

創刊号

Diabetes Report

D-REPORT

糖尿病専門クリニックと実地医家をつなぐ医療情報紙



制作協力 日本臨床内科医会

発行 株式会社メディカル・ジャーナル社

発行人 鈴木 武

〒102-0073 東京都千代田区九段北1丁目12番4号

TEL 03-3265-5801 FAX 03-3265-5820

http://d-report.net

創刊号 2014 年(平成26年)5月5日号(年4回発行)

糖尿病患者さんの
どこを診ていますか。

施設紹介レポート

診療の基本は 触診と対話

土井内科医院 京都府

CONTENTS

P2 創刊にあたって
望月内科クリニック 東京都

P2-3 施設紹介レポート
糖尿病患者さんの
どこを診ていますか。
土井内科医院 京都府

P3 D-REPORT GUIDANCE
2 型糖尿病患者さんの薬剤処方

P4 ブドウ糖の体内での流れと
糖尿病治療薬一覧

P5 症例から学ぶ
不安を抱える初診患者さんと
どう向き合うか。
那珂記念クリニック 茨城県

P6 Take Home Message
改善後の患者心理の変化

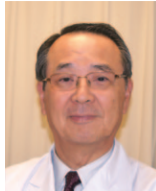
P6 ナースの目

DR 糖尿病専門クリニックと実地医家をつなぐ医療情報紙『D-REPORT』創刊にあたって

地域でかかりつけ医が診る糖尿病

望月 紘一
もちづき こういち

望月内科クリニック院長(東京都)
日本臨床内科医会副会長



増加し続ける糖尿病患者に対し、非専門医が糖尿病専門医と連携をとりながら診ることが少なくありません。

ところで、地域で永く継続して診療にあたっている医師には、患者を診ていくうえで有利な点があると思われます。患者と同じ地域に居住していれば、患者の職業、家族構成などを知るだけでなく、永年、家族全員とかかわった結果、患者の性格、日常生活の状況などについても、求めなくても自然に熟知するようになります。また、一か所で 30 年も 40 年も継続して地域医療を担当していると患者家族の 3 世代、ときには 4 世代にもわたって主治医になることがあり、糖尿病についても、親子 2 代を続けて診ることがあります。長い経過で細小血管症や動脈硬化症

などの種々の病態が進行する糖尿病の診療にあたり、身近な肉親の長い経過を知っている医師の話は説得力があるというものです。

最近の糖尿病治療の進歩は著しく、今後も新しい作用機序を持つ薬剤の登場が期待され、合併症に対してもより早期からの介入が必要とされています。しかしながら、生活習慣の是正への指導の重要性は変わりません。したがって、非専門医としては、糖尿病専門医、眼科医、腎臓病専門医等との連携を持ちながら、自分の立場の特徴を生かして診療していく必要があります。

このたび、創刊された D-Report が専門医と非専門医との橋渡しとして広く活用されることを期待しています。

施設紹介レポート

土井内科医院
京 都 府

糖尿病患者さんの どこを診ていますか。 診療の基本は触診と対話

糖尿病を検査だけで 判断してはいないだろうか

糖尿病の初診で、一般の内科の先生方はどんな診療を行っているだろうか。さまざまな症状の患者さんで混雑する内科外来では、一人の患者さんに費やせる時間は限られる。まず、簡単な問診と検尿、身体測定を行い、血液検査を診て治療計画をたてるというのが一般的な診療スタイルである。

しかし、京都府で診療を行う土井内科では、医師の診察の前に看護師が時間をかけて問診を実施。受診の動機や現在の自覚症状、職業や生活環境、家族構成などについて細かくヒアリングを行い、カルテに書き込んでいく。

「糖尿病の治療で大切なのは患者さんを知ること。で、患者さんの置かれている環境や心情を無視して療養指導を行っても、患者さんには受け入れてもらえません。病気に対する患者さんの理解度や治療に取り組む姿勢(気持ち)を知り、患者さんが取り組みやすい治療計画をたてることが大切なんです」(土井院長)。

無理な療養指導は、患者さんの負担にしかならない。初診ではじっくりと時間をかけて患者さんと向き合い、治療の糸口を探ることが大切だという。

糖尿病診療のポイントは 患者観察から症状を読み取る

糖尿病患者さんの健康状態は、血糖値や HbA1c などの検査結果を主体に判断してしまいがちであ

るが、患者さんの症状を把握するためには、見た目目で観察することも大切だという。

「糖尿病が進行すると細胞の中にエネルギーがうまく取り込めなくなるため、髪の毛が薄く細くなったり、皮膚の弾力がなくなってくるんです。初診時に、こうした変化に気づくことは非常に重要で、血糖値や HbA1c の値ばかりに気を取られていると病気の危険信号を見逃してしまうこともあるので注意が必要です」(土井院長)。

例えば HbA1c の値が 6 % 台で皮膚の色やハリが明らかに悪い患者さんと、HbA1c の値が 7 % 台で皮膚の色つやの良い患者さんとは、前者のほうが症状が重いと判断することが大切。また、糖尿病の疑いがあって受診された患者さんでも、短期間に極度に体重が落ちていたり、重度の歯周病が疑われる場合は、糖尿病がかなり進行している場合もあるため、翌日から通院を義務づけ、速やかに治療にあたることも必要だという。

糖尿病だからこそ 見逃してはいけない、 合併症のサイン

糖尿病の治療で何よりも大切なのは合併症を予防すること。土井内科では、患者さんの症状に合わせて、定期的な検査を行っている。

「大血管合併症のチェックは頸動脈エコーと CAVI、ABI 検査をします。また、細小血管合併症のチェックは眼底検査と尿検査(尿中アルブミン)を行っていますが、神経障害については、そうした検査が正常でも進行している場合があるため、すべての患者さんに年 1 回アキレス腱反射と同時に足背動脈の触知を行っています」(土井院長)。

アキレス腱反射は専用の器具を使えば診察室で簡単に行うことができる。しかし、触診を行うことが少なくなっている今日では、専門医に委ねてしまっている医師も多く、一般内科ではほとんど行われていないのが現状だ。

神経障害を放置しておくとう糖尿病性足病変が悪化して壊疽になったり、無自覚低血糖や無痛性心筋

梗塞などを引き起こし、命にかかわる危険性もある。神経障害は初期段階であれば、血糖コントロールで改善することも十分に可能なので、初診時には触診を必ず行ってほしいと土井院長はいう。

見た目にこんな症状があれば、 重度の糖尿病の疑いがある

髪の毛がうすく、毛が細い

顔が青白く、血行不足

皮膚にツヤがなく、ハリがない

皮膚を引っ張ると、
力なくのびてしまう

お化粧のノリが悪く、
ファンデーションが浮いている

汗をかきやすい

汗がべたついている

口臭や歯の欠損など、
歯周病を疑う症状が見られる

患者さんの立場で考える薬剤選択、 薬に対する理解が治療の継続に

経口血糖降下薬は、患者さんに毎日きちんと飲んでもらうことが大切であるが、飲まなくてはならないという使命感ばかりを植えつけてしまうと、食事をとらないのに SU 薬を飲んでしまい、低血糖を起こすなどのアクシデントを起こしかねない。

土井内科では患者さんに薬を処方する際には、その薬がどの臓器にどう働き、どんな作用をもたらすのかといった情報を一覧表を使って説明している。患者さんに薬を飲む目的を十分に理解させることで、「飲まされる」のではなく、「自ら飲む」という意識を植えつけている。

患者さんの経済的な負担やインテリジェンスも考慮

新薬が開発されると、どうしても作用を基準に薬剤を選んでしまいがちであるが、継続してきちんと飲んでもらうためには、患者さんの経済的な負担を考慮することも大切だという。

「最近では患者さん側も薬の情報に詳しいので新薬を望まれる方も多いのですが、新しい薬は保険点数が高いため患者さんの経済的な負担も大きくなってしまいます。

新薬を望まれる場合や、新薬が患者さんに適していると判断した場合は、そうした面もきちんと説明し、継続して使っていただけるかどうかを確認したうえで処方しています」(土井院長)。

また、高齢者になると物忘れなども多くなるため、身近に家族がいるかどうか、どういう工夫をしたら忘れずに薬を飲んでもらえるかなど、患者さんの家族構成や生活背景、インテリジェンスなどを考慮することも大切なこと。薬を飲む患者さんの立場にたって薬剤を選択することが、継続的な治療につながっていくという。

治療に前向きに取り組ませる対話術が患者さんのモチベーションを高める

糖尿病患者さんはすべてが優等生ではない。療養指導を守らずコントロールがなかなか改善されない患者さんに、頭を悩ませることも多いが、土井内科では、わがままな患者さんを叱ったり治療



写真：情報掲示板で埋め尽くされた、待合室の壁面。「待ち時間が延びても退屈しない」と患者さんたちに好評だという。その中には毎月の受診者約 400 名の HbA1c 分布や平均値が掲示されている。

を強要したりはしない。あくまでも患者さんの自主性を尊重しながら、治療に対するモチベーションが上がるように工夫をしている。

「食事や運動、薬などの治療を強いられる毎日というのはとても窮屈で、患者さんも疲れているんですね。コントロールが悪いと頭ごなしに叱ってしまうと、患者さんの努力を否定し、やる気を損ねてしまうわけです」(土井院長)。

患者さんの治療経過が芳しくなくても決して責めず、食事や運動療法のなかでひとつでも工夫したことがあれば、そこを褒めて努力を認めてあげる。ほめられると患者さんのモチベーションもあがるので、治療にも前向きに取り組んでくれるようになるという。

血糖コントロール目標

※ この図の HbA1c は NGSP 値

	コントロール目標値 注 4)		
目 標	血糖正常化を 目指す際の目標 注 1)	合併症予防 のための目標 注 2)	治療強化が 困難な際の目標 注 3)
HbA1c(%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注 1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注 2) 合併症予防の観点から HbA1c の目標値を 7 % 未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL 未満、食後 2 時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。

注 3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注 4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

出典：日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド 2012—2013」

2013 年 5 月 16 日の日本糖尿病学会「熊本宣言 2013」では、血糖コントロール目標値が 5 段階から 3 段階に改訂された。土井内科ではポスターやチラシを使って、患者さんに説明を行っている。

気さくな対話を通して、患者さんとの信頼関係を築く

患者さんは診察室に入ると緊張して、なかなか本音を語ってはくれない。そんな患者さんの緊張感をほぐすために、土井内科では待合室の掲示板を有効活用している(写真)。

掲示板には糖尿病治療に役立つワンポイント情報のほかに、経済、時事、スポーツニュースなどのおもしろい記事が盛りだくさん。土井院長が新聞や雑誌からおもしろいと思ったものを切り抜いて掲示している。

おもしろい記事が掲示された日は、患者さんが診察室に入ってくるなり、その話題で盛りあがることもあるとか。

「診察の本題に移るまで、時間がかかることもありますが、患者さんもリラックスしているので、血糖コントロールの状況や治療の実態などを正直に話してくれるんですね。治療に対する疑問や不安なども隠さず打ち明けてくれるので、療養指導を行ううえでのメリットはとても大きいと思います」(土井院長)。

患者さんを身近で支えてあげるのが実地医家の役割

新薬が続々と開発されているいま、糖尿病の治療は複雑化し、専門性がより求められてきている。

内科医のなかには、手間と時間を要する糖尿病治療を敬遠する医師もいるが、全国臨床糖尿病医会の会長として糖尿病医療の臨床現場を見続けてきた土井院長は、増加する糖尿病患者さんを救うためには、実地医家の力こそ必要であると訴える。

「生涯にわたって治療を続けなければいけない患者さんが一番必要としているのは、なんでも気軽に相談できる医師の存在なんです。われわれ内科医は、患者さんの一番近くで支えてあげなければいけない」(土井院長)。

大切なのは、触診と対話を重視する心の通った医療で、内科医はもう一度“医師のあるべき原点”に返って糖尿病と向き合うことが必要なのではないだろうか。

2型糖尿病患者さんの薬剤処方

糖尿病専門医 土井 邦紘
ど い くにひろ

土井内科医院院長(京都府)
糖尿病診療歴 45 年
日本糖尿病学会専門医・研修指導医
京都糖尿病医会 名誉会長(前会長)
全国臨床糖尿病医会 顧問(前会長)
日本臨床内科医会 学術委員会内分泌・代謝班 班長

Q

新薬の登場で薬剤選択が複雑になり、的確な判断ができなくなることがあります。薬剤処方に迷わないコツはありますか。

A

薬剤の処方はずしでも新薬優先で行う必要はありません。情報にまどわされず、患者さんに応じていくつかの処方パターンを決めておくといいでしょう。

肥満傾向のある患者 (BMI25 以上) の場合

Pattern 1

- 尿中にケトン体が出ていないことを確かめる。
- 食事、運動内容を聴取し、実施してから薬剤を処方する。
- 低血糖を起こさない薬剤としてピグアナイド (2〜3錠) を第一に選択。3〜4 か月して効果がない時は増量する。
- さらに効果がない時は、血糖の高さによってグリニド、α -GI、グリクラジド (20mg) または DPP-4 阻害薬 (50mg) を朝食前に投与。コントロールが困難と思われた時はいずれか 2 剤を併用する。

肥満がない患者の場合

Pattern 2

- インスリン分泌が少ない場合が多いので、インスリン分泌促進薬をまず使用することを考慮する。
- 血糖の高さにもよるが、グリクラジド (20mg) から開始し、効果がない時は少し早めに増量する。
- グリクラジドを 80mg 使用しても効果がない時は、DPP-4 阻害薬を低血糖に注意して使用。グリクラジドは減量して開始する。

他院からの紹介患者や転医患者の場合

Pattern 3

- これまでの治療をまず踏襲し、この間に食事、運動をチェックする。
- 転医による環境の変化は仕切り直しであるため、薬の処方を変えることなく、血糖のコントロールが改善されることがある点に留意する。

[略 語 解 説]

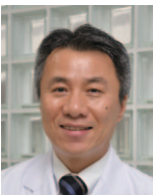
【CAVI】 cardio ankle vascular index
心臓足首血管指数

【ABI】 ankle brechial pressure index
足関節上腕血圧比

略語の詳細についてはホームページをご参照ください。
<http://d-report.net>

ブドウ糖の体内での流れと糖尿病治療薬一覧

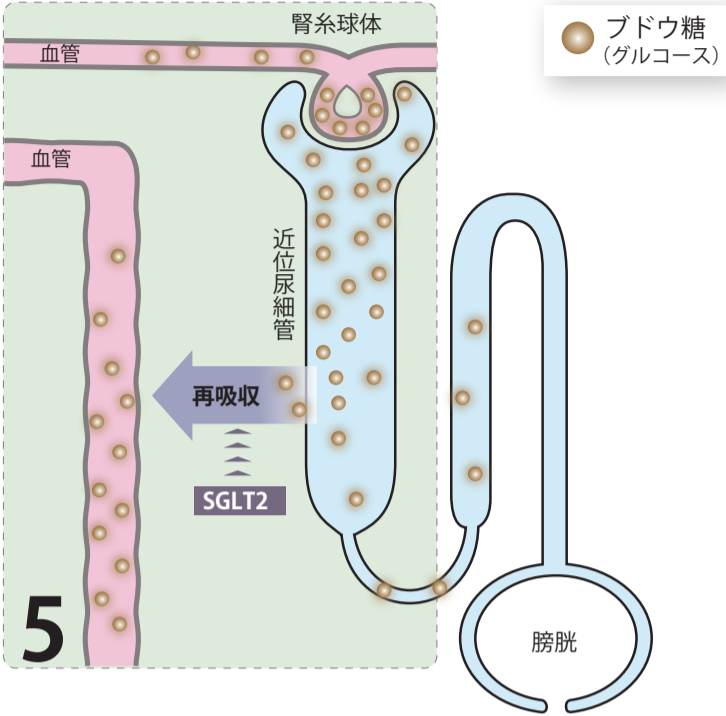
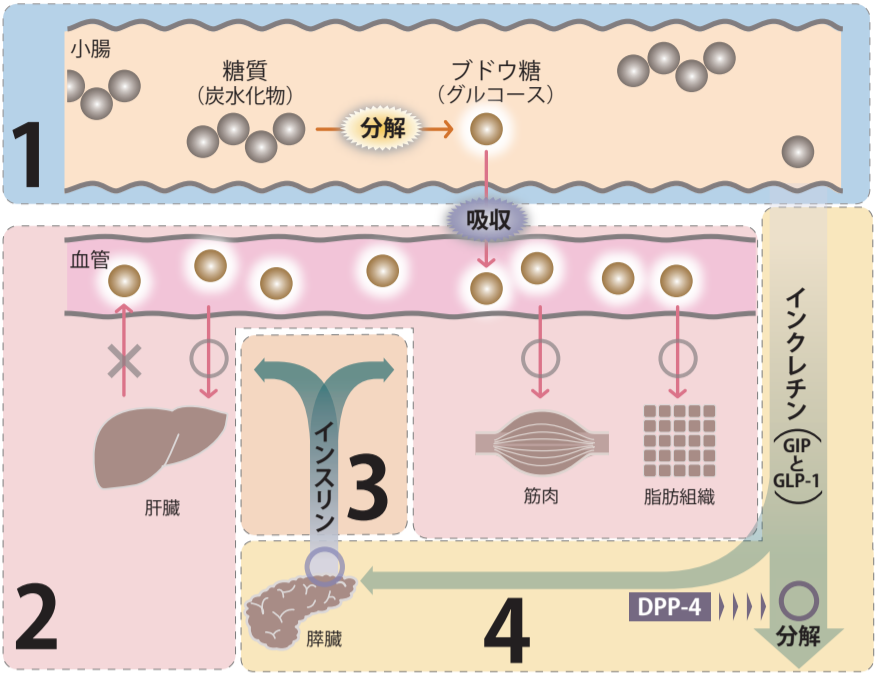
監修



日本糖尿病療養指導士
厚田 幸一郎
あつだ こういちろう
北里大学薬学部教授
北里大学病院薬剤部長



日本糖尿病療養指導士
佐竹 正子
さたけ まさこ
薬局 恵比寿ファーマシー
管理薬剤師



- 1

ご飯やパン、いも類など糖質（炭水化物）は、小腸で「ブドウ糖」に分解され、血管に吸収されます。そして血糖値（血液中の「ブドウ糖」濃度）が上昇します。
- 2

インスリンの働きで肝臓や筋肉、脂肪組織へ「ブドウ糖」を取り込み、エネルギー源として利用・貯蔵します。
*糖尿病の人はインスリンの働きが悪くなり「ブドウ糖」が取り込まれにくくなります（インスリン抵抗性の増大）。
- 3

血糖値が上昇すると、膵臓からインスリンが分泌され、血液中の「ブドウ糖」を肝臓や筋肉、脂肪組織へ取り込み、血糖値が低下します。
- 4

小腸に「ブドウ糖」が入るとインクレチンが分泌され、膵臓に働き、インスリンの分泌を増やします。インクレチン（GIP、GLP-1 など）は、酵素「DPP-4」により分解されます。
- 5

「ブドウ糖」は腎臓の糸球体で血液中からろ過されて尿の原液（原尿）に含まれ、その後、尿細管内で SGLT2 により血液中に再吸収されます。「ブドウ糖」が尿中に排泄される血糖値の閾値（数居の高さ）は約 180mg/dL です。
*糖尿病の人は原尿中の「ブドウ糖」が多いため、再吸収の容量を超えて、一部の「ブドウ糖」は尿中に排泄されます。

作用		分類	作用のしくみ	一般名	主な副作用
ブドウ糖の吸収をゆるやかにする薬	1	α -グルコシダーゼ阻害薬（ α -GI薬）	糖質からブドウ糖への分解を抑制して、血液中へのブドウ糖の吸収(血糖値上昇)をゆるやかにする。	アカルボース ボグリボース ミグリトール	お腹が張る おならが出る 下痢 肝障害など
インスリンの働きを改善する薬	2	ビグアナイド薬（BG薬）	インスリンの働きが悪くなっているのを改善し、骨格筋でのブドウ糖の取り込みを亢進させる。また肝臓からの糖新生を抑制する。	メトホルミン ブホルミン	下痢 胃腸障害 乳酸アシドーシスなど
		チアゾリジン薬	インスリンの働きが悪くなっているのを改善する（肝臓や筋肉、脂肪組織）。	ピオグリタゾン	むくみ 心不全 体重増加 肝障害など
インスリンの分泌を促進する薬	3	スルホニル尿素薬（SU薬）	膵臓に作用してインスリンの分泌を促進する。	第一世代 アセトヘキサミド グリクロピラミド クロルプロバミド 第二世代 グリベンクラミド グリクラジド 第三世代 グリメピリド	低血糖 体重増加など
		速効型インスリン分泌促進薬（グリニド薬）	膵臓へのインスリン分泌をさせる作用の発現が早く、作用持続時間が短い。	ナテグリニド ミチグリニド レバグリニド	低血糖 体重増加など
		DPP-4 阻害剤	DPP-4 を阻害してインクレチンの分解を抑制して、膵臓からのインスリン分泌を促進する。	シタグリブチン ビルダグリブチン アログリブチン リナグリブチン テネリグリブチン アナグリブチン サキサグリブチン	便秘など
	4	GLP-1 受容体作動薬（注射剤）	インクレチンの一つである「GLP-1」を投与することにより、膵臓からのインスリン分泌を促進する。	リラグルチド エキセナチド リキシセナチド	便秘 吐き気など
血液中の過剰なブドウ糖を尿中から排出する薬	5	SGLT2 阻害薬	原尿からブドウ糖を血液中へ再吸収する SGLT2 の阻害により、ブドウ糖を血液中へ再吸収させず尿中から排泄させる。	イブラグリフロジン ダバグリフロジン ルセオグリフロジン トホグリフロジン	尿路・性器感染症 脱水など

α -GI : α -glucosidase inhibitor BG : biguanide SU : sulfonyl urea DPP-4 : dipeptidyl-peptidase 4
GIP: glucose-dependent insulinotropic polypeptide GLP-1: glucagon-like peptide 1 SGLT2 : sodium-glucose transporter 2



症例から学ぶ

糖尿病と診断され、不安を抱える初診患者さんとう どう向き合うか。

当院における外来指導は、指導開始となった患者さんに対し来院ごとに約1年間(12～15回)で、療養に必要な知識や具体的方法を取得できるよう計画し指導を行っている。指導内容は独自のカード型パスを用い、担当は糖尿病療養指導士を中心に、さまざまな職種(看護師・栄養士・薬剤師・検査技師)がかかわっている。

症 例

- 患 者：A氏 29歳 男性 2型糖尿病
○臨床所見：FBG 172mg/dL HbA1c 14.1% GA31.8% 抗GAD抗体 1.3U/mL
IRI 7.0μU/mL BMI 26.8 Kg/m² BP 126/84 mmHg TG 172mg/dL
○合併症：眼底所見なし 腎症1期 神経障害なし IMT やや肥厚
プラークあり
○糖尿病家族歴：祖父
○現病歴：半年前健診にて血糖高値指摘あるも放置。最近高血糖症状
(口渇、多飲、多尿、体重減少) 著明にて受診

【初診時のヒアリング】(カード型パス - ①を使用)

① A氏の生活状況

食生活 ほとんど毎日外食(3回/日)加糖飲料(700～1000mL/日)
間食(夕方 せんべい等)・アルコール(3～4回/週、3～4単位/回)。
運動習慣 なし。
社会的背景 職業：工事の現場監督 世帯構成：1人暮らし。

② A氏が抱える病気に対する不安や悩み

- 仕事が忙しいのに病気になってしまって困る。
○糖尿病は合併症が出ると聞いているが、自分にはあるのかどうか
からない。
○血糖値が高いとは言われたが、どうすれば治るのか知りたい。

③ヒアリングから導きだされた指導上のポイント

- 糖尿病に対する基本的知識がない。
・働き盛りで仕事が忙しく、健診での指摘のみでは受診行動には至
らなかった。
・祖父が糖尿病だったが、いままで疾患への関心はほとんどなかった。
・肥満が疾患に直結するとは考えられず、食事を制限するにはいたら
なかった。

④ A氏の人間性はどんな人か

- (得られた情報をもとに患者像を想定し介入法を検討する)
・まだ若く働き盛りでることから、将来の仕事に対する不安を持っている。
・疾患への知識をきちんと持てば、治療への意欲や理解はあると思われた。
・糖尿病の治癒を目指して、治療上良いことはなんでもやろうと思っている。
・短期集中的に実施することで、“燃え尽き”に注意する必要あり。

【患者指導と治療の経過】(カード型パス - ②を使用)

①病気や病状に関する把握

- 1) 糖尿病の一般的な知識を来院のたびに CDEJ から提供。
2) 現在の自己の病状について指導の都度説明した。
3) 合併症や大血管障害のリスクについて(肥満・IMT・脂質異常等)説明。
4) SMBG を開始。
患者とのかかわりのなかで、高血糖状態を認識するために SMBG によ
って自分の行動の変化と血糖値の変化を知ることは、行動変化の動機
づけや励みとなると考えられた。SMBG を開始し、食事量・内容や
運動など生活のなかでの血糖値の変動を理解させた。

那珂記念クリニック(茨城県)



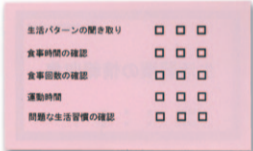
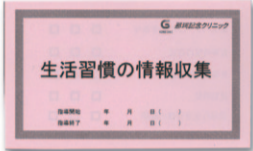
糖尿病専門医 遅野井 健
おそい たけし
那珂記念クリニック院長
糖尿病診療歴34年
日本糖尿病学会専門医・研修指導医
茨城県糖尿病協会副会長



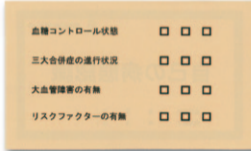
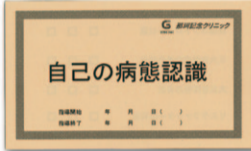
日本糖尿病療養指導士 道口 佐多子
どうぐち さたこ
那珂記念クリニック療養指導部部長
糖尿病療養指導歴35年
茨城県糖尿病療養指導士会・会長

患者指導に活用している『カード型パス』(58種類)

カード型パス - ①



カード型パス - ②



療養指導計画の中から患者個々の状
況に応じてカードをピックアップし、
裏面にある指導項目に従い指導し完了
することで□欄に押印する。カルテ内
の専用フォルダーに入れ、医師もコメ
ディカルもカードを見ることで、患者
の指導状況を確認することができる。
A氏には、初診時にカード型パス①
『生活習慣の情報収集』を用いて、生
活パターンの聞き取りなどを行い、ま
たカード型パス②『自己の病態認識』
を用いて、血糖コントロール状態など
説明した。

②生活指導

- 1) 生活習慣の問題点や行動目標を患者とともに検討。
2) 実施できること、できないことを明確にした。
3) 次回受診までに2～3日分の食事記録をとり持参するよう指導。
4) 初回は加糖飲料などの制限にとどめ、食事内容の指導は、患者の受
け入れ状態を確認しながら行った。

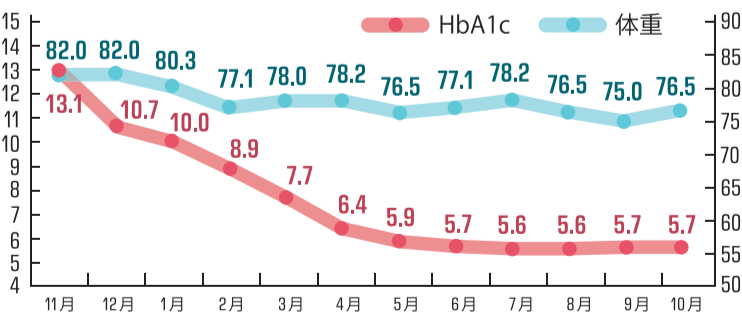
③指導後の変化

- 1) 加糖飲料はただちにやめ、お茶にした。
2) 間食は職場で出されるためゼロにはできなかったが、甘くない物を
選ぶようになった。
3) SMBG の結果を見て、自分で努力すれば空腹時血糖が 100mg/dL 台
になることも知った。
4) 目標体重を設定できるようになった(3か月で5Kg 減をめざす)。
5) 一人暮らしをやめて両親と同居し、朝食と夕食を母親に作ってもら
うようになった。

【まとめ】

知識を習得し SMBG によって血糖が変動することを理解し、多くの行
動変容ができた。薬物介入なしで良好なコントロールが維持できているが、
今後社会的背景や心理状況によって変化する可能性があるため、定期的な
かわりが必要と思われる。なお、現在も受診ごとの問診時に自己管理状
況を確認している。

A氏の治療開始後の経過



【略語解説】

【FBG】fasting blood glucose

空腹時血糖(値)

【GA】glycoalbumin

グリコアルブミン

【IRI】immunoreactive insulin

免疫反応性インスリン

【CDEJ】certified diabetes educator japan

日本糖尿病療養指導士

【抗 GAD 抗体】gultamic acid decarboxylase antibody

抗グルタミン酸脱炭酸酵素抗体

【IMT】intima media thickness

内臓中膜複合体肥厚(頸動脈血管内臓中膜複合体肥厚)

【SMBG】self monitoring of blood glucose

血糖自己測定

略語の詳細についてはホームページをご参照ください。

<http://d-report.net>



症例から学ぶ

ワンポイントガイドンス

糖尿病患者の診療にあたって重要視しなければならないことは、①急性代謝失調の是正、②長期に安定したコントロールを達成することである。したがって、初診時の血糖値や HbA1c、インスリン感受性指標などを頼りに、目先の血糖コントロールに汲々とすることは避ける必要がある。そのようにして得られた血糖の改善は、生活習慣への介入が十分でないことが多いことから、短期的な改善となり容易にリバウンドする可能性に注意しなければならない。

本症例においては、あわてて是正するほどの急性代謝失調は認められないため、長期的な視野に立った治療が優先されると判断し、最初からの薬物使用は選択しなかった。糖尿病は生活習慣病であることから、深刻な急性代謝失調が認められない場合は、生活習慣を見直すことで症状が改善されるケースもある。患者と膝を突き合わせてきちんとヒアリングを行い、患者の性格的な部分も充分に観察したうえで、生活習慣の改善を基本とした無理のない治療計画を進めていくことが大切である。

①情報収集のポイント

最初の指導介入に当たった者が、院内の情報収集用紙に沿って聞き取りを行い、患者の日常生活や疾患に対する理解度を把握。医師だけでなくすべての指導スタッフが、患者の食生活や日常生活を知ることが大切。

②問題点把握と共有

患者自身が自己生活習慣上や身体の問題点に気づくことが大切となる。患者と指導者が問題であると感じていることがずれていると、患者の行動にはつながらない。

指導スタッフも問題点を共有し、同じ意識を持つことが大切。

③知り得た情報から患者の全体像を理解

患者がどんな人か。理解力はあるのか。治療への意欲はあるか。患者がどんな生活をしているのかを想像することで、患者側の立場に立った指導計画を立てることができる。

④行動目標は患者自身のもの

患者が自分の意志で行動できるよう、指導者と患者の問題点のずれを修正していく。自己の病状を適切に知らせることで、いまなにをすればよいかを考えるようにする。

⑤評価

患者の評価：前回からの行動の変化を認め、次の行動目標を設定する。急激な行動の変化や血糖コントロールの改善は、無理していることがあるため注意する。
指導者の評価：複数の指導者がかかわっているため、情報を共有するとともに指導方針にかたよりやずれがないかチェックする。当院では共通の指導カルテを使用することによりそれぞれの指導内容を把握している。

Take Home Message ～実地医家へのワンポイントアドバイス～

D-R

改善後の患者心理の変化を察知し 対応を怠らないこと

5 ページの症例は、患者自身が目標を設定して実践し著しく病状が改善したことから、指導に良く反応した成功例として処理されることが多い。しかし、こうしたケースの場合“糖尿病を制圧した”として、治療の中断や過剰な負担による“燃え尽き”が危惧されるため、長期の観察や精神的サポートが重要である。

日本糖尿病療養指導士 道口 佐多子

初診時の血糖値や HbA1c に 翻弄されることのないように

少しの取り組みで大きく変化する可能性の高い初診時の所見は、十分に吟味したうえで長期的な視野にたって治療計画を組みたてる必要がある。

糖尿病専門医 遅野井 健



転校生からのお便り

永く通院していただいて治療を続けていても、やむなく転院しなければならない事情が出てくる患者さんがいらっしゃいます。たとえば、1 型糖尿病の患者さんで妊娠希望の場合、あるいはご自身の診療の兼ね合いで総合病院各科の診察を希望されている場合など、さまざまな事情で転院されていきます。

その後、転院された方がたにお便りを差しあげることがあります。必要項目に記入していただく以外に欄外に「先生やスタッフの方々のお蔭でいまの自分があります。現在ほど多くのインスリン製剤やお薬の種類が豊富でなかったころでも、合併症を進行させることなく今日までくることができ無事に出産できました」。という言葉が添えられていたり、また、ある方は「食事療法が苦手でも運動療法が得意なことをほめていただき、長期にわたる治療を継続させることができました。自分の体は自分が主治医だと、日頃の先生の言葉をいまも考え、できることを実行しています」。

こんな言葉が書き添えられています。転院されても、それぞれの病院での真摯な治療の様子が伺えて、心が暖かくなります。

院長が診察室で患者さんにかけていた言葉「健康は守るものではなく、作るもの」その言葉がここに生きているのだと改めて感じます。

糖尿病は自覚症状を感じるころには合併症が進行しています。治療を中断することなく、継続して治療する大切さをこれからも伝えていきたいと思います。



日本糖尿病療養指導士
竹澤 直美
たけさわ なおみ
元土井内科医院看護師長
糖尿病療養指導歴11年

編集部だより

実地医家による糖尿病療養指導の役割は年々その重要性を増してきています。本紙 D-REPORT は、開業されている糖尿病専門医や糖尿病療養指導士が、実地医家やコメディカルの目線で患者指導のあり方や治療のポイントを解説します。一方で読者の共通の疑問点に専門医が応える双方向性のメディアに育てますのでご期待ください。http://d-report.net には追加情報もアップしています。