福岡大医紀（*Med Bull Fukuoka Univ*）：32(1)，13-20，2005

Clinical Features of Children and Adolescent Outpatients Who Refuse to Attend School

Kiyoto HIRAKAWA[1)], Ryoji NISHIMURA[1)] and Kiyoshi SHIRAISHI[2)]

[1)] *Department of Psychiatry, Fukuoka University Scool of Medicine*
[2)] *Kokorono Clinic Iizuka.*

Abstract：In recent years the problem of children and adolescents who refuse to attend school has attracted a lot of attention. We conducted a survey to characterize the clinical features of children and adolescents who refuse to attend school as their chief psychiatric complaint. A total of 491 children and adolescent outpatients aged from 2 to 20 visited the Kokorono clinic in Iizuka during the 2- year - and 6 month period from April 1, 2001 to September 30, 2003. A total of 148 outpatients met the criteria for refusing to attend school. The results were as follows：1）The percentage of outpatients who refused to attend school as their chief psychiatric complaint comprised 30% of all outpatients. 2）The number of outpatients who refused to attend school tended to increase during the developmental periods of prepuberty and puberty. 3）Most of these patients were referred to our clinic directly by the school that such patients attended. 4）The method of treatment consisted of a combination of various treatments. 5）The mean period of treatment was comparatively short. 6）As a result of such treatments, most patients tended to show an improvement in their symptoms.

Key words：Children and Adlescents Psychiatry, Outpatients, Non-attendance at school

不登校を主訴とし精神科クリニックの外来を受診した児童，思春期患者の臨床的特徴

平川 清人[1)]　西村 良二[1)]　白石 潔[2)]

[1)]福岡大学医学部精神医学教室
[2)]心のクリニック飯塚

要旨：近年不登校の子どもは増加傾向にあり，社会的にも大きな関心が向けられている．今回筆者らは不登校の子どもに関してどのような臨床的特徴を有しているかを把握するために調査を行なった．2001年4月1日から2003年9月30日の2年6ヵ月の期間に，心のクリニック飯塚子どもセンター外来を初診した2歳から20歳までの子どもは491名であった．そのうち6歳から18歳までの児童青年で，主訴として不登校の問題をあげている子ども148名を対象とし，診断に関してはICD-10を用いて調査を行ない，次のような結果を得た．1.不登校を主訴とし受診したものは全初診者の30%であった．2.前思春期から思春期にかけて急増する傾向がみられた．3.受診経路として学校からの紹介が最も多かった．4.疾患別では神経症圏内が多く，次いで気分障害であった．5.抑うつ感や不安感などの症状を多く認め，身体症状としては睡眠障害が最も多く，次いで腹痛，嘔吐などの消化器症状であった．6.治療方法として受容的／支持的精神療法が85%と最も多く，薬物療法は46%であった． 7.治療期間は1～3ヵ月未満が最も多く，転帰として治癒42%，軽快34%，不変／増悪21%であった．8.再登校が36%，不登校26%，不明31%であった．

索引用語：児童思春期精神医学，外来患者，不登校

別刷請求先：〒814-0180　福岡市城南区七隈7丁目45-1　福岡大学医学部精神医学教室　平川清人
TEL：092-801-1011　内線3385　FAX：092-801-3150　E-male：hirakawa@S6.dion.ne.jp

は じ め に

「不登校」は1941年に Johnson AM[1] により「学校恐怖症」としてはじめて概念化され，母子分離不安を中心とする子どもの神経症として考えられていた．しかし時代的背景の変化に伴い，その概念も変化した．1960年代頃から「登校拒否」という概念が用いられるようになり，家族内力動のある種の病理性と，子どもの自我，性格的弱さ，そしてそれらによって引き起こされる神経症的反応としてとらえられるようになった．すなわち家族病理に注目した概念であった．しかしながら，その考え方では説明し難い状況もみられ，再度その概念が見直され，1991年以降，現在用いられている「不登校」という新たな概念が生まれた．その「不登校」の概念とは，病理背景として家族病理のみをとりあげるのではなく，家族構造や役割の変化，また社会や生活構造との関連など社会的状況との関連である．このように「不登校」の概念は時代により変遷した経緯があるが，現在は文部科学省の基準では「年間30日以上欠席した児童，生徒で，疾病，経済的や物理的理由がないのにもかかわらず，学校に行かない，あるいは行けない状態」とされている．

不登校の児童，思春期の子どもの割合は1970年代より徐々に増加傾向にあり，文部科学省の報告によると2001年には年間30日以上欠席をした不登校の子どもは小学生で0.36%，中学生で2.81%の出現率であった．この結果によると中学生において不登校の子どもが36人に１人という割合になる．このように年々増加傾向にある不登校の子どもや親が，その状況に悩み，疲弊している場合も少なからず，小児科や精神科などを受診する場合がみられる．

今回の研究の目的は「不登校」を主訴として精神科クリニックを受診した児童，生徒の精神症状や不登校状況などを把握し検討することである．今回不登校の子どもに関する調査を行った医療機関は，心のクリニック飯塚こどもセンターであり，筆頭筆者は大学病院で勤務しながら週１回非常勤の医師として当クリニックで心の悩みや発達に障害を抱える子どもの診療に携わっている．

対 象 と 方 法

〈心のクリニック飯塚こどもセンターの概要〉

飯塚市は地理的に福岡県のほぼ中央にあり，人口約８万人の地方都市である．以前は石炭産業を中心に商業都市として栄え，現在は大学の集積を活かし，学園都市・新産業都市圏を構築中である．

当クリニックこどもセンターは，この飯塚市にあり，平成９年に精神科クリニックとして開設した．開設当時より成人と児童，思春期の外来を分け，児童，思春期の外来には子どもセンターという名称をつけ，児童思春期の子どもの発達や心理社会的課題に悩む子どもや親を対象とし診療を行なっている．当クリニックは飯塚市を含む筑豊地区を医療圏とし，この周辺地域には児童，思春期の精神科専門外来を有する施設はない．

人員構成としては精神科医が非常勤で２名，常勤で精神分析家１名，臨床心理士２名，作業療法士１名，看護師１名および非常勤の臨床心理士や作業療法士数名である．診療状況としては月曜日から金曜日まで午前，午後診療を行ない，土曜日は隔週で診療を行なっている．週３日を新患日としている．年間200〜250名前後の新患数である．再診は毎日行ない，治療活動内容としては，個人精神療法，発達障害児の集団療法，遊戯療法，作業療法，感覚統合訓練，親の個別カウンセリング及び集団療法，心理検査，感覚統合検査，教員へのコンサルテーション，養護教諭との定期交流会，スクールカウンセリングなどが挙げられる．受診する子どもは今回の調査対象となる不登校児や，発達に障害を抱える子ども，神経症圏内，気分障害や統合失調症など多様である．

対象：2001年４月１日から2003年９月30日の２年６カ月の期間中に心のクリニック飯塚子どもセンター外来を受診した２歳から20歳までの子どもは491名であった．そのうち６歳から18歳までの児童青年で，主訴として不登校の問題をあげている子ども148名を対象とした．

本研究の不登校の定義を初診までの１年間に２週間以上の連続もしくは断続的な欠席状態であることとし，かつ疾病や経済的，物理的および家庭的理由によるものは除外とした．なお不登校の定義として期間を２週間としたのは，実際に受診するケースは欠席状態が短くても２〜３週間みられた後に，当クリニックを受診する傾向がみられたためである．

方法：診断に関しては，初診およびその後の数回の本人および家族面接にもとづいて ICD-10[2] を用いて診断した．診療録を中心に性別，初診時年齢，受診経路，診断，随伴症状，治療の転帰，登校の転帰について検討を行なった．なお登校の転帰に関する判定に関しては，加療中である場合は調査時の診療録の登校状況から，治療が中断，終了，転院している場合は最終受診時の登校状況から判定し，初診のみで治療が終結している場合は不明と記載した．なお性別と本研究における患者の年次別推移に関しては，半年毎にわけて検討した．

結　　　果

1. 年次の推移と性差（図1，図２）

年次の推移と性差に関して図1，図２に示す．調査の該当初診者は148名であり，男性が69名（46%），女性が

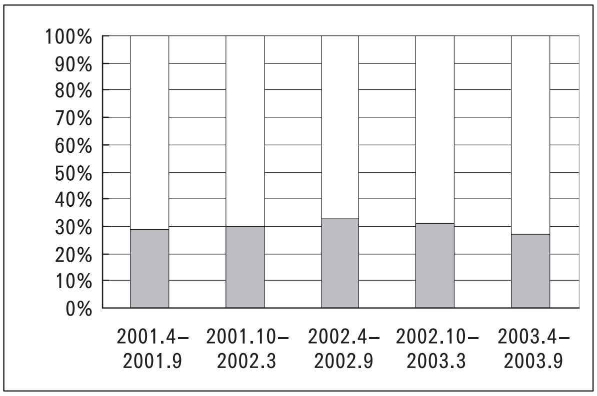

図 1　年次の推移

$$\frac{\text{その期間に不登校を主訴として初診した子どもの数}}{\text{各半年の全初診した子どもの数}} \times 100 = \%$$

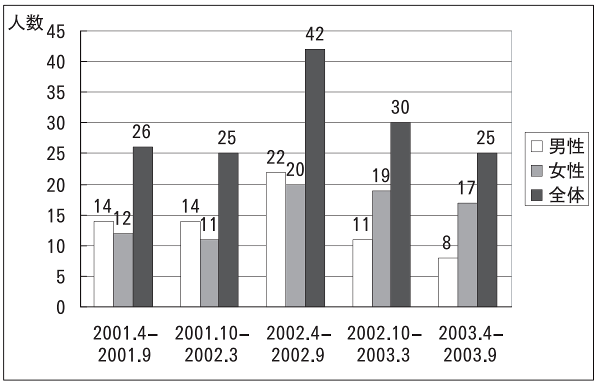

図 2　性差の推移

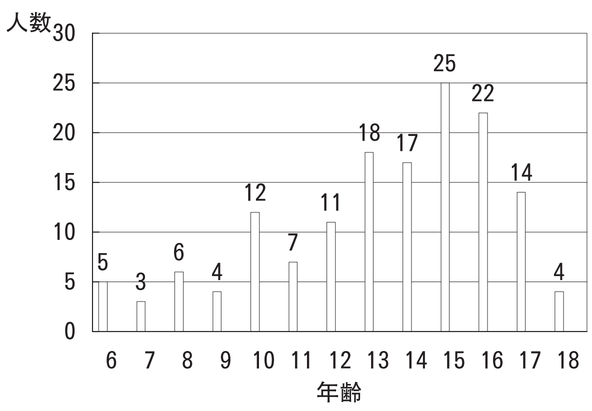

図 3　初診時年齢

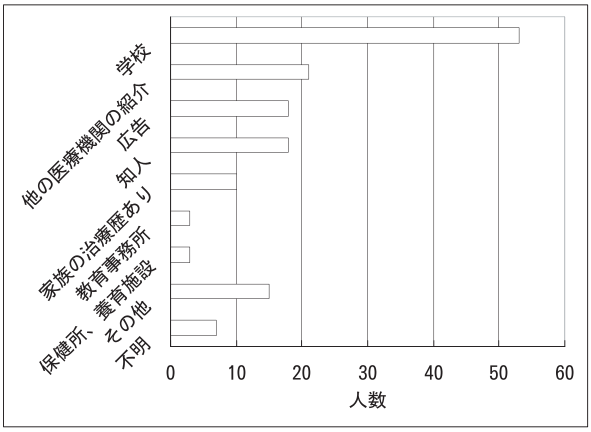

図 4　受診経路

79名（54%）であった．2001年４月から2002年９月までは，男性，女性ほぼ同数であったが，2002年10月から2003年９月までは女性が多かった．

今回の調査対象に該当する子どもは，全初診者の約30%であった．

各半年毎の推移に関しても27%から33%であり，全初診者のうち不登校を主訴とする子どもは，約30%前後であった．

2. 初診時年齢（図３）

初診時年齢を図３に示す．小学校低学年，中学年の頻度が少なく，小学校高学年より増加傾向にあり15歳をピークにしていた．

3. 受診経路（図４）

受診経路を図４に示す．医療機関，教育機関および保健所や養育施設からの紹介が80名（54%）であった．その内訳として学校からの紹介が53名（36%）と最も多く，次いで医療機関からの紹介が21名（14%），教育事務所や保健所および養護施設からの紹介がそれぞれ４名（２%）だった．電話帳などの広告や知人からの紹介がそれぞれ18名（12%），家族内に同クリニックでの治療歴があり，家族の勧めで受診したケースが９名（６%）であった．診療録に記載がなく不明であったものが６名（４%）だった．

4. 診　断（表１）

診断を表１に示す．身体表現性障害や適応障害などの神経症性障害やストレス関連障害（F4）に属したのが96名（65%）と一番多く，次いでうつ病エピソードや気分変調症などの気分障害（F3）が22名（15%），多動性障害や行為障害などの小児期から青年期にかけてみられる行動や情緒の障害（F9）は５名（３%）であった．思春期から青年期に高率に発症する統合失調症（F2）は３名（２%）であった．また臨床診断のつかないものが15名（10%）認めた．

表１　診断（対象数＝148）

	診断	人数
F0	症状性を含む器質性 精神障害	0
F1	精神作用物質使用による精神 及び行動の障害	0
F2	統合失調症，統合失調症型 障害および妄想性障害	3
F3	気分障害	22
F4	神経症性障害，ストレス関連 障害及び身体表現性障害	96
F5	生理的障害及び身体的要因に 関連した行動症候群	1
F6	成人の人格及び行動の障害	0
F7	精神遅滞	3
F8	心理的発達の障害	3
F9	小児期及び青年期に通常発症 する行動及び情緒の障害	5
その他	臨床診断なし	15

5. 随伴症状（図５，表２）

随伴症状を図５に示す．「不登校」という状態像に随伴した症状を精神症状，身体症状，行動障害の３つに分類し，それぞれの下位症状について分析した．重複回答とした．複数の症状を有することが多い．随伴症状としては精神症状が最も多く，次いで身体症状，行動障害であった．精神症状として抑うつが56件（38％）と最も多く次いで，不安30件（20％）であった．身体症状としては睡眠障害36件（24％） と最も多く，腹痛，嘔気が28件（19％），頭痛15件（10％），全身倦怠感６件（４％）であった．行動障害としては行為の問題，非行が７件（５％），癇癪２件（１％）であった．

症状と年代分布を表２に示す．精神症状の下位症状である抑うつに関しては小学校高学年から高校生にかけて多くみられ，不安は全般的にどの年代にもみられる傾向があった．身体症状として睡眠障害は中学生から急増する傾向を認め，腹痛，嘔気は全般的にどの年代でもみられるが，小学校高学年から高校生にかけて増加傾向を認め，頭痛は小学校中学年から高校生にかけてみられた．行動障害の非行は中学生から高校生のみにみられた．また癇癪は小学校低学年にのみみられた．

6. 治療方法（図６）

治療方法の内訳を図６に示す．治療方法としては１ケースにいくつかの治療方法を組み合わせて行なわれる場合が多かったため，治療としてなされた方法をすべて

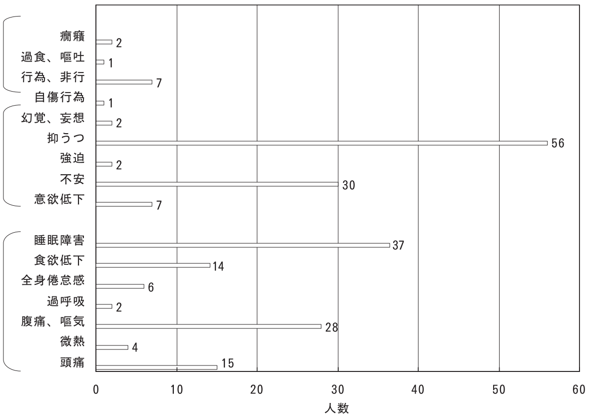

図５　随伴症状（重複回答）

表２　随伴症状と年代分布（重複回答）

	小学低学年	中学年	高学年	中学生	高校生	合計
行動障害						
癇癪	2	0	0	0	0	2
過食，嘔吐	0	0	0	0	1	1
行為，非行	0	0	0	4	3	7
自傷行為	0	0	0	0	1	1
精神症状						
幻覚，妄想	0	0	0	1	1	2
抑うつ	1	0	3	18	34	56
強迫	0	0	0	2	0	2
不安	3	5	7	6	9	30
意欲低下	1	0	0	1	5	7
身体症状						
睡眠障害	2	1	3	11	20	37
食欲低下	0	0	2	4	8	14
全身倦怠感	0	1	1	1	3	6
過呼吸	0	1	0	0	1	2
腹痛，嘔気	2	3	6	7	10	28
微熱	0	0	2	2	0	4
頭痛	0	3	4	5	3	15
合計	11	14	28	62	99	214

取り上げ調査した．受容的／支持的精神療法が88名（85％）と最も多く，次いで薬物療法が48名（46％），親カウンセリングが32名（31％）であった．

7. 治療期間及び転帰（図７，図８，表３，表４）

治療状況に関して表３に示す．治療を継続もしくは終了したものが74名（50％），初診のみの相談が44名（30％），治療の中断が27名（18％），他施設への紹介が３名（２％）であった．本研究の対象となった148名のうち，初診のみの相談44名を除き治療を行なわれたのは104名であった．その治療をうけた104名の治療期間は図７，転帰を図８と表４に示す．治療期間として１～３カ

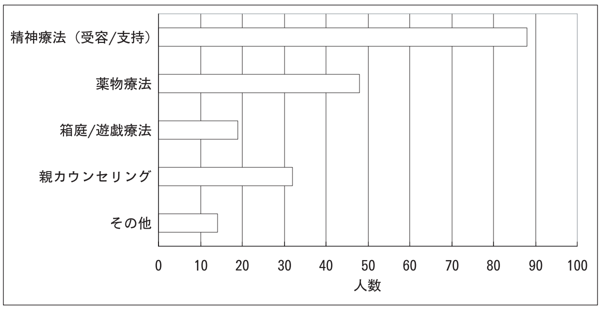

図 6　治療方法（重複回答）

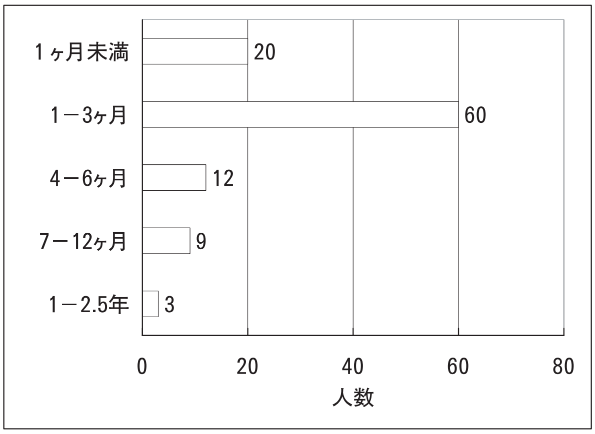

図 7　治療期間（対象数＝104）

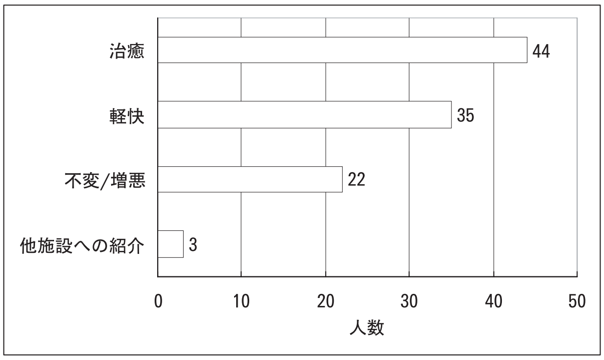

図 8　治療の転帰（対象数＝104）

表 3　治療の状況（対象数＝148）

	人数（%）
治療あり（継続／終了）	74（50%）
初診のみの相談	44（30%）
治療の中断	27（18%）
他施設への紹介	3（2%）

表 4　治療転帰と治療期間（対象数＝104）

	治癒	軽快	不変・増悪	他施設への紹介	合計
1ヶ月未満	3	16	0	1	20
1～3カ月	30	10	18	2	60
4～6カ月	6	4	2	0	12
7～12カ月	5	2	2	0	9
1～2.5年	0	3	0	0	3
合計	44	35	22	3	104

月が60名（58%），1カ月未満が20名（20%）の順に多く，治療を受けた子ども全体のうち80名（78%）が治療開始後3ヵ月以内であった（図8）．転帰として治癒は44名（42%），軽快は35名（34%），不変／増悪は22名（21%）であった（図7）．不変／増悪の項目に関しては全例が治療の中断例であり，中断時における病像は不変であった．中断後の追跡調査ができなかったため，増悪したものがいる可能性は否定できない．

8.　登校に関する転帰（表5）

登校の転帰に関して表5に示す．再登校できたものが53名（36%），不登校のままが39名（26%），学校を編入したものや進路変更をしたものが10名（7%），不明が46名（31%）であった．不明の項目に関しては，初診のみの相談で終了したもの44名を含み，またその後の追跡調

表 5　登校の転帰（対象数＝148）

	人数（%）
再登校	53（36%）
不登校	39（26%）
編入，進路変更	10（7%）
不明（初診のみを含む）	46（31%）

査ができなかったため，不明とした．

考　　察

1. 不登校を主訴とする患者の年次の推移と性差

調査期間中に当クリニックを受診した6～18歳の子どものうち不登校を主訴とした子どもは約30%であった．また各半年毎の全初診者に不登校を主訴として受診した子どもの割り合いは27～33%で推移した．

不登校の発症頻度に関する岡田ら[3]，金井ら[4] や岡野[5] の報告では，児童・思春期外来の統計によると25.3～38.8%であり，今回の結果はこの範囲内であった．岡田ら[3] の報告では男性：女性は1：0.95とほぼ同数であり，今回の調査結果（男性46%，女性54%）では若干女性が多いが，性差に関しての違いはあまりなかった．しかしながら，調査内容の不登校における定義や地域における医療機関への受診状況の違いなどもあるため，一概に比べることは困難であろうと思われる．また今回の調査では主訴として不登校を挙げている子どもを対象としているため，他の主訴で受診した不登校状況にある子どもは除外されており，頻度としてはもう少し高いことが予想される．

2. 初診時年齢

小学校高学年より徐々に増加し15歳をピークとしていた．小学校低学年や中学年の子どもの頻度が少ない理由として，不登校やそれに近い状況にあったとしても身体症状が表面化していたり，学習の遅れや多動，落ち着きのない発達の障害が考えられたりする子どもなどは，それらを主訴とし受診する場合が多く，今回の調査対象にならなかったことが挙げられよう．また低学年の子どもでは，学校に行きたくないと意思表示を明確に言語化することが難しく，また癇癪や泣いたり，怒りっぽくなったりなどという行動面あるいは情動面での変化などを主訴に受診する場合が多いことも少なからず影響していると思われる．

対象のうち思春期以降の子どもの割り合いが全体の75%を占めていた．このように思春期以降の頻度が高い理由としては，前思春期から思春期にかけて第二次性徴がみられ，身体的に変化していくことに対する不安が高まり，それに伴う同一性の揺らぎがみられ，性的役割，社会的役割など同一性の獲得に関する発達課題に直面し，情動的に不安定になり，対人関係のもつれなどから自尊心が傷つくことにより社会的に引きこもり傾向になりやすいこと，また中学，高校受験など学習面における不適応なども生じやすい時期であり，登校に関して回避的になることなどが考えられる．岡田ら[3] も不登校は小学校高学年より増加傾向にあり中学生をピークとしていたと報告している．

3. 受診経路

医療機関，教育機関および保健所や養育施設などの専門機関からの紹介が54%であった．受診経路としては学校からの紹介が36%と最も多く，次いで医療機関からの紹介が14%，知人からの紹介，広告をみての受診が各々12%であった．学校からの紹介が多い理由としては，当クリニックではスクールカウンセリングを積極的に行なっていること，養護教諭との定期交流会を設けていることなどが考えられる．

このような活動を通じ，学校において情緒面，行動面や発達に関して問題を抱えている子どもを早い段階で発見することができ，学校関係者と医療関係者の間で情報交換を行い，医療的かかわりの必要な子どもを医療機関への早期受診へ導くことが可能となり，そのため受診経路として学校からの紹介が最も多かったのではないかと推測される．当クリニックと学校との連携がとれつつあることを示唆していると思われる．医療機関からの紹介が次いで多く，その多くは小児科医からの紹介であった．知人からの紹介や広告をみて親が受診を求めたなどが3番目に多い受診経路であった．これらに関して小児科医や精神科医以外の医師を含めた医療関係者，親や知人などが，不登校の子どもを単なる怠学ではなく，何らかの心理的問題やストレスによるものと捉え，不登校を一つの病態あるいは症状として認識している可能性が考えられる．

4. 診　断

神経症性障害やストレス関連障害（F4）に属したのが65%と一番多く，次いで気分障害（F3）が15%であった．また臨床診断のつかないものが10%認められた．F4の診断が多い理由として，不登校の子どもが思春期を迎え，情緒不安定な時期に心理的ストレスや内的葛藤などにより神経症的状態に陥りやすい可能性が挙げられる．F3の診断が次いで多かったが，今回の調査対象として思春期の子どもの占める割り合いが多く，Blos P[6] のいう第2の個体化，すなわち，昔の自分や子ども時代の両親像を対象喪失するという発達課題に直面して，抑うつ感，意欲低下や自責感などの症状が生じたことが考えられる．近年，子どものうつ病に関して疫学的，生物学的，遺伝学的，心理学的研究が進展し，子どものうつ病がこれまで認識されていたよりも多く存在することが明らかになってきている．また子どものうつ病は適切な治療がなされないと，再発を繰り返したり，対人面や社会性においての障害が成人時期に持ち越されたりするなど，多くの問題も生じると考えられてきている．そのような観点からも子どものうつ病に関する認識をもつことは重要

と思われる．

5. 随伴症状

精神症状のうち抑うつ感，不安感を多く認めた．抑うつ感の頻度が高かった理由として対象のうち思春期の子どもが多かったことが考えられる．前述のように対象喪失の時期だからである．また不安感に関しては各年代でみられる傾向があった．

身体症状としては睡眠障害が24％と最も多く，中学生より急増する傾向がみられた．睡眠障害に関しては入眠障害が最も多く，今回の診断に関する結果で神経症圏内の子どもが多かったことが影響していると考えられる．

次いで腹痛，嘔気が19％と多く，頭痛10％，全身倦怠感４％であった．星加ら[7]は，小児科を受診した不登校の子ども39名の研究において，受診時の主訴は腹痛51％，嘔気36％，頭痛31％であったと報告している．また小松ら[8]も小児科を受診した不登校児の初診時の主訴として頭痛，腹痛，嘔気，嘔吐の順に多かったと報告している．これらの報告と今回の結果を比較すると，身体症状の出現率は少なくなっていた．この違いの説明として，先行研究は小児科におけるデータであり，今回の結果は精神科のクリニックであるという診療科の標榜の違いも影響していると思われる．精神科で不登校児177名の身体化症状について研究した山崎[9]は，腹痛53.1％，頭痛50.1％，嘔気30.5％，発熱17.5％と報告し，小松ら[8]の結果とほぼ同様であった．今回の結果との違いの理由としては，山崎[9]の研究は，身体症状を不登校の理由として訴えたものを調査の対象としており，本研究では不登校を主訴としたものを調査の対象にしているため，このような違いがみられたものと考えられる．

6. 治療方法

治療方法としては１ケースにいくつかの治療方法を組み合わせて行なわれる場合が多い．Lewis[10]は不登校児の治療法として，個人療法のみならず集団精神療法，親ガイダンス，家族療法，行動療法的アプローチ，学校などとの連携，入院治療，向精神薬などを組み合わせた治療システムを報告している．今回の調査では受容的／支持的精神療法が85％と最も多く，次いで薬物療法が46％，親カウンセリングが31％であった．今回の調査において神経症圏内の子どもが多かったために，支持的／受容的精神療法が最も多く，次いで補助的に抗うつ薬や抗不安薬を中心とした薬物療法が用いられたと考えられる．当クリニックでは精神療法においては治療者が患者の悩みや傷つき体験に寄り添いながら，その苦痛に共感し，本人が受容できるように働きかけるという作業がなされた．

西村ら[11]は思春期の神経症圏内の患者について治療法として精神療法が中心であり，薬物療法は全患者の59.8％に補助的役割で用いられていたと報告しているが，今回の結果もほぼ同様であった．親カウンセリングは不登校の子どもを抱える親の不安や焦り，また不登校状況が続くことにより生じる家族内の緊張の高まりを治療者が吸収し，適切なアドバイスをすることで和らげるということを目的としてなされた．

7. 治療期間，治療および登校に関する転帰

治療を継続中，もしくは終了したものが74人（50％），初診のみの診療で終了したものが44人（30％），子どもあるいは親の判断により治療が中断したものが27人（18％）であった．初診で終了したものが30％と高頻度にみられたが，これらの子どもに関しては積極的に治療が必要でないと筆者らが判断した場合であり，もし子どもあるいは親が治療を望んだ時はいつでも連絡をするようにと伝え，面接を終了したケースである．すなわち，これらのケースは不登校という状況で受診したが，必ずしも継続的医療的関わりが必要というケースばかりではないことを示唆していると思われる．治療の自己中断は18％であった．これは医療従事者が治療の必要性を要すると判断しながらも，治療からドロップアウトしたもので，その理由としては子どもや親が病気への理解や通院へのモチベーションが低いことも考えられる．一方，子どもや親に対する治療者の治療的かかわりが十分に持てていない可能性もあるだろう．治療的かかわりの必要な子どもや親の負担に関してどのような形で医療的な援助を提供し，治療を継続していくかは今後の課題であると思われる．

治療期間として１ヵ月未満が20％，1～３ヵ月が58％であり，治療を受けた子ども全体のうち，78％が治療開始後３ヵ月以内であった．また治療の転帰において，治癒もしくは軽快した子どもは79名であり，そのうち治療開始後３ヶ月以内で治癒および軽快した子どもは59名であった．すなわち，治癒もしくは軽快した子ども全体のうち，この３ヶ月以内で治癒もしくは軽快した子どもの割合は75％にあたる．その一方で，治療開始後３ヶ月以内では不変という子どもは18名であり，不変・増悪全体（22名）の82％にあたる．この治療転帰の不変の18名に関しては全例，治療の中断である．そのため治療開始後３カ月以内で治療の中断のほとんどのケースを占めることになる．治療期間，治癒もしくは軽快する割合，治療の中断の割合などを踏まえると，不登校の子どもの治療にあたり，治療開始後の３ヶ月がとても重要な期間であることが考えられる．すなわち，この期間における治療的介入により，症状に関しては治癒，軽快する可能性が高いが，その一方で，この期間に十分に治療者と子ども，もしくは親との間において十分な信頼関係が築かれてい

ないと治療がうまく進展しないということになり，治療の転帰に大きく影響を及ぼすことが推測された．

登校の状況に関する転帰は再登校36%，不登校26%，不明31%であり，再登校と不登校における差はあまりみられなかった．登校の転帰に関してはいくつかの課題が挙げられる．まず初診のみで治療が終結している場合は不明としたが，その不明が31%と多く，初診後どのように不登校の子どもが経過したかを追跡できていないことである．次いで，今回の結果は後ろ向きの調査の研究結果であり，前向きに追跡したものではないため正確さに欠けることも挙げられる．また治療的介入と登校の転帰に関する検討がなされていないこともあり，今後の大きな課題である．

本邦における不登校の子どもの長期的な追跡調査における予後に関する報告がいくつかみられる．大高ら[12]は精神科外来を受診した不登校児で，発症して6年から22年経過し，調査時に20歳以上の青年を対象に調査を行ない，社会適応が良好なもの65%，不良なもの39%と報告している．また堤[13]は不登校を伴う12歳から22歳までの思春期，青年期の77例における17年後の追跡研究で適応が良好なもの74%，不良なもの20%と述べている．山崎[9]は，身体症状を伴う不登校児177名を対象とし，身体症状と訴えている期間と不登校の期間が正の相関があると報告している．すなわち身体症状が遷延化する症例は，不登校の期間も長期化しやすいということを報告している．今回の調査は短期の調査であり，長期の研究は今後の課題としたい．

ま　と　め

2001年4月1日から2003年9月30日の2年6ヵ月の期間中，心のクリニック飯塚子どもセンターを初診した子どものうち，不登校を主訴とした148名を対象に調査を行い，以下の結果を得た．

1. 不登校を主訴とし初診した子どもは，子どもセンター初診者のうち約30%であった．
2. 前思春期から思春期にかけて急増する傾向がみられた．
3. 受診経路としては学校からの紹介が最も多かった．
4. 治療方法は，多種の治療の組み合わせであり，親ガイダンスなども配慮された．
5. 治療期間が比較的短くて，転帰も比較的良好であった．

近年不登校の子どもの増加，いじめや学力の低下など児童，思春期の子どもに関する社会的関心が高まりつつある．このような学校状況の中で学校精神保健に関する期待の比重も高まることが予想される．

今回の調査研究を行った心のクリニック飯塚子どもセンターは，筑豊地区の児童・思春期の唯一の専門的治療機関であり，かつ，学校などの教育機関や福祉機関と連携したネットワークを持っていて，事例の検討やスクールカウンセリングも行っているため，治療期間は短いけれども，転帰は比較的良好であったと考える．

今回の調査結果は，これからの児童・思春期の精神医療や精神保健を考える上で貴重な資料となると考えられる．

参　考　文　献

1）Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA：School phobia. Am J Orthopsychiatry 11：702-711, 1941.
2）融　道男，中根允文，小見山実監訳：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（東京），1994.
3）岡田　章，郭　麗月：不登校を主訴に外来を訪れた児童，青年の統計的研究．精神医学 42：869-875，2000.
4）金井　剛，高田美和子，南　達哉，高橋雄一，菅野美紀，執印孝子，竹内直樹：横浜市立大学医学部付属病院小児精神神経科における外来統計．神奈川県精神医学会誌 51：63-71，2001.
5）岡野高明：登校拒否考—最近の症例から—．村松総合病院医学雑誌 14：103-106，1994.
6）Blos P：The separation-individuation process of Adolescence. Psychoanal Study Child 22：169-186, 1967.
7）星加明徳，根本しおり，宮島祐也：小児科における不登校児—初期の症状について—．小児の精神と神経 28：219-222，1988.
8）小松保子，徳重洋子，奥山真紀子：身体症状を主訴とする不登校児．小児の精神と神経 22：177-182，1982.
9）山崎　透：不登校に伴う身体化症状の遷延要因について．児童青年精神医学とその近接領域 39：420-432，1998.
10）Lewis M：Psychotherapeutic Treatment in School Refusal ed, John Wiley & Sons（Chichester), 1980.
11）西村良二，小林隆児，村田豊久，兵動和郎，西園昌久：福岡大学精神神経科における児童および青年期の神経症圏内の患者の外来統計とその臨床的特徴について．九州神経精神医学 34：48-56，1988.
12）大高一則，若林慎一郎，本城秀次：登校拒否の追跡調査について．児童青年精神医学とその近接領域 27：213-229，1986.
13）Tsutsumi S：Adolescents with adjustment disorders in adulthood. The outcome, life events as well as the therapeutic and risk factors based on a longitudinal follow-up study. Med Bull Fukuoka Univ 23：7-20, 1996.

（平成16.11.10受付，16.12.22受理）