

## 10

特集 糖尿病治療 次の一手を考える

次の一手としての  
病診連携

赤司朋之

社会医療法人 シマダ嶋田病院 糖尿病内科

糖尿病治療は、近年目覚ましい進歩を遂げており、多くの次の一手が可能となった。しかし、生活環境や高齢化などに伴って、対応が困難な症例に出会う機会も増えてきた。また、合併症や併存症も多岐にわたるため、糖尿病診療は一医療機関だけで完結できることは難しくなっている。それに伴い情報共有の重要性も高まってきた。

本章では、診療所での糖尿病診療の次の一手として、「病診連携」での診療を提案したい。また、糖尿病連携コーディネーターを活用することで、地域全体の連携が円滑となり、糖尿病診療の底上げにつながる可能性についても解説する。

## はじめに

厚生労働省の『令和元年国民健康・栄養調査』によると、糖尿病を強く疑われる者は約 1196 万人、糖尿病の可能性が否定できない者も約 1055 万人と推定されている<sup>1)</sup>。それに対し、全国の糖尿病専門医数は 2019 年 9 月時点では 5967 人と非常に少なく<sup>2)</sup>、専門医のみで糖尿病患者の診療を行うのは困難な状態である。糖尿病診療においては、糖尿病専門医ではないかかりつけ医と協力して、合併症・併存症の進展抑制を地域全体で推進していくことが求められている。

本章では、病院と診療所が円滑な連携をとるためには、どのような考えを持って、どのような方法をとることが望ましいかを考察し、次の一手としての病診連携を提案したい。

## 急速な糖尿病治療薬の進歩

1921 年にインスリンが発見され、その翌年に 1 型糖尿病患者が初めてインスリン治療を受けることになった。1950 年代になり、経口血糖降下薬として、ビグアナイド薬、スルホニルウレア薬 (SU 薬) が相次いで発売された。しかし、1970 年代にフェンホルミンで重篤な乳酸アシドーシスを発症したケースが相次いで報告されたことから、ビグアナイド薬はほとんど使用されなくなった。それから約 20 年間、糖尿病治療は、食事療法、運動療法、SU 薬、インスリン治療が中心であり、治療の選択肢は非常に限られていた。しかし、1993 年に  $\alpha$  グルコシダーゼ阻害薬のアカルボースが発売されてからは、様相が大きく変化した。チアゾリジン系薬剤 (1997 年)、グリニド薬 (1999 年) が相次いで発売され、1995

年頃からはビグアナイド薬も再び見直され、使用されるようになった。さらに DPP-4 阻害薬 (2009 年)、GLP-1 受容体作動薬 (2010 年)、SGLT2 阻害薬 (2014 年) も登場し、2021 年にはミトコンドリア機能改善薬としてイメグリミンも発売された。治療薬としての選択肢だけでも 10 系統の薬剤となるだけでなく、さまざまな作用時間のインスリン製剤、週 1 回の注射や経口薬の登場、さらには腎症や心不全などの合併疾患に有効な薬剤の登場など、治療薬の選択肢は多岐にわたるようになった。また、食事療法や運動療法の考え方も超高齢社会のなかで大きな変化をみせている。このように、日常診療のなかで一般的に遭遇する糖尿病の治療法は、わずか 30 年という短い期間で急速に変化を遂げた。

一方、多くの診療所の医師は一人で診療にあたっている。薬剤の選択に苦慮することも多々あると推察される。また、管理栄養士や臨床検査技師などを配置できている診療所は少なく、食事療法や運動療法に関する指導や、合併症・併存症の検査が診療所内だけでは完結できない場合も多いと考えられる。このような問題点を解決するためには、「専門医との連携」も選択肢となる。

## 連携パスの活用のメリット

診療所から紹介となった患者を分類すると、以下のように分けられる。①特定健診や会社の健診で、HbA1c 高値を指摘された場合。②診療所での治療中に、急激に血糖が悪化した場合。③インスリン導入や、治療薬の変更・追加が必要な場合。④合併症・併存症の管理が必要な場合 (とくに腎症)。⑤栄養指導やフットケアが必要とされる場合。⑥高齢に伴い治療継続が困難となった場合。いずれの場合も、一定期間治療を行ったのちは、診療所での継続治療を依頼することが多い。

診療所だけでは対応困難と考えられる症例は、病院で

もさまざまな工夫が必要となることが多い。紹介受診後は、一度だけの受診で終了することはまれであり、多くの場合はしばらく専門機関に受診を続けてもらうことになる。病態・生活パターンに合った治療薬の変更や、食事・運動の工夫、動機づけとなるような生活指導を行ったうえで、血糖コントロールが改善したら、再び診療所へ通院してもらうことになる。

診療所に戻っても、良好な状態を維持するためには、合併症や併存症に対する定期的な検査や治療の見直しが必要である。さらには、自己管理に対するモチベーションを維持することは非常に難しいため、定期的な生活指導や栄養指導も必要となってくる。

その対策として、維持期となった患者に対しては、診療所との「連携パス」を発生させて管理を継続している病院が増えてきた。通常の診療はかかりつけ医で行い、半年から 1 年ごとに病院を受診して、投薬内容の見直しや専門的な指導・検査は病院で行うというシステムである。このシステムの構築は、増え続ける病院の糖尿病専門外来患者数を抑制する意味でも、非常に重要な位置づけとなる。

二人主治医制度と呼ばれているこのシステムは、専門医の在籍する病院が抱える長い外来待ち時間の回数を減らしながら、専門性のある治療を維持できるという大きなメリットがある。さらにかかりつけ診療所では、患者がいつでも受診できるというアクセス面でのメリットも持ち合わせている。

## 連携パスが抱える問題点

一方、メリットが多いと思われるこのシステムにも、解決しにくい問題点がいくつか存在する。前述のように、糖尿病薬は近年次々と新薬が発売され、さらにはインスリンと経口薬との併用療法などの新しい治療が行わ