

高齢者における糖尿病管理

秋田大学老年科教授

山田 祐一郎

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 高齢者における糖尿病管理ということで、山田先生におうかがいいたします。

高齢人口も増えていますが、糖尿病患者さんは増えていますか。

山田 糖尿病患者は、日本全体で今、予備群も含めて約2,210万人いらっしゃると報告されています。特に高齢者においてその比率が高いということがわかっています。例えば、男性では60歳以上70歳未満で39.4%、70歳以上で41.0%、女性でも、60歳以上70歳未満で32.3%、70歳以上では34.9%と糖尿病またはその予備群の割合が加齢とともに増加しています。

また、高齢者の人口がどんどん増えています。65歳以上の高齢者は、男性で1,258万人、女性で1,685万人です。したがって、高齢者の糖尿病がどんどん増えているというのが現状であります。

齊藤 たいへんな数ですが、高齢者の診断基準は若い患者さんと特に違わないのでしょうか。

山田 血糖値とHbA_{1c}などを指標に糖尿病を診断しますが、それらの基準は高齢者でも変わりありません。

齊藤 高齢者ではHbA_{1c}と空腹時血糖が乖離するような方がいるのでしょうか。

山田 高齢者は、空腹時の血糖値が正常でも、食後の血糖値が高い方がいらっしゃいます。空腹時血糖値は正常、HbA_{1c}値は正常か軽度上昇でも、ブドウ糖負荷試験をすると負荷後2時間の血糖値が基準の200mg/dlを超えることがしばしばです。したがって、空腹時血糖値が正常でも糖尿病が疑われる方にはブドウ糖負荷試験をしてしっかりと糖尿病かどうかを診断することが重要になってきます。

齊藤 診断の注意点は、高齢者になると、血圧も脂質も異常、その他いろいろあるということで、総合的に評価するということでしょうか。

山田 糖尿病は、特に高齢者では、血圧も高い、脂質異常もあるということで、糖尿病合併症の細小血管障害だ

けではなく動脈硬化も進んでいる可能性があります。また、認知機能が低下されている方も多く、単に血糖値をコントロールするだけではなく、もっと全身的にみて総合的に治療を進めていく必要があります。

齊藤 認知機能と血糖の関係も重要ということなのでしょうか。

山田 はい。高血糖も認知症によくありませんが、低血糖も高齢者では認知機能を低下させます。したがって低血糖が起こらないようにすることが重要です。ただし、高齢者は低血糖になっても動悸や冷汗などの典型的な低血糖症状を自覚されない方がいらっしやいます。特に、夜間に低血糖が起こっても、全く気づかずに、認知機能だけが低下するという方がいらっしやるので、低血糖を起こさないような治療法を選択することが重要です。

齊藤 血糖の変動が大きいということですね。

山田 はい。高齢者では高血糖でも低血糖でもよくないのですが、実際には血糖の変動の大きい方が多いのです。

齊藤 そういったことを踏まえて、治療ということですが、薬を使わない治療はどうでしょうか。

山田 まず食事療法と運動療法というのは、これは糖尿病の患者さんにとっては、治療の第一歩です。

食事療法に関しましては、基本的な考え方は一緒です。ただし、高齢者で

は基礎代謝が低下しますので、摂取エネルギー量は若干少なめにしております。

もう一つ重要なのは、食事というのは習慣ですので、なかなか変えられないということがあります。どういうものを食べているかということを知って、問題点があれば、それを少しずつ修正していくようにしています。例えば、果物を食べすぎているか、おやつをたくさん食べる、そういうことがあったら、まずはそれを修正する。カロリーの計算よりは、そういう問題点を修正するということが重要だと思っています。

齊藤 果物は健康にいいという話もあって、食べすぎてしまう方もいらっしやるのでしょうか。

山田 果物には各種のビタミンやミネラルが含まれていますので、ある程度取っていただいてもいいと思います。しかし、果物は体にいいと思って、食べすぎる方がいらっしやいます。しかし、果物には糖分がたくさん含まれていますから、糖尿病の方にとっては血糖コントロールが悪化します。その点をわかっていただくようにお話をします。

齊藤 運動はいかがでしょうか。

山田 運動に関しましては、非常に重要です。ただし、注意しなければいけない点もあります。一つは、高齢者の糖尿病では心筋梗塞や脳梗塞などを

ちゃんとメディカルチェックをして、運動療法をしてもいいかどうかを評価してから始めるということが重要です。

もう一つは、高齢者は転倒しやすいので、その点も十分配慮して運動を指導していかないといけないだろうと思っています。転倒し骨折すると、どうしても認知機能が低下するなど、QOLや生命予後が悪化することがわかっています。

齊藤 運動の種類としては、歩くことがお勧めですか。

山田 歩くのが一番やりやすいし、私たちは勧めています。

齊藤 だいたいどのぐらいするといとおっしゃっていますか。

山田 運動も習慣ですから、食事療法と同様にまずは、普段どのぐらい歩いているかを確認します。歩数計などの方法で確認して、目標はそれにまずは1,000歩増やすということを勧めています。例えば、普段5,000歩しか歩いていない方に、急に1万歩歩くことを指導するのではなくて、まずは6,000歩歩きましょうと指導します。

齊藤 体重のコントロールはどうでしょうか。

山田 体重に関しまして、原則としてBMIが22をめざします。ただし、高齢者では、BMIが22より少し高いほうが、かえって生命予後がよいのではないかということがいわれています。これは、やせている方では食事が偏って

いるなどのため必要な栄養素が摂取できていないのではと思われるからです。もちろん肥満になると血管合併症が起こりやすいので、バランスよく食べていただくようにしています。

齊藤 薬を使わない治療で、どの程度コントロールされるとよしとするのでしょうか。

山田 高齢者糖尿病では、目標は若い方よりは若干ゆるく、空腹時血糖でしたら140mg/dl未満、HbA_{1c} (JDS値)でしたら7.0%未満にしております。これが達成できれば、このままの食事療法、運動療法を続けていただきます。

齊藤 達成できない人もかなりいらっしゃるということで、薬になるわけですが、これはどういう考え方がいのでしょうか。

山田 薬に関しまして、先ほど高齢者は、食後の血糖値が高いということを申しましたが、それだけに、食後の血糖値をしっかりと下げる治療が求められております。

食後高血糖値の方に関しては、従来 α グルコシダーゼ阻害薬やグリニド薬が使われてきました。2009年よりインクレチン製剤のDPP-4阻害薬が使われるようになりました。これまでの2製剤との違いの一つとして、DPP-4阻害薬は1日1～2回の内服でよいことは、高齢者でも間違いなく内服しやすいといえます。

齊藤 α GIあるいはグリニド薬とい

うのは、3回飲むことと、食前ですか。

山田 毎回の食事の直前に飲まない
と効果がありません。

齊藤 そうなると、なかなか飲めない、飲み切れない、アドヒアランスが悪いということもありますね。

山田 1日3回内服するように処方しても、結局1日2回とか1回になってしまい、十分な血糖のコントロールが得られないということも珍しくありません。

齊藤 血圧とか脂質の薬は1回のことが多いですから、余ってしまうということになるわけですね。

山田 はい。

齊藤 インクレチン製剤といいますか、DPP-4阻害薬が主流になりつつあるということなのでしょうか。

山田 そう思っています。単独では低血糖や体重増加が起りにくいこともDPP-4阻害薬の特徴です。

齊藤 インスリンはどうでしょうか。

山田 食後の血糖コントロールのためには1日3～4回のインスリン療法が勧められます。ただし、注意しないといけない点は、どうしても低血糖が

起こりやすいということと、自分では正確に注射できないかもしれないことです。場合によっては、家族のヘルプが必要です。そのようなため、コントロールをゆるくしてしまう傾向にあります。

齊藤 強い血糖コントロールと軽めのコントロール、これの比較も行われていますが、いかがでしょうか。

山田 高齢者にとって、低血糖が頻回に起こることは絶対に避けるべきです。より厳密な血糖コントロールが望ましいわけでありますけれども、それが低血糖を招くようなことがあれば、最終的には生命予後がよくないということもあります。こういう理由で若い方よりは少しゆるめの血糖コントロールをめざすことが多いと思います。

齊藤 高齢者の場合には特に低血糖に気を配りながらということで、先ほどのHbA_{1c}で7%未満、空腹時血糖で140mg/dL未満をめざしてということになるのでしょうか。

山田 そうなると思います。

齊藤 どうもありがとうございました。