

精神疾患をかかえる患者の糖尿病治療を考える



鹿児島大学 糖尿病・内分泌内科

小木曾 和磨

開示すべきCOI

なし

本日の内容

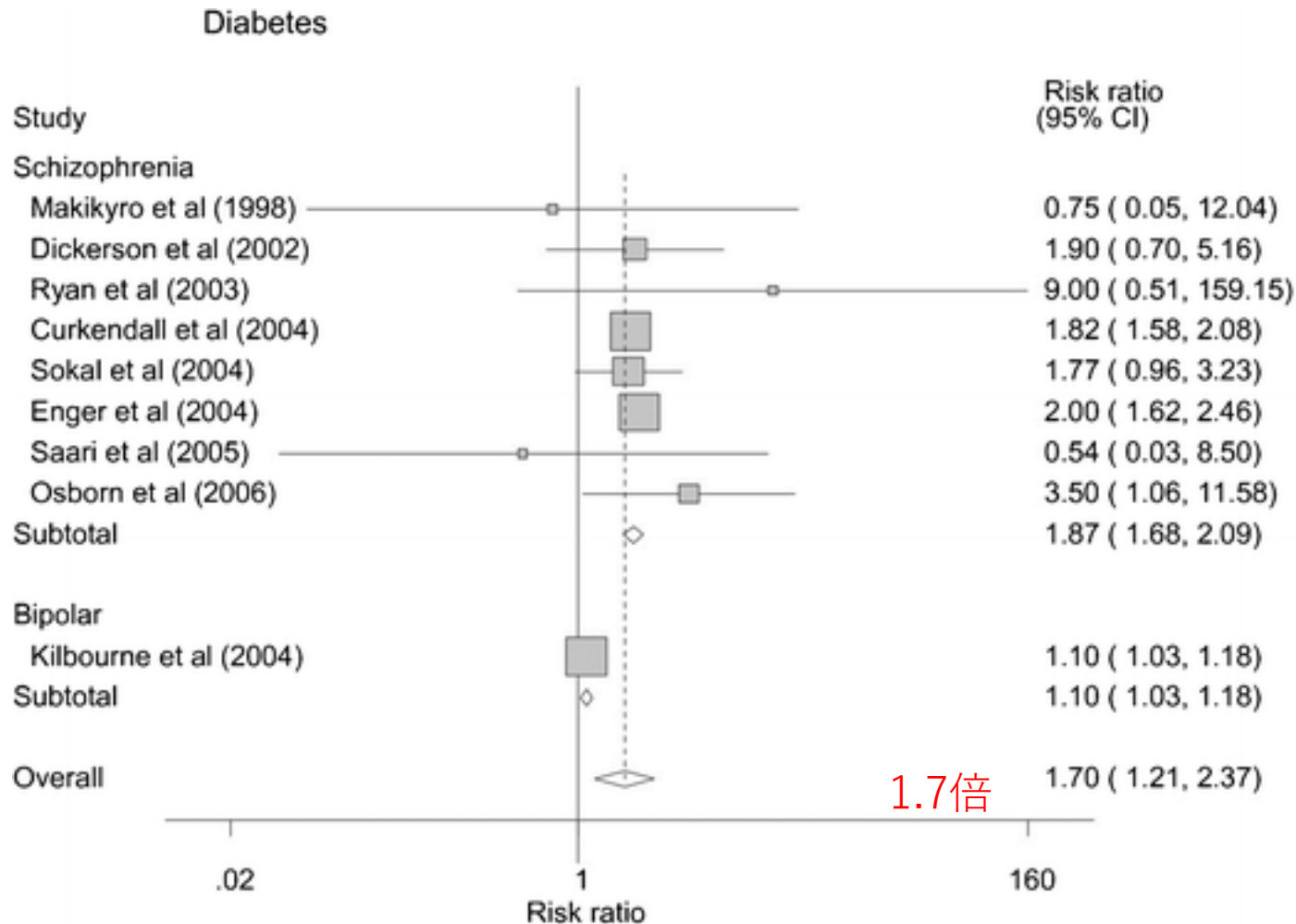
1. 背景

2. 症例提示

- ・ うつ病
- ・ 統合失調症
- ・ アルコール使用障害

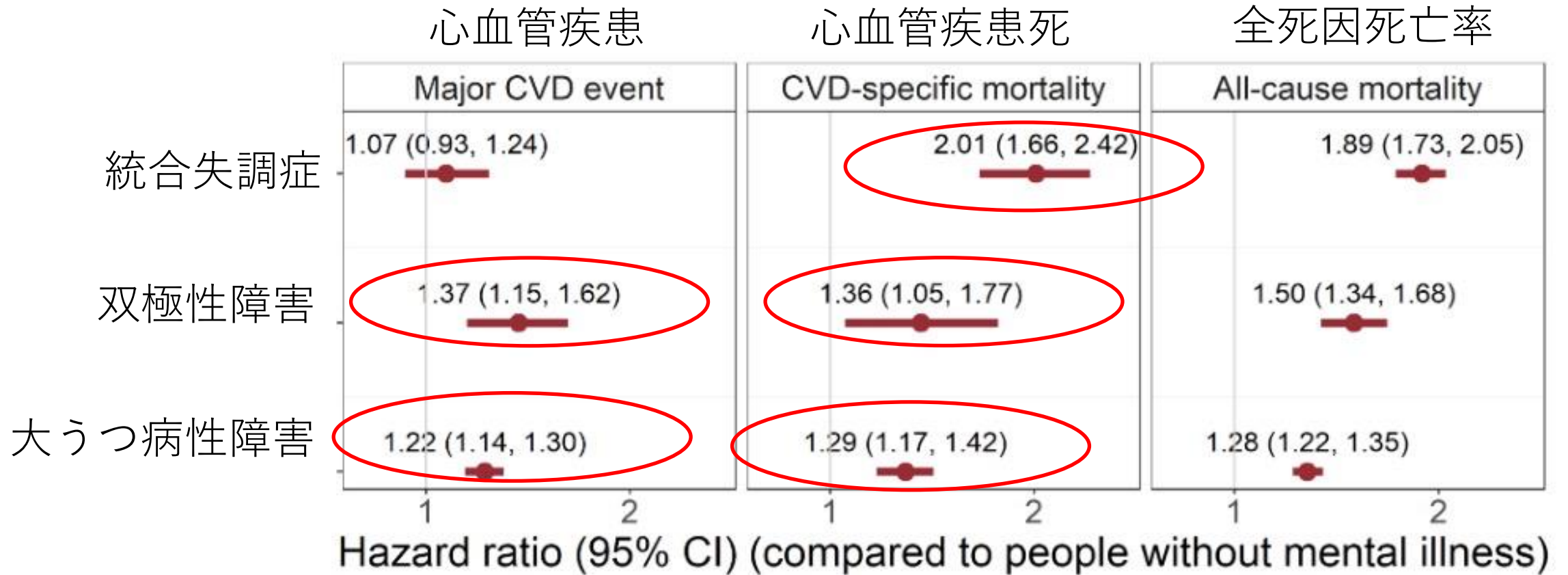
精神疾患患者は2型糖尿病の発症リスクが高い

精神疾患と糖尿病の合併の現状（統計データ）



- 抗精神病薬
（第2世代抗精神病薬, SGA）
→ 体重増加, インスリン分泌抑制
- 身体活動の低下
- 食習慣の偏り
- 喫煙, アルコール
- 炎症, ストレス反応
- 医療アクセスの低下

精神疾患患者の心血管イベントリスク



精神疾患を有する患者は心血管死のリスクが高い
→ リスクコントロールが不十分である可能性

症 例 1

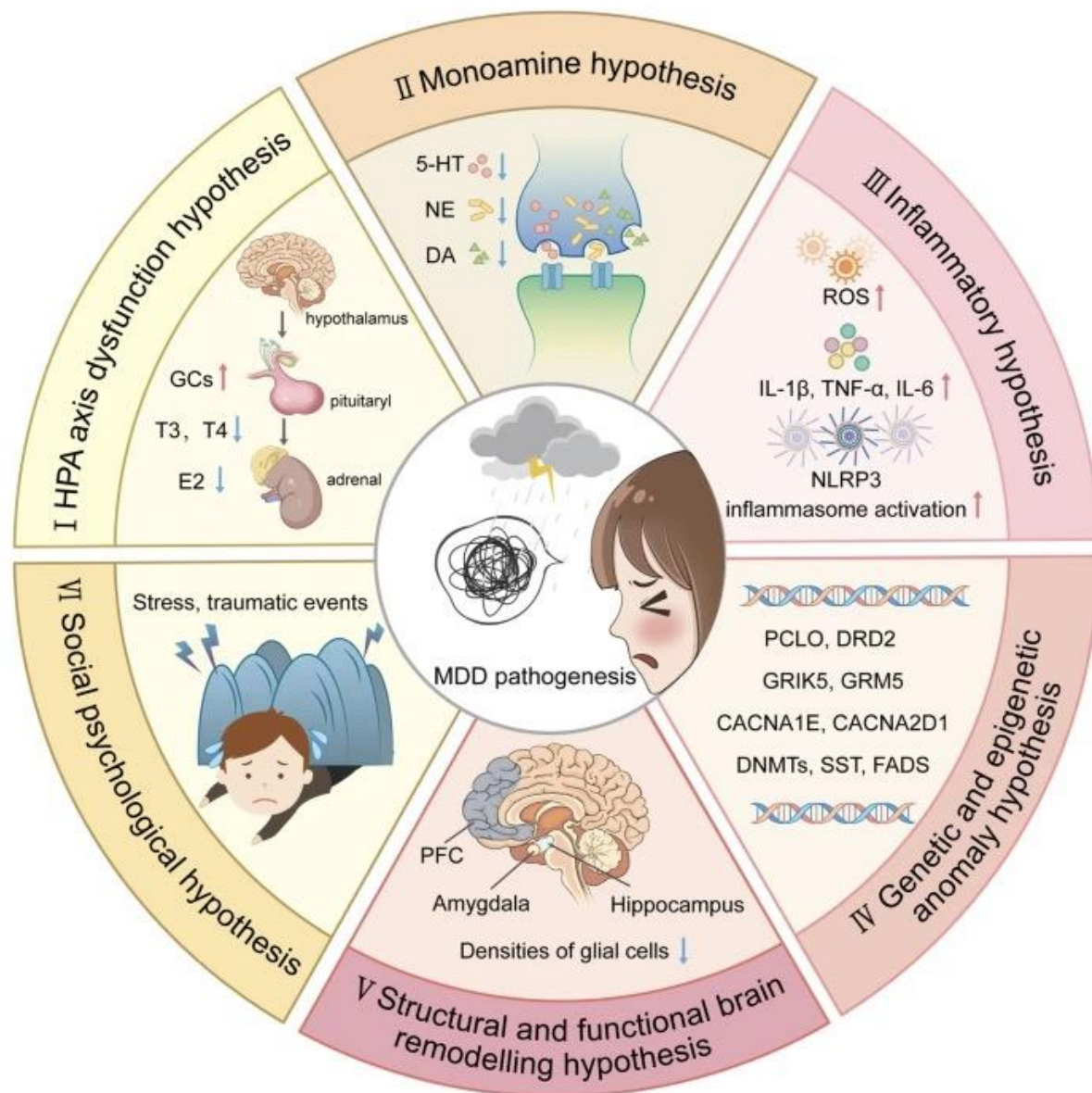
うつ病

大うつ病診断基準（DSM-5）の概略

下記の5項目以上(1, 2は必須) が毎日, 2週間以上続く

1. 抑うつ気分（1日中）
2. 興味・喜びの著しい喪失（1日中）
3. 体重・食欲の減少 or 増加
4. 睡眠障害（不眠 or 過眠）
5. 無価値感 or 自責感
6. 自殺念慮（反復して起こる）, 自殺企図・計画
7. 疲労感 or 気力の減退
8. 思考力・集中の減退 or 決断困難
9. 精神運動性の焦燥（イライラ落ち着くかない） or 抑制

うつ病の病因



- 視床下部/下垂体/副腎系の異常仮説
- モノアミン仮説
(セロトニン, ルビネリン, ドパミン)
- 炎症仮説
- 遺伝子/エピジェネティック異常仮説
- 構造的/機能的再構築仮説
- 社会心理学仮説

症例 1 : うつ病を伴う 1 型糖尿病患者

【患者】 34歳 女性

【病型】 1型糖尿病 (20歳発症)

【BMI】 21.5 kg/m² (身長 166 cm, 体重 55 kg)

【治療】 Q (8-6-6), GXR(0-0-12)

【合併症】 神経障害 II 期, 単純網膜症, 腎症 3~4 期

【併存症】 うつ病 (他院で抗うつ薬の内服あり)

【ADL】 自立, 夫と二人暮らし, 事務職

現 病 歴

- 20歳発症の1型糖尿病
- 仕事の対人関係によるストレスで血糖マネジメントがうまくいかず、クリニックへも不定期通院していた。
- 30歳のときにうつ病を発症。近医で抗うつ薬や抗不安薬の処方開始された。
- HbA1c 10%以上で経過し、腎機能の低下も認められたため、34歳のときに当院に紹介された。

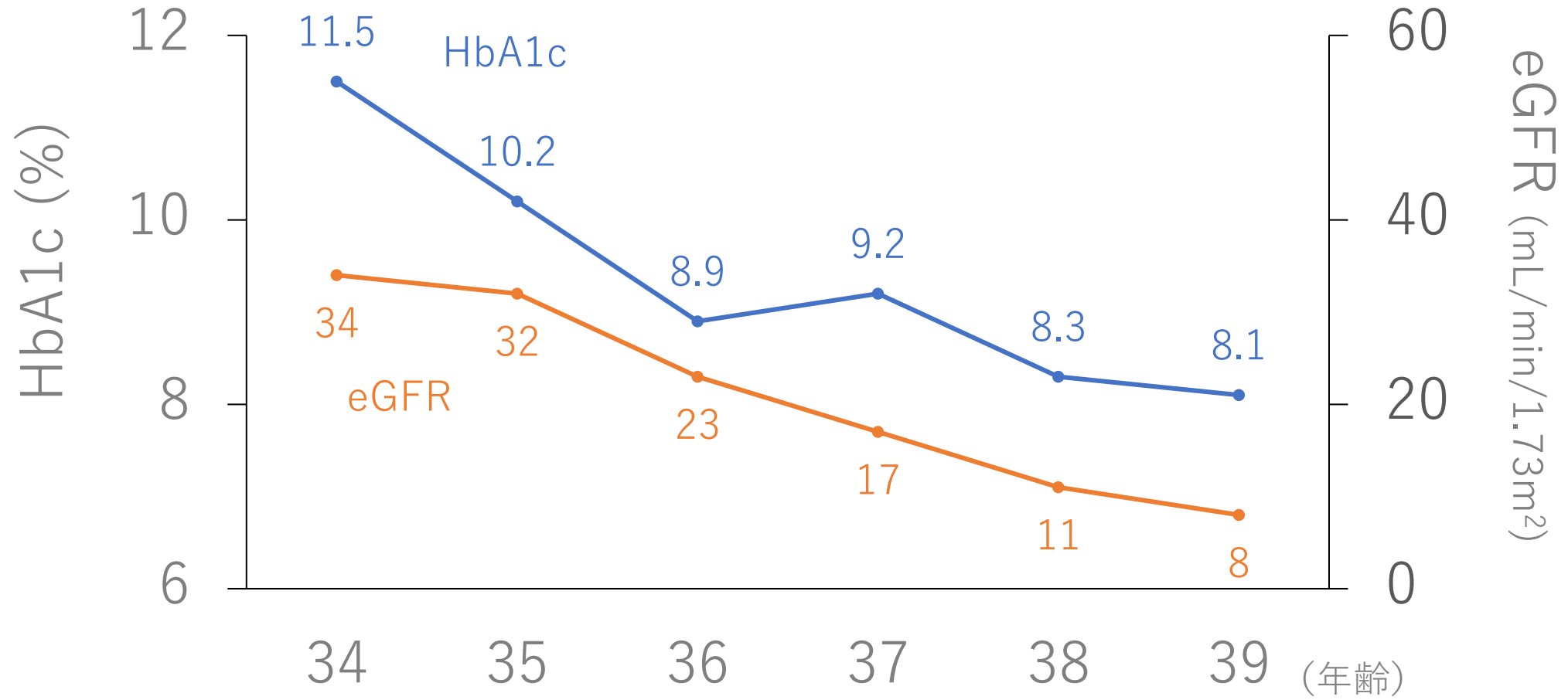
当院の経過

- ・月に1回の通院は続けるものの、あまり自分のことをお話す様子はなかった。
- ・心理士の介入は希望されず、看護師、栄養士とともに生活や食事のサポートを続けた。カーボカウントも導入した。
- ・治療への意欲は高いとはいえず、言われた通りに淡々と治療している印象であった。
- ・しかし、時々、将来への不安を口にするることがあり、「もう血糖を頑張っても仕方がない」、「合併症が進行して、将来に希望がない」などとお話された。

→

根底にある問題にはたどりつけず. . .

当院の経過



当院の経過

- ・ 当院通院の5年後には浮腫も進行し、透析の導入が避けられない状態となり、透析病院へ紹介することになった。
- ・ 透析導入が必要なことをご自身でも（否応なく）感じ取っており、実際の透析導入時は落ち着いていた。
- ・ しかし、表情は空虚で、感情がないような印象であった。

当院の経過

(2年後…)

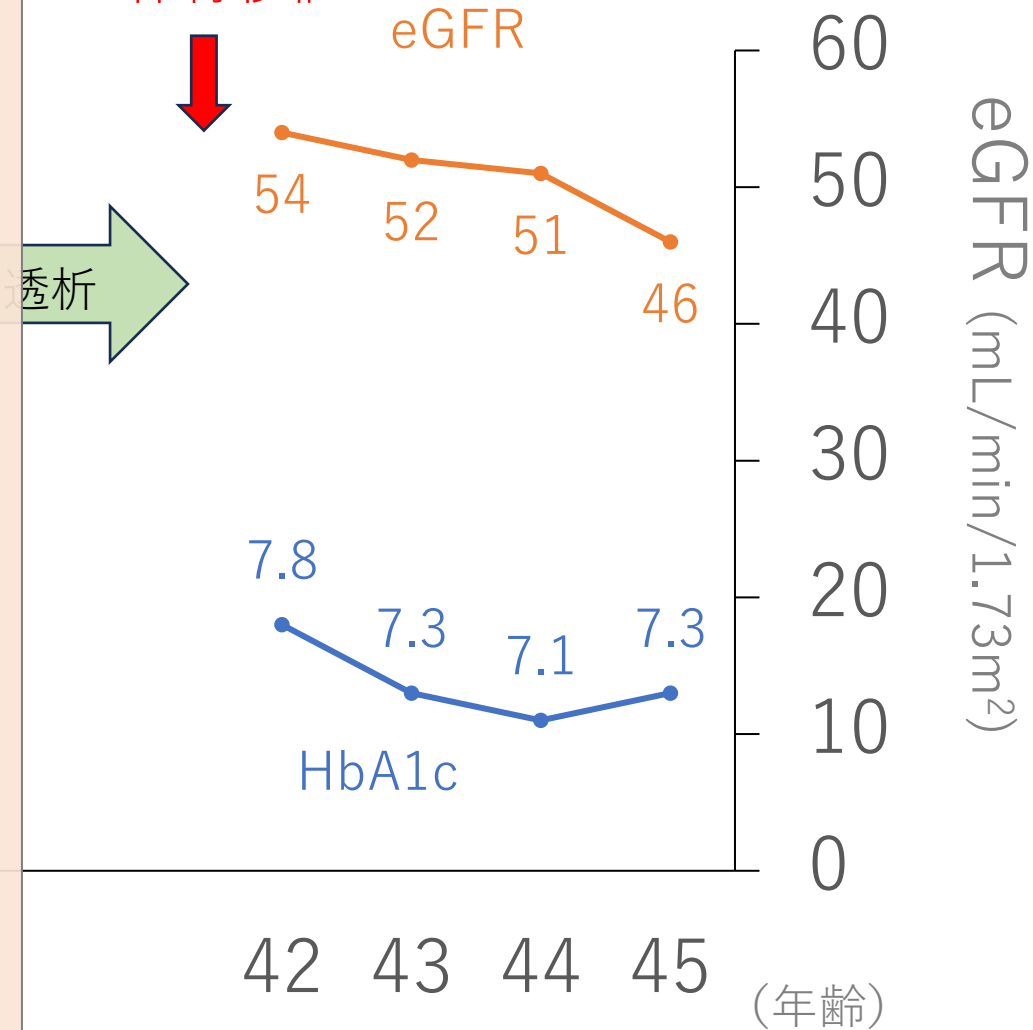
- 主治医の異動先で、腎移植を受けるために来院。夫がドナーで腎移植を受ける方針となった。
- 手術前のためか、治療意欲が高く、血糖マネジメントに意欲的であった。
- カーボカウントも実践しており、HbA1c 7.5～8%で経過していた。

当院の経過

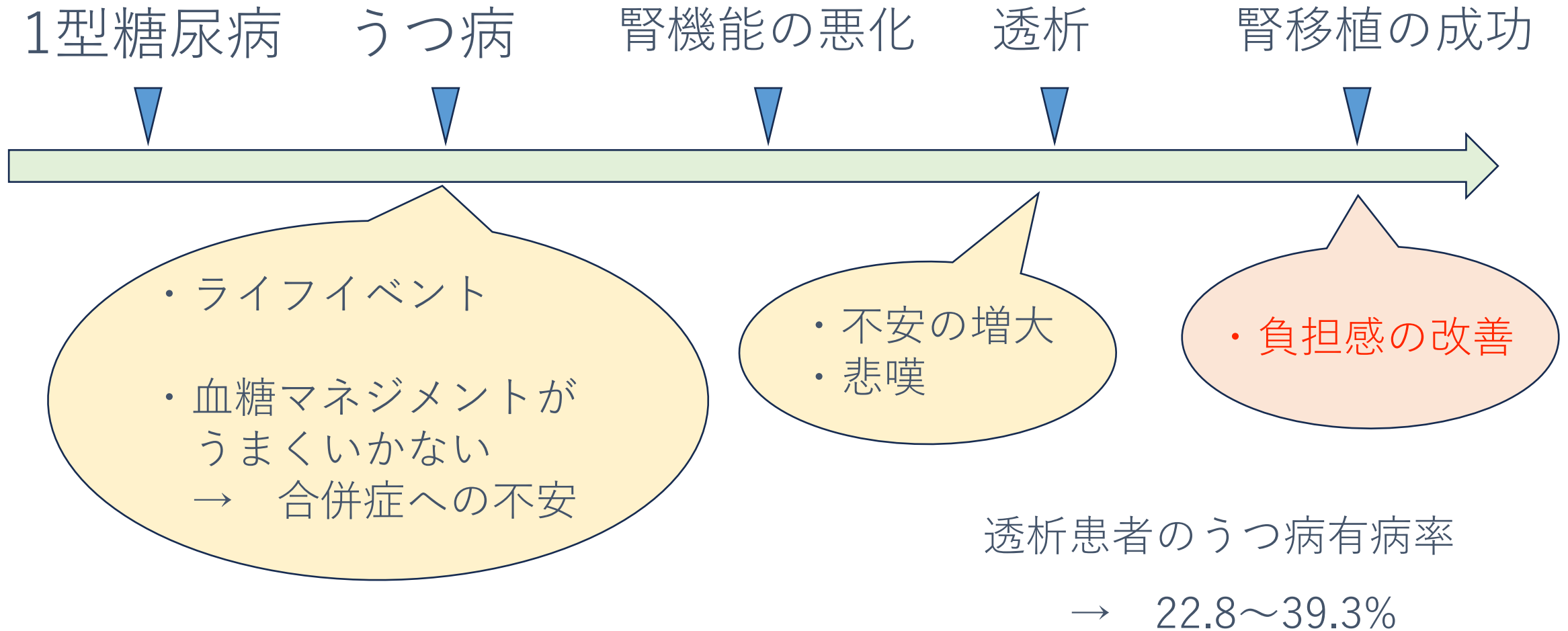
- 腎臓は生着し透析は不要となった。
- ステロイド併用下でも主体的に血糖マネジメントを行い、以前よりHbA1cも低く維持することができた。
- 表情も明るくなり、抗うつ薬を中止することができた。
- 現在も当院に通院しており、今後はインスリンポンプ（AID療法）の導入を検討している。

生体腎移植

透析



本症例の振り返り



※ 抑うつが強いつきは無理をしないこと

本症例の振り返り

- ・ 身体疾患は抑うつが悪化要因となる

→ 可能な限り、身体症状を緩和することは内科的には重要

< 身体疾患への介入によりうつ症状が緩和したケース >

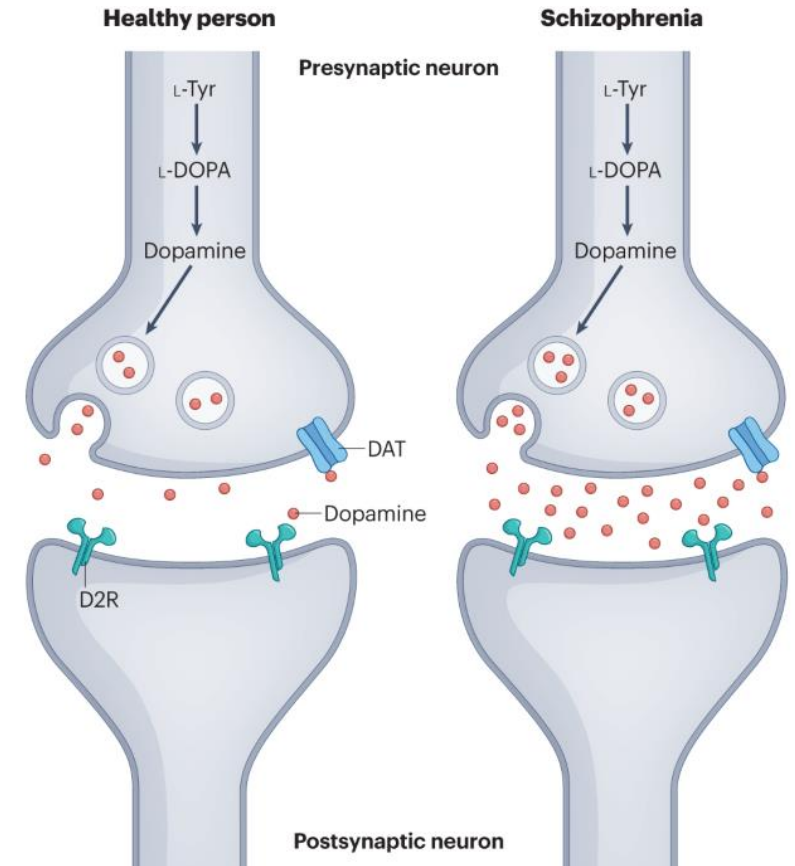
- ・ QOLを低下させていた末梢神経障害の治療
- ・ 硝子体手術後の視力の改善
- ・ 睡眠時無呼吸に対するCPAP導入（不眠の改善）

症 例 2

統合失調症

以下のうち2つ以上、1カ月の期間存在

- (1) 妄想
- (2) 幻覚
- (3) 解体した会話
(例：頻繁な脱線または滅裂)
- (4) ひどく解体したまたは緊張病性の行動、
意欲の欠如



症例2：統合失調症を伴う2型糖尿病患者

【患者】 54歳 男性

【病型】 2型糖尿病（51歳発症）

【BMI】 35.2 kg/m²（身長 168.5 cm, 体重 100 kg）

【治療】 テネリグリプチン 20 mg

【合併症】 神経障害I期，網膜症なし，腎症4期（肥満関連腎症）

【併存症】 統合失調症（近医で抗精神病薬の処方あり）

【生活】 単身生活，無職，引きこもりがち，ためこみ傾向あり

現 病 歴

- ・ 30歳頃に幻覚・妄想を主体とした統合失調症を発症し近医に通院中。
- ・ 51歳で2型糖尿病と診断され， DPP4阻害薬の処方開始。
- ・ 3週間前より口渇感が強く， 次第に体動困難となり当科を受診した。

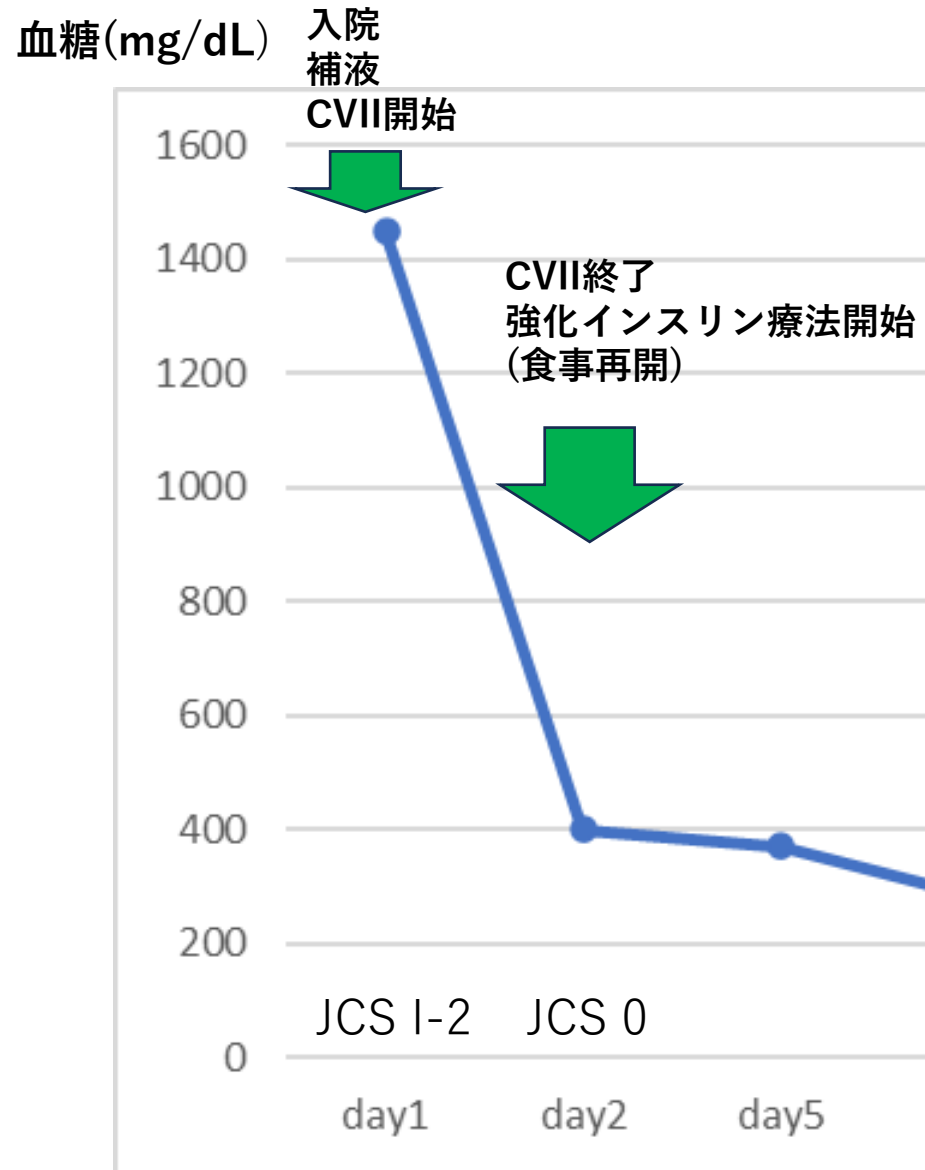
pH 7.357, 尿ケトン(-)

血糖値 1,458 mg/dL, HbA1c 16.5%, 抗GAD抗体 < 5.0 U/mL

BUN 124 mg/dL, Cre 14.6 mg/dL, Na 106 mEq/L, K 7.0 mEq/L

→ 高血糖高浸透圧症候群 の診断で当科へ入院

入院後の経過



Day 4

医師 「体調どうですか？」

患者 「・・・うーん」とあまり話されない

医師 「また来ますね」

患者 「・・・」

医師の話しかけに反応が薄い

本人の興味や関心に注意し、
治療の目標を共有する方針へ

妄想や幻覚を示唆する発言なし

1. 血糖モニタリング方法

血糖に興味を持ってもらうためのアプローチ

患者

(血糖は改善したが血糖に興味がない様子)

- ・ 「穿刺を減らす方法はないですか」

医療者

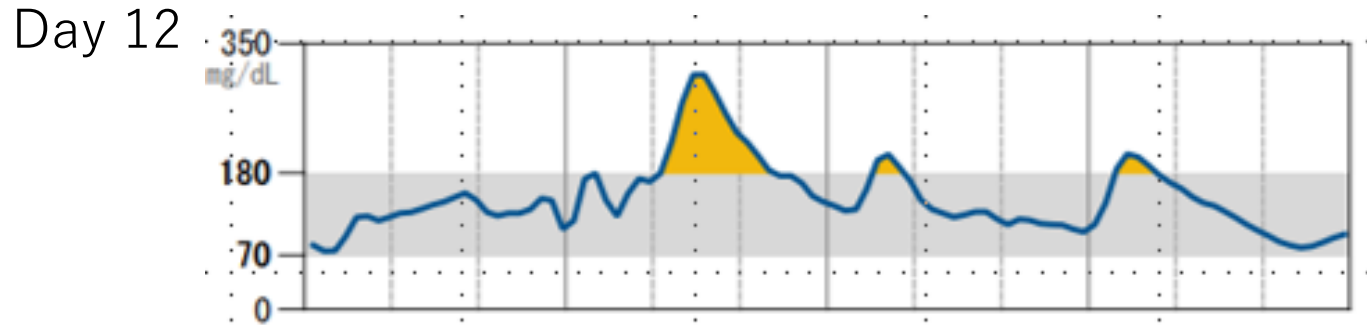
(夜間や食後の血糖をモニタリングしたいが、穿刺回数は増やしにくい)

- ・ 「24時間血糖を測定できるリブレプロがありますよ」

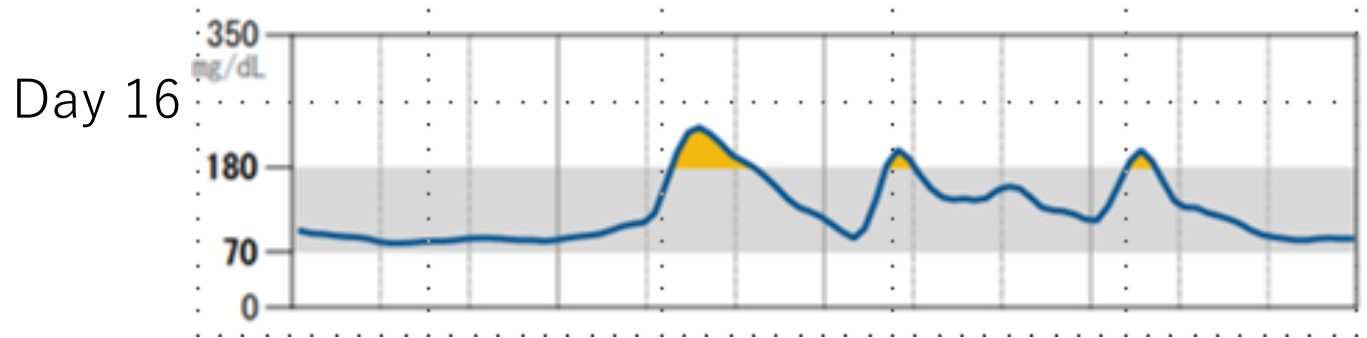
共有した事項

- ・ リブレプロを装着する

1. 血糖モニタリング方法



「食後の血糖こんなに高いんですね」



「食後に運動したら、血糖下がるんですね」と笑顔

リブレプロの装着により、血糖変化に関心を抱き始めた

2. 薬物療法

良好な血糖コントロールを維持するためのアプローチ

患者

(入院2日後から強化インスリン療法)

- ・「退院後も注射を3回打つのは大変だから減らせないですか？」
- ・「今の食事は物足りないから、帰ったら食べてしまうかもしれない」

(糖尿病教室を受けた後)

- ・「私の腎臓は大丈夫でしょうか？透析が怖いです」

医療者

(減量を試みたい)

- ・「食欲を抑えて減量が期待でき、さらに注射回数を減らせる治療がありますよ」
- ・「腎機能を保護する役割のお薬もありますよ」

共有した事項

- ・ GLP-1受容体作動薬
- ・ SGLT2阻害薬

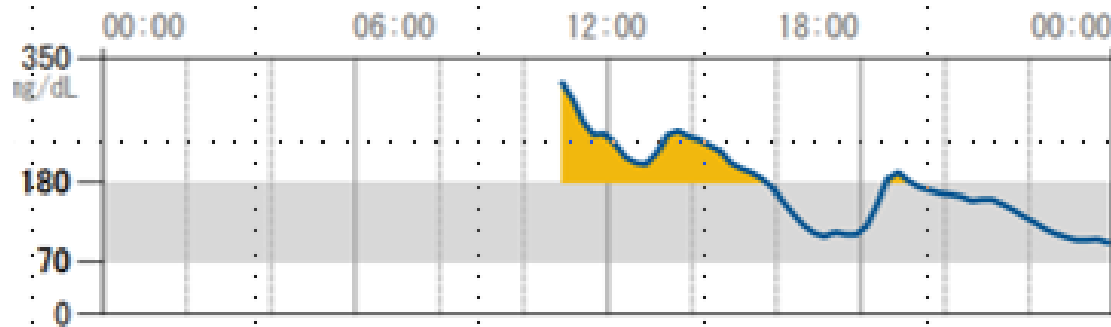
2. 薬物療法

血糖変化

体重変化

Day 11

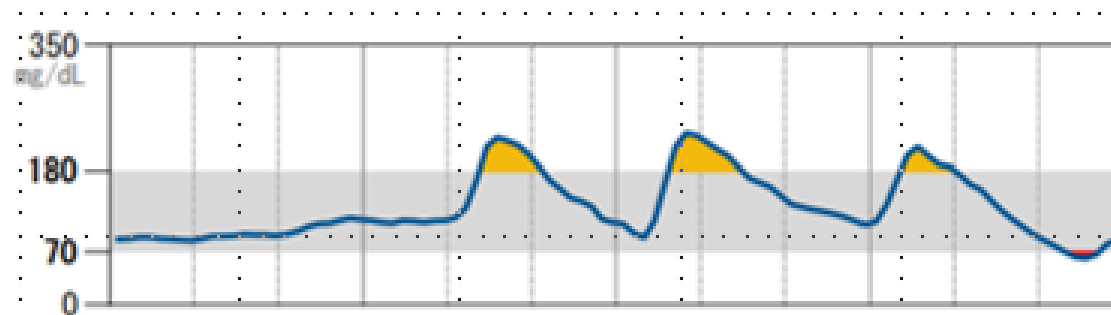
Lis (26-22-20) + XR(0-30-0)



(Day 11)
体重 101.4 kg

Day 17

Lis (12-2-5) + XR (0-0-8) + Lira 0.6 mg + Dapa 5mg



(Day 24) 退院日
Lis (5-0-0) + XR (0-0-0-5)
+ Lira 0.6 mg + Dapa 5mg
体重 98.5 kg

「こんなに体重が減ってきました」

3. 食事療法（環境調整）

良好な血糖コントロールを維持するためのアプローチ

患者

（入院後半になり血糖が改善し本人も前向き）

- ・「入院中の血糖がいいことがわかったので、食事が大事だとわかった」
- ・「帰ったら自炊がしたい」

患者の兄

- ・「今のままでは、家が不衛生なので、自炊は難しいと思います。」

医療者

（自炊を実現したい）

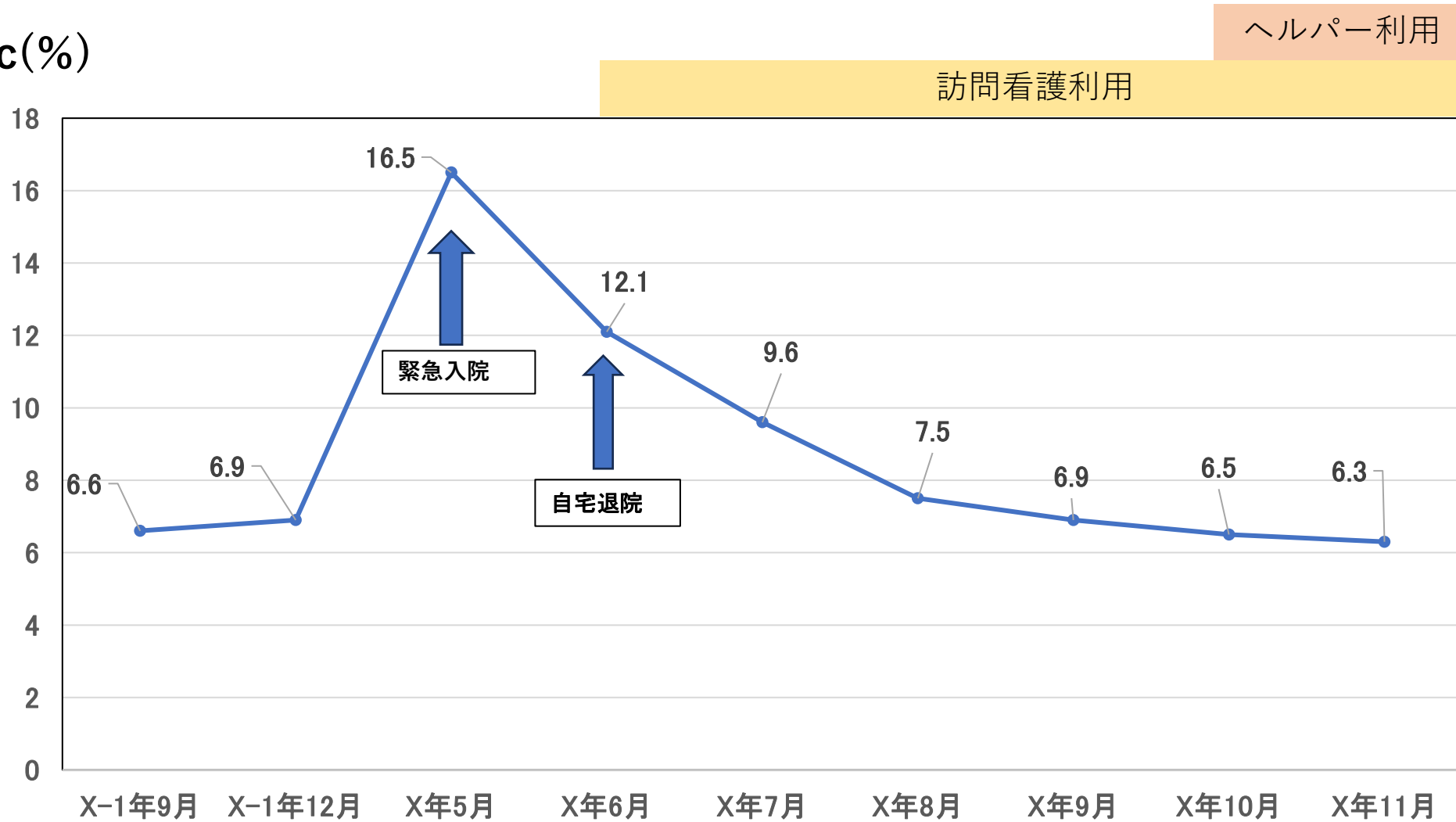
「自炊の希望があるんですね。自宅の環境を整えるため、お兄さんの協力や訪問看護を導入して、みんなで改善していきませんか」

共有した事項

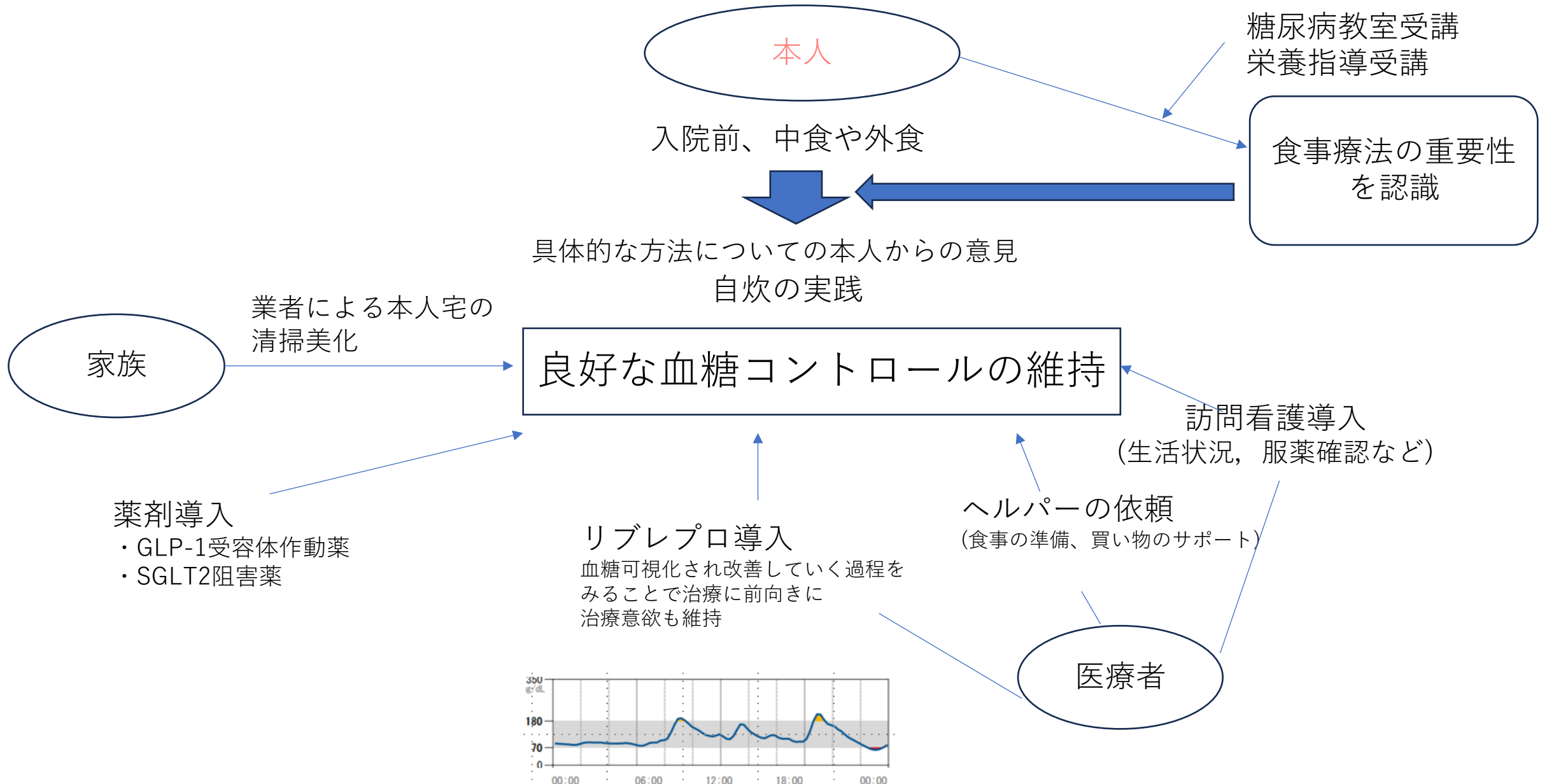
- ・ 訪問看護、ヘルパーの導入
- ・ 清掃業者の手配

退院後の経過

HbA1c(%)



本症例の振り返り



医師診察にて

「食事は自炊をしないといけないと思ってます」
「昼間に30分くらいウォーキングしたりストレッチしたいです」
「外来通院してしっかり治療を継続したい」

糖尿病教室・看護師面談にて

「自分の知識が間違っていたことがわかりました」
「食事療法を家で継続できるようにしたい」
「フットケアの大切さを学びました。足を切断することにならないように頑張りたい」

栄養士面談にて

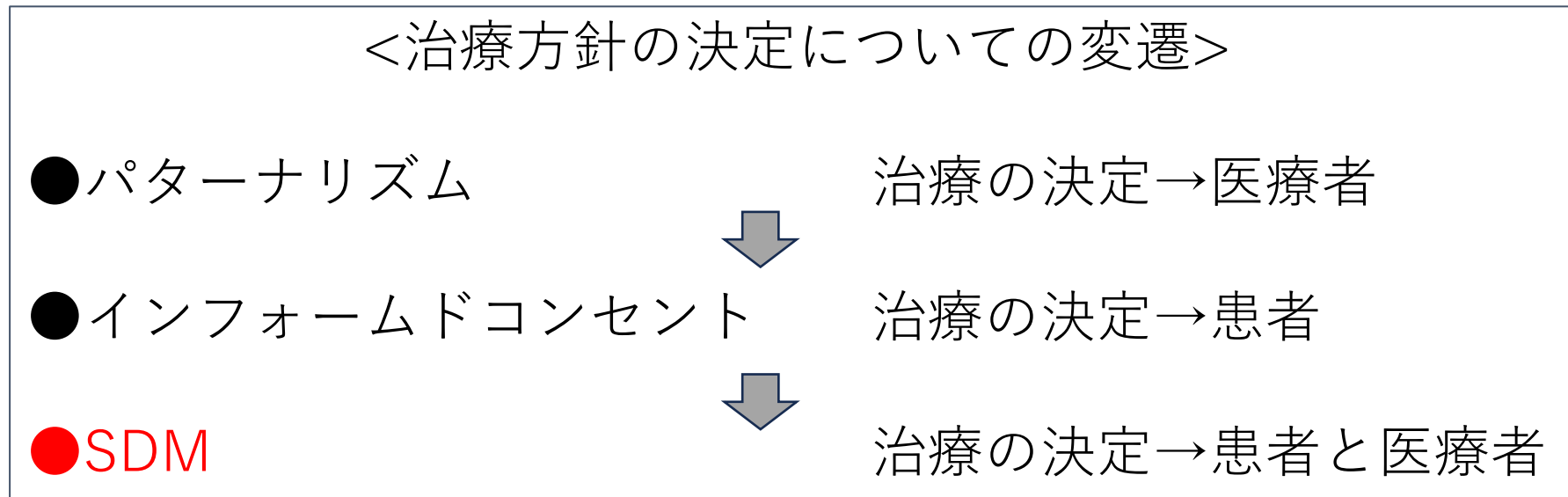
「魚を食べたり野菜を食べたりするのを増やしたりしないといけないですね。」
「果物を食べていいことを知って嬉しかったです。」

糖尿病治療に関する知識や合併症リスク認識が向上した

Shared decision making (SDM) :共有意思決定

患者と医療やケア専門職の2名以上が協力し意思決定を行うプロセス

腎代替療法や癌の治療法の選択などで使用されていることが多い



陽性・陰性症状や気分障害が安定している場合、統合失調症患者においてもSDMの実践は、意思決定の自己効力感や満足度、疾患に関する知識、リスク認識の向上有用なアプローチ法である

症 例 3

アルコール使用障害（AUD）

DSM-5診断基準の概要

以下の2つ以上が、12ヵ月以内に起きる

2-3個 軽度
4-5個 中等度
6個以上重度

- 意図したより大量、または長期間に使用
- 使用を減らしたり制限しようとするが成功しない
- アルコールを得るため、飲酒するため、そこから回復するために多くの時間を費やす
- 渴望
- 反復的な使用により、職場・学校・家庭で責任を果たせない
- 社会的、対人的な問題が起き、悪化しているにもかかわらず使用を続ける
- 私用のために社会的、職業的、娯乐的活動を放棄したり縮小している
- 身体的に危険な状況でも使用を反復
- 身体的、精神的問題が悪化していると感じていても使用を続ける
- 耐性
- 離脱症状

アルコール使用障害（AUD）

AUDIT-C（アルコール依存症スクリーニングテスト）

AUDITの最初の3項目だけ（飲酒量）

男性なら6点以上、女性なら4点以上

1. アルコールを飲む頻度

0. 飲まない, 1. 1ヶ月に1度以下, 2. 1ヶ月に2~4度, 3. 1週に2~3度, 4. 1週に4度以上

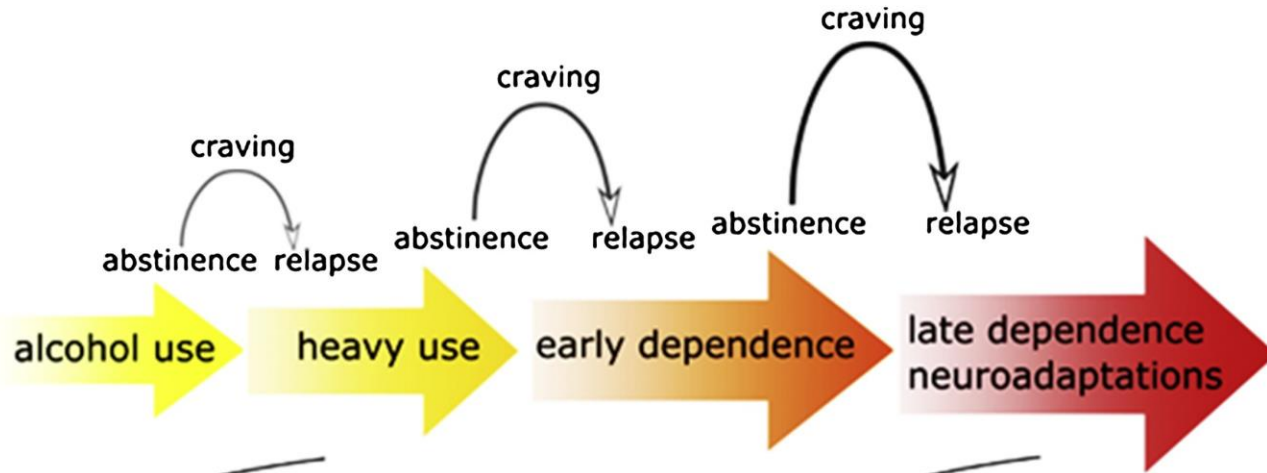
2. 通常の飲酒量（1ドリンク = アルコール約 10g）

0. 1~2ドリンク, 1. 3~4ドリンク, 2. 5~6ドリンク, 3. 7~9ドリンク, 4. 10ドリンク以上

3. 1度に6ドリンク以上飲酒する頻度

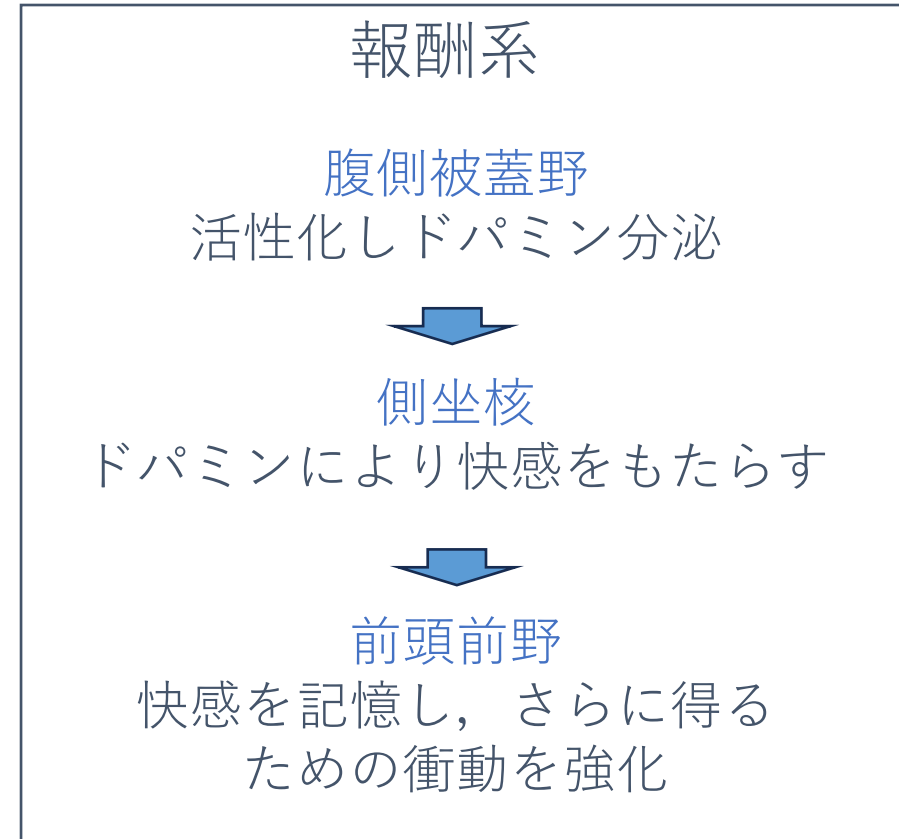
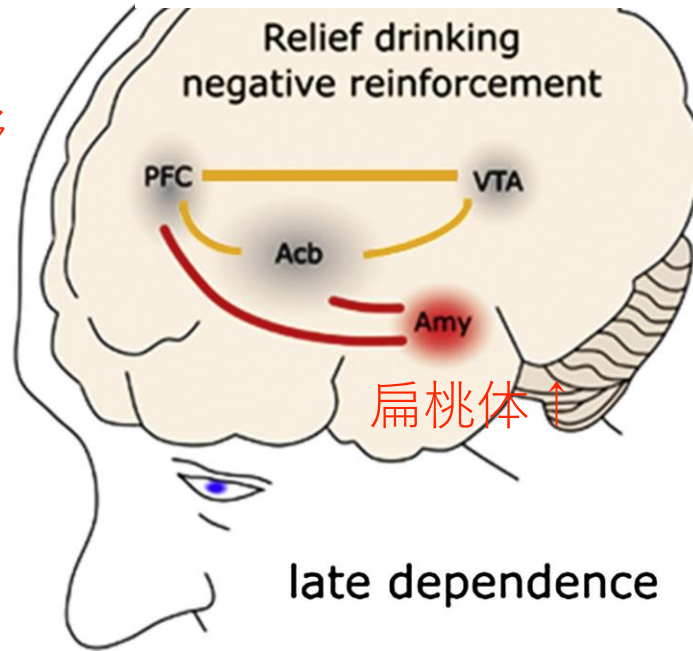
0. ない, 1. 1ヶ月に1度未満, 2. 1ヶ月に1度, 3. 1週に1度, 4. (ほとんど)毎日

アルコール使用障害 (AUD)



肯定的な強化

否定的な強化



↑
扁桃体
飲酒しないと不安

症例3：アルコール使用障害を伴う膵性糖尿病患者

【患者】 50歳 男性

【病型】 膵性糖尿病（50歳発症）

【BMI】 18.4 kg/m²（身長 168 cm, 体重 52 kg）

【治療】 なし

【合併症】 神経障害なし，網膜症なし，腎症1期

【生活】 単身生活，漁師だったが，現在は生活保護受給中
（離婚後，子どもたちとも疎遠）

【ADL】 自立

現 病 歴

- 7年前（43歳）の失業と離婚を契機に酒量（焼酎4～5合）が増加
(AUDIT-C 12点相当)
- アルコール性急性膵炎により消化器内科への入院を繰り返していた。
- 4回目の入院のときに、HbA1c 10.5%を指摘され、当科に紹介。

検査所見

血液生化学

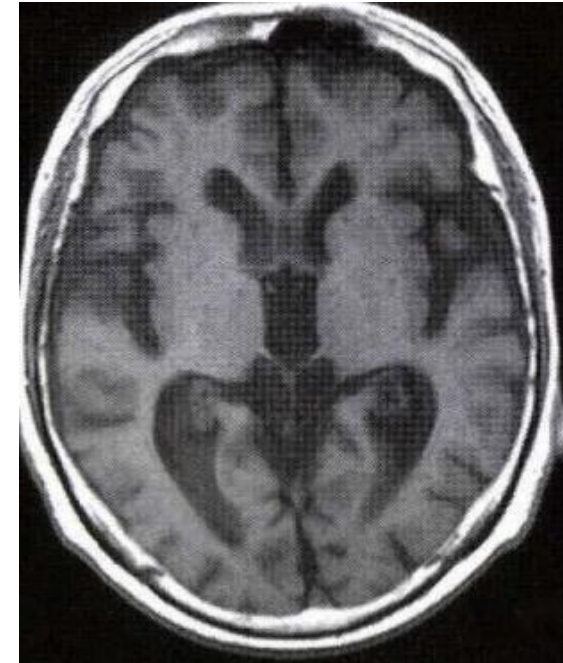
HbA1c 10.5%, FPG 180mg/dL,
CPR 0.8 ng/mL, CPI 0.44
eGFR 62.5 mL/min/1.73m²
抗GAD抗体 < 5.0 U/mL
アミラーゼ 960 U/mL

腹部造影CT



脾腫大, 周囲の脂肪織濃度上昇 (CT grade 1)
Child-Pugh分類 Grade A (代償性)

頭部単純MRI



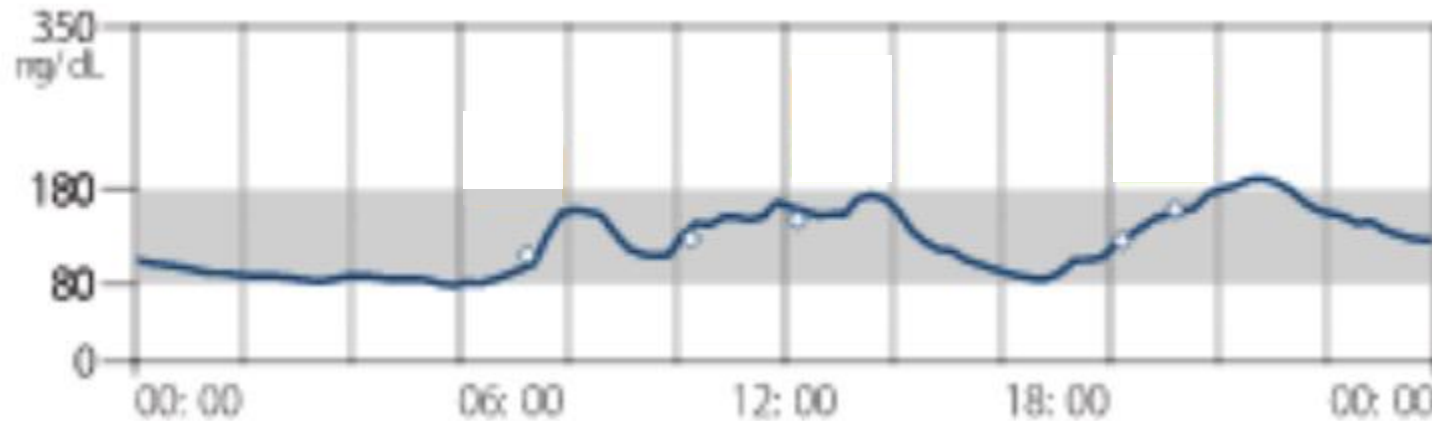
軽度皮質の萎縮あり
HDS-R 27点

入院中の経過

インスリン分泌能の低下と高血糖を認めため、インスリン導入

食事 1800 kcal

リスプロ (8-6-6) + GXR (0-0-6)



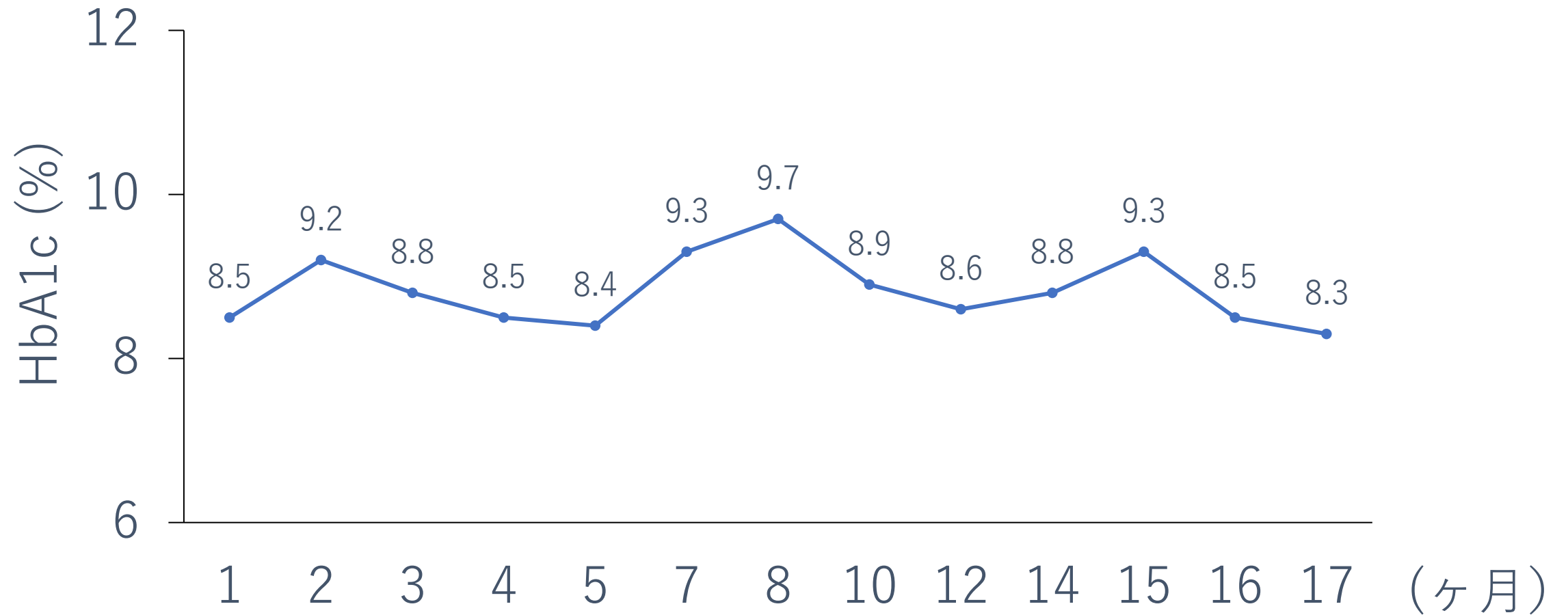
インスリン注射，血糖測定を，視覚的パンフレットを用いて指導

→ 概ね注射手技を習得し，入院28日目で自宅退院へ

退院後の経過

- 退院後，月1回当科外来に通院
 - SMBGは数回チェックしてあるのみ．リブレの使用は希望なし．
 - 自身は生活はできているというものの，飲酒量が多く，昼夜逆転気味の様子．外出することもなく，自宅で過ごす時間が多い．
 - アルコール使用障害の可能性が高く，断酒の必要性を説明するものの，精神科受診は希望されない．
- 本人の意思を確認した後，まずは当科への通院の継続を目標

退院後の経過



血糖は高いものの、定期通院は継続できている。
飲酒は続けているもの、膵炎の悪化による入院なし

外 来 の 経 過

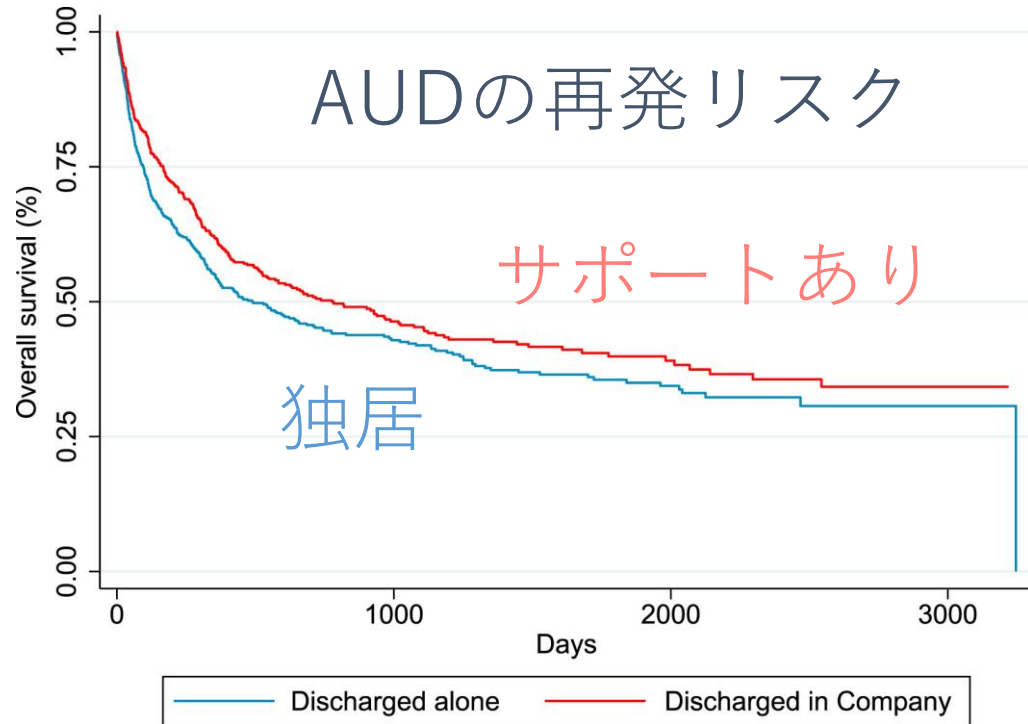
- 1年ほど生活指導，栄養指導を繰り返しているうちに自身の気持ちをお話されるようになった。
- 「生きていてもなんにもいいことがない。お酒を飲んでいるときだけが現実逃避できる」
- 改めてご本人の現状の理解を質問すると，「このままではいけないと思う」，「でもここから抜け出せるきっかけがない」
- 抜け出せないと思う理由を聞くと，「話をできる人がいない」
 - 周囲のサポートがない状況を確認

外 来 の 経 過

- ご本人と生活のサポート方法を相談すると、「孫に会いたい」
- 御本人の同意を得て娘さんに連絡，来院していただき，病状を説明した。
- 幸い，近所に住んでおり，時々孫と一緒に様子を見に行ってくれるようになった。
- 孫と会えることが嬉しい様子で，「やっぱりまだ頑張って仕事を始めたい。お酒はどうやったらやめられる？」と質問される。
- 断酒プログラムを受けるための入院治療が望ましいこととお話し，専門病院へ紹介した。

本症例の振り返り

① 孤立させない



Manca F, Drug Alcohol, 2021

家族のサポートが重要

② 動機づけ

AUDの治療法

アルコール依存症の診断治療の手引き

- 1) 心理社会的治療 (主)
 - ・ 集団精神療法 (断酒会など)
 - ・ 動機づけ面接法
 - ・ 認知行動療法
 - ・ 家族療法
- 2) 薬物療法 (副)
 - ・ アカンプロサート
 - ・ 嫌酒薬

患者の両価性に注目し、内在する自己動機づけを強化していく

本症例の振り返り

ただし、下記のような場合は非自発的な入院治療も選択される

- ①依存レベルが重症
- ②家族が崩壊寸前
- ③身体合併症のため生命が危機的
- ④せん妄を含む精神病状態にあり了解不能
(ものごとの内容や事情を理解して判断することができない状態)

→ 精神科への紹介を急ぐ

ま と め

1. 精神疾患を有していても，基本的な糖尿病の治療支援のアプローチは変わらない

(私見)

- ・ うつ病：無理強いはしない（待つ姿勢），身体症状を和らげる工夫を
- ・ 統合失調症：SDMのアプローチは有効
- ・ アルコール使用障害：孤立させない，動機づけを引き出す

2. ただし，下記のような場合は精神科へのコンサルトを要する

- ・ 抑うつ，意欲の低下が強く生活が困難
- ・ 焦燥感が強い
- ・ 切迫する自傷・他害の恐れ
- ・ 疎通を妨げる妄想・幻覚
- ・ 易怒性が高い

No health without mental health

心の健康なくして健康なし

WHO

ご清聴ありがとうございました



キーワード2
“精神疾患”