

学校保健活動の現状とその水準及び成立要因との関連に関する 養護教諭対象の調査研究

内山 源*, 森美喜夫**, 大津一義***, 加納克己****,
猪股俊二*****, 平木陽一*****, 福西孝允*****

(1996年10月14日受理)

School Health Care Teacher's Perceptions about School Health Practices/Education

Gen UCHIYAMA*, Mikio MORI**, Kazuyoshi OHTSU***, Katsumi KANO****,
Syunji INOMATA*****, Yohichi HIRAKI*****, Takamitsu FUKUNISHI*****

(Received October 14, 1996)

キー・ワード：学校保健活動，調査研究，関連要因，養護教諭，評価

学校保健活動がどのレベルにあり，どのような構造的問題を抱えているのか等の学校保健評価に関する研究は殆どない。これまでのものは部分的局所的評価であり，主に内的事項の要素に関するものである。外的事項との関連や要素間の関連で捉えたものは皆無に等しい。これではわが国の学校保健のレベルがどの水準にあるのか，海外との比較の際，どのような指標や基準等で見たらよいのか等は分からないことになる。さらに，アセスメントで問題が把握されたら，その改善や活性化に向けて，どの要因群を対象として，どのようなアプローチをしたらよいかも曖昧となる。本研究では，これらの諸点を解明すべく成立要因との関連を追求したものである。また，本小論では学校保健活動の実態にふれた。形式的な計画は立てるが，この活動を動かす「人」「コト」「モノ」の条件が不良・不備であり，その中の一つである学校保健委員会，養護教諭のあり方を検討した。

* 茨城大学教育学部(〒310 水戸市文京2-1-1 : Faculty of Education, Ibaraki University, Mito, 310 Japan)

** 岐阜教育大学(〒501-61 羽島郡柳津町高桑2078 : Gifu University for Ed & Lang, Yanaizu, 501-61 Jaon).

*** 順天堂大学(〒270-16 印旛郡印旛村平賀学園台1-1-1 : Juntendou University, Inba, 270-16 Japan).

**** 筑波大学社会医学系(〒305 つくば市天王台1-1-1 : Tsukuba University, Tsukuba, 305 Japan).

***** 国際武道大学(〒299-52 勝浦市新官字物見塚841 : Kokusai Budou University, Katsuura, 299-52 Japan).

***** 元日本学校薬剤師会副会長(〒370 高崎市上中居町303-3 : 303-3 Kaminakai, 370 Japan).

***** 前東京学芸大学附属世田谷中学校副校長(〒152 目黒区碑文谷6-7-15 : 6-7-15 Himonya, Meguro, 152 Japan).

1. はじめに

1 学校保健活動と評価

学校保健には凡そ「評価論」とか「評価論議」は殆どない。学会レベルで「シンポジウムやフォーラム」とか「自由集会」等できびしく討論されたことはない。したがって、現実にルーチンとして実施している期末や中間等の保健テストの評価は、「保健授業」の「低劣化」と随伴して、実施状況、内容から望ましいものは殆ど存在しない。

表1. 中学校における保健授業実施の定期性 (%)

調査年度	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1985	1986	1991	1996
定期性	n=203	n=209	n=192	n=200	n=182	n=204	n=202	n=204	n=209	n=205	n=203	n=202	n=206	n=392
定期的な実施	45.3	37.8	42.2	42.5	52.3	51.0	52.6	48.0	52.6	51.7	39.4	38.6	42.7	17.5
非定期的な実施	51.7	62.1	52.6	50.5	43.2	48.0	46.5	51.5	46.9	47.3	58.7	59.9	52.9	79.8
その他・NA	2.9	0.0	5.2	6.1	4.5	11.0	1.9	0.5	0.5	1.0	1.9	1.5	4.4	2.6

(注) ①「非定期的」理由：(a)雨の日、雨の時、梅雨期、(b)先生の出張、(c)先生の都合、(d)冬季集中、(e)全く行われなかった、など。

②高校一年生を対象に入学直後に、主として中学三年時の保健授業について調査したもの。

保健の授業が学習指導要領通りに、規定に応じて「他教科並み」に実施されることは皆無の状況になっている。この実施状況については以前に多くふれた¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。それが更に悪化している。この低劣な実施状況をめきにして「箱庭的」「一時間単位」の「授業づくり」とか「教材づくり」が全国的に流行っている。これは保健活動に関する中位レンジの評価の考え方からしても奇妙なことである。

学校保健の評価論が欠けている事態である。「一コマ」単位の授業の「良し悪し」は多い。また、「教材」の「良し悪し」についても多い。ミクロな評価観である。これらが現場実践となると、保健、性、AIDS、安全、タバコ、Drug等も「感想文」代替型になってしまう⁶⁾。

質的評価は必要である。だが、質的評価は流行の感想文方式だけではない。量的評価も当然、並んで必要である。古いものでは筆者らがPreテスト、Postテスト、Finalテストとして発表、報告した。最近ではタバコ教育研究グループの川畑、西岡、皆川ら⁶⁾が行っている。ところが、このような形式を踏まえたものはごく少ない。むしろ、「感想文」方式がすべて悪いというのではない。評価論負荷的に「感想文」方式を構造化し、構成することが必要というわけである。

この学校保健教育のノーマルで最小限の評価論がないと、授業の方式や教材づくりについても「単一指導方式」が流行ることになる。事実、流行っている。わが国での保健教育界、性教育界特有の現象であった。むしろ、海外の先進国、アメリカやカナダ等にはみられない動きである⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

多種多様なプロジェクトであり¹⁰⁾¹¹⁾、そのプロジェクト内の指導方式も「単一」ではない「多様」なもので成立し、それは途中から「多様化」の方向を隠れた形で迎るといったものではない。最初の時点から「多様」であり、その目的、内容等において選択されている。わが国の流行現象との大きな差異である。このような事態をもたらしたものは何か、である。保健教育以外では、「日本国」

でもみられない事態を存立させる成立要因・条件は何か、である。その一つが「学校保健評価論」研究レベルの低さ・問題性¹²⁾ といっている。

ごく最近の研究会とか研修会等で学校保健教育・指導の実践が報告されたり、主張されたりしている。これは学校保健活動の活発さという動きで素晴らしいことといっている。だが、保健指導実践報告の内容を説明や資料でみると、これは一体「何ものか」の感を抱かざるを得ないようなものが目につく。しかし、行政指導の立場にある者がこの種の指導をしているとすれば、ここでも「学校保健の評価」のあり方が問われなくてはならない。

若い養護教諭がこの種の研修会に出かけて、研修し、情報交換やその他の懇親的語り合いの中で「大学の教員は現場を知らないから、当てにしない方がよい」「大学の教員だからといって現場に通用する研究をしている者は殆どいない」「大体、大学の先生のいう理論など役に立たない、あなた方は自分の実践を根拠にして進めればよい、理論などと不安がる必要はない」などの主旨の話を後日、聞かされたことがある。

これは40年ほど前の「教育学一般」や「教育心理学」等に対する現場の教師達の批判に似ている。しかし、違うのである。理論と実践の「乖離」が批判され、その「統合、相互作用化」が進められ、理論的状况やレベルも向上している。

確かに、学校保健についてはこのような状況の存在は指摘される通りであろう。だが、先にふれたように、「ミクロで specific」レベルの指導、相談等では、現場の「経験」「暗黙知・勘」「経験技能・art」が有効であることはいうまでもない。しかし、「中間位・ミドルレンジ」レベルが「グランドセオリー」レベルの理論となると、その概念枠や理論枠に「負荷」されていることは、無自覚的であれ大きい。

教育評価論的にみて、自己満足・主張・強調しているほど、優れた保健指導の内容となっているのであろうか、それを研修の場で説明する姿は、自己点検・評価として、どのように自覚的なのであろうか。

「理論など下らない」「役に立たないものばかり」と指導する者にとって、指導的行為の内容は「どのような理論負荷、概念負荷」でなされているのであろうか。

「理論など不要である」といっているが、行為は全て「言語負荷、概念負荷的」である。「理論負荷性」を免れることは出来ないのである。

「その理論」「概念」こそ自覚・検討が必要となる。改善のための「学習」と「研修」が求められるのである。その後に「被負荷的」自己の「概念」なり「理論」を明示し「自己点検」「批判」をすればよい。

最近の「中教審」の「中間答申」の内容についても同様である。これが高額な費用と時間、エネルギーをかけた「内容なのか」である。

2 学校保健の成立要因・外的事項とその点検・評価の必要性

この批判は新聞の社説などでもなされている。内容の点検・評価はむろんのことであるが、それだけではない。この「組織機能」のあり方、「役割と機能」の点検・評価である。教育の改善に向かって「本質的問題」をえぐりだしているか、といえは「そうではない」「ぼくちゃん有名人・研究者」

の「おじさん・おばさん」の陳腐の結論というわけである。

「何のために存在」するかを基本的に問うべきなのである。中教審に似たものに「教課審」がある。両者の関係も不明であり、点検・評価を「役割と機能」において問われてよい。似たようなものに「国大協」と「教大協」もある。大学教育の「本質的問題」は問われたか、である。

これを厚生行政向けると近年の血友病・AIDS感染の「行政害の機能」上の問題が出てくる。大きな政治的権力と行政的権力機構の傘下に組み込まれた「審議会」なり「委員会」は、行政官では創り出せない、見出し得ない問題や方策を打ち出すことができるが、その時の政党や行政機能の制度、慣行、社会体質、文化、エートスには「反対する」ことが難しい仕組みになっている。確かに優れた方向とか成果を打ち出したこともあり、その側面は評価に値する。だが、この関係のバランスが崩れ、対抗政党もないに等しい状況では、この組織の存在は「非点検・評価的存在」にならざるを得ない。「非オンブズマン機関」である。現状における教育的問題の本質部を何も突いていない。教育的問題の外的事項に相当する「制度、行政」の要因・条件には殆どふれていないのである。

「いじめ」は学校教育はむろんのこと「教育や社会」にかかわる重大な問題である。学校教育の一環として、子どもの健全な成長、発達と心、身体、社会的側面の健康の維持、増進等を担う学校保健との密接な関連を持っている。これを「学校カウンセラー」的な心理・心情面相談で扱うことが、その「成立・条件」からみれば、これだけでは無理である。学校や学校教育の制度、機能、文化や学校保健との関連が全く認識、

	(1) 内的事項	(2) 外的事項
(3) 実践活動面	(A) (1)・(3) (教職員 養護教諭 保健主事 管理職) (健康管理) / ↔ ↓ ↑ (健康教育) ↔ (学級運営 保健室運営 学年運営 各種委員会 運営 学校管理 営 など) (道徳教育 生徒指導 学級活動 クラブ・部活動 学校行事 学校保健委員会 活動 教育相談 など) 校舎 施設 設備 など 学校環境 社会 文化 教育 的環境 など	(B) (2)・(3) ○政策、文教、保健、医療、福祉など ○法律、日本国憲法、教育基本法、学校教育法、文部省設置法、教育職員免許法、学校保健法、伝染病予防法、保健所法、学校給食法、日本体育・学校保健センター法など ○制度、教員養成制度、研修、内留制度、大学院進学、昇任登用など ○行政、財政、管理、組織、運営など 定員枠、人事異動、予算、行政設計など ○機関・組織 公官庁、教育委員会、研究所、大学、保健所、メディカルセンター、県教育研究会・支部会、県教研連、医師会など ○人・地域人的資源など ○物・物的資源・施設、設備など ○事・社会行事・活動など ○その他 自主的研究、活動組織、部会など
	(C) (1)・(4) (健康教育の研究・理論) (学校保健の研究・理論) (保健学習の研究・理論) (保健指導の研究・理論) (養護教諭の研究・理論) (その他)	(D) (2)・(4) たたとえば、人、事、者の記述、説明、それらの関連の記述、説明が欠落している。行政、財政制度、設計論、組織、運営論、養成、研修制度論など、ヘルスプロモーション、ヘルスケアサービス、地域資源との関連など、管理職の役割、研修論など

- 注) ① この枠組みで学校保健の内容（専門書）をみると、内的事項はともかくとして、外的事項およびその関連の多くが欠落している。
- ② 学校保健の事象の「記述」と「説明」から「問題性認識」がなされなくてはならない。法制的解説、解釈や調査のデータの羅列であってはならない。
- ③ 問題性認識において要因、条件の位置、構造などをとらえ、対応、対策の方法、過程が考えられなくてはならない。
- ④ ①の例として、地域資源、行事との無関連は大きい。海外の研究成果、理論との関連が弱い。
- ⑤ (1)と(2)とのいずれが大きいが、関連されるべき外的事項がレンジの外にあることが少なくない。
- ⑥ (3)と(4)とのずれも小さくない。理論・研究対象の偏りであり、研究方法上の問題である。
- ⑦ (C)の学校保健・健康管理の内容は理論というより、法制的解説、法的根拠の提示や説明に終わるものが多い。これでは理論というわけにはいかない。

図1. 学校保健の問題構造と諸側面

理解されていないから、このような進み方になってしまう。問うべきものは「相談指導面」とかその「要員」不在の問題だけではない。学校自体であり、学校教育そのもののあり方等が問われてしかるべきなのである。だから、このままでは、学校保健を「やればやるほど」おかしくなってしまうわけである。

学校保健活動を外的に「支持、支援」したり、逆に「阻害、萎縮化、退化化」等させたりする要因は文部・教育に関する行政、制度だけのことではない。学校における「人」の健康、安全に関わる行政は厚生行政もあれば労働行政、環境、財政大蔵等の行政も関係する。特に、厚生、福祉、医療、保険等の行政・制度は大きな問題を有している。「高齢化社会」「少子化社会」「非婚化傾向」「情報化・バーチャルセックス」「child abuse」「ドラッグ」「アルコール依存症」「メンタルヘルス」等は、これらの行政・制度に関係する。

学校保健の外的事項はこれだけではない。単に行政・制度だけの対象でないことはこれまでも多く述べてきた。その概略を示したのが図1である。

これらを評価の対象におくことは、これらが学校保健活動を支える要因・条件として促進的積極的に機能しているか、要因間や要因内の要素が整合的に機能しているかどうか、外的作用因としての鍵になるからである。例えば、学校保健法という法律が40年ほど前に制定されている。当時は画期的なことであり、わが国の健康増進や公衆衛生、学校保健の水準の向上に大きく作用・貢献をした。世界的に極めて優れた学校保健行政や公衆衛生関連事業等を産み出したことになる。その意味で高く評価せねばならない。

だが、である。時代は動き、進んだ。社会も生活も変わった。文化も教育も変容した。国際化とか高齢化、少産少死化、女性進出化社会などといわれて、40年前とは大きく変わった。社会や家庭、生活が変容・変化しているのに約40年前の法と規則の枠組みはそのまま変わらないとは、どういうことになるのか、が問われなくてはならない。法律による制度、行政は画一的惰性化する。現実の学校保健の内的事項や外的事項と適合しない不整合の事態の存在である。理論的矛盾もあれば不整合でもある。現実との乖離、矛盾である。どれほど大きな「ずれ」があるかを認識しようとしない。「救急看護、健康相談、学校保健計画立案・作成、学校保健のキーパースン、地域保健とのリエゾン」などである。

3 学校保健活動・健康管理面の状況と点検・評価の観点

むろん、問題はそれだけではない。社会、生活の変わり方の方向である。その変容が、どのような意味を持っているのか、持つのか、これらがどのような問題、健康問題に関連し、新たな保健、安全の問題を産み出すのか、漠然としており、曖昧で不透明である。血友病者の AIDS 感染の医療行政制度や厚生省の機構、機能の問題だけではない、その象徴性に関わる問題群である。橋爪¹³⁾もいうように、現代思想、「世の中」どちらの方向に向いて、動いているのか、動かされているのかははっきりしない。同じように、教育、学校もどちらを向いているのか、動いているのか、動かされているのか、はっきりしない。自覚的でも、自己点検・評価的でもないのである。程度の低い感想文的状況認識である。学校保健になると、さらに曖昧になる。少なくとも学校の外では、子どもの生活とか教育、発達とは遠いところで政治屋が権力闘争をし、利権獲得、選挙運動に大忙しである。行政

機関も企業と結託して利権、利潤追求に目が眩み（大蔵省・中島の例）社会的役割や責任とは無関係な様相である。資本の論理で海外進出し、自然を荒らし、公害を輸出したりしている。社員の過労死等も海外ジャーナリストのターゲットになっている。生態系は壊れ、人口は爆発的傾向、AIDSも広がる一方、銃やドラッグもいよいよ上陸してきた。

学校はどうか、である。家庭もどうか、である。地域社会の人間の共同、協働、共存も、どうかである。解体、崩壊、分離、バラバラの動きは、今に始まったことではない。学校の、学校保健の現状認識であり、点検・評価の必要である。学校保健活動をルーチンとしてみると、その「実施率、実施状況」は世界のトップといてよい。だが、このルーチンの中身は、学校保健法規定によるものだから、内実とのズレが出てくる。ルーチンだけで評価するわけにはいかない。そのルーチンの枠は「健康管理」と「健康教育」の「2本立て」である。と見ると「世界でトップ」の方は、健康診断などの健康管理の中の主体の身体健康管理面だけであることになる。まさか、教科保健の低劣な状況や保健指導の状況を優れた実施率と実施状況というわけにはいかない。これは「2本柱」で学校保健活動の日常的ルーチンについてみたことである。これをKolbe方式の8領域やWHO方式の8領域の「8本柱」でみると、どうなるのか。しかも、"Comprehensive School Health Program"とかHealth PromotionやEmpowermentの概念枠でみると、さらに崩れることになる。この「8本柱」の枠組みはふれないで、制度化されている「2本柱」でみても問題は少なくない。

身体の病気とか健康障害のことだけではない。子どもを発達の観点でみるとどうなるのであろうか。子ども達の「教育的経験」が失われている。社会や生活の変容・変化と共にデジタル化し、バーチャルな映像認識が激増して、「生」の経験、デュイの言う「教育的経験」が失われている。ところが、学校と入試の制度と社会文化的状況の中で子ども達は「知識中心主義」のインバランスな学習経験の過剰のなかで追いつめられている。幼児期からである。だから、学校保健の観点から、学校と学校教育による発達のインバランスは、その点検・評価の対象となってよい。このインバランスは「心と身」だけではない。「これらと行動・生活」とのインバランスであり、「心の中」の「認知面と情感面」等のインバランスである。それだけではない。日常的保健活動のルーチンは比較的良好な実施率と実施内容とされてもよいが、これがインシデンタルな事態になると、「バラバラ」な活動になることが少なくない。伝染病の事態である。これについてはこれまでに多く報告した。これらの点検・評価の観点をまとめたものが表2である。

これらの観点でみると、学校保健活動が全体的・包括的に評価されていることはない。局部的、点的評価の結果から全体を象徴的、誇張的にみたものが少なくない。殊に、学校保健活動のレベルがどの「位置」にあるのか、その位置に関連する「支持、阻害要因・条件」はどのようになっているのか、が総合的に問われてよい。これがないことには「山勘の実践論」が流行したりするし、学校保健運営管理論的にも教育行政論的にも進展は難しい。まして、実践面となったら、「勘」と「経験」だけで現実に関わることになる。

これまでも、「単一要因的調査研究」がなかったわけではない。約30年も前のことであるから、「校長」が「学校保健に対する関心度が低いほど」「養護教諭の活動・学校保健の活動はよくない」などといった調査研究である。これは学校保健に関係する人的資源を「単純化」し、単一的に「校長」職との関連においたことに無理があり、非現実的なデータとなってしまった。学校によっては「校長派」「教頭軍団」があったり、「校長単一」では無理なことが多い。校長が右を向き、学年主任

達が左を向き、一般教員は空中浮遊ということもある。この中で養護教諭は右往左往する。多要因・条件的把握、生態学的包括的認識が必要なのである。

表2 学校保健活動「活性化」の指標

1	学校保健活動の把握、現状認識、評価のための観点
	(1)ルーチンとしての制度化、行事化された日常的な活動の有無、状態、水準の評価、活動の実施状況・実施率など
	(2)インシデンタルな事態の生起による対応、対策、対処活動の有無、状態、水準の評価
	(3)発育・発達面の身体的、精神的、生活・行動的側面の問題の有無、状態、水準の評価、認知的側面・情感的側面・行動スキルの側面などのインバランス
	(4)一般的健康、安全に関する量的指標による評価
2	活性化の指標
	(1)人、組織の (a)認識と理解、(b)意欲、態度、ニーズ(主体性、モラル)など、(c)行動・実践の日常性の状態、水準
	(2)活動(個人および集団)の状態 (a)連続性、(b)一貫性、(c)発展性、(d)協働性、(e)協調性、(f)組織性、(g)組織間の関係性、(h)明朗性、(i)展望性、(j)現実の反映性、改善性などの状態、水準
	(3)物、予算、施設・設備、教具、教育・学校保健活動関係機器など

この関係要因・条件は「人」的要因だけではない。「モノ」的要因としての「予算面」もある。この種の検討、研究がこれまで皆無であったことは、「学校保健計画論」や「学校保健理論」等とその実践である全国的画一的な学校保健計画作成が如何に非論理的、非理論的であり、機械的慣行的惰性態の中に動かされていたかを示すものとなっている。やはり、学校保健の理論も実践も基本的な点検、評価を必要とするわけである。

本研究はこれらの観点を踏まえて、主として健康管理面に限定して、健康管理活動の状況と水準および関連要因との関係を追求したものである。

II. 調査対象と方法

質問の主要な内容は、健康管理と健康教育の関連づけと、教職員の連携や協働性、そして施設や設備の状況、であった。特に、学校保健活動が、学校教育と連動しているか否かを捉えるべく調査をデザインした。養護教諭(School Health Care Teacher; SHCT)を対象として、次の二つの調査を郵送法により実施した。1992年の全国調査では、中央の研修会・講習会に参加した小学校の養護教諭602名・校から回答を得た(回収率・有効回答はほぼ100%)。さらに分析を深めるため、1994年に、茨城県でのローカル調査で小学・中学校の養護教諭296名・校から回答を得た。

本研究では、全国調査の一部についての結果を主に取りあげ、若干の考察と提言を述べる。

III. 結果と考察

1. 学校保健活動と保健計画

学校という公的教育機関が、学校保健法とか学校教育法の法的規定において、組織的に動くとするれば、学校保健に関する「計画」は「法的必然性」は言うまでもなく、現実的必要性は、教育行政

的にも、学校管理運営的にも、学校保健事業的にも必然性をもっている。

当然のことながら、現在ではほぼ100%の学校で学校保健計画を作成している。しかし、これを昭和50年代や40年代に戻すと「無い」学校がある。図2から分かるように平成3年度(1991年度)の時点でも「ない」学校がある。内山らがローカルに調査した過去のものでは、古い調査ほど「ない」割合は高い。しかも、これらは養護教諭の「配置の有無」や「養成機関」条件等によって異なる傾向が見られている。

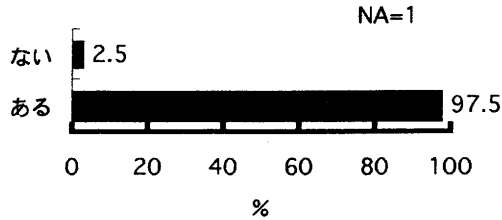


図2. 学校保健計画の有無

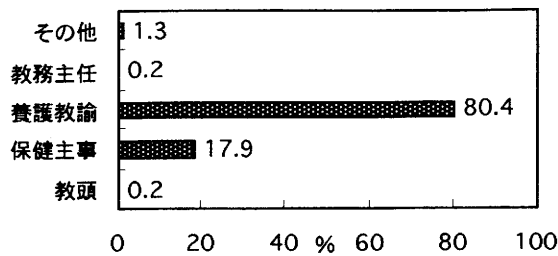


図3. 学校保健計画の素案作成者 (NA・誤解=67)

図3に示すように、学校保健計画の立案に当たって実質的な「指導的役割」を負わされ、担当者は「養護教諭」である。保健主事は、偶然、その「立場」がローテーションで廻って来たり、行政・管理上の理由で、本人の意思とは殆ど関係のないところで「サセラレル」場合が少なくない。養護教諭はその「力量」「意欲」「態度」「志向性」「経験」「養成・研修等」の「背景条件」から、他とは異なる存在である。約80%というのは、当然の現実といってよい。

ということは、学校保健の実施・活動に当たっても実質的な主導的役割を負わされていることになる。その「役割」がどれほど担当され、責務を果たしているかは、上述の要因・条件によるものとなるが、学校、学校保健活動の組織と構造において、この「役割」の意味は大きい。その一つが、法律、制度面の規定との「ズレ」である。法律、制度上は「形式的」な「保健主事」の方が上位であり、主導的立場を規定されている。だが、現実とは逆である。この「ズレ」の問題点がやっと認知されて、1996年の4月から、養護教諭の立場が動くことになった（学校教育法施行規則第22条の4「保健主事は教諭又は養護教諭をもってこれに充てる」平成7年3月文部省令第4号）。しかし、これもまた、多くの問題を生み、残している。その一つは「一人2役・n役」的制度化と「単独定員」「複数配置」制度との不整合、不均衡の問題である。

さて、図4は、計画作成の「起点」から殆ど「関心」「意欲」もなく、「養護教諭にオマカセ」的な態度がみられ、他の調査でも同様な傾向がみられている。これが、現実の活動になると、どうかを

示したのが図5である。学校保健法規定の主として「健康管理」活動に関するルーチン業務であるから約87%は当然のことである。しかし、3%ほどは「殆ど行われず」とは、どういうことか、となる。「ルーチン」は最低限の規定業務であるが、学校保健計画の内容は、これだけではない。Kolbe型の「8領域」やWHO型の「8領域」を考えるとしたら、領域への対応行動の「欠落」をみただけでも「殆どやっていない」ことになる。しかし、わが国の理論的状况を見るなら、そこまでは難しい。「学校保健教育」「保健指導」「ヘルスカウンセリング」等の実施計画と活動状況からは、この観点での回答は正当性の意味を持つとってよい。

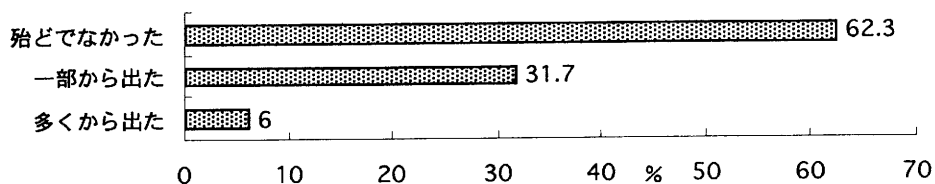


図4. 学区保健計画素案作成時の状況 (NA・「計画なし」= 31)

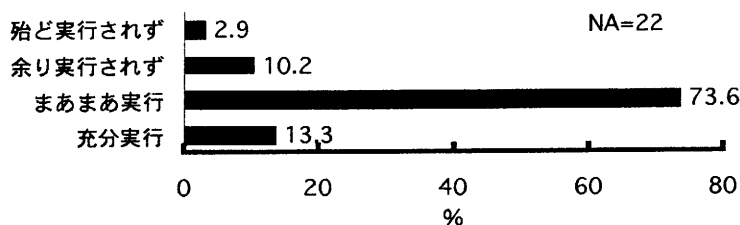


図5. 学校保健計画の実行状況

2. 学校保健委員会の有無と活動状況

学校保健委員会は、学校、学校保健活動の組織的機関として、学校保健法に規定され、行政および管理運営上制度化されている。だが、現実とは別である。また、理論上も「計画」の作成、実施の評価に当たって、①「人」②「モノ」③「コト」の条件の整備、調整を不可欠とする。どんなに優れた「学校保健計画」を作成しても、その計画・プログラムに関わり、これらを支え、動かす「要素」「条件」が欠けていたら、単なる「紙屑」になってしまう。「人」は単独の個人ではない。養護教諭が独りで動くことはできないし、基本的に誤っていることとなる。組織である。その有力な一つが「学校保健委員会」である。同じように「予算・budget monies」も不可欠である。計画の実施には「お金」が不可欠なのである。これが「無い」としたら、計画は発展、改善しない。「機械的事務的計画案」と「宛い扶持」方式による「慣行惰性的」な学校保健業務の事務的ルーチンになってしまう。

表3は、学校保健計画の基本的概念と構造を示したものである。これについては学会等で多く説明してきたのでふれない。単なる「機械的スケジュール」は、学校保健計画にはならないということである。そして、「コト」の条件を配慮し、連絡、相談、協議、調整、確認しなくてはならない。

表3. 学校保健計画作成の基本的三層構造（学校保健計画立案の構造）

<p>1. 学校教育・管理・運営の方針・理念像 : (Policy)</p> <p>(1)教育理念, 教育基本法等との関連</p> <p>(2)(1)を基準にした子ども, 教育の現実像との差異, 評価</p> <p>A 問題群の認識と課題化</p> <p>2. 1. の目標達成のための「人」「コト」「モノ」の条件調整, 方略, 評価: (Strategy)</p> <p>実施, 遂行可能性, 実現性等の条件</p> <p>3. 2. の方略の各要素・領域の目標達成のプログラム, 所与の定められた条件での達成目標のステップ, プロセスのプログラム化, 意思決定, 効率性, コスト・ベネフィットなど: (Tactics)</p>
--

- 注) ●もし表3の1-(1)の観点で学校保健の計画内容や活動・実践を自己点検評価すると, どのようになるであろうか。毎年, 殆ど機械的, 慣行的に文書化する「学校保健年間計画」とは明らかに異なるものでなくてはならない。自校の特異性, 個性が出てくる筈である。
- 全国的に「モノ真似・サル真似的」学校保健計画表が如何に多いことか, を問うべきであろう。

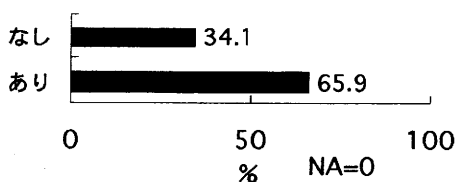


図6. 学校保健委員会の有無

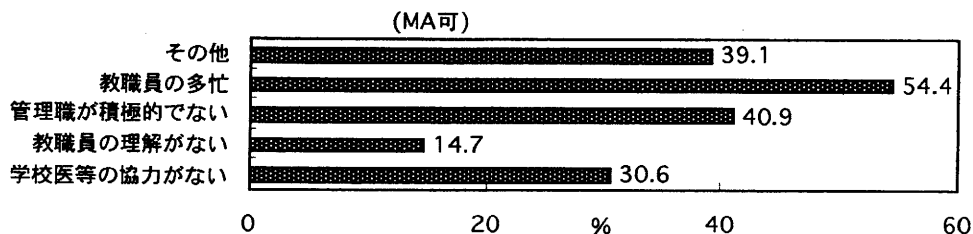


図7. 学校保健委員会が「ない」理由 (MA可)

図6に学校保健委員会の有無を示すように, 小学校ですら34%の学校の養護教諭が「無い」と回答している。「無し」でも動く, 学校保健活動とはどういうものであろうか。これは中学・高校ではさらに低率化する。殊に高校ではさらに劣化し, 「組織の存在」も「その活動」も「無」の状況といつてよい。

図7は, 学校保健委員会がない理由として挙げられものである。「教職員の多忙」など従来から挙げられてきた理由ばかりでなく, 「管理職の積極性のなさ」が41%あった。まさに保健委員会の設置は, 管理職の理解や支援なくてはできないのである。なお, 「その他」の自由記述には, この委員会を不要という意見も僅かながらあった。

図8は, 学校保健委員会の活動状況を示したものである。「活発」とするものは合わせて約15%である。だが, 「何」をもって「活発」とするかとなると問題は少なくない。実施回数・頻度といった

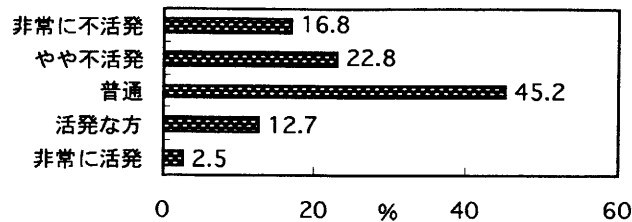


図8. 学校保険委員会活動の活発度
(「委員会なし」・NA = 208)

「量」的指標で判断するか、内容面の「質」的指標でみるか、である。筆者らのこれまでのフィールド調査や他の調査結果では年に「1~2回」の実施となっている。多いもので年6~8回という小学校もあったが、これは特例である。どの学校でも学期末の点検・評価（反省）に関わる行事が計画されているとすると、PTA総会、学年PTA等も勘案して最低限「3回」は必要となる。

3. 学校保健活動の水準意識と形態内容

図9は、学校保健活動の全般にわたってそのレベルを質問した回答結果である。過去のローカルに実施された調査結果や他の研究報告と比較すると、関連性が高く凡そ妥当なものと思われる。「活発」とするものは約16%、「不活発」は約21%となっている。このデータを学校保健活動水準の基本的な指標、つまり、点検・評価や比較の指標とするため、他の学校保健活動事項との関連度を調べた。これらも既に報告したように、活発度、相対的なレベル比較、協動的な活動形態(collaboration)、保健管理関係のデータの活用、学級担任と養護教諭の連携、養護教諭の職務への理解、などの重要な9項目での高い関連係数が得られているし、これらのデータに矛盾も見られなかった。つまり、「指標」としての信頼性と妥当性はかなり高いものとする。

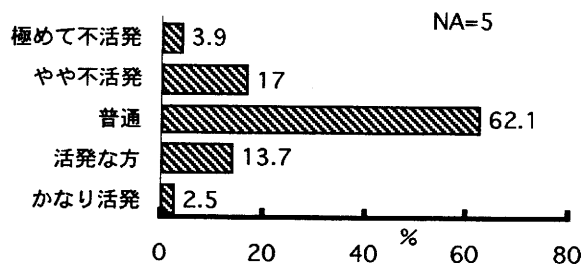


図9. 学校保健活動の活発度

図10は、学校保健活動の維持・促進に当たっての「キーパーソン」について問うたものである。

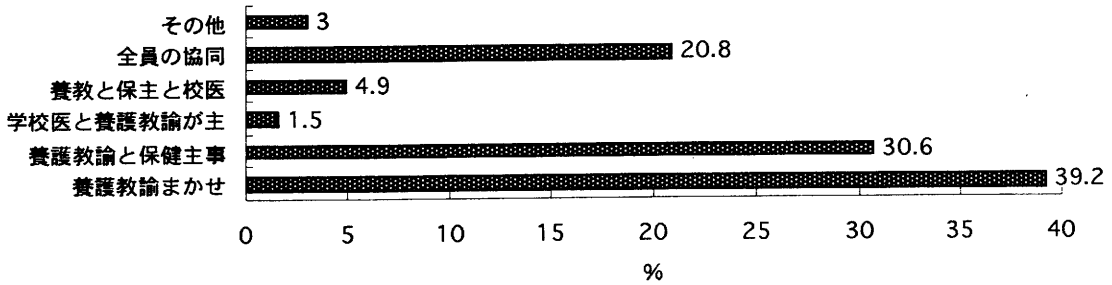


図10. 学校保険活動の活動形態
(NA = 7)

図から明らかなように「養護教諭単独主導型」の「オマカセ主義」が約4割あり、学校保健活動の内実と法律・制度等との「ズレ」を明確に示したものとなっている。次位は「養護教諭と保健主事」であるが、その実際は問題が少なくない。また、「校医」や「歯科医」「薬剤師」の存在はきわめて影がうすい。これらについても理論上、制度上も大きな改善や改革が必要となる。それは法的規定による指示・指導等の対象や内容が現実が現実と大きくずれているからである。「常在」的存在者ではない対象に指示や委託をしても「空論」となる。学校という組織機関の枠組みの中に常勤しているのは唯一「養護教諭」だからである。学校保健に理論らしきものがあるとすれば、まず、これらの「事実」に関する科学的な「記述」によって、現実との非応応、不整合、矛盾を指摘すべきだったのである。学校保健の中でもこのような「下降」的制度の惰態が自明視され、「物象化」と「フェティシズム」等の概念、理論を欠いたまま、現在に至っている。これが自省的に現場の養護教諭の活動を支配し、縛り付け、「従者的存在」とするから、平成5年の横浜での学校保健学会時の特別講演者への場違いな苦衷の叫び・要請「健康相談」の位置を「何とかしてくれ」的発言が出てくるわけである。何度も繰り返すように「データをとってくる」だけが研究ではない。「データ」を「事実」としたら、これらによって、現実の学校保健の「人」「モノ」「事」を見なくてはならないし、学校保健研究のあり方や内容を問うべきなのである。

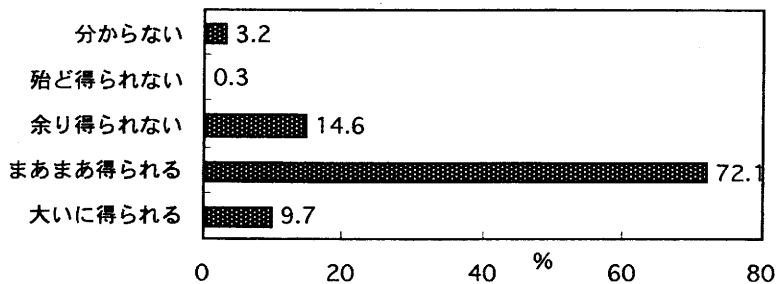


図11. 仮に、活発にしようとした場合の教職員の理解協力
(NA = 7)

図12は、「健康診断データ」と保健学習との関連の状況について質問したものである。きわめて「良

好」な状況が量的に示されている。だが、これを質的に見ると「劣悪」である。保健学習の「実施率、実施状況」がよくないからである。となると一体、これらの「良好」な関係は何ものなのか、が問われてよい。小学校の保健学習の実施状況は不良である。教科書があるのに「授業はない」ことが多い。質的な関係では「良好」というわけにはいかない。授業の正規の時間数の実施がなされている条件で、その関係が問題にされなくてはならないからである。

このことは図13においても同様である。だが、データが示すように学校環境衛生検査データの利用状況はきわめて不良である。この検査データは、一般的には学校保健法に規定された学校薬剤師が検査、測定したものをまとめて、学校側へ提示している。だが、この活動事実を知らない者が多い。問題は子どものことではない、保護者のことでもない。当該校の教員が認知していないのである。「変なおじさん」が「何か学校で測っている」とは教員の「ことば」である。これでは、「児童、

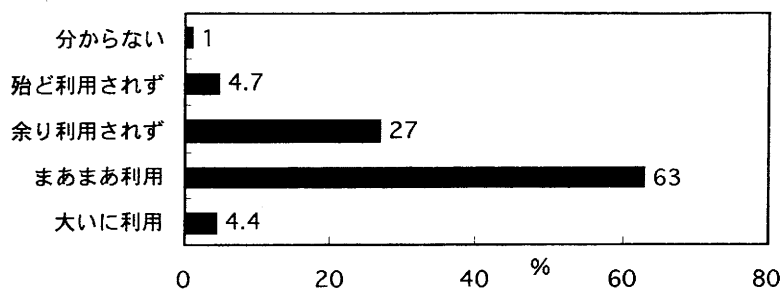


図12. 健康診断データの保健学習等への利用状況 (NA = 5)

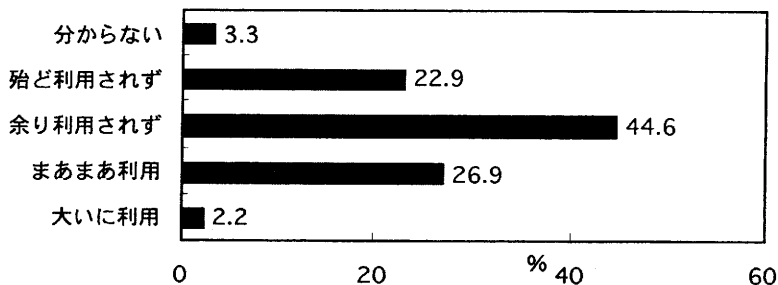


図13. 学校環境衛生データの保健学習等への利用状況 (NA = 4)

生徒」も「保護者」も知らないのが当然となる。保健学習への関連づけは、保健授業・学習の実施状況の条件ではなかったのである。これらは保健学習との関連づけだけが問題になるのではない。「学校保健計画」と「学校保健委員会」活動との関連である。「検査データ」が何を示しても、これらとの関連が「ない」のである。養護教諭の力量や態度、意欲の問題もあるが、管理職や教育行政の指導、指示の指向性にも問題がある。「検査」を実施する方は、まだ、よいのかもしれない。「手抜き」検査や「機械的事務的検査」もある。環境衛生検査の重要性の認識である。近年の病原性大腸菌（O-157）による問題もある。検査データと学校保健活動との関連の認識は重大である。検査データのとり方を旧来の衛生学的検査にするのか、疫学的調査データにするのか、の差異は大きい。学校薬剤師レベルのルーチンとしての検査データの活用も重要であるが、これらをさらに「疫学的原理」に従って考察、分析、実施することはもっと重要なことになる。学校給食と食中毒との関連ではこの「疫学」の観点が不可欠である。病原体と媒介体の所在や存在、性質の究明だけではない。これらの事物の動きとこれらの事物に関係した学校給食関係職員や養護教諭の活動の事実の明確な「記述」が発生「多」発校、学年、学級と「少」発校、「無」発校等の中で検討される必要があるのである。これらのキーパーソンは、やはり「養護教諭」である。学校保健管理面および健康教育面、地域保健面への「つなぎ」の役割を持ち、有しているからである。

図14は、保健室における相談や保健指導の際に得られた情報・データの利用状況についてまとめたものである。5割弱の者が生徒指導や特別活動、学級運営・指導等に利用しているが、そうでないと回答する者も少なくない。小学生であっても「いじめ、おどし、ケンカ、タバコ、万引き、盗み、飲酒、性・ポルノ的遊び、中学・高校生の使い走り・下部役、ゲームセンター、不登校など」の生徒指導上の問題は少なくない。近年では「いじめ」と「不登校」である。保健室は、「この種の情

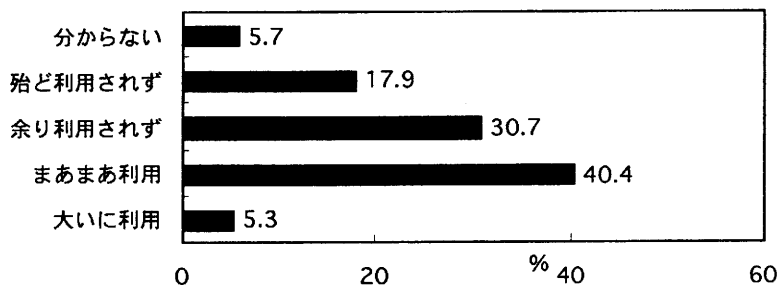


図14. 保健室相談活動データの生徒指導・特活等への利用状況
(NA = 3)

報」の貴重な入手、収集の機能を持っている。これらについては既に中村ら¹⁴⁾が報告している。直接的に意図的な「情報入手・収集」なのではない。「救急看護時」の「手当」の際に発する（コミュニケーション）会話の中に埋め込まれているものを養護教諭がキャッチする情報である。これは「養護教諭と保健室」といった空間、機能の中でしか、殆ど得られないものである。

表4は、それらの一部を示したものである。この観点からすると「いじめ」対策も安直・単純である。

表4. 「いじめ」の事例（中村ら）

発見 きっかけ	校種・学年・性別	要因・背景	いじめの実態	経 過	結 果	意見・感想
	いじめられた児童・生徒（上段）	いじめられた児童・生徒（上段）				
	いじめた児童・生徒（下段）	いじめた児童・生徒（下段）				
頭痛	高2女	2年生になり、クラス替えがあり、クラス代表となった。	クラスで仲間はずれにされ、無視されることが多い。	2年生、6月より保健室に来室、身体的苦痛よりも、精神的苦痛が感じられた。医師の診断を受けさせたところ異常なし、クラスでの様子について本人に尋ねるとともに、友達関係について担任に聞く。仲間はそれぞれの実態を把握し、クラスの働きかけについて担任と話し合い、担任は女生徒にのみ指導する。保健室においては、来室時に本人の話を聞きとめることに努め、他の生徒に対しては、人と人のつながり、学級の友達等について話をするようにしている。	継続中 (1年3カ月経過)	いじめられる生徒、いじめる生徒それぞれに問題があると思うが、女生徒の場合、いじめた生徒への関与が難しい。
	複数 高2女	クラスの女生徒のほぼ全員				
気分不良の訴え	中1男	1年生5月に転入。母子家庭、眼振とうのため一見知識が低いように見える。体格小	授業中けしこむを投げつける。休み時間、机をガタガタ動かす。	気分不快を何度も訴え、保健室へ来るので心あたりを母親に尋ねたところ、いじめの実態の手紙をくれる。いじめられた生徒には手紙の内容を知らせず、いじめについて担任に話すよう力づけた。担任に直接話す決心がついたので担任に保健室へ来てもらい、担任と生徒で話し合わせた。担任は学活等でクラスの生徒に対して全体指導、各々の子に個人指導を行う。2日後家庭訪問をし、保護者ともよく話合う。	解決 (1カ月)	この事例は悪質ないじめではなく、ちょっとふざけてやっやろう的ないじめに対し、気にしてしまいう自身への耐性のなさとさぼりが重なっている。いじめだけに閉じて言えば、どの程度まで子供の話を傾けていったらよいかわからなかった。少々ふりまわされた感じがしないでもない。
	数(3~4人) 中1男	体格良い 小学校からのいじめっ子 情緒不安定				
本人の訴え	小4女	気が強く、良い悪いをはっきり言う。	殴る、けるの暴力	担任に保護者から連絡するが、何も解決されず、いじめられた児童が一人で保健室へ相談に来る。養教が話を聞き、校長・教頭と相談する。校長・教頭・担任・養教とで協議する。担任がいじめられた児童、いじめた児童の保護者との面談、また親子面談を繰り返し解決する。	解決 (1カ月)	養教は主に発見にかかわった。相談・解決について担任より報告がないのが残念。児童が思いあまり、相談相手として選んでくれたことはうれしい。
	複数(5~6人) 小4男	短気 自分勝手				
	小2女	学習能力が少し劣る。机の中や周り、衣服がだらしない。	靴を隠される	2年生の10月、下校時に靴がないと数回訴えてくる。担任に連絡するとクラスで嫌われていることがわかる。担任は学級指導と男子4~5人の個別指導を行う。3年時同様。4年生の5月、祖母が本児を迎えに来て保健室を訪れ、最近頻りに靴がなくなることを訴える。担任と相談し、学級指導を充分行うが、学校外でも行われており、学級指導だけでは解決できない。校長に相談し、職員会議で全職員に相談し、全学年学級指導を行う。	解決 (2年7カ月)	担任は学級の問題として学級指導のみ行っていたが、隠したと名のる者が出ず、やがては放置されていた。学年が変わるたび問題にはされるが同様。今年は思いきって校長に相談し、学校全体として取り組んでみた。
担任の情報	小4男	性格的に弱い	殴る トイレに閉じこめられる。	いじめられている児童の親から担任へ連絡、担任から相談を受ける。担任はいじめている児童と面接し、それまでのことを聞き出す。いじめていた児童は数人をあやつり弱者をさせていた。養教としては担任の相談相手となり、魁めの言葉をかけることもあった。いじめていた児童には会うたびに声をかけたり、話をするようにしていた。	解決 (1年)	担任の子どもに対する心理面での配慮ができていたように思う。
	複数(5人) 小4男	ボスの存在、知能も良い。父子家庭から再婚				
本人からの情報	中3女	明朗活発 いじめられる要因なし	呼び出され、平手打ちなどされる いたずら書き いたずら電話	登校拒否が始まり、担任の家庭訪問より、いじめがあったことを知る。本人が保健室になら登校すると言うので、保健室登校を継続中。いじめている生徒はしらをきるばかりなので、いっこうにはかどらない。保護者は、時が過ぎればという考えであり、学校の指導に協力してくれるので、学校と保護者間の問題はない。	継続中 (2カ月経過)	記入なし
	複数(5人) 中3女	単なるイライラ目立つのでこらしめたい				
本人からの情報	中1男	知能・動作等すべて劣る。家庭は中流、両親とも教育熱心	無視 殴る、けるばかりにする きたないと言うぞうきんを顔につけられる。	いじめられている生徒のクラスの友人からの情報と、よく泣いているのを見かけることで、いじめを把握する。担任に養教より話すのがこれといってしてくれることもない。泣いて来室することも多くなっているため、生徒指導部の先生方と話し合い、親は呼ばずに指導。ある日いじめられている生徒の母親が保健室に来て、子どもが学校の事を話してくれないのが様子はどうかと相談。再び担任に相談するが何ももしないのでも生徒指導の先生、学年主任、双方の生徒の保護者を呼び、じっくり話し合う。その後いじめは少なくなっているようだ。	未解決のまま中断 本校は本年度分離し、本人も新設校へ入ってしまう。	担任の処置に不満を感じる。
	複数 中1男女	クラスのほとんど				

もっと養護教諭活動の日常的現実を認識し、評価する必要がある。「いじめ」についても「情報入手・収集」「分析」しているだけではない。救急看護の「手当」の過程でコミュニケーションを持ち、「相談・支援・指導」の機能を果たしているのである。子ども達が overt に持ち込む「悩み」や「精神的トラブル」への健康相談に関与しているほかに、この種の covert な副次的介入型の相談・指導を実施しているのである。「量的」にも「質的」にも学校保健法規定の校医による相談とは異質のものである。その保健的機能も教育的機能も比べものにならぬほどの「日常性、常態性、継続性、一貫性、発展性」等において影響、作用は大きい。法規定自体の逸脱と「お上・絶対・金科玉条型」の物象化的錯認が問われなくてはならない。

図15は、課題決定に関する賛同の状況を示したものである。問題になるのは課題の「中身」である。学校保健活動のルーチンである健康診断の実施内容とか環境衛生検査事項等であれば、高い「賛同、協力」が得られている。これはローカルな従前のデータも同様である。これを非ルーチン的な学校保健活動、行事・事業の提起とかインシデンタルな事態への改善策等となると変わってくる。「変

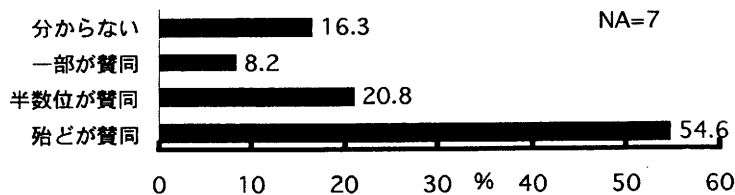


図15. 学校保健活動の課題決定に関する教職員の賛同

なことを持ち込んでやって貰っては困る」「前例がない」などの、慣行的惰性態の中での温存的態度である。「余計な仕事が増えてカナワン」などの反応である。さらに、「組織的意思決定の過程」の問題も大きい。「賛同」の中には「養護教諭オマカセ主義」的背景が少なくないからである。

図16から分かるように、ここでも「評価」の実施状況は概して良好といってよい。だが、「何」を

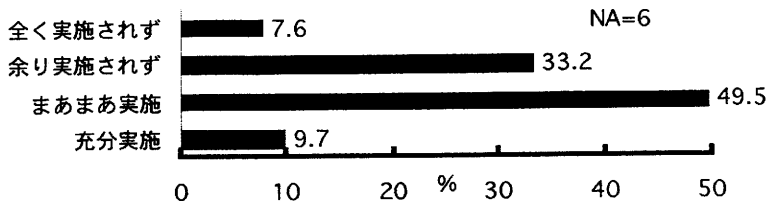


図16. 計画・実践・成果に関する評価の実施状況

「評価」しているかとなると問題は少なくない。「行われていない」も40%ほどある。学校保健活動で評価がないということは、学校保健計画の「作成」から「実施」までの理論的不整合であり、矛盾である。要するに「評価」などなくても、「経験と勘」でとか、或いは事務的慣行で機械的に「学校保健計画」を作成し、「ルーチン・慣行」で法規定的に実施できる、という状況である。また、そ

のような責務は法規定上は存在しないことも確かである。だが、現実の学校という制度と学校教育の構造は法規定上の責務とは無関係に、組織体の現実として「役割」を産み出している。それだけではない、学校保健活動に関わる理論上からも「役割」が存在する。ここでも混乱がある。「誰が」点検・評価するか、しなくてはならないか、組織体はこれらをどのように受けとめるか、受けとめなくてはならないか、等である。これらも含めて学校保健の大家達は多くの著書を示し、教科書として指導している内容に「法的根拠」と示す者が多い。研修会や学会等で「これは何だ」「理論的妥当性、整合性、偏位性等で問題にすべきだ」と報告、説明してから長いことになる。だが、現在でも「法的根拠」があるのだから、と単一要因的認識で指導している。学校保健法とか施行規則における「救急看護」とか「健康相談」「学校保健計画の作成」「学校保健活動の評価」等の規定はどうであろうか。規定を根拠として、キーパーソンである養護教諭が規定概念の「枠の中」だけで動いていたら、どのようなことになるのであろうか。現実には混乱と衰退、崩壊となってしまう。「我慢」して耐えているから保っていることが出来るのである。養護教諭の存在や位置およびその活動を「抑圧、束縛、拘束、支配」し、被差別感、劣等感、不安感等をうみだすような法や行政は（点検、評価）問われなくてはならない。しかも、これは長い。

図17もその意味で重大な内容を示している。麻疹、風疹、インフルエンザ、赤痢、病原性大腸菌（食中毒）等のインシデンタルな事態への対応は、その内容次第で学校全体から他校へ、地域へと拡大する。「できていない」とするものが約4割である。これでは大変である。「連携の備え」のことを「連絡網の有無」程度に考えている専門家がいます。「赤痢が発生した」と教育委員会や保健所、校医、医師会等へ連絡すれば「連携」がうまく運ぶものではない。茨城県での失敗事例とうまく運んだ例がある。「連絡網」等の機械的認識では事はうまくすまない。文部行政側の流れと厚生行政側の流れの狭間に学校はある。学校保健法だけで動くのではない。ここでも連携を誰が行うか、連携の内容は誰が専門的にできるか等がでてくる。法的根拠においてキーパーソンが「従者的存在」と「被指示的機能」で動いていたらどうなるか、である。保健主事等にそのような専門的資質があるか、であろう。

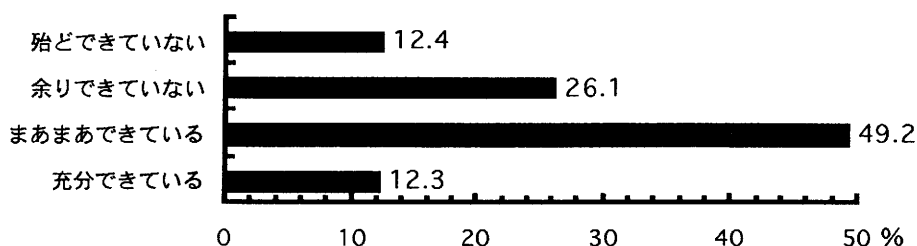


図17. 重篤な感染症発生に対する外部機関との連携の備え (NA = 7)

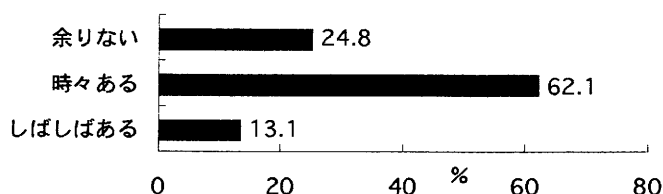


図18. 職員間での学校保健活動に関する話し合い (NA = 5)

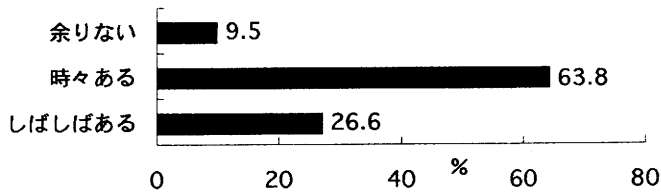


図19. 職員朝礼・同会議等での健康・安全に関する話し合い (NA = 5)

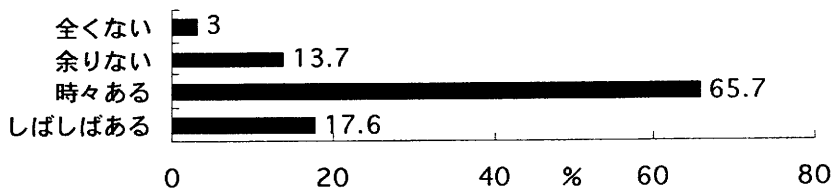


図20. 全校朝礼等における児童向けの健康・安全のお話 (NA = 4)

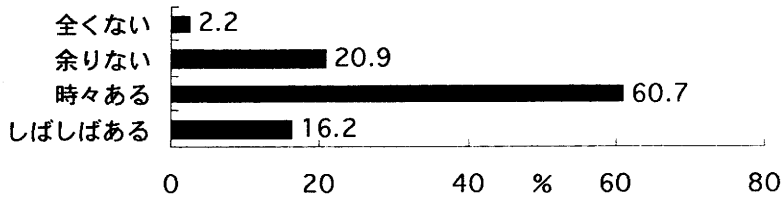


図21. PTA集会等における子どもの健康・安全についての学校側からのお話 (NA = 4)

図18, 図19, 図20, 図21は、会議、集会・朝会等における健康教育、連絡・指導、相談・協議の状況を示したものである。殊に、図20の児童を対象とした「健康・安全の話」は健康教育的にも健康・安全管理的にも意義は大きい。

4. 養護教諭の活動領域、内容と意識

図22は、学校という組織的活動の中で養護教諭は「何をやっているか、やらされているか」を示したものである。当然のことながら「保健、給食、厚生」に関する委員会に所属している者がほぼ100%となっている。次位は、「生徒・生活指導」の組織である。さらに、「校内研修」への参加である。これらから分かるように、「養護」を「司る」となっていながら現実には、学校保健の他に「一般教諭並み」の活動となっていることが理解できる。「教科指導」「教務」「企画・運営」等の所属である。このように彼らの実働は「教育活動」も重要な役割となっている（図23）。これらの「役割」は年齢、力量等と共に同一位には留まらない。50才代になればそれに応じた役割と機能を果たしているわけだ。むしろ、力量面で機能が不十分な者もいる。だが、これらの「役割」の現実は大きい。健

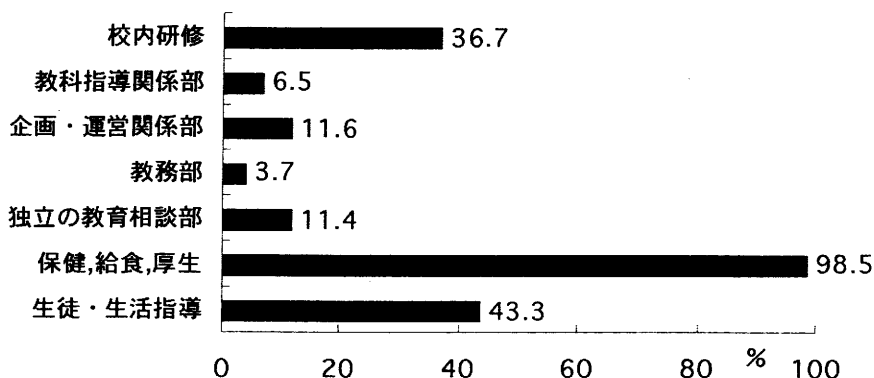


図22. 養護教諭の校務分掌上の所属 (MA可)

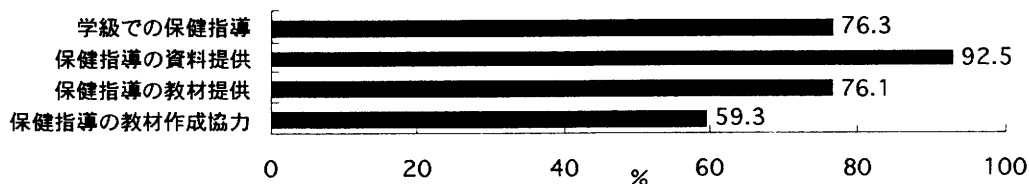


図23. 学級担任から養護教諭への求め (MA可)

康教育の役割においても決して「従者的存在」とか「被指示的存在」ではない。主導的キーパーソンである。これらについても先述したよう「ずれ」は大きい。

図24と図25は、学校保健活動に関わる人的関連事項と全体的状況に対する満足度を調べた結果である。学級担任との連携では約4割が「うまくいっていない」状況を示している(図24)。これはどうしてか、である。これらの関連要因については別に報告したので、ここではふれずに進めよう。図25でも「不満」が約4割である。学校保健の活動水準(図9)と比較するとどうということになるか、



図24. 学級担任との連携に対する満足度 (NA = 7)

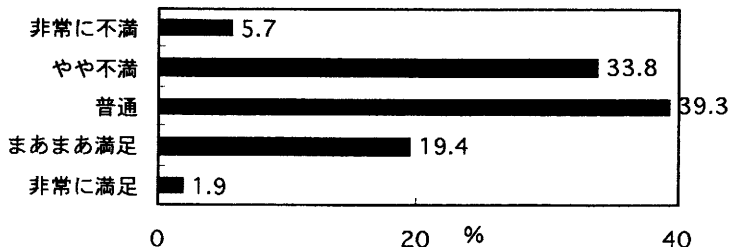


図25. 勤務校の学校保健活動の状況に対する満足度 (NA = 7)

である。活動水準は比較的良好であるのに、「不満がある」ということである。図24、図25は、その一部を示しているもの

と考えられる。組織としての共同、連携、協力的活動から殆ど「オマカセ的」態度があることである。1300人の児童数の学校に勤めている養護教諭がいる。機能的事務的文書作成でも「オマカセ主義」であると、一人で背負い込むことになる。そのような慣行、文化のある学校がある。

5. 学校保健活動に関わる物的条件

図26 は、学校保健活動を支える情報源とか確認・学習すべき概念、理論、知識源である辞典類、

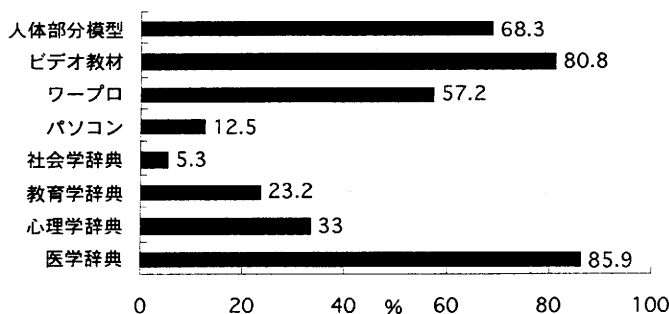


図26. 保健室の保健情報媒体の保有状況 (MA可)

情報処理・分析機、ビデオ教材等の保有状況を調べた結果である。さすがに「医学関係辞典」は86%と高率の保有となっている。しかし、「心理学、教育学」関係になると急減する。これらは公的保有、私的保有を問わない重要事項である。教育学の知識・理論について確認することは多い。養護教諭だけが「埒外（らちがい）」なのではない。研修会・研究会時は言うに及ばず職員会議の際の報告・説明事項の際に「奇妙な用語」が出てくることがある。某教授の「非公的造語」であったり、指導主事の「私的用語」であったりする。「概念、命題」等の確認が必要になる場合は多い。「検証」に関係のない「仮説」は珍しくない、形式的表記である。となってくると、「心理学、教育学」関係の辞典は「座右」に不可欠である。これに対して、「保健室にまで置く必要はない、図書館か職員室にあるから、それで充分」と回答する者もいる。教科の授業はもちろんのこと、道德教育、生徒指導、部活などと教育に関する話題、協議、審議事項は多い。養護教諭だけが「別である」とか「以下」であってはならない

図27は、「相談」のための特別な空間の保有状況を調べたものである。「ない」とする者が多い。では「個別的」で「私的・秘事的相談」は可能か、となってくる。相談ではなくて、半ば公開の通告、

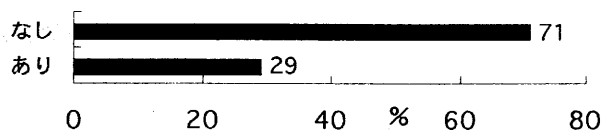


図27. 保健室以外の独立した相談室の有無 (NA = 22)

訓話に なる。情報入手、確認、変換の機能が物的条件で閉ざされたりすることになる。

6. 学校保健活動の水準と活動形態との関連

図28. は、学校保健活動水準の「良し悪し」と活動の形態との関連をみたものである。活動水準が低いほど「養護教諭まかせ」となっている。両者の因果的関連性は、この種のデータでは不明であるが、これまでの観察データや事例研究では、やはり、「オマカセ主義」の雰囲気、態度が学校全体の活動水準を落としているとみることが妥当と思われる。その中には「私にマカセ下さい」方式

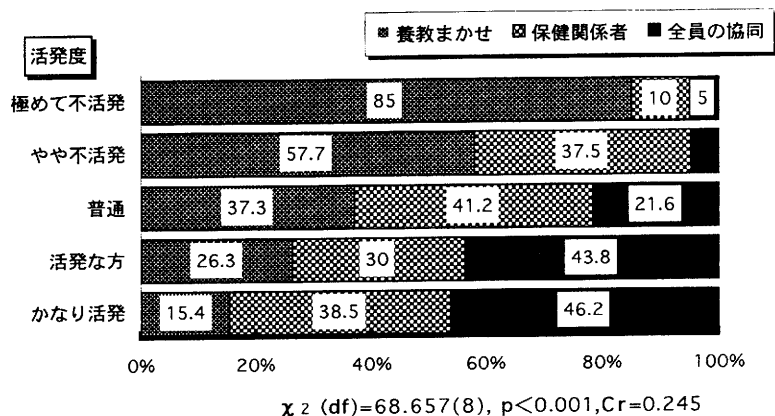


図28. 学校保健活動水準と活動形態との関連 (N = 602)

の者もないではないが、一般的にはその逆となっている。

図29, 図30は、学校保健活動水準と健康管理関係データの活用度との関連をみたものである。活動水準が高い学校ほど健康診断データの利用状況が高率である。同じように学校環境衛生データについてもその関連がみられる。しかし、クラメル関係係数は小さい。これらの関連は、全般的に学校保健の活動水準が高いところほど、「養護教諭オマカセ型」の活動ではなく、共同、協力、協調型の組織的活動があり、学校保健教育にも関心・理解があり、データが活用される度合いが高くなると見ることができる。

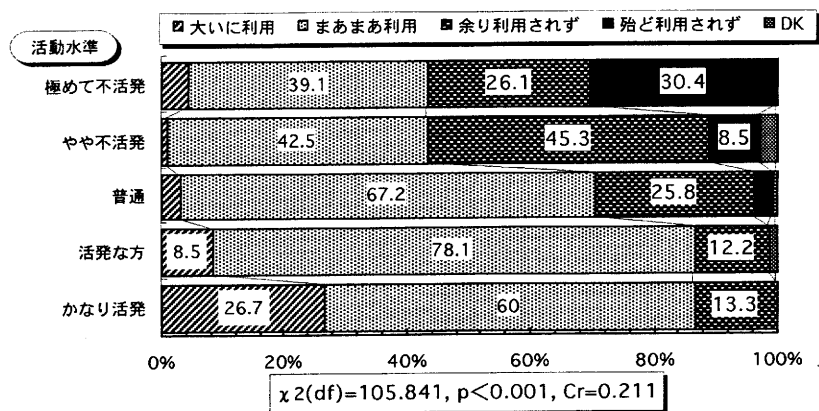


図29. 学校保健活動水準と健康診断データ活用との関連 (N = 602)

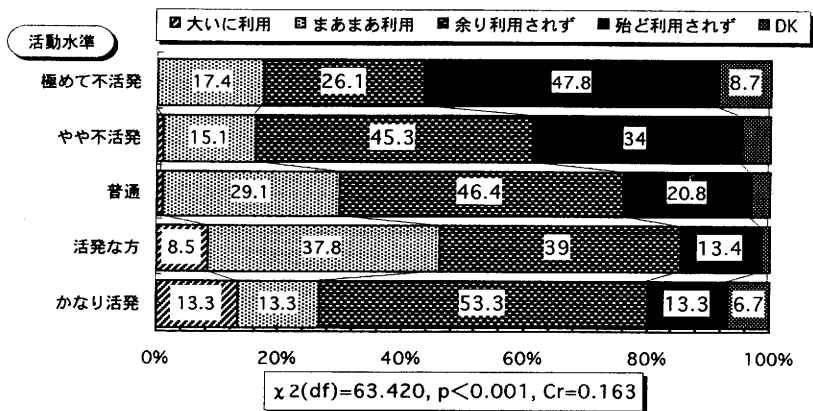


図 30. 学校保健活動水準と学校環境衛生データ活用との関連 (N = 602)

IV 結 語

学校保健活動の基本的な問題は、内的事項や法規的な問題だけではなく、これらを含めた外的事項との関係で検討する必要がある。また、内的事項の各要素間の関係性でとりわけ重要なことは、学校教育と学校保健活動の連動であり、具体的には健康管理と健康教育の連動、教職員の連携、施設・設備の充足に集約できよう。このような認識や枠組みをもとに、学校保健活動のキーパーソンである養護教諭を対象として全国調査とローカル調査をアンケート形式で実施した。ここでは、主にその内の全国調査（小学校のみ）の結果の一部をもとに要約する。

- 1) 法規的に規定されている最小限のルーチンとしての学校保健活動は、良好な実施状況であると言えようが、その際にも活動計画の質や意思決定などに問題が多い。1992年時のこの調査では、保健計画の素案作成などの保健主事の責務を、実質的には養護教諭が果たしている学校が80%あった。
- 2) 学校保健委員会なくして組織的活動や教職員の連携はのぞむべくもない。しかし、小学校でさえ34%は設置されていない。また、この委員会の活動状況を「活発」とした回答は15%でしかなかった。
- 3) 学校保健活動の全般的な活動状況を「活発」とした回答も16%でしかなかった。「養護教諭まかせ」型が39%で、逆に「全員の協同」型は21%でしかなかった。また、「仮に、より活発にしようとした場合の教職員の理解・協力が得られると思うか」については、82%が「得られる」と回答していた。
- 4) 保健管理関係のデータなどの健康教育への利用は、健康診断データでは67%が「利用」されているのに対し、学校環境衛生データは29%の「利用」でしかなく、両者の「利用」にはかなりの差があった。保健室相談データの生徒指導などへの活用は46%であった。

5) 学校保健活動の評価の実施は、「まあまあ、充分行われている」が合わせて60%であった。しかし、評価の質は他の設問への回答と併せて考えると、質の高いものではないように推察された。

6) 重篤な感染症の発生時の外部機関との連携の備えについては、「まあまあ、充分できている」が合わせて62%であったが、これは「連絡網」的な程度の備えが混入しているように推測された。なお、このようなインシデンタルな事態の発生時の連携や意思決定の備えは行政的にも十分な自治体はまれであり、「o-157」騒ぎなどの教訓は生かされなければならない。

7) 教職員間の学校保健活動についての話し合いは、「余りされない」が25%あった。また、校長の学校保健活動についての理解や支援は重要である。その校長が、職員会議や全校朝礼やPTA集会などの場で、どの程度健康・安全の話をしているかで「しばしばされる」は20%前後でしかない。

8) 養護教諭と学級担任との連携、学校保健活動についての満足度、そして教職員との意思疎通は、いずれも若干の問題がある。そこには、養護教諭の置かれている立場の弱さや「従者的存在」の問題が推察された。

これら7)、8)と関連する近年の「不登校」や「いじめ」などは、学校教育経営ばかりでなく学校保健の原理・方法に照らしても「学業指導（学習部）」、「生活指導（生活部）」、「保健指導（保健部）」の三部門の連携・協力が不可欠で有効であることは明らかである。

9) 時代おくれの学校保健法による固定的規定枠は学校、学校教育、学校保健活動の現実と大きくずれている。救急看護、健康相談指導、学校保健とのリエゾン・調整、伝染病・食中毒などの発生時の対応、健康教育、学会・研究界との交流、共同等、学校保健のキーパースンの役割は養護教諭が負わされている。これらの事実から外的事項・法、制度等の改善が必要である。

10) 伝染病・食中毒等のインシデンタルな事態への対応は細菌・微生物学、衛生学的な「バイキン探し」だけであってはならない。学校保健としての対応である。疫学的要因の「記述」であり「説明」である。「予防の理論」と「組織的」意思決定理論による対応、対策の展開である。学校保健の専門家は「条文の解説」だけに終始している。理論化が求められる。

11) 学校保健計画の作成は惰性的機械的であってはならない。計画・目標を具体的に達成するための「人」「コト」「モノ」の要因・条件が十分に理論化され、実践されなければならない。「人」の主体は養護教諭である。看護系大学、学部からも近い。養成、研修、教育行政等の面で抜本的に改善される必要がある。

紙幅の関係で、学校保健の活動水準の高低と関連要因との関係を求めたデータが多く得られたのだが、殊に、追跡的に詳細化して追加したローカルなデータについては、ごく一部しかふれることができなかった。これらについては次の機会に報告したい。

引用文献

- 1) 堀内・木村ほか「中学校・高校における保健授業に関する実態調査」『東京大学教育学部紀要』Vol 14, 1975
- 2) 内山源「保健学習における学習意欲と合一教科保健固有の担当教師の問題」『健康教室』286, 1974
- 3) 内山ほか「保健体育科教育の研究」（不昧堂, 1975）, pp251-253
- 4) 内山源『健康と身体の教育』（江橋・高石編, 学研, 1979）, pp163-166
- 5) 内山源・江口編『学校保健』（医歯薬出版, 1996）pp115-157
- 6) 西岡ほか「小学校高学年を対象とした喫煙防止教育の短期的効果」『日本公衛誌』43(6), pp434-445, 1996
- 7) W.Alles,J.Eddy:Ten - Year Survey of Public pp62- 65 Attitude Toward Education ; Implication for Health Education, *Journal of School Health* , No.2,1980
- 8) G.Frazer et al: Research Question in Health Education; A Professional Evaluation, *Journal of School Health* , 54(5), pp188- 191, 1984
- 9) S.Folio et al: A Survey of Elementary School Health Education in West Virginia, *Journal of School Health* , 54(10),pp401- 403, 1984
- 10) D.Main et al: Presenting HIV Infection among Adolescent; Evaluation of School Based Education Program , *Preventive Medicine* , 23,pp409- 417, 1994
- 11) L.Kann et al: Establishing a System of Complementary School - based Survey to Annually Asses HIV - related Knowledge , Belief and Behaviors Among Adolescents, *Journal of School Health* , 59(2),1989
- 12) 武藤・福渡『健康教育・ヘルスプロモーションの評価』（篠原出版, 1993）, pp75-79
- 13) 橋爪大三郎『現代思想はいま何を考えればよいか』（頤草書房, 1991）
- 14) 中村ほか「養護教諭のいじめ問題への関与について」『茨城大学教育学部教育研究所紀要』19, 1987