

# 2型糖尿病への支援が不足する環境における 診療看護師（NP）の診療実践

## Nurse Practitioners' Practice in Environment with Insufficient Support for Type 2 Diabetes

小岩大介<sup>1)</sup>・三浦絵美梨<sup>2)</sup>・森一直<sup>1), 3)</sup>・奥村将年<sup>1), 3)</sup>・片桐美奈子<sup>4)</sup>・  
山田祐一郎<sup>2), 5)</sup>・茂木幹雄<sup>2)</sup>・松山克彦<sup>6)</sup>・神谷英紀<sup>2), 3)</sup>

1) 愛知医科大学病院 NP部, 2) 愛知医科大学医学部内科学講座 糖尿病内科, 3) 愛知医科大学病院 医療安全管理室,  
4) 愛知医科大学病院 看護部, 5) 医療法人社団 山田医院, 6) 愛知医科大学病院 心臓外科

### 要旨

糖尿病は世界的に深刻な健康問題で、推定5億3,300万人が罹患し、2045年までに7億8,300万人に達すると予想されている。多くの合併症を引き起こす慢性疾患であり、治療継続には自己効力感や動機、技能、知識、自信の向上を伴う患者の自己管理が不可欠だが、そのためには医療者による適切な支援が必要である。また、日本では高齢化に伴い認知症が増加し、自己管理困難な糖尿病患者が増えている。しかし、糖尿病診療を担う専門職の人材が不足し、全ての患者に十分な支援を提供することが困難な現状がある。加えて、糖尿病専門外来や病棟以外で療養する患者に対し、専門的な支援が十分に行き届かない場面も少なくない。

本稿では、糖尿病以外を主病態とし、糖尿病に対して専門的な支援が十分に行き届かない環境で療養する2型糖尿病の3症例に、診療看護師（NP）が主体となって病態や生活を踏まえた薬剤調整、食事・運動療法の支援、療養環境調整、退院支援などを実施したことを報告する。診療看護師（NP）は、糖尿病未指摘・未治療や他疾患を主とする患者にも柔軟に対応しうる点が特徴であり、リソースが限られた環境においても、多職種と連携しながら個別性に応じた継続的ケアを提供することで、治療アドヒアラス向上と治療効果の最大化に寄与し得る。

本3症例を通じて、診療看護師（NP）は糖尿病診療においても有効性を示し、チーム医療を補完し得る可能性が示唆された。

Key Words : 2型糖尿病、診療看護師（NP）、多職種協働

### I. 緒言

糖尿病は世界的に深刻な健康問題であり、現在推定5億3,300万人が罹患し、医療費は9,660億ドルに達する。2045年には患者数7億8,300万人、医療費は1兆540億ドルを超えると予測されている<sup>1)</sup>。日本でも糖尿病の医療費は増加しており、2017年の国民医療費43兆710億円のうち、糖尿病関連は1兆2,239億円にのぼる<sup>2)</sup>。糖尿病の経済的・社会的負担は増大しており、効果的な管理と予防策が求められる。

特に2型糖尿病は糖尿病全体の90%以上を占める慢

性疾患であり、重篤な合併症を引き起こすリスクがある<sup>1)</sup>。治療継続のためには患者の自己管理が必要であるが、それを成功させるためには自己効力感を高め、動機・技能・知識・自信を持つことが不可欠である<sup>3)</sup>。自己効力感の低下は自己管理の実施に影響し、疾病負担や医療費の増加などを招く<sup>4)</sup>。また、日本では高齢化に伴い認知症が増加し、自己管理困難な糖尿病患者が増加している<sup>5)</sup>。そのため、早期診断の充実、食生活改善・運動促進の予防プログラム導入、適切な治療支援が必要である。

海外ではNurse Practitionerが糖尿病ケアチームに

参加することで費用対効果の高い介入を実施し、治療の質向上や合併症予防に貢献している<sup>6) 7)</sup>。日本の診療看護師（NP）は2008年より育成が始まったが、法的な位置づけがなく、裁量権の多くは所属施設に依存している。米国のNurse Practitionerをモデルとし、多職種と協働しながら重症化予防やQOL向上を目指した診療を行っているが<sup>8) 9)</sup>、糖尿病管理に関する具体的な実践報告は少なく<sup>10) 11)</sup>、診療看護師（NP）の関与に関するエビデンスが不足している。

また、糖尿病専門医や認定教育施設の数は限られ、多くの糖尿病患者は専門医による治療を受けていない<sup>12)</sup>。日本には、糖尿病看護認定看護師や糖尿病療養指導士（Certified Diabetes Educator of Japan, CDEJ）などの認定制度があるが、2024年度末でCDEJの認定者数は17,310人<sup>13)</sup>、糖尿病看護認定看護師は989人<sup>14)</sup>にとどまる。一方、2016年の国民健康・栄養調査によると、糖尿病が強く疑われる者と予備群を含めると約2,000万人にのぼり<sup>2)</sup>、糖尿病患者の増加に対して専門的な療養指導を担う人材が不足している。さらに、専門職が在籍する医療機関においても、専門職の対応は糖尿病を主病態とする患者に集中し、糖尿病を有する入院患者全てに十分な教育を行うことは困難である<sup>15)</sup>。

本稿では、糖尿病に対し専門的な支援が十分に行き届かない環境において、診療看護師（NP）が糖尿病の療養支援に関与した2型糖尿病の3症例を通じて、その役割を考察する。

## II. 症例提示

**症例1：84歳女性、身長150cm、体重70kg、BMI 31kg/m<sup>2</sup>**

### 【病歴・生活歴】

急性耳下腺炎のため近医から紹介され入院となった。認知症を伴う要介護2であり、夫と死別後は住宅型有料老人ホームに入所していた。

### 【既往歴・併存疾患】

2型糖尿病（腎症2期、網膜症なし）、高血圧症、脂質異常症、腰椎圧迫骨折、水頭症、腎盂腎炎、認知症

### 【薬歴】

ピオグリタゾン塩酸塩30mg/日、サキサグリプチン水和物2.5mg/日、アムロジピンベシル酸塩5mg/日、

アトルバスタチンカルシウム10mg/日、ドネペジル塩酸塩5mg/日、フロセミド20mg/日、Lアスパラギン酸カリウム600mg/日、酸化マグネシウム900mg/日、ミノドロン酸水和物50mg（月曜起床時）

### 【入院後経過】

入院時、ステノン管からの排膿が著明であり、口腔内からの切開排膿とAmpicillin/Sulbactam 4.5g/日の投与により病状は安定した。患者は全身の浮腫による体重増加や多剤服用による負担を感じていたが、身の回りのことは自立しながら映画を楽しみたいと希望した。多職種と情報共有を行い、主にリハビリ介入や療養環境の調整を主導した。

糖尿病管理については、入院時のHbA1c（ヘモグロビンA1c）6.0%、GA（グリコアルブミン）19.8%と血糖コントロールが良好であったが、年齢や認知症の影響を考慮し、過剰治療の可能性を考え、医師と治療の見直しを行った。食欲低下がみられたため、血糖値推移や体格を踏まえ、低血糖リスクの低いサキサグリプチン水和物のみ継続した。車いすで食事をする習慣を取り入れたことで食欲は回復したが、骨折や浮腫の既往を考慮しピオグリタゾン塩酸塩30mg/日は再開せず、第5病日にメトホルミン塩酸塩500mg/日を追加した。副作用がないことを確認後、第10病日にアログリプチン安息香酸塩／メトホルミン塩酸塩配合錠へ切り替え、血糖値は安定した。

退院後の治療継続を見据え、処方薬整理と服薬タイミング調整を行い、服薬カレンダーによる自己管理方法を共有した上で、医療機関と介護施設間で情報連携体制を構築した。第11病日に退院した。

**症例2：72歳女性、身長156cm、体重41kg、BMI 16kg/m<sup>2</sup>**

### 【病歴・生活歴】

低血糖による意識障害で当院へ搬送され、搬送後にCOVID-19（Coronavirus Disease 2019）陽性も判明し緊急入院となった。実兄と同居し、週3回の血液透析を行っている。認知症を伴う要介護2であり、デイサービス及び宅配弁当を利用している。

### 【既往歴・併存疾患】

2型糖尿病（腎症5期、増殖停止網膜症）、高血圧症、脂質異常症、狭心症、左大腿骨頭置換術後、認知症

## 【薬歴】

ミチグリニドカルシウム30mg/日、デュラグルチド0.75mg/週、アスピリン100mg/日、ランソプラゾール15mg/日、ロスバスタチンカルシウム2.5mg/日、Lアスパラギン酸カリウム300mg/日

## 【入院後経過】

入院時の糖尿病評価にて、HbA1c 5.3%，GA 15.7%と低値を示したことから、認知症や透析といった患者背景を考慮し、過剰治療の可能性が高いと判断し医師と介入を開始した。低血糖は抗糖尿病薬の中止とブドウ糖投与により改善した。COVID-19に対しては対症療法を行い、第11病日にPCR (polymerase chain reaction) の陰性化を確認した。

入院後のADLと食欲の低下が療養上の課題となった。退院後も生活リズムの維持とデイサービス継続を希望する兄の意向を踏まえ、診療看護師（NP）が多職種と情報共有しながら栄養療法とリハビリ介入を主導した。

低血糖発作の原因は、認知症による食事摂取不良、シックディイ、グリニド薬の効果遷延と推察された。管理栄養士と連携し食事内容を調整後、食事摂取量の回復を確認した。

糖尿病薬物治療としては第5病日にデュラグルチド0.75mgを再開した。その後食事摂取量の増加に伴い血糖値が上昇したため、第10病日にミグリトール150mg/日を追加した。副作用なく血糖値は安定し、従来の服用方法から変更がなかったため、薬剤管理も継続可能となった。

シックディ再発予防として、食事摂取低下時の薬剤調整方針をケアマネージャーと施設職員とに共有し、服薬・体調管理の役割を明確化して、医療・介護間の薬物管理体制を整備した。第46病日にリハビリ目的で転院した。

症例3：55歳男性、身長169cm、体重65kg、BMI 22kg/m<sup>2</sup>

## 【病歴・生活歴】

初回心不全の加療中に3枝病変と僧帽弁閉鎖不全症を認め、冠動脈バイパス術・僧帽弁形成術のため入院となった。妻と同居し、外食や間食が多く、宅配サービスと音楽関係の仕事を兼務していた。

## 【既往歴・併存疾患】

2型糖尿病、慢性腎臓病（詳細不明、幼少期タンパク尿指摘）、顔面神経麻痺、高血圧症、脂質異常症、痛風

## 【薬歴】

ダパグリフロジンプロピレングリコール水和物10mg/日、テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物20mg/日、トルバプタン7.5mg/日、アスピリン100mg/日、ビソプロロールフルマ酸塩0.625mg/日、アゾセミド30mg/日、アムロジピンベシル酸塩2.5mg/日、ロスバスタチンカルシウム5mg/日

## 【入院後経過】

入院前に初めて2型糖尿病と診断され経口血糖降下薬が開始となっていた。狭心症・僧帽弁閉鎖不全症の評価と並行して、糖尿病に対しても入院時より介入を開始した。術前評価でHbA1c 6.9%，GA 13.3%，抗GAD抗体 (anti-glutamic acid decarboxylase antibody) 陰性、インスリン抗体陰性、尿中Cペプチド65.0 μg/day、尿補正Alb 348.7mg/g·crで、糖尿病網膜症及び神經障害は認めなかった。患者は心疾患に加え糖尿病・慢性腎臓病への不安を抱いたが、術後合併症なく経過すること、退院後も宅配サービスの仕事と並行して音楽活動を継続することを希望した。

術前から生活背景、ニーズ、目標を医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士らと共有し、退院後の自己管理確立を目標に設定して、個別性を考慮した療養環境の調整を主導した。低血糖への不安や飽きやすい性格といった自己管理に対する懸念があったため、それらを踏まえ食事療法・運動療法・薬物療法の各側面で支援した。

食事療法では、食行動や意識の低さに着目し、管理栄養士と面談を実施した。妻を交え、「ながら食べ」の中止と間食制限を初期目標に設定し、繰り返し確認することで習慣化を支援した。

運動療法では、術後の心臓リハビリ継続を考慮し、理学療法士と運動強度の調整を実施した。退院後も継続可能な運動プランとして、妻とともに歩数計を用いた5~10分程度の散歩を日課とする目標を設定し、入院中から肯定的支援のもと習慣化を促した。

薬物療法では、主病態や低血糖リスクを考慮し、安全性とadditional benefitsを考慮した薬剤を選択した。具体的には、第10病日の経口摂取開始に合わせテネリグリプチン臭化水素酸塩水和物20mg/日を再開し、術

後経過および食事摂取量が安定した第14病日よりダパグリフロジンプロピレンギコール水和物10mg/日を再開した。薬剤師と連携し、薬の作用機序や必要性、副作用について患者理解を深める働きかけを行なった。また、薬物療法が生活習慣改善の代替ではなく補完であることを説明し、食事・運動療法への積極的関与を促進し、患者自身が効果と体調変化を記録する取り組みを行った。

タンパク尿について腎硬化症の可能性を評価し、腎臓内科へコンサルテーションを実施し、外来フォローの方針とした。これら包括的介入により、第18病日に退院した。

### III. 考察

本症例報告では、糖尿病以外を主病態とし、糖尿病専門医や認定看護師、CDEJの支援が十分に行き届かない環境で療養する2型糖尿病患者3症例に対し、診療看護師（NP）が多職種と連携し、生活背景や合併症リスクを踏まえた包括的ケアを提供した。その結果、個々に適した治療戦略を構築し、継続可能な糖尿病治療を実現できた。糖尿病診療では、生活歴を含む問診と適切な検査をもとに臨床像を総合的に判断し、個別性に応じた治療・ケアを行うことが重要である<sup>10)</sup>。しかし、すべての患者が専門医や認定看護師、CDEJの支援を受けられるとは限らない<sup>12) 15)</sup>。診療看護師（NP）は、糖尿病が未指摘・未治療の患者や、他疾患を主とする患者にも対応し、ニーズに細やかに応えるための柔軟な医療行為が可能<sup>16)</sup>であることから、リソースが限られた環境においても糖尿病療養支援を担うことができる<sup>17)</sup>。

本考察では、病態と生活の視点<sup>10)</sup>から、2型糖尿病患者に対する診療看護師（NP）の実践を振り返り、その詳細な役割を検討する。

#### 1. 自己管理困難な患者への関わり

高齢や認知機能低下により自己管理が困難な糖尿病患者の薬物療法には、薬物アドヒアランスの低下、ポリファーマシー、自己注射の困難など多くの課題がある。特に高齢者糖尿病は認知症発症の危険因子であり、認知症合併例では低血糖予防や腎機能に応じた治療選択、服薬回数の統一など治療の単純化が基本方針となる<sup>5)</sup>。

また、抗糖尿病薬の有害事象は患者の好みと満足度に影響し<sup>18) 19)</sup>、低血糖リスクの最小化、体重への影響の抑制、服薬スケジュールへの配慮など、個々のニーズに応じた治療が治療継続につながる可能性がある<sup>19)</sup>。

さらに、高齢・認知症患者の治療継続には家族や介護者の協力と負担軽減への配慮が不可欠であり、専門医と実施医だけでなく、看護師、薬剤師、栄養士、ケアマネージャーら多職種の連携が求められる<sup>5)</sup>。包括的ケアにより、血糖コントロールの達成だけでなく、QOLの維持にもつながることが期待される。

このような多職種による医療チームの中で、診療看護師（NP）はそのコンピテンシー<sup>20)</sup>を發揮し、治療効果やチーム医療に貢献すると考えられる。特に、自己管理困難な患者の治療継続支援は、診療看護師（NP）の重要な役割の一つである。

#### 2. 自己管理を成功させるための関わり

糖尿病の管理では、患者の日常生活に密接に関わる要因を理解し、個別のニーズに応じた支援を行うことが治療効果の向上につながる<sup>21)</sup>。特に、患者自身が目標設定に関与し、継続的に取り組める環境を整えることが重要であり<sup>3)</sup>、そのためには多職種による継続的な支援が不可欠である。

食事療法では、患者の生活習慣や食行動を考慮した指導が求められる。管理栄養士と協働し、嗜好や課題に応じた具体的な目標を設定することで、実行可能な範囲での行動変容を促すことができる。特に、食習慣の改善に向けた段階的アプローチが有効であり、負担を軽減しながら持続的な行動変容を支援できる<sup>3)</sup>。

運動療法の実施には十分な知識が必要であり、実技指導を伴う運動指導が望ましい<sup>22)</sup>。運動習慣のない患者にとって計画的な運動は困難なため、理学療法士らと連携し、身体状況に応じた指導を行うことが重要である。さらに、自己効力感や心理的側面に配慮し<sup>21)</sup>、継続しやすい環境を整えることで、運動の定着を促進できる。

薬物療法の継続には、患者の理解と動機付けが不可欠である<sup>23)</sup>。適切な服薬支援を行うことで、患者の安心感を高め、治療への信頼を構築することができる。薬剤師と協働し患者の理解を深め、低血糖など安全性への配慮やAdditional Benefitsを考慮した薬剤選択を行うことが求められる<sup>24)</sup>。また、生活習慣の改善が血糖コ

トロールの向上につながることを伝えることで、患者の自己管理意欲を高める一助となる。

糖尿病患者は常に疾患を抱えながら生活しており、自己管理が重要である。糖尿病の効果的な管理には、十分な知識、モチベーション、自信、技能を備えている必要がある<sup>25)</sup>。しかしながら、身体活動の増加や体重管理、食習慣の改善といった生活習慣の変更を生涯にわたり維持することは容易ではない<sup>3)</sup>。診療看護師（NP）が中心となって多職種が協力し、小さな変化を肯定的に捉えながら支援を継続することで、患者の自己管理能力や自己効力感を高めることが可能であると考えられる。

### 3. 2型糖尿病患者に対する診療看護師（NP）の役割

糖尿病診療におけるチーム医療では、糖尿病看護認定看護師やCDEJが高い専門性を発揮し、糖尿病の診断を受けている患者に対し糖尿病とその療養指導に関する幅広い専門知識を持って指導を行い、自己管理能力や自己効力感を高める役割を担っている。糖尿病診療における診療看護師（NP）の特徴は、糖尿病未指摘・未治療の患者や糖尿病以外の疾患背景を主とする患者に対応する機会も多い点や、ニーズに細やかに応えるための医療行為も可能な点で<sup>16)</sup>、糖尿病チーム医療のリソースが限られた環境における糖尿病療養支援の提供者になり得ると考えられる。

診療看護師（NP）は医学的視点に加えて健康全般に関与し、患者への包括的支援を行う。さらに、特定行為にとどまらず診療を通じて病状の安定化や合併症予防に寄与し、必要に応じて専門医や多職種との連携を図る。これらの実践により、糖尿病の早期発見や治療意欲の向上を促し、包括的ケアに寄与することで糖尿病管理の向上に貢献することが示唆された。

本稿は3症例を通じて糖尿病診療における診療看護師（NP）の実践を示したが、単施設・限定的な報告であり、有用性評価や一般化には限界がある。今後は多施設で実践を蓄積し、介入の効果を定量的に検討する必要がある。

### IV. 結論

本3症例を通じて、診療看護師（NP）が糖尿病診療において多面的に関与し、多職種と協働しながら個別性

に応じた治療支援を行うことで、重要な役割を果たすことが示唆された。

診療看護師（NP）は、糖尿病未指摘・未治療や他疾患を主とする患者にも柔軟に対応しうる点が特徴であり、リソースが限られた環境においても、多職種と連携しながら個別性に応じた継続的ケアを提供することで、治療アドヒアランス向上と治療効果の最大化に寄与し得ると考える。

### V. 謝辞

愛知医科大学糖尿病内科の先生方に深甚なる謝意を表する。

### VI. その他

本症例報告に利益相反はない。本報告は第97回日本糖尿病学会中部地方会（2023年、名古屋）で発表後に加筆修正し、Microsoft® Word for Macで執筆した。

### 引用・参考文献

- GBD 2021 Diabetes Collaborators: Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. THE LANCET, 402: 203-234, doi: 10.1016/s0140-6736(23)01301-6.
- 日本生活習慣病予防協会ホームページ：糖尿病の調査・統計。  
<https://seikatsusyukanbyo.com/statistics/2019/010051.php>, (2023年9月7日access)
- Bartol, T: Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: role of the nurse practitioner. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 24 (1): 270-276, 2012.
- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Fitzgerald, J.T., et al: The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. Dia-

- betes Care, 23 (6): 739-743, 2000.
- 5) 荒木厚：認知症を考慮した高齢者糖尿病の治療。日本内科学会誌, 110 (4): 761-768, 2021.
- 6) Chang, K., Davis, R., Birt, J., et al: Nurse practitioner-based diabetes care management: Impact of Telehealth or Telephone Intervention on Glycemic Control. Disease Management & Health Outcomes. 15 (6): 377-385, 2007.
- 7) Davidson, M.B: Effect of Diabetes-Trained Nurse Practitioners on Glycemic Outcomes: Their Suggested Use in Busy Primary Care Practices. Clinical Diabetes, 39 (3): 293-296, 2021.
- 8) 日本NP大学院協議会ホームページ：診療看護師（NP）とは. <https://www.jonpf.jp>, (2024年8月8日access)
- 9) 日本NP学会ホームページ：理事長挨拶。  
<https://www.js-np.jp/greeting.htm>, (2024年8月8日access)
- 10) 廣瀬久美：急性期病院における診療看護師の実践報告～外来での高齢2型糖尿病患者の肺炎発見から生活に合わせたインスリン治療まで～。日本糖尿病教育・看護学会誌, 24 (2): 121-125, 2020.
- 11) 中山法子：特定行為を活用した糖尿病看護の実践。日本糖尿病教育・看護学会誌, 20 (1): 61-63, 2016.
- 12) 南條輝志男, 古田浩人：治療7. 糖尿病チーム医療最前線. 最新医学, 73 (1): 98-105, 2018.
- 13) 一般社団法人日本糖尿病療育指導士認定機構ホームページ：CDEJについて 有資格者・県別職能別集計。  
<https://www.cdej.gr.jp/about-cdej/whats/>, (2025年2月21日access)
- 14) 日本看護協会ホームページ：認定看護師 登録者一覧。  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cn/index.html>, (2025年2月21日access)
- 15) 柏崎純子：急性期病棟における看護師の糖尿病ケアに対する認識と糖尿病ケアの実施状況。日本糖  
尿病教育・看護学会誌, 24 (1): 95-101, 2020.
- 16) 森田啓行, 永井良三：米国におけるNurse Practitioner (NP) /Physician Assistant (PA) の実態。日本内科学会雑誌, 99 (6): 1349-1355, 2010.
- 17) Lessee, B. T., Rutledge, C. M: Effectiveness of nurse practitioner coordinated team group visits for type 2 diabetes in medically underserved Appalachia. journal of the American Association of Nurse Practitioners, 24 (12): 735-743, 2012.
- 18) Hauber, A. B., Mohamed, A. F., Johnson, F. R., et al: Treatment preferences and medication adherence of people with type 2 diabetes using oral glucose-lowering agents. Diabetes Medicine, 26 (4): 416-424, 2009.
- 19) Marrett, E., Stargardt, T., Mavros, P., et al: Patient-reported outcomes in a survey of patients treated with oral antihyperglycaemic medications: associations with hypoglycaemia and weight gain. Diabetes, Obesity and Metabolism, 11 (12): 1138-1144, 2009.
- 20) 草間朋子, 小野美喜：日本NP教育大学院協議会の定める「診療看護師（NP）に必要とされる7つの能力（コンピテンシー）」。日本NP学会誌, 4 (2): 01-02 (29-30), 2020.
- 21) Robertson, C: The role of the nurse practitioner in diagnosis and early management of type-2 diabetes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 24 (1): 225-233, 2012.
- 22) 佐藤裕造, 曽根博仁, 小林正, 他：わが国における糖尿病運動療法の実施状況（第2報）－患者側への質問紙全国調査成績－。糖尿病, 58 (11): 850-859, 2015.
- 23) Richardson, G.C., Derouin, A.L., Vorderstrasse, A.A., et al: Nurse practitioner management of Type 2 Diabetes. The Permanente journal, 18 (2): 134-140, 2014.
- 24) 坊内良太郎, 近藤龍也, 太田康晴, 他：2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム（第2版）。糖尿病, 66 (10) : 715-733, 2023.

- 25) Hayes, E., McCahon, C., Panahi, M.R., et al: Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20 (3): 155-162, 2008.

## Abstract

Diabetes is a serious global health issue, affecting an estimated 533 million people worldwide, with projections reaching 783 million by 2045. As diabetes is a chronic disease that causes numerous complications, continued treatment requires self-management with enhancing self-efficacy, motivation, skills, knowledge, and confidence, supported by medical professionals. Additionally, the growing elderly population and rising prevalence of dementia have led to an increase in patients with difficulties maintaining diabetes self-management in Japan. However, a shortage of specialized healthcare professionals makes it challenging to provide adequate support for all patients, especially in settings outside diabetes-specialized clinics or wards.

This report presents three cases of patients with type 2 diabetes who were receiving care in an environment where specialized support for diabetes was insufficient. A nurse practitioner (NP) provided tailored interventions, including medication adjustment, dietary and exercise therapy, lifestyle and environmental support, and discharge planning based on individual medical and social needs. NPs can flexibly manage patients with undiagnosed or untreated diabetes, as well as those whose primary conditions are unrelated to diabetes. Even in resource-limited environments, NPs can improve treatment adherence and optimize therapeutic outcomes by providing continuous, individualized care through interprofessional collaboration.

These cases suggest the potential effectiveness of NP roles in diabetes care and their capacity to complement team-based care.

**Key Words :** Type 2 Diabetes, Nurse practitioner, Interprofessional collaboration