

2015夏号

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  
〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町2-7-10  
TEL 03-6264-9720 FAX 03-6264-9990  
http://d-report.net  
第6号 2015年(平成27年)8月5日号(年4回発行)

## 「生きる糖尿病外来」を 目指しませんか



### CONTENTS

|                                                                  |      |
|------------------------------------------------------------------|------|
| ●施設紹介<br>「生きる糖尿病外来」を目指しませんか<br>手納 信一 手納医院(島根県)                   | 2・3p |
| ●ナースの目<br>熱心な指導<br>飯田 直子 三咲内科クリニック(千葉県)                          | 3p   |
| ●症例から学ぶ<br>グラフ化によりデータ変動を可視化<br>大橋 博 小山イーストクリニック(栃木県)             | 4p   |
| ●糖尿病聴診記<br>医者言う通りやってたら、かえってコントロール悪くなるよ<br>木村 那智 ソレイユ千種クリニック(愛知県) | 5p   |

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| ●Voice of Registered Dietitian<br>栄養指導・玉木マジック<br>玉木 悦子                 | 5p |
| ●D-REPORT GUIDANCE<br>塩分を減らす工夫<br>玉木 悦子                                | 5p |
| ●TAKE HOME MESSAGE<br>実地医家へのワンポイントアドバイス<br>遅野井 健／道口 佐多子 那珂記念クリニック(茨城県) | 5p |
| ●極める! くすりと療養指導<br>低血糖への対策<br>佐竹 正子 薬局 恵比寿ファーマシー(東京都)                   | 6p |

## ●施設紹介 手納医院(島根県)

# 「生きる糖尿病外来」を目指ませんか

手納信一先生は、東京女子医科大学糖尿病センターに勤務された後、出雲市で開業されました。  
患者さんの話を「傾聴」することで、その生き方を問い、糖尿病診療へと導く姿勢をお伺いしました。

## 地域性を生かしたチーム医療

Q: 大学病院時代と開業されてからでは、診療について考え方など違ってきましたか。

手納: 一番違いを感じることは、患者さんに地域の特性があることです。患者さんの年齢層・職業(会社員や農業)の違いに加え、例えば出雲地方は松平不昧公以来のお茶文化があり、和菓子や甘い味付けのものを好む。また、朝の10時や3時に「お茶事」という、おやつだけでなく煮しめなどの副菜と一緒にお客さんを持てなす風習があります。エビデンスに基づいて、標準化すべきことと、その地域の特性に合わせた治療が必要です。

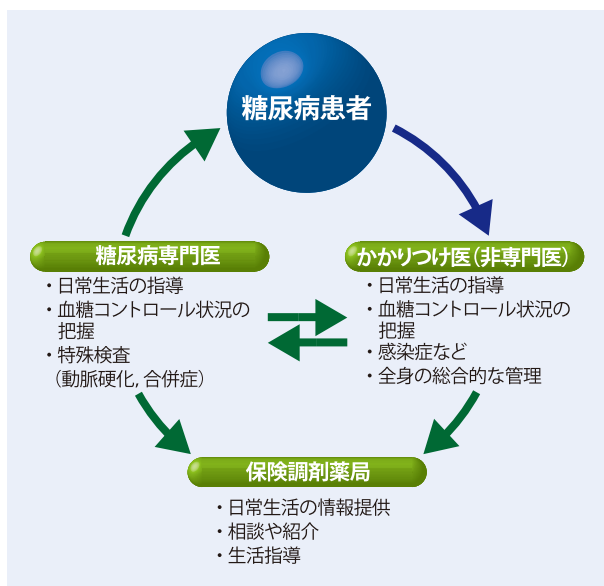
Q: 設備やチーム医療の違いで、不便を感じることはありますか。

手納: 島根県下では、糖尿病専門医は40名に満たず、そこを補っているのが、コメディカルの力です。チーム医療に関しては、こちらのほうが優れているかもしれません。CDE(糖尿病療養指導士)などのシステムがしっかり立ち上げられ、コメディカルを活用しようとする雰囲気強く、私はある意味で楽をさせてもらっています。さまざまな職種の方々がネットワークで糖尿病患者さんを診ていくと、医療インフラが整い、地域全体としてのオープンサークルのチーム医療を構築できます。

Q: 先日の第58回日本糖尿病学会年次学術集会(2015年5月21～24日、下関市)でもチーム医療について発表されましたが、学会発表を努めて行いたいというお考えがあるのですか。

手納: いろいろな活動をしている以上、発表して伝えていかないと、その考え方が発展しないと思います。開業医は多岐にわたる病気を診ており、それぞれの専門があります。私も糖尿病以外の専門の薬を自由に使いこなすことは難しい。各分野の専門家が互いに協力していくには、こちらのやり方を無理強いせず、情報は提供するというスタンスです。お互いに診診連携で、頻繁に患者の紹介をしています(図1)。

図1 外来受診とその流れ



## 「傾聴」からはじまる「生きる糖尿病外来」

Q: 先生は、「生きる糖尿病外来」を目指しているようですが、「生きる糖尿病」とは、どういう意味ですか。

手納: 生きることをサポートするのは、全ての医師が考えていることだと思います。糖尿病は外科などと違って、治す病気ではなく、疾患とともに生きる病気だと思います。糖尿病が患者さんの人生のなかで、どのような意味をもつのか、きちんと納まっていく医療にしたいです。

誤解を恐れずに言うと、糖尿病はあくまで体質の変化で、病気ではないとも考えられます。食べたら血糖値が上がり、うまく下がらない体質をそのまま放置するといよいよ脳梗塞、心筋梗塞、網膜症、腎症、失明、透析など、本当の病気になります。そうならないように、体質のレベルでなんとかしましょう、という考えです。

ですから患者さんが生きることを、どのように考えているのかに目を向けています(図2)。

京都大学の皆藤章先生がおっしゃっていますが\*1、語りの内容を理解するだけなら「聞く」ということで可能です。「傾聴」というのは、その語りの源を見すえて、そのように語らしめている患者さんの心の在りように耳を傾けることです。

患者さんがある日、ぼろっとこぼした言葉が、どこから発せられているのかを考えることで、その心の在りようが見えて動きだすことがある。それまで、何をやってもだめだったのに、そこから血糖コントロールがぐっと良くなることがあります。そこまでじっくり傾聴することが大事です。

Q: 実地医家の先生方がどこまでこういった傾聴ができるかがポイントですね。では治療の技術的な面は、どのようにお考えですか。

手納: 糖尿病外来では技術的なことも非常に大切です。例えばインスリン投与の必要性や薬の選び方などは、医師が決定、提案しなければなりません。また、患者さんの生活を推察し、改善すべき点を抽出し、どのように伝えるかは、われわれ医療者の

技術だと思います。それだけで血糖コントロールがよくなる患者さんもいます。

ただし、そういった技術的な正論を伝えてもうまくいかない患者さんでは、その語りを傾聴することがとても大切です。

診断治療といった技術的な面とあわせて、多くの患者さんが入り込んでいる迷路のようなものがどういったところにあるのか、勉強されると糖尿病診療も随分変わってくると思います。

## 扉を開くことができるのは、患者さん自身

Q: 先生の施設では、毎月症例検討会をされているそうですね。どのようにされていますか。

手納: 初診の患者さんを対象として、医療スタッフにその場でカルテを読んでもらい、その患者さんについて皆で話し合いを行います。カルテには専門用語も多いので、スタッフのレベルアップにもつながります。症例検討をすると、スタッフ間で情報の共有ができますし、患者さんの日常生活や心情などを推察することで、親近感もわきます。クリニック全体として患者さんを支えていくという姿勢は、必ず患者さんに伝わります。

Q: 患者さんの生活習慣を変える行動変容について、何か工夫はありますか。

手納: 私は、患者さんの生活習慣を変えさせようとは思っていません。患者さんがずっと健康で生きたいと思うなら、どこに問題点があり、どうすればよいかを聞きます。

患者さんが何を求めているかで変えられるものも違ってきます。傾聴して患者さん自身で変わっていくことを待っています。

Q: 治療を進めるなかで、患者さんの意識が変わり、自ら治していこうという気持ちの変化を待つのですか。

手納: 天照大御神の天の岩戸と同じで、自分から変わろうとしなければ、岩戸は動かない。結局、扉は内側からしか開かないのは、何千年も変わらないことで、患者さんの心の扉を押したり引いたりしますが、自ら心の扉を開くの待つしかないのです。何もせず漫然と待つのではなく、積極的に待っていると患者さんが少し変わる瞬間があるので、それを大事にします。

「治す」「教育する」という言い方をすると、主体が医療者側になりますが、患者さんに主体があると考え、患者さんへの尊厳が生まれます。自分自身で治そうという意欲がないと自然治癒力が上がってきません。われわれ医療者である他者から大事にされているという意識が患者さんにあると、自然治癒力も高まります。これが一番大事なことです。

図2 糖尿病外来のこれから





## 専門医とのバトンの受け渡し

Q:糖尿病患者さんはバラエティに富んでいますが、実地医家はこういったところに主眼を置いて診察すればよいでしょうか。

手納:実地医家の先生は深追いをせず、各地域の糖尿病対策推進協議会のガイドラインなどに従って、うまく専門医とバトンの受け渡しをしてください。ここまでは、自分で診られるという線引きをきちんとしていただき、その線を越えたら、一度バトンを専門医に渡してもらえば、こちらもできるだけお返ししようと思っています【図3】。

図3 出雲圏域糖尿病療養支援における糖尿病専門医に紹介する目安

- 1)血糖コントロールが困難な症例
  - ・HbA1cが8.0%以上の状態が、半年以上続く
  - ・主治医が治療が困難と考えている等
- 2)教育入院の依頼やインスリン導入の依頼が必要な症例
- 3)シックデイの対応が難しく、入院治療が望ましい症例
  - ・持続する嘔吐、下痢
  - ・重篤な感染症等
- 4)新規発症1型糖尿病疑いの症例
- 5)妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠の症例
- 6)糖尿病網膜症が進行している症例
- 7)持続性蛋白尿(尿蛋白が3回以上連続して陽性)がみられる症例
- 8)大血管障害(動脈硬化)の有無や進行度の精査が必要な症例

## 高齢者医療と地域連携

Q:地域連携に関してどのように考えられていますか。

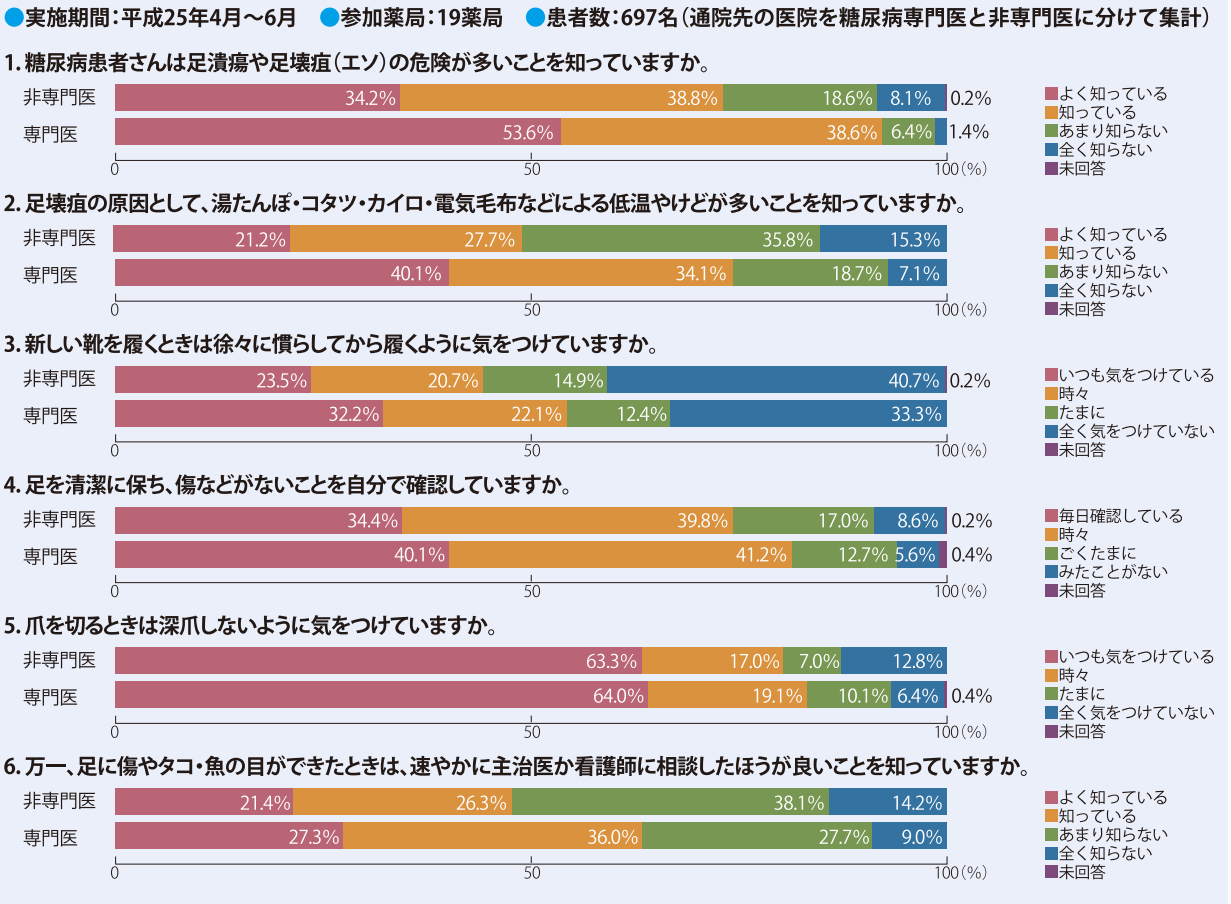
手納:どこか、1カ所の施設が抱え込むのではなく、だれがどの施設に行っても地域として診てもらえ、それをコーディネートするように地域連携を進める必要があります。医師に何かあったときに、その患者さんが困らないよう地域全体で診ていくのです。

これからは、高齢者医療の問題もあります。地域によっては、近くの施設でないと自力で通えない高齢者がたくさんいます。専門医でない医師があらゆる疾患を診ていく必要があり、地域連携が非常に大切です。

Q:高齢者の糖尿病は、こういった点に注意したらよいですか。

手納:高齢者とはいえ、どの程度余命があるかはわかりません。甘くなりすぎではいけないので、さじ加減が難しい。薬剤選択では、DPP-4阻害薬が用量設定をしなくてよく、単剤では低血糖を起こさないの、安全性を求めるなら安心です。実際インスリン分泌が残っている方には、よく効きます。

図4 保険薬局でのフットケア・アンケート



## 地域全体で患者さんをアンダースタンドする

Q:先生は地域で糖尿病に関する薬局のネットワークを作られたそうですね。

手納:かかりつけ医だけでなく専門医であっても、患者さんのフットケアや歯周病の療養指導については、十分にできているとは限りません。診療の出口となる保険薬局でもある程度の指導をしてもらえると、地域全体として療養指導ができるという発想から、糖尿病に関する薬局のネットワークが始まりました。しかし、薬剤師は職域を越えず、主治医の説明と齟齬がないよう留意、徹底します。

薬局でこういった療養指導ができるか、①食事、②運動、③網膜症の啓発、④腎症の啓発、⑤フットケア、⑥シックデイなどいろいろ検討して、一番効果があり、患者さんの行動が変わったのが、フットケアでした\*2。靴を履くとき、慣らしてから履くなどの予防的フットケアの指導を薬局に協力してもらっています。薬局で情報提供や啓発活動をして、問題が見つかった場合は、主治医に相談するようアドバイスしたり、フットケア外来のある医療機関を紹介します【図4】。

Q:さまざまな技術を持った職種がチーム医療を支えるのですね。

手納:チーム医療は、有機的に結びついていかないとチームとして機能せず、ただ多職種の集まりになります。コーディネーターは、患者さんに必要な医療資源をうまく回していく必要があります。技術的なチーム医療だけでなく、人それぞれ感受性や人間観察力を持っているので、職種を越えて患者さんを支えます。施設にとどまらず、地域全体で医療者が、糖尿病を持って生きることを総合的にアンダースタンド(理解・下で支える)することが、われわれのやりたいチーム医療です【図5】。

図5 島根県糖尿病療養指導士の認定研修コース終了時に贈る耳かき



故平田幸正先生(東京女子医科大学)が退官される時に「患者さんの言葉に耳を傾けなさい」と医局員に耳かきを贈ったことにちなんで

\*1 糖尿病58(Suppl1):S7,2015  
\*2 元尾,手納ら 糖尿病55(5):322-327,2012

## ナースの目 熱心な指導

飯田 直子(いいた なおこ)  
三咲内科クリニック 看護師長(千葉県)  
日本糖尿病療養指導士  
(糖尿病療養指導歴19年)



糖尿病は、生涯通院の必要があるが無症状なことが多く、通院の継続には患者・医療者双方の努力が必要である。私は糖尿病外来に携わり20年近くになるが、通院中断の結果、重い合併症を発症して再来する患者さんを見て、医療者として無力感を抱くことがある。

日常の外来で患者さんの通院継続のための配慮として、

①高品質の医療を提供し治療効果を出す

- ②待ち時間はできるだけ短く
- ③採血の苦痛は最小限に
- ④患者さんに合った療養指導を提供する
- ⑤心理的なサポートや家族支援を行う

などがある。また、医療機関独特の緊張感を最小限にするため、患者さんに安心感を持ってもらえるよう看護師は、笑顔を絶やさず、また受診が楽しいと感じられるような明るい雰囲気心をかけている。

特にさじ加減が難しいと思うのは、患者さんに結果を出させたいと思うあまりに医療者が“熱心な指導”をした場合、「結果が出ていないかもしれないから採血したくない」「結果が良くなっていないと叱られる」「受診が憂鬱である」と、患者さんに感じさせてしまうことである。この“熱心な指導”こそ、“くせ者”だと思っている。

大学病院から転院してきたAさんは、インスリン治療をしていたが根本的な問題である肥満が改善

できず、血糖コントロールにも難渋していた。Aさんは「結果が出ないと受診のたびに主治医に責められ、受診そのものが苦痛で生きているのが辛かった」と話す。当院への転院を決めたとき、「ここで始めならもう糖尿病の治療を諦めよう」とさえ思っていたそうだ。当院に通院し始めてから8年、「今はもう少し生きていこうと思っている」とのこと。Aさんの生きる意欲を奪ったのは、もしかしたら“熱心な指導”をしていた医療者かもしれない。健康に生きることを支援する医療者が、患者さんの生きる意欲を奪うかもしれないことを心に留めておく必要があるとつねづね思っている。





## ●症例から学ぶ 小山イーストクリニック(栃木県)

# グラフ化によりデータ変動を可視化

電子カルテを活用して、患者さんのさまざまな検査データをグラフで可視化することからわかる症例の背景を紹介します。

### 体重測定グラフ化

採血や検尿も重要ですが、糖尿病患者さんにとって体重測定ほど重要なものはないと思います。当院では、月1回の受診時に、自動身長体重測定計で着衣のまま身長と体重を患者さんご自身で測定してもらい、HbA1c、血糖値や食後時間などとともに、電子カルテに入力します。

電子カルテのグラフ表示ボタンをクリックすると**図1**、**図2**のような変動グラフが患者さんの前にあるパソコンに自動的に表示されます。このグラフを見ながら、患者さんから最近の生活状況について報告を受けると、より多くの情報が得られます。

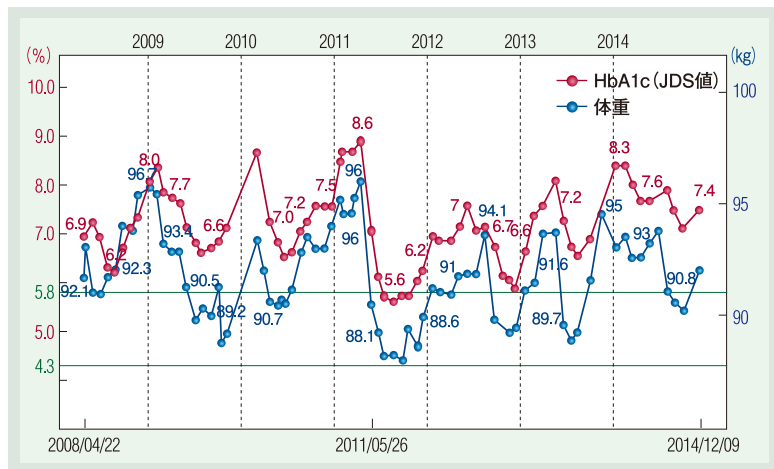
### グラフから読み取れること

一般的には、盆暮れ正月などの季節変動で体重が増え、HbA1cは1～2カ月遅れて上昇することが認められます。**図1**のHbA1cと体重が平行移動するパターンは肥満糖尿病患者だけでなく、BMIが18～20前後の比較的痩せている患者さんにも認められ、わずかな体重増加でもHbA1cは悪化につながります。中年以降に体重が増えた場合、筋肉は増加せず、体脂肪や内臓脂肪の増加につながります。その結果、インスリン抵抗性を引き起こし、血糖コントロールの悪化に直結することが示唆されます。

また、農業や漁業が盛んな地域では季節による労働量の大きな変動があり、地域に特異的な体重やHbA1c変動パターンを認めます。

グラフを数年間にわたって観察すると、例年と異なった動きを見つけることができ、仮に悪化であれば、その時期に変化したライフスタイルを聴取することで、生活習慣の改善を促すことができます。

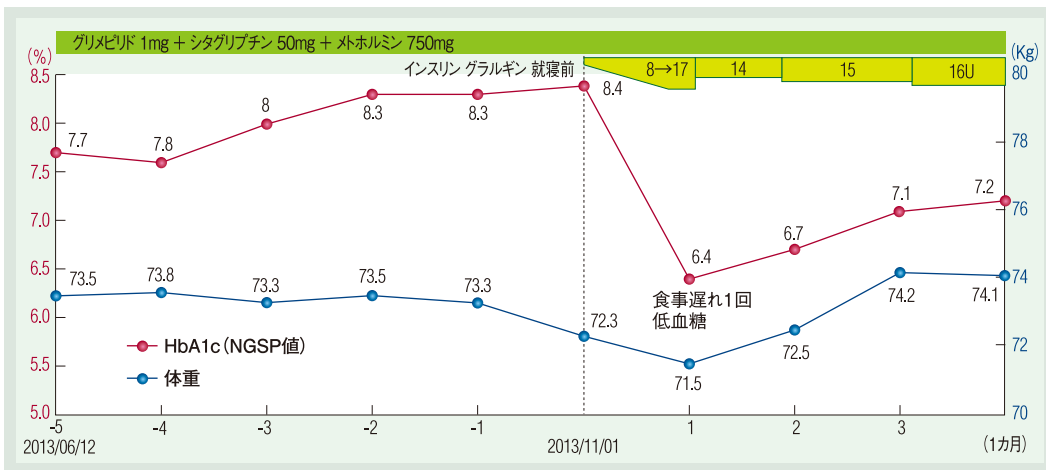
**図1** 45歳、男性



**図2** 51歳、男性



**図3** 50歳、女性、BMI 28.3、2型糖尿病、高脂血症、高血圧、脂肪肝



**大橋 博**(おおはし ひろし)  
小山イーストクリニック理事長(栃木県)  
日本糖尿病学会糖尿病専門医  
全国臨床糖尿病医会 副会長

### HbA1c改善後の体重増加とHbA1c悪化が意味するものは

**図3** は、治験に入った患者さんの症例です。治験のプロトコルに従い、深夜の血糖自己測定も含め1日7～8回血糖を測定して、低血糖がないことを確認しながら慎重にインスリンを増量し、HbA1cは8.4%から6.4%まで低下、体重も減少傾向でした。しかし、ある時点を契機に体重増加しHbA1cは悪化に転じ、インスリンを増量してもその傾向は持続しました。

一体何が起きたのでしょうか。原因は、たった1回の低血糖でした。血糖自己測定で低血糖がないことを確認しながら、treat to target(目標達成に向けた治療)方式でインスリンを増量中に、一度だけ食事の遅れによる低血糖症状があった以外は、自覚症状も含めてはつきりした低血糖はありませんでした。しかし、この一度の低血糖を契機に、患者さんは低血糖回避のために無自覚で食べることを覚えてしまったようです。後日聞いてみると、なんとなくお腹がすくような感じがして、過食になっていたそうです。

インスリンを増量したにもかかわらず、HbA1cが悪化し体重が増えるというパターンです。インスリンやSU薬など強力な血糖の改善治療中に、ある時点を境に体重増、HbA1cが悪化に転じたら、治療過剰を疑いましょう。過ぎたるは及ばざるがごとしです。これもグラフ化をすると早期に気づきます。

私は「低血糖の症状は何ですか」と聞かれたら、「症状がないのが低血糖です」と答えるようにしています。CGM(持続血糖測定)を行うと、低血糖を起こしていても患者さんが気がついていないことが、いかに多いかに驚きます。

電子カルテを活用することでいろいろな情報が集積され、かつ再分析が可能になります。体重とHbA1cの関係について述べましたが、例えばエリスロポエチン製剤で貧血の治療を行っている、HbA1cとHbの変動は緊密に逆相関することがわかります。中年以降の体重増加によりGPT、γ-GTPが上昇し、脂肪肝が出現。インスリン抵抗性を来し、食後の血糖上昇、さらに空腹時血糖も上昇して、ついには糖尿病を発症してしまう過程も、数年にわたるパラメーターのグラフ解析により手にとるようにわかります。患者さんとグラフを共有すると、治療への同意も得られ、数値目標も設定できるので、非常に有効な方法です。ぜひグラフのご活用をお勧めします。

このような患者の多くは治療への遵守が悪く、医師とのコミュニケーション不足から自分の症状や不満、治療への意見を伝えられないことが認められます。その背景には治療や社会環境に対するストレスや治療改善の際に起こった低血糖に対する恐怖による血糖上昇などが考えられます。いずれにしても10kgの体重やHbA1c6%の増減は、治療が円滑にっていないことの反映で、入院加療なども含めた、従来とは異なった戦略が必要だと考えます。



●糖尿病聴診記

「医者言う通りやってたら、  
かえってコントロール悪くなるよ」



木村 那智 (きむら なち)  
ソレイユ  
千種クリニック・院長  
(愛知県)



十数年前、1型糖尿病を患う友人の言葉に、初期研修を終えたばかりの私は愕然としました。追い打ちをかけるように、他の1型糖尿病の仲間達も「そりゃ当然だよ」と口々に。完全アウェー。そんな理解に苦しむ出来事が、1型糖尿病診療をライフワークとするきっかけになりました。

当時日本では、1型と2型の糖尿病治療の区別はなく、1型も食品交換表に基づく食事療法が当たり

前、インスリン量は固定で、コントロール悪化時は繰り返し栄養指導が行われていました。しかし実は、糖尿病学に燦然と輝くDCCT(Diabetes Control and Complications Trial)というスタディが既に発表され、米国では食事を自由に摂ったうえで、糖質摂取量に応じてインスリンを調整することが広く行われていたのです。そして国内では、患者さんたちが自らの経験から、カーボカウントに相当する

治療法を口づてで教えあっていました。

その後、国内の1型糖尿病臨床のパイオニア的な先生方がカーボカウントの普及に努められ、今日ではすっかり「1型＝カーボカウント」「治療に生活を合わせるのではなく、生活に治療を合わせる」が当たり前になりました。

私にリアルワールドの血糖コントロールを教えてくれた当時の仲間たちは、今では揃って私のクリニックに通ってくれています。「土曜午後は1型サロン」という夢もかない、みんないい年になって、赤ちゃんを連れ夫婦で受診する人も。そうやって仲間たちと一緒に年をとって、長いお付き合いができるのも、1型糖尿病に携わる醍醐味です。

第2回  
2回連載

Voice of Registered  
Dietitian



医師が患者さんに「栄養指導受けてみませんか」と勧めると、患者さんは「以前別の病院で栄養指導を受けて、糖尿病や食品交換表のことは分かっている」という反応。しかし、患者さんの血糖コントロールは良いとはいえない状態で、「分かっている」という言葉の裏には実行しているとは限らない状態が隠れている。

そこで医師が「優しく教えてくれるから、栄養指導を受けてみて」とアドバイス。ここから栄養指導・玉木マジックの始まり。玉木マジックは特別な魔法を使うわけではなく、まず患者さんの生活背景を傾聴し、行動変容と心のケアもプラス。“You must” < “I will” の世界へ誘う。



玉木 悦子 (たまき えつこ)  
管理栄養士  
日本糖尿病療養指導士  
神戸学院大学 栄養学部  
客員教授

玉木マジック その①

食事の数字にも強い公認会計士

食事療法はしっかり守っているのに、血糖値改善につながらない公認会計士の患者さんが紹介された。

確かに、食品交換表に基づきご飯の量など、細かなことまで分かっている。昼食は奥様の手作り弁当で、患者さんも量的確認をしながら食べている様子が伺えた。そこで、「確かに量的、バランス的なことはしっかり把握されていますが、食事をゆっくり楽しむことも大切!公園で桜の花を愛でながら食べてみませんか」と提案。「お花見弁当で綺麗だな、おいしそうだなという気分になると胃液の分泌も違います。そして一口目は野菜からゆっくり味わいながら食べてみてください」とお花見の頃にアドバイス。

その後5月に「血糖値が改善しました。箸始めは野菜からゆっくり良く噛むことや、心のあり方も大切だと気づきました」との丁寧なお葉書を頂戴した。私の心にも満開の花が咲いた。

玉木マジック その②

韓流ドラマが大好きなAさん

「Aさん、このところHbA1cが上昇気味で栄養指導で原因を探ってみて」と医師からの依頼。Aさんに食事内容を聞くも、さほど変化はない。しかし生活リズムを尋ねてみたところ、朝食が10時前後になっている。怪しい…???

詳しく聞くと、真夜中にビデオ鑑賞をしていることが判明。聞けば「韓流ドラマ面白いのよ。やめられないわ。深夜なら電話や用事で誰にも邪魔されないし」と青春を取り戻しているかの様子。「Aさん、ビデオを楽しむことはいいけれど、真夜中に見ると、睡眠時間は確保されても眠るべき時間帯や朝食時間がずれて、血糖管理からすれば問題ですよ」とホルモンバランスと血糖コントロールの関係を優しく伝え、食事バランスだけではなく、生活リズムを整えることをアドバイス。Aさんは徐々にHbA1cの改善がみられた。栄養指導を通じて独居生活の寂しさと自由を垣間見た。

栄養指導は長いお付き合いから話しやすい雰囲気生まれ、傾聴することで浮上してくる問題点をアドバイスしてゆくことが大切と思う。

D-REPORT GUIDANCE

塩分を減らす工夫

Q. 塩分の多いものを好む患者さんには、  
どのようにして塩分を減らす工夫を指導すればよいでしょうか。

A. 食事は、特に栄養バランスを第一選択とは考えず、食べたいもの・経済的理由・仕事など、人それぞれの都合によって選択しています。また今までの食習慣により、自己判断が大きく左右されます。塩分制限など、自己管理の必要性を納得するには、現状の食生活で具体的な塩分量の認識から始めます。本人は、薄味を心がけていると豪語するも、関連資料で塩分量を確認すると、実際の1日の塩分量を把握していないこともあります。

塩分を減らすには2つの方法があり、1つは減塩、もう1つは塩分の排泄(脱塩)を意識することです。日々の食生活で知らず知らずに摂りすぎる塩分は、例えば梅干を半分にすれば約1gの塩分を減らすことができます。汁物・漬物は1日に1回の食事にとどめたり、麺類のスープは全部飲まずに残すと約3g程度の減塩ができます。加工食品は塩分量を減らしにくい食材で塩分量も把握しにくいので、摂取頻度を減らし、Na量から塩分量を計算する(塩分量=Na×2.54)ことで減塩の認識を促します。日本高血圧学会が勧める1日の塩分摂取目標量が6g未満であることを考えると1gの意義はとても大事です。

摂りすぎてしまった塩分を排泄させるカリウムは積極的に取りたい栄養素です。野菜・果物にはカリウムが多く含まれており、毎食野菜を摂取することも減塩につながります。

食塩の適正摂取量は  
一日6g未満です

大さじ1杯:約16g  
日本人の食塩摂取量:約10g\*1(1日平均)  
減塩目標:6g未満\*2(1日)

\*1:平成24年国民健康・栄養調査結果の概要健康局がん対策・健康増進課  
\*2:日本高血圧学会、高血圧治療ガイドライン2014

玉木 悦子 (たまき えつこ)

TAKE HOME MESSAGE

実地医家への  
ワンポイントアドバイス



HbA1cの  
意味するもの

HbA1cは魔物である。身近な「アメ」や「ジュース」を棚上げして、HbA1cの低下に躍起となることは慎まなければならない。HbA1cは力ずくで下げるものではなく、正しい介入の結果に下がるものである。



渥野井 健  
(おその い たけし)  
那珂記念クリニック院長  
日本糖尿病学会専門医・  
研修指導医  
日本糖尿病協会理事  
茨城県糖尿病協会会長

指導時の言葉は  
わかりやすく、  
具体的に!

『水分を取ってください』『お薬を忘れずに飲んでください』これでは患者さんの返事は『ハイ』以外の選択肢がありません。『何をどのくらい飲んでますか』『お薬の残りはありませんか』。身近な指導こそ具体的なオープン・クエスチョンから始めてみましょう。



道口 佐多子  
(どうぐち さたこ)  
那珂記念クリニック副院長  
日本糖尿病療養指導士  
茨城県糖尿病療養指導士会会長



● 極める! くすりと療養指導

シリーズ 1 (2回連載)

低血糖への対策

糖尿病患者の増加に伴い糖尿病薬も増え、服薬指導する機会が多い。薬物治療として使用される経口薬7種類、注射薬2種類の糖尿病薬はハイリスク薬として分類されている。当薬局で行っている低血糖の対処法を紹介する。



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



低血糖については毎回の服薬指導時に説明をしているが、薬剤の変更時や食事・運動についての質問に対応していると、低血糖への注意喚起について患者の記憶が薄くなってしまうことがある。そのため当薬局では毎年期間を決めて、**表1**の内容について詳しく確認・説明を20年以上行っている。これは患者がブドウ糖を携帯して、低血糖発現時に適正量ブドウ糖を摂取して重症低血糖を回避ができることを目的としている。その結果、低血糖への不安感からくるアドヒアランスの低下を防ぎ、薬物療法での治療効果を高めることが期待できる。

当薬局の集計では、低血糖を経験した患者は

表1 低血糖チェックシート

初回来局時：

名前(                      歳) 男・女

HbA1c(        %) 測定日(    月／    日)

☐ ① 渡したもの

☒ DMカード    ☒ ブドウ糖

☒ パンフレット

☐ ② 低血糖の有無と症状(1年以内)

☐ ③ 低血糖時の対処法

☐ ④ 低血糖症状の知識の有無

☐ ⑤ ブドウ糖携帯

☐ ⑥ 補食(意味と実践)

☐ ⑦ 家族・職場の人に糖尿病を知らせている

☐ ⑧ 高所作業・車の運転

☐ ⑨ CT検査の時・シックデイ

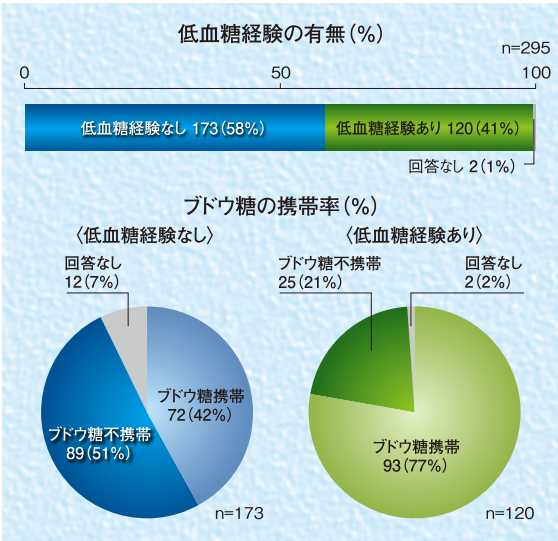
☐ ⑩ 血糖自己測定器(機種)

次回来局時の再確認事項：

☐ ① 低血糖知識確認

☐ ② ブドウ糖携帯

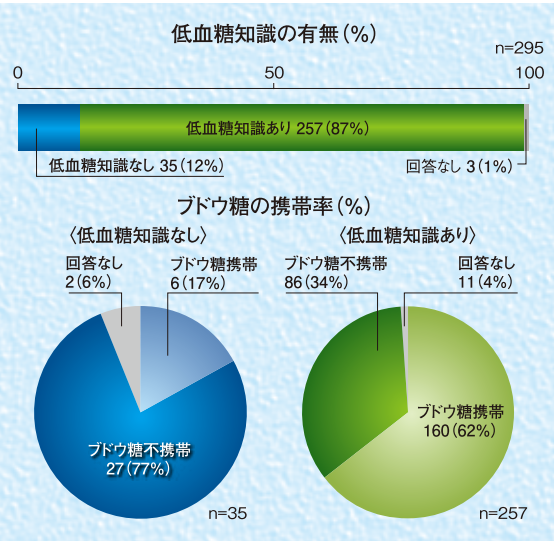
図1 低血糖経験別 ブドウ糖携帯率



ブドウ糖の携帯率が高く、低血糖の発現時の症状を知っている患者はブドウ糖携帯率も高いことがわかった**図1, 2**。しかし糖尿病薬を服用すると低血糖が起きることは知っていても、具体的な低血糖症状の情報がないと、今感じている不快感が低血糖と認識できず、その経験を生かせずにブドウ糖の携帯率が下がる傾向がある。つまり糖尿病薬の低血糖に関する服薬指導では、具体的な低血糖の前駆症状を説明して理解させることが重要である。

低血糖の説明はインスリン非分泌系薬剤服用患者では不要と考えることもできる。しかし糖尿病薬の作用機序を患者は充分理解できるとは限らず、患者にしてみると糖尿病薬が変更になり低血糖の説明を受けても、まさか自分には低血糖は発現しないと思い込むケースもある。これらを防止するために、当薬局では一般的な低血糖の症状を語呂合わせで楽しく覚えていただけるよう

図2 低血糖知識別 ブドウ糖携帯率



に工夫をしている**表2**。

低血糖の説明では、低血糖は本来の薬理作用での主作用であり、対処法を把握してブドウ糖の携帯などの準備をしていれば怖くないことを時間をかけて理解をしてもらっている。糖尿病薬のアドヒアランスが上がり、血糖コントロールの改善に貢献できる服薬指導を心がけたい。

表2 低血糖の「は・ひ・ふ・へ・ほ」

低血糖症状を覚えましょう!

は

ひ

ふ

へ

ほ

… 腹が減る

… 冷汗

… 震え

… 変な行動

… ほっとくと昏睡

「DREPORT」のバックナンバーは、WEBでご覧になれます。

http://d-report.net d-report 検索

●編集部だより

施設紹介にご登場いただいた手納 信一先生は、「生きる糖尿病」をめざし、日々の診療に向かわれています。さらに校医として子供たちに、小児期からの生活習慣ケアの重要性を訴える活動にも熱心に取り組んでいらっしゃいます。子供たちにやさしく分かりやすく説明される「語り口」から、患者さんに寄り添い、「傾聴」を大切にする手納先生の真摯な姿勢を強く感じました。