

糖尿病とクリニカルイナーシャ

奈良県立医科大学 医師・患者関係学講座教授

石井 均

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 糖尿病におけるクリニカルイナーシャ、これはどういうことなのでしょう。

石井 2つ定義があって、最初の定義は、「今必要とされる治療がそのタイミングで始められなかったり、治療の強化が行われなかったりする」というものです。最近ガイドラインが整ってきましたので、「ガイドラインに沿って治療を変えていく必要がある、あるいは開始する必要があるときに、そのとおりにやらない」、こういう定義をしている先生もいらっしゃいます。

齊藤 イギリスでクリニカルイナーシャについての研究があるんですね。

石井 糖尿病の治療というのはまず経口薬1剤から始まる。それで血糖コントロールが不十分であれば2剤になる。ついで3剤ないしは注射薬の追加があるのですが、それぞれがどのようなタイミングで行われているかをイギリスで国民のデータを使って研究したのがあります。それによると、1剤から2剤への変更は比較的早い時期

（平均2.9年）に行われるのですが、それでもHbA1cが8%を超えてから、1剤目の開始時と同程度に悪くなるのを待って2剤目が始まる。2剤目から3剤目も、いつかHbA1c 7%未満とよくなるのですが、HbA1c 9%近くになって初めて3剤目が増えられる。これがインスリンになると、さらに5年以上経過して、HbA1c 9%になって初めてインスリンが始まる。そういう実態を報告した文献です。これをガイドラインどおり、合併症を防ぐ標準であるHbA1c 7%未満という目標から見ますと、そのとおりに実質の診療が行われていないクリニカルイナーシャであると書かれています。

齊藤 治療がガイドラインに沿って強化されていない理由としては、どういったことが考えられますか。

石井 糖尿病領域では2つの理由があると思います。1つは患者側、1つは医師側の理由です。患者側の理由としては、薬がどんどん増えていくことに対して抵抗がある。それから、イン

スリン注射もGLP-1 受容体作動薬もそうですが、注射そのものがあまり好きではないということがあると思います。医師側とすれば、糖尿病というのは基本は食事、運動をしっかりやればということがあるので、どうしても薬を増やすよりは運動と食事を強化して経過を見るので、それでタイミングが遅れてくる。

それから、注射薬の開始に関しては、患者さんにもあまり好まれないというのものもあるし、実際、施設によってはインスリン注射に慣れていない。あるいは、説明がたいへん。そういう理由があると思います。

齊藤 なかなか難しい問題なのですが、先生が患者さんとの関係で、薬を増やさないといけないかなと思ったとき、具体的にはどのような流れになっていきますか。

石井 糖尿病治療というのは、患者さんに自分で治療していくことの必然性といえますか、治療が自分の得になる、利益になることを理解してもらえるかどうか大事だと思います。それが糖尿病教育ですが、合併症を防ぐことが大切だとわかっていただくためにはHbA1c 7%未満といった基本的な治療基準といえますか、安全性の基準といえますか、そういうものを普段からしっかりと理解していただくのが大事だと思います。

そこがもしきちんと理解されたら、

これは理想ですが、患者さんのほうから、そろそろ治療強化が必要ではないかと提案されることが起こり得るのです。私はそう思っているのですが、実際にその必要性はわかっていても、薬が増えていくとか、注射が始まることに抵抗がありますので、そこをきちんと話し合っていくことになると思います。

あなたにとっての利益はここである。ただし、あなたが嫌だと思っている、例えば注射の難しさとはこういうことである。そこで、ちょっと実物を見せてください。注射は難しいと思っていることと、それから実像、今の注射や針はこうなっています、最初だったら1日1回でいけます、あるいは今コントロールして、またよくなればやめられます、というような、患者さんがどこを不安だと思っているのか、どこに抵抗感があるのか、それをはっきりさせた上で説明するのが有効だと思います。

齊藤 しっかりした情報提供、それから患者さんの疑問、不安に対する専門的かつ具体的な説明、そういったことがあって、自発的に、患者さんからの動きとして、そろそろ始めようかということが起こってくるのが理想的なパターンになりますか。

石井 はい。そう思います。でも、どこがポイントなのか、どういうことに不安を感じているのだろうかについて、慣れている医師はたくさんご存じ

ですが、そうではない医師もいます。我々としてはそこを助けられるような、援助できるようなツールを作っていますので、そういうものを使っていただけると、患者さんからこういう質問が来たときにはこういう回答があるというように、医師にも安心していただけるのではないかと考えています。

齊藤 開業医は一人ひとりが独立してやっていますから、ある意味、孤独ですね。そういう開業医を専門医がサポートするような流れができるといいですね。

石井 それは今、どの領域でもそうですね。病院としての役割、かかりつけ医としての役割。患者さんが主人公ですから、患者さんが一番便利で最適な医療が受けられるように、日ごろはかかりつけ医に診ていただいて、基準を超えて、かかりつけ医で難しいようになったら病院へ来ていただいて、しばらくの期間、診せていただくことができれば、クリニカルイナナーシャという問題はだんだん解決するのではないかと考えています。

齊藤 前向きにいけると、とてもいいですね。コロナ禍で糖尿病診療もたいへんだと思うのですが、診療の形態も変わってきていますよね。

石井 対面診療に少し制約があることから、それを補う方法ができています。そういうものも生かしながら、患者さんのモチベーションが落ちないようにサポートしていくことを考える時期に、そういう場面になっているのではないかと考えています。

齊藤 こういうクリニカルイナナーシャが糖尿病の中でもあることを皆さんが意識して、しっかりやっていくということなのでしょうかね。

石井 一言だけ付け加えておきたいのですが、糖尿病患者さん全体の血糖コントロール状態は、年々よくなってきています。それはいろいろな薬が使えるようになったこともあるし、医師の意識も高くなったこともあって、よくなってきています。ただ一部、HbA1cが8%以上とか9%以上と高い状態の人がなかなかいい状態に移りにくいところがあるので、そこをターゲットにして今後はどのようにいい循環を作っていくかと思っています。

齊藤 患者さんも、よい人はよいし、一部の悪い人はなかなかよくなりません、二分化しているのですよね。

石井 そんな感じですね。

齊藤 どうもありがとうございました。