

のある立場にある。しかし、所長とそれ以外の役職では、実際の業務内容には大きな違いがあり、それぞれの相談所の実情に応じて選択する必要がある。

- ・ 所長の場合は、児童相談所全体の相談事例を把握し、処遇の流れに対して精神科医としての助言や指導ができることや、児童相談所を代表して地域における子どもや家庭に必要な情報を発信したり、施策に反映させたりすることが可能になる点でメリットがある。相談所全体の業務を掌握し管理する業務に時間を取られ、直接児童や家族との面接を行うことがほとんどできないことが多い。したがって、個別的な診断や治療については、非常勤医や地域の医療機関の協力が必要となる。
- ・ 所長以外の場合は、個別的な面接や治療への関わりが多くなり、より臨床的な仕事に時間を費やすことができる。児童相談所での精神科臨床には、かなり複雑な心理社会的要因が関与していたり、必ずしも家族が積極的に支援を求めているような事例も多く、地域の医療機関では十分に対応できない事例への医療的支援に寄与できる可能性がある。しかしながら、会議への出席やスタッフへの助言指導などの業務も求められるため、診療に関わる時間に制約があり、すべての事例について診察できないのが現状である。

③治療者としての役割

児童相談所が相談事例に対して行う処遇の中で、精神科医は治療的な支援を行う場合がある。精神科医としては、治療は診断と同等に重要な役割であると思われるが、児童福祉に関する行政機関であって医療機関ではない児童相談所において、治療サービスを提供することにはさまざまな問題が存在する。

- ・ 子どもや親を精神科医が診察したり治療することは、基本的には医療行為であり、インフォームド・コンセントに基づいた治療契約が必要になると考えられる。児童相談所で精神科医が行う医学的判定も、医療モデルを当てはめれば子どもと保護者の同意に基づいて行われるべきものであろうが、児童相談所という行政機関としての業務であり、さらにチームの一員として関与するスタイルをとっていることから、個別的な患者－医師関係とは異なるものと思われる（もちろん人権擁護の観点からは完全な同意に基づく診察であることが望ましいが）。しかし、治療を行う場合は、個別的な患者－医師関係が基本となり、子どもと親からの同意が必要となる。児童相談所の業務は、基本的には組織として実行され、児童相談所を行う措置は役職としての所長が行う形態であるのに対し、治療を行うための患者－医師関係では、児童相談所の役職としてではなく個人の資格としての医師としての仕事となり、相談所の業務としてはきわめて特殊なものとなる。また、心理判定員等が行う心理療法については医業にはあてはまらないが、診療報酬の有無にかかわらず、医師が医療を提供することは医業であり医師法や医療法の規定を遵守する義務が生ずる。これらの観点からも、児童相談所における精神科医の業務について再検討をする必要があると思われる。また、精神療法だけでなく、薬物療法なども含めた治療が必要な児童もあり、治療方法のオプションを広げる意味でも、診療所機能を整備することも有効であると考えられる。
- ・ 治療的な役割は必ずしも直接的に治療することだけでなく、地域の医療機関等に治療を依頼することで間接的に治療に寄与することも、精神科医の重要な役割となっ

ている。医療が必要な事例に対しては、ケースワーカー等のスタッフからも医療機関に協力を要請し、子どもの受診を支援することは従来から行われてきているが、児童相談所と医療機関との連携においては、医師が窓口になることでより円滑に医療の提供が行われることが多い。近年の児童虐待事例の増加により、入院治療を必要とするような重篤な精神症状を認める子どもたちも増加し、児童相談所と地域の精神科医療機関との連携もますます重要になってきており、その意味でも精神科医のニーズは高くなっている。医療機関で入院治療を依頼したケースについても、退院後のケアは児童相談所の精神科医が受け持つ場合も多く、直接的な治療の必要性が全くないわけではない。

- ・ 児童相談所は児童虐待に対して介入し、子どもを保護するだけでなく、子どものケアや家族の再統合までの役割を求められている。しかしながら、児童虐待事例への介入では親権者と児童相談所が対立することが珍しくなく、治療的な支援を行う必要がある場合でも、親権者からの同意や協力が得られず、適切な対応が困難な場合が少なくない。この問題に対し児童虐待防止法で、児童虐待をした親が児童相談所の指導を受ける義務を明記しているが、親権者の同意がないまま子どもの治療を行うことはできず、また法的拘束力のある虐待者に対する治療命令の制度もないため、精神科医が被虐待児の治療を行うためにはさらなる法整備の必要性がある。このように児童虐待への対応では、通常の医療モデルとは異なるシステムが必要であり、早急な検討と整備が求められる⁶⁾。

以上のように、児童相談所の精神科医には、児童相談チームの一員としての役割、児童相談所の管理・運営、そして治療者としての役割といった多次元的な役割があるものと考えられるが、それぞれ役割のウエイトや具体的内容については、各児童相談所の規模や設備、地域特性、さらには精神科医の勤務形態によってもさまざまなバリエーションがあり、全国一律に定義することは困難であるし合理的なことではないと思われる。したがって、児童相談所の精神科医のあり方を検討するためには、児童相談所の多様な実態と関連づけて考察しなければならない。

2. 児童相談所の精神科医の勤務形態と業務形態の分類

表1. 精神科医の勤務・業務形態による児童相談所の分類

児童相談所の分類	勤務・業務形態の特徴
総合療育センター型	児相+療育+医療
精神科クリニック型	児童相談クリニック Child Guidance Clinic
常勤医Ⅰ	所長として勤務
常勤医Ⅱ	所長以外のスタッフとして勤務
常勤医Ⅲ	精神保健福祉センター等との兼務
常勤医Ⅳ	複数の児相の兼務を持ち巡回
非常勤医Ⅰ	児童精神科を専門とする非常勤医
非常勤医Ⅱ	児童精神科を専門としない非常勤医

平成 14 年度の調査で明らかにしたように、児童相談所の設置形態や規模などには著しい多様性が認められ、我々はそれぞれの児童相談所の特徴を反映する各種パラメータを使用して4つのタイプに分類して、精神科医療との関連を検討してきた^{1,2)}。このような児童相談所の多様性と関連して、精神科医の勤務形態にも多様性が認められる。本研究でのこれまでの調査から、現在の児童相談所における精神科医の勤務形態と業務形態から、表1のような8つのパターンがあると考えられた。それぞれの分類の特徴と課題について、実際の運営や業務の状況を踏まえて検討した。

① 総合療育センター型

児童相談所と心身障害児を対象とした入所・通所サービス、さらに診療所も併設した多機能の児童相談所で、昭和 40 年代後半から主として大都市において発展してきたタイプ。多機能であるため、組織は巨大で、職員数は 100 名を越えるところがほとんどである。診療所が併設されているため、診療業務を行うための常勤医が勤務しており、これらの常勤医のうちの精神科医が児童相談所の業務を兼務している。

たとえば、このタイプの児童相談所として京都市児童相談所（京都市児童福祉センター）の概略は次の通りである。京都市児相福祉センターは、心身障害児の早期発見と療育並びに児童問題に関する相談と指導を総合的に行うために、それまでの京都市児童院を再整備して昭和 57 年に発足した。事業内容としては、児童相談所に加え、総合療育所（心身障害児総合通園センター）、情緒障害児短期治療施設、知的障害者更生相談所も併設されている。医療は総合療育所の診療部門が担当しており、小児科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科の 5 診療科目の外来診療を行っている。精神科は 5 名の常勤医によって診療が行われ、児童相談所の医学的判定の業務はすべて診療所が担当している。診療所は保健医療機関であるが、児童相談所からの判定依頼については児童相談業務として行うため診察に対する費用は請求しない（初診患者のおよそ 7 割）。ただし、薬物療法が必要で投薬を行う場合や継続的な治療のための診療については保険診療となり医療費が必要となる。

このように、総合療育センター型の児童相談所における精神科医療は、医療法に基づく診療所での医療サービスの提供が可能で、子どもの幅広い精神保健ニーズに対応が可能である。特に発達障害に関しては、診断から療育、福祉サービスまでを一体的に行うことができる点に大きなメリットがある。

② 精神科クリニック型

児童相談所における精神科医療サービスの提供のもう一つの形として、児童精神科外来を主とする診療所を併設するものがある。児童相談所の機能としてクリニック機能の整備を求める声は、児童相談所が設置された当初からあったものの、ながらく現実的にクリニックが開設されることはなかった。しかしながら、児童相談所においても児童虐待の予防やケアのニーズが高まり、子どもだけでなく親のメンタルヘルスにも対応が求められるようになり、平成 12 年度より宮城県中央児童相談所では「子どものメンタルクリニック」が開設され、2名の児童精神科医による診療が開始された。宮城県は平成 13 年度よりは児童相談所とは別組織として宮城県子ども総合センターを設立し、クリニック事業を継続し、県内の各児童相談所にも診療室を付設し、児童相談所との密接な連携の下で、児童精神科診療を提供している。このような診療は、児童福祉領域におけ

る効率的な医療との連携を保証するだけでなく、現在の日本の精神保健制度で不足している地域における子ども（親子）の精神保健サービスをも提供する役割を持っており、アメリカにおける児童相談クリニック Child Guidance Clinic(CGC)に相当する機能を持つものと考えられる。

③ 常勤医Ⅰ

上記の総合療育センター型や精神科クリニック型以外の児童相談所では、医療機関としての診療機能を持たないため、さまざまなタイプの常勤精神科医の位置づけが存在する。精神科医が所長として児童相談所全体を統括する形は、国連本部から派遣されたカナダ人ケースワーカーのキャロル女史が日本の児童相談所のあり方としてアメリカのCGCに習って精神科医が所長になることを求めたことに始まるが⁷⁾、実際に精神科医が所長として努めた児童相談所は多くはなかった。日本の児童相談所はCGCとは異なり、児童の措置や一時保護、その他児童福祉に関するさまざまな業務が含まれるため、医師が所長になることはそれほど普及しなかったと考えられる。現在、精神科医が所長を務めている児童相談所は、福岡市、北九州市、大分県など少数に過ぎない。

精神科医が所長である場合は、児童相談所の業務全般に対して児童精神医学的な立場からの助言や指導、あるいは他機関との調整を行ったり、地域における子どもへの施策に対して児童相談所を代表して発言をしたり政策立案に参画することが可能となる反面、管理業務の負担も大きいため直接子どもや親との面接を行い、医学的判定や相談・指導などに関わるできないのが実状である。したがって、所長職で精神科医が勤務する場合は、職員に対するスーパーヴィジョンや他機関とのリエゾンなどの役割が中心となるであろう。

④ 常勤医Ⅱ

現在の児童相談所の常勤精神科医の中でもっとも一般的な勤務形態が、所長以外のスタッフとして児童相談所の医学的判定に関わっている形である。この役割は、児童相談業務の流れの中で、精神医学の専門家として直接子どもや親と面接を行い、医学的判定を行い、必要に応じてカウンセリングや指導、さらにはケースワーカーや心理判定員、一時保護の指導員などのスタッフに対するスーパーヴィジョンを行うもので、精神科医としての専門性を直接発揮する形態である。このような役割は、非常勤医でも可能であるが、常勤であることによってより多くのケースに対応できるだけでなく、他の職種のスタッフとのチームによる作業がより円滑に行われ、継続的な関わりも持ちやすいなど、より質の高い関わりが可能となり、特に児童虐待などの複雑な事例においてはその効果は高いと考えられる。しかしながら、医療施設としての機能を持たないために、薬物療法を行うことはできず、子どもの精神症状への対応には限界があり、地域の精神科医療機関との密接な連携を持つことが不可欠となる。特に、入院医療を必要とするような重篤な精神症状を有する被虐待児への支援では、児童相談所と精神科医療機関との連絡・調整においては、常勤精神科医は極めて重要な役割を果たすことが多い。

⑤ 常勤医Ⅲ

常勤医の第3のタイプとして、児童相談所単独での常勤医ではなく、精神保健福祉センターの常勤医が児童相談所を兼務する形がある。平成14年度の調査では全国で21か所の児童相談所が保健機関と併設する形で設置され、このうち3か所が精神保健福祉

センターと併設されていると回答していた¹⁾。しかし、同じ建物に入っているにもかかわらず、精神保健福祉センターの精神科医が児童相談所を兼務していたのは1か所だけであった。これまでの兼務は、非常勤医と同じような形で、週に半日程度の相談日に児童相談所で面接などをする形であったが、平成16年度からは山梨県中央児童相談所は精神保健福祉センターの精神科医が副所長を兼務し、本格的な連携を始めた。ここでは単に児童相談所から依頼されたケースを医学的判定をするだけでなく、受理・処遇会議に参加したり医療機関との連携に関わるなど、上記の常勤医Ⅲに近い役割を担っており、児相単独で常勤医が確保できない状況では非常に有効なありかたであると思われる。

また、これとは異なり、山形県中央児童相談所の場合では、児童相談所の常勤医が精神保健福祉センターの非常勤医を兼務しており、児童相談所にはない診療機能やデイケアなどを精神保健福祉センターで実施することで、児童相談所の精神科医としての機能を広げている試みもある。いずれにしても、児童相談所における精神科医療の整備には、密接な関連のある公的機関である精神保健福祉センターの資源を活用することも、重要な選択肢のひとつであると考えられる。

⑥ 常勤医Ⅳ

もうひとつの常勤医の勤務形態として、中央児童相談所に勤務する常勤医が中央以外の児童相談所を兼務し、定期的に巡回して業務を行う形態がある。常勤医のみならず非常勤医ですら確保が困難な地方の小規模児相に対して、必要最低限の精神科医の関わりが保証されるため、地域間格差を是正することが期待される。各地方の児童相談所では月に1、2回程度の勤務となり、非常勤医と大きく変わらないものの、児童相談所のスタッフとして参加するため、兼務先の児童相談所のチームとの協働がより円滑・有効に行われる可能性がある。

三重県は中央児童相談所に1名の常勤精神科医が勤務し、県内3か所の児童相談所と5か所の県民局を巡回してカバーしている。巡回先では子どもの診断、指導、今後の処遇などについての判断を求められ、医療的な関わりが必要な例については医療機関との調整も行っている。巡回型の場合は継続的な指導や治療的な関わりが難しいが、三重県の場合は県立の児童精神科病院であるあすなろ学園があるため、医療的な関わりは専門医療機関に依頼することで必要なサービスが確保できる環境がある。このように巡回型の場合は、地域における児童精神科医療資源の基盤がある場合に特に有効であると考えられる。

⑦ 非常勤医Ⅰ

常勤精神科医が勤務しない児童相談所では、1名から数名の非常勤精神科医が児童相談業務に関与している。平成15年度の本研究では、児童相談所における精神科医の業務実態についての調査結果から、相談所の規模や常勤・非常勤を問わず児童精神医学を専門とする医師が勤務している児童相談所では児童精神科を専門としない精神科医が勤務する場合よりも、児童や保護者への面接件数や地域の関係機関との連携などの実績が大きいことが明らかとなった³⁾。このことから、常勤医を持たない児童相談所については、専門性の特性によって非常勤医Ⅰ（児童精神科を専門とする非常勤医）と非常勤医Ⅱ（児童精神科を専門としない非常勤医）の2型に分類するのが合理的と考えられた。

たとえば、北海道旭川児童相談所では、公立病院の児童精神科医1名を含む4名の精神科医が非常勤医として毎週木曜日の午後に児童や親との面接、職員との協議などを行っている。相談内容は児童虐待、発達障害、非行などで、一時保護児童についてもすべて精神科医が診察を行っている。必要に応じて継続的な治療的関わりを持っているが、プレイセラピー、箱庭療法などの非言語的アプローチが中心で、薬物療法が必要なケースについては児童相談所では対応できないため、非常勤医が勤務する医療機関に紹介して処方を行う必要がある。このように、児童精神科医が非常勤医として勤務する児童相談所の場合は、常勤医Ⅱでの精神科医に近いレベルの業務を行うことができる可能性がある。

⑧ 非常勤医Ⅱ

一方、地方の小規模児童相談所の多くは、児童精神科を専門としない精神科医が非常勤医として勤務しており、勤務時間数も少ないことがあり児童相談への関与も制約されている場合が多い。これは、相談件数が少ないこととの関連もあると思われるが、平成14年度の全国調査で明らかにしたように、これらの比較的小規模な児童相談所が設置されている地域には、児童精神科医療資源がほとんどないことが多く¹⁾、従って非常勤医を依頼できる児童精神科医も非常に少ないといった、わが国の児童精神科医療の不足と地域間格差を反映しているものと思われる。

このような児童相談所では、非常勤医の勤務時間は月に4～8時間程度が多く^{1, 2)}、相談実績も昨年度の調査では半年間で10件に満たない相談所も認められた³⁾。また、業務内容も療育手帳や特別児童扶養手当などのための判定・診断書交付が多く、被虐待児や情緒・行動の問題についての診断や助言・指導の比率は低い傾向があった。これらの地域では、児童相談所における児童精神科医療の対応だけでなく、地域における子どもの精神保健に対するサービスの整備が切迫した問題であることが示唆される。

3. 児童相談所の精神科医療の整備・拡充のための課題

平成16年11月26日に成立した改正児童福祉法⁸⁾により、児童相談の窓口が市町村に拡大し、児童相談所は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されることとなり、その文脈においては児童相談所の精神科医療体制はこれまで以上に重要なこととなり、早急な整備となお一層の機能の拡充が求められことになる。本研究において検討してきたような現在の児童相談所の精神科医の役割や実態を踏まえて、児童相談所の精神科医療を整備・拡充するための、より実際的な課題について検討し、以下のような問題が提起された。

まず、現在の児童相談所のおよそ9割では常勤精神科医が勤務しておらず、非常勤医によって対応している。この常勤医の少なさは単に医師を雇う児童福祉予算の問題だけでなく、平成14年度の調査で明らかにされたように、専門医が不足していることも大きな要因となっている。したがって、精神科医を法定人員として配置を義務づけたとしても、それだけですべての児童相談所に精神科医が配置されるのは難しいのが現状である。そこで、昨年度の調査結果から、まず第一に取り組むべき課題としては、非常勤医による業務の強化として、非常勤医の専門性を高めることが現実的であろうと考えられた。すなわち、児童相談所の非常勤医として児童精神医学を専門とする児童精神科医を確保することであり、

児童相談所における精神科医の業務のうち、児童相談チームの一員としての業務や治療者としての業務についての内容や成果が向上することが期待できる。専門医を各児童相談所に確保することが困難な地方では、常勤医Ⅳのタイプを導入し、中央児相に所属する専門医が幾つかの相談所を巡回してカバーすることも、現実的な選択肢のひとつとなるであろう。そのためには、まずは中央児童相談所に常勤医を配置すること（できれば複数）を優先的に取り組まなければならない。また、精神保健福祉センターなどの児童精神科医の活用も、緊急的には有効な対策となるものと思われる。いずれの方法にせよ、すべての児童相談所の業務に児童精神科医が関与するようにすることは早急に達成すべき課題であると考えられる。

次に、現在すでに常勤医が勤務している児童相談所の場合は、管理的な業務も含めたすべての役割が発揮できることが期待されるが、現状においては人員的にも機能的にも期待通りの役割を果たせるとは限らない状況にある。特に治療者としての役割については、常勤医はあるものの医療施設としての機能を持たず、十分な治療を提供できないケースも多い。このような児童相談所については、総合療育センター型や精神科クリニック型のいずれかの方向性へ発展することによって、医療サービスの拡充を図ることによって、常勤精神科医の役割をさらに向上させ、専門機関としての児童相談所の機能を拡充することになると考えられる。医療機能の整備を総合療育センター型とするか精神科クリニック型とするかは、地域の医療資源や心身障害児福祉の状況によって選択されるもので、必ずしも大規模な総合療育センター型の児童相談所が最終的な目標となるわけではない。

常勤医のある児童相談所におけるもうひとつの課題は人員的なもので、特に常勤医Ⅰ（所長としての医師）や常勤医Ⅳ（巡回型）では、常勤医に求められる役割を十分に果たすためには1名のみでは困難であり、複数の常勤医体制を確保することが求められる。それ以外のタイプでも、実際の相談件数に応じた適正な医師数を確保する必要性はあり、特に都市部の児童相談所では相対的な医師不足は深刻であると考えられる。また、地域の精神科医療資源が比較的豊富な地域においても児童相談所の精神科医療機能に必要性は依然として認められるが、その場合は一般医療機関で対応が困難な問題に対して特化した形の医療機能が求められることになると考えられる。

以上の課題を整理して、地域の特性、利用資源の状況などに応じて、それぞれの児童相談所が精神科医療について整備する方向性を表2にまとめた。

表2. 地域特性に応じた精神科医の配置のあり方

常勤精神科医が配置されていない児相
<ul style="list-style-type: none"> ・ 非常勤医の専門医化 ・ 中央児相への常勤医の配置 ・ 精神保健福祉センターとの業務提携による精神科医の確保
常勤精神科医が配置されている児相
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の児童精神科医療資源が乏しい地域 ・ 精神科クリニックの設置 ・ 中央児相の医師の複数化により地方児相をケア

精神科診療所などが多い地域

- ・ 人口・相談件数に見合った適正な医師数の確保
- ・ 地域の医療機関との連携強化
- ・ 一般医療でのケアが困難な問題を取り扱う特殊クリニック（虐待、発達障害など）や施設入所児童のケア

Ⅲ. 児童福祉と児童精神科医療の関連

児童相談所における児童精神科医療を拡充することの合理的な理由のひとつとして、児童福祉と児童精神科医療は互いに密接な関連を持っているということが挙げられる。しかしながら、これまでは児童福祉と子ども精神科医療がそれぞれ別々に議論されてきたことが多く、一体的な検討は十分に行われてきていなかった。本年度の分担研究では、児童福祉と児童精神科医療の関連について、国際的な視点も含めて検討するため、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⁹⁾、欧米のシステムとの対比を試みた。さらに研究班での討議と文献的調査を踏まえて、わが国の児童相談所が子どもの精神科医療・精神保健に対して行うべきことについて考察を行った。

シンポジウムの概要

「児童福祉／児童保護と関連した児童青年精神医学 Child and Adolescent Psychiatry in Relation to Child Welfare / Child Protection」(座長:小野善郎)

児童青年精神医学は本質的に学際的な分野であり、児童福祉とも密接な関連がある。近年、児童虐待の精神医学的側面への関心が高まるにつれ、児童福祉／児童保護の領域においても児童青年精神医学臨床の重要性が認識されるようになってきた。このシンポジウムは児童福祉／児童保護の活動における児童青年精神医学の役割と重要性について、日本、フィンランド、トルコからの4名の児童精神科医が参加し、国際的な視点から議論を行った。

発表1:「日本の児童福祉／児童保護活動における児童青年精神科医の関与 Involvement of Child and Adolescent Psychiatry in the Practice of Child Welfare / Child Protection」(和歌山県子ども・障害者相談センター 小野善郎)

平成14年度における本研究で調査した全国の児童相談所の精神科医の配置状況についての結果を提示し、日本の児童福祉／児童保護活動での精神科医の関与が絶対的に不足していることを報告した。被虐待児に対するより効果的な保護とケアを提供するためには児童福祉領域の中での児童青年精神科医療の展開が必要であると提唱した。

発表2:「日本における被虐待児への精神保健サービスの医療－倫理－法的問題 The Medico-Legal-Ethical Issues in Provision of Mental Health for Victims of Child Abuse and Neglect in Japan」(川崎市児童相談所 中山浩)

平成15年度の本研究で実施した「被虐待児の精神科入院治療をめぐる諸問題と課題に関する研究」の概要を提示し、日本において被虐待児への精神科治療の体

制を一刻も早く確立することが求められていることを報告した。日本の児童相談所は被虐待児の保護だけでなく治療についても責任を持っている機関であることから、全国の児童相談所に常勤精神科医を配置することの必要性を訴えた。

発表3：「児童精神医学と児童福祉：家族病棟との連携 Child Psychiatry and Child Welfare: Collaboration at the Family Ward」(タンペレ大学児童精神科 [フィンランド] Ilona Luoma)

児童精神医学と児童福祉との連携のモデルとして、タンペレ大学で実施している家族病棟での実践が報告された。家族病棟は育児困難、DV、親の精神障害など家族としての養育機能にリスクのある乳幼児とその親を3週間にわたって入院させ、多職種チームにより診断とケアを提供するもので、児童福祉のソーシャルワーカーも参加して虐待のリスクの高い家族のケアを行っている。育児に様々な問題をあり医療的なケアが必要な乳幼児を診断し治療するためには、精神医学の専門家と児童福祉サービスが協働することが特に重要であり、親を十分にケアすることが子どもの精神保健と健全な発育を促すことが強調された。

発表4：「トルコにおける反応性愛着障害(RAD)の子ども：社会人口学的、臨床的特徴と治療への反応 Children with Reactive Attachment Disorder (RAD) in Turkey: Sociodemographic, Clinical Characteristics and Response to Treatment」(イスタンブール大学児童精神科 [トルコ] Nahit Motavalli Mukaddes)

トルコにおける反応性愛着障害(RAD)の臨床的調査と短期心理教育の治療効果についての研究を報告し、RADと診断された子どもに認められたリスク要因から家庭内に潜んでいる不適切な養育環境に関心を向けて予防することの重要性を指摘すると共に、親に対する心理教育の有効性を示した。これらは児童精神科診療と児童福祉との連携による児童虐待の予防モデルであり、児童精神医学が児童福祉に積極的に関与することの有用性が示唆された。

シンポジウムにおける発表と討論から、児童青年精神医学と児童福祉/児童保護との関連について、日本では被虐待児や虐待をした親のアセスメントや治療に対する児童精神科医の役割が強調されていたのに対し、乳幼児精神医学への関心が高いヨーロッパの児童精神科医たちは、児童虐待の予防への寄与、しかも結果的に児童虐待になる可能性があるリスクを未然に防ぐことを指向した一次予防への関心が高いことが特徴的であった。特に、乳幼児精神保健の発展しているフィンランドの実践では、親子が3週間にわたって家族病棟に入院し、包括的なアセスメントと心理的ケアを行うという積極的な治療的介入を児童福祉のワーカーと協力して行っていたことが印象的であった。

もうひとつ明らかになった日本とヨーロッパの児童精神医学と児童福祉の連携体制の違いは、日本では児童福祉サービスや児童虐待への対応に責任を持っている児童相談所が、その構成職員として精神科医を持つことが制度化され、児童福祉業務の中で精神医学的なアセスメントや治療・指導を行っているのに対して、ヨーロッパでは児童精神科医は医療機関での医療活動の一環として、児童福祉からの依頼や紹介を受けて診断や治療を提供しているという点であった。どちらも多職種の専門家が連携してケースに対応する点では共通であるが、日本の場合は同一機関内での多職種連携であり、ヨーロッパでは多機関による多職種連携であるところに違いがある。より包括的、効率的な多職種チームによる虐待

対応を行う上では、日本の制度はメリットがあるものと思われた。もちろん、日本のシステムのメリットが十分に発揮されるには、その前提となる常勤精神科医が充足される必要があるが、このような他国にはないユニークなシステムを有効に活用することは児童虐待の予防・介入・治療に大きな威力を発揮することが期待され、さらに整備・発展させることは有用であると考えられた。このような体制が整備されていけば、日本においてもより早期からの乳幼児精神保健的な予防的介入も発展していくことが期待できる。

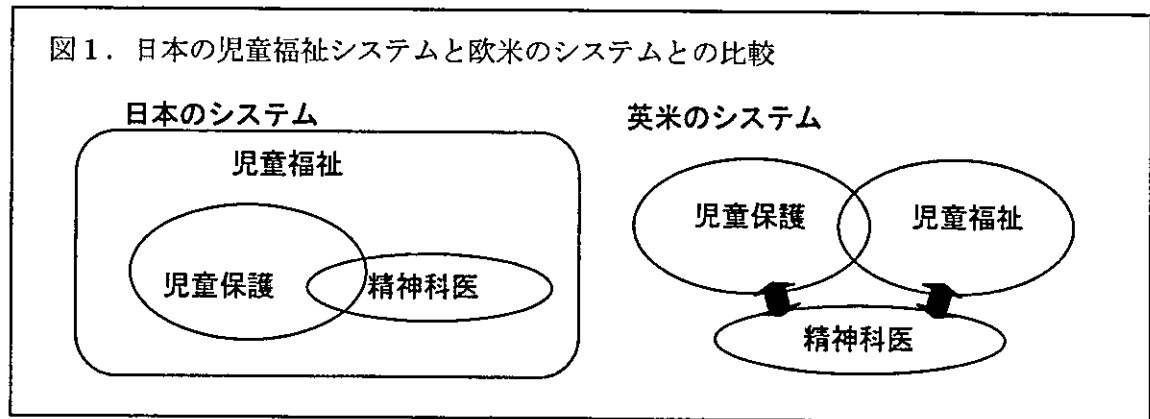
この日本独自の児童福祉と児童精神医学の連携について、さらに検討を加え、その性質や特徴について理論的枠組みの整理を試みた。

児童相談所における児童精神科臨床の位置づけ

わが国の児童虐待への対応は、虐待通告の受理、調査、サービスの提供までのすべてを児童相談所が担っており、児童保護と被虐待児のケア、家族の再統合を同一機関が行っていることに対して困難が以前から指摘されている¹⁰⁾。しかしその一方で、児童相談所の業務は、社会診断、心理診断、行動診断、医学診断といった多次元的な診断に基づいて処遇を決定するという学際的な業務モデルを採用しているため⁶⁾、虐待事例への対応の流れの中に、精神保健についての評価や支援も組み込むことが可能であるという有利さも存在する。このようなオール・イン・ワンのシステムであるために、わが国の児童福祉制度の中には精神科医が組み込まれた形になっているのに対し、欧米では児童虐待の調査・介入を行う児童保護機関と児童や家庭に対するさまざまな福祉サービスを提供する児童福祉機関とは密接な関連を持つものの必ずしも一体的なシステムとは言えない。たとえば、アメリカの児童保護局 Child Protection Services は児童虐待の通告を受理し、調査を行い、子どもの措置を行う独立した公的機関であるが、子どもと家庭に対する福祉サービスは数多くの児童福祉エージェントが提供しており、児童保護局は必要なサービスをエージェントから購入している⁷⁾。英国では児童保護と児童福祉の重なり合いはアメリカの場合よりも大きい。英国では地方自治体の社会サービス局が児童保護についての中心的な機関となるが、児童保護はより広範囲の関係機関との協力で行われており、警察、保健、教育の各機関から構成される地域子ども保護委員会 Area Child Protection Committee が重要な役割を担っている¹¹⁾。しかし、いずれにしても欧米のシステムでは精神科医が児童福祉機関あるいは児童保護機関の中に含まれていることはなく、通常は外部の医療機関や個人で診療をしている精神科医が児童保護チームに協力する形で参加しており、日本のように機関の職員として関与することはほとんどない。一部のヨーロッパの国では児童保護機関に医師が含まれていることもある。たとえば、オランダの児童保護機関である Confidential Doctor Offices には家庭医や小児科医が常勤職員として勤務しており¹²⁾、また、ベルギーの児童保護機関である SOS-Enfants' Center の一部では医師が所長を務めている¹³⁾。しかし、精神科医が児童保護機関の職員として加わっていることはなく、この点については日本はきわめて独自のシステムを持っていることになる(図1)。

このため、わが国では児童虐待への対応システムの中に精神科医がスタッフとして参加するのが基本となっており、介入の最も初期の段階から被虐待児の精神保健ニーズにより迅速な対応ができるユニークかつ有効なシステムの基盤があると考えられる。すなわち、わが国の児童福祉制度は欧米諸国よりも包括的な性格を持つものであり、この中で取り扱

われる子どもの精神保健や精神科医療の位置づけは、一般的な医療とは若干異なった性格を持つものと考えられ、福祉型医療あるいは社会児童精神医学などと言うことができる。



児童福祉領域における児童青年精神科医療

今日、先進国においてすら子どもの精神科医療は十分に機能しているとは言えない状況がある。児童青年精神科医療の利用についての複数の調査は、何らかの精神保健サービスを必要としている子どものうち、治療的な支援を得られているのは2, 3割程度に過ぎないことが示されており¹⁴⁾、医療機関を整備するだけでなく、より効果的な医療サービスを提供するためのシステムの確立もきわめて重要となる。すなわち「ケアのシステム system of care」という観点が、児童青年精神科臨床では重要な概念となる¹⁵⁾。その中でも、児童福祉領域で関わる子どもたちは精神保健ニーズが高いことが示されており、有効なケアのシステムが求められる。たとえば、Landsverkら(2001)¹⁶⁾の総説によれば、里親ケアを受ける子どもの半数から4分の3に精神保健サービスを必要とするような行動の問題や社会適応の問題が認められ、在宅のまま児童福祉サービスを受けているこどもにも高率に精神保健上の問題が認められることが示されている。また、最近Burnsら(2004)¹⁷⁾は、全米の児童福祉機関が関わった子どもたちについてCBCLを用いて評価した精神症状について大規模な調査を行い、対象の47.9%に臨床的に有意な情緒または行動上の問題があることを明らかにしている。

わが国の児童相談所は、発達障害、非行、不登校、そして児童虐待などの子どもに関するさまざまな問題への関わりをとおして、子どもの精神保健に深く関与し、大きな役割を担ってきている。児童精神科医が常勤医として児相業務に関わることで、これらの役割はさらに強化され、地域における子どもの福祉の増進に大きく貢献することが期待される。児童相談所における精神保健活動は、精神保健ニーズが高い児童福祉、特に児童虐待に関わる子どもたちに対するより有効なケアのシステムの構築に寄与するものと考えられる。

児童福祉領域が子どもの精神保健ニーズの受け皿となることのもうひとつの利点としては、病院の精神科や精神科診療所などフォーマルな精神科医療機関への受診抵抗がある親子に対して、より円滑な医療への導入ができることがあげられる。これまでわが国の子どもの精神保健は、学校をベースとした学校精神保健活動が主に不登校の問題に関わってきたが、さらに児童福祉を入り口とした精神保健活動が普及することによって、地域におけ

る子どもの精神保健がますます向上することが期待される。もちろん、地域の精神保健活動がより有効に機能するためには、病院や診療所での児童精神科医療での医療サービスの体制が十分に整備されていることが必要で、従来からの医療モデルの重要性に変わりはない。むしろ地域の精神保健システムが向上することによって、専門医療機関での診療のニーズも増加することが想定されるため、医療体制の整備・強化も同時に努力されなければならない。

既に述べたように、わが国の児童福祉では、精神科医がスタッフとして参加する他の先進国にはないユニークなシステムがあり、諸外国に先駆けてこの社会児童精神医学的な臨床の発展する基盤があると考えられる。児童虐待を受けた子どもたちに対して、より効果的な保護と治療、そして予防対策を行うためにも、社会児童精神医学がわが国に普及・発展していくことが期待される。

IV. 今後のあり方

本研究における調査・検討を踏まえて、児童相談所における精神科医療と地域における児童相談所の役割という2つの観点から、これからの児童相談所と精神科医療との連携・協力に関して求められる今後のあり方を検討した。

1. 児童相談所における精神科医療のあり方

児童虐待相談が急増し、より複雑・多様化する児童相談に対して、児童相談所はこれまで以上に精神医学的アセスメントは重要になってきている。子どもと親についての適切な判定に基づく処遇は、子どもに対してより適切な保護とケアを提供する児童相談所業務の基盤であると言え、児童相談所の精神科医は精神医学的判定に責任を持つスタッフとして多職種チームの中での活躍が期待されている。現在の児童相談所には十分な精神科医が配置されていないことが本研究においても明らかにされ、より多くの児童相談所への常勤医の配置や人員の拡充などマンパワーの強化が求められることは言うまでもない。

その一方で、児童相談所での精神科臨床には一般精神科医療とは異なる性質もあり、そこに関わる精神科医には特別な知識や技術も求められる。たとえば、児童虐待のケースで典型的であるが、面接や診察を受けることに消極的であったり、あるいは拒否的である場合もしばしばあり、臨床医学の基本となる医師-患者（保護者）の協力関係の中で診断し治療することが難しい場合も多い。診断に欠かせない生育歴についての情報が親から得られなかったり、子どもの治療に家族が協力できないなど、きわめて困難な状況における臨床活動が求められたりする。したがって、児童相談所における精神科臨床は児童精神医学の中でもひとつの専門分野を構成する臨床であると考えることが合理的で、精神科医がこのような臨床を担当し医師としての責務を果たすためには、児童相談所の臨床に対する専門性が求められることになる。児童相談所に勤務する精神科医を確保するとともに、この児童相談所特有の臨床を担い、児童相談業務の中での役割を果たし得る医師の専門性の確保も重要な課題となる。そのためには、わが国の医師養成制度や精神科医の研修体制の問題として大学医学部や研修機関に期待するだけでなく、児童相談所としても専門医の養成に真剣に取り組んでいく必要がある。

臨床医の養成には臨床実習が重要な要素であり、児童相談所の精神科臨床の専門医を養成するためには、児童相談所も積極的に取り組まなければならない。たとえば、医学部学

生の臨床実習や研修医を受け入れ、医師の養成に協力することもひとつの方法であると考えられる。児童精神医学の中の一分野としての児童相談所の臨床の教育・研修の役割を持つためにも、児童相談所の診療機能の強化は必要であり、また、少なくとも中核的な児童相談所では複数の常勤医により若手医師の養成もできるような体制を整備することが求められる。

2. 地域における児童相談所のあり方

わが国の児童青年精神科医療は先進国の中でも未整備な状況にあり、臨床活動は一部の専門医療機関を中心に行われており、地域に根ざした子どもの精神保健活動はほとんど手がつけられていない状況にある。今後ますますニーズが拡大することが予想される地域における子どもの精神保健についても、児童相談所の果たす役割に期待が持たれる。それは、わが国の児童相談の草創期に業務モデルとして影響を与えたアメリカの児童相談クリニック Child Guidance Clinic の歴史からも、児童相談が地域精神保健とは不可分な問題であることがわかり、わが国においても地域における児童相談所の今後のあり方の参考になるものと考えられる。

アメリカで1920年代に始まった児童相談クリニックは、当初は非行予防プログラムとして始まったが、間もなく子どもの幅広い問題行動を取り扱うようになり、1960年代の地域精神保健活動の普及の中で、子どもの精神保健センターとして変化していった。今日においても名称はさまざまであるが、アメリカのコミュニティーでは児童相談クリニックは外来をベースとした児童精神科医療サービスを提供する主要な機関として病院や個人開業医とは別に存続している⁷⁾。わが国においては、1970年代以降、精神障害者のリハビリテーションに対する関心が高まり、地域精神保健の体制が整備されてきたが、これらのサービスは成人を対象としたものがほとんどであり、児童・青年期の精神保健についての取り組みは十分なものではなかった。1989年に厚生省(当時)は「精神保健センターにおける特定相談事業実施要領」という保健医療局長通知を出し、思春期精神保健に関する相談指導の整備を全国の精神保健センターに求め、青年期の精神保健への取り組みの方向性が示された¹⁸⁾。しかしながら、精神保健福祉センターは精神保健に関して技術指導あるいは技術支援を主たる役割とした機関であり、アメリカにおける地域精神保健センター Community Mental Health Center とは性質の異なるものであり、したがって、わが国における子どもの精神保健センターとして子どもや家庭に対して直接的なサービスを提供する役割を担っているとはいえない。むしろ、児童相談所はさまざまな問題を抱える子どもや家庭に対して直接的なサービスを提供している機関であり、取り扱う相談には不登校からトラウマ関連障害など精神保健に関わる問題も少なくない。このような児童相談所に常勤精神科医が配置され、精神保健に関してもより専門的な見地からも相談・指導ができるようになれば、アメリカにおける児童相談クリニックのように、地域における子どもの精神保健を担う機関として機能していくことが期待される。

子どもの精神保健は、子どもの健全な生育を保証し子どもの福祉の向上に寄与するだけでなく、成人後の社会適応や精神的健康にも大きな影響を与える問題であり、児童・青年期だけでなくすべてのライフサイクルに関連する問題であり、社会的にも大きなインパクトがある。子どもの福祉の向上のために貢献する児童相談所のあり方としては、子どもの

精神保健は避けては通れない課題であり、現在のわが国の福祉・保健制度の中では、児童相談所が地域における子どもの精神保健センターとしての機能を担っていくことは現実的であり合理的なものであると考えられる。地域における児童青年精神科医療機関や、保健所や精神保健福祉センターなどの精神保健機関とともに、児童相談所が子どもの精神保健センターとしての機能が整備・拡充されていくことが望まれる。

D. 結論

児童虐待に対する治療的介入のみならず、児童相談所業務には児童青年精神医学の関わりが強く求められているが、現在の児童相談所における精神科医療体制は十分に整備されておらず、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。しかしながら、全国の児童相談所は、その規模や地域の特性に大きな多様性が認められ、すべての児童相談所について一律的に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り、実状に合わせた方向性を示した。また、児童相談業務における精神科医療の役割について、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として明確化を行った。

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。

参考文献

- 1) 小野善郎、石田芳久、井出浩、岡本正子、片岡純子、亀岡智美、中山浩、山本朗：児童相談所と精神科医療との連携・協力に関する研究. 平成 14 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業) 報告書. Pp.581-608, 2003
- 2) 小野善郎、石田芳久、井出浩、岡本正子、亀岡智美、中山浩、山本朗、本間博彰：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 45(5): 411-423, 2004
- 3) 小野善郎、石田芳久、井出浩、岡本正子、亀岡智美、中山浩、山本朗：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. 平成 15 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業) 報告書. Pp.388-412, 2004
- 4) 児童福祉法. 昭和 22 年 12 月 12 日. 法律第 164 号
- 5) 厚生労働省(2001)：児童相談所運営指針〈平成 12 年 11 月改訂版〉. 東京, 日本児童福祉協会.
- 6) 本間博彰、小野善郎、井出浩、亀岡智美、犬塚峰子、今井芳裕、岩田泰子、岡本正子、中山浩、西田寿美、牧真吉、村瀬修、林みづ穂、真下厚子、三宅和佳子、田中由美、久保高通章、樋口啓司：被虐待児の精神科入院治療をめぐる諸問題と課題に関する研究. 平成 15 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業) 報告書. Pp.413-468, 2004
- 7) 小野善郎：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 1～アメリカの

- Child Guidance Clinic と日本の児童相談所—児童福祉および児童精神科医療の役割の対比—。平成 15 年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書。Pp.368-387, 2004
- 8) 児童福祉法の一部を改正する法律。平成 16 年 12 月 3 日 法律第 153 号
 - 9) Ono, Y.: Child and Adolescent Psychiatry in Relation to Child Welfare/ Child Protection. In Remschmidt, H. & Belfer, M. L. (Ed) Book of Abstract of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). Steinkopff Verlag Darmstadt, 2004
 - 10) 津崎哲郎：児童虐待への介入と援助：児童相談所からの発信。岡田隆介編；児童虐待と児童相談所—介入的ケースワークと心のケア—, 15-28, 金剛出版, 東京, 2001
 - 11) イギリス保健省、内務省、教育雇用省(松本伊智郎、屋代通子訳)：子ども保護のためのワーキング・トゥギャザー。児童虐待対応のイギリス政府ガイドライン。医学書院。2002
 - 12) Roelofs, M.A. & Baartman, H.M.: The Netherlands: Reporting to Abuse—Compassion or Control? In Gilbert, N. (Ed): *Combating Child Abuse: International Perspectives and Trends*. Pp.192-211, New York, Oxford University Press, 1997
 - 13) Marneffe, C. & Broos, P: Belgium: An Alternative Approach to Child Abuse Reporting and Treatment. In Gilbert, N. (Ed): *Combating Child Abuse: International Perspectives and Trends*. Pp.167-191, New York, Oxford University Press, 1997
 - 14) Verhulst, F.C.: Epidemiology as a basis for the conception and planning of services. In: Remschmidt, H., Belfer, M.L., & Goodyer, I (Ed): *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. 3-25, Springer-Verlag, Berlin, 2004
 - 15) Stroul, B. A. : *Systems of Care: A Framework for Children's Mental Health Care*. In Pumariega, A. J., Winters, N.C., & Kestenbaum, C.L.(Ed): *The Handbook of Child and Adolescent Systems of Care*. San Francisco, Jossey-Bass, 2003
 - 16) Landsverk, J. Garland, A.F., & Leslie, L.K.: Mental Health Services for Children Reported to Child Protective Services. In Myers, J.E.B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C.T., Jenny, C., & Reid T.A. (Ed): *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Second Edition. Thousand Oaks, CA, Sage Publication, 2002
 - 17) Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., et al.: Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 960-970, 2004
 - 18) 厚生省保健医務局：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 3 号、各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知。1989

総合研究報告書

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

主任研究者：本 間 博 彰 宮城県子ども総合センター
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

研究要旨

2つの分担研究を行った。分担研究1においては、児童相談所における児童虐待対応の進行管理および児童相談所のあり方に関する研究で、児童虐待対応の進行管理システムの具体的事例を示し、あわせて全国の児童相談所の進行管理に対する取り組みの現状と今後に向けた課題をさまざまな視点で調査検討した。分担研究2では児童相談所と精神科医療との連携・協力に関する研究で、児童相談所の精神科診療のあり方をテーマに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具体的な実態を把握した。また、被虐待児で精神症状が重篤な場合は精神科病床への入院が必要となるが、精神科治療に対する親の理解と了解が得られない場合などは、対応が困難になり、精神保健福祉法に視点をおき、入院の手続きから入院のテーマそして退院後のケアについて検討した。本研究テーマを検討することは児童相談所のあり方そのものを問うことにもなるため、今後の児童相談所の課題について検討した。

A. 研究目的

児童虐待に対して早急に取り組むべき課題は、第一点として児童相談所の対応力の強化と、児童虐待対応の中心的機関としての児童相談所の適切な専門性の確保である。特に児童の精神医学に関する専門性の確保は、「健やか親子21」の達成目標にも掲げられていることからとりわけ重要な課題となる。第二点は、虐待者および被虐待児に対する精神的なケアの体制を整備することである。児童養護施設や情緒障害児短期治療施設そして児童自立支援施設は、多くの虐待措置児童を抱え、施設の指導機能が大きく低下しており、とりわけ精神医学的問題を有する被虐待児に対する取り組みの整備強化が不可欠な状態に至っている。また、トラウマに由来した精神症状を呈する被虐待児の精神科入院治療のあり方や薬物療法などが検討されなくてはならない。第三点は、今後思春期を迎える被虐待児が急激に増えることへの対策である。平成8年度あたりから児童相談所の虐待相談処理件数が急増してきたが、この急激に増えた被虐待児が続々と思春期を迎えることになり、当然のごとく精神医学的問題を有する被虐待児も今以上に増加することは想像に難くない。

このため、本研究は、3年計画で「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」を担当し、2つの分担研究を行ってきた。分担研究1では、児童相談所における包括的な虐待ケース進行管理のあり方の検討と進行管理の全国的な現状と問題点を調査検討してきた。分担研究2では、児童相談所における児童精神科診療の現状と児童相

談所が必要としている医療業務のあり方とその内容を調査検討してきた。

B. 研究方法

虐待対策にある程度の実績を有している児童相談所の統括する立場にある児童福祉司や心理判定員および精神科医師（児相常勤および児童思春期医療機関に勤務する）からなる研究班を構成した。全国の児童相談所を対象にしたアンケート調査および訪問調査を行い、その結果をもとに検討した。分担研究者の小野善郎は米国オハイオ州コロンバス市の渡航調査を行い、アメリカの Child Guidance Clinic（以下 CGC と表す）の誕生とその後の展開を調査し、今日のアメリカの CGC の機能や児童福祉、虐待防止活動における役割を知るために現地調査を行った。

また被虐待児の精神科医療における問題点や課題を整理するために、児童相談所の医療業務に関わっている精神科医師と、実際に被虐待児の精神科入院医療に携わっている児童精神科医、および関連する専門家の協力を得て集中的な討議を行い、現在の問題点の整理と今後の課題を検討した。

C. 研究結果

分担研究 1（分担研究者：本間博彰）：児童虐待対応の進行管理と児童相談所のあり方に関する研究

第 1 年次（平成 14 年度）

(1) 実際的な進行管理の考え方の検討を行い、以下の結果を得た。児童虐待の進行管理とは、児童相談所を中心にして、児童虐待に対する緊急対応のあり方から介入の具体的手法およびケアの提供体制に至るまでの児童虐待対応のシステムの全体像である。進行管理システムは以下の三つのレベルで構成される。

①第一は、「児童相談所の受理後の進行管理」で、これは児童相談所に持ち込まれる虐待ケースについて、その緊急度や重症度の判断をもとにして戦略的介入と実際的かつ具体的な介入計画を立て実行するものである。

②第二は、「児童相談所と地域の連携による児童虐待の全体的進行管理」で、市町村ネットワーク活動は児童虐待対策にとって児童相談所の行政的介入と相補的な関係となる早期発見・早期介入の部分を担当し、児童相談所と連携して児童虐待対策を行う。規模の大きい都市においては、虐待防止をテーマにネットワーク活動が有効に機能しうるが、小さい都市や町村では子育て支援をテーマにネットワーク活動をすることが実際的である。

③第三は、「家族の再統合を含めた進行管理」で、強い行政的介入を行う必要のあるケースでは一時保護や施設入所をせざる得ないほどの問題を抱えており、こうした対応をした後であらためて親子の再統合をおこなうことになる。

(2) 虐待進行管理の目的と視点の検討を行い、以下のような結果を得た。

①ケースの危機管理：児童相談所が児童の生命や不利益についての危機管理を適切に実行する。

②担当者の疲弊の管理と機能の維持：児童相談所の職員の燃え尽きや、トラウマの代理受傷などによるメンタルヘルスの低下を防ぎつつ、増大するケースによる負担を適切に管理する。

③地域の社会資源の育成と維持：市町村ネットワーク活動を軸にしながら、家族機能の不十分な家族（虐待ケース）を援助するための社会資源を育成・維持する。

第2年次（平成15年度）

(1)全国の児童相談所を対象に進行管理システムに対する考え方と取り組みの現状についての調査を行い、以下の結果を得た。

①虐待対応専門チームの設置は全国的にまだ十分ではなく、業務の範囲も、初期対応を担当している児相から、処遇の全般までを担当している児相までさまざまである。

②進行管理は、ケースの重篤度、危険度、緊急度を3～5段階に「格付け」することが基本になり、それぞれのレベルでの標準的な援助メニューを整えた上で、個別の事例ごとに関わりの必要性や過不足を検討するということになる。

③市町村との関係で、進行管理を展開するためには、市町村の対応能力がしっかりしていることが必要となり、児相は市町村の対応能力が適切となるような支援をしなくてはならない。また市町村との進行管理システムのために児相は虐待対応の全体像を明確に示し、それぞれの機関の役割や虐待対応の進行管理と危機的事態に即応できるシステムを整えておかななくてはならない。

④虐待対応の終了の判断基準についても今回の調査で1割程度の児相にしかなく、これは児相の関わりにより改善されたかどうかについて適切で根拠のある判断基準もないまま援助が終了していることにもなり、今後の検討を要する課題である。

(2)児童虐待対応の進行管理システムの追加研究として、「被虐待児の精神科入院治療をめぐる諸問題と課題に関する研究」を行い、以下の結果を得た。

①児童虐待対策の進行管理上、被虐待児の精神科入院治療のあり方とその体制を整えておく必要がある。また、思春期に突入する被虐待児が増加する時代に入るので、危機管理のためにも入院体制を整備しておく必要がある。

②精神医学的問題を呈する被虐待児のケアについては、児童福祉法と精神保健福祉法を有機的に活用して取り組む事態が発生することが少なくない。児童相談所の職員は精神保健福祉法にもある程度精通しておく必要がある。

③問題行動が前面に出ている被虐待児の精神科入院治療では、成人の精神科医療機関の治療につなげる上で、種々の工夫や努力が必要である。多くの都道府県では、児童精神科入院施設が無いことから、成人の入院施設を利用せざるを得ない。成人の精神科医療機関との連携にも力を注ぐ必要があり、同時に問題行動を前面に出す被虐待児の精神病理を理解してもらう努力や工夫が不可欠となる。

④精神科入院治療には、入院治療への導入に関する問題と課題があること、入院中には多くの職員の人手を要することと職員には高度の対応技術が必要なこと、そして退院後のケアについても児童相談所を中心とした社会資源の調整が必要なことが明らかとなった。

第3年次（平成16年度）

(1)進行管理システムの実施上の問題点と課題についてまとめた。進行管理システムは、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ことから、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、個々のケースについての全体像と取るべき対応策を具体的な形に記載して、かつ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。同時に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ことが明確になった。

(2) 児童相談所のあり方については、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、社会のニーズ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、このことを受けて児相のあり方や持つべき役割とその機能などについて時代のニーズに対応できるようなグランドデザインが必要になってきた。

分担研究2（分担研究者：小野善郎）児童相談所と精神科医療との連携・協力に関する研究

第1年次（平成14年度）

児童相談所における精神科医療の現状について調査を行い、155か所の児童相談所から回答を得た（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。

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い、児童相談所は、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みとめられ、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明確になった。

第2年次（平成15年度）

児童相談所での精神科医の相談実績は、児童相談所により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。

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Child Guidance Clinic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、すなわち子どものメンタルヘルスを専門的に担当する機関は日本には普及していない。児童虐待相談が増加し、心理的なケアを必要とするケースへの対応が求められている児童相談所においては、その機能の一部としてメンタルヘルスへの対応を強化することが必要であるが、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。

第3年次（平成16年度）

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。

D. 結 語

三年間の研究により、虐待対応の進行管理システムを実践する上での具体例や課題を示した。また児相および児童相談における児童精神科医療の必要性とその意義、そしてその体制作りのための方向性を示した。そして児相や児童相談の今後に向けた取り組むべき課題として以下の点を示しておきたい。

①児相のグランドデザイン作り

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っ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ってきている。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っ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。

②児童福祉領域における児童精神科医療の展開

児相における精神科臨床は児童精神医学の中でもひとつの専門分野を構成する臨床であると考えることが合理的で、精神科医がこのような臨床を担当し医師としての責務を果たすためには、児相の臨床に対する専門性が求められることになる。児相に勤務する精神科医を確保するとともに、この児相特有の臨床を担い、児童相談業務の中での役割を果たし得る医師の専門性の確保も重要な課題となる。そのためには、わが国の医師養成制度や精神科医の研修体制の問題として大学医学部や研修機関に期待するだけでなく、児相としても専門医の養成に真剣に取り組んでいく必要がある。

③子どもの精神保健センター機能の整備

子どもの福祉の向上のために貢献する児相のあり方としては、子どもの精神保健は避けては通れない課題であり、現在のわが国の福祉・保健制度の中では、児相が地域における子どもの精神保健センターとしての機能を担っていくことは現実的であり合理的なものであると考えられる。地域における児童青年精神科医療機関や、保健所や精神保健福祉センターなどの精神保健機関とともに、児相が子どもの精神保健センターとしての機能が整備・拡充されていくことが望まれる。