

〔展望〕

保健室における子どもの不定愁訴への 養護教諭の対応について

—先行研究の検討—

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科：金田（松永） 恵
筑波大学大学院人間総合科学研究科：庄司 一子

Treatment for Children's General Malaise at School Nurse's Office:
A Review

Megumi (Matsunaga) Kaneda and Ichiko Shoji

はじめに

不定愁訴は医学用語であるが、特定の診断を表すものではない。最近の医学雑誌によると不定愁訴は「部位、時間、基礎疾患が不定で、自覚症状は存在するが、因果関係を認めるような客観的所見が乏しい症候の総称」とされる（頼藤, 1988; 八賀・松本, 2006; 関口, 2006; 泊, 2006; 平岩, 2007）。しかしこの定義は、医学で共有されるものではない。

不定愁訴という用語は古くから婦人科、特に更年期障害に関連して用いられてきた。現在のような治療が確立するまで、更年期症状には対症療法が中心であった。これまで多くの女性がつらい時期を耐え、通りすぎてきた経緯から、更年期症状に悩む中高年の女性に対しては「気の持ちよう」との励ましもなされてきた。この励ましは、症状からくる苦痛を他者に訴えた女性にとって、誰かに頼らず、自力で乗り越えるようにと突き放すメッセージと受け取ることができる。また「不定」であり、「不確かな訴えに対する客観的所見の乏しさ」は、いかにもこの症状に対する了解不可能性の意味も含まれているように受け取ることも可能である。

しかし、近年、小児における発生頻度が高くなり、学校保健分野でも医師を中心とした調査

報告がみられるようになってきた（伊藤・石井・沖, 2000; 平岩, 2007）。学校、中でも子どもの健やかな成長を援助する保健室において、「気の持ちよう」とイメージされるこの用語は最近までほとんど用いられてこなかった。しかし最近では、養護教諭や養護教諭養成課程の学生が高い割合でこの対応に困難を感じていることが明らかになりつつある（岡田・岡・田中・渡口・原之菌・平島・太田・筒井・角田・岩田, 2008; 大森・河田・鈴木・中野, 2010）。

養護教諭は日頃よく「気持ち悪い」「頭が痛い」「おなかが痛い」などと浮かない表情で保健室を訪れた子どもに対応する。養護教諭は子どもに問診、検温、触診などを行う。そして発熱や腹部の張りといった明らかな所見がないと、教室に戻り学習を継続するよう指示する。しかし時には養護教諭が教室に戻るよう指示しても、子どもが「まだ気持ち悪い」と身体症状の存在を訴え、教室に戻ろうとしないことがある。すると養護教諭は子どもに教室で学習することの大切さを説いたり、話題を変え、雑談をまじえながら様子をみたりする。前者のように応じると子どもが養護教諭に頑なに身体症状を訴え、不満を持つようになる。そして後者のように応じると子どもの態度は軟化するかもしれない。しかし教室で子どもの帰りを待つ学級担

任は保健室で子どもが甘えていると不満を持つようになり、学級担任と子どもの良好な関係を保つことが難しくなることがある。故に養護教諭による子どもの不定愁訴への対応は難しくなりやすい。

従来養護教諭の独自の機能として注目されてきた対応に、軽微症状への対応がある。とるに足りない身体症状を表現した軽微症状と、身体症状の多彩さや曖昧さを表現した不定愁訴は、日頃保健室でよくみられ、しかも多くは重篤な器質的疾患と結びつきにくい身体症状の表現として、共通する点が多い。福田(1980)は医学的にほとんど扱われない子どもの軽微症状への、養護教諭の対応の重要性を強調し、そこに看護と教育に跨がる養護の独自の機能があることを指摘した。

養護対応の基本的な考え方には、応急処置に必要な医学から派生した「診断」、健康相談に必要な相談学から派生した「受容」がある。しかし不定愁訴では客観的な所見がなく、多くは器質的疾患との関連が薄いことから、医学的な診断が難しい。加えて身体症状に潜む悩みを見きわめるまでに時間を要するため、子どもの心の問題を診断するという考え方だけで対応するには限界がある。さらに自ら教室に戻ることが少ない子どもに対し教室復帰を促すには、受容的な対応だけでは十分でない。そこで増え続ける子どもの不定愁訴への保健室における養護教諭の対応を究明し、養護教諭の独自の機能として明確に位置づければ、養護教諭は今後、子どもの不定愁訴に対する困難を低減して対応できるのではないだろうか。

本稿では、養護教諭の不定愁訴への対応がどのように記述されてきたのかについて先行研究を整理し、報告する。なお本稿では「軽微症状」ではなく、「不定愁訴」を用いる。学校現場ではほぼ同義に用いられている用語であるが、不定愁訴は医学だけでなく、看護学、福祉学でも用いられる用語である。養護対応の追究から得た知見が他の分野でも応用可能であることを予見し、より一般的な「不定愁訴」を用いることとする。

不定愁訴とは

1 定義と原因

本稿でとり上げる不定愁訴の定義は冒頭で述べたように「部位、時間、基礎疾患が不定で、自覚症状は存在するが、因果関係を認めるような客観的所見が乏しい症候の総称」とされる(頼藤, 1988; 八賀・松本, 2006; 関口, 2006; 泊, 2006; 平岩, 2007)。原因は自律神経発育不全或いはOD(星加, 2002; 田中, 2007)、うつや抑うつ(平岩, 2007)他精神疾患、言語化ができない発達段階(八賀・松本, 2006; 関口, 2006)、睡眠不足(伊藤・石井・沖, 2000)、発達障害(星加, 2002; 平岩, 2007)など、さまざまなものがある。このことから不定愁訴は、心身の成長期にある子どもの身体において、自律神経の発育バランスや言語化の拙さ、また生活リズムの崩れなどから容易に起こるものといえる。

2 子どもの不定愁訴の発生頻度

小中高校生を対象とした自覚症状の発生頻度の調査は3件が報告されている。

伊藤ほか(2000)は小中学生780名対象の質問紙調査により、自覚症状が全くないという割合が小学1~2年生の21%最高に、学年が上がるとつれその割合が低下し、中学3年生ではわずか2.5%であったことを報告した。不定愁訴を自律神経系の失調による機能性の障害に起因するとみた堀田・古田・村松・松井(2001)は、中・高校生1458名対象の生活習慣と自律神経愁訴に関する質問紙調査により、最も高い愁訴が「疲れてぐったりすることがある」(50~60%)で、これらの愁訴が生活習慣の好ましさと関連し、その傾向が高校生より中学生において高いと報告した。また平岩(2007)は頭痛腹痛といった症状が週1回以上あると回答した小学3年生以上の児童生徒が2割前後いると報告している。

これらの報告だけでは調査対象や調査内容に大きな差があるので、学校において不定愁訴がどの程度発生するのかを説明することはできな

い。しかし、学校に子どもの不定愁訴が存在する割合が少なくないということは理解できる。

3 養護教諭の不定愁訴への対応頻度と困難感

不定愁訴は日本学校保健会「平成18年度保健室利用状況に関する調査報告書」(2008)において、養護教諭が救急処置の判断・対応した内容の5番目に数えられた。この調査は平成13年度にも同様に実施されているが、それと比較すると小学校・中学校・高等学校とも保健室利用者数は増加が著しく、中でも不定愁訴と判断される小学1年生は3倍以上、2年生では2倍程度に増加している。岡田ら(2008)の調査では養護教諭が対処に困った児童の心の問題として、不定愁訴が不登校と並んで1番に挙げられた。そして大森ら(2010)は養護教諭を目指す教員養成課程在学中の大学生が実習中に不安を感じる症状を調査した結果、不定愁訴を1番にあげている。

既述のように学校保健、及び養護教育分野で不定愁訴を扱う先行研究は少ない。このことは、用語に対して持たれているイメージに加え、養護教諭が子どもをあるがままに受容する基本姿勢を持ち、不定愁訴と決めつけることを避けようとしてきたこと、また不定愁訴の診断は養護教諭の行う身体の見診だけでは困難であること(江壽, 2007)に起因するのではないかと考えられる。

しかし最近の調査結果が示すように、養護教諭は、来室した子どもを、決めつけずにあるがままの姿を受容すべきとの前提を持ちながらも、実際には用語のイメージにかかわらず、子どもの様子を不定愁訴という枠組みで受け止め、その対応に困っているという矛盾を窺わせる。そして今後も養護教諭対象の質問紙調査に「不定愁訴」という選択肢を置けば、回答数が高くなると予測することができる。

不定愁訴への対応

1 医学・看護・福祉分野での不定愁訴への対応

医学的には患者の不定愁訴に、症状の把握・

確認、緊急を要する身体疾患の鑑別(泊, 2006)はもちろんのこと、余計な検査をせず、診断を急がずに心理社会的背景を含めた病歴聴取を十分行い(関口, 2003; 八賀・松本, 2006)、患者と共にその受け止め方を把握する(八賀・松本, 2006; 関口, 2003)ことが重要で、そのこと自体が治療作用を持つ(八賀・松本, 2006; 泊, 2006)と報告されている。このことから医学的には、症状の治療をしてもらえることを期待して来院した不定愁訴のある患者に対し、単に治療を受ける者という受け身の態度にさせるのではなく、患者に症状と関連する心理社会的背景についての言語化を促進し、生活場面での症状出現のプロセスを捉え直させるという、患者自身が自分で自分の問題を解決するような援助が有効とされているといえる。

看護分野では川名(1998)が、身体障害患者に対し、看護師が身体的ケア場面に限定して母親役を実施し、それ以外ではあくまで大人として接し、患者からの頑張りのアピールにも淡々と応じた結果、患者が自分自身の内面を保持できるようになり、成長が認められたという事例を報告している。また、福祉分野では藤江(2006)が、在宅介護で、自分自身の多彩な身体症状を訴える患者の妻の話聞き、一緒に悩みながら自己決定を促すことで精神的安定を得た例が報告されている。これらの事例から、援助者の母親的な態度のバランスの調整や、対象自身が自分を保持し、自分で悩み、自己決定出来るような援助姿勢の重要性が示唆される。

以上から、医学・看護・福祉分野における不定愁訴に対する対応として、適切な身体的査定と処置を通じた身体への援助はもとより、対象に自分自身の病状とその背景を把握させ、自分を保たせながら、対象と援助者が共に考える過程を経て、自己決定を促すという方法がある。

2 学校における不定愁訴への対応

学校保健および養護教育分野においては生活習慣との関連がとり上げられているものの、不定愁訴をテーマに掲げた養護教諭の対応報告は、江壽(2007)による報告のみであった。こ

これは児童対象に不定愁訴を客観的に判断するために改変された児童版疲労自覚症状しらべと加速度脈派測定システムを併行して実施し、それに頻回来室の情報を合わせて起立性調節障害(OD)を早期発見したという報告である。この報告は不定愁訴を客観的に捉え、起立性調節障害を発見することを目的にしており、本研究の目的である養護教諭の日頃の対応を説明するものではない。

学校教育の場では、健康な発達の過程にある子どもを対象とする。特に自己中心性から脱却する発達期にある児童を対象に、医学・看護学・福祉分野で用いられるような、自己を客観的に捉えさせ、自己決定を促すといった自立に向けた方法をそのまま適用させることは難しい。そしてまだ大人への依存を必須とする発達段階において、どのような対応が行われ、症状の改善と成長がはかられているのかを明らかにすることが必要である。

養護教諭による軽微症状への対応

学校における不定愁訴に関する報告は少ないため、これ以上不定愁訴を題材とした研究を紹介することはできない。しかし以前から学校保健分野では、養護教諭の対応が「検査ではわからない機能的疾患」(杉浦, 1979), 「医界で扱わない軽微症状」(福田, 1980), 「いわゆる微症状」(高石, 1994)の対応に独自の機能を有することが指摘され、その詳細が明らかにされようとしてきた。不定愁訴も軽微症状も身体症状の内容、程度に共通性がみられ、学校において教員が子どもの状態を判断する場合には両者を明確に区別せずに対応するケースが少なくない。そこでここでは学校における軽微症状に関する報告を振り返りながら、現在生じている問題について検討する。

1 あいまいな軽微症状の増加

保健室利用の内訳は、1970年代から内科的理由が外科的理由を上回る報告がみられるようになった(小池・小倉, 1973)。1980年代になる

と、あいまいな内科的理由の来室の中に単に身体的要因だけでなく、心理的要因(以後、心因)の存在が疑われるケースの存在と、その増加が指摘されるようになった(小倉・中川, 1987)。

2 養護診断過程とその限界

(1) 養護診断過程

医師である杉浦(1976)は、養護教諭が子どもの軽微な症状に対し、救急処置を通して適切な指導を行い、子どもに尊い体験として返すという、学校における存在価値にいち早く気づき、紹介した。そしてそれは科学的体系のもとになされるものとして養護診断過程を著した。これは主訴聴取→検診→診断→処置→指導→後処理の6段階から成り、医学における診断過程と共通する点が多い。

その後杉浦(1979)は検査ではわからない機能的疾患が増加する中、機能的疾患への対応に特化し、養護診断過程において、心理的な原因により身体的な混乱状態を現す心因性の病的症状に対して、養護教諭が行うヘルスカウンセリングが重要であることに言及した。そして従来保健分野で行なわれてきた指導者主導の保健指導と比較し、ヘルスカウンセリングでは悩みをききとることが重要であるが、最も重要なことは身体症状の裏に心理的問題があることを見抜くことであるとした。

そこで杉浦は、どのような精神状態の時にどのような身体の反応が現れるのかについて、アレキサンダーが著した図を子どもに適用できるように改変し、図1のように説明した。

この図には精神的な欲求(依存・攻撃)と自律神経(副交感神経・交感神経)の機能不全との関連が表されている。依存欲求が満たされない時には副交感神経が緊張し続ける。すると副交感神経系に強く支配され、主に内臓に分布する平滑筋がけいれんをおこす。そして消化器系なら腹痛、気道系なら咳や過呼吸、泌尿器系なら頻尿や遺尿(おもらし)などの症状が生じる。一方攻撃欲求が満たされない時には交感神経が緊張し続ける。すると交感神経に強く支配

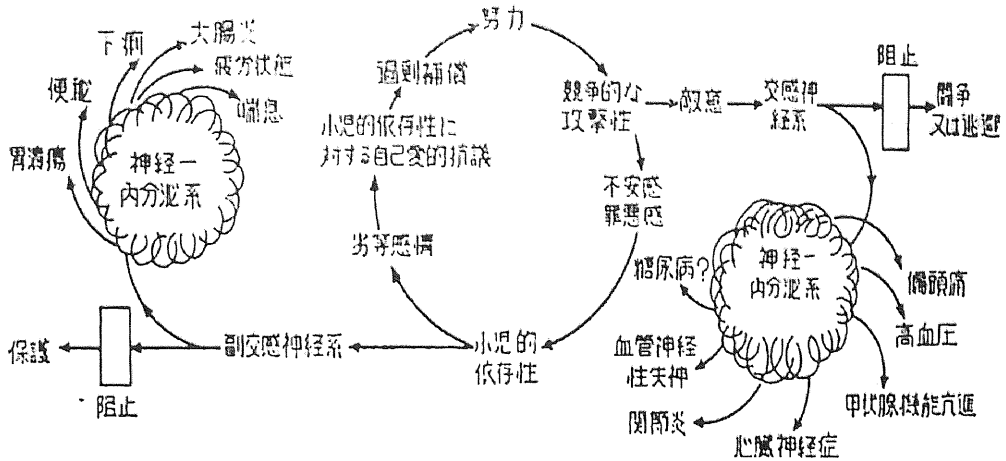


図1 杉浦（1979）が改変した小児用アレキサンダーモデル

され、主に骨格筋や血管に分布する横紋筋の緊張が続く。そして首筋の痛みや頭痛を起こしたり、足の痛みが起きたり、血管の緊張から胸痛が起きたり、血圧が高まれば失神して倒れたりするなどの症状が生じる。

加えて杉浦は、学校でこのモデルを利用する際には、依存欲求や攻撃欲求といった子どもの精神状態からではなく、腹痛や頭痛などの身体症状から精神状態をみきわめること、そしてあくまで精神状態から生じた行動異常にではなく、自律神経の不安定さから生じた身体症状に重点をおいてかかわることを強調した。つまり、子どもに頭痛のような循環器・筋神経系の症状が生じていれば攻撃欲求の阻止が、腹痛や咳嗽といった消化器・呼吸器系の症状が生じていれば依存・保護欲求の阻止が生じているというように、身体症状から精神的な原因をみきわめるが、あくまで身体症状に対する手厚いケアを中心にかかわることを重要視した。

以上から杉浦の説を先述の養護診断過程に則り説明すると、あいまいな軽微症状の診断において、子どもの悩みをききとり、依存・保護欲求の阻止という心理的問題の存在を見抜く診断の段階を重要視する反面、処置段階においては、あくまで身体的症状にかかわる態度を重要視している。

鹿野（2007）はアレキサンダーモデルを用い

精神状態を見きわめた事例を報告した。養護教諭は反復嘔吐から保健室を頻回利用するようになった中学1年女子を、これまでの経験から依存欲求の表れと捉えてきた。しかし杉浦（1976）が改変したアレキサンダーモデルにより、反復する嘔吐を単に副交感神経の緊張持続による依存欲求の阻止と捉えるのではなく、交感神経の緊張が持続したために腸の動きが抑制されて生じた逆蠕動による攻撃欲求の阻止が生じ、アンビバレントな状態にあると捉え直した。そして対応を受容から感情と欲求の明確化に変更し、自分の本当の思いを言葉にできるよう対応した事例を報告している。

(2) 養護診断過程の限界

不定愁訴では、自覚症状があるものの客観的所見が乏しいため、「頭痛を訴えているけど、熱がないし、元気そうに見える」という例に代表されるように、主訴を聴取しても検診によって所見がみられない状態が繰り返される。

松永（2010）は42名の養護教諭を対象に子どもの不定愁訴への対応に関する調査を行い、23名（53.5%）が子どもの不定愁訴への対応で困ったことがあるとの回答したことを報告した。更にうち8名（33%）が「症状の原因がわからないことに困った」と回答し、「教室に戻らない」（9名37.5%）に次いで多いもので

あった。症状の原因がわからないことに困ったというこの報告から、養護教諭が子どもの不定愁訴への対応において、杉浦が最も重要と説く、心理的問題かどうかを見抜くという原因の診断の段階で困っていることを窺い知ることができる。

先述の鹿野(2007)は杉浦(1976)が改変したアレキサンダーモデルにより対応した結果、事例の状態が改善したと報告した。しかし杉浦は改変されたアレキサンダーモデルを原因の見きわめに用い、あくまで身体症状中心にかかわるべきとの主張であったのに対し、鹿野報告では原因の見きわめに加え、子どもの行動の変容を狙い、対応の変更の根拠に用いた。そのため対応の変更の説明は改変されたアレキサンダーモデルでは十分でなく、事例の改善と改変されたアレキサンダーモデルの関連についての判断が困難である。

以上から原因の見きわめが難しい子どもの不定愁訴への対応について養護教諭は、養護診断過程の検診段階で所見がないために診断に困難を感じることに、アレキサンダーモデルでその発生原因を推測し、依存や攻撃の欲求阻止によるものと診断を明確にしたとしても、現時点では処置・対応段階の判断根拠を十分に説明することができないと考える。

3 受容的対応の可能性とその限界

(1) 受容的対応

1980年代には養護教諭の実践報告から、養護教諭が身体的症状への応急処置だけでなく、訴えに丁寧に耳を傾けるという、子どもの心への受容的対応を行い、心の問題への援助を行なっていることが報告された(安藤, 1987; 中尾, 1987)。大久保(1987)は頻回に来室する児童との何気ない会話から、身体症状を引き起こす原因が算数の難しさにあることに気づき、他の職員と情報を共有し児童の学習環境を調整したことを報告した。そして水野(1987)は保護者からの情報を得、生徒の身体症状の原因がマラソンにあると見当をつけていたが、保健室を訪れたその生徒に直接対応する際には、話しかけ

ても原因にかかわる返答を得られずにいた。しかしその後数回の来室対応を経、その生徒のつらさに共感するよう話しかけたことをきっかけに、生徒が自ら原因について語る場面に至ったことを報告した。

いずれの報告も軽微な症状への対応を通し、身体症状の緩和だけでなく子どもの成長を促すという養護教諭の独自の機能を説明するものである。しかしその大要は、養護教諭が子どもの身体症状の訴えを丁寧に聞くと、子どもが悩みを話し、その情報を学級担任らと共有して好転したというものに限られる。

しかしこのように好転した結果を伴い報告されるのは、1人の子どもの身体症状が解消するまで数回行われる対応のうち、ほんの一場面にしかすぎない。水野事例で紹介したように、子どもが率直に悩みを話すまでに養護教諭は、子どもの身体症状の原因に見当をつけているものの、直接子どもと話す場面では、原因について問いかけても子どもからの返答を得られないという場面を経験することがある。また子どもが率直に悩みを話すまでに、養護教諭は不定愁訴の原因の見当がつかないまま、所見がなく応急処置が不要であると判断し、子どもに教室復帰の指示をするが、子どもが「まだ気持ち悪い」と身体症状の存在を理由に養護教諭の指示に応じず、膠着するという場面を経験することもある。主訴をききとり、検診をし、所見がなく、原因がわからず診断できない場面で、養護教諭が子どもへの対応の先行きを見通すことができないまま、子どもの訴えに丁寧に耳を傾けるという受容的対応を繰り返すことは、不安を伴うものでもある。

(2) 受容的対応の限界

中尾(1987)は受容的対応の事例を紹介する一方で、44事例の分析から養護教諭の対応を5タイプ(カウンセリング的<受容>, けじめをつけて厳しく対処, 身体的ケア, 母性的ケア, 受診)に分類した。そして不満を反抗という形で表現する問題行動に対し、養護教諭が厳しい対処をすることを明らかにした。そして心の専

門教育を受けていない養護教諭の共感レベルの限界を指摘し、保健室ではあくまでストレスを乗り越えさせることを目的とした場としての限定的な提供にとどめるべきことを提案した。

文部科学省保健体育審議会答申（1999）において養護教諭の健康相談活動が明確に位置づけられた後も、学校における心の健康問題は更に学級崩壊、特別な配慮を要する子どもの増加といった領域に拡大し、保健室における養護教諭の受容的対応では解決出来ない問題が報告され始めた。森田（2002）はヒステリー症状や注目引きの言動が目立つ子どもに対し、カウンセリングを学んだ教師が好意的に言葉をかけて身体症状の頻度を高めてしまった例、対人関係がうまく行かず欠席がちな生徒に養護教諭がやさしく接した結果、密着と反転、依存と攻撃を繰り返す、大勢の前で危険な行動をとるようになってしまった例、学級崩壊の中で多動や落ち着きのない子どもを養護教諭が預かり、心身ともに疲弊してしまった例を紹介した。そして子どもの変化や学校の相談システムの変化と共に変化する養護教諭に必要な力量は「子どもの問題と適切な相談支援方法見きわめのためのアセスメント・判断の力と方法選択」にあると提案した。

同時期に社会の変動に伴い、子ども観を「保護と教育」の客体から「参加と自治」の主体へと捉え直した中安（2005）は、子どもを保護すべき未熟な存在と捉え、対応に受容と共感を強調してきた養護概念を、子どもの自立と自己決定の力、自分をケアする力を養い育てる役割に立つよう転換させる必要を提言した。

以上から、子どもの心の問題を含む身体症状の対応に有効とされてきた養護教諭の受容的対応については、養護教諭の心の専門教育の不十分さや、新たな健康問題の増加からその限界が明らかになりつつあり、新たな対応を検討すべき時期がきていると考える。

(3) 受容的対応からの転換と問題

それでは養護教諭は軽微症状に対し、応急処置や、訴えに丁寧な耳を傾けるという受容的対

応の他に、どのような対応を行なうのであろうか。

母袋・今田（2001）は、友人関係のトラブルの後、欠席と、めまいや気持ち悪さ、腹痛などを訴えての保健室来室が増え、保健室登校状態に陥った高校1年の女子に対し、養護教諭が身体症状に矛盾を感じ、生活面の話をさせて聞く対応を繰り返しながら、友達との関係修復の機会を作り教室復帰をはかったという事例を報告した。加えてその後養護教諭は、生徒が最も悩むのではないかと予測した進級への不安に触れ、生徒の悩みを引き出した上で、期日の迫った進級判定までに必要な課題に取り組むよう励ました。ここでは養護教諭が受容的対応を行いながら友達との関係を調整するだけでなく、養護教諭が予測した子どもの悩みに触れ、問題に直面させた上で自力解決に向けて生徒を励ますという対応が行なわれている。

先述の鹿野（2007）は反復嘔吐から保健室を頻回利用するようになった中学1年女子に対し、対応を「受容」から「感情と欲求の明確化」に変更し、自分の本当の思いを言葉にするよう促した。この報告でも、根拠は明確でないが、養護教諭が受容的対応から、子ども自身の感情や欲求に気づかせ、言語化を促すという対応への転換をはかった。

また川崎（2008）は、中・高等学校で体調不良を主訴とし、保健室を来室した335名に質問紙調査を行い、養護教諭の対応とストレス反応の変化を調査したところ、中学生において、自分で教室復帰の決断をした時にはストレス反応得点が減少し、受容的対応の具体的な方法である傾聴は効果的でなかったことを報告している。この報告からは、体調不良を主訴とする中・高等学校生に対しては、傾聴だけでなく、自分で決断する機会を与える対応が有効であることが示唆される。

以上から、社会の変化による子どもの健康問題の変化、子ども観の変化から、養護教諭には受容に限らない対応が要求されており、これまでに、問題に直面させたり、励ましたり、思いを言葉にさせたり、自己決定の場を作ったりと

いった対応が報告されていることがわかる。

しかしその一方で中村(2007)は、死亡した拒食症生徒が、体重測定や食事指導をする養護教諭を避けていたり、リストカットの事例において、養護教諭が生徒の重くつらい生活歴を聴き取った翌日にさらに深いリストカットをしたりという事例を報告している。いずれも症状が重くなった後の事例ではあるが、軽微なうちに行なわれる受容的対応が必ずしも事態を好転させるとは限らないことを示唆するものでもある。更にこの報告で中村は、子どもへの対応後、記録を分析し、アセスメント、方針の修正を繰り返しながら、最終的に子どもへの教育の方向性を定めるといった対応過程の必要性について述べた。

以上から、軽微な症状の中に身体的要因だけでなく、心因の存在が疑われるケースについて、受容的対応からの転換が必要であることは明らかである。しかし実際に目の前にいる子どもに対し、適切な対応方法と転換時機の選択、そしてその根拠については、まだ十分明らかにされていないと考える。

4 気分への対応

松永(2010)は16名の養護教諭に、不定愁訴のある子どもへの対応方法と転換時機をどのように選択するかについてインタビューを行い、養護教諭が主訴聴取後、検診で所見のない子どもに対し、その来室対応を繰り返すうちに気分的な問題の存在に気づき、気分の解消への対応を行なうという仮説を報告した。もちろん養護教諭は症状を訴えて来室する子どもの身体に対し、養護診断過程をもって対応していた。しかし身体に問題がないと判断すると、気分のすぐれなさに気づき、その気分の解消を行なう。そしてつらい気分が満足した様子に変化するのを見ると、本人の意思を待たずに教室に戻るよう指示する対応に転換していた。そして、満足を引き出す対応を繰り返す中で原因に気づくだけでなく、自発的な意思を明瞭に読み取れるようになると、養護教諭自ら子どもの不定愁訴の原因に触れる対応に転換し、子どもと原因を共有

するようになっていった。

気分への具体的な対応内容は、身体症状とは関係なくリラックスできるような日常的な話をさせたり、保冷剤やゆたんぽをあて心理的な安心をもたせたり、カーテンをひいて一人になりたいという気持ちを察してベッドで休養させたりといったものである。

前者である日常的な話の内容は子どもの訴えに丁寧に耳を傾けるという受容的対応と異なり、訴える症状とは関係ない内容で、原因をみきわめるといふより、来室時のつらい気分を変化させることを狙ったものであることに特徴がある。これは今まで雑談と揶揄されてきたものである。しかし一見雑談にみえる保健室の何気ない会話が、実際には生徒への配慮に満ち、生徒の自発性の回復に寄与しているということが既に報告されている(高橋・大谷・高橋・坂本・松平, 2005)。故に、気分を変化させるための日常的な話は養護教諭にとって子どもの教室復帰や原因の共有を促進するために重要な対応である。

後の二者、翫法やベッドでの休養といった対応は、通常、医学的な症状解決の対応として行なわれるものである。しかしインタビューデータからは、養護教諭がむしろ症状や身体症状が出現する背景として生じる気分の落ち込みを食い止める目的から実施していることがわかった。以上の対応は気分を変化させることにより生命のエネルギーの消耗を最少に食い止めようとする看護の原理的な発想(F. Nightingale, 1859)と共通する。

気分への対応は科学的に専門性を追究してきた養護教諭にとって、意識されてこなかった、むしろ後ろめたさを感じさせられてきた方法である。しかし、養護教諭が、身体症状があり学習する気になれない子どもに対し、無意識ではあるが気分への配慮を行い、学習に適した状態を生み出してきたという援助の事実は、学校教育の場において必要不可欠な養護教諭独自の機能を示すものであると考えることもできる。

しかしこの研究は限られた人数の養護教諭に対する聞き取り調査から得られた仮説の段階に

ある。今後、実証する必要がある。

子どもからみた養護教諭の対応

子どもは義務教育において最低でも9年という長い期間、保健室を利用する。子どもはこれまで述べてきた養護教諭の対応をどのように受けとめているのだろうか。

子どもが自分の症状を不定愁訴と判断することは考えにくい。当然のことながら、子どもは保健室に応急処置を求めて来室するものである。しかも学校の保健室で可能な処置は消毒、絆創膏や湿布の貼布、検温など、家庭でも教室でも可能な処置に限られる。それでも保健室を求め、来室する児童は増加している（日本学校保健会、2008）。対象を不定愁訴や軽微症状を訴える子どもに限定した調査は少ないため、ここでは子ども全般を対象とした調査と、身体症状が無い子どもも含む頻回来室者を対象とした調査から、子どもの視点を紹介する。

山中・松永ら（2009）が小中学生千余名に実施した調査によると、保健室への来室目的は校種に関係なく、けがの処置が最も多く、次いで体調不良の対応、付き添い、身長測定の順に続く。自由記述を質的に分析にした「よかった保健室体験」でも応急処置に関するものが多くみられる。しかし回答内容をみると処置の適切さはもとより「静かに落ち着いて」「やさしく親切に」「心配してくれた」「安心させてもらった」など、気分に影響を与える記述が並ぶ。

中学生の頻回来室者のインタビューを分析した酒井・岡田・塚越（2005）は保健室体験が「プラスイメージ空間」「ピア空間」「リセット空間」「学び舎」と深まり、養護教諭は「安定性」「グッドリスナー」「理解者」「自己開示の呼び水」「羅針盤」を含む「給水所」としての役割を果たしていることを報告した。中でも「安定性」は、養護教諭のむらのない明るい気分を概念化したものである。

以上から子どもは、養護教諭の良くコントロールされ安定した気分から作り出される保健室という空間の中で、静かに落ち着いて、安心

して過ごすものと推察する。今後は子ども自身の体験からも、子どもの不定愁訴に対する養護教諭の対応を実証する必要がある。

おわりに

本稿では保健室において養護教諭の子どもの不定愁訴への対応を究明することを目的に、先行研究の検討を行なった。その結果、以下の知見を得た。

1 子ども不定愁訴は近年、増加しており、養護教諭は原因をみきわめることの難しさから、その対応に困難を感じている。

2 医学・看護・福祉分野では、対象が自分自身を捉え、自分で解決する方法を見つけることを支援するが、未熟な発達段階にいる子どもにそれを適用することは難しい。学校保健では生理的・身体的な対応が報告されているのみで、普段の対応については追究が不十分である。

3 古くからその独自性が指摘されてきた養護教諭の軽微症状への対応では、養護診断過程と受容的対応という考え方が明らかにされている。しかし不定愁訴への対応では、診断が困難で、養護教諭主導の教室復帰の必要があることから、どちらの考え方で十分説明することができない。また子どもの不定愁訴に対応する際、子どもから読み取った気分に対応するという仮説は今後検証が必要である。

4 子どもは不定愁訴に限らない保健室体験に関する調査において、養護教諭の対応の気分の面を記述している。今後は不定愁訴に限定した調査からの検証が必要である。

引用文献

- 安藤志ま（1987）. 心のいたみと保健室 学校保健研究, 29(5), 201.
- 江崎和子（2007）. 不定愁訴を対象とした保健室来室記録の試み 健康教室, 853, 44-49.
- 藤江慎二（2006）. 感情不安定, 不定愁訴がみられた介護者の支援とケアマネジメント 訪問看護と介護, 11(3), 290-295.

- F. Nightingale (1859). Note's on Nursing. London: Harrison.
- 福田邦三 (1980). 学校看護と学校保健 学校保健研究, 22(12), 551.
- 八賀薫・松本英夫 (2006). 不定愁訴の多い子どもに出会ったとき—その診断的アプローチ小児科, 47(1), 113-119.
- 平岩幹男 (2007). 不定愁訴への対応の原則 小児科診療, 834, 1795-1798.
- 星加明德 (2002). 総論・不定愁訴—保健室から小児科外来まで— 学校保健のひろば, 24, 64-67.
- 堀田法子・古田真司・村松常司・松井俊幸 (2001). 中学生・高校生の自律神経愁訴と生活習慣の関連について 学校保健研究, 43(1), 73-82.
- 伊藤淳一・石井朋子・沖淳一 (2000). 小中学生の不定愁訴に関する検討 日本小児科学会雑誌, 104(10), 1019-1026.
- 川名典子 (1998). 身体化障害患者の治癒過程と対人環境としての看護婦—精神力動的患者理解と看護— 日本精神分析学会誌, 42(4), 403-405.
- 川崎美紀 (2008). 体調不良を主訴とし保健室に来室する生徒に対する養護教諭の対応の効果—ストレス反応尺度を指標として— 和歌山医学, 59(1), 9-14.
- 小池幸子・小倉学 (1973). 今後の養護教諭の役割に関する養護教諭の期待 健康教室, 24(15), 23-32.
- 松永 (金田) 恵 (2010). 不定愁訴のある児童生徒への対応について 茨城大学大学院教育学研究科修士論文.
- 水野カナエ (1987). 心のいたみへの対応の基本—(2) 中・高校の場合— 学校保健研究, 29(5), 217-219.
- 母袋美知枝・今田里佳 (2001). 学校不適応生徒に対する養護教諭の活動—学校心理学に基づいて— 信州大学教育学部附属教育実践センター紀要教育実践研究, 2, 33-44.
- 森田光子 (2002). 養護教諭の専門的活動としての健康相談活動 保健の科学, 44, 746-751.
- 中村泰子 (2007). 養護教諭の健康相談活動とは何か—受容と共感だけでなく— 健, 416, 79-82.
- 中尾道子 (1987). 心のいたみと保健室 学校保健研究, 29(5), 202-207.
- 中安紀美子 (2005). 養護教諭の“養護”の概念をめぐって 第52回日本学校保健学会教育講演 suppl., 97-100.
- 日本学校保健会 (2008). 保健室利用状況に関する調査報告書.
- 小倉学・中川悦子 (1987). 保健室における養護教諭の対応の実態—入室状況・要因・相談的対応を中心に— 学校保健研究, 29(11), 523-529.
- 岡田美津子・岡孝和・田中くみ・渡口あかり・原之蘭裕三枝・平島ユイ子・大田恵子・筒井康子・角田智恵美・岩田伸生 (2008). 小児うつ病早期発見を目指した養護教諭と精神科専門医との連携の確立—小学校養護教諭からみた現状— 九州女子大学紀要, 45(2), 49.
- 大久保明子 (1987). 心のいたみへの対応の基本—(1) 小学校の場合— 学校保健研究, 29(5), 213-216.
- 大森智子・河田史宝・鈴木郁美・中野智美 (2010). 養護実習中における内科的症状に対する学生の不安内容—教育系養護教諭養成課程に着目して— 第7回日本教育保健学会講演集 suppl., 68-69.
- 酒井都仁子・岡田加奈子・塚越潤 (2005). 中学校保健室品界来室者にとっての保健室の意味深まりプロセスおよびその影響要因—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた分析— 学校保健研究, 47(4), 321-333.
- 関口新一郎 (2003). 不定愁訴へのアプローチ 小児内科, 35(12), 1916-1919.
- 鹿野裕美 (2007). 保健室における「中1ギャップ」の対応から「特別支援教育につながる」健康教室, 857, 53-57.
- 杉浦守邦 (1979). 養護教諭とヘルス・カウンセリング 健康教室, 411, 13-42.

- 杉浦守邦（1976）. 救急処置における養護教諭の専門性 健康教室, 357, 31-48.
- 高橋雅恵・大谷尚子・高橋芳子・坂本ひさこ・松平和美（2005）. 救急処置場面で養護教諭が「雑談」をした意味－指の痛みを訴えて保健室に来室した高校生への対応事例－ 学校相談研究, 2(1), 32-40.
- 高石昌弘（1994）. 第2章学校の保健管理（4）いわゆる微症状の問題 新版学校保健概説 同文書院.
- 田中英高（2007）. 増え続ける子ども達のストレス要因 健, 413, 22-24.
- 泊慶明（2006）. 不定愁訴－致命的疾患を排除しながら, かつ社会・心理的問題にも配慮する レジデントノート, 8(1), 72-79.
- 頼藤和寛（1988）. 不定愁訴を知る 東山書房.