

小児 CAPD 患者の社会復帰

酒井 糾, 伊藤民恵, 飯高喜久雄, 北條みどり, 熊野和雄, 河西紀昭

CAPD, Quality of Life, Total Care

要約 1981年より1988年末迄の CAPD 療法開始症例27例中、現在われわれの施設で管理している11症例についてみると、全例の平均年齢は7.9歳である。その社会生活の内訳をみると、乳児1例、小学生8例、中学生2例、在宅教育1例である。全例の生活状況は、腹膜炎罹患等の闘病期間を除けば、ほとんど支障なく家庭および学校での生活を送っている。かかる実状からすると、小児期腎不全症例の CAPD 療法による管理は学童期では合併症のコントロールさえ良好であれば、health related Quality Life のスコアはかなり良いものと考えられる。しかし、乳幼児では精神運動発達の評価、指導がきわめて大切で、近い将来成長に伴う社会・心理的問題が生じてくる可能性が多々あるものと考えられた。

CAPD は慢性腎不全患者の社会復帰を促がし、しかも彼等の health related QOL を高める点では一致した評価を得ているが、その現状を確認することが CAPD 医療の質をさらに高める上に極めて重要なことと思われる。当院で導入した症例は27例で平均年齢は7.9歳で、現在、フォロー中の症例は11例である。今回、それらの患児について社会復帰状況を調査し、種々検討を加え2、3の知見を得たので報告する。

対象及び方法 CAPD 患児個々のプロフィールを表1に示した。血液透析移行例2例、腎移植移行例2例、死亡2例で現在治療続行中は11例であるが今回はそれら11症例について社会復帰状況を来院時の母親に対する聞き取り調査と可能な場合は本人からの情報を得て検討を行った。

結果 図1に示す如く現在 CAPD 継続中(平均39カ月)の患児は1例が最近移植へ移行したため11名となっているが、次に症例個々の現在の状況を表2、3に示す。

症例1では精神運動発達に約1年の遅れがみられ幼稚園入園時において1年遅れとした。

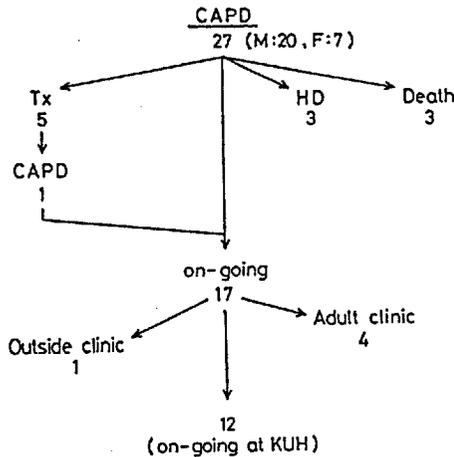
来春小学校就学にあたってこれから相談していく予定となっている。

北里大学病院腎センター

表1

氏名	性別	原疾患	導入時		CAPD 期間	転帰
			年齢	体重		
1. YO	M	低形成腎	1	5.4	68	CAPD
2. SH	F	RPGN	1	7.3	23	DEAD
3. TO	M	低形成腎	2	7.6	61	CAPD
4. YO	M	低形成腎	3	11.1	72	CAPD
5. YH	M	FGS	3	14.1	23	Tx
6. RI	M	FGS	4	13.7	18	DEAD
7. MS	M	慢性腎炎	4	12.3	36	Tx
8. OY	M	逆流腎症	5	13.0	25	CAPD
9. KS	M	低形成腎	6	14.5	29	CAPD
10. KA	M	FGS	6	16.0	59	CAPD
11. KM	M	低形成腎	7	21.7	35	CAPD
12. NS	M	低形成腎	7	19.0	45	CAPD
13. KK	M	FGS	11	28.4	52	CAPD
14. MT	M	FGS	11	31.0	13	HD
15. EF	M	FGS	12	20.5	28	CAPD
16. TY	M	低形成腎	12	40.5	25	HD
17. MK	F	HSPN	14	30.2	40	CAPD

図1 Outcome of CAPD in Children
— 1981.6 ~ 1988.12 —



症例3ではやはり精神運動発達に約1年の遅れがみられていたが、幼稚園は普通に行っていたため、両親の希望である1年遅れの小学校普通学級への就学を教育委員会が許可せず訪問学習という形となった。来春どのような状況となるか、その教師の評価が重要と思われる。幼稚園時代の出席状況は良好で、精神面ではかなりの進歩を認めた。

症例10は小学校入学前にHD・移植など病歴が長く、1年遅れで普通学級へ就学した。出席状況は良好とはいえないが、母親が無理をさせないようにコントロールしている状態にある。

表2 患者状況

年齢 (y)	学校/幼稚園	通学方法	出席状況	欠席理由	運動	清潔	旅行	手技
1. 6	幼稚園年長 (1年遅れ)	通園バス	時々休む	感冒症状	時々参加	シャワー	日帰り	母
3. 6	訪問学習1年	自宅				入浴	日帰り	母
4. 9	小学4年	車/徒歩	良い		参加	シャワー	遠足	母
8. 6	小学1年	徒歩	良い			入浴	未	母
9. 7	小学2年	徒歩	良い		参加	入浴	家族旅行	母
10. 10	小学5年 (1年遅れ)	車/徒歩	時々休む	疲労感	見学	シャワー	家族旅行	母
11. 10	小学5年	車/徒歩	良い		時々参加	シャワー	家族旅行	母
12. 10	小学4年	車/徒歩	良い		参加	入浴	家族旅行	母
13. 16	高校1年	徒歩	良い		見学	シャワー	未	母
15. 14	中学2年	徒歩	悪い	疲労感	見学	シャワー	未	母
17. 17	家事手伝い			(中学時代: 時々休む) 疲労感		入浴	家族旅行	本人

表3 食事摂取状況と発育

年齢 (y)	現在		身体発育年齢 (身長) (y)	摂取		身体発育年齢による所要量		所要量に 対する割合 (%)	
	身長 (cm)	体重 (kg)		エネルギー (kcal)	蛋白 (g)	エネルギー (kcal)	蛋白 (g)	エネルギー	蛋白
1. 6	93.3	12.6	3	1162	42	1400	40	83(85)	105(89)
3. 6	91.5	14.5	2	1054	40	1200	35	88(91)	113(95)
4. 9	115.8	22.2	6	1566	63	1700	55	92(97)	114(96)
8. 6	105.3	15.1	4	1297	48	1550	45	84(90)	107(91)
9. 7	109.3	17.3	5	1358	50	1600	50	85(87)	100(85)
10. 11	120.6	27.0	7	1335	62	1800	60	74(97)	103(88)
11. 11	127.3	29.0	8	1127	49	1850	65	61(70)	75(64)
12. 10	122.5	25.4	7	1528	54	1800	60	84(96)	90(76)
13. 15	157.2	53.0	13	1513	76	2450	85	62(91)	89(75)
15. 13	118.0	21.0	6	1127	47	1700	55	66(78)	85(72)
17. 17	143.1	36.0	11	1433	51	2100	75	68(76)	67(57)

症例11はすでに小学校へ通っていたが学校側の CAPD に対する理解が得られず、当初は母親が授業中も付添うという異例の形をとっていた。移植を契機に最近は送り迎えのみとなった。

症例13は中学までかなり不定愁訴が多く入院日数も多かったが、高校入学後は意欲十分となりほとんど休まず通学している。

症例15は腎不全へ陥るまでの経過が長く学校も休みがちであったが、CAPD 後も心不全を契機に全く学校へ行けない状態となった。本例は合併症を有する児ではあるが、精神的な要素も大きいと思われる。

症例17は中学時代は時々休みながらも卒業したため高校進学を進めたが、家族の希望が強く家事手伝いとなった。卒業後2度脱水で入院したが、退院後編物教室に通い元気に過ごしている。

他の症例はとくに大きな問題はなく経過している。

考察 透析医療では治療の性質上、従来からチームアプローチの重要性がいわれてきた。とくに CAPD では、治療の場が病院から家庭、そして学校や職場に移行したために、病院のスタッフのみでは患者のもつ問題に対応しきれなくなっている。今回われわれの検討でも、CAPD について学校の理解が得られずに、条件付き学校参加という事態を招いている。こうした例は成人での職場復帰の際にもみられており、幅の広い支援活動の展開の必要性を思わせる。つまり、慢性腎不全によって引き起こされる諸条件が、患者のすべての生活面に不可逆的な変化を生ぜしめ、患者の生活する場との関わりあいで CAPD 管理を考慮せざるを得なくなっている。病院と学校とを例にとれば、子供が病院に依存する度合いの大きい疾病をもっている場合、当事者が期待するのは病者役割¹⁾であって(表4参照)、患者として取り扱おうとすることになる。しか

し、社会復帰・学校参加をしたいとする考えで治療を開始した医療側からすれば、子供とその家族に対する期待は、むしろ障害者役割¹⁾ということになる。そのため、学校では役割期待にずれが生じてくる。すなわち、CAPD という治療技術は医学の場で生まれ、その普遍化は病院のもつ技術、組織、制度にはなじみやすいが、学校や社会では困難さ、組織、制度のありかたなどにより、普遍的になりにくいからである。そこでは患者の親の性格、能力、医師や教師らの医療に対する姿勢、そしてそれぞれの信条や価値観などが、医療をスムーズに遂行させるか否かを左右することになるのである。そしてさらに、これらすべては社会背景(先進性や後進性)や地域性(都市部や農村部、その他)などによっても大いに変ってくるのである。現在われわれが管理している症例についても、種々問題を含んでいる症例にあっては、チームメンバーの誰が誰に対して、または何に対して、どのようなステップと経路で、どの程度関わりをもつのがよいかを検討していかねばならない例もある。要は、チームメンバーの誰かが常に家族への直接的援助に加えて、病院と学校との間にあって問題発見のための橋渡し役を果たさなければならないのである。

表4 病者と障害者の役割*

	病者役割	障害者役割
役割の期間	一時的	永続的
社会的義務	免除	可能な限り負う
医療に対する態度	受動的	能動的
自己の疾病ないし障害に対する態度	異化(排除)	同化(適応)
自己の身体的条件に対する責任	なし	機能障害についてはないが能力低下についてはある
社会制度上の保障	ある	部分的にある

*文献 中村隆一：病気と障害、そして健康、海鳴社、20、1983

結論 1. CAPD 患児の社会復帰状況はほぼ満足のいくものであるが、個人差が大きく個々に対応していかなければならない。

2. 出席状況の良し悪しは、CAPD 以前の問題として患児の原疾患と病歴の長さが大きく影響していると考えられ、経過の長い症例では家族を含めた精神面での対応が重要と思われる。

3. 乳幼児では精神運動発達の遅延が認められ、小学校就学において問題となるため、積極的に精神運動発達の促進を計り、また学校側への働きかけが必要である。

4. 合併症の有無は患児の社会復帰に大きな影響を及ぼすため、予防及びコントロールが重要である。

5. 食事摂取量は8割以上が所要量の80%以上であったが、80%以下の不良群は出席率が悪い傾向を示した。

6. 家庭での管理はほとんど母親が行っているため、母親の訴えや疲労感などを十分に把握し、勇気づけていく必要がある。

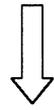
7. 年長児では本人及び家族の希望を考慮し、CAPD にするか HD にするかを判断すべきである。

以上より、CAPD の管理においては、看護婦・ケースワーカー・保健婦・栄養士を含むチーム医療の果たす役割が大きいと思われた。



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 1981年より1988年末迄のCAPD療法開始症例27例中、現在われわれの施設で管理している11症例についてみると、全例の平均年齢は7.9歳である。その社会生活の内訳をみると、乳児1例、小学生8例、中学生2例、在宅教育1例である。全例の生活状況は、腹膜炎罹患等の闘病期間を除けば、ほとんど支障なく家庭および学校での生活を送っている。かかる実状からすると、小児期腎不全症例のCAPD療法による管理は学童期では合併症のコントロールさえ良好であれば、health related Quality Lifeのスコアはかなり良いものと考えられる。しかし、乳幼児では精神運動発達の評価、指導がきわめて大切で、近い将来成長に伴う社会・心理的問題が生じてくる可能性が多々あるものと考えられた。CAPDは慢性腎不全患者の社会復帰を促がし、しかも彼等のhealth related QOLを高める点では一致した評価を得ているが、その現状を確認することがCAPD医療の質をさらに高める上に極めて重要なことと思われる。当院で導入した症例は27例で平均年齢は7.9歳で、現在、フォロー中の症例は11例である。今回、それらの患児について社会復帰状況を調査し、種々検討を加え2、3の知見を得たので報告する。