

序

本学の前期研修医（前期レジデント）が当科を選択すると基本的に1～2カ月の研修期間が割り当てられます。入院患者の治療が大部分となるので経口薬はさておき、インスリン治療を行うことには皆、かなり熟練してくれます。ところがそんな前期研修医が立派にインスリンの用量調節ができるようになり、巣立ったあと、翌月、例えば膠原病内科に行くのでしょうか。ステロイドの使用機会の多い膠原病内科では血糖管理が悪くなるステロイド糖尿病の多発地帯です。当科で研修した実力を真に発揮できるまたとない機会のはずなのですが…、「兼科をお願いします」とあの一緒に研修したはずのレジデントが院内の依頼状を書いて当科によこしてくるのです。これは膠原病内科にはインスリンの使用法を指導できる医師がいないためと思われます。あれだけ研修したのは何のためだったの？と力が抜ける思いがすることしばしばです。こうしたことは今の臨床研修制度の大きな問題の1つでしょう。糖尿病は特にどの科で研修しても遭遇する疾患ですからそのようなケースが特に多いと思われます。

そこで本特集はインスリンや経口血糖降下薬の基本はもちろんのこと、病棟、外来で遭遇するさまざまな状況で如何に対応すればよいのかを「臨床に強い！」専門家の先生方に執筆いただきました。兼科の依頼を書く前に、是非ともこのレジデントノート増刊を開いて自分で血糖コントロールすることに挑戦してみてください。きっと指導医の「次に」役立つでしょう。さらに、このレジデントノート増刊があれば糖尿病内科を研修したレジデントも、これから回るレジデントも、さらにはその予定のないレジデントも自分の力で糖尿病コントロールの良くない患者さんに対応できると思います。血糖コントロールが良くない患者さんを積極的に診ようという気持ちになりますよ！

2017年9月

東邦大学医学部内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野
弘世貴久