

今月の視点

やまぐち糖尿病療養指導士について (2)

理事 中村 丘

1. はじめに

前回、山口県医師会報令和6年12月号掲載の「今月の視点」で講習会の前半部分を述べたが、糖尿病のスティグマとアドボカシーについては不十分であった。令和7年度に行われた山口県糖尿病療養指導士講習会の計15講義の内、第8講義～第12講義までを概説する。令和7年度も令和6年度と同様のカリキュラムで山口県糖尿病療養指導士講習会は全4回で7月から10月まで月1回、日曜日に行われた。日本糖尿病学会において、令和7年は第5次「対糖尿病戦略5か年計画」が発表された初年でもある。第4次「対糖尿病戦略5か年計画」の検証の4. 国民への啓発と情報発信には、「本学会は、JADEC（日本糖尿病協会）と連携して糖尿病週間には糖尿病に関する啓発活動を行っており、また本学会が幹事団体となっている日本糖尿病対策推進会議でも、各都道府県単位での啓発活動や『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の推進などを行ってきた。この5年で特に力を入れてきたのは、糖尿病のアドボカシー活動であり、本活動に関しては、一定程度、国民に認知されたと考えるが、正しく認知されていない場合が散見されるため、JADECと連携して、統一した方針のもとで普及活動をおこなう必要があると考えられる。」とありその一環として令和元年からJADECを中心に、糖尿病のスティグマとアドボカシー活動が議論され、本療養指導士講習会カリキュラムにも組み込まれている。

2. 第8講義

第8講義「糖尿病患者の心理と行動」は令和7

年8月17日、昨年同様、浅江文枝先生（山口大学医学部附属病院 看護師）が担当された。講義終了後その内容について伺ったところ、ご自身も最初スティグマとアドボカシーについて勉強されたとき、難しかったと語られていた。以下講義の概略を述べる。

糖尿病とスティグマ：糖尿病診断時から精神的負担が生じ、スティグマ（負の烙印）として認識されるようになる。スティグマは、社会的、乖離的（医療的）、自己スティグマの3種類に分類されている。スティグマは経験的、予期的なものがあり、医療従事者もスティグマの原因となるため、注意しなければいけない。

アドボカシーの重要性：糖尿病患者が不利を被らないよう、アドボカシー活動を推進しスティグマや健康格差を改善し、適切な支援を促進する。具体的な支援の方法としては、患者さん自身の自己効力感の向上が重要であり、セルフケア能力は学習で習得可能である。結果予期（行動の結果予測）と効力予期（行動遂行の自信）に注意する。まとめれば、自己効力感に影響する4つの方略：遂行行動の成功体験、代理的経験、言語的説得、生理的・情動的状態の認識が重要である。ステップバイステップ法で成功体験を積み重ねることが提案された。

トランスセオレティカルモデル（変化ステージモデル）[TTM]：ステップバイステップ法を用いる時、患者さんの状態とその変化ステージを把握することになる。変化ステージは前実行期、準備期、実行期、維持期、完了期に分けられ、経験的プロセスと行動的プロセスを組み合わせた介

入が必要となる。介入は各ステージに応じたアプローチが求められ、意識向上、感情体験、環境再評価、自己再評価、社会的開示、逆条件付け、援助関係の利用、強化マネジメント、自己管理、刺激コントロールなどがキーワードとして提示された。

具体的な方法として以下のような手法が用いられる。

エンパワメントアプローチ：患者が意思決定の主体となる。問題点の特定、感情の明確化、行動目標の設定、計画立案、結果評価の5ステップでアプローチを行う。

ストレスマネジメント：ストレスが血糖コントロールに影響を与えることから、患者に寄り添い、身体、心理、社会的ストレスを乗り越える支援が行われる。

コンプライアンスからアドヒアランスへ：コンプライアンス（指示遵守）からアドヒアランス（自己決定に基づく行動）へ視点変更を行い、共同的パートナーシップとして患者中心の目標を追求する。

コーチング：患者の潜在能力を引き出す。信頼関係を築き、受容と共感を示す。インタラクティブ、オンゴーイング、テラーメイドのアプローチを行う。

認知行動療法：考え方の癖を修正し、気分、感情、行動、認知を変容。情緒の安定や行動の修正を促す。

セルフケア行動への支援：方法論の根底に、患者の「こうありたい」という思いを尊重し、知識獲得力、ストレス対処力、サポート活用力、モニタリング力、応用調整力、自己管理の継続力、身体自己認知力のアセスメントを行い、患者自身の生活の再構築を理解し、自己決定を支援することがポイントとなる。また、面接時には心理行動に配慮した面接テクニックが必要となる。具体的には患者の話をしっかり聞き、受け入れ、患者を全体的に捉え、自己肯定感を損なわないように関わる。患者家族への支援も患者支援と同様重要であり、家族関係やコミュニケーションをアセスメントし家族全体の支援を調整し、支援者をねぎらう。

以上で講義が終了した。スティグマとアドボカ

シー活動は糖尿病のみならず、すべての疾患群で、医療従事者、特に医師が常に心に留めなければいけない医療倫理に関する重要事項であると再認識させられた講義であった。

3. 第9講義から第12講義

第9講義から第12講義は第3回山口県糖尿病療養指導士講習会として9月21日に山口県総合保健会館2階で行われた。

①第9講義

第9講義「糖尿病療養指導の基本（患者教育）」は佐川京子先生（JA厚生連周東総合病院 地域医療福祉連携室長）が担当された。糖尿病療養指導（患者教育）の原理として、まず糖尿病自己管理教育と療養支援は、代謝コントロールを改善し、合併症を予防、QOLを向上させる。次に患者自身が生活習慣や価値観と折り合いをつけ、自己管理能力を向上させることが重要となる。さらに合併症で脅したり、守れなかったことを責めるのは指導教育ではないことが強調された。知識や技術だけでなく、患者個々の生活スタイルに合わせた調整方法を考慮し、自己管理の動機付けを行うことが重要である。

指導対象と目標設定：患者だけでなく、家族、会社、学校、福祉関係者など、日常生活に関わる人も対象とする。指導目標は医療スタッフの望む目標ではなく、患者の身体問題、背景、価値観を考慮して設定する。目標は知識・理解、機能・技術・行動、態度・価値観・心理状態の3領域で構成される。会話やアンケートで情報収集し、強み、問題点、原因、現状、阻害要因を評価して目標設定を行う。

療養指導の原則：能動的な学習を促すエンパワメント法や成人教育の考え方が有効である。患者が安心して話せる感情を作り、行動や経験を振り返り、自己行動を選択・決断できるよう支援する。患者と医療スタッフ間に信頼関係を確立し、患者が意思決定の主体となることから、療養指導者はよきパートナーとして患者の立場に立ち、感情や考えに耳を傾け、傾聴と共感を示す。開かれた質問で患者の感情や考えを引き出す。

QOL（生活の質）と指導体制：良好なQOLの

判断は患者本人の価値観による。医学的事実を正確に伝えることで認識の変化を促すことが重要であり、糖尿病が正しく理解されていないことが治療困難な理由の一つであることを認識する。療養指導に関わる医療スタッフがチームを編成し、指導計画を立てるが、チームの編成は医療機関によって異なり、医療スタッフの役割は明確にする。指導計画は定期的に医療スタッフ会議等で検討する。

個別計画と療養指導の方法：医師の治療方針に基づき、食事療法、運動療法、薬物療法、血糖自己測定、精神・経済的悩み等を個別に計画を立て、指導計画内容はスタッフ間で共有し、決定事項は確認し合う。栄養士、心理士、医療ソーシャルワーカー、訪問看護師、ヘルパーなどと連携し、療養指導の場所は地域、医療機関、専門医療機関など多岐にわたる。初期の療養指導は患者が自ら受診行動を起こした時に行われるため、動機付けの最大のチャンスとなることを肝に銘じる。

遠隔モニタリングとオンライン診療：コロナ禍以降、遠隔モニタリングによる指導オンライン化が進んでおり、2018年からはオンライン診療も算定可能となった。オンライン診療は情報セキュリティ対策を十分に行い、初回は原則対面指導が必要となる。

療養指導の形態としての個別指導と集団指導：個別指導は個々の状況に即した指導が可能だが、時間がかかるのが欠点である。集団指導は情報提供に効率的だが、プライバシーの配慮が難しい。集団指導では患者同士の意見交換を図れる場所を提供することが重要となる。

療養指導の実際（個人と集団）：個別指導ではPDCAサイクルを取り入れ、問題解決思考を活用する。集団指導では教育の方法として聴く、見る、読む、考える、体験を取り入れる。24時間後の知識習得率は、聞いたことでは10%、自分で行ったことでは90%との報告もある。

評価と修正：指導したこと、理解されたこと、実行に移されたこと、継続されたことを評価する。知識、態度、技能などを評価し、目標とした自己管理行動の達成度を確認する。成果はポジティブなものを患者にフィードバックし、残された課題

を計画修正する。自己評価、他者評価、主体的評価、客観的評価を行う。患者に関する評価、療養指導システムに関する評価、療養指導士に関する評価を行う。

療養指導士の自己評価：新しい知識の習得、療養指導士間の相互評価、指導困難な事例の指導、療養指導内容の評価、研究発表を行う。他者からの評価として、療養指導スタッフや患者からの評価を受ける。客観的評価法として、指導目標の達成度、代謝管理指標の達成度、入院回数、在院日数の短縮、心理的・社会的な評価を行う。

②第10講義

第10講義「糖尿病療養指導～ライフステージ別の課題～」、綾目秀夫先生（あやめ内科 院長）の内容は、糖尿病療養の目標と課題として、糖尿病患者の目標は、健康な人と変わらないQOLを得ること及び、高齢化、サルコペニア、フレイル、スティグマへの対応が重要となることについて述べられた。

乳幼児期：1型糖尿病が中心で、親の心理的サポートと指導が最重要（ショック、罪悪感への対処）となる。家族の支援体制を構築し、母親への負担を軽減する。保育園や幼稚園との連携強化を行い、食事制限ではなく、成長に必要な栄養を確保し、低血糖への対応（グルカゴン製剤の指導）を重視する。

学童期・思春期：低血糖を周囲に伝える能力を養う（小学校低学年）。低血糖への自己対応、自己注射の練習（小学校高学年）。自分の病気を周囲に説明できるようにする（中学校）。全期間を通じて給食は皆と一緒に食べ、運動時の低血糖、脱水、ケトアシドーシスに注意する。学校生活でのスティグマの軽減をはかりつつ、家族歴や肥満のある2型糖尿病に注意し、思春期の血糖コントロール不安定化に対応する。

成人期：進学や職業選択への影響を最小限にする。サマーキャンプなどで、糖尿病の友人との交流を促進し、摂食障害や行動異常に注意（特に女性）する。糖尿病であることを告知するかどうかは本人の選択であることを伝える。恋愛・結婚は制限しないが、妊娠・出産は計画的に進めるよう指導する。妊娠糖尿病（GDM）と糖尿病合併妊

娠の違いを説明する。妊娠中の血糖管理の重要性を強調する。

就労期：職業選択や昇進、職場での人間関係におけるスティグマ軽減に努め、職場での理解と協力を得るための支援を行う。また運転中の無自覚性低血糖に注意（法的な定めあり）し、勤務時間が不規則な患者への療養指導を行う。

高齢期：QOLの維持を最優先とし、認知症・うつ症状・サルコペニア・フレイルへの対応を行う。低血糖症状が非典型的であることに注意し、夏場の脱水による高浸透圧高血糖に注意する（予後はケトアシドーシスより悪い）。家族の状況、経済状況を考慮した支援が必要であり、キーパーソンの把握が重要となる。高齢者糖尿病の管理目標ガイドライン（糖尿病学会と老年医学会）を参考とし、ダスケイト（DASC-8）を用いた認知機能評価を行い、食事療法では目標体重の設定とフレイル予防のためのカロリー摂取と蛋白質摂取を指導する。運動療法は無理のない範囲で実施する。シックデイの対応は本人よりも介護者への指導を重点的に行う。閉塞性動脈疾患、認知機能障害等の高齢者特有の合併症に対応する場合、地域包括ケアシステムを上手に活用する。講義を終了して、講師は高齢者人口の増加とともに、高齢者対応の部分の講義内容の質・量ともに増加したことを強調されていた。特に高齢者労働人口の増加とともに運転中の無自覚低血糖の問題が提起されており、運転免許許可についても言及された。

③第11講義

第11講義は「糖尿病の急性合併症」であり、藤田直紀先生（済生会山口総合病院 副院長）の講義内容は低血糖、糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）と高浸透圧性高血糖状態（HHS）、その他の急性合併症（シックデイ、無痛性心筋梗塞）であり順を追って概説する。

低血糖：定義は血糖値70mg/dl未満であり、症状としては、初期は冷汗、手足の震え、顔面蒼白、不安感、動悸（交感神経症状）を認める。悪化時には頭痛、眼のかすみ、動作緩慢、集中力低下（中枢神経症状）、さらに悪化すると昏睡状態になるが、症状は個人差が大きいため、患者ごとの症状を把握することが重要である。

初期対応は、血糖測定で70mg/dl未満かつ症状があれば、ブドウ糖10g又は砂糖20gを経口摂取させる。 α -グルコシダーゼ阻害薬服用時はブドウ糖の摂取が必要となるため、外来受診の際にはブドウ糖を準備するように指導する。低血糖症状が15分以内に改善がなければ処置を繰り返す。改善が見られない重症の場合は50%ブドウ糖液20mlを静注する。

初期対応後に原因評価を行う。食事、インスリン作用、運動、精神的・身体的ストレスのバランスを評価する。評価を行うと、食事時間の遅れ、食欲不振、アルコール多飲、過剰な運動、腎機能悪化、薬の過量などが原因と判明することが多い。

無自覚性低血糖に関して、自律神経障害がある人は、交感神経症状が出にくく、突然意識を失うことがあるため注意が必要となる。この件に関しては予防と指導が重要となるので、原因を明確にし、患者に理解を促し、糖尿病連携手帳を活用し、家族や関係者にも協力を求める。症例によってはグルカゴン経鼻噴霧剤（バクスミー）の利用も検討する。

自動車運転者について、運転中の低血糖に注意し、無自覚性低血糖がある場合は運転免許の交付・保留の要件があることを常に意識する。特に高齢者では低血糖は避けるべきであり、血糖コントロールの目標値を高めに設定することがある。

糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）と高浸透圧性高血糖状態（HHS）：共通点はインスリンの欠乏であるが、DKAでより顕著である。高血糖に伴う著しい脱水と電解質異常を主病態とするので、原因・誘因の検索と再発予防が重要となる。DKAではインスリンの絶対的欠乏によりケトン体が過剰産生され、血液が酸性に傾く。1型糖尿病の初発症状である場合があり注意を要する。症状としては頻尿、嘔吐、体重減少、特徴的な呼吸（クスマウル大呼吸）、アセトン臭も特徴的である。検査所見は高血糖、ケトン体増加、アシドーシス、重炭酸イオン低下、高カリウム血症を認める。誘因はインスリン減量・中止、感染症、手術、ストレス、清涼飲料水の多飲、SGLT2阻害薬の使用などが挙げられる。治療は速効型インスリンの少量持続静脈内投与、輸液、電解質補正、感染症治

療を行う。誘因を検索し再発防止に努める。

HHSは著しい高血糖と高度な脱水、血漿浸透圧の上昇が特徴として挙げられ、高齢の2型糖尿病患者に多い。症状は著しい高血糖、著しい脱水、高ナトリウム血症を特徴とする。原因として感染症、医原性（高カロリー輸液、経管栄養、ステロイド投与、利尿剤の使用）が挙げられ、治療は0.45%食塩水の輸液、電解質補正、インスリン持続投与を行うが予後不良のこともある。

その他の急性合併症：シックデイは発熱や下痢などで血糖コントロールが困難になった状態であり、対応として安静、水分補給、炭水化物の補給を行う。感染症、消化器疾患、心筋梗塞などに注意する。原則はシックデイの知識を指導して、糖尿病連携手帳やお薬手帳の活用を行う。無痛性心筋梗塞に関しては、糖尿病患者では胸痛を訴えない場合があるため、吐き気などの症状に注意し、心電図検査を検討する。外科手術では合併症予防の観点から、手術前後にインスリンを使用し血糖コントロールを行う場合がある。

④第12講義

第12講義は「糖尿病の慢性合併症1（細小血管症）」、田口昭彦先生（山口大学医学部附属病院 第三内科 講師）で糖尿病の慢性合併症の定義から講義が始まった。定義は長期にわたる血糖値の上昇によって引き起こされ、単独合併症（血糖値が高い場合に起こるもの）と、それ以外の合併症（血糖値が高くなくてもリスクが上がるもの）がある。引き続き三大合併症を順番に講義された。

糖尿病性神経障害：罹患率は治療期間が長いほど高く、診断基準が確立されていないため、有病率の把握が難しい。種類としては、しびれ、疼痛、異常感覚などの末梢神経障害、起立性低血圧、消化器症状、頻脈などの自律神経障害、脳神経麻痺などの単神経障害が挙げられる。診断は問診で足底のしびれ、疼痛、異常感覚を確認し、アキレス腱反射の低下又は消失、振動覚の低下で診断する。治療は血糖コントロール、足のケア、薬物療法（ビタミン剤、神経障害性疼痛治療薬など）を行う。

糖尿病網膜症：病期は単純網膜症、増殖前網膜症、増殖網膜症の三期に分類されるが、初期には自覚症状が出にくいいため、糖尿病と診断後の定期

的な眼科受診が重要である。特に妊娠糖尿病は発症リスクを高めるので注意が必要である。治療は血糖コントロール、血圧コントロール、レーザー治療、VEGF（血管内皮増殖因子）阻害薬治療が行われる。

糖尿病性腎症：腎臓の血管が障害され、腎機能の低下を主病態とし、初期には自覚症状がないが、進行すると、むくみ、呼吸困難、尿毒症などの症状が現れる。診断は尿アルブミン値とeGFR（推算糸球体濾過量）で行う。治療は血糖コントロール、血圧コントロール、食事療法（タンパク質制限）、薬物療法（ACE阻害薬、ARB、SGLT2阻害薬など）が、透析療法が必要になる場合もあり、医療経済学的に問題視されており、行政での取り組みも行われている。

4. おわりに

第3回講義終了後、同講義確認テストが行われ、自己採点の後、その解説を田口先生が担当された。ここまでで、計3回の療養指導士講習会の紹介が終了した。次回は最終回の講義と日本糖尿病協会のもう一つの事業としての糖尿病医療支援チーム（DiaMAT）について述べてみたい。

全般的な参考文献

- ・「スティグマの社会学（烙印を押されたアイデンティティ）」アーヴィング・ゴッフマン著（石黒 毅訳）、2001年
- ・「糖尿病療養指導ガイドブック2025」一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機、2025年
- ・「糖尿病診療ガイドライン2024」一般社団法人日本糖尿病学会、2024年

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8565 宇部市南小町2丁目3-1 井上書店

TEL 0836(34)3421 FAX 0836(34)3090

ホームページアドレス <http://www.ono-iwano.co.jp/mb>

新刊の書影・在庫の自動検索をご利用下さい