

# 児童生徒の心因性の健康相談に対して 養護教諭が抱えている困難とその対応

菊地紀美子\*・二木はま子\*\*・奥井現理

Hardships and Dealings on Health Counseling for Pupils' psychogenic  
Problems Yogo Teachers have in their hands

Kimiko KIKUCHI\*, Hamako FUTATSUGI\*\* and Genri OKUI

**要旨：**第一章においては、健康相談における養護教諭の役割がますます期待されている中、児童生徒の心因性の健康相談（以下、心因性相談）において、養護教諭がかかわる上での現状と困難を明らかにし、児童生徒を支援する養護教諭の役割と心因性相談のあり方を検討することを目的とした。研究方法は、小学校、中学校の養護教諭10名を対象に、インタビューを行った。その結果、養護教諭が抱えている心因性相談の困難には、《児童生徒は訴えにくい》《保護者の協力が得られない》《チームでの支援体制の不備》《関係機関\*\*\*との連携不足》《養護教諭の力量不足》があった。それに対して、《教職員と連携する》《関係機関と連携する》《クラスメートから読み取る》《客観的データから読み取る》《時間をかけて経過を観察》《保護者との連携》《自己開示できる配慮》の対応を行い、養護教諭独自の対応を編み出していた。また、養護教諭として望まれる心因性相談のあり方は、《普段と違う》など児童生徒が発するサインを見逃さないで、【心因性と判断する根拠】があった場合、《児童生徒は訴えにくい》という現状を十分に認識した上で、児童生徒を取り巻く関係者と連携し相談枠を広げ、児童生徒が自律していけるような支援をしていくことであると示唆された。第二章においては、こうした調査結果及び考察の趣旨を踏まえ、「健康（病気）とは何か」という哲学的考察が試みられる。なんとすれば、養護教諭が関係者との連携をはかるにあたってその基礎的共通前提となるべき「健康」の意味が不明瞭であって、それが「困難」の原因となりうるからである。この試論により、現状では、「健康」には主観的・相対的定義が求められると推測され、養護教諭が抱える「困難」を解決することに向けた基礎的な試論と位置づけられる。

**Key words：**養護教諭 (yogo teachers), 心因性相談, 困難と対応, 健康, 教育, 正当性

## 第一章 養護教諭が抱える困難とその 対応 —インタビュー調査より—

### 第一節 はじめに

健康についての相談は、従来（1960年代以降）から児童生徒の心身の健康問題の変化に

伴い、養護教諭の重要な役割となっていたが、1997年の保健体育審議会答申において、学校医・学校歯科医が行うものを健康相談、養護教諭が行うものを健康相談活動と呼称し区別した。ここでは、健康相談活動を「養護教諭の職務の特質や保健室の機能を生かし、児童

2013年12月27日受付；2014年3月6日受理

\* 前飯田女子短期大学 准教授      \*\* 前飯田女子短期大学 教授

\*\*\* 本研究における「関係機関」とは、事例ごとに関係する機関が異なるため、何が「関係機関」であるかを一概に述べるのが本来はできない。あえて述べるとすれば、教育委員会や警察署などの教育・行政機関、診療所や医院などの医療機関、福祉事務所や児童相談所などの福祉機関その他が挙げられるであろう。

生徒の様々な訴えに対して常に心的な要因や背景を念頭において、心身の観察、問題の背景分析、解決のための支援、関係者との連携など、心と体の両面への対応を行う活動である」と定義づけ、広く周知されるようになった。しかし、2009年の学校保健安全法施行により、健康についての相談は、職種により区別するのではなく、養護教諭、学校医・学校歯科医・学校薬剤師、担任教諭などが行う健康相談と整理され、関係教職員が協働しての参画が求められるようになった。ここで、学校医・学校歯科医・学校薬剤師など多職種の筆頭に養護教諭が書かれてあることや、養護教諭を中心とした校内での多職種の連携が明確に規定されたことから、健康相談における養護教諭の役割がますます期待されていることが伺える。

このような流れの中で、森田ら<sup>1)</sup>は、養護教諭が健康相談における他職種との協働をめざした時の困難を「連携の最小単位である学級担任との連携」と指摘している。また、連携の成立のためには「養護教諭自身がコーディネーターの役割を果たそうと自覚すること」と述べている。また、永井ら<sup>2)</sup>は、養護教諭が心因による保健室来室者の特徴として、「(1)来室時間は授業中が多い (2)主訴は頭痛・腹痛などであるが来室理由は友人関係である」と述べている。さらに、鎌塚ら<sup>3)</sup>は子どもに心の問題が存在する可能性があるかと判断するときの養護教諭の視点を「日常的に捉えている子ども達・一般的な子どもの症状・状態・行動との表れの違い」「保健室への決まった来室パターン」などの11視点があることを明らかにした。また、発達段階にみられる特徴等、学校種による独自の視点や個へのアセスメントのみでなく集団へのアセスメントも行っていることを明らかにした。これらの研究により、養護教諭の心因性の健康相談について、より深く研究が進められ養護教諭独自の視点が明確になりつつある。

しかし、学校現場にいる養護教諭に出会う度に、児童生徒の様々な訴えに対して苦慮しながら対応していると聴く。問題が複雑化しているためでもあるが、なかなか心因性による健康相談に対して思うように対応できない現状がある。心因性相談への対応としては養護教諭の経験や感覚からだけでなく、エゴグラムやバウムテストなど客観的データの活用が効果的であるとの先行研究<sup>4)5)</sup>もみられる。一方で心理の専門家から養護教諭が心理テストを使うことへの批判もみられ対応方法を混乱させている。そのような中で心因性相談の困難とはなにか、それに対してどのような対応をとっているのか、それらを明らかにした研究はまだ見当たらない。そこで本研究では、現職養護教諭が日常の児童生徒の健康相談で心がけていることや明確な根拠が見えにくく困難を抱きやすい心因性相談に対する養護教諭が抱える困難を明らかにするとともに、その困難への対応を把握することで養護教諭の心因性相談のあり方を検討することとした。

## 第二節 研究方法

### 研究デザイン

児童生徒の心因性相談に対して養護教諭が抱えている困難な内容及び対応の現状を詳細に把握し、帰納的に分析する質的記述的研究である。

#### 1. 目的

児童生徒の心因性相談において、養護教諭がかかわる上での現状と困難を明らかにし、児童生徒を支援する養護教諭の役割と心因性相談のあり方を検討することを目的とする。

#### 2. 用語の定義

・心因性：保健室に来室する児童生徒の訴えに心理社会的要因が考えられるものとする。心理社会的要因<sup>6)</sup>とは、本人の心理的葛藤や外的環境のことで、家庭の経済状況、家族の人間関係、家族の健康状況、交友関係、地域性などが複合的に絡む。

・児童生徒：小学生と中学生を指す。

### 3. 調査対象

同意書の署名により、調査協力の了承が得られたA県中央・南部地区の公立小中学校に勤務する養護教諭10名を対象とした。

### 4. データ収集方法

2012年3月～8月にかけて、インタビューを行った。調査は、インタビューガイドに沿って、半構成的面接法で行った。

インタビュー内容は、次の通りである。

- ①「○○先生が児童生徒の健康相談で心がけていることは、どのようなことですか」
  - ②「児童生徒の健康相談をしていくうちに、どの辺(基準)で心因性だと判断されますか。工夫されている部分をお聞かせください」
  - ③「心因性による健康相談対象者児童生徒の支援にあたり、どのような難しさを感じておられますか」
  - ④「今までの経験の中で、うまくかかわれたと思われる事例をお話ください。また、そのうまくいった原因(要因)は何だと考えますか」
  - ⑤「また、その反対に、うまくかかわれなかったと思われる事例について、よろしかったらお話ください。また、その原因(要因)は何だと考えますか」
  - ⑥「児童生徒の意志(考え)が聴取できない時は、どのような対応をしていますか」
- について自由に答えてもらった。

### 5. データ分析方法

インタビューを録音し、逐語録としてまとめ文書にした。いずれも、インタビューは、50～70分であった。逐語録をくりかえし読み、心因性の健康相談に関わる養護教諭の気持ち、悩み、考え、その解決のためにとっている行動の記述の1内容を1単位として抽出し、コード化した。コードの類似性と異質性によって分類・統合し、サブカテゴリー、カテゴリー化した。

さらに、分析の信憑性を高めるため、分析の一連の過程は、看護学の研究者のスーパーバイズを5回受けて行った。また、分析結果をインタビュー対象者10名に提示し、分析結果の妥当性を確認した。

### 6. 倫理的配慮

倫理的配慮については、研究対象者に対して、目的の説明、録音の了承、匿名性を守るため個人名を特定しないようにして取り扱うこと等について口頭で説明し、文書等で承諾を得た。なお、本研究は、平成24(2012)年2月29日の飯田女子短期大学倫理委員会にて承認を受けて実施した。

## 第三節 結果

### 1. 調査対象者の概要

参加者の概要を表1に示した。平均年齢は、 $46.3 \pm 4.0$ 歳であり、年齢階層別にみると、40代が8名で、50代が2名であった。養護教諭経験年数平均は、 $24.9 \pm 3.7$ 年であった。そのうち小学校・中学校の両方に勤務した養護教諭は8名で、他2名は小学校を中心に養護教諭の経験をもつ。

### 2. 面接の分析結果

275コードから、【健康相談での心がけ】【心因性相談で上手くかかわれた要因】【上手くかかわれなかった要因】【心因性と判断する根拠】【心因性相談の困難】【心因性相談の困難への対応】の6カテゴリーが抽出された。表2から表7に示し、簡単に述べる。

なお、以下の記述において、【】はカテゴリー、《》はサブカテゴリー、『』は下位カテゴリー、参加者の語り(データ例)は小文字で示し。データ例における( )は場面の状況を説明するために研究者が補った記述部分を示す。

#### 1) 【健康相談での心がけ】

【健康相談での心がけ】とは、児童生徒に接する時、養護教諭が日頃行っている健康相談での心がけの内容であった。表2に示す。

表1 回答者の属性

	年齢	経験年数	今までの勤務学校数		現在勤務校種
			幼・小学校	中学校	
A	50代	34	5校	3校	小学校
B	40代	18	3校	2校	小学校
C	50代	31	2校	6校	中学校
D	40代	25	7校	1校(小中併設)	小学校
E	40代	26	6校	0校	小学校
F	40代	25	3校	2校	小学校
G	40代	20	3校	4校	中学校
H	40代	26	3校	3校	小学校
I	40代	28	4校	3校	中学校
J	40代	25	3校	3校	中学校

表2 健康相談での心がけ

n = 44

サブカテゴリー	下位カテゴリー
訴えやすい環境づくり	まずは児童生徒の話をよく聴く
	児童生徒が自分の思いを表現できるよう工夫する
	保健室を入り易く安心できる場所しておく
	先入観を持たないで接する
児童生徒をよく観察する	児童生徒の表情や様子を良く観察する
	身体的な訴えに対応しながら、児童生徒の思いを探る
児童生徒の主体性を促す	児童生徒と一緒に解決策を考える
	時間をかけて自己理解を深め、解決策を探し出す
教職員と連携する	養護教諭が一方的に結論を出さない
	担任に連絡し連携をとる
	全ての教職員で児童生徒を見守るようにしている
	早目に対応方法のコーディネートを行う
支援後のフォロー	プライバシーへの配慮をしつつ連携している
	児童生徒が自分で試みた結果を養護教諭に報告するよう求める
	児童生徒が試みの結果を報告したら褒める
日頃の情報収集	日頃から関係者各方面からの児童生徒の情報を収集する
	児童生徒の変化をどう見極めるか養護教諭自身の力量をつけたいと考えている
健康相談の力量向上	養護教諭以外の職務にも学びを広げている
	失敗体験から児童生徒の症状と原因について学ぶ

《訴えやすい環境づくり》《児童生徒をよく観察する》《児童生徒の主体性を促す》《教職員と連携する》《支援後のフォロー》《日頃の情報交換》《健康相談の力量向上》の6サブカテゴリーで構成された。

《訴えやすい環境づくり》とは児童生徒が保健室に入りやすく、安心して自分の気持ちを訴えることができるように養護教諭が工夫

している内容であった。

日頃から、保健室はいつも行けるところで、児童生徒が行って良かったと思える場所しておく。

《児童生徒をよく観察する》とは、児童生徒の表情や様子を良く観察し、身体的な訴えに対応しながら、児童生徒の思いを探ることであった。



やっぱり体のことを訴えてくる子が多いので、生活の様子を聞いたり、症状の様子、頭痛や腹痛がいつからかを聞いて、熱を測ったり、お腹を触ったり、脈を測ったり、その子の様子を見ていく。

《児童生徒の主体性を促す》とは、養護教諭が一方的に結論を出さずに、時間をかけて自己理解を深め児童生徒ともに解決策を一緒に考えるものであった。

(一回だけの健康相談で)終わってしまわないように、広がったり深まったりできるようにする。

《教職員と連携する》とは、児童生徒のプライバシーへの配慮をしつつ、担任に連絡し早目に対応方法のコーディネートを行い、必要があればすべての教職員で情報を共有し児童生徒を見守るということであった。

担任とも「どうでしたか?」というように、結果を受けて学級での今の様子を聞いて繋げていく。担任の先生とは必ず連絡を取り合う。

《支援後のフォロー》とは、児童生徒が自分で決めたことを試したら、その結果を養護教諭に報告するように求め、報告したら褒め、児童生徒のその後の様子について見守るものであった。

(児童生徒が)自分で実際に向かってみたこと(試みたこと)を伝えに来てもらうこと。放っておくのではなく、後日児童生徒からの報告を求める。

《日頃の情報収集》とは、日頃から学校内・保護者・地域・その他の関係機関とかかわり、いろいろな情報を得るだけでなく、関係性をつくっていくというものであった。

その時だけ(問題が生じた時)の情報だとどうしても少ないので、アンテナを高くして児童生徒のクラスのこと、家族のこと、育ちみたいな(情報を収集する)。

《健康相談の力量向上》とは、失敗体験からの児童生徒の症状や原因について学び、児童生徒の変化をどう見極めるかの力量をつけ

たいことと、養護教諭以外の職務についても学びを広げていき、健康相談の力量を高めることであった。

自分がその児童生徒をどうやって見とれるか、ちょっとした児童生徒の変化、雰囲気、言動、言葉だけじゃない児童生徒から発しているものを見極められる力を自分でも付けていかなきゃいけない。

## 2) 【心因性相談で上手くかかわれた要因】

【心因性相談で上手くかかわれた要因】とは、心因性相談で上手くかかわれた事例の中からなぜ上手くかかわれたのかを考えてもらいその要因をまとめた内容であった。表3に示す。《保護者との連携がとれた》《教職員と連携がとれた》《児童生徒と担任とのパイプ》《児童生徒の力を借りる》《関係機関との連携がとれた》《自己の理解と自律できる支援》《信頼関係づくり》の7サブカテゴリーで構成された。

《保護者との連携がとれた》とは、学校と家庭が連絡を取り合い対応でき、さらに親が抱えている悩みを養護教諭が受け止められたことであった。

お母さんがとにかく話を聞いてほしくて、お母さんが、やっぱり認めてほしい感じで、味方がほしい感じのお母さんだったので、お母さんと仲良くしたら、お子さんも落ち着いてきた感じですよ。

《教職員と連携がとれた》とは、養護教諭が一人で抱え込まずに他の教員と連携し、さらに教員間の研修会を通じて校内の対応方法を共有できたことであった。

不登校支援の先生のところにつながって、こちらのほうで今話を聞いてもらうといういろいろ出てきて一人で落ち着いて、静かな空間(不登校支援教室)で過ごせる生活ができています。

《児童生徒と担任とのパイプ》とは、児童生徒と担任との関係をうまくつなげたことであった。

担任が児童生徒のことを理解し、いじめ加害者に誤解している部分を話し、被害者のことを

理解してもらった。児童生徒の仲介が上手く行った時。

《児童生徒の力を借りる》とは、児童生徒から情報をもらったり、児童生徒の力を借りるものであった。

教員の先輩から、「集団の持つ力」という言葉を学んだ。だから、児童生徒を集団から離してはいけなくないと思ってしまう。

《関係機関との連携がとれた》とは、医療機関との連携がとれ、小中高等学校の引き継ぎができたことであった。

家でリストカットを繰り返すN子に対して、父親に担任がその事実を毎回報告することで、学校に不信感を抱くようになる。しかし、担任が変わって、病院のほうから、ケース会議を開きましょうということ、父親・学校（担任と養護教諭）・教育委員会・医師・児相（児童相談所）が集まり、「彼女が夏休みに向けて、リスクをせずに集中して勉強ができるか」という内容で話し合った。そうやって連携をとっていくと、父親も学校に対していい表情を示す。

《自己の理解と自律できる支援》とは、児童生徒が自分の心と体の状況を理解し、うまく付き合えるようになる。さらに、長所をのびしながら自分の悩みを理解し、苦手な部分

を減らしながら自律を促し解決の方法を見出す支援であった。

いつもフォローだけじゃいけないし、本人に「自分できちんと口に出して言えるようになったり、自分がそういうふうになることがよくあるっていうことが自覚できるようになれば少しずつ減るんだよ」ってというようなことを言うと、「そうかな」って言いながら、だんだん年を重ねるごとに減っていく。

《信頼関係づくり》とは、安心できる居場所がみつきり心が満たされ、児童生徒と信頼関係が築けることであった。

半年くらい様子を見ながら、「理科に行かなくても保健室にいてもいいよ」って安心できる居場所（保健室）を提供してあげた。そのことによって、精神的にも楽になり、少しずつ理科の授業にもいけるようになった。

### 3) 【心因性相談で上手くかかわれなかった要因】

【心因性相談で上手くかかわれなかった要因】とは、心因性相談で上手くかかわれなかった事例の中から、なぜ上手くかかわれなかったのかを考えてもらいその要因をまとめたものである。表4に示す。《保護者の担任への不信感》《保護者とのコミュニケーション不

表3 心因性相談で上手くかかわれた要因

n=37

サブカテゴリー	下位カテゴリー
保護者と連携がとれた	学校と家庭が連絡を取り合い対応できた時
	親が抱えている悩みを養護教諭が受け止められた時
教職員と連携がとれた	養護教諭が一人で抱え込まずに他の教員と連携したとき
	教員間の研修会を通して校内の対応方法を共有できた時
児童生徒と担任とのパイプ	児童生徒と教員のパイプ役ができた時
児童生徒の力を借りる	児童生徒の力を借りられた時
関係機関との連携がとれた	医療機関との連携
	小中高間の引き継ぎができた時
自己の理解と自律できる支援	児童生徒が、自分の（心と体の）状況を（理解し）、うまく付き合えるようになった時
	長所を伸ばしながら自分の悩みが理解できるような支援
	苦手な部分を減らしながら自律を促す
信頼関係づくり	児童生徒が自分の悩みを整理し解決の方法を見出す支援
	安心できる居場所が見つかり心が満たされた時
	児童生徒と信頼関係が築けた時

表4 心因性相談で上手くかかわれなかった要因

n = 23

サブカテゴリー	下位カテゴリー
保護者の担任への不信任	親が担任に対して不信任を抱いてしまい、次のステップへ踏めない場合
	児童生徒の愚痴を通して担任と上手くいかない
保護者とのコミュニケーション不足	親とのコミュニケーション不足
	母親の誰にも話せない辛さを察してあげられなかった
	親自身の悩みを訴えられる可能性を考えた対応ができなかった
	家庭背景を含めた問題解決ができなかった
児童生徒との対話の機会を逃した	業務量が多く丁寧な対話ができない
	沢山の情報の中から重要度を選択することができなかった
	十分な対応ができなかった
養護教諭の対応力不足	本音を引き出すことが出来なかった
	早期に心因性を見極められなかった
	養護教諭の力量がないと支援できない
	心身相関領域の知識不足

足》《児童生徒との対話の機会を逃した》《養護教諭の対応力不足》の4サブカテゴリーで構成された。

《保護者の担任への不信任》とは、児童生徒の愚痴を通して、親が担任に対して不信任を抱いて、保護者と担任が上手くいかず、次のステップへ踏み込めないものであった。

多分子どもが家で愚痴を言うのだと思う。「先生がこうやった」と言い、その言葉が全てになってしまうのだろう。それで担任と上手くいかない。

《保護者とのコミュニケーション不足》とは、親自身の悩みを訴えられる可能性を考えた対応ができず、母親の誰にも話せない辛さを察してあげられず、児童生徒の家庭背景を含めた問題解決を視野に入れずにかかわった内容のものであった。

小学校勤務になり、結構うちの方から相談も多くなった。児童生徒のことで相談に来たと思っただけが実は自分のことを話したかったのでは？と何回かの相談で気づいた。早めに気づいてあげられなかったのが、その可能性も考えて聞いてあげられたらよかった。

《児童生徒との対話の機会を逃した》とは、業務量が多く丁寧な対話をするのができず、さらに、保健室に来る児童生徒が多く重要度

を選択することができなかったという内容のものであった。

大規模校の小学校の時、「あー、あの子結構（保健室に）来てるな。いるな」っていうふう目線で確認しながらけがの処置とかに追われて、後でと思って声を掛けられなかったが多かった。

《養護教諭の対応力不足》とは、早期に心因性を見極められず、本音を引き出せず十分な対応ができなかった。さらに、心身相関領域の知識不足もあったという内容のものであった。

何かあるなと感じていた子が、次の日から不登校になってしまったので、やっぱり保健室に来るのが心因性かどうかということ、ほんとに早く見極めてキャッチし、判断し、担任と連携し見極めて支援していくことが大事なことだと思う。

#### 4) 【心因性と判断する根拠】

【心因性と判断する根拠】とは、保健室で児童生徒と健康相談をしているときに、児童生徒の訴えが心因性のものであるかと養護教諭が判断した拠り所を示す内容であった。

表5に示す。《頻繁に保健室に来る》《身体的異常所見が見当たらない》《訴えが曖昧》《過大に訴える》《普段と違う様子》《学校行事との関連から予測》《情報収集》の7サブカテゴリーで構成された。

表5 心因性と判断する根拠

n = 55

サブカテゴリー	下位カテゴリー
頻繁に保健室に来る	頻繁に保健室に来る時
身体的異常所見が見当たらない	異常所見がないのに訴える
	消去法で身体疾患が否定された時
訴えが曖昧	訴えが曖昧である
	保健室に来るが訴えない
	話の内容から辻褄が合わない場合
過大に訴える	ちょっとしたことで来る
	養護教諭に依存する子
普段と違う様子	表情の変化
	身なりの変化
	身体的所見の変化
	感情の変化
	行動の変化
学校行事との関連から予測	集団に入れない
	学校行事や部活動によるストレスや不安と関連づけて予測する
情報収集	担任からの情報
	既往歴の把握をする
	スクールカウンセラーやコーディネーターからの情報
	問診アンケートで異常を感じた時
	家庭環境から情報を得る

《頻繁に保健室に来る》とは、何も用事がなさそうだけど、何回も保健室に来るものであった。

休み時間のたびに何回も何回も来る子。

《身体的異常所見が見当たらない》とは、消去法で身体的疾患が否定された時や異常所見が見当たらないのに訴えるというものであった。

(バイタルサイン等で異常がない時、)教室で頑張れるかなっていう方向になると思うんですけど、そのときに、じゃ、教室行って、もうちょっと頑張ってみようかって言ったときに、すんなりこう、動かないとき。

《訴えが曖昧》とは、保健室に来るが訴えないか、訴えが曖昧で、話の内容から辻褄が合わないものであった。

小学生はなかなか自分の本心を伝えられない。わからないけれども体調が悪いことが多い。

《過大に訴える》とは、ちょっとしたこと

で保健室に来たり、養護教諭に手当てをしてもらわないと気が済まないものであった。

ほんとに、頻繁に、やっぱり、そういう子って頻繁に、それもととも小さいな怪我で来る。

《普段と違う様子》とは、表情の変化、感情の変化、身なりの変化、行動の変化、身体的所見の変化、集団に入れないなどの行動の変化というものであった。

体重が増えないけど、何か負荷がストレスとしてかかっているのか。

《学校行事との関連から予測》とは、学校行事(テスト等)や部活動によるストレスや不安と関連づけて予測するというものであった。

テストの時、テストに対する不安を少し自覚しつつ認めたくない児童生徒がいて、その不一致が読み取れた時。

《情報収集》とは、担任や他の教職員から情報を得たり、既往歴・問診アンケートで異

常を感じた時などというものであった。

担任等から、人間関係が最近ちょっと崩れてるとかの情報が入った時。

5) 【心因性相談の困難】

【心因性相談の困難】とは、児童生徒の心因性相談にかかわって、養護教諭が困難とされていることをあげたものであった。表6に示す。《児童生徒は訴えにくい》《保護者の協力が得られない》《チームでの支援体制の不備》《関係機関との連携不足》《養護教諭の力量不足》の5サブカテゴリーで構成された。

《児童生徒は訴えにくい》とは、児童生徒は自分自身の問題の自覚がなかったり、あっても心因性の訴えを上手に表現できない。さらに、児童生徒は心因性を否定的に捉えやすいというものであった。

保健室に相談に行くとき、身体的症状を訴えないと、他の人から「ズル休み」「さぼっている」というふうに見られる。

《保護者の協力が得られない》とは、養護教諭が踏み込めない家庭状況、又は親の協力が得られない、親の理解が不十分で心因性の問題をマイナスに捉えるというものであった。

病院とか専門機関に繋がりたいと考えても保護者が（経済的な理由で）拒否をする場合はとても難しい。

《チームでの支援体制の不備》とは、担任との連携や支援をしたいが足並みが揃わないことや児童生徒のストレスを避けてあげられない葛藤や個人対応の難しさというものであった。

自分の考えと学級担任の考えがあまりにも食い違っていたりすると、組織としてうまくやっていけない時。

《関係機関との連携不足》とは、病院等の関係機関との連携が不足しているというものであった。

精神疾患をもっている子は、身体的にも精神的にも辛いって言って来るが、話を聞くくらいしかできない。

《養護教諭の力量不足》とは、相談の仕方の知識不足やコーディネーター的役割の力不足というものであった。

保護者に働きかけるときに、どうもっていくか、あと養護教諭との関係性、誰が働きかければいいのか、健康面では専門的な立場なんで、ある程度

表6 心因性相談の困難

n = 61

サブカテゴリー	下位カテゴリー
児童生徒は訴えにくい	児童生徒は心因性の訴えを上手に表現できない
	児童生徒自身に問題の自覚がない
	児童生徒は心因性を否定的にとらえる
保護者の協力が得られない	親の協力が得られない
	親の理解が不十分
	踏み込めない家庭状況
	親が心因性の問題をマイナスに捉える
チームでの支援体制の不備	担任との連携が難しい
	個別対応の難しさ
	他の児童生徒の対応に追われ話ができなかった
	児童生徒のストレスを避けてあげられない葛藤
関係機関との連携不足	チーム支援をしたいが足並みが揃わない
	関係機関との連携が不足
	相談の仕方の知識不足
養護教諭の力量不足	コーディネーター的役割の力不足



関わられるけれど、そこらへんの役割をどうい  
ふうにすればいいか。

#### 6) 【心因性相談の困難への対応】

【心因性相談の困難への対応】とは、養護  
教諭が抱える心因性相談の困難に対してどの  
ような対応をしているかというものであった。

表7に示す。《教職員と連携する》《関係機関  
と連携する》《クラスメートから情報を得る》  
《客観的データから読み取る》《時間をかけ  
て経過を観察》《保護者との連携》《自己開示  
できる配慮》の7サブカテゴリーから構成さ  
れた。

《教職員と連携する》とは、養護教諭から  
積極的に担任等と情報交換したり、スクール  
カウンセラーと連絡を取り合い、情報を共有

する。さらに、担任との情報交換の適否も検  
討に入れるというものであった。

保健室に来た子で、ちょっと気になったら必  
ず担任・副担任や部活動顧問と話していくこ  
とによって自分が感じた違和感みたいなものが少  
しつながってくる。

《関係機関と連携する》とは、校内の児童  
生徒にとって話しやすい教員に話を聞いても  
らったり、学校外の民生委員や病院につなげ  
たりする。さらに、母親も関係機関につなげ  
るものであった。

医療機関につながっている子で、臨床心理士  
とカウンセリングすると自分の心の整理はでき  
てもアドバイスしてくれないので物足りない  
と言ってくるのを受け止める。

《クラスメートから情報を得る》とは、本

表7 心因性相談の困難への対応

n=57

サブカテゴリー	下位カテゴリー
教職員と連携する	担任教員等と情報交換する
	養護教諭から積極的に情報交換をする
	担任との情報交換の適否を判断する
	スクールカウンセラーと連絡を取り合う
関係機関と連携する	民生委員等との連携をする
	児童生徒が話しやすい教員に話を聞いてもらう
	児童生徒を関係機関につなげ連携 母親を学校以外の関係機関につなげる
クラスメートから情報を得る	クラスメートから聴く
	児童生徒の学級での位置を確認するためのQ-Uの活用 自己評価できるエゴグラムの使用 バウムテストの活用
客観的データから読み取る	家族画から家族の関係性や雰囲気を感じ取る
	ワークシート等から情報を得る
	客観的データを読み取る力を高める
	丁寧な悩みの分析
時間をかけて経過を観察	日常の保健室での客観的観察を重ねる
	時間をかけて関わる
	保護者への情報提供
保護者との連携	家族への情報提供の内容を吟味する
	児童生徒を安心させる工夫
自己開示できる配慮	悩みを言葉にしたことを褒めて促す
	質問内容を絞り、選択肢にする
	ストレートに悩みの有無を質問する

人のことを良く知っているクラスメートから情報を聴き、児童生徒の情報を得るというものであった。

「ちょっとこのごろ心配なことがあるんでね。教えて貰えれば嬉しい」と言って、アイメッセージする。その子のメッセージではなくて「私が心配だから聞きたいんだよ」と言うのと大体教えてくれる。

《客観的データから読み取る》とは、養護教諭の感覚だけでなく児童生徒の学級での位置を客観的データから把握するためにQ-Uを活用したり、児童生徒自身が自己評価できるものの活用とワークシート等の利用で、客観的データを用いて児童生徒を理解するものであった。

何回か保健室に来室するような場合には、保健室でも子ども向けに自分で自己評価できるようなエゴグラムを使って、あまり深刻にならないように、「こういうふうにするといいんだってよ、楽だってよ」みたいな感じの関わりができるようなエゴグラムを使用します。

《時間をかけて経過を観察》とは、日常の保健室での客観的観察を重ね、丁寧な悩みの分析を時間をかけて行うものであった。

私の顔をじいっと見ているので、「なんか、どうした？ つらい？ 何がつらい？」と言って、そばに行ったりすると、またじいっと顔見て。

「やっぱり言わない」って言う。何か言おうとしてこっちの顔見てるんだけど、なんかこう、言いよんどんでるというか。そのときは、言葉を選んでるのかなあって思ったり。

《保護者との連携》とは、保護者への情報提供はするものの保護者への情報提供の内容の吟味をするものであった。

お家の方に伝えて良いような内容を確認したり、伝えない方が良いという判断のものは、学校でかかわって様子を見る。

《自己開示できる配慮》とは、児童生徒が自己の思いを表現できるように、児童生徒を安心させる工夫をし、ストレートに質問し、悩みを言葉にできたら褒めて促したり、質問内容を絞り選択肢にしたりする工夫をするものであった。

「三つのうちから選んでね」とか、「二つのうちから選んでね」とか、「じゃ、そうだったら、うんって言ってね」とか。今その子が取れる最大限のコミュニケーションに合わせて質問をする。かなり深刻なことだと、なんか、言葉にできない場合もあるので。

### 3. カテゴリーの関係性

6つのカテゴリーの関係を図1に示した。養護教諭は日常児童生徒に接する時に【健康相談での心がけ】をもち、円滑に健康相談が

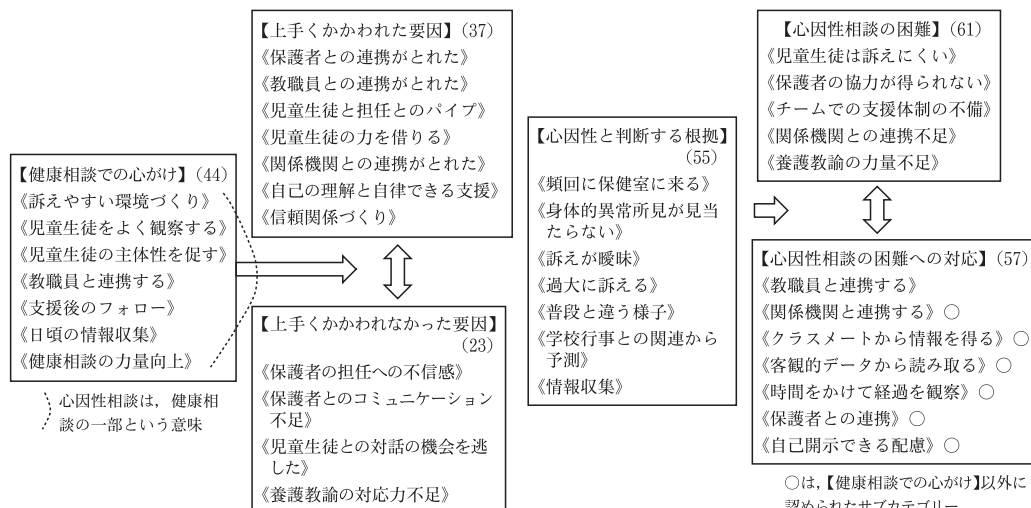


図1 養護教諭の心因性相談の困難とその対応の関連性

進められるよう工夫していた。また、養護教諭は、日常の体験事例から【心因性相談で上手くかかわれた要因】【上手くかかわれなかった要因】をもとに、養護教諭独自の【心因性と判断する根拠】をつくり出し、【心因性相談の困難】を抱きつつ【心因性相談の困難への対応】を生み出していた。

#### 第四節 考察

##### 1. 心因性の悩み《児童生徒は訴えにくい》への対応と課題

【心因性相談の困難】の一つに《児童生徒は訴えにくい》という現実が明らかになった。その内容は、『心因性の訴えを上手に表現できない』『児童生徒自身に問題の自覚がない』『心因性を否定的に捉える』という3点であった。これは、杉浦<sup>4)</sup>の先行研究と同様の結果であった。よって、心因性相談においては、まず《児童生徒は訴えにくい》という現状を十分に認識したうえで、児童生徒と向き合う必要がある。また『保健室が入りやすく安心できる場所にしておく』『先入観をもたないで接する』など《訴えやすい環境づくり》や『児童生徒の表情や様子を良く観察する』など日常の【健康相談での心がけ】が心因性の悩みを見逃さないという意味で重要だろう。

児童生徒が自分の気持ちが表現できるよう《自己開示できる配慮》では『悩みを言葉にしたことを褒めて促す』『児童生徒を安心させる』などの工夫と共に、心理テストの活用で《客観的データから読み取る》手法は、「児童生徒が自分の気持ちを自由に表現できる道具」とされ、現場でも養護教諭は画一的な使い方ではなく児童生徒の感情を把握しつつ個別で慎重な活用方法をとっていた。一方で、活用方法に戸惑う養護教諭もみられ養成の段階からきちんと学ぶ機会が必要とも言える。

しかし、養護教諭が専門家ぶって心理テストを使った結果、「あなたはこういう人でこが弱いよ」という使い方ではない、さり

げなく「辛そうだからあなたの問題を一緒に考えさせて」というスタンスで、その子に合ったものを提示し実施する。そんな使い方である。また費用がかかるものは行わない。短時間に実施可能なもののみ行い、本人にそのデータを必要に応じて開示する。小学校高学年くらいになると、「あなたは、きっと真面目すぎて疲れるのよ」と養護教諭から、本人に言ったとしても「先生は、何を根拠に？」と反対に根拠を示してほしいとばかりに反撃される。中学生になるとなおさらである。慰めなんかいらなそう思ったり、でも認めてもらいたいという複雑な感情が交錯する年齢の児童生徒だからこそ、養護教諭は軽はずみな言葉を返すことができないのである。また、インタビュー調査で約半数の養護教諭がそのような具体的な対応を行っていた。

養護教諭は、体の訴え・心と体の訴え・心の訴えに、迅速に対応していくことが必要である。保健室にたくさん児童生徒が来室してくる中で、ゆっくり一対一で語れる時間がない。しかも、児童生徒は心因性の悩みを訴えにくいということを念頭に《客観的データから読み取る》対応は《自己開示できる配慮》という面からも重要で、児童生徒のためになる簡単な心理テストを使用し自分の考えや意識下にあるものを上手に引き出し児童生徒にわかりやすいように返してあげる。そして問題解決のために一緒に考え自律できるように促す。毎日接している養護教諭だからできるものとする。児童生徒は早急に解決してほしいので保健室に来る。どうしていいかわからないので、何とかしてほしいので保健室に来る。その悩みに対応できるように、養護教諭はスキルアップしておくことが必要であろう。その中でも、対応に苦慮する部分が必ず出てくる。その時は、スクールカウンセラーや医療機関・関係機関に連絡調整をし、情報を共有し繋げていくことが重要であるとする。

さらに、《客観的データから読み取る》に関

しては、前述した永井ら<sup>2)</sup>鎌塚ら<sup>3)</sup>の研究には、見当らなかったため詳しく述べたい。養護教諭が、どのような客観的データを得て、心因性かどうかの判断と対応をしているのかということ、学級担任等が行う『児童生徒の学級での位置を確認するためのQ-Uの活用』<sup>7)</sup>、心理テストの『自己評価できるエゴグラム』<sup>8)</sup>『バウムテストの活用』<sup>9)</sup>『家族画から家族の関係性や雰囲気を感じ取る』<sup>10)</sup>、自由に児童生徒の得意な文章や絵そして交換日記<sup>11)</sup>など言葉で言い表すことが出来ない児童生徒には、『ワークシートや用紙』を渡し自由に書いてもらい、そこから情報を得て判断していた。さらに、『客観的データを読み取る力』を高めたいと思っていた。三輪<sup>12)</sup>は、心理検査について『効率性』を追うことこそが基本的利点』と述べている。1対1でゆっくり語り合うことができない保健室の中で、養護教諭は効率よくその子の問題を明確にしてあげたいという思いから自然に湧き出てきた結果なのかもしれない。

## 2. 心因性相談には養護教諭単独ではなく相談枠を広げることが重要

【健康相談での心がけ】と【心因性相談の困難への対応】の違いは何かについて考えてみた。養護教諭は、円滑に健康相談が進められるように《訴えやすい環境づくり》をしていた。忙しくても児童生徒のペースに合わせて傾聴し、元気のない児童生徒のトーンに合わせて身体症状の部位に手を当て、養護教諭が自分の手の平で感じ、脈をとり体全体の様子を受け止めるなどの『児童生徒の表情や様子をよく観察』し『身体的な訴えに対応しながら、児童生徒の思い』を探っていた。大谷<sup>13)</sup>は、元気な教師の大きな声を聞き、元気になる児童生徒もいるし、元気な声が響き合っているのが学校の特徴であるが、全員が元気である時はなく、同じ児童生徒でも状況によって異なる。もしも、児童生徒の内なる声を聞きたいなら、「小さな声での応答ができるほ

どの近い距離に、二人の相互の関係でなければならぬ」と述べて、養護教諭の児童生徒とのかかわり方について看護師と患者とのかかわりから問い直していた。このことは、体の訴え・心と体の訴え・心の訴えに関しても同様で、エネルギーの少ない状態の児童生徒へのかかわり方になるだろう。また、三輪<sup>14)</sup>は、心理臨床の見立てから養護教諭の見立ての課題を「日常の業務の中で児童生徒たちの反応」を感じながら養護教諭自身が「毎日の現場の中にこそ深い学びの機会」があると述べているように、『養護教諭が一方的に結論を出さない』で常に児童生徒から学び『児童生徒と一緒に解決策を考える』養護教諭の姿が明確にあらわれていた。

そんな中でも、養護教諭は【心因性と判断する根拠】が児童生徒から示された場合、【心因性相談の困難への対応】として、《客観的データから読み取る》《自己開示できる配慮》《クラスメートからの情報を活用》し、《教職員と連携》《保護者との連携》や《関係機関と連携》をしていた。このことは、児童生徒へのアプローチの深化と養護教諭を中心とした相談枠の広がり気づく。また、養護教諭一人で心因性相談を抱え込むというより、個人情報の保護に気を付けながら、直接かかわる担任や保護者、そして仲の良いクラスメートからの情報を受け、その子に合った専門機関へ繋げたり支援したりする広がりのある対応をしている現状が明らかになった。このことから、心因性相談への対応は、養護教諭が単独で関わるのではなく関係教職員や保護者及びクラスメートの協力を得るという対応が効果的であることが示唆された。

## 3. 児童生徒を取り巻く関係者の潤滑油となり自律支援の役割を担う養護教諭

【上手くかかわれた要因】【上手くかかわれなかった要因】の比較検討から、養護教諭がかかわった事例で上手くかかわれた(かかわれなかった)と思う事例から養護教諭が考え

た要因を抽出したものである。表3・4にそれぞれを示した。

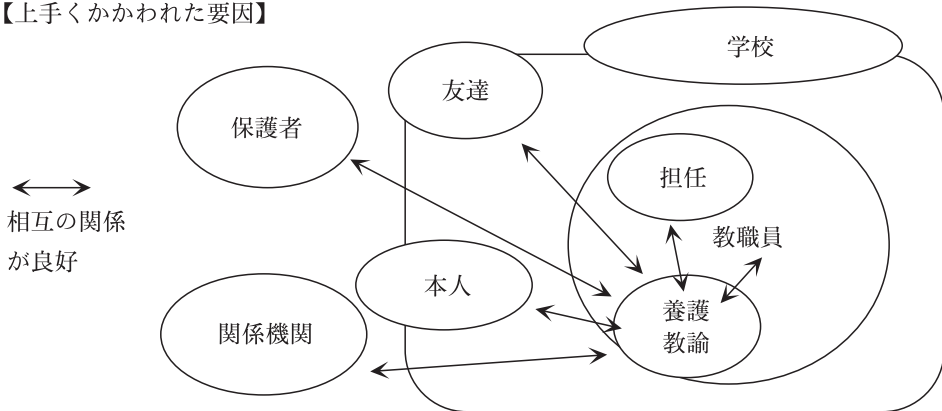
これらを簡略化したものが図2である。

図2をみると、心因性相談の【上手くかかわれた要因】は非常に細やかに相互の関係を繋げている。この図をみていくと、本人や保護者からのメッセージをうまく繋げていく潤滑油に養護教諭がなっているように思える。具体的には、《保護者と連携がとれた》《教職員と連携がとれた》《児童生徒と担任とのパイプ》《児童生徒に力を借りる》《関係機関との連携がとれた》《信頼関係づくり》のサブカテゴリーからも児童生徒（本人）以外の人との連携が重要な鍵になっていることが伺える。前述した森田<sup>15)</sup>は、連携協働の構造は、「平面図で表現できない重層構造」をもっていると述べている。まさに、その通りで図2【上

手くかかわれた要因】も簡略化している。

また、前述の潤滑油以外の要因《自己の理解と自律できる支援》のサブカテゴリーの中にある下位カテゴリーをみていくと、『児童生徒が自分の心と体の状況を理解し、うまく付き合えるようになった時』『長所を伸ばしながら自分の悩みが理解できるような支援』『苦手な部分を減らしながら自律を促す』『児童生徒が自分の悩みを整理し解決の方法を見出す支援』と、児童生徒が自ら悩みと向き合い自律できる支援を養護教諭なりの解決策をもって対応していることが伺える。このことは、まさに大谷<sup>16)</sup>が述べている養護教諭の相談の強みの特性に類似している。その強みの特性とは、生活をともにし、その児童生徒の暮らしぶり（学級生活、学校生活、家庭での生活、社会での生活）や人柄を捉えて、今のその子本

【上手くかかわれた要因】



【上手くかかわれなかった要因】

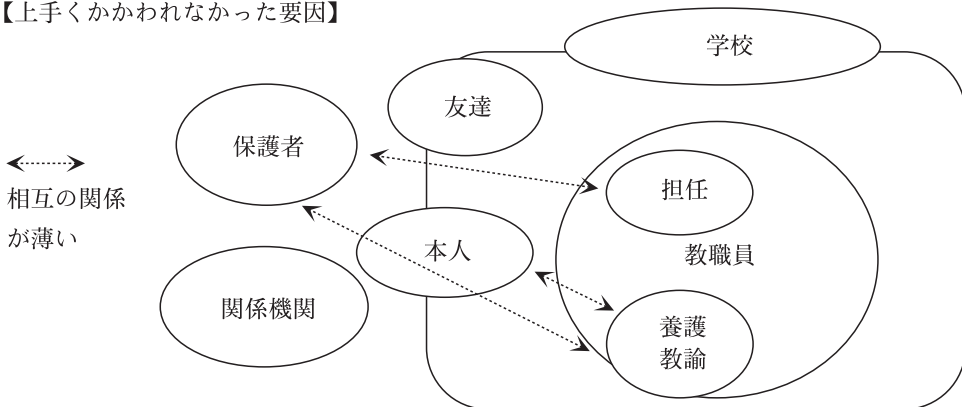


図2 心因性相談にかかわる相互関係



人が困っている状況につきあい、その子のもっている力を引き出し、その子の日ごとの成長を支援することができることと述べている。

以上のことから、心因性相談への対応は本人や保護者からの情報をうまく繋げていく潤滑油の役割を養護教諭が担っていくこと、さらに児童生徒が自ら悩みと向き合い自律できるよう支援していくことが大切であることが示唆された。

#### 4. 《普段と違う様子》など児童生徒が発するサインを見逃さない

【心因性と判断する根拠】とは、養護教諭が児童生徒と接した時、健康相談を深める必要があると判断したもので《頻回に保健室に来る》《身体的異常所見が見当らない》《訴えが曖昧》《過大に訴える》《普段と違う様子》《学校行事との関連から予測》《情報収集》の7サブカテゴリーで構成されていた。その中で、特に日頃から児童生徒と共に学校生活を過ごしているからこそわかる《頻回に保健室に来る》《普段と違う様子》《学校行事との関連から予測》は、児童生徒のアセスメントに重要な手掛かりを示すものであろう。養護教諭ならではの視点で児童生徒をみていき、児童生徒の変化に気づき、声かけて寄り添う。そのような姿が伺える。これらは、経験知から構築された養護教諭ならではのものではないかと考える。これらを秋葉<sup>17)</sup>は、養護教諭と来室生徒のやりとりを中心に、保健室のエスノメソドロロジーと呼び、「保健室の現実をつくり出す独特の方法論を構成している」と述べている。

さらに、前述した鎌塚<sup>3)</sup>には述べられていなかった《学校行事との関連から予測》は、養護教諭が学校組織の一員であることを示すのみでなく、すべての児童生徒を対象にしていることを示唆するものであった。以下の語りから伺うことが出来る。「生徒会の慣れない仕事でどのようにしたらよいかわからない時、ストレスがたまって頭痛の症状が出た子

どもは、生徒会の関係と体の症状が一致していることを認識していない場合があり、その状況がわかった時「テストの時、テストに対する不安を少し自覚しつつ認めたくない子どもがいて、その不一致が読み取れた時」などである。

また、日常児童生徒と共に過ごす中で、訴えないが《頻回に保健室に来る》、視線を合わせようとしなない・感情の起伏が激しい・ずっとずっとしゃべる・こだわりが強い・授業中の態度などの《普段と違う様子》などからのサインを見逃さないことも養護教諭の役割として重要で、心因性の訴えを早期にキャッチできる要因であると思われる。

#### 5. 養護教諭の心因性相談のあり方はどうあるべきか

1) 《児童生徒は訴えにくい》という現実を認識した上で、《訴えやすい環境づくり》や『児童生徒の表情や様子を観察する』など日常の【健康相談での心がけ】を大切にすることで、心因性相談の最初の段階を見逃さないようにする。また、児童生徒の意識下に押し込んでいるものを上手に引き出す方法(心理テスト等)を養護教諭自身が身に付けて、客観的データの結果を児童生徒に返して、自分の抱えている問題に対して自主的に向き合えるようにする。そのような一連の流れが発達段階の節目に必要な児童生徒がいる。もちろんそれだけで解決できない場合もあるが、往々にして、その一連の流れで解決できると思われる。しかし、心因性相談の最初の段階で、大勢の児童生徒の対応に追われ、対応できなかったり、心理テストやワークシート等の《客観的データから読み取る》力や方法を持ち得ていない養護教諭がいて、「子どもの困り感をうまく聞き出せないとか引き出せない」など《養護教諭の力量不足》であると自らを評価していた。そのことから、養護教諭養成の段階できちんと押さえておくべき内容なのではないかと考える。尚、約半数の養護教諭

は、いくつかの心理テストやワークシートを活用していた。

2) 児童生徒が《自己開示できる配慮》として、『児童生徒を安心させる工夫』『悩みを言葉にしたことを褒めて促す』『質問内容を絞り選択肢にする』『ストレートに悩みの有無を質問する』という対応が必要で、その方法やタイミングは、学校現場の児童生徒から常に学ぶ必要がある。

3) 《普段と違う様子》など児童生徒が発するサインを見逃さない。毎日、学校生活を共に過ごしているからこそわかる児童生徒の様子や情報から、小さなサインを見逃さず、児童生徒の変化に気づき声かけして寄り添う。その小さなサインを見逃さないためにも、児童生徒との信頼関係づくりを行っていくことはもちろんであるが、サインを受け取る感性をきちんと磨いていく必要がある。

4) 心因性相談では、養護教諭単独でなく個人情報保護しながら、児童生徒を取り巻く関係者や関係機関との連携、そして相談枠の広がりが必要である。その関係機関の一つである病院での治療と介入について、小児科医の松島<sup>18)</sup>は以下のような方法をとって、児童生徒の不定愁訴に対応していた。まず、不定愁訴は言語化できない心理的問題がかかわるものが多いと述べ、患児への具体的介入として、医療面接(①身体症状、②生活習慣、③心理社会的背景)、生活習慣からの介入(①症状緩和に必要な日常生活上の注意、②生活習慣を整える)、心理社会的背景への介入(①言語化を促す、②患児の自己イメージを良好に保つ、③心因との関連を考えることを促してみる)を行っている。さらに、家族への介入として、医療面接、親への心理的介入(①親を受容する、②症状への理解を促す、③患児への支援を実践してもらう)である。松島のこれらの治療と介入が養護教諭の心因性相談のあり方に示唆を与えるものである。もちろん、養護教諭は児童生徒を治療できないが、

小児科医と連携することによって、児童生徒の体と心を多方面から捉えることができるのではないかと考える。さらに、保健室での聞き取りや情報を医療機関に繋げることによって、診察時間の短縮や同じことを何度も聞かれ辟易する児童生徒の姿を回避させることになるだろう。

今後、関係機関との連携の部分でどのようなところで、どのような方法を使い、どのようにしたら、児童生徒の心因性相談がうまく解決できたか、一つ一つ整理していく必要があるだろう。今後の課題でもあり丁寧な分析が不可欠と考えられる。

## 第五節 結論

養護教諭が心因性相談に対して抱えている困難には、《児童生徒は訴えにくい》《保護者の協力が得られない》《チームでの支援体制の不備》《関係機関との連携不足》《養護教諭の力量不足》があり、《教職員と連携する》《関係機関と連携する》《クラスメートから読み取る》《客観的データから読み取る》《時間をかけて経過を観察》《保護者との連携》《自己開示できる配慮》の対応を行っていた。

その関係の結果から、養護教諭として望まれる心因性相談のあり方は、《普段と違う様子》など児童生徒が発するサインを見逃さないで、【心因性と判断する根拠】があった場合、《児童生徒は訴えにくい》という現状を十分に認識した上で、児童生徒を取り巻く関係者と連携し相談枠を広げ、児童生徒に対する自律できる支援をしていくことであることが示唆された。

## 第六節 研究の限界性と今後の課題

本研究では、10名という限られた養護教諭によるインタビューの結果であった。また、A県の一部の地区の養護教諭で、普遍的なものであるとは言えない。今後の課題として、関係機関との連携の部分丁寧な分析してい

くことが必要であろう。

## 第七節 謝 辞

調査に快くご協力くださいました養護教諭の皆様、そして校長先生に厚く御礼申し上げます。

## 第二章 養護教諭が抱える困難とその対応 —教育哲学的考察より—

### はじめに

本章においては、前章までの調査結果及び考察の趣旨を踏まえ、「健康とは何か」及び「健康教育はいかにあるべきか」という問いに、一定の答えを与えることが試みられる。これらの問いへの答えが必ずしも明確でないことは、養護教諭が抱える「困難」の根底にあって強い影響を与えうる。なんとすれば、インタビュー調査により浮かび上がった「心因性相談で上手くかかわれた要因」とされる諸要因は、いずれも児童生徒本人やその周囲の人物との「健康」や「健康教育」に関する共通理解や目的・目標を共有する必要を示唆するものであったからである。それゆえ、これを解決することができれば、養護教諭が判断する際に抱える「困難」にも、「対応する」際に抱える「困難」にも、解決の緒を与えることができる見込みが生まれよう。

しかしながら、「健康（病気）とは何か」は、容易な問いではない。いかなる養護教諭も他業種の専門家も、ある状態を見て、心身の「健康を損なっている」と判断しているからには、健康が何であるかを知っているのだからなければならない<sup>19)</sup>。むろん、児童生徒のある心身状態を指して「心因性の症状である」と判断するためには、言うまでもなくそれに先立って心的状態の「健康」性もしくは「病気」性とでもいうべき状態がどのようなものであるかを知っているのだからなければならない。ところが、「健康とは何か」「病気とは何か」といった定義づけは、いまだ百家争鳴といった状況

にあるというべきなのである<sup>20)</sup>。そうであれば、養護教諭がその職務として取り組まなくてはならない問題には、決定的な回答のない状況にあって、苦慮・躊躇の末なんらかの判断を下し、周囲の人物・諸機関との共通理解を得たうえで課題に対処するという「対応」を行わなければならない問題が多く含まれていることが十分にうかがえはしまいか<sup>21)</sup>。すなわち、この問題を解決することは、養護教諭が「困難」を感じている職務の一つに、正当性を認める理論的基礎を与えうるということでもあるのである。

### 第一節 健康定義の試論

#### —WHOの健康定義を手がかりに—

本章における第一の問いは「健康（病気）とは何か」である。ただし、本稿の段階では、「健康（病気）」とは何であるかを説明することができない（おそらく本研究が最後まで続けられても、確定することは難しいであろう）。その理由を示すと同時に健康を定義づけることに向けた理論的な基礎を得るために、WHOの健康定義を手がかりに考察する。確かによく知られたように、WHOの定義はwell-beingの意味に依存しており、現段階では、少なくとも私たちの問いには何らの示唆も与えない。しかしながら、WHOが提唱する「健康」状態を解釈・推測し、考察を加えることはできよう。さしあたって、その論理構造に注視されたい。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 健康とは、単に疾病や虚弱の不在ではなく、身体的、精神的、そして社会的に、完全に良好な状態のことである<sup>22)</sup>。

「単に～ではなくnot merely～」は、「～に加えて」もしくは「～を超えて」とほぼ同じ意味である。「単に博識であるのではなく人格者である」は、「博識」であり、かつそれに加えて「人格者」であるもしくは「博識」であ

ることを超えて「人格者」であるということである。すなわち、WHOによれば「健康」とは「疾病 disease や虚弱 infirmity の不在」に加えて、もしくはそれを超えて「完全に良好な状態」であることなのである。

ここでは、「完全 complete」の意味に大いに議論の余地があることが一見して明らかである。この世に完全なるものが存在するかしないかはさておくとしても、この定義が有効な意味を持つためには、少なくとも「完全」の意味は明らかにされる必要がある。

日本語では、「完全」であることとは、欠点がないこと、すなわち欠点・欠陥の不在のことであろう。英語でも、com は強意語であって、plete が「揃っている」「満ちている」等の意味を持つ。すなわち、私たちがごく普通に使う言葉の上では、「完全」とは欠点・欠陥なく全てが揃っている状態を指しているのである。そして、「健康」上の欠点が「疾病や虚弱」であるとすれば、「疾病や虚弱の不在」状態をもって健康としてもよいはずである。安西はこれを「結果的に同じことを述べている」と述べ、この定義が抱える論理的誤謬を指摘した<sup>23)</sup>。「完全」が「欠点・欠陥の不在」を意味する限り、その指摘は全く正しいであろう。

しかし、WHOの意図は必ずしもそうではなかった可能性もまたあるとはいえないであろうか。というのは、「完全である」とことと「疾病や虚弱の不在」状態とを、同じものであるとは考えていないからこそ、「単に疾病や虚弱の不在ではなく完全な」と述べたのではないかという推論もまた成り立つからである。すなわち、WHOは無病状態よりさらに進んだ、上の状態がありうると考えており、その究極的な行き着く先をこそ「完全である」と呼ぼうとしているという可能性も（「完全」が「欠点のない状態」を指すか否かを厳密に問わないとすれば）、「同じことを述べ」る誤謬を犯したという可能性と同じように、推定できるのである。

もしこの推定が当を得ているとすれば、WHOは「健康」を実現しようとする者に、無限の「前進」を要求してしまっている可能性がありはしないであろうか。なんとすれば、「完全」であることを、「疾病や虚弱の不在」状態を超えたものとして設定するのであれば、その先にはもう明確な目標となるものがないからである。かりに、オリンピックゲームで金メダルを獲得するほどの強健な肉体をもち、かつノーベル賞を受賞するほど聡明であって誰もが敬愛するほどの寛大な精神をもち、さらに大国の大統領なみの社会的地位にあり考えられる限りの人間関係に恵まれたとしても、それをもって complete とする根拠はどこにもない。「疾病や虚弱の不在」状態を超えたなんらかの強健・強壯状態を「完全」とすれば、無限の前進のみにより実現できるものとして（そして誰にも無限に前進することはできない）、「完全」を位置づけるしかなくなるのではないか。35 km を走ることのできる人は、35.1 km を走ることのできる人に比べれば欠陥をもつことになりかねない。むろん、35.1 km を走ることのできる人は35.2 km を走ることのできる人に比べれば「完全」ではないことになるであろうし、35.3 km を走ることのできる人に比べたらさらに「不完全」であることになるだろう。では何 km 走ることができたら「完全」なのか、という問いには、誰も答えることができない。限界を定めた時点でそれは論理的に「完全」ではないことになるからである。

小山の頂に巨大な岩を押し上げることを課せられたシシュポスは、決してそれを達成できないとは知らずに、無限に岩を押し続ける。神が、無限に徒労を続けることをもってシシュポスへの罰としたからである。もしシシュポスが、これが無限に続くこと知らされてもなお達成を求めて岩を押し続けるとすれば、それは彼が「いつか無限を達成できる」という論理的な誤謬を抱いたからとしか、私たちには述べようがあるまい<sup>24)</sup>。



そうした無限の「前進」を要求することをせずに「健康」を定義する方法としては、「一人ひとりのライフスタイルに全く（完全に）支障が生じない」状態をもって「健康」とする方法が考えられる<sup>25)</sup>。すなわち、「その人の人生にとって完全」であるといったように、「健康」を主観的・相対的なものとして位置づけることである。

かりにオリンピックゲームに出場するマラソンランナーがなんらかの疾病に罹患し、35kmしか走れない心身状態になったとすれば、それは本人にとっては選手生命を絶たれかねないほど不都合なことであろう。しかしその状態は多くの人々の身に起こったところで、その人々にとっては35kmを走れないこと自体はなんら不都合なものではない。もちろん、もし、「健康」がこのように、人々一人一人のライフスタイルにとって都合のよい心身の状態のみを指すとすれば、すなわち主観的・相対的なものにすぎないものとすれば、「疾病や虚弱の不在」は健康の必要条件にすらなりえないであろう。なんとすれば、一つや二つ「病氣」とされる状態を抱えていても問題がないと認めうるライフスタイルもありうるからである<sup>26)</sup>。確かに35kmしか走れない心身状態は、42.195kmを走ることのできた当時の心身状態に比べれば健康を害している状態であるかもしれない。しかし、彼は10kmも満足に走ることのできない多くの者に比べれば、堂々たる健康体の持ち主であるともいえるのである。

「健康」をいかに定義づけするにせよ、いずれ私たちは、こうした混乱を解決するために、「健康」関連の諸概念を整理する必要性に迫られるであろう。健康諸概念の整理にあたっては、人間の快・苦感情を詳細にリスト化した英国の哲学者ベンサム（Jeremy Bentham, 1748-1832）の分類がさしあたっての参考となろう。ベンサムは、『道徳および立法の諸原理序説』において、「健康」を「疾病の不在 absense of disease」としたうえで、「強健 strength」「強

壯 hardiness」との違いを、以下のように説明している。

強健であるという事情は、健康…(中略)…とは完璧に区別されうる。同じ人ならば、健康という点で悪い状態に比べればよい状態の方が、たしかに一般的にはより強健 stronger であろう。しかし、ある人は、健康状態が悪くとも、健康状態のよい別の人よりもより強健であるということが起こりうる。…(中略)…健康は、私たちが見てきたところ、消極的な事情であるが、強健は積極的な事情なのである<sup>27)</sup>。

強壯は、…(中略)…強健とは区別されうる事情である。強壯とは、過敏性 irritability の不在である。…(中略)…過敏性とは、前者の意味では、…(中略)…苦痛を受ける傾向性である…(中略)…後者の意味では、…(中略)…疾病に罹患しやすい傾向性のことである<sup>28)</sup>。

こうしたベンサムの分類に従って考えてみれば、混乱した諸概念をある程度まで整理することができよう。35kmしか走れなくなったマラソンランナーは、「健康」を損なっているかもしれないが、10kmも走れない人に比べれば、「強健」なのである。しかし、走るべき積極的な理由のない人々にとっては、どの程度の距離まで走れるかには全く関わりなく「健康」であって、かつ「強健」ではないということがありうるのである。同様に、疾病に罹患しにくい人は「強壯」であるが、かりにいま疾病に罹患し「健康」を損なっていたとしても、それをもって「強壯」でなくなったわけではない。疾病に罹患しやすい人は、疾病に罹患していなければ「健康」でありうるが、いま疾病に罹患しているか否か、罹患予防を怠りなく行っているか否かには全く関わりなく、「強壯」ではないのである。

すなわち、この分類によれば、「健康」は「病氣の不在」であって、これは、「病氣」の定義を確定することができさえすればそれと同時に意味が確定されうる。むしろ、これは文化や社会、あるいは個人によって何が「病氣」であるかは異なるといったように、「病氣」



を主観的・相対的なものであると考えることは矛盾しない。また「強健」は相対的性質であり、ある人がある面では、別の人の同一面よりは強健である、強健でないということはできるが、ある特定の心身状態のみを指して「強健」である・ないということとはできない。同様に「強壯」は、「疾病」の定義いかんにも左右されるが、何より「罹患しやすい」は相対的な性質であって、ある特定の心身状態のみを指して「強壯」である・ないということとは難しいであろう。

私たちが、このような諸概念の整理法に妥当性を認めるのであれば、私たちは「健康」の定義づけ方針の一つを得ることが可能になる。それは、「健康」を何らかの「完全」な状態であることとして定義しないか、または、「健康」を主観的・相対的なものとするか、もしくはこれらの両方にするかである。もし、「健康」がそうした主観的・相対的なものでなく、一人一人のライフスタイルなど歯牙にもかけない客観的・絶対的なものとして想定するのであれば、無限の「前進」を要求する以外に、「完全」を意味づけることができなくなってしまふからである。

## 第二節 健康教育の正当性確立に向けた試論

### 一健康の実現と健康価値志向性の実現一

本節においては、「健康教育」がいかにあるべきかが考察される。むろん、「健康」の定義なしには、原理的には誰も「健康」を実現するための営みを意図的に行うことができないのは、自明のことであろう。しかしながら、「健康」の定義づけは前節において示されたように、極めて困難であり、誰もが「健康」の定義づけを待つわけにはいかないこともまた、自明のことであろう。それゆえ、「健康を実現するための営み」がいかにあるべきかという考察は、「健康」の定義づけの進展に伴って進められつつも、別の切り口からの考察も

同時に進められるべきであろう。そこで、ここでは前章の調査結果及び考察と、本章前節における「健康」の定義づけ方針に支障のない範囲で、現代日本の初等中等教育における健康教育に範囲を絞って、基礎的な考察を試みることにしたい。

「疾病」の発見及び治療が、「健康」を実現する方法の一つであることに、さしあたりの異論はなかろう。そうであればこそ、児童生徒の「健康」を実現しようとする養護教諭が、「早期に心因性を見極められ」なかったことや、「心身相関領域の知識不足」を、自らの「対応力不足」が原因であると考えるのであろうし<sup>29)</sup>、「疾病」の治療を行う「医療機関との連携がとれた」ことを、「上手くかかわれた要因」と考えるのであろう。こうした養護教諭の思考内容は、ごく当然・自然なものであるように見える。

また、インタビュー調査において、養護教諭が問題の解決（この場合は「心因性」の問題を解決することで「健康」を実現しようとする）にあたって、校内外の関係者と積極的に「連携」しようとしている姿勢が見られたが、これは、日本全国の初等中等教育学校における生徒指導の方針と通底している。平成22(2010)年に、既存の生徒指導関係資料を総括・発展させた形で文部科学省より『生徒指導提要』が提示されたが、そこにおいて教育相談における「連携」の方針が端的に示されたのが、以下の箇所である。

#### ・校内における連絡調整

個々の教員が直面する問題が深刻な場合や学年や学年を超えて広範囲に展開している場合に、学年教諭を始め管理職、生徒指導担当、特別支援教育コーディネーター、不登校問題の担当、養護教諭、スクールカウンセラーなどへつなぎ、連携を図ります。また、校内に相談室が設置されている場合、相談室の利用方法や運営方法について校内でルール化し、カウンセラーと共通理解を図っておくことが必要です。複数の

カウンセラーが配置されている場合にはカウンセラー間の連絡調整も重要な役割となります。

・校外専門機関との連絡調整

問題が学校教育の範疇を超えて地域の教育機関や医療機関、福祉機関とかかわることがあります。教育相談所(室)、児童相談所、家庭支援センター、民生・児童委員、医療機関、警察、児童館など連絡を取り合い、連携して支援します<sup>30)</sup>。

こうした方針を踏まえれば、「養護教諭が行う教育相談」が、以下のようなものとして、すなわち「連携」を強調されたうえで示されるのは、ごく当然のことであることが察せられよう。

そのため、保健室には、心身の不調を訴えて頻回に保健室に来室する者、いじめや虐待が疑われる者、不登校傾向者、非行や性的な問題行動を繰り返す者など、様々な問題を抱えている児童生徒が来室します。養護教諭は、このような問題を抱えている児童生徒と日常的に保健室でかかわる機会が多いため、そのような機会や健康相談を通して、問題の早期発見、早期対応に努めることが重要です。対応に当たっては、医療機関等の関係機関との連携の必要性の有無について適切な判断を行えるようにするとともに、学級担任・ホームルーム担任等をはじめ教育相談部などの校内組織と連携して対応に当たることが大切です<sup>31)</sup>。

かくも「連携」が重視されるのは、文部科学省に、問題の解決は「「だれが取り組んでも難しい」ことを認め合い、責め合わず、様々な人々の力を借りながら根気強く問題に取り組んでいくことが重要<sup>32)</sup>」である、という判断があるからである。こうした「連携」重視姿勢自体への適否判断は控えるとしても、本研究のインタビュー調査において養護教諭による「心因性相談の困難への対応」として、「教職員と連携する」、「関係機関と連携する」「保護者との連携」が挙げたこと、および、「心因性相談で上手くかかわれた要因」として「保護者との連携がとれた」「教職員と連携

がとれた」「関係機関との連携がとれた」が挙げたことは、特筆に値しよう<sup>33)</sup>。

こうした問題解決(本稿においては「心因性」の問題を解決すること)のための教育相談は、『生徒指導提要』において「問題を解決する(問題解決的・治療的)教育相談」と呼ばれている<sup>34)</sup>。注目すべきは、これが唯一の教育相談型式ではないということである。『生徒指導提要』においては、「問題を解決する(問題解決的・治療的)教育相談」と並ぶものとして「問題を未然に防ぐ(予防的)教育相談<sup>35)</sup>」が、他に、コラム扱いとはなっているものの、「最終的には我が国の学校教育の中に統合し組み込んでいく」ことを想定した「育てる(発達促進的・開発的)教育相談<sup>36)</sup>」が挙げられている。

「起こった問題を解決する」ことに終始するだけでなく、「問題が起こらないように予防する」、「後難を予防するためにごく初期に対処する」ことは、学校のみならずあらゆる組織にとって当然の発想であるし、ましてや人間形成の場である学校教育にあっては、「そもそも問題が起こらないような精神的・物理的諸条件を形成する」ことは、ごく当然・自然な発想であるといえよう。

そうであれば、「健康実現のための教育は正当性をもつか」は、一見容易な論点であるように見える。誰もが「健康」に価値を感じており、子どもに健康に育ってほしいと願っているのであれば、健康実現のための教育の正当性を疑うまでもないと考えられるであろう。むろん、現段階で「健康」の意味が確定できないのであれば、この論点も容易ならざるものとなる。それゆえ、「健康」の厳密な意味を要求することは保留せざるを得ない。そこで、「あることを強制的に教育することは正当性もちうるか」という論点に重点を置き、これに一定の結論を出すことを試みる。しかる後に、その「あること」と「健康」との関連を論じることをもって、「健康を実現す

るための教育」の正当性確立に向けた試論としたい。この正当性が認められれば、養護教諭が行う職務が正当性を認められうる基礎的根拠の一つとなりうるであろう。

安西によれば、強制教育は、一定の条件の下で正当性をもつ。その条件とは、第一に対象が子どもであることである。第二に、目的が子どもを自由にするため、というものに限られることである。この根拠を示すために、安西に倣って英国の哲学者・経済学者J.S.ミル（John Stuart Mill, 1806-1873）による『自由論』中の、危険な橋を渡ろうとする人の例えを挙げて考察したい<sup>37)</sup>。

もしも官吏または誰か他の人でも、危険であると確かにわかっている橋を渡ろうとする人を認め、しかもその人に危険を知らせる余裕がない場合に、その人を捕えて引き戻したとしても、けってその人の自由に対する真の侵害とはならないであろう。なぜなら、自由とは人が欲することをを行うということの中に存するからであって、かつ彼は川に落ちることを欲してはいないからである<sup>38)</sup>。

この例が示すのは、一つには無知の状態では自由な判断ができないということである。この橋を渡ろうとする人は、その橋が危険であることを知らないがために、つまり無知であるがために自らの欲しない結果を引き起こすことを予想できずに、その橋を渡ろうとしているのである。その橋が危険であることを承知の上であれば、その橋を危険を冒して渡るか、それとも危険を避けるために渡らないかを自由<sup>に</sup>に判断・選択することもできようが、無知のままでは、すなわち行く手に何が待ち受けているかを知らないままでは、そうした自由な判断・選択ができないのである。いま一つは、無知でなく、かつ判断力の備わった人物の判断・選択に対して、何らか強制力をもってこれを抑止したとすれば、（それが、例えば他者への危害防止等のためにやむを得ず行われた等の事情による正当な抑止である

か否かにはかかわらず）それは彼の自由を侵害したことになるということである。

健康教育の場合はどうであろうか。確かに、個人の自由な「健康」管理に他者（国家、学校等をも含む）がなんらかの強制力をもって干渉してよいと無邪気に信じることは明らかに適当でない。それは、現代日本に生きる者にとっては当然のことであろう。それゆえ、義務教育という手段を用いて、「健康」には高い価値があって、それを保持増進しなければならぬと年少期から国民に信じさせるとなれば、それは自由を侵害することになりかねないのではなかろうか。

しかしその一方で、自らの不節制が将来的に引き起こす結果の意味内容を正確に知ることは誰にとっても難しいことであって、それは年少期であればなおさら難しいことにも疑いの余地はなかろう。子どもは、健康がどのようなものであって、それを保持増進することや損なってしまうことがいかなる結果を引き起こすかということに関しては、明らかに大人以上に無知であると想定することは決して不合理なこととはいえない。それゆえに、子どもは「健康」に関して自由な判断・選択ができないのであるから、他者が強制力をもってこれに介入し子どもの「健康」を保持増進させたとしても、子どもの自由を侵害したことにはならないであろう。そうであれば、子どもが「健康」に関して自由に判断・選択ができる状態になるまでは、子どもを「無知」でなくするための健康教育は当然に是認させるべきであると考えることができる。

「健康」と「自由」、「教育」のこうした関係を整理するためには、健康を実現することと、健康であることに価値を感じそれを望むこと（さしあたり「健康価値志向性」と呼ぶ）を実現することとを、分けて考える必要がある。自身が「健康」であることを望みながら諸般の事情でそれを実現できない人もあろう。逆に、「健康」でありながら、別段それを意識せ

ず積極的に望んでいない人もあろう。そうであれば、子どもの「健康を実現すること」と子どもの「健康価値志向性を実現すること」とは、別のことであることが理解されよう。

学校が子どもの「健康を実現すること」が、優先順序の問題を別にすれば、義務教育の目標として是認されることに、さしあたりの異論はなかろう。少なくとも、不健康な子どもに育てようとすることは、明らかに他者に危害を与えることであり、精神・身体を自由を侵害することにもなりかねない。しかしながら、子どもの「健康価値志向性を実現すること」には、解決されるべき問題があると言わなければならない。原則として、何人も他者に何かを望んだり欲したりすることを強制することはできないからである。かりにこの強制が技術的に可能であるとしても、それは他者の精神的自由を侵害する可能性をはらんでいる。それゆえ、「育てる(発達促進的・開発的)教育相談」、各教科、道徳等の各領域の教育活動において行われる健康教育にあたるに際しては、「健康」の価値の取り扱いや、「健康価値志向性」の形成方針を、それが私たちの「自由」の問題でもあることを認識したうえで慎重に検討し、関係者間の共通理解の基礎とすることが、大きな課題となりうるといえるのではないか。

### 第三節 おわりに

『生徒指導提要』において示された「問題を解決する(問題解決的・治療的)教育相談」、「問題を未然に防ぐ(予防的)教育相談」、「育てる(発達促進的・開発的)教育相談」は、「健康」や「自由」を始めとする、私たちがなんらかの価値あると認めるもの・ことを実現し、それが損なわれないようにするためにこそ、有効であって、妥当なものとして、承認・支持されることはいうまでもなかろう。

しかし、本稿において示唆されたように、「健康」の定義づけが極めて困難なことであ

るとしたら、心因性の問題に対して養護教諭が行う教育相談における「判断」にも「対応」にも、究極的には根拠づけできないもの・ことが生じてくることになる。インタビュー調査において浮かび上がった、「心因性相談で上手くかかわれた要因」や「心因性相談で上手くかかわれなかった要因」は、結果としての「健康」が実現されたこと、あるいは実現されなかったことや、その見込みの感覚が主な根拠とされるであろう。しかし、そもそも「健康」が何であるのかがはっきりしなくては、養護教諭がその際に行った「判断」も「対応」も、その評価が究極的には不可能になってしまうのである。

しかしながら、仮にそうであるからといって、養護教諭は自らの職務・使命を果たすにあたって消極的になるべきであると結論されるわけでは全くなかろう。ましてや、自分で「判断」や「対応」をせずに「専門家」に全面的に依存するべきであるという結論には全く至らない。むしろ、「健康」の定義づけがきわめて難しいことは、養護教諭のみならず誰にとっても(さまざまな立場によってその負担感の軽重はあろうが)等しく困難な状況が起りうることを示唆しているのである。そして、それがために、養護教諭の職務遂行に困難が生じているのであれば、相当に難しい条件下において職務・使命を誠実に果たそうとしている養護教諭の存在が強く示唆されているといえるのではないか。このことは、もっと注目されるべきである。なんとなれば、決定的な根拠のない「健康」を実現するために周囲の人物・機関との共通理解を得るといふ難題に、そうと知らずに取り組まなければならない、問題の困難さに自らを責めざるを得ない(それを難題と考えない他者により否定的な・低い評価を下される可能性すらある)状況と、「この難しい問題に対して、最善(もしくは最適)を尽くしている」と自他ともに言うことのできる状況とでは、大きく異なっていることは明らかであ



るからである。

この難題に対しては、哲学的・教育的考察のさらなる深化が図られなくてはならないであろう。なんとすれば、「健康」を定義づける試みはまだごく初歩の段階にあって、大きな議論の余地が残されているからである。さらに、「健康」の定義や、あるいは定義づけの成否そのものが、「健康」関連職に従事する者の職務内容にいかなる変化を与えうるかも、究明が行われるべきである。その際には、養護教諭をはじめとする教育職に従事する者の、職務としての健康教育にいかなる影響を与えうるか、その影響にいかに対処するべきかという、より具体的な教育学上の課題が浮かび上がってくることになる。

#### 引用・参考文献及び資料

- 1) 森田光子, 木幡美奈子, 清水花子: 総説 健康相談活動における連携・協働に関する研究の動向. 学校健康相談研究, 3(1), 1-10, 2006.
- 2) 永井利枝, 青嶋昌子, 有野久美他: 養護教諭が心因による保健室来室者と判断した根拠と対応. 学校健康相談研究, 6(3), 2-13, 2010.
- 3) 鎌塚優子, 岡田加奈子: 児童生徒に心の問題が存在する可能性があるかと判断するときの養護教諭の視点—フォーカス・グループ・インタビューによる小学校, 中学校, 高等学校の視点の抽出—. 日本健康相談活動学会誌, 5, 40-65, 2010.
- 4) 杉浦守邦: ヘルス・カウンセリングの進め方 3 心理テストの進め方・読み方, 東山書房, 京都, 1991.
- 5) 三木とみ子・徳山美智子編: 健康相談活動の理論と実際, ぎょうせい, 東京, 2007, pp.235-241.
- 6) 財団法人日本学校保健会: 子どものメンタルヘルスの理解とその対応, 日本学校保健会, 東京, 2007, pp.1-2.
- 7) 河村茂雄: 学級づくりのためのQ-U入門 楽しい学校生活を送るためのアンケート活用ガイド, 図書文化社, 東京, 2006.
- 8) 杉浦守邦: ヘルス・カウンセリングの進め方 3 心理テストの進め方・読み方, 東山書房, 京都, 1991, pp.152-183.
- 9) 前掲, ヘルス・カウンセリングの進め方 3 心理テストの進め方・読み方, pp.26-108.
- 10) 前掲, ヘルス・カウンセリングの進め方 3 心理テストの進め方・読み方, pp.109-151.
- 11) 小沢牧子: 「心の専門家」はいらない, 洋泉社, 東京, 2002, p.81.
- 12) 三輪壽二: 心理臨床における見立てと実際の課題. 学校健康相談研究, 4(1), 16-17, 2007.
- 13) 大谷尚子: 「児童生徒の見方・かかわり方」を問い直す. 学校健康相談研究, 7(2), 35. 2011.
- 14) 三輪壽二: 心理臨床における見立てと実際の課題. 学校健康相談研究, 4(1), 16-17, 2007.
- 15) 森田光子, 木幡美奈子, 清水花子: 健康総説 健康相談活動における連携・協働に関する研究の動向. 学校健康相談研究, 3(1), 9, 2006.
- 16) 大谷尚子: 養護教諭の専門性と健康相談～「専門家」ぶらないことの意義とその落とし穴～. 学校健康相談研究, 5(1), 2-7, 2008.
- 17) 秋葉昌樹: 教育の臨床エスノメソドロジー研究, 東洋館出版社, 東京, 2004, p.5.
- 18) 松島礼子: 生活習慣や心理社会的側面への治療的介入の実際. 小児診療, 74(1), 111-116, 2011.
- 19) 医師だけが診断してよい, 「心の専門家」だけが判断するべきである, といった役割・業務の問題には, 本稿では立ち入らないものとする. 現段階では, 「この子は病気である」「この子は健康である」という判断行為は誰もが行うことができるも



- のでなくては、相談・受診する・させることすら困難になる、と述べるにとどめる。
- 20) こうした百家争鳴の状態を示す資料としては、例えばJames M. Humber and Robert F. Almeder (ed) : *What Is Disease?*, Humana Press, 2010などが挙げられる。同書においては、ブースのBST (biostatistical theory), すなわち健康とは統計学上ノーマルであることが要因となるという理論を軸に、病気を「有害な機能障害」とするもの、健康を「種のデザインにとって快適」な状態とするもの等、様々な病気・健康の定義が取り扱われる。
- 21) そうであるからこそ、「病院へつなぐ」「専門機関へつなぐ」といった意識の在り方が生じるのであろうと考えられる。
- 22) この健康定義は、WHO憲章前文より引用した。なお、これは、WHOのウェブサイトにおいて閲覧できる ([http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf), 2013年12月現在)。なお、この引用に併記された和訳は、奥井現理によるものである。
- 23) 安西和博：文化と病気－健康とは何か－。秋田県立大学総合科学研究彙報4, 52-53, 2003.
- 24) このシシュポスの逸話はよく知られた有名なものであるが、容易に参照できる資料として挙げられるものの一つに、ブルフィンチ (野上弥生子訳) : ギリシア・ローマ神話, 岩波書店, 東京, 1978, p.346. がある。
- 25) 前述の安西は、「病気は、障害である」と述べ、それぞれの文化・社会が基準とする生活様式に従った生活を送ることに支障が生じることを、私たちはそれぞれの文化圏・社会内において「病気」と呼んでいるとした。なお、安西は、本来は「病気」や「健康」を、個人単位で考えられるべきものとしてとらえなおすことを想定している (前掲論文, pp.76-77).
- 26) 例えば、しばしば言及される「奴隷逃亡症」はそうした例であると見ることができよう。
- 27) Jeremy Bentham ; *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Clarendon Press, Oxford, 1789, p.46. なお、引用に際しては、1823年の新版を復刻したものを用いた。また、邦訳は関嘉彦 (責任編集) : 世界の名著 38ベンサム J.S.ミル, 中央公論社, 東京, 1967, p.126を参照した。
- 28) *ibid.*, pp.46-47. また、前掲の邦訳 pp.126-128を参照した。
- 29) 本稿 p.95
- 30) 文部科学省：生徒指導提要, 2010, p.122. なお、この『生徒指導提要』は、文部科学省のウェブページにおいて ([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/22/04/1294538.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/22/04/1294538.htm), 2013年12月現在), 全文を閲覧することができる。
- 31) *Ibid.*, p.123.
- 32) *Ibid.*, p.119.
- 33) 本稿 pp.93-94.
- 34) 文部科学省：生徒指導提要, 2010, p.106.
- 35) *Ibid.*, p.112.
- 36) *Ibid.*, p.114.
- 37) 安西和博：教育 (学) はどこでいかがわしくなるか－ご質問にお答えして。教育思想25, 55-58, 1998.
- 38) John Stuart Mill : *On Liberty* (1859), *The Collected Works of John Stuart Mill volume XVIII*, University of Toronto Press, 1977, p.294. なお邦訳は、関嘉彦 (責任編集) : 世界の名著 38 ベンサム J.S.ミル, 中央公論社, 東京, 1967, p.326を参照した。
- 上記の他に、参考文献として以下のものを記す。

1. 上杉正幸：健康不安の社会学 健康社会のパラドックス, 世界思想社, 京都, 2000.
2. 佐藤純一他：健康論の誘惑 Addicted to Health Discourses, 文化書房博文社, 東京, 2000.
3. 森下直樹：健康への欲望と〈安らぎ〉ウェルビカミングの哲学, 青木書店, 東京, 2003.
4. ルネ・デュボス（田多井吉之介訳）：健康という幻想 医学の生物学的変化, 紀伊國屋書店, 東京, 1964.
5. Paul Bloomfield : *Moral Reality*, Oxford University Press, Oxford, 2001.
6. Thomas S.Szasz : *The Myth of Mental Illness - Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Harper Perennial, New York, 1974.