

## 2-iii. 不登校とひきこもり 評価と治療

盛本 翼 | 岡崎 康輔 | 岸本 年史

奈良県立医科大学 精神医学講座

### 1. はじめに

教育や医療現場における不登校への関心は高いにも関わらず、その実数や割合は増加してきている。不登校の対応に難渋する理由の一つには、その多様性と不均質さ（単一の疾患ではないこと）や、画一的な支援方法が存在しないことがある。

不登校とひきこもりは、その概念や状態像で重複する部分も大きく、不登校が青年のひきこもりにつながることを指摘した文献もみられる。一方で、このマニュアルが支援の対象としているのは、およそ10歳から17歳にあたる児童・思春期の子どもであるため、この項では、なんらかの教育に参加できずにひきこもっている子どもを、「不登校」と統一して論じることにする。ひきこもりについては、厚生労働科学研究の成果物である「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」<sup>1)</sup>も参照されたい。また、不登校は誰（家族あるいは学校、医療者）の視点からみるかによって、評価や支援方法が異なる部分も大きい。ここではできる限り、本マニュアルの主な読者と想定されている学校教員からみた不登校について述べたが、後半では著者が診療している大学病院や奈良県における（医療者からみた）具体例を紹介することで、この項が地域における実用書となれるよう努めた。

### 2. 不登校の評価

支援をはじめの前に、丁寧な評価が必要である。不登校の評価には、齊藤による多軸評価（第1軸に背景疾患の診断、2軸に発達障害の診断、3軸に不登校出現状況による下位分類の評価、4軸に：不登校の経過に関する評価、5軸に環境の評価）<sup>2)</sup>が非常に実践的である。ここではそれをヒントに、評価のポイントを以下の3点に分類した。不登校において多軸評価が必要なのは、いずれの軸にも優劣はなく、並行して評価や支援を実施すべきだからである。例えば、子どもに何らかの精神疾患が診断されたとしても、その治療のみで不登校の支援が完結するわけではないということである。支援者は同時に不登校の分類を考えたり、取り巻く環境について評価したりする必要がある。

#### i) 不登校の背景に、身体疾患や精神疾患、発達障害はないか

不登校の子どもに何らかの医学的「診断」が付くか否かを評価することである。この観点は、固有

の支援・治療法が確立されている疾患が存在するときに、それを見過ごさない<sup>2)</sup> ために重要である。

子どもが頭痛や腹痛などの身体症状を訴える場合、まずは、地域のかかりつけ医（小児科や内科開業医）の受診を勧めるのがよい。不登校という理由だけで、からだの症状を安易に、「心理的なもの・ストレスによるもの」などと決めつけてはいけない。受診の結果、身体疾患が疑われた場合は、おそらく多くのケースですんなりと精査が進むだろう。一方で、身体的な要因が見当たらなかった場合に、かかりつけ医が必要に応じて心療内科や精神科を紹介できるか否かは、その医師の技量や地域の医療連携の程度に左右される。身体疾患の否定が済めば、「それ以上なにもしない（できない）」というスタンスの医師がいるもの事実である。不登校を含む子どもの心理社会的側面に、どの程度まで介入するかかりつけ医であるかは、家族や学校側が見極める必要がある。そのような点から、教員が、病院受診を終えた本人や家族に、「受診した結果どうだった」かを問うことは重要である。

教員が子どもの精神状態の変調を強く疑った場合、もちろん本人や家族に説明のうえではあるが、臨床評価尺度を用いてみることは、精神科などの専門科受診を勧める根拠となりうる。例えば、うつ症状については、The Patient Health Questionnaire-9 item Depression scale (PHQ-9)<sup>3)</sup>、幻覚や妄想のような体験についてはPRIME-Jスクリーニング<sup>4)</sup> など、インターネット上で入手可能な自記式の症状評価尺度がある。医療者でなくとも理解できる用語から成っているため、一度目を通しておいてもよいかもしれない。

身体疾患や精神疾患の評価と並行して、背景にある発達障害の有無の評価も必要である。身体・精神疾患と、発達障害が併存することはしばしばあるため、並行して評価すべきである（齊藤の多軸評価でも、「発達障害の診断」が独立して2軸に置かれている<sup>5)</sup>）。さて、不登校を契機にこの観点を検討しているということは、裏を返せば、それまでは彼・彼女らのその「生きづらさ」に気づいていなかったということである。言い換えれば、幼児期の健診で指摘できるような障害の程度を持った広汎性発達障害や注意欠如・多動症（Attention-Deficit Hyperactivity Disorder：以下ADHD）、あるいは知的能力障害（精神発達遅滞）は、既に含まれないことが多くなる。ここで主に問題となるのは、DSM-IVに従えば広汎性発達障害の中のアスペルガー障害と特定不能の広汎性発達障害、ADHD、学習障害、発達性協調運動障害、コミュニケーション障害、軽度精神遅滞の中の高機能群と境界知能（厳密には境界知能は疾患ではない）あたり<sup>2)</sup> である。これらの診断には、慎重な専門的評価が不可欠であるため、心療内科や精神科（できれば児童精神科）の受診が不可欠である。こうした発達障害が明確になれば、そのケースの支援に何が必要かという課題に有力な手がかりを与えてくれる<sup>2)</sup>。子どもの強さと困難さアンケート（Strengths and Difficulties Questionnaire：SDQ）は、子どもの特性の評価に適しており、厚生労働省のホームページでも紹介され<sup>6)</sup>、フリーで入手できる。広い年齢層で標準化されており、支援ニーズの把握に有用であるため、ぜひ本マニュアルの他章を参照されたい。

教員が子どもの発達障害を疑い、家族に専門科受診を勧める際には、事前の十分な説明が必要であることを付記しておきたい。著者の実体験として、周囲の勧めのみを理由に、（なかば強引に）精神科を受診した場合は、支援や治療にうまく結びつかないことが多いように思う。面談のなかで、家族の解釈モデル（今困っている理由をどのように捉えているか）や援助希求の程度、精神疾患や精神科受診に対するスティグマ（偏見）の有無を評価しながら、受診の是非を決定するのがよいと考えられる。

## ii) 環境の評価

子どもを取り巻く環境の評価としては、少なくとも家族機能の質およびライフイベントの質と量、所属する学校の特徴、そして地域における不登校・ひきこもりへの支援機関や子どものメンタルヘルスに対応できる各種相談機関や医療機関の有無などが対象となる<sup>2)</sup>。著者の場合、下記のような表を必要に応じて作成し、症例ごとに支援機関を整理するよう心掛けている（表はある発達障害の子どもの一例）。このような表があれば、将来ケア会議などを行う際に便利である。ここで最も重要なことは、「特定の環境（たとえば学校や家庭）が原因で不登校が生じている」という仮説を立てないこと、すなわち、「犯人探し」をしない<sup>7)</sup> ことであり、あくまでも中立的な立場で状況を整理することだと考えている。

環境の評価において、目を光らせておくべきものに虐待がある。虐待が背景に存在する場合には、不登校自体が虐待の重要なサインであり、救難信号である可能性が高い<sup>2)</sup>。虐待が疑われる場合には、2019年5月に公表された文部科学省の「学校・教育委員会等向け虐待対応の手引き」<sup>8)</sup> などに基づいた初動をとる。

さて、最近では被虐待児が発達障害とよく似た臨床像を呈することが知られてきている。発達障害の評価を行う際には、現在虐待がないかという点にくわえ、過去のトラウマ体験の評価も必要である。虐待を含むトラウマ体験は、反応性愛着障害など発達障害様の症状を呈することもあるため、しばしば鑑別を要することがある（もちろん、背景に虐待のない発達障害もあることは言うまでもない）。この観点からも、子ども本人の状態像を評価する際には、家庭環境も綿密に評価しなければならないことが分かる。

表 不登校における連携が想定される機関（ある発達障害の子どもの一例）

家庭	自宅（両親、兄） 隣人（同じ登校班の子ども、子供会の役員） 祖父母宅（母方祖父母）
教育機関	在籍している学校（担任、養護教諭、教頭、スクールカウンセラー） 市の教育委員会
医療機関	精神科主治医 精神保健福祉士 かかりつけのクリニック（小児科医、内科医） 訪問看護師
行政機関	放課後等デイサービス 市の障害福祉課 市の子ども総合支援センター 市の社会福祉協議会

### iii) 不登校の下位分類の評価

齊藤は不登校を、①子どもが家庭から家庭外の社会へと活動の場を拡大していく社会化過程と、②親から独立した存在としての自己の確立へと向かう個人化過程という二つの発達課題にわたる危機と仮定し、子どもが不登校へといきづまっていく過程<sup>7)</sup>を5種類（過剰適応型、受動型、受動攻撃型、衝動統制未熟型、混合型）に分類している。これは、各ケース固有の人間関係や社会活動に対する関係性の様式や社会的活動への対処法に応じて組み立てたシステムを、適切に提供することを目的に設定され<sup>2)</sup>ている。各々の特徴や支援方法についてここで簡単に述べることはできないため、是非成書を読んでいただきたい。ここでは、同じ不登校であっても、それぞれの子どもによってその成り立ちは異なることが多く、アプローチの方法も単一ではないことだけを再度強調しておく。

## 3. 不登校の治療

### i) 疾患に対する治療

典型的な精神疾患（例えば統合失調症や躁うつ病、うつ病、パニック障害、社交不安障害、強迫性障害など）と診断された場合は、薬物療法を含め、遅延なく治療を開始することが極めて重要である。向精神薬（精神科のお薬）には、若年者特有の副作用が存在することも事実であるが、有効な薬物療法が存在するにも関わらず、誤った偏見によって適切な早期介入がなされないことは、明らかに不利益である。教員が無理に服薬を勧めることは当然できないが、少なくとも、家族がそのような偏見を持っている場合、それを助長するような言動は控えるべきである。

発達障害（神経発達症）に関しても、その診断や支援方法について多くの取り組みがなされている。これについては本章の神尾陽子先生担当の項を是非参照されたい。

発達障害を含め、背景に精神疾患を診断された場合は、精神科への通院を続けることになる。教員が、医師や心理士からアドバイスを受けたいのであれば、診察に同席したい旨を事前に伝えたほうが良い。教員との面談に関して、子どもが順調に元気を取り戻しているのであれば、不要と判断される場合もあるかもしれないが、状況が明らかに好転しておらず、家族や学校がケアに難渋しているにも関わらず、面談を門前払いするような医師であれば、思い切って転医する（病院をかえる）のも一つかもしれない。

### ii) 精神療法

精神療法を含む心理社会的支援について論じる前に、不登校治療の前提として、「登校の再開」を絶対的な目標にすべきではない点を再確認しておきたい（この点は文部科学省の「不登校児童生徒への支援に関する最終報告」<sup>9)</sup>にも明記されている）。「学校復帰」を唯一の援助目標とすることは、それ以外の可能性や子どもや保護者からの援助ニーズを認めがたい構造になること<sup>10)</sup>にもつながる。では、治療の目標は一体何か。繰り返しになるが、不登校とは、社会のストレスに対して、自分を傷つけないために家庭に避難しながらも、家庭からは自立したいという二律背反のアンビバレントな状態<sup>11)</sup>である。ここから考えても、治療のゴールは、子どもがこの発達課題を成し遂げ、外形的な社会参加ではなく、一人ひとりが「人間らしく生きる権利の回復（全人的復権）」に向かい、自分の人生・生活に主体的に関与していくこと<sup>10)</sup>や、「等身大の自己認知と現実的な自己評価の確立」<sup>2)</sup>すること

ではないだろうか。等身大の自己像を受容した子どもは、焦らずともいつか必ず適切な社会との関わりをもつはずである。あるいは、対人関係が生来苦手な発達障害の子どもであれば、他者との交流が回復の必要条件ではないことを考えると、適切な評価や見立てなしに、社会集団への参加を無理強いする意味は全くないことが分かる。

さて、教員が不登校の家族にこのような内容を説得しても、「理想論に過ぎない」と反論されることも多いだろう。そのような場合、不登校の予後研究の客観的なデータを示してもよいかもしれない。不登校に関する多くの長期追跡調査の結果からは、義務教育期間中に不登校となった児童生徒の実に80%近くが20代では良好な社会適応を実現している事実がある。不登校中の子どもの将来をめぐって、いたずらに子ども本人や親を不安にさせるような介入は、治療・援助の専門家たるもの決してなすべきではないと断定できる根拠がそこにある<sup>7)</sup>、と齊藤は述べている。過剰に悲観せず、中立的で穏やかな態度で、支援者や家族が本人とじっくり向き合うことで、膠着したコミュニケーションパターン<sup>7)</sup>を脱し、学校や家族機能を回復させることが、最も重要である。

### iii) 地域の資源を利用した治療

少しずつ動き出した子供に登校刺激を与える際には、支援者が、地域で利用可能な社会資源を把握しておく必要がある。ここでは主に適応指導教室とフリースクール、放課後デイサービスを紹介するが、それ以外にも利用可能な施設がある。相談・支援を受ける施設には地域による特徴や差があるため、本項では、具体的に、奈良県立医科大学精神科（以下当科）に通院している子どもが利用する場合の流れを紹介する。これらと本マニュアルの、地域資源の紹介を参考に、人口や地理的特徴などから、読者の地域における連携・支援のイメージを掴んでもらえると幸いである。

適応指導教室とフリースクールは、家庭内の生活ともともと所属していた学校との間に位置する中間段階、すなわち「つなぎの場」という機能をもつ。違いは、前者が公教育のシステム内機関であるのに対して、後者は民間の機関であるという点である<sup>7)</sup>。

適応指導教室の設置目的は、文部科学省の定義では「学校生活への復帰」であるが、現場としては、学校復帰は実現しなくとも、個々の問題の解決の援助が目的であると考えている<sup>12)</sup>とされている。中川らは、適応指導教室の機能を「居場所機能」「人間関係学習機能」「補習機能」「進路相談援助機能」の4つに特定して<sup>13)</sup>いるが、子どもの自主性・自立性を育てたり、自信を回復させたり、対人関係の能力を伸ばし、学校とうは違う環境で安心できる居場所を提供し、援助していくという重要な役割を果たしている<sup>14)</sup>。上述のように、適応指導教室は公の機関であるため、入級の窓口は市町村の教室相談室や教育センターが担い、保健室登校や時間限定登校など学校内で工夫できる登校の形態と並ぶ選択肢として利用される可能性が高い<sup>7)</sup>。しかし、精神科に通院している子どもに関していえば、主治医から、「そろそろ適応指導教室に行ってみましょうか」というアドバイスを受けてから、家族が学校や施設へアプローチすることが多いように感じる。担当教員などから積極的に適応教室を勧めることが少ないと感じるのは、在籍している学校側の目標はあくまでも「もとの学校への復帰」であるためかもしれない。手続きがよく分からない場合、精神科などの医療機関に通院していれば、ソーシャルワーカーや精神保健福祉士（Psychiatric Social Worker：以下PSW）が間に入りスムーズに導入できることが多い。しかし、通院先や相談機関がまだなく、学校のみが関わっている場合は特に、適応指導教室から社会との接点を再開することについて、担任教員が積極的に検討してほしい。

フリースクールの歴史や現状は多様で複雑だが、わが国では1970年代の不登校児の増加を契機に設立されはじめたという特徴を持つ。上述のように、民間の施設であり、誰でも学校を設立し運営することができるため、わが国では予備校や進学塾との境界もあいまいである。このため、個々のフリースクールによって目的や規模、運営形態、支援内容が大きく異なっており、利用するには、学校機関、教育センター、保健所の不登校相談窓口、医療機関などさまざまなところから情報を入手し（情報をもっていないことも多々ある）、実際に何回か見学し、雰囲気を感じ、どういう特徴があるのかを把握する必要がある<sup>7)</sup>。当科通院中の子どもがフリースクールを利用する場合にも、利用前には直接見学するようアドバイスしている。市町村によっては、子育て支援課や社会福祉協議会などが市内の施設を把握していることもあるが、あくまでも民間施設であるため、ほとんど把握していない場合も多い。このため、個人でインターネットを通じて近隣のフリースクールを検索し、面談や見学の予約をすることもある。奈良県であれば、子ども・若者の「支援機関ガイド」<sup>15)</sup>のホームページに情報がまとまっているため、興味や適応のある家族には紹介するようにしている。

放課後等デイサービスは、児童福祉法に基づく施設である。対象は、幼稚園と大学を除く学校教育法の規定する学校に就学している障害児である。その目的として、放課後または休日に生活能力向上のための訓練を行い、社会との交流ができるような適切な指導・訓練を行う<sup>16)</sup>。障害児を対象としているため、利用には受給者証が必要になる。保護者が公的機関の窓口を通して申請し、相談支援専門員が面談を行い、その後当該事業を運営している施設・事業所との面談となる。そこで利用が決定すると、ひと月の利用可能日数が決定し、居住している市町村から受給者証が発行されることになる<sup>17)</sup>。具体的に、当科に通院している子どもが、放課後デイサービスを利用する場合の例を挙げる。まず、利用には国際疾病分類・ICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）コードによる診断名が必要である。障害者手帳を既に受給している場合であれば、追加の診断書は不要であり、市の障害福祉課に出向き、利用の希望を伝える。障害者手帳を所持していない場合は、主治医の診断書（各病院様式の一般的な診断書で良い）を持参する。その後、上述のような関係機関との相談・面談を通して、通所の受給者証を得ることになる。いろいろな支援施設に関して、本人や家族だけではうまく繋がらない場合は、適宜PSWが仲介し、円滑な連携を図れる点は精神科に通院するメリットといえる。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省：「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.html>
- 2) 齊藤万比古. [増補] 不登校の児童・思春期精神医学. 金剛出版. 東京都. 2016
- 3) 村松公美子. Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版およびGeneralized Anxiety Disorder-7 日本語版-up to date-. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究7: 35-39, 2014
- 4) 小林啓之, 山澤涼子, 根本隆洋ら. 前駆状態のアセスメント—症候学的観点から—. 精神神経雑誌 111:288-292, 2009
- 5) 齊藤万比古. 不登校の児童青年精神医学的観点. 児童青年精神医学とその近接領域 48(3): 187-199, 2007

- 6) 厚生労働省：「Strengths and Difficulties Questionnaire」  
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7\\_04d.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7_04d.html)
- 7) 齊藤万比古. 不登校対応ガイドブック. 中山書店. 東京都. 2007
- 8) 文部科学省：「学校・教育委員会等向け虐待対応の手引き」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/seitoshidou/1416474.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1416474.htm)
- 9) 文部科学省：「不登校児童生徒への支援に関する最終報告」  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/108/houkoku/1374848.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/108/houkoku/1374848.htm)
- 10) 坂井亮一. 適応指導教室における不登校援助の課題と可能性 設置要綱の内容を通して考える. 臨床心理学研究: 49(1), 17-27, 2011
- 11) 児玉龍彦. 不登校・ひきこもりの臨床 “細い糸”をたぐり寄せる親子への支援. 医学のあゆみ. 232(7): 805-808, 2010
- 12) 尾形早織, 青木真理. 適応指導教室の現状と展望. 福島大学教育実践研究紀要. 38: 93-101, 2000
- 13) 中川厚子, 森井ひろみ, 鶴田桜子. 適応指導教室の機能に関する研究—中学卒業生のフォローアップ. カウンセリング研究. 30: 255-265, 1997
- 14) 稲毛知愛美, 本迫美紀, 岩井 祥子ら. 不登校支援としての適応指導教室の意義と課題 その意義について. 健康科学 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要(9): 79-81, 2014
- 15) 奈良県ホームページ：くらし創造部>青少年・社会活動推進課>困難を有する子ども・若者支援>「支援機関ガイド」  
<http://www.pref.nara.jp/31400.htm>
- 16) 小澤温. 放課後等デイサービスの展開と課題について. 地域リハビリテーション. 13(10): 78-741, 2018
- 17) 大歳太郎. 小児期における児童発達支援と放課後等デイサービスの役割. 精神障害とリハビリテーション. 22(2): 120-124, 2018