

## 小・中・高校における自傷行為への対応上の 問題・限界・要望\*

金 愛 慶

### はじめに

自傷行為とは、「自らが行う、致死的でなく社会的には容認されない性質を持つ身体を害する行為、あるいは身体を醜くする行為」とされる (Walsh & Rosen, 1988)。若者の間で自殺を目的としない反復的な自傷行為が日本でも注目されるようになった一方で、学校現場では自傷児童生徒の増加に伴い、その対応の問題に直面している。さまざまな自傷行為の中にもとりわけ刃物による自傷行為は、自傷に伴われる流血と傷跡という明白な可視的刺激によって家族をはじめ教員やクラスメートなどの周囲の人々に強い心的動揺を引き起こす。このような反復的な自傷行為の多くは、一般的には希死念慮が薄く致死的ではない特徴を持つとされている (Pattison & Kahan, 1983)。しかし、稀に希死念慮をもって行われるケースも存在していることも明らかにされており (Gardner & Gardner, 1975; Jones, 1979; Pattison & Kahan, 1983)、一歩間違えると死に繋がる危険性をも孕んだ行為であることから、一層周囲の人々に不安を与えるなどの特徴をもつ。

小規模ではあるが、養護教諭を対象に小・中・高校における自傷行為の実態の一部を調査した金・土川・金子・若松の研究 (2007) では、中学・高校では自傷生徒の在籍率が高く、小学

校よりも有意にその対応上の困難さを訴えていたほか、養護教諭の対応の内容として自傷生徒の創部手当てに加え、スクールカウンセラー(以下、SCとする)や担任などと連携を取りながら何らかのカウンセリング的な関わりを行っていることが報告された。養護教諭が自傷行為の手当てのみならず自傷児童・生徒への心理的ケアにも深く関わらざるを得ないという対応上の実態の背景としては、生徒のさまざまな心の問題へのケアを専門とするSCが配置されてはいるものの、その殆どが非常勤という勤務形態である故、SC不在時には養護教諭がその役割を担わざるを得ず、常駐している養護教諭が児童・生徒の示すさまざまな身体的・心理的問題に対して多様な役割を担っていることも改めて確認された。

### 目的

そこで本研究では、引き続き養護教諭を対象に自傷行為を含めて児童・生徒の自傷行為を始めとするさまざまな心理的問題への対応においてどのような問題や限界を感じているか、またそのような問題や限界に対してどのような要望をもっているかについて調査を行うことにした。

\*本研究は、本学2006年度研究助成を受けたものである。

## 方法

**調査内容** 6名の養護教諭を対象に、①児童・生徒の自傷行為への対応の面、②教職員間の情報交換・連携の面、③SC・医療機関との情報交換・連携の面、④保護者への対応の面の4つのカテゴリに関する問題、限界、要望について行った面接調査を元に項目が作成された。そして、回答は、各項目に関する問題・限界・要望度をどの程度感じているかを「①全く感じない」から「⑦非常に強く感じる」までの7件法で求めた。

**調査対象および方法** 金ら(2007)の先行研究で調査協力が得られた小学校(12校)・中学校(3校)・高校(5校)を対象に郵送法で実施した。

## 結果

問題、限界、要望のすべての項目における学校段階間での有意差を検出するために一元配置の分散分析を行ったが、いずれの項目においても有意差は見られなかった。よって、以下のすべての結果処理は小・中・高校のデータを統合して行われた。

まず、自傷行為に対する養護教諭の対応上の問題・限界・要望に関する①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」、②「教職員間の情報交換・連携の面」、③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」、④「保護者への対応の面」の各項目の評定平均値および標準偏差の基礎統計量を求めた。次に、上記の4つのカテゴリ変数間で評定平均値に差があるか否かを検定するために、対応のある一要因の分散分析と多重比較を行った。その結果を自傷行為への対応上の「問題」、「限界」、「要望」別に述べる。

### 1) 対応上の問題

①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」、②「教職員間の情報交換・連携の面」、③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」、④「保護者への対応の面」の4つのカテゴリにおける各項目の評定平均値は、表1-1に示す。①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」では「生徒一人一人の自傷行為の深刻度・危険度に関する判断が難しい」の項目が、②「教職員間の情報交換・連携の面」では「担任から生徒への対応のアドバイスを求められた場合、上手く指導できない」の項目が、③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」では「心療内科・精神科などの紹介が難しい(家族からの紹介が求められた時)」の項目が、④「保護者への対応の面」では「自傷行為を知らせると、家族の受けるショックが大きく、そのフォローに苦慮する」の項目が、最も高い得点を示した。

次に、対応上の問題に関する4つのカテゴリ間の評定平均値に有意差が見られた( $F(3,48)=12.824, p=.0001$ )。さらに、多重比較を行った結果、③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」の平均値が最も低く、他の3つのカテゴリ変数との全てのペアにおいて有意に低い得点であった(表1-2と図1-1参照)。

### 2) 対応上の限界

4つのカテゴリにおける各項目の評定平均値は、表2-1に示す。①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」では「生徒の心理的な問題にまで対応する時間がない」、「生徒の心理的な問題に対応する空間(個室など)がない」の項目が、②「教職員間の情報交換・連携の面」では「互いに忙しい故、情報交換の時間を設けにくい」の項目が、③「SC・医療機関との情報交換・

表 1-1 小・中・高校における自傷行為への対応上の問題点

	M	SD
①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」		
8) 生徒一人一人の自傷行為の深刻度・危険度に関する判断が難しい	4.95	1.13
3) 生徒自身が自傷行為の危険性を理解していない	4.74	1.05
5) 生徒が自分の自傷行為による周囲への影響（ショックを与える）を理解していない	4.74	0.99
7) 生徒が自傷行為を家族に知らせたがらない	4.68	1.11
4) 生徒に自傷行為の危険性を理解させるのが難しい	4.63	1.01
9) 生徒一人一人への具体的な対応法が分からない	4.58	1.22
2) 自傷行為の理由を生徒自身が理解できていない	4.53	1.31
6) 生徒が自傷行為を教師（担任など）に知らせたがらない	4.42	1.35
1) 生徒が自傷行為をする理由を話そうとしない	3.84	1.39
②「教職員間の情報交換・連携の面」		
2) 担任から生徒への対応のアドバイスを求められた場合、上手く指導できない	4.37	1.38
1) 自傷行為のある生徒の存在を知り、担任が対応に非常に悩んでしまう	4.32	1.29
3) 担任に相談すべきか、生徒が望まない場合は判断に迷う	4.21	1.69
③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」		
4) 心療内科・精神科などの紹介が難しい（家族からの紹介が求められる場合）	3.32	2.03
1) スクールカウンセラーが忙しく、対応の検討・情報交換の時間を設けにくい	3.22	1.70
3) スクールカウンセラーの助言が分かりにくい	2.61	1.69
2) スクールカウンセラーとの間で自傷行為の危険性に関する認識にずれがある	2.42	1.71
④「保護者への対応の面」		
2) 自傷行為を知らせると、家族の受けるもショックが大きく、そのフォローに苦慮する	4.79	1.69
6) 保護者の冷静さによって自傷行為の改善に差がある	4.78	1.59
3) 家族の過剰反応により自傷行為が悪化する傾向がある	4.63	1.71
4) 家庭での自傷行為のある生徒への対応法を求められた場合、具体的な助言に困る	4.37	1.50
1) 保護者に知らせるべきか、生徒が望まない場合は判断に迷う	4.16	1.74
5) 保護者に知らせた場合、その原因を学校に求める傾向がある	4.00	1.63

表 1-2 自傷行為対応上の問題における4カテゴリ間の評定平均値の比較 (n=17)

カテゴリー	M	SD	多重比較
①児童・生徒の自傷行為への対応の面	4.61	0.83	①>③*
②教職員間の情報交換・連携の面	4.41	1.33	②>③*
③SC・医療機関との情報交換・連携の面	3.06	1.45	
④保護者への対応の面	4.43	1.41	④>③*

注) \*;  $p < .05$

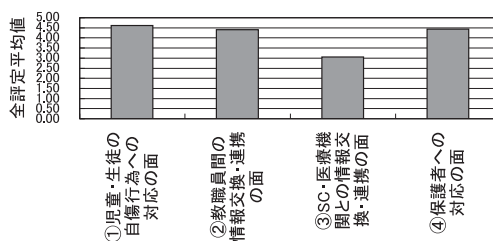


図 1-1 対応上の問題における4つのカテゴリ間の評定平均値の比較

表 2-1 小・中・高校における自傷行為への対応上の限界点

	M	SD
①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」		
1) 生徒の心理的な問題にまで対応する時間がない	5.00	5.00
2) 生徒の心理的な問題に対応する空間（個室など）がない	4.84	1.50
5) 個人情報保護と関連して、生徒の情報開示のレベル（どこまで話すか）に関する判断がつかない	4.53	1.58
6) 人格発達上生徒が未熟である故、自分の行為の意味（自分自身や周囲への影響）に関する自己理解を促しにくい	4.53	1.58
4) 個人情報保護と関連して、生徒が望まない場合、生徒の情報を担任や家族に開示すべきかの判断がつかない	4.32	1.70
3) 保健室以外（教室やクラブ活動）の生徒の様子が把握できない	4.21	1.62
②「教職員間の情報交換・連携の面」		
2) 互いに忙しい故、情報交換の時間を設けにくい	4.53	1.71
3) 心理的な問題に関しては、互いに専門的な知識がない故、情報交換しづらい	4.21	1.47
1) 担任も生徒の様子（教室やクラブ活動で）を把握しきれない	4.11	1.41
5) 職種間に自傷行為への対応法における認識の違いがあり、連携が上手くいかない	3.84	1.42
4) 職種によって守秘義務や個人情報保護への認識のずれが有り、生徒の情報を開示しづらい	3.74	1.76
③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」		
1) スクールカウンセラーが常駐していない故、緊急時に相談できない	5.05	1.84
2) 専門知識の違いにより、スクールカウンセラーとのコミュニケーションが上手く取れない	3.83	2.09
3) 心療内科・精神科などの受診が必要な時（家族からの紹介が求められるなど）、紹介できる連携先が無い	3.50	1.67
④「保護者への対応の面」		
3) 家族への説明や対応における具体的な方法に限界を感じる	5.00	1.59
2) 生徒の家庭の様子（家族力動）が把握に限界がある	4.95	1.50
1) 担任では無い故、家族との連絡に限界がある	4.35	1.50

連携の面」では「スクールカウンセラーが常駐していない故、緊急時に相談できない」の項目が、④「保護者への対応の面」では「家族への説明や対応における具体的な方法に限界を感じる」の項目が、最も高い得点を示した。

次に、自傷児童・生徒への対応上の限界に関する4つのカテゴリー変数間では有意差が見られなかった ( $F(3,48) = 2.040, p = .121$ )。しかし、多重比較の結果においては、②「教職員間の情報交換・連携の面」の平均値より④「保護者への対応の面」の平均値が有意に高かった(表 2-2 と図 2-1 参照)。

表 2-2 自対応上の限界における4カテゴリー間の評定平均値の比較 ( $n=17$ )

カテゴリー	M	SD	多重比較
①児童・生徒の自傷行為への対応の面	4.49	1.31	
②教職員間の情報交換・連携の面	3.98	1.33	
③ SC・医療機関との情報交換・連携の面	4.10	1.65	
④保護者への対応の面	4.65	1.42	④ > ② *

注) \*;  $p < .05$

### 3) 対応上の要望

4つのカテゴリーにおける各項目の評定平均

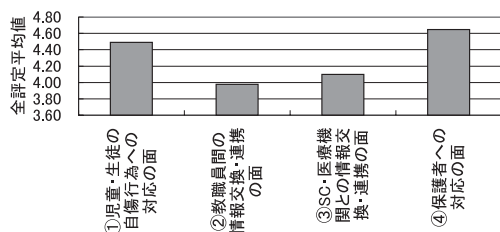


図2-1 対応上の限界における4つのカテゴリ間の評定平均値の比較

値は、表3-1に示す。①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」では「生徒の心理的な問題に対応できる時間と空間の整備が必要である」の項目が、②「教職員間の情報交換・連携の面」では「深刻な精神的な問題のある生徒への対応を検討できるように専門家（臨床心理士など）を交えた検討会が必要である」の項目が、③

「SC・医療機関との情報交換・連携の面」では「心療内科・精神科などの受診が必要な時、紹介できる連携先のネットワークの整備が必要である」の項目が、④「保護者への対応の面」では「家族への説明や対応における具体的な方法が学べる研究会が必要である」の項目が、最も高い得点を示した。

次に、自傷児童・生徒への対応上の問題に関する4つのカテゴリ変数の平均値には有意差が見られた ( $F(3,48) = 7.179, p = .0001$ )。さらに、多重比較を行った結果、②「教職員間の情報交換・連携の面」の平均値が最も低く、他の3つのカテゴリ変数との全てのペアにおいて有意に低い得点を示した（表3-2と図3-1参照）。

表3-1 小・中・高校における自傷行為への対応上の要望点

	M	SD
①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」		
3) 生徒の心理的な問題に対応できる時間と空間の整備が必要である	5.95	1.10
4) 必要に応じては生徒への具体的な対応の技術を磨くために専門家のコンサルテーションを受けられる制度的な機会が必要である	5.75	1.07
2) 生徒の自傷行為を含めた精神的なトラブルに関する対応を学べる専門的な研修会の必要性を感じる	5.50	1.24
1) 自分是对応をしなくても、自傷行為を含めた精神的なトラブルに関する専門知識の必要性を感じる	5.35	1.18
②「教職員間の情報交換・連携の面」		
2) 深刻な精神的な問題のある生徒への対応を検討できるように専門家（臨床心理士など）を交えた検討会が必要である	5.30	1.46
1) 個人情報保護と関連して、生徒の情報伝達の経路や守秘義務に関するガイドラインが必要である	4.35	1.50
③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」		
3) 心療内科・精神科などの受診が必要な時、紹介できる連携先のネットワークの整備が必要である	5.70	1.42
1) 緊急対応時、専門家（担任や養護教諭）の為に専門家（精神科医・臨床心理士など）による相談窓口（国や自治体の）が必要である	5.35	1.31
2) 心療内科・精神科などの知識が豊富なスクールカウンセラーの派遣が必要である	5.30	1.59
④「保護者への対応の面」		
2) 家族への説明や対応における具体的な方法が学べる研究会が必要である	5.70	1.49
1) 保護者に連絡が必要な時の明確な連絡手順や方法の整備が必要である	4.90	1.68

表 3-2 対応上の要望における4つのカテゴリー間の評定平均値の比較 (n=17)

カテゴリー	M	SD	多重比較
①児童・生徒の自傷行為への対応の面	5.64	0.97	①>②*
②教職員間の情報交換・連携の面	4.83	1.35	
③SC・医療機関との情報交換・連携の面	5.45	1.18	③>②*
④保護者への対応の面	5.30	1.38	④>②*

注) \*;  $p < .05$

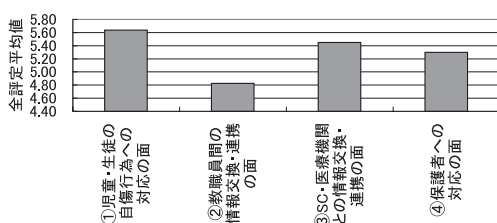


図 3-1 対応上の要望における4つのカテゴリー間の評定平均値の比較

### 考察

①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」、②「教職員間の情報交換・連携の面」、③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」、④「保護者への対応の面」の4つのカテゴリー別に対応上の問題、限界・要望について考察を行う。

まず、①「児童・生徒の自傷行為への対応の面」においては、その「問題」として児童生徒の各々の自傷行為の深广度・危険度に関する判断が難しいことやその具体的な対応法が分からないという養護教諭側の問題ほか、児童生徒が自らの行為の危険性および周囲への影響を理解していないという生徒側の未熟性が上位の問題として報告された。そして、対応上の「限界」としては、生徒の心理的問題にまで対応できる時

間的余裕の無さと個室という物理的環境が整っていないことが上位を占めていた。先行研究の金・土川・金子・若松(2007)でも、養護教諭が自傷の手当てのみならず心理的ケアにも関わらざるを得ないという実態が明らかになっているものの、養護教諭の勤務形態と保健室の物理的環境からは生徒の心理的問題へのケアに必要な時間的・物理的環境の側面が最大の限界として評価されていた。以上の自傷児童生徒への対応上の問題と限界を背景に、「要望」としては生徒の心理的問題に対応できる時間と空間の整備の必要性の評価が最も上位を占め、続いては生徒への具体的な対応の技術を磨くために専門家のコンサルテーションを受けられる制度的な機会や生徒の自傷行為を含めた精神的なトラブルに関する対応を学べる専門的な研修会の必要性が挙げられたと考察される。

次に、②「教職員間の情報交換・連携の面」においては、その「問題」として生徒への具体的な対応法の指導を担当に対して上手く行えないこと、そして最も身近で指導の責任を持つ担当が必然的に自傷児童生徒への対応法に悩んでしまうなどの問題が指摘された一方で、教職員同士が忙しくて情報交換の時間を設けにくく、互いに心理的問題に関する専門知識がない故に情報交換もしづらいなどの限界点を取りざたされていた。このような一連の問題と限界から、その「要望」としては専門家を交えた検討会が必要であることのほか、心理的問題という児童生徒の極めて私的な情報を扱うことによって発生する守備義務の問題に関連するガイドラインの必要性が高く評定されていたと考察される。

それから、③「SC・医療機関との情報交換・連携の面」においては、その「問題」に関する評価平均値が他のカテゴリーより有意に低く、SCや医療機関との情報交換や連携面での問題



はあまり認識されていなかった。しかし、SCが常駐していない故に緊急時に相談が出来ないことが「限界」として非常に高く評定されていた。また、「要望」においては、すべての項目の評定得点が高く、紹介できる専門医療機関のネットワークの整備の必要性や緊急対応が必要な時の精神科医・臨床心理士による公的相談窓口の必要性、そして心療内科や精神科などの医療関連の専門知識が豊富な臨床心理士の派遣の必要性が高く認識されていた。このことから、小・中・高校の児童生徒の示す不調の様子が多様化しており、心理的なケアの必要性も高まっていることが示唆された。そして、児童生徒の心理的なケアへの主たる役割を担うはずのSCが非常勤という勤務形態であるので、SCの勤務時間外で緊急対応が必要となった場合には養護教諭はその専門的な対応に限界を感じざるを得ないことも浮き彫りになった。なお、自傷児童生徒の家族からの要請等で医療機関への紹介が必要なケースもあるが、その際に紹介できる医療機関の情報不足からくる大変さを感じていることが示唆された。

最後に、④「保護者への対応の面」では、その「問題」として、生徒の自傷行為を家族に知らせた場合に家族が受けるショックが大きくてそのフォローに苦慮していること、更に家族の過剰反応によって自傷行為が悪化するなどの児童生徒への悪影響があること、そして、家族に対する生徒への具体的な対応法の助言が難しいことが高く評定されていた。そして、その「限界」においても、他のカテゴリーよりもその限界を有意に高く感じており、自傷児童生徒の家族への説明やその対応方法の指導、生徒の家庭の様子（家族力動）の把握、家族との連絡の取り方に非常に限界を感じていることがわかった。それに対する「要望」としては、家族への説明や

対応における具体的方法が学べる研修会の必要性が強調されたほか、担任ではない立場の限界から保護者への連絡の際に明確な手順や方法の整備の必要性であることも高く評定されていたと考察される。

以上のことを総括すると、養護教諭は児童生徒およびその家族への対応に必要な専門知識の必要性を問題として強く感じており、要望もそれに関連した専門知識を学べる研修会の必要性を強く感じていることが明らかになった。また、養護教諭は小・中・高校の児童生徒の心理的な面でのケアの必要性の認識も高まっていることが示唆されており、その対応の主たる役割を担うはずのSCが非常勤という勤務形態である故、緊急対応が必要になった時に限界があることも浮き彫りになった。結果、児童生徒の心理的なケアでは非常勤のSCに代わって常勤である養護教諭の役割が相対的に強くならざるを得ない実情があるほか、それに付随して臨床心理学的専門知識の不足による具体的な対応方法の面では苦慮して様子が示唆された。また、このような問題への対策として専門知識を学べる研修会や緊急対応を要する場合の専門家による公的相談窓口の必要性が認識されていることが分かった。

今回の調査は調査協力が得られた小規模のサンプルによる調査である故、以上の研究結果が全国の各自治体における小・中・高校における状況を一般的に広く反映できているかについては明確ではないところがある。しかしながら、小・中・高校における自傷行為を含めた精神的不調に対する学校保健の対応上の諸問題を捉えた調査は非常に少ない。よって本調査は、小規模の調査ではあるものの、昨今の小・中・高校の保健室を中心とした児童生徒への心理的ケアにおける状況の把握と今後の学校保健のあり方

を検討する上では有意義な示唆を与えていると考えられる。

今回の調査では、自傷行為への対応を中心にその問題・限界・要望について調べたが、学校現場での児童生徒の示す心理的な問題も多様化していることから今後は自傷行為以外の心理的な問題や精神的不調に関する対応に関する調査も必要であると思われる。特に、組織的対応システムやその運用のあり方、情報開示における方針や経路、医療専門機関とのネットワーク作りの必要性およびその連携のあり方に関して学校現場ではどのような意見であるか、更なる詳細な調査が求められる。

## 引用・参考文献

- 阿部隆夫, 竹谷一雄 1993 「総合病院における手首自傷を伴う症例の臨床的検討」, 精神医学, Vol. 35, 257-264.
- Cairns, R. B. & Cairns, B. D. 1994 *Lifelines and risks: Pathways of youth in our time*. New York: Cambridge University Press.
- Favazza, A. R. 1989 Normal and deviant self-mutilation: An essay-review. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26, 113-127.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J., 1993 Diagnostic issues in self-mutilation, *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 44, 134-140.
- Favazza, A. R. 1999 Self-mutilation, Jacobs D. G.(ed), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Harvard Press, Boston, 125-145.
- Gardner, A. R. & Gardner, A. J. 1975 Self-mutilation, obsessiveness and narcissism. *British Journal of Psychiatry*, 127, 127-132.
- Graff, h., & Mallin, R. 1967 The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 124, 36-42.
- Jones, I. H. 1979 A biological approach to two forms of human self-injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 167, 74-78.
- 柏田勤 1988 Wrist Cutting Syndromeのイメージ論的考察—23症例の動機を構成する3要因の検討—, *精神神経学雑誌*, Vol. 90, 469-496.
- 川谷大治 2004 精神科外来「現代のエスプリ」, 川谷大治 (編)], 29-40.
- 金愛慶 2006 青年期における自傷行為の一考察, *日本心理臨床学会第25回大会論文集*, 246.
- 金愛慶・土川洋子・金子尚弘・若本純子 2007 小・中・高校における児童・生徒の自傷行為への対応(1), *名古屋学院大学論集(人文・自然科学篇)*, 44巻 (2), 65-76.
- Lagerspetz, K. M., & Björkqvist, K. 1994 Indirect aggression in boys and girls. In L. R. Huesmann (Ed.) *Aggressive Behavior: Current perspectives*. New York: Plenum Press. Pp. 131-150.
- 西園昌久・安岡誉 1979 手首自傷症候群, *臨床精神医学*, Vol. 8, 1309-1315.
- Pulkkinen, L. P. & Pitkänen, Y. 1993 Continuities in aggressive behavior from childhood to adulthood. *Aggressive Behavior*, 19, 249-263.
- Pattison, E. M. & Kahan, J. 1983 The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 140, 867-872.
- Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Walsh, R., & Klausner, E. 1972 Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 128, 1363-1368.
- 武井明・目良和彦・宮崎健祐他 2007 市立旭川病院精神科における児童思春期患者の実態：1996～2005年の10年間の外来統計から, *精神医学*, Vol. 49(10), 1053～1061.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (著) 1988 *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. 松本俊彦・山口亜希子(訳) 2005 自傷行為：実証的研究と治療方針 金剛出版.
- 安岡誉 1978 Wrist Cutting Syndrome 季刊精神療法, Vol. 4, 188-191.
- 山口亜希子・松本俊彦・近藤智津恵他 2004 大学生における自傷行為の経験率, *精神医学*, Vol. 46 (5), 473-479.