

透析患者はなぜ減らない?

(糖尿病を悪化させない治療)



CONTENTS

●施設紹介 透析患者はなぜ減らない?～糖尿病を悪化させない治療～ 原口 和貴 原口内科・腎クリニック(山梨県)	2・3p	●症例から学ぶ 糖尿病患者で癌を疑う症例 川崎 黙 糖尿病内科・内科 かわさきクリニック(大阪府)	4p
●TAKE HOME MESSAGE 実地医家へのワンポイントアドバイス 迢野井 健／道口 佐多子 那珂記念クリニック(茨城県)	3p	●ナースの目(特別編) 患者さんの本音、知っていますか? 第41回「糖尿病スタッフ教育研究会」編集部取材レポート	5p
●明日の診療に使える◆最新トピックス◆ 「3年後の糖尿病発症リスク」点数で予測 編集部	3p	●極める!くすりと療養指導 糖尿病薬の考え方とシックデイ① 井上 岳 北里大学薬学部 薬物治療学Ⅲ(東京都)	6p

「D-REPORT」のバックナンバーは、WEBでご覧になれます。

<http://d-report.net> d-report Q検索

●施設紹介 原口内科・腎クリニック(山梨県)

透析患者はなぜ減らない? ～糖尿病を悪化させない治療～

日本透析医学会の統計調査によると、2013年わが国の透析患者数は約31万人。

原疾患は、糖尿病腎症が最も多い。

原口内科・腎クリニック(以下原口内科)は、糖尿病の初期から

透析になっても継続して診ることができる腎と糖尿病の専門施設だ。

院長の原口和貴先生に腎機能からみた、糖尿病診療のポイントをお話しいただいた。

患者を最初から最後まで診る

わが国の透析患者数は、高齢化を背景に増加の一途をたどる(図1)。中でも、糖尿病腎症からの透析導入患者は37.6%と最も多い(図2)。

原口内科は、「予防と連続性」を治療の理念として掲げている。「『メタボリック症候群を糖尿病にしない。糖尿病を悪化させない。腎症の人を透析にしない』よう、予防に入っています」

普通、患者は病状が悪化するに従って、一般内科から糖尿病専門医、腎臓専門医から、透析施設へと医療機関を移る。しかも、患者は各施設で「このままだと合併症が悪化して、大変なことになりますよ」、極端な場合「透析になったら終わりだよ」などの『脅し』を、それぞれの主治医に言われていることが多い。あたかも『負け組』のような扱いを受け、だんだんと卑屈になる患者も少なくないという。「透析患者さんの多くは、糖尿病と長く付き合ってきた、ご高齢の方です。心臓や脳など、他の病気にならないようにがんばって、最後に腎臓が悪化してしまった人。それなのに病状が進んでしまうと、『もううちでは診れない』とさじを投げられてしまう。新しい施設でやっと落ちていたと思ったら、『次は透析に行け』では、患者さんは、医師から見捨てられたように感じてしまいます」

図1 透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数について

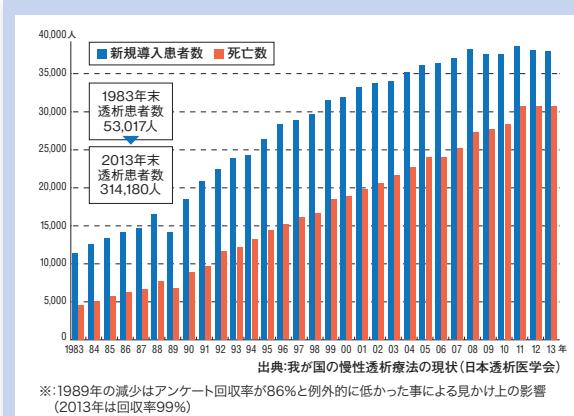
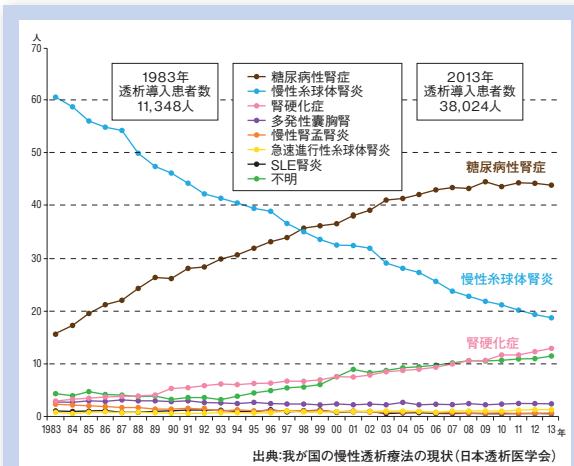


図2 透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)



患者の心情を思えば、1つのクリニックでできる限り最後まで診ることが望ましいのではないか。そう考えたのが、開業の1つのきっかけと、原口先生は言う。

腎臓専門医との連携は、eGFR45を目安に

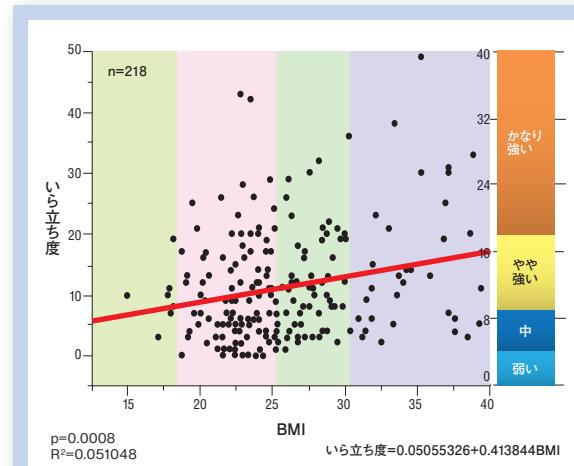
患者を透析に進ませるために、どの程度を目安に腎臓専門医と連携していくべきだろうか。「一般的な糖尿病患者さんであれば、eGFR(推算糸球体濾過量)45(mL/分/1.73m²)を目安にしてほしい」と原口先生は言う。「eGFR45で中程度の腎機能低下の値ですから、貧血など腎障害に伴う代謝異常が現れてきます。そのくらいの数値になったら、一度腎臓専門医に診せて、連携をしていただきたいと思います。しかし、例外もあります。例えば、85歳の患者さんであれば、透析になる確率より他の病気で亡くなる可能性の方が高い。高齢で、透析のリスクが高い患者さんなら、必ずしも専門医を受診する必要はないかもしれません」

連携にあたっては、患者個々に合わせた、柔軟な対応が必要だ。「もし透析になるとしても、ある程度の時間がないと、患者さんとの人間関係が作れません。腎機能の悪化は、体調や心身の状態に大きな影響を与えます。そのため、薬剤の選択や、食事療法も変わってくる。腎臓専門医に行った途端、あれこれ新しく始めるというより、少し時間をかけて、人間関係ができるからの方が、スムーズに移行できると思います。その辺りの時間も考慮すると、eGFR45くらいで一度腎臓専門医へ診せていただきたいと思います」早期の連携によって、腎臓専門医の診療方針を組み込み、透析へと進ませないための予防が可能となる。

「雑談力」を鍛える

糖尿病診療では、「人間関係の構築が第一」とい

図3 肥満患者ではいら立ち度が高い



(第59回 日本糖尿病学会年次学術集会, 2016 発表)

原口 和貴
(はらぐち かずたか)



うのが、原口先生の持論だ。患者の信頼を得るために、先生は患者との雑談を大事にしている。

「『運動して下さい』『糖尿病とは…』と病気の知識や情報を一方的に伝えても、患者さんの気持ちにはなかなか入っていません。雑談の中で、ゴルフが趣味だとわかれば、『ゴルフでは歩いていますか?』『最近はカートに乗ってばかりで…』『少しでいいので、歩いてみませんか?』と具体的なアドバイスができる。次の診察で、数値が改善していたら、『HbA1cが良くなったりね。ゴルフのスコアも良くなったり? 歩いて体幹が鍛えられたら、もっと飛ぶようになりますよ』と声をかけます。ほめられると、患者さんとしてもうれしいだろうし、徐々にご自分で考えてさまざまな工夫をされるようになります」

「来週は深夜に『マスターズゴルフ』を観たいけど、夜更かしすると、血圧が上がって、また先生にばれちゃうな。録画して見よう」「週末に孫が来るけど、食べ過ぎないように気を付けよう」など、患者一人一人が自発的に療養へ取り組むようになっていく。

ストレスが血糖コントロールを悪化させる

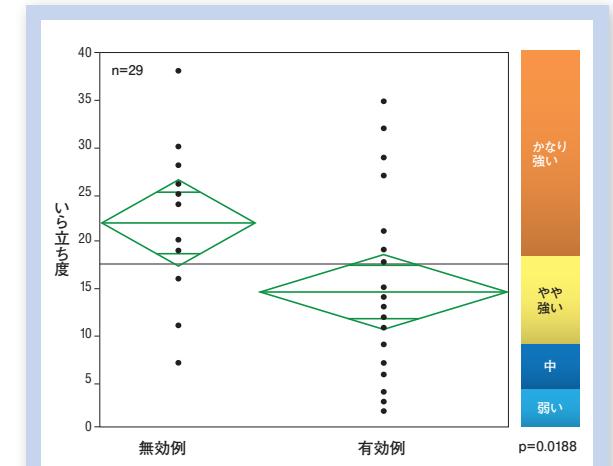
雑談の中から見えてくるものに、患者の『ストレス』がある。血糖値は心と連動しており、環境や生活の変化が数値に現れる。患者背景の変化を見落とさないことが重要だ。

原口内科の調査によると、ストレス度は年齢に逆相関し、肥満度と血糖コントロールに相関した(図3)。

また、ストレスの強度が薬剤の効果と関連することも示されている(図4)。患者のストレスケアも、医療者が行う療養指導の一環といえるだろう。

「ストレスでやはり大きいのは、家族のことです。ご家族の病気や介護、死亡はもちろんですが、孫の誕生や、子どもの受験・就職などでコントロールが乱れる方もいらっしゃいます」。糖尿病の好発年齢である50代~70代には、特にそのようなライフイベントが

図4 SGLT2阻害薬有効例と無効例(6ヶ月で判断)のストレスの違い



(第59回 日本糖尿病学会年次学術集会, 2016 発表)

図5 口コモを防ぐ運動「ロコトレ」

ロコトレはたった2つの運動です。毎日続けましょう!

バランス能力をつけるロコトレ「片脚立ち」

※左右1分間ずつ、1日3回行いましょう。

転倒しないように、必ずつかまるものがいる場所で行いましょう。

床につかない程度に、片脚を上げます。

●姿勢をまっすぐにして行うようにしましょう。

●支えが必要な人は、十分注意して、机に両手や片手をついて行います。

指をついただけでもできる人は、机に指先をついて行います。

下肢筋力をつけるロコトレ「スクワット」

※深呼吸をするペースで、5~6回繰り返します。1日3回行いましょう。

1 肩幅より少し広めに足を広げて立ちます。つま先は30度くらい開きます。

2 膝がつま先よりも前に出ないように、また膝が足の人差し指の方向に向くように注意して、お尻を後ろに引くように身体をしずめます。

机に手をつかずにできる場合は手を机にかざして行います。

スクワットができないときは、イスに腰かけ、机に手をついて立ち座りの動作を繰り返します。

ポイント

- 動作中は息を止めないようにします。
- 膝に負担がかかり過ぎないように、膝は90度以上曲げないようにします。
- 太ももの前や後ろの筋肉にしっかり力が入っているか、意識しながらゆっくり行いましょう。
- 支えが必要な人は、十分注意して、机に手をついて行います。

起こりやすい。「雑談の中で、患者さんの生活背景の情報を得るようにしています。もし、母親の介護をしていると知っていれば、『お母さんの具合はどう?』『実は、先週から施設でお世話になっていて…』『そう、じゃあ少しは楽になった? よかったら少しづつでもいいので、運動を始めてみませんか?』など、療養につなげていくことができます」

ストレスを一人で抱えるのはつらい。人に聞いてもらうだけで、肩の荷が軽くなった経験は、誰もあるだろう。医療者と患者である前に、人と人。患者と病気以外のことも気軽に話せるような関係を、医療スタッフ全員が目指したい。

「年のせいですね」で終わらない診療を

「患者はHbA1cで困っているわけではない」と、原口先生は言う。それよりも「膝が痛い」「食べ物が飲み込みにくい」「薬を飲んだかどうか忘れる」という方が、患者にとってはずっと大きな問題だ。

「運動は糖尿病療養の基本ですが、膝や腰に痛みがあって、動けない患者さんがとても多い。そういう訴えを『年のせいですね』と済まさず、その場で足

の筋肉を強くる運動を教えて、『今日から始めてくださいね』とお伝えしています」

日本整形外科学会『ロコモティブシンドローム』のパンフレット(図5)なども参考にしたい。

また、「口が渴いてものが飲み込みにくい」「むせることが多い」という高齢者には、食事指導の際に、誤嚥防止のトレーニングや唾液分泌マッサージなどの指導を行うとよいだろう(図6)。

「高齢者の認知症に関して、少し危ないかなと思った方には、『長谷川式簡易知能評価スケール』をすぐに実施しています。『当院では、75歳になったら、全員に認知症検査を実施します』というルールにすれば、変に気後れすることはありません」

以前は、原口先生自身にも、認知症検査を行うことにためらいがあったという。医療者が躊躇しているうちに、認知症が進んでしまったり、本人が物忘れしたこと自体を忘れてしまう状態になると、検査の必要性を感じなくなり、拒否したりするようになる。

「検査をして、『大丈夫ですね』で

済めばいいし、もし疑いがあれば、ご家族と連携を取る、あるいは専門医療機関や、地域の認知症介護サービス諸機関へつなぐこともできます。患者さんから、『癌が見つかったけど、どうしよう』など専門外の相談を持ちかけられるときもあります。そういう訴えも、できる限り受け止めてあげたいと思います」

『急がば回れ』ということわざもある。糖尿病合併症を防ぎ、透析に進ませずに、最後まで診るには、一人一人の患者にじっくりと向き合い、信頼関係を築くことが大切であろう。

図6 唾液の分泌をよくする唾液腺マッサージ



TAKE HOME MESSAGE 実地医家へのワンポイントアドバイス

治療困難例に潜む低血糖

幾多の薬剤を用いても治療が困難で、間食や嗜好品、甘いものの摂取が多い患者には、顕性～不顕性的低血糖が潜んでいることが多い。血糖降下作用の高い攻めの薬剤を中止し、低血糖を回避した治療法への変更が求められる。

『低血糖』患者自身が振り返る指導を!

血糖が高いとき、患者さんは「今日は●●を食べたから…」「運動しなかったから…」と自分の生活の中でのさまざまな理由(言い訳?)を話してくれます。

一方、低血糖時は「▲▲を食べました」「ジュースを飲みました」など、対処の話だけで終えていませんか。低血糖を起こした際にも、その前の生活を振り返り、原因を考えることが大事です。



伊藤 健
(おののいたけし)
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



伊庭 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

明日の診療に使える◆最新トピックス◆

「3年後の糖尿病発症リスク」点数で予測

糖尿病発症確率を予測する「リスクスコア」を、国立国際医療研究センター疫学予防研究部の研究チームが開発した。職場などで実施される健康診断データをもとに、容易に糖尿病発症確率を予測できるのが特徴。糖尿病予備軍の発症予防に役立てる狙い。

研究グループは、糖尿病ではない男女3万7416人(男性3万2040人、女性5376人、99.7%は30~65歳)の検診結果を収集、3年後に糖尿病を発症した人としなかった人のデータを分析し、項目とスコアを決定した。

年齢や体格(BMI)、空腹時血糖など8項目に、0~5点の点数を付け、合計が0~6点なら、3年後に糖尿病を発症する確率は1%以下、19~20点と、満点に近い場合は、65%以上と判定される。

スコア表を拡大コピーして、待合室に貼り、患者さんの糖尿病発症予防の意識付けに役立てたい。(編集部)

引用: Development of Risk Score for Predicting 3-Year Incidence of Type 2 Diabetes: Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study (PLOS ONE 2015年11月11日)

あなたは大丈夫? 3年後の糖尿病発症予測スコア

項目	カテゴリ	点数
性別	女性	0
	男性	1
年齢(歳)	30~39	0
	40以上	2
BMI(kg/m ²)	23.0未満	0
	23.0~24.9	1
	25.0以上	2
腹部肥満	なし	0
腹囲:	男性 90cm以上 女性 80cm以上	1
喫煙	吸わない	0
	吸う	2
高血圧	なし	0
収縮期血圧 140mmHg以上 または拡張期血圧 90mmHg以上 または降圧薬の服用	あり	2
空腹時血糖値 (FPG)(mg/dL)	100未満 100~109 110~125	0 3 5
HbA1c (%)	5.6未満 5.6~5.9 6.0~6.4	0 3 5
合計点数		
合計点数		<1% 1~2% 4% 6~8% 15~17% 33~35% 45~49% 53~54%

出典: 国立国際医療研究センター 臨床研究センター 疫学予防研究部

●症例から学ぶ 糖尿病内科・内科 かわさきクリニック(大阪府)

糖尿病患者で癌を疑う症例

糖尿病患者では、癌の発症リスクが高いことが知られている。
癌を見逃さないために、日常診療で気を付けるポイントを解説する。

糖尿病治療の目標は、合併症の予防と、健康寿命を確保すること¹⁾である。そのためにも、慢性疾患である糖尿病患者は、定期的なクリニック、病院への受診が欠かせない。日常診療では、血糖・脂質・血圧・体重のコントロール状態をチェックし、管理栄養士とともに食習慣の見直しを話し合ったり、薬物治療の方法を検討したり、あるいは、血管合併症の精査や下肢病変の予防のためのフットケアを行うが、さらに癌のリスクを十分に考慮すべきである。

近年、糖尿病患者の死因は、血管合併症よりも癌が多く、糖尿病患者には、癌の発症リスクが高いことが、日本人においても報告されている²⁾。癌を早期発見するために、日常診療での留意点を述べる。

症例 Aさん 77歳 男性

身長	160.6cm
体重	59.3kg
喫煙・飲酒	なし
糖尿病罹病歴	27年
HbA1c	6.5~7.0%程度
内服薬	経口血糖降下薬1剤
食事療法	1760 kcal



異常値の推移をさかのぼる

Aさんは、この1年で約1kgの体重減少を來したが、食欲もあり、隨時血糖132mg/dL、HbA1c6.6%と血糖コントロールも良好であった。しかし、Hb12.2g/dLの貧血とγ-GTPが134 IU/Lと高値を認めた(AST28 IU/L、ALT13 IU/Lは基準値内、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性)。これらの異常値をさかのぼると、Hbは前々回受診時までは14~15g/dLで推移していたのが、前回受診時に13.8g/dLに減少していた。γ-GTPは前々回受診時までは、40~50IU/Lで推移していたが、

表 異常値の推移

	前々回診察までの推移	前回	今回
Hb (g/dL)	14~15	13.8	12.2
γ-GTP (IU/L)	40~50	120	134

図 Hb値別の癌の累積診断率

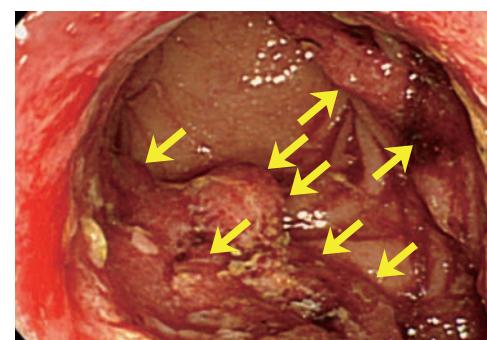
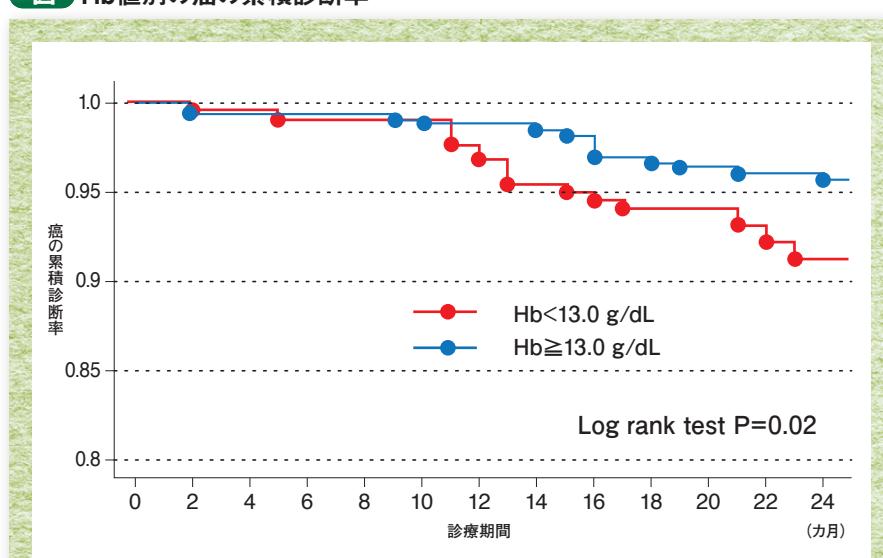


写真1 潰瘍性病変を認めた大腸ファイバー写真

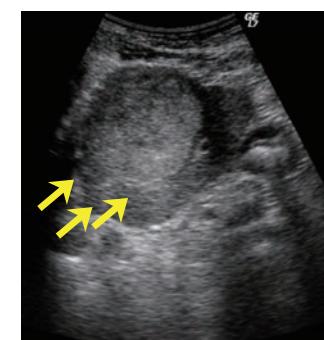


写真2 肝に腫瘍性病変を認めた腹部エコー、腹部CT写真



川崎 勲 (かわさきいさお)
糖尿病内科・内科 かわさきクリニック院長
日本内科学会認定医、日本糖尿病学会専門医・研修指導医

前回受診時に120 IU/Lまで上昇していた(表)。

これらより、貧血の精査として、上部消化管内視鏡検査と便モグロビン検査を、γ-GTP上昇の精査として、腹部エコー・CT検査を施行した。

上部消化管内視鏡では、H2ステージの胃潰瘍が認められ、ヘリコバクター・ピロリ菌検査が陽性であったので、除菌した。便モグロビン検査は2検施行し、双方陽性にて、さらに下部消化管内視鏡検査を施行し、肛門から17cmの直腸壁3/4周に潰瘍性病変を認め、生検も施行し潰瘍限局型(2型)直腸癌の診断となった(写真1)。また、腹部エコー・CTでは、肝左葉外側域に63×53×49mmの内部均一な腫瘍性病変が認められ、組織学的に肝細胞癌と診断された(写真2)。

本症例は、外科にて手術となつたが、術前の腫瘍マーカーでは、AFP3.9 ng/mL、PIVKA-II 18 mAU/mL、CEA4.0 ng/mLといずれも基準値内であった。

術後、全身状態、血糖コントロールともに経過良好である。

癌を疑う所見

本症例では、1年に約1kgの体重減少を認めた。食事療法をしっかり行っている糖尿病患者では、これ以上に体重が減ることもある。しかし本症例のように、極端な食事制限もなく、食欲もあり、しっかり食べているのに体重減少を来す場合には、癌を疑うことが必要である。

糖尿病の日常診療では、血液・尿検査を行うが、検査結果の説明のみで終わらずに、これまで

の検査結果の推移を見ることが非常に重要である。本症例では、Hbが軽度の低下を来していたので、貧血の進行や、γ-GTPが前回受診時より急に上昇している点を疑い、画像検査を施行したことが、癌の発見につながった。

本症例のように、比較的大きな腫瘍であっても、腫瘍マーカーが、基準範囲内のケースもある一方、高値であっても、必ずしも腫瘍があるとは限らない。腫瘍発見のためには、画像検査などを優先する必要があると考える。

2年で6%の2型糖尿病患者が癌に

2型糖尿病患者702人を24ヶ月間フォローアップし、悪性腫瘍の発症について検討したところ、42人(6%)の患者で、組織学的に悪性腫瘍と診断された。診断群と非診断群の2群で臨床データを比較すると、診断群では非診断群に比し、癌の種類にかかわらず有意に、高年齢で、糖尿病罹病歴が長く、BMIと貧血の指標であるHb値が低いとの結果だった。

また、カプランマイヤー法にて、Hb<13g/dL群とHb≥13g/dL群で、癌の累積診断率を解析すると有意な差を認めた³⁾(図)。本症例でも、Hb値の低下を認めていることから、日常診療でのHb値とそれまでの経過には注意が必要であると考えられた。

日本人糖尿病患者に多い癌として、胃癌、膵臓癌、肝臓癌、大腸癌、乳癌、子宮内膜癌、膀胱癌があげられており²⁾、これらの癌を常に想定して日常診療を行っていただきたい。

参考文献

- 1)日本糖尿病学会編:糖尿病治療ガイド2006-2007, p21
- 2)Kasuga M, et al, Report of the Japan Diabetes Society/Japanese Cancer Association Joint Committee on Diabetes and Cancer. Cancer Sci. 104(7), 2013, 965-76.
- 3)川崎 勲, 第39回DM net ONE 症例検討会, 大阪市立総合医療センター, 2013年9月12日にて発表

糖尿病診療中に癌を見逃さないポイント

- 1 高齢者
- 2 糖尿病罹病歴が長い
- 3 食欲があるのに、体重減少を来している
- 4 検査結果の推移をチェックし、異常な変化がある
- 5 Hbが低値である
- 6 糖尿病患者に多い癌を常に想定する

ナースの目(特別編)

患者さんの本音、知っていますか?

~患者さんとのふれあいから糖尿病を学ぶ~
第41回「糖尿病スタッフ教育研究会」編集部取材リポート



2016年4月23日、24日、「糖尿病スタッフ教育研究会」が、上郷森の家(神奈川県)にて開催された。本研究会は、代表世話人 平尾節子先生(H.E.Cサイエンスクリニック/横浜市)のもと、「患者さんとのふれあいから学ぶ」を一貫したテーマに、今回で41回目、20周年を迎える。1泊2日の泊まり込みのセミナーで、患者さんの講演、グループディスカッション、患者疑似体験、特別講演、早朝ウォーキングなどが企画され、糖尿病に携わる医療者、約130人が参加した。

◆「インスリン注射なんて、大したことないわよ◆

5歳で1型糖尿病を発症したNさん(25歳)より、患者の立場から糖尿病療養についてお話ししていただいた。

インスリン指導の際、注射を怖がる当時5歳のNさんに、看護師は、「インスリン注射の針なんて、大したことないわよ」とベッドの手すりに針を当て、ぐにやりと曲げて見せたそうだ。

また、病院食は量が少なく、お腹を空かせて不憫だと言う両親に、「普通の量ですよ。大人もこれくらいにした方がいいんです」と、家庭での食生活を否定するかのように言われ、医療不信を募らせたという。

医療スタッフにしてみれば、Nさん家族をサポートする意欲から出た言動だったのだろう。しかし、立場が代われば、受け取り方も異なる。医療スタッフの言葉に、深く傷つく患者がいることを、忘れてはならない。

◆家族の協力に勝る療養なし◆

続いて、カロリーコントロールにより、受診後半年でHbA1c 10%超から、5.8%へ改善した2型糖尿病のSさん(63歳)の講演があった。Sさんは「子どもの頃から野菜が苦手だったが、妻の手料理のおかげで、63歳にして初めて野菜のおいしさに目覚めた」と妻に対する感謝を語った。糖尿病療養における家族の役割の大切さが、あらためて実感された。

その後、演者の患者さん・参加者全員が10人程度に分かれ、グループディスカッションが行われた。宿泊用の部屋で座卓を囲み、くつろいだ雰囲気の中、活発な意見が交わされた。

あるグループには、演者として登場した患者のSさんとともに、Sさんの療養を支える妻も参加。調理におけるさまざまな工夫や、野菜料理のバリエーションに

ついで話され、看護師や栄養士からも「ヘルシーで飽きない料理をするコツはありますか?」などの質問があった。患者とその家族に直接生活改善の工夫や苦労を聞く機会はなかなかなく、参加した医療スタッフには貴重な経験となったようだ。

◆医療スタッフの本音◆

一般的なグループディスカッションや症例検討会では、互いに反省点を指摘したり、改善に向けてのアドバイスなどが行われたりする。しかし、本研究会では、職種や立場、経験の異なるさまざまな参加者が安心して意見を言えるよう、反論や批判を行わず、傾聴・受容を基本とした、ナラティブ[※]なコミュニケーションを原則としている。職場や病院では話しくいこともポロリともれ、「普段感じていることを話し合うことができた」などの感想が聞かれた。

患者さんを含めた参加者全員が、療養生活や指導の難しさ、やりがいについて、同じ視線で語り、数多くの気付きや発見があった。以下、一部を紹介する。

- 「こちらをうかがうような緊張した表情で来た患者さんが、関わりを通して、最後は晴れやかに、『来てよかったです』と帰ってもらえたときに『よし!』と感じる。それが私のパワーに」(医療スタッフ)
- 「中断していて、久しぶりにひょっこり顔を出してくれた患者さん。帰って来てうれしい。薬剤師も、もっと積極的にこのような会に参加してほしい!」(薬剤師)
- 「病気を見るのではなく、糖尿病の“人”をみなければと思った」(医療スタッフ)
- 「TVで“〇〇が良い”と言うと、それがすべてを良くしてくれると思い込み、他のことがおろそかになり、かえって血糖コントロールが乱れる患者さん。がっかりしている姿を見て、どう声をかけたら、追い打ちにならないか悩む」(看護師)
- 「自分より倍の人生を生きている患者さんを指導することに、とても申し訳なく思い、やりづらいときがある。若輩者の自分に指導される患者さんは、何を思うのだろうか」(管理栄養士)
- 「調剤薬局では処方箋からは、病状が何も見てこない。通り一辺倒の服薬指導しかできないことに葛藤がある」(薬剤師)



和やかな雰囲気のグループディスカッション



体操教室では日頃の運動不足を痛感する参加者も

病を抱えた人と共に生きる



皆藤章先生
(京都大学)

臨床心理学者の皆藤章先生は、「ケアすることの意味」をテーマに講演された。「病を抱える人の中では、常に『なぜ自分は病気になってしまったのか』『なぜ生きなければならないのか』『死ぬとはどういうことか』というようなテーマが、揺れ動いている。われわれ医療者は、そのことに心を寄せておくことが大切である」と説かれ、「自分の生きがいや、働くことの意味など、そういった青臭いことについて、今一度思いをはせてほしい」と締めくられた。

うまくいかない患者ほど、後々宝物になる



石井均先生
(奈良県立医科大学)

石井均先生は、「糖尿病物語」と題し、ある1型糖尿病患者さんとの、約20年に及ぶ治療歴を紹介された。講演後、参加者より「手こずり患者への対応」について質問があり、「医療者も患者もつらいことはつらいし、腹立つことは腹が立つ。でも、うまくいかない患者さんほど、後々宝物になる」と、石井先生ならではの機知に富んだ回答に、参加者は大きくうなづいていた。

「ケア」とは、「待つこと」「耐えること」



平尾紘一先生
(H.E.Cサイエンスクリニック)

本会の顧問である平尾紘一先生は、「医療学を語る」をテーマに、「糖尿病医療に携わって50年」と題した講演をされた。患者会主催の、その名もズバリ、「大福を2個食べて、血糖を測る会」や、普段節制している患者が、ここぞとばかりに食べまくる、「やけ糖尿の会」など、ユーモアに満ちた数々の企画を紹介。平尾先生は、「ケアとは、『待つこと』『耐えること』である」と述べ、「患者さんから学ぶ」姿勢が大切である」とまとめられた。

平成25年厚生労働省の人口動態統計によると、神奈川県は、糖尿病の死亡率7.1(人口10万人対)で、全国ベスト1位である。全国平均11.0を大きく下回るのは、早い時期から地域医療連携の拡充を図り、このようなセミナーなどで糖尿病療養指導のレベルアップに取り組んできた結果といえる。

平尾先生は、こういった勉強会が、他県や次世代の医療者にも広がっていくことを大いに期待しているそうだ。先生方の施設からも、糖尿病治療のヒントや勉強会のノウハウを探しに行かれてみてはどうだろうか。次回は、11月19日(土)に半日の研究会が開催される。(編集部)

※ナラティブ：患者が語る物語

●極める!くすりと療養指導

糖尿病薬の考え方とシックディイ① (3回連載)

近年、作用機序の異なる種々の糖尿病薬が開発され、副作用回避の点からも、シックディイへの対応が重視されている。本稿では3回シリーズで、シックディイ時の対処法を中心に、糖尿病薬の考え方について解説する。



井上 岳
(いのうえ がく)
北里大学薬学部
薬物治療学Ⅲ



シックディイ(sick day)とは一般に、「糖尿病患者が発熱や下痢、嘔吐が出現することによって血糖コントロールが著しく困難に陥った状態」を指す。しかし、糖尿病薬の増加に伴い、糖尿病患者のみならず、医療者ですら、薬剤ごとに異なるシックディイ対応を完全に理解しているとは言い難い。

シックディイへの対処を学ぶために、まず本稿では糖尿病薬の考え方の基本を述べる。

●血糖コントロール目標はHbA1c7%だけではない●

血糖コントロール目標は、図1に示す通り、糖尿病合併症の発症・進展を予防する観点からはHbA1c7.0%未満を目指す。また対応する血糖値として空腹時血糖値130 mg/dL未満、食後2時間血糖値180 mg/dL未満をおおよその目安とすることが推奨されている。しかし糖尿病の治療目標は、かつてのようになだらかに下げれば良いと、画一的にHbA1c7.0%未満を目指すのではなく、患者の年齢や罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性や家族のサポート体制などを考慮し、HbA1cを「6%・7%・8%方式」で個別に設定する。

●病態に合わせた薬物療法の考え方●

国内では、2型糖尿病患者への薬物選択に、特定の

図1 血糖コントロール目標(65歳以上の高齢者については「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照)

目標	コントロール目標値 ^{注4)}		
	血糖正常化を目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防 ^{注2)} のための目標	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。

日本糖尿病学会編・著:糖尿病治療ガイド2016-2017,P27,2016,文光堂

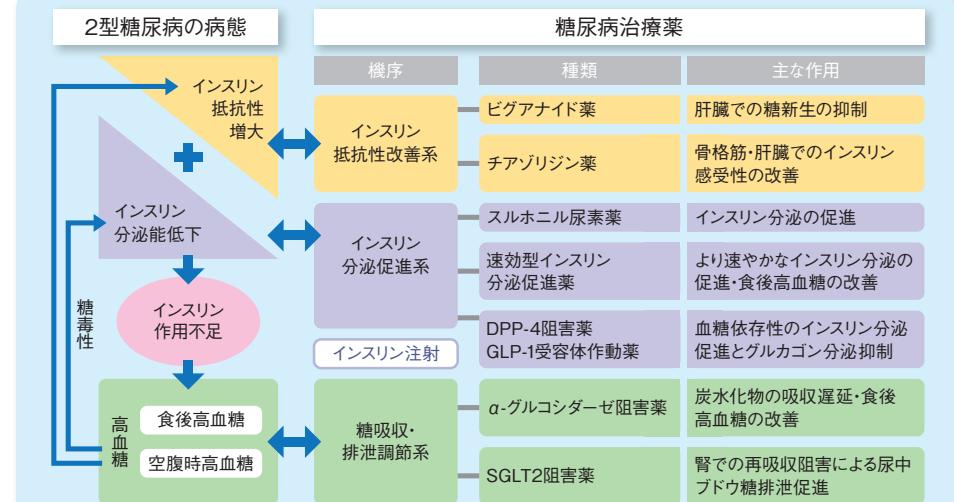
薬剤の指定はない。「糖尿病治療ガイド2016-2017」(日本糖尿病学会編・著)では、「患者の病態、合併症、薬剤の作用特性などを考慮して薬剤を選択する」と記載されている。つまり、代謝異常、年齢、肥満、慢性合併症、肝機能・腎機能、ならびにインスリン分泌能やインスリン抵抗性などの程度を評価して、個々の薬剤の特徴(機序や主な作用)を理解した上で、薬剤を選択する必要がある。

図2では、2型糖尿病の病態の特徴として①インスリン抵抗性の増大、②インスリン分泌能の低下、③高血糖の3つのポイントにまとめられている。薬剤を併用する場合には、作用が異なる薬剤を選択する。

●“インスリンの作用不足”に着目する●

また“インスリンの作用不足”という観点に着目して考えると、表1のように【1】身体が必要とするインスリン量を減らす、【2】膵臓からのインスリン分泌量を増やす、【3】不足するインスリンを注射で補う、となる。これはあくまでも目安であり、2型糖尿病患者の糖尿病薬の考え方を読み解く第一歩として受け止めていただきたい。

図2 病態に合わせた糖尿病治療薬の選択



日本糖尿病学会編・著:糖尿病治療ガイド2016-2017,P31,2016,文光堂より引用 一部改変

●編集部だより

8月5日から、いよいよオ五輪。陸上、テニス、卓球など、多くの種目で日本人選手の活躍が期待されます。個人的に大注目なのは、女子短距離代表の福島千里選手。走りはもちろんのこと、鍛えられ引き締まった美しい肉体。並大抵の努力ではないとは思いますが、日本人はいつからこれほどスタイルが良くなつたのでしょうか…。食の欧米化は糖

尿病患者を増やしたものなの、日本人の体格という点では、プラスに働いたようです。施設紹介の原口先生は、『雑談力』を大切にされています。五輪は『雑談』と『運動療法』のきっかけに最適な話題かもしれませんね。がんばれ日本!!

(R・M)