

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 | | 一次(5%) | 二次(3%) | 三次(1%) |
| 0-5歳 | 5.60% | 5,600 | 1.54/1,000 | 280 | 168 | 56 |
| 0-11歳 | 11.37% | 11,370 | 1.7 | — | — | — |
| 0-14歳 | 14.55% | 14,550 | 2.2 | — | — | — |

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」だけではなく、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應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。そうして考えてみると、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るのであろう。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が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局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発せられる。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ドナ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れ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きえ言えるのである。

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量的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も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。都道府県の中にあつて、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、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適應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

いて児童精神科医などの専門職の存在の重要性が強く認識されてきている。「健やか親子21」において、2010年までに常勤児童精神科医が勤務する児童相談所を100%とする数値目標は、児童相談所における児童青年精神医学の関与の重要性を反映したものである。しかしながら、わが国の児童青年精神医学の資源はきわめて不足しており、専門医の数が少なく、地域に専門的な医療機関がない現状において、児童虐待への対応の中で児童相談所が精神科医療といかに連携・協力をするかは大きな課題となっている。

本分担研究は平成14年度より、このような児童相談所の抱える課題に対して、全国的な調査を実施し、その結果に基づいて現状と課題を検討してきた。最終年度である平成16年度は、それまでの調査結果に加え、いくつかの児童相談所における実践についての現地調査などの情報も踏まえ、児童相談所における精神科医の役割や位置づけ、地域における子どものメンタルヘルスに対する児童相談所の役割や可能性について検討した。

B. 研究方法

児童相談所に常勤医として勤務または勤務経験がある児童精神科医師を中心として構成した研究班を組織し、以下の課題について検討した。

- ① 児童相談所における精神科医の現状と役割
- ② 地域における子どものメンタルヘルスと児童相談所機能

これらの検討課題に関連して、特徴的な実践をしている児童相談所について追加的な実地調査も行い、検討の資料とした。

また、わが国の児童福祉システムと児童精神科医療との関連を国際的な視点からも検討するため、平成16年8月22日から26日までドイツ連邦共和国ベルリン市において開催された第16回国際児童青年精神医学会で「児童福祉／児童保護と関連する児童青年精神医学 Child and adolescent psychiatry in relation to child welfare/ child protection」と題するシンポジウムを行い、欧米のシステムとの対比を試みた。さらに、平成16年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）推進事業により米国コロンバス小児病院より招へいしたチャールズ・F・ジョンソン博士からの情報・助言も参考とした。

C. 研究結果

I. 児童相談所における精神科医の現状

平成14年度および平成15年度の本研究において、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^{1,2,3}。その結果、児童相談所における精神科医の現状については、以下のことが明らかとなった。

1. 精神科医の関与の不足^{1,2}

平成14年10月1日の時点での全国180か所を対象として、精神科医の配置状況を調査したところ、すべての児童相談所には精神科医が関与していたが、その大半は非常勤医であり、「常勤医」として勤務していると答えた児童相談所は18か所で、全体の1割に過ぎなかった。さらに常勤医がいると答えた18か所のうち、16か所は1名のみで、この中には年間相談件数が1万件を越える児童相談所も含まれていた。また、児童相談所の常勤精神科医23名のうち、15名（65%）は児童相談所以外の業務を兼務していることも認められた。これらの調査結果は、全国の児童相談所に

常勤医として関与している精神科医は極めて少なく、また、常勤であっても取り扱う相談件数に対して配置されている医師が相対的に少ない所や、児童相談以外の業務を兼務しているなどのために、児童相談所業務への関与が十分にできない状況があることも示唆され、児童相談所の精神科医は非常に少ない状況にあることが明らかとなった。

常勤医が配置されていない児童相談所は非常勤の精神科医が関与していたが、全体の40.2%が1名の非常勤医のみで、また、35%の相談所では、非常勤医の1か月の延べ勤務時間数が8時間以下（つまり、週1回2時間程度の関与）に過ぎず、非常勤医の児童相談業務への関わりも非常に少ない児童相談所が少なくないことが認められた。

児童相談所における精神科医の関与の程度には地域間格差が認められ、常勤医や診療所を付設するなど精神科医療が比較的整備されている児童相談所は、都市部の大規模児童相談所に多く、一方、地方の小規模児童相談所では常勤医が勤務するところはほとんどなく、非常勤医の勤務時間も月16時間以下のところが半数以上と、児童相談に対する精神科医療の関与が極めて少ないことが明らかとなった。人口の少ない地域では、地域の児童精神科医療資源も少ないことが多く、児童相談所だけでなく地域全体の児童精神科医療の整備と併せて検討する必要がある、今後の課題と考えられた。

2. 児童精神科専門医の重要性³⁾

平成15年度の本研究では、児童相談所におけるより具体的な精神科医の業務内容の傾向を明らかにすることを目的として、平成14年度の調査データに基づいて相談所の規模と所在地によって抽出した14か所の児童相談所の協力を得て、精神科医が関わったケースの数や内容、他機関との連携の実績などについて調査を行った。

その結果、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。

II. 児童相談所における精神科医のあり方

以上の調査から、わが国の児童相談所における精神科医はきわめて不足している現状にあり、早急に充足されることが望ましいが、実際にはそれぞれの児童相談所の所轄する地域の人口規模や地域事情だけでなく、児童精神科医療資源や地域の子どもの精神保健ニ一

ズなども含めた地域の実状を考慮しながら整備する必要がある。より合理的で有効な精神科医の配置を行うために、現在の児童相談所での精神科医の勤務形態と役割、児童福祉と児童精神科医療との関連についての調査・検討を行うことによって、児童相談所における精神科医のあり方を検討した。

1. 児童相談所の精神科医の役割

児童相談所における精神科医のあり方を検討するために、まず、児童相談業務での精神科医の役割について整理する必要がある。

児童相談所の設置の根拠となっている児童福祉法⁴⁾には、児童相談所の業務内容のひとつとして「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」とあり、この業務のうちの「医学的」と「精神保健上」の判定に関して精神科医は直接的な関与が求められるものと考えられる。また、これらの調査・判定に基づき必要な指導を行う上でも、精神科医の関与が必要になることも少なくない。児童相談は、このように多次的に子どもや家庭を調査し判定をすることによって遂行される、つまり多職種の専門家によるチームでの対応が基本であるが、そのチームを統括するのが所長である。児童福祉法は、児童相談所長の要件として4つの規準を定義していて、そのうちのひとつに「医師であつて、精神保健に関して学識経験を有する者」とあり、精神科医が所長の要件となりうる事が定められているが、必ずしも精神科医が所長として児童相談チームを管理・統括することが求められている訳ではない。したがって、児童相談所における精神科医の役割は、法的には児童や家庭についての医学的、精神保健上の判定を行うことであり、それは多職種チームの一員として専門的な判断や治療を担うことが基本で、必要に応じて所長としてチーム全体を掌握することもできるものと理解することができる。

このような精神科医の役割についてのより具体的な業務内容としては、厚生労働省による児童相談所運営指針⁵⁾の中の各職員の職務内容として記載されている。それによれば、医師（精神科医、小児科医）の業務内容は以下の6項目が挙げられている：

- (1) 診察、医学的検査等による児童の診断
- (2) 児童、保護者等に対する医学的見地からの指示、指導
- (3) 医学的治療
- (4) 脳波測定、理学療法等の指示及び監督
- (5) 心理判定員、心理両方担当職員等が行う心理療法等への必要な指導
- (6) 一時保護児童の健康管理

また、診断の方法についての記述では、医学診断は以下のように説明されており、精神科医に求められている具体的な業務を示唆している：

(ア)医師（精神科医、小児科医等）の行う医学診断は、問診、診察、検査等をもとに、医学的見地から児童の処遇（治療も含む。）の内容、方針を定めるために行う。

(イ)児童相談所で実施できない検査や治療等を要する場合には速やかに適切な医療機関にあっせんする。

(ウ)特別児童扶養手当認定診断書等の作成の場合には心理判定員等の協力を得て行う。

(エ)医学診断および児童、保護者等に対し指導した事項については必ず児童票に記載し、

判定のための資料とする。

(オ)関係機関等から診断書の提出を求められた場合には、児童又は保護者の了解を得て、診断書を添付し、児童相談所長名で回答する。

これらの記述から、児童相談所における精神科医の役割としては、児童や保護者について問診、診察、検査等を実施して、医学的診断を行い、その診断に基づいて児童や保護者に対する治療や指導、診断書の作成を行い、これらに加えて職員に対する指導や一時保護児童の診療も求められていることになる。このような業務の実施についての具体的な方法やガイドラインは運営指針には記述がなく、基本的には医師であることによって当然持っていると考えられる専門的知識・技術によって業務が遂行されることが前提となっていると考えられる。したがって、児童相談所に勤務する精神科医は、初めから必要な業務を適切に遂行するだけの知識と技術を有していることが求められるが、今日の精神医学・精神科医療の実情から見れば、精神科医であれば乳幼児期から老年期までのすべての人を対象とした精神医学に十分な知識と技術を持つと考えることは現実的ではなく、児童相談所で医学的判定を適正に実施するためには、乳幼児期、学童期から青年期にかけての児童青年精神医学を専攻する精神科医の関与が不可欠である。また、児童福祉サービスの中での精神科医療は、病院や診療所における精神科医療とは異なる性質（たとえば児童福祉では必ずしも児童や家族が主体的に診察を求めない場合や、多くの関係機関との連携や調整が求められる場合が多いなど）があり、一定の特徴を持った領域と捉え、その特性やニーズに沿った業務のあり方が求められる。

これまで児童相談所における精神科医の具体的な業務については、まとまった形での検討が行われてきておらず、常勤、非常勤を問わず現場で児童相談業務に携わる精神科医には困惑やアイデンティティーの混乱もあった。児童相談業務において精神科医がより有効に機能し、さらには今後児童相談所への精神科医の配置を拡充するためにも、精神科医の役割を明確にすることが求められ、本研究において検討を行い、以下のような業務の枠組みが提案された。

児童相談所の精神科医の役割

①児童相談チームの一員としての役割

児童相談所における精神科医のもっとも基本的な役割として、児童福祉司や心理判定員等の多職種から成る児童相談チームを構成する専門職としての役割が挙げられる。このなかで精神科医は精神医学や精神保健の専門家として児童の医学的判定、保護者の精神保健や家族関係の精神病理などについてのアセスメントを行い、また処遇においては児童や保護者の治療や指導にあたることが求められる。このような役割に対して、以下のような特徴や課題が指摘された。

- ・ 児童精神医学はもともと学際的な領域であり、その臨床活動においては医学・医療だけでなく児童福祉、教育、司法など、さまざまな専門分野との連携・協力が不可欠である。児童福祉（児童保護）サービスにおいても、精神科医による子ども・親・親子関係について診断アセスメントに基づいて子どもと家庭を援助することは、より合理的で効果的なサービスの提供には不可欠である。日本の児童福祉制度のように精神科医が専任のスタッフとして参加している制度はきわめてユニークであり、

より質の高い連携が可能である（諸外国の制度との対比は後に触れる）。このような体制の利点を最大限に発揮できるような業務のあり方が求められている。

- 精神医学的診断は精神科医のもっとも重要な業務である。まず適切な診断が成された上で処遇を決めることが大切であるが、児童虐待に関連する相談に対するケースロードが増大している昨今の児童相談所の現場では、子どもの診断だけでなく親の精神保健、親子関係の病理性などについての診断の重要性がますます高まってきていて、子どもと親とを総合的に判断することが求められている。
- 児童相談のケースにはメンタルヘルスのニーズの高い親が多く、相談に対応する児童相談チームの中にも親に対する精神医学的診断のニーズは高いものの、親に対して精神科医が診断面接をすることは、親自身が診断を受けることに同意することが前提となり、直接的な診察ができない場合も多い。しかし、チーム内にスタッフとして精神科医がいれば、それぞれのスタッフが得た情報や非公式なケースとの接触から得られる範囲の精神医学的な判断だけでも、ケースへの対応を考えるうえで有用な情報となる場合も多く、チーム内に精神科医が存在していることは重要である。
- 子どもや親に対して治療的な支援を提供する場合は、児童相談所の提供するサービスだけでなく、地域の医療資源などの利用も必要となる場合が少なくない。相談ケースに対して地域の精神科医医療資源を有効に活用するためには、児童相談所は医療機関との連携・協力が必要となるが、このような医療との連携においてはスタッフとしての精神科医が大きな役割を持つ。
- 児童相談チームの精神科医以外のメンバーは、精神保健、特に統合失調症などの精神病について十分な知識を持たないことが多いため、精神科医はチームメンバーに対して精神障害についての適切な知識を提供し、精神疾患を有する家族に対する対応などについて指導することが求められる。
- 児童相談所はすべての相談について精神科医を含む多職種チームが対応することが望ましいが、現状の精神科医の体制ではまったく不可能で、むしろ精神科医が直接関わる相談事例は全体のごく一部である。したがって、実際の業務としては、どのような事例に対して精神科医が関与するかを判断することが求められる。具体的には相談を受理する過程で、どのような規準で相談事例を分類するかを定義する必要があるが、その場合でもチームメンバー全体の精神保健についての知識を高める必要があり、メンバーへの研修や助言・指導も精神科医の重要な役割であると考えられる。このような児童相談所のスタッフの精神保健上の問題に対する知識と経験は、これまで児童相談所に勤務する精神科医が少なかったために十分に育ってこない可能性もあり、今後より多くの精神科医が児童相談所業務に参加することによって、チームの力量がさらに向上することが期待される。

②児童相談所の管理運営への関与

児童相談所の精神科医は、精神医学の専門家として児童相談所の業務が効率的に遂行できるように組織運営の管理・調整にも関与することが求められる。このような役割を果たす上で、児童相談所の組織の中で精神科医をどのように位置づけるかが問題となる。現在、常勤精神科医の一部は所長として相談所全体の責任を持っている場合もあるが、その他の役職の場合でもほとんどは管理職として位置づけられていて、相談所の管理運営には責任