ワークショップⅤ：

肥満と糖尿病

1. 当院における糖尿病療養支援システムの検討

～再構築から2年間のまとめ～

北信総合病院：長 崎 寿 夫

2. フットケア指導によるセルフケア行動の変化について

伊勢原協同病院：木 村 麻 希

3. 糖尿病をもちながら働く農業従事者への療養支援

—糖尿病看護認定看護師としての関わり—

土浦協同病院：内 田 みさ子

4. 糖尿病患者への理学療法士としての関わり

上都賀総合病院：野 崎 琴 美

5. 患者指導ツールとしての糖尿病カンパセーションマップの評価と今後の課題

長岡中央総合病院：八 幡 和 明

6. 社会的環境が糖尿病発症に及ぼす影響をBMIより探る

～栄養指導実施症例における血糖管理を阻む要因とは～

相模原協同病院：上 條 広 高

司会 下都賀総合病院：川 村 功

尾西病院：大 野 恒 夫

I. は じ め に

外国では肥満が医学的、社会経済学的に問題になっている。これは高度の肥満者が多いためである。しかし日本では軽度の肥満、小太りが多く、高度肥満者は少ないのが現状である。一方、糖尿病も外国は肥満型糖尿病が多く、病因はインスリン抵抗性が主体であり、日本では軽度肥満者や非肥満者での糖尿病が多く、インスリン分泌不全が主体であるとされている。糖尿病の治療は多方面からの療養指導、チーム医療が必要である。これにより、専門性を活かした、きめ細やかなサポートが可能となり、患者中心の医療が実現する。このワークショップでは肥満に関する演題は1題で、糖尿病療養に関する演題が5題である。

II. 講 演 概 要

長崎寿夫氏は北信総合病院における糖尿病療養支援システムについて報告した。北信総合病院では糖尿病専門医が2年前に赴任され、その後再構築した、医師・糖尿病療養指導士を中心とした糖尿病対策チームの活動内容の発表である。1週間の教育入院とクリニカルパスの導入。外来では病診連携を含めた血糖コントロール不良者への対応、糖尿病教室の開催、地域住民への啓蒙、啓発活動等を行なった。その結果として、外来患者が急増し、入院システムへのスムーズな移行が可能となった。入院患者は重症例が多くインスリン新規導入者は50%を超えた。そして、個別対応（重症患者、妊婦への対応、精神疾患の合併、外国人など）、テーラーメイド対応の必要性が認識され、スタッフ間の

コミュニケーション連携強化がみられ、より効果的な診療体制作りや患者への気配りが可能となった。今後の問題としては、糖尿病診療・療養指導をより戦略的に、特に1次予防や地域の保健活動を重視し、糖尿病療養指導士が機能的に活動し発症の予防に努めること、地域連携パスの構築に向け努力していきたいとの発表である。フロアからは、地域に密着した素晴らしい糖尿病療養支援であるが、今後のスタッフの力量の向上、目標を作っていかれるのが良いのではとの発言があった。

木村麻希氏はフットケア指導によるセルフケア行動の変化について報告した。伊勢原協同病院内科病棟に糖尿病で入院した患者に対して、フットケアを継続していくために定期的な指導を行ない、同意が得られた12名にアンケートをとり、指導効果を判定した。患者は自らの意思で行動変容できる存在であり、その為には正しい知識を持ち、日常生活の中にセルフケア行動を取り入れ、継続していけるように支援していくことが必要であると発表された。多忙な日常看護業務の中、患者さんとの良好なかかわりを持ちながら、フットケアの指導を行ない効果が認められたとの発表であった。

内田みさ子氏は糖尿病を持ちながら働く農業従事者への療養支援について報告した。農業従事者は会社員と違い、季節によって活動量に差があるため、特にインスリン療法に依存している患者の血糖コントロールは難しい。土浦協同病院の療養支援外来で20年来 HbA1c 10%台だった患者に糖尿病看護 認定看護師として関わり、約1年後、6.8%まで改善した症例を経験した。患者を単に糖尿病患者というだけではなく、生活者として捉え、全人的に支援する事が療養支援では重要であると発表した。さらに、医学的側面と、生活者としての側面も重要視した全人的な支援をするためには、医師と糖尿病看護認定看護師がリーダーシップをとり、他職者とも情報を共有化し、患者をサポートする事が必要であると述べられた。糖尿病の専従看護師として活躍中の報告であった。フロアから、主治医との連携を上手に行なうのは難しい

のではとの質問があったが、患者情報を伝えながら理解を得るように努力しているとの回答であった。

野崎琴美氏は糖尿病患者への理学療法士としての関わりについて報告した。上都賀総合病院の糖尿病療養支援チームに、糖尿病療養指導士の資格を有する理学療法士として活動に参加している。院内の活動としては、糖尿病教室での指導、運動療法の実施、糖尿病患者会の活動やウォークラリーの企画・参加、院内ウォーキングマップの作成等である。それらの活動の中でも糖尿病教室と運動療法に関わっている。院外の活動としては、他院と共同して開催している栃木糖尿病ウォークラリーや、糖尿病医療相談会への参加等である。生活習慣の変更を伴う運動療法はセルフケア行動の中で最も継続率が低いとされているが、積極的に糖尿病支援チームに加わり活動している。その結果、糖尿病教育入院患者に運動療法指導の効果がみられたとの報告である。そして、運動に対するモチベーションを維持するための手段を検討していくことが課題であると結ばれた。

八幡和明氏は患者指導ツールとしての糖尿病カンパセーションマップの評価と今後の課題について報告した。新しい指導ツールとして糖尿病カンパセーションマップは、糖尿病に関する知識、治療への考え方を語り合う中から気づきを得て、様々な問題を自ら解決をしていくためのツールである。糖尿病カンパセーションマップを使用しての感想は、楽しみながら知識を学ぶことができる、進める中で自分の考えや気持ちを自然に話しているなどの回答があった反面、難しかった、時間がかかり大変という回答もあった。教材についてはビジュアル的に興味がわいてくる、クイズ形式で楽しく答えられ、知識の詰め込みといった感じがいないという回答のほか、一見わかりやすいように見えるが複雑という回答もあった。小グループで行なうことに関しては、参加型であり、意見交換ができる、コミュニケーションがとりやすいと回答。実施時間については60分から90分が適当と回答していた。糖尿病カンパセーションマップは今

までにない新鮮な教育資材であり、医療者も楽しみながら患者の知識を確認でき、患者の考えや心理を知ることができる患者指導ツールとして、またコミュニケーションツールとしても有効と考えられる。しかしファシリテーターの能力や経験によって患者の効果に影響を及ぼすことが考えられ、スタッフの育成が今後の課題であると発表した。

全く新しい指導ツールの紹介でフロアからの質問も多く、関心も高かった。ゲーム感覚で指導することが出来、興味深い発表であった。しかし、現在は日本糖尿病協会が指導方法を検討中であるとの追加発言がなされた。

上條広高氏は社会的環境が糖尿病発症に及ぼす影響を BMI より探る～栄養指導実施時における血糖管理を阻む要因とは～について報告した。相模原協同病院の外来個人栄養指導を受けた2型糖尿病患者についての検討である。2型糖尿病患者115名（男54名、女61名、平均年齢59.4歳）について問診調査を行なった。分析はBMI別を5群に分け（22以下：正常Ⅰ，22.1～24.9：正常Ⅱ，25～27.9：肥満Ⅰ，28～29.9：肥満Ⅱ，30以上：肥満Ⅲ）検討した。調査内容は、①職業、②合併症、③家族数と家族構成、④食事摂取時間、⑤間食、⑥飲酒、⑦外食、⑧運動。また、栄養指導初回時と2回目、3回目指導時に身長、体重、BMI、血糖値、HbA1cを調査し生活習慣の変化も追跡した。平均BMI 26.1、平均血糖185.3mg/dl、平均HbA1c 8.1%。職業は56%が無職と主婦であり肥満Ⅲ群の53%が主婦であった。それぞれの項目別では、間食有りは71%で肥満Ⅰ群の92%が間食有り。飲酒有り32%。外食有りは64%で肥満Ⅲ群35%が週1～2回。運動なしは64%で肥満Ⅰ群が77%と最高であった。初回と継続指導後のHbA1cを比較すると0.5以上の改善群が57%、0.5以上の増悪群が9%、中間域の変化無群が34%。改善群では飲酒、運動、欠食、間

食などの項目で行動変化がみられた。一方、高血圧・脂質異常症等合併症の発症は肥満Ⅰ群から始まり、肥満Ⅱ群で最高となるため、糖尿病発症後早期からの体重管理が重要と考える。また、糖尿病発症には夕食時間の遅延、間食、運動の環境因子が重なって影響し、BMI 25が発症分割線と思われる。そして、栄養指導実施後の改善を阻む因子は、夕食時間、飲酒、運動の生活習慣の行動変容がないことであり、間食をしていても、栄養指導実施後の行動変容により改善が見込まれると報告した。また、BMI 25～27.9の軽度の肥満から糖尿病以外の高血圧・脂質異常症の発症がみられるとの貴重な発表である。

Ⅲ. ま と め

このワークショップは糖尿病療養に関わるコメディカルの方々の発表が多く、それぞれの部門で積極的にチーム医療に参加され、成果を挙げておられる内容ばかりである。肥満症と糖尿病の治療は相通じており、食事・運動療法が基本であり、肥満型糖尿病では減量のみで改善する人も多い。一方、メタボリックシンドロームは内臓脂肪型肥満を基に提唱されており、減量による動脈硬化性疾患の発症を防ぐために、保健師・管理栄養士による事後指導が行なわれている。

また、生活習慣の改善の為には行動変容が必要であるが、各専門職による、きめ細やかな教育・指導が行動変容を引き起こし、患者中心の医療を実現することが可能となる。

最近、糖尿病の薬物療法では、新しい経口血糖降下薬やインスリン製剤が発売になり、更に、インクレチン製剤が使えるようになり、選択薬剤の幅が広がってきている。その結果、糖尿病の血糖コントロールがやり易い状況となっている。しかし、治療の基本は、食事療法と運動療法であることを疎かにしてはならない。

Obesity and Diabetes

Isao KAWAMURA* and Tsuneo OHNO^{2*}

Health education provided by a group of professionals from different disciplines, so-called “team medical care”, is considered essential for the treatment of diabetes. When each specialized professional educates diabetic patients on how to manage their condition, patient-centered medical care is realized, and it becomes possible to provide appropriate support to individual patients. The treatment of obesity is somewhat similar to that of diabetes. Diet therapy and exercise are the basic therapies, and diabetes in many obese patients can simply be improved by weight loss. Metabolic syndrome has been reported to be associated with visceral fat-type obesity. In order to prevent the development of atherosclerotic occlusive diseases due to weight loss, individual counseling after each medical checkup is provided by public health nurses or registered dietitians.

Behavior modification is necessary to improve lifestyle. Helpful education and advice by various professionals help patients to modify their behavior, and thus patient-centered medical care can be achieved.

Recently, for the treatment of diabetes, new oral hypoglycemic agents and insulin preparations as well as incretin preparations have become available, indicating that diabetes treatment strategies are increasing. This has allowed better glycemic control in diabetes than was possible before. Nonetheless, diet therapy and exercise remain the basic treatment methods, and they should not be made light of.

* *Dept. of Shimotsuga General Hospital, Tochigi, Japan*

^{2*} *Dept. of Bisai Hospital, Aichi, Japan*