

東都医発第 1709 号
平成 29 年 9 月 20 日

道府県医師会長 殿

公益社団法人
東京都医師会
会長 尾崎 治



東京都医師会生活習慣病対策委員会作成
「糖尿病診療ミニマム」及び「糖尿病経口薬の使用パス」の配布について

平素は本会業務につきまして、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

平成 29 年 4 月に東京都医師会生活習慣病委員会にて作成いたしました「糖尿病診療ミニマム」及び「糖尿病経口薬の使用パス」につきまして、このたび本会にて、下敷きを作成いたしました。

「糖尿病診療ミニマム」は、糖尿病を専門としない実地医家が、糖尿病診療時に、診療の流れをひと目で確認できるように、また、「糖尿病経口薬の使用パス」は、安全に糖尿病薬物療法が開始でき、適切な時期に専門医に紹介できるように作成したものです。

「糖尿病診療ミニマム」内の再診時のHbA1c（血糖コントロール）につきまして、本会作成資料内では、

7.0%未満目標

但し、高齢者の SU 薬・インスリンの使用においては 8.5%未満を目標

としております。本資料は、『糖尿病を専門としない実地医家』向けに作成した資料であり、治療目標は、高齢者の低血糖の危険性を考慮して糖尿病治療ガイド 2016-2017のP.98の目標値（別紙参照）の最低ラインである8.5未満と設定とさせていただきます。

つきましては、本資料をご参考までに一部送付させていただきますのでご査収の程よろしくお願いいたします。

なお、本 Data につきましては、本会のホームページにも PDF にて掲載されておりますことを申し添え致します。

【東京都医師会ホームページ掲載 URL】

https://www.tokyo.med.or.jp/diabetes_countermeasures

(公社) 東京都医師会 事業部 疾病対策課
TEL : 03-3294-8821 (代表) / 03-3294-8837 (課直通)
FAX : 03-3292-7097
E-Mail : shippei@tokyo.med.or.jp



高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}		カテゴリーI	カテゴリーII	カテゴリーIII
		①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下, 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)
			8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1) 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ (<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>) を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーIIIに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3) 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】 糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

糖尿病診療ミニマム

本資料は、糖尿病を専門としない実地医家が、糖尿病診療時に、診察の流れをひと目で確認できるように作成したものです。詳細は「糖尿病治療のエッセンス」「糖尿病治療ガイド」等をご参照ください。

初診時

- 『糖尿病連携手帳』（日本糖尿病協会）に必要事項を記載し渡す
- 既往歴・家族歴・20歳時の体重及び過去最大体重を確認
- 眼科紹介（糖尿病網膜症チェック）、歯科受診勧奨（歯周病チェック）
- アキレス腱反射（糖尿病神経障害チェック）
- 尿定性検査（糖、タンパク、潜血、ケトン体）
- 食事の指示カロリー：（エネルギー摂取量）＝標準体重×身体活動量を算出〔標準体重（kg）＝身長（m）²×22〕
標準体重1kgあたりの身体活動量（必要カロリー）の目安 25～30：ただし肥満を伴う場合25、肉体労働者等では35を推奨
- 体重測定・肥満度チェック：BMI〔体重（kg）/身長（m）²〕 25以上なら肥満、18.5未満ならやせ

再診時

毎月

- | | |
|-----------|--|
| 1 体重測定 | BMI 25以下目標（目標22、痩せ過ぎに注意） |
| 2 HbA1c | 7.0%未満目標
但し、高齢者のSU薬・インスリンの使用者においては 8.5%未満 を目標 |
| 3 血糖値 | 食後2時間値160mg/dℓ未満目標
空腹時130mg/dℓ未満目標
直前の食事開始時刻から〇〇分後の採血か確認 |
| 4 血圧測定 | 140/90mmHg未満目標
ARB、ACE阻害薬が第一選択 |
| 5 尿定性検査 | ・糖 ・タンパク（腎症チェック） ・潜血 ・ケトン体 |
| 6 通院継続を促す | 前回以降の努力を褒める |
| 7 禁煙指導 | 喫煙者には禁煙治療を勧奨 |

初診から3か月後までに（その後は年1回）

- ◆ 尿中アルブミン検査 糖尿病早期腎症（微量アルブミン尿：30～299mg/gCr）の早期発見のため

3ヶ月毎行うことを推奨

- ◆ 血液検査 ・Cr ・BUN ・尿酸 ・中性脂肪 ・LDL-C ・HDL-C ・AST ・ALT ・γ-GT

年1回行うことを推奨

- 眼底検査 受診を勧奨（誕生日を眼科受診日にするなど、忘れないよう定期的に）
- 足のチェック 足（爪）白癬チェック、足背動脈触知
- 尿中アルブミン検査 糖尿病早期腎症（微量アルブミン尿：30～299mg/gCr）の早期発見のため
- 歯周病チェック
- 健診・がん検診受診

患者さんにお伝えすること

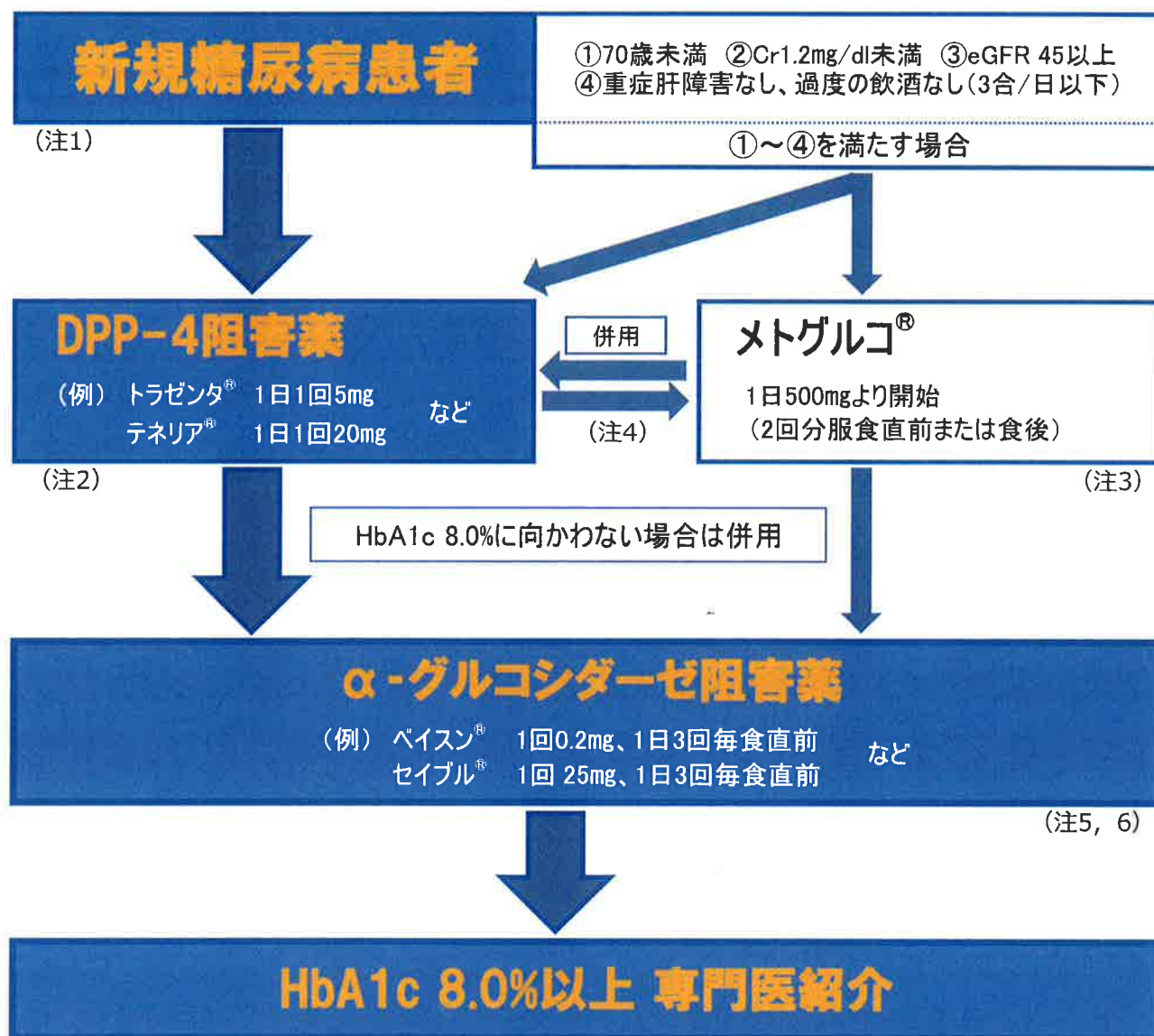
- 症状がなくても月1回受診、毎回採血
- 朝、昼、夕食を規則正しく、間食は控えめ、夜食はしない
 - ・食べる順番は先ず野菜から（イモ類は野菜というより「ご飯」の仲間）、炭水化物は最後に
 - ・「ゆっくり、よく噛み、腹八分目」
 - ・食物繊維（葉野菜、海藻、こんにゃく、キノコ）はたっぷり食べる
 - ・おかずとご飯類をバランス良く（糖質制限は要相談）
 - ・塩分摂り過ぎ要注意（1日の食塩：男性8g，女性7gまで、参考：ラーメン1食の食塩は約5g）
 - ・くだもの食べ過ぎ要注意
 - ・アルコール飲み過ぎ要注意、原則は禁酒、飲むなら1日25gまで（薬物療法中は要相談）

目安：ビールなら大瓶1本、日本酒なら1合、ワインならグラス2杯、ウイスキーならWで1杯、焼酎なら水割り1杯まで
- とにかく歩く（プラス10分多く、プラス10cm歩幅を広く）

※ 高齢者はフレイルに注意

糖尿病経口薬の使用パス

本資料は、安全に糖尿病薬物療法が開始でき、適切な時期に専門医に紹介できるように作成したものです。詳細は「糖尿病治療のエッセンス」「糖尿病治療ガイド」等をご参照ください。



注1：食事・運動療法も薬物療法と同時に開始する。

HbA1c>8.5%、ケトン体陽性の患者はインスリン療法の導入が必要であり、早期に専門医へ紹介。

注2：DPP-4阻害薬は、トラゼンタ®、テネリア®など腎機能による用量調節の必要がない薬剤を推奨。

注3：メトグルコ®は、1日500mg（2回分服）より開始し、必要に応じて1か月ごとに1日1,000mg（2回分服）、1日1,500mg（3回分服）と増量。

注4：①～④を満たす場合は、DPP-4阻害薬にメトグルコ®を併用することも可。

注5：α-グルコシダーゼ阻害薬は、毎食直前、腹部膨満感の副作用の少ない、バイスン®、セイブル®から開始。

注6：BMI≥25ならば、SGLT2阻害薬：スーグラ®（1日1回25mg、朝食前または朝食後）などを使用することも可。