

第65回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム 2

不登校から見える家庭環境—子どもを取り巻く環境への包括的な支援が必要なことを伝える—

家庭環境と不登校

—福祉と連携し事態を打開する一方策—

小 柳 憲 司 (長崎県立こども医療福祉センター小児心療科)

I. はじめに

子どもが不登校となる要因にはさまざまなものがあるが、そこには家庭の養育環境が大きく関わっていることも多い。家庭環境の影響が考えられるとき、まずは家族に対して改善の要請・指導を行い、変化を見守るが、家族の精神疾患や能力的な問題、経済的問題から改善が難しい場合もある。そのときには、最終手段として、子どもの家族からの分離を図ることになる。しかし、明らかな身体的虐待が認められるようなケースを除き、施設入所のような分離の作業は決して容易なことではない。家族も精一杯頑張ろうとしているが、できないというジレンマがあるからである。そして、突然、児童相談所が介入すると、強い拒否を示す親子も多い。そのようなとき、医療がまず介入し、「身体的治療を行うため」、「生活リズムを整えるため」に入院を勧めると、それがきっかけとなって施設入所へとスムーズにつながる場合がある¹⁾。

長崎県立こども医療福祉センターは、病院機能を併せ持つ医療型障害児入所施設として、平成13年(2001年)4月に誕生した。元は肢体不自由児施設であり、小児整形外科および小児神経科、小児発達科、小児心療科の各科がある。そのうち小児心療科では、心身症、精神疾患、身体症状や生活リズムの乱れを伴う不登校などを中心に診療を行っている。外来診療が中心ではあるが、病棟と特別支援学校(肢体不自由および病弱)があるため、入院による生活リズムの改善にも積極的に取り組んでいる。そして、家庭環境に問題の大きい不登校の子どもを入院から施設入所につなげることもしばしばある。本稿では、その実態と具体的方法について概説する。

II. 当センターにおける福祉との連携

当センターには社会福祉職が3人在籍し、病棟における児童指導員と地域連携室におけるケースワーカーを兼ねた業務に従事している。そのため、県内各市町で問題となっているケースについては、地域の福祉担当者(スクールソーシャルワーカー、家庭相談員、母子保健担当者など)から事前に情報があり、受診につながることも多い。また、同じ県立施設として、長崎と佐世保の子ども・女性・障害者支援センター(児童相談所)とのつながりも強く、嘱託医として、一時保護中の子どもの診療を請け負うこともある。福祉から相談があったケースについては、受診前に情報交換をしたり、受診後に改めて要保護児童対策地域協議会(要対協)の開催を要請したりするようにしている。

要保護児童対策地域協議会とは、被虐待児をはじめとする要保護児童の早期かつ適切な保護のため、関係機関が集まり、要保護児童およびその保護者に関する情報の交換や支援内容の協議を行う場である。虐待(ネグレクト含む)児や非行児童など、家族に監護させるのが適切でない子どもが対象で、市町村、児童相談所、学校、病院などの関係者が集まって協議する。守秘義務が発生するため、忌憚のない意見交換ができるのが特徴である。会議の開催など、取りまとめ業務は市町村の担当者が行う。

家庭環境の問題が大きいケースに対しては、福祉からの情報に基づき、初診時から入院治療の必要性についても説明し、意識づけしておく。そして、しばらく外来治療を続け、改善がみられない場合に強く入院治療を勧めるようにしている。当初は入院を渋ることも多いが、いったん入院してしまえば適応できることが

多く、規則正しい生活（食事、運動、睡眠、登校）によって身体的に改善し、情緒的にも安定できれば、「家から離れることもまんざらではない」と感じてもらえる子どもも多い。家族も、子どもと離れた生活に寂しさを感じる一方、子どもの入院によって自らの生活が安定することで、安堵感を抱くようになる。一時的な分離によって家庭での生活環境の立て直しが可能であれば、子どもは帰省を繰り返しながら退院へと向かうが、立て直しが難しいと考えられる場合には、福祉担当者や協力しながら子どもと家族の説得を行い、施設入所につなぐことになる。入院というステップを置けば、施設入所に対して頑なに拒否していた親子が承諾に転ずることも多い。一時的な分離によって、生活の快適さ、適度な距離があることの大切さを実体験することが、親子のこころを動かすのだと思われる。以下、症例を呈示する（実際の症例に基づくが、個人が特定できないように改変している）。

Ⅲ. 症 例 呈 示

症 例：初診時中学1年生、女子（A子）

主 訴：昼夜逆転、肥満、アトピー性皮膚炎

家族構成：父親、A子の2人暮らし

生育歴：乳幼児期の成長発達にはとくに問題を認めなかった。小学2年のとき母親が乳がんで死亡し、その後は父親とともに母方祖父母宅で生活していた。小学5年のとき祖父母が相次いで死亡したため、X-1年4月、小学6年への進級をきっかけに父親の職場の近くに転居、2人暮らしを始めた。

受診までの経過：父親は衛生面に無頓着だったこともあり、転校先で「臭い」と言われて学校に行き渋るようになった。休み休み登校はしていたが、中学に進学してからはほとんど登校しなくなった。X年5月、担任が家庭訪問をすると、家の中がほとんど掃除されておらず、弁当殻やビールの空き缶があちこちに散らばっているような状態だった。父親は「仕事が忙しく食事の世話も難しいので、毎日仕事帰りに惣菜や弁当を買ってくることになる」と話した。飲酒量もかなり多い様子だった。学校は児童相談所への通告も考えたが、まず市役所の子育て支援課に相談したところ、担当者の訪問が始まった。しかし、不登校状態が持続するため、X年9月、市役所から当センター地域連携室に相談があり、10月（中学1年2学期）初診となった。

初診時の様子：A子、父親、市の担当者の3人で受

診した。A子は朝起きれないかもしれないと、昨夜は寝ずに受診していた。表情に乏しく元気がない様子で、身長155cm、体重70kg（肥満度49%）だった。また、アトピー性皮膚炎がひどく、血液検査上、肝機能障害を認めた。

初診時の対応：現在の状態の危険性について説明し「できれば入院した方がよい」と勧めるが、親子とも気が進まない様子だった。そこで、生活リズムの是正について指導し、栄養士による栄養指導を行ったうえで2週間後の再診予約をして帰宅させた。その後、市の担当者に対して要保護児童対策地域協議会の開催を要請した。

経 過：後日、要保護児童対策地域協議会（第1回）が開催され、①学校と市の担当者を中心となって定期的な家庭訪問を行う、②飲酒量の問題があるため父親に精神科の受診を促す、③生活支援のためのヘルパーを入れる、④当センターの受診を継続させ可能であれば入院につなぐ、という方針が決まった。その後、1か月に1回の外来受診を継続したが、ほとんど登校できない状態は変わらなかった。その間も昼夜逆転が続き、肥満が進行した。A子はX+1年1月（中学1年3学期）頃から体調不良を訴えることが多くなり、口渇や手のしびれ、夜間排尿などを訴えるようになった。そこでX+1年2月、血液検査と尿検査を施行したところ、血糖値180mg/dL、尿糖（3+）と糖尿病状態を認めた。大学病院小児科に紹介し2型糖尿病と確定診断、食事療法と運動療法を勧められたが、家庭では到底実行できないということで入院を勧められ、親子とも当センターへの入院を承諾した。

入院後の経過：入院すると1週間程度で生活リズムは改善した。A子からは「ご飯が美味しい」、「毎日お風呂に入れるので嬉しい」という言葉が聞かれた。入院の継続が可能であると判断されたため、隣接する特別支援学校への転校手続きを行い、X+1年4月（中学2年1学期）から登校を開始した。これまで中学校にはほとんど登校していなかったが、特別支援学校には嫌がらずに登校し、病棟の他の子どもたちとも大きなトラブルなく生活することができた。夏休みは家に帰りたいと言うので、2週間一時退院としたが、その間はやはり生活リズムが乱れ、体重の増加もみられた。一時退院時の状況も踏まえ、X+1年9月（中学2年2学期）から今後の処遇について検討を開始した。10月に要保護児童対策地域協議会（第2回）が開催され

表 当センター小児心療科入院から施設入所につないだケース（平成18～29年の12年間実績）

	学年	性	家族	入院期間	入所後の経過
1	高1	女	父子	1年7か月	問題はあるも入所継続⇒高卒後就職
2	中3	男	母子	1年	母親引き取り⇒引きこもり
3	中3	女	父子	3か月	適応良
4	中3	男	母子	1か月	適応良
5	中3	女	父子	11か月	適応良⇒高卒後大学進学
6	中3	男	祖母	8か月	適応良⇒高卒後就職
7	中1	男	父子	6か月	施設で不登校⇒再入院⇒退院後通信制高校
8	中3	女	父子	6か月	適応良
9	中2	男	母子	1年4か月	施設で情緒不安定⇒再入院⇒退院後引きこもり
10	中3	女	別居	1年4か月	適応良

※ 学年は施設入所時

たが、その席で市の担当者からは「父親の生活状況はあまり変わっていない。精神科にもつながっていない。家に帰しても同じことの繰り返しにならないか心配だ。A子が女性として生活していくにあたり、父親だけでは心配りや指導が難しいのではないか」という発言があった。そこで、①できればこのまま施設入所に移行させる、②医療と福祉が分担してA子と父親それぞれを説得する、という方針を確認した。父親との面談では「自宅に帰ってきてほしいという気持ちはあるが、夏休みの一時退院のときの様子をみると心配だ」という思いが聞かれた。A子は「よくわからない」というので、医師と担当看護師が時間をかけて面談し、糖尿病という疾患、高校進学、将来などについて話し合い、施設入所の必要性を説明した。年末の帰省時に親子でよく相談してもらうよう伝え、市の担当者にも自宅への訪問を依頼した。その結果、X+2年1月(中学2年3学期)、親子とも施設入所に同意した。その後、児童相談所との協議を経て一時保護となり、同年3月の春休み期間中に施設入所となった。退院時には身長155cm、体重60kgとなり、糖尿病状態からも離脱していた。施設入所後も外来受診を継続したが、施設から地域の中学校に登校し、高校も希望の学校に無事合格できた。父親との面会も定期的に行われている。

IV. 現状と問題点

平成18～29年の12年間で、当センターの入院から施設入所につないだケースを表に示す。合計10例で、当センターでは毎年1例程度このような対応が必要となるケースがあるといえる。家庭の状況としては、ほとんどが「ひとり親」家庭であり、その中でも父子家庭に多い傾向があった。入院期間は1か月～1年7か月(平均10か月)であり、これは入院した学年や時期にもよるが、説得にかかる時間(親子が納得するのにかかる時間)に個別性が大きいことを示している。

施設入所後の適応状況もさまざまで、施設での生活に適応し自立につながったケースが全体としては多いが、せっかく施設入所につないでも、結局自宅に戻ってしまうケースもあった。これは、施設入所に対する親子の納得度や、親子の密着の強さが影響していると考えられる。対応を急ぎすぎるとうまくいかないということであり、周囲が「施設入所ありき」で拙速に話を進めてしまうのは危険だといえる。「事態を打開するためには親子の分離しかない」と思っても、明確な虐待が認められるような場合を除き、親子の了承なくして分離は不可能である。もどかしくはあるが、時間をかけて話し合いを続け、納得を得る作業が必要であるといえるだろう。

V. おわりに

以上述べてきたように、家庭状況の悪い不登校の子どもに関しては、施設入所によって家庭からの分離を図ることが事態の打開につながる場合がある。施設入所へのステップとして入院治療は有用であり、福祉との連携を図りながら治療を進めることが重要であるといえる。当センターのような不登校に対する施設入院療法を行っている施設は全国的にも多くはない。長期入院は、現在の「入院期間の短縮、できるだけ在宅へ」という流れにも逆行しているが、このような入院治療が必要な子どもは確実に存在し、治療によって自立に向かえるようになる例も少なくない。せめて各県に1か所程度このような施設が存在することは、子どもたちの福祉の向上につながるのではないかと考える。

文 献

- 1) 小柳憲司. 小児心療科医として子どもの人生にどう関わるか. 子どもの心とからだ 2017; 25: 320-322.