

ている若い判定員がいるとか、ベテランが県職員としての自分の将来を見限って大学やクリニックなどに転進することを選択するという話が聞こえてくる。児童相談所が、心理臨床を志すものにとって将来の夢を描ける確固としたフィールドになるためには、配置基準と将来的なキャリアデザインに基づいた採用計画を各県が立てることが望まれるが、むしろ最近、「年期付きの採用」などアウトソーシング化という方向に向かっているようにも思われる。

5. 心理判定員の養成に関して

臨床の分野で仕事をする心理職を養成するプログラムを持つ大学が増えてきたのは、ごく最近のことだと思う。しかし、それらの養成プログラムは、児童相談所という特殊な臨床場面で仕事をする心理判定員を養成するという期待に応えられる内容になっているだろうか。

同じ心理臨床の職場でも、病院で働く心理は児童相談所の心理判定員とはかなり違った仕事の仕方をしているのではないだろうか。病院で心理の仕事をした後で、児相の心理判定員になるという経験をした心理判定員は次のように話している。

「病院の心理の位置付けは医者の下とはっきりしているため、医者からのオーダーで仕事が始まり、親や関係者からの苦情や質問等は全て医者が引き受ける。だから、心理職は患者と二人だけの世界を構築できる。しかし、児童相談所はそれら全ての人たちと直接関わらなければならない、むしろ、ケースのイニシアチブは児童福祉司より心理判定員にあるといってよい。子どもと二人だけの世界なぞ望むべくもない。心理判定員はワーカーとしての力量も求められている。さらに、行政マンとしての判断も必要になる。病院の心理職は通常1人の患者と5～6年という長いスパンで関わる。2～3年というのは短いほうだろう。児童相談所では同じ心理判定員が3年間関わったという例は、何件あるだろう。」

また、児童相談所の心理判定員は、今の子どもの状態を見て、発達という観点に立って、将来像を予想することが大きな役割として期待されているが、一部では、そのような「子どもの発達」を上手くつかまえることのできない心理判定員が出ているという声も聞こえてくる。それがなんらかの個人的資質によるものか、心理職の養成過程に起因するものか良くわからないが、「子どもの発達」がわからなければ、その子どもの行動を発達という観点から評価することも出来ないし、どんな心理検査をすればいいのかという判断も出来ないことになるわけで、このような力をどうやって養成していくかということは、今後の大きな課題である。

児童相談所の心理判定員の業務は、病院心理臨床とは違った要素を持っているために、その養成については、児童相談所の現場を十分踏まえたシステムが必要とされているのだと思われる。国レベルと各県レベルの研修体制の充実が望まれる。

(青森県健康福祉部健康福祉政策課 鳴海明敏)

IV. 児童相談所の常勤精神科医師として児童虐待に関わる際の現状と課題

1. はじめに

私が山形県中央児童相談所の常勤医師として勤務を開始してから2年10ヶ月が経過した。率直に感想を述べれば、小児精神科医としてまた精神科医としての仕事量は非常に多

い。また、児童相談所に相談となる事例の中には、治療的対応に高度の専門性が必要とされるものが相当数含まれていると思う。児童相談所の行政的役割の中で、特に緊急性の高い児童虐待の問題だけに限定しても、成人のみではなく小児領域についても診察・治療の出来る精神科医が常勤という形態で存在することは、児童相談所がその機能を果たすことが出来るかどうかに関わるほどの重要性を持つのではないかと考えている。

2. 現状について

(1) 親への関わり

子どもの保護に関して：虐待通告がなされて子どもを保護する必要が生じた際に、精神科通院歴がある精神障害を持つ親や、精神障害が強く疑われる親が頑強に保護を拒否する場合がある。職権によって保護した際には、職員に対して暴行を加えたり、児童相談所に押しかけて恫喝をしたうえに器物を破損して行くことなども稀ではない。警察に通報して私たちの安全を何とか確保するが、たとえ身柄を拘束してもらっても、その後の親の処置に関しては、精神科医療に任せられることになる。その際には、精神科的診断を行い、病歴から通院歴のある医療機関からの情報を収集などした上で、精神科治療につなげる役割をする必要が生じる。明らかに子どもに対して虐待の事実があっても、子ども以外に危害を加えておらず、子どもを保護されたことへの反応として他害行為などがあった場合は、措置入院の判断にならないようである。私は、精神保健指定医であるが、措置入院にはもう一人の指定医の判断が必要であるため、通院先の病院などの指定医と協議することになるが、その際に前例が無いので措置入院にはならないのではないかとと言われてしまうことが多い。現実的対応として、応急入院や医療保護入院の可能性を検討して、保健所との連携の下で引き受けてくれる病院を捜し対応をお願いすることになる。

再統合に向けて：何とか医療機関に引き受けてもらったとしても、退院後の引き取り要求などが予想されるため、ただ任せるような連携ではなく、ケース検討会を重ねるなど十分に時間をかけて、現実的なその後の対応までを計画するレベルの連携を取らなければならない。また、親がある程度の虐待の自覚と自制心を持っていて子どもを保護するほどでは無い場合には、直接に親カウンセリングを行ったり、通院先の病院での治療状況を把握して、虐待のリスクの軽減を図ってゆく事が必要となるが、これも非常に負担の多い仕事である。さらに、最近とても気になることは、児童虐待防止法 28 条で親の権利を制限しているような深刻なケースにおいて、法改正によって制限は最長 2 年と定められたことである。これは、たとえば親が精神障害を持つ場合には、治療的関わりが十分になされることが前提となっているものであろうと推測しているが、28 条を行使しなければならないほどの親に対して、子どもの養育に大きな問題が生じないまでの治療を行うことは、決して容易いことではないと思われる。この点も、児童相談所の医師にとっての今後の大きな課題であると考えられる。

(2) 子どもへの関わり

子どもの示す問題行動の診断治療面に関して：被虐待児童は、ほとんどの場合に問題行動を呈している。愛着の障害、破壊的行動傾向、摂食障害、解離性障害、抑うつ状態、不安性障害、心理的外傷後ストレス障害、嗜癖性障害など数多くの精神障害が、虐待の結果として生じるといわれている。診断することは細やかな治療的対応への基本となると考

えられ、十分に時間をかけた丁寧なかかわりの中で診断されることが求められるが、日ごろの業務の中ではそれも大変な負担であり、現実的には保護された子どもたちに関わることで限界になる。これは、山形県には情緒障害児短期治療施設が無いこと、私が一時保護の制度を利用しながら治療的関わりを持たなければならないことが多いことも原因の一つである。しかし、幸いにして担当の児童福祉司、判定員、保育士とのチーム体制で関わる事が出来るために、以前勤務していた病院などと比較しても、保護期間中は子どもに対して十分な対応が出来ていると感じている。また、一時保護所のスタッフは治療的配慮の専門性が高く、的確な対応をしてくれることが多い。そのような環境の恩恵を受けてのことであるが、被虐待児が同時に発達の問題を持つような事例を診断することが多くなってきている。つまり、少し強引な言い方になってしまうが、私たちの一時保護所に入所して数週間が経過しても、問題傾向が余り軽減してゆかない児童は、発達の問題を持つ児童生徒が多いように感じられる。最近の研究報告では、注意欠陥/多動性障害などの軽度発達障害を持つ子どもが、虐待を受けやすいとの報告がなされることが増えてきたが、私も日常の業務の中でそれを実感しているような状況にある。注意欠陥/多動性障害などの障害が疑われる場合は、保護期間中に親や教育関係者から児童の行動傾向に焦点をあわせて再度生育歴を聴取し、保護者の了解を得た上で、必要に応じて薬物療法を含めた対応をとることにしており、驚くほどの治療効果があがる事例も稀ではない。そのような場合、親も子どもの変化について喜びを持って受け入れてくれることが多く、子どもにとっても親にとっても共に利益のある状況を生み出せることになり、私も充実感を感じる。ただし、山形県中央児童相談所には、まだ診療所が開設されていないので、治療を行う場合は、私が嘱託医をしている精神保健福祉センターの外来を利用しており、診療記録を2回記入しなければならないなど、私の負担は大きい。

子どもの処遇に関して：一時保護以降の子どもの処遇に関しては、厳しい現実に打ちのめされることが多い。親元へ返す判断をした場合は、児童福祉司や教育関係者との連携を保ち、経過を見守ることとなるが、私が関わるのは、子どもの問題行動が触法レベルである場合と、子どもに発達障害がある場合に限っている。理由は、それらの子どもや親との面接の時間を確保するだけでもほぼ限界であるためである。また、子どもを児童養護施設などに措置する場合には、出来るだけ具体的な養育プランを提供するように心がけている。施設から小児精神科医としての継続的な関わりを求められることも多いが、とても応じきれない。要請に答えるために、昨年からは県内の養護施設に出向いてのケース検討会を開くなどの努力は行っているが、明らかにそれだけでは不十分であると感じている。さらに、施設は子どもへの対応だけでなく、親への対応の窓口になっていることが多く、再統合を検討する際の重要なポイントとなる場所であるが、施設を利用した再統合の問題については着手も出来ていないのが現状である。

3. 課題について

「現状について」にて課題についても触れたが、私が課題と感じることについて簡単にまとめてみたい。

(1) 対応を求められる虐待の質の変化

精神障害者の親によるネグレクトの取り扱い：山形県でも身体的虐待についての認識が

一般化して、教育機関などからの通報も定着し、その対応についてもしっかりとしたものになってきている。そして、最近ではいわゆるネグレクトについての通報や相談が増加傾向にある。その中でも、親が精神障害を持つケースは相当数ののぼり、対応には苦慮することが多い。通院先の病院の主治医と連携を取り、虐待予防の立場からケースを管理してゆくことは、常勤の精神科医がいなければ相当な困難を伴うと思われる。

性的虐待の取り扱い：山形県でも、近親姦を伴う深刻な性的虐待の通告が見られるようになってきている。幸いケースは数例で、親も事実を認めているので、何とか対応が出来ている。しかし、親が性的虐待の事実を認めないような場合には、虐待対応の先進国で行われているように、資格を持つものが司法面接を行い、児童の証言を証拠とするような体制を整えなければ、被虐待児童を救い出すことさえ困難になるだろうと危惧している。

(2) 専門性の強化をいかに進めるか

市町村に虐待対応が求められ、児童相談所の専門性が求められている。その中でも私が実感しているように小児および成人の精神科医療を提供する専門性の必要性は高いと考えられる。同時に、先述したように家族再統合に関するケアの専門性を高めることが、今後益々求められて行くと考えられる。

(山形県中央児童相談所 精神科医 神田 秀人)

V. 児童相談における市町村ネットワークの新たな展開と児童相談所の役割

1. はじめに

平成16年11月の末に国会で成立した児童福祉法の改正により、我が国における児童相談の体系は、法制定以来の大転換が図られることになった。すなわち、従来「児童に関する各般の問題」（児童相談所運営指針）は児童相談所（以下、「児相」）が担うとされてきたが、今後は、市町村が一義的に業務として応じる、ということを経済上明確にしたのである。それに伴い児相は、その活動を専門的な知識及び技術を必要とする事例への対応や市町村の後方支援に重点化していく機関として位置づけられた。また、市町村における相談援助の体制は、法定化された「要保護児童対策地域協議会」というネットワークを重要な要素としていることも、相談体系のあり方からすれば大きなこととなった。

本小論は、このような法制度の大きな変化の前に、市町村ネットワークの今後のあり方をさぐると共に、新たな仕組みのもとで児相（県）と市町村との連携のあり方にも言及してみたい。

2. 児童虐待防止市町村ネットワークの重要な意義

(1) 発見と援助における市町村ネットワークの重要性

改めて言うまでもなく、平成8年度以降、児相における児童虐待相談は急増した。相談の中には、死に至るなど重大な結果をもたらすケースが事実存在している。そのため、マスコミの大きな報道に目を奪われ、そのような重大なケースばかりが増加したように錯覚するが、ケースの中味をよく見てみると、相談件数の80%近くは（育児）支援を中心とした在宅援助ケースである。児童虐待への対応といっても、これら家庭から分離されないケースへの対応は、生活支援や育児支援という子どもを育てていく上での、日常の具体的支

援がその中心となる。そのため、児童虐待の取り組みは児相だけでなく、市町村における取り組みも不可欠の要素として求められることとなった。

また、児童虐待防止の取り組みには、市町村における防止ネットワーク・多機関による取り組みが有効であることは、すでに多くの実践とその報告で明らかとなっている。それは、第一に、市町村は子どもが生活している場所であり、子どもらが通う多くの機関を抱えているために、早期発見の重要な役割を果たすことができ、第二には、児童虐待への支援・援助が一つの機関では完結しないものであり、多職種・他機関の援助があって初めて効果を上げるからである。

(2) 三層構造の市町村ネットワーク～実務者会議の意義

児童虐待防止市町村ネットワークでは、これまでの実践から、①市町村が主体となって、②啓発だけでなく実際のケース援助を課題としてあつかうことが大切であり、③代表者会議、実務者会議、個別ケース会議の三層構造が有効である、ということが一般原理として定着してきた。実際、改正児童福祉法への取り組みを説明した全国児童福祉主管課長及び児童相談所長会議の資料（平成16年12月21日開催）においても、法定化された要保護児童対策地域協議会の項では、ケースと取り扱うネットワークの重要性やネットワークの三層構造について詳細に説明している。

ネットワークは、具体的ケースへの援助を推進するために形成される。ネットワークシステムの中で、ケースを扱うのは個別ケース検討会議と実務者会議である。いずれも重要な役割を果たすのであるが、システムの中で要となるのは代表者会議と個別ケース検討会議の中間に位置する実務者会議である。それには次のような理由からである。

実務者会議では、現在進行中のケースの情報交換が各機関から報告される。短時間に多くのケースの情報を交換できるために効率がよい。そうして、このような情報交換をもとに必要なケースについて効果的に個別ケース検討会を開催していく。このように、児童虐待相談が増加する中で、実務者会議は、関係機関が連携して対応する効率的システムなのである。

さらに、援助が必要なケースは基本的に実務者会議の場に提出されるため、参加している機関は、地域の状況が全体として概観・把握できる。そこでは、発生から在宅支援、家庭分離やさらには再統合までのプロセスのほとんどが明らかにされるため、参加機関は自らが関わっていないケースも共通体験でき、ケースの共有化が進む。ケースの共有化が進むことで、連携が円滑になり、ケースの受け渡しも容易となるのである。

(3) 予防戦略としての市町村ネットの重要性

平成16年2月に厚生労働省から発表された、児童虐待防止法施行後2年半の死亡事例の分析では、127の死亡事例のうち、3歳未満が84事例（66.1%）、6歳未満が111事例（87.4%）という結果となっており、乳幼児期における取り組みの重要性が改めて明らかになった。学齢前、特に乳幼児期に虐待を発見し、早くから援助を展開することが児童虐待防止にとって今や最も重要な対策の一つであることに疑いはない。

児童虐待防止の市町村ネットワーク、特に実務者会議において、母子保健と関係機関が結びつくことは、児童虐待の予防にとって高い戦略的戦略性を持っている。なぜなら、乳幼児期からの援助を、母子保健任せにせず、保育園をはじめとする多くの機関が様々にこの発生時期への援助に加われれば、大きな成果を上げることができるからである。学齢期での

取り組みのエネルギーのあまりの膨大さに比べれば、乳幼児期での取り組みは、実に効果的、効率的であることを実感している。この取り組みを5年やれば、学齢期の子どもが変わり始めることは確実である。

3. 市町村ネットワークと人口規模の問題

(1) 進まない市町村ネットワークシステムの設置

このように、児童虐待防止の市町村ネットワークシステムの有効性は試され済みであるにもかかわらず、なかなか進まない現状にある。

厚生労働省が、児童虐待防止市町村ネットワークの状況を初めて把握したのは平成13年6月の調査であった。当時、すでに設置済みであったのは全国3,200余の市町村の500余(15.6%)という状況であった。相談の急増とともに、国は児童虐待防止の全国的なキャンペーンを展開し、その中でも市町村ネットの必要性を強く打ち出した。しかし、3年後の平成16年6月の調査でも設置済み市町村は、39.8%(H16.6厚生労働省調査)にとどまっている。

設置済みのところでもそれが十分に機能しているところばかりではない。設置が進まないことと、十分に機能できているところが多くはないということは、互いに関連のあることのように思われる。ネットワークシステムが円滑に進まない(進む)要因は担当者の習熟度や専門性の問題、地域の特性や歴史等々、多岐にわたるが、以下ではシステムの在り方に絞って論じてみたい。

(2) 人口規模の要因

平成13年3月、小林登(2002)らは、福祉、保健、医療、教育、司法、警察、民間の各機関が把握している事例を「社会的介入を要する児童虐待」として、地域調査と全国調査の両方から把握し、我が国において、社会的介入を要する児童虐待の発生は年間、0～17歳1,000人中1.54と推定した。初めて日本の児童虐待の発生状態が明らかになったわけだが、その意義は極めて高い。一つには、それぞれの地域でどこまで掘り起こしが進んでいるのかの評価軸を我々は、はじめて得ることになったことである。二つには、援助対象数の推計より、援助システムのあり方や構えを具体的に考えることができるようになったことである。

この援助対象推計値は、市町村ネットを機能させるあるいは活性化させるためには欠くことのできない要素である。小林らの研究をもとに、人口10万人あたりの、年間の被虐待児発生数を見たのが、表1(A)欄である。

表1 <人口10万人あたりの対象児童数>

人口10万人のモデル						
15歳未満の子ども人口 (平成12年国勢調査)			推計被虐待 児数(A)	療育が必要な対象児童数(B)		
年齢区分	人口構成比	人数	1.54/1,000	一次(5%)	二次(3%)	三次(1%)
0-5歳	5.60%	5,600	8	280	168	56
0-11歳	11.37%	11,370	17	—	—	—
0-14歳	14.55%	14,550	22	—	—	—

表（A）欄は平成12年の国勢調査による年齢構成比で、人口10万人あたりの、15歳未満までの人口を算出してある。

これをもとにした人口10万人あたりの被虐待児の年間発生数の推計値は、6歳未満で8人、12歳未満で21人、15歳未満で22人となる。単純に計算すれば、人口5万の市ではこの半分、人口2万の町では1/5となる。

表2 <市町村人口規模・平成12年国勢調査>

人口	市町村数	人口	市町村	人口	市町村数
指定都市	13(0.4)	30～40万	25(0.8)	5～10万	223(6.9)
50万以上	10(0.3)	20～30万	41(1.3)	2～5万	521(16.1)
40～50万	18(0.5)	10～20万	122(3.8)	2万以下	2,257(69.9)
				計	3,230(100)

（ ）内は%

ところで、平成12年の国勢調査結果では、全国の市町村の実に86%が人口5万人以下の市町村であり、2万人以下も70%近い（表2）。そうした市町村では、児童虐待が年間数人というわけだから、児童虐待を中心としたネットワークは作りづらい。実務者会議を開いても、ケースがない、ということになりかねない。作ったとしても人口規模による限界から活性化することは正直難しい。これでは「虐待防止市町村ネットをつくろう！」という呼びかけに、応えられない市町村があってもやむを得ないのである。また、対象ケースが1年間にあるかないか、あるいは年間数件しかないというのでは、システムを作っても、それは錆びて、大事なときに機能しないのである。

他方、この結果は、人口集中地域の在り方にも示唆を与えている。人口集中地域、例えば、50万都市などでは、学齢前だけをとっても50人に近い対象ケースを抱えることになり、一カ所のシステムでは機能できないことも明らかになったのである。

4. 市町村ネットワークの展望

(1) 児童虐待防止のネットワークから「要支援ケース」を対象としたネットワークへの発展

せっかく作ったシステムが機能するためには、規模の問題を解決する必要がある。

表1（B）欄には、人口10万人の市で、発達障害児（やその疑い）として一次療育から三次療育まで、対象としてあがってくる子どもの数を示した。発達障害の子どもと保護者の中には障害認知や療育に関連して支援を必要としている子どもは少なくない。それらの支援は、関係機関の連携なくしてはできないことも多い。また、発達障害を持つ子どもが虐待にあうのは、健常児のおよそ10倍という研究（細川2001）もあり、事実、発達障害への援助の中で不適切な養育に遭遇することはめずらしいことではない。そういうことから、この表で示した対象児童の全てが援助の対象とはならないにしても、ここには人口2万人規模の町村でも、システムを恒常的に動かす必要のある対象児童が存在している。

このように市町村ネットワークで支援する対象を広げることで、規模による機能不全は解消されよう。こうした観点から、現行の児童虐待防止市町村ネットワーク会議から、改

正児童福祉法における「要保護児童対策地域協議会」への衣替えでは、「要保護児童」だけでなく、援助の対象を、不適切な養育群、非行群、発達障害群というように、支援を必要とするケース（要支援ケース）全般へと広げ、発展させていく必要がある。

こうした発展は、児童福祉の在り方の発展にも沿ったものであるとも考えたい。それは次のような理由からである。児童福祉法第6条3項では「要保護児童」を「保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童」と規定している。しかし、これはいかにも古めかしい定義で、対象が狭いと言うだけでなく、そこからは児童保護者への支援・援助という視点からは大きな距離を感じざるを得ない。児相をはじめとする関係機関のスタンスは、被虐待児への取り組みも発達障害児への対応も、その他の要保護児童への取り組みも、いずれもが児童本人と保護者による養育への支援・援助という点にあるはずである。法定化された「地域協議会」がその対象を被虐待や非行児童に狭めてしまうのは、時代ベクトルとは逆の方向であると考えざるを得ない。

(2) 予防重視のネットワークと対応重視のネットワークへの進化

ところで、ネットワークが円滑に作動しないシステム上の要因は、対象の規模の問題だけではない。ネットワークを予防戦略として展開し、その意義を高めるために、ネットワークシステムにおける実務者会議を、乳幼児部会と学齢児部会との2部制にすることも提起したい。

乳幼児期での取り組みの戦略的意義については先に述べたとおりであるが、乳幼児の援助課題と学齢児の援助課題とは、年齢差が開くほどに異なってくる。多くの場合、乳幼児期は母子一体の援助が予防として必要であり、有効でもある。しかし、年齢が高くなれば、本人の問題が次第に大きくなり、例えば非行や集団不適応などのように当面の対応を重視することが大切となってゆく。事実、児相が学齢期の相談で取り組む際のエネルギーの膨大さに比べれば、乳幼児期のケースへの取り組みは、実に効果的、効率的であることを実感している。ネットワークが円滑に稼働しない要因の一つには、このような年齢差による援助の方向の違いもあると思われる。

先に(1)で述べたように、「要保護児童対策地域協議会」を「要支援ケース対応地域協議会」へと幅広い対象を扱うネットワークシステムへと発展させるとなれば、このように重点が異なる二つの領域を、数多く一同にして扱ってはい生産性が上がらなくなる。このような事態の解決策のひとつとして、乳幼児を扱う部会と学齢児を扱う部会とを分離する方が考えられるのである。

(3) 要支援ケース・ネットワークの適正人口規模の模索

以上、市町村ネットが円滑に機能するためのシステムの在り方を、二つの側面から考えてきた。では、この二側面から見た場合、要支援ケース・ネットワークの適正人口規模はどのへんにあるのであろう。

先に見たように、実務者会議を二つに分離した場合、乳幼児部会は人口が10万人前後ならば、十分に機能する。学齢児部会はどうであろうか。人口10万人の市で、乳幼児部会で扱う8人を除けば、学齢被虐待児は14人となる。これでは被虐待児だけを対象としては機能しない。これに、養護問題を中心とした不適切養育群、非行群、広汎性発達障害などの発達障害群などが加えられることになる。文部科学省は、「特別な教育的支援が必要な児

童・生徒」の出現率を6.3%と発表（平成15年）しており、特別支援教育での対応だけでは不十分で多機関支援が必要なケースなどは、この実務者会議の学齢児部会で支援を検討することもケースによっては必要となるであろう。そうして考えてくると、学齢児部会は、地域によっては人口10万人以下で一つ作る必要が生じてくる可能性もあろう。

総じて言えることは、人口規模で10万人程度が一つのネットワーク単位の上限と考えられる。これ以上では、システムとして機能する限界を超えているように思われる。平成18年3月末に向けて、市町村合併が一段落しようとしている。合併前には人口2万人以下の町村が70%近くあった約3,200余の基本自治体の数と人口分布はどのようになっていくのであろう。結果はこれから明らかになっていこうが、人口10万人をひとつの目安に、要支援ケースのための市町村ネットワークシステムを展望していきたい。

5. 児相（県）による市町村支援の在り方

(1) 改正児童福祉法における市町村と県（児相）の連携の在り方

改正児童福祉法では、市町村は一義的に児童の相談に応じることとなった。しかし、専門的な知識及び技術指導を必要とするものについては、児相の技術的援助及び助言を求めなければならない（第10条2項）し、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必要とする場合には、児相の判定を求めなければならない（第10条3項）、とされた。

都道府県（児相）には、基本機能に「市町村援助機能」が組み入れられた（第11条1項）。さらに、市町村の枠を超えた「広域の実情把握」を行い、相談のうち「専門的な知識及び技術を必要とするものに応」じ、市町村からの要請により各種判定を行う等とされた（いずれも第11条1項）。また、市町村に対しては「必要な助言を行うことができる」（11条2項）とされた。

以上が、改正児童福祉法の枠組みであるが、今回の改正が法制定以来の根本的変更であることから、このシステムが定着するには相当の期間が必要と思われる。たとえば、相談者にとっては、自分の相談内容の相談先は、市町村なのか児相なのかわからないということがあろう。相談を受けることとなった市町村にとっては、目の前の相談が「児相の技術的援助及び助言を求めなければならない」ものかどうかわからない、各種判定を求めべきものかどうかわからない、という戸惑いが当面起こってしまうのである。そのため、厚生労働省が開催した全国児童福祉主管課長及び児童相談所長会議（平成16年12月21日）では、児相も「一般の国民等から直接通告や相談を受け」るものとされたし、「当面、…自ら対応することが困難であると市町村が判断した事例については、都道府県（児童相談所）が中心となって対応することを基本に、都道府県（児童相談所）と市町村の役割分担・連携の具体的な在り方について十分調整を図」ること、とされた。

(2) 県（児相）による市町村との連携支援の軸としての市町村ネットワークシステム

では、その具体化とはどうあるべきであろう。あるいは、児童相談の新たな枠組みの基で、県はどのような視点で市町村との連携支援を展開すればよいのであろう。

藤田(2004)は、「新しい相談体系における児相等の県機関の役割は、従来のように専門性の高い機能を有し機関連携と地域への浸透性に努めるというだけでは、不十分であり、県（児相）の市町村への具体的支援としてとしては、①専門的（技術的）支援を行うこと

②広域的なシステム作り ③市町村をエンパワーメントし、主体性を引き出すこと」(大意)が必要であるとした。

改めて考えてみると、市町村が、寄せられる相談に応じられるためには、市町村自身に、①児童の相談援助に関する専門性と、②連携により地域にある援助機関の力を束ねて援助に役立てるシステムと、③自分達の市町村の子どもの問題は自分たちが解決するのだという主体性が不可欠である。これらは一つでも欠ければ、相談者への援助はおぼつかなくなる。

そうであるなら、県はこの3領域について市町村への援助を進める必要があるだろう。しかしその中でも軸となるのはこれまで論じてきた、市町村における援助のシステム(市町村ネットワークシステム)と考える。なぜなら、市町村等への技術的支援も市町村職員や地域の援助機関の職員をエンパワーメントするのも、具体的には連携やネットワークシステムを運営していく中で発揮されるからである。そうであれば、我々県(児相)の援助のベクトルは、市町村の方々と、それぞれの市町村で要支援ケースのネットワークシステムを作り上げ、それを円滑に運営できるようにあらゆる援助を展開することにまず向けられる必要があるだろう。

(静岡県中央児童相談所 村瀬修)

D. 考察

三年間にわたる研究により、児童虐待対策の進行管理にかかわる多くの問題と課題を検討することになったが、同時に3年間の研究は有機的につながっていることから、一年次および二年次の研究結果を含めて考察する。

I. 児童虐待対応と進行管理

1. 虐待ケースの概要と取り組みの全体像の把握

進行管理は児相における虐待対応の全体を管理するシステムである。相談や通告された実際の事例に対する「初期対応」から始まって、「介入と調査」つまり訪問調査などの介入の程度の判断と実施、そして「介入の終了」までの児相としてのケースマネージメントのあり方をより平易に体系化するものと位置づけられる。

児童虐待は、①家族として抱えてきた問題が虐待といった形で結晶化してきた側面を持つものから、②親として抱えてきた問題や病理が子どもに向けられて発現するもの、③地域として本来持つべき相互扶助的な機能が消失しつつあるという問題、④子ども自身の発達の問題にうまく取り組めない親の育児困難、⑤弱者である子どもに向けられた犯罪的な作為、といった問題や要因により発生する。児童虐待の初期には、親の育児不安や経済的困難さ、親自身の様々な不安が虐待発生の引き金となり、当事者の孤立と援助を欠いた状態が継続することによって虐待病理は進行し、子どもの生命のリスクを伴うようになる。よって初期の速やかな介入やそれに続く本格的な対応の戦略が立てられなくてはならない。

こうした多岐にわたる問題とその複雑さ、そして介入の難しさに振り回されながら取り組むのが虐待対応の現実であることから、少しでもわかりやすい対応の要点や戦略の図式を描きながら、かつ執るべき対応を怠らないように進めることが求められることから、ま

すまず進行管理という考え方が必要になる。着手しやすさ、執るべき対応の手順、そして問題の調査と評価内容を目に見えるものに整理する試みが我々の検討してきた進行管理の考え方と実例である（平成14年度報告書）。よって、個々のケースについて全体像を具体的な形に記載して、ケース担当者はむろん他の職員が必要などときには何時でもケース記録と対応状況を閲覧できるようにしておくことが重要である。

2. 児童相談所の取り扱いケース以外に対しても目を配る

児相は虐待対応の中心機関であるから、虐待への直接的対応はもちろんのこと虐待の原因となる児童・家庭に関わる諸問題と社会的背景そして他機関における虐待対応などに対して、より鳥瞰的な視点を持って当たる責務がある。また、児相まで至らない相談ケースに対しても適切な対応戦略と臨床的な視点を持つ必要がある。小林らの報告によれば虐待の約38%が児相に持ち込まれているということであるから、児相の関わっていない約60%の虐待についても関心を向け、その実態を把握する姿勢とともに他機関との連携を怠ってはならない。

3. 進行管理システムの問題点と課題

進行管理の実践に関する問題点をまとめると、以下のようになる。

(1) 進行管理システムは必要ではあるが、実施に至るにはかなりの準備が必要である。進行管理の中心に立つSV（スーパーヴァイザー）が高い資質と能力を有していることが必要である。また個々の児童福祉司の献身的な努力によって虐待対応がなされているのも一つの現実であるが、個々人のそうした努力のみに期待するだけではなく児相が組織としてのシステムを構築することが不可欠である。二重の意味で児相は一層の専門化とシステム化に取り組むことが不可欠である。

(2) 多くの児相ではシステム化までは発展していないが、その前の段階で経験的に進行管理のような発想を取り入れて対応している児相もある。その一方で進行管理はパソコンにデータ入力すること、すなわち記録の電子化することが進行管理として受けとめられてはいけない。

(3) 進行管理について提示した例では、格付けをしてこれに従って介入の度合いを決定して管理を行っているが、進行管理の前提となる「格付け」の判断が難しい。「格付け」はその任にあるSVが虐待についてある程度の知識と経験を持っていることが必要となる。

(4) 精神障害あるいは近縁の問題を抱える親による虐待が少なくない。そのため対応の困難なケースがかなりの割合を占める。進行管理上も他法（精神保健福祉法）との兼ね合いに留意しておかなければならない。精神科医療や司法などの関連領域と関連法規についてもある程度の知識を有していることが必要である。またその領域の専門職とのネットワークを構築しておくことも進行管理には不可欠である。

(5) 分離処遇を行う必要のあるケースに対しては、親と分離をした後の施設ケアにおける進行管理が重要となり、施設においてはより集中的なケアや指導が必要となり、児相はケアの進行にしっかりと目を配り参画することになる。トータルケアの視点を持って親への対応をするとともに時には治療の枠組みを行った上で治療機関の協力を求めることもあろう。

(6) 児童福祉法一部改正法により、市町村が第一次的な児童相談を行うという従来のパラダ

イムが大きく転換するが、このことに対するメッセージはまだ具体的にならない。「ひとまずは児相は市町村と一緒にやりましょう」というところが出発点になるであろうが、こうした変化に対しては、市町村ネットワーク会議が重要な場あるいは連携や協同作業を構築する機会となる。

(7)乳幼児健診と虐待予防は密接な関連があり、児相と母子保健関係者との連携は必須である。

母子保健による健診は対象者にとっては義務ではない。しかしながら、虐待の犠牲者の多くは乳幼児期にあり、このために虐待の予防には健診の受診の義務化を検討する必要がある。また母子保健活動において、転入者の把握とその対応を適切に行うことが必要である。申請主義をとっている現在の母子保健体制では、虐待のリスクがあるにもかかわらず、いずれの機関にも把握されないケースが発生する可能性がある。

保健師は児童福祉司とは異なり、「乳児、母親、子育て」というようにいろいろな切り口で家庭に入ってゆきやすい職種である。実際、母子保健としての子育て支援システムがよく稼働している地区においては保健師がこうした家族の対応に実績を上げている。児相は市町村の母子保健と連携してゆくことが重要な課題となる。

このように児相は虐待対策の中心機関と位置づけられていながらも対応システム構築に十分取り組めていないのが児相の実態の一つである。進行管理システムの検討をしてきたが、この検討以上に児相のあり方の検討が必要であることがより明らかになってきた。進行管理の検討はまさしく児相のあり方の検討をすることに他ならないようである。

II. 児童相談所のあり方

1. 児童相談所の時代的変遷

近年は児童虐待が急激に増えたことにより、児相はその対応に奔走され、児童福祉法で規定された本来の責務や課題を果たせなくなり、社会的なニーズや利用者の要望に十分に対応できない状態が続いている。18歳未満の児童のありとあらゆる相談に対応するという原則的な責務はすでに放棄されている感がある。今回の児童福祉法一部改正法による児童相談の新たな枠組みが構築されることになり、このことは児相のあり方や持つべき役割とその機能などについて原点に立ち戻って検討するための大きな一歩となろう。つまり、これからの時代に合致するような児相のグランドデザインが必要になってきたのである。

2. 児童虐待が突きつける児童相談所の抱える問題と課題

児相は虐待防止という社会的な要請に後押しされ、緊急介入や危機管理を前面に出さざるを得ず、また米国などの他国においては司法機関などが果たすような役割までが児相に持ち込まれ、結果として児相は多くの児童相談のうち虐待の一面にしか関われないような状況にあると言える。そもそも児童虐待の発生要因は多岐にわたり、若い親が親として育つプロセスを教育的にも経済的にも支援する制度の不備や、親のメンタルヘルス対策とメンタルヘルスの保たれていない親への支援の不備、そして相互扶助的な機能を持つべき地域社会の崩れ、さらには現代社会の不均衡な発達と個々の人間の社会的存在としての発達不全などが相互に絡み合い、児童虐待が出来上がっているのである。虐待はいわば児童

と家庭をめぐる保健福祉上の問題が複雑に絡み合い、かつ極端な形で現れたものと理解できる。児童虐待は児童精神医学や家族精神医学の底流をなす問題とも言える。この対策をすることは健康な人間の発達や健全な社会を如何に作り上げるかという課題にも等しい。

こうした児童と家庭にかかわる多くの問題や課題を現状の児相に中心的な役割を持つことを本当に望めるかという疑問が寄せられる。児相の関わりがなされていない児童が殺害されるような虐待事件が多発しているが、児相に相談依頼がなされている児童虐待は全体の約40%である。行政的な視点から見れば、残り60%は児相以外のエリアに取り残されている。このような現実には現在の児相体制の限界を如実に表している。また児相の社会的信頼の現実をも示している。虐待対策を進めなくてはならないが、その一方で虐待と児相が結びつけばつくほど本来支援を必要としている親たちが相談に訪れにくい機関になっているのである。

児相は、創設された時代は養護相談、非行相談、育成相談を中心に社会的な支援と介入を行い、やがて障害児相談、不登校相談、性格行動相談などを付け加えて幅の広い相談活動をしてきた。アメリカのチャイルドガイダンスクリニックをモデルにして、国連の技術指導員のキャロル女史の指導を受け、包括的な支援のできる機関として成長を遂げてきた。

いつの時代にも虐待は存在していたが、現代は虐待がその発生数のみならず影響力においても突出し、児童相談体制の不備を根本から揺さぶることとなった。また、児童虐待とされない相談であっても児童虐待の要素を抱えている相談は少なくないのである。養護相談は種々の理由により児童を育てることができないことにより発生する相談である。養育放棄は広義には虐待である。養護問題の発生仕方や内容はこの40～50年の間に様相を変えたともいえないだろうか。育てる上で困難を感じた親が、我が子を激しく排除する、怒りを子どもに向ける、自らの不満を弱い状態の子どもに向ける、こうした親としての発達不全ともいえる問題が背景にあって養護問題へと増悪している。

発達相談も同様に虐待の発生と密接に絡んでいる。障害児の虐待は健常児の4～10倍と指摘されている。しかも見た目には障害が明らかでない障害に多い傾向がある。障害児の育児の大変さや育てにくさが親の心に大きな負担や混乱を与えて、時に虐待という事態にも発展するのである。

いわば、すべてと言ってもいいくらい子どもの育児養育をめぐる問題が児童虐待の要因を成し、また虐待の問題は児童問題のすべての根っこことなりうるのであるから、虐待は児童の福祉を促進する上での基本的な問題として理解し、取り組むという意識に変わってゆかなくてはならない。児童相談の基本中の基本であるという意識のもとで児童虐待が取り組まなければならないと考えられる。

よって、児相がこうした虐待以外の相談に取り組めないとしたら、あるいは手を抜くような事態になるとしたら、児童虐待の包括的な対応はできない、あるいは児童福祉法の求める責務を果たし得ない状況に置かれているとさえ言えるのである。

3. 児童相談所の運営と体制整備に関して

近年は児童虐待に後押しをされるように児相の体制整備と専門性の向上が重要な課題として取り組まれてきた。国レベルでの研修を実施し、職員の任用に係わる地方交付税の増額、児童虐待対策の予算の増額、児相の強化を目指した法律策定と改正などがたてつづ

けになされてきた。今までの視点と執られてきた方策に積み重ねるようにして対応をはかってきた。これをさらに推し進める必要はあるが、行政として対応しなければならない児童問題とその内容や、今までなされてきた虐待対策のあり方の検討の上に立ち、児童相談のあり方と児相のあり方の検討が必要になる。

(1) 児童相談所スタッフの力量について

最近の児相のスタッフに見られる問題の一つとして、児童の発達心理学的な知識や把握方法の力が少なからず不足している。また、児相職員が増員され、研修の機会も多くなってきたが、職員の資質向上が追いつかない。どのような資質や職能を持つべきかを検討する必要がある。心理判定員に限って言えば、心理判定員について配置基準がない。児相によって心理判定員の業務内容が異なる。求められる業務は、①心理テストの実施と心理評価、②発達や発達障害に対する判定業務、③児童福祉司たちとのチーム対応に参画すること、④ケースワーカー的な関心を持ち意欲的に業務にかかわること、などであるが、心理技術者の人数が少ないために、児相の総合診断のプロセスが崩れているところもある。児童福祉法の改正によって児相における相談業務はいつそう高度の専門性が求められるので、心理判定員の専門的力の確保と資格制度の検討が必要になる。

(2) 児童福祉が Welfare から Wellbeing へと展開している

従来は児童福祉にかかわる特定の対象者に最低基準のなかみを提供するものだったが、最近の福祉の動向は措置から契約へと大きく考え方を変えてきた。児相もこうした変化に対応すべく契約的な受けとめ方を検討してゆく時期にあらう。

(3) 児童相談所長の役割について

行政機関であると共に専門機関でもある児相の長はどのような役割を持ち、どのようなキャリアのある者が所長の任を担当することが適切かという問題もまた児相の検討課題の一つとなる。所長の任用条件が明確にされてきたが、現場にとってどのような資質や能力が必要とされているのかについて少々の検討を加える。

児相には行政責任と臨床責任がある。深刻な虐待事例や死亡に至った事例などで直接関わりの無かった場合でも児相は無関係ではいられない。虐待対策の中心的機関として検証などの役割を果たす責務がある。こうした事柄を臨床責任と称されることがある。児童虐待対策の行政的なシステムから漏れ落ちていたケースに対して何故漏れ落ちていたのかについて検証する必要がある。そこには児相として子育て支援としての課題があったかもしれない、また地域に対する支援を十分に行えない問題があったかもしれないのであり、検討が欠かせられない。所長の役割にはメディアやその他の外部に対する対応やトップマネージャとしての役割が必要とならう。

現在の児童問題に対する社会的なニーズは何か。そして児相に求められている社会的なニーズと支援を必要としている個々の市民や地方自治体のニーズは何か。特に前者については昨年の分担研究者の小野が米国のチャイルドガイドダンスの実態を調査し、答えの一つを提示した。

さて、児相の現状はどうか。児相は権限が集中し、児童を保護できる権限については強大である。一時保護の権限はその期間の長さを含めて、行動を制限できる他法、例えば精神保健福祉法の機関よりも遙かに大きい。しかし、権限を実行する能力は権限に比較して

弱い。また行政機関としての性格が、時にはいわゆるお役所的となり、利用者にとって相談しにくい印象を与える。職員にしても児相が措置・行政的であるとともに支援・受容的であるという両面に上手く対応できないことが起こりうる。

児相の職員の中には、児相の持つ複雑で時に矛盾するような役割に戸惑い、精神的に疲弊し、この職場から離れたいと願う職員も少なくないようである。また精神的な疲弊や失望感から心身の病気に陥る場合もあるようである。児相に展望が開けなければならない。児童相談がもっと包括的なものに整えられなくてはならない。

Ⅲ. 今後の児童相談所に向けて

国内のいくつかの児相は、現状の児童相談体制の改善に取り組み、あるいは新たな相談システムの具体化に向けて取り組み始めている。こうした動きは今後の児相のあり方を考える上で、また様変わりしてきた児童問題に対する児童相談体制を検討する上で見逃せない。著者も厚生（労働）科学研究を担当してきた5年前頃より、現状の児相を中心とした児童相談のあり方に限界を感じるようになり、現状に対応しうる児童相談体制のあり方に関心を持ち、宮城県が創設した宮城県子ども総合センターをフィールドにして少し先を視野においた児童相談システム作りに力を尽くすという機会を持った。こうした先進的な動向をふまえ、次のような課題について検討と提案を行う。

1. 児童相談所のグランドデザインに向けて

児童福祉法は18歳以下の児童についてありとあらゆる相談に対応することが求められ、アメリカのチャイルドガイダンスに倣ってきた児相のあり方や業務内容が時代と共に大きく変わり、すでに児童福祉法が求める本来の児相の役割と活動が維持できなくなった現状をしっかりと踏まえておきたい。また、都市型の児相と地域型の児相では業務内容や事業にも違いが出てきて、全国の児相を一律に扱うことはできなくなってきた。地方に行くほど総合児童相談を担当する児相が必要になっている。先進的な県ではこうした児童相談の隙間を埋めるために、あるいは児童福祉上の忘れかけている課題や使命を果たすために新たな組織を立ち上げることで対応しようとしている。

2. 中央児童相談所の総合センター化

中央児童相談所は重要な役割を持つ児相である。都道府県の中にあって、指導的、調整的、企画研修的そして他の児相の援助的な役割を持つ。いわば他の児相には持てない機能を持つことが求められている。この度の法改正で児相（県）は市町村の児童相談をより高度の専門的な知識と技術および研修などをもって支援することが求められているが、中央児相はそうした役割と実践が最も発揮される児相でなければならない。こうした変化は中央児相の総合センター化でもあろう。さらに専門性の確保という課題に応えるためには精神科医師の常勤化が不可欠になる。「健やか親子21」の2010年目標の一つに児相の常勤精神科医の割合を100パーセントにするという項目があるが、まずもって中央児相に複数の常勤精神科医師を配置することによって解決の道が開かれる。

3. 全国的な新たな児童相談所システムの動向

全国のいずれの児相も時代的社会的なニーズに応えようとした取り組みや工夫をおこな

い、「児童相談所」という名称が対象者に抵抗を感じさせない名称に変更したり、いろいろな事業を創設して、時代に合った児相の運営に努めてきた。最近では従来からの懸案事項であったクリニック体制を実現している児相がでてきた。さらには市町村支援を含めた近未来的な児童相談体制を具現化しているところもある。ここではその一つである宮城県子ども総合センターをとりあげ、新たな児童福祉機関の必要性を強調したい。

IV. 宮城県子ども総合センターについて

宮城県子ども総合センターは、児童虐待が増加し、児相が虐待対策で苦慮し、度重なるトラブルに巻き込まれた頃の平成 13 年 4 月に設立された児童福祉にかかわる行政機関であり、児童福祉と医療そして母子保健が一体的に取り組みられ、個々の子どもと親に対する心の治療と支援および県内の市町村の子育て行政をサポートしている。

1. 宮城県子ども総合センターが設立されるまでの経緯

宮城県の児相は昭和 20 年代の中頃、国連の技術指導員であったキャロル女史の指導を受け、全国のモデル児相の位置を占めるほどのレベルにあった。精神科医師でもあった当時の小川芳夫所長は、この頃すでに児童の精神保健（当時は精神衛生と称した）を児相の主要なテーマに位置づけていた。狭義の精神保健として養護児童や非行児などの目の前の児童問題への対応と、広義の精神保健として家族や地域のメンタルヘルス対策を主要な課題に掲げて児相を運営してきた。まさに 50 数年を経ても色あせていない優れた見識であった。家族や社会の病理を映す児童問題に対応するには包括的で専門的な戦略を持たなくてはならないが、平成 13 年に設立された宮城県子ども総合センターはこうしたコンセプトや以下に記す戦略が中心となっている。子ども総合センターは児相とは別な機関であり、いうならば子どもの総合的な育成センターであり、子どもと親のメンタルヘルス対策を担当するセンターである。

(1) 開設の経緯

児童精神科医師は、児童福祉や子どもの心の診療に不可欠な専門職であるが、児童精神科医師を育成する制度がないため極端な人材不足の状態にある。そのような中で宮城県では長年にわたって精神科医師を児相の常勤医師として任用してきた歴史があった。

平成 10 年度には「子ども総合支援機能のあり方検討委員会」が設置され、児童相談の将来構想が検討された。それを受け、平成 12 年度には中央児相において、プロジェクトとして「子どものメンタルクリニック」が開設され、二名の児童精神科医師による児童精神科診療が試行的に開始された。この頃子どもをめぐる度重なる事件が発生し、宮城県はこの将来構想を直ちに実施に移すことを決定し、平成 13 年度から宮城県子ども総合センターがスタートした。

(2) 役割

子ども総合センターの重要な役割は、児童福祉行政の効果的な推進と、利用者のニーズに適切に対応すること、すなわちできるだけ迅速にかつ質の高い援助や治療を供給することにある。児童福祉の対象者はこの数十年の間に大きく変わり、要保護児童といわれる親の養育能力が不十分であった子どもとその親を主たる対象としていた時代から、今や普通の家庭の子どもが福祉の対象に加わり、このように拡大してきた対象者のニーズに如何に

対応するかが福祉の大きな課題となってきた。また、今後の児童福祉はますます市町村が第一次的な対応をすることが求められてくるが、こうした児童福祉のパラダイムシフトに対応すべく県の体制の整備が必要になってくる。こうした時代的变化に対応して支援機能の効果的展開を図るために、子ども総合センターを中心にして児童福祉に関わる機関のシステム化を図っているところである。その一つとして、市町村を中心とした一次機能、保健福祉事務所や児相を二次機能と位置づけ、三次機能を担当する県の専門機関の一つとして子ども総合センターを位置づけた。

子ども総合センターのもう一つの役割は、福祉と医療の効果的な統合である。従来から医療と福祉そして保健の連携が叫ばれてきたものの、連携のためにはそれぞれの機関の成熟度が根底に無ければならないため、譲り合いや非協力的な対応が認められ、利用者が不利を被ることも少なくない状況が続いていた。こうした問題を乗り越えるために子ども総合センターでは母子保健と福祉そして児童精神科を主にした医療の統合をめざした。この機能を、親の子育て支援として個々の親を支援する対策と、親の育児をサポートする地域の力を高める対策に差し向けているところである。

2. 業務のあらまし

乳幼児期に被る心の問題、例えば虐待や不適切な育児環境で育てられた子どもや災害などに巻き込まれた子どもは、その心に大きな傷を負うが、その傷は思春期、青年期そして成人期にまで大きな影響を与え、適切な治療や親に対する支援がなされない場合、思春期ではひきこもり、不登校、非行の原因になる。成人期に至れば、精神障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）そして犯罪の原因になりかねない。つまり、子育ての時期の支援体制や問題の早期発見と治療に力を傾けることが、子ども対策の効率性を高め、税金の節約にもつながる。このような視点に立って子ども総合センターでは主要業務を「子育て支援のための精神科診療」、「市町村支援のための研修と事業」に重点化している。

(1) 子育て支援のための精神科診療

表1. 子ども総合センターの精神科診療内容

<p>子育て支援のための診療（精神科、小児科）</p> <p>① さまざまな障害児の診療 広汎性発達障害、ADHD の診療と親ガイダンス</p> <p>② 不登校児童生徒の診療 いじめや不登校児童の診療と親子のカウンセリング</p> <p>③ 児童虐待の状態にある親子の診療 治療を求める親への治療による支援</p> <p>④ 育児不安や産後うつ病の母親の診療 市町村の母子保健と連携した心の問題を抱える母親の治療</p> <p>⑤ 精神科デイケア ひきこもり児童や学校不応状態にある児童のケア</p>

疾病に対応する医療を提供するという考え以上に、子育てを支援する医療を提供すると

いう考えに立脚した診療を行うこととしている。例えば、障害児が虐待に会う可能性は健常児の4倍から10倍のリスクがあるが、障害児を育てる親の育児を支えるような医療が必要であることは言うまでもない。不登校問題においては、不登校状態にある我が子の育児にあたる親のカウンセリングを提供するのである。また受診させようにも抵抗して受診までこぎつけられない子どももいるが、こうした場合、まず最初に親のガイダンスやカウンセリングを行い、次いで子どもの受診にこぎ着ける取り組みをする。こうした子育て支援を旗頭にした精神科診療を行うが、この内容を表1に示す。

(2) 市町村支援のための研修と事業

次世代育成対策とはまさに子どもを健全な市民に育てるために、特に幼い子どもの養育システムを整えることに他ならない。そのため地域社会の児童福祉・母子保健・小児医療・家庭教育の底上げを目指すことになる。子ども総合センターは地域メンタルヘルスサービスを担当していることから、地域子育て支援の核となる保育所と保健センターの支援がとりわけ重要な課題となる。このため以下の事業を推進している。

① 市町村保育士研修

市町村による子育て支援体制を充実するためには、保育所の受け入れ能力の向上を図らなくてはならず、保育士の質の向上や技術力を高める必要がある。乳児保育コース、障害児保育コース、子育て支援コース、カウンセリングコースなど8コースの研修を行っている。

② 母子保健に従事する保健師の研修

母子保健は国民の健康作りや児童虐待予防そして母子のメンタルヘルス対策の根幹を担う。母子保健に従事する保健師に求められる役割は、包括的な支援をコーディネートすることにある。同時に直接的な専門的な支援を提供できなくてはならない。米国では「Infant Mental Health Specialist」といって、心身両面の理由で育児困難な状態にある母子を援助する専門領域が発達してきたが、日本においてこれに当たる職種の第一は保健師である。以上のことから、保健師に対して母子のメンタルヘルス対策に必要な研修を行うことが市町村支援のもう一本の柱となる。

この母子のメンタルヘルスとして産後うつ病対策が極めて重要である。産後うつ病は出産後の母親の約15%が経験し、重症の産後うつ病では育児に追いつめられ、子殺しや無理心中に至る場合も少なくない。また、うつ状態の母親の元で育てられる子どもでは思春期にいたって情緒的な問題が出てくることが指摘されており、子どもの精神発達を促進するためには早期に母親のうつ状態を発見し、治療の支援をする必要がある。こうしたことから母子のメンタルヘルス対策として産後うつ病の早期発見と対応を重点事業におき、市町村と協働して取り組んでいる。

E. 結論

虐待対応の進行管理は児相にとって必要なシステムであるという認識は定着しており、多くの児相はこれに向けて取り組みを始めている現状が把握された。進行管理を行うに当たっての問題点や課題を検討した。虐待対応の進行管理を検討することによって、現在の児相が抱えている問題点が浮かび上がってきた。児相は昭和23年に設立され50数年を経たが、児相は常にその時代の社会的問題に取り組むことが求められ、今や児童虐待対策に

多くの勢力と時間を差し向けなければならぬ現状にあつては児童福祉法が求める 18 歳未満の児童のさまざまな相談に応えることが不可能となつてきている。児童福祉法の改正により児童相談のパラダイムが大きくシフトしたこの時期にあつて児相のグランドデザインを時代に合うように描くことが求められると考えられた。

【文献】

- 細川徹(2001):我が国における障害児虐待の実態とその特徴,平成13年度厚生科学研究(主任研究者 本間博彰)
- 小林登(2002):児童虐待および実態把握に関する研究,平成13年度厚生科学研究費補助金.
- 大阪府家庭児童相談室連絡協議会発行(2002):児童虐待への家庭児童相談室の取り組み.
- 村瀬修(2002):児童虐待防止市町村ネットワークの戦略的意義と課題,静岡県児童相談紀要, vol 33.
- 村瀬修(2003):児童虐待防止市町村ネットワークの到達点と展望,静岡県児童相談紀要, vol 34.
- 本間博彰(2003、2004):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. 厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業報告書.
- 藤田美枝子(2004):児童相談のグランドデザインにおける県機関の役割,静岡県児童相談紀要, vol 35.
- 小野善郎、石田芳久、本間博彰ら(2004):児童相談所における精神科医療の関与の現状. 児童青年精神医学とその近接領域, vol 45.
- 本間博彰(2005):市町村子育て行政を支援する児童福祉第三次機関の設置、一宮城県子ども総合センターの取組一. 厚生労働2月号.

平成16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）

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（川崎市中央児童相談所）
藤林武史（福岡市こども総合相談センター）
山本 朗（紀南総合病院新庄別館精神科）

研究要旨

児童虐待に対する治療的介入を含め、児童相談所に求められている児童青年精神医学の役割と機能についての調査・検討に基づいて、今後のあり方を検討した。

現在の児童相談所における精神科医療体制はきわめて不足し地域間格差も認められ、常勤医の拡充、診療機能の整備などが早急になされる必要があると考えられるが、児童相談所の規模や地域の特性に大きな多様性が認められるため一律的な精神科医療体制を求めることは合理的ではなく、それぞれの相談所の現状に最適な方法で医師の配置や医療機能の整備を行うことが重要であることが認められた。また、児童相談業務における精神科医療の役割や位置付けの明確化を試み、児童相談チームの一員としての役割、管理運営への関与、治療者としての役割の3項目について基本的な業務指針を提示した。

また、わが国の児童福祉制度と精神科医療との関連について国際的な視点も含めて検討し、その独自性として精神科医が児童福祉制度に組み込まれていることを示し、児童相談所が児童虐待へのより有効な介入・ケアを提供するだけでなく、地域の子どもの精神保健にも中心的な役割を示していく可能性が示唆された。

A. 研究目的

近年著しい増加をみせている児童虐待の問題に対して、虐待を効果的に予防し、被虐待児の被る心理的危害を最小限にし、その後の適応を向上させるためには、児童精神医学や精神保健の果たす役割は大きい。したがって、わが国において児童虐待の予防、通告の受理・調査から、子どもの保護、被虐待児のケアや家族関係の修復と家庭への再統合まで、児童虐待への対応のすべてのフェーズに深く関与している児童相談所では、その業務にお