

No.81

糖尿病学会から 2つの「紹介規準」

福井県内科医会 幹事 若 杉 隆 伸

糖尿病学会から2つの「紹介規準」が発表されました。

(<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=92>)

以下に引用紹介します。

A】かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)

1. 血糖コントロール改善・治療調整

- 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、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい）。
- 新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症（網膜症、腎症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

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、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。
- 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（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

- 待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。
- 緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

紹介規準は以上です。

第1項に関連して。血糖コントロール目標として、『血糖正常化を目指す際の目標 HbA1c 6%未満、合併症予防のための目標 7%未満、治療強化が困難な際の目標 8%未満』や、『高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=66>)』が学会より報告されていますが、紹介規準値としての血糖コントロール目標値は述べられていません。かかりつけ医として、「目標が達成できていない」という判断が求められている印象です。

第3項に関連して。腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合の“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”は後記します。

B】かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
●糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン /cr 比 (mg/gcr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30-299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白 /cr 比 (mg/gcr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR 区分 (mL/分 / 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90		※1	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89		※1	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	※2	紹介	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

※1：血尿 + なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続

※2：40未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続

○上記以外に、3ヵ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

○腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対す

る治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)

3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

●原疾患に糖尿病がある場合

1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。

2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。

①糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3ヵ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合

②糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合

③上記糖尿病合併症を発症している場合

なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

紹介規準は以上です。なお、○・●は著者による追加。

C】専門医に紹介を検討する合併症

ア) 眼合併症

網膜症は視機能の障害を伴わずに進行します。糖尿病が発見された時には既にかかなりの進行した状態のことがありますので、診断当初に眼科専門医へ紹介することが勧められています。一度受診して異常を発見されなければ、安心して経過観察の受診をしていただけない患者さんをしばしば経験します。少なくとも年に1回の受診を勧めるよう努めていました。

糖尿病患者さんで視機能障害をきたす疾患として、上記の網膜症の他に緑内障や黄斑症も知られています。

イ) 歯周病

日本人中高年の80%が罹患しているとされ、抜歯の主な原因として知られており、定期的なメンテナンスが勧められています。血糖コントロールの不良は歯周病進展のリスクとなり、糖尿病治療により歯周病が改善することがあること、歯周炎は重症なほど血糖コントロールが困難となり、歯周病の治療で血糖コントロールが改善すること、が知られています。