

# 目次

## 第1部 総論

- 1章 高齢者では、なぜ糖尿病が多いのか…?** ————— 【岩岡 秀明】 2
1. 糖尿病は「国民病+高齢者」に多い疾患である
  2. 高齢者糖尿病の特徴（3つの掟）を踏まえる
  3. 低血糖リスクのある薬はできるだけ使用しない
- 2章 高齢化にともなう合併症** ————— 【栗林 伸一】 7
1. 「老いは誰でも避けられない!」の理屈を知る
  2. 足腰と口は生きる手段! そのケアを欠かさずに
  3. 認知症, うつ病はセルフケア能力を奪う, 早期発見が肝心!
  4. サポーターの存在が「鍵」, フレイル対策!
- 3章 糖尿病にともなう合併症** ————— 【栗林 伸一】 22
1. 糖尿病合併症は見逃さない!
  2. 網膜症, 腎症, 神経障害ではなく, 「眼の病気」「腎の病気」「神経の病気」と捉えて対応する
  3. 患者の足にも注目, 変化を見逃すな!
  4. 感染症の重症化を防ぎ, 癌も見逃さないようにしよう!
- 4章 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標** ————— 【岩岡 秀明】 35
1. 推定余命10年以内の高齢者でも, 急性感染症やHHSを考慮し, HbA1cは10%以下には抑えたい
  2. 「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)」に沿って, 個別にコントロール目標を設定
  3. 重症低血糖リスクがある薬剤 (インスリン, SU薬, グリニド薬) 使用時は, 目標値の下限を下回らないように注意!

## 第2部 各論

### 5章 高齢者糖尿病の外来診療 ————— 【栗林 伸一】 48

1. 初診では「意識障害」「自覚症状なし」「既往歴あり」に気をつける
2. 高齢者糖尿病においても、再診時の対応の優劣が治療成績を決定する

### 6章 高齢者糖尿病の病棟診療 ————— 【岩岡 秀明】 58

1. 入院後、早期にCGAを行い、患者ごとの糖尿病治療と退院支援を
2. 薬物療法では低血糖を起こさないことが最優先
3. 介護者による内服を考慮し、なるべく1日1回内服や1週間に1回内服を
4. インスリンを導入する場合は、血糖管理が安定したら「2回打ち」「1回打ち」と、ステップダウンする
5. シックデイ時の血糖値のみに応じた「単純なスライディング・スケール法」は、血糖管理をかえって不安定にする

### 7章 周術期の管理と注意点 ————— 【岩岡 秀明】 70

1. 術前に「栄養状態」「脱水」「電解質」を評価し、改善や補正を行う
2. 術前の合併症の評価では、虚血性心疾患・腎機能・呼吸機能の評価が重要
3. 軽症の糖尿病患者でも高齢者の場合、術後に脱水と感染を併発すると、HHSの恐れあり
4. 特に大手術後でIVHを行う症例では、要注意！
5. 術後、栄養障害患者（BMI18未満）では、急激に栄養を補給すると、refeeding syndromeの恐れあり

### 8章 高齢者糖尿病の薬物療法 ————— 【岩岡 秀明】 75

1. 高齢者では「低血糖」と「腎機能低下」が薬剤選択のキモ
2. 高齢者では、SU薬はなるべく使用しない！
3. 75歳（原則）までは、禁忌でなければ「メトホルミン」
4. 76歳以上 and/or 腎不全の場合は、胆汁排泄型のDPP-4阻害薬
5. インスリンが必要な場合は、持効型インスリン（1回注射）と内服薬を併用
6. GLP-1受容体作動薬、特にデュラグルチドは週1回の注射でよい（低血糖リスクもなく、高齢者でも「OK」な薬剤）

## 9章 高齢者糖尿病の生活療法 【栗林 伸一】 86

1. 高齢者糖尿病の食事療法の目標は、減量にあらず、  
身体活動の維持を前提とすべし
2. とにかく用事をみつけて体を使うこと、高齢者糖尿病の運動療法
3. 生きがいをもってアクティブライフへ、社会参加を促そう！

## 10章 高齢者糖尿病と感染症対策 【岩田健太郎】 99

1. 「易感染性」の一言で思考停止に陥らない
2. 感染症は診断が大事
3. 高齢者に「急性発症」が起きた場合、感染症を考える
4. 菌を治療しない、病気を治療する
5. 抗菌薬の薬理学的属性を理解する
6. 基本的な予防策を

## 11章 高齢者糖尿病と癌 【岩岡 秀明】 106

1. 日本人糖尿病の死因1位の悪性新生物、2位の感染症に、高齢者では注意する
2. 2型糖尿病で、全癌、特に大腸癌、肝臓癌、膵臓癌のリスクが増加
3. 糖尿病治療薬の癌発症リスクは、ピオグリタゾン以外にはエビデンスなし
4. 糖尿病患者の癌治療では、がん専門病院よりも、糖尿病専門医もいる  
総合病院に紹介したほうがよい

## 12章 高齢者糖尿病のポリファーマシー問題と薬剤管理 【栗林 伸一】 113

1. 高齢者糖尿病への薬物処方慎重に！  
——5つのポイントを踏まえる
2. ポリファーマシーを解消しよう！  
——背景にある問題点を探る
3. 認知症患者の服薬管理五箇条で有害事象を回避する
4. 院内スタッフ（CDE など）の力を借りよう！

### 13章 高齢者糖尿病と認知症 ————— 【高瀬 義昌】 124

1. 糖尿病患者の認知症発症リスクは2~4倍
2. 糖尿病をとまなう場合、遂行機能が障害されやすい
3. 治る認知症を見逃さない
4. とにかく低血糖を起こさない
5. BPSDへの対応は「薬1.5割、ケア8.5割」

### 14章 高齢者糖尿病の在宅ケア ————— 【高瀬 義昌】 135

1. 2025年問題で、在宅医療は重要なミッションを担う
2. 在宅医療では厳重な血糖管理は不要！  
生活の傾向（くせ）をみつけ、生きる意欲を奪わない工夫を
3. 薬物療法のキモは「服薬アドヒアランス」「介護者の負担軽減」「有害事象回避」
4. 地域包括ケアにおけるチーム・モニタリングが大切

## 第3部 座談会

### 15章 座談会（臨床編） ————— 【岩田、岩岡、栗林、高瀬】 148

1. JDSは糖尿病薬使用に関する明確な指針を打ち出すべき
2. 薬物療法+生活療法がよいアウトカムのコツ
3. 「何が人を変えるのか…？」のまなざしを養う
4. 昔はHbA1c 6.5%以下、今は「なるべく低血糖を起こさない」
5. 私はこう考える。HbA1c値の目安

### 16章 座談会（制度編） ————— 【岩田、岩岡、栗林、高瀬】 158

1. 非専門医に読まれるべき、ガイドラインを整備すべき
2. 新薬は飛びつかず、2年寝かせろ
3. 添付文書改訂の壁は、ポリファーマシーの遠因
4. CDE等の人を育て、糖尿病関連加算も活用する
5. 高齢者の「原則禁忌」には、例外あり
6. 施設向け「初期治療ガイドライン」を活用ください

## つぶやきコラム一覧

- イワオカが、糖尿病専門医になったワケ 6
- それは老年症候群？ 「治せるか」「治せないか」の見極めを！ 16
- 見逃したら大変、脳や心臓のトラブル！ 26
- 糖尿病診療で役立つ語呂合わせ 45
- HbA1c と血糖値の解離 69
- 周術期の目標血糖値 73
- シックデイ・ルール 80
- 高齢者では腎機能の評価は外せない 81
- 高齢者糖尿病患者に役立つ無理のない食事指導 87
- 糖尿病をとまなう認知症は非典型となりやすい 129