【結論】初期の網膜症発症には，高血糖が関与していることが考えられ，網膜症発症以前からの血糖コントロールが重要であり，また腎症のある場合には特に十分な観察と治療が必要であることが示唆された．

19）網膜症とその臨床上の進展因子
　—当院における10年間の経過観察例について—

田村　紀子・百都　　健（新潟市民病院第二内科）
田中　直史

目的；網膜症の臨床上の進展因子を探ること．

対象；観察開始時に網膜症を認めないか単純網膜症を認め，10年間観察しえた69例．

方法；対象を10年間の平均 HbAlc によって4群に分類し，各群において網膜症の発症，進展率を検討した．HbAlc 6.4％以下を1群，6.4～8.4％を2群，8.4～11.4％を3群，11.4％以上を4群とし，症例数の一番多い2群で年齢，罹病期間，BMI，高血圧，高脂血症，HbAlc変動係数と網膜症との関連につき検討した．結果；1群での網膜症発症進展率は12.5％．3群での発症率は88.2％，進展率は100％．4群での発症進展率は100％．2群での発症進展率は51.5％であり，発症進展したものと，しないもので，罹病期間にのみ有意差があった．

20）視覚障害者のリハビリテーション～独歩歩行時の血圧上昇とガイドヘルプの必要性

山田　幸男・高澤　哲也
平沢　由平　　　　（信楽園病院内科）
大石　正夫　　　　（　同　　眼科）
清水　　学　　　　（全国ベーチェット協会江南施設）
石川　充英　　　　（東京都失明者更正館）

我が国の視覚障害者はおよそ35万人おり，その20％弱が糖尿病性網膜症による．糖尿病による失明者は，同時に腎障害やインスリン注射などの医療を必要とする場合が多く，医療とリハビリテーションを合わせて行う施設は我が国では極めて少ないため，糖尿病による視覚障害者のリハビリテーションはほとんど行われていない．そこで，1994年5月に当院では視覚障害リハビリテーション外来を開設してその診療にあたっている．外来は月2回行い，歩行訓練，点字や視覚障害者用パソコンの指導，日常生活用具や施設の紹介，悩みの相談などに応じている．中でも多いのが歩行訓練と眼鏡処方を含むロービジョンクリニックであった．受診者（67例）の視覚障害原因疾患として多いのが糖尿病性網膜症24例（35.8％）と網膜色素変性症15例（22.4％）であった．受診者のおよそ80％が外来を受診してほぼ目的を達成していた．他に，各地でのパソコン教室を紹介し，誘導歩行の必要性を述べた．

Ⅴ．特　別　講　演　Ⅰ

「看護婦が行う糖尿病患者への動機づけ」

朝日生命糖尿病研究所教育看護主任
西　澤　由美子 先生

発症早期や治療中の糖尿病は，ほとんど自覚症状がなく，合併症もゆっくりと潜在的に進行するため，厳しい食事療法や運動療法を厳守し，継続することが非常に難しい．

そこで，患者に治療への意欲を持ち続けさせるための，効果的な動機づけが必要となる．どの医療施設でもいかにして動機づけを成功させるべきか努力を重ねていることと思う．

当院においても，患者教育における，動機づけの重要性を痛感し，さまざまな活動を行っている．実際に効果をあげている主なものには，教育入院，糖尿病教室，無散瞳眼底カメラの撮影，足外来，患者会，Ⅰ型キャンプなどがある．今回は，Ⅰ型キャンプを中心にそれぞれを紹介し，キャンプの効果についても述べ，動機づけのあり方について考えたいと思う．

Ⅵ．特　別　講　演　Ⅱ

「糖尿病黄斑症の病態と治療」

駿河台日本大学病院眼科講師
佐　藤　幸　裕 先生

糖尿病網膜症による失明の主因は，増殖網膜症における硝子体出血や黄斑部を含む牽引性網膜剝離である．一方，網膜症の約90％を占める非増殖網膜症（単純網膜症，前増殖網膜症）における視力障害の主因は糖尿病黄斑症である．また，増殖網膜症においても汎網膜光凝固後の黄斑浮腫の増悪が問題となっている．黄斑症には黄斑浮腫，乏血性黄斑症，糖尿病色素上皮症の3型があるが，黄斑浮腫が大部分を占める．