

第3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11月18日(金) 午後6時30分～
場所 山梨県防災新館401会議室

2 委員

・出席

相原 正男	今井 秀人	反田 克彦	後藤 裕介
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	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		

・欠席

久保田正春 藤井 康男 雨宮 邦彦

・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 委員長あいさつ
- 3 議 題
(1) 子どもの心のケアに係る総合拠点(仮称)基本構想(案)について
- 4 福祉保健部長あいさつ
- 5 閉 会

4 議事の概要

事務局(井出課長)
(資料について一括して説明)

(1) 子どもの心のケアに係る総合拠点（仮称）基本構想（案）について

相原委員長

まずⅠの「子どもの心のケアに係る総合拠点について」に関して御質問、御意見をいただきたいと思います。

1 ページ目から4 ページに渡っていますけれども、いかがでしょうか。基本的な考え方、現状の問題点、(2)は基本的理念・コンセプトの点、それで、総合拠点の整備場所に関してですが、いかがですか。

では、この辺は基本的な理念ですので、こういう形で事業が開始されるということですね。

次に、Ⅱの「こころの発達総合支援センターの人的・機能的強化」について、御質問、御意見をお願いいたします。いかがでしょうか。

現状と課題、人的強化の方向性、機能的強化の方向性という形で述べられています。

加賀美委員、お願いします。

加賀美委員

まず、地域支援という言葉が使われております。この中で、今回の法改正の一つの目玉というか、「新たな社会的養護」という言葉から「新たな社会的養育」という言葉になったわけですが、その心というのは、従来のハイリスクを中心とした支援体制から、ポピュレーションアプローチというキャッチが使われている。つまり、保護から養育へという意味合いで、そのことを実現しようということから、すべての子供家庭を住民票で把握している市町村の役割の重要性が一番具体的な目玉として出ているわけです。そうすると、市町村に支援拠点を整備する構造改革が既に決まっていることと、この地域支援は、市町村を中心とする支援体制の整備と、その支援拠点との関係というものも今後視野に入れた連携のあり方、支援のあり方が、これから求められてくるだろうということを含めて、1点申し上げておきたいと思います。

相原委員長

そうですね。もちろんここのセンター自体の充実もありますけれども、それ自体が地域支援という形の中に結びついていかなければいけないと思います。そういう意味では、新たに整備されていく段階で、大事なことですけれども、コーディネーターに特化した人材育成がすごく大事になってくると思います。それに関していかがでしょうか。その辺はどうもみんな兼務した形でやられていて、これが専任になってくると、かなりその辺の地域支援、あるいは多職種連携にもつながってくるのではないかと考えますが、その辺は皆さん、い

かがでしょうか。センターが幾ら充実しても、なかなか地域の中につながって
いかなければあるセンターに集中していきますので、地域への力量ですね。そ
れを充実させることは最も大事な点だと思います。

古屋委員

私もそれはお聞きしようと思っていたところですよ。子供さんもそうですが、
保健所が知るところになる発達障害関係の事案は、通報などのものが多いわけ
ですけれども、今、加賀美委員の御指摘のように、病院間の連携だけでは完結
しない、地域での見守りや市町村が知っていた方がいい、あるいは保健所も関
与した方がいい事例も数多くありますので、そういうところはどこに書いてあ
るのかとお聞きしながらずっと見ていたのです。それは32ページとか33ペー
ジに書いてあるのですけれども、もう少し地域の関わりのようなことも書き込ん
でいただくと、関係者、医療機関に全部お任せしておくだけではなくて、地域
の見守りや地域の機能がとても大事なのだと自覚していただいたり、地域と医
療機関の連携とか、地域間の連携とかができるのかということが1点です。

それから、このお子さんたちが成人したときに、どういう成人になっていっ
てくれるのかということも大変気になるところで、そういうことも見守ってい
かなくてははいけませんので、そういうことをどうフォローアップしていけたら
いいのかも気になるところでございます。発達障害は非常に多いと私は思っ
ているので、地域でどのように関わっていけばいいのかをこういう構想の中でも
明確にさせていただくと、関係者が取り組みやすくなるのではないかと思いま
すが、いかがでしょうか。

相原委員長

そうですね。古屋委員のおっしゃるように、33ページの中では、こころの発
達総合支援センターと児童心理治療施設、中央児童相談所という形になってい
るのですけれども、実際にこのライフステージ云々という表は、まさに乳幼児
健診、各地区の市町村の保健センター、母子保健の図と全く同じ図なのです。
そうすると、書き込むとすれば、ここの中に一つ地域の項目があってもいいの
ではないかということですか。

古屋委員

成人になれば一般クリニックに行くわけですので、一般クリニックの方の御
理解も非常に必要になってくるのではないかと思います。クリニックの先生
方と、このお子さんたちが大きくなったときのコミュニケーションをうまくと
れるのかなということも含めて、基本的なことですから、そういう方たちもこ
の場に参加するのですよということを、是非この中に入れていただければと思

います。

相原委員長

それが今からの課題で、小児科の中でもトランジションやキャリーオーバーなどと非常に問題になって、成人になった子供たちをどのような形で内科であるとか精神科につないでいくか。前から言っていますけれども、実際問題、今、30でも40でも私が診ていく状態なので、それをうまく委員がおっしゃるようにトランジションしていくという試みは非常に大事で、そこでうまくいっているところの話が全国の学会でいろいろあればいいのですが、なかなかないですね。

古屋委員

まだ定まっていないことであっても、例えばこのような解決方法があるというようなことだけでも書いていただけると、自分に関わることなのだという意識や自覚を持っていただけるようになるのでいいかと思います。

相原委員長

その辺の特に、33ページでライフステージとうたっているところですね。その中で、やはり今までのここセンにしても児童心理治療施設にしても中央児童相談所にしても、20歳ぐらいまでというところに区切りがあるので、その後トランジションをどう考えるのかということに、ライフステージとうたっているところにはそういう部分が必要ではないかと。それに関わる人たちに気づきを促したらいかがかというお話だと思います。非常に貴重なお話です。

片山委員

そのあたりのところをどれくらい報告書で数字を込みで書き込めるのかはわからないのですけれども、1点、システム的なお話をします。

年齢帯から年齢帯に移ること、あるいは同一の年齢帯において別々の機能、例えば児童相談所の介入機能とうちの医療機能とか、そういうように別々の機能を担う者同士をつなぐための人は、別に専任で用意しておかないと機能しないということが、システム的には常識ですね。

何を言っているのかというと、例えば児童相談所の相談機能であるとか、我々の相談・診療機能を担っている人間がコーディネーターをすればいいという考え方では、立ち行かないという話です。連携には連携の人材がそれ用に必要です。どうしても、行政的な観点からすると、施設を造るとか、移転、拡張するときには、施設の内部の機能に着目して人員配置がなされてしまう傾向にあるのですけれども、それをやり続ける限り絶対に連携にはならないので、連携には連携用にプラスアルファの人員をどこかでつけるという仕組みをしておかな

いとだめだと思うのです。ですから、まさにそこに関しては、相原委員長が兼務ではなくて専任と言われたのは、そういう意味で、相談や診療をやりながら連携するということではなくて、連携用に人を専門につくる。そのための人員は余分につける。そういうシステム設計をしないと回らないだろうとは思いますが。その辺のところは方向性として明記されたらいいのかなと思いました。

加賀美委員

今の関連で、そのとおりだと思います。児童相談所とところの発達総合支援センターと児童心理治療施設をコンバインしてつくる、こういうことであるならば、言ってみれば、山梨県の社会的養護のシンクタンクということになるだろうと。そうすると、そこが総合的にその地域との連携も含めてあらゆる役割を負っていくような可能性を考えると、先ほど相原委員長から話があったコーディネーターの問題ですね。これはもちろん、市町村が人的・財政的な基盤がとても弱いから、そこを強化するというのも今の議論の中で進行しているのですが、それと同時に、コーディネーターを育てる研修のプログラム、それも今、議論をしているところです。それらを含めて、児童相談所の人的な機能強化も含めて、それも市町村のコーディネーター、あるいはコミュニティーワーカーといったような役割の人を育てる、そういうことが同時に進行していくことを目指していこうということです。

あと、「地域子ども家庭支援拠点」という名称です。つまり、子供家庭の支援を具体的に在宅の支援をする、在宅の養育支援をしたり、家事援助まで考えなければいけない家庭もあることから、かなり市町村の役割の重要性はこれから大きくなるだろうと思います。そのための市町村の財政基盤の形成は、国としての重要な課題になっていくのだろうというようなことと、そういうことに具体的に力を入れていくのであれば、山梨県がこういう機能をつくろうというときですから、とても重要な議論ですので、少なくとも、地域子ども家庭支援拠点ということを出していただいたり、あるいは地域の包括センターの話もあるし、それらをどう整理するのかというのはこれからも議論ではあるのですが、市町村の役割の重要性がこれから一番出てくるだろうということを少し加えさせていただきます。

相原委員長

どうもありがとうございました。

やはりこの3つの施設が担うものは、社会の中に開いていかなければいけない話だと思います。時間と空間ですね。その人のライフステージでの時間と、空間のためにどういう多職種が連携しなければいけないのか。だから、かなり非常に広い概念だとは思いますが、そこを開かれた組織にしていったら

どうかという話だと思います。

小石委員

全然別の話になりますけれども、12ページに待機期間の話が出ていて、その中で、今回は触られていないのですけれども、もっと緊急の、しかし、例えば精神科のハード救急のようなレベルではない、どちらかというところと相談対応が中心になるような問題に関して今回全然議論されていないわけです。

例えば、御家族が自死された中学生の子が不安定になって、明らかにいらしている、その上に自傷も始まっていて遺書のようなものも書いています、どうしましょう、という相談があった場合に、例えば今、こころの発達総合支援センターに相談すると5カ月後、もしくは富士ふれあいセンターに行けば3カ月後、児童相談所に相談すると、虐待ではないので、大体1カ月後になるというような話になります。その間に亡くなってしまってもおかしくないわけです。そういうような相談があると、結局精神保健福祉センターで年齢を問わず、小学生であってもそれなりにはキャッチはして、とりあえずの初期対応まではするのですけれども、うちでどこまでやるのが役割なのかなどといろいろ考えるわけです。今後これが整備されたときに、精神保健福祉センターのこの年齢層に関する役割が更に少なく規定されていくことになる、このあたりをどう整備していけるのかなということも考えていかないと、穴があいてしまうと非常に困ると思っております。

相原委員長

そこは事務局、どうでしょうか。

井出課長

私の方で全てお答えできるような知見があるわけではありませんというお断りをさせていただきたいと思うのですが、今回特に12ページ、13ページで整理させていただこうとしている内容が、子供の心のケアの中で、どこまでが対応できる問題で、全てをここで解決できるというわけではないと思っております。小石委員が御指摘されているようなことがもちろん、現実的な問題としては非常に大きな問題としてあろうかと思うのですが、正直、今、ここでイメージしているこころの発達総合支援センターの人的な強化とか相談体制の強化という中で、どこまで対応できるのか、あるいは対応できないとすれば今後どうしていったらいいのかというのは、これまでの御議論でも正直、御指摘のような議論が余りなかったということがございます。ここへどう書き込むのかよりも今後どうしていくのかという課題の方で考えていくべきなのかなと思います。もし、片山委員にお助けいただければ、お助けいただきたいと思います。

片山委員

確かに緊急対応に関しては、恐らく今回の委員会の議論の枠の外にあることだろうと思います。そもそもこころの発達総合支援センターは初めから緊急対応など想定されていないで設置され、そして、今も多分想定されていないと思いますし、これからも想定されないでしょう。もし本当に緊急対応の直接支援ということであるならば、人的整備に関しては、当然、今の数十倍の規模で人的整備をしなければ、まず成り立ちませんので、果たしてそれは県費で可能なのかという政策的なコストベネフィット計算も併せて考えないといけなくなってくると思います。

したがって、こころの発達総合支援センターや児童相談所などの機能強化であるとかという議論とはまた別のというか、もう一段上のレベルに置いて、小児領域における精神医療や身体医療に関して、どのようなネットワーク化が可能なのかとか、そういったことは、議論の必要はあると思いますし、整備の必要性もあると思いますが、それを今、目の前にあるどの組織でやるのかというレベルになると答えが見えなくなってしまうこともあるだろうと思います。

したがって、今日のところとはまた別の議論であるため、恐らく成人期へのトランジションの問題は全く議論されないまま終わってしまうだろうと思っておりますし、それについては私も思うことはありますが、それはともかくとしても、恐らくこの中で議論できる内容とできない内容があると思います。緊急に関してはどうするのかという点は、多分議論が難しい内容になってしまうだろうと思います。

そもそも自死の話よりも、例えば幾らでも緊急性の高い案件は我々の中に舞い込みます。自死でなくても今死にそうですというような人は結構な頻度でうちにも来ます。対応は難しいのですけれども。

また、子供の緊急性という意味で言うならば、例えば自死以外にも、薬物乱用の親などがいた場合であっても、やはり緊急性は高いと思います。これらに関しては、恐らく政策的にないことになっているので、このあたりは今後、政策をつくる立場の人間が穴を埋めていくように求められるわけです。それは今日の時点で完結できるのかというと、多分違うだろうと。そのようなところでしょうか。

相原委員長

ここの会議の中では時間が足りなくなるとしますので、今回はこの基本構想に限って話を進めていきたいと思います。

その辺に関しても、医療機関の立場から中央病院の後藤委員、いかがですか。

後藤委員

私たちのところにもこういう方たちがいっぱい来るのですけれども、現実的に、前も申し上げたように心理士等もいませんし、連携を強化することで、一般のクリニックもそうだと思うのですが、心理検査をしていただくとか、リハビリとか、そういった窓口というのも設けていかなければなりません。緊急性に関しては、私たちのところに来る方たちは結構本当に学校に行けなくなって、なかなか検査を受けられなかったりとか、心理的なサポートを受けられなかったりする方たちがいっぱいいるのです。そういう方の窓口として、なるべくどこに声を掛けていったらいいのかとか、今後こういうものができたときに、そういうものを明確にしてもらえるといいなと思っているのですが。

相原委員長

あとは、一昨日、小児科の連携事業という形で話をしていたのですけれども、小児科との連携という面で、山本委員、いかがですか。

山本委員

まだ、一部十数名の方に御参画いただいている事業ではありますけれども、地域の小児科医の皆様の御協力を得て、発達障害の方の診療の一端を担っていただく。今回の総合拠点の整備のソフト面の一部を担うことにはなろうかと思えます。どこまでできるか、どこからできるのかというところの対応は非常にまちまちだと思ひまして、そこの研修を進めていただいています。昨年度、事業の成果として研修を始めた。27年からというところなので、実質でまだ症例の検討といったところまで今は入ってきているという実情ではあると思ひますがけれども、これからそこにさらに深みを加えていくというところ、あるいは協力していただける小児科医の先生の層を広げていくところは、これから期待していけるのではないかと思ひています。

相原委員長

小児科医会の皆さんをまとめていただいている今井委員、一言、何かございますか。全国的にも小児科の先生が発達障害の子に関わっていくことは非常に珍しいことだと思いますけれども。

今井委員

我々小児科医のほとんどは、身体的な異常をずっと診てきて、心の問題は、最近非常に問題になってきているので、私も研修会に、参加させていただいて、勉強している段階です。ある程度勉強していけば、協力はもちろんできると思ひます。小児科医の中でそういう機運が高まっています、講演会を年に何回

かやるのですけれども、その中で必ず最近そういう問題を入れようと、私も心掛けておりました、年に1回か2回は相原委員と相談しまして、心の問題を取り上げるようにしておりますので、段々そういう知識も深まっていくのではないかと考えております。

相原委員長

どうもありがとうございます。

小児科に関しては、医務課が音頭を取ってやった小児救急ですね。あれで身体的なトリアージはかなりできてきて、1次救急から輪番制を敷いて、あとは3次救急までしっかり、これも全国では珍しく365日やっているわけですが、今度は心のトリアージという形で、少しくつっていきこうと。だから、心のトリアージの1次救急、2次救急、3次救急、それが少しずつですけれども、形をつくっていきこうということが大きな目標になっております。

親の立場から、今までの議論に関していかがでしょうか。

浅川（よ）委員

自閉症協会の浅川と申します。よろしくお願ひいたします。

まず最初に、発達障害、自閉症スペクトラムの子供を持つ親はどここの病院に行ったらいいの、どの先生に行ったらいいのというのが現実です。中央病院がよいの、北病院がよいのと、みんな考えます。現実には地域の先生に関する情報が親の方に入ってきていないのです。どここの小児科の先生がよいよなどという情報はないです。結局発達障害、自閉症スペクトラムを理解してくれる先生にめぐり会ったら、今度はその先生が異動すると、親は先生の追っかけを始めるのです。そうしないと、とてもではないけれども、安心できない。新しい先生が来たから、では、その先生に引き継ぎますと言われても、どの程度我が子の情報がその先生に伝わっているのかがすごく不安なのです。

今度その先生が定年退職になっていなくなったら、仲間の親の情報で、結局評判が良いという先生のところ、県内で遠くの町から甲府市内に来るという繰り返しが続いているのが現状です。

一つお願いしたいのは、今、この建物を建てる、部屋の数が幾つあるとかとあるのですけれども、私たち親の望みは、ぜひ部屋に子供を合わせるのではなくて、その受け入れた子供に合わせたお部屋を、その子に合わせた環境の部屋づくりをしてほしい。だから、最初は何もなくてもいいのです。その子を受け入れたら、その子の特徴に合わせたお部屋づくりで、安心してそこで療育が受けられるような環境をつくっていただきたいということが望みです。

また、そこに入ったときに、今度はその地域の小学校に通うと、教育の問題もすごく不安なのです。あらゆることがライフステージごとに、一生続くと

ということが親の立場です。ものすごく大変な思いは小林委員や児童相談所の先生などはみんなわかってくださっていると思うので、そこに行ったときに切々と訴えて、涙を流してあれをどうしたらいいのということを聞いてもらって、やっと少しは落ちつけるかなと思いつつながら、子供を連れて帰るのが現実かと思うのです。だから、是非、発達障害の子供たちを受け入れるに当たっては受け入れる子供に合わせた環境づくり、一人一人違う特性を持っていますので、大まかに受け入れるのではなくて、是非きめ細かい、その子に合った環境づくりで受け入れてほしいということが基本的な親の願いです。

相原委員長

どうもありがとうございます。

今、児童心理治療施設の話に入っていたようですけれども。

今井委員、どうぞ。

今井委員

今、どこへ相談したらいいのかというお話がありましたけれども、実は日本小児科医会で、それを育てているのです。心の相談員の研修をいろいろ開きまして、認定している先生がいらっしゃいます。山梨県でも十数人おられます。それは日本小児科医会のホームページを見るとわかりますので、そのようなことも参考にさせていただければと思います。

相原委員長

発達障害の専門医は、ホームページを見れば、都道府県ごとに全て名前と施設が公表されていますので、昔のようなブラインドではないのでは。

浅川（よ）委員

すごく少ない。

相原委員長

だけれども、そこはかなりオープンになっていますから、見てみてください。

古屋委員

教えていただきたいのですが、子供の特徴に合わせた部屋づくりというのは、例えばその子が気に入っている枕やぬいぐるみを入れるとか、そういうことですか。

浅川（よ）委員

例えば構造化というものがありますね。いろいろな工夫があって、発達障害の人や自閉症スペクトラムの人を受け入れるグループホームは、今はもはや建物をつくってからその人たちを受け入れるのではなくて、最初からどの人とどの人とどの人がグループホームに入るのだというところから始まって、その人に合わせた部屋づくりをする。だから、みんな一つ一つのお部屋が違うのです。その人の意見を聞いて、その人の好きなもの、テレビが嫌いな人はいるし、ピアノを置きたい人もいるしということで、その人に合った環境づくりで受け入れてくれるということが、今の環境づくりになっていると思います。

相原委員長

どうもありがとうございます。

このころの発達総合支援センターの件に関しては、これでよろしいでしょうか。

井出課長

たくさんのご貴重な御意見を頂戴している中で、古屋委員からいただいております32ページのネットワークの機会のところで、さらに拡張といいますか、さらにきめ細かく広くこの記載ごとにお話があったかと思います。その点につきましては、このネットワーク構想はここで途切れてここでお終いというイメージで考えておるものではございませんで、いかに今後どう展開していくのかということが大きな課題でありまして、御指摘の点はまさに必要なことであろうと思われまます。そこについては、ここへ追記をするという形がいいのか、あるいは今後の推進体制でございますように、今後こういったネットワークにつきましては、協議体を設けて協議を継続していくと考えてございますので、そういった中でお話を進めていく大切な素材としていくのがいいのかというところをもし御議論いただければありがたいと思います。

相原委員長

ここに健康増進課長の岩佐さんがいらっしゃるの、地域との兼ね合いという面でお話をいただければと思います。

岩佐委員

なかなか難しい御質問をいただいたのですが、健康増進課の中では、特に例えば発達障害関連で言うと、乳幼児期の乳幼児健診などといったものを含めて見ているというところはあります。

あとは、その他、いろいろな疾病について、地域との関わりを持ちつつ推進

していく体制を整えているところもあります。そういったところから、少し応用して言いますと、先ほど、これから協議体をつくって進めていくというところも井出課長からございましたので、もう少しこれからこのコアをつくった後に広げていくイメージを出しつつ、今後の検討課題の一つとして整理をしていくのが良いのではないかとこのように思っております。

小林委員

私も先ほどの皆さんのお話に賛成で、この支援ネットワークは、所々抜けているという印象を持ちました。一つは先ほどの子育て、養育という部分から入る話で、子育て支援という法律の中でどういう政策が行われているか、制度が動いているのかを見ていくとするならば、まず、一番大事なところで児童家庭支援センターが抜けています。子育て支援センターなどがでてくるだろうということになると、そこら辺もきちんと踏まえてどういう棲み分けをするのか、書いていかなければいけないと思うし、障害福祉サービスから考えると、市町村とは書いてあるのだけれども、例えば子供であるならば放課後等デイサービスとか児童発達支援事業所ができ上がっているという経緯があるので、その部分に対してはどうか心のケアの部分と総合拠点とのつながりをイメージしていくのかという記載もしていかなければいけないのかと思います。

それから、子育て支援と児童福祉のサービスというものは、つながっていくべきものだと思いますので、そこら辺をどう描いていくのかなということ、これだけ素晴らしく支援ネットワークの図が描けてきているので、もう一踏ん張りする必要はないかと思います。

片山委員

実は子供に関して言うと、医療や教育や福祉などいろいろな切り口があるので、書こうとすると、3次元どころか4次元っぽくなってきてしまって、なかなか平面に落としにくいので、難しいというところはありつつ、かつ、今回は医務課から始まっている話なので、医療の側面にある程度力点が置かれていて、細かなところの抜けがあるということは、ちょっと許してあげてという感じもするのです。もちろん、実際には図に描くかどうかはともかくとしても、表にまとめるときには当然、全部網羅的にリストアップすべきだとは思っています。ただ、医療に関して1点だけ。

先ほど最初の方で話が出た成人期トランジションの話にもちょっと絡む話なのですが、今回は主に子育て支援という点に着目して、できるだけはっきりと子供年齢という点に注目した構成になっていると思います。発達障害に関しても、虐待に関しても、本気を出すのは幼児期からという感じはいたしますので、そういう意味で、幼児期や小学生における小児科医との連携というも

のが中心的な医療についての課題になるというのは理解しやすい点だとは思っています。

ただし、その結果、そこに注目、強調するがために、結果的に抜けてしまっているテーマはあるように思います。それが精神疾患です。統合失調症や躁鬱病というような成人期の精神疾患というものは、そもそも素因が存在し、さらに、顕在発症する5年から10年くらい前から前駆期があるというのは常識だと思います。そして、それらの群は生まれつき神経が敏感過ぎるので、様々な精神的、身体的な不調を元々持ちやすく、かつ、前駆期に移行した後はひきこもり化しやすいことも、ある意味、精神科医であれば常識だと思います。このあたりの精神疾患への治療という観点が、この図の中からは読み取りにくいとは思いました。もちろん、薬物療法が必要とか、いろいろ書かれているので、断片的には意図は読み取れるのですが、図として見ると、そのあたりのところがちょっと抜けがちで、発達障害と虐待の2つに分かれがちになってしまうなということは思います。

さらに、なぜわざわざ移行と言っているのかということ、中学生ぐらいのところが前駆期に移行して、ひきこもり化などをしやすいリスク期なのです。さらに、そのリスクというものは20歳前後である顕在発症のリスクというところまでずっとリスクなわけです。そうすると、うちと精神保健福祉センターは、とりあえず18歳で棲み分けましようということにはなっていますけれども、18歳はちょうどその過渡期であったりするわけです。何が言いたいのかということ、児童相談所が18歳で切れてしまうのは大変だね、いや、それは制度的な問題は確かにあるのですが、ここでは医療的な意味で連続性が損なわれてはならない非常に重要な時期であるという点は押さえておくべきだと思うのです。そして、そうなってくると、次に考えなければいけないのは、小児科医との連携ではなく、精神科医との連携という話になるでしょう。つまり、精神疾患の早期介入というテーマが力点としては抜けがちであり、それゆえに、成人期における移行という点について、議論で一本筋が通らないところが発生し、来る課題としては、精神保健福祉センターとうちと考えると、うちと精神保健福祉センターとの間のトランジションであったりとか、あるいは精神科医との間での医療機能と相談機能の棲み分けであったりとか、そういうところもセットで考えていかなければいけないということが積み残しの課題になっているように思います。

ですから、できましたら、その辺について、身体的な意味でのヘルスプロモーションは最近有名ですけれども、34ページ以降とかに、小児期からの成人型の疾患における、早期からの疾患予防及びヘルスプロモーションや精神疾患、精神的な不調についても、トータルライフステージにおけるヘルスプロモーションという観点から連携が図られることが望ましいとか、教育との連携とかが

書かれていると、次につながりやすくて良いかなと。そして、そのあたりのところに関しては、今回中心的な課題になりにくかったので、余り議論もできませんでしたが、今後の課題として書かれていると、次につながっていいのかなと思いました。足りないシリーズということで、取り上げさせていただきました。

相原委員長

一応、トランジションの問題という面でいった場合、反田委員にも、その辺を次の課題としてどう捉えていくのか。

反田委員

私は大人を対象とした精神科医なので、この会の中で一番関係ない感じで来たのですけれども、小児科の先生がこれだけ精神疾患に関して力を入れて下さっているということを聞いて、すごく心強いと思った一方で、精神科医が実は全然小児の精神科の子たちをわかっていないということは非常に実感していて、我々の周りも診療所協会なのですけれども、若い人を対象としている人はほとんどいないです。

私は以前は高校生以上を対象としていたのですけれども、それはとても無理だということがわかって、中学生から見よう見まねでやるようになって、小児科の先生が診てくださった方が、18歳になると、では、先生お願いしますと急に来られて、これはわからないので、だったら中学生ぐらいからやっておかないといけないのだらうと思いました。

最近、この発達障害に関して、我々大人の精神科医は大人の側から見て、例えば大人の方ではADHDが最近多いのですけれども、ADHDだと、この方が子供のときにどうだったのかということを見る見方と、小児科や小児精神科医の先生がADHDなり発達障害を見て、それが大人になったときのものというのは、随分違うという印象があります。例えばよくあるのは、小児科の先生がADHDだといって紹介してくる方というのは、我々が診ると全然重くて、しかも、ADHDというよりも、むしろASDにしか見えないというような方がとても多い。このあたりで連携を深めるべきということは、小児科医と精神科医であるとか、小児科医と精神科医と小児精神科医、このあたりのところの意見のすり合わせが非常に必要な分野だと最近とても感じています。

最近ADHDと言い出すと、これは発達障害なのかということにもなってくるということがあり、そのようなことを言い出すと、先ほど片山委員がおっしゃったように、統合失調症だって同じなのではないかとなってきて、従来の疾患の分類も考え直さなければいけないのではないかとようになってきます。最初にこのところでお話を聞いたときには、別世界のような気がして、我々が普段感じて

いる発達障害はいかにその一部だったのかなとか、こんなに重い方がいっぱいいるのだということを知ったので、その辺りのところをお互い啓蒙し合う必要があるのかなという、素朴な意見があります。

相原委員長

どうもありがとうございました。

このことに関しては、時間はかなりかかってしまいますので、皆さんそういう認識があるということにとめておきたいと思います。

次に、Ⅲの「児童心理治療施設の整備」について、御質問、御意見を願います。児童心理治療施設の整備に関して、いかがでしょうか。

片山委員

答えられるのであれば、事務局からお答えいただきたいのです。

21ページにある児童心理治療施設に併設される学校に関して、どのような感じになるのか、新聞報道だと分校と書いてあって、それに関してこの場で言えることがあるのであればお願いしたいのと、仮にその内容が特別支援学校を設置する、本校でも分校でもどちらでもいいのですが、そうなった場合、今の富士見支援学校の本校が抱えているのと同じ構図になってしまうわけです。

何が言いたいのかというと、今、富士見支援学校の本校は中央病院に入院している子供に対する教育機会の提供で、旭分校は北病院に入院しているお子さんに対する教育機会の提供という形になっていたのですが、中央病院の側の小児科の長期入院患者数の減少に伴って、今、富士見支援学校の本校はどちらかというと外部、つまり、中央病院に入院していない子供に対しての教育機会の提供という場に段々変わってきているように思うのです。それで、この学校の対象は誰になるのでしょうか。児童心理治療施設の入所児童や通所児童は対象なのでしょうが、その外にも広げていくのか。その場合は富士見支援学校の本校との間で機能的に棲み分けがなされるのか否か。さらに、今、富士見支援学校の本校を利用するときには、中央病院の思春期外来にかかっていないと使えないというこのシステムに関して、同じことをやるのか、その辺りのところで様々な、特別支援学校の病弱学級の利用に関しては、現場では、混乱のようなレベルでどうなっているのだろうという思いをいろいろ持っています。うなずいている方もおられますけれども、この辺のところは、決まっていなければ、決まっていなくていいのです。これから決めていただければいいことですから。ただ、決まっていることがあるのであれば、みんな多分ここは関心を持つテーマだと思うので、言えることだけでもお披露目していただければと思うのですが、どうでしょうか。

相原委員長

では、事務局か教育委員会か、お願いしたいと思います。

小島委員

委員のお尋ねでございますけれども、対象児童につきましては、現在はこの児童心理治療施設に入所もしくは通所している子供に限って検討しているところでございます。

それから、どのような形態で導入をするのかについては、ここにあるとおり、特別支援学校を導入したいと考えてはおりますけれども、まだその段階でございます。

後藤委員

もともと富士見支援学校のある意味合いは病弱という立場で、長期は2カ月も3カ月もお子さんたちを入所させなければならない治療しかなかったわけですが、今はできるだけ短期化するというところで、特に中央病院の役割は急性期疾患になっていきますので、それが減っているということです。むしろ、今は山梨大学医学部などで院内学級という形でやっておりますけれども、血液疾患とか心臓疾患の方たちが1年とか長期間在籍している。あそこは本当は院内ではないほうがいいと思うのです。中央市が全部県内の白血病や心臓病のお子さんたちの教育を担っているという意味では、本来あそこは県でやるべきで今はどうなのかなと思っております。

うちの中央病院は、今、少し余裕ができたという中で、発達障害とか、そういった方たちの適応障害という形での外部の方を受け入れている。もともと病弱だったので、あそこにいるお子さんたちに何かあった場合に、すぐに対処できるということで私たちの病院にかかっているというルールがあった。それが今でも続いているということです。

これは質問なのですが、特別支援学校をつくるということなのですが、今申し上げたように、うちの隣接している富士見支援は病弱という立場での特別支援になっているのですが、今度の状況を見ていくと、これは情緒障害の特別支援学級をつくっていくということなのですか。

小島委員

情緒障害の特別支援学級というのは、小中学校の特別支援学級というカテゴリーだと思いますが、今は特別支援学校で検討がされているということです。

後藤委員

間違えていたら申し訳ないのですが、目の不自由な方は盲学校、耳の不自由

な方は聾学校、体の不自由な方は肢体で、知的に問題がある方は知的の支援学校に行くと思っているのですが、情緒学級に行っている子たちが高校に行くときもいろいろ悩むのですけれども、情緒障害の関係の子が行く特別支援学校というものはないと思うのです。勘違いしていたら申しわけないのですが、特別支援学校に行くに当たっては、何の支援を受けるのかが大きなポイントになってくると思うのですが、やはり病弱の適応障害のような形での導入、富士見支援学校と同じような形で考えていらっしゃるということですか。

小島委員

情緒障害の特別支援学級、学校というのは、委員のおっしゃるとおり存在しませんので、病弱ということで支援学校をつくって参ります。

相原委員長

よろしいでしょうか。児童心理治療施設に関して、加賀美委員から何か、一言でも二言でもお願いいたします。

加賀美委員

一言で終わらなくなりそうなので控えようかと思ったのですが、まず、発達障害という概念で物を捉えていて、発達障害と情緒障害というくくりの中で入所する子供たちという捉え方でいくと、これはもう皆さん通説になっているのですが、今、発達障害の子供たちのかなり多くがその背景に虐待がある。そういうくくり方で言えば、児童心理治療施設は様変わりをしてきていて、今は入所児童のほとんどが被虐待児なのです。虐待の重い子供たちというくくりの中になっているのだということを現実として見ていかないといけません。

つまり、何を言いたいのかというと、虐待という養育体験の問題だから、養育のやり直しが何より治療的な枠組みになっていかなければ多分改善できないと思っているわけです。したがって、今日は実は国のほうの委員会での議論をしていて、児童心理治療施設は要らないねという話まであったのです。それでも、そういう重い子供たちが現実的にいることは確かだから、今の枠組みの中で議論しようという話もありました。

基本的には、先ほど事務局からお話があったように、良好な家庭的養育環境という、今回の児童福祉法の3条の2の規定の中で乳児院も児童養護施設も児童心理治療施設も児童自立支援施設も全てそこに包含されることになる。では、良好な家庭的環境とはどういうものかという話になるわけで、そこをこれから施設養護という観点からきちんと定義づけをしなければいけなくなってしまう。大体家庭的という言葉を使ったのが間違いだと私は最初から思っているのですけれども、そういう構造の中で、やはり家庭モデルが一番その根底にあっ

て、家庭が、ほとんど形が見えなくなってしまった現代社会において、家庭をモデルにするのは、大変難しい話になってしまうのですけれども、それでも法律に規定された以上は、そこを何らかの形で明確にしなければいけないということになります。

問題は、子供たちが抱えている根本の問題は虐待の問題と申し上げたけれども、養育の問題と置きかえていいわけですよ。つまり、育て直しという意味の養育体験をすることが何よりの治療のベースだと。その上で、医療的なフォローというものがそこに機能してくるのだろうと。それがないとできないということになると、ユニットという考え方をしておられるわけですがけれども、このユニットのあり方も実質的な中身の問題がとても重要になってくるだろうと。これから細かい議論をしていかれるという話でもありましたので、そのところを含めて、一応私なりの考え方を申し上げます。

相原委員長

ありがとうございました。

もともと情緒障害児短期治療施設という情緒障害ということ自体が非常にひとり歩きしていて、情緒障害学級については自閉症の子もいる、情緒障害の子もいて、教育自体も、もともとそういう雑多な子供たちを対象とすることでは成り立たないのではないかと思うのです。だから、昔、情緒障害という言葉をつくった人は今、非常に頭を抱えていると言っていましたね。情緒障害という形がひとり歩きしてしまっている。だから、本当は情緒障害児短期治療施設などという言葉自体がもともとナンセンスで、対象児が非常に曖昧だということなのです。

だから、その辺も明確に、どういう疾患の子供たちが対象なのかということを知らなければいけないし、もう一つは、例えばそういう愛着障害のあるお子さんでも、心の問題がある子はそのときに会った段階の2倍の時間がかかると言われてるので、10歳だったら20歳まで、5歳だったら10歳まで。だから、本当は情緒障害児短期治療施設という言葉はあり得ないのだけれども、実際は倍以上かかる子供たちがこの施設ではほぼ対象になると思います。それは、小林委員はどうですか。もう一回確認だけれども、ここの施設の対象児というのは、どういう対象児なのか。今後話し合う中でもそこだけもう一回ここの施設の定義上、はっきりしておいたほうがいいと思うのです。

小林委員

これは、むしろ私は児童心理治療施設の措置機関である児童相談所長に言っていたほうがいいと思います。

浅川（優）委員

児童心理治療施設は、ここにも書いてあるとおり、児童相談所が判定会議及び援助方針会議を実施して、措置をする施設、それは児童養護施設や児童自立支援施設と同じ形で入所する形になるのですけれども、そういう中で、発達障害や虐待など、いろいろなものが絡んで、短期的な治療が必要な子供さんをこちらに入所させたほうがいいなという判断があれば、措置をします。措置をした後は、そういう子供さんがこの学校に通うことになるのかなと思うのです。

相原委員長

措置入所対象ということで、ここにちょうど17ページにある対象児ということになるのでしょうかけれども、大多数は（1）の子供たちが、かなり心理治療にこれだけのスタッフが必要な子、優先順位とすればそうなるのだと思います。

浅川（優）委員

加賀美委員からのお話があったとおり、本当に育て直しなのかなと思うのです。なかなか関わり方の難しい子供さんたちが入所するわけですので、本当に多くのスタッフが、医療的、心理的、福祉的な、あとは教育という部分で一緒になって支援をするというところにきっと効果があるのかなと思うのです。

畠山委員

お聞きしたいのですけれども、この資料の中には、児童心理治療施設の大体の入所期間というものが全く明記されていない。もちろん、育て直しですから、短い子もいれば長い子もいるのはわかるのですが、大体どのようなものと想定して、この人数に設定なさったのかお聞きしたいのですが。

井出課長

全国の各施設の状況などをお伺いしたところ、概ね2年で、厚生労働省の調査では2年4カ月というデータもあるようでございます。そのくらいが平均的な入所期間ということになります。

相原委員長

比喩だけでも、10歳であれば10年かかる。そうなると、いわゆるこの心理治療施設だけではなくて、児童養護施設であるとか、いろいろその周りの施設もちゃんと充実していなければ難しいわけですね。だから、ここだけでは成り立たないわけです。それはこころの発達総合支援センターの話も同じで、地域の中が充実しなければ、こころの発達総合支援センターに集中していく。

だから、今後事務局にもお願いしたいのは、児童心理治療施設という形の中で非常に多くのスタッフが、高度なスタッフ、あるいはいろいろな多職種連携でやれる、インテンシブにできるのだけれども、やはりこの子たちがある程度立ち直っていくには、10年とか、かなり長い年月がかかっていくという事実です。そうすると、今度は後方の施設との協調という形が非常に大事になって、そうすると、5年とか10年とか入所しているという人が出てこないようにしなければいけないのです。だから、その辺の治療計画が重要になってくる。

加賀美委員にもう一度聞きますが、治療施設以外の他の施設との兼ね合いです。

加賀美委員

大変難しい質問だと思ひまして、実は、児童心理治療施設は要らないという議論の話をさっき申し上げました。それは児童心理治療施設を経験した人たちの中にそういう意見があったということなのです。要するに、基本的には生活の中の治療という枠組みで考えるのであれば、児童養護施設をしっかりと治療型にすればよいということなのです。ここに書いてあるように、児童養護施設や通院などでは十分な治療効果が得られなかったというような言い方をしています。つまり、児童養護施設は基本ベースとして、治療型に多分ならざるを得なくなっているのです。ここにあるような、良好な家庭的環境という中に、治療というモデルが入り込んで来ざるを得ない。なぜならば、基本的にその必要のない子供たちは里親あるいは養子縁組という方向に舵を切ることを宣言したわけです。そうやって考えたときに、改めて社会的養護の体系をもう一回見直そうという議論が今、始まっている。だから、もちろん、無くすという意見と、必要だという意見と拮抗はしていますし、これからどうなるか。少なくとも私の経験則から言っても、そういう重い発達課題を持った子供たちを30人を超えた数で見るとはとても無理だと思っています。

さらに、今日の議論だと、6人が限度だと。つまり、6人以下というグループの中で生活を営む。その中で十分な、生活グループとして完結をしていくということと、治療枠を別に持っていくような体制を児童心理治療施設の形にする方がいいという議論がありました。30人も限度だろうということで、できれば24人ぐらいにしたい。つまり、6人のグループを4つぐらいまでが限度ではないのか。あとは通所ということが出てくる。つまり、山梨県のそういう子供たちのキャパシティを基準にして考えると、そういう話ではなくて、言ってみれば、施設が子供たちの治療効果を上げられる上限がそのくらいではないかという議論もありました。まだ、これはさらに議論されるところだと思います。

相原委員長

今後、その辺の人数、一応30人とありますけれども、質的な効果の問題ですね。その辺もまた今後議論を重ねていかなければいけないという御指摘でございます。

それでは、IVの「中央児童相談所の移転整備」について、御質問、御意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

これは担当の井口委員、いかがですか。

井口委員

都留児童相談所と中央児童相談所で今、合わせて定員24人の一時保護所になっているのですけれども、都留にも中央のケースが大勢入所するような状況になっております。県全体で24人という考え方で、都留の管内でも一時保護を必要とする児童が集中するようなきもあって、両方の児童相談所が定員オーバーになる状況も出てきております。都留の児童相談所の保護所は中央児童相談所の反省というか、問題点等を踏まえてつくって、個室になっておりますけれども、また新たに整備していく中では、今、都留での課題を反映させたものを整備していく必要があると思っています。

相原委員長

子育て支援課長の神宮司委員、いかがですか。

神宮司委員

私どもの課では、いわゆる児童相談所等を所管している課ということで、先ほど子育て支援という話が小林委員からもあったのですけれども、地域連携というところでいきますと、私どもの課の中に、子育て支援を担当している部署がございます。先ほどの議論の中にもありましたように、その部分まで広げると医療から福祉の方になってしまうのですけれども、児童虐待の対応につきましては、一義的には市町村で、緊急性あるいは専門性という場合に児童相談所といった中で、中央児童相談所というのは県全域を管轄するという位置付けになっています。市町村の虐待との役割分担の中に、先ほどの福祉の部分にちょっと触れさせていただきますと、発育の遅れを育児の中で心配していく中で、例えばしつけが悪いのかとか、育て方が悪いのかという、そういったところから虐待に行くというケースがある中で、母子保健の健診でそういった情報をキャッチするチャンスがあるのです。それを補完するような事業として、利用者支援事業という事業がありまして、これは通常の子育て支援、子育て相談をしているという事業よりも一步アウトリーチになる部分で、そういった子育てに不安を感じている、育児に困って相談に行きたいというよりももう少し手前で、引きこもりがちになっているような家庭に対して、訪問をして相談をしてあげ

るという事業があります。これを今、県では、専門のスタッフを3年計画で養成していくということで、県下の全市町村でそういった事業に取り組むようにしている。これも福祉部門ですけれども、子育て支援の中で、そういった虐待の早期発見に役に立つ事業ということでありまして、そこもまた市町村と児童相談所とのネットワークの中で、未然に防止していくという取り組みを進めているところであります。

相原委員長

どうもありがとうございます。

浅川委員、何か中央児童相談所の移転に関しまして言い足りないことがありましたら、どうぞ。

浅川（優）委員

さっき都留児童相談所の所長である井口委員からもお話があったとおり、虐待の件数が昨年の27年度も本当に多くて、ことしも27年度を上回って、9月の時点で1.2倍という状況になっています。ということは、虐待の件数が多いということは、重篤なケースにつきましては、一時保護も必要ということで、27年度よりも定員をオーバーしている状況が何日もあるという状況の中で、定員も多くして新しくなるというのは良かったなというところと、ここに書いてあるとおり、本当に小さなお部屋が3つしかないところに、いろいろな問題を抱えた子ども一緒に生活するということから、もっと違う問題が生じることもありますので、問題を解決しながら、都留でつくったような個室があって、集団でも活動できてという一時保護所にできたらいいかなと思うところです。

相原委員長

どうもありがとうございました。

加賀美委員

児童相談所の機能の問題に関して、今回の法改正の一番最初のテーマだったのですが、基本的には虐待で分離保護と、子供をもう一度再統合するという2つの役割を、極めて二律背反的な機能を持っているということについてどうするのかと、その機能の問題。

それから、通告のあり方を変えたということで、児童虐待相談対応件数が10万3,260件まで増えたという話でもあるわけです。そういう中で、児童相談所は大変な状況にある。混乱、混迷にある。そういう全国的な状況に対してどうするのかというところが法改正の中の一つのテーマ。

それと関連して、実は今、国のワーキンググループでやっていることは、児

童相談所の分離保護などに関しての司法関与のあり方を整理しようということで、議論して、多分、12月末ぐらいに一応の目途はつく。その次に何をするのかというと、その分野とは別に、もう一つ児童相談所のワーカーの養成のプログラムと、それから市町村のワーカーの研修の制度、その後に、この児童相談所の機能分化についての議論のはずです。先ほど申し上げたように、分離保護の機能と家族を再統合していくような機能を、同じ枠の中でやるのではなくて、それぞれ役割分担をしていった方が良いのではないのかという、そういう議論が出てくるであろうと。この機能の問題については、まだこれから進行形です。

もう一つ、一時保護の問題ですけれども、一時保護所は、今、児童養護施設を基準にして、大体ハードの問題を考えているのです。ところが、その児童養護施設等は、先ほど申し上げた良好な家庭的環境に変えろ、つまり、小規模な地域分散型のものに変えろということに多分なっていくということで、今日もその話があったのですが、一時保護所の機能の問題として、小規模な形の受け皿というものを考えておく必要がある。それもこれから議論がされるということなので、そんなことも一応お伝えをしておきたいと思います。

相原委員長

どうもありがとうございます。

一時保護という緊急避難的なものから、その統合というところまでというところ、統合というのはなかなか難しいのですね。というのは、先ほど言った虐待する親というのは、20歳を超えていますから、その人が変わるには、倍かかるとなると40年、40歳までですから、だから、実際はそういう施設は今は存在しないと思うので、統合は非常に難しいのですけれども、その辺はどうですか。前に府中市のNPOか何かで、そういう虐待をした親に対して関わるということをして、いわゆる公的な施設でなくてやっていたところが、もう10年以上前にありましたけれども、今はそういうものが実際にあるのですか。その親に対して、ないのでしょね。だから、あり得ないと思うのです。実際に20歳を超えた人に関わり、その人たちが変わっていくことはあり得ないので、統合というのは名ばかりだと思いますけれどもね。非常に難しいですね。なかなかそこが解決できない話になっているとは思いますが。ここではここだけの話にしておきます。

次に、VIからVIIIをまとめて、30ページからです。先ほどからもう、ライフステージに応じたというところの話にはなっていますけれども、その他にいかがでしょうか。

片山委員

これは委員会のここまでの議論とは全く関係のない、個人的な思いだと思います。

て聞いていただければと思うのですけれども、今回、児童福祉法の改正で、子供は発達する権利があると明記されるようになったので、是非その辺のところは、文面にちょっとでもいいですけれども入れてほしいと思います。基本理念のところまで書きかえるのは難しいかもしれませんが、やっぱりアピールしたいところは子育て支援なのだと思いますけれども、子育て支援の対象は親であって子供ではない。理屈上、そうですね。ですから、基本理念のところまで書き換えてほしいとは言いませんが、どこか文面で、IとかVIとかVIIとかVIIIとか、子供には発達する権利があるという感じの文面が1行くらい入っていると、山梨県もちゃんと全国レベルの議論についていっているという格好がつくので、そうしていただければと思います。

相原委員長

どうもありがとうございます。その他にいかがでしょうか。

加賀美委員

たびたび済みません。今後の構想ということも含めてですが、先ほど私も言った、市町村との支援協定になってくるということは、何より虐待の防止ということが根底にあります。つまり、養育の支援と当然発達障害の子供たちを未然に防止する、不適切な養育の家庭を少なくしていこうという支援の体制ということなので、その機能を担うワーカーたち、つまり、市町村のワーカーたち、これは国も支援をするのですが、まずは都道府県が支援をしていくという構造になっていくと思うのです。そうすると、その人たちのケアとソーシャルワークということに視点を置いたソーシャルスキルをどうやって身につけるのかというときに、この総合拠点、その人たちを育てるための研修のプログラムを当然求められるであろうと思っているわけです。だから、それが可能であれば、研修所、職員研修所を潰してそういうものをつくる。ここが福祉型の研修所も担っていくということにすれば、いろいろな効果が図られる可能性がある。つまり、現場を持ちながら、医療と連携しているということをおし上げておきます。

古屋委員

さっきのポピュレーションアプローチとか、ヘルスプロモーションとつながることなので、そういう大きな概念の部分に入れていただければありがたいかなと思います。

相原委員長

もう時間が迫ってまいりましたけれども、何か言い足りない方、どうぞ。

小石委員

いろいろ格調高い議論があるところで申しわけないのですが、どうしても心配なのが、今の状態のまま見切り発車していったときに、児童心理治療施設が崩壊する可能性をどうしても心配するのです。崩壊しないようにしようと思ったら、どこか医療機関が、入院も含めてきっちり支えてくれることがないと、行動の問題がかなり強くなってきて無理というときに、何ともならないことが出てきます。

残念ながら、現状としては、県内のある医療機関では、十分な治療を行わず、返してしまう現状があります。これをされてしまうと、施設は崩壊します。医療機関で十分治療を加えて、普通の環境で過ごせる状態にして返してくれないと、施設は崩壊するわけです。その辺りの共通認識ないままに、施設をつくっていくと、施設運営が困難となるのではないかとということを心配しています。

相原委員長

ワーキンググループの中では、施設の状況もちろん熟知していらっしゃるので、今後そこでのコミュニケーションをしっかりとっていくことになると思います。

あとは、全国の中でも確かに崩壊寸前とか崩壊した状況が結構あるので、その辺の事情は具体的に、把握しておく必要があるのではないかと思います。

それでは、一通り御意見をいただきました。非常にいろいろな御意見がありましたけれども、残り時間がわずかになって、そろそろ切り上げたいと思います。本日いただいた御意見について、調整する必要があるものについては委員長に一任させていただきたいと思います。御了承ください。

本日いただいた意見も含め、基本構想（案）として知事に提出する予定でございます。

委員の皆さん、5月から長丁場で、本当にお忙しい中、ありがとうございます。ここでこの会議も閉じたいと思います。

では、事務局にお返しいたします。

事務局

相原委員長、ありがとうございました。

委員の皆様には長期間にわたり御協力をいただき、ありがとうございました。本基本構想策定委員会は、今回で終了となります。

最後に、福祉保健部市川部長から御礼の御挨拶を申し上げます。

市川部長

それでは、閉会に当たりまして、一言御礼を申し上げたいと存じます。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中会議に御出席いただきまして、また、熱心な御論議をいただき、また、数多くの貴重な御提言をいただきましたことに対して、心から御礼を申し上げたいと存じます。

私どもも全国に誇り得る子供の心のケアの総合拠点を整備したいということで、鋭意、検討を進めてきたところですが、本日の取りまとめにあるようなレベル、熟度は、まさに皆様方の御協力なくしてはできなかったものと思っております。改めまして、感謝を申し上げたいと存じます。

本日をもってこの委員会は終了ということになりますが、先ほど来、お話があったとおり、ネットワークの問題等々、数多くの問題、課題があるということは認識をしておりますので、今後とも様々な局面におきまして、御指導、御鞭撻を賜りますようお願い申し上げまして、御礼の挨拶とさせていただきます。誠にありがとうございました。

事務局

以上をもちまして、第3回「発達障害等に対する総合的な基本構想策定委員会」を終了いたします。

本日はどうもありがとうございました。