

アトピー性皮膚炎を有する児童・生徒に対する保健指導のあり方

佐藤 伸子・永尾 真紀*・永田 憲行

Conditions of Health Education for Atopic Dermatitis Students in School

Nobuko SATO, Maki NAGAO and Noriyuki NAGATA

(Received September and 1, 2001)

We conducted a questionnaire of the school health teachers in Kumamoto prefecture in order to investigate the actual conditions of health education for atopic dermatitis (AD) students. The result showed that 90% of the schools hold AD student(s) and about 50% of the school health teachers have treated AD students. The concrete contents of the health education for AD students and their frequencies of instruction are reported. The views of the school health teachers about health education for AD students were investigated by questions such as "Who do you discuss with about health education for AD students?", "Who do you think you should discuss with about health education for AD students?", "What are the troubles on health education for AD students?", and "How often do you think you should do health education for AD students?". The ideal health education for AD students is also discussed in this study.

Key words : atopic dermatitis, health education

1. 緒 言

アトピー性皮膚炎 (atopic dermatitis 以下 AD) は, 増悪・寛解を繰り返す掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり, 患者の多くはアトピー素因を持つ¹⁾と定義されている. 乳児期に発症し, 多くは思春期までに自然に軽快するとされていた²⁾が, 近年, 乳児期に発症したまま持続する例や思春期以降に発症する例も見られ, 放置や不適切な療養行動により慢性化, 遷延化する傾向が強くなり, やがては成人型 AD に移行する例が多くなってきている³⁾.

小児の AD 罹患状況として, 愛知県の3都市において, 1981年は3歳より15歳までの小児の占有病率が2.8%であった. その後3~4年毎に有意な増加を続け, 1992年では6.6%, 1999年でも6.6%と, 高値で安定を示し, 1999年の年齢別有病率では保育園児4.2%, 小学生6.8%, 中学生6.9%であった⁴⁾. この結果は, 幼児・児童・生徒の AD 罹患率が約20年で倍増し, 幼児期以降罹患率が上昇していることを示している.

このような, AD の増加傾向及び症状の長期化・重症化の理由としては, 近年の生活環境の変化 (ストレスの増加, 大気汚染の増加, 住環境の変化, ペット飼育, 食生活の変化, 化学物質や刺激物質の増加など) が挙げられ⁵⁾, 原因となる抗原の種類と量に変化が生じてきたことが考えられる.

また, AD 児童・生徒は, 外観できる皮膚症状を持ち, 除去食や悪化因子除去のための行動規

* 熊本県球磨郡五木東小学校

制、衣服の調整など療養行動の実践によって、学校生活を送る上で、集団からの疎外感や劣等感を抱きやすく、さらに、他の児童・生徒からからかわれたりするなどいじめの問題も表面化しており、それが不登校にまで発展する場合もあり⁶⁾、問題となっている。

一方、ADの治療には日常の生活指導と病的な皮膚の状態を改善する際にそれを助け再燃を予防するためのスキンケアが不可欠であるが、一日の大半を過ごし、さまざまなAD悪化因子が存在する学校において、AD児童・生徒は十分な治療及びスキンケアが行えない場合が多いといわれている⁷⁾。この問題に対して、学校における適切な対応や配慮が望まれており、養護教諭が中心となりAD児童・生徒が快適な学校生活を送ることができるよう支援することが必要であると思われる。

そこで本研究では、熊本大学教育学部養護教諭養成課程を卒業した養護教諭を対象に、AD児童・生徒の実態、保健指導や配慮の実施経験とその内容、保健指導についての意識について質問紙調査を行い、検討を加えたので報告する。

II. 研究方法

1. 調査対象ならびに調査方法

熊本大学教育学部養護教諭養成課程昭和56年～平成11年までの卒業生で、養護教諭（臨時採用も含む）として勤務している321名を対象として、質問紙調査（自記式郵送調査）を実施し、161名の回答（回収率50.2%）を得た。

対象者の現在勤務している学校での勤務年数、勤務校種を表1、2に示した。現在勤務している学校での勤務年数2年目以上の者が全体の約80%を占め、勤務校における児童・生徒の健康面での実態を把握している段階にあると思われた。

表1 現在勤務している学校での勤務年数
(n=161)

勤務年数	人数 (%)
1年目	33 (20.5)
2～4年	91 (56.5)
5～7年	33 (20.5)
8～10年	4 (2.5)

表2 現在の勤務校種 (n=161)

校種	人数 (%)
小学校	92 (57.1)
中学校	40 (24.8)
高等学校	25 (15.5)
盲・聾・養護学校	2 (1.2)
その他	2 (1.2)

2. 調査期間ならびに調査内容

(1) 調査期間：平成12年10月25日～12月1日

(2) 調査内容：1) 現在勤務している学校におけるADの実態

① AD児童・生徒の有無 ② AD児童・生徒数の増減の有無

2) AD児童・生徒に対する保健指導の実施経験

① 症状（かゆみ）悪化による保健室来室とその対応

② 症状悪化防止のための指導・配慮

③ AD児童・生徒を取り巻く環境への働きかけ

④保健指導を行うにあたって話し合いを持つ対象

⑤保健指導の際に困っていること

3) AD 児童・生徒に対する保健指導についての意識

①養護教諭による保健指導の必要性

②保健指導の際に養護教諭が連携すべき人

③ADに関する知識や情報の入手方法

(3) 解析方法：校種間の違いの検討には χ^2 検定を行った（有意水準 5.0%）。

III. 結 果

1. 現在勤務している学校における AD の実態

現在の勤務校における AD 児童・生徒の有無については（ $n=161$ ）、「いる」90.7%、「いない」7.5%、「わからない」1.9%であった。校種間で有意差は見られなかった。AD 児童・生徒数の増減については（ $n=160$ ）、「変わらない」53.8%、「わからない」28.8%、「増加している」13.8%、「減少している」3.8%であった。校種間の比較において、「増加している」が中学校（7.5%）よりも高校（28.0%）で有意に高かった。

2. AD 児童・生徒に対する保健指導の実施経験

現在の勤務校において、AD 児童・生徒に対して何らかの保健指導を「実施している」と答えた者は 52.5%（ $n=160$ ）であり、校種間で有意差は見られなかった。

以下の（1）から（5）の質問はここで「実施している」と答えた者のみに回答を求めた。

（1）症状（かゆみ）悪化による保健室来室とその対応

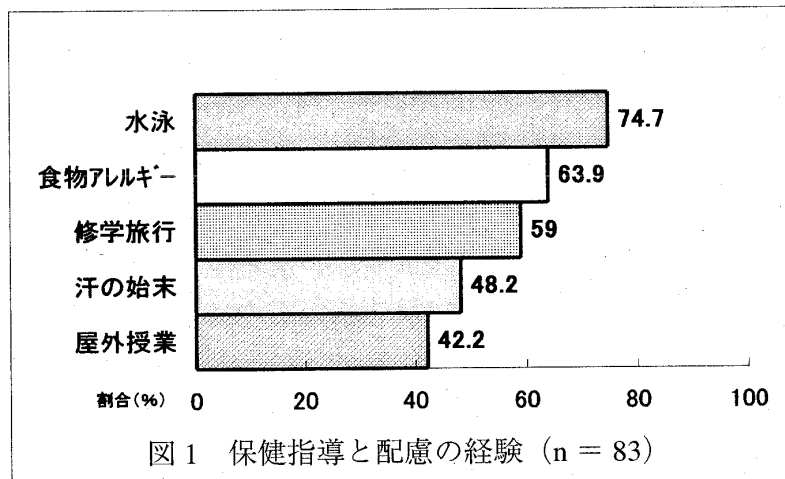
「症状悪化時に AD 児童・生徒が保健室に来室してきたことがある」と答えた者は、82.1%（ $n=84$ ）であり、校種間で有意差は見られなかった。

来室時に行った処置・対応は、「掻かないように指導」79.7%、「痒い部分を冷却」62.3%、「病院を受診させる」47.8%、「本人の薬塗布」43.5%、「保健室で休養させる」27.5%、「傷口消毒」24.6%、「保護者に連絡」21.7%、「保健室の薬塗布」11.6%、「特に処置せず」2.9%であった。

処置の項目毎に校種間の比較を行ったところ、「保健室で休養させる」が小学校（22.5%）よりも高校（54.5%）で有意に高かった。また「保護者に連絡する」は、小学校（30.0%）が中学校（5.9%）よりも有意に高かった。

（2）症状悪化防止のための指導・配慮

症状悪化や症状発現の防止のために、養護教諭が行っていた指導・配慮の項目は、多い順に「水泳」74.7%、「食物アレルギー」63.9%、「修学旅行や宿泊研修」59.0%、「汗の始末」48.2%、「屋外授業や部活動」42.2%であった（図 1）。



1) 水泳の授業時における指導・配慮

「AD 児童・生徒に対して、水泳の授業の際に何らかの指導・配慮を行ったことがある」と答えた者は 74.7% (n=83) であり、小学校 (85.4%) では中学校 (60.0%)・高校 (53.8%) に比べて有意に高かった。

実施した指導・配慮は、「水泳後、シャワーで丁寧に体を洗い流させる」67.7%、「腰洗い槽に入らせない」64.5%、「皮疹の程度が重い場合は見学させる」56.5%、「ゴーグルの使用を認める」46.8%、「薬塗布の時間を確保する」8.1%、「石鹸で洗う」3.2% であった。校種間で有意差が出た項目は、「ゴーグルの使用を認める」、「腰洗い槽に入らせない」、「水泳後、シャワーで丁寧に体を洗い流させる」で、いずれも中学校よりも小学校で有意に高かった。

2) 食物アレルギーを持つ AD 児童・生徒に対する指導・配慮

「食物アレルギーを持つ AD 児童・生徒に対して、何らかの指導・配慮を行ったことがある」と答えた者は 63.9% (n=83) であり、校種別に見ると、小学校 72.9%、中学校 70.0% と、給食のない高校 30.8% に比べ有意に高かった。

実施した指導・配慮は、「給食の献立にアレルゲンとなる食品があったら食べさせない」73.6%、「弁当持参を許可」26.4%、「アトピーメニューがある」20.8% であった。

3) 修学旅行や宿泊研修時、またはその事前における指導・配慮

「修学旅行（見学旅行）や宿泊研修時、またはその事前に、何らかの指導・配慮を行ったことがある」と答えた者は 59.0% (n=83) であった。校種間で有意差は見られなかった。

実施した指導・配慮は、「普段使っている薬を持参し、定期的に服薬するよう指導」87.8%、「アレルゲンとなる食品が出たら食べさせない」77.6%、「寝不足や疲労でストレスを感じないよう精神的支援を行う」42.9%、「必要に応じスキンケアをするよう指導」30.6%、「症状悪化因子をあらかじめ除去」20.4% であり、校種間で有意差が見られた項目はなかった。

4) 汗の始末についての指導・配慮

「汗の始末に関する何らかの指導・配慮を行ったことがある」と答えた者は 48.2% (n=83) で、小学校 (58.3%) が高校 (23.1%) に比べて有意に高かった。

実施した指導・配慮は、「乾いたタオル・ハンカチなどで拭かせる」52.5%、「衣服を着替えさせる」37.5%「濡れタオル・ハンカチで拭かせる」「汗を拭いてから薬を塗らせる」は共に32.5%、「決まった場所に設置」10.0%、「十分な時間設定」7.5%であり、校種間の比較において有意差が見られた項目はなかった。

5) 屋外での授業や部活動における指導・配慮

「屋外での授業や部活動の際に、何らかの指導・配慮を行ったことがある」と答えた者は42.2% (n=83) で、小学校 (33.3%) に比べて高校 (69.2%) で有意に高かった。

実施した指導・配慮は、「日光で症状が悪化する時は、長袖・長ズボンを着用させている」77.1%、「活動後、土やほこりを十分に拭き取らせる」34.3%、「日光で症状が悪化する時は、日焼け止めクリームを塗らせる」20.0%、「薬塗布の時間確保」「指定外の服着用」は共に11.4%あり、校種間で有意差が見られたのは、「日光で症状が悪化する時は、長袖・長ズボンを着用させる」で、小学校に比べて高校で有意に高かった。

(3) AD 児童・生徒を取り巻く環境への働きかけ

1) AD 児童・生徒がいる学級内における配慮

「AD 児童・生徒がいる学級内で、何らかの配慮を行ったことがある」と答えた者は53.0% (n=83) で、小学校 (64.5%) が高校 (30.8%) に比べて有意に高かった。

実施した配慮は、「AD 理解のため、学級担任が学級内の他の児童・生徒に働きかけをしている」72.7%、「制限食の必要性について、学級担任が学級内の他の児童・生徒に働きかけをしている」59.1%、「動物の飼育やほこりの多い場所での清掃活動を制限させる」11.4%、「日光で症状が悪化する時は、日光が当たる座席に座らせない」9.1%、「悪化因子除去」4.5%となっており、校種間で有意差が見られた項目はなかった。

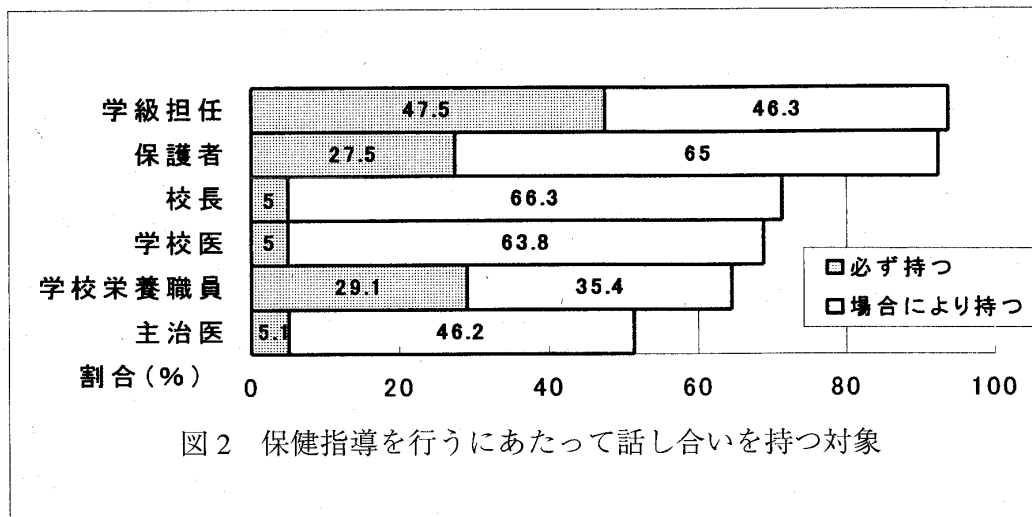
2) 学校内の他の教職員への、AD や制限食の必要性に関する説明

「学校内の他の教職員に対して、AD や制限食の必要性に関する説明を行ったことがある」と答えた者は44.3% (n=79) で、校種間の有意差は見られなかった。

(4) 保健指導を行うにあたって話し合いを持つ対象

養護教諭が、AD 児童・生徒の保健指導を行うにあたって誰と話し合いを持つかについて、校内・外の関係者を具体的に取り上げて尋ねた。その結果、選ばれていた対象は「必ず持つ」「場合により持つ」を合わせると、多い順に、「学級担任」93.8% (n=80)、「保護者」92.5% (n=80)、「校長」71.3% (n=80)、「学校医」68.8% (n=80)、「学校栄養職員」64.5% (n=79)、「主治医」51.3% (n=78) であった (図2)。

項目ごとの校種間の比較において有意差が出たのは、「学級担任」「保護者」「校長」「学校栄養職員」で、「学校医」や「主治医」については校種間の有意差は見られなかった。「学級担任」と話し合いを「必ず持つ」と回答した者は小学校で、有意に高かった。また、「保護者」「校長」「栄養職員」については、「全く持たない」と回答した者が高校で、有意に高かった。



(5) 保健指導の際に困っていること

「AD 児童・生徒への保健指導の際、困っていることがある」と答えた者は 40.5% (n=79) であった。校種間の有意差は見られなかった。

困っている内容は、「AD に関する情報が入手できない」32.3%、「保健指導を行う時間を確保できない」29.0%、「保護者が協力的ではない」19.4%、「担任が協力的でない」と「学校医が協力的でない」が共に 3.2% であった。その他の意見として、「他教員の保健指導への認識が甘いので、来室者以外への指導はほとんど無理な状況である」、「シャワーの設置を要望しているが、予算の問題で難しい」などが挙げられた。

3. AD 児童・生徒に対する保健指導についての意識

(1) 養護教諭による保健指導の必要性

養護教諭の保健指導の必要性については、157 名の回答が得られ、「定期的にする必要がある」9.6%、「必要な時だけ実施」84.1%、「実施する必要はない」5.7% であり、「必要な時だけ実施」と答えた者が圧倒的に多かった。定期的と必要時を合わせて 93.7% の養護教諭が、保健指導に携わる必要性を感じており、校種間の有意差はなかった。

「定期的に実施」と答えた者の選択理由として、「身体面・精神面・環境面において継続的なケアが必要だと思うから」(10 名)、「AD 悪化因子から子どもを守る必要があるから」(1 名)、「学校で生活する時間が長く、共通理解したうえで、さまざまなことを行わなければならないから」(1 名)、「AD と付き合うためのライフスキルを構築する必要があるから」(1 名)、「学校の実態上、継続的な指導を必要とするから」(1 名) を挙げていた。「必要な時だけ実施」と答えた者の選択理由は、「主治医の指導を受けているから」(36 名)、「自分なりの対処方法を持っているから」(18 名)、「AD 児童・生徒本人や保護者が必要とした時でよいと思うから」(15 名)、「一人一人、原因や治療法、対処法が違うから」(11 名)、「家庭での指導がきちんとできているから」(10 名) であった。

一方、「実施する必要はない」と答えた者は、「AD に関する知識が、本人や保護者に備わっているから」(2 名)、「主治医の指導により、自己管理できているから」(2 名)、「自分なりの対処方法を持っているから」(2 名)、「保護者の方でしっかりと管理されているから」(1 名) を選択

理由としていた。

(2) 保健指導実施の際に養護教諭が連携すべき人

保健指導の際に養護教諭が連携すべき人について、158名の回答が得られたが、その結果として、「保護者」95.6%、「学級担任」94.9%「主治医」60.1%が選択されており、「その他」の意見では、「AD児童・生徒が親しくしている教諭」が挙げられた。

校種間での比較において有意差が出た項目は、「保護者」、「学級担任」、「保健体育科教師」、「校長」、「その他の教職員」であった。「保護者」は高校に比べて小学校・中学校で有意に高かった。また、「学級担任」は中学校・高校に比べて小学校で有意に高かった。「保健体育科教師」は小・中・高と学年が上がるにつれて割合が高くなっており（小学校2.2%、中学校15.4%、高校62.5%）、小学校に比べて、中学校で有意に高く、中学校に比べて、高校で有意に高かった。「校長」は小・中・高と学年が上がるにつれて割合が低くなっており（小学校21.7%、中学校10.3%、高校4.7%）、高校に比べて、小学校で有意に高かった。「その他の教職員」も学年が上がるにつれて割合が低くなっており（小学校27.2%、中学校12.8%、高校8.3%）、高校に比べて小学校で有意に高かった。

(3) ADに関する知識や情報の入手方法

ADに関する知識や情報の入手方法について、161名の回答が得られ、「学校保健関係の雑誌・書籍」91.9%、「新聞」44.1%、「講習会・勉強会」42.9%となっており、校種間に有意差は見られなかった。「その他」では、「インターネット」、「公文書の添付資料」、「専門書」、「AD児童・生徒本人」、「AD児童・生徒の保護者」、「自分自身（自分がADなので）」、「自分の主治医（自分がADなので）」という意見が挙げられた。

IV. 考 察

1. 現在勤務している学校におけるADの実態

AD児童・生徒の有無については、約90%が「いる」と答えており、ほとんどの養護教諭がAD児童・生徒を健康管理の対象としていていると考えられる。

AD児童・生徒の増減の有無について、「増加している」と答えた者の割合は、小学校13.9%、中学校7.5%、高校28.0%と低率で、また、中学校に比べて、高校で有意に高かった。高校が中学に比べ「増加している」との回答が多かったことは、思春期以降のADの増加を示唆する。上田⁴⁾によるとADの初診患者の年齢分布は、以前は乳幼児期にピークがあったが、近年徐々に20歳台が増加して2峰性を示すようになり、現在では20歳台のピークが乳児期のピークよりも高いとされている。このように本研究の結果は、思春期におけるADの増加を示唆しているといえる。

2. AD児童・生徒に対する保健指導の実施経験

約90%の学校にAD児童・生徒がいるにもかかわらず、実際に保健指導が実施されているのは、どの校種においても約半数であった。自己管理が十分にできていることで、指導の必要性の無い場合も考えられるが、約9割の者が「定期的あるいは必要に応じて保健指導が必要」と答えていることや、「困っていること」で、「指導の時間がない」という意見が見られたことから、中には、

十分な時間が取れないために必要な保健指導がなされないまま放置されている児童・生徒がいることが推察される。

(1) 症状（かゆみ）悪化による保健室来室とその対応

症状悪化による保健室来室については、保健指導経験者にのみ回答を求めたため、AD 児童・生徒全体の来室状況とは言えない。しかし、保健指導経験者の 80% 以上の者が「来室してきたことがある」と答えており、保健指導の多くは、AD 児童・生徒が症状悪化を訴えて保健室を利用する機会に実施されていることがうかがえる。

症状悪化に対する処置・対応として多かったのは、「皮膚を掻かないよう指導」「痒い部分を冷却」であった。これは、掻破行為による掻痒感の悪化という悪循環を断ち切り、皮膚温を下げることで痒みを鎮静させることにつながる⁸⁾ため、AD の自覚症状の中で一番辛く学習活動を妨げる⁶⁾⁷⁾掻痒感を軽減するための処置として基本であり、掻破行為による皮膚炎の増悪を防止する点においても適切な指導・処置であるといえる。

また、約半数が受診を勧めており、増悪時の適切な指導が伺える。さらに、傷口の消毒や軟膏処置をする場として保健室が利用されていた。これは、笹嶋ら⁷⁾の調査結果において学校で軟膏を塗らない理由として「自分で（軟膏が）塗れない」「友人に（皮膚症状を）見られたくない」などが挙げられていたことから、軟膏処置を自分で行う場として保健室が提供され、必要に応じて養護教諭が軟膏処置を行い、悪化した皮膚を消毒していたことは、AD 児童・生徒のニーズにあった適切な対応であったと推察できる。

校種間で有意差が見られた項目は、「しばらく保健室で休養させる」と「保護者に連絡する」であった。前者は、高校に多く見られたが、小中学校に比べ、部活動、受験勉強、塾などによる疲労や生活リズムの乱れ、症状悪化により不眠に陥りやすい年代であるため、「休養」により疲労回復が図られ、症状緩和に繋がっていると予測できる。

後者は、小学校で多く見られた。これは、小学生が、中学生・高校生に比べて、症状が発現した場合や悪化した際に、自分で適切な処置を行う能力が十分に身に付いていないことや、また、その状況や処置法を他者に十分表現できないことが要因と考えられる。そのため、症状が悪化した際に、個別な対応が必要となる AD 児童の処置に対して、保護者への対処方法の確認や実施した処置内容の報告のために保護者への連絡がなされていたと思われる。また、これには症状悪化に伴う受診の際の連絡も含まれると予測できる。

今回の調査において、症状悪化を訴えて保健室に来室した AD 児童・生徒に対しては、掻痒感や炎症悪化防止を目的とした基本的な指導・処置を行っている者が多く、養護教諭によっては悪化時の指導や処置など病状に応じた適切な対応が発達段階に応じてなされていた。

(2) 症状悪化防止のための指導・配慮

症状悪化防止のために行われていた保健指導のなかで、半数以上の養護教諭によって行われていた「水泳」「食物アレルギー」「修学旅行」「屋外活動時の長袖・長ズボンの着用許可」は、プールの水に含まれる消毒液、アレルゲンの摂取、慣れない環境下でのストレス増加、日光など明らかに AD の悪化要因²⁾として認識されている事柄であり、養護教諭が AD を「皮膚過敏症」⁹⁾と捉え適切に対応している事が伺えた。これらは、授業、給食、特別活動として参加すべき教育活動であるため、本人の自己管理だけで回避できる事柄ではない。そのため、病態の特徴を把握した上で、悪化因子を除去したり、最少にするための環境調整を行うことは、AD 児童・生徒が

安心して学校生活や特別活動に参加できるようになるための重要な養護教諭の役割といえる。

一方、「汗の始末」や「屋外授業や部活動」、「水泳」後の薬塗布時間確保など日常のスキンケアにおける指導・配慮が比較的少なかったのは、本人の自己管理である程度対処できる事柄であるためと推察される。しかし、小学校で「汗の始末」が他校種に比べて多かったのは、小学生には十分な自己管理能力が身に付いていないため発達段階に応じた対応がなされていた結果と考えられる。

(3) AD 児童・生徒を取り巻く環境への働きかけ

1) AD 児童・生徒がいる学級内における配慮

AD 児童・生徒がいる学級内での配慮において高校が小学校に比べて有意に低かったのは、学級担任の校種による役割の違いや、思春期以降の自我の確立が関連していると考えられる。実際に学級内で配慮する者は担任であるため、養護教諭は、担任が AD についての知識を修得し、適切な配慮ができるよう専門家として支援していく必要がある。

2) 学校内の他の教職員への、AD や制限食の必要性に関する説明

担任や学校栄養職員を除く教職員への AD や制限食についての説明を行った養護教諭が半数以下であることは、AD 児童・生徒が約 90% の学校にいる状況において、かなり少ないと言える。養護教諭や担任などの関連教諭だけでできることには限界があり、学校施設を使用して教育活動を行う全教職員で環境整備に取り組むことに大きな意義あり、効果も上がると予測できる。

(4) 保健指導を行うにあたって話し合いを持つ対象

保健指導を行うにあたって、実際に誰と話し合いを持つかを尋ねてみたが、児童・生徒にとって、学校と家とでそれぞれ身近な担任と保護者が 90% 以上に選ばれ、校長、学校医、栄養職員となるにつれ選ばれる割合が減少していた。また、「連携すべき人」についての回答でも、90% を越えていたのは担任と保護者で、その他の学校関連職員は約 30% 以下であった。つまり、担任と保護者以外の者は、必要に応じて話し合う対象と思われることが分かる。校種による違いも、年齢を重ねていく中で、児童・生徒からの距離が変わっていくことを示唆していると思われる。

一方、話し合う対象として選ばれていた割合が一番少なかったのは、主治医であり、そのほとんどが「場合によって」であった。「連携すべき人」としては、60% の人に選ばれていた。実際には、保護者を通じて医師の指示を確認していると予想されるが、保護者の解釈が間に入ること、指示が正確に養護教諭に伝わらないことも考えられる。養護教諭と主治医が連絡を取りあう事は、養護教諭がよりの確な指導をすることに繋がり、また主治医の治療・指導にも貢献するものと考えられる。

的確な保健指導を実施するためには、対象となる児童・生徒の病状や生活状況、性格、心理状態まで十分に把握しておくことが重要である。そこで、養護教諭が保健指導を実施するにあたって、児童・生徒に関わりの深い担任や保護者だけに留まらず、周囲の人や専門家と積極的に連絡を取り、必要な情報を収集したり与えたりする中で、必要な保健指導の内容を検討していくことが必要と考える。

(5) 保健指導の際に困っていること

困っていることとして、「ADに関する情報が入手できない」が最も多く挙げられていた。多くの養護教諭が、主治医との連絡が十分取れず、学校保健関係の雑誌や書籍から主に情報収集している状況では、指導に十分な情報は入手できない。養護教諭が、積極的に、主治医と連絡を取り、専門書に目を通す機会も作っていかねばならないと思われる。

「保健指導を行う時間を確保できない」については、児童・生徒数に対する養護教諭の人数が不足していることを示唆している。しかし、他の教職員の協力の下、時間を作る努力も必要であると考ええる。

また、「保護者が協力的ではない」については、養護教諭と保護者の間にADに関する療養行動についての認識の違いが生じている状況がうかがえる。保護者は、長年の療養経験と各種メディアや周囲の人々の間から入手した情報から、医療への不信も含めた自分なりの療養方針を持ち、児童・生徒に実践させていると推察される¹⁰⁾。この場合に、協力的でないというラベルを貼り、一方的に養護教諭の考える療養方針を押しつけようとしても、保護者には、受け入れは困難と思われる。保護者から情報を得る際に、AD発症時からの病状や療養方法の変化、それに伴う思いなど具体的に聞き、どのような保健指導が必要か共に検討できる関係を築くことが必要といえる。

最後に、少数ではあるが、AD児童・生徒のスキンケアに必要なシャワーの設置や時間の確保が困難なことが挙げられていた。AD児にとって、スキンケアは症状コントロールの基本であり、本調査の結果においても自己管理に任せている様子が伺えた。しかし、現状では、十分な汗の始末や必要な軟膏塗布が行われにくい状況が見られたため、今後、AD児童・生徒に必要な設備の充実や時間の確保について、他の教職員や校長に働きかけ、さらに教育行政へも働きかけ、AD児童・生徒がより確実に療養行動をとれる環境をマネジメントしていく役割が養護教諭にはあると考ええる。

3. AD児童・生徒に対する保健指導についての意識

養護教諭による保健指導の必要性については、「必要なときだけ実施すればよい」と答えた者が多く、「定期的に実施」「必要がない」と続いていた。「必要がない」と答えた理由として、本人や保護者の管理能力を認めた上での項目が挙がっていたことから、ADに関する理解度を確認して必要がないと判断していると予測できる。保健指導は定期的に実施する事が理想だが、短期間ごとに行うことは困難と予測できる。しかし、AD児童・生徒の身近にいる専門家として、定期的にあるいは対面時に、病状や生活状況、ADに関する理解度を確認し、保健指導の必要性を、随時、判断していこうとする態度が重要と思われる。そのことが、必要な保健指導に繋がり、AD児童・生徒の病状の改善や調整に役立つといえる。

V. 結 論

今回、熊本大学教育学部養護教諭養成課程卒業の養護教諭を対象に、質問紙調査を行ったところ、約90%の学校にAD児童・生徒が存在していた。また、半数以上の養護教諭がAD児童・生徒に対して何らかの保健指導および配慮を行っていた。保健室来室者に対しては、掻痒感を軽減させるための基本的な処置が十分に行われ、必要な指導の機会となっていることが伺えた。さら

に、AD 悪化因子を防御するための指導・配慮は、水泳や給食、修学旅行や屋外活動における服装に関しては積極的に行われており、病状や発達段階に応じた柔軟な対応がとられていた。一方、汗の始末や水泳後・屋外活動後の日常スキンケアについては、自己管理に任せている様子が伺え、自己管理がより確実にできるための設備と時間の確保など十分な環境整備の必要性が唆された。スキンケアはAD治療の基本であり、AD児童・生徒が必要に応じてスキンケアを行えるようにシャワーの設置や休み時間の工夫などの環境整備を進めていくため、今後は、他の教職員や校長、教育行政へ働きかける努力が養護教諭に求められる。

その上で、AD児童・生徒一人一人に応じた適切な指導・配慮を行うためには、本人だけでなく、他の教職員や保護者、主治医に対しても積極的に働きかけ、十分な情報収集や交換を行い、必要な指導の機会を捉える必要がある。そして、密接な連携の下に十分な検討を行うことで、長期にわたって寛解・再燃を繰り返す病状に気長に向き合えるセルフケア能力を身につけさせるための保健指導を、個々の病状に応じて、関係者全員で一致して実現できると思われる。そのような指導が十分にできるためには、養護教諭自身も、専門書などから積極的に知識や技術を習得する努力が必要である。

さらに、ADは外観できる症状を持つため、症状緩和の処置やスキンケアのみならず、精神的ストレスへも目を向けた配慮が重要であると思われる。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力下さいました熊本大学教育学部養護教諭養成課程の卒業生の皆様に心から感謝し、深く御礼申し上げます。

参 考 文 献

- 1) 日本皮膚科学会学術委員会：日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の診断基準」，日本皮膚科学会雑誌 vol.104, no.1, 68-69, 1994
- 2) 向井秀樹：成人のアトピー性皮膚炎，からだの科学 186, 43-47, 1996
- 3) 横関博雄ほか：アトピー性皮膚炎の定義と診断，小児内科 vol.32, No.7, 981-985, 2000
- 4) 上田 宏：アトピー性皮膚炎の疫学，小児内科 vol.32, No.7, 986-992, 2000
- 5) 宮本昭正：なぜアレルギー疾患が増えたのか，総合臨床 vol.1, No.9, 1995
- 6) 東京都養護教諭研究会：アレルギー疾患（アトピー性皮膚炎）の実態調査その2，健康教室 562, 6-15, 1997
- 7) 笹嶋由美，芝木美沙子，飯塚一：学校生活がアトピー性皮膚炎の児童・生徒におよぼす影響，小児保健研究 vol.58, No.4, 450-457, 1999
- 8) 高木永子監：看護過程に沿った対症看護，427-445，学研，1985
- 9) 宮地良樹：アトピー性皮膚炎とはどんな病気か，からだの科学 186, 22-26, 1996
- 10) 竹原和彦：アトピー性皮膚炎における民間療法の功罪，小児内科 vol.31, No.3, 383-388, 2000