

医学の窓

信頼される糖尿病診療と DKD重症化予防のための10+5 ～かかりつけ医とCDE-Chibaの役割～

千葉県糖尿病対策推進会議理事 くりばし のぶいち
栗林 伸一

1. はじめに

目下、全国で「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が展開されつつあります。千葉県でも昨年度末にプログラムの概要が発表され、本年度から各市町村の実情に合わせ施行することになりました。当プログラムでは、(1) 検診やレセプト情報を有効活用し、糖尿病かその疑いのある未診断者・未治療者・治療中断者に受診勧奨し、(2) 既に治療中の患者さんも含め、腎症2期以上の人に保健指導を行うこと、(3) それらを円滑に進めるために、かかりつけ医、保険者(所属する保健師や栄養士)、糖尿病専門医、腎臓専門医、他科医師、かかりつけ薬剤師、CDE-Chiba(千葉県糖尿病療養指導士/支援士:糖尿病のことがわかるスタッフで3つの種別がある)による連携体制を構築すること、(4) 連携ツールとして糖尿病連携手帳を積極活用することを推奨しています。

このプログラムでは保険者とかかりつけ医の役割が特に重要視されています。そこで、かかりつけ医およびそこに属する医療スタッフの方々がどのようにこのプログラムに関わったら良いかを考えてみました。「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象は糖尿

病に典型的な糖尿病性腎症にとどまらず、糖尿病性腎臓病(DKD:慢性腎炎や嚢胞腎など明確に他の原因による腎障害を除く糖尿病に伴うCKD)として広くとらえるべきものです。そのため、ここでは「DKD重症化予防」とし、ここまでやれば誰からも文句を言われない糖尿病診療の10か条(①~⑩)とDKD管理のための追加5か条(⑪~⑮)を作成しました。皆様の診療にお役立てください。

2. 的確に糖尿病診療を行うための10か条

- ① 1~3か月毎に尿検査および血糖・HbA1cを測定し、評価する: HbA1cは平均血糖を、随時血糖は血糖変動の評価に役立ちます。尿検査は尿糖だけでなく尿蛋白の状況や血尿の有無、尿路感染症の診断に役立ちます。
- ② 1~3か月毎に体重(体組成)、血圧、血清脂質を評価する: これら糖尿病を良好に管理するために必要です。また、体組成計で測定すると筋肉質か体脂肪が多いかの判断に有用ですが、かならず素足になりますので足病変を見つけるのにも役立ちます。
- ③ 糖尿病連携手帳を配布し、記載する: 糖尿病協会が発行している手帳で、患者-かか

糖尿病診療と DKD重症化予防のための 10+5

- ① 1～3 か月毎に尿検査および血糖・HbA1cを測定し、評価する
 - ② 1～3 か月毎に体重（体組成）、血圧、血清脂質を評価する
 - ③ 糖尿病連携手帳を配布し、記載する
 - ④ 眼科定期受診を勧め、糖尿病眼手帳を活用する
 - ⑤ 定期的に足を観察し、年1回は足チェックを行う
 - ⑥ 最低年に一度は尿中アルブミン（尿蛋白）を測定、評価する
 - ⑦ 1～3 か月毎にeGFR（推定糸球体濾過量）を測定、評価する
 - ⑧ 他の合併症をチェックし、がん検診も積極的に勧める
 - ⑨ 口腔ケアを勧め、必要に応じ医科歯科連携のもと口腔管理を行う
 - ⑩ 個々に応じた血糖、体重、血圧、血清脂質の管理目標を立て、食事・運動等の生活療法と、必要に応じ薬物療法を行う
-
- ⑪ 治療・療養を中断させないようにフォローする
 - ⑫ 塩分制限を行い、必要な場合は蛋白制限をする
 - ⑬ 通常の治療薬の内容・量も腎機能の状況に応じて調節する
 - ⑭ 腎機能に悪影響を与える薬は漫然と使用しない
 - ⑮ 必要に応じ腎臓専門医に紹介するか、意見を求める

りつけ医－他科医療者－保健指導－かかりつけ薬局をつなぐ媒体です。ぜひ使いましょう。

- ④ 眼科定期受診を勧め、糖尿病眼手帳を活用する：眼科からの指示があればその頻度で、なくても半年～1年に一度は眼科受診を促すことが患者を失明から守る上で必須です。
- ⑤ 定期的に足を観察し、年1回は足チェックを行う：訴えがなくても足を観察しましょう。神経障害は「糖尿病性神経障害を考える会」の基準で診断しますが、年に一度、アキレス腱反射をみるだけでも有意義です。
- ⑥ 最低年に一度は尿中アルブミン（尿蛋白）を測定、評価する：尿中アルブミン排泄量のクレアチニン比はDKD重症化予防に必須です。顕性蛋白尿が高度な患者を除き、最低でも年1回は測定しましょう。
- ⑦ 1～3 か月毎にeGFR（推定糸球体濾過量）を測定、評価する：血清クレアチニン（Cr）

からeGFRを求めて腎機能を評価することはDKD重症化予防に必須です。

- ⑧ 他の合併症をチェックし、がん検診も積極的に勧める：糖尿病患者の最大死因はがんです。がん検診やドックを勧め、他の合併症も見逃さない様にしましょう。
- ⑨ 口腔ケアを勧め、必要に応じ医科歯科連携のもと口腔管理を行う：歯周病は糖尿病に合併しやすく、歯周病があると血糖管理が難しくなります。また、咀嚼機能の低下は食事療法に悪影響を与えます。口腔ケアおよび歯科受診を勧めましょう。
- ⑩ 個々に応じた血糖、体重、血圧、血清脂質の管理目標を立て、食事・運動等の生活療法と必要に応じ薬物療法を行う：年齢、病状などから個々に応じた管理目標を立て、食事・運動などの生活上の問題点を改善し、必要に応じて薬物療法を行いましょう。

3. DKD管理のための追加5か条

- ⑪治療・療養を中断させないようにフォローする：治療中断は透析への最大の危険因子です。中断は絶対避けるよう注意を促しましょう。
- ⑫塩分制限を行い、必要な場合は蛋白制限をする：塩分制限はほとんど総ての糖尿病患者さんに有効です。蛋白制限をする場合は腎臓専門医と相談して行うとよいでしょう。
- ⑬通常の治療薬の内容・量も腎機能の状況に応じて調節する：糖尿病を中心とした疾患管理に必要な治療薬も腎機能に応じて変更したり、容量調節をしていきましょう。
- ⑭腎機能に悪影響を与える薬は漫然と使用しない：⑬で使う以外の薬剤（例えば鎮痛剤など）で腎機能に悪影響を与える可能性のあるものはできるだけ中止し、不要な多剤服用は避けましょう。
- ⑮必要に応じ腎臓専門医に紹介するか、意見を求める：腎臓専門医や時に糖尿病専門医

への紹介事情は地域毎に違うと思います。でも、わからないことはぜひ専門医に意見を求めましょう。

4. CDE-Chibaを育てよう

これらの項目を医師だけでこなすことは通常困難です。でも、院内のCDE-Chibaに手伝ってもらえば決して難しくはありません。例えば①～⑨と⑪⑫⑮の準備・記載・伝達・案内などは総ての種別のCDE-Chibaが、⑤も含め職種に応じて実施してくれます。⑬⑭も薬剤師の疑義紹介などを通じて手助けしてもらえます。総ては医師の指揮の元にありますが、本来医師でなければできないことは⑩のみとなります。ですから、貴施設および周囲にCDE-Chibaが少しでも多くいる環境を作りましょう！

CDE-Chibaにつきましては、千葉県糖尿病対策推進会議のホームページをご覧ください。また、不明な点は事務局にご連絡ください。

千葉県医師会健康宣言

みんなで高めるいのちの価値

千葉県医師会は、こんな活動を推進しています。

地域連携

地域に開かれた医師会として、患者さんの団体やボランティア団体、行政との連携をさらに深めます。

情報交換

患者さんと医師との一体感を強める情報開示につとめ、IT時代にふさわしい医師会をめざします。

新世紀の医療へ

高齢化社会に対応した新しい健康価値観の創出、環境や生態系との関わりを考慮した医療の追求をします。