



NPO法人 西東京臨床糖尿病研究会

MANO a MANO

“mano a mano” とはスペイン語で“手から手へ” という意味です



「 貧困 ⇒ 肥満 ⇒ 糖尿病 ? 」



当会理事

H.E.Cサイエンスクリニック

調進一郎 [医師]

昨年11月に「国民健康・栄養調査」の結果が発表された。肥満者の割合、糖尿病が強く疑われる者の割合は、男女ともに増加せず、血圧の平均値は男女ともに低下傾向にあるなど、生活習慣病の増加に歯止めがかりつつあるようである。また、今回は所得と生活習慣病等についてがポイントの一つであり、おおいに注目を浴びた。年収200万円未満の世帯は600万円以上の世帯に比べて、穀類の摂取量や喫煙者、肥満者、検診未受診率が多く、野菜類や肉類の摂取量が少ないとのことである。また、収入が低い世帯は食品を選ぶ際の判断基準も「美味しさ」「栄養価」「季節感」「安全性」等の要素を重視する比率が低いという。所得が低いと食や健康へのこだわりが薄れ、安くてお腹がいっぱいになる穀類等を優先的に食べることで肥満が多いということであろう。日本データマネジメント研究会(JDDM)による全国の5万人以上の糖尿病患者のデータでは、2型糖尿病の肥満度は毎年上昇し、現在平均BMIは25で二人に一人は肥満と判定される。“貧困⇒肥満⇒糖尿病”が密接に関連しているようである。

かつては『糖尿病は贅沢病』とされ、先進国に多いとされていたが、国際糖尿病連合(IDF)の糖尿病アトラス第7版でも、糖尿病有病者の4分の3は低・中所得の国に集中していると発表されている。『糖尿病は贅沢病』という時代はすでに終わっているようである。先の糖尿病アトラス第6版では日本の成人糖尿病人口は世界で10位、第7版では9位と、不名誉ながら一つ順位を上げた。まさかアベノミクス効果もイマイチで、経済格差が拡大し、生活保護の受給者は過去最大となったことがランキングを上げた一因ではないだろうか？それでも、日本は『国民皆保険』の国。貧富の差と関係なく国民は皆等しく医療を受けられるのが建前である。調べてみると、この制度が確立された1961年以前は、農業や自営業者、零細企業従業員など、国民の約3分の1が保険未加入者だったそうである。諸外国では今でも加入している保険によってはインスリンが使えないなど治療に制限があるのもめずらしくないようである。まだまだ、日本は恵まれた国であることも忘れてはいけない。

2014年、体重を減らしながら血糖を下げる薬剤、SGLT2阻害薬が発売された。体重減少作用を有することは魅力的であり、おおいに期待されたが、普及はいまひとつでSGLT2阻害薬処方率は糖尿病患者の7-8%程度とされる。かたや2009年に発売されたDPP-4阻害薬の処方率は約70%とSGLT2阻害薬の約10倍の普及率であり、いまや、2型糖尿病治療薬の中心的なポジションを獲得した。SGLT2阻害薬の通常容量一日薬価は200円以上と経口糖尿病薬のなかでは高い。“貧困⇒肥満⇒糖尿病”の図式を考えると患者さんの経済的な理由もSGLT2普及が低い一因なのかもしれない。

今後の糖尿病診療は高齢化のみならず、低所得者への対応の重要性が増すのではないかと考えている。

読んで
単位を
獲得しよう

西東京糖尿病療養指導士(LCDE)は、更新のために5年間において50単位を取得する必要があります。当会会員は、会報「MANO a MANO」の本問題及び解答を読解された事を自己研修と見做し、**1年につき2単位**(5年間で10単位)を獲得できます。毎月、自分の知識を見直し、日々の療養指導にお役立てください。

(「問題」は、過去のLCDE認定試験に出題されたものより選出しております。)

問題 糖尿病の骨粗鬆症について正しいのはどれか、2つ選べ。

(答えは3ページにあります。)

1. 1型糖尿病では骨密度は保たれている。
2. 2型糖尿病では、骨密度・骨強度いずれも低下する。
3. 糖尿病は続発性骨粗鬆症の代表疾患の一つである。
4. 骨粗鬆症の診断基準を満たさない骨量減少のレベルから治療介入の検討も必要である。
5. 骨微細構築の脆弱性はない。



研究会等の実施報告

NPO法人西東京臨床糖尿病研究会
第16回 西東京糖尿病療養指導士認定式

平成28年4月5日(火)
立川市女性総合センターアイム

【報告】当会副理事長 糖尿病療養指導士認定事業担当理事 医療法人社団桜一会 がんの内科 菅野 一男 [医師]

今年度も西東京糖尿病療養指導士認定式が4月5日(火)に立川市女性総合センターアイムで行われました。今回の養成講座受講者数は127名で、昨年受験できなかった受験者を含め103名が認定試験を受験しました。その中で87名の皆さんが合格し、合格率は例年通り84.5%でした。66名の合格者が認定式に参加され、植木副理事長から一人ひとり、励ましの言葉とともに認定証を授与されました。

特別講演として、福岡市の岡田内科クリニックの岡田朗先生が、「糖尿病療養指導 ～もっとも大切な2つのポイント～」というテーマでお話しされました。

岡田先生は小児糖尿病サマーキャンプ 福岡ヤングホークスサマーキャンプを主宰され長年1型糖尿病の子供たちの指導をしています。以前特別講演でお話された南昌江先生がサマーキャンプに参加された時、岡田先生は医学部の学生として関わったということです。糖尿病療養指導の中での、患者さんとの関わり方を具体的に説明すると同時に、その中で生じた疑問を皆で話し合い、答えのない問題であればそれを解決するためにどうしたらいいのか、場合によっては問題解決に向けて自分たちでエビデンスを探り、作っていく積極的な姿勢が大事だという点を強調され、新しく西東京糖尿病療養指導士になった皆さんを勇気づけていただけました。

平成27年度認定試験状況	
養成講座受講者数	127名
認定試験受験者数	103名※
合格者数	87名
合格率	84.5%

※昨年度受験できなかった受験者を含む

合格者職種	人数
看護師・准看護師	28
管理栄養士・栄養士	26
薬剤師	18
臨床検査技師	5
理学療法士	6
その他	4
受講者合計	87



岡田先生

【合格者の声】当会会員 東邦薬品株式会社 山崎 美佳 [管理栄養士]

私は医薬品流通会社の管理栄養士チームという部署に所属しております。業務内容は主に医院様で栄養指導のお手伝いをする、というものです。

地域の高齢者の方が多くいらっしゃる医院様、オフィス街にあり働き盛りの方が多き医院様等々、場所や標榜科目によって患者様の層や抱える問題も大きく異なります。そのような業務の中、様々な患者様とお話しするにつけ「もっと良い方法があったのではないかな…」と悩み、また、各専門医の先生方とお話しするにつけ臨床的な知識の不足を痛感しておりました。

スキルアップのため、いつかは取得しようと決めていた糖尿病療養指導士。業務と並行できるか不安もありましたが、先輩方の助言や会社の協力もあり挑戦することができました。

業務終了後に講義を受けるのは正直大変でしたが、「今度から患者様にこんな聞き方をしてみよう」「今度先生にこれを相談してみよう」などと、毎回明日からの栄養指導に生かせる大変貴重な内容で、意欲的に受講することができました。

こうして試験に合格し糖尿病療養指導士を取得することができたことにより、なんだか少し自分の栄養指導に自信が持てたように思います。しかし、これに驕ることなく、ここをスタートとして、患者様に寄り添った指導が行えるよう知識と技術に磨きをかけていきたいと思っています。

認定証書授与の様子





第59回日本糖尿病学会年次学術集会

新掲載

平成28年5月19日(木)~21日(土)

国立京都国際会館 等

【報告】当会副理事長 東京医科大学

榎木 彬夫 [医師]

高齢糖尿病患者の血糖管理目標値 について

今回の糖尿病学会で注目された一つに、日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会が発表した「高齢糖尿病患者の血糖管理目標値」があります。3年前の熊本宣言で示されたHbA1cの目標値6・7・8%はあまりに有名ですが、今回は更に詳細な実臨床に沿った目標値が発表されました。

今回の目標値のポイントは2つあります。一つ目のポイントは高齢者でも心身機能に様々な個人差があり、この個人差を3群にカテゴリー化したことです。カテゴリー化の基準として「患者の特徴・健康状態」を、認知機能、手段的ADL(食事が作れる、買い物に行ける、他人と交流できる、預貯金の管理が出来るなど)・基本的ADL(排泄、食事、清潔など)の程度を組み合わせで行います。カテゴリー I は認知機能正常かつADLが自律している群で、元気なお年寄りの群です。カテゴリー II は軽度の認知症か手段的ADLが少し低下している群で、生活などに少し手助けが必要な群です。カテゴリー III は食事、排泄などの基本的ADLが低下したり認知症、多くの併存疾患や機能障害を持つ群です。そして二つ目のポイントは、治療法も低血糖を来しやすいインスリンやSU剤の有無でHbA1cの目標値を定めていることです。横と縦のマトリックスにおいて目標HbA1cを示してあります。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
	①認知機能正常かつ ②ADL自立		①軽度認知障害~軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU剤、グリニド薬など)の使用	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

【報告】当会評議員 武蔵野赤十字病院 原 純也 [管理栄養士]

トピックスというほどのものではないかもしれませんが、糖尿病学会で経腸栄養剤についての発表が非常に珍しかったので、ポスターで発表された2演題についてご紹介します。

妊娠糖尿病(以下、GDM)について 演題名は「GDM妊婦におけるエンシュア負荷の有用性」、内容は75gOGTTの負荷後血糖はインスリン治療が必要な妊婦の予測因子として有用ではないという、仕事があり(Diabetes Res Clin Pract.2008; 82; 219-225)エンシュアリキッド®による負荷後血糖はSMBGでの相関が得られやすく、インスリンが必要なGDM妊婦の同定において、SMBGの代替えとなりうると仮定し、検討が行われました。対象は75gOGTTでGDMと診断された妊婦に対してエンシュアリキッドを2缶(500kcal, 糖質68.6g)飲んでもらい、SMBGの値と比較検討した内容です。結果は妊娠前BMI25kg/m²未満群においてはエンシュア負荷60分後とSMBGの食後2時間血糖とに正の相関を認めていました。ただし、エンシュア60分血糖による2時間血糖 $\geq 120\text{mg/dl}$ の明確なカットオフ値は求められていませんでした。私としては500kcal(500ml)を5分間で摂取しなければならず、非現実的な感じの印象もありますが、新たな試みで非常に面白かったです。

半固形短縮投与法での血糖コントロールについて 糖尿病を合併した脳卒中患者において経腸栄養剤を投与することがあると思いますが、その場合、多くは糖質組成をデキストリンではなく、パラチノースに代替えされているものや脂質含有量を多くし、栄養組成を代えたりしたGI値の低い経腸栄養剤を投与することが多いと思います。次にご紹介するのは私が長年行っている「半固形短縮投与法(1回を10~15分程度で投与する)」での血糖コントロールを試みたという発表です。

2群に分けてA=汎用性経腸栄養剤-低GI経腸栄養剤-半固形栄養剤、B=汎用性経腸栄養剤-半固形栄養剤-低GI栄養剤を2日間ずつ投与し、最大血糖値、平均血糖値を観察し、最大血糖値は汎用性経腸栄養剤に比べて半固形栄養剤は有意に低く、平均血糖値も有意差はありませんでしたが、低い傾向にありました。今までの概念は経腸栄養剤は早く投与すると投与後血糖がかなり高くなり、またインスリンなどを行っている人や下痢を起こす患者は低血糖が懸念されていましたので、投与時間はゆっくりとし、また栄養組成を変えることで血糖コントロールをすることが一般的ですが、半固形短縮投与法で血糖コントロールできることは便性状を固形に近い状態でコントロールできますので経腸栄養剤特有の合併症の抑制にもなり、かなり新しい考え方の発表だと思えます。

読んで単位を獲得しよう

答え 3, 4 下記の解説をよく読みましょう。(問題は1ページにあります。)

解説

- ×: 1型糖尿病では骨密度・骨強度いずれも低下し骨折リスクが高まる。
- ×: 2型糖尿病では骨密度はむしろ保たれているが、骨質劣化により骨折リスクが増加する。
- : 閉経・加齢以外の原因でおこるものを続発性骨粗鬆症というが、糖尿病はその代表的疾患の一つ。
- : 血糖管理が不十分な糖尿病では骨材質特性の変化で骨強度が低下すると考えられており、いわゆる骨粗鬆症の診断基準を満たさないレベルからの治療介入の検討も望まれる。
- ×: 骨減少症だけでなく、骨微細構築の脆弱性もある。



第59回日本糖尿病学会年次学術集会

平成28年5月19日(木)～21日(土) 国立京都国際会館

【報告】当会評議員 (株)大和調剤センター

森 貴幸 [薬剤師]

この学術集会で与えられた薬剤師としての学びの成果を感想を交えて報告させていただきます。今回の学術集会ではSGLT2阻害薬の報告が多くありました。その中の1つ「SGLT2阻害薬の薬剤間の臨床効果の検討」において、症例数が少なくこのデータだけで推論はできないが、HbA1cの低下作用と体重減少作用があるという報告がありました。そこで着目したい点は全体で8.7%のHbA1cが半年で8.1%と低下したという点です(各薬剤でHbA1cは開始時バラつきあり)。半年で0.6%低下とありますが紐解くと2ヵ月後は8.2%、4ヵ月後8.2%、6ヵ月後8.1%というデータでした。SGLT2阻害薬に限ったことではないかと思いますがHbA1cの目標達成率といった面で考えると果たして8.1%が優位に改善したといえる値かどうかを考えないといけないのではないのでしょうか？薬剤師は薬の専門家と言っていただけるようにデータを違った角度からみていくことは重要だと思われまます。

高齢者に対する薬物療法の考え方は、薬剤師にとっても重要な役割を担う部分だと思えます。そこで「高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会」の報告を聞きました。老年医学会と糖尿病学会より統一した見解が出されたことは良いことだと思います。目標値が出されていますが個々の病態に合わせて無理の行きすぎない治療を勧めることとなります。参考;<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=66>

最後に薬局薬剤師として学術集会に参加できることは色々学べていい機会になりますが、質の良い発表を自ら行うことができる薬剤師になれるよう日々努力をしていきたいと思えます。

研究会等のセミナー・イベント情報

◆ 直接事業 ◆ 間接事業 □ その他

◆ 第39回 糖尿病連絡会

申込不要

開催日：平成28年7月28日(木) 19:30～21:00

場所：公立昭和病院 2F 講堂(小平市花小金井8丁目1-1)

参加費：500円(お弁当あり)

☆日本医師会生涯教育制度[カリキュラムコード：10.44.57]：1.5単位

※詳細は当会ホームページをご覧ください。

◆ 第8回 東京臨床糖尿病運動療法研究会

申込必要

テーマ：『～運動療法のエビデンスから実践へ～』

開催日：平成28年7月29日(金) 19:00～21:00

場所：立川市女性総合センターアイム ホール(JR「立川駅」北口徒歩7分)

参加費：無料

申込：同封のお申込み用紙にて、FAXでお申込みください。(7/22(金)締切)

FAX：042-529-5436(宛先：㈱三和化学研究所 古川 / 問合せ：090-5860-6496)

☆西東京糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位：2単位

☆日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位<第2群>：0.5単位申請中

※詳細は同封の資料をご覧ください。

◆ 西東京CDEの会 第15回 例会

申込必要

テーマ：『知って得する連携手帳活用術 ～手帳に魂入れてチーム力アップ!!～』

開催日：平成28年7月30日(土) 15:30～19:00

場所：国分寺Lホール(国分寺駅ビル8階)

参加費：当会会員 1,500円 / 一般 2,500円

申込：当会ホームページのイベント情報にある「申込みフォーム」よりお申込みください。(7/21(木)締切)

☆西東京糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位：7単位

☆日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位<第2群>：1単位

※詳細は同封の資料をご覧ください。

※当会主催のセミナー(直接事業：◆の印)に参加する際は、受講票をご提示ください。受講票は会員マイページより出力できます。参加費支払い完了時に届くメール(決済完了のお知らせ(兼受講票))でも構いません。7月開催の当会主催のセミナーは、上記の他に7/3開催の西東京糖尿病療養指導プログラム(CDEJ1群)、7/24開催の西東京糖尿病運動指導スキルアップセミナーです。

発行元

NPO法人 西東京臨床糖尿病研究会 事務局

〒185-0012

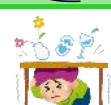
国分寺市本町2-23-5 ラフィネ込山No. 3-802

TEL:042(322)7468 FAX:042(322)7478

<http://www.nishitokyo-dm.net>

Email:w_tokyo_dm_net@crest.ocn.ne.jp

編集後記



あの年のある夏の講習会で、「災害対策をテーマにしませんか？」の一言から、当研究会の糖尿病災害対策マニュアルの作成が始まりました。そして今回、「そろそろ改訂版を作成しませんか？」の矢先の大震災でした。糖尿病学術集会の合間に見学した熊本城が思い出されます。これ以上、起こらないことを願いつつ、「備えあれば憂いなし」の改訂版をもう少々お待ちください。

(広報委員 小林 庸子)