

強迫症状は幼児期にも見いだしうるが、小学校5年生を過ぎるころから母親を「清め」の儀式に巻き込んだ不潔恐怖が目立つようになる。転換症状は心の葛藤が身体症状に置き換えられたと理解できる「身体疾患なき身体症状」であり、解離症状はもうろう状態や記憶喪失、あるいは多重人格などのことで、思春期の子どもを中心に出現する。抑うつ症状は、無気力になる、悲哀感が増し涙もろくなる、希望を失う、死にたくなるといった症状であり、児童期と思春期でも決してまれなものではない。また、急性の精神運動興奮状態や錯乱状態のような激しい表現や、自分の考えが他者へ漏れていく、自分の思考や行動が他者にコントロールされているといった自我障害、幻聴や被害妄想、そして躁状態は精神病症状とされる。

発達上の問題としては、言葉の遅れ、社会性の遅れ、学習能力の選択的な遅れなどが相談の対象となる。言葉の遅れには単に出現のペースが遅いというだけでなく、構音の未熟さ、吃音、独り言、オウム返しなど多彩な症状が含まれている。社会性の発達の遅れには親と視線が合わない、ごっこ遊びができない、友達をつくらうとしない、順番が待てない、乱暴過ぎるなどが含まれる。また、学習能力の遅れとは、書くこと、聞くこと、計算することなど学習能力の一部だけが不釣合いに遅れていることをいう。これらはいずれも発達障害に関連した症状であるが、環境要因や心理的要因も影響を与えていることが多い。

- 1) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, 1992. (融道男, 中根允文, 小宮山実監訳) ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 医学書院, 2003.)
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision. APA, Washington D.C. and London, 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳) DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 2002.)

子どもの精神疾患の診断

子どもの精神疾患は、親と子どもからの聴取と観察によって見いだした諸症状の組合せが世界保健機構のICD-10¹⁾や米国精神医学会のDSM-IV-TR²⁾の定める診断基準にきちんと合致したとき、はじめて成立するものである。こうした診断のプロセスはおおむね図2のように図式化できる。児童精神科的な診療では、発達上の問題のみを主訴として受診する幼児期から学童期にかけての年代の子どもが存在することが特徴の1つであるが、一方では幼児期から思春期まで広範な年代の子どもが発達障害以外の症状を主訴として数多く受診してくる。前者からは表2に示したような発達障害の診断を受ける子どもが多く出てくるが、なかには初

図2 子供の精神疾患の診断過程

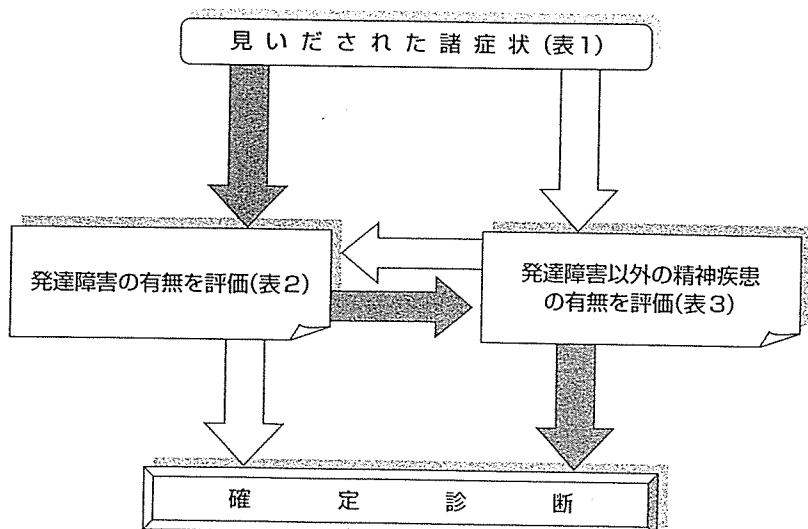


表3 児童思春期に発現する発達障害以外の主な疾患 (ICD-10)

F2	統合失調症など
F20	統合失調症 Schizophrenia
F22	持続性妄想性障害 Persistent delusional Disorders
F23	急性一過性精神病性障害 Acute and Transient Psychotic Disorders
F3	気分障害
F31	双極性感情障害 Bipolar affective Disorder
F32	うつ病エピソード Depressive Episode
F4	神経症性障害など
F40	恐怖症性不安障害 Phobic Anxiety Disorders
F42	強迫性障害 Obsessive-Compulsive Disorder
F43	重度ストレス反応および適応障害 Reaction to Severe Stress, and Adjustment Disorders
F44	解離性(転換性)障害 Dissociative(Conversion) Disorders
F45	身体表現性障害 Somatoform Disorders
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F50	摂食障害 Eating Disorders
F51	非器質性睡眠障害 Nonorganic Sleep Disorders
F6	成人の人格および行動の障害
F63.3	抜毛症 Trichotillomania
F90-F98	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
F91	行為障害 Conduct Disorders
F93.0	分離不安障害 Separation Anxiety disorder of childhood
F94.0	選択性緘黙 Elective mutism
F94.1	小児期の反応性愛着障害 Reactive attachment disorder of childhood
F95	チック障害 Tic Disorders

診後しばらくして、問題行動や身体症状、あるいはさまざまな精神症状などを併せもっていることが明らかになり、表3に示したような疾患を合併精神疾患(併存障害^{*3})として診断されるに至る発達障害の子どもがいる。一方、後者には、発達障害以外の精神疾患(表3)の診断を受ける子どもが多いはずであるが、そのなかには治療の経過につれて徐々に発達障害(表2)であることが明らかになる子どもも少なからず存在する。したがって、発達障害が先に診断された子どもでも、必ず発達障害以外の精神疾患の有無を評価する観点をもっていなければならない(図2では薄い矢印で示した診断過程)、また、発達障害以外の精神疾患が前景に立った子どもにおいても、必ず発達障害の有無を評価する視点を常に忘れてはならない(同じく濃い矢印で示した診断過程)。

なお、本論ではICD-10に基づく疾患概念を採用しているが、筆者は日常の臨床においてむしろDSM-IV-TRに準拠した評価と診断を行っている。その理由の第

*3 併存障害

(comorbidity)

・DSM-III以降の併発症についての考え方で、例えばAという疾患の診断にあたり、除外診断の対象ではない別の精神疾患(例えばBとC)が診断可能な場合、BとCをAの併存障害とよぶ。Bに注目した場合、もちろんAとCが併存障害である。

1点は、ICD-10が疾患概念を文章で表現した記述的なものであるのに対して、DSM-IV-TRは診断基準を箇条書きによって非常にクリアカットに規定した操作的なものとなっており、診断者間のコンセンサスが得やすいということにある。第2点は、DSM-IV-TRが多軸評定によりケースの全体像を把握しようとする診断システムを採用していることにある。その第1軸は「臨床疾患、および臨床的関与の対象となることのある他の状態」、第2軸は「人格障害、精神遅滞」、第3軸は「一般身体疾患」、第4軸は「心理社会的および環境的問題」、第5軸は「機能の全体的評定(GAF)」であり、これら5軸にわたる多軸評定を実施することで誰でも一定水準の深さでケースの全体像を把握することができるという利点がある³⁾。

3) 齊藤万比古:神経・精神疾患.DSM-IVの読み方・使い方.小児科臨床,55巻増刊:1133-1142,2002.

子どもの精神疾患の診断にあたって心得ておかねばならないことは、児童期および思春期の病像および病態は流動性が高く、多くのケースが加齢とともにその姿や病理の深刻さを変えていくということである。したがって、子どもの精神医学的診断はそのような過渡的・流動的な側面を常に心得て行わねばならず、時間経過に沿った変化に注意深い関心をもち続ける必要がある。この流動性は、例えば軽い分離不安のようなごく一般的な神経症症状の子どもから後になって精神病性の疾患や非常に偏った人格障害が発現してきたり、その一方で精神病性疾患への展開を強く予感させるような重症の強迫症状や重大な対人関係の障害を示した子どもがその後、健康な人格を獲得していったりといった交差現象としてしばしば現れるということを中心におきたい。

まとめ：診断から治療へ

プライマリ・ケアを担当する医師にとって子どもの心の問題の悩ましいところは、対象とする症状や疾患が直ちに治療にかかるべきものなのか、このまま経過をみただけでよいものなのか、あるいは自分がみていてよいものか、専門医に紹介すべきものなのかといった選択の基準の曖昧さにあるのではないだろうか。本論で述べてきたように、この答えは決して簡単ではない。軽症の症状が必ずしも軽い障害を意味するわけではないという一点を考慮しただけでも、この問題の繊細さが了解できるのではないだろうか。それを心得たうえであえて大まかな指針を示すとすればそれは以下のようなものとなる。

神経症性疾患とよぶことができるICD-10のF4、F5、F6の児童思春期発症疾患と、多動性障害を除いたF9の疾患に関しては、その表現形の重症度にかかわらず診断後も一定期間治療を続け、経過をフォローアップすべきである。この「一定期間」とは、学年や学校の変わり目を越えて新しい場でほぼ適応的に生活できることを確認するころまでとするのが妥当であり、その際どの変わり目(新学期、進級、進学など)を選択するかは、主治医が把握した症状や適応上の問題点の重症度によって判断すべきと考える。しかし、チック障害、夜尿症を含む遺尿症、遺糞症、吃音など、従来「神経性習癖」とよばれてきた疾患は、これらの多くが身体機能発達の軽度の、そしてしばしば一過性の不具合によって生じてくるものであり、成長にしたがって改善していくケースがが多いため、親や学校がこれらの習癖をおおらかに受け止める姿勢をもてるようになるまで、主として教育的に親

を支えながらフォローアップすることが多い。しかし、これらの習癖が葛藤の表現手段として悪循環的に遷延ないし増悪してしまいそうな場合には、治療を積極的に行うことになる。精神病性疾患とされるF2とF3に含まれる疾患は、診断ができ次第、直ちに治療に着手するということが原則である。発達障害、特にその軽症型は診断のために年余にわたる観察期間が必要となる場合もあり、また、診断がくだされて以降も、長い期間フォローアップしたほうがよいケースが多い。その治療も特有で、かなり不適応症状が深刻な場合に初めて精神医学的な治療（薬物療法など）が行われることになり、通常はむしろ家庭や学校における親や教師の「現場での介入」が中心である。通常、医師はそうした家族－学校－医療による治療のための連携のコーディネーター役を請け負う必要がある。

最後にプライマリ・ケアの限界、すなわちどの段階で専門医に紹介すべきかの問題に触れておきたい。第1に、事態の緊急性の高い、例えば拒食による急激な体重減少と脱水の進行や、希死念慮が明確なうつ病エピソード、家庭内暴力の深刻な強迫性障害、精神病性障害の急性増悪などに対しては、速やかな専門医への紹介が望ましい。第2に、不登校を伴う神経症性疾患や気分障害のうち、社会的な「ひきこもり」が長期にわたって遷延するようなケースも、遷延の気配を感じた段階で早めに専門医へ紹介することが望ましい。そして第3に、児童虐待例をはじめとした、子どもを支えるべき家族機能の重大な欠陥が明らかな場合には、児童福祉機関経由で、あるいは直接に児童精神科的な専門医療機関へ紹介する必要性が高い。

以上本論では児童思春期の精神医学的診察と診断について概観し、その特徴を解説した。

【参考文献】

- 1) 山中康裕, 野沢栄司編: 児童精神科臨床1「初回面接」, 星和書店, 1980.
- 2) 栗田 広: 乳幼児・小児・青年期精神障害の診断. 精神科治療学, 16増刊号:9-18, 2001.



「不登校」の概念

まず強調しておきたいことは、「不登校」は疾患概念ではなく、単に現象概念ないし症状概念にすぎないということである。以前はこの点が混同されており、わが国では不登校があたかも疾患そのものを表す概念であるかのように論じられることが多く、「病氣」であるか否かをめぐる不毛な論争が行われた時代もあった。また、不登校という用語の曖昧さがそのような誤解を助長するという面も否定できない。もともと不登校の概念は、1940年代の初めごろから「学校恐怖症」という単一の小児神経症性疾患の概念としてジョンソンらが提唱したことに端を発している¹⁾。しかし、不登校には、単一の神経症性疾患とするよりは特異的人格傾向としたほうが理解しやすい慢性不登校状態も多数存在するといった批判が現れ、わが国でも1960年代には「登校拒否」と呼ばれることが普通になっていった。そして、1989年に発表されたエイトキンソン²⁾の「登校拒否は単一の症候群ではなく、さまざまな力動によって出現してくるありふれた現象である」という指摘にもあるように、登校拒否概念は現象概念ないし症状概念としての位置が定まっていた。1992年になって、当時の文部省は学校不適応対策調査研究協力者会議の報告を受けて、この現象はどの子どもにも起こりうる一般的な現象であるとする公式見解を発表し、その後、わが国ではこの現象を「不登校」と呼ぶようになって現在に至った。

わが国で用いられている不登校の概念はおおむね上記の登校拒否概念を継承するものであり、「不登校とは、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童・生徒が登校しない、あるいはしたくともできない状況にあること(ただし、病氣や経済的な理由によるものを除く)をいう³⁾」と文部科学省は定義している。さらに文部科学省は、不登校と呼ぶことのできる限界として、1991年以来「年間30日」という欠席日数を提起している(1990年以前は年間50日であった)。しかし、こうした定義づけの努力にもかかわらず、不登校というあまりにも一般的な用語を採用していることに由来する誤解や誤用は後を絶たないのが現実であり、医療の現場

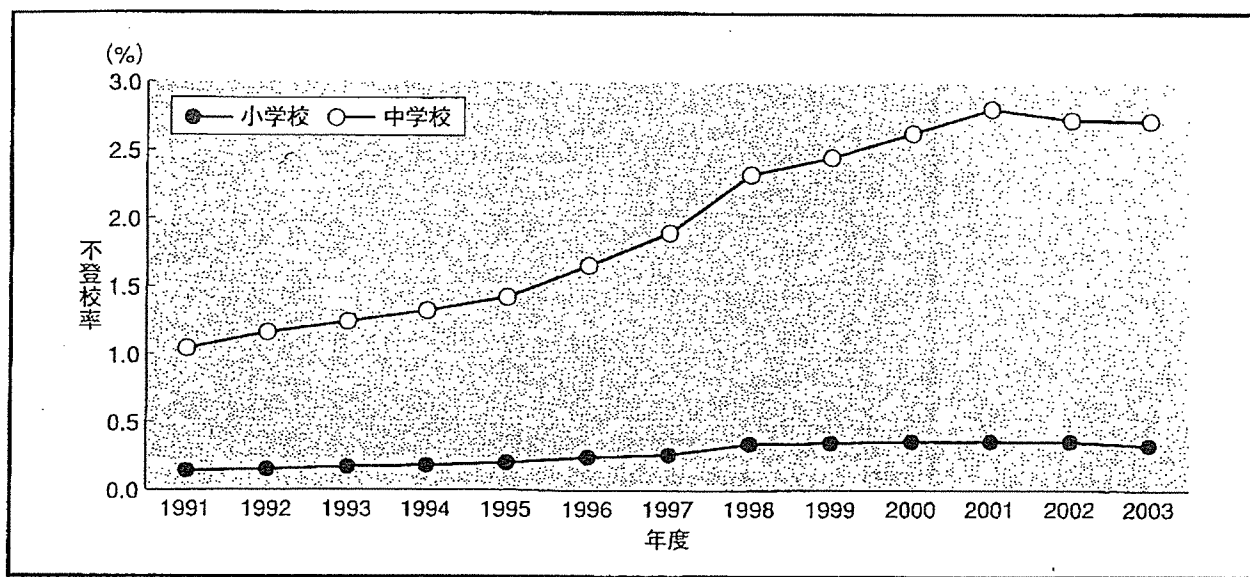


図8 全国公立小・中学生の不登校率の変化

(文部科学省、平成15年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」、2004³⁾より引用)

でこの用語を使用する際もそのことを十分心得ておかなければならない。

現状—発生率など

発生頻度

不登校の発生頻度について精神医学的な観点からの広範な疫学的調査はわが国ではこれまで行われておらず、全国規模の統計としては現在のところ文部科学省による調査結果を利用せざるをえない³⁾。その統計によれば、不登校は少なくとも1975年から最近まで中学生を中心に年々増加し続けており、図8に示したように「年間30日以上欠席」という集計が始まった1991年度には小学生の不登校率は0.14%、中学生のそれは1.04%であったのに対して、7年後の1998年度にはそれぞれ0.34%と2.32%、さらにそれから5年後の2003年度にはそれぞれ0.33%と2.72%といった増加ぶりである。この統計によれば、不登校率の頂点は2001年度で、2002年度と2003年度は連続して若干減少傾向にあると文部科学省は述べているが、いずれにしても、減少したとされる2003年度にも2,486人の小学生と102,126人の中学生が年間30日以上欠席をした不登校状態にあり、1991年度の水準の倍以上の不登校率を示しているのである。文部科学省の統計の特性から推測すると、実際の不登校児童・生徒はこれよりもさらに多いと考えてよいであろう。

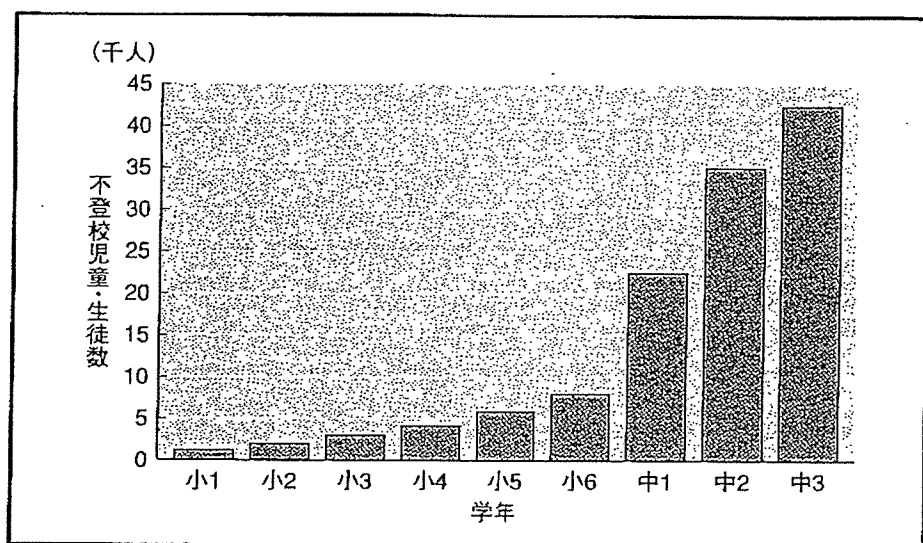


図9 2003年度全国学年別不登校児童・生徒数

(文部科学省、平成15年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」、2004³⁾より引用)

不登校の生じやすい年代

それでは、この不登校という現象はどの年代に生じやすいのだろうか。同じ文部科学省の統計から学年による不登校児数をみると、図9に示したように、小学生では小1の1,189人から学年を追うごとに増加していき、小6では7,951人とほぼ6倍になっているが、中学生になると中1で22,459人と小6の3倍近くに増加し、さらにその後も増え続けて、中3では42,511人に達している。不登校は、こどもが学校と出合った最初から存在する現象ではあるが、思春期の足音を聞く小学校高学年に入る頃から増加し始め、中学生で爆発的増加を示すという特徴をもつ、思春期心性との親和性が非常に高い現象であると理解しておいてよいであろう。

不登校の発生要因—学校・家族・こどもの特徴

不登校の発生要因を明らかにするという事は非常にデリケートかつ困難な課題であることをまず明記しておきたい。この点に関して容易に入手できる資料は、やはり文部科学省が毎年公表する調査結果³⁾であり、図10はそれを小学校、中学校別にグラフ化したものである。それによれば、不登校の発生要因として学校生活に起因する問題、本人に関係した問題、家庭生活に起因する問題の3つが挙げられている。

「学校生活に起因する問題」は中学生で目立ち、その下位分類の分布をみると、「教師との関係」「学校規則」「学業不振」などによるとされる不登校に

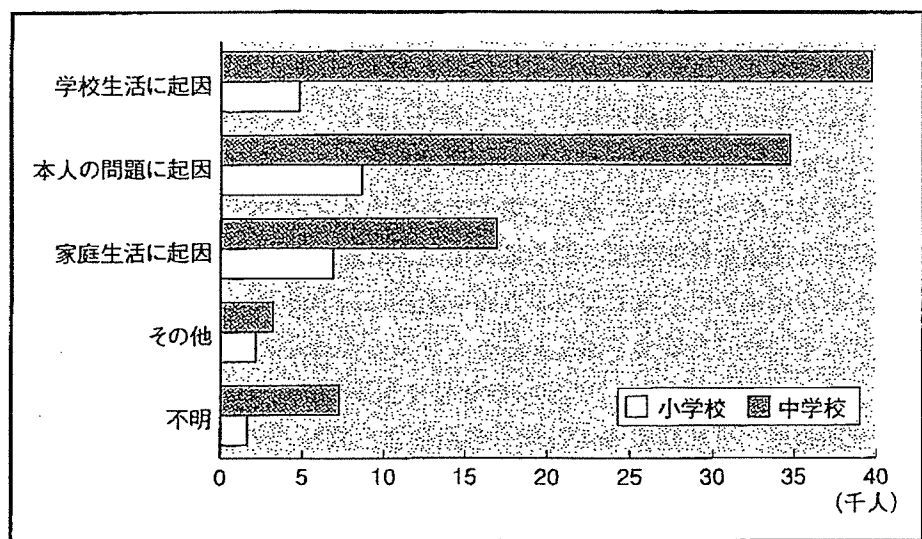


図10 不登校状態となった直接のきっかけ

(注) 本調査の対象は公立小・中学校である。項目の選択は不登校児童1人につき主たるきっかけを1つ選択した。

(文部科学省、平成15年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」、2004³⁾より引用)

比べ、「友人関係をめぐる問題」による不登校が群を抜いて多いことに驚かされる。また「本人の問題」は小・中学生に共通して目立って多い契機であり、「病気による欠席」と「その他の本人にかかわる問題」が下位分類として挙げられている。不登校の主要因が「病気による欠席」とされたものは、おそらく医療機関を受診し、小児科医や精神科医によって何らかの診断と治療が行われているこどものことであり、「その他」としているのは怠学・非行傾向や自己中心性など本人の性格・人格に問題があると教師が判断したこどもや、病気を疑っても受診していない（あるいはその事実を学校が把握していない）こどものことであろうと推測される。そして、中学生よりも小学生で順位が高い「家庭生活に起因する問題」の下位分類のうち、最も目立っているのは「親子関係をめぐる問題」であり、「家庭の生活環境の急激な変化」や「家庭内の不和」がそれに続いている。小学生で特に目立つのは「親子関係をめぐる問題」であるが、おそらくこれにはネグレクト的な養育環境のような、親に十分に支えられていない家庭に生じる怠学的な不登校と、それとは正反対に過干渉な親に対する反発としての不登校の両者が含まれているのではないだろうか。このような結果から、小学生は親への依存的な関係性が優勢な年代であることから、家庭の安定性や親の支持機能の質によって学校適応の内容が大きく影響されるのに対して、中学生では、小学生と同じように家族の支持機能の質に規定されながらも、友人関係を中心とする学校社会との関係に生じる葛藤が直接に不登校と結びつきやすいという思春期特有の特徴をもっているといえそうである。

しかし忘れてならないことは、この統計があくまで学校側の目でみて判断した調査であり、不登校の児童・生徒本人や親の感覚とはある程度の乖離が存在するであろうと推測されることである。また、こころの問題の原因を探るという作業は非常にデリケートな課題であり、不登校においてもその発生要因は非常に多彩で、かつ複雑に絡み合っているものである。しかも、筆者の経験的な感覚からいえば、厄介なことにこころの問題の原因は重要でないものから表面化してくるものであり、本質的な原因ほど、こどもがそれと向かい合えるようになるまで深く隠されているのが普通である。

以上のことから筆者は、不登校の評価や援助に際して、こどもの人格傾向、家族機能、学校環境の質と量（仲間関係、教師、学校の経営方針など）の3領域における複数の要因が不幸にも重なったときに、こどもを不登校に追い詰めていく、と理解しておくことを勧めたい。具体的には、原因論に振り回されることなく、あるいは原因論にとられすぎることなく、ありのままの不登校児と出会い、かかわりを続けながら、やがて機が熟し、原因を克服するこころの作業と直面することができるまで、こどものこころの成長を支援することが、治療・援助者に、まず第一に求められているのではないだろうか。

不登校の下位分類

こどもは、家庭から家庭の外の社会へと活動の場を拡大していく「社会化」と、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」という2種類の発達課題に取り組みながら、幼児期から思春期終了時までの20年ほどを過ごす存在である。これらの発達課題の達成を脅かす危機の悪循環的な帰結の一つが不登校であると理解したうえで、筆者はその悪循環の出現様式の相違によって不登校の分類を行うことが臨床的に有用であると考えてきた^{4,5)}。

過剰適応型不登校

ここでいう過剰適応とは、たとえば仲間との一体感をもつことができ、仲間から浮き上がらないためなら自己を犠牲にしてもかまわない、といった、学校での諸活動や対人関係における過度に適応的な姿勢のことを意味している。このような過剰適応は思春期年代にはかなり一般的な傾向といえるが、恥をかくことや失敗することに過敏であるといった性格が非常に強いために特に過剰適応が目立つこどもがいる。また、非常に厳しい学校の指導など環境のストレスが過剰に大きいと、こどもは過剰適応的であろうとする姿勢を強める。こうした性格的な傾向と環境要因がたまたま重複するといった状況にあると、過剰適応は悪循環的に増大してこどもの脆弱性を高め、ついには

些細な失敗を契機に不登校を発生させるに至る。

受動型不登校

多くの子どもが過剰適応的に振る舞う教室の中で、その雰囲気圧倒され、不安とともに萎縮してしまう子どもも少なからず存在する。このようなタイプの子どもは、学校では常に強い緊張を強いられ続けており、たまたま新たなストレスが加わるような状況が訪れると、もはや教室にとどまることができないほど不安や恐れが強まり、不登校となる。

受動攻撃型不登校

不登校児のなかには、無気力でおとなしく、消極的にみえた子どもが、ある日不登校に陥り、しかも大人が苛立って提案する解決策に積極的な反発を示すこともなく、しかしそれ以上は決して努力せず、頑として動かないといった子どもがいる。このような子どもは大人たちから、しばしば単なる消極的な子ども、あるいは怠け者と理解されており、盛んに叱咤激励される場合が多い。しかし、このような子どもは実は過干渉な大人による過剰な介入のために能動性の芽をつぶされ続け、もはや期待を裏切り、努力しないことでしか自己主張できなくなっている受動攻撃的な子どもなのである。

衝動型不登校

小学校高学年に始まる思春期における仲間集団の結びつきはきわめて強い。その仲間集団の中では、乱暴すぎる、限度がわからずやりすぎる、あるいは大人に対する仲間の秘密を共有できない、などの特徴をもった衝動統制の未熟な子どもは、仲間集団から調和を乱す異分子として排除されがちである。この結果生じた教室での孤立は、子どもの自尊心を踏みにじるだけでなく、怒りを強く刺激し、学校にとどまる意欲を奪ってしまう。

混合型不登校

以上の4つの下位分類の中の特徴を複数もっている不登校児は、混合型ないし分類不能型とすべきである。

不登校の経過

不登校の子どもの心性を理解し、治療・援助法の組み立てや介入姿勢を決定するためには、その子どもが不登校の展開プロセスのどの段階にいるかを知っていなければならない。図11に示したチャートは不登校の経過を筆者が図式化したものである。

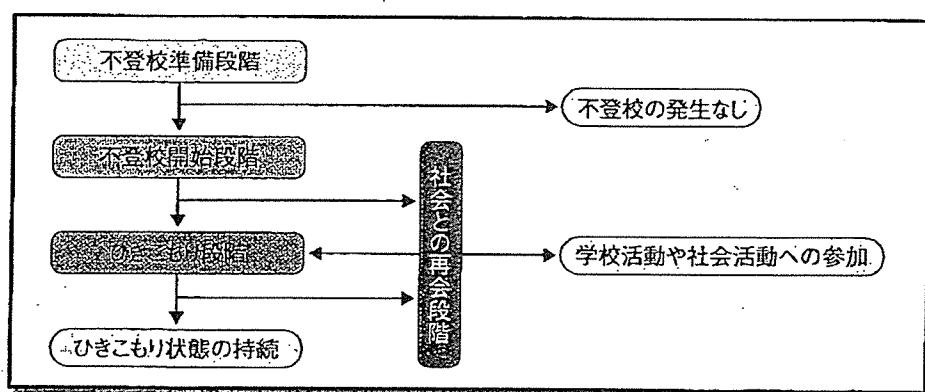


図 11 不登校の経過

不登校準備段階

不登校の準備段階とは、前記の下位分類で示したような学校生活における不登校発生に至る悪循環がこどもの内面で進行している段階であり、こどもの学校適応面では葛藤の高まりを示す問題行動や精神症状が現れてくる時期である。もちろんこの段階は、誰もこれを不登校とは感じていない時期でもある。そのような状態に至るこどもの多くは、何らかの条件の変化があれば不登校に至ることなく回復することができるが、そうした条件に恵まれない場合、ついには不登校が表面化してくる。

不登校開始段階

不登校が始まったこの段階は、多くのこどもを、ひきこもりを伴う激しい不安・焦燥感や自己否定的な罪悪感、母親につきまとわずにはいられない分離不安、母親を思いどおりに支配したいといった願望、そして父親を恐れ避けようとする姿勢などの幼児返りが目立つ不安定な状態へと追い込んでいく。また、「学校へ行けない私は生きていく資格がない」といった自己評価の低下や、「僕の才能を誰も理解しない」といった自己愛的な尊大さの出現に示されるような自己像をめぐる大きな動揺は、幼児返りとともにこの段階の心性の特徴といえよう。不登校開始段階のこどもは非常に敏感で防衛的になり、登校の督促に対してはかたくなにそれを回避しようとする。この問題にかかわろうとする者が不登校開始段階におけるこどもの不安定さを理解するためには、不登校が親にとっても重大な挫折体験となっているという側面を忘れてはならない。この親の怒りは、こどもを刺激してかたくなな沈黙や過剰な反抗へ追い込み、親子の学校との対立を生じさせる原動力となる。このような混乱の中から、やがて何らかの援助の提供や環境条件の変化によって、直接「社会との再会段階」へと動き出すこどもも出現するが、多くのこどもは次の「ひきこもり段階」へと移行していく。

ひきこもり段階

ひきこもり段階は、不登校開始段階に比べると表面的には不安定さが減少し、学校のことには触れない限り穏やかそうに過ごしている状態である。以前に比べると、現代の不登校児の多くはこの段階で外出することができるため、その局面だけをとらえて「怠学」と評価する向きもあるが、内面的にはこの段階でも不登校開始段階に準じた不安定さは持続しており、大人たちから少しでも登校を迫られると、以前同様、激しいひきこもり状態を呈することは必定である。この段階では、母親との結びつきは強く、母親にしか要求を出さない、母親を独占する、父親や同胞を排除したがる、といった幼児返りした心性が優勢である。そのような心性を反映して、この段階にも家庭内暴力、抑うつ感と自殺願望、不潔恐怖をはじめとする強迫症状などの深刻な問題行動や精神症状が新たに出てくることもあり、ひきこもり段階の遷延化の要因の一つに数えられる。ひきこもり段階の期間の長短はさまざまであり、一部には長期間にわたってこの段階にとどまり、いわゆる「ひきこもり青年」に至る者も含まれているが、大半のこどもは徐々に次の「社会との再会段階」へと動き始める。

社会との再会段階

こどもはひきこもり段階から徐々に外界に顕在的な関心を向け始め、やがて実際に社会活動に参加する手がかりを求めて動き始める。これが「社会との再会段階」である。ひきこもり段階の終了時点は容易には規定できないが、それまで出現していた症状が目立たなくなり、毎日の生活が静かに経過し始めるというひそやかな変化が、おそらくはこの段階が開始した徴候であろう。やがてこどもは何気なく社会的事象を話題にしたり、以前に親が口にしてきた解決策について質問してきたりと、自分の社会参加が論じられるおそれのある話題を以前ほど避けなくなる。やがてこどもは適応指導教室、元のクラス、民間のフリースクール、大検予備校、サポート校、通信制高校などへの参加を受容できるように変化していく。こうなると、それまで避けていた父親を避けなくなるといった重大な変化が家庭内にも現れてくる。

不登校の医療

現在では、不登校のプライマリ・ケアは主として教育界の役割とされている。したがって、小児科や児童精神科などの医療が不登校にかかわるのは、身体疾患との鑑別、遷延化や状況の深刻化に精神疾患が関与しているか否かの評価が必要な場合、そして精神疾患への治療・援助を必要としていることと判断された場合に限られる。

表31 不登校の主な背景疾患 (DSM-IV)

抑うつ気分を伴うもの	抑うつ気分を伴うもの
不安を伴うもの	不安を伴うもの
行為の障害を伴うもの	行為の障害を伴うもの
全般性不安障害	全般性不安障害
分離不安障害	分離不安障害
社会恐怖	社会恐怖
強迫性障害	強迫性障害
パニック障害	パニック障害
気分変調性障害	気分変調性障害
大うつ病性障害	大うつ病性障害
双極性障害	双極性障害
鑑別不能型身体表現性障害	鑑別不能型身体表現性障害
転換性障害	転換性障害
心気症	心気症
反抗挑戦性障害	反抗挑戦性障害
選択性緘黙	選択性緘黙
統合失調症	統合失調症

不登校の精神医学的評価

DSM-IV 第I軸疾患の診断

不登校を主訴として児童精神科を受診してきたこどもに見いだされた第I軸疾患は、表31に示したような多彩な疾患である。不登校とはあくまで現象概念にすぎず、不登校というだけで医療の介入対象を意味するわけではないことはすでに述べたとおりである。各種の不安・恐怖症状、強迫症状、抑うつ症状、身体症状、その他の神経症性症状、精神病症状(自我障害、幻覚・妄想、躁状態など)、問題行動などの有無を慎重に吟味し、それらの組み合わせをはじめとする諸特性が第I軸疾患の概念にあてはまる場合、その疾患概念を診断として採用する。もちろん、診断・評価により精神疾患がないという結論に達する場合もあるが、こども本人が何らかの形で苦悩を抱えている限り、その苦しみは「適応障害」をはじめとする疾患概念に適合する場合が多い。もちろんその苦悩を、必ずしもこども本人が承認するわけではない。不登校児に高まっている両価性から、特に小学校高学年以降の思春期のこどもには、診断医に対して苦悩を否定し、援助を拒否することも多いことを心得て診断・評価にあたらなければならない。

不登校で最も一般的な精神疾患は「適応障害」と「不安障害」である。適応障害と診断される不登校とは、家族の病気や死、転校など環境の急激な変化、いじめ、過重な学校活動、両親の不和などの明らかな誘因(ストレス要因)に続いて生じてくる抑うつ症状、不安、行為の問題(自傷行為や非行)が不登校に結びついたと判断できるものを指している。

「不安障害」では、広範な予期不安やそれに伴う強い緊張感と身体症状を特徴とする「全般性不安障害」、母親から離れることに強い恐れを表明する「分離不安障害」、過度の内気さと社会的回避行動が目立つ「社会恐怖」、不潔恐怖や儀式的確認などを示す「強迫性障害」、激しい恐怖発作が特徴の「パニック障害」などが不登校の直接的原因となりうる。不安障害のこどもにとって児童・思春期年代で経験する学校生活はきわめてストレスの強い場であり、外からは些細なものにしかみえない出来事によっても不安や恐怖を刺激され、不登校への悪循環に追い込まれることがある。

その他、不登校の背景にある精神疾患には、慢性かつ軽症のうつ状態を意味する「気分変調性障害」、「大うつ病性障害」、多彩な身体症状を伴う「身体表現性障害」（心気症、転換性障害など）などが挙げられている。また、「統合失調症」の影響下で不登校が始まったり、統合失調症の前駆症状として不登校が出現したりすることもある。もし、こどもが統合失調症である場合、不登校という水準にとどめて事態を了解してしまうことは、すぐにも必要な治療からこどもを遠ざけてしまう危険が大きいので、避ける必要がある。

不登校児のなかには、「反抗挑戦性障害」と診断されるような、教師や規則、あるいは親の介入に対する著しい反抗を示す場合が少なくない。反抗挑戦性障害の存在は、不登校の経過中に出現する幼児返りの心性と相まって、しばしば母親を思いのままに独占し支配したいという願望を伴う家庭内暴力を生じさせることがある。なお、家庭内暴力には強迫性障害が関与する場合も多いことを心得ておきたい。その場合には、こどもは母親を確認儀式や不潔恐怖に巻き込み、ついには暴力で母親を強迫行為に縛りつけようとするこどもも現れる。

● 発達障害の診断

自閉性障害や精神遅滞（中等度ないし重度遅滞水準）といった典型的な「発達障害」をもつこどもが登校を拒むようになることもまれではない。ましてや、「注意欠陥/多動性障害(AD/HD)」、アスペルガー症候群をはじめとする「高機能広汎性発達障害」、あるいは軽度精神遅滞（境界知能の一部も含む）などのいわゆる「軽度発達障害」のこどもが不登校に陥る可能性は決して低くない。筆者らの調査では、児童精神科を受診したAD/HDのこどものあいだでは13%という高い比率で不登校が出現していた⁶⁾。発達障害児にはこうした不登校へのある種の親和性ないし脆弱性があることを考慮に入れたうえで、学校や家庭における日常的支援が求められる。

● 医療による治療・援助

児童精神科的な治療・援助とは、まずどのような精神疾患を背景にした不登校か、発達障害は存在するか否か、不登校のどの下位分類に属するか、不登校の経過のどの段階にいるのか、このこどもを取り巻く環境はどのような特徴があるか、といった包括的な評価の結果によってさまざまに調整されな

なければならない。医療的には何よりもまず精神疾患の特異的な治療を提供すべきであるが、治療技法（個別および集団精神療法、認知行動療法、親ガイダンス、家族療法、薬物療法など）の選択や、その提供のタイミングを決定するには、精神疾患の診断とは独立した不登校の下位分類や不登校の経過の評価、あるいは環境要因の評価が役立つことになる。

医療による治療・援助の特殊な領域として入院治療がある。前記のひきこもり段階が遷延して長期に及ぶひきこもり状態となっている場合、とりわけ義務教育期間が残り少なくなってしまう場合、あるいは家庭内暴力や強迫症状への巻き込み、あるいは抑うつ状態の深刻化による自傷行為の頻発や自殺行動の切迫など、症状が深刻化してきた場合には、入院治療も検討されるべきであろう。その際、緊急避難的な危機介入の場合を除き、同年代のこどもが何人か入院しており、支援的な教育の場があり、こども特有の心性を心得た発達支援が行える入院部門をもつ医療機関での入院治療が望ましい。

不登校治療における看護の役割

地域の保健機関で活動する保健師には外来治療中のこどもや、そもそも医療に結びついていない段階の不登校事例とかかわることが求められるが、医療機関の看護師の不登校とのかかわりは主として入院治療においてである。

入院治療における看護師の役割は、看護師固有の医療活動だけでなく、日々の患児たちとの交流を通じて、入院生活によって高まっている患児の両価性の矢面に立つことを求められる。入院治療において患児が看護師をはじめ治療スタッフと交流を始めると、両価的感情の命じるままに「依存と反発」という矛盾した姿勢をしきりに治療スタッフに向けるようになる。これに対して治療スタッフは、向けられた両価的感情の矛盾を「受容する」とともに、行きすぎた表現、特に行動化によって治療破壊的・自己破壊的に表現してしまう場合には、揺らぐことなく行動化を「制限する」ことが求められる。

治療スタッフとこどもとの関係は、病棟規則をはじめとする病棟の枠組みに対するこども集団の両価的感情と行動によって揺さぶられながら、「押され押されて（枠組みを）押し戻し、押され押されて押し戻す」という営為を続けることにその本質的な意義がある。押され押されてたじろがぬ受容的姿勢と、限界を示す制限を処方する毅然とした姿勢とがバランスよく混合している治療スタッフの姿勢こそ、失敗を恐れ続けたり、萎縮して回避的となっていたり、孤立に自信を失っていたこどもに対して発達促進的であり、治療的なものといえよう。こうした枠組みに対する大人の柔軟な姿勢は、やがてモデルとして不登校児に取り入れられ、こども自身の新たな自我装置として機能するに至ることが期待される。看護師は主治医とともに、このような入院治療における「こども-スタッフ関係」の最前線に立っているのである。

諸機関との連携

不登校の治療において他機関との連携が必要になる局面は、まず不登校児の学校復帰を支援する時点での学校との連携であり、家庭機能に著しい機能不全が存在する場合、特に虐待的な家庭状況が示唆される場合の児童相談所や市町村の虐待担当部門との連携である。虐待が進行しているこどもの援助は、不登校について考慮する以前に、虐待に対する対応が当然ながら最優先されるべきであり、児童相談所などの専門機関への通報を含め、こどもを有効に保護することを主目標としなければならない。学校との連携にあたっては、学校の誰と連携してこどもを支えるべきか、キーパーソンとなる教師を見いださなければならない。不登校状態にあるこどもへの配慮に著しく欠けるような学校の場合、まずはその点の調整から開始しなければならない。地域に不登校への活発な援助を行っているフリー・スクールなどの民間機関が存在しており、その利用を親とこども本人が希望する場合には、原籍校への復帰にこだわらず、親子の意向に沿った民間機関との連携を行うことも有意義であろう。

(齊藤万比古)

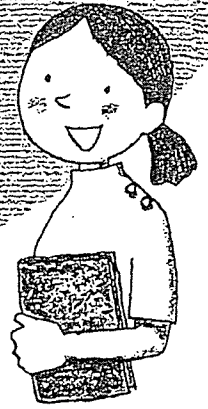
■文献……

- 1) Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA, et al. School phobia. Am J Orthopsychiatry 1941; 34: 685-95.
- 2) Atkinson L, Quarrington B, Cyr JJ, et al. Differential classification in school refusal. Br J Psychiatry 1989; 155: 191-5.
- 3) 文部科学省. 平成 15 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」. 文部科学省ホームページ掲載 (http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/08/04082302.htm); 2004.
- 4) 齊藤万比古. 不登校. 山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, ほか編. 現代児童青年精神医学. 永井書店; 2002. p.343-54.
- 5) 齊藤万比古. 子どもの攻撃性と脆弱性; 不登校・ひきこもりを中心に. 児童青年精神医学とその近接領域 2003; 44: 136-48.
- 6) 齊藤万比古, 笠原麻里, 佐藤至子, ほか. 注意欠陥・多動性障害に伴う併存障害の診断・病態・治療に関する研究. 厚生労働省「精神・神経疾患研究委託費」11 指-6 注意欠陥・多動性障害の診断・治療ガイドラインの作成とその実証的研究. 平成 11~13 年度研究報告書. 2002. p.51-7.



1

思春期・青年期の精神医療 行政の現状と今後の課題



思春期・青年期の精神保健福祉行政の必要性

思春期・青年期精神保健対策は、これまでも都道府県などの精神保健福祉センター、保健所、児童相談所などにおける相談活動や、実務者および一般住民に対する啓発活動を通じてそれなりに取り組まれてきた。しかし近年、従来の水準での活動ではもはや対応しきれない勢いで、不登校・引きこもり、家庭内暴力、非行、少年犯罪などの非社会的および反社会的問題行動が増加し、しかもその背景に何らかの精神疾患の関与が想定されるケースが少なからず存在することが明らかになってきた。

たとえば表1は、殺人に至った事件を中心に最近の主な少年犯罪を記載したリストである。このなかには、審判過程で広汎性発達障害をはじめとする発達障害圏の精神疾患の関与が示唆されたり、あるいは専門家の間で推測として語られたりしたものも少なからず存在する。また、大人から子どもへの

表1 近年の主な少年犯罪

1997年	神戸連続児童殺害事件	14歳(中3)男子
1998年	黒磯女性教師刺殺事件	13歳(中1)男子
1999年	山口県光市主婦強姦殺人・幼女殺人事件	18歳男子
2000年	愛知県豊川市主婦殺害事件	17歳(高3)男子
2000年	西鉄バスジャック事件	17歳男子
2000年	岡山バス下殺人事件	17歳(高3)男子
2000年	山口母親撲殺事件	16歳男子
2000年	大分一家6人殺傷事件	15歳(高1)男子
2001年	尼崎母親刺殺事件	11歳(小6)男子
2002年	宇都宮祖母絞殺事件	16歳(高2)男子
2003年	長崎男児誘拐殺人事件	13歳(中1)男子
2004年	長崎同級生殺害事件	11歳(小6)女子
2004年	新宿幼児落下傷害事件	13歳(中2)女子
2005年	板橋両親殺害事件	15歳(高1)男子
2005年	宮城警官刺傷事件	14歳(中3)男子

迫害としての児童虐待の被害者にほかならない被虐待児が行為障害をより伴いやすく、その結果自らが迫害的攻撃行動の加害者となってしまうことがあるという事実、そして被虐待児が多く精神疾患に対する脆弱性・親和性をもっているという事実についても、虐待件数の増加がやまない現在、行政的にも臨床的にも注目していかなければならない。

このように被害者と加害者が錯綜する思春期・青年期のこどもの行動と情緒の問題に関して、医療だけ、あるいは教育だけ、そして児童福祉だけの問題として取り扱うのでは、真の支援として成立しがたい時代になってきているといえるだろう。このような現状にあって、思春期・青年期のこどもが何らかの問題を現してきたときに、どのような支援を社会は提供できるかという課題に、行政は直面しているのではないだろうか。

厚生労働省の取り組み

2000年まで

こうした現状に対して、厚生労働省はこれまでどのような行政的対応を行ってきたのかを振り返ってみたい。

厚生労働省において、精神医療・保健・福祉の領域は、社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（現在の部課名による）の所管であり、母子保健や子育て支援など、こどもに関する多くの領域は、雇用均等・児童家庭局母子保健課の所管とされている。行為障害を含む児童思春期のこどもの精神疾患や問題行動に対する医療・保健・福祉という領域は、これら指揮系統の異なる2部門の境界線上、すなわち谷間にあたる位置におかれてきたといってもいいすぎではないだろう。もちろん時代の要望に応じて厚生労働省はさまざまな対応を行ってきたことはいうまでもない。1947年に、わが国の精神保健行政の科学的資料および根拠の提供という役割を担う国立精神衛生研究所（現在の国立精神・神経センター精神保健研究所）を国立国府台病院の隣接地に両者の連携を前提として開設し、その発足時から児童思春期年代の精神保健に関する研究を担う児童精神衛生部（現在の児童・思春期精神保健部）をおいたことも、その一つの現れといえよう。

しかしながら、精神保健福祉行政のなかに明確に「思春期精神保健」というテーマが登場してくるまでには、さらに時代を下らねばならなかった。1985年、当時の厚生省が設置した「思春期精神保健懇談会（座長：榊孝悌）」が、「思春期精神保健対策に関する意見」を取りまとめている。そこでは地域での青少年の精神保健を幅広くとらえるという観点から、当時の状況を「登校拒否、家庭内暴力、薬物依存などのさまざまな青少年の問題が顕在化している」ととらえたうえで、表2に示したような意見を提言としてまとめ

表2 厚生省思春期精神保健懇談会による「思春期精神保健対策に関する意見」(1985年8月30日)

1. 現状の把握	精神衛生センター(現在の精神保健福祉センター)を中心に、思春期精神保健問題に関する資料の収集と解析、ケーススタディなどを行う
2. 普及啓発の充実	思春期精神保健に関する普及、啓発を青少年、その家族および学校、地域に対して行う
3. 予防と早期発見の体制の確立	早期発見のために青少年とかかわりをもつ者に思春期精神保健に関する知識を十分に習得させる、そのうえで以下の施策を推進する。 ①母子保健分野での諸健康診査ならびにその事後指導の充実を図る ②児童福祉における相談事業や入所保護治療でのコンサルテーション業務の充実を図る ③学校保健分野における保健指導の充実と、コンサルテーションシステムづくりに取り組み、活用を図る ④司法、警察において、青少年の心理特性やおかれている状況の理解に努めるとともに、コンサルテーションシステムとの連携を図る
4. 精神衛生センターの機能の充実と相互連携	精神衛生センターを思春期精神保健対策の拠点と位置づけ、思春期精神保健に関する情報や技術指導、連携、援助についての機能を充実、強化する必要がある。保健所は精神衛生センターの指導のもとに思春期精神保健相談事業等の活動をいっそう強化する
5. 治療技術の開発と実施	①思春期精神保健に関する診断治療技術は大きく遅れており、これら技術の開発を推進し、青少年の精神科診療の改善を図る ②適応障害などの治療にあたっては、思春期における精神的・身体的な発達の特異性を理解した治療を行うための専門的な体制を整備する必要がある ③特殊な思春期精神治療については、現行で認められていない集団精神療法、家族療法、行動療法などの保険報酬を点数化する必要がある。その際各治療法に関する指針の確立およびその効果の評価を行う必要がある
6. 専門医・技術者の養成と資質の向上	思春期精神保健を専門とする医師および技術者の養成と資質の向上は、最重要の課題であり、以下の検討課題がある。 ①卒前教育における児童・青年精神医学に関する講義および臨床指導を充実する ②国家試験など資格試験のなかに児童・青年精神医学に関する出題を入れる ③卒後教育として思春期精神保健に関する研修の充実を図る ④相談・指導技術向上のために、思春期精神保健相談の担当者が利用できる手引書などの作成を行う
7. 相談体制の確立	精神衛生センター、保健所、児童相談所、教育センター、教育研究所などによるコンサルテーションシステムを確立し、それぞれの相談技術の向上および均一化に努める
8. 関係諸機関の協力が体制の確立	保健、医療、福祉、教育、警察などの思春期精神保健対策推進にかかわる関係諸機関による密接な協力を体制を確立し、本対策の推進を図る

ている。20年前にまとめられたこの「意見」を見て驚かされるのは、現在の厚生労働省精神保健福祉課と母子保健課が各々取り組んでいる課題を提示したのかと見間違えるほど、今ようやくにして具体的な取り組みが始まっている課題の多くがすでに指摘されていたことである。この懇談会は20年という時間を先取りしていた、というのは皮肉すぎるだろうか。

この提言を受けて『我が国の精神保健(精神保健ハンドブック)』¹⁾が正式に「思春期精神保健」という章を設けたのは昭和63年版からであり、そこではこの懇談会の意見を参考資料として掲載している。昭和63年版ハンドブックでは児童思春期の問題を「登校拒否、家庭内暴力、校内暴力などの適応障害や不安、抑うつ、無気力などの神経症症状、過換気、拒食、嘔吐などの心身症的症状をもつ青少年が増加し、あるいは有機溶剤、鎮咳剤などの薬

物依存が広がっている」と、提言よりもっと広くとらえ直したうえで、これをふまえて「精神保健センターにおける相談指導等」と「専門職に対する研修」という2つの対策を具体的な行政施策として取り組んでいるとしている。このころから思春期・青年期精神保健対策の実施機関は精神保健センター（現在の精神保健福祉センター）とその指導のもとでの保健所と定められ、各センターは啓発的な研修会あるいは講演会と、思春期・青年期精神保健相談活動に取り組むよう求められることとなった。同時に、精神保健センターは思春期年代に関与する児童相談所、教育機関、医療機関などとの連携を強化することが求められている。

さらに昭和63年版のハンドブックは、行政的施策の第二の柱として明記された「専門職に対する研修」という課題について、医師およびコメディカルスタッフ、保健師などの地域保健担当者、教師などを対象とする「思春期精神保健特別講座」を安田生命（現在の明治安田生命）社会事業団主催、厚生省（当時）共催で果たそうとしている。これ以降、安田生命社会事業団は多様なテーマの啓発的研修会を主催するとともに、各地の関連機関と共同で連携をテーマにしたさまざまな企画を実施することを通じて、思春期・青年期精神保健に携わる関係諸機関や各職種の専門家による地域ネットワークの構築を援助してきた。この援助のもとに各地で地域連携のためのネットワークづくりが試みられ、成功した例も少なくない。

しかし、思春期・青年期精神保健福祉の取り組みを全国規模で推し進める時代の到来を予感させる昭和63年版ハンドブックのこうした記述は、残念なことにはほぼ一字一句変わることなく平成12年版まで掲載され続けてきた。現在の目からみれば、その間にも確実にこどもの心の問題の多様化・深刻化は進行しており、先に挙げた「思春期精神保健対策に関する意見」（1985年）の先進性にもかかわらず、思春期・青年期精神保健に対する行政の取り組みが徐々に後手に回り始めていたことは否定できない。

2000年以降現在まで

前項で記したような状況のなかで、表1のような事件は発生し続けており、そのいくつかに発達障害や精神病性疾患を中心とする精神疾患の関与が示唆されていた。そのため、思春期・青年期精神保健と精神科医療との連携の機能性・有効性をはじめ、この領域の未解決な課題に対する行政的取り組みがよりいっそう求められる状況となってきた。

2000年になって厚生省は、厚生科学研究（現在の厚生労働科学研究）の精神保健分野における研究課題ではこれまで皆無に等しかった思春期・青年期の精神保健にかかわるものとして、「社会的引きこもり」の青少年に対する対応のあり方を検討する「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（主任研究者：伊藤順一郎）」と、「キレル」児童思春期のこどもの実態