

Precious VOICE

発行：株式会社三和化学研究所 制作：糖尿病リソースガイド

特集

糖尿病看護と ネガティブ・ケイパビリティ 「わからない」に耐える力を身につける

日本赤十字北海道看護大学
学長・教授

安酸史子 先生

Precious VOICE アンケート

経口血糖降下薬で治療中の
糖尿病患者における血糖測定器について

no.10

2026年3月1日号

糖尿病看護と ネガティブ・ケイパビリティ 「わからない」に耐える力を身につける

近年、医療や看護、心理学などの分野でネガティブ・ケイパビリティが注目されています。ネガティブ・ケイパビリティとはどのようなものなのか、糖尿病看護における必要性について、経験型実習教育をベースに、長年にわたり看護学生や看護教員の教育に携わってこられた安酸史子先生にお話を伺いました。



日本赤十字北海道看護大学
学長・教授
やすかたふみこ
安酸史子先生

Q ネガティブ・ケイパビリティはどのようなものなのでしょうか。

A ネガティブ・ケイパビリティは「答えの出ない事態に耐える力」といわれています。生半可な知識や経験で意味や理由をつけて解釈するのではなく、「宙ぶらりんな状態を持ちこたえる力」ということもできます。すぐに答えを出し帳尻を合わせてしまう方が気持ち的には楽ですが、性急に物事に対処せず、「まだちょっとよくわからない」と判断保留の状態を保ち続ける。簡単なことではありませんが、それが身につけている、できる能力をネガティブ・ケイパビリティと呼んでいます。

ふつう capability といえばポジティブな能力、すなわち問題などが生じた際に的確かつ迅速に対処する力を指します。こちらはネガティブ・ケイパビリティと対になるという意味で、ポジティブ・ケイパビリティと呼ばれます。さまざまな知識や技術が必要とされる糖尿病看護において、ポジティブ・ケイパビリティは必須の能力といえます。しかしそれだけではうまくいかないケースも少なくありません。正しいと思うことをいくら言っても患者さんに届かない・動かない——そんな経験を多くの看護師がしているのではないのでしょうか。ポジティブ・ケイパビリティでは「待つ」「聴く」姿勢にはあまり光が当たりませんが、糖尿病看護においては同じぐらい重要です。そのベースにあるのがネガティブ・ケイパビリティという能力です（表）。

Q ネガティブ・ケイパビリティは最近出てきた新しい概念なのでしょうか。

A いえ、もともとは詩人のジョン・キーツ（1795～1821）が、劇作家のシェイクスピアの共感力や客観的な想像力を「受け身的能力」「屈服の能力」などと表

現したのが最初です。その後、精神分析学会の重鎮だった精神科医ウィルフレッド・ビオン（1897～1979）が、ネガティブ・ケイパビリティは精神分析の分野において不可欠であることを提唱し、世界的に注目されるようになりました。

日本では2017年に、精神科医の^{ははきぎほうせい}帚木蓬生先生による書籍¹⁾が出版され、私はこの本で初めてその概念を知りました。私の専門は看護教育学で、以前から知識や技術をただ提供すればいいものではないことは伝えてきましたが、そこにぴったりはまったのがネガティブ・ケイパビリティです。コミュニケーションスキルのトレーニングなどでは「待つ」「聴く」姿勢も学びますが、ネガティブ・ケイパビリティを知ったことで、そこに意味が付与されたと感じました。また、自分が大切にしてきたものに言葉が与えられたことで、人に教える時も言語化できるようになりました。すでに臨床経験を積んだ看護師に教える機会もありますが、彼らは知識や技術だけではうまくいかない経験をしているだけに、ネガティブ・ケイパビリティの話をするですつと頭に入ります。

Q ネガティブ・ケイパビリティが改めて注目されている背景を教えてください。

A われわれは今、先の見通しが立てられず将来の予測が難しいVUCA（V:変動性、U:不確実性、C:複雑性、A:曖昧性）の時代を生きています。その象徴的な出来事が、新型コロナウイルスの世界的流行です。コロナ禍では何が正解なのかわからない状況に社会全体が置かれ、医療者はその時々で最善と思われることをやり続けていくしかありませんでした。こうした混沌とした状況で求められるのは、まさに「待つ」「耐える」力です。VUCA時代の現在、ネガティブ・ケイパビリティという能力はこれまで以上に重要になっていると感じます。

ネガティブ・ケイパビリティ
傾聴と伴走
意味や背景を想像する
わからないまま待つ
よくなりたい気持ちを信じる
中長期の変化を見守る
なぜできないか
後から意味がわかる

ポジティブ・ケイパビリティ
説明と指導
問題点を特定する
迅速に答えを出す
行動変容を促す
短期的な改善をめざす
どうすればできるか
すぐ結果が出る

表 ネガティブ・ケイパビリティとポジティブ・ケイパビリティの比較

Q 糖尿病看護におけるネガティブ・ケイパビリティの必要性について教えてください。

A 急性疾患ではっきりとした症状がある場合、何より必要なのはポジティブ・ケイパビリティの能力です。しかし慢性疾患、特に糖尿病のように自覚症状があまりない疾患の場合、ネガティブ・ケイパビリティの視点ももっていないと、患者さんの行動変容にはなかなかつながりません。「こうすべき」と思う正解をいくら伝えても、やらない人はまったくやらないものです。まずは相手の状況を受け止め、聴くことに徹して、相手が何に困っていて、どういうことを知りたいのかを一緒に考えたり、相談に乗る形で対応すると、それならできるかなという風に患者さんの反応や行動が変わって来たりします。

同時に、自分の中にネガティブ・ケイパビリティの視点がないと、患者さんの話も聴けないんだな、ということもわかってきます。一生懸命勉強して知識や技術を身につけたけれど患者さんの行動は変わらない、それはネガティブ・ケイパビリティが身につけていないからではないか、と気がつきます。そこに気がつくとい皮も二皮も剥けて、患者さんへの対応が変わって来たりします。

私は自己効力理論^{※1}やエンパワーメントアプローチ^{※2}なども教えていますが、どのような方法論であれ、患者さんがその人なりのペースで行動を変えていくには、医療者が基本の能力としてネガティブ・ケイパビリティを身につけている必要があると考えています。患者さんの反応は人それぞれですが、自分の体のことだから何とか変えたいという気持ちはあるはずで、そこを信じて待つことができるか。相手を信じて待つ力は、糖尿病看護では非常に大切な、ベースの能力だと思います。

※1 「自分にはできる」という感覚(自己効力感)が行動や成果を左右するという理論

※2 本人が自分で選び行動する力を引き出し支援する関わり方

Q 糖尿病看護にネガティブ・ケイパビリティを取り入れる際、ポイントになることはありますか。

A 能力を発揮しやすい組織風土があるかどうか、は大きなポイントです。ネガティブ・ケイパビリティは地味で目立たない能力のため評価されにくく、また個人の努力だけで育むには限界があります。組織として概念がわかっていて能力をきちんと評価できる、そういう心理的安全性が確保された環境でないと、なかなか発揮しづらいと思います。また、ネガティブ・ケイパビリティを身につけるには時間がかかります。最初はどうでも、でも、「そういう人もいるよね」と認め合える雰囲気があることも重要です。

もちろん、糖尿病看護はネガティブ・ケイパビリティだけで成立するものではありません。ポジティブ・ケイパビリティがしっかりあって、きちんとアセスメントできてこそという点は、理解しておく必要があります。臨床の現場で求められるのは、両者がうまくかみ合い、状況に応じて能力を発揮できることです(図)。

Q そもそも聴く・待つが苦手なスタッフもいると思いますが、アドバイスはありますか。

A ポジティブ・ケイパビリティが高い人ほど最初は言いたくなるものですが、何か言いたくなったらぐっと飲み込んで、少なくとも6秒間待つ。「すぐ指導したくなる」という人は、そこから始めてほしいですね。また、待てない時は感情が表に出ていることが多いです。怒りや過度な期待感を患者さんにつけていないか、自分の感情に気づくことが大切です。

伝えたい内容が悪い訳ではありませんが、感情が出てくる時は自分中心になっています。そうではなくて、相手の土俵に身を置き、共感的な態度で耳を傾けることを

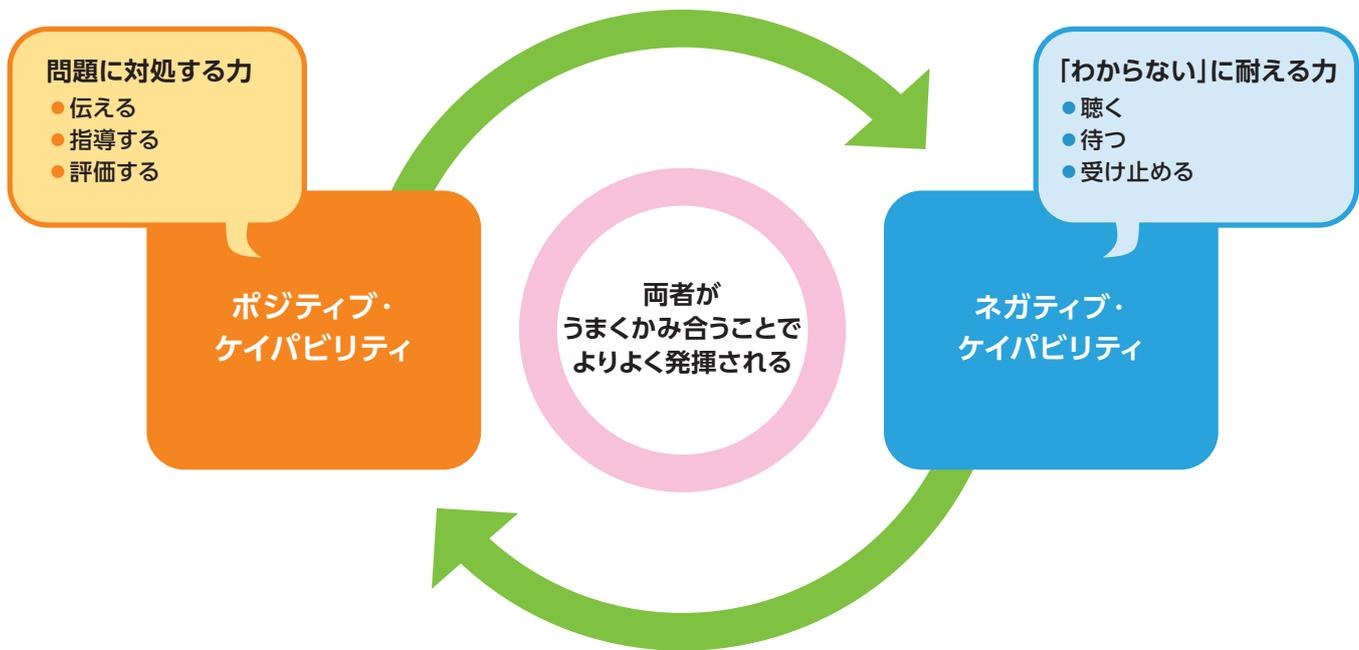


図 ネガティブ・ケイパビリティは、ポジティブ・ケイパビリティとうまくかみ合うことでよりよく発揮される

心がけてみて下さい。すぐには難しいかもしれませんが、「聞く」ではなく「聴く」ができるようになると、それが患者さんにも伝わって、自分の気持ちを話してくれる、ということが起こってきたりします。

Q ネガティブ・ケイパビリティを高めるために、ふだん意識すべきことを教えてください。

A 患者さんと関わっていて、何か「うまくいかなかったな」「引っかかるな」と感じるがあれば、その感情に敏感になって、なぜそう感じるのかふり返ってみて下さい。一生懸命関わったつもりだけれど手ごたえがない、うまくいかない、なぜだろうと悩むことは、成長していく過程で非常に大切です。忙しいと、悩むことをせず流してしまいがちですが、そこを流さず言葉にしてみる。自分の実践をふり返る習慣をつけましょう。もし話せる相手がいれば、そこで言葉にするのもいいでしょう。

指導的な立場にある人がきちんと評価することも、ネガティブ・ケイパビリティを高めるうえで大切です。地味な能力だけに、「いい対応をしていたね」と一言伝えるだけで違います。その積み重ねが個々の能力を高め、能力のあるスタッフが集まってチームができると、患者さんは確実に変わっていきます。

ネガティブ・ケイパビリティが活きた事例を取り上げる検討会や勉強会など、チームで話せる場があるとさらにいいですね。自らの経験を表舞台に出して言語化し、同僚や上司と共有することは、組織文化の形成につながります。

Q 最後に読者に向けてメッセージをお願いします。

A 患者さんが医療者に言わないこと、言葉で表現しないことはたくさんあります。医療者には「患者さんにできないがあっても、それはむしろ当たり前」ぐらいのだらかさで受け止める、度量の大きさが求められます。大切なのは、できなくてもダメと決めつけず「なぜできないのだろう」と共感的に話を聴く姿勢です。改善するためにどうするか、ポジティブ・ケイパビリティを発揮して考えることも大切ですが、そこで急ぎすぎない・求めすぎない。ネガティブ・ケイパビリティをベースに、患者さんの気持ちに寄り添う姿勢も非常に重要です。

看護師にも一人ひとり特性があって、待てる人もいれば待つのが苦手な人もいます。皆が同じ能力をもっている必要はありませんが、待つのが苦手な人は待てる人を認める視点も持ってほしい。「遅い」「やる気がない」と批判するのではなく、「自分はどんどん指導する方だけど、待てる力も必要だね」と、相手の特性も認めてほしいと思います。いろいろなタイプのスタッフが、全体では助け合いながら、目の前の患者さんの看護を考えていく。そんなチーム作りができるといいですね。応援しています。

出典

1) 帯木蓬生：ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力。朝日新聞出版、2017



米国糖尿病診療ガイドライン「Standards of Care in Diabetes—2026」が公開



〈文献〉
Diabetes Care. 2026 Jan
1;49(Supplement_1):S1-S362.

米国糖尿病学会 (ADA) は「Standards of Care in Diabetes—2026」を公開しました。以下、2026年版の改訂内容の一部を記載します。

- **CGM (持続血糖測定) をすべての患者に推奨**：インスリン療法中のだけでなく、非インスリン療法でも低血糖を引き起こすおそれのある人など、糖尿病治療中でCGMが血糖管理に役立つと判断されるあらゆる年代の患者において、診断直後から時期に関わらず

CGMの使用を推奨。

- **自動インスリン注入システム (AID) の適応拡大**：1型糖尿病だけでなく、インスリン使用の2型糖尿病の成人・小児の一部において、AIDが頻回注射法よりも優先されるインスリン注入法として位置づけられた。また、AIDを開始するための要件 (C-ペプチド値など) を撤廃。
- **体重管理の重要視**：従来の目標よりも高い「体重の5~7%以上の減少」の維持を推奨。また、肥満合併の

1型糖尿病患者に対する治療選択肢として、GLP-1 受容体作動薬や代謝改善手術が初めて記載された。

- **高リスク患者ではSBP 120mmHg未満**：降圧目標について、2025年版までは一律「SBP 130mmHg未満」を推奨していたが、心血管疾患や腎疾患のリスクが高い患者においては「120mmHg未満」を推奨。
- **がん治療中の高血糖管理**：免疫チェックポイント阻害薬などにおける薬剤誘発性高血糖への対応について、初めて具体的な指針を記載。

成人肥満治療におけるGLP-1受容体作動薬の使用に関する初の世界的ガイドラインが公開



〈文献〉
WHO guideline on the use of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) therapies for the treatment of obesity in adults.

世界保健機関 (WHO) は、成人肥満治療におけるGLP-1受容体作動薬の使用に関する初の世界的ガイドラインを発表しました。

本ガイドラインでは、以下2点が

「条件付き」として推奨されています。

- **成人肥満 (BMI30以上と定義) に対する長期治療 (6ヵ月以上) としてGLP-1受容体作動薬 (セマグルチド、リラグルチド、チル**

ゼパチド) が使用されうる

- **GLP-1受容体作動薬による肥満治療には、運動・食事を含む集中的行動療法が併用されうる**

日本における妊娠糖尿病既往女性産後糖尿病スクリーニング率は3割にとどまる



〈文献〉
BMJ Open. 2025 Oct
6;15(10):e096259.

横浜市立大学の研究グループは、妊娠糖尿病を経験した女性に対する産後糖尿病スクリーニングの実施状況について、日本の大規模レセプト

データを用いて解析した結果を発表しました。

産後6~12週に推奨される75g経口ブドウ糖負荷試験 (75g OGTT)

の受検率は約30%にとどまっており、産後1年までに受検した女性を含めると約65%にとどまることが明らかになったとのこと。

夜型生活リズムと2型糖尿病の網膜症発症・進展リスクが関連



〈文献〉
Diabetologia. 2026
Feb;69(2):504-514.

順天堂大学の研究グループは、夜型の生活リズムを送る「夜型クロノタイプ」の2型糖尿病を有する人では、血糖マネジメントが悪化しやすく、糖尿病網膜症の発症・進展リスクが高いことを明らかにしたと発表しました。

研究では、心血管イベントの既往がない2型糖尿病を有する人731名を対象に、最大10年間にわたり調査。結果、年齢・性別・既知のリスク因子を調整しても、夜型クロノタイプほど糖尿病網膜症の発症・進展リスクが有意に高いことが示され

ました。また夜型クロノタイプ群では、睡眠の質低下、抑うつ症状の多さ、睡眠時間の短さ、身体活動量の少なさといった特徴を有し、就寝・起床が遅い、食事時間が遅い、夜食が多い、朝食欠食が多いなどの生活習慣も明らかになったとのこと。

経口血糖降下薬で治療中の糖尿病患者における血糖測定器について

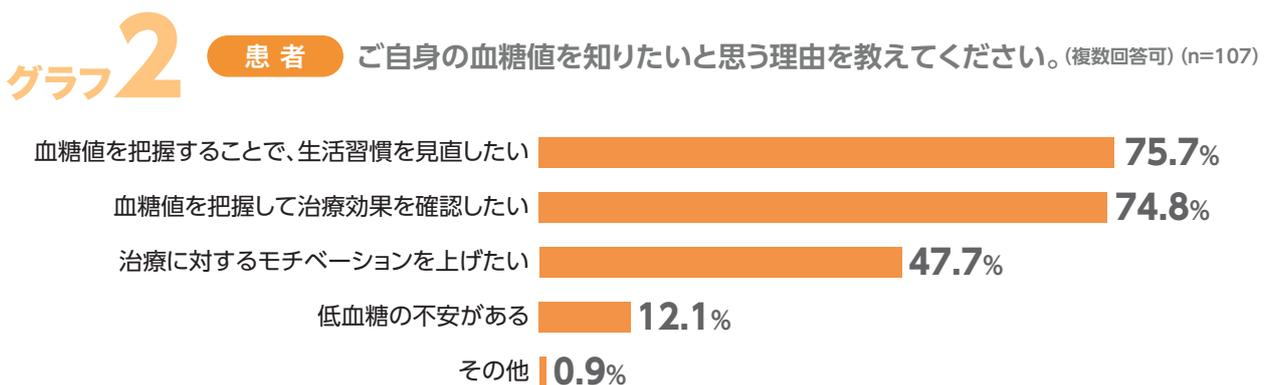
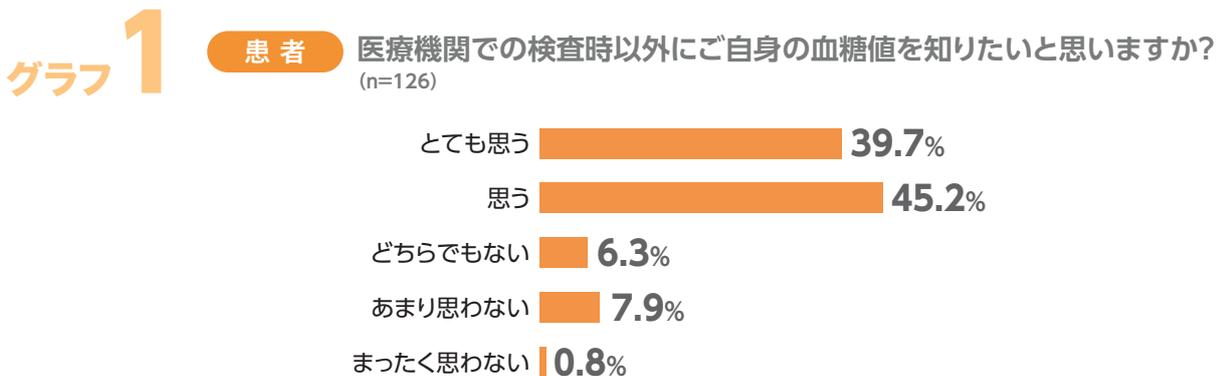


SMBG(血糖自己測定)、CGM(持続血糖測定)は、おもにインスリン製剤などの注射薬で治療をしている患者が行うものですが、経口血糖降下薬(以下、経口薬)で治療中の患者でも保険診療にて実施できる場合がある*ことをご存じでしょうか。今回は、経口薬で治療中の患者における血糖測定器使用の実態やニーズについて調査しました。 *診療報酬の算定可否については、地域や保険者によって判断が異なる場合があります

医療機関での検査時以外でも血糖値を知りたい患者は多い

まず患者に「医療機関での検査時以外にご自身の血糖値を知りたいと思うか」と聞いたところ、「とても思う」「思う」が8割以上という結果でした [グラフ1]。また、

知りたい理由として、7割以上の方が「生活習慣を見直したい」「治療効果を確認したい」と回答しました [グラフ2]。



患者の半数がSMBGの使用経験あり CGMの使用経験者は1割のみ

次に、患者へ血糖測定器の使用経験について聞いたところ、SMBGについては「使用している」23.8%、「以前使用していた」22.2%と、半数近くの方は使用経験がある結果でした。一方でCGMは「使用している」7.1%、「以前使用していた」8.7%にとどまり、8割以上は使用経験がない結果となりました。

そこで、使用経験がない患者に対して、血糖測定器を使用してみたいかを聞いたところ、SMBG・CGMともに4割程度の方が「保険診療の範囲内であれば使用してみたい」、2割程度の方が「医師からの勧めがあれば使用してみたい」と回答しました。

医療機関での SMBG・CGM実施状況

今回アンケートに回答いただいた医療者のうち、200床未満の医療機関に勤めている方々へ、経口薬で治療中の患者で主に算定している医学管理料を聞きました。7割弱の施設が「生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ」を算定しており、その中で「血糖自己測定指導加算」の算定をしていると回答したのは約半数でした [グラフ3]。CGMについては、「生活習慣病管理料Ⅱ」を算定して「特定保険医療材料158（皮下グルコース測定用電極）」での使用、選定療養「間歇スキャン式持続血糖測定器の使用」での使用が可能ですが、使用率はともに4割弱でした [グラフ4, 5]。

実施理由については、SMBG：「医療従事者が血糖値を把握するため」73.3%、CGM（特定保険医療材料／選定療養）：「患者の血糖変動を確認するため」77.8%／83.8%と、SMBG・CGMともに患者の血糖管理状況を把握する目的が多く挙げられました。一方、「患者本人からの希望」は、SMBGでは26.7%と多くありませんでしたが、CGMでは55.6%/56.8%と半数以上でした。

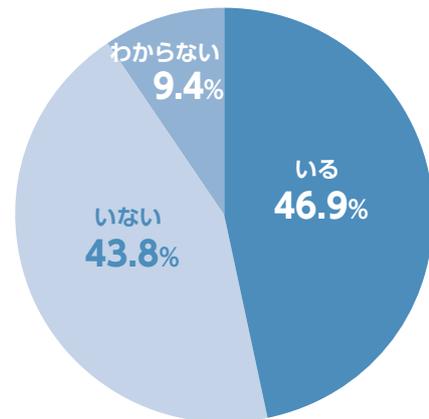
経口薬のみの患者でも日常の血糖値を知りたいニーズはある

最後に患者へ、血糖値の測定について感想・意見を聞いたところ、「2か月に1度のHbA1cでは本当はいいの不安がある。その時々血糖値がわかれば、生活を考えることができたのではないかと思う」「インスリンを打っていないでもCGMに対して保険がきくようにしてほしい」など、血糖測定に対して前向きなコメントが寄せられました。経口薬のみを使用している糖尿病患者でも日常の血糖値を知りたいというニーズは高く、血糖測定器の保険適用が期待されていることがうかがえます。

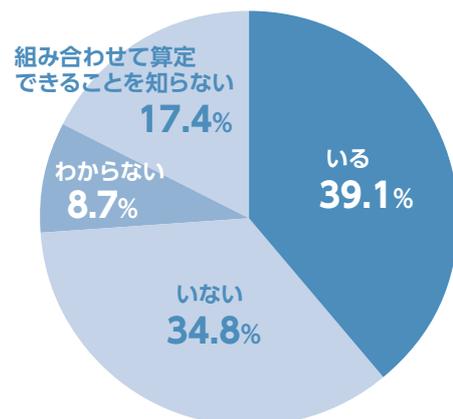
調査概要

実施時期：2025年11月13日～20日
 調査方法：インターネット調査
 調査対象：「糖尿病ネットワーク」「糖尿病リソースガイド」メールマガジン会員
 回答者内訳：
 医師・医療スタッフ 93名
 （医師17名、看護師37名、薬剤師22名、管理栄養士・栄養士6名、臨床検査技師5名、保健師3名、その他3名）
 患者さんやその家族 126名
 （2型糖尿病113名、その他の糖尿病12名、わからない1名）

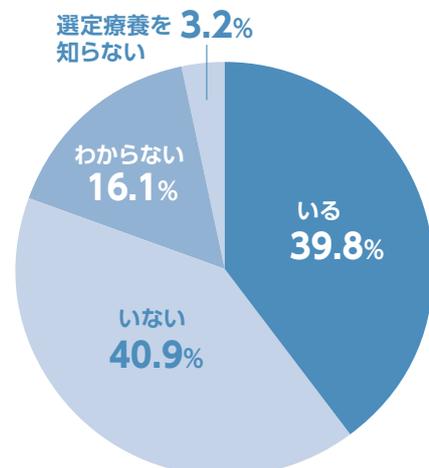
グラフ3 生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱを算定し、血糖自己測定指導加算にて、SMBGを行っている患者はいらっしゃいますか？ (n=32)



グラフ4 生活習慣病管理料Ⅱを算定し、特定保険医療材料158（皮下グルコース測定用電極）にてCGMを行っている患者はいらっしゃいますか？ (n=23)



グラフ5 選定療養「間歇スキャン式持続血糖測定器の使用」にてCGMを使用している患者はいらっしゃいますか？ (n=93)



学会イベント情報

2026年1月6日時点の情報です。
詳細は各学会ホームページでご確認下さい。

現地開催日程

ハイブリッド開催・
オンデマンド配信

場所

◆単位:CDEJ認定更新に取得できる単位数。(第1群)自己の医療職研修単位、(第2群)糖尿病療養指導研修単位

第123回 日本内科学会総会・講演会

2026年4月10日(金)～12日(日)

ハイブリッド開催

東京国際フォーラム(東京)

第1群薬剤師1単位



第69回 日本糖尿病学会年次学術集会

2026年5月21日(木)～23日(土)

オンデマンド配信(一部)あり

大阪国際会議場ほか(大阪)

第2群4単位



第71回日本透析医学会 学術集会・総会

2026年6月19日(金)～21日(日)

神戸コンベンションセンター(兵庫)

第1群管理栄養士・栄養士1単位



第112回 日本消化器病学会総会

2026年4月16日(木)～18日(土)

ハイブリッド開催

コートヤード・バイ・マリオット福井ほか(福井)
ホテル日航金沢ほか(石川)

第1群薬剤師1単位

第1群管理栄養士・栄養士1単位



第99回 日本内分泌学会学術総会

2026年6月2日(火)～6日(土)

国立京都国際会館(京都)

第1群薬剤師1単位

第2群1単位



第13回 JADEC年次学術集会

2026年7月18日(土)～19日(日)

オンデマンド配信あり

国立京都国際会館(京都)

第2群4単位



第80回 日本栄養・食糧学会大会

2026年5月15日(金)～17日(日)

サンポート高松(香川)

第1群管理栄養士・栄養士2単位



第62回 日本肝臓学会総会

2026年6月18日(木)～19日(金)

朱鷺メッセ、ホテル日航新潟(新潟)

第1群薬剤師1単位

第1群管理栄養士・栄養士1単位



第57回 日本膵臓学会大会

2026年7月24日(金)～25日(土)

福岡国際会議場(福岡)

第1群管理栄養士・栄養士1単位



自己検査用グルコース測定器

ガルテスト アクア



高度管理医療機器・特定保守管理医療機器
認証番号:301AABZX00059A01
製造販売元:株式会社アークレイファクトリー

どなたにもやさしい
血糖自己測定を目指して

採血用穿刺器具

ソフレット



一般医療機器
届出番号:13B1X10144000035
製造販売元:PHC株式会社

使用目的、操作方法又は使用方法、警告、禁忌・禁止を含む
使用上の注意等につきましては、電子添文及び
取扱説明書をご参照いただき正しくご使用下さい。

販売
株式会社 三和化学研究所
名古屋市中区東外堀町35番地 461-8631
●ウェブサイト <https://www.sk-net.com/>

資料請求先・問い合わせ先
コンタクトセンター
0120-19-8130
受付時間:月～金 9:00～17:00(祝日及び弊社休業日を除く)