

第6回

日本フットケア・ 足病医学会 年次学術集会 に行ってみよう!

2026年2月27日(金)・28日(土),
「第6回 日本フットケア・足病医学会年次学術集会」が
グランフロント大阪ナレッジキャピタルにて開催されます。
テーマは「LIFE TIME MANAGEMENT」です。
足病を有する患者さんの一生を考えることができる
学術集会の主な内容を紹介します。

学術集会の主なプログラム

1 未病 TRACK

- ①透析患者のフットケア管理総論：課題から解決への道
- ②“変形爪”ケアの迷いと解決を探る
- ③みんなで守る足の未来：ケアの専門知識と判断力
- ④巻き爪矯正を体験しよう
- ⑤爪白癬の診断が正しくできますか？
- ⑥やってみよう！足病変の総合アセスメント
- ⑦グラインダーを使いこなす
- ⑧爪甲ケア実践：ゾンデを活用した効率的テクニックの習得

2 発症 TRACK

- ①秘密のフットケアケンミンショー
- ②徹底比較！あなたが勧める足を守るための靴ランキング！
- ③医×足×経の交差点
- ④足病予防の運動革命
- ⑤はじめて足をみる：いますぐ役立つ足の見方

3 治癒 TRACK

- ①創傷治癒のキホンのキ：非虚血肢
- ②創傷治癒のキホンのキ：虚血肢
- ③DJ福永のよろず相談チャンネル：あと一息どないしょ？
- ④明日から使える魔法の言葉：病識のない患者への対応どうしてる
- ⑤ざんげ部屋へようこそ！全部言います、後悔症例集
- ⑥あともう一声！補助療法、どれにしようかな

4 再発 TRACK

- ①足病の再発予防の取り組み、どうしてる？
- ②糖尿病患者の効果的な再発予防・重症化予防
- ③退院後の足病患者さんの重症化を予防するには？
- ④この足病はなぜ再発したのか？
- ⑤DOC症例検討会
- ⑥免荷
- ⑦歩行・リハビリ
- ⑧足部動脈のドップラー聴診

5 切断 TRACK

- ①徹底討論：CLTIに対する大切断の基準を考える
- ②みんなで考えよう！CLTIによる大切断後のクリニカルパス
- ③下肢切断後の患者さんにかかる一言
- ④よくわかる実践で役立つ切断術後のトラブル対処法

6 死亡 TRACK

- ①CLTI終末期との向き合い方：何が患者にとって最高の最期なのか？
- ②終末期CLTIとの向き合い方：悪化させないケアと無理しないケア
- ③本邦のCLTI診療の現場にACPどう持ち込むか
- ④CLTIの臨床ステージを考えよう



足は人生なり

“LIFE-TIME MANAGEMENT”から考える
医師と看護師の協働のかたち

「足は人生なり——“LIFE-TIME MANAGEMENT”から考える医師と看護師の協働のかたち」と題して、第6回日本フットケア・足病医学会年次学術集会の学会長を務められる大阪けいさつ病院循環器内科の飯田修先生と、看護の立場から足病医療を支える廣納裕子先生にお話を伺いました。

司会



富田 益臣

医療法人社団青泉会
下北沢病院
糖尿病センター長

登壇



飯田 修

大阪けいさつ病院 循環器内科 部長
第6回日本フットケア・足病医学会
年次学術集会 会長



廣納 裕子

医療法人社団青泉会
下北沢病院
看護部長/糖尿病看護認定看護師

足病患者の一生を考える機会にしたい

富田 今回の学会テーマは“LIFE-TIME MANAGEMENT”です。足病を有する患者さんの一生（未病から発症、治癒、再発、切断、そして最期まで）のすべての段階で、どう寄り添い、どう支えていくかを考える学会です。まずは飯田先生、このテーマを掲げられた背景と、循環器内科医としてのこの領域にかかわるようになったきっかけをお聞かせください。

飯田 一人の患者さんが足病になり、その後、闘病を繰り返して最終的に亡くなるまでの過程では、医療従事者のモチベーションや知識、協力態勢などにすごく影響を受けるので、医療従事者が患者さんのLIFE-TIMEをしっかりとみることがとても大事です。ですから、今回の学術集会では、足病を有する患者さんの一生に関してとことん考える会にしたいという思いを込めました。

足病治療は患者のQOL，自分らしく生きる力に直結する

富田 循環器内科という心臓の専門領域から、「足」という末梢へ関心を広げられました。そこにはきっと、何か印象的な患者さんとの出会いや、強く心に残る出来事があったのでしょうか？

飯田 私自身の足病に対する診療のモチベーションの根源は、足病患者さんが大切断になると決まったときの無念そうな表情、残念ながら亡くなってしまったときの家族の言葉です。循環器内科医としては、血管をひろげる治療によってアウトカムに直結すること、足の治療が患者さんのQOLに直結することにやりがいを感じます。外来で患者さんに、「先生、めっちゃよくなって歩けるようになったわ」と言われると心底うれしいですね。

富田 廣納さんは、看護師として足に深くかかわるようになったきっかけや、〈この患者さんの存在が自分を変えた〉と感じた経験はありますか？

廣納 15年前、外来勤務中にスリッパから足先がはみ出るほど爪が伸びている患者さんがいました。視力が低下し、爪が厚く変形していたため、自分で爪を切ることができなかったのです。「看護婦さん、切ってよ!」と言われ、「そうだなあ、切ってあげて、もっときれいにしてさしあげたい」と思いました。また、糖尿病患者さんで、血糖コントロール不良から合併症が進行して網膜症や足潰瘍を起こし、敗血症で緊急搬送された場面にも立ち会いました。そのとき、「もっと早く気づいて支援できたのではないか」

「看護師として何かできることがあったのではないかと強く感じました。この経験が、フットケアや足病医療に関心を持ち、学び始めるきっかけとなりました。患者さんの足を守ることが〈生活を守ること〉につながります。そして、患者さんが自分らしく生きる力を取り戻すために、看護師としてできることを追いつけたいと思っています。

足を診ることは患者の生き方を診ること

富田 お二人のお話を聞いていると、「足を診る」という行為が、単に皮膚や血管を見ることなく、その人の生き方そのものを診ることに近いと感じます。飯田先生がよくおっしゃる「足は第二の心臓ではなく、足は人生なり (Life is on legs)」という言葉には、どんな思いを込めておられますか？

飯田 足を診れば、その患者さんがどういう過程で足病になったのかわかります。「足の変形はどうか」「爪の状態はどうか」「清潔を保っているか」などを観察すれば、患者さんの生き方も想像できます。足は体を一生支える臓器の1つですし、その人の人生を意味するものだと思うので、「足は人生なり」という言葉に思いを込めています。単に足の傷を治すとか、糖尿病を治療するとか、血管をひろげるということではなく、足病は人生そのものに影響すると思っています。

富田 廣納さんは、看護の立場から“Life is on legs”という言葉をごどのように受け止めていますか？

廣納 看護の対象は〈病気をもった患者〉ではなく、〈人としてのかかわり〉です。その人の人生、生活、価値観を大切にしながら、「いま」を支えることが看護の役割だと考えます。看護師の使命は、“その人らしい暮らしを支えること”。そのために、多職種との連携・協働は不可欠です。看護師は、身体的・精神的・社会的な3つの側面から生活を支え、継続的に、途切れのない看護を実践していかなければなりません。大げさに聞こえるかもしれませんが、ケアの一瞬一瞬が〈患者さんの生きる時間〉を支えているという意識を持ち、患者さん一人ひとりの限りない可能性に寄り添いながら、その人の〈歩く〉〈動く〉を支援していくことでしょうか。

Life is on legs
足は人生なり

一人の足をチームで診ることが足病医療の根幹

富田 足病医療はまさにチーム医療の象徴です。医師と看護師が協働するうえで、とくに大切だと感じることは何でしょうか？

飯田 医師が中心であるようで中心ではないということです。医師は臨床現場で旗振りをする必要がありますが、メディカルスタッフの方々が中心に協働することが足病医療の発展には欠かせないと思います。さまざまな診療科と職種が一つのゴールに向かって、時にはゴール設定に対して熱く議論することも大切です。ですから、足病治療に対してモチベーションのあるメディカルスタッフの方々をどんどん巻き込み、足病医療を発展させることが大事だと思います。

富田 廣納さんは、現場で「医師と看護師の協働がうまく機能した」と感じた瞬間、あるいは看護師の小さな気づきが治療を変えた経験などがありますか？

廣納 下肢切断をする患者さんの意思を尊重し、患者さんの思いに寄り添い、チームでかわり、治療意欲を向上させる支援を行ったエピソードがあります。それに関しては、別のパートで詳しくお話させていただきます (p.58)。

富田 やはり、〈一人の足〉をチームで診ることが、この医療の根幹なのですね。



足病患者さんのQOLを高めるための人材とは

富田 ここからは少し未来のお話を伺いたと思います。飯田先生は、足病医療という分野を今後さらに発展させていくためには、どんな仕組みや教育、あるいは人材育成が必要だとお考えですか？

飯田 人材で必要なのは、足病医ではないと考えています。足病で問題となるのは足以外のトラブルも少なくないからです。たとえば糖尿病や心臓疾患です。そして、低収入や低学歴、リテラシーの低さなどのSDOH（健康の社会的決定要因）の問題も避けて通ることはできません。ですから、必要なのは足病医ではないと思います。〈足病患者さんのQOLを高める〉というアウトカム達成に必要な新たな人材の答えは出ていないので、今回の学術集会で検討できればと思います。

富田 廣納さんは、看護師の立場からみて、後進の教育やチーム内でのスキル継承の課題をどのように感じていますか？

廣納 足病看護は歴史が浅く、看護学校や現場での教育もまだまだ進んでいない現状があると思います。教育に関する課題は大きいと思います。私たち専門病院でも、スキルの継承など外部に向けて発信していかなければならないという大きな課題も残っています。

富田 ありがとうございます。お二人とも、「教育」と「現場の支援」を両輪にして、次の世代にこの分野を引き継ごうとしておられるんですね。

SDOH

social determinants of health
健康に直接的または間接的に影響を与える経済的・社会的・環境的要因



6つのTRACKで検討する学術集会

富田 最後に、学会長として伺います。今回の学術集会では、どんなことを目指しておられますか？

飯田 日本の高齢者のコモディジーズを真剣に考える場として、しっかり議論できる会にしたいと思います。フットケアというブームに巻き込まれることなく、学術的に深く議論し、症例を通じて嬉しかったことも悲しかったことも共有しながら、足病医療の未来をどうするのかを考えたいと思います。

富田 “LIFE-TIME MANAGEMENT”の理念をより広く届けるために、どんな方々に学会へ参加してほしいとお考えですか？

飯田 足病は避けて通れない疾患になってしまったので、学術集会では6つのTRACKで現場の問題を洗い出します。〈いま何が問題になっているか〉も含めて、ちょっとでも足病医療の問題点などを感じていただければと思います。

廣納 人生100年時代、患者さんの〈歩く〉〈動く〉を支えるために、未病の段階から人生の最期まで、医療者の使命は〈足と人生を守ること〉にあると考えます。そのために、現在、足病治療の最前線で奮闘されている皆様はもちろん、「自分はまだ直接かわかっていない」と感じている看護師やメディカルスタッフの方々にも、この機会にぜひ学会会場へお越しいただきたいと思います。足病医療に関する知識が広がり、連携の輪がさらに広がることで、救える足、そして守れる人生が確実に増えていくと思っています。

富田 ありがとうございます。今日のお話を通して、“LIFE-TIME MANAGEMENT”とは、病期を管理することではなく、人生を診る医療だということを改めて感じました。足を診ることは、その人の歩みを支えること、そして医師と看護師が協働してこそ、守れる命と生活があります。まさに“足は人生なり (Life is on legs)”ですね。飯田先生、廣納さん、本日は貴重なお話をありがとうございました。そして読者の皆さんも、ぜひ大阪の学術集会に足を運び、この理念を肌で感じていただければと思います。

(2025年10月15日)

common disease

日常的に高頻度で遭遇する疾患、有病率の高い疾患

第6回 日本フットケア・足病医学会年次学術集会 The 6th Japanese Society for Foot Care and Podiatric Medicine

会期 2026年 2月27日(金)・28日(土)

会場 Grand Front Osaka Knowledge Capital
グランフロント大阪ナレッジキャピタル
〒530-0011大阪府大阪市北区大深町3-1

会長 飯田 修 大阪けいさつ病院
循環器内科

副会長 田中 里佳 順天堂大学
医学部形成外科
藤原 昌彦 野村産科
産婦人科

<https://www.6thjfcpm.jp/>

LIFE TIME MANAGEMENT

6つのTRACK

足病を有する患者さんの一生にどう寄り添い、どう支えていくか——。
未病，発症，治癒，再発，切断，死亡の段階の現在の臨床治験，課題，将来像などを，
それぞれのプログラム委員の方々にお話しいただきました。
学術集会の参考にしていただければ幸いです。

1 まだ何も起きていないからこそ，始めよう

1
未病



ポイント

- 高リスク者への足のスクリーニング，セルフケア指導

課題

- 無症状者に対する介入の動機づけ，地域での早期発見体制の構築
- 看護師による初期介入と多職種連携の起点づくり

2 「なんか変」から始まる足の異変への気づき

2
発症



ポイント

- 初期の足潰瘍・感覚異常の発見
- 看護師の観察と声かけ

課題

- 発症の見逃し，患者の気づきの遅れ，初動の不統一
- 病棟・外来での観察と記録，報告の徹底

3 ただ治すだけじゃない，「歩ける足」へのサポート

3
治癒



ポイント

- 血行管理，創傷ケア，退院後支援

課題

- 多職種連携の不備，病態の慢性化，再潰瘍リスク評価の難しさ
- 看護師の創ケア技術と患者指導スキルの活用

4 再発を防ぐための“日常”を支える

4
再発



ポイント

- フットウェア・装具・家庭でのセルフケア支援

課題

- 装具使用の継続性，生活習慣への支援介入不足，家庭環境要因
- 訪問看護や地域連携における継続支援の役割

5 切断を迎える人の“これから”を考える

5
切断



ポイント

- 切断前後の心理的支援
- ADLの見通しと共有

課題

- 意思決定支援の不足，情報提供の偏り，リハビリ連携の乏しさ
- 術前カンファレンスや退院支援における看護師のキーパーソンとしての関与

6 人生の最期に，足を通じてかかわる

6
死亡



ポイント

- CLTI終末期，家族とのかかわり，疼痛と尊厳のケア

課題

- ACPの導入タイミング，医療のやめどき
- 在宅・施設との連携
- エンドオブライフケアにおける看護師のかかわりと家族支援



1 未病 TRACK

まだ何も起きていないからこそ、始めよう

プログラム委員（敬称略）

高山 かおる 埼玉県済生会川口総合病院 皮膚科 主任部長

愛甲 美穂 湘南鎌倉総合病院 血液浄化センター フットケア外来看護師

橘 優子 順天堂大学医学部附属順天堂医院 足の疾患センター 副センター長

藤原 昌彦 野崎徳洲会病院 副院長 循環器内科

ポイント

- 高リスク者への足のスクリーニング，セルフケア指導

課題

- 無症状者に対する介入の動機づけ，地域での早期発見体制の構築
- 看護師による初期介入と多職種連携の起点づくり

1 足病変になり得る原因とは——現在の臨床知見とエビデンス

皮膚の乾燥，胼胝，鶏眼，白癬，巻き爪などのコモンディジーズは足病のなかでも軽症に分類されますが，これらを放置することによって悪化し，足病重症化の原因になることがわかっています。

この「コモンディジーズが次なる段階を引き起こしていく」という流れを理解すれば，予防的な意識も高まると思います。

ただ，軽症といっても，これらの症状は生活習慣に基づいて生じるため，治癒は簡単ではありません。それに対する適切な処置の実施や知識の啓発が本当の意味で足病の予防になると思います。

（高山先生）

common disease

日常的に高頻度で遭遇する疾患，有病率の高い疾患

2 これから解決しなければならないことは何か

①未病の初期段階で検査をどう行うか

足病発症前の，いわゆる“未病”の段階は，まだ自分の感覚（痛い，違和感があるなど）として足の状態をとらえられている人たちだと思います。自ら「足がむくむんです」と言える人も多いので，それを私たちがどうとらえるかが大事だと思います。

その1つが，私たちの問診や触診ですが，検査も大事な要素です。未病の初期症状の段階で，しっかり検査を行うことで重症化予防につながると思います。

（橘先生）

②患者の行動変容をどう促すか

解決すべき問題としては，「いかに行動変容できるか」だと思います。足病変を悪化させないための行動方法を知らない患者さんがほとんどなので，それを知っていただくことで元に戻る段階が未病だと思います。

白癬や巻き爪などは一般の人が誰でもなり得る疾患なので，軽く考えられてしまい，さまざまな合併症が併存して悪化の一途をたどるというのが足病の流れです。そういう意味では，その根本を解決するノウハウがないと，足病から患者さんを守れないと思います。

患者さんがセルフチェックすることで，未病の段階で踏みとどまる知識が携われればよいと思います。

（高山先生）

3 明日からの診療を変える Take Home Message

①足病と転倒予防，認知症との関連を考える

巻き爪や爪肥厚があると転倒のリスクも高まりますが，転倒予防を考えると足病に無頓着な医療スタッフが少なくありません。

胼胝や鶏眼，白癬，爪肥厚のある高齢者は，うまく立てなかったり歩けない人も多いので，転倒して寝たきりになる人が多いのが現実です。高齢者の職場での転倒も問題になっています。

そこで，本学術集会では転倒予防学会とコラボし，高齢者の職場での転倒に関することなどを考えてみたいと思います。

（高山先生）

②足裏の浮腫への認識を高める

高齢者に多い足の浮腫にも注目したいと思います。足裏の浮腫によって着地感が悪くなり転倒する高齢者もいますし，足首の関節が硬くなることで浮腫が発生し，歩行バランスが崩れるといった現状も知ってもらいたいと思います。

身近な病態でありながらあまり重要視されていないという現状もあるので，足裏の浮腫についての認識を高めていただければと思います。

（橘先生）

4 看護師として何ができるか，何をすべきか

①足を見て・触って，が重要

患者さんも医療従事者も，足を見たり触ったりしていないことが問題です。とくに高齢者の場合は，目から遠くで見えなかったり届かないこともあり，「まさか自分の足が病んでいるとは夢にも思わなかった」ということになります。

看護師が足を見て触って洗浄することを重要視すれば，かなりの足病は予防できると思います。

（高山先生）



②看護師が「どこまでできるか」を明確に

看護師は医師の指示のもとで処置を行うことになっています。近くに医師がいない状態でフットケアを行っている看護師の場合，「これ以上やってはダメなのでは」「どこまでやってよかったのか」という不安があり，安心して取り組めないことが少なくありません。

これは，看護師が行っているフットケア外来がかかえる課題だと思います。この課題については，看護師がアセスメント能力を上げていく必要があると思います。安全なケアを提供するためには，技術の習得だけでなく，足のリスクを正しく理解し，適切なケアを行う力も不可欠です。

（橘先生）

5 学術集会でこんなことを一緒に学んでほしい！

①ハイリスクの患者をみたときに，まずどうするか

透析患者の足病を評価すると，創傷をいまだ発症していませんが，エコー等で膝下の血管が詰まっていることがよくあります。

その場合，「足に傷をつくらないようにしてください」と言って日々を過ごしていただくのですが，半年後，1年後にして大きな傷ができてカテーテルなど手術を受ける患者さんも少なくありません。そのとき患者さんは，「なぜもっと早く受診できなかったのか」と思っているのではないのでしょうか。

こういったハイリスクの患者さんをみたときに，足病発症をいかに予防するかを検討することがとても重要ではないでしょうか。

（藤原先生）

②生活習慣の問題点にどう気づくか

皮膚科医の立場からいうと，きれいに洗浄して保湿さえしていれば，かなりの傷は予防できると思います。洗浄と保湿ができないのが最大の問題であり，生活習慣の問題としてとらえることが重要だということを学んでほしいと思います。

したがって医療従事者は，生活習慣の問題点に気づき，患者さんを評価することが大切です。声かけや通院回数の確認，キーマンなどの周辺環境に関しても，細かい気遣いが必要だと思います。

（高山先生）

③患者さんへの集団教育へのトライアル

糖尿病患者の教育入院はスタンダードになっていますが、足病に関しても集団教育の機会があってもいいと思います。

循環器内科医がフットケア外来に予防的ケアを依頼することがありますが、依頼されないこぼれた患者さんもあるため、集団教育で対応できればと思っています。

「患者さん自身が足病予防について知っておくための第一歩となる情報を提供する」ことに、まずは取り組んでみてもよいのではないかと思います。

（橘先生）



2 発症 TRACK

「なんか変」から始まる 足の異変への気づき

プログラム委員（敬称略）

富田 益臣 医療法人社団青泉会下北沢病院 糖尿病センター長

廣納 裕子 医療法人社団青泉会下北沢病院 看護部長/糖尿病看護認定看護師

山崎 優介 みんなのかかりつけ訪問看護ステーション安佐南 事務所長/糖尿病看護特定認定看護師

ポイント

- 初期の足潰瘍・感覚異常の発見
- 看護師の観察と声かけ

課題

- 発症の見逃し，患者の気づきの遅れ，初動の不統一
- 病棟・外来での観察と記録，報告の徹底

1 | いまわかっていることは何か——現在の臨床知見，エビデンス

①医学的知見

足の潰瘍や糖尿病性足病変の発症には、「神経障害」「血流障害」「感染」が深くかかわっています。

臨床現場では、潰瘍→感染→切断，という典型的な進行パターンをたどることが多いのが現状です。

IWGDF（国際ワーキンググループ）のガイドラインでは、予防のために「フットスクリーニング」「クリーニング」「リスクのある足の定期観察」「患者・家族・医療者への教育」「適切な靴の処方と着用」「巻き爪、水虫などの

足の病変治療」の5つが重要だとされています。

さらに、血糖コントロールや体重管理も足病変の治療や再発防止に不可欠です。

足の潰瘍や糖尿病性足病変の発症には、「神経障害」「血流障害」「感染」の三要素が深く関与しています。

臨床の現場では、潰瘍の形成→感染の進展→切断に至るという典型的な経過をたどる症例が少なくありません。

国際ワーキンググループ (IWGDF) のガイドラインでは、発症予防のために以下の5つの取り組みを重視するよう提言しています。

- ①フットスクリーニングの実施
 - ②足の清潔保持(クリーニング)
 - ③リスクのある足の定期観察
 - ④患者・家族・医療者への教育
 - ⑤適切な靴の処方と着用、および巻き爪・白癬などの足病変の治療
- これらの介入に加え、血糖コントロールや体重管理も、足病変の治療促進および再発防止の観点からきわめて重要です。

(富田先生)

IWGDF

International Working Group
on the Diabetic Foot
糖尿病足病変の国際ワーキング
グループ

□ 足の合併症の予防のために必要なこと

1. 糖尿病患者へのフットスクリーニング
2. リスクのある足の定期的な観察
3. 患者、家族、医療者への教育
4. 適切な靴の選択、処方、履いてもらう
5. 足潰瘍のリスク因子の治療
6. 血糖コントロール
→血糖の高い患者の傷は治らないし、創部も離開・感染する
→傷からHbA1cの数値がわかるようになる
7. 体重コントロール
→体重増加は義足断端の不適合、足底圧の上昇につながり、潰瘍悪化や再発のリスクを高める
8. 心血管系のリスク管理
→足だけ治そうとするのではなく、全身管理も必要

□ IWGDリスク分類

IWGDFガイドラインでは、リスク分類、リスクに応じた定期的な足の診察を推奨している。神経障害、血流障害、足部変形、潰瘍および切断の既往、透析をリスク因子としてカテゴリーを0から3まで分け、カテゴリー別に推奨される足の診察頻度を示している。

- リスク因子として、
- 神経障害
 - 血流障害(末梢動脈疾患)
 - 足部変形
 - 潰瘍または切断の既往
 - 透析治療の有無

があげられ、これらの有無によって、リスク0～3に分類される。それぞれのリスクカテゴリーに応じて、推奨される足の診察頻度が定められている¹⁾。

リスク 0

- 神経障害、末梢血流障害なし
→“スクリーニング”を年1回

リスク 1

- 神経障害あり、または末梢血流障害あり
→“足の診察”を6～12か月に1回行う

リスク 2

- 神経障害 & 変形、または神経障害 & 末梢血流障害
- 末梢血流障害 & 変形
→“足の診察”を3～6か月に1回行う

リスク 3

- 神経障害、または末梢血流障害
+ 潰瘍、切断の既往歴、または + 透析(ESRD)
→“足の診察”を1～3か月に1回行う

②看護師の視点

看護師は、日常的なケアのなかで爪切りや爪の変形、皮膚の乾燥、靴トラブルなどの足病変に遭遇することが多くあります。そんななかで、患者や家族は、足病変に関する知識が不足している場合が多いのが現状です。

足病変は、足のアセスメントだけでなく、患者の生活状況や全身の状態、セルフケアの状況が足病変と密接に関連していることがわかっています。

また、看護師は患者のセルフケアをどのように支援していくかが足病変の予防にとって重要であることを理解しています。たとえ足病変のリスクが高かったとしても、セルフケアを適切に行えば悪化を防げ、逆に足病変のリスクが少ない患者でもセルフケアが不十分であると悪化する可能性があります。

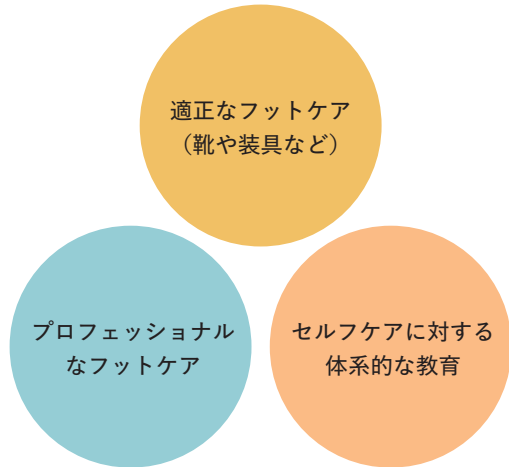
患者の生活をみるプロとして、細かく観察することが看護師の重要な役割であるといえます。

(廣納先生、山崎先生)

□ 看護師の視点

ハイリスクの足潰瘍リスク患者に対して
「統合的なフットケア」を提供するべきである

「統合的なフットケア」とは以下の3つからなる



統合的なフットケアを1～3か月ごとに繰り返し、常に必要性を評価することで、少なくとも75%の潰瘍再発予防が期待できる

2 | これから解決しなければならないことは何か

①医師側の課題

①非専門医への教育と診断体制の整備

診療現場では、足病変やそのリスクの見逃しが少なくありません。とくに血流障害や感染の早期発見・診断は難しく、非専門医が自信をもって判断できる体制が整っていないのが現状です。

さらに、足病を体系的に学ぶ場そのものが少ないという構造的な問題もあります。「フットケアは看護師の仕事」といった固定観念や、「足を見る時間なんてない」という考えも根強く、医師が足を診る機会を失っています。

今後は、非専門医を含めた医療者全体で足を診る文化を育て、教育・診断フロー・評価ツールの標準化を進めることが求められます。

②診療科間および地域医療との連携強化

足病を抱える患者の多くは、糖尿病、腎不全、心疾患など多くの併存症を有しており、複数診療科が関与すべき疾患です。しかし現実には、「どの科が診るのか」という押し付け合いが生じ、対応が遅れるケースも少なくありません。

同一病院内でも血管外科・整形外科・形成外科などの連携が十分に機能していない場合があり、在宅や地域医療の現場でも、評価ツールや診療フローの不足が課題となっています。

足病診療は、専門領域の狭間におかれたアンメット・メディカル・ニーズ(Unmet Medical Needs)です。院内・地域を超えて連携の枠組みを築き、誰もが「足を診る」ことができる医療体制の構築が急務です。

(富田先生)

②看護師側の課題

①教育の場、指導者の不足

フットケアに関心をもつ看護師がまだまだ少なく、かつ看護師の業務が多忙なため、足病変への興味を示しにくい現状があるのではないかと思います。

また、フットケアについてきちんと教育できたり技術を教えられる人材

の不足も課題です。フットケアを知識と技術、そして実践までをつなげて学べる教育の場が必要です。

臨床現場だけに教育を任せるのではなく、看護大学や看護専門学校のカリキュラムに、足病変に関する教育を入れていくことも重要です。

②診療報酬の低さと人員不足

フットケアの診療報酬が低いため、フットケアを実施しない医療機関が増えています。

さらに、臨床現場の看護師不足あり、診療報酬が低いケアに人員を割けないのが現実です。そのため、足で困っている患者は相当数いますが、それに対応できる看護師が全く足りていません。診療報酬を上げ、たとえば病院がそこに人員を割けるようにしなければ、大多数の患者さんを助けることはできません。

③在宅医療

在宅現場では、自分で爪を切ることができない人が多いにもかかわらず、適切なアセスメントがなされないことがあり、出血事故などのリスクが高いという問題があります。

(廣納先生、山崎先生)

③社会全体の課題

①システム構築

米国でも、足病医がいるにもかかわらず予防がうまくいっていない事例は多くあることから、時間やコスト、人員の問題を解決する「足をみるシステムづくり」が必要です。

②多様な社会背景

糖尿病患者の急増、長時間の医療期間、視覚障害者、独居老人など、足病変のリスクが高い人々の増加に対応する必要があります。

③地域格差

フットケアに関して、地域によって知識やサービスの格差が非常に大きいことも課題でしょう。この格差の根本原因は、〈フットケアのスタンダードが存在しない〉ということだと考えられます。

また、看護師のフットケアを「できる」という技術レベルには、大きな差があるのも現状です。

(廣納先生、山崎先生)

3 明日からの診療を変える Take Home Message

①ルーチン化とアクション

①靴と靴下を脱がせる

まずは「靴下・靴を脱がせる」ことから始めます。これにより、皮膚の色調、腫脹、胼胝、爪、足趾変形、感染徴候などを直接観察することができます。〈足を見る診療〉はここから始まります。

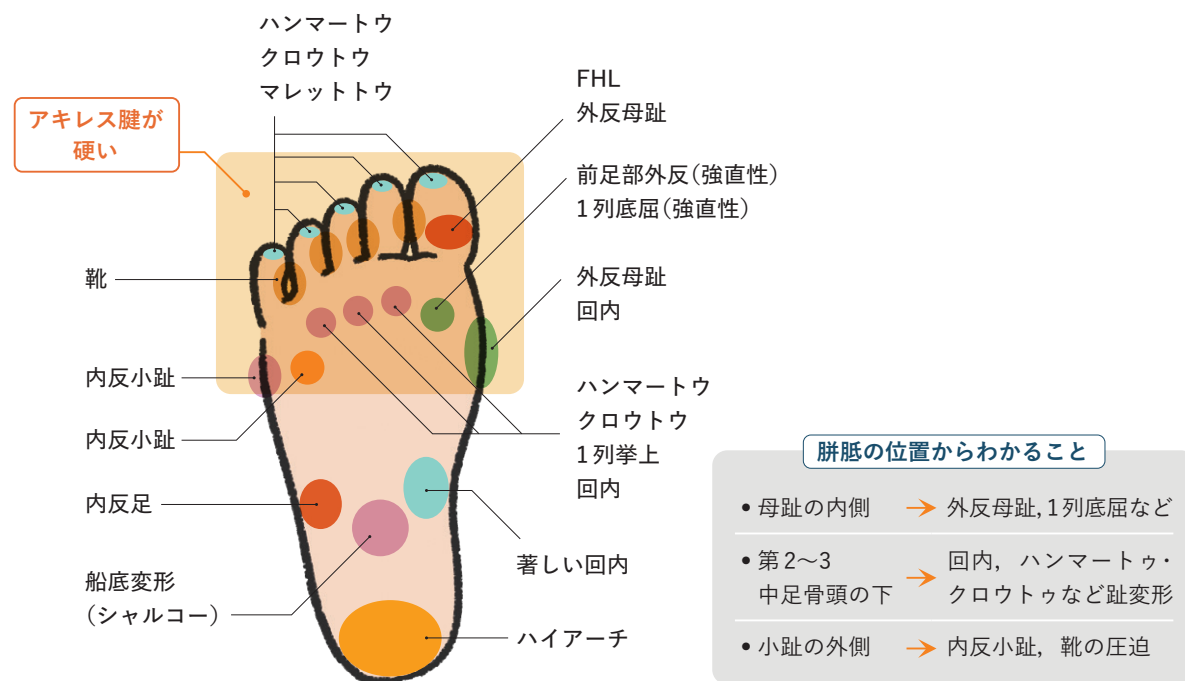
②胼胝を見たら「なぜそこに？」と考える

胼胝は単なる皮膚の厚みではなく、荷重異常や歩行のアンバランスを示す臨床サインです。

- なぜその部位に胼胝が生じているのか（過剰な圧、変形、装具不適合など）
- 潰瘍になりやすい危険な胼胝ではないか（例：胼胝下出血）
- 痛みがないこと自体が危険ではないか（＝神経障害の可能性）

観察するだけでなく、原因を推測し、リスクを評価する思考をもつことが大切です

□ 足底の胼胝マップ



③爪肥厚を見たら「皮膚科・検査につなぐ」

爪肥厚を認めた場合は、

- 皮膚科に相談・紹介する、または
- KOH直接鏡検で爪白癬の有無を確認します。

白癬の治療は足潰瘍の予防にもつながります。「観察して終わり」ではなく、次のアクション(連携・検査)につなげることが重要です。

④システムの活用：DCTとは

医療者が足を診ないなら、患者が自ら靴を脱いで足を見せる文化をつくれます。

医療現場で足を診る文化が十分に根づいていない現状では、足を見せる側＝患者自身が動くことが重要になります。

- 靴と靴下を脱いで、足を見せることを受診のきっかけにする
- 医療機関では、その行動を歓迎し、〈見せてもらう仕組み〉を整える
- これにより、医療者の気づきが増え、早期発見と介入が可能になる

足病の予防・早期発見は、医療者の努力だけでは完結しません。患者発のDCT (direct to consumer) という文化を社会に根づかせ、〈足を見せることが当たり前の医療〉へと変えていく必要があります。

(富田先生)

DCT

direct to consumer
顧客(患者)直結

4 看護師として何ができるか、何をすべきか

①リスク因子のある患者の拾い上げ

看護師の皆さんには、胼胝、巻き爪、足乾燥などの前潰瘍病変(リスク因子)のある患者を拾い上げてほしいです。それを多職種と患者情報を共有し、患者教育を継続していくことが大切だと思います。

(富田先生)

②多職種連携の強化

看護師は、多職種と情報を共有し、連携を円滑にするための司令塔でなければなりません。足の異常を発見したら速やかに医師に報告し、リハビリテーション専門職や在宅医療との連携を強化することがフットケアには重要です。

(廣納先生)

③セルフケア支援の専門家としての看護師

看護師がまずすべきこと、それは「セルフケア支援」だと思います。看護師は、「予防が大事」と言うだけではなく、「どうすれば患者さん自らがケアできるか」を考える〈セルフケア支援の専門家〉として、患者を支えていくべきだと考えます。

（山崎先生）

5 学術集会でこんなことを一緒に学んでほしい！

①足病の発症をどう予防するか：時間・コスト・人員を含めたシステムづくり

①現場における課題認識

足病変の予防で最も重要なのは、リスクのある足を定期的に観察する仕組みを構築することです。

しかし現状では、

- 患者および家族教育に十分な時間が確保できていないこと
- 医療者間で知識や経験に差があること
- 靴の処方や装具の提供がシステム化されていないこと

など多くの課題が存在します。

「誰が、いつ、どの患者を診るのか」という明確な運用ルールを整備することが必要です。

②医療体制の課題：教育・人員・コスト

米国では足病医 (Podiatrist) 制度が確立していますが、予防の実践は必ずしも容易ではありません。教育や靴の提供を受けられる潰瘍・透析患者は限定的であり、足病医が存在する米国でも、糖尿病患者の急増に対して教育・時間・人員・コストの不足が課題となっています。

日本においても同様の構造的課題を抱えており、これを受けて学会では「フットケア・足病治療認定師」制度が創設されています。今後は院内のみならず、地域全体で足を診る人材を育成し、教育および連携体制を拡充することが求められます。

③効率的なリスク抽出：AAAスコアの活用

すべての患者の靴を脱がせて足を診ることは現実的ではありません。そのため、「靴を脱がずに」リスクを推定できるAAAスコアの活用が有用です。

□ AAAスコア

リスク因子	スコア
糖尿病罹病期間 (15年以上)	2点
視力低下 (0.5以下)	6点
腎機能低下 (eGFR 60mL/min/1.73m ² 未満)	2点
独身・独居	3点
肉体労働者	4点

合計7点以上で、IWGDFリスク分類のグループ1以上に該当する可能性が高いとされています²⁾。

このスコアを用いることで、限られた時間と人員のなかでも優先的に靴を脱がせて足を診るべき患者を抽出することができます。

④足病予防システムの設計

足病の発症を減らすためには、「人」「仕組み」「データ」の3要素を同時に整備する必要があります。

- 人 (Education)：医師・看護師・療法士・装具士などの教育と育成
- 仕組み (Workflow)：フットスクリーニングのルーチン化、診療連携フローの構築
- データ (Evaluation)：AAAスコアなどのリスク指標の活用と共有

これにより、「個人の努力に依存する医療」から「組織的に足を守る医療」へと転換することが可能となります。

⑤まとめ

足病予防は、個々の医療者の経験や熱意だけでなく、教育、評価、連携、装具、社会背景を含む総合的なシステムとして運用することが求められます。

〈靴を脱ぎ、足を診る文化〉を日常診療に根づかせるためには、人材を育て、仕組みを整え、社会全体で支える体制を構築することが重要です。

限られた資源のなかで最大の予防効果を生むシステムづくりを目指すことが、今後の課題であり目標となります。

（富田先生）

②足の異常を的確にとらえる視点と知識をいかにもつか

私たち看護師がすべきことは、異常の早期発見だと思います。異常をとらえるための知識をもつこと、病変部位の記録・写真を残すこと、統一したアセスメントができるツールを使用することが重要です。

セルフケアの支援では、患者の生活を否定しないかわり、危険な行動があれば代替方法の指導、小さな目標を一緒に考えて増悪を予防することが大切です。

多職種連携では、新規トラブルがあれば速やかに医師に報告すること、リハビリスタッフと密に情報共有すること、クリニックや在宅医療との連携を強化することです。

フットケア教育の今後の課題は、看護師向けにフットケア研修を実施し、多くの施設で足のアセスメントとケア、全身管理が実践できるシステ

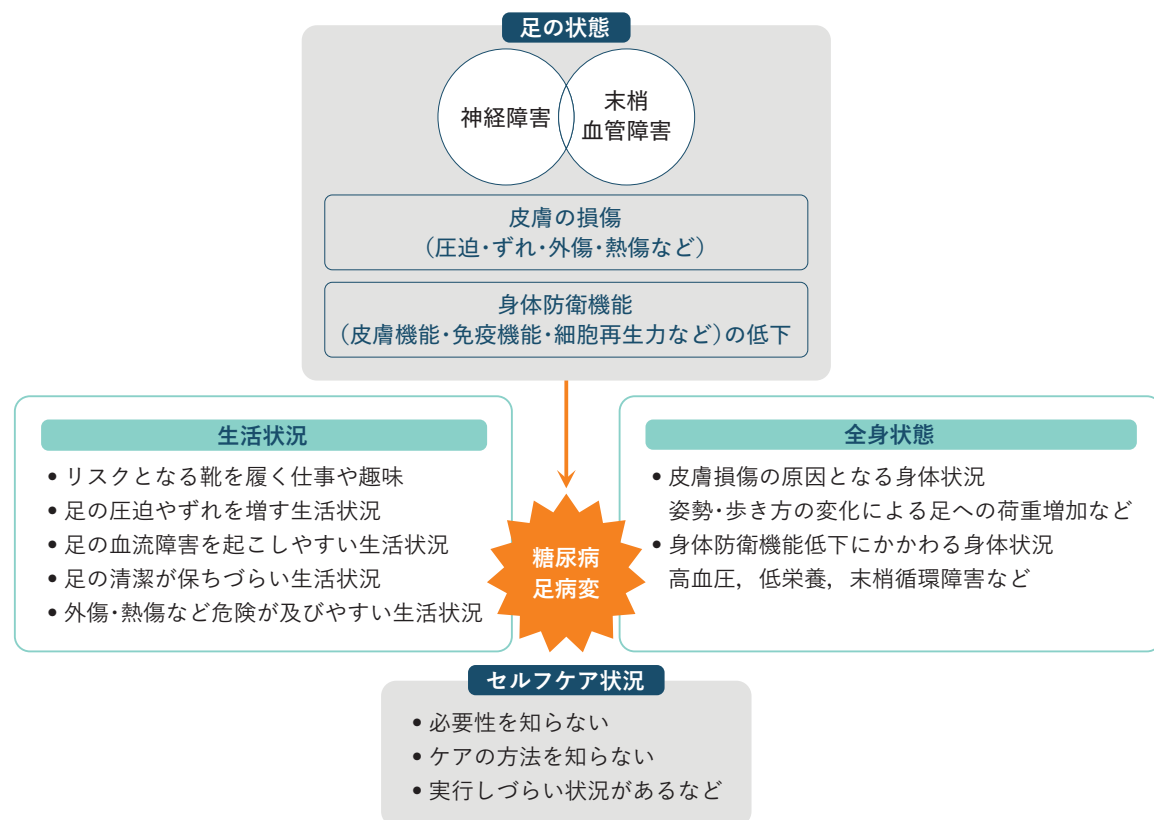
ムを構築することです。看護学校のカリキュラムにも、足病についての教育・技術指導を充実することです。また、フットケアの診療報酬加算をもっと上げてほしいと思います。

看護師は、足の状態をみるだけではなく、生活状況やセルフケア状況が関連していることを意識することが大切です。足病のリスクが高くても、セルフケアがしっかりしていれば悪くなりません。逆に、足病のリスクがほとんどなくても、足が不潔だったり、ペロペロの靴を履いていたりするとリスクが高くなります。

そういったことを細かくみる看護師の視点はとても大事なので、〈生活を見るプロ〉としての看護師の存在は重要だと思います。

（廣納先生、山崎先生）

□ 足病と生活・セルフケア状況との関連



日本糖尿病教育・看護学会編：糖尿病看護フットケア技術。第4版，2024。より引用

引用・参考文献

- 1) Schaper NC, et al: Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). Diabetes Metab Res Rev, 40: e3657, 2024.
- 2) Tomita M, et al: Development and assessment of a simple scoring system for the risk of developing diabetic foot. Diabetol Int, 6: 212-218, 2015.



3 治癒 TRACK

ただ治すだけじゃない、「歩ける足」へのサポート

プログラム委員（敬称略）

菊地 信介 旭川医科大学病院 血管外科副科長・外来医長

日野岡 蘭子 旭川医科大学病院 看護師長

福永 匡史 森之宮病院 循環器内科

畑 陽介 関西労災病院 循環器内科

林 久恵 愛知淑徳大学 健康医療科学部 教授

ポイント • 血行管理，創傷ケア，退院後支援

課題 • 多職種連携の不備，病態の慢性化，再潰瘍リスク評価の難しさ
• 看護師の創ケア技術と患者指導スキルの活用

1 足病変の治癒——現在の臨床知見，エビデンス

① 血行再建をしたら虚血が解除，は誤解

私は、約20年前に血行再建を始めましたが、そのころはリム・サルベージ（救肢，大切断回避）という言葉が一人歩きして、「大切断にならないければいい」というニュアンスで血行再建を行っていました。

ただ、専門家である形成外科や皮膚科の医師がみても傷が治らないという現状をみて、「傷をみている医師は傷のスペシャリストだと思っていたけど、傷を治すことと虚血肢を治すことは別のことなんだ」と感じました。傷の専門医は「血行再建を行ったら虚血が解除された」と誤解していたので

はないかと思います。すると壊死が進行してしまい、結果的に大切断になる症例が少なくなかったのではないかと思います。

（福永先生）

②血管をみるよりも「傷をみる」時代へ

私が始めたころは傷にフォーカスし始めたくらいでしたが、病棟で傷の写真を撮ることも少なかったので、傷をみることも血管をみることもという認識だったと思います。

（畑先生）

③それぞれの専門医がしてくれる、ではない

糖尿病内科医も、「虚血は血管のスペシャリストが開けてくれるし、傷は傷の専門医が治してくれるから、自分はみなくても大丈夫」と信じていたと思います。

（富田先生）

2 | これから解決しなければならないことは何か

①看護師が「傷」を発見できるように

傷を発見するのは看護師が理想だと思います。内科的な疾患は医師が聴診器を当てて発見しなければなりません。糖尿病足病変やCLTIは足を見れば発見できるので、看護師が発見してくれれば分業化も進むと思います。

ですから、フットケアの資格がなくても加算がつく体制も大事です。私は資格がないからみません」というのも患者さんのためにならないと思います。

（福永先生）

②患者さんと接する時間が長い医師の傷への意識

足変形や神経障害、血流障害のある患者さんの足に傷をつくらせない、再発させない、感染を悪化させないためには、循環器内科や糖尿病内科、腎臓内科など、患者さんと接する時間の長い医師がすべきだと思います。

（富田先生）

CLTI
chronic limb threatening ischemia
包括的高度慢性下肢虚血



3 | 明日からの診療を変える Take Home Message

①治癒にこだわり過ぎない

傷が治らないと「治癒のために大切断」と判断する医師もいますが、感染しないで疼痛がなければ社会生活を送れる患者さんもいるので、治癒にこだわりすぎるのは問題です。

また、治る場所と治らない場所を理解することも大切です。たとえば、第一指から第五指の真っ黒な傷が治っても、その外側の骨が当たる場所の傷が治らないことがあります。もともとの傷はほとんど治っているので「治癒」ですが、治らない場所もあることを理解することも大事だと思います。

（福永先生）

②傷を見極める

治らない傷のなかには、悪化しないように管理できる傷と管理できない傷があるので、それを見極めることも大切です。

従来は傷が治るまで入院というイメージでしたが、最近は悪化しない傷を判断できるようになったので、外来に返しつつ、患者さん本人の暮らしを尊重できるようになってきたのではないのでしょうか。

（畑先生）

4 | 学術集会でこんなことを一緒に学んでほしい！

①治癒前から治癒後のシステム構築を検討しよう

患者さんは痛みをとってあげれば信頼してくれるので、まず痛みをとってあげることが大切です。

また、患者さんがもともと持っているADLを崩さないための病院のリハビリテーションシステムも大切です。そして、退院されたら、その人の足を守るための病院外のチームも大切です。

当学会では、そういったシステムに関しても検討していければと思います。

（福永先生）

②患者さんの生活背景に耳を傾ける

入院するとアルブミンが下がって状態が悪化する場合もあるので、入院前に患者さんの生活背景などもしっかり見るのが大切です。

たとえば、どこに住んでいて、家族がどこにいてといったことに目を向けることによって、血行再建は治療のごく一部であることに気づけるし、栄養や社会背景などにも目を向けることができるので、学会でもその内容に耳を傾けていただければと思います。

（畑先生）

③傷の治癒とDPCのかかわり

虚血はとてモリアルタイムなので、患者さんの血流を常に観察することが大切です。

また、創傷治癒はコストとのかかわりが問題です。以前は、「血行再建をして創傷治癒」という流れでしたが、現在は「どこで傷が治るから血行再建をどうするのか」と創傷治癒を優先します。創傷治癒の優先はDPCとのかかわりもあるので、学会で検討していきたいと思います。

（菊地先生）

④看護師の創ケア技術と患者指導スキルの活用

創管理は行ったケアが結果として見えやすいので、やりがいにつながります。

当学術集会では、

- ①何をすれば早期治療につなげられるか
 - ②組織欠損によって日常生活の何が、どこが困るのか、それを誰と協働し、調整するのか
 - ③再発防止の教育を個々に合わせてどう計画するか
 - ④主体的に創を管理するための方策
- などを学べる場になると思います。

労働対価としてのインセンティブをどうするのかを、今後の課題として共有できればと思います。

（日野岡先生）



4再発 TRACK

再発を防ぐための“日常”を支える

プログラム委員（敬称略）

辻 依子 大分岡病院 形成外科 部長

間宮 直子 大阪府済生会吹田病院 皮膚・排泄ケア特定認定看護師/副看護部長

野澤 裕子 服部病院透析センター 透析室 看護師

今岡 信介 大分岡病院 リハビリテーション部 次長

藤原 昌彦 野崎徳洲会病院 副院長 循環器内科

ポイント

・フットウェア・装具・家庭でのセルフケア支援

課題

- ・装具使用の継続性、生活習慣への支援介入、家庭環境要因
- ・訪問看護や地域連携における継続支援の役割

1 足病変の再発——現在の臨床知見，エビデンス

①医学的知見

糖尿病患者さんの神経障害は対応が難しいので、再発予防のためには患者教育などが重要だということは間違いないと思います。また、再発の約40%が虚血なので、より早く虚血を見つけるために、足のドプラ聴診が重要になります。

このように、足の変形と虚血が主な再発ですが、季節や患者層によって再発予防は異なってくると思います。

（辻先生）

②看護師の視点

再発予防を看護の視点でとらえると、「いかにケアを継続していくか」がポイントです。医療機関だけではなく、施設などの日常生活の場で注意事項などの情報をいかに広げていくということが重視されています。

また、施設などの地域に行くと、「なぜ再発したのか」を考えず、「再発したから処置を見てほしい」と要望されることが多くあります。ケアを継続するために、指示されたことだけを実施するのではなく、スタッフ一人ひとりが再発の原因を考えられるように力を注ぐべきだと思っています。

（間宮先生）

まずは、どうやって「なぜ」を考えられるようになるのか、患者さんの背景と一緒に考えることができるようになるのが現在の課題だと思います。

たとえば、傷を治すためには行動の制限を強いられることもあります。そういったときこそ、患者さんの気持ちに寄り添えるような看護の視点を持ち合わせることが必要だと思います。

（野澤先生）

③理学療法士の視点

再発が予期できるパターンと予期できないパターンがありますが、予期できるパターンでも対応できていないことがあります。「もう再発するだろうな」とか「そもそも切断すれば再発しないのに」思っにかかわっているスタッフもいたり、方向性の統制がとれていないのが現状ではないでしょうか。

（今岡先生）

2 | これから解決しなければならないことは何か

①医師側の課題とは

①専門家間の分断

循環器系の医師は虚血の再発に注目しがちで、足の変形などによる再発との関連性まで見ない傾向があります。足潰瘍の再発予防には道筋ができていますが、虚血の再発予防は専門家間で共有されていないこともあり、連携が課題です。

②重症化予防

再発した傷が感染によって重症化することが多いのが現状です。重症化すると大切断や死につながるため、再発予防だけでなく重症化予防も重要です。

③地域医療の格差

一部の専門病院では知識が共有されていますが、地方や都心部の施設では、知識がないまま重症化するまで放置されるケースが多いこともあります。

（辻先生）

②看護師側の課題とは

①ケアの継続性

病院だけでなく、患者の生活の場（老人施設、在宅など）でも一貫したケアを継続させることが課題です。再発の原因を「なぜ」と深く考えることが不足しており、施設や地域では再発後の対応が場当たり的になりがちです。

②情報共有

病院にいる看護師は、患者が退院後にどのような生活を送っているか把握することが難しく、情報がスムーズに共有されていません。老人施設や在宅の現場では、足病変に関する知識をもつ人が非常に少ないのが現状です。

③スタッフの意識

まだまだ指示されたことだけを行うスタッフが多く、自ら再発の原因を考えたり、予防対策を提案することは難しいようです。また、患者の生活背景や心理（楽観的になると治療を怠るなど）を理解してケアを提供するのはもっと難しいようです。

④教育

ドプラ聴診で血流を見分けるのはとても難しいので、その教育も重要だと思います。また、「足関節上腕血圧比（ABI）を測定しましょう」と推奨していますが、地域などではそういった知識はまだ伝わっておらず、啓発が必要だと思われます。

（間宮先生、野澤先生）

③理学療法士側の課題とは

リハビリテーションの観点から、再発が予期される患者に「なぜ傷を治すのか」「なぜ歩くのか」という問いが生まれます。

傷の管理とADL（日常生活動作）はトレードオフの関係にあり、患者の生活背景（生活保護、独居など）や目的（透析のため、誰かに会うためなど）を

考慮しないと、治療がうまくいきません。傷が悪化しない歩き方を確保しても、患者がそれを守るとは限らないため、リハビリの難しさを感じています。

(今岡先生)

3 明日からの診療を変える Take Home Message

①再発は避けられないもの？

死亡イベントが来ない限り、再発は「絶対に起こる」という認識です。足病変患者が亡くなるまでの間に再発しない確率はとても低いのが現状です。そういった現実もあるので、「何らかの形で寿命が来るまで再発させなければよし」という考え方もあります。

(藤原先生)

②再発しないためのアプローチ

再発するほとんどの患者は歩いている人です。生きている限り再発は避けられませんが、私たち医療従事者は、患者が歩くために再発しないよう治療を提供すべきだと思います。したがって、再発しないためにどうアプローチすればよいのかを検討すべきだと思います。

なかでも、重症化予防が重要です。治らないまでも、重症化しない程度であれば、自宅に帰って訪問看護師が対応できると思います。

(辻先生)

③再発患者の傷は治すべきか？

傷の管理とADLについて考えると、「再発する患者さんに傷を治さなければならない理由があるのか」という疑問を感じることがあります。たとえば、透析に行くために歩かざるをえない状況だと生きるためにある歩く方法を提案します。

逆に、傷が悪くならない歩き方を確保すれば歩くかと考えると、そういったターゲットではない患者さんも多く、悶々とリハビリをしていることもあります。

(今岡先生)

4 看護師として何ができるか、何をすべきか

①患者さんの視点で考える

看護師が思っている再発と、患者さんの思っている「再発」がそもそも違うかもしれません。たとえば、私たちは「切断した部分がきれいになり、別の部位に傷ができると再発」と思っているも、患者さんは「もう一度、切断することが再発」と思っている人もいます。

認識のずれは患者指導や教育不足でもあります。患者さんの思いが治療やケアに大きく影響するので、患者背景とともに価値観や嗜好を理解し、同じ方向を向いてともに歩くことも大切だと感じています。

(野澤先生)

②家族との協力体制を構築する

再発予防はやはり家族の協力なしではできないので、家族がどうしたいかもしっかり聞くことが大切です。家族や訪問看護師が密に接している患者さんのほうが再発しにくいですから、家族と看護師の役割、そしてチーム医療が重要だと思います。

(辻先生)

③家族と訪問看護師に情報を提供する

再発すると、「家族と訪問看護師にきちんと指導と情報提供をしていれば」と反省することがあります。再発の分岐点には、〈一度治った後に、誰とどれだけ長く一緒にいるか〉ということがあるのかもしれません。それをふまえたフォローができれば、悪い状況は防げると思います。

また、病院にいる私たちには地域の流れがわからないこともあるので、情報が定期的に入ってくるようなシステムの構築も必要になるのではないかと思います。

(間宮先生)





5 切断 TRACK

切断を迎える人の “これから”を考える

プログラム委員（敬称略）

田中 康仁 奈良県立医科大学 名誉教授/医真会八尾総合病院 足の疾患センター センター長

北野 育郎 医療法人社団慈恵会新須磨病院 副院長 外科部長

富村 奈津子 公益社団法人鹿児島共済会南風病院 整形外科部長

門野 邦彦 南和広域医療企業団五條病院 整形外科部長

藤原 昌彦 野崎徳洲会病院 副院長 循環器内科

河辺 信秀 東都大学幕張ヒューマンケア学部 理学療法科

ポイント

- 切断前後の心理的支援
- ADLの見通しと共有

課題

- 意思決定支援の不足、情報提供の偏り、リハビリ連携の乏しさ
- 術前カンファレンスや退院支援における看護師のキーパーソンとしての関与

1 足病変による切断——現在の臨床知見とエビデンス

①患者層の高齢化により下肢切断は増加

当院（慈恵会新須磨病院）の年間の切断例は数例です。切断の適応が変わっているわけではないのですが、患者層が高齢化していると思います。

（北野先生）

高齢者の母数が増えるとともにCLTIの患者数も増えますので、足を切断する高齢者も確実に増加しています。

（田中先生）

CLTI

chronic limb threatening ischemia
包括的高度慢性下肢虚血

②血行再建後の切断例の増加

血行再建の治療を受けたことがある患者さんの切断例は、明らかに最近のほうが多いと思います。以前は血行再建が行われる症例が少なかったもので、血行再建（という治療）そのものが増えたということだと考えられます。さらに、もう一歩踏み込んで考察すると、「血行再建をしていったん患肢温存が達成されても、中長期的には結局、切断になってしまう」という疾患の自然史を反映しているとも解釈できます。

（門野先生）

③救命のための切断からの変化

血行再建術が現在のように行われていなかったころは、足壊疽に下肢の虚血を合併しているという認識はありましたが、感染で全身状態が悪化する方が多かったため、救命のため切断を優先していたと思います。50～60代の透析患者さんは義足歩行を獲得し、通院可能な方もいらっしゃいますので、最近はできるだけ足部感染を制御し、膝関節を温存するために下肢の血行再建術を行ってから下腿切断を行うようにしています。

（富村先生）

2 これから解決しなければならないことは何か

①今後の生活を考慮した切断方法の選択

以前は、「切断したらすぐに亡くなってしまう」と思っていたので切断をためらっていましたが、切断しても生存される方もいました。同時に、「治療したあとにどのような生活を送るかを考えることが大事」ということがわかり、ゴールがかなり変わりました。

今後も、患者さんの今後の生活を考慮した切断方法を選択することが大切だと思います。

（北野先生）

②切断に対する考え方の整理

最近、整形外科の医師に、「大切断は整形外科の治療ではないので、形成外科にお願いしてください」と言われたという話を聞きました。切断が医師にとって〈完全な負け〉になっているのかという疑念もありますし、切

断に対する考え方が時々刻々と変わってきているように思われるので、そのあたりを整理する必要もあるのではないのでしょうか。

(藤原先生)

③診療科ごとの教育・連携

私たち整形外科医は、患者さんが亡くなることに慣れていません。私たちの時代は初期研修もなかったので、入院中の患者さんが急変で亡くなるとトラウマになっていました。

ただ、現在は、診療科でしっかり連携していれば大丈夫でしょうから、教育や連携をしっかりすることが重要だと思います。

(田中先生)

3 明日からの診療を変える Take Home Message

①切断後のリハビリのためにできることを考える

現在の外科は細分化され専門性が高くなっていて、整形外科でも膝専門の医師は上肢を診ないのが現状です。

しかし、〈切断から始まるフットケア〉というか、切断した後にいかにADLを回復させるかが大事なポイントなので、整形外科の医師をはじめ、すべてのスタッフが、切断後のリハビリテーションのためにできることを考える必要があると思います。

(北野先生)

②切断後の患者さんをみる観点

下腿切断では、糖尿病足病変のみであれば相当の確率で歩けるようになると思います。一方、CLTIでは難しいので、「切断して義足歩行ができなかった場合でもADLをどう成立させるか」がポイントとなります。「歩けるか、歩けないか」という観点だけで切断患者さんをみないことがリハビリテーションでは重要です。

ADLを考えると残った足の機能も重要で、車椅子で自立できるかどうかに大きく影響するので、それらをみていくことも大切だと思います。

(河辺先生)

□ CLTIとは

- CLTIはchronic limb threatening ischemiaの略で、「包括的高度慢性下肢虚血」のこと
- 下肢虚血、組織欠損、神経障害、感染など肢切断リスクをもち、治癒介入が必要な下肢の総称(WIFI分類にて評価)
- 具体的には、
 - ①安静時痛WIFI grade 3の虚血
 - ②虚血は軽度、感染により創傷治癒が遅延した糖尿病性足病変
 - ③2週間以上治癒しない潰瘍
 - ④壊死を認める下肢
- ※下肢動脈疾患による虚血要素が少なからず病状に反映していることが条件
- ※ただし、静脈性潰瘍、外傷、急性動脈閉塞症(発症後2週間以内)や非動脈硬化性慢性動脈疾患(血管炎、バージャー病など)は除外

③現状に応じた切断の基準を考える

切断の基準は、現在の医療や社会の状況に応じて考えていかなければなりません。たとえば、下肢が屈曲拘縮して膝が伸びないような寝たきり患者さんであれば、大腿切断のほうが術後のQOLはよい可能性があります。そういった個別の要素によって、選択肢も違ってくると思います。

また、いずれ再発するのはわかっているけど、「現状で何を目標にするのか」を考えることが大切です。たとえば、痛みを緩和すること、患者さんと家族が満足感を得られることを選ぶことです。

(門野先生)

④患者さんの人生観や宗教観への考慮

「足切ったら三途の川、渡られへん」という高齢者もいるので、その人の人生観や宗教観なども考慮する必要があると思います。ただ、そういう患者さんたちは、「いずれ治るんじゃないか」という期待ももっていることも気にとめておきたいと思います。

(藤原先生)

4 学術集会でこんなことを一緒に学んでほしい！

①足切断後、どう生きてもらうかを、考える

私は、患者さんに切断の理由を説明するとき、「切断する理由は2つだけです。1つは痛みを取るためで、もう1つは感染が及んで命にかかわるからです」と話します。そして、「そのタイミング以外は切らない」と約束します。切断するメリットは、痛みの軽減と余命の延長しかないからです。

治療法を選択するときは、「血管内治療は局所麻酔で行うことができ侵襲は少ないですが、再発率が高いことが問題です。長期の開存を維持するためにバイパス手術を選択することもあります。全身麻酔が必要となり侵襲は大きくなります」と説明します。

今回の学術集会では、「足を残すのがゴールではなく、その後どう生きてもらうかをゴールに考えることが大切」ということを考えていただきたいと思います。

（北野先生）

②切断基準の決定、スタッフ教育を考える

今回の学術集会で、切断基準の決定に近づくことができると期待していただきたいと思います。そして、「切断をするスタッフをどう育成するか」についても検討したいと思いますので、たくさんのご意見を期待しています。

（門野先生）

③切断をする医師へのフォローシステム

切断は治療の選択の一つですが、医師にとってプレッシャーは大きいと思います。そのような医師へのフォローも必要と考えています。今回の学術集会では、臨床現場のみなさんのご意見ご要望を出していただきたいです。

（富村先生）



6 死亡TRACK

人生の最期に、 足を通じてかかわる

プログラム委員（敬称略）

仲間 達也 東京ベイ・浦安市川医療センター 循環器内科 部長

大竹 剛靖 湘南鎌倉総合病院 副院長・再生医療科 部長

石橋 理津子 佐賀大学医学部附属病院 形成外科 技術補佐員

藤井 渚 蓮田一心会病院 看護係長 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

西村 彰紀 湘南鎌倉総合病院 リハビリテーション部

ポイント

• CLTI終末期、家族とのかかわり、疼痛と尊厳のケア

課題

- ACPの導入タイミング、医療のやめどき
- 在宅・施設との連携
- エンドオブライフケアにおける看護師のかかわりと家族支援

1 足病変による死亡——現在の臨床知見，エビデンス

①医学的知見

CLTIの評価の仕方、血行再建、多職種チームでの臨み方などが掲載されているGVG (Global Vascular Guidelines) が、日常的なガイドラインとして使用されています。CLTIは多種多様で、患者さんの予後が不良である疾患であることなどが掲載されています。

ただ、患者さんがいま人生のどのあたりにいるのか、創傷治癒に向かって歩行能力を回復させることが臨床目標なのか、それとも人生の最期が近くなりCLTIが解決できない事象となっているのかなど、患者さんの時間軸

CLTI

chronic limb threatening ischemia
包括的高度慢性下肢虚血

観点は検討されてこなかったと思います。

したがって、「創傷治癒のために全力投球するのか、大切断するのか」といった極論しか話されず、「人生のなかでCLTIとどう付き合うか」といったことが語られることがなかったと思います。死亡という人生の最終着陸地が見えることによって、CLTIとの付き合い方が変わってくるのではないのでしょうか。

（仲間先生）

□ GVG (Global Vascular Guideline) の内容

第1章	定義と用語
第2章	CLTIの疫学とリスクファクター
第3章	CLITの診断と下肢重症度分類
第4章	内科的管理・薬物療法
第5章	CLTIのためのGLASS
第6章	Evidence-based revascularization (EBR) のための戦略
第7章	非血行再建の治療
第8章	CLTIに対する再生医療的アプローチ
第9章	大切断および小切断の役割
第10章	鼠径部以下への血行再建後の術後ケアとサーベイランス
第11章	CLTI研究のデザインおよびエンドポイント

東信良ほか：包括的高度慢性下肢虚血の診療に関するGlobal Vascular Guidelineポケットガイド 日本語訳版. 日本血管外科学会雑誌, 30:141-162, 2021.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsvs/30/2/30_21-00014/_pdf/-char/ja (2025年10月閲覧)

② 看護師の視点

看護師側では、実際に人生のステージングを理解しているスタッフがいる一方で、一般内科や在宅透析の現場では、ステージングなどを理解しているとはいえません。

そもそも看護にはそういった基礎教育がありませんし、CLTIの成り行きさえも知らないスタッフが少なくないのが現状です。

（藤井先生）

GLASS
global anatomic staging system
動脈病変評価システム

EBR
evidence-based revascularization
エビデンスに基づく血行再建

2 | これから解決しなければならないことは何か

① CLTI への緩和的介入

心不全やがんのケアには緩和医療が広く浸透していますが、CLTIに対しては予後が不良ということはわかっていながらも、緩和的に介入することがあまり認識されていません。それを改めて言及していくことが大切だと思います。

緩和医療は早期から患者さんに情報提供をして、未来について考えていただくという介入が重要です。患者さんがステージ4になったときに、「こんなことになるとは思ってなかった」と思うことが多い現状を打破していくことが大事だと思います。

（藤井先生）

② 医療従事者と患者さん・ご家族の
共通言語と連携

足病の知識をもっている医療従事者のなかでも、患者さんのステージングを意識している人は少ないので、ステージングについてきちんと意識づけしてあげることによって、治療方針も変わってくると思います。治療の大まかな流れなどが標準化され、共通言語ができることによって相互に理解しやすくなると思います。

地域では、透析医や内科医などさまざまな医師が1人の患者さんにかかわることがあるため、患者さんはいろいろな専門性の高い話を聞くことになります。そうすると、患者さんもご家族も「どっちを優先して聞いたらいいのか」と戸惑うこともあります。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の話を患者さんにする場合も、誰が説明するのか決めづらいこともあるので、きちんと連携する努力を惜しんではいけないと思います。

（石橋先生）

ACP
advance care planning
アドバンス・ケア・プランニング

3 明日からの診療を変える Take Home Message

①医師につなぐための多職種連携の継続

CLTIの患者さんは社会的背景にネックがある人が少なくないため、老老介護で家族の支援が難しかったり、経済的な面で治療につながらないことがあります。

それらをどうサポートして医師につなぐことが重要になるので、多職種連携を継続することが重要だと思います。

（藤井先生）

②終末透析患者の看取りをどう体系化するか

透析医は、腎臓病の患者さんが亡くなるまで一生の付き合いですから、いい加減な対応ができません。また、慢性疾患は急性疾患と違ってさまざまなことに時間をくれるので、その時間を意思決定のプロセスを共有する時間に使えば、患者さんはハッピーだと思います。そういったことを普段から意識し、終末透析患者の看取りをどう体系化するかを考えていきたいと思います。

（大竹先生）

4 学術集会でこんなことを一緒に学んでほしい！

①その地域で教育すべき人をどう見つけるか

CLTIをもつ患者さんはある地域に多いのが現状で、医療介入では変えられないこともあったり、地域差を解消することも難しいと思います。ですから、糖尿病などのリスクがある人たちに介入するだけでなく、CLTIステージ0の未病のさらに前の段階で介入していかなければならないと思います。

市民公開講座などでは意識の高い人しか来ませんから、「その地域で教育すべき人をどう見つけるのか」を考えてみたいと思います。

（仲間先生）



②足に関心をもってもらうために 創意工夫しよう

そもそも日本人はそんなに足に関心をもっていません。歯磨きは子どもから大人までほぼ全国民がしますが、足をブラシで洗う人はほとんどいません。胼胝や巻き爪があっても病院を受診する人も少ないのが現状です。

啓発活動もなかなか根づかないので、そういったことに対する創意工夫も皆さんで考えたいと思います。

（石橋先生）

③自律性を失った患者にどう介入するか

「胼胝や巻き爪は簡単に治る」という認識があり、その先にあるCLTIの予後の悪さなど、「糖尿病で感染を併発して足切断につながる」という危機意識が欠如していると思います。ですから、まず私たち医療従事者の情報提供の不足について認識することが大切だと思います。

また、「生きる意味がない」と言う自律性を失ったと患者さんにどう介入すればいいのか、終末期のスピリチュアルなサポートをどう展開していくかを、一緒に考えてみたいと思います。

（藤井先生）

④ステージングの根拠を考えよう

ステージごとに、「どれくらいの予後が推定されるか」という時間軸を考慮して介入していくことについて考えることができます。たとえば、「ステージ1は5年以上の予後」「ステージ2～3は3年リスクが50%」「ステージ4は1年リスクが50%」みたいなイメージをコンセンサスとして得られるのではないのでしょうか。

また、「ステージ4では緩和医療をどう導入するか」などを考えることは、ステージングをする根拠としては非常に大事なことだと思います。

（大竹先生）

足病専門病院における 看護師のフットケア教育の 実際と育成システム

本学術集会の「発症 TRACK」では、看護師の観察と声かけがポイントにあげられ、統合的なフットケアを提供するべきであると提唱されています。
そこで、看護師のフットケア教育と育成システムについて、足病専門病院である下北沢病院看護部長の
廣納裕子先生（糖尿病看護認定看護師）にお話を伺いました。



いつでも自己学習できるシステムを構築

——貴院の看護師のフットケア教育はどのようなものですか？

廣納 当院では、院内看護師の「足病看護・糖尿病看護・透析看護の強化」を目的に足病看護教育システムを構築し、2020年から入職者向けに学習会を開催しています。

——学習方法はどのようなものですか？

廣納 2023年からアメリカで足病医として活躍されている泉有紀先生をプログラムディレクターにお迎えし、本格的に開始しました。プログラム内容は「足病 TRACK」と「下北沢 TRACK」に分かれています。「足病 TRACK」では足病に関する解剖学やバイオメカニクスなどの基礎知識、「下北沢 TRACK」では当院の概要・部門紹介、当院が目指す未来像、院内で症例数の多い疾患の知識などを網羅しています（図1）。QRコードからいつでも動画で自己学習できる院内向け教育プログラムとして提供しています。

——症例検討会なども行われていますか？

廣納 週1回、医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士、義肢装具士がコアメンバーとなり、創傷の治療方針や下肢機能の評価、患者さんの心理状態・治療への思いなどを共有しています。また、月2回、プライマリケア・カンファレンスを開催し、参加できないスタッフが後から学べるようオンライン配信も行っています（図2）。

図1 下北沢病院の院内向け教育プログラム





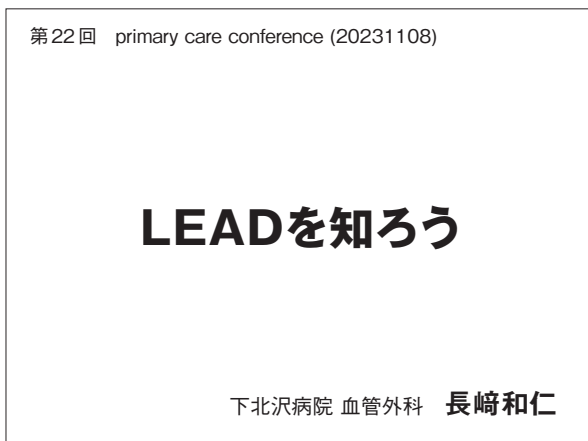
1か月目		3か月目		6か月目		9か月目		12か月目		
足病Track				下北沢Track						
Term 1		Term 2		Term 3		Term 4				
解剖		ボディアトリック バイオメカニクス		スペシャリスト 講義		代表的な 足疾患				
目的	足部解剖についての共通知識、共通言語を獲得する		足部バイオメカニクスについての共通知識、共通言語を獲得する		足病と自施設についての共通知識を獲得する		下北沢病院の患者さんに診られる代表的な疾患についての共通知識を獲得する			
コンテンツ	<ul style="list-style-type: none">■ 骨・関節・靱帯■ 筋・腱・軟部組織■ 動脈・静脈・神経■ 皮膚・爪 		<ul style="list-style-type: none">■ 足の動きOKC■ 足の動きCKC■ 歩行周期（概略） 		<ul style="list-style-type: none">■ 足病医学とは■ 下北沢病院沿革と特徴■ 病院概況■ 目指す病院像  <div>客観的な数字・ファクトの共有</div>		<ul style="list-style-type: none">■ 整形疾患■ 創傷■ 末梢疾患■ 皮膚疾患  <div>下北沢病院来院患者のトップ疾患を抽出</div>			
下北沢タスク	グループ分け、予定調整・管理、講義動画案内、修了書の手配 コンテンツ・形式フィードバック（FB）の提供				左記＋ データ提供、スライド確認、（講義動画講師？）					
泉	コンテンツ、スライド、講義動画、確認テストの作成 確認セッション、確認テストのモデレート									

図2 下北沢病院のプライマリケア・カンファレンスの一例



院内独自のフットケア検定を導入

——フットケアを安全に実践するための注意点はありますか？

廣納 看護師がフットケアを実践するためには、足病変知識とフットケア技術の両方が必要です。フットケアは刃物を使用したケアであり、誤った手技やミスによってキズをつくるリスクもあります。そのため、重症化リスクの高い患者へのケア提供を行うためには訓練が欠かせません。道具の種類や使用方法を知り、フットケアによって足病変を発生することがないように、注意する必要があります。

——そのための教育プログラムはありますか？

廣納 2020年から院内独自のフットケア検定を開始しました。初級、中級、上級に区分けし、それぞれの目標も定めています(表1)。当初は、新型コロナウイルスの影響もあり、初級研修を1年間かけて行っていたのですが、2022年からは5か月間で実施しています。

——初期研修の内容を教えてください。

廣納 フットケア検定講習は5つのステップで実施しています(表2)。ステップ1は動画による自己学習で、①～⑤・⑦～⑪を初期研修として学びます。⑥の胼胝・鶏眼ケアは中級研修で扱います。アセスメント項目や実際の手技を動画で確認できます。この動画を初めて見た看護師からは、「実践する機会が少なかったので、基本から学べて非常に勉強になった」と好評でした。ステップ2の学習会(座学)では、当院で必要な知識や症例を

表1 下北沢病院のフットケア検定の階級別目標

初級	<ul style="list-style-type: none">足病変を学び、基礎的なフットケアが理解できる見守りのもと、フットケアを実施することができる
中級	<ul style="list-style-type: none">初級で取得したフットケアの完全自立見守り下にコンカッターを使用したフットケアを実施することができる
上級	<ul style="list-style-type: none">スタッフにフットケア技術の指導ができる

表2 下北沢病院のフットケア検定講習

ステップ1 動画研修：自己学習	ステップ2 学習会(座学)	ステップ3 実技研修
QRコードを読み取ることで動画による研修が受講できる ①角質、保湿、検体採取 ②圧迫療法 <ul style="list-style-type: none">包帯の巻き方弾性ストッキングの履き方弾性ストッキングの履かせ方 ③ゾンデ ④ニッパー ⑤爪やすり・テーピング ⑥胼胝・鶏眼ケア：コンカッター/グライNDER ⑦血行障害、動脈・静脈疾患 ⑧創傷評価(wifi分類) ⑨NPWTとは <ul style="list-style-type: none">RENASYS GOの使用方法、注意点RENASYS TOUCH & PICOPRP ⑩足全体 ⑪免荷	①足と糖尿病の基礎知識について ①糖尿病についての基礎知識 ②糖尿病の治療について ③糖尿病のある人とのかわり方 ④糖尿病足病変について ⑤症例 ②足病変のアセスメントと看護 ①足を見るためのアセスメント ②症例・ケア共有 ③当院の取り組み ③透析看護について ①透析治療の基礎知識 ②透析中の管理について ③透析看護について ④創傷管理について ①創傷について ②創傷被覆材と軟膏NPWTについて	<ul style="list-style-type: none">技術、姿勢、態度を学ぶ(技術：観察方法・正しいフットケア用具の使用方法・ABI測定方法を学ぶ) ステップ4 実技試験 <ul style="list-style-type: none">実技研修(ステップ3)の1週間後に実技試験を行う ステップ5 外来研修・実践 <ul style="list-style-type: none">⑦～⑪についての筆記試験を行うオリエンテーション実践フットケア自立 <p>〈目的〉</p> <ul style="list-style-type: none">①看護部の足と糖尿病における知識・技術・態度を身につける②足と全体のアセスメントを行うことにより足の異常を早期に発見し、入院中・退院時の看護につなげられる③看護の力で創傷の治療促進を促す：病棟↔外来の継続看護を行う

中心に、患者さんから質問された際にしっかりと答えられる基礎知識の習得を目指しています。

糖尿病のある人とのかわり方を学んでほしい

——ステップ2の学習会でとくに重要視されていることはありますか？

廣納 看護師として糖尿病患者にどうかかわるかということです。とくに、スティグマに対する認識をしっかりとち、アドボカシー活動の重要性について学ぶことができます。これは、日本糖尿病学会と日本糖尿病協会が合同で提唱していることもあり、看護師にとってとても大切な概念だと思います。

スティグマ
社会的偏見による差別

アドボカシー活動
糖尿病をもつ人が安心して社会生活を送りいきいきと過ごすことができる社会形成を目指す活動

表3 看護師が行うこと

① 異常の早期発見

- 異常と捉えられる知識をもつ
- 毎回記録を残す：足部といってもどこですか？
- 写真を残す
- 誰がケアに入っても統一したアセスメントができるツールを使用する

② セルフケア指導・支援

- 患者の生活を否定しない
- 危険な行動があれば禁止ではなく代替方法を指導する
- 小さな目標を一緒に考え、増悪を予防する

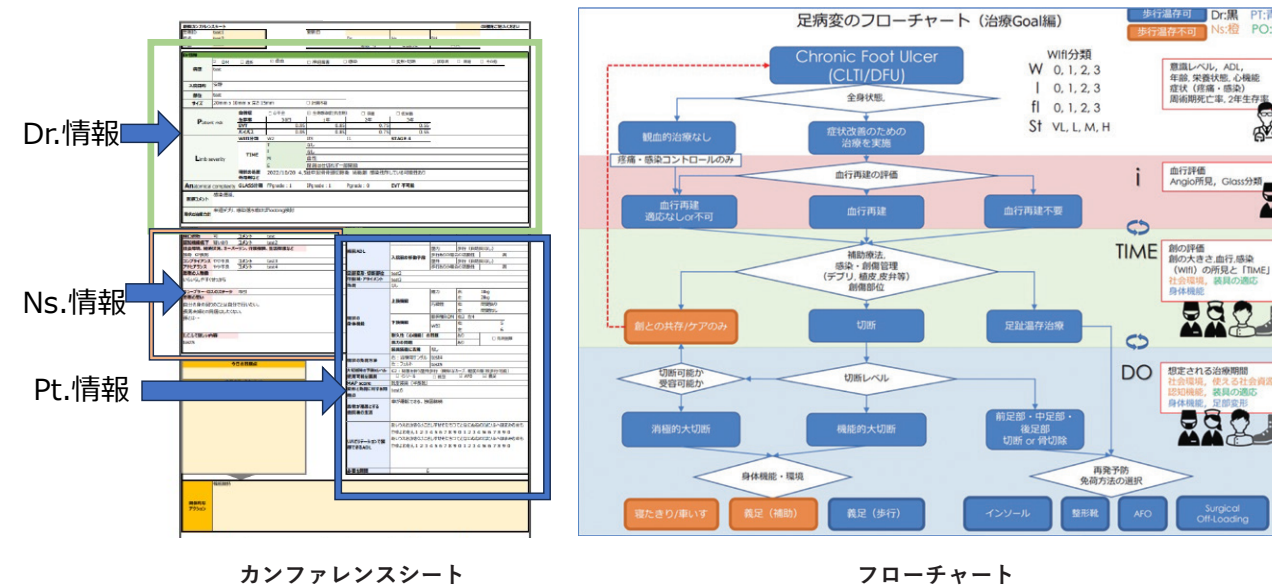
③ 医師や多職種との連携

- 新規トラブルがあれば速やかに医師へ報告する
- PTとも密に情報を共有する
- クリニックや在宅医療と連携を強化する



足病変のケアと捉え、トラブルの原因を除去する

図3 情報の集約・整理とチーム共有



ACPでは患者の思いを知ることが大切

——これらの教育プログラムで大切にされていることはありますか？

廣納 足病変患者さんの傷の予防・悪化予防のためには、①足病変の有無を確認し原因を知る（足と全身の観察・アセスメント）、②ケアを実践する（フットケア・フットウェア）、③指導・支援する（セルフケア支援、体重コントロール、血糖・血圧コントロール）が欠かせません。そして、対象は足ではなく患者さんということです。

——患者さんの意思も重要視されているのですか？

廣納 ACPに基づく意思決定支援も重要です。下肢救済におけるACPでは、①情報の集約・整理とチーム共有（図3）、②治療の現状・選択肢をわかりやすく説明すること、③患者の理解と受け入れを多職種で支えること、④治療経過を患者へフィードバックすることが求められます。治療だけが先行し、患者さんの気持ちが〈おいてけぼり〉にならないよう、思いを知ることを大切にしています。

——患者さんの思いに寄り添い支援できた事例はありますか？

廣納 手術室看護師の支援によって治療意欲を向上させることができた事例を紹介します。

ACP

advance care planning
アドバンス・ケア・プランニング

——ステップ3は実技研修ですね。

廣納 実技研修では、2人1組となり互いの足を使って爪切り、圧迫療法（包帯・弾性ストッキング）、動脈触知法、血圧計ABI測定法などを行い、患者の立場を体験しながらコミュニケーション技術も学びます。指導者がそばにつき、道具の持ち方・使い方、爪の切り方など細かく指導します。初めてニッパーを扱う看護師も少なくないため、臨床で安全に実践するための重要な研修です。その1週間後に振り返りを行い、実技試験（ステップ4）を実施します。

——筆記・実技試験に合格すると外来研修（ステップ5）に進むのですか？

廣納 はい。ステップ5では、セルフケア支援、外来での患者さんとのコミュニケーション・接遇、多職種連携・足病に対する総合的なアセスメントなどを学びます。2～3日、実際の患者さんの足をみてアセスメントし、フットケアと指導などを行います。指導者は研修前に看護師が行う内容（表3）を提示し、「単なるフットケアではなく“足病変のケア”として、トラブルの原因を除去すること」を重視しています。

フットケア・アセスメントの質をより向上したい

——今後の課題はいかがですか？

廣納 患者さんの足を守るために、院内看護師のフットケア・アセスメントの質をより向上することです。同時に、院内外の看護師向けにフットケア研修を実施し、多くの施設でフットケア・フットアセスメントが実践できるシステムを構築し、看護師を育成していきたいと思います。また、当院でのフットケア技術の確立やアセスメント力の向上により異常を早期に発見し、入院期間短縮と患者満足度の向上を目指したいと思います。

Aさん(40代、女性)は2型糖尿病で糖尿病足病変・CLTIがあり、右下肢壊疽のため下肢切断術が予定されていました。

術前訪問で手術室看護師が面談した際、Aさんは表情が硬く、質問に対して頷きや一言二言のみで会話が続き、精神的に大きく落ち込んでいる状況でした。

手術室看護師はそばを離れず、発症から現在までの経過を丁寧に聞き取ったところ、Aさんは、「大変な思いをした足なので〈もう見たくない〉気持ちもあるが、40年以上支えてくれた足に感謝や寂しさもある」「切断した後、私の“ありがとう”という気持ちをこの足に伝えてほしい」と話しました。

看護師は、「では、その思いを手紙に書いてみてはどうでしょう。足と一緒にお願いします。手紙は見せていただかなくても大丈夫ですよ」と提案しました。

Aさんは「やってみます。ありがとうございます」と答え、その後はリハビリへの意欲や退院後の生活について笑顔で語り、涙ながらに思いを吐露されました。

看護師が「気持ちをお聞かせくださりありがとうございます。いつでもご相談ください」と伝えると、Aさんは「最後に自分の足で歩きたい」と希望されました。

手術室看護師と受持看護師は主治医の許可を得て、Aさんを両側から支えながら病棟内を一緒に歩きました。

自らの足で歩いたAさんは、「愛犬と散歩できるように早く帰りたい」「買ってあるライブのチケットで立って観たい」と新たな目標を語られました。



廣納 この看護師の関わりは、患者さんの意思を尊重し、思いに寄り添うことで治療意欲を高めた素晴らしい支援だと思います。当院の教育プログラムが、このような関わりにつながったことは非常に嬉しいことです。

CLTI

chronic limb threatening ischemia
包括的高度慢性下肢虚血