

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

糖尿病患者における アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

「どう生きたいか」から始まる糖尿病のACP

京都第二赤十字病院
代謝内分泌内科 部長

山崎真裕 先生

京都府立医科大学附属病院
糖尿病看護認定看護師

肥後直子 先生

Precious VOICE アンケート
院内の血糖測定における
POCT機器の利用について

no.8

2025年3月1日号

糖尿病患者における アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

「どう生きたいか」から始まる 糖尿病のACP

高齢多死社会が進むわが国で、人生の最終段階における医療やケアのあり方を考え共有する取り組みである「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」が注目されています。慢性疾患である糖尿病において、ACPをどのように理解し、実践につなげていけばよいのか。ACPに造詣の深い山崎真裕先生と肥後直子先生に、お話を伺いました。



京都第二赤十字病院
代謝内分泌内科
部長

山崎真裕 先生



京都府立医科大学附属病院
糖尿病看護認定看護師

肥後直子 先生

Q アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とはどのようなものか教えてください。(敬称略)

肥後 厚生労働省はACPを「人生会議」と称し、「もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組」と定めています¹⁾。自分がどのように生きどのように死んでいくか、例えばどこで死にたいか、誰と一緒にいたいか、心肺停止になったら蘇生処置を受けたいか等、どこまでを具体的に決めるかは人それぞれですが、全員が考えることを国として推奨しています。

山崎 定義はその通りとして、今のACPは「急変時や終末期にどうするか」「病院に運ばれた時にどうするか」に集中しすぎている印象があります。個人的には、むしろ「それまでどう生きるか」の方が大切ではないかと思います。その人の価値観や人生観を大切にしながら、どう生きたいかを明らかにしていくことで、結局は死に方も決まってくるのだらうと考えています。

Q 日本でACPが注目されるようになった背景を教えてください。

肥後 高齢者が増え、病院で亡くなることができなくなっている状況が挙げられます。厚生労働省は2018年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改訂し、ACPの概念を盛り込みました²⁾。2019年には人生会議をテーマとしたポスターが作成されましたが、これが大きな議論を呼びメディアに取り上

げられたことで、一般にも知られるようになりました。**山崎** 延命治療などによる医療費増大の問題も大きいと思います。ACPは海外から持ち込まれた概念ですが、人生会議のポスターは「死に方をどうするか」を話し合おうとして、否定的な反応を招いてしまいました。現在では各病院でACPの取り組みが始まっていますが、生き方を中心に進めるのが本来の姿ではないかと考えています。

Q 糖尿病診療においてACPの取り組みはどれくらい進んでいますか。

山崎 糖尿病診療において重きがおかれているのは合併症予防で、ACPの取り組みはまだそれほど進んでいません。最終的に患者さんは別の疾患で亡くなることが多いので、その疾患の先生に任せてしまうというのが現状です。

肥後 糖尿病患者の死因は1位ががん、2位が感染症、3位が血管障害で、高血糖や低血糖による死亡はわずか0.4%です³⁾。命に直結していないので、終末期は生命予後を決める疾患の医師に任せて自分たちの手から離れる、という感覚があるのかもしれませんが。ただ、われわれ糖尿病に携わる医療者は糖尿病の発症予防から合併症の発症・進展抑制まで一生懸命やってきたのに、亡くなる最期まで診ないのはどうなのか、という思いはあります。直接の死因にはならなくても、糖尿病があることの弊害を亡くなる疾患に上乘せしてはならない、がんで死にゆく時に高血糖や低血糖にさせない、最期まで見守るという強い気持ちをもってサポートすることは、糖尿病の医療者の役割だと考えています。

表 終末期における糖尿病のACP

身体面

- 糖尿病によるしんどさを上乗せしない
(高血糖・脱水や低血糖を起こさない)
- フレイルが進む状況で褥瘡や感染症を起こさない
- 状況に応じて糖尿病治療薬を調整

心理・社会・スピリチュアル面

- 糖尿病治療をどうするか一緒に考える
(血糖測定、インスリン注射など)
- 普段から本人の価値観や生き方を知っておく
- 糖尿病に対する想いを聞く
- 本人の希望に添った糖尿病治療の選択・継続をサポート
- 情報はカルテに記載、全職種で共有
- 患者－医療者関係をこえた人と人の関係でそばにいる



Q 糖尿病診療におけるACPの重要性を教えてください。

山崎 身体的な側面と精神的な側面があると思います。私自身の経験でいえば、糖尿病患者さんががんで緩和病棟に入ると、「採血も止めているのに、なぜ痛い思いをさせるのか」と、医療者から血糖測定やインスリン注射を拒否されることがかなりありました。しかし血糖値や電解質の異常は、終末期の倦怠感やしんどさにつながります。そこを身体的に整えてあげることは重要だと思います。また終末期になると、患者さん自身ができることはどんどん減っていきます。その中で、血糖管理という自分でできることを最後まで残してあげることは、精神的な面でもサポートになるという経験を何度もしてきました。血糖値のフォローが精神的なケアにもなることは、強調しておきたいところです。

肥後 糖尿病歴が長い人、一生懸命治療に取り組んできた人ほど、血糖測定や血糖管理が自分のアイデンティティになっていたりします。糖尿病と生きてきたことが自分なのだから、それを取り上げてしまっているのか。一方で、長年糖尿病と付き合ってきて、「もう糖尿病のことは言わないでくれ」という人もいます。また最近、抗がん剤やステロイドなどの影響で糖尿病を発症する人が増えています。いずれにしても、まずは患者さんや家族に糖尿病についてどのような想いを持っているのか確認しなければ、良い支援はできません。

一般病棟であれ緩和病棟であれ、糖尿病治療をどうするかは、医療者だけでなく患者さんや家族も一緒に決めることです。それが糖尿病のACPだと考えています。

Q 普段の糖尿病診療でACPをどう実践していけばいいのでしょうか。

山崎 ACPとして特別にやっているわけではないですが、「どういうふうに生きたいか」は普段の外来でも聞く

ことが多いです。その人の価値観や好きなこと、大事にしていることを聞きながら治療していると、何か起こった時に「この人ならどう考えるだろう」というのは何となく想像がつかますし、「こう言っていたよね」という話もできます。

命に関わる疾患のACPは「どう死にたいか」になるのですが、糖尿病のACPは生き方を考えるところにあると思います。私自身は、ACPという概念を知って、「今まで糖尿病診療でやってきたことでいいんだな、それがACPになるんだな」と感じました。その取り組みを続けていくことが、糖尿病の医療者のできるACPになるのではないかと考えています。

また、生き方に関連して最近問題になっているのが、1型糖尿病患者の認知症や高齢化です。インスリン治療をいつまで・どこで・誰が続けていくのか。終末期とは別にこうした問題を考えていくことも、糖尿病のACPの大切なところだと思います。

肥後 糖尿病のACPには、身体面と心理・社会・スピリチュアル面の2つがあると考えています(表)。身体面には、今すでにしんどい人に糖尿病であるがゆえのしんどさを上乗せしないことが含まれます。一方、心理・社会・スピリチュアル面においては、糖尿病に対する想いをきちんと聞き、カルテに記載して、どの職種でも共有できるようにしておくことが大切です。そこが抜けていると、生命予後を決定する疾患に関わる医療者に「もう糖尿病のことはいいのでは」と言われてがっかりくる、ということが起こってきます。他領域のACPと同じように、糖尿病に関しても記録に残し情報共有することが、患者さんを助けることになると思います。

Q 特に印象に残っている患者さんはいますか。

肥後 当院は大学病院にはめずらしく緩和病棟があり、入院した糖尿病患者さんに会いに行くことができます。

その際は血糖コントロールの状況はどうか、糖尿病治療に満足しているかなども尋ねています。患者さんは通院歴も長いので、「糖尿病の看護師さんが来てくれた」と喜んでくれて、そこからこれまでの治療を振り返ることもあります。いろいろ大変なことはあったでしょうが、「糖尿病の部分については頑張った人生だったな」と患者さん自身が思えば、1つ満足に感じてもらえるかもしれません。そういう話ができる環境に恵まれていることを、ありがたいと思っています。

山崎 大学病院に勤務していた際、膵がんの術後にインスリンポンプを装着した患者さんを、亡くなる直前までポンプをつけながら緩和病棟で診ることができました。また胃がんで胃を全摘した後、インスリン注射を続けながら、奥さんと一緒に血糖値を上手にかつ楽しそうに管理していた人もいました。糖尿病は死ぬ病気ではなく、糖尿病の医療者に終末期の鎮痛や延命治療はできないし、求められてもいません。だからこそ人と人として付き合い、いろいろな話もできます。何もできないからこそ普通にいられる、一緒にいてあげられる。それは糖尿病の医療者の特権だと思います。

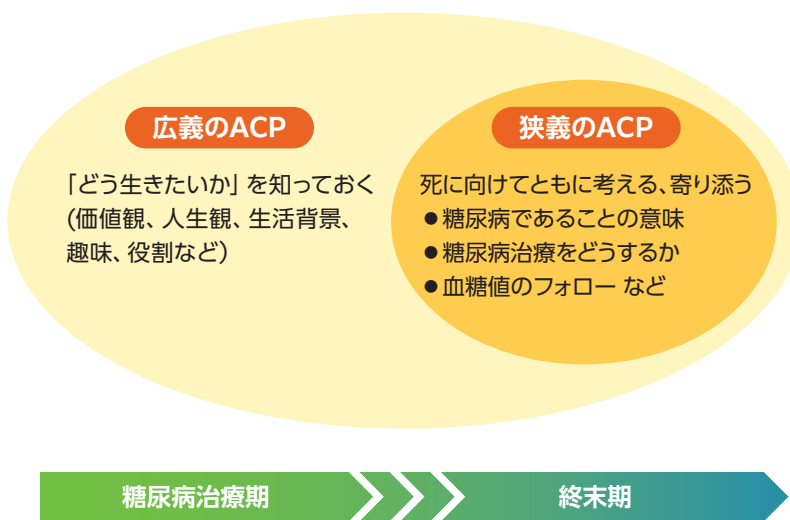
Q ACPで多職種による連携はどれぐらい行われていますか。

肥後 そもそもACPに関心をもっている糖尿病の医療者が少ないため、連携はほとんど進んでいません。ただ生活を支援する診療科なので、患者さんの生活背景、何が好きでどんな生活をしているかといったことは把握できているものです。その中から「この人ならどう思うだろう」と推測し、本人にも直接聞いて、情報を共有することが、今後は求められていくと考えています。

山崎 ACPということば自体、まだ糖尿病の世界になじんでいないので、チームで糖尿病診療にあたることはできていても、ACPという意識はないと思います。ただ最近では、栄養士が生き方を考慮した栄養指導をしてくれていると感じます。食事の指導は、患者さんの生活から入らないとできませんから。指導を通じて「これがACPなんだ」と認識されるようになれば、連携も意外と広まりやすいのではという気がします。

肥後 先述の膵がんの患者さんでは、1日1回のインスリン治療で高血糖を是正して少し元気が戻った、ということがありました。その際は山崎先生からオーダーが出て、栄養士が血糖値の上がりにくい食べ方を指導していました。栄養士はACPと意識はしていなかったと思いますが、後日奥さんから「インスリンを使って体力が回復して、食事もう一度摂れるようになった。あの時期をプ

図 糖尿病のACPは「広義のACP」



広義のACP

「どう生きたいか」を知っておく
(価値観、人生観、生活背景、
趣味、役割など)

狭義のACP

死に向けてともに考える、寄り添う
●糖尿病であることの意味
●糖尿病治療をどうするか
●血糖値のフォロー など

糖尿病治療期

終末期

レゼントしてもらえて本当によかった」と、感謝されたのを覚えています。

Q 糖尿病に携わる医療者へメッセージをお願いします。

肥後 亡くなっていく患者さんに声をかけるのは、とても勇気のいることだと思います。しかし何もしてあげられなくても、ベッドサイドに行き「血糖値が落ち着いていますね」と声をかけることで、患者さんはホッとすることもかもしれません。どのような職種であれ、糖尿病をもつ人を支えると決めたなら、「最期まで生ききることを支援する」ということを忘れないでほしいと思います。

山崎 糖尿病専門医は死亡診断書を書く機会はほとんどありません。生きること目標に治療するので、死を話題にすることを避けているくらいがあります。今はACPという終末期に集中しがちですが、そこから範囲を広げて広義のACPまでいくと、糖尿病診療もACPだと思えるようになるのかもしれませんが(図)。

まずは普段の糖尿病診療で、その人がどう生きていきたいか、価値観や趣味、家庭や社会での役割を聞くことを大事にしてほしい。それが最終的にはACPにつながります。また終末期においては、患者さんのそばにすることがスピリチュアルケアになりえます。「主治医がいるのに」と遠慮しがちですが、医療者が病室に行ったり患者さんと会うことは自由です。ぜひ最期まで患者さんに寄り添ってあげてほしいと思います。

出典

- 1) 厚生労働省:「人生会議」してみませんか
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 2) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(平成30年3月改訂)
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-lseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 3) 中村二郎ほか: 糖尿病 67: 106-128, 2024
https://www.jds.or.jp/uploads/files/article/tonyoby/67_106.pdf

院内の血糖測定におけるPOCT機器の利用について



アンケートの詳細はこちらをご覧ください

POCT機器はSMBG機器と比較して精度が高く、電子カルテとの連携が可能なものもあるため、より適切な診療や看護に繋がられると考えられています。今回は、POCT機器の利用実態について調査しました。

POCT機器を導入している施設がもっとも感じているメリットは測定精度の高さ、次いで測定範囲の広さ

回答を頂いた92名の医療者の施設のPOCT機器導入状況は、「導入している」53.3%、「導入を検討している」8.7%、「導入していない」25.0%という結果でした。

POCT機器導入のメリットとして最も多い回答は「測定精度の高さ」77.6%でした [グラフ1]。

また、POCT機器と電子カルテ等が連携している施設は32.7%に過ぎず、連携していない施設が61.2%に上りました。

POCT機器を現在導入していない施設では、SMBG機器の使用が7割超

POCT機器を「導入検討中／導入していない」施設の71.0%は、院内での血糖測定はSMBG機器を使用しているということもわかりました [グラフ2]。

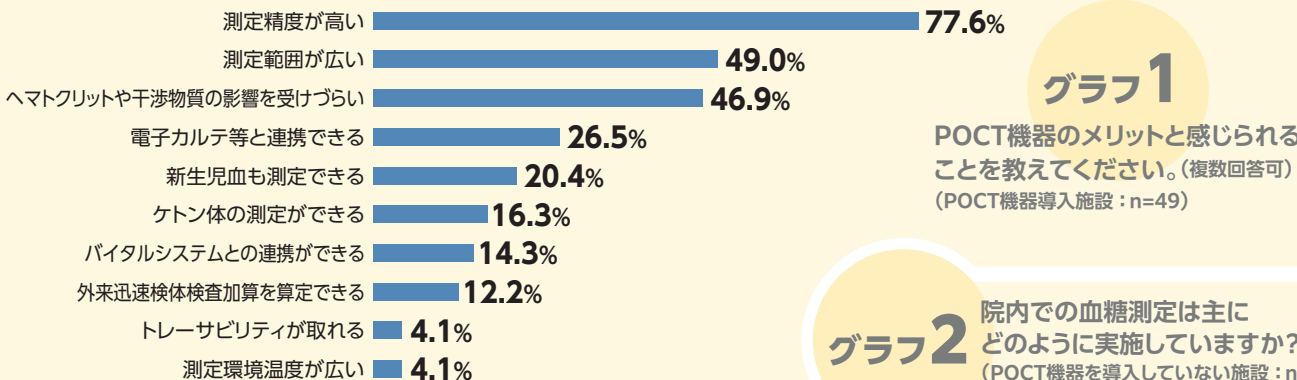
上記施設にSMBG機器を用いた血糖測定を行う際に困った経験を聞いたところ、「測定値を電子カルテに手入

力しないといけない」54.5%、「測定範囲外で測定できなかったことがある」45.5%が上位で [グラフ3]、測定値を電子カルテへ手入力する際に困った経験として、「手間がかかる」という回答が73.7%に上りました。

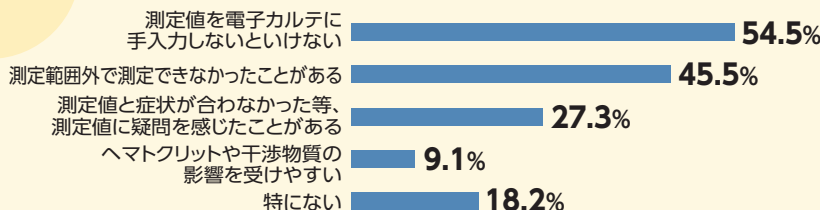
なお、POCT機器を「導入していない」という施設の理由としては、「費用がかかる」(59.3%)、「導入に手間がかかる」(29.6%) というものでした。

POCT機器のメリットは測定精度と業務の効率化

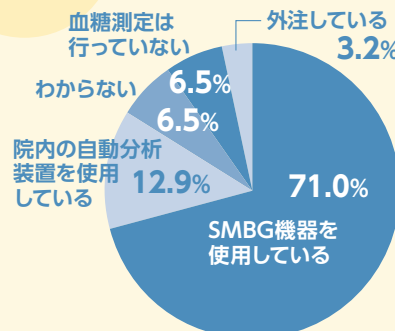
今回の調査結果では、POCT機器の導入施設は約5割、メリットとしては測定精度の高さが挙げられました。POCT機器は電子カルテと連携できるものもあるため業務効率の向上に役立ちますが、導入施設の6割強は連携していないという結果でした。医療機関での血糖測定にはPOCT機器を用いることが日本糖尿病学会の安全対策通知(「血糖自己測定器の適正使用について」2006年2月4日)でも推奨されています。院内での血糖測定に一度POCT機器の導入を検討してみたいはいかがでしょうか？



グラフ3 院内でSMBG機器を用いて血糖測定を行う際に困った経験はありますか？(複数回答可) (院内での血糖測定にSMBG機器を使用している施設：n=22)



グラフ2 院内での血糖測定は主にどのように実施していますか？ (POCT機器を導入していない施設：n=31)



外来迅速検体検査加算(1項目につき10点)について

当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

詳細は「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令和6年3月5日 保医発0305第4号)」をご参照ください。

https://kouiseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/iryu_hoken/santei/000330125.pdf

調査概要

実施時期：2024年11月27日～12月3日

調査方法：インターネット調査

調査対象：「糖尿病リソースガイド」メールマガジン会員

回答者内訳：医療スタッフ 92名(医師17名、看護師43名、薬剤師15名、管理栄養士・栄養士5名、臨床検査技師6名、保健師2名、その他4名)



糖尿病診療ガイドライン2025

——最新のエビデンスを追加 米国糖尿病学会

米国糖尿病学会 (ADA) は「Standards of Care in Diabetes—2025」を公開しました。

ADA 糖尿病診療ガイドライン 2025の主な更新内容は以下——

- インスリン以外の血糖降下薬を使用している2型糖尿病成人に対するCGMの使用の検討について補足
- GLP-1受容体作動薬の使用についての手引きを追加。心腎保護にも着目
- 減量の目標達成後も良好な体重管理を維持するための薬物療法につ

いての手引き

- 1型糖尿病の発症前の抗体ベースのスクリーニング実施 (補足)
- 線維化を伴う中等度あるいは進行したMASLDの治療に関する手引き
- 栄養の質、総カロリー、代謝改善を考慮し、植物性タンパク質や食物繊維も取り入れたエビデンスに基づく食事指導
- 外来および入院患者の糖尿病性ケトアシドーシスおよび高浸透圧性高血糖状態に対する対処について



〈文献〉
Diabetes Care

の追加

- 低血糖、糖尿病による苦痛、不安に対処するスクリーニングの最新情報を追加
- 高齢者に提供する糖尿病ケアとアプローチの改善について補足
- 妊娠中の潜在的に有害な薬剤使用の最新情報と、ケアプランを適切に提供するための手引き
- 周術期ケアでのGLP-1受容体作動薬およびGIP/GLP-1受容体作動薬の使用に関する手引き

SGLT2阻害薬の効果は肥満の有無によって異なる——日本の560万人のビッグデータを解析

SGLT2阻害薬は、肥満の有無によって効果が異なる可能性が、京都大学らの研究グループによる日本人約560万人分のデータ解析により明らかになりました。

研究は、「協会けんぽ」の生活習慣病予防健診および医療レセプトデータを解析し、BMIの違いによるSGLT2阻害薬の心血管予後改善効果を「標的試験エミュレーション」による観察研究として検証しました。

主要評価項目は、全死因死亡、心筋梗塞、脳卒中、あるいは心不全の複合。

解析の結果、肥満傾向～肥満 (BMI 25以上) の患者ではSGLT2阻害薬は有効でしたが、BMI 25未満では効果は明確ではなく、BMIの低い糖尿病患者では心血管予後の改善効果が弱まる可能性が示唆されました。

対象となった患者は約28万人で、うち8万5,000人が非肥満糖尿病



〈文献〉
Cardiovascular
Diabetology

(BMI 25未満) で、平均27.5ヵ月の追跡期間中に8,000人 (約3%) に心血管疾患 (心筋梗塞、脳梗塞、心不全、死亡) が発生しました。

研究グループは、非肥満糖尿病患者のなかでの効果の違いや、すでに心血管病を発症した非肥満糖尿病患者への効果についても、さらなる研究が必要であると報告しています。

認知障害のある高齢患者の2型糖尿病およびHbA1cは死亡率に影響 国立長寿医療研究センター

国立長寿医療研究センターは、認知症のある患者の血糖コントロール状況が予後に及ぼす影響を調査した結果、高齢者糖尿病診療ガイドラインにそった血糖管理を達成することで、寿命延伸につながる可能性が示されたと発表しました。

同センターの研究プロジェクト「NCGG-STORIES」は、もの忘れセンター外来の受診者のその後の医療・介護・緊急入院・終末期ケア・

意思決定などを追跡し、認知症のある高齢者とその家族のライフストーリーなどを明らかにすることを目的とした基盤研究で、約8,000組の患者と家族が登録されています。

研究グループは、本研究プロジェクトの後ろ向き研究を実施。通院中の65歳以上の2型糖尿病のない患者1,528人と2型糖尿病のある患者468人を比較しました。

その結果、追跡期間 (中央値) の

3.8年に353人 (17.7%) が死亡しました。

非糖尿病患者と比較して、2型糖尿病のある患者の死亡リスクは、HbA1c値が目標範囲を超える高血糖群では1.7倍に、目標範囲を下回る低血糖群でも2.15倍に増加しましたが、目標範囲内にある血糖管理良好群では死亡リスクの増加はみられませんでした。



〈文献〉
Diabetes Care

日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド2024」を発売——最新の薬剤情報にアップデート



〈情報〉
日本糖尿病学会

日本糖尿病学会は「糖尿病治療ガイド2024」を発売しました。

編集委員会は、「糖尿病診療ガイドライン2024」との整合性を重視しつつも、現時点で必ずしもエビデンスが十分でないことについて、診療上必要なことに関しては、診療

実態等を勘案したうえで専門家のコンセンサスとして掲載していることに留意していただきたい」と述べています。

主な改訂ポイントは以下——

- GIP/GLP-1 受容体作動薬など、最新の薬剤情報に更新

- 2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム（第2版）にもとづいた経口薬療法および注射薬療法の解説
- 緩徐進行1型糖尿病の診断基準、糖尿病患者の脂質管理目標値、糖尿病性腎症の病期分類など、最新の基準・目標値の内容を反映

唾液グリコアルブミン(GA)検査法を確立——針刺し不要の信頼性の高い糖尿病管理指標に



〈文献〉
Diabetes Research and Clinical Practice

東京大学らの研究グループは新たに開発した唾液グリコアルブミン検査法が、従来用いられてきた採血GA検査とほぼ同等の精度が得られたと発表しました。

唾液グリコアルブミン検査法は、直近1～2週間の平均血糖値が反映され、採血不要・針刺し不要で、

信頼性の高い糖尿病管理指標として今後の活用が期待されます。

研究グループは入院患者での探索的な観察研究を実施。入院から3日以内の空腹時、食後の採血・唾液検体と、退院前3日以内の空腹時における採血・唾液検体を使用し、1型・2型糖尿病患者合わせて56人の各

3回の144検体を解析しました。その結果、入院時における空腹時採取 [n=45、R²=0.985]、入院時の食後2時間での採取 [n=48、R²=0.973]、退院時における空腹時採取 [n=51、R²=0.979] と、いずれも非常に高い決定係数が得られました。

GLP-1受容体作動薬・SGLT2阻害薬が脳卒中再発・心臓発作のリスクを低下 米国心臓協会



〈情報〉
AHA Newsroom

GLP-1受容体作動薬あるいはSGLT2阻害薬のいずれかを投与した患者（2型糖尿病93%）は、投与しなかった患者に比べて、脳卒中再発、心臓発作、死亡のリスクが低いことが、虚血性脳卒中の既往歴のある患者7,044人（平均年齢72歳、男性52%、女性48%）の医療記録の解析で明らかになりました。

本研究は、米国メイヨー・クリニックらの研究で2024年AHA年次総会で発表されました。

研究では、2000年1月～2022年6月に血栓性脳卒中を発症し、両薬剤のいずれかを投与された患者と、投与されなかった患者を比較しました。その結果、両薬剤いずれかを投与された患者は、死亡リスクが74%、

心臓発作リスクが84%低下。SGLT2阻害薬が投与された患者の再発リスクは67%低下しました。

両薬剤のいずれかを投与された患者の死亡率は11.8%、心臓発作の発症率は1.5%と、どちらの薬剤も投与されなかった患者の死亡率（54%）、心臓発作の発症率（6.1%）よりも大幅に低い結果となりました。

高齢糖尿病患者のSU薬の処方実態を調査——非推奨用量や薬剤が選択された事例も



〈文献〉
Journal of Diabetes Investigation

高齢の糖尿病患者に対するSU薬の処方では、「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023」では推奨されていない用量や薬剤が選択されている事例が少なくないことが、国際医療福祉大学らの研究グループが実施したクラウド型電子薬歴の大規模なリアルワールドデータ解析により示されました。

解析の対象となった患者総数は9万1,229人で、分析期間は2022年11月～2023年10月。グリメピリドは80.1%、グリクラジドは16.3%、グリベンクラミドは3.6%に処方されていました。

SU薬は、血糖降下作用機序から、とくに高齢者における低血糖リスクに注意が必要で、ガイドラインでは

「グリクラジドは20mg、グリメピリドは0.5mgと低用量で使用し、グリクラジドは40mg、グリメピリドは1mgを超えないように調整する」と明記されています。

しかし調査では、65歳以上の高齢糖尿病患者で推奨用量を超えた割合は、グリクラジドは7.8%、グリメピリドは25.0%に上りました。

学会イベント情報

2025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89回 日本循環器学会学術集会

● 2025年3月28日(金)～30日(日)
📺 オンデマンド配信(一部)あり
📍 パシフィコ横浜(神奈川)

第1群薬剤師1単位



第79回 日本栄養・食糧学会大会

● 2025年5月23日(金)～25日(日)
📍 名古屋大学東山キャンパス(愛知)

第1群管理栄養士・栄養士2単位



第70回日本透析医学会 学術集会・総会

● 2025年6月27日(金)～29日(日)
📺 オンデマンド配信(教育講演)あり
📍 大阪国際会議場ほか(大阪)

第1群管理栄養士・栄養士1単位



第122回 日本内科学会総会・講演会

● 2025年4月18日(金)～20日(日)
📺 ハイブリッド開催
📍 大阪国際会議場ほか(大阪)

第1群薬剤師1単位



第68回 日本糖尿病学会年次学術集会

● 2025年5月29日(木)～31日(土)
📺 オンデマンド配信(教育講演)あり
📍 ホテルグランヴィア岡山ほか(岡山)

第2群4単位



第61回 日本肝臓学会総会

● 2025年6月5日(木)～6日(金)
📍 ホテルニューオータニ(東京)

第1群管理栄養士・栄養士1単位

第1群薬剤師1単位



第111回 日本消化器病学会総会

● 2025年4月24日(木)～26日(土)
📍 京王プラザホテル(東京)

第1群管理栄養士・栄養士1単位

第1群薬剤師1単位



第98回 日本内分泌学会学術総会

● 2025年6月5日(木)～7日(土)
📍 幕張メッセ(千葉)

第2群1単位

第1群薬剤師1単位



第68回 日本腎臓学会学術総会

● 2025年6月20日(金)～22日(日)
📺 オンデマンド配信あり
📍 パシフィコ横浜ノース(神奈川)

第1群管理栄養士・栄養士1単位

第1群薬剤師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



患者さんには
SMBG器

院内測定用 グルコース分析装置

ガルテスト ミントⅡ

一般医療機器 / 特定保守管理医療機器

届出番号:13B1X10144000011 / 製造販売元:PHC株式会社



院内使用には
POCT機

それぞれに合った
血糖測定システムを。

使用目的又は効果、使用方法等、警告、禁忌、禁止を含む使用上の注意等については電子添文をご参照ください。



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

資料請求先・問い合わせ先

CONTACT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)