

不登校病理の心身医学的検討

松 本 和 雄

I 序 論

現在の教育界では、不登校現象はいまや重大な問題であり、社会的にも大きな注目を集めている。Broadwin, L. T.⁽¹⁾ や Johnson, A. M.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ らが報告したところは、我国は第二次大戦のプレリウドの中で、学問的にもほとんど一顧だにされなかったといっても過言でない。

それが1960年、日本児童精神医学会第一回大会で2報告がなされたころより⁽⁶⁾⁽⁷⁾、急激な研究ラッシュがおこり、現在では米国など海外の報告数をはるかに凌いでいる。もちろんその背景には不登校症例の顕著な増加があるわけで、吉田らの外来統計によると、児童精神科外来受診者の中に占める不登校の割合は昭和40年から51年末までの10年間と、同52年から56年までの5年間を比較して2.4倍の増加を示している。また以前は小学校高学年にピークがあったものが、50年代は中学生に移行している点が特徴的と指摘されている⁽⁸⁾。

文部省も昭和42年から、学校基本調査における長期欠席児童・生徒に関する統計の中に「学校ざらい」の項目を設けている⁽⁹⁾。それでは出現率が小学生0.026~0.047%、中学生0.15~0.42%であり、中学生にはるかに多く、しかも52年頃から急激に増加を示している(表1、表2)。また性差については一般には男子に多いとされていて、若林らの外来統計では、昭和46年までは男子優位の傾向が示されたが、昭和47年以降は明確な差異は指摘できなくなっていると報告している⁽¹⁰⁾。そしてその原因について短大を含めた現役大学進学率が、昭和49年を境に女子の方が高率傾向になっている状況と関連があると推察して

表1 学校ぎらいの出現率（小学校）

	児 童 総 数 (A)	長欠児総数 (B)	学校ぎらい (C)	$C/A \times 100$ (%)	$C/B \times 100$ (%)
昭和42年	9,452,071	38,137	4,430	0.047	11.62
43	9,383,182	35,756	4,111	0.044	11.50
44	9,403,193	34,612	3,875	0.041	11.20
45	9,493,485	32,238	3,807	0.040	11.81
46	9,595,021	31,206	3,626	0.038	11.62
47	9,696,133	30,502	3,292	0.034	10.79
48	9,816,536	29,183	2,958	0.030	10.14
49	10,088,776	29,115	3,017	0.030	10.36
50	10,364,846	25,889	2,651	0.026	10.24
51	10,609,985	24,922	2,830	0.027	11.36
52	10,819,651	24,505	2,965	0.027	12.10
53	11,146,874	23,055	3,211	0.029	13.93
54	11,629,110	24,350	3,434	0.029	14.10
55	11,826,573	24,660	3,679	0.031	14.91
56	11,924,653	23,409	3,625	0.030	15.49
57	11,901,520	22,484	3,624	0.030	16.12
58	11,739,452	22,933	3,840	0.033	16.74

いる。

我国での1970年前後からの不登校大流行の異常さについては、多くの報告の一致するところであり、臨床に携わるものにとって、実感できるであろうし、また一般にも身近に話を聞く機会の増加とも符合している。しかしながら症状自体にはかなりの変遷が認められる。吉田らの指摘では初期の症状では、抑うつ、自殺念慮・企図、緘黙、食思不振など重篤な精神ないし身体症状を伴っていたのに対して、50年代になって増加してからは、頭痛、倦怠、腹痛、発熱など心身症様症状が多くなり、また家庭内暴力など行動障害を伴ったものが顕著になっているという（表3）⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾。心身症と不登校については後に論じるが、古典的ともいうべき学校恐怖症など神経症範疇のものに近年は“不登校”で包括される社会的・行動的問題ないし心身医学病理が加わってきているとみなすことができる。高木は心気症、暴力、自閉という不登校の経過の中で段階を区別

表2 学校ぎらいの出現率(中学校)

	生徒総数 (A)	長欠児総数 (B)	学校ぎらい (C)	C/A×100 (%)	C/B×100 (%)
昭和42年	5,270,851	42,488	12,286	0.23	28.92
43	5,043,069	37,842	11,255	0.22	29.74
44	4,865,196	34,145	9,631	0.20	28.21
45	4,716,833	31,576	9,239	0.20	29.26
46	4,694,250	29,325	8,357	0.18	28.50
47	4,688,444	26,700	7,522	0.16	28.17
48	4,779,593	24,566	7,066	0.15	28.76
49	4,735,705	25,376	7,880	0.16	31.05
50	4,762,442	23,493	7,310	0.15	31.12
51	4,833,902	23,584	7,704	0.16	32.67
52	4,977,119	26,870	9,808	0.20	36.50
53	5,048,293	26,075	10,429	0.21	40.00
54	4,966,772	27,804	12,002	0.24	43.17
55	5,094,402	29,653	13,536	0.27	45.65
56	5,299,282	32,679	15,912	0.30	48.69
57	5,623,975	38,245	20,165	0.36	52.73
58	5,706,810	43,435	24,059	0.42	55.39

しているが⁹⁹⁾、心気症段階での受診が増えたことによるのかもしれない。事実近年小児科領域でも不登校に関する多くの研究や報告があり⁹⁹⁾、心気症段階の身体症状が対象になっている可能性が高い。

当然多くの治療法が提案されたが⁹⁹⁾、原因や状況、症状の差異等のほか様々な理由で適確で特効的療法への期待はむずかしい⁹⁹⁾。元来、学校へ行かないということは、それだけでは必ずしも精神医学的病態とは判断できない。社会的、教育的など多くの要因も大いに関与しうる。ところが一方で不登校には多くの心身の症状を伴ってくる。上述のように精神ないし心身医学的には、むしろ随伴症状ともいえるような心身症状が、治療の標的となることもありうるわけである。さらに通常精神科疾患のように治った、治らないといった簡単な判断さえ下すことがむずかしいことがしばしばおこる。便宜的には学校へ通えるようになることだけを大目標にした治療の試みが主流となってしまう。戸塚

表 3

	昭和40～51年	昭和52～56年
頭 痛	14名 21.5%	73名 47.0%
倦 怠	14 21.5	63 40.4
唾 眠 障 害	17 26.2	58 37.2
腹 痛	15 23.1	58 37.2
易怒性・攻撃性	7 10.8	22 14.1
発 熱	1 1.5	25 16.0
嘔 気	6 9.2	19 12.2
食 思 低 下	9 13.8	15 9.6
暴 力	3 4.6	21 13.5
自殺企図・念慮	9 13.8	13 8.3
緘 黙 傾 向	9 13.8	13 8.3
抑 う つ 気 分	8 12.3	10 6.4
嘔 吐	3 4.6	14 9.0
下 痢	3 4.6	14 9.0
肥 満	1 1.5	13 8.3
不 安	4 6.2	10 6.4
イ ラ イ ラ	3 4.6	9 5.8
喘 息	2 3.1	9 5.8

ヨットスクールもその点ではある程度貢献したといえるかもしれない。当然オーソドックスな個人治療、精神療法、カウンセリング、行動療法、家族療法など治療法の全メニューが登場するが、本病態がただ学校へ行くかどうかだけで理解されているならば、療法の技法よりも、①家庭との分離、②集団との適応が最も重要な要点になるはずである。

ところで本論文では、不登校児を一般の家庭に集めホームスティ的な集団下宿生活をさせているIホームの症例に着目し、その経過の検討を通して不登校を考えてみたい。Iホームはいわゆる家庭集団生活療法ともいうべき技法をおこなっていることになるが、一人の心理士が家族の一員にいる以外専門機関とはみなしがたい。そのためにこそ、その効果が興味深い。そこでS市にあるIホームの症例を対象にして、経過のわかった症例32例について検討した。ホームではごく普通の家庭に見られるような内容の生活で、集団で家庭生活を営

み、教育も年上の子供が下級生を教えたり、時に近くの塾へ通うという程度で、心理士もあえて医療的な集中的、系統のカウンセリングはおこなわず、“お姉さん”という立場で不登校児と生活を共にした。もっとも心理士のスタッフは一応、必要に応じてカウンセリングをおこなったが、医療面の接近は、ほとんど顧慮されなく、親から分離され共同で生活することだけの効果と考えてもよいと思われる。1978年に開設され1982年時点までに80ケース近くを世話している。その中で経過の把握可能であった32症例を選び、各症例の状況を症例としてまとめて検討を試みた。

Ⅱ 症 例

症例1 M・M 高校1年生 16才 女児

いじめに合い、登校時になると頭痛と発熱を起こし、登校を渋ることを主訴として母親に連れられて訪れた。

現病歴としては、中学2年生の時、隣家に同年令の女の子が転校して来て、同じクラスになる。最初は本人もその事を大変喜んでいたが、本児との性格が全く正反対で、何かと言えば引き合いに出されて比較されたりした。中学2年生の5～6月頃から顔色が冴えず、目に輝きがなくなり、7月の始め、突然登校を拒否するようになる。2学期になっても頭痛、発熱を訴えて、行ったり行かなかったりの日が続く。12月になりさっぱり学校へ行けなくなり、これを期に大阪府下のS児童相談所を訪れる。3学期は3日間だけ登校するが、中学3年生の5月の連休明けの中間考査から全く学校へ行けなくなってしまった。

家族については、父親は50才、会社員で大人しく、気骨があるが、少々対人関係が下手である。母親は42才、無神経なところがあり、人の気にするような事でも、その時の気分で口に出し、物事を何かと感情で処理したがる。祖母は86才で細かい所まで口を出すため、うるさがられている。姉は本児と全く性格が異なり、気が強く、何を言われても気にしないし、独立心も旺盛である。

本児の性格は、気が弱く、引っ込み思案でたえず怯えているようで、びくびくしている。不安傾向が強く、神経質である。一つの事に熱中すると、他の事が見えなくなるので、母親はこの事を心配して何かと手を出してしまうようである。

既往歴としては、出生して間もなく発見された首の斜頸と、股関節脱臼がある。首に関しては、3ヶ月余り外科でマッサージを受けた。股関節の治療も半年余りのベルト装置による保存療法であったが、3才頃までレントゲン検査を繰り返した。

ホームに来て最初は対人緊張が強く、誰とも話をしようとしなかった。時々、被害妄想様の訴えがあったが、日を追うにつれ落ち着きを見せ始めた。毎日、少しずつ漢字の書き取りの練習をし、小学4年生から6年生までの漢字を数ヶ月でやり終えた。この努力の積み重ねにより自信が生まれたのか、次にはアルバイトをするようになった。自転車ですべて毎日往復40分位かけて通うこの運動で体力もつき、顔色も次第に良くなっていった。さらに自分自らがもっと条件のいいアルバイトを捜してきて、一日8時間の労働で3～4ヶ月間続けた。

こうして、本児は1年間のホームでの生活で社会活動性を回復し、現在、大阪府下にある洋裁専門の高校に元気に通っている。

症例2 M・N 高校1年生 15才 女児

中学1年生の2学期、突然低血圧でしんどいと言って朝起きにくくなる。早引きなどを繰り返し、同時に、悪心、吐き気・疲労などの症状を訴えた。大阪市にあるH病院を受診し、通院を続けていたが、中学2年生になり担任の先生がとても熱心で、朝迎えに来て一緒に登校したりしていた。そのうち制服は着るが、玄関へ行くと悪心と疲労を訴えるようになる。中学3年生になり腹痛などの疼痛を訴えた。学校給食も嫌がる様になり、食欲もなくなり痩せてくる。6月の修学旅行も行かず、不眠を訴える一方で読書とテレビに耽っていた。出席日数は足りなかったが、留年してもしかたないということで、とにかく卒業だけはする。「高校ぐらいは出て欲しい」という両親の希望から、ある私立のH高校の試験を受け入学した。入学式とその翌日だけ行き、5月の連休を境に登校できなくなってしまった。近医では「うつ病」と診断されていた。

家族については、父親は55才、母親は51才両親共に教師である。両親共に躰が厳しく、特に母親は「一しなさい」という命令口調になってしまうことが多かったという。父親は機嫌の良い時は気さくで、話し易いが、怒ると何も言わなくなってしまうような気むずかしいところがあった。姉は18才で短大1年生で、本人と違って思っていることをずばずばと口に出す性格であった。

本児の性格は、内向的で、自分の感情を率直に出さない性格である。プライドが高く、難しい問題からはすぐ逃避したがるところがある。また、自分の悩

みや弱さを打ち明けたり、自分の思いを主張する対等な友人関係が持ちにくく、自分を抑えてしまっただけで表面的になりやすい。

子供の頃、一時的に近くの主婦に預けられていた。その後、65才のお手伝いさんに住込んでもらって面倒を見てもらっていた。その為に少々おばあちゃん子であった。小学4年生の時に手伝いさんが病気に罹り、世話をする人がいなくなってしまい、いわゆる鍵っ子となってしまう。

中学の最初から学校に行けない状態にありながら、高校に入学だけはしたが、通学することはできなかった。ホームの方にも来ることができないということから、ホームの職員が本児宅を訪問し、そして週1回のカウンセリングを数回重ねるうちに、ようやく来所できるようになる。6月、7月は高校へは行かず、ホームでのカウンセリングを受けたが、夏休みの終りに母親が交通事故に遭い、入院というアクシデントのため、治療は中断した状態になってしまった。しかし、叔母の申し出で、再びホームに通うようになる。本児はホームにおいて他の子供達と同等に扱われる事をひどく拒んだので、このホームで他の子供に勉強を教えるという事で、このホームへの通院を承諾する。最初は本ホームの女兒の勉強を見ていたが、その後あくまでもその女兒の付き添いという形で一緒に塾通いをさせるようにした。最初は塾通いに20分という道のりを自転車で行っていたが、「自転車はしもやけができる」という理由で嫌がったので、「それでは走ったら」というと、次の日から走り出した。それを数ヶ月続けていくうちに顔色もよくなり、体力もつき、もう一度高校1年生をやり直すという形で学校へ行けるようになった。

症例3 R・A 高校1年生 16才 女兒

登校時になると、お腹が痛いと言って泣き出したり、先生が厳しいと言って登校を渋るのが主訴であった。

県立の高校に入学していたが、自分と同じ中学校からあまり仲の良い友人がいらず、そのため学校で友人と話ができない。グループに入れないという。隣のクラスの女の子と一緒に弁当を食べることもあった。ある日比較的親しい同級生3人の間で仲違いがおこり、その頃から腹痛を訴えて学校を休むようになった。演劇部の顧問の先生が好きで、あこがれて入ったが、転動されてからはほとんど行かなくなってしまった。

生活環境・性格については、父親は57才の医者で、子供に対して甘すぎる程優しく、本児は特にかわいがられていた。母親は46才で感情的に物事を処理す

るところがあり、少々ヒステリックに大声を出したりしたが、夫婦は概して円満ではあった。姉は明るい性格で、副委員長をやったりする程成績も良く、本児は姉に対して負けたらいけないという競争心が常にあった。

母親から見た本児の性格は、大人しく、しんが強い。また、優しい反面、ピリッと恐いところもあり、言動に対して重苦しさを感じさせるところがあった。

生育歴的にも、父親40才、母親29才の時、第2子として誕生した。正常満期出産で、発育過程に特別異常は認められなかった。

数回のカウンセリングと夏休みの10日間の短期合宿（ホームに泊り込む）の後、二学期から登校するようになる。

前々から「お兄さん」と呼べるようなボーイフレンドを強く求めているが、その事を中心にホーム内で話合いはすすめられたが、いろいろな意味で有効であったようである。

症例4 K・T 16才 男児

父親の転勤で小学3年生の時にT市の小学校に転校する。転校後、一週間して友達に約束の手違いから殴られ、それから月曜日になると休み始める。小学4年生の時、担任は女の先生でクラスの中が荒れていた。ある月曜日、午前中は病院へ行って、午後から学校に行ったが、体育の授業だけしに来たと、クラス全員からひどい事を云われ翌日から休んだ。担任が毎朝誘いに来るうちはまだ学校へ行けていたが、たまたま野球の練習に来なかったということで、再びクラス全員につるしあげられ、以後行けなくなった。小学5年生の時は、1学期は出席なし、2学期は約1ヶ月程だけ出席、3学期は校門までしか行けなかった。小学6年生になって、先生に毎朝迎えに来てもらっても、登校時になると頭痛を訴え、一週間に一回程度しか登校できなかった。また、この間弟をひどくいじめたりして、弟は本児に対して精神的圧迫を感じていた。

生活環境では、父親は一級建築士の免許を持っており、今は銀行員である。母親は小さい頃からマスコット的にかわいがられていて、絵に描いた様なお嬢様育ちであり、女子大まで出ているが幼児性が抜け切れず、子離れができない。また、父母共に物事の判断力に欠けていて、特に母親は我儘で気の強い性格であった。このような生活環境の中で、本児はかなり過保護に育てられた。初孫として望まれて誕生し、そして祖父が病院を経営していた事から、生まれた時から病院の後継ぎと考えられていた。両親ともに本児を鍛えることよりも

大事にする事ばかりに熱中していた。

性格・既往歴としては、とても頭が良く、小さい頃からその利発さは抜きん出ていた。

本児出産前に2度流産する。乳児期には、小児喘息と自家中毒に罹り病院通いなどをしていた。また幼稚園の時肺炎に罹り1ヶ月休む。

経過としては、2、3回の家庭訪問をするが、訪問日には玄関のインターホンのコンセントを切ってしまう。小学6年生の夏休みに大学の雑用のアルバイトをするようになるが、経過はあまりよくなかった。名古屋にある小児喘息で有名なK病院に一週間入院した。結局この効果もはかばかしくなく、本ホームに泊り込み、治療を受けるようになる。本ホームに入る時も、母子分離がなかなかうまくいかず、母親の方は涙を溜めて別れを惜しんだ。しかし、ホームで1ヶ月余りの間に小学4年生から小学6年生までの漢字の書き取りを済ませてしまった。このことは、学力を付けるというよりも、努力の積み重ねを経験させることで有効であるようであった。もっとも一日に3～4時間の漢字の書き取りをするが、せいぜい40分が限界で、それ以上は全くやる気が落ちてしまう。ホームに来て3ヶ月過ぎ、何よりも勉強しなければならないという態度が見えてくる。中学校の進級テストを受けると決めた事で本人は少々緊張気味であった。数学の応用問題にかかると、本人特有の拒否症状が出て来て、頭が閉じてしまうかのようにできなくなってしまう。

中学に入学したがその後も行けない日が続いた。毎朝、一応起こされると起きてくるが、全く気が進まない様子でいつもパジャマ姿でウロウロした。制服に着換えるように注意すると素直に従う。たまに学校へ行くと、クラスの男子2～3人が鞆に落書きをしたりいじめたりする。そのため、「友達がこわい」と言って登校を渋るが、塾の方は結構きちんと通い続けた。登校しても学校が近づくにつれて、足の運びが遅くなり、後を振り向いては付き添いのホーム職員に助けを求めた。そのうち新聞配達のアルバイトをさせるが、まともに配れずホームの付き添いをつけさせる。本人は学校へ行きたいのだが、心身症状を訴え行けない状態が続く。

そのうち中華料理屋で朝9時から3時までアルバイトをする様になる。そして、ついに学校へ行く事をやめ、方向を転換して大学資格検定をとる事を決意する。学校の先生、ホーム、親との意見がそれぞれ違うことや経済的理由により一時自宅へ帰ることになった。そして1ヶ月半程して再び戻ってくる。

現在は大阪にある印刷会社に通っている。一日の労働時間は最低8時間

毎日あるが、働きながら大学資格検定を取るべく勉強に頑張っている。家庭教師は週一回、英語を毎日一時間、そして、ホームではもう4年目になるため、経済的な理由からも実費以下で預っている。なお何らかの奨学金制度が適用されるように関係機関への働きかけがすゝめられている。

症例5 H・K 高校1年生 16才 男児

中学3年生の時、テニスのクラブに夢中になっていたが、引退と同時に学校を休み始める。休日の次の日は決って行けない。

生活環境・性格については、父親は小児科医であり、子供の事はほとんど母親に任せっきりで、全く口を出さない。母親は絵に描いたようなお嬢さん育ちであり子供に対しても自分の感情整理ができないままぶつけてしまう一方、あれこれ世話をやき過ぎるきらいがある。姉は目が不自由で、盲学校に通っており、妹は小さいがしっかりしている。

本児は一を聞いて十を知るといった頭の回転の良さを感じさせる一方、こつこつと物事を積み重ねていくという姿勢に欠ける所がある。調子がいいため、友人関係は比較的うまくやっている。しかし、自主性はきわめて乏しく、母親の過干渉と過保護と対応したものとも考えられる。

嗜好品は辛いものを好む。また小学4年生の時に腎炎の既往がある。

経過は、中学3年生の頃から学校に行けなくなり、ホームより家庭訪問をしてカウンセリングの治療が始まる。勉強を教えたりするが（家庭訪問時）どちらかと云えば、マージャンとか遊びの話に大変興味を持ち、雑談では他の仲間がほとんど口が挟めない程よく話をする。期末試験前であるにもかかわらず、全く勉強はしない。12月の末からホームに泊り込むが、身の不整理、勉強など、ただ受動的な生活が身についてしまっている為、それから抜け出せないでいる。

高校入学後、新聞配達のアパートをさせるが、睡眠不足のためミスが目立ち、ホーム職員らの協力を得て配る。6ヶ月間続けて、無責任さは少なくなったが、あまり登校のための効果はみられなかった。しかし、さらに体を鍛えるために、空手を習い始めた。

一時的に快方へ向かうと思われたが、夏休み頃から遊び一辺倒になってしまふ。服装も派手になり学校へも行きながら、朝遅刻しそうになると、時々母親に学校まで車で送ってもらったりしている。

症例6 T・H 19才 男児

上の兄二人共登校拒否で、その影響でか本児も小学4年生から登校しなくなる。

現病歴では、中学校に進学しても全く登校しなかった。地域の保健所で医学的検査を受けるその一方で、K養護学校や大阪府下にあるS小児病院に週一回通い始める。K進学協会の企画による塾合宿（4泊5日）に友人の勧めで参加するが下痢気味で調子を悪くした。上の兄二人共、登校拒否になり家の中でぶらぶらしていたため、その影響を受けて本児も登校を拒否するようになる。朝、8時に起こせば起きてくるが、起こさなければ9～10時頃まで寝ている。テレビとプラモデルに凝って、夜はラジオの深夜放送を聴いている。学校の時間に外にいと人目が気になるので、昼間は家の外に出ない。

生活環境は、父親は会話においても、すぐ頭からどなりつけるだけで説得力がない。子供の事は母親任せで、息子三人の登校拒否を母親の責任にしている。母親は子供思いでいわゆる優しいタイプである。

長兄が中学1年生の頃、登校拒否になり、我儘なうえ苛々のうさ晴らしを次兄に向けては乱暴をしたりした。次兄と長兄との仲が大変悪く、その関係を側で見て過ごす。三人兄弟はそれぞれ仲が悪く、表向きは何事もない様に過しているが、何か事が起きるとすぐケンカになった。

生育歴では、出産時は風邪をこじらせて高熱を出し、ひきつけを起こす。小学校の頃、気管支炎の疑いで3～4週間安静にして学校を休んだ。

本児の性格は、集団生活になかなかなじめないところがある。自分に優しい人に対しては従順、その反面一回叱られたり怒鳴られたりすると、全く寄り付かず心を閉じてしまう。また、自分の闘志がすぐ表面に現われてしまいやすい。

ホームでの経過は、合宿生活を始めるが、極度の精神的緊張のため、下痢を度々起こした。起床、就寝、食事、洗面、清掃など規則正しいが、放って置くと自分から行動を起こすことはあまりなかった。自分の好きな遊びには熱中し、自分が勝っている時は機嫌が良いが負け出すと、平気で不正をしたりした。学習面において、英語、国語と時間を決めて付きっきりで教えると、最初は嫌がっても、注意したり論じたりすると素直に聞く。

中学2年生、3年生は登校できるようになった。持ち前の負けん気と頭が動き出したため、トップレベルの高校に入れる程成績が上がり学力が伸びた。しかし、中学校の担任が以前、登校拒否をしたという前歴の理由で、職員会議で

1 ランク下の高校受験を指導した。その事が高校へ入学しても尾を引き、1 学期間行っただけで高校を中退してしまう。それから、父親の経営している印刷会社で働くようになる。社会の厳しさを学んだためか次第に性格面で謙虚さが見られるようになる。将来を考えて、独学で僅か6ヶ月間で大学資格検定を全科目パスしてしまう。これにやや自信を得てか、大学受験を医学部にしぼる。

今、塾の指導を受けながら、何年かかってもいいから医学部に入りたいという闘志を燃やしている。

症例7 R・O 小学2年生 7才 女兒

小学校入学の5月から登校を嫌がるようになる。学校でオシッコをするのが嫌で、朝、家でオシッコをするがなかなか出ない。小学2年生になっても、学校へ行ったり行かなかったりで、5月の連休より不登校が続く。

生活環境では、父親はとても子どもに甘く、本児は父親のことを大変気に入っている。母親はいい加減なわりに子どもに対しては完全性を求めるところが多々あった。しかし、本児に対して過保護であった。一方、弟と本児との間ではケンカが絶えなかった。

本児の性格は、近所の友人とはあまり遊ばず、また遊びをあまり知らない。大人しく、何をするにも少々時間がかかり、要領も悪い。しかし、一方で子どもらしい我儘を言わない。

生育歴では、妊娠5ヶ月の時、流産しかけて18日間程入院するが、無事出産する。以後特記すべき病気に罹っていない。

入所後の経過は、基本的生活習慣を身につけていて、清掃を手伝うように云うと、素直に聞く。小学生にしては大人みtainな社交術を兼ね備えているように思われる。

二週間程度の合宿生活の間に本児の顔が随分明るくなってきた。素直に大人の云う事を受け入れる姿勢が快方へ向かった原因かと思われる。快方へ向かうにつれ、合宿期間を短くして家庭訪問という形をとる。毎朝、毎晩欠かす事なく犬の散歩をしており、この様に体を使った事が心の落ち着きを生み、最後にはちゃんと学校へ行けるようになった。

症例8 M・I 高校1年生 16才 女兒

中学1年生の9月頃から頭痛をはじめとする身体症状を訴える。中学3年生の11月頃、急に肥り出し生活に張りがなくなり、登校を嫌がるようになる。時々痙攣様の発作を起こしたりもした。

生活環境では、父親は母親以上にデリケートで、配慮が行き届き、優しい。しかしその反面一本筋が通る様で通らないところがある。弟が1人、妹が2人いるが、3人とも学校では成績が上位クラスで「——兄弟」といわれる程、皆に認められており有名である。しかし、それが本児には負担で、本児だけ他の兄弟に及ばないと、比較されて育った。

本児の性格は、兄弟の中で一番要領が悪く精一杯努力するわりに、それがなかなか身につかないため挫折感を抱いている。完全主義なところがあるため、うまくいかないと次に進めない。

生育歴では、初孫で祖父母、両親、親戚から可愛がられ過ぎて育った。大阪府下にあるS児童相談機関に2ヶ月間入院。

入所後の経過としては、本ホームの心理士のカウンセリングと数ヶ月間のアルバイトにより、間もなく学校へ行けるようになった。

上記（8症例）以外は表4に一括しておく。

表4

No.	名・前・ 性・年令	主 症 状	処遇方法とその経過	期間と転帰
9	T. M ♂ 14才	小5頃から情緒不安定、非行。中2で家出。肝臓障害で入院以後、不登校。	小児病院およびK養護学校を経て、当ホームへ。現在は調理師を目指す。	中3→1ヶ月半 改 善
10	M. T ♂ 13才	小4で頭痛・腹痛・下痢・微熱のため不登校。	マンガが好きで、高校のデザイン科を経てから、芸術大学を志望。	中1→中卒 改 善
11	A. H ♂ 14才	幼児期、てんかん発作。小4、反抗的、中学校、万引。	家庭教師の指導受ける。	中2→中卒 改 善
12	S. T ♀ 19才	小5の頃初発。動作が遅く基本的な生活習慣自立不完全。	数日間の合宿後住み込む。書きとり（単純作業）で自信回復、現在は女子大に通い、中華料理屋でアルバイト。	中3→大2 5年間 改 善

表4 (続き)

No.	名 前・ 性・年齢	主 症 状	処遇方法とその経過	期間と転帰
13	K. M ♀ 19才	小3の給食以来学校を休 みがち。	週2回程度、母親と一緒に ホームへ来所。	19才→5ヶ月 不 変
14	T. T ♂ 14才	頭痛など伴う。 情緒不安定で行動が粗暴。	土・日のみホームへ泊ま る。	中2→6ヶ月 改 善
15	K. N ♂ 12才	小6で頭痛。家出、自殺 を試みる。大声、粗暴な 行為。	10日間の合宿に2回参加 した後、1ヶ月に1度来 所。	小6→3ヶ月 改 善
16	K. M ♀ 8才	小学校入学時から言葉に よる表現能力・社会性の 発達遅滞軽度。自閉傾向、 多動傾向伴う。	自宅へ家庭訪問を数回繰 り返し、短期合宿に参加。 遊戯治療を行う。	小2→7ヶ月 改 善
17	K. S ♀ 18才	高3に発症。心因性反応 と診断。	ホームの仕事を通いで手 伝う。	高3→2ヶ月半 改 善
18	T. T ♀ 15才	知能がやゝ低い。ネフロ ーゼで中学校1年欠席、 中3から不登校。	アルバイトして、現在で は定時制の高校に通う。	高1(定時制)→ 1年半 改 善
19	E. M ♀ 13才	小4の頃発症。中学校担 任が自動車で迎えに行く 形で登校。過度緊張。	合宿に数回参加その後連 絡なし。	中1→ 不 明
20	T. K ♂ 11才	体育などの理由で学校を 休む。	ホームの子ども達と適応。	小6→6ヶ月 改 善
21	T. K ♂ 13才	脳波異常(+)。 中学校、いじめ、マッチ でいたずら、休みがち。	合宿参加後、家庭訪問。	中1→中2 1年間 改 善
22	Y. F ♀ 8才	幼児言葉治りにくく、夜 尿(+)、てんかん発作 (+)。	合宿参加。 母親が後妻、ホーム行事 に積極的に参加。	小2→2ヵ月 改 善
23	K. S ♀ 17才	中3頃から休む。高校1 年、対人恐怖、視線恐怖。 2学期から全く不登校。	幻聴(+), 通院治療継 続中	高1→2年間 不 変
24	N. S ♀ 21才	大学4年の時、アルバイ トで坐骨神経痛。悪口、 汚言、暴力、自暴自棄的 行動。	情緒不安定、次第にホー ムに適応。	大学4→ 6ヶ月~1年間 改 善
25	T. B ♂ 10才	情緒不安定。自閉、多動 傾向。	合宿に参加後、ホームに 入る。スポーツ・学習等 で適応的。	小5→小6 1年6ヶ月 改 善

表4 (続き)

No.	名 前・ 性・年令	主 症 状	処遇方法とその経過	期間と転帰
26	T. Y ♂ 13才	小学校の低学年、いじめ、暴力、反抗、チック。父母に反抗的。	親子関係調整を中心。	中1→中3 2年4ヶ月 不 定
27	Y. K ♂ 14才	中1, 肝臓・腎臓病, 4ヶ月間病欠。その後不登校, 親子関係問題(+)。	ホームのキャンプに参加。職員を自宅へ派遣。マージャンや漢字の書きとりなどで自信。	中1→中2 8ヶ月 改 善
28	R. M ♀ 16才	精神年令やゝ低い。対人関係障害, 非行傾向。	親への拒否的態度と同世代の人間関係改善を中心に指導。	高1→2ヵ月 改 善
29	H. O ♀ 15才	小学校, 精神年令が高く, 中1, 家出。中2から, 時々学校を休む。	個人指導が主。美容学校に通う。	高1→3ヵ月 改 善
30	Y. T ♀ 18才	高校は進学校に入学, 中退。専門学校へ転校3年生から休学, 自殺未遂。	母親の指導を併用。現在は学校で1番の成績。自衛隊に入隊希望。	高3→3ヵ月 改 善
31	H. T ♂ 15才	教育大の付属高校通学, 家庭内暴力。父親の過剰期待(+)。	ホームを数回訪れるが, 自殺で中断。	高1 自 殺
32	R. T ♀ 16才	私立高校で厳格。高2から不登校。タバコ, 毛を染めて学校に反抗。	母親の指導が主。現在は保母専門学校に通う。	高2→ 7ヶ月程度 改 善

III 考察と結論

以上32症例のうち登校開始などとにかく改善した症例は26名で、8割以上が登校に関して良好な結果を示した。もっとも入所時に選択がおこなわれて、本人が全く拒否したり、奇行や異常行動の強い場合は含まれていない。また、スタッフの関係から一般専門機関の症例に比して女性の症例の方がやや多い。さらに医学的に厳密に分析すると、典型例や神経症状の不登校児とばかりはいえず、非定型精神病から非行傾向の行動異常まで含まれているが、不登校を対象とする機関では、先に述べたような大なり小なりこのような医学的に雑多な症例を含むことは常識とされている。

ところで予後調査の研究も少なくないが、吉田らによれば、2年以上治療した56例について追跡結果を次のように纏めている。男子34例女子22例で、初診時年齢は5才～16才、調査時の年齢は11才～31才、初診時からの経過は4年6ヶ月～17年4ヶ月に亘った。判定はA群：問題なく適応しているもの、B群：適応しているが人間関係に関する訴えや、心身症状などの訴えをもつもの、C群：不適応のものの三群に分けておこなった。その結果、A群は31例、B群17例、C群8例となり、55.4%がA群で完全に適応し、B群を含めると85.7%であった(表5)⁹⁾。また渡辺は国立国府台病院児童精神科外来受診者の中から169名(女子64名)を選び、4～5年後の追跡結果を調査したが、その結果82.9%が適応傾向と報告している(表6)¹⁰⁾。いずれの結果も8割以上の良好な結果が示されたが、今回の結果の改善例(A, Bに相当)が81.3%であったのと大差は認められなかったことは注目に価する。つまり、ここで予後だけからいえば、本論文のようなホームスティ的集団生活の結果が、精神科医の治療、ケースワーカーや専門家の治療、あるいは病院での入院治療、通院治療結果と

表5

社会適応状況		男	女
A群	問題なく適応しているもの	18	13 31
B群	適応しているが人間関係に関する訴や心身症状などの訴等をもつもの	11	6 17
C群	不適応のもの	4	4 8

表6 登校拒否現状調査(昭和53年9月現在)
昭和48～49年に国立国府台病院児童精神科を
受診した271名中回答のあった169名

通学(中・高・大学, 各種学校, 予備校)	79名46.7%	82.9%
就労(パート・アルバイトを含む)	34 20.2	
在宅し自発行動(製作, 自習など)	24 14.2	
結婚(女子のみ)	3 1.8	
加療続行	9 5.3	17.1%
不変	20 11.8	

ほぼ同様であることはあらためて不登校の病理の特殊性を示唆することになる。つまり専門的治療あるいは治療専門家が果して存在するのか否かの皮肉な疑問を投じうる。これには二つの大きな問題(1)不登校は単一疾患か否か、さらに(2)治癒ないし改善とは何かということがきちんと整理されていないこととも関連しよう。なお(2)は(1)と関連して規定される部分もありうるため、(1)についての検討が第一義的な要件となろう。

報告当初は母子分離、不安など精神分析的解釈も含め神経症病態で説明されていたが^{(a)(7)}、今日の我国の“不登校”は明確な非行を除いた学校に行かない現象すべてを含めている。したがって中にはうつ病、精神分裂病から家庭内の人間関係の問題^(a)、学校での教師、クラスメイトなどとの行き違いまでずい分巾広くのケースが含まれることになる。DSM III-R では小児期または青年期の不安障害の中に、分離不安障害が設けられ、A(7)に「身体症状の訴え、例えば頭痛、腹痛、嘔気、嘔吐などが登校日か、または愛着を持っている主要人物から離されるのを予期したときに起こる。」として分離不安にもとづく不登校の記載がある。また適応障害の項目で、仕事（または学業）の停滞を伴う適応障害として以前は仕事や学業の遂行が適切であった人に、仕事なり、学業なりの機能の停滞が優勢にみられる。しばしば不安や抑うつが混在してみられる例として、勉強や論文やレポート書きができなくなることがあげられる^(a)としていいる。いずれも多少触れられているが、独立した病名にはあげられていない。教科書では、青年期ないしは児童期の障害の中に登校拒否を設けているものが多いが、疾患単位の確立に関してはまだ完了しているとはいえない。マスコミ用語、学校現場での使用が先行しているきらいも伺える。

ここで心身症との関連に少し触れておこう。不登校では多くの心身症状が随伴することは述べた。とりわけ腹痛、頭痛、発熱などの身体症状や抑うつ、不眠、強迫など精神症状は珍しくない。日本心身医学会の定めた定義では、「身体症状を主とするが、その診断や治療に、心理的因子についての配慮がとくに重要な病態である」としている。これをさらに分けて、(1)発病と経過に心理的因子の影響が明らかに認められるもの（狭義ないし本来の心身症）。(2)身体的

原因によって発病したもので、その経過に心理的な因子が重要な役割を演じているもの。(3)神経症で身体症状を主とするもの、を含めている⁽⁹⁾。しかし、(2)と(3)は広義の心身症であり、厳密には心身症には含まない。

不登校は行動の問題ではあるが広義には含められないこともない。事実近年心身医学領域で、研究報告や論文は多く⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾、個々の症状については、心気症との考え方もあるが、心身症症状としても無理のない場合も少なくない。もっとも不登校自体、心身症として完全な市民権を得たのかどうかはなお不確実のようで、今後の課題として残されているように思う。もっとも心身症にしても、児童期に関しては教育的ストレスとの関係は密接であるとされ、その点では不登校は、きわめて児童心身症の的であるといえる。一方不登校の原因に学校の状況を重視する指摘も少なくないが、ある意味でまさに教育的問題として解釈し、対応すべきものである。いずれにしても一定の性格特性など個人的および心身症・神経症など個別的・医学的側面と、養育面、親子関係など家庭のおよび核家族化、自閉的家庭など家庭的・社会的側面もあり、さらに教師との関係など学校との関係および大学受験を頂点とした教育的ストレスなど学校・教育的側面がそれぞれ関与した複合的な病理と解釈することが妥当であろう(図1)。したがって本論文で紹介した普通の非専門的家庭であっても、症例によってはきわめて効果的な結果をあげても不思議はないことになる。

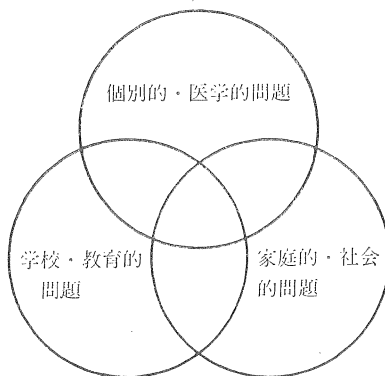


図1 不登校の複合的病理

今後は各領域から学際的に研究をすすめ、総合的な対策の講じられる機能を有する治療形態が考慮される必要がある。現に塾のような形態であっても出席すれば公式に出席日数に加えたり、訪問教師プログラムなど成果をあげているところも報道されている。教育行政がこのことを理解し、十分な配慮、とりわけ柔軟性を備えて対処することが大流行の沈静化の鍵を握っているといっても過言ではないだろう。

要 約

不登校大流行の病理を解明すべく、①家庭から分離②共同生活を主とした家庭の集団生活療法を実践する I ホームの症例32例を検討した。その結果、8割強が良好な転帰をとり、他の専門機関の予後調査とほとんど大差のないことが明らかになった。このことは不登校が単に神経症範疇の単一な病態でなく、個別的・医学的側面と家庭的・社会的側面、さらには学校・教育的側面の複合した病理と理解することが妥当であることが示唆された。そして今後の問題解決のためには、行政を含めた学際的研究プロジェクトの必要性が提案された。

文 献

- (1) Broadwin, I. T. : A contribution to the study of truancy. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 2 ; 253-259, 1932.
- (2) Coolidge, J. C., Willer, M. L., Tessman, E. & Waldfogel, S. : School phobia in adolescence : a manifestation of severe character disturbance. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 30 ; 599-607, 1960.
- (3) DSM-III-R 精神障害の分類と診断の手引第2版, 訳, 高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭 医学書院, 1988.
- (4) Eisenberg, L : School phobia : a study in the communication of anxiety. *Amer. J. Psychiat.*, 114 ; 712-718, 1958.
- (5) 藤縄昭, 現代社会と家族—総説に代えて—, 精神医学, 31 ; 564-569, 1989.
- (6) Johnson, A. M., Falstein, E. I., Szurek, S. A. & Svendsen, M. : School phobia. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 11 ; 702-708, 1941.
- (7) Kahn, J. H. & Nursten, J. P. : School refusal : A comprehensive view of school

- phobia and other failures of school attendance. Amer. J. Orthopsychiat, 32 ; 707-718, 1962.
- (8) 小林育子, 鷺見たえ子, 玉井収介: 学校恐怖症児の家族の問題 (第1回日本児童精神医学会発表抄録, 1960. 11. 17. 東京), 児童精神医学とその近接領域, 2 ; 84, 1961.
- (9) Leventhal, T. & Sills, M. : Self-image in school phobia. Amer. J. Orthopsychiat., 34 ; 685-695, 1964.
- (10) 松本和雄, 松岡敏子, 豊中啓尹子, 大月則子: 児童思春期心身症の最近の傾向, 大阪精神衛生, 23 ; 35-40, 1978.
- (11) 松本和雄: 児童心身症発症に関する教育精神医学的考察—学校心身健康調査結果にもとづいて— 人文論究 36 ; 17-34, 1986.
- (12) 松本和雄: 「消極的で無口な子へのいじめ」『メンタルヘルス実践大系 5, いじめ・自殺』北村・荒井編 日本図書センター, 1988.
- (13) 文部省: 昭和59年度学校基本調査報告書, 大蔵省印刷局, 東京, 1985.
- (14) 日本精神身体医学会医療対策委員会: 心身症の治療指針, 精身医, 10, 35, 1970.
- (15) 大月則子, 松本和雄ら: 小学生の心身医学的調査 (第1報) —生活・遊びと心身症状—, 大阪府立公衛研所報 精神衛生編, 25 ; 7-16, 1987.
- (16) Partridge, J. M. : Truancy. J. Ment. Science, 85 ; 45-81, 1939.
- (17) 佐藤修策: 登校拒否児. 国土社, 東京, 1968.
- (18) 鷺見たえ子, 玉井収介, 小林育子, 大見川正治: 学校恐怖症児の問題 (第1回日本児童精神医学会発表抄録, 1960. 11. 17. 東京), 児童精神医学とその近接領域, 2 ; 84, 1961.
- (19) 高木隆郎: 登校拒否の心理と病理, 季刊精神療法, 3 ; 218-235, 1977.
- (20) 鎌幹八郎: 学校恐怖症の研究 (II)—心理治療の結果の分析. 児童精神医学とその近接領域, 5.
- (21) 富田和巳: 小児科医からみた登校拒否, 小児科診療, 45 ; 11-15, 1982.
- (22) 若林慎一郎, 本城秀次ら: 登校拒否の実態, 社会精神医学, 9 ; 9-14, 1986.
- (23) 渡辺位: 登校拒否の予後, 臨床精神医学, 12 ; 851-855, 1983.
- (24) 吉田熙延, 武貞昌志: 登校拒否児の病態の変遷と最近の傾向, 小児の保健, 10 ; 40-44, 1983.
- (25) 吉田熙延, 渡辺純ら: 不登校児 (登校拒否児) の追跡調査, 小児の保健, 11 ; 36-43, 1984.