

医療関係者の「疾患の理解」に重点を置いた地域連携の構築

>> 医療法人社団シマダ 嶋田病院 内科 赤司朋之



「患者さん、施設、地域を変える」ためには、医療関係者に、糖尿病という疾患の理解を広めることが必須になります。地域連携の構築をテーマに、疾患の理解を広めるためにはどのようなハードルがあり、またそれを乗り越えるためにどのような「あなたの一歩」が必要かをディスカッションしました。

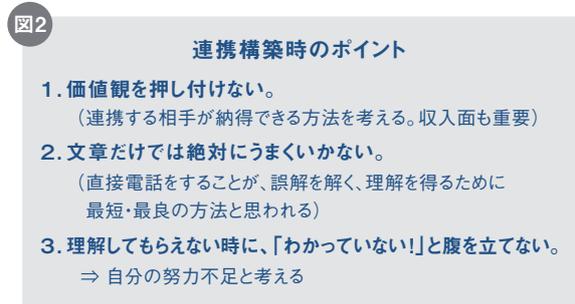
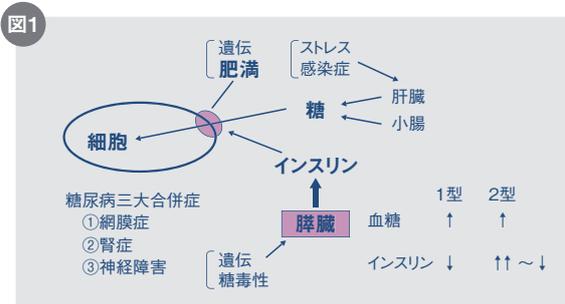
現在、私が勤務する小郡・大刀洗地区では、病院、診療所のみならず、院外調剤薬局、歯科診療所が協力して糖尿病啓発活動を行っています。2カ月ごとにテーマを決めて、食事療法や運動療法、合併症に関するリーフレットとポスターを作成し、地区全体で共有し、それぞれの医療施設で患者さんへ「ひとこと指導」を行うという試みを行っています。各医療施設でのひとこと指導を行えるようにするために、1枚の図（図1）を地域全体で共有しています。その図を各医療関係者が理解し、その上で患者さんの病態・治療法を理解することを目標としています。

10年前は誰もこの図を知らない状態からスタートしました。しかし、コーディネーター（定期的に医療機関を訪問する医療連携専従看護師）が各医療施設を訪問し、1人ひとりにこの図を説明し、疾患の理解を促したことで、今では多くの医療関係者がこの図を理解し、病態や治療法のディスカッションが活発に行われるようになりました。疾患が理解できる医療関係者を1人ずつ増やしていくことが、やがて大きな力になると思われます。

会場からは、上司や地域の同業者の地域連携への理解が得られない時はどうすればよいか？ という質問が多くありました。上司を説得する時にも、同僚を仲間に引き入れる時にも、地域の医療機関を巻き込む時にも、成功のために一番有効な方法は、普段からそうした人達と会話の機会を多く持つことだと思います。相手の立場を理解した上で、自分のアクションの意味を理解してもらうことが重要だと思います（図2）。

私は患者さんのことで重要な伝達事項がある時には、なるべく診療所や院外調剤薬局、歯科診療所に直接電話をすることにしています。その繰り返して、今では地域の多くの医療関係者と、気軽に電話で話せる関係になりました。こういった人間関係を作っていけば、自分の思いは必ず理解してもらえと思っています。

「患者さん、施設、地域を変える」ために、「あなたの一歩」が必要です。
元気があれば、何でもできる！



進行役



関西電力病院 糖尿病・代謝・内分泌センター
岡村香織



関西電力病院 疾患栄養治療センター
北谷直美



ロボットがインスリンを打ってはいけない？

>> 永寿総合病院 糖尿病臨床研究センター 渥美義仁



糖尿病の診療やケアには多くの壁が存在します。壁を破るには、常に疑問と健全なる懐疑心が重要と考えます。疑問の例として、高齢であり網膜症でお腹が出て爪を切りにくい患者さんは、どうやって足の爪を切っているのでしょうか？ 目の前で爪を切ってもらえば、新しい発見があります。SMBGの指先穿刺が痛くて測定しない患者さんがいたら、なぜ、指先でなければならないのでしょうか？ 手のひらでは、なぜいけないのでしょうか？ 自分で試してみましょう。疑問はいくらでもあって、楽しいものです。

最近では、高齢認知症患者さんのインスリン注射が大きな壁となっています。私はロボットがインスリンを打つのが、この解決策だと考えています。必ず笑われて変な目で見られますが、なぜいけないのでしょうか？ この壁は厚いだけに破りたいと秘かに叩いています。多くの人間で叩けば破れるのではないのでしょうか？ 健全なる懐疑を挟むのは自由で楽しめることです。

壁を破る！

- ・ 現状への疑問
- ・ 健全なる懐疑
- ・ 変化を恐れず

高齢者インスリン注射の壁

- ・ ロボットが注射
- ・ VRで遠隔注射
- ・ 薬剤や食事の管理

進行役



北海道大学医学研究科
免疫・代謝内科学分野
三好秀明



北海道大学病院
看護部
佐藤仁美



言葉の力—医療コミュニケーション



>> 奈良県立医科大学 糖尿病学講座 石井均

患者さんとの会話の中で、医療者の発言を「エンパワメント法」に沿って評価する練習をしました。いくつかの会話例について、以下の方法に則って採点しました。

- 患者の感情や目標に注意を向けている。 +2点
「どのような感じがしますか?」「いやですか?」「何をしたいですか?」「気分がよくなったんですね」
- 問題を掘り下げている、意味を明らかにする。 +1点
「そのことについてもう少し話してください」「何が難しいですか?」「それは困ったことですね」など要約。
- 分類しない 0点
「この食品のカロリーは」など専門的知識提供や、「〇〇はどうですか?」など情報収集。
- 患者の代わりに問題を解決している -1点
「〇〇したほうがいいでしょう(べきです)」
- 患者を批評している -2点
「それでいいと思ってるの?」—感情をそのまま受け止めない。大目に見る。安易な賞賛。

患者さんが自ら考える、振り返る、アイデアを出す方向へもっていけるような対応をしているかどうかのポイントになります。皆さん、大目に見るような言葉がマイナス2点になることに戸惑っておられました。エンパワメントではそうなるのですね。1つの考え方として練習してみることを約束しました。

進行役



弘前大学大学院医学研究科
内分泌代謝内科学
松橋有紀



医療法人芙蓉会村上
病院 看護部
小泉恵

“患者が糖尿病を管理するために、自分の潜在的能力を見つけ出し、使えるように援助する”これが医療者の役割であるという構想に到達し、これにエンパワメントという名前をつけました。

⇒ informed choice

尊敬や信頼や思いやりにあふれた関係が基本

Robert Anderson, Martha Funnell (石井均監訳) 「糖尿病エンパワメント」





私の履歴書

>> 日本糖尿病協会理事長／関西電力病院総長 **清野裕**

私の研究の歴史は、インスリン分泌やインクレチン研究の進展とともにあります(図1)。大学時代に先輩のインスリン測定を手伝ったことがきっかけで糖尿病研究の道に進み、県立尼崎病院では内科医の協力の下、多数例の経口・静脈内糖負荷試験によるインスリン測定を行いました。これが後の日本人糖尿病の基礎データとなりました。神戸大学で消化管ホルモン(インクレチン)の研究を始め、分子生物学的な手法でGIP(グルコース依存性インスリン分泌刺激ポリペプチド)やGLP-1(グルカゴン様ペプチド-1)の機能を明らかにしました。

これらの研究を実臨床に応用した1つの例が、食べる順番です。実験の結果、魚や肉を米飯の前に食べることで胃排出時間が延長し食後血糖上昇が抑制されること、肉ではGIP分泌が著しく促進され長期的には肥満が懸念されることが示唆されました(図2)。また野菜を米飯の前に食べると、魚や肉とは異なる機序(おそらく糖の吸収抑制)を介して血糖上昇を抑制することが考えられました。なお高齢者は少食のため、野菜ではなく魚や肉を優先して食べるといった工夫も必要です。

(当日は講演終了後、糖尿病療養指導の目標やそれに向けた準備について、グループディスカッションを行いました)

図1

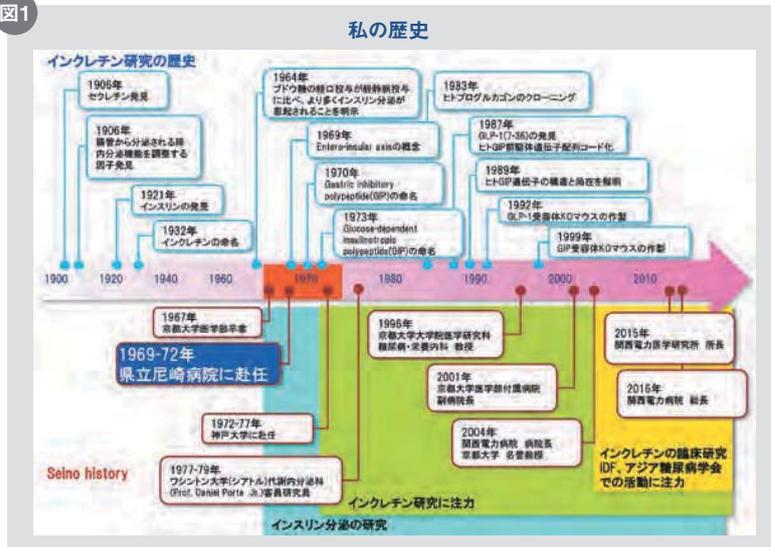
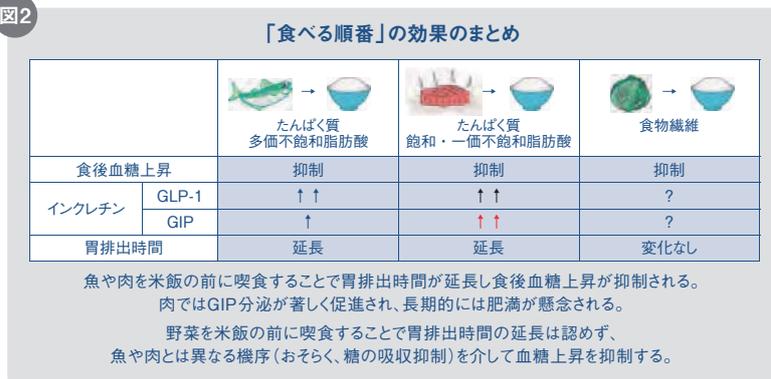


図2



進行役



大垣市民病院
糖尿病・腎臓内科
柴田大河



社会医療法人厚生会
木沢記念病院
内科外来看護相談室
高見千恵



糖尿病療養指導40年を振り返って

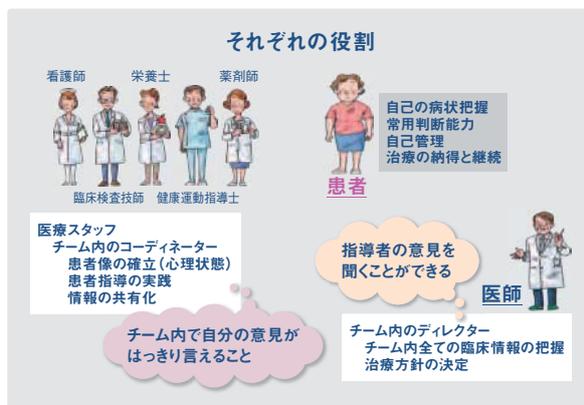
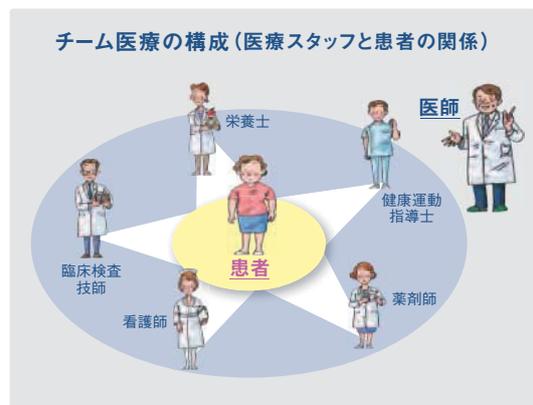
>> 那珂記念クリニック 療養指導部看護科 道口佐多子



看護職について40年、そのほとんどの期間を糖尿病患者と関わってきた経験から、私自身の患者指導への考え方の変化と療養指導の発展についての話をしました。その後フリーディスカッションの時間とし、各グループでそれぞれが指導の中で困っていること・悩んでいることについて話し合いを行いました。

その中から「思春期の患者さんとの対応が難しい」との意見が出たので、皆さんの意見をたくさん聞かせていただきました。「指導を受け入れてもらえない」「通院しているだけでよしとしよう」「黙ってしまい話が續かない」など様々な声を聞くことができました。皆さんの経験や、こうしたらどうでしょうか?などの意見も出ました。自分1人が悩んでいるのではなく、みんな試行錯誤しながら指導していることを知り、また明日からがんばろうと思えたのではないかと思います。

また、1人の力は小さくてもみんなで協力すればできることもあり、チームとしての関わりも重要だという意見もありました。最後に、チーム医療におけるそれぞれの役割やそれぞれの患者との関わり方について話させていただきました。皆さんのいろんな意見が聞けて、勉強になり楽しいひと時でした。



進行役



四国中央病院 小児科
平井洋生



愛媛大学大学院
医学系研究科 看護学専攻
寺尾奈歩子



栄養食事療法のツールの活用 — 適応症例の見極めと栄養指導の実際 —

>> 女子栄養大学 栄養学部 本田佳子



Meet the Expert 6は、日本糖尿病学会から発行されて間もないテキストをもとに、「食事療法のツールの1つであるカーボカウント」の活用をテーマにしました。参加者相互のフリーディスカッションで進め、かつ、オープンなテーマでしたが、カーボカウントの導入は、施設間で差異があることが参加者間で共通の認識となりました。

カーボカウントの導入は、まず第1に、これにより血糖コントロールが期待できるケースを見極めることです(表1)。その見極めは、日常の食生活の実際、これまでの療養指導の経過、患者自身の治療に対するモチベーションなどから行います。そのため症例ごとの栄養アセスメントによる問題点の抽出(明確化)のプロセスは不可欠となります。

しかし、既存の栄養食事療法の実践が不十分で血糖コントロールが不良、あるいは既存の栄養食事療法で血糖コントロールが良好な状況を維持しているなどの実態が、参加者から報告されました。また、カーボカウントの活用は、西高東低の状況であるようです。療養指導士のExpertを目指すならば、栄養食事療法のツールの活用を指導する知識とスキルは具備するものとして、講演では「基礎カーボカウントの進め方」(表2)の具体的な確認へと展開しました。

このセッションは5~6人のグループでのディスカッションを行い、座長の野見山崇先生(医師)、小園亜由美先生(管理栄養士)はディスカッションへのファシリテートも兼ねました。その後、各グループのディスカッションの内容が発表されました。グループは多職種・男女が混在する多角的な構成となり、日常の療養指導の実態が交互し、かつ参加者間の交流となりました。

本テーマでは、食後の血糖上昇に影響が大きい炭水化物の摂取量をマネジメントする「食事療法のツールの1つであるカーボカウント」の活用としましたが、食後の血糖濃度は炭水化物の摂取量のみならず炭水化物の質も影響し、カーボロードも重要と認識されました。療養指導の実践活動からこの課題もディスカッションで挙げられた印象に残るMeet the Expertでした。

表1 基礎カーボカウントを学ぶことで血糖コントロールの改善が期待されるケース

- ▶「食品交換表」を用いた食事療法を行っているが、血糖コントロールが改善しない。
- ▶予期しない高血糖あるいは低血糖が生じる。
- ▶食事療法=エネルギー制限と考えている。
- ▶甘いものが好きで多めにとってしまう。
- ▶3食の食事量の差が大きい。
- ▶日によって1日の食事量(全体量)が大きく違う。
- ▶食事療法をストレスと感じている。

糖尿病食事療法を指導する医療スタッフのためのカーボカウントのテキスト 日本糖尿病学会編 2017より引用 一部改変

表2 基礎カーボカウントの進め方

- 糖質と血糖との関係**
- 1 食後血糖は、栄養素のうち糖質によって最も影響を受けることを知る
- 糖質を含む食品**
- 2 糖質が含まれる食品を知る
- 糖質量の計算方法**
- 3 食品や料理に含まれる糖質量の計算方法を知る
- 糖質を、いつ、どれだけ、食べるか**
- 4 1日の指示エネルギー量から1日に摂取する糖質量を決める
 - 5 朝食、昼食、夕食の3食と間食を食べる時刻を決める
 - 6 朝食、昼食、夕食の3食と間食で摂取する糖質量を決める
 - 7 主食、主菜、副菜をそろえてバランスよく食べる
- 食事内の糖質の計算方法**
- 8 よく食べる主食(ごはん、パン、めんなど)に含まれる糖質量を計算する
 - 9 副食に含まれる糖質量を計算する
- 基礎カーボカウントの実践**
- 10 理想的な食事で、実際に糖質量を計算して食事をする
 - 11 食事、運動の記録をし、糖質量を計算して食事をする
 - 12 基礎カーボカウントを患者さんが自分で評価する

糖尿病食事療法を指導する医療スタッフのためのカーボカウントのテキスト 日本糖尿病学会編 2017より引用 一部改変

ディスカッション

- ✓対象・適応症例は
- ✓工夫していること
- ✓1カーボの活用者への対応

糖尿病食事療法を指導する医療スタッフのためのカーボカウントのテキスト



日本糖尿病学会編 2017年発行

進行役



福岡大学医学部
内分泌・糖尿病内科
野見山崇



二田哲博クリニック
小園亜由美

