

## 小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応 (I)<sup>1)</sup>

金 愛慶・金子尚弘<sup>2)</sup>・土川洋子<sup>2)</sup>・若本純子<sup>2)</sup>

### はじめに

自傷行為とは、「自らの手で行われ、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)。1960年代後半より欧米では、致死的でない手首自傷を繰り返す若い女性患者の一群に関心が集まり、手首自傷症候群 (wrist-cutting syndrome) という概念が提唱された (Graff & Mallin, 1969; Rosenthal, Rinzler, Walsh et al., 1972)。その後の多くの研究によって、致死的ではない反復的な自傷行為は手首に限らず身体のださまざまな部位 (首, 腕, 脚, 腹部など) においても行われていることが知られている。

自傷行為は、その意図や様式、社会的許容度などによってさまざまな分類が可能であるが、治療的介入が必要とされる病的な自傷行為は、その重傷度によって①眼球摘出や四肢・性器の切断などの精神病患者による重篤な自傷行為 (major Self-mutilation) のほか、②知的障害者に多く見られる常同的自傷行為 (stereotypic Self-mutilation)、③刃物などで皮膚の表面を切る、皮膚を引っ搔く、タバコなどの火を皮膚に押しつける、針で皮膚をさす、または穴

を開けるなど、自殺を目的とせずに繰り返される自傷行為を意味する表面的・軽度の自傷行為 (superficial/moderate Self-mutilation) に分類できる (Favazza, 1989, 1999; Favazza & Rosenthal, 1993)。

日本でも1970年代後半からリストカッティング (wrist cutting) による自殺企図を行った精神科の臨床群に関する幾つかの研究が報告され、その特徴や動機などの検討がなされている (阿部・竹谷, 1993; 柏田, 1988; 西園・安岡, 1978; 安岡, 1978)。そして、1990年代後半からは医療機関や大学の保健センター、小・中・高校の保健室からのリストカッティングやアームカッティング (arm cutting) などの自傷行為のケース報告が増え (川谷, 2004)、インターネット上でも自傷者達のホームページが多数掲載されるようになった。また、世間では常態的にリストカッティングやアームカッティングを繰り返す人を称してリズカーやアームカーといった呼び方が流行するなど、若者の間で自傷行為が社会現象化した傾向さえも見受けられる。

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精神医学や臨床心理学の領域でも注目を集めるようになった一方で、学校現場ではこの数年間の自傷児童生徒の増加に伴い、特に刃物による自傷行為への対応の問題に直面している。さまざまな自傷行為の中でもとりわけ刃物による自傷行為は、その特有のイン

1) 本論文は、白梅学園短期大学教育研究センター平成17年度研究助成を受けて行われた調査による。

2) 白梅学園短期大学

パクトから周囲の人々に強い不安を与える。なぜなら、刃物による自傷に伴われる流血と傷跡という明白な可視的刺激は、教員やクラスメートに心的動揺を引き起こすのに十分すぎる威力を持っている。また、反復的な自傷行為は、一般的には希死念慮が薄く致死的ではない特徴を持つ (Pattison & Kahan, 1983) とされているが、中には希死念慮をもって行われるケースも明らかに存在しており (Gardner & Gardner, 1975; Jones, 1979; Pattison & Kahan, 1983), 一歩間違えると死に繋がる危険性を孕んでいるということがその最大の理由である。

## 目 的

自傷行為の社会現象化の中で学校現場でも自傷行為の危険性や対応の困難さがずっと指摘されてきたにもかかわらず、未だ自傷行為に対する学校現場での対応に関する調査研究は見当たらない。「児童・生徒の自傷行為に対してどのような対応」がなされているか、また、「その対応法の効果及び限界」について調べることはより有効な対応法を模索する上で必要不可欠な作業といえよう。

そこで、本研究では自傷行為に関するより効果的な対応法の示唆を得ることを見据え、その第一段階として養護教諭を対象に小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応の現状について調査した。

## 方 法

### 調査内容

今回の調査内容は刃物による自傷行為に限定した。その理由は、①非臨床群を対象とした日本の先行研究 (山口・松本・近藤・小田原ら、

2005; 金, 2006) でさまざまな自傷行為の中でも刃物による自傷行為が最も多く報告されており、②他の自傷行為よりは養護教諭によって認知されやすく、③危険な行為であるゆえ緊急な対応が求められるほか、④養護教諭のみならず学校現場のさまざまなスタッフの連携が要求されるからである。

アンケートの質問項目は、5名の養護教諭との面接による聞き取り調査を元に、共同研究者のうち3名によって作成された。その内容は、次の通りである。

- I 回答者の勤務校 (①小学校, ②中学校, ③高等学校)
- II 回答者の立場 (①養護教諭, ②その他 (自由記述))
  - 前任校も含めて今まで自傷行為のある生徒への対応の経験 (有無の2件法)
  - 経験のある場合の自傷児童生徒の人数
- III 2005年度保健室来室者状況
  1. 来室者総数とその内の自傷行為による利用者数
  2. 保健室利用はないが、自傷行為をしている児童生徒の噂の有無とその人数
- IV 養護教諭としての自傷行為に関する一般的な対応
  1. 自傷行為のある児童生徒への一般的な対応 (最も当てはまるものを一つ選択)
    - ①創部の手当てのみに留める
    - ②創部の手当てに加え、保健室でのカウンセリング的な関わりを行う
    - ③担任などに相談し、自らが継続的・中心的に関わる
    - ④スクールカウンセラー (以下SCとする) に相談し、自らが継続的・中心的に関わる

## 小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応（Ⅰ）

- ⑤保護者に連絡し、お任せする
- ⑥担任・その他先生方に相談し、お任せする
- ⑦SC等に相談し、お任せする
- ⑧その他（自由記述）
2. 自傷児童生徒への対応の中に、大変さや困難さを感じる程度  
（①全く感じない～⑦非常に強く感じるまでの7件法）
3. 自傷行為のある児童生徒への対応上の情報開示の基本的方針（最も当てはまるものを一つ選択）
- ①児童生徒が望まない場合、保健室のみの対応に留め、担任や家族には知らせない方針
- ②児童生徒が望まなくても、担任や家族には知らせ、更なる対応を取らせる方針
- ③まずはSCに相談し、更なる対応を検討する方針
- ④決まった方針はなく、児童生徒一人一人の状況を考慮して対応を決めている
- ⑤その他（自由記述）
- V 現勤務校の学校全体としての対応の工夫
1. 自傷行為で緊急対応の必要な児童生徒に対して学校全体の組織的な対応のシステムを設けているか（①いいえ、②はい、③その他（自由記述））
2. 上記の質問で「②はい」もしくは「③その他」と答えた場合のみ
- 1) 養護教諭・担任・SCなどによる（自傷）児童生徒への対応法に関する検討会や連絡会などを開いているか（一つ選択）
- ①検討会などは全く設けていない
- ②組織的では無いが、必要に応じて設けている（例えば、担任と養護教諭とで）
- ③必要に応じて組織的な検討会などを設けている
- ④その他（自由記述）
- 2) 緊急対応の必要な児童生徒の情報開示の方針や経路に関する組織的な手順を設けているか（一つ選択）
- ①情報開示の方針や経路に関する組織的な手順を全く設けていない
- ②情報開示の方針や経路に関する学校全体としてのおおよその共通認識を持っている
- ③情報開示の方針や経路に関する組織的で明文化された手順を設けている
- ④その他（自由記述）
- 3) 深刻な自傷行為のある児童生徒（繰り返しのリストカットや他の精神疾患も疑われるケース）の心療内科や精神科等を受診時に、当該病院と連携を取っているか（一つ選択）
- ①基本的には家族にお任せし、学校としては病院との連携は取っていない
- ②担任もしくは養護教諭が主治医と連絡を取る形で連携を取っている
- ③SCが窓口となり、主治医と連携を取っている
- ④その他（自由記述）
- 調査対象及び方法**
- 教育委員会の許可が得られた首都圏X市の小・中・高校を対象に2006年の3月中旬から下旬にかけて郵送法による匿名での回答形式で実施した。

## 結 果

### 1. アンケート回収率、自傷児童生徒の在籍率、および対応の困難さの評定結果

アンケート回収率、自傷児童生徒の在籍状況、および養護教諭の過去の自傷児童生徒への対応経験率を求めた。その結果をTable 1に示す。そして、養護教諭の過去の自傷児童生徒への対応経験数、自傷児童生徒の来室者数、自傷児童生徒への対応の大変さ・困難さの評定における学校段階間の差を検討するために、一元配置の分散分析を行った。その結果はTable 2に示す。

まず、調査の回答率は、高校（5校、63%）、小学校（12校、57%）、中学校（3校、30%）の順であり、中学の回答率が著しく低かった。

**Table 1** アンケート回収、自傷生徒の在籍状況、および養護教諭の過去の自傷生徒への対応経験

	送付	回収	自傷生徒有り	自傷児童生徒の噂有り	自傷児童生徒への対応経験有り
小学校	21	12(57%)	0(0%)	0	6(50%)
中学校	10	3(30%)	2(67%)	0	3(100%)
高校	8	5(63%)	4(80%)	5	5(100%)
全体	39	20(51%)	6(30%)	5	14(70%)

(単位：箇所)

自傷児童生徒の在籍率は、高校（80%）、中学（67%）、小学校（0%）の順であり、学校段階間で有意差が見られ（ $\chi^2(2)=13.061$ ,  $p=.001$ ）、中学・高校がそれぞれ小学校に比べて自傷児童生徒の在籍率が有意に高かった。そして、自傷行為による保健室への来室者数においても、学校段階間で有意差が見られ（ $F(2, 17)=8.258$ ,  $p=.003$ ）、多重比較の結果、中学・高校がそれぞれ小学校に比べて自傷生徒の来室者数も有意に多かった。

養護教諭の自傷児童生徒への対応の経験率では、小学校が50%、中学、高校はともに100%と、学校段階間で有意傾向のある差が見られ（ $\chi^2(2)=5.71$ ,  $p=.057$ ）、中学・高校の養護教諭のほうがそれぞれ小学校に比べて有意に高かった。そして、養護教諭の過去の自傷児童生徒への対応経験実数でも、学校段階間で有意差が見られ（ $F(2, 16)=3.622$ ,  $p=.050$ ）、多重比較の結果、中学、高校のほうがそれぞれ小学校に比べて自傷児童生徒への対応経験実数も有意に多かった。

自傷児童生徒への対応への大変さ・困難さの評定結果においても、学校段階間で有意差が見られ（ $F(2, 16)=3.939$ ,  $p=.041$ ）、多重比較の結果では中学で高校よりも対応上の変な大変さ・困難さが有意に高く評定されていた。

さらに、養護教諭の「自傷児童生徒への対応における大変さ・困難さ」の評定に、「自傷児童生徒への対応経験人数」、「保健室の自傷児童生徒の来談者数」、「自傷児童生徒の噂の人数」、「保健室の自傷児童生徒の来談者数」、「緊急対応における学校全体の組織的対応システムの有無」の変数が関連しているか否かを調べるために各変数間のPearsonの積率相関係数を求めた（Table 3参照）。しかし、いずれの変数においても「自傷児童生徒への対応における大変さ・困難さ」の評定との間に有意な相関は見られなかった。

### 2. 保健室での一般的対応と情報開示の方針

自傷児童生徒への一般的対応に関する結果は、Table 4に示す。小・中・高校を概しての結果では、「教育相談部に相談し関わり方を検討した上で必要な関わりをもつ」、「SCや担任に相談し、あくまでも養護教諭は担任をサポートする役割で、担任が中心となる」、「創部の手

小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応（Ⅰ）

Table 2 養護教諭の過去の自傷児童生徒への対応経験数，自傷児童生徒の来室者数，自傷児童生徒への対応の大変さ・困難さの評定における学校段階間の平均値の差

	学校段階	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	多重比較
過去，自傷児童生徒への対応経験数（人）	小( <i>n</i> = 11)	0.636	0.924	3.622	0.050	小<中( <i>p</i> = .076) 小<高( <i>p</i> = .032)
	中( <i>n</i> = 3)	9.000	9.539			
	高( <i>n</i> = 5)	9.200	11.692			
保健室の全来室者数(人)	小( <i>n</i> = 10)	2930.700	1984.840	0.302	0.744	
	中( <i>n</i> = 3)	2166.667	1607.275			
	高( <i>n</i> = 5)	3216.600	1734.482			
自傷生徒の来室者数(人)	小( <i>n</i> = 12)	0.000	0.000	8.258	0.003	小<中( <i>p</i> = .033) 小<高( <i>p</i> = .001)
	中( <i>n</i> = 3)	1.333	1.528			
	高( <i>n</i> = 5)	1.800	1.483			
自傷生徒への対応の大変さ・困難さの評定（7段階評定：1-7）	小( <i>n</i> = 11)	5.455	1.293	3.939	0.041	高<中( <i>p</i> = .014)
	中( <i>n</i> = 3)	6.667	0.577			
	高( <i>n</i> = 5)	4.200	1.304			

Table 3 自傷児童生徒への対応の大変さ・困難さおよび諸変数間の相関マトリックス

		I	II	III	IV	V
I 自傷児童生徒への対応の大変さ・困難さ（7段階評定値）	相関係数 有意確率(両側) <i>n</i>					
II 自傷児童生徒への対応の経験数	相関係数 有意確率(両側) <i>n</i>	0.030 0.906 18				
III 保健室の全体来室者数	相関係数 有意確率(両側) <i>n</i>	-0.408 0.104 17	0.077 0.768 17			
IV 自傷児童生徒の来室者数	相関係数 有意確率(両側) <i>n</i>	0.029 0.906 19	0.576 0.010 19	-0.109 0.667 18		
V 自傷児童生徒の噂の人数	相関係数 有意確率(両側) <i>n</i>	-0.249 0.304 19	0.830 0.000 19	0.128 0.614 18	0.579 0.008 20	
VI 組織的対応システムの有無（ダミ変数，無 = 1，有 = 2）	相関係数 有意確率(両側) <i>n</i>	0.241 0.319 19	-0.100 0.685 19	-0.183 0.467 18	0.217 0.358 20	-0.141 0.553 20

Table 4 自傷児童・生徒への一般的対応(単位:箇所)

	小	中	高	計
⑧その他(教育相談部に相談し,担任・SC・保護者と連携をとる)	7	0	0	7
③担任などに相談し,自らが継続的・中心的に関わる	3	0	2	5
②創部の手当てに加え,保健室でのカウンセリング的な関わりを行う	0	2	2	4
④SCに相談し,自らが継続的・中心的に関わる	2	0	1	3
⑥担任・その他先生方に相談し,お任せする	0	1	0	1
①創部の手当てのみに留める	0	0	0	0
⑤保護者に連絡し,お任せする	0	0	0	0
⑦SC等に相談し,お任せする	0	0	0	0
計	12	3	5	20

当て後,保健室でのカウンセリング的な関わりとともに,保護者や担任,SCとも連携をとる」といった何らかの組織的な対応を主とする内容の「その他(7)」が最も多かった。続いて,「担任などに相談し,自らが継続的・中心的に関わる(5)」、「創部の手当てに加え,保健室でのカウンセリング的な関わりを行う(4)」、「SCに相談し,自らが継続的・中心的に関わる(3)」、「担任・その他先生方に相談し,お任せする(1)」の順であった。

さらに特記すべきことは,小学校では「教育相談部で相談し,担任・SC・保護者と連携をとる」といった内容を主とする「その他」の回答が多かったが,中学・高校では「担任などに相談し,(養護教諭)自らが継続的・中心的に関わる」、「創部の手当てに加え,保健室でのカウンセリング的な関わりを行う」という回答が多く,対照的な結果となっていたことである。

自傷児童生徒の情報の開示時の方針としては,小・中・高校を概して,「決まった方針はなく,児童生徒一人一人の状況を考慮して対応

を決めている(9)」という回答が最も多く,「まずはSCに相談し,更なる対応を検討する(7)」、「児童生徒が望まなくても,担任や家族には知らせ,更なる対応を取らせる(4)」の順となった(Table 5参照)。

Table 5 自傷児童・生徒の情報開示の方針(単位:箇所)

	小	中	高	計
④決まった方針はなく,生徒一人一人の状況を考慮して対応を決めている	5	1	3	9
③まずはSCに相談し,更なる対応を検討する方針	4	2	1	7
②生徒が望まなくても,担任や家族には知らせ,更なる対応を取らせる方針	3	0	1	4
①生徒が望まない場合,保健室のみの対応に留め,担任や家族には知らせない方針	0	0	0	0
計	12	3	5	20

### 3. 緊急対応の必要な自傷児童生徒に対する全学の組織的な対応システム

緊急対応の必要な自傷児童生徒に対する全学の組織的な対応システムの有無に関しては,小・中・高校の全体を通して50%が「有る」と回答した(Table 6参照)。

Table 6 緊急対応における学校全体の組織的対応システムの有無(単位:箇所)

	小学校	中学校	高校	計
無い	5	2	3	10
有る	7	1	1	9
その他(担任とまず連携し,必要とする協力体制をはかり,対応する)	0	0	1	1
計	12	3	5	20

そして,何らかの組織的な対応システムを設けていると回答した10校におけるより具体的な対応の内容は,次の通りであった。まず,

小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応（Ⅰ）

「養護教諭・担任・SCによる対応法の検討会・連絡会などを行っているか」という設問では、「必要に応じて組織的な検討会などを設けている（5）」が最も多く、「定期的に検討会を行っている（3）」、「組織的では無いが、必要に応じて設けている（例えば、担任と養護教諭とで）（2）」回答であった（Table 7-1参照）。

Table 7-1 養護教諭・担任・スクールカウンセラーによる対応法の検討会・連絡会

	小学校	中学校	高校	計
検討会などは全く設けていない	0	0	0	0
組織的では無いが、必要に応じて設けている（例えば、担任と養護教諭とで）	1	0	1	2
必要に応じて組織的な検討会などを設けている	5	0	0	5
定期的に検討会を行っている	1	1	1	3
計	7	1	2	10

次に、「緊急対応の必要な児童の情報開示の方針や経路に関する組織的な手順を設けているか」という設問では、「情報開示の方針や経路に関する学校全体としてのおおよその共通認識を持っている（8）」という回答がほとんどを占めており、「その他（来年度明文化の予定）」と「組織的な手順を全く設けていない」という回答も1箇所ずつあった（Table 7-2参照）。

最後に、該当児童生徒が心療内科や精神科等を受診した場合、当該病院との連携の取り方に関する設問については、「担任もしくは養護教諭が主治医と連絡を取る形で連携を取っている」が7箇所と最も多く、「SCが窓口となり、主治医と連携を取っている」という回答が2箇所であり、「基本的には家族にお任せし、学校としては病院との連携は取っていない」という

Table 7-2 緊急対応の必要な児童生徒の情報開示の方針や経路に関する組織的な手順

	小学校	中学校	高校	計
情報開示の方針や経路に関する組織的な手順を全く設けていない	1	0	0	1
情報開示の方針や経路に関する学校全体としてのおおよその共通認識を持っている	5	1	2	8
情報開示の方針や経路に関する組織的で明文化された手順を設けている	0	0	0	0
その他（来年度明文化の予定）	1	0	0	1
計	7	1	2	10

Table 7-3 心療内科や精神科等を受診した時に、学校として当該病院との連携

	小学校	中学校	高校	計
①基本的には家族にお任せし、学校としては病院との連携は取っていない	1	0	0	1
②担任もしくは養護教諭が主治医と連絡を取る形で連携を取っている	6	0	1	7
③スクールカウンセラーが窓口となり、主治医と連携を取っている	0	1	1	2
計	7	1	2	10

回答も1箇所あった（Table 7-3参照）。

## 考 察

今回の調査は、刃物による自傷行為という限定された調査内容であり、自傷行為の背景には児童生徒の心理社会的問題が絡んでいることが多く、養護教諭としての確立された対処法がないデリケートな問題を取り上げた調査であった。このことからその対応においては養護教諭

や学校組織の力量が問われる調査内容でもあった。それ故、調査への了解と協力がなかなか得られず、教育委員会の了解が得られた限られた地域における少ないサンプルでの調査にならざるを得なかった。したがって、その結果と考察においても限定されたものにならざるを得ない。しかし、本調査はそのサンプル数は少ないものの教育現場のありのままの声を拾おうとした調査であるゆえ、数量的な結果のほかにも質的な内容に重点をおきながら考察を行うこととする。

### 1. 学校段階間の自傷児童生徒の在籍率とその対応の困難さの評定について

本調査では、小学校から高校へと進むにつれて明らかに自傷児童生徒の在籍率が高く、自傷児童生徒の来室者数も多く、養護教諭の自傷児童生徒への対応の経験率も高く、またその対応経験実数も多かった。

日本では自傷行為に関する人口統計学的な研究は皆無に近いが、限定されたサンプルにおける実態調査を行った研究としては、山口・松本・近藤ら（2004）と金（2006）の研究が挙げられる。まず、某公立総合大学の1年次の全校生を対象にして自傷行為を限定せずに行っていた山口ら（2004）の実態調査では、学校段階別の集計は行っていないが、自傷経験者の自傷開始の平均年齢は13.9歳（ $SD=3.9$ ）であり、自傷方法としては刃物によるCuttingが48%と最も多かった。そして、女子短大生を対象に行った金（2006）の研究では、自傷経験者の自傷開始時期としては中2、中3、高3が同順位で最も多く報告され、自傷方法と部位としては刃物による（68%）、手首自傷（55.6%）が最も多かった。

以上の先行研究の結果を踏まえると、今回の

調査結果はそのサンプル数が非常に少ないものの、思春期から青年期初期にかけての学校段階の経過と共に自傷児童生徒も増えていくという実態をおおよそ反映していることが示唆される。

養護教諭の自傷児童生徒への対応への大変さ・困難さの評定に関しては、学校段階間で有意差が見られ、中学の養護教諭が高校よりも対応上の変数、困難さを高く評定していた。しかし、対応上の変数・困難さの評定に関連すると想定していた養護教諭の自傷児童生徒への対応の経験値および業務量、全学的対応システムの有無の変数との間には有意な相関は見られなかった。なお、中学・高校間では上記の変数間の有意差も見られなかった。にもかかわらず、なぜ中学の養護教諭がより対応の大変さ・困難さを高く報告しているのだろうか。その背景には、生徒の攻撃性及び攻撃行動の発達の要因が関連しているのではないかと考えられる。

攻撃行動の発達の様子に関しては攻撃行動の種類や性別によってさまざまな報告がなされている（Cairns & Cairns, 1994; Huesmann, Eron, & Lefkowitz, et al., 1984; Lagerspetz & Björkqvist, 1994; Moskowitz, Schwartzman, & Ledingham, 1985; Pulkkinen & Pitkänen, 1993）。その研究結果を総合すると、乳幼児期から個人に見られる攻撃性は成人になるまである程度安定性が認められており、反応的攻撃や顕在的攻撃は思春期になるにつれより顕著に見られるが、自己コントロール能力の発達に伴い成人になるにつれ減少する傾向にあると報告されている。

また、文部科学省の「生徒指導上の諸問題の現状について」の調査結果（2005）によると、公立の小・中・高等学校の児童生徒が起こした暴力行為の発生件数は、学校内において30,283



件（小学校2,018件，中学校23,115件，高等学校5,150件），学校外において3,735件（小学校158件，中学校2,681件，高等学校896件）であり，学校内外のいずれにおいても中学段階で最も多く報告されていた。

以上の攻撃性と関連した中学段階の生徒の様子から，中学校の養護教諭は生徒の自傷行為の危険性をより深刻に認識しており，その対応上の大変さや困難さをより強く感じていることが推察される。

## 2. 保健室での一般的対応と情報開示の方針

自傷児童生徒への一般的対応としては，小・中・高校を概して，創部の手当てに留まらず，担任やSCなどと連携を取りながら，養護教諭自らもカウンセリング的な関わりを行うという回答がほとんどを占めていた。これは，自傷行為がもつ心理的意味から起因していると考えられる。すなわち，自傷行為は自傷児童生徒にとって心理的葛藤を扱う一種の対処方法として顕在化することがそれである。

13歳から20歳までの52例の青年期患者（女性42名，男性10名）を対象としたWalsh(1987)の研究では，自傷行為の理由として「希死念慮がある」のはわずか2例に過ぎず，大多数の患者は怒り，緊張，抑うつ，対人関係の問題を自傷行為の理由として挙げていた。また，自傷経験のある女子短大生を対象に行った金(2006)の研究では，自傷行為に先行する感情状態としては，「イライラしている時」，「落込んでいる時」を，行為後には「安堵感が沸く」，「気分が晴れる」という回答が多かったと報告した。これらの研究結果からも自傷行為はそれに先行する嫌な出来事やそれによるネガティブな感情を扱うための一種のストレス対処行為（stress coping behavior）として行われていることが示

唆される。したがって，今回の調査でも創部の手当てに留まらず養護教諭自らもカウンセリング的な関わりを行うという回答が多かったのは，ある意味当然な結果ともいえよう。

ところが，養護教諭によるカウンセリング的な関わり方においては学校段階によってその様相は異なっていた。担任による教科指導形態を採っている小学校では，教科指導から生活指導に到るまで担任の担う役割が大きく，また生徒の人格発達の未熟さのため保護者が担う役割も大きいことから，自傷児童への養護教諭の一般的対応においても養護教諭自らが中心になるよりは，担任や保護者と連携を取る方針を採っていることが窺われる。そして，小学校段階におけるこのような傾向は，「生徒が望まなくても，担任や家族には知らせ，更なる対応を取らせる」との回答が中・高校に比べて多く，自傷児童の情報の開示時の方針にも反映されていた。

さらに情報開示の方針において特記すべき点は，養護教諭が刃物による自傷行為の危険性を認識してのことか，小・中・高を概して「生徒が望まない場合，保健室のみの対応に留め，担任や家族には知らせない」という回答は全く見られず，当該児童生徒の情報開示への意思の如何に関わらず，その情報は担任や家族に開示され，養護教諭・SC・担任などの連携による学校の組織的な対応が試みられていることが分かった。

## 3. 緊急対応の必要な自傷児童生徒に対する全学の組織的な対応システム

自傷行為を含めて精神的不調を訴える思春期のケースが年々増加傾向にあり（武井・目良・宮崎他，2007），必然的に学校現場でも緊急対応の必要がある児童生徒の数も増えていることが推察される中，学校関係者間の組織的な連絡

会や検討会の必要性が高まってきている。そして、今回の調査でも小・中・高校の全体を通して50%の学校が緊急対応の必要な自傷児童生徒に対する組織的な対応システムを設けていると答えていた。しかし、その実際の内容や運用においては、「定期的な検討会」よりは「必要に応じての組織的な検討会」や「組織的ではないが、必要に応じての検討会」という回答が多く、その際の自傷児童生徒の情報開示の方針や経路においても、「学校全体としてのおおよその共通認識」の下に行われ、その明文化がほとんどなされていないことから、現状においてはこれらの側面に関する検討が十分になされていないまま運用されていることが分かった。

また、児童生徒が心療内科や精神科等を受診した場合、当該病院との連携の取り方においては、中学・高校段階では「SCが窓口となり、主治医と連携」という回答もあったが、全体を通しては「担任もしくは養護教諭が主治医と連絡を取る形で連携」という回答が最も多かった。児童生徒の精神的な不調に関連した精神科等の受診に関連してその連絡や連携の主な役割は学校に常駐している担任や養護教諭に依存している傾向が見られ、しかもこのような傾向は小学校段階でより顕著に見られた。このような結果の背景には、日本におけるSCの身分および各学校段階において果たす役割の違いなどが関連していると考えられる。日本の現状では、SCは基本的に非常勤として週何時間（週4時間が一般的）という限られた時間枠の中で業務にあたっている。また、実際の業務内容においてもSCの最も重要な役割は担任や養護教諭および教育相談部の教師などに対するコンサルテーション業務であり、この業務は小・中・高校を通して共通してはいるが、特に小学校段階においては一層重視されている。なぜなら、小

学校では児童に対する担任の果たす役割が非常に大きく、児童達も自分の悩みを言語化して個別にカウンセリングを受けるまでには至らないことが多いなどの理由から、SCの主な役割は児童生徒への相談業務よりも教師へのコンサルテーションにより多くの時間が割かれている。よって、児童生徒の精神科等の受診による連携の際には、児童生徒の様子をよりよく把握している担任や養護教諭が主治医と連絡を取るという流れになっていることが推察される。

しかしながら、学校と医療専門機関との連携がうまく行くか行かないかは当該児童生徒の学校再適応を考える上で極めて重要な作業である。したがって、教育機関と医療機関をつなぐ連携の作業においては、円滑な情報伝達および学校関係者への適切なアドバイスなどのコンサルテーションを図る側面からもやはり専門的な心理臨床の知識を持っているSCのより積極的な介入が必要であると考えられる。ところが、日本におけるSCの配置の歴史は十数年と非常に浅く、しかもその雇用形態は非常勤職であることから、SCと教育相談部門の教員との連携にも限界が生じており、担任や教育相談部門の教員がSCと十分な情報交換を行う時間的ゆとりがないのが現状である。よって、SC、担任、教育相談部門の教員が一度に集い、児童生徒の問題に関する連絡会や検討会を設けることは通常の各々の業務を終えてからの時間外業務になりがちであり、このような限界から定期的で組織的な連絡会・検討会も設けづらく、他の医療機関との連携においてもSCよりは担任や養護教諭が主な役割を担わざるを得ないことが推察される。

## 結論および今後の課題

本調査結果での横断的比較によると、小学校から高校へと進むに連れて明らかに自傷児童生徒の在籍率が高く、自傷行為による来室者数も多く、養護教諭の自傷児童生徒への対応の経験率も高く、その対応経験実数も多いという結果が得られ、自傷行為は小学校から高校段階に進むにつれて増加傾向にあることが分かった。そして、自傷児童生徒への対応の困難さに対する評定結果においては、中学の養護教諭が最も大変さや困難さを感じていると報告していた。

養護教諭の自傷児童生徒への一般的対応とその情報開示の方針においては、小・中・高を概して当該児童生徒の情報開示への意思の如何に関わらず、その情報は担任や家族に開示され、養護教諭・SC・担任などの組織的な連携による何らかの対応が試みられていたが、その際に小学校段階においては担任の役割が、中学・高校段階においては養護教諭とSC、とりわけ養護教諭の役割が相対的に強調されていた。

そして、小・中・高を概して50%の学校が緊急対応に必要な自傷児童生徒に対する組織的な対応システムを設けていると答えていたが、その実際の内容や運用は、「定期的な検討会」よりは「必要に応じての組織的な検討会」や「組織的ではないが、必要に応じての検討会」という形式であり、その際の自傷児童生徒の情報開示の方針や経路においては、「学校全体としてのおおよその共通認識」の下で、その明文化がなされていないまま運用されている様子が明らかになった。

今回の調査は、首都圏の限られた地域における小規模の調査であるゆえ、その結果が全国レベルでの小・中・高校における一般的な現状を捉らえているとは言いがたい。しかしながら、

少なくとも自傷行為を含めて精神的不調に対する対応上の諸問題に関する小・中・高校の現場の様子を捉えた数少ない調査であり、その結果として児童生徒の精神的不調の問題に関してはその対応方針や方法に関しては学校現場の関連スタッフ間のおおよその共通認識という曖昧な見解の下でその対応が進められている現状が明らかになった。

今回の研究では、あくまでも小・中・高校の教育現場における自傷行為への対応の実態の調査に留まっている。しかし、教育現場における児童生徒の精神的不調の問題に対する効果的な対応法を検討するためには、先述した対応上の諸問題に関して学校現場のスタッフはどのような問題意識を持ち、どのような限界を感じ、さらにはどのような要望を持っているかに関する調査も必要不可欠である。そして、組織的対応システムやその構成スタッフおよび運用のあり方、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, 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. 1999 Self-mutilation, In Jacobs D. G. (ed), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Boston,

- Harvard Press, Pp. 125-145.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J., 1993 Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & Community Psychiatry*, **44**, 134-140.
- 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*, **124**, 36-42.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M., & Walder, L. O. 1984 Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, **20**, 1120-1134.
- Jones, I. H. 1979 A biological approach to two forms of human self-injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **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*, **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.
- Lagerspetz, K. M. J., & 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.
- 文部科学省 2006 生徒指導上の諸問題の現状について, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/18/12/07060501.htm/](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/18/12/07060501.htm/)
- Moskowitz, D. S., Schwartzman, A. E., & Ledingham, J. E. 1985 Stability and change in aggression and withdrawal in middle childhood and early adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, **94**, 30-41.
- 西園昌久, 安岡誉 1979 手首自傷症候群, *臨床精神医学*, **8**, 1309-1315.
- Pulkkinen, L. P. & Pitkänen, T. 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*, **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*, **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*, **49**, 1053-1061.
- Walsh, B. W. 1987 *Adolescent self-mutilation: An empirical Study*. Unpublished doctoral dissertation, Boston College School of Social Work.
- 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, **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*, **46**, 473-479.