

【親・家族の状況】

④ 「虐待の事実（親子関係の不調）」認識と解決への努力が見られること

- 0：虐待行為自体に何ら問題性を感じていない
- 1：全く否定、否認している。問題意識にも欠けている
- 2：内心認めていることが推察されるが、態度は曖昧にしたままである（防衛的）
- 3：一応かたちとしては認めているが認識は浅い（解決へ向けた行動は見られない）
- 4：一応の問題認識を持っている（解決への姿勢も見られる）
- 5：事実として冷静に認め、確かな問題認識を持っている

⑤ 援助を求めていること（孤立していないこと）

- 0：他者からの援助を拒否し、地域でも孤立した状況である
- 1：地域における生活形態はほぼ問題ないが、援助には積極的に拒否している
- 2：援助には消極的に拒否した態度である
- 3：一応援助を求めている態度を示している
- 4：積極的に援助を求めている（依存的要素を含む）
- 5：適宜必要な援助が求められる

⑥ 子どもへの衝動（怒り）のコントロールができること（虐待に至らないこと）

- 0：衝動性に気づいておらず、子どもに危害が及ぶ可能性が高い
- 1：衝動コントロールができず、子どもにはけ口を求めてしまう
- 2：衝動性について問題意識はあるが、“怒らせる子どもが悪い”と思っている
- 3：自分の問題としてとらえているが、主体的な努力は乏しい
- 4：主体的に解決に向けて努力はしているが、うまくコントロールができないこともある
- 5：適切にコントロールできている

※ここでいう暴力は「身体的」「心理的」双方を含む

⑦ 子どもへの認知の歪みがないこと (子どもの立場に立った見方や感じ方ができること)

- 0 : 認知の歪みから、常に子どもに憎しみ、怒り、蔑みを持っている
- 1 : 自己中心的で、子どもの気持ちの読み取りが全くできない。(例 「子どもが私を怒らせるから……」「子どもが私をバカにしている」など)
- 2 : 理屈では理解しているが、解決への努力は見られない
- 3 : あたまでは理解できていても、対応は自己中心的になりがちである(解決への努力は見られる)
- 4 : 自己中心的な見方は残していても、子どもの立場を理解しながら対応できる
- 5 : 子どもの立場や気持ちをくみ取りながら子育てができる

⑧ 親が精神的に安定していること

- 0 : 治療が必要なほど不安定である
- 1 : 常に不安定である
- 2 : ある刺激や状況に対して不安定になりやすい
- 3 : 通常は安定しているが、子育てに影響するほどの不安定な状態になるおそれもある。(環境や状況次第で予防は可能である)
- 4 : 子育ての不安・緊張はあるものの、一応安定している
- 5 : 安定している

⑨ 夫婦や家族に対して、地域・社会のモニター機能が存在すること

- 0 : 全くない
- 1 : 期待したいモニター機能はあるものの、設定と協力要請はこれからである
- 2 : モニターの存在はあるものの、不確実もしくは機能していない
- 3 : 唯一のモニター機能が存在する
- 4 : 複数の確実なモニター機能が存在する
- 5 : モニター機能は必要ない(ただし、⑤が4もしくは5の評価であること)

⑩ 家族関係や家族状況が調整されていること

- 0：そもそも子どもを物理的に受け入れる場がない
- 1：子どもを心理的に受け入れる姿勢が見られない
- 2：受け入れる姿勢はあるが、子どもが不安定になる家族の問題が残されている（問題意識は希薄である）
- 3：家族の問題は残されているが、子どもの居場所はある（問題意識はある）
- 4：家族の調整は一応されている
- 5：家族関係が良好で、子どもにとって快適な居場所が確保されている

⑪ 生活基盤が安定していること（経済面、住居など）

- 0：生活基盤が存在しない
- 1：子どもが生活していくには全く不適切な環境である
- 2：不安定な生活基盤である
- 3：生活基盤はあるが、条件次第で不安定になることも予測される
- 4：一応最低限の生活基盤が安定して確保されている
- 5：安定した生活基盤がある

⑫ 児童相談所もしくは関係機関との相談関係が築かれていること

- 0：児童相談所に敵意を抱いている
- 1：関係を築いていくことに拒否的である
- 2：拒否的ではないが、児童相談所からの強力な働きかけが必要である
- 3：不安定だが、児童相談所もしくは関連機関とは一応相談関係はつくられている
- 4：児童相談所もしくは他の関係機関と良好な関係が築かれている
- 5：児童相談所のほか、他の関係機関とも良好で関係が築かれている

【親子関係の状況】

⑬ 親子がお互いに楽しく過ごせること

- 0：お互いに、もしくは片方が関係し合うことすら避ける
- 1：親子どちらか、もしくは双方が不安・緊張を示し、険悪な関係を呈する
- 2：短時間なら楽しく過ごせるが、第三者の介在が必要である
(職員同席の短時間の面会は可能)
- 3：多少の不安・緊張は見られるが、一応家族だけで楽しく過ごすことはできる
(面会・外泊は可能だが、永続的で良好な関係はまだ難しい)
- 4：場面によって緊張を生む可能性はあるが、親の対応に任せられる範囲にある
- 5：自然な関係の中で、親子がなごやかに安定して過ごせる

⑭ 親子がお互いに肯定的に評価し合えること

- 0：お互いに、悪いイメージを持っている(他者非難的で否定的である)
- 1：どちらかが、相手を否定・非難、あるいは非現実的に理想化している
- 2：どちらかが、相手を肯定的に評価できないでいる
- 3：お互いが、否定・非難もしくは理想化が軽減してきている
- 4：お互いに現実的なイメージをもっているが、お互いに確認し合えていない
- 5：お互いに安定した信頼関係(安心感)が築かれている(確認済み)

※現実的なイメージとは、よい面・悪い面を肯定的に認識していること

第2部 プログラム作成

さて、チェックリストのチェックが終わったら、次はプログラムの作成である。「自分の中にはこんなことしなくてもきちんとしてきている」等の考え方もあるが、チーム対応を遂行していく上で共通認識、目的の共有化のためにはプログラムを目に見える形にすることが大切である。

第4節 プログラム作成の基本的考え方

- 1 プログラム作成に当たり、担当者のだれかがたたき台を作成し、複数で検討（ミニカンファ等）修正するのが効率よい。作成に当たり、迷ったり、解らなくなる等の場合、診断係長にコンサルテーションをしてもらうように。
- 2 「？」を全てなくすように調査、観察、心理・社会診断等評価をする。
- 3 ついで、重要項目（チェックリストに◎のついている6項目）を優先し、この項目の「3」以下から指導やケースワーク、心理治療等を実施すべくプログラム作成する。重要項目を引き上げる処遇をすることは、他の項目（関係する事柄が多いので）の引き上げになる。初めは重要項目が「4」とする目標設定。
- 4 重要項目6項目が全て「4」以上になった段階で他の項目（8項目）の「2」以下を「3」へすべく指導、ケースワーク、心理治療等を行う。
- 5 プログラムは処遇会議等に提出し検討する。
- 6 プログラム作成に当たり、最終ゴール点を全部「5」とし、当面はどの項目（複数）をどのポイントにするかを設定し、具体的に観察できる内容で表現する。
- 7 引き取りへ向け、及び引き取り後のプログラムの作成条件
 - ① 重要項目は全て「4」以上で、2項目に「5」でなくてはならない。
 - ② 「？」があってはならない。
 - ③ 「0～2」が一つでもあってはならない。
 - ④ 「3」が5項目以下でなくてはならない。
 - ⑤ 重要項目で4項目に「5」で、重要項目以外の項目に「3」が3項目なら長期外泊にし、引き取り後のプログラムに切りかえてもよい。
 - ⑥ 重要項目以外の項目（8項目）中「3」が2項目で引き取りを実施してもよく、ただしプログラムは継続する。
- 8 上記で条件を満たさなかった場合は、引き取り以前の問題とする。ケースワーク、教育的心理治療、心理治療等を行い再評価する。どの項目から行うのかははっきりさせ、プログラムをつくる。（重要項目から始める）当面の目標を重要項目は「4」とし、8項目は「3」以上に設定。

—資料5—

第5節 評価ポイントとプログラム、支援方法 関連表

項目	プログラム作成の条件	支援方法
第1段階 ?	「?」を優先で調査・判定をする。 ?がある限り次のプログラムには進めない。	社会・心理診断を中心とする段階 緊急の場合は親子分離
第2段階	6項目、やりやすいのから選び、当面4ポイント を目標に設定、他の8項目が0～2ポイントであ っても。	保護者：教育的心理療法、教育的 グループ、セラピー、グ ループ、カウンセリング 子：癒し（親子分離・心理治療 等）
第3段階 重要項目 の8 項目	重要項目は4以上、残り8項目0～2について プログラム作成。当面3ポイントを目指し、 やりやすいのから選ぶ。	保護者：心理療法、ケースワー ーカー面接、グ ループ、セラピー、グ ループ、カウンセリング 子：癒し（親子分離・心理治療 等）
これからは重要項目が4ポイント以上、残り8項目で0、1がないが必要条件		
第4段階 面会 8項目中 2ポイントが 4項目	第3段階でプログラム中この段階に入ることがあ る。移行が想定でき、関係機関との連携が 確保されている。この段階に入ると滑りがあ らなくなる。4項目が3ポイント以上を 達成し、残りの4項目が2ポイント以下に なると、この段階に入ることがある。	第3段階と同様に、親子分離の場 合は、親子分離の場を継続し、面 会を続ける。親子分離の場を継続 し、面会を続ける。親子分離の場 を継続し、面会を続ける。親子分離 の場を継続し、面会を続ける。親子 分離の場を継続し、面会を続ける。
第5段階 外出 8項目中 3ポイント以 上	前段階途中からこの段階に入ることがある。 全て3ポイント以上	前段階と同様に、親子分離の場 合は、親子分離の場を継続し、面 会を続ける。親子分離の場を継続 し、面会を続ける。親子分離の場 を継続し、面会を続ける。親子分離 の場を継続し、面会を続ける。親子 分離の場を継続し、面会を続ける。
第6段階 引き取り 前時 8項目中 4ポイント以 上	引き取り前時、8項目中4ポイント以上 達成し、残りの4項目が2ポイント以下 に達成し、この段階に入ることがある。	引き取り前時と同様に、親子分離の場 合は、親子分離の場を継続し、面 会を続ける。親子分離の場を継続 し、面会を続ける。親子分離の場 を継続し、面会を続ける。親子分離 の場を継続し、面会を続ける。親子 分離の場を継続し、面会を続ける。
第7段階 引き取り 後 前段の8項目 が3項目以上 達成し、残り 5項目が2点 以下	前段階の8項目が3項目以上達成し、 残り5項目が2ポイント以下に達成し、 この段階に入ることがある。	前段階と同様に、親子分離の場 合は、親子分離の場を継続し、面 会を続ける。親子分離の場を継続 し、面会を続ける。親子分離の場 を継続し、面会を続ける。親子分離 の場を継続し、面会を続ける。親子 分離の場を継続し、面会を続ける。

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「児童虐待に対する治療的介入と児童相談所のあり方に関する研究」

分担研究報告書

児童相談所と精神科医療との連携・協力に関する研究

分担研究者 小野善郎（和歌山県子ども・障害者相談センター総括専門員）

研究協力者 石田芳久（三重県中央児童相談所）
井出浩（神戸市こども家庭センター）
岡本正子（大阪府中央子ども家庭センター）
片岡純子（大阪市児童相談所）
亀岡智美（大阪府こころの健康総合センター）
中山浩（徳島大学医学部情報統合医学講座精神医学分野）
山本朗（紀南総合病院新庄別館精神科）

研究要旨

児童相談所における精神科医療の現状について全国の児童相談所を対象とした調査を行い、155 か所から回答を得た（回収率 86.1%）。

常勤精神科医が配置されていた児童相談所は 18 か所のみで、非常勤医で対応している児童相談所の多くは 1 か月の延べ勤務時間が 16 時間以下で精神科医の関与は十分ではない状況であった。精神科医の業務は児童の診察、親の指導、職員のスーパービジョン、手当等の診断書交付などが主なもので、治療的な関わりは少なかった。ほとんどの児童相談所では医学的検査、薬物療法の処方できない状況であった。

児童相談所の規模や所轄地域の特徴には著しい多様性が認められたため、児童相談所の特徴を反映するパラメータを用いてクラスター分析を行ったところ、4 つの類型に分類された（地方型、中間型、都市型、大都市型）。地方型や中間型の児童相談所には常勤精神科医がほとんど配置されておらず、また地域の児童精神科医療資源も乏しい状況が認められた。児童相談所における精神科医の必要性はほとんどの児童相談所で認められ、常勤医が配置されている都市部の児童相談所においても増員を求める意見が多く、児童相談所における精神科医のニーズの高さが示唆された。

A. 研究目的

児童相談所に寄せられる子どもに関する相談の中には、児童青年精神医学的な関与が必要と思われる例は少なくない。近年では、児童虐待の相談が著しく増加し、それに伴い被虐待児のこころのケアも重大な課題となってきた。21 世紀の母子保健のビジョンを示した「すこやか親子 21」検討会報告書には、2010 年までに全国のすべての児童相談所に常

勤の児童精神科医を置くことが目標として明記され、これからの児童青年精神科臨床の場として児童相談所の役割に大きな期待が持たれている。一方、児童相談所の現場においても精神科医療に対する期待はますます高まってきており、平成12年に全国児童相談所長会が行った全国調査において、今後児童相談所が重視すべき方向として、虐待問題への対応力の強化、クリニック機能やカウンセリング機能の重視などがあげられており、精神科医療のニーズの高さが示唆されている。

しかしながら、これまでのところ常勤医のいる児童相談所は非常に少なく、また医学的な対応にも一定のスタンダードがないため、児童相談所業務の中における児童精神科医療の位置づけは必ずしも確立していない。また、より有効なケアを提供するためには地域の精神科医療機関や保健機関との協力や連携も重要であるが、わが国の児童青年精神科医療の普及が充分ではなく、地域差も大きいいため、地域特性に応じた児童相談所の役割についても考慮する必要がある。

今回の調査では、児童相談所における児童青年精神科医療の現状について全国的な調査を行い、併せてそれぞれの児童相談所の立地する地域における児童青年精神科医療に関連した資源の現状について把握を行った。これらの調査結果を分析し、児童相談所の立地条件、規模、スタッフの構成、連携・協力している医療機関やその他の治療施設の状況などから、児童相談所における児童青年精神科医療の現状について幾つかの類型を探り、その特徴や課題について検討を加える。

B. 研究方法

1. 研究班

児童相談所、児童精神科医療機関、大学病院に勤務または勤務経験がある児童精神科医師から成る研究班を組織し、以下の調査を実施し、その結果について検討した。

2. 実態調査

全国の180カ所の児童相談所（支所、分室を除く）を対象に、調査票を郵送し、以下の項目について調査を行った（資料参照）。

1. 児童相談所のプロフィール（規模、立地条件、地域の医療資源など）
2. 児童相談所における精神科医の配置状況
3. 精神科医の業務内容
4. 児童虐待に対する精神医学的介入の現状
5. 今後のあり方についての意見

今回の調査では全体的な状況の把握を主な目的としたものであったため、児童相談所名の記入は求めなかった。

3. 結果の解析

調査の結果は、まず記述統計学的に全国の児童相談所における精神科医の配置状況や業務内容をまとめ、現状の把握を行った。また、常勤精神科医が配置されている児童相談所の特徴についても記述した。

次に、各児童相談所のプロフィールについてのデータをクラスター分析によって幾つかの類型に分類し、児童相談所の類型と児童青年精神科医療との関連について検討した。統計解析にはSPSS 10.0Jを使用した。

C. 研究結果

I. 調査結果の概要

支所・分室を除く全国の180カ所の児童相談所のうち155カ所から回答が得られ、回収率は86.1%であった。児童相談所の種類別では都道府県中央および政令指定都市の児童相談所のほぼすべてから回答が得られたが、都道府県の中央以外の児童相談所からの回収率は79.7%にとどまった(表1)。

表1. 児童相談所の種類別の回収率

児童相談所の種類	回収数	回収率
都道府県・中央	46	97.9% (46/47)
都道府県・中央以外	94	79.7% (94/118)
政令指定都市・中央	12	100% (12/12)
政令指定都市・中央以外	3	100% (3/3)
合計	155	86.1% (155/180)

1. 児童相談所のプロフィール

(1) 児童相談所の設置形態

全体の45.8%の児童相談所は単独の機関として設置されており、残りの児童相談所は他の機関と統合または併設されて設置されていた(表2)。

児童相談所に統合または併設されている機関としては、知的障害者更生相談所、身体障害者更生相談所などの福祉機関との組み合わせが最も多く、次いで保健所、精神保健福祉センターなどの保健機関との統合・併設が多かった。医療機関が併設・統合されている児童相談所は9カ所で、いずれも診療所であった(表3)。また、統合・併設の組み合わせによって分類すると、やはり福祉機関と統合・併設されている児童相談所が最も多く、次いで保健・福祉機関とともに設置されているものが多かった。医療機関や児童福祉施設とのみ統合・併設されている児童相談所はなく、これらの施設を持つ児童相談所は保健・福祉機関とともに複合的な施設として設置されていた(表4)。

表2. 児童相談所の設置形態

設置形態	N (%)
単独	71(45.8%)
統合	54 (34.8%)
併設	30 (19.4%)

表3. 統合・併設されている機関

併設・統合機関の種別	N	内訳
医療機関	9	診療所 9: 病院 0
保健機関	21	保健所 18: 精神保健福祉センター 3
福祉機関	69	福祉事務所 17: 知的障害者更生相談所 48: 身体障害者更生相談所 30: 婦人相談所 22
児童福祉機関	9	情短 3: 知的障害児施設 6: 肢体不自由児施設 3: 児童自立支援施設 1
その他	18	

表4. 設置形態のパターン

設置形態		N (%)
単独		71 (45.8%)
統合・併設		84 (54.2%)
内訳	保健	3 (1.9%)
	福祉	46 (29.7%)
	保健・福祉	17 (11.0%)
	医療・保健・福祉・児童福祉施設	9 (5.8%)
	その他	9 (5.8%)

(2) 所管地域の特徴

所管地域の総人口は6万6千人から259万9千人までと、大きな差が認められていた。児童相談所の設置の基準である50万人以下の児童相談所は55カ所(35.5%)に過ぎず、100万人以上の地域を担当する児相も41カ所認められた(表5)。

また、18歳未満の児童人口の割合も12.4~24.5%と児童相談所により大きな違いが認められたが、18.0から19.9%の児童相談所が73カ所(47.1%)と最も多かった(表6)。

所管地域の市部人口の比率は、20.2~100%で、60%未満、60~79.9%、80%以上がそれぞれほぼ3分の1ずつを占めていた(表7)。

表5. 管内総人口

管内総人口(千人)	N (%)
~500	55 (35.5%)
501~1000	58 (37.4%)
1001~1500	32 (20.7%)
1501~	9 (5.8%)
不明	1 (0.7%)

表6. 管内児童人口%

児童人口%	N (%)
~15.9	13 (8.4%)
16.0~17.9	48 (31.0%)
18.0~19.9	73 (47.1%)
20.0~	20 (12.9%)
不明	1 (0.7%)

表7. 所管地域の市部人口%

市部人口%	N (%)
~59.9	39 (25.2%)
60.0~79.9	63 (40.7%)
80.0~	52 (33.6%)
不明	1 (0.7%)

(3) 児童相談所の規模

総職員数(常勤のみ)は4~115人で施設により大きな差が認められた(表8)。各種機関が統合・併設されている場合、総職員数は単独設置の場合よりも多くなるため、児童相談所の規模を知るために、児相福祉司および心理判定員の数(常勤のみ)を調査した。児童福祉司は1~41人で、5~9人の児童相談所が最も多かった(表9)。心理判定員は1~14人で、3~4人の児童相談所が81カ所(52.3%)と約半数を占めていた(表10)。児童福祉司は非常勤職員を置いている児童相談所は12カ所のみであったのに対し、心理判定員では非常勤職員を置いている児童相談所が77カ所あり、心理判定業務は非常勤職員への依存度が高いことが示唆された。

表 8. 児童相談所の職員数（常勤）

総職員数	N (%)
~9	13 (8.4%)
10~14	33 (21.3%)
15~19	18 (11.6%)
20~24	20 (12.9%)
25~29	24 (15.5%)
30~	46 (29.7%)
不明	1 (0.7%)

表 9. 児童福祉司の数（常勤）

児童福祉司数	N (%)
~4	40 (25.8%)
5~9	52 (33.6%)
10~14	43 (27.7%)
15~19	13 (8.4%)
20~	7 (4.5%)

表 10. 心理判定員の数（常勤）

心理判定員数	N (%)
~2	26 (16.8%)
3~4	81 (52.3%)
5~6	35 (22.6%)
7~8	8 (5.2%)
9~	5 (3.2%)

(4) 相談件数

平成 13 年度中の総相談件数は、244 から 15,581 件で、このうち虐待相談件数は 5～806 件であった。総相談件数に占める虐待相談の割合は、0.60～23.5%であった（表 11～13）。

表 1 1. 総相談件数

相談件数	N (%)
~999	34 (21.9%)
1000~1999	50 (32.3%)
2000~2999	30 (19.4%)
3000~3999	19 (12.3%)
4000~	19 (12.3%)
不明	3 (1.9%)

表 1 2. 虐待相談件数

虐待相談件数	N (%)
~99	68 (43.9%)
100~199	40 (25.8%)
200~299	26 (16.8%)
300~399	8 (5.2%)
400~499	10 (6.5%)
不明	3 (1.9%)

表 1 3. 虐待相談%

虐待相談%	N (%)
~4.9%	57 (36.8%)
5.0~9.9	69 (44.5%)
10.0~14.9	23 (14.8%)
15.0~	3 (1.9%)
不明	3 (2.0%)

(5) 一時保護の状況

一時保護所は 97 カ所の児童相談所にあり、年間実保護人数は 15～588 人であった（表 14）。一時保護した児童のうちで被虐待児が占める割合は 3.3～76.8%であった（表 15）。一時保護所に医療職を配置していた児童相談所は 20 カ所（一時保護所のある児童相談所の 20.6%）で、看護師が 13、保健師が 7 であった。

表14. 年間実保護人数

実保護人数	N (%)
~99	39 (25.3%)
100~199	38 (24.7%)
200~299	8 (5.2%)
300~	8 (5.2%)
不明	4 (2.6%)

表15. 被虐待児%

被虐待児%	N (%)
~9.9	8 (5.2%)
10.0~19.9	23 (14.9%)
20.0~29.9	26 (16.9%)
30.0~39.9	20 (23.9%)
40.0~49.9	4 (2.6%)
50.0~	8 (5.2%)
不明	8 (5.2%)

(6) 地域の児童青年精神科医療機関の現状

それぞれの児童相談所が所管する地域にどのような児童青年精神科医療機関があるかについて、6つのタイプの医療機関が管内、県内、近隣都道府県にいくつあるかを調査した(表16)。しかしながら、医療機関の種類についての説明の解釈の違いや、管内と県内の区別が曖昧であると思われる回答が多く、さらに県内や近隣都道府県の現状については未回答が多いなど、この質問については不正確な点が認められた。そこで、医療機関の状況を以下の7つの分類に再分類して集計した(表17)。その結果、63.2%の児童相談所が所管する地域は、児童青年精神科医療機関がない、または外来診療のみの医療機関があるのみで、入院治療も含めた対応ができる地域は38カ所(24.5%)のみであった。

1. きわめて乏しい(管内、県内に専門医療機関・情短がない)
2. 乏しい(管内に専門医療機関がないが、県内にはある)
3. 外来型1(管内に入院病床のない専門医療機関があり、県内に入院病床のある医療機関や情短がない)
4. 外来型2(管内に入院病床のない専門医療機関があり、県内に入院病床のある医療機関または情短がある)
5. 情短型(管内に情短施設があるが、専門医療機関がない)
6. 入院医療型(管内に入院病床のある専門医療機関がある)
7. 充実型(管内に入院病床のある医療機関があり、かつ複数の専門医療機関がある)

注) 専門医療機関：児童青年精神科医療機関、児童専門外来を開設している精神科医療機関など

表16. 地域の児童青年精神科医療機関の現状

医療機関の種類	管内	県内	近隣
児童青年精神科医療機関(入院病床あり)	34	54	38
児童青年精神科医療機関(入院病床なし)	24	21	5
大学病院・精神病院・総合病院精神科	79	55	8
児童・青年期の患者を診療する精神科診療所	81	42	3
心理療法のできる小児科医療機関	50	30	1
情緒障害児短期治療施設	23	38	17
いずれもない	4	8	11
無回答	17	28	75

表 17. 児童青年精神科医療機関の状況（類型別）

医療機関の状況	N (%)
きわめて乏しい	8 (5.2)
乏しい	26 (16.8)
外来型 1	28 (18.1)
外来型 2	36 (23.2)
情短型	8 (5.2)
入院医療型	26 (16.8)
充実型	12 (7.7)
無回答	11 (7.1)

2. 児童相談所における精神科医の配置状況

(1) 常勤精神科医の配置状況

常勤精神科医を配置していた児童相談所は 18 カ所で、いずれも都道府県中央または政令指定都市の中央児童相談所であった。常勤医の人数は 16 カ所が 1 人で、3 人および 4 人の児童相談所がそれぞれ 1 カ所であった。

(2) 非常勤精神科医の状況

常勤精神科医の配置がない児童相談所における非常勤精神科医の配置状況は表 18 に示すとおりである。また、非常勤精神科医の 1 ヶ月間の延べ勤務時間の分布は表 19 に示した。

表 18. 非常勤精神科医の配置状況

医師数	N (%)
1 人	55 (40.2%)
2 人	33 (24.1%)
3 人	15 (11.0%)
4 人	12 (8.8%)
5 人以上	12 (8.8%)
不明	10 (7.3%)

表 19. 非常勤精神科医の勤務時間

勤務時間 ^{注)}	N (%)
~8	48 (35.0%)
9~16	36 (26.5%)
17~24	17 (12.3%)
25~32	10 (7.3%)
33~40	4 (2.9%)
41~	9 (6.6%)
不明	13 (9.5%)

注) 非常勤医師の 1 か月間の総勤務時間

(3) 常勤精神科医の兼務状況

児童相談所に勤務する常勤医 23 名のうち、15 名 (65%) が児童相談所以外の業務を兼務していた。兼務業務の内容は付設機関や他施設での診療業務 (7 名)、精神保健福祉センターの業務 (6 名)、知的障害者更生相談所での判定業務 (5 名) であった。

(4) 精神科以外の医師の状況

精神科以外の医師について、常勤医は5カ所、非常勤医は94カ所に配置されていた。常勤、非常勤とも小児科医が最も多く、次いで整形外科医、内科医の順に多かった(表20)。

表20. 精神科以外の医師の状況

診療科	
常勤	5
小児科	4
整形外科	1
非常勤医	94
小児科	69
小児神経科	6
整形外科	17
内科	10
外科	1
耳鼻咽喉科	2
眼科	1
歯科	2
不明	6
なし	55
無回答	6

3. 精神科医の業務内容

(1) 児童相談所における精神科医の業務(表21)

児童相談所で精神科医が行っている業務は、児童の診察・医学的判定がもっとも多く、次いで、親に対する面接・指導、特別児童扶養手当・療育手帳申請などの診断書交付が多かった。児童の治療を行っていると答えた児童相談所は45カ所のみであった。

一時保護児童の診察・治療は全体では72カ所(47.4%)であったが、一時保護所がある児童相談所については95カ所中66カ所(69.5%)で実施していた。

表21. 児童相談所の精神科医の業務

業務内容	N (%)
児童の診察、医学的判定	137 (90.1%)
児童の治療	45 (29.6%)
親に対する面接・指導	122 (80.3%)
一時保護児童の診察・治療(全体)	72 (47.4%)
一時保護所あり(95カ所)	66(69.5%)
一時保護所なし(56カ所)	6(10.7%)
心理学的判定、処遇方針等へのスーパービジョン	107 (70.4%)
特別児童扶養手当、療育手帳申請などの診断書交付	119 (78.3%)
学校、児童福祉施設、その他関係機関への助言、指導	56 (36.8%)
各種事業の企画や講演など	25 (16.5%)
管理業務	9 (5.9%)

有効回答数 152

(2) 被虐待児への関与

被虐待児への精神科医の関与のうち、頻度の高いものは被虐待児の診察・職員への指導などで、2番目、3番目に頻度の高い関与として親に対する継続的な治療的関与、医療機関への紹介などがあげられていた(表22)。

表22. 被虐待児への精神科医の関与 (無回答19)

関与の内容	頻度の高さ		
	1	2	3
被虐待児の診察、職員への指導など	97	16	1
通所による継続的な治療的関与	7	10	19
一時保護所での継続的な治療的関与	0	10	8
親に対する継続的な治療的関与	11	33	19
児童福祉施設への助言・指導	2	8	13
医療機関への紹介	4	29	25

(3) 児童相談所での医療行為

児童相談所でできる医学的検査としては、脳波検査が18カ所、血液検査が7カ所などであったが、ほとんどの児童相談所では身体的な検査は実施できない状況であった（表23）。また、薬物療法は診療機能のある児相や診療所を付設・併設している児童相談所で処方が可能であったが、ほとんどの児童相談所では外部の医療機関に薬物療法を依頼する状況であった（表24）。

医療機関を付設・併設している児童相談所は13カ所あり、標榜科目は精神科、小児科がそれぞれ10カ所、整形外科が5カ所、耳鼻咽喉科、眼科、歯科がそれぞれ4カ所であった。診療所の診療日数は週1日から7日で、週5日の児童相談所が8カ所で最も多かった。診療を担当する医師数は1人の児童相談所が5カ所ともっとも多く、最大は8名であった。10カ所の児童相談所では1～8名の非常勤医が診療していた。

表23. 児童相談所でできる医学検査

医学検査	N (%)
脳波検査	18 (11.6%)
CT, MRI などの画像診断	1 (0.7%)
血液検査	7 (4.5%)
X線検査	5 (3.2%)
その他	4 (2.6%)

表24. 精神科薬物療法の現状

薬物療法の現状	N (%)
児相で処方	2 (1.3%)
付設・併設診療所で処方	5 (3.2%)
外部の医療機関に依頼	122 (78.7%)
無回答	26 (16.8%)

4. 今後のあり方についての意見

(1) 児童相談所における児童青年精神科医の必要性について

児童相談所における児童青年精神科医の必要性について、増員が必要、必要と思うが予算措置できない、必要で配置可能だが専門医が確保できないなど、専門医を求める意見が表25. 児童相談所における児童青年精神科医の必要性

	N (%)
現状で十分	9 (5.8)
増員が必要	25 (16.1)
必要と思うが予算措置できない	76 (49.0)
必要で配置可能だが、専門医が確保できない	18 (11.6)
必要ない	2 (1.3)
その他	23 (14.8)
無回答	2 (1.3)

119カ所（76.8%）に認められた。また、「その他」と回答した児童相談所の内容としては、常勤医が必要（15カ所）、非常勤医の回数を増やす（3カ所）など、児童精神科医の必要性を指摘したのも多く認められた。必要がないと答えたのは2カ所のみであった（表25）。

(2) 児童相談所における児童青年精神科医療のあり方について

児童相談所における児童青年精神科医療のあり方については、診断・治療機能の向上が必要（59.1%）、クリニック機能の整備が必要（32.5%）などの精神科医療の機能を強化する意見が多い一方で、児童相談所よりも地域の児童青年精神科医療の充実が必要という意見も48.1%認められ、相談所業務における児童青年精神科医療の役割の重要性と、地域における児童青年精神科医療体制の不足の両面が表れた結果であった（表26）。

表 26. 児童相談所における児童青年精神科医療のあり方（複数回答）

	N (%)
診断・治療機能の向上が必要	92 (59.4%)
クリニック機能の整備が必要	50 (32.3%)
一時保護における治療機能を高める必要がある	42 (27.1%)
児相よりも地域の児童青年精神科医療の充実が必要	74 (47.7%)
その他	9 (5.8%)

II. 児童相談所の類型と児童青年精神科医療との関連

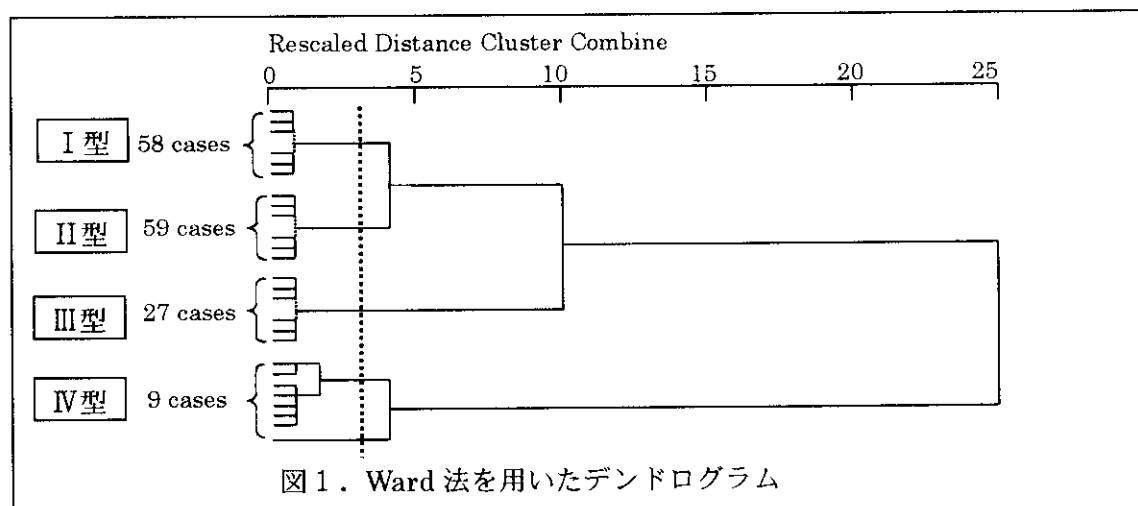
1. 児童相談所の類型化

児童相談所の立地条件や規模などの特性から幾つかの類型に分類し、それぞれの類型の特徴と児童青年精神科医療との関連を探索した。類型化は調査項目のうちから児童相談所のプロフィールを表している以下のパラメータ（表 27）を用い、クラスター分析によって行われた。

表 27. クラスター分析に使用したパラメータ

1. 児童相談所の種別	カテゴリーデータ（表 1 のデータ）
2. 設置形態	カテゴリーデータ（表 4 のデータ）
3. 市部人口%	数値データ
4. 管内総人口	数値データ
5. 管内児童人口	数値データ
6. 児童人口%	数値データ
7. 総職員数	数値データ
8. 児童福祉司数	数値データ
9. 心理判定員数	数値データ
10. 総相談件数	数値データ
11. 児童虐待相談%	数値データ

欠損値のあるケースを除外した 152 例について、ユークリッド距離を使用した Ward 法により階層クラスター分析を行い、図 1 のようなデンドログラムが得られた。



図中の波線の距離で分類すると5つのクラスターが得られるが、第5のクラスターは1ケースのみであったため、類似した特徴を持つ第4クラスターの8ケースと併せてIV型とした。その結果、152の児童相談所を4つの類型に分類した。

クラスター分析によって得られた4つの類型の特徴は表28に示すとおりで、それぞれの類型の特徴を要約すると以下ようになる。

表28. 児童相談所の類型の特徴

	児童相談所の類型			
	I (地方型)	II (中間型)	III (都市型)	IV (大都市型)
N	58	59	27	8
種別				
都道府県中央	6	20	16	4
都道府県中央以外	52	34	4	1
政令市中央	0	3	7	2
政令市中央以外	0	2	0	1
設置形態				
単独	28	31	8	4
統合・併設(医療)	0	0	0	0
統合・併設(保健)	1	0	1	0
統合・併設(福祉)	15	19	10	2
統合・併設(児福施設)	0	0	0	0
複合(医療・保健・福祉)	1	3	5	0
複合(保健・福祉)	9	4	2	1
その他	4	2	1	1
地域特性				
市部人口%	62.0(17.1)	78.1(16.9)	79.6(18.2)	90.7(16.4)
総人口(千人)	334.2(178.7)	840.3(263.8)	1182.6(356.6)	1571.0(588.5)
児童人口(千人)	61.9(33.0)	149.5(45.8)	216.7(61.9)	260.6(85.2)
児童人口%	18.5(1.7)	17.8(2.2)	18.5(1.8)	17.0(2.0)
職員数				
総職員数	14.2(6.6)	25.7(7.8)	46.0(27.1)	57.4(31.9)
児童福祉司数	4.8(2.5)	9.1(3.0)	14.8(4.9)	21.6(11.9)
心理判定員数	2.9(1.2)	4.2(1.1)	5.5(2.0)	7.3(3.2)
相談件数				
総相談件数	910.4(324.8)	2118.6(469.0)	4008.0(488.2)	8885.0(3115.1)
児童虐待相談%	5.7(2.8)	7.8(4.1)	6.1(2.9)	6.5(3.2)
一時保護				
なし	29	22	2	2
あり	29	37	25	6
保護児数	69.9(44.7)	136.3(55.4)	190.8(102.5)	288.2(221.9)
被虐待児%	22.2(13.3)	29.6(14.9)	28.7(16.3)	29.5(4.9)

()内は標準偏差

第1の類型は、総人口および市部人口の少ない地域に立地する中央以外の児童相談所からなる類型で58カ所(38.2%)の児童相談所が分類された。職員数や相談件数が少ない小規模な児童相談所がほとんどで地方型の児童相談所といえる。

第2の類型は中央以外の児童相談所が過半数を占めているが第1の類型よりも人口が多

く市部人口が多い地域に立地し、規模や相談件数も多い特徴があり、中間型の児童相談所といえる。この類型には 59 (38.8%) の児童相談所が分類された。

第3の類型は、都道府県や政令指定都市の中央児童相談所から成る類型で、規模が大きく複合的な機関として設置されているものが多い。都市型の児童相談所といえる。この類型には 27 (17.8%) の児童相談所が分類された。

最後に第4の類型として8カ所 (5.3%) の児童相談所が分類されたが、この類型の児童相談所はきわめて人口の多い都市部の大規模児童相談所で、職員数や相談件数は他の類型よりも著しく多い特徴が認められ、大都市型の児童相談所といえる。第5クラスターに分類された児童相談所はこの群の中でも最も規模の大きいものであった。

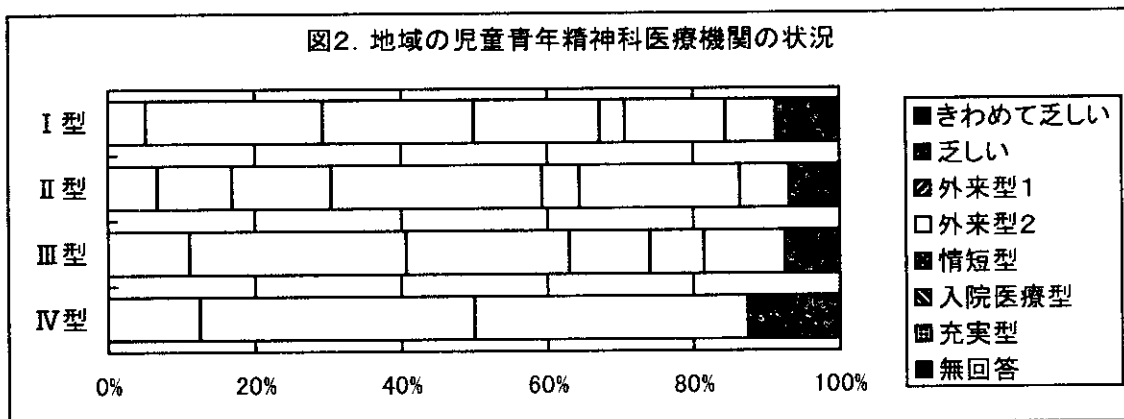
I型(地方型)では一時保護所のある児童相談所が約半数であるが、他の類型では一時保護所を持つもののほうが多かった。児童虐待に関する相談はI型(地方型)では他の類型よりもやや少なく、一時保護児童に占める被虐待児の割合が少ない傾向が認められた。I型以外の3つの類型では虐待相談数や一時保護に占める被虐待児の割合に差は認められていない。

2. 児童相談所の類型と児童青年精神科医療の状況の関連

クラスター分析によって分類された児童相談所の4つの類型ごとに調査結果の比較を行った。

(1) 地域の児童青年精神科医療機関の状況(図2)

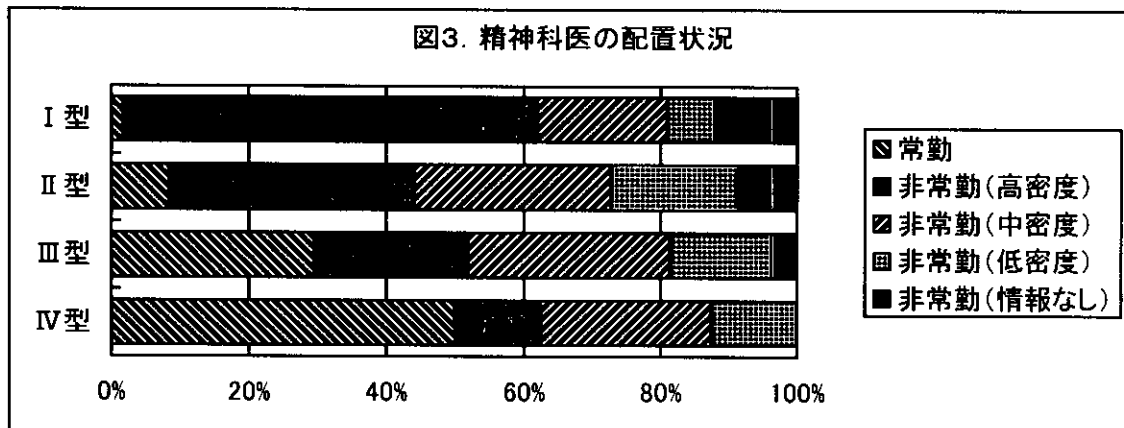
地域の児童青年精神科医療機関は、I型ではほとんどないか週に数回の専門外来がある医療機関がある地域が過半数を占めており、情短や入院病床のある医療機関は極めて乏しい状況にある。II型では管内に外来型専門機関はあるが入院病床のある病院はなく、県内に入院施設や情短があるという「外来型2」がI型よりも多かった。III型では医療資源の乏しい地域はなかったものの、外来型医療機関が主で入院施設は必ずしも充分でない状況が認められた。大都市型であるIV型では、充実した医療機関がある地域が多く、それ以外の地域でも情短がある地域が他の型よりも多かった。



(2) 精神科医の配置状況(図3)

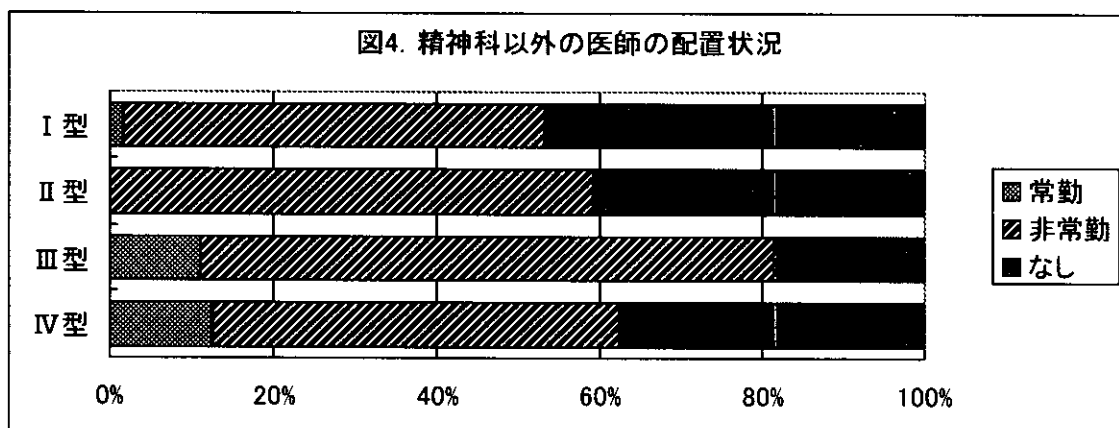
精神科医の配置状況は児童相談所の類型間であきらかな違いが認められた。常勤医を置いている児童相談所はI型でもっとも少なくIV型でもっとも多く、都市型児相ほど常勤医

の配置されている比率が高かった。しかし、非常勤医については、I型児童相談所では非常勤医の勤務時間が1ヶ月あたり32時間以上の所が60%を占めており、常勤医がない部分を非常勤医によって補っている状況が示唆された。



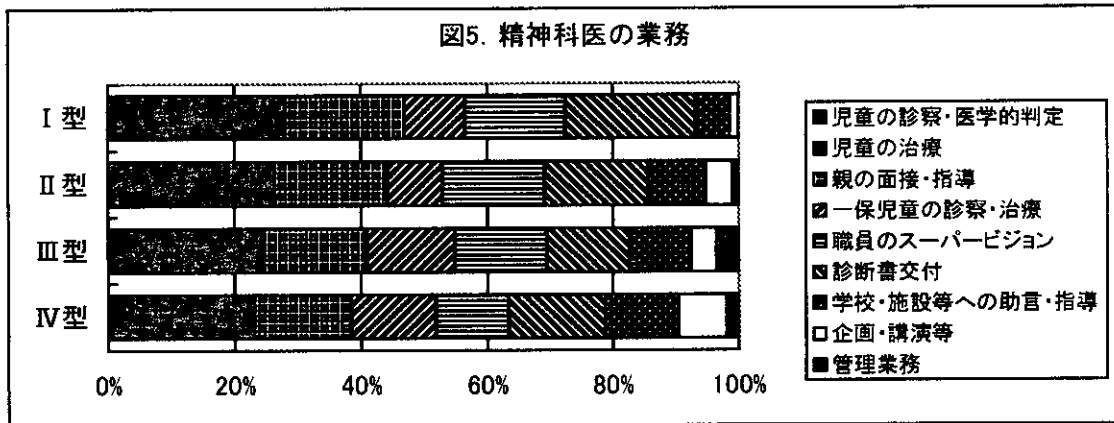
(3) 精神科医以外の医師の配置状況 (図4)

精神科医以外の医師は、いずれの型の児童相談所でも半数以上に配置されていたが、常勤で配置していたのはIII型、IV型など都市部の児童相談所に多かった。



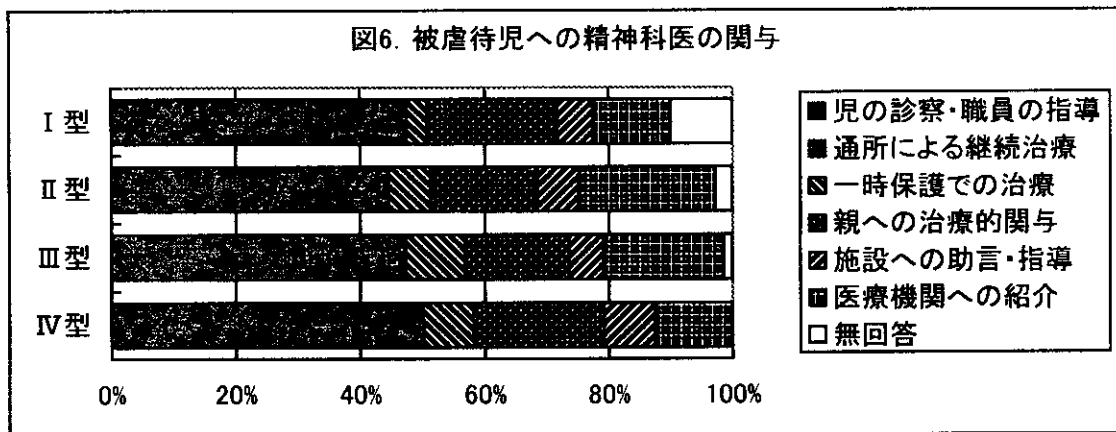
(4) 児童相談所における精神科医の業務 (図5)

児童相談所における精神科医の業務内容については、4つの類型の間で大きな差は認められないが、非常勤精神科医がほとんどであるI型では児童の診察・医学的判定と特別児童扶養手当・療育手帳申請等の診断書交付の業務が他の型の児童相談所よりも多い傾向が認められた。一方、常勤医の比率が高いIII型、IV型では企画・講演や管理業務などの頻度がI型、II型よりも高くなっていた。



(5) 被虐待児への精神科医の関与 (図6)

被虐待児への精神科医の関与としては、I、II、III型においては被虐待児の診察や児童相談所職員の指導、親に対する治療的関与、医療機関への紹介の順に多かった。IV型では被虐待児に対する通所による継続的治療の割合がやや高いことが認められた。



(6) 児童相談所における医療行為 (表 29)

表 29. 児童相談所における医療行為の状況

	児童相談所の類型			
	I	II	III	IV
児童相談所でできる医学的検査				
脳波	1	5	7	5
脳画像診断	0	0	1	0
血液検査	0	1	4	2
X線検査	0	0	5	0
その他	0	1	1	2
児童相談所における薬物療法				
児相で処方	0	0	1	1
付設・併設診療所で処方	0	2	3	0
外部の医療機関に依頼	41	49	23	7
無回答	17	8	0	0