

## A

## 糖尿病専門医に依頼する場合

## 1 血糖コントロール不良

- 薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは一旦良好なコントロールが得られていたのに次第にコントロール状態が悪化した場合には、漫然と同じ処方を繰り返すべきではない。再度、食事・運動療法の見直しなどを行った上で、なおかつ改善をみない場合、生活習慣へのさらなる介入強化や、悪性腫瘍などの予期せぬ疾患の併発などの検索を含めて専門医に紹介する。紹介のタイミングは血糖コントロールの目標値が達成できない状態が3カ月以上持続する場合が一般的であるが、地域のクリティカルパスなどを参考にするとよい(26頁: 血糖コントロールの指標 参照)。
- かかりつけ医が新しい薬剤を処方するなど、新たな治療を導入する場合には、糖尿病専門医との連携を活用していくことが望まれる。
- インスリン療法が必須であるインスリン依存状態の治療は、専門医との継続的な病診連携が必要であり、小児の1型糖尿病治療は小児糖尿病専門医により行われることが望ましい(92頁: 小児・思春期における糖尿病 参照)。
- インスリン療法は従来、最終的な薬物療法という印象であったが、最近では身近な薬物療法として外来でインスリン療法を導入する場合がある。その際、不明な点などは専門医のアドバイスを受けることが望ましい。とくに妊娠へのインスリン療法は専門医に相談する必要がある(93頁: 妊娠と糖尿病 参照)。手術や感染症合併の場合は専門医に依頼するか、入院治療とする。

## 2 教育入院

- 自覚症状の少ない患者に治療の重要性を理解してもらうことは容易ではない。食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、かかりつけ医の外来で十分に指導ができない場合には、入院による糖尿病教育が必要になる場合もある。その際、連携のとれた専門医のいる医療機関に依頼することになるが、指導には患者の心理や生活環境も重要な要素になる。病態のみならず、日常診療から得られたこの種の情報を提供することも重要である。

## 3 慢性合併症

- 網膜症、腎症、神経障害などの慢性合併症の発症、進展が認められる場合、糖尿病専門医へ紹介することが望ましい。

1 糖尿病  
疾患の考え方

2 診断

3 治療

4 食事療法

5 運動療法

6 薬物療法

7 低血糖および  
シックライ8 糖尿病合併症  
とその対策9 ごとの糖尿病  
ライフステージ10 専門医に依頼  
すべきポイント

1 糖尿病の考え方

2 診断

3 治療

4 食事療法

5 運動療法

6 薬物療法

7 低血糖およびシンドrome

8 糖尿病とその対応合併症

9 ごとの糖尿病ステージ

10 専門医に依頼すべきポイント

**4 急性合併症**

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合、直ちに初期治療を開始し、同時に専門医のいる医療機関への緊急の移送を図る(77頁：急性合併症 参照)。また、ケトーシスのみでアシドーシス、脱水など急性合併症を有せず、比較的落ち着いた状態で来院した場合は、必要に応じて専門医の助言を受けながら、インスリン治療を行うのが原則である。ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dL以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合には高血糖高浸透圧症候群の可能性があり、速やかに専門医に紹介する(95頁：高齢者の糖尿病 参照)。
- 病態や治療法によっては必ずしも高血糖を呈しない場合もみられるので、注意を要する。

**5 手術**

- 待機手術の場合は、手術を実施する医療機関の術者と糖尿病専門医が、手術に耐えられる代謝状態か否かや、合併症の状態を詳しく掌握する必要がある。かかりつけ医は、入院までの状態を安定させるよう患者の指導をする必要がある。また、日頃の診療状態や患者のデータをできるだけ詳細に提供する必要がある。
- 緊急手術の場合には、術後感染防止、代謝のは正、合併症の進展への対応、心血管系の合併症への注意などは、入院先の術者と糖尿病専門医が行うことになる。かかりつけ医は、病院からの情報提供の依頼について迅速に連携をとる必要がある。

**B 他科専門医に依頼する場合****1 眼科**

- 糖尿病の合併症である網膜症の予防、進行防止、あるいは早期の治療のために眼科との連携が必須である。初診時には、必ず眼科に診察を依頼する。その後定期的に眼科を受診させる。また、進行した網膜症(増殖前網膜症以降)を有する患者は、眼科医とさらに密接な連携を取りながら治療を進める必要がある。眼科的な評価と治療は、連携の取れている眼科医に依頼することが望ましい(80頁：糖尿病網膜症 参照)。

**2 腎臓内科**

- 同じく合併症である腎症についても早期発見、進行の防止が重要である。定期

的に(3~6カ月に1回)尿中アルブミンの測定を行う必要がある。網膜症のない場合や、正常アルブミン尿であっても、GFR $60\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 未満の症例は、他の腎臓病との鑑別のために腎臓専門医へのコンサルトを考慮する。遅くとも尿中アルブミン排泄量が $300\text{mg/g}$ クレアチニンを超えたときには、腎臓の専門医を紹介し、以後定期的な受診をさせ、食事療法や服薬についてのアドバイスを受けることが望ましい。

### 3 神経内科、皮膚科、外科

- 足の末梢神経障害は、糖尿病の比較的早期より生じる。症状が著しく左右非対称であったり、筋萎縮や運動神経障害が強い場合は、神経内科に紹介する必要がある。また、脳卒中の合併が疑われる場合も、神経内科への紹介が望ましい。定期的に足病変の有無を確認し、頑固な白癬や足の潰瘍、壞疽などは、皮膚科や必要に応じて外科に紹介する必要がある。

### 4 循環器科

- 重度の起立性低血圧や不整脈、心不全徵候が認められる場合、および虚血性心疾患の合併が疑われる場合には、循環器専門医に紹介する。

### 5 泌尿器科

- 勃起障害(ED)が内服薬で改善しない場合は、泌尿器科へ紹介する。
- 糖尿病神経障害による膀胱機能低下(残尿、無力性膀胱など)を合併すると尿路感染が多くなるため、泌尿器科専門医と連携することが望ましい。

### 6 整形外科

- 手根管症候群などの絞扼性神経障害が時に認められる。通常、慢性に発症し、進行性で、整形外科的治療が必要である(89頁:手の病変参照)。

### 7 精神科、心療内科

- 糖尿病の診断は患者および患者家族にとって心理的混乱が大きい(36頁:心理的問題の扱い方参照)。とくにインスリン治療への抵抗感は大きく、血糖コントロールの不良、不安定などの状態が続くときには、精神的疾患をもたらしていないか考慮する必要がある。抑うつ気分、意欲の低下、睡眠障害などが認められる場合には、必要に応じて精神科医、心療内科医に相談する。

### 8 歯科

- 歯周病と糖尿病には密接な関係があることがわかってきている。初診時に歯肉

1 糖尿病患者の考え方

2 診断

3 治療

4 食事療法

5 運動療法

6 薬物療法

7 低血糖およびシックティ

8 糖尿病とその対策

9 ごとの糖尿病ライフステージ

10 専門医に依頼すべきポイント

の出血、腫脹が認められる場合は、歯科を受診させることが望ましい。日頃から糖尿病に関して歯科医と連携を保つことが重要である(89頁:歯周病 参照)。

## 9 感染症

- 周知のように糖尿病患者には易感染性がある。日頃より患者の各種感染症に留意する必要がある。感染症に罹患し、抗生素などによる初期の治療に反応せず遷延する場合には、速やかにそれぞれの専門科に紹介する。

C

## 地域連携、病診連携

- 医療法の規程に基づき、各都道府県は5疾病(糖尿病、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、精神疾患)、5事業(救急、災害、べき地、周産期、小児救急を含む小児医療)および在宅医療にかかる医療計画を策定することとされている。そのなかで医療連携が重要視されており、この計画の一環として、それぞれの地域の実情に応じて糖尿病の地域連携パスが導入または計画されている。各地域の連携パスにより、一般の内科医などから糖尿病専門医への紹介、糖尿病専門医から一般の内科医などへの逆紹介を行う場合の基準(検査値、病態、所見など)が示されることとなっている。
- この基準に沿って、一般の内科医などと糖尿病専門医、診療所と病院の連携を継続的に実践していくことが必要であり、このことが糖尿病診療に関する情報の共有、患者に対する合理的な診療システムの円滑化につながる。
- 糖尿病患者数が増加する一方、糖尿病専門医の数は限られている。糖尿病治療では、日常生活における健康管理が重要であり、糖尿病専門医とかかりつけ医が連携して、糖尿病療養指導士、訪問看護師、管理栄養士、薬剤師などの医療スタッフや歯科医師の協力を得ながら、糖尿病患者を診ていくことが望まれる。
- 糖尿病患者は歯周病になりやすく、歯周病が重症化している場合には、患者に自覚症状がなくても糖尿病の疑いを考慮する必要がある。また、血糖コントロールが悪いほど歯周病も悪化すると言われているため、医科歯科相互の受診勧奨を行うなどの連携が必要となる。
- 糖尿病患者に対し、適切な糖尿病治療を受けながら就労を続ける両立支援が求められている。産業医による定期健診後のフォローアップ(受診勧奨、治療継続の確認など)が重要であり、産業医と主治医との情報共有などの連携が必要である。
- 患者を含めた関係者の間で、地域連携や病診連携の必要性についての共通理解が不可欠である。糖尿病診療関係者が各地域の糖尿病対策推進会議の活動に積極的に参加し、地域における糖尿病診療の連携体制を構築することが喫緊の課題

題である。

- 情報提供には、日本糖尿病対策推進会議(40頁参照)が作成した「診療情報提供書」<sup>注)</sup>や地域で作成された情報提供書、日本糖尿病協会(39頁参照)発行の「糖尿病連携手帳」、日本糖尿病眼学会発行の「糖尿病眼手帳」を活用するとよい。

注) 日本医師会のホームページ「日本医師会>糖尿病対策>書式【糖尿病対策】」には、「診療情報提供書」など医療連携に活用できる各種の書式が掲載されている(<http://www.med.or.jp/jma/diabetes/form/000465.html>)。