HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	小学校における喘息児の保健指導・教育の在り方に関する検討
Author(s)	中島, 嵩博
Citation	北海道大学大学院教育学研究科紀要, 88, 141-149
Issue Date	2003-02
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.88.141
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/28881
Type	departmental bulletin paper
File Information	88_P141-149.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北海道大学大学院教育学研究科
紀 要 第88号 2003年 2 月

小学校における喘息児の保健指導・教育の在り方に関する検討

中 島 崇 博*

Study of Health Guidance and Education for Asthmatic Children in Elementary School

Takahiro NAKASHIMA

【要旨】近年の医学領域における気管支喘息（以下，喘息）治療の発展は，その死亡者数や入院数，重症患者数の減少に大きな成果をもたらした。しかしその反面，一般の小学校に通う喘息児は今なお増加の一途をたどっている。

喘息児の学校生活では，それ故に生じる様々な問題が存在する。小学校における喘息児の増加は，今後さらなる問題の増加，悪化を招き，彼らの学校生活に大きな影響を与えることを懸念させる。学校が子どもの健全なこころとからだの育成を目指す場であるならば，医学とは違った教育学の観点から，彼らの快適な学校生活の実現に向けてこれらの問題に取り組まなくてはならない。そのため喘息児が日常生活の大部分を過ごす学校において，その保健指導・教育を検討する余地は十分にあると考えられる。

本稿では，医療が進歩する中で，喘息児に対する学校側の対応として保健指導・教育の果たす役割が今後どうあるべきなのか，1995年に行った調査とその後収集した資料に基づいて整理した。

【キーワード】喘息児，小学校，保健指導，発作の鎮静，予防管理

はじめに

喘息は呼吸困難を主な症状とする発作性の疾患として古くから知られている。

19世紀以前においては，その原因や病態がはっきりせず精神疾患として考えられていたが，20世紀に入りアレルギーの概念が導入されるようになってから，アレルギー疾患の代表として最も多く研究が行われ注目されてきた。1980年代後半，喘息に対する見解は大きな変換期を迎え，それまで主流であった「気道過敏性による一過性の疾患」という見解から，「気道粘膜の慢性的な炎症による疾患」という見解へと変わってきた。それに伴いその治療も，発作が起きた時に気管支を広げ「発作を鎮める」ことから，慢性的な炎症を鎮め「発作を予防・管理」することに重点が置かれるようになった。

気道の慢性的な炎症を鎮め，発作を予防・管理することに近年大きな功績をあげているのが

* 北海道大学大学院教育学研究科博士後期課程

「吸入ステロイド薬」と「ピークフローメーター」である。吸入ステロイド薬は気道の患部に直接届いて働き，気道の炎症を鎮めて発作を予防する。また，ピークフローメーターは最大呼気流量測定器と呼ばれ，気道閉塞を客観的に把握することができる。その測定結果により治療薬の使用量を増減するなど，評価の基準として用いられている。これらによって喘息のある程度の予防と自己管理が可能になった。

第１章　喘息児の現状

１．喘息患者数の推移

治療法が進歩した結果，以前は年間7,000人を越えていた喘息死亡者数も，現在では4,000人近くまで減少[1]しており，その専門施設でも，おおむね救急外来，入院患者，重症例が減少している。

また，それは小児の場合も同様であり，これまで重症の喘息児が通っていた院内学級や養護学校においても，その姿を見ることは稀となっているのが現状である。事実，1999年当時，札幌市立病院内のひまわり学級に在籍する喘息児は存在しなかった[2]。

しかしながら重症の喘息児が減少している反面，「学校保健統計調査」[3]による喘息児の推移（図１）は年々増加の一途をたどっており，特に小学校での罹患率は1991年以降10年間で約2.5倍にまで膨れ上がっている。

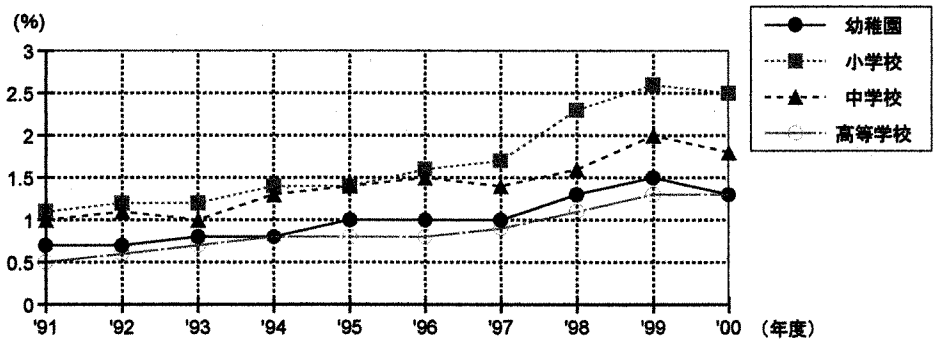


図１　喘息児の推移
注：数値については各年度の「学校保健統計調査」より引用

以上のことから，喘息を持たない児童と一緒に一般の小学校に通う軽症・中等症の喘息児が増加していることとあわせて，喘息による様々な問題が一般の小学校において増えてくるだろうことが推察される。

小児の場合，その約半数が思春期を境に治癒するが，残りの半数は難治性の大人の喘息へ移行するといわれている。より多くの喘息児を大人の喘息へ移行することから救うため，そして彼らが快適な学校生活を送るためにも，今後の喘息児に対する保健指導・教育の役割は非常に重要なものになってきている。

2．喘息児と学校生活

喘息は学校保健法により定められた伝染病などとは異なり，感染によってクラス，及び学校全体の運営に大きく支障をきたすことはない疾病である。しかし，喘息児自身が学校生活を送る上での支障は大きい。2001年実施のAIRJ（全国喘息患者電話調査）[4]の結果によると，過去1年間の喘息による小児の欠席率は53%にものぼっていた。そればかりではなく，授業や学校行事などにおいて特別扱いされることによってクラスや友人に対する劣等感・疎外感が生まれ，さらに，友人たちによる嫌がらせやいじめにまで発展することもあることが梅里らの調査からも認められている（図2，3）[5]。

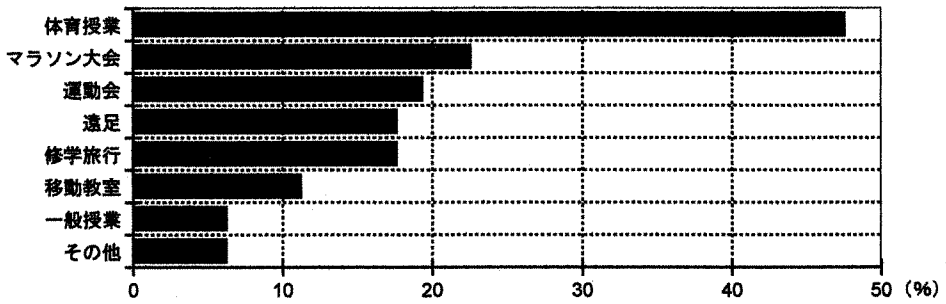


図2　学校での特別扱い（63名中）
（梅里らの調査結果，「小児科MOOK，No.31」より）

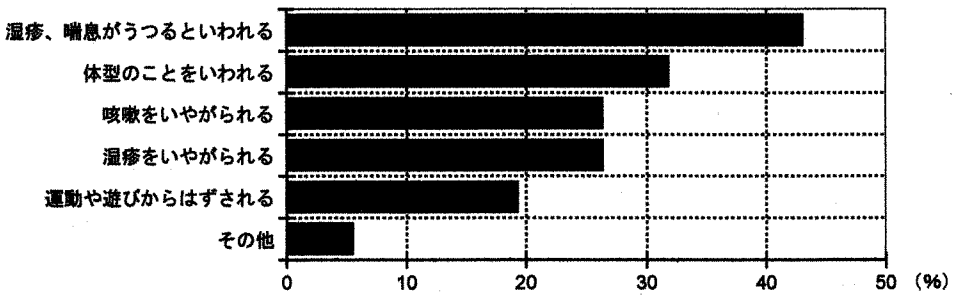


図3　友人のいやがらせ（72名中）
（梅里らの調査結果，「小児科MOOK，No.31」より）

喘息児の学校生活に与える弊害は，その発作によるものが大きいと考えられがちである。しかし特に子どもの場合，それ以外に喘息に対する間違った先入観や子ども同士の人間関係など，喘息であることを原因に芽生える様々な問題によるものが多く存在してくる。そのため彼らが快適な学校生活を送るためには身体・精神の両面での配慮を欠くことができず，更にそれはより積極的な予防・管理，教育でなくてはならないと考えられる。つまり問題が生じた時にどう対処するかということより，問題が生じないためにはどうしたら良いのかということに重点を置くということである。彼らの生活の大部分を過ごす学校においてこのような保健指導・教育を実践することは，快適な学校生活の実現において有効であるばかりか，喘息治癒という根本的解決に向けても非常に重要であるといえよう。

第2章　千葉県市原市の小学校における調査からの検討

筆者は1995年に千葉県市原市の小学校に対して調査[6]を行い，予防･管理の観点からの喘息児に対する保健指導・教育の在り方について検討した。

1．保健指導の実態

その結果，回答が得られた小学校のすべてに喘息児が存在していたが，彼らに対する保健指導を実践していると回答した小学校は約32%にとどまり，その内容も「腹式呼吸の指導」や「発作の時に保健室で安静にする」などの，発作の鎮静に重点を置いたものがほとんどを占めた。また，「できるだけアレルゲンとの接触を避けさせるよう配慮している（給食・清掃時）」という積極的な指導を行っている小学校はわずか3.6%であり，抱える喘息児の数とは裏腹に，発作の予防・管理を目的とした保健指導・教育はほぼ実践されていないという現状を把握できた。

2．喘息の悪化要因に対する保健指導・教育

日本アレルギー学会が1993年に吸入ステロイド薬を第一選択にした治療ガイドライン(指針)を発表する際に，ほこりの中のダニへのアレルギーやたばこといった喘息の悪化要因を取り除くことを前提にしたことからもうかがえるように，喘息の予防・管理は薬物のみに頼ることはできず，むしろ前提となる悪化要因を取り除くような環境作りが重要であるといえる。

(1)　アレルゲン除去に対する配慮

喘息の最も主要な悪化要因としてアレルゲンに対する曝露があげられ，喘息児のアレルゲンとしてもハウスダストをはじめとして様々なものが存在する(図4)。しかも，それらのアレルゲンは単独で存在するわけではないためアレルゲンの完全な除去は難しいが，発作を予防するにあたり，その要因となるアレルゲンとの接触を極力避けるような環境整備は非常に有効な手段になり得る。しかし小児の場合，自己管理の能力が備わっていないことが懸念され，子ども自身にこれを任せるのは難しいと考えられる。そのため学校としては彼らに対する直接的な指導・教育の他，あらゆる場所や場面を想定し，環境面から間接的に働きかける必要がある。

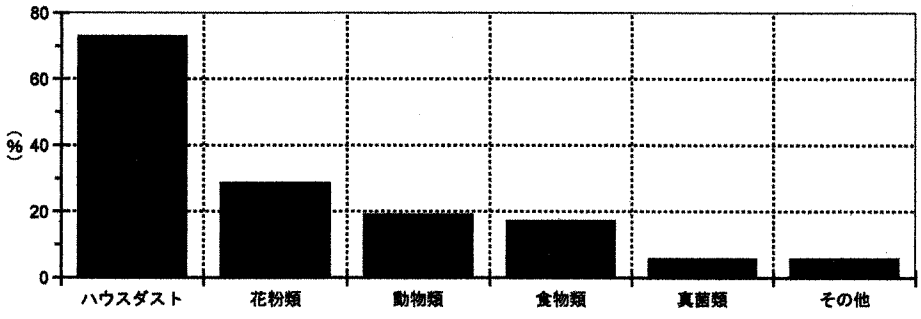


図4　発作の原因となるアレルゲン
('95千葉県市原市で実施の調査より)

調査の検討により得られた，取り入れられるべき望ましい対策について，その具体例を〈表1〉に示した。

表1　アレルゲン回避のために望まれる保健対策

アレルゲン	対策，及び除去方法
ハウスダスト	・清掃の徹底 ・清掃場所割り当ての配慮 ・掃除用具の注意（はたきの使用を控えるなど） ・マスク着用の指導 ・清掃後のうがい・洗顔の指導
花粉類	・教室の換気 ・マスク着用の指導 ・外出後のうがい・洗顔の指導
真菌類(カビ)	・清掃場所割り当ての配慮 ・体育用具（特にマット）の手入れ ・清掃，体育授業後ののうがい・手洗いの指導
動物類	・動物の飼育をさせないような配慮 ・動物との接触後のうがい・手洗い・洗顔の指導 ・教室内での小動物飼育の回避
食物類	・事前のアレルゲン調査 ・給食時の配慮（弁当持参を許可するなど） ・教師の理解

('95千葉県市原市での調査からの検討)

(2)　精神面での配慮

学校生活は，喘息児に限らず，子どもにとって勉学は勿論のこと，人格形成の上で重要な役割を果たす場である[7]にも関わらず，喘息児は不安定な精神状態で学校生活を送っている。また，特に小児の場合，発作の一要因としても精神状態の関与が大きいと考えられている。従って，人格形成と喘息の予防・管理の面からも，彼らの学校生活において，精神面に対する適切な配慮がなされることは非常に重要である。

喘息児の精神状態の悪化要因として考えられるものには，まず学校での人間関係によるものがあげられる。

学校で特別扱いを受けることや，友人関係のトラブルは，喘息児の人格形成や精神面において好ましくない影響を与える。これらの問題を解決し彼らが快適な学校生活を送れるようにするためには，学校側の喘息に対する正しい知識や理解，また友人たちの協力が必要不可欠となる。

次に考えられる要因として，喘息児自身の性格の問題がある。

一般に喘息児の性格は積極性・自立性を欠く傾向があり，人格形成や喘息治療を行っていく上でもマイナス要因になり得るといわれている。これは母親との関係に由来する場合が多く，事実，筆者が13組の親子に対して行った調査※の結果（図5－1，2，3），7組の親子に喘息の予防･管理に対してマイナスに働く因子が存在していた（表2）。そのため，ここでは先述のアレルゲンの回避などの指導・教育を通して，彼らの積極性・自立性を助長し，さらに母親側のマイナス因子を取り除くべく，学校側と母親との連絡を密にするなどの配慮が必要になると

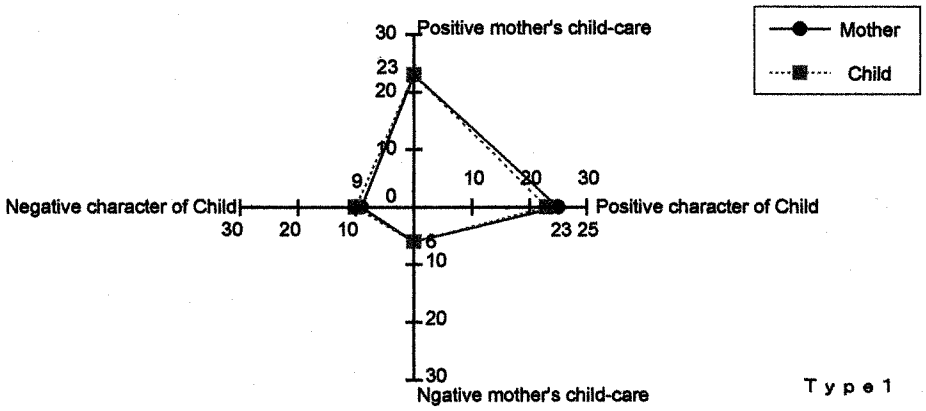


図５－１　母親と喘息児の精神的要因
（'95千葉県市原市で実施の調査より）

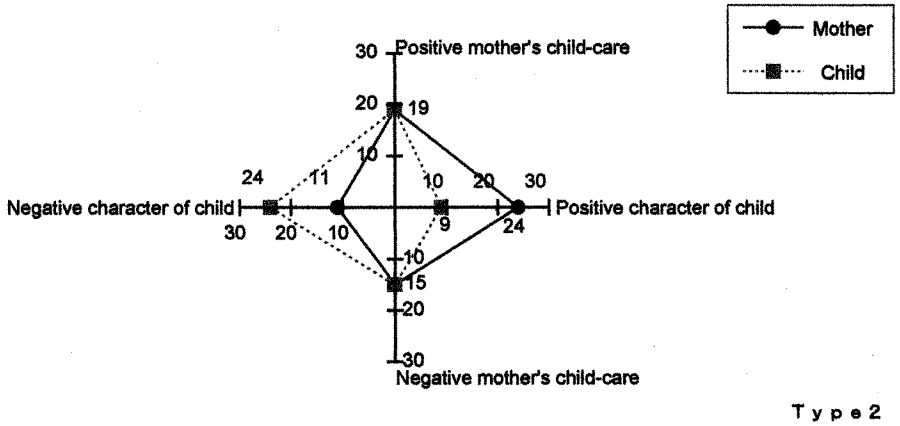


図５－２

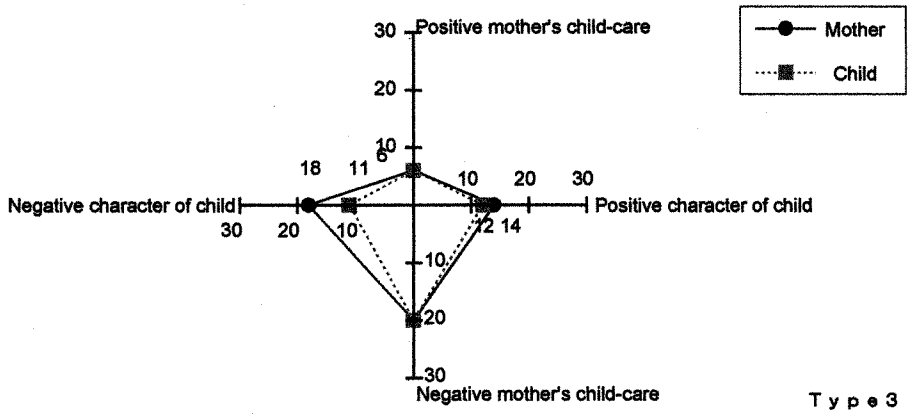


図５－３

※　調査には中村ら作成の「小児気管支喘息用心因調査質問票」[8]を用いた。結果の処理についても付属のチェックリストによりポイントを算出し，それをグラフ化した。

グラフの縦軸は母親の育児態度を得点化したものであり，マイナス方向の得点が高いほど過保護・溺愛の傾向がある。また，横軸は子どもの性格を得点化したものであり，マイナス方向の得点が高いほど積極性・自立性を欠く傾向があることを示している。

得られた結果は大まかに３つの型に分類でき，それぞれ Type １～３とした。

Type １：母親の育児態度も良く，子どもの性格を把握できている。子ども自身の性格にも積極性・自立性に欠ける部分がほとんど見られず，特に問題なし。

Type ２：母親が子どもの性格を把握できていない。子ども自身の性格も積極性・自立性に欠ける部分がある。

Type ３：母親に過保護・溺愛の傾向がある。子ども自身の性格も積極性・自立性に欠ける部分がある。

結果：母子13組中〈Type １〉６組，〈Type ２〉５組，〈Type ３〉２組であった。〈Type ２〉，〈Type ３〉におけるマイナス因子としては〈表２－１，２〉のとおり。

表２　母親の育児態度，及びその子どもの精神面におけるマイナス因子

表２－１　母親の育児態度におけるマイナス因子

項　　目	因　子	人数
・薬を飲んだり体を鍛えたり（例えば冷水浴，喘息体操など）を子どもにまかせている	とりこみ	×４
・子どもの世話はお母さんが自分しないと気がかりである		○２
・勉強や遊び，運動などの計画をたてて，それをするようにすすめる		○３
・発作が起こるとオロオロしたりイライラしてしまう	不安	○３
・風邪をひくと喘息になると考えて，つい厚着にさせてしまう		○２
・親としてもっと子どもにしてやるべきことがあるように思えて心配		○１
・子どものことが頭から離れない		○２

表２－２　子どもの精神面におけるマイナス因子

項　　目	因　子	人数
・自分もいつかは死んでしまうのだと感じることがある	不安	○３
・この世はもうおしまいだと思う		○１
・自分１人で考えたり決心したりできないでいつも人に相談する		○３
・理由もなく怖がったり心配になったりすることがある		○３
・期待にこたえようと無理をするほうである	要求水準	○２
・うまくできそうにもないことはしたくない		○３
・何かしようと思っても失敗するのではないかと思いできない		○４

（注…表内の人数の欄は，それぞれの項目において○，あるいは×と回答した人数）

考えられる。

(3) 新しい治療法に対する配慮

特にここで重要になるのはピークフローメーターの使用を習慣づけることである。

田村は「発作の大きなピークは午前4時ごろ，小さなピークは午後11時ごろ。一番状態のいい日中と併せて，一番状態の悪い起床直後に家で測らないと意味がない。」[9] と言う。そのため日中の測定に関しては学校で行うのが望ましい。しかしながら先述のとおり，それを子どもに任せるのは難しいため，教師の管理のもとで適切な指導・教育を行う必要がある。そして保護者との緊密な連絡によりその結果を逐一報告したり，場合によっては授業への参加を控えさせる等の配慮が必要になる。

(4) 教育の重要性

ここまで述べてきた喘息児に対するアレルゲン除去や精神面での配慮について，それを個人の問題とせず，学校の問題として積極的に取り組むにあたっては，喘息についての認識の強化による学校側の十分な理解と協力が必要となる。ここでいう学校側とは，養護教諭をはじめ，担任やその他の教師たち，そしてクラスメイトといった彼らを取り巻くすべての人間のことである。

宮本は「わが国では，ぜんそくであることを，患者さんはなるべく隠そうとします。しかし，ぜんそくは隠すような病気ではないと，社会が認識するようになることが大切です。」[10] と言う。このように，喘息は発作が起きない限り健康な人間と同じように生活ができ，それ故に喘息であることを隠そうとしたり，特別扱いを受けることに抵抗を感じる喘息児も多い。しかし，発作の適切な予防・管理を一人で行うことは非常に困難である。教師や喘息をもたない児童といった，学校全体が喘息についての認識を深め，喘息児への理解を持って行動し，接することによって初めて積極的な予防・管理に取り組むことができ，喘息児の快適な学校生活が実現するといえる。そういった意味でも教育の果たす役割は大きく，喘息児に対しては勿論，彼らの周囲の人間に対しても行われるものでなければならない。従って，ここでの教育とは啓発活動を含むような内容であることが重要である。

第3章 まとめにかえて

～今後の保健指導・教育に望まれるもの～

近年の薬物治療の進歩により院内学級や養護学校に通う重症喘息児が減少していることは，医学界の多大な功績であるといえる。しかし豊島は「症状抑制だけに目を奪われ薬物だけを強力にして，治療が真に患者の社会的自立にどう影響しているかを評価せずに軽症化していると楽観視しているとすれば極めて危険である。」，「教育，福祉などとの連携のもとに生育環境整備に以前には考えられなかった程強力な支援が必要な患児の比率が増加している。」[11] と言う。つまりこれは，薬物による喘息発作の予防・管理は以前に比べて容易なものになっているが，これまで喘息治療の根本であったアレルギー体質の改善，教育による強い心の育成，環境の整備といったものの重要性は変わらないことを意味している。

これまで重症喘息児が通っていた院内学級や養護学校では「喘息症状の抑制だけでなく，患者の社会的自立を目標に，教育の保証，運動能力や人間関係の積極性のための鍛錬，育児環境改善のための両親援助」[12] の役割が体系化されていたが，喘息児の数が少ない一般の小学校に

おいてそこまでの役割を担うことは必要とされていなかった。しかし，軽症・中等症の喘息児の増加に伴う一般の小学校に通う喘息児の増加と，本調査を行った1995年以降，現在に至っても彼らに対する保健指導・教育が積極的に行われていないという現状から考えると，一般の小学校においてもその役割を担い，それについて積極的に取り組む必要性が増してきている。

今後，一般の小学校において喘息治癒のための積極的な予防・管理を実践していくにあたって最も重要なのは，啓発活動としての保健指導・教育であるといえるだろう。そしてさらに，その役割を担う上でもこの保健指導・教育が全国規模で展開され，体系化されることが望まれる。

〈注，参考・引用文献〉

1）厚生統計協会：「国民衛生の動向」 2002
2）中島崇博：札幌市立病院内，東米里小・中学校分校ひまわり学級での聞き取り調査より 1999
3）文部科学省：「学校保健統計調査」 1991～2000
4）「朝日新聞」：対談「変わる日本のぜんそく治療－ぜんそく死ゼロへの挑戦－」 2002.11.24
5）梅里義博，他：「学校において問題になる疾患 気管支喘息」 小児科MOOK No.31 1983
6）中島崇博：修士論文「喘息児に関する研究～安全教育学的アプローチ」 1996
7）5）に同じ
8）中村延江，他：「小児気管支喘息用心因調査質問票の作製（第一報）」 心身医学19 1979
9）「朝日新聞」：「喘息治療は今（上）発作鎮静から炎症予防へ」 1998.8.30
10）4）に同じ
11）豊島協一郎：「喘息児診療30余年を通じて」 アレルギーの臨床17(9) 1997
12）11)に同じ