

# 養護学校における学校保健の実態と課題

相川 勝代

## The Realities and Task Faced by Nursing School Concerning the School Health

Katsuyo AIKAWA

### I. はじめに

学校保健活動は、学校における児童生徒の健康の維持増進のためになされるすべての活動をいう。その活動は、「自分の健康は自分で守る」という、健康の主体者形成をはかるための営みの過程である。「自分の健康は自分で守る」ということは、自らの健康に責任をもち、自らの意志において、能動的に自らの健康を管理することを意味する。

養護学校には、精神薄弱養護学校、肢体不自由養護学校、病弱養護学校の3種があるが、本論では精神薄弱養護学校の児童生徒に対する学校保健について考察する。

精神薄弱養護学校における学校保健は、児童生徒の障害の状況や程度および特性などにより、普通学校とは異なる側面がある。つまり、障害や合わせもつ疾病のため、医療や健康管理の必要性が強くなる側面と、認識能力や自己管理能力に障害があるため、教育的な配慮が強く求められる側面である。

学校基本調査(1993)によると、平成4年度の養護学校全在学者は75,426人、うち77.2%の障害が精神薄弱である。精神薄弱のうち22.5%が肢体不自由、9.7%が病弱・身体虚弱を重複している。障害を重複した児童生徒に対する学校保健は、医療や管理的な側面が増強する。一方、精神遅滞の児童生徒に対する保健指導を効果的に行うためには、教育的な特別の配慮を必要とする。

精神遅滞の児童生徒が、それぞれの能力に応じて、自らの健康の主体者となるような保健指導をどのように進めていけばよいのか。それは重要な課題である。児童生徒から、いかに健康情報を引き出すか。引き出した情報をもとに、児童生徒にいかに働きかけるか。二つの段階に分け、精神薄弱養護学校における学校保健の実態と課題について論じる。

### II. 児童生徒の健康情報をいかに引き出すか

#### 1. 健康観察

一人ひとりについての実態把握が、教育において不可欠であるように、学校保健活動においても、一人ひとりの健康状態の把握がその第一歩である。

精神遅滞の児童生徒の多くは、苦痛や症状について、自ら訴えることができない。自己の身体の変化を意識する能力や、それを伝達するためのコミュニケーション能力の障害のため、収集できる主観的な健康情報が乏しい。主観的な健康情報の不足を、客観的な情報で補わなければならない。そのためには多方面からの客観的な情報収集が必要となる。そ

のための手段として、主なものが健康観察である。健康観察は、障害の特性の故に、精神薄弱養護学校においては重要な情報収集のための手段である。

児童生徒の健康に関する観察は、登校してから下校するまで、あらゆる機会と場所で行われているが、主として学級担任が行っている。学級担任は、家庭および養護教諭との情報交換が必要であるが、養護教諭と学級担任の健康問題についての把握の差について、次のような報告がある(松本, 1990)。養護教諭と学級担任の同一学級での健康問題の把握の一致は約半数である。学級担任のみが知っているその学級の子どもの健康問題、養護教諭のみが把握している健康問題と、その把握の差は意外に大きい。これらの健康情報は、養護教諭は多くは健康診断によって知り、学級担任は多く保護者からの連絡や学級での日常観察によってとらえており、相互の連絡による把握は少ない。健康問題の類型別の情報源は、疾病異常は養護教諭が多く把握し、体質・心理的問題は学級担任が多く把握している。このような情報の偏在の実態から、問題が顕在化してから、改善策としての連携ばかりでなく、問題発見においても組織体制の必要性が示唆されている。

養護教諭は児童生徒の健康に関する情報を、健康診断による疾病異常に関するものの他に、自ら保健室にやって来る児童生徒の観察によって把握している。昨今、保健室を訪れる児童生徒が増加している。普通学校においても、精神薄弱養護学校を含め特殊教育諸学校においても、頭痛や腹痛などの不定愁訴をもって、あるいははっきりとした目的もなく保健室を訪れる児童生徒が増加している。自ら言語によって、自己の苦痛や症状を訴えることが困難な精神薄弱養護学校の児童生徒が、保健室を訪れ、養護教諭に何を訴え、何を求めているのか。養護教諭は身体への処置を通して、あるいはカウンセリング的な対応を通して、児童生徒の心身の働きや状態を知ろうと努めている。そうして得られた児童生徒についての情報は、担任教師が知っている子どもの姿とは異なる側面を精彩にとらえていることが多い(相川, 1991; 相川, 1992; 相川, 1994)。しかしながら、松本が実態調査で明らかにしたように、養護教諭と学級担任の情報交換は少なく、保健室を訪れる児童生徒から収集した健康情報が、学級担任に十分にフィードバックされているか問題がある。担任教師と養護教諭の情報交換をいかに効果的に行い、児童生徒についての実態を把握するか、今後の課題である。

健康観察は、一見簡単なようでありながら、実のところそれを行う人の資質が問われるものである。森(1981, 1990, 1991)は、学校保健における中心的な役割をになう養護教諭の資質を問題にし、力量形成について論じている。そのなかで養護教諭の専門的力量を支えるものとして、子どもから情報を引き出す力量を持つこと、つまり子どもの健康実態を正しくとらえる能力を第一にあげている。子どもの健康実態を正しくとらえる能力は、担任教師にとっても不可欠な力量であるが、障害の特性から、精神薄弱養護学校においてはとりわけ重要なことである。

人を対象とする活動は、その対象となる人をどのように理解するかが、その後の活動の成果を左右していく。担任教師と養護教諭が、児童生徒の健康情報を正しくとらえる能力を身につけ、相互に情報を交換し、学校全体の組織活動として、一人ひとりの健康の実態を正しく把握することが、学校保健活動の第一歩となる。

## 2. 健康診断

本来健康診断は正常の確認のための検査である。それとともに、異常の発見のためのスクリーニング・テストでもある。もし異常が発見されれば、適切な健康管理をし、疾病の予防をするという目的をもっている。

健康診断については、学校保健法第6条および同施行規則第4条に規定されている。検査項目は次のとおりである。

①身長、体重、胸囲及び座高、②栄養状態、③脊柱及び胸部の疾病及び異常の有無、④視力、色覚及び聴力、⑤目の疾病及び異常の有無、⑥耳鼻咽喉疾患及び皮膚疾患の有無、⑦歯及び口腔の疾病及び異常の有無、⑧結核の有無、⑨心臓の疾病及び異常の有無、⑩尿、⑪寄生虫卵の有無、⑫その他の疾病及び異常の有無

現行の健康診断項目には、疾病および異常の有無を検査する項目が多く、日本学校保健会は文部省の委嘱を受け、健康診断調査研究委員会を設け、内容の検討を行っている（船川、1994）。すでに平成4年には視力検査の視標の判定が、従来の0.1段階から、A、B、C、Dの4段階で判定して差し支えないとされた。これは視力は体調や精神的に未熟な子どもでは、精神的な状態の影響を受けやすいなど変動しやすいためである。4段階の判定が取り入れられ、精神薄弱養護学校の児童生徒に対する視力検査も、従来に比べるといくぶんかは容易になった。

船川（1991）は、学校における健康診断の特性を次のようにまとめている。①健康診断は必ずしも確定診断を行う場ではなく、集団を対象として、保健指導のうえで問題のある者を見出すためのスクリーニング・テストである。②成長している子どもにとって、健康診断はその時点での断面的な健康状態をみているものである。③健康診断は健康教育の一環として行われる学校における行事の一つとして、教育課程にも例示されており、健康診断は健康管理という側面だけでなく、重要な学校教育の一つとして位置づけられている。④健康診断は個人の評価を行うのが原則であるが、集団としての子どもの健康状態を知り、対策を立てるための資料としての目的もある。森（1991）は、健康診断は単なる健康の審査にとどまらず、教育診断としての意義が大きいという指摘をしている。

健康診断の教育的意義に二つある。一つは健康診断という活動そのものが健康教育の一環として、教育課程の中に組み込まれていることである。二つ目は健康診断によって引き出された情報が、教育診断のための重要な資料となりうるということである（相川、1994）。

教育診断は一人ひとりの児童生徒の発達の可能性について探るものである。健康診断によって得られた情報が、教育診断に活用されることが多いほど、健康診断の教育的意義は強まる。精神薄弱養護学校においては、健康診断の教育的意義は大きく、精神遅滞児の合わせもつ障害や合併する疾病についての正確で精密な検査所見は、教育診断のための重要な情報である。例えば、病弱・虚弱を伴う精神遅滞児の場合、どの程度の運動制限や生活規制が必要か。運動障害を伴うとき、姿勢・運動・動作の障害の状況はどの程度か。視覚や聴覚などの感覚障害のため、学習や日常行動ならびにコミュニケーションにどのような支障をもたらしているのかなどは、教育診断を行うにあたって欠くことのできない情報である。

健康診断によって正確で精密な検査所見を得るためには、検査の実施にあたっての問題

点がある。つまり精神遅滞の児童生徒から、正確で精密な情報を引き出すためにはさまざまな工夫が必要である。例えば、検査のやり方を理解させるための有効な事前指導とそのため適切な教材・教具の使用、検査時のコミュニケーション能力を引き出すための工夫、不安や恐怖心を軽減し、検査に協力しやすい環境づくりなどが考えられる。検査器具の使用上の工夫や新しい器具の開発などの研究も課題である。

学校における定期健康診断は、限られた時間の中で行われる集団健康診断である。定点における集団健康診断によって、児童生徒の健康の実態を把握し、重複する障害や合併する疾病の有無を検査し、早期に発見し、早期に治療を行い、学校生活を行っていくうえで必要な健康管理を行っている。定点における健康診断も、潜在的あるいは無自覚の疾患の発見には効果的であるが、障害をもちながら成長・発達している精神薄弱養護学校の児童生徒の健康上の問題の発見のためには、学校や家庭における日常的な健康観察によって得られた健康情報と合わせて診断していくことが必要である。

## II. 児童生徒にいかに関わりかけるか

### 1. 健康相談

児童生徒から引き出された健康情報をもとに、児童生徒の健康の維持・増進のために、どのような働きかけができるか。働きかけの一つとして健康相談がある。健康相談は児童生徒がかかえている健康上の問題に対して、主として学校医が相談にのる。健康相談について、学校保健法第11条には、「学校においては、児童、生徒、学生又は幼児の健康に関し、健康相談を行うものとする」と規定されている。

文部省体育局長通達によると、健康相談の対象は次のような者である。①健康相談の結果、継続的な観察及び指導を必要と考える者、②日常の健康観察の結果、継続的な観察及び指導を必要とする者、③病欠欠席しがちである者、④児童、生徒などで自らが心身の異常に気付いて健康相談の必要を認めた者、⑤保護者が当該児童、生徒などの状態から健康相談の必要を認めた者、⑥修学旅行、遠足、運動会、対外運動競技などの学校行事への参加の場合において必要と認める者。

児童生徒からの相談の受け方として、平山（1993）は次のような区分けをしている。①子どもの方からやってくる相談、来やすい受入体制が必要（迎える相談）。②教師側が気付いて話しかける相談（気付く相談）。③家庭訪問をして家族ぐるみで話し合う相談（訪ねる相談）。④病気などの問題を発見した後、継続的に行う相談、病気なら医師との連携が必要（フォロー相談）。

健康相談の担当者は、学校医および学校歯科医が担当し、担任教師、保護者、養護教諭が立ち合うのが望ましいとされている。

精神薄弱養護学校では、保護者や担任教師から、精神科校医による健康相談の希望が多い（相川，1992）。精神遅滞の児童生徒は自ら訴え、相談を求めてくることは困難あるいは不可能であるため、学級担任や保護者からの健康相談の申し出によって、担任教師や保護者と健康相談を行うことになる。

精神科校医による健康相談を実施するためには、その前段階として、各精神薄弱養護学校に精神科校医が委嘱されている必要がある。しかし、現状では、すべての精神薄弱養護学校に精神科校医が委嘱されているわけではない。精神科校医が委嘱されていたとしても、

委嘱された学校医に、健康相談にのる時間が取れるか、専門領域が児童青年期を対象としているかなど、健康相談にのるためには条件が満たされる必要がある。そのため、精神科校医は委嘱されているが、健康相談の実施までには至っていない学校がある。今後、精神薄弱養護学校に精神科校医が必置となり、精神医学的な立場からの健康相談が適切に実施される必要がある。

筆者は精神薄弱養護学校で、精神科校医として10数年の健康相談の経験をもっている(相川, 1992)。相談内容で多いのは、情緒・行動面での適応障害である。具体的には多動、興奮、自傷、睡眠障害、習癖異常などである。他に健康相談の内容として、てんかん発作、肥満や偏食などに関するもの、性に関するもの、薬物の副作用など薬物療法への不安、基本的生活習慣に関するものなどがある。相談の形態は、個人健康相談とテーマ別による集団健康相談を行っている。相談の進め方は、校医である筆者が相談をうけ、参加している学級担任(時間割の都合によっては、学部主事などのこともある)や養護教諭が適宜に発言する。所要時間は個人相談の場合は1時間、集団健康相談の場合は1時間30分としている。回数は原則として月に1回とし、相談の内容によっては精神科診療の場へと引き継いでいる。

精神薄弱養護学校における精神科校医による健康相談の内容は、医学的な内容から、教育的色彩の濃い内容まで多岐にわたっている。相談の対象は、児童生徒自身の心身の健康問題であることが大部分であるが、時には保護者や学級担任の精神医学的な問題であることもある。児童生徒を取り巻く心理環境要因として、人的な環境調整は発達援助において不可欠なことである。児童生徒を取り巻く人々へのアプローチも含め、健康相談は今後充実されていくべき学校保健の一領域である。とりわけ精神医学的な立場からの健康相談の必要性が強調される。

今後、精神薄弱養護学校における精神科校医の配置が完遂され、精神科校医が十分に機能し、精神医学的な健康相談が充実していくことは、精神遅滞児の教育において重要な課題である。

## 2. 保健指導

狭義の保健指導は教科外の指導として、健康の維持・増進のために行われる行動化、生活化、習慣化を目的とした指導である。主として生活の中で、健康にかかわる考え方や行動の仕方を育てるために取り組まれる教育活動である。保健指導の形態は学校によってさまざまであり、形態も多様である。特別活動の保健安全的行事や学級指導を中心にして、学校の教育活動全体で行われる集団指導と、学級担任や養護教諭が行う個別指導がある。

近年の子どもの健康障害の実態として、大阪府保険医協会(1993)は「学童期シンドローム」という呼称を提唱し、問題を指摘している。それによると、筋・骨格組織には脊椎の湾曲や胸部の異常や骨折、皮膚組織にはアトピー性皮膚炎、呼吸器にはアレルギー性鼻炎やぜんそく、歯牙組織には虫歯や咬合不全や咀嚼機能低下、代謝機能では肥満や高脂血症や糖尿病、精神神経機能では心身症、その他高血圧や骨潰瘍、貧血、視力低下などの症状や病気としてあらわれてきている、と報告されている。

保健指導の内容は、必然的に子どもの健康障害の実態を反映したものとなる。「学童期シンドローム」は医療の場からみた子どもの健康障害についての指摘であるが、学校保健の

立場からは、日本学校保健会（1983）が行った実態調査がある。調査の内容は養護教諭が行った個別の保健指導の実態である。それによると、上位8項目は次のようになっている。小学校では、①肥満、②視力異常、③初潮、月経、④むし歯、⑤姿勢、⑥皮膚の病気、⑦体格、⑧心臓の病気や異常。中学校は、①肥満、②視力異常、③むし歯、④姿勢、⑤皮膚の病気、⑥心臓の病気や異常、⑦体格、⑧病弱、虚弱。高等学校は、①貧血、②心臓の病気や異常、③腎臓の病気、④肥満、⑤視力異常、⑥心身症、⑦皮膚の病気、⑧アレルギー体質となっている（日本学校保健会、1984）。

大阪府保険医協会と日本学校保健会の二つの報告は、精神薄弱養護学校の児童生徒にも共通してみられる健康障害の実態と保健指導の内容を示している。これらの健康問題が、精神薄弱養護学校の児童生徒では、より顕症化しているものもある。例えば次のような問題である。口腔内の衛生管理ができないための虫歯の増加、咀嚼機能の低下に伴う過食と肥満、アトピー性皮膚炎などアレルギー性疾患の合併、環境からの影響を受けやすく、心身症的な発症や行動異常など。

大阪府保険医協会と日本学校保健会の二つの報告から、医療の場における子どもの心身の健康障害の実態と、それを反映した学校保健活動の実際が明らかである。日本学校保健会の報告は大阪府保険医協会の報告の10年前のものであるが、ほぼ共通する子どもの健康問題の実態を示している。子どもが臨床症状を呈して、医療の場を受診する前に、学校保健として問題に気付かれ、保健指導として対応が始まっていたことを示唆する内容である。子どもの健康障害を早期に気づき、早期の治療や予防へと結びつける学校保健の意義があらためて痛感される。

精神遅滞の児童生徒一人ひとりの健康生活のために、生涯を見通し、何を、どのように指導するか。生活化、習慣化へと行動の変容を期待した保健指導の方法について、視覚教材の利用や指導内容の動作化など、精神遅滞児教育としての指導法の工夫が必要である。

### 3. 健康教育

健康教育 health education に関連する用語として、保健教育、衛生教育などがある。保健教育は、「学校保健」という使用にみられるように、主に学校あるいは教育関係で用いられ、保健指導と保健学習を含めて呼称されている。学習指導要領に基づくものを保健学習といい、最近もっとも使われる用語は「健康教育」という呼称である。

世界保健機構WHOは、「健康教育ということばには、たくさんの意味があるが、大別すると2種類になる。その最広義のものは、健康に関する態度や行動に影響する、個人・集団・地域住民のすべての経験を含むだけでなく、そのような影響を与えるための努力や過程を含むものである。一方、比較的狭義の場合には、健康教育は、上述のすべてを網羅するような経験・努力・過程のうち、意図的に計画されたもの（Planned）だけを意味する」という内容のことを述べている（宮坂、1991）。1988年、世界健康教育会議で採択された国際健康教育憲章の前文には、「健康教育とは、自らが健康づくりをする行為を主体的に実践できるようになるための学習過程である」と定義されている（江口、1991）。

学校保健では、従来、保健指導と保健学習を合わせて保健教育と呼んでおり、学童期における保健教育は、生涯にわたる健康教育の中で重要な部分を占めることになる。しかし、発達サイクルの一時期を示す学校における保健教育は、生涯を通じて、健康教育の中で、

どのような内容を、どのように位置付けながら教育していくか、今後検討されるべきか課題である。健康教育の最終目標は、自己の健康の維持・増進のために、自己の健康について、主体的に管理することである。つまり、健康についての自覚と認識に基づいた自己管理能力を身につけることであるが、そのためには固有の活動（計画）の過程が考えられる（宮坂，1991，1992）。健康教育の活動の過程として三つある。第一は対象の人たちが正しい知識や理解をもつこと（知識の習得，理解）であり，第二は好ましい態度をもつこと（態度の変容）であり，第三は必要なことを実行し，よくないことをやめること（行動の変容）である。健康教育の三つの過程において，もっとも重要なことは，習慣形成を含む行動の変容である。知識の習得や理解ができて，態度や行動の変容が期待できなければ，健康教育の目標が達成されたとはいえない。

健康教育はすぐには成果はあらわれない。健康教育は「よいこと」として，教育目標や評価をぬきにして語られ，実施されがちである。何のために健康教育を行うのか。健康教育を行って，どのように変容したのか。知識の習得か，態度の変容か，行動の変容か，健康教育を行う場合，その目的を明確にし，変容の段階を明確にしていく必要がある。宮坂（1992）は，健康教育を実施しても，評価の段階で，「何のためにしたのか」よくわからないことがある，と問題提起をしている。

精神遅滞の児童生徒は，発達と健康の二つの障害を合わせもっていることが多いが，その障害の状況や程度は一人ひとり異なる。健康のかたちも一人ひとり異っている。精神遅滞の児童生徒一人ひとりの健康の維持増進のために，広義と狭義の健康教育が推進されていく必要がある。学校においては，意図的に計画された狭義の健康教育として「保健学習」があるが，効果的な健康教育をするためには，短期と長期の健康教育の目標設定と評価，教育課程の編成，授業内容とその展開，教材教具の工夫など研究の課題が多い。

#### IV. まとめ

精神薄弱養護学校における学校保健の実態と課題について考察した。学校保健活動を行うためには，最初に児童生徒の健康情報を引き出す必要があるが，健康情報を引き出す方法として，健康観察と健康診断がある。引き出した情報をもとに，健康相談，保健指導，健康教育などを行うが，効果的な学校保健活動を行っていくためには，以下のような課題がある。

(1) 自ら訴えることのできない精神遅滞児への保健活動の第一歩は，客観的な情報収集のための健康観察である。学級担任と養護教諭の間に，健康情報の把握に差があるが，相互に情報を交換し，問題発見のために連携していく必要がある。

(2) 健康診断によって精神遅滞児から，精密で正確な検査所見を引き出すためには，健康診断のやり方にさまざまな工夫が必要である。引き出された検査所見が教育診断のための資料として，十分に活用されるようになりたい。

(3) 精神科校医による健康相談の希望が，保護者や学級担任から多く寄せられている。精神科校医の配置が完遂され，精神医学的な健康相談が充実していくことは，精神遅滞児の教育において重要な課題である。

(4) 精神遅滞児の保健指導は，生涯にわたる健康生活のために，何を，どのように指導するか。生活化，習慣化へと行動の変容がみられるような指導法の工夫が研究課題である。

(5) 生涯にわたる健康教育の中で、学童期における保健教育をどのように位置付けるかという課題がある。健康教育の一領域として、学校保健では意図的に計画された「保健学習」があるが、効果的な健康教育とするためには、目標設定と評価についての十分な検討が必要である。さらに、教育課程の編成、授業内容とその展開、教材教具の工夫など精神遅滞児教育としての研究の課題が多い。

## 文 献

- 相川勝代 (1991)：保健室に求められる機能 (I) —主に精神保健の立場から—。長崎大学教育学部教育科学研究報告, 第40号, 1—10.
- 相川勝代 (1992)：保健室に求められる機能 (II) —盲・ろう・養護学校の場合—。長崎大学教育学部教育科学研究報告, 第41号, 17—29.
- 相川勝代 (1994)：もっと保健資料の活用を。精神薄弱教育実践講座刊行会編：精神薄弱教育の課題と展望。p.252, ニチブン。
- 江口篤寿 (1991)：健康教育の目指すもの。学校保健, 第189号, p. 3.
- 船川幡夫 (1991)：学校における健康診断の現状とその課題。日本医師会雑誌, **106**, 1626—1630.
- 船川幡夫 (1994)：学校保健法の問題点。日本医師会雑誌, **111**, 1651—1654.
- 平山宗宏 (1994)：これからの学校検診のあり方。日本医師会雑誌, **110**, 505—508.
- 松本敬子 (1990)：養護教諭の組織的活動。教育と医学, **38**, 818—825.
- 宮坂忠夫・川田智恵子編著 (1991)：健康教育論。メジカルフレンド社。
- 宮坂忠夫 (1992)：健康教育の問題点。日本医師会雑誌, **107**, 1769—1773.
- 文部省大臣官房調査統計企画課 (1993)：平成4年度学校基本調査。
- 森 昭三 (1981)：養護教諭のしごと。ぎょうせい。
- 森 昭三 (1990)：養護教諭の力量に関わって。教育と医学, **38**, 826—832.
- 森 昭三 (1991)：これからの養護教諭—教育的視座からの提言—。大修館。
- 日本学校保健会 (1984)：中学校の保健指導はどう行うか。学校保健, 第154号, 2—6.
- 大阪府保険医協会編・上田浩治著 (1992)：学齡期シンドローム。あけび書房。