Japan Health & Culture Promotion Center

けんこうぶんか

一般財団法人 日本健康文化振興会会報

No.54
Aug.2015

これからのバイリンガル教育

パリに住んでいる姪が男の子3人を連れて今年もやってきた。夏休み前の2週間、日本の学校に通わせるためである。毎年のことなので直ぐ友達ととけ合って、短期間だが楽しく学び、遊ぶ。

パリでは3人とも幼稚園から高校まで一貫の私立学校に通っているが、そこはバイリンガル教育により、国際的に活躍できる人材を育てるのが目的らしい。先ずはフランス語をしっかり身に付けさせ、徐々に英語の割合を増やして、小学校を終える時点で完全なバイリンガルを目指す。さらに、小3から中国語を毎日30分ずつ勉強させる。中学になると、スペイン、イタリア、ドイツなどのヨーロッパの言語が選択できる。13才の長男はドイツ語を選択し、6月にはドイツで1週間のホームスティを経験したそうだ。中国語もかなり熱心だ。漢字が同じ意味なのに書き方が日本と異なるのが困るとこぼしている。小さな頭を見つめながら、日、仏、英、中、独の5か国語が良くごちゃごちゃにならないものだと感心する。

発育期の脳が環境と教え方次第で自在に対応し、何か国語でも話せるようになるのは、脳と言語の特性によるものであろうか。子どもの頭はスポンジと同じでなんでも吸収する。言語に限らず、健康や衛生、食事などについても同じではないだろうか。子どもたちを囲む環境の整備と教育が、かれらの健康をひいては人生そのものを支えるのではないかと改めて思った。

一般財団法人 日本健康文化振興会　常務理事　佐々木　亨

CONTENTS

第42回　生活習慣病指導専門職セミナー「生活習慣病指導の実践」

「やる気を引き出す保健指導10のコツ」 …… 2

— コーチングと動機づけ面接のエッセンスから —

大橋 健●おおはし けん
国立がん研究センター中央病院
総合内科·歯科·がん救急科 科長
生涯学習開発財団認定コーチ

第44回　生活習慣病指導専門職セミナー「糖尿病とがん」

「糖尿病と臓器障害」 …… 13

— より安全ながん治療を受けていただくために —

細井 雅之●ほそい まさゆき
大阪市立総合医療センター
糖尿病内分泌センター部長

振興会 In Action …… 27

HEALTH FORUM

喫茶店の文化 …… 28

土井 久太郎●どい きゅうたろう

第42回　生活習慣病指導専門職セミナー
「生活習慣病指導の実践」

「やる気を引き出す保健指導10のコツ」
― コーチングと動機づけ面接のエッセンスから ―

大橋健●おおはし けん
国立がん研究センター中央病院
総合内科・歯科・がん救急科　科長
生涯学習開発財団認定コーチ

はじめに

私は現在、がん患者さん専属で糖尿病の診療をしています。がんと糖尿病という二つの大きな病気を抱えた患者さんの糖尿病管理をお手伝いするのが仕事です。糖尿病や脂質異常症をはじめとする生活習慣病が専門で、これまで糖尿病患者さんへの療養指導はもちろん、企業の産業医として健診後の保健指導にも長年従事してきました。

だいぶ昔の話になりますが、糖尿病外来や保健指導を担当するようになった駆け出しの頃、私は患者さんのためにと毎日それは熱心に指導に取り組みました。しかし、私の指導で誰もが生活習慣改善に成功したかというと、決してそうではありませんでした。むしろ、私が一生懸命説明や説得をしようとすればするほど、相手とすれ違ってしまうような気がしました。今思えば、『体重を減らしましょう』『腹八分にしましょう』『一日1万歩歩きましょう』といった具合に、一方的に命令しているような指導だったのです。語尾がみな『～ましょう』になっていますね。皆さんもついこんな言い方になってしまうことはありませんか？ もしかしたら、あなたも「ましょうの女」かもしれません。

まして当時の私はBMIが35もあり、BMIが26の人に「もっとやせないとダメですよ!」と言うような荒技をやっていました。当然それでは患者さんに届くはずもなく、「もう糖尿病の医者なんか辞めてしまおう」、「保健指導なんて役に立たないんじゃないか?」と思いつめていました。

しかし、考えてみると、医療者である私たちは病気そのものについての専門知識はあっても、患者さんにわかりやすく病気について伝える方法や、やる気を引き出す関わり方について学ぶ機会はほとんどありません。どうしたらうまくいくのだろうと必死に悩む中で、心理的アプローチやコーチング、動機づけ面接と出会い、それらを学んできました。現在は、「患者さんとともに考える医療」をテーマに、研修やワークショップを通じて効果的な療養支援・保健指導のあり方を探求しています。

ー効果的な保健指導のための技術ー

本日のテーマは「行動変容」。特に行動変容を支援するための「技術」に注目したいと思います。効果的な保健指導にはもちろん「理論」も必要ですが、保健指導は1対1の対話を通じて行われる「実技」に他ならないからです。実技である以上、白帯の人もいれば黒帯の有段者や達人もいます。経験年数と技術が比例するかといえば、必ずしもそうではないかもしれません。

では、保健指導に必要な「技術」にはどんなものがあるのでしょうか。特定保健指導の制度化に際して厚生労働省から出された『標準的な健診・保健指導プログラム』には、以下の3つが挙げられています。

＜資料1＞

効果的な保健指導のための技術

① 必要な情報を収集するためのコミュニケーション技術

② それに基づき支援方策を判断する技術

③ 対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術

厚生労働省『標準的な健診・保健指導プログラム』

１つめは「必要な情報を収集するためのコミュニケーション技術」。限られた時間で効率よく対象者の生活習慣や食事、運動、仕事の状況などを把握する能力です。2つめは「それに基づき支援方策を判断する技術」。聞きだした対象者の生活習慣のどこに問題があり、どうすれば解決できるか、どんなアドバイスが必要か判断する技術です。これら2つの技術は、教科書や講義を通じて一人でも勉強できるでしょう。しかし、3つめは「対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術」です。これは先の2つの技術とは異なり、マスターするには相手を使った実践的なトレーニングが不可欠です。この技術こそ、保健指導者に求められるもっとも重要な「専門技術」といっても過言ではありません。

同プログラムには、より具体的な技術として、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める技術、グループワークを支援する技術などさまざまな技術が記載され、保健指導者は「これらの技術を統合させ、実践に生かすことが求められている」とあります。私たちは、「これらの技術を統合させ、実践に生かすこと」ができているでしょうか？どれも重要で、一朝一夕にマスターできる技術ではありませんが、今日はこれらの中から「コーチング」を取り上げ、保健指導への応用について考えてみます。

＜資料2＞

効果的な保健指導のための技術

- カウンセリング技術
- アセスメント技術
- コーチング技術
- ティーチング技術
- 自己効力感を高める技術
- グループワークを支援する技術……

“保健指導者はこれらの技術を統合させ、実践に生かすことが求められている”

厚生労働省『標準的な健診・保健指導プログラム』

■ 保健指導に生かすコーチングの技術 ■

コーチングは、「相手の自発的行動を促進して、相手の成功・目標達成をサポートするコミュニケーション」と定義されています。そう、これはまさに先ほどの3つめの技術です。保健指導の大きな目的は行動変容ですが、相手が自ら変わるのであって、指導者が無理やり変えさせるものではありません。あくまで相手が主体です。コーチングの考え方は、保健指導にピッタリだと思いませんか？ コーチングは元々スポーツの分野で発達したものですが、今ではビジネスや教育、そして医療の分野にも広く取り入れられつつあります。自分の指導に限界を感じていた私は、コーチングを学びながら少しずつコーチング・スタイルの関わり方を試すようになりました。私が変わることで相手の反応も変わることを実感し、また「自分が何とかしてあげなくては……」というプレッシャーからも解放される気がして、とても楽になりました。その分、相手の話に耳を傾ける余裕も生まれたのです。

ーコーチングとティーチングの違いー

私たちが日常行っている一般的な「指導」は、「コーチング」に対して「ティーチング」と呼ばれます。では、ティーチングとコーチングはどう違うのでしょうか。

＜資料3＞

ティーチング　ｖｓ　コーチング

前　提	・相手は「できない」存在	・相手は「できる」存在
考え方	・私が何とかしなければ ・あなたのことは私が一番知っている	・やるのは相手自身 ・相手のことは知らない
行　動	・アドバイス・指示・命令 ・一方的な問題解決	・聞く、質問する ・提案、目標設定支援

第42回　生活習慣病指導専門職セミナー

まずティーチングの場合、相手は物事を知らない素人で、専門家である私たちが何とかしてあげなければいけないと考えます。例えば、小学校の先生を思い浮かべると分かりやすいと思いますが、文字通り「教えてあげる」という関わり方です。ティーチングの主体は医療者である私たちで、いかに的確なアドバイスをするかや、相手の問題を私たちが代わりに解決してあげることが重要視されます。相手にとっての正解を知っているのは専門家である私たちで、「あなたのことは私が一番よく知っているのだから私に任せなさい」あるいは「私の言う通りにしなさい」という感覚でしょうか。

一方コーチングの場合、主体は患者さんや対象者の方です。私たちが本人の代わりに何かしてあげるのではなく、取り組むのは相手自身であるということをしっかり認識して関わります。相手は「できない人」ではなく、「自分でできる人」あるいは「できるようになる可能性を持った人」です。また、少し意外に感じるかもしれませんが、「私たちは相手のことを知らない」と考えます。その人が普段何を考え、どんな生活をして、何のために健康を目指そうとしているのか、それをいちばん知っているのは本人であって、私たちは相手に丁寧に聞いてみなければわからないということです。私たちの専門的知識は、アドバイスや指示・命令としてではなく、情報や提案として伝え、その人なりの目標や行動の計画を一緒に立てていきます。このように見てくると、コーチングとティーチングはちょうど正反対のアプローチであることがおわかりいただけるのではないでしょうか。

誤解のないように述べますが、ティーチングがダメ、というつもりはありません。実際の保健指導では当然ティーチングも必要です。問題は、ティーチングだけで十分なのか、ということです。医療、特に急性期医療は、ティーチングの考え方を基本に進歩を遂げてきました。「治してあげる」私たちと、「治してもらう」患者さんとの関係です。その結果、私たちが医学を学ぶ過程では、ティーチングの考え方が患者さんと関わる基本的なスタンスとして知らず知らずのうちに身に沁みついていきます。そして気が付くと、ティーチング以外の関わり方はないかのように錯覚してしまうのかもしれません。しかし、ティーチングだけの保健指導では必ずしも成果が上がらないだけでなく、お互い欲求不満になりやすいことは、恐らく日々皆さんが感じておられることだと思います。

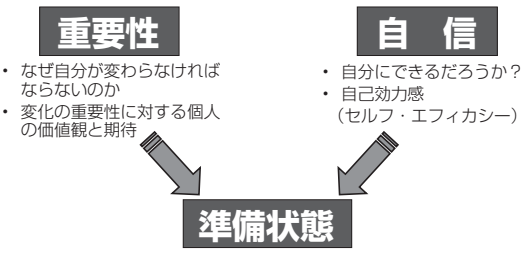
ー「やる気」のしくみー

コーチングでは「相手を変える」のではなく、「相手が変わる」ことをサポートするのだといわれても、対象者の中には生活習慣改善の意欲が全くないように見える人もいます。私たちはついつい「変われる人」「変われない人」というレッテルを貼りがちです。しかし、それは間違いであることを教えてくれるのが健康行動理論です。

やる気のしくみには、大きく3つの要素があります。「重要性」「自信」「準備状態」の3つです。当然、本人にとって重要と思えない行動には人は取り組みません。健康のために医学的には重要なことが、本人にとっても優先順位が高いこととは限らないのです。そして、私たちがつい忘れてしまうのが、2つめの「自信」のアセスメントです。たとえば、「食事

<資料4>

「やる気」のしくみ



『健康のための行動変容』（法研）より

療法が大事なのはわかっているが、自分には無理だ」と感じている人もいます。そんな人に、いくら食事療法の重要性を強調しても行動変容は起こりません。「重要性」と「自信」の程度によって、行動変容に向けた「準備状態」、いわゆる「変化ステージ」が変わってきます。

ー行動変容を左右する保健指導者のあり方ー

さらに、対象者のやる気に大きな影響を与えるのが、私たち保健指導者のあり方です。保健指導で行動変容が起こるかどうかは、誰がどう関わるかによって実は大きく左右されます。あなたが担当する場合と、同僚の別の保健師が担当する場合とでは、同じ対象者でも違う結果になることが当然ありうるのです。

動機づけ面接の創始者であるミラー博士らの研究によると、対象者の行動変容を左右する指導者側の最も大きな要因は「共感力」でした。ここでいう「共感」とは、「同感」や「同情」とは異なり、相手の言葉や思いをできるだけ正確に理解しようとすることです。言い換えれば、対象者にとって「指導者がいかに自分のことを理解してくれていると感じたか」が、その後の行動変容に大きな影響を及ぼすのです。「共感」は、コーチングや動機づけ面接において最も基本的で重要な要素であると同時に、最も難しいものかもしれません。

ーアドバイスは有効なのかー

保健指導者にとって一人一人の対象者に合った的確なアドバイスをすることはとても重要です。アドバイスの引き出しが多いことは保健指導者の大切な能力の一つに違いありません。しかし、私たちのアドバイスが本当に役に立っているのかどうか、考えたことはありますか？

高血圧外来でのアドバイスについて調べた海外の研究があります。高血圧外来で医者が患者さんにいろいろなアドバイスをします。後で患者さんに2つの質問をしました。1つめは、「どんなアドバイスをされましたか？」、つまり覚えているかどうか。2つめは、「そのアドバイスは役に立ちましたか？」です。その結果、いちばん役に立ったアドバイスは、「塩分を控えましょう」でした。「なんだ、そんなことか」と思われるかもしれませんね。しかし、このアドバイスを覚えていた人の割合は全体の48％、さらに「役に立った」と答えた人は全体の10％に過ぎなかったのです。アドバイスの有効性は最大で10％という結果にほかなりません。医者からは他にも禁煙や定期的な運動のことなどいろいろアドバイスしているのですが、覚えていた人も、役に立ったと答えた人も、「塩分」よりはるかに少ない結果でした。

ーアドバイスの現実ー

これがアドバイスの現実です。私たちは、対象者のためにと熱心にお伝えしていますが、当の対象者は案外覚えてはいないものなのです。また、アドバイスが役に立つ割合も、私たちが思っているよりはるかに低いのかもしれません。それなのに、私たちはなぜアドバイスをやめないのでしょうか。それは1割の人には効果があるからです。残りの9割の人には効果がなくても、1割の人には、「役に立った。ありがとう」と言われます。そうすると「残りの9割の人はやる気がないんだわ」という気分になるのでしょう。しかし、この現実を見れば、アドバイスの引き出しをどれほど増やしたといっても、それだけでは上手くいかないことが分かりますし、時に、一方的なアドバイスは相手のやる気をそぎ、逆効果になることもあるのです。

ーコーチングのポイントー

コーチングでは、共感力に代表されるように、私たちが何を話すかではなく、どう聴くかという点に

重きを置きます。

＜資料5＞

コーチング・スキル

- 積極的傾聴
- 効果的な質問
- 承　認（アクノリッジ）
- 目標設定
- 提　案

資料5は、コーチングの代表的なスキルです。一つひとつを見ると特別なスキルではありません。医療専門職であれば、「聴く」「質問する」「相手を認める」「目標設定」「提案する」を普通に行なっています。しかし、上記のことを改めて意識して行ってみると相手の反応が変化してきます。

保健指導でコーチングを使うときのポイントを、「やる気を引き出す保健指導10のコツ」としてお伝えします。

■ やる気を引き出す保健指導10のコツ ■

①アドバイスの誘惑にご用心！

やる気を引き出す保健指導をするための最初の入り口は、アドバイスしたいという「誘惑」を断ち切ることです。保健指導の中で、「アドバイスしなきゃ！」という呪縛から一度自由になってみます。相手の生活習慣の問題を知ったとたん、私たちはアドバイスして相手の生活を正したくなります。しかし、先ほど見たように、アドバイスの効果は私たちが期待するほどではありません。「アドバイスしなきゃ」と思っていると、相手ではなく相手の問題に意識が向き、聴く力や共感する力が阻害されてしまいます。答えを持っているのは相手なのだと思うところからコーチングがスタートするのです。

また、アドバイスすると、私たちはつい説得したくなるものです。説得はしばしば「抵抗」を生みます。例えば、指導中に対象者が何度も時計を見たり、貧乏ゆすりが始まるのは抵抗のサインで、指導など受けたくないというアピールです。いろいろな抵抗のサインがある中で特に気を付けてほしいのは、相手が「でも」と言うときです。「でも、忙しいし…」、「でも、付き合いも仕事の一部だから…」というように、相手が「でも」と言ったら、そのまま面談を進めてはいけないという黄色信号と思って下さい。

相手の抵抗を招く落とし穴は3つあります。

＜資料6＞

抵抗を招く３つの落とし穴

① 医療者がコントロールの主導権を取り上げる

② 重要性・自信・準備状態の判断を誤る

③ 抵抗に抵抗する

『健康のための行動変容』（法研）より

1つめは、私たちが一方的に、「こうしたらいいですよ」と面談の主導権を取ってしまうことです。やはり人は、自分のことは自分でコントロールしたいと思うのです。他の人に何かをやらされる、あるいは変えさせられると思うと抵抗が出ます。

2つめは、先に述べた「やる気」の三要素、重要性・自信・準備状態の判断を誤ってしまう場合です。まだ前熟考期で健康のための行動変容を考えていない人に、「それでは、行動目標はどうしましょうか」と言ってしまうと、抵抗を招きます。

3つめは、相手の抵抗に対して、私たちがさらに抵抗する場合です。相手が「でも」と言ったときは抵抗のサインとして重要ですが、私たちが対象者に対して「でも」と言いたくなったときも要注意です。私たちは健康が何より最優先と信じているので、健康よりも優先事項のある人に出会うと嫌なのです。ですから相手から、「でもね、時間もないし、そんな生活、会社を辞めないと無理だよ」と言われると、私たちは「でも、血糖値が高いし、このままでは合併症で仕事も続けられなくなりますよ」というように、「でも」に対して「でも」と畳み掛けたくなるのです。それは相手の抵抗に対して抵抗しようとしているサインなので、私たちはその「でも」を、できれば飲み込んだほうがいいのです。

②「抵抗」に敏感になる

このように、面談中に相手の抵抗を感じたら、そのまま押すのではなく、私たちからアプローチを変えてみます。相手の抵抗のサインを、説得という私たちからの抵抗で打ち消そうとするのではなく、面談の軌道修正のために活用するのです。

人は誰でも心の中にアンビバレンス（ambivalence…ある対象に対して、好き嫌いのように相反する感情を同時に持つこと）を持っています。心の中にはてんびんがあるのです。私たちは健康的な行動のメリットを強調します。例えば「たばこをやめると、こんなにいいことがありますよ」と話すと、その話を聞いた相手の心の中のてんびんでは、バランスを取ろうとして、「でも、たばこを止めたらストレスだ」と、たばこを止めるデメリットに意識が向くのです。そこを逆手に取り活用すればいいのです。「どんなところが、たばこの良いところですか？」とあえて聞いてみます。すると相手は、たばこのメリットをいろいろ話した後で、「でもね、本当はやめなきゃいけないと思うんだよね…」と自らたばこのデメリットに意識を向けてくれます。行動変容のメリットを強調するよりも、相手が感じているデメリットにフォーカスしてみます。例えば運動を勧めたい場合でも、「運動しないといけませんよ」と言うよりは、「忙しくて大変ですよね。運動する時間もないんですね」と聞くと、「そう、本当に忙しいんだよ。でも、やはりやった方がいいのかな。何か短い時間でできる運動があったら教えて」と意識が向く場合もあります。相手の「抵抗」に敏感に対処していくことにより、良い結果を生む確率が上がることでしょう。

③一緒にテーマを決める

コーチングで大事なことは、「面談のテーマを一緒に決める」ということです。保健指導には当然テーマがありますが、多くの場合、そのテーマの決定権は通常私たちが握っています。健診データを見て、「この人には、血糖と悪玉コレステロール、この二つは必ず言わなきゃ」などと保健指導のテーマをこちらが決めています。これが相手の抵抗を生むことは今見たとおりです。

では、一緒にテーマを決めるとはどういうことでしょうか。例えば「今日は来てくださってありがとうございます。健診結果がお手元に届いていると思いますが、ごらんになって何か気になるところはありませんか。お体の調子で何か心配なことはないですか」と最初に質問すればいいのです。相手にとって最も気がかりなことを優先して扱います。私たちが伝えたいことは、多くの場合、その後で十分ですし、いきなり伝えるよりも伝わりやすくなると思います。

④質問をデザインしよう

コーチングの重要なスキルとして「質問力」があります。質問の種類には、クローズド・クエスチョンと、オープン・クエスチョンがあります。

第42回　生活習慣病指導専門職セミナー

＜資料7＞

クローズド・クエスチョン

- ご家族に糖尿病の方はいますか？
- 食事は守れていましたか？
- 糖尿病と診断されたのはいつですか？
- お酒はどれくらい飲みますか？
- ご出身はどちらですか？

オープン・クエスチョン

- 調子はいかがですか？
- 糖尿病と診断されたとき、どう感じましたか？
- どうすればうまくいきそうですか？

クローズド･クエスチョンはイエス･ノーで答えられる質問ですが、コーチングでは答えが決まっている質問も広い意味でクローズド･クエスチョンといいます。「お酒はどれぐらい飲みますか？」などの質問も、相手にとってはあらかじめ答えが決まっているという意味でクローズド･クエスチョンなのです（答えが限定されているので「限定質問」ということもあります）。

クローズド･クエスチョンでは、私たちが知りたいことを効率よく聞きだせます。保健指導のかなりの時間が生活習慣などに関するクローズド･クエスチョンに割かれているのではないでしょうか。しかし、聞かれている方は、ただ「はい」、「いいえ」、「缶ビール1本くらい」などと答えるだけなので、思考は刺激されず、気づきも生まれません。むしろ、「次にこれを聞いて、その次はこの質問をして…」と頭脳をフル回転させているのは保健指導をする側です。限られた面談の時間で相手の意識が変わるためには、やはり相手が考える時間が重要です。それなのに、クローズド･クエスチョンの連発で相手の頭脳をアイドリングさせてしまうのはもったいないですよね。

そこでコーチングでは、オープン･クエスチョンを活用します。たとえば、面談の最初に「今回、メタボで要保健指導という通知が来たときにはどう思われましたか？」などと質問することができます。メタボの診断や保健指導が必要な状況を自分がどう感じているのだろうか、と質問を通じて考えさせられることになるわけですね。また、その答えが、「自分でも不摂生しているから、そろそろやばいなって思ってたんですよ」なのか、「細かい検査のことはわからないけど、どこも調子悪くはないし、自分なりにいろいろ気を付けているんですよね」なのかで、その後の面談をどう進めればよいか、大きな手がかりも得られます。

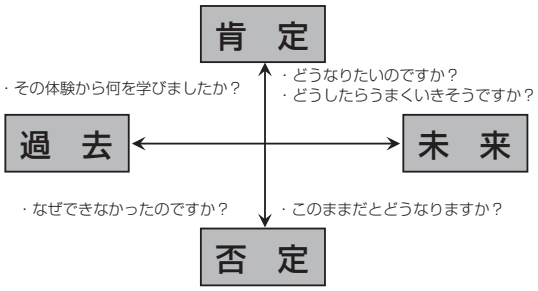
「どうすればうまくいきそうですか？」というのも効果的な質問です。「それはあなたが考えてくれるんじゃないの？」と思っている人でも、この質問をされると自分でも考えるようになるからです。実際、対象者自身が考えた方法が一番本人にとって現実的で、達成可能な方法である場合が少なくありません。「自分で言った以上、やってみます」というオマケがつくこともあります。ぜひ、オープン･クエスチョンの割合を増やして、面談中に対象者の頭脳が回転する時間をたっぷりとりませんか。

ただし、クローズド･クエスチョンがダメで、オープン･クエスチョンがよい、というわけではありません。いきなりオープン･クエスチョンでは、話しにくいかもしれません。また、オープン･クエスチョンだけだと答える方は疲れます。最初は答えやすいクローズド･クエスチョンで口慣らしをしてもらう。それからオープン･クエスチョンでいろいろ考えてもらい、最後に「では、やれそうですか？」とクローズド･クエスチョンで締める。こんなふうに、質問を意図的に使い分けるのがコーチの質問力のポイントです。

質問力のもう一つのポイントは、質問には注意を方向づける働きがあることです。どう尋ねるかで、相手がどう考えるかをある意味コントロールしていることになります。

<資料8>

質問は注意を方向づける



保健指導においては、私たちはうまくいかなかった原因や問題点を知りたいので、「どうしてうまくいかなかったのか？」という質問をしがちです。たとえば「なぜ食事が守れなかったのですか？」あるいは「どうして20代に比べてこんなに太ってしまったのでしょう？」というように。これらはオープン・クエスチョンではありますが、聞かれた方の意識は過去の、それもできなかったことや否定的なことに意識が向きます。尋ねる方にそのような意図がなくても、相手にとっては責められているような印象を与えやすいので要注意です。その結果、「すみません。私の意志が弱くて…」と自責の念を誘発したり、「毎日残業で夕食が遅かったから…。でも、自分なりに気をつけていたんですよ」と反発を招いてしまうかもしれません。いずれにしても、私たちが本当に知りたい原因や理由の話にはなりにくい質問なのです。

では、意識が未来に向かえばいいのでしょうか。「このままだとどうなりますか？」と質問すれば、未来に意識が向くものの、このままでは脅迫になってしまうかもしれません。否定的なニュアンスがあるため、「好きなものを食べて早死にするなら本望だよ」というような答えになりがちです。

では、肯定的な方向に意識が向く質問とはどんなものでしょうか。たとえば、「そうですか。20代から20キロ太ってしまって、今そのことをどんなふうに思っていらっしゃいますか？」という質問ができます。「なぜ太ってしまったのですか？」という質問に比べ、相手を責めるような印象を与えにくいのではないでしょうか。その分、うまくいかなかったことを客観的に振り返りやすく、「そうだな、思い出してみると仕事が忙しくてストレスがかかるといつも太っちゃうんですよね。夕飯の時間も遅くなるし…」という、私たちが本当に聞きたかったことを引き出すことができます。

さらに効果的なのは、肯定的で未来に向かう方向性を持った質問です。たとえば、「どうなりたいのですか？」「どうしたらうまくいきそうですか？」という質問です。そう聞かれて「こうしたらうまくいきそう…」と考えるのは、イメージ・トレーニングにもなります。最近の脳科学で分かったことは、精密にイメージしたことと実際に体験したことを脳はあまり区別できず、本当に体験したことのように感じるということです。ですから私たちが「ウォーキングをやってみるとおっしゃいましたが、いつ、どこで、どんなふうに歩いたらうまくいきそうですか？」と質問し、「そうだな、毎週土曜日の10時から12時ぐらいは歩けるかな。この辺りを歩いて、靴はこんなのを履いて、隣にかみさんが一緒にいて、帰りはどこかで食事をしてもいいかな」などと相

<資料9>

「食事療法が守れなかったのですか？」

クローズド・過去型・否定型の質問

↓

オープン・未来型・肯定型の質問へ

「どうしたら食事療法が うまくいきそうですか？」

手が話している間に、行動変容のイメージがどんどん具体的で鮮明になっていくのです。

保健指導の中で対象者に質問するとき、このようなことを考えながら質問をデザインしてみてください。（**資料9**）

そしてコーチのスタンスとして大事なポイントは、誰のための質問かということです。ふだんの質問は自分が知りたいことを尋ねる「自分のための質問」ですが、コーチの質問は「相手のための質問」です。コーチからの問いをきっかけに、その人の中にあった答えに気づくという仕組みがコーチングの原理だからです。アドバイスの形で直接答えを提供することだけが保健指導者の仕事ではないことがおわかりいただけたでしょうか。

⑤気持ちは行動変容のエネルギー

行動変容が起こるかどうかの大事なポイントは、気持ちが動くかどうかです。生活習慣改善に限らず、私たちは知識や情報そのもので動くわけではなく、心が動くからこそ何かを変えてみようと思うわけです。気持ちは、行動変容のエネルギーそのものです。

対象者は、自分の将来の健康や、生活習慣改善の必要性についてさまざまな気持ち・思いを抱いているはずです。したがって、保健指導では、対象者の気持ちに焦点を当てることが大事になります。そこで重要になるのが、前にも述べた「共感力」なのです。

共感とは、話し手の「伝えたい意味」と、聞き手に「伝わった意味」をすり合わせ、話し手の「伝えたい意味」を正確に理解しようとすることです。このような姿勢をコーチングでは「同じキャンバスに向かう」と表現したりします。私たちが勝手に相手の気持ちを想像して、「その気持ち、わかります」ということが「共感」なのではありません。「同じキャンバスに向かう」関係が築けていれば、あなたのために役に立ちたいという保健指導者側の気持ちも伝わりやすくなるのではないでしょうか。

⑥チェンジトークを引き出す

コーチは質問をするだけでなく、丁寧に聞いて、相手に「確認」をします。この確認で、相手の言いたいことと外れることがあってもいいのです。外れると、相手はそれを正したくなって説明したくなります。すると正確な理解、本当の意味での共感につながるようになります。

そのような関わり方をしていると、相手が自ら変わろうとする発言が出てきます。これを動機づけ面接の用語で「チェンジトーク」といいます。たとえば、「忙しくてなかなか運動する時間がないんだけれど、本当に運動しないとダメだよね」という発言がそうです。チェンジトークが出てくることは、面談がうまくいっている青信号といえるでしょう。

チェンジトークには、様々な言い方があります。「タバコは止められるものなら止めたいとは思っています」（希望）、「このままでは合併症が心配だからやせないと」（必要性や理由）、「今回はきっぱり禁煙するつもりです」（決意）など。抵抗ではなく、いかにチェンジトークを引き出すのかが、行動変容を目指す保健指導のポイントです。

⑦承認、承認、承認！

コーチングによる行動変容を後押しするのが「承認」です。承認はコーチングの用語でアクノリッジメントとも呼ばれ、「あなたがそこにいることを私はちゃんと気づいていますよ」ということを相手にわかる形でタイミングよく伝えることです。相手を認めること、あるいは勇気づけることともいえます。相手に伝わるように伝えることがポイントです。

承認には3つのタイプがあります。1つめの「存

在承認」とは、文字通り、「あなたがそこにいることを分かっていますよ」という意味です。例えばその人の名前を呼ぶ、挨拶をする。「今日は来てくださってありがとうございます」と言ったりすることが存在承認です。2つめの「成果承認」とは、例えば「頑張って体重が減ってきましたね」という相手の成果に対する承認です。3つめの「成長承認」とは、必ずしも成果が表れていなくても、その人が努力をしている過程を承認することで、「毎日、体重計に乗って記録をつけておられたのですね」というように表現したりします。

このようなお話をすると、「ああ、それはほめることですね？」と聞かれます。もちろん、ほめることで行動変容が促進されることは少なくないでしょうが、「ほめる」＝「承認」ではないことに注意して下さい。「ほめる」という行為は、ほめる側が先生や審判の役割をしているのであって、コーチングで目指す対等な関係性とは異なるものです。ほめることは裏を返せば「うまくいかなかったら怒りますよ！」と暗に伝えていることにもなります。コーチングの目標は、自分がうまくいっているのかどうかを、その人が自分自身で判断し、軌道修正できるようになることです。ですから、ほめることや安易な励ましには注意しましょう。

こちらは一生懸命承認しているつもりでも、うまく伝わらないように感じることもあります。そんな時は、「I（アイ）メッセージ」と「You（ユー）メッセージ」を意識して区別するとよいと思います。「頑張りましたね」というのは主語が「あなた」で「Youメッセージ」と呼ばれます。せっかく伝えても、「それほど頑張ってないよ」と言われてしまうかもしれません。しかし、「毎日食事記録をつけてくださったので、私はうれしいです」という伝え方は「私」が主語の「Iメッセージ」なので、否定のしようがありません。Youメッセージで伝えていて、どうも相手に伝わっていないと感じるときは、Iメッセージに切り替えてみるとうまく伝わることがあります。

また、「このままだと大変なことになりますよ」という言い方はYouメッセージですが、「大勢そういう人を見てきているので、私はあなたのことがとても心配なんです」とIメッセージに切り替えて伝えることもできます。

⑧目標設定は「ぐ・た・い・て・き」に

保健指導では、最終的に行動目標を設定します。その目標や行動計画を立てるときにも、コーチングでは一方的に強制するのではなく、「一緒にやる」ということを大事にします。そのときのコツは「ぐ・た・い・て・き」です。

「ぐ」は、「具体的」。目標が具体的に取り組める内容であること。例えば「食事を頑張る」と対象者が言ったら、「どのように頑張るのですか？具体的には？」と質問して確認します。

「た」は、「達成可能」。無理な目標かもと感じた時は、「本当にできますか？」と聞いてみます。目標は少し頑張ればできるところに設定するのがよいといわれ、時にはブレーキをかける必要があるかもしれません。

「い」は、「意欲的」。自分がワクワクしながら取り組めることかどうかの確認をします。

「て」は、「定量化」。数字の入った目標であることが大事です。

「き」は、「記録可能」。上記のような点に留意すると、できているかできていないか、セルフモニタリングができる目標になります。家庭で娘さんが見ていても「今日のお父さんの行動はマル！」などと記録がつけられるような目標でないと、そもそも本人もわかりません。

この「ぐ・た・い・て・き」にチェックが付けられるような目標が立てられているかを、あくまで本人を主体にしながら、私たちが質問の援護射撃を

することで、より達成しやすい、テーラーメイドな目標にしていくお手伝いができます。

⑨「伝える」から「伝わる」へ

実際の保健指導では、コーチングだけでなく、私たちの専門知識やアドバイスを伝えることももちろん大切です。しかし、「伝える」ことと「伝わる」ことは違います。どうしたら伝わりやすくなるでしょうか。

＜資料10＞

アドバイスから提案に

- 「アドバイス」ではなく「情報」として提案
- 許可を求める
  「アドバイスしてもいいですか？」
  「こんな方法もありますが…」
- 複数の選択肢から（３つ以上）
- 従わない権利を保証
  「やってもやらなくてもあなた次第です」
  「今決めなくてもいいですよ」
- 自己決定を尊重
  「最終的に決めるのはあなたです」

そのときは、許可を求めるといいと言われています。「アドバイスしてもいいですか？」、「こんな方法でうまくいった人がいますが…」、「お話を聞いていただけますか？」といった枕詞を置くことで、相手が受け入れてくれる確率が高まります。

また、提案するときに、自分で選んだという感じを増すために、複数の選択肢があるといいです。さらに、「これはあくまで私からのご提案なので、やってもやらなくてもいいですし、今すぐに決めなくてもいいですよ。最終的に決めるのはあなたです」というように自己決定を尊重していることを伝えます。

⑩チームになる

チームになるというのは、私たちが相手を治してあげる、良くしてあげるという上下関係ではなく、一緒に取り組む関係になるということです。

私たちはその人が健康的な生活を手に入れることを目指して保健指導をしているはずですが、「体重が減る」、「コレステロール値が下がる」、「血糖値が下がる」という健康の部分だけで止まってしまっては、保健指導者の思いしか伝わりません。対象者の本当の人生は、健康の先にあるのです。健康の先に、その人が人生で何を手にいれたいのかイメージできるような保健指導をする。そのような関わり方ができれば、対象者と保健指導者は共通の目的を目指す一つのチームになれるのだと思います。

おわりに

私たちが行う保健指導は、決して目の前の体重を減らすことや血糖値を下げることだけを目指しているわけではありません。私たちの本来の仕事は、対象者の人生をよりよいものにするお手伝いです。コーチングや動機づけ面接というアプローチを通じて保健指導の実技を高めることは、相手のよりよい人生のために貢献できると同時に、その結果として私たちのやりがいをより大きなものにしてくれると信じています。

（2014.3.12 イイノカンファレンスセンターにて講演要旨）

第44回　生活習慣病指導専門職セミナー
「糖尿病とがん」

「糖尿病と臓器障害」
― より安全ながん治療を受けていただくために ―

細井雅之●ほそい まさゆき
大阪市立総合医療センター
糖尿病内分泌センター部長

はじめに

糖尿病に関係する臓器障害、いわゆる合併症として細小血管障害、大血管障害はよく知られていますが、最近はそれにプラスして歯周病、骨粗鬆症、感染症、認知症が糖尿病の合併症に含まれています。私どもの病院でも、認知症を持った糖尿病の患者さんが増えており、その治療に日々奮闘しておりますが、高齢化に伴ってがんも発症してくるので、がんや認知症を合わせ持った糖尿病の患者さんが増え、その治療に日々頭を悩ませているのです。

今回は、糖尿病患者さんの合併症、臓器障害についての一般的なお話、臓器障害のためにがん治療で起こる不利益のお話、その中でもがん手術後の栄養不良や周術期における管理、化学療法によるシックデイ時の血糖管理などを示し、最後に私の体験を踏まえた症例についてお話したいと思います。

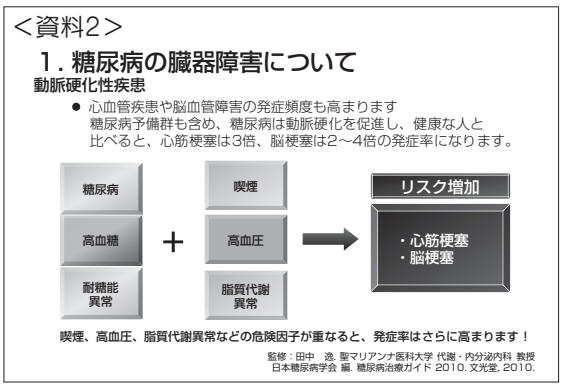
■ 糖尿病の臓器障害について ■

糖尿病が進行すると様々な合併症が発症します。糖尿病の合併症はQOLを低下させ、症状が悪化すると命にかかわる場合もあります。

ー細小血管障害と大血管障害ー

糖尿病は何といっても合併症を引き起こす厄介な疾患です。血糖値の高い状態が続くことで全身の臓器にさまざまな障害が起こってくるのです。

糖尿病の合併症には、大きく分けると細い血管にみられる合併症（細小血管障害）と、太い血管にみられる合併症（大血管障害）があります。日頃から患者さんの訴えをよく聴き、症状をよく診て細小血管障害と大血管障害を見落とさないよう慎重に日々の診療を行っています。



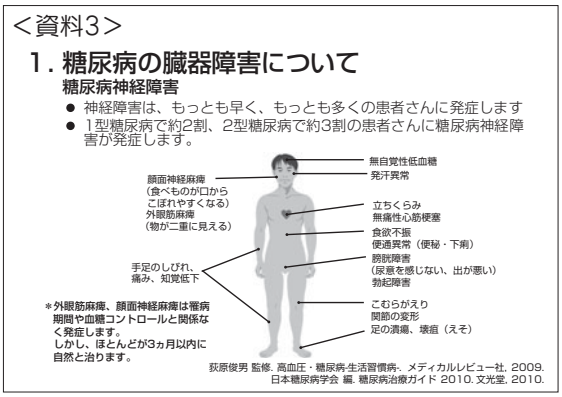
例えば、動脈硬化性疾患の背景には糖尿病、脂質異常症、高血圧、喫煙などの危険因子がからんでいます。とくに糖尿病による心筋梗塞は3倍、脳梗塞は2～4倍の発症率になっているのです。糖尿病は動脈硬化を促進し、それに加えて、がんの発症も多いのです。

ー糖尿病足病変・糖尿病神経障害ー

糖尿病足病変とは、糖尿病による神経障害や血流

第44回　生活習慣病指導専門職セミナー

障害が原因で足に発症する病気の総称です。靴ずれや外傷、やけどなどにより細菌感染を起こし潰瘍ができていても、知覚障害があるために痛みなどの自覚症状がないまま悪化し、壊疽になり足の切断に至るケースが私どもの病院でも絶えずあるのです。そのため日頃から足をよく観察し、フットケアを行ってはいますが、十分な予防ができていない状況です。

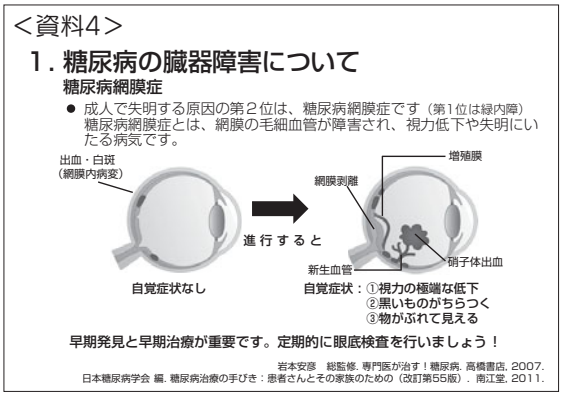


神経障害は、最も早く、最も多くの糖尿病患者さんに発症する合併症です。特徴として糖尿病神経障害は足から発症します。とくに初期症状は足のしびれを訴える人が多いのです。しかし手から症状が出ることはあまりありません。人は手よりも足の神経の方が長いため足の先の神経から発症するのです。糖尿病の患者さんの中には、片方の手だけにしびれを感じ、糖尿病のためではないか、壊疽になるのではないかと心配する人がいますが、片方の手からしびれることはほとんどありません。まず手から出ることはなく、足から出ます。しかも両足から出るのが特徴です。高血糖の血液は、右も左も両方同じように流れるため片方だけしびれるということはなく、もし片方だけがしびれると患者さんが訴えた場合は、別の整形外科的疾患、腰椎ヘルニア等を考えなければいけないのです。

両足先からしびれる場合は、糖尿病神経障害であり、1型糖尿病では約2割、2型糖尿病では約3割の患者さんに発症すると言われていますが、私が日々の診療で患者さんの話をよく聴くと、もっと多い印象を受けます。2型糖尿病の方でだいたい半分くらいの方が神経障害を発症しているのではないかと思います。困るのは、神経障害で知覚神経が低下しているために、細菌感染などが起こって潰瘍ができていても痛さを感じることなく足の壊疽が進行してしまう要因になっていることです。高い血糖値の時は、感覚神経が低下しているため症状が出ないのです。ところが、インスリン治療などをして、血糖値が改善すると、感覚神経がだんだんと再生してくるため今まで気が付かなかった痛みを感じるようになります。このような治療後有痛性神経障害（post-treatment Neuropathy）が生じると、患者さんは糖尿病の治療をしたために痛みが始まったと感じるので、できるだけポジティブ思考で「今まで感じていなかった神経が感じられるようになってよかったね」というように患者さんに説明できるとよいのではないかと思います。

ー糖尿病網膜症ー

糖尿病網膜症は、網膜内の毛細血管に障害が起こり、視力の低下や失明を招く病気です。



糖尿病網膜症も最初は自覚症状がありません。糖尿病になって5年も経っていても、またHbA1cが10%あってもまったく症状が出ない方もいらっしゃ

います。そのような患者さんも、とくに視力を司る黄斑部に病変が進行してきて初めて視力低下や飛蚊症などの症状が出てくるのです。

ところが今まで自覚症状がなかったのに、血糖コントロールをして血糖値が下がった頃になって眼底出血が出てくると、これはインスリン治療をしたために眼底出血が起こったのではないかと思いこむ患者さんがおられます。しかし、前増殖性網膜症といわれる時期には自覚症状はないものの点状出血が広がっていて、この時期に急に血糖値を下げると眼底出血がひどくなることがあるので、前増殖性網膜症の時期にいる方は、血糖はできるだけゆっくりと下げる方がよいのです。このように糖尿病網膜症の怖さは、視力を司る黄斑部に出血が起こって初めて症状が出るまで、自覚症状がほとんど現われないことです。成人で失明する原因の第1位は緑内障で、第2位が糖尿病網膜症です。失明する危険が高いので何とか予防しなくてはなりません。そのためには、継続的な指導と自覚症状はなくても定期的な眼科受診が大切です。

ー糖尿病腎症ー

そして大きな問題となっているのが、糖尿病腎症です。糖尿病による腎機能障害ですが、現在、人工透析が必要となる腎疾患の原疾患第1位が糖尿病腎症です。以前は慢性糸球体腎炎が1位でしたが、糖尿病の患者さんが増え、相対的に糖尿病腎症のための透析導入が増加したため、糖尿病腎症が1位になっているのです。2012年の調べで、1万6,119人の方が糖尿病腎症により透析をしています。糖尿病腎症を予防し透析新規導入を少しでも防がなければいけないのですが、網膜症と同じように早期には自覚症状がないので、なかなか減っていないのが現状です。

糖尿病と腎臓の密接な関係*

ネフロン（nephron：腎単位）とは、腎臓の基本的な機能単位であり、腎小体とそれに続く1本の尿細管のことです。人間の場合は左右にある腎臓合わせて2百万個ほど存在し、各ネフロンで濾過、再吸収、分泌、濃縮が行われ、原尿が作られていきます。

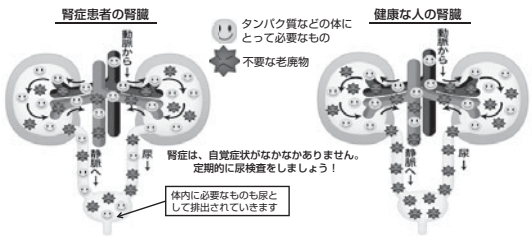
腎小体には一本の輸入細動脈が入り、一本の輸出細動脈が出ていきます。腎小体に入った輸入細動脈は分枝して毛細血管となり塊を作っています。この塊を糸球体と言います。糸球体を形成する毛細血管は再び一本に集まり、輸出細動脈となって腎小体から出ていきます。糸球体はボーマン嚢で包まれており、ボーマン嚢からは一本の尿細管が出ています。血液が糸球体を流れていく間に濾過され「原尿」という尿の原料に変換されます。この原尿が尿細管を通り、ヘンレのループ、集合管を通り、腎盂を通る間に濃縮され、再吸収や分泌などさまざまな修飾を受けて最終的に尿になるのです。糖尿病の方の糸球体病変というのが腎症の元になり、腎臓の機能が悪くなってくると、体の中にできる老廃物の尿への排泄が悪くなります。

＜資料5＞

1．糖尿病の臓器障害について

糖尿病腎症

- 人工透析が必要になる原因の第1位は、糖尿病腎症です
  糖尿病腎症とは、腎臓の機能が低下して、血液の中に老廃物がたまったり、栄養分（タンパク質）が尿にもれだす病気です。
  進行すると腎不全となり、透析が必要になることもあります。



監修：田中　逸. 聖マリアンナ医科大学 代謝・内分泌内科 教授
日本糖尿病学会 編. 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010. 南江堂, 2010.
荻原俊男 監修. 高血圧・糖尿病・生活習慣病、メディカルレビュー社, 2009.
一般社団法人日本臨床内科医会 編. 糖尿病の合併症. 2010.

腎機能の評価については、現在いろいろな方法がありますが、外来で患者さんの腎臓の機能を評価し説明するときに一般的に使うのが「eGFR」という値です。イージーエフアールの「イー」とは「estimated」で推算を示します。eGFRは、計算して求めた腎臓の

機能です。「推定腎機能」と言いますが、このような専門用語を患者さんに分かりやすく言うのは難しいので、「あなたの腎臓の働き」というように言葉を変えてお話しています。

eGFR：推定腎機能は、血清クレアチニン値、年齢、性別で推算します。eGFRの単位は（mL/min/1.73m^2）ですが、この中には患者さんの体型を加味する要素が入っていません。この計算式では、患者さんが標準的な体型であった場合の腎機能が算出されます。患者さん個人の腎機能を厳密に計算するには、eGFRで計算した後、体重補正をしなければなりませんが、一般的には体重補正をかけずに体の小さい人も大きい人も、血清クレアチニン値と年齢、性別で推算しています。正常は100前後、腎機能低下は60未満、腎不全は30未満、透析準備は10以下です。一応目安としてeGFRが10未満で透析を考えます。

＜資料6＞

糖尿病腎症病期

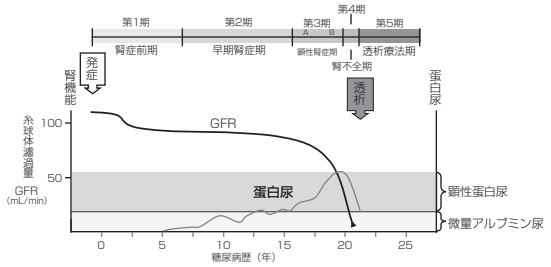
	検査値 eGFR	検査値 尿蛋白 尿アルブミン値
第1期（腎症1期）	正常～高値	陰性
第2期（早期腎症）	30mL/分以上	アルブミン尿（30～299mg/g Cr）※3回中2回
第3期（顕性腎症期）	30mL/分以上	300mg/gCr 以上あるいは持続性タンパク尿 0.5g/gCr以上
第4期（腎不全期）	高窒素血症 30mL/分未満	問わない
第5期（透析療法期）	高窒素血症 30mL/分未満	透析療法中

資料6は、糖尿病腎症の病期分類（改定）を示しています。第1期から第5期の区別は、eGFRの値と尿アルブミン値（尿蛋白）で見ることになっています。第1期は正常です。そして尿アルブミン値が30～299mg/gCrが第2期、300mg/gCr以上が第3期となっています。第4期はeGFRが30未満の方たちで、尿アルブミン値あるいは尿蛋白にかかわらず、腎不全期に分類されます。と言いますのは、eGFRが30未満でも尿蛋白が正常の方がいらっしゃるからです。そのような場合は糖尿病腎症以外の高血圧性糸球体硬化症などの腎臓病が混じっている場合もあり鑑別診断が必要になります。

＜資料7＞

糖尿病腎症の臨床経過

糖尿病性腎症－発症・進展機序と治療（診断と治療社）



資料7は、糖尿病腎症の臨床経過を示しています。

第1期（腎症前期）ではeGFRが正常、あるいは代償機能による糸球体濾過量増加による濾過過剰（ハイパーフィルトレーション）によりeGFRが上昇します。しかしそれがだんだんと低下してきて、第2期（早期腎症期）になると、微量のアルブミンが尿に漏れ出すようになります。第3期（顕性腎症期）になると、顕性アルブミン尿が300mg/gCr以上で持続性蛋白尿が認められるようになってきた時期ですが、まだeGFRはそれほど低下していません。これが第4期（腎不全期）になる頃には、eGFRがすとんと低下し30未満となり、蛋白尿も増加します。そして成り行きを見ているうちに瞬く間に腎機能が廃絶し透析になってしまうのです。

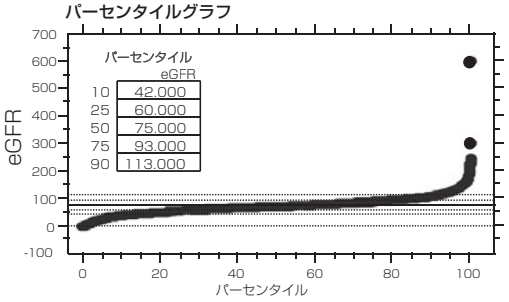
第1期～第4期までのeGFRの変化を見ると第4期で急激に下がっているのが分かります。腎症前期はハイパーフィルトレーションでeGFRは高いのですが、その後はあまり下がらずほぼ一定の数値を保っています。そして、第4期になって急激に下がり、透析まで進行するのです。糖尿病歴も第1期～第2期までは約15年という長い年月経過しますが、第3期からは急激に腎機能低下が進行し、5年もしない間にクレアチニンが4～5mg/dLに上り、eGFRが10未満になって

透析となってしまうケースが多々あります。ですから透析を予防するためには顕性蛋白尿が出る第3期から介入するのでは遅く、第2期の微量アルブミン尿の時期から介入するのが大事なのです。ですので、私は臨床経過の図を患者さんに見てもらって「あなたはこの時期ですから透析まであと数年ですよ、だから何とかここで頑張りましょう」とお話するのですが、なかなか自覚症状に現れないために、患者さんに糖尿病腎症を理解してもらうのは難しいのです。

糖尿病患者さんの中でどれぐらいの人達が腎機能低下を起こしているのでしょうか？私どもの病院の通院糖尿病患者さんの1年間のeGFRをプロットして調べてみました。

＜資料8＞

当科糖尿病患者の25%がeGFR60未満



資料8は、対象者のeGFRをプロットしてパーセンタイルにしたグラフです。グラフで示すように私どもの病院の通院糖尿病患者さんの25%がeGFR 60未満でした。糖尿病患者さんの4人に1人が腎機能低下を起こしているのです。さらにeGFRが 42未満の方が10%です。そしてこの腎機能が低下している方々が、がんに罹患していくのです。

また、腎臓のはたらきが低下すると腎臓からの造血ホルモンであるエリスロポエチンの分泌が減り、赤血球をつくる能力が低下することで貧血になります。このようにして起こる貧血を「腎性貧血」といいますが、クレアチニン値が1mg/dL以上になってくると、ヘモグロビン値が11g/dL、10g/dLと下がってくる方がいらっしゃいます。そのような方には、「あなたは腎不全なので腎性貧血です」とお話するのですが、では糖尿病患者さんの貧血の原因が全員腎不全かというとそうではない場合があり注意が必要なのです。

ー糖尿病患者さんの貧血とがんー

当院の糖尿病内分泌センターの川崎 勲副部長が外来通院患者787名のデータを追跡調査してくれました。787名のうち過去にさかのぼって追跡できたのは702名でした。追跡調査をした対象者群は、観察開始時の平均年齢が64歳、HbA1cが7.5%のレベル、eGFRは75、クレアチニンが0.89mg/dL、尿アルブミンが335mg/gCrのレベルでした。

この中から2年間さかのぼり、2年間に新規のがんを発症した人数を調べると、702名のうち何と41名、約6%の方ががんを発症しました。この結果を見て私どもは本当に驚きました。確かに糖尿病の患者さんにはがんが多く発症することは分かっていました。しかし、この調査では、がんの詳しい検査をしたわけではありませんが、少なくとも2年前は見た目にがんはなかったのです。しかし2年間見ていくと、部位別では、肝臓がん2名、前立腺がん2名、胆管がん2名、尿管・膀胱がん2名、甲状腺がん2名、悪性リンパ腫2名、卵巣がん1名、膵臓がん9名、肺がん5名、胃がん4名、大腸がん4名、直腸がん3名、乳がん3名でトータル41名ががんを発症しました。とくに私どもの病院では膵臓がんが9名と一番多いという結果でした。

さらに、がんと診断された人たちと診断されていない人たちを比較すると次のことが分かってきました。高齢者や糖尿病の罹病年数が長い方ががんになりやすいと分かりました。糖尿病を持っているだけでがんになりやすいのです。さらにBMIを見ると、がん発症群の平均は23.4で、糖尿病の方の中では、やや痩せ型の人もがんになりやすいという結果でした。しかし、HbA1cやLDLコレステロール、中性脂肪は、

がん発症群とがん未発症群で有意差がありません。さらにγ-GTP、eGFR、尿アルブミンも差がなかったのです。

ところが、ヘモグロビン値はがん発症群12.6g/dL、がん未発症群13.5g/dLと有意差が出ました。カプランマイヤー曲線を作成し検証するとヘモグロビン値13g/dL未満の方は有意にがんの発症が多いという結果となっていたのです。ヘモグロビン値13g/dLは貧血とも言えませんが、13g/dL未満になったら注意が必要です。とくに日頃ヘモグロビン値が14g/dLもあるような人が13g/dL未満になった中にがんが多く発症していたのです。

このような結果から、「ヘモグロビン値13未満の方は2年以内のがんの発生に注意」という私どもの経験が導き出されております。

糖尿病患者さんの貧血とがんの関係を考えるときに、「理由なきHbA1cの改善の陰に貧血あり」そしてそこにがんが合併しているということに注意をしなければなりません。

ーHbA1cの変化の原因：悪性腫瘍からうつまでー

先に述べたように、HbA1cの変化は、糖尿病の改善や悪化というだけでなく他の合併症と関係している場合があるのです。HbA1cが12%もあって血糖値も常に高い患者さんが、急にHbA1cが9%に下がっていたら、糖尿病が改善したと考える前に少し注意しないとなりません。中にはヘモグロビン値が下がって貧血になっている場合があるからです。当然、ヘモグロビン値が下がればHbA1cも下がります。HbA1cが下がり、むしろ貧血があったときには悪性腫瘍の合併を考えなければいけないのです。このような事態を防ぐために、私ども糖尿病内分泌センターでは、外来の検査で必ず血液検査（CBC検査）、血算を入れるようにしています。

私も日頃、糖尿病の患者さんを診ていると、どうしてもがんの合併が気になってきます。

2010年に日経メディカルに掲載された記事ですが、糖尿病で通院していた患者さんが肝がんになり死亡。主治医のB医師に「診療への患者の期待権を侵害した」という理由で賠償命令が出たとの記事でした。内容を読んでみると、糖尿病と心不全と肝硬変を持つ79歳の患者さんですが、1968年から通院していて、2000年に入院し肝硬変が判明したときに、主治医が替わりB医師となりました。2000年から診ていたB医師は、この患者さんが2006年に多発性の肝がんが見つかり亡くなるまでに超音波や腫瘍マーカーなどの検査を行っていませんでした。これに対して家族が、「糖尿病でずっとあの病院で診てもらっていたのにがんを見落とされた」ということで訴えたところ、裁判所は、「肝硬変と診断しながら、肝がんの発見を目的とする検査を実施しなかった過失である」として賠償命令が出たわけです。つまりこれは過失であるということになったのです。このようなこともあり、糖尿病患者さんを診るときは、血糖値だけを見ていたのでは足元をすくわれることがあるのです。

逆にHbA1cが悪化した場合も安易に食べ過ぎと決めつけてはいけません。HbA1cの悪化＝食べ過ぎという考え方はたいへん危険です。例えば、がんができるとHbA1cが悪化することがあります。とくに膵臓がんができたためにインスリン分泌が悪くなり、HbA1cが急に悪化する方がいらっしゃいます。糖尿病患者さんはがんになりやすく、がん患者さんは糖尿病を起こしやすいなど、共通の基盤があることから、とくに中高年以降で新規発症の糖尿病の方は、膵臓がんや大腸がんの発症があるか否か注意して診察する必要があるのです。

感染症が原因でHbA1cが悪化するケースもあります。中には膿瘍ができている人、腸腰筋膿瘍、フルニエ膿瘍という泌尿器系の膿瘍の人もいます。足の壊疽があるためにHbA1cが悪化している人もいますが、本人は気づかずに水虫がちょっと悪いくらいだとしか思っていないような隠れた感染症もあり、足も

丁寧に診なければいけません。糖尿病の患者さんには胆石症や胆管炎の人も多く、あるいは心外膜炎、歯周炎、蜂窩織炎などが隠れている場合もあります。

あるいは内分泌疾患が隠れていることもあります。褐色細胞腫になりHbA1cが悪化している人もいます。また満月様顔貌と中心性肥満のため太って真ん丸の顔に見えるので「食べ過ぎでHbA1cが悪化したのではないか」と思ったら、実はクッシング症候群であったり、バセドー病のためにHbA1cが悪化する人もいるのです。

さらに、ご高齢の糖尿病患者さんになると精神的ストレス「うつ」が隠れていて血糖コントロールが悪化している人もいます。

糖尿病の治療をしていく上で、血糖コントロールの急激な悪化、あるいは体重減少、また理由のないHbA1cの改善、そして貧血があったときには、悪性腫瘍の合併の可能性があることに注意が必要です。

■ 糖尿病とがんの密接な関係 ■

糖尿病を合併した患者さんは、がん治療を受けるのに様々な不利益があります。最近はがんの治療成績が向上し、がんと共に生きる患者さんが増加してきました。糖尿病を合併した患者さんに対しても、抗がん剤治療に影響がないように合併症悪化を食い止める必要性が高まってきたのです。

ーがん治療における不利益：高血糖ー

高血糖のため困るのは、画像診断ができない点です。PET検査は高血糖状態では検査ができません。薬剤が筋肉に集まり、検査の精度が落ちる場合があるからです。手術にも制限があります。高血糖状態では術後のケトアシドーシスで昏睡のリスクが高まるため注意が必要です。

また、抗がん剤治療時は、悪心予防のために投与されるステロイドによって高血糖状態になることがあります。ステロイドによる高血糖に対しては、インスリン投与による血糖コントロールが必須です。抗がん剤治療時の悪心・嘔吐に対してステロイド治療にかなうものはないのです。高血糖を恐れて適切なステロイド治療が行われないということがないように、また逆にインスリン治療のタイミングが遅れないように、糖尿病担当医とがん治療医が密に連絡を取り合う必要があります。

＜資料9＞
がん治療における不利益
＜高血糖＞

- 画像検査の制限：PET検査は高血糖状態では行えません。本来、核種を取り込むべく腫瘍部分にとりこまれず、偽陰性となることがあります。検査日にむけて十分な血糖コントロールが必要です。
- 手術の制限：高血糖状態では、術後ケトアシドーシスや高浸透圧性昏睡のリスクが上昇します。
- ステロイド治療による血糖上昇：抗がん剤のレジメにステロイドが入っていることが多く、このときは、インスリンによる血糖コントロールが必須です。高血糖をおそれて、適切なステロイド治療が行われないようなことのないように、また、逆にインスリン治療のタイミングが遅れないように糖尿病担当医と腫瘍治療医が密に連絡を取る必要があります。

ー糖尿病患者さんの抗がん剤治療における不利益ー

また、抗がん剤にも耐糖能低下を引き起こすものがあります。例えばステロイドホルモンはインスリン抵抗性を増大します。中でも糖質コルチコイド作用による血糖値の上がりやすさから考えるとベタメタゾン、デキサメタゾンが大きく血糖値に作用します。またインターフェロンの中にはインスリンの抵抗性増大で血糖値が上がるものもあります。まれには免疫機能の調節に働くインターフェロンにより自己免疫疾患の1型糖尿病が発症することがあります。ですからインターフェロンを使用している患者さんが腹痛を訴えたらケトアシドーシスの場合もあるので要注意です。やはり免疫抑制剤であるシクロスポリン、タクロリムスもインスリン抵抗性を増大させ1型糖尿病を発症することがあります。

ホルモン療法にもインスリン抵抗性を増大させる作用機序の薬剤があります。LH-RHアゴニスト製剤であるリュープロレリンや、抗アンドロゲン製剤であるプ

ロスタール、カソデックスが血糖コントロールを非常に悪くすることがあります。また抗悪性腫瘍酵素剤であるL-アスパラギナーゼを主成分とするロイナーゼも血糖コントロールを悪くすることがあります。

最近注目されている分子標的薬も同様にインスリン抵抗性の増大、インスリン分泌低下の二つの作用機序により血糖値が悪化します。とくにmTOR阻害剤ではエベロリムス（アフィニトール）が代表的な薬ですが、インスリンシグナルが伝達する途中の下流にmTORがあるため、阻害すると伝達シグナルが狂い耐糖能異常が起きるのです。テムシロリムス（トーリセル）や、慢性骨髄性白血病の治療に使われるBcr-Ablチロシンキナーゼ阻害剤のニロチニブ（タシグナ）、腎細胞がんに使われるマルチキナーゼ阻害薬のスニチニブ（スーテント）などもインスリンシグナルに影響します。分子標的薬だから副作用が少ないだろうと思われますが、決してそうではありません。その他の抗がん剤では、パクリタキセル（タキソール）、シクロホスファミド（エンドキサン）、あるいはシスプラチン（シスプラチン）、ドキソルビシン（アドリアシン）が有名で、副作用の対策をしっかり行いながら治療をすすめていきます。

また抗がん剤による化学療法時は、悪心予防のために投与される制吐薬によって高血糖になることが多いのです。というのは、制吐薬のレジメンにステロイド治療が入るからです。『がん化学療法副作用対策ハンドブック』より、催吐性の副作用、つまり吐き気・嘔吐の起きやすさを見ると、非常に起こしやすいのがシスプラチン、ドキソルビシン、シクロホスファミドとこれらの組合せです。中等度のものとしては、イリノテカン、カルボプラチン、エピルビシン、オキソプラスチン、イホスファミド、シクロホスファミド、シタラビン、テモゾロミド、イマチニブなどです。吐き気・嘔吐を比較的起こしにくいものは、フルオロウラシル（5-FU）、エトポシド、ゲムシタビン、ドセタキセル、パクリタキセル、ペメトレキセド、カペシタビンとなっています。どうしてもこのように催吐頻度の多い薬には制吐薬を使います。催吐頻度が高度なものには、イメンドとソルトニン系の受容体拮抗薬とデキサメタゾンが入り、血糖値を上げてしまうのです。ですから制吐薬が入る場合には、必ず血糖値を測り血糖値が上がってしまったときは、有無をいわさず、すぐにインスリン治療をする必要があります。

ーがん治療における不利益：糖尿病腎症ー

糖尿病を原疾患とする臓器障害による抗がん剤治療の不利益もあります。糖尿病腎症を持っている方は、腎機能が低下すると抗がん剤の副作用が治療の効果より強く出て、減量ないし中止せざるを得ないことがあります。

＜資料10＞

がん治療における不利益
＜糖尿病腎症＞

- 画像検査の制限：CTやMRIはがんの診断や評価、治療に必須の検査です。特に、局在診断や転移の評価には造影剤を必要とすることが多い。ところが、eGFRが60未満では造影剤により腎症が悪化するリスクが高くなります。
- 造影CTでは、検査前後に生食による補液をして十分な予防対策を講じることが必要です。
- 造影MRIはより制限が厳しく、eGFRが30未満では、絶対禁忌です。ガドリニウム造影剤により腎性全身性線維症の発症報告があるためです。eGFRが30－60の間でも、「利益と危険性とを慎重に検討したうえで、使用の可否を決定すること」となっています

腎不全になるとさらに使用できない薬が増え、使用できる薬でも常用量の75％以下に減らさないといけない場合もあります。75％以下に減らさないといけない抗がん剤は、シクロホスファミド、メルファラン、ゲムシタビン、シタラビン、アムルビシン、エトポシド、ドセタキセル、パクリタキセル、アナストロゾール、カルボプラチンです。使用できればがん治療に効果があるのに使えないという状況に陥るのです。

また、糖尿病腎症では画像検査の制限もあります。CTやMRIは、がんの診断や評価、治療に必須の検査です。とくに、局在診断や転移の評価には造影剤を必要とすることが多いのですが、eGFRが60未満では

造影剤により腎症が悪化するリスクが高くなってしまいます。造影CTでは、検査前後に生食による補液をして十分な予防対策を講じることが必要です。造影MRIはより制限が厳しく、eGFRが30未満では絶対禁忌です。ガドリニウム造影剤により腎性全身性線維症の発症報告があるためです。eGFRが30－60の間でも、「利益と危険性とを慎重に検討したうえで、使用の可否を決定すること」となっています。糖尿病を持っているがん患者さんは、糖尿病腎症の面からもかなり不利益があるのです。

ーがん治療における不利益：虚血性心疾患ー

糖尿病患者さんには虚血性心疾患を合併している人が多く、そのような患者さんでは、がんの手術、検査に制限が出てきます。狭心症や心筋梗塞の治療の主体はステントになってきています。最近は薬物溶出性ステントの進歩で、治療後の再狭窄が著明に抑制されています。ただし、治療後6か月はアスピリンとクロプトグレルの投与が必須となっています。もし、この期間に生検を必要とするような検査や手術を行う必要ができた場合は、この2種類の抗血小板剤は中止できないため、検査や手術を延期する必要が生じます。この2種類の抗血小板剤を中止してしまうとステントが再狭窄を起こすといわれているのです。逆に、がんの検査や手術を行うために、アスピリンとクロプトグレルの投与ができず、ステント治療ができないことも起こりえます。ステント治療をしたいけれどそれができず、先にがんの手術の方を、おそるおそる行わなければならないケースも出てくるのです。

ーがん治療における不利益：網膜症ー

糖尿病網膜症の既往がある人も治療に制限があります。例えばインターフェロンです。インターフェロンは網膜出血を悪化させる可能性があるのです。そのため増殖性網膜症を持っている人は、C型肝炎の治療などインターフェロンを使用する治療ができません。

ーがん治療における不利益：神経障害ー

神経障害は糖尿病の合併症として、2型糖尿病患者さんの3割以上の方が持っています。例えば、抗がん剤によっては神経障害が悪化するものがあります。抗がん剤の中には神経障害を副作用に持つものがあり、抗がん剤治療後に糖尿病有痛性神経障害が悪化する例があります。

多くはしびれの症状で、手足のしびれでボタンをかけるのに苦労したり歩行しにくくなる人もいます。中枢神経障害をきたす抗がん剤で代表的なものが、イホスファミド、メソトレキセートです。それからフルオロウラシル、テガフール、シタラビン、ベバシズマブ、スニチニブも中枢神経障害をきたします。これらは、けいれん、意識障害、うつ症状、見当識障害もきたすことがあると言われています。末梢神経障害、自律神経障害にいたっては、四肢末端のしびれ感、刺すような痛み、筋力低下などの症状をきたすものとして、ビンクリスチン、ビンブラスチンが代表的です。あるいはパクリタキセル、シスプラチン、カルボプラチン、ネオプラチンなどプラチン系が四肢末梢の神経障害をきたします。メソトレキセートやイリノテカンも末梢神経障害をきたします。

糖尿病の人たちは、抗がん剤治療を開始する時は、上記の薬剤に注意をしなければいけませんし、抗がん剤治療の前に、すでに糖尿病合併症として神経障害を持っている人は、このような薬剤を使うときにはなおさら注意をしなければいけないのです。

ーがん治療における不利益：足病変ー

糖尿病患者さんの足病変というと、フットケアの大切さを先に述べましたが、抗がん剤による手足症候群は、抗悪性腫瘍剤の副作用としてみられる皮膚症状であり、糖尿病患者さんの足病変とは違います。足に潰瘍ができたというので、糖尿病の足潰瘍かと思うと抗がん剤の副作用の場合があり、よくよく話を聴いたら、実は抗がん剤を飲んでいるという方もい

らっしゃいます。

抗がん剤による手足症候群では、手足や指先、足底などの四肢末端部に、しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ感、チクチク感、潰瘍、水疱、強い痛みがあらわれ、歩行障害、ものがつかめないこともあります。

とくにEGFR（Epidermal Growth Factor Receptor：上皮成長因子受容体）が急に発現しているために、EGFRを標的とする薬剤によって、手足症候群が発症するといわれています。抗がん剤のカペシタビンは、投与開始1ヶ月後ぐらいにだいたい7割の方に手足症候群が発現します。分子標的薬であるソラフェニブは12週間経過した頃45％ぐらいの人に発現するといわれています。セツキシマブやパニツムマブによるざ瘡（にきび）は、投与1週間で97％以上の人に発現するので、糖尿病の患者さんには、これらは抗がん剤の副作用による手足症候群であることをよく説明しないといけません。

ーがん治療による不利益：感染症ー

糖尿病の方は、非常に感染症に罹りやすいです。血糖値が200mg/dL以上になると好中球のオプソニン作用が低下するため、糖尿病患者さんはそうでなくても易感染症状態なのです。がんを持っていなくても、肺炎、尿路感染症、胆のう炎、皮下膿瘍、耳鼻咽喉感染が発熱の原因となることが多くみられます。

抗がん剤治療を受けている間というのは、骨髄毒性の一つとして好中球減少が生じ、感染しやすくなっています。糖尿病により好中球減少状態になっている患者さんが抗がん剤治療を受けるときは、より注意が必要です。

ーがん治療における不利益：骨粗鬆症ー

糖尿病の方は、抗がん剤と骨病変という関係で骨粗鬆症が問題になってきます。1型糖尿病の方は、もともと骨減少症が多いといわれています。2型糖尿病の方も、骨脆弱症で骨がもろい方が多くいらっしゃいます。そのような状態で、抗がん剤治療とくにステロイド治療をするときには必ず骨粗鬆症対策をしておかないといけないのです。

<資料11>

がん治療における不利益
<骨粗鬆症>

- 抗がん剤と骨病変；１型糖尿病のかたでは骨減少症が多く、２型糖尿病のかたでは骨脆弱症のかたが多いことが知られています。抗がん剤治療特にステロイドを含む治療では骨粗鬆症対策が必要です。
- 顎骨壊死；　骨転移による疼痛、高カルシウム血症に対して使うゾレドロン酸（ゾメタ）が顎骨壊死を起こすことがあり、ビスホスホネートの副作用として注意を要します。

あるいは、顎骨壊死の問題もあります。骨転移による疼痛や高カルシウム血症に対して使われるゾレドロン酸（ゾメタ）によって顎骨壊死を起こすことがあり、骨の脆弱性を特徴とする疾患の予防と治療に用いられるビスホスホネート製剤が使えないという方もいらっしゃいます。糖尿病の方は骨粗鬆症が原因で抗がん剤を思うように使えないという不利益もあるのです。

ーがん治療における不利益：栄養不良ー

次に、がん治療における栄養療法、経管栄養に対する糖尿病の影響ですが、栄養不良は糖尿病患者さんにもがん患者さんにもみられます。

がん患者さんの栄養不良の要因は様々ありますが、大きな要因は、がんそのものの病態としてある悪液質です。がんによる悪液質は、食欲不振を伴う体重減少、とくに筋肉量の減少が特徴的ですが、その原因としては生体内の代謝異常および食欲不振による摂取量減少があげられます。代謝異常の原因の中心はTNF-αの過剰分泌であるといわれますが、悪液質によって食欲が低下してしまって栄養障害をきたすことが多いのです。また、消化管閉塞（イレウス）を起こしているために出てくる症状である悪心・嘔吐によって経口摂取が困難という方もいます。治療関連では、抗がん剤治療に伴って出てくる毒性により、あるいは

放射線療法や手術療法により栄養障害をきたす人も多いのです。

とくに多いのが、胃がん術後のダンピング症候群です。これによって反応性低血糖を起こす場合が多く、手術後時間が経過してから発症することもあります。現在、私どもの病院で胃がん術後15年経過しているのにダンピング症候群で苦しんでいる人がいます。このように反応性低血糖も10年以上経過してから症状が著明に出る場合もあるのです。

また、食道がん術後の経腸栄養療法で、食後高血糖と反応性低血糖を起こしてしまう方がいらっしゃいます。私どもの病院では、食道がんの術後はエレンタール（経腸的高カロリー栄養剤）注入プラス中心静脈栄養法（TPN）を行いますが、非常に高血糖になりやすいのです。逆に投与終了後にダンピング症候群様の反応性低血糖があらわれ気分が悪くなる人もいます。

がんを合併した糖尿病患者さんの治療において、化学療法によるシックデイでの血糖管理も日常の診療では非常に大事になってくるのです。

ーがん治療における不利益：周術期ー

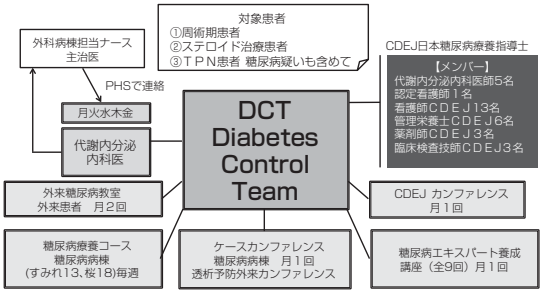
周術期の管理にも私たちは細心の注意をはらわなければなりません。例えば、周術期つまり術前管理、術中管理、術後管理の中でも、術後は高カロリー輸液が行われますが、糖尿病患者さんでは血糖の変化に注意しながら行わないと高血糖性昏睡の原因になることもあるので、血糖コントロールの積極的介入が必要になります。あるいは術後の縫合不全により急に食べられなくなる人もいます。あるいは術後に腎障害が出てしまったために栄養療法を変更しなければいけない場合も出てきます。

■ 糖尿病センターでのチーム戦術 ■

がん治療における様々な不利益を生じる中で、私どもの病院では、5年前にDCT Diabetes Control Teamを発足し周術期の血糖コントロールは、DCTチームで行うようにしています。

<資料12>

DCT Diabetes Control Team

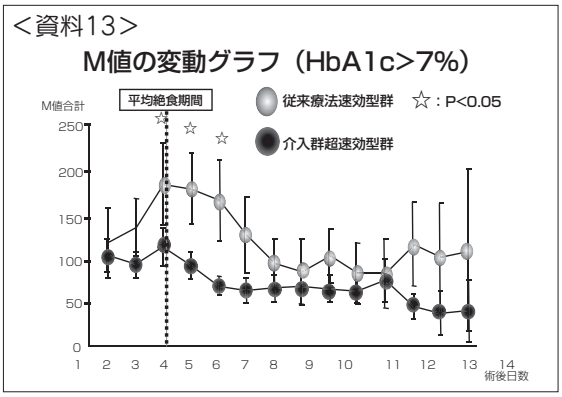


私たちDCTチームのメンバーはPHSを持ち糖尿病を持つ患者さんが外科病棟に入院されたら、すぐに血糖コントロールの依頼を受け迅速に対処できるようにしました。紹介状をやめてPHS連絡１本だけにすると、年間1,088症例もの依頼があり、中でも消化器外科と整形外科からの依頼が多かったのです。

私たちは、インスリン治療共通のマニュアルを作成し、共通のスケール表を使って基本的には食事に対するインスリン製剤、超速効型インスリンと速効型インスリンを組み合わせる方法で血糖コントロールを行っています。

術後の血糖コントロールが、超速効型インスリンで介入した場合と速効型インスリンで介入して場合では、どう違いがあるかエビデンスを示したいと考え、私たちは術後対象者を超速効型群と速効型群の2群に分け比較し検討しました。

資料13は、術後日数を横軸に、M値（血糖変動）を縦軸として、術後の日数と血糖値のばらつきを比較したグラフです。同じスケール表を使って比較していますが、超速効型インスリンでコントロールすると血糖値の変動が少ないのですが、速効型インスリンではけっこう血糖値の変動が大きいことが分かります。



とくに3日後からの変動が大きいのですが、これは食事の再開がだいたい3日後ですので、食事を食べだすと血糖値の変動が大きくなるというわけです。

平均血糖値、高血糖率、低血糖率、血糖SD値等、項目別に評価してみると、すべて超速効型群で介入したほうが良い結果が得られました。

次に術後創部感染を見ると、やはり血糖値に関係しています。当然、創部感染のない方の血糖値はまったく正常です。ところが表層感染をきたしている方の血糖値にはばらつきが見られます。膿瘍形成しているとさらに血糖値がばらついていました。そこで超速効型インスリンと速効型インスリンを使って比較してみると、感染全体も膿瘍形成も、超速効型インスリンを使ったものの方が血糖値の変動が少なかったとの結果が示されたのです。

まとめると、超速効型インスリンは速効型インスリンに比して、周術期血糖管理を改善し術後感染リスクを低下でき、しいては入院期間も短縮できるということが示されました。

■ 症例から学ぶ糖尿病とシックデイ対策 ■

ある糖尿病患者さんの症例から糖尿病と合併症の予防、シックデイ対策の重要性について考えてみましょう。

67歳の男性です。家族歴は父親が糖尿病、母親が虚血性心疾患です。現病歴は、44歳で糖尿病と診断され別の病院で内服薬の治療を開始しました。55歳のときにうっ血性心不全を発症、心筋梗塞を起こしていることが分かり冠動脈バイパス術（CABG）を受けています。そして平成16年、56歳のときに両側の眼底出血で当病院の眼科を受診したときに、私の外来に紹介になった方です。そのときは経口血糖降下剤であるオイグルコン錠2.5mgとインスリン製剤のヒューマログミックス50注を朝・夕2回打ちでHbA1cの値が7～8%くらいで経過していました。

この方は63歳のときに私の外来で、「歩行をすると右そけい部から腰、大腿部にかけて痛みが出現する」と訴えられました。私はCABGも受けているので、閉塞性動脈硬化症（PAD）を疑い、診断のため足関節上腕血圧比（ABI）を実施しました。すると右が0.92、左が1.03で右が低下していたため、これは右足のPADによる症状であろうと循環器内科にステントによる血管拡張を依頼しました。

しかし、循環器内科では、「右の浅大腿動脈に90%狭窄があるけれども痛みの症状とは関係ないようです」という報告でステント術はせず、足のPADに関しては経過観察となりました。その後、エコー検査をする機会があり水腎症を認めCT検査と採血を行いました。すると、それは平成22年3月のことでしたが、腫瘍マーカーのPSA検査値が何と3,270ng/mLあり、泌尿器科を紹介。精密検査にて前立腺がんであることが判明しました。

糖尿病の人が、「足が痛い」と言うと、これはもう動脈硬化の合併症であると思いがちですが、そうではなかったというわけです。この方は、両側の肋骨、肩甲骨、錐体、骨盤、左大腿骨、頸部などに多発性の骨転移もしていました。

平成22年に、泌尿器科で前立腺がんのホルモン療法「MAB療法」により、下垂体に作用するリュープリンと抗アンドロゲン剤であるカソデックスを使用、プラス代謝拮抗薬であるテガフール、ウラシル（ユーエ

フティ：UFT）で治療しました。骨転移に対してはビスホスホネート（ゾメタ）を使用しています。平成23年5月には、UFTにプラスしてデキサメタゾンを1mg～1.5mg使用し始めましたが、ステロイドの影響でやはり血糖値が悪化してきました。デキサメタゾンを服用する前は超速効型インスリン製剤ヒューマログミックス50単位を1日に2回打っていたのですが、3回に変更となりました。さらに8月にはプラスして持効型インスリン製剤ランタスも追加する強化療法に切り替えました。しかし、平成25年4月にはHbA1cが9.1％まで上がってしまったので、血糖コントロールのために糖尿病内科に入院となったのです。

入院時は、経口血糖降下剤アマリールと持効型インスリン製剤ランタス注ソロスターで強化療法を行っていました。入院時の状況は、BMIが22、歩行時に右大腿痛あり、糖尿病網膜症は硝子体出血後であり、腎機能は腎症4期の進行してしまった状態、血清アルブミン値低下、ヘモグロビン低下、血小板数も低下していました。

入院4日目には、超速効型インスリンのアピドラを4単位/6単位/8単位、ランタスを18単位打っています。副腎皮質ホルモン剤であるデキサメタゾン（デカドロン）を朝夕に服用しているため、ステロイド剤の特徴として食後血糖値が著明に上がってしまっている状態でした。

この方の自宅での血糖コントロールが不安定な要因を調べたら、食事摂取量が不安定でインスリン自己注射の打ち忘れもあると分かりました。内服薬もよく飲み忘れていました。内服インスリンの管理は患者さん本人が難しいということでしたので、奥さんに管理してもらうことにしました。そしてアピドラが16単位/18単位/18単位とかなり単位数が増えた状態で、DPP-4阻害薬であるトラゼンタ錠5mg併用に変更しました。実はこの方は認知障害が起こっていて、奥さんから「物忘れの傾向がある」と指摘があり、長谷川式簡易知能評価スケールで検査してみると30点中17点しかなく、頭部MRIでも側脳室体部が拡大していて海馬の委縮も認められましたが、奥さんは本人に伝えたくないというのでお話はしていません。早く家に帰りたいという本人の希望で、16病日目に退院しました。

平成24年、65歳時のCT定期検査で骨転移の硬化性変化が認められました。翌年の平成25年、66歳のときに食欲低下の症状があったためCTを撮影したところ、肺に今までなかった影があったので、前立腺がんが肺に転移したのかと思ったのですが、実はまったくの別物でした。

PET検査を行ったところ、PETセンターの所見に「高血糖のためFDGの集積が低下しているので偽陰性にご注意ください」と最初に書かれた上で、肺には取り込みがなく、多発性の骨転移がありますとのことでした。実は血糖値が高いために肺のFDG-PET検査での取り込みがなかったのです。ところが手術後、病理検査をすると非小細胞肺がんの組織が出てきました。

さらに平成26年の5月には、右の下顎骨に痛みを生じ、下顎骨の壊死で、ビスホスホネート（ゾメタ）も中止になりました。現在は、歯の痛みもあり、食べられないというのが一番の主訴です。PSA検査値は2.85ng/mgとみごと下がっていますが、血糖コントロールはうまくいっていません。アピドラ6単位/6単位/8単位とランタス13単位では低血糖になってしまうので、シックデイマニュアルを渡して血糖コントロールを促し、食事は経口摂取が困難なためエンシュアを飲んでもらっているという状況です。

私どもでは入院患者さんが帰られるときには、必ずシックデイマニュアルをお渡しするようにしています。この方のシックデイマニュアルには、「食事が2分の1のときには、アピドラ4単位/4単位/4単位」そして、「食事が摂れないときには食後に打ってください」と書いています。食べてもいないのに真面目にインスリンを打ってしまうと低血糖を起こしてしまうので、「必ず食後に、食事量に応じて打ってもらうこと

が大事です」と書いてお渡しするのです。とくにがん治療をする患者さんにはシックデイ対策が重要です。

この症例から分かるように、糖尿病患者さんでは、合併症による症状とがんによる症状の発現を見極める必要があります。さらに糖尿病合併症である腎機能低下で使用できる抗がん剤が限られ、造影剤を必要とする画像検査も行えません。高血糖ではPET検査が偽陰性になる可能性が高く、抗がん剤治療時は、悪心予防のために投与されるステロイドによって、高血糖状態になることがあるほか、悪心・嘔吐や食欲不振で食事量が減少することがあり注意が必要です。この症例の方もステロイドの使用で超速効型インスリンを毎食後、1日3回に増やさなくてはならなくなりました。さらに食前の血糖値を見ているだけだと食後血糖を見落とす場合があるので、ステロイド治療の際は要注意です。インスリン治療の患者さんは、常にこのようなシックデイ対策が必要だと考えております。そして最後には糖尿病とがんの両方の治療を、それぞれの主治医ほか治療スタッフ皆が連携をとりながら包括的に診ていかれるようチームの力が大事になるのです。

おわりに

最後に、今、人気話題になって売れている本『人生はワンチャンス！』の言葉を引用しながら糖尿病治療を学んでみたいと思います。糖尿病治療では、患者さん本人が主役であり、われわれはそれを支えるわき役であると思います。この本に「自分の主人は自分」という言葉がありますが、私も同意します。最近は猫ちゃん版として『人生はニャンとかなる！』もあります。その中に「健康診断、さぼらない」がありますが、糖尿病患者さんには、がん検診を受けてもらうことが大事かと思います。そして、まず自分の合併症を知ってもらう「自分のサイズを知ろう」も大事です。また、患者さんは食事療法ができない、運動しないなどと決めつけないことも大事です。「いつも色めがねで見ないように」するのです。人生の教訓がここにあります。

また、合併症を起こさずに生活できていることに、まずは感謝することも大事です。「近すぎる幸せはみえません」あるいは「手のひらサイズの幸せ」が大事なのです。私たちの治療目標はHbA1cをよくするだけではありません。「目先の利益を見ない」で、先の方を見ることも大事です。患者さん一人ひとり、自分にあった目標を決めるようにしてもらい、決してすべてを正常値にしようと考えないことです。「世界記録より自己ベスト」です。

あるいは、患者さんに治療方法を選んでもらい、無理強いしないで患者さんに自分らしさをなくさないようにしてもらうことも大事です。「無理強いしないことが大事」なのです。そして「したいときはするとき」です。やはり運動療法もしたいときにするのが大事なのです。

患者さん本人も一生懸命です。身を削る覚悟でやっていますから、患者さんの思いを大事にしなければいけないと思います。本人だって本当は減量したいのです。この本にもあるように「わかっちゃいるけど続かない」のです。「一度サボるとクセになる」のも患者さんの真理です。けれども私は思います。三日坊主も10回すれば1か月になります。休むのも仕事の内ですから休むのもいいのです。休みを休憩と考えて、三日坊主も10回してもらえればいいのかと思います。そして、何かよくなったら褒めてあげて、一緒に喜ぶことが大事です。自然体でいることも大切で「肩の力を抜こう」です。上手くいかないときは、チームで相談にのってあげる。独りで抱え込まなくていいのです。

私は、無理なく続けられる治療が、糖尿病治療では大事だと思っています。体の合併症も心の合併症も予防し治療していく。『頑張らない、でもあきらめない糖尿病治療とがん治療』が大切だと思うのです。

（2014.9.25　大阪国際会議場にて講演要旨）

振興会 in Action

第5回健康管理支援セミナーを開催

昨年、東京ならびに大阪で開催した第2、3、4回の健康管理支援セミナーのテーマ「労働安全衛生法改正によるストレスチェック制度を考える」を更に一歩踏み込んだテーマとして「改正安衛法の施行に向けたメンタルヘルス対策を考える」を取り上げ、過去3回の講師をお願いした夏目誠先生および原哲男先生に加えて、この度の「ストレスチェック制度に関する検討会」の座長を務められた相澤好治先生を講師にお迎えし、第5回健康管理支援セミナーを開催しました。当日は会場がほぼ満席となる盛況のもとに行うことができました。

開催日　平成27年1月29日（木）
会　場　イイノホール（東京都千代田区）
参加者　425名
テーマ
「改正安衛法の施行に向けたメンタルヘルス対策を考える」
ーストレスチェックとカウンセリング体制等の具体的取り組み方ー
プログラム

テーマ・講師	
レクチャーⅠ **「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度に関する検討会の議論と結果について」** 講師：**相澤 好治** 北里大学名誉教授	
レクチャーⅡ **「厚生労働省令・指針から伺えるストレスチェック実施時のポイント」** 講師：**夏目 誠** 大阪樟蔭女子大学大学院教授／ 精神科医・産業医	
レクチャーⅢ **「ストレスチェックにおける産業医・事業者・実施者の法的責任と個人情報」** 講師：**原 哲男** 原白川法律事務所所長／弁護士	
トークセッション 参加者：**相澤 好治**先生、**夏目 誠**先生、**原 哲男**先生 進　行：**樺沢 敏紀**（臨床心理士）	

第6回健康管理支援セミナーを開催

今年の6月に、厚労省より「ストレスチェック制度実施マニュアル」が開示されたことと、本年12月1日より施行される改正労働安全衛生法（ストレスチェック義務化）を踏まえて、この実施マニュアルの解説について岡田邦夫先生に、また、企業・事業所の人事・労務担当者が改正安衛法の施行に向けて準備しておくべきことについて下村洋一先生に、それぞれお話しをいただき、後半のQ＆Aとトークセッションと併せて、ご参加の方々には最後まで熱心にご聴講いただくことができました。

尚、この度のセミナーもご案内を出して3日程で申込み満員となり、その後お申し込みされた約200名の方々にはお断りさせていただくこととなり、誠に申し訳ございませんでした。本誌上を借りてお詫び申し上げます。

開催日　平成27年7月14日（火）
会　場　イイノホール（東京都千代田区）
参加者　458名
テーマ
「改正安衛法の施行を控えたメンタルヘルス対策の進め方」
ーストレスチェック制度実施マニュアルに基づく具体的取り組み方ー
プログラム

テーマ・講師	
レクチャーⅠ **「実施マニュアルのポイントと解説」** 講師：**岡田 邦夫** 大阪ガスグループ 健康開発センター統括産業医 プール学院大学教授	
レクチャーⅡ **「人事・労務担当者が具体的に準備すること」** 講師：**下村 洋一** 下村労働衛生コンサルタント事務所所長 医師／社会保険労務士／ 日本医師会認定産業医	
Q&Aとトークセッション 参加者：**岡田 邦夫**先生、**下村 洋一**先生 進　行：**樺沢 敏紀**（臨床心理士）	

喫茶店の文化

土井 久太郎

60歳以上の人口は、2014年11月時点で4202万人に達し、日本人の3分の1が60歳以上という高齢化社会を迎えている。

喫茶店の復活

現役を引退して時間的に余裕が出来た人たちをターゲットに、"居心地の良さ"をキーワードにしたサービスも増加している。最近、郊外の住宅地などで次々とオープンしているのが、大型カフェで"昭和の喫茶店"を思わせるコンセプトである。その一つが"コメダ珈琲店"である。午前6時から11時まではブレンド・コーヒーなどの飲み物を頼むと、トースト、ゆで卵がモーニングサービスとして付いてくる。若い人があふれる駅前カフェは、椅子が固くて長居が出来ない雰囲気だが、ここは気兼ねなく長居できる。店内にはスポーツ紙を含む新聞や週刊誌も備えられている。その他でも、「星乃珈琲店」なども同様だ。セルフのお店は安いけれど、隣の席との空間が狭く落着けないが、ここは多少値段が高くてもゆったり過ごせるのである。

昔は街の応接室

筆者が大学生だった頃には、学生が授業をサボってたむろした処が"喫茶店"だった。"ホット"を頼むと、濃いコーヒーが出てきた。クリームも砂糖も入れないのが"通"だと言われ、苦いのを我慢して呑んだものだ。中では、サラリーマン風の人が客と商談をしているのが目立った。当時は会社のオフィスは手狭で貧しく、人と話をするスペースもなかったからだ。就業中の会社から抜け出して、さぼっている風の会社員もいた。デートの場もほとんど無かった時代で、若き男女がぎこちなく、コーヒーをすすっていた風景もあった。

第三の空間・スタバ…

振り返れば、コーヒー店はフルサービス型の昭和の喫茶店が消え、1980年ごろからドトールが登場して、セルフ型が主流になった。そこへ1995年にスターバックスが登場すると、アメリカ風のカッコウ良さと第三の空間（家庭でもなく、オフィスでもない）と言われて、一世を風靡してきた。近頃のスタバなどはネットで夢中の若者が多く、中で会話をしていると、うるさがられることすら在るのだ。

コンビニ コーヒー

そうしたコーヒー市場に変化をもたらしたのが、コンビニの100円コーヒーの登場だ。2013年に"セブンイレブン"が淹れたてのコーヒーを100円で売り出したらヒットしたので、現在各コンビニ・チェーンで発売している。2014年にはコンビニ各社合計で何と13億杯売れたヒット商品だ。同時に購入することが多いドーナツもよく売れて、長年に亘り市場を独占していた"ミスタードーナツ"を猛追している。

シニアくつろぎの場

そして書き出しに戻るが、最近は再び昭和を思わせるレトロなフルサービスもリバイバルしている。シニアに人気の場所としては、他にも東京都渋谷にある「代官山蔦屋書店」がある。木の床と本棚を基調とした落ち着いた雰囲気の中に、椅子が置かれて客が寛いでいる。オープン三年を経てもいまだに客足が衰えない。店内には文学、アート、建築などの各ジャンルの専門図書棚もある。こうしたやり方が若い人も惹きつけており、「60歳以上の大人クリエイター」によるトーク・イベントもある。またファミリー・レストランの「ロイヤルホスト」では、座席の幅を広くするなどして、シニアが子供、孫を連れての来店を図っている。今や、高齢者の存在を意識せねば商売が成り立たない時代が到来しているようだ。

戦後70年が経過して人口の高齢化が益々進み、喫茶店も70年代の興隆から、スタバなどのセルフに押されて一旦衰退したが、今や再び息を吹き返そうとしている。喫茶店は矢張り人々の心に"癒し"を提供するオアシスなのだ。

＜筆 者＞
土井 久太郎（ホテル・コンサルタント）
ドイ・ホスピタリテイ産業研究所 主宰
業界誌などにホテルの記事を寄稿している。
著書「よくわかるホテル業界」（日本実業出版社刊）

けんこうぶんか No.54 Aug. 2015　2015年8月25日発行　発行人 佐藤 元彦
発行／一般財団法人 日本健康文化振興会　住所／〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-14-1　Tel 03-3316-1111

※無断使用・転載を禁ず