

Key words ● 認知症, 高齢者, 治療目標

糖尿病と認知症

東京医科大学第三内科 植木彬夫

高齢者の糖尿病の特徴

糖尿病は「自己管理の疾患」といわれるように、患者自身の糖尿病療養が最も大切です。しかし老年症候群のように、身体活動や精神機能の低下が複合的に生じた場合には自己管理能力が低下しますが、基本的には糖尿病の管理の継続が望まれます。これは高齢者でも長期間 HbA1c が高ければ、血管合併症発症の相対危険度は増加するからです。最近の報告では、良好なコントロールは細小血管障害、動脈硬化性疾患の発症・進展を低下させますが、全死亡率については、HbA1c (NGSP) 7.5%程度が最も低く、それ以下でも、以上でも死亡率が高くなる Jカーブ現象が認められることが報告されています。また、65歳以上の患者が、入院を要するような低血糖をきたすと、将来認知症になる確率は増えてきます。

高齢者の血糖管理目標

厚労省の長寿科学研究では、高齢者の糖尿病コントロールの指標は日本糖尿病学会がコントロールの目標としている*HbA1c6.2%未満(優)や6.9%未満(良)のような厳格なコントロールではなく、それより緩やかな値、すなわち空腹時血糖値140mg/dl以下、糖負荷後2時間値250mg/dl以下、*HbA1c7.4%未満を推奨しています。認知症などの支援が必要な患者の場合には、認知症の程度や支援の状況(例:配偶者も高齢や認知症)により糖尿病の血糖管理目標の設定は変わってきます。また認知症の周辺症状といわれる、混乱、興奮、支援拒否や暴力など支援そのものが出来ない症状が出てきた場合は、糖尿病治療や血糖管理目標をどうするのかなど、多くの解決すべき問題があります。

高齢者の糖尿病管理、特に介護の現場での問題点

糖尿病の療養の主な場は患者の生活の中にあるので、生活を支援している介護の場との連携が必要になります。したがって糖尿病療養指導士は、患者が糖尿病療養を介護の場でも継続出来るように、患者だけではなく、家族や介護、福祉に携わる人々と話し合いをしながら、その解決策を探り支援を行うことが重要です。ではどのようなことが介護の場で問題になっていくのでしょうか。東京都多摩地域の結果ですが、18,789名の糖尿病患者のうち1,109名が認知症を合併し、そのうち306名が何らかの理由で治療法を変更せざるを得ませんでした。理由が判明している141名の結果(図1)は、家庭内外の支援が得られないこと、自己管理出来ないことなど、認知症による自己管理困難例と、それを支える家族や介護の不足でした。変更された治療方針(図2)は、インスリン療法に関わる変更が最も多く、ついで経口薬の変更でした。その結果34%に不都合な事象が出現し、中には入院など緊急処置が必要な場合もありました(図3)。高齢者や認知症を合併した糖尿病患者では必要な薬物療法をいかにして維持させるかが重要な課題になっています。経口薬は低血糖を来しにくく服薬回数の少ないものとしてDPP4阻害薬が期待され、インスリンは持効型インスリンを中心とした注射回数の少ない方法が用いられています。しかし、療養指導士にとって最も大切なことは、高齢者や認知症患者の療養方法やシックデイ、低血糖、高血糖、脱水、感染などの予防や対応を家族や介護、福祉担当者に指導、教育していくことです。医療の場から介護の場へ切れ目のない療養が行われていく方法はまだ手探り状態です。高齢糖尿病患者の状況は多様であり、今後益々多くの療養指導士の創意工夫が必要です。

図1 糖尿病治療方針を変更した理由(複数回答可) n=141例

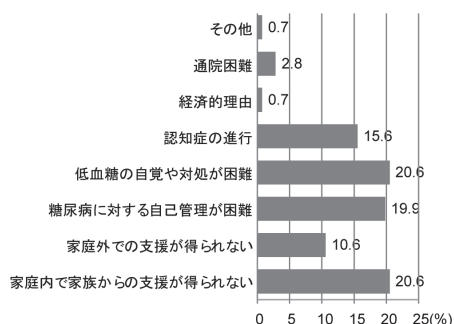


図2 糖尿病治療方針を変更した内容

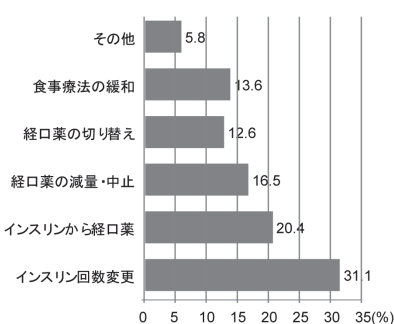
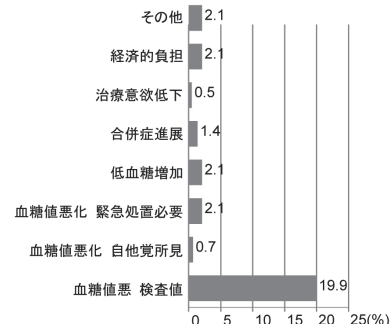


図3 治療変更により生じた不都合な事象(複数回答可) N=48例/141変更例中48例(34.0%)に認めた



*本文中のHbA1cは、特に断りのないものも含めてすべてNGSP値で表記しています。