

2015秋号

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7号 2015年(平成27年)11月5日号(年4回発行)

糖尿病患者の 「通院中断」を防ぐ



CONTENTS

●施設紹介 糖尿病患者の「通院中断」を防ぐ 横山 宏樹／畑中 麻梨恵 自由が丘横山内科クリニック(北海道)	2・3p
●ナースの目 コーチングで展開する療養指導① 坪内 淳子 大石内科クリニック(京都府)	3p
●症例から学ぶ 基礎インスリンの適正な用量設定の重要性 木村 那智 ソレイユ千種クリニック(愛知県)	4・5p
●糖尿病聴診記 “びっくり高血糖”“びっくり低血糖” 井上 利男 井上内科小児科医院(山梨県)	4p

●D-REPORT GUIDANCE 3つの心がけで患者さんの自己変容を促す 手納 信一 手納医院(島根県)	5p
●TAKE HOME MESSAGE 実地医家へのワンポイントアドバイス 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 自動車運転と低血糖への対策 佐竹 正子 薬局 恵比寿ファーマシー(東京都)	6p

●施設紹介 自由が丘横山内科クリニック(北海道)

糖尿病患者の「通院中断」を防ぐ

糖尿病には、継続した治療が欠かせない。しかし、さまざまな理由から、通院を中断する患者が後を絶たないのが現状だ。

平成24年の国民健康・栄養調査によると、20歳以上の「糖尿病が強く疑われる者」のうち、29.0%が「ほとんど治療を受けたことがない」、5.8%(男性7.0%, 女性4.4%)は「以前受けたことがあるが、現在受けていない」と回答した。東京都区南部の糖尿病地域連携システムでは、3年以内に24.4%¹⁾、新潟県長岡市での調査では、33.1%がかかりつけ医への通院を中断²⁾。なぜ、これほど多くの患者が、治療を中断し、糖尿病を放置しているのだろうか。

自由が丘横山内科クリニックは、決して交通の便が良いとはいえない帯広市にある。院長の横山宏樹先生に、通院継続への取り組みについてお話を伺った。

最も多い理由は、「忙しい」「時間がない」

平成17年1月～3月に自由が丘横山内科クリニック(以下横山クリニック)を受診した882人のうち、平成18年5月～7月にクリニックを再診したのは、788人(91.9%)。転居や死亡などによる25人を除き、69人(8.1%)が通院を中断していた。

横山クリニックでは、通院継続へのアプローチを検討するため、通院継続、中断、双方の患者に、聞き取りと郵送によるアンケートを実施。糖尿病に関する知識や、通院に対する意識を調査した³⁾ **表1**。

その結果、中断群では、「仕事が忙しく、通院の時間が作れない」「交通の便が悪く、通院が困難である」「家族の協力が得られない」「医師や医療スタッフの対応に不満がある」などの回答の割合が有意に高かった。一方、「糖尿病に関する知識」や「糖尿病に関する心理」「通院の心理」の項目では、両群で有意な差は見られなかった。

若年層では「仕事」、高齢者では「交通の便」がネックに

中断理由として、最も多かったのは、「仕事が忙しく、時間がない」だった。特に壮年期は、ライフステージにおいても仕事の占める割合が高く、自分の疾患に関して優先度が低い傾向がある。また、

多忙や外来での待ち時間の長さも、通院中断の原因になる⁴⁾。

「次回受診日は、基本的に患者さんに委ねています。直前まで予定が立たず、予約が取れない方も多い。そういう方には、『薬の残りに余裕がある状態で、再診に来てくださいね』と、可能な限りご希望される分の薬を処方しています」(横山先生)。

患者一人ひとりの生活スタイルに合わせた、柔軟な対応が通院継続につながる。

また、管理栄養士の畑中麻梨恵先生は、地方ならではの問題を指摘する。

「帯広には、公共の交通機関がほとんどありません。バスは走っていますが、最寄りのバス停からクリニックまでは、相当歩かなければならない。ご高齢の方や、運転免許を持っていない方は、家族の送り迎えが必要な場合が多いです」。

高齢者には、家族に迷惑をかけたくないという遠慮がある。些細なきっかけから、通院中断につながらないよう、家族にもしっかりと治療継続の必要性を伝えておきたい。

横山クリニックで、50歳以上の患者約1400人を対象に行った認知症の簡易検査では、全体の約6%、65歳以上では約8%に認知症の疑いがあった。糖尿病がない人と比較し、糖尿病患者では、アルツハイマー型認知症が約2倍、血管性認知症で約3倍、うつ病は約2倍多いといわれている。



横山 宏樹(よこやま ひろき)
自由が丘横山内科クリニック理事長
日本糖尿病学会評議員・専門医
全国臨床糖尿病医会理事 学術委員



畑中 麻梨恵(はたなか まりえ)
管理栄養士
糖尿病療養指導士

高齢者の「認知症」は、「うつ」との区別が困難なことや、合併するケースもある。

「ご高齢の患者さんの場合、一人で来院できたとしても、医師の言葉をよく理解できなかったり、忘れてしまったりする。認知症や記憶力の衰えはゆっくりと進むので、ご家族は、意外と患者さんの状態を把握していないこともあります」(畑中先生)。

継続した通院で、認知症やうつを早期発見すると家族の負担軽減になるのではないかな。

また高齢者に限らず、医療費の経済的負担が大きい患者には、安価な薬に調整したり、検査の回数を少なくするなどの配慮を行っている。

通院の継続で、健康寿命を延ばす

通院継続群に比べ、中断群では、神経障害、網膜症、腎症の発症率が高い⁴⁾。通院の継続は、そのような合併症の予防のほか、癌や脳梗塞、心筋梗塞、認知症など、他の疾患の早期発見にもなる。

横山クリニックに通院していた患者約200人の死亡原因を調べたところ、『悪性腫瘍』(37%)と『脳梗塞・心筋梗塞・狭心症』(10%)で約半数を占めていた **図1**。「これらの疾患は、患者さん自身では初期症状に気づきにくい。かかりつけ医が検査を行うなどして、早期発見に努めたい」(横山先生)。

横山クリニックでは、各種血液検査、レントゲン、心電図、腹部や頸動脈IMTの超音波検査、尿検査、さらに24時間蓄尿検査などを定期的を実施。「糖尿病治療の継続が、結果として、ほかの疾患の早期発見や健康寿命を延ばすことにつながる」(横山先生)。

図1 通院患者さんの亡くなった原因

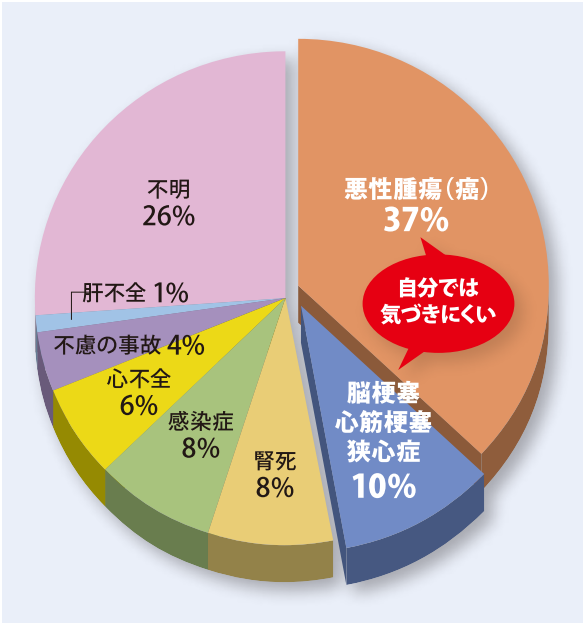


表1 アンケート結果:「はい」と答えた人数と割合

アンケート内容		通院継続群 (%) 662名	通院中断群 (%) 25名	p
糖尿病に関する知識	1. 自分は糖尿病だと思う	611 (92.3)	22 (88.0)	NS
	2. 自分の血糖値やHbA1cを知っている	598 (90.3)	21 (84.0)	NS
	3. 糖尿病の診断基準を知っている	517 (78.1)	21 (84.0)	NS
	4. 身内に糖尿病患者がいる	377 (56.9)	14 (56.0)	NS
	5. 自分の行動で血糖値が変動すると思う	591 (89.3)	24 (96.0)	NS
	6. 現在の食事・運動療法で糖尿病がコントロールできていると思う	356 (53.8)	15 (60.0)	NS
糖尿病に関する心理	7. 糖尿病に対して漠然とした不安がある	461 (69.6)	20 (80.0)	NS
	8. 糖尿病の食事療法はつらいと感じる	236 (35.6)	10 (40.0)	NS
	9. 糖尿病の運動療法はつらいと感じる	210 (31.7)	5 (20.0)	NS
	10. 糖尿病であるがために制約されている	295 (44.6)	12 (48.0)	NS
	11. 糖尿病は医師に任せておけば大丈夫と思う	135 (20.4)	6 (24.0)	NS
通院に関する心理	12. 体調が良いので通院する必要はないと思う	55 (8.3)	4 (16.0)	NS
	13. 通院するのが面倒だと思う	152 (23.0)	7 (28.0)	NS
経済的、時間的な問題	14. 診療代や薬代が経済的に負担になる	352 (53.2)	9 (36.0)	NS
	15. 仕事が忙しく通院の時間が作れない	111 (16.8)	9 (36.0)	p<0.01
	16. 交通の便が悪く、通院が困難である	38 (5.7)	4 (16.0)	p<0.05
社会的支援状況	17. 通院が困難な理由に家族の協力が得られないことが関与している	22 (3.3)	3 (12.0)	p<0.01
	18. 家族に病気のことを話している	625 (94.4)	25 (100.0)	NS
	19. 家族に病気のことが知られると立場が悪くなる	41 (6.2)	2 (8.0)	NS
	20. 医師や医療スタッフの対応に不満がある	8 (1.2)	2 (8.0)	p<0.01

医師や医療スタッフに不満がある?!

患者の多くは、糖尿病によって、これまでの生活習慣の見直しを迫られる。それでも、患者は医療者に不満を抱きがちだ。患者の嗜好や習慣を頭ごなしに否定するような指導は慎みたい。前出のアンケートでも、通院中断群では継続群に比べ「医師や医療スタッフの対応に不満がある」という回答の割合が有意に高かった。

「糖尿病治療の場は日常生活なので、患者さんご自身の意志によるところが大きい。医師が上から目線で指図をしたり、叱ったりしたところで、患者さんの意識は変わらない。中にはそういった厳しい指導で、気持ちを新たにする患者さんもありますが、長続きするとは思えません」(横山先生)。

横山クリニックでは、患者の自己検査による自己管理に重きを置いている。従来の説教型の指導と比べて、自己責任型の方が、血糖値や体重の管理に効果が高いという報告もある⁵⁾ ⁶⁾。

「スタッフには、患者さんを敬愛する気持ちを常に忘れないよう指導しています」(横山先生)。

スタッフの対応について、何か気付いた点があれば、患者からも気軽に言えるような、開かれた雰囲気心をかけている。そのような院内環境も継続治療の大きな要素だ **図2**。

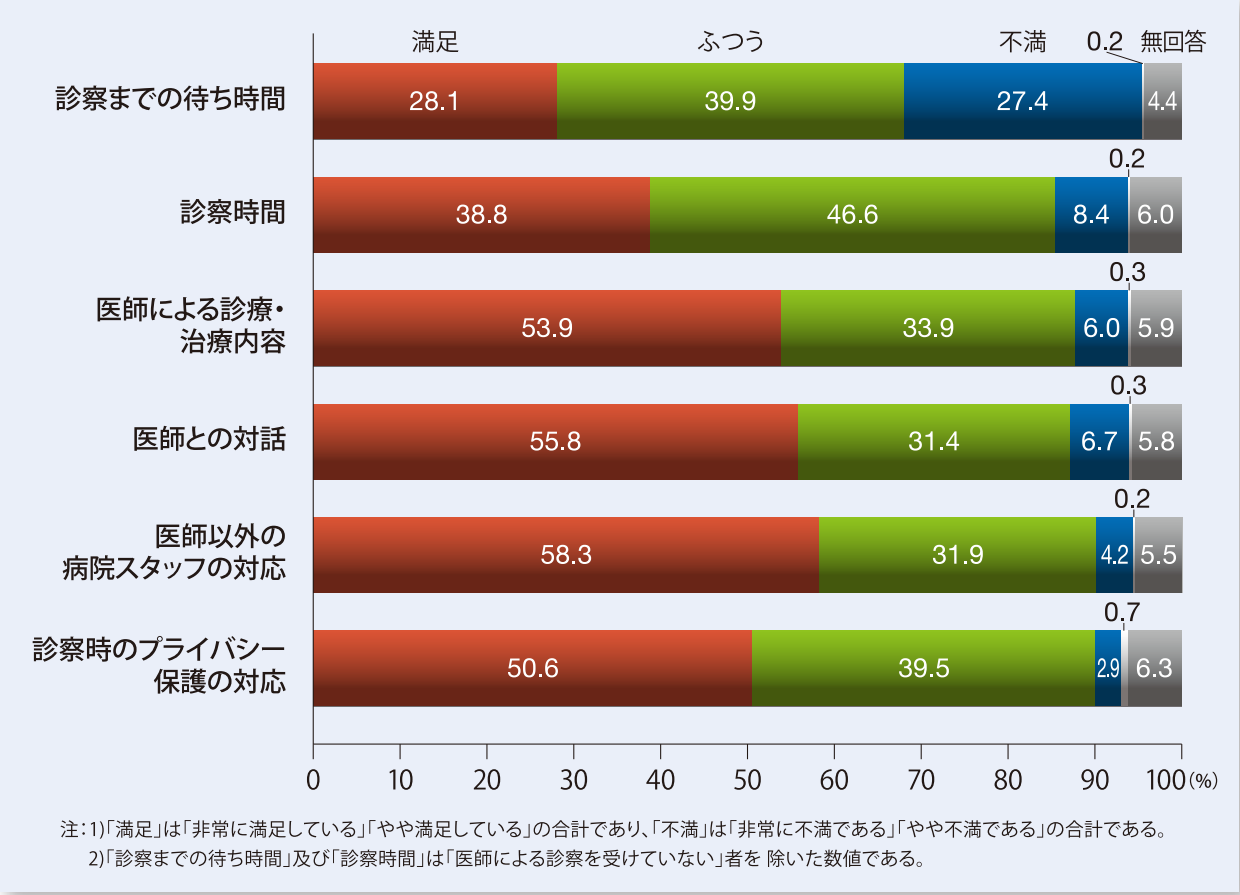
「治療の目的は、『病気が人生の楽しみを損なわないこと』。患者さんには、病気のために何かを犠牲にしたり、あきらめたりする必要は全くないと話しています」(横山先生)。

地方にこそ、医療連携を

高齢化に伴い、今後も糖尿病患者の増加が予測される。これからの糖尿病治療は、地域の医療連携をどう進めるかが重要なキーになるのではないだろうか。

横山先生は、半年から年に一回程度、糖尿病専門医の立場から、近隣の実地医家にアドバイスをを行っている。普段は地元のかかりつけ医に通う患者に、専門的な見地から治療方針や処方薬、インスリン単位など、ソフト面の助言をし、地元のかかりつけ医のもとへ返す。糖尿病専門医の多くは、このような医療連携を歓迎しているが、実地医家の

図2 厚生労働省2014年受療行動調査 『項目別にみた外来患者の満足度』



理解はまだまだ広がっていない。

「大都市では、糖尿病専門医もたくさんいますし、医師同士、病院同士の競争も激しい。その緊張感が、全体のレベルアップにもつながっていると思います。一方、地方では実地医家同士で、患者さんを紹介し合うことが、まだ多いとはいえません。『普段は自分が診るけれど、たまには専門性の高い先生に診てほしい』などといった形で、医療連携が広まっていけばいいと思います」(横山先生)。

地域全体で患者を診るということが、ひいては治療継続のための取り組みになるのではないだろうか。

最後に、厚生労働省の研究班が平成27年5月に発表した「糖尿病受診中断対策マニュアル」も参考にしたい **表2**。

1. 菅原薫 他, 糖尿病47:313-318, 2004.
2. 福永恵 他, 日本人間ドック学会誌 12(2), 115-118, 1997.
3. 横田友紀 他, 糖尿病50(12):883-886, 2007
4. 山田幸男 他, プラクティス10:426-431, 1993
5. Norris S, al: Diabetes Care24:561-587, 2001
6. Glasgow RE, Anderson RM, Diabetes Care 22:2090-2092, 1999.

表2 糖尿病受診中断対策マニュアル

受診中断を防ぐための対策

- ・初診の糖尿病の患者に、継続的に受診が必要であることを伝える。
- ・栄養指導、療養指導は受診中断の減少に有効である。
- ・若年者などで時間にゆとりがない場合は、可能な範囲で受診時間の融通性を高くする。
- ・インスリンの自己注射が指示どおり行われず残っている、または、きちんと薬剤が内服されず残薬がある場合には、医療費が経済的に負担である可能性を考慮する。
- ・医療費が経済的に負担である場合は、より薬価の低い薬剤や後発医薬品を考慮する。
- ・薬剤を中止できそうな場合も、その後の受診中断の可能性を考慮して慎重に判断する。
- ・受診中断者への受診勧奨を行う。電話、郵便物はいずれも同程度に有効である。
- ・受診中断者への問い合わせと受診勧奨は、医療保険者や産業医等、直接に診療に当たらない第三者も実施しうる。
- ・過去に受診中断した人には受診中断した理由を尋ねる。

厚生労働省の研究班「糖尿病予防のための戦略研究課題2」
ーかかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関する研究(J-DOIT2)ーより抜粋

ナースの目
コーチングで展開する
療養指導①
(3回連載)

坪内 淳子(つばうちじゅんこ)
大石内科クリニック(京都府)
京都府糖尿病療養指導士
(糖尿病療養指導歴3年)



糖尿病の療養指導と聞いて、皆さんはどのように思われますか。

「糖尿病の知識を教え、実行してもらおう。それをサポートするのが看護師の役目。指導する看護師は糖尿病のスペシャリストである」。

そんなふうに私は思っていました。私はこのクリニックに来るまで療養指導の経験がありませんでした。そのため、早く他のスタッフに追いつこうと

必死でした。他のスタッフの療養指導を見学し、一番戸惑ったのは、私ならこう言うと思う言葉と、全く別の言葉が指導しているスタッフの口から出てくることでした。その違いの元は「コーチング」でした。

コーチングとは、「答えは相手(患者さん)の中にある」という考え方を基本にした、近年注目されているコミュニケーション手法の1つです。

まずは、患者さんの言うことを否定せずに受け止め、患者さんとの信頼関係を築いていきます。すると患者さんは「果物をたくさん食べた、甘いものも多かった」など、本来なら医療者に話にくい出来事も、ありのまま話されるのです。これは私にとっては驚きでした。そして、会話の内容をまとめながら、一緒に考え、患者さん本人に答えを出してもらうよう話を進めていきます。

実際のコーチング手法や効果は、傍から見ている分には、よく分かるのですが、頭では理解できても実践するのは難しいものです。臨床の場で自然にできるようになるには、日々コーチングを意識しながら

対話をしていくことが大切だと痛感しています。幸い、他のスタッフも同じようにコーチングを学んでいるところなので、気になることはすぐに聞いたり、教え合ったりできる環境も、スキルアップに繋がっていると思います。

また、コーチングセミナーで学ぶ過程でも新たな出会いがあり、どんどん世界が広がっていく楽しみもあります。振り返ると、当クリニックで働く前は、何か新しいことを始めようとは、思いもしませんでした。糖尿病療養指導だけでなく、いろいろな視点から物事を見るようにと指導してくださる好奇心旺盛な先生をはじめ、個性豊かなスタッフに囲まれて仕事ができることに感謝しています。

「メディカルサポートコーチング」
奥田弘美 他(中央法規出版)



●症例から学ぶ ソレイユ千種クリニック(愛知県)

基礎インスリンの適正な用量設定の重要性

近年、強化インスリン療法を行っている糖尿病患者、特に1型糖尿病患者において、「カーボカウント」の普及が進んでいる。カーボカウントとは、食事の糖質量に応じて追加インスリン(超速効型インスリン)の量を調節するもので、カーボカウントの学習会は医療者、患者向け共に盛況である。

一方、基礎インスリン(持効型インスリン)の用量設定については、論じられる機会が少ない。さらに、BOT(Basal Supported Oral Therapy)登場時に盛んに言われた「基礎インスリンはたっぷり」「朝の血糖値が目標に到達するまで増量」「朝の血糖を制する者はコントロールを制する」などといったフレーズが強化療法にも持ち込まれ、基礎インスリン過剰となり、低血糖や体重増加に悩まされる症例が後を絶たない。当院で経験した典型的な症例から、基礎インスリンの適正な用量設定について考える。



木村 那智(きむら なち)
ソレイユ千種クリニック・院長



症例 A氏 28歳 女性
1型糖尿病歴8年

身長 162 cm 体重 62.0kg

- HbA1c 8.4%
- 空腹時血中CPR測定感度未満
- インスリン抗体陰性

・血糖値の変動が大きく、原因不明の高血糖や低血糖が多い。
・明け方に低血糖昏睡を起こしたことがあり、就寝前の血糖値が200mg/dL以下のときにはクッキーなどで補食をしないと不安。
・HbA1cが高く、合併症の発症と、将来の妊娠出産が心配。
・前医はコントロール改善の具体的な指導がなく、管理栄養士による栄養指導を繰り返すのみ。
・教育入院も勧められているが、簡単に仕事を休めないため、セカンドオピニオンを希望して当院を受診。

前医の治療

①主治医の指示

- 基礎インスリン:インスリン デグルデク (以下デグルデク)／就寝前12単位
- 追加インスリン:インスリン アスパルト (以下アスパルト)／毎食前6単位
- 食事療法1600kcal

②実際の治療状況

食事療法は自分なりに心がけているが、年齢相応な生活もあり、常に徹底しているわけではない。食事量が多いときは、主治医に内緒で追加インスリンを1～2単位多めに打ち、食前血糖が200mg/dLを超えた時も1単位増量している。

③血糖コントロール状況

図1 前医にて治療中の自己管理ノート

名前		平成 年 月	
インスリン:朝 6 昼 6 夕 6 夜間 12		12	
朝前	後	昼前	後
1 162	151	96	152
2 235	86	128	
3 198	86	203	311
4 111		209	5:30 00
5	189	190	
6 134	46	135	173
7 251	257	274	
8 156	181		230
9 146	197		
10 122	159	200	
11 227			
12 174	130	39	118
13 82	54	97	41
14 24	112	188	151
15 173	201	186	
16 122	180	168	

赤丸:低血糖

セカンドオピニオン外来での指導

①問題点

- 低血糖が多い。夜間低血糖がみられることから、基礎インスリンの過剰が疑われる。
- 食事指導がカロリーベースで行われている。カーボカウントを習得していない。
- 測定チップの処方制限のため、就寝前の血糖値が十分に測られていない。

②患者および主治医への提案

- 基礎インスリン調節の目標は、就寝前(夕食後4時間以上経過)や深夜血糖値を翌朝まで横ばいに

推移させること。就寝前と翌朝のペア血糖測定をもっと頻回に行う。

- 「応用カーボカウント」を学習し、糖質摂取量に比例して追加インスリンを行うべきだが、まずは糖質量を一定にそろえた食事「基礎カーボカウント」から始める。
- CGM(持続血糖測定)を実施し、普段の生活での1日を通じた血糖変動を把握する。
- 1型糖尿病の場合、月120枚まで測定チップの血糖自己測定器加算区分がある。最低でも毎月120枚の処方を依頼する。

セカンドオピニオン外来後

①外来CGM

提案に従って、CGMが行われた。図2。その結果に対する主治医の指導内容は以下の通り。

- 朝の血糖値は150mg/dL以上の日が多いため、デグルデクは就寝前14単位に増量。
- 朝食後の血糖値はよく抑えられているが、昼・夕食後の血糖変動が大きいため、食事指導を再度徹底。また夕食後の血糖上昇が大きいため、アスパルトは8単位に増量。

②CGM実施後の経過

- HbA1cは8%台で変わらず、以前にも増して低血糖に悩まされるようになった。
- 結婚を機に当院へ転院。

当院転院後

①前医のCGMデータ(図2)を元に、当院では以下のような指導を行った

- 基礎インスリン:毎晩就寝中に血糖が下降しており、基礎インスリンが過剰。デグルデクを8単位に

●糖尿病聴診記

“びっくり高血糖” “びっくり低血糖”



井上 利男(いのうえ としお)
井上内科小児科医院 院長
(山梨県)
日本臨床内科医会 山梨県会長
山梨大学医学部法医学非常勤講師

先日、日常の外来診療を行っている中で、血糖値に関して非常に珍しい症例を経験したので報告します。

“びっくり高血糖”

疲労感を訴え、来院した75歳の男性。思いあたるところがないか聞いたところ、前日に歯科で抜歯をしたと言います。尿検査で尿糖(4+)ケトン体(3+)、血糖値が1250mg/dLという驚くほど高い数値を示し、ケトアシドーシスと診断。直ちに専門病院へ入院させました。インスリン注射と大量の補液にて一晩で500mg/dLまで改善しました。家族を含め、糖尿病歴がないことから、抜歯時のストレスで小胞体指令のインスリン分泌がOFFの状態となったと考えられます。

“びっくり低血糖”

次に、入浴中に亡くなった63歳の男性。朝食後、いつもの経口糖尿病薬を服用。昼食を摂り、夕方、入浴中に意識がなくなり、死亡したため、検案依頼があり対応しました。

熱い湯に入ると、血糖値は通常よりも早い低下を来し、HbA1cが7.5%あるものの、血糖値は0値でした。死後画像診断Ai(Autopsy imaging)では異常を認められず、低血糖により意識障害を起こし、死亡したと考えられます。

高齢化社会を迎え、糖尿病患者さんが増加する中で、われわれも血糖値の異常変化を常に念頭に置くことが大事です。



減量。晝現象(深夜に分泌される成長ホルモンの作用により、早朝に血糖値が高くなる現象)は起きていないため、就寝前から翌朝にかけて血糖値が±30mg/dL以内の変動に収まるよう調節する。

- 追加インスリン:応用カーボカウントを指導して調節する。
- 基礎インスリン、追加インスリンともに1回の注射量が10単位未満のため、インスリンをカート製剤に切り替える。注入器は0.5単位刻みで調節可能なノボペンエコー™を処方。

②その後の経過

- デグルデクを減量した翌日(6日)以降、夜間低血糖は消失(図3)。就寝前から翌朝にかけての血糖変動も、おおむね±30mg/dL以内に収まるようになった。
- HbA1cは順調に低下し、4ヵ月後には6.6%まで下がった。そこで再度CGMを実施した(図4)。
- 妊娠出産希望のため、今後は基礎インスリンをインスリン デテミル1日2回法、もしくはインスリンポンプ療法への切り替えを勧めている。より厳格なコントロール(HbA1c6.2%未満)を目指し、日々カーボカウントの精度を上げるべく試行錯誤している。

図3 血糖測定記録は携帯アプリ「スマートe-SMBG」を使用。測定した血糖値はクラウドデータ管理サービス「e-SMBGクラウド」を介して、診察室のPCと共有される。



図2 前医におけるCGM

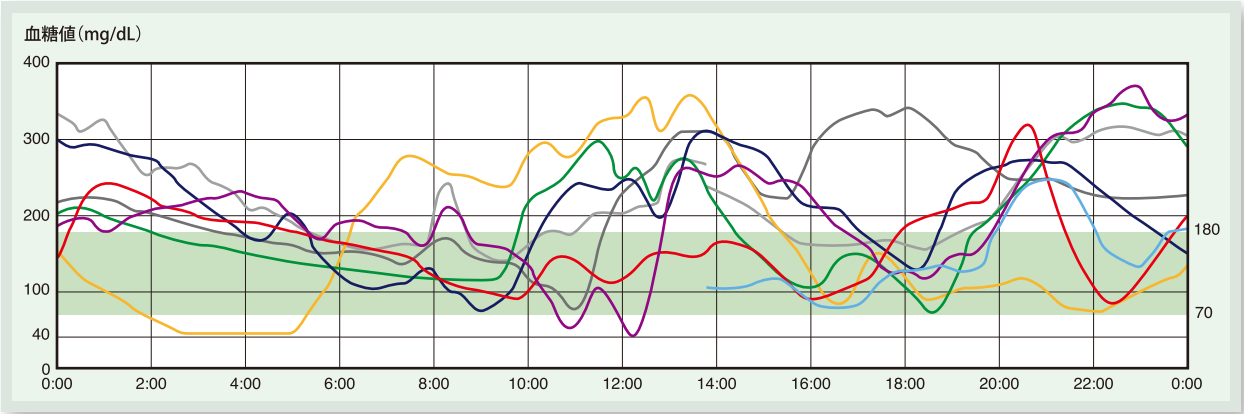
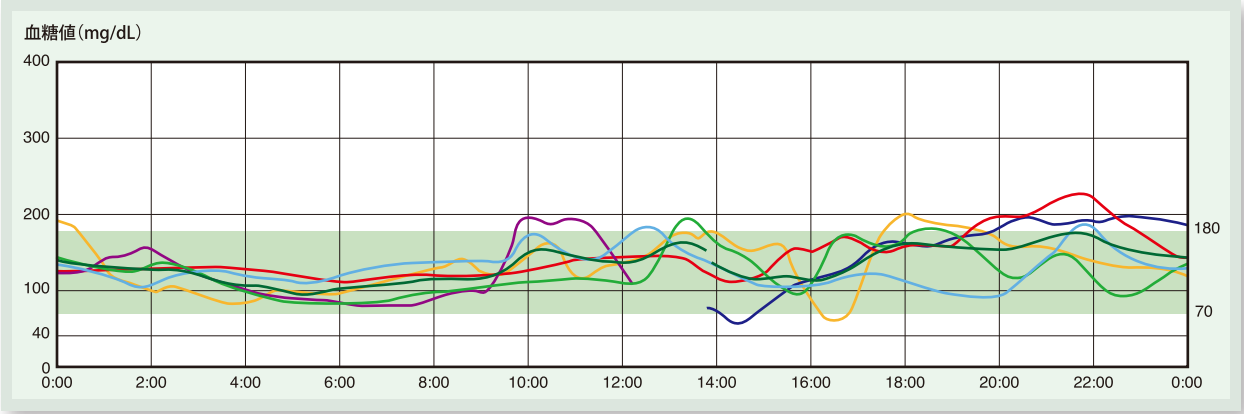


図4 当院転院4ヵ月後のCGM



まとめ

基礎インスリンが適正化されて、患者が最も喜んでいたのは、HbA1cの改善ではなく「不可解な低血糖がなくなり、自分で血糖を調節しているという手ごたえが感じられるようになった」ことであった。基礎インスリンが過剰だと、1日を通じて血糖値を下げ続けようとするため、それに抗すべく食事を摂り過ぎたり、追加インスリンを十分に打てなかったりして、食後血糖が抑えられなくなる。体重の増加や、食事時間の遅れによる低血糖など、患者のQOLは著しく損なわれる。

黒田らの報告によると、日本人1型糖尿病における基礎インスリンの至適用量は、1日のインスリン総量の30%未満であるとされる¹⁾。この点からも、来院当初の基礎インスリンは明らかに過剰であった。西村

らは国内にCGMが普及した早期から、持効型インスリンの過量投与による夜間低血糖や日中の高血糖を問題視し、CGMグラフを象の横顔になぞらえ、「象の鼻を伸ばそう」と訴えてきた²⁾。しかし依然として、基礎インスリンが過剰な症例が散見され、基礎インスリン量が1日総量の50%以上になる例も見られる。

- 基礎インスリンは血糖値を下げるためではなく、横ばいに維持させるためのもの。
- 追加インスリンは、食事による血糖上昇を抑える、あるいは高血糖を補正するためのもの。

という使い分けを肝に銘じ、徹底することが大切である。

文献
1) A. Kuroda, et al.: Diabetes Care 2011; 34(5):1089-1090
2) 西村理名:CGM 持続血糖モニターが切り開く世界。改訂版, 医薬ジャーナル社, 2011

D-REPORT GUIDANCE

3つの心がけで患者さんの自己変容を促す

Q. 糖尿病診療における、心理療法の基本的な考え方をお教えてください。

A. 患者さんの心の中では、慢性疾患の病名を告げられた時から受容のプロセスが始まります。大切なことは、健康だった過去の自分と、慢性疾患と共に歩むこれからの自分が一致するかどうかということです。すんなりと受け入れられる方もいる一方、手こずる患者さんも少なくありません。

糖尿病専門医は、心理臨床家ではありません。ですが、患者さんが疾患を受容し、自ら必要な療養行動を行う気持ちになるために、心理的サポートを行うことも大切な役割となってきます。このようなとき、心理療法的な考え方が役に立つことがあります。

米国の臨床心理学者カール・ロジャースは、来談者中心療法(Client Centered Therapy)を提唱しました。

1. 積極的関心: こちらの主観的な判断を入れない。
2. 共感的理解: さながら自分の身に起きたかのように、患者さんの話を聞く。
3. 自己一致: 自分の心の中にあることと違ってはいけない。

このように接すると、患者さんは他者から大切に扱われていると感じ、心の中に治る気持ち(自己治癒力)がわき出てくるようになります。

療養行動パターンを変えるのは、医療者が患者さんのためにと考えて行う説明や説得ではなく、患者さん自らの変化なのかもしれません。



手納 信一(てのう しんいち)
手納医院 院長(島根県)
NPO法人島根糖尿病療養支援機構 理事
島根県糖尿病療養指導士認定機構 研修委員長

TAKE HOME MESSAGE

実地医家へのワンポイントアドバイス



糖尿病治療『急がば回れ』



遅野井 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

糖尿病治療では、「早期からの積極的な介入」が推奨されている。しかし、それは時として「療養を指導する人材も、時間もないので、薬物先行もやむなし」と、混同されがちだ。その結果、生活習慣が是正されず、長期予後が不良な患者も多い。薬物療法だけに頼ることを避けて、療養行動の改善と調和した、気の長い介入を心がけたい。

『糖尿病の初期教育』患者さんとの温度差は確かめた?!



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

初めて指導を受ける患者さん。最初が肝心と「スケジュールに沿って、一から勉強しましょう!」なんて、勝手に進めていませんか。患者さんの気持ちはどこに向いているのか、病気や療養についてどのように考えているか、まずは情報収集から始めましょう。

●極める! くすりと療養指導

シリーズ 2 (2回連載)

自動車運転と低血糖への対策

2013年6月に改正道路交通法が成立し、
無自覚性低血糖への指導がより重要となった。
自動車運転をする糖尿病患者への注意点を解説する。



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



糖尿病患者の合併症発症・進展予防には、血糖コントロールが欠かせない。しかし、厳格な血糖コントロールは「低血糖と紙一重」でもある。低血糖の前駆症状で適切な対処をせず、低血糖を繰り返していると、無自覚性低血糖により、突然の意識障害を引き起こすことがある。

糖尿病薬の添付文書には、「低血糖発症による自動車運転や高所での作業には注意が必要」と記載されているが、2014年6月に施行された改正法では「**車の運転に支障をきたす可能性のある病気を持つ人が、免許の取得・免許証の更新をしようとする場合に、判断のため質問票を交付し、虚偽の記載・報告をした人は1年以下の懲役または30万円以下の罰金**」と規定された。

この「車の運転に支障を来す可能性のある病気」

には、「無自覚性低血糖」も含まれている。実際、運転時の低血糖が原因の自動車事故は多く発生しており、なかには民事訴訟にまで発展した事例もある。

自動車を運転する患者には、通常の低血糖対策とは異なる説明が必要である。一般的なブドウ糖の携帯確認は「身に付ける」ということで「バッグの中にブドウ糖を常備する」でもよい。しかし、運転中に低血糖と感じ、ブドウ糖を摂ろうにも、必ずしもバッグが手の届く位置にあるとは限らない。また「ダッシュボードにブドウ糖を入れている」と言う患者もいるが、運転席からダッシュボードを開くことは難しい場合もある。低血糖を繰り返している患者では、低血糖を感じてから意識を消失するまでの時間が短いことも想定される。

写真 実際に含まれる砂糖量を入れたペットボトル



これらのことから、患者への説明では、「具体的に場所を指定して」説明することが重要である。例えば、運転時には、運転席横のサイドポケットや助手席との間の飲料置場など、すぐに手が届く場所にブドウ糖や糖分を含む飲料を必ず常備するなどだ(参考: **表** 米国糖尿病学会「交通事故を起こさないための低血糖対策7カ条」)。

錠剤のブドウ糖は水分が無ければ溶解に時間がかかるため、当薬局では自動車運転時には、ゼリー状のブドウ糖か、ブドウ糖を含んだペットボトル飲料を車中に置くことを勧めている。患者には、写真のように飲料に含まれる相当量の砂糖を入れたペットボトルを見せながら説明をしている**写真**。

運転時の事故は、無自覚性低血糖により起こるだけでなく、インスリンを注射したのに食事を摂らなかったなど、患者の薬物療法に対する認識が甘い場合でも起こる。低血糖を起こす可能性のある薬物を処方された患者が、自動車運転中に事故を起こし、関係する医療者が「十分な服薬指導がされなかった」と訴訟に巻き込まれることがないように、具体的な療養指導が必須であると考えている。

表 米国糖尿病学会ADA[交通事故を起こさないための低血糖対策7カ条]

- ① 運転前と長い時間の運転時には、一定間隔で血糖測定を行い、自分の血糖値をチェックしましょう。
- ② 運転するときは、血糖自己測定器と、ブドウ糖やそれに代わるものを、常に側に置きましょう。
- ③ 低血糖のサインを感じたり、血糖自己測定で血糖値が70mg/dL未満と低かった場合は、運転をやめて、安全な場所に停めましょう。
- ④ 低血糖を確かめたときには、吸収の速いブドウ糖製剤や、ブドウ糖を多く含むジュースなど、血糖値を上げやすい食品をとりましょう。ブドウ糖を含まず、低カロリー甘味料を使用した清涼飲料などもあるので、あらかじめ成分を確かめておきましょう。
- ⑤ 補食をしてから15分待ち、血糖値が目標値に達していることを確認してから運転を再開しましょう。
- ⑥ もし、あなたが無自覚性低血糖を経験しているのなら、運転をやめて、主治医に相談してください。
- ⑦ 患者によっては糖尿病性網膜症により、視覚障害が起きている場合があります。末梢神経障害により、アクセルやブレーキのペダルの感じ方が弱まっている場合もあります。早期に医師に相談しましょう。

「**DREPORT**」のバックナンバーは、WEBでご覧になれます。

<http://d-report.net>

●編集部だより

今夏、編集部フレッシュな新人が加わり、本号より新体制で制作にあたっています。わかっているつもりでも、あらためて「なぜ?」「どうして?」と聞かれると、案外答えられないものです。新人教育は医療者の患者さん教育に通じるものがあるかもしれません。なかなか大変ですが、自分自身の学びにもなるのだなと実感しています。これからも読者のみなさまに役立つ情報を発信していきたいと思いますので、ぜひご期待下さい。(R・M)