

高齢糖尿病患者の課題



一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会

高齢糖尿病患者の課題

近年、高齢者人口や糖尿病患者の増加がみられ、糖尿病をもつ高齢者が増えました。糖尿病をもつ高齢者（以下、高齢糖尿病患者）には、高齢化した糖尿病患者と高齢期になってから発症した糖尿病患者がいます。糖尿病をもちながらよりよい人生を送っていただくことを支援する上で、高齢糖尿病患者には、加齢による身体、心理、社会面の特徴や近年の社会状況の影響から、医療者がケアの難しさを感じる場面も多く見られます。

日本糖尿病教育・看護学会（以下、JADEN） 特別委員会では、JADEN 5か年計画・重点目標（2017～2021年）に掲げられた「糖尿病教育・看護研究の結実，超高齢社会に向けた基盤整備」の一環として、①会員である糖尿病療養指導士や糖尿病看護認定看護師等からの高齢糖尿病患者の現状の聞き取り、②JADEN 学術集会での交流集会の開催と終了後のアンケートによる高齢糖尿病患者の課題の明確化、③委員会での課題に対する取り組みの分析をもとに、高齢糖尿病患者で課題となりやすい11の事項と看護についてまとめました。会員の皆様や、糖尿病医療・看護に携わる皆様の日常のケアに、お役立ていただけますと幸いです。

尚、看護については、発展段階にあるものです。皆様からのご意見を伺い、高齢糖尿病患者様に、より役立つ看護となるよう更新していきたいと思います。

何卒よろしく願いいたします。

日本糖尿病教育・看護学会 特別委員会

2024年3月31日

【高齢糖尿病患者の課題】

課題1：初期の認知機能低下への気づきにくさ、気づかれにくさ

課題2：術前・術後の身体の変化と生活の変化への適応の困難さ

課題3：複数疾患に対する治療に伴う生活調整の困難さ

課題4：足病変の治療の長期化と家族負担の増大

課題5：同居家族のサポート力の低下（入院、認知症の発症）による療養生活の破綻

課題6：薬剤による有害事象の発生しやすさ

課題7：透析療法やインスリン療法、胃瘻などの治療選択に対する意思決定の困難さ

課題8：低血糖症状が非典型的なため自他ともに低血糖に気づきにくく、
重症低血糖になりやすい

課題9：長年の食習慣や機能低下（腸の吸収不良、咀嚼力の低下、味覚異常）により、
蛋白質不足に陥りやすく、フレイルに陥りやすい

課題10：病院の看護師は、療養生活を継続する上で必要な重要他者を把握しにくい

課題11：かかりつけ医への移行の困難さ

高齢糖尿病患者の課題 1

初期の認知機能低下への気づきにくさ、気づかれにくさ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> 定期受診ができない、内服管理ができない、インスリン注射ができないなど療養行動がとれないことで血糖コントロールが悪くなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者は非糖尿病患者と比べて軽度認知障害（MCI）やアルツハイマー型認知症（AD）・血管性認知症（VaD）を起こしやすく、MCIは1.2倍、ADは1.5倍、VaDは2.5倍である^{1)~3)}。 糖尿病患者のADLや認知力が低下すると、服薬などの自己管理が困難になる可能性があり、血糖コントロールの悪化が危惧される⁴⁾。 MCIは5年後の認知症への進行が42.5%だが、一方で発見されたMCIの38%は正常機能に回復したという報告がある⁵⁾。 認知症について高齢糖尿病患者自身の偏見、知識不足、情報不足がある^{6), 7)}。 高齢糖尿病患者自身が、自らの認知機能低下について認識しづらい。 高齢糖尿病患者が自身の認知機能低下について認めたくない思いや、受診拒否などがある。 	<p>I 高齢糖尿病患者自身に関すること</p> <p>【身体面】</p> <ul style="list-style-type: none"> 既往歴に脳血管疾患、精神疾患、パーキンソン氏病がある。 頻繁な低血糖や高血糖、またはHbA1cの悪化を認める。 <p>【行動面】</p> <ul style="list-style-type: none"> 見当識障害、失行、失認、理解・判断力の低下等が現れ、これまでにできていたことができなくなる。 服薬や自己血糖測定・インスリン自己注射に関する自己管理が難しくなる。 身だしなみに無頓着になる。 レビー小体型認知症では、姿勢の変化や反射障害が生じる等、転倒しやすくなる。 <p>【精神面】</p> <ul style="list-style-type: none"> うつ傾向を認める。 易怒性を認める。 暴言・暴力を認めるようになった、他者との交流が減った等、社会性の欠如がある。 	<ol style="list-style-type: none"> 高齢糖尿病患者の認知症に対する資料やパンフレットを作成し、周知・広報する等、早期発見・早期治療に向けた啓発活動とその体制を構築する。 高齢糖尿病患者に関わるスタッフが、認知機能低下が疑われる高齢糖尿病患者をスクリーニングできるよう教育する。 高齢糖尿病患者の認知機能の課題に関わる情報が、医療機関・専門医に伝わるシステムを構築する。 地域ぐるみでACPを踏まえた高齢糖尿病患者の生活調整（多職種による地域連携の重要性）が大切であることの広報活動をする。 意思決定支援のための関わり～ACPのプロセスとして～ 日頃から家族とも関わりを持ち、自宅での様子を把握し、糖尿病療養について家族との共通認識を持つ。 今後の生活への希望について、高齢糖尿病患者と話し合っておく。
	<ul style="list-style-type: none"> 独居で相談できる家族がいない。 家族に心配をかけたくないため相談できない人も多い。 認知症高齢者において、健やかに老いるために、糖尿病の疾病管理としての生活習慣の確立が重要であるとともに、老いに応じた生活機能を再獲得していくことが重要である^{8), 9)}。 家族が高齢糖尿病患者の認知機能低下に気づいていない。 サービス利用担当者が、認知機能低下に関する知識が不十分。 核家族化、老々介護、認認介護のため、高齢者の認知機能低下は気付かれにくい^{7), 10), 11)}。 	<p>II. 家族に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢糖尿病患者に対する無視や虐待、あるいは過保護等が生じ、家族機能が破綻する。 家族に家での高齢糖尿病患者の生活状況で、下記のような変化がないかを尋ねる。 失くし物が増えた、同じことを何度も聞く、料理や洗濯などの家事や、散歩や趣味など今までできていたことができなくなった、などの変化がないか。 怒りっぽくなった、うつ傾向や無気力になった、会話が減った、などないか。 家族関係が良好かどうか。 家族に身体・精神的負担が生じていないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢糖尿病患者・家族を含めた面談を行い、疾病の予後予測を踏まえて今後の生活や希望について話し合う。 必要に応じ、高齢糖尿病患者の同意を得て、キーパーソン以外の家族（例：嫁、孫、遠方の家族）等にも話を聞く。 早期から、高齢糖尿病患者の今後の生活への希望や思いを聞いておき、家族（必要に応じて近親者）を含めたACPを実施する。 定期的に、もしくは状況に応じて、高齢糖尿病患者が今後どのような生活を送りたいと言っていたか再確認する。 ACPを始める時期は、いつでも構わないが、以下のタイミングをきっかけにすることを推奨する。
	<ul style="list-style-type: none"> 娘や息子、配偶者などの身近な家族は高齢糖尿病患者の認知機能が低下していることを受け入れにくい。 家族は身内に認知症患者がいることを隠す傾向がある。 身近に相談できる場所がある場合、相談することで安心する。 	<p>III. キーパーソン以外の家族（嫁や孫など）に対してキーパーソン以外の家族（嫁や孫など）に、家での高齢糖尿病患者の生活状況や身体面、行動面、精神面の変化を尋ねる。</p>	<p>治療変更、他疾患の発症及び重症化、周術期、透析導入期、フットケア外来、転居時（施設入所等）、主治医変更、家族構成員の変化等。</p>

高齢糖尿病患者の課題1 (続き)

初期の認知機能低下への気づきにくさ、気づかれにくさ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> 定期受診ができない、内服管理ができない、インスリン注射ができないなど療養行動がとれないことで血糖コントロールが悪くなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者はインフォーマルを含めた様々なサービスを利用し、日常生活を送っており、関わる人が多様化し、認知症の知識の普及が不十分である¹¹⁾。 高齢者に接する職種間で、高齢者の認知機能低下に対する情報共有が必要である。 相談された場合、受診勧奨しにくい場合があり、専門医への受診行動につながりにくい。 	<p>IV. キーパーソン以外の介護者等に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢糖尿病患者が利用しているサービスがあれば、担当者（ケアマネージャー、通所サービス、訪問介護員、短期入所施設、民生委員、地域包括支援センターなど）に生活状況とその変化を聞く。 	<p>3. 多職種連携による支援を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤師や高齢糖尿病患者が利用しているサービス施設担当者（ケアマネージャー、訪問介護員、訪問看護師、通所サービス及び短期施設入所や地域包括支援センター及び社会福祉協議会の担当者など）と連携し、高齢糖尿病患者の生活状況（食事、薬物、活動等）、家族背景、病態、治療内容等についての情報共有と、薬物管理の支援、食事摂取状況の確認と食事管理支援、運動療法・活動の支援を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> 年齢や認知症があることで家族は（高齢糖尿病患者が）好きなようにしていいと思っている。 「治らない病気だから」と、諦める傾向がある。 「困っていないので」、「できる範囲のことで対処・我慢する」等の思いから、認知機能低下に気づいていても、家族内にとどめる傾向がある⁷⁾¹¹⁾。 福祉・介護スタッフが相談を受けた場合、高齢糖尿病患者を傷つけることへの恐れから、受診勧奨をしにくい傾向がある。 今後、高齢糖尿病患者が意思決定を行えなくなった場合、本人の意思や意向とは異なる療法が選択され、尊厳が守られなくなる恐れがある。 糖尿病が死因に直結することは少ないため、療養支援とACPの関係について周知されていない⁹⁾。 高齢糖尿病患者が意思決定できない状況下では、家族による療法選択に頼らざるを得ない⁹⁾。 	<p>V. 高齢糖尿病患者の生活状況の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族の高齢者への関わりの変化はないか（あきらめた様子、受診に同行しない、間食や過食に対し容認するようになった、苛立ちや焦燥感がないか等）を尋ねる。 	<ul style="list-style-type: none"> ACPプロセスにおいて多職種と情報共有を行い、意思決定支援を行う。 <p>4. 療養支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢糖尿病患者の年齢によって、インスリン手技確認の頻度を増やす。 高齢糖尿病患者の同意、医師の許可のもと、簡易認知機能検査（改訂長谷川式認知症スケールやミニメンタルステート検査（MMSE））を行う。もしくは、医師に検査を依頼する。 医師に高齢糖尿病患者の生活状況や簡易認知機能検査の結果を報告し、必要に応じて認知症診断を仰ぐ。 高齢糖尿病患者とその家族の思いを尊重した看護計画を立てる。また、多職種との調整を図る。
	<ul style="list-style-type: none"> 独居で相談できる家族がいない。 家族に心配をかけたくないため、相談できない人も多い。 治療が複雑で、優先度がわからず、療養行動に結び付けられない。看護師は高齢者の問題に気がつくが、高齢糖尿病患者自身がその問題に対するケアを受け入れられない場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院して初めて家族が高齢糖尿病患者の病状を知る場合がある。 高齢糖尿病患者自身がケアを受け入れられない。 	<p>5. 意思決定支援ができるスタッフ教育・上記の支援ができるスタッフの育成。</p> <p>6. 広報活動</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ぐるみでACPを踏まえた糖尿病の生活調整（多職種による地域連携の重要性）が大切であることの広報活動を行う。

引用文献

- 日本糖尿病学会・日本老年医学学会編(2021)：高齢者糖尿病治療ガイド2021, 文光堂.
- 荒木厚(2017)：高齢者診療の特徴と注意点. 内科, 119 (1), 25-29.
- Cheng G et al(2012)：Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment. Intern Med J 42(5), 484-491.
- 藤井夕香, 磯和勲子, 平松万由子(2016)：外来通院をしている高齢糖尿病患者のインスリン自己注射に影響を及ぼす要因. 日本看護科学会誌, 36, 179-188.
- Roberts RO, Knopman DS, Mielke MM, Cha RH, Pankratz VS, Christianson TJ, et al(2014)：Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. Neurology . 82, 317-325.
- 越谷美貴恵(2017)：地域住民の認知症早期受診に関する認識. 日本早期認知症学会誌, 10 (2) , 113-124.
- 木村清美, 相場健一, 小泉美佐子(2011)：認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセス 受診の促進と障壁. 日本認知症ケア学会誌, 10 (1) , 53-67.
- 正木治恵(2014). 高齢者のEnd of Life Care. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 18 (1) , 51-52.
- 谷本真理子(2020)：療養支援におけるACPの展開. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 24 (1) , 61-64.
- 内海香子, 麻生佳愛, 磯見智恵他(2010)：訪問看護師が認識する訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14 (1) , 30-39.
- 浦上克哉(2007)：認知症診療に期待されるかかりつけ医の役割. 鳥取医学雑誌, 35 (3) , 46-52.
- 本間昭(2003)：痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状. 老年精神医学雑誌, 14 (5) , 573-591.
- 鹿野由利子, 花上憲司, 木村哲朗他(2003)：痴呆の早期受診はなぜ難しいのか家族からみた障壁要因と情報提供の必要性. 日本痴呆ケア学会誌. 2 (2) , 158-181.

高齢糖尿病患者の課題2

術前・術後の身体の変化と生活の変化への適応の困難さ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> 術後、今まで通院していた病院ではなく、手術をした病院の通院になることがあり、連携先を整えることが難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活の場の予測が不十分である。 高齢糖尿病患者の居住地において、医療・福祉資源に差がある。 独居、高齢者2人世帯が多いことや家族と疎遠な高齢糖尿病患者もいることから、通院先への移動の支援が必要な場合に支援が不足する。 	<ul style="list-style-type: none"> 術前と異なる行動があれば、せん妄との鑑別をした上で、認知機能低下を疑う。 <p>【認知機能低下の兆候】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●身体面 <ol style="list-style-type: none"> 高齢者は以下の理由で、病態変化やADL低下が起こりやすい。 <ul style="list-style-type: none"> ・病状の想定外の悪化や急変 ・食欲低下 ・頻回の低血糖 ・転倒、転落 ・体重変化 <p>(食事がコントロールできず、過食、食欲低下となる場合もある)</p> <ol style="list-style-type: none"> 高齢者は体力などに個人差が大きく、状況が個々によって異なる。 術後の身体の変化を理解できず、今までと同じと思い行動する。 	<ol style="list-style-type: none"> 手術後の早期離床をはかる。 手術前に高齢糖尿病患者と家族、支援者に術後の身体の変化や生活の変化の可能性について説明する。 高齢糖尿病患者が手術をする場合の退院調整支援を推進(モデルケースの紹介)する。 必要に応じて訪問看護、介護を利用し、体調の変化が早期に発見できる体制を整える。 退院後、訪問看護を利用する。 家族や支援者の有無、高齢糖尿病患者の居住地での利用できる医療・福祉資源の確認をする。
<ul style="list-style-type: none"> 周術期のため血糖コントロールを行い、施設に戻ると、低血糖になり転倒し、骨折することがある。 糖尿病は筋力低下に陥りやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の食事療法により体重減少がみられ、薬が効きやすくなっている。食事に応じた薬物の調整が必要であるが、調整されずに経過している。加えて腎機能が低下している高齢糖尿病患者の場合は、さらに高リスクとなる。施設では看護師が少ないために、身体的変化に気づきにくい。 介護施設では介護職員の病態に関する知識不足、看護職が少ない等によりケアが不十分な場合がある。 家族が同居していない場合、術前の高齢糖尿病患者の生活状況を知らないため、術前の身体的、精神的変化、行動の変化に気づくことができない。 高齢糖尿病患者自身が術前後の身体の変化を理解できていない。 高齢者は体内水分量と血漿蛋白が低下するため、水溶性薬物の血中濃度が上昇しやすく、薬物の蛋白結合率の減少により遊離型薬物が増加し、薬効が強くなり発現する傾向がある。蛋白結合率の高い薬物の中に糖尿病薬も含まれ、経口血糖降下薬においても遷延性の重症低血糖を起こすことがある¹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神面 <ul style="list-style-type: none"> ・不穏、見当識障害、認知症の行動・心理症状(BPSD)が出現する。 ●行動面 <ul style="list-style-type: none"> ・今までできていたことができなくなる。 ●家族面 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対する無視や虐待、あるいは過保護などが生じ、家族機能が破綻する。 	<ol style="list-style-type: none"> 退院支援に関わる多職種に対し教育を行う。 退院後の生活の場を入院時に把握する。 退院前カンファレンスを開き、退院後のリスクと観察ポイントを伝え、十分な注意を促す。 退院時サマリーに、看護上の問題点・留意事項を記載し、転院先・施設の看護職・介護職に申し送る。 介護職からの理解を得る。 介護施設・診療所の看護師を対象とした、血糖コントロールや転倒予防(フレイル対策)に関する教育を行うシステムを作る。 介護職員教育(糖尿病療養指導士資格取得の勧めなど)のための人材活用を図る。

参考文献

1. 會田信子(2021): 薬物療法を受ける高齢者への看護, 正木治恵, 真田弘美編, 老年看護学概論, 214-216, 南江堂.

高齢糖尿病患者の課題3 複数疾患に対する治療に伴う生活調整の困難さ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病が複数ある（マルチモビディティ）ことで、高齢糖尿病患者自身やその家族が、それぞれの疾患とその関連性を理解しにくい状況が発生し、治療選択が困難になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢であることを理由に、高齢糖尿病患者やその家族が、多くの治療を望まない場合がある。 ・ 高齢糖尿病患者が独居で相談できる家族がない。 ・ 心配をかけたくないため、家族や周囲に相談できない高齢糖尿病患者も多い。 ・ 治療が複雑で、優先度がわからず、療養行動に結び付けられない。 ・ 高齢糖尿病患者が重要視する疾患と糖尿病や糖尿病の自己管理の関連を理解できていない、または、医療者から説明されていない。 ・ 看護師は高齢糖尿病患者の問題に気づき、アプローチしても、高齢糖尿病患者自身がその問題に対するケアを受け入れられない場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の疾患があり、多くの診療科にかかっている（マルチモビディティ）。 ・ 家族関係が希薄である。 ・ 医療者と家族の面談が定期的に行われていない、または全く行われていない。 ・ 疾病や疾病管理に関して相談する相手がいない、または相手がいなくても相談できない。 ・ 疾病管理に関する意見を言わない。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療者が、疾病や今後の疾病管理に関する高齢糖尿病患者の意思を確認しておく。 2. 治療変更に伴う意思決定支援として、医師やその他の医療スタッフと情報共有しながら、意思決定に必要な知識を高齢糖尿病患者に提供する。 3. 高齢糖尿病患者と家族が、意思決定の時間調整ができるように積極的に看護面談を実施する。 4. 高齢糖尿病患者のもつ複数の疾患の中で、高齢糖尿病患者が重要視する疾患と理由を確認し、糖尿病のセルフケアとの関連及び複数の疾患と加齢による身体上の変化のバランスがとれた生活を送れるようにセルフケアを支援する。

高齢糖尿病患者の課題4 足病変の治癒の長期化と家族負担の増大

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者の場合、足病変を発症すると、筋力の低下が著しく車椅子での移動になることが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者自身が感じている以上に、ADLの低下が進行する。 ・ 入院すると認知機能の悪化のリスクがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 杖歩行が必要になるなど、ADLの変化がある。 ・ 身なりに気を使わなくなってきた様子がある。 ・ 足の観察やケアを行ってくれる人がいない。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療者側で、足病変のリスク評価を行うリスクの高い高齢糖尿病患者に、フットケア外来などでのケアを定期的に行う。 2. 家族を含めた高齢糖尿病患者にとっての重要他者にも、フットケア教育を行う。 3. 足病変の発症・悪化時は専門的な医療ができる施設への紹介を行う。経過が安定した時点で、できるだけ高齢糖尿病患者や家族の負担が少ない施設でフォローできるように提案する。 4. 足病変治療時や治癒後のADLを評価し、早めに社会資源の活用を提案しておく。 5. 地域医療の要介護・要支援高齢者では、医療と介護の連携が不可欠で、現状と課題の把握が重要である。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 爪肥厚や下肢の変形も多く、家族でのケアに限界があり、自宅では十分なケアが受けられない。 ・ 入院できず、外来治療が第一選択となる。 ・ 足の観察及び足白癬の治療の遵守度は不十分な傾向がある。 ・ 地域要介護・要支援高齢者での調査では、爪が肥厚している場合は爪切りの頻度が有意に少なく、ケアが不十分で医療スタッフのフットケア実施率も低い¹⁾。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 足病変の重症度が家族には判断しにくい。 		

引用文献

- 1) 菅野沙紀、宮田裕子希、山崎遥人、小林豊（2018）：地域要介護・要支援高齢者におけるフットケアの現状、第53回理学療法学会大会抄録集。

高齢糖尿病患者の課題5

同居家族のサポート力の低下（入院、認知症の発症）による療養生活の破綻

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> 介護支援が必要な高齢糖尿病患者を妻（夫）が看ているが、通院の負担がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 老老介護である。 生活困窮世帯が増加している。 	<ul style="list-style-type: none"> 下記のような認知機能低下に関連した様子がある。 季節に合わない服を着ている 衣類の汚れがある。 通院の中断がある。 残薬が多い。 	<ol style="list-style-type: none"> 医療機関の職員全員で、高齢糖尿病患者および家族の服装の乱れなどに注意を払う。気になる高齢糖尿病患者がいる場合は、看護師に連絡してもらい確認する。 高齢糖尿病患者が予約日に受診しなかった場合は、病院から電話で連絡して状況を確認する。
<ul style="list-style-type: none"> 障害のある高齢糖尿病患者が、マンションに独居となり、親類がサポートを始めたが、糖尿病のコントロールが思ったよりも難しい場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 複数の疾患を併せ持つ（マルチモビデティ）。 合併症の進行により、複数の診療科（医療機関）に受診している。 複雑な治療（食事療法、自己血糖測定（SMBG）、自己注射、インスリンポンプ、点眼、創傷処置）である。 	<ul style="list-style-type: none"> 複数の診療科（医療機関）を受診している。 内服薬が多い。 	<ol style="list-style-type: none"> 近所同士で声を掛け合ってもらおう（マンションの場合など）。 介護支援を利用していない場合、地域包括支援センターに関する情報提供を行い、高齢糖尿病患者が居住する地区のセンターを伝える。 民生委員に介入を依頼する。 訪問看護、デイサービス、サ高住（サービス高齢者向け住宅）を利用する（食事も提供されるため）。
<ul style="list-style-type: none"> 同居家族（妻または夫、サポートパーソン）が認知症の場合や、急な入院となる場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢糖尿病患者を支える子ども、キーパーソンも健康とは限らない。 同居家族も高齢であることが多い。 子どもがキーパーソンの場合、遠方在住であると、現状がわかりにくい（新型コロナウイルス感染症の影響で、長期間会っていないなど）。 	<ul style="list-style-type: none"> 予約日に受診できず、予約変更が多い、または予約なしでの受診が多い。 食事療法が適切に出来なくなる（炭水化物に偏るなど）事による血糖コントロールの悪化がみられる。 	<ol style="list-style-type: none"> かかりつけ薬局に残薬の確認、薬剤指導を依頼する。 退院前の合同カンファレンスを早期から行う。 高齢糖尿病患者や家族が対応できる程度に、治療や処置の内容は医師や薬剤師と相談し、できるだけシンプルに調整してもらう。 常に家族支援が難しくなった場合にどうするかを患者と家族と話し合っておく（ACPの定期的な確認）。 ナラティブ倫理カンファレンスを定期的実施する。 遠方の家族とは、遠隔通信システムなどを活用し、医師からの病状や治療方針の説明時に、同席を依頼する。

高齢糖尿病患者の課題6 薬剤による有害事象の発生しやすさ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者が薬の作用を知らない、飲み忘れたときの対処ができない、わからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ シックデイの対応が困難である。 ・ 1つ1つの薬の効果や内服の目的を知らない（教育不足）。 ・ 腎機能低下による排泄能の低下がある。 ・ 内服習慣、飲み忘れ、服薬タイミングの間違い等がある。 ・ 薬を飲み忘れたときの対処を知らない（教育不足）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者が薬の作用を知らない、飲み忘れたときの対処ができない、わからない。 ・ 複数の診療科（医療機関）を受診している。 ・ 残薬が多い。 ・ 血糖コントロールが悪化傾向となる。 ・ 併存疾患のコントロールがつかない。 ・ 予定より早く薬剤がなくなる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢糖尿病患者の治療目標を踏まえて、必要最低限の治療への見直しを多職種で行う。 2. 過剰な薬剤投与がないか、医師や薬剤師との連携、調整をする。 3. 入院中に薬の管理の練習をする。 4. 家族にサポートを依頼する。 5. 内服は一包化にして、朝前にまとめる。 6. 内服や注射はデイサービスで管理する（確認する）。 7. 内服薬は、訪問看護・介護が介入できるタイミングで投与や確認ができる用法に変更することについて、医師と調整する。 8. インスリンの注射回数を減らす、訪問看護などのサービスを利用できる時間帯に注射のタイミングを変更することについて、医師と調整する。 9. 薬剤変更時は次の受診までの間隔を短くする。 10. シックデイや手術時に中止する薬剤（ビグアナイド薬、SGLT2阻害薬）を確認し、高齢糖尿病患者や関連する医療者にも周知する。 11. 脱水の有無に関してフィジカルアセスメントを行う（特にビグアナイド薬、SGLT2阻害薬服用患者）。 12. 常に有害事象が起こっていないかを観察する。 13. 調剤薬局薬剤師、訪問薬剤師と連携して、支援を行う。 14. 高齢糖尿病患者の薬剤による有害事象の啓発活動（必要のない薬に依存しない、生活調整をすることで薬物が不要になる場合があるなどの事例を提示）を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の医療機関に通院し、薬剤が処方されているため、使用薬剤の把握が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 併せ持つ疾患が多い。 ・ 内服薬の種類や数が多い（ポリファーマシー）。 ・ 薬の作用を知らない（教育不足）。 ・ 内服薬が一包化されている。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多剤併用のため、一包化された薬の一部の中止や増減できない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血糖降下薬は、服薬タイミングが複数回になる場合があり、複雑である。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤の有害事象による症状なのか、疾患による症状なのかの鑑別が難しいため、薬剤の有害事象への対応が遅れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者は疾患による症状や、薬剤の有害事象による症状の自覚症状に乏しい。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 食直前の内服、注射の習慣がなく、管理ができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病薬は、投与する時間に決まりがあるものが多い。 ・ 高齢糖尿病患者は生活習慣が確立し、薬剤投与の時間と生活習慣が合わない場合がある。 		

高齢糖尿病患者の課題7

透析療法やインスリン療法、胃瘻などの治療選択に対する意思決定の困難さ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> ・新しい治療が受け入れられない、覚えられないため、適切な治療を受けることができない。 ・高齢糖尿病患者本人の意思を確認できない状況で家族へ選択を迫られる。 ・高齢糖尿病患者の中には、家族や医師への依存的な意思決定となる場合がある。 <ul style="list-style-type: none"> ・十分な理解や納得のもと開始した治療ではないため、適切に継続できない。 ・望まない治療である場合、高齢糖尿病患者の身体的苦痛、QOLの低下を招きやすく、透析療法などは時間の制約となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新たに治療が開始されるなど、治療の変更は生活の変更も伴うため、高齢糖尿病患者、家族にとっても負担が大きい。また、新しい治療について理解することが難しい。 ・認知症の高齢者では、多くは進行性で認知機能障害が出現し、意思表出や意思決定が困難となることが多い。 ・認知症が初期の段階に、高齢糖尿病患者本人の意向が表明されていることが少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新しいことを理解することが難しく、糖尿病食から腎臓食への変更や、新薬の開始、血糖測定器などの機種変更、透析療法などの初めて行う治療には拒否的である。 ・説明を聞いても理解ができない場合、意思決定をすることを拒否し、家族に任せようになる。 <ul style="list-style-type: none"> ・治療に拒否的となる。 ・治療や看護に否定的な言動がみられたり、非協力的となる。 ・安全に治療を継続できず、別の治療に移行せざるを得ない状況となる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 意思を表出しやすい環境を作り、高齢糖尿病患者の思いを引き出し、その思いを尊重して、意思決定できるよう支援する。 2. 関わり早期から、高齢糖尿病患者・家族と信頼関係を確立し、今後の治療や病状の変化を考慮し、意思決定しなければならぬことが今後起こりうることを高齢糖尿病患者と家族に説明する。 3. 実際のもの（実施している他患者の治療や器械など）を見てもらうことで理解を深め、治療を前向きに考えることができるよう支援する。 4. 認知機能や身体機能などを踏まえ、高齢糖尿病患者の状態に合わせ、治療について理解できるように説明する。 5. 多職種で繰り返し介入する。 6. 高齢糖尿病患者の疾病の予後を考慮し、適切なタイミングでアドバンス・ケアプランニング（ACP）を行う。 7. 家族を含めた話し合いの場をセッティングし、治療選択におけるメリット・デメリットや予後に関することなど、医師から説明してもらい、その理解度や思いを看護師（医療職）は把握する。 8. 治療選択におけるコンフリクト（葛藤）が生じた場合、倫理的な配慮も行い、高齢糖尿病患者本人と家族の思いを尊重できるよう多職種で連携して意思決定を支援する。
<ul style="list-style-type: none"> ・家族の精神的・身体的介護負担が増加する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が高齢糖尿病患者本人の意向を推定することが困難な場合がある。 ・家族が高齢糖尿病患者の治療について決定することがストレスとなる場合や、代理意思決定後も「これでよかったのか」と、ジレンマを抱えることがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢糖尿病患者が意思決定を拒否、または認知機能低下などで意思決定ができない場合、家族がその役割を担う必要があり、困惑や葛藤などが生じる。 	

参考文献

東めぐみ(2007)：糖尿病をもつAさんの意思決定を支える。看護学雑誌, 21(12), 1077-1081

高梨早苗(2020)：. 認知症高齢者の意思を支える。老年看護学, 25(1), 17-23.

高井奈美(2017)：. 透析看護における意思決定支援。臨牀透析, 33(11), 1427-1433.

高齢糖尿病患者の課題8

低血糖症状が非典型的なため自他ともに低血糖に気づきにくく、重症低血糖になりやすい

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> ・ 低血糖症状として、頭がくらくらする、身体がふらふらする、動作がぎこちない、めまい、脱力感、呂律不良、目がかすむなどの中枢神経症状を中心とした非典型的な症状を示すことが多く、高齢糖尿病患者も家族も気づきにくく、発見・対処が遅れる。 ・ 同居する家族も高齢である場合、高齢糖尿病患者は低血糖が起きていることに気づかれにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者の低血糖では、自律神経症状が現れないことが多く、低血糖症状が見逃されやすく、対処が遅れる。 ・ 内服薬のみで血糖コントロールを行っている場合、高齢糖尿病患者や家族は自宅で血糖測定ができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取量の低下がみられる。 ・ 嗜好の変化（たんぱく質・脂質の摂取量の低下等）により、食事内容が偏り、血糖コントロールが不良となる。 ・ 認知機能の低下、意欲や活動性の低下がみられる。 ・ 症状をうまく伝えられず、不定愁訴や不穏など、なんとなく行動がおかしいと感じるようになる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢糖尿病患者および家族や支援者に、高齢糖尿病患者の非典型的な低血糖症状と対処方法を繰り返し説明する。使用中の糖尿病薬の効果、食事や間食、活動のタイミングに合わせて、低血糖に留意すべき時間帯などを具体的に伝える。 2. 血糖コントロール目標について、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標に沿って検討し、患者、医師、多職種、家族で共通認識を持つ。 3. 低血糖が起きにくい糖尿病薬への変更を検討してもらう。 4. 食習慣、食事内容の把握と栄養指導を行う。 5. 重症低血糖を繰り返す場合には、上記1～4について十分なアセスメントを行い、再発予防への対策を高齢糖尿病患者自身、家族、多職種で検討し、必要があれば介護サービスの利用なども検討する。 6. 低血糖に気づきにくい高齢糖尿病患者の特徴について、具体的例を示しながら、スタッフ教育を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症低血糖による入退院を繰り返す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 低血糖を繰り返すことにより、症状を感じにくくなっている。 		

高齢糖尿病患者の課題9

長年の食習慣や機能低下（腸の吸収不良、咀嚼力の低下、味覚異常）により 蛋白質不足に陥りやすく、フレイルに陥りやすい

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> 各種栄養素が不足しがちである。 	<ul style="list-style-type: none"> 消化機能の低下、便秘などにより、食事が少なくなってくる場合がある。 加齢、高血糖、脱水、亜鉛不足、服薬の影響などを要因とした味覚の変化が起こりうる。 	<ul style="list-style-type: none"> 食欲および食事摂取量の低下による体重減少がある。 	<ol style="list-style-type: none"> 受診時に脱水や栄養状態の評価をする。 栄養補助食品を利用する。 嗜好に合わせて、栄養バランスや適量を考慮したアドバイス等の支援を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病歴が長いと、高齢になった今の自分との違いを意識せず、若い頃に受けた初期教育方法を、そのまま実行している。 食事バランスがわからない。 	<ul style="list-style-type: none"> おかずを摂らない。（タンパク質摂取不足） 	<ol style="list-style-type: none"> 改めて高齢糖尿病患者用の食事療法の教育を行い、痩せている患者には体重を増やせるよう支援する。 夏に食欲低下であっさりとした麺類を摂る場合は、蛋白質不足になりがちなので注意を促す。
<ul style="list-style-type: none"> 料理が面倒である。 	<ul style="list-style-type: none"> 食事を作ることが難しい。 独居・老々世帯である。 子供には頼れないという思いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 中食が増える。 1食を何回にも分けて食べる。 	<ol style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターやケアマネジャーと協働する。 行政が支援するお弁当の手配を検討する。
<ul style="list-style-type: none"> 白内障、膝や腰の予定手術の可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術前など、血糖コントロールを良くしようと食事制限を頑張りすぎる場合がある。 頑張ることで、低血糖が頻発しても、自覚症状が乏しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 極端な食事制限で正常血糖値を目指そうとする。 夕食のご飯を抜くなど、自己流の食事療法が見られる。 	<ol style="list-style-type: none"> 極端な食事制限はしないよう注意を促す。
<ul style="list-style-type: none"> 転倒後の過剰な転倒予防による運動不足がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 下肢筋力が低下し、ADLが下がることがある。 認知症特有の症状やそれに伴う空間失認、失行などの神経症状、歩行障害・姿勢バランス障害等から転倒を繰り返しやすい¹⁾。 糖尿病患者は手段的ADLが1.65倍、基本的ADLが1.82倍低下しやすい²⁾。 転倒への恐怖心から引きこもり、悪循環が起こる。 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行速度の低下がある。 ペットボトルの蓋を開けることができない。 運動や買い物などの外出を恐がり、引きこもる。 	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病教室、運動教室などで、握力測定や手段的ADL、基本的ADLを評価する。 運動（筋力アップ、転倒予防）の方法を伝える。または教室への参加を促す。
<ul style="list-style-type: none"> フットケアのセルフケアが不十分でも、他からの協力が得られにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> 足の爪が伸びたままでも、肥厚していても、見えない、届かない、爪切り時に力が入らない、治ると思っていない等の理由で、自己管理が不十分となりやすい。わかっていることでも、そのことを他人に言いにくい。 認知力の低下に、高齢糖尿病患者自身も家族も気づいていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 靴を履くと痛がる。 爪が剥げて、出血している。 	<ol style="list-style-type: none"> 看護師から高齢糖尿病患者に働きかけ、フットケアを実践する。 介護職員への働きかけをする。 家族への声かけとできる方法を教育する。 状況により、適宜外来受診を勧める。
<ul style="list-style-type: none"> 嚥下障害や口腔ケア不足がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔内の清潔が保てない、義歯が合わないなどがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 流えんがみられる。 柔らかい食べ物を好む。 	<ol style="list-style-type: none"> 誤嚥予防の教育をする。 歯科受診を勧め、その後の状態を確認し合うなど、連携する。

引用文献

- 鈴木 みずえ 他(2003) : 認知症高齢者に対する転倒予防を目的とした多因子介入 研究の動向と看護研究の課題. 看護研究, 42 (4), 261-279. <https://webview.isho.jp/journal/detail/abs/10.11477/mf.16811003732>.
- Wong E, Backholer K, Gearon E et al(2013) : Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Diabetes Endocrinol, 1(2), 106-14.

高齢糖尿病患者の課題10

病院の看護師は、療養生活を継続する上で必要な重要他者を把握しにくい

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> 一人で来院する。 	<ul style="list-style-type: none"> 一人で来院する理由として、家族には心配を掛けたくない、弱みを握られたくない等という思いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 一人で外来受診する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢糖尿病患者が支援を受けてもよいと思う重要他者について、本人と話し合う。 2. 外来看護師のみでなく、医師、受付事務員などを含めた多職種で協働して支援する。 3. 外来担当のケースワーカーに相談するなどして、家族への連絡・協力依頼をする。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢な家族やヘルパー等の介護スタッフが外来に同行してきても、高齢糖尿病患者の生活背景が良くわからない場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもの仕事が忙しい。 ・ 子どもは遠方であり関与しない。 ・ 兄弟も高齢者。 ・ 身寄りがいない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢な家族やヘルパーなどの介護スタッフが外来に同行する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. かかわりのタイミングを逃さない。 2. チーム（認知症看護認定看護師、ケースワーカー、外来看護師など）で関わる。 3. 次回は家族同伴で来院するよう促す（高齢糖尿病患者から伝言、手紙。電話連絡）。 4. ケアマネージャーと連携する。 5. 隣人・友人などの人とのつながりやネットワークを確認する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションをとりにくい家族（疾患等の影響で説明の理解が難しいなど）が外来に同行していることがあり、結局、高齢糖尿病患者自身が一番しっかりしている場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者である家族と相談が難しい場合がある（例 疾患等の影響で説明の理解が難しい）。 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 必要に応じて、高齢糖尿病患者自身と家族を別にして病状説明をする。 2. 障害をもつ家族の地域生活支援をしている保健師と連携する。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢糖尿病患者だけでは自己管理困難なことがある。 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来看護師を交えた退院前カンファレンスを行うなどして、外来に引き継げるよう連携を図る。 2. 要介護・要支援認定を受けられるよう支援し、ケアマネージャーと連携する。

参考文献

1. 厚労省 地域包括ケアシステム。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/ (2023. 08. 31検索)

2. 嶋澤順子(2016)：市町村に所属する保健師による精神障害者地域生活支援の内容。日本公衆衛生看護学会誌, 5 (3), 250-258.

3. 白砂恭子, 淵田英津子(2019)：日本における高齢者が健康に独居生活を送れる条件に関する文献検討。日本看護研究学会雑誌, 42 (5), 921-931.

高齢糖尿病患者の課題11

かかりつけ医への移行の困難さ

高齢糖尿病患者の状況	課題の要因	早期発見のポイント	看護
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病専門外来からかかりつけ医に移行せず、治療中断になる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢であることで、新しいものへの適応力の低下の可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「これまで診てもらった先生に申し訳ない」、「〇〇（急性期病院）病院に見捨てられた」などの発言がある。 ・かかりつけ医への移行に関する話し合い時に、抵抗を示す反応がみられる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 受診早期から、高齢糖尿病患者や家族に、かかりつけ医と糖尿病専門外来の違いやメリットについて説明する。 2. かかりつけ医とは、「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師¹⁾」であることを説明し、かかりつけ医を探すように関わる。
<ul style="list-style-type: none"> ・長年慣れ親しんだ場所から、新たな病医院への移行に対する不安がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療制度が変化した。 ・診療が専門分化した。 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括支援センター担当者やケアマネジャーの理解を促し、連携して、移行・併診した方が良いケースについて話し合う。 2. 地域連携室や入退院支援室担当者が対応し、確実にかかりつけ医に移行したか確認する。
<ul style="list-style-type: none"> ・複数の疾患を抱えても大病院だと安心という高齢糖尿病患者・家族の思いがある。 ・糖尿病専門医から内科医へ変更になることで、これまで通りの医療を受けられるのかという心配がある。 			<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域の病院、診療所と顔が見えるような関係を作り、「医療者同士が顔見知り」になることが高齢糖尿病患者の安心につながり、高齢糖尿病患者への情報提供に活かす (例:地域の研修会、開業医を巻き込むような研修会の開催、療養相談の情報提供を積極的に行い、直接関係を作る等)。 2. 高齢糖尿病患者、家族と通院が困難な状況、負担になっていることについて話を聞く。負担を軽減する対策としてかかりつけ医を変更する方法を伝える。 3. 訪問看護・介護の連携から開業の紹介へとつなぐ。
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢糖尿病患者が通いやすい診療所が院内処方である場合、病院で処方されている治療薬での治療継続を受け入れてもらえないことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関側の薬剤等の在庫の条件がある。 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 連携室より、候補となる診療所に、高齢糖尿病患者に処方している薬を院内で準備できるか、病院の主治医に先方で準備できる薬への変更が可能か確認する。 2. 主治医・薬剤部がかかりつけ医からの処方薬の変更方法等の相談に乗れるようつないでおく。

引用文献

1. 日本医師会ホームページ：国民の信頼に応えるかかりつけ医として。 <https://www.med.or.jp/people/kakari/> (2023.08.04検索)

高齢糖尿病患者の課題

発行日：2024年3月31日

編者：一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会 特別委員会

発行者：一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会

〒170-0013東京都豊島区東池袋2丁目39-2 大住ビル401

（株）ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL:03-5981-9824 FAX:03-5981-9852

URL: <https://jaden1996.com/>

