

小児糖尿病への精神的援助に関する研究

－養護学校通学を目的として紹介された症例からみた検討－

(分担研究：小児慢性特定疾患の療育及び実態に関する研究)

研究協力者：竹内浩視

共同研究者：岩島覚、松本英夫*、竹内里和**

要旨：小児糖尿病、特にインスリン依存性糖尿病（IDDM）の治療における精神的援助の重要性は従来より指摘されているが、実際の問題の解決は容易ではない。今回、インスリン治療中に養護学校通学を目的として紹介された症例を検討した結果、1) 患児の疾患の受容、2) 親子関係、3) 外来における疾患管理、4) 不登校を含む社会的対応、等の問題が複雑に交錯しており、特に食行動の異常を合併した症例への対応には小児科医と児童精神科医との連携が必要であった。IDDM患児の生活の質（QOL）を今後さらに向上させるためには、治療早期からの児童精神科医や臨床心理士による精神的援助や学校関係者との良好な協力体制の確立、保健所等の行政機関による啓蒙活動や保健活動の推進がより一層求められる。

見出し語：インスリン依存性糖尿病（IDDM）、精神的援助、養護学校、親子関係、不登校

研究目的：小児糖尿病、特にインスリン依存性糖尿病（IDDM）における精神的援助の重要性については従来から論じられている¹⁻³⁾が、実際の問題の解決は容易ではない。登校拒否を示す児童・生徒の増加が社会現象⁴⁾といわれる今日ではIDDM患児もその例外ではなく、不登校に陥った患児への対応はさらに困難になり、生活リズムの乱れから血糖コントロールも悪化しがちである。

今回は、病弱養護学校に隣接した国立療養所

小児科へ養護学校通学を目的として紹介されたIDDM患児における初診時の問題点と合併症、さらにその後の経過を検討することにより、小児糖尿病における精神的援助の方法について検討を加えた。

研究対象と方法：国立療養所天竜病院（以下、当院）に隣接する病弱養護学校（静岡県立天竜養護学校）への通学を目的として紹介されたIDDM患児7例（男1例、女6例）を対象とし、初診時の問題点と合併症、さらにその後の経過

について検討し考察を加えた。

参考までに当院における小児医療と養護学校の現状は、重症心身障害児（者）病棟80床を含む病院全体計375床のうち小児慢性疾患病棟が2個病棟計100床を占め、小児科（常勤医2名）と児童精神科（常勤医2名、非常勤医1名）が各1個病棟を管理し、さらに保母、児童指導員、臨床心理士が配置されている。養護学校は本校単位としては県内で唯一の病弱養護学校であり、高等部も設置されているために児童・生徒が全県下から紹介され、在籍児のほとんどが当院に入院している。なお、地域医療である一般外来と二次救急もこの2名の小児科医が担当している。結果：紹介された患児の概要を表に示す。

発症年齢は幼児期発症が3例、就学後発症が4例であった。就学後発症例のうち3例は学校検尿を契機に尿糖を指摘されたが、いずれも口渇等の自覚症状が先行して認められていたものの医療機関を受診しておらず、1例（症例2）は学校検尿後も放置していた。

当院における初診年齢は発症年齢に関係なく13歳から15歳に集中しており、いずれも不登校や対人関係障害といった、本来I D D Mとは直接関係ないことから血糖コントロールを乱していた。また、2例（症例1、7）において食行動の異常（過食、症例1は過食後に嘔吐あり）を認めた。幼児期発症の3例（症例1、5、6）のうち2例（症例1、5）は、いずれも低血糖による意識障害や高血糖によるケトーシスからくる嘔吐のために緊急入院を繰り返し、入院中も情緒が不安定で親や病棟スタッフともトラブルを起こしやすい、血糖コントロールが極めて

困難な不安定糖尿病とされていた。2例とも初診時に肥満と成長障害、無月経を認め、症例1では糖尿病性合併症を併発していた。症例5では、前医において皮下持続注法（C S I I）が一時期試みられたものの中断に至っていた⁵⁾。

養護学校への通学を希望して当院を受診する際には、医療機関からの紹介による場合（主治医による診療情報提供あり）と、養護学校の見学時に外来受診をする場合（初診時に詳細な診療情報が得られない）があるが、今回は前者が4例（症例1、2、5、7）、後者が3例（症例3、4、6）であった。また、当院を紹介される前に病院に1カ月以上入院して病院から学校へ通学した経験のある児は2例（症例4、5）であった。症例2については、父子家庭であるためI D D Mの管理と不登校への対応が困難と判断され、児童相談所を通して中学卒業までは虚弱児施設に入所していた。

経過については、症例7を除く6例が入院のうち養護学校通学となったが、症例3、4を除いた4例において入院後にも不登校を認めた。その場合、いずれの症例も入院生活における対人関係の問題が表面化しており、症例1、2では入院継続が困難となったため長期外泊や入院を繰り返した。過食合併例に対しては、小児科医によるI D D Mの管理と並行して児童精神科医による精神療法や親との面談を導入し、両科の情報交換を密にするとともに心理検査の結果を加えて治療方針を統一することにより、患児の食行動や対人関係障害は改善した。

考察：I D D Mと診断された患児は、その時点から一生インスリン治療が必要であることを告

知され、自己注射をはじめとするインスリン治療、低血糖への実際の対応、食事療法、運動療法、sick day対策など、常に教育を受けて年齢に応じた疾患の自己管理が求められる。

疾患の自己管理はまず患児が自分の疾患を受容することからはじまるが、今回の検討では1DDMを受容できていないと思われる患児が多かった。受容の是非は外来受診時における患児の治療に対する参加意欲や姿勢に顕著に表れるが、多くの患児は外来において主治医との間で治療方針や日常生活の問題点について具体的に十分な時間をかけて検討した経験がほとんどなく、実際には同行した母親が代弁してしまい、検査結果の伝達とインスリン投与量の指示、処方方針が診療時間の大部分であったと患児は述べている。その傾向は不安定糖尿病とされた症例1、5においてはさらに著明で、症例5では中学生になっても母親が夜間・早朝を主に患児の血糖を測定し、主治医に連絡をとりインスリン投与量の指示を受けるのも母親であった。また、症例2では治療開始後も定期受診しなかったために白内障が進行して学校生活に支障を生じていたが、患児（と父親）は手術時のリスクを理由に手術を強硬に拒否し、不定期な受診も父親だけであった。これらはいずれも当事者である患児が治療の現場には不在であることを示しており、年齢が進むにつれて自己管理は逆におろそかになり、あたかも「他人の疾患のために自分が苦痛を伴う検査や治療を強いられている」かのようであった。

疾患の受容の是非は患児の親子関係や外来における疾患管理にも大きな影響を与えており、

血糖コントロールが不良であるほど血糖測定やインスリン注射、学校での低血糖対策などを巡る親子の感情的な衝突も頻繁であったが多きは母子間であり、紹介前における父親の治療参加は症例4を除いてほとんどなかった。また、血糖が高めで推移している（血糖が200~300mg/dl程度）場合は無症状であることも多いため患児は受診を嫌う傾向にあり、主治医は血糖コントロールを改善できないことに苦慮していた。特に不登校を合併した場合の外来管理は一層困難となり、患児の受診回数はさらに減少するうえに精神科や心療内科との連携も困難な場合は、外来では有効な対応がほとんど望めない状況にあった。実際、今回の7例のうち3例（症例4、5、6）では内分泌を専門とする小児科医による専門外来で管理されていたが、主治医は外来管理における限界を訴えていた。

学校との連携も患児の自己管理を強化するうえでは極めて重要であるが、患児が低血糖症状を自覚しても、（1）血糖測定のために気軽に授業を中座できる雰囲気ではない、（2）血糖測定や補食、強化療法のための昼のインスリン注射（以下、検査や処置と略す）が学校（保健室を含む）ではやりにくい、（3）検査や処置ははじめの原因になりやすく、教師によっては必要性を理解してもらえない、（4）現在は保健室登校の生徒も多いため、保健室では検査や処置ができない、（5）養護教諭に1DDMを理解してもらえない等、現状では学校への1DDM患児の受け入れには今なお多くの問題を抱えていると考えられた。学校での問題点はそのまま社会における就職条件にも関連し、症例3

は卒業後2年を経てもなお定職が得られない。

以上、当院を紹介されるに至ったIDDM患児の外来管理が困難な要因について検討したが、入院し養護学校に通学すれば問題点が解決する訳ではない。実際に入院後も4例において不登校を認め、同時に他の入院児や病棟スタッフとの対人関係にも困難さを訴えることも多いため病棟生活に適應できずに一時退院したり（症例1、2）、無断離院や外泊後の帰院困難がみられた。その際は、（1）登校や帰院を強要せずにまず患児の話聞き、（2）病棟でのカンファレンスにより具体的な問題点を明らかにして患児への対応を統一し、（3）看護婦を加えた患児や保護者との面談により相互理解に努め、治療方針を明確にする、等の対策により円滑な病棟運営が可能となった。また退院後においても、入院せずに外来管理となった症例7と同様に予約制による月1～2回、1回1時間程度の面談により退院後の不登校（症例3、4、6）や就職後の問題（症例3）にも対応でき、血糖コントロールにも好影響を与えた。

今回の検討結果を今後多くのIDDM患児の治療に活用するためには、病名告知後における疾患の受容を目的として初期教育の段階から児童精神科医や臨床心理士による面接を導入し、その後は小児科医による治療と並行して適切な精神的な援助を受けられるように専門スタッフが参加した包括的な医療を積極的に展開することが望まれる。同時に、学校関係者ともよりよい協力体制を確立する必要があるが、そのためには主治医と患児や保護者との十分な相互理解のうえに、学校側にも個々の児童・生徒に対す

るきめ細かい配慮と保護者や主治医との緊密な連携が求められる。さらにIDDM患児の円滑な社会適應のためには、IDDM特有の検査や処置に対する社会の理解を深めるための啓蒙活動や相談などの保健活動が必要であり、保健所等の行政機関によりこれらの事業が今後より一層積極的に推進されることが求められよう。

結語：病弱養護学校に隣接した国立療養所小児科へ養護学校通学を目的として紹介されたIDDM患児における初診時の問題点と合併症、さらにその後の経過を検討することにより、小児糖尿病における精神的援助の方法について検討を加えた。その結果、患児の生活の質（QOL）を今後さらに向上させるためには、治療早期からの児童精神科医や臨床心理士による精神的援助や学校関係者との良好な協力体制の確立、保健所等の行政機関による啓蒙活動や保健活動の推進がより一層求められると考えられた。

参考文献：

- 1) 佐々木望編著：小児糖尿病 治療と生活，診断と治療社，東京，1995.
- 2) 松浦信夫：小児思春期糖尿病．総合臨牀，41：2570-2573，1992.
- 3) 浦上達彦，北川照男：小児糖尿病，日本臨牀，49(増刊号)：425-431，1991.
- 4) (財)日本学校保健会編：学校保健の動向 平成8年度版，東山書房，京都，1996.
- 5) 竹内浩視：血糖コントロールが困難な糖尿病児が強化インスリン療法を受容するまで—小児慢性病棟への長期入院と併設病弱養護学校の意義—，第43回日本小児保健学会講演集F-14，510-511，1996.

表 養護学校通学を目的として紹介されたインスリン依存性糖尿病児の概要

症例	性	発症年齢と 初発症状	当院初診 年齢	初診時におけ る問題点	初診時の 合併症	経 過
1	女	3歳 多飲多尿等	15歳	過食・嘔吐 交代性の便秘 と下痢 不登校 母親が過干渉 対人関係障害	成長障害 無月経 網膜症 蛋白尿 肥満	・入院し養護学校高等部通学するが適応困難のため一時退院し休学する。復学、再入院後は児精神科医の面談を導入し卒業。 ・身体障害者手帳を取得し、公立職業訓練校へ進学後、就職。
2	女	13歳 学校検尿 先行症状(+) 尿糖指摘後も 放置	15歳	不登校 対人関係障害 父子家庭 離別した母親 の干渉	白内障 肥満	・入院し養護学校高等部通学するが適応困難のため一時退院したが、現在は再入院し復学。 ・白内障に対しては治療拒否。
3	女	11歳 学校検尿 先行症状(+)	14歳	不登校	なし	・入院し養護学校中学部通学、高校進学を前に退院したが、その後も一時不登校あり。 ・卒業後はフルタイムのアルバイトをするが数回転職。
4	男	12歳 多飲多尿等	13歳	不登校 インスリン自己中断歴あり 母親の治療への不参加	なし	・入院し養護学校中学部通学、高校進学を期に退院したが高校でも一時不登校で、現在復学。

表 養護学校通学を目的として紹介されたインスリン依存性糖尿病児の概要（続）

5	女	5歳 多飲多尿等	13歳	不登校 母親が過干渉 対人関係障害	成長障害 無月経 肥満	・入院し養護学校中学部通学、 高等部に進学し継続入院中。
6	女	3歳 多飲多尿等	13歳	不登校 母親の無関心 対人関係障害	てんかん	・入院し養護学校中学部通学、 高校進学を前に退院したが、 その後も一時不登校あり。
7	女	11歳 学校検尿 先行症状(+)	13歳	過食 不登校 母親が患児を 心理的に拒否 対人関係障害	なし	・外来で児童精神科医の面談を 導入して通院、中学・高校と不 登校あるが、食行動とともに対 人関係も改善しつつある



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



要旨:小児糖尿病、特にインスリン依存性糖尿病(IDDM)の治療における精神的援助の重要性は従来より指摘されているが、実際の問題の解決は容易ではない。今回、インスリン治療中に養護学校通学を目的に紹介された症例を検討した結果、1)患児の疾患の受容、2)親子関係、3)外来における疾患管理、(4)不登校を含む社会的対応、等の問題が複雑に交錯しており、特に食行動の異常を合併した症例への対応には小児科医と児童精神科医との連携が必要であった。 IDDM 患児の生活の質(QOL)を今後さらに向上させるためには、治療早期からの児童精神科医や臨床心理士による精神的援助や学校関係者との良好な協力体制の確立、保健所等の行政機関による啓蒙活動や保健活動の推進がより一層求められる。