

## 「沖縄糖尿病週間」に寄せて

～これからの糖尿病チーム医療と医療連携に期待～

翔南病院（中部地区医師会 糖尿病標準治療推進委員会 委員） 仲地 健



今年も糖尿病週間（11月11日～17日）を迎えるにあたり、この1年を振り返り、今後への期待について述べてみたい。

まず、全国的な出来事としては「HbA1c 国際標準化」の作業が最終段階に入ったことと、日本糖尿病学会から「新しい血糖コントロールの目標」が示されたことがあげられる。

ご承知のように、長年血糖コントロールの指標として用いられてきた HbA1c は、JDS 値（日本）から NGSP 値（国際標準値）に段階的に移行作業が進められてきた。そしていよいよ、来年 2014 年 4 月 1 日までに完全に NGSP 値へ統一されることになった。

この新しい HbA1c（NGSP 値）は、糖尿病の診断面から言うと、6.0%以上で「糖尿病が否定できない」、6.5%以上で「糖尿病が強く疑われる」ということになる。また治療面からは、「治療強化が困難な際の目標」が 8.0%未満、「合併症予防のための目標」が 7.0%未満、「血糖正常化を目指す際の目標」が 6.0%未満となる。まだ馴染めないという医療関係者や患者さんも多いと思われるが、今後はこの新しい HbA1c で血糖コントロールを評価することになる。今年 5 月の第 56 回日本糖尿病学会年次学術集会（熊本）では「熊本宣言 2013」が発表され（図 1）、学会としての新しい意気込みが感じ取れた。

沖縄でもいろいろな事があった。厚労省発表による「沖縄県民の平均寿命」が、男性 30 位、女性 3 位に低下した。予想されていたこととはいえ、やはり大きな問題を感じた。

肥満、メタボ、糖尿病のどれをとっても沖縄の現状は厳しい。本県の糖尿病専門医は今年 8

### 熊本宣言2013

日本糖尿病学会は、糖尿病の予防と治療の向上に取り組んでいます。糖尿病は、放置すると、眼・腎臓・神経などに合併症を引き起こします。また、脳梗塞や心筋梗塞などの動脈硬化症も進行させます。糖尿病となった方が健康で幸福な寿命を全うするためには、早期から良好な血糖値を維持することが重要です。血糖の平均値を反映するHbA1c(ヘモグロビン・エイワンシー)を7%未満に保ちましょう。

あなたとあなたの大切な人のために  
Keep your A1c below 7%

2013年5月16日 熊本にて  
第56回日本糖尿病学会年次学術集会  
会長 荒木栄一



図 1

月現在 50 人。専門医だけで糖尿病診療を行うことは極めて困難であり、専門医以外の医師や医療スタッフとの協力・連携が重要となる。

中部地区医師会では、平成 19 年 10 月「糖尿病標準治療推進委員会」（砂川博司委員長）が活動を開始し、中部地区での糖尿病医療連携に取り組んできた（図 2）。この活動に賛同された多くの医師・医療スタッフが、定期的に勉強会を重ねてきた。活動 6 年目となった今年、これまで砂川委員長が御尽力された中部地区糖尿病医療連携の取り組みと、県の地域医療連携システム「おきなわ津梁ネットワーク」が「糖尿病パスシステム」の部分でタイアップして運用開始されることになっており（図 3）、これまでの取り組みがひとつの形になろうとしていることは感慨深い。今後、ますます多くの施設がこの取り組みに参加し、実効ある連携が実現することを期待する。

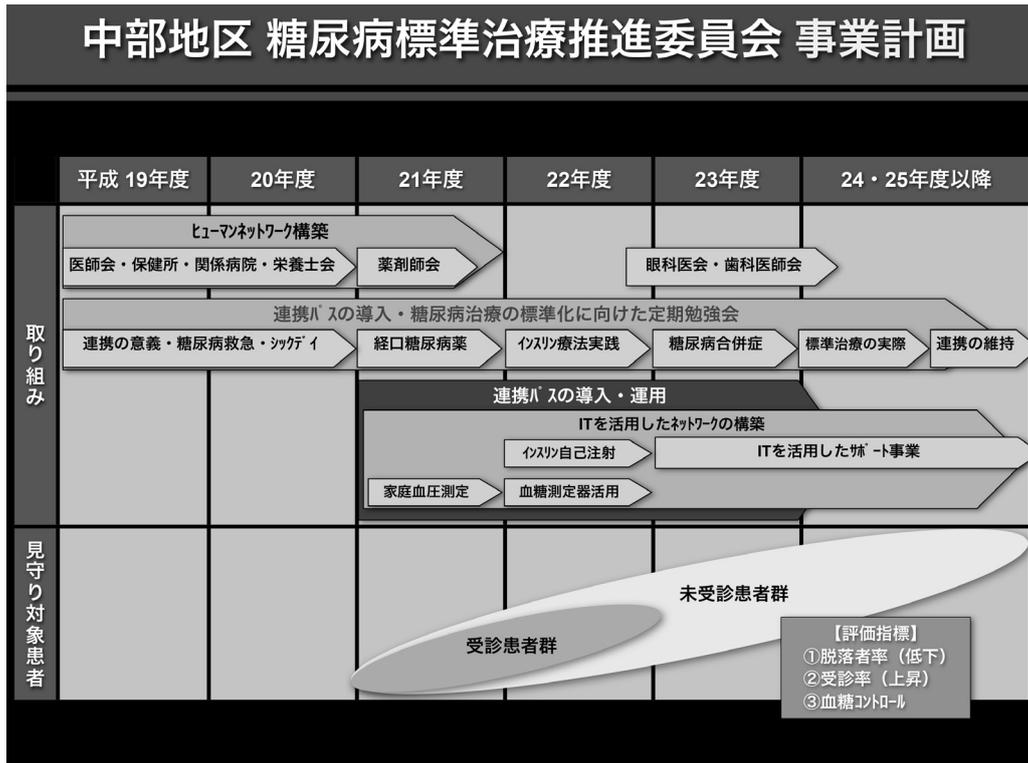


図2

沖縄県地域医療連携システム

### おきなわ津梁ネットワーク

糖尿病

脳卒中

急性心筋梗塞

特定保健指導

**沖縄県民の健康が危ない！**

本県の成人の肥満割合 (BMI25以上) は、男女ともに全国平均を大きく上回っています。男性は40~50歳代では5割を超え2人に1人が肥満となっています。女性は、年齢が上がるにつれて肥満者の割合は高くなり、60歳以上では4割を超えています。メタボリックシンドロームの状況をみると、40~74歳で、男性では3人に2人が該当者または予備群となっています。女性では3人に1人が該当者または予備群となっています。

また、30~50代の若年層の男性の脳血管疾患、肝疾患の死因率が全国的に見て高くなっています。

やっばい県民の長寿を取り戻すためには、医療機関や県、市町村及び関係団体等が一体となり、沖縄全体で迅速かつ効果的に対応していく必要があります。

「おきなわ津梁ネットワーク」は、沖縄県民の健康長寿復活の切り札となる画期的な取り組みです。

**おきなわ津梁ネットワークとは？**

特定健康診査の結果を基本情報に、各医療機関における検査結果や地域医療連携(バス情報、また医療機関や各医療保険者が行う特定保健指導情報等を集積及び共有し、県民への適切な保健指導や医療勧奨、治療等を行うための取り組みです。

**「おきなわ津梁ネットワーク」の由来！**

「おきなわ津梁ネットワーク」の「津梁」は「架け橋」を意味する言葉です。沖縄県民の健康を守るため、医療機関や県、市町村及び関係団体がともに手を取り、積極的に事業を推進していくという意味を込めています。もちろん「診療」にもかかっています！

図3

更に今年の話題としては「沖縄県地域糖尿病療養指導士 (OLCDE)」が始動したこともあげられよう。先述の通り、糖尿病診療は医師の

みでは成り立たず、メディカルスタッフの関わりによる「チーム医療」が不可欠と考える。今年、当院が中心となり、厚労省より委託された「チーム医療推進普及事業」の一環として「糖尿病チーム医療ワークショップ in 沖縄」を2月と3月にそれぞれ開催した。多くの参加者があり、活発なディスカッションが行われた。アンケート調査では、多くの参加者がチーム医療の必要性について認識はしているものの、その実践は不十分であることが判明。チーム医療推進のためには、多くの医療機関が抱える「時間確保」や「職種間連携」などの課題に対して「組織的に取り組むこと」が重要と思われた。これまで、糖尿病チーム医療を支える医療スタッフの全国的な資格としては「日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)」があり、県内では「沖縄県糖尿病療養指導士会」(仲里幸康会長)が活躍してきた。CDEJを取得可能な職種は、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士のみである(今年6月現在、本県のCDEJ有資格者数は241名)。しかし、実際の糖尿病診療には、健康運動指導士、臨床心理士、事務系職員など他の多くの職種も関わるようになって

//////////////////////////////// 月間(週間)行事お知らせ //////////////////////////////////

いる。そこで今年「沖縄県地域糖尿病療養指導士育成会」(湧上民雄会長)が発足し、これら職種の方々にも OLCDE の資格を取得していただき、本県の糖尿病診療のすそ野を拡げ、チーム医療をより充実させていく動きが始まった。7月に第1回講習会および試験が行われ、144名の OLCDE が誕生した。今後の CDEJ および OLCDE の活躍に期待したい。

最後に、今年11月8日(金)～9日(土)、第51回日本糖尿病学会九州地方会(会長 益崎裕章 琉球大学第二内科教授)が沖縄コンベンションセンターを中心に開催される(図4)。

12年ぶりに沖縄で開催される同会は「半世紀スタートに向けて～新たな一歩を踏み出した糖尿病診療～」をテーマとしており、同会として過去最大の演題数になるという。昨今、めざましい変化を遂げている糖尿病診療について、肥満・メタボ・糖尿病の先進県である沖縄からさまざまな新しい知見が発信される。多くの医師・医療スタッフの皆さんの参加をお願いしたい。

<参考>

- CDEJ : Certified Diabetes Educator of Japan
- OLCDE : Okinawa Local Certified Diabetes Educator

**第51回 日本糖尿病学会九州地方会**

**半世紀スタートに向けて  
~新たな一歩を踏み出した糖尿病診療~**

**会期** 平成25年 11月8日(金)・9日(土)

**会場** 沖縄コンベンションセンター  
〒901-2224 沖縄県那覇市海軍基地4丁目3-1

**演題募集**  
平成25年 5月21日(火)  
7月23日(火)

**会長** 益崎 裕章  
琉球大学大学院医学研究科 内分泌代謝・血腫・膠原病内科学講座(第二内科)教授

●学会事務局 琉球大学大学院医学研究科 内分泌代謝・血腫・膠原病内科学講座(第三内科) 19030231 那覇県平座町西原町字屋敷207

●運営事務局 アンプロデュース株式会社  
〒110-0001 東京都千代田区千代田1-15-15B TEL:03-6263-3888 FAX:03-6263-3889

<http://www.51jds.com>

図 4

## 医療安全推進週間 (11/24 ~ 11/30) に因んで



県立八重山病院 本竹 秀光

医療安全のキーワードで google 検索を行うと 0.19 秒で約 1,500,000 件ヒットするくらい医療安全という言葉が一般的になってきた。しかし、医療安全の概念の歴史は意外に新しく、米国では 1991 年ハーバード大学のブレナン医師らがニューヨーク州の 51 の病院の診療録をチェックし、医療に起因する有害事象が約 3.7% で、その約半数は予防できたと報告した。同時期に英国でも同様な報告がなされ、医療安全が叫ばれるようになった。我が国では 1999 年の横浜市大病院での患者取り違え事件が端緒となった。それ以来、全国で大学病院から小さな診療所まで医療安全活動がなされてきた。大学においては医学生、看護学生等に対する医療安全教育の講座が開設されるなど我々が医学教育を受けた時代とは異なってきている。

しかし、これらの活動に比して我が国の医療事故は本当に減少したのであろうか。Google で医療安全を検索すると、ある興味深い文献がヒットした。島根大学医学部付属病院の廣瀬昌博氏の「日本の医療システムと医療安全管理、日米比較を通して」Health Care System and Patient Safety in Japan である。

この中で「日米の医療の質コントロールの比較」と題して、米国では医療訴訟は我が国の 100 倍である。医療事故の場合米国では民事による解決 (civil medical malpractice lawsuit) で、我が国は刑事訴追 (criminal prosecution) が原則であり、医師の診療上の委縮を引き起こし、結果として患者の不利益につながる原因となる可能性を示唆している。米国では法的外監視体制として、Peer review (同僚監査) や Morbidity and Mortality conference (MMC) が実施され、お互いの診療について厳しい議論がなされる。米国ではこのようなシステムで医療の質が担保されると考えられている。米国における MMC の歴史は古く、1900 年代初期の Massachusetts General Hospital の Dr. Ernest Codman の症例検討のアイデアから始まり、

1983 年には ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) は全ての研修施設に定期的な MMC の実践を義務づけた。違反すると研修施設認定はく奪となる。医療安全を実践するにはこの Peer review が重要なポイントとなる。医師においては同僚とは医学生から大学教授までを意味する。医師も看護師も同様である。お互いがおかしいことはおかしいと言える環境づくりが医療安全実践の根幹と言っても過言ではない。沖縄県立中部病院の臨床システムは米国のそれに倣ったもので、外科では 2 週間から 4 週間に一回 MMC を実践している。目的は合併症や死亡例を全体で検証し、医療の質を高め、防ぎえた有害事象を減らすことである。MMC 症例の登録は主に外科シニアレジデントによって行われ、わずかでも患者にとって不利益を与えたとと思われる症例はすべて対象となる。上司の症例は少し控えめにといったような例外は存在しない。原則、morbidity あるいは mortality が生じたその日のうちに登録し、対象症例は消化器一般外科のみならず、呼吸器外科、心臓血管外科、形成外科、麻酔科、外科が関連した救急および ICU 症例としている。

我が国でこれまで起こった患者取り違え事件や術中大量出血で亡くなった症例などは手術に携わったすべての医療従事者が Peer review 文化を持っていたなら防げたかもしれない。医療安全の歴史を振り返ると、インシデントレポート報告の数からみても看護師が中心であることは否めない。真の医療安全文化が醸成されるためには医師のさらなる意識改革が必須と考える。県立八重山病院では医療安全文化を作るために、管理者が中心となって (1) まずお互いを知る (2) ちょっとした気配り (3) ちょっとした思いやり (4) ちょっとしたおせっかいの実践を職員全員ができるよう、“おかしいこと”を“おかしい”と主張できる職場環境づくりに取り組んでいる。

## 「乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間 (11/1 ~ 11/30)」に因んで

沖縄協同病院 小児科 比嘉 千明

### 【定義】

乳幼児突然死症候群 (SIDS: Sudden Infant Death Syndrome) とは、それまで元気だった児に原因不明の突然死をもたらす症候群です。原則として1歳未満の児に起きる突然死ですが生後2カ月から6カ月に多く、稀に1歳以上で発症することもあります。

### 【原因】

SIDSの原因はまだはっきりとわかっていませんが、神経伝達物質であるセロトニン伝達の異常による呼吸中枢の未成熟や神経性調節障害が基礎にあり、気道狭窄を起こすような環境因子が引き金となってSIDSを生じる可能性が報告されています。

### 【発症頻度】

日本の発症頻度は約出生6,000~7,000人に1人と推定され、発症は年々減少傾向にありますが、年間約150人がこの病気で亡くなり、乳児死亡原因の第2位となっています。

診断: 臨床の場でSIDSを疑った場合は、警察へ届け出るようになっていきます。検視ののち法医解剖あるいは病理解剖を行い、死亡原因が不明の突然死と判断された場合にSIDSと診断されます。

### 【リスク因子】

さまざまな研究・疫学調査からSIDSのリスク因子については多く知られるようになってきました。うつぶせ寝、喫煙環境、母乳栄養以外の人工栄養、過度な加温、男児、早産児、低出生体重児、冬季、若年妊婦、枕の使用、などがリスク因子としてあげられています。

### 【キャンペーン】

アメリカではそれまではうつぶせ寝が主だったものを、1992年からSIDS予防のために仰向けで寝かせることを推奨し、1994年からキャンペーンを開始。1995年にはSIDSによる死亡率が25%以上減少した経緯があります。日本では1996年からキャンペーンが開始され、SIDSの死者数は年間約500人から約150人へ減少しています。

キャンペーンの成果をみると、SIDSの知識を広め、リスク因子に関しても正しい情報を持つことがSIDS発症率減少につながると考えられます。

厚生労働省からはリスク因子として主に3つ、①喫煙環境、②人工栄養児、③うつぶせ寝、があげられており、周知されるようになってきました。

そこで今回は予防可能なリスク因子について着目してみたいと思います

まず、妊娠中に注意することで避けられるリスク因子として以下があります。

### 【喫煙環境】

妊婦自身の喫煙はもちろんですが、妊婦や児の周囲での喫煙も含まれます。喫煙によりSIDSの発症率は4.7倍に増加します。妊婦への禁煙指導はうまくいかないこともしばしば経験します。喫煙量を減らしてもらおう・せめて児の周囲では喫煙しないようにする、などの根気強いアプローチも必要になってきます。

### 【定期的な健診を受けていない妊婦】

SIDSのリスク因子となります。周産期のリスク(早産児や低出生体重児)を予防する意味

でも定期的な妊婦検診が SIDS の予防につながると考えられます。  
育児環境で注意すること。

**【うつぶせ寝】**

うつぶせ寝禁止キャンペーンを開始してから世界的にも発症率が減少したという報告があり、有効な予防策と考えられています。医学的な理由でうつぶせ寝を勧められている児以外は、生後1年間を通して仰向けで寝かせることが推奨されます。時々、うつぶせでしか寝てくれないという児がいます。その場合は親が側に付き添いながらうつぶせで寝かしつけ、寝た後に仰向けにするという工夫が必要となります。

**【不適切な就寝環境】**

SIDS は児が寝ているときに起きることがほとんどなので就寝時の環境整備は重要です。寝具はベビー用の硬いマットを使用し、ベッド内に柔らかい枕やおもちゃ・ビニールや紐などを置かない。柔らかいクッションやウォーターベットやソファで添い寝をしながら一緒に寝かせない。薄めのブランケットを使用し胸元以上まで覆わない様に工夫する、などの注意が必要です。

**【人工栄養】**

母乳栄養児は人工栄養児と比べて SIDS の発症率が低いことはよく知られています。

**【長時間児を1人にしない】**

児と同じ部屋で寝るようにする。

**【過熱】**

ヒーターなどの暖房器を直接あてたり、過度に洋服を着せるなど児を温めすぎず、動きやすい服装でも快適に過ごせるような部屋全体としての温度調整が必要です。

たくさんリスク因子を上げてきましたが、リスク因子は SIDS の原因ではないため、危険因子を全て除去できたとしても、SIDS を 100% 予防できるものではありません。しかし、以上のような育児習慣等に留意することで、SIDS の発症リスクの低減が期待されます。今後もよりいっそうの啓発活動が重要です。



## 『性の健康週間（11/25～12/1）』に寄せて

### 子宮内避妊具（IUD）- 適正な抜去をお願いします

沖縄県立中部病院 婦人科 三浦 耕子

ある日の診察室。経膈超音波をしながら「Aさん、リング入ってます？これ、いつ入れました？」「カイヨウハクのころ…」「カイヨウハク？……海洋博って……昭和50年…」

リングとは子宮内避妊具（IUD：intrauterine device）のことです。避妊の機序ははっきりしませんが受精や着床を阻害すると考えられ、その妊娠予防効果は95%とされています。男性に頼ることなくできる可逆的な避妊方法で、細かなメンテナンスが不要というのがよいところです。素材はプラスチックなどの高分子重合体で、現在は銅付加型や黄体ホルモン含有型が使われます。以前はいろいろな形のものがあり、教科書に載っているIUDを並べた写真を見ると、まるでアクセサリーの見本のようなようです。そもそも、リングと呼ばれるのは、1930年代に使われた初期のIUDが円い輪の形をしていたからです。

では、なぜこんなに長くIUDが入ったままになっているのでしょうか。「永久に使えるって言われた」と患者さんはおっしゃいます。永久と言っても“避妊が必要なくなるまで”と期限がつくはずなのですが、20～40年前はそのくらいの説明で終わっていたのでしょうか。そもそもIUDが入っていることさえ忘れてしまう方もいます。

さて、この長く入っているIUDが、なかなかのクセモノです。当院では、このIUDを抜くために手術を受ける方が年間5～8人程度います、ほとんどが50～60歳代後半です。長期間入っていたIUDは、子宮の壁に固着し（特にリング状のもの）、抜くためについていた糸も無くなっています。閉経を迎えると、子宮や膈が萎縮し、子宮口も狭く、診察時の痛みも強くなります。そのため、外来ではIUDを安全に抜去することができなくなるのです。麻酔をかけ、子宮口を拡張し、超音波ガイド下に、時には子宮鏡で確認して抜去を試みます。中には、大きくなった子宮筋腫のために子宮の奥に残ったIUDまで器具が届かず、抜去できな

いということもあります。IUD挿入後に、婦人科ではない病気にかかり、簡単にIUDが抜去できなくなる方もいます。冒頭のAさんは、弁膜症になり、弁置換術後にワーファリンを服用していました。そうなると、抜去するだけでも感染性心内膜炎予防の抗生剤、抗凝固療法の調整などが必要になります。麻酔をかけてまでIUDを除去する理由は、ほとんどの患者さんに不正性器出血があり、悪性疾患の検査のために必要となるからです。特に50～60歳代は子宮がんが多い年齢でもあります。

もう一つ、長期IUD挿入で困ったことと言えば、卵管卵巣膿瘍（TOA：tubo-ovarian abscess）です。当院で治療したTOAの実に1/3の症例でIUDが挿入されていました。挿入期間は2～30年（平均約11年）でした。IUDは放線菌症との関連も言われていますが、放線菌が関連しない場合もあります。TOAは婦人科で扱う最も重症な感染性疾患のひとつで、長期の抗生剤治療を必要とし、手術が必要になる場合も少なくなく、炎症のため手術に伴う合併症（腸管損傷や出血、腸閉塞など）のリスクも高くなります。

IUDの適正な挿入期間はどのくらいでしょうか。避妊効果の持続期間は銅付加型で10年ですが、添付文書では2～5年で交換、黄体ホルモン含有型は5年で交換となっています。TOAとの関連では、5年以上の挿入でTOAのリスクが高くなるようです。IUDは避妊が必要な間はこまめに交換、必要がなくなったら抜去というのが基本的な対応でしょう。

産婦人科以外では、患者さんの閉経や子宮内避妊具の有無などに思い至らないのは当然かもしれませんが、女性は閉経後に30～40年の月日が残されています。その間にがんや心疾患、脳血管疾患などの病気にかかることが多いのです。手術が必要なとき、抗凝固療法が必要なとき、患者さんに子宮内避妊具のことを尋ねてみて下さい。