CDEJ のための情報アップデート

小児の 2 型糖尿病の動向について

横浜市立大学附属市民総合医療センター小児科　菊池信行

自覚症状の乏しい 2 型糖尿病の多くは健診で発見されています．このことは，小児でも成人と変わりはありません．日本では，学童・生徒を対象とした尿糖検査での糖尿病スクリーニングが実施されているため，現在では中学生以降に発症する糖尿病は 1 型より 2 型糖尿病の方が多いこと，小児の 2 型糖尿病は肥満児の増加に比例して約 30 年間で 3 ～ 4 倍に増加したこと，約 80％が肥満を伴っていること，1 型より予後が悪いことなどの特徴が明らかになっています．

日本を含め，多くの国々で小児の肥満対策が実施されていますが，残念なことにその増加を抑制できた先進国はありません．運動する機会が減り，いつでも，どこでも好きな物を食べられる現代社会は，誰でも肥満になりやすい社会であり，肥満の抑制は困難を極めています．肥満対策に悩むアメリカでは 2008 年に，学校での炭酸飲料の販売を禁止し，英国では 16 歳未満向け番組でのジャンクフードのコマーシャルを禁止する対策が実施されるまでになっています．

そして，小児の肥満治療が困難なことは自覚症状の乏しい 2 型糖尿病を併発しても変わりません．成人と異なり，健康に対する意識が希薄な小児では，糖尿病教育により自覚を促し，食事・運動療法を指示する方法では上手く行きません．また，家庭内で出来上がってきた生活習慣は本人だけでは変えられず，家族の協力が必要ですが，家庭に様々な問題を抱えているために協力が得られ難いことも少なくありません．結局，本人・家族に指導型の正論をぶつけるだけでは，通院は中断してしまいます．治療中断は，小児期発症 2 型糖尿病の予後を著しく悪くしており，診断後 20 年での合併症出現率は，腎症が約 40%，増殖性網膜症が約 30%と報告されています．

結局，小児の 2 型糖尿病の治療で最も大切なことは中断を防ぐことにあります．脅しではない，本人と家族への共感とサポートによるエンパワーメントの必要性が認識されてきています．医療関係者には，患者を取り巻く環境を十分に把握し，家族毎にテイラーメイドの対応方法を患者・家族ともに考え，少なくとも患者が成人するまでは通院を中断させない能力が求められています．