

登校困難状態の誘発因子と教育改革について

Inducers of Difficulties Attending School And Educational Evolution

著者：中村道彦

児童期の子ども達には発達上の大きな課題があり、その達成のために子ども達自身の努力や子どもを囲む家族・教育機関・地域等の支援も重要になります。特にわが国では子ども達の“不登校／ひきこもり”、“いじめ／暴力”、“自傷／自殺”などが社会問題になるほど深刻になっており、さらにこの事態は子ども達の健全な成長をゆがめ、挙句の果てに社会の不健全化を促すのみならず、若者の自由な発想と挑戦への勇気や情熱を損ない、独創的な生産活動も滞り、わが国の国際的な評価にも暗い影を落としかねない重大な問題であることは疑いようありません。

そこで上記の問題の中でも、殊に中心的な問題である“不登校”に焦点を絞り、その背景にある誘発因子の特徴を考え、成績至上主義を醸し出す教育制度が“不登校”を増悪させていることを考察しようと思います。さらに本論における新たな教育制度の提言によって、子どもたちが自由でのびやかな成長を果たし、子ども達を見守る家族や社会がさらに豊かな養育環境を実現できるための一助になれば幸甚です。

本論は以下の章で構成されています。

第1章：**登校困難状態の現状**。著者が20年以上にわたり携わってきた“不登校”問題を振り返り、日本における現状を紹介します。殊に最後の11年間は登校困難状態にある子ども達の診療にあたり、約1000人の子ども達の医療的な関りで体験した登校困難の特色について分析を試みたいと思います。

なお、本論における**登校困難状態** status of Difficulties Attending School (DAS) の定義と分類は以下のとおりです。登校困難とは「子どもは、登校の意思があるなしに関わらず、登校することに強い抵抗感を覚えているが、家族・教育機関・地域は子どもが登校することを希望しており、この葛藤から子どもと家族の間に確執が生まれ、不安抑うつ、身体化、ひきこもり、自傷自殺行動、反社会的行動などをきたし、このことが登校困難を一層悪化させるような悪循環の状態」と定義しておきます。なお、子どもや家族の身体病や精神病、虐待や暴力、登校手段等の問題、養育環境における経済的問題、社会的偏見などによる登校困

難も含めます。ただし身体病や精神病については特に注意が必要です。例えば身体病に思えても心理的な葛藤による身体化現象であることもあり、一方、抑うつ状態が内分泌疾患による部分症状であることもあります。従ってこの評価には心療内科医や精神科医による判断が必要で、登校困難状態をきたした子ども達は原則として医療による診察を受けておくことが望ましいと思われれます。最近、子どもや家族の否認的指向や教育機関の過敏なほどの配慮から、登校困難の発生要因から精神障害を排除し、心理社会的な問題として独断的に取り込む傾向のあることを危惧しています。

登校困難状態の分類として、(1)登校・登園(以降は登校とのみ標記する)しぶり *reluctant school attendance*、(2)不規則登校 *irregular school attendance*、(3)別室登校 *ectopic or off-class attendance*、(4)登校拒否(不登校を含む) *refusal school attendance*、(5)混合状態 *mixed state*、などを想定しています。登校しぶりは“不登校”の前兆になることがあります。幼年期や児童期初期では一過性に終わることもあります。登校時にぐずり、親とすったもんだした挙句にしぶしぶ登校し、登校するとそれなりに楽しく過ごしていることもあります。子ども分離不安が背景にあることも少なくありません。不規則登校は“不登校”の初期に見られるもので、夏休みなどの長期の休暇明けに、突然のように学校を休み、親は驚きと怒りで必死に登校を促し、子どもは葛藤しながら登校し、無理な登校でたまる疲れを解消するかのように時々学校を休む状態になります。反復する親の登校刺激に子ども達は耐性をつくり、さらに親の無理解と威圧的な態度に反発心も募り、学校を休む日数や遅刻早退の頻度が増えてくることになります。無理に登校しているため登校しても教室に入れず、保健室などで過ごすようになる別室登校もみられますが、長時間頻回に保健室を利用するようになると保健室機能を制限するため学校側も好ましいこととは考えず、学校によっては会議室など空いている部屋を“ふれあい教室”等の名称で登校困難などの学生用に別室を準備して、補助教員などを配置することがあります。

登校拒否は“完全不登校または慢性的長期欠席 *chronic absenteeism*”に相当しますが、その実態は様々です。例えば、登校拒否は、本人が登校すべきと理解していても、あるいは親が登校を願っていることを本人が理解していても、本人に登校の意思のない場合があり、親が「学校に行きたくないの」と聞くと子どもは「行きたい」と答えることがあります。この「行きたい」は意思ではなく規範を現わしています。文科省の規定では年間30日以上欠席する場合を不登校と定義していますが、この期限の設定は不登校の実態を曖昧にして、その対策を操作的にする可能性があります。従って不登校を日数によって規定することはあくまで便宜的であって、その実態を把握する上では望ましくないとはいえます。本人が登校意思を喪失している場合を登校拒否とする場合には、登校しない期間が1週

間であっても 1 ヶ月であっても登校拒否に分類することになると考えてもよいかもしれません。不規則登校の場合では折々に登校しているため登校の意思はあるとみなすことができます。

登校困難状態という定義の下に、著者の経験してきた診療記録から登校困難状態の特色や背景因子を明らかにしたいと思います。

第 2 章：**登校困難の成立過程**を考察します。登校困難要因の分析結果から子ども自身や、さらにその背景にある家族や学校の特色を明らかにします。成績至上主義の教育環境で子ども達の心に形成される学習や学校環境への嫌悪感、親同士間に生じる高等教育や有名大学への競合、親子の不安に便乗した教育産業の台頭、学生を集めるために遊園地化を進める大学の目論見的運営、文部官僚の天下り先として拡充する教育関係機関、などが子どもの教育をいびつにしている背景にあることを考察します。

第 3 章：**登校困難を克服**するための提言をしたいと思います。登校困難状態の背景に、個人的要因、家族・家庭的要因、学校教育機能的要因、地域・社会的要因、教育政策的要因など多種多様な要因が重層的に関与しているため、登校困難を克服することは決して容易なことではありません。しかし容易ではないと言って手をこまねていることは、登校困難問題を看過してきた現状に通じることになりますし、個人レベルの問題のみに目を向けることで登校困難の背景にある重大な社会的・教育制度的な問題から目をそらせることになりかねません。そこで、それぞれの要因について改善すべき課題をあげ、その課題に向けて可能なことから解決の道を模索することであろうと思います。克服の道のりは長くなるでしょうから、多くの人や組織の知識と経験をもとに協働できることが必要になります。そのために教育についてのコンセンサスを築く努力から始めるべきでしょう。努力の道標になるべく課題の整理と対策に向けた合意形成の基礎資料に、本論が役立つことを願っています。

第 1 章

2011 年 9 月 5 日にメンタルクリニック・ラッコリンを開院し、約 3,000 名近い患者さんに利用していただきました。殊に登校困難な状態(いわゆる「不登校」)にある子ども達と母親の苦悩は大きいにもかかわらず、登校困難を専門にする精神科・心療内科の診療施設は少ないため、ラッコリンは登校困難を軸にして子どもと女性に特化した診療施設を目指すことにしました。診療は登校困難状態

にある子ども達に限定していたわけではありませんが、受診理由の多くが登校困難で、その背景には社交不安や発達障害などが見え隠れしていました。

2022年11月16日にラッコリンを閉院しましたが、この間に来院された初診時年齢18歳以下の子ども達は971名[ここでは**ラッコリン若年受診者群**と呼んでおきます]になりました。性別では男性が354名(36.5%)と女性が617名(63.5%)、年齢別では小学校年齢(6~12歳)が214名(22.0%)、中学年年齢(13~15歳)が414名(42.6%)、高等学校年齢(16~18歳)が343名(35.3%)でした。ラッコリンでは子どもと女性を対象にしていたため、子どもでも女性が多くなる影響があると思われます。また、初診時年齢では中学生年齢が最も多く、発達過程でも中学時代が精神的にも不安定なりやすく、結果として受診も増える傾向があるのかもしれませんが。小学生が少ないのは、年齢別人口率が少子化に伴って減少していることも考えられます。一方、親の立場から考えますと、小学校の子どもに心療内科・精神科を受診させることに躊躇があると思われるので、このことも小学校児童が少なくなる要因と考えられます。

誕生月では、2月と4月が最多で102名(10.5%)、次いで11月の95名(9.8%)、3位が1月88名(9.1%)で、最少は3月の62名(6.4%)でした。Fromport.comのデータによりますと、2016年では出生の多い月は最多が9月、2位が7・8月、3位が6月でした。一方、出生の最少月は12月でした。もともと出生月は年度によって順位は変動し、その差は僅少で、実質的には特別な出生月は存在しないと考えられています。登校困難群の出生月は11月~4月の冬季に多い傾向がありましたが、冬生まれの子ども達が児童青年期になってメンタルの問題を持ちやすいということにはなりません。しかしこの子たちは早生まれとなるため、成長のより早い段階で小学校に入学することとなります。言い換えればこの子たちは成長のより早い時期に母子の分離を体験していることとなります。この差は1年にも満たない差ですが、子供の成長が大人以上に速いことを考慮することは必要かもしれません。いづれにしても早生まれの子どもに登校困難が起りやすいという傾向が存在するのか、存在するとすればどんな要因によってそうなるのかを検討する必要があると思われます。

初診月は最多が10月で105名(10.8%)、次いで6月の104名(10.7%)、7月の99名(10.2%)で、最も少ない月は8月の59名(6.1%)でした。初診月の特徴としては、1位と2位となった10月と6月は、夏休み明け1~2ヵ月後と入学や進級の1~2ヶ月後に相当しており、この1~2ヵ月間の休暇後ラグが何を意味するかを考えてみる必要があります。入学・進級後や夏休み明けは、過剰な負荷を伴う受験や宿題で子ども達は疲弊しており、新学期を迎えることが子ども達のストレスを増大させています。登校することに強い抵抗を自覚しており、登校困難の始まるのもこの時期になります。登校困難によるストレス反応として頭

痛や腹痛などの身体症状や倦怠感や睡眠相遅延(夜更し朝寝坊)などを子ども達は訴えることがあります。本人も家族もその原因が分からず、親子の確執を作りながら様子見をしている期間が1~2ヵ月の休暇後ラグになっている可能性があります。あるいは身体症状のため、小児科や内科を受診して「起立性調節障害」などの診断の下に薬物治療を試み、その効果が思わしくないために転院を模索している期間かもしれません。さらに親子ともども否認によって、登校困難の背後にある精神的な問題と直面することを回避している不問の期間かもしれません。どのような要因があるにしても、このラグによって治療の開始が遅れ、登校困難が進展し、子ども達が登校しないことで失うものの大きさを考えると、このラグを如何にして減少させるかが課題になります。そこで、**新しい環境への暴露後に登校困難が発現し、1~2ヵ月間のラグを置いてから受診する背景にどのような要因があるのかを検討する必要があります。**

ラッコリン若年受診者群 971 名の中で、登校困難状態で初診をしたものは 654 名 (67.4%) [ここでは**登校困難群**と呼んでおきます] でした。残り 317 名 (32.6%) [ここでは**非登校困難群**と呼んでおきます] は登校困難状態ではありませんでした。先に定義しましたように、登校困難状態は「不登校」を含むだけでなく、登校を困難に感じている状態をすべて含んでいます。ここで敢えて「不登校」の子ども達と限定しないのは、登校困難状態は時期によって変化するからです。ある時期では完全な登校拒否状態でも別の時期には、登校しぶりや不規則登校であるため、「不登校」と一義的に決めることは悉無論に陥り「不登校」でなければ問題ないといった、誤った視点の理解を促す可能性があります。ラッコリン若年受診者群の約 2/3 が何らかの登校困難状態でしたが、子どもの 2/3 が登校困難状態ということではありません。私たちのクリニックが子どもと女性に特化した診療を行い、殊に限定していたわけではありませんが「不登校」で悩まれている子どもや家族が多く来診されていたためと思われれます。

登校困難群における男女別頻度は、男性が 213 名 (32.6%)、女性が 441 名 (67.4%) で男女比は 0.48 でした。女性の多いことは、ラッコリンが子どもと女性に特化した診療をしていたという要因が考えられますが、非登校困難群では、男性 141 名 (44.5%) と女性 175 名 (55.2%) で、男女比は 0.81 でした。このことは登校困難群の女性優位性は受診者バイアスによるだけの問題ではないことを示していました。すなわち登校困難群ではクリニックの受診応需特性以外の要因があるように思われます。すなわち、**女性の方が、①登校困難になりやすい、②受診に否定的な感情が少ない、③ジェンダーの相違、例えば女性の方が真面目に登校するものと受け止められており、登校困難になると家族が敏感に反応する、などを検討する必要があると思われれます。**

登校困難群の年齢別頻度では、初診時に小学校年齢(6~12歳)の子どもは 116

名(17.7%)、中学校年齢(13~15歳)の子どもは306名(46.8%)、高等学校年齢(16~18歳)の子どもは232名(35.5%)でした。一方、非登校困難群では、小学校年齢の子どもは98名(30.9%)、中学校年齢の子どもは108名(34.1%)、高等学校年齢の子どもは111名(35.0%)で、学校種別では小中高間で受診者の軽度増加はありますが、30~35%の範囲で大差はありませんでした。登校困難群における中学校年齢の子どもの増加は受診者の年齢特性に影響されたものではないと思われました。参考までに、ラッコリン開業期間の2011~2022年における文科省の学校別・年度別の不登校児・生徒の頻度から学校別の不登校の割合を概算すると、小学校10.93%、中学60.29%、高校28.78%でした。登校困難群と文科省の頻度の相違は、登校困難と不登校の相違を反映している可能性があります。すなわち、小学児童と高校生では登校拒否以外のより軽度の登校困難が多く、そのため登校困難群の小学校年齢と高等学校年齢の頻度が文科省統計よりも高くなっている可能性があります。一方、中学校年齢では登校拒否が増えていることを反映して文科省のデータは増加していると思われます。**中学校年齢の子どもの精神的な不安定さが登校困難を増加させている可能性があります、この年齢のどのような要因が影響しているのかを検討する必要があります。**

登校困難群の学校種別・男女別頻度は、小学校年齢では男性59名(50.9%)と女性57名(49.1%)で男女比1.04、中学校年齢では男性89名(29.1%)と女性217名(70.9%)で男女比0.41、高等学校年齢では男性65名(28.0%)と女性167名(72.0%)で男女比0.39でした。小学校年齢では男女ほぼ同頻度でしたが、中高校年齢では女性の割合が多くなっていました。一方、非登校困難群では、小学校年齢の男性61名(62.2%)と女性37名(37.8%)で男女比1.65、中学校年齢の男性40名(37.0%)と女性68名(63.0%)で男女比0.59、高等学校年齢の男性40名(36.0%)と女性71名(64.0%)で男女比0.56でした。登校困難群と同様に、中高校で女性が男性よりも多い傾向を示しましたが、登校困難群の男女比が0.5以下であるのに比べ、その比は0.5以上でした。年齢の増加に伴い登校困難の女性優位性が認められると思われました。しかし男女別に検討した調査はあまりなく、小中校ではほぼ男女が同数で推移し、高校になると一部の自治体の調査では女性が多くなると言われています。**登校困難群の結果は、受診応需特性を考慮しても、少なくとも年長になるにつれて登校困難は女性に多くなる傾向がみられ、この女性優位性の要因は何かを検討する必要があると思われます。**

これまでの結果から次の課題が浮かび上がってきました。

- (1) 冬生まれの子どもに登校困難の頻度が高くなるのはなぜか？
- (2) 新環境曝露で登校困難が発現してから受診までに1~2カ月間のラグがあるのはなぜか？
- (3) 中学生の登校困難の頻度が高いのはなぜか？

(4) 女性は小・中・高校と学年が上がるにつれて登校困難の頻度が高くなるのはなぜか？

**以降の記事は、改訂を重ねながら、データ解析の進行に合わせて追記します。
(2023年8月1日)**