時と半年間継続し関わった。閉塞性黄疸で入院時「インスリンはやるしかない」と表情は固く、治療への感情と生活への影響を丁寧に聞き取った。外来化学療法時は複数科の受診に戸惑いやいらだち、認知症の妻を 1 人にする気がかりを訴えた。そこで、がんと糖尿病治療が同時に開始し混乱する思いを整理し、妻との大切な間食の習慣をやめずに術前の血糖が目標域となる工夫をした。データと症状を捉えて行動できる力を活かせるよう持続血糖測定器（以下 CGM）を導入した。入院時は、医師がインスリン調整する時間以外に介入した。血糖を一緒に振り返るなかで「インスリンは一生必要だ」と発言が変化した。介入より半年後、CGM を活用し妻と間食を楽しみ、低血糖を予測して細やかな対応ができており TIR93%、TBR0%のため介入終了した。
【考察】
身体面では生活背景から血糖変動を予測し、低血糖対策と医師と連携したことは低血糖を低減した。補液や食事変更やデータの変化にあわせたタイムリーな調整は血糖を目標範囲とする一助となった。精神面では、がん治療と糖尿病治療の開始と妻への気がかりは、ストレスが強い不均衡状態を引き起こした。しかし「出来事の知覚」では治療への受け止め方を確認し段階的に先を見越した情報を補足したこと、「社会的支持」では家族も含めて継続した相談の場を保障したこと、「対処機制」では元々の生きがいを考慮した血糖管理や A 氏に合うデバイスの活用でセルフモニタリング力を促進したことが、均衡回復に向かう状況をつくり、安心して治療を遂行する環境につながった。

一般演題 1 「特定行為研修」

## 口演 01-3
## インスリン調整と患者教育の統合的アプローチ～特定行為を通じた共同意思決定が患者の主体性を引き出した一例～

○山本 潤、本間 玲子
JA 北海道厚生連　旭川厚生病院

【目的】
周手術期の血糖管理は合併症の予防において重要であり、その入院期間や予後に影響する[1)] と言われている。血糖管理が困難な 2 型糖尿病の患者に対し、特定行為研修を修了した看護師が、外来において CGM を用いた遠隔モニタリングと特定行為でのインスリン調整を実施したことで、血糖管理および患者の心理面・行動面に与えた影響を報告する。
【倫理的配慮】
所属施設の倫理委員会による承認を得た。
【実践内容と方法】
事例報告。A 氏、70 代、男性、2 型糖尿病。X 年胆石症のため B 病院消化器科へ入院となる。入院時検査で右肺に陰影を認め、同院呼吸器科を受診したところ右肺癌の診断となる。手術の予定となるが術前血糖管理目標を逸脱していた。血糖管理目的での入院を勧められたが手術以外での入院は困難と返答された。外来で看護師の特定行為により血糖管理を支援していくよう指示があり、CGM を使用した遠隔モニタリングでのインスリン調整を開始した。A 氏と周手術期の血糖管理目標を共有し、考えや想いを引き出す関りをした。食事療法における課題を共有し、改善点を考えることができるよう支援した。インスリン調整の際には単位変更の理由を丁寧に説明し、合意形成を行うプロセスを重視した。
【結果】
手術予定日までに血糖管理目標を達成し、手術に臨むことができた。特定行為での支援を通して A 氏は主体的に治療に取り組み、食事療法において行動変容がみられた。手術までの限られた期間で血糖管理目標を達成できたことは A 氏にとっての成功体験となり、糖尿病治療に対し「自分でもできるって自信になった」という発言が聞かれた。
【考察】
看護師の特定行為によるインスリン調整の強みは、手順書に基づくタイムリーなインスリン調整と患者教育を統合的に展開できる点である。丁寧な説明により患者と合意形成を図る関りは、共同意思決定を促進し、治療に対する主体的な行動変容や目標達成に寄与したと考える。術前の成功体験は、今後も続く糖尿病治療に対する適応力を高める可能性がある。看護師の特定行為によるインスリン調整は、安全な血糖管理を実現するだけではなく、患者の主体的な治療参加を育む有効な手段であると考える。

1）日本糖尿病学会 編・著：糖尿病診療ガイドライン 2024，P.519-524，南江堂，2024.

一般演題 1 「特定行為研修」

## 口演 01-4
## 特定行為を活用した糖尿病看護認定看護師介入による生体腎移植周術期血糖管理の標準化

○田中 景子[1]、岩﨑 直子[2]、乾 政志[3]
[1]東京女子医科大学附属八千代医療センター　看護部、[2]東京女子医科大学附属八千代医療センター　糖尿病・内分泌代謝内科、[3]東京女子医科大学附属八千代医療センター　泌尿器科

【目的】
生体腎移植患者の周術期において、ステロイド使用に伴う高血糖が「やむを得ないもの」と認識され、統一した血糖管理が行われていなかった。特定行為を取得した糖尿病看護認定看護師 (以下、糖尿病看護特定認定看護師) が介入し、多職種で周術期血糖管理プロトコールを作成・運用することで、血糖管理の統一化と周術期の安全性向上を図ることを目的とした。
【実践内容と方法】
生体腎移植周術期に使用されるステロイドの種類および投与量について泌尿器科医に確認した。その後、麻酔科医、糖尿病・内分泌代謝内科医、手術室看護師長、ICU 看護師長、病棟看護師長、糖尿病看護特定認定看護師が参加するカンファレンスを実施した。特定行為を活用し、ステロイド使用時のインスリンの種類や調整量、投与タイミングを整理した。さらに、手術室への薬剤持ち込み制限、ICU における血糖管理担当医の違いなど各科のローカルルールを共有し、それらを踏まえた統一プロトコールを作成した。
【倫理的配慮】
本実践は診療手順の整備および看護実践の質向上を目的としたものである。患者情報は特定されないよう匿名化した。報告は所属施設の看護研究支援委員会の承認を得て実施した。
【結果】
プロトコールを作成・実践した結果、血糖管理の流れが標準化された。これにより現場看護師の理解が深まり、インスリン調整に対する判断が統一され、円滑に実践できるようになった。また、術後高血糖は異常であるという認識が共有され、高血糖を認めた際には糖尿病看護特定認定看護師へ速やかに相談する体制が定着した。これにより周術期管理の安全性が向上した。
【考察】
特定行為を活用した糖尿病看護特定認定看護師の介入により、ステロイド起因の高血糖という課題が可視化され、多職種間で共通理解が得られた。各科のローカルルールを調整しながらプロトコールを構築したことが、血糖管理の統一化と実践の定着につながったと考える。本実践は、特定看護師が周術期血糖管理において中心的役割を果たせる可能性を示唆している。

一般演題 1　特定行為研修

## 口演 01-5
## 特定行為を活用して実践した看護を振り返る～その人が望む場所での生活と治療の両立を一日でも長く続けるために～

○浦上 晴代
日野市立病院

【目的】血糖コントロールに係る薬剤投与関連の特定行為研修を含む教育課程を修了した認定看護師が、認知機能低下を持つ１型糖尿病の患者への特定行為を実践し、本人が希望する「自宅での生活継続」への支援を実現した事例を振り返り報告する。
【実践内容と方法】本人と娘へ個人情報保護に留意する旨を口頭で説明し同意を得た。80 代後半男性 ( 以下 A 氏 )。40 代で発症した１型糖尿病をもつ。近年夫婦共に認知機能低下が進行し、訪問看護師や近隣に住む娘の支援を受けながら血糖管理を行っていた。20XX 年高血糖により入院した際に退院後一旦は施設入所したものの、同年尿路感染症に罹患し当院へ再入院となった。退院先の相談をした際に、A 氏は「妻と一緒にいたい」と強く自宅退院を希望した。そこで主治医と共に A 氏が自宅へ退院するにあたっての問題点を話し合い、社会資源を活用しながら急性合併症を回避する程度の血糖管理継続を治療や看護の目標として定めた。まず、私は特定行為を開始し空腹時血糖値 130mg/ｄｌ、随時血糖値 180 ｍｇ/ｄｌを目標に病院食に合わせた血糖調整を行い、インスリン必要量を見極めた。次に自宅での食事内容を詳しく聴取し、担当栄養士と相談のうえ自宅での炭水化物量と同等の病院食を提供し、これに合わせたインスリン調整を行った。また主治医と討議した内容を受け持ち看護師と共有し、看護目標を 1. インスリン自己注射手技習得 2. 退院後の支援体制確立と定め、スタッフの実践を支援した。退院後は訪問看護師との連携や外来面談を続け自宅での状況を確認し医師と共有している。
【結果】現在も A 氏は訪問看護師の継続支援の下、妻と二人自宅での生活を続けている。
【考察】特定認定看護師として、患者や家族の思いを聴取し尊重すること、生活パターンを考慮した血糖コントロールを行うこと、医師の考える治療を理解し同じ方向性を掲げ看護を展開すること、コメディカルや看護スタッフ・地域の医療者など多くの職種の考えに耳を傾け連携を続けることなどを大切に実践を続けてきた。そういった「特定行為の思考過程を活用した看護」が、その人の望む生活の継続と治療の両立に繋がった。

一般演題 2　小児・思春期・移行期

## 口演 02-1
## 学童後期にある 1 型糖尿病の子どものQOL に影響する要因

○石山 恭子、永渕 美樹、川久保 愛、
松永 由理子、古賀 明美
佐賀大学

【目的】
学童期は療養行動が親から本人へ移行する時期であるが，血糖測定やインスリン注射，低血糖の予防・対応といった療養行動を，学校生活の中で実施することに対する困難が明らかになっている．本研究では，学校での療養行動を含め，学童後期にある 1 型糖尿病の子どもの QOL に影響する要因を明らかにすることを目的とした．
【方法】（または【実践内容と方法】）
対象者は，1 型糖尿病を発症後 6 カ月以上経過した小学 4 ～ 6 年生とした．全国の患者・家族会，小児糖尿病サマーキャンプ，福岡県・佐賀県の小児 1 型糖尿病を診療する糖尿病専門医を通じて 238 名に調査を依頼し，2025 年 6 ～ 10 月に無記名で Web 調査を行った．調査項目は基本属性，学校での療養状況（日中のインスリン管理者，学校での相談者，療養場所等），低血糖に対処する自信（HCS-J：Hypoglycemia Condence Scalein Japanese），子どもの QOL（Kids KINDL$^{R}$）とした．分析は，単回帰分析で有意差があった項目および先行研究で影響があった項目を説明変数，QOL を目的変数とし重回帰分析を行った．本調査は所属施設の倫理委員会の承認を得た（R7-16）．
【結果】
回答者 92 名のうち，欠損が多かった 1 名を除外し 91 名を分析対象とした（有効回答率 38.2%）．対象者は男子 48%，インスリン療法の種別は MDI40%，CSII27%，SAP33%，日中のインスリン管理者が本人 81％であった．平均 HCS-J スコアは 3.07 ± 0.47，平均 KINDL 総得点は 74.25 ± 12.71 であった．重回帰分析の結果，QOL に影響したのは HCS-J スコア（$\beta$ = 0.53）と日中のインスリン管理者（$\beta$ = 0.24）であった（$R^2$=0.39）．
【考察】
低血糖に対処する自信が高いことは，学校生活における安心感をもたらし QOL に影響すると考えられた．また，日中のインスリン管理を自分で行うことは，「自分でできる」という成功体験の積み重ねや，他の子と同じように学校生活を送れることによる心理的負担の軽減をもたらし，QOL 向上に繋がると考えられた．

一般演題 2 「小児・思春期・移行期」

## 口演 02-2
## 1 型糖尿病児に対する学校面談に関する電子カルテ記録の質的分析 ―医療と教育の連携支援の実態と課題―

◯仲間 長乃
独立行政法人那覇市立病院

【目的】1 型糖尿病児が学校生活を安全に送るためには、医療機関と教育現場の緊密な連携が不可欠である。本研究では、電子カルテに記録された学校面談の経過を質的に分析し、医療者が捉える連携の実態と、円滑な支援を阻害する課題を明らかにすることを目的とする。
【方法】A 病院に入院した 1 型糖尿病児のうち、2012 年 4 月 1 日から 2026 年 3 月 31 日までに学校面談を実施した症例を対象とした。電子カルテの記載から学校面談に関する記録を抽出し、質的記述的研究デザインを用いて分析した。面談の内容、参加者・学校側の要望、医療側の提案、および直面した困難事項をコード化し、類似性に基づきカテゴリ分類を行った。なお、本研究は A 病院倫理委員会の承認を得て、個人情報の匿名化を徹底して実施した。
【結果】対象期間に学校面談を実施した件数は 21 件、そのうち本研究の対象は 18 件であった。児の平均年齢は 10.6 ± 2.2 歳、男児 11 名・女児 7 名であった。平均入院日数は 29.7 ± 8.4 日であった。分析の結果、連携の実態として【校内でのインスリン自己注射・血糖測定の環境整備】【補食や低血糖対応の具体的シミュレーション】【行事（修学旅行・宿泊学習）における安全管理】などが主要なテーマとして抽出された。一方で課題として学校側では、1 型糖尿病児の対応に伴う理解や管理体制の適応の難しさなどが抽出され、本人・保護者側においては、病気の公表をどのようにどこまで行うか、低血糖時や緊急時の連絡体制の構築などが挙がった。さらに保護者と学校側のニーズの乖離に対する医療者の調整的役割として、学校の管理体制や規則により、本人・保護者の要望を充足させることが困難なケースがあることも明らかとなり、医療者側の調整負担の大きさが顕在化した。
【考察】医療者は電子カルテ記録において、単なる医学情報の提供に留まらず、学校現場の個別性に合わせた『療養の翻訳者』としての役割を果たしていた。しかし、連携の質が担当教諭の経験や学校の体制に依存している実態があり、属人的な連携から組織的な連携へ移行するための標準的な情報共有ツールの活用や、定期的な多職種カンファレンスの重要性が示唆された。

一般演題 2 「小児・思春期・移行期」

## 口演 02-3
## インスリンポンプ管理を必要とする児童の小学校入学期における学校生活適応とセルフケア移行支援―訪問看護師の介入を通して ―

◯山内 麻衣
なごみ訪問看護ステーション

【目的】
今回、インスリンポンプを使用する児童 ( 以下、児とする ) の小学校入学に際し、給食時間に合わせた訪問看護師の小学校訪問を実施した。本報告では、訪問看護師の関わりが児の学校生活への適応とセルフケア移行へどのように寄与したのか振り返る。個人が特定されないよう配慮し、本人と保護者から文書による同意を得た。
【実践内容と方法】
給食前の時間に合わせて訪問し、一緒にインスリンポンプと持続グルコースセンサーのはずれがないか確認した。ボーラス投与は、家族が事前に給食メニューから糖質量を算出したものを共有し児が主体となって実施した。介入初期には給食の準備が整わないこともあり、状況に合わせてボーラス投与を調整した。血糖値の低下が予測される場合には、先に食事を開始できる様に教員や支援員と調整を行った。看護師の介入時間の調整を行い、児が給食当番に参加できるような配慮を行った。当初は看護師と支援員や教員とのやり取り中心だったが、徐々に身体的な症状についても話してくれることが増えた。介入開始から 1 年経過し海外への転居に伴い介入を終了したが、「看護師さん大好きだったよ。私は大丈夫」という発言が聞かれた。
【結果】
児と共に糖質量の確認やインスリンポンプ操作を行い、学校生活に合わせた訪問を調整することで誤投与や著しい血糖変動なく学校生活を送ることができた。さらに、介入を通して「矢印が下に出ているからいつもよりお腹が減る感じがした」など体調変化を話してくれることも増えた。介入終了時には「私は大丈夫」と発言するなど、自己管理への前向きな発言が見られた。
【考察】
小学校入学期のインスリンポンプ管理においては、安全な医療的ケアの実施だけでなく、学校生活やセルフケアを支える視点が重要である。本事例では、訪問看護師が家族や教員・支援員と連携したことで著しい血糖変動を防ぎながら給食当番や学校生活に参加することができた。また、看護師の訪問が児の気づきを促し、学童期におけるセルフケア移行支援に寄与した可能性が示唆された。

一般演題 2 「小児・思春期・移行期」

## 口演 02-4
## AYA 期に診断を受け通院困難となった 1 型糖尿病患者の一事例～病みの軌跡モデルに基づく語りの支援～

◯中村 絵美莉[1]、坂本 梅子[1]、大貫 恵子[1]、辻 論[2]、林 哲範[2,3]、宮塚 健[2]、正木 嗣人[4]
[1]北里大学病院　看護部、[2]北里大学医学部　糖尿病・内分泌代謝内科学、[3]北里大学看護学部　基礎看護学、[4]まさき糖尿病・甲状腺クリニック

【目的】通院中断を繰り返す AYA 期発症の 1 型糖尿病患者への関わりを病みの軌跡モデルを用いて語りの支援の意義を検討する。
【実践内容と方法】A 氏は 10 代後半に 1 型糖尿病を発症し、治療中断や糖尿病ケトアシドーシスで緊急入院した経緯があった。入院中も「もう帰りたい」等の発言が聞かれたが、理由を話す事はなかった。その為、A 氏の療養体験について病みの軌跡モデルを用いて軌跡を理解する必要があると考えた。発症時口渇と体重減少を「痩せてラッキー」と捉えていた。その後、インスリン療法を開始し、スマホアプリを用いたカーボカウントにより血糖マネジメントは良好であったが、家庭で準備した食事では計算が難しく心理的負担感が増加した。また病気について周囲の理解が得られない経験や、就職後は周囲に病気を知られたくないとの思いから通院の中断を繰り返した。会話の中では、「自分を理解してくれる人に愚痴を聞いてほしかった」との発言があった。倫理的配慮として、プライバシー保護に配慮し、発表について対象者本人の同意を得た。
【結果】A氏が自分の苦悩について語る事ができ、外来での継続看護の一助となった。
【考察】病みの軌跡モデルでは、入院時の高血糖状態は生命の危機に直面したクライシス期と捉えられる。その後、インスリン治療により身体状態が改善した立ち直り期において、看護師との対話を通じて自己の経験を語る過程が生じた。クロニックイルネスにおける語りは、聞き手との相互作用の中で生成され、自己の存在の再確認や意味づけの再構成につながるとされている。本症例でも、語りの支援を通じて、今まで断片的であった体験が再構成され、自己の感情や経験を他者と共有することが可能となった。この過程は、病いの経験を自らの人生の中で再解釈する「編みなおし」に相当し、療養継続への動機づけに寄与したと考えられる。A 氏は AYA 期に発症し、進学や就職といったライフイベントの中で、疾患受容の困難さや療養行動の負担、周囲の理解不足による社会的孤立を抱えていたと考えられる。そのため、AYA 期の患者に対しては療養行動の指導に加え、ライフイベントを理解した語りの支援が重要であることが示唆された。

一般演題 2 「小児・思春期・移行期」

## 口演 02-5
## 発達障害のある 1 型糖尿病をもつ患者の成人移行期支援―多職種連携における課題と看護師の役割―

◯植田 三紀子、木村 菜美子、紙屋 千絵、中村 沙織、内藤 訓生、鹿島田 健一
国立成育医療研究センター

【目的】発達障害のある 1 型糖尿病患者の成人への移行期では、自己管理の継続が困難となりやすい。本症例では、治療方法の再評価と地域支援体制の構築を通じて、多職種連携による成人移行期支援における課題と看護師の役割を考察することを目的とした。
【倫理的配慮】所属施設の倫理審査委員会の規定に則り実施した。
【実践内容と方法】学童期に 1 型糖尿病を発症した発達障害のある 20 代男性（IQ66）。高校卒業までは家族が食事・血糖管理を担っていたが、アルバイト開始後に生活リズムが不規則となり高血糖が持続した。本人は友人関係が広がり生活への満足感を得ていたが、就労不調による収入減少と金銭管理困難が顕在化したため、外来看護師・主治医・MSW で自己管理状況と支援の必要性を再評価した。家族の見守りのみでは不十分であると判断し、地域の障害福祉課、職業センター等と連携し訪問看護を導入した。本人の意向と経済状況を踏まえ、週 1 回投与の持効型インスリンを選択し、訪問看護では注射実施と持続血糖測定器 (CGM) 装着確認を支援した。
【結果】訪問看護導入後、CGM センサ有効率は 70% から 90%に改善し、基礎インスリン投与の確実性が向上した。就労中の低血糖は減少したが、食事前インスリン投与忘れが残存した。
【考察】本症例の多職種連携の課題は、生活変化に伴い治療と生活の不適合が生じていたにもかかわらず、経済問題が顕在化するまで十分に検討されていなかった点である。看護師は治療行動の不安定さの背景を多職種と共有し、医療と地域支援を結びつける調整役を担った。成人移行期支援では、生活状況に応じて治療と支援を継続的に調整する視点が重要である。

一般演題 3 「1 型糖尿病」

## 口演 03-1
## 成人期発症 1 型糖尿病の人の低血糖の経験

◯鈴木 みどり
東京科学大学病院

【目的】成人期発症 1 型糖尿病の人の低血糖の経験は明らかになっていない。そこで、成人期に 1 型糖尿病を発症した人の低血糖の経験を記述し、看護実践への示唆を得ることを目的に研究に取り組んだ。
【方法】半構造化面接法を用いた質的記述的研究。過去 1 年以内に複数回の低血糖を経験した成人期発症の 1 型糖尿病の人を対象に低血糖の体験を問うインタビューを行った。面接後に逐語録を作成、低血糖の経験の語りをコード化、類似性と相違性の観点からサブカテゴリ・カテゴリを抽出、カテゴリ名を抽象化してテーマを付した。山梨県立大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を得て実施した ( 承認番号 2024-20)。
【結果】対象者は女性 2 名、男性 1 名 ( 年齢 58.7 ± 4.9 歳 ) で、全員インスリン頻回注射療法中、2 名が CGM( 持続血糖測定 ) を使用、低血糖の頻度は時々あるから 1 ～ 2 週に 1 度、重症低血糖歴はなかった。分析の結果、172 コード、43 サブカテゴリ、13 カテゴリを抽出した。さらにカテゴリを検討し、【低血糖の予兆を感じる】【舌の痺れと見え方の変化から低血糖になっていると感じる】【血糖値は急にバーッと下がっていく】【動きが悪くなって食べなきゃと身体がなる】【アラートと同じようには低血糖を感じない】は『低血糖の感覚・知覚』、【神経質になり補食の食べ過ぎによる高血糖や、インスリン注射を足して低血糖を繰り返す】【低血糖になる状況がわかるようになる】【血糖が戻る方法や低血糖を起こさない調整の体得】【低血糖時は急激に血糖を上げずに、戻るのを信じて待つ】【薬や食事が同じでも予測できない低血糖】は『低血糖の体験の積み重ね』、【低血糖は予防していくもの】【低血糖は大丈夫なものと制御できないものの両方がある】【低血糖から戻ると普通】は『低血糖の意味づけ』のテーマを付した。
【考察】1 型糖尿病の人は、療養行動の一つとして低血糖の体験を積み重ねる中で低血糖の対処を体得し、意味づけると考えられた。低血糖の対処だけではなく、低血糖の感覚・知覚、試行錯誤という体験の積み重ねによって意味づけられる個々のプロセスを理解することが、成人期発症 1 型糖尿病の人の支援において不可欠であると考えられた。

一般演題 3 「1 型糖尿病」

## 口演 03-2
## 成人期に 1 型糖尿病を発症した人の経験

◯長山 有香理、和田 由樹、河口 てる子
聖隷クリストファー大学

【目的】
成人期に 1 型糖尿病を発症した人が、発症から現在に至るまでにどのような経験をしているのかを明らかにする。
【方法】
成人期に 1 型糖尿病を発症し、発症から 3 年以上経過している者を対象に半構造化面接を実施した。面接内容を逐語録として作成し、語りの意味内容に沿ってコード化を行い、類似性に基づいてサブカテゴリー、カテゴリーへと抽象化した。なお、本研究は所属機関および研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施し、対象者には文書および口頭で説明し同意を得た。
【結果】
対象者は 8 名で、平均年齢は 49.3 歳。1 型糖尿病発症後の経過年数の平均は 17.9 年であった。成人期に 1 型糖尿病を発症した人の経験を分析した結果、[ 発症によるそれまでの当たり前の変化 ]、[ 治療が入り込んだ日常 ]、[ 治療を続けるために生じる時間的・経済的負担 ]、[ 他者との距離を調整する自己 ]、[ 生と死を意識しながら病いを位置づけ直す ]、[ 病いを抱えながら生き方を組み替える ] の 6 つのカテゴリーが抽出された。対象者は発症を契機に治療を抱えた生活の中で生き方を再構築していた。
【考察】
成人期に 1 型糖尿病を発症した人は、既に構築されている生活や社会的役割を前提としながら治療を続け、病いを抱えた生活を組み替えていく経験をしていた。看護においては、治療技術の習得支援にとどまらず、その人が築いてきた生活の中で治療をどのように続けていくかを共に考え、生活の中に治療を組み込んでいく過程を支える関わりが重要である。

一般演題 3 「1 型糖尿病」

## 口演 03-3
## 無自覚性低血糖を起こしている 1 型糖尿病患者の思いと低血糖予防へ向けた支援

◯冨樫 智子[1]、杉本 友紀[1]、中村 真由美[1]、
今井 三千代[1]、山口 伸子[1]、大倉 美紀[1]、
上田 留美子[1]、川野 義長[2]
[1]慶應義塾大学病院　看護部、[2]慶應義塾大学医学部腎臓内分泌代謝内科

【目的】重症低血糖は生命予後や QOL に重大な影響を及ぼす。重症低血糖を 2 回経験した 1 型糖尿病患者に低血糖予防の看護相談を行った。高血糖への強い不安から低めの血糖値を維持し、無自覚性低血糖を呈していた。本事例の心理的背景と重症低血糖予防に向けた支援を報告する。
【実践内容と方法】事例：40 代女性、10 歳発症の 1 型糖尿病。X-10 年に頻回注射療法（MDI）から持続皮下インスリン注入療法（CSII）へ変更。X-6 年より自己血糖測定と間歇スキャン式持続グルコースモニタリング (CGM) を併用。HbA1c は 6％前後。X 年に重症低血糖 2 回を契機に看護相談を開始。TBR29％で BS50mg/dL でも低血糖症状を認めなかった。約 2 年間看護相談を実施。治療経過及び看護記録から患者の思いと支援部分を抽出し、患者の反応から成果を分析検討した。倫理的配慮：個人が特定されないよう配慮し、発表について患者の同意を得た。
【結果】CGM のレポートを見ながら生活を振り返り、思いを傾聴した。患者は高血糖による合併症への不安が強く、インスリン過量となりやすかった。低血糖のリスクについての知識はなかった。BS70mg/dL 以下でも自覚症状が乏しく対応せず、無自覚性低血糖に関する知識も不十分であった。CGM を活用し、TBR(70mg/dL 以下 ) を減らす目標を共有し、これまでの習慣を否定せずインスリン量の検討、対応方法を提案した。マニュアルボーラスで投与するのではなく、ボーラスウィザードを使用することを説明した。理解は得られたが高血糖になるとパニックになり、とっさに打ってしまうなどボーラスウィザードの定着は難しく、精神看護専門看護師に相談し支援方法を検討し高めの血糖を許容できるようになり TBR は 29％→ 7％に改善した。
【考察】低血糖の知識提供に加え、グルコース値と生活を一緒に振り返る血糖パターンマネジメントにより、状況ごとの必要インスリン量を共に考えることができ、患者の理解は得られた。また、低血糖症状に気づくことができた。従来の低めを維持する行動を変えることは容易でなかったが、否定せず不安に寄り添い、打ち過ぎない選択や一時的に高めの状態で過ごすことを肯定的に支援したことで低血糖改善につながった。

一般演題 3 「1 型糖尿病」

## 口演 03-4
## 重症低血糖を繰り返していた劇症 1 型糖尿病患者の長期的療養支援の振り返り～糖尿病看護認定看護師としての役割～

◯池端 美典[1]、清水 安子[2]、高橋 慧[2]
[1]大阪大学医学部附属病院、[2]大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

【目的】
救急搬送および入院を繰り返していた劇症 1 型糖尿病患者の長期的療養支援の経過を振り返り、認定看護師の役割について検討する。
【実践内容と方法】
A 氏は 60 歳代の男性で、40 歳代で劇症 1 型糖尿病を発症しインスリンポンプを導入したが、血糖変動が大きく低血糖昏睡による救急搬送を繰り返していた。そのためスタッフ間では「指導しても救急搬送を繰り返す患者」との認識が強く、看護記録も血糖変動に関する内容が中心であった。療養支援の経過を 3 期に分け、カルテ記録を振り返った。倫理的配慮として趣旨を説明し口頭にて同意を得て、匿名化した。
【結果】
① A 氏の思いが明らかになった 7 回目入院期（9 年前）：低血糖を繰り返す A 氏の行動の背景や思いの確認が必要と判断した。A 氏は「血糖変動を改善したい」という思いから高血糖時に頻回の追加注入を行っていた。A 氏なりの取り組みを尊重して支援を行ったが、退院後も HbA1c は 8.0％前後で血糖変動が持続した。
②ケアミーティングにて支援を検討した 8 回目入院期（6 年前）：A 氏が会社員としての役割を果たす中で、低血糖を繰り返す背景にある血糖変動への思いや、真面目に自己記録・分析に取り組む姿を多職種で共有する必要があると考え、ケアミーティングを実施した。その結果、療養行動の意味が共有され、退院後を見据えたカーボカウントや減量など具体的な支援につながり、A 氏の思いや生活に基づく療養支援に関する看護記録が増加した。
③ A 氏主体の取り組みを支援した外来期（4 年前～現在）：外来では CGM データを振り返り「どうしても追加注入してしまう」など、その都度の思いや生活を踏まえつつ、A 氏とともに対応策を検討した。その結果、TBR の低下、血糖変動の縮小を認め、HbA1c は 6.5％前後で推移し、再入院なく経過した。
【考察】
A 氏の療養行動の背景を捉え、ケアミーティングを通して多職種が気づきを得られるよう関わることで、患者理解の再構築と支援の方向性の変化につながった。これは認定看護師としてチーム全体を動かし、支援を調整する役割を発揮したといえる。長期的療養支援では療養行動の意味を見出し、多職種で情報共有できる支援体制の構築が有用であった。

一般演題 3 「1 型糖尿病」

## 口演 03-5
## カーボカウント習得における病棟看護師の関わり —退院後に向けたコンビニエンス食品を活用した応用カーボカウントの取り組み—

◯塚本 明美[1]、小曽根 龍志[1]、千明 聡子[1]、
中谷 彩花[2]、新井 茉莉[3]、岡田 研也[3]
[1]群馬大学医学部附属病院　看護部、[2]群馬大学医学部附属病院　栄養管理部、[3]群馬大学医学部附属病院内分泌糖尿病内科

【目的】
1 型糖尿病患者においてカーボカウントは良好な血糖管理に有用とされている。今回、病棟看護師が教育入院患者に対し段階的なカーボカウント教育、院内コンビニエンス食品（以下コンビニ食）を活用した応用カーボカウント教育ができた症例を経験した。症例を振り返り、カーボカウント習得における病棟看護師の関わりについて検討する。
【実践内容と方法】
A 氏、20 歳代男性。X-2 年に急性発症 1 型糖尿病と診断。教育入院歴がなく、自身の感覚によりインスリン量を調節していた。X 年、カーボカウントや療養知識の習得目的にて入院。入院当日、管理栄養士よりカーボカウントの概念と実践方法を説明。2 日目より病院食を用いてカーボカウントをおこなう食品を看護師と共に考え、知識の定着を図った。入院 4 日目より毎食カーボカウント練習を実施。入院 6 日目、応用カーボカウントについて説明。退院日に患者が日常摂取しているコンビニ食を購入し、応用カーボカウントを実施した。患者本人に個人情報の保護、同意の自由、自由意思による参加の保証を書面・口頭にて説明し同意を得た。
【結果】
患者は入院 3 日目に「ご飯とオレンジ、南瓜に糖質が入っていますね」と話し、カーボカウントをする食品について答えることができた。入院 6 日目には「蕎麦は 70 g、梨は 10 g くらい、全部で 90 g」と病院食のカーボカウントができた。応用カーボカウントの説明場面では、インスリン効果値を理解し「動かなかったらもう少し ( 血糖値を ) 下げてもいいのですか」という言葉が聞かれた。コンビニ食を活用した応用カーボカウントでは食品の栄養成分表示を確認しながら実施でき、「こんなふうにやればいいのですね」と話した。
【考察】
患者はカーボカウントについて説明されるだけでなく、病院食を教材とし、看護師とともに段階的に繰り返しカウント練習を重ねたことが習得につながったと考える。またコンビニ食を用いた応用カーボカウントは自身の生活に合わせ、根拠に基づきカウントをする実践的かつ合理的支援になったと考える。入院中、最も身近である看護師がカーボカウント教育を行うことは患者のカーボカウント習得を促進し、有意義であると考える。

一般演題 4 「高齢者療養支援 1」

## 口演 04-1
## DKA を繰り返す認知機能低下のある高齢患者に向けた訪問看護師との連携支援

◯小畑 基美[1]、丸山 貴光[2]、丸山 友子[1]、
市川 雅美[1]、西森 栄太[3]、仲 元司[3]
[1]佐久市立国保浅間総合病院　看護部、[2]訪問看護ステーションあさま、[3]佐久市立国保浅間総合病院　糖尿病内科

【目的】認知機能低下からインスリン自己注射が困難となり、糖尿病ケトアシドーシス ( 以下 DKA) となった高齢糖尿病患者に対し、訪問看護（訪看）との連携により、インスリン療法が継続できた症例を報告する。
【倫理的配慮】院内臨床研究倫理審査による承認を得た。
【症例】87 歳男性。CPI0.04 で内因性インスリン分泌低値。これまで DKA で複数回入院を繰り返す。正常圧水頭症による注射忘れが増え、自己注射継続は困難になった。軽度認知機能低下のある妻と知的障害のある息子との 3 人世帯。妻へインスリン指導を行うが手技獲得が出来ず他の家族の支援も困難であった。そのため訪看、デイサービスの介入を調整し連携をとった。
【経過】インスリンイコデクと rtCGM(G7) を導入し、週 1 回データを医師・外来看護師・訪看で共有、医師の指示で用量調整を行った。訪看へ注射支援と G7 センサーの装着、データ収集を依頼した。導入時外来看護師から訪看へ勉強会を実施し、いつでも糖尿病外来へ相談できる体制を整えた。G7 はモニターを使用しデータが中断しないよう本人が持ち歩ける環境を整えた。その結果、TIR の改善がみられ、DKA 再発なく、在宅での血糖管理が可能となった。介入して以降、インスリン自己注射が困難であった本人であるが、受け答えが明瞭になってくる様子があり、治療に対して前向きな発言と意欲の向上がみられた。
【考察】週 1 製剤のインスリンを使用することで、インスリン投与が継続でき、血糖の改善がみられた。血糖管理においては、G7 を装着し管理することでインスリン調整と血糖管理につながった。新しい製剤や機種の使用では多職種との細やかで相談しやすい関係性の構築が重要であった。認知機能低下患者であっても多職種連携を行い、社会資源を活用することで、患者にあったサポート体制を構築することが出来た。それにより DKA での入院をすることなく、在宅で安全にインスリン療法を継続でき、QOL が向上した。
【結語】外来看護師と訪看の綿密な連携により、週 1 投与インスリン支援と G7 による管理が実現した。認知機能低下患者でも在宅で安全にインスリン療法を継続でき、不安軽減と ADL 向上に寄与した。

一般演題 4 「高齢者療養支援 1」

## 口演 04-2
## A急性期病院における高齢者糖尿病患者のインスリン注射手技指導に対する看護実践

◯平山 潔人、荻内 雅子、久保 佳代、駒井 江里、森本 景子
地方独立行政法人　神戸市民病院機構　神戸市立西神戸医療センター

【目的】
糖尿病内科の専門病棟におけるインスリン導入目的で入院した高齢者糖尿病患者に対するインスリン自己注射の手技指導の看護実践を明らかにする。
【方法】
研究デザインは、質的記述的研究とした。研究参加者は、糖尿病療養指導の経験が 5 年以上の看護師とし、高齢者糖尿病患者へのインスリン手技指導に関する看護実践についてフォーカス・グループ・インタビューを実施した。逐語録を作成し、内容を類似化し質的に分析した。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】
研究参加者は 8 名、糖尿病療養指導の平均経験年数は 6.6 年であった。インタビューは、4 名を 1 グループとし 2 回実施した。データ分析の結果、抽出されたカテゴリーは、①高齢者糖尿病患者がインスリン注射手技を習得する際の現状、②高齢者糖尿病患者へのインスリン注射手技指導を含む看護実践、③高齢者糖尿病患者のインスリン注射手技指導における看護実践への課題の 3 つの領域に分類された。①は 14 サブカテゴリー、6 カテゴリーが、②は 51 サブカテゴリー、13 カテゴリーが、③は 7 サブカテゴリー、6 カテゴリーが抽出された。以下にカテゴリーは [　] で示す。①は、[ 注射の手技という新たなことを生活に取り入れるのが難しい ]、[ 支援がないと治療を継続するのが難しい ] であった。②は、[ カンファレンスで個別性のある看護を導き出す ]、[ 注射手技の合格基準を患者に合わせて設定する ] であった。また、[ 生活習慣を詳細に情報収集する ]、[ 確実に治療が継続できるように家族を巻き込み教育する ]、[ 個別性に合わせた治療計画を主治医と相談 ( する )] していた。③は、[ 注射が難しい場合に医療者の意向で治療方針が決定することが多いと感じている ] であった。
【考察】
看護師は高齢者の患者像を幅広い視点で捉え、その人の持つ力や退院後の生活への希望に合わせて目標設定し、多職種と協働をしながら療養支援を行っていることが明らかになった。注射手技を習得するのが難しい場合も患者の意向を確認し、日常生活と治療が両立できる方法を探ることが今後の課題である。

一般演題 4 「高齢者療養支援 1」

## 口演 04-3
## 糖尿病看護の高度実践者による通院中の後期高齢糖尿病者のゴール設定と援助

◯菅 優華子[1]、平松 知子[2]、村角 直子[2]
[1]いりたに内科かかりつけクリニック、[2]金沢医科大学看護学部

【目的】高齢化の進展に伴い、日常生活が自立した後期高齢糖尿病者が QOL を維持しながら、合併症の危険性を軽減し、地域で生活し続けるための看護支援は重要性が高まっている。本研究は、糖尿病看護の高度実践者による通院中で日常生活が自立した後期高齢糖尿病者に対するゴール設定およびそのゴールに向けた援助の内容を明らかにすることを目的とした。

【方法】質的記述的研究デザインを用い、臨床で活動する糖尿病看護認定看護師を対象に、通院中で日常生活が自立している後期高齢糖尿病者への支援について半構成的面接を実施した。逐語録を作成し、ゴール設定および援助に関する意味内容をコード化し、比較検討しながらサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。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】対象は 11 名、糖尿病看護の援助経験は平均 12.7 ± 4.0 年であった。糖尿病看護の高度実践者のゴール設定は、【今の希望を大切にする生活の継続】【身体状態維持のための糖尿病治療への努力】【将来における新たな価値観から見出した希望する生活の継続】【患者中心の医療サポートの継続】の 4 カテゴリーであった。援助は 6 つのカテゴリーから構成され、【患者の人生全体・意向を尊重した患者と共に設定したゴールに向けた柔軟な治療・生活調整の提供】【多面的に観察し身体・認知機能低下への察知・段階的な備えによる安全の確保】【将来の人生で変化する意向を尊重し患者と共に再設定するゴールに向けた柔軟な治療・生活調整の提供】を行っていた。また、生活に迫りながら【意識的な雑談に基づく患者理解・糖尿病情報の提供】【患者の自尊心を尊重し肯定的・ポジティブなアプローチ】【患者中心の医師との連携による柔軟な治療調整】をしていた。

【考察】糖尿病看護の高度実践者は、後期高齢糖尿病者の希望や価値観を基盤とした生活の継続を重視し、将来の変化を見据えゴールを柔軟に再設定していた。また、身体・認知機能低下を見据えた予測的支援や患者理解を深める関わり、医師との連携による多面的な援助により、患者中心のゴール達成を支えていた。

一般演題 4 「高齢者療養支援 1」

## 口演 04-4
## 認知症は否定されるもインスリン自己注射が困難となった独居高齢糖尿病患者への外来支援

◯齊藤 茉莉子、佐々木 亜衣
釧路赤十字病院

【目的】認知症は否定されているがインスリン自己注射が困難となり血糖コントロール不良を呈した独居高齢患者に対し、外来看護によるアセスメントと家族支援を通して治療継続を可能にした実践を報告する。
【実践内容と方法】本人および家族に研究の趣旨と個人情報保護について説明し書面で同意を得た。80 歳代前半女性、独居。2 型糖尿病で網膜症・神経障害・腎症第 3 期を合併。キーパーソンは娘で週 3 ～ 5 回訪問している。患者は長年インスリン治療を継続していたが、数年前より「やる気がない」「いつ死んでもいい」などの発言とともに意欲低下がみられ、自己注射が中断され高血糖状態が持続していた。認知症は否定されており、自己注射困難の要因を身体的・心理社会的側面から包括的にアセスメントする必要があった。そのため、外来では診察前の限られた時間を活用し、患者の言動や表情、生きがいを聴取し背景要因を把握した。また、注射管理を担う娘の負担感情や実施可能性について評価した。患者は外部支援導入に強い拒否があり、娘の介護負担が増大していることから従来の治療継続は困難と判断した。そこで、患者・家族双方の負担軽減と治療継続の両立を目的とし、1 日 1 回の持効型インスリンから週 1 回の持効型インスリンへの変更を提案し、主治医と協議の上導入した。
【結果】導入後、娘から「これなら負担なく注射できる」との発言があり、心理的負担の軽減によりインスリン治療の継続が可能となった。また HbA1c は徐々に低下し、高血糖による倦怠感の軽快がみられた。
【考察】自己注射中断の背景には認知機能低下だけではなく、性格特性や DiabetesDistress、高血糖による倦怠感などが複合的に影響していたと考える。独居で外部支援導入が困難な状況においては、家族支援が治療継続を支える鍵となり、今回の治療変更は娘の心理的負担感の軽減にもつながった。このように、家族の負担軽減は療養行動の継続に影響し、結果として治療継続の一助となった。以上より、外来看護においては限られた時間の中でも患者・家族双方の負担や価値観を把握し、実施可能な治療が継続できるよう支援することが重要である。

一般演題 4 「高齢者療養支援 1」

## 口演 04-5
## 在宅移行期における療養行動と自己管理の乖離 ―過活動により不安定化した高齢糖尿病患者の一例―

◯安藤 百合江、市橋 祐樹、前川 典子、
丸山 里香、野村 陸至
医療法人社団すまいる　おれんじ訪問看護ステーション

【目的】在宅移行期の高齢糖尿病患者において、本人の「自立できる」という認識と、医療者が捉える身体・認知機能上のリスクとの乖離が療養生活に及ぼす影響を明らかにし、安全な在宅移行に向けた看護支援のあり方を検討する。
【実践内容と方法】事例は A 氏、80 歳代男性。妻、長男との 3 人暮らし。ステロイド糖尿病に対しインスリン療法が導入されたが、軽度の認知機能低下があり、退院後より訪問看護を導入した。訪問看護では、インスリン自己注射の手技指導と見守り、血糖測定支援、内服管理、食事・活動量の調整支援を行った。さらに家族、小規模多機能サービス、ケアマネジャーと連携し、在宅での継続的な見守り体制を構築した。倫理的配慮として倫理委員会の承認を得て、本人へ説明し同意を得た。
【結果】A 氏は「介護申請は必要ない」「インスリンはできるようになった」と自身の能力を高く評価し、独断で福祉用具を返却するなどの行動がみられた。また、退院後は体調改善を自覚し、外出や歩行量の増加など活動性が著しく高まっていた。一方、医療者側は、インスリン手技は徐々に習得していたものの、単位設定忘れや手順の混乱を認め、安全面からデイサービス利用等を提案していた。認識の乖離がみられる中、本人が「順調」と判断し活動範囲を広げた直後に転倒を起こした。さらに、2 万歩歩行した翌日に、嘔気・嘔吐・低血糖を伴うシックデイを呈し、緊急搬送・再入院となった。
【考察】本症例では、A 氏の「自分でできる」という認識が認知機能低下を覆い隠し、医療者による安全面への提案を受け入れにくくする要因となっていた。高齢糖尿病患者において、主観的な回復感や自立への自信は、低血糖や転倒といった危険認識を低下させ、重大な健康危機の契機となる可能性がある。看護師は患者の自立を尊重しつつも、リブレ等の客観的データや実際の転倒事象を用いて、本人および家族と共にリスクを可視化していくことが重要である。認識の乖離を埋めるには、単なる指導にとどまらず、本人の自信と安全性の両立を目指し、多職種・家族と連携しながら、安全に活動を継続するための具体的な取り決めを共有していく必要がある。

一般演題５「精神疾患のある患者」

## 口演 05-1
## 糖尿病のある人の抑うつ症状予防に向けた療養支援におけるアセスメントの視点の構造化

○黒木 美紀[1]、瀬戸 奈津子[2]
[1]森ノ宮医療大学看護学部看護学科、[2]関西医科大学看護学部・看護学研究科

【目的】第 29 回日本糖尿病教育・看護学会学術集会では、糖尿病のある人の抑うつ症状予防に向けて、10 のアセスメントの視点から【病状・治療に関するもの】【自己管理に関するもの】【その人らしい生き方に関するもの】【療養支援に関するもの】の 4 テーマとして整理し、アセスメントツール作成の過程を報告した。本研究では、アセスメントツールを構成する各視点相互の関係性および位置づけを検討し、糖尿病に伴う情緒的・心理的負担（Diabetes Distress：以下 DD）と抑うつ症状に着目したアセスメントの視点の構造を明らかにすることを目的とした。
【方法】1. 4 テーマに含まれる各アセスメントの視点について、内容的類似性・相違点、因果的・相互作用的関係、臨床場面での出現頻度や影響の広がりに着目して関連性を検討した。2. 視点間の関係性を図式化し、配置や方向性について繰り返し検討した。中心的要素の同定にあたっては、複数の視点に共通して関連し、他の視点へ影響を及ぼす中核的特徴を有するかを基準とした。3．DD に関する先行研究との整合性を確認し、研究者間での検討およびスーパーバイズを重ね、各視点が相互に関連する双方向的構造として整理した。尚、本研究は所属機関の倫理審査委員会より承認を得て実施した（承認番号 2020190）。
【結果】本構造は、DD を病状・治療、自己管理、生活背景、療養支援といった多面的側面から統合的に理解するものであった。特に、【その人らしい生き方に関するもの】に含まれる〔表出できない思い〕は、スティグマやトラウマの体験、病気の開示・非開示をめぐる葛藤、孤独感と関連し、構造全体の中心的要素として位置づけられた。DD と抑うつ症状との関連は、個別の視点の集積ではなく、4 テーマが相互に関連し合う構造として整理された。
【考察】本構造は、【その人らしい生き方に関するもの】を中心に据えることで、糖尿病のある人の抑うつ症状予防に向けた療養支援の起点を示した。外来看護師が各視点の関連性を統合的に理解し、支援のタイミングや多職種連携の必要性を判断することは、患者の個別性に応じた療養支援につながると考えられた。

一般演題５「精神疾患のある患者」

## 口演 05-2
## 精神疾患をもつ 2 型糖尿病合併妊婦における自己管理困難感からの回復のプロセス ―実存的苦痛に焦点を当てた療養支援―

○榮 詩帆[1]、川﨑 恵[1]、上野 尚子[2]、末永 悠[2]、濱田 朋紀[3]、有村 愛子[2]、森野 勝太郎[2]
[1]鹿児島大学病院　看護部、[2]鹿児島大学病院　糖尿病内分泌内科、[3]鹿児島大学病院　産婦人科

【目的】精神疾患をもつ 2 型糖尿病合併妊婦に対するケアによる自己管理困難感からの回復のプロセスを三次元存在論[1)]で分析し明らかにする。
【方法】事例研究（後ろ向き研究）。三次元存在論は、患者の実存的苦痛を現象学的に解明した理論で、時間存在、関係存在、自律存在で苦しみを分類でき、ケアの指針を示す理論である。対象妊婦の発言を三次元存在論で記述し、分析することで、糖尿病看護認定看護師によるケアの意味を考察する。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】A 氏、30 歳代、2 型糖尿病合併妊娠（25 週）、双極性障害合併。A 氏は食事療法・血糖測定が次第に実施できなくなり、インスリン自己注射もできない状況に陥った。その際の面談の中で糖尿病看護認定看護師が A 氏の実存的苦痛に気づき、傾聴を行った。すると、A 氏は「インスリンや血糖のこともちゃんとしないといけないのにできない」（自律存在の喪失）、「精神科医も家族もわかってくれず、誰にも相談できなくて」（関係存在の喪失）等実存的苦痛を語り、次第に自己覚知され、何が問題で、自分はどうしたいのかを言語化された。そして、自分の苦しみや想いを産科医、助産師に自ら話すと言われ、産科・精神科と連携ができた。それ以後、A 氏は主体的に血糖コントロールができるようになり、精神症状も安定して出産に至った。
【考察】糖尿病・精神疾患を合併する妊婦は、血糖コントロールに難渋することが多い。妊娠期は厳格な血糖コントロールが求められ、出産が迫る中で患者・医療者ともに時間的にも心理的にも余裕がなくなっていく。糖尿病看護認定看護師が、患者の「自己管理ができていない」ことに焦点を当てると管理的な関係に陥り、患者の抵抗や受診中断を招きやすい。一方で、自己管理ができない背景にある実存的苦痛に焦点を当て傾聴することで、患者の自律を支える援助の関係を成立させることができる。本症例では自己管理困難感に潜在する実存的苦痛の言語化を支える傾聴により、糖尿病看護認定看護師と多職種連携によるケアが患者の自律性の回復を支えることに繋がった。
1）MurataH.PalliatSupportCare.1:15-21,2003.

一般演題５「精神疾患のある患者」

## 口演 05-3
## 精神疾患を併存する２型糖尿病患者への外来・訪問看護連携による服薬管理―同行訪問を通じた介入の成果と課題―

◯竹崎 陽子
高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター

【目的】精神疾患を併存し、家族による支援が困難な2型糖尿病患者に対し、外来看護師が訪問看護師との初回同行訪問を実施した。本介入により服薬管理が安定し、血糖コントロールの改善を認めた事例の成果と課題を報告する。
【実践内容と方法】本報告に際し、口頭で本人の同意を得て、所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。A氏は、1型自己免疫性膵炎（プレドニゾロン 15mg/日服用）と統合失調症を有する 70歳代、男性、ADL自立。糖尿病悪化（HbA1c8.3%、空腹時血糖値413mg/dl）により専門外来を紹介受診。初診時、兄夫婦が同席したが、A氏は多弁で話が脱線し、治療理解に乏しかった。インスリン導入を試みたが自己中断し、内服薬も調剤薬局に取りにいけず中断するなど服薬管理が困難であった。兄夫婦は遠方のため直接的支援は困難であったが、経済的支援が得られたため医療保険による訪問看護の導入を提案した。当初本人は拒否的であったが、面談を重ね承諾が得られた。事前に訪問看護師と情報を共有し、服薬管理と生活状況の把握を目的に、訪問看護師の初回在宅訪問に外来看護師も同行した。本人と相談しながら、大量の残薬を服薬カレンダーで整理し、冷蔵庫に設置するなどの環境調整を行った。その後も、外来受診前後に訪問看護師と電話での情報共有を継続しており、タイムリーな介入体制を維持している。
【結果】介入から４ヶ月経過、飲み忘れは週１回程度に減少し、HbA1c7.4%、空腹時血糖値 161mg/dlと改善した。膵炎の再発もなく、プレドニゾロンは5mg/日まで計画的な減量が可能となった。また、兄夫婦の通院付き添い頻度の減少や、服薬管理への不安が解消された。
【考察】精神疾患により自己管理能力が低下し、かつ家族の直接的支援が困難な事例において、外来看護師が自宅での生活実態を直接把握する同行訪問は極めて有効であった。訪問看護師との顔の見える連携により、外来と在宅のケアの乖離を防ぎ、一貫した支援体制を構築できたことが病状の安定に寄与したと考える。一方で、本事例は家族の経済的支援が得られたことで導入が可能となったが、経済的困窮がある場合の社会資源の活用方法が今後の課題である。

一般演題５「精神疾患のある患者」

## 口演 05-4
## 身体表現性障害と１型糖尿病のある方への糖尿病看護相談外来での関わり – 診察前面談での自由に語る場の保証 –

◯藤川 真弓
国家公務員共済組合連合会平塚共済病院

【目的】身体表現性障害と１型糖尿病のある方への診察前面談での関わりを振り返り、糖尿病看護相談外来が担う役割を明らかにする。
【事例紹介】A氏、70歳代、女性。1型糖尿病があり外来通院中。身体表現性障害あり食事量不安定、近医で定期的に点滴加療をしていた。
【倫理的配慮】事例発表の施設内承認を得た。また、本人へ説明し同意を得て、個人が特定されないよう匿名性を確保した。
【実践内容】1. 気がかりを聴くことを中心にした自由に語る場の保証：診察前に気がかりを聴き、自由に語ってもらう場とした。「生きているのがつらい」と話す場面は複数回あり、身体症状の体験や他者に分かってもらえない孤独感を反復と沈黙で聴いた。2. 身体症状の体験の整理：自己管理ノートを見て数値に表れている身体の症状を一緒に整理した。また、自身の身体症状や気持ちを記したメモを要約して「この内容で医師に伝えますね」と共有し、医師に報告した。3. 継続可能な面談方法の設定とタスクシェア：担当者不在や面談時間が確保できない場合があることを伝え了承を得た。担当者が異なる場合は申し送りで共有した。また、注射や血糖測定備品の在庫状況を事前確認し医師に伝達した。
【結果】通院開始初期は、溢れ出る身体症状の体験を聴く時間を要したが、面談回数を重ねると気がかりを同定でき、共有する体験や前向きな発言が増えた。A氏は「ここに来て聴いてもらえる」と、診察前面談を継続している。
【考察】自由な語りの保証は、他者に話すことで自分の身体を捉え直し、さらに対話を通じて身体症状を紐解き、気がかりを同定し医師へ届けるプロセスとなり、A氏自らの苦痛が公認される体験となった。制約に関するA氏の事前合意に基づく診察前面談と、申し送りの仕組みが、外来での限られた時間での実践を可能にした。また、備品在庫確認や定型的な情報を診察前に得て医師と共有することで、事務的タスク軽減につながった。
【結論】糖尿病看護相談外来において、気がかりを聴くことを中心に、自由に語る場を保証し、診察に向けた準備を整える関わりは、診療時間の短縮と患者の主体的な治療参加への働きかけとしての有用性が示唆された。

一般演題６「看護職教育・医療安全」

## 口演 06-1
## 多職種カンファレンスへの変化ステージモデル導入が医療者と患者支援に及ぼす影響

◯小林 美和子
新潟厚生連柏崎総合医療センター

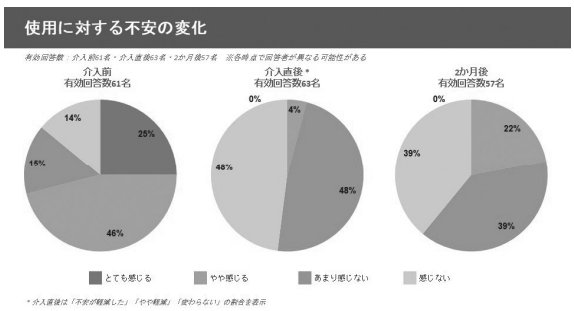
【目的】
変化ステージモデルを導入したカンファレンスが、医療者と患者支援への変化を明らかにする。
【実践内容と方法】
対象は研究者を含む多職種カンファレンス参加の医療者７名。糖尿病教育入院患者 12 名にカンファレンスで、ステージに基づく患者の準備性の共有と支援方法を検討した。退院半年後のカンファレンスで、半年間の追跡データを基に振り返り共有・分析した。多職種へ匿名形式の質問紙調査を、導入後評価の１次調査 (n=7) と追究のため６名に２次調査 (n=6) を行い、５件法の集計と記述内容は類似性に基づくカテゴリー化で分析した。倫理的配慮は所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施。
【結果】
多職種アンケート１次調査 ( 回答者数７名 ) は、導入により「準備状態を共有できた」６名、「支援方法の検討に有用」４名、「多職種の視点を理解し補完した」７名と回答。モデルが機能し共通言語の獲得と職種間の視点の融合で連携強化に繋がった。医療者の認識は、「患者の意欲や準備性を意識できた」「患者に関わりやすくなった」が５名で、医療者の意識と行動の変容を促していた。患者支援は、「支援の方向性が統一した」「患者への関わり方が変化した」が５名で、チームの協働が準備性に添う支援へ変化していた。カテゴリー化は【共通言語の確立】や【多職種の視点の共有による患者理解の深化】と【支援方法の明確化】が得られた。退院後の患者データ共有では、【退院後の長期的変容の可視化】が【医療者の支援方法の省察とモチベーション向上】に繋がった。２次調査 ( 回答者数６名 ) は、他職種から得られた視点は生活面が６名、心理面が５名だった。重視する視点は専門職の差異が明確も、患者の行動変容の最大要因は「心理的納得と前向きな意欲」が６名で、多角的な支援視点の共有や獲得が示された。
【考察】
変化ステージモデルの導入により患者の心理面への関心が高まり、行動変容を理解する共通言語として機能したことで多職種間の視点の差異が調整され、支援方針の統一に寄与したと考えられる。退院後の評価は入院中の支援の妥当性を検証し、患者の生活背景への洞察を深める契機となり医療者の動機づけ向上に繋がった。

一般演題６「看護職教育・医療安全」

## 口演 06-2
## 新規導入した針刺し防止機能付きデバイスに対する看護師の不安軽減と使用促進に向けた教育的介入の効果

◯宮本 晴江、梅田 加洋子
真生会富山病院

【目的】針刺し防止機能付きペン型注入器用注射針導入後、一部看護師に使用への不安がみられ十分に活用されていなかった。そこで不安の実態および使用状況を把握し、教育的介入の効果と持続性を明らかにする。
【方法】所属施設の看護部倫理審査会の承認と、対象者に研究協力の同意を得た。本研究は教育的介入の前後比較研究である。対象は A 病院の病棟看護師 88 名。介入前・直後・２か月後にアンケート調査を実施。介入はデモ機を用いた演習、認定看護師による穿刺方法の説明、動画視聴の３つで構成。量的データは各項目の頻度を算出しカイ二乗検定で分析。
【結果】介入前（有効回答数 61 名）：74% が日常的にデバイスを使用しておらず、69% が不安を感じていた。不安の内容は「薬液が注入されたか不安」57%、「針が確実に穿刺されたか分からない」44% が上位であった。使用頻度が低い者ほど不安を感じる傾向がみられたが、両者の間に統計的有意差は認められなかった。介入直後（有効回答数 63 名）：３つで構成した介入により不安が軽減したと回答した割合は各 98 ～ 100%、今後使用できると回答した者は 98% だった。２か月後（有効回答数 57 名）：「とても不安」は介入前 25% から 0% に減少した。一方「手順を忘れてしまう」という不安は 22% から 25% へわずかに増加した。使用頻度が「増えた」50%、「変わらない」50% であった。
【考察】新規デバイス導入時には看護師の不安や習熟度に応じた教育的支援は不可欠である。デモ機を用いた体験型学習と穿刺方法の説明は、不安軽減や使用促進に有効であった。但し、不安が強い看護師ほど使用を敬遠するという、逆の因果関係も否定できない。３つの介入により不安が 98 ～ 100%軽減したことから、普段触れる機会が少ないことが原因であったと推測される。２か月後のアンケートでは、時間経過とともに不安が再出現しており、単回教育では知識の持続は困難であることが示された。使用頻度の低さは手技の定着を妨げる要因と考えられ、定期的な教育が不可欠である。本取り組みは、針刺し事故の防止や医療安全の向上に寄与するとともに、新規医療機器導入時の教育方法として、有効である可能性が示唆された。



一般演題６「看護職教育・医療安全」

## 口演 06-3
## 当院の糖尿病関連インシデント減少にむけた取り組み報告 ―昼食前血糖測定忘れに対する対策の実践効果―

○石山 由紀子、平田 絵里、池田 厚子
山形市立病院済生館　看護部

【目的】本院の糖尿病関連インシデント報告では、血糖測定忘れが一番多く昼食前の時間帯が突出していた。従来、糖尿病ケアチームで多発事例に対して、啓発ポスターを作成し、院内ホームページ、病棟内掲示による対策をしてきたが、血糖測定忘れの減少には至らなかった。そこで、糖尿病看護認定看護師と安全管理者が協働した取り組み、実践内容と結果を報告する。
【実践内容と方法】1.2024 年 3 月、血糖測定に関する現状把握を目的として、２病棟へのラウンドを実施し、昼食前血糖測定の関連業務や実施状況について調査・聞き取りをした。2. ラウンド結果から課題を抽出し、血糖測定者リストを活用した配膳前確認を 2 病棟で試験導入した。その後師長会議、リスクマネージャー会議で各病棟に新たな方法を周知した。3. 取り組み前（2023 年度）と取り組み開始後（2024,2025 年度）のインシデント件数を比較した。4.2026 年 4 月に継続状況をラウンドで確認した。倫理的配慮：個人や部署が特定されないよう匿名の徹底とプライバシーの保護に配慮したことを師長会議で口頭で説明し同意を得た。
【結果】1. 血糖測定患者への立て札設置や患者リスト使用など独自の対策が取られていた。2. 試験導入の結果、リスト出力・掲示場所・測定後チェック・配膳前確認・未実施者への声がけ・配膳後確認までの流れと担当を統一方法とし提示し周知した。3. 昼食前測定インシデント件数の推移は、2023 年 39 件、2024 年 18 件、2025 年 13 件と減少した。4. ラウンド結果では統一した手順が遵守されていた。
【考察】協働して取り組んだ結果、重要な会議からの周知ができ全病棟統一した改善をすることができた。日々継続する中で意識づけされ、遵守と定着となりインシデント減少につながったと考える。昼食前血糖測定は多重業務と配膳に追われる時間的制約の中で実施され、測定漏れや遅延が発生しやすい状況であるため、全病棟で実施可能かつ継続性を考慮した方法を提示したことでインシデント減少に寄与したと考える。リストを配膳前に目に留まりやすい場所へ掲示することで、病棟スタッフの連携した取り組みとしても推進できたと考える。今後も実施継続できる方法を提案していく。

一般演題６「看護職教育・医療安全」

## 口演 06-4
## 看護師の糖尿病患者に対するスティグマと関連要因：地域基幹病院における横断的研究

○西吉 優佳[1]、西原 環[1]、中山 有衣[1]、塩田 響介[1]、西村 亜希子[2]
[1]香川労災病院、[2]香川大学医学部看護学科慢性期成人看護学

【目的】
医療者の糖尿病患者に対するスティグマは、受診行動やセルフケアに影響を及ぼす重要な課題であるが、看護師における実態や関連要因は十分に明らかではない。本研究は、看護師の糖尿病患者に対するスティグマの実態を明らかにし、関連要因を検討することを目的とした。
【方法】
地域医療の中核を担う約 400 床の基幹病院に勤務する全看護師 476 名を対象に、自記式質問紙調査を実施し、基本属性、糖尿病看護に関する経験（実践経験、教育経験、有資格者との関り）および認識について情報を得た。糖尿病患者に対するスティグマは、信頼性・妥当性が確認された「医療者の糖尿病のある人へのスティグマ尺度」を用いて評価した。スティグマの総合得点および各下位尺度得点と看護師の背景因子との関連は重回帰分析により検討した。本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】
334 名（70.2%）が回答し、不備のあった 32 名を除外した 302 名（63.4%）を解析対象とした。基本属性では、年齢、性別、学歴、所属部門には有意な関連がなく、臨床経験年数（恥ずべき疾患 B0.418,SE0.193）、子供がいること（総合得点 B3.920,SE1.462; 恥ずべき疾患 B1.542,SE 0.497; 固定観念 B1.371,SE0.483）、本人または家族の糖尿病の人の有無（社会的差別 B0.980,SE0.351）が有意な関連因子としてあげられた。糖尿病看護に関する経験・認識では、糖尿病患者と関わる頻度（能力に関する低評価 B–0.135, SE0.049）、スティグマに関する研修受講経験（固定観念 B1.359,SE0.647）、糖尿病看護特定認定看護師（CN）への相談経験（社会的働きかけ B–0.251, SE0.123）、CN や日本糖尿病療養指導士（CDEJ）などの有資格者との事例検討経験（能力に関する低評価 B–0.206, SE0.093）が有意な関連因子としてあげられた。
【考察】
看護師の糖尿病患者に対するスティグマには、個人背景および糖尿病看護に関する経験が関連していた。特に、CN や CDEJ などの有資格者との相談や事例検討などの実践的経験はスティグマの低さと関連しており、教育的介入や専門職との協働を通じた支援体制の整備が、スティグマの軽減に寄与する可能性が示唆された。

一般演題７ 「フットケア」

## 口演 07-1
## 糖尿病足病変重症化予防に取り組むフットケア外来 10 年の歩み ―患者とのパートナーシップに基づく地域看護の実践―

◯上野 恵美
医療法人徳洲会　恵生会病院

【目的】整形外科病棟勤務時、糖尿病足病変により10 代で下肢切断に至った患者との出会いから、「足を守る看護」の重要性を痛感したことが原点である。当地域は中小製造業が多く、未受診や受診中断により足病変が進行した状態で受診する症例も少なくない。外来での継続的な支援体制構築のため 2016 年にフットケア外来を開設した。本報告では 10 年間の歩みを通して、糖尿病足病変の重症化予防における看護の役割を明らかにする。
【実践内容と方法】2016 年にフットケア外来を開設し、糖尿病看護認定看護師 1 名で支援を開始した。多職種と足病変予防の必要性を共有し、外来体制を整備した。外来では患者との対話を基盤とした共同観察を行い、生活背景に即したセルフケア支援を実施した。また、院内外の教育活動を通して継続的支援体制の構築に取り組んだ。さらに、地域キャリア支援事業の一環として他施設の認定看護師と協働した研修を実施し、地域でのフットケア実践拡大に取り組んだ。本報告は当院倫理審査委員会の承認を受け、対象者の同意のもと匿名化したうえで集計を行った。
【結果】延べ 3,000 件以上のフットケアを実施し、外来継続率は 86％であった。当初、足の観察習慣がなかった患者の 72％が 1 年後には毎日の足観察を習慣化した。継続管理症例における下肢切断は 3 例であった。院内では看護師 5 名がフットケア実践者として育成された。地域研修を通じて多職種が相談し合える関係性が構築され、他施設との協働は地域でのフットケア実践拡大につながった。
【考察】パートナーシップを基盤とした共同観察により、セルフケア行動の定着が促進された。看護師が患者の足を慈しみ、丁寧に扱う関わりは、患者が自身の身体を大切にしようとする意識を引き出す契機となった。これが自尊感情や自己効力感の向上をもたらし、「自分の体を守りたい」という主体的なセルフケア行動の変容につながったと考えられる。さらに、本実践は 10 年にわたり「足を守る看護」という原点を問い続けてきた取り組みであり、患者とのパートナーシップに基づく関わりこそが、糖尿病足病変重症化予防を支える“看護の力”であることが示された。

一般演題７ 「フットケア」

## 口演 07-2
## 小児 1 型糖尿病をもつ子どもの足部発達支援における多職種連携の実践 ―糖尿病領域の看護師が調整役を担う取り組み―

◯内田 みさ子[1]、岡田 恒夫[2]、田中 由美[3]、瀧原 純[4]、桜庭 裕香[4]
[1]茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院看護部、[2]茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院リハビリテーション科、[3]茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院小児科、[4]茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院リハビリテーション部

【目的】小児 1 型糖尿病は長期療養を要する慢性疾患であり、足部発達の重要な時期を含む。足部構造の形成には、特に足部内側縦アーチの発達が重要である。足部は出生時には軟骨であり、就学期までに骨化が進み足部構造が形成される。しかし小児糖尿病看護では、足部発達の視点を組み込んだ体系的支援は十分とはいえない。本活動では、小児 1 型糖尿病に対する足部発達支援と多職種連携を整理し、その意義と課題を報告する。
【実践内容と方法】2019 年 4 月～ 2026 年 3 月までに医師から依頼を受けて関わった 1 型糖尿病の子ども 28 例を対象に、初発入院時より足部評価を継続している。小児科医、理学療法士、整形外科靴マイスター等と連携し、足部観察と着用靴の適合確認を実施した。2023 年より「小児靴の手引書」を基準とした足部発達に関する情報提供を開始し、子どもおよび保護者への支援を行っている。評価項目や記録様式を共有し、足部評価の標準化を図った。小児足部発達に関する専門研修を修了した糖尿病看護特定認定看護師が調整役となり、評価結果を共有し支援体制を構築している。なお、本活動は通常診療の一環として実施した。保護者への説明と同意のもと実施し、子どもの意思を尊重するとともに、不参加による不利益が生じないよう配慮した。報告にあたっては個人が特定されないよう匿名性を確保した。
【結果】足部アーチの発達が十分でない子どもも認められ、着用靴の不適合は多くの症例で確認された。多職種連携により継続的な評価と環境調整が可能となり、保護者の理解の深化や靴の買い替え、履き方の見直しにつながった。
【考察】小児糖尿病看護において、健全な足部発達の視点を持ち多職種をつなぐ役割は重要である。本活動では「小児靴の手引書」に基づく情報を多職種で共有することで、子どもおよび保護者への支援の共通基盤を形成することができた。一方で生活や文化的背景などにより正しい履き方の習慣が定着しにくい場合もあり、継続支援上の課題が示唆された。子どもの時期から靴の選択や正しい履き方の習慣づけに関わることは、将来的な足部トラブル予防につながる重要な支援と考えられる。

一般演題７ 「フットケア」

## 口演 07-3
## 下肢バイパス術後患者に対する退院に向けた指導―バイパス触知の自立に向けた看護介入―

◯中田 至子、姜 咲、光峰 登紀子、田淵 美幸、中田 志乃
関西医科大学総合医療センター

【目的】糖尿病患者の 0.7%が足潰瘍を合併し、その 7～20%が下肢切断に至る。原因の多くは末梢血管閉塞性動脈硬化症（以下 PAD）である。下肢バイパス術後患者が、合併症予防の目的を理解し、バイパス部の動脈触知自立へ行動変容に至った過程を分析する。
【実践内容と方法】本症例の報告にあたっては、当院の倫理委員会の承認を得ている。また、事前に患者本人に研究の趣旨、参加は自由意志であること及び個人情報の保護について説明し、書面にて参加への同意を得ている。A 氏は 80 歳代男性。糖尿病性腎症により週 3 回血液透析を行っている。今回の入院の主病名は PAD であり、左第一趾潰瘍、壊死を認めていた。A 氏は潰瘍処置へのアドヒアランスが低く、「潰瘍処置の自己処置自立」という当初の目標達成は困難であった。シャント部の自己管理は可能であったため、目標を「バイパス部の動脈触知自立」へ修正した。術後、観察時に触知の必要性を繰り返し説明した。創痛軽減後、シャントスリル触知と同様の方法であることを伝え、看護師と共に触知を開始した。承認的な声掛けを行いながら毎日継続した。
【結果】「バイパス吻合部の動脈触知自立」を目標に行った指導が、患者の理解、体験、継続を促す段階的な介入となり、術後 27 日目に正しい位置でのバイパス吻合部の動脈触知が自立に至った。
【考察】目標達成した要因の 1 点目は、A 氏とのコミュニケーションを通し、現状に即した目標の設定と行動計画を A 氏と共有できたことである。ImogeneM.King の目標達成理論は「コミュニケーションを通じて問題を査定し、合意した目標を設定すること」を重要視している。A 氏のアドヒアランスを阻害する要因を考え、目標と行動計画を実践可能な『最適値』に設定できたことが目標達成に繋がった。2 点目は、患者の状況に応じて、段階的介入ができたことである。Prochaska と DiClemente の提唱する行動変容ステージモデルは「行動変容を進めるためには、個人がどのステージにいるかを正確に把握し、そのステージに応じた適切な支援をすることが最も重要である」としている。段階的に指導をしたことで、A 氏の自己効力感を高め目標達成に向けた行動変容に繋がった。

一般演題７ 「フットケア」

## 口演 07-4
## フットケア外来におけるアセスメントシートの改訂～記録の質向上を目指して～

◯安田 緑、中川 浩一、加藤 雪江、畑 幸枝、岡村 まゆみ、小田 真由美、石井 ゆかり、三村 真弓、大澤 香、竹中 希実
済生会富田林病院

【目的】フットケアアセスメントシートの改訂が記録の質向上に寄与するか検証する。
【方法】1. フットケア担当看護師 8 名へ聞き取り調査を行い、問題点を抽出する。2. 問題点を検討し、以下の方法でアセスメントシートを改訂する。① 2020 年「 AAA3 分間足病チェック」をもとに改訂する。② 2023 年「日本糖尿病学会・看護学編」をもとに再改訂する。3.「改訂後のアセスメントシート」に関する聞き取り調査を担当看護師へ実施する。倫理的配慮として、アンケートは対象者の同意を得て、個人が特定されないようにした。
【結果】1. 聞き取り調査では、「病歴・患者背景の不明確さ」「リスク評価の不十分さ」「問題点の不明確さ」「記録もれが多い」「看護問題の記載がない」「血流・神経障害のリスク評価不足」「患者指導の記録や指導に自信がない」などの問題点が挙がった。2. 2020 年にリスク評価の点数化を行い、2023 年に不足していた観察・リスク評価・実施記録の標準化を行った。3.「患者背景・リスク評価・看護問題の記載が明確化・標準化され、患者教育の記録がしやすくなった」「記録漏れが減った」「モチベーションが上がった」という評価に繋がった。
【考察】病歴・患者背景や血流神経障害の評価を体系的に整理し、リスク評価を点数化したことで、看護師が患者の状態を客観的に把握しやすくなった。これにより、従来不十分であったリスク評価や看護問題の明確化が可能となり、適切な介入判断につながった。また、リスク評価の可視化と患者教育内容の標準化により、指導内容を整理しやすくなり、「患者指導や記録に自信がない」という課題改善に寄与したと考えられる。さらに改訂に際してスタッフの意見を聞くことは、モチベーション向上や学習意欲の向上がみられ、教育的効果にも波及する可能性が示唆された。一方で、本研究は単施設での評価であり、客観的なアウトカム指標の検討は十分ではない。今後は糖尿病足病変の発症予防や重症化予防といった臨床アウトカムの関連を検証する必要がある。

一般演題 8 「認定看護師・高度実践看護師」

## 口演 08-1
## 糖尿病看護認定看護師によるインスリン投与量の調整実践と指定研修機関化への取り組み

○吉田 照美、津金澤 由香、保田 瑞枝
岡崎市民病院

【目的】認定看護師が専門性を基盤に特定行為推進を主導し、インスリン投与量調整の実践を契機とした特定行為導入および指定研修機関化への取り組みを明らかにする。
【実践内容と方法】周術期の糖尿病をもつ入院患者を対象としたインスリン投与量調整の特定行為導入に向け、複数施設を見学した。導入に際しては医師と協働し、手順書、電子カルテ上での指示方法、同意書運用を整備するとともに、対象患者基準の明確化とリスク管理体制を構築した。運用では関係職種への周知と合意形成を進めながら実践を開始し、開始後２年間で約 80 人の泌尿器周術期入院患者を対象にインスリン投与量調整を実施した。実践では血糖管理に加え治療支援を行った。また、病院幹部と協議を重ね、看護局、医局、薬局、事務局を含めた連携体制を整備し、指定研修機関申請に向けた教育・指導体制を構築した。なお、本研究では患者・家族の意見や院内の実践内容を含むため、個人が特定されないように配慮した。
【結果】看護師によるインスリン投与量調整が可能となり、血糖変動に応じた迅速かつ継続的な対応により目標血糖値内での管理につながり、低血糖やその他の重篤な有害事象は認めなかった。また、入院中のみならず外来・在宅治療を見据えた継続支援により、患者・家族から肯定的な意見が得られた。さらに、病院幹部や関係部署との連携を通して院内の理解が促進され、2025 年４月より指定研修機関として開講した。また、自施設での教育体制構築により多職種の参画が進み、医師の関心の高まりとともに特定行為の依頼が増加した。
【考察】認定看護師によるインスリン投与量調整の実践は、医師との協働のもと安全性を確保しながら、迅速な血糖管理と治療支援の質向上に寄与したと考えられる。さらに、入院中のみならず外来・在宅療養を見据えた継続支援は、生活者の視点を持つ認定看護師の専門性を発揮する実践であった。また、本実践を契機として多職種の理解と連携が促進され、特定行為推進および指定研修機関化へ発展したことから、認定看護師による実践が組織変革につながる可能性が示唆された。

一般演題 8 「認定看護師・高度実践看護師」

## 口演 08-2
## 初回更新後の糖尿病看護認定看護師が実践の中でたどるキャリアアイデンティティ形成のプロセス

○北尾 由里子[1]、古都 昌子[2]
[1]鳥取県立厚生病院、[2]鳥取看護大学大学院

【目的】初回更新後の糖尿病看護認定看護師が実践の中でたどるキャリアアイデンティティ形成のプロセスを明らかにする。
【方法】研究デザインは質的記述的研究とし、初回更新後２年以上経過した糖尿病看護認定看護師に半構造化面接法で実施し、M-GTA を用いて分析した。本研究はＡ大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】研究協力者は５名であり、分析の結果、97 のヴァリエーションから 34 の概念を生成し、13 のカテゴリーに集約し、ストーリーラインを作成した。初回更新後の糖尿病看護認定看護師が実践の中でたどるキャリアアイデンティティ形成のプロセスには【糖尿病看護の楽しさを実感し、自分の変化を感じる】、【認定看護師としてのプライドから、暴走する】、【日々の業務の中でも、患者なりの取り組みを支え、安心できる対応をする】、【患者が前向きな思考になるよう支援し、多職種につなげる】、【スタッフとよい関係でいられるように敷居を低くして行動する】、【認定看護師としての自分の役割を見出し、心に余裕ができる】、【認定看護師としての今のレベルを維持し、糖尿病看護を確実に引き継ぐ】などの 13 カテゴリーに集約し、ストーリーラインを作成した。
【考察】ストーリーラインから、３つの時期を見出した。[ 認定看護師としての自分を模索する ] 時期は認定看護師としての実践の現実との乖離を受け入れようと模索するという特徴を有していた。[ 認定看護師としての手ごたえをつかむ ] 時期は実践を積み重ねる中で改めて認定看護師としての自分の役割が見出され、自己を肯定し、手ごたえをつかむという特徴を有していた。[ 認定看護師として糖尿病看護をつなげていく決意を固める ] 時期は糖尿病看護の専門性を次世代につなげていくために、認定看護師としての新たなビジョンを持つという特徴を有していた。糖尿病看護認定看護師のキャリアアイデンティティ形成のプロセスにおける支援の在り方として、看護管理者からの認定看護師の役割周知の機会の設定や組織内外の活動の依頼や承認、自己研鑽への支援の必要性や、認定看護師同士による展望の語り合いや承認の機会の活用の必要性が示唆された。

一般演題 8 「認定看護師・高度実践看護師」

## 口演 08-3
## 糖尿病看護特定認定看護師による思考発話（thinka loud）を通した病棟看護師の臨床判断能力の変化

◯高橋 弥生[1]、高橋 良幸[2]
[1]聖隷佐倉市民病院、[2]東邦大学　健康科学部看護学科

【目的】非常勤医師体制の地域中核病院において、糖尿病看護特定認定看護師（以下、特定 Ns）が臨床場面で行う思考発話（thinka loud）が、主任・師長等の指導的立場にあり患者ケアにも関与する病棟看護管理者と病棟看護師（以下、Ns）の臨床判断能力に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。特に、両者の思考過程および患者への関わりの変容に着目した。
【方法】2024 年 4 月から 2025 年 5 月までに特定 Ns が介入した患者のケアに関与した Ns24 名および特定 Ns である研究者を対象者とした。特定 Ns は臨床判断過程（気づき・解釈・行動の根拠）を思考発話として言語化し、Ns との相互作用をデータとした。分析は質的統合法（KJ 法）を用い、キャリア・ラダー別に分析した後、全体構造として統合した。所属倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】Ns の臨床判断の変化として 7 つの様相が抽出された。①不確実性とリスクの可視化による迅速な判断と危機対応の強化、②多面的情報と将来予測を含む知識の文脈化と主体的実践への移行、③患者の語りとセルフケアの意味に着目した患者中心の理解の深化、④価値観や生活背景を踏まえた個別的ケアの共創、⑤病態・生活・言動を統合したカンファレンスの再編、⑥思考過程と患者理解の可視化による教育的関わりの変化、⑦病態判断と役割共有を基盤とした組織的対応の促進であった。これらはキャリア・ラダーに応じて段階的に現れ、思考過程の変化、患者理解と実践の変化、組織的対応の変化の三層構造として見出された。
【考察】特定 Ns が思考発話を意図的に用い臨床推論過程を言語化することは、暗黙知として個人内にあった判断を可視化し、Ns の思考の再編成を促していた。また、価値観や生活背景を踏まえた臨床判断の過程を可視化することで、患者中心の理解という看護の原点に立ち返る契機となっていた。さらに、思考発話は個人の学習にとどまらず、チーム内で共有されることで意思決定や情報共有のあり方を変化させ、組織的対応の促進にもつながっていた。以上より、思考発話は看護の原点に根ざした臨床判断の実践を支え、個人・チーム・組織の各層で看護実践の質を高めることが示唆された。

一般演題 8 「認定看護師・高度実践看護師」

## 口演 08-4
## 諸外国において糖尿病患者に対して Nurse Practitioner が関わった遠隔医療の実態と効果に関する文献レビュー

◯天野 由梨[1]、山崎 千寿子[2]、池田 達弥[2]
[1]NTT 東日本関東病院、[2]東京医療保健大学大学院

【目的】諸外国において糖尿病患者に対して Nurse Practitioner（以下 NP）が関わった遠隔医療の実態と効果を明らかにし、診療看護師が糖尿病分野の遠隔医療でどのような役割を担うことができるのか考察すること。
【方法】ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽは PubMed および EBSCO で MEDLINE と CINAHL の同時検索を使用し文献検索を行った。糖尿病患者に対して、NP が遠隔医療に関わり、臨床的な指標をｱｳﾄｶﾑとする文献を選定した。研究の特性、対象者の特性、介入の詳細を抽出し、効果としては主要（HbA1c）および副次的結果指標（血糖値、体重・BMI、血圧、TC、LDL、HDL、TG、患者満足度、節約できた時間）はﾏﾄﾘｯｸｽ方式で整理した。
【結果】対象文献は 7 件であり、2 型糖尿病 4 件、1 型 2 型糖尿病 2 件、記載なし 1 件であった。対象者の平均年齢は 55.6 ～ 68.0 歳であり、HbA1c7％以上で「通信手段を持っている」もしくは「通信手段を扱える」人であった。遠隔医療における通信手段は電話 4 件、ﾋﾞﾃﾞｵ電話 2 件、電子ﾒｰﾙ 1 件であった。IoT 機器を使用したのは 5 件であり、送信内容は、血糖値・体重・血圧が 2 件、血糖値が 2 件、血糖値・体重が 1 件であった。遠隔医療において、NP は遠隔医療の準備から実施、記録まで他職種と協働して実施していた。HbA1c は 6 件で有意に改善した。血糖値、体重・BMI、血圧、TC、LDL、HDL、TG は改善した文献もあったが有意差はなかった。遠隔医療は受付から診察、薬を受け取るまでの時間が削減でき、患者満足度は高かった。
【考察】遠隔医療の効果として、高齢であっても「通信手段を持っている」もしくは「通信手段を扱える」HbA1c7％以上の患者に対して、血糖ｺﾝﾄﾛｰﾙにおいて遠隔医療が有効なことが示唆された。また、日本における有効な通信手段として、ﾋﾞﾃﾞｵ電話、電話、電子ﾒｰﾙがあり、状況によって使い分け、時には対面診療と組み合わせることで糖尿病治療を行うことが可能だと思われる。IoT 機器としては、身体に装着するもので、ﾘﾏｲﾝﾀﾞｰなどの機能が有効なことが示唆された。診療看護師が糖尿病分野の遠隔医療で、他職種と協働し、重症度を考慮した継続的な支援を行う役割を担えることが示唆された。

一般演題 9 「高齢者療養支援 2」

## 口演 09-1
## 認知機能低下のある高齢 irAE 関連劇症 1 型糖尿病患者への支援　～地域と支援をつなげる佐賀県糖尿病コーディネート看護師の実践～

◯南里 穂[1]、山田 つや子[1]、永渕 美樹[2]
[1]佐賀大学医学部附属病院 看護部、[2]佐賀大学医学部看護学科 生涯発達看護学講座

【目的】佐賀県では、糖尿病専門医療機関の看護師が地域の医療介護施設を訪問し支援する佐賀県糖尿病コーディネート看護師（CONs）事業が展開されている。CONs の支援の実際を報告する。
【倫理的配慮】所属施設の看護部看護研究倫理審査会の承認を得た。
【実践内容と方法】70 歳代女性。悪性黒色腫に対する免疫チェックポイント阻害薬（ICI）治療中に劇症 1 型糖尿病を発症した。主介護者は高齢の夫のみで、食事量が安定せず、間食もあり血糖推移は不安定であった。さらに、認知機能低下が進行しショートステイ・デイサービスを利用したが、自宅では低血糖、サービス利用中は高血糖と血糖値の変動が大きく、生活の把握や血糖マネジメントに難渋した。CONs は、糖尿病看護外来で、生活状況を丁寧に聴取し、患者の希望を尊重しつつ低血糖回避を優先した治療方針を主治医と検討した。診療内容は、ケアマネジャー、施設看護師と電話での情報共有をしたが、施設では、持続グルコースモニタリング（CGM）使用が初めてで、予期せぬ血糖の変動や機器のトラブルなどの相談の連絡は頻繁であった。電話連絡だけでは問題の解決が困難であると考え、CONs は施設を訪問し、ケアマネジャー、施設看護師との直接的な情報共有を行った。CG M レポートの供覧、インスリンや CGM 機器の使用手順の確認、介護士のみの時間帯の低血糖対応について実演を交えて説明した。また、食事内容を確認すると、高血糖の心配からデザートを中止し摂取エネルギーが不足していることや、利用者同士のおやつ交換の可能性も判明した。主治医と協議し、デザートの提供や低糖質おやつの持参など、楽しみを維持しつつ血糖上昇を抑える工夫を提案した。
【結果】食事摂取量が安定し低血糖は消失した。高血糖に対するインスリン調整を行った結果、危険な高血糖の持続や低血糖はなくなり、血糖マネジメントは改善した。
【考察】CONs が地域の医療介護施設と連携したことで個別性の高い支援につながった。また、CONs が介護施設の医療者に糖尿病治療に関する知識を提供する機会となり、地域の糖尿病医療体制の充実に寄与する可能性がある。

一般演題 9 「高齢者療養支援 2」

## 口演 09-2
## 認知機能低下を背景に糖尿病性ケトアシドーシスを発症した高齢 1 型糖尿病患者への療養支援

◯大野 智香、青山 麻衣、菊池 結香
市立大洲病院看護部

【目的】糖尿病性ケトアシドーシスを発症した高齢 1 型糖尿病患者のインスリン療法および血糖管理への取り組みと療養支援における課題を明らかにし、看護への示唆を得ることとした。
【実践内容と方法】症例は 82 歳女性。60 歳時に 1 型糖尿病と診断され、インスリン療法が行われていた。意識障害を主訴に受診されたが、糖尿病性ケトアシドーシスと診断され、入院加療となった。少し前から血糖値の増悪や眼圧の上昇などがみられており、残薬確認や家人への聞き取りを行った。また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】患者は独居であったが、敷地内に息子夫婦と孫が住んでいた。基本的 ADL は自立しており、インスリン自己注射は本人が行っていた。朝のインスリン注射は息子嫁、昼・夕のインスリン注射は孫のサポートがあった。ところが孫の就職を機に日中の家族のサポートが得られなくなっていた。自宅より未使用のインスリン製剤や点眼薬が確認されたことから、服薬アドヒアランスの低下が背景にあったことが疑われた。食事・整容・排泄などに問題はなかったため、家人や医療従事者から認知機能の低下を疑われることはなかったが、HDS-R は 21/30 点、MMSE は 25/30 点と軽度認知障害の存在が疑われた。平日の月～金は、インスリン注射の管理が可能なディサービスを利用することで自宅退院となった。
【考察】認知機能低下に伴う服薬アドヒアランスの低下や敷地内同居していた家族のサポート力の低下などがあり、糖尿病性ケトアシドーシスを発症した高齢 1 型糖尿病患者の 1 例を経験した。高齢糖尿病患者への療養支援における課題として、初期の認知機能低下への気づきにくさ、療養生活を継続する上で必要な同居家族のサポート力の低下による療養生活の破綻を把握しにくい、などが挙げられた。また、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標は、認知機能、ADL、併存疾患や低血糖リスクの薬剤の使用などによって設定されるが、1 型糖尿病患者などインスリン依存状態にある患者では、ある程度、厳密なコントロールが要求されることになると考えられる。

一般演題 9 「高齢者療養支援 2」

## 口演 09-3
## 劇症 1 型糖尿病を発症した認知機能低下を有する高齢者の血糖管理支援～訪問診療同行看護師の役割の検討～

◯吉田 明子
小島ファミリークリニック

【目的】高齢で認知機能の低下した状況で劇症 1 型糖尿病を発症した患者が、住宅型施設で療養中に生じた血糖管理に関する問題と多職種連携による支援の実際を振り返り、訪問診療同行看護師の役割と今後の課題を検討する。
【実践内容と方法】対象は認知機能低下を来している高齢者に発症した劇症 1 型糖尿病患者。住宅型施設に入所して訪問診療を受けていた。データを診療録、訪問診療時の看護記録、訪問看護師からの電話、口頭での伝達メモなど記録物を基に収集した。研究実施にあたり所属施設責任者の承認を得て行った。認知機能の低下をふまえ、家族に研究発表について書面を用いて説明し同意を得た。個人が特定されないよう年齢や施設名などの個人情報は匿名化し、プライバシーの保護に配慮した。療養支援の対応を振り返り、血糖管理に関する課題や多職種との連携における訪問診療看護師の役割を考察した。
【結果】認知機能の低下した高齢の劇症 1 型糖尿病患者であり、血糖管理が必要であったが自己管理は困難であり、介護職、施設職員、訪問看護師、医療機関が連携して支援していた。意識が不明瞭になる場面、低血糖や高血糖が疑われる場面、対処や報告が遅延し安全面でのリスクが高まった状況や、施設のケア体制による管理の困難性などの問題が発生した。対応として施設職員への説明、訪問看護師との情報共有を図ると共に、医師と相談して補食や食事時間の調整、朝の見回りの強化などを依頼した。患者の生活の質を維持しつつ体制として出来る事を検討し調整する役割を担った。
【考察】劇症 1 型糖尿病は血糖管理が困難である事が多く、認知機能の低下した状況で発症した高齢者では自己管理していくのが難しい。今回住宅型施設に入居して生活していたが、施設におけるケア体制に制限があったため関連する多職種との連携が重要であった。安全な血糖管理には、疾患の管理だけでなく、ケア体制をも含めた検討が必要であると考えられる。訪問診療同行看護師は医療機関と施設間の情報共有を調整する役割を担い、血糖管理を支える上で重要であると考えられた。

一般演題 9 「高齢者療養支援 2」

## 口演 09-4
## 認知症進行により自己管理困難となった高齢糖尿病患者への在宅移行支援～糖尿病認定看護師による退院後訪問の意義～

◯濵口 計子、小堀 紗季、森田 英生、住田 崇
小川赤十字病院

【目的】入院から在宅への移行期には、患者の生活状況に即したアセスメントと家族支援が重要である。本症例は、認知症（HDS-R19 点）の進行により自己管理が困難となった高齢糖尿病患者と主介護者である妹に対して糖尿病認定看護師（以下 CN）が退院後訪問を行い、生活の場で明らかになった本人の困難と家族の負担に対してどのように支援したかを検討した。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。
【実践内容と方法】本人の体調や生活状況、妹の戸惑いを把握しながら週 1 回投与製剤や SMBG の手技を確認した。針の着脱に対する不安に対し補助具を提案した。また足裏の痺れやふらつきから生じる「歩くのが怖い」という本人の思いを捉え、フットケアとセルフケア支援を実施。廃用症候群予防のための運動療法の目標を本人とともに設定した。さらに血糖測定の負担軽減と病態把握のため CGM 導入を提案した。妹の介護負担の増大を早期に察知して訪問看護導入へとつなげ、最終訪問時にはこれまでの支援内容を訪問看護師と共有し継続支援へと移行した。
【結果】CN が手技確認を並走したことで妹の不安は軽減し成功体験が自信につながった。本人は歩行への恐怖から活動量が低下していたが、フットケアや運動療法の提案により生活機能維持への意欲が高まった。CGM の提案により血糖変動が把握でき見守る家族の安心感につながった。訪問看護への確実な橋渡しにより、妹が一人で抱え込まない体制が整い在宅療養の継続が可能となった。
【考察】実際の生活場面を見ることで、「歩くのが怖い」という本人の思いを捉え、生活機能低下の兆候を早期に評価できた。在宅移行期における生活の場での気づきは、潜在的リスクの早期把握に有効である。また、家族の不安を受け止め成功体験を支える関わりは、家族の安心と介護への自信を高める基盤となり、移行期における CN の重要な役割である。妹の負担を早期に察知し訪問看護へつなげたことは、家族が一人で抱え込まない支援体制の構築に寄与した。CN が生活の場へ介入し、本人と家族双方の不安を軽減しながら支援体制を整えることは、在宅療養の安定に大きく貢献すると考える。

一般演題９　「高齢者療養支援 2」

## 口演 09-5
## 未来の自己像を描く糖尿病重症化予防講座の実践報告「2040 年のわたしたちへ～未来を守る小さな選択～」

◯安江 志保
市民活動団体 co-YOBOH

【目的】
地域での糖尿病重症化予防には、医療機関との接点の少ない市民へのアプローチが課題となっている。そこで、糖尿病の重症化予防を「病気の話」ではなく、「未来の生活の質」の視点から伝える講座「2040 年の私たちへ～未来を守る小さな選択～」を企画した。本報告では、K 市で実施した市民講座の内容と、参加者への意識調査から得られた知見を共有する。

【実践内容と方法】
2026 年 2 月、K 市民病院市民講座にて講座を担当し、内容は「糖尿病重症化の実例」「2040 年問題」「加齢変化」「予防の意義」「小さな選択の提案」で構成した。知識提供に加え、未来志向型アプローチとして「15 年後の自分を想像する時間」を設けた。講座終了後、無記名の独自アンケートを配布した。調査は自由意志による任意・匿名とし、回答をもって研究同意とした。個人が特定される情報は含まれていない。本講座は、地域で予防啓発を行うコミュニティ「co-YOBOH」の活動の一環として実施した。

【結果】
参加者 12 名中 9 名から回答を得た ( 回答率 75% )。1) 未来への具体的イメージ：Q1 より「できた」5 名、「少しできた」1 名 ( 計 86% ) であった。2) 受診への心理的負担の軽減：Q2 より 7 名 ( 全員 ) に「めんどくさい」という気持ちの軽減が見られた。3) 行動意欲と受容：Q3 では 8 名が「生活習慣を見直す」「腹八分目を心がける」など具体的な行動意欲を記述し、Q4 では 5 名が講座内容の印象的な言葉を挙げた。

【考察】
一連の講座の流れの中で未来志向型アプローチである「15 年後の自分を想像する時間」を設けたことは、参加者の“自分ごと化”を促し、健診・通院への心理的ハードルを下げる効果が示唆された。講座中の好反応や記述内容から、従来の知識提供型では得られにくい「内的動機づけ」が生まれたと考える。今後は働き盛り世代の無関心層への応用に向け、地域団体や行政との連携を視野に予防啓発の場を広げていきたい。

一般演題１０　「がん・ステロイド・治療関連糖尿病」

## 口演 10-1
## がん薬物療法中の消化器がんと糖尿病を併存する患者のセルフケア・エージェンシーの特徴

◯坂根 絢子[1]、佐藤 栄子[2]、今泉 郷子[3]
[1]東海大学医学部付属病院、[2]公立小松大学保健医療学部看護学科、[3]東海大学医学部看護学科

【目的】
がん薬物療法中の消化器がんと糖尿病を併存する患者において、オレム看護理論に基づくパワー構成要素の視点からセルフケア・エージェンシーの特徴を明らかにする
【方法】
オレム看護理論を理論的枠組みとした演繹的質的記述的研究。関東圏内のがん診療連携拠点病院の外来に通院する消化器がんと糖尿病を併存するがん薬物療法中の患者 5 名を目的的サンプリングにより選定した。データは 2025 年 7 月から 10 月に半構造化面接により収集し、逐語録をもとに患者のセルフケアに関する記述を抽出した。抽出された記述は、セルフケア遂行に必要な人間の能力を具体的に示すオレム看護理論のパワー構成要素 10 項目に分類し、質的記述的に分析した。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】
参加者は、がん薬物療法による治療サイクルに応じて出現する骨髄抑制やその他の副作用などの急性的で変動的な身体変化と、日々の血糖値モニタリングや食事・薬剤調整を要する糖尿病管理の慢性的で連続的な変動という、時間的展開の異なる複数の治療的セルフケア・デマンドに同時に対応していた。その中で、がん薬物療法の継続を優先しながら体力温存のために活動を制限し、体調に合わせて友人との約束や家事のタイミングを調整するなど、身体的エネルギーや生活資源を状況に応じて配分していた。また、血糖値と身体感覚を照合しながら日々の状態を把握し、医療者や患者仲間から得た知識や療養経験をもとに判断・行動するという、これまでの糖尿病管理で用いてきた実践を、がん治療の場面でも活用している特徴が示された。
【考察】
糖尿病患者ががんを併発した場合、セルフケアの優先順位を動的に調整・再編成しながら複数の治療的セルフケア・デマンドに対応する能力と、糖尿病管理で培われた療養実践をがん治療の場面に応用する能力という特徴的なセルフケア・エージェンシーの発揮が示された。看護師は、患者がすでに持つその力に気づけるよう働きかけ、糖尿病管理で培われた経験をがん治療の文脈で共に意味づけていくことが、セルフケア・エージェンシーの継続的な発揮を支えると考えられる。

一般演題10 「がん・ステロイド・治療関連糖尿病」

## 口演 10-2
## 免疫チェックポイント阻害薬治療により1型糖尿病を発症した外来患者への看護実践

◯飯田 優、遠藤 采那、髙原 百合香、石井 雅子
埼玉医科大学国際医療センター

【目的】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の免疫関連有害事象（irAE）では1型糖尿病の発症も考えられている。今回、ICI治療により1型糖尿病を発症した患者への自己管理や心理社会的側面の心身両側面を含めた看護実践を経験した。その内容を明らかにし、今後の看護の質向上につなげる。
【実践内容と方法】患者背景や看護実践場面における患者と看護師の相互作用を日々の記録やプロセスコードで振り返り、分析・考察する。看護実践とは特定行為「インスリンの投与量の調整」を盛り込むものとする。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】高血糖でICI治療の中止が続き、不安を抱えていたA氏とコミュニケーションスキルNURSE（表1）を意識して対話した。電話で担当医の許可を得て、A氏の採血上の血糖値がICI治療可能な値になるようにインスリンの投与量の調整を行い、その後の低血糖への備えを共に考えた。A氏が支援室訪室の際には体調を気遣い、診療過程に起こるirAEや乱高下する血糖管理に難渋する辛さを傾聴し、日々複雑な困難がありながらも孫との間食や遊びなどの交流を楽しみつつ、糖尿病とがんの治療に意欲的に取り組むA氏の生活調整を支援した。A氏は血糖値に応じた自己管理を習得し、予定通りにICI治療が継続できるようになった。
【考察】NURSEは感情表出を促し、共感や傾聴、信頼関係構築に有効で、患者の苦悩を緩和し、意思決定を支えるための重要スキルと評価されている。NURSEを意識した対話は、生存の危機を想像するA氏の精神的苦痛を軽減し、信頼関係を構築することができた。糖尿病の生活調整への意思決定や自己管理能力向上にもつなげられた。インスリンの投与量の調整は、ICI治療実施の可否に関わる重要な看護実践だった。担当医不在時でも採血前にICI治療可能な血糖値に調整したことでA氏の意思を尊重することができた。孫との交流を大切に思うA氏の生活調整への支援は、間食や遊びを想定した自己管理を導入することで、生活の質向上の支援となった。A氏への心身両側面を含めた看護実践は、A氏が納得して治療を継続するために必要な看護実践だったと考える。

表1 5つのコミュニケーションスキルの頭文字から成る"NURSE"

| | | |
|---|---|---|
| N | Naming<br>命名 | 患者から表出された感情に名前をつけ,受け入れていることを表明する.<br>患者の話をよく聴いており,感情を適切に認識したというメッセージを送る. |
| U | Understanding<br>理解 | 患者が話す感情的な反応について,医療者がそのことは理解できると表明する.<br>患者の感情は正当化され,受け入れられ,妥当なものとされる. |
| R | Respecting<br>承認 | 患者の感情に尊敬の意を表す.<br>1つの感情に特化するのではなく,その思いや行動を心から承認する. |
| S | Supporting<br>支持 | 患者の状況に理解を示し,支援するための意欲とともに,協力して問題に向かおうと思っていることを表明する. |
| E | Exploring<br>探索 | 患者に起こっている状況を整理し,それが患者にとってどのような意味をもつかを明確にしていく. |

一般演題10 「がん・ステロイド・治療関連糖尿病」

## 口演 10-3
## がん進行に伴う血糖自己管理の意味変容を捉える ―BSCを選択した患者への看護支援の振り返り―

◯山下 亜希
地方独立行政法人市立大津市民病院

【目的】がんの進行に伴い、血糖自己管理の意味がどのように変化するのかを捉え、BSC（Best Supportive Care）を選択した患者への看護支援の在り方を明らかにすることを目的とした。
【実践内容と方法】対象は、進行がんと2型糖尿病を併せ持つA氏である。A氏は糖尿病治療において、がん終末期にある息子の看病に専念するためインスリン自己注射の導入を決意し、かかりつけ医から紹介され受診した経緯があった。自身のがん診断後は、血糖が200mg/dLを超えると「自己管理が不十分で病状を悪化させてしまう」と強い不安を抱いていた。余命宣告後は「朝の血糖が120mg/dL以下なら好きな物を食べられる」という独自の基準が安心感の拠り所となっていた。看護師は語りを丁寧に傾聴し、生活背景・価値観・病状理解をアセスメントしたうえで、血糖管理の目的を「糖尿病の悪化予防」から「苦痛の最小化と生活の質（QOL）の維持」へ再定義できるよう、他診療科のスタッフと連携しながら意思決定支援を行った。本報告は所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】A氏の語りから、医療者が捉える血糖管理の目的と、A氏が見いだしている血糖管理の意味づけの間に観点の相違があることが明らかになった。看護師はこの観点の相違を踏まえ、A氏の考えを否定せず、病状や生活状況に応じて実現可能な管理方法を共に検討する面談を重ねた。その結果、A氏は「血糖値を気にかけながらも、今を楽に過ごすことを優先する」という認識へと変化した。終末期には、看護師は他者的マインドフルネスの姿勢でA氏の心身に寄り添い、その時々の生活を自分らしく選択できるよう支える関わりが可能となった。
【考察】A氏にとって血糖自己管理は「自分を保つ拠り所」であり、がん進行下でも手放しがたい意味を有していた。看護師が価値観の背景を理解し、病状変化に応じて自己管理の意味を共に再構築したことで、A氏は「治療のための管理」から「QOLを守る管理」へと目的を転換できた。BSCの場面では、患者の人生背景を尊重しつつ負担を軽減し、自分らしさを支える看護の重要性が示唆された。

一般演題10 「がん・ステロイド・治療関連糖尿病」

## 口演 10-4
## ステロイド糖尿病の特徴を踏まえた看護ケア

◯藤田 結香里、堀口 智美、浅田 優也
金沢大学医薬保健研究域保健学系

【目的】糖尿病の1つにステロイド糖尿病があるが、ステロイド糖尿病の看護ケアについて具体的に示されたものはない。ステロイド糖尿病の特徴を踏まえた看護ケアが行われないことは、成因が異なる糖尿病と同様の看護が提供され、患者の療養生活上の困難や苦悩を強める可能性がある。そこで、ステロイド糖尿病の特徴を踏まえた看護ケアについて明らかにすることとする。
【方法】ステロイド糖尿病患者への看護の経験について語ることができる看護師を対象とし、半構造化面接を行った。分析方法は、質的帰納的に行った。逐語録を何度も読み返し、ステロイド糖尿病患者への看護ケアの内容ごとにデータを分け、コード化した。類似のコードを集約し、概念の抽象度をあげ、サブカテゴリ、カテゴリ化した。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】参加者は10名、年代は30～50代、看護師経験年数は平均22.3年±6.9年、糖尿病看護経験年数は平均16.7±8.3年、糖尿病に関する資格を有する者は6名であった。分析の結果、16のサブカテゴリより7のカテゴリが生成された。看護師は、原疾患の症状や治療が負担とならないように【原疾患がもたらす影響の洞察と承認】、【注力するステロイド副作用緩和】を行っていた。患者には原疾患に加え糖尿病の治療が加わるため、【糖尿病治療受け入れ支援の模索】をしながら【ステロイド内服と血糖変動の理解促進】、【必須ではない運動療法】の指導をしていた。そして、患者が糖尿病発症について自分を責めないよう【自責の念からの解放の促し】をしていた。看護師はステロイド糖尿病患者に関わる機会が少ないことによる【ステロイド糖尿病看護への課題を(の)自覚】していた。
【考察】看護師は患者が自責の念を持たずに糖尿病治療を行えるように支援していたことが明らかとなり、ステロイド糖尿病の看護ケアに「自責の念」への対応を新たなケア項目として位置づける必要性が示された。また、看護師がステロイド糖尿病患者と関わる機会が少ない中でも自信をもって看護を行うためには、ステロイド糖尿病に関する教育機会の設定やステロイド糖尿病のパンフレット作成の必要性が示唆された。

一般演題10 「がん・ステロイド・治療関連糖尿病」

## 口演 10-5
## 肝移植後にステロイド糖尿病となった人へのセルフケア支援

◯大西 鮎美
東京大学医学部附属病院

【目的】肝移植後にステロイド糖尿病となりインスリン治療を再開したが、治療継続が難しかった人への看護を振り返り有効なセルフケア支援について考察する。
【実践内容と方法】事例報告。看護記録と実際の場面を振り返り考察した。対象:A氏50代男性。2年半前にMASLDで妻をドナーに肝移植した。移植前からインスリン治療していたが、移植後3か月で血糖値は改善し内服管理となった。その後、胆汁性腹膜炎や胆管狭窄で入退院を繰り返し、1年半前に肝膿瘍になった際に血糖管理の悪化を認め、インスリン治療を再開したが4か月間自己中断していた。半年前に教育入院したがHbA1c16.3%となり、2回目の入院となった。入院時、倦怠感と発熱があり、検査で肝膿瘍の再発が分かった。個人情報の保護と事例報告の趣意について口頭で説明し同意を得た。
【結果】入院後、強化インスリン療法で血糖値は改善したが、発熱と倦怠感から活動はトイレ往復のみだった。これまでの治療への努力を労いなぜ注射をしなくなったのか思いを聞くと「自分は痛がりで注射がすごく痛いと感じる。それに痩せて注射できる場所がない。インスリンの臭いも嫌い。注射しても大して変わらないから打つ意味がないと思っている」と話した。本人の無力感を感じ、今はステロイドの影響でインスリンが必要なこと、血糖値が改善すると体調もよくなると伝え、本人が体調変化に気づけるよう意図的に関わった。数日して「血糖値ってこんなに下がるんだ。家ではコーヒーの砂糖を我慢したり、果物を食べないようにしていたよ」と自宅での様子を話した。最終的にインスリンは鏡を見てどうにか腕に打てるようになった。「痛いけどこれなら続けられるかな。前は分からなかったけど、注射して血糖も体調もよくなったから続けないとね」と話し、治療に前向きな発言が聞かれた。その後HbA1c8%台に改善した。
【考察】意図的にセルフモニタリングを促し、患者が体調変化を実感できるように関わったことが患者の自信となり、セルフケア促進に繋がったのではないかと考える。糖尿病だけでなく、これまでの患者の体験や思いに関心を寄せ話を聞くことが治療継続の意欲に有効だったと考えられる。

一般演題 11 「インスリンポンプ」

## 口演 11-1
## 視力障害がある 1 型糖尿病患者へのインスリンポンプ導入に向けた支援

◯曽根田 麻里、前間 勇人、野中 由美
佐賀大学医学部付属病院

【目的】認知機能低下はないが視力障害があり、独居で身近に支援者が不在のため、インスリンポンプ療法（以下 CSII）の手技獲得に支援を要した症例について報告する。
【実践内容と方法】A 氏、50 歳代男性。1 型糖尿病、糖尿病腎症 5 期、糖尿病網膜症による視力障害 ( 指数弁 ) あり、自律神経障害あり。独居で工場での軽作業従事。血糖推移が不安定で重症低血糖で緊急搬送された既往歴もあり、就労継続が困難となったため、本人の希望があり CSII 導入目的で入院となった。
手技導入時、ポンプの画面やインスリンを充填する際の水面や気泡の確認が困難で、持参の拡大鏡を使用しながらでは片手しか使えずシリンジ交換や穿刺操作に時間を要した。そのため多職種チームカンファレンスで検討し、眼鏡式や卓上式の拡大鏡を使用するという提案があり、実際に眼鏡式の拡大鏡を装着し両手が使える状態で手技を練習した。また、入院中はシリンジ交換の頻度をあえて増やし、交換がない日もデモ機で手順の確認を行うなど、毎日実践する機会を設けた。シリンジ充填では紙や手に液を垂らして満たしたことを確認する、使用後のバイアルで気泡や水面を観察するなど視覚以外の感覚も活用して覚えるよう支援した。A 氏は独居で身近に支援者がいないため、かかりつけの透析病院に手技の見守りを依頼し、ポンプ不具合時の対処方法や高血糖緊急症回避の目的でペン型持効インスリンを併用していることを引き継いだ。
本症例報告は、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】CSII を導入後、A 氏より「低血糖が減り血糖値が安定してよかった。」と反応があった。ポンプ交換手技の獲得、ボーラス投与やシャワー時の着脱も実施できていた。退院後は、透析病院で支援を受けながら CSII の継続ができていた。
【考察】ポンプ交換手技が実施しやすいように補助具を調整したこと、視覚で認識できる部分や手の感覚を意識し何度も反復練習を行ったことが、A 氏の残存機能を生かし手技獲得につながったと考える。透析病院への引継ぎを行ったことは、異常の早期発見や CSII 継続への支援体制整備につながったが、退院後の情報共有など看護師間の連携強化が課題である。

一般演題 11 「インスリンポンプ」

## 口演 11-2
## 高齢 1 型糖尿病患者へのインスリンポンプ導入指導の経験～自己効力理論を用いた関わりの振り返り～

◯小川 綾子
社会医療法人愛仁会　井上病院

【目的】
インスリンポンプ療法は血糖コントロールの改善や生活の質向上につながるが、導入には知識や手技の習得が必要である。本研究は、高齢 1 型糖尿病患者へのインスリンポンプ導入が中止に至った事例について、対象者の反応と看護師の関わりを自己効力理論に基づいて振り返ることを目的とした。
【実践内容と方法】
対象は 70 歳代女性　1 型糖尿病歴 20 年、網膜症を合併する A 氏である。強化インスリン療法及び間歇スキャン式 CGM により自己管理を行っていたが、HbA1c8.0％と血糖変動が大きく、自己調整が困難となり、血糖を安定させたいとインスリンポンプ導入を希望された。指導期間は 9 日間で、器機装着、ボーラス注入、アラート解除操作の指導を行った。A 氏には手指の巧緻性障害があり、繊細な操作では介助を要し、また、器機に対する苦手意識もあったが、前向きにとらえて取り組んでいた。看護師は手技がうまくいかない場面で「失敗ではなくできていた部分」を言語化し、不安の増強や自信の喪失にならないよう関わった。一方で、導入中止という選択肢も意識しながら指導を行った。　方法は、実践内容と A 氏の言動を振り返り、自己効力理論の視点から分析した。研究実施にあたり、A 氏に目的、匿名化を口頭で説明し同意を得た。
【結果】
手技習得が困難であり、従来のインスリン注射のほうが負担が少ないとの判断から、A 氏より導入を見合わせたいという意思表示があり指導を終了した。
【考察】
自己効力理論では、人の行動は能力そのものより「自分はできる」という信念により決定づけるとされている。A 氏は長年の療養経験から一定の自己効力感を有し、導入に挑戦したと考えられる。看護師が手技のつまづきを失敗としてとらえないよう言語的に支援したことは、A 氏の不安を増強させず、自己効力感の低下を防ぐ関わりであったと考える。最終的に A 氏はこれまで主体的に行ってきた注射療法を継続する選択をした。この選択は自己効力感の喪失ではなく、自身の生活や療養行動を維持したいという価値観に基づく意思決定であり、看護師には導入の成否だけでなく、患者の自己効力感を尊重した支援が重要であることが示唆された。

一般演題 11 「インスリンポンプ」

## 口演 11-3
## 持続皮下インスリン注入療法導入希望で来院した 1 型糖尿病患者の治療選択が変化した一例

◯伊藤 典江
中央林間駅前いしだ内科

【目的】
本症例は、持続皮下インスリン注入療法（CSII）を強く希望し来院した患者に対し看護外来で介入した結果、治療選択が変化した事例である。その過程を Shared Decision Making（SDM）の視点から分析し、意思決定の変化と看護師の役割について検討する。
【実践内容と方法】
1 型糖尿病の壮年期男性。過去に CSII を行っていたが、転居に伴い継続が困難となった。持続血糖モニタリング（CGM）は皮膚トラブルにより使用できず、来院時は頻回インスリン注射療法（MDI）と血糖自己測定（SMBG）による血糖管理で HbA1c は 8.3%であった。（初回介入）CSII 再導入を希望する背景、不安、価値観を整理し医療者間で共有した。診察では CGM による血糖評価の必要性が説明され、皮膚保護剤を用いて CGM 導入を支援した。（2 回目以降）CGM データを基に生活状況、インスリン量、血糖推移を患者と振り返り、得られた情報を診察前に医師と共有した。患者が生活や価値観を踏まえて治療選択を検討できるよう支援した。
【倫理的配慮】
対象者本人に発表の目的・内容を説明し、自由意思による書面同意を得た。また、個人情報は匿名化し、個人が特定されないよう十分配慮した。
【結果】
CGM は皮膚トラブルなく継続使用できた。血糖推移の可視化により、深夜帯高血糖、早朝低血糖、インスリン過剰投与が明らかとなった。これらを踏まえ、患者の意向を共有しながら治療調整を行った結果、HbA1c は 7.0 ～ 7.5%へ改善した。最終的に患者は、生活状況や治療の負担感を踏まえ、CSII 再導入ではなく MDI と CGM を選択した。
【考察】
本症例は、SDM における情報交換・熟考・決定の過程を経て、治療選択が変化した事例であった。CGM による血糖の可視化と分析を通して、血糖改善は CSII のみでなく、CGM を活用した自己管理やインスリン調整により MDI でも可能であるという認識へ変化した。これにより治療選択の幅が広がり、意思決定の実現につながった。看護師は、認識の言語化と熟考を支援するとともに、患者と医師の橋渡しを担い、患者が納得して治療選択できる環境を整える役割を果たした。

一般演題 11 「インスリンポンプ」

## 口演 11-4
## 1 型糖尿病患者において SAP 療法導入後早期に糖尿病性ケトアシドーシスを再発した一例

◯平野 愛、成田 奈巳、堂田 奈央、中野 恵理、安原 昌子
近畿大学病院

【目的】
SAP 療法導入において、看護師による支援体制がセルフケアを補完できなかった要因を分析し、セルフケア能力評価の妥当性と治療継続に必要な看護介入の課題を明らかにする。

【方法】
50 歳代女性、1 型糖尿病。高血糖で A 病院に緊急入院し、SAP 療法を導入して退院したが、3 週間後に糖尿病ケトアシドーシス（DKA）で再度緊急入院となった。退院後早期に自己管理が破綻し DKA に至った要因を診療録から情報収集し、導入状況や支援体制の適切性をフィッシュボーン分析を用いて検討した。倫理的配慮として、対象者本人に研究の目的・方法・発表の意義を書面と口頭で説明し、自由意思による同意を得た。研究協力の拒否・撤回により今後の治療や看護において不利益を被らないことを保証し、データの厳重管理と匿名性の完全確保を徹底した。また、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】要因は 3 つに分類された。①「セルフケアエージェンシーの査定の問題」では、SAP の知識不足、トラブルアラームへの危険性認識の低さ、主支援者である兄（一部代償者）の病識の低さが認められた。②「セルフケアマインドの査定の問題」では、対人不安から「人に頼らない」という態度や、「私あんぽんたんだから」といった自己肯定感の低さが健康ニーズを低下させる要因であった。③「ニーズとエージェンシーのギャップを埋めるケアシステムの準備の問題」では、スタッフの知識不足、教育プログラムの脆弱さ、個別的導入計画の不十分さ、兄への指導や代償ツールの提案不足が挙げられた。

【考察】
本事例への SAP 導入に際し、オレムのセルフケア理論における「支持・教育システム」が前提とされていた。しかし、実際には患者・家族のセルフケアエージェンシーの未熟さや心理的要因から、自立した自己管理を遂行できる段階にはなかった。初期段階では医療者や家族が判断や対応を補う「部分代償システム」を併用し、習熟度に合わせて段階的に支持・教育システムへ移行する必要があった。患者の心理的背景や家族の代償能力を見極めた個別的な教育計画と、退院後も地域と連携して治療継続を支える包括的な看護介入体制の構築が今後の課題である。

一般演題 11 「インスリンポンプ」

## 口演 11-5
## 持続血糖測定機能付きインスリンポンプ療法導入指導マニュアルの作成とその有用性の検討

◯古山 恵美、牧野 祐子、楢原 直美
済生会横浜市東部病院　看護部

【目的】
持続血糖測定機能付きインスリンポンプ療法（以下SAP療法）の導入件数が年間１～２例程度と少ないA病院では、リザーバーやCGMの装着・管理方法の指導を実施した経験がある看護師が少なく、導入指導に不安を抱えていることが課題であった。そこで看護師が不安なく標準化された指導を実施できるよう導入指導マニュアルを作成した。今回、その有用性を検討することを目的とした。
【実践内容と方法】
SAP療法導入指導マニュアル（以下マニュアル）の内容は、①用語の解説、②入院中の医師の指示内容の確認方法、③入院前準備、④入院病日に合わせた指導内容（インスリンポンプ・CGM装着、較正やボーラス注入の方法、AHCLシステムの説明、入浴時の管理方法、急激な血糖変動への対応、カーボカウント、緊急時対応など）とした。運用前にマニュアルの活用方法について勉強会を実施し、その評価のために、A病院の糖尿病病棟に勤務する看護師24名を対象として、Googleフォームにて調査を実施した。調査内容は指導経験、不安の有無およびその内容、マニュアルの認知および活用状況、使用後の評価とした。
【倫理的配慮】
院内の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。
【結果】
17名より回答を得た（回収率70.8%）。うち16名（94.1%）が導入指導に対して不安があると回答した。不安内容は知識の不足、手技、指導方法であった。7名（41.2%）のスタッフがマニュアルの存在を知らなかった。マニュアル使用経験者7名（41.2%）は、指導内容の整理や事前準備の明確化に寄与すると回答した。活用経験者全員が今後も活用したいと回答した。
【考察】
看護師の不安は導入経験の少なさにより知識・手技・指導手順の習熟が維持しにくいことが要因であった。マニュアルは指導の標準化と看護師の不安軽減に効果を示した。患者に対しても一定水準の知識や技術を提供できるため、マニュアルの存在意義は高いと考える。しかし、認知および活用には課題が残る。今後はマニュアルを効果的に活用できるようなクリニカルパスを作成し、患者が安全にインスリンポンプを使用しながら生活できるよう支援していきたい。

一般演題 12 「妊娠・出産・育児期支援」

## 口演 12-1
## 親子で同時期に１型糖尿病と診断された１例 ―母親の心理的負担と疾患受容に向けたかかわり ―

◯山下 みどり
社会医療法人愛仁会　高槻病院

【目的】
小児１型糖尿病の療養では保護者が主要な支援者となるが、親子が同時期に診断される事例は稀である。本事例を振り返り、母親の心理的負担と疾患受容に向けたかかわりを報告する。
【実践内容と方法】
A氏　40代　女性　急性１型糖尿病を発症した児の母親。児と夫の三人暮らし。BMI33.2kg/㎡　既往歴はなし。A氏は入院中の児の付き添いをしていた。A氏から「私も耐糖能異常を指摘されたが、受診はせずに自己流の食事療法で約15kg減量した」と看護師に報告があった。指摘されたHbA1cは10%と高値であり受診勧奨を行った。他院を受診し、A氏は緩徐進行１型糖尿病（SPIDDM）と診断された。以降、児の外来受診時には児の事だけでなくA氏自身の相談が頻回にみられ、母親としての役割と患者としての立場の変化に対する心理的動揺が認められた。A氏が通院している医療機関は自施設の関連病院であり、主治医およびスタッフとカンファレンスを行い、A氏の外来受診時に面談ができるように調整を図った。面談では疾患理解の促進、感情表出の支援、A氏の生活に合わせた療養の提案を行い、A氏自身も支援を受ける存在であることの認識を促した。倫理的配慮として個人が特定されないよう配慮し、本人に書面および口頭で説明し同意を得た。
【結果】
A氏は当初「私のせいで児が１型を発症した」という自責感や、「私も一生インスリンが必要になるなんて」と将来への不安を抱きながらも、家族の前では落ち込んだ姿を見せないよう感情を抑制していた。継続的な面談を通して自身の思いを徐々に表出できるようになり、自身も支援を受ける存在であると認めることで、児を支援する母親としての役割と患者としての役割が整理でき、自身の療養に主体的に向き合う姿勢がみられるようになった。
【考察】
本事例では親子で同時期に１型糖尿病と診断され、A氏は支援者である母親であると同時に患者としても強い心理的負担を抱えていた。また、家族内で感情を表出しづらい状況も疾患受容を困難にしていたと考えられる。看護師の継続的な面談により、感情を表出できる場を確保したことで役割の再構築と疾患受容の促進に寄与したと考えられる。

一般演題 12 「妊娠・出産・育児期支援」

## 口演 12-2
## 妊娠糖尿病既往女性が家族のなかで自らの健康をととのえる経験

○小圃 美夕[1]、井上 尚美[1]、榮 詩帆[2]
[1]鹿児島大学医学部保健学科、[2]鹿児島大学附属病院

【目的】妊娠糖尿病（以下 GDM と記す）既往女性が産後，家族との生活のなかで自身の健康をととのえる経験を明らかにすることを目的とする．
【方法】本研究は GDM 既往女性で産後に糖代謝異常合併のない 3 名を対象とした．研究デザインは質的記述的研究デザインで，半構造化面接法を用いてインタビューを行い，解釈学的現象学的分析を行った．すべての協力者に研究の概要，目的，実施日，参加の自由，辞退の可否について文書により口頭で説明し，文書より同意を得た．なお，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】DM リスクの自覚がないと語る A さんは，GDM の経験を通して，家族は自分のことを根本は心配してくれていると考えており、その家族の心配に応えるように健康行動をしたいと思っているが，健康行動を実行できずにいる【DM リスクの自覚が持てず家族のなかで健康行動ができない経験】が語られた．B さんは DM リスクへの恐怖心を抱きながら健康行動を 1 人でとっており，家族に一緒の食事を食べてほしいと思うことはない．家族は寄り添ってくれる感じがあり健康行動に対する声掛けをされるが，言われなくてもわかっているといった思いから声掛けされた健康行動は実施していないという【DM リスクに恐怖を抱きながら家族を巻き込まず自らの健康行動を模索する経験】が語られた．C さんからは，DM のリスクを強く意識している語りがみられ，リスクの認識を根底に持ちながら，子どものための親としての健康を思い，家族全員が健康でいてほしいという思いで家族にはたらきかけて健康行動をしている【DM リスクを強く意識し，家族の健康を思いながら健康行動に取り組む経験】が語られた．
【考察】
GDM 既往女性が家族のなかで健康をととのえるためには，女性と家族の DM リスクとの向き合い方が大事であり，女性の健康行動や女性が家族に期待している関わりを家族と共有することの必要性が示された．また，女性が家族のなかで DM リスク予防の健康行動をととのえるためには，健康行動に関する循環的因果関係が良い方向で発揮できるように家族をととのえる支援が必要であることが示唆された．

一般演題 12 「妊娠・出産・育児期支援」

## 口演 12-3
## 育児期への移行に伴い疾患受容が揺らいだ 1 型糖尿病女性への看護介入 ―Meleis 移行理論を用いた事例分析―

○杉島 訓子[1]、山根 俊介[1,2]、中村 聡宏[1,2]
[1]おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック、[2]京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学

【目的】本事例は，1 型糖尿病をもつ 30 歳台女性が育児期への移行に伴い疾患受容が困難となった経過を，Meleis の移行理論を用いて分析し，看護介入の意義を明らかにすることを目的とした．
【実践内容と方法】育児期にある 1 型糖尿病女性 1 名を対象とした事例研究を行った．診療録および看護記録，患者の語りをもとに経過を整理し，育児に伴う行動変化とその背景を分析した．分析には Meleis の移行理論を用い，発達的移行および母親役割の変化と疾患管理との関連を検討した．なお，本研究にあたり，自由意志による研究参加を保証したうえで，署名による同意を得た．また個人が特定されないよう十分に配慮した．
【結果】対象者は，子どもが幼児期となり母親の行動を認知するようになったことを契機に「病気をもつ母というイメージを持たれたくない」と感じ，子どもの前でのインスリン注射を避けるようになった．その結果，食事摂取を控える行動がみられ，インスリン投与不足による高血糖状態の持続および体重減少に至った．看護師は，対象者の思いを否定せず傾聴し，育児と治療の両立が可能な方法を共に検討した．インスリンポンプを導入し，AID へ変更したことで，簡便なインスリン投与と血糖補正が可能となった．同時に食育における母役割についても話し合った．その結果，食事摂取の再開および血糖管理の改善がみられた．
【考察】本事例は，育児期への発達的移行と慢性疾患をもつ母親としての役割移行が同時に生じた複合的移行と捉えられる．食事回避行動は治療不遵守ではなく，母親としての自己イメージを保持しようとする移行体験の一側面であったと考えられる．Meleis の移行理論に基づくと，看護師が価値観を尊重し，生活状況に適合した治療手段を調整したことは，移行を促進する看護介入として機能し，育児期における慢性疾患管理の再統合につながったと示唆された．

一般演題 12 「妊娠・出産・育児期支援」

## 口演 12-4
## 母性健康管理指導事項連絡カードを活用した糖尿病合併妊婦への支援

◯柴原 萌英、千明 聡子、塚本 明美、門屋 恵美、星野 御幸、髙橋 健太郎
群馬大学医学部附属病院

【目的】当院の内分泌糖尿病内科病棟では糖尿病合併妊娠や妊娠糖尿病の患者に対して病棟助産師が面談を行い、糖尿病や妊娠、治療に対する思いを傾聴し支援に活かすことを目的とした活動を行っている。今回の事例は面談にて、言葉の壁による意思疎通の難しさや解雇への心配から自身で職場への糖尿病や妊娠について報告・配慮の依頼が困難であることが発覚し、医師へ母性健康管理指導事項連絡カード（以降：母健カード）の活用を提案し、退院後も治療が継続できるよう支援を行った。その経過を報告する。
【実践内容と方法】事例：外国人の 1 型糖尿病妊婦、妊娠初期。工場勤務。マイナートラブルなし。日本語の読み書きはほとんどできない。入院中の対話は叔母の通訳かポケトークを使用し実施。病棟の担当 CDE J や担当助産師が中心となり、本人の家族背景や生活環境、妊娠・児への思い、妊娠中の糖尿病の治療に対する思い等について情報収集・傾聴を行った。倫理的配慮：実践報告の趣旨、自由意思による参加の保証、個人情報の保護について本人・叔母に対して書面を用いて説明し同意を得た。
【結果】妊娠中のインスリン療法や分割食など治療に対する意欲はあるが、言語的コミュニケーションの難しさ、糖尿病・妊婦に対するスティグマから、職場へ報告・配慮の依頼相談ができていないことが発覚した。カンファレンスや回診、母性 CNS へ連絡などにて内科・産科スタッフで情報共有を行った。また、本人から医師からの指示であることがわかるよう病院の書類で伝えて欲しいと希望があり、助産師が内科医師へ母健カードについて提案し、産科医師と連携し職場へ糖尿病や治療内容について報告、配慮依頼を行った。
【考察】担当助産師が中心となり本人の生活環境や治療について傾聴することで本人が困難としていることを明らかにすることができた。今回の症例では「糖尿病の患者」という視点に加え、「妊婦」としてどのような支援を行えば安心した妊娠期の生活を送れるのかという視点で支援を考えたことより、母健カードの活用を提案できたと考える。母健カードの活用は、糖尿病をもつ妊婦の心理安全性と厳格な血糖コントロールの一助になると考える。

一般演題 13 「CGM・ICT・遠隔支援」

## 口演 13-1
## 老老介護世帯における超高齢糖尿病患者への週 1 回製剤と CGM 導入 ―ICT 遠隔連携による安全な在宅療養継続への検討―

◯黒岩 絵美
株式会社互恵会　大阪回生病院

【目的】
高齢独居や老老介護世帯では、インスリン手技や血糖測定の正確性維持が困難であり、低血糖回避を最優先とした治療目標の緩和と簡便な治療法の選択が推奨される。今回、認知症に伴う周辺症状（過食）と介護負担により血糖管理が困難となった超高齢患者に対し、既存の治療を維持しつつ、週 1 回インスリン製剤と CGM を導入し、訪問看護への遠隔支援を併用することで良好な経過を得た。本症例を通じ、老老介護における安全な在宅糖尿病看護の在り方を検討する。
【実践内容と方法】
対象は 90 歳代男性、認知症を有する老老介護世帯。HbA1c10.1% と悪化し、医師より入院や GLP-1 受容体作動薬の増量が検討された。しかし、過去の入院時にせん妄を呈したこと、腹部膨満感の訴えに加え、妻が排泄介助負担を軽減するため緩下剤を減量していたことが判明した。また、介助負担から血糖測定エラーを低血糖と誤認して菓子類を与える対応がみられ、介護者支援の必要性が示唆された。看護介入として、既存治療へ週 1 回インスリン製剤を追加し、血糖変動可視化のため CGM を導入した。PC 接続型デバイスによるクラウド共有と電話でのリアルタイム支援を組み合わせた訪問看護遠隔連携体制を構築し、情報共有とデバイス操作の習熟を図った。
【倫理的配慮】
本人および家族に事例報告の趣旨を説明し、個人が特定されないよう配慮した上で同意を得た。
【結果】
介入 2 か月後、TIR は 14% から 46% へ、HbA1c は 10.1% から 8.3% へ改善した。低血糖を回避し、客観的データの提示により妻の過食に対する理解も深まった。介護負担を増大させることなく、住み慣れた環境での療養継続が可能となった。
【考察・結語】
過食等の周辺症状に対し安易な薬剤増量は消化器症状を惹起し、介護負担を助長するリスクがある。生活習慣の詳細な聴取に基づき、身体侵襲と介護力に配慮した治療が肝要である。週 1 回製剤への転換は治療を簡略化させ、CGM による血糖可視化と ICT を用いた訪問看護との遠隔連携は、老老介護世帯における安全なインスリン導入・継続を可能にする。多職種による支援体制が、超高齢者の在宅療養維持における鍵であると考える。

一般演題 13 「CGM・ICT・遠隔支援」

## 口演 13-2
## 治療中断から脳梗塞発症後ｲﾝｽﾘﾝ自己注射の再開から離脱まで ～isCGM 導入支援と激励と関わりを検討～

◯中山 一子
医療法人中山クリニック

【目的】治療中断し、脳梗塞発症後に血糖コントロール目的で転院となった 2 型糖尿病患者について、インスリン自己注射再開と CGM 導入支援を行い、治療継続と離脱に至った症例を報告する。
【実践内容と方法】A 氏 50 代主婦、夫と娘 3 人暮らし。2 型糖尿病を指摘され、約 6 年間煩雑と低血糖症状からインスリン自己中断。2025 年 5 月に呂律不全と右上下肢麻痺にて救急搬送され、脳梗塞と診断、脳動脈バイパス術後リハビリを経て転院となった。転院時は、HbA1c8.2%、FPG129mg/dl であり、超速効型インスリンを朝昼夕食前に 2 単位実施するよう指示された。自己注射手技は確立しておらず、デモ機と練習パッドを用い、夫の見守る中で手技指導を行った。CDEJ は「上手に注射が出来てますね」と称賛した。翌日、CGM を装着しパンフレットを用いて説明し、理解が得られた。経口血糖降下薬を併用しており、ブドウ糖の携帯を徹底するよう支援した。夜中に生じる低血糖への対策として、個包装の蜂蜜を活用することや、眠前に補食することを提案した。CGM による血糖変動が可視化されたことにより患者は「低血糖が予防できますね 」と話し、CDEJ は「可視化からわかることは理に叶います」と返答した。
【倫理的配慮】患者から症例報告への同意が得られ、報告に際して個人が特定されないよう配慮した。
【結果】治療中断後の患者だが、CDEJ の介入により継続的な治療実施ができた。CGM で血糖変動を可視化し、TIR98%、夜間には血糖 59mg/dl まで低下を認めた。低血糖予防のため、眠前に補食を摂り、ベッドサイドに個包装蜂蜜の準備を行い、夜間低血糖の予防へ繋がった。翌年 3 月末には HbA1c5.4%、FPG97mg/dl となりインスリン注射と CGM から離脱した。
【考察】転院直後やインスリン自己注射の初回、CGM 導入時などに夫のサポートがあり、手技の確立に繋がった。また、治療中断の契機となった低血糖を予防するための具体的な補食提案を行い、治療継続ができることで良好な血糖コントロールに繋がり、インスリン自己注射と CGM の離脱に至ったと示唆された。

一般演題 13 「CGM・ICT・遠隔支援」

## 口演 13-3
## 糖尿病外来における CGM 導入患者への支援に向けた看護師と管理栄養士の協働の検討～対話に基づく生活記録シートの作成と試行～

◯町田 洋子[1]、石塚 真美[2]
[1]社会医療法人社団　新都市医療研究会「君津」会 玄々堂君津病院、[2]国際医療福祉大学　成田看護学部 看護学科　在宅・生活デザイン看護学

【目的】当院の看護師と管理栄養士における isCGM の解釈や患者の捉え方の相違を明らかにし、協働して患者支援に活かせる仕組みを検討する
【実践内容と方法】看護師 3 名・管理栄養士 7 名を対象に、isCGM の理解と活用に対する意識、多職種連携のニーズの把握のため、事前アンケートを実施した。「isCGM で主に着目する項目」等は選択式、「指導時に困難を感じる場面」等は自由記載で記入し集計した。その後ディスカッションを行い、協働の取り組みに対する事後アンケートを実施した。所属施設の倫理委員会に承諾を受けて実施した。
【結果】事前アンケートでは、看護師は、「患者自身が血糖の変化や日常生活と血糖値の関連性を把握できるように一緒に考える」等、生活リズム・運動・薬物療法、精神心理面など、幅広い背景から血糖変動の理由を考察する視点を示した。一方、管理栄養士は、「糖質と脂質の取り方、食事時間や内容、間食の頻度や内容などを分析しながらデータを見る」など、栄養素量や食事パターンと血糖値の関連を具体的に言語化する視点を示した。ディスカッションでは、専門性の違いによる指導の難しさ、患者の目的・不安・生活背景が職種間で共有されていない課題が表出された。事後アンケートでは、両者が協働して指導でき、情報共有の重要性と治療への寄与を再認識することができた。
【考察】事前アンケートにより職種間の「視点の相違」と「相互の敬意」が可視化され、協働モデル構築に向けた具体的指標の確立が明確となった。ディスカッションを通じ、互いの専門性を活かして、自職種が介入できる領域を主体的に検討することができた。事後アンケートでは、指導の質の向上、患者への効果、スタッフの変容への期待が示され、多角的な視点から患者により深く関わる手応えが得られた。情報共有が治療や指導の計画性を深めることが示唆された。

一般演題 13 「CGM・ICT・遠隔支援」

## 口演 13-4
## A 病院における外来看護師の CGM 支援力向上に向けた教育的支援の実際

◯吉田 多紀、大野 亜希
筑波メディカルセンター病院

【目的】A 病院における持続グルコース測定（ CGM）使用患者および外来看護師への実態調査において、外来看護師はデータ解釈や患者へのフィードバックに不安を抱える一方、患者は医療者からの説明や助言を期待しており、両者の間に乖離があることが明らかとなった。このような状況は、患者支援の質に影響を及ぼす可能性があると考えられた。そこで、外来看護師が自信をもって支援できる体制の構築と看護の質向上を目的に教育的な支援を行ったため報告する。
【実践内容と方法】対象は、A 病院において CGM 使用患者に対応する外来看護師とした。教育的支援は、①基礎知識および血糖変動の解釈に関する勉強会、②見学・実践・振り返りを含む OJT、③患者情報共有と記録に基づくフィードバック、④ CGM 体験を含む院外研修への参加促進の 4 点を柱とし、段階的に実施した。さらに、振り返りを通じて判断過程や支援意図を共有し、経験の蓄積と相互学習を促進した。なお、本取り組みは看護の質向上を目的とした実践活動として実施し、個人が特定されないよう十分に配慮した。
【結果】支援可能な看護師は 2 名から 7 名に増加した。CGM データに基づく患者へのフィードバックが実践されるようになり、患者との対話機会が増加し、生活背景を踏まえた支援が行われるようになった。加えて、在宅療養指導料の算定件数も増加した。さらに、看護師間での相談や支援内容の共有が活発化し、自発的な伝達講習の実施や資格取得への意欲向上など、主体的な学習行動の変化が認められた。
【考察】
段階的かつ体験を重視した教育的支援は、知識の習得にとどまらず、実践への自信形成を促したと考えられる。見学・実践・振り返りに加え、判断過程を共有したことは看護師の内省を促し、学習の深化につながった。また、CGM データを媒介とした対話の増加は、患者の生活背景の理解を促進し、個別性のある支援の充実につながったと考えられる。今後は、教育体制の継続的な仕組み化と支援の標準化が課題である。

一般演題 13 「CGM・ICT・遠隔支援」

## 口演 13-5
## 複雑な家庭背景を持つ高齢糖尿病患者への多職種連携　―対面診療困難症例における ICT ツール導入の意義―

◯安東 美瑞穂、西山 美香、朝倉 太郎、金城 瑞樹
医療法人優雅　東林間かねしろ内科クリニック

【目的】
在宅高齢糖尿病患者では、主介護者の精神的問題や社会的孤立が療養継続に大きく影響する。本症例は、高齢男性と娘の二人世帯であり、父娘ともに糖尿病を有していた。娘は精神疾患を抱えながら介護を担っており、その精神状態悪化に伴い受診中断を繰り返していた。対面診療のみでは患者・家族状況の把握や治療継続支援が困難であったため、訪問看護（以下、訪看）と ICT ツールを用いた非同期型多職種連携を導入した症例を報告する。
【実践内容と方法】
治療継続性を優先し、インスリン治療を週 1 回投与へ簡略化するとともに、CGM を導入した。さらに、訪看と当院間で ICT ツールを用いた情報共有体制を構築した。訪看は、父の血糖変動、体重推移、生活状況に加え、娘の精神状態や介護負担感を随時共有し、医師は受診を待たずに治療方針や対応策をフィードバックした。これにより、未受診期間においても多職種間で連続的な状況把握と意思決定を可能とした。倫理的配慮：研究の目的、個人情報の匿名化、自由意志による参加の保証等を説明し、書面にて本人・家族の同意を得た。
【結果】
ICT ツールの導入により、電話対応に伴う時間的拘束や FAX 連携に伴う情報遅延が軽減された。訪看が現場で得た情報を即時共有し、医療機関側が時系列で継続的に把握・介入できる体制が構築されたことで、娘の来院困難時にも療養継続を維持し得た。また、判断過程が多職種間で共有されたことで、訪看が単独で判断を抱え込む負担の軽減を認めた。
【考察】
本症例では、ICT ツールが単なる連絡手段ではなく、地域支援における情報ハブとして機能した。特に、精神心理的問題を背景に受診継続が困難となる症例では、ICT ツールによる継続的情報共有が、療養中断予防に有効であった。さらに、多職種が同一情報を共有しながら介入することで、訪看の心理的孤立を防ぎ、支援体制全体の安定化にも寄与した。対面診療のみでは対応困難な在宅糖尿病症例において、ICT ツールを活用した多職種連携は、患者・家族双方を地域で支える実践的手法となる可能性が示唆された。

一般演題 14 「口腔ケア・インスリンボール」

## 口演 14-1
## 糖尿病のある方の口腔の健康への認識：オーラルフレイルチェックリストと口腔機能検査の結果を併せた分析

◯桑村 由美[1]、板東 美香[1]、黒田 暁生[2]、原 倫世[1]、樑田 紗矢香[3]、海道 周平[3]、仲村 大輔[3]、
二宮 雅美[1]、木戸 理恵[1]、秋月 皆人[3]、岩田 泰億[3]、佐藤 寛太[3]、稲垣 裕司[1]、新開 瑞希[3]、桃田 幸弘[1]、澄川 真珠子[4]、細木 真紀[1]、遠藤 逸朗[1]、
湯本 浩通[1]、松久 宗英[2]
[1]徳島大学、[2]医療法人健昭会なにわ病院、[3]徳島大学病院、[4]札幌医科大学

【目的】
糖尿病のある方が口腔の健康を保つために意識している内容を Oral Frailty 5-item Checklist (OF-5; Tanaka, 2024) および口腔機能検査に基づき整理し、今後の看護支援に向けた課題を明らかにする。なお、本研究は [ 糖尿病のある方の口腔機能と口腔保健行動についての調査 ] で得られた結果の一部であり、2026 年度 AASD で口腔機能と口腔保健行動の統計学的関連を報告した。
【方法】
2025 年 4 月～ 10 月に 1 型 /2 型糖尿病で加療中の男女 62 名を対象に口腔機能精密検査 ( 日本歯科医学会 ,2024 年 ) と、質問紙調査 (OF-5, 口腔保健行動 ) を実施した。口腔機能精密検査と OF5 の結果に基づき、対象者を口腔機能低下（OH）とオーラルフレイル（OF）の有無により (1) 非 OH・非 OF 群、(2) 非 OH・OF 群、(3)OH・非 OF 群、(4)OH・OF 群の 4 群に分類し、各群での [ 口腔の健康を保つために意識していること ]について得られた結果をカテゴリー化して整理し検討した。本研究は、研究協力施設の臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】
(1) 非 OH・非 OF 群 (22 名 ) では [ 口腔衛生の実施 16 名 ][ 歯科受診 6 名 ][ 特にない 2 名 ]、(2) 非 OH・OF 群 (13 名 ) は [ 口腔衛生の実施 6 名 ][ 歯科受診 3 名 ] [ 歯周病での口臭に留意 1 名 ][ 硬いものを咬まない 1 名 ][ 残り少ない歯を大事にする 1 名 ][ 特にない 4 名 ]、(3)OH・非 OF 群 (12 名 ) は [ 口腔衛生の実施 5 名 ] [ 歯科受診 6 名 ][ 飲み込みに注意して少量ずつ食べる 1 名 ][ 口腔体操 1 名 ][ 特にない 1 名 ]、(4)OH・OF 群 (15 名 ) は [ 口腔衛生の実施 8 名 ][ 歯科受診 9 名 ][ 口腔体操 3 名 ][ 特にない 2 名 ] であった。
【考察】
非 OF であっても OH である可能性への配慮の必要性が示唆された。OF/OH の結果を踏まえ、[ 特にない ] と回答した背景を丁寧に聞き取るなどの自己管理に向けた個別の支援、OF/OH への注意喚起、教育的支援を要する対象者を簡便にスクリーニングできる方法の開発が今後の課題である。

一般演題 14 「口腔ケア・インスリンボール」

## 口演 14-2
## 生活習慣管理料２糖尿病患者へ歯科・眼科受診勧奨リーフレットの効果をアンケート調査した結果

◯井口 真志
名南病院

【目的】
糖尿病患者では歯周病や糖尿病網膜症などの合併症管理のため、歯科および眼科の定期受診が重要である。当院では歯科・眼科受診を促すリーフレットを配布し、その効果および受診行動に関連する要因を検討した。
【方法】
対象は 2025 年 9 月から 12 月に生活習慣病管理料を算定した糖尿病患者 433 名とし、2026 年 2 月から 3 月に外来受診した患者へアンケートを実施した。130 名の患者がアンケートに答え、その結果を解析した。調査項目はリーフレットをもらった記憶、歯科・眼科受診状況、受診後結果、未受診理由、無料歯科検診の認知・利用状況、HbA1c とした。2 群比較には Fisher 正確検定、3 群以上の比較には $\chi^2$ 検定、連続値比較には Mann–WhitneyU 検定を用いた。倫理的配慮は、当院の倫理委員会にて承認を得た
【結果】
リーフレット記憶ありは 51 名、記憶なしは 66 名であった。歯科受診は記憶あり群で 51 名中 35 名、記憶なし群で 66 名中 25 名であり、有意差を認めた（p=0.001）。一方、眼科受診は記憶あり群で 51 名中 27 名、記憶なし群で 66 名中 31 名であり、有意差は認めなかった（p=0.578）。年齢群別では眼科受診に有意差を認め（p=0.035）、75 歳以上で受診が多かった。HbA1c は眼科受診群で高い傾向を認め、連続値比較で有意差を認めた（p=0.028）。未受診理由では「症状がないので必要性を感じない」が 31 例で最多であった。
【考察】
リーフレットを配ることで、受診行動を促しているという結果は得られなかった。リーフレットを記憶している患者では歯科受診率が有意に高かった。リーフレットの配布を記憶している患者は、案内前から歯科受診に行っているため、健康意識が高かったと思われる。一方、眼科受診は年齢や HbA1c などの背景因子が影響している可能性がある。眼科受診と歯科受診はどちらか一方の受診よりも、両方受診している方が有意に高く、どちらか一方でも受診を促すことができれば、歯科も眼科も受診行動へつなげる事ができる可能性が高い可能性がある。未受診理由からは、無症状でも受診が必要であることを個別に説明し、予約支援などを併用することが今後の課題と考えられた。

一般演題 14 「口腔ケア・インスリンボール」

## 口演 14-3
## 看護師によるポケットエコーを用いた自己注射サイトローテーション指導の有用性

◯仲上 静香、前田 絵理
市立貝塚病院

【目的】当院では 2024 年より糖尿病看護認定看護師が、Point of care ultrasound( 以下 POCUS) を用いた自己注射サイトローテーション指導を行っている。そこで看護師による POCUS を用いたインスリン自己注射指導サイトローテーション指導の有用性を検証する。
【方法】研究期間：2024 年 10 月～ 2025 年 10 月　対象者：当院に通院中のインスリン自己注射を 1 年以上行っている HbA1c7.0%（NGSP）以上の患者に対して、医師から POCUS を用いた注射サイトローテーション指導の指示があった 47 名。方法：①糖尿病看護認定看護師が対象者に POCUS を行い、注射サイトローテーションを実施していない患者に対して指導を行った。②指導実施後、次回診察時に外来看護師が注射サイトローテーションの実施状況を対象者に口頭で確認し、診療録に記載した。③研究者が診療録より指導後の注射サイトローテーションの実施状況を確認した。④ POCUS 実施前と POCUS 実施 4.5 ～ 6 か月後の HbA1c データをグラフ化し、低下傾向のあった HbA1c8.0 以上の患者 18 名に対応のある t 検定を行った。⑤ POCUS 実施前後の低血糖頻度を確認し、副作用の確認を行った。倫理的配慮：個人が特定されないよう配慮し所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】POCUS 後に対象者 47 名全員が注射サイトローテーションを実施していた。また介入時と 4.5 ～ 6 か月後の HbA1c 値をグラフ化したところ HbA1c8.0% 以上では低下傾向が認められた。HbA1c8.0%以上の患者 18 名に対し、POCUS 実施前と 4.5 ～ 6 か月後の HbA1c 値を t 検定した結果、介入時 9.02 ± 0.16% から 4.5 ～ 6 か月は 8.51 ± 0.15% と有意差が認められた（$p < 0.01$）。さらに、POCUS 実施後に低血糖頻度の増加は認められなかった。
【考察】看護師が POCUS を用いて注射サイトローテーション指導を行うことは、指導の有用性が認められた。これは POCUS により直接、注射部位の皮膚変化を認識し、視覚効果によって教育効果が得られたと考える。また HbA1c8.0%以上の患者において HbA1c も有意差が認められており、POCUS を用いた注射サイトローテーション指導は良好な血糖コントロールを維持するためにも有用である。今後は有効な実施頻度を検証することが課題である。

一般演題 14 「口腔ケア・インスリンボール」

## 口演 14-4
## インスリン皮下硬結に対する多職種介入フローの構築と実践報告―エコーによる不顕性硬結の早期発見と看護介入の意義―

◯加藤 弥生[1]、佐藤 彩也華[1]、岡村 明子[1]、
前田 瑠依[1]、川田 晋一朗[1]、竹内 淳[2]
[1]ウェルネス内分泌・代謝内科さつきた、[2]さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック

【目的】インスリン皮下硬結 ( 以下、LH) には視診・触診だけでは捉えきれない不顕性硬結が存在する。当院では、グループ院での看護師によるエコーを用いた指導経験を基盤に、評価の標準化と効率化を目的とした多職種連携による介入フローを構築した。組織における再現性のある LH 予防指導の体制構築プロセスを報告するとともに、この介入により看護師が果たす意義を考察する。
【実践内容と方法】以下の 4 点を構築した。1. 標準手順書の策定 : 実施事項、皮下変化の判断基準、指導項目および運用手順を明記した。運用としてはまず、看護師が問診および注射部位の視診・触診を行い、臨床検査技師がエコー検査を実施し病変の計測とマーキングを行う。続いて看護師が結果の共有やサイトローテーションの相談を行う。診察時に医師が画像や指導の内容が適切であるかを確認する。2. 問診票の作成 : 看護師間で均質な情報収集が可能となるように問診票を作成した。3. 記録フォームの構築 :SE と協力し血糖指標と皮下状態を一元的に参照できる専用フォームを構築した。4. クリニカルパス管理 : 医師作業補助者が LH 検査予約をパス入力し、定期的な検査の実施をシステム化した。本報告にあたり、個人が特定される情報は含まれておらず、個人情報保護に十分配慮した。
【結果】本介入フローの構築後、試行運用を行いながら検証と修正を重ねた。臨床検査技師と看護師が同席して検査を実施することで、検査時間の短縮、評価の定量性向上 ( 有所見部位の大きさ、固さ等 )、意見交換による相互の技術向上等の利点があった。実践を通じ、不顕性硬結が判明しても注射部位の変更が容易ではない症例が浮き彫りになる一方、硬結がないことを確認し安堵する患者も認められた。
【考察】多職種連携によるフロー構築により、再現性と効率性が両立する体制が確立されつつある。皮下硬結エコーは単なる診断目的の検査ではなく、インスリン療法に伴う患者の苦労や工夫を共有する対話の場ともなった。看護師がエコー画像を活用し、QOL に配慮したサイトローテーションを患者とともに検討することは重要な支援の一つとなる。今後は本フローを継続運用し、その長期的意義を検証していく。

一般演題 15 「患者理解・心理社会的支援」

## 口演 15-1
## 患者心理評価テンプレートを用いた糖尿病患者心理評価の変化～血糖管理（HbA1cの変化）との関連性～

○寺岡 由紀子[1]、奥谷 美栄子[1]、金子 未来[2]、天王寺谷 彩奈[2]、岡田 美織[2]、片山 弥生[2]、竹内 千里[3]、明神 真希子[4]、山木 香名[4]、美内 雅之[4]
[1]医療法人伯鳳会　大阪中央病院　看護部 / 内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）、[2]医療法人伯鳳会　大阪中央病院　栄養課、[3]医療法人伯鳳会　大阪中央病院　薬剤課、[4]医療法人伯鳳会　大阪中央病院　内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）

【目的】我々はJADNE2025で患者行動変容ステージ評価とHbA1cとの関連性を報告してきたが、各々の変化の関連性についての報告は乏しい。今回、我々は糖尿病通常外来診療における患者心理の変化とHbA1cの変化の関連性を診療録より後ろ向きに調査検討した。
【方法】我々は行動変容ステージモデルを参考に患者心理評価テンプレートを作成し、日常診療で運用している。外来診療中に評価できた728例のうち、直近2回の診療データ（個人情報は無記載）がある164症例（男性132/女性32例、年齢63.5 ± 10.8歳、BMI25.5 ± 4.4kg/m$^2$、糖尿病罹病期間12.2 ± 5.9年、HbA1c7.8 ± 1.4%）を対象とし、患者心理評価テンプレートは体重、治療方針への理解、食事療法、間食行動、運動療法、ストレスについて行動変容ステージ（無関心期：1、関心期：2、準備期：3、行動期：4、維持期：5）の5段階評価。受診間の変化とHbA1cの変化（Δ HbA1c）との関連性を調査した。本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施しており、Spearman順位相関やMann-WhitneyU検定を用いた単施設解析で$p<0.05$を有意事象と判定した。
【結果】Δ HbA1c（平均+0.098%）は、治療方針、食事療法および間食行動への行動変容ステージ変化と有意な負の相関関係を認めた。体重や運動療法の行動変容ステージ変化とは関連性を認めなかったが、体重は治療方針の理解や食事療法と、運動療法は治療方針の理解における行動変容ステージ変化とそれぞれ有意な正の相関関係を認めた。また、今回の検討では、治療方針への理解の行動変容ステージ変化は、ストレスなしと感じている人で有意に増加し、仕事のストレスありと感じている人では有意に低下していた。
【考察】今回の私どもの検討では、治療方針、食事療法や間食行動の行動変容ステージの変化がHbA1cの変化と連動することが分かり、これらの行動変容ステージを上げることがHbA1cの改善を導くには重要であると明らかになった。体重や運動療法の行動変容は、治療方針の理解や食事療法の向上に寄与するかもしれない。本テンプレートを用いた心理ステージ評価は、患者のセルフケアへの関心を把握し血糖管理に利用できると考える。

一般演題 15 「患者理解・心理社会的支援」

## 口演 15-2
## チルゼパチド 15㎎継続使用患者の「減薬・中止をしたくない」思い

○丸山 友子[1]、市川 雅美[1]、篠原 綾子[1]、西森 栄太[2]、仲元 司[2]
[1]佐久市立国保浅間総合病院　看護部西4階、[2]佐久市立国保浅間総合病院　糖尿病内科

【目的】チルゼパチド15mgは、優れた血糖降下作用および体重減少効果を有し、患者満足度やQOL向上に寄与する薬剤である。本研究では、チルゼパチド15mgを継続使用している患者を対象に、臨床データの推移ならびに減薬・中止に対する思いを明らかにし、支援体制構築への示唆を得ることを目的とした。
【方法】チルゼパチド15mg継続使用中の2型糖尿病患者4名を対象に半構造化インタビューを実施した。質問項目は①薬剤への期待と効果実感、②副作用や継続への不安、③減薬・中止に対する思いとした。逐語録を質的内容分析によりコード化・カテゴリー化した。なお、本研究は院内臨床研究審査の承認（承認番号25-25）を得て実施し、対象者へ研究趣旨、個人情報保護、参加の任意性を説明し書面同意を取得し個室にて実施した。
【結果】対象は男性1名、女性3名、平均年齢47.7歳であった。HbA1cは平均7.1%から5.9%へ改善し、体重は平均89.8kgから80.8kgへ減少した（最大16.6kg減）。質的分析では、【効果への期待と実感】として「食欲が確実に抑えられる」「減量でき絶望感から抜け出せた」など肯定的な語りが得られた。【体重増加への不安】では「1kg増えるだけで落胆する」「リバウンドが怖い」といった発言がみられた。【薬剤への心理的依存】では、「注射があってこその生活」「もっと痩せたい」「減薬したら体重が増えそう」「中止後再開できるのか」「目標達成まではやめたくない」など、減薬・中止への抵抗感が認められた。さらに、医療者が重視する代謝指標と患者が求める体重目標との間に乖離がみられた。
【考察・結論】チルゼパチド15mgは良好な治療効果により自己効力感を高める一方、リバウンド不安や薬剤への心理的依存を起こし、減薬・中止を望まない傾向につながる可能性が示唆された。医療者は代謝指標の管理のみならず、患者の不安や価値観に寄り添い、セルフケア能力や生活目標を踏まえた継続的な心理的支援を行う必要がある。

一般演題 15 「患者理解・心理社会的支援」

## 口演 15-3
## 糖尿病患者のセルフスティグマに関連する自己観と心理社会的要因―階層的重回帰分析による検討

○吉田 祐子、冨澤 登志子
弘前大学大学院保健学研究科

【目的】日本文化の文脈では、対人調和や社会的役割の遂行が重視される。そのため、相互協調的自己観に付随する他者評価への敏感さが、糖尿病患者のセルフスティグマにも影響を及ぼしていると考え、本研究では糖尿病患者のセルフスティグマに関わる要因を探索することを目的とした。
【方法】対象者は、定期的に通院している糖尿病患者。属性、セルフスティグマ尺度（SSS)、健康関連QOL 尺度である SF-12v2 日本語版、Self-Construal Scale( 独立的自己観と協調的自己観の測定尺度 ) から構成された質問紙にて 2025 年 10 月から 2026 年 2 月にデータ収集を行った。分析は SPSS を使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。SSS を従属変数とした階層的重回帰分析を行い、第 1 ステップ（モデル 1）に年齢、性別、糖尿病歴、HbA1c、精神的健康（MCS)、身体的健康（PCS)、独立的自己観、協調的自己観、職業的属性（会社員群・非会社員群）を投入した。第 2 ステップ（モデル 2）には、MCS と職業的属性の交互作用項を投入し、モデルの適合度（R2 値）の変化を検証した。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】対象者は 133 人（男性 83 人、女性 50 人）で、会社員 68 人、非会社員（自営業、主婦、無職等）65 人であった。平均年齢 58.1 ± 12.2 歳、HbA1c7.1 ± 0.9％であり、SSS25.0 ± 17.4、独立的自己観 68.5 ± 8.5、相互協調的自己観 68.0 ± 9.8、MCS52.3 ± 7.9、PCS は 50.9 ± 7.4 であった。階層的重回帰分析の結果、モデル 1 の決定係数は、0.185（$p$=0.002）であった。モデル 2 では決定係数が 0.236 へ上昇し、$R^2$ 変化量は有意に向上した（$p$=0.005)。モデル 2 では、MCS と職業的属性の交互作用が有意であり（$\beta = -0.338$,$p$=0.005)、全対象者に共通する特性として、協調的自己観は SSS と有意な正の関連（$p$=0.001)、独立的自己観は有意な負の関連（$p$= 0.031）を示した。
【考察】糖尿病患者のセルフスティグマは、協調的自己観が強い人ほど強く、独立的自己観が強い人ほど低くなる傾向がわかった。特に会社員は、メンタルヘルスの悪化がスティグマを増大させる構造が示されたため、患者の社会的背景と自己観を含めたサポートが重要であると考える。

一般演題 15 「患者理解・心理社会的支援」

## 口演 15-4
## 2 型糖尿病を持つ人の精神的苦痛を測定する質問紙 T2-DDAS の日本語版開発

○岡崎 研太郎
九州大学　地域医療教育ユニット

【目的】The Type 2 - Diabetes Distress Assessment Scale (T2-DDAS) は、糖尿病にかかわる疾患特異的な精神的苦痛（ディストレス）を測定する自記式質問紙である。T2-DDAS は中核的ディストレス尺度と原因尺度から構成されている。中核的ディストレス尺度では、糖尿病ディストレスの中心である感情的要素を 8 項目で測定する。原因尺度では、糖尿病ディストレスの 7 つの要因（マネジメントの要求、低血糖、対人関係、医療者、恥 / スティグマ、長期的な健康、医療へのアクセス）を計 21 項目で測定する。今回我々は、T2-DDAS の原作版を日本語に翻訳し、言語的妥当性を担保した日本語版を作成した。
【方法】言語的な妥当性を担保するためには、原作版との内容的な整合性を担保しつつ、日本人当事者にも違和感なく受け入れられる翻訳を目指す必要がある。日本語版の作成は、原作者から許可を得た後、言語的に妥当な翻訳版を作成する際に用いられる標準的な手順に従って実施した（順翻訳→逆翻訳→パイロット調査→完成)。なお、対象者には、研究への参加は自由意思であることや不参加の場合にも診療で不利益を受けないことを文書と口頭で説明し文書で同意を得た。本研究は倫理審査委員会の承認を受けて実施した。
【結果】日本語を母国語とする 2 名の翻訳者が、それぞれ日本語に翻訳し、一つの翻訳案にまとめた後（順翻訳)、英語を母国語とする翻訳者が英語に逆翻訳した。逆翻訳結果を原作者に提示し、日本語パイロット版を作成した。次に 10 名の 2 型糖尿病当事者を対象に、日本語パイロット版の文章表現や内容を検討するための調査を行った。参加者の性別は男性 5 名、女性 5 名、平均年齢は 64 歳、平均の疾患罹患歴は 5.8 年であった。参加者からのコメントを参考に、最終的な日本語版を確定させた。
【考察】標準的な手法を用いて、T2-DDAS 日本語版を作成した。今後は、T2-DDAS 日本語版の性能について検討していく予定である。

一般演題 15 「患者理解・心理社会的支援」

## 口演 15-5
## 日本人看護師が捉える中国人糖尿病患者への療養支援の実態と課題：FGI による質的研究

◯中田 えいみ[1]、柴山 大賀[2]、阿部 吉樹[2]
[1]筑波大学大学院人間総合科学学術院人間総合科学研究群看護科学学位プログラム博士後期課程、[2]筑波大学医学医療系

【目的】近年、日本における外国人患者は増加しており、なかでも中国出身の患者が最も多い。中国人糖尿病患者への療養支援は、言語・食文化・医療制度の差異を背景に複雑化しているが、日本人臨床看護師が経験する困難や工夫の全体像は十分に明らかにされていない。本研究は、当該支援に携わる看護師の視点から、支援の実態と課題を包括的に明らかにすることを目的とした。
【方法】中国人糖尿病患者への療養支援経験を有する日本人臨床看護師 18 名（糖尿病看護認定看護師・糖尿病療養指導士・慢性疾患看護専門看護師・特定看護師等を含む。大学病院・総合病院・糖尿病専門クリニック等の多施設）を対象に、5 グループのフォーカスグループインタビュー（FGI）を 2025 年 7 月から 11 月に実施した。半構造化面接（約 90 分）にて療養支援の経験を語っていただき、逐語録を Braun & Clarke の Reexive Thematic Analysis に準拠して分析した。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】
5 テーマ・39 サブテーマが抽出された：(1) 言語の壁と多層的なコミュニケーション支援、(2) 食文化の相違と食事療法の困難、(3) 疾患認識・健康観の差異と行動変容の壁、(4) 日中の医療制度・治療経験・情報環境の差異、(5) 生活形態の多様性と受診・通院継続の困難。看護師は通訳・翻訳ツールの併用、薬食同源観を尊重した食事指導、家族を含めた指導、日中往還を見据えた帰国後の薬剤調整、外国人対応の院内専門部署との分業など多様な工夫を行っていた。一方、施設間の対応体制差や中国語教材・指導資源の不足が共通課題として挙げられた。
【考察】
本研究は、日本の臨床現場における中国人糖尿病患者への療養支援の構造を、看護師の視点から包括的に記述した。既存の異文化看護研究では同様の題材は十分扱われておらず、本知見は文化適応型療養指導の開発と看護師教育に資する基礎資料となる。今後は、患者視点から捉えた療養支援の構造との統合が課題となる。なお、本研究は JSPS 科研費 JP24K13717 の助成を受けたものである。

一般演題 16 「セルフケア・生活支援」

## 口演 16-1
## 配偶者のいる 2 型糖尿病患者の生活リズムと血糖変動の関連

◯仙波 洋子[1]、後藤 純信[2]、楠葉 洋子[3]、平松 真祐[4]
[1]福岡国際医療福祉大学、[2]国際医療福祉大学大学院、[3]前国際医療福祉大学大学院看護学分野、[4]福岡山王病院

【目的】本研究は、配偶者のいる 2 型糖尿病患者の食事や運動、生活リズムに焦点を当て、血糖変動に関わる因子を検討することを目的とした。
【方法】対象：2022 年 5 月から 2023 年 9 月の期間に、総合病院糖尿病外来に通院中で、インスリン注射製剤を使用していない配偶者のいる 2 型糖尿病患者調査項目：①年齢、性別、就業の有無など ②治療法、糖尿病歴、合併症の有無③間質液グルコース値 ④セルフケア行動 (J-SDSCA) ⑤身体活動量 (IPAQ) ⑦生活リズム行動など調査方法：外来で同意の得られた患者に、自記式質問紙調査と持続血糖モニター機器 (Free Style リブレ Pro) のセンサーを医師の了解のもと、研究者が患者の上腕に装着した。センサーと生活リズム行動記録は 2 週間後に返信用封筒で回収した。統計解析：IBM SPSS(ver.25) を用い、血糖変動と関連要因の相関分析や血糖変動の高低による 2 群間の比較分析を行った。倫理上の配慮：所属施設の倫理審査委員会による承認を得て実施した。
【結果】対象者 47 名中、男性 31 名 (66.0%)、平均年齢 56.2 ± 7.7 歳、BMI25.0 ± 3.6、常勤勤務 36 名 (76.6%)、糖尿病歴 6.9 ± 5.6 年、糖尿病薬あり 28 名 (59.6%)、糖尿病合併症あり 6 名 (12.8%)、MAGE( 平均血糖変動幅 )104.6 ± 30.4mg/dl、TIR76.9 ± 21.2%、TAR21.4 ± 22.0% であった。MAGE が高いほど TIR は低かった (r=-0.854,p=0.000)。食事のセルフケア行動が高いほど TAR は低く (r=-0.331,p=0.023)、歩行日数が多いほど TIR は高かった (r=0.331,p=0.023)。血糖変動の高低による t 検定・カイ 2 乗検定では、MAGE は男性が女性より有意に高かった (p=0.001)。MAGE が高い方が「1 日の最後の食事時間」が遅く (p=0.014)、起床時間が遅かった (p=0.015)。歩行日数は MAGE が低い方が多かった (p=0.036)。
【考察】本研究の対象者は、中高年の働き盛りにある 2 型糖尿病患者であった。1 日の最後の食事時間や起床時間が遅い生活リズムは血糖変動を大きくしていた。また、食事のセルフケア行動が高いほど、高血糖の時間帯の割合が低かった。患者の血糖変動を小さくするためには、配偶者も含めた夜の食事時間を早める工夫や食事のセルフケア行動を高め、歩行を推奨していくことが重要である。

一般演題 16 「セルフケア・生活支援」

## 口演 16-2
## 糖尿病勉強会の成果報告 ～満足度 90% から見えた課題～

○間島 ちづる、田山 和美、佐藤 博美
東葛クリニック病院

【目的】
糖尿病を治療していくうえで、日常生活の自己管理は最も重要である。そのため患者自身が糖尿病を長期にわたり自己管理できるよう、多くの病院では糖尿病患者教育が行われている。当院でも 2023 年度から、糖尿病通院患者の合併症重症化予防と地域住民の健康サポートを目的に糖尿病勉強会を開始した。今回、3 年経過し今までの実践結果をここに報告する。
【実践内容と方法】
糖尿病勉強会は、月 1 回開催の透析予防指導管理ミーティングを通して、アンケート結果を元に他職種間で話し合いを行い運営している。　勉強会の内容は、指導が一方的にならないよう糖尿病マップを用いたり、ストレッチの運動を取り入れたり参加型の勉強会を実施した。参加者へのアンケートは目的を記載し、自由意志による参加とした。また、匿名性の確保を行った。
【結果】
糖尿病勉強会は、3 年間で計 12 回開催し、参加人数は延べ 111 名であった。アンケート結果では、時間配分がちょうど良いと答えた方が 83.7% であった。講義を理解できた方は 92.1% であり、勉強会を満足した方が 90. 5 % であった。自由記載では、勉強会開催に対する感謝の気持ちが多かった。今後どのような勉強会を希望するかという設問に対しては、糖尿病に関すること ( 新しい治療法や食事療法、合併症など ) の他、高血圧や脂質、腎臓病、サプリメントの摂り方に関する内容を希望する方が多かった。
【考察】
勉強会に対する満足度が約 90% 得られたことは、参加者のニーズを踏まえた内容を提供できていることが示唆されている。参加者が具体的かつ実行可能な知識を得られたことは、合併症重症化予防への効果は高いと予測される。今後の課題としては、有効性を示すためのデータが必要であると考える。　また、参加者人数は各回 10 名程度であり、これは会場を変更したことも一因あるが、勉強会の広報やテーマの設定が効果的に行われていないのではないかと予測される。参加者の勉強会に参加するきっかけや理由を把握し、より効果的な広報活動が必要であると考える。今後は、広報活動を充実させ、地域における糖尿病療養支援体制を強化していく。

一般演題 16 「セルフケア・生活支援」

## 口演 16-3
## 術後疼痛に悩む患者に対する運動療法継続に向けた支援

○金城 匠、池間 将士
地方独立行政法人　那覇市立病院　看護部　整形外科病棟

【目的】今回、大腿骨頚部骨折の診断を受け、手術と血糖管理目的で入院となった A 氏を受け持った。A 氏はこれまで 2 型糖尿病の診断に実感が湧かず、糖尿病の治療に積極的に参加する事が出来なかったが、血糖管理のために 手術が延期となった経緯等を経験し、糖尿病治療に意欲的になった患者であった。しかし術後リハビリテーション（以下リハビリと略す）に積極的に励んでいたが疼痛が出現し、リハビリと退院後の運動療法への意欲が低下してしまっていた。A 氏との関わりを通して、術後疼痛に悩む患者が運動療法を継続するために必要な支援を考察したため報告する。
【実践内容と方法】A 氏、70 代女性、独居。20 年前から 2 型糖尿病の診断を受け、内服での治療を行っていた。20XX 年 9 月中旬に転倒、右大腿骨頚部骨折の診断を受け入院。かかりつけ医への受診はされていたが入院時 HbA1c：9.4% で経過、血糖管理後に手術となる。本人に施設や個人が特定できないように配慮することを口頭と文書で説明し同意を得た。A 氏はリハビリ以外にも自主的に歩行運動を行う姿が見られていた。しかし、「痛みが強くなってきて辛いです。運動療法は 1 回 30 分はしないと駄目なのに。」との発言があった。そこで必ずしも 1 回 30 分以上行う必要は無いという事を伝え、A 氏と疼痛が出現しない運動時間を確認し、1 回 30 分のリハビリを 10 分の 3 回に分けて実施した。
【結果】
A 氏からは「これなら退院後も出来そう。痛みも良くなったので 10 分の 4 回に増やします。」との発言があった。
【考察】A 氏は術後の疼痛により糖尿病治療に対する意欲が低下しており、運動療法に関する知識も不十分である発言がみられた。そこで運動時間に関する知識を提供し、疼痛が出現しないよう運動内容を調整して個別性のある運動計画を A 氏と検討した事で、疼痛を緩和しながら実施可能な運動があるという事を理解してもらう事ができ、再度運動療法に対する意欲を持つ事に繋がったと考える。この事から、術後の疼痛によって運動療法の継続が難しい患者に対しては、疼痛の状況を確認しながら継続可能な運動内容を本人と一緒に検討する事が必要であると推察する。

一般演題 16 「セルフケア・生活支援」

## 口演 16-4
## 就労している壮年期２型糖尿病患者の心理・社会的負担感への看護援助内容

◯片野 恵美子[1]、片岡 純[2]、三輪 美紀[3]、
広瀬 会理[2]、石本 香好子[4]、千葉 のり子[1]
[1]常葉大学健康科学部看護学科、[2]愛知県立大学看護学部、[3]愛知淑徳大学、[4]刈谷豊田総合病院

【目的】本研究は、就労壮年期２型糖尿病患者の心理・社会的負担感（以下負担感と略す）を軽減できる看護援助内容を明らかにすることを目的とした。
【方法】2023 年 12 月～ 2024 年 8 月に、岐阜県、愛知県、静岡県、神奈川県の施設において糖尿病看護認定看護師、慢性疾患看護専門看護師、糖尿病療養指導士のいずれかの資格をもち、糖尿病内科外来で看護個別相談・指導の経験が 1 年以上ある看護師 19 名へ半構成的面接を行った。分析は質的データを帰納的に類似した内容ごとに整理してカテゴリー化した。所属施設の倫理審査委員会による承認を得て実施した。なお、本研究は本学会の 2023 年度助成 A を受けて実施した。
【結果】対象者は 4 県の 13 施設の病院に勤務する 19 名、平均臨床経験 23.0 年、平均糖尿病看護経験 15.7 年、平均外来個別相談・指導経験 9.8 年であった。面接は対面で平均 42 分間行った。負担感では、【社会的につながりをもつ人々との付き合い方に悩む】【仕事や家庭の役割で忙しく療養行動をしている余力がない】【インスリン療法によりこれまでの社会的役割に差し障る】【社会的不利益を被るかもしれないので糖尿病で治療をしているのを人に知られたくない】など 14 の大カテゴリーが抽出された。その負担感が軽減できる看護援助内容では、【人との飲食の楽しみや関係を保ち病状が悪化することなく長期的に食事療法を続けられる関わりをする】【無理なく生活スタイルの中に食事療法を組み込める支援をする】【自己中断を防ぐために受診しようと思える環境や負担なく受診できる体制を提供する】【無理なく生活の一部としてできる運動を患者と一緒に考え提案して勧める】【就労生活でインスリン注射が打てるよう注射を打つ理由と打ちやすい方法を伝える】【インスリン療法による社会生活への影響を少なくする支援をする】【低血糖を予測・回避し安心して就労できる支援をする】【糖尿病治療による社会的不利益への不安を軽減できる関わりをする】など 24 の大カテゴリーが抽出された。
【考察】負担感を軽減できる看護援助内容は、患者が社会的役割を果たしながら療養行動を無理なく、心理・社会的苦痛を少なくする支援が重要である。

一般演題 16 「セルフケア・生活支援」

## 口演 16-5
## 肥満症治療過程における変化の兆し～引きこもり状態にある 30 歳代男性の語りから看護支援について考える～

◯庄子 千鶴満[1]、本多 祥子[1]、松村 佳江[1]、
宮本 弘美[1]、新田 千恵美[1]、藤原 典子[2]、
大下 加代[2]、向井 佳奈[2]、土井 俊樹[2]、山下 和臣[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】引きこもり状態にある肥満症治療（以下治療）で通院中の 30 歳代男性 A 氏の心理的変化を明らかにし看護支援について検討することを目的とした。
【方法】元来肥満があり、思春期の足の外傷を契機に引きこもり・歩行困難となった治療中の A 氏に対し、約 30 分の半構造化面接を 2 回実施した。面接は治療開始後約 1 年後に行った。内容は①引きこもりと肥満の関係②治療のきっかけ ③治療による心身の変化④看護支援への思い⑤将来への思いとし、逐語録を作成後、質的に分析した。倫理的配慮：個人が特定されない配慮、自由意志による参加の保証を文書と口頭で説明し同意を得た。
【結果】①治療前より A 氏は痩せて歩けるようになることが社会復帰につながると思っていた。一時、就労支援を受けながら自力で減量に成功したが、コロナ禍での就労支援中断によりリバウンドを経験、再度引きこもりとなった。肥満の相談をするところがなかったと語った。②睡眠時に呼吸困難となり、肥満が原因と指摘され治療を開始した。③栄養指導を受け、ジュースを減らす、野菜を食べる等の食行動が変化した。体重は減少し、体の動きが以前と「全然違う」と語った。治療を開始し体重減少中でも「もとに戻っているなって感じ」と以前のリバウンドを思い出していた。④看護師の自己注射指導や薬物療法の相談への迅速な対応は「安心材料ですね」と言い、自己注射指導時の達成可能な行動目標を共有する看護支援について「目標があったほうが自分は楽」「自分で決めたんでやらなきゃ」と語った。⑤「自立したい」「（自立したいという）この気持ちは痩せたことで高まりましたね」と語った。
【考察】A 氏は引きこもりの主因を肥満と捉えていたが、相談の場がなく困難を抱えていた。治療開始後、栄養指導、薬物療法や、達成可能な行動目標を共有する看護師との関りの中で、行動が変化し体重が減少した。これらの経過で将来の自立への意欲の高まりが生じたが、過去のリバウンド経験の不安も共存していた。引きこもり状態の A 氏の治療過程において、安心できる治療環境の提供と達成可能な行動目標の共有、将来への希望と不安のゆらぎを受け止める看護支援が重要である。

一般演題 17 「透析予防」

## 口演 17-1
## 透析予防外来糖尿病腎症患者における看護師を含めた多職種による療養支援回数とeGFR 低下速度の関連

○江尻 加奈子[1]、藤本 浩毅[2]、野井 香梨[2]、
岡村 春菜[2]、神田 優衣[2]
[1]大阪公立大学医学部附属病院　看護部、[2]大阪公立大学医学部附属病院　栄養部

【目的】長期に透析予防外来へ通院する糖尿病腎症患者を対象に、外来での療養支援回数と eGFR 低下速度との関連を後方視的に検討し、多職種チームにおける看護師の療養支援のあり方について示唆を得ることを目的とした。
【方法】2012 年 10 月～ 2026 年 2 月に透析予防外来を受診した糖尿病腎症患者を対象に診療録を後方視的に調査した。収集項目は初診時の年齢、性別、eGFR、BMI、HbA1c、収縮期血圧、尿蛋白、腎保護作用の薬剤使用の有無、療養支援回数とした。1 年後および 2 年後の eGFR を確認し、初診時との差から年間変化量として eGFR 低下速度を算出した。療養支援回数を 3 群に分類し群間比較を行った。さらに eGFR 低下速度を従属変数、年齢、ベースライン eGFR、尿蛋白、HbA1c、血圧、薬剤使用の有無、療養支援回数を独立変数とした重回帰分析を行った。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、院内掲示およびホームページで研究情報を公開しオプトアウトの機会を保障した。
【結果】対象は通院患者 234 名のうち 1 回のみ受診や不規則受診を除いた 202 名であった。ベースラインは平均年齢 64.6 ± 12.2 歳、eGFR35.4 ± 20.7、尿蛋白 2.9 ± 3.3、HbA1c6.9 ± 1.0% であった。1 年後のデータが確認できたのは 170 名で、eGFR 低下速度は－ 3.4 ± 8.3mL/min/1.73m$^2$/ 年であった。未確認 32 名のうち 15 名は血液透析導入となっていた。2 年後のデータが確認できたのは 140 名で、eGFR 低下速度は－ 2.9 ± 6.1mL/min/1.73m$^2$/ 年であった。療養支援回数による 3 群比較では 1 年後の eGFR 低下速度で低介入群（2 ～ 4 回）と高介入群（8 回以上）の間に有意差を認めたが、2 年後では認めなかった。重回帰分析では尿蛋白、療養支援回数が eGFR 低下速度と関連した。
【考察】療養支援回数は eGFR 低下速度と関連しており、透析予防外来における多職種による療養支援の有用性が示唆されたが、長期的効果の維持には支援内容や介入方法のさらなる検討が必要である。

一般演題 17 「透析予防」

## 口演 17-2
## 糖尿病性腎症初期患者の病気認知とセルフケア能力向上に着目したオンライン支援プログラムの開発とパイロット調査

○藤澤 由香[1]、高橋 和眞[1]、林 直子[2]
[1]岩手県立大学看護学部、[2]聖路加国際大学大学院

【目的】本研究は，糖尿病性腎症初期患者の病気認知を促進しセルフケア能力向上を目的としたオンライン患者支援プログラムを開発し，その妥当性および実行可能性を検討することを目的とした。
【方法】新規 2 型糖尿病患者を対象とした構造化プログラムである DESMOND プログラム（Daviesetal., 2008）を参考とし，文献検討および患者調査結果を踏まえ，オンライン患者支援プログラムを開発した。本プログラムは 7 つの要素から構成され，オンラインによるグループセッション 2 回および個別面談 1 回からなる。まず専門家を対象に形成的評価を行い，その結果を踏まえ，修正を行った後，糖尿病性腎症初期患者 3 名を対象にパイロット調査を実施した。主要アウトカムは完遂率，副次的アウトカムは自己効力感およびセルフケア能力の変化量とした。探索的アウトカムは病気認知，糖尿病負担感情，満足感・適切性，遠隔介入の実行可能性を評価した。倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】専門家評価では，病気認知やリスク認識に関する項目は高く評価された一方，行動変容やモチベーションに関する項目では評価にばらつきがみられ，実施負担やオンライン対応に関する課題が指摘された。これらを踏まえ，参加者間の対話を促す構成への見直しや教育内容の整理などの修正を行った修正版プログラムでのパイロット調査では，全参加者がプログラムを完遂し，実行可能性が確認された。自己効力感およびセルフケア能力は介入後に向上傾向を示した。参加者からは「腎臓についての理解が深まった」などの発言が得られ，病気認知の変化や予防への意識の向上が示唆された。満足感，適切性の評価も高く，遠隔介入への障壁や負担は認められなかった。
【考察】専門家評価により修正されたプログラムは，完遂率および参加者の反応から，実行可能性および受容性の観点において，本試験へ進むことが可能であると判断された。また，参加者の発言や評価から，病気認知の変化が示唆され，セルフケア行動に向けた基盤形成に寄与する可能性が示唆された。今後，本試験において実行可能性を踏まえた効果の探索的評価を進める必要がある。

一般演題 17 「透析予防」

## 口演 17-3
## 高齢糖尿病関連腎臓病：急速進行悪化症例(Rapid decliner)への透析予防指導～運動指導の意義を考える～

◯奥谷 美栄子[1]、寺岡 由紀子[1]、金子 未来[2]、
天王寺谷 彩奈[2]、岡田 美織[2]、片山 弥生[2]、
竹内 千里[3]、明神 真希子[4]、山木 香名[4]、美内 雅之[4]
[1]医療法人伯鳳会　大阪中央病院看護部 / 内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）、[2]医療法人伯鳳会大阪中央病院栄養課、[3]医療法人伯鳳会大阪中央病院薬剤課、[4]医療法人伯鳳会大阪中央病院内科（糖尿病内分泌代謝・呼吸器）

【目的】糖尿病罹病期間が長い高齢患者において、腎機能の急速進行悪化症例（Rapid decliner）が散見される。我々は In Body（インピーダンス法）で評価した栄養状態に注目し、運動確保維持が腎機能悪化進展阻止の観点で重要であると報告してきたが、Rapid decliner への有効性は不明であった。今回、高齢 2 型糖尿病の Rapid decliner への継続的な糖尿病透析予防指導（運動指導）を約 1 年間経験したので、その経過を後ろ向きに調査した。
【方法】症例は女性 80 歳代前半［糖尿病罹病期間 18.3 年、HbA1c6.2%、尿アルブミン / クレアチニン比（UACR）61.5mg/gCr、eGFR13.6ml/ 分 /1.73m$^2$］。指導開始時の eGFR の年間変化量（eGF Rslope1y）は -4.82ml/ 分 /1.73m$^2$/ 年であった。糖尿病透析予防指導を開始し、糖尿病専従看護師（CDEJ）が運動療法を指導した。体組成と運動療法の実施状況など腎機能への影響を検討した（当院倫理認可済）。
【結果】開始時の BMI は 24.3kg/m$^2$ だが体細胞量標準比（%BCM）が -14.9% と低栄養状態にあった。普段、自転車移動が唯一の運動であった。骨格筋指数（SMI）は 5.4kg/m$^2$ と低く、筋肉量標準比は、両上肢で 82.7-84.1%、体幹部で 89.3% だったが、両下肢は 76.8-78.3%（4.12-4.20kg）と極端に縮小していた。下肢上げ下ろし運動を指導したが根付かず、2 回目指導時も %BCM は -14.0%。eGFRslope1y も -5.34ml/ 分 /1.73m$^2$/ 年に悪化（Rapid decliner）。自宅のエルゴメーター運動（ 20W 程度）：10-20 分 / 日を指導したところ、連日ではないが運動付加習慣が得られ、%BCM ≧ -10% に改善。SMI は 5.8-6.0kg/m$^2$ に、両下肢筋肉量は 82.6-89.6%（4.37-4.81kg）に増加。eGFRslope1y は最大 -0.02ml/ 分 /1.73m$^2$/ 年まで改善した。
【考察】低栄養症例は腎機能悪化リスクの高い症例であり、高強度運動が効果的に得られると、筋肉量が確保維持でき栄養状態も良質化する。この間の筋肉関連因子のクレアチニン ( − 20.7%)、尿酸値（ − 34.1%）は減少傾向にあり、運動量増強による筋肉の異化亢進抑制が得られ、eGFRslope1y の悪化進展抑制に繋がったと考えられた。効果的な運動療法を継続することが Rapid decliner でも重要である。

一般演題 17 「透析予防」

## 口演 17-4
## 「糖尿病関連腎臓病の捉え方パターン分類質問紙」の作成および信頼性と妥当性の検討

◯宮崎 彩乃、松井 希代子
金沢医科大学看護学部

【目的】早期の糖尿病関連腎臓病患者は診断時には自覚症状に乏しいとされるが、糖尿病のセルフケアで培われた《持ちこたえてきた身体を感じる》ことが可能であり、その程度の違いで「腎症の捉え方」が異なることを明らかにした。先行研究では、この結果に基づいて 4 因子 12 項目の「糖尿病関連腎臓病の捉え方パターン分類質問紙」を作成した。しかし、本質問紙はパターン分類が目的であり、共通カテゴリーである《持ちこたえている身体を感じる》を質問紙原案に含めなかった。一方、分類の妥当性の検討で、《持ちこたえている身体を感じる》ことが「腎症の捉え方」の形成基盤として位置づけられることから、同カテゴリーを含めないことは分類の妥当性に影響すると考えた。そこで本研究は、同カテゴリーから 6 項目を追加した原案をもとに質問紙を再構成し、その信頼性および妥当性を検討した。
【方法】糖尿病関連腎臓病と診断された自覚のある患者とし、インターネット調査会社の登録モニターに質問紙調査を実施した。調査項目は、基本属性、先行研究の「糖尿病関連腎臓病の捉え方パターン分類質問紙」12 項目と追加 6 項目で再構成した原案 18 項目、病気認知尺度（IPQ-R）日本語版とした。分析は、380 名でクロスバリデーションを行い探索的因子分析および確証的因子分析、そして全対象で病気認知尺度との相関分析を実施した。本研究は、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。
【結果】探索的因子分析では、4 因子 13 項目の構造が得られた。各因子は「身体悪化の認識」「身体維持の自己評価」「糖尿病の脅威認知」「腎症進行の認識」と命名した。各因子の Cronbachs'α係数は 0.75 ～ 0.86（全体 0.83）であった。確証的因子分析では、CFI = 0.803、RMSEA = 0.13、$\chi^2$/df = 4.29 であった。また、IPQ-R と有意な相関が認められた。
【考察】再構成された質問紙は一定の信頼性を示し、IPQ-R との相関から妥当性の一部が支持された。一方、確証的因子分析における適合度は十分とはいえず、因子構造については、さらなる検討が必要である。

2日目

一般演題 17 「透析予防」

## 口演 17-5
## 慢性期病院での糖尿病透析予防指導へ多職種での新たな取り組み―医師事務作業補助者の参画を通して ―

○片岡 典代、大西 美紀
社会医療法人仁生会　三愛病院

【目的】98 床の慢性期病院で糖尿病専門医を中心に糖尿病透析予防指導を 202X 年 11 月から開始した。患者選別に医師事務作業補助者 ( 以下医師事務 ) が入り糖尿病診療チームの一員として活動している。開始後 1 年経過しシステムが定着したので報告する。
【実践内容と方法】糖尿病患者リストを作成。新規に糖尿病と診断された際は、看護師がリストに入力している。糖尿病透析予防指導の対象者の選別は、多忙な医師に変わり医師事務が、糖尿病患者リスト、腎機能チェックツール® 等を活用し行っている。診療の際、電子カルテへの診療記録への代行入力、検査等のオーダリング代行を行っている医師事務は、医師とコミュニケーションがとれ、診療における患者情報を把握している。多忙な医師に変わり、患者の診察時の情報や医師の考え方を管理栄養士や看護師などに情報伝達している。また、管理栄養士、看護師からの記録には及ばない細かな患者情報も、医師事務へ伝達することで、得た情報を診療の合間に医師に報告することができ、患者の詳細な情報がチーム間で共有できている。加えて、患者に対し多職種連携が必要と判断した際には、医師事務を通じて瞬時に医師に報告が出来、早期に地域連携室やケアマネージャーとの連携強化を行っている。倫理的配慮について、自施設の倫理委員会にて承認を得た。
【結果】202X 年 11 月より 13 名の介入を行い、11 名継続している。対象者は、男性 10 名，女性 3 名で平均年齢 73.6( ± 7.61) 歳、糖尿病性腎症 2 期 3 名、3 期 10 名であった。開始前平均 HbA1c7.6 1 ( ± 0.95)%、202X+1 年の平均 HbA1c は、7.1 2 ( ± 0.79)% に低下した。糖尿病通院全患者から対象者を抽出、医師は、外来診療の隙間時間に患者背景を考慮し対象者を絞るシステムが構築した。これにより医師の患者選別に要する時間が短縮された。また、指導を開始したことで、腎症と向き合い生活習慣を見直す契機となった患者もいた。
【考察】医師事務が糖尿病チームに入ることで、多忙な医師の負担軽減に繋がっていると考える。また、診察室での情報がチーム内で共有されやすくなり、それぞれの職種が患者に応じた支援を行うことで、患者の行動変容に至ったと考える。

一般演題 18 「医療者 - 患者関係・治療中断」

## 口演 18-1
## 糖尿病看護領域における Shared Decision Making 評価の研究動向―文献レビューからの考察

○後藤 友子[1,2,3,4]、三浦 久幸[1,2,3]
[1]医療法人社団臨床研究センター、[2]藤田医科大学医学部、[3]情報と選択と決定の研究所、[4]国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

【目的】糖尿病患者は、食事・運動・投薬・血糖管理に関する意思決定を日々繰り返しながら生涯を送る。Shared Decision Making(SDM) は患者のアドヒアランスを向上させることが確認されており、生涯にわたるセルフマネジメントが求められる糖尿病ケアへの応用が期待される。しかし、日本の糖尿病看護領域において SDM を評価指標として活用した研究の実態は明らかでない。当研究では、日本語版の SDM 評価指標を用いた文献を対象に、糖尿病看護領域における SDM 評価研究の動向と課題を明らかにすることを目的とした。
【方法】PubMed・医中誌 Web を用いた文献検索を行った。2020 年以降の文献を対象に「日本語版SDMQ-9」「 日 本 語 版 SDM-Q-Doc」「SDM-Q-9 Japanese version」「SDM-Q-Doc Japanese version」「SDM-Q-ケア」「 SDM-Q-Home Care」「看護」「nursing」「糖尿病」「diabetes」「療養指導」「diabetes education and care」「日本」「japan」をキーワードとして検索した。当研究は既存文献を対象とした二次研究であり、研究参加者に直接関わる倫理的問題は生じない。
【結果】
医中誌 web0 件、PubMed148 件の文献が抽出され、それらを精査し研究目的に該当する文献は 0 件であった。レビューの過程では、日本を含まない多職種による 2 型糖尿病患者の療養支援のスコーピングレビュー文献が 1 件あり、そこでは SDM を用いることで将来の合併症リスクへの理解の上昇や患者の治療参画促進が確認されていた。
【考察】透析・心筋梗塞といった重篤な合併症リスクを抱える糖尿病患者にとって、日々の自己管理に関する意思決定支援は療養の質に直結する。しかし、糖尿病看護領域において SDM を評価指標とした研究の蓄積は限られており、看護職の視点での評価は不足している。今後は糖尿病看護師による SDM 実践の可視化と、SDM 技能の教育・研修体制の構築が求められる。

一般演題 18 「医療者 - 患者関係・治療中断」

## 口演 18-2
## 療養生活の長期化に伴い問診の更新が必要である事に気づけた事例からの学び

○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

【目的】長年通院していた患者が認知機能低下をきたし自己管理が困難となった時、社会資源の導入により変化していた家族背景に気づけた事例を報告する。
【実践内容と方法】事例はA氏80代女性、2型糖尿病歴24年。職場の健康診断で耐糖能異常を指摘され内服を開始。治療継続のため自宅近くの当院へ転医となった。4人の同胞の3番目でA氏以外は県外在住、夫は他界し独身の長男と同居している。真面目で穏やかな性格ではあるが、薬を切らしての受診が度々あった。HbA1cは7%前後で経過していたが、70歳代後半となり徐々にHbA1cの上昇を認め経口薬の工夫を行うが改善を認めず、HbA1c10%を超えたため外来にてインスリンデグルデク（以下デグルデク）導入を長男見守りのもと導入となった。〈倫理的配慮〉施設の倫理委員会の承認を受けた。
【結果】isCGMを装着しデグルデクを開始し、適宜電話での報告をお願いしたが約束の日時に連絡が来ず、病院より本人へ電話をしても出られなかった。長男へ連絡し、翌日折り返しの電話でデグルデクの量を決定した。isCGM交換のため2週間後長男と共に来院し、継続治療と見守りをお願いした。しかし、約束の受診日に来院せず10日程経過後に1人で来院された。「自己管理出来るから息子はもう面倒をみていません」と言われるが、isCGMリーダーは電源が切れてデータの蓄積は無く、HbA1c10%超であった。息子に見守りのお願いの電話をするが出られず手紙を書くが反応も無かった。見守りが困難であれば社会資源を活用できるように介護認定を受けるように根気強くお願いした。再三連絡を行った末、介護認定を受けられ訪問看護師が入る事となり、治療方法は週1回のインスリンイコデクへ、isCGMはrtCGMへ変更した。また、介護専門員が入った事で、数年前より隣に引っ越してきた同胞の弟の存在が判明し、今後の支援者は実の弟が担う事となった。
【考察】初診時問診の際に既往歴と共に家族背景の確認を行っているが、長年の経過と共に家族背景の変化が起こっていた。子供だけが家族ではないため、患者を取り巻く環境は変化する事を念頭に、初期に確認した問診は適宜更新が必要である事を学んだ。

一般演題 18 「医療者 - 患者関係・治療中断」

## 口演 18-3
## 血糖値に関する主観的情報の欠落に気づき語りを導いた周術期の糖尿病療養支援

○石田 優己[1]、長谷川 直人[2]
[1]自治医科大学附属病院、[2]自治医科大学看護学部

【目的】
周術期は時間的制約により主疾患の管理が優先され、語りが看護に反映されにくい。Benner（2001,2005）は語りを看護の原点とし、患者の経験世界を理解する基盤と述べる。本事例では血糖値に関する語りの欠落を臨床判断の契機とし、血糖管理と周術期管理の思いを引き出した支援過程を明らかにし、周術期における療養支援の在り方を検討する。
【実践内容】
本報告は記録を参照せず、看護実践の振り返りとして施設基準に沿い情報を整理し、個人が特定されないよう配慮した。A氏は10年以上インスリン療法を継続し、胸部手術目的で入院した高齢者である。術前、間食により血糖値が400mg/dL台まで上昇し医師に指導を受けていたが、血糖値に関する主観的情報が記録になく、看護師は思いや受け止めを把握できなかった。A氏を理解するため、思いや判断過程を言葉にできる時期を見極めながら継続的に関わった。術後1日目は疼痛・不安が強く、血糖管理も良好であったため身体・情緒的安定を優先した。1週間後、疼痛が軽減したため、血糖測定ノートを共に確認した。主観的情報の表出には羞恥の軽減と心理的安全性が必要であり、測定値の空白は生活上の自然な揺らぎと伝えた。追加測定の理由を問うと「高いと思って」「低かったから」と判断の根拠を言葉にしたことから、予測と確認を行い自己管理していることを把握した。間食は単回の過去の出来事であり、入院前の自己管理の傾向を示すものではなかったため、追及せず判断を肯定した。「器械の信憑性がどうだか」との発言から測定器への不信を捉え、不安軽減と動機づけのため測定器を更新した。
【結果】
A氏は「これなら信頼できる」「手術というと皆、臓器しかみていないけどあんたは違う」と血糖管理および周術期経験者として自ら語るようになった。
【考察】
A氏の間食には、血糖管理に関する経験的な受け止め、すなわち経験世界に基づく判断があったと考える。短期入院で主疾患優先となる周術期は、糖尿病に関する主観的情報が埋もれ、療養支援の機会を失う可能性がある。本事例は、周術期の主観的情報の欠落に気づき語りを導くことが、経験世界に基づく療養支援の起点となることを示した。

一般演題 18 「医療者 - 患者関係・治療中断」

## 口演 18-4
## 看護師が究極の個人情報である切迫した家計状況を知り得たことを発端に高額だが早急で必須加療に誘導できた糖尿病の２症例

◯長岐 育子、松下 貴子、織茂 晴奈、大島 喜八、斎藤 孝子
医療法人社団日高　日高病院

【目的】糖尿病増殖網膜症は未治療では失明する危険がある病態だが治療を選択しない患者がいる。これらへの介入に成功したので公表し知見を共有したい。本報告は患者への説明と同意を口頭で得ており、報告において個人が特定されないよう配慮した。
【実践内容と方法】症例の要点を報告する。(症例 1)30 歳代男。3 歳から 1 型糖尿病。初回受診時 CSII 中で HbA1c9%台。CGM を併用したが血糖値は高いままでポンプ療法は高額なのでと強化インスリン療法に変更。その後も多忙を理由に通院は不定期、受診時には常にインスリンの手持ちが 0 であった。看護師問診では「幼少時に低血糖でとても怖い思いをしたのでインスリンは少なめにしかうてない。」「眼科受診？見えているから困ってない」等々の回答であった。高血糖のリスクを頻繁に指導し眼科受診も受診ごとに勧めた。ある日眼科を強く勧め受診させ増殖糖尿病網膜症との診断で光凝固（LK）が勧められた。治療費の話もあった。本人は「仕事が忙しくて通院できない」等で眼科治療を拒否。3 か月経ち受診時に眼科治療について伺うと「治療費を用意できないので受けられない。」と打ち明けられた。MSW に医療費について相談した。事務の協力も有り医療費が解決し眼科治療ができた。( 症例 2)50 歳代男 38 歳発症の 1 型糖尿病、発症時より当院加療 1 型糖尿病の障害年金受給中。強化インスリン療法で HbA1c10~12%。通院は不定期でインスリンがなくなると受診、その都度予約日に受診することと高血糖の危険性を指導した。本人は「インスリンがもったいないから食事しない。インスリンは節約して半量しかうっていない。医療費が高い。」等の回答だった。ある日「眼底出血した。LK を勧められた。治療代が払えない、治療は無理」と打ち明けてくれた。MSW に誘導した。MSW の介入と事務の協力で LK が開始された。
【結果】患者との信頼関係が構築され LK が施工され患者は失明の危機を免れた。
【考察】他人に話したくない金銭状況を患者が打ち明けてくれたことが今回の治療成功の最大の要因である。その契機となったのは、看護師の不断のそして諦めない患者との信頼関係の構築の継続であろうと思われる。

一般演題 18 「医療者 - 患者関係・治療中断」

## 口演 18-5
## 治療の差し控えや治療中断に影響する要因の検討

◯片山 初美、卯木 智
近江八幡市立総合医療センター

【目的】糖尿病治療の差し控えや治療中断に影響する要因について検討した。
【方法】2025 年 9 月～ 11 月の間に外来受診した糖尿病患者を対象に、性別、身長、体重、HbA1c、病型、病歴、治療内容、治療の差し控え（指示された薬物療法や血糖測定の回数などを自己判断で減らす）や治療中断、糖尿病治療満足度（DTQS）、医療費、医療費の負担割合、医療費への負担感、同居人数、世帯収入、学歴、セルフケア行動（SDSCA）についてアンケート調査を行った。解析は SPSS を用い、t 検定および重回帰分析を行った。
【倫理的配慮】　調査への協力は自由意思によるもの、調査に協力しない場合でも診療に不利益が生じないことを文書で説明、調査に参加する場合は、調査票の同意欄にチェックを入れることで同意を確認した。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】対象は 501 名（平均年齢 63.4 ± 15.0 歳、男性 57.9%）、治療の差し控えや治療中断経験がある者は 31.3%、月額の医療費は 5 千円未満が 21.4%、5 千円～ 1 万円未満が 32.9%、1 万円～ 2 万円未満が 31.5%、2 万円以上が 14.2%であった。医療費が高いと感じたのは 75.8%、医療費により生活が苦しいと回答したのは 41.1% であった。治療の差し控えや治療中断が多いのは、若年（$p < 0.001$）、医療費が高い（$p < 0.001$）、世帯収入が低い（$p < 0.001$）、治療満足度が低い（$p = 0.015$）ことであった。　また、治療満足度が高い群では、HbA1c が低い（$p < 0.001$）、BMI が高い（$p = 0.017$）、治療の差し控えや治療中断が少ない（$p = 0.00\ 8$）、世帯収入が多い（$p = 0.036$）、医療費負担感が低い（$p < 0.001$）、セルフケア行動ができている（$p = 0.001$）ことであった。
【考察】治療の差し控えや治療中断には、経済的な理由だけでなく、治療満足度が関与していることが示された。ジェネリック医薬品やバイオシミラーの活用、自己血糖測定方法や回数の見直しなどによる医療費の負担を軽減する取り組みに加え、患者がセルフケア行動を継続し、治療への満足度を高められるような看護支援が、治療の差し控えや治療中断を防ぎ、良好な血糖管理の維持に重要と考えられる。

一般演題 19 「インスリンイコデク」

## 口演 19-1
## インスリンイコデクと CGM を用いた軽度認知症糖尿病患者への外来看護支援

○道下 佳代子[1]、白藤 友紀[2]、松井 希代子[2]
[1]金沢医科大学病院、[2]金沢医科大学　看護学部

【目的】
今回、インスリンイコデク（以下、イコデク）および CGM が導入された軽度認知症の高齢糖尿病患者に対し、訪問看護との連携により、安全な在宅療養ができた２事例を経験した。本報告では、この事例を振り返り、外来看護支援について検討することを目的とする。
【実践内容と方法】
実践内容：事例 1）70 歳代女性。独居で軽度認知症あり。入院中にインスリンデグルデクが開始され、訪問看護導入となり、退院カンファレンスで情報共有した。外来移行後、イコデクに変更。外来看護師は、訪問看護師と低血糖リスクに加え、具体的なトラブル対応策を共有した。事例 2）80 歳代女性。軽度認知症あり、訪問看護利用。デグルデク／リラグリチド自己注射や SMBG が不確実であったため、イコデクおよび CGM を導入。外来看護師は、訪問看護師、本人・家族へ直接的な手技指導の場を設けた。両事例を通し、外来受診時には本人・家族と面談し、療養生活を振り返るとともに、医師や訪問看護師との情報共有を行った。方法：外来診療録および訪問看護師との連絡内容を振り返り、外来看護支援を記述的に検討した。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】
事例１）訪問看護師の見守りで自己注射を継続し、HbA1c　8.6%→7.6%、TIR69%と安定した。家族や友人と交流しながら独居で在宅療養を継続している。事例２）訪問看護師の見守りで自己注射を継続し、GA　28.6%→17.6%、TIR　77% と安定した。CGM のアラートで本人・家族が低血糖に気付き対処できている。両事例ともイコデクと CGM の使用により、本人の自己注射や SMBG の負担が軽減された。
【考察】
本事例では、訪問看護師と顔の見える関係づくりによって、相談しやすい環境を整えることができた。外来と訪問看護師が連携し支援することで、本人・家族の安心感につながり、認知機能低下があっても住み慣れた地域で過ごし続けられることが示唆された。外来と訪問看護が役割を明確化し双方向に連携することが、安全な継続支援の中核をなすと考える。外来看護師は、イコデクと CGM の利点を安全な療養に繋げるために、在宅と外来の間で、具体的なケア方針を調整することが重要である。

一般演題 19 「インスリンイコデク」

## 口演 19-2
## インスリンイコデクと持続血糖モニタリング（CGM）を導入した認知機能低下のある高齢２型糖尿病患者の外来看護支援

○杉本 友紀、冨樫 智子、川野 義長
慶應義塾大学病院

【目的】
認知機能の低下により、インスリン療法の継続が困難になった患者にインスリンイコデクと持続血糖モニタリング（以下 CGM とする）を導入した。入院せず、外来看護支援、訪問看護に繋ぎ、自宅で安全にインスリン療法を継続することができるようになったため、行った看護を振り返り、このような患者の支援の在り方を明らかにする。
【実践内容と方法】
対象：80 代２型糖尿病の男性。妻とふたり暮らしで子どもはいない。方法：患者の治療経過および看護記録から患者支援の部分を抽出し、患者と家族の反応を含めて分析を行った。倫理的配慮：個人が特定されないよう配慮し、学会発表について患者と家族の同意を得た。認知機能の低下とともに HbA1c も上昇し、看護相談を継続していた。本人のみでは自宅でのインスリン自己注射の実践状況が不明確であったため、妻に通院の付き添いを依頼したが、妻も注射を打っているのか把握できていなかった。インスリン療法は１日１回のインスリングラルギンであったが、本人の発言から口渇を感じたときに２単位打っていることがわかった。このような状況が続き、入院加療も検討されたが、本人は希望せず、環境の変化による認知機能低下の進行、ＡＤＬの低下が予想されたことから、外来通院で治療する方針とした。妻も注射手技の習得は難しく、インスリンイコデク、ＣＧＭを新規導入し、週１回の通院で対応しながら、介護保険の申請、訪問看護の導入手続きを進めた。
【結果】
インスリンイコデクとデュラグルチドの注射、ＣＧＭの装着を週１回の訪問看護に移行し、訪問看護ステーションと連携して支援を行った。当院には月１回の通院を継続し、インスリン量の調整を行い、低血糖や高血糖による急性合併症もなく、経過している。
【考察】
週１回のインスリン製剤の使用により、スムーズに訪問看護に移行でき、今ある生活のなかで治療を継続することが可能になったと考える。また高齢糖尿病患者にとって低血糖や急性合併症を起こさないことは重要な治療目標であり、インスリン量の調整に CGM は有用であった。

一般演題 19 「インスリンイコデク」

## 口演 19-3
## 認知症合併高齢糖尿病患者における支援体制を再構築した 1 症例の振り返り

○山本 大輔[1]、中村 美津子[2]
[1]白山石川医療企業団　公立松任石川中央病院、[2]金沢大学　医薬保健学総合研究科　保健学専攻

【目的】
今回、介護者の不在による生活環境の変化により、治療管理体制が崩壊した認知症合併高齢糖尿病患者に対し、支援体制を再構築した看護実践を振り返る。
【実践内容と方法】
対象：A 氏、90 歳代男性、2 型糖尿病（糖尿病腎症：2 期、網膜症：福田分類 A2、糖尿病性神経障害あり）、HDS-R18 点、DASC-823 点。介入前は妻が主介護者であったが、施設入所を機に独居となり治療管理体制は崩れ、血糖コントロールが悪化し入院となった。退院後に介護を担う長女が管理可能で、かつ安全に在宅生活が継続できるよう検討した。退院後、無自覚性低血糖を認めたことで、日本糖尿病教育・看護学会の「高齢者の無自覚性低血糖リーフレット」を用いて指導を行なった。また、SMBG 管理帳を用い、長女・外来看護師・デイサービス（以下 DS と略す）職員間で情報の共有を行なった。
【倫理的配慮】患者が不利益を被らない事を説明し、口頭で同意を得た。また、所属施設の倫理審査委員会で承認を得た。
【結果】
退院後、HbA1c は改善し、血糖値の日内変動は安定傾向を示した。低血糖のエピソードにより無自覚低血糖の指導で、長女の把握が可能となり、対応が迅速かつ適切に行われるようになった。また、長女および DS 職員が低血糖の対応を共通理解したことで対応が統一された。結果、A 氏の生活状況に合わせた薬物療法が継続可能となった。DS 利用回数増加で運動の機会も確保され、生活リズムの安定に繋がった。
【考察】 多疾患が併存する高齢糖尿病患者の管理は複雑である。介護者への負担も大きく、認知症を合併すると介護者のライフイベントや治療管理にも影響する。今回、主介護者の不在により生活環境が変化したことで、血糖コントロールが悪化し、無自覚低血糖を助長した可能性がある。高齢者ではサルコペニアにより身体予備力は低下し、低血糖の影響が大きくなる。本症例では、「高齢者の無自覚性低血糖リーフレット」を用いた指導によって、共通認識・理解を得ることができ、有効に活用された。また、生活背景を評価し連携体制を再構築したことで、治療と生活が再統合され、在宅における薬物療法の安全な継続に繋がったと考える。

一般演題 19 「インスリンイコデク」

## 口演 19-4
## 認知機能に課題のある高齢糖尿病患者への関わり～週 1 回持効型溶解インスリンアナログ注射液導入支援を行って～

○前田 千佐、加納 有美子、島田 美知代、井口 知恵、堀井 美智、安井 美恵
高知高須病院

【目的】
認知症による自己管理困難から血糖コントロール不良となった 2 型糖尿病患者、家族への支援を振り返る。
【実践内容と方法】
実践内容：80 歳代男性。2 型糖尿病。妻と 2 人暮らし。キーパーソンは別居の長男。夫婦ともに認知症と診断され内服、食事管理不足から血糖コントロールも不良であった。家族は、患者の認知機能低下についての認識が薄く協力体制が整わなかった為、訪問看護利用を勧めると同時に病状についての説明と指導を継続した。その後、週 2 回の訪問看護利用となるが、血糖コントロールは改善がみられず、医師に相談し週 3 回の持効型インスリン使用から、週 1 回製剤へと変更となった。週 1 回製剤の特殊性について、訪問看護師に施注方法や副作用などの情報提供と指導を行った。血糖測定は訪問看護師により行われ FAX にて診察前日までに報告があり、医師と共有した。方法：患者支援の経過を振り返り、チームカンファレンスで情報共有し、今後の対応方法について検討した。倫理的配慮として個人が特定されないよう配慮し、実践報告について患者、家族の同意を得た。
【結果】
訪問看護利用開始後は家族の理解も得られ、訪問看護師と協力して内服薬管理が行われた。週 1 回製剤投与開始後は薬効が途切れることがなくなり、初診時 10%台だった HbA1c は週 1 回製剤導入 6 か月後には 6 %台へと改善した。治療変更時や指示内容については訪問看護師と電話や FAX にて情報交換を行うことでチーム間での情報共有体制が構築できた。
【考察】
家族が多忙で支援が難しい場合や、認知機能障害への支援を理解されていない場合、看護師がかかわりを持ち続け対策を一緒に考えていく事で、家族の行動変容を促すことができると考える。認知機能に課題のある高齢患者のかかわりには、訪問看護などの社会資源の利用が欠かせないが、利用回数には制限がある。週 1 回製剤を用いることにより、薬効が途切れることなく投与でき、合併症進展を抑えることが期待できると思われる。また、自己管理が困難となった高齢糖尿病患者の認知症発症などの異変に対応するため、スタッフ間で情報共有し、必要な支援を提供できるように関わって行く事が重要と考える。

一般演題 19 「インスリンイコデク」

## 口演 19-5
## 認知機能低下を伴う患者に週 1 回投与の基礎インスリン製剤（インスリンイコデク）を導入した 1 症例

○市川 雅美、仲 元司、丸山 友子、篠原 綾子
佐久市立国保浅間総合病院

【目的】高齢糖尿病患者では、認知機能低下に伴う自己注射困難による治療中断が深刻な課題である。近年登場した週 1 回投与の持効型インスリンイコデク（以下、イコデク）は、投与回数の削減により介護支援を導入しやすい利点を持つ。今回、毎日投与が困難となった認知機能低下患者に対し、キーパーソンの生活背景に合わせたアプローチとイコデクへの変更により、安全に治療を継続し良好な血糖管理を得た症例を報告する。
【倫理的配慮】当院倫理審査委員会による承認を得た。
【実践内容と方法】症例は独居の 80 代男性、2 型糖尿病。従来の配合薬で HbA1c6% 台と安定していたが、注射・服薬忘れが頻発。HDS-R20 点と低下し、アルツハイマー型認知症と診断された。自己注射困難から一時インスリンを中止したが、HbA1c8.6% と悪化したため注射再開が不可欠と判断。近隣在住の長女に協力を依頼した。長女は医療行為への不安から毎日の対応は困難であったが、週 1 回なら通院同行が可能との同意を得たためイコデク導入を決定した。支援構築に向け、まずは毎週の来院時に看護師が注射を施行し、長女に見学してもらいながら手技の簡便性を説明した。導入 1.5 か月後、長女から前向きな意向が得られたため段階的な手技指導を開始し、計 4 回の指導を経て在宅での長女による注射自立へ移行した。
【結果】週 1 回の確実な投与が維持され、治療中断は回避された。HbA1c は導入前 8.6% から 4 週間後 7.9%、8 週間後 7.0% へと低血糖なく速やかに改善した。患者の独居生活のペースは維持され、家族の介護負担を最小限に抑えつつ良好な血糖管理が達成され、家族の安心感にも繋がった。
【考察】認知機能が低下した独居高齢者への毎日投与のインスリン療法は継続が困難である。本症例では、投与頻度を週 1 回へ低減したことが家族支援を引き出す契機となり、看護師による段階的指導が在宅での家族注射自立を実現させた。患者の生活背景やキーパーソンの受容度に応じた薬剤選択と、医療者による丁寧な伴走型手技指導の構築は、認知機能低下患者の治療継続において極めて重要である。

## P-01
## 基幹病院における糖尿病をもつ人々へのセルフケアを支える看護のあり方

◯柴田 万智子
岐阜県立看護大学

【目的】基幹病院の糖尿病教育入院を担う急性期混合病棟において、糖尿病をもつ人々へのセルフケア支援の課題を明確化し、改善策の検討・実施・評価を通して、基幹病院におけるセルフケアを支える看護のあり方を検討する。
【方法】方法1：教育入院患者4名への半構造化インタビューによる患者認識の把握、方法2：病棟看護師への質問紙調査による現状把握、方法3：方法1・2を踏まえた支援における課題の明確化、方法4：課題に基づく具体的実践方法の考案、方法5：3事例への具体的実践方法を用いた支援の実施、方法6：取り組みに対する評価。なお、倫理的配慮では、対象者への説明と同意において、自由意思の保証、不利益を受けないこと、匿名性の確保などを説明し、所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】患者からは個別性や退院後の生活を踏まえた支援、及び外来での継続的な支援の不足等が示され、看護師からは支持的支援、個別性への対応、認知機能に配慮した支援、家族への支援の困難等が明らかとなった。これらを踏まえて、知識・技術・資質の不足、患者理解の不足、個別支援の不足、高齢・認知機能低下患者支援の不足、病棟・外来・地域連携の不足、チームカンファレンス活用の不足の課題が明確化された。課題に基づき考案した実践方法は、語りを起点とした患者理解、及び生活に基づく学習支援、情報共有による連携強化等であった。考案した支援方法を用いた3事例への実践からは、患者の語りを起点として、退院後に継続可能な支援内容を、患者とともに具体的に検討・調整する実践が行われ、実践した看護師からの聞き取りからは、倫理的感受性の向上、チーム協働の促進、若手看護師の成長などの成果が確認された。
【考察】基幹病院における糖尿病セルフケア支援の中核は、患者の語りを起点とした患者理解、及び生活と治療の統合、多職種協働、病棟から地域への支援の連続性、チームで学ぶ文化の形成であった。これらを支える体制として、専門性の高い看護師による横断的支援と、学習と実践を循環させる仕組みづくりが重要である。



## P-02
## A病院における世界糖尿病デーのイベントの効果と課題

◯新谷 美智子
医療法人全眞会　全眞会病院

【目的】A病院における世界糖尿病デーのイベント（以下イベント）の効果と課題を検討する。
【方法】対象期間は、202X年11月とした。対象者は、イベントに参加した34名とした。テーマは、糖尿病と歯周病とし、外来待合室を使用した。内容は、専門医による講義、企業の協力を得て、歌に合わせた体操、低カロリーゼリーの試食、資料の配布、歯ブラシのプレゼントとした。広報は、院外に6か所のポスター掲示とチラシ配布とした。終了後は、独自で作成した自記式質問紙に回答してもらった。内容は、属性とイベントの満足度、自由記述とした。イベントの満足度と糖尿病の既往歴の有無については、Mann-WhitneyのU検定、糖尿病の既往歴の有無とイベント内容の比較は、$\chi 2$検定を行った。有意水準は5%未満とした。イベント参加後の感想については、質的統合法（KJ法）を用いた。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】質問紙回収数は、33名（回収率97.1%）であった。対象者は、患者11名、家族11名、職員10名、その他1名であった。糖尿病の既往歴がある者は、10名（30.3%）、イベントの満足度は、5段階評価で平均4.4点、有意差は認めなかった。興味を持ったイベントの上位は、体操29名（87.9%）、講義26名（78.8%）、歯ブラシのプレゼント11名（33.3%）の順であった。$\chi 2$検定の結果、有意差は認めなかった。自由記述において、質問紙から取り出されデータ化されたラベルは、37枚でラベルの類似性によるグループ編成は4段階で、その結果6つのシンボルマークのグループに統合された。シンボルマーク〈事柄：エッセンス〉を示す。〈体操の効果：運動意識の向上〉〈講義の効果：健康意識の向上〉〈イベントの継続：イベント参加意識の向上〉〈運動習慣：運動継続への興味〉〈予防行動：健康への興味〉〈イベントの効果：グループダイナミックス〉であった。
【考察】イベントの効果として属性や糖尿病の既往歴に関わらず、健康意識への向上に繋がっている。その理由は、グループの力量と個人の満足度が影響していると考える。今後は、一般市民への幅広い広報活動を行い、参加者を増やしていくことが課題である。

ポスター

## P-03

## 受診中断歴のある 2 型糖尿病外来患者の特徴：看護師の関わりとセルフケアの視点から

◯丸山 育子、林 紋美
福島県立医科大学看護学部

【目的】外来における看護師の 2 型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 ) とセルフケアとの関連を受診中断歴の有無別に探索的に明らかにする。
【方法】対象：外来通院をしている 2 型糖尿病患者。調査項目①属性：年齢 性別 糖尿病歴治療法合併症 HbA1c 治療満足受診中断歴 ②看護師の関わり：患者自身が看護師の関わりがあると認識の有無看護師の関わりを求めるか今後の関わりへの希望 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 )。受診中断の有無別における差は Mann-Whitney U 検定、属性は $\chi^2$ 検定を使用し、有意水準 p=.05 とした。本研究は所属施設の倫理委員会の承認を受けて実施した。
【結果】同一選択の回答など 9 名除外し 445 名 ( 有効回答率 98%)、中断あり 64 名 (14.4%)、中断なし 381 名 (85.6%)。20・30 代に中断あり群が多く (p<.001、V=.142)、飲み薬ありと中断なしに関連がみられた (p=.038、V=.098)。インスリンの有無、合併症の有無、HbA1c では差がなかった。看護師の関わりありと中断あり群に差がみられ (p=.030、V=.107)、関わりを求める群に中断あり群が多かった (p=.004、V=.111)。今後十分な時間を望む傾向がみられた (p=.036、V=.080)。セルフケア行動に差はなかった。ストレス対処力のみ中断あり群で有意に低かった (中央値：中断あり 14.00 vs 中断なし 16.00、p<.001、r=.157)。看護師への相談内容では、人との付き合い (p<.001、V=.271)、自己管理の困難 (p<.001、V=.239)、仕事の兼ね合い (p=.037、V=.139) で中断あり群に多かった。
【考察】中断歴のある患者は若年で治療満足度が低く、ストレス対処力が低い特徴がみられた。相談内容は生活上の困難であり、知識や行動の問題ではなく生活の中での困難を抱えている可能性がある。セルフケア行動に差がない一方、看護師との関わりを求めていることが示された。本研究は探索的研究であり因果関係の検討は今後の課題であるが、外来看護師がこれらの特徴を認識して関わることが受診中断の予防につながる可能性が示唆された。

ポスター

## P-04

## 治療中断歴のある 1 型糖尿病患者への治療関係再構築への支援 —薬物療法の試行錯誤を通して —

◯金山 直美
元　大阪赤十字病院

【目的】治療中断歴のある 1 型糖尿病患者への薬物療法の試行錯誤により治療関係が再構築した事例を報告する。口頭で自由意思での参加、個人情報の保護等を説明し、同意を得て診療録から介入内容や反応を後方視的に検討した。
【実践内容と方法】A 氏（40 歳代女性）は 5 年前に 1 型糖尿病を診断。2 年前自己中断による糖尿病ケトアシドーシス（以下 DKA）を発症。治療継続にも関わらず DKA を繰り返し、医師にインスリン不投与を疑われたことで、不信感から医師と対話ができない状態であった。A 氏が安心して治療できる環境が必要と判断した。治療継続できてることを承認し、診察前に状況を確認し診察に同席することを提案した。インスリン不投与については、使用済の針の持参量から否定した。全身観察で、注射部位に硬結が多数あり違和感があること、硬結を避けての投与が困難で注射自体が苦痛であることを把握した。A 氏と硬結の要因を確認し、内出血なくや注射手技に問題なく血腫や物理的刺激による変化を否定した。次に、薬剤や針のアレルギー反応を疑い医師に報告、薬剤・針の変更を順次試行した。シリンジでの投与では硬結は出現せず血糖は低下したが、ペン型インスリンでは薬剤や針を変更しても少量投与で硬結が出現し高血糖が持続した。遅延性アレルギー検査で薬剤は否定され、針による反応と推察した。医師はシリンジでの自己注射を提案したが、現実的に困難と判断し、医師の同意を得て、A 氏に医療費を含めインスリンポンプ（以下ポンプ）を提案した。
【結果】ポンプへ変更後、血糖値は低下し、高血糖症状が改善し、注射部位の皮膚反応も認めなかった。吸収率改善による低血糖を予測し基礎レートを複数準備したことで、低血糖の対応もできた。ポンプ導入前 $HbA_{1C}$15.1%、導入 1 か月 11.4%、2 か月 9.3%、半年後 7.5% に改善した。当初、看護師が医師と A 氏の代弁者となっていたが、徐々に A 氏から医師に直接相談できるようになった。
【考察】本事例では、注射部位の硬結を医療者が把握し、共に試行錯誤したことが治療関係の再構築、強化につながったと考える。A 氏にとって、ポンプへの変更が長期的に有効かどうかは、継続した確認が必要である。

## P-05
## 統合失調症をもつ２型糖尿病患者の食行動が構成する病気体験の質的研究

◯西尾 育子
鹿児島大学医学部保健学科

【目的】統合失調症をもつ２型糖尿病患者の食行動が、どのような病気体験として構成されているのかを明らかにする。
【方法】対象は外来通院中の統合失調症をもつ 20 歳以上の２型糖尿病患者とした。インタビューガイドに基づき半構成的面接を行い、質問内容は①一日の生活の過ごし方、②病気管理における食事の工夫や困難、③今後の生活への思いとした。得られたデータから食行動に関する記述を抽出し、意味を保持したままコード化した。類似コードを統合してサブカテゴリを抽出し、さらに抽象化してカテゴリを生成し、最終的にコアカテゴリを導出した。倫理的配慮として、所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】対象者は 40 代後半２名、50 代後半１名、70 代前半１名の女性４名であった。罹病歴は統合失調症が平均 21.75 年、糖尿病が 16.50 年であった。分析の結果、患者の食行動は４コアカテゴリ・13 カテゴリ・62 サブカテゴリから構成される病気体験として示された。患者はまず【糖尿病による病気体験】として、［糖尿病であることの認識の欠如］から［医療者の指導・助言が守れない］状態となり、体重増加を経て［痩せない体］を抱えていた。また【統合失調症による病気体験】として、［日常的な幻聴の存在］や［日常的な幻視の存在］がみられた。これら二つの病気体験が重なり、【2 つの病気による食異常行動の体験】として、［食欲のコントロール不良］や［断ち切れない食べる執着心］による過食、さらに精神的安定を求めた［断ち切れない間食］が生じていた。一方で患者は現状を受け入れつつ【2 つの病気をコントロールできる生活に取り組む体験】として、［生活習慣改善の努力］を行いながら［楽しみを組み込む］工夫をしていた。
【考察】統合失調症と２型糖尿病という二つの病いが相互に影響し、患者の食行動異常を形成していた。患者にとって食行動の逸脱は心理的安定の手段となる一方で、食行動をコントロールしようとする取り組みも併存するという、変動幅の大きい病気体験が示された。そのため、食行動の異常が存在しても、患者が二つの病気をコントロールする体験を積み重ねていけるよう支援することが重要である。



## P-06
## ２型糖尿病患者におけるソーシャルサポートとライフスタイル管理との関連：就労に関連する文脈に着目したスコーピングレビュー

◯北川 麻衣、熊倉 良太、浅田 優也、大桑 麻由美
金沢大学医薬保健研究域保健学系

【目的】本研究の目的は、２型糖尿病患者のライフスタイル管理におけるソーシャルサポートとの関連に焦点を当て、スコーピングレビューの手法を用いて既存研究を系統的にマッピングするとともに、特に就労に関連する文脈における知見の整理と研究上のギャップを明らかにすることである。研究疑問は、「2 型糖尿病患者におけるソーシャルサポートは、ライフスタイル管理にどのような影響を与えるか。その中で、就労に関連する文脈はどのように位置づけられるか」である。

【方法】PRISMA-ScR に準拠した。文献検索は、MEDLINE、PubMed、CINAHL、Scopus、Cochrane Library にて、“Type 2 Diabetes Mellitus”、“Employment”、“Social Support” を主要キーワードとして実施した。検索期間は 2000 年から 2025 年までとした。就労している者を含む２型糖尿病患者を対象者とした研究を採用した。ソーシャルサポートは家族、友人、同僚などのインフォーマルな支援と定義し、医療従事者による支援は含めなかった。除外基準として、就労に関連する知見の解釈可能性を担保するため、就労者が極めて少ない研究およびフルテキストを入手できない文献を除外した。

【結果】MEDLINE601 件、PubMed194 件、CINAHL 90 件、Scopus 288 件、Cochrane Library 59 件のうち、45 件が採用された。ソーシャルサポートとライフスタイル管理との関連については、主に家族やピアによる支援を中心に検討されており、食事や身体活動との関連が報告されていた。就労状況については多くの研究で対象者特性として記載されていたが、ライフスタイル管理との関連で就労を考慮して分析している研究は少なかった。

【考察】ソーシャルサポートとライフスタイル管理に関する研究はあるが、就労は主に背景要因として扱われており、分析対象としては十分に活用されていないと考えられる。就労は日常生活の重要な構成要素であり、ライフスタイルやソーシャルサポートのあり方に影響する可能性があるが、既存研究ではその影響が十分に検討されていない。

ポスター

## P-07
## 生活習慣病管理料初回算定時の患者参加型目標設定の実態：A クリニックにおける療養計画書の質的内容分析

◯増田 誠一郎
志太 DM・内科クリニック

【目的】2024 年の診療報酬改定に伴い、生活習慣病管理料の算定で患者と共同立案する療養計画書の作成が必須となった。本報告は、糖尿病専門医の A クリニックにおいて患者が看護師や管理栄養士と共に立案した療養計画書の目標内容を分析し、目標設定の実態を明らかにし、今後の効果的な療養支援への示唆を得ることを目的とする。
【方法】対象は、A クリニックで生活習慣病管理料を算定し、療養計画書に初めて署名した患者 109 名（平均年齢 58.8 歳、糖尿病 88 名等）である。計画書の「達成目標」「行動目標」の自由記述データを抽出し、質的内容分析を用いて意味内容の類似性からカテゴリー化した。倫理的配慮として、本報告に際し、院内掲示とホームページで情報公開し、拒否の機会を保障するオプトアウトを実施した。データは全て匿名化し、個人が特定不能な形で処理し、不利益が生じないよう十分に配慮した。
【結果】対象者の計画書から有効な自由記述データ 483 件を抽出し、意味内容の類似性から 41 コードを生成し、9 サブカテゴリーを経て、3 カテゴリーに分類した。1 つ目は【役割と社会参加の継続】であり、「住宅ローン返済のため 70 歳まで元気に働く」など生活基盤に関わる内容であった。2 つ目は【QOL の維持・向上】で、「遊ぶために元気でいたい」など個人の楽しみに関するものであった。3 つ目は【具体的な生活習慣の修正】であり、「揚げ物を控える」などの具体的な食行動や運動習慣であった。多くの患者が単なる数値の改善ではなく、自身の生活背景に基づく目標を設定していた。
【考察】結果より、患者は「具体的な生活習慣の修正」を掲げる一方で、その基盤には疾患の管理の先にある「役割と社会参加の継続」や「QOL の維持」といった人生の目的が存在した。看護師等が対話を通じて、これらの「生活に根ざした内的動機」と「具体的行動」を橋渡しし言語化を支援することは、主体的な行動変容を促す上で重要である。また、患者の個別的な価値観を構造化して多職種で共有可能なデータとして活用することは、限られた人員で質の高い医療提供体制を構築する有用なモデルとなり得る。

ポスター

## P-08
## 夜間低血糖リスクに対する特定行為研修修了看護師の予測的介入の実践

◯半浦 聖香、川端 望
社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院

【目的】当院では、代謝内科医師（以下、医師）のタスクシフトとして、血糖コントロールに係る薬剤投与関連の特定行為研修を修了した看護師（以下、特定看護師）が当番制で血糖管理を行っている。本症例では、医師の依頼を受け夜間低血糖リスクを予測し、インスリン調整につなげた実践を報告する。
【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮し、対象者および家族へ説明し同意を得た。また、施設倫理委員会の承認を得た。
【実践と方法】強化インスリン療法中の高齢 2 型糖尿病患者 1 症例について、診療経過および持続血糖測定（以下、リブレ）データを後方視的に検討した。医師からの依頼後、数日間の血糖推移とインスリン投与状況を確認したところ、眠前血糖値 200mg/dL 以上では超速効型インスリンが追加投与され、翌朝血糖値が 100mg/dL 前後まで低下する経過を繰り返していた。夜間低血糖の可能性を考えリブレを確認したところ、3 時頃に 70mg/dL 台付近まで低下していた（図 1）。これらの経過から特定看護師が糖毒性解除に伴う低血糖を予測し、医師と共有のうえ眠前スライディングスケールを 250mg/dL 以上に変更した。さらに経過を病棟看護師と共有し、血糖値を一時点でなく時系列で評価する重要性や、責任インスリンを踏まえた観察視点について勉強会を実施した。
【結果】眠前スケール変更後、リブレグラフでは夜間低血糖ラインまでの落差は認められなかった。勉強会後は、病棟看護師が単発的な血糖値評価にとどまらず、継続的な変動傾向を把握する視点を持つようになり、夜間低血糖リスクへの関心向上につながった。
【考察】数日間の血糖推移とインスリン投与後の血糖低下の落差から、糖毒性解除に伴うインスリン需要低下が考えられ、補足的にリブレで確認できた。医師と連携し早期に介入できたことで、夜間低血糖の回避につながったと考える。また、特定看護師の実践知を病棟へ展開することで、病棟看護師が血糖変動を推移で捉え、予測的視点を持った血糖管理につながる可能性が示唆された。今後は、夜間低血糖ハイリスク患者の特徴や予測指標を明確化し、早期発見につなげる必要がある。

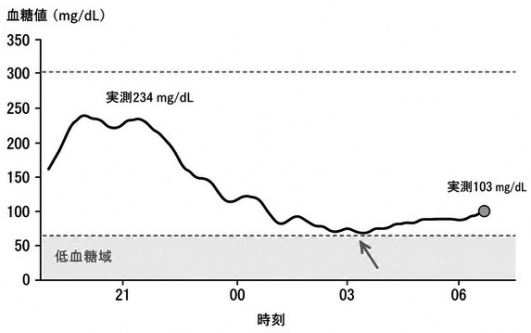



図1 追加インスリン後の夜間血糖推移（持続血糖測定〔リブレ〕データをもとに作成）

## P-09
## 糖尿病内分泌内科通院患者における自己注射に伴う在宅医療廃棄物の廃棄実態～家庭ごみ廃棄と混合廃棄に着目して～

◯多田 由紀
JCHO 東京山手メディカルセンター

【目的】在宅で自己注射療法を行う糖尿病患者における、自己注射に伴う在宅医療廃棄物の分別・廃棄方法の現状を明らかにし、外来看護における支援の示唆を得ることを目的とした。
【方法】A 病院糖尿病内分泌内科に通院し、在宅自己注射療法を実施している患者を対象に、質問紙を用いた聞き取りによる他記式調査を実施した。調査内容は、使用済み注射針および血糖測定関連使用済み針の持ち込み先、混合廃棄の有無、廃棄容器の種類、廃棄方法の説明の有無・時期・説明職種、院内掲示ポスターの認知状況とした。
【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】回答は 624 名中 555 名（回収率 88.9%）で、平均年齢 63.6 ± 15.5 歳、男性 70.6%、自己注射治療歴は平均 8.4 ± 8.4 年であった。注射製剤のデバイスは、ペン型注入器用注射針を使用する製剤の単独使用 63.6%、針付きペン型注入器の単独使用 20.7%、併用 14.2%であった。血糖測定関連機器（血糖自己測定または持続グルコース測定）使用 61.8%、自己注射単独使用 38.2%であった。使用済み注射針の持ち込み先は病院 44.7%、調剤薬局 38.6%、家庭ごみ廃棄 13.3%であった。血糖測定関連使用済み針では病院 63.3%、調剤薬局 11.9%、家庭ごみ廃棄 24.0%であった。使用済み注射針との混合廃棄は 44.0%であり、混合物は、血糖自己測定用採血針 64.8%が最も多かった。廃棄方法の説明を受けたと回答したのは 83.8%で、説明者は看護師が 43.1%であった。説明時期は導入時のみ 53.5%、継続説明 12.3%であり、院内掲示ポスターの認知率は 23.6%であった。
【考察】血糖測定関連使用済み針では家庭ごみ廃棄の割合が高く、自己注射針と比較して危険性の認識が低い可能性がある。また廃棄方法の説明は継続的に行われているものの、時間の経過に伴い理解や記憶が十分に定着していない可能性が示唆された。
【結論】外来通院の経過に応じた廃棄方法の継続的な確認と、地域の回収体制の周知が重要である。



## P-10
## インスリン導入期における患者の心理的プロセスと特定行為の影響

◯十時 綾子、小川 亜沙美、時枝 佳世、内村 作子
公益財団法人健和会　健和会大手町病院

【目的】インスリン導入期にある患者の心理的プロセスを明らかにし、その過程に特定行為を行う看護師の関わりがどのように影響しているかを検討することで、看護介入の示唆を得ることである。
【方法】インスリン導入期に特定行為を受けた外来患者 3 名に対し、インスリン療法や特定行為に関する思いについて半構造化面接を行い、逐語録を質的帰納的に分析した。本研究は所属施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】分析の結果、患者の語りから 4 つの局面が見出された。①導入時の複雑な感情では、「注射に抵抗があった」「治ると思っていた」「家族が支えになった」など、抵抗感や否認、家族の影響に関する語りがみられた。②導入後の生活負担では、「注射が痛い時がある」「一番怖いのは低血糖」などの語りに加え、若年者では「家族が血糖の変化を見てすごく心配した」「どのくらい高いとダメか知りたかった」「家族に説明しづらかった」など、生活上の負担や初期からの情報提供ニーズ、家族との認識のズレに関する語りがみられた。③セルフケアの工夫と意欲では、「ラムネを携帯している」「自分で調整できるようになった」など、セルフケアの工夫や意欲、自己調整への自信に関する語りが得られた。④療養に対する安心感では、「すぐに相談できて安心」「家族に見守られて安心」「血糖が落ち着き安心」など、看護支援や家族・周囲からの支援に対する安心感、血糖管理への見通しが語られた。特定行為に関する語りとして、「こまめに気にしてくれて助かった」「その場で判断してくれ安心した」など、即時性や専門性への信頼が示された。
【考察】特定行為に関する語りでは、細やかな投与量調整の即時性や専門性に対する安心感が示されており、これらが自己調整への自信や血糖管理への見通しに影響している語りもみられた。また家族・周囲からの支援も各局面で語られており、安心感に寄与していることが示唆された。導入期には患者の心理的プロセスに応じた継続的支援と、患者を支える家族・周囲への早期介入が求められる。さらに、患者と家族が早期に共有理解を形成できるよう、計画的な情報提供が必要である。

ポスター

## P-11
## 地域で支える在宅インスリン治療の実現に向けた多職種研修会の実践ープライマリケアの視点からー

◯旭 翔子、橋本 修嗣
はしもと総合診療クリニック

【目的】
糖尿病がある人の増加と高齢化に伴い、訪問診療患者への在宅インスリン治療の機会が増加している。地域では糖尿病専門医不足により総合診療医が中心となる診療体制が広がっており、患者の生活に寄り添った安全かつ継続可能な血糖マネジメントには、多職種が共通理解のもと連携することが不可欠である。糖尿病専門医と総合診療医双方の診療現場での経験から、地域における支援体制整備の必要性を認識し、多職種研修会を企画・実施したため報告する。
【実践内容と方法】
在宅医療に関わる医療・介護福祉職33名を対象に研修会を開催した。内容は、在宅インスリン治療の課題共有、血糖モニタリング機器の講義、実機体験とした。研修前後にGoogleフォームを用いたアンケートを実施し、研修前14名、研修後22名から回答を得た。本取り組みは所属施設長承認のもと実施しており、対象者には事前に趣旨説明を行い、研修会参加およびアンケート回答は自由意思によるものとした。アンケートは無記名で実施し、個人が特定されないよう配慮した。
【結果】
参加者は訪問看護師17名、調剤薬局薬剤師3名、クリニック看護師3名、医師2名、介護施設看護師2名、理学療法士1名、行政保健師1名、生活相談員1名、介護福祉士1名、看護助手1名、薬学部学生1名と多職種にわたった。血糖モニタリング機器への理解が深まり活用への安心感が向上し、在宅インスリン治療に対して「自信がある」と回答した割合は研修前14%から研修後55%へと増加した。血糖変動の可視化が安全な血糖マネジメントの理解につながるとの意見も多く得られた。また、多職種交流により相互理解の深まりと連携のしやすさへの意識変化も認められた。
【考察】
多様な職種の参加から、在宅インスリン治療を支える学習ニーズが職種横断的に存在することが示唆された。専門職個人の知識向上に加え、多職種が共通理解のもとで学び合う機会が重要である。さらに、実機体験や対面交流は、多職種間の心理的距離を縮め、在宅支援への参加意識や自己効力感の向上につながった可能性がある。本研修会は、多職種連携の促進と在宅インスリン治療を支える体制づくりの一助となる可能性が示唆された。

ポスター

## P-12
## クリニックにおけるAGPレポート活用の現状と課題

◯浅井 和江、福原 佳江
草加パートナーズ内科・糖尿病クリニック

**【目的】**Aクリニックでは CGMは導入していたものの、それを診察やケアに活かせていなかった。そこで2023年に看護師・検査技師を対象にCGM導入する方への指導方法及びAGPレポートの読み解きについて勉強会を行った。また糖尿病を持つ人に対して2023年末よりAGPレポートを活用した介入を開始した。CGM利用者は増加する中で、本調査を通してチーム医療の質向上に向けて課題を明らかにしたい。
**【方法】**研究期間：2026年1月19日～3月末日
**研究対象**：X群；Aクリニックに勤務している常勤看護師3名、非常勤看護師3名、臨床検査技師3名、Y群；医師10名
**データ収集・分析方法**：選択式および自由記載を含む質問紙を用い、自由記載については集計後操作的にカテゴリー化した。
**倫理的配慮**：対象者には文章と口頭で説明を行い、不参加であっても不利益が生じない事、得られた情報は個人が特定されないよう配慮し、本研究以外には使用しない事、終了後は速やかに裁断処理後に破棄した。また、院長の承認を得て行った。
**【結果】**1、X群ではAGPレポートを見るようになってから当事者への関心が深まっている一方で、CGM利用者の介入時には負担を感じていた。負担の内容や困っていることを帰納的にカテゴリー化した結果AGP使用者増加による要素、介入の困難感、有用性、専門性の4つ、サブカテゴリーは10、31のコードが抽出された。2、Y群では全員がAGPレポートを活用した介入に意義を感じていた。自由記載からは有益なこととして役立つ情報が得られる、当事者に与える影響、治療の円滑を感じていた。また伝達方法や継続するため5つの要望があった。
**【考察】**①X群の負担内容からY群の継続するための5つの要望を検討する必要性②X群の介入困難感、有用性や専門性では、介入した結果を共有する方法や学習機会の提供やフィードバックを行う必要性が課題として明らかになった。

ポスター

## P-13
## 更年期女性の糖尿病管理における ICT 活用の現状と課題：スコーピングレビュー

◯小原 柊那、轟 春菜、宮崎 結茉、濵野 初恵
富山県立大学看護学部看護学科

【目的】
更年期女性はホルモン変動に伴う身体的・心理的変化により、糖尿病の自己管理が困難になりやすい。本研究は、糖尿病を有する更年期女性に対する ICT 活用の現状と課題を明らかにし、今後の看護支援への示唆を得ることを目的とした。
【方法】
医中誌 Web および CiNii Research を用いたスコーピングレビューを実施した。検索語は「糖尿病」「更年期」「テクノロジー」「女性」等とし、抽出された 40 件の文献から選定基準に基づき 7 件を分析対象とした。各文献の目的、対象、方法、結果を整理し、その内容を比較検討した。なお、本研究は公開された既存文献を用いたレビュー研究であり、対象者の個人情報を扱わないため、倫理審査は要しない。
【結果】
対象文献 7 件のうち、更年期女性を主対象とした研究は 1 件のみであり、他 6 件は糖尿病患者全般を対象としていた。ICT 介入（健康情報記録アプリ、モバイルヘルス、運動支援アプリなど）の効果としては、HbA1c、体重、血圧、脂質など身体的指標の改善が報告されており、記録の可視化やフィードバックがセルフマネジメント行動を促進することが確認された。しかし、更年期特有の心理的課題（抑うつ、不眠、疲労感など）に対応した支援について言及した研究はほとんどみられなかった。
【考察】
ICT 活用は糖尿病の身体的指標の改善に有用であるが、現状の支援は更年期女性特有の心理的・生活的課題を十分に反映できていない。更年期女性を対象とした研究が少ない背景には、一般的な ICT 利用における世代間差や、当該世代のニーズに合致したツールの不足が影響していると推察される。今後は、更年期世代の特性を踏まえ、心理面を含めた包括的支援が可能なフェムテック（女性特有の健康課題を解決するテクノロジー）の開発と、それを活用した看護介入の検討が求められる。

ポスター

## P-14
## 2 型糖尿病患者の技術受容の認識とモバイルヘルスアプリ利用との関連

◯金 佳延、柴山 大賀、工藤 理恵
筑波大学

【目的】
本研究は、外来通院中の 2 型糖尿病患者を対象に、mobile Health (mHealth) の利用実態とそれに対する技術受容の認識、e ヘルスリテラシー、および治療的背景との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】
A 県内の 1 医療施設において、外来通院中の 2 型糖尿病患者を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、基本属性、治療的背景、mHealth 利用の有無、e ヘルスリテラシー（eHealth Literacy Scale：光武ら ,2011) を評価した。また、技術受容の認識は、技術受容性アンケート（出光 ,2021) の下位尺度（知覚された有用性、知覚された容易性、社会的影響、利用への態度、利用への行動意図）により評価した。分析は、mHealth 利用の有無により対象者を 2 群に分け、各項目について Mann–Whitney の U 検定を用いて群間比較を行った。患者の基本属性および治療的背景と mHealth 利用の有無に及ぼす影響の検討は、$\chi^2$ 検定を実施した。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】
72 名のうち、同意が得られた 71 名の有効回答を分析した。mHealth の利用率は 25.4% であった。利用群と非利用群を比較した結果、利用群では罹病期間が有意に長かった（Z=2.93,p< 0.05)。また、治療方法の分布は両群で有意に異なり、利用群ではインスリン治療を受けている者の割合が高い傾向にあった (55.6%vs41.5%)。さらに、技術受容の認識では、下位尺度のうち「知覚された容易性」が mHealth の利用と有意に関連していた（Z=2.34, p<0.05)。

【考察】
本結果より、日本において 2 型糖尿病患者の mHealth 利用を促進していくためには、罹病期間やインスリン治療の有無といった患者の治療的背景を考慮した導入支援が重要であることが示唆された。また、患者が「操作が簡単で使いやすい」と感じるようなアプリの操作性の改善や、導入初期における操作支援体制の整備をすることの必要性が示された。これにより、日本の 2 型糖尿病患者における mHealth の普及とセルフケア向上が期待できると考えられる。

ポスター

## P-15
## インスリンポンプ治療導入のための短期集中プログラムの作成

◯尾川 博美、井上 優香、中西 真紀、今井 晴恵、山内 紀美、池田 弘毅
医療法人社団　正名会　池田病院

【目的】CSII 療法は SAP や AID などの新しい技術や機能が加わり、著しい進歩を遂げている。1 型糖尿病患者がこの機器を確実にかつ安全に使用するには、治療法の理解や機器操作法習得のための指導プログラムが必要である。今回一週間しか入院できない症例のために CSII 導入パスを作成した。実際に導入した経過も合わせて報告する。
【方法】①外来・病棟看護師 20 名に CSII 導入時に必要な指導項目や内容、役割分担についてアンケート調査を行った。②アンケートの意見を参考に一週間の CSII 導入パスを作成、各担当スタッフの指導内容や時間を組み込み評価シートも作成した。③作成したパスを 1 型糖尿病 24 年の 48 歳女性へ適用、パスの評価、問題点の検討を行った。倫理的配慮として、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施し、報告に際しては個人が特定されないよう匿名性に配慮した。
【結果】①指導項目としてはシリンジの取り扱い、セット交換の操作方法の習得が最も重要。ポンプ療法におけるボーラス調整やカーボカウントの習熟が必要であり、指導内容の進捗を知りたい、との要望が多かった。②パスの概要：入院初日は冊子と動画視聴の説明から始め、ポンプ療法を開始。2 日目は装着状況の確認とともに血糖値の確認、インスリン量の評価を行い、機器使用法の実技練習を開始する。3 日目にはインスリンの調整や機器のセット交換指導、同時にスマートガードへ移行して、自動調節機能の説明を行う。一週間で機器操作方法の指導を完了し、カーボカウントによるボーラスの調整まで指導する。各指導に対する理解度や習熟度の評価はチェックシートに記入してスタッフ全員が確認できる状況とした。③一週間の指導でカーボカウント、血糖値入力、ボーラス操作手技は習得出来ていたが、セット交換時に充填量の計算、シリンジの取り扱い手技が不十分であった。セット交換の指導は再指導まで行ったが、外来でのサポート項目とした。
【考察】短期集中 CSII 導入プログラムは患者と医療スタッフが一つの目標に向かって相互理解と実践能力を高める貴重な時間となった。目標達成に向けて習得不十分な項目の指導継続が必要であり、外来での個別指導体制強化や病棟 - 外来の緊密な連携が不可欠と思われた。

ポスター

## P-16
## A 病院における皮下硬結に対する患者指導後の HbA1c の変化と今後の課題

◯髙橋 理奈
地方独立行政法人　山形県・酒田市病院機構　日本海総合病院

【目的】
インスリン自己注射は導入時に指導が行われるが、インスリン自己注射歴が長期に渡ると独自の手技になったり同一部位への反復注射がみられたりすることがある。その結果、皮下硬結が形成され、インスリンの吸収が不安定となり血糖管理へ影響を及ぼす場合がある。A 病院ではこれまで、インスリン自己注射を行っている患者に対する定期的な皮下硬結の評価は充分に行われていなかった。今回皮下硬結のある患者に対して指導を行い、介入前後の HbA1c の変化を評価し、今後の院内活動への示唆を得ることを目的とした。
【実践内容と方法】
2023 年 9 月～ 2026 年 3 月に、A 病院通院中の患者 102 名を対象に医師の診察前に面談を実施した。内容としては、生活状況の振り返りや栄養指導の提案、服薬状況の確認、インスリン注射部位の確認などを行った。明らかな皮下硬結を認めた 9 名に対しては硬結部位を避けた注射方法の指導を実施した。このうち指導後 1 年以上経過した 6 名を対象に、介入前と 1 年後の HbA1c の推移を評価した。また、所属施設の倫理審査委員会による承認を得て実施した。
【結果】
対象者は男性 3 名、女性 3 名の計 6 名であった。介入時の平均年齢は 54.8 ± 15.2 歳、病型は 1 型糖尿病 3 名、2 型糖尿病 3 名、インスリン自己注射歴は 12 ± 6.7 年であり、全例で介入時の HbA1c は 9%以上であった。介入 1 年後の HbA1c は最大 3.2%低下し、平均－ 1.0 ± 1.1%の変化を認めた。
【考察】
本取り組みでは、調査期間中にインスリン投与量の調整や複数の治療介入が行われており、皮下硬結に関する指導のみの効果を明確に示すことは困難であった。しかし、指導を行うことで患者が皮下硬結部位を避けてインスリン注射を実施するための意識付けにつながったと考える。また、外来患者への面談を実施することで皮下硬結を形成している患者が一定数存在することが明らかとなった。そのため、インスリン自己注射導入時のみならず定期的な皮膚の観察や再指導が重要である。今後は院内でのインスリン自己注射導入時のフローに皮下硬結予防に関する説明を組み込み、患者がインスリンを適切かつ効果的に使用できる支援体制を構築していく必要がある。

## P-17
## 週１回持効型インスリン注射製剤イコデク（アウィクリ®）を使用した患者の特徴と考察

◯鈴木 愛子、落合 奈津子、竹内 すみよ、
松村 結理、前田 一、郷内 めぐみ、柴田 恵理子、
前田 聡子、平尾 節子、平尾 紘一
H.E.C サイエンスクリニック

【目的】インスリン注射を必要とする糖尿病患者にとって、頻回な自己注射の負担は大きい。そこで、週１回持効型インスリン製剤イコデク（以下イコデク）を導入した患者の特徴を明らかにし、看護支援について検討する。
【方法】2025 年２月～11 月にイコデクを開始した 65 歳以上の糖尿病患者を対象とし、患者背景、HbA1c、自己注射の有無、導入理由について診療録より後ろ向きに解析した。なお、本研究は所属施設の倫理審査委員会による承認を受け、個人情報保護への倫理的配慮を行い実施した。
【結果】対象は 19 名（男性８名・女性 11 名）、１型糖尿病２名・２型糖尿病 17 名、年齢 82.4 ± 6.8 歳、罹患年数 29.1 ± 10.4 年、開始時 BMI22.0 ± 3.6、開始時 HbA1c8.8 ± 1.16%、開始４ヶ月後 HbA1c7.9 ± 0.9%であった。新規導入９名、他のインスリン製剤からの切替えが 10 名、投与者は本人６名、本人以外 13 名であった。他製剤から切替えた 10 名中８名は自己注射をしていたが、イコデク導入をきっかけに８名中６名は他者投与となった。導入理由は「血糖悪化による他製剤からの変更」７名、「認知機能低下による他者投与」７名、「その他」５名であった。
【考察】本研究では、イコデクを導入した約７割が他者投与であり、新規導入例および他製剤からの切替え例のいずれにおいても、他者投与の割合が高いことが明らかとなった。導入理由に認知機能の低下が一定数含まれていたことから、高齢で自己注射手技の習得や継続が困難な患者が多く、他者投与を前提としたインスリン治療が選択されている実態が示唆された。また、HbA1c は低下したが、対象には新規導入例と切替え例が混在し治療背景も一様ではないため、イコデク導入による直接的効果の評価は困難であった。しかし、投与回数の減少や他者投与により、治療の継続性やアドヒアランス向上に寄与した可能性が考えられた。以上のことから、イコデクは自己注射が困難な高齢糖尿病患者において、他者投与を前提としたインスリン導入を可能にする選択肢の一つとなり得ると考えられた。看護師は、高齢糖尿病患者においてセルフケア能力だけではなく、家族や訪問看護師を含めた投与体制を評価し、継続可能な治療支援が重要である。



## P-18
## 週１持効型インスリン注射製剤インスリンイコデク（アウィクリ®）に切り替えた高齢糖尿病患者の事例

◯落合 菜津子、鈴木 愛子、竹内 すみよ、
松村 結理、前田 一、郷内 めぐみ、柴田 恵理子、
前田 聡子、平尾 節子、平尾 紘一
H.E.C サイエンスクリニック

【目的】高齢糖尿病患者において、頻回な自己注射は身体的・精神的負担が大きい。2024 年に発売されたインスリンイコデク（以下イコデク）を導入し血糖コントロールの改善が得られた１例を報告する。
【実践内容と方法】事例報告。A 氏、90 代女性、独居、２型糖尿病（罹患歴 25 年）。イコデク導入前はインスリングルリジン 6-6-6-0。イコデク導入時 HbA1c8.3%、身長 145.8㎝、体重 62.9kg、BMI29.6。導入から４か月間の経過を評価。個人情報の使用については口頭で同意を得た。
【結果】A 氏は 90 代であるが、１日３回の自己注射を実施出来ていた。2024 年末頃から手関節痛と認知機能低下疑いにより血糖悪化。腹部にはインスリンボールが認められローテーションを促すも長年の慣れもあり修正困難。血糖改善の目的でイコデク 60 単位を導入し、当初は自己注射としての指導を行うも注射手技が自己流である事を自覚され、元々利用のあった訪問看護師に注射実施を依頼し、本人も消極的だが受け入れた。同時に週１製剤のセマグルチド 0.25㎎も併用され、その結果４か月間で HbA1c8.3%から 7.2%へ、BMI は 29.6 から 27.1 へ低下。１日３回のインスリングルリジンが中止された。自己注射から他者注射へと変更後、血糖改善し週１注射製剤のみの治療となった事で「楽になった」「血糖値を測る事が楽しくなった」との発言が得られた。
【考察】本症例では、長年の自己管理方法を見直し他者による投与へ変更した事が、血糖コントロールの改善及び治療負担の軽減に繋がったと考える。イコデクは患者本人以外でも管理・投与が可能であり、高齢患者におけるインスリン治療の選択肢を拡大する可能性がある。今後は家族や訪問看護師による投与支援の需要増加が予想され、看護師はその調整役として多職種連携を強化する必要がある。現在、訪問看護師からの血糖値報告や問い合わせ連絡も頻回な為、訪問看護介入者リストを作成し、スタッフ間での情報共有にも努めている。また、本症例では A 氏には認知症診断は無いものの年齢相応の認知機能低下の可能性も示唆されており、これを踏まえ、自己注射を行う多くの高齢患者に対し注射手技や投与状況の定期的な評価の重要性が示された。

ポスター

## P-19

## 高齢独居の２型糖尿病患者に週１回のインスリン製剤と持続血糖測定器を活用して自宅退院を支援した事例

◯井澤 康高[1]、中村 卓哉[1]、栗林 莉華[1]、嶋 留衣[1]、永瀬 紗奈衣[1]、疋田 美雪[1]、土屋 嘉瑞明[2]、細見 由佳子[2]、中島 寿樹[2]

[1]独立行政法人地域医療機能推進機構　神戸中央病院看護部、[2]独立行政法人地域医療機能推進機構　神戸中央病院　糖尿病内科

【目的】自宅での療養生活が難しくなった 80 歳代、２型糖尿病患者Ａ氏の事例を振り返り、独居の自宅へ退院することができた要因について考える。
【実践内容と方法】Ａ氏は内服管理と食事療法の継続ができず HbA1c が 10.5％となり、この１年の間に２回目の入院となった。血糖コントロールを行うためにはインスリン施注が必要であったが、自身でのインスリン施注が困難で、施設入所を視野に入れた入院であった。入院後すぐに本人が「自宅に帰りたい」という思いを吐露され、自宅退院を検討することとなった。Ａ氏は要介護２を持っておりデイサービスと訪問看護を利用していた。訪問看護の利用は週１- ２回が限度であり、家族の毎日の訪問は難しかった。医師と急性合併症を起こさず入院回避できる血糖値の維持を治療目標とし、介護サービスを利用して投与のできる週１回持続型溶解インスリンアナログ製剤と GLP-1 受容体作動薬を使用することとなった。また投与後２－４日目に起こりやすい低血糖を回避するため、医師や本人、家族と検討を行い持続血糖測定器を導入し本人が血糖を確認できるようにするだけでなく、クラウド共有を利用して家族が血糖値を確認できるようにした。持続血糖測定器の装着や設定方法について入院中に訪問看護師に見学に来てもらい退院後の注意点について連携を行なった。
【倫理的配慮】看護部倫理委員会の承認を受け、本人と家族に研究の趣旨を説明し同意を得た。
【結果】Ａ氏は週２回の訪問看護と家族の支援で自宅退院し、家族と本人が血糖値を振り返り、間食の取り方や内容について話をして食べる工夫を行いながら在宅療養を継続することができた。
【考察】今回Ａ氏の希望を尊重して在宅療養が可能な血糖管理目標とし、週１回の薬剤を使用し、持続血糖測定器のクラウド共有を利用することで自宅退院が実現できた。しかし今後Ａ氏の日常生活自立度の低下や介護サービスを利用しても急性合併症を防ぐことができない状況になった時に本人、家族がどのように療養を続けていくかを考え、意思決定するための支援が課題となる。

ポスター

## P-20

## 認知機能低下により、在宅療養生活の継続が困難とされた患者を自宅退院へ繋げた一症例

◯下山 颯斗
医療法人王子総合病院

【目的】日本の 65 歳以上人口は 3619 万人となり高齢化率は過去最高の 29.4％に達している。高齢化が進むにつれ在宅での服薬や注射などのセルフケアができず、社会的サポートがないと糖尿病管理を継続することが困難となり患者本人の意思に沿わない療養場所での生活となってしまう事例も少なくない。今回は認知機能低下により在宅療養生活の継続が困難と思われた患者を自宅退院へ繋げた症例を報告する。本症例報告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。
【実践内容と方法】Ａ氏 70 歳代女性。既往歴 :2 型糖尿病、甲状腺疾患、膵腫瘍切除後。現病歴 :X–7 年 10 月より当院通院開始。通院当初は概ね HbA1c:6-7％台で経過していたが、X-1 年３月頃より HbA1c:8 － 9％台まで上昇。インスリン注射の残数が合わないことから認知機能低下による糖尿病管理不良の可能性を疑い、施設入所も視野に入れての教育入院となった。家族構成 : 三男と同居。受診は近隣に住んでいる妹が付き添っていた。妹もＡ氏と同年齢であり、認知機能低下を認めていた。外来受診時に血糖コントロール不良の原因を確認しようとするが一方的に妹が話してばかりでＡ氏は座っているだけのことが多く、実際のインスリン自己注射の状況や生活状況が外来では把握困難であった。入院後インスリン自己注射手技や療養生活における知識を確認しＡ氏と今後の療養生活について相談。自宅退院を希望していたため主治医と目標を共有した。インスリン自己注射手技は繰り返し指導を行うもＡ氏単独でのセルフケア確立には至らなかった。そのため三男にも手技や療養指導を行い、受診付き添いやインスリン投与の見守りを依頼した。また退院後も継続して介入できる様に入院中の情報や指導内容を細かく療養指導室に共有した。
【結果】退院後のインスリン自己注射管理や受診の付き添いを三男に依頼したことでＡ氏は自宅退院が可能となり現在も在宅療養生活を継続できている。
【考察】高齢化により今後同様な事例に直面することも多くなると考えられる。患者によって社会背景は異なるが、今後も患者の意思を尊重できるような方法を提案していくことが看護師としての重要な役割であると考える。

## P-21
## 在宅自己注射をしている軽度認知症の高齢糖尿病患者について

○福田 恵、武田 美江、水元 まさよ、
沼田 菜の花、榊原 菖
医療法人社団　武田クリニック

【目的】軽度認知症の高齢患者について血糖管理に苦慮したが訪問看護導入により薬剤管理と血糖マネジメントも可能になった症例について振り返る。
【実践内容と方法】学会発表の趣旨と個人情報の保護について口頭で説明し同意を得た。症例検討。患者紹介：８０代女性。１０年前にＤＭ指摘され持効型インスリンにて治療中。軽度認知機能障害あり。2年前から当院受診開始、毎月娘に付き添われて来院。注射と内服も忘れがち。リブレにて血糖測定中。当院初診時データ HbA1c8.8%。当院へ毎月受診するがHbA1c は９％超えリブレは測定も持参も忘れてしまう状況が続いた。娘へリブレについて確認を再三お願いするが改善はなかった。ご本人は受け答えがはっきりし、認知機能に問題はなく感じるが実際には忘れっぽい状態であった。注射に関してはノートへ毎日注射の針の蓋シールを張り付けて確認していくこととした。ノートはたまに持参するが数日打てていない期間が多く２月は１回しか打てていなかった。内服に関しても自宅に残薬がたくさんあるとの娘からの情報。孫と同居しているが日中は１人で生活。服薬や注射の管理などは協力不可能であった。担当医と相談し訪問看護を申請し注射の管理等を中心に開始することとした。当初ご本人と娘は元気で困っていることはない為訪問看護を受け入れは悩んでいた。しかし高血糖状態を改善するために必要であることを納得していただいた。訪問看護が始まると注射状況について残量にて確認してもらい、内服も薬剤師居宅管理が開始され確実に内服できるようになった。リブレも毎日測定し持参も忘れずに受診できるようになってきた。
【結果】訪問看護により注射と内服を忘れることがほとんどなくなった。HbA1c も徐々に改善傾向となった。リブレも測定を促してもらいかざすことも習慣になり、リーダーの持参もできるようになった。
【考察】今症例では毎月来院できるが在宅での治療に苦慮した。家族がいる場合は軽度認知症があっても家族の見守りなどで順調に経過できることが多い。しかし協力体制が家族から得ることができない症例に関しては訪問看護や薬剤師居宅管理を開始し管理していくことが重要である。



## P-22
## 血糖コントロールが困難な認知症のある高齢者の療養状況を捉える訪問看護アセスメントの視点―「在宅療養の全体像」の描出―

○川村 崇郎[1]、陳 俊霞[3]、安田 真美[2]、丹野 志保[3]
[1]防衛医科大学校、[2]常葉大学、[3]国際医療福祉大学

【目的】
実践知の高い訪問看護師が、血糖コントロールが不良な認知症のある高齢糖尿病患者の療養状況を、どのようなアセスメントの視点を用いて捉えているのか明らかにすることを目的とする。
【方法】
質的研究デザインを採用した。対象は訪問看護経験5年以上を有し、①糖尿病・在宅・認知症・高齢者看護のいずれかに関連する専門資格保持者、または②訪問看護ステーション管理者のいずれかに該当する訪問看護師17名とした。半構造的面接で収集したデータをテーマ分析法で分析した。なお、研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得た。
【結果】
以下の4テーマ《　》と10サブテーマ〈　〉が抽出された。Ⅰ.《生活基盤の脆弱化に伴うリスク不可分な療養実態》:〈医学的危機と隣り合わせにある制御不能な糖尿病療養〉、〈介護力欠如と介入阻害因子の重層により深まる療養の孤立化〉、〈認知の変容がゆらがす療養基盤〉、〈生活の継続を脅かす心身の脆弱性とリスクの常態化〉Ⅱ.《生活実態を見落とした医療的視点による療養の形骸化》:〈在宅療養の「見落とし」がもたらす情報不足と不確実性〉、〈生活のリアリティを欠いた医療が招く療養の機能不全〉Ⅲ.《生活の主体者が内包する療養の原動力への着目》:〈療養に活かせる本人・家族の力と意欲をすくい取る眼差し〉、〈「認知症だから」「糖尿病だから」という先入観の払拭〉Ⅳ.《生活の「断片」を専門知で紡ぎ合わせる療養の全体像の描出》:〈生活の「断片」から空白の時間を読み解く療養実態〉、〈エビデンスに基づく「全体像を捉える眼」の獲得〉
【考察】
認知症のある高齢糖尿病患者の療養基盤は、認知症の症状や介護力欠如、心身機能の低下等により脆弱である。さらに在宅という「見落とし」の起こりやすい環境で、生活実態を欠いた医療・看護の提供は療養の形骸化を招き、構造的なジレンマを深化させる。この状況を脱却すべく、実践知の高い看護師は視点を転換し、療養を軌道に乗せるため高齢者や家族がもつ「原動力」に着眼する。さらに、高齢者の生活の中に断片的に潜む情報を拾い集め、専門知を用いてその情報を解釈・統合することで療養の全体像を描出すると考察された。

ポスター

## P-23
## 認知機能低下がある 1 型糖尿病患者と患者を支える家族への関わり

◯中村 彰子、田村 美和、吉本 香代子、
神崎 さやか、仙波 英徳、藤岡 耀祐
一般社団法人永頼会松山市民病院

【目的】アルツハイマー型認知症と診断された 1 型糖尿病患者のインスリン自己注射管理と患者をサポートする家族への支援と今後の課題について報告する。
【実践内容】 80 歳代女性独居、20 分圏内に長女在住。X 2 年急性発症 1 型糖尿病と診断インスリン注射導入、X3 年頃から注射の打ち忘れがあり、主治医、療養指導士、薬剤師間で自己注射管理シートを用い打ち忘れ防止に取り組んだ。X4 年血糖管理悪化、チーム間で相談、注射が打てていない可能性を考え、家族施注を本人と長女に提案した。X5 年神経内科紹介、アルツハイマー型認知症と診断、その後も HbA1c12%台まで上昇、本人、長女、ケアマネージャーと訪問看護師で相談、入院血糖管理後施設入所予定となった。
【倫理的配慮】患者・家族へ研究の主旨を説明し同意を得た。
【結果】 自己注射管理シートを用いると毎回記載し持参した。X4 年血糖管理悪化、注射が打てていない可能性を考え、チーム間で家族施注について本人および長女へ提案したところ、本人は「できる」と発言後に沈黙し視線を下に向けた。手技確認の結果、自己注射継続は可能と判断、その旨を説明したところ表情の緊張が緩和した。その後、再び血糖管理悪化が認められたため、長女へ再度施注を依頼した際には、「一人でのサポートが負担であった」と涙ながらに発言した。当院ソーシャルワーカーに依頼、ケアマネージャー、訪問看護師と本人、長女で相談、入院血糖管理後施設入所予定となった。
【考察】今回、自己注射の可否について十分な確認がない段階で困難と判断し、家族施注を提案したことにより結果として医療者側の判断が先行した可能性がある。その後患者、長女を認め、尊重した支援を行った。また多職種で患者に関わった結果、信頼関係が築けセルフケア確立に向け一緒に取り組むことができた。自分は地域のサポートを提供するのは最後の手段だと思いケアマネジャー、訪問看護師への連絡が最後になった。早い段階から情報共有しながら一貫したケアを提供することで患者はもちろん家族への精神的、実質的サポートができたのではないかと考え今後の課題とする。

ポスター

## P-24
## 糖尿病患者におけるアドバンス・ケア・プランニングの知識・態度・実施状況に関する文献レビュー

◯富田 愛音、色摩 茉衣子
滋賀医科大学医学部看護学科

【目的】糖尿病は長期的な治療継続と合併症管理を要する慢性疾患であり、合併症の発症・進行により治療選択が複雑化するため、患者の価値観や治療目標を踏まえた継続的な意思決定支援が重要である。近年注目を集めているアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP；リビングウィル等の関連概念を含む）は、急変時や終末期医療を中心に議論されてきたが、糖尿病患者における ACP の実態は十分に明らかになっていない。そこで本研究では、糖尿病患者における ACP に関する知識、態度および実施状況について明らかにすることを目的とする。
【方法】2026 年 3 月に PubMed および医学中央雑誌 Web 版を用いて、糖尿病患者を対象とした ACP に関する論文を検索した。検索対象期間は、検索時点までに公表されたすべての論文とし、糖尿病および ACP 関連概念に関するキーワードを組み合わせて検索した。包括基準・除外基準に基づき論文のスクリーニングを行い、該当論文を抽出した。
【結果】2008 年から 2026 年に発表された 10 件の論文が抽出された。抽出された 10 件の論文のうち、ACP に関する知識を検討した論文は 4 件、態度を検討した論文は 6 件、実施状況を検討した論文は 8 件であった。ACP に関する知識は、いずれの論文においても低い傾向を示した。一方で ACP に対して肯定的な態度を示す報告が多くみられたが、ACP 実施に対する障壁も報告されていた。各研究で報告された ACP 実施割合は、12.5～60.0%であり、事前指示書またはリビングウィルの保有割合は 1.2～25.7%であった。
【考察】糖尿病患者は ACP に対して肯定的な態度を示す一方で、ACP に関する知識の不足や ACP 実施に対する障壁が認められた。また、ACP 実施状況は研究間でばらつきがみられた。以上より、長期的な療養継続を要する糖尿病患者に対しても、ACP 関連情報の提供や ACP 実施に対する障壁の把握を含めた継続的な ACP 支援を行うことの重要性が示唆された。

ポスター

## P-25
## 小児期発症１型糖尿病発症時の退院支援を円滑にする多職種連携

◯石川 万里子、角 恵子、陰山 美保子
島根大学医学部附属病院

【目的】A 病院では 1 型糖尿病発症による入院は 2 ～ 3 年に 1 例程度であり、小児病棟看護師の経験も少ない。また、発症直後とはいえ早期に社会復帰を目指すのは小児医療の目標のひとつであり、A 病院でも 14 日以内の退院を目指し、達成できている。経験が少ない医療スタッフであるが、入院早期から多職種で退院支援を開始する仕組みを構築できたので報告する。
【実践内容と方法】1 型糖尿病を疑う児の入院が決定した時点で病棟看護師長が調整し、入院当日か翌日には医師、薬剤師、管理栄養士、関連部署の看護師が集まり治療・支援方針や役割を確認する。その後、病棟看護師は患児の年齢や発達段階に応じて心理状況を把握し、適切な教育的介入開始時期を考え、多職種に提案する。それにより薬剤師、管理栄養士らは医師の指示の指導を行う。退院支援看護師は、入院早期に患児が通学する学校と調整を開始し、入院中に連携カンファレンスを開催する。倫理的配慮：発表に際し所属施設の承認を得た。
【結果】病棟看護師は急な発症や入院に対する思いをくみ取りながら患児の様子や発言に注目し、教育開始のタイミングを見極めたり、患児と学校生活再開の準備をしたりする。自己注射や血糖自己測定の練習は、患児自身が「やってみよう」と思えるまで待って開始している。開始時の説明は自己注射を薬剤師、血糖自己測定を外来看護師が担当する。管理栄養士は、日常の食生活の聞き取りをしながら、今後の食生活について患者・家族と一緒に計画する。学校との連携カンファレンスでは、学校側の準備や心配事について一緒に考えたり、調整したりしている。
【考察】多職種で役割分担することで教育的介入を他職種に移譲できるため、病棟看護師は精神的支援に重点を置くことができる。病棟看護師を中心とした多職種の役割分担や進行状況の共有は、患児や家族に対する一貫した支援につながっていると考える。また、情報共有しながら介入を進められることは、患児に関わる医療スタッフ個々の精神的負担を軽減できている。入院早期に学校との連絡を開始しているため、学校との連携カンファレンスを入院期間内に開催でき、退院翌日の通学再開につながっている。

ポスター

## P-26
## 妊娠糖尿病既往女性への継続的看護支援に関する文献検討

◯新井 惠津子
香川県立保健医療大学

【目的】妊娠糖尿病（gestational diabetes mellitus：GDM）既往女性は，将来的な 2 型糖尿病（type2 diabetes mellitus：T2DM）発症ハイリスク群であり，産後早期からの生活習慣改善および継続的フォローアップが重要である。しかし，育児負担や生活環境の変化により，産後の受診中断やセルフケア継続困難が生じやすく，長期的な糖尿病予防支援体制は十分に確立されていない。本研究は，GDM 既往女性への継続的支援に関する文献を整理し，T2DM 発症予防に向けた看護支援の方向性を明らかにすることを目的とした。
【方法】PubMed，CINAHL，医中誌 Web を用いて，「gestational diabetes」「 follow-up」「nursing」「postpartum care」をキーワードに 2016 ～ 2025 年の文献検索を行った。会議録・解説を除く原著論文を対象とし，GDM 既往女性への産後フォローアップ支援，生活習慣改善支援，継続受診支援に関する文献を選定した。対象文献を精読し，療養継続上の課題，有効な支援内容，支援体制に関する分析を行った。
【結果】GDM 既往女性では，育児優先による自己管理困難，糖尿病発症リスク認識の低下，産後フォローアップ受診率の低さ，セルフケア行動の中断が主要な課題として抽出された。一方，有効な支援として，個別性を踏まえた保健指導，継続的フォローアップ，家族を含めた支援，多職種連携，遠隔支援，生活習慣介入が整理された。特に，成功体験の積み重ねや継続的支援は自己効力感を高め，行動変容維持に寄与する可能性が示された。また，看護職・助産師の糖尿病予防支援に関する知識不足，医療機関間連携不足，産後支援体制の未整備が継続支援上の課題として確認された。
【考察】GDM 既往女性の T2DM 発症予防には，妊娠期から産後・育児期までを見据えた切れ目ない支援体制の構築が重要である。特に，看護職・助産師は，女性の生活背景を踏まえた個別支援を通して自己効力感を高め，生活習慣改善行動の継続を支援する役割を担う。今後は，多職種・地域連携を基盤とした長期的フォローアップモデルを構築し，その有効性を検証する必要がある。

ポスター

## P-27
## 妊娠糖尿病の女性に関わる看護職の支援と課題に関する文献検討

○村内 千代[1]、川嵜 有紀[2]
[1]関西医科大学看護学部、[2]近畿大学看護学部

【目的】糖尿病の方との関わりでは，将来的に糖尿病を発症するリスクが高いことから，周産期のみならず今後の人生においても自身の健康管理が重要である．今回，文献検討により妊娠糖尿病の方への看護支援内容と課題を明らかにする．
【方法】医学中央雑誌 Web 版を用いて「糖尿病／TH」AND「妊娠／TH」の検索式を用いて，看護文献と原著論文に絞り込みを行った 232 件のうち，タイトルと抄録を読み，看護職の支援について記載がないもの，糖尿病合併妊娠の内容を除外して 8 件を対象とした．期間は日本糖尿病療養指導士が誕生した 2001 年以降のものとした．これらの文献の精読を経て，妊娠糖尿病の方に対する看護職の支援と課題について記載されている箇所を抽出してコード化した．その後，コードの類似性に基づき抽象化してテーマ化する分析を行った．倫理的配慮として，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した．
【結果】「支援の内容」として，1. 各時期の病態や心理に応じた直接ケア，2. 医療者間の連携と専門職の役割遂行，3. 将来の健康を見据えた関わり，4. 支援システムによる関わりのテーマに整理した．また，「支援の課題」として，1. 知識や経験不足に起因する実践の躊躇と困難感，2. 教育体制の不足，3. 心理的障壁，4. 既存の体制の常態化のテーマに整理した．
【考察】妊娠糖尿病の女性を取り巻く看護支援の場は，内科・産科の外来および病棟間を横断するという特徴を持つ．本研究の結果，周産期という限られた期間において専門的な看護実践の重要性が認識されているものの，連携や組織的な教育体制における課題がみられた．これら現状の課題解決に取り組むことは，妊娠糖尿病の女性が退院後も自身の身体を労わりながら，次回の計画妊娠や将来の糖尿病発症予防に向けた主体的な生活を営むための，重要な支援の一助になると考える．

ポスター

## P-28
## 1 型糖尿病女性の“語り”が示す療養支援のあり方―発達段階の異なる 4 事例の比較から ―

○小川 藍
東京慈恵会医科大学附属柏病院

【目的】1 型糖尿病は長期にわたり療養を要し、発達段階により心理的課題や生活上の困難が変化するが、看護実践では生活背景や人生への影響が十分に捉えられていない可能性がある。本研究は、1 型糖尿病女性の語りから得られた示唆をもとに、発達段階の異なる患者への療養支援のあり方を検討することを目的とした。

【方法】本研究は 1 型糖尿病女性を対象とした質的記述的研究である。対象は当院通院中の 1 型糖尿病女性であり、多様な背景を検討するため、思春期、20 歳代、30 歳代、老年期の各 1 例からなる 4 事例を選定した。データ収集は、1 事例についてライフヒストリーを中心とした半構造化面接を実施し、療養経験およびその意味づけに関する語りを収集した。他 3 事例については診療録および看護記録から療養行動、心理的課題、生活背景に関する情報を後方視的に抽出した。分析は、収集したデータから療養行動および関連する経験を意味内容ごとに抽出しコード化した。次に、発達段階ごとの心理的課題および療養行動の特徴に基づきカテゴリー化を行った。さらに事例間で比較し、共通点と相違点を統合することで療養行動の意味づけを検討した。なお本研究は匿名化に配慮し、対象者から同意を得て実施した。

【結果】発達段階により心理的課題や療養行動は異なり、思春期では受容の揺らぎや葛藤、成人期では結婚・出産など将来への不安がみられた。一方、老年期では療養が生活に統合され、過去の経験を意味づける語りがみられた。これらは表出の仕方に違いはあるものの、いずれも人生の選択に影響する経験を含んでいた。

【考察】本研究では、語りおよび診療録・看護記録から得られたデータの分析により、発達段階ごとの心理的課題や療養経験の特徴が示された。老年期の語りからは、葛藤を経て療養が生活に統合される過程が示された。語りを通して経験を意味づけながら関わることは、発達段階に応じた療養支援を検討する上で有用な視点となる可能性が示唆された。

ポスター

## P-29

# 糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する看護師のセルフマネジメント支援の実態 1) 糖尿病看護経験とがん看護経験の違いによる実施状況

○光木 幸子[1]、山本 裕子[2]、肥後 直子[3]、
嶋田 幸子[4]、田中 登美[5]、横田 香世[6]

[1]同志社女子大学、[2]畿央大学、[3]京都府立医科大学医学部附属病院、[4]京都田辺中央病院、[5]大阪成蹊大学、[6]大阪青山大学

【目的】糖尿病とがんを併せ持つ患者の増加が見込まれ、セルフマネジメント支援の重要性は高まっている。糖尿病看護経験とがん看護経験の違いが、糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する看護師のセルフマネジメント支援の実施状況にどのような影響を及ぼすかを明らかにする。
【方法】糖尿病看護の経験がある看護師 400 名を対象に WEB 調査を実施した。そのうち、現在がんと糖尿病の看護を実践している看護師 210 名を分析対象とした。調査項目は、糖尿病とがんを併せ持つ患者に対するセルフマネジメント支援状況 (15 項目 4 件法 ) 等から構成されている。糖尿病看護経験とがん看護経験（それぞれ 10 年未満／ 10 年以上）を独立変数、セルフマネジメント支援スキルを従属変数とした二要因分散分析を行った。データセットは（肥後ら；山本ら ,2026）と同様であり、本調査は第 1 著者所属大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】分析対象者の平均年齢と SD は 44.95 ± 9.36 歳、平均糖尿病看護経験年数は 11.7 ± 9.72 年、平均がん看護経験年数は 11.62 ± 9.42 年であった。各得点の平均点と SD、分散分析結果を表 1 に示す。糖尿病看護経験年数の主効果は多くの項目で有意ではなかったが、フットケアに関連する Q1_8 では有意傾向が認められ、糖尿病看護経験の長い群が高得点であった。一方、がん看護経験年数の主効果は Q1_1、Q1_2、Q1_4、Q1_5 ～ Q1_7、Q1_11、Q1_12、Q1_14 など多くの項目で有意となり、がん看護経験の長い看護師が一貫して高い実施状況を示した。交互作用は Q1_12 において F(1,206) = 2.936,p<0.10 と有意傾向で、多重比較の結果、糖尿病看護とがん看護の双方の経験が長い看護師が 3.05 ともっとも高い実施状況であった。
【考察】本研究では、糖尿病とがんを併せ持つ患者への支援において、がん看護経験の長い看護師ほど化学療法の影響や治療経過を踏まえた支援ができる傾向が示された。また糖尿病看護経験が長い場合には、がん看護経験が加わることで両方の療養の見通しを立てながら患者に心理的安寧を与えるような関わりができることが示唆された。（2025 年度日本糖尿病教育・看護学会研究助成による研究の一部である。）



ポスター

## P-30

# 糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する看護師のセルフマネジメント支援の実態 2) 糖尿病看護とがん看護経験の違いによる支援の困難さ

○肥後 直子[1]、光木 幸子[2]、山本 裕子[3]、
嶋田 幸子[4]、田中 登美[5]、横田 香世[6]

[1]京都府立医科大学附属病院、[2]同志社女子大学、[3]大阪畿央大学、[4]京都田辺中央病院、[5]大阪成蹊大学、[6]大阪青山大学

【目的】本研究は、糖尿病看護経験とがん看護経験の違いが、糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する支援の困難さにどのような影響を及ぼすかを明らかにすることである。
【方法】糖尿病看護の経験がある看護師 400 名を対象に WEB 調査を実施した。そのうち、看護管理者や病院以外の方を除き、現在がんと糖尿病の看護を実践している看護師 210 名を分析対象とした。調査項目は、基本属性と経験年数、糖尿病とがんを併せ持つ患者に対する支援の困難さ（26 項目 4 件法）である。糖尿病看護経験とがん看護経験（各 10 年未満／ 10 年以上）を独立変数、支援困難感を従属変数とし二要因分散分析を行った。データセットは（光木ら；山本ら ,2026）と同様で、本調査は所属機関の研究倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】分析対象者の平均年齢と SD は 44.95 ± 9.36 歳、平均糖尿病看護経験年数は 11.7 ± 9.72 年、平均がん看護経験年数は 11.62 ± 9.42 年であった。得点の平均点と SD、分散分析の結果では、糖尿病看護経験年数の主効果の特徴は「患者の思いを聴く場所の確保」「食欲不振時の食事指導」「インスリンが必要となった患者への自己注射の指導」などで有意または有意傾向が認められ、糖尿病看護経験が長い群で困難さが高い傾向がみられた。一方、がん看護経験年数の主効果は「信頼関係の構築」「終末期の血糖管理や看護」「がん治療の糖尿病への影響の知識・情報の不十分さ」などで有意となり、がん看護経験が短い群で高い傾向が見られた。両方の群で困難が高かった項目は「開業医との連携」「地域との連携」等であった。
【考察】糖尿病とがんを併せ持つ患者への支援の困難さは、看護師の経験領域によって異なることが示された。がん看護経験が短い看護師は信頼関係の構築や終末期の血糖管理、知識不足に対する困難さを抱いていた。一方、糖尿病看護経験が長い看護師では、食事療法や新たにインスリン注射の開始を余儀なくされた患者に対する困難さを抱いていた。がん看護と糖尿病看護の経験の違いにより困難さは異なっていたことから、看護師間連携の必要性が示唆された。（2025 年度日本糖尿病教育・看護学会研究助成による研究の一部である）



ポスター

## P-31
## 糖尿病とがんを併せ持つ患者に対するセルフマネジメント支援の実態３）看護師間連携の実態

◯山本 裕子[1]、光木 幸子[2]、肥後 直子[3]、
嶋田 幸子[4]、田中 登美[5]、横田 香世[6]
[1]畿央大学、[2]同志社女子大学、[3]京都府立医科大学附属病院、[4]京都田辺中央病院、[5]大阪成蹊大学、[6]大阪青山大学

【目的】糖尿病とがんを併せ持つ患者への支援における糖尿病・がん看護師間の連携の実態と課題を明らかにする。
【方法】1. 対象：糖尿病看護の経験を有する看護師400名のうち、がん看護および糖尿病看護を実践している看護師210名の中から、「糖尿病看護師とがん看護師の看看連携が必要」と回答したもの。2. 方法：GoogleFormsを用いたWebアンケート調査。3. データ収集内容：看看連携の有無、看看連携構築のプロセス（ステップ1：連携体制構築の必要性を認識している、ステップ2：連携体制構築に向けて働きかける、ステップ3：実際に取り組みを実施する、ステップ4：取り組みを維持・拡大する、ステップ5：取り組みを評価する）、看看連携に関する自由記述。4. 倫理的配慮：第2著者所属大学の研究倫理委員会の承認を得た。
【結果】分析対象者184名の平均年齢は45.26 ± 9.24歳で、44.0%が看看連携の取り組みを「行っている」と回答した。看看連携構築のプロセスでは、割合の多いものから順にステップ1（43.5.3%）、ステップ3（25.5%）、ステップ2（19.0%）、ステップ4（9.2%）、ステップ5（2.7%）であった。自由記述については**取り組みの実際**として、情報共有、カンファレンス、相談や連絡が、**取り組みの必要な場面**として化学療法時の介入や血糖コントロール、終末期などが挙げられた。一方で**取り組みの困難**として、（どうすればよいか）わからない、自信がない、認定看護師がいない、それぞれの専門性への思いが強く調整が難しい、システムが確立してないなどが挙げられた。
【考察】看看連携の必要性は認識されているものの、実際にできている現場、あるべきと考えている現場、やりたくてもできない現場があることが推察され、施設によって取り組みの成熟度に差があることが示唆された。どのように取り組めばよいかわからないという意見もあり、取り組みが先行している施設の実践例など、具体的な方法の提示や検討の必要性が示唆された（2025年度日本糖尿病教育・看護学会研究助成による研究の一部である）。

ポスター

## P-32
## 妻の支援が期待どおり得られず葛藤した膵臓癌術前患者の退院支援―自宅環境への不安を抱える患者の血糖管理を支えた看護介入―

◯比留間 素子
医療法人社団幸隆会　多摩丘陵病院

【目的】
術前血糖コントロールを必要とする膵臓癌患者に対し、入院中の教育および退院支援が、退院後の血糖管理と心理的安定にどのように寄与したかを明らかにする。
【実践内容と方法】
対象は、妻と二人暮らしで血糖コントロールを要する膵臓癌術前の70歳代男性A氏である。退院後は自宅でインスリン強化療法を継続し、血糖改善後に手術を行う方針であった。A氏入院中、妻は車で来院時に駐車場所が分からなくなる、持参物の指示が理解できず口論になる、物の管理が難しいなど、生活面での困難がみられた。A氏は妻に食事管理や病気、治療への理解を求めていたが協力は得られず葛藤していた。また、退院後は妻の生活や行動に気を取られ過ぎて、自身の治療に集中できず、血糖管理が疎かになる可能性もあった。看護師は退院後も適切なインスリン管理が行えるよう、打ち忘れや取り違え、重複打ちを防ぐ仕切り箱を作成し、退院前に使用練習を行った。さらに、妻の食事管理の協力が得られないことから宅配食を導入し、退院後の生活を具体的にイメージできるよう多職種で関わった。訪問看護師へ家庭状況と課題を共有し、退院後の支援体制も整えた。倫理的配慮として、個人が特定されないよう配慮し、事例検討についてA氏の同意を得た。
【結果】
A氏は仕切り箱の使用に慣れ、「インスリン注射を続けられる」という自信を獲得した。退院後も打ち忘れや取り違えはなく、血糖コントロールは良好に維持された。A氏は「妻に頼れず不安だったが、箱のおかげで迷わずにできた」と語り、訪問看護師も「退院直後から自己管理が安定していた」と評価した。
【考察】
家族の支援が得られない状況は、自宅療養への不安や自己管理行動に影響する。本事例では、視覚的な支援ツールにより迷わずインスリン管理ができ、“自分でできる”感覚が自信につながった。また訪問看護師との連携により退院後も支援が継続されたことが、血糖管理の安定と安心を支えた。家族支援が困難な患者には、実践的教育と地域連携を組み合わせた退院支援が有効である。

## P-33
## 本邦の糖尿病患者および糖尿病看護に携わる医療従事者を対象とした口腔ケアに関する研究の概観：スコーピングレビュー

○綿貫 大智[1]、岩田 大地[2]、大山 和依[3]
[1]北海道科学大学保健医療学部看護学科、[2]地域医療機能推進機構札幌北辰病院、[3]医療法人社団研仁会北海道脳神経外科記念病院

【目的】
糖尿病と歯周病は相互に悪影響を及ぼすため、口腔ケアは合併症予防や血糖コントロール改善に寄与し得る重要な看護ケアである。しかし、質の高い介入の推進には、エビデンスの蓄積と指導プログラムの確立が求められる。　本研究では、2型糖尿病患者および糖尿病看護に携わる医療従事者を対象とした本邦の口腔ケア研究を概観し、エビデンスの蓄積状況と今後の課題の明確化を目的とする。
【方法】
データベースは医学中央雑誌 Web( 医中誌 ) と PubMed を利用した。検索式は、医中誌では「糖尿病 /THor 糖尿病 /AL」and「口腔ケア /THor 口腔ケア /AL」、PubMed では「diabetes[mh]」and「oral hygiene[mh]」とした。適格基準は、本邦の糖尿病患者または糖尿病看護に携わる医療従事者を対象に、口腔ケアの実践や教育効果を検証した一次文献 ( 原著論文 ) とした。除外基準は看護との関連に乏しいもの、1例の症例研究とした。3名のレビュアーが独立して精読し対象論文を抽出した。
【結果】
最終的に18件の文献が抽出された。研究デザインは横断・介入研究が主であり、内容は3領域に大別された。1) 口腔衛生行動と臨床指標の関連：低頻度の歯磨きと糖尿病発症リスクの関連、口腔症状と HbA1c 等の相関など疫学的実態が確認された。2) 口腔ケア教育の効果：行動変容ステージに応じた個別指導や自己管理ノートの活用がセルフケア行動促進に寄与することが報告されていた。3) 支援ツールの開発：外来等で利用可能なアセスメントツールや教育プログラムの導入が看護師の指導スキル向上や他職種連携を促進する可能性が示されていた。
【考察】
これまでの研究は、疫学的関連性の評価から個別介入効果の検証、臨床実装に向けた支援ツールの開発と多方面に展開されていた。しかし、社会的背景を含む広範な交絡調整には至っておらず、看護による真の介入効果や長期的アウトカムの評価は不十分である。今後は、未測定交絡を適切に調整した質の高いエビデンスの蓄積が課題であり、将来的には患者の生活文脈や行動変容ステージに即した口腔ケアプログラムの確立が期待される。



## P-34
## 外来糖尿病患者への歯科受診推進活動の取り組みとその成果

○市川 美香、澤田 恵美子、鈴木 萌、
新美 みゆき、加藤 詩乃
碧南市民病院

【目的】
A病院の糖尿病看護外来では「糖尿病連携手帳」を活用し、フットケア・眼科・歯科受診確認等の療養支援を行っている。昨年までの療養支援の結果、歯周病への支援が十分に出来ていなかった。診察時に歯科受診を勧めているが、地域での認知が低く、取り組みが十分に浸透していなかった。そのため、地域の内科・歯科医・看護師・歯科衛生士に活動内容を周知する目的で合同カンファレンスを開催した。連携手帳の活用方法の理解を推進すると共に、2025年は歯科受診を勧める「歯医者にかかろう月間」と位置づけ、患者への歯科受診案内を強化した。その取り組みと結果を報告する。
【実践内容と方法】
1. 2025年3月　地域の内科・歯科医師との合同カンファレンス開催
2. 2025年6月～7月：歯科受診を勧めた案内用紙を糖尿病連携手帳に貼付・説明を実施
3. 2025年9月～10月：外来糖尿病受診患者に歯科受診状況の確認アンケートを実施
4. 2024年度の歯科受診状況との比較検討
【倫理的配慮】
アンケートは無記名とし、個人が特定されないように配慮し、回答をもって研究協力への同意とみなす旨を説明し同意を得た。
【結果】
受診後アンケートの配布193枚、回収152枚で回収率79%だった。歯科受診をした人は80名(53%)と昨年度の受診率を13%上回った。連携手帳の歯科欄の記載状況は80%と昨年の25%より55%上回った。歯科受診をしていない・受診を考えていない人が41%であった。
【考察】
「歯医者にかかろう月間」の設定や受診案内の強化により、歯周病と糖尿病の関連性を伝え、連携手帳の活用と歯科受診の必要性を説明した。その結果、患者が歯周病治療の重要性を理解し、歯科受診率及び連携手帳の活用率の向上につながったと考えられる。特に、受診を具体的な行動としてイメージしやすくなり、受診行動へつながった可能性がある。一方で、歯科未受診や受診を検討していない患者が41%存在し、すべての患者に行動変容を促すには至っていない。これは歯周病に対する理解不足や受診に対する心理的・時間的ハードルの存在が考えられる。今後、患者の受診行動に影響する要因を明らかにし、より個別性に応じた支援や継続的な受診奨励が必要である。

ポスター

## P-35
## 足病変に関わる看護師の意識調査

◯金子 正美
社会医療法人社団　尚篤会　赤心堂病院

【目的】
超高齢社会の進行に伴い糖尿病患者は増加し、足病変の早期発見とケアの重要性は高まっている。当院では 2023 年に多職種協働のフットケア外来を開設し、透析認定看護師と糖尿病療養指導士を中心にセルフケア支援やハイリスク評価を行ってきた。しかし、内科外来および透析看護師の足病変への関心や日常的な観察行動には差がみられた。そこで本研究は、看護師の意識と不安を明らかにし、今後の課題を検討することを目的とした。
【方法】
対象は内科外来看護師 6 名、透析看護師 21 名の計 27 名で、2025 年 10 月 10 日～18 日に無記名自記式アンケートを実施した。質問項目は「知識」「教育」「フットケア外来」の 3 カテゴリーに分類し分析した。本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】
結果、全員が足病変の重要性を理解し、早期発見の必要性を認識していたが、定期的に観察していたのは透析看護師 18 名（69.2%）にとどまった。対応への不安を感じる看護師は 88.5%、時間的余裕がないと回答した看護師は 84.6%であった。「教育」では 84.6%が勉強会への参加を希望した。「フットケア外来」については認知度 100%であったが、実際の取り組み内容を理解していたのは 26.9%であった。一方、相談できると分かれば全員が依頼したいと回答し、依頼内容は爪切り、角質除去、装具相談、リハビリ、栄養・薬剤指導など多岐にわたった。
【考察】
看護師は足病変の重要性を理解しているものの、知識が行動に十分反映されておらず、慢性疾患患者への対応不安や時間的制約が影響していると考えられた。透析看護師が定期的に観察を実施していた点は、組織的支援が行動を促す要因となることを示唆した。また教育への高いニーズが明らかとなり、実践的で継続的な教育体制の整備が求められる。さらにフットケア外来の役割理解が不十分で、多職種連携の中心として十分に活用されていなかった。今後は外来機能の周知と利用体制の改善、教育の充実により、足病変の早期発見と予防を効果的に推進する必要がある。

ポスター

## P-36
## 「見える化」がもたらすフットケアに関するセルフケア行動の継続性～ DPN 検査を活用した予防的フットケアの追跡評価～

◯舘 夕子、佐藤 幸枝、小谷野 怜、後藤 愛美、川本 浩禎、藤野 祐介
医療法人社団　協友会　柏厚生総合病院

【目的】糖尿病性神経障害は、最も多い合併症のひとつであり、治療が遅れると下肢切断など生活の質を著しく低下させる。日本において、糖尿病患者の半数が糖尿病性神経障害を合併しているといわれているが、自覚症状が乏しいため患者の認識も低い。当院は 2020 年からフットケア外来を開始し、爪切り、胼胝削り、セルフケア指導を実施している。また 2024 年 8 月から DPN 検査を実施し、軽度から重度の糖尿病性神経障害がある患者に対し、フットケア外来で介入を始めた。本研究では、フットケア外来の介入が、その後のフットケアに対するセルフケア行動に繋がったかを明らかにすることを目的とした。
【実践内容と方法】236 名の糖尿病患者に対し DPN 検査を実施した。検査結果で軽度から重度の糖尿病性神経障害のある患者に対し、フットケアに対する指導を実施した。フットケア外来では、糖尿病歴や足に関する問診、観察、身体診察、血流評価、生活背景、セルフケア能力等を確認し、セルフケア指導を行った。その後、30 名の患者にセルフケアを実施しているかアンケート調査した。本研究は所属施設倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には研究の目的および内容を説明し、アンケートへの回答は自由意思によるものであり、回答しない場合も不利益を受けないことを説明した。収集したデータは匿名化し、個人情報保護に十分配慮した。
【結果】DPN 検査により自分自身の足の状態を客観的に認識することができていた。また、足病変リスクを自分のこととして捉え、フットケア外来受診後もセルフケア行動を継続的に実施していた。
【考察】糖尿病性神経障害は自覚症状が乏しいため、DPN 検査を用いたフットケア外来は、潜在的リスクの認識を高める有用なアプローチ方法と考える。しかしセルフケア行動には個人差があり、単回の介入では十分でない可能性がある。また受診や、セルフケア行動に至らない患者も存在した。理由として、症状の乏しさや通院負担などが影響している可能性が示唆された。今後も、継続的な介入や個別性に応じた支援を行い、フットケア外来の受診行動の定着およびセルフケア行動の継続に繋げる必要がある。

ポスター

## P-37
## 足切断に至った糖尿病患者の背景分析と看護による重症化予防の課題

○丸山 順子[1]、佐藤 恵利香[1]、塩入 めぐみ[1]、八幡 和明[2]
[1]新潟県厚生連長岡中央綜合病院　看護部、[2]新潟県厚生連長岡中央綜合病院　糖尿病センター

【目的】
糖尿病足病変は重症化すると切断に至り、生命予後や生活の質を大きく損なうことが知られている。本研究は、足切断に至った糖尿病患者の背景と療養行動の特徴を明らかにし、重症化予防に向けた看護介入の課題を検討した。
【方法】
2023 年 1 月～ 2026 年 1 月に当院で足切断術を施行した患者のうち、糖尿病患者 13 例（男性 11 例、女性 2 例、平均年齢 67.1 歳）を対象とした。診療録より、疾患背景、生活・社会的要因、通院状況、教育歴、受診までの経過と遅延理由を抽出し、後方視的に分析した。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】
罹病期間 10 年以上が多く、来院時 HbA1c は平均 10.2%と全例で著明な高血糖を呈した。切断様式は小切断 2 例、大切断 11 例であった。通院中断・放置歴は 10 例（77%）に認められ、背景には経済的困窮、抑うつ傾向、引きこもりなど心理的要因が深く関与していた。独居 5 例（38%）、無職 9 例（69%）、かかりつけ医なし 6 例（46%）と社会的孤立を認めた。足病変自覚より 1 週間以上受診しなかった症例は 8 例（62%）を占め、「痛みがない」「そのうち治ると思った」「仕事を休めない」などの自己判断や不適切な自己処置が受診遅延に影響していた。医療機関との継続的な関わりが途切れ、重症化して切断に至った症例も認められた。
【考察】
切断に至った背景には、血糖管理不良に加え、生活の困難さ、孤立、医療とのつながりの希薄化といった社会的脆弱性や、症状の過小評価や受診回避といった行動要因が複合的に関与していた。予防には足評価の徹底に加え、通院中断や生活基盤の変化を早期に察知し支援へつなぐゲートキーパーとして機能することが重要である。一方、医療機関とつながっていない人に対しては、健診結果のフォロー、地域包括支援センターや訪問看護との連携、かかりつけ医への紹介体制の整備など、医療に結びつくまでの支援が求められる。看護師が地域と医療をつなぐ役割を担い、多職種で早期介入できる仕組みを構築することが、重症化予防の鍵になると考える。

ポスター

## P-38
## 糖尿病腎症患者における経験学習プロセスの４ステップの実態

○松井 希代子
金沢医科大学

【目的】先行研究では、「糖尿病腎症療養認識パターン」において 2 型糖尿病腎症患者は「高肯定感」「現実逃避」「原因不明感」の 3 パターンの療養認識をもち、その内、「高肯定感」認識パターンをもつ対象は、質的調査で個別では経験学習プロセスの 4 ステップのすべてを踏まえ、療養としての学習を達成していた。しかし、既存の経験学習尺度では、他の療養認識との経験学習プロセスの区別は有意ではなかった。これは、質問内容が糖尿病腎症に適していないことが理由として示唆された。そこで、本研究の目的は、糖尿病腎症患者の経験学習プロセスの 4 ステップの実態を明らかにすることとした。その特徴からどのような経験により学習プロセスを踏まえ、療養能力を高めているかを検討する。
【方法】対象 :2 型糖尿病腎症 1 ～ 2 期の診断を受けて外来通院している 74 歳以下の患者。調査期間：令和 7 年 12 月～令和 8 年 4 月。調査方法 : 糖尿病腎症と診断されてからの具体的な経験について半構成的面接を実施した。分析方法 : 面接内容を逐語録とし、経験学習プロセスの 4 ステップ、A: 具体的経験、B：内省、C：抽象的概念化（教訓）、D: 能動的実験の視点で内容を抽出した。倫理的配慮：所属機関の倫理審査委員会による承認を受けて実施した。
【結果】1．研究参加者 19 名。平均年齢 65.4 才。2．経験学習プロセスの 4 ステップ（AD）の内容（一部抜粋）。（1）A: 腎症と聞いてびっくり、クレアチニンが少し高いと言われた。B: 腎臓は 1 回壊れると治らないと聞いていたことを思い出し、どうしようかと思った。C: 腎臓イコール塩分、腎臓に悪いかなと考え、自分にセーブをかけた。D: 腎臓で透析になったら大変なので、感染予防に努めた。（2）A: 温泉へ行った後に血圧が上がった。B: 悪かったのは温泉に行って会席料理のせいだと思う。C: たまに食べすぎてしてしまったものはいいと思うようにする。D:3 日スパンで考え、ちょっと控えて取り戻す。
【考察】糖尿病腎症患者は、診断時の経験から腎症としての療養と日々の療養での具体的経験との経験学習サイクルの 4 ステップを踏んで学習プロセスを達成していた。

ポスター

## P-39
## 糖尿病外来における共有意思決定（Shared Decision Making：SDM）についての文献レビュー

○佐藤 広太[1]、徳永 友里[2]、後藤 温[3,4]、有本 梓[1]
[1]横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻地域看護学分野、[2]杏林大学保健学部看護学科看護養護教育学専攻成人看護学研究室、[3]横浜市立大学大学院医学研究科公衆衛生学、[4]横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻

【目的】
糖尿病外来における共有意思決定（Shared Decision Making：SDM）に関する国内外の文献を体系的に整理し、研究動向、定義、理論的枠組み、実施方法、評価指標および関連アウトカムの全体像を明らかにすることを目的とした。
【方法】
医中誌、PubMed を用いて文献検索を行った。キーワードは「共有意思決定」、「共同意思決定」、「shared decision making」、「SDM」、「糖尿病」等とし、成人糖尿病患者を対象とした意思決定支援に関する研究を対象とした。包含条件は SDM または意思決定支援を扱う研究、外来・慢性期・看護外来を含む文脈とし、小児・急性期等は除外した。検索の結果、日本語文献 118 件、英語文献 1507 件からスクリーニングを行い、最終的に英語文献 40 件を分析対象とした。分析に当たり、倫理的配慮として資料を忠実に読み取るよう留意した。
【結果】
研究は 2007 年以降増加し、特に 2020 年以降に急増していた。研究地域は米国・欧州が中心であり、アジアからの報告は限定的であった。研究デザインは RCT、観察研究、質的研究など多様であった。SDM の理論としては Charles モデルや Elwyn の three-talk model が主に用いられていた。実施方法は対面対話が中心であり、decision aid やデジタルツールの活用も認められた。アウトカムは HbA1c 等の臨床指標に加え、意思決定葛藤、患者知識、QOL などの心理社会的指標が用いられていた。SDM 介入は意思決定プロセスや心理社会的アウトカムの改善に寄与する一方、臨床アウトカムへの効果は一貫しておらず、限定的であった。
【考察】
SDM は相互関与、情報共有、熟議、合意形成からなる動的プロセスとして捉えられ、その効果は心理的要因を介して療養行動に影響する可能性が示唆された。一方で、看護師による継続的意思決定支援に関する研究は少なく、評価指標も十分に確立されていない。今後は看護実践に即した SDM 評価指標の開発と実証研究の蓄積が求められる。

ポスター

## P-40
## 『すまいるの会』1 型糖尿病患者会開催の報告

○武田 織枝、吉岡 大志
医療法人社団ラファエル吉岡内科クリニック

【目的】1 型糖尿病（以下、T1DM）患者は、生涯にわたりインスリン療法と自己管理が求められ、血糖管理の困難、周囲の理解不足、将来への不安など、多大な心理的・社会的負担を抱えている。特に地域の診療所では、患者同士が交流し悩みを共有する機会が限定的である。そこで、A 診療所に通院中の T1DM 患者とその家族を対象に、交流・親睦の場として『すまいるの会』を開催した。本報告の目的は、同会を振り返り、当事者支援の有用性と今後の課題を明らかにすることである。
【実践内容と方法】202X 年、地域のレストランにて『すまいるの会』を開催。本報告には、個人情報の保護に留意し、全参加者から発表に関する同意を得た。1. 対象：A 診療所に通院中の T1DM 患者とその家族。2. 内容：①講演会：T1DM 患者で元遠洋漁業船長の講師が、厳しい就労環境での自己管理、病と共に歩んできた人生観について講演。②食事会：地元食材を用いた料理を提供。管理栄養士が、各料理の糖質量や栄養価の解説、インスリン調整のポイント（カーボカウント応用）等、実践的な支援を実施。3. 評価方法：参加者へのアンケート調査及び自由記述の内容を分析した。
【結果】患者・家族計 10 名（30 ～ 70 歳代）が参加した。食事面では「管理栄養士の解説により、血糖変動を恐れず食事を楽しめた」との回答が多く、実践的な食育の場となった。心理面では、講師の体験談に対し「病があっても挑戦し続ける姿に勇気をもらった」等の意見があり、ロールモデルの提示が自己効力感の向上に寄与した。患者間ではデバイスの使用感等、生活実態に即した情報交換が自発的に行われた。家族からは「支援者特有の悩みを共有できる場がこれまでになかった」と家族支援の必要性も浮き彫りになった。
【考察】『すまいるの会』は、単なる知識伝達の場を超え、患者の孤立を防ぐ「心理的セーフティネット」として機能すると示唆された。T1DM 患者はライフステージ毎の壁に直面するが、多世代の交流は将来への見通しを立てる一助となる。診療所は身近な医療機関として、このような『安心して語れる居場所』を継続的に提供する役割を担うべきである。

## P-41
## 青年期１型糖尿病女性がインスリン自己調整学習会から受けた影響

◯青木 美智子[1,2]
[1]公益社団法人日本看護協会看護研修学校、[2]元千葉大学大学院看護学研究科

【目的】インスリン自己調整学習会の参加者が学習会から受けた影響について考察した。
【実践内容と方法】A病院の医師を含む糖尿病チームで１型糖尿病のある患者を対象としたインスリン自己調整の学習会を開催した。講師に１型糖尿病を持つ医師を招き、インスリン自己調整の経験を踏まえた講演と質疑応答で構成した。学習会開催10年後に、参加した青年期１型糖尿病女性１名に個室でインタビューを実施した。内容を逐語録に起こし意味が通るよう一文化し143の元データを得た。多段ピックアップ（３段階、３名で実施）により関連する45の文章を抽出しラベル化した。KJ法を用い専門家のスーパーバイズを受けてグループ化とシンボルマークを付け、空間配置し分析した。倫理的配慮として、対象者にインタビューの趣旨と分析結果を学会で発表すること、匿名性を担保することを説明し同意を得た。
【結果】インスリン自己調整学習会の参加は、医療者の支援を受けインスリン自己調整が自分にもできそうという「インスリン自己調整実行の可能性」と、親は反対したし不安もあるが挑戦したいという「不安を持ちつつも親からの自立と挑戦したいという思い」が相まって「過去の常識：母子一体の１型糖尿病療養の体験」を超えようとインスリン自己調整に取り組んだ。過去の常識の中であきらめていた経験がインスリン自己調整でできたという「あきらめていた経験の獲得」と、食べる楽しみや気持ちにゆとりがないと長く続かない、低血糖や高血糖を防ぐ行為は楽しいという「楽しさとゆとりが継続には欠かせない」と感じる体験が相まって、反対していた親を説得できたことで自信につながり健康な人と変わらない生活ができると社会に認めさせたいという「自信と説得力をもつ」ことにつながった。さらに、過去の常識の経験から合併症が進展しつつも同じ病気を持つ人々への健康への思いにつながっていた。
【考察】インスリン自己調整学習会は、青年期１型糖尿病女性にとって、医療者の支援を受けて過去の常識から脱却し、健康者と変わらない生活の中で楽しさとゆとりを持った生活ができるという自信と親からの自立につながっていた。



## P-42
## ２型糖尿病と新規診断を受けた人が“糖尿病を自分のこととして捉える”ことを支援する看護実践

◯髙橋 慧、清水 安子
大阪大学大学院

【目的】２型糖尿病の新規診断を受けた人は、自覚症状が乏しい糖尿病を自分のこととして捉えにくく、これが診断後の自己管理にも影響するのではないかと考えられる。本研究は、２型糖尿病と新規診断を受けた人に対し、“糖尿病を自分のこととして捉える”ことを支援する看護実践内容を明らかにすることである。
【方法】糖尿病のある人への看護を専門としている糖尿病看護認定看護師または慢性疾患看護専門看護師対象に、半構造化インタビューを行った。インタビューでは、新規診断を受けた人が“糖尿病を自分のこととして捉えている”と感じた事例を振り返ってもらいながら、どのような関わりをしていたかを尋ねた。データの分析には看護質的統合法（KJ法）を用い、多段ピックアップ法で元ラベルを精選したのち、ラベルが５～７枚程度になるまでグループ編成を繰り返した。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】インタビュー参加者は13名であった。359枚の元ラベルより、最終的なラベルは６枚となった。２型糖尿病と新規診断を受けた人が“糖尿病を自分のこととして捉える”ことの看護実践として、看護師は【萎縮させない関係づくり：その人なりの一歩を支える受容的対話】と【問い続ける支援：その人にとっての理解と納得を探る】という両輪の支援を基盤として、【糖尿病の理解の支援：病態と体験を結びつける】という実践をしていた。その上で、【モニタリング支援：病状と自己管理を結びつける】と【気づきを促す支援：家族や他患者との交流を通じた体験の共有】を行っていた。そして、これらの支援は、【糖尿病との距離感の把握：思いや気がかりを語ってもらう】という支援を行い、糖尿病のある人と糖尿病との距離感を図りながら行われていた。
【考察】看護師は、新規診断を受けた人との関係性と本人の納得感を模索し、糖尿病との距離感を把握しながら、糖尿病の理解・モニタリング・気づきを促す支援を行っていた。新規診断の時期にこれらの実践を行うことが、診断後から続く糖尿病のある生活への適応に寄与するのではないかと考えられた。

ポスター

## P-43
## 合併症になる恐れから過度な血糖上昇を回避していた患者への支援

◯茅根 由佳、堤 まゆみ、高畑 雅子
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

【目的】
合併症になる恐れから低血糖を繰り返していた患者に対し、行動変容に至るまでの効果的な関り方を明確にする。
【実践内容と方法】
事例報告。A 氏 60 代女性。10 代で 1 型糖尿病を発症した。夫と 2 人暮らし。長年 HbA1c6.0% 前半で良好な自己管理がされていた。間歇スキャン式グルコース測定器が発売され導入することになり、本人が自覚していなかった夜間低血糖が明らかになった。しかし、低血糖の対応はブドウ糖のみで朝方の低血糖を繰り返していた。A 氏は、「重症低血糖になったことないから大丈夫」と話され自らの疾患について話すことがなかった。同じ看護師が看護外来で継続的に関わり信頼関係を構築することで、心のうちを話してくれるようになった。A 氏は糖尿病に関して独自の長年の経験と知識に自信があったため関心を示し努力を認めた。また A 氏の立場に寄り添い、低血糖が身体に及ぼす影響を共有し生活の中で低血糖に対し必要な行動をとるにはどうしたら良いか一緒に考えた。「補食をとって血糖値が上がったらどうするの？」と不安の声も聞かれ、実際やって HbA1c 値がどのくらいになるか確認しながら一緒に考えることを話した。「眠前の血糖値が 150mg/dl 以下の時にヨーグルトやクッキーなどを摂取する」という具体的な行動目標を患者とともに設定した。評価を共に確認する時は肯定的な言葉で返した。HbA1c6.5% 前後に上昇したが本人は納得し補食をとるようになった。　倫理的配慮：対象者に個人情報の保護と事例報告の趣意については口頭で説明し同意を得、所属施設の倫理審査委員会による承認を受けた。
【結果】
傾聴・共感によって信頼関係を構築し医療者と同じ目標を設定すること、また肯定的評価によって自己効力感を高めることが行動変容につながった。
【考察】
木下は、「自己効力感を高めるアプローチは、糖尿病患者の行動修正に有効であり患者教育を含めた療養指導等の糖尿病診療において有用である」と述べている。本症例における関わりは、自己効力感を向上させ行動変容につながったと考える。また、10 代で発症した慢性期を生きる過程では、各ライフステージの発達段階に応じた継続的支援が必要であったと考える。

ポスター

## P-44
## スティグマを有する糖尿病患者に対する看護師の配慮―糖尿病専門外来に従事する CDEJ への面接調査―

◯上田 伊津代、辻 あさみ
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科

【目的】CDEJ 資格をもつ看護師 ( 以下、CDEN) が、専門外来でスティグマを有する糖尿病患者の面談をする際に配慮していることを明らかにし、患者が抱えるスティグマに起因する偏見や差別による不利益を被ることを防ぐために看護職者に求められる態度および姿勢についての示唆を得る。
【方法】対象：専門外来に従事する CDEN11 名。期間：2017 年 7 月～ 2019 年 4 月。方法：半構造的面接。面接内容から逐語録を作成し質的帰納的分析を行った。倫理的配慮：研究代表者の所属施設および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】93 のコードから 7 カテゴリーと 18 のサブカテゴリーが抽出された。CDEN は患者の発言から、患者がスティグマを感じていることを理解し、患者の心理的負担にならないよう強制しないといった《一線を越えない距離感を保つ》配慮をしていた。さらに、これまで医療者などの周りの人々から否定され叱責されてきた患者の防衛的な反応を察し、《心理的安全性の保障をする》ことで安心して語ることができる環境を整え、患者の意思を否定しない態度で《患者の人としての尊厳を守る》《患者の語りたいことを尊重する》といった配慮を行っていた。また、多職種との情報や関係性をつなぐ役割を担う時には、《患者の権利を擁護する》ことを心がけ、意思決定支援の場面では常にオープンな姿勢で患者の価値観や譲れないものを汲み取り、これまでの生活を患者自身が振り返りながら今後の療養に関する意思決定ができるよう《頑張りを認め言葉で伝える》《患者自身による意思決定を支える》配慮を行っていた。
【考察】CDEN は、スティグマを有する患者に対し強制しない態度や肯定的なフィードバックにより、その自己否定感情を緩和させ、心理的安全性を確保することで患者の自由な語りを引き出していた。そして、本来患者がもっている主体性やその人らしい生活を尊重し、患者の意思を代弁し多職種とともに調整する実践はアドボカシーとして機能していた。さらに、対等な関係性のもとで行われる関わりは共同意思決定を支えるものであり、スティグマに配慮した態度の重要性が示唆された。

## P-45
## 糖尿病をもつ人へのスティグマの付与につながる医療者がもつ無意識のバイアスの構造

◯大柱 智恵美[1]、脇 幸子[2]、大野 夏稀[2]、
佐藤 昂太朗[2]、廣瀬 亜希[2]、末広 理恵[2]
[1]日本赤十字社　大分赤十字病院、[2]大分大学医学部看護学科

【目的】
糖尿病をもつ人へのスティグマ付与につながる医療者の無意識のバイアスの構造を明らかにする

【方法】
対象は糖尿病療養指導研修会に参加した 10 名である。「糖尿病を持つ人と接する際の感情・態度・価値観」をテーマに事例をもちいてディスカッションを行い、その語りを録音・逐語化したデータとし、質的統合法（KJ 法）により分析した。倫理的配慮として、所属施設の倫理委員会の承認を得るとともに、研究参加者には文書と口頭で説明し同意を得た。

【結果】
190 の元ラベルから 7 つのシンボルマーク（【事柄：エッセンス】）が抽出された。中核となる【固定されたものの見方：2 型糖尿病の人だからと意思の弱さや、乱れた食習を決めつける目線】が【区別した見方：同じ行動でも違った勘ぐり方】に波及し、それが故に【感情の先走り：マイナスな先入観が反射的に感情の高ぶりのままに問いただす対応】と【感情の抑制：届かない指導の蓄積が諦めの感情となり淡々とした対応】につながっていた。これらの感情と対応行動は反面の関係にあった。一方、【固定されたものの見方】の反面の関係として【柔軟な受け止め方：その人らしいセルフケアの工夫としてみる視点】が位置づけられ、【義務感の先行：無意識の中にある専門職としての正しさや義務感の押し付け】や【心の揺らぎ：咄嗟に湧いた負の感情と専門職としての理性の葛藤から生じる、声をかけることへの戸惑い】が生じていた。これらの感情と対応行動は、相まった関係として位置づけられた。

【考察】
医療者は「糖尿病」という疾患や自身の経験に基づく無意識のバイアスに影響され、患者の置かれている状況や背景を十分に捉えないまま行動を解釈し、先入観を強めてスティグマにつながる可能性が示された。一方で、患者との関わりの中で生じる心の揺らぎや柔軟な受容は、固定的な解釈を見直す契機となり、無意識のバイアスを緩め、スティグマの進行を抑制する転機となり得ることが示唆された。本研究は、スティグマへ進む力と踏みとどまる力が同時に存在することを可視化した点において、糖尿病を持つ人への医療者の無意識のバイアスの構造における重要な知見と考える。



## P-46
## 急性期病院における医療従事者の糖尿病スティグマと学習会の有用性

◯角田 利恵子
茨城県立中央病院

【目的】糖尿病患者に対するスティグマは医療従事者にも存在するとされ、患者支援に影響を及ぼす可能性がある。本研究は、医療従事者における糖尿病スティグマの実態を明らかにし、学習会の有用性を検討することを目的とした。
【方法】A 病院の糖尿病に関わる病棟の看護師 24 名、急性期病棟看護師 30 名を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は、2026 年 3 月から 4 月であった。調査項目は、基本属性として、年齢、臨床経験年数、糖尿病に携わった年数、糖尿病への関りを好むか否かについて質問し、加えて片山らが作成した「糖尿病スティグマ尺度」（ 21 項目、4 段階評価）を用いた調査を実施した。調査後に学習会を行い、再度同様のアンケートを実施した。前後のアンケートは個人の対応付けができないため独立した 2 群として扱い、平均スコアを算出し、対応のない t 検定を用いて比較した。倫理的配慮として所属施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】学習会前は糖尿病関連病棟 18 名（回収率 73.3%）、急性期病棟 22 名（75.0%）、学習会後はそれぞれ 9 名（37.5%）、19 名（63.3%）であった。糖尿病関連病棟の全体スコアは学習会前 1.00 ± 0.53 から学習会後 1.15 ± 0.6 へ上昇し、急性期病棟では 1.11 ± 0.47 から 1.04 ± 0.45 へ低下した。また、学習会後の両病棟間比較を含め、いずれの比較においても統計学的に有意な差は認められなかった。（糖尿病関連病棟：p=0.35、急性期病棟：p=0.65、病棟間比較：p=0.62）。
【考察】医療従事者において、固定観念や根拠のない自信など無意識のスティグマの存在が示唆された。学習会後に一部項目で得点の上昇がみられたことは、スティグマに対する認識が高まり、潜在的な認識が顕在化した可能性が考えられる。一方で、有意な変化は認められず、有用性は明確には示されなかった。これは、回収数の減少や前後で同一対象者を比較できなかったことが影響した可能性がある。今後は継続的な教育と評価方法の工夫が必要である。

ポスター

## P-47
## LGBTQ+ とスティグマに着目した看護職者を対象としたオンライン研修の実践と課題

○中西 八重子[1]、水野 美華[2]、鈴木 裕美子[3]、大澤 亜紀[4]
[1]医療法人糖クリ　すずか糖尿病クリニック、[2]原内科クリニック、[3]新和会　八千代病院、[4]社会医療法人明陽会　成田記念病院

【目的】
Diabetes & Care スキルアップ研究会（以下 DC スキルアップ研究会）は、糖尿病看護認定看護師で構成されており、糖尿病医療および看護に関する知識・技術向上ならびに発展に寄与することを目的とし活動している。LGBTQ+ とスティグマについて研修会を開催し、多様化する糖尿病を持つ人を支援を実践する看護職者に求められる知識、技術について研修会を開催した。研修内容を考察し今後の課題を明らかにする。
【実践内容と方法】
糖尿病患者の支援を実践する看護職者を対象に 100 分のオンライン研修会を企画・開催した。前半 35 分で「糖尿病とスティグマ（先入観と思い込み）」をテーマに、糖尿病患者におけるスティグマの種類、看護職者が無意識にスティグマを与えうること、効果的な支援について講義を行った。後半 55 分で「LGBTQ+ の正しい理解～療養支援に生かす多様性～」をテーマにタイから米国に移住した Transgender の E 氏が両国における LGBTQ+ に対する法制度、文化、葛藤や人生観、来日時の本の印象など実体験をもとに講演した。アンケートは匿名で実施し、個人が特定されないように配慮した。
【結果】
研修参加者 14 名のアンケート結果より、オンライン研修の参加のしやすさでは、全員が参加しやすいと回答し、視聴環境に関しても 92.9%が問題ないと回答した。自由記載では、自身の偏見への気づきや対象の価値観を尊重する重要性が示され、看護支援への有用性が示唆された。また E 氏の講義からは LGBTQ+ に対するスティグマや日本の医療現場の課題に気づいたとの回答が得られた。一方で、より実践的な研修を希望する意見も多かった。
【考察】
効果的な療養支援において、対象との信頼関係構築は必要不可欠であるが、明確な評価の基準や方法は十分とは言えない。支援内容を振り返る際、対象の身体・心理・社会的背景のアセスメントに加え、支援者の知識・技術に対する評価も重要である。研修後、支援者の知識や経験が無意識に思い込みや偏見となり、スティグマを生み出す可能性があることが示唆された。今後は、より実践的な内容を含む研修の充実が課題である。

ポスター

## P-48
## A クリニックにおけるインスリン自己注射指導の実践向上に関する看護支援の検討

○石井美香[1]、新谷美智子[2]
[1]医療法人　やまうち内科、[2]医療法人　全眞会　全眞会病院

【目的】A クリニックにおけるインスリン自己注射指導 ( 以下自己注射指導 ) に関する看護職の知識の理解度および指導実践の実態と教育的介入による変化を明らかにし、実践向上につながる看護支援について検討する。
【方法】対象者は、同意が得られた A クリニックに勤務する常勤看護職 5 名とした。調査期間は、202X 年 3 月～ 4 月とした。自己注射指導に関する看護支援体制として、学習会、情報共有、資料提供、チャレンジ目標の設定をした。独自で作成した無記名自記式質問調査を行い、記述統計を用いて介入前後で比較した。倫理的配慮として、所属の許可を得て実施した。質問紙は、回収箱に投函することで研究同意と発表の許可を得た。
【結果】回収率・有効回答率 100％であった。自己注射に必要な知識の理解度は、介入前は、21 点中平均 14.8 点、介入後は、平均 19.4 点であった。介入後アンケートの結果、自己注射指導における知識については、5 段階評価で平均 4.6 点、今回の取り組みの継続意思については、平均 5 点であった。実際に学んだ内容を患者への指導に実践できたかでは、平均 3.6 点，自信をもって実践できたかでは、平均 3.4 点であった。効果的であった介入の上位は、チャレンジ目標の設定、手技（根拠）の資料配布、学習会の開催の順であった。自由記述においては、「患者さんそれぞれの生活背景や考え・思いがあるため、それらを踏まえた言葉、指導する方法を工夫することが大切だと感じた」「インスリンボールについて説明できるようになってきたが、まだまだ自分だけの判断ではわからないためもう少し勉強したい」等であった。
【考察】看護支援の介入により自己注射指導における知識は深まったが、確実な自信や実践にまでは至っていない。その要因は、対象期間が短かったことや手技に特化した内容であったからである。自由記述からも指導の場面での判断や対応、患者への関わり方に戸惑いが生じていた。その背景には、個々の看護職の知識や経験も関与しているため、指導内容や判断基準の統一、チャレンジ目標の設定、実践後の振り返りや情報の共有の機会等、継続的に学ぶ意欲や実践を可視化することが指導体制の構築につながると考える。

ポスター

## P-49
## 入職１年目看護師を対象とした糖尿病をもつ患者への理解を深める研修の効果

◯浪尾 路代
香川県立中央病院

【目的】入職１年目の看護師を対象に、糖尿病看護に必要な基本的知識および患者理解についての研修会を行った。研修前にダイアベティス、スティグマ、アドボカシーについての認識、研修後に糖尿病をもつ患者への理解の変化についてアンケート調査を実施したので報告する。
【実践内容と方法】入職１年目の看護師を対象に入職半年後の10月に、日々の看護実践に必要な基本的な内容およびダイアベティスへの呼称変更の取り組み、スティグマやアドボカシー活動といった糖尿病をもつ患者への理解を深める内容を中心に研修を実施した。研修前にアドボカシーなど言葉の認識、研修後に糖尿病をもつ患者への理解の変化についてアンケート調査を実施し、研修の評価をした。発表に際し所属病院の看護研究委員会倫理審査会の承認を得た。
【結果】65名中62名より回答を得られ、回収率は95.4%であった。講義前の言葉の認知は、ダイアベティス0%、スティグマ83.9%、アドボカシー95.2%であった。スティグマ、アドボカシーは学校や大学の授業、国家試験勉強などで学んだとの意見であった。講義後のアンケートでは無回答２名を除き、ダイアベティス、スティグマ、アドボカシーの理解について60名が「理解できた」「やや理解できた」との回答であった。自由意見では「糖尿病という疾患になったことで不利益を被ることがあることに驚いた。患者が嫌な気持ちにならない接し方をしたいと思う」「無意識の声かけがスティグマ、偏見に繋がっていないか、振り返りながら看護していきたい」「自分の発する言葉に責任をもち支援していくことが重要だと改めて感じた」などの回答があった。
【考察】ダイアベティスという言葉を聞いたことがある看護師はいなかったが、スティグマ83.9%、アドボカシー95.2%と高く、講義などで学ぶ機会を得ていた。そのため、講義などの機会を通じて周知することで、少しずつ言葉の理解が拡大していく可能性がある。また、糖尿病をもつ患者への看護についての講義を行うことで、既知の用語を臨床的な意味を持つ理解へと変容し、糖尿病をもつ患者への関わり方や患者理解を深めるきっかけになると考えられる。

ポスター

## P-50
## 糖尿病看護の学内演習で育まれる生活支援の視点と臨床実践への移行に関する文献検討

◯藤堂 由里
山陽学園大学

【目的】学内演習で得た学びが臨床実習における生活支援の視点へどのように結びつくのかを明らかにし、学内から臨床への移行を支える教育的支援の在り方を検討した。 【方法】医学中央雑誌 Web および CiNii Articles を用いて「糖尿病」「看護教育」「看護学生」をキーワードに検索した。医学中央雑誌 Web では看護学生と糖尿病に関する文献５件、糖尿病と看護教育に関する文献25件を抽出し、精査して14件を選定した。CiNii では糖尿病と看護学生に関する文献６件、糖尿病と看護教育に関する文献８件を抽出し、重複を除外して15件を分析対象とした。文献内容を精読し学内演習の学びが臨床実践へどう結びつくかを捉えるため、①学生の学び、②教育方法、③臨床で求められる能力、④教育・能力育成の４視点に整理し、Kolb の経験学習モデルを分析枠組みとして用いた。 【結果】学生は学内演習で技術を生活の文脈に関連づけて理解しようとする姿勢がみられたが、理解は静的であり、生活の変化や行動変容の揺らぎを捉えることが難しかった。家族支援の視点も弱く、病態生理・解剖生理の理解不足は生活上の困難や療養行動の背景を読み取る際の障壁となっていた。また、学内で得た知識や理解が臨床実習での患者理解や看護判断に十分に結びつかないというギャップが示されていた。 【考察】慢性疾患をもつ患者の生活は病みの軌跡として変動し、療養行動や家族支援も時間とともに変化する。しかし学内演習では時間経過や生活の変動を再現しにくく、学生は動的な生活理解に至りにくいと考えられた。動的理解へ移行するには、事例から生活の流れや行動変容の特徴を取り出し、他の患者にも応用できる形に一般化する“抽象化の力”が必要である。抽象化とは、背景にある構造や意味を捉え状況を総合的に判断する力であり、生活支援の基盤となる。また、学生が病態生理・解剖生理を復習し患者の生活の背景を問いながら考える習慣を持つことは、学内の学びを臨床へつなげる上で重要である。さらに、国の教育枠組みでも生活の構造を理解する力が求められており、本研究で示された抽象化の重要性はこれらの方向性と一致していた。

ポスター

## P-51
## 糖尿病看護特定認定看護師の医局常駐が医師との協働に与えた影響

◯二宮 里佳[1]、梶原 優子[1]、児玉 亘弘[1]、
松本 修一[2]
[1]宇和島徳洲会病院、[2]福岡徳洲会病院

【目的】
糖尿病看護特定認定看護師が医局に常駐する体制を導入したことで、従来のカンファレンスやカルテ記載、電話・院内メールによる一般的な情報共有から、常駐により日々その場で相談・調整できる即時的なコミュニケーション体制へと移行した点に着目し、この変化が医師との協働にどのような影響を及ぼしたかを明らかにする。

【実践内容と方法】
医局常駐体制の導入後、患者の生活背景、生きがい、価値観など、看護介入を通して得られた情報を医師へ随時共有した。また、インスリンデバイスの特徴や注射手技のデモンストレーション、セルフマネジメントモデルを用いた退院後の在宅療養支援の視点など、看護師の専門的役割を医師に可視化する実践を行った。なお、本取り組みは日常業務の改善を目的としており、当院倫理委員会の承認を得て患者情報が特定されないよう倫理的配慮に留意して実施した。

【結果】
医師からは、「指示後にスタッフがどのように対応しているのか把握できていなかったが、看護師の判断や支援の流れが理解できた」「患者の心理面へのアプローチ方法が分かった」など、看護師の実践が可視化されたことによる気づきが得られた。また、糖尿病看護特定認定看護師の常駐により互いの状況を理解しやすくなり時間調整の負担が軽減したことで、自然なタイミングで相談や情報交換が行えるようになった。その結果、治療方針の共有が迅速化し協働の質の向上が生まれた。

【考察】
糖尿病看護特定認定看護師の医局常駐は、医師が看護の専門性に触れる機会を増やし、相互理解と信頼関係の構築の一助になったと考える。特に、患者の生活背景や心理面といった“人を看る”という看護独自の視点が治療判断に反映されやすくなり、チームとしての意思決定がより強化された。また、医師にとっても治療方針の迷いや患者対応の悩みを共有したい場面が日常的にあり、糖尿病看護特定認定看護師が常駐することでその場で相談できる“支えとなる存在”が身近になった。このような日常的な対話の積み重ねは形式的な連携では得られない双方の役割理解をさらに進める要因となった。

ポスター

## P-52
## 糖尿病専門クリニック勤務看護職の就業選択理由とキャリア意識に関する実態調査

◯内藤 裕美[1]、金丸 良文[2]、小舘 秀介[3]、中里 稔[4]、
池田 眞人[5]、山西 慎吾[6]、岡島 史宜[1]
[1]岡島糖尿病・内分泌・代謝内科クリニック、[2]金丸内科クリニック、[3]小舘クリニック、[4]中里内科クリニック DM、[5]いけだ糖尿病・甲状腺クリニック、[6]ひまわりキッズクリニック

【目的】本研究は、Y県の糖尿病専門クリニックに勤務する看護職の就業選択理由とキャリア意識との実態を明らかにし、人材確保およびキャリア形成支援のあり方について検討することを目的とした。【方法】対象は、同意が得られたY県内のクリニック5施設に勤務する看護職16名。調査期間は、202X年1月～2月とした。調査方法は、独自で作成した、無記名自記式質問紙により、基本属性、クリニック選択理由、キャリア意識等について郵送法で調査した。分析方法は、記述統計、統計処理はt検定を用いた。キャリア意識に関しては、各項目5段階評価とした。倫理的配慮として、対象者に対して目的および方法、調査への参加は自由意志であり、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを説明し、同意が得られた者とした。所属施設の承認を受けて実施した。【結果】回収率・有効回答率は100%であった。糖尿病領域経験年数は、平均13.0 ± 10.9年(平均±SD)、糖尿病に関する資格を持っている者は、8名であった。それぞれのクリニック選択理由の選択率は、ワークライフバランス（WB）75%（12名）、勤務時間が規則的62.5%（10名）、勤務条件（時間・立地等）56.3%（9名）、専門性を高められる50%（8名）、組織づくりに関われる12.5%(2名)であった。選択理由として、「専門性を高められる」や「組織づくりに関われる」を選んだ群では選ばなかった群と比較して、今後の専門性向上への意識に関して、回答の平均値が統計学的有意に高値であった。一方で、就業選択理由でWBを選択した群では、選択しなかった群に比べて成長に対する回答の平均値が有意に高値であった。【考察】本研究より、専門クリニックにおいても、看護職の選択理由としてWBが最も選ばれていることが明らかになった。選択理由とキャリア意識の関連では、専門性を選択理由としている群では、将来のキャリア形成意識が高かった。一方で、WBを選択している群においても、成長に対する満足度が高かったことから、キャリア形成意識が低いわけではないと考えられ、専門教育を行なっていくことが職場の満足度向上に寄与し、離職率の低下につながるのではないかと考えられた。

ポスター

## P-53
## NDB オープンデータによる糖尿病看護のエビデンス構築に向けた予備的検討 - 文献レビューと統計学的手法の検討

◯小林 綾子
新潟県立看護大学

【目的】わが国の糖尿病患者数は増加傾向にあり、重症化予防および医療費適正化は喫緊の課題である。糖尿病患者への看護は、患者の自己管理能力を高め、合併症による入院や医療費を抑制することは示されているが、その効果を全国規模の客観的データに基づいて示したエビデンスは不十分である。医療ビッグデータである NDB オープンデータを用いた研究は看護学分野では 2020 年より報告がされるようになってきている。しかし活用実態や、看護の効果を分析するための最適な統計学的手法の検討は発展途上にある。本研究の目的は、看護学分野における NDB オープンデータを用いた論文を概観し、活用実態を明らかにするとともに、糖尿病看護のエビデンスを分析するための統計学的手法を確認することである。
【方法】医学中央雑誌 Web 版を用いて 2020 年から 2025 年に発表された原著論文を検索した。「NDB オープンデータ」and「看護」をキーワードに 6 件、「NDB オープンデータ」and「糖尿病」をキーワードに 4 件、「NDB オープンデータ」and「指導管理料」をキーワードに 3 件の論文を抽出した。除外基準により 7 件を除外し 6 件を対象論文とした。分析方法は、論文を概観するためマトリックス表を作成した。また、活用実態と統計学的手法については、①活用の目的とアウトカム、②対象とした診療報酬・処方項目、③地域差を比較するための補正方法、④関連分析に用いた統計学的手法の 4 点から比較・検討した。既存文献を対象とした文献検討であり、個人情報を扱わないため、倫理審査を要しない。
【結果】文献を概観すると、NDB オープンデータを用い生活習慣・健康指標・死亡率との関連を示した先行研究がみられた。一方で、訪問看護や糖尿病透析予防指導管理料等看護が関与する項目と医療提供の関連を示した先行研究は限定的であった。
【考察】分析手法においては、都道府県別の年齢構成を補正することや、標準化レセプト出現比の算出、人口当たりへ換算した上で、相関分析や重回帰分析を行うことの妥当性を確認した。また、看護の介入効果を分析する際は、相関分析に加えて、重回帰分析等を用いることで、看護の寄与度を明示できる可能性が高いと考えられた。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-01
## 「心で話してくれる」と言われたフットケアの場面

◯市原 紀子
医療法人　片岡内科クリニック

Ａさん（80代男性、２型糖尿病）は、閉塞性動脈硬化症の手術を控えて不安を抱えていた。娘同席でフットケアを行い、足の状態を一緒に確認しながら暮らしの不安を聴いていくと、「子どもに迷惑をかけたくない」と胸の内がこぼれた。一方、娘は安全に暮らしてほしいと願っており、その思いとＡさんの思いをつなぎながら、家族とともに今後の生活や目標を話し合った。その後、「自分の父親に接するように心配してくれて、心で話してくれる。その心がうれしい」という言葉をもらった。さらに、身の回りのことは自分でできるように生きたいという希望も語られた。フットケアは、その人の思いや暮らしに触れ、寄り添いながら対話を重ねることで、不安だけでなく希望も安心して言葉にできる場になると教えられた。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-02
## とうとう失った“最後の砦”...

◯津川 沙紀
飯塚病院

またやってしまった。これで何回目やろうか、足の指をなくすのは。いつからか痛みを感じんようになった俺の足は、ヒーターで低温やけどを起こしてしまった。寒くて寒くて、足が全然あったまらなくて、家族が買ってくれた小型のヒーターを脱衣所から持ってきて使った。それがよくなかったんよな。気づいたら指が黒く変色していて、先生にダメもとで「親指は残して」と頼んでみた。でも、手術が終わって意識がはっきりした時には、もう俺の親指はなかった。手術の翌日、看護師さんが俺の足を見てくれよる時に、「親指が最後の砦やった」って、ついこぼしてしまった。その瞬間、俺を支えてきたものをひとつ失くした気がした。



■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-03
## 夏の神事への復帰を目標に、自身のプログラムの運動療法「継続は力なり」に魅せられて

◯石橋 美智代
医療法人　文佑会　原病院

Ａ氏は７０代男性　糖尿病腎症３期、透析予防指導で関わっている。ある時、運動は何をされていますかと尋ねると、毎日欠かさず腹筋１００回と回答。驚いてしまったが、両膝関節症があり他の運動は困難だったことを後で知った。教育入院の際、フットケアを実施し、両足胼胝ならびに角質除去、白癬菌感染の治療を開始し２０代よりきれいな足になったと喜ばれた。その後、両膝人工関節置換術を行い運動可能となった。当院まで遠距離であり、近くの新規開業フットケア専門店で爪をバイアス切りで短くカットされ巻き爪となり、疼痛が強く再び運動ができなくなった。自宅近くの皮膚科を紹介し数か月後には爪も伸び運動がきるようになった。ウオーキングは高齢者対象のバスチケットを利用し、公園までバスで通い２周４キロを１日も休むことなく制覇。下肢筋力もつき、これ迄何十年も参加していた夏の神事に復帰し、勇壮な姿を孫に披露でき最高の喜びとなった。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-04
## 痛みと優しさ、どちらも記憶に残る

◯江尻 加奈子
大阪公立大学医学部附属病院

糖尿病内科病棟から外来へ異動した後、入院中に爪切りを担当した患者さんから、「丁寧にしてもらってうれしかったです」と感謝の言葉をいただきました。一方でその患者さんは、「血糖測定が痛かったこと」や「痛い穿刺をする看護師のことは今でも覚えています」とも話されました。当時はさまざまな血糖測定器や穿刺具を使用しており、再穿刺を避けるため深めに穿刺する看護師もいました。看護師にとっては日常業務の一つであり、忙しい中では意識しない小さな関わりかもしれません。しかし患者さんにとっては、爪切りのような温かい関わりも、血糖測定時の痛みのようなつらい経験も、退院後まで印象深く残り続けるのだと気づかされた経験でした。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-05
## 夫婦のかけがえのない時間を在宅で支えるということ

◯山内 麻衣
なごみ訪問看護ステーション

数年前、糖尿病と認知症をもつ利用者様を担当しました。ご本人は明るく訪問を心待ちにされる一方、ご主人は寡黙で厳しい口調が印象的でした。私は毎週訪問し、服薬管理と注射療法を通して在宅生活を支えていました。訪問時、本人が不安を訴え、ご主人が背中をさする姿や、不器用ながらも寄り添う声かけに深い思いやりを感じました。ある日、ご主人が急逝されたとの連絡を受けました。ご家族に日頃の様子をお伝えした際、「この数か月の時間はかけがえのないものだった」とのお言葉をいただき、胸が締め付けられる思いでした。この経験から、限られた時間に寄り添う看護の重みを実感し、在宅で暮らす糖尿病患者とその家族を支えたいと強く思うようになりました。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-06
## 患者のオーナーシップを支える看護と安全性の狭間で

◯古山 景子
日本医科大学付属病院

80代のAさんは、数年前にSPIDDMと診断されて以降、強化インスリン療法に取り組まれていた。頻回の低血糖に対して「外来糖尿病看護相談」で支援を続け、食事や運動の工夫を重ねる中で、Aさんは自ら血糖変動を読み取り、必要時にはインスリン量も調整されていた。その姿は、まさに「血糖パターンマネジメントのオーナーシップ」を体現していた。年齢を考慮し、より安全域を意識した血糖管理を提案したこともあった。しかしAさんは、「まだ自分にはやることがあるんですよ」と穏やかに微笑まれた。長年、ご家族を支え続けてこられた方だった。その後、物忘れや自己管理の混乱がみられるようになり、治療方針は安全性を重視した内容へ変更となった。患者の思いを尊重することと、将来を見据えて安全性を守ること。その間で揺れながら関わったAさんの姿は、今も私の心に残っている。



■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-07
## 生き方に学ぶ

◯村内 千代
関西医科大学

腎症予防の関わりを続けるAさんは飲食店経営の70代男性である。腎不全期が近づき、顔色も以前に比べて良いとはいえず、症状を心配しながら関わっていた。ある冬のこと、Aさんは「来年の春から孫が家に来ることになったよ。大学がこっちだから。店を閉めるつもりだったけど、孫も来るしもう少し続けようと思ってね。」と笑顔でお話された。続けて「看護師さん、がっかりさせるかもしれないけど、僕は生きるために透析も悪くないなと思うんだよね。コンロの前に立って作業するから、腹膜透析だとチューブが熱くなって傷むといけないし血液透析がいいと思っている。」とお話された。私はその時、患者さんにとても気を使わせていたこと、患者さんの持てる力の大きさに気が付いた。患者さんの生き方がとても逞しく、大きな存在に思えた。お話してくださった患者さんにはとても感謝している。透析を続けながらのお店の経営と孫との生活を応援している。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-08
## 認知機能が低下した患者のインスリン注射指導の工夫

◯宮崎 史江
日本医科大学付属病院

20年前の事です。70代女性患者がインスリン療法導入を目的に入院した。認知機能の低下がみられ若いスタッフは注射手技の指導に苦慮していた。担当看護師とともに、何がうまくいかないのかを明らかにするため実際の注射場面を確認した。すると注射針を装着した後の空気抜きの場面でどうしても手が止まってしまうことが分かった。そこで、空気抜きの工程を省略できれば、注射手技の習得が可能ではないかと考えた。担当看護師には、その旨を主治医へ報告し、そのうえでインスリンの単位数を調整していく方法を提案してみてはどうかと助言した。その結果、患者は無事に注射手技を習得され、「できるようになった、うれしい」と笑顔で話され、安心して退院された。また何より担当看護師から「空気抜きをやめるという発想はありませんでした。とても勉強になり、糖尿病看護に興味を持ちました」と言ってもらえたことが、今でも私の誇りです。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-09
## 心で続くキャッチボール

◯加藤 久代
天理大学　医療学部看護学科

夜遅く病院からの帰途を急ぐ道すがら、リュックに付けた根付の鈴がふと鳴りました。十数年前、1型糖尿病を発症した中学生の野球少年からもらった宝物です。発症時より彼のご家族とも関わり、自己注射やSMBGの習得、学校生活での調整など、何度も対話を重ねて迎えた退院の日。彼から「最初は不安でいっぱいでしたが、アドバイスをいただき病気を受け入れることができました。またキャッチボールをしましょう」との手紙をもらいました。その言葉に、糖尿病と共に彼も私も一緒に成長させてもらっていると実感しました。退院後の外来では、教室で普通にSMBGも注射もしているとサラリと語る彼の姿に、仲間の中で自身の道を切り拓いていく覚悟を見ました。時は流れ、私は管理業務に悪戦苦闘の毎日。あの夜に鳴った鈴の音が、彼との“心のキャッチボール”は今でも続いていることを思い出させてくれたのです。「私も頑張るから！」根付の鈴を握りしめ、彼に返球しました。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-10
## 『わかったつもり』を問い続ける糖尿病看護

◯杉島 訓子
おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック

新人看護師だった頃、初めて受け持ったのは、急性1型糖尿病で入院した中学2年生のAさんだった。私は何をどのように伝えればよいのか分からず、教科書で学び、カンファレンスで相談し、パンフレットも作成して指導に臨んだ。Aさんはいつも「うん、わかった」と応じてくれていた。しかし退院前、Aさんは静かに「○○看護師さんは色々教えてくれたけど、糖尿病じゃないから私の気持ちはわからないよ」と言った。その言葉は、当時の私に深く突き刺さり、認定看護師を目指すきっかけにもなった。その後、糖尿病看護に長く携わる中で、私は次第に、“患者を理解できた”と思った瞬間こそ危ういのではないか、と感じるようになった。支援が独りよがりになっていないか、わかったつもりになっていないかを問い続けることこそ、看護の面白さだと思う。だからこそ、Aさんのあの言葉は、今もなお私の看護を省察する原点として、心に響き続けている。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-11
## 寄り添い続けることの意味―Aさんとの出会いが私に教えてくれたこと

◯菊永 恭子
日本医科大学付属病院

1型糖尿病のAさんと初めて出会ったのは、私が糖尿病看護認定看護師の研修を終え、臨床に復帰して間もない頃だった。罹病期間15年以上のAさんは、糖尿病性ケトアシドーシスによる入退院を繰り返し、今回も同様の経過で緊急入院となった。入院後は医療者の呼びかけに応じず、インスリン注射や血糖測定を拒否するなど、対応に難渋する状況が続いた。過去の入院でも同様の行動がカルテに記されていた。私は、研修での学びを頼りに、とにかくAさんの真の姿を知りたい、向き合いたいと必死だった。繰り返しベッドサイドに足を運び声をかけたり、時間を設けて聴く姿勢を貫いた。やがてAさんは発症当時の体験と現在に至るまでの苦悩を語ってくれ、その言葉から当時の衝撃と今なお苦しんでいることを知った。私はその歩みをねぎらい、語ってくれたことへの感謝を伝えた。その後、Aさんとの関係は徐々に深まり、本経験は今も私が患者さんと向き合う姿勢の基礎となっている。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-12
## 心に残るエピソード

◯清家 美香、末永 真由美、村田 裕子
高島市民病院

思春期発症の1型糖尿病の女性。活発的なスポーツ女子であったが、その彼女に突如として訪れた糖尿病。インスリン注射や血糖測定、生きていくための治療を生活に取り込むことの難しさはあったと思われた。外来で食事内容や血糖値などを見せてもらうにも、「持ってくるの、忘れた」と言われたりしていた高校生活。医師に対しても、「それ、嫌やし」と言っている姿を見て、ヒヤヒヤしながら診察に関わっていた。いつの間にか看護師としてだけでなく、子供を持つ母親的な視点を自然と持つようになった。大学に合格し、一人暮らしを始めた彼女。自炊し始めたころから、食事内容を書いたノートを持ってくるようになり、徐々に女子から女性へ成長する姿をうれしい反面、少し寂しさを感じていた。時は立ち、彼女は転院され会うことはなくなったが、ある日、彼女の母から「結婚し、子供ができました。」とうれしい報告をもらった。私達のことを、お世話になった看護師さんとして覚えていてくれていると聞き、忙しくしんどい心に、明るい光が差し込んだ瞬間だった。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-13
## 心に残るエピソード

◯村田 裕子、末永 真由美、清家 美香
高島市民病院

糖尿病看護に関わり、いつの間にか 30 年になる。小児期に出会った患者さんは、進学して一人暮らしを始め、就職して家庭を築き、子育て中。子育て中だった方は、今は親の介護や孫の世話に追われる毎日等、糖尿病を持つ人々のライフステージを傍らで見てきた。看護師として地域の小さな病院で、救急、外来、検査など様々な場面で糖尿病を持つ方々にかかわる。時には家族の受診につきそう姿にも出会う。患者さんの人生の節目に寄り添ううちに、まるで遠い親戚のような存在となり、糖尿病とともに生きる知恵や働くこと、暮らしていくことのつらさや喜びを教わり、逆に励まされることもある。あの時は大変だった、こんなこともあったね、など体験を共有し、いつしか、お互いに今回もこうして今ここにいることを承認しあう関係になっている。「じゃ、またね」という言葉にそんな思いが込められている。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-14
## 「誰も信じない」から「誰かのために」へ
## ―糖尿病チームで得た希望―

◯大佐古 三香
医療法人竜胆会　みらい内科歯科クリニック

「誰も理解してくれない」20 代の A 氏は 1 型糖尿病により家族・職場からスティグマをうけ、医療不信から治療自己中断を繰り返していた。当院に初回入院時からまずは一人の人間として向き合う事、信頼関係を築く事を最優先に糖尿病チームで共有し関わった。ある日ハマン症候群で命の危機にあり ICU 入室となったが、初対面の医療者に対し暴言と指示が守れず治療拒否と捉えられた。糖尿病チームで事情を説明し精神的サポートを約束に治療は継続できた。私は、貴方の味方だよ、心配していると伝え毎日訪室し寄り添い続けた。糖尿病チーム全員が一貫して彼を責めず、温かく受容する姿勢を続けたことで、孤立していた A 氏の心は溶けていった。退院時に「命を救われ感謝している。今度は自分の経験を他の人の為に活かしたい」と希望に満ちた言葉をくれた。絶望の淵にいた A 氏が他者を支える希望を見出した変化は、私やチームにとってかけがえのない喜びであった。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-15
## 癌による身体的苦痛の中で血糖マネジメント支援を希望された A さんの言葉

◯袴田 千鶴
社会医療法人誠光会　淡海医療センター

「久しぶり、腎臓が悪いんや、体重が 10kg 減ってしまった」と、車椅子で 3 年ぶりに療養支援外来を訪れた A 氏の以前と異なる姿に驚いた。A 氏は癌になったと話され、血糖マネジメント支援の再開を希望された。以前 A 氏は「血糖測定は数値が気になりストレス」と話す反面、「気にするから良くなった」と前向きに取り組まれていた。支援再開後も変わらない A 氏だったが、次第に座り続けることが苦痛となり、私は支援外来の休止を提案した。A 氏は継続を希望し「癌はどうにもならないけど、血糖は自分で管理できる。病気と友達になって付き合うと、いろんなことが割り切れるよ」と話された。血糖管理を日々意識した生活を送ることは、糖尿病患者にとって負担も大きいと捉えていた私は、その言葉にはっとした。A 氏にとって血糖管理は、どうすることもできない病の中で自分でコントロールできるものであり、病と共に生きる支えとなっていたのではないかと感じた。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-16
## 「やめたら高くなるじゃないですか、それは考えてません」

◯森口 直文
日本医科大学付属病院

外来で関わったインスリンポンプ使用中の患者さんは、毎回「テープかぶれがつらい」「必要なアラートは鳴らないのに無駄なアラートばかり鳴る」と不満を話されていた。私は肌に優しいテープの提案や装着部位の変更などを一緒に考えながら対応していたが、不満が続くため、ある時「ペン型インスリンに戻したい気持ちはありますか」と尋ねた。すると患者さんは「やめたら高くなるじゃないですか。それは考えてません」と話された。その言葉から、患者さんはポンプ治療に負担を感じながらも、血糖管理の改善を実感し、治療継続を強く望んでいることに気づいた。私は、不満の訴えの背景には「続けたいからこそ困っていることをわかってほしい」という思いがあることを学んだ。

■心に残る私のストーリー　交流時間

## 心-17
## 気負いすぎず一緒に悩むも悪くない！

○石井 由美
医療法人藤井会　石切生喜病院

1型糖尿病をもつ70代女性でとてもグルメ好きな患者さんとのエピソード。低血糖への不安が強く、HbA1 cは10%前後と高値。さらに心血管イベントを何度も繰り返しており、何とかしなくてはと思っていました。糖尿病治療に対する考えなど傾聴し、自分の血糖調整が高めである事は分かっているが、美味しいものは食べたいと。しかしインスリンを多く打つと低血糖が起こりそうで怖いと話されました。その不安は本人にしか分からない事であり、思いに寄り添いながら食事やインスリン調整など一緒に悩み、相談しながら進めました。以前より大腿の注射部位に硬結を疑うため、腹部穿刺を促すと、痛そうで嫌と拒否されていましたが、ある日やってみると言われ、その理由を伺うと「いつも否定しないで話を聞いてくれて、一緒に考えてくれるから、やってみようと思った。」と言われました。そうか、これでいいんだ！一緒に悩む事も私なりの支援なのだ！と思えた瞬間でした。

# 第31回 日本糖尿病教育・看護学会学術集会委員
# 企　画　委　員

■会　　長

瀬戸奈津子（関西医科大学　看護学部・看護学研究科）

■企画委員

足立　智花（関西医科大学総合医療センター）
大倉　瑞代（医療法人 誠馨会 千葉中央メディカルセンター）
清水　安子（大阪大学大学院医学系研究科）
中村　桐子（関西医科大学附属病院）
中山　法子（糖尿病ケアサポートオフィス）
西澤　摩生（関西医科大学香里病院）
任　　和子（京都大学大学院医学研究科）
肥後　直子（京都府立医科大学附属病院）
藤本　　悠（関西医科大学　看護学部・看護学研究科）
古山　景子（日本医科大学付属病院）
水野　美華（原内科クリニック）
村内　千代（関西医科大学　看護学部・看護学研究科）
森　小律恵（東京都済生会向島病院）

五十音順

# 実　行　委　員

板垣　沙耶（関西医科大学附属病院）
上田麻貴子（関西医科大学附属病院）
上野　恵美（医療法人徳洲会　恵生会病院）
大久保　縁（関西医科大学総合医療センター）
大佐古三香（医療法人竜胆会　みらい内科歯科クリニック　）
柏本佐智子（関目やまもと糖尿病内科）
加藤　久代（天理大学医療学部看護学科）
川嵜　有紀（近畿大学看護学部）
黒田　良子（陸上自衛隊八尾駐屯地）
桑原　京子（神戸市立医療センター西市民病院）
五師　愛心（関西医科大学附属病院）
重森久仁子（京都府立医科大学附属病院）
嶋田　幸子（医療法人石鎚会京都田辺中央病院）
白石友里香（関西医科大学附属病院）
杉島　訓子（おんじゅ会内科・糖尿病内科クリニック）
髙橋　　慧（大阪大学大学院医学系研究科）
田中麻由子（社会福祉法人　京都社会事業財団　京都桂病院）
仲上　静香（市立貝塚病院）
中田　至子（関西医科大学総合医療センター）
中辻　裕子（南堺病院）
西村　咲希（関西医科大学附属病院）
野田　泰葉（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
平山　美紀（八尾市立病院）
藤本　綾美（関西医科大学附属病院）
水野　　光（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
森西可菜子（京都大学大学院医学研究科）
山田　初美（市立岸和田市民病院）
山本　真貴（関西医科大学附属病院）
吉田　多紀（筑波メディカルセンター病院）

五十音順

# 協　力　委　員

青江　明子（関西医科大学大学院看護学研究科）
青木明日美（関西医科大学香里病院）
赤澤奈々実（関西医科大学附属病院）
天野　佳歩（関西医科大学附属病院）
池邨めぐみ（関西医科大学 総合医療センター）
石浦　光世（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
伊藤　花恵（関西医科大学附属病院）
乾　百合子（関西医科大学附属病院）
井上　　茜（関西医科大学附属病院）
今井　結菜（関西医科大学附属病院）
植木　早織（関西医科大学附属病院）
宇都宮明美（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
榎本　　晴（関西医科大学香里病院）
大窪　真由（京都大学大学院医学研究科　前期課程）
大篠　心寧（関西医科大学香里病院）
大宅　優花（関西医科大学香里病院）
小川　　藍（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
小川　由衣（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
梶浦　朋子（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
片山　俊恵（関西医大総合医療センター）
神谷ひかり（関西医科大学総合医療センター）
川合　環華（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
河内　由紀（関西医大総合医療センター）
川久保　愛（佐賀大学医学部看護学科）
川崎　里絵（関西医科大学香里病院）
川野紀久子（関西医科大学総合医療センター）
木田　協子（関西医科大学総合医療センター）
北　麻友子（ソフィアメディ訪問看護ステーション堺中央）
木田　美春（関西医科大学香里病院）
北村　祐子（関西医科大学総合医療センター）
桐本　隆弘（関西医科大学総合医療センター）
金原　京子（関西医科大学看護学部　看護学研究科）
源幸　幸枝（あづまクリニック）
小池　真歩（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
香野　友希（関西医科大学看護学部）
小坪　浩之（関西医科大学附属病院）
小林　寛子（大阪医科薬科大学大学院看護学研究科）
小山　由貴（JCHO 大阪病院）
是枝　　空（関西医科大学附属病院）
酒井世志子（市立豊中病院）
下山　美桜（関西医科大学香里病院）
澤田万結子（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
澤邊　なつ（関西医科大学香里病院）
清水　道子（医療法人徳洲会　恵生会病院　看護外来）
瀬部　利恵（関西医科大学附属病院）
早田沙緒美（関西医大総合医療センター）
田尾　彩夏（関西医科大学大学院看護学研究科精神看護学領域）
髙須　愛花（関西医大総合医療センター）

高田　雅士（関西医科大学香里病院）
伊達和伽子（関西医科大学附属病院）
田中　咲良（関西医科大学看護学部）
谷口　美涼（関西医科大学看護学部）
谷口夕美絵（関西医科大学総合医療センター）
田淵　美幸（関西医科大学総合医療センター）
玉山さくら（関西医科大学香里病院）
辻田　幸子（関西医科大学看護キャリア開発センター）
土井　智生（梅花女子大学看護保健学部）
戸田　彩香（関西医科大学附属病院）
中川　怜佳（関西医科大学総合医療センター）
中島　羽櫻（関西医科大学附属病院）
永田　　香（関西医科大学香里病院）
二宮　陽菜（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
野口萌々子（関西医大総合医療センター）
野田　万琳（関西医科大学看護学部）
野原　留美（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
原田　幸奈（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
東野　幸絵（関西医科大学附属病院）
平塚なつみ（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
福井　愛花（関西医科大学香里病院）
福井奈津江（関西医科大学香里病院）
藤井　菜緒（関西医科大学看護学部）
藤川　彩希（関西医科大学総合医療センター）
藤田　奈里（関西医科大学香里病院）
藤田　梨央（関西医科大学看護学部）
正木　茂美（関西医大総合医療センター）
松森　恵理（関西医科大学附属病院）
眞鍋香余子（関西医大総合医療センター）
水上　万緒（大阪大学大学院医学系研究科保健学）
光峰登紀子（関西医科大学総合医療センター）
三宅　美咲（関西医科大学香里病院）
宮崎今日子（藤井病院）
宮下　知子（関西医科大学附属病院）
六車　令子（関西医科大学附属病院）
村上　心花（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
元榮　　愛（関西医大総合医療センター）
森田　志都（関西医科大学香里病院）
諸岡　　拓（大阪大学医学部保健学科看護学専攻）
安本　帆花（関西医科大学看護学部）
籔内　育栄（関西医科大学大学院看護研究科）
山崎沙羅菜（関西医科大学香里病院）
山下　裕紀（関西医科大学看護学部・看護学研究科）
山本　彩乃（関西医科大学附属病院）
山本　伸枝（関西医科大学総合医療センター）
山本　真愛（関西医科大学附属病院）
楊　　玉春（武庫川女子大学 看護学部）
豊　　早苗（京都第一赤十字病院）
横山　実結（関西医科大学看護学部）

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31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会
会長　瀬戸 奈津子

# 協賛企業一覧

**ネームカードホルダー提供**
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**
アークレイマーケティング株式会社
アボットジャパン合同会社
第一三共株式会社
デクスコムジャパン合同会社
テルモ株式会社
ミニメドジャパン合同会社

**展示**
アークレイマーケティング株式会社
アボットジャパン合同会社
ウエルテック株式会社
エムベクタ合同会社
有限会社グッツール
サンスター株式会社
株式会社 CSM ソリューション
株式会社信公
セーレン株式会社
株式会社セラナースト
第一三共ヘルスケア株式会社
デクスコムジャパン合同会社
テルモ株式会社
東洋羽毛関西販売株式会社
ニプロ株式会社
認定特定非営利活動法人日本 IDDM ネットワーク
有限会社はとり
株式会社 VIP グローバル
株式会社 Provigate
marubunCo. 株式会社
ミニメドジャパン合同会社
株式会社 明治
株式会社メルシー
持田ヘルスケア株式会社
株式会社ヤマト
LifeScan Japan 株式会社

**書籍展示**
株式会社ガリバー

**広告**
株式会社医学書院
エムベクタ合同会社
関西医科大学大学院看護学研究科
株式会社照林社
日本イーライリリー株式会社
パラマウントベッド株式会社
株式会社メディカ出版
株式会社八神製作所

**バナー広告**
株式会社学研メディカルサポート
株式会社日本看護協会出版会

**幕間広告**
ヴェクソンインターナショナル株式会社
関西医科大学大学院看護学研究科
公益財団法人鈴木万平糖尿病財団

**寄付**
株式会社ナールスコーポレーション
株式会社日本看護協会出版会
LifeScanJapan 株式会社

**サンプル提供**
江崎グリコ株式会社
日清食品株式会社

# 後援団体一覧

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

（2026年9月15日現在　五十音順）

NURSINGRAPHICUS ナーシング・グラフィカ 看護基礎教育テキスト

# 成人看護学シリーズ

2027 新版



「成人期を生きる人々と、その健康状態の変化に寄り添う看護」が途切れることなく体系的に理解できるよう、『成人看護学』シリーズ全巻を通して整理・再編いたします

## 新訂版ラインナップ

① 成人看護学概論 ー健康状態の変化に伴走する看護
② 周術期・侵襲危機的状況にある人への看護
③ 慢性疾患とともに生きる人への看護 ーセルフマネジメント
④ リハビリテーションを必要とする人への看護
⑤ 緩和ケアを必要とする人への看護

※2026年6月現在の情報です。タイトルや内容は予告なく変更する場合があります。

本書に関するお問い合わせは右記へ　▶メディカ出版基礎教育営業課　Mail:rapport@medica.co.jp

---

## 糖尿病ケア＋（プラス）2026 年春季増刊

### 糖尿病性足病変のアセスメント＆手技をこれ一冊でマスター




# 糖尿病患者のフットケアビジュアルノート

肥後 直子 編集
定価 3,520 円（本体＋税 10%）
B5 判 168 頁　ISBN978-4-8404-9020-7
https://store.medica.co.jp/item/130182650

外来でも
在宅支援でも
活用できる
ケアが満載

**豊富な写真と図解で、糖尿病患者の足の症状と主要なケアの手技をまるっと解説＆アセスメントのポイントもわかる！**
**患者に渡せるセルフケアのダウンロードシートつき！**


メディカ出版
お客様センター 0120-276-115
本社　〒532-8588 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル16F　www.medica.co.jp

患者に寄り添う

# 日本糖尿病医療学学会の医師らが使うコーチングだから、納得できる！

ダイアベティス（糖尿病）診療において、PwD（糖尿病をもつ人）が前向きに治療に取り組むことは成功への必須条件です。
しかし、しばしば慢性疾患の診療ではその継続の難しさが医療者の前に立ちはだかります。
PwDの心理と行動を深く考察する日本糖尿病医療学学会では、コーチング技法を適切に使用することでその必須条件をクリアすべく議論と経験を重ねてきました。
その集大成を、医師をはじめとする多くの医療者にお届けします。

## 糖尿病診療 に活かす コーチング

なぜそのとき行動変容が起こったのか？


監修 石井　均
市立奈良病院教育研修センター長／
糖尿病・内分泌内科シニアアドバイザー

編集 日本糖尿病医療学学会
糖尿病医療学コーチング委員会





目次


第Ⅰ部 糖尿病診療になぜコーチングが必要なのか？
第Ⅱ部 コーチングの実践に必要な基礎知識
第Ⅲ部 診療に活かすコーチングのスキル解説
第Ⅳ部 診療に活かすコーチングの実践事例集
第Ⅴ部 コーチングの医療チーム・医療組織への導入
第Ⅵ部 もっと知りたい！コーチング Q&A
第Ⅶ部 言葉の力



B5　頁192　2026年
定価：3,850円
（本体3,500円＋税10%）
［ISBN978-4-260-06534-4］


詳しくは ▶ こちらから


医学書院　〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23［WEBサイト］https://www.igaku-shoin.co.jp

PARAMOUNT BED

# 患者様の情報をリアルタイムに共有し、療養環境の向上に貢献します。

## Smart Bed System™

ベッドサイドケア情報統合システム




スマートベッドシステム 詳細は、こちら。

パラマウントベッド株式会社 〒136-8670 東京都江東区東砂2丁目14番5号 ☎03(3648)1111(大代)

WELL-BEING for all beings

# 安心の製品はそのまま、
# パッケージデザインが新しくなります




同じ製品　同じ品質　同じ価格

**現在、弊社エムベクタ合同会社が製造販売を行っておりますペン型注入器用注射針およびインスリン用注射器は、**
**エムベクタブランドの製品名・製品パッケージへと変更を行っております。**
**詳細は弊社ホームページ等でご案内を掲載しております。今後とも一層のご愛顧を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。**




**詳しくは弊社ホームページ　embecta.com　へ**


エムベクタ合同会社　東京都港区西新橋1-1-1 日比谷フォートタワー10F



embecta, the embecta logo and all other trademarks are trademarks of Embecta Corp.
© 2026 Embecta Corp. All rights reserved. EMB-06259


販売名：マイクロファイン プロ　医療機器認証番号：230AFBZX00075000／販売名：マイクロファイン　医療機器認証番号：20400BZY00746000／
販売名：オートシールド　医療機器承認番号：22300BZX00136000／販売名：プラスチパック　医療機器承認番号：15100BZY00973000／
販売名：ロードーズ　医療機器承認番号：15100BZY01334000／製造販売元：エムベクタ合同会社

embecta™




すべての人の健康のために
地域社会とつながり、**予防・医療・介護**のサービスを通じて「人」を支える

# 株式会社 八神製作所

-Human Care Company-

YAGAMI 〒460-8318 愛知県名古屋市中区千代田二丁目16番30号 TEL. 052-251-6671(代) www.yagami.co.jp

日本糖尿病教育・看護学会誌（2026年 9 月発刊，第30巻特別号）
The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing
編集：第31回日本糖尿病教育・看護学会学術集会　運営事務局
〒531-0072　大阪市北区豊崎3丁目20－1　インターグループビル
株式会社インターグループ
TEL：03-5549-6916
E-mail：jaden30@intergroup.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.



卓越した看護実践力と
高度な教育・研究力を修得

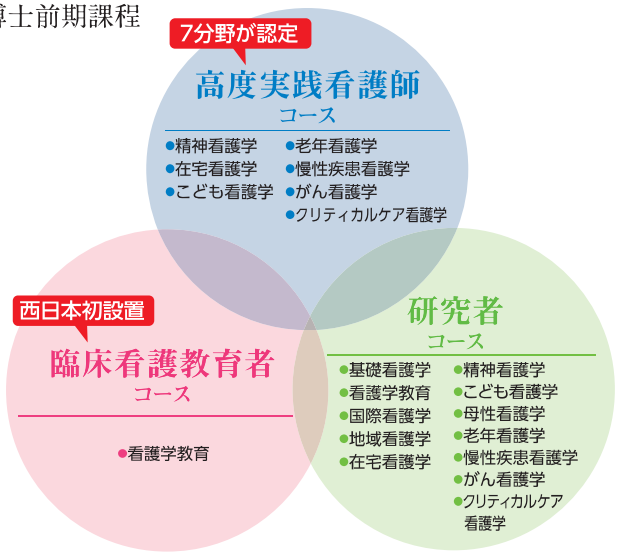
# 関西医科大学
# 大学院 看護学研究科

博士前期課程
博士後期課程

## 前期３コース、後期４分野の豊富なカリキュラム
## 前期７領域は高度実践看護師教育課程に認定

前期課程では、下記カリキュラムにて専門看護師・臨床看護教育者・研究者を育成。修了生から 21 名の専門看護師を輩出している他、複数名が本学教員に採用されるなど臨床や教育の場で活躍しています。後期課程には 4 分野を設け、高度な研究能力と高い教育力を有する人材を育成し、2026 年度までに 15 名が博士号（Ph.D）を取得しています。2027 年度から医療および看護の質改善(QI※1)に貢献できる人材の育成を目指して DNP※2コースを開設します。

▶ 博士前期課程




▶ 博士後期課程

| | |
|---|---|
| 基盤看護 分野 | 広域看護 分野 |
| 生涯発達看護 分野 | 治療看護 分野 |

※1：Quality Improvement　※2：Doctor of Nursing Practice

## 各分野の第一線教授陣による合同指導

授業は豊富な臨床経験や教育・研究業績を有する教授陣が担当。国際的に活躍する著名な外部講師による授業もあり、国際的な視野を身に付けることができます。前期課程・後期課程の合同授業もあり、垣根を超えて学びを深めることが可能です。

関西医科大学
KANSAI MEDICAL UNIVERSITY
〒573-1004 大阪府枚方市新町二丁目２番２号　TEL：072-804-0205/0207
Email:nursing@kmu.ac.jp　https://www.kmu.ac.jp/juk/fon_graduate/index.html

# いままでも、そしてこれからも。

わたしたちリリーは、ダイアベティスとともに歩む、
ダイアベティスケアのベストパートナーを目指しています。




リリーは1922年、
世界で初めてインスリンの製剤化に成功し、
ダイアベティスケアにブレイクスルーをもたらしました。

Lilly
A MEDICINE COMPANY

PP-LD-JP-1062　2025年6月作成

日本イーライリリー株式会社