

溺愛，不一致型を除いたすべての型に我々の再標準化に有意に高い結果を得た。すなわち健康児，喘息児ともに，2つの標準化によって危険地帯の出現頻度に有意差が認められ，判定にあたって十分な注意が必要と考えられる。

このような標準化された2つのパーセントイル表を用いて，健康児と喘息児のちがいをみると（表3），品川らの表では，親から子で，厳格，期待，不安，溺愛，盲従型を除いたすべてに有意差を認め，消極的拒否，積極的拒否，厳格，不安，溺愛，盲従型は喘息児に多く，期待，矛盾型は健康児に多く認められた。我々の再標準化によると，喘息児の親から子で，消極的拒否，積極的拒否，干渉，溺愛，盲従，矛盾，不一致型に有意に多く，不安型のみ健康児に多かった。喘息の子から親との関係では，消極的拒否，厳格，溺愛，盲従，矛盾，不一致が多く，健康児には干渉型の多多く認められた。

田研式親子関係診断テストの有用性は，約4分の1世紀の間用いられてきたことから明らかで，作成当初の標準化された基準にあてはめても，喘息児に異常な項目

が多く，今回の我々の再標準化でも，さらに異常な項目が増加していた。親からみた子との関係，子からみた親との関係の両面からみた親子関係にもみられるようないちがいが明らかにされ，このような人間関係の認識のゆがみが，気管支喘息という慢性疾患の経過に大きくかわりあっていることが推定される。

パーセントイル表というものさしがずれてきたことについて，再標準化の対象となった現在の親子関係が以前のものに比べて悪くなってきたためとするのは早計と考える。むしろ，親子関係についての意識が高まり，粗点が高くなって，きびしい評価となった結果，危険地帯の頻度が高くなったと考えるが，今後さらに多方面からの分析を加えて検討する余地が残されている。

心理検査を臨床の場で診断や治療に加えていくためには，まず患児と家庭環境を正確に把握することから始めなければならない。検査結果と現実の親子関係を対比させながら，検査法の改良に努め，心理学を臨床医学に応用してこそ，総合的な医療教育が可能となると信ずる。

## 気管支喘息児の学校生活について

東京大学分院小児科 早川 浩

気管支喘息児の日常生活において学校への通学と学校における生活は，家庭における生活とほぼ同等ともいえるほどの重大な意味をもつものと考えられている。ことに発作による欠席，遅刻，学園の環境，学校教課による負担，課外活動，教師の指導法，友人との関係等々は，どの問題をとっても患児の身体的，あるいは精神的影響が少くない重要な問題である。

学童生徒の喘息児の生活指導においては，このように，学校生活に対する正しい指針が示されるべきであるが，そのためには，学校側，ことに担任教師や養護教員が，正しい理解を行うことが必須である。

以上のような意味で，学童生徒の学校生活に対する生活指導指針を得るための資料として，外来通院中の気管支喘息患児における問題点についてアンケート調査を行った。

対象は，東京大学医学部附属病院及び同分院小児科アレルギー外来，および関連施設において診療中の6才～16才の気管支喘息児男71名，女29名，合計100名であっ

た。

調査は1982年11月～1983年1月にわたって行い，アンケート用紙を配布して記入を依頼した。対象児における1982年4月～12月の学校欠席日数（気管支喘息発作によるもの）は，0日26名，1～10日44名，11～20日19名，21～30日8名，31日以上2名であった。

まず，発作時の登校について質問した。朝起床してからしばらくの状況によって登校の可否をどのようにきめるかは，実際問題として患家にとっては重要な日常の問題であろうと思われる。

全例中2例が小発作でも欠席するとし，31例が中発作で休むとした。16例は大発作のみ休むとし，43例は中発作以下であれば本人に任すとした。すなわち中発作以下であれば，59%が本人次第で登校させているという結果であった。

また，昨夜発作があり，今朝はおさまっているような場合は，36例は必ず登校するといいい，休むときめているものは4例のみであった。

軽い発作時に登校する場合、67例が頓用薬の内服を行っており、15例が医師を受診してから登校するとしている。その際、通常通りの徒歩登校が77例であり、39例では特に担任等へ通報しないという。

その日の体育、作業等への参加については、休ませるもの23例、本人次第とするもの60例であった。

以上のような方針で日常行われた結果、学校で発作が増悪してしまった経験は、70例でほとんどないといい、28例で時にあるというが、しばしばあるとする者はなかった。その結果、登校の可否を本人の判断に任せてほとんど失敗なしとするものが67例、時に失敗するとしたものが19例、任せられないとしたものが9例であった。

以上より朝、小、中発作が認められても、本人が登校可能と考える場合は頓用薬服用等の処置の上登校させてもほとんどの例では無事学習が可能であるものと想像されよう。

但しその際は、体育、作業等のある程度の配慮が必要となるが、これも本人の意志のある程度きく価値があると思われる。

次に、喘息児に対する学校側の対応の実状であるが、一般に特に配慮をうけていない例が多く、何らかの質問、指導等をうけている例は36例にすぎなかった。学校行事に対して喘息児であるからという理由で参加を拒否された経験をもつものは9例あった。また、養護学園などへの施設入園をすすめられたものが9例あった。

学校側からの指導、質問等の内容についてみると、無理をせずに休めというような、消極的保護的な指導や、何でもない、怠けだというような無理解、非科学的な指導が散見され、問題と考えられた。

表 1 喘息児の学校生活における問題点

- 
1. 学校側の気管支喘息についての正しい理解と協力（偏見の排除）
  2. 各症例毎の病状や対策についての緊密な連絡（保護者、本人、主治医、担任、養護教員、校医）
  3. 登校可否の判定（家庭、学校とも）
  4. 運動と体育教科における指導法  
運動誘発性喘息の子防  
ウォーミング・アップ、走る距離をへらす、  
予防投薬  
水泳、マラソンの指導法
  5. 給食 食物アレルギー
  6. 作業ことに掃除 吸入性アレルギー
  7. 旅行・校外活動への参加
  8. 施設入園の適応の判定
- 

質問の内容も、発作時の対処法や、許容できる運動量等、学校生活における具体的な事項がみられる反面、発作とは何かなどと、理解のうすいことを示す質問もあった。

患家における学校側への要望についても設問したが、学校側の一層の理解を希望する回答が多かった。

以上の結果に基づいて、喘息児の学校生活における問題点をあげると表1のごとくなるものと考えられる。

喘息児の生活指導指針を示すにあたっては、その学校生活に関して、表1のごとき諸問題について、各症例につき具体的にその方式を示す必要があるものと考えられる。また、その実施にあたっては、患家と主治医と学校側との間に、より一層緊密な連絡が必要であり、ことに教員側の深い理解と協力が切望されるのである。



## 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



気管支喘息児の日常生活において学校への通学と学校における生活は、家庭における生活とほぼ同等ともいえるほどの重大な意味をもつものと考えられている。ことに発作による欠席、遅刻、学園の環境、学校教課による負担、課外活動、教師の指導法、友人との関係等々は、どの問題をとっても患児の身体的、あるいは精神的影響が少くない重要な問題である。

学童生徒の喘息児の生活指導においては、このように、学校生活に対する正しい指針が示されるべきであるが、そのためには、学校側、ことに担任教師や養護教員が、正しい理解を行うことが必須である。

以上のような意味で、学童生徒の学校生活に対する生活指導指針を得るための資料として、外来通院中の気管支喘息患児における問題点についてアンケート調査を行った。