

養護教諭の役割とストレス (第I報)

— 盲・聾・養護学校の場合 —

相川 勝代

The Role and Stress of School Nurse-Teacher (I)

Katsuyo AIKAWA

I. はじめに

近年、養護教諭の役割に対する期待が大きい。そして、その期待はさらにエスカレートしていくように思われる。児童・生徒のヘルス・ニーズの変化に応じて、学校における保健の専門家である養護教諭の機能が変化していくのは当然ではあろう。保健室と養護教諭の機能はあいまいであるといわれる(山本, 1983)。あいまいさ故に、児童・生徒のヘルス・ニーズの変遷に応じて、柔軟に対応できるという利点もある。期待に応えようとする態度と引き受けうる機能の限度に、養護教諭は役割葛藤をだきながら仕事をしているのが実情といえよう。

養護教諭は、学校保健活動において推進的役割を期待されている。学校保健とは、児童・生徒の病気や健康障害の早期発見、早期治療にとどまらず、児童・生徒の生命を維持・発展し、健康を増進し、教育を受け、学習をする権利を保障するという観点を含んだ広範な意義と目的をもつものである。

児童・生徒のヘルス・ニーズにはさまざまなものがある。心身障害児のヘルス・ニーズも特別の配慮を必要とするものである。1979年に養護学校義務制が施行され、障害児の全員就学が実施された。その結果、精神薄弱養護学校や肢体不自由養護学校の児童・生徒の障害の重度化・重複化が問題となってきた。そのような児童・生徒の障害の実態の中で、盲学校、聾学校及び養護学校における養護教諭はどのような保健活動を実践しているのか、保健活動を実践するにあたって、心身障害児ゆえに、どのような配慮をおこなっているのか、そして、そのような実践を行いながら、どのようなストレスを感じているのかについて調査した。

II. 方 法

対象は、長崎県下の盲学校、聾学校及び養護学校18校の養護教諭20名である。18校のうち2校は養護教諭が複数配置されている。精神薄弱養護学校1校、肢体不自由養護学校1校である。

調査期間は、1997年8月から9月にかけての約1か月とし、郵送法によった。

回答があったのは、盲学校1校、聾学校2校、精神薄弱養護学校5校、肢体不自由養護学校2校で、養護教諭20名中10名であった。そのうち、9名の養護教諭が看護婦免許をもっていた。

調査は、「盲学校、聾学校及び養護学校の養護教諭の役割とストレス」とし、記述式によった。調査内容は、次のとおりである。①普通学校との職務内容のちがひ。②仕事をしていたの不満や悩み。③今後さらに深めたい専門的な知識や技術、分野など。

なお、養護教諭の悩みや不満については、「養護教諭の役割とストレス（第Ⅱ報）」として報告する。

Ⅲ. 結 果

1. 保健情報の収集

(1) 健康観察

精神薄弱養護学校では、自ら訴えることができない児童・生徒が多く、養護教諭は児童・生徒の活動状況等を詳細に観察するように努めていた。養護教諭はクラスを回り、障害の状況に応じて個々に健康観察を行い、担任教師と情報を交換しあっていた。肢体不自由養護学校では、養護教諭は保護者や入所施設と、体温、排泄、食思、睡眠状態等について連絡しあい、担任教師が検温を済ませた後、クラスを回り、健康観察を行っていた。盲学校では、特に保有視力の低下に注意が払われていた。聾学校では、幼稚部の幼児や低学年児童の健康観察に特に留意されていた。

(2) 保健調査

どの校種も詳しい保健調査がなされていた。養護教諭が保護者全員と面接をし、生育歴、現病歴、既往歴、罹患傾向等について聞き取り、保健調査を行っている精神薄弱養護学校が1校あった。詳細な保健調査を実施することと、プライバシー保護とのかねあいのむずかしさが指摘されていた。

(3) 健康診断

どの校種も保健調査をもとに、「手間と時間」をかけた健康診断がなされていた。健康診断の実施にあたっては、精神薄弱養護学校では健康診断のための諸検査が困難なことが多く、たとえば視力検査に絵のマッチングを用いたり、聾学校では、事前指導として、視覚教材を使った指導を行い、健康診断実施時も言語によるコミュニケーション不足を絵や動作で補うための工夫がされ、肢体不自由養護学校では健康診断そのものをコミュニケーションやスキンシップの一環としてとらえ実施されていた。

精神薄弱養護学校では児童・生徒が健康診断に対し受動的であるため、プライバシーへの配慮のむずかしさが指摘され、盲学校では児童・生徒の眼疾患の病因が先天的なものが多いため、プライバシーに配慮した事後措置と保健管理の大切さが指摘されていた。

事後措置としては、各疾患に応じて継続的な個別の対応がなされていた。

2. 保健管理

(1) 救急処置

精神薄弱養護学校では、児童・生徒の多くは自ら苦痛や受傷について訴えることができず、担任教師がいつもの様子と違うということで、保健室に連れてこられることが多く、痛みの部位や程度なども判然とせず、養護教諭は判断がむずかしいと感じていた。救急処置を行うにあたって、的確な判断をするために、養護教諭は平素から児童・生徒についてよく知っていることが必要であり、そのためには児童・生徒と接触を多くし、担任教師とよい

人間関係を保ち、情報交換に努める必要があると考えられていた。また、救急処置後の経過を継続的に観察し、保護者との連絡も欠かさずなされていた。肢体不自由養護学校では、食物の誤嚥、痰のからみ、けいれん発作等による呼吸停止やチアノーゼなど、緊急の事態に対し救急処置を行うことが多かった。また、転倒等による受傷の場合、受傷の程度の判断がむずかしく、経過観察と保護者との連携が大切であると考えられていた。盲学校では、視覚障害のため、生命の危険を感じるような救急処置が多かった。聾学校では、幼児・児童の転倒による受傷が多いが、高学年になれば救急度は低くなるとされていた。

(2) 学校伝染病

基本的には普通学校と同じような対応がなされていた。

(3) 慢性疾患児の生活指導

精神薄弱養護学校では、てんかんや喘息などに対する服薬指導があるが、昼食後の服薬は、学校によって担任教師か養護教諭のどちらかが行い、宿泊を伴う時は養護教諭が服薬の管理と指導を行っていた。てんかんに対する服薬指導等慢性疾患児に対する生活管理の必要性が指摘されていた。肢体不自由養護学校では、二分脊椎児に対する排泄指導と水分補給、骨形成不全症児に対する骨折予防、軟骨無形成症児に対する装具装着と歩行指導等、全校的な共通理解の上で生活管理がなされていた。聾学校のうちの1校では、15%という高率の心疾患の幼児・児童が在籍しており、心臓病の管理区分による生活指導がなされていた。

(4) 疾病予防

精神遅滞児は、知識を習得し、態度を変容させ、行動化することがむずかしいので、食中毒のための手洗い、虫歯予防のための歯みがきやフッ素洗口、かぜ予防のためのうがい等、指導を繰り返しながら、習慣化させていくような個別の指導が行われていた。そのためには、担任教師の保健に対する理解と保護者との連携が必要とされていた。肢体不自由養護学校では、職員が外部から食中毒やかぜなどの病原菌を持ち込んで感染の媒体とならないような配慮がなされていた。盲学校と聾学校では、基本的には普通学校と同じように対応されていた。

(5) 精神保健

精神薄弱養護学校では、自ら言葉で訴えることのできない児童・生徒が、身体症状や行動障害として、何を表現し、伝えようとしているのか、十分な観察とその意味の理解に努めていた。小学部から高等部まである精神薄弱養護学校の場合、思春期の乗り越え方に個人差が大きく、行動障害として表われた時、関係者の共通理解を得るのがむずかしく、対応の仕方が統一できず苦慮していた。

(6) 健康相談

精神薄弱養護学校では、健康相談は自ら訴えることのできない精神遅滞児の健康問題について保護者と共に考える機会としてとらえられ、学校によっては、教育相談の相談内容が健康に関する時は、養護教諭も同席して相談を受けていた。相談の結果によって、医療機関等の専門機関との連絡が取り合われていた。肢体不自由養護学校では、養護教諭は日常的に担任教師や保護者と児童・生徒の健康についての相談を行っており、学校医による個別の健康相談も実施されていた。聾学校では行事前に学校医による健康相談が実施されていた。

3. 保健学習

(1) 保健指導

精神薄弱養護学校では、児童・生徒の興味を引く視覚教材を利用し、わかりやすい説明の工夫がなされていた。一般的には個別の指導か少人数の指導が効果的であると考えられていたが、1～2か月に1回全体朝会で、保健指導を実施している学校もあった。最近のテーマとして肥満指導を取り上げている学校があった。保健指導と保健学習が関連づくような指導になるよう心がけられていた。肢体不自由養護学校でも、児童・生徒の理解に応じた個別の保健指導がなされていた。学校規模の小さい盲学校では、児童・生徒の2倍以上の教師がいるため、養護教諭自身が保健指導する機会は少ないと報告されていた。一方、聾学校のうちの1校では、規模が小さいための利便として、歯科校医及び歯科衛生士学院生による個別のブラッシング指導について紹介されていたし、また養護教諭が担任教師と相談し、少人数で性に関する指導を行っていた。

(2) 保健学習

精神薄弱養護学校では、児童・生徒の理解度に応じた保健学習の必要性が痛感されているが、現実には教科の授業としての保健学習はむずかしく、現在のところ、養護教諭が教科としての保健学習に関わりをもっている学校はなかった。肢体不自由養護学校では、一部教科としての保健学習も行われていた。

4. 環境の管理

精神薄弱養護学校では、薬品や洗剤の誤飲や転落の危険性等、危険物や危険個所に気づいたら早期に対応し、児童・生徒の個々の行動特性に応じた環境管理が行われていた。月1回点検表に基づいて、環境の点検を実施している学校もあった。ある養護教諭は、生命に関わるようなことは制限しなければならないが、環境を整え危険な状況をなくし行動を制限しないで、思いっきり行動させたいとコメントしていた。肢体不自由養護学校は、ホットカーペット、ストーブ、冷暖房、扇風機などの調整に留意されていた。盲学校では、適度の照明と日常的な安全点検が行われていた。聾学校では、後方からの呼びかけや車のクラクションなどが聞き取れないため、構内への車の乗り入れを禁止するか、やむをえず進入する時は最徐行するようにされていた。

IV. 考 察

養護教諭の機能と役割について考える時、養護教諭が学校看護婦から発足し、児童・生徒の健康問題の時代的な変遷とともに、どのような役割の変化を経て、現代の養護教諭の機能となってきたのかをみていく必要がある。

杉浦(1974)によると、学校にはじめて看護婦を雇い入れたのは、1904年、福岡県女子師範学校寄宿舎である。発病者の病床で看護にあたるためであった。その頃、学校にはトラホームが蔓延していたが、1905年、岐阜県において、県立病院から看護婦が派遣され、洗眼・治療にあたった。この「学校看護婦」が、養護教諭のはじまりである。1923年、「学校看護婦執務指針」により、学校看護婦が学校における一つの職種として制度的に位置づけられたが、すでに、この頃には、全国に316人も学校看護婦が実在していたといわれる。学校看護婦から教育職として職名が変更されるのは、1941年、国民学校令の公布によ

るものである。「養護訓導」となり、教育職員としての身分が確立され、養護をつかさどるという自律性が確立された。1947年、学校教育法の制定により、「養護訓導」から「養護教諭」と名称が変更され、小学校、中学校、高等学校、盲学校、聾学校及び養護学校に配置されることになった。

養護教諭の職務や役割について論議されるさきがけになったのは、1968年の第15回学校保健学会のシンポジウムである。シンポジウムでは、養護教諭の役割として、疾病・障害の予防処置、救急看護の担当専門技術者としての職務や、学校における保健指導ができる教育者等々の意見が出された（飯田，1986）。

小倉（1970年）は、『養護教諭 その専門性と機能』のなかで、養護教諭の専門職化の歴史的過程を3層の機能でとらえた。学校看護婦として発足した養護教諭の機能の第一層は学校救急看護の機能であり、第二層は集団の健康管理の機能、そして第三層は教育保健における独自の専門的機能とした。後に、児童・生徒のかかえる健康問題の変化に即応して、第四層として人間形成の教育（教職）機能を新たに加えた（小倉，1985）。小倉は、養護教諭の職務を、保健管理・保健指導の専門職としてその運営や実施にあたるとともに、教育の専門職の一員として学校教育の目的達成につとめることであると整理した。

学校保健関係者は、1972年12月に出された保健体育審議会の答申「児童・生徒の健康の保持増進に関する施策について」を引用し、養護教諭の職務について解釈することが多い（曾根，1997）。答申は、次のように述べている。「養護教諭は、児童・生徒又は幼児の養護を掌るものであり、専門的立場から、すべての児童・生徒の保健および環境衛生の実態を的確に把握して、疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題等、心身の健康に問題をもつ児童・生徒の個別の指導にあたり、また、健康な児童・生徒についても健康の増進に関する指導にあたるのみならず、一般教員の行う日常の教育活動にも積極的に協力する役割を持つものである」。1997年9月、25年ぶりの保健体育審議会の答申で、養護教諭の役割や保健室機能の見直しが行われた。

1982年から1984年にかけて、日本学校保健学会は「養護教諭の養成のあり方をめぐって」というテーマで研究討議を行った。第1年次（第29回学会）は「養護教諭養成の現状と問題点」、第2年次（第30回学会）は「ヘルス・ニーズの変貌と養護教諭の役割」、第3年次（第31回学会）は「養護教諭養成のための望ましい教育課程」であった。第30回学会で、20年の勤務歴をもつ高等学校の養護教諭は、自己の実践記録の分析から、養護教諭の職務の拡大・変化について指摘した、と飯田（1986）は報告している。

1983年に、国立大学養護教諭養成協議会は、「児童・生徒の健康問題の変化と養護教諭の役割の変化を実証するための調査」を行った。その結果、養護教諭の基本的な機能として、第一に学校保健の三分野、つまり看護・臨床医学、健康管理、教育における専門的機能、第二に総合的學校保健経営の機能としての学校経営の中で組織的・計画的・総合的に活動を推進する機能、第三に研究の機能の三つの機能が導き出された。さらに、最近の児童・生徒の健康問題の変貌により、養護教諭に新たな役割が求められてきた。養護教諭の現代的な機能として、学校保健問題を的確に把握する機能、精神的健康問題への個別的対応の機能、組織的活動推進機能及び教師としての機能が付け加えられた（石原，1987）。

このように関係者は、児童・生徒のヘルス・ニーズに応じて活動し、現実の活動に即して「養護」の意味や定義を考えようとしている。そして、養護教諭自身は教育現場で、児

童・生徒のヘルス・ニーズに応じた実践とは何かを模索しながら、児童・生徒のヘルス・ニーズに応えようとしている。

保健教育学者の数見（1994）は、養護教諭という職種の誕生は、既述のようにトラホームの治療という子どもの健康障害の事実を何とかしなければとの思いから出発しているということを銘記する必要があるだろう、と述べている。つまり、養護教諭は、子どもの健康実態の必要そのものから誕生した職種である。しかしながら、時代的な変遷を経て、1958年の学校保健法制定時に出された養護教諭の職務項目は、学校医や保健主事に対し従属的で自律性の乏しいものであった。1960年代に入り、養護教諭の職務の実態に対して問題意識をもって創造的に取り組む仕事をしていこうという動きが創りだされ、自主的なサークルができた。1970年代になり、実践をまとめ分析することによって、養護教諭の仕事の基本的な視点と原則的なあり方が理論化されるようになった。これまでのやらざるをえない仕事をやりこなしていく「職務」観から、子どもの現実即して何を成すべきかを考える「実践」観へと、養護教諭の意識は変わってきた（東京・芽の会、1984、数見、1994）。

現在の学校教育において、児童・生徒のヘルス・ニーズに応じた養護教諭の実践について検討するにあたって、大きく二つの領域が考えられる。一つは最近の児童・生徒の特異な健康問題である不定愁訴や精神的問題をもつ児童・生徒の増加であり、一つは本論のテーマである心身に障害をもつ児童・生徒の養護と教育にかかわる問題である。

今回の調査結果をもとに、盲学校、聾学校及び養護学校における養護教諭の実践についてみてみる。障害をもつ児童・生徒の個別あるいは集団の健康管理を行うために、養護教諭は児童・生徒一人ひとりの保健情報を詳細に把握することに努めている。詳細な健康観察や保健調査の重要性は言うに及ばない。客観的な情報源である健康診断は普通学校に比べ格段の「手間と時間」がかけられている。障害児学校では、健康診断そのものの教育的な側面がいかされているが、さらに「手間と時間」をかけてなされた健康診断をどのように教育診断として活用するかが今後の課題であろう。

健康診断は、教育診断の一環として、健康面から児童・生徒の実態をとらえ、その結果を教育診断の資料として、教育計画を立案し、教育活動を行い、教育効果を高める。つまり、健康診断は疾病異常を発見し治療を促すだけではなく、児童・生徒の教育を受ける権利をよりよく保障しなければならない。そのためにも、健康診断の事後措置は、教育的な配慮が不可欠である。健康診断により、健康上の問題で、学習や運動、および作業等の停止や軽減等が必要であれば、担任教師は学校医の指示を求め、当該の児童・生徒の教育計画を検討する必要がある。その時、養護教諭は、担任教師の教育計画の立案と遂行に対して、専門的な立場からの対応を求められるが、看護や医療的な基盤のうえに、養護教諭としての独自の発達的な視点や教育的な視点が問われてくる。

健康診断以外にも、今回の実態調査において、盲学校、聾学校及び養護学校の養護教諭は、実践のあらゆる側面、たとえば救急処置、生活指導、疾病予防、保健指導などにおいて、発達的な視点から児童・生徒を理解し、教育的に対応していこうとする意識的、目的的な実践を行っていた。

ヘルス・ニーズは児童・生徒の障害の実態によって異なってくる。1979年の養護学校義務化以降、精神薄弱養護学校及び肢体不自由養護学校では児童・生徒の障害の重度化、重複化、重症化が問題とされている。精神薄弱養護学校の場合、重度の発達遅滞にてんかん

や行動障害の合併が高率である（川崎ら，1989．飯田ら，1993．相川，1996）。肢体不自由養護学校の場合，鈴木ら（1997）は，経管栄養，痰の吸引，導尿，気管切開部の管理などの医療的ケアの必要な児童・生徒が登校在籍児童・生徒の20%近くを占めるという実態を報告している。

鈴木ら（1977）は，東京都下の重症心身障害児施設通園児等94人，都立肢体不自由養護学校の児童・生徒及び在宅重症児の訪問看護対象児429人の医療的ケアの実態について分析している。調査結果によると，養護学校全体で7.0%の児童・生徒が日常的に医療的ケアを受けながら登校している。しかし下校してから家で医療的ケアを受けているのは20%を越えており，差し引き13%以上が日常的に医療的ケアを要しながらも，学校の時間帯はそれを受けられずに就学を続けざるをえない状態にある。このような実情に対して，東京都教育委員会の事業として，都立村山養護学校と東京都小児療育園との医療ケアに関するシステムが紹介されている。このシステムは教師は医師の責任ある指導のもと，指導された範囲で忠実に医療的ケアを遂行し，注意深い観察と疑問や問題を指導医に問いながら実施するものである。

このように医療的ケアを要する重度，重症の児童・生徒が在籍する学校では，養護教諭の看護婦免許は必要な要件ではなかろうか。石原ら（1987）は，養護教諭に看護婦免許が必要かどうか，養護教諭養成機関の卒業生140人を対象に調査し，91人（うち特殊学校4人を含む）の回答（有効回答率65.0%）を分析した。調査結果によると，看護婦免許を持たない養護教諭は，看護婦免許を持つ養護教諭に比べ，初任校で救急処置に最も多くの時間を費やしており，赴任後，医学的知識の必要性を感じて勉強している。加来（1997）は，看護婦免許が必要だといわれるが，たとえ看護婦の資格があっても，医師の指示がなければ医療行為はできないのであるから，大切なのは傷病の程度の判断や救急処置がある程度落ち着いてできる実力をつけることが必要であると述べている。筆者は，医療的ケアを必要とする児童・生徒が在籍している養護学校の養護教諭は，看護婦免許をもち，臨床看護の経験をもっていることが望ましいと考えている。

わが国の養護教諭に相応する職種として，アメリカにはスクールナースという職種がある。藤田（1995）は，スクールナースと養護教諭の日米比較を行っている。調査期間は1990年12月～1991年4月，調査対象はアメリカのスクールナース236人，日本の養護教諭417人である。もっとも重要な健康問題として，日米双方とも心理的・情緒的問題をあげている。日本の養護教諭は，健康診断や測定に比較的時間を費やし，子どもたちの一般的な悩み相談に頻繁に応じている。仕事を進めるうえで，養護教諭は圧倒的に多くが教師との連携を重視しているが，スクールナースは父母との連携を重視している。今後身に着けたいと考える能力について，養護教諭はカウンセリングや心理学に関する知識や技術，スクールナースは医学的・看護的知識や技術の向上を求める者が多い。仕事に対する満足感や将来の見通しについては，スクールナースは肯定的で，確信的な傾向を示している。藤田（1995）によれば，アメリカのスクールナースも，歴史的に身分が不安定で，役割や仕事の内容が確立されておらず，他の教師との格差に悩まされてきた。しかし現在では，日本の養護教諭とは学校における位置と実践の構図が基本的に異なっている。そのちがいは養護教諭の実践は「教育実践としての構図」であり，スクールナースの実践は「看護実践としての構図」である。スクールナースは学校において看護婦としての専門的機能を発揮し，プライ

マリーケアを提供している。スクールナースは障害をもった生徒に対し頻繁に、しかも重要な関与をしており、障害をもった生徒が通う学校では、そのためにスクールナースが置かれていると言っている程、スクールナースの仕事は重要である。

次に養護教諭の複数配置についてみてみる。養護教諭の複数配置の歴史は、1960年代後半から始まっている。文部省は、1993年から6年計画で30学級以上の学校に複数配置を措置する方針を出した。これまでの複数配置は、大規模校、障害児学級、同和地域、公害地域、その他教育の困難校など特定の条件をもった学校への「特別加配」であったが、これからは、養護教諭の職務の充実や制度の発展のための複数配置という制度的整備が期待されている。複数制のよさは、職務の基本となる養護教諭自身の時間的、精神的ゆとりが生まれ、児童・生徒の健康問題を複数の目で見、評価し判断し対応することができるという専門的によりの確な役割遂行が期待できることである（藤田，1997b）。今回の調査でも、複数配置が導入された精神薄弱養護学校や肢体不自由養護学校があるが、今後さらに制度として整備されていくように期待したい。

日本の学校教育は、教科教育の担任の他には養護教諭が配置されているだけという単一職種の集団である。それは、心身に障害をもつ児童・生徒が在籍している盲学校、聾学校及び養護学校においても同様である。ニューヨークで活躍中のカニングハム久子（1977）は最新のアメリカ特殊教育事情について紹介している。それによると、アメリカの特殊教育では関連専門分野の層が厚く、特殊教育校にはスクールサイコロジストが配置され、児童・生徒の診断査定を行い、教師や親たちのアドヴァイザーとして機能している。さらに、作業療法士や言語療法士などさまざまな療法士たちが、特殊教育の職員として雇用され、障害児・生徒の発達に重要な役割を担っており、これが、横の有機的な専門的連携によるチーム・アプローチを容易にする要因となっていると述べている。藤田（1997a）は、学校における日米の相談機能について整理している。アメリカではスクールカウンセラーは生徒の履修、進路相談と指導が支柱であり、スクールナースは健康相談を行い、さらに診断や治療的相談を受けるスクールサイコロジストという職種がある。ようやく日本でも、発達障害やさまざまな適応障害をもつ児童・生徒に対応する学校心理士（スクールサイコロジスト）の資格認定が始まろうとしている（上野，1997）。

日本ではアメリカ等で多くの専門職種が分担し、専門的な連携を行っている複数の職種の機能を養護教諭が一手に引き受けている感がある。そして、児童・生徒のヘルスニーズの多様化につれ、昨今、関係者は養護教諭の職務への期待をさらに強めているという現状がある。しかし、一つの専門職種が引き受けうる職務内容には限界がある。筆者は、養護教諭の役割と位置づけが確立されるとともに、スクールカウンセラーやスクールサイコロジスト等の職種が導入され、担任教師を中心として、それぞれの職種が専門性を発揮し、チーム・アプローチが展開されることを期待する。

文 献

- 相川勝代（1996）：精神遅滞児の行動障害 ― 担任教師からみた養護学校在籍児の実態 ― . 長崎大学教育学部教育科学研究報告, 50, 21-30.
- Cunningham 久子（1997）：最新のアメリカ特殊教育事情. 発達教育, 16 (9), 3-9.
- 藤田和也（1995）：アメリカの学校保健とスクールナース. 東京, 大修館書店.

- 藤田和也（1997 a）：養護教諭と学校カウンセリング．教育，47（2），69-79.
- 藤田和也（1997 b）：複数配置のこれまでとこれから．学校保健のひろば，6，12-17.
- 堀内久美子・平識勝子・天野敦子（1976）：養護教諭論構成への試み．愛知教育大学研究報告，25（第4部・教育科学編），165-181.
- 飯田順三・岩坂英巳・平尾文雄・田原宏一・橋野健一・松村一矢・木寺克樹・井川玄朗（1993）：精神遅滞児の問題行動 — 養護学校におけるアンケート調査より — ．小児の精神と神経，33（1），43-51.
- 飯田澄子（1986）：養護教諭の役割と育成．教育と医学，34（8），718-726.
- 石原昌江・小野千衣子・中筋雅子（1987）：養護教諭の職務に関する研究（第7報） — 養成教育の課題 — ．岡山大学教育学部研究集録，75，65-76.
- 加来和子（1995）：現代の養護教諭の役割と養成の課題．障害者問題研究，22（4），396-402.
- 川崎葉子・清水康夫・三島卓穂（1989）：自閉的な発達障害児（者）にみられることのある自傷と攻撃的行動．発達障害研究，11（1），26-31.
- 数見隆生（1994）：教育保健学への構図．東京，大修館書店.
- 小倉 学（1970）：養護教諭 その専門性と機能．京都，東山書房.
- 小倉 学（1985）：養護教諭集団の克服すべき課題．健康教室，36（1），45-51.
- 曾根睦子（1997）：養護教諭の広範な職務と複数配置 — 実践研究の結果が示す複数配置の必然性 — ．学校保健のひろば，6，18-21.
- 東京・芽の会（1984）：わたくしたちの養護教諭論．東京，あゆみ出版
- 上野一彦（1997）：日本教育心理学会「学校心理士」の資格認定事業について，LD（学習障害） — 研究と実践 — ，6（1），62.
- 山本和郎（1983）：コンサルタントとしての養護教諭 — 保健室の「あいまい性」と責任 — ．教育と医学，31（6），574-579.