

高齢者の糖尿病コントロール目標

順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌内科学特任教授

小 沼 富 男

(聞き手 池脇克則)

高齢者における糖尿病コントロール目標について、最近の知見をご教示ください。

<大阪府開業医>

池脇 小沼先生、世界的に糖尿病が増えている。これは日本も例外なくそうだと思うのですが、当然そうなってきますと、高齢者の糖尿病も増えているという理解でよいのでしょうか。

小沼 厚生労働省の国民健康栄養調査で、2012年の報告によれば、60歳以上の方の割合が全糖尿病患者の86%、そして70歳以上でも49%と、非常に高率になっている特徴があります。

池脇 70歳以上の方が2人に1人という、これはほとんど高齢者の疾患といってもいいぐらいですね。

小沼 そうですね。

池脇 比較的若い方の糖尿病と、そういった高齢者の糖尿病、糖尿病の病態も違うのでしょうか。

小沼 高齢者糖尿病の病態には3つの特徴があります。身体的、精神・心

理的、そして社会的特徴です。

身体的には、まず年齢、余命が問題になります。それに罹病期間、血管合併症の重症度、ADL、日常生活動作、そして嚥下障害の有無も問題になります。さらに薬物療法を行っている場合の治療法の違い、認知機能低下の有無なども重要です。

心理的な特徴としては、うつ状態とかストレス状態があります。

それから、社会的特徴として、家族、隣人とのかかわり、そして経済状態などが重要になります。すなわち、病態の多くで個人差が非常に大きいということになります。

池脇 そういう意味では、若い方の糖尿病にもそれぞれ今おっしゃった背景があるにしても、高齢者は複雑で、特に生命予後との関係で治療していく

となると、個々の状況に合わせて治療する必要が高いですね。

小沼 患者さんの状態に応じて個別的な治療目標が設定されなければならぬと考えます。

池脇 一般的に厳格なコントロールを目指すわけですが、最近の介入試験では必ずしもいい結果が得られていません。日本では2013年に新しいガイドラインが出ましたが、血糖管理目標について高齢者の場合、どのように考えたらいいのでしょうか。

小沼 1996年に厚生省（現厚生労働省）長寿科学総合研究班から出された成績があります。それが今でも、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標として使われ、空腹時血糖が140mg/dL、そしてHbA1cが7.4%を目指すことになっています。

ただし、今回のガイドラインでは、さらに高齢糖尿病患者を2群に分け、糖尿病だけで、ほかに合併症を持たない低リスク群、そして認知症などを合併した虚弱な高リスク群としました。そしてそれぞれの血糖コントロール目標は、HbA1cとして低リスク群7.4%、高リスク群8.4%にすることも述べられています。

ただし、低血糖が転倒・骨折や認知症の原因になるということで、HbA1cに下限値も設け、低リスク群6.4%、高リスク群7.9%以下に下げないようにもいられています。

池脇 日本独自のデータから、低リスクの方は7.4%、高リスクの方の場合はもう少し緩めの8.4%というのは、わかりやすいですし、下限値も設定したということですね。下げ過ぎたときの低血糖のリスクは、転倒ですとか認知症、これは特に高齢者では危険なのではないでしょうか。

小沼 特に低血糖による転倒・骨折が最近注目されていると思います。転倒・骨折して動けなくなることが、認知症を発症またはさらに進行させてしまうことにつながります。

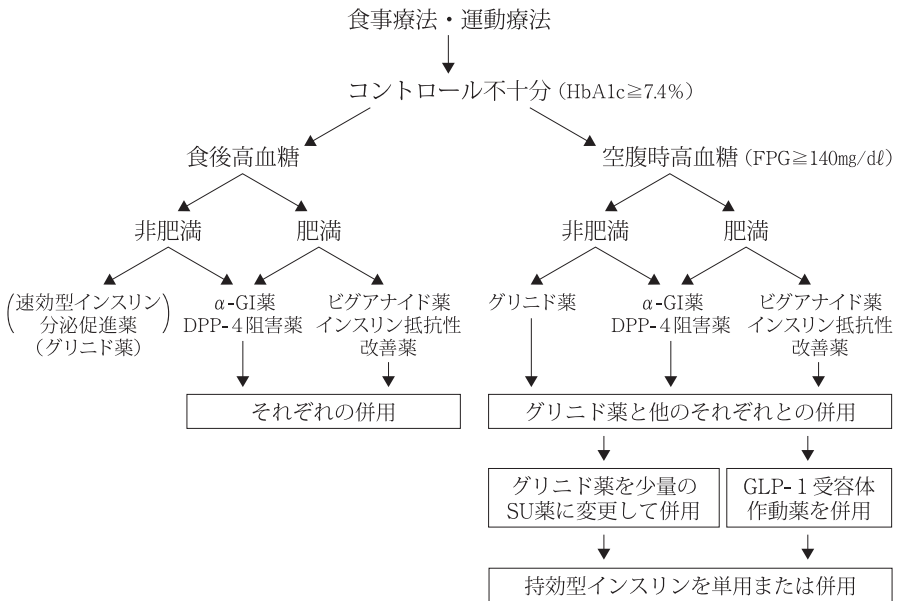
ただし、ここで注意しなければならないのは、その低血糖を心配するあまり、より良い血糖管理を追求するのに歯止めがかかってしまうことです。いわゆる低血糖が問題になるのは、インスリン療法をしているとか、スルホニル尿素（SU）薬、速効型インスリン分泌促進（グリニド）薬などを使っているような場合であり、その際にHbA1cの下限値が必要になると考えています。

池脇 高齢者の場合には、目標値をやや高めに持っていきとはいっても、それは決していかげんに治療しろというのではなくて、慎重に治療しなさいというメッセージとしてうかがいました。

先生は高齢糖尿病患者をどう評価されて、どう治療されているのでしょうか。

小沼 高齢糖尿病患者の病態からみた薬物療法（私案）を図に示します

図 高齢糖尿病患者の病態からみた薬物療法



(図)。食事・運動療法でコントロールが不十分な場合、すなわちHbA1c 7.4%以上の場合には、食後高血糖か空腹時高血糖のどちらに問題があるかを見極め、さらに肥満の有無をみて薬剤を選択します。

食後高血糖が問題である場合は、肥満者であればピグアナイド薬やインスリン抵抗性改善薬、非肥満者であればグリニド薬を検討します。ただしグリニド薬は低血糖に注意する必要があります。α-グルコシダーゼ阻害(α-GI)薬とDPP-4阻害薬は肥満の有無に関係なく使用でき、単剤使用に加え、両

者併用あるいはそれぞれ他剤との併用も有用です。

一方、病態が進行し、食後高血糖に加えて、空腹時血糖値140mg/dl以上の場合には、全体の血糖値を下げる必要があります。非肥満者ではSU薬が候補になりますが、高齢患者では夜間低血糖やそのためのうつ状態をきたすおそれがあるため、グリニド薬、次いでそれと、DPP-4阻害薬、α-GI薬を含む多剤との併用を試みます。肥満例であればGLP-1受容体作動薬の併用も検討します。また持効型インスリンの早期追加は、シックデイ時のケトン性

昏睡の予防や、非肥満例にみる蛋白・脂質代謝の異化傾向の改善などが期待でき、特に非肥満例では有用であると考えます。

池脇 腎機能障害の方が高齢者で多いかと思うのですが、今いわれた薬の中でも、腎障害があるときには使いにくい薬もあると思います。そのあたりはいかがでしょう。

小沼 高齢者を診療していると、先

生がおっしゃいますように、必ず腎機能が問題になってくると思います。腎障害があると、ビッグアライド薬とインスリン抵抗性改善薬が使いづらくなります。さらにSU薬は、腎機能が低下してきますと、その蓄積から低血糖を起こしやすくなり、注意が必要です。

池脇 より慎重にということですね。ありがとうございました。