

SMALL GROUP DISCUSSION  
1

# ライフステージに応じた療養指導—栄養

## KEY WORD

・食事療法 ・栄養 ・困難症例



京都大学  
医学部附属病院  
小倉雅仁



京都大学  
医学部附属病院  
和田啓子



北里大学病院  
人見麻美子

栄養のグループでは、「〇〇で困っている人」の栄養指導をテーマにディスカッションを行いました。

今回は検討する症例を決めるところからスタートし、問題の抽出と解決策について、マンダラート法を使用して議論を深めました。検討した症例の一部は枠の中の通りで、日頃困っていると感じる点は、共感できる内容が多数ありました。

各チームからは症例の背景など配慮した支援・解決策が提示されました。一方で、医療者が捉える「問題」が必ずしも患者さんの「問題」とは一致しないこともあり、より治療効果の上がる提案ができるかが課題と思われました。ディスカッションで出た意見を明日からの臨床に活用していただければと思います。



## こんな症例を検討しました

- ①40歳代男性。腎症3期、独身で高齢の母と同居、不規則勤務の仕事は忙しく経済的には不自由はない。食事は朝食欠食で飲酒をする。自分で調理はしない。
- ②40～50歳男性。独身、母と2人暮らし、交代勤務で忙しく、外食中心で自宅では購入した総菜を食べている。HbA1c8%、BMI30kg/m<sup>2</sup>。受け入れ悪く、血糖コントロール不良だが入院を拒否している。
- ③70歳代男性。夫婦2人暮らしで、最近妻が倒れた。本人は調理経験がほとんどない。娘は近くに住んでおりアドバイスはしてくれるが、手は出さない。最近HbA1cが7→8→9%と悪化している。
- ④30歳女性。BMI27kg/m<sup>2</sup>、HbA1c10%、腎症2期、神経障害あり、うつ傾向。離婚歴あり、生活保護を受けている。キーパーソンなし、朝食は欠食している。

## ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・人(他患)の成功例を話してはどうか。
- ・合併症に対する正確な情報を提供する。患者さんに知識を持ってもらうことが必要。
- ・調理方法の指導、簡単なレシピを教える、料理教室へ通うことを勧めてはどうか。
- ・総菜の栄養量を知ってもらう。
- ・患者さんが大切だと考えていることを動機づけにしてはどうか。
- ・患者さんができることから取り組んでもらう。
- ・医療者と婚活してはどうか。



## KEY WORD

- ・多職種で行う
  - ・実践できる
  - ・根拠を持った
- 運動指導

糖尿病治療の基本「運動療法」について、今回は  
①療養指導を行う全ての職種が運動指導を行えるようになる。

②具体的かつ継続性のある運動の指導が行えるようになる。

ことを目標にしました。「定年退職した未婚の元公務員」という症例を提示し、マンダラート法を用いて議論してもらいました。様々な職種の方々から「再就職」「犬を飼う」といった具体案や、環境を変えるための「公務員時代の人脈を使った活動」などが提案されました。「配偶者を見つける」案が出た一方で「生涯独身を選んだ場合の生き方」という案も出されました。時間内に各グループの発表が終われたことを、参加された全ての方々に感謝いたします。



彦根市立病院  
黒江彰



松江赤十字病院  
渡邊剛



琵琶湖大橋病院  
村松典子

## こんな症例を検討しました

Sさん：62歳、男性

【現病歴】45歳の時に健診で高血糖を指摘されていたが、放置していた。53歳の時に当院糖尿病センターを受診。HbA1c:8.0%と指摘され、自己流の運動を実施して6.3%まで改善した。その後再び放置し、59歳でHbA1c:9.4%まで上昇。栄養指導介入となり、食事療法およびメトホルミン500mg/日の内服、通勤時の1時間歩行を開始し、5カ月後には6.9%まで改善していた。60歳で定年退職後は、通勤時の歩行もしなくなったため、再びHbA1c:9.6%と上昇した。

【既往歴】特記事項なし。【家族歴】特記事項なし。

【生活歴】職業：60歳まで公務員として勤務し、定年退職後は無職。母と2人暮らし(未婚)。

【栄養指導介入開始時】身長：170cm、体重：62.5kg、BMI：21.6kg/m<sup>2</sup>、血圧：145/79mmHg、eGFR：86.2mL/min/1.73m<sup>2</sup>

【現在の身体状況】ADL基本動作および歩行は自立。機能的自立度評価(FIM)126点、骨格筋量指標(SMI)7.351kg/m<sup>2</sup>、握力：39kg、MMSE：27点

## ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・生活の中にレジスタンス運動を取り入れ、筋量をupする。
- ・NEATを高める工夫を提案し、身体活動量を増やす。
- ・万歩計やウォーキングシューズの購入や活動量計アプリの活用を促し、運動習慣を獲得する。
- ・ペット(犬)を飼い、散歩などの運動のきっかけを作る。
- ・コミュニティやボランティア、趣味サークルなどへの参加を促し、活動的な生活を送る。
- ・未婚のため、独身として生きていける知識・行動を身につける。
- ・活動量を増やすため、再就職をして自然ツアーガイドを始める。
- ・音楽に合わせて踊る、ダンス、太極拳など楽しい運動を行う。
- ・DIYを始め、生活活動量を上げる。
- ・糖尿病患者会に入り、共有する仲間を見つけて、共に糖尿病の知識を増やす。

SMALL GROUP DISCUSSION  
3

# ライフステージに応じた療養指導—服薬指導

## KEY WORD

- ・服薬アドヒアランス
- ・患者さんの生活
- ・薬の安全



関西電力病院  
桑田仁司



島根大学  
医学部附属病院  
石川万里子



上都賀総合病院  
野澤彰

服薬指導のスモールグループディスカッションでは、「服薬指導の原点回帰」をテーマとしました。様々な地域・職種の集うワールド・カフェでマンダラート法を使用しながら、薬物療法で難渋する症例に対して問題解決への提案を評価しつつ、患者さん個々に対応した服薬指導を考えました。

前回から使用したマンダラート法では、より具体的な解決策が見出されるようになり、現実味あふれるディスカッションになりました。調剤方法の工夫、薬の作用の説明だけでなく、患者さんを1人の生活者として認識し、患者さんを取り巻く環境に関わることも、薬物療法を有効なものとする上で重要であることを再認識する機会があったと思います。



## こんな症例を検討しました

- ①20歳代、女性。急激な血糖上昇を認め、入院加療を行っている。1型糖尿病と診断されたが、インスリン自己注射導入を拒んでいる。これまで病気で入院したことはない。
- ②40歳代、男性。2型糖尿病。メトホルミン、DPP-4阻害薬、グリニド系薬で治療中。HbA1c 9%。職業はタクシー運転手。夜勤があり食事が不規則である。飲み忘れることが多い。運動はほとんどできていない。
- ③50歳代、女性。無職。主に家事を行って過ごす。2型糖尿病、やせ型。インスリン分泌が低下しており、インスリン強化療法を行っている。血糖値を低く保たなければとスティックに治療して、その結果、頻繁に低血糖を起こしている。
- ④70歳代、男性。無職（過去の職業は警察官）。夫婦2人暮らし。DPP-4阻害薬、αグルコシダーゼ阻害薬で治療中。退院して半年ほどたつと、HbA1cが12%と血糖コントロールが悪くなり、入退院を繰り返している。

## ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・服薬状況の確認を行きましょう。
- ・飲み忘れの原因には理由があるはず。
- ・生活のリズムや環境が服薬アドヒアランスに影響しているかも。
- ・多剤併用や複雑な服用方法には介入し、状況に応じて配合剤、週1回製剤の利用も考えていこう。
- ・患者さんは糖尿病をどんなふうに思っているか。薬を飲むことに抵抗はないのか。指導するだけでなく、患者さんと話することで新たな気付きが見えることもある。
- ・患者さんへの直接介入の有無にかかわらず、他の職種への相談をすることで、新たな介入方法が見つかることもある。

# ライフステージに応じた療養指導 — 1型糖尿病

## KEY WORD

- ・小児科から内科への移行期支援
- ・自立を支える支援
- ・1型糖尿病の認知度アップによる社会の理解拡大



鳥取県立中央病院  
榎崎晃史



愛媛県立中央病院  
平井洋生



千葉大学  
中村伸枝



心臓病センター  
榊原病院  
吉沢祐子

第1回～第5回まで1型糖尿病のスマールグループディスカッションを企画されてきた中村慶子会長の掲げられたテーマに基づき、1型糖尿病とともに歩む人や、その家族に対して、あらゆるライフステージにおいて、療養指導チームがともに学び、ともに歩み、より実践的な療養支援体制を構築していきたいと企画しました。

特に今回は、小児科から内科への移行期医療の問題も鑑みて、主に小児科で出会う小児-思春期だけでなく、主に内科領域である成人-高齢期にも参加し、感じたことをワールド・カフェ形式で話し合いました。最終セッションでマダラート法を活用して課題を整理し、いくつかの具体的なアクションプランを見つけることができました。

## まとめ(マダラート法)

### ●小児期のまとめ

本人と家族にマイナスイメージをつけない初期教育	本人に伝えなきゃいけない現実と疾患管理の知識	サマーキャンプへの参加と仲間づくりの支援
親子の距離と親からの自立時期の見極め	<b>小児期の親子関係と自立に向けた療養指導</b>	親の不安・ストレスへの対応と、友達同様の学校生活の担保
本人と家族のニーズに合った多様な患者会の提供	本人と家族の思いを把握しながら学校に説明・支援(具体的に・要求しすぎず・新しい機器を活用)	ライフイベントに合わせた節目節目の療養指導

### ●思春期のまとめ

自らアクセスできる正しい情報の提供	迷っている時 ライブイベントなどで課題が生じた時の支援	キャンプ・患者会など仲間づくりの場・情報の提供
親子の距離の把握と親と子それぞれの自立へのサポート	<b>思春期の自立と成人期への移行</b>	本人の自信の持てるもの 特技、目標をサポート
思春期やヤング世代に対応したイベント開催と対応できるスタッフ育成	小児科医と内科医の連携 サマーキャンプに共に参加	成長・身体変化(二次性徴)の把握と療養指導

### ●成人期のまとめ

社会保障制度については自治体間でも差があり、詳細についての認知度も低く、情報提供が必要	小児慢性特定疾患以外に、成人期以降の医療保障体制の充実があれば、治療選択の幅も広がる	SNSの急速な普及 信頼性のある情報があるか、医療者の目が必要
1型糖尿病の認知度を高める広報活動が必要	<b>1型糖尿病思春期から成人期への移行</b>	成人期以降の医療提供体制の充実と、社会保障などの経済的支援体制を含めた社会システムの構築
1型糖尿病の問題を社会全体で共有できるように、日本糖尿病協会が積極的に活動することに期待	妊娠してからサポート体制が始まるが多く、それまでの時期に情報提供などから療養支援開始が必要	1型糖尿病患者の集まる医療機関が偏在し、医療者間でも経験や知識に偏りが見られ、学習機会が必要

### ●高齢期のまとめ

合併症の問題は1型2型を問わないので、医療者は既に対応可能であり、患者への知識の啓発も徐々に進んでいる	認知機能低下や独居環境等によりセルフケアが破綻した時に、医療者と社会資源の担当者とは、一致して個別対応ができるかがカギ	個別対応が必要な場合に医療者、社会資源の担当者、行政等の間の協働支援ができ、さらに1型糖尿病もサポートできる人材創生
インスリン注射があると受け入れる施設が少ない ⇒1型の認知度アップ 日本糖尿病協会の活動に期待	<b>1型糖尿病高齢期エンド・オブ・ライフインスリンデリバリー合併症支援</b>	エンド・オブ・ライフを語る社会づくり 最期を迎えるまでに、その人の望んでいることを共有し理解して支える
インスリン注射の不確かさの軽減 ⇒デバイスの改善・簡素化、インスリン注射に関わる職種拡大	1型糖尿病を持つ、その人を知っている人(家族、キーパーソン、地域コミュニティ、あるいは高齢1型患者会)を増やす	認知症やフレイルなどで身体機能が低下することを適切な療養指導介入で緩和し、医療費・介護負担軽減



## 高齢者

### KEY WORD

- ・無自覚性低血糖
- ・介護保険
- ・高齢者総合機能評価



松山市民病院  
新谷哲司

学会初日である7月28日に「高齢者糖尿病」のスモールグループディスカッション (SGD) をワールド・カフェ方式で行いました。参加者は合計166名と本学会で行われるSGDの中で最大人数であり、開始早々から我々リーダー3名は人数に圧倒されていました。

参加者には18のグループに分かれていただき、前半グループが症例A、後半グループが症例Bについてディスカッションを行いました。

まず各グループで症例の「問題点の抽出」を行いました。その後、くじ引きでグループを替えて、各症例の問題点を解決するための「療養指導プランの立案」についてディスカッションしていただきました。

その後に、再度くじ引きによってグループ替えを行い、「高齢者の糖尿病」というタイトルでレクチャーを行い、

糖尿病を持つ高齢者が抱える問題点やその解決法について考えていただきました。そして、その内容を踏まえて「高齢糖尿病患者の療養支援」に関してディスカッションを行いました。

最後に、元のグループに戻りグループ内で振り返りを行い、代表者に発表していただきました。

高齢者医療も多職種によるチーム医療が必要とされています。今回の学会のテーマでもある「ひとりとチームの経験を力に ともに歩む!」を実感していただけたのではないのでしょうか。

慣れないリーダーをサポートしグループ内での進行役を務めていただいたファシリテーターの皆様、活発なご討議をいただいた参加者の皆様に大変感謝しています。

#### こんな症例を検討しました

Aさん：75歳、男性

45歳時に2型糖尿病と診断され、以後は経口血糖降下薬による治療を受けていた。62歳時に腎不全となり血液透析が開始された。64歳時に狭心症、65歳時にアテローム血栓性脳梗塞、71歳時に胃不全麻痺と診断され治療を受けている。巻き爪がありフットケア外来に通っていた。透析導入時から混合型インスリンの朝夕投与を受けていたが、低血糖や高血糖を繰り返していた。○月△日の夕食時に妻が声をかけたところ返答が不明瞭であったため救急車で搬送され、低血糖と診断され入院となった…。

#### ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・家族の介護力を確認して必要なサポートを行う。
- ・訪問看護やヘルパーを積極的に利用したい。
- ・配食サービスなど食事療法の工夫が必要である。
- ・足の手入れも必要。透析の時間を利用したフットケア指導。
- ・インスリン投与量の調整を指導する。

#### こんな症例を検討しました

Bさん：76歳、女性

独身の弟と2人暮らし。以前より血糖高値を指摘されていたが放置していた。尿量が多くなったことに弟が気づき、近医を受診した。2型糖尿病と診断され経口血糖降下薬が開始になった。□月◎日、自宅のソファでぐったりしているところを弟に発見され、救急搬送された。著明な高血糖が見られており、入院の上でインスリン療法が開始になった。日中は床上で過ごしている。3点柵や介助バー、センサーマットを使用している。介護保険を申請し支援介入を行う予定としているが、本人は受け入れていない…。

#### ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・本人や弟の思いを知ることが重要。
- ・本人ができることの限界を知る。
- ・多職種と情報共有し、よりよいサービスについて検討する。
- ・多職種により多方面からの見守りを行う。
- ・弟が孤立しないような関係作り。レスパイトケアの活用。
- ・家屋など環境面の評価を行いアドバイスする。

SMALL GROUP DISCUSSION  
6

糖尿病カンバセーション・マップ™

KEY WORD

- ・ファシリテーター
- ・コミュニケーション
- ・話を聞く



二田哲博クリニック  
下野大



小内医院  
小内裕

本セッションは、通常のカンバセーション・マップファシリテータートレーニングの体験版という位置付けで実施しました。参加者はマップの未経験者と経験者が混在していたため、9つのグループに分かれて、まずはトレーナーがファシリテーターとなり、参加者は患者さんやご家族に扮して「糖尿病とともに歩む」のマップを体験しました。その後、参加者が順番にファシリテーター役を務め、皆さん四苦八苦しながらも、トレーナーの助言を得ながら、進行役として場を作る努力をしておられました。

グループワーク終了後は、エキスパートトレーナーで臨床心理士の東山弘子先生が、患者さんのグループワークを進行する上でのコミュニケーションのポイントをわかりやすく解説してくださいました。



ディスカッションではこんな意見が出ました

■マップ未経験者

- ・患者さんの気持ちを聞けるアイテムになると思った。
- ・患者さんの意見を聞きながら進行するのは難しかったが、予測しない反応などもあり、楽しかった。
- ・型に当てはめる指導から抜け出さないといけないと思った。
- ・1人ひとりの気づきを見つけるツールだと思う。
- ・医療者はいずれ指導的になりやすいが、ファシリテーター役に徹することが大切。

■マップ経験者

- ・体当たりで患者さんの心情を汲み取りつつ、やっていきたい。
- ・マップに描かれた内容にこだわりすぎず、話を進めたいと思った。
- ・色々な進行方法があると感じ、自分の杓子定規なやり方を反省した。
- ・精神科の患者さんを対象にマップを行っているが、精神科でも十分に使えるツールだと思う。



KEY WORD

・マンパワー ・連携 ・情熱

今年も約130名という多くの参加者があり、18グループでのディスカッションとなりました。参加者が多いということは、どの地域・施設でも、腎症の重症化予防は重要課題であることがうかがえました。

2012年、透析予防指導管理料が保険収載され、2016年には糖尿病腎症重症化予防に関わる連携協定が行われ、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定されました。県別の重症化予防への取り組み状況が示され、重症化予防を成功させるためのポイントとして、行政の受診勧奨を待たず、まずは自院の患者から介入を、という講義がなされました。多職種協働で患者把握と絞り込みをして (staging)、「疾病管理MAP」を用い、徹底した減塩と脱水予防指導の重要性が説明されました。自院での透析予防を充実させ、地域全体での重症化予防の取り組みへ発展することが望まれます。



市立八幡浜総合病院  
酒井武則



平和台病院  
原田和子

こんなテーマについて話し合いました

「腎症重症化予防を成功させるための工夫」

「腎症重症化予防」は、第1回(2013年)から続いているディスカッションテーマです。今回は、自施設でうまくいっていることや取り組みつつあること、うまくいっていない理由や課題などについて情報共有を行い、課題に対する対策や自分ができることなどについて話し合ってもらいました。

2018.7.29 第6回日本糖尿病療養指導学術集会(京都)  
SGD「腎症重症化予防」

テーマ

「腎症重症化予防を成功させるための工夫」

過去のテーマ

- 第1回(2013年): 透析予防・管理に何が必要か?  
いろいろな施設の成功事例を共有→成功事例を基に成功の秘訣を探る  
→多くの意見を参考に自施設で実施したいことを考える  
①対象患者の抽出②情報共有と可視化③指導内容の統一とマニュアル化
- 第2回(2014年): 透析の予防と管理 実践に向けた運営方法の共有  
患者の抽出→多職種チームの作り方と共有方法→効果的な指導法と指導後の評価
- 第3回(2015年): 透析予防・管理の現状と課題  
抽出方法と多職種チームの関わり→実践から見えてきた問題点→よりよい指導に必要なこと
- 第4回(2016年): 透析予防の現状と今後の展望  
病期別・ライフステージ別に対象を分けていますか?  
→腎機能の評価などでもたらされた効果とどのような人に指導すると効果的か
- 第5回(2017年): 重症化予防には何が必要か? 患者さんに腎症を意識してもらうためには?  
重症化予防の阻害要因→減塩指導→患者医療者の関心を引き出すには

ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・マンパワー不足を補うために、また指導料を算定しやすくするために指導内容の統一が必要。
- ・糖尿病連携手帳を活用し、療養支援内容を共有する。
- ・行政と協力しあい、市民講座、健康教育等、啓発活動をより活発に行う必要あり。
- ・チームリーダーを中心に、患者さんも巻き込み、一歩前へ進むことが重要。
- ・塩分摂取量の可視化(見える化)で指導の効率化を図る。
- ・食育の重要性。
- ・本人の強み(ストレンクス)に着目して関わる、関わり続ける。
- ・教育修了者へ卒業証書を発行。
- ・カンファレンスを行い、スタッフ育成も行う。
- ・行政スタッフも地域療養指導士を取得し、意識、知識を高める。
- ・地域の取り組みを知ることができてよかった。

SMALL GROUP DISCUSSION  
8

# フットケア

## KEY WORD

- ・傷の再発
- ・継続的な療養指導
- ・患者の意思決定

今回のスモールグループディスカッション（フットケア）でも、例年のように、参加者の多くは看護師でした。しかし少数ですが、医師、理学療法士、臨床検査技師の参加もあり、フットケアについて多職種でディスカッションをすることができました。

症例は、透析導入中で視力障害もあり、繰り返し足壊疽、血行再建術を繰り返し、認知症、ADLも低下していく患者さんです（67歳、女性）。患者さんの経過を、入院時、数年後の大切断か保存的療法を選択するか、というそれぞれの段階の問題に対して、ケア、療養指導だけでなく、他職種や家族にどう働きかけるかという意見も聞かれました。また、大切断をするか保存的療法をするかという問題に対して、施設の立場、医療者の都合で治療を選択するのではなく、患者さんの意思決定を促し治療を選択できるようにするという私たちの役割についても考えさせられました。今回のディスカッションが今後の療養指導に活かされましたら幸いです。

最後になりましたが、台風の中、参加していただいた参加者の皆様、ファシリテーターの皆様に厚く御礼申し上げます。



市立貝塚病院  
仲上静香



福岡大学  
濱之上暢也



大阪警察病院  
小野明美

### ディスカッションのテーマ

- ①問題点を挙げ、治療方針および入院時に気を付けることを考えてみてください。
- ②退院後も傷の再発を繰り返す患者さんに何ができたか、できるか考えてみてください。
- ③今後は大切断or保存的？ 意見の違いをすり合わせるにはどうしたらよいでしょうか？ 考えてみてください。

### ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・視力障害があるので写真で足の状態を伝える。
- ・創処置の手技ができていたか確認する。
- ・体の柔軟性や靴、歩き方などもアセスメントする。
- ・施設が変わっても予防的介入を継続的にできる方法はないか検討する。
- ・大切断、保存的？ という問題に対して本人はどう捉えているか？ 家族の思いも確認する。
- ・意思決定⇒責任の所在は自分にできるように、期間を決めて意思決定を確認する。決定できない時には、保存的に経過を見るなど、待つ関わりをする。
- ・大切断、保存的療法のメリット・デメリットを伝える。意思決定の聞き方、確認方法を工夫する。



KEY WORD

- ・ 共通言語の構築
- ・ 顔の見えるネットワークづくり
- ・ 糖尿病連携手帳の活用

今回で6回目となる日本糖尿病協会療養指導学術集会のスマールグループディスカッションでは、昨年に引き続き「歯科医科連携」のテーマが選ばれ、医師と歯科医師によるリーダーファシリテーターの進行で行われました。

参加人数は42名、リーダーファシリテーター、ファシリテーターを含めると57名の登録で、過去最も多くの参加人数を予定していました。しかしながら、台風12号の影響で遠路交通手段が困難でやむなく京都まで来られなかった方が多く、リーダーファシリテーター、ファシリテーター、参加者合わせて31名となってしまいましたが、熱いディスカッションが繰り広げられました。

ディスカッションの方法は、今年もマンダラート法を用いて、9つのマスに関連する必要な事柄を埋めていき、その1つのマスをまた掘り下げて具体的事例を探り出しました。マスがそろったらまとめ、グループごとにマニュアルを作成、発表となりました。

昨年同様、お互いをよく理解するため共通言語の必要性、知識の向上、顔の見える関係づくりなど、身近なことから始める連携の難しさを痛感しました。何より、医療者の連携が目的ではなく、患者さんの笑顔が中心になるように、医科歯科の壁をなくし、医療連携を進めること、社会連携が必要なこと、関係がスムーズに回るようキーマンとなるべき人材育成を考えることなど意見が相次ぎました。

糖尿病連携手帳の改訂へ向けての希望・要望は意見が多く、広く周知してもらうことの重要性、患者側・医療者側が情報を共有できるツールとしての大きな期待を感じました。

最後に進行役を務めていただいたファシリテーターの先生方、そして遠路ご参加いただいた方々に厚く御礼申し上げます。



北海道大学病院  
根岸淳



医療法人社団シマダ  
嶋田病院  
赤司朋之



原瀬歯科医院  
原瀬忠広

ディスカッションのテーマ

ハードルを下げた連携  
連携をうまくするには？

ディスカッションではこんな意見が出ました  
(糖尿病連携手帳への希望・要望として)

- ・ インデックスなど、見たいページがすぐわかる工夫があるとよい。
- ・ 眼科と歯科のページを分けて、指導欄、治療ポイントページを増やしてほしい。
- ・ 表紙に「糖尿病」の文字は出さず、ハッピーな気持ちになれるデザインがよい。
- ・ 糖尿病では褒められないので、「頑張ったねシール」や「ご褒美シール」などがあるとよい。
- ・ 歯周病の説明媒体を添付してほしい。
- ・ 年間スケジュールを付けて、各科の受診予定が一目でわかるようにする。



SMALL GROUP DISCUSSION  
10

妊娠

KEY WORD

・妊娠糖尿病 ・糖尿病合併妊娠

妊娠は4つのグループで、2症例について話し合いました。参加者は、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士で、ファシリテーターの進行の下、マンダラート法で行いました。ラウンド1では問題を抽出し、出産前後で問題点を2つ選び、ラウンド2では出産前の支援について、ラウンド3では出産後の支援についてディスカッションしました。全体会では、明日からできることも踏まえて各グループが発表しました。

妊娠は、悪阻のため食事療法が難しくなること、インスリン治療に対する正しい情報の提供が大事になること、家族や職場の理解が必要になること、肥満やむくみが出やすいので軽い運動を取り入れること、胎児の成長も考え睡眠を十分に取ること、産後は授乳をするため血糖管理と育児の両立が大変になることなど、患者さんの立場に立った問題抽出と具体的な支援についてディスカッションできました。

また各グループからの質問に対し、清水先生からミニレクチャーがあり、「妊娠中に使用するインスリン製剤の安全性について」「妊娠中の食事付加エネルギー量に対する糖尿病学会と産婦人科学会の見解」「授乳の消費カロリーは1ccあたり約1kcalの消費エネルギーとして捉えること」などについて理解が深まりました。

明日からできる支援としては、「正しい知識を伝え、患者さんの思いを傾聴すること」「家族（支援者）を含めた介入が心掛け、産後も継続した指導を行うこと」が挙げられました。

各職種が意見を出し合ったので、患者さんに対する療養指導が多方面にわたり、より充実したものになりました。普段から妊娠糖尿病妊婦さんや糖尿病合併妊婦さん、褥婦さんと関わっておられる方も、あまり関わる機会がなく勉強の機会とされた方にも、とても有益なディスカッションになったと思います。

ファシリテーターの方々、参加者の皆様に感謝いたします。



心臓病センター  
橿原病院  
清水一紀



すずき糖尿病  
内科クリニック  
和田幹子



愛媛県立中央病院  
小林知子

こんな症例を検討しました

【症例1】

34歳女性(事務職)、妊娠14週、出産歴1回  
尿糖陽性、75gOGTTにて、空腹時血糖値 96mg/dL、1時間値171mg/dL、2時間値 155mg/dLで産婦人科より紹介。32歳で第1子出産時は、GW41週で3430gの女児を出産、尿糖の指摘はなかった。  
来院時 HbA1c 5.5%、身長155cm、体重71.5kg、BMI 29.8kg/m<sup>2</sup>  
家族歴：父親と祖父が糖尿病。「食事は糖質制限をしている」「血糖測定は行うがインスリンは避けたい」と話す。

【症例2】

34歳女性(看護師・夜勤あり)、1型糖尿病(4歳発症)  
妊娠5週(初産婦)、BMI 23.6kg/m<sup>2</sup>、HbA1c 6.7%(前月6.9%)、食後血糖値212mg/dL、GA21.0%、尿ケトン(+)  
インスリン：Q 7~10-7~10-7~10(カーボ量にて変動) N 4-10-9  
「基礎インスリンがきれないように心がけていた」「妊娠を心待ちにしていた」「妊娠時のHbA1cは6.5%以下を目指していた」「悪阻がづらいけど、食べると治まる」「食後血糖値が時々200mg/dLを超えるけど、お腹の子どもは大丈夫かな」

ディスカッションではこんな意見が出ました

【症例1について】

- ・糖質制限をしているため、食事療法と一緒に見直す必要がある。
- ・インスリン注射に抵抗があるため、患者さんの思いを聞く。針やデバイスを見てもらったり、インスリンの正しい知識を提供したりする。
- ・肥満のため、生活に運動を取り入れ、腰痛予防、浮腫予防などのストレッチを指導する。

【症例2について】

- ・夜勤があり不規則な生活で、悪阻の時期でもあり血糖管理がしにくい。食事・睡眠の状況や職場の理解が得られているか確認する。
- ・産後は授乳の関係もあり、産前とは違うインスリン調整になり育児と血糖管理の両立が大変になる。家族の協力や養育環境の確認をする。

## KEY WORD

- ・カーボカウントの理解
- ・デバイス機器の説明
- ・データ解析



永寿総合病院  
小出景子



D Medical Clinic  
Osaka  
広瀬正和

インスリンポンプSGDは、第3回目を迎え、3C (Carbocount、CGM、CSII) に焦点を当てました。初めに、職種関係なく応用カーボカウントに携われるようにカーボカウントの演習を行い、次いで2症例のCGMの検討をしました。今年、1例目にフリースタイルリブレのFGMデータによる小児1型糖尿病インスリンポンプ症例を提示し、インスリン量や糖質量などデータが揃っていない中、想像性を高め観察し、問題点を提示してもらいました。その上で、新機種640Gのケアリンクプロでの様々なグラフから詳細なデータを読み取る練習をしました。

参加者の中には、経験者や自身が1型糖尿病の方もおられたので、食後高血糖の対処法〔10～15分前に打つ、ボーラス使用後リブレで血糖低下傾向(↓矢印)になってから食べる、よく噛んで食べる、早食いしないなど〕、運動時の基礎インスリンの調整方法、皮膚がかぶれやすい患者さんへの対処法など、日常的かつ具体的なディスカッションもされました。

ポンプ療法を選択される患者さんは、高度な機器を使いこなすことが必要となります。私たちCDEは、まず、ポンプ本体やCGMやFGMといったデバイス機器の使い方を説明し、その上で、療養指導につなげるために、ケアリンクプロやAGP (Ambulatory Glucose Profile) のデータを読み取り、指導に活かす必要があります。デバイスの使い方は、メーカー主催の勉強会などで知る機会もあることから、これまで、先にメインテーマである療養指導を行ってきました。持ち前のスキルが高い参加者に助けられ、タイトなスケジュールの中、データを読む作業がこなされてきました。しかし今回、未経験者から、先にハンズオンをしたほうが解析指導も理解できる、との率直なご意見を頂戴しました。熟練のファシリテーターや経験者によるハンズオンセミナーの必要性も感じた次第です。

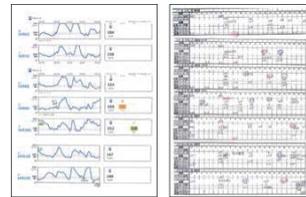
今後は、機器導入指導とデータ解析による療養指導をいかに様々な参加者とディスカッションできるのか、検討課題が残りました。



## こんな症例を検討しました

### 症例1 CSII FGMデータ活用

6歳女児、罹病1年、HbA1c7～8%で推移。小学校入学後、血糖上昇傾向で、午前中が高め。



小児のFGMでは、日内変動は十分観察可能ですが、入力が不十分な分、想像性を高めて読み取りました。体育の基礎レートや食後の高血糖にどう対応するかを話し合いました。患者や家族と関わる必要性も理解できました。自己管理ノート(ポンプ版)のインスリン単位やカーボ量を参考にし、インスリン調整の提案もされました。

### 症例2 SAP ケアリンクデータ活用

53歳男性、罹病22年、BMI22.4

15カ月前よりSAP開始。1カ月前640Gへ機種変更。

HbA1cは9.9から7.8%へ改善。

コンビニ経営、ポンプ開始以降生活リズム調整中。

合併症：神経障害+網膜症PDR 腎症3期



8種類のレポートを参考にし、食後の高・低血糖値の観察からカーボカウントや糖質/インスリン比の見直し、デュアルやスクエア注入方法の活用などの具体的な提案、さらには、HbA1cの改善に伴う基礎レートやスマートガード機能による停止時間帯の基礎レートの減量とインスリン調整にも十分な意見が交わられました。

SMALL GROUP DISCUSSION  
12

# 精神疾患合併

## KEY WORD

・信頼 ・協働 ・傾聴



小内医院  
小内裕



佐賀大学  
松島淳



佐賀大学  
福地絢子

今回で2回目となりました「精神疾患と糖尿病」についてのスモールグループディスカッションです。慣れてきたのか、京都の夏のようにかなり白熱した討論になったと思います！ この難しいテーマに対して様々な職種が本気でぶつか

り合った時間は、非常に意義のあるものだったと思います。しかーし！ まだまだ議論するべきところがあったと個人的には思います。ぜひ、次回のセッションでもみなさんお会いしましょう(^v^)

### ディスカッションのテーマ

精神疾患を合併した糖尿病の管理と療養指導

### こんな症例を検討しました (このほかにも2例、検討しました)

35歳、女性

【現病歴】18歳で1型糖尿病と診断され、インスリン治療開始。32歳から体重増加と血糖管理困難あり、33歳で大学病院糖尿病内科に1カ月間教育入院。入院中にカーボカウントを習得し、血糖改善したが、退院欲求が強くなり、臨床心理士による介入を開始した。退院してからも生活の是正に自信がないといった発言あり。退院後も臨床心理士のサポートはあったが、生活の乱れは改善できなかった。34歳から母親との関係が悪くなり、情緒不安定になり、ゲーム依存症、食生活の乱れ、睡眠リズムの乱れが進み、HbA1c 9~10%と血糖管理不良。精神状態の悪化あり、精神科の介入開始。仕事も辞め、血糖管理と休養目的で医療者側から入院治療を提案したが、ゲームができないなどの理由をつけて入院拒否あり。劣等感が強く、医療スタッフから前回入院で習得したことができなくなったと思われるのが嫌だとの発言もある。

【既往歴】脂質異常症、症候性てんかん

【家族構成】母親(関節リウマチ)と姉(潰瘍性大腸炎、高安病)。父親(潰瘍性大腸炎)は離婚後別居しているが交流はある。

【精神科処方】バルプロ酸ナトリウムR800mg/日、ラメルテオン8mg/日

【内科処方】インスリンデグルデク 22単位/日、インスリンリスプロ 50~90単位/日

【DM 合併症】前増殖網膜症、神経障害あり、腎症2期。大血管症なし。

【現症】身長154cm、体重64.6kg、BMI 27.3、HbA1c 10.1%、FBS227mg/dL、LDL163mg/dL、HDL 57mg/dL、TG 105mg/dL、Cr 0.63mg/dL、eGFR 87.1、尿中アルブミン110mg/gCr、AST 13U/L、ALT 6U/L、γ-GTP 13U/L

### ディスカッションではこんな意見が出ました

- ・最初に患者さんとの信頼関係を形成しようよ。
- ・医療者間の共通の知識や事柄をしっかりと共有したい。
- ・患者-医療従事者だけでなく、家族や社会とも連携しよう。
- ・コンサルトのタイミングは難しい。他者から見たら早すぎるかもしれないし、遅すぎるかもしれない。よくよく相談したいな!
- ・他科、他職種、他病院、他病棟のことをお互い知らなすぎるので、もっと交流を深めたい。
- ・臨床心理士や精神科医の仕事・役割をきちんと把握するべきだ。
- ・患者さんだけでなく、関わる全てを見よう。
- ・地域の医療背景・社会背景も考慮したほうがいいから。
- ・悪いところだけ見ないで、良いところも見つけよう!





JCHO徳山中央病院  
益成宏

KEY WORD

・作らない ・使わない ・見逃さない

インスリン自己注射で、大切なのは、「手技」と「注射部位」です。セッションでは、インスリン注射に伴って発生する皮膚変化としての「皮下硬結」について、当院で経験した症例を1つのストーリーに仕立てました。

症例（ストーリー）は、82歳の女性、「昼食直前のノボラピッドFTを注射していたら、突然注入が止まり、針を抜いたら針先から液が出てきた」と、トラブルの電話を内科外来が受けたところから始まります。この方は、電話の前に「かかりつけ薬局」にまず、相談をしていたのです。その後の受診で、薬剤師（私）から、インスリン注入器（ペン型）の不具合の確認、取り扱い手技、注射部位の確認と変更（お腹の皮膚が鉄板のように硬くなっていたのです！）、看護師からは低血糖の対処方法、医師からは再診のたびに低下したHbA1cに対するインスリン量の減量、針や製剤の変更を行いました。私も積極的に腹部の観察と注射部位の確認を行うとともに、再診の度に「かかりつけ薬局」へ経過を連絡し「連携」を図りました。

ストーリーを3分割し、「なぜできてしまったのか?」「どうして、こんなになるまで誰も気付かなかったのか?」「なぜこの部位に注射していたのか?」「これまで同様の不具合はなかったのか?」などを、自分の施設あるいは自身の経験を交えて、席替えをしつつ、3回ディスカッションしていただきました。参加者は看護師さんが最も多く、私も日々観察・指導をされている看護師さんの「胸を借りるつもりで」意見を拝聴いたしました。意外だったのは、薬剤師さんの参加が多かったこと。保険調剤薬局の方もおられ、患者さんの情報をどのように、誰に伝えるのか? 次の診察日まで待っていていいのか?などの悩みもいただきました。

薬剤師の学会でありがちなのが「堅苦しい研修会」。でも私はこの雰囲気が大の苦手! 少しでも楽しんでディスカッションをしていただきたかったので、「私から楽しむ」ことを心がけました。最後は、皆さん笑顔で「楽しかった!」と仰ってくださったことで、このセッションは、「大成功だった!」と感じています。

昨年の学会終了後に、何気なく事務局に「皮下硬結」セッションの提案をしておりましたら、企画として採用していただきました学会長の中村慶子先生、また今回参加いただいた皆様、本当にありがとうございました。

ディスカッションではこんな意見が出ました

「作らない」

- ・握力(握手する)、神経障害のチェックも必要。
- ・前回の注射部位がわかるように「わざと」注射部位に絆創膏を貼る。
- ・「どこに打っているの?」と聞いて「ここ」と限定できるなら、だいたい硬結ができています。

「使わない」

- ・低血糖の症状が自分でわかるか?をチェック。対処方法も確認。
- ・インスリンの減量:インスリン減量したら、「薬代が少なくなりませ!!」…大阪の方から出た意見。さすが!!!

「見逃さない」

- ・「車検」と一緒や! 新車3年後、それ以降は、2年ごと、10年経ったら1年ごとや。
- ・検査部・レントゲン部にも願います。エコー検査で撮影時に触って気付く場合もある。
- ・糖尿病連携手帳を「調剤薬局でも出してもらおう」。「硬結あり」の記載欄を作ってもらおう。

「その他」

- ・きちんと、治療が続けられてきたことに対してねぎらいの言葉をかける。
- ・硬結は、悪者ではなく、あなたがきちんと治療してきた証拠だと伝える。

「課題」

- ・立って観察か? 座って観察か?
- ・病薬連携の窓口をどこに? 誰に?
- ・触って「わからない」レベルはどうやって指導?



SMALL GROUP DISCUSSION  
14

# 糖尿病療養指導カードシステム

## KEY WORD

- ・糖尿病療養指導カードシステム
- ・経験の共有
- ・周囲の理解



那珂記念クリニック  
道口佐多子



佐賀大学医学部  
附属病院  
永淵美樹



那珂記念クリニック  
遅野井健



佐賀大学医学部  
附属病院  
安西慶三

カードシステムのSGDは、カードシステム講習会の修了者を対象に、10グループのワールドカフェ形式で行われました。

はじめに、所属施設でカードシステムを導入している参加者と、導入に困難を感じている参加者のグループに分かれ、それぞれ問題点を把握しました。その後、混在グループになり、情報交換を行ったうえで、再度カードの使い方を学習しました。

最後に最初のグループに戻り、施設でカードシステムの導入または活用のためにどのような行動ができるかについて、ディスカッションで得た成果をもとにアクションプランを作成して発表・共有しました。

カードシステム講習会受講後、システムを導入している参加者と導入に困難を感じている参加者が集まり、それぞれのノウハウや問題点を共有し、課題をクリアするためのヒントを得ることができる時間になりました。

## ディスカッションではこんな意見が出ました (アクションプランを作成)

### ■カードシステムを導入している参加者

- ・地域連携や他科の患者指導にも使用したい。
- ・全ての指導箋のなかから、外来でのセットをつくる。
- ・コントロール入院や腎不全保存期の患者にも使用したい。
- ・指導スケジュールのひな形のパターンを増やし、運用しやすくする。
- ・指導したリーフレットのスキャンを電子カルテへ読み込む方法の構築。

### ■カードシステム導入に困難を感じている参加者

- ・導入に障害があるのは当たり前のことなので、同僚と相談して進めていく。
- ・興味を持ってくれそうなスタッフに協力を依頼する。
- ・DMチームでカードシステムの勉強会を開催する。
- ・医師を巻き込んで研修を実施したい。
- ・カードシステムを使用した指導のモデルケースを、1例でも2例でもやってみる。





# サマーキャンプ

～糖尿病サマーキャンプ運営上の課題と工夫を共有しよう～

日本糖尿病協会  
インスリンケアサポート委員会



坂本辰蔵



山本真吾

## KEY WORD

- ・小児糖尿病サマーキャンプ
- ・リスクマネジメント
- ・2型糖尿病患者

参加者を①キャンプ運営上の課題への対応、②キャンプにおけるリスクマネジメント、③キャンプ参加者増のための工夫、④これからのキャンプに向けた課題と工夫、の4つに分け、それぞれのテーマについて話し合ったものを全体で共有していく、という方法で実施しました。

いずれのサマーキャンプにおいても、一生懸命に質の高いサマーキャンプの開催のために努力をされていることが強く伝わってきました。インスリンケアサポート委員会としても、可能な範囲での支援を検討していく必要性を強く感じました。

### こんなテーマについて検討しました

#### 1. キャンプ運営上の課題への対応

- ①運営スタッフの確保と質的な向上
- ②キャンプ会場の確保や条件
- ③資金確保と費用

#### 2. キャンプにおけるリスクマネジメント

- ①医療的な体制の整備
- ②スタッフや参加者のための災害保険の保障
- ③災害に対する準備や対応

#### 3. キャンプ参加者増のための工夫

- ①患者や学校、小児科クリニックなどへの周知
- ②新規発症者が参加できるための工夫
- ③不参加者の背景とその対応  
(参加できない? 参加したくない?)

#### 4. これからのキャンプに向けた課題と工夫

- ①スタッフとしての参加希望者について
- ②キャンプの社会的認知を広める工夫
- ③2型糖尿病患者の参加について

### ディスカッションではこんな意見が出ました

#### ① キャンプ運営上の課題への対応

CDEJやCDELを積極的に活用して、キャンプの経験者を増やしていくことが長く継続していくためには大切。

#### ② キャンプにおけるリスクマネジメント

医療物品の手配について日糖協の支援を望む。  
実際にキャンプ中に災害が起こった時に、日糖協は何か支援を頂けるものなのか検討してほしい。

#### ③ キャンプ参加者増のための工夫

サマーキャンプというイベントの周知を、日糖協中心に実施をお願いしたい。  
具体策として、サマーキャンプ周知のためのDVD制作や、経済的に問題のある子どもへの支援を検討してほしい。

#### ④ これからのキャンプに向けた課題と工夫

①と同様、CDEJやCDELとの連携を密にしていく必要がある。  
2017年より2型糖尿病患者の受け入れを開始しているが、その実績が作られていない。  
日糖協とどこかのキャンプが2型糖尿病患者の受け入れモデルプランを示し、そのノウハウを広げていけば効果的である。

