

2021年度 糖尿病重症化予防人材育成研修会
～糖尿病重症化予防のために～

糖尿病重症化予防の指導と留意点

【内容】

糖尿病腎症重症化予防

看護(保健師・看護師)の役割

三泗地区糖尿病重症化予防プログラムの工夫シート



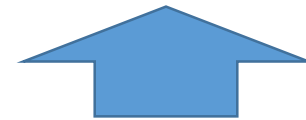
四日市羽津医療センター
糖尿病看護認定看護師

平岡 めぐみ

腎症重症化予防における 看護支援の目的



患者が、
腎臓の弱っている体
であることを理解して、
自分の体を気遣う
ことが、できるよう支援する。

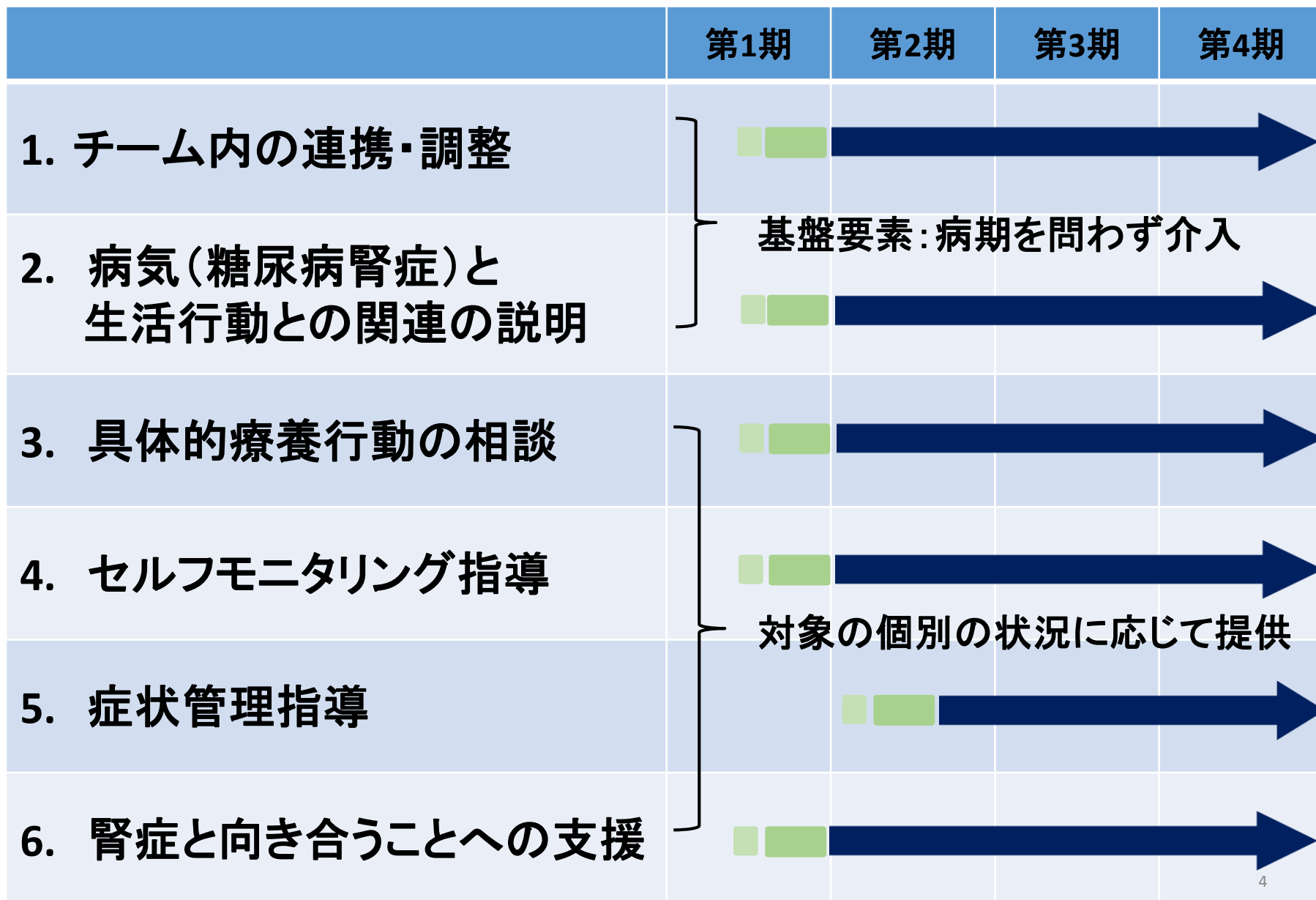


達成するための
「看護の役割6要素」

看護の役割 6要素

1. チーム内の連携・調整
2. 病気(糖尿病腎症)と生活行動との関連の説明
3. 具体的療養行動の相談
4. セルフモニタリング指導
5. 症状管理指導
6. 腎症と向き合うことへの支援

看護の役割6要素の介入時期



腎症の各病期における支援目標

各病期で支援目標が変わる

病期	目標
腎症2期	自覚症状の乏しい身体と糖尿病腎症の病期を繋げて理解し、自身の糖尿病と腎症を悪化させないための生活調整を支援する
腎症3期	糖尿病腎症の進行に伴って変化する身体を捉え、戸惑う気持ちに向き合い、変化せざるを得ない生活を引き受けられるよう支え、腎症を悪化させない生活を支援する
腎症4期	腎症の進行が加速度を増し、多大な負荷や影響を受けやすい身体であることを理解し、心身ともに起こりうる危機的状況を乗り越え、新たな治療の円滑な導入およびその人の意思を尊重した療養生活が過ごせるよう支援する

腎症の各病期における看護のポイント

表. 糖尿病腎症各期(第2期以降)における看護のポイント Ver.2

(社)日本糖尿病教育・看護学会 特別委員会(糖尿病透析予防支援)改定 2014.6

腎症の病期	腎症2期	腎症3期	腎症4期
支援目標	自覚症状に乏しい身体と糖尿病腎症の病期をつなげて理解し、自身の糖尿病と腎症を悪化させないための生活調整を支援する	糖尿病腎症の進行に伴って変化する身体を捉え、戸惑う気持ちに向き合い、変化せざるを得ない生活を引き受けられるよう支え、腎症を悪化させない生活・症状管理を支援する	腎症の進行が加速度を増し、多様な負荷や影響を受けやすい身体であることを理解し、身心ともに起こりうる危機的状況を乗り越え、新たな治療の円滑な導入及びその人の意思を尊重した療養生活が過ごせるよう支援する
1 チーム内の連携・調整	<ul style="list-style-type: none"> 尿中アルブミン〜結果を定期的に確認し、検査がされていない場合は医師に依頼する 腎症2期であることを医師から告げてもらう 個人の病気の受け止めと療養行動への心構えにもとづき、療養目標の方向性を明らかにする 療養支援での患者の状況をカンファレンス等で情報を提供し、目標や具体策を評価・修正する 継続受診のための環境を調整・支援する 	<ul style="list-style-type: none"> 腎症の悪化に伴い患者が病気の進行をどのように受け止めているのかをチームに情報提供しながら、患者の個別性に合わせた目標を設定し、チーム全体で支援できるように調整する 腎症3期であることを医師から告げてもらう 検査結果と患者の生活状況(食の摂取状況、必要以上の糖質制限やエネルギー不足、たんぱく制限、塩分摂取状況、飲水状況など)を確認し、個別性に合わせた必要な栄養指導につなげられるようチームに情報を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> 腎症の悪化に伴い患者が病気の進行をどのように受け止めているのかをチームに情報提供しながら、患者の個別性に合わせた目標を設定し、チーム全体で支援できるように調整する 腎症4期であることを医師から告げてもらう 患者の生活状況(食事、身体ケアに対するセルフケア力を含む)、患者の意向、医療者がとらえた身体状況を判断し腎代替療法の選択を患者とともに方向づける 適切な時期に患者が納得して治療を選択できるように、糖尿病チームと腎代替療法専門チームとの連携を行う
2 病気(糖尿病腎症)と生活行動との関連の説明	<ul style="list-style-type: none"> 腎症の自覚症状に乏しい時期であり、現在の血糖管理が後の腎症進展に影響を与えることを説明する 糖尿病腎症の1⇒4期の進展の概要と患者の尿アルブミン値を示し、腎症2期であることを説明する 受診継続の重要性を説明する 	<ul style="list-style-type: none"> 病期が3期に入った事を説明し、腎症に焦点をあてた生活調整が必要であることを説明する 病期の変化に応じた生活調整により、現在の病期を長期にわたり維持できることを説明する 	<ul style="list-style-type: none"> 腎症4期であることを伝え、腎機能の低下に伴い生活を変化させる必要があることを説明する 腎機能を悪化させない生活調整について説明する 腎機能低下に伴って重出現する症状、検査データに合わせた対応方法について
3 具体的な療養行動	<ul style="list-style-type: none"> 血糖、血圧、体重コントロール上の課題、定期受診の困難さなど個々の療養生活状況の課題を確認し、実施可能な療養行動を患者とともに見出しながら、段階的に提案・指導する 	<ul style="list-style-type: none"> 望ましい療養行動(食事療法・運動療法)と、具体的な療養行動を示しながら、患者とともに実践する 	
4 セルフモニタリング			
5 症状管理(症状マネジメント)指導			
6 腎症と向き合うことへの支援	<ul style="list-style-type: none"> 患者の「病気の自覚」と「現在の身体状況」の割合せへの支援 糖尿病の合併症について、患者自身が医師の説明をどのように理解しているか確認し、合併症に対する患者の思いを聴く、認識のズレおよびズレにより生じた戸惑いやショックへの支援をする 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の「病気の自覚」と「現在の身体状況」について具体的に説明する 患者が自身の身体状況をとらえられし合わせたり、受診時の検査結果などができるよう説明する 病期の進行に伴い合併する滋水腫など)ができるよう説明する 	

詳しくは
「ナースのための糖尿病透析予防支援ガイド」
日本糖尿病教育看護学会ホームページ
「糖尿病透析予防指導管理料」参照

23日本糖尿病教育・看護学会学術集会
 2018.9.23(日)・24(月)
 会場 茨城県水戸市市民センター
 申込み・問い合わせ先 事務局

日本糖尿病教育・看護学会誌
 研究会開催のお知らせ
 CDEに更新単位取得可能な研修会はこちら

日本糖尿病教育...
 707「いいね!」の数

JADEN
 このページに「いいね!」

日本糖尿病教育・看護学会
 今年も糖尿病の子供たちと
 キャンプスタートです。

研究会を企画している方へ
 ~CDE11群単位の申請方法について~

糖尿病重症化予防(フットケア)研修
 研修情報・資料はこちら

糖尿病透析予防指導管理料について
 関連情報・資料はこちら

関連学会・団体・糖尿病関連の資格

【6. 腎症と向き合うことへの支援】

自覚症状が乏しいため、実感のない時期から
療養行動を起こさなくてはならない

医師が患者に病期を告げる

スタートを告げる

病気に対する患者の思いを聴き
医療者との認識のずれや本音を探る

心理面への支援

知識と技術の教育的支援

自分の
腎症を理解

腎症を守る
具体的療養

病気と向き合う強さを身につける



病期の説明に入る前の重要なポイント

自己紹介：自分は何をする看護師であるのかを伝える

「私たちチームは、あなたの腎症がこれ以上悪化しないためのお手伝いがしたいと思っています。」

信頼関係を築く



「腎臓を守る方法を一緒に考えていきませんか。」

患者さんも

治療同盟を結ぶ

チームの一員である認識を

持ってもらう！

病期の説明に入る前の重要なポイント

支援に入る前に、医師の説明をどのように理解しているか確認し、糖尿病や腎症に対する思いを聴く

患者が語る場を作る

医師の説明を患者の言葉で確認する
それに対して「どう思ったか」、
「なぜ、そう思うのか」、
ありのままの思いを受け止める



どのような情報を必要としているのか
どのような心の段階であるのか、など…

患者の思いを聴くことで、支援の方向性が見えてくる

患者の思いから支援の方向性が見えてくる

特になんともないし、
大丈夫でしょう

楽観的



ショック・・・
透析になったらどうしよう

悲観的



本当はどう
思っているのか

- 親は透析になっていない
- 親が透析をしている
- 自分の病気どころじゃない
- 恐怖からの逃避
- ただ単に楽天的

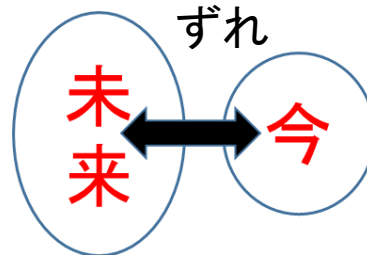
- 今までの不摂生のつけがきた
・・・恐怖からの焦り、動揺
- 子供のために長生きしたい
- 透析になったら終わりだ

言葉の奥に秘めた思いを知ること
患者の心の準備段階を把握する → 支援が変わる

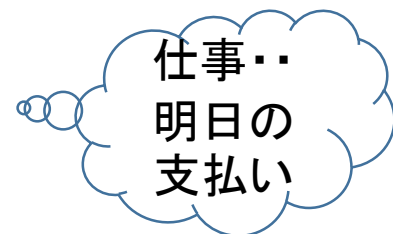
患者が病期を正しく受け止め、 自分のこととして覚えておくための支援



伝える際の注意点



生活者



- 患者と医療者との認識に**ずれ**がないか確認をする
★未来への恐怖(合併症)ではなく、希望や大切にしていることを守ることに焦点を当てる
- 症状や検査データなどを示しながら伝える
自覚症状が乏しい糖尿病腎症だからこそ、

患者が覚えておけるエピソードを
患者と共有する必要がある



あなたの場合はね……



私

【2. 病気と生活行動との関連の説明】

患者が理解できる効果的な教育媒体、リーフレットを利用する

三四地区糖尿病重症化予防プログラムの工夫
体の「見える化シート」

資料②

腎臓のはたらき

腎臓は毒素を尿に排泄し血液をきれいにしたり、生命を保つ重要な役割があります

5つのはたらき

老廃物を体から捨てる

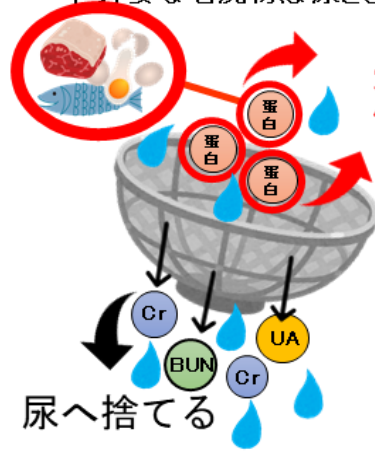
血圧を調整する

体の水分や電解質のバランスを調整する

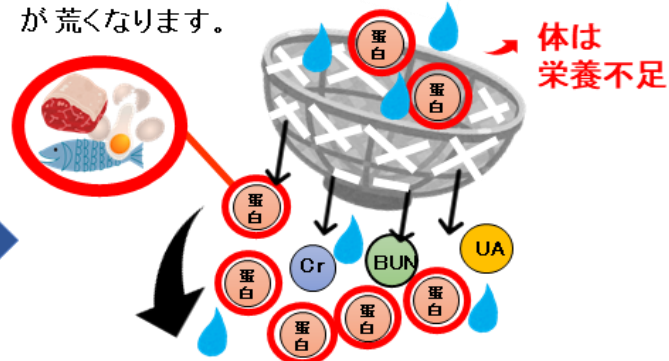
貧血を予防する

骨を強くする

腎臓には「ざる」のような働きがあり、体に必要な栄養素は体内へ戻し、 unnecessary 老廃物は尿として排泄します



「ざる」の役目は、腎臓にある糸球体という細かい血管が行っています。そのため、高血糖や高脂血症、高血圧によって血管に負担をかけると「ざる」の網目が荒くなります。



さらに悪化すると... 栄養素も尿へ捨てられる
糸球体(「ざる」)が傷ついて減少し、尿や老廃物が捨てられなくなる

あなたの腎臓(糸球体「ざる」)の機能は? ★e-GFR **58.3** (正常90以上・30以上は1~3期・30未満は4期)

あなたの尿に栄養素は漏れていた?

★小さな栄養素 尿中アルブミン mg/gCr (30以上) ★大きな栄養素 尿蛋白 **0.6** g/gCr (0.15以上)

自分を
知る



私は?

ざる機能

栄養素の漏れ

【2. 病気と生活行動との関連の説明】

私は？

私の糖尿病腎症は 進行してる？してない？

三泗地区糖尿病重症化予防プログラムの工夫
体の「見える化シート」

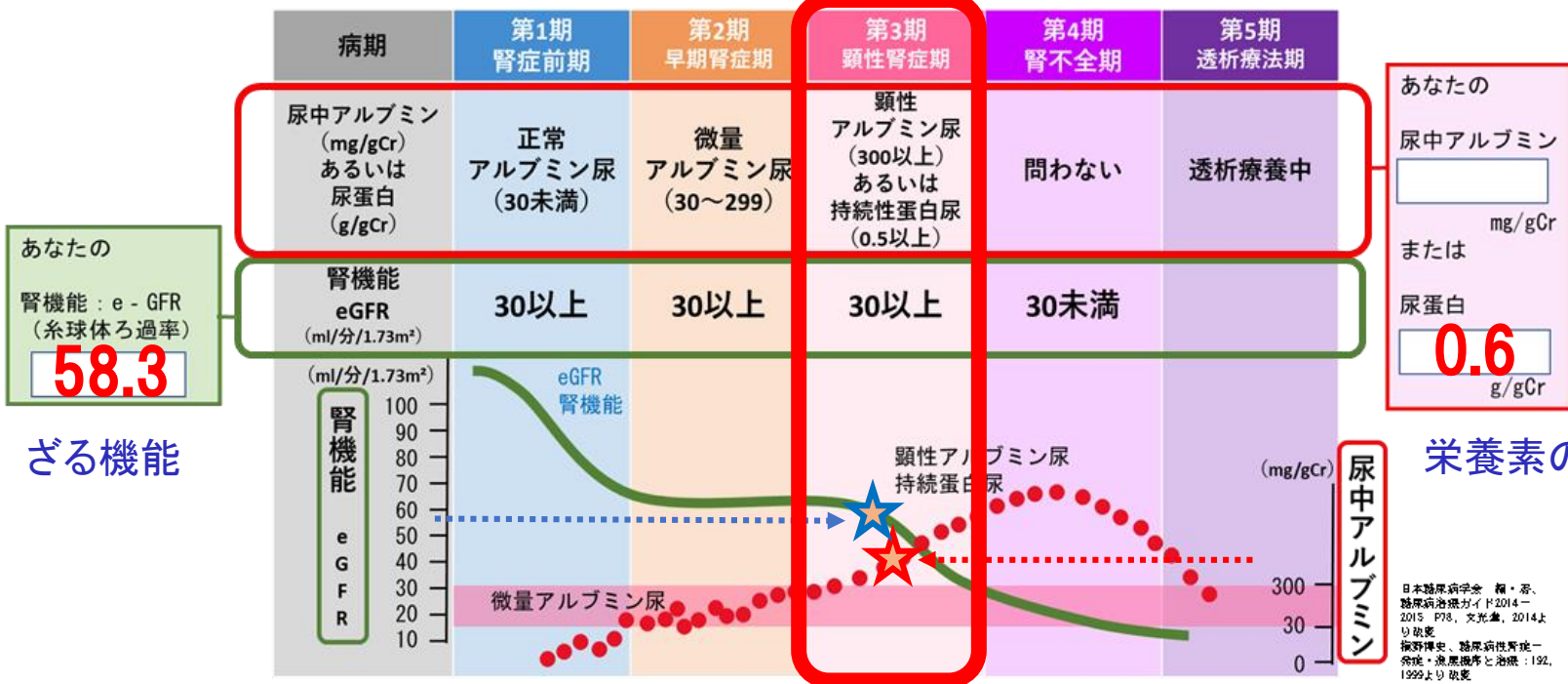


あなたの腎症の段階は？

それぞれの数字を図に当てはめ、★印をつけてみると腎症の段階がわかりますよ

糖尿病腎症は1期～5期の5段階に進行します。
段階に合わせて、腎臓を守る方法も変わります。
あなたの腎症に合った方法を一緒にかんがえましょう。

あなたの腎症の段階は **3** 期



【2. 病気と生活行動との関連の説明】

三泗地区糖尿病重症化予防プログラムの工夫
体の「見える化シート」

あなたの腎臓病の重症度は何色？

慢性腎臓病（CKD）の重症度分類は、腎機能（GFR）と蛋白尿・アルブミン尿で重症度を色分けしています。

あなたの重症度は何色？

【検査結果】 【区分】

尿アルブミンは、 → A

尿蛋白は、 → A

eGFRは、 → G

下の表に当てはめて★印をつけましょう！
そこがあなたの重症度です。

緑 → 黄 → オレンジ → 赤 になるにしたがって、重症度が高くなります。

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性囊胞腎 不明、その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/min/ 1.73m ²)	G1 正常または高値	>90		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 末期腎不全(ESKD)	<15		

CKD診療ガイド2012（日本腎臓学会編）

致命的！



腎症が進むと心血管疾患のリスクも上がります。
アルブミン尿は、心血管疾患のマーカーでもあります。

糖尿病性腎症の進展と心血管イベント(UKPDS64) (海外データ)



Adler et al. Kidney Int. 2003;63:225-232.

あなたの腎臓病の重症度は
 色です

病期の段階別：支援者と患者の「目標」合わせの重要性

	治療・食事のポイント	症状
第1期 腎症前期	血糖コントロール 降圧治療・脂質管理・禁煙	特になし
第2期 早期腎症期	過剰なたんぱく質 摂取は控える 塩分控えめ	特になし
第3期 顕性腎症期	変更 たんぱく制限食 減塩6g未満	下腿浮腫 体動時の息切れ 食欲不振
第4期 腎不全期	変更 低たんぱく食 減塩6g未満 貧血治療	ふらつき 溢水、起坐呼吸 嘔気など

「目標」

可逆的
腎症前期に
もどそう

これ以上
悪くしない

悪くなる
スピードを
緩やかにし
ましょう

切り替えて
みましょう

チームで共有！患者・家族も巻き込み、共有する

【2. 病気と生活行動との関連の説明】

病期の段階や腎臓を守る意義・目標を捉えてもらったところで、腎症が進行した要因をともに振り返る

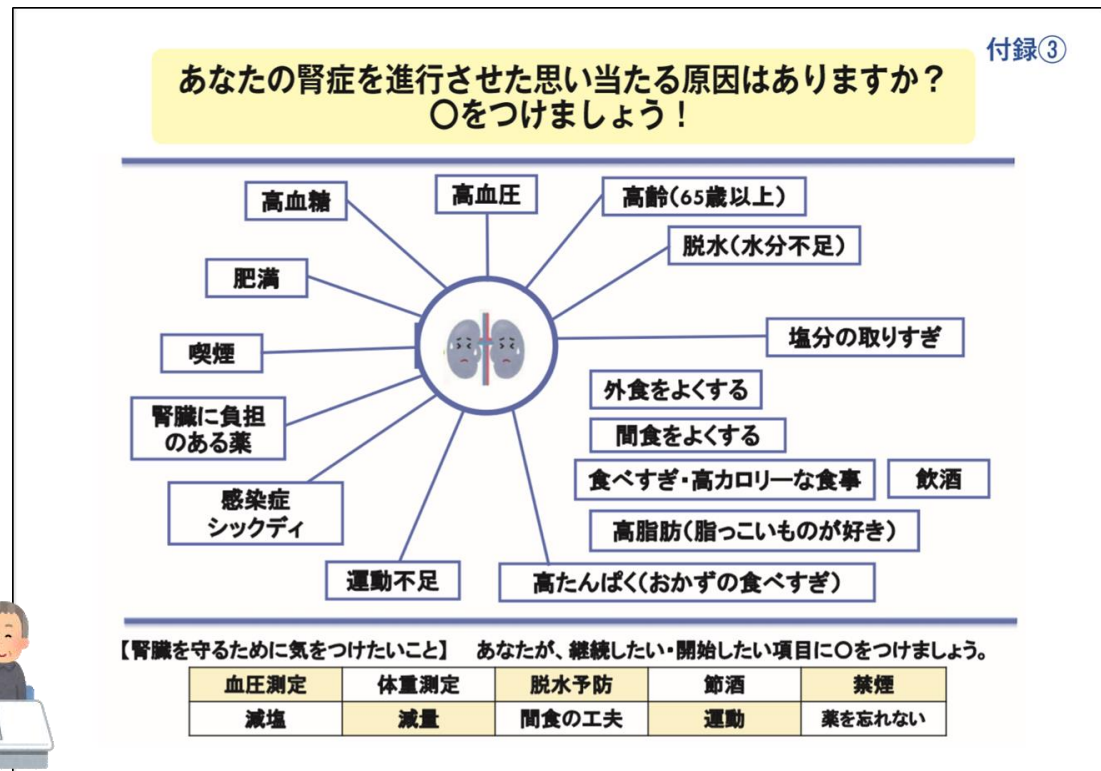
【3. 具体的な療養行動の相談】

患者さんなりの努力：
方法も大切だけど、
頑張る気持ちが何より大切★

実際に患者が実施していること

を批判なく聴き、
腎臓を守るために
取り組めることを
一緒に探す！

できることから
スモールステップで！



【4. セルフモニタリング指導】

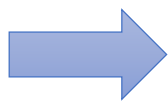
セルフモニタリング

自分の**行動**や**考え**や**感情**を
自分で観察記録すること(大辞林)

自覚症状が乏しい糖尿病における
セルフモニタリングとは、
自分自身を見つめ気づく技術である



自分を
知る



把握
し続ける



自分を守る
行動へ！

【4. セルフモニタリング指導】

病期に必要なモニタリング技術をあげ、実施できるように支援

	治療・食事のポイント	症状	モニタリング
第1期 腎症前期	血糖コントロール 降圧治療・脂質管理・禁煙	特になし	血糖自己測定 体重測定 家庭血圧 食事記録 内服 検査結果
第2期 早期腎症期	過剰なたんぱく質 摂取は控える 塩分控えめ		
第3期 顕性腎症期	変更 たんぱく制限食 減塩6g未満	下腿浮腫 体動時息切れ 食欲不振	浮腫 (足の観察) 追加
	変更 低たんぱく食 減塩6g未満 貧血治療	ふらつき 溢水、起坐呼吸 嘔気など	貧血症状 息苦しさ 尿毒症症状 追加
第4期 腎不全期			

継続

変更

変更

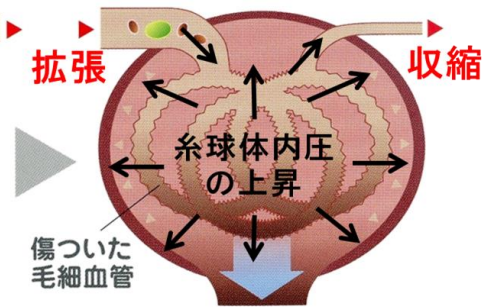
追加

追加

セルフモニタリング：家庭血圧

血圧管理の目的と目標値、方法を説明する

血圧をよくすることで腎臓の細かい血管を守りましょう



血液中の老廃物
必要なたんぱく質
(アルブミンなど)

必要なたんぱく質も
排泄される

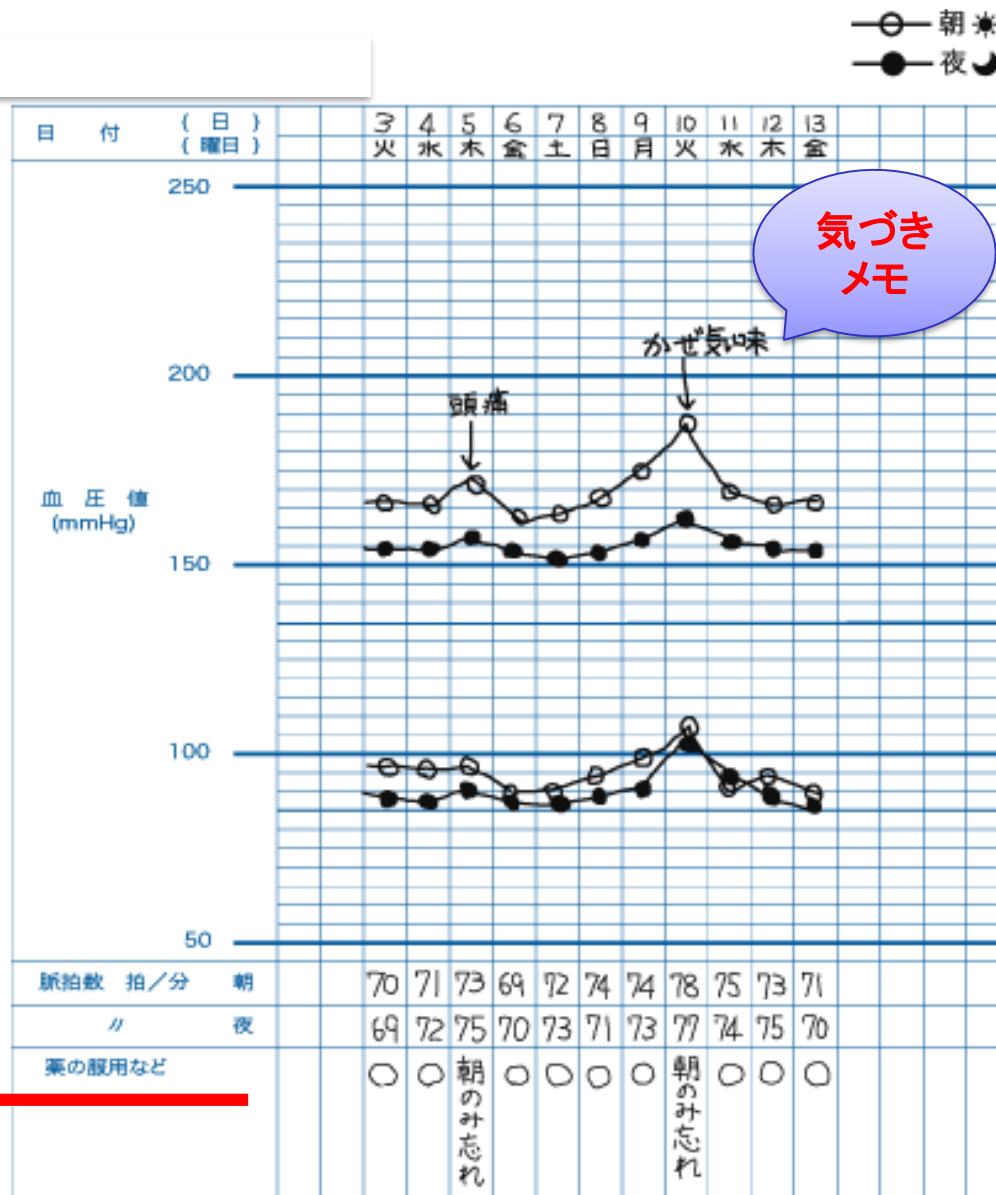
	診察室血圧	家庭血圧
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満

日本高血圧学会「高血圧ガイドライン2014」より

- 朝の場合は、起床後1時間以内
晩の場合は、就床前
- 排尿はすませてから
- 1~2分の安静の後
- 食前、服薬前
- 心臓と同じ高さ
- 記録する

糖尿病患者さんは、塩分感受性の高血圧が多く、夜間下がらず、早朝に上がる傾向がある

家庭血圧モニタリング



朝に血圧計ったことがなかった。朝の血圧はもっと高かったって気づいた… 怖っ！薬の飲み忘れは減ったよ。

- 朝と夜に計る必要性
- 計ることで見えてきた自分に目を向ける
- 気づきが行動を変える！

飲み忘れてたんだ…



体重モニタリング

やってみてどうだった？



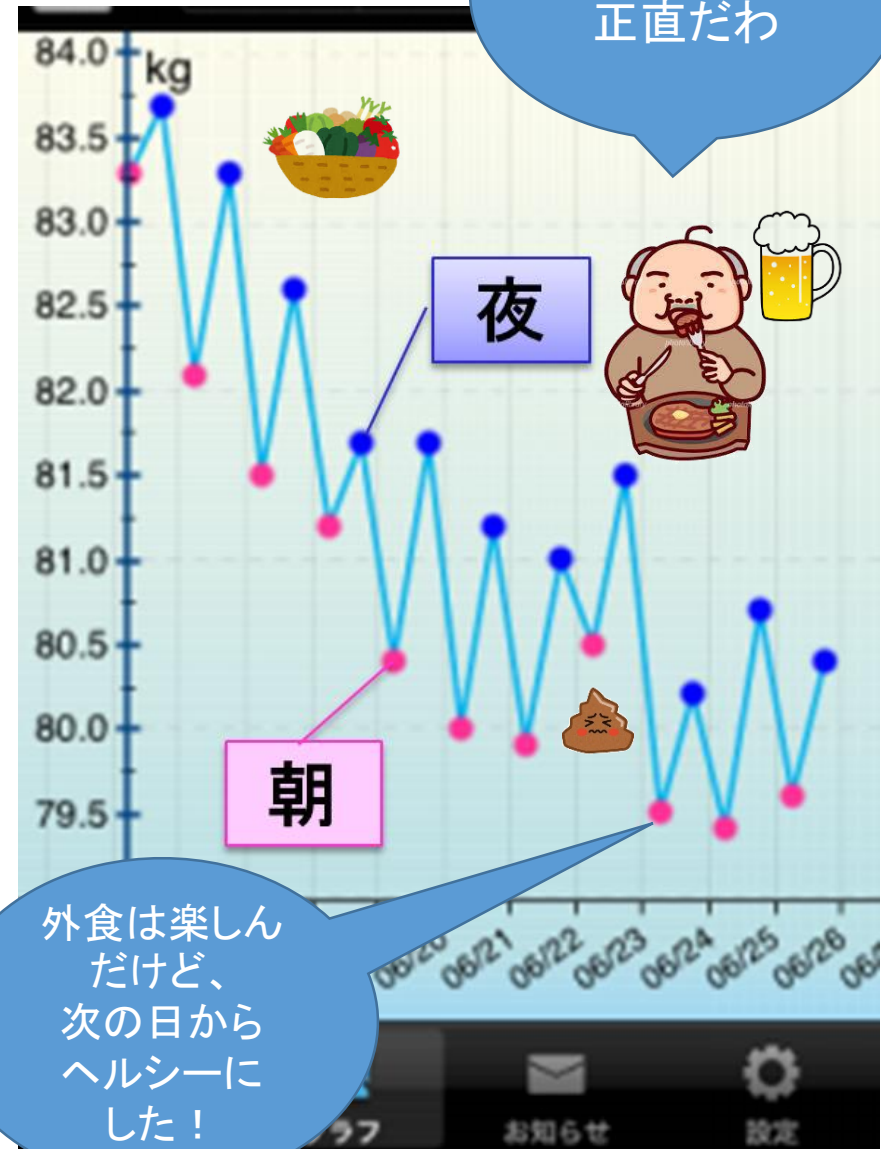
数値
生活行動
心・思考

自分に気づき
次に行動すべきことを
自分自身で考える
きっかけをつくる



すごい！

肯定的にフィードバック



塩分モニタリング（病院＋自分）

資料⑤-1

【病院】

- 24時間蓄尿から
推定塩分摂取量の計算
- 早朝尿から
推定塩分摂取量の計算 (Tanakaの式)

【自分】

- 食品の栄養成分表示 (ナトリウム量)
からの食塩相当量の計算

$$\text{塩分 (g)} = \text{ナトリウム (mg)} \times 2.45 \div 1000$$

$$\text{食塩 (g)} = \text{ナトリウム (mg)} \div 400$$

ナトリウム量 (mg) を 400 で割ると

食塩 (g) に換算できる

あなたの塩分チェックシート

当てはまるものに○をつけ、 _____年____月____日 年齢____歳 性別：男 女
最後に合計点を計算してください。

		3点	2点	1点	0点
これらの食品を食べる頻度	みそ汁、スープなど	1日2杯以上	1日1杯くらい	2~3回/週	あまり食べない
	つけ物、梅干しなど	1日2回以上	1日1回くらい	2~3回/週	あまり食べない
	ちくわ、かまぼこなどの練り製品		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
	あじの開き、みりん干し、塩鮭など		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
	ハムやソーセージ		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
	うどん、ラーメンなどの麺類	ほぼ毎日	2~3回/週	1回/週以下	食べない
	せんべい、おかき、ポテトチップスなど		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
	しょうゆやソースなどをかける頻度は？	よくかける (ほぼ毎食)	毎日1回はかける	時々かける	ほとんどかけない
うどん、ラーメンなどの汁を飲みますか？	全て飲む	半分くらい飲む	少し飲む	ほとんど飲まない	
昼食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか？	ほぼ毎日	3回/週くらい	1回/週くらい	利用しない	
夕食で外食やお惣菜などを利用しますか？	ほぼ毎日	3回/週くらい	1回/週くらい	利用しない	
家庭の味付けは外食と比べていかがですか？	濃い	同じ		薄い	
食事の量は多いと思いますか？	人より多め		普通	人より少なめ	
○をつけた個数		3点 × 個	2点 × 個	1点 × 個	0点 × 個
小計		点	点	点	0点
合計点		点			

チェック✓	合計点	評価
	0~8	食塩はあまりとっていないと考えられます。引き続き減塩をしましょう。
	9~13	食塩摂取量は平均的と考えられます。減塩に向けてもう少し頑張りましょう。
	14~19	食塩摂取量は多めと考えられます。食生活のなかで減塩の工夫が必要です。
	20以上	食塩摂取量はかなり多いと考えられます。基本的な食生活の見直しが必要です。

医療スタッフからのコメント：

あなたの塩分チェックシート

当てはまるものに○をつけ、 年 月 日 年齢 歳 性別：男()女()
最後に合計点を計算してください。

		3点	2点	1点	0点
これらの食品を食べる頻度	みそ汁、スープなど	1日2杯以上	1日1杯くらい	2~3回/週	あまり食べない <input type="radio"/>
	つけ物、梅干しなど	1日2回以上	1日1回くらい	2~3回/週 <input type="radio"/>	あまり食べない
	ちくわ、かまぼこなどの練り製品		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない <input type="radio"/>
	あじの開き、みりん干し、塩鮭など		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない <input type="radio"/>
	ハムやソーセージ		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない <input type="radio"/>
	うどん、ラーメンなどの麺類	ほぼ毎日	2~3回/週 <input checked="" type="radio"/>	1回/週以下	食べない
	せんべい、おかき、ポテトチップスなど		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
しょうゆやソースなどをかける頻度は？	よくかける(ほぼ毎食)	毎日1回はかける	時々かける <input type="radio"/>	ほとんどかけない	
うどん、ラーメンなどの汁を飲みますか？	全て飲む	半分くらい飲む <input type="radio"/>	少し飲む	ほとんど飲まない	
昼食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか？	ほぼ毎日	3回/週くらい	1回/週 <input checked="" type="radio"/>	利用しない	
夕食で外食やお惣菜などを利用しますか？	ほぼ毎日	3回/週くらい	1回/週 <input checked="" type="radio"/>	利用しない	
家庭の味付けは外食と比べていかがですか？	濃い <input checked="" type="radio"/>	同じ		薄い	
食事の量は多いと思いますか？	人より多め		普通 <input type="radio"/>	人より少なめ	
○をつけた個数	3点× <u> </u> 個	2点× <u> </u> 個	1点× <u> </u> 個	0点× <u> </u> 個	
小計	3点	4点	6点	0点	
合計点	13点				

チェック	合計点	評価
<input type="checkbox"/>	0~8	食塩はあまりとっていないと考えられます。引き続き減塩をしましょう。
<input checked="" type="checkbox"/>	9~13	食塩摂取量は平均的と考えられます。減塩に向けてもう少し頑張りましょう。
<input type="checkbox"/>	14~19	食塩摂取量は多めと考えられます。食生活のなかで減塩の工夫が必要です。
<input type="checkbox"/>	20以上	食塩摂取量はかなり多いと考えられます。基本的な食生活の見直しが必要です。

医療スタッフからのコメント：

だしのりも減塩使ってる

三泗地区糖尿病重症化予防プログラムの工夫 塩分の「見える化シート」



◆減塩ポイント◆

- ① ふだん食べている食べ物の塩分量を知り、意識する事が減塩のはじめの1歩
- ② みそ汁やスープは出しをきかせ、塩分をひかえて具を多くする
- ③ しょう油やソースは「かけず」に「つけて」食べる
- ④ ラーメンやうどんを食べる時は、汁を残す など

~できることから、はじめてみよう減塩ライフ!!~

● 得た情報を
栄養士さんへ伝え、
具体的な支援に橋渡し!

腎臓の見える化シリーズ⑤ 毎月、糖尿病腎症をセルフチェックしよう！

毎月、自分の腎症を確認して、腎臓を守る生活について考えてみましょう

【腎臓の段階】



【腎臓を守るためにコントロールしたい項目】

かかりつけ医で行った検査結果をもとに、当てはまる値に○をつけましょう。

血圧	良好 130未満	まずまず 130~139	高い 140~159	かなり高い 160~179	非常に高い 180以上	
塩分 摂取量	少ない 3g以下	良好 3~7g	やや多い 8~9g	多い 10~12g	かなり多い 13~15g	非常に多い 16g以下
糖尿病 HbA1c	優 6.0未満	良 7.0	不十分 8.0以上			
LDL-C	優 70~99	良好 100~119	やや高い 120~139	高い 140~159	かなり高い 160~179	非常に高い 180以上
BMI 肥満度	やせ 18.5未満	普通 18.5~24	やや肥満 25~29	肥満 30~34	かなり肥満 35~40	非常に肥満 40以上

【今月、腎臓を守るために気をつけたいこと】

あなたが、継続したい・開始したい項目に○をつけましょう。

血圧測定	体重測定	脱水予防	節酒	禁煙
減塩	減量	間食	運動	薬忘れない

腎症の数字を 心に覚えておく

自分の腎症に大切な数字であることを忘れないためのツール

たんぱく尿
今日は十一
よし！

先生！
今日、尿に
たんぱく出てる？

塩分は？
最近、
気をつけたんだ！



塩分10g→8g よし！

自分をきちんと知ること
自分の腎臓を守る意識が高まり、
自分をコントロールする力になる

【5. 症状管理指導】

症状管理（症状モニタリング）

セルフモニタリングと同様に、
患者が体に起きている症状を適切に判断して、
対応・対処した行動が適切であったか評価する。
自分で対応が困難な場合は、
専門家の適切な援助を受けられるよう発信できる

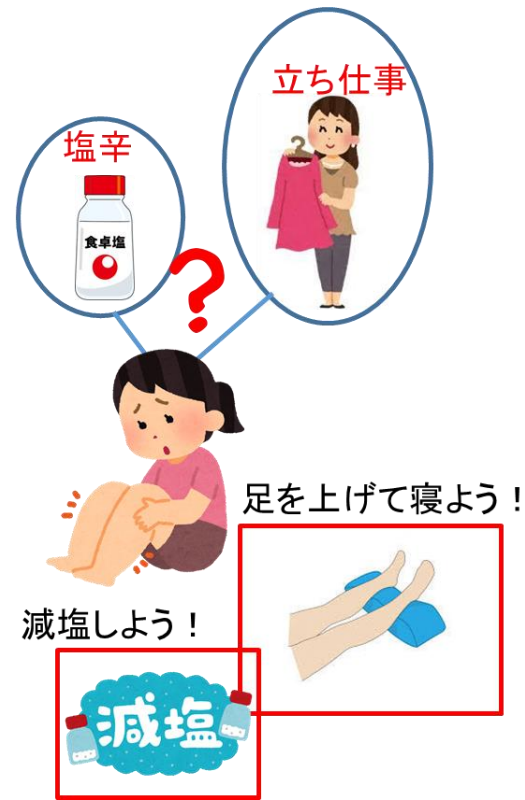


判断・行動し、さらに評価する

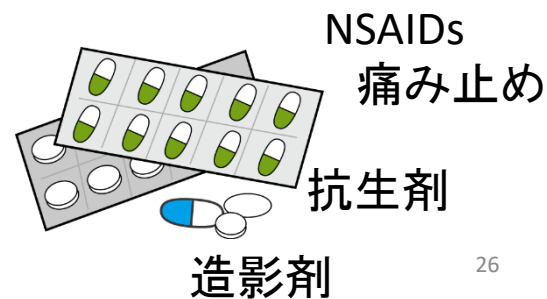
【症状管理】

これから起こるかもしれない症状や出来事を事前に知っておくことで、腎症の悪化を予防する対処ができる力をつけることが重要

	症状	モニタリング
第1期 腎症前期	特になし	血糖自己測定 体重測定 家庭血圧 食事記録 内服 検査結果
第2期 早期腎症期 無自覚		
第3期 顕性腎症期 自覚	下腿浮腫 体動時息切れ 食欲不振	浮腫 (足の観察)
第4期 腎不全期 憎悪	ふらつき 溢水、起坐呼吸 嘔気など	貧血症状 息苦しさ 尿毒症症状



薬剤性腎症を知る

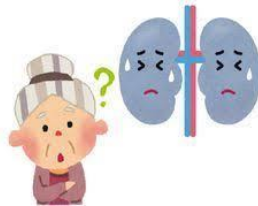


【症状管理】

◎シックデイ(風邪など他の病気の時)

下痢・嘔吐などの脱水症状の影響で、腎血流量が減少し腎機能を一時的に悪化させる場合がある

eGFRの急激な低下を招く



◎溢水(4期の急性憎悪)

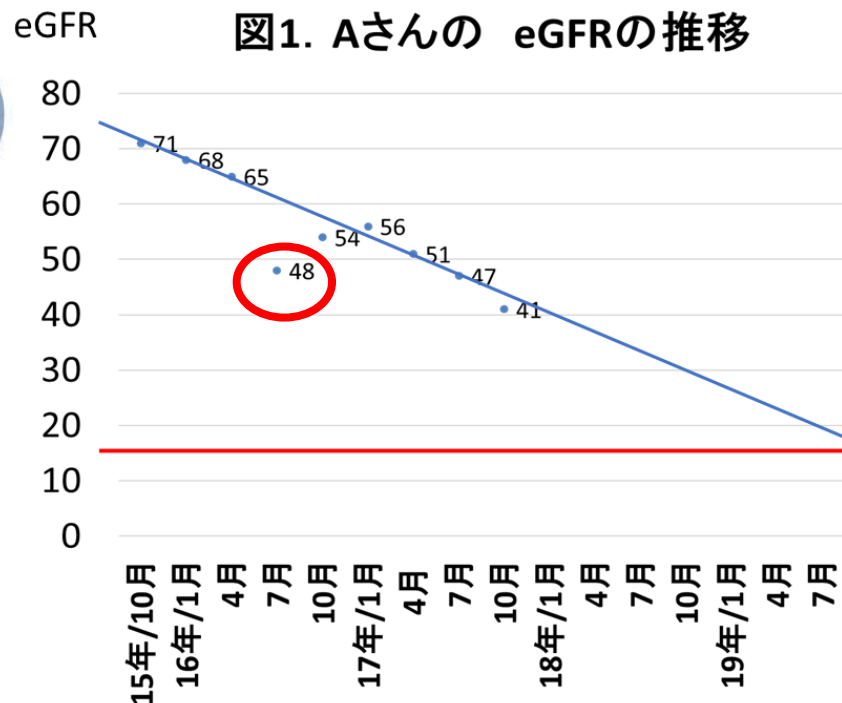
「数日で2kgも体重が増えた」

「天井を向いて寝れない、
息苦しさ」

その他

どうなったら病院に連絡するか

連絡先を統一し、患者が自分の状態に気づきSOSを出せること！



資料⑧

感染予防・シックデイ

シックデイ(sick day)は、発熱や下痢、嘔吐などで体調を崩した時や、食欲不振のために食事ができない日のことです。

病気とは、かぜやインフルエンザなどの発熱、嘔吐、下痢、食欲不振や、熱中症による脱水などを主症状とする軽度の急性疾患のことです。

- 主な症状
- ・ かぜ、インフルエンザなどの感染症
 - ・ 発熱、下痢、嘔吐、食欲不振など
 - ・ 熱中症
 - ・ 脱水症状

高血糖

低血糖

脱水症状

※対策については裏面を参照

※対策については資料⑦を参照

これらの影響で血糖値が乱れやすくなります。



急性合併症
糖尿病ケトアシドーシス
高血糖高浸透圧症候群
重症低血糖



病気による体へのストレスから、多くのホルモンが体の中で作られます。その影響で血糖値が急激に上昇したり糖尿病薬を使用している患者さんでは、下痢や嘔吐の症状から脱水になって、体の中の薬の濃度が上昇し、作用が普段より強く現れて、低血糖になることもあります。このような症状が続いたり、急激に進行すると昏睡に陥り死に至ることさえあります。

発熱や嘔吐、下痢が続くときや、食事を摂ることが困難なときは速やかに病院を受診して下さい。

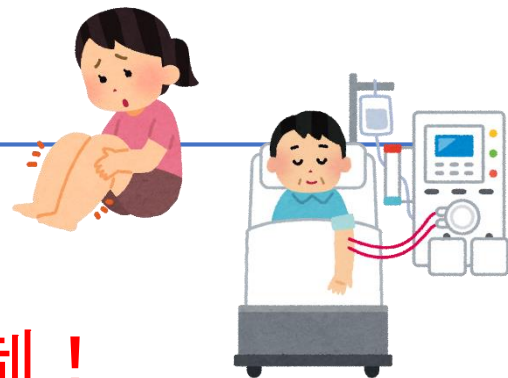
【症状管理マネジメントへの支援】

患者さんが自分の状態に気づき腎臓を守るための行動が起こせるよう事前に支援することが重要！



早期受診できるための教育的支援が重症化予防には重要！

【2. チーム内の連携・調整】



支援の難しさ

専門チームで患者を支援する連携体制！

腎症の進行をどのように食い止めるかをともに模索し、
また、透析治療が必要な時期には受容に向けた支援も重要である

病院だけでは救えない

医師(糖内+腎内)

看護師(外来+病棟+透析室)

栄養士

薬剤師

理学療法士

検査技師

臨床心理士



患者・家族

+

行政・保健師

在宅支援

+

医師会

かかりつけ医

+

地域の糖尿病患者は、地域ネットワークで支援する！

まとめ

- 腎症であることを印象づける(覚えておける)
関わりは、患者が腎症と向き合うことを支援する
- 検査データなどの数値と実際の症状を結び付けて、
身体の状態と必要なケアへの理解を深められるよう
支援する
- 病期に応じて変化する症状や治療に
付き合っていけるよう支援する
- 多職種連携！
地域連携！が重要な鍵！

