

それによると、精神病圏は時代とともに 8%から 3%へと減少傾向を示し、神経症、情緒障害は 34%から 45%へと、摂食障害は 1.7%から 3.8%へと増加傾向を示し、自閉症、精神遅滞、学習障害といった発達障害圏は 28〜26%と変動が少なく、特に多動児は 7%から 11%へとそれほど増加しているわけでもなく、最近話題になっている行為障害は 2〜4%にとどまっています。摂食障害については、7年前から帯広 NABA という自助グループ活動を病院主導で開始したことが影響していると思います。

外来診療をしているものとしては、たしかに摂食障害や、不登校や身体症状、あるいはくりかえす自傷行為を訴える子どもたちはあとをたちませんが、「自閉症や多動児も増加傾向にあり、家庭内暴力、校内暴力などの行為障害も少しずつ増えてきているだろう」、という印象を持っておりまして、この結果は予想外なものでした。

新規患者がどんどん増えていくなかで、家族を巻き込み、関係者との関係を密にした連携を頻繁に取りざるをえないようになってきた背景には、障害名でなく、子どもたち一人一人への関わりに、丁寧さが求められているからではないでしょうか？

「子どもたちが変わった」という視点ではなく、「子どもたちへの関与」、これには、親や関わる専門家たちや地域への関与も含まれますが、この関与自体がきめ細かくなったといえるでしょう。

関係者が束になって支え合う、これはおそらく時代の要請なのではないでしょうか。

2) 啓発活動

そのため、毎月数回は、各地の PTA 講演や教職員研修会からお声がかかります。親御さんからは「子育ての不安が解消できるような話」を、教職員からは「子どもを理解するための心構え」といった視点での話が求められます。

「子どもは所詮、よくわからない生き物である」といった展開ではなかなか許してもらえません。私自身は、今の時代、「誰も責めないで、みなで出来ることから始められる、あるいはできるだけ関係者が孤立しないで、手を携えて仕事が出来るような」視点をもっていただけるような話を心がけています。また、「児童精神科医療」自身が、まだまだマイナーな存在であるため、窓口を広げるために、敷居を低く感じてもらえるような話を心がけています。

3) 教育・保育との連携

そのため、教育・保育関係者との連携はとても大切です。教育・保育の場は、子どもたちが集うところ、生活の場面ですから、さまざまな子どもたちの問題の第一発見場所になります。

各先生たちの力量というか「なにか気になる」というセンスを持ってもらう、あるいは向上していただくために、さまざまな学習会や研修会を開いています。特に、高等学校の養護教諭の方々とは年2回の症例検討会を5年間続けています。こうしたつき合いは、むちゃな一人抱えをしないで、子どもの相談を迅速にし、あるいは悩みながら当面支えてもらう役割を持っていただいたりと相互に助け合うことが出来るようになりました。

さらに最近では、いじめ・不登校の子どもたちの具体的な関わりについて、担任や家族との連携の橋渡しを積極的に行っています。いじめ・不登校の場合は、どうも担任あるいは学校側と家族とに感情的なもつれが生じることが少なくありません。しかし、これはほとんどがボタンの掛け違いといった誤解から生じているようです。こうした悪循環を早期に解決することもわれわれの役割です。また、「登校刺激を控える」というワンパターンの対応も多彩な背景をもつ最近の子どもたちには通用しませんから、一人一人に沿った関わりプログラムが求められます。登校刺激を意識的に加える対応や、不登校の影に親の不適切な関わりが隠れていることもあり、親への関わりを重

視することになる場合もあります。

また、多動児・学習障害児に対する学習保障の問題、自閉症児によるパニック対策など、「普通学級にいる軽度発達障害児童」に対しては、実際に学校や幼稚園・保育所を視察し、子どもたちの集団場面での様子を見てから、関係者と話し合いをする事があります。百聞は一見に如かずというだけでなく、関係者の方々と実際に顔を合わせておくことは、移動して歩く教職員と再び別の学校で出会うことが少なくないため、非常に重要になります。こうした顔つなぎによる連携作りは、結局は省エネ活動に繋がります。

われわれは、このほかにも、最近では定期的な事例検討を親と担任を中心に行ったり、心理検査や診断の結果などを家族と関係者に一緒にお話して、その後の具体的な対策を同じテーブルで始めるということを行っています。もちろんこうした動きは常に家族の承諾を得てからにしておりますが、最近では家族の方がこうした「同席対策会議」を強く望むようになってきました。

教育委員会の就学指導委員会については、市町村から要請があります。出席できないときも資料を提出するようにはしています。最近では、就学指導委員会を前に相談にくる子どもたちも増えてきます。

さらにこうした動きを側面的に援助するために、親と関係者が定期的に集まり、情報交換する会として『十勝 ADHD&LD 懇話会』という会合を月1回開いています。登録者は200名を越し、毎月に参加者は70名以上に上るという大きな会合です。ここでは、共通の情報を提供しあったり、立場別に分かれての話し合いなどを行っています。障害周辺の情報交換・入手と親同士のピアカウンセリング的役割があるようです。

4) 保健所・児童相談所・警察との連携

帯広では、7年前から性の電話相談を行っています。年間で500から700件の電話相談があります。相談者は小学生から60歳以上と幅広く、そのため相談内容のアドバイザーとして、産婦人科医、泌尿器科医、小児科医、精神科医が登録しており、相談内容によっては助言や診察の勧めをしています。よくある性感染症や妊娠の不安に加えて、近親姦、性的虐待、性同一性障害などの悩み含まれ、時に診察室で相談にのる手配をすることもあります。

ここで、保健婦さんと一緒に性的虐待をうけた子どもと関わったことが契機となり、4年前から北海道子どもの虐待防止協会に参加し、3年前から十勝支部活動として定例の学習会を開いています。ここには、保健婦さんや保育士さん、教育・医療関係者が集まり、児童相談所の職員も混じってホットな議論が交換されています。最近はこちらから、さらにCAPという子どもを大人の暴力から守る会が分家していきました。まだまだ子ども虐待という事柄に関心を持ってもらおうという啓発活動的な動きですが、定例学習会には必ず他職種が集まるので、自然と話が広がりネットワーク作りのための人的資産の発掘場化しています。

また、遠方の町村からの保健婦さんらの紹介依頼による発達障害児の診察をある市町村の保健所で行っています。こうした動きは3年目になりますが、まだまだ児童相談所や病院に直接繋がるのが難しい親子がたくさんあります。

児童相談所には、嘱託医師という立場から定期的に訪れては、各職種の方々と顔を繋いでいます。われわれの病院に児童病棟がある関係からも、一時保護では困難な子どもがいれば、迅速に入院措置を考えるようになってきました。逆に施設利用や非行少年といった場合は、児童相談所の力を借りることもあります。このほか、児童相談所には、「虐待プロジェクト」という相談会議があり、そこには弁護士、小児科医とともに児童相談所の事例検討が出来ます。

最近では、虐待や家庭内暴力の子どもへの関与として、警察と合同に会議を開いております。これは、11年に北海道警察少年課に「非行少年サポートチーム」という支援機関が生まれ、職員の対応の助言者としてお手伝いするようになってからのつき合いで、互いに関与の難しい子どもや家族への働きかけを共同して行えるようになりました。警察はまだまだ、強い説得を身上としていることがあり、心理的支援は苦手なようですが、家庭内暴力や子どもの虐待、ひきこもりなどの「非精神病性状態」において、時に力が必要な時もあるため、ネットワーク機構に入っておいていただきたい機関ですし、今後さらに理解を共有して交流していきたい部署です。

ここ2年間は、北海道早期療育システム推進事業として成立した3層構造システムの第1次機関である母子通園センターの支援や、第2次機関の知的障害児施設と共同して障害児とその家族への相談・指導的関与を出来る限りサポートしています。各地域に存在する通園センターとの連携を通して、地域性を学び、十勝圏域、オホーツク圏域、釧路・根室圏域の知的障害児施設との連携から、療育内容の多彩さを学ぶことが出来ました。

図に示したように、こうした地域ネットワーク活動を有効利用することで、児童精神科医療だけでは対応困難な事柄でも、必ず適材適所の人材は存在することを知ることが出来ました。同時に、各機関はひとつひとつ独立しては、その機能に限界があることも熟知することが出来ました。

3. 今後の課題

1) 啓発活動による地域理解

年間50件以上の講演活動を十勝周辺で行って、今年で各学校に足を入れるのは3巡目になりつつあります。ようやく市民権を得たかと思ってきましたが、どうしてどうして、地元の方々から今だに、「緑ヶ丘病院って精神科でしたよね、どうして子どもの外来があるんですか？」と聞かれます。

なにをどこまで、尋ねられるところかまだ充分にお知らせできていません。「子どもが夜寝ないで騒ぐくらいで相談してよいのだろうか？」と聞かれます。

啓発活動はまだまだ必要でしょうが、結局「児童精神科医学」の希薄な存在感といった問題が浮上してきます。

2) 早期発見と最前の対応

最近、高校生になった自閉症児の方々の初診が少なくありません。幼少時期は「通園センターに通っていましたが、就学時に普通学級で大丈夫といわれたので、その後安心していました」と母親の弁。決して順調ではなかったはずでしょうが、なんとかここまでといった感じです。あるいは、長い間、変わった子どもと思われていた「アスペルガータイプ」の方々とも最近よく出会います。

障害名で括り、障害名で縛るつもりはありませんが、子どもを追いつめないための手だてをもっと早め早めに関係者で相談できなかったのかと思います。これは、「障害＝差別」という価値観の問題を痛感します。

一方以前であれば、こうした診断名で判断できなかったと思います。私自身の診断能力を反省することにもなります。これは、基本的に「児童精神科医学」と「発達障害医学」あるいは「乳幼児精神医学」といった分野における研修システムの不在を物語っているといえます。

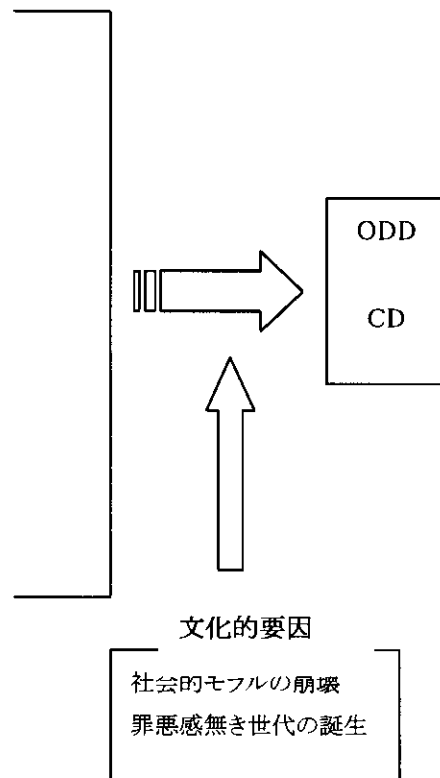
図5 病因:3つの要因の関係

子どもの特徴(生物学的要因)

	ODD	CD
遺伝性	不明	双生児研究で一卵性に高い出現率 多因子疾患の疑い
器質性		脆弱な自律神経系 神経伝達物質システムの異常 側頭葉・前頭葉機能不全
気質性	扱いにくい子ども (difficult child)	
関連する 既往症	頭部外傷 慢性的な身体疾患	
併存障害	CD	注意欠陥多動性障害 適応障害としての抑うつ状態 気分障害 不安障害 DBD マーチ 反社会的人格障害

養育を中心とした生活状況(環境因)

ODD	CD
困難な愛着成立	養育に無関心あるいは虐待の存在
過干渉・首尾一貫	養育者の精神的問題
しないあるいは厳しすぎる養育	(知的障害、うつ病、薬物濫用、反社会的 人格障害など) 安らぎのない家庭
養育との因果関係	(養育者の絶え間ない対立や離婚)
は不明確で結びつ	経済的不安、貧困生活
ける確証はないと	養育者による子どもへの社会化の強化不 いう意見もある。足(乏しい関わり、モデル的要素の低さな ど)



3)円滑な地域・人間関係の樹立による社会環境の整備

最近、注意欠陥多動性障害(ADHD)と非行あるいは行為障害(CD)、反抗挑戦性障害(ODD)との関係が取り上げられています。私自身も ADHD を持った方の精神鑑定をしたことがありますし、この障害と社会的問題との関連は少年法の改正問題とも関連し、今後の重要課題だろうと思います。衝動性を「キレル」子どもと理解されて、紹介されるあるいは我が子を連れてくる親御さんがおります。なかには、確かに ADHD と診断できる子どももおりますが、多くは、不適切な関わりを背景にした、あるいは養育者が精神障害に苦しんでいるという背景からの、育ちの不幸が少なく

ありません。そのため、私は「ADHD から反抗挑戦性障害、行為障害への移行」という単純な図式には賛同できません。私自身は図5にあるような、生物学的、環境的、文化的要因といった3つの要因が不幸にも逃げ場無く(埋め合わせされることなく)結実した結果と考えています。なかでも虐待あるいは不適切な関わりは一番のアクセルになる危険性があると思っています。

4) 狭義の専門職の力量の向上

われわれの ADHD&LD 懇話会では、先日親へのアンケート調査を行いました。多くの情報が得られましたが、ここでは、特に早期の段階における専門職の心ない助言という部分を伝えておきたいと思います。ADHD や LD の子どもたちの養育者は3歳以前からという早期から「何かが違う」と気づき、悩んでいました。しかし、全体的な知的障害でないため、早期から気づきながらも養育者はそれ以上のアクションを起こしにくく、相談しても「心配ないよ」とか「母さんの心配のしすぎ」と簡単にかたづけられたり、逆に説明もなく「養育センターに行きなさい」と決めつけられたり、しつけのせいと誤解される体験も多く、身近な人や専門家からの適切な支援が不十分であったという内容です。特に専門家による具体的でない説明、障害についての知識不足、親や子どもの気持ちを理解していないといった養育者の言葉は 真摯に受け止めなければなりません。

課題は山積しています。仲間たちは日々疲れてきています。ネットワークの広がりや頭打ちだからです。しかしそれでも、いやそれだからこそ、私の今の結論は、白衣を捨てて町に出よう、人と出会おうということです。

4. おわりにかえて

北海道のあちこちへと、訪問、視察、相談、講演と出向くたびに、「北海道は広い」と感じます。片道車で3、4時間前後がざらです。こうした長い道のりを、子どもたちと親は、定期的に、どんなに長くても 60 分程度しかない診察のために、病院に足を運んでくれます。頭が下がります。

先日、ある地域で「この距離は大変ですね」と話したら、ある母親から「子どものためですから、週1回は受診してください」といわれましたというエピソードを話してくれました。その親は、飛行機で通っているそうです。

「医療」とは、苦しむものへの利他の情から誕生したと思います。そのため、同程度のサービスが常に平等に提供されるべきです。ネットワーク活動を通して、多くの温度差を痛感します。

精神医学の父である呉先生の「この国に生まれたる不幸」という言葉は、悲しいことに未だ消えゆく言葉にはなっていません。

私は、子どもを中心において支援する立場にいる者として、兵権してカバーできるサポートシステムの整備を強く願っています。ひとりひとりの存在の思いには、上下はなく、優劣がつけられるべきことではないと思うからです。

Ⅲ. ディスカッション

質問 C: 田中先生が地域のシステムの中心にいるのがすごく大変だなと思います。私は、やはり先生には医療の現場にいてほしいと思うんです。本当にこの真ん中に医療がいていいかどうか、もし答えられたら教えてください。

田中: この図は、私の目から見た図ということで、私があちこちに手を伸ばしているという意味で書いたものですので、中に何を置いたらいいのかということは私も今考えておりません。ただ、十勝で釧路、北見、網走まで動いている中で、各市町村、各地域にきちっ

と医療が整備されていれば何のことはないというふうな思いを持っています。

私自身が知る限りでは、実は北海道でこういう地域的な活動、センターとしての仕事として動くこと以外で動いている精神科医というのは3名ほどしかいないんです。この3名で道内を歩いていると、旭川、札幌、大都市にはきちっとしたセンターがありますけれども、センターのない町については、本当に過疎です。中に何を置いたらいいのかというのは、私には思い浮かばず逆に何か教えていただければと思います。

私自身は、本当に移動療育、移動診療所みたいな感じでレンタカーじゃないけれども、トラックにスタッフ全員連れてあちこち定期的に全道を回るくらいしかあとはないのではないかと。そして、地域の力がベースアップしていけば、これは当然要らなくなっていく作業だろうというふうに思います。

療育機関や各機関がそれなりの力を遠慮なく出してゆければ、本当は問題ないんだろうなというように思っておりますが、この辺についてはいかがなものかなと思います。

司会：一応ここでプレゼンテーションは終わりにして、3人の方からいろいろな切り口でお話しをしてもらって、たくさんの共通点とか、これから少しディスカッションをしなければならぬことがあるんですよね。書いておきましたけれども、当面の課題をどうするか。もう一つは、中長期的にどういうふうに取り組めばいいのかということ、この後残っている時間を使いながら、少し私たちがディスカッションしながら、そこに皆さんも遠慮なく加わっていただいて、宮城県はこれからどういう方向でやろうかということを考えていこうではないかと思うんですね。

以上の議論を少しまとめたいと思います。

(まとめ：その1)

①子どもの問題の見立てについて

3人のお話しを聞いていまして、3人がそれぞれのご自分の活動を切り口にして今の子供たちの問題なりを見てきたわけですが、多分にその問題を見ていきますと、それこそ近藤先生の話の中では、同じ引きこもりと言われても、その中身もやはりさまざまでありまして、病気の範疇に入るもの、発達障害の範疇に入るもの、そしていわゆる引きこもりと言われている、病気でもないし、よくわからないような子供たち、大人たちがいるわけですが、そうするとそういう援助をするときにはどうしても見立てをどのぐらいきちんとするかということが大事だということです。ただただ引きこもりというのではなくて、その中身をきちんと見れる目を持った方がいなければならないし、そういうことのできる組織がなければならぬという話になりますよね。

②システム化されたサービスについて

それから、もう一つ大事なこととして、サービスを提供する側のサービスというのは、もうちょっときちんと整理されてサービスされるべきであって、ただただ必要だからとか、あるいは熱心さだけでやるものでもないし、もうちょっとクールな頭とクールな目を持ちながらやらなければならないということもありますよね。

そしてまた、引きこもりの子供たちというのは、ある意味ではソシアルスキルがないということです。ないソシアルスキルをどうやって彼らに持たせるかということもありますよね。

③連携の仕方について

それから、ほかの方々の話にもありますけれども、連携を図るといっても、多分ここ何十年も前から連携、連携と言われているんですけれども、連携ってできないんですよね。連携という言葉が出るたびに連携ができていないということの確認をお互いにし合うというパラドックスになっていると思うんですよね。そういう連携を図るときには、かなり個人的な力が必要だということになると思うんですよね。

五十嵐先生も田中先生もネットワークのつなぎ手、あるいはネットワークを動かすことについてはかなり自己犠牲的な側面を持ちながらやられたと思うんです。そんなことを思ったわけでして、そうするともっとネットワークというのは、やはり人と人がつながっていくことなので、どういうふうにつなげていくかということも大きなことかもしれません。田中先生の話の中に出ていましたように、やはりお互いにきちんと相手を知ることです。顔がちゃんとわかるとか、相手が何を考えているかわかる。ある意味でそれは顔コミュニティともいうんです。日本の社会というのは顔でとか、つながりで動く世界があります。これもある種のネットワークですけども、そういうネットワーク、そういう側面を持ったネットワークというのを私たちがどのくらい持っているか。だから、ネットワークという前に相手と知り合うことが必要だし、相手と顔を合わせる必要があると思うんです。

④乳幼児期からの小さな対応の大切さ

それから、多分それぞれに共通していることというのは、小さいときの対応だということになるかもしれません。例えば引きこもりにしても行為障害という問題にしても、それはでき上がってしまった子供たち・・・子供ではなくて、もう大人だよ。例えば荒れている中学生、あるいは物すごく暴力的になった中学生、そこに対応するのにはたくさんのエネルギーとたくさんの時間がかかるわけですよね。しかし、どうもいろいろな話をつなぎ合わせていったり、いろいろな論文を読んでいきますと、2歳とか3歳の年齢で既に問題のある子供たちは把握できるんだという研究報告がいっぱい出ているわけですよね。であればこそもっと、腕力も含めてもう少し経済的に考えたらいいかと思うんです。つまり、より少ないエネルギーとより少ない時間でもって対応できる年齢があるわけですよね。そういう視点を持って臨めばもう少し違うんだらうということも考えられるわけですよね。

⑤それぞれの専門家が力をつけること

それから、共通して言えることは、皆さんの話の中に幾つか出てくる共通点というのは、医者だけがやっていてはならないし、限られた専門職だけがこういう仕事をしていくのは、やはりどこかに限界があるということなんですよ。だからこそのいろいろな、心理職の方、保健婦の方、学校の先生とか、そういう子供を取り巻くところの、子供にかかわる人たちがどのくらい力を発揮していくか。そしてまたその人たちが担っていくスペース、ボリュームというものをどんなふうにするかということが考えられるわけで、それは多分、教育のことが出ていたけれども、そうしながらより専門的な立場の人たちを育てていくということをししないと大変なことになるだろうというお話になるわけですよね。

⑥仕事の限度と専門家の健康度

もう一つ大事なこととして、五十嵐先生と田中先生のお話を聞いていて、やればやるほ

ど仕事がふえていくと。次から次へとかかわらなければならない部分が出てくるわけですよ。それはどういうことかという、私は私なりの印象として、子供の問題というのは、実は子供だけの問題ではないということなんです。大人の問題であり、地域の問題であり、もしかしたら地域のもっと大きな上の社会の問題であるかもしれないし、あるいは国の抱えている国際化の問題も含めて、そういうもっと大きな問題とつながっているから、やればやるほどどんどん広がっていくということになるんだろうと思います。それとまた、子供の世界というのはわかりにくいから、わかりにくいからこそどんどん広げていかなければならないという二つの側面があると思うんですね。

そういう急激に広がっていくような、まるで目の前の世界が膨張するようなところで、子供の領域にかかわる人は仕事をしているんだろうと思うんですね。つまり、学校の先生であれば、いろいろな問題行動を出す子供たちがどんどん増えてくるし、その問題行動の中身はわかりられないし、その問題行動をどんなふうに手がけていいかということもなかなかつかみにくいし、そんな中で仕事をしているんですね。

つまり、自分が所属する空間が膨張していくんですね。これはどういうことかというと、そういう世界にいる人たちというのは、広がっていくこと、その中で自分が物すごく不安になるんですね。不安になるし、混乱していくんですね。だから、子供の世界にかかわる仕事、子供の仕事にかかわる人間というのは、いつも不安を持っているんですね。不安を持っているし、あるいは混乱することが多いんですよ。多分、我々児童相談所、あるいは児童福祉にかかわる人たちは、多分みんな不安を持ちながら、ときどき混乱しながら仕事をしているはずなんです。

ということは、これはある種の分離不安と同じなんです。目の前の世界が拡大していくことの不安というのがあって、ですから精神的な支えであるとか、スーパービジョンとかコンサルテーションとかそういうものがきちんとなされなければならないわけで、そうするとシステムをどういうふうにつくるかということが大事なことになるかなと思うんですね。

ですから、専門的な仕事をする人、子供の方の仕事をする人は、多分自分の仕事をする道しるべ、あるいはカンテラですね、提灯ではなくてカンテラですね。あれを持ってやる必要があるんですね。目の前がわからないわけですね。穴ぼこがあいているかもしれないし、溝があるかもしれないし、カンテラを持って仕事をしないとできないわけで、皆がカンテラを持てるような配慮が必要になりますよね。皆がカンテラを持って仕事ができる、やはりカンテラになるような何かをしなければならないし、それはもしかしたら専門的なコンサルテーションとかスーパービジョンかもしれないんですね。そういうシステムが必要になるのかなという感じがして、そう思って私は聞いておりました。そんなところが、今回大きく提起されている問題の大半ではないかと思って見ていました。

この後、せっかく3人の方にお出でいただききましたので、例えば近藤先生のご発言に対して五十嵐先生とか田中先生、意見なり、あるいはコメントなりあったらしてほしいし、五十嵐先生の発表に対して近藤先生、田中先生、意見があったら出してほしい。田中先生についても同じようにしてほしいと思うんですね。

まず近藤先生のご発表について、五十嵐先生、田中先生、思うところ、あるいはもっとこうすべきだとか、出された対策についてこのところはこういうふうにしたらいので

はないかというのはないでしょうか。

五十嵐：近藤先生のお話を伺って、なるほどなと思います。

家族療学会というのがありまして、最近出た学会の雑誌に、近藤先生と後藤先生、北海道の蔵本先生ですかね。それから、榎林先生という方がお話し合いをされて、そのお話し合いがそのまま載っているんですけども、とても読みごたえのあるディスカッションでした。私は、きょう先生のお話を伺っていて、あれだけゆっくり一人一人のケースを診ているのに、きょうの話を聞くとこんなに忙しそうに、よくその疲れている表情を外に出されないかと、私は改めて先生にそのことだけお聞きしたいなと思いました。

近藤：本間先生の方がいつも元気ですよ。僕は結構へろへろになります。ただ、1ケース1ケースにうんと時間がかかるというのは、さっき五十嵐先生が1日やったって8ケースだとおっしゃった。そのぐらいなんですよ。10分は記録を書くとするので60分で1ケース。それで9時から始めて午前中で3ケース、午後が1時から5時までで4ケース。やはり7ケース、8ケースが限度ですよ。行政職の方もたくさんおいでなのですが、相談事というのは時間がかかるということをご理解いただきたいと思います。

司会：疲れるということですが、私は別に疲れていないわけではなくて、結構疲れていることがあるんですよ。ただ、うちに帰って寝る時間が長いだけですよ。とにかく疲れているときはすぐ寝るんですよ。

先ほど副知事のお話の中にクリニックのお話が出ていて、副知事は私たちの仕事のやりかたについて大変心配してくれたんですよ。どんどんどんどんケースがたまってしまうので身動きがなくなるのではないかとということを随分心配されていて、もっとほかの人たちにもそういう技術なりそういうノウハウを伝えられるような、そういうケーススタディの組み方をしろと言われて、まだ十分できていないんですよ。

僕はこの仕事を只野先生と一緒にやっているんですけども、今、百十何ケース来ているんですよ。4月から百十何ケースですから、結構な数、来ているんですよ。中身はさまざま。ひどいものもいっぱい来ます。きのう来たケースも、市内の精神科のクリニックに行っていて、うつ病という診断をつけられてたくさんの抗うつ剤を飲んでいる高校1年生の女の子です。何度薬を飲んでも治らないと親がここに来たわけですけども、そのケースを診て思ったのは、問題の切り方、視点がどうかということなんですね。その子と1時間話をしてわかったのは、一人娘であったお母さん、そのお母さんの一人娘なんですよ。婿をとらざるを得なかったお母さんで、四十幾つまで家から出れないお母さんなんですよ。宮城県はまだまだ三世代家族がいて、そのお母さんは、実は何度も何度も家から脱出しようとしたんですよ。家から親と離れて自分の生活をつくろうとして、それができなかったお母さんですね。そのお母さんをずっと見ていた彼女は、お母さんの抑うつを背負ったんですね。そして来たんです。

彼女に僕は、「あなたがこんなに毎日起きられなくて、学校にも行けなくて、鬱々とした生活をしている中で、あなたは家から出てみたいと思わないの」と聞いたんですね。そうしたら、「出てみたい」と。1回試したんだというわけ。お母さんの知り合いのところに自分だけ行くと、でもすぐ帰ってきた。彼女はお母さんと一緒に出たかったんですね。お母さんはどう思うという話をしたら、私も実は

出たかった。でも、自分の父親の兄弟、おじさんから出るなど言われたと。その話をして、

お母さん、あなたがここに来ればいいじゃないのと言ったわけ。彼女は、そのときは生き生きですよ。つまり、どういうふうの問題を見るかなんですよ。

ですから、短かな時間でたくさん診るという相談のあり方というのは、失敗することが多いと思うんですよ。だから、丁寧にやることは必要だと思うの。しかし、同時に丸抱えでいくという考え方はおかしいですよ。ですから、私はそのケースには、まだ精神科クリニックにもかかっているし、あなたは薬も飲んでいるし、その薬の調節についてはできないし、あなたはその先生ともう少し話をしてくださいと。もしも私のところに、お母さんも含めて相談という形であれば、私はお話は聞きますよということでとめたんです。つまりどういうことかということ、クライアントの持っている力を使わなければいけないんですよ。今までの医療というのは、治してやる、診てやる、抱えてやるなんですよ。そうではなくて、クライアントもやはり自分の力を出さなければならない。

五十嵐先生が言っていたように、癒しの力というのかな、自分の持っている力を使わなければならない。だから、視点を変えなければならないんですよ。

今までの医療というのは、治してやる、上からコントロールする医療だったんですよ。そうではなくて、みんなの持っている力をどういうふうに引き出すかということです。

私たちのクリニックというのは、一応6カ月診ましよう。6カ月たったら、一応終わらましよう。それで、またどうしてもここに来なければならない、来る必要があるのであれば、もう一度契約のやり直しをしましようということをやっているんですよ。そういうことでやってみまして、どちらかというと生活支援的な、生活のサポートをするということで、実は私が診ているケース、もう半分ぐらいは終わっているんですよ。ですから、副知事から言われたことというのは、少し頭の中に残っているんですけども、本当に自分の今までやってきたやり方を変えていかなければならない。ケースも変わらなければならぬんですよ。自分たちも変わっていかなければならないということを私は随分学ばされたんですよ。だから、保健所も児童相談所も病院も、これだけ世の中が複雑になって、問題がこじれてくる中においては、ケースに変われというのは無理な話なんですよ。自分たちも一緒に変わっていくという視点を持たなければならないというふうに思ったんですよ。そういうことがうまくやれてくると、私たちは余り疲れないでやれるのではないかなと思うんですよ。勝手にべらべらしゃべりましたけれども、皆さん、いかがでしょうか。何か、今は疲れる、疲れないという話がありましたけれどもね。

質問D：近藤先生、もう少し予防的取り組みということについて、お話をしてください。

近藤：どうしたらいいのかな。さっき急いで喋ったんで十分伝わらなかったかもしれないけれども、例えば行為障害という少年犯罪に至るような子供の形成プロセスとしてADHDというのが最近注目されている。そこから一群の子がだんだんへそ曲がりかひどくなっていって、最初は猫をつついたりスタンガンで打ったり、金魚をわしづかみにして殺してみたりとか、だんだんへそが曲がっていくプロセスというのがあって、そこをどんなふうにしていくのかとかですね。

そういう研究成果というのがありますし、あとは1例1例やっていく上での積み上げがありますので、それをどんなふう施策に反映させていくかということだと思えます。私の話だけではなくて、五十嵐先生や田中先生の話の中にも予防のヒントがいっぱいあ

そういう研究成果というのがありますし、あとは1例1例やっていく上での積み上げがありますので、それをどんなふうに施策に反映させていくかということだと思うんです。ったと思うんですね。例えば五十嵐先生は、お母さんのうつのことを非常に強調していらっしゃいました。これがハイリスクだということは間違いないんですね。そのうつの背景にある、例えば一つの例ですよ。外国人花嫁さんという状況が鬱を生み出すとか。

そういうこと一つ一つがみんな反映していくと思うんですよ。すみません。ちょっとまとまらなくて恐縮なんですけれども、どうしたもんかな。

ただ、個人のパワーでやれることというのは、本当に限界がありますし、それを、特に私はこういうところで仕事をしていますから、どうやってシステムにするかということもいつも考えるのですが、やはりまずは、さっきの話に戻ってしまいますけれども、市町村レベルの横の流れがよくなる。それから、さっき本間先生がおっしゃった、もうちょっと具体的に言いますと、市町村で保健福祉と教育が最初から一緒に相談を始めますと、もう子供にかかわる職種が全部集まって研修会ができたりするんですね。そうすると、次回は子供にかかわる情報交換会にしましょうなんていって、例えば児童館で何をやっているというのは学校の先生方は全然知りません。今、学校には家庭教育をやれという仕事がほんと下りてきて、教育委員会の先生方はどうやって、そんなことやったことがありませんから、地域にそんなものを持ち出して事業をしたことなんて経験がないわけですよ。そんなときに児童館の活動とか、保健福祉の方で啓発普及になれている保健婦さんの力をかりたり、一緒に事業がやれていったりするんですね。そういうことを通して顔が見えてくる。

それまで私たちは1ケース1ケース通してつながった人を大事につくってきたんですけども、行政の展開のしようによっては、事業をやってもそういう顔が見えるということが可能になってくる感じがしております。そんなところで、一たんよろしいでしょうか。

質問 E: 保健所を使って、保健婦さんがある程度、検診のときにそういうものをスクリーニングをしていくというのは、かなり可能性が高い。そういうシステムをつくれればかなり可能性は高まるのでしょうか。

近藤: 僕は、一応大風呂敷を広げる係ですので、やれると思っています。

というか、こういう楽観的な人間な必ずいらっしゃるんです、この中にも何割か。やれるんじゃないかなと。本間先生も非常に楽観的な人でして、多分検診の場面にかかわる保健所の保健婦さんですとか、市町村支援しておられる立場の方もやれるかなという気になっている方がいらっしゃる。そういう楽観的な方のエネルギーをまず引き出して、それから緻密な人。「それは言ってもね」という緻密な意見をくみ上げていけば、乳幼児検診はかなり可能性があるのではないかと思います。

さっき田中先生の方から出ていたのかな。専門用語なんで伝わりにくいかもしれませんが、グレーゾーンというやつですね。はっきりした自閉症とはその時点では言えないけれども、何か言葉がおくれているとか。このグレーゾーンというのは、実は乳幼児検診の現場ではかなり困りものなんですね。だれもはっきりリスクがある子だとは言ってくれないし、この辺はもっとノウハウを高めていくと、まず見極めるノウハウと、そういう子たちにどういうサービスを早く始めていくのかというサービスの質と、ノウハウをもっと高め

ていくと乳幼児検診はかなりいけるのではないかと考えております。

司会：そうですね。私も幾つかそのことについて報告したいんですけども、例えば先週厚生科学研究で他県の方に集まってもらってディスカッションをしていたんですね。実は、ある県で少し前に乳幼児が死にました。覚醒剤の父親が子どもを殺してしまったんです。県議会は大もめだったらしいんです。それでその県は何をしたかという、ローラー作戦をやったんです。ローラー作戦というのは、検診の未受検者が千二百何十人いたらしいですね。それを県庁の方でやるぞと号令をかけたら、県が動く前に市町村がやってしまったという話です。つまり、未受検者というのはハイリスクであると。検診に来ない方、来れない方というのは問題をいっぱい持っている方なんですよ。その人たちというのが、多分一番のリスクですから、そこにまず入っていくと。それは多分市町村では気になっているんですよ。気になっているんですけども、動こうとするモチベーションがないんですよ。事件でもないとか動かないということだったんですね。よその話を聞いていくと、その未受検者に対しては訪問保健、ホームビジティングというのをやっていくんですよ。そんなに難しいことではないんですけども、なれていないことなんですよ。でも、市町村は結構訪問活動をしているわけですから、そこを組み合わせると、かなりリスクの高いお母さんたちと会えるんですよ。そういうテクニックは、最近随分出てきていて、そういうものがもっと宮城県の中に入ってくればいいんですよ。情報センターみたいなものは必要ですよ。母子保健のやり方、母子保健はどういうところに配慮しながらやるかという、そういう一つのモデルを示さなければならぬだろうと思うんですね。

それから、ハイリスクの話でうつのお母さんですけども、かなり産後うつのお母さんというのは多いみたいですね。私は出産したことがないからわからないんですけども、出産したことのある人は、多分何となくおかしかったと思ひ当たる人はいるんじゃないですか。その産後うつの人たちの10%から15%の方々は、抑うつがかなり長く続くみたいなんですよ。それはわかっているんですよ。

それともう一つ大事なこととして、結局グレーゾーンの子供たち、障害ではなくてね、近藤先生が言っていましたように、母子関係とか相互作用のグレーゾーンってあるんですよ。つまり、お母さんとうまくかかわれないとか、親もかかわれない。あれはアタッチメントの障害だということになるよね。そういうところは、ある程度親子の遊んでいる姿を見ればわかるはずなんですよ。ですから観察して、観察からひっかけていくというブレディクターというがあるんですよ。うまく遊べないというのがリスクの一つのファクターになるんです。そういうものを見る、つまり研修の場をもっともっと設けていけば、目が肥えてきます。

あともう一つ大事なこととして、やはり何となく将来問題を起こすようなお母さんというのは、結婚する前に既にそういう問題がちらほら出ているんですよ、出産する前に。そこまでわかっているんだから、そのわかっているものをどうやって現場の市町村の保健婦さんに教えていくかという教育的な部分が必要なのではないかと思うんですね。そんなふうに思います。

近藤：大まかにしゃべることになりますが、いいですか。

乳幼児検診でお母さんに対して質問紙をまいたという話をしました。このときは、GH

Qという精神健康をはかる質問紙をやったんですね。1年間で500何例やりましたけれども、精神不健康だった方は大体30%です。この精神不健康の中には、うつやいろいろまざりますけれども、乳幼児を抱えているお母さんの3割ぐらいは精神不健康な方がいると。これは乳幼児を抱えていない同年代の女性を比べると有意に高いということははっきりしています。

それから、いろいろわかっていることをどう現場に反映させていくんだということですね。本間先生はわかっているんですけども、さっき田中先生がおっしゃったみたいに、では医者はみんなそういうのを知っているのかということ知らんのです。たまたま知っている人がいるときは、こういう方をフルに活用するのがいいと思うし、でももっと僕らも勉強しないとイケない。ですから、専門機関、例えば児童相談所、精神保健福祉センターあたりかな、シンクタンク、勉強していろいろなことを知っていると、情報を集めて提供できる、こういう町でニーズがあったときにこういう研究があるよとか、こういう方法でやっているところがあるらしいよとか、そういう情報センターとしてちゃんと勉強していかなければならないし、それからやっている方たちをサポートしていくようなコンサルテーションやスーパービジョン、お手伝いですね。そういう活動がどうしても必要で、ではそれをほんと現場の市町村の保健婦さんたちに投げて絶対活用できないんですよ。やはり一緒に考えていくことはどうしても必要です。

さっきの話に戻ってしまいますけれども、僕の方から五十嵐先生や田中先生のお話を聞いて思ったことが一つ。私は、これはすごく大事なことですけれども、時間がなくて余り触れなかったんですがお二人が家族の援助のことをすごく強調されました。子供のケースを診るということは、もう家族を診るということにほかならないので、当面の課題として、うんと必要なのは、家族の相談のノウハウを、スキルをいかに我々が高めるかということがすごく大事だと思うんですね。

例えば引きこもりのケースでいうと、古い体質で、本人が来なければわからないから本人を連れてきてと言って家族を帰してしまうんですね。そうすると、そのケースはそれっきりです。何年もそのまま引きこもりが長期化しますね。

引きこもりに限らず子供のケースを診るということは、家族の相談をどんなふうにもうまくこなしていくかということで、これはやろうと思うと上には上がいて、うまい人はとてつもなくうまいし、これもかなりのトレーニングの要る仕事ですよ。

その家族のことをお二人が強調をされていたのが、全くそうだと思います。家族のせいにしてしまうというのは、もういい加減にしないと……。そんな悠長なことを言っている場合ではないので、そんなことはもうやめなければだめですよ。

これも言いたかったのですが、家族と子供の関係、私たち援助者と家族の関係というのは、必ず家族と子供の関係に反映するんですよ。こっちが何かちょっとつれなくやって、親切にしてもらえなくて、批判されたなんて家族が感じて帰ると、家族と子供の関係は緊張感が高まってしまいます。家族が私たちの関係で、何だかよくわからないけれども、ちょっとほっとしたとかということがあると、家の中の関係も必ず緊張が和らぐと、これはいつも連動しているんですよ。だから、家族相談のノウハウを僕らがどんなふうにも高めて下におろしていくかということをやうんと強調したいですね。

五十嵐：やはり予防のことで思うのは、市町村の保健婦さんって県の保健婦さんに対して

劣等感を持っているんですよね。それで、保母さん、今は保育士と言いますけれども、保育士の人たちは保健婦さんに劣等感を持っていますよね。学歴の違いとかね。そういう力動をちゃんとわかっていてあげる必要が、保健婦さん、特に県の保健婦さんにはあるのではないかと思いますね。いずれ県の保健婦さんというのは必要でなくなる時代が来るかもしれないし、あなたたちは失業するかもしれないと、そのくらいおどさないと、そういうことまで県の保健婦さんたちに配慮してほしいんです。

私は、市町村の保健婦さんときき合ひ続けてみて、最近はその保育士の方たちときき合うようになって、あの人たちは気づいているんです、何か直観的に。思っているんですよ。でも、こんなことを言っばかにされるのではないかと、こんなことを言うあなた知識が足りないんじゃないのか、そういうふうに言われるのではないかと。それから、保母さんから保健婦さんに話すときにも、保母さんたちは短大しか出ていないとか、保健婦さんは3年間看護学校を出て、それから1年間大学で何か勉強したとか、それだけの違いなんですけれども、その気づき、保母さんや保健婦さんの気づきに対して光を当てる仕事が、私はとても大事だと思うんですね。

後になってわかるんですよ。20年もたってから、子供がひどい強迫神経症になっていたのに、そのお母さんが産後の精神病になって、今でも山形から宮城県に通院しているんですよ。その子が二十歳になって強迫神経症から分裂病みたいになって、発病してきたんですけれども、20年前にこれがわかっていたらなと思いますね。

だから、本当に家族、当事者のそばにいる人の専門家の声を大事にして、それを吸い上げてあげられる。あなたたちがやっているのは立派だよ、その気づきはとてもすごいよと褒めてあげることが、彼女たちをエンパワーメントというか、自信を持たせて上げられるのではないかと思います。私は、本当にはっきり言えば、子供の専門家ではない人間ですけれども、必要に迫られて勉強もしましたし、教えるも乞いに行きました。今、私ができることは、そういう保健婦さんが自分で気づいたことを発表してもらうこと、それから保母さんたちが自分たちで気づいたことを言葉にして外に言ってもらうことというのを進めています。多分私ができることは、そうやって光を当ててあげること。今までだれも見つめようとしなかったところに光を当てて、これが大事なんだよというふうに言ってあげることだと思うんです。それが多分自己評価を高めてあげることにつながっていくでしょうし、それが連鎖していつ、保健婦さんたちが自分たちが診ている家族や子供たちをエンパワーメントしてあげることにつながっていくのではないかなというふうに思います。

それから、今、近藤先生がお話しされたように、次の人に伝えていくとき、つないでいくときに、行きなさいと言うだけではだめなんですよ。連絡しておくからと言って電話して、本人のいる前で電話して、相手の声を聞いて、それで何時に行けばいいか、いつ行けばいいのかということを聞いて、本人が必ずそこに行けるようにしてやることと、私はちょっとお節介過ぎるかもしれないけれども、お願いしたらお願いした場で、すぐ、きょう来たよということを私に連絡してちょうだいと。私がいなければ保健婦さんに連絡してちょうだいと言って、ちゃんと行ったかどうかを確認して、つながったことをちゃんと見届けてからでないと、不安神経症なものですから……。そうでもしないと、家族というのは、本当に困って困って、こんなことを相談していいんだろうかと思ひながら、やっとの思いで来ているわけですから、やはりつながったという確信を皆さんがちゃんと持つ必要

がありますね。

だから、五十嵐先生に紹介したからといって、先生お願いねというのではなくて、行きましたかとか、ちゃんと私に連絡して、こういう人を診てほしいんだけど、いつごろ行けばいいとか、そういうことを言われると、こちらも時間をとりやすい、お互いの関係がとてもよくなるんですよね。やはりそのつながきをきちんとしてほしいです。

それから、虐待にしても、児童相談所だって限界があって、15歳、18歳になると診れないんだったら、その後どこにつなぐかですね。どうやってその子を継続的にアフターケアしていくのか。家族もそうですよね。虐待をしていた親を、いつまで、どこまで診るのか。児童相談所は、虐待をしている親を診る気があるんだろうかという、子供しか診ないと言ったら。だから、子供を診ようとしたら家族を診なければいけないというのは当然のことであって、その覚悟が児童相談所にあるのかと思いますね。

そういうことを考えると、お互いの能力をきちんと、自分はこのぐらいのことはできるよということをわかり合う作業というのをしなければいけないだろうなということを思うんです。先ほど本間先生がご自分の事例を出されてお話しされましたけれども、うつ病の子、女子高生に薬を飲ませているその精神科医を批判するわけではないですね。若いころの私だったら、かっかとなって、かりかりきて、あんな精神科のところに行くからあんたがだめなんだよとか、あの医者ばかだからとよく言っていました。だけれども、少し大人になって丸くなってきて、批判するのもよくないなと。それよりも、患者さんを教育して、逆に患者さんが医者を教育できるようにしたら、これはいいかもしれないと思うようになりました。それは私の成長のあかしだと思っているんですけれども、だから、皆さんがケースを受け取るときに、ケースを診ている人を批判的に見るのではなくて、その人もその人なりに精いっぱい診ているのだということを理解しながら、そのケースを通して支援者の姿を見ていこうというゆとりを持つことですかね、それがあるとネットワーク化ということがとても、もしかしたらやりやすいのではないかと。患者さんを中心にするネットワーク化というのは、むしろそれこそが大事なのではないかなと思うんですね。家族だって精いっぱいつき合っているんですね。田中先生のお話の中に、自閉症の親はこんなふうになってしまうと。それも処理しようとする、同じような対応をずっととり続けるからかたくなってしまっ、パターン化してしまう。そこに新たに支援者があらわれると、その不自然さが理解できるんですよね。でもそれなりに親は親なりに努力している。みんなが努力しているんだということを認め合うことがネットワークをゆるやかなものにしていくのではないかなと思います。

司会：ネットワークのつくり方、維持の仕方、ネットワークはどんなふうになっていくのかというお話だったと思います。田中先生、今までのことを含めて、何かお話することがありませんか。

田中：お節介な医者というのはどこにでもいるものだなということで安心して聞いていまして、まさに五十嵐先生がおっしゃっていたようなことを僕も今外来でやっていまして、児童相談所に行きなさいというふうに言って失敗したケースが昔ありまして、児童相談所に行って、こんなのは大したことはないよ、もっとひどいのがうちに来るんだよと言われて傷ついて帰ってきた親におしかりを受けたことがあって、もうそれ以来児童相談所へ行くということではなくて、児童相談所のだれだれさんのところに行くんだよというふうに。

そのだれだれさんは僕がよく知っている人だからという話をして連絡をして、五十嵐先生が今おっしゃったのと同じようなことで、どここのだれそれにと、ネットワークというのは本間先生がおっしゃったように、その機関ではなくて、いまだに人的ネットワークでしか僕の中では育っていないんですね。あそこに行っても安全ということではなくて、あそこあの人は安全ということで、その人がいなくなったら次の安全な人を掘り起こしていくという地雷を踏むような話になっていくんだらうということと、まさに五十嵐先生がおっしゃったように、その職種職種に光を当てるための理論武装というか、置きかえ作業していくということが僕らとしても大事なんだらうなと。だから、会場になかなか理論武装というか、理論化していくのが難しい方がいれば、その方に光を当てるような形で、どここの幼稚園に行ったときにある保育士さんがこんなことをしてくれて、僕はそれを見ていてとても勉強になったんだという実際の話をします。そういうことがあなたたちが仕事をしていることのとてもすごいことなんだというのを一般化していかないと、自分たちがやっていることがとてもいい出会いでいいやり方なんだけれども、伝えられていかないと、自分の仕事を理論化していく、文章化していくというのは、そういった意味ではすごく大事なことで、なれていない方のためにやっていくという作業も、懇話会とかいろいろところで必要なんだらうなと思いました。

予防のことで、これは十勝が変わっているのかもしれないのですが、実はADHDとかLDと言われる軽度発達障害、自閉症ほどはっきりとした凸凹がわからないお子さんの後方視的な調査というのをこの間ちょっと保健婦さんたちとしたんですね。各市町村に、僕が外来で診ているお子さんの1歳半検診、3歳検診のときのチェックを持ってきてもらって突き合わせをしたんですが、1歳半検診、3歳検診、やはりノーマークでした。全く普通のお子さんですねということでノータッチなんですね。いつからこのお子さんがちょっと心配だわというふうに傾いていたのかというのは、1歳半、3歳検診のときにグレーゾーンにも引っかけられないというお子さんが、実際に幼稚園や小学校の違うところで我々のところに来るんだなということを学び、保健婦さんたちと相談したんですけれども、やはり今の検診システムで小児科の先生がいて、帯広市ですと本当に大会場で全員多動児みたいな状況で流れ作業のように診ていく。このシステムに難しさがあるのではないかと。

虐待に関しては、心ある保健婦さんたちが、ちょっと体を見せてと言って全部脱がせて、あざがあるかどうかだけをさり気なく見て、また着せてというようなことを一時期するようにしていました。深刻なときにですね。あるいはお母さんに何か心配な事例がある場合。それは、ここでなければできないこと、改めて病院に行ったらできないということを適材適所やっていたんですが、なかなかグレーゾーン以下になるようなお子さんの場合、検診システムを静かなところで丁寧にという、その丁寧さというのは、僕は予防的に大事なのかなということと、外来でいつも小さいお子さんのときには母子手帳を持ってきてくださいねというお話をして母子手帳を見るんですけども、母子手帳には余り情報がありません。お母さんのお話を聞くと、どうも生まれて2日ぐらいで熱が出て保育器に入ったんだけれども、母子手帳のどこにも書いていないんですね。それはもしかしたら脳炎症状があったかもしれないし、それが後のいろいろなアクシデントの引き金になったかもしれない、みたいなことを想像でしか言えないし、そんな想像でしか言えないような器質的な障害の有無を今は話題にできないなど。でも、書かれていないからよかったねみたいな

ことを言ってその場は何とかしなければならいけれども、やはり引がかかる。だから、母子手帳に記載されている内容と、本当にその子の出生前後の情報というのを、やはり我々がもっと共有しておかないと、その出産前後のリスクというものをチェックできないんだなというような思いを持ちました。

司会：今までの議論を簡単にまとめたいと思います。

（まとめ：その2）

①子どもの深刻化する問題に対応する中長期的取り組みの原点として母子保健が重要

多分当面の課題でもあり中長期的な課題でもあるのが、実は、私は母子保健だと思うんですね。今までの母子保健というのは、やはり体のことのチェックであり、栄養状態のチェックであり、病気のチェックだったと思うんですよ。あるいは、せいぜい障害のチェック、知的障害のチェックであったとか。それではもう間に合わないということなんですね。また、多分今までのいろいろな行為障害の研究であるとか、さまざまな乳幼児精神保健の研究から見えていくと、やはり母子保健に検診制度、あるいは母子保健の体制に力を入れていくのが一番経済的だと思うんです、経済的に少ないんですよ。あと、たくさんの方がいるから、この人たちをもっとトレーニングしていくことで、僕はその母子保健の産後うつ問題、あるいは虐待の早期の問題。実際虐待なんていうのは、3歳から4歳でほとんど虐待が始まっていますからね。つまり、一番リスクが高いのが0歳から3歳なんですよ。そこをきちんとカバーできれば、10年たったら健康な子が続々と出るわけですよ。このまま放っておくと、10年たったら、世の中行為障害と暴れん坊ばかりになって健康な子どもが残らなくなってゆくわけですよ。ただ、当座はそういう目の前の問題のある子供の対応をしなければならないんです。

②育児支援のためのシステミックなネットワーク作り

しかし、将来のことを考えていくと、育児支援というのかな、育児支援であり、同時に健康な子供、精神的に健康な子供をどうやって育成するかということだと思うんですね。しかも、日本の母子保健というのは、制度的にはかなりハイレベルなものを持っているんですね。そこにどういう魂を入れていくか、どういう視点でやっていくかということをやればよいと思うのね。ただ、残念ながら、ここ一、二年の間に母子保健の責任主体が市町村にという位置づけがなされたんですね。あれは、プライマリーケア市町村であって、セカンドリーとか、もっと高度の問題については市町村ではできないから、そこを県なりがやるべきだと思うんですね。その制度として、もうちょっと県が、保健所と児童相談所ともうちょっと連携をして市町村をサポートするシステムなり、教育的なことを含めたことをすればいいと思うんです。そうしたら、10年たったら平和な国になるのではないかと思います。なるよね、絶対なるよ。しばらくは漏れ残ったのがいろいろ出てくるかもしれないけれども、10年たったら宮城県と。そうすると、今の母子保健対策をもう一遍見直して、そこに必要なものを入れていく、特に教育的なところを入れていく。いろいろ後方支援をする。そうすると、私たちは前方支援ではなくて後方支援だから、少しは楽できるかもしれないと思うんですね。これが当座であり、また同時に長期的な視点になるんだろうと私は思っています。

③母親のうつ状態への対応

とりわけ、今の若いお母さんたちというのは自信がないし、自信のなさがうつ病につながっていくし、この産後うつについて研究されている吉田敬子というのがいるんだよね。

吉田敬子さんというのは、九大の精神科にしながら、福岡市の保健所にしょっちゅう出入りして、例の質問書をつくったんですよ。彼女は、ロンドンにいる日本人の女性のうつ状態と九州の博多にいる女性のうつ状態、その比較研究をしたんです。つまり、そこにいろいろ違いがあったみたいですね。うつ状態というのはなかなか見えないんですよ。この中にもうつ状態の方は何人もいますよね、きっと。多分いるよね。半分ぐらいうつ状態なんですよ。知らず知らずのうちにうつ状態になっているんですよ。うつ状態というのは、物すごくそういう意味では人間に対してリスクーなんですよ。そこがもっと意識されると、そのうつ状態から回復するのは簡単なんです、やりようが幾らでもありますからね。そういうふうなうつ状態に対してもっと関心に向けて、うつ状態のお母さんたちをどんなふうにサポートするかによって子供は健康になるんです。なぜかという、うつ状態のお母さんの対応に対して、つまりお母さんがちゃんと答えてくれないこと、応答してくれないことに対して子供は物すごく怒りを感じるわけ。つまり、アグレッションがいっぱいあそこで出るんです。アグレッションというのは、子供は自分を守るために出しているんです。つまり、うつ状態で反応してくれないお母さんに対して子供は恐怖心と怒りを感じるわけ。その怒りは自分を守るためなんですけれども、そこがやがて破壊性を伴ったアグレッションになってくるんですよ。そこは理論的に示されているんです。

だから、九州の子だって、多分今まで問題を起こしている子供たちは、自分のアグレッションを、自分の攻撃性を自分の中でうまくまとめることができなかつたんですよ。子供の時期というのは、みんなアグレッシブなんですよ。母親のおっぱいに噛みつき、いろいろがあつとやったりとか。これを健康に出させるということが、多分メンタルヘルスにとって必要なんですよ。そのくらいうつ状態の問題というのは、人間の将来に向けてとても大きな問題だと私は思っているんです。そんなことで産後うつの問題をどうするか。あとは家族支援の問題ですよ。

④包括的な家族支援のための研修

私たちは、どうしてもこの忙しい業務の中で、めんどろな問題を持ちこんでくる人たちに対して嫌悪感を感じるんですよ。おまえが来なければ、おれはもっと早く帰れるし、楽なんだと思うわけですよ。多分そうですよね。こんな不祥事を起こして、とんでもないやつだとなるわけですよ。ですから、家族に対して結構冷たい対応をしてしまうんですよ。五十嵐先生がおっしゃったような家族支援、田中先生がやっているような家族支援、そのスタンスをもう一遍持ち直すためには、我々がどんな研修を受けるかなんですよ。そういう点で、きちんと第一線の人たちを研修する、そのうつ状態、家族支援を含めてですね。それがやればいいなと私は思っております。

ところで、教育関係の人から何か一言、何かご意見、きょうのテーマ全体に対して学校のこともいろいろ出ていましたのでね。

質問 G：学校との関連について、援助や指導から漏れる子もいるわけですね。そういう部分に対する対応を含めての議論が無かったので、その辺をちょっとお話してもらえるとありがたい。

近藤：おっしゃるとおりですね。ただ、さっき小学校はちょっとなあとはいいましたけれども、中学の先生方、これ以上何かしろと言っても無理だと思うんです。拝見していても。もう精いっぱいやっていらっしゃるし、いっぱいいっぱいですよ。それで文部省が勝手にどんどん変なものをつくって下ろしてくるでしょう。だから、中学の先生方にこれ以上何かを期待してはいけないのではないかと考えていて、余り言わなかったのが一つあります。むしろ小学校の先生方はもうちょっと、将来の心配事、将来の子供の心配に敏感になっていただきたいなと思っていますね。

中学の先生方は、このところ本当に他機関をうまく使ってくださるようになってきたし、本当に一生懸命やってくくださるし、でも率直なことをいうと、やはり校長先生がいいところはいいですね。お一人お一人の先生がどんなにやる気があっても、上がそれをしっかりサポートしてあげるという雰囲気があると、全然違いますよね。さっきの話もそうですけども、直接子どもに向かい合っている担任の先生とか養護の先生をいかに楽に、余裕をもってやらせてあげるかということがすごく重要で、それにはやはり校長先生の力というのは絶大ですよ。それはいつも感じています。

田中：山梨は中学校がいいんだと、そうか中学になったら山梨に行けばいいんだと思ったんですが、十勝は小学校の方が結構いいです。というのは、小学校の先生の養護教員の会というのが十勝管内にできていて、アシの会というのですけれども、結構このネットワークが、がちとしていて、親分肌の養護教員がいるんですね。こういう方がいると、結構裏の校長のような、裏番と呼んでいるんですが、動いてくれる。それを医者はどう有効利用するかという形で作戦を練ると、小学校一、二年ぐらいからクエスチョンがつくようなお子さんを最初の1学期ぐらいは慎重に見て、さまざまな評価をしたり、いろいろな先生の目から見て、大体1年生か2年生のころには心配だというふうに事例化してくると、あとはどういうアクションを起こすかということの作戦を練るということを十勝の方では結構しています。これには何人かの先生が出勤拒否に陥ったり、校長先生が吊し上げをくらったりとかいろいろな状況がある中でようやくできてきたことがあるんですけども、当時、数年前はLDだとか多動児というのは親のしつけのせいだということで終わっていて、それで一蹴されていて、先ほどの話ではないけれども、僕も視察させてもらい、LDだと思うんですという話をしても、いや、この子がLDだったら、うちのクラスの半数はみんなLDですよ、先生。ばかなことを言っているのではないよということでけんもほろろで帰されたということもありました。やはり少しずつ研修体制や情報を提供していくと、やはりこの子は心配だというふうになってきます。そうなったときに養護の先生が旗を振ってくると、チームができて、研修部ができて、研修会を開いたり、実際に視察に行くと、この子に具体的にどうかかわろうか、しかもこの子の親は今どう考えているだろうか、そういうさまざまな議論をして、だれが、それこそ鈴をつけるか。校長ががんばろうか、養護の先生がやわらかいこうか、教育委員会を動かそうか、加配を一人引っ張ってこようか、TTを不規則に持っていこうか、空き教室を何とかなの部屋にしようか、さまざまな作戦を練って、うまくいくと学校の先生というのは基本的にすごくまじめな方が多いなというふうに思っているんで、うまくいくと2回目からは学習効果が上がって、比較的円満にいくということ、結構小学校では僕は経験しています。

逆に中学校の場合は教科担任になってしまうので、そんなに生徒に深くかかわれないの

で、何人かの自閉症のお子さんに対して養護の先生と担任の先生が、本当に持ち出しみたいな形で一生懸命かかわって、何とかかんとかやっていたらありました。僕はその先生には頭が下がるなと思うんですが、中学校に行ったら、学校に来ないんだったら不応教室に行けみたいな感じでぼんぼんと切られるような状況が、まだ中学校にはありますね。十勝の方は、小学校はそういった意味ではちょっとよいのかなと。そうやって先生の目がアップしてくると、そんなに医者をも効利用されずに、先生の力量がアップすることで安定していく。ただ、その養護の先生がいなくなるとまた出直しという人のつながりが無いということと、今、まさに近藤先生がおっしゃったように校長です。校長次第で、全然違うなというのは、視察したときの校長室に招かれてコーヒを飲む瞬間にわかりますよね。どういふ話題でくるか、どういふお人柄かというのがわかると、しばらくは伏せていないといけないかなとか、来年に期待しようとか、そういう状況もあります。

質問 H: 例えは高校なんかを見ますと、養護の先生の立場は弱いんですが、五十嵐先生のおっしゃるとおり学校では校長が大事なんですけれども、どうやって学校に入り込んでいくか。ネットワークが基本だと思うんです。だから、こうした問題を越えるためにはどうすればいいのか、この点をもう少し話してもらえるとありがたい。

五十嵐: お答えする前に、子供のことで学校に行くところの部屋に通されるかで、その学校がわかりますね。養護の先生のところ、保健室に通されて、そこで話が終わってしまう。担任の先生の隣に座って、悪いな先生とか言ってお茶を飲んで話して終わってしまう。すぐ校長室に連れていかれて、校長先生が、いやあ、お忙しいところ大変ですな、ちょっとラーメンでも食ってとかというようになると、その学校はすごいなというふうに思いますね。別にラーメンを食いたいというわけではないですけども……。

それともう一つ、お二人の先生が言われなかったのが、今の学校の先生たちの年齢構成です。団塊の世代を教育するために一度に物すごい数の人たちを雇ったんですよ。その人たちが、今、50代です。50代になっても校長にもなれず、教頭にもなれず、学年主任にもなれず、愚痴ばかりこぼしている先生が、結構学校の中をうろうろしているんですね。建設的になれない、先が読めない、どうせあと10年もたてばやめてしまうんだと。学校の先生になったときの初心者マークをつけた、太陽に向かって走れというようなああいう情熱を持った先生たちが50代にはいない。その人たちがあと10年すればやめていくはずですね。その後、また同じように団子のように教員を採用していくのかどうか。

最近私が知ったのは、教員はもう年齢制限を外したというのは、これはとてもいいことだと思いますね。だから、30歳になって学校の先生になれるとか、40歳になって学校の先生になれるとか、そういういろいろな人材を学校教育の場に運んでいけるようになると、もしかしたら先生が言われているようなネットワークを広げる意味でもとてもいいかもしれない。

市役所の職員なんかを見ても、学校の教員の免許を持っている人たちなんか結構いますしね、どこの会社に行っても学校の先生になれなかったために、いるんです、たくさん。そういう人たちが職場のメンタルヘルスなんかで話をしているときに、ふと質問をしているんですね。私が教育心理学を学んだときにこうこういふことでというようなことで質問をされる方がいて、ああそうですかといってお話を聞くと、学校の先生の資格を