

わが国の小児科における小児糖尿病診療体制の実態に関する研究

松浦信夫、横田行史

要約：

小児科における小児糖尿病診療の実態を明らかにした。全国51施設の患者数は20人未満が圧倒的に多く、数少ない患者が更に分散していることが明らかになった。糖尿病専門外来として診療に当たっている施設は17施設(33.3%)に止まっていた。内科への Carry over の問題を含め、糖尿病外来の理想像について検討した。

見出し語：

小児糖尿病、IDDM, NIDDM, 糖尿病外来、内科への Carry over,

研究目的：小児糖尿病の診療はその生活管理、インスリン療法の説明、血糖コントロールの改善などの指導に多くの時間を費やし、時間と根気のいる診療である。わが国における小児糖尿病の発症率は低く、その長期予後は外国に比し悪いことが明らかにされた。小児糖尿病の予後改善のために、小児糖尿病の診療がどの様に行われているかを知ることが重要である。特にインスリン依存性糖尿病 (IDDM) の診療は、インスリン非依存性糖尿病 (NIDDM) に比し難しく、小児糖尿病専門家、栄養士、看護婦などによるチームの重要性が指定されている。また小児科から内科への受け渡し (Carry over) の問題は、多くの合併症が20代の後半

に出てくることから、避けては通れぬ問題である。今回全国主な内分泌代謝小児科専門医の協力を得て、糖尿病外来の実際、内科への Carry overの方法について調査したので報告する。

研究対象と方法：全国大学病院小児科、小児病院、総合病院小児科で小児内分泌学会で小児糖尿病の診療を行っている施設に協力を求めた。アンケートの内容は、患者数、糖尿病外来の方法、内科への Carry overの方法などの項目について行った。アンケートの回収は100%であった。

結果：

1. 調査施設：回答のあった施設を表1に示した。

表 1。調査対象病院

1)国公立大学附属病院	25
2)私立大学付属病院	6
3)小児病院・センター	7
4)国、公立病院	9
5)私立病院	4
合計	51

2.糖尿病外来の実際：

a.糖尿病外来の方法

各施設の実際は以下の通りである。

1)糖尿病専門外来	17(33.3%)
2)内分泌代謝外来と	13(25.5%)
3)慢性疾患外来と	18(31.4%)
4)その他	3(5.9%)

であった。専門に独立したが以来を持っているのは、約 1/3 であった。

b.通院回数

1ヵ月1回(82.4%)が圧倒的に多く、次いで月1-2回、2ヵ月に1回となっていた。欧米のように3ヵ月に1回の所は2施設(3.9%)であった。ただ、毎月は来院するが、多くは母親で、本人は3ヵ月毎の症例が、特に高学年になると多く見られた。

c.通院患者数

IDDM、NIDDMを含めた各施設の患者数は表2に示す通りである。

表 2.各施設の患者数。

患者数(人)	IDDM	NIDDM
0-10	13	43
11-20	14	3
21-30	8	1
31-40	4	0
41-50	3	0
51-60	3	1
61-70	2	0
70以上	3	2
	(施設数)	

d.専門外来の時間

糖尿病を含めた慢性疾患患者の通院時間は病院毎で都合を付けていることがある。糖尿病外来の時間帯は次のようであった。

1)早朝外来	5(8.9%)
2)平日の午前	22(39.3%)
3)平日の午後	25(44.6%)
4)土曜日の午後	2(3.6%)
5)日曜日	2(3.6%)

3.内科への転科

a.転科の時期：慢性疾患の内科への Carry over は重要な問題である。現在わが国における実状を調査した。

1)年齢で決めている	16歳	1
	18歳	5
	20歳	1
2)学生の間は小児科で診る		12
3)転科を希望したとき		10
4)症例毎に決める		21
5)その他		3

b.転科する内科

1)ほぼ決まった内科へ	22(45.8%)
2)患者が希望する内科へ	17(35.4%)
3)特定せず内科外来へ	0(0%)
4)その他	9(18.8%)

約半数は決まった内科であったのに対し、特定せずに内科に転科させる施設は認めなかった。

4.小児糖尿病外来の理想像

次のような意見が寄せられた。

- 1)専門外来の設置。
- 2)チーム医療の確立。
- 3)予約制を取り入れたゆとり有る外来。
- 4)病院外での患者、保護者との交流。
- 5)就学、通勤に支障を来さない外来。
- 6)小児、思春期、内科を一貫して診れる外来。
- 7)地域毎に眼科、腎臓内科などを含む専門病院。
- 8)定期的な糖尿病教室。

考案

わが国の小児期発症IDDMの発症率は低く、1つの施設で管理する患

者数が、欧米の外来のそれと非常に少ないことが明らかになった。結果として多くの施設は、医師に多くの負担がかかり、看護婦、栄養士、心理士などを含んだチーム専門外来が十分に完成していないことが明らかになった。

通院回数は1ヵ月一回が多く、欧米の3ヵ月に一回より多かった。内科へのCarry overも施設毎に異なっていて、特に内科の附属していない小児病院、小児センターでは難しい問題のようであった。小児科、内科の治療の特徴は次のようなものが考えられる。

a. 小児科治療の特徴

1)治療に主体が親、特に母親に依存している。2)健常者と同じ成長発達を目指している。3)比較的少ない患者で、医師と患者・家族の絆が強い。4)個人の都合を配慮しながら治療する。

等が上げられる。一方内科の特徴としては、1)患者本人が主体で、本人の責任で治療する。2)代謝異常を是正して、将来の合併症を防ぐ治療である。3)非常に多い患者の中にあって、医師と患者の関係は小児科ほど強くない。4)患者の都合より、治療者の都合に合わせざるを得ない。等が上げられる。転科した内科医から見た小児期発症IDDM患者の特徴は

1)表面上明るく、深刻さが無い。2)食事療法の基礎が乏しい。3)合併症について、概念的で深刻さが無い。

等が上げられる。小児科では、成長発達を重視するあまり、食事療法が軽んじられる傾向がある。また合併症を有する症例は少なく、合併症が現実として捉えにくい点があり、内科医の指摘する通りである。

一方転科した患者から見た内科治療は、1)大人として扱ってくれる。

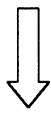
2)合併症に対して、具体的な指導が受けられる。3)合併症を持った患者が回りにいて、現実的である。4)待ち時間、診療時間が長い。5)患者の便宜を図ってもつらえな。等が上げられた。何れも納得いく見方だと思う。最後に、内科医から小児科医に対して要望することとしては:1)合併症が発現しない、なるべく早い時期、18歳前後に移行させて欲しい。2)自己血糖測定間A食事療法を含めた、患者教育をしっかりとって欲しい。3)自己変動法を含めた、柔軟なインスリン療法の指導教育をしっかりとって欲しい。4)結婚・出産を希望する症例は出来るだけ早く転科させて欲しい。5)小児科医、内科医の情報交換を密にして、発症早期から一定の方向性を持った治療管理方法を確立する。等が上げられている。小児科、内科の壁を外し、患者の将来の幸せのためにお互いに歩み寄らなければならない。

サマーキャンプが普及し、開催地はほぼ全国に広がった。キャンプを卒業したOB,OG達は全国でヤングの会を組織し、ヤングの会を指導する内科医も各地に増えてきている。長い一生の病気を、一枚の紹介状で、小児科医から内科医へ転科する事は、患者だけでなく、受け取る内科医にとっても負担のことである。多くのNIDDMを見ている糖尿病専門医でも、小児期発症IDDM患者の治療は数が少ないと考えられる。多くのNIDDM患者の中に埋没して、不幸な転帰になることは避けなければならない。その意味では、小児科、ヤングを診る内科医、内科医へのゆっくりした移行が理想的ではないかと考えてい。

文献.1.松浦信夫:小児科医から内科への患者受け渡しかたについて。Diabetes J 21:155-157,1993.



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:

小児科における小児糖尿病診療の実態を明らかにした。全国 51 施設の患者数は 20 人未満が圧倒的に多く、数少ない患者が更に分散していることが明らかになった。糖尿病専門外来として診療に当たっている施設は 17 施設(33. 3%)に止まっていた。内科への Carry over の問題を含め、糖尿病外来の理想像について検討した。