

仮に、ファミリータイムの決定事項が結論に結びつくとすれば、それはあらかじめ目標設定ラインをお膳立てした中での想定内での結論、あるいは小さなゴール設定というのが現実的な形であろう。児童相談所が関与している中では、援助方針の決定の主体はやはり児童相談所にあると言えるが、当事者参画型の合同ミーティングという方法が、現行法上は援助方針決定の現実的主体が変わらないとしても、実際は家族らとそのプロセスには大きく関与しているということを家族が感じ取り、職員側もそのことを意識しながら家族の思いに沿い、具体的な方策や目標が達成できるように関わっているという現実がある。

この事例に関して言えば、児童相談所が家族や関係者とともに取り組んできたことによって、当初は一時保護等不本意だった思いから、起こってしまった出来事の実事の振り返り、そしてこれからどうなっていけば安心安全に生活が送れるのかということと一緒に考え、引取りに向けてのステップが上がっていくことを実感しつつ、家庭引き取りにつながったという「感情を伴った体験」として、この家族の中に積み上がっていったことが、その後の親族でのミーティングの実施という形につながっていったのではないかと考えられる。

神奈川県鎌倉三浦地域児童相談所親子支援チーム

佐藤和宏

山田良一

援助等の経過（抜粋）

時 期	援助内容 ・ 出来事等
1 1 月中	大学病院より、虐待通告受理をする
1 1 月中	大学病院にてカンファレンス実施。きょうだいへの不適切な養育も判明
1 1 月下旬	実父母への一時保護の告知、説明。一時保護への同意
1 2 月初	一時保護開始（乳児院）。親子関係は良好な印象。引き取り希望は強い
1 2 月初	医療巡回相談実施
1 2 月中	人権審査委員会提出
1 2 月下旬	面会実施。きょうだいらの動きが激しく、危険な場面多い
1 月初	面会実施
1 月中	面会及び今後の支援プログラムについて家族に説明し、了承を得る
1 月中	乳児院にてカンファレンス実施
1 月下旬	乳児院でのインフルエンザ流行等で面会中止
1 月下旬	母との面接の中で、危険場面の認識と振り返りができる
1 月下旬	一時保護の延長（2ヶ月を超えるため）
2 月初	面会実施。面会中も笑顔多く雰囲気良好。きょうだいへの指示が不適切
2 月初	面会実施。面会状況は良好。きょうだいのかまってほしいアピール多い
2 月中	面会実施。母方祖母も同席
2 月下旬	人権審査委員会報告（外泊プログラムへの移行方向）
2 月下旬	<u>第1回合同ミーティング開催（外泊プログラムに向けた話し合い）</u>
3 月初	面会実施。乳児院でのカンファレンス実施
3 月中	外泊実施。特に問題ないが、母の育児の大変さが心配（保育園送迎や家事）
3 月中	乳児院での感染症流行や家族の体調不良により、面会外泊が一時的に中止
3 月下旬	所内カンファレンス実施
3 月下旬	一時保護の延長（再度2ヶ月を超えるため）
4 月初	感染症の収束。外泊プログラムの再開
4 月中	外泊実施（1週間、家庭訪問によるモニター）
4 月中	外泊プログラムの評価と在宅に向けてのプログラム提案
4 月下旬	乳児院でのカンファレンス実施
5 月初	外泊実施（1週間、家庭訪問によるモニター）
5 月中	医療巡回相談実施
5 月下旬	外泊実施（2週間）。一時保護の延長（再度2ヶ月を越えるため）
6 月中	<u>第2回合同ミーティング開催（家庭引き取りに向けた話し合い）</u>
6 月中	関係者によるカンファレンス実施
6 月中	一時保護解除、家庭引き取り

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

子ども家庭福祉分野における家族支援のあり方に関する総合的研究

（主任研究者 日本子ども家庭総合研究所 高橋重宏）

分担研究報告書

子ども家庭福祉領域における

子どもの地域精神保健クリニックの役割と有効性に関する研究

—情緒障害児短期治療施設における精神科医療に対するニーズと供給の現状—

分担研究者 本間博彰 宮城県子ども総合センター

研究要旨：

子ども家庭福祉分野の入所ケアを担当する施設のなかで、心理面の治療を担当する情緒障害児短期治療施設が直面している問題、特に精神保健ニーズとその現状を調査した。調査はアンケートの郵送および直接情緒障害児短期治療施設を訪問することで実態を詳細に調査した。

情緒障害児短期治療施設はもともと軽度非行を主にした情緒障害の短期治療施設として出発したことから児童や家族の精神保健ニーズに取り組むことが求められているが、要保護児童対策と児童の健全育成対策の二つの課題が合流する地点に立ち、また、児童相談所の抱える課題にも左右され、その運営にはかなりの難しさを抱えている。情緒障害児短期治療施設が対応する児童の心理面の問題は時代が進むにつれ大きく変わってきた。以前から被虐待児の入所が増え、さらには種々の発達障害児の入所も増えていると指摘されており、この度の研究では、こうした児童の心理的問題に焦点を合わせて、情緒障害児短期治療施設の精神保健ニーズをできるだけ明らかにすることを試みた。

調査により情緒障害児短期治療施設が対応する児童の心の問題は、すでに情緒障害というレベルを超え、明らかに精神科医療で扱うレベルの精神疾患や精神障害であることが示されていた。また発達障害を抱えている児童が虐待を受けて、外向的行動障害や内向的行動障害を示す実態も明らかになった。また、ほとんどの情緒障害児短期治療施設が医療との密接な協力関係を得て、児童の心理治療に取り組むべく精一杯のところに対応していた。精神科医療との連携抜きには情緒障害児短期治療施設は成り立たず、この課題は今後さらに大きくなることが予想される。医師の業務は多岐にわたり、非常勤医師が対応する場合でも治療に関わる種々の課題に対応することが期待され、情緒障害児短期治療施設の運営上、医師は不可欠であり、常勤精神科医の確保を含めて、情緒障害児短期治療施設のスタートした昭和30年代の状況とは大きく異なることから、あらためて精神保健に重点を置き情緒障害児短期治療施設の機能の整備および精神科医療との協力体制を強化するなどの検討が必要であることが明白となった。

研究協力者：

近藤 直司

（山梨県精神保健福祉センター）

神田 秀人（山形県中央児童相談所）

平田 美音（名古屋市くすのき学園）

船越 俊一（宮城県立精神医療センター）

吉田 弘和（宮城県子ども総合センター）

関谷 道夫（青森県五所川原児童相談所） 杉山

謙治（宮城県立さわらび学園）

田中 敦士

（琉球大学教育学部障害児教育講座）

A. 研究目的

子ども家庭福祉分野は、家庭の経済的問題を含めて親自身の様々な問題や事情のために家庭機能が著しく低下した子どもと親に対する支援を求められる分野である。近年は児童虐待の急激な増加に象徴される家族機能の低下が社会問題として殊更の注目を浴びてきたが、同時に社会の基盤である家族の将来のより深刻な事態を暗示する現象に社会全体が怖れを抱いていることも忘れるわけにはいかない。こうした子ども家庭福祉分野の中で、情緒障害児短期治療施設（以後情短と称する）は高度な治療機能を有する治療施設として昭和 37 年（1962 年）にスタートし、深刻な心の問題を抱えた児童のケアに取り組んでいる。情短がスタートした昭和 30 年代当初の対象児童は 12 歳以前の情緒障害の児童であったが、児童福祉法改正により年齢制限が削除された平成 9 年からは、中学生の入所者が増加し、近年は過半数を占めるようになった。また入所者の問題も当初の軽度非行や不登校といった問題から社会問題化した児童虐待の犠牲者である被虐待児が多くを占めるようになり、現在では被虐待児の専門的な治療施設としての役割が要請される一方である。

情短は本研究時点の平成 21 年において全国に 33 箇所設置され、児童福祉法上最も専門的な児童福祉施設である。こうした特殊な施設であることから、職員の専門性を確保する目的もあって児童福祉施設最低基準第七十五条には、第一項に、情短には、医師、心理療法を担当する職員、児童指導員、看護師、栄養士及び調理員を置かなければならないとし、第二項に、医師は精神科又は小児科の診療に相当の経験を有する者でなければならない、と職員の専門性についての規定がされている。しかしながら児童問題が年々複雑化および深刻化してい

ることや、情短施設の専門性の確保が難しくなり、情短は多くの課題を抱えるようになった。

また、近年は児童養護施設や児童自立支援施設入所措置を要する児童の中には心の問題を持つ事例が増加し、管轄地域に情短を有する児童相談所においては、養護問題や教護性の問題についても心の問題の内容や程度を勘案して情短に対する期待がより大きくなりつつある。しかし情短は、その歴史を振り返れば短期で治療が可能な児童を対象としていたところに養護性や教護性の強い児童が加わり、さらには現在の社会問題でもある発達障害児の入所が増え、より一層治療機能を備えなければならない状況にある。当然のことと思われるが、施設の治療機能に限界をきたしている場合もあり、またそのために入所児童の福祉を大きく損ねる事態の発生も危惧される。

本研究は、時代的变化の中で社会的養護を必要とする子どもとその親が直面している問題や彼らの現実を踏まえた効果的な支援について検討するものであるが、本年度の研究では上記のような問題意識のもと情短における精神保健ニーズの現状と今後の治療機能のあり方について検討することとした。

B. 研究方法

本研究は、児童相談所の児童福祉司と精神科医および情短の精神科医などからなる研究班を組織し、子ども家庭福祉領域の精神保健及び精神科医療に対するニーズについて検討を行うものであるが、20 年度の児童自立支援施設の調査研究をもとに 21 年度は情短を対象に同施設における精神保健及び精神科医療に対するニーズの実態及び供給体制について調査検討し、同施設入所児童に対する支援のあり方を明らかにすることを試みた。

C. 調査結果

アンケート調査と訪問調査を行った。ここではアンケート調査の結果について記す。アンケート調査では全国 33 力所の情短施設のうちから 25 施設から回答が得られた。回収率は 75.8%であった。

1. 入所児童の概略

1-1. 入所状況

入所定員は施設によっては男女それぞれの定員を決めず、男女を合わせて入所定員としてしている施設もあり、一様ではなかった。このため男女の定員を定めていた施設の平均入所定員を表 1 に記す。最も少ない定員の施設は 28 名で、多い施設は 56 名であった。次いで平成 21 年 3 月時点での入所児童数を表 2 に示す。入所の利用率は 82.7%であった。

表 1 入所児童定員 (24 施設)

	合計(名)
男子	23.38
女子	19.08
全体	41

表 2 入所児童数 (名)

	合計(名)	平均(名)
男子	471	19.6
女子	354	14.8

(n=24)

2. 情短の医師について

2-1. 情短の医師の配置状況

常勤医師を配置している割合について 25 施設の医師の勤務状況を常勤医師と非常勤医師で区分し、表 3 に示す。

表 3 医師の勤務形態

勤務形態	実数	割合
常勤医師	9 力所	36.0%
非常勤医師	16 力所	64.0%
合計		100.0%

(n=25)

2-2. 所属する医師の専門診療科

25 施設に勤務する常勤および非常勤医師の専門診療科は、精神科単独は 15 施設、小児科単独は 3 施設で、精神科および小児科を含んでの複数の専門診療科を有するものは 7 施設であった(表 4)。情短の医師については、精神科が中心を成す専門性ということになる。

表 1 入所児童定員 (24 施設)

精神科医	小児科医	他の診療科医
88.0%	36.0%	4.0%

(n=25)

3. 診療の機能と実際について

3-1. 情短および関連施設の診療機能

診療機能としては、診療所を付設している場合と情短の設置母体となった法人などに診療所を設置している場合などが考えられるので、3つのカテゴリー、すなわち、付設、関連施設に設置、診療設備はないが連携・協力体制の3つについて結果を記す。25 施設の内、情短に診療所を付設した施設は 4 力所、設置母体に付設は 4 力所であった。精神科医療機関の協力や連携を得ている施設は 17 力所ということであった。この結果を見ると、本研究の対象となった 25 力所の情短は医療とのしっかりとした結びつきの中で治療機能を保っているものと考えられる。

表5 診療機能について

付設	関連施設付設	精神科の協力有り	精神科の協力無し	合計
4カ所	4カ所	17カ所	0カ所	25カ所
16.0	16.0%	68.8%	0%	100%

このうちの関連施設に診療所のある4施設のうち、情短の子どもの診療に携わっている医師とその内容であるが、表6のようになる。医療機関が併設している場合の医療側の協力体制はかなり厚くなると言えるようである。

表6 関連施設の協力医師の数

	常勤医師	非常勤医師	合計
精神科	13	2	15
小児科	9	5	14
その他	0	9	9
			(n=4)

3-2. 情短の医師の診療への関わり

情短に常勤医師として勤務する医師の診療に対する関わりであるが、関連する施設の診療所の診療に関わっているものは、9カ所の常勤医師の勤務する情短中4カ所から回答が得られ、その内容は表7のようになる。

表7 情短医師の診療への関わり

関わっている	関わっていない	合計
75.0%	25.0%	100.0%
		(n=4)

3-3. 診療内容について

診療に携われる環境にある医師による、情短の児童に対する診療内容は表8のようになる。

表8 精神科診療（治療）の内容

精神科治療方法	割合
薬物治療のみ	14.3%
薬物治療と精神療法	57.1%
薬物療法・精神療法・家庭療法的関わり	28.6%
合計	100.0%
	(n=7)

薬物療法の場合、院内薬局から薬を出してもらう施設は、3カ所、院外処方が8カ所で、薬物療法を行う場合には院外処方が中心になるようである。

3-4. 協力医療機関の診療内容

付設および併設のいずれにも診療所がなく、協力や連携によって児童の精神面の治療を行う場合の協力機関による診療の内容は以下のようなになる。25施設中このような診療協力体制で必要なケアを行っている情短は17施設であったが、表9に示したように16施設から回答が得られた。施設によっては複数の医療機関の協力を得ていることから、100%を超えるが、その他の診療科は耳鼻科、眼科、歯科および整形外科が挙げられていた。

表9 連携のある精神科医療機関 (n=16)

精神科クリニック	総合病院精神科	精神科病院	その他
50.0%	43.8%	56.3%	25.0%

この形態の場合の診療内容であるが、17施設から得られた回答は表10のようになる。

表10 連携のある精神科医療機関での診療内容

精神科治療方法	割合
薬物治療のみ	35.3%
薬物治療と精神療法	47.1%
薬物療法・精神療法・家庭療法的関わり	23.5%
入院を頼み込む	17.6%

(n=17)

薬物治療に関しては、その薬は院内処方21.1%、院外処方が78.9%であった。協力医療機関の利用状況であるが、平成20年度の受診者は、16施設からの回答は施設により大きな変動があり、1名から300名と大きく利用状況が異なるため、300名が利用した施設を除いた15施設とで比べた。300名が利用した施設では月平均31.9名の児童が受診していたことになる。また後者では14名が利用していたことになる。初診のみの児童は全体で10名、割合にして0.9%で、極めて少なかった。継続した通院治療を必要とする児童が多かった。

4. 精神科入院のサポート体制について

25施設からは、協力してくれる病院があると回答したものは80%に達していた。しかし残りの20%の施設においては協力が得られないという実態があることを示す。これらの施設では協力が得られない中で治療的処遇をすることになるだろうが、これは施設にとってかなり負担が予想され案じられる。入院の必要な児童の受け入れの実態であるが、21施設から合計で42名の入院がなされた。平均し

て一施設2名の児童の入院の実態が示されていた。精神科入院を必要とする児童がかなりの割合で発生することを考慮すれば、入院治療に協力してくれる精神科医療機関を確保しておくことは情短にとって不可欠の条件となろう。

5. 情短入所中の児童の家族について

情短に入所中の児童の家族状況を調査した(表11)。家族を持たない、つまり生活のベースが極めて脆弱な児童は17名存在した。これらの児童については短期的な治療に大きな制限があり、他の児童福祉施設との密接な連携が根底に無ければ対応は困難と考えられる児童であろう。施設の指導に家族の協力が得られているケースは517名で62.7%に達していた。また、定期的に家族面接を行った家族は35.4%であった。

表11 情短入所児童の家族状況

(名)割合(%)		
家族を持たない児童数	家族の協力	家族面接
17 (0.02%)	517(62.7%)	292 (35.4%)

家族支援に関するプログラムについては、表12のような結果であり、78.3%の情短が持っていない。今後の大きな課題となるようである。しかしながら家族再統合のような指導をしているケースは83.3%以上の情短で行われており、回答では199名、平均して一施設あたり11.1名について再統合が行われたということであった。家族を指向した治療や支援に対する意識は一般的になっているものと考えられる。

表12 家族支援プログラムの利用状況

持っている	使っている	持っていない
-------	-------	--------

8.7% 16.7% 78.3%
 (n=22)

6. 発達障害の入所児童について

発達障害については、精神医学的に大きな問題となる可能性の高いPDD(広汎性発達障害)AD/HD(注意欠陥多動性障害)に大別して実態を調査した。

6-1. PDD(広汎性発達障害)について

PDDについては25施設から回答が得られ、PDDの診断の付いた児童は、合計280名で、一施設平均11名という高い数値に達していた。入所児童の33.9%を占めることになる。PDDの児童で入所となった問題は以下の表13ようになる。問題を多い順に挙げると、集団不適合、虐待、引きこもりとなる。また施設としても、集団不適合、虐待、暴力行為、引きこもりを挙げることが多い。

表13 発達障害(PDD圏)

	合計人数	平均人数	回答施設数
集団不適合	83	4.2	20
引きこもり	38	2.9	13
反抗	15	1.7	9
暴力行為	25	1.7	15
虐待	76	4.5	17
その他	34	2.8	12

知的障害を併存するPDDは20施設から回答のあった児童の42名で、一施設2名となり、およそ10%を占めるようである。

6-2. AD/HD(注意欠陥多動性障害)について

AD/HDについては25施設から回答があり、AD/HDの診断の付いた児童は134名で一施設5.4名であった。入所児童の16%で、PDDの半分以下となる。AD/HDの児童で入所となっ

た問題は表14ようになる。問題を多い順に挙げると、虐待、集団不適合、暴力行為、反抗となる。知的障害の合併は22施設から回答のあった24名で、一施設約1名となる。いずれもPDDの場合とは少々異なる実態が示されていた。

表14 AD/HD圏の児童数

	合計人数	平均人数	回答施設数
集団不適合	41	2.0	21
引きこもり	3	0.6	5
反抗	10	1.1	9
暴力行為	11	1.1	10
虐待	48	3.0	16
その他	25	2.3	11

7. 情短の医師の役割について

情短の医師の役割について、第一に、常勤医師の役割を、管理者、健康管理、治療の統括者、治療のアドバイザー、その他、そして週の勤務日数について調査した。結果は、常勤医師が配属された9カ所の情短では、その役割は表15ようになる。常勤医師は、治療のアドバイザー、健康管理、治療上の統括者として多くの役割を期待されていることが示されている。勤務日数は週に4.2日、つまりほぼ毎日の勤務をしていることとなる。

表15 常勤医師の役割

管理者	健康管理	治療上の統括者	治療のアドバイザー	その他	勤務日数
33.3%	77.8%	44.4%	100.0%	33.3%	4.2日

(n=9)

非常勤医師の場合を表 16 に記した。非常勤医師は、治療のアドバイザー、スタッフの相談対応を主に健康管理にも当たるなど、いわば嘱託的な関わりにしても多岐にわたる業務に関わることが必要と言える。勤務日数が週に1日で、多くの場合、非常勤医師は週に1日をそれに当てていると考えられる。

表 16 非常勤医師の役割

スタッフの相談対応	健康管理	治療上の統括者	治療のアドバイザー	その他	勤務日数
68.8%	31.3%	6.3%	93.8%	12.5%	1.1日

(n=16)

7-1. 情短の医師の役割について（自由記載）

① 情緒障害児短期治療施設が直面する精神科医療に関わる問題や課題についてお持ちの考えをお書きください。

- ・ 虐待が背景となるケースが入所児のほとんどを占め、その引き金となる理由として育てにくさ（＝発達障害）があり、全般に精神科医療のかかわる部分が大きくなっていると言える。
- ・ 重度の被虐待児の入所が増え、PTSD 症状、暴力行為への対応が大きな課題である。現在月 2 回診察を行っていただいているが、児童の状態の変化が激しく、服薬調整の点からも週 1 回の診察が必要と考える。入院治療が必要なケースもあるため、精神科病院との連携も課題である。
- ・ 施設内での診療等、法の整備が必要かと思われる。
- ・ 発達障害と被虐待という大きな課題を重複して抱えている子どもも多く、行動面や情緒面でも多様な問題を示しているため、精神科、特に児童精神科医師によるサポートはとても重要と感じている。服薬している子どもも 6 割以上おり、経過を丁寧にみていきたいケースも多い。専門の常勤医の配置等、医療面の充実は必要と考えている。
- ・ 施設内診療所では、薬物療法が直接的に行えないという問題は大きい。
- ・ 児童精神の専門医が少ない。
- ・ 情短の現状・機能・役割などを理解し、地域に根ざした医師の不足。拠点となる小児もしくは児童精神科の機関は外来で手一杯。
- ・ どこからが情短適応かが定まっていない（なにをもって情短適応とするか）。どこから医療適応（入院）とするか。
- ・ 重症或いは暴力等施設内での治療に限界があるとき、入院治療を受け入れていただける病院との連携が重要です。反対に児童精神科病棟を退院して入所するときも同様の連携が必要です。常勤医が少なくなってきたことへの懸念があります。
- ・ 脳波異常、強迫症状、ADHD など投薬治療が有効・必要な児童の措置が多いため、医師は児童の状況をよく理解してもらった上で、処方調整を行ってもらうことが望ましい。
- ・ 精神科医を常勤するための財政的課題がある（措置費）。地域的に児童精神科医師が余りに少ない。子どもの入院治療が受けられる精神科病院が少ない。
- ・ 精神科医療が必要な児童が増加している中、通院のための対応が〇〇している。パニックなど他児に危害を加える恐れのある児童についての即時的な対応が困難である。

- ・ 医学的治療（入院）を要する児童への対応。
 - ・ 親自身が薬を服用していて、子どもの薬物治療を嫌がることがある。親はふだんの生活を見ていないので説明が難しい。退院先に選ばれやすいが病院に比べて職員数が少なくケアにギャップが生じてしまう。常勤医が少ない。
 - ・ 高機能自閉症及び被虐待児の入所が増加してきており、児童精神科医師の役割ますます大きくなってきているが、体制的に十分には機能していない。
 - ・ ①発達障害を診れる医師が少ないように感じる。②施設勤務医が投薬できないことで、治療構造がスムーズに行かない面が考えられる。③児童が不穏、パニック、精神病症状で入院の同意が取れない。また親権者もいないため、入院ができない場合の児童の対応など。
 - ・ 病院構造がないため、行動制限が十分にできない。
 - ・ 心理職のS V。施設の生活構造の直接的なアドバイスを行ってほしい。医師の雇用が難しい（施設経営の面で）。非常勤の医師だと、たまにしか情短の様子をすることができないので、現場にあったアドバイスや指示がもらえない。
 - ・ 絶対的な児童精神科医の不足。公立であったり、病院、クリニック併設型の情短施設でないと、当施設のような法人経営で、児童専門で施設療育に理解・協力して頂ける医師を雇うのは困難。ましてや常勤などは不可能。ということで、医師の確保が大きな課題。
- ② 情緒障害児短期治療施設の現状をもとに、今後の精神医療の関わりやあり方についてお持ちのお考えをお書きください。
- ・ 入所ケースの重度化に伴い行動障害、睡眠障害、感情調節障害、学習障害等、精神医学的評価や治療が必要な子どもが増えている。全ての入所児に対して精神医学的関与が必要であり、常勤医師の配置を望む。保護者の中にも精神科領域の知見が必要な方がおり、精神科医によるサポートが必要である。
 - ・ 施設での生活実態に理解のある児童精神科医師のサポートを継続的に得られることが求められていくと思います。家族支援や関係者への助言等幅広く関わってもらえると思います。
 - ・ 総合センターに附属する公立の情短施設のように、民間も施設に併設する法人立の診療所を持つ必要がある。
 - ・ 拠点となる機関が近隣に存在すれば連携必須であろうが…。地域の現状、ニーズにもよる。
 - ・ 医療と異なる福祉的なパラダイムのもと、子どもの“育ち直し”を支援するやり方はとても素晴らしいと思いますが、そこにあまりに医療的な色彩が強くなってしまうと、よさが失われる危惧を感じています。
 - ・ 精神科医師を必要とする児童が増している現状で（服薬等では10年前の25%が現在42%）、常勤医が減っていることは給与の問題だけであろうか。外来診療機能の併設が望ましい。
 - ・ 入院機能をもつ病院との密な連携がほしい。
 - ・ 情緒障害と云われて措置される児童の中には、子ども集団の中では落ち着けない児童が存在し、精神科医療の助けを借りながら措置を継続することが望ましい児童が見られる。

- 子どもの状況に応じて、精神科入院などの幅広いメニューの持てる治療指導形態が必要とされる。
- ・ 重篤な自傷他害をもつケースについて、情短では隔離等の方法が取れない。重篤なケースほど精神科医療では入院させてもらえないのがほとんどであり、入院できたとしても問題行動や患者の退院希望を優先し、早期に退院することが多い。
 - ・ 医療機関との密な連携。
 - ・ 常勤医の有無、施設団体など施設により違いはあると思われるが、児童福祉全体として精神科医療の必要性は高まっており、医療施設との関係は否応なく負荷まっっていくと考えられる。
 - ・ 当施設では、現状では児童精神科医師は児童福祉センターの診療所と兼務のため、必要に応じ受診が可能であるが、診療所業務が多忙なため、医師との協議や連携が十分には図れていない。
 - ・ ケースカンファレンスで治療のアドバイスを受けているが、今後投薬治療を必要とする子どもが増加することが予想されるのでより綿密な連携が必要。
 - ・ 児童養護施設との区別を図るためにも精神科医療と心理治療が同程度の役割をもつ必要性を感じている。そのためには質の良い精神科医療のための経済的基盤が必要である。生活指導を適切に行うための基盤としても、早期介入や危機介入の意味の入院治療が利用できる体制づくりの必要性を感じている。
 - ・ 行動化群の入院・治療を積極的に引き受けていただきたい。
 - ・ 常勤の医師を雇用できない（施設経営の面で）。常勤の医師がいても、診療所がなければ薬の処方やパニック時の鎮痛剤の対応ができない。医学も積極的に治療に関与してほしい。
 - ・ 当施設では精神科医と講師契約で医療相談（月1回）としてお願いしている。その為、施設での児童との面接は診療とはならず、診察のためには県外の契約医師の病院へ診察に行かなければならない。医師が来所時に診察が受けられ、医外処方薬が受けられれば、診療所のない当施設としてはありがたいのだが。

8. 児童相談所との関係（連携・措置など）
について

8-1. 児童相談所の心の問題に対する心理判定について

入所時における児童相談所の心理診断に対する情短としての評価を表 17 に示した。24 施設から回答があり、適切というほどではないが、ある程度心理診断が示されているというのが大多数を占める評価であった。

表 17 入所時の心理診断

適切に示される	ある程度示される	示されていない
20.8%	79.2%	0.0%

(n=24)

8-2. 医学診断について

医学診断についての情短としての評価は、表 18 にあるように入所児童の全てに医学診断をしている施設は 30%で、17%の施設では診断が示されていなかった。

表 18 入所時の医学診断

心の問題を持つ児童のみ	全ての措置児童に対して	示されていない	(n=22)
52.2%	30.4%	17.4%	

8-3. 児童相談所の判定に対する自由記載による意見

児童相談所の医学診断或いは心理診断についてのご意見がありましたらお書きください。

- ・ 現場に役立つ具体性をもった記述と説得力のある解説が望まれる。
- ・ 一時保護等の受診できた児童については、医学的な所見を示していただけると、当面の指針となるのでありがたい。心理診断についても、そのケースについての当面の支援の方向性が示されていると、施設での対応はしやすくなると思われます。
- ・ 診断は経過の中でしていくものだし、経過の中で変わりうるものなので、しかたないが時に的はずれのものがある。
- ・ 発達障害に関する所見があいまい。
- ・ 施設の具体的な生活に活用できるような報告書とは言い難い。
- ・ 心理診断は、担当によってバラツキが大きい。紙面上のやりとりでは伝わらず、直接話をしていくことが重要と思われる。
- ・ 児童の課題、親の課題から考えられる治療（情短の必要性について書かれているが）の考案について全く書かれていない。「治療」が児相と施設とが協働のうえ成り立つのであれば、治療に児相の役割を指してしかるべきかと思う。
- ・ 児童相談所の一時保護等で、心理診断や医学診断がなされてくるが、入所の際に提案された診断が、当事者と共有されていないことが多い。「出された診断については、施設でお願いします」という例もある。施設受け入れに当たって、児童相談所から出された診断や所見をもとに入所後の当面の支援・援助の方向、保護者との関わりを打ち出していくが、施設内での不適応行動や他児へ与える影響の予測が難しい。施設の運営上、どのような児童が入所するかの子どもの構成する集団が大きく影響される。入所に際して、心理診断、医学診断、社会診断、行動観察診断等が提案される中で、児童相談所と協働した行動予想を行いたい。
- ・ 生育歴等が調査不十分のケースが多い。形式的な医学診断もあり、入院後の子どもの状況と合っていないことがある。
- ・ 入所時の医学診断あるいは心理診断が、かなり以前の所見である場合がある。そのため、所見が入所後の児童の状態像と食い違う場合もあり、入所後も医師との連携を図れるような体制づくりが必要である。
- ・ 入所時に十分な情報がなかった児童については以後に再検査をする必要がある。
- ・ 当施設への措置児相が平成 20 年度では県外も含め 10 児相であるため、診断の特徴や質量に差異がみられる。心理診断については、生育歴や病理の見極めをふまえての発達段階、認知構造、一時保護における観察を加味しての行動分析を基に見立てをしっかりと行ってほしい。医学診断については、根拠となる診断基準の明記が望ましい。
- ・ 全ケースについて適切に実施していただきたい。

- ・ データの結果だけでなく、ローデータもほしい。数値の結果が具体的な支援に結びつくものであってほしい。

D. 考察

本研究は情短が対象とする児童の精神保健ニーズの検討、及び情短の現状と課題をテーマにしていることから、まず第一に情短の現状を検討したい。次いで、今日の情短が扱う児童の精神医学的問題を検討する。

1. 情短施設の全体像

情短は他の児童福祉施設と比して設立の経緯や役割などが異なることもあって、一般的な意味で十分な理解が得られにくいので、最初に情短の概要を記すこととする。

1-1. 情短の位置づけ

最初に情短の概要を述べる。情短の法的枠組みは以下ようになる。まず児童福祉法第四十三条の五により、情短は、軽度の情緒障害を有する児童を、短期間、入所させ、又は保護者の元から通わせて、その情緒障害を治し、あわせて退所した者について相談その他の援助を行うことを目的とする施設とする。児童福祉施設最低基準第七十五条には、第一項に、情短には、医師、心理療法を担当する職員、児童指導員、看護師、栄養士及び調理員を置かなければならない、とし、第二項に、医師は精神科又は小児科の診療に相当の経験を有する者でなければならない、と職員の専門性についての規定がなされている。

利用については、児童福祉法第二十七条では、都道府県の採るべき措置として、三項に情短に入所させることを設け、児童相談所により情短入所を規定している。

1-2. 情短の誕生とその後の経過

情短が誕生することになった時代背景

は、一つには昭和 30 年代の戦後非行の第二のピークと関連があり、それ以前の社会的貧困や生活難を背景にした非行から情緒的問題を抱えた非行の出現と増加に対応するという社会的課題があった。もう一つは不登校（当時は学校恐怖症、登校拒否と称されていた）の出現で、こうした問題の背景にある心の問題を情緒発達のつまずきや心理失調として理解し対応する課題が情短に求められていた。いわゆる戦後の復興から高度成長の時代に移行する時代における新たな児童福祉の問題に対応するという課題に取り組むことが求められていたためである。表 19 の年代表に示したように、昭和 35 年(1960 年)に、中央児童福祉審議会から、「児童福祉行政の刷新強化に関する意見」が出され、その中で、軽度の非行児に対する早期対応策の一環として、短期治療施設の整備の必要性が提言された。

これを受けて情短の開設は昭和 37 年(1962 年)で、この年に岡山県立津島児童学園、静岡県立吉原林間学園、大阪市立児童院の三施設が第一陣として開設にこぎ着けている。途中の昭和 60 年代に中学生の不登校の増加と家庭内暴力の社会問題化により、厚生省が情短での中学生ケアを公式に認め、中学校の施設内学級の併設が可能となるなど、国のいくつかの変更を受け、それ以前に 13 施設であったのが、徐々に新設がなされるようになった。しかしながら情短のスタートから 47 年後の平成 21 年(2009 年)までに 33 カ所が開設された程度で実にゆっくりとした整備状況にある。しかも 2010 年までの 10 年間の目標を定めた「健やか親子 21」がスタートした平成 13 年に掲げた 2010 年までに都道府県の全てが情短を開設するとして目標から見れば、現在の 33 箇所では本来の目標にほど遠い状況

にある。しかしながら平成 13 年を境にそれまで 17 カ所であった情短は平成 21 年 4 月には倍近くの 33 カ所に急激に増加している。さらには平成 22 年度にはさらに 4 カ所の開設が予定されている。こうした動向には、「健やか親子 21」の制定が大きな影響を与えたことは確かであり、心の問題のために治療が必要な児童に対する社会的ニーズがそのニーズに取り組むべき情短のさらなる設置を促していることは確かである。

1-3. 情短と子どもの心の医療との関わり

情短がスタートした昭和 37 年当初の対象児童は 12 歳以前の情緒障害とされた登校拒否や低年齢の軽度非行の児童で、こうした低年齢児を家庭や地域から引き離してまで施設に入所して治療をする必要性を関係者は持ちえなく、対象となる児童が集まらなかったという問題があった。そして平成 9 年の児童福祉法改正により 12 歳未満の年齢制限が削除され、中学生の入所率が高まり、入所者の過半数を占めるようになった。また入所者の問題も当初の軽度非行や不登校といった問題から社会問題化した児童虐待の犠牲者である被虐待児が多くを占めるようになり、現在では被虐待児の専門治療施設の様相を強める一方である。

情短は児童福祉施設としては微妙な位置にあり、かつ重要な意味を持った施設と考えられる。施設としてのあり方に視点を置くと、治療を指向した施設でありながら措置によって取り扱われる。対象者に対しては契約でありながらも行政的介入により関わる。一方、子ども家庭福祉分野においては、児童養護施設、母子生活支援施設、情短、児童自立支援施設という体系の中にあっては、情短はからはずしも要保護児童を対象としているのではなく、健全育成の視点も加わった施設という様相を有する。

情短は、設立の昭和 37 年(1962 年)、高度成長期に入らんとする時代に、それまでの要保護児童対策中心から児童全体の福祉さらにはメンタルヘルスを指向した健全育成にも関わるべくして誕生したものと振り返ることができる。よって従来の要保護児童を対象とした児童福祉体制に、より広い幅をもたらすような意味があったと考えられる。

表 19 に示したように、情短施設が開設された時代は、児童精神医学や医療に関わる取り組みや施設が少しずつ始まった時代でもある。1950 年代 60 年代は戦後における児童精神医学の勃興期と言っても良いような時期である。当時の時代は児童精神科医療の行える社会資源が極めて少なく、1967 年の横浜市大の小児精神科設置や 1970 年の医療型の第一種自閉症施設の開設など、医療や障害福祉がこの課題に取り組んだ時代である。情短はそれに先だって、この課題に取り組みはじめたのである。いわば情短は児童精神科医療施設の整備に先だって児童の心の問題に対応する施設としてスタートしたとも言える。それほどにこの時代に情短を発足させた児童福祉制度は先験的で先進的な役割を果たしてきたとも言える。

表 19 1950 年代、1960 年代の子どもの精神保健の取り組みの概況

<p>1950 年以降</p> <p>1952：日本精神神経学会にて日本で最初の自閉症症例の報告</p> <p>1958：第 1 回児童精神医学懇話会開催</p> <p>1960：児童精神医学とその近接領域創刊</p> <p>日本児童精神医学会第 1 回総会開催</p> <p>日本児童精神医学会設立</p> <p>1960：中央児童福祉審議会から、「児童福祉行政の刷新強化に関する意見」が出される。 <u>その中で、軽度の非行児に対する早期対応策の一環として、短期治療施設の整備の必要性が提言された。</u></p> <p>1961：児童福祉法の一部改正によって、<u>情緒障害児短期治療施設が児童福祉施設に加えられた。</u></p> <p>1962：<u>三カ所に情緒障害児短期治療施設開設</u></p> <p>1967：横浜市大病院に小児精神神経科設置</p> <p>1970：神奈川県立こども医療センター開設</p> <p>兵庫県立こども病院開設</p> <p>東京都立梅ヶ丘病院、大阪府立松心園、三重県立あすなろ学園 が、第一種自閉症施設として認可</p> <p>1971：第 1 回全国児童精神科医療施設研修会開催</p> <p>1973：厚生省、三歳児精神発達精密健診事後指導実施要領を施行 厚生省主催「児童精神医学臨床研修会」開催</p>
--

2. 情短施設と精神保健（精神科医療）について

2-1. 対象児童の情緒障害の内容

先に述べたように情短の歩んだ 40 数年の歴史の中で情短開設当初の対象児童の年齢や問題が、平成 13 年に大きく変更されたため、児童の問題の推移を単純には比較できない。この度の研究では、現在の実態を評価検討することがテーマとなることから、年齢制限が削除された後の平成 13 年時点の利用児童の精神医学的問題との比較で現状を評価検討することとした。表 20 は平成 13 年 3 月と平成 19 年 3 月の二つの時点における入所児童の精神医学的問題を比較したものである。総数で 100%を超えるのは、F7 の知的障害は他の疾患と重複する

ためである。

注目すべき点は、①精神医学的問題の無い児童は 20.2%から 11.7%となり、精神医学的問題を持つ児童の入所が増加していることが挙げられる。②広汎性発達障害を有する児童が 1.3%から 13.9%に急激に増加している点に注目したい。③知的障害の児童の入所数が増加している。④神経症圏内（F4）の児童や統合失調症（F2）などの精神病の児童の入所児童が増加している。こうした現状は精神医学的に見て、治療的な対応が難しい児童が増えていると言える。このように情短の対応する児童の問題は、情緒障害というレベルではなく、情短は今や精神疾患を有する児童の治療を要請される場となっている。表 20 入所児童の

心の問題

	H13 年	H19 年
問題なし	20.2	11.7
F1	0.1	0
F2	0.9	1.6
F3	0.3	0.1
F4	8.4	10.3
F5	0.9	0.2
F6	0.7	0.7
F7	12.3	16.7
F8	1.3	13.9
F9	65.6	61.3
総計	110.7	116.5

さて、この度の調査では発達障害についてももう少し詳しい検討を加えた。まず PDD については入所児童の 33.9% を占め、ADHD は 16% を占めていた。両者は重複する場合があるが、入所児童のおよそ半数近くを PDD と ADHD が占めることが報告されていた。これらの発達障害を有し、入所の事由となった問題は、PDD では一番多いのが虐待、次いで集団不適応、引きこもり、反抗、暴力という順であった。ADHD では、やはり虐待が最も多く、次いで集団不適応、反抗、暴力行為の順であった。よって「発達障害を有し虐待を受けている児童」の入所が情短の重要な課題となっているということになる。これら発達障害児童において知的障害の併存は PDD の場合では入所児童の 10% に達しており、この現実にもう少し目を向けなくてはならない。要するに情短が備えるべき機能は従来よりもはるかに重装備であるべきである。

2-2. 情短の医師による医療活動

表 16 に示したように常勤医師の業務は、管理者としての業務、入所児童の健康管理、治療上の統括者、治療のアドバイザーなど、

その業務内容は多岐にわたる。勤務日数も週 4.2 日となっており、かなり多忙であることがうかがわれる。常勤医師が従事すれば、医師の業務は多岐にわたり、専門性においても深さのみならず幅広い専門性を求められることになる。非常勤医師においても業務内容は多岐にわたるが、治療のアドバイザー、入所児童の健康管理が主要な業務となり、入所児童の治療に対する関わりが多くなると共に、情短に精神科医師が不可欠であることが改めて示されていた。また、常勤医師が関連する診療施設で医療業務に着ける機会がある場面は薬物療法や精神療法さらには家族療法など幅広い診療を行っているようである。よって常勤医師を確保すべく制度面および予算面の整備を急ぐ必要がある。

2-3. 医療機関による後方支援について

アンケート調査に回答の得られた 25 施設の中で、他の医療機関から協力を得ている情短は 17 施設であった。情短が常勤医師を得て医療的な関わりを持つことは難しいのが現状であるが、それだからこそ医療機関からの協力を取り付けておく必要性は高

い。アンケートの結果にはこうした現状が明白に示されていた。協力・連携医療機関の中心は精神科病院、精神科クリニックとなり、提供される医療の内容も精神科薬物療法の他精神療法や家族療法となり、児童精神科医療機関で通常提供される医療内容であった。

3. 情短における精神保健（精神科医療）のあり方について

3-1. 情短の特徴

情短のあり方にも通ずる課題に考察を進める。訪問により情短を調査した結果を以下に記す。情短のあり方は設置の母体から見ると以下のように別れる。

- ①児童養護施設型（児童養護施設が主体となり近隣の敷地に隣接して設立した情短）
- ②総合センター併設型（政令市の多くが医療施設や他の児童福祉施設と総合化して設置）
- ③病院併設型（病院と密接な関わりの中で開設された情短）

これらは当然その機能にも特徴が現れる。医療モデルに沿った精神科治療型の情短、あるいは機能が強化された児童養護施設型の情短としての特徴が示されているようである。

3-2. 児童福祉と医療の相互補完

また、地域特性から見ると、情短と精神科医療機関がそれぞれの機能の弱点や児童の福祉の向上を相互に補完しているような所も認められる。医療の中心的機能は疾病の治療あるいは改善および緊急時や急性期の介入にあるが、情短の中心的機能とは異なる。心の治療を必要とする児童の健全育成には、この両者の機能が必要となり、両者が補完し

うる協力・連携のある場合に治療効果は著しく高いものとなると考えられる。退所に向けた児童の地域生活や学校生活の建て直しには福祉の視点からの支援が必要になる。よって児童福祉と医療が相互に補完しうるような協力・連携が不可欠で、このことを目的にした工夫や努力がなされてはいるが、現在のように入所児童の問題の深刻さに対応するためには、この課題をさらに整備する必要がある。

3-3. 児童相談所との関係

児童相談所の判定についての調査項目では、入所時の心理診断が適切に示されていると回答している施設は約21%であり、ある程度示されていると応えた施設は79%であるが、自由記載では児童相談所の心理判定や医学診断に厳しい意見が述べられていた。医学診断は心の問題を持つ児童にのみなされているのが約52%からで、入所児童全てに対してなされているのは30%である。

情短は近年でこそ利用率が上がったが、児童相談所の地域から寄せられる相談対応への信頼の程度と期待や、入所の必要な児童を情短につなげる能力によって利用率は左右される。情短への入所や通所は、児童相談所を窓口とし、児童相談所の調査と判定および会議を待たないと情短でケアを受けられない仕組みの中で情短は社会的な課題果たすことになるので、児童相談所の機能に左右される。しかしながら隣接して診療所機能を持つ場合は、その診療を通して情短入所治療の必要な児童の把握が図られやすくなり、児童相談所と調整がスムーズであれば入所の手続きがスムーズに行われる可能性が高くなり、地域に開かれるという情短本来の機能を適切に発揮しうるようになる。

4. 情短の精神保健に果たす役割と今後

情短入所を必要とする児童の精神保健と密接に関係する問題は、大きく以下の4点を数えることができる。すなわち、①被虐待児の増加と被虐待児が呈する精神的問題の深刻さ、②発達障害を有する児童の増加、③発達障害と被虐待を併せ持つ児童の増加、④情短開設当初の主たる課題であった軽度非行などの情緒障害は、明らかに精神障害に取って代われ、今日の情短の体制はその期待や要請に追いつかなくなった、④児童養護施設や児童自立支援施設をサポートする機能や役割が情短に期待されている、ことである。

心理的な問題を持つ児童の治療に対する役割は、現在の段階でかなり増大しているが、今後ますます増大することは疑いがない。直面する心理的な問題は、第一に虐待による後遺症でもある愛着障害や破壊的問題行動、そして発達障害を抱えた児童の二次障害であり、精神科医療をもってしても対応に困難を極める問題である。よってこれらに対する情短の治療機能には当然のことながら制限があり、そのために精神科医療のバックアップが必要とされる。多くの情短はその役割を果たすために、精神科医療との密接で、かつ補完的な協力関係の構築を模索している段階にあり、今後は精神科医療との連携はさらに大きな課題となる。

児童の精神科医療にもいくつかの制限がある。精神科医師と看護師を中心とした医療は、児童の生活を基盤に、あるいは生活を通して治療を展開するには大きな制限がある。まさしく精神科医療と情短は児童の心の問題を治療的に扱う上で補完的に協力や連携をしなければならない機会が少なくない。

こうした課題にysteてゆくためには、情短に精神科医医師が従事することが不可欠であるが、常勤精神科医師は極めて不備な状況にある。実際には非常勤医師が多くの役割を果たしている。しかも非常勤医師には、児童の精神科医療に通じていることや、精神科医

療と児童福祉の橋渡しをする役割を求められることから、非常勤医師にも児童福祉関連の制度や施設の役割を理解してもらうための研修の機会を提供することも必要である。

E. 結語

情短における精神科医療ニーズに対するニーズは近年ますます増大し、被虐待児の治療やケアのみならず、集団や環境の適応に障害のある発達障害児童の治療や社会性の獲得に向けた支援が強く要請されるようになった。同時に情短は、児童福祉施設体系の中で、手厚い精神保健対応に必要な児童のセーフティネットとなっている。よって児童養護施設などの施設から対応の難しい児童の援助を求められることも少なくない。情短の設立当初に設定されていた軽度非行などの情緒障害の児童よりも重度の心の問題を有する児童の治療を求められるようになり、その結果、処遇困難な児童が増加しており、医師・児童指導員・心理療法担当職員などの専門性・処遇技術の向上が急務となっている。設立後50年近くを経た現在の情短が現在の子どもの問題に治療的に対応するためには、多くの検討と整備が必要である。その一つが情短の精神保健ニーズ、言い換えれば精神科医療の必要性が増大し、そのニーズに対する対応に取り組まなくてはならない状況にある。また、精神科医療との協力体制の充実および補完的な対応のできるシステム整備に取り組む必要がある。これら課題に対応するためには、精神保健や精神科医療の核となる職種である精神科医師の確保のために予算を含めた制度面の充実を図ることが求められる。

文献

- 全国情緒障害児短期治療施設協議会
(2002)『心をはぐくむⅢ、－総合環境療法の臨床－』.
- 高瀬利男、長谷川弘子、永井洋、平田美音 (2007)「情短の中の精神科医療. 心理治療と治療教育」18. P33－56.
全国情緒障害児短期治療施設協議会.
- 新日本法規 (2008)『平成 21 年版社会福祉六法』.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

子ども家庭福祉分野における家族支援のあり方に関する総合的研究

（主任研究者 日本子ども家庭総合研究所 高橋重宏）

分担研究報告書

子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援システムに関する研究

分担研究者 小野善郎 宮城県精神保健福祉センター

研究要旨：

子ども家庭福祉領域における子どもの援助における、精神保健も含めた多様なニーズを適切に評価し、そのニーズに応じた援助を提供するために、地域精神保健のシステム・オブ・ケアの理論と方法論を参考にして、レベル・オブ・ケア（LOC）の評価に基づく援助を検討してきた。昨年度までの研究では、子どものLOCの評価法として米国児童青年精神医学会が作成した児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度（CASII）の有用性を示し、その日本語版を作成してきた。本年度は、日本語版CASIIの信頼性・妥当性を検証し、子ども家庭福祉の現場での活用を検討した。

検者間信頼性は、5地区の児童相談所と2か所の児童青年精神科医療機関で23名の児童精神科医と70名の医師以外の専門職が7例の標準症例をCASIIで評定し、級内相関係数（ICC）を用いて評価した。CASIIのサブスケールスコア、合計スコア、推奨されたLOCのICCは、児童精神科医では0.57から0.90、その他の専門職では0.42から0.80であった。医師以外の専門職のICCはやや低かったが、それでも中等度以上の信頼性が認められた。妥当性は、3地区の児童相談所と3か所の児童精神科医療機関で6歳から17歳の163例の対象者にCASII評定を行い、CBCL/YSRおよびC-GAS、実際のLOCとの相関で評価された。CASIIの合計スコアと推奨されたLOCはCBCL/YSRの外向性スコアと総スコア、C-GAS、実際のLOCと有意な相関が認められ、さらに全体の85.3%の対象者では推奨されたLOCと実際のLOCとの差が±1の範囲内であったことから、CASIIには適切な基準関連妥当性があることが認められた。また、実際の児童相談所の相談援助活動でのCASIIによるLOC評定を検討したところ、子どもの臨床的ニーズに応じた援助計画の策定と実施に役立つことが示唆された。

以上の結果から、CASII日本語版は精神科医だけでなく児童相談所などの専門職にも十分な信頼性・妥当性をもって使用することができ、子ども家庭福祉領域における援助方針の策定に有用であると考えられた。

研究協力者：

相原 加苗（大阪市中央児童相談所）
市川 佳世子
（大阪府中央子ども家庭センター）
中西 大介
（三重県立小児心療センターあすなろ学園）
花房 昌美
（大阪府立精神医療センター松心園）

山本 朗
（和歌山県子ども・女性・障害者相談センター）
吉田弘和（宮城県子ども総合センター）