

第1回発達障害等に対する総合的な基本構想策定委員会 会議録

- 1 日 時 平成28年5月30日（月）午後7時～
場 所 ホテル談露館 1階 アンバー

2 委 員

・出席

相原 正男	今井 秀人	久保田正春	反田 克彦	後藤 裕介
藤井 康男	片山 知哉	小石 誠二	畠山 和男	古屋 好美
加賀美尤祥	小林真理子	浅川よし子	窪川 明彦	依田 一利
浅川 優子	井口 敦人	小島 良一	神宮司 易	山本 盛次

岩佐景一郎（代理 守屋 法子）

・事務局

福祉保健部	部長	市川 満
福祉保健部	次長	前嶋 健佐
福祉保健部	次長	三井 孝夫
福祉保健部	医務課長	井出 仁
福祉保健部医務課	総括課長補佐	下川 和夫
福祉保健部医務課	高度医療企画監	一瀬 富房
福祉保健部医務課	高度医療推進担当	副主幹 久保嶋 昌史
福祉保健部医務課	高度医療推進担当	主任 大瀬 信介

3 会議次第

- 1 開会
- 2 委員紹介
- 3 福祉保健部長あいさつ
- 4 委員長選出
- 5 議 題
 - (1) 経緯
 - (2) 発達障害とは
 - (3) 本県の発達障害等の現状
 - (4) こころの発達総合支援センターの現状と課題
 - (5) 本県が目指すべきもの（案）
 - (6) 児童心理治療施設（情緒障害児短期治療施設）について
 - (7) 児童相談所について
 - (8) 精神保健福祉センターについて
 - (9) 今後の進め方
- 6 閉会

4 議事の概要

議題（１）経緯

事務局（井出課長）

（資料について一括して説明）

議長（相原委員長）

事務局の説明について、質問、意見はあるか。

相原委員長

情緒障害児短期治療施設ということが突然出てきたという感じでお聞きになる方もいらっしゃると思いますし、もちろんその専門家も当然、これが山梨県にどうしてないのかと思われていた方もいらっしゃると思うのですが、児童心理治療施設という名称にしている理由は、説明すれば、わかりやすいと思うのですがけれども、情緒障害という言葉自体が、ある意味ではナンセンスな言葉なのです。

実は学校教育の中で、情緒障害という言葉が出てきて、情緒障害特別支援学級があります。昔で言う特殊学級は、知的障害でしたが、今は特別支援学級も知的障害、身体障害（肢体不自由、弱視、難聴、病弱・身体虚弱）、自閉症・情緒障害があります。情緒障害というのは、ある意味では、環境に対する反応という情緒、感情の教室ですけれども、これは自閉症もひっくるめて情緒障害という形であるので、非常に異質なものが一緒になりながら、教育もされているということで、情緒障害という言葉をつくったというか、最初に提言した人は、非常に失敗したと、今、かなり悩んでいるのです。

情緒障害というのは、あくまで後天的なことであって、自閉症もその中に入っているのですが、自閉症はあくまで先天的なことです。ですから、情緒障害児短期治療施設という言葉自体が非常にナンセンスな言葉で、短期といえ、早く退所できるのかというと、そんなことはなくて、短期といっても、2年とか、3年という話ですので、そういう意味で、関係者が児童心理治療施設という名前にしてくれと厚生労働省に訴えて、ほぼこの名前になってきたという経緯があります。

今、対象者は、発達障害があるお子さん、あるいは時代の変遷とともに、虐待を受けている方が半数以上を占めるようになってきております。ですから、当然短期入所ではなくて、2年、3年という形の中で見ているというのが、現実の状態です。

今、市川部長さんもおっしゃっていましたがけれども、小児の救急というのも、ここ数年、山梨県は、全国の中でも、非常によくできています。一次救急が整備されていまして、小児科が連携しながら、二次救急が成立している。さらに三次救急は、県立中央病院、山梨大学という形で、身体的な小児救急というものは、かなり整備されている。基本的に情緒障害児短期治療施設ができるということは、心の問題についての救急医療制度を整備しようと言い換えてもいいのです。

議題（２）発達障害とは

該当なし

議題（３）本県の発達障害等の現状

◎児童養護施設における発達障害等を持つ児童の現状

加賀美委員

児童養護施設は、いわゆる虐待を受けたとされる子供たちが8割という形で、児童養護施設に入っているという現状です。児童養護施設の現状を見ると、山梨県の場合は情緒障害児短期治療施設がなかったため、児童養護施設がその役割を分散して果たしてきたという構造になっていました。今、情緒障害児短期治療施設を各都道府県に2カ所設置せよという形になっているのは、いわゆる虐待を受けた子の中で、高度に難しい発達課題を持った子供たちの受け皿という立ち位置で、情緒障害児短期治療施設を目指しているという流れが現実的にあるのです。だから、いわゆる虐待の専門施設という位置付けになると思っています。

その一方で、虐待を受けた子供の8割が児童養護施設で生活をしている実態を見ると、虐待を受けた全体の子供たちは、ほぼ100%近く虐待を受けた子供だという認識を持っておりますが、一般的には6割、65%ぐらいの平均値というところですが、そのうちの半分ぐらいが、何らかの発達の課題を持っている。つまり虐待を受けた子供たちが、一般的に言われるアタッチメントの課題と、あわせて発達の課題を重層的に抱えているという見立てができるのではないだろうかと思っています。

今、8万8,931件という虐待の数字のうち、施設保護される、いわゆる社会的養護をされる子供たちは、全体の5%です。あとは、ほとんど在宅にあります。つまり8万8,931件の8万5,000人ぐらいの子供たちは、概ね家庭に居ざるを得ない。受け皿がないからということでもあります。受け皿がないから、その子供たちをどうしているのかというと、一般的にいうと、見守りであるとか、在宅指導という言葉があるのですが、その機能は、現実的にはほとんどありません。したがって、ちょっと乱暴な言い方になりますけれども、放置されていると言ったほうがいいのかもかもしれません。子供たちは、在宅にあって、いわゆる虐待を受けたとされる家庭に居るわけですから、翌年、また通告の対象になる子供たちがたくさんいるということで、毎年、右肩上がりの増加という現実があるわけです。そういう幅広い子供たちの問題全体のところで捉えると、山梨県の虐待通告、五百数十人という数字が、果たして現実的なのかどうかということも考えておかなければいけない。

山梨県全体で、情緒の問題も、発達障害の子供の問題も、虐待の問題も、この場はあわせて協議をしていく形になるのだろうと思いますが、そうすると、虐待を受けた子供と発達障害というのは、今、グレーゾーンになって、全然わからない。発達が先なのか、虐待が先なのかわからない。そういう現実の中に、今、我々がいることを考えると、先行きをどう考えるのかということから、今、御存じのように、

児童福祉法の改正がなされたわけです。その中心的課題は、全ての子供家庭を視野に入れた在宅支援というところに視点を置いていこうということになったということです。

全ての市町村に、いわゆる支援拠点を整備して、市町村の機能の基盤整備をするということは、人とお金の問題を含んでいます。その上で、在宅への具体的な支援をする仕組みをつくるのが、一番大事になってくるだろう。つまり今回の児童福祉法の改正のテーマは、保護から養育へという観点です。虐待問題は、養育問題以外、何ものでもないという観点で、我々はもう一度、子供・子育ての支援体制をつくっていく必要があるだろうという考え方ですので、そういう観点でも、ぜひ御議論いただきたいと思います。

◎救急医療における発達障害等の診療の現状

藤井委員

小児科では素晴らしい救急システムができたというお話を聞いています。私もそのとおりだと思うのですが、精神科でも、平成26年2月から、山梨県立の24時間の救急システムができて、これはとても良かったことではないかと思います。その中には、こういう子供さんの問題も当然紛れてきているわけでありまして。

昨日の夜中も、私は待機番をやっていましたが、やはり家庭内の暴力で、家で大騒ぎをして、何とか病院に逃げられましたが、救急の問題として、こういう問題が現れてくる方もいらっしゃいます。その方も行政に相談をしようとしていた最中だったそうですが、そういう問題もあるということです。

また、親御さんに精神科的な問題があったり、触法的な問題があったりして、虐待が生じて、子供さんが乱れるというのは、まさに重層的なことなので、精神科も医療体制の充実というベースラインがあって、子供さんの問題もあって、救急の問題もその中に含んでいるということを申し上げたいと思います。

議題（４）こころの発達総合支援センターの現状と課題

◎診療の待機時間の問題

藤井委員

私どもとして、どうしてもお願いしておかなければいけないのは、とても良いものができて、素晴らしいスタッフがいて、片山先生のところ（ここセン）も非常に頑張っているのは、私もよくわかっているのですが、その中で、待機が多いと、当然ながら、待ち切れないという問題があります。今、言ったような形で、救急的な対応が必要な場合もある。最初から診断がついていれば、苦労はないのですが、診なければわからないのです。誰が最初に診るのかという問題があって、最初に診たお医者さんなりが、どこに行くのか分ける。医者でなくても、分けられるかもしれませんが、そういう問題があるということです。

待機が大変長い、多くなりますと、どうしてもあぶれる問題が出てきて、それだけではないかもしれませんが、私どもの初診で、最近は半分近くが20歳未満の方

でして、恐らくそのうちの3分の2ぐらいは、発達障害の問題がかぶっているのではないかと思います。そういうものが増えてきているのは、間違いないと言えます。だから、こういう問題をどこが最初に診て、余り待たせないで全部診て、振り分けるといふことも、ぜひ考えていただきたいと思います。

そういう中で、先ほどから問題になっている、こころの発達総合支援センターは、非常に丁寧に専門的に診ていらっしゃるから、それなりにそういう役割があると思っています。それから、どちらかというところ、年齢が低い方を中心に診ていらっしゃると思います。ただ、問題は、発達障害というものは、もう少し上の年代もあるし、大人の問題もありますので、本県が目指すべきものというところに、要するに幼児期から成人期までと書いてありますが、今日のお話は、子供さんのことを中心にしているようでございますが、それはそれでいいと思います。全部の問題はとてもしやり切れないと思うので、今回はぜひ子供さんの問題を中心に、問題を抱えている方が、なるべく早く何らかの相談なり、対応ができて、適切なおところにつながられるようなシステムをつくっていただきたいと思います。

大人の問題は、大変大きな問題がありまして、色々な問題につながっていますが、そこまでは、私どもはとてもしやり切れないのではないかと考えています。そういう問題が存在しているということも、ぜひ皆さんに認識していただきながら、とりあえず、今回は子供さんの問題を中心に、いいシステムをつくっていただければと思います。今回どういうシステムができるかに応じて、私どもの役割も変えていかなければいけないと思っております。

畠山委員

今、ここセンは、3.3カ月待ちということで、昔からそうですが、片山先生を初め、皆さん一生懸命やってくださっていても、やはりそのぐらいの待ち時間がある。そこへきて、相原先生がおっしゃるように、決して短期で終わる治療ではないので、かなり長く見ていくことになる、人数も多いし、期間も長くなる。対象とする数というのは、正直言って、べらぼうに多くなる。そうすると、ここセンの役割を明確にしておくことが、一番大事なことだと思います。

前から一部で出ていますとおり、ここセンは、基本的には振り分けの機関です。ここセンで長く見るというのは、現実的にはすぐにいっぱいになってしまうので、振り分けるといふ意見は、前からあったような気がするのですが、その辺も含めて、今回、ここセンを強化することなのですが、どういう形で、どの分野を強化するのかということ、気になるところです。

小児の救急ができました。小児の救急ができて、案の定、救急の患者さんを発掘したと、小児科の中では言われています。翌日でもいいかもしれない子供さんも、夜間に来る。私などがやっても、2時間前から発熱をしまして、診てくださいという子が、夜9時、10時に来るわけです。もう一晩、様子を見てもいいのではないかとと思うのだけれども、お母様たちからすれば、心配なので来る。同じことが発達障害にも言えるのかどうか。つまり6.5%という数が、ここセンにまともに

くると、先ほどの話の続きですが、すごい人数になってしまうと思います。その辺のここセンの役割をどうしておくのかというのが、気になるところです。

片山委員

我々の施設は、県立県営の施設なので、民間の病院や施設と違って、我々独自の方針であるとか、対象層などを決めるわけにはいかないと考えています。事実上、ここセンは、純粋な身体疾患や身体障害以外の事例であれば、基本的に子供の年齢であれば、18歳までです。あらゆる相談をお受けしています。

今日は、発達障害というくくりが、ところどころで出つつというところだと思いますが、純粋に発達障害の問題で、我々のところに継続的に相談に来ている事例は、多分2割ちょっとで、あとは精神的な病気や虐待などのような、広い意味における精神障害、先天性のものも、後天性のものも含めてというところだと思います。

なぜそうなっているのかということについて、我々の側で考えているところとしては、ただ1点です。山梨県内における児童精神医療の供給が絶対的に足りない、そこがまず出発点にあるのだと思います。我々の側で担っているところは、別にここセンだからとか、発達障害者支援センターだからという感じではなくて、今の外来というのは、一般的な病院で勤めていたときの児童精神科そのものなのです。だから、小児科から、例えば吐いてしまう子も診ますし、親子関係がというものも対応しますし、普通に精神疾患でも対応しますし、そのようなところがあるわけです。なので、ここセンの側では、どのような方針ですかと言われても、方針を決めるのは我々ではなくて、むしろ県政の中で、ここセンの現状が何を担うのかというのは、それ以外の医療供給体制の整備状況によって決まるとしか言えないと思っています。

さて、その他のところの観点で言うならば、医療というのは、治療機能もありますが、精神科も内科ですから、内科系診療科の最初の役目は、診断だと思っています。目の前の子供がどのような発達状況に置かれ、どのようなニーズがあるのかということ、可能な限りの確に把握すること、それが我々の役目だと思っています。その意味で言うならば、医療の供給というものは、とても多く必要であろうと思います。

6.5%と言いますけれども、実際、横浜市の場合であれば、未就学の子供の10%以上は、児童精神科を受診しています。小児科や精神科ではなくて、児童精神科を受診しているわけです。そのカウントで言うならば、継続的に児童精神科に通所する子供の数は、山梨県内において、1万8,000人はいることになるわけです。1万8,000人をここセンの場で継続的に診ることは、初めから無理でありますので、山梨県として、どのような医療供給をしていくのかということは、政策的に検討される必要があるかと思うわけです。

もちろんそれはここセンが全部担うという考え方もあるし、振り分けだけやるという考え方もあるし、散らすという考え方もあると思いますが、そのあたりで、どのようなものがあるのかというのは、検討すべきだと思います。そして、このあたりの医療供給が足りないということが、ここセンへの一極集中を招いてしまってい

ることは、指摘されるべきでしょう。そのことが、親御さんからすれば、発達相談になります。発達といっても、発達障害かはわかりませんが、精神疾患なり、親子関係なりということについての相談を含めて、ここセンに押し寄せているということは、踏まえておかなければいけません。

◎病院に対する人材支援

後藤委員

今、いろんなお話が出ていたのですが、畠山先生もおっしゃっていたと思いますが、どういう位置づけにしていくのかというところで、大事なところを診ていただけるのは、できれば周りの裾野を広げるというのでしょうか、今井先生も一生懸命やっておられるところに、この間、参加させていただいたのですが、小児科もそういった勉強をして、なるべく自分たちが受けられるものは、自分たちで診ていく、私たちが診ていこうという流れができていると思うのですが、私たち中央病院でも診たいのですが、薬事的なことが全くできないのです。それをお願いしたくても、集団療育ということが、15ページに書いてあるのですが、実際に患者さんを受け入れる入り口がどこにあるのかが全く今まで見えなくて、あとは、心理士などの問題もあると思います。

何年か、心理士が欲しいということを病院に要望しているのですが、病院側は全くそんな必要性はないということです。小児科には要らないということで、切られてしまっていて、実際、常勤を雇えないのであれば、非常勤の方をと思うのですが、ただ、どの方がすばらしいというか、その辺の発達障害とか、お子さんたちにかかわれるのかというのは、全く見えないのです。開業の先生方も、今、勉強会に参加されて、実際にこれからやっていこうという方も、どの心理士を招いたらいいのかとか、どういう形で招いたらいいのか、わからないと思います。今までも人材の研修会を開いたりということもあるのですが、実際に心理士などに関しても、しっかり教育をしていただいて、その心理士がもし可能でしたら、例えば開業の先生などに供給するというのでしょうか、派遣という形をしていただいたりとか、そういったものがもしセンターとしてできるとするならば、開業の先生方も、私たちも、基本的には心理士がいないことで、制限をかけているところもありますので、そういったことをしていただけると、すごくありがたいと考えています。

議題（５）本県が目指すべきもの（案）

◎リハビリについて

畠山委員

発達障害の子供さんの少なからずは、リハビリが必要になっています。例えば典型例でいうと、自閉症障害の子供さんたちが、一番最初に病院を受診する主訴は、言葉の遅れです。そうすると、言葉の遅れで来て、言語訓練を始めて、しばらくしていると、やはりこの子はただの言語の遅れではないということになって、心理にお願いします。そして、作業療法にお願いします等々になっていって、それなりの数、

リハビリをやっているのですが、今回の構想の中で、各地域で診られる小児科医または精神科医を育てて、できるだけ地域で診てもらおうという構想もあるようですが、そういうときに、リハビリをどう考えているのかというのは、2つ目で気になるところです。その辺も含めて、この会で検討していただければと、期待しております。

◎心身連携について

片山委員

小児科に関しては、システム的な課題が次にあると思います。どういうことかというところ、とりわけ虐待の場合には、精神的ケア以前に、身体的ケアだと思います。このようなことは、児童相談所の側から出るかと思ったのですが、出ませんでした。

2歳だけれども、体重が10キロしかないという子供がいたら、心のケアも何もないわけで、まずはちゃんと体を立て直すところからだと思うわけです。そして、そのあたりから出発して、例えば中央病院に入院をお願いしたとなった場合、そうはいっても、体だけを診てもという話が出てくるわけです。それ以外にも、さまざまな心身症的な課題を抱えておられるお子さんは、我々の外来ケースにもたくさんいるわけで、そうなりますと、精神科単独で担当できるところは、やはり限界があります。

すなわち何が言いたいかというところ、心身連携です。身体科と精神科との間の連携体制が、次に問われるだろうと思います。そのあたりは、どう円滑に展開するかというところが、次の政策課題になるだろうと考えられるわけです。それが情緒障害児短期治療施設や児童相談所を含めた、いわゆる虐待事例にこそ、とりわけ出てくることであるし、また、それ以外にも、学校で不適應などになる場合が多いというのは、心身症メカニズムが多かったりしますので、そのあたりのところも含めて考えたほうが、より効率的で、よりアベイラブルな子供の医療ということをどのように展開していくのかというあたりも、政策課題になろうかと思っています。

医療の話題が多くなかったので、医療に限定した形でお話をしましたが、我々が考えているのは、そんなところです。つまりここセンの場合、方針を決める以前に、とりあえずここセンぐらいしかないから、みんな来てしまうということは、踏まえておいていただきたい。及びそれに関連して、医療供給の量的な問題も、心身連携については、1つの鍵だと考えていることをお話ししました。

相原委員長

その点を踏まえて、去年から、今井小児科医会会長の御理解を得て、今、先生方が15人から20人集まって、ここセンとのやりとりをしながら、心身連携という形をフォローしています。2年目になります。3年目にはパスをつくりましょうという話にはなっております。

後藤委員

身体を差し置いてと言われたので、言わなければいけないのですが、そんなこと

はないです。まず身体面にかかわってから、身体的なところが終わった後には、心理的なところを開始していますので、そこは誤解があると困ると思いました。

片山委員

そのあたりは、児童相談所がかかわっていることでは、身体管理というところが虐待を把握したときに、まず一番最初にかかわるところなのです。したがって、精神科につなぐよりも、児童相談所がつなぎたい先は、小児科なのです。ですから、恐らく他に頼めるところがないという意味で、例えば中央病院などがお願いされる対象になるだろうと思いますし、実際、そのような事例は多いだろうと思っています

◎人材教育について

今井委員

こういう立派な施設ができることを非常に期待はしています。何年後かにできると思いますが、例えとして、小児ケースが減ってきているという話が出ていますが、山梨県の小児救急は非常に評価されています。なぜかといいますと、最初に診るのが専門医なのです。山梨県の場合だけ例外的です。よそはそういうことがないのですけれども、山梨県の小児救急というのは、初期の救急は、みんな小児科専門医なのです。専門医が診て、また専門医がいて、さらに専門医を含みますので、非常に評価されているわけです。ですから、こういう施設を整備するに当たりまして、人材のレベルをもっと上げていくというのは、非常に大事だと思います。我々も勉強しなければいけませんし、全体を運営する方々のレベルももちろん上げていかなければいけないわけですので、人材を育成するということは、何年後かにこれができるわけで、その間に並行して、教育していくということをぜひやっていただきたいと思っております。

相原委員長

1つの提言として、実際の治療という分け方ではなくて、医療という中にある教育ということも、かなり大きなウエートがあるということです。相手の対象者が非常に膨大な数なので、将来にわたって、専門職を増やしていくということは、非常に大事な提言だと思います。

議題（6）児童心理治療施設（情緒障害児短期治療施設）について

◎役割の明確化

小林委員

私の中では、児童自立支援施設と北病院等の機能がミックスした感じのイメージなので、児童養護施設があって、反社会的なとか、触法的な問題を抱えていたりすると、多くは児童自立支援施設に行かれるのですが、もっと内面的な問題で苦しんでいるお子さんや、発達に偏りのある発達障害の方たちなどが、情緒障害児短

期治療施設を使われるという、そんな棲み分けのイメージです。なので、児童養護施設と児童自立支援施設の間というよりは、むしろ児童自立支援施設と北病院の入院の施設の間あたりのイメージがあります。

相原委員長

実際、私たちも入院施設という形の中でやると、医療的完備が核でなければいけなくなってくる。だから、生活行為という中に治療があるのか、あるいは医療行為の中にあるのか、基本的にはそういう施設が必要なのだけれども、ファジーになってくると、難しくなってくるということも間違いありません。

藤井委員

情緒障害児短期治療施設というのは、どういうものか、実感的にわかりませんが、そのことはわからないのですが、山梨県の中で、精神科で児童を扱っているところは、私どもだけですし、いろんな児童がそこに入ってきていると思ひまして、中には長期化する方もいらっしゃるし、非常に重い問題を抱えていらっしゃる方もいて、特に御両親、あるいは片親が多いのですが、その辺の問題が多くて、すぐに親元に帰せないという方もたくさんいらっしゃいます。児童相談所からも色々な御依頼を受けて、たくさん受けていると思っております。だから、今回、情緒障害児短期治療施設ができて、そこが機能的にいろいろ動いていけば、大変よろしいことだと思いますし、その中で、私どもが病院として何をやらなければいけないのかということは、もう一度、考えていかなければいけないところだと思っております。

◎発達障害等への早期介入について

加賀美委員

実は、私の法人で、情緒障害児短期治療施設を検討したことがございます。もう10年前です。かなり細かいところまで、視点を持ってやったのですが、民間の児童養護施設がそういうものを持つということは、医療の問題も含めて、かなり荷が重いのです。ただし、当時、全国で幾つか出てきた情緒障害児短期治療施設を調査したのですが、子供たちの状態象というのは、極めて重い。重いから、医療にどうしてもシフトしていく。そして、向精神薬を投与するという傾向が、どんどん増えてしまっているという構造の中にありました。圧倒的に虐待を受けた子供たちが占めているわけですから、虐待問題を持った子供たちのいわゆるアタッチメントにテーマを置いた回復というのは、果たすのがなかなか難しいという状況になっている中で、卒業期を迎えて、しかも、短期治療施設というところをどうしても外せないという業界の動向もあつたりして、治療し終えないうちに、つまり薬で抑えているから、治療したと思えるような状態で、その施設を出て、他の施設に行く。結局、薬をずっと飲み続けるみたいな状況になって、その先がかなり限定的になっていってしまうような構造もあるということを見ると、先ほど院長さんから0～6歳というお言葉もあつたように、乳幼児期で、アタッチメントの形成の最も効果がある時

期に、早期発見ができるのであれば、そういう構造の中で、治療型の施設をつくっていくべきだと思います。

私のところは、乳児院がありまして、乳児院に来る子供の2割から3割ぐらいは、発達障害というか、そのままいたらなるだろうという傾向の子供たちですけれども、それも丁寧にお世話をする中で、かなり回復できるし、何とか児童養護施設で生活できるようになっていくことを考えると、できるだけそういうプログラムも検討の中に入れていただければ、ありがたいと思います。

最初から性格的な課題を持った子供も含めて、虐待は、私が専門家の前で申し上げるまでもないのですが、周産期から始まっている、ひどい養育環境の中で育てられている子供たちです。そういう子供たちの中に、かなり重い発達的な課題を持っている子供が、既に0歳期で出現しているわけですから、そういう子供たちに特化したプログラムも、あわせてその中に入れられるのであれば、いいのではないかと思います。しかも、それは治療的な養育という言い方よりも、養育の基本的なもの、生活レベルでのアタッチメントをテーマにした養育構造で、かなり回復できると、私は体験をしているつもりでありますので、そんなことも視野に入れながら、そういう専門施設をつくっていただく。全体の枠の中に、そういう子供たちの枠を考えるとという観点も1つあるといいと思います。

なぜならば、今、ここで、40人、50人の定員の施設をつくれれば、恐らく困っている子供たち、行き場のない子供たち、重い発達課題を既に負わされて子供たちが全部を占めてしまう。そういう中で、どういうお世話ができていくかという、極めてその課題は重いと思います。そう思う観点があるので、先に見えるというか、治療的な養育の中で、回復していくモデルを示していけるような、他県にない先進的なものという言葉もありましたので、ぜひそんなことも御検討いただければと思います。

浅川（優）委員

小さいとき、赤ちゃんの頃から対応していれば、改善される場所はすごく大きいと思っています。実際、児童養護施設とか、社会的養護ということ、里親さんで措置したり、お願いしている子供さんというのは、現実にはたくさんいるのです。そういう中で、今、お話があったとおり、思春期を迎える前ぐらいから、生活がスムーズにいかなくて、不適応というか、里親さんでの不適応、養護施設の不適応が起きてしまって、そして、学校に行けなくなったり、友達と仲良くできなくなったりというところで、本人自身がすごく苦しんで、その場をリセットして、また落ち着いた生活をして、違うところということ、毎年、何ケースかあるのです。思春期の子供さんが、そういう状況になることが多いと考えると、もう少し早く対応できればいいことです。

虐待の内容によっては、情緒障害児短期治療施設にお願いできれば一番いいし、この段階からお願いできればいいのだけれども、どうしても、施設とか、里親さんをお願いするしかない、児童養護施設をお願いするしかないという子供さんから、

後々そういう問題が起きる。何年かして、思春期を迎えた頃に、問題を起こすという状況を考えると、小さい頃の対応も必要だけれども、思春期を迎えた子供さんへの専門的・心理的にケアができるところがあるといいと思います。

相原委員長

確かに対象とする疾患というのは、今度の情緒もそうですし、かかわってくるわけで、基本的には、小さければ小さいほど効率のいい、コストパフォーマンスのいい医療、福祉、心理、教育体制ができることは間違いないです。二次的障害とか、もうちょっと医学的なレベルで言う脳の可塑性があるのは、やはり10歳以下、もうちょっと言うと、中学校前です。ですから、その時点で介入できれば、一番理想なのです。だけれども、現実的には、実際に問題になってきて、表面化したときに、やはり児童相談所であるとか、色々なところに言いに来たりするのは、例えば思春期の形のもので出てくるわけで、そういう意味で、各市町村なども、発達障害支援整備事業の中では、3歳児健診、5歳児健診、集団健診で、市町村の支援センターも教育委員会も重なり合いながら、就学へもっていこうという体制というのは、この10年間、かなり頑張ってきてやってきたわけです。ただ、他でスルーしていつてしまって、思春期の頃にかかなり大きな問題になって、北病院に緊急入院しなければいけない方も、確かにいらっしやいます。

そういう意味でいえば、今後、ワーキンググループの中でも、どういう対象者をターゲットにするか。それとも、そんなことはできずに、やはり技術のあるところでやっていかなければいけないのか、ただ、ある程度の組織で理念を持っていなければ、ただ受け身的に対応するだけになってしまうという嫌いもあります。

相原委員長

児童精神科の先生たちもよくおっしゃるし、私もそう思いますが、最後の介入というのは、思春期だと言われています。それ以降、20歳を過ぎてから介入しても、心理的なものというのは、なかなか変えようがない。可塑性がなくなってしまう。もちろん幼児期であればあるほどいいわけですがけれども、最終的にタッチする場所は、つまり社会資源を投入しなければいけないのは、思春期の何年かはかかわっていかなければいけない。基本的には20歳、場合によっては、今、モラトリアムになっているので、20歳半ば、30歳にかかるとも言われるのです。ですから、非常に長い間、人格形成はかかわってきます。Aさんといったら、Aさんらしい物の考え方、世の中の味方、価値観があって、その人なりの個性として出てくる。通常は20歳、場合によっては、20代半ばまでかかわると思います。

例えば思春期を越えてくると、非常にいろんな問題が出てくるお子さんがいます。私の患者さんで、キャリアオーバーしたケースがかなりいて、特に強迫神経症とか、家族を巻き込んでいる人もいて、向精神薬を使わざるを得なくなる。それはなぜかというと、本人のためでもあって、家族がまいってしまいます。それが発達障害であろうが、虐待であろうが、その辺が思春期の中ではうまく通過できない。そうい

うものもあるので、そのどこをターゲットにしていくというのは、非常に悩ましいところですよ。

加賀美委員

0～6歳の子供たちにもし焦点を絞るならば、発達機能、アタッチメントの構造とのかかわりでいうと、母子関係のあり方まで、治療的枠組みに考えておかなければいけない。恐らく母子ともに一定期間そこで生活ができるような治療型、家族療法的なものを、その中につくれるのであれば、それも1つのアイデアではないか。現在、構造的にそういうものまでは取り組んでいないので、特に0～6歳という年齢の子供たちであれば、通所型も含めて考えていくと、そんなものができれば、これは日本で例のない画期的なものになると思います。

それから、もう少しいくのであれば、今、イギリスなどで、情緒障害児短期治療施設というような、対象の子供たちの施設はどんな具合かという、1人か、2人の子供に、15人ぐらいの専門家がついて、2年ぐらいで治療するという枠組みにならざるを得なくなっているくらい、子供たちの問題は難しくなっている。だから、そういうことも踏まえながら、考えておかなければいけないだろうと思っています。

◎施設の構造について

相原委員長

てんかんなどは、私らもキャリーオーバーをやっているのですけれども、大学の小児科で、インテンシブにケアするのは、乳児ばかりなのです。私が診ている患者さんで、抗てんかん薬を飲み忘れた人がいました。25歳で、入ったときには、乳児室しかないのに、赤ちゃんも20歳の人と同じ病棟にいたこともあります。その人の意識が回復したら、周りがみんな赤ちゃんだったという状況が実際はあって、今の話もそうですが、情緒障害児短期治療施設の中には、確かに乳児もいる、思春期もある。思春期でしたら、男女の別はどうするのかとか、そういう問題が出てくるときに、ターゲットを広くやってしまうと、施設内での個人の問題、あるいは管理上の問題、非常に難しい問題が出てくると思います。ですから、ある程度そこは絞っていったほうがいいのかどうか、その辺はまたいろんな人の意見をお聞きしたいです。

加賀美委員

形態的なことで申し上げるならば、今ある情短のほとんどは、いわゆる会社です。会社というのは、大きな建物の中に、全ての子供たちと生活空間が全部一緒になっているという構造がほとんどです。つまり大きなショップを置いて、男女だけ分けてあるみたいな、そんな構造です。それで本当に治療ができるのか。生活を通じた治療という分野で、アタッチメントにテーマを置いた観点で物事を考えても、そんな構造を今からつくるのは、あまり賛成できない。ある意味では、問題別にグルー

ピングをして、小さい形で生活グループをつくって、そして、治療棟は治療棟であるなり、何なりという構造でやるのであれば、それは新しい取り組みとして期待できる部分があると思います。そういう中で、いわゆる小さい年齢の子供たちの問題、もちろん男女の問題もありますし、色んなことが工夫できると思います。

私が計画したものは、全部そうでした。5～6人の子供たちの生活グループをつくって、生活は生活として存在して、なおかつ、治療は治療として枠組みがあるという構造で考えるべきだと私は思っていたので、今、院長さんからのお話の中で、難しかろうという話だったので、それはやりようだと思います。それは、機能、力の問題です。

加賀美委員

もう一つ加えて言うと、治療的な養育という言い方の中で、一番大事にしているのは、基本的に先ほど申し上げたように、生活なのです。生活のあり方をどうするか。生活を通じた丁寧なお世話ができるような構造をつくらないと、幾ら医療をそこに加味しても、余り効果はないと考えています。

◎他の医療機関との連携について

後藤委員

高度で専門的な医療・治療の提供という中で、身体的な部分の話が出たのですが、実際に私たちが治療をしていく中で、明らかに異常な女の子が来たときに、実は甲状腺機能亢進症でしたとか、そういうケースもありますし、先日の勉強会でもありましたが、実際に検査ができないようなものをつくっていくということが、果たして本当に高度で専門的な医療なのかと考えていて、恐らくケアの方などは、MRIは中央病院に行けばいいのではないかと、国立病院に行けばいいのではないかと言うかもしれないのですが、情緒の問題があったり、発達障害のお子さんたちの検査というのは、MRIは30分入りますので、その方たちを寝かせるというのは、非常にきつい仕事になって、場合によっては、半日仕事になってしまうし、撮れないで帰るといふことも出てきますので、そこだけ一般の病院にお願いするといふことは、なかなか難しい。ですから、私が色々やっている中では、そういったものも、総合的に考えていかなければいけないと思っています。

議題（7）児童相談所について

浅川（優）委員

通告件数は右肩上がりの状況で、毎年増えている状況なのですが、27年度のことは書かれていないのですけれども、27年度も26年度に比べると、1.38倍という状況で、虐待通告は本当に増えています。

そういう中で、通告があつて、通常の調査をして、これは本当に保護しなければいけない、職権保護といつて、児童相談所で保護しなければならぬというケースもあるので、そういうものについては、保護もしている状況で、保護をした後は、

この子はどういうところで、これから生活をしていかなければならないかということ、児童相談所が、社会診断とか、色んな診断をした中で、判断、介入をして決めるのですが、そういう中で、長い期間、本当に重い虐待を受けていますと、心に大きな傷を持って、みんなと一緒に生活できないような状況になっている子供さんも何人かいる中で、山梨県の場合は、情緒障害児短期治療施設、今度、新しい名前が変わりましたが、山梨県にはそういう施設がないので、他の県に実際をお願いをして、措置をしているというケースも昨年がありました。

ただ、短期ということで、2～3年で戻ってきますと、その後、どういう形で家庭に戻っていいのか、そうではなくて、違う施設に措置変更ということで、また違う施設に行くという子供さんが現実にはいますので、そういう意味でも、専門性、きちんと対応できるところが、これからは必要だと思います。

今、よそにお願いできないものにつきましては、無理を言って、児童養護施設にお願いしたり、あと、児童自立支援施設で個別対応ができますので、そちらにお願いして、対応していただいているのが、実際の状況になっています。

小林委員

児童福祉法の中での保護から養育へという流れは、すごく重要な点だと思っています。もちろん子育て支援に関しての養育への支援という観点と、そうはいっても、層構造で、幾つかの支援の体制をつくっていくことが重要であると考えています。なので、13ページに書かれているような、様々な問題を抱えているお子さんたちというのは、やはり子育て支援の養育という部分だけでは、何ともできないところが多うございまして、特に児童相談所は、そういう意味では、特化したというか、かなり重篤な方たちにかかわっていくという体制がございまして、層構造で、養育的な子育て支援という体制から、医療と福祉、また教育も踏まえた重装備の支援体制が必要であると考え、情緒障害児短期治療施設は必要だと思っておりますし、今までなかったことで、どれだけの子供たちが不便をしていたかということを考えますと、この機会に情緒障害児短期治療施設が検討されていくことは、私としては、とてもありがたいことだし、そうしていただきたいと、切に願っているところです。

議題（8）精神保健福祉センターについて

該当なし