

# 看護ジャーナル

12

2011 DEC.  
vol.1 no.8

短期集中連載特集

## 糖尿病学会はなぜ 「カロリー制限」中心の 治療法に今も こだわるのか

ベトナム人看護師を  
即戦力に育てた  
民間ベースの養成事業

看護技術大特集

## 「よくある症状別」 トリアージ のポイント

海外の過酷な環境に  
自ら飛び込む  
国際派ナースの生きざま



# 糖尿病学会はなぜ「カロリー制限」中心の治療法に、今もこだわるのか

糖尿病は、いったん罹患すれば完治しない病気である。だが、血糖値のコントロールさえできれば腎症や網膜症など悲惨な合併症にまで症状が悪化することなく、一生、普通の生活を続けることが可能である。

そのコントロールの方法として、糖尿病学会はカロリーと脂肪を制限する「食事療法」と「薬物療法」そして「運動」を基本に据えている。

だが、このカロリー制限では血糖値のコントロールができない患者が多く、結局、薬物療法に頼ることになる。で、この薬物も病状の悪化を遅らせ

る効果しかもたらさないケースが多いのだ。

そこで注目されているのが、食後血糖値を上げる唯一の栄養素である「糖質」を制限しようという、「糖質制限食」だ。最近、専門医のなかにも、少しずつ関心を示す医師達が出始めている。

一方、専門医以外はもっと柔軟で、積極的にこれを取り入れて効果を上げている医師達が少なくない。

そして、このところ海外でもこの療法のエビデンスが認められているのだが（本誌前号で詳報）、日本の糖尿病学会はなぜか、この糖質制限食を無視しているのである。

取材・文／本誌特別取材班

## 従来の方法は摂取カロリーを標準体重に合わせて決める

日本糖尿病学会による「糖尿病診断基準」が、2010年に、11年ぶりに改訂された。最も大きな改訂点は、確定診断を早めて早期に治療を開始するために、判定指標にHbA1c（ヘモグロビン・エーワンシー）を追加したことだろう。予備軍を含めて糖尿病患者が増え続けるなか（07年の厚生省の調査でも10年間に6割も増えている）、ようやく早期発見に

取り組もうという姿勢をみせた、といったところだ。

そして、学会がここで標準として掲げている治療法は、十年一日といったもの。血糖値コントロールの基本は「食事療法」なのだが、その内容たるや、摂取カロリーを制限して、その半分以上を穀物などの糖質で摂ろうという、旧態依然の方法である。

念のため、糖尿病学会が推奨する食事療法における、カロリー計算の方法を簡単にまとめておこう。

食事療法は、標準体重に合わせて1日のエネルギー摂取量を決める。標準体重は、[身長(m) × 身長(m) × 22]として計算する。体重1kgあた

りのエネルギー量は、25~35kcalである。

幅があるのは労働の程度によって必要エネルギー量が異なるため、軽労働者（デスク・ワークのサラリーマンや主婦など）の場合は体重1kgあたり30kcalが適切とされている。ちなみに、安静の必要な入院患者や寝たきりの高齢者は20kcal、あまり体を動かさない人は25kcal、労働量の多い農林漁業従事者などで35kcalである。

身長160cmの主婦であれば、 $[1.6 \times 1.6 \times 22 \times 30 = 1689.6]$ 、つまり約1690kcalというわけだ。

身長170cmのサラリーマンは、 $[1.7 \times 1.7 \times 22 \times 30 = 1907.4]$ 、約1900kcalが標準となる。

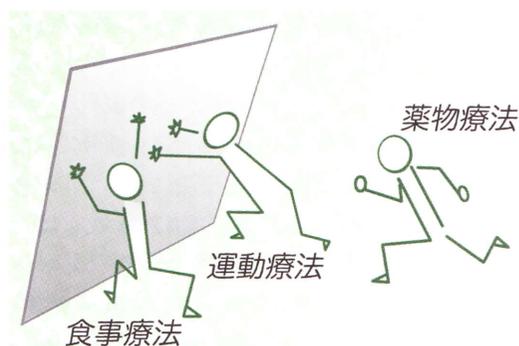
## 問題はカロリー制限ではなく「糖質」を中心とした食事

よく、「現在の糖尿病の標準的な治療は、極端なカロリー制限を強要する」と言われるが、専門医達は口をそろえてそれを否定する。「体格も生活状況も無視して、一律に『男性は1400kcal、女性は1200kcalまで』といった、無茶苦茶な指導をしているわけではない」というのだ。

東京女子医科大学糖尿病センター（東京都新宿区）センター長の内潟安子医師は、糖尿病の食事療法について、次のように語る。

「厳格にカロリー制限するという食事ではありません。常識的な食事です。この点について、そもそも間違った知識が横行しています。もちろん、そういう古いやり方で教わったという患者さんもいらっしゃるわけではありませんが、近年は栄養士さんの知識も豊富になりました。できるだけ継続可能な方法を模索して、患者さんと相談して、生活のなかで、これならできそうだな、という方法をとっていきます。これは事実です」

摂取カロリーについて、標準体重と労働量だけで上限を決めるのではなく、ジョギングや水泳など様々な運動をする人の場合はそれによるエネルギー消費を考慮するなど、指導の内容は細かくなっている、というのだが、これは熱心に治療に取り組んでいる専門医の場合の話である。「間違った知識が横行し



従来の糖尿病治療

ている」というのは、患者の間でなく、そういう指導している医師が多いということだろう。

カロリー制限とは異なり、糖質制限食なら「脂質とたんぱく質は普通に摂っていい」というのが基本であり、米食など糖質中心の食事に比べて満足感・満腹感を得やすく腹持ちもよいので、結果として総カロリーも抑えられる。

だが、従来の食事療法の最大の問題点は、実は「カロリー制限」にあるのではない。食後血糖値を上げる唯一の栄養素である糖質を、食事の中心に据えているところが問題なのだ。糖質は総カロリーの50~60%というのが、従来の治療法の食事指導である。これでは、いかにも糖質が多く、食後血糖値を上げる最大の原因になる。

## HbA1c8.0%以上なら薬物を使用して下げる

「糖質を過剰に取る必要はありませんが、日本人として適切な糖質をしっかりと取ることは大事なことです。このような日本食を食してきたことも、日本は長寿の国になった原因のひとつですから」（東京女子医科大学・内潟センター長）

これは、糖尿病専門医の一般的な見解なのかも知れない。だが、これは健康人の場合の話である。糖尿病患者が健康人と同じように糖質を摂っていたのでは、なかなか血糖値が下がらないということが問題なのである。

それに、日本人は米食で糖質をしっかりと摂って

いるから長寿だというのは、医学的、栄養学的に根拠のない話ではないか。

さて、カロリー制限と運動は、血糖値を下げる効果が、それほどないということは、前号で詳しく述べた。そして、残る薬物療法について、現在専門医が行っている具体的な実態について、この号で少し詳しく触れることにする。

現在の糖尿病学会のガイドラインでは、「食事・運動療法で数カ月以内に血糖コントロール改善傾向がなければ、薬物療法を開始する」ことになっている。

むろん、患者の血糖値によっては、最初から薬物を使うこともある。

練馬総合病院（東京都練馬区）の副院長兼糖尿病センター長の柳川達生医師は、「私の外来だけで月に300人ぐらいの糖尿病患者さんを診ていますが、中程度から重度の人が多く、大半の人にはクスリを処方します」と言う。

2011年8月まで「多摩センタークリニックみらい」（東京都多摩市）の院長を勤め、9月から「クリニックみらい国立」（同・国立市）の院長に就任した宮川高一医師も、次のように語る。

「『多摩』のほうは糖尿病中心のクリニックなので、HbA1cが12%とか13%とかで来院される患者さんも大勢おられます。原則として、HbA1c8.0%以上の人は、何らかの形で薬物を使わざるを得ません」

糖尿病専門の医療機関や診療科の場合は、一般の開業医院への通院ではコントロールできなかつたり、糖尿病と気付かず、発見した時はかなり進行していたという患者が多い。そのため、多くの患者はすぐに薬物療法を始めることになる。糖質を摂取している限り、それはやむを得ないことである。

一方、糖質制限食の第一人者として知られる高雄病院（京都市）の理事長・江部康二医師は、「HbA1cや血糖値が非常に高い場合も、スーパー制限食なら薬なしでコントロールできるのがほとんどです」と述べている。

それまで薬剤を使っている患者の場合は、まず薬物を減量して低血糖に注意しながら糖質制限食を実践して、最終的に糖質制限食のみで、薬なしでコントロール良好となることを目指すというわけだ。とにかく、糖質制限食を正しく行えば、薬物の使用は

ごく限定的な範囲で済むのである（本誌前号参照）。

## 全く新しい作用機序の「インクレチン関連薬」

糖尿病の治療薬として現在使われている薬物には、次のようなものがある（表参照）。

**スルホニル尿素（SU薬）** …… すい臓β細胞（インスリンを合成する細胞）を刺激して、インスリン分泌を促進する。

**速効性インスリン分泌促進薬** …… すい臓β細胞に働きかけてインスリン分泌を促進。短時間で血糖値を下げる働きがある。

**αグリコシダーゼ阻害薬** …… 小腸での糖の吸収を遅らせて食後血糖値の急上昇を抑える。

**ビグアナイド薬** …… 肝臓での糖新成を抑え、末梢での糖利用を促進し、消化管からの糖吸収を抑制する。

**チアゾリジン誘導体** …… インスリン抵抗性を改善して、血糖値を下げる。

**インクレチン関連薬**（詳細は後述）

このうち、インクレチン関連薬は、今までの治療薬とは異なる機序を持つ薬剤で、最近になって日本でも承認された。2009年から2010年にかけて、この関連薬が次々と発売されて、糖尿病専門医の間でも話題を呼んだ。

食物が消化管に入ると、小腸から「インクレチン」というホルモンが分泌されて、インスリン分泌を促す（ブドウ糖を投与する場合、静脈投与よりも経口摂取のほうがインスリン分泌が多いのは、このインクレチンの作用による）。インクレチンには小腸上部から分泌される「GIP」と、小腸下部から分泌される「GLP-1」とがある。

ただ、このインクレチンは、「DPP-4」という酵素によって、短時間で分解されてしまう。半減期がわずか2分から数分しかない。

そのことに注目して開発されたのが「インクレチン関連薬」で、「GLP-1受容体作動薬」と「DPP-4阻害薬」の2種類に大別される。前者は分解されにくいGLP-1を注射するもので、後者はDPP-4の働きを阻害する内服薬である。

## インクレチン関連薬を第一選択にする例も

インクレチンのインスリン分泌促進作用作用は、血糖値に依存するという特徴がある。

これまでインスリン分泌の促進には経口剤としてはSU薬やグリニド製剤が使われていたが、これは血糖値に係わらずインスリン分泌を促進するので、血糖値が低い場合でも不要にインスリン分泌を促してしまい、低血糖を起こす危険性があった。「インクレチン関連薬は、血糖値が高い時だけインスリンを分泌させるという点が、非常に意義深いと思います。もちろん、これで糖尿病が治るとか、誰にでも有効だというわけではありませんが、選択肢が増えて、治療がしやすくなりました。最初

にまず、これを処方する例も増えています」と、朝日生命成人病研究所・治験部長（糖尿病代謝科）の大西由希子医師は語る。

服薬管理も比較的楽で、食事のタイミングに対して厳密なタイミングでの使用は必ずしも必要なく、1日1回（または2回）、自己注射か内服で用いればよい。GLP-1受容体作動薬と、DPP-4阻害薬のどちらを使うかは、ケース・バイ・ケースである。

「DPP-4阻害薬のほうが内服薬という点で使いやすいのですが、血糖値を下げる力はGLP-1受容体作動薬のほうが勝ります。HbA1cがかなり高い人にはGLP-1受容体作動薬のほうを勧めるなど、使い分けて処方します」（大西由希子医師）

江部康二医師も患者と話し合っ、希望があればDPP-4阻害薬を処方しており、「一部、ほとんど血糖値が下がらない例もありましたが、大半の人に有効でした」と述べている。

なかなかHbA1c7.0%を切れなかった人が、1カ月で6.3%にまで改善した例もあるという。

## 欧米の第一選択薬は糖吸収を抑制する薬剤

「糖質制限食がしっかり実践できず、うまくコントロールしきれない場合は、使ってみてもよいかと思えます。動物実験ではすい臓β細胞の保護作用も確認されているので、その点も評価できます」

表 糖尿病治療薬 注/カッコ内は代表的な製品名

<b>スルホニル尿素(SU)薬</b> トルブタミド(ヘキストラスチノン) グリベンクラミド(オイグルコン、ダオニール) グリメピリド(アマリール)
<b>速効性インスリン分泌促進薬</b> ナテグリニド(スターシス、ファスティック) ミチグリニド(グルファスト) レパグリニド(シュアポスト)
<b>αグリコシダーゼ阻害薬</b> アカルボース(グルコバイ、) ボグリボース(ベイスン、ボグリボース) ミグリトール(セイブル)
<b>ビグアナイド薬</b> メトホルミン(メディット、メトグルコ) ブホルミン(ジベトス、ジベトン)
<b>チアゾリジン誘導体</b> ピオグリタゾン(アクトス)
<b>インクレチン関連薬/DPP4阻害薬:</b> シタグリブチン(ジャスビア、グラクティブ) アログリブチン(ネシーナ) ビルダグリブチン(エクア) リナグリブチン(トラゼンタ)
<b>インクレチン関連薬/ GLP-1受容体作動薬</b>



糖尿病患者数と合併症発症数

(江部医師)

ただ、長期使用の場合の副作用などについては、まだ未知である。だから、江部医師は「自己判断、自己責任で……」と述べているし、糖尿病専門医達の間でも、慎重な意見がある。

「アクトスというクスリ(チアゾリジン誘導体)が、膀胱がんのリスクがあると言われて、フランスで発売禁止になりました。どんなクスリでも、使い始めて10年ぐらい経たなければ分からないのです。インクレチン関連薬についても、長期使用のリスクについて、今、ヨーロッパの糖尿病学会で論争が行われています。ともかく血糖値を下げるということで、半年なり1年なり期間を切って使うのは悪くないと思いますが、長期の使用には、まだ踏み切れません」と言うのは、練馬総合病院の柳川医師。

他に選択肢があればそちらを優先したほうがよいと考えており、柳川医師が第一選択にしているのはビッグアナイド薬の「メトホルミン」である。日本の糖尿病学会は、薬剤に関しては患者に合わせて選択するようという立場である。選択順位は決めていないのだが、「欧米では、メトホルミンが第一選択薬になっています」(柳川医師)

メトホルミンは、単独では低血糖を起こさない。同じく低血糖を起こさないDPP-4阻害剤との組み合わせは、高齢者には最適ではないかと柳川医師は語る。

## 広く使われるSU剤は すい臓を疲弊させる

腎機能や心肺機能に障害があるなど、ビッグアナイド薬の適用にならない患者の場合に、インクレチン関連薬を含めた他の薬剤を検討する。

日本ではメトホルミンの1日の使用量が欧米よりはるかに少ないため、今ひとつ効果が薄いと言われていたが、2010年に高用量投与の可能なメトホルミン(製品名:メトグルコ)が承認された。「メディット」など、これまでのメトホルミンは1日最高投与量が750mgだったが、メトグルコは1日最高投与量2250mgで、これは欧米の基準にほぼ等

しい(アメリカは最高投与量2550mg)。

だが、どんなに安全が確認されたクスリでも、「副作用ゼロ」とはいかない。糖尿病治療薬も、それぞれ体重増加や胃腸障害などの副作用の可能性を持っている。

最も問題なのはSU剤である。これは、現在最も一般的に使われているクスリで、確実に血糖値を下げる。だが、これは酷使されて機能が落ちたすい臓に、いわば「鞭を打って」インスリン分泌を促進するクスリだ。無理矢理に働かされて、すい臓がますます疲弊した結果、クスリの効果はどんどん薄れてしまう。

比較的問題の少ないビッグアナイド剤にも、落とし穴がある。心筋梗塞のカテーテル検査などでヨード系造影剤を使った時に、ごくマレだが、「乳酸アシドーシス」(血中に乳酸が過剰に増える症状。予後はきわめて悪い)を起こす危険性があるのだ。従って、造影剤検査が予定された時には48時間前にビッグアナイド剤の投与を中断することになっているが、急な発作が起きて、救急車で搬送された場合などは、そんな悠長なことは言っておれない。「ですから、できるだけクスリは止める方向で考えています」(柳川医師)

## 不安感を除去して 合併症の発症を防ぐ

クリニックみらい国立の宮川院長も、「クスリはむやみに出さない」という考え方である。それまで他の医療機関にかかっていた患者が来た時は、まずクスリの量を半分ぐらいに減らすところからスタートする。

クスリの選択についても、意見がある。SU剤は長期に使うとすい臓機能を枯渇させるので、最初からは使わず、すい臓に負担をかけないクスリを優先的に選ぶ。むろん、コントロールがうまくいけばクスリは止めるが、患者は加齢と共に、少しずつコントロール困難になることも多い。

「SU剤は、そういう、いざという時のために取っておくわけです」

ちなみに、宮川院長は「私は30年ぐらいずっと診てきた患者さんもたくさんおられますが、ほとんどの方がずっとコントロールできています」と断言する。

必ずしもHbA1cや血糖値が「正常値」まで下がるわけではないが、少なくとも合併症を起こす例はめったにないという。重症の患者も多いため、残念ながら年に1人か2人は糖尿病腎症で透析を始めざるを得ないが、(既に発症している患者を除いて)網膜症を起こした患者はたった1人。それも、ターナー症候群という難病に由来する、特殊な糖尿病患者だった。

クリニックに来る患者は、それまであちこちの病院で医師や看護師から脅かされ、叱られてきた。だが、脅かされてやるセルフ・コントロールは半年も保たないし、第一、病院に行くのがイヤになる。「深刻な合併症は多くの場合、治療の中断によって起こります。定期的に受診していれば、むやみに悪くなることはありません。糖尿病の重症化の半分以上は、医原性だと私は思っています」(宮川院長)と、手厳しい。

このように、「良心的な」糖尿病専門医たちは、薬物療法も慎重に試しながら、病状の悪化を阻止するために、様々な努力をしているのである。しかし、ただ漫然と学会のガイドラインに沿って治療を行い、なかには「クスリ漬け」で患者の病状悪化を防げないでいる医師も少なくないのである。

糖尿病学会の会員でもある医師は、「欧米では糖質制限食のことも盛んに議論されているのに、日本では薬剤の話ばかりです。だから私は学会には

出たくないのです」と言っている。

たしかに、クスリを止める方向で努力している専門医達の患者も、完全にクスリと縁を切れる人はさほど多くない。また、従来の食事療法では血糖値が下がりにくいのも事実である。これは前述のように、糖質が食後血糖値を上げる元凶だからである。

## 専門外の医療機関や医師が積極的に糖質制限食を導入

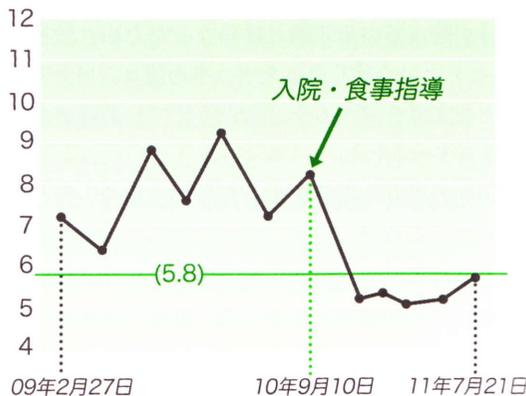
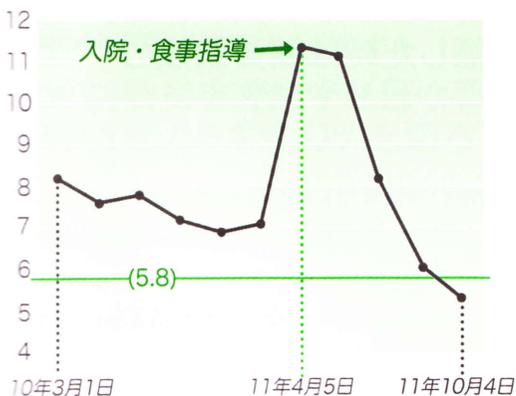
そして、糖質制限食を取り入れている医師達は、クスリは「補助的」にしか使わないのだ。

これは不思議な現象と言ってもいいが、専門医達よりも専門外の医療機関・医療者達のほうが、糖質を制限することのメリットに注目し、糖質制限食を積極的に取り入れ始めている。

例えば、循環器疾患の専門病院である「岐阜ハートセンター」(岐阜市)では、2009年2月の開院当初から、糖質制限食の導入を念頭に置いていたという。上野勝己院長は30年近く循環器疾患の治療に携わってきたが、

「心筋梗塞で病院に来て、初めてベースに糖尿病があると気付く例が多いのです」

そして、糖尿病をコントロールしない限り、循環器の状態は悪化する。心筋梗塞が再発したり、場合によっては動脈硬化が進んで脳梗塞も起きるかも知れない。うまく血糖値をコントロールする



糖質制限食によるHbA1cの改善例(岐阜ハートセンター) 左 / 47歳男性、右 / 51歳女性

方法はないかと、様々な本も読んで自分で勉強したが、決定的と思える方法には出会えなかった。

で、江部康二医師の著書を読んだのは、5年ほど前のことである。理論的に納得できると思ったが、当時は総合病院の勤務医だったため、取り入れるのは困難だった。それで、岐阜ハートセンターの院長に就任する時、「今度は雑音がないから、自分がよいと思った方法を試すことができる」と思ったそうだ。

それで、病院のスタッフ達に少しずつ江部院長の本を読んでもらうなどして認識を共有化。同年10月には江部医師を講演に招いて、その頃からぼちぼち糖質制限食を取り入れ始めたという。

岐阜ハートセンターの患者は初診患者だけで月に300人を超えるが、半数近くは糖尿病を抱えている。HbA1cが10.0を超えるような、重症患者も少なくない。そういう人達も、糖質制限食を勧めることで、確実に改善しているという。

例えば、循環器疾患を持つ47歳の男性患者（35ページのグラフ参照）。HbA1cが最高で11.3%まで上昇したが、入院時に栄養指導して糖質制限食を始めてもらったところ、5カ月で5.3%まで下がった（この人は安定するまでDPP-4阻害薬も服用）。

## 糖質制限食の体験入院や 月1回の栄養教室も開催

同センターで食事指導の中心を担うのは、管理栄養士の佐藤歩実さんである。糖質制限については、自分が持っている知識とは異なったため、最初は「えっ」という感じだったが、本を読み、自分でも様々な文献を調べるなどしたうえで、納得して指導をスタートした。

個々の患者の指導をするだけでなく、毎月1回ずつ、「栄養教室」も開催している。患者と家族が主な対象だが、地域にも公開しており、毎回平均40～50人が参加するそうだ。教室では基礎的な考え方を紹介するほか、食品の表示の見方、人工甘味料の選び方、糖質を制限した料理のメニューと調理方法なども講義する。今年の12月には、糖

質を制限したクリスマス料理・正月料理について講義する予定である。

岐阜ハートセンターでは、糖質制限食というものを具体的に知ってもらうために、2010年から2泊3日の「糖質制限食入院（体験入院）」も始めた。これは3食共主食抜きの、いわゆる「スーパー制限食」である。

一般の入院食は普通の食事かプチ制限食かを選択してもらうほか、事前予約でスーパー制限の「特別食」を出す。ただし、主食を完全に抜いた食事はどうしてもコストがかかるため、通常食よりも1食事あたり200円のプラスになる。

ここで、江部医師が提唱している「高雄病院式・糖質制限食」について改めて説明しておく。

高雄病院式では、糖質制限食を「スーパー」「スタンダード」「プチ」の3種類に分けている。「スーパー」は3食共、主食なし。「スタンダード」は朝・夕食が主食なし。「プチ」は夕食だけ主食を抜くものだ。

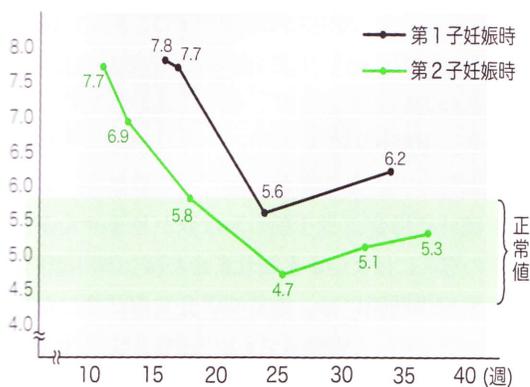
スーパーが最も効果的でお奨めだが、いきなり「ご飯、パン、麺類、パスタなどの炭水化物を全部抜く」というのは、なかなか難しい。食事療法は継続しなければ意味がないので、1食だけは主食を摂る方法をスタンダードにしたという。

なお、主食を抜くだけではなく、もちろん饅頭や菓子など糖分を含むものは避け、芋、根菜類、果物、糖質を含む調味料（ケチャップなど）も控えめにする。酒は焼酎やウイスキーなど蒸留酒なら飲んでもよい。

## 妊娠した時は糖質制限の 指導が最もやりやすい

妊婦の栄養管理に糖質制限食を取り入れているのは、宗田マタニティクリニック（千葉県市原市）の宗田哲男院長である。

宗田院長は3年ほど前に自身が糖尿病になり、糖質制限食を開始した。その効果を実感できたので、妊娠糖尿病と糖尿病予備軍の妊婦、肥満した妊婦を対象に、食事指導を始めたのだ。それ以外の妊



糖尿病を持つ妊婦のHbA1c改善例(宗田クリニック)  
第1子はカロリー制限、第2子は糖質制限

婦にも、「安産するには、体重が増えすぎないように、妊娠中は糖質を少し制限したほうがよい」と、ダイエット効果もある糖質制限食を勧めている。「体重が増えすぎると産道が狭くなり、出血も多くなるのです」

宗田院長によれば、妊婦の糖質制限指導はやりやすいという。妊婦は「赤ん坊のためなら」という気持ちが強いし、出産までの期限付きなので、主食抜きでも頑張れるのである。

ある女性は、第1子の時は従来の糖尿病食、第2子の時は糖質制限食でコントロールして生んだ。第1子出産時には7.8%から6.2%にまでしか下がらなかったHbA1cが、第2子出産時には7.7%から5.3%に下がったそうである(グラフ参照)。

「糖質制限してお産した人は、たいてい、産後もそれを続けています。女性で糖尿病をもっている人は、妊娠した時が糖質制限食に取り組むチャンスだと言えます」

## 糖質制限食を実施すればHbA1cは必ず6.0%を切る

内科・外科の開業医院「湘南台しらがクリニック」(神奈川県藤沢市)の院長・白神敏雄院長も、自身が糖尿病である。

国家試験の勉強をしている頃から夜食にラーメンなどを食べる癖がつき、医師になってからは夜遅くまで働いて、その後仲間とビールを飲みなが

ら暴食をする生活が続いた。

「そういう暴飲暴食が祟って、30歳代前半で糖尿病を発症しました」

勤務先で採血した時、HbA1cは8.0%以上、血糖値も280mg/dLぐらいあった。驚いて薬物療法と食事療法を始めたものの、はかばかしい効果は得られない。だが、8年前に糖質制限食を知って2カ月ほど試してみると、7.0%以上あったHbA1cが6.5まで下がったのである。それ以来、ずっと糖質制限食を続けていて、HbA1cも6.0を切っている。

開業してからは、患者にも糖質制限食を勧めているが、口コミや、クリニックのサイトを見たと言って糖尿病の患者が増えて来た。最近は1日あたり10~20人ぐらいの患者があるという。

患者によってクスリを出すこともあるが、ともかく、「僕の患者さんはみんな、HbA1c6.0%を切っています」と、白神院長は断言する。

## プチ制限食ならば無理なく続けられる

「糖質制限などと聞くと特別なことのようにですが、糖尿病の人は、要するに糖質の処理が苦手なのです。その苦手なものを減らしましょうという、きわめてシンプルな話だと思います」と、岐阜ハートセンターの上野院長。

宗田クリニックの宗田院長も、「除去食の概念なのです。ソバのアレルギーの人がソバを食べないとか、そういうのと同じです」と、事も無げに言う。

そんなシンプルな話が、なぜ糖尿病専門医には受け入れられないのだろう。

白神院長は、「食わず嫌いなのだと思います。民間療法みたいなのだと思いますのですね」と言い、上野医師は「糖質を極端に制限するものだと、思い込んでいるのでは?」と語る。それにしても、不勉強というか、怠慢というべきか。

ところで、岐阜ハートセンターのスタッフが、患者に第一に勧めるのは「プチ制限食」である。

糖質制限食を推進している人達のなかには、「スーパー」でも完璧ではないという意見もある。

糖質を含む食品、例えば根菜なども極力避けた「超スーパー制限食」でなければ効果は望めないというのだ。

「でも、私の経験では、プチでも結構、効果はあります」と、上野院長はキッパリ言う。つまり、夕食だけ主食を抜く方法である。

「プチならばたいいていの方が無理なくできるのです。厳しく言って間口を狭めるよりも、臨牀的に上手に導入したいと思います」

HbA1cや血糖値が危険水域に達しているような人は、さすがにプチでは難しい。だが、岐阜ハートセンターの患者では、HbA1c9.0%前後の時にクスリの服用とスーパー制限食の併用を開始して、値が少し下がってからクスリをやめてプチに変更した人もいる。

ある病院で糖尿病患者の指導をしている看護師のA. Kさんは、糖質制限食に関心を持ち、患者にも紹介しているが、彼女も「無理をしない指導」に賛成である。

「糖質制限食はとてもよい方法だと思いますが、無理をすれば、値が下がった時にリバウンドが起きます。ドクターに相談して、夕食や付き合いの時だけ食前に飲むクスリを出してもらい、たまに『自分へのご褒美』としてご飯ものなども食べるとか。食事療法は一生続けるものですから、柔軟にやったほうがよいと思います」

## 理解を示す専門医もあり 治療の現場は次第に変化？

糖尿病専門医は糖質制限食を否定していると述べたが、最近では、理解を示す医師も少しずつ出て来た。「日本食はもともと炭水化物が多いので、それを制限されるのは苦しいのではないのでしょうか。でも、苦勞せずに炭水化物を減らすことができ、結果的に血糖コントロールが改善し、ほかに悪影響がなければ、続けられてよいと思います」と、朝日生命成人病研究所の大西医師。全面的に肯定するわけではないが、「持続的に血糖コントロールが良くなれば、結果オーライの場合もあり」という意見である。

練馬総合病院の糖尿病センターでは、糖質制限食とまではいかないが、主食を減らす試みを始めた。

「うちの若いドクターが、そういう指導をやっています。血糖値がよく下がるそうなので、きちんとしたデータをとりなさいと言っています。何十年も続けた場合、どうなのかは分かりませんが、初期の導入にはよいかも知れませんね」(柳川医師)

糖尿病専門医には、糖質制限食で短期的に血糖値をコントロールができて、長期的にはどうか、という人が少なくない。しかし、江部医師などこの治療をもう10年も続けている経験者もいるし、長期的に実行して問題が起きるといふ医学的・栄養学的根拠が何か考えられるのだろうか。

むしろ、この制限食を長く続けることができるかどうかは、患者に継続する意思あるかどうかの問題なのである。しかし、自分が糖尿病体質で好き勝手な食事を続けていたら、悲惨な合併症にまで進行し、一生を台無しにすることを考えれば、そのくらいの「我慢」は誰もがするはずである。それよりも医師がどう患者に適切な治療法を分からせるか、医師や看護師の患者教育の問題になるのだろう。

それにしても、血糖値を下げるのが糖尿病治療の目的なのだから、特に害がなければ、患者にこの食事療法を勧めることを、医師がやってはいけないという理由が何かあるのだろうか。患者に無理を強いるのはカロリー制限でも同じである。

とにかく、糖尿病に苦しんでいる患者は多く、しかも増える一方で、それらの患者が病状を悪化させているケースがいくつも発生しているのである。少しでも症状の改善の可能性がある治療法があるのなら、目の前にいる患者に試してみるの、ごく「シンプルな」ことではないのか。むずかしい外科手術や副作用が危惧される薬物を試すわけではないのである。

「糖尿病の専門医は糖質制限食に否定的」と言われるが、もしかすると、絶対に認めないというのは学会のエライ人達だけなのかも知れない。で、それら「重鎮」の先生達に気兼ねして現場の糖尿病専門医がこれを「試す」ことに躊躇しているとは思えないが、もしそうだとしたら、医療先進国の日本にはあるまじき、何ともおかしな話である。

## 糖質制限食にも 向き・不向きがある

糖質制限食に取り組みにくいタイプはいろいろだが、例えば「酒を飲まない人」と「甘いものが好きな人」である。

酒の好きな人にとっては、糖質制限食は比較的受け入れやすい。夜など、焼酎を飲みながら、脂質・たんぱく質の多い料理も好きなだけ食べて満足できるからだ。ただ、酒を飲んだ後、小腹がすいたら寿司やラーメン、それにお茶漬けなどを食べるという習慣を我慢すればいいだけのことだ。

だが、酒を飲めない人が、夕食を主食抜きで済ませるのは、慣れるまでつらいのは確かだ。なかには、主食の代わりに豆腐類（がんも、厚揚げなど）を食べるといった人もいるが、いずれにしてもおかずの種類、量が多くなり、食費はかさむ。

また、甘いものの好きな人はケーキや和菓子などを食べてはいけないと言われるのは辛い。糖質制限食は糖分に対して厳しく、主食も抜かねばならないのだから、当然、甘いものはすべて避けねばならない。でも、コーヒーや紅茶に砂糖を入れている人は、糖質カットの人工甘味料がある。

また、甘いものにも代替品がある。人工甘味料を使って菓子を手作りする方法を紹介している人もいる。宗田クリニックでも、栄養士がフスマ粉と人工甘味料を使ったケーキを作り、患者に試食してもらう。

「糖質ゼロのお菓子を作って通販で売り出した会社もありますし、ほかにフスマ粉、大豆粉などでパンやパスタも作られるようになりました。あれもダメ、これもダメではないのです」(宗田医師)

糖尿病学会をしりめに、世の中は動いているのだ。

## 糖尿病は「予防」よりも 「早期発見」が大事である

トイレが近くなった、手足がしびれるなど、何らかの自覚症状が出て初めて慌てる人も多いが、はっきり言って、症状の進んだ糖尿病はコントロールが難しい。

だから早期の取り組みが大切なのであるが、問題は、糖尿病という病気が初期には自覚症状がないことである。

糖尿病学会も、もっと予防に力を入れるべきだという意見もあるが、糖尿病の場合、この予防というのがむずかしい。だが、その予防にこそ、糖質制限が有効だと力説するのは、岐阜ハートセンターの上野院長。

「僕が診ている患者さんはHbA1c5.5～5.6%ぐらいの人も多いのですが、この辺から介入しないと予防は不可能です。このぐらいでし

たら、プチまでいかない、『ご飯を少なめに』程度で効果があります。糖質制限は、確実に糖尿病の発症を減らすと思っています」

これは予防というよりも、早期の発見だろう。

厄介なのは、糖尿病になりやすい体質の人と、そうでない人がいることだ。遺伝的な問題も言われるが、糖尿病になりにくい体質の人もかなりの比率にいるのは確かだ。この人達に、糖尿病予防のために、ご飯など炭水化物を減らすべきだと言うのは、まったく無駄なことである。

むしろ、早期発見ではないか。早期に糖尿病を見つければ、治療もやりやすい。そのためには、健康診断などで血糖値よりも必ずHbA1cをチェックすることを求めればいいのだ。その点、糖尿病学会が新しいガイドラインで、判定指標にHbA1cを追加したのは、遅まきながらだが、正解であったといえよう。