

あなたも名医!

jmed
[ジェイメド]

24

Team DiETの 糖尿病療養メソッド

血糖コントロールとその向こうにあるもの

金沢大学医薬保健研究域医学系恒常性制御学准教授

篁 俊成 [編]



What is the Team DiET?

Team DiET (Diabetes Education and Treatment)は、メディカルスタッフが結成し、糖尿病療養メソッドを考え続けている医療チームです。NPO法人化により生活習慣病予防に向けた啓発も行っています。チーム名を、肥満のパターンとしておなじみの洋なし型とりんご型にかたどり、ロゴとしました。

Japan Medical Journal
日本医事新報社

1 糖尿病と診断されて落ち込んでいる患者さんに — 治療への向き合い方が変わる伝え方

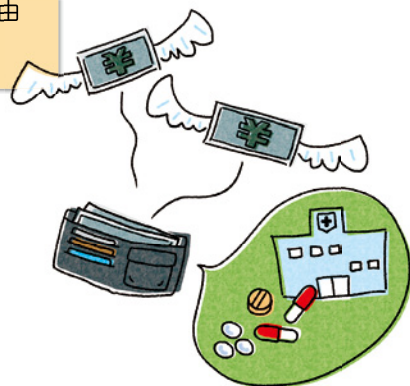
結論から先に

- 助けや安心を求めて来院する患者さんには、心理的負担を考慮し、ポジティブマインドで病気に対峙できるような説明を！
- 糖尿病の病型分類と増悪因子を評価した上で、個々の患者さんの病態に即した説明を！

1 患者さんはなぜ通院をやめてしまうのか？

- 糖尿病の大規模臨床試験の結果から、血管合併症を阻止するためには糖尿病に対する早期介入が重要であることが強調されてきました。そのためせつかくクリニックを訪れた患者さんをドロップアウトさせないことが大切になります。不完全な血糖コントロールに甘んじていても通院さえ継続してくれれば、まったく放置するよりは何らかの薬物介入を継続することができるのですから。
- 2型糖尿病患者さんが通院を中断するには以下のような理由が考えられますが、多くの場合、医師には打ち明けにくいものであり、これらを誰が責めることができるでしょうか。

- 高額な医療費についていけない経済的な理由
- 病気を思い出すことでめげてしまう弱い心



- 高血糖放置（治療中断）後、合併症が進行してから再び医療機関を訪れ、ドロップアウトした理由を打ち明けてくれることがほとんどです。その理由として、次のような項目が挙げられています。

- 痛みを伴わないため、治療は必要ないと思ってしまった
- 通院しなくても、病気が進行しない（治る）と思った
- 自分の体の状態と向き合うことが怖くなった



- 初診時の病態説明は、患者さんを医療機関につなぎとめておけるか否かを大きく左右するポイントのひとつでしょう。
- 患者さんは説教されたり、脅かされたくて病院に来るのではなく、助けや安心を求めています。特に糖尿病と新たに診断された患者さんの多くは、心に負担を抱えているので、「糖尿病はこんなに怖い病気だ」という論調のみでなく、「こうしていけば糖尿病は怖くない」という方向に話を持って行くことが大切と考えます。
- 病態説明では、新たに2型糖尿病と診断された患者さんの心理的負担を考慮し、患者さんがポジティブマインドで病気に対峙できるようにしましょう。

2 個々の患者さんの病態に即したテーラーメイドの説明とは？

- もとよりインスリン分泌能力が高くない日本人に、過栄養、運動不足、ストレスに起因するインスリン抵抗性が加わることで代償的インスリン分泌能力を超えてしまい、2型糖尿病は発症します。
- 一方、肥満を伴わなくとも、インスリン分泌不全が進行し、2型糖尿病発症に至る症例も少なくありません。そのような症例にまで一様に「悪い生活習慣から発症した」ことを強調しすぎるのは適切ではないでしょう。糖尿病の病型分類と増悪因子を評価した上で、個々の患者さんの病態に即した説明が求められます。

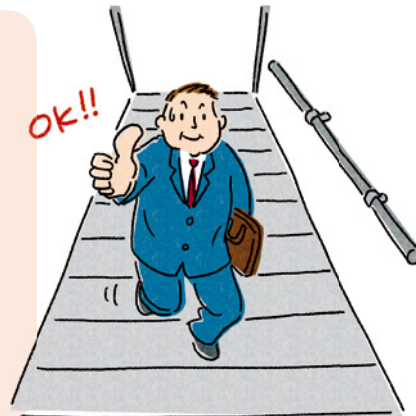
やせ型の患者さんへの説明

- 飢餓時代を生き延びた民族が獲得した「少ないエネルギーで効率的に血糖を維持できる体質」の人ほど、過栄養の現代において糖代謝が破綻し糖尿病になりやすくなっている、という儉約遺伝子仮説を紹介してみてもいいでしょうか。
- 患者さんは「自分の体質は必ずしも劣勢ではなく、環境に適応していないことが問題なのだ」という前向きな気持ちを持って病気を理解するでしょう。



肥満型の患者さんへの説明

- 肥満を伴う糖尿病患者さんには、生活習慣の是正でドラマチックに血糖コントロールが改善することを理解してもらいましょう。
- 減量指導は精神論にとどまらず、患者さんの問題に即した具体的なアドバイスをいくつか(確実にできる1つを含む2~3つ)提示することで、患者さんの燃え尽きを防ぐよう心がけたいものです(※6章1)。



篁 俊成

コラム 3

What is the Team DiET ?

- ▶ Team DiETは、金沢大学附属病院の内科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、事務職員等で構成されています。
- ▶ 結成当初はDiabetes Education and Treatmentの頭文字をとって名付けられましたが、今ではEducationやTreatmentといった一方向性の医療ではなく、患者さんとタッグを組んで治療に向き合うコンセプトに変化しています。
- ▶ 糖尿病と向き合って得られたメソッドで、未病の市民の生活習慣病予防をめざして、病院を飛び出して特定非営利活動(NPO)法人となりました。
- ▶ NPO Team DiETは、市民のバランス生活、そして全国の医療チームサポートをミッションに活動しています。

篁 俊成

2 インスリン開始および合併症進行で落ち込んでいる患者さんに——気持ちを前向きにする伝え方

結論から先に

- 足りない部分のインスリンを補うことが、栄養状態を改善させ、健常人に近づくことであることを理解してもらう。
- 合併症が進んでしまった患者さんには、「臓器をあと100年もたせる必要はなく、残りの人生で臓器保護できれば十分」であることを伝える。

1 「インスリンに移行」=「もう終わりだ」と思っている患者さんに

- 高血糖がインスリンの分泌と作用を障害し、さらなる高血糖をまねくため、この悪循環を断ち切る必要があります。高血糖であるため臓器のエネルギーとなるブドウ糖は過剰となりますが、インスリン作用不足のため、末梢臓器はいわば低栄養となっています。高血糖高浸透圧状態(HHS)でさらにエネルギー制限を進めても病状は改善しないため、インスリンを補う必要があります。
- また、インスリン分泌が比較的保たれている2型糖尿病患者さんであっても、健常人に比較すると、食後のインスリン分泌の立ち上がりが遅く、このために食後の高血糖が生じます。
- バランスのとれた標準的な食事とって頂き、足りない部分のインスリンを補うことが、体内の栄養状態を改善させ、健常人に近づくことであることを理解して頂きましょう。真のゴールは合併症を阻止することなのですから。



2 合併症が進んでしまった患者さんに——それでも前向きになってもらうために

- 合併症の怖さで脅かすのみでなく、明るい未来を提示しましょう。2型糖尿病は合併症さえ進まなければ怖くありません。
- 合併症を早めに見つけて進まないように対策を立てること、食事・運動療法のみ

1 糖尿病についてここが聞きたい！ — 現場からの質問・疑問にズバリお答えします

● **jmedmook** 編集部では、実地医家およびコメディカルの皆様から日々の糖尿病診療の「何について知りたいか?」または「聞きたいか?」「診療で一番つまずくことは何か?」などについて、ウェブサイト、メールマガジン、週刊「日本医事新報」誌を通じて広くご意見を募集しました。その結果集まった質問・疑問などを Team DiET が補完・再構成し解答! お役立ちのQ&Aコーナーです!

療養について

Q 1 — 空腹時血糖が110mg/dLぐらいで高くないのに、HbA1cが7.4% (NGSP値) と高い症例の療養指導は?



A 1 — 食後高血糖へのアプローチが必要です。食事、運動、生活リズムなどの詳細な聞き取りを行い、問題点が見つければ食後高血糖は正のための療養指導で改善は可能と思われます。療養生活に問題がなければ、血糖上昇傾向に対する対応として、薬物療法を見直す必要があります。

Q 2 — 過体重患者の血糖コントロール不良例をどう扱えばよいか苦慮しています。



A 2 — 体重減少や血糖コントロールを第一目標としないことが大切です。生活改善を目標にして、その効果が体重減少と血糖コントロールにつながることを認識してもらうとよいでしょう。生活上の問題点の中から、改善できそうなことから少しずつ始めて、効果を実感してもらえると療養行動の継続や次へのモチベーションにつながります。

Q 3 — 末期糖尿病の患者さんにどこまで治療するか、老年者への患者教育の方法などについても教えてください。



A 3 — 実際にとても悩む症例ですね。ターミナル期の患者さんであれば、QOLの維持と積極的治療のバランスなど、老年者では年齢だけでなく、その人の信念や思いを尊重し、寿命を全うできるような医療の支えが必要なのではないでしょうか。患者さんが何を望んでいるかを患者さんとともに話し合っ、治療方法やコントロール基準を決定していくとよいと思います。

Q 4 — 高齢者(80歳代)の1人暮らしで家族は遠方に在住。HbA1c 7.9% (NGSP値)、血糖は食後で200mg/dL台です。内服はSU薬のみ、DPP-4阻害薬を加えましたが、患者さんが飲みづらいことから服薬を拒否。インスリン等も拒否されま。新しい薬を加えることに抵抗があるようです。何かよい指導法および処方などはないでしょうか?



A 4 — 独居高齢者は、今後も大きな問題となってくると思われます。患者さんの能力や実際の生活状況から、現行の治療が継続できているかを確認し、1人で継続できるような治療を提案していく必要があります。高齢者では食事摂取量が減っている人もいますので、治療によっては低血糖のリスクもあり、HbA1cなどのデータのみで判断するのは危険なこともあります。コントロール目標も、合併症の程度や生活能力を見きわめ、急激な悪化がないことを良しとする考え方も必要かと思えます。

薬の処方の仕方・使い方などについて

Q 5 — 薬を飲む回数を減らせますか?



A 5 — 食前と食後の2回にわかれていることが飲み忘れの原因であれば、まとめて食前の服用にすることを考えます。食後に服用している薬剤の添付文書やインタビューフォームで食事による影響を確認します。また、1日1回や2回にまとめられるか、薬効の持続時間を

確認して調節します。患者さんの服用できそうな時間を聞いて、合わせます。

Q 6 「薬が多くて飲み方がややこしい」と言われたらどうしたらいいでしょう?



A 6 ヒートシールで管理する(患者さんが自分で薬を管理する)のが難しい場合は、一包化(1回量調剤)をすることで薬の飲み忘れや飲み間違いを減らすことができます。

Q 7 使いはじめたインスリンを冷蔵庫に入れないのはなぜなのでしょう?



A 7 インスリンは、使用前は冷蔵庫で保存しますが、使用開始後は室温で保存します。その理由は以下の3点です。



1. 冷たいインスリンは注射すると痛い
2. 冷蔵庫と室温の温度差による注射器の故障を防ぐため
3. 細菌汚染を防ぐため

冷たいインスリンを注入すると、身体は「冷たい」を「痛い」と感じてしまいます。冷蔵庫で保管していた未使用のインスリンは、室温に戻してから使いましょう。また、使用中のインスリンは、冷蔵庫と室温を行ったり来たりすることで注射器内が結露し、故障の原因になるため、温度変化が激しくならないように保管します。

「室温保存で細菌汚染を防ぐ」というのは、防腐剤の働きによるものです。インスリンに添加されている防腐剤(クレゾール等)が効果を発揮するためには、冷所より室温が適していると報告されています。

なお、インスリンは蛋白質であるため、凍らせたり、熱を加えすぎたりすると変性してしまいます。使用前のインスリンを冷蔵庫の中で保管する際、冷気の吹き出し口付近に置くことは避けます(冷蔵庫のドアポケットや野菜庫に保管)。また、使用中のインスリンを夏の車中や直射日光のあたるよう

な高温の場所に置かないように注意します。

Q 8 インスリンを打っているのに血糖が高い場合に考えられることは何ですか?



A 8 同じ場所へ何度も注射するために皮膚が硬結し、インスリンの吸収が悪くなっていることが考えられます。お腹を左右交互に注射している方でも、2回に1回は注射部位が同じということがあります。前回の注射部位から2~3cm離して、お腹に渦巻を描くように打つことを提案します。
Answer14 もご参照下さい。

Q 9 服薬コンプライアンスとアドヒアランスはどう違うのでしょうか?



A 9 コンプライアンスは「医療従事者から患者さんへの一方通行」、アドヒアランスは「医療従事者と患者さんとの相互理解がある」という大きな違いがあります。コンプライアンスは、患者さんが医療従事者に言われた通りに薬を飲む「服薬遵守」です。アドヒアランスは、患者さんも治療に参加して方針を決定した上で薬を飲むことです。

Q 10 災害時への備えはどうすればよいのでしょうか?



A 10 必要不可欠な薬は、2週間分余分に処方しておきましょう。インスリンや内服薬は、緊急時に備えて最低2週間分を用意しておきます。お薬手帳を携帯することや、使っている薬の名前を覚えておくことも、いざというときの備えになります。

Q 11 ヒトインスリンとインスリンアナログの違いは何ですか?



A 11 ヒトインスリンそのものとヒトインスリン類似物、という違いがあります。