

2016冬号

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8号 2016年(平成28年)2月5日号(年4回発行)

「いつものお薬」 のままになって いませんか?

CONTENTS

●施設紹介 『いつものお薬』のままになっていませんか? 奥口 文宣 奥口内科クリニック(宮城県)	2・3p
●ナースの目 コーチングで展開する療養指導② 井上 里絵 大石内科クリニック(京都府)	3p
●症例から学ぶ 持続性エキセナチドで 血糖コントロールのみならずQOLが改善 荏原 太 医療法人すこやか 高田中央病院(神奈川県)	4p
●糖尿病聴診記 「糖にも、心にも響く運動」 柴本 茂樹 柴本内科循環器科(兵庫県)	5p

●D-REPORT GUIDANCE 9割の患者が“食物繊維”不足です! 畑中 麻梨恵 自由が丘横山内科クリニック(北海道)	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 —東日本大震災から5年— 金田 早苗 有限会社みやぎ保健企画(宮城県)	6p

●施設紹介 奥口内科クリニック(仙台市)

『いつものお薬』のままになっていませんか？

この20数年間で、経口血糖降下薬のクラスは、事実上の1種から7種に増え、治療の選択肢が広まった。また近年は、HbA1cだけでなく、血糖値の日内変動に着目した薬剤選択が重視されている。薬剤を変更する際の注意点、患者対応の仕方などを、奥口内科クリニック院長 奥口文宣先生に伺った。

患者にとって、常にベストな提案をしていくべき

HbA1c良好、体重増減なし。特に変化なし——。このような優等生患者に対して、「じゃあ、いつものお薬出しておきますね」という一言で診療を終えてはいないだろうか。

医師にとって、薬剤の選択は悩みどころだ。特に問題がないのだから「いつものお薬」のままでよいのか、患者の加齢や、生活スタイルの変化を考慮して、薬を増減、または他剤に切り替えたほうがよいのか。

薬剤の選択について、奥口内科クリニック(以下奥口内科)の奥口先生は「患者さんにとって、常にベストな提案をしていくべきだと思う」と言う。「中でも、SU薬の減量は一考の余地があると思います。SU薬は、強力な血糖降下作用を持ちますが、その分、低血糖への懸念が大きい。血糖変動が大きいと、血管内皮細胞のアポトーシス(細胞死)が促進されます」

CGM(持続血糖モニター)でモニタリングすると、SU薬を服用している患者は、無自覚性低血糖や、夜間低血糖が頻回に起きていることがある。特に、高齢者ではよく見られるので注意したい。

さらに、食後高血糖が合併症、中でも心血管疾患のリスクファクターであることは、DECODEスタディ、舟形町研究で明らかになっている。STOP-NIDDMスタディでは、 α -GIで食後高血糖を改善すると、心血管疾患の抑制が示された。

HbA1cだけでは、食後高血糖や、潜在する低血糖はわからない。今後は、血糖変動に着目した薬剤の選択が望まれる **表1**。

表1 薬剤の血糖変動に及ぼす影響

- ① 血糖値全体を平均に下げる
SU薬、BG薬、チアゾリジン薬、SGLT2阻害薬
- ② 血糖変動幅を縮小させる
 α -GI、グリニド薬
- ③ ①と②の両作用を有する
DPP-4阻害薬

患者に合わせた薬剤の選択

「うちに来る紹介患者さん、特にノンインスリン患者さんには、SU薬の高用量処方や多剤併用など目いっぱいまで薬を増やされた状態でやってくる方もいます」そのような患者に、最も有効なのは、糖尿病診療の基本ともいえる『食事療法』だという。「普通、患者さんの血糖値が上がると、薬を増やしますよね。患者さんは低血糖が怖いから食べるわけです。でも、食べちゃいけないとはわかっているから、診察で医師に『食事はどうですか』と聞かれれば、

『食べすぎていません』と答えざるを得ない。医師は糖尿病が悪化したと思って、また薬を足す。低血糖が起きにくいとされるDPP-4阻害薬でも、空腹感は強まります。だから、患者さんはもっと食べる。『食べたか』『食べていません』の繰り返しです」

奥口内科では、SU薬の積極的な減量を行っている。しかし、HbA1cが大幅に悪化するケースはほとんど認められていない **写真**。

2012年には、グリメピリド3mg錠を52人に処方していたが、2015年にはゼロ。1mg錠の処方患者にも、薬剤の変更や、0.5mg錠への減量を行った。「SU薬を抜くと、HbA1cが一時的に悪化する患者さんの中にはいます。患者さんには『少しHbA1cが上がっているけど、あなたに一番良い治療を考えて、お薬を変えているので、しばらく様子を見ましょうね』と伝えます」

特に高齢者の場合、飲み慣れた「いつものお薬」の変更や中止に戸惑いを覚える人も多い。薬剤を切り替える際には、変更のメリット、副作用やシックデイ時の対応も含め、丁寧な説明を心がけたい。

糖尿病治療の基本は、生活習慣の是正である。しかし患者には、早く血糖値を下げて、安心したいという気持ちがある。「一昔前まで、初診時は食事療法だけで指導していました。ですが、今の患者さんは、食事指導だけでは難しい。時代の流れなのか、医師、患者さん双方に『早く結果を出したい』という焦りがあるように感じます」。特に、初めて経口薬治療を開始するケースでは、結果を求めるあまり低血糖を起こすことのないよう薬剤を選択することが肝心だ。

奥口先生は「血糖値はゆっくり下げたほうがいいですからね。私と協力して、一緒に治療を進めてくれないか」と、患者にお願いしていくことも必要だと説く。

また薬を変更する際には、患者の感情をくみ取って進めていきたい。

感情的な負担が、自己管理に悪影響を与える

糖尿病患者には、病気による体調の悪化や、自己管理のわずらわしさだけでなく、感情的な負担が重くのしかかる。そのためか、糖尿病と診断され、うつになってしまう人も少なからずいる。糖尿病患者の感情的な負担が、自己管理に悪影響を与えるという報告もある¹⁾。

奥口内科では糖尿病問題領域質問票(PAID: Problem Areas in Diabetes Survey)を用いて、糖尿病患者の心理状態を測定している **表2**。20項目の質問に、「私にとって全く問題ではない」から「大変悩んでいる」まで、5段階評価で答えていく。点数が高



奥口文宣(おくぐち ふみのぶ)
奥口内科クリニック院長
日本糖尿病学会
功労学術評議員・専門医
全国臨床糖尿病医会理事



患者さん手作りの
奥口先生人形と

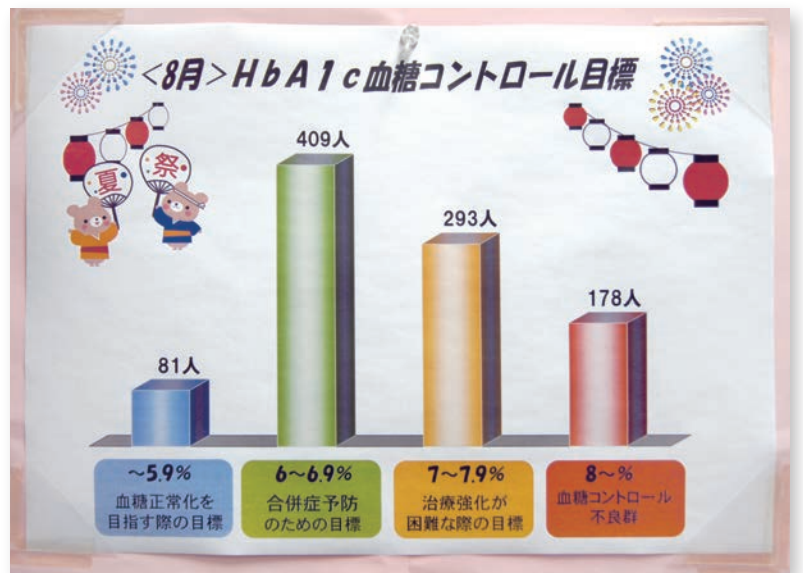


写真 自分や仲間のHbA1cを知ることモチベーションアップに

いほど、負担感情が大きいとされる。

PAIDの記入を、看護師とともに行うと、患者が感情を吐露するきっかけにもなる。また、継続して実施することで、患者の心理変化がわかり、負担感情の強さに合わせた、個別の介入ができる。

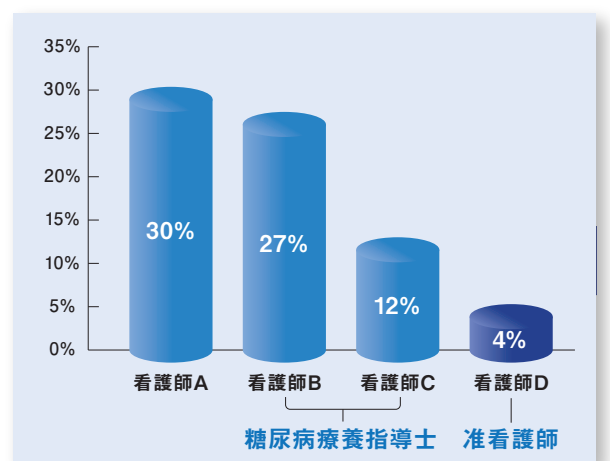
看護師のタイプ別患者の中断率

負担感情を持つ患者に対して、医療者はどう接すればよいのだろうか。「つらい、苦しい、みじめなど、負のエネルギーは、われわれが想像する以上に厄介です。そのような患者さんの思いをじっと聴き、受け止めていく。『受容、共感、傾聴』することで、患者さんの気持ちが楽になるような働きかけを行っています」

奥口内科では、初診から3回目までは同じ看護師が療養指導を担当する。3度話を聴けば、患者の考えもわかり、共感、傾聴により患者も変わってくる。

そこで通院中断率を、担当看護師別に調査した **図**。最も中断率の高い患者の担当看護師Aは、患者に対し、指示的で権威的な関わりをしていた。看護師BとCは、糖尿病療養指導士で、糖尿病について高い知識を持っている。だが、同じ資格保有者でも、10%以上の差があることに注目したい。そして、最も中断率の低い患者の担当看護師Dは、20代前半の

図 看護師別通院中断率(2001)



準看護師である。知識や経験はあまりないが、それだけに患者の話を一生懸命に聴いていた。療養支援に必要なのは、決して知識や経験だけではないことがうかがえる。

私は絶対、患者を責めません

なぜ患者はウソを付くのか。奥口先生は、「患者の多くは医師を恐れている」と指摘する。面談の際、医

表2 糖尿病問題領域 (PAID) 質問票

各項目5段階評価で回答

年 月 日

私にとってそれは全く問題ではない

私はそのことで大変悩んでいる

お名前	
1 糖尿病の治療法(食事療法、運動療法、飲み薬、インスリン注射、自己血糖測定など)について、しっかりとした具体的な目標がない。	1・2・3・4・5
2 自分の糖尿病の治療法がいやになる。	1・2・3・4・5
3 糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとこわくなる。	1・2・3・4・5
4 糖尿病の治療に関連して、周りの人たちから不愉快な思いをさせられる。(例えば他人があなたに何を食べるべきか指示するなど)	1・2・3・4・5
5 食べ物や食事の楽しみを奪われたと感じる。	1・2・3・4・5
6 糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると憂鬱になる。	1・2・3・4・5
7 自分の気持ちや感情が糖尿病に関連しているかどうか分からない。	1・2・3・4・5
8 糖尿病に打ちのめされたように感じる。	1・2・3・4・5
9 低血糖が心配である。	1・2・3・4・5
10 糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると腹が立つ。	1・2・3・4・5
11 常に食べ物や食事が気になる。	1・2・3・4・5
12 将来のことや重い合併症になるかもしれないことが心配である。	1・2・3・4・5
13 糖尿病を管理していくことから脱線した時、罪悪感や不安を感じる。	1・2・3・4・5
14 自分が糖尿病であることを受け入れていない。	1・2・3・4・5
15 糖尿病を診てもらっている医者に対して不満がある。	1・2・3・4・5
16 糖尿病のために、毎日多くの精神的エネルギーや肉体的エネルギーが奪われていると思う。	1・2・3・4・5
17 糖尿病のせいでひとりぼっちだと思う。	1・2・3・4・5
18 自分が糖尿病管理のために努力していることに対して、友人や家族は協力的でないと感じる。	1・2・3・4・5
19 自分が今持っている糖尿病の合併症に対処していくことが難しいと感じる。	1・2・3・4・5
20 糖尿病を管理するために努力しつづけて、燃え尽きてしまった。	1・2・3・4・5
合計得点	

*切り取って拡大コピーしてご活用してください。

「私は絶対、患者さんを責めません。外来で、『先生、今月はいっぱい食べて、太っちゃった。HbA1cもこんなに上がったちゃった』と言うときでも、叱らないでほめます。カルテを開いて、『体重もHbA1cも、初診時よりは、今の方がずっといいじゃない』など、良いところを探します。糖尿病患者さんに必要なのは、『楽しく食べて、楽しく生きること』だと思います。徹底的にストイックな生活をして、長生きしたいという人はそれでもいいのですが、大半の人はそうではないですよ。患者さんが抱いている『悪い』という気持ちを、必ず『良い』方に持って行って帰す。事あるごとに、そう対応するようにしています」

パターンリズムからは、もう古い？

医師の主導で引っ張っていく従来型の「パターンリズム」から、選ぶ権利は患者にあり、医師は情報を提供する「インフォームドコンセント」への変換が叫ばれて久しい。奥口内科の患者指導は、まさに「患者をほめて伸ばす」典型といえる。「今日は混んでいるから、次の診察日にしようではダメなんです。患者の吐き出したい気持ちを、その日のうちに聴いてあげる。診察時間は長くなってしまいますが、やはり糖尿病診療は、医師と患者が話をしなければいけない」

奥口先生はさらに苦言を呈する。「多くの場合、医師のほうが患者さんに対して心を閉ざしている。糖尿病の患者さんは、食事や治療法について、いろいろ勉強されているし、情報を知っています。ときに、医師より詳しい方もいる。患者さんに聞かれても、答えられないから、聞くな、しゃべるなどバリアを張ってしまう。医師からもっとざっくばらんに、『あんたに教えてもらえて、俺助かったわ』くらいでいいと思う。医師のほうがもっとオープンマインドになって、患者さんと話すべきだと思います」

糖尿病療養指導には、患者背景や心理の理解が欠かせない。会話から治療の糸口が見えることも多い。「私たちは特別なことは何もしていない。ただ、患者さんの話を一生懸命聴き、受容し、共感しているだけです」

先生と話す元気が出る、また来月もあの看護師さんに会いたい。毎月の診察が楽しみになるような、そんな糖尿病診療であれば、患者も自ずと医師の治療方針に理解を示してくれるはずだ。

1) 石井均、糖尿病ケアの知恵袋「良き治療同盟を目指して」医学書院2004

ナースの目
コーチングで展開する
療養指導②
(3回連載)

井上 里絵(いのうえりえ)
大石内科クリニック(京都府)
日本糖尿病療養指導士
糖尿病療養指導歴 6年



私の勤める大石内科クリニックは、糖尿病専門のクリニックです。診療は予約制で、特に療養指導に力を入れています。

私は前の病院を退職後、結婚、出産を経て、大石内科クリニックに就職しました。

療者はつい、「どうして食べたんですか」「運動できないのはなぜですか」など患者を詰問してしまいがちだ。そのような権威的な態度は患者を委縮させ、結果、医師の前で本音を話せなくなってしまう。その典型が、「食べた、食べていない」論だという。

「わかっているのにできない、自分はダメな患者だ、みじめだ」と落ち込み、さらなる負の連鎖に陥ってしまう。療養への意欲低下にもつながりやすく、通院中断の原因にもなる。

実を言うと、私はそれまで糖尿病患者さんの看護には、苦手意識がありました。循環器、救命センターと主に急性期看護に携わってきた私にとって、糖尿病や療養指導はあまり経験がなく、どちらかといえば、関わりたくないと思っていたのです。

療養指導を始めた当初は、「患者さんの血糖コントロールを良くしてあげたい」「HbA1cを下げなければ」という思いでいっぱいでした。ですが、間食がやめられなかったり、仕事の都合で食生活が乱れてしまうという患者さんが多く、一生懸命指導を行っても、なかなか数値が改善しません。

「どうしてきちんと言うことを聞いてくれないんだろう？ 療養指導って、大変だ」

私は生活を変えようとしない患者さんの気持ちが理解できず、自分の無力さや経験不足を責めていました。

そんなとき、院長の勧めでコーチングを学ぶことに

なりました。コーチングでは、患者さんと信頼関係を築くことはもちろん、それを受け止める側の自分のあり方(自己基盤)も大切だと教わりました。

私が療養指導の際に気をつけているのは、「患者さんをありのまま受け入れる」という点です。自分の中で「良い」「悪い」を判断せずに承認することで、患者さんと良い関係を築けていると日々実感しています。

また、「答えは患者さんの中にある」と信じ、任せることで自分の中でのしんどさやプレッシャーも軽減しているように思います。コミュニケーションが難しい場面でも、構えずに療養指導を行えるようになり、「これなら私にもできるかも知れない」と仕事にも前向きになりました。

スタッフ同士のコミュニケーションや、子育てにもコーチングが役立っています。これから先、まだまだ壁にぶつかることも多いと思いますが、コーチングを活用して、乗り越えるきっかけにしたいと思います。

●症例から学ぶ 医療法人すこやか 高田中央病院(神奈川県)

持続性エキセナチドで 血糖コントロールのみならず QOLが改善

「フロリダで生まれた曾孫に会いたい」とみんなのサポートで
85歳女性、人生はじめてのフロリダ旅行へ




荻原 太
(えばら ふとし)
医療法人すこやか
高田中央病院 院長



【高齢者の糖尿病治療における課題】

わが国における糖尿病患者のうち60歳以上の占める割合は78%と極めて高く、臨床医にとって高齢者の糖尿病治療は重要な課題である。関節痛やフレイルにより運動療法が困難な高齢者では、加齢とともに血糖コントロールが困難となり、さらに認知機能障害や抑うつを合併すると自宅内に引きこもる傾向がある。経口糖尿病治療薬の多剤処方やインスリン注射の手技習得が困難など、高齢者の糖尿病マネジメントは決して容易ではない。



症例 Aさん 85歳
女性 2型糖尿病
5年前に血液検査で糖尿病を
指摘され当院受診

初診時 ・血糖値：285mg/dL
・HbA1c：9.7%(NGSP値)
・尿糖：4+
・血液検査：他の異常所見は認めず
・腹部CT検査：脾疾患や悪性疾患の存在は否定

認知機能 シルバーカーを利用して、一人で外来受診できる程度のADLだが、軽度の認知機能障害を認め、インスリン自己注射や自己血糖測定(SMBG)の導入は困難

家族環境 同居の娘夫婦は仕事のため、日中留守となる。患者は自由にコンビニエンスストアなどへ出かけ、好きな食事・菓子類の間食をしている。

服薬状況 ・SU薬(グリメピリド1mg/日)
・DPP-4阻害薬(シタグリプチン50mg/日)

フロリダへの道 薬剤の選定と旅行への準備

今後の食事療法やデイサービスでの運動療法について指導するため、外来受診の際、娘さんに同行してもらった。そこで、「フロリダ在住の孫娘が出産するので曾孫に会いに行きたい」と希望され、海外旅行が可能であるかを相談された。

内服薬の増量や、多剤併用による低血糖のリスクを回避し、キードラッグである血糖コントロール薬を確実に投与するため、注射製剤のGLP-1受容体作動薬(持続性エキセナチド)の導入を検討した。持続性エキセナチドは週に1度の投与で、薬剤特性として、単独では低血糖を生じる危険性がほぼない。また、訪問看護師や家族が自己注射を見守ることで、確実な薬剤投与が可能となる。

週に1回投与の エキセナチドという選択

高齢者に見られる問題と状況を考慮した治療法の一つに、週1回投与のGLP-1製剤がある。エキセナチドにより、持続性の血糖コントロールのみならず、患者の高い満足度とQOLが得られた85歳の症例を提示する。

食事療法と内服管理の限界

薬物療法をしても、服薬アドヒアランスの低下による残薬の増加、またSU薬の特性として低血糖遷延の問題がある。

さらに、適切な食事の提供・管理をする家族が不在時には、間食・過食をしてしまい、実際、肥満傾向で血糖コントロールは不良(表)。

一方で体調不良時に欠食し、低血糖による救急受診もあり、これらの課題に取り組む必要があった。

短時間型のデイサービス利用を勧め、体験したが、長続きすることなく中断してしまった。

いよいよフロリダへそして帰国後

患者には変形性膝関節症による歩行障害もあり、運動療法の障害となっていたため、家族への注射手技指導と薬剤の副作用出現チェック、およびリハビリテーションを目的に2週間の入院治療を行った。

持続性エキセナチドの週1回投与という特性により、時差の問題も克服し、旅行中1回のみの注射で10日間のフロリダ旅行を満喫した(写真)。

帰国後の初回受診日、最高の笑顔で、患者は嬉しそうに写真を見せてくれた。その後も、「国内の温泉旅行に行きたい」「またクルージングしたい」と次の目標設定を自発的に立てるなど、持続性エキセナチド導入が患者の自信と治療意欲につながった。あれほど興味のなかったリハビリやデイサービスへの参加も笑顔で積極的に取り組んでいる。

写真 フロリダ旅行でのAさん(左)



※患者さんには掲載許可済み

症例からみた持続性エキセナチド 選択のポイント

持続性エキセナチド(ビデュリオン®)治療により以下の3点が改善された

- ①重症低血糖発作リスク回避(図)**
HbA1c 6.8%と良好な血糖コントロール状態で、単独の使用ではPG 70mg/dL以下を認めず、平均血糖や標準偏差も月ごとに改善
- ②陰性自覚症状の改善**
長期的投与による体重減量で変形性膝関節症の疼痛改善と高血糖に伴う全身倦怠感・眠気の改善
- ③社会参加とセルフ・エフィカシーの向上**
海外旅行や自主的なディサービス参加、リハビリの継続

処方への注意点

●デバイスの問題

以前のシリンジタイプから注入器タイプへと、より使いやすく改良され、感染リスクも含め自己注射手技の難易度が改善された。なお、他社の後発デバイスにもコンパクトで使いやすく、併用薬の種類が多いものがあるので、今後、判明する各薬剤の特性により使い分けたい

●腎機能障害者の投与に注意

透析患者を含む重度腎機能障害のある患者には禁忌。高齢者では脱水や下痢などから、腎機能への注意が常に必要な

●原因不明の体重減少と皮膚硬結の遷延

理由は確定されていないが、食事摂取不良だけでは説明できない急速な体重減少3~4kg/月や、皮膚硬結が長期間にわたり消退せず、投与を中止した症例が少数ながら存在する

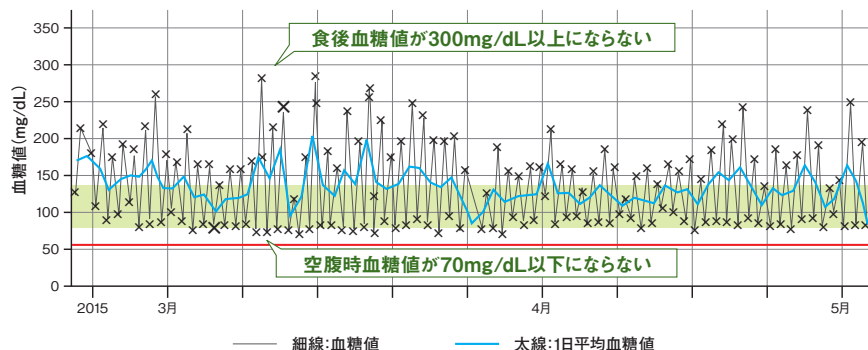
表 持続性エキセナチド導入前後の患者背景

	導入前	導入3カ月後
HbA1c (%)	9.7	6.8
1,5-AG (μg/dL)	10.1	18.0
TP/AIb (g/dL)	6.5/3.6	7.4/3.7
eGFR/CRE (mL/min)	62	71
体重 (kg)	58.8	58.0
BMI	27.6	27.2
MMSE (点)	20	19
薬物療法	シタグリプチン 50mg/日 グリメピリド 1mg/日	エキセナチド 2mg/7日間

図 持続性エキセナチド投与後の24週間SMBG(自己血糖測定)

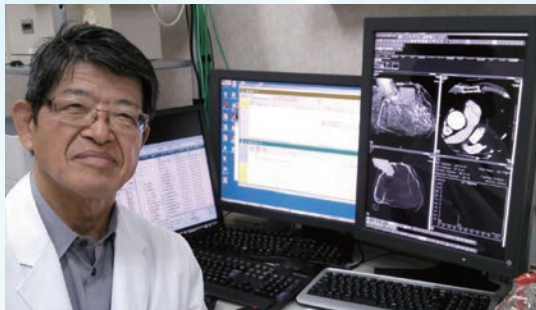
エキセナチド投与後の血糖値

血糖値(mg/dL)	測定回数	割合(%)
141以上	72	45.9
90-140	72	45.9
71-89	13	8.3
70以下	0	0.0
計157回		
●平均血糖値	139mg/dL	
●標準偏差	38.0mg/dL	
●平均測定/日	1.7回	
●最高血糖値	285mg/dL	
●最低血糖値	72mg/dL	



●糖尿病聴診記

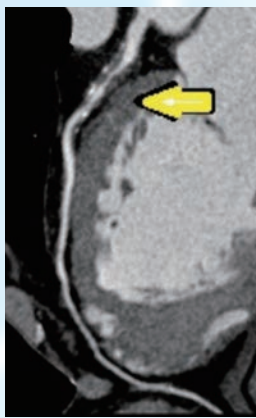
「糖にも、心にも響く運動」



柴本 茂樹(しばもと しげき)(兵庫県)
柴本内科循環器科院長・糖尿病専門医・循環器専門医

高血圧を併発した、78歳男性(糖尿病歴23年)。当院には、2001年から通院されています。栄養指導などを行い、さらに運動を勧めたところ、週4回1時間程度のウォーキングを開始。がんばっていただいた結果、HbA1cは7.1% (JDS)まで低下しました。

2011年、早歩き中に胸が痛くなったとの訴えがありました。運動負荷テストでST低下を認めたため、CTA(造影CTによる冠動脈の検査)を施行。冠動脈の左前下降枝近位部に不安定な高度狭窄病変の所見でした(図 黄色矢印)。K病院にてステント治療を



行い、症状は消失しました。82歳になった今も、元気に通院されています。

糖尿病の患者さんは、虚血性心疾患発症の確率が2〜3倍高いといわれています。心筋梗塞など、重篤な急性冠症候群になる前に発見できればいいのですが、なかなか難しいのが現状です。特に、糖尿病の患者さんは狭心症の症状が出にくいとも言われています。また以前から、心筋梗塞は、男性に比べ、女性の方が重症で、死亡率も高いと言われています。女性は運動量が少ないので症状が出現しにくく、発見が遅れるためではないかと思っています。

糖尿病の患者さんには、「HbA1c改善のためには、とにかく運動が一番!」と勧めています。そして「運動は、冠動脈疾患の早期発見にもなって、糖にも、心にも響くですよ」と説明しています。

D-REPORT GUIDANCE 自由が丘横山内科クリニック(北海道)

9割の患者が“食物繊維”不足です!

Q.糖尿病患者の食事実態について、教えてください。

A. 2型糖尿病の療養指導において、食事療法はその根幹であり、極めて重要だ。しかし、患者の日常的な食事内容を把握することは、なかなか難しい。当院では、患者の食事摂取の実態を調べるため、患者に3日間、詳細な食事記録を付けるよう依頼した。そこから各栄養素の摂取量を算出し、さらに臨床的特徴との関連について調査した。

● 期間と対象者

2013年6月14日〜8月3日に定期受診した患者から、無作為に367名を抽出。そのうち同意の得られた73名(19.9%)。

● 選定条件

- ① 2型糖尿病 ② 年齢22〜69歳
- ③ 3B期以降の腎症がない

● 調査依頼事項

- ① 任意の3日間、食べたものを可能な限り重量計測し、記録する。
- ② 外食時は内容をできるだけ詳記する。
- ③ 冷凍食品や菓子などの市販品は、成分表示を転記する。
- ④ 記載後は速やかに、郵便で当院に返送する。

● 目標食事摂取量

個々の目標量の±10%以内を適正範囲とし、目標の110%以上を過剰、90%未満を不足と分類。

・エネルギー: 体重×25〜30kcal
・炭水化物: 60%
・蛋白質: 基準体重比×1.0g
・脂質: 20〜30%

● 結果

同意者と非同意者において、性別、年齢、罹病期間、治療法、HbA1cなどに差はなかった。同意者は非同意者に比べ、BMIが高く、末梢神経障害が少なく、尿アルブミンが少なかった(図1)。

返送された記録は、すぐに管理栄養士が確認し、不備な点は電話で問い合わせた。各栄養素は計算ソフト

(献立作成ソフトハーブシリーズFennel)により算出した。

約60%の患者が、総エネルギーを過剰に摂取していた。患者のうち炭水化物では約40%、蛋白質で約50%、脂質約70%、塩分約60%の過剰摂取が認められた(図2)。一方、約90%の患者が食物繊維摂取不足だった(図3)。それぞれの栄養素のΔ摂取量(摂取量−目標量)とBMI、HbA1c、血圧に相関は認められなかった。また、各栄養素の過剰群と不足群との比較でも、臨床的特徴や治療方法に差はなかった。

図1 同意者・非同意者の臨床的特徴

	同意者(n=73)	非同意者(n=294)	P値
性別	男性70%	男性73%	NS
年齢(歳)	59±9	57±9	NS
BMI	27.6±6.4	26.3±4.2	<0.05
罹病期間(年)	9.8±9.2	9.9±9.1	NS
治療(食事/内服/インスリン)(%)	10/74/16	8/72/20	NS
HbA1c(%) (NGSP)	6.7±0.8	6.9±0.8	NS
高血圧症	あり58%	あり56%	NS
SBP(mmHg)	121±10	124±10	NS
DBP(mmHg)	70±12	70±9	NS
高脂血症	あり67%	あり60%	NS
LDL-C(mg/dL)	114±26	114±26	NS
HDL-C(mg/dL)	57±14	57±15	NS
TG(mg/dL)	150(109-225)	146(103-195)	NS
網膜症	あり17%	あり22%	NS
腎症(ACR≥30mg/g・cr)	あり20%	あり25%	NS
末梢神経障害	あり22%	あり38%	<0.05
尿ALB(mg/g・cr)	15.1(8.8-32.1)	18.6(9.7-55.0)	<0.05

※TGは中央値(25-75%)を示す

平均値±標準偏差

畑中 麻梨恵

(はたなか まりえ)
自由が丘横山内科
クリニック(北海道)
管理栄養士
糖尿病療養指導士



食物繊維が不足している患者が非常に多く、驚いた。この調査をうけ、当院では、食物繊維に関する資料を作成。患者教育に使用し、食物繊維を積極的に取るよう、指導している。みなさんの施設でも、この調査結果を今後の食事指導に生かしていただきたい。

図2 各エネルギーの摂取状況

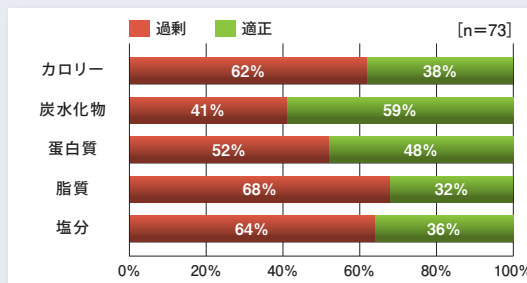
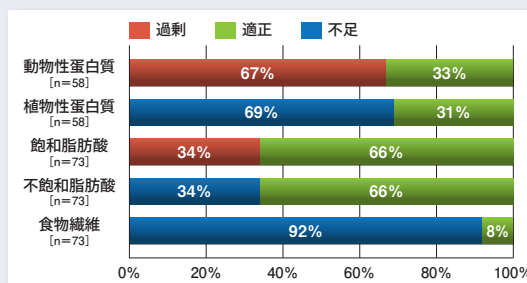


図3 蛋白質・脂質・食物繊維の摂取状況



TAKE HOME MESSAGE

実地医家へのワンポイントアドバイス



はじめの一步こそ正確に

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



初診時に「少し血糖が高いですね」「尿糖が出ていますね」などのあいまいな診断や、「腹八分目にして、少し体を動かして下さい」といった安易な指導は避けたい。診断名を告げる際には、血糖や尿糖の意味、治療法や目標を含めて、疾病の概念を正確に伝える必要がある。

指導に行き詰まったらディスカッション

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



『指導が受け入れてもらえない』『指導効果が上がらない』こんなときは仲間とディスカッションしませんか。指導法や患者さんとの関わりかたについて話してみてください。「こんな方法もあったのか!」「私ならこうするよ」と話すことで、自分自身の行き詰まった気持ちが整理されることもあります。

●極める!くすりと療養指導

シリーズ 1 (2回連載)

—東日本大震災から5年—

3・11を例に、非常時における医療現場の状況と、患者への望ましい対応について解説する



金田 早苗(かねた さなえ)
薬剤師
有限会社みやぎ保健企画
代表取締役(宮城県)



●東日本大震災時の状況●

東日本大震災では、多くの医療機関、保険薬局が多大な被害を受けた。当薬局は津波の被害を免れ、近くの災害拠点病院と連携して営業を続けたが、患者の中には、命からがらに避難し、薬も津波で流されたという方が多かった。これまでの災害との大きな違いは、慢性疾患の薬が必要とされたことだ。

交通機関のマヒでかかりつけの医療機関を受診できない患者が、薬を求めて、朝早くから薬局の前に並んでいた。災害時は処方箋がなくても、お薬手帳が薬剤情報提供書を元に薬局で調剤をすることが認められている。処方内容の確認には、お薬手帳が大いに活躍した。

被災後は停電のため電子カルテや薬歴はもちろんのこと、調剤機器も使えず、通信インフラの遮断で医師に疑義照会もできなかった。そのような状況で薬剤師の判断で調剤することは、慢性疾患の薬であっても、大変な業務だった。普段受け付けたことのない医療機関の処方、医薬品の在庫がなく、銘柄を変更して対応した。災害時には、お薬手帳が医師の負担を軽減し、医療機関を受診できない患者の薬物療法継続に役立つと考えられる。

在宅患者には、地域の訪問看護ステーションなどと協力して、薬の供給を行った。医療と介護のスムーズ



写真 避難所での調剤も行った

な連携のためにも、日頃から両者の顔が見える関係作りが重要であると痛感した。

震災後は、多数の患者で膨大な作業に追われたが、全国の薬剤師からの支援を受け、調剤活動を行うことができた。

●糖尿病患者への非常時の対応●

糖尿病患者への処方薬の確認にも、お薬手帳が大いに役に立った。お薬手帳がなくても、患者が薬品名やインスリンの色を覚えており、対応できるケースもあったが、使用薬品の手がかりが全くない場合は、対応に苦慮した。患者には、非常時に備え、お薬手帳を常に携帯すること、インスリンや経口糖尿病薬の薬品名を覚えておくことなどの指導が必要である。また、お薬手帳のない患者の来院に備え、医療機関では内服薬やインスリンの一覧表、写真などを用意しておきたい。

非常時には、食事内容の確認も重要である。震災直後は食べ物がなく、1～2日何も口にしてい

ないという被災者もいた。食糧支援が届くようになって、始めはおにぎりや甘い菓子パンだけということも多かった。食事量が不足したり、炭水化物に偏った食事の影響で、低血糖や高血糖になっていた可能性がある。普段から食事摂取不良時のインスリン・血糖降下薬治療に関する指導が重要である。

●医療・医薬品の供給を止めないために●

震災後、食べる物も十分になく、大変な状況であるにもかかわらず、たくさんの患者から、「薬を調剤してもらい、安心したよ。ありがとう」と、お礼を言われた。薬剤師として、薬の供給という基本的業務の重要性を改めて感じた。

災害は、その時々で被害の状況が異なる。阪神淡路大震災と東日本大震災では、必要とされる薬品も違った。どのようなときも、患者に必要な医療や医薬品を供給し、互いに情報を提供、共有することが、全ての医療者の重要な職務である。

求められるのは特別なことではなく、医療者としての本来の業務である。いかなる状況でも任務を果たせるよう、普段から知識と技術を備え、地域の医療・介護の連携を作っておくことが重要である。



写真 待合室は患者であふれ、雪の中、外で待つ患者もいた

災害への心得 準備が肝心

■患者

- 非常時に備え、数日分のインスリンや経口糖尿病薬を用意しておく。
- お薬手帳を常に携帯する。
インスリンや経口糖尿病薬の薬品名、色などを憶える。
- 災害時はおにぎりや菓子パンなど、炭水化物に偏った食事になりがち。
食事摂取不良時のインスリン・血糖降下薬治療の対応を確認する。

■医療機関、薬局

- お薬手帳のない患者の来院に備え、内服薬やインスリンの一覧表、写真などを用意しておく。

「DREPORT」のバックナンバーは、WEBでご覧になれます。

<http://d-report.net>

■お詫びと訂正

D-REPORT秋号P5の引用文献に誤りがありました。皆様にご迷惑をおかけしましたことをお詫び申し上げます。
(誤)西村理名 → (正)西村理明

●編集部だより

先日、コーチングの研修を受けました。コーチ役とクライアント役に分かれ、ロールプレイを体験しましたが、声のかけ方一つで、ここまで反応が変わるものかと驚き、言葉の持つ力を改めて感じました(H・I)