

## 十一 元三 氏との Web 会議（施策構築に向けた勉強会） 議事

### ■開催日時

令和3年（2021年）8月10日（火）10:00～11:00

### ■開催場所

WEB 開催（事務局は、滋賀県公館ゲストルーム および 北新館5D会議室）

### ■出席者

十一元三 氏（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系 教授）

笹田 昌孝 氏

三日月知事

市川 健康医療福祉部長

森 教育委員会事務局教育次長 ほか関係職員

### ■内容

#### （知事）

十一先生、ご無沙汰しております。本日はありがとうございます。最初に先生より 20分～30分お話しいただいた後に、ディスカッションできればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

#### （十一先生）

はい、承知いたしました。

#### （知事）

では、笹田先生の方からも十一先生のご紹介も含めて、冒頭コメントをいただくことといたします。それでは笹田先生よろしく願いいたします。

#### （笹田先生）

私の方から、十一元三先生のご紹介をいたします。本日知事を中心とした皆さんとの意見交換会に至りました経緯も簡単に私の方からご説明させていただきます。先生は1989年京都大学医学部をご卒業になり、その後京大病院でまず麻酔科の研修に就かれ、その後精神神経科で研修されました。精神医学を志される先生が、まず麻酔科で研修されるということを私は後に知りまして、先生が臨床の視点に立ったお考えをお持ちだということに非常に深く感じ入りました。先生は大学院を終えてアメリカの大学で客員助教授として勤務の後、帰国され、2004年京都大学教授、2007年 京都大学大学院医学研究科人間健康科学専攻の教授となられて今日に至ります。

主な先生の社会活動でございます。まず文部科学省では中央教育審議会科学技術・学術審議会の専門員、またご専門分野の有識者会議、教育者会議の議長、厚生労働省では厚生科学審議会の専門員など、このほか最高裁の総合研究所の講師、地方自治体での様々な活動もされています。そして大事なことは先生と滋賀県との深いご縁でございます。先生は滋賀大学で5年間、こころの教育相談センターで5年間、また総合教育センターで教育

研修に現在も随時ご協力いただいております。そしてもう一つ大事なことでございます。先生のご専門分野で3年前、全国で4件採択の1つとしての文部科学省の高度医療人材養成プロジェクトが京都大学と滋賀県の共同研究と位置付けられ、現在も進行中であります。先生のご専門分野、児童精神医学、そして臨床科学の立場からこころの健康づくりに向けてわかりやすくお話しただけると伺っております。以上でございます。十一先生、よろしくお願いいたします。

### (十一先生)

それでは、スライドを共有して話を進めさせていただきます。本日はこのような機会を設けていただき、三日月知事には非常に感謝しております。子どものこころの健康ということですが、3つの側面を本日はお話しさせていただこうと思います。

まず、子どもたちは学校でほとんどを過ごしますので、学校でのメンタルヘルスの状況は一体どうなのかということ、2番目に今非常に話題になっております発達症、なかでも自閉スペクトラム症についてお話しさせていただきます。そして最後にこころの健康というのが、将来、成人期あるいは社会に対してどれだけ大きな影響を与えるのかということ、データをもってお示しできればと思います。

まず第一の、メンタルヘルスと学校保健についてお話しします。まず、今からもう20年前ぐらいになりましょうか。保健室に来る子どもたちって昔はケガや鼻血とかそういうことだったんですが、だんだんと心の問題で保健室を利用する人が増えてまいりまして、平成20年ぐらいには、ここにあげましたように、小中高とも体の問題より心の問題の方が多いうことが定着するようになってまいりました。心の問題というのは、担任の先生がやっておられる生徒指導、生活指導、あるいはスクールカウンセラーのカウンセリングで対応するのがよいかどうかは、心の病がどんな病であるかによって変わってくるわけなんです。心の病とメディアが一言で言っているのは、実は精神医学的に見るといろんな問題が混在していることになっています。例えばPTSDですね。事件、事故、自然災害等でトラウマ（心的外傷）を負った場合、あるいは虐待を受けて育った場合、いろんな症状が出ますが、これはいわゆる心因性と呼ばれて、たしかに心の病という名称が一番近い問題であります。それに次いで心の病としてよく取り上げられるのが、統合失調症、うつ病、躁うつ病なんです。これは誰もがかかる病気ではなくて、こういう疾患になる素因、精神医学では脆弱性と呼んでいますが、それを持つ人しかならない病気ですね。内側に体質として持っているということで、内因性と呼んで心因性とは区別しています。さらにもう一つ忘れてはいけないのが、体がベースにあって心の病になる場合です。有名なのは甲状腺の疾患ですね。甲状腺機能低下症とか、女性に特に多いですが、この甲状腺の問題はよくうつ病などを引き起こします。それ以外に月経前緊張症という病、これも非常に精神を不安定にして様々な問題を引き起こしますので、一言に心の病と言っても、心因性なのか内因性なのか、先ほど申し上げたような外因性と呼ばれる体の病気に付随す

るものなのかによって、学校がとるべき対応は全然違ってまいります。

ということで、学校で起きている心の問題の内容は一体どうなのかということなんですが、文科省は実は今までそれを調べたことがなかったんですね。漠然と心の病と書いていたわけです。そこではじめて文科省が日本学校保健会に委託しまして、平成16年から調査を開始して、各都道府県、公立、小中高等学校各10校ずつ、すなわち小学校470校、中高も470校、計1400校あまりの学校を調査いたしました。この時私は委員長としてかませていただいたわけなんですけど、冊子にまとまっております。文科省のホームページからもダウンロードできると思います。ここで膨大な結果が得られたんですが、ごくかいつまんでエッセンスだけお伝えしたいと思います。まず小学校470校で、本格的なメンタルヘルスの問題で子どもが相談に来たという件数が5,600もあったんですね。小学校の段階で、470校で5,600人、1校あたり12.1人、中学校になりますと全部で約15,000人、1校あたり30人以上。高等学校に関しましても、約14,000人ですね、1校あたり約30人ということで、ものすごい数の生徒さんがメンタルの問題で相談に来られているということがわかっています。まずその人数に驚いた次第です。

次に、どういう訴えで相談に来たのか、あるいはサポートを受けたのかということで、回答してくれた人を見ますと、やはり不登校、引きこもり、あと人間関係の問題という言い方でぼかしてあるんですけど、実際はいじめとか発達障害の問題で悩んでいるあるいははっきりと、生徒さんや親御さんから発達障害で色々と悩んでいますと言われていた場合を含め、小学校の時点ですでに、2000以上の生徒さんが発達症関連のことで悩んでおり。中学になりますと、それが6000、7000になりまして、高等学校になりますと7000、8000になっているということがわかってまいりました。相談に来た結果、医療機関に受診したらどうだと担任の先生が勧めた時に、実際に受診したという%で出しているんですが、普通生徒さんってあまり受診したがりませんし、担任の先生も学校の中でなんとか対応しようと考えがちなんですけど、そういう風土があったにしてもやっぱり行った方がいいだろうという生徒さんがたくさんいて、実際に受診している割合が小学校では54%、中高ではどちらも2/3、67%、64%ということで、病院ぎらいの先生たち、生徒たちも、やっぱり行かざるをえないと思っている人が半数ないしは2/3ぐらいいたという結果になりました。

さらにつつこんで、何科を受診しましたかということで、一部の方が回答してくれたんですが、赤字の部分を見ていただくと、だいたい精神科関連の診療科と考えていただいているんですが、小学校で既に精神科、心療内科に行こうと思った人が470校で130名ぐらいということですね。児童福祉センターで児童精神科医の診察を受けている人が80名ぐらい。それが中学校になると500名ぐらいになりまして、高等学校になりますと、1000名を超える人が精神科の診療を受けているということで、ほとんど大人と同じぐらいになっています。

ここで参考までに、当時私が、県教委の不登校相談機関である滋賀県こころの教育相談

センターの嘱託医をしておりましたので、年間に 100 名ぐらいの生徒さんが利用されるんですが、一度きっちり診断してみようということで、来た方を全員診断してみたんですね。するとふたを開けてみると驚いたことに、100 名ぐらいの利用者の 84%が自閉スペクトラム症の診断のつく生徒さんだったんですね。翌年も続けてやりますと 90%を超えました。最初自分たちも過剰診断にならないようにすごく慎重にやったんですが、やはり他府県、例えば愛知県なんかの専門医の報告を見ましても、その割合は 7, 8 割と報告していますので、滋賀県の数はすごく多いですが、これが実態であろうと。ここを踏まえて不登校の生徒さんの支援をする必要があるであろうということが明らかになってまいりました。

県もこういう状況ですし、国もそういう状況がだんだんわかってきましたので、中央教育審議会のスポーツ・青少年分科会を開こうということになりました。昔は保体審（保健体育審議会）と呼んでいたところですね。そこで私も児童精神科の代表という位置づけで委員をやらせていただいて、かなりの議論が行われたんですが、先ほどお示したエビデンスですよ、今までちゃんとした数字的エビデンスがなかったんですが、今回、大規模調査を無事に終えましたので、それがもとになって法改正が必要だということになりました。50 年間以上ほったらかしにされていた学校保健法、養護教諭の活動につきましても、養護教諭は養護をつかさどるみたいな書き方しかされていなかったんですが、そこをみっちり練る形になったようです。それで学校保健安全法という名称に改変され平成 20 年に公布されました。例えばどういうふうに変ったかといいますと、以前触れられていなかったことが非常に具体的に書かれるようになったんですが、第 9 条では、“養護教諭その他の職員は”ということで、メンタルヘルスを第一にまず担うのは養護教諭ですよというスタンスがはっきりしています。それだけでなく、その他の教職員は相互に連携し、健康相談、または児童生徒の健康状態の日常的な観察、つまり毎日顔を見て、健康観察をしてくださいということがはっきりとしています。それで健康上の問題がある時は、遅滞なく介入するということですね。それとあと 1 つが保護者に対しても必要な助言をしましょうと。もっと言うtoちゃんと学校側が保護者にリクエストを出してもいいということになっています。あともう 1 つ大きく変わった点は例えば第 10 条ですが、学校においては救急処置、健康相談、保健指導を行うということなんですが、当該学校が所在する地域の医療機関、その他の関連機関と連携を図るようって書いてあるんですね。今まで学校ってわりと閉じて、学校内の組織で対応しようとしていたんですが、それだけでは今のメンタルヘルスは追いつかないと、非常に命の危機に関わることがあるということで、校外との連携、特に地域の専門機関との連携を図って有効なバックアップをしていくべきだと、これは非常に正解だと思います。こういうふうには学校保健安全法がようやく変わって、取り組める法的な整備ができたのが現在だと申し上げていいかなと思います。ということで、まず本日の 1 つ目の話題であるメンタルヘルスと学校保健ですが、小括いたしますと、子どものメンタルヘルスは学校と地域資源が連携して対応にあたる必要があると結論づけていいかと思います。

それでは 2 セクションの自閉スペクトラム症ですね。発達症の代表にあたる自閉スペクトラム症についてお話ししたいと思います。まず近年、この障害に関しましては、色々名前が変わったんですね。広汎性発達障害と呼ばれていて PDD と略されていた時期もありますが、その後、自閉症スペクトラム障害、ASD と略したりしておりました。障害と決めつけると印象も悪いと学会の方が判断しまして、自閉スペクトラム症と呼ぶのが最近の命名になっております。ということで ASD とか PDD とか出てきますが、別に区別はございませんので聞き流していただければと思います。さて問題となる自閉スペクトラム症というのは、さきほど概念図で書いた病気のタイプ、心因性、内因性、外因性のどれなんだろうということですが、どれでもなくて脳発達の非定型性ではないかと現在は受け取られています。脳発達の非定型性とは何なんだろうということなんですが、最近、脳科学が非常に進歩しまして、現在わかっている範囲のことをお話しさせていただきますと、人間の脳というのは、社会的、対人的な対応に特化した領域がどうもありそうだとということで、それをソーシャルブレイン、社会脳というようになってきました。これ本当に最近 10 年あまりの変化です。例えば扁桃体という組織は、愛情とか感情、種の保存に非常に関わる部位なんですね。赤ちゃんに母乳をあげる際もここが関与しております。それ以外に STS、上側頭溝というんですが、相手の顔を見ている時に、相手がどんなことを考えているか、どんなことを感じているかを読みますよね。その表情を読むというのをやっているのがこの STS という場所です。それ以外に IFG、下前頭回と訳すんですが、ミラーニュートンと呼ばれていて、自分が今対面している相手のしぐさとか表情の変化を自分も同調してやってしまうと。うんうんと（相手が）頷けばこちらもつい頷いてしまうと、そういう場所です。それ以外にあげるとしますと、mPFC、これは心の中にイメージをする場所と言われてます。人が悪いことをして反省する時もここを使うだろうと。よくスポーツ選手、例えばオリンピック選手が器械体操に入る前に 1 人でぶつぶつぶやいたりとか、手でひねって手を色々動かして自分が次にやる技をシミュレートしてますけど、あれもこの部位でやっているんですね、イメージトレーニングみたいな感じで。そういう場所が、社会生活で普段使っている脳領域だということがわかってきて、だいぶ脳科学は進歩いたしました。この場所の中で、非常に重要なセンターともいえるアミグダラ、扁桃体と呼ばれる場所が細胞が十分に成熟せずに育ったり、あるいは社会脳と言われる大脳皮質が、血流ですね、ちょっと低下していたりするというケースが多いということが、自閉スペクトラム症に関してわかってきました。これだけ脳基盤についてわかっている精神科の問題ってというのは非常にめずらしい。

さて神経医学的な基盤はさておきまして、まず話題の出発点となったのは自閉症という、すごく有名な言葉なんで世界中で知られていますが、自閉症が登場したことがきっかけとなっています。もともと最初に自閉症の報告を書いたのは、今から 70 数年前ですね、ちょうど第二次世界大戦中にレオ・カナーさんというアメリカの児童精神科医ですね。ジョンズホプキンス大学病院という、今でもベストドクターズを一番抱えている病院の児

童精神科医だったんですが、彼が、病院に来る 11 名のお子さん、どうも自分の同僚の娘さん息子さんが多かったらしいんですが、その 11 名が非常にユニークな特徴を持っているということで報告をいたしました。それでその 11 名のお子さんたちというのは、2 歳から 11 歳まで、乳幼児から小学生までということですね。知的障害がある方もいますし、非常に知能の高いお子さんもいたと。バラエティーに富むお子さんなんですけど、この 11 名全員に共通していたポイントがあって、それが何かと言いますと、赤ちゃんで生まれた時から人に、具体的に言うと母親に興味を示さなかったと。親の顔を全然見ないし、泣いてぐずったりもしない。視線も合わない。抱っこしようとしても構えてくれないので非常に重く感じると、そういう非常に特殊な特徴です。第 2 の特徴は、いつも同じでないと頭が混乱してしまうということで、いつも使っているガラスコップ以外のいれ物にミルクを入れて持ってくるともう飲まない、まあそういうふうなことが起きます。この 2 点がカナーは強烈な特徴だと考えたわけですが、それ以外に言語発達も少し変わっていて、なかなかしゃべらなかったり、あるいはオウム返しばかりしたり、パッと聞いた難しいフレーズ、キリスト教の聖書の 1 パッセージを暗記して急にしゃべり出したり、あるいは子ども言葉をすつとばして大人言葉を話すとか、そういう明らかに特異な言語発達が見られています。それ以外の特徴としては、感覚の過敏ですね。ちょっとした掃除機の音とかでもギャーと泣き出してしまったり、癩癩を起こしてしまったりとか。そのほか記憶力が抜群であるとか、そういう特徴も書かれています。

今知られている自閉症のイメージがほとんどここに記載されていますが、ひょっとしたらご存じの方もおられるかもしれませんが、1980 年ぐらいでしたでしょうか、アメリカでレインマンという映画ですね。ダスティン・ホフマンさんが主演してましたけど、それで見事にこの自閉症のイメージを再現してくれているわけですが、そういうケースがカナーが最初に報告した自閉症の人たちの臨床像でした。ずっと結局カナーの影響が強く残って、最終的にはこの対人的な孤立と同一性保持という、いつも同じでないといけないというこだわりですね、この 2 つが最重要視されるようになりまして、現在の診断基準をまとめますと、結局 2 点に集約できるんだと。ASD の人は、その 2 点は何かと言いますと、少しややこしい言葉ですが、「対人相互的反応」、「対人相互性」と略させていただきますが、その障害だと。一体これは何かというと、対人相互性というのは、人間というのはやはり人と暮らしているわけで、人と暮らしている以上、相手とか、身の回りの他者と自然に反応しあう能力を生まれつき持っているということですね。やっぱりすれ違おうとぶつからないようにお互いサッと無意識にかわすとかですね、朝、「やあ」と向こうが片手をあげますとこっちもそれに合わせて呼応すると。ハイタッチなんかもそうかもしれませんね。そういうふうに相手と自分が常に響き合いながら暮らしているというのが、これ無意識にやっているわけなんですけど、これはどうも社会性の基盤であろうというわけですね。それで先ほどの社会脳という研究も進んでいきました。そして第 2 の基準は、こだわりです。何にこだわるかということと完全不変でないといけない、いつもと一緒でないとい

けないと。5人兄弟の人形があったとしますと、そのうちの何名かが帽子をかぶった人形であれば、残りも帽子をかぶっていないと気が済まないとかですね。とにかくピシッとそろえる、同一性というのに非常にこだわります。過剰に没頭したり、同じ行動を反復したりすることですね。これが症状にも見えますが、これがプラスに出るとすばらしい専門家になると、そういうこともございます。ちょっと駆け足ですが、出発点の自閉症の問題から、最新の診断基準は、この2ポイントに集約されますということで、カナーが書いた自閉症よりはるかに広い概念になっているんですが、根本としては一本筋が通っていると、そういった形になっています。これは有名な発達心理学者のメルツォフさんのサイエンスにのった論文なんですが、赤ちゃんが時々親の模倣をするというのを初めて発表した論文です。当時赤ちゃんというのは目もよく見えていないと言われていたんですが、よくよく観察すると親が赤ちゃんをあやしに顔を持ってくると赤ちゃんもちゃんとじっと見るんですね。人が来たら人の方を見るというのが初期の対人反応です。さらに見るだけでなくたまに親のやるしぐさ、口開けとか口すぼめとか、舌出しとか、まねることがあるんですね。新生児模倣と呼ばれています。先ほど診断基準としてお示ししました、対人相互的反応のもっとも初期の形態、そういうふうに言えます。すなわち自閉スペクトラム症の人は0歳の時から特徴があらわれていることが多いということが言えます。自閉スペクトラム症の臨床像を1枚のスライドにまとめて書いてしまうとどうなるかという、今申し上げた診断基準に相当する社会性の困難、対人相互性の困難、なかなか獲得できない、就職の時に不利になりますよね、それから2番目の同一性へのこだわり、この二大特徴に加えて、診断基準にまではなっていないんですが、しばしば伴う特徴というのがいくつかございます。どういうものかという、例えばパニックを起こしやすいとか、非常に不器用でけんけんとかジャンプとかができない、三輪車がうまくこげない、手先が不器用なこともございます。よく自動販売機にお金入れる時に、片手が埋まっていたら、大人の方は片手だけで10円玉とかを入れますよね。それができなくて、うまく手の平の中でコインが扱えないという方も結構おられます。それから特殊な感覚特性と書きましたが、いわゆる感覚過敏とか、逆に痛みに全く平気な感覚鈍麻とかがあります。普通小学生がカテーテルとか受けるために太ももから血管に管を入れたりすると大泣きするんですが、一部のアスペルガーのお子さんは全く無表情で、終わるまで平気であると、そういう方が時々います。それ以外に高次認知機能のアンバランスと書きましたが、記憶力に関して申しますと、図形の記憶は非常にいい、パッと見たらすぐに覚えて後で書き直す、ところが人の顔になると何回会っても全然覚えられない、そういう機能のアンバランスがある。こういう特徴があると。

もう一点、自閉スペクトラム症に関して重要なことは、タイプ別に分けていた時期がありまして、同じASDといっても重い、施設にいる自閉症のお子さんから、アスペルガータイプから、発達症と気づかれにくいようなタイプのような人もいるというところが、現在非常に問題となっています。ただ大事なものは、自閉スペクトラム全部合わせて9.2%という

報告もあります。非常に厳密な調査です。ですのでこれは喫緊の課題だということになっています。

これはさっきのタイプに分けたときに、自閉症よりアスペルガー、アスペルガーよりそれ以外の人の方が特徴が見えにくい、見落とされやすいですよということ。ASDの人が抱えやすい困難ということで、このスライドはお時間がある時に目を通していただければと思います。

ASDを持つ人の臨床像は非常に多様であって、独特の、一般の人には一見理解しにくい資質、体質、認知処理があるので、それを踏まえて、強みを生かした活動を支援に利用するということですね。弱い人を助けるというか、強い部分を表に出してくると解決に向かいやすいと。

最後のところですが、一番何を申し上げたいかということ、幼少期のメンタルの問題が、それ以降の人生のほとんどの問題を引き起こす可能性がありますよということです。それを実証したのが、ACE Study という有名な Study があるんですが、これは逆境的児童期体験の研究で、どこがやったかということ、アメリカの保険会社の Kaiser Permanente という大手と、あとアメリカの CDC (疾病対策センター) が合同で1万7千人を対象にやったんですが、子どもの頃虐待があったかとか、親が刑務所に収監されたかとか、両親が共いないとか、9項目で、あれば1個1点なければ0点という単純なスコアリングですが、それでやりますとこういうふうに出てくるわけですが、日本でやりますと、90%の人は1個ぐらいいはあるけど、他はなかったと。1個あった人は10%、それ以外にあった人はほとんどいないということですが、少年院を母集団にして、少年たちの環境で見ると、虐待とかがなかった人は1/3ぐらいいしかなくて、1個あった、2個あった、3個あった、4個あったという人が10%から20%ぐらいい、と非常に環境が悪い。それで不思議なことにアメリカ人も少年院にいく人でなくても虐待を受けている人がけっこう多いという結果が出ています。逆境的なスコア、例えば喫煙との関係を見ますと、逆境スコアが多いほど、喫煙者が優位に増えるという統計的な結果が出てまいります。ここから飛ばしますが、アルコール依存も同じです。慢性的なうつ病も同じ、スコアが高いほど成人期にうつになりやすいということですね。それで女子のほうが高いというのはうつの特徴です。自殺、ないし自殺企図も ACE スコアと相関しています。性被害の遭いやすさも ACE スコア、逆境スコアと相関しています。薬物依存もそうです、就労困難もそうです。

今ざっとお見せしましたが、結局、現在まで得られた結論の一部は、成人期の多くの慢性疾患は、発症よりもかなり早期にあたる児童期にはすでに決定されているんです。それらには、うつ、依存症、社交不安などの精神疾患だけでなく、高血圧、心筋梗塞、糖尿病、脳血管障害、呼吸器疾患、肝疾患などの内科疾患も起こりやすくしているんだという結論です。保険会社には各疾患の保険請求がいくわけなので、正しい事実だと思います。

逆境的な児童期体験とか、あるいは発達症のお子さんがそれを見過ごされて、合わない指導、教育を受けている場合なんかは、非常に逆境になりやすい。その結果、情緒的ある

いは対人的、あるいは勉強や就労がうまくいかなくなって、そのうちに酒を飲みアルコール依存のハイリスクビヘービアになり、それが疾患レベルになり、最後死期が早まると、これがほぼ証明されたということです。ご想像のとおり、改善に要するコストはどうなるかという、早く手を打ってカバーすれば、コストも少なくすむわけですが、もうディーズになった状態で（つまり発病してしまってから）対応をしていると莫大なコストがかかってしまうという、そういう点でも早く気がついて介入するというのが重要なことはおわかりかと思います。

結論として、子どもの逆境的環境にはできる限り早期に介入して逆境緩和、必要に応じてトラウマ治療をすることが、その後の人生のQOLに大きく影響します。子どもが自閉スペクトラム症の場合は、充分な専門性を持つ支援者、ここがポイントですね、が、多職種連携をコーディネートして、家族をサポートしつつ、本人の「強み」を探索して「支えられる人を支える人」へと導くというのが一番いいやり方だというのが、現在の結論となっています。

#### （知事）

先生、ありがとうございます。多くの方々の悩みとか、まだまだ知り得ていないことを、調査に基づき、そして専門的な知見に基づきひも解いていただきました。早期に介入するという事に合わせて、やはりその特性に応じて正しく介入するということがとても重要なんだということを改めて学ばせていただきました。

本日は、県のそれぞれの担当で、教育、福祉の分野が中心なんですけど、主に、本人の強みを生かす、正しく早期に介入する役割を担う、もしくはその施策をつくるメンバーが集まっていますので、いくつか、悩みも含めてディスカッションできればと思いますので、残りの時間よろしくお願いします。

ただ、どうしても十一先生に悩みを言いたいということ、一人が話し出して10分20分話しますととても時間がなくなりますので、まずは特別支援教育を担当しています森さんの方から。

#### （森次長）

十一先生、ありがとうございます。自閉症の理解については私自身、教職もう30何年間ですけど、そのころから随分と進んできたと思っております。しかし、先生が最後までめていただきましたように、理解がないままに対応することで、後への影響がどんどん大きくなるということは本当にそうだと思っておりまして、メンタルヘルスへの脅威としてのASDと私は捉えているんですが、我々教員にとっては自閉症スペクトラムの子どもたちが人間関係をどう捉えているのか、認知の特性がどうあるのかということ、しっかりと理解することというのは、習得すべきスキルだろうと思っております。ただ果たして全員がそこまでの域に達しているかということ、まだ続いていることだと思っていて、

なんとかこの部分をしっかりやっていくということの必要性を、あらためて感じた次第です。

2つ目ですが、一方で医療との関係で、先生の方で、以前に比べて医療への相談を勧めていくというお話しをいただいたんですが、これもなかなか、今なおトラブルの元になることもございまして、高校生になって、これはやはり医療にかかるべきだろうと学校が勧めた時にトラブルになることがあります。ということは障害だからどうということではなくて、その人たちの認知特性とか世界観みたいなことを共有しきれていない者がアドバイスするのはよろしくないなと感じています。感想のようなことになりましたが。

#### (知事)

そうなんですよね。親御さんと十分な関係が築けないまま、情報の非対称性があるまま、少し一方的に医療への受診とか、特別支援教育に勧奨することが、かえって信頼関係を崩してしまい、その信頼関係が崩れたことから、その後の生活、教育、発育に影響するという事例がたくさんありますので、そういう意味でも十一先生が説いていらっしゃる、あるいは専門的にご研究いただいているこういう分野の理解をさらに社会的に広めていくということが重要なんですよね。

#### (十一先生)

そうですね、やっぱり今おっしゃった問題というのは、昔から今でも続いておまして、それともう1つは、子どもさんがASDの場合に、家族負因の影響が強いので、お父さん、お母さんのどちらか、または両方がASDをお持ちの場合も多いんですね。そうすると独特の理解の仕方をされるので、ますます学校の見解と合わなくなるということもよく起きております。ただ、子どもさんが小さいうちは、診断にあまりこだわりすぎずに、教員の方が、他のお子さんとは少し動きが違うなと気づいたら、すでに介入を開始されたらいいと思うんですね。それで、お子さんが生き生きとして、良くなる兆候が見られた時点ではじめて親御さんとコンタクトを取られると、親御さんは気分を害さずに、最近お子さん良くなっていますと一緒に喜んでもらいながら、次のステップに進んでいくということができやすくなると思います。ただ、高校、大学と年齢があがってきますと、だんだん二次障害を起こしやすくなるんですね。それで真面目な生徒さんなのに、通りがかりの人を殴ってしまったとか、そういうことも起きたりしますので、やや医療とのつながりを急がれる段階に入ってくるかなと。よく我々は被害念慮という症状が出たら即介入体制を取りなさいというのが鉄則になっております。

#### (知事)

そういう意味でいいますと、学校に入った段階で、例えば小学校、中学校、高校、大学と、そこでわかるよりも、むしろその前の特徴だとか特性、ある意味での良さをつかむこ

とで、本人あるいは親子、世帯に寄り添うことが重要なんだろうなと思いながら聞いておりました。県でも健康福祉政策を担当しております西村さん、少しコメントなりどうですか。

#### (健康福祉政策課 西村主事)

ありがとうございます。私の方では主に生活困窮者の支援と、再犯防止を日頃の業務でさせていただいているんですけど、感想になります。生活困窮の方では、貧困の連鎖を止めるためにどういう支援ができるかというところにポイントを置いて日々業務にあたっているわけですが、メンタルヘルスの負の連鎖というところも、どう断ち切るかというところがポイントになるのかなと思って聞かせていただいております。再犯防止の点では、非行少年が非行に至るまでにどういう背景があるのかをエビデンスに基づいてお話しいただいたと思っています。その中で、日ごろなかなか医療機関にかかられることが難しい方でも生活困窮の支援員とかが、ちょっとしたサインを発見して、それを専門機関につなぐということが、負のメンタルヘルスの連鎖を断ち切ることに繋がると思うので、やはり地域福祉、地域資源と教育との連携、福祉機関同士の連携を図っていく必要があるなど、感想ですが思っておりました。

#### (十一先生)

先ほど私、有症率として9.2%という数字があると申し上げましたが、本田先生というASDの療育指導の第一人者と言われる方が、確か横浜のリハビリセンターにおられた時に、ある地域の1年間に生まれた赤ちゃんを20年ほどずっとフォローして、そのうちの何%が診断つくだらうということ、蓋をあけると9.2%と。たぶん世界で一番正確なデータだと思います。本当に身近にASDの方はおられるんですね。そういう時代ですので、ASDに関する知識が、福祉関係者、教育関係者の基礎知識になってこないといけない時期に入ったんだと思います。しかも教科書的な理解ではやっぱり対応できない部分がございます。しかし2,3ケース、ベテランの方としっかりタッグを組んで対応にあたれば、その後は充分に一人で見抜けるようになってきます。今、滋賀県さんもすごく熱心に取り組んでおられるので、経験を蓄積して行って、時々専門家にこの部分はこの理解でいいのでしょうかと確認していただければ、今以上にレベルアップがはかれると思います。

#### (知事)

法律が制定された20年前に比べますと、おかげ様で社会的な認知や理解度が広がってきていますが、とはいえ、先生がおっしゃっていただいたように、教育、行政に関係する者、あるいは広く一般に、こういう特性を持つ方々がいるという前提に立った認知レベルを上げていく必要があると思いますし、教科書レベルの知識ではなくて、実践や体験値を伴ったレベルを上げていくことが大変重要だと思っておりました。ありがとうございます。

#### (十一先生)

一点補足させていただきますと、私、時々少年司法にかむことがあるんですが、いじめ自殺が起きた時に、第三者委員会として意見を求められることもございます。その時にいつも非常に悲劇だなと思いますのが、例えばある運動部に所属する生徒さんが首をくくって亡くなっていたという場合に、指導された先生はよかれと思って自分の信念で指導されているんですね。ところがASDを持つお子さんは、どうしても自分から皆の前で事情を説明するなんてことが大の苦手なんですよね。それをやらざるを得ない状態に追い込まれていって、ついに遺書を書いたということなんです。だからやっぱり正しい知識がないと、生徒さんの行動の意味を誤解しますし、果ては、教員の善意でやったことが最悪の結果につながることもあるので、やはりちゃんとした知識を持つことが重要だと痛感します。

#### (知事)

ありがとうございます。今おっしゃったこと、我々肝に銘じたいと思います。

#### (健康福祉政策課 清水係長)

最後に小括の3でおっしゃいました、専門性を持った支援者の育成ということで、私も生活困窮者支援の業務などを担当させていただいているのですが、スライドに書いてあります多職種連携であるとか、家族全体への支援が今非常に重要になっております。その中で先生がおっしゃっている「専門性をもつ支援者」というイメージをもう少し詳しく教えていただきたいということと、その育成のためにどういった方策が必要なのかということをお教えいただきたいと思います。

#### (十一先生)

そもそもの原因を辿りますと、日本が医学のインフラが十分にできていなかったということなんです。例えばアメリカに行きますと、精神科のプロフェッサーだけで4名ぐらいいる大学がざらにあります。この4名というのは例えば、老年期精神医学、児童精神医学、司法精神医学とか分かれているわけですね。それぞれが深く追求していくと。ところが日本というのは、東大でも京大でも精神科があったら一つだけということなんです。ということなので学生の時代に充分な発達に関する教育ができない状況になっています。専門性を高めていくのは大学を卒業してからということになるんですが、多職種連携ということを私はキーワードとして申し上げましたが、それは漠然と医療関係者が集まる、ドクター、ナース、リハが集まるんだということではなくて、もっと全然違う多職種、例えばケースワーカーの方に入ってもらおうとか、法曹関係の人、裁判所の調査官の方に入ってもらおうとか、そういう社会の色々な分野の方にも入ってもらって、ASDの知識を高めてもらって、実習にもちょっと参加してもらおうという形を考えております。そうすると、一

人では不可能であったことが地域をまたいだネットワークでもいいので、それを利用することによって解決する、単に診察室、カウンセリングだけではできなかったサポートが可能になって非常に合理的で、支援によって独り立ちできるまでの期間が短くて済むこととなりますし、医療づけにならずに済んで、結果的にはコスト面でも支援される方は随分助かるのかなと思います。

#### (知事)

ありがとうございます。そういった日本の大学教育のまだまだ課題があるということとあわせて、社会の中で、それぞれの地域の中でネットワークをつくりながら情報交換し、本人ですとか、ご家族ですとか、困りごとのある方々を中心にサポートする体制を試行錯誤の中で、つくり高めていくことから始めるということなんですよ。

#### (十一先生)

そうですね。その際に、例えば京都大学は発達症に古くから取り組んできて、そこは得意なんですけど、我々は睡眠学という点では不十分なんですよ。ところが滋賀医科大学さんは睡眠のプロを今までたくさん養成されてきて、医療に必要な知識をお持ちなので、滋賀医科大学さんのチームと連携を組んでやると、ますます患者さんに対して質の高い支援を提供することができる。お互いの強みを利用し合える関係をつくって、かなり専門的な問題にも対応できるということを考えています。

#### (知事)

例えばご質問された清水さん、目の前の困窮された世帯の支援のために、京都大学とか滋賀医大の睡眠学だとか、児童精神医学の先生のサポートを得ながら、知見を吸収し向上させていく発想ってありますか？

#### (健康福祉政策課 清水係長)

今まで教育と福祉の連携みたいなところは頭にあったんですけど、なかなか医療との連携というところまでは思いが至っていなかったというか、発想としてちょっと弱かったなというのがありますので、今日のお話を聞いてその部分が重要だなと考えさせられました。

#### (知事)

一番最初に話された学校保健安全法の改正などもあり、多くの時間を学校で過ごす学齢期の子どものたちの日常の様子を観察しながら、早期発見だとか、特徴をつかむ色んな連携をつくっていく必要性をお話いただきましたが、中尾さん、保健体育などを担当している養護教諭の存在だとか、責任、役割というところの先生のご研究に対してご感想な

りありますか。

#### (保健体育課 中尾指導主事)

私は 3 月までは現場の小学校におりまして、実際に保健室で子どもたちと接していました。先ほどお話ありましたように、入口は体のことですが、お話を聞いていく中でやっぱり心のこととか、家族のこととか、そういったことで来室が多いです。そこをもちろん一人で受け止められないので、学校内で連携させてもらって、その後医療機関であるとか、適切な機関につないでいくというのが私たちの一つの大きな役割なのかなと感じています。

それで困っていることとか、先ほど医療と教育の連携ということをおっしゃっていたんですけど、なかなか子どももメンタル的なことを医療につなぐというのがハードルが高くて、引き受けていただけたところも少なく、学校医の先生にご相談させてもらって、そこからワンステップおいて医療につないでいただく、やはり医療でも精神科というのはなかなか難しいので、一旦小児科に通っていただいて、かかりつけ医さんからご紹介いただくという形をとることが多くて、今お話ありましたように、数が多くなってきていますし、不登校も低年齢化してきていて小学校の段階から増えてきているのが事実ですので、適切な見極めと適切な関係機関への連携というのが必要なのかなと感じています。

#### (知事)

そういう意味で、学校の養護教諭の、例えば見守り体制の強化ですとか、学校に入る前の、例えば幼稚園とか保育園とか、何歳児健診の時などでの発見、そういう体制の強化が必要なんじゃないかなと思っていたところなんですけど、そのあたりはどうでしょうか。

#### (十一先生)

おっしゃるとおり、その体制ができればぐっと、もっとより早く気づきを受けて対応してもらえる子どもが出てくると思うんですね。ところが幼稚園、保育園、というのは、まだ小学校ほど、先生方に発達症の意識が少ないというのが現状なんですけど、ただ現象とすれば、この子いつも体をくねくねさせているとか、偏食が極端だなどという形で、ASD のサインには気が付いてもらえるんですね。そこからどうしたらいいかにつながっていないのが現状だと思います。進んだ地域では、小学校への申し送り体制をちゃんとつくっているんですね。堺市の一部の保育園とか。小学校に入るというのは、一部の ASD の子どもにとって拷問のような試練なんですね。急にはじめて集団生活に入らないといけない。しかもあれやっちゃいけないけど、こうしないといけないとか、規則づくめで本当に参るわけなんですね。それにちゃんと学校の方がソフトに受け止めていける体制をとっていただけたら、学校生活は違ったものになりますので。

(知事)

ありがとうございます。非常に貴重なお話をいただきまして、やはり正しい知識を持ってそれぞれの人の強みを生かしながら、かつネットワーク、連携して。我々ありがたいことは十一先生のような最高の権威と、今日はWEBですが、こうしてお話を聞かせていただける機会をいただいて、また共同プロジェクトなどで一緒に取組をさせていただいているというのは非常に大きな強みだと思っています。ただ、それがまだ福祉レベル、教育レベル、医療レベル、もって行政レベルに深く浸透できているか、施策として具体化できているかといえば、まだまだできていない面があると思いますので、こういったところをさらに我々としても高めていきたいと思っておりますので、今後とも、よろしくご指導賜りますようお願いしたいと思います。

(十一先生)

はい、今、京都大学の方で人材育成プロジェクトに取り組んでおりまして、滋賀県さんの方からも非常に良い方を紹介いただいて、無事に履修を修了されて素晴らしい成績で現場に戻っておられますので、その方々の活躍も本当に楽しみにしております。引き続きよろしくお願いいたします。

(知事)

いろいろと広げていけるように、我々としてもしっかり取り組んでいきたいと思っております。今後ともよろしくお願いいたします。今日はありがとうございました。

以 上