

養護教諭活動を通してみた学校保健

The Situation of Preventive-Health in School as observed through the Activities of School-Nurses

神成田 典子 松岡 淳夫
Noriko Kanada Atsuo Matsuoka

1. はじめに

健康を保持・増進するために、保健活動が存在し、その活動は、対象となる集団により、展開の仕方を変える。この集団の中に、学校集団があり、学校保健活動が存在する。学校保健活動とは、学校生活全般に渡っている、健康・安全に関する活動であり、児童・生徒の健康を支援する、教育活動の一環である。⁽¹⁾そして、これは、“学校保健法”を中心に、規定されている。⁽¹⁾

この学校保健法は、学校保健活動を、“学校”という枠を重視した、教育集団的特性の中に捉えている。

従って、この法による健康養護の管理活動機構は、本来、学校教育が、地域性を重視しているにもかかわらず、その保健活動を、学校環境の中で画一的にしている。⁽¹⁾学校教育活動の対象である児童・生徒という集団は、地域社会が抱える次の世代である。従って、地域社会の中における、特殊な集団である学校の教育活動は、地域特性を重視してすすめられている。そこで、教育活動の一環である学校保健活動も、本来、地域社会の責任に於て、養護されるべき特性を持っており、地域保健の範等に於て、概念づけられていなくてはならないと、考える。

又、学校集団の一員である児童・生徒は、一方では、家庭を基軸とした、地域集団の一構成員でもある。地域保健活動は、地域特性の中で、人々を見つめていきながら、人間の生活の場を基軸として、あらゆる角度から、健康の世話をする目的で、展開されている。⁽¹⁾ゆえに、学校に発生する健康問題は、学校保健活動の対象でもあり、同時に、広く、地域保健活動の対象でもある。

学校保健の中で、養護教諭の活動は、古くは、学校看護婦として、疾病児・欠陥児の養護を目的とし、家庭看護指導や衛生思想訓練等、教育的機能を担当するとともに、社会看護婦の職務をも、担当していた。その後、医学的処置よりも、生活指導を中心とする、教育的処置である養護生活が主目的とされ、教育職員として、地位を確立していった。戦後、学校保健、養護教諭の地位・職務内容は、混乱を招いたが、⁽²⁾今日、養護教諭は、学校保健活動の中に於て、児童・生徒の健康・養護を担当する教職員であり、保健管理・保健指導を行なうもので、健康問題を処理する専門的能力を備えた、中心的存在である。⁽¹⁾

これより、養護教諭活動を通して、現在の学校保健の姿を眺め、且つ、養護教諭の学校保健の中での位置を把握するとともに、地域保健の範囲に於て、学校保健を眺めてみた。

2. 研究方法

学校保健を検討するにあたり、まず、地域特性を考慮して、団地地域校—市原市立辰巳台中学校〔A校〕、都市地域校—千葉市立加曾利中学校〔B校〕、農村地域校—市原市立南総中学校〔C校〕、の3地域中学校を選び、(表1) 夫々の中学校における、1学期間30~99日の欠席日数である長欠生徒を、3名ずつ選定した。長欠生徒としては、その原因には様々あるが、ここでは、疾病異常を原因とする者とし、このため、精神的・身体的に障害され、登校が不可能となっている者を、対象とした。(表2)

これは、養護教諭本来の職務である養護活動と密接な関係を持ち、又、学校管理・学級管理にも、学校保健と重要な関連を持つ生徒で、それを通して、学校保健の立場が、より明確に現われる、と考えたからである。

そこで、長欠生徒をとりまき、学校保健的関わりを持つ要素として、家庭・学級担任養護教諭・学校管理者の立場、を考えたい。

そして、調査者は、長欠生徒の受持ち医師又は相談員との面接、及び、家庭訪問により、以下の項目を中心に、長欠生徒の医学的・心理的・社会的・家庭的諸問題を、できるだけ詳細に調査把握した。

〔I〕(1) 長欠になったと考えられる原因

(2) 身体状況

イ) 病歴 ロ) 身体の異常 ハ) 治療 ニ) 生活指導

(3) 精神状況

イ) 性格 ロ) 友人関係 ハ) 学習 ニ) 生活態度 ホ) 精神の異常

(4) 家庭環境

これを基点とし、同様事項を、直接関与する家庭・学級担任・養護教諭に対して詳細に質問し、基点とした情報が、夫々の要素に於て、どのように認識・判定され、いかに受けとめられているか、各段階における情報把握、評価の相違を、検討した。

このため、調査者の把握内容を(+)で表わし、各段階の把握を、(表3)のように区力した。

これより、各学校毎各段階別把握状況の型を求め、現在、学校における長欠生徒に対する情報把握の実情、を検討した。

一方、夫々3校の学校管理者、及び養護教諭との面接により、

〔II〕(1) 管理者の養護教諭観

(2) 養護教諭の立場より見た養護教諭活動の問題点

を調査し、各学校集団内における、養護教諭活動に対する認識の実情、を比較検討した。

このため、調査項目に対する解答を、(表4)のように区分した。

表3 表示方法

分類	把握内容
+	調査者と同じ把握
±	あいまいな把握
-	不明、又は誤っての把握

表4 表示方法

分類	解答内容
+	調査項目に対する肯定的解答
-	調査項目に対する否定的解答

これらより、各学校毎各段階別把握状況の型と、各学校毎養護教諭活動に対する認識度、を照合し検討した。

養護教諭活動を通して見た学校保健

〔A 校〕

- (1)沿革 昭和37年開設
 (2)規模 職員数36名, 生徒数 827名, 20級
 (3)教育聴境 京葉工業地帯の造成に伴い, その進出工場の従業員とその家族を収容するための社宅団地を学区としている。それゆえ, 生徒出身地は全国各地に及ぶ。団地特有の見栄, 競争意識は生徒の内面に少なからぬ影響を与えている。

〔B 校〕

- 昭和22年開設
 職員数45名, 生徒数1105名, 26級
 千葉市の発展に伴い, 新興住宅地・中小企業工業地帯となり, 年々地域開発が行なわれ住宅地帯として, 人口は増加している。永住者は兼業農家となり, 又はアパート経営をして収入を多くしている。入居者は学歴高く, 会社の中堅クラスである。貧富の差が多く, 生徒の質差が激しくなっている。教育への関心度は高い。生徒出身地は, 県内が多数であるが, 全国各地よりも移入している。

〔C 校〕

- 昭和46年統合発足
 職員数40名, 生徒数 859名, 22級
 東西約10km, 南北約20kmに及ぶ広い学区である。純然たる農業地域であったのが, 10年程前より高度経済成長, 京葉工業地帯の進展に伴い, その影響を漸く, 受けるようになり, 住宅建設・宅地造成, レジャー地あるいは新興市原市のベッドタウンとして変容する傾向がみられる。近年, 京葉工業地帯等へ勤めに出る人が多くなり, 気質・気風, 経済観念が変化しつつある。

(4)保護者の職業

No.	職業	入数	%
1	農業	0	.0
2	商業	31	3.7
3	工業	0	.0
4	会社員	671	81.2
5	公務員	13	1.6
6	その他	112	13.5
	計	827	100.0

No.	職業	入数	%
1	農業	81	7.3
2	商業	81	7.3
3	工業	120	10.9
4	会社員	610	55.0
5	公務員	137	12.4
6	その他	57	5.1
7	無職	19	1.7
	計	1105	100.0

No.	職業	人数	%
1	農業	300	35.0
2	商業	79	9.2
3	工業	33	3.8
4	会社員	261	30.4
5	公務員	95	1.1
6	その他	90	10.5
	計	858	100.0

(5)進路状況

No.	分題	%
1	進学	97.7
2	就職	2.3
	計	100.0

No.	分類	%
1	進学	95.0
2	就職	4.0
3	在家	1.0
	計	100.0

No.	分類	%
1	進学	95.5
2	就職	4.2
3	在家	0.3
	計	100.0

(6)母親の勤務状況

No.	分類	人数	%
1	勤めている	254	59.7
2	勤めていない	165	38.7
3	無記入	7	1.7
	計	426	100.0

(注) 統計は各校の学校要覧による

表2 A 校 事例 1

調査項目	要素	調 査 者	学庭	学級担任	養護教諭		
(1)	長欠になったと考えられる原因	神経症的登校拒否	+	-	-		
(2)	身 体 状 況	1) 病 歴	49年2学期より気分不良・腹痛のため登校困難 原因不明 病院・研究所を転々と受診	+	+	+	
		2) 身体の異常	器質的原因なし 腹痛・吐気・嘔吐 不規則は食生活	+	-	-	
		3) 治 療	千葉市教育センター 週1回通院, しかし不規則 方法 { ①自律訓練法 ②催眠療法 ③担任との協力	+	+	+	
		3) 生活指導	とにかく登校	+	-	+	
(3)	精 神 状 況	1) 性 格	神経過敏 注意散漫 思慮深い やさしい	+	+	+	
		2) 友 人	1人の気心知れた友人がいる	+	+	+	
		3) 学 習	知能良好, 成績下降	+	+	+	
		4) 精神の異常	壁がせまる, 幻聴	+	+	-	
(4)	家庭環境	父親 温和しく気弱・教育的関心低い 母親 口うるさい 学校・医師に即効性を期待 PTA役員・校外補導係 団地内での競争意識・警戒心がある。 症状悪化の場合のみセンターへ行く	+	+	+		
(+)			合計	26	19	20	9

事例 2

(1)	長欠になったと考えられる原因	蓄膿症 怠学	+	+	+	+	
(2)	身 体 状 況	1) 病 歴	47年 健診で蓄膿症を指摘される 48年 五井の某病院へ通院 49年 同上 労災病院通院 50年 現在通院不要 入院, 手術経験なし	+	+	-	
		2) 身体の異常	視力 (0.1, 0.1) 食欲旺盛 健 康	+	+	-	
		3) 治 療	現在なし)	+	+	-	
(3)	精 神 状 況	1) 性 格	内 弁 慶 わがまま 情緒不安定 強 情	+	+	+	
		2) 友 人	限られた友人	+	-	+	
		3) 学 習	好きでない 本, 音楽が好き	+	+	+	
		4) 生活態度	めだたない	+	+	+	
		5) 精神の異常	悩みもっている	+	-	+	
(4)	家庭環境	教育方針不明確 甘やかし, 放置 叱れない 父親 欠席理由をつきとめられない 弟の喘息に家庭内の関心集中	+	+	-		
(+)			合計	26	21	15	7

事例 3

調査項目	要素	調 査 者	家庭	学級担任	養護教諭
(1)長欠になったと考えられる原因		気管支喘息	+	+	+
(2) 身体状況	1) 病歴	40年 アレルギー性気管支炎で通院 46年 京都より転地、しかし悪化 関節構あり 47年 気管支喘息と診断される 50年 発作起こり、通院必要な状態、しかし通院せず	+	+	-
	2) 身体の異常	アレルギー体質 やせて蒼白、疲れやすい 視力 (0.1, 1.0) 食生活に異常に神経過敏	+	+	+
	3) 治療	受けていない	+	+	-
(3) 精神状況	1) 性格	内気 自主性なし 不活発	+	+	+
	2) 友人	団地内の年下の子、弟が主なあそび相手	+	+	+
	3) 学習	好きでない	+	+	+
	4) 生活態度	めだたない	+	+	+
	5) 精神の異常		+	+	+
(4)家庭環境		一応円満、しかし暗い 家の方針不明確 学習より体が第一と放置	+	+	-
			23	21	13

B 校 事例 4

(1)長欠になったと考えられる原因		学校嫌い、登校拒否 性格の不健全な状態による心因性疾病	+	-	-
1) 病歴		49年 4月 微熱持続 5月 学校休むので小児科、7月 精神科受診 7月 検査治療のため入院 50年 4月 微熱持続し、以後通院	+	+	-
	2) 身体の異常	視力が悪い	+	+	+
	3) 治療	千葉市立病院、精神科へ通院 週1回通院 方法 { ①自律訓練法 ②精神安定剤 ③学習	+	+	+
1) 性格		片よった精神発達 わがまま 甘え 情緒不安定 神経質 非常識	+	-	-
	2) 友人	話しかけるので友人はある 好かれる人柄ではない	+	-	+
	3) 学習	科目の片寄り激しい	+	+	+
	4) 生活態度	食生活偏食激しい	+	+	+
	5) 精神の異常	錯覚あり 幻覚なし	+	-	-
(4)家庭環境		1人っ子 過保護 叱る人がいない 母親は症状悪化時のみ来院する 本人の訴えにふりまわされている	+	+	+
(+) の合計			29	22	18

事例 5

調査項目	要素	調 査 者	家庭	学級担任	養護教諭
(1)長欠となったと考 えられる原員		アレルギー性緊斑病 緊斑病性腎炎	+	+	+
(2) 身 体 状 況		性腹症にて川鉄病院入院 ペニシリン内服 49年12月 急性腹症、尋床疹にて再入院 50年3月 緊斑病性腎炎にて再々入院 現在自覚症状なし	+	+	+
	2) 身体の異常	ペニシリンアレルギー 仮性近視 MOON-FACE 腹痛、頭痛の訴え時にあり	+	+	+
	3) 治 療	検査のため川鉄病院へ通院 週1回通院 方法 { ①内服薬 ②食事は刺激物を控える	+	+	+
	3) 生活指導	再発のおそれあるため無理をしないように 体育見学 清掃見学	+	+	+
(3) 精 神 状 況	1) 性 格	明るく思いやりある 利 発	+	+	+
	2) 友 人	多く皆に好かれる	+	+	+
	3) 学 習	市の訪問教師の指導(1~2回/週) 無理できない	+	+	+
	4) 生活態度	委員長、バスケット部長 ピアノ、料理等多趣味	+	+	+
	5) 精神の異常	なし	+	+	+
(4)家庭環境		裕福で明るい 教養がある	+	+	+
(+) の合計			29	29	26

事例 6

(1)長欠になったと考えられる原因		若年性糖尿病	+	+	+
(2) 身 体 状 況	1) 病 歴	45年11月 発病、皆睡にて入院 46年7月 検査のため入院 48年7月 入院 49年 外来へ1回/月1 来なくなる 50年5月 昏睡にて入院、7月退院	+	+	+
	2) 身体の異常	視力障害(合併症)	+	+	+
	3) 治 療	①インシュリン朝34、夕22単位、本人注射 ②食事制限は成長期のためゆるやか	+	+	+
	4) 生活指導	インシュリンコントロールにて、普通の子と同じ生活原則 サマーキャンプへすすめられている 体育は無理な時のみ見学	+	+	+
(3) 精 神 状 況	1) 性 格	精神的に幼稚 わがまま	+	-	-
	2) 友 人	少 数 深い友はいない	+	+	+
	3) 学 習	5段階評価では平均3	+	+	+
	4) 生活態度	治療態度は良好	+	+	+
	5) 精神の異常	なし	+	+	+
(4)家庭環境		父親はしっかりしている 母親は神経症的で通院中 過保護 姉は虚弱体質 サマーキャンプへの理解、母子共正しくない	+	+	+
(+) の合計			24	23	12

養護教諭活動を通してみた学校保健

〔C 校〕

事例 7

調査項目	要素	調 査 者	家庭	学級担任	養護教諭		
(1)長欠になったと考えられる原因		慢性扁桃炎 リウマチ熱	+	+	+		
(2) 身体状況	i) 病歴	49年4月 扁桃炎で通院 5月 原因不明の微熱持続病院転々とする 7月 リウマチ熱で入院	+	+	+		
	ii) 身体の異常	検査の結果異常なし アレルギー体質	+	+	+		
	iii) 治療	現在症状軽快 1回/2週近医へ通院 抗生物質	+	+	+		
	iv) 生活指導	熱の下がった時、のどの痛くない時には登校	+	+	+		
(3) 精神状況	i) 性格	温和 消極的 くよくよ	+	+	+		
	ii) 友人	少数 好かれる人柄	+	+	+		
	iii) 学習	意欲低迷気味	+	+	+		
	iv) 生活態度	まじめな授業態度	+	+	+		
	v) 精神の異常	ノイローゼなし 長期間の休学よりくるためらいあり 怠惰の傾向あり	+	+	+		
(4)家庭環境		おばあちゃん子 幾分わがまま	+	+	+		
(+)			の合計	23	20	13	20

事例 8

(1)長欠になったと考えられる原因		心因性疾患 移動性盲腸	+	+	+	+	
(2) 身体状況	i) 病歴	47年 脊椎側変症、虚弱のため養護学校で寮生活 48年 体育研究校へ転校したため、体育への抵抗、言葉の相違等の誘因により、腹痛、嘔吐、下痢ひどく登校困難となる。 近医へ検査にて入院、しかし原因不明 大学病院にて、移動性盲腸・心因性疾患の診断を受ける	+	+	+	+	
	ii) 身体の異常	虚弱体質 気分不良 腹痛、特に食後、部位は様々 アレルギー体質 視力悪い 給食は周囲が気になり食べられない	+	+	+	+	
	iii) 治療	千葉市立病院 精神科へ通院 2回/週 方法 { ①精神安定剤 ②悩みを話す ③学習	+	+	+	+	
	iv) 生活指導	根本的原因、片づきしだい腹痛は治まる 規則正しい生活 消化の良い食事	+	+	+	+	
(3) 精神状況	i) 性格	自閉症的 神経過敏 固執的 くよくよ	+	+	+	+	
	ii) 友人	近所の子とあそばない 学友はいない	+	+	+	+	
	iii) 生活態度	読書好き 部屋にこもっている	+	+	+	+	
	iv) 精神の異常	耳鳴り、幻聴あり 物音が気になる	+	+	+	+	
(4)家庭環境		近所との交流なし 各地を転々とし、当地に落ち着く 父母、良識あり、教育熱心 母、過保護的	+	+	+	+	
(+)			の合計	34	32	17	24

事例 9

調査項目	要素	調 査 者	家庭	学級担任	養護教諭
(1)長欠になったと考 えられる原因		腎炎性ネフローゼ 学校嫌い	+	+	+
(2) 身 体 状 況	1) 病 歴	45年10月 発病, 国立千葉病院へ入院, 絶対安静 院内養護学校へ通学 47年1月 退院し, 以後1回/2週で通院 3月 登校始める 6月 全日登校許可, 給食・体育(×) 48年 近医にかえ受診 49年3~4月 国立千葉病院を受診 異常なし, 尿蛋白(-) 普通食 現在通院していない	+	+	+
	2) 身体の異常	登校に支障はない 通院管理の必要あり 放任は危険 やせて蒼白	+	-	+
	3) 治 療 生活指導	49年4月 ①薬なし ②食事の注意 ③疲れぬよう注意して登校 ・全日登校 ・時間内体育良好 ・重くない清掃良好 ・帰宅後安静の必要あり	+	+	-
(3) 精 神 状 況	1) 性 格	疑り深い 逃 避 的 内 向 的	+	-	-
	2) 友 人	近所の無線仲間のみ	+	+	-
	3) 生活態度	家の中で無線 家事, 土方仕事等	+	+	-
	4) 精神の異常	なし	+	+	+
(4)家庭環境		村八分的存在 親, 登校にあきらめムード 学校不信 学校は難病に対し無責任 子は親のそばが最良 本人は学校嫌い	+	+	+
(+) の合計			30	26	18

3. 調査結果

調査項目,〔1〕(1)~(4)のすべての(+)数を, 家庭・学級担任・養護教諭の各要素別に集計して, 各事例毎に, 夫々の要素における認識率を, 及び, 各学校毎に墮として捉え, 比較検討した。

また, 調査項目,〔2〕(1)~(2)の(+)数を,〔A校〕,〔B校〕,〔C校〕の各学校的に集計して, 夫々3校における, 養護教諭活動に対する認識度を, 比較検討した。

1)〔A校〕

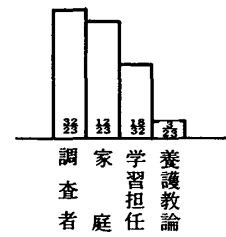
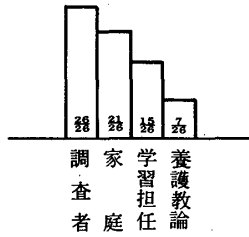
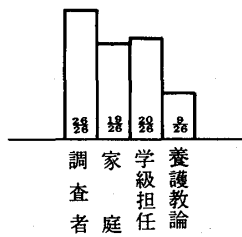
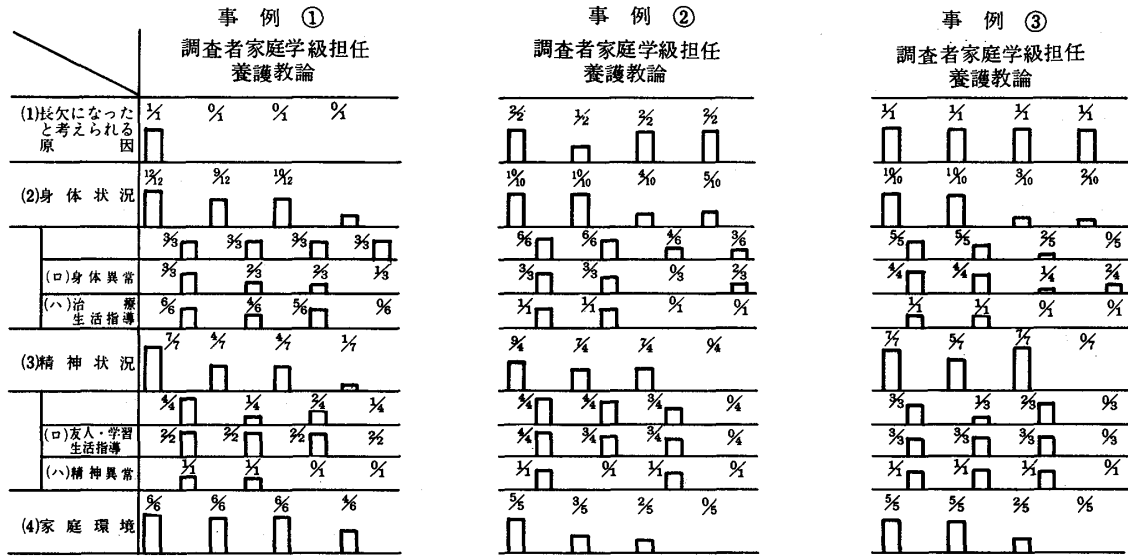
事例 ①

“長欠になった原因”については, 家庭・学級担任・養護教諭共, 全く把握できていない。
“身体状況”については, 家庭 $\frac{2}{2}$ ・学級担任 $\frac{2}{2}$ と良く把握されているが, 養護教諭では $\frac{4}{2}$ と低い。これは, “病歴”について, 全者共把握できているが, “身体的異常”“治療”“生活指導”について, 養護教諭では, 低い把握である。

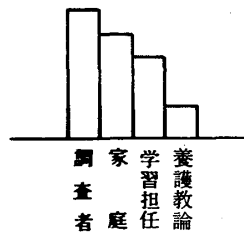
表6-1

(A 校)

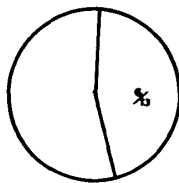
ア. 各事例毎各要素別認識率(認知量/情報量)



イ. 学校としての型



ウ. 養護教諭活動に対する認識度 ((+)数/調査項目数)



“精神状況”については、家庭・学級担任共 $\frac{3}{4}$ と、ほぼ半分の把握であり、養護教諭では $\frac{1}{4}$ と低い。これは、“性格”について、学級担任では、 $\frac{3}{4}$ と半分の把握であり、家庭・養護教諭では、 $\frac{1}{4}$ と更に低い把握である。“友人関係”“学習”“生活態度”については、家庭・学級担任共、良く把握できているが、養護教諭では、全く把握できていない。“精神の異常”について、家庭では把握できているが、学級担任・養護教諭では、全く把握できていない。

“家庭環境”については、家庭・学級担任共 $\frac{6}{10}$ ・養護教諭 $\frac{4}{10}$ 、と良く把握できている。

これは、“神経症的登校拒否”と、教育センターに於て、診断されているものが、家庭・学級担任・養護教諭に於て、理解されていないものである。しかし、学級担任に於ては、相談員と良く連絡がとれ、“生活指導”について、必要な把握ができていた事例である。

事例 ②

“長欠になった原因”については、学級担任・養護教諭共、良く把握できているが、家庭では、 $\frac{1}{2}$ の把握である。

“身体状況”については、家庭は良く把握できているが、学級担任・養護教諭は、 $\frac{4}{10}$ ・ $\frac{5}{10}$ と把握が不足している。これは、“病歴”について、学級担任・養護教諭共、半分の把握である。“身体の異常”について、学級担任は、全く把握できていなく、養護教諭では、 $\frac{2}{3}$ の把握である。

“治療”“生活指導”については、学級担任・養護教諭共、全く把握できていない。

“精神状況”については、家庭・学級担任共、 $\frac{7}{10}$ と良く把握されているが、養護教諭では、全く把握できていない。

“家庭環境”については、学級担任では、 $\frac{3}{10}$ と低く、養護教諭では、全く把握できていない。

これは、家庭が放置傾向にあるため、怠学と気づかず、学級担任・養護教諭では、“蓄膿症”“怠学”の理由を、紙面で把握しているのみで、詳細には把握していなく、又、学級担任も、登校させることをあきらめている傾向があり、養護教諭は、一般的な病気のため、関心が薄かったもの、と考えられる。

事例 ③

“長欠になった原因”については、家庭・学級担任・養護教諭共、良く把握できている。

“身体状況”については、家庭では、良く把握されているが、学級担任・養護教諭では、 $\frac{3}{10}$ ・ $\frac{3}{10}$ と極めて低い。これは、“病歴”については、学級担任 $\frac{3}{10}$ と低く、養護教諭では、全く把握できていない。“身体の異常”については、学級担任・養護教諭共、半分以下の把握である。“治療”“生活指導”については、学級担任・養護教諭共、全く把握できていない。

“精神状況”については、家庭・学級担任は、良く把握できているが、養護教諭では、全く把握できていない。

“家庭環境”については、学級担任 $\frac{2}{10}$ と低い把握であり、養護教諭では、全く把握できていない。

これは、事例②の弟で、学級担任が、登校させることをあきらめている傾向があり、“気管支喘息”という原因は把握できているが、詳しくは理解できていなく、養護教諭は、紙面上の把握だけで、どの生徒か不明であった事例である。

〔A校〕における、3名の長欠生徒に対する情報の要素別把握状況は、家庭・学級担任と、順次把握量が減少していき、養護教諭に至り、著しく減少している型である。

〔B校〕(表6-2)

事例 ④

“長欠になった原因”については、家庭・学級担任・養護教諭共、全く把握できていない。

“身体状況”については、家庭では、良く把握されているが、学級担任は $\frac{5}{10}$ であり、養護教諭は、 $\frac{1}{10}$ と極めて低い。これは、“病歴”について、学級担任では $\frac{3}{4}$ 、養護教諭では、全く把握できていない。“身体異常”については、学級担任では、良く把握できているが、養護教諭では、全く把握できていない。“治療”“生活指導”については、学級担任・養護教諭共、 $\frac{1}{6}$ と低い把握である。

“精神状況”については、家庭では、 $\frac{9}{10}$ と把握が不足しており、学級担任は、 $\frac{1}{10}$ と比較的良いが、養護教諭では、 $\frac{9}{10}$ と半分以下の把握である。これは、“性格”について、全者共、良く把握されているが、“友人関係”“学習”“生活態度”で、家庭は、学級担任の $\frac{1}{2}$ 、養護教諭は、 $\frac{1}{4}$ と低い把握である。“精神の異常”については、家庭・養護教諭は、全く把握できていなく、学級担任は、 $\frac{1}{2}$ の把握である。

“家庭環境”については、学級担任は、 $\frac{3}{6}$ と比較的良く把握できているが、養護教諭は、全く把握できていない。

これは、“心因性疾患”と、これに伴う“登校拒否”という病院の診断を、家庭・学級担任・養護教諭共に、理解していないもので、学級担任は、学級管理上の観点から、主に、把握していた事例である。

事例 ⑤

“長欠になった原因”については、家庭・学級担任・養護教諭共、良く把握できている。

“身体状況”についても、家庭では、良く把握できており、学級担任では、 $\frac{1}{7}$ と比較的高い把握であり、養護教諭では、 $\frac{1}{7}$ と半分以上の把握である。これは、“身体の異常”について、学級担任で $\frac{1}{4}$ と低く、養護教諭では、 $\frac{3}{4}$ と半分の把握である。“治療”については、学級担任まで、良く把握できているが、養護教諭では、 $\frac{3}{4}$ と半分以下の把握である。

“精神状況”については、家庭・学級担任共、良く把握できており、養護教諭も、とかなり良く把握されている。“友人関係”“学習”“生活態度”についてのみ、養護教諭の認識がやや低い。“家庭環境”については、全者共、良く把握できている。

これは、家庭・学級担任・養護教諭の三者が、学級担任を主軸として連絡があり、良く把握されていた事例である。しかし、このため、“身体の異常”“治療”“生活指導”に関する情報が、養護教諭に、低くなっていた事例である。

事例 ⑥

“長欠になった原因”については、家庭・学級担任・養護教諭共、良く把握できている。

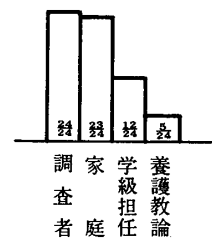
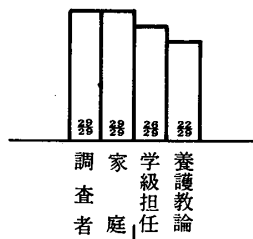
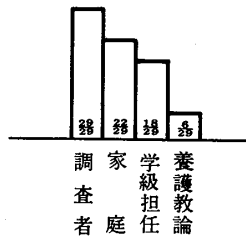
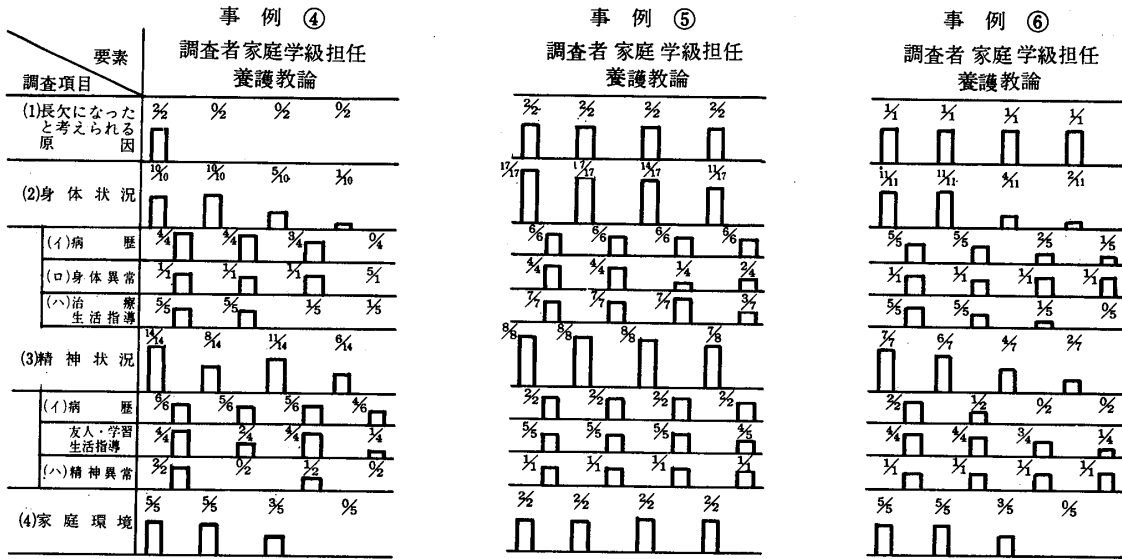
“身体状況”については、家庭は、良く把握できているが、学級担任 $\frac{1}{10}$ ・養護教諭 $\frac{1}{10}$ と極めて低い。これは、“病歴”について、学級担任 $\frac{3}{6}$ ・養護教諭 $\frac{1}{6}$ と低い把握である。“身体の異常”については、学級担任・養護教諭共、良く把握できているが、“治療”“生活指導”については、学級担任 $\frac{1}{6}$ と低い把握であり、養護教諭では、全く把握できていない。

“精神状況”については、家庭は良く把握できており、学級担任は、 $\frac{1}{2}$ と半分の把握であるが、養護教諭では、 $\frac{2}{6}$ と低い把握である。これは、“性格”について、家庭は、半分の把握であるが、学級担任・養護教諭では、全く把握できていない。“友人関係”“学習”“生活態度”について、家庭・学級担任は、良く把握できているが、養護教諭は、 $\frac{1}{4}$ と低い。“精神の異常”について、全

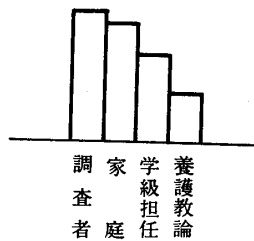
表6-2

〔B 校〕

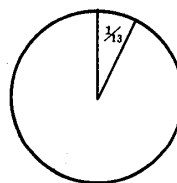
ア. 各事例毎各要素別認識率（認知量／情報量）



イ. 学校としての型



ウ. 養護教諭活動に対する認識度 ((+)数／調査項目数)



者共、良く把握できている。

“家庭環境”については、学級担任は、 $\frac{3}{5}$ と比較的良好いが、養護教諭では、全く把握できていない。

これは、“糖尿病”という明確な疾病異常であるが、養護教諭は、その“治療”“生活指導”面では、家庭依存で、その把握が低く、学級担任は、疾病理解が困難な為か、“身体状況”の把握が、悪くなっていた事例である。

即ち、〔B校〕に於ては、やはり、家庭・学級担任と、順次、把握量が減少していき、養護教諭に至り、更に減少している型である。しかし、事例⑤にみられるように、各要素共、把握度が良く、養護教諭でも高く、学級担任を主軸として、夫々の連絡がとれていたものである。

〔C校〕(表6-3)

事例 ⑦

“長欠になった原因”については、家庭・養護教諭共、良く把握できているが、学級担任では、 $\frac{1}{2}$ の把握である。

“身体状況”については、家庭・養護教諭は、 $\frac{9}{10}$ ・ $\frac{3}{5}$ と良く、学級担任は、 $\frac{4}{5}$ と半分以下の把握である。これは、“病歴”については、家庭・養護教諭共、良く把握できているが、学級担任では、 $\frac{1}{2}$ と低い。“身体の異常”については、家庭は、良く把握できているが、養護教諭は、 $\frac{1}{2}$ の把握であり、学級担任では、全く把握できていない。“治療”については、全者共、良く把握できている。

“精神状況”については、家庭 $\frac{9}{10}$ ・学級担任 $\frac{9}{10}$ ・養護教諭 $\frac{9}{10}$ と良く把握されている。これは、“性格”については、家庭・養護教諭共、良く把握できており、学級担任では、 $\frac{2}{3}$ とやや低い。“友人関係”“学習”“生活指導”については、学級担任・養護教諭共、良く把握できており、家庭でも、 $\frac{3}{4}$ と比較的高い把握である。“精神の異常”について、家庭では、良く把握されており、学級担任・養護教諭に於ても、 $\frac{2}{3}$ と比較的高い把握である。

“家庭環境”については、学級担任は、全く把握できていなく、養護教諭では、良く把握されている

これは、学級担任が、生徒の学級での生活は、把握できているが、疾病に関する把握については、やや不備であり、養護教諭では、“身体状況”“精神状況”“家庭環境”が、家庭訪問により、良く把握されていた事例である。

事例 ⑧

“長欠になった原因”については、家庭・学級担任・養護教諭共、良く把握できている。

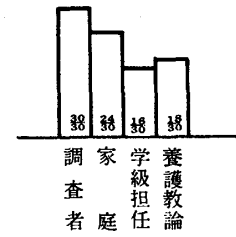
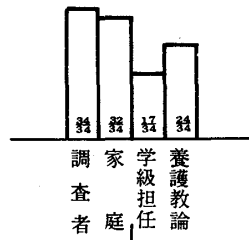
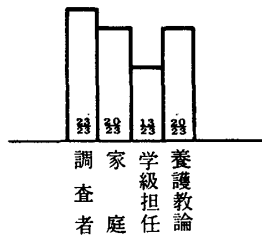
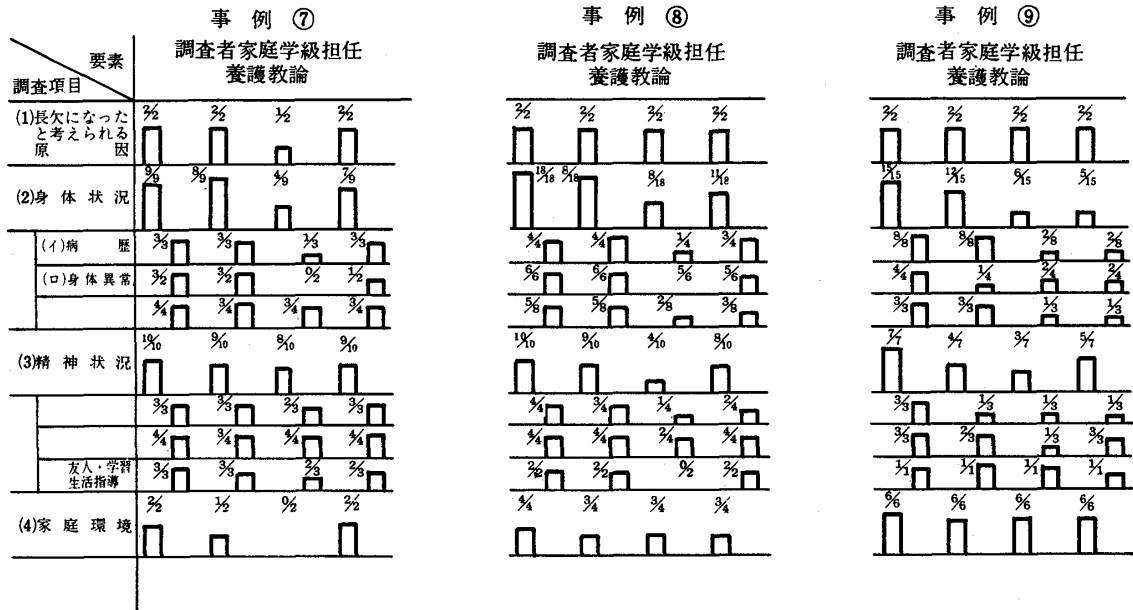
“身体状況”については、家庭では、良く把握できているが、学級担任では $\frac{9}{10}$ 、養護教諭では $\frac{1}{2}$ と把握が不足している。これは、“病歴”について、養護教諭は、 $\frac{3}{4}$ と比較的良好い把握であるが、学級担任は、 $\frac{1}{4}$ と低い。“身体の異常”については、学級担任・養護教諭共、 $\frac{5}{6}$ と良く把握されているが、“治療”については、学級担任 $\frac{2}{3}$ 、養護教諭 $\frac{2}{3}$ 、とかなり低い把握である。

“精神状況”については、家庭 $\frac{9}{10}$ 、養護教諭 $\frac{9}{10}$ と良く把握されているが、学級担任は、 $\frac{4}{5}$ と半分以下の把握である。これは、“性格”について、家庭 $\frac{3}{4}$ 、養護教諭 $\frac{3}{4}$ と半分以上の把握であるが、学級担任では、 $\frac{1}{4}$ と低い。“友人関係”“学習”“生活指導”については、全者共、良く把握できている。“精神の異常”については、家庭・養護教諭共、良く把握できているが、学級担任では、全く把握できていない。

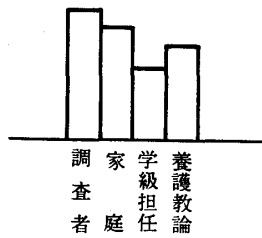
表6-3

〔C 校〕

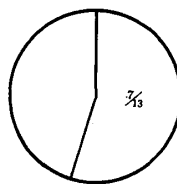
ア. 各事例毎各要素別認識率（認知量／情報量）



イ. 学校としての型



ウ. 養護教諭活動に対する認識度 ((+)数／調査項目数)



“家庭環境”については、全者共、良く把握できている。

これは、“心因性疾患”と“移動性盲腸”による複雑な病状で、学級担任の疾病把握が不正確であり、又、養護教諭でも、“治療”“生活指導”について、情報把握が低くなっていた事例である。

事例 ⑨

“長欠になった原因”については、家庭・学級担任・養護教諭共、良く把握できている。

“身体状況”については、家庭では、 $\frac{1}{5}$ と良く把握されているが、学級担任・養護教諭に於ては、 $\frac{5}{5}$ と低い。これは、“病歴”について、家庭では良く把握されているが、学級担任・養護教諭では、 $\frac{2}{5}$ と低い。“身体の異常”について、学級担任・養護教諭は、 $\frac{4}{5}$ と半分の把握であり、家庭は、 $\frac{1}{4}$ と低い。“治療”“生活指導”について、家庭では、良く把握されているが、学級担任・養護教諭に於ては、 $\frac{1}{5}$ と低い把握である。

“精神状況”については、家庭 $\frac{4}{5}$ ・学級担任 $\frac{3}{5}$ ・養護教諭 $\frac{5}{5}$ の把握である。これは、“性格”について、全者共、把握度が $\frac{1}{5}$ と低い。“友人関係”“学習”“生活指導”については、養護教諭では、良く把握されているが、家庭では $\frac{2}{5}$ 、学級担任では $\frac{1}{5}$ の把握である。“精神の異常”については、全者共、把握度は良好である。

“家庭環境”についても、全者共、良く把握できている。

これは、学級担任・養護教諭が、登校可能であると判断して、対策を講じているのに、家庭が、難病のため登校困難とし、“身体の異常”の把握に、やや不備がみられ、又、学級担任・養護教諭共、正しい“身体状況”の把握に、やはり、やや不備のあった事例である。

即ち、〔C校〕に於ては、家庭・養護教諭・学級担任、と順次、把握量は減少している。しかし、養護教諭の把握量は、家庭には及ばないけれども、学級担任を、上回っている型である。

つまり、現在、長欠生徒に関する情報の把握状況は、家庭に於ては、良好であり、特に、学校差は認められない。

学級担任の把握状況も、やはり、学校差は認められない。が、しかし、いずれに於ても、把握度は、5～6割代である。

養護教諭の把握度は、学校差があり、〔A校〕・〔B校〕では、学級担任を下回り、〔C校〕では、学級担任より、多く把握していた。

2) 管理者と養護教諭

〔A校〕

管理者は、健康問題に関心が高く、養護教諭に対して、専門的立場からの活動を望んでおり、その対象は、健康障害を持つ長欠生徒の家庭訪問にまで、及んでいるのだが、組織の確立が不十分であり、養護教諭の活動しにくい現実がある。

一方、養護教諭は、長欠生徒問題は、学級担任が中心の仕事であり、担任領域へ立ち入るという気持を持っている。又、現在の業務は、主に、校内保健管理としての仕事を中心であり、欠陥児を対象とする養護には、手が届いていない。

即ち、管理者の養護教諭活動に対する認識が高いにもかかわらず、養護教諭自身の活動に対する考え方が、把握状況を低いものにしてている。

〔B校〕

管理者は、養護教諭の中心的仕事は、環境管理・登校している生徒の保健指導・治療であり、問題生徒に取り組むと、校内保健管理に支障をきたすとし、欠陥児の養護は認めていない。つまり、長欠生徒の対策の中心は、学級担任であり、心身異常者は、医師に任せるとしている。

一方、養護教諭は、管理者の認識が低いために、又、学校組織の活用が不十分なために、専門職として、動くことのできない疎外感を持っている。そして、長欠生徒に対しては、自分の領域ではない、としている。

即ち、管理者の認識は、狭義の学校保健活動の域にあり、養護教諭の考え方も、その域を脱してなく、把握状況を低いものにしてしている。

〔C校〕

管理者は、養護教諭に対して、心身の健康問題に対する専門家・顧問格であるとし、学級担任とは異なる分野からの活動を、期待している。そして、家庭訪問による不在の保健室は、体育科が管理するとしている。

一方、養護教諭は、まだ、組織の未確立による動きずらさ、交通面での問題はあるとしながらも、学級担任と協力して、家庭訪問を行なっている。しかし、医師との連絡もあったが、病名下に潜む問題の把握に、困難を認めていた。

即ち、管理者の養護教諭活動に対する認識は高く、養護教諭も、積極的に活動しており、その人間性・考え方も、把握状況を、比較的高いものにしてしている。

これらより、学校管理者より見た養護教諭活動は、未だ、学校内での、狭義の学校保健活動の域を出ていない。あるいは、組織の確立・活用が不十分であるため、養護教諭活動のしにくい傾向がみられる。

又、養護教諭の、学校保健活動に対する意識は、未だ、校内保健管理としての仕事を中心であり、欠陥児を対象とする養護活動には、及んでいない。

そのため、現在、養護教諭の長欠生徒に関する把握状況は、学級担任を下回っている傾向にある。

3. 考 察

健康とは、精神的・身体的・社会的に、自己の有する能力を、充分に使い得る状態である。ゆえに、健康を保持・増進するための保健活動は、対象がどのようなものであっても、それが、どのような状況下に生存しているかを、充分わきまえた上で、それを、総括的な立場に於て、健康上、正しい方向へ持っていくことである。³⁾そこで、背景的集団の中に健康観は確立する保健活動の対象は、様々な集団であり、その特性も異なるため、展開の仕方は、多様である。

この集団の中に、学校集団がある。この学校に於ては、その社会を構成する児童・生徒の健康に対し、これを、保持・増進するために、学校保健が存在する。即ち、学校集団の一員である生徒は、一方では、家庭を基軸とした、地域集団の一構成員でもある。地域集団の中で、学令に達した者が、地域社会の擁する特殊な社会である学校へ、集合している。ゆえに、そこに発生する保健問題は、学校保健の対象であるとともに、広い見地に立つ場合、地域保健の対象である。

これより、学校保健活動を行なうには、教育集団の要素としての生徒特性と、地域集団の要

素としての特性を、考慮した上で、展開していかなくてはならない、と考える。学校という枠を重視し、“学校に内在する健康問題”を取り扱う立場では、その活動が不備である、と考える。殊に、疾病異常のため、長欠に陥っている生徒の、健康障害を来す原因は、精神的・身体的要因の他、家庭・地域の社会的問題等、種々ある。しかるに、彼らに対し、狭い意味での学校保健の立場から、支援していたのでは、真に、生徒の健康を支援する活動としては、成立しないと考える。

本来、学校教育活動の対象である生徒、中学生という集団は、地域社会が抱える次の世代であり、このため、学校教育活動は、地域特性を重視して、すすめられている。従って、教育活動の一環である学校保健活動も、本来、地域社会の責任に於て、養護されるべき特性を持っており、学校保健活動は、地域保健の範囲に於て、概念づけられるべきである、と考える。

現在の学校保健活動は、“学校保健法”に裏づけられた、教育集団の特性として、捉えられている。この法による健康養護の管理活動は、学校長の下に、ライン機構としての担当者（保健主事・養護教諭）と、スタッフアンドラインである専門家群（学校医・学校歯科医・学校薬剤師）、そして、その活動への生徒の参加、という三要素から成立している。¹⁾即ち、養護教諭は、一校に駐在して、生徒と生活を共にし、継続的に責任を持って、生徒の健康養護を担当し、保健管理・保健指導を行ない、健康問題を処理する能力を持った、学校保健活動の中における、中心的存在である。

この養護教諭の前身は、大正デモクラシー当時の学校看護婦であった。当時の風潮は、教育界へ、義務教育就学率の向上・児童中心主義を呼び起こし、それは、学校衛生を、校内環境管理センターの活動から、予防医学へと変えた。そして、大正9年、“特別養護——疾病罹患児・精神薄弱児等の欠陥児を対象に、医学的・専門的立場で行なう、支援・救護活動——”という術語が生まれ、それを遂行し、校内に常勤する職員として、大正11年、学校看護婦が定められた。これは、学校現場における、衛生業務の執行者として位置づけられ、衛生思想訓練等の教育的職務、家庭訪問等の社会的職務をも担当し、学校保健管理に於ても、大いに発展をもたらした。

戦時体制下の学校保健は、生徒の健康の確立と体位向上にあり、活動の中心は、虚弱児童の養護と結核予防にあった。彼らに対しては、医学的処置よりも、生活指導を中心とする、教育的処置である特別養護が適切とされ、学校看護婦の重要性は高じ、昭和16年、養護訓導と改称され、正規の学校職員として、地位を築いていった。

戦後、進駐米軍の軍政により、保健教育に重点がおかれるとともに、各学校に保健委員会が設置され、教員中から保健主事を選出し、これを中心に、学校保健を推進していくことがすすめられた。ところが、保健教育・一般教員の役割を強調することは、一転して、養護教諭の役割・発言権を弱めることになり、それを、学校保健の中心的存在から、しだいに除外されていった。又、戦前、家庭・地域へも進出していた保健活動の芽生えは、このようにして摘み取られていった。そして、以後の学校保健の進展・養護教諭の地位・職務内容に、大きな混乱をもたらした。今日、尚、学校保健関係者の意識統一・学校保健活動理念形成に、ブレーキをかけており、養護教諭の持つ独自の機能を重視した、専門職としての位置づけは、なされていない。²⁾

このように、歴史的に考察して、現在の養護教諭の、保健活動の中における専門的立場は、未だ、未熟な段階である。

しかし、今日では、概念的には、養護教諭が、学校保健活動に於て、専門職的存在である。このため、生徒の健康問題把握は、いずれの立場よりも、高くなければならない、と考えている。

生徒に直接関与する、家庭・学級担任・養護教諭の把握度を、比較検討した場合、家庭に於

ては、我が子であるために、心身の健康問題・学校での学習・生活状況等、いずれも関心が高く、良く把握していなければならない、と考える。

学級担任に於ては、学級運営・教育上、当然、学校での状況については、広く家庭にまで及んで、良く把握していなければならない。又、心身の健康問題についても同様であるが、専門職でないために、詳細な把握は、困難な場合が多い、と思われる。

これが、養護教諭に於ては、専門的立場に於て、心身の健康問題に対する把握は当然乍ら、その背景をなす学校・学級・家庭での生活、その他の把握も必要である。

ところが、実際、長欠生徒健康問題に対する、夫々の把握はどうであるかという、私達の調査に於ては、家庭では、健康問題・学校生活共に良く把握していたが、疾病に対する専門的知識・理解が不備なため、病状悪化の場合に限り問題化する傾向があり、治療・生活指導・心身の異常把握には、誤りや不備な点があり、放任あるいは過保護に陥ることが、治療・生活指導に障害を及ぼしていた。即ち、家庭は、子どもの良き理解者・協力者に立てない一面がみられ、反面、子どもの言うままにふり廻され、如何に指導すべきか、その方向が不明である傾向にあった。

学級担任に於ては、学級内生徒であるために、学校・家庭での生活状況については、かなり良く把握されているが、健康問題に関しては、疾病への専門的理解が欠けるため、正確・詳細な把握ではなく、特に、学校生活に於て、配慮の必要な治療・生活指導については、不明であるか、極めておおまかな把握であった。即ち、学級担任の把握は、学級運営上、必要事項は捉えているが、それ以上深く、一生徒の健康問題として関与しているとはいえなかった。そのため、特に、疾病的問題が浮かび上がってきても、適切な判断ができず、対処の仕方が不明のままであり、むしろ、長欠原因が、非社会的問題でなく心身の異常にあることに、ある種の安心感を持つ傾向さえみられた。

これが、養護教諭に於ては、より専門的分野である健康問題の把握は、全体的に学級担任より得たもので占められ、内容は不正確・不十分なものもみられ、専門的立場より原因を見極めた把握には、及んでいなかった。又、学校・家庭の生活状況については、更に、組織的関連が薄いため、あるいは、学級担任分野であるとしている傾向がみられた。

即ち、現在、健康に関する学校内の把握・対策は、学級担任主導型であり、養護教諭は、学級担任に依存している傾向で、健康障害生徒に対しては、“家庭・医療”，一任型で、学校内問題としては視点が軽いようにみえた。

これらより、学校保健活動に於て、生徒の健康を支援する専門的存在である養護教諭は、生徒の健康問題に関連する情報を、どの立場よりも多く把握し、家庭・学級担任と密接な関係を持ち、活動の中核として健康問題を処理していかななくてはならない、と考える。そのためには、家庭訪問を通して、生徒の家庭に入り込み、学校と家庭との橋渡しの役割をすることが、第一段階である、と考える。家庭訪問により、生徒の精神的・身体的・社会的問題を正確に把握し、それを、学校社会に反映させなければならない。これを行なうには、対象が様々であるため、地域的特性・家庭の特徴を充分把握する必要がある。

又、学級担任より資料を得、あるいは、健康問題に関する学級担任の不備点を、養護教諭が補足・援助しながら、新情報を提供して、健康問題解決のため、互いの専門性を尊重しながら協力していくことが大切である、と考える。

更に、生徒の健康状態を、絶えず正確に把握しているためには、受持ち医師・相談員との連絡をとり、治療状況・生活指導・経過について、養護教諭は、把握していることが大切である。特に、特異な疾病に関しては、学校生活に適應する上での問題点を、これを資料に考察してい

くことが望ましい。

必要に応じては、校医との連絡や指示・助言を得ること、あるいは、地域医療機関や児童相談所等の専門機関と積極的に連絡をとることも重要である。

このようにして、養護教諭が、専門的能力を活用し、家庭や学級担任、学校管理者、あるいは、受持ち医師や相談員、その他、地域医療機関に積極的に働きかけ、精神的・身体的・社会的に健康障害を有する生徒が、特に、少数の専門的指導を必要とする者が、学校生活から落伍しないよう、安心してより幸福に、学校生活に適應できるように、学校環境を創り出していくべきである、と考える。そのための、より良い学校保健を確立するために、養護教諭主導型の学校保健を、組織的に展開していかなければならない、と考える。又、家庭内部には、医学的・看護的基盤に立った養護教諭でなくては、発見・理解、又は解決のつかない問題が多く存在しているので、養護教諭は、家庭指導を与える、看護者としても重要な存在である、と考える。

5. ま と め

即ち、この研究に於て、現状の学校保健の中における養護教諭は、未だ、その地位が未確立であり、ややもすれば、学級担任主導型の活動となる傾向がみられたが、養護教諭の専門的立場に於て、健康基盤である地域性を把握し、その中で、養護教諭主導型の学校保健を確立していくことが必要である、と痛感された。

稿を終えるに臨んで、この研究のための調査に、御協力して下さいました、市原市立辰巳台中学校・千葉市立加曾利中学校・市原市立南総中学校の諸先生方、父兄・生徒・担当の医師・相談員の方々に、心より、感謝の意を表します。

引用参考文献

- 1) 1)~4) 講座 現代と健康 10 保健医療のシステム 大修館書店
- 2) 5)~6) 学校保健研究 VOL. 15No. 2 1973 日本学校保健学会編集 ↑
- 3) 7)~9) 健康教室 1972年1月号 254集 東山書房
- 4) 10) 保健婦雑誌 VOL. 27 NOVEMBER 1971 医学書院
- 5) 11) 保健婦雑誌 VOL. 30 DECEMBER 1974 医学書院
- 6) 健康会議 No. 310 VOL. 27 第1号 医療図書出版社
- 7) からだの科学 日本評論社
- 8) 公衆衛生 VOL. 39 1975 医学書院
- 9) 学校の健康管理 医療薬出版K.K.
- 10) 健康教室 1972年 増刊号
- 11) 長欠対策の手びき 千葉県教育委員会
- 12) 学校における教育相談 千葉県教育センター