

## 学校保健における養護教諭の 救急看護活動に関する問題とその改善

森          美喜夫  
内  山          源<sup>(1)</sup>  
中  村  朋  子<sup>(1)</sup>

### Critical Issues on First Aid Activities of School Health Care Teacher and Need for Practical and Theoretical Reform

**Mikio MORI**  
**Gen UCHIYAMA**  
**Tomoko NAKAMURA**

(1) 茨城大学名誉教授

#### Abstract

In recently the School Health and Safety Law was amended and came into practice. As part of this new amendment, a School Health Care Teacher (SHCT) is considered a key person in execution of School Health and Safety Services (SHSS), especially in the role and responsibility of First Aid and Nursing Activity (FANA). The whole activity of FANA generally consists of a three-dimensional structure. The first is the facts regarding School Health Services which contains the judgment of Sickness and Wounds in Physical, Mental and Social Aspects. The second are problems, their level and meaning as defined by FANA, i.e. what are the matter, and what level is classified. The third is a general measure for disease and accident prevention, and controls which prescribe and strategy, i. e. the FANA, consulting a doctor, a prevention, etc. The FANA does not mean emergency medical care. Rather, in addition to prevention, it concerns the confirms of ‘Safety Management and Safety Education, Counseling, Consultation; Guidance/Advice’, insisting that prevention is essential for health and safety activity. In the communications from FANA, there is a focusing on the pupil, steps and processes. In the papers and Textbooks on SHCT and School Health, recently published, there are the discussions of organization. There is a lack of discussion in term of real judgment interpersonal communication. There mainly, suggestion regarding biomedical judgments of SHCT which don’t reflect real Sickness and Wounds during real event. This perpetuates a way, pedagogy in which curriculum and education materials are structured unrealistically. In order to make theories the basis of sound curriculum, it is essential that inspection and judgment of communications and many case studies are needed that involved real communication among the school, home, pupils and others (containing pupil) by qualitative research of practical matters as well as statistical research survey.

### Key words

school health, school health care teacher (SHCT), first aid and nursing activity (FANA),

#### I. 養護教諭の救急看護活動における実施計画・手順とコミュニケーションの欠落・問題 —グリーンモデルによる点検・評価・批判との関連で—

これまで長い間、内山<sup>1)</sup>は学校保健関係の学会や研究会等でコミュニケーションにおける①「他者」関係、②過程、③ステップの時間と空間の中での存在事実とその問題について幾度となく述べてきた。それは30年ほど前からの専門書や論文内容の検討、評価によって、それらが「関係条文の解説型」とか「目標達成・評価達成型」が殆どであることが分かった。現実の活動事実とのズレや「事実反映性」等の問題点である。養護教諭の活動像は正確で詳細な記述と説明が不可欠である。

確かに養護教諭が救急活動を行う場合、病態や障害態にある児童生徒を救う目的に添って計画、手順の筋道を立てることは医療・看護活動と同様に必要なことであり、目標達成に向けてのステップ群である。児童生徒の病態、障害態の医学的事実判断により、それに続く救急看護活動は、何を、どのように展開すればよい、という単純因果的連関の一方通行の活動である。

この単純因果的展開についても内山が古くから、健康教育や安全教育面での認識調査でも、Single Case - effect relationship - の誤った認識や理解による思考や判断、行動であることを学会等で述べ、解説してきた。近年ではグリーン (LW. Green) ら<sup>2)3)</sup>のプレシード・プロシード (The PRECEDE-PROCEED Model) の「一方通行路」についても点検・評価、批判し、補足している。

'90年代から2010年代にかけてわが国はこのモデルを保健授業の展開に適用したものが提示、発表されたりした。ここでも、一方通行の展開型の問題である。授業活動の事実とのズレや差異の存在に対する無理解や誤認である。ただし、グリーンモデルは、各相・ステップ毎の評価のポイントを示したものであり、これはそれなりに重要なことである。

しかし、グリーンらは1980年代の著書の中で「原因→結果」の関連モデルを図1のように示している。グリーンモデルの基礎にあるのはそのような単純因果モデルであり、これでもってヘルスプロモーション活動の展開を示しており、その評価のポイントを提示している。

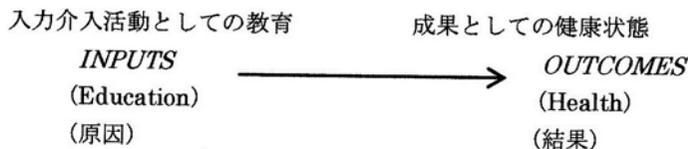


図1. 健康教育（原因）と健康状態（結果）の関係 (LW. Green et al<sup>3)</sup>)

これも養護教諭の救急看護活動の目標達成計画に多く発表や解説され続けているものと重なるものである。こちらの方は評価のフィードバックが殆ど欠落し、最終段階でなされるのが僅かに見られただけである。救急活動のステップ毎の評価のフィードバックが欠落しているのである。グリーンらのモデルとの関連で言えば、それが大きな差異となっている。図2、図3から分かるように、診断と評価の諸相である。

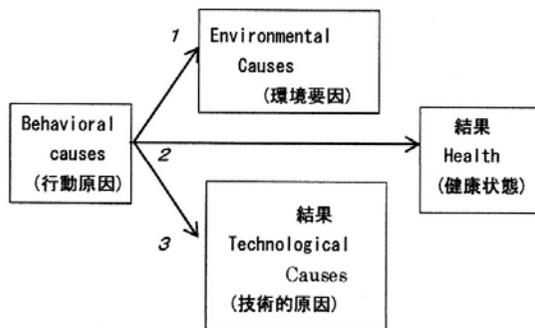


図2. 健康状態に影響を与えることができる3つの要因構造の関連図 (LW. Green et al<sup>3)</sup>)

## II. 診断, 評価の諸相と救急看護活動・事実におけるズレと欠落

グリーンらのモデルには評価の対象とそのフィードバックの諸相において明示されてきているが、これまでの保健教育・保健授業の実践や救急看護活動で提示されたものには、それらが欠けている。その1つは評価の対象である。つまり、評価の対象から雑駁、曖昧、射程外のものとなっている。グリーンらのモデルは健康教育とか学校の保健教育や授業実践用（1コマ型）のものではない。ここから誤認や誤解があるから、その適用や実践として成果が間われ、流行が止まり、潰れた結果となっている。

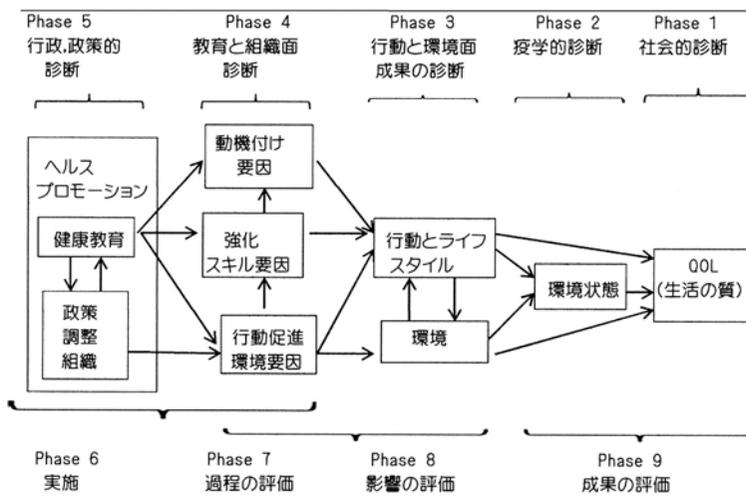


図3. ヘルスプロモーションのプレシード・プロシードモデル (LW. Green et al<sup>4)</sup>)

2つめはフィードバックの方も同様である。教育的、授業実践的<sup>4)</sup>評価<sup>5)</sup>のフィードバック (Instructional Feed Back) もあれば教育以外のフィードバックもある。それを保健教育に限定して適用したことが、無効や失敗につながっている。では射程内の保健授業の教育的フィードバックはどうか問題となる。これも教育的評価の観点を欠いており、フィードバックの事実を殆ど見ることができない。

本小論では直接的に救急看護活動と関係ないグリーンらのモデルやわが国の保健教育や健康教育における適用型に触れたのは救急看護活動の計画フレームと重なる論理とか実践的理念があるからである。

図4・図5で分かるようにいずれも一方通行型で、しかも単純因果モデル型の展開となっている。養護教諭の日常の救急看護活動もこのように機械的に成果が得られれば素晴らしいことであろうであろうが、現実には異なる。活動の事実には、ズレ、差異、中断、逆方向による不幸で「失態」や重篤化等のリスク事態が「対象・他者」別にステップや過程毎に生起している。それは、なぜかである。加えて、健康教育や保健教育における評価とフィードバックの問題である。図示したモデルにはそれらが明示や説明されたものは殆どない。ここでも機械的展開となっている。実践事実とずれた願望や念願の目標・計画・手順の提示だけでは足りない。

上に示した4つのポイント、つまり①一方通行型、②単純因果モデル、③評価、④フィードバックのベースにあるものは相互交流やコミュニケーションである。同じく救急看護活動における i) 対象・他者、ii) ステップ、iii) 過程においてもコミュニケーションである。

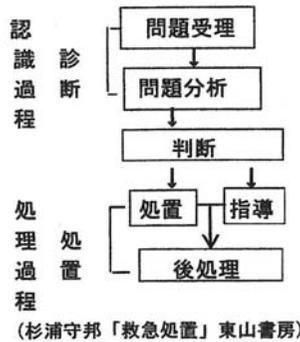


図4. 学校救急処置の過程的構造



図5. 救急処置活動の進め方

### Ⅲ. 救急看護活動におけるコミュニケーション・リスクコミュニケーションの存在事実とその記述・説明および検証・評価

先にグリーンらのモデルの保健授業への適用や実践の問題に触れたが、保健授業実践で問題になるのは、プレシードモデル・プロシードモデル関係の保健授業実践だけではない。それは小倉の保健教育や授業実践<sup>67)</sup>を批判したものについてである。理論で実践を導くもの、「上から下へ」に向けた「保健授業のあり方」としたものである。抽象的な言葉、概念を記憶させる授業として「よ

くない」とされたものである。そのグループは「追試、仮説、検証」等の言葉を随所で使用し、繰り返した。「授業書」による保健授業実践運動の集団である。少なくとも実践的研究の評価として Pre テスト、Post テストの実践は「定石」を踏まえており、これは検証や評価として重要である。

性教育実践で厳しく追究したものには松岡<sup>9)</sup>のものがある。それが「授業書」運動の保健授業実践で報告や提示されたものには殆ど存在しない。これが「定石」であることは古くからの学校保健学会でも報告や説明されたものである。それらが無いまま、追試した、仮説だ、検証をと現場の実践に向かって解説した発表や報告の内容を見る限り、子どものフィーリング的反応の「楽しかった」「面白かった」「よく分かった」等の回答である。これが検証になるか、どんな評価になるかであり、仮説との関係はどうなるかである。さらに、追試とは、何をどうすることが追試になるかである。自然科学での追試とか、工学・技術系の追試とは、その程度のものか、それで済むか、となる。そうではあるまい。教育学系の追試とは、一体何ものか、となる。追試自体の概念と追試の評価である。基本的な定石とできる Pre テスト、Post テストによる検証、評価、追試の方法は、2011年の *Journal of School Health* (No. 5) や *American Journal of Health Education* (No. 1) に原著論文で示されている。日本国は、その後、この定石を踏まえたものがあるか、であろう。この後れや差異は何ものか、である。

救急看護活動に関しては、ここでも、評価・検証やフィードバック等に「一方通行路」問題や「単純因果モデル」の問題と関連する。評価になっているか、評価がなされているか等の問題である。更にもそのベースとしての教育的コミュニケーションの欠落がある。救急看護活動においても、これらは同様に問われることが必要になる。その中でもコミュニケーションによる情報の提供・伝達・説明等の内容の事実とその問題である。救急看護活動は全て医学的救急・応急の対応処置だけではない。学校教育や学校保健としての健康・安全教育・指導やその管理事業の活動である。

そこで問題になるのは何かである。救急看護活動におけるコミュニケーションでも情報の伝達・内容が基礎的な活動になるが<sup>10)</sup>、子どもの病態や障害態の事実についての判断の内容、種類、レベル等が問題となる。事実判断（第1次の判断）である。評価・検証にしる、フィードバックにしる、全てコミュニケーションである。「対象・他者」が存在するからである。そこで、事態・事実の判断となる。情報だけではない。理論や知識による事態・事実の判断も、同様である。ここで再度、保健教育・保健授業における追試、検証、評価<sup>11)12)13)14)</sup>に振り返ってコミュニケーションや判断のポイントをみよう。前の問題として図4・図5に提示された救急看護活動はどうなるか、である。

#### IV. 救急看護活動計画に関する追試、検証、評価、反証と理論的負荷性

救急看護活動の活動計画は、どれほど検証されてきたかであり、どんな評価がなされたかである。

図4・図5を見れば分かるように基本的単純因果（input→output型）は共通するが、細部は多少とも異なっている。だが、一方通行型で同一パターンとなっている。どの概念図にしてもステップは示されている。グリーンらが示した各ステップの評価は、どうなっているか、である。これらの中には何十年前もの前から変わらないものもある。それが今も使用されているが、追試、検

証の方はどうなっているか、である。追試、検証、評価したから現在でも有用な計画とされているか、である。しかしながら、古いものから新しいものまで、検証、評価、追試等に関する実践的研究を（学校現場は除外して）学会や研究会の発表や報告等で視聴したことはない。少なくとも学会発表では存在しない。

あるのは新版の学校保健や養護教諭に関する専門書や論文に提示されるだけである。これらの計画に従って実施した実践でも、失敗や中断等の事例、問題事実の認知、知見がなかったように同一の図と説明が繰り返されている。これらは学校保健の何ものか、となるか、現場の実践事実の「記述」ではない。同じく「説明」に結びつくものではない。つまり、理論ではない。その観点からはグリーンらのモデルは示唆的、教訓的でさえある。

それだけではない。研究を担当する者の「上位的」発想とか計画だけではなく、現場の実践者の経験・体験における幾多の失敗、失態、目標達成中断、禁止、拒絶、反対、抑制、無視などにおけるコミュニケーション内容と「事実」である。これらから見ると、図4・図5に挙げられたものは、今でも養護教諭養成機関や現場の研究会とか学会等で教育や指導されている。現場では、「嫌な、不快、道徳観、倫理観」を持っている者がいるはずなのに、それらに対する疑問や疑念の質問や意見が出されたことは殆どない。むしろ、立派な計画図として学習させられている。近年の養護教諭養成機関の教員、大学院教員の中には、現場経験者がいる。その研究者たちの救急看護活動計画図が、現場経験のない研究者・大学教員と同型となっている。

これはどういうことか。現場の感覚的知覚的体験は言語・記号で整理され、概念化やモデル化されないと救急事態の多様な複雑性は単純性、主要素・要因性が整理されないままになっている。そのため、全体的構造<sup>15)</sup>の構成や理論的関連は困難、粗雑になる。

経験を言語・記号によって概念化、モデル化、構造化できないと、このようなことになる。それは大学教員・研究者一般にとっても共通の基本的事項である。養護教諭養成大学の教員から、これまで何回となく聞かされた言葉に「もっと現場に向いて養護教諭の実践活動を直接観察し、聞かなければならない」「そういう研究姿勢と方法がなければ、養護教諭活動の理論はできない」という。この古くからの言葉は、現在でも変わらない。カントやクーン、ハンソンの理論なりパラダイムを念のため持ち出さなくてはならない。内山は、40年ほど前から研究会や学会等で、また、著書や論文で「概念的負荷、理論負荷性、記号負荷性」を繰り返してきた<sup>16)</sup>。現場実践の観察であれ、測定、調査、実験であれ、担当者・研究する側は「白紙」であつたら、「聴取」も構成や評価等の思考、認識、理解は殆どできないことになる。人間の持つ高度な言葉、言語、記号は、それぞれの分野で専門的用語、概念、理論・知識を持っており、「白紙」ではない。

## V. コミュニケーションにおける理論負荷性と対象者別・事例条件別との関連

観察、検診、視診、聴診、触診等するにしても、概念、理論である。記述、説明にしても、同じである。これは救急看護活動時のコミュニケーションでも同様である。

つまり、コミュニケーションも理論や概念負荷性なのである。養護教諭が受傷、病態化した子どもたちが保健室にやってきて「具合が悪い」「血が出て痛い」「何となく熱があるみたいでだるい」「あいつが押したのでころんだ」「ボールを投げつけられ顔にあたった」「お腹が痛い」等の子どもの方からの言葉に対して、どのように応答・発言・伝達・指導等するかコミュニケーションは養護教諭の専門的知識、理論によって事態・事実の認知、認識、事実の判断がなされる。

事態、事実の認識は言葉だけではない。子どもの全体像・身体面・心理・精神面の行動、生活的社会面の各側面の全体的知覚の側面の各種の指標・症状によって判断され、診断されることになる。小学生でもあることであるが、中学生や高校生になると嘘、ごまかす、だますといった言動をすることがある。仮病等である。偽・虚言を巧みに使って、保健室のベッドを利用する子がいる。もっともこれらは子どもだけのことではない。教職員側にも、保護者側にも他者にもいる。

幼児や小学校低学年生などのように言葉、用語、概念のレベルが低い場合は①言葉が自由にならないということだけではない。②状況、事態を記述、描写する用語を知らないことがあるし、また、③発言の論理的能力が未熟、低次、構造的構成ができない。そのため、対応する養護教諭は医学・医療的用語・概念による理論だけでなく、発達心理学、社会心理学、教育学等の知識や理論も必要になる。このコミュニケーションの内容については、いくつかの事例分析で、その記述と説明することにして、ここでは理論的負荷における判断の種類や内容について枠組みを提示することとしたい。もっともこれらは救急看護活動のコミュニケーションに限定されたものではない。それは教育活動全領域においてであり、社会的人間関係・生活的活動の諸側面においてである。

保健教育や安全教育、性、タバコ、アルコール等についての教育活動から、健康相談、保健指導や健康、安全管理等の諸活動のどの分野においてもコミュニケーションは存在する。自己の外に他者の存在があればすべてである。ところで、判断に関する研究成果は社会科学分野で少ない。古典的なものではカントの「判断力批判」がこれまで多く引用、参照されている。それは知覚的判断、道徳的判断そして美学的判断である。

社会科学系で有名なものはハーバーマスの「コミュニケーションの行為の理論 上・中・下」がある。これについては内山が学校保健や健康教育におけるクラークらの予防の理論・モデルを批判、補足して、学会や研究会等や著書・論文で発表、解説している<sup>17)</sup>。クラークらの予防のモデルは医療者等が対象者に向かって一方通行の対応、処置等になっていることへの反論、批判である。そのため、コミュニケーションの必要、双方・多方向通行を解説したものである。

ハーバーマスについては多くの解説書があるが、その中のキーワードを挙げておくと発言として3つの「妥当要求」を述べている。①真理性（真理の表明）、②正当性（正しい規範に従っている）、③誠実性（意図したことを誠実に述べる）である。

救急看護活動におけるコミュニケーションとの関連で見ると①の真理性は、まず救急看護活動としての医学的客観的事実による判断、要求である。②の正当性は他者に向かって、子どもや担任、校長や保護者に向かって、自分が子どもを救助、看護しようとする養護教諭としての法的な業務とその理念や目的の認識、理解による役割である。③は学校教員一般の学習者・子どもに対する基本的な情感による当為である。

## VI. 子どもの事故・傷害と救急看護活動におけるコミュニケーション・リスクコミュニケーション等および倫理、道徳との関連

これまで、基礎的な理論的関連について触れてきたが、これらの関連での事例を提示、分析することによって問題点を検証する。もっとも、問題点は多く、紙幅の関係でそれらの全てには触れられない。そこで、①最近の学会で発表した内容に対する反応や反論に関するもの、②これらの事例分析による図4・図5の点検・評価、③事例分析によるリスクコミュニケーション<sup>18)19)</sup>の

事実の必要性、④事例分析によるハザードやリスク概念の安全教育、安全管理・理論テキストの内容化について概略的に述べることにする。

①については、日本安全教育学会での発表<sup>20)</sup>に関する反論、示唆の内容である。

事例：登校途中並列で走っていて友人の自転車のハンドルに接触し転倒、その際に腹部にハンドルが覆い被さるような形で転んだ。ハンドルで腹部を打った。医師の判断は肝臓破裂。事例は養護教諭が専門職として、健康水準の下位・重度の状態にある子どもの問題認識と事実判断「真実性」をもって管理職・校長に対応した。その事例の救急・看護の対応処置である。彼女は職務の法的小および医学的「正当性」によって受診を進言・提示・説明したが、教頭は本人を見て「これは脳貧血だ、寝ていれば治る」とした。校長も「急ぐことはないだろう」と言った。養護教諭の説明等を見ても無視、拒否、否定等の回答であった。その結果、校長による対応措置の選択をとらされた事例である。この種の不幸な結果はこれまで少なからず新聞等の情報で報告されている。

発表会場での反論、批判の内容は「かねがね校長先生と親しく、仲良くやっていたらよい」「仲良くやっていたらそんなことにはならない」といった主旨の発言であった。それはある大学院教授たちの発言である。i) 問題性認識が両者間で差異やズレが大きいとすれば、リスクコミュニケーションのあり方として検討、研究が必要となる。しかし、健康水準が重篤・下位の場合、しかも身体的傷害で外部観察の可能な場合は問題の重大性の認識は比較的容易である。同じく傷害事実の真実性の認識とそれによる判断である。これは事態事実の記述や説明の事実であり、「第1次元」の内容である。

問題性の問題レベル等の方は「第2次元」の内容である。第1次元の事実認識についても両者間に差異やズレがあれば、第2次元の方でも差異やズレが出てくるのは当然である。ここでもリスクコミュニケーションであり、医学的・看護専門性および保健指導、健康相談等の専門性は養護教諭側にある。

新卒であるとか、キャリア不足や研修、研究活動に欠ける教員が存在することも事実であるが、この事例の場合キャリア、経験共に豊かな養護教諭である。管理職の選択した救急処置の対応判断（第3次元）は、ハーバースの表現を用いれば「正当性」と「誠実性」を欠くものである。

②については既に論文の中で点検・評価してあるのでここでは深入りしない。子どもの病態・傷害態に事実判断についての正確性、科学的客観性や正当性に誠実性が問われることと同様、救急看護活動計画とその目的達成に向けての行為とコミュニケーションの内容についても「正当性」や「誠実性」等が評価の対象となる。

特にコミュニケーションにおける道徳性や倫理性に関する内容である。そこには「よい」と「よくない」行為、言葉、結果もあれば「善い」「悪い」それらが存在し、関係するし、している。先の例では上司である校長が自己の利害・利益を裏の理由にして指示、命令等によって養護教諭の「助ける・救助」活動を行政的権力でねじ曲げたり、反対、拒否したりすることは道徳的善悪に関わる、判断、行為となる。このことは教員だけのことではなく、保護者や外部の医療者等の他者関係においてもいえることである。そのコミュニケーションの内容は子どもの状態の事実認識、判断等に関わって常に状態の良し悪しが判断、評価される。身体面については生物学的生理・生化学的事実の状態での良し悪しであるが、心理・精神面となると、良し悪しの他に善悪も関係することがある。

続いて、どうするか、どうしなければならぬか、となる。それらは、保健室内で処置できるものもあれば、そうでないものもある。学校外の医療機関に搬送・救急車要請に関わる事項であ

る。この判断、決定になると、養護教諭の目標達成のための行為、判断に対して他者が自己利害、自己利益との関連で地位、行政的権力、権威、学校文化等で抑圧、支配、拒否、差別し、養護教諭の志向した目的を曲げることがある。これらは子どもの病態・傷害態によっても異なる。

学校外での交通事故の被害の場合は学外者による通報、連絡等での救急活動が進行するのが一般的である。もっとも学校近くの事故とか教員が同行状態では別になる。学校内では、子どもが重度の事態であることを、上記のような多くの他者が認識している状況では、上記のような他者による自己利益の最大化に向かった判断、行為は生起しようがない。即ち、救急車とか、専門医療機関への搬送となるからである。

ところが、レベルが中位とか下位とかの境界領域となると、医学的、医療的判断はその専門性を必要とする。養護教諭のコンピテンスとキャリアに業務使命感である。また、レベルが上位の場合でも、子どもの受傷が頭部の場合は現場的判断、つまり、非医学的判断・非医事的判断・慣行的判断で子どもを医療機関へ連れて行くことが常態的になっている<sup>21)22)</sup>。この慣行的判断は古く、保護者に対する配慮である。率直に言えば、保護者からの攻撃や批判、中傷、評判に対する防御的手段である。小・中学校だけでなく、幼稚園での頭部受傷の場合も同様である。

このように見てくると、救急看護活動過程に多くの問題群が存在することになる。

表 1. 学校救急看護活動過程における問題群

①他者関係による問題
②そのコミュニケーション過程と内容による問題
③ステップ変異によるコミュニケーションの問題
④最終結果としての子どもの救急看護活動目標達成の問題

少なくとも、そのために子どもの病態・傷害が悪化することや致死が結果であってはならない。

問題防止、予防のために要因分析の追究が不可欠である。それは個々の事例事実の存在認識、理解による概念化、モデル化である。

④の最終的結果の悪化における問題存在の認識は重要である。不幸な結果に対する法的対応処置で終わることが少なくない。それ以前に不幸な結果と防止、予防するための要因・条件等の追究である。

このような研究は個人でなされる範囲・射程は小さく少ない。学会による共同研究が必要である。これによる主要因が把握されない限り、予防、防止の対応策や方法、方略は論理的、理論的に選択、適用、開発等することはできない。事例事実の質的研究であり、極めて複雑な事例・現象事態の概念的、理論的整理である。主要因の分析と要因間構造のモデル化による単純化である。

## Ⅶ. 結語と提言

1. 養護教諭の役割とその活動は学校教育、特に学校保健にとって重大で基本的な位置を占めている。むろん、地域保健、公衆衛生との関連も小さくない。その主要な役割は Health Promotion と Disease Prevention である。このことは学校保健の先進国であるアメリカの最新の大著 'School Nursing: A Comprehensive Text' の第20章のヘルスプロモーションの冒頭<sup>23)</sup>に述べられている。わが国は戦前からアメリカの学校保健や養護教諭の理論や実践を多く学んできた。

その「ヘルスプロモーションや疾病」の中でこれも有名な Leavell & Clark の予防理論・モデルが、引用、活用されている。これは 'Preventive Medicine (1957)' の名著<sup>24)</sup>である。

わが国でも1960年代、1970年代には公衆衛生、健康教育、学校保健教育等で活用された。しかし、その後はすっかり検討、研究どころか、参考・引用されることは殆どない。ところが高校保健教科書には、それらの引用を欠いた「第一次予防、第二次予防、第三次予防」の用語が記載されている。クラークらの予防理論、モデルとその「3次元構造」は無知、放任、無視されることなく検討、研究される必要がある。このことはこのことはクラークらの「天秤型」の理論、モデルについても同様である。

2. その役割の一つに“Role as (Health) Educator<sup>25)</sup>”として健康教育師があげられている。養護教諭が学校における健康教育の担当者としての役割についての議論は新しいことではない。だが、その現実や実践となると法制上の問題からコンピテンス、スキル等の問題もあって、その実際は困難、不振、挫折、放任等が少なくない。

学校保健教育は教科・科目保健教育を中核にして教科外の特別活動や道德教育があり、近くは総合学習もある。科目保健等の関連・構造化である。

3. その主要な領域を進めるのが養護教諭の救急看護活動である。ここでも救急看護活動だけではなく、健康教育や保健指導があり、同じく健康、安全事業管理活動もある。ところで、ヘルスプロモーションの中核は健康教育である。わが国ではヘルスプロモーション・健康教育の推進や向上のために、グリーンのプレシードモデル・プロシードモデルが多く引用・多用されることがあり、あった。このモデルは「単純因果型」のモデルであるが、「各相」の診断・点検・評価の観点は重要である。

4. 養護教諭の救急看護活動には多くの活動計画が提示されている。その目的達成の各相・ステップ・過程におけるグリーンの示す点検・評価が不可欠である。目標達成計画の概念図は目標達成に一方通行であるが、その現実にはステップと過程において、「他者」関係が存在し、多様なコミュニケーションが存在するからである。このコミュニケーションは一般的な心情・情感的な態度形成だけで済むことではない。

5. 一方通行型の救急看護活動計画が養護教諭の専門書にあるが、これでは学校保健活動の事実、具体的な対応場面での多種多様な「他者」関係、ステップ・上行、下行の進展、変化、過程におけるコミュニケーションの事実や問題に対応できるものではない。学校、学校保健の特異性、個別性等の条件があるからである。そのためにはこれらの条件に応じた事実分析が必要となる。

6. これまでは多くの学校保健、養護教諭の専門書・テキストや論文で学校救急看護活動における目標達成の計画図が提示されている。子どもの傷害態を「救いたい、悪化や劣化を防止したい」の計画図は必要である。だが、その実際や実現には計画通りには進展しないことがある。

7. 学習指導要領の中で武道が必修となり、その中でも柔道の指導と受傷・病態化が社会的問題となった。それ以前にも教科外の活動で、重篤な傷害や死亡事故の多さがマスコミなどからも指

摘されていた。だが、これらの問題の場合の学校救急看護における養護教諭の関与や活動実践における事実は不明である。救急看護計画図の存在と実際における関係者、特に専門職にある養護教諭の関与の事実とその内容である。別に柔道およびスポーツの受傷例のことだけではない。

8. 養護教諭の学校救急看護活動や安全教育に関する大事故、事件だけのことではない。大阪教育大附属池田小の事件の場合、養護教諭の救急看護活動事実の真相は不明、不問のままである。真相の解明、つまり活動事実の記述と科学的説明がなされない限り、対応の方策や方法、救護等は論理的、理論的に繋がらない。これでは、救急看護活動における養護教諭のコンピテンスやスキル形成、育成されることにはならない。また、先頃の東日本大震災時の津波による悲惨な事故がある。就中、大川小の児童74名と教職員10名の失命である。どのような災害・避難の計画があり、校長（出張不在）管理職以下の教職員は校庭に集合させた子どもたちに向かって、安全避難の計画目標に従って、何を、何時、どのように話したか、指示、安全指導したか等である。それに対して健康・安全管理と健康・安全教育の専門職としての養護教諭はどのように関与や活動をしたかである。ここでも、真相の究明である。近年経験したスマトラ沖大地震・大津波のイメージマップや認知地図（Cognitive Map）とか、Environmental Hazard Mapを認知、学習、理解していたら、この悲惨な結果はどうなったか、である。大川小と同じ石巻市内の小中学校では児童生徒が高所に避難し、死亡者はいない。この差異、比較による分析は事例研究として重要である。ここでも養護教諭は安全管理として何をしたかである。どのようなコミュニケーションがなされたかである。

9. これらが無い限り、教職員のコンピテンス・スキルは形成、育成されようがない。これについては偶然のことではあるが、安全教育の内容、カリキュラムとの関係で内山が関連学会で2010年にも、Environmental Hazard<sup>24)</sup>と安全管理、教育などについて解説、発表している。ハザードマップの問題と同様に重要な課題とされなくてはならない。

10. 最近の関連学会の原著論文や専門書・テキストには養護教諭の判断論<sup>27)</sup>がある。救急看護のコミュニケーション、リスクコミュニケーションのいずれにしる、その要点としての判断がある。だが、その判断は傷病態初期のPhysical Assessmentだけにあるのではない。救急看護活動の全過程にあり、しかもPhysical Assessmentだけが対象となるのではない。Mental, Social Assessmentも対象となる。しかも、これらの判断論には先述の5.の観点が全て欠落している。救急看護活動の判断は養護教諭だけでなされる訳ではない。救急看護活動の事実の要素としての判断には各種の他者による判断が存在する。その中の一つが上位者による非医事的判断である。

## 文献

- 1) 内山源 (2009) : ヘルスポモーション・学校保健, 家政教育社東京
- 2) Green LW et al (1980) : Health Education Planning, Mayfield, 12
- 3) Green LW et al (1991) : Health Education Planning, Mayfield, 16
- 4) 森美喜夫, 内山源, 三井淳蔵 (2013) : 保健学習における教材分析とストラテジーに関する実証的研究, 岐阜聖徳学園大学 教育実践科学研究センター紀要 第12号, 167-174

- 5) 森美喜夫, 内山源, 三井淳蔵 (1997): 学校保健活動に関する先行調査研究の成果と学校保健評価的観点, 教育医学, 42 (4), 300-308
- 6) 小倉学 (1979): 小学校保健教育の計画と実践, ぎょうせい 東京
- 7) 小倉学 (1981): 中学校保健教育の計画と実践, ぎょうせい 東京
- 8) 松岡弘 (1977): 視覚教材を使用した中学校保健の授業実験的研究, 学校保健研究, 19 (2)
- 9) 松岡弘 (1986): 中学校における性の授業研究, 学校保健研究, 28 (10)
- 10) Riley JB (2008): *Communication in Nursing*, Mosby
- 11) Mehrens WA & Lehmann IJ (1973): *Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, Wadsworth Pub Co
- 12) Kemm J (2004): *Health Impact Assessment*, Oxford University Press
- 13) Fink AG (2005): *Evaluation Fundamentals*, Sage Pubns
- 14) Cartelli A (2006): *Teaching in the Knowledge Society*, Information Science Pub
- 15) 内山源, 森美喜夫, 三井淳蔵 (2013): 保健教育カリキュラムの構造化と SHES 等の検討および学び・行動・生活等の記述・説明の欠落についての考察, 岐阜聖徳学園大学 教育実践科学研究センター紀要 第12号, 139-148
- 16) 内山源 (1974): 現代保健科教育法 (小倉・森編), 大修館東京, 117-143
- 17) 内山源 (1982): 健康障害と予防 (江口篤寿, 内山源編, 現代学校保健全集12), ぎょうせい 東京
- 18) Bennett P & Calman KS (2001): *Risk communication and Public Health* (Oxford Medical Publications), Oxford University Press
- 19) Lundgren RE & McMakin AH (2006): *Risk Communication: A Handbook for Communicating Environmental, Safety, and Health Risks*, Wiley-IEEE Press
- 20) 中村朋子, 内山源 (2005): 学校救急活動における養護教諭の判断と非医事的判断による問題点, 安全教育 5 (1), 37-44
- 21) 中村朋子, 内山源 (1998): 学校救急活動における判断と組織的意思決定について, 第45会日本学校保健学会講演集184-185
- 22) 内山源 (2009): 前掲書1) 第8章学校救急事態における非医学的・非医事的判断, 215-235
- 23) National Association of School Nurses/NASN (2011): *School Nursing: A Comprehensive Text*, F a Davis Co, 437-450
- 24) Leavell HR & Clark EG (1965): *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, 21, Macgraw-Hill Co,
- 25) 前掲書, 129-157
- 26) Smith K (1991): *Environmental Hazard*, Routledge, 9-12
- 27) 岡美穂子, 松枝睦美他 (2011): 養護教諭の行う救急処置—実践における「判断」と「対応」の実際—, 学校保健研究 35 (5), 399-410