

3. 日本の児童相談所の設立過程と Child Guidance Clinic の影響

1) 児童福祉法の成立と児童相談所の設置

わが国の児童相談は、大正6年(1917)に東京児童研究所において久保良英が児童相談を行ったのが最初とされ、その後大阪市立児童相談所(1919)、東京府立児童相談所(1921)、神戸市立児童相談所(1922)などが設立され、昭和11年(1936)までに全国に官民あわせて33カ所の児相相談所が開設された^{10,20)}。これらの児童相談所では、幼児および学童の一般教育上の相談、知能検査、性格検査による諸種の児童への相談指導が行われていた。戦前までの児童相談所は、このように多種多様のものであったが、今日の児童相談所は昭和22年に成立し翌年1月に施行された児童福祉法によって設置された公立の児童福祉機関である。

児童福祉法が制定された背景には、戦後の緊急課題としての戦災孤児、浮浪児対策があり、昭和21年4月には児童保護相談所が設置され浮浪児の保護が始まり、一時保護を経てさまざまな施設に收容することが行われた。このような状況の中で作成された最初の法律案である児童保護法案要綱(昭和21年10月)には、児童保護施設のひとつとして「児童の心身につき調査をなし、その養育及び保護について相談および指導をなす所」として児童相談所が登場している。同年11月の児童保護法要綱案では児童保護相談所という名称に変わり、都道府県が設置することと一時保護所を附置することが加えられた。昭和22年1月より児童福祉法に名称が変わり児童保護相談所は再び児童相談所に変更され、その業務として一)妊産婦の保健指導に関すること、二)児童の健康増進及び文化向上の指導に関する事項、三)就学の猶予又は免除を要する児童の鑑別、四)その他妊産婦及び児童の福祉に関する事項が規定され、当初の浮浪児の保護のための法案から、児童福祉、母子保健、障害児福祉などの広範な業務を行う機関としての位置づけに変わっている。さらに同法案には、児童相談所は保健所、学校、養育院、教護院などの施設に附設できるとされ、全国各地に広く設置されることを想定していたものと推測される。しかしながら、昭和22年8月に国会に提出された児童福祉法案では、「児童相談所は、児童の福祉増進について相談に応じ、必要があるときは、児童の資質の鑑別を行うことを目的とする(第十五条)」とされ、その規定は曖昧になり保健所などへの附置は削除された。法案の提出前に厚生省がGHQの承認を得るために作成した法案の英訳では児童相談所はChild Welfare Stationと訳されており、児童福祉の拠点としての性格が示唆されていると思われる⁷⁾。

児童福祉法案の国会審議の中で、主に答弁を行った米澤常道政府委員は児童相談所について、「最も第一線の児童問題に関するセンター」と位置づけ、精神科医や心理学の専門家などを鑑別員として配置する構想を述べているが、この時点ではCGCのモデルについての言及はみられない。昭和22年12月12日に成立した児童福祉法では、第十五条で「都道府県は児童相談所を設置しなければならない。児童相談所は、児童の福祉増進について相談に応じ、必要があるときは、児童の資質の鑑別を行うことを目的とする。」という簡潔な表現となり、児童相談所に必要な職員として医師や心理学の専門家などの具体的職種については言及されていない。

児童福祉法の施行後、まず昭和23年度には94カ所の児童相談所が設置されたが、

当時の厚生省には既に「児童相談所の機能強化並びに増設5カ年計画(案)」なる文書があり、業務の機能拡大の年次計画とともに児童相談所の設置計画も記載されていて、毎年70から80の相談所を開設し昭和28年までに全国に348カ所の児童相談所を設置することが目標とされていたが、この計画は実施には至らなかった⁷⁾。

2) Child Guidance Clinic の導入の試み

児童福祉法によって設置された児童相談所では、当初から設備や業務の運営のあり方が不明確なままで、現場には混乱ととまどいが認められた。そこで、昭和24年11月から翌年の8月までカナダ人のケースワーカー、アリス・K・キャロル Alice K. Carroll が社会事業官として国連本部から派遣され、日本の児童相談所の指導を行い、その成果は厚生省児童局により「児童福祉マニュアル(1951)」としてまとめられた^{1,9)}。

キャロルが日本の児童相談所に導入しようとしたのが、まさにアメリカの Child Guidance Clinic であった。しかしながら、独立した精神保健機関である CGC をさまざまな児童福祉業務を行い一時保護所も持たなければならない日本の児童相談所に導入するには困難があったと思われる。そこでキャロルが提唱したのが児童相談所の三部制である。すなわち、児童の措置を行う相談部(措置部)、一時保護ホーム、診断指導部(家庭及び児童指導診療所)の三部門である。この治療指導部はアメリカの CGC をそのまま導入したもので、精神科医、心理学者、精神医学的ソーシャルワーカー(PSW)、そして看護婦から構成され、チームによって児童をその家庭との関係において直接調査し治療するものと定義した。キャロルは北米の CGC の運営にならって機関の責任者として精神科医が所長となることを求めたが、措置業務や一時保護などの部門を含む日本の児童相談所では、その考え方への抵抗も認められた⁴⁾。しかし、明文化された運営指針がない状況の中では「児童福祉マニュアル」は貴重な資料であり、その後の児童相談所の運営に大きな影響を与え、この時点でわが国の児童相談所へのアメリカの CGC の影響が明確となったと考えられる。

キャロルの提言を受けて厚生省は、「児童相談所の構成については、措置部、判定指導部、一時保護部の三部制をとって、その有機的な運営をはかることが望ましい」(昭和26年11月、厚生省事務次官通知)とし、この体制が以後の児童相談所の運営形態の基本となった。ここでの判定指導部は「措置部の行う措置を適切にするために必要な専門的判定を行うとともに、児童の各般の問題につき、家庭その他の相談に応じて、必要な判定及び指導を行う」ものと定義され、キャロルが提唱した業務モデルと比べて各部門の独立性が低いものであった。つまり、わが国に導入された CGC は、児童相談所が児童福祉に関する業務を行う中の一部に CGC の方法を取り入れたものであり、児童相談所が CGC として運営されたわけではなかった。その意味でわが国の児童相談所は独自の機関であり、最初から CGC とは全く異なる機関であったと考えられる。

わが国において最初に CGC を導入したのは、児童相談所ではなく、昭和11年5月に東京帝国大学脳研究室で松村常雄によって開設された Child Guidance Clinic で²⁰⁾、後に松村は昭和23年に国立国府台病院で高木四郎に命じて児童部を作り、そこでも CGC をモデルにした児童精神科臨床が行われた。さらに名古屋大学の教授となった松村は、昭和26年6月からロックフェラー財団の助成を受けて医師、ソーシャルワーカー

一、臨床心理学者からなる児童部臨床チームを発足させ、CGCの活動を行っている⁹⁾。このように、アメリカのCGCは、わが国では大学病院や精神病院で導入され、児童精神科臨床の基本的な診療モデルとして期待されたが、専門職の養成や確保などの問題から、広く普及することがなかった。

CGCを知る精神科医からみれば、児童相談所の実態がCGCとはかけ離れていることに大きな不満があった。特に医師の不在についての批判は多く、宮城県中央児童相談所の初代所長でキャロルの指導を直接受けた精神科医の小川芳雄(1950)は、「わが国の児童相談所に於いては精神医学者を欠いて居るか或いは囑託程度であると云うことが多いのであるが、之はchild guidance clinicに於ける精神医学者の任務が如何様に規定されて居るかと云うことを引き合いに出す迄もなく、児童相談所の本来的な仕事の在り方を考える時、廣狹義の精神衛生、精神病質、性格の形成、性格の型の問題等が大きく浮かび上がらざるを得ないのであって精神医学者を欠くことが如何に致命的欠陥であるかを示すものがあるのである。」と述べている¹³⁾。また、高木四郎(1964)は「全国の児童相談所126カ所のうち、精神科医が所長である所はわずかに3カ所にすぎない。(中略)厚生省当局は「児童指導クリニック」を頭に描いて指導しているようではあるが、これはどういうことなのであろうか。」と書いている¹⁶⁾。専門職の不在という実態からも、わが国においてはキャロルが提唱したようなCGCをモデルとした児童相談所を作り上げることができなかつたものと思われる。

以上のように、わが国では児童福祉においても児童精神科医療においてもCGCが大きく参考にされ、それを取り入れる努力はなされてきたものの、結果的にはCGCのモデルは普及するには至っていない。

3) 現在の児童相談所の業務に見る Child Guidance Clinic

現在の児童相談所の標準的な組織としては、やはり三部制としているものの、総務部門、相談・判定・指導・措置部門、一時保護部門という分類で、独立したCGCという概念はほぼ完全に消失している¹¹⁾。現行の児童福祉法第十五条の二に規定されている児童相談所の業務で、「二、児童およびその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を行うこと」の中には、William Healyが築いた古典的なCGCのチームアプローチのモデルが引き継がれているものと考えられる。特に社会診断は、ソーシャルワーカーによる子どもの成育歴や環境の調査で、CGCの伝統的な方法であり、キャロルも社会調査について詳細な説明を残している。

また、児童相談所の業務のうち「三、児童及びその保護者につき、前号の調査又は判定に基づいて必要な指導をすること」には、各種の助言指導、継続指導、他機関あわせんなどが含まれ、このような指導を精神科医が行うとすれば、精神医学的診断に基づいて指示や指導、治療、医療機関への紹介などの業務となり、CGCの機能と通じる業務となる。

したがって、今日の児童相談所では、相談援助活動の方法や精神科医の業務の中にCGCに由来する方法が残されているが、全体の機能としては子どもの精神保健だけではなく、広範な児童福祉サービスを提供する機関として活動しており、それらの業務

を遂行する上で CGC の方法論の一部を取り入れているとみるのが妥当であろう。

4. アメリカの Child Guidance Clinic の現状・地域の児童福祉、虐待防止活動のネットワークとの関連

アメリカの CGC は現在も全米各地で活動を続けているが、1960 年代以降は地域により名称、設置形態、業務、規模などが極めて多様となってきた。このような多様性は、CGC のサービスが地域の医療、児童福祉、教育などの資源との関連で機能していることを意味し、今日のアメリカの CGC をできるだけ正確に理解するためには、地域全体の資源とともに理解することが欠かせないと考えられる。このような状況を踏まえて今日のアメリカの CGC を理解するために、平成 15 年 7 月 20 日から 27 日にかけて渡米し、アメリカの一地域での社会資源とともに CGC の業務や役割を調査した。

調査の概要

1) 調査地

オハイオ州コロンバス市

2) 調査の対象

Child Guidance Clinic: Children's Hospital Behavioral Health Services

児童保護機関：フランクリン郡児童サービス Franklin County Children Service

医療機関：コロンバス小児病院 Children's Hospital

児童虐待関係機関：児童権利擁護センター The Center for Child and Family Advocacy；虐待防止プログラム Prevent Child Abuse Ohio

3) 調査内容

- ・ Child Guidance Center の設立背景、業務内容、運営状況、地域における役割
- ・ 地域における児童福祉（児童保護）、被虐待児の医療、権利擁護など、児童虐待と関連する社会資源の役割や機能および CGC との関連
- ・ 地域における児童虐待への介入システム

4) 調査方法

- ・ 調査対象の CGC および関連機関の現地調査
- ・ 関係者とのカンファレンスを持ち、必要な情報を収集し、それらについて討議を行う

1) コロンバス市の Child Guidance Clinic の現状

歴史的背景

コロンバス市における Child Guidance Clinic は 1950 年、小児病院、オハイオ州立大学、コロンバス子ども連盟などが協力して児童精神科医 Dr. Missildine を招聘して、小児精神保健センターとともに開設され、精神保健の問題についての予防的なプログラムの開発；行動および情緒の問題を持つ子供の診断と治療；研究；地域の関係機関のコンサルテーションと協力；専門職の訓練などのサービスを開始した。1952 年からは、オハイオ州と地域連合委員会からの資金を得てスタッフとサービスが拡大され、入院治療を行うためのコロンバス子ども精神病院

との連携も始めた。1960年代にはさらに治療設備が拡充されサービスが強化された。1971年には、4つの近隣地区センターの最初として北部ガイダンスセンターが開設された。さらに国立精神保健研究所からの研究費と郡精神保健課税からの資金とで、予算は4倍となりスタッフとプログラムを大きく拡大させることになった。1984年6月の年次評議員会で、クリニックと小児精神保健センターは小児病院の傘下に入ることとなり、現在は小児病院行動保健部門の Close to Home Guidance Service, Psychiatry, Psychology, Behavior Disorder Clinic として運営されており、コロンバス地域の7カ所のオフィスでサービスを提供している。

業務内容

Children's Hospital Behavioral Health Care Center では、外来サービス、特殊プログラム（アルコール/薬物、ADHD、自閉症など）、被虐待児と家庭への支援プログラム、地域サービス、学校との連携プログラム、予防活動など、広範囲な児童青年の精神保健サービスを提供している。

1. 外来サービス

児童精神科医、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理臨床家などの専門スタッフが、社会的、情緒的、行動的な問題を持つ児童・青年に、個人、家族、グループによる治療を提供する。外来での精神療法に加え、精神科医による薬物療法あるいは継続的な薬物管理についての相談も提供している。

2. 特殊プログラム

- ◆アルコール/薬物プログラム：物質使用/乱用についての問題が懸念される子ども、青年、家族の評価、教育、治療を行う
- ◆注意欠陥多動性障害(ADHD)サービス：診断評価、家族の教育とカウンセリング、行動マネジメント、薬物療法のカウンセリングと管理、学校のカウンセリング/連携
- ◆育児教室
- ◆自閉症センター：自閉症の子どもの診断、治療、地域への紹介、研究/権利擁護サービス
- ◆離婚調停サービス：これから離婚や別居をしようとしている、あるいは養育問題に大きな葛藤を持っている子どもと親たちに対して、さまざまな短期的、予防的サービス、離婚後の子どもの適応の支援など

3. 被虐待児と家庭への支援プログラム

- ◆家族支援プログラム：性的虐待を受けた児童・青年に対する小児病院行動保健の治療プログラムで、性的な虐待を受けた児童・青年、性的加害者の男子青年、加害をしていない男女の家族メンバーを対象に治療を行っている（グループ療法）。
- ◆子どもを育てている親プログラム：リスクが高いと判断された家族において、身体的及び精神的虐待を予防することを目的に開発された親の教育および支援プログラムで、子どもの発達、行動の予期、ストレスと怒り

のマネジメントについての10週間にわたる親教育を行う。

4. 地域サービス

在宅プログラム：育児困難を持つ家族や生活に支援が必要な家庭に対し、在宅チームによる集中的な支援の提供

地域支援プログラムサービス：情緒の混乱があり、家族、学校、地域の一員として機能することができなくなっている児童・青年への支援

5. 学校との連携プログラム

学校連携チームが公立学校の重度情緒障害児学級の子どもに対して、学校環境への適応を支援したり、非行や情緒障害を予防するための活動を行う

6. 予防活動

地域の精神保健の向上のための、地域教育、コンサルテーション、早期介入などによる予防サービス

Guidance Clinic（外来サービス）の運営状況

Guidance Center では、常勤児童青年精神科医1名と4名の非常勤児童青年精神科医がおり、毎日最低2名の精神科医が勤務して診療を行っている。その他のスタッフとして、PSWが約40名（ランチも含めると約100名）、心理士15名が勤務している。診療はフランクリン郡内のコロバス地域に6カ所のランチでも受けられる。このランチは小児病院のClose to Homeというサテライトクリニックの中に統合され整備されている。受理は中央で一括して行われていて、ランチは心理アセスメント、カウンセリング、心理療法などが中心で、規模は小さい。常勤精神科医はおらず、非常勤医が各ランチを週1、2回巡回して、薬物療法の処方を行っている。

クリニックへの紹介は電話で行われ、小児科医からのものが最も多く全体の約70%を占め、次いで学校からが20%、児童福祉機関（郡児童サービスなど）からが10%程度である。アメリカの他の都市と比べてコロバスには児童精神科医が少ないため、子どものメンタルヘルスに対するクリニックの需要が高いという地域特性がある。電話での紹介があると、まずインターワーカーによる情報収集が行われ、主訴や相談の内容により精神科医、心理、PSWのどこに担当させるかを振り分ける。受診者が精神科医の診療を希望する場合は、原則的に精神科医の診察に回す。しかし、精神科医の予約はほぼ3ヶ月待ちの状態、それまでの間は必要に応じて精神科ソーシャルワーカーがケアをする。

精神科医の診察は、初診1時間、再診30分が基本で、養育者、児童福祉機関のケースワーカーなどとの面接および子どもとの診断的面接や心理検査等によって、精神医学的診断を行う。精神科での治療は主に薬物療法で、担当医によって処方箋が交付される。心理療法は主に心理が担当しており、必要に応じて両者が平行して行われる。

クリニックは3歳から18歳までの児童・青年のあらゆる精神保健の問題（精神遅滞／発達障害も含む）を取り扱っているが、現在の主な診療対象は、うつ病、アルコール／薬物乱用、性的虐待、注意欠陥多動性障害（ADHD）および反抗挑戦性障害（ODD）などである。

以上のようにクリニックの外来サービスは、一般の児童青年精神科医療機関と基本

的には同様の診療サービスを提供しており、その機能や役割を区別することは難しい。Guidance Clinic において精神科診療を受ける場合も、一般の医療機関と同様に診療費が必要で、Guidance Clinic が特に福祉的な性格を持って運営されているわけでもなく、むしろ富裕家庭の子どもの受診が多い(貧困層の子どもや家庭へのメンタルヘルスサービスについては、福祉機関である郡児童サービスが、サービスを提供している)。ただ、クリニックは小児精神保健センターとして州からの財政補助を受け、さらに小児病院のプログラムとして運営されているため、診療に際してはそれほどコストに制約されないというアドバンテージを持ち、したがって保健でカバーされない患者を診ることも可能であるという特性を持っている。

Child Guidance Center の地域における役割

Child Guidance Center は、児童、青年およびその家族を対象とした地域精神保健センターとして、多彩なサービスを提供している。これらのサービスはセンターとそのブランチでの外来サービスでの診断、治療、相談などとどまらず、地域の児童福祉、医療・保健、司法および教育などの関係機関とも密接な関連を持ったもので、きわめて多岐にわたるものである。したがって、CGC は地域における子どものメンタルヘルスに関する専門的かつ実践的な機関であるといえる。

一方で、CGC が提供している児童青年精神科医療は、一般の児童精神科診療所の医療活動と特に区別されるものではなく、この点においては地域の医療機関という位置づけでまったく問題はない。ただし、CGC が地域精神保健センターとしてさまざまな関係機関との連携の中で運営されていることから、CGC での診療には一般家庭からだけでなく、地域のさまざまな関係機関からも紹介されるケースが多いことになる。そのため非行、児童虐待、学校での不適応などの問題を取り扱う機会も多く、それらの問題に対する特殊プログラムも開発され提供されているのが特徴である。

2) 地域における児童虐待と関連する社会資源の役割や機能および CGC との関連

・フランクリン郡児童サービス Franklin County Children Service (FCCS)

フランクリン郡児童サービスは、コロンバス市を中心とする人口約 106 万人のフランクリン郡における、児童虐待、ネグレクト、養護、その他問題のある児童・青年のケアと保護を行うために法令によって設立された公的な郡機関で、虐待やネグレクトを受けた子どもを通告する 24 時間ホットライン、子どものマルトリートメントの調査、子どもと家族の在宅保護サービス、家庭で生活できない子どもたちを子どもの一時保護あるいは恒常的なホームへの措置を行っている。FCCS は、フランクリン郡長官から任命された運営委員によって運営され、郡内 6 カ所の事務所で 700 人以上のスタッフを雇用している。2002 年の運営予算は約 1 億 4000 万ドルで 2 万 5 千人の子どもたちに直接的あるいは地域のエージェントを通じたサービスが提供された。主な業務は、予防活動、保護、措置、パーマネンシー（養子）である。

◆予防 Prevention

児童福祉による支援が必要となるリスクの高い子どもと家庭に対して、地元機関のサービスを購入して提供する。虐待、ネグレクト、青年期の問題行動を予防することが目的で、精神保健サービスも含まれる。

◆保護 Protection

24 時間開設されている FCCS の受理調査部は、虐待されている、ネグレクトされている、あるいは保護が必要だと申し立てられた子どもの通告を調査することが、法律によって義務づけられている。また、虞犯あるいは非行少年について、フランクリン郡少年審判所からの紹介も受け付けている。2002 年には 10,685 例の紹介があり、10,281 の家族の調査を行い、そのうち 3,081 が児童虐待、2,250 が子どものネグレクト、2,081 が児童福祉に関すること、1,565 が児童養護、1,304 が虞犯および非行少年の問題であった。調査によって継続的なサービスが必要であると認められると、3つの地区事務所または2つのケア協力機関のうちのひとつに送られる。FCCS は、ケースマネジメント、保護支援サービスを提供したり、地域のエージェントから支援サービスを購入して提供する。

◆措置 Placement

FCCS は問題の解決を図るうえで、家族を維持するように最大限の努力をするが、家庭外での措置が必要となったときは、できるだけ早期に家族を再統合することを目標とし、子どもをもっとも制約の少ない環境に措置する。措置のタイプとしては、緊急保護、里親、グループホーム、民間の施設への委託などがある。

◆恒常性 Permanency

家庭で生活できない、あるいは家庭に帰ることのできない子どもに対して、安全と恒常性を保証する養子プログラムを行っている。また、青年期には、自立した生活に移行できるように支援するプログラムも行っている。

FCCS における児童虐待・ネグレクトへの対応

1. 受理・調査部 Intake & Investigation

児童虐待・ネグレクトの通告

通告義務のある職業（弁護士、医師、歯科医師、看護師、心理士、保育所のスタッフ、ソーシャルワーカー、言語療法士、教職員、FCCS 職員、検死官、宗教的治療を行う者：通告を怠ると、第4級軽犯罪の罰則を受ける可能性がある）や一般人からの児童虐待の通告を 24 時間年中無休のホットラインで受け付ける。通告を受けると、まずスクリーニングのための調査が行われ、児童虐待（身体的虐待、性的虐待、心理的虐待）、ネグレクト、要保護児 dependent child（保護者の過失によらない適切な保護が欠如した状態）であるかが判断される。次に、虐待が事実関係について調査が行われ、その結果、虐待・ネグレクトがあり、子どもの保護と治療のために継続的なサービスが必要と判断されると、「ケースをオープン」し、3つの地域サービス事務所のうちのひとつにケースを送る

2. 地域サービス事務所 Regional Offices

受理・調査部から送られたケースについて、3日以内に家族と面接や情報収集を行い、リスクアセスメント、再統合の可能性、家庭内の問題（アルコール、DVなど）を評価する。これらの調査に基づき、30日以内にケースプランを作成し、それに沿ってサービスを提供する（家族の再統合が基本的な目標）

地域サービスワーカーが家庭や育児の支援を行い、被虐待児については、最も

制約の少ない／最も人為的でない環境の提供として、親類の家、里親、施設の順位で措置を行う。支援はケースプランに沿って6か月間行われ、状況が改善され家族が再統合されれば、ケースを終了する。しかし、再統合が困難と判断されれば裁判所に申し立てて、親権を停止したり制約（PPLA：Planned Permanent Living Arrangement）する措置がとられる。この場合は、子どもに恒常的な家庭を提供するため、養子・里親部によって、子どもが18歳になるまで（子どもに障害がある場合は21歳まで）支援が継続される。

3. 養子・里子部 Adoption & Foster Care

受理部または地域サービス事務所から送られたケースについて養子縁組を行う。養子を行ううえでは、子どものニーズについてのアセスメントを行い、最適な養親や養育環境を提供するように努力する。

・ 児童家庭権利擁護センター The Center for Child and Family Advocacy Center (CCFA)

児童虐待の被害者に対しては、司法、児童福祉、医療などのさまざまな期間が関与するが、多くの関係者が関わるほど被害者は何度も虐待について質問され、その結果「再被害化」を体験することになる。このような弊害を取り除くために、児童虐待に関係する機関がひとつのチームとして連携し、1回の面接・評価によって被虐待児の診断、治療、司法手続きを行うことを目的として、1985年にアラバマ州 Huntsville に Children's Advocacy Center が開設され、その後この活動は全米に広まり、現在はおよそ400カ所のセンターができています。

コロンバスの The Center for Child and Family Advocacy は、少年審判所の元判事 Yvette McGee Brown が中心となり、コロンバス小児病院と Columbus Coalition Against Family Violence の協力を得て、2002年1月に小児病院の中に開設された。警察、児童福祉、検察、病院などの児童虐待に関連する多くの専門家がこの活動に参加し、児童虐待の予防、診断・評価、治療、訓練、教育などを行っている。2004年秋には、現在建築中の新しい独立した施設に移転する予定。

• CCFA への参加機関

- ・ コロンバス小児病院（Guidance Center も含む）
- ・ 司法当局：フランクリン郡保安官部、コロンバス警察、フランクリン郡検察庁
- ・ 児童福祉：フランクリン郡児童サービス(FCCS)
- ・ 民間団体：家族内暴力、児童虐待に関する市民団体
- 小児病院内のクリニック(CAC: Child Assessment Center)でチームアプローチによる被虐待児とその家族の評価、捜査、治療

CAC は、児童サービスを通じて紹介された主として性的虐待の被害児を、参加機関と共同で子どもへの負担を最小限にする形で診断評価している。チームアプローチによる評価は以下の手順で行われる。

・ インテーク

インテークコーディネーターにより、家族関係などを理解するための面接を行う。

- ・ 評価前のチーム会議
参加するチームメンバーが、虐待事実や家族関係などの情報を交換し共有する会議
- ・ 精神保健評価
家族のメンバーの精神保健に関する問題を明らかにするために、子どもが医学司法面接を受けている間に、家族との面接が行われる
- ・ 子どもの医学司法面接
資格を持つ医学司法ケースワーカー(MFCW)によって、子どもが受けた性的虐待についての情報を収集する。他のチームメンバーは、別室でビデオモニターをとおして面接を見る。面接を終了する前に MFCW は一旦退室して、チームメンバーのもとに行き行ってさらに付け足す質問があるかどうかを確認する。必要に応じて追加の質問を行い、面接を終結する。
- ・ 医学的診察
医学司法面接が終わるとすぐに医学的診察が行われる。小児科医またはナースプラクティショナーによって、外性器も含めた全身の診察が慎重に行われる。ビデオ腔鏡による記録と性感染症の検査も行われる。
- ・ チーム会議
得られた情報をもとに今後の対応を協議する。
- ・ 合同捜査と追跡調査
性的虐待の事件として捜査をするために、司法当局と FCCS が合同で捜査し、家族や証人との面接を行う。
また、ケースワーカー、セラピスト、権利擁護の関係者などが、必要に応じて被害児と家族に対する治療や支援へのアクセスを行う。
- ・ その他
CAC での診断評価は、小児病院における診療であり医療行為であるため、診察についての説明を受けた上で親または法的保護者の同意が必要である。また、診察は有料であり受診者側が支払う必要があるが、児童虐待の場合は犯罪被害者補償制度が利用できるため、医療費について自己負担をする必要はない。
また、検察庁は「被害者・証人アシスタント (Victim/ Witness Assistant)」を提供し、裁判が始まるまでの法的手続きに関して家族を支援する。CAC の評価の時点でも、子どもが不安を持つことを軽減するために、被害者・証人アシスタントを子どもに付き添わせることも行われる。

3) 地域における児童虐待への介入システム (図 1)

コロンバス市における児童虐待への介入は、フランクリン郡児童サービス(FCCS)の 24 時間ホットラインがゲートウェイとなっていて、警察や虐待防止プログラムなどに

通告されたケースもすべていったん FCCS に報告されるようになっていく。FCCS は過去の虐待事例に関するデータベースや警察の犯罪歴についてのデータベースにもアクセスすることで、調査に必要な情報を速やかに検索することができる。性的虐待が疑われるものについては、児童家庭権利擁護センター(CCFA)の診断評価に紹介し、迅速で被害児へのトラウマを最小限にする方法によって評価が行われ、子どもと家族への治療や支援が開始され、加害者は検察によって起訴される。受理・調査部で調査された結果、虐待が確かであると確認されると、ケースとして支援が開始される。年間およそ1万件ある虐待通告のうち虐待が確認されるのは3分の2程度である。調査は基本的には任意によって行われるが、家族が協力しない場合は、裁判所の許可を得て FCCS (必要に応じて警察も協力) は強制的な調査を行う。調査では子どもの安全が最優先される。

家族の同意が得られれば、FCCS の地域サービス事務所は、子どもと家族に対する支援サービスを行うが、家族の同意が得られない場合は、裁判所の命令によって子どもと家族への支援、または家族への支援が行われる(この時点で親権が停止される場合もある)。FCCS は、家族のニーズに応じて直接サービスを提供するか、地域で支援や治療サービスを提供しているエージェントのサービスを購入することで、被虐待児と家族の支援を行う。

6か月の治療や支援を行った後にその効果を評価し、FCCS と裁判所が支援は成功したと判断すれば FCCS はケースを終結する。不成功であると判断された場合は、再度治療計画を修正して支援を行うか、裁判所が親権を停止し子どもを養子に出してケースを終結する。現在のアメリカのシステムでは、一定期間の介入のうえで、家庭に戻すか養子にするかの判断が求められ、長期にわたって施設に入所したり里親に委託されることを避けるように努力されている(Adoption and Safe Family Act, 1997)。

5. 日米の児童福祉と子どもの精神保健の対比

わが国の社会福祉および医療制度とアメリカのそれらとは大きな違いがあり、児童相談所の機能や役割を論ずる上でも、これらの差異を十分に認識する必要がある。これらの社会制度の違いが、児童福祉機関としての日本の児童相談所と、精神保健の機関としてのアメリカの CGC との対比の中にもよく表れていると考えられる。

表1に示すように、日本の児童相談所は法によって設置された公立の児童福祉に関する行政機関であり、基本的に全国一律の基準によって運営されている。児童相談所の業務は、児童に関する相談に応じることで、その結果として在宅での指導や施設入所などの措置を行っている。これらの業務は法令で規定されたものであり、相談に対して費用はかからない。一方、アメリカの CGC は、子どもの精神保健に関する専門機関であり、児童福祉に関する業務を直接には行っていない。今日の CGC は地域精神保健センターとして公的なサポートを受けて運営されているものも多いが、さまざまな設置形態があり、地域の事情によって規模や業務内容も多様性が大きい。提供されるサービスは有料で、所得に応じた費用負担が原則である(医療保険の対象となる)。

図1. コロンバス市（フランクリン郡）における児童虐待への介入システム

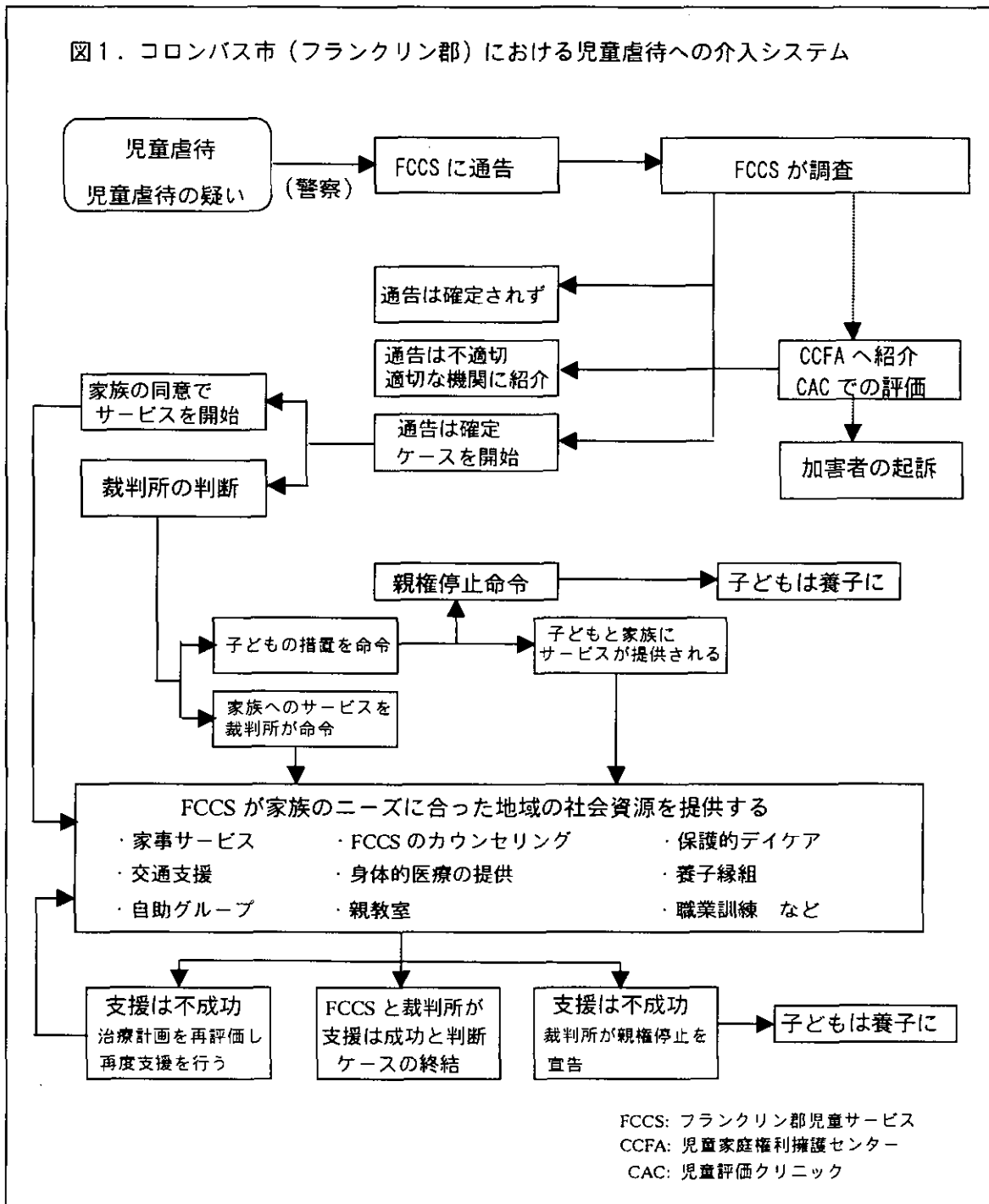


表1. 日本の児童相談所とアメリカのCGCの対比

	日本の児童相談所	アメリカのCGC
設置形態	児童福祉法により都道府県、政令指定都市が設置（公立）	公立、民間、大学附属機関、小児病院など多様な設置形態
機関の種別	児童福祉に関する行政機関	子どもの精神保健機関
業務	児童に関する相談に応じ、判定に基づいて在宅での指導や施設入所などの措置を行う	外来サービス（相談、診断、治療）、予防活動、研究、専門職の教育・訓練など
費用	無料	所得に応じて負担
精神科医	法定職員だが、ほとんどが非常勤	必須のスタッフ（一部非常勤のクリニックもある）

日本の児童相談所は児童福祉機関として、子どもに関するきわめて幅広い問題を対象とした業務を行っている。これらの業務はアメリカの社会制度と対比すると、表2のようにアメリカでは別な機関が専門的に取り扱う問題を日本の児童相談所はひとつの機関として対応していることが分かる。たとえば、日本の児童相談所は児童虐待への対応の第一線機関として、子どもの生命や安全を守る役割を持っているが、このような役割はアメリカでは児童保護局 Child Protection Service（本研究の現地調査ではフランクリン郡児童サービス）が責任を持っている。児童保護局は警察や裁判所と密接な連携を持って、法的強制力を持った機関として虐待事例に対応している。しかし多くの機関が関連する虐待事例への対応は、ますます複雑かつ専門的になってきているため、関係機関が円滑かつ効率的に連携できるように児童権利擁護センターが普及しつつある。わが国ではこれらの対応の多くを児童相談所が担っていると考えられる。

アメリカにおける非行に関する一次的な対応機関は少年審判所であるが、わが国では非行問題についても児童相談所が大きな役割を持っている。児童保護局やCGCでも非行少年や行為障害の子どもに対応しているが、少年審判所からの依頼で指導を行うことが一般的であり、非行問題はあくまでも少年審判所が主導権を持っている。

表2. 児童相談所の業務に対応するアメリカの機関

児童相談所の業務	対応するアメリカの機関
養護相談	児童保護局 Child Protection Service
虐待相談	児童権利擁護センター Children's Advocacy Center
非行相談	少年審判所 Juvenile Court
保健相談	小児病院 Children's Hospital 地域保健センター Community Health Center
障害相談	精神遅滞／発達障害委員会 Board of MR/DD 教育委員会 Board of Education
育成相談（性格行動相談）	Child Guidance Clinic

日本の児童相談所が扱っている相談のうちで、アメリカの CGC に相当すると考えられるのは育成相談であろう。特に性格行動相談と分類される相談内容は、子どものメンタルヘルスに関わる問題であり、CGC が取り扱っている中心的な問題である。児童福祉法では、児童相談所の業務の中に、「精神保健上の判定」(第十五条の二) が挙げられていて、メンタルヘルスに関する相談も児童相談所の幅広い業務の中のひとつであると位置づけられている。

それではアメリカの CGC が地域社会の中で担っている精神保健に関する業務は、日本ではどのような形で提供されているのであろうか。わが国の精神保健の制度は、精神保健福祉法がその基本となり、専門機関としての精神保健福祉センターが全国に設置されている。子どものメンタルヘルスについても「精神保健センターにおける特定相談事業実施要領について(昭和64年1月5日健医発第三号、厚生省保健医療局長通知)」では、思春期精神保健に関する相談指導等に関して、「児童相談所、教育機関等の関係諸機関に対し、従事者の研修、実地指導等を通じて、専門的立場からの積極的な技術指導及び技術援助を行うこと」とあり、精神保健福祉センターが専門機関と位置づけられている。しかし、わが国では子どものメンタルヘルスに関する専門機関はきわめて少ないのが現状で、CGC に相当する機関は一般的な形として地域の中には存在しておらず、児童相談所の業務としてもメンタルヘルスは重要な業務のひとつであることは間違いないと考えられる。

以上のように、わが国の児童相談所は、子どもと家庭に関する非常に幅広い業務をカバーしているのが特徴であると考えられる。これらの業務は、アメリカではそれぞれ別々の機関が専門的に対応しているものであることから、わが国の児童相談所の過大な役割と負担が示唆されると同時に、今後の社会資源の整備において大きな課題も示唆している。特に、子どものメンタルヘルスについては、児童相談所の中に CGC に相当する機能を組み込んで、児童相談所を拡充整備することで対応するのか、あるいは医療機関、精神保健福祉センター、保健所などの医療・保健システムの中で子どものメンタルヘルスの制度を整備するのか、さまざまな角度から検討する必要があると思われる。

6. 結論

アメリカの CGC は、20 世紀初期の児童保護運動と精神衛生運動の中で生まれ、非行少年の心理学的アセスメントから始まり、児童精神科医、児童心理学者、精神科ソーシャルワーカーなどの専門職を養成しつつ、Child Guidance という専門領域を作り上げた。この Child Guidance がその後の児童精神医学の発展の基盤のひとつとなった。今日では Child Guidance という用語はあまり一般的ではなくなっているが、CGC の活動は続いていて、地域における子どものメンタルヘルスに関する総合的な機関として、医療、教育、児童福祉、司法などと密接な関連を持って機能している。

一方、日本の児童相談所は、戦後制定された児童福祉法に基づいて設置され、当初は当時の緊急的な課題であった戦災孤児、浮浪児対策の第一線機関として、その保護と鑑別を担った。その後、児相の設備や運営についての基準を策定する議論の中で、カナダから招聘されたソーシャルワーカーのアリス・K・キャロルの指導の下で、アメリカの CGC のシステムが導入され、1951 年の法改正において児童相談所の三部制として反映された。この時点で日本の児童相談所にアメリカの CGC が取り入れられたものの、アメリカのよう

な独立したクリニックではなく、措置や一時保護などの児童福祉サービスを行っている機関のひとつの機能として導入されたために、さらには必要な専門職が十分に配置できなかったこともあって、CGCとしての機能を十分に発揮するには至らなかった。

今日の日本の児童相談所の業務をアメリカの社会制度と対比すると、児童保護局、少年審判所、小児病院、児童権利擁護センター、精神遅滞／発達障害委員会、教育委員会、そしてCGCなどの多くの機関の業務をひとつの機関として受け持っている状態である。児童相談所の業務の中でCGCに相当する業務としては、育成相談（特に性格行動相談）がそれに相当すると思われるが、あくまでも広範な児相業務の中のごく一部に過ぎないものである。アメリカのCGCが担っている機能を担当する機関は、日本には整備されておらず、児童精神科医療体制の絶対的不足状態を改善するとともに、子どものメンタルヘルスへの対応も整備する必要がある。子どものメンタルヘルスへの対応は、さまざまな形で整備することが考えられるが、子どものメンタルヘルスは児童福祉との関連が強いため、児童相談所の機能の一部として整備することも、極めて合理的な選択肢であると考えられ、その場合には今日のCGCのシステムは非常に参考になるモデルであると考えられた。

文献

- 1) 浅賀ふさ：児童相談所のあり方。キャロル女史の批判と指導。児童心理と精神衛生 1: 206-208, 226, 1951
- 2) Campisi G. : Child guidance center had a long, proud history. Philadelphia Daily News, April 12, 2000
- 3) Horn M. : Before It's Too Late: The child guidance movement in the United States, 1922-1945. Temple University Press, Philadelphia, USA, 1989
- 4) 稲浦康稔：草創期の児童相談所：大阪の児童福祉・戦後50年記念事業推進委員会（編）：21世紀の子どもと家庭へのメッセージ。大阪の児童福祉・戦後50年記念誌。Pp.52-64, 1997
- 5) 石井高明：名大精神科児童部臨床チームについて。児童精神医学とその近接領域 1:277-282, 1960
- 6) Jones K.W. : Taming the troublesome child: American families, child guidance, and the limits of psychiatric authority. Harvard University Press, Massachusetts, USA, 1999
- 7) 児童福祉法研究会：児童福祉法成立資料集成（上）。ドメス出版。東京。1978
- 8) Judge Baker Children's Center: Facts about Judge Baker Children's Center. <http://jbcc.harvard.edu/facts.htm>, 2002
- 9) 厚生省児童局：児童福祉マニュアル。日本少年教護協会。東京。1951
- 10) 厚生省児童局：児童福祉十年の歩み。日本児童問題調査会。東京。1959
- 11) 厚生労働省（才村純監修）：児童相談所運営指針。日本児童福祉協会。東京。2001
- 12) Livingstone J.B., Portnoi T., Sherry S.N., Rosenheim E., Lam D., & Onesti S.J. : A new multidisciplinary child clinic: Description of a research study and a report of clinical results. J Am Acad Child Psychiatry 9: 688-706, 1970
- 13) 小川芳雄：児童相談所の在り方に就いて。宮城県中央児童相談所における児童調査の概要。第一輯 pp.1-3, 1950

- 14) Sands R.M. & Young A.K. : The retooling of a child guidance center: Changes and changeover for the tasks of the seventies. *Am J Orthopsychiatry* 43: 65-71, 1973
- 15) Sonis M. : Implications for the child guidance clinic of the current trends in mental health planning. *Am J Orthopsychiatry* 38: 515-526, 1968
- 16) 高木四郎 : 児童相談の諸問題 : (高木四郎著) 児童精神医学各論. Pp.694-723, 1964
- 17) Van Buskirk D. : Developing community program in a child guidance clinic. *J Am Acad Child Psychiatry* 11: 270-278, 1972
- 18) Vedantam S. : Children's hospital ends contract with city, plans to lay off 100 the pediatric facility says it has been losing money providing behavioral-health care through a city program. *Philadelphia Inquire*, April 7, 2000
- 19) Weikand I.H. : The child guidance clinic and the mental health center. *J Am Acad Child Psychiatry* 8: 290-305, 1969
- 20) 安田生命社会事業団 : 日本の児童福祉 : 明治・大正から昭和へ. 川島書店. 東京. 1969

平成15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～その2～

児童相談所と児童青年精神科医療との連携の実態についての調査

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）

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（大阪教育大学教育学部）
亀岡智美（大阪府こころの健康総合センター）
中山 浩（川崎市川崎区役所保健福祉センター）
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の業務実態と地域の医療機関との連携の実績について13か所の児童相談所のデータから以下のような結果が得られた。

平成15年4月から9月までの児童相談所での精神科医の相談実績は、0件から300件近くまで大きな格差が認められたが、精神科医の相談実績は、児相の規模との関連よりも、児童精神科専門医の有無と関連があった。また、専門医が関わる相談は被虐待児の割合が高く、児童虐待への対応において重要な役割を担っていた。

児童相談所と地域の医療機関との連携実績は比較的少なかったが、児童精神科医が勤務する児相では、被虐待児の保護やケアのための医療機関との連携実績が多かった。

以上の結果から、児童相談所における精神科医療の連携の実績は、単に児相の規模や精神科医の人員と関連よりも、児童精神科を専門とする医師が関与することが大きな要因であることが示唆され、児童相談所業務、とりわけ被虐待児の保護やケアを向上させるためには、各児相に専門医を配置することが重要であると考えられた。

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求められる例は少なくない。特に、近年著しい増加を見せている児童虐待の例では、被虐待児だけでなく、虐待者である親自身や親子関係において複雑な精神病理が存在するため、子どもの保護や治療、親子関係の修復などの介入には、精神科医療との連携・協力はきわめて重要である。

平成 14 年度の本研究では、全国の児童相談所における児童精神科医療の現状を調査し、児童相談所の精神科医の配置状況や業務の実態について報告した^{1,2)}。また、児童相談所の立地条件、規模、スタッフの構成、地域の医療資源の状況などに著しい多様性があることが認められ、児童相談所と精神科医療との関連を検討するためには、単に全国の児童相談所を一括して検討するのではなく、全国の児童相談所を4つの類型に分類して検討するのが合理的であることを示した。すなわち、児童相談所の規模の小さいものから順にⅠ型（地方型）、Ⅱ型（中間型）、Ⅲ型（都市型）、Ⅳ型（大都市型）の4型に分類され、小規模な児童相談所では精神科医の関与が少なく地域の児童青年精神科医療の資源もきわめて乏しい実態が明らかとなった。

本年度の分担研究では、児童相談所と地域の児童青年精神科医療との関連について、より具体的な実態を把握するための二次調査を実施することとした。これらの調査結果をもとに、被虐待児への治療的介入を行うために必要となる課題について検討を行った。

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

(1) 調査方法

平成 14 年度の本研究で実施した児童相談所の全国調査によって得られた、児童相談所の4つの類型を用い、各類型ごとに4か所の児童相談所（合計16か所）を抽出して調査を依頼した。各類型の特徴の概要は、表1に示すとおりである¹⁾。

調査対象となる児童相談所の抽出に際しては、これらの各類型の特徴を比較的よく表している児童相談所を選び、さらに全国を6つのブロックに分け（北海道・東北、関東・甲信越、中部・北陸、近畿、中国・四国、九州・沖縄）、地域的な分布も考慮して抽出した。抽出された児童相談所に対して、本研究の趣旨と方法についての説明とともに調査票（別紙資料参照）を送付し、書面で調査の受諾の確認を得た上で、調査票に記入、返送を求めた。

(2) 調査内容

平成 15 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの6か月間の実績について、以下の項目についての調査を行った。

I. 児童相談所の基礎データ

所管地域の面積、人口、児童人口、児相の規模（職員数、相談件数）

児童虐待の相談受理件数など

II. 児童相談所で精神科医が対応したケースの実績

- ① 勤務している精神科医の人数と実勤務日数
- ② 精神科医による相談の実績
 - i. 児童についての相談（相談件数、相談の目的、処理状況など）
 - ii. 保護者等の相談（相談件数、相談の目的）

III. 地域の医療機関との連携の実態

- ① 児相から医療機関への紹介の実績
 - i. 医療機関の種別ごとの紹介件数（実人数、延べ人数、被虐待児の人数、紹介目的）
 - ii. 地域の精神科医療機関のタイプと児相からのアクセス
- ② 地域の医療機関から児童相談所への依頼の実績
 - i. 医療機関の種別ごとの紹介件数（実人数、延べ人数、被虐待児の数、紹介目的）

(3) 調査結果から検討する課題

- ② 特定の地域の実状を明らかにするのではなく、地域の特性や医療資源の状況との関連で、児童相談所と精神科医療との連携・協力について、現状の特徴を明らかにする。したがって、個別の調査対象の児童相談所名や地名は明らかにせず、あくまでも児童相談所や地域の特性に基づいて検討を行うこととした。
- ③ 児相における精神科医の具体的な業務と地域の医療機関との連携の実態を明らかにして、現状の評価と今後の課題を検討する。
- ④ 児童虐待相談に関連する精神科医の関与と地域の医療機関との連携の実態と今後のあり方について検討する。

C. 研究結果

調査を依頼した16か所の児童相談所のすべてから調査への受諾が得られ、調査票が回収された。しかし、II型の1か所については無回答の項目が多いため、またIV型の1か所については前年度の相談実績から大きな変動がありIV型として解析することが不適切と判断されたために解析から除外した。したがって、最終的に14か所の児童相談所（I型4か所；II型3か所；III型4か所；IV型3か所）からのデータを使用して検討を行った。結果的に解析対象数が少なくなったため、児童相談所の立地や規模と、精神科医療に関する実績の比較を行うために、I型とII型を合わせて小規模児相、III型とIV型を合わせて大規模児相として、全体を7か所ずつの2群に分類して比較検討も行った。

I. 児童相談所の概要

調査を行った児童相談所の概要について、類型ごとの特徴をまとめると表2のようになる。これらの特徴は平成14年度の全国調査で明らかにした各類型の特徴（表1）に概ね対応しているものと考えられた。

各児童相談所の所轄する地域の特徴としては、小規模児相では「児童精神科の医療資源が乏しい」「所轄地域が広く移動に時間がかかる」という地域がほとんどであった。一方、大規模児相では、医療施設や児童福祉施設などの社会資源は比較的充実していて、交通の便も良く社会資源が利用しやすい状況が認められた。

児童相談所における精神科医の勤務状況を表3に示した。小規模児相では常勤医が勤務しているところは1か所もなく、すべて非常勤医であった。ただし中間型の1か所（ケース番号6）は、常勤医1名と回答したが、中央児童相談所の常勤医が月に1回（半日）の巡回をしているのみの勤務状況であったため、常勤医はないものと判断した。一方、大規模児相では7か所中5か所に常勤医が勤務していた。ただし、都市型の1か所（ケース番号11）については、常勤医は勤務しているが児童精神科を専門とする医師ではなく、他の兼務職のため児童相談所業務に従事する日数も週2.5日と、他の常勤医よりも少なかった。

非常勤医の人数や1週間あたりの勤務時間には、児童相談所によって大きな差が認められたが、相談所の規模との一定の関連は認められなかった。しかし、週10時間以上の非常勤医の勤務がある児童相談所（ケース番号3、7、9、12）は、いずれも児童精神科を専門とする医師が勤務しているのに対して、勤務時間が少ないところ（ケース番号1、2、4、5、6、8）では、児童精神科を専門としない医師が勤務している所が多く、非常勤医の勤務実態は医師の数よりも、専門医であるか否かによる違いがあることが認められた。非常勤医の所属は、大学病院が6名、公立病院が10名、民間病院が12名、開業医が5名であったが、小規模児相では公立病院の医師が多かったのに対し、大規模児相では大学病院や民間病院の比率が高い傾向が認められた。

II. 児童相談所で精神科医が対応したケースの実績

(1) 児童についての相談（表4）

平成15年4月から9月までの半年間に、児童相談所で精神科医が行った相談のうち、児童についての相談は、まったく実績がないと報告した児童相談所から295件の相談を行った児童相談所まであり、精神科医の直接的な業務である児童の相談業務の量にも大きな幅が認められた。

全体として、小規模児相では相談件数が少なく、大規模児相で多いという、規模との関連が認められている。また、大規模児相では、相談件数が多くなるのと同時に、被虐待児についての相談の比率が高い傾向が認められた。特に、常勤医がいる大都市型の2か所の児童相談所（ケース番号13、14）では、相談件数の42%から75%が被虐待児であり、精神科医の業務が児童虐待と密接に関連していることが示唆された。また、2回以上にわたって継続的な相談を行った児童の割合も各施設によって差があるが、常勤医がいる大規模児相で多くの継続相談例を報告しているところがあった。

精神科医による相談の目的を、精神医学的アセスメント（処遇方針の参考）、精神科医による直接的な治療、心理判定員等が行う心理療法へのスーパーヴィジョン、心身障害の判