

講演 I 「高齢者の糖尿病管理」

講師 近畿大学メディカルサポートセンター
センター長 藤本 美香先生



糖尿病治療の3つの基本

○治療の基本は食事療法・運動療法

○食事療法・運動療法を取り入れるには、いままでのライフスタイルの変更がカギになるが、実際には困難なことが多い。

○合併症などで食事療法、運動療法が困難な場合があり、十分な効果が得られないときは薬物療法が適応となる。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態によりカテゴリーⅠ～Ⅲに分類。さらに重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU剤、グリニド薬など)の使用状況により目標値は以下の通り

カテゴリーⅠ

①認知機能正常かつ②ADL自立、薬剤使用(なし)の場合7.0%未満、薬剤使用(あり)の場合65歳以上75歳未満では7.5%未満(下限6.5%)、75歳以上では8.0%未満(下限7.0%)

カテゴリーⅡ

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、薬剤使用(なし)の場合7.0%未満 薬剤使用(あり)の場合8.0%未満(下限7.0%)

カテゴリーⅢ

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薬剤使用(なし)の場合8.0%未満、薬剤使用(あり)の場合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。(高齢者糖尿病診療ガイドライン2017)

運動療法の目的と効果

運動することで筋肉量がアップすると基礎代謝が増えて血糖値が下がる。また、脂肪が減る事でインスリン抵抗性が改善する。

薬物療法

病態に合わせた経口薬の選択～薬の種類と主な作用

【インスリン抵抗性改善系】 ビグアナイド薬

(肝臓での糖新生の抑制) チアゾリジン薬(骨格筋・肝臓でのインスリン感受性の改善)

【インスリン分泌促進系】スルホニル尿素薬(インスリン分泌の促進)速効型インスリン分泌促進薬:グリニド薬(より速やかなインスリン分泌の促進・食後高血糖の改善)DPP-4阻害薬(血糖依存性のインスリン分泌促進とグルカゴン分泌抑制)【糖吸収・排泄調節系】 α -グルコシダーゼ阻害薬(α -GI)(炭水化物の吸収遅延・食後高血糖の改善)SGLT2阻害薬(腎臓での再吸収阻害による尿中ブドウ糖排泄促進)

〈高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015〉

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

疾患上の要因

- 複数の疾患を有する→多剤併用、併科受診
- 慢性疾患が多い→長期服用
- 症候が非定型的→誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用

機能上の要因

- 臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化)→過量投与
- 認知機能、視力・聴力の低下→アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ

社会的要因

- 過小医療→投薬中断

多剤併用の問題点

- 服用の過誤
- 処方・調剤の過誤
- 薬物相互作用
- 医療費の増大
- 服薬に伴うQOLの低下

アドヒアランスをよくするための工夫

- 服薬数を少なく(降圧薬や胃薬など同薬効2~3剤を力価の強い1剤か合剤にまとめる。)
- 服用法の簡便化(1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え、食前、食直後、食後30分など服薬方法の混在を避ける。)
- 介護者が管理しやすい服用法(出勤前、帰宅後などにまとめる。)
- 剤形の工夫(口腔内崩壊錠や貼付剤の選択。)
- 一包化調剤の指示(長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり。緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬剤は別にする。)
- 服薬カレンダーの利用

(文責 福祉)