日本糖尿病学会第63回東北地方会抄録集

第63回東北地方会

The Japan Diabetes Society

日本糖尿病学会

会長　島袋 充生
［福島県立医科大学医学部 糖尿病内分泌代謝内科学講座 教授］

日時　令和7年11月8日（土）
9時より

会場　仙台国際センター

第一会場…展示室 1-B
第二会場…会議室 1
第三会場…会議室 2
第四会場…会議室 3
第五会場…会議室 4
支部役員会…会議室 4
支部総会……展示室 1-B
ＰＣ 試写……展示室 1-A
展示会場……展示室 1-A

参 加 費：2,500 円
抄 録 代：500 円
参加方法：原則、下記 URLより、参加登録および参加費のお支払いをお願いいたします。
URL：https://app.payvent.net/embedded_forms/show/68dbaa0e0c0a18267bd9b43b
※参加登録期間は 10 月 8 日（水）正午～11 月 8 日（土）正午迄

- 支部役員会は、11 月 8 日（土）午前 11 時 20 分より第五会場（会議室 4）でおこないます。
- 支部総会は、11 月 8 日（土）午後 1 時 10 分より第一会場（展示室 1-B）でおこないます。

会場のご案内

仙台国際センター（仙台駅から約2 km）までの交通機関

■仙台市営地下鉄利用
料金：210 円　所要時間：5 分
乗車：地下鉄東西線 仙台駅・八木山動物公園行

■タクシー利用
料金：900 円程度　所要時間（仙台駅前から）：7 分

■自家用車利用
東北自動車道仙台宮城 I.C から所要時間：10 分
（仙台西道路経由：「仙台城」方面の標識に従いご走行ください）

■仙台空港利用
タクシーで所要時間：50 分
仙台空港アクセス鉄道（仙台駅まで所要時間：快速 17 分、普通 25 分）

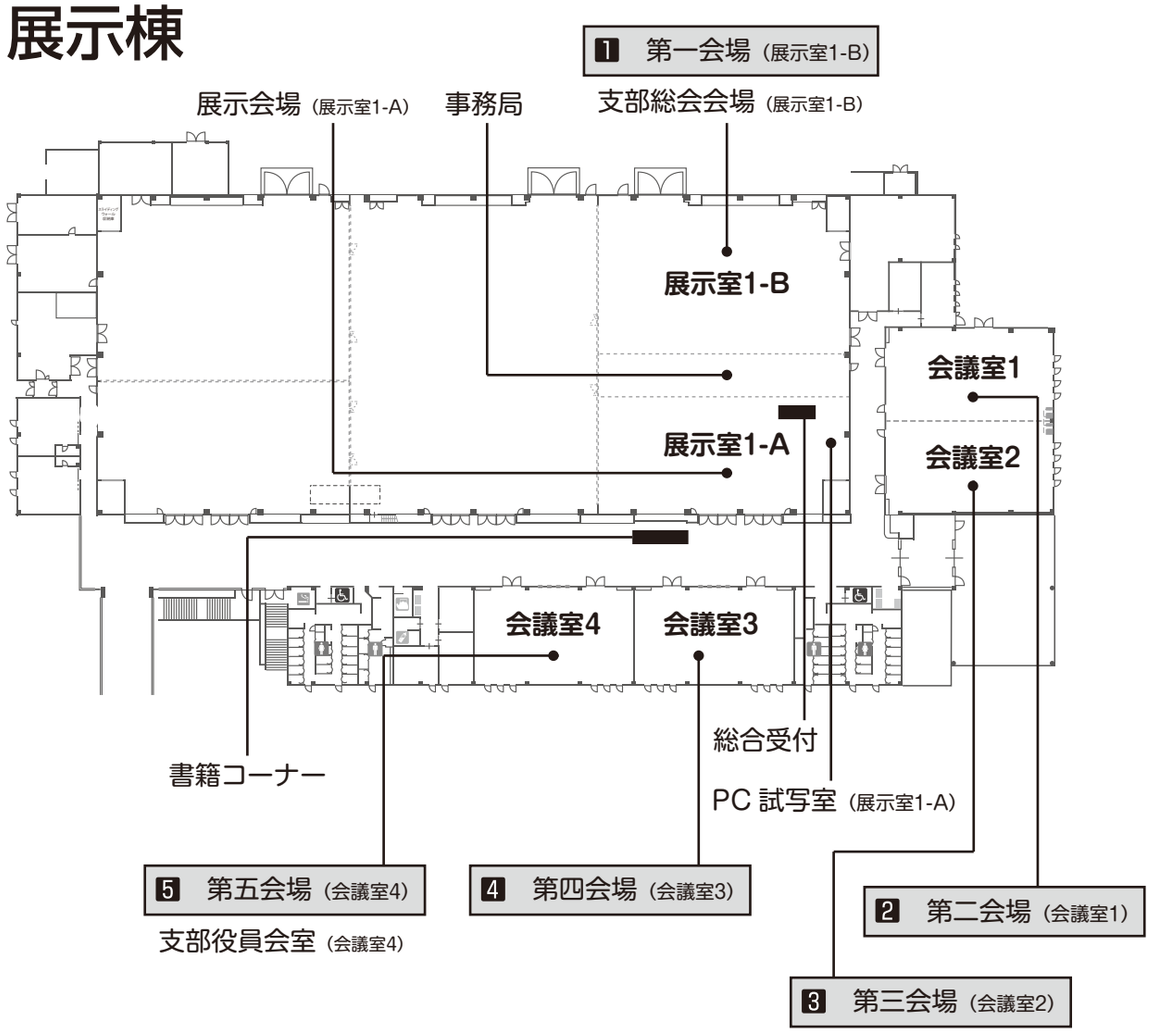
事 務 局　日本糖尿病学会第 63 回東北地方会事務局

ＴＥＬ：024-547-1305
E-mail：dem@fmu.ac.jp
http://www.jds.or.jp

The Japan Diabetes Society

仙台国際センター　会場案内図

展示棟



日本糖尿病学会 第63回東北地方会 抄録集

発行所：日本糖尿病学会 東北支部
発行日：2025 年 10 月 14 日
編　集：日本糖尿病学会第 63 回東北地方会事務局

デザイン・印刷　笹氣出版印刷株式会社

目　　次

発表に関するご案内 …… 2
タイムスケジュール …… 4
指定講演 …… 6
ランチョンセミナー …… 7
シンポジウム …… 9
演題一覧 …… 10
　第二会場（午前・午後の部） …… 10
　第三会場（午前・午後の部） …… 11
　第四会場（午前・午後の部） …… 13
　第五会場（午前・午後の部） …… 14
抄録 …… 17
　扉 …… 17
　第二会場（演題 1〜16） …… 18
　第三会場（演題 17〜31） …… 26
　第四会場（演題 32〜47） …… 33
　第五会場（演題 48〜59） …… 41
学術評議員 …… 49
人名索引 …… 50

発表に関するご案内

一般演題は発表 6 分、討論 2 分です。

発表データの作成について

1. 発表データは PowerPoint で作成してください。
2. 発表データのスライド枚数に制限はありませんが､6分に収まるように作成してください。
3. スライドサイズは標準（4:3)、ワイド（16:9）のいずれかでお願いします。
4. 発表スライドは以下の構成で作成をお願いします。
   1 枚目　演題名
   2 枚目　利益相反（COI）について
   3 枚目以降　講演内容

≪ COI 開示のお願い≫

発表者の皆様は、筆頭演者自身の過去 3 年間における発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体にかかわる利益相反状態を開示していただきますようお願いいたします。
また、発表スライドの 2 枚目（タイトルの後）に開示スライドを入れてください。
開示スライドのサンプルは下記のホームページをご参照ください。
日本糖尿病学会利益相反について
http://www.jds.or.jp/modules/about/index.php?content_id=13

■ PC 発表までの手順

ご発表の 30 分前までに PC センターへお越し下さい。（当日混み合いますので、お早めにお出で下さい。）

i） USB メモリ持込みの場合 :
PC センターにて受付（試写）をお願いいたします。
試写完了後コピーデータをお預かりいたします。

ii） PC を持込みの場合 :
PC センターにて出力確認をした後、会場演台脇のオペレータデスクにご発表予定時間の 20 分前までにご持参願います。スタッフがケーブルを接続し、外部出力の確認を行います。

■データを USB メモリにて持ち込まれる方へ

1. お持込いただけるメディアは USB メモリのみです。
   （メディアにウイルスが感染してない事を確認の上お持込下さい）
2. 会場のパソコンは Windows11、PowerPoint がインストールされております。Mac で作成された方は本体のお持込を推奨します。
3. フォントは OS（Windows11）標準インストール時のもののみ対応可能です。
4. 動画や音声をご使用になる場合は、受付の際にお知らせください。
   Windows11 標準インストール状態で再生できる動画ファイルをデータに挿入されるファイル単体をお持ちください。（H264、AAC 準拠の MP4 か WMV 形式を推奨）
5. 発表時には、演台上のキーパッド・マウスで操作をお願いします。
6. 演台のモニターと会場のスクリーンは同じものが表示されます。
   ※発表者ツールは使用できません。

■ご自分の PC をご使用になる方へ

1. 「PC 受付」の試写用モニターに正しく映像が出力されるか確認してください。
2. 接続は HDMI ケーブルのみになります。一部のノートパソコンでは外付けの HDMI コネクターが必要な場合がありますので、必ずお持ちください。
3. 動画や音声をご使用になる場合は、受付の際にお知らせください。
4. スクリーンセーバー、省電力設定（Mac の場合はホットコーナーも）の設定は個々のパソコンや OS により設定方法が異なりますので、事前にご確認ください。また、予め解除願います。
5. 起動時にパスワード等を設定している場合は、解除しておいてください。
6. 会場にて電源をご用意しておりますので、AC アダプターを必ずお持ちください。
7. ご発表時には演台にセットされているモニター、キーパッド、マウスをご使用ください。
   ご自身のパソコンは演台上に置くことは出来ません。
   （発表者ツールのご使用もできませんのでご了承ください）
   演台のモニターと会場のスクリーンは同じものが表示されます。
8. 念のため、バックアップデータを必ずお持ちください。
9. 講演終了後、出来るだけ速やかに PC のお引取りをお願いします。

タイムスケジュール

1 第一会場（展示室 1-B）	演題番号	2 第二会場（会議室 1）	演題番号
		9:00~9:32 妊娠 座長：柳町　幸	1〜4
		9:32~9:56 急性・慢性合併症（1） 座長：鴉田　藍	5〜7
10:10~11:10 **指定講演①** **「リアルワールドデータを糖尿病診療に活かす 〜研究から社会実装の取り組みまで〜」** **座長：島袋　充生　演者：金子　英弘**		10:10~11:10 **指定講演①　サテライト** **（こちらの会場では単位認定されません）**	
		11:26~11:58 低血糖 座長：工藤　明宏	8〜11
		12:20~13:05 **ランチョンセミナー①** **「肥満症治療の考え方 〜弘前大学での肥満症治療の取り組み〜」** **座長：橋本　重厚** **演者：藤田　征弘** **共催：ノボノルディスクファーマ株式会社**	
13:10~13:20 支部総会			
13:35~14:35 **指定講演②** **「糖尿病先進デバイス診療の進歩 〜 CGM、CSII、AID〜」** **座長：澤田正二郎　演者：廣田　勇士**		13:35~14:35 **指定講演②　サテライト** **（こちらの会場では単位認定されません）**	
14:50~15:50 **シンポジウム** **「糖尿病医療者・研究者の ダイバーシティを promote する委員会」企画** **「糖尿病合併症への挑戦 ―基礎と臨床の視点から―」** **座長：島袋　充生　演者：中司　敦子**			
		16:05~16:45 急性・慢性合併症（2） 座長：高橋　圭	12〜16

3 第三会場(会議室2)	演題番号	4 第四会場(会議室3)	演題番号	5 第五会場(会議室4)	演題番号
9:00~9:32 高齢者医療 座長：平井　裕之	17〜20	9:00~9:32 療養指導　食事･運動療法(1) 座長：杉本　一博	32〜35	9:00~9:32 1 型糖尿病 座長：高橋　和眞	48〜51
9:32~9:56 検査・解析（1） 座長：佐藤　義憲	21〜23	9:32~9:56 療養指導　食事･運動療法(2) 座長：清野　弘明	36〜38	9:32~9:56 GLP-1、GIP/GLP-1 受容体作動薬 座長：後藤　　尚	52〜54
11:26~11:58 二次性糖尿病 座長：仲野　淳子	24〜27	11:26~11:58 療養指導　患者教育 座長：渡部　良一郎	39〜42	11:20~12:10 役員会	
12:20~13:05 **ランチョンセミナー②** **「糖尿病専門医が考える糖尿病合併 CKD の治療 ~最新のフィネレノンの位置付け~」** **座長：片桐　秀樹** **演者：綿田　裕孝** **共催：バイエル薬品株式会社**		12:20~13:05 **ランチョンセミナー③** **「2 型糖尿病の病態に即した薬物療法 −GIP/GLP1 受容体作動薬を例にとって」** **座長：廣田　勇士** **演者：原　　一雄** **共催：日本イーライリリー株式会社／田辺三菱製薬株式会社**			
16:05~16:37 検査・解析（2） 座長：柄澤　繁	28〜31	16:05~16:45 療養指導　検査・治療 座長：種田　嘉信	43〜47	16:05~16:45 インスリンイコデク 座長：太田　　節	55〜59

指定講演①　第一会場　展示室 1-B（サテライト：第二会場　会議室 1）10：10〜11：10

座長　福島県立医科大学医学部 糖尿病内分泌代謝内科学講座 教授
島袋　充生 先生

リアルワールドデータを糖尿病診療に活かす
〜研究から社会実装の取り組みまで〜

演者　東京大学医学部 循環器内科／先進循環器病学講座 特任准教授
金子　英弘 先生

指定講演２　第一会場　展示室 1-B（サテライト：第二会場　会議室 1）13：35〜14：35

座長　東北医科薬科大学医学部 糖尿病代謝・内分泌内科学 教授
澤田　正二郎 先生

糖尿病先進デバイス診療の進歩
〜 CGM、CSII、AID 〜

演者　神戸大学大学院医学研究科 糖尿病・内分泌内科学部門 准教授
廣田　勇士 先生

ランチョンセミナー①　第二会場　会議室 1　12：20〜13：05

座長　福島県立医科大学会津医療センター 糖尿病・内分泌代謝・腎臓内科学講座 教授
橋本　重厚 先生

肥満症治療の考え方
〜弘前大学での肥満症治療の取り組み〜

演者　弘前大学大学院医学研究科 内分泌代謝内科講座 教授
藤田　征弘 先生

共催：ノボノルディスクファーマ株式会社

ランチョンセミナー②　第三会場　会議室 2　12：20〜13：05

座長　東北大学 SiRIUS 所長
東北大学大学院医学系研究科 糖尿病代謝・内分泌内科学分野 教授
片桐　秀樹 先生

糖尿病専門医が考える糖尿病合併 CKD の治療
〜最新のフィネレノンの位置付け〜

演者　順天堂大学大学院医学研究科 代謝内分泌内科学 教授
綿田　裕孝 先生

共催：バイエル薬品株式会社

ランチョンセミナー③　第四会場　会議室３　12：20〜13：05

座長　神戸大学大学院医学研究科 糖尿病・内分泌内科学部門 准教授
廣田　勇士 先生

2型糖尿病の病態に即した薬物療法
― GIP/GLP1 受容体作動薬を例にとって

演者　自治医科大学附属さいたま医療センター 内分泌代謝科 教授
原　　一雄 先生

共催：日本イーライリリー株式会社／田辺三菱製薬株式会社

シンポジウム　第一会場　展示室 1-B　14：50〜15：50

1. ダイバーシティ委員会特別企画（10 分）

座長　山形大学大学院医学系研究科 臨床看護学分野 教授

諏佐　真治 先生

東北地区の糖尿病診療における ダイバーシティの現状と課題

演者　秋田赤十字病院 第二代謝内科 部長

菅沼　由美 先生

2. 特別講演（50 分）

座長　福島県立医科大学医学部 糖尿病内分泌代謝内科学講座 教授

島袋　充生 先生

糖尿病合併症への挑戦 ―基礎と臨床の視点から―

演者　岡山大学病院 腎臓・糖尿病・内分泌内科 講師

中司　敦子 先生

共催：小野薬品工業株式会社／アストラゼネカ株式会社

第二会場（会議室１）　午前の部

妊娠　(9:00~9:32)　　座長　柳町　　幸

2-1　**脳死下膵腎同時移植とグラフト膵腎廃絶を経て妊娠出産した１型糖尿病腎不全の１例**
東北大学病院 糖尿病代謝・内分泌内科　高橋　　圭，他

2-2　**糖尿病合併妊娠中にバセドウ病を発症した若年女性の１例**
福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科　小笠原　啓，他

2-3　**Automated Insulin Delivery 療法を用いて妊娠・出産の管理を行った１型糖尿病症例**
東北大学病院 糖尿病代謝・内分泌内科　山岸　優太，他

2-4　**妊娠糖尿病後に産後５ヶ月で発症した急性発症１型糖尿病の一例**
秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター　高橋萌奈美，他

急性・慢性合併症（1）　(9:32~9:56)　　座長　鴇田　　藍

2-5　**非閉塞性腸間膜虚血症と急性膵炎を併発した糖尿病ケトアシドーシスの１例**
山形大学医学部附属病院 第三内科　大沼　　陸，他

2-6　**正常血糖ケトアシドーシス（euDKA）を繰り返した２型糖尿病の一例**
福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科　取出　俊平，他

2-7　**乳癌多発転移に対しカピバセルチブ投与後に糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）を来した１例**
山形県立中央病院 糖尿病・内分泌内科　茂原　義弘，他

低血糖　(11:26~11:58)　　座長　工藤　明宏

2-8　**診断に isCGM（Free Style リブレ）が有用であった膵尾部インスリノーマの１例**
白河厚生総合病院 第三内科　矢吹　峻也，他

2-9　**飢餓により重症低血糖と高度肝機能障害を呈した２型糖尿病の一例**
八戸市立市民病院 内分泌・糖尿病内科　楠美　晶子，他

2-10　**ペンタミジンにより膵β細胞破壊をきたした一例**
岩手医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科　宮川　聖史，他

2-11　**多角的な鑑別評価を行った肝硬変を伴う食後低血糖の一例**
弘前大学大学院内分泌代謝内科学講座　中村　遼馬，他

第二会場（会議室１）｜午後の部

急性・慢性合併症（２）（16:05~16:45）　座長　高橋　圭

2-12　**糖尿病ケトアシドーシスに、虚血が原因と考えられる十二指腸穿孔を合併した１例**
大崎市民病院 糖尿病代謝・内分泌内科　山田　春樹，他

2-13　**糖尿病性ケトアシドーシスを発症したサブクリニカルクッシング症候群の１例**
岩手医科大学附属病院 糖尿病・代謝・内分泌内科　小山田夕芽，他

2-14　**免疫チェックポイント阻害薬開始から１年９ヶ月後に発症した急性発症１型糖尿病の一例**
八戸赤十字病院 糖尿病代謝内科　久保田　望，他

2-15　**MiniMed780G と SGLT2 阻害薬併用中に発症した正常血糖ケトアシドーシスの１例**
弘前大学大学院医学研究科 内分泌代謝内科学講座　一戸　慧和，他

2-16　**多剤併用による血糖コントロール改善に伴い黄斑浮腫が無加療で消失した一例**
福島県立医科大学会津医療センター 糖尿病・内分泌代謝・腎臓内科　橋本　重厚，他

第三会場（会議室２）｜午前の部

高齢者医療　(9:00~9:32)　座長　平井　裕之

3-17　**２型糖尿病の治療経過中に抗 GAD 抗体陽性が判明した高齢発症緩徐進行１型糖尿病の１例**
岩手県立軽米病院 内科　髙橋　智，他

3-18　**予測できない血糖変動に ADL 低下が関与したと考えられた高齢１型糖尿病（１型 DM）症例**
済生会福島総合病院 糖尿病内分泌科　仲野　淳子

3-19　**認知症を合併したインスリン依存状態の高齢糖尿病症例**
竹田綜合病院 内科　渡部良一郎

3-20　**チルゼパチドで急激な体重減少を来した糖尿病のある高齢者の１例**
つがる西北五広域連合つがる総合病院 臨床研修医　吉田真優海，他

検査・解析（1）（9:32~9:56）　座長　佐藤　義憲

3-21　**持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬チルゼパチドの有効性と食行動に与える影響 第２報**
たねだ内科クリニック　種田　嘉信，他

3-22　**HbA1c 測定値における HPLC 法と酵素法との比較**
くどう内科・糖尿病クリニック　工藤　明宏

3-23　**宮城県南地域におけるチルゼパチドの効果**
みやぎ県南中核病院 糖尿病・内分泌内科　山本雄太郎，他

二次性糖尿病　（11:26~11:58）　座長　仲野　淳子

3-24　**カピバセルチブ投与後に高インスリン血症を伴う高血糖を認めた１例**
東北労災病院 糖尿病・内分泌・高血圧内科　島袋　裕大，他

3-25　**カピバセルチブ投与による特徴的な血糖プロファイルを CGM で観察した 1 例**
仙台市立病院 糖尿病・代謝内科　高橋　啓範，他

3-26　**高度なインスリン抵抗性を示す小児がん経験者の 1 例**
福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座　根本　雄飛，他

3-27　**筋ジストロフィに合併した２型糖病病症例**
総合南東北病院薬剤科　佐藤　佑香，他

第三会場（会議室２）｜午後の部

検査・解析（2）（16:05~16:37）　座長　柄澤　　繁

3-28　**Tirzepatide 増量時の空腹時血中 FFA 濃度変化に関する検討**
秋田赤十字病院 代謝内科　後藤　　尚，他

3-29　**1921 年に東北帝大熊谷内科のグループが使用したイヌ血液灌流心臓標本について**
福島赤十字病院 糖尿病代謝内科　佐藤　義憲

3-30　**セマグルチド 1.0 mg からチルゼパチド５mg の切り替え過程における血糖値推移の検討**
岩手医科大学附属病院 糖尿病・代謝・内分泌内科　小田　知靖，他

3-31　糖尿病患者における肝機能障害と飲料の種類
盛岡赤十字病院　小野　光隆

第四会場（会議室３）｜午前の部

療養指導　食事・運動療法（1）（9:00~9:32）　座長　杉本　一博

4-32　20 年間糖尿病運動支援を受けた人の運動機能および血糖マネージメントの経年変化
太田西ノ内病院 運動指導科　星野　武彦，他

4-33　当院における糖尿病治療の実態調査と課題
公立大学法人福島県立医科大学附属病院 栄養管理部　菅野　圭子，他

4-34　カンバセーション・マップを軸とした新展開　～ダイアベティスアドボカシーの未来～
公益社団法人 JADEC ダイアベティスカンバセーション・マップ委員会　小内　　裕，他

4-35　２型糖尿病患者に対するチルゼパチドの効果と行動変容の関連
一般財団法人竹田健康財団竹田綜合病院 栄養科　武田　琉那，他

療養指導　食事・運動療法（2）（9:32~9:56）　座長　清野　弘明

4-36　福島県における糖尿病食事療法の実態調査と今後の課題
公立大学法人福島県立医科大学附属病院 栄養管理部　遠藤　真弓，他

4-37　主治医と管理栄養士の連携により初回指導のみで血糖の改善を認めた 1 例
東北医科薬科大学若林病院 栄養管理部　髙山ひかり，他

4-38　肥満治療薬（セマグルチド）使用による体重・摂取エネルギー・食行動質問表の変化
太田綜合病院付属太田西ノ内病院 栄養部　榊原　久代，他

療養指導　患者教育　（11:26~11:58）　座長　渡部良一郎

4-39　1 型糖尿病で他機種から DexcomG6 へ変更した場合の糖尿病治療満足度調査
せいの内科クリニック 看護部　山本千歌子，他

4-40　生成 AI による糖尿病セルフケアのための基礎知識習得ツールの作成
医療法人社団清永矢吹病院　宅井さやか，他

4-41　福島県糖尿病療養指導士会会津支部活動報告～療養指導力向上へ～
一般財団法人竹田健康財団山鹿クリニック 糖尿科　山﨑　和恵，他

4-42　当院の糖尿病患者における歯周病の実態調査
東北医科薬科大学病院 歯科　遊佐香保里，他

第四会場（会議室３）｜午後の部

療養指導　検査・治療　(16:05~16:45)　　座長　種田　嘉信

4-43　AID 療法導入と食事指導の併用により血糖コントロールが改善した症例
たに内科・糖尿病内科クリニック　関根のぞみ，他

4-44　isCGM から rtCGM に変更した患者へのｱﾝｹｰﾄ調査
せいの内科クリニック 看護部　國分　裕子，他

4-45　当院における糖尿病領域での病薬連携の取り組みについて
東北医科薬科大学病院 薬剤部　宍戸可成子，他

4-46　チルゼパチド開始早期の患者の治療受け入れと手技の評価
名取とおる内科・糖尿病クリニック　佐藤　友美，他

4-47　山形県の病院における低血糖対処に関するアンケート調査
鶴岡市立荘内病院 診療部薬局　鎌田　敬志，他

第五会場（会議室４）｜午前の部

1 型糖尿病　(9:00~9:32)　　座長　高橋　和眞

5-48　反応性低血糖を契機に発見できた緩徐進行 1 型糖尿病の一例
岩手県立中央病院 糖尿病内分泌内科　杉立　佳登，他

5-49　インスリン分泌能経時変化を観察中のセクキヌマブ治療中に発症した 1 型糖尿病の 1 例
福島赤十字病院 糖尿病代謝内科　田原　愛子，他

5-50　自己免疫性膵炎と併発した急性発症 1 型糖尿病の一例
岩手医科大学附属病院 糖尿病・代謝・内分泌内科　岸本功太郎，他

5-51　Automated Insulin Delivery 療法で血糖を管理したステロイド加療中の 1 型糖尿病の一例
東北大学病院 糖尿病代謝・内分泌内科　相澤　侑太，他

GLP-1, GIP/GLP-1 受容体作動薬　(9:32~9:56)　　座長　後藤　　尚

5-52　チルゼパチドが奏功したミトコンドリア糖尿病の一例
東北大学病院 糖尿病代謝・内分泌内科　上月　優史，他

5-53　減量・代謝改善手術後に肥満症治療薬セマグルチドが有効であった肥満症の一例
東北大学病院 糖尿病代謝・内分泌内科　神長　勇希，他

5-54　精神疾患合併 2 型糖尿病に対してチルゼパチドが有効であった 1 例
竹田綜合病院 内科　星　　尚美，他

第五会場（会議室４）｜午後の部

インスリンイコデク　(16:05~16:45)　　座長　太田　　節

5-55　インスリンイコデクの使用経験
松島病院 内科　丹野　　尚，他

5-56　週 1 回持効型インスリン製剤、rtCGM の導入により血糖管理が改善した自己注射困難な 1 例
山形大学医学部卒後臨床研修センター　奥山さくら，他

5-57　治療中断後週 1 回持効型インスリンイコデクを導入した認知症合併 2 型糖尿病高齢者の一例
医療法人寿里会 すぎもと内科・糖尿病内科クリニック　杉本　一博

5-58　デイリー基礎インスリンからイコデクに変更し DTR-QOL を検討した例
せいの内科クリニック　清野　弘明，他

5-59　低血糖発作を繰り返す高齢独居 1 型糖尿病患者にインスリンイコデクを導入した 1 例
秋田赤十字病院 代謝内科　石橋　遼大，他

第63回 東北地方会

The Japan Diabetes Society

日本糖尿病学会

●見出しの見方

2-1 | 9:00〜9:32 —(時間)

(会場)　(演題番号)

2 第二会場（会議室 1）	2-1〜16
3 第三会場（会議室 2）	3-17〜31
4 第四会場（会議室 3）	4-32〜47
5 第五会場（会議室 4）	5-48〜59

2-1 | 9:00〜9:32

脳死下膵腎同時移植とグラフト膵腎廃絶を経て妊娠出産した 1 型糖尿病腎不全の 1 例

東北大学病院 糖尿病代謝･内分泌内科[1]，東北大学病院 産科[2]，東北大学大学院医学系研究科 腎臓内科学分野[3]，東北大学病院 総合外科[4]
高橋　圭[1]，佐藤　俊宏[1]，清家　準朗[1]，柳田　純子[2]，秋保　真穂[3]，戸子台和哲[4]，
今井　淳太[1]，亀井　尚[4]，田中　哲洋[3]，齋藤　昌利[2]，片桐　秀樹[1]

症例は 41 歳女性。13 歳で 1 型糖尿病を発症、32 歳で血液透析を開始。35 歳時の 1 日総インスリン量（TDD）は 45 単位（U）で、同年脳死膵腎同時移植を受け、いったんはインスリン治療と透析治療から離脱。挙児希望あり厳格な血糖管理を図るべく 37 歳時に頻回インスリン注射（MDI）療法を再開、この時点では TDD 8U で HbA1c 5.6% だった。しかし同年、グラフト膵と腎がともに廃絶し、MDI を TDD 37U まで増量するとともに維持透析も再開。38 歳でリアルタイム CGM 機能付きインスリンポンプ治療へ切り替え、TDD 51U で HbA1c 6.4% となった。生殖補助医療により 40 歳で妊娠。妊娠 4 週時の HbA1c は 6.5%。妊娠 18 週で産科へ管理入院し週 5 回透析。妊娠 26 週時に切迫早産が進行し緊急帝王切開、児は 799 g で Apgar score 2/3。症例は産褥 15 日目、児は生後 133 日目に自宅退院した。1 型糖尿病腎不全の妊娠出産は稀であり、文献的考察を交え報告する。

2-2 | 9:00〜9:32

糖尿病合併妊娠中にバセドウ病を発症した若年女性の 1 例

福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科
小笠原　啓，滝口　善規，津守　桃，川上　琉，安田　祐季，取出　俊平，
猪狩　翔吾，山口　瑞希，鴻野　央征，島袋　充生

【症例】28 歳、女性【主訴】動悸【現病歴】X-8 年の健康診断で 2 型糖尿病と診断。メトホルミン、ビルダグリプチン、ピオグリタゾンを内服し、HbA1c 7.0-8.0% で推移していた。X 年 3 月に初回妊娠でインスリンを導入された。4 月頃から動悸、頻脈があったが妊娠のためと考え訴えなかった。4 月周産期血糖管理目的に当科に入院した。入院時診察、甲状腺エコーで甲状腺腫大があり、TRAb 陽性、TSH ＜ 0.008 μIU/ml、FT3 12.65 pg/ml、FT4 4.94 ng/dl でバセドウ病と診断した。妊娠 7 週のためプロピルチオウラシル 50 mg 分 3 で内服を開始した。グラルギン夕 5、リスプロ（12-9-11）とし CGM で TIR 83%、TAR 17%、TBR 0% となり、第 9 病日に退院した。【考察】甲状腺機能亢進症による動悸、頻脈は、妊娠による生理的な変化と鑑別を要する。妊娠初期の甲状腺異常のスクリーニングが重要と考えられた。

2-3 | 9:00〜9:32

Automated Insulin Delivery 療法を用いて妊娠・出産の管理を行った 1 型糖尿病症例

東北大学病院 糖尿病代謝·内分泌内科
山岸　優太，黒澤　聡子，駒村　　寛，高橋　　圭，金子　慶三，今井　淳太，
片桐　秀樹

36 歳女性。2 妊 1 産。X-20 年に 1 型糖尿病を発症し強化インスリン療法（BBT）が開始された。X-4 年には妊娠を契機に rtCGM を導入し HbA1c 5.8〜6.2% で妊娠 39 週で第一子（女児、2881 g）を出産した。X-1 年に第二子の妊娠を契機に Automated Insulin Delivery 療法（AID）を希望され当科紹介となった。妊娠 12 週、BBT+rtCGM で TIR（63〜140 mg/dL）65%、TAR 30%、TBR 5%、変動係数 35.6% であり、妊娠 20 週より AID（ミニメド 780G）を導入したところ TIR 65〜67%、TAR 32〜34%、TBR 1%、変動係数 32〜35% で経過し妊娠 38 週に女児、3575 g を自然分娩した。産後 2 日間 40〜60 mg/dL 程度の低血糖を繰り返したため、3 日目から 8 日目まで一時目標 150 mg/dL を設定したところ低血糖を回避し経過した。AID による 1 型糖尿病合併妊娠の管理では妊娠中のデータに基づき産後に低血糖を誘発する場合があり、経過に応じた設定が重要と考えられた。

2-4 | 9:00〜9:32

妊娠糖尿病後に産後 5 ヶ月で発症した急性発症 1 型糖尿病の一例

秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター[1]，秋田大学医学部附属病院 糖尿病·内分泌内科[2]，
秋田大学大学院医学系研究科 代謝·内分泌内科学講座[3]
高橋萌奈美[1]，佐々木可奈[2]，佐藤　花音[2]，太田　菜摘[2]，岩村　庄吾[2]，髙橋　侑也[2]，
楠見　僚太[2]，加藤　俊祐[1,2]，佐藤　雄大[2,3]，森井　　宰[2,3]，脇　　裕典[2,3]

【症例】33 歳女性。【既往歴】X-2 年､第 2 子妊娠時､妊娠糖尿病（以下 GDM）で食事療法。【現病歴】X 年、第 3 子妊娠時、75 gOGTT で 3 点陽性の GDM の診断。出産前アスパルト 20-20-20､デテミル 11 単位で管理され､産後はインスリンを終了したが正常血糖であった。産後 5 ヶ月、食思不振、体重減少を認め、その 2 週間後、嘔吐のため当院へ救急搬送。随時血糖 657 mg/dL、HbA1c 13.3 %、尿ケトン体陽性、pH 6.96、HCO3- 1.4 mEq/L であり、糖尿病性ケトアシドーシスの診断で緊急入院となった。GAD 抗体陽性、内因性インスリン分泌低下を認め、急性発症 1 型糖尿病と診断した。アスパルト 12-4-4、グラルギン 12 単位で第 14 病日に退院した。【考察】GDM 後の 1 型糖尿病の発症予測因子には妊娠中の 75 gOGTT2 時間値、インスリン治療の有無、膵島関連自己抗体などが関連しているとされる。文献的考察を加え報告する。

2-5 | 9:32〜9:56

非閉塞性腸間膜虚血症と急性膵炎を併発した糖尿病ケトアシドーシスの１例

山形大学医学部附属病院 第三内科[1]，山形大学大学院 医学系研究科看護学専攻臨床看護学分野[2]
大沼　陸[1]，武田　一馬[1]，天笠　仁[1]，相馬　祥子[1]，羽田幸里香[1]，長岡　杏子[1]，
高瀬　薫[1]，柄澤　繁[1]，諏佐　真治[2]

【症例】61 歳女性【主訴】意識障害【既往歴】統合失調症【現病歴】10 年前に他院で糖尿病と診断、8 年前に強化インスリン療法を導入され、HbA1c 8% 台であった。2 日前に倦怠感、食思不振があり、インスリン注射を中断した。意識障害を来し、血糖 1125 mg/dL、糖尿病ケトアシドーシス（DKA）で入院した。人工呼吸管理、インスリン持続静注を開始した。入院 2 日目に血糖・酸塩基平衡は是正されたが、血中アミラーゼ著増を認め、CT で急性膵炎と，非閉塞性腸間膜虚血症（NOMI）によるイレウスが疑われ、血管造影で上腸間膜動脈より PGE1 動注療法を行った。回腸虚血は瘢痕化し腸管狭窄を来したため 36 日目に小腸部分切除術を施行し、52 日目に退院した。【考察】DKA はそれ自体、或いは急性膵炎の合併を介して NOMI を誘発し得る。NOMI の進行抑止には、IVR による局所的な虚血解除と、全身的な循環不全の改善が重要であった。

2-6 | 9:32〜9:56

正常血糖ケトアシドーシス（euDKA）を繰り返した２型糖尿病の一例

福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科[1]，日本福島赤十字病院 糖尿病･代謝内科[2]
取出　俊平[1,2]，佐藤　義憲[2]，川上　琉[1]，津守　桃[1]，安田　祐季[1]，小笠原　啓[1]，
猪狩　翔吾[1]，山口　瑞希[1]，滝口　善規[1]，鴻野　央征[1]，島袋　充生[1]

66 歳男性．38 歳で 2 型糖尿病と診断．インフルエンザ罹患時，食欲低下し，自己判断でデグルデク 18 単位中断，カナグリフロジンは継続した．嘔気で受診，HbA1c 9.7%，血糖 210 mg/dL，C-PEP 2.26 ng/mL，総ケトン体 11,664 μmol/L，pH 7.219，HCO3- 12.1 mmol/L から euDKA と診断した．シックデイ指導を受けたが，退院後食欲不振を契機に同様の経過で euDKA を繰り返した．SGLT-2 阻害薬による euDKA は，インスリン非依存的な糖排泄と相対的なインスリン作用不足により発症する．SGLT-2 阻害薬内服中，シックデイ対応を遵守できなければ euDKA のリスクが増大するため，注意喚起を要する．

2-7 | 9:32〜9:56

乳癌多発転移に対しカピバセルチブ投与後に糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）を来した 1 例

山形県立中央病院 糖尿病･内分泌内科
茂原　義弘，亀田　　亘，杉山　琢真，鈴木　恵綾，山口　　宏

【症例】67 歳女性【現病歴】乳癌多発転移に対しカピバセルチブを投与開始後 14 日目の定期外来受診時に随時血糖値 797 mg/dL, HbA1c 7.4% を認めた．動脈血ガス分析で代謝性アシドーシスとケトン体高値を認めたため DKA と診断し即日入院とした．【治療経過】生理食塩水投与とインスリン持続静注の併用により血糖値 371 mg/dL まで改善後，基礎インスリンとスライディングスケールの併用に切り替え，第 10 病日にリナグリプチン 5 mg 内服に置き換えて良好な血糖プロフィールが得られた．【考察】カピバセルチブは 2024 年に乳癌に対して国内承認された経口 AKT 阻害薬だが，インスリンシグナル伝達のマスターレギュレーターである AKT を阻害することで高血糖を来す症例が報告されており，本症例も同様の経過と考える．カルバセルチブ投与直後の高血糖の報告もあり本治療を選択する際には綿密な血糖値のフォローが求められる．

2-8 | 11:26〜11:58

診断に isCGM（Free Style リブレ）が有用であった膵尾部インスリノーマの 1 例

白河厚生総合病院 第三内科[1]，白河厚生総合病院 外科[2]
矢吹　峻也[1]，岩崎　剛史[1]，森谷　千尋[1]，平井　裕之[1]，草野　良郎[1]，青木　　豪[2]

【症例】47 歳女性．【主訴】冷汗．【現症】身長 162.7 cm，体重 68.2 kg，BMI 25.8．【病歴】41 歳頃より機能性低血糖症の診断で経過観察されていたが，最近深夜から早朝の低血糖症状が増悪したため紹介された．空腹時血糖 56 mg/dL, HbA1c 4.6 %，インスリン 8.6 μU/mL, C ペプチド 2.0 ng/mL であり低血糖時のインスリン分泌抑制が見られなかった．isCGM で夜間および空腹時の著明な低血糖があり TBR は 30〜40 % 程度であった．画像診断で膵尾部インスリノーマと診断し，腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を行った．病理診断は膵神経内分泌腫瘍 G1 であり術後に低血糖は消失した．【考察】本例は isCGM による血糖プロファイルがインスリノーマの診断に有用であった．現在では rtCGM が広く利用できる状況であり低血糖症状に対し CGM を活用すればより容易にインスリノーマの診断が可能と考え文献的考察も踏まえ報告する．

2-9 | 11:26〜11:58

飢餓により重症低血糖と高度肝機能障害を呈した２型糖尿病の一例

八戸市立市民病院 内分泌･糖尿病内科
楠美　晶子，竹内　裕貴，工藤　貴徳，森山　貴子

【症例】78 歳男性【現病歴】認知症の為 X-2 年施設入所、糖尿病と診断され内服薬開始。X 年 3 月 30 日意識障害にて近医搬送、低血糖認めブドウ糖投与し意識改善。経口血糖降下薬中止し経過観察。4 月 14 日再度意識障害の為当院へ搬送､遷延する低血糖の為入院。【入院時現症】体重 40.6 kg、BMI 14、血糖 39 mg/dL、IRI 1.6 μU/mL 未満、血清 CPR 0.7 ng/mL、AST 992U/L、ALT 539U/L。【経過】病歴や検査結果より薬剤性低血糖や内分泌疾患は否定的。るい痩を認め末梢静脈栄養と少量の経口摂取開始。第 3 病日に AST 3053U/L、ALT 1347U/L と肝機能障害悪化を認めたがウイルス性や自己免疫性は否定的、血清 P は保たれており飢餓による二次性肝機能障害を疑った。認知機能低下あり経口摂取全介助にて低血糖と肝機能障害改善。【結語】認知症による経口摂取量の不安定により飢餓が生じ低血糖と肝機能障害を呈した症例を経験した。

2-10 | 11:26〜11:58

ペンタミジンにより膵β細胞破壊をきたした一例

岩手医科大学 糖尿病･代謝･内分泌内科
宮川　聖史，外舘　祐介，黒田　咲季，吉田絵里子，冨樫　弘文，小田　知靖，
瀬川　利恵，武部　典子，長谷川　豊，高橋　義彦，石垣　　泰

【症例】49 歳男性【現病歴】繰り返す発熱と全身倦怠感で､X 年 3 月 24 日に入院となった。病歴と採血結果からニューモシスチス肺炎を疑い、4 月 4 日からペンタミジンの静注を開始したところ、15 日から遷延する低血糖が出現した。18 日の採血で随時血糖：58 mg/dL、IRI：34 μU/mL、CPR：12.4 ng/mL、HbA1c：5.2% と膵 β 細胞破壊を疑い、同日よりペンタミジンを中止したところ低血糖は改善した。その後一時的に高血糖が出現しインスリン治療を要したが、7 月 16 日には随時血糖：96 mg/dL、IRI：3.88 μU/mL、CPR：3.06 ng/mL、HbA1c：5.4% とインスリン依存状態には至らなかった。中止後も炎症反応の上昇は認めなかった。【考察】ペンタミジンにより膵 β 細胞が破壊されインスリンが漏出することがある。不可逆的な経過をとる症例もあるが、本症例は薬剤中止によりインスリン分泌の正常化を認め、膵 β 細胞破壊は重篤でなかった。

2-11 | 11:26〜11:58

多角的な鑑別評価を行った肝硬変を伴う食後低血糖の一例

弘前大学大学院内分泌代謝内科学講座
中村　遼馬，小野寺　航，濱浦　季穂，中田　有紀，松木　恒太，藤田　征弘

【背景】低血糖は原因が多岐にわたり、診断には系統的な鑑別が重要である。【症例】72歳男性。アルコール性肝障害で前医通院中。糖尿病・腹部手術の既往はない。低血糖を指摘され、β遮断薬とARB中止も改善せず当科紹介となった。入院後の迅速ACTH負荷試験で副腎不全を否定。持続血糖測定（isCGM）で食後低血糖を確認。75gOGTTで反応性低血糖を認めた。膵体部に腫瘍が疑われたが、72時間絶食試験とSACIでインスリノーマを否定した。肝辺縁不整とICG試験から予備能低下を認め、Child-Pugh Bの肝硬変と診断。IVGTTでも反応性低血糖とIRI/CPRモル比高値を認め、インスリンの肝代謝障害が低血糖の一因と考えられた。【考察】本症例では、肝硬変に伴うインスリン代謝異常が低血糖の原因である可能性が考えられ、非典型例における系統的評価の重要性が示唆された。

2-12 | 16:05〜16:45

糖尿病ケトアシドーシスに、虚血が原因と考えられる十二指腸穿孔を合併した1例

大崎市民病院 糖尿病代謝･内分泌内科
山田　春樹，萱場　瑶子，穂坂真一郎，山本　淳平，薄井　正寛

85歳女性．X-11年より近医で2型糖尿病の治療中であったがX年5月に自己中断．同年10月に意識障害で救急搬送．JCS-2，血糖560 mg/dL，HbA1c 10.0%，高度の脱水とケトアシドーシスを認めた．腹部所見に乏しかったがCTで腹腔内にfree airと腹水あり，十二指腸球部から下行脚後壁に造影欠損を認め，十二指腸穿孔の合併が疑われた．術中所見では広範な十二指腸壊死を認め，縫合閉鎖困難と判断し大網充填術を施行した．術後経過は良好であったが，第11病日に吐血ありCT再検で穿孔部位の拡大を認めた．全身状態から再手術は困難と判断．緩和的対応ののち第21病日に永眠．糖尿病ケトアシドーシスと十二指腸虚血の合併は非常に稀である．十二指腸は側副血行路が充実しており虚血を比較的来しにくいとされるが，本症例においては，血糖管理不良や高血圧による血管側の要因に加え，脱水に伴う低灌流の関与が考えられた．

2-13 | 16:05〜16:45

糖尿病性ケトアシドーシスを発症したサブクリニカルクッシング症候群の 1 例

岩手医科大学附属病院 糖尿病･代謝･内分泌内科[1]，岩手県立軽米病院[2]
小山田夕芽[1]，千田　愛[1]，小田島　歓[2]，冨樫　弘文[1]，小田　知靖[1]，瀬川　利恵[1]，
武部　典子[1]，長谷川　豊[1]，高橋　義彦[1]，横島　孝雄[2]，石垣　泰[1]

【症例】55 歳女性。【現病歴】X-4 年から耐糖能異常を指摘。X-1 年 9 月から口渇・多飲・多尿、11 月より食思不振・体重減少を自覚し近医受診。HbA1c 16.0 %、随時血糖 494 mg/dL、尿ケトン陽性、代謝性アシドーシスを認め、糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）として A 病院に入院。CT で左副腎腫瘍を認め、サブクリニカルクッシング症候群（SCS）の疑いで X 年 3 月当院紹介。コルチゾール（F）基礎値正常と ACTH 分泌抑制、F 値の日内リズム消失があり、1 mg デキサメタゾン抑制試験で F 値の抑制無く SCS と診断。X 年 6 月左副腎摘出術を施行、術前に 16 単位使用していたインスリンは術後に離脱した。術後 2 か月目の 75 gOGTT では耐糖能異常のレベルであった。【考察】SCS は耐糖能異常を合併しても、DKA 発症にいたる例は稀である。DKA を来した SCS について、その特徴や傾向について文献的考察を含めて報告する。

2-14 | 16:05〜16:45

免疫チェックポイント阻害薬開始から 1 年 9 ヶ月後に発症した急性発症 1 型糖尿病の一例

八戸赤十字病院 糖尿病代謝内科
久保田　望，八代　諭，山科　光弘

【症例】61 歳女性【現病歴】前医外科にて肝嚢胞腺癌に対し X-4 年 4 月に化学療法が開始となり、X-2 年 9~12 月、X-1 年 8 月 ~X 年 2 月にかけて抗 PD-L1 抗体（デュルバルマブ）が投与された。X-1 年 9 月時点で HbA1c は 6.5% であったが、随時血糖は正常型であることから要経過観察となっていた。X 年 5 月末から食思不振を自覚し、6 月に倦怠感と体動困難を主訴に当院救急外来を受診した。随時血糖 584 mg/dL、HbA1c 10.3% と高値であり、pH 6.952 とアシデミアを認め、糖尿病性ケトアシドーシスと判断した。抗 GAD 抗体は陰性であったが、空腹時血中 C ペプチドは 0.2 ng/mL とインスリン依存状態であり、免疫チェックポイント阻害薬に関連した急性発症 1 糖尿病と診断した。【考察】免疫チェックポイント阻害薬投与から 1 型糖尿病発症の平均期間は 155 日との報告がある。本症例は 1 年 9 ヶ月後と長期経過の発症であり、文献的考察と共に報告する。

2-15 | 16:05〜16:45

MiniMed780G と SGLT2 阻害薬併用中に発症した正常血糖ケトアシドーシスの 1 例

弘前大学大学院医学研究科 内分泌代謝内科学講座
一戸　慧和，水尻　　諭，臼谷　真理，磯崎　文哉，関口　泰征，藤田　征弘

【背景】SGLT2 阻害薬は正常血糖ケトアシドーシス（euDKA）を惹起することが知られている。【症例】43 歳女性。SAP 療法（MiniMed780G）と SGLT2 阻害薬を併用中に嘔気・倦怠感で受診。血糖 193 mg/dL、pH7.285、3-ヒドロキシ酪酸 8646 μmol/L と著明なケトン体上昇を伴う代謝性アシドーシスを認め euDKA と診断。インスリン持続静注と輸液により速やかに寛解した。【考察】MiniMed780G では過剰補正回避のためインスリン投与が抑制されやすく、SGLT2 阻害薬の糖排泄作用が加わると血糖上昇は軽度でもケトン体産生が亢進する。併用例では軽度高血糖時でもケトン体測定と早期介入が重要である。

2-16 | 16:05〜16:45

多剤併用による血糖コントロール改善に伴い黄斑浮腫が無加療で消失した一例

福島県立医科大学会津医療センター 糖尿病･内分泌代謝･腎臓内科
橋本　重厚，長谷川浩司

糖尿病黄斑浮腫（DME）は糖代謝障害に起因する血液網膜関門の破綻によって生じ、視力障害を惹起し治療に難渋する．本症例は、X-16 歳時糖尿病を発症、カロリー制限、SU 剤、DPP4 阻害薬、メトホルミン、ピオグリタゾを投与されたが、HbA1c7〜8% 台とコントロール不良が持続．X-10 歳、デュラグルチド 0.9 mg を、X-7 歳インスリングラルギン（InsG）を追加．X-5 歳エンパグリフロジン 10 mg を追加．X-1 歳、HbA1c 7.4〜7.6% に上昇、視野のゆがみを自覚、眼科で網膜症、白斑、左黄斑浮腫を指摘．InsG とリキシセマチドの合剤に変更・漸増し 6 か月後 HbA1c 6.7-7.1% に改善、DME は未治療であったが徐々に改善、12 か月後には消失した．DME の成因と治療を考えるうえで意義がある症例と考え報告する．

3-17 | 9:00〜9:32

2 型糖尿病の治療経過中に抗 GAD 抗体陽性が判明した高齢発症緩徐進行 1 型糖尿病の 1 例

岩手県立軽米病院 内科
髙橋　　智，小田島　歓，横島　孝雄

【症例】87 歳女性【経過】X-15 年 近医で糖尿病を指摘され，持効型インスリンと経口薬が開始された．X-6 年 血糖コントロール目的に近医入院となり，抗 GAD 抗体陰性につき 2 型糖尿病として加療が継続された．X-1 年 当院紹介時 HbA1c 8.4%，随時血糖 159 mg/dL，その後徐々に血糖コントロール増悪し，X 年 3 月精査加療目的に当院入院となった．随時血糖 624 mg/dL，HbA1c 9.7%，尿ケトン 2+ であったが，抗 GAD 抗体 >2000 U/mL，空腹時血中 C ペプチド 1.3 ng/mL よりインスリン分泌は保持されており，臨床経過もふまえて緩徐進行 1 型糖尿病（probable）と診断した．【考察】緩徐進行 1 型糖尿病の発症年齢は 40〜50 歳代が多いが，高齢での発症も稀ながら報告されている．高齢糖尿病患者においても，血糖コントロールが悪化した場合は緩徐進行 1 型糖尿病も含めて精査を行う必要があると思われる．

3-18 | 9:00〜9:32

予測できない血糖変動に ADL 低下が関与したと考えられた高齢 1 型糖尿病（1 型 DM）症例

済生会福島総合病院 糖尿病内分泌科
仲野　淳子

（症例）80 代女性 （現病歴）77 歳で 1 型 DM と診断された。インスリン自己注射を行い、HbA1c 10% 台であったが体調不良はなかった。R4 年 12 月 COVID19 肺炎に罹患し、一時高血糖昏睡に至った。入院中に ADL が大幅に低下した。退院後は老人施設に入所し車いす生活となった。R7 年 1 月肺炎で入院。入院後経過）肺炎改善後、ベッド上で経過した。食事摂取量が一定であるにも関らず、血糖が急に 400 以上に上昇し、数日で 100〜300 に戻ることを 3 回繰り返した。退院後経過）車いすの生活にもどり、施設で生活している限り、急激な血糖上昇は起こっていない。考察）血糖コントロールは困難な症例であるが、自宅での生活、施設での生活、入院生活と ADL が低下するに伴い、予測できない高血糖が起きるようになった。体動が減ることによるインスリン抵抗性の増大によりさらに血糖の恒常性が保ちにくくなったと思われた。

3-19 | 9:00〜9:32

認知症を合併したインスリン依存状態の高齢糖尿病症例

竹田綜合病院 内科
渡部良一郎

症例 1. 80 歳代：女性。73 歳ごろ口渇、胸部不快感を自覚し、1 型糖尿病を発症しインスリン治療開始。自己血糖測定も習得し HbA1c 7% 台で経過。87 歳ごろに腰椎の骨折を機に入院。徐々に認知機能が低下し、インスリン自己注射及び自己血糖測定も困難となり、家人の協力の下、各種サービスを利用し在宅で経過観察中。

症例 2. 70 歳代：女性。50 歳代に糖尿病を発症しインスリン治療中。数年前より物忘れ目立ち、コントロール不良となり、当院脳神経内科にてアルツハイマー型認知症と診断。空腹時 C-ペプチド 0.7 mg/dℓにて、インスリン注射継続。自己注射を家人に指導し、介護保険を利用し経過観察中。

インスリン依存状態の糖尿病患者が認知機能低下をきたした場合の対応は困難であり、今後さらに増加することが予想され、その対策が望まれる。

3-20 | 9:00〜9:32

チルゼパチドで急激な体重減少を来した糖尿病のある高齢者の 1 例

つがる西北五広域連合つがる総合病院 臨床研修医[1]，つがる西北五広域連合つがる総合病院 内分泌糖尿病代謝内科[2]，つがる西北五広域連合つがる総合病院 看護部[3]
吉田真優海[1]，近澤　真司[2]，小杉　　愛[2]，寺田　明秀[2]，二川原　健[2]，佐藤　理恵[3]，山本佳代子[3]

78 歳女性、随時血糖 242 mg/dl、HbA1c9.8%、内服薬のみで血糖マネジメントが不良で、服薬アドヒアランスに問題があった。内服薬を中止し、週 1 回型の注射薬であるチルゼパチド 2.5 mg、インスリンイコデク 30 単位を導入した。週 1 回当科外来で注射をおこない、後に訪問看護サービスを利用した。注射開始後 5 カ月で随時血糖は 132 mg/dl、HbA1c5.6% へ改善したが、体重 57.1 kg から 43.0 kg、BMI が 26.3 kg/m^{2}19.8 kg/m^2 減少した。現在、立ち上がり困難、転倒しやすいなどのサルコペニアを疑う症状はないが、急激な体重減少はサルコペニアのリスクになるためチルゼパチドを中止してデュラグルチド 0.75 mg 注射製剤に変更した。高齢者糖尿病治療において、血糖マネジメント以外のマネジメントの重要性を再認識した症例であった。

3-21 | 9:32〜9:56

持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬チルゼパチドの有効性と食行動に与える影響　第２報

たねだ内科クリニック
種田　嘉信，藤澤　恭子，阿部美智江，吉川　美渚，佐藤　　唯，三浦　環美

【目的・方法】当クリニック外来通院中肥満 2 型糖尿病患者 107 名を対象に、チルゼパチドを投与し、6 か月後の HbA1c、体重に与える影響と食行動質問票を用いて食行動に与える影響を検討した。【結果】デユラグルチドから変更（38 名）、経口セマグルチドから変更（11 名）、インスリン /GLP-1 配合剤から変更（17 名）、新規導入（28 名）において、体重、HbA1c の低下と食行動の改善を認めた。注射セマグルチドからの変更した 13 例において、食行動が是正された 7 例では、体重、HbA1c が低下した。【結語】肥満 2 型糖尿病患者において、チルゼパチドは、体重、HbA1c、食行動を改善させる。

3-22 | 9:32〜9:56

HbA1c 測定値における HPLC 法と酵素法との比較

くどう内科･糖尿病クリニック
工藤　明宏

【背景】HbA1c は、主に病院や専門クリニックでは HPLC 法、健診や一般のクリニックでは酵素法で測定されることが多いが、両者には数値の乖離が報告されている。【目的】同一検体における HPLC 法と酵素法による HbA1c 値の差異を明らかにする。【方法】2022 年 10 月〜2023 年 3 月に当院で HbA1c を測定した 100 例を対象に､同一検体で HPLC 法（院内）と酵素法（外注）で測定し比較した。【結果】HPLC 法は､酵素法より有意に高値（7.6% vs 7.35%, P<0.01）であった。HbA1c が 6.6% 未満では、HPLC 法が約 0.4% 高く、高値になるに従いその差は減少し、HbA1c10% 以上では酵素法の方が高値であった。【結語】両測定法には有意な差が存在する。特に HbA1c6% 前後の 0.4% の違いは、診断や治療方針に影響を及ぼす可能性があるため、違いを認識しておく必要がある。

3-23 | 9:32〜9:56

宮城県南地域におけるチルゼパチドの効果

みやぎ県南中核病院 糖尿病･内分泌内科
山本雄太郎，佐藤　大樹，近藤　敬一

【目的】持続性 GIP/GLP-1 受容体作動薬の体重減少・血糖降下効果を検証．【方法】2024 年 12 月までに当科でチルゼパチドを開始した T2DM の体重変化量・率，HbA1c を後方視的に解析．【結果】対象は 85（男 / 女 =48/37）例，55.6 ± 1.5 歳（平均 ± 標準誤差），糖尿病歴 13.2 ± 1.1 年，体重 85.6 ± 2.1 kg，BMI31.8 ± 0.7 kg/m^2，肥満 78 例（92%），HbA1c8.7 ± 0.3%．併用薬剤 2.2 ± 0.1 種，インスリン /SGLT2i/BG は 32/61/51 例，GLP-1 製剤変更 54（経口 13/ 注射 41）例．解析時（28.4 ± 0.3 週）のチルゼパチド投与量は 5.5 ± 0.2 mg，体重 83.2 ± 2.0 kg，変化量 / 率は −2.4 ± 0.6 kg/ −2.7 ± 0.6% で，非肥満への改善は 7 例．減量 38 例（45%）で −4.4 ± 0.7 kg/ −5.1 ± 0.7%，増加 47 例（55%）で 2.2 ± 0.5 kg/2.9 ± 0.7%．HbA1c は 7.3 ± 0.2%，67 例（79%）が低下．＜ 7%/6% への到達は 17/3 例（20/4%）から 48/15 例（56/18%）へ増加．その他解析結果について文献的考察を含めて報告する．

3-24 | 11:26〜11:58

カピバセルチブ投与後に高インスリン血症を伴う高血糖を認めた 1 例

東北労災病院 糖尿病･内分泌･高血圧内科[1]，東北労災病院 腫瘍内科[2]
島袋　裕大[1]，久保　朋子[1]，熊谷　絵里[1]，中村　麻里[1]，森川　直人[2]，鴇田　藍[1]

【症例】73 歳女性【主訴】腰痛【現病歴】X 年 Y-2 月から再発乳癌に対しカピバセルチブ + フルベストラント療法を開始した。開始前は HbA1c6.4% だった。Y 月に転移性骨腫瘍による腰痛で入院した際に HbA1c8.0%、空腹時血糖 346 mg/dl、IRI494 μIU/ml、C ペプチド 27.4 ng/ml と高インスリン血症を伴う高血糖を認め、当科併診を開始した。カピバセルチブを休薬し、1 週間後に IRI と血糖値の改善を認めた。メトホルミン 500 mg/ 日と持続グルコースモニタリングを開始し、Y+1 月からカピバセルチブを減量再開した。再開後に血糖上昇あり、メトホルミン増量とインスリンリスプロ朝夕 2 単位投与を行った。高血糖を認めず経過したが､1 週間後に病勢進行（PD）の判定となり化学療法を終了した。【考察】カピバセルチブ第 III 相試験では投与群の約 16.9% に高血糖を認めており、導入後の血糖異常について糖尿病代謝科の協力が望まれる。

3-25 | 11:26〜11:58

カピバセルチブ投与による特徴的な血糖プロファイルを CGM で観察した 1 例

仙台市立病院 糖尿病･代謝内科
高橋　啓範，畑山　暁子，井泉　知仁

糖尿病既往のない 62 歳女性。左右の乳癌に対する乳房切除術､内分泌療法施行後､骨転移､リンパ節転移、腹膜播種で再発した。AKT 阻害薬カピバセルチブ（Capi）を開始後、1 ヶ月で HbA1c 7.7% と耐糖能悪化を認め、当科紹介となった。Capi 投与中、空腹時血糖 164 mg/dl､血中 C ペプチド 16.8 ng/ml と内因性インスリン分泌の亢進を認めた。CGM では、Capi 投与中に著明な食後高血糖と深夜から早朝にかけての血糖低下を認め、休薬により食後高血糖は速やかに改善した。メトホルミン 500 mg/ 日では十分な効果を認めず、Capi 投与中のブドウ糖含有補液は早朝血糖を著明に上昇させた。Capi 投与による血糖異常は、AKT 阻害による末梢での糖取込み障害と肝での糖新生抑制が関与すると考えられた。AKT 阻害薬投与中は慎重な血糖モニタリングが必要である。

3-26 | 11:26〜11:58

高度なインスリン抵抗性を示す小児がん経験者の 1 例

福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座[1]，いわき市医療センター 糖尿病･内分泌科[2]，福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科･総合内科･臨床感染症学講座[3]
根本　雄飛[1]，小笠原　啓[1]，鈴木　　瞳[1]，佐藤　雅紘[1]，山口　瑞希[1]，滝口　善規[1]，
堀田　悠貴[1]，齋藤　　悠[1,2]，田辺　隼人[1,3]，鴻野　央征[1]，島袋　充生[1]

【症例】23 歳女性【現病歴】0 歳 8 ヶ月で神経芽腫と診断され、化学療法、自家末梢血幹細胞移植、右副腎・肝腫瘍摘出術を施行された。2 歳、4 歳で再発し、放射線治療や化学療法をうけ寛解している。22 歳で初めて HbA1c 7.0% を指摘され当科に受診した。【家族歴】母方祖父母が糖尿病（中高年発症）。両親・兄弟は糖尿病ではない。【現症・検査所見】142.8 cm、35.3 kg、BMI 17.3。 空 腹 時 血 糖 122 mg/dL、IRI 32.2 μIU/mL、 血 清 CPR 3.68 ng/mL、抗インスリン抗体陰性、抗インスリン受容体抗体陰性、IGF-1 257 ng/mL、レプチン 25.0 ng/mL、CT では脂肪肝があるが皮下脂肪・内臓脂肪は少ない。【考察】小児がん経験者に典型的な肥満症合併例やインスリン分泌不全例と異なり、本症例は非肥満ながら高度なインスリン抵抗性を呈している。造血幹細胞移植関連脂肪萎縮症候群や、未知の病態が存在する可能性がある。

3-27 | 11:26〜11:58

筋ジストロフィに合併した２型糖病病症例

総合南東北病院薬剤科[1]，総合南東北病院高血圧糖尿病内科[2]
佐藤　佑香[1]，斉藤美恵子[2]，衛藤　雅昭[2]

症例　40 代男性。高校生の頃に筋強直性ジストロフィ初期症状を自覚。40 代で若年性白内障と家族に同様の症状があることから医療機関受診を勧められ受診。2019 年上記診断となり加療開始。2020 年 PPG316 mg/dl、HbA1c10.7% を指摘され同院にて糖尿病治療が開始された。超速効型インスリンの使用にても HbaA1c は 9% 代を推移、インスリン量は増量され 1 日 100 単位以上でも改善なく当科紹介、当科初診時 HbA1c9.9%、PPG300 mg/dl 代。C ペプチド 3.3、GAD 陰性。脂肪肝と高中性脂肪血症、高 LDL コレステロール血症も認められた。インスリン量を半減し、ピオグリタゾンと SGLT2 阻害薬を追加、さらにインスリンを減量し HbA1c は 7.0% に低下した。筋ジストロフィの糖尿病合併率の頻度は 10%、他では 30% ともいわれておりいまだ不明な点が多いが、今回、筋ジストロフィに糖尿病を合併し、血糖管理に難渋した症例を報告する。

3-28 | 16:05〜16:37

Tirzepatide 増量時の空腹時血中 FFA 濃度変化に関する検討

秋田赤十字病院 代謝内科
後藤　　尚，石橋　遼大，大高いずみ，高橋　和之，小山　昌平，菅沼　由美

【目的】Tirzepatide（TZP）増量時の空腹時血中 FFA 濃度（FFA）の経時変化から，臨床用量内での本剤の lipolysis への影響を調査．【方法】対象 7 例（女性 3 例, insulin 使用例無, SGLT2i 使用 5 例，β 遮断剤使用 1 例で用量は不変，年齢中央値 50 歳，T2D 罹病は 14 年）への増量前後の TZP 用量は 5 → 7.5 mg/w, 増量前の用量投与期間 9 ヶ月, 後 3 ヶ月【結果】増量前後の BMI 中央値は 26.8 → 26.4（p=0.018），FFA0.47 → 0.68，lipolysis 抑制へのインスリン作用指標 Adipo-IR（FFA と FIRI の積）3.80 → 5.98（其々 p=0.063）で，FPG125 → 114，FIRI8.1 → 8.5，HOMA-IR 2.38 → 2.16，Glycoalbumin14 → 14 には差異傾向も無し．【考察】TZP 増量の際の FFA は，FIRI あたりにも上昇傾向を呈し，体重減少は GIP 受容体作動をも介すると示唆された．

3-29 | 16:05〜16:37

1921 年に東北帝大熊谷内科のグループが使用したイヌ血液灌流心臓標本について

福島赤十字病院 糖尿病代謝内科
佐藤　義憲

「目的と方法」トロント大のグループに先立ち、1921 年に熊谷等はイヌ血液灌流心臓標本を用いて膵抽出物の血糖降下作用を報告した。実験方法の記載が乏しく詳細が不明だったが、1929 年の論文にやや詳しい記載があった。同論文をを精読し、実験方法を検討した。「結果」イヌ摘出心を保温しつつ大動脈から逆行性に血液を灌流した。血液は脱血後、振盪ろ過により脱フィブリン化し凝固を防止し、37℃ に保温、酸素で飽和した。灌流圧は 100 mmHg とした。「考察」今日ランゲンドルフ法とよばれる方法だが、通常は人工灌流液を用い小型動物に施行される。中型動物のイヌには血液を灌流するが血液酸素化のため供血犬を使用することが多い。供血犬のないなか、血液の酸素化が十分だったか疑問が残る。

3-30 | 16:05〜16:37

セマグルチド 1.0 mg からチルゼパチド 5 mg の切り替え過程における血糖値推移の検討

岩手医科大学附属病院 糖尿病･代謝･内分泌内科
小田　知靖，田口真理奈，高橋　麻乃，千葉　　拓，川島　智美，冨樫　弘文，
瀬川　利恵，武部　典子，長谷川　豊，高橋　義彦，石垣　　泰

【目的】2 型糖尿病患者 22 名を対象にセマグルチド（Sema）1.0 mg からチルゼパチド（TRZ）2.5 mg を経て 5.0 mg に切り替えを行った際の血糖値推移を CGM で調査した。
【結果】対象患者の平均年齢は 54.6 歳、平均 BMI は 33.2、平均 HbA1c は 6.62% であった。CGM でみた平均 TIR は 82.4%（Sema 1 mg）⇒ 78.7（TRZ 2.5 mg）⇒ 81.2%（TRZ 5 mg）と有意差はないものの、TRZ 2.5 mg 使用時には TIR の低下を認めた。TRZ 2.5 mg 使用時に TIR が 5% 以上減少した群（n=9）は、減少が 5% 未満の軽度減少群（n=13）と比べ切り替え前の平均 HbA1c が有意に高値であった（5% 以上群：7.11%vs5% 未満群：6.29%、p=0.017）。
【考察】Sema1.0 mg と TRZ 5 mg が血糖値指標に及ぼす影響はほぼ同等であった。一方で、導入量である TRZ 2.5 mg 使用中は血糖が悪化する症例も存在し、特に HbA1c7% 以上の症例では他の治療薬の強化など悪化を想定した対応が必要と考えられた。

3-31 | 16:05〜16:37

糖尿病患者における肝機能障害と飲料の種類

盛岡赤十字病院
小野　光隆

【背景】2020 年、糖尿病等の代謝疾患に伴う肝機能障害は MAFLD（代謝異常関連脂肪性肝疾患）と定義され、より肝硬変等の重症疾患リスクの高い患者を特定し、治療介入出来るようになった。また近年､脂肪肝と加糖飲料の関連について多くの報告がなされている。【目的】そこで、当院総合診療科に通院している肝機能障害を持つ糖尿病患者において、常用飲料の種類と肝機能障害に関連があるか調べる事とした。【方法】通院中の糖尿病患者に普段飲んでいる飲料の種類を聴取し、肝機能障害の有無との関連を調べた。【結論】得られたデータから統計を取って結果を考察し、報告する。

4-32 | 9:00〜9:32

20 年間糖尿病運動支援を受けた人の運動機能および血糖マネージメントの経年変化

太田西ノ内病院 運動指導科[1]，太田西ノ内病院 糖尿病センター内科[2]
星野　武彦[1]，宗像　哲平[1]，浜田　美樹[1]，関川　尚大[2]，和田　良太[2]，間　　浩正[2]，
渡辺　裕子[2]，田村　　明[2]，太田　　節[2]，鈴木　　進[2]，山崎　俊朗[2]

「目的」20 年の長期に渡り当院の運動支援を受けた糖尿病がある人の運動機能、HbA1c の経年変化を調査。「対象」当院に 2 日 / 週以上 20 年の長期に渡り運動支援を受けた糖尿病がある人 16 例。「方法」当院で実施している測定項目から、体重・BMI・柔軟性・開眼片足立ち時間・敏捷性・脚伸展力・HbA1c について、運動支援開始時からの経年変化を年代別に対象群と比較調査。「結果」運動機能の変化では全ての項目で 5 年以上に渡り男女ともに向上した。65 歳以降になると全ての項目で機能低下が見られた。特にバランス機能と筋力の低下率が高くなる傾向にあったが、対象群との比較では有意に高値であることが示された。HbA1c の変化においても改善し維持されていた。「結語」長期に渡る運動支援の継続は高齢者の身体機能の向上と血糖マネージメントに役立ち、介護予防策としての役割も果たしていると考えられた。

4-33 | 9:00〜9:32

当院における糖尿病治療の実態調査と課題

公立大学法人福島県立医科大学附属病院 栄養管理部[1]，公立大学法人福島県立医科大学附属病院 糖尿病内分泌代謝内科[2]
菅野　圭子[1]，遠藤　真弓[1]，鴻野　央征[2]，島袋　充生[2]

【目的】
糖尿病治療における医師と管理栄養士の認識・課題を明らかにし、治療の質向上に役立てることを目的とした。
【方法】
当院の糖尿病内分泌代謝内科医師 13 名、管理栄養士 8 名を対象に、治療への関わり方や連携に関して全数無記名アンケートを実施した。
【結果】
医師 11 名、管理栄養士 7 名から回答を得た。医師・管理栄養士の 94.9% が、食事療法を重要と認識していた。しかし、管理栄養士の介入の必要性を、医師は 90.9% 必要と回答した一方、管理栄養士は 57.1% と乖離した。管理栄養士は、複数の診療科を兼務し、知識の習得や情報収集に割く時間を、ほぼない・あまりないと 85.7% が回答した。
【考察】
医師は、管理栄養士の関与を評価していたが、管理栄養士は介入の重要性を低く評価し、学習機会に制限もあった。情報共有や連携体制の整備が、糖尿病治療の質向上につながると考えられた。

4-34 | 9:00〜9:32

カンバセーション・マップを軸とした新展開　〜ダイアベティスアドボカシーの未来〜

公益社団法人JADECダイアベティスカンバセーション･マップ委員会[1]，医療法人小内医院[2]，いどがや内科･糖尿病内科クリニック[3]，岐阜大学医学部附属病院看護部[4]，日本イーライリリー株式会社[5]，京都医療センター糖尿病内科[6]，二田哲博クリニック姪浜[7]，佐久市立国保浅間総合病院[8]
小内　　裕[1,2]，古谷　千早[1,3]，古田　　均[1,4]，今村　　誠[1,5]，小倉　雅仁[1,6]，
下野　　大[1,7]，仲　　元司[1,8]

公益社団法人 JADEC では､10 年以上の歴史があるカンバセーション･マップ（以下マップ）によるダイアベティスケアを推奨している。当院ではマップを用いた常勤管理栄養士による集団栄養教室を 50 回以上実施してきた。現在週 2 回行なっているマップ・セッションであるが、開始当初は運用に苦慮しファシリテーターの自己評価も低かった。しかし、回数を重ねるにつれファシリテーターの自信が向上した。参加者のダイアベティスに対する見解や姿勢にも肯定的な変化がみられたことは第 68 回 JDS 年次学術集会で発表したが、実運用などが課題として残った。JADEC ではマップトレーニングの受講料を下げ、新規のファシリテーター育成に努めており、今後の展開を本会で述べていきたい。

4-35 | 9:00〜9:32

2 型糖尿病患者に対するチルゼパチドの効果と行動変容の関連

一般財団法人竹田健康財団竹田綜合病院 栄養科[1]，一般財団法人竹田健康財団竹田綜合病院 内科[2]
武田　琉那[1]，佐藤アキ子[1]，良田　千秋[1]，渡部身江子[1]，遠藤　美織[1]，渡部良一郎[2]

【目的】チルゼパチドの効果と行動変容の関連を検討した。【方法】2024 年 1 月〜2025 年 7 月に栄養指導を受けた 2 型糖尿病患者 12 名（男 6 : 女 6）平均年齢 58.2 歳を対象に、チルゼパチド投与前、投与後の BMI、HbA1c、糖尿病療養指導ガイドブック 2023 に基づく変化ステージを比較した。【結果】BMI および HbA1c の平均は、投与前および 2 か月、6 か月、12 か月後のそれぞれ 30.7 → 30.4 → 30.0 → 30.1 kg/m^2、8.6 → 8.1 → 7.3 → 7.3% であり、後者で 6 か月後と 12 か月後でそれぞれ有意差を認めた（p = 0.002、0.004）。変化ステージは熟考期から準備期への進展 3 名、実行期・維持期への移行は 3 名、変化ステージが不変であるものは熟考期 1 名、準備期 5 名だった。
【結論】HbA1c はほぼ全員改善したが体重減少は限定的だった。薬効を最大限に引き出すには、行動変容の深化を促す栄養指導の継続と強化が重要であることが示唆された。

4-36 | 9:32〜9:56

福島県における糖尿病食事療法の実態調査と今後の課題

公立大学法人福島県立医科大学附属病院 栄養管理部[1]，一般財団法人太田綜合病院 介護老人保健施設桔梗[2]，一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院 栄養科[3]，一般財団法人太田綜合病院 太田西ノ内病院 糖尿病内科[4]，たねだ内科クリニック[5]，公立大学法人福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座[6]
遠藤　真弓[1,2,3,4,5,6]，渡邉　悦子[2]，佐藤アキ子[3]，太田　　節[4]，種田　嘉信[5]，
島袋　充生[6]

【目的】
糖尿病食事支援における課題やニーズを明らかにし、食事療法の普及・啓発に資する基礎資料とすることを目的とした。
【方法】
福島県糖尿病療養指導士会に認定されている福島県内の管理栄養士を対象に、ウェブによるアンケート調査を実施した。
【結果】
管理栄養士会員 118 名中 54 名から返信があり、回答率は約 46% であった。栄養指導件数、指導時間、指導内容、指導時媒体、効果判定、困難事例などについて回答を得た。栄養指導の件数を増やしたいとの意見も多く挙げられたが、人員不足や業務過多による制約も多く指摘された。
【考察】
福島県内における糖尿病食事療養支援の現状と、現場が直面する課題が浮き彫りとなった。多様化する患者背景に対応するため、多職種による支援体制の強化、共有可能な指導教材の整備、指導時間の確保などが求められる。

4-37 | 9:32〜9:56

主治医と管理栄養士の連携により初回指導のみで血糖の改善を認めた 1 例

東北医科薬科大学若林病院 栄養管理部[1]，東北医科薬科大学若林病院 糖尿病代謝･内分泌内科[2]
髙山ひかり[1]，深澤由香利[1]，赤井　裕輝[2]

【症例】80 歳代女性。初診時、身長 157.1 cm、体重 47.4 kg、BMI19.2 kg/m^2、HbA1c8.8%。60 歳頃より高血糖を指摘され、近医に通院。体重 55〜57 kg、HbA1c7% 前後であったが、体重減少、HbA1c9% 台と悪化し、当院紹介受診。ご飯を食べると血糖が上がると思い控えていた一方で、体重減少しないように間食でぶどうパン、かりんとう、加糖ヨーグルトなどを摂っていた。
【介入】診察前に栄養指導を実施。食生活の聞取り、主食量を増やし間食を控えること、食事をバランスよく摂ることの重要性を説明し、主治医に報告。
【結果】1 ヶ月後、HbA1c 7.7% に改善。体重 48.1 kg に増加。主食量が増え、間食が減り、食習慣の改善がみられた。
【考察】診察前の待ち時間を活用し栄養指導を行い、得られた情報を主治医と共有し、双方から支援することで、患者の理解と行動変容を促し、短期間で血糖改善がみられたと示唆される。

4-38 | 9:32〜9:56

肥満治療薬（セマグルチド）使用による体重・摂取エネルギー・食行動質問表の変化

太田綜合病院付属太田西ノ内病院 栄養部[1]，太田綜合病院付属太田西ノ内病院 糖尿病センター[2]
榊原　久代[1]，長谷川由佳[1]，箭内磨菜美[1]，後藤　桂子[1]，田村　　明[2]，太田　　節[2]，
鈴木　　進[2]，山崎　俊朗[2]

【背景・目的】当院肥満外来で肥満治療薬セマグルチドが開始された。肥満治療薬導入前後の体重、摂取エネルギー、食行動の変化を検討した。【方法】2024 年 1 月以降に肥満外来受診者 10 人（男 2 女 8、年齢 35.7 ± 10.0、BMI39.1 ± 10.3）を対象に、体重、摂取エネルギー、食行動質問票を検討した。10 人中 5 人が肥満治療薬を開始。【結果】初回から 6 ヶ月後に体重が 11.8% 減少、摂取エネルギーが 30.4% 減少。肥満治療薬導入 1 ヶ月後、体重 0.8% 減少、摂取エネルギーはさらに 16.0% 減少、食行動質問表の代理摂食・空腹満腹感覚の項目が改善。【考察】肥満治療薬導入前の栄養支援で体重減少が見られ、当院の先行研究と一致しており、肥満治療薬導入前の食行動改善ができたと考える。肥満治療薬増量に伴い、体重、食行動に変化があるか、栄養支援を継続していく。

4-39 | 11:26〜11:58

1 型糖尿病で他機種から DexcomG6 へ変更した場合の糖尿病治療満足度調査

せいの内科クリニック 看護部[1]，せいの内科クリニック[2]
山本千歌子[1]，土棚　恵[1]，永井千恵美[1]，磯野　恵一[1]，山田ふみえ[1]，國分　裕子[1]，
長池　優[1]，鈴木　郁子[1]，鈴木ひろ子[1]，福井　智康[2]，清野　弘明[2]

（目的）リブレ（以下リブレ）から DexcomG6（以下 G6）へ変更した患者（以下リブレ群）、DexcomG4（以下 G4）から G6 へ変更した患者（以下 G4 群）で糖尿病治療満足度（以下 DTSQs）の変化を検討した。
（対象）1 型糖尿病 8 例で平均年齢 47.4 歳リブレ群 3 例　罹病期間 20.6 年、HbA1c7.9%G4 群 5 例　罹病期間 15.2 年、HbA1c7.6% であった。
（方法）変更前と G6 に変更 6 か月前後 DTSQs を使用し 8 項目を 7 段階で評価し、満足度を点数化した。
（結果）「現在の治療法にどの程度満足していますか」の問いにリブレ群、G4 群で使用前後大きい変化はなかった。
（考察）2 つの CGM を G6 に変更しても糖尿病満足度評価に有意な変化は認められなかった。しかし、リブレ群では治療法の便利性、推薦意志、継続意志、G4 群では治療の融通性、自分の糖尿病理解度に関して改善傾向であった。

4-40 | 11:26〜11:58

生成 AI による糖尿病セルフケアのための基礎知識習得ツールの作成

医療法人社団清永矢吹病院[1]，山形県立保健医療大学[2]，山形大学大学院医学系研究科[3]，さくら調剤薬局長谷堂店[4]
宅井さやか[1]，諏佐　真治[3]，佐藤　志保[2]，高谷　新[2]，遠藤　和子[2]，渡邉　尚子[4]

【目的】糖尿病はセルフケアが重要であり、個人のペースで学習できるツールの開発が求められている。近年、生成 AI の医療教育分野への応用が注目されており、生成 AI を用いた糖尿病基礎知識習得用クイズの作成を試みた。
【方法】食事療法、運動療法、薬物療法、成因･合併症、日常生活の 5 カテゴリーを設定し、各カテゴリーを初級・中級・上級に分け、○×形式で「問題文」「解答」「解説」を ChatGPT で作成した。カテゴリー毎に糖尿病専門医または CDE の 2 名が内容を監修した。
【結果】カテゴリー･レベル毎に 25 問、計 375 問を作成した。監修の結果、修正率は中級･上級で高く、初級では比較的低かった。修正は「問題文」に多く、「解説」では少ない傾向がみられた。
【考察】生成 AI は初級問題や解説作成に有用である可能性が示唆された。今後は、糖尿病検定や自宅学習ツールとしての有効性を検証する。

4-41 | 11:26〜11:58

福島県糖尿病療養指導士会会津支部活動報告〜療養指導力向上へ〜

一般財団法人竹田健康財団山鹿クリニック 糖尿科[1]，会津中央病院[2]，山鹿クリニック 検査科[3]，竹田綜合病院[4]，穴澤病院[5]，竹田訪問看護ステーション[6]，会津医療センター 栄養科[7]，会津中央病院 栄養科[8]，竹田綜合病院 糖尿科[9]

山﨑　和恵[1]，西郷　和枝[2]，宮田あき子[3]，市原　智文[4]，有田　陽子[5]，五十嵐綾子[6]，久田　和子[7]，星　　直子[8]，渡部良一郎[9]

【はじめに】福島県糖尿病療養指導士会（LCDE）会津支部は、2009 年から活動を開始している。約 15 年間の活動を振り返り、支部活動の有益性について検証した。

【会員状況】会員数 114 名（看護師 49 名、栄養士 23 名、臨床検査技師 17 名、理学療法士 7 名、医師 7 名、歯科衛生士 5 名、薬剤師 4 名、不明 1 名）

【活動内容】年 3 回セミナーを開催している。一般講演は、症例報告、支援方法、取り組みの紹介を中心に行っている。ほかにも看護学生の発表、各職種の発表を取り入れ、他職種業務についても学ぶ機会となっている。特別講演は他科医師の講演も行い、日頃の療養支援に役立つ内容としている。

【参加状況】約 40 名

【終わりに】講演テーマの決定、講師選定、依頼など年 3 回準備する労力は必要であるが、会津支部 LCDE 活動の活性化のために今後も継続していきたい。

4-42 | 11:26〜11:58

当院の糖尿病患者における歯周病の実態調査

東北医科薬科大学病院 歯科[1]，貝山中央病院[2]，東北医科薬科大学 若林病院 歯科[3]，東北医科薬科大学 若林病院 糖尿病代謝･内分泌内科[4]

遊佐香保里[1]，佐藤　　譲[2]，平井　　敏[4]，鈴木　令子[4]，毛取　達郎[3]，赤井　裕輝[4]，中村　はな[4]

【目的】糖尿病と歯周病はお互いにリスク因子であり、双方向の関係にあると報告されている。当院の糖尿病患者における歯周病の実態を解析した。【対象】対象は 2020/1〜2024/6 の糖尿病教育入院患者のうち 2 型糖尿病 80 人である；男性 54 人、女性 26 人、年齢 64 ± 14 歳。【方法】歯周病の重症度は歯周ポケットの深さによって軽度（≦ 3 mm）、中程度（4〜6 mm）、重度（≧ 6 mm）に分類した。【結果】入院時 HbA1c 10.6 ± 2.2%。歯周病の頻度は 軽度 35%、中程度 50%、重度 15% であった。歯周病の程度と HbA1c 値には差がなかった。現喫煙者に重度が多かった。重度に現喫煙者多く、軽度には非喫煙者が多かったが、有意差はなかった。【考察】HbA1c と歯周病の関連を確認できなかったが、喫煙の影響が示唆された。

4-43 | 16:05〜16:45

AID 療法導入と食事指導の併用により血糖コントロールが改善した症例

たに内科･糖尿病内科クリニック
関根のぞみ，渡邉ひとみ，渡邉　裕子，佐藤　　愛，後藤　佳子，谷　　牧夫

【目的】AID 療法を導入し、血糖コントロールが改善した 1 型糖尿病症例を報告する。【症例】33 歳女性、1 型糖尿病歴 22 年。身長 157.8 cm、体重 63.0 kg（BMI27.0）、HbA1c 7.4%。強化インスリン療法を行っていたが、R.6.3 月、子育てと仕事で忙しく思うようにインスリンが打てず血糖変動の波も大きくなってきたことから AID 療法導入の希望あり、R.6.4 月インスリンポンプ導入。R.6.5 月 AID 療法へ切り替えをし､カーボカウントを併用。【結果】AID 療法導入前後で、TAR47% → 24%、TIR52% → 76%、TBR1% → 0% へ。HbA1c7.4% → 6.5%、体重 63.0kg → 59.9kg へ。【結語】AID 療法導入により患者の負担が軽減し、カーボカウントと AID の細かな機能によってより良い血糖コントロールが可能となった。

4-44 | 16:05〜16:45

isCGM から rtCGM に変更した患者へのアンケート調査

せいの内科クリニック 看護部[1]，せいの内科クリニック[2]
國分　裕子[1]，永井千恵美[1]，山本千歌子[1]，山田ふみえ[1]，磯野　恵一[1]，土棚　　恵[1]，
鈴木　郁子[1]，鈴木ひろ子[1]，生田亜也華[1]，福井　智康[2]，清野　弘明[2]

【目的】Freestyle リブレより、リブレ 2 へ変更した患者に、使用感・満足度をアンケート調査し、リブレ 2 の有用性を検討した。【対象】糖尿病患者 27 名、1 型 19 名・2 型 8 名、平均年齢 46.2 ± 13.7 歳。【方法】リブレ 2 に変更する事で治療満足度が変化したかなど 13 項目の質問について、5 段階評価した。【結果】リブレ 2 に変更後、血糖値を確認する時間が増えたかの問いでは、非常に増えた・やや増えたとの回答が 22 名 82% であった。低グルコース値アラート機能で低血糖の不安に変化があったかの問いでは、非常に安心・やや安心との回答が 11 名 55% であった。変更前と変更 3 ヶ月後の HbA1c は 7.4 ± 1.1 が 7.3 ± 1.0 へ、TBR は 5.0 ± 6.6 が 3.6 ± 4.2 へと、いずれも有意差はないが低下傾向にあった。【考察】rtCGM は常時血糖値の確認ができ、さらにアラート機能搭載により低血糖の頻度が軽減する事で安心感に繋がっていたと考えられる。

4-45 | 16:05〜16:45

当院における糖尿病領域での病薬連携の取り組みについて

東北医科薬科大学病院 薬剤部[1]，東北医科薬科大学病院 糖尿病代謝･内分泌内科[2]，東北医科薬科大学病院 病院薬剤学[3]，カメイ調剤薬局高砂店[4]，日本調剤高砂薬局[5]，ひかり薬局福室[6]
宍戸可成子[1]，佐藤　伸輔[1]，宇野　　尭[1]，三浦　れん[4]，堀　　圭佑[5]，武田　　衛[6]，
宗像佑一郎[2]，澤田正二郎[2]，岡田　浩司[1,3]

当院では服薬指導及びシックデイでの対応について糖尿病領域の病薬連携を進めている。まず、服薬指導については、2024 年度診療報酬改定で新設された「調剤後薬剤管理指導料 1」を利用することとした。すなわち、保険薬局がこの算定に際して実施した薬学的管理指導の記録を「トレーシングポート」で当院糖尿病代謝・内分泌内科医師、薬剤師と共有できるようにした。次に、シックデイの対応については、当院糖尿病代謝・内分泌内科医師と協力してシックデイ時の糖尿病治療薬の投与量を明確にし、日本くすりと糖尿病学会作成のシックデイカードと併せて運用することとした。これらの取り組みは、医師と病院薬剤師と薬局薬剤師の連携による安全な薬学管理、患者やその家族の理解の促進、シックデイを十分理解していない患者に対するシックデイ時の患者自身での薬の管理、を可能にするものと考えられる。

4-46 | 16:05〜16:45

チルゼパチド開始早期の患者の治療受け入れと手技の評価

名取とおる内科･糖尿病クリニック
佐藤　友美，鈴木たつみ，佐藤　　歩，氏家　美咲，椙澤　貴志，鈴木　　亨

【背景】チルゼパチドは 2 型糖尿病患者の血糖を大幅に改善するが、注射製剤のため患者の治療受け入れ､手技の確立が本薬剤の継続治療において重要となる。【方法】当クリニックで新規導入した患者 52 名を対象に単施設後ろ向き観察研究にて、薬剤導入 1 か月目における治療受け入れ・注射手技の評価を行った。【結果】注射 1,2 回目までは消化器症状による不快感・不安感を認めたが、1 か月目経過後に治療中断希望はいなかった。しかし薬剤費の増加に対する懸念を複数人に認めた。また注射手技トラブルは 1 名のみで、注射製剤の経験の有無での差異は認められなかった。【結論】薬剤に対する受け入れは良好であった。また手技操作のほとんど認められず、注射製剤の経験の有無に影響を受けるものでなかった。チルゼパチドは糖尿病治療の薬剤選択において、有効な薬剤の 1 つであると考えられた。

4-47 | 16:05〜16:45

山形県の病院における低血糖対処に関するアンケート調査

鶴岡市立荘内病院 診療部薬局[1]，鶴岡市立荘内病院 看護部内科外来[2]
鎌田　敬志[1]，荒井真智子[1]，佐藤　恵美[2]

【目的】糖尿病治療低血糖対処について手順や準備が整っていないと医療従事者の低血糖処置が遅れる。低血糖対応について現状把握することを目的として調査を行った。
【方法】2025 年 7 月、山形県病院薬剤師会所属 25 病院の医療従事者に記述式アンケートを実施した。
【結果】低血糖対応時に医師の指示をもらう約 6 割、フローチャート使用が約 3 割、低血糖時の補食は半数の病院で無償提供ブドウ糖か日本薬局方ブドウ糖（粉）を使用しており、低血糖昏睡用に 50% ブドウ糖注射液を約 8 割、輸液はリンゲル液類又は生理食塩液が約 6 割であった。
【考察】低血糖時に事前に医師の同意を得たフローチャートの準備によりすぐに対処できると考える。無償提供のブドウ糖の使用が多いが提供数が減るため他のブドウ糖を検討が必要である。遷延性低血糖用輸液はリンゲル液類等であったので指示全体の確認が必要と思われる。

5-48 | 9:00〜9:32

反応性低血糖を契機に発見できた緩徐進行 1 型糖尿病の一例

岩手県立中央病院 糖尿病内分泌内科
杉立　佳登，井筒　琢磨，橋本　　洋，橋本　朋子，菅原　　隆

【症例】17 歳男性．学校検診で尿糖 3 + を指摘され，近医を受診した．随時血糖 108 mg/dl，HbA1c 5.5 % であったが，低血糖症状様のエピソードがあったため，X 年 5 月に当科紹介となった．75 gOGTT で 2 時間値 240 mg/dL と高値を示し，持続皮下グルコース測定で食後低血糖を確認できた．GAD 抗体 25,200 U/mL と高値であったが，CPR 0.89 ng/ml だったため，当初は内服薬で経過をみた．その後，X+1 年 1 月に CPR 0.23 ng/ml と低下し，緩徐進行 1 型糖尿病と診断して強化インスリン療法を開始した．【考察】本症例では，反応性低血糖をきっかけに SPIDDM を早期に疑い，適切なタイミングで治療介入につなげることができた．SPIDDM の早期診断を目指し，SPIDDM と低血糖の関連性について検討する．

5-49 | 9:00〜9:32

インスリン分泌能経時変化を観察中のセクキヌマブ治療中に発症した 1 型糖尿病の 1 例

福島赤十字病院 糖尿病代謝内科
田原　愛子，大槻沙央里，佐藤　義憲

「症例」50 歳代の男性。10 歳時から尋常性乾癬があり、X 年 7 月からセクキヌマブを使用していた。X+1 年 2 月、血糖正常。3 月初旬から多尿、口渇あり、同月下旬 PG 462 mg/dl, HbA1c 12.1% で DKA もあり入院した。急性発症 1 型糖尿病であり、DKA 治療後にインスリン頻回注射を導入し退院した。「考察」TNF-α 等の炎症関連物質や CD3 等を阻害して 1 型糖尿病の発症進展を抑制する試みが注目されている。炎症関連物質の IL-17A を阻害するセクキヌマブにはその目的での研究はないが、同薬治療中に 1 型糖尿病を発症した症例報告がありその後のインスリン分泌が長期間保たれていているという。発症経過が酷似する本症例でも同様の効果があるか、インスリン分泌能を追跡している。

5-50 | 9:00〜9:32

自己免疫性膵炎と併発した急性発症 1 型糖尿病の一例

岩手医科大学附属病院 糖尿病･代謝･内分泌内科
岸本功太郎，冨樫　弘文，田村みなみ，佐藤　　悠，松下百合子，小田　知靖，
瀬川　利恵，武部　典子，長谷川　豊，高橋　義彦，石垣　　泰

【症例】51 歳女性【病歴】2023 年 11 月に腹痛・食思不振が出現し 1 か月半で 6 kg の体重減少を認めた。甲状腺乳頭癌術後の定期受診時に肝・胆道系酵素上昇と画像検査で膵管・胆管拡張、膵頭部腫瘤を認め、IgG4 高値などから自己免疫性膵炎：AIP と診断された。2024 年 1 月に口渇・多飲・多尿が出現し、HbA1c 9.4%、随時血糖 367 mg/dL と初めて糖尿病と診断され、ケトーシスを認め入院となった。GAD 抗体陽性・血中 CPR 0.19 ng/mL から急性発症 1 型糖尿病（T1D）としてインスリン療法を開始し、その後 HbA1c7% 台前半で管理されている。ステロイド治療によって AIP に伴う膵腫大は改善傾向である。HLA-DRB1*04：05-HLA-DQB1*04：01 を有し T1D と AIP の双方に疾患感受性を認めた。【考察】AIP と糖尿病の合併頻度は高いが T1D の併発は稀であり、しかも同時期に発症していることから両疾患の発症機序・病態を考える上で貴重な症例である。

5-51 | 9:00〜9:32

Automated Insulin Delivery 療法で血糖を管理したステロイド加療中の 1 型糖尿病の一例

東北大学病院 糖尿病代謝･内分泌内科
相澤　侑太，金子　慶三，黒澤　聡子，清家　準朗，遠藤　　彰，高橋　　圭，
今井　淳太，片桐　秀樹

【症例】56 歳女性。【経過】病歴 18 年の 1 型糖尿病で内因性インスリン分泌は枯渇していた。X-9 年にインスリンポンプ療法を開始、X-6 年に Sensor Augmented Pump（SAP）療法を導入し､X-1 年より Automated Insulin Delivery 療法（AID）（ミニメド 780G）へ切り替えた。X 年 6 月､左顔面神経麻痺の診断で当院耳鼻科入院となり､当日よりプレドニゾロン（PSL）120 mg/ 日のステロイド治療が開始された。計 10 日間の PSL 漸減終了に至るまで AID の使用継続のみで制御困難な高血糖や低血糖を来すことなく経過し退院した。【考察】ステロイド治療中の 1 型糖尿病ではインスリン調整が困難で血糖が不安定になりやすい。本症例は高用量ステロイド下でも AID の高度な自動補正機能により安全な血糖管理が可能となることを示唆している。1 型糖尿病患者における AID の有用性と課題について、文献的考察を交えて報告する。

5-52 | 9:32〜9:56

チルゼパチドが奏功したミトコンドリア糖尿病の一例

東北大学病院 糖尿病代謝･内分泌内科
上月　優史，浅井洋一郎，高橋　　圭，木幡　将人，片倉　麻由，宍戸　　愛，
相良いずみ，金子　慶三，今井　淳太，片桐　秀樹

症例は 31 歳女性。16 歳時に感音性難聴を機にミトコンドリア病（m.3243A ＞ G）と診断された。29 歳時に初めて血糖高値を指摘され、30 歳時に HbA1c 7.9 % を指摘された。154.5 cm、58.5 kg、BMI 24.5、CPI 2.85、蓄尿 CPR 214 μg/ 日と内因性インスリンは過分泌であり、インスリン抵抗性が示唆された。筋量低下と体脂肪率の高値を認め、ミトコンドリア機能異常による影響が想定された。強化インスリン療法では、TDD 0.84 U/kg でも十分な血糖管理が得られなかった。チルゼパチドを導入したところ 5.0 mg までの増量で 7 kg/3 カ月の体重減少を認め、インスリン中止可能となった。2.5 mg へ減量後も HbA1c 5 % 台で安定した。ミトコンドリア糖尿病は β 細胞機能不全が主となることが多いが、本症例のようにインスリン抵抗性を認める場合、チルゼパチドが奏功することがあり、文献的考察を含めて経過を報告する。

5-53 | 9:32〜9:56

減量・代謝改善手術後に肥満症治療薬セマグルチドが有効であった肥満症の一例

東北大学病院 糖尿病代謝･内分泌内科
神長　勇希，堀内　嵩弘，浅井洋一郎，高橋　　圭，金子　慶三，今井　淳太，
片桐　秀樹

脂質異常症・睡眠時無呼吸症候群・変形性股関節症を有する肥満症の 52 歳女性．42 歳時に統合失調症に対する抗精神病薬の開始後，過食を伴う体重増加をきたした．体重 60 kg から 50 歳時 106.6 kg（BMI 41.3 kg/m^2）まで増加し，当院紹介となった．食事･運動療法後，51 歳時に腹腔鏡下スリーブ状胃切除術が施行された．術後 1 年間で体重 76 kg まで減量したが、その後体重減少は停滞した．変形性股関節症に対する手術予定があり，さらなる減量が望ましい点から肥満症治療薬セマグルチドを導入した．有害事象なく最大用量の 2.4 mg/ 週まで漸増し，維持した．この間，体重は減少傾向をとり続け，セマグルチド開始から 58 週時点で体重 65 kg（BMI 26.0 kg/m^2）までの減量を達成した．セマグルチドは減量・代謝改善手術後においても，追加的な減量に有用である可能性が示唆された．

5-54 | 9:32〜9:56

精神疾患合併 2 型糖尿病に対してチルゼパチドが有効であった 1 例

竹田綜合病院 内科
星　　尚美，神本　昌宗，渡部良一郎

【症例】27 歳女性、身長 159 cm、体重 129 kg【現病歴】X-12 年に 2 型糖尿病と診断され治療開始。X-8 年に幻聴にて精神科初診。境界性パーソナリティ障害の診断で治療開始。自殺企図を繰り返し、食事療法も困難で過食傾向にありインスリン注射も追加した。多剤内服と強化インスリン療法でも高血糖で経過しインスリン大量投与による自殺企図も繰り返した。SGLT2 阻害薬、内服セマグルチドは副作用で、デュラグルチドは経済的な理由で継続できなかった。X-1 年精神科入院中にチルゼパチドを導入した。体重は 23 kg 減りインスリン注射は離脱した。【考察】精神疾患の治療薬は食欲増進や体重増加の副作用があり生活習慣病の管理が課題である。GLP-1 受容体作動薬は中枢神経に作用し食欲抑制による体重減少効果があり、精神疾患合併 2 型糖尿病に対する新たな選択肢として有効であると考えられ文献的考察を加えて報告する。

5-55 | 16:05〜16:45

インスリンイコデクの使用経験

松島病院 内科
丹野　尚，藤田　麻貴

週 1 回注射の insulin 製剤、インスリンイコデク（Icodec）の使用経験を報告する。【症例 1】73 歳男性。2 型糖尿病に神経線維腫症 2 型、高度難聴、脳腫瘍術後の協調運動障害を合併。insulin 自己注射が不可能なため訪問看護師が Icodec を注射している。【症例 2】92 歳女性。経過の長い 2 型糖尿病で 91 歳で insulin 治療が必要になり、同居の次女が Icodec を注射している。【症例 3】48 歳女性、高度肥満と精神障害があり自己注射は拒否するが看護師による注射は受容し、通院で Icodec を注射している。【症例 4】90 歳女性。2 型糖尿病で約 30 年 insulin 治療を行っていたがアルツハイマー型認知症を発症し自己注射ができなくなり訪問看護師が Icodec を注射している。【症例 5】84 歳男性。独居で insulin 自己注射を行っているが、加齢による認知機能低下とともに信頼性に疑問が生じ、遠方に住む長女が通って Icodec を注射している。

5-56 | 16:05〜16:45

週 1 回持効型インスリン製剤、rtCGM の導入により血糖管理が改善した自己注射困難な 1 例

山形大学医学部卒後臨床研修センター[1]，山形大学医学部附属病院第三内科[2]，山形大学医学部看護学科臨床看護学講座[3]
奥山さくら[1]，武田　一馬[2]，天笠　仁[2]，大沼　陸[2]，相馬　祥子[2]，芳賀　博凱[2]，
羽田幸里香[2]，高瀬　薫[2]，長岡　杏子[2]，柄澤　繁[2]，諏佐　真治[3]

68 歳の女性。40 歳頃から 2 型糖尿病でインスリン治療中であった。1 年前から軽度認知障害があり、インスリンを打ち忘れるようになり、SMBG の結果も持参されず、高血糖高浸透圧状態による 2 度の入院歴があった。同居家族による支援が難しく、別居家族訪問による週数回の支援で、週 1 回のチルゼパチドは継続可能であったが、1 日 1 回の持効型インスリン注射は忘れが多く、HbA1c 11.9% へ悪化あり、血糖管理目的に入院となった。別居家族支援の元、週 1 回のチルゼパチド 5 mg にインスリンイコデク 60 単位を追加し、rtCGM を導入した。血糖遠隔モニタリングも開始し、別居家族も血糖管理状況を把握できる状態とした。退院 1 ヶ月後の時点で TIR 68%、TBR 0% と血糖管理改善を認めている。自己注射の困難な症例に対して、週 1 回持効型インスリン製剤・GLP-1 受容体作動薬の注射、rtCGM の活用は、血糖管理に有用と考えられた。

5-57 | 16:05〜16:45

治療中断後週 1 回持効型インスリンイコデクを導入した認知症合併 2 型糖尿病高齢者の一例

医療法人寿里会 すぎもと内科･糖尿病内科クリニック
杉本　一博

【症例】70 歳代独居男性。【既往歴】冠動脈疾患、甲状腺機能低下症、アルツハイマー型認知症。【主訴】倦怠感および治療再開希望。【経過】メトホルミン、グリクラジド、ミグリトール、iGlarLixi（12-0-0）、IDegAsp（0-0-8）で加療中、同居の妻が入院したことで約半年間通院・治療中断。当院初診時、HbA1c17.7%、血糖 641 mg/dL、尿ケトン陰性。初診日より週 1 回持効型インスリンイコデク 210 単位 / 週を導入。2 週目 180 単位へ減量し FreeStyle リブレ 2 導入。3 週目 200 単位＋週 1 回デュラグルチド 0.75 mg 併用、4 週目 210 単位、6 週目よりメトホルミン 500 mg/ 日再開、8 週目 170 単位へ減量。【考察】今後増加が予想される認知症独居高齢者に対し、週 1 回製剤は治療継続性の面で有用と考えられるが、導入時には血糖状態や生活背景を踏まえた個別的用量調整が不可欠である。

5-58 | 16:05〜16:45

デイリー基礎インスリンからイコデクに変更し DTR-QOL を検討した例

せいの内科クリニック
清野　弘明，永井千恵美，山本千歌子，磯野　恵一，山田ふみえ，國分　裕子，
土棚　　恵，長池　　優，鈴木　郁子，鈴木ひろ子，福井　智康

症例は 60 代女性、身長 156.5 cm、BMI24.1、糖尿病罹病期間 12 年で HX 年 11 月当院初診した。初診時経口薬 4 剤と基礎インスリン治療にて A1c 8.7% であった。その後経口剤の変更と基礎インスリン投与量を変更し、RY 年 2 月経口剤 3 剤とランタス XR24 単位にて A1c7.5% であった。この時点で基礎インスリンをイコデク 200 単位に変更し 1 ケ月後低血糖・高血糖がないことを確認し 170 単位に減量した。同量の経口剤とイコデク 170 単位にて変更 2 ケ月・4 ケ月後の A1c はそれぞれ 7.0%、6.9% と改善した。

イコデクに変更前と変更後に DTR-QOL を比較検討した。現在の糖尿病治療法のため仕事や用事が妨げられるのが困るという設問ではデイリーインスリンでは「全くその通り」であるが、イコデク投与時は「全くそうではない」と変化した。他の設問でも QOL は大幅に改善している。イコデクは QOL を改善する基礎インスリン治療法と考えられる。

5-59 | 16:05〜16:45

低血糖発作を繰り返す高齢独居 1 型糖尿病患者にインスリンイコデクを導入した 1 例

秋田赤十字病院 代謝内科
石橋　遼大，大髙いずみ，後藤　　尚，菅沼　由美，高橋　和之

【症例】85 歳女性、独居、高度難聴、HDS-R 25 点【現病歴】X-25 年 1 型糖尿病の診断、強化インスリン療法にて近医通院中、HbA1c7% 台で推移するも、低血糖症状が頻回であった。X 年 5 月自宅で倒れており救急搬送、血糖値 22 mg/dl であった。インスリン調整目的に同日より入院加療とした。【経過】入院後強化インスリン療法継続、採血では血中 CPR、尿中 CPR は感度未満でありインスリン依存状態であった。退院先は自宅を希望、手技の簡素化のため超速効型インスリンのみ自己注射とし、持効型はインスリンイコデクを導入、週に 1 回訪問看護師指導下で注射を施行することとした。【考察】インスリンイコデクは既存の持効型インスリンと比べ重症低血糖の割合が多くなるとの報告もあるが、自己注射が 1 種類になることより単位の間違えや打ち忘れなど減ることが期待でき、高齢 1 型糖尿病患者の選択肢になる可能性がある。

◎学術評議員

五十嵐 雅彦　酒井 寿郎　成田 琢磨
石垣 泰　佐藤 義憲　長谷川 豊
井泉 知仁　澤田 正二郎　平井 裕之
今井 淳太　島袋 充生　平井 完史
薄井 正寛　下村 健寿　藤田 浩樹
江口 英行　菅沼 由美　藤田 征弘
太田 節　菅原 明　藤原 幾磨
小川 晋　諏佐 真治　松井 淳
小川 吉司　大門 眞　水上 浩哉
片桐 秀樹　高橋 和眞　村上 宏
金子 慶三　高橋 圭　柳町 幸
金子 能人　田辺 壽太郎　山口 宏
柄澤 繁　丹治 泰裕　脇 裕典
後藤 尚　鴇田 藍
近藤 敬一　内藤 孝

◎功労評議員

赤井 裕輝　柿崎 正榮　檜尾 好徳
猪股 茂樹　木村 健一　本間 一男
上原 修　工藤 幹彦　増田 光男
梅津 正矩　佐野 隆一　松橋 昭夫
衛藤 雅昭　鈴木 進　間中 英夫
及川 登　鈴木 教敬　八木橋 操六
大澤 佳之　須田 克幸　山下 英俊
大平 誠一　清野 弘明　山田 憲一
大山 武　玉澤 直樹　渡辺 清
奥口 文宣　中園 誠
小野 利夫　橋本 重厚

◎監　事

島袋 充生　間中 英夫

◎名誉会員

佐藤 譲

人名索引

あ

人名	筆頭者	演題順	ページ
相澤　侑太	○	5	51 -P43
青木　　豪		2	8 -P21
赤井　裕輝		4	37 -P36
		4	42 -P38
秋保　真穂		2	1 -P18
浅井洋一郎		5	52 -P43
		5	53 -P44
阿部美智江		3	21 -P28
天笠　　仁		2	5 -P20
		5	56 -P45
荒井真智子		4	47 -P41
有田　陽子		4	41 -P38

い

五十嵐綾子		4	41 -P38
猪狩　翔吾		2	2 -P18
		2	6 -P20
生田亜也華		4	44 -P39
石垣　　泰		2	10 -P22
		2	13 -P24
		3	30 -P32
		5	50 -P42
石橋　遼大		3	28 -P31
	○	5	59 -P47
井泉　知仁		3	25 -P30
磯崎　文哉		2	15 -P25
磯野　恵一		4	39 -P37
		4	44 -P39
		5	58 -P46
一戸　慧和	○	2	15 -P25
市原　智文		4	41 -P38
井筒　琢磨		5	48 -P41
今井　淳太		2	1 -P18
		2	3 -P19
		5	51 -P43
		5	52 -P43
		5	53 -P44
今村　　誠		4	34 -P34
岩崎　剛史		2	8 -P21
岩村　庄吾		2	4 -P19

う

氏家　美咲		4	46 -P40
薄井　正寛		2	12 -P23
臼谷　真理		2	15 -P25
宇野　　尭		4	45 -P40

え

衛藤　雅昭		3	27 -P31
遠藤　　彰		5	51 -P43
遠藤　和子		4	40 -P37
遠藤　真弓		4	33 -P34
	○	4	36 -P35
遠藤　美織		4	35 -P35

お

大高いずみ		3	28 -P31
		5	59 -P47
太田　　節		4	32 -P33
		4	36 -P35
		4	38 -P36
太田　菜摘		2	4 -P19
大槻沙央里		5	49 -P42
大沼　　陸	○	2	5 -P20
		5	56 -P45
小笠原　啓	○	2	2 -P18
		2	6 -P20
		3	26 -P30
岡田　浩司		4	45 -P40
奥山さくら	○	5	56 -P45
小倉　雅仁		4	34 -P34
小田島　歓		2	13 -P24
		3	17 -P26
小田　知靖		2	10 -P22
		2	13 -P24
	○	3	30 -P32
		5	50 -P42
小野寺　航		2	11 -P23
小野　光隆	○	3	31 -P33

小山田夕芽 ○ 2- 13 -P24

か

片桐　秀樹 2- 1 -P18
2- 3 -P19
5- 51 -P43
5- 52 -P43
5- 53 -P44
片倉　麻由 5- 52 -P43
加藤　俊祐 2- 4 -P19
金子　慶三 2- 3 -P19
5- 51 -P43
5- 52 -P43
5- 53 -P44
鎌田　敬志 ○ 4- 47 -P41
神長　勇希 ○ 5- 53 -P44
神本　昌宗 5- 54 -P44
亀井　尚 2- 1 -P18
亀田　亘 2- 7 -P21
萱場　瑤子 2- 12 -P23
柄澤　繁 2- 5 -P20
5- 56 -P45
川上　琉 2- 2 -P18
2- 6 -P20
川島　智美 3- 30 -P32

き

岸本功太郎 ○ 5- 50 -P42
吉川　美渚 3- 21 -P28

く

草野　良郎 2- 8 -P21
楠美　晶子 ○ 2- 9 -P22
楠見　僚太 2- 4 -P19
工藤　明宏 ○ 3- 22 -P28
工藤　貴徳 2- 9 -P22
久保田　望 ○ 2- 14 -P24
久保　朋子 3- 24 -P29
熊谷　絵里 3- 24 -P29
黒澤　聡子 2- 3 -P19
5- 51 -P43
黒田　咲季 2- 10 -P22

け

毛取　達郎 4- 42 -P38

こ

小内　裕 ○ 4- 34 -P34
上月　優史 ○ 5- 52 -P43
鴻野　央征 2- 2 -P18
2- 6 -P20
3- 26 -P30
4- 33 -P34
國分　裕子 4- 39 -P37
○ 4- 44 -P39
5- 58 -P46
小杉　愛 3- 20 -P27
後藤　桂子 4- 38 -P36
後藤　尚 ○ 3- 28 -P31
5- 59 -P47
後藤　佳子 4- 43 -P39
木幡　将人 5- 52 -P43
駒村　寛 2- 3 -P19
小山　昌平 3- 28 -P31
近藤　敬一 3- 23 -P29

さ

西郷　和枝 4- 41 -P38
齋藤　悠 3- 26 -P30
齋藤　昌利 2- 1 -P18
斉藤美恵子 3- 27 -P31
榊原　久代 ○ 4- 38 -P36
相良いずみ 5- 52 -P43
佐々木可奈 2- 4 -P19
佐藤　愛 4- 43 -P39
佐藤アキ子 4- 35 -P35
4- 36 -P35
佐藤　歩 4- 46 -P40
佐藤　恵美 4- 47 -P41
佐藤　花音 2- 4 -P19
佐藤　志保 4- 40 -P37
佐藤　譲 4- 42 -P38
佐藤　伸輔 4- 45 -P40
佐藤　大樹 3- 23 -P29

佐藤　雄大　2- 4 -P19
佐藤　俊宏　2- 1 -P18
佐藤　友美 ○ 4- 46 -P40
佐藤　雅紘　3- 26 -P30
佐藤　唯　3- 21 -P28
佐藤　悠　5- 50 -P42
佐藤　佑香 ○ 3- 27 -P31
佐藤　義憲　2- 6 -P20
○ 3- 29 -P32
5- 49 -P42
佐藤　理恵　3- 20 -P27
澤田正二郎　4- 45 -P40

し

茂原　義弘 ○ 2- 7 -P21
宍戸　愛　5- 52 -P43
宍戸可成子 ○ 4- 45 -P40
島袋　裕大 ○ 3- 24 -P29
島袋　充生　2- 2 -P18
2- 6 -P20
3- 26 -P30
4- 33 -P34
4- 36 -P35
下野　大　4- 34 -P34

す

菅沼　由美　3- 28 -P31
5- 59 -P47
菅原　隆　5- 48 -P41
椙澤　貴志　4- 46 -P40
杉立　佳登 ○ 5- 48 -P41
杉本　一博 ○ 5- 57 -P46
杉山　琢真　2- 7 -P21
菅野　圭子 ○ 4- 33 -P34
諏佐　真治　2- 5 -P20
4- 40 -P37
5- 56 -P45
鈴木　郁子　4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46
鈴木　恵綾　2- 7 -P21
鈴木　進　4- 32 -P33
4- 38 -P36
鈴木たつみ　4- 46 -P40
鈴木　亨　4- 46 -P40
鈴木　瞳　3- 26 -P30
鈴木ひろ子　4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46
鈴木　令子　4- 42 -P38

せ

清家　準朗　2- 1 -P18
5- 51 -P43
清野　弘明　4- 39 -P37
4- 44 -P39
○ 5- 58 -P46
瀬川　利恵　2- 10 -P22
2- 13 -P24
3- 30 -P32
5- 50 -P42
関川　尚大　4- 32 -P33
関口　泰征　2- 15 -P25
関根のぞみ ○ 4- 43 -P39

そ

相馬　祥子　2- 5 -P20
5- 56 -P45

た

高瀬　薫　2- 5 -P20
5- 56 -P45
高橋　麻乃　3- 30 -P32
高橋　和之　3- 28 -P31
5- 59 -P47
高橋　圭 ○ 2- 1 -P18
2- 3 -P19
5- 51 -P43
5- 52 -P43
5- 53 -P44
高橋　智 ○ 3- 17 -P26
高橋　啓範 ○ 3- 25 -P30
高橋萌奈美 ○ 2- 4 -P19
高橋　侑也　2- 4 -P19

高橋　義彦　2- 10 -P22
2- 13 -P24
3- 30 -P32
5- 50 -P42
高谷　新　4- 40 -P37
髙山ひかり ○ 4- 37 -P36
滝口　善規　2- 2 -P18
2- 6 -P20
3- 26 -P30
宅井さやか ○ 4- 40 -P37
田口真理奈　3- 30 -P32
竹内　裕貴　2- 9 -P22
武田　一馬　2- 5 -P20
5- 56 -P45
武田　衛　4- 45 -P40
武田　琉那 ○ 4- 35 -P35
武部　典子　2- 10 -P22
2- 13 -P24
3- 30 -P32
5- 50 -P42
田中　哲洋　2- 1 -P18
田辺　隼人　3- 26 -P30
谷　牧夫　4- 43 -P39
種田　嘉信 ○ 3- 21 -P28
4- 36 -P35
田原　愛子 ○ 5- 49 -P42
田村　明　4- 32 -P33
4- 38 -P36
田村みなみ　5- 50 -P42
丹野　尚 ○ 5- 55 -P45

ち

近澤　真司　3- 20 -P27
千田　愛　2- 13 -P24
千葉　拓　3- 30 -P32

つ

土棚　恵　4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46
津守　桃　2- 2 -P18
2- 6 -P20

て

寺田　明秀　3- 20 -P27

と

冨樫　弘文　2- 10 -P22
2- 13 -P24
3- 30 -P32
5- 50 -P42
鴇田　藍　3- 24 -P29
戸子台和哲　2- 1 -P18
外舘　祐介　2- 10 -P22
取出　俊平　2- 2 -P18
○ 2- 6 -P20

な

長池　優　4- 39 -P37
5- 58 -P46
永井千恵美　4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46
長岡　杏子　2- 5 -P20
5- 56 -P45
中田　有紀　2- 11 -P23
仲野　淳子 ○ 3- 18 -P26
中村　はな　4- 42 -P38
中村　麻里　3- 24 -P29
中村　遼馬 ○ 2- 11 -P23
仲　元司　4- 34 -P34

に

二川原　健　3- 20 -P27

ね

根本　雄飛 ○ 3- 26 -P30

は

芳賀　博凱　5- 56 -P45
間　浩正　4- 32 -P33
橋本　重厚 ○ 2- 16 -P25
橋本　朋子　5- 48 -P41
橋本　洋　5- 48 -P41

長谷川浩司 2- 16 -P25
長谷川由佳 4- 38 -P36
長谷川　豊 2- 10 -P22
2- 13 -P24
3- 30 -P32
5- 50 -P42
畑山　暁子 3- 25 -P30
羽田幸里香 2- 5 -P20
5- 56 -P45
濱浦　季穂 2- 11 -P23
浜田　美樹 4- 32 -P33

ひ

久田　和子 4- 41 -P38
平井　　敏 4- 42 -P38
平井　裕之 2- 8 -P21

ふ

深澤由香利 4- 37 -P36
福井　智康 4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46
藤澤　恭子 3- 21 -P28
藤田　麻貴 5- 55 -P45
藤田　征弘 2- 11 -P23
2- 15 -P25
古田　　均 4- 34 -P34
古谷　千早 4- 34 -P34

ほ

穂坂真一郎 2- 12 -P23
星　　直子 4- 41 -P38
星　　尚美 ○ 5- 54 -P44
星野　武彦 ○ 4- 32 -P33
堀田　悠貴 3- 26 -P30
堀内　嵩弘 5- 53 -P44
堀　　圭佑 4- 45 -P40

ま

松木　恒太 2- 11 -P23
松下百合子 5- 50 -P42

み

三浦　環美 3- 21 -P28
三浦　れん 4- 45 -P40
水尻　　諭 2- 15 -P25
宮川　聖史 ○ 2- 10 -P22
宮田あき子 4- 41 -P38

む

宗像　哲平 4- 32 -P33
宗像佑一郎 4- 45 -P40

も

森井　　宰 2- 4 -P19
森川　直人 3- 24 -P29
森谷　千尋 2- 8 -P21
森山　貴子 2- 9 -P22

や

八代　　諭 2- 14 -P24
安田　祐季 2- 2 -P18
2- 6 -P20
箭内磨菜美 4- 38 -P36
柳田　純子 2- 1 -P18
矢吹　峻也 ○ 2- 8 -P21
山岸　優太 ○ 2- 3 -P19
山口　　宏 2- 7 -P21
山口　瑞希 2- 2 -P18
2- 6 -P20
3- 26 -P30
山﨑　和恵 ○ 4- 41 -P38
山崎　俊朗 4- 32 -P33
4- 38 -P36
山科　光弘 2- 14 -P24
山田　春樹 ○ 2- 12 -P23
山田ふみえ 4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46
山本佳代子 3- 20 -P27
山本　淳平 2- 12 -P23
山本千歌子 ○ 4- 39 -P37
4- 44 -P39
5- 58 -P46

山本雄太郎 ○ 3- 23 -P29

ゆ

遊佐香保里 ○ 4- 42 -P38

よ

横島　孝雄　2- 13 -P24
3- 17 -P26

吉田絵里子　2- 10 -P22

良田　千秋　4- 35 -P35

吉田真優海 ○ 3- 20 -P27

わ

脇　　裕典　2- 4 -P19

渡邉　悦子　4- 36 -P35

渡邉　尚子　4- 40 -P37

渡邉ひとみ　4- 43 -P39

渡部身江子　4- 35 -P35

渡辺　裕子　4- 32 -P33

渡邉　裕子　4- 43 -P39

渡部良一郎 ○ 3- 19 -P27
4- 35 -P35
4- 41 -P38
5- 54 -P44

和田　良太　4- 32 -P33

arkray

アークレイは糖尿病ケアをトータルでサポートします。

その先も、
みつめる。
みまもる。

正確なデータを
迅速に届けるだけでなく、
情報提供・保守サービスにより、
装置の価値を、維持・向上し続けます。

Our innovative value for the medical testing field
～ARKRAYは、新しい価値を提案します～

アークレイ株式会社

HG171214-01D-B52MA | MS

更に進化した世界で活躍する
高精度体成分分析装置

InBody

より専門的な分析情報を提供する最上位の据置型装置

5kHz の低周波数から 3000kHz の高周波数の電流を用いて、体成分を正確に測定します。

追加された新機能

- 指紋認証で測定者情報の登録をわずか 5 秒に短縮
- 画面に触れたり、手電極を握った状態でも正確な体重測定が可能
- スマートフォンで QR コードを読み取って測定結果を管理

体成分分析の専門家を更に専門的な道へ導く

InBody970S

To help professionals become more professional

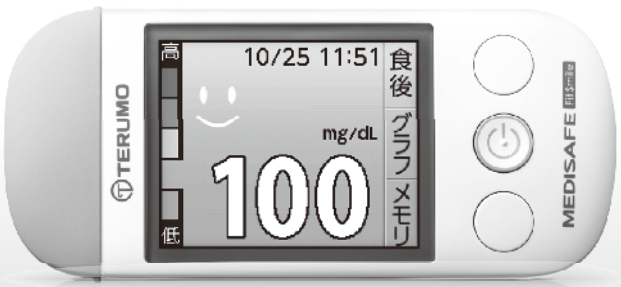
株式会社インボディ・ジャパン 〒136-0071 東京都江東区亀戸1-28-6 タニビル　Tel: 03-5875-5780　Fax: 03-5875-5781

TERUMO

音声ガイドと
見やすい画面で、
使いやすい、
わかりやすい。

- 血糖値レベルをカラーと ☺ マークでお知らせ*
- 測定値の傾向がグラフで“視える”*

＊サポートモード設定時



血糖測定システム

メディセーフ フィットスマイル®

患者さんのより確かな安全のために、テルモは様々な情報をお届けしています

WEB 製品や糖尿病に関する情報はこちら
テルモ糖尿病ケアサイト
http://mds.terumo.co.jp/

TEL お電話でのお問い合わせ窓口はこちら
テルモコールセンター 糖尿病関連商品専用ダイヤル
0120-76-8150（24時間・365日受付）

製造販売業者：テルモ株式会社　〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 http://www.terumo.co.jp/

TERUMO はテルモ株式会社の商標です。
Ⓣ、TERUMO、テルモ、メディセーフフィットスマイル、MEDISAFE Fit Smileはテルモ株式会社の登録商標です。

一般的名称：自己検査用グルコース測定器
販売名：メディセーフフィットスマイル
医療機器承認番号：22600BZX00387
特定保守管理医療機器

©テルモ株式会社　2016年12月

自己検査用グルコース測定器

FS Next™

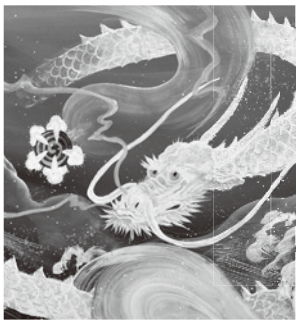
NIPRO

明日も笑顔で
過ごせるように

「失敗が少ない」というフリースタイルの
特徴を残しながら、使いやすい機能の追加など
いろんな患者さんに「やさしい」をコンセプトにしました

販売名：ニプロ FS Next
高度管理医療機器　特定保守管理医療機器
医療機器認証番号　304AABZX00043000
2024年6月作成

製造販売元：ニプロ株式会社
資料請求先：検査商品開発・技術営業部
大阪府摂津市千里丘新町３－２６



高脂血症治療剤
薬価基準収載
パルモディア® XR 錠 0.2mg 0.4mg
PARMODIA® XR TABLETS 0.2mg·0.4mg（ペマフィブラート徐放錠）
処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

選択的SGLT2阻害剤 －2型糖尿病治療剤－
薬価基準収載
デベルザ® 錠20mg
DEBERZA®（トホグリフロジン水和物錠）
処方箋医薬品：注意―医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）
興和株式會社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2025年4月作成

SKK

選択的DPP-4阻害剤／ビグアナイド系薬剤配合剤
－ 2型糖尿病治療剤 －

薬価基準収載

メトアナ®配合錠 LD HD

METOANA® LD・HD （アナグリプチン/メトホルミン塩酸塩配合錠）

劇薬、処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

製造販売元
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
コンタクトセンター
0120-19-8130
受付時間：月－金 9:00－17:00(祝日は除く)

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

2022年4月作成＜TD-5/1＞

田辺三菱製薬

Lilly

薬価基準収載

持続性GIP/GLP-1
受容体作動薬

マンジャロ®皮下注 2.5mg 5mg 7.5mg 10mg 12.5mg 15mg

アテオス®

劇薬 処方箋医薬品
（注意－医師等の処方箋により使用すること）

チルゼパチド注射液
Mounjaro® Subcutaneous Injection ATEOS®

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文を参照ください。

販売元（文献請求先及び問い合わせ先）
田辺三菱製薬株式会社

製品情報に関するお問い合わせ
TEL：0120-753-280（くすり相談センター）
販売情報提供活動に関するご意見
TEL：0120-268-571

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）
日本イーライリリー株式会社

日本イーライリリーの医療関係者向けWebサイト
リリーメディカル
medical.lilly.com/jp
TEL0120-360-605※1
受付時間：月曜日～金曜日8:45-17:30※2

※1 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。尚、IP電話からはフリーダイヤルをご利用できない場合があります。
※2 祝祭日および当社休日を除きます。

（審）24Ⅶ059

2024年7月作成／PP-TR-JP-1204

Life forward

かけがえのない日常のために

ベーリンガーインゲルハイムは、株式を公開しない独立した企業として、約140年にわたり人と動物の健康に取り組んできました。これまで多様な分野で培った経験やパートナーシップを生かし、未来を見据えて研究開発に注力しています。

詳細はこちらをご覧ください
boehringer-ingelheim.com/jp/

Boehringer Ingelheim

患者さん一人ひとりにあわせたパーソナライズ医療へ

Peace of mind in life
生活に安心を
ーガーディアン™4 スマート CGM システムー

最大60分前カスタマイズ可能な予測アラート
離れていても安心 見守り機能
較正や糖尿病治療のための血糖自己測定不要**

* スマートガード使用時のみ。マニュアルモード時は、ボーラス時に血糖測定が必要です。スマートガード™機能に入る前等には血糖値入力が必要です。
アラート発生時やセンサグルコース値と症状が一致しない場合は血糖自己測定を行ってください。使用方法の詳細は、ユーザガイドをご参照ください。

**次の条件では、実測血糖値を用いて治療決定を行います（ガーディアン™4スマートCGMシステムで使用する場合）
• 服用している薬にパラセタモールまたはアセトアミノフェンが含まれている • 直近のセンサグルコース値が得られない • 症状がグルコース値と一致しない • センサグルコース値が正しいか分からない

本品（ガーディアン4センサ）とガーディアン 4トランスミッタの組み合わせは2歳以上の糖尿病の管理にのみ使用することができ、当該組み合わせで得られた測定結果は、必要に応じて血糖自己測定器を併用し、医師と事前に取り決められた範囲で糖尿病の自己管理に用いられる。

日本メドトロニック株式会社
ダイアビーティス

medtronic.co.jp

販売名：メドトロニック ミニメド 700シリーズ 医療機器承認番号：30300BZX00256000
販売名：メドトロニック ガーディアン コネクト 医療機器承認番号：22900BZX00321000

使用目的又は効果、警告・禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の電子添文をご参照ください。
© 2023 Medtronic. Medtronic、メドトロニック、Medtronicロゴマーク及びEngineering the extraordinaryは、Medtronicの商標です。™を付記した商標は、Medtronic companyの商標です。
DIAB2308-09 rev.2

Medtronic
Engineering the extraordinary

毎分とどく。
リアルタイムでわかる。

FreeStyle Libre 2

アボットジャパン合同会社

お客様相談窓口
0120-37-8055
営業時間 8:00-20:00(平日)、
8:00-17:00(祝日)※土日除く

adc-cs.jp@abbott.com
https://www.myFreeStyle.jp/

Abbott

販売名：FreeStyleリブレ 2　一般的名称：グルコースモニタシステム　承認番号：30300BZX00119000

©2025 Abbott. All Rights Reserved.「FreeStyle」、「リブレ」、「FreeStyleリブレセンサー」と関連するブランドマークはAbbottがその権利を有しています。

ADC-84699 v2.0 05/25

100年にわたる信頼から...

安心の製品はそのままに

新たな100年へ。

エムベクタブランドの新パッケージ誕生

このたび、BD マイクロファイン™ プロ、BD マイクロファインプラス™、
BD オートシールド デュオ™、およびインスリン用注射器は、エムベクタブランドの
新パッケージへと変更させていただきますことを、謹んでご案内申し上げます。
今後とも一層のご愛顧を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

詳しくは弊社ホームページ embecta.com へ

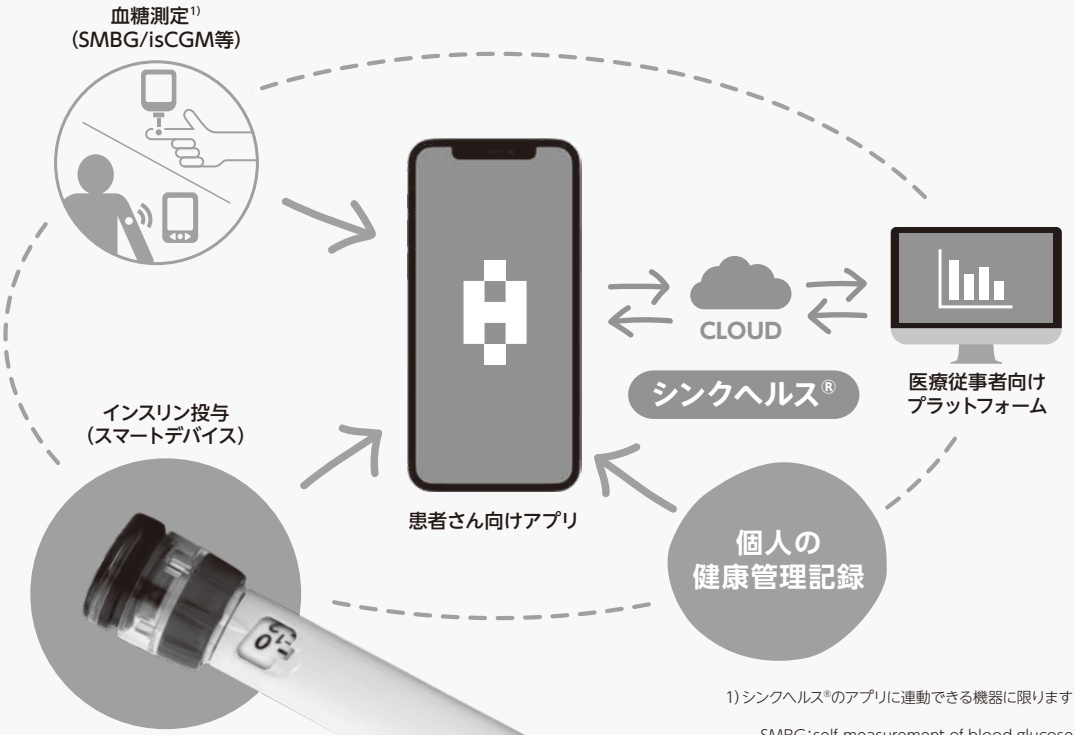
エムベクタ合同会社　東京都港区西新橋1-1-1 日比谷フォートタワー10F

embecta, the embecta logo and all other trademarks are trademarks of Embecta Corp.© 2025 Embecta Corp. All rights reserved. EMB-05464

販売名：BD マイクロファイン プロ　医療機器認証番号：230AFBZX00075000／販売名：BD マイクロファインプラス　医療機器認証番号：20400BZY00746000／
販売名：BD オートシールド　医療機器承認番号：22300BZX00136000／販売名：BD プラスチパック　医療機器承認番号：15100BZY00973000／
販売名：BD ロードーズ　医療機器承認番号：15100BZY01334000／製造販売元：エムベクタ合同会社

embecta™

SoloSmart®ソリューションで
糖尿病治療をより個別に、よりスマートに



1) シンクヘルス®のアプリに連動できる機器に限ります

SMBG:self-measurement of blood glucose
isCGM:intermittently scanned continuous glucose monitoring

SoloSmart®

サノフィの使い捨てタイプのペン型注入器に
取り付けることにより、インスリン投与記録(投与時間・投与量)を
シンクヘルス®に転送します。

こんなお困りごとはないでしょうか?

患者さん

- 血糖値や投与時間・投与量を記録するのが手間だと感じている
- 投与や服薬を忘れたことがある
- PHRは常に監視されているようで心理的な負担がある

医療従事者

- 限られた診療時間だけでは、患者さんの血糖記録を把握することに限界がある
- 適切な治療を提供するために情報の集約を図りたい
- PHRを導入したいが、使い方や説明の仕方に不安がある

PHR:personal health record

2024年9月作成
MAT-JP-2405773-1.0-09/2024

サノフィ株式会社
〒163-1488
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

sanofi

肥満症治療剤 持続性GLP-1受容体作動薬

薬価基準収載

ウゴービ® 皮下注

0.25mgペン1.0MD 1.7mgペン6.8MD
0.5mgペン2.0MD 2.4mgペン9.6MD
1.0mgペン4.0MD

劇薬 処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

セマグルチド（遺伝子組換え）

novo nordisk®

肥満症治療剤 持続性GLP-1受容体作動薬

薬価基準収載

ウゴービ® 皮下注

0.25mg SD 1.7mg SD
0.5mg SD 2.4mg SD
1.0mg SD

劇薬 処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

セマグルチド（遺伝子組換え）

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等
情報等については電子添文を参照してください。

製造販売元〈資料請求先〉
ノボ ノルディスク ファーマ株式会社
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1
www.novonordisk.co.jp

JP25SEMO00240
（2025年8月作成）

ウゴービ®製品ページ
ウゴービ®に関する情報はこちらからアクセスいただけます。
ぜひご覧ください。
https://pro.novonordisk.co.jp/products/wegovy.html

ウゴービ®は「最適使用推進ガイドライン」の対象品目です。ガイドラインの詳細は、厚生労働省のHPでご確認ください。