

平成22年度研究報告書

児童相談所の医務業務に関する研究

研究代表者 小野 善郎（和歌山県精神保健福祉センター）
共同研究者 金井 剛（横浜市中心児童相談所）
藤林 武史（福岡市こども総合相談センター）

社会福祉法人 横浜博萌会

子どもの虹情報研修センター

（日本虐待・思春期問題情報研修センター）

平成22年度研究報告書

児童相談所の医務業務に関する研究

子どもの虹情報研修センター

目 次

I. はじめに	1
II. 目的	1
III. 方法	2
IV. 研究結果	2
1. 児童相談所における医師の位置づけについての文献調査	2
1) 児童福祉法が成立するまでの医師の役割についての検討	3
2) 児童福祉法施行後の医師の配置と役割	4
3) キャロルの指導による児童相談所モデルにおける医師の位置づけ	5
4) 『児童相談所運営指針』における医師の配置と業務の変遷	7
5) 児童相談所の医師の実際の勤務状況	9
6) 結果のまとめ	10
資料	12
2. 児童相談所の医師の業務の現状と課題	32
A. 児童相談所常勤医師調査	32
1. 常勤医の配置状況	32
2. 児童相談所の医務業務に関する調査結果	32
3. まとめ	38
付録1 「児童相談所の医務業務に関する調査」調査票	39
付録2 児童相談所の常勤医のあり方についての意見	41
B. 児童相談所常勤医師からの聴き取り調査	48
1. はじめに	48
2. 聴き取りの方法について	48
3. 結果	48
1) 所長以外の医師	48
2) 所長である医師	53
4. 全体のまとめと結論	56
付録3 聴き取り調査にご協力いただいた常勤医師	57
5. 考察	58
参考文献	62

I. はじめに

児童虐待防止の中核的機関として被虐待児のケアと支援を提供するとともに、市町村における子ども家庭相談を専門的に支援する役割を持つ児童相談所には、精神科医の関わりが不可欠であり、児童相談所運営指針においてもすべての規模の児童相談所に「精神科を専門とする医師」を職員として置くことが示されている。ただし、「嘱託も可」とあるため多くの児童相談所では非常勤医によって医学的判定が行われることが多かったが、虐待相談の増加とともに常勤の精神科医を求める声が大きくなり、児童相談所の常勤職員として関わる精神科医は着実に増加してきている。

児童相談所における精神科医の役割は広範にわたるとともに、一般の精神科臨床とは異なる児童福祉領域に特有な問題を取り扱う必要があるため、独特な専門性を有する臨床分野と考えられる。しかしながら、児童福祉領域の精神科臨床について専門的な研修を受ける機会は少なく、さらに多くの児童相談所の常勤医は1名のみであることから、医師相互の連携による技術や知識の習得の機会も少なく、さまざまな困難に直面している精神科医も少なくない現状がある。児童相談所に常勤する精神科医の資質を向上し、より効果的な児童福祉サービスの発展に寄与することに加え、今後児童相談所での子どもや家族の精神科臨床に意欲を持っている若手医師を育成し現場に定着できるようにするためには、児童相談所における精神科医の具体的な業務指針の策定とそれに応じた研修制度の制定が不可欠である。

児童相談所の医務業務については児童福祉法制定以来具体的な検討がないまま今日まで経過している。その結果、児童相談所に常勤する医師は非常に少ない状態が続いていたが、近年は各児童相談所の努力により常勤医の人数は増加し、全国で40名を超えるところまできている。したがって、今こそ児童相談所の医務業務を整備し、児童福祉領域で求められる専門性を有した精神科医を全国的に普及させる好機であると思われる。そこで、まず全国の児童相談所における医師の配置状況、勤務形態、業務内容などを調査した上で、児童相談所の医師の業務のあり方を検討するために本研究を企画した。

II. 目的

児童相談所の医師の職務については、児童相談所運営指針において、子どもの診断、子ども及び保護者への指示・指導、医学的治療、児童福祉司・児童心理司への指導、一時保護児童の健康管理、医療機関等との情報交換・連絡調整などの項目が挙げられているが、これらの業務についての具体的な内容は明示されていない。児童相談所の医務業務の質を高めるとともに、全国的に一定水準以上のサービスを提供できるように、標準的な医務業務の指針を策定し、その指針に沿った医務業務を実施していくために必要な研修制度を検討することを最終的な目的とする。

初年度の平成22年度においては、児童福祉法に基づく児童相談所における医師の位置づけについての文献調査、全国の児童相談所における常勤医師の配置状況の調査、および児童相談所の常勤医師を

対象とした聴き取り調査から、児童相談所の医師の現状と課題を明らかにすることを目的として実施する。

Ⅲ. 方法

1. 児童相談所における医師の位置づけについての文献調査

児童福祉法および関連法令、児童相談所執務必携、児童相談所運営指針、および関係する文献を調査し、昭和23年の児童福祉法施行以来の児童相談所における医師の配置基準、組織における位置づけ、業務内容、研修などについて調査した。

2. 児童相談所の医師の配置状況と業務内容に関する調査

全国の児童相談所を対象に、常勤医の有無、人数、役職について問い合わせ、常勤医の配置状況を調査する。さらに、常勤医がいると回答した児童相談所に対しては、それぞれの医師の勤務形態、兼務職の内容、経験年数、業務内容の割合、医師としての役割や課題などについての調査票の記入を求め、それらから児童相談所の常勤医の現状と課題を分析した。

3. 児童相談所常勤医の聴き取り調査

全国の児童相談所に勤務する常勤医から、児童相談所の医師の勤務状況、業務内容、業務の課題・問題点について意見を聴取した。意見聴取は全国3か所で開催し、所長である医師とそれ以外の医師に分けて、業務の現状と課題について検討を加えた。

Ⅳ. 研究結果

1. 児童相談所における医師の位置づけについての文献調査

わが国の児童相談の歴史は、大正6年（1917年）に久保良英が東京児童研究所で始めた児童相談に始まり、その後、大阪市立児童相談所（1919年）、東京府立児童相談所（1921年）、神戸市立児童相談所（1922年）などが設立されて全国に拡がったとされるが²⁹⁾、現在の児童相談所は昭和22年に成立した児童福祉法に基づいて設置された公立の児童福祉機関である。昭和23年より順次全国の都道府県に設置された児童相談所の業務や人員配置は、変遷しながら発展を続けてきたが、当初より医師は児童相談所の構成メンバーとして位置づけられてきている。児童相談所における医師の役割を検討する本研究の基礎的な資料として、児童福祉法の制定過程から今日に至るまでの医師の役割や位置づけについて文献的な調査を行い、以下のことが明らかになった。

1) 児童福祉法が成立するまでの医師の役割についての検討

戦後、民主主義国家としての新たなスタートの中で、児童福祉は「戦災孤児」や「浮浪児」の保護に迫られながらも、新たな児童福祉の枠組みの検討が続けられた。まず、昭和21年10月に作成された児童保護法案要綱で「児童の心身につき調査をなし、その養育及び保護について相談および指導をなす所」として児童相談所は初めて登場している。その後、昭和22年に施行された日本国憲法の理念を受けて、単に要保護児童を保護するだけでなく、次代の社会の担い手たる児童一般の健全な育成、全児童の福祉の積極的増進を基本的精神とする総合的な法律として児童福祉法と名称を変え、同年12月に成立し、翌年1月に施行された^{11, 25)}。この法律で都道府県が児童相談所を設置することが規定されたが、職員の資格や構成については「児童相談所には所長及び所員を置く」とされているだけで、発足当初の児童相談所は具体的業務や組織構成が混沌としたままスタートしたのが実情であった。

最終的な法律には採用されなかったが、児童福祉法が成立するまでの議論では児童相談所の業務とともに医師の配置や役割についての検討が行われていた。たとえば、児童福祉法の国会審議のために厚生省児童局が作成した予想質問答弁資料（昭和22年7月30日）では、「児童相談所には如何なる職員を置くか、及び其の配置計画如何」という問に対して、「児童相談所には鑑別員四（所長一を含む）、医師一、指導員一、看護婦二、書記二、小使一、計十一名の職員を置きます。鑑別員は社会事業の専門家、教育学専攻者、児童心理専攻等児童の個別事例の取扱に適した者の中から選定するつもりであります。（中略）尚、右は何れも平均的な定員でありまして、之を設置する地方の実情に応じて、実際には彼此融通し多少の増減があらうと思ひます。」という答えを用意し、児童相談所の基本的な要員として医師が想定されていた⁵⁾。

また、保健所法によって設置される保健所との関係について、「児童相談所は、一般的には児童福祉の諸問題について、相談に応じて、進んで児童の資質を鑑別し、その鑑別した結果に応じて、それぞれの施設に収容するなり、その他適当な措置をとる機関であります。従って、その職員の中には医師を必要とすることは言うを俟たないのでありますが、しかし地方における公衆衛生の向上及び増進という使命をもつ保健所とは、明確にその機能を異にしているのであります。」という答えを用意しており、児童相談所の鑑別機能を重視し、そのために医師の必要性を強く主張しようとしていたことがうかがわれる。

実際の国会審議においても、第一回国会衆議院厚生委員会で政府委員として答弁を行った米澤常道は、児童相談所の構想、予算に関する質問に対して、「相談所の職員といたしましては、この鑑別員と申しますか、これはあるいは精神病のお医者さん、あるいは児童問題の相当の経験がある方、あるいはまた心理学方面の専門の方々、こういうふうな方々を鑑別員といたしまして各相談所に四名くらい配置する予定であります。」と述べている（昭和22年10月2日）。また、別の委員からの質問に対しても、「児童相談所は最も第一線の児童問題に関するセンターとなるのでございまして、大事な機構であるのであります。この中にはできるだけあるいは医学の方の精神病系統でありますとか、あるいは心理学の方面の方、あるいは非常にこういう児童問題に経験の深い方、こういう所員、鑑別員の方がこの中心になられるわけでありまして、そういう鑑別員としましては、今申しましたようにできるだ

け専門的な立場の方に入っていただきたい。」と述べ、精神科医の必要性を示している⁵⁾。

しかしながら、最終的に成立した児童福祉法では、児童相談所の業務は、一) 妊産婦の保健指導に関すること、二) 児童の健康増進及び文化向上の指導に関する事項、三) 就学の猶予又は免除を要する児童の鑑別、四) その他妊産婦及び児童の福祉に関する事項が挙げられ、児童福祉だけでなく母子保健、障害児福祉も含めた幅広いものとなり、児童の資質鑑別は前景から姿を消し、職員の構成についての規定も盛り込まれることはなかった。ただし、昭和22年3月31日付の厚生次官通牒「児童福祉法施行に関する件」には、「児童相談所の所長及び所員の任用資格はおおむね児童福祉司の任用資格に準ずる程度とすること。なお、所員は全て、ケース・ワーカーとして能力を養うように努めること。」とやや具体的に記述されている。ここでいう児童福祉司は現在のものとは異なり、児童相談所に所属する職員ではなく、独立して地区を担当する専門職員であるが、その任用資格は、一) 児童及び妊産婦の保護、保健その他福祉に関する事業に、二年以上従事した者、二) 大学の学部で、心理学、教育学又は社会学を専修する学科を修め、学士と称することを得る者、三) 医師、四) 主務大臣の指定する児童福祉司又は児童福祉施設の職員を養成する学校その他の施設を卒業した者、五) 前各号に準じ児童福祉司として適当な資格を有する者、とあり(児童福祉法施行令、昭和23年3月31日)、医師は児童福祉司の任用資格を満たし、したがって児童相談所の所長又は所員としての資格を有することになる。しかし、法案審議過程のように必須の職員であるような積極的な位置づけとは程遠いものといえる。

このように、児童福祉法の成立過程においては、医師は児童相談所の必須の要因と考えられていたものの、最終的な児童福祉法の中では明確に規定されることはなかった。

2) 児童福祉法施行後の医師の配置と役割

児童福祉法の施行にあたっては、児童相談所が取り扱う児童が「浮浪児、不良児、精神薄弱児等特殊児童のみを取り扱うという印象を一般に与えないように留意すること」としながらも「当面の問題としては右の特殊児童の福祉増進に重点を置くこと」とし、児童の鑑別を行うにあたっては「医学的診断(精神病的診断を含む。)心理学的検査(知能検査及び性格検査を含む。)一時保護所における生活観察環境調査を十分に行ったのち、判定を下し、事務的又は形式的に流れないようにすること。」が厚生次官通牒に記載されており、国会審議において厚生省児童局が想定していた児童相談所の児童の鑑別を中心とした機能とそのための医師の必要性が継承されていた。

児童福祉法を解説した厚生省児童局監修『児童福祉』(昭和23年)¹⁷⁾は、児童福祉法の制定過程で考えられていた児童相談所の機能と役割が反映された記述となっており、児童相談所の具体的な目的としては、当面の社会問題となっている、孤児、浮浪児、不良児、障害児、要保護児童を鑑別し適切な措置を講じることであった。職員の構成についても、厚生省児童局の意向のとおり、所長と所員と合わせて4名を基本とし、相談鑑別にあたる専門職として、精神科医、内科医または小児科医、心理学者、ケースワーカーを置くことを推奨しており、医師は児童相談所に必須の職員と位置づけられている(資料1)。

しかしながら、各論としての医学的診断に関する記述では、「医学的診断について、発言する何らの資格も持たないが、只、問題児については、先ず健康診断を行い、しかる後に次の手続きに進むべきであると思う。身体的不健康が取り除かれることによって、問題は一挙に解決されることも少なくないのである。」と書かれており、具体性に欠けるだけでなく、厚生省としての考え方すらはっきりしていなかった状況であった。

当時の児童相談所の業務の実状について、大阪府中央児童相談所の鑑別員であった稲浦康稔は「子どもたちは保護された当日か翌日に健康診断、精神科診察、心理テストを受け、二、三日中にその多くは児童福祉施設へ委託された。精神科医師と心理判定員（鑑別員と呼ばれていた）の仕事は健康か病気（女子は性病に侵されていた者がかなりいた）か、知能が正常か精神薄弱か、性格に偏りがあるかないかを鑑別することであった。（中略）この様に知能検査を主体とする鑑別を実施する目的は保護された児童を正常か精神薄弱か精神病かのいずれかに分類することであり、相談所内の最終判断は精神科医師によって下された。彼らの診察記録簿にはOB（異常なし）又はSchwachsinnかのどちらかが書かれ、これで子ども達の行方が決まったのも同然となる。精神病の診断が下されることは滅多になかったが、先述の通り精神薄弱児の中には精神病院へ入院させられる者もあった。」と回顧しており⁴⁾、当時の医師の役割が施設措置のための診察が主体であったことが推測される。

3) キャロルの指導による児童相談所モデルにおける医師の位置づけ

昭和23年度末までには全国の都道府県に94か所の児童相談所が設置されたが、明確な業務指針がないままの運営で、現場には混乱と戸惑いが続いていた。そこで、昭和24年11月から翌年の8月までカナダ人のソーシャルワーカー、アリス・K・キャロル（Alice K. Carroll）が国連本部から派遣され、各地の児童相談所の指導を行い、その成果は厚生省児童局によって『児童福祉マニュアル』として日本語で出版された^{1,3)}。

キャロルはわが国ではまだ一般的ではなかったソーシャルワークの技法を児童相談所の業務の中に組み込むことに力を注ぎ、『児童福祉マニュアル』でもその大半をソーシャルワークの解説に充てている。そのうえで、彼女が日本の運営に対して導入しようと努力したのが1920年代に米国で始まり、すでにヨーロッパにも普及していたチャイルド・ガイダンス・クリニック（Child Guidance Clinic：CGC）であった。しかし、欧米では独立した精神保健サービス機関であるCGCは、さまざまな児童福祉業務に加えて一時保護所も附設する日本の児童相談所にそのまま導入することはできず、そこでキャロルが提唱したのが児童相談所の三部制であった²²⁾。

キャロルの提唱した三部制は、児童の措置を行う相談部（措置部）、一時保護ホーム、診断指導部（家庭及び児童指導診療所）の3部門からなり、診断指導部がまさにCGCそのものであった。CGCは精神科医、心理学者、精神医学的ソーシャルワーカー（PSW）のチームによって子どもを治療するモデルであり、このモデルを日本の児童相談所に導入することは、必然的に精神科医が必須の職員ということになる。キャロルは『児童福祉マニュアル』の中で、精神科医の重要性を強調している（資料3）⁹⁾。

診断指導部における医師の役割も具体的に記述されている。身体面の医学的検査は小児科医によっ

て行われ、治療が必要なケースについては開業医または保健所に紹介するが、その最終的な判断をするのは、所長である精神科医の役割となる。精神科医は、精神医学的面接を通じて、「児童がおかれた状況下で児童の行動に現れた、その内的動機を見出しこれを明らかにすること」が求められる。また、精神科医は診断会議の議長を務め、治療目標とその実行方法および実行の見通しを決定するために、中心的な役割を果たすことも求められている。

キャロルの児童相談所の実地指導と『児童福祉マニュアル』は、当時の児童福祉の政策に強大な影響を及ぼし、彼女の提言に沿って厚生省は昭和26年11月の厚生省事務次官通知において「児童相談所の構成については、措置部、判定指導部、一時保護部の三部制をとって、その有機的な運営をはかることが望ましい」とし、この体制が以後の児童相談所の運営形態の基本となった。しかし、厚生省が打ち出した三部制における判定指導部は、「措置部の行う措置を適切にするために必要な専門的判定を行うとともに、児童の各般の問題につき、その家庭その他の相談に応じて、必要な判定及び指導を行う」ものであり、キャロルがCGCモデルとして導入を求めた診断指導部とは異なり、独立性は低く、あくまでも児童の措置を補助するものと位置づけられることとなった。そのため、確かに精神科医、心理学者、ソーシャルワーカーなどの多職種チームによるCGCの組織モデルは導入されてはいるものの、その具体的な業務の方法はCGCとはまったく異なるものとなったことに注意しなければならない²²⁾。

この当時、厚生省児童局の高田正巳による『児童福祉法の解説と運用』（昭和26年）⁹⁾には、児童相談所の業務にCGCモデルの影響がはっきりと表れている。児童相談所の組織を人口規模によってA級、B級、C級、D級と分類して、それぞれの構成基準を示しているが、すべての中央児童相談所（A級、B級、C級）には精神科医が配置されることになっている。また、業務については、医学的診断、心理学的診断、そしてソーシャルワーカーによる社会診断等を総合して判定を行うというCGCモデルが示されている（資料2）。

表向きはCGCモデルを導入したかのように見えるが実態としてはCGCではない新しい児童相談所の運営形態は、当時の関係者に誤解と憤りを与えるものであった。たとえば、宮城県中央児童相談所の初代所長で、キャロルの指導を直接受けた精神科医の小川芳雄（1950）は、「わが国の児童相談所に於いては精神医学者を欠いて居るか或いは囑託程度であると云うことが多いのであるが、之はchild guidance clinicに於ける精神医学者の任務が如何様に規定されて居るかと云うことを引き合いに出す迄もなく、児童相談所の本来的な仕事の在り方を考える時、廣狭義の精神衛生、精神病質、性格の形成、性格の型の問題等が大きく浮かび上がらざるを得ないのであって精神医学者を欠くことが如何に致命的欠陥であるかを示すものであるのである。」と述べ¹⁹⁾、また、アメリカ留学でCGCを見学した経験を持つ高木四郎（1964）は、「全国の児童相談所126カ所のうち、精神科医が所長である所はわずかに3カ所に過ぎない。（中略）厚生省当局は「児童指導クリニック」を頭に描いて指導しているようではあるが、これはどういうことであろうか。」と書いている²⁸⁾。

キャロルがわが国の児童福祉制度に残したものは大きく、それは今日の児童相談所の組織運営にも影響を残しているが、それでもわが国の児童相談所はキャロルの提言のどおりに作り上げられたものではなく、あくまでも独自の児童福祉機関として発展してきたといえる。キャロルによるCGCモデル

導入の試みは、それ以前からあった児童相談所の構成員としての医師の必要性を裏付けるものとなったが、一方で、精神科医を所長とするCGCのモデルが児童相談所の業務に根付かなかったことで、医師の役割についてはさらに曖昧なものになったことは否めない。

4) 『児童相談所運営指針』における医師の配置と業務の変遷

昭和32年に厚生省が示した「児童相談所運営指針」は、児童相談所の機構と業務を詳細に記述した公式なガイドラインであり、その後も児童福祉法の改正や児童家庭相談の変化に応じて改定が重ねられているが、現在においても全国の児童相談所の運営の基本となっている。その中には医師の配置や業務についての記述もあるが、時代とともに変化を示している。

昭和32年の運営指針¹⁰⁾では、昭和26年の『児童福祉法の解説と運用』とほぼ類似した職員構成が示されているが、D級は「C級に準ずる」とされたことで、すべての児童相談所には精神科医が1名配置されることが基準となり、ここにおいて精神科医は児童相談所に必須の職種であることが明記されたことになる。さらに、各職員の職責として、精神科医は「児童相談所が十分にその機能を発揮するために欠くことが出来ない職種であって、臨床心理判定員、ケースワーカーと共に形成するクリニカルチームの中心になる職員である。」と記述されているように、CGCモデルの影響を非常に強く受けた業務として定義されている。さらに、精神科医に求められる学識経験や、精神医学的診察を行い、また他の職員の意見も求めて最終的な診断を下したり、職員への指示を出したり、心理療法を行うなどの具体的な職務についても詳しく記述されている。小児科医についても別に記述されており、主に乳幼児の発育の診断と相談を職務とし、小児科医がいない児童相談所ではその役割を精神科医が担当することになっている。また、職員の研究訓練の重要性も記載されている（資料4）。

昭和39年に改訂された運営指針¹²⁾では、職員構成でD級がなくなり、すべての児童相談所に精神科医1名が配置され、さらにA級およびB級では小児科医1名も配置されており、医師の配置はそのまま踏襲されている。一方、医師の職責としては、精神科医の職務には大きな変化はないものの、その記述は簡略化され、小児科医については、身体的医学診断とともに一時保護児童の健康管理への協力が加えられ、その役割に変化が認められる。職員の研究訓練の重要性はさらに強調され、具体的な学会名も挙げて、参加したり発表することを推奨している。また、昭和39年の運営指針から、巻末に参考資料として、児童相談所の業務に関連する技術的な解説が掲載されるようになったが、その項目は、ケースワークの基本原則、スーパービジョンの要領、心理検査、心理療法、一時保護所のグループワークであり、児童福祉司、児童心理司、一時保護所の職員を対象とした内容で、医師の業務に関連する内容は含まれていない（資料5）。

昭和52年の改訂¹⁴⁾では、わが国独自の業務モデルが出来上がってきており、それは今日の児童相談所の業務の基盤と共通している。その中での医師の役割として、まず、全般的な業務の流れの中で、「医師（主として児童精神科医）は、身体的な状態や精神神経系統の状況を把握し、医学的見地からの所見を明確にし、もし疾病が発見されたときには必要に応じて診断を下す」という役割が記述され、医学的診察に基づいて診断を行うことが医師の第一の役割とされた。また、「時には脳波検査を実施

する必要のあるケースを扱うことがある」と、それまでの力動的精神医学に基盤を置いた精神医学から、生物学的な精神医学への流れも見受けられる。職員の職責および研修についての記述には大きな改訂はないが、部門ごとに記述されるようになった業務内容のうち、判定課の業務に医師の役割が記載された。精神科医と小児科医は判定課を構成する職員として、精神科医は「児童の精神発達又は障害、性格等について精神医学的診察を行う」、小児科医は「児童の心身の発達、栄養、疾患、機能障害等について小児医学的診察を行う」とされている（資料6）。

平成2年の改訂¹⁵⁾では、「処遇指針を定める過程」の中で、医師が診断・評価する対象として「児童、保護者等」という記述が加えられ、子どもだけでなく保護者等の医学的診断も担うことが示された。職員構成については基本的な人員構成に変化はないが、精神科医と小児科医については初めて「嘱託も可」という記述が加えられた。各職員の職務内容は全体的に箇条書きの形に改訂され、医師の職務については精神科医と小児科医の区別はなくなり、(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指導、(5) 心理判定員・心理療法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の6項目が示されたが、内容的には昭和52年の運営指針と大きく変わるものではない。職員の資格・研修についても箇条書きとなったが、この中で医師は専門的技術を有する職員として、他の職員のスーパービジョンを行うことが求められるようになった。相談・調査・診断・判定業務の指針では、診断の重要性がさらに強調され、専門的、客観的な診断のために医学（精神医学及び小児医学）の専門的知識・技術が求められている。そして、診断の方法の中で医学診断についての指針も記述されているが、その内容はきわめて基本的なことに留まっている。巻末の参考資料については内容がさらに増えており、児童相談所業務に有用な情報を提供しているが、やはり医師を対象とした内容は見られない（資料6）。

その後の平成10年、13年にも児童相談所運営指針は改定されているが、医師の配置や業務に関する記述には基本的に変更はない。さらに平成17年には、児童福祉法改正によって家庭児童相談の主体が市町村となり、それに伴って児童相談所運営指針も大幅に改訂されたが、この時にも医師の業務に関する記述には変更はなかった。

平成18年9月改訂版¹⁶⁾は、虐待相談への対応強化に関連した変更が見られ、職員構成の留意事項として、「医師については、児童虐待、発達障害、非行など心身の発達に課題を持つ子どもに対する医学的判断から、子どもと保護者に対する心の治療に至る連続的な関わりが必要であること」と記述され、医師の職務内容の第1項目に「診察、医学的検査による子どもの診断（虐待が子どもの心身に及ぼした影響に関する医学的判断）」が加えられ、7項目となった（資料7）。

以後、平成19年10月、平成20年3月、平成21年3月、平成22年3月の改訂では医師の業務に関する記述の変更はない。

児童相談所運営指針における医師の配置と役割は時代とともに変遷が見られ、初期においてはキャロルによって導入が試みられたCGCモデルを反映して、医師、特に精神科医が児童相談所業務には必須であるだけでなく、中心的な役割を担うように定義されていたが、その後はCGCモデルが児童相談

所に定着することはなく、医師の配置は求められつつも、その役割についての記述は簡略化される傾向がみられている。昭和50年代には、わが国独自の児童相談所の業務モデルが確立し、精神科医が中心となるCGCモデルは完全に姿を消し、さらには組織構成に医師は含まれながらも嘱託でも可であることが明記されるに至って、児童相談所業務における医師の役割は補助的な存在に後退した感がある。具体的な職務については、初期は「浮浪児」や「不良児」などの鑑別が主であったが、昭和40年代からは心身障害の診断、平成になってからは虐待の増加に関連して保護者の診断や被虐待児の評価が加わるなど、それぞれの時代における児童相談所の扱う相談内容の変化に応じて、医師の職務も変化する傾向が認められている。

5) 児童相談所の医師の実際の勤務状況

児童相談所の医師の実際の勤務状況についての資料はきわめて少なく、児童相談所の業務における医師の業務の実態を知ることは難しい。そのような状況の中で、昭和45年度の厚生科学研究『児童相談専門職員の執務分析』¹³⁾はスーパーバイザーとともに医師の執務状況を詳しく分析した貴重な資料であり、当時の児童相談所の医師の勤務状況を知る数少ない手がかりである。

この研究の中の「児童相談所における児童精神科医の機能」では、大阪府中央児童相談所の判定課長の職にあった三谷昭雄医師が児童相談所における精神科医の勤務状況、職務内容、精神科医の課題などについて詳細に記述しており、昭和40年代前半までの児童相談所の医師の業務とそれに携わっていた医師の率直な思いなどを知ることができる。報告書では、まず、児童相談所の運営指針では「児童精神科医はチームの基本的な（原則的なまたは機能上不可欠な）構成員であり、中核的存在であるとして位置づけられて、この観点から、その機能が論じられているが、現実の児童相談所ではこの基本線自体が空文化している実情である。」と指摘しており、この当時においても児童相談所の業務における精神科医の位置づけや役割は、運営指針に書かれているようなものとして定着し機能しているわけではなく、依然として混沌とした中で日々の業務に従事していたことが推測される。

児童相談所の常勤医がきわめて珍しかった当時において、判定課長を含めて3名の常勤精神科医と2名の非常勤嘱託医を有していた大阪府中央児童相談所は稀有な存在であったといえる。精神科医は心理判定員とチームを組んで判定を行い、担当ワーカーと判定会議を行い、その後、一部のケースに対して心理療法を行うのが基本的な業務であった。しかしながら、当時は、情緒障害児や心身障害児が増加して医師の処理能力を超えてきたために、必ずしもすべてのケースに医師が関わることができず、心理判定員だけで判定するシステムも導入し始めていた。中央児童相談所の判定員は週1回定期的に地区児相を巡回することも行っていた。精神科医は週2回の大学出張が認められ、さらには学会や研修会に出席するための出張も認められており、大学医局とのつながりや研修機会において優遇されていたようである。

その一方で、児童相談所の常勤精神科医にはさまざまな悩みや課題があった。児童相談所での臨床活動は、隣接領域と接触できる利点はあるものの、精神科医としてのアイデンティティが得られにくいことがあり、医局や先輩医師とのつながりがなければ児童精神科医としての修練が困難であること

が指摘されている。また、児相は医療機関ではない、医師の立場が弱い、1回限りの判定で終わり継続的な治療ができない、薬が使えず武器を取り上げられたようであるなど、若い精神科医にとっては児相は悩みの多い職場であった。チームの人間関係にも戸惑うことが多く、「児相の中では、彼は異邦人ないし少数民族」であり、「他の成員との意見交換は彼を豊かにはするであろうが、必ずしも医師としての彼を深めることにはならない」ことに悩むことがあった。特に、とりあえず医局から派遣された精神科医にとっては児相は「魅力のないわずらわしい所」であったが、児童精神医学に関心を持つ者にとっては児相は「児童の宝庫」であり、チーム・システムを活用できる点で、多少なりとも魅力のある所であったようである。それでも、児相という特殊な職場にいて「医局の友人と比較して精神科医としての遅れを感じる」ことや、「児相の制約下で児童精神科医としてのidentityの確立に焦る」ことも多かった。

当時の医局から派遣された精神科医の中には、自分自身の研究の場として児相を活用し、博士号を取得すると精神科臨床の場に転出する者もいた。これらの研究は、脳波に関する研究やロールシャッハ検査に関する研究が多かったようである。このことは、児童相談所の常勤医が大学医局側の現実的な利害関係の中で成立していたことを示唆している。また、このような児相を舞台とした研究活動が日常的に行われていたことが、昭和32年から昭和52年までの運営指針の職員の研修の部分に「相談所本来の機能に支障をきたさない範囲内で、研究機関的色彩を持つことも許されるであろうが、しかし、この場合にも児童および保護者はなんらかの援助を得るために相談に来ているのであり、単に研究対象として扱われることは、絶対に避けなければならない。」という記述につながったものと思われる。

このように、児童相談所の常勤医はそれまでの臨床研修では経験しなかった特殊な職場における不確かな立場の中で、同じ職種の先輩・同僚の指導や意見交換の機会に恵まれないまま、自らの児童精神科医としてのアイデンティティに悩みながら、日々の判定業務や心理療法を行っていたことがうかがわれる。

6) 結果のまとめ

1. 昭和23年に児童福祉法の施行にともなって設置された児童相談所においては、精神科医は必須の職員と位置づけられているが、具体的な医師の役割については明確に記述されていない。
2. 昭和24年から25年にかけてのキャロルの指導によって、チャイルド・ガイダンス・クリニック (Child Guidance Clinic : CGC) のモデルが紹介され、そのモデルに沿って児童相談所業務が構築された。
3. キャロルは診断指導部門、措置部門、一時保護の実施部門の三部制を提唱し、昭和26年に厚生省は児童相談所に三部制を取り入れることとしたが、米国型のCGCは実現せず、診断判定部門の中に位置づけられた。それでも、昭和32年の児童相談所運営指針では医師を臨床チームの中心とするCGCのモデルが色濃く残っている。
4. 昭和39年に改訂された運営指針でも医師の業務については昭和32年版をおおむね踏襲したものとなっているが、児童相談所業務全般の記述においてCGCのモデルを踏まえた記述は減っている。

5. 昭和52年の運営指針では、日本独自の児童相談所業務のモデルがほぼできあがってきており、現在の業務の基盤となっている。心身障害児の保護・指導業務にシフトするなかで、判定業務のウエイトが高くなり、医師の職責に関する具体的な記述は減少した。
6. 平成2年の運営指針では、それまではA級からC級まですべての児童相談所に1名の精神科医、C級を除く児童相談所には1名の小児科医を置く基準は踏襲しながらも、初めて「嘱託も可」という記述が加わり、常勤職員としての医師の位置づけが崩壊した。また、職員の職責に関しても、精神科医と小児科医の区別がなくなり、箇条書きで6項目の業務が示されるだけの簡素な記述になった。診断についての記述の中で、社会診断、心理診断につづいて医学診断の説明があるが、手続き的な記述であり具体性には乏しい。
7. 平成18年9月の運営指針の改定では、職員構成の留意事項として、医師には児童虐待、非行、発達障害などの問題に関して、子どもと保護者に連続的な関わりが求められることが追加された。また、医師の職責に「医療機関や保健機関との情報交換や連絡調整」が追加され、7項目となった。
8. 昭和52年に改訂された「児童相談所執務必携」およびその後の「児童相談所運営指針」には、それぞれ巻末に参考資料として相談援助の技術的な解説が掲載されている。時代によって項目の変動はあるが、医務業務に関する記載はみられない。
9. 昭和45年当時の児童相談所の常勤精神科医の実態を調査した研究からは、混沌とした中で医師としてのアイデンティティに苦悩しながら業務に従事していた状況がうかがわれた。

資料

1. 『児童福祉』厚生省児童局監修（昭和23年）

児童相談所（三宅守一）

三、児童福祉法による児童相談所

（一）児童相談所の目的

児童相談所の目的は、児童の福祉増進について相談に応じ、必要があるときは、児童の資質の鑑別を行うことを目的とする（法第十五條）となっているが、その具体的に意味するところは、次の通りである。

こと児童に関する万般の相談に応ずること、即ち当面の社会問題となっている、孤児、浮浪児、不良児にはじまり精神薄弱児、盲、おし、つんぼの児童、肢体不自由児、虚弱児等、神身に欠陥を持っている児童、その他両親或は保護者が、その育成について何らかの困難を感じ、心配を持っている児童、或は適当な保護者のいない児童等すべてについての相談に応じ、それらの児童の個々の特性に応じよき環境を与えるための、措置を講ずることである。

言葉を替えて云えば、現に何らかの保護を要する児童のための相談並びに教育教養相談等となる。乳児及び幼児の保健問題については、別に保健所の組織網があるから、児童相談所は、この面においては、保健所への紹介機能を果たすことになっている。病気治療についても当然病院でなすべきものは、適当な病院へ紹介することになっている。又児童の問題を考えるに当たって、絶えず考慮することを要する職業指導については、国営職業安定所の指導にまつことが立前となっているのである。

（三）児童相談所の構成

現在のところ児童相談所は所長所員合せて四名とその他若干名の職員とで構成することが標準と考えられている。

四、相談鑑別業務の実際

（一）所長及び所員

相談鑑別を行う所員の大体の標準は、大體四名と考へられているのであるが、それは所長を含み、精神科医、内科又は小児科医、心理学者、ケースワークの熟練者が各一名居ることが望ましいのであり、この外、社会学、教育学の専門家が含まれる場合も考えられる。

1. 手続きの全般

児童相談所が相談に応じ又は児童の資質の鑑別を行うに当たっては、医学的診断（精神医学的診断を含む）心理検査（知能検査及び性格検査を含む）一時保護所における生活観察、環境調査等を十分に行ったのち、判定を下し事務的又は形式的に流れてはならない。

2. 診断並びに検査

医学的診断について、発言する何らの資格も持たないが、只、問題児については、先ず健康診断を行い、しかる後に次の手続きに進むべきであると思う。身体的不健康が取り除かれることによって、問題は一挙に解決されることも少なくないのである。

2. 『児童福祉法の解説と運用』（昭和26年、高田正巳）

第四節 児童相談所

児童相談所の業務

三、児童相談所の構成基準

厚生省児童局が各都道府県に参考までに示した児童相談所の構成基準は、主として第9表のとおりである。

第9表 児童相談所構成基準表

総計	一時保護部								診断指導部								措置部						区分						
	計	小使	運転手	洗濯婦	炊事人	保健婦	栄養士	レクリエーション指導員	保母	部長	計	受付係	書記	保健婦	相談員	監督相談員	小児科医	心理検査員	精神科医	部長	計	受付係		書記(庶務、会計)	書記(記録、統計)	相談員	監督相談員	部長	
三六	一六	二	—	二	二	—	—	三	三	—	〇	—	—	—	—	—	二	—	—	—	〇	—	二	—	四	—	—	A級	中央児童相談所
二四	九	—	—	—	—	—	—	二	—	—	六	—	—	—	—	—	—	—	—	九	—	二	—	三	—	—	B級		
一九	九	—	—	—	—	—	—	二	—	—	四	—	—	—	—	—	—	—	—	六	—	—	—	二	—	—	C級		
四																					四	—	—	—	—	—	—	D級	中央以外の児童相談所

すなわち、右の表は、中央児童相談所を、各県の人口等によって、七大府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫、福岡）をA級とし、人口一五〇万以上の県をB級とし、その他の県をC級とし、中央以外の児童相談所をすべてD級として構成基準を定め、その整備をはからんとしているのである。理想としては、すべての児童相談所をおなじA級のレベルにまでもちあげ、さらにA級ももっと高いレベルに引き上げるのが望ましいのであるが、こうした整備を一度に完成することは、わが国の現在

の財政事情からして、とうてい実現できないことなので、年を追ってその目標の実現に努力するという方針で、いちおう右の表のようにしたのである。しかし、これによって、児童相談所は、業務について機能的に専門分化し、しかもあらたに専門職員が相当程度増加され、それらの有機的な協力によって、その業務は高度に専門分化し、児童問題のケース・ワーク・センターとして、十分な活動をすることになるであろう。

四、児童相談所の業務

1. 児童にかんする各般の問題につき、家庭その他からの相談に応ずること。
2. 児童およびその家庭につき、必要な調査ならびに医学的、心理学的、教育学的、社会学のおよび精神衛生上の判定を行い、ならびにこれに付随して必要な指導をおこなうこと。

児童相談所は、相談のあった事項、法第二五条により通告のあった事項、福祉事務所から送致のあった事項、家庭裁判所から少年法第十八条第一項により送致のあった事項について調査と診断をおこなう。

イ、調査

ロ、診断

診断は臨床心理学者、精神科医師等の専門家によっておこなわれ、まず必要に応じて、医学的診断（精神医学的診断も含む）、心理学的検査（知能検査、情意検査、性格検査、適性検査などを含む）などがおこなわれ、ソーシャル・ワーカーのなした社会調査と一時保護所における生活観察（児童が一時保護されている場合）などが参考にされて、最後に、当該児童にたいしていかなる措置をすればよいか結論づけられる。児童福祉法でいう「判定」というのは、右のような診断の過程をさしているのである。診断は、最後に、関係者による診断会議によって決定されるのであるが、その会議には社会調査をしたソーシャル・ワーカーや児童の一時保護にあたった保母さんなどが出席して意見を述べねばならない、診断は児童相談所長のおこなう措置をより適切にするためにおこなわれるものであって、専門家のチーム・ワークによる診断をおこなうことが、児童相談所をして児童問題の高度の専門的処理機関たらしめているゆえである。

ハ、付随しておこなう指導

ニ、巡回指導

児童相談所の職員

児童相談所の所長および所員の資格

四、判定をつかさどる所員の資格

専門的診断（判定）は主としてチーム活動によって行われる。本条第三項の既定は、専門的診断がチーム活動で行われる場合、そのチームのなかにならず、（一）医師であって精神衛生にかんして学識経験を有する者、またはこれに準ずる者、（二）大学で心理学を専修して卒業した者、またはこ

れに準ずる者が、それぞれ一名以上参加していなければならないことを定めたものである。こうした資格者がいなければ、児童相談所は専門的な診断を行えないのであるが、右の資格者がそれぞれ威名以上参加していれば、他の者はかならずしもこのような資格を持っていなくてもさしつかえないことになる。これらのひとつとは、右の有資格者を中心として、その協力者として働くという考え方がとられているのである。

3. 『児童相談マニュアル』（昭和26年3月）

診断治療部（家庭及児童指導診療所）

ファミリーチャイルド・ガイダンスクリニック

指導診療所の仕事は、精神科医、心理学者、ソーシャルワーカー及び看護婦から成り立って、チームによって児童をその家庭との関係に於いて直接調査し治療することである。

C. 児童ガイダンスクリニックの組織

現代の児童指導診療所の組織は、精神衛生クリニックチームとして知られているものと大同小異であって、精神科医、心理学者、精神医学的ソーシャルワーカーの三者から構成されている。

此のチームの基盤となる職員は精神科医である。精神科医が児童の治療計画と、疾病及び疾患過程に関するその適切な知識にもとづく診断に対する責任を持つことは、何処の診断診療所に於いても己に認められていることである。全体としての個人を観察し、いろいろの相関的疾患状況の交互作用を評価する医学的素地を持つのは、只精神科医のみである。

ほとんど全部の近代的診療所に於いては、精神科医が医学的指導者として働き、それぞれの治療の役割をもつ他の職員を監督指導する。他の医師たちに対する教育の仕事も亦その仕事で、これはCGC（児童指導診療所）のプログラムの重要な仕事の一つとして常に考えられて来たものである。

精神科医の活動と補足して、チームを構成する他の二種の専門家は心理学者と精神医学的ソーシャルワーカーである。児童指導診療所の活動は、精神薄弱児の心理学的調査をもって始まったものであるが、後になって、心理学者の専門的活動が、児童の問題を知る上にその能力との関係がどうかを理解するのに極めて重要なものであることがわかった。（中略） 現今心理学者は検査材料を用い、又人格構成の類型に関する十分な臨床的智識をもって、障害をもった児童の研究に大きな寄与をすることができるとしている。

診療所チームの第三の要因は、もっとも新しい専門家であるが、此の精神医学的ソーシャルワーカー達は人数と重要さを近年増々加え、児童ガイダンスのチームの総合的な仕事、即ち児童、家庭及び児童の問題を身体的・智能的情緒および社会的面から全人的に理解し、その家族の関係を理解する仕事を

まとめる上に全く必要なものとなって来た。

今日精神医学的ソーシャルワーカーはすべての児童指導クリニックに於いて、重要な要素となり、ほとんど凡て受け入れの責任を持ち、しばしば精神医学者の監督の下に、治療の面をも取り扱うことがある。ソーシャルケースワーカーは、或るクリニックに於いては、子供にもっと満足な理解と関係をもたせるのに両親の援助が必要なケースの親達に対するケースワークサービスの全責任をもっている。精神科医が児童を面接するのと同時に定期的に、ソーシャルワーカーは両親達と逢う。ソーシャルケースワーカーは診療所の他の専門家達と、子供の面接を手配する責任を持つ。

又ソーシャルケースワーカーは両親及び子供がクリニックチームの色々な人と接する時の世話をしたり子供の問題に関する歴史乃至は、親子関係や家族関係をよく調査する責任をもつ。ケースワーカー又は、クリニックを利用する他の機関や教師や看護婦などとの連結の役を果たすものである。

E.児童ガイダンスクリニックの業務の種類

児童ガイダンスクリニックの業務は次の四項目に要約せられる。

1. 治療

児童がガイダンスクリニックに紹介された場合は、クリニックは、児童が援助を必要とする間児童と両親のために援助をしなくてはならない。

治療のケースと云うのは、問題又は、困った行動を変化させ、よりよい人格適応を得る為にクリニックを訪ねる人達である。治療のケースとして分類されるものは、親子がすくなくとも五回、普通は更に多く毎週或いは週二回面接に来なくてはならない。或る思春期の者をのぞいては児童が精神科医に面接するのと同時に、親はケースワーカーに面接しなくてはならない。精神測定その他の心理学的検査は、普通治療が開始せられる前に行はれる。児童の身体的状況は精神科医の援助を受ける前に検査され器質的要因のないことが確かめられるか、或いはかかりつけの医師又は保健所の治療を受けさせる。

2. 診断的援助

診断のケースとは、患者の障害を発見し、それがどの程度援助可能か、どの程度行動を変へることが出来るか、を見出す目的でクリニックに来るケースである。その仕事の内容は身体的要因を見出すこと、精神測定と心理検査及び精神科医乃至その他の職員による観察を含む。診断ケースは普通受付の面接に加へて一乃至二回の心理学者との面接および同数回程度の精神科医との面接が必要である。診断的検査の行はれる間に、親がソーシャルワーカーと面接する場合もあるし、しない場合もある。診断的検査が終了すれば、その所見は親或いは之に代る人に説明される。

3. 相談

これらのケースでは相談に応じるのみである。例へば、両親、先生、或いはソーシャルワーカーが、児童を後に連れてくる予定で、先ずクリニックに自分だけで相談に来て、その結果、その時は患者を連れて来るのは不可能であるとか、或いはなんとか問題の処理が出来ると思われる場合がある。或る相談のケースでは、問題についてクリニックで相談して貰うだけで、自分がケースをもっとよく扱う

参考にすることもある。

相談サービスを利用することは、うたがいもなく、全精神衛生の分野に於いても最も、希望のもてる発展の一つである。この相談は児童との接触はたまにする位でも、ガイダンスクリニックが、児童に興味を持つ人の誰れにでも出来るサービスの一つである。此の援助を通じて、クリニックは指導機関としてのその機能を完遂することが出来る。

4. 他機関との協力

第四にあげられるべきサービスは他機関との協力である。適当な社会的調査もできるし、診断会議や精神科医との相談によって決定された援助計画も実行できるような或る機関からケースが持ち込まれた時、協力的援助が同意されることがある。ケースを依頼した機関はその社会的調査を提出し、クリニックは精神医学的・心理学的・身体的検査を提出する。合同会議で所見を持ちより比較考量総合され、機関が被助者の援助（治療）計画を実行する。此の計画を遂行する時は更にその後もクリニックの精神医学的相談をうけることもあり、或は受けないこともある。

F. 診断指導部における手続

1. 受付 2. 社会歴調査 3. 身体検査 4. 心理的検査 5. 精神医学的検査 6. 診断相談治療及び協同治療とをするのに会議の方法を用う。

3. 身体検査

医学的検査は小児科医によってなされるもので、それは身体的欠陥を認め且障碍が中枢神経中の器質的障碍に基づく様なケースを発見するために必須のものである。その他のケースに於いても、身体的検査はしばしば行動理解の助けとなり、或は行動と特に関係を持たないけれども、児童福祉の為には例へばすてておけない様な齲齒などを発見する。之は普通子供の精神科医の所長は、身体検査を通して見出された身体的欠陥の治療の必要な凡てのケースは、児童の両親或保護者を開業医又は保健所に紹介する。所長は亦児童の責任を持つ機関を、身体的欠陥治療に最適の場所に紹介する。小児科医及び看護婦は児童の身体状況を調べるかたわら、検査中の児童の示す反応を観察してこれらを報告する。小児科医のすべての所見は、児童の診療簿に記録せられる。小児科医は日誌にすべての検査を記入し、之を所長に提出する月報の基礎資料となる。

5. 精神医学的面接

児童の行動の原因の理解に於いて精神科医の特殊の貢献は児童がおかれた状況下で児童の行動に現れた、その内的動機を見出しこれを明らかにすることである。精神科医はその特別な修練によって、心身の相互関係を見渡す戦略的な立場にある。面接の間、精神科医は科学的観察者と調査の専門家の立場にある。彼は一人の児童の行動が他の児童のそれと直接比較されることが出来るために面接において、恒常的な要因と統制された要因とをしっかりと把む。最初の精神医学的面接は、若しそれが職員会議で必要と決定すれば、後の治療的面接の初めとなるものである。精神科医も日誌をつけ月報の基礎資料とする。

6. 診断会議の方法

精神科医が会議の議長となる。会議に出席する職員は己にそのケースの試験的解釈に助力した人達である。会議は相応の治療目標とその実行方法および実行の見透しを決定する様努力する、会議の結果は、何は出来、何はしなければならぬかまたそれを誰が担当するか、と云ったことについて一致した見解に到達すべきで、例えば、児童の直接治療、親の治療、或は環境の処理乃至は之等の総てが必要であるとか、又行動の表面下にかくれたものをどの辺迄は捜し求めていいか或は治療が応急的な必要を充すために強く押しすすめられたがよいか、現在は状況から見てもっと徐々にした方がよいか等々。すべて之等の質問は集められた事実にてらし、また職員の経験にてらして出来る限りよい解答が得られなくてはならない。勿論之等の解答は最終的なものではなく、治療は臨機応変であり、治療過程は決して前もって全般的に予言できるものではない。

4. 『児童相談所執務必携』（昭和32年）

児童相談所運営指針

第三章 児童相談所の機構と職員構成

第三節 児童相談所の職員構成

1. 児童相談所の職員構成表

- A級 精神科医 1 小児科医 1
- B級 A級に準ずる
- C級 精神科医 1
- D級 C級に準ずる

第四章 児童相談所の職員の職責とその資格ならびに研究訓練

第二節 各種職員の職責

7. 精神科医

児童相談所が十分にその機能を発揮するために欠くことが出来ない職種であって、臨床心理判定員、ケースワーカーと共に形成するクリニカルチームの中心となる職員である。チームで扱う事例の診断及び治療計画の樹立と遂行に対して精神医学的な最終の責任を負う。

精神科医は一般精神医学については勿論、児童精神医学及び臨床心理学その他の精神衛生に関する十分な学識経験が必要である。

精神科医の最も主要な職務の第一は、受付面接調査の終わった事例について精神医学的診察を行い、相談調査員、小児科医及び臨床心理判定員の所見意見を求めて最終的に診断を下すことである。しかし時には精神科医自らは面接をおこなわずに適当な指示を相談調査員または臨床心理判定員に与える

場合もある。

心理療法も精神科医の主要な職務であって、自ら治療を行うと共に精神医学的事例について臨床心理判定員、相談調査員の行う治療に対して責任ある指導を行う。

精神科医は、一定期間自らスーパービジョン（技術上の個人指導）を受けた経験を有すること、したがって必要に応じて他の職員、臨床心理判定員、相談調査員などにスーパービジョンを行い得るのであることが望ましい、

小児科医のいない児童相談所では、精神科医がその業務を行う。

児童相談所は、医療を本来の目的とする施設ではないので、医療保護を要する精神障害者は速やかに適当な医療施設に紹介委託すべきである。

精神科医は、精神衛生についてその公衆教育活動及び児童相談所で行われる実習や訓練に際しても助言者又は中心となるべきである。

8. 小児科医

児童相談所に勤務する小児科医は小児精神医としての職責を持つ。

小児精神医は心理学及び医学を応用して、乳幼児の成熟の段階を熟知しておかなければならない。成熟の段階は運動、適応、言語及び個人的、社会的の行動領域にわけて考えられるが一人一人の子供はそれぞれ固有の成長の型をもっている。それ故に個々の子供を観察し解釈するのに適した技術をもっていなければならない。上述の立場に基いて児童相談所で取り扱う正常及び異常の乳幼児を担当して、その診断と相談に応ずる。発達テストを行う場合は狭義の精神測定に終わることなく、それが乳幼児の心身発達の全体的な家庭の一側面を示すにすぎないことを知って臨床的に応用すべきである。

第四節 職員の研究訓練

福祉事務所が整備されるに従い、児童相談所の持つ専門的技術機関としての一面もいよいよ強化されねばならぬのであるが、十分資格のある人を増加配置するとともに、現に奉職中の職員も、日進月歩の技術を随時取り入れ活用しうるために色々の形での現任訓練が考慮されなければならない。そのためには、全国的な規模の現任訓練計画にたよるだけでなく、地方或は地域毎の研究会を持つことにつとめる必要がある。

判定指導部門が十分充実され、設備人員に余裕を持つ場合、相談所本来の機能に支障を来さない範囲内で、研究機関的色彩を持つことも許されるであろうが、しかし、この場合にも児童及び保護者は何等らの援助を得るために相談所に来ているのであり、単に研究対象として取り扱われることは、絶対に避けなければならない。

5. 『児童相談所執務必携（昭和39年改訂）』（昭和39年）

第3章 児童相談所の機構と職員構成

第3節 児童相談所の職員構成

1. 児童相談所の職員構成表

職員	級	A	B	C	D	備考	
所長		1	1	1	C級に準ずるものとする（D級は廃止の方針である）		
次長		1					
庶務課長		1	1	1			
書記		3	2	1			
運転手		1	1				
相談課長		1	1	1			
スーパーバイザー							児童福祉司6名につき1名とする
児童福祉司							人口10～13万につき1名を最低とする
受付相談員		1	1	1			
措置課長		1					
相談員		2	2	1			
書記		3	2	2			
判定課長		1	1				
精神科医		1	1	1			
小児科医		1	1				
臨床心理判定員		3	2	2			
セラピスト		2	1				
保健婦		1	1				
脳波技師		1					
計		25	18	11			スーパーバイザー、児童福祉司、用務員及び一時保護課職員を計上していない

第4章 児童相談所の職員の職責とその資格ならびに研究訓練

第2節 各種職員の職責

13. 精神科医

児童相談所が十分その機能を発揮するために欠くことのできない職種であって、臨床心理判定員、セラピスト、児童福祉司と共に形成する臨床チームの中心となる職種である。

精神科医は一般精神医学についてはもちろん、児童精神医学及び臨床心理学その他の精神衛生に関する十分な学識経験が必要である。

精神医学的処置を必要とするケースについての心理療法は精神科医の主要な職務であって、自ら治療を行うか、セラピスト、臨床心理判定員、または児童福祉司が行う心理療法に対して医師として責任ある指導を行う。

精神科医は、一定期間自らスーパービジョン（技術上の個人指導）を受けた経験を有することが望ましい。

小児科医のいない児童相談所では、精神科医がその業務を行う。

脳波測定器機を設置しているところでは、その運営の責任者となる。

14. 小児科医

児童相談所に勤務する小児科医は、身体的医学診断を行うと共に、一時保護児童の健康管理に協力する。またとくに児童相談所で取り扱う正常および異常な児童の診断と相談に応じる。

第4節 職員の研究訓練

福祉事務所が整備されるにしたがい、児童相談所の持つ専門的技術機関としての一面もいよいよ強化されねばならぬのであるが、十分資格のある人を増加配置するとともに、現に在職中の職員も、日進月歩の技術を随時取り入れ活用しうるために、いろいろの形での現任訓練が考慮されなければならない。そのためには、全国的な規模の現任訓練計画にたよるだけでなく、地方別あるいは地域毎の研究會を持つことにつとめる必要がある。

判定指導部門が十分充実され、設備人員に余裕を持つ場合、相談所本来の機能に支障をきたさない範囲内で、研究機関的色彩を持つことも許されるであろうが、しかし、この場合にも児童および保護者はなんらかの援助を得るために相談に来ているのであり、単に研究対象として取り扱われることは、絶対に避けなければならない。

なお、社会福祉学会、心理学会、児童精神学会、ケースワーク研究会等に進んで参加、出席発表するなどの活動も望ましい。

6. 『児童相談所執務提要』（昭和52年）

第1章 児童相談所の概要

第3節 業務一般の輪郭

児童相談所は、児童がもつ問題あるいは児童のニードを的確にとらえ、児童のおかれた環境に即応しつつ、個々の児童に最も効果的な指導をすすめるいわば専門的な行政機関である。児童福祉法第15条の2にも「医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神衛生上」の相談・調査・判定・指導が、児童相談所の本来の業務である。とされており、児童を多角的に深くとらえてその児童の適応を全面的に援助することが使命となっている。

第4節 指導指針の重要性

(2) 指導指針を定める過程

医師（主として児童精神科医）は、身体的な状態や精神神経系統の状況を把握し、医学的見地からの所見を明確にし、もし疾病が発見されたときには必要に応じて診断を下す。また、ケースによっては、専門病院や施設において特に必要な診断意見が求められることもある。

時には脳波検査を実施する必要があるケースを扱うことがある。

第2章 児童相談所の機構と職員構成

第3節 児童相談所の職員構成

1. 児童相談所の職員構成表

職員	級	A	B	C	備考
所長		1	1	1	
次長		1			
総務課長		1	1	1	
書記		3	2	1	
運転手		1	1		
相談課長		1	1	1	
スーパーバイザー					児童福祉司5につき1名とする
児童福祉司					人口10～13万につき1名を最低とする
受付相談員		1	1	1	
措置課長		1			
相談員		2	2	1	
書記		3	2	2	
判定課長		1	1		
精神科医		1	1	1	
小児科医		1	1		
臨床心理判定員		4	3	2	
セラピスト		2	1	1	
理学療法士等		1			言語治療担当を含む
保健婦		1	1		
脳波技師		1			
計		27	19	12	スーパーバイザー、児童福祉司、用務員及び一時保護課職員を計上していない

第4節 各職員の職責

13. 精神科医

児童相談所が十分その機能を発揮するための重要な職種であって、ケースによっては心理判定員、セラピスト、児童福祉司と共に形成する臨床チームの中心となる職種である。

精神科医は一般精神医学についてはもちろん、児童精神医学及び臨床心理学その他の精神衛生に関する十分な学識経験が必要である。

精神医学的処置を必要とするケースの心理療法は精神科医の主要な職務であって、自ら治療を行うか、セラピスト、心理判定員、又は児童福祉司が行う心理療法に対して医師として責任ある指導を行う。

小児科医のいない児童相談所では、精神科医がその業務を行う。

脳波測定器を設置しているところでは、その運営の責任者となる。

14. 小児科医

児童相談所に勤務する小児科医は、身体的医学診断を行うとともに、一時保護児童の健康管理に協力する。またとくに児童相談所で取り扱う正常及び異常な児童の診断と相談に応ずる。

第5節 職員の資格、研修

児童相談所の持つ専門的技術機関としての一面もいよいよ強化されねばならぬのであるが、十分資格のある人を増加配置するとともに、現に在職中の職員も、日進月歩の技術を随時取り入れ活用しうるために、いろいろの形での現任訓練が考慮されなければならない。そのためには、全国的な規模の

現任訓練計画によるだけでなく、所内研修会をはじめとす地方別あるいは地域毎の研究会をもつことにつとめる必要がある。

判定指導部門が十分充実され、設備人員に余裕を持つ場合、相談所本来の機能に支障をきたさない範囲内で、研究機関的色彩を持つことも許されるであろうが、しかし、この場合にも児童および保護者はなんらかの援助を得るために相談に来ているのであり、単に研究対象として取り扱われることは、絶対に避けなければならない。なお、社会福祉学会、心理学会、児童精神学会、ケースワーク研究会等に進んで参加、出席発表するなどの活動も望ましい。

第3章 児童相談所の各部門の業務内容

第4節 判定課

I. 判定業務についての基本的な考え方

判定課の機能は、問題に当面している児童の福祉を守るために、その児童の心身の条件を十分に理解し、問題解決に最も適切な指導指針を立てることである。そのために精神医学、臨床心理学、児童心理学、心理療法論、ケースワーク技術等の知識、技術が効果的に活用されなければならないのである。

精神科医、小児科医、心理判定員、セラピスト等で構成する判定課の職員は、それぞれの分野から児童及びその環境を調査し、その多面的な検討結果から総合的に児童を理解するように協力する。

III. 判定の手続き

3. 診断判定段階の面接

- (I) 精神科医 児童の精神発達又は障害、性格等について精神医学的診察を行う。
- (2) 小児科医 児童の心身の発達、栄養、疾患、機能障害等について小児医学的診察を行う。

参考資料

II. 技術的事項

- 第1節 ケースワークの基本原理
- 第2節 スーパービジョンの要領
- 第3節 心理検査
- 第4節 心理療法
- 第5節 一時保護所のグループワーク

7. 『児童相談所運営指針』（平成2年）

第1章 児童相談所の概要

第4節 処遇指針の重要性

2. 処遇指針を定める過程

(4) 医師は、医学的見地から児童、保護者等の身体的・精神的な状態を診断・評価する・また、高度の専門性が必要とされる場合は、専門医療機関、施設等の医師の判断を求める。(医学診断)

第2章 児童相談所の組織と職員

第3節 職員構成

1. 規模別職員構成の標準

第1章に述べられている諸般の業務遂行のため、所長、次長（A級の場合）及び各部門の長のほか、次の職員を置くことを標準とする。

C級—スーパーバイザー、児童福祉司、相談員、精神科を専門とする医師（以下、「精神科医」という。嘱託も可。）、心理判定員、心理療法担当職員、その他必要とする職員

B級—C級に定める職員のほか、小児科を専門とする医師（以下「小児科医」という。嘱託も可。）、保健婦

A級—B級に定める職員のほか理学療法士等（言語治療担当職員を含む。）、臨床検査技師

第4節 各職員の職務内容

15. 医師（精神科医、小児科医）

- (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指導
- (5) 心理判定員・心理療法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

第5節 職員の資格、研修等

- (4) 各部門の長は各部門の職員に対しスーパービジョンのできる者であることが適当である。特に、判定・指導部門の長については、医師、児童福祉司、心理判定員等専門技術を有するものであることが必要である。
- (5) 各職員はスーパービジョンを受ける機会を積極的に活用し、また、相互のスーパービジョン、密接な連携・協力により、資質向上に努める。
- (6) 職員は各種研修会・研究会・学会等への積極的参加、施設等における研修等により、新しい処遇技法の獲得に努める。
- (7) 職員は日頃から連携を密にし、必要に応じ各職務内容を越えて臨機応変に対処する。

第3章 相談、調査、診断、判定業務

第4節 診断

1. 診断の意義

(1) 問題に直面している児童の福祉を図るためには、その児童の状況及び家庭、地域状況等について

十分に理解し、問題解決に最も適切な専門的所見を確立する必要がある。

(2) このため、医学（特に精神医学及び小児医学）、心理学、教育学、社会学、社会福祉学等の専門的知識・技術を効果的に活用し、客観的に診断する。

(3) なお、診断は判定の前提であるので、判定の意義を十分理解し行う。

5. 診断の方法

(3) 医学診断

ア 医師（精神科医、小児科医）の行う医学診断は、問診、診察、検査等をもとに、医学的な見地から児童の処遇（治療を含む。）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 医学診断及び児童、保護者等に対し指導した事項については必ず児童記録票に記載し、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。

参考資料Ⅰ 相談援助の諸方法

第1節 児童に対する相談援助活動の基本的視点

第2節 ケースワークの基本原則

第3節 心理検査

第4節 心理療法、カウンセリングの基本原則

第5節 集団心理療法、キャンプ指導

第6節 一時保護所のグループワーク

第7節 電話相談

第8節 スーパービジョンの要領

8. 『児童相談所運営指針』（平成17年）

第1章 児童相談所の概要

第4節 援助指針の重要性

2. 援助指針を定める過程

〈変更なし〉

第2章 児童相談所の組織と職員

第3節 職員構成

1. 規模別職員構成の標準

〈変更なし〉

第4節 各職員の職務内容

16. 医師（精神科医、小児科医）

〈前版の15と同じ〉

第5節 職員の資格、研修等

2. 職員の研修等

- (1) 所長は、研修を受けなければならない（法第12条の3）。
- (2) 各部門の長は各部門の職員に対し教育・訓練・指導（スーパービジョン）のできる者であることが適当である。特に、判定・指導部門の長については、医師、児童福祉司、心理判定員等専門技術を有するものであることが必要である。
- (3) 各職員は内部の職員又は外部の専門家による教育・訓練・指導（スーパービジョン）を受ける機会を積極的に活用し、また、相互の教育・訓練・指導（スーパービジョン）、密接な連携・協力により、資質向上に努める。
- (4) 児童相談所は、都道府県等の児童福祉主管課と連携しながら、職員に対する研修の実施、充実に努める。研修の企画に当たっては、職種別の研修や実務経験に応じた研修等、体系的な研修に努める。
- (5) 職員は内部の研修のほか、各種研修会・研究会・学会等への積極的参加、施設等における研修等により、新しい処遇技法の獲得に努める。

第3章 相談、調査、診断、判定業務

第4節 診断

1. 診断の意義

〈変更なし〉

5. 診断の方法

(3) 医学診断

〈変更なし〉

参考資料Ⅱ 相談援助の諸方法

第1節 児童に対する相談援助活動の基本的視点

第2節 ケースワークの基本原理

第3節 心理療法、カウンセリングの基本原理

第4節 集団心理療法、キャンプ指導

第5節 一時保護所のグループワーク

第6節 電話相談

9. 『児童相談所運営指針』（平成18年9月改訂）

第2章 児童相談所の組織と職員

第3節 職員構成

1. 規模別職員構成の標準

〈変更なし〉

2. 留意事項

- (1) 配置される職員数については、地域の実情、各児童相談所の規模等に応じて適正と認められる人員とする。
- (2) 教育・訓練・指導担当児童福祉司（スーパーバイザー）は、児童福祉司及びその他相談担当職員の職務遂行能力の向上を目的として教育・訓練・指導に当たる児童福祉司であり、相談援助活動において少なくとも10年程度の経験を有するなど相当程度の熟練を有している者でなければならない。教育・訓練・指導担当児童福祉司（スーパーバイザー）の配置の標準は児童福祉司おおむね5人につき1人とする。
- (3) 児童福祉司については、令第2条において、人口おおむね5万～8万までを標準として担当区域を定めるものとされているが、地域の実情を考慮して必要に応じ、この標準を超えて配置することが望ましい。また、任用にあたっては、ソーシャルワーカーとしての専門性を備える人材を登用すること。
- (4) 児童福祉司と児童心理司がチームを組んで対応できる体制が望ましい。
- (5) 医師については、児童虐待、発達障害、非行など心身の発達に課題を持つ子どもに対する医学的判断から、子どもと保護者に対する心の治療に至る連続的な関わりが必要であること。
- (6) 業務に支障がないときは、職務の共通するものについて、他の相談所等と兼務することも差し支えない。
- (7) 一時保護所関係職員は、家庭から離れた子ども達の不安な心情や行動に対して柔軟に対応できる人員を配置することとする。

第4節 各職員の職務内容

16. 医師（精神科医、小児科医）

- (1) 診察、医学的検査等による子どもの診断（虐待が子どもの心身に及ぼした影響に関する医学的判断）
- (2) 子ども、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) 児童心理司、心理療法担当職員等が行う心理療法等への必要な指導

- (6) 一時保護している子どもの健康管理
- (7) 医療機関や保健機関との情報交換や連絡調整

第4節 診断

〈変更なし〉

5. 診断の方法

(3) 医学診断

〈変更なし〉

10. 『児童相談専門職員の執務分析』（厚生省児童家庭局企画課、昭和45年）

第2章 児童相談所における児童精神科医の機能（大阪府中央児童相談所長 稲浦康稔、同判定課長 三谷昭雄）

わが国の児童相談所の運営指針となっているものは、厚生省編「児童相談所執務必携」であり、（中略）児童精神科医はチームの基本的な（原則的なまたは機能上不可欠な）構成員であり、中核的存在であるとして位置づけられて、この観点から、その機能が論じられているが、現実の児童相談所ではこの基本線自体が空文化している実情である。

当大阪府中央児童相談所は、判定課の中に課長を含めて常勤精神科医3名、非常勤嘱託2名のスタッフをもち、児相の中では、むしろ特異な存在と言える。

1. 大阪府中央児童相談所のチーム・システム

a. チームの構成成員と業務の運営

判定課員は合計20名（精神科医5、保健婦1、心理判定員（セラピストを含む）13、その他1（EEG補助員））。嘱託を含めて、精神科医5名はすべて阪大精神科に在籍している。判定課の常勤者8名の中、精神科医は判定課長を含めて3名であり、その業務を保健婦が補佐している。脳波測定技師はなく、この業務は多くの場合、精神科医の監督下で保健婦によってなされる。小児科医は現在なく、精神科医がその機能を代行している。

地区児相には、医師は配属されず、そしてこれら6か所の地区児相の中の3か所にはそれぞれ1名の心理判定員が配属されているが、これらの3名の心理判定員（地区判定員）は、兼務発令の形で、毎週2日ないし3日、中央判定課に来て、一緒に判定業務をしつつ意見や情報を交換しあっている。このシステムでは、中央判定員が常に医師（精神科医）とチームを組むのに対し、地区判定員は中央に来てはじめて精神科医とチームを組むうわけである。

ソーシャルワーカーから判定を依頼されたケースの中、一部は3か所の地区判定員で処理されるが、これを除いた大多数のケース、すなわち、当所措置課のケース、一時保護ケース、判定員の配属されていない地区児相のケース、および、地区判定員が精神科医とチームを組んで判定せねばならぬと判

断したケース、がすべて当所判定課に廻されてくる。なお、判定課では、判定員各人が週に1回定期的に、地区児相へ出張して地区判定体制の不備を補っている。

判定員の研修の機会としては、所長の決裁で、現在、精神科医には週2日、心理判定員には週半日（経験1年までの新人には認められない）の大学出張が認められているが、ワーカーにはこうした定例研修日はない。学会、講習会、厚生省研修会などの管外出張は、精神科医は随時（医師研究旅費、月額6000円を使用）、心理判定員（新人を除く）は年1回程度、ワーカーは、ほぼ3～4年に1回程度認められている。

b.判定業務の実状

判定員の主業務は、判定から判定会議に至る段階にあり、一部のケースでは、その後心理療法を行うこともある。

当所では、設立以来、原則として全ケースについて、心理判定員と精神科医がチームを組んで判定に当り、担当ワーカーと判定会議を行っている。最近判定課でもケース量が増加して、医師の処理能力を超えることが多くなってきた。

こうした中央判定課の事情、ならびに、地区児相での判定に関連して、特にアポイントメントの便宜から、判定ケースをA、B、Cの3段階に仮に分ける方策も取られている。

Aケース：中央児相で十分な体制をもって判定に当たらねばならぬもの

Bケース：医師と心理判定員のチームによる判定が必要であるが、地区児相に出張して判定することも可能と予想されるケース

Cケース：医師を省略して心理判定員（地区判定員も含む）が単独で判定しうると予想されるケース

一般に施設措置ケースは、B以上を原則とするが、最近医師の手不足から暫定的に児童に問題性のうすい養護相談（いわゆる純粹養護のケース）は保健所、病院の小児科医の診断を受けてCケースで処理可能とし、また、肢体不自由児施設の入所も指定整形外科医の診断と医療方針が明示されているので、Cケースで可と定めた。中央児相で処理された正式ケースは、Cケース、つまり医師が直接タッチしなかったケースも含めて、すべてその診断分類は精神科医の責任で下されている。

全体のケース数は、31年に大阪市児相が設置されてケースが移管された時に一時減じたが、その後次第に増加している。特に注目すべき最近の傾向をとりあげると、(1) 情緒障害児と認定された児童の増加、(2) 身体障害および精神薄弱の増加、そしてこの両者を合併した重症心身障害児の急増、(3) 40年以降に一時減少していた養育上の問題が増加したこと、の3点があげられる。これらの傾向とくに(1)と(2)は、ほぼ全国的傾向とみなされるが、児相における医師の必要性がますます増大していることを示している。

2. チームワークに関する若干の理論的考察—臨床家としての機能と役割分担およびその専門性について—

d. 児童精神科医（ないし精神科医）のidentity

児相において、いわゆる臨床チームは隣接領域との接触という点では利点があるが、児相の機能と現在のチーム成員の状況からみれば、児童精神科医としての修練が、この中だけで達成されるとは考えがたい。少なくとも、精神科医のidentityに関しては医局内外の先輩に求めるのがよく、これと児相での日常経験との照合、統合が望ましいように思う。

3. 当所における精神科医

a. これまでの当所勤務者

過去15年間の常勤者8名を対象とした分析。これらの医師はすべて阪大精神神経科学教室の在籍者であった。一般的に児相精神科医を大別次の3つの類型に分けてみることも可能であろう。

第1型（研究派）：彼らは児相を自己の研究を達成する場として活用し、研究の一段落を機会として、精神科臨床の場に転出している。両名が甚だ意欲的で、判定技術上の貢献者であったことも注目される。

第2型（臨床チーム派ないし日常業務型）：彼（彼女）らは、児童精神医学に主要関心を持ち、心理判定員やワーカーの意見にも耳を傾ける。日常業務と研究の両立を願うが、医局の友人と比較して精神科医としての遅れを感じることも多い。児相の制約下で児童精神科医としてのidentityの確立に焦ることも多い。

第3型（医局派遣型）：彼の主要関心は成人精神医学にあり、彼のニードは児相勤務では満たされず、児相での経験は少なくとも当面の所では、彼にとって余り有用ではない。彼が積極的意欲の持主であればあるだけ早く転勤を求めるのはむしろ当然であろう。

b. 現職者の状況—各自の児相観およびニードとフラストレーション—

c. 精神科医と児相相談所と医局（阪大精神神経科学教室）

i) 精神科医と児相相談所

精神科医は修練途上で児相に廻されて、まずその立場の相違に戸惑い悩む。この悩みは彼が児相に居る限りいつまでも続き、しばしば諦めなり転出なりに彼を導く。今この悩みを列記してみよう。児相は診療機関ではない。医師の立場は弱く、極端に言えば1回限りの判定というサービスをしているだけである。薬を使わないのは、武器を取り上げられたと同然である。そこでは広い学問が要求されるが、深く追求していくことは中々に困難である。来所対象者は比較的正常者に近く、彼の成人精神病者に関する知識と経験は直ぐには役立たないことが多い。精神科医というよりは、むしろ、判別（鑑別除外診断）をする身体検査医の役割が彼にまかまえている感じである。彼は行政的な制約とチーム内の人間関係に気を使う。児相のチーム・システムは主体的な行為者として育成されて来た彼らにとっては、時に甚だわずらわしいものである。とくに日常業務外とされている研究のための活動では、許可や協力を求めるための種々の下工作が必要となる。チーム内の役割と機能は彼にとって不明確なままである。そのくせしばしば、彼にはリーダーシップをとることが要求される（古い徒弟教育を受けた医師ではこれをさらに強く感じたであろう）。要するに、とくにさきの第Ⅲ型（そして第Ⅰ型）としたような精神科医にとっては児相は魅力のないわずらわしい所であろう。これに対し児相ないし

は児童精神医学に関心をもつ者（多くは第Ⅱ型）にとっては、児相は多少の魅力ももっている。児相は（現在の所では）児童の宝庫であり、チーム・システムは彼らにとって活用可能である。チームメートの意見は彼を啓発する。しかしながら、現在のチームメート、とくにワーカーに関しては一般に精神医学的な考え方はうすく、その専門家としての考え方も未確立である。

ii) 精神科医と医局（と児相）

当所の精神科医は伝統的に阪大神経科在籍者によって占められている。彼らは必然的に多かれ少なかれ医局の支配を受け、児相自体も医局の人事方針の影響を受ける。—このことは、一つの反論を促すものかもしれない。つまり、こうした依存的形態は児相の独自性を奪い、自由性を制限する、と。実際、心理判定員とワーカーに関しては、当所は自由な立場をとりえており、採用方針は実力主義であり、学閥はかえって警戒されるくらいである。しかし、これが成立するのは心理やワーカーでは希望者が多いこと、そして（少なくともこれまでは）児相での臨床の場では、彼らが学閥にこもらずに児相にとけこみ、児相の方式を新しく修得していくことが彼らにとっても成長になると考えられる状態にあったことによる。しかし、精神科医に関してはこの議論は成立しがたい。児相希望の精神科医は稀であろう。児相に廻された精神科医は修練途上であるが、現情勢下では彼が医師の名にふさわしいような厳しく深い経験を児相のチームの中でえうるとは考え難い。児相の中では、彼は異邦人ないし少数民族である、他の成員との意見交換は彼を豊にするであろうが、必ずしも医師としての彼を深めることにはならない。修練途上の医師と医局との互恵的ないし依存的な関係は、彼が自己を深めようとすればするだけ（彼が独立を主張しようとしまいと）深いきずなを持っているのである。

2. 児童相談所の医師の業務の現状と課題

A. 児童相談所常勤医師調査

1. 常勤医の配置状況

平成22年5月10日現在で、全国の205か所の児童相談所について、医師の配置状況を調査したところ、32か所に専任または兼任の医師が配置され、全国で45名の医師が児童相談所業務に携わっていることがわかった。医師が配置されている児童相談所のほとんどは都道府県または政令市の中央児童相談所であったが、設置自治体によっては中央児童相談所に配属されている医師が他の児童相談所の業務を兼務したりすることもあり、医師の業務は児童相談所単位では説明しにくい要素がある。

そこで、児童相談所を設置している自治体ごとに児童相談所の常勤医の有無を整理すると、常勤医が1人以上児童相談所に配属されていたのは、15の都道府県と11の政令市で、中核市の児童相談所で常勤医を配置していたところは1か所のみであった。約3分の1の都道府県には常勤が配置されていたのに対し、政令市は半数以上に常勤医が配置されており、都市部の児童相談所に常勤医が配置されていることが多かった（表1）。

表1. 児童相談所の常勤医の配置状況

設置自治体の種類	自治体数	常勤医のいる自治体数	%
都道府県	47	15	31.9
政令市	19	11	57.9
中核市	3*	1	33.3

*児童相談所を設置している中核市の数

2. 児童相談所の医務業務に関する調査結果

常勤医が配置されている児童相談所に対して、「児童相談所の医務業務に関する調査」への協力を依頼し、各児童相談所に勤務する医師自身に調査票（付録1）に回答を求めたところ、都道府県の児童相談所から20名、政令市の児童相談所から20名、合計40名の医師から回答が得られた。本研究で把握した常勤医の総数（45名）に対する回答率は88.9%であった。

①職名

児童相談所の常勤医の職名について、9名（22.5%）は所長で、残りの31名は所長以外の職名であった。

②勤務形態

児童相談所の医師の勤務形態について表2にまとめた。一口に児童相談所の常勤医といっても、その勤務形態はきわめて多様であることが明らかになった。

児童相談所の専任であると答えたのは12名（30%）で、残りの28名（70%）は児童相談所以外の機

関で兼務を持っていた。

専任と答えた12名のうち、1か所の児童相談所のみ勤務であったのは10名（うち3名は所長）であり、それ以外の2名は同じ自治体の複数の児童相談所の業務を兼務していた。

児童相談所の医師は児童相談所以外の職務を兼務していることが多く、全体の勤務時間に対する児童相談所での勤務時間の割合は、10～92%まで多様であった。所長職にある医師でも兼務の場合が多く、児童相談所の業務に関わる時間が6割に満たない場合もあった。

児童相談所での勤務時間の割合ごとにみると、専任も含めて80%以上であった医師は28名で、全体の70%を占めていた。

表2. 勤務形態

	勤務形態					
	専任	80%以上	60～79%	40～59%	20～39%	19%以下
所長	4	2	1	2	0	0
所長以外	8	14	1	2	4	2
合計	12	16	2	4	4	2

兼務があると答えた医師の兼務先は、医療機関がもっとも多く（15名）、次いで発達障害者支援センターまたは療育センターなどの発達障害関連機関（7名）、知的障害者更生相談所・身体障害者更生相談所・婦人相談所などの福祉機関（7名）であった。それ以外にもさまざまな福祉保健関係の業務を兼務している状況が明らかになった（表3）。

また、一人あたりの兼務先の数は1か所が14名、2か所が9名、3か所が3名、4か所が1名であった。

表3. 兼務先の内容（複数回答）

兼務先	人数
医療機関	15
発達障害者支援センター／療育センター	7
知的障害者更生相談所／身体障害者更生相談所／婦人相談所	7
精神保健福祉センター	4
保健所／福祉事務所	4
児童自立支援施設	2
その他	1

兼務が多く、児童相談所での勤務時間の割合が少ない医師は、その勤務実態は常勤医というよりも、多くの児童相談所で医務業務を行っている非常勤医の勤務実態に近いものと思われ、必ずしも児童相談所の常勤医の勤務実態を反映しない可能性が高い。本研究は児童相談所の医務業務を明確に定義することを目的としていることから、児童相談所に専任の医師の業務をさらに詳しく解析するため、以後の解析では児童相談所の専任医師または80%以上の勤務時間を児童相談所業務に充てている医師を対象とすることにする。

この基準に合致する医師は28名で、都道府県の児童相談所の医師が14名、政令市の児童相談所の医師が14名、中核市の医師が1名であった。28名中6名が所長、22名は所長以外の職名であった。これらの専任医師がいる児童相談所は22か所（都道府県11、政令市10、中核市1）であった。また、12名は児童相談所専任で16名は児童相談所以外に兼務職があり、その内訳は表4のとおりであった。兼務先は医療機関がもっとも多く9名、次いで療育機関（5名）、知的障害者更生相談所・身体障害者更生相談所・婦人相談所（4名）であった。兼務先の本数は1か所が10名、2か所が3名、3か所が3名、4か所が1名であった。なお、これらの兼務とは別に、28人中5名は同じ自治体の設置している他の児童相談所でも医務業務を行っていた。

表4. 専任および勤務時間の80%以上を児童相談所で勤務する医師の勤務状態

勤務状態	人数
専任	12 (2)
兼任	16 (3)
医療機関 9 療育機関 5 知的障害者更生相談所／身体障害者更生相談所／婦人相談所 4 精神保健福祉センター 2 その他 1	

() は他の児童相談所での勤務がある医師の人数

③常勤医師の背景情報

児童相談所の常勤医の年齢と性別の分布を表5に示した。年齢は40歳代がもっとも多く13名(46%)、次いで50歳代が9名(32%)、30歳代5名(18%)であった。性別は男性が10名(36%)、女性が18名(64%)であった。全体では40歳代の女性がもっとも多いパターンであった(10名、36%) (表5)

表5. 常勤医師の年齢・性別の分布

年齢	性別		合計
	男性	女性	
30歳代	1	4	5
40歳代	3	10	13
50歳代	5	4	9
60歳代	1	0	1
合計	10	18	28

医師の専門領域は、児童青年精神科がもっとも多く16名(57%)、一般精神科の5名(18%)を含めると、精神科が21名で全体の4分の3を占めていた。小児科は4名(14%)、小児科と公衆衛生を専門とする医師が2名(7%)、公衆衛生を専門とする医師が1名(4%)であった(表6)。

表 6. 常勤医師の専門領域

専門領域	人数 (%)
精神科 (児童青年)	16 (57%)
精神科 (一般)	5 (18%)
小児科	4 (14%)
小児科・公衆衛生	2 (7%)
公衆衛生	1 (4%)

医師としての経験年数は 6～35年 (平均20.2年) であった。一方、児童相談所での勤務年数は 1～14年 (平均4.5年) であった。医師としては15～24年の経験を持つ医師が多かった一方で、児童相談所での勤務は 5 年以下が18名 (64%) と半数以上を占め、比較的勤務歴の浅い医師が多いことが認められた (表 7)。

表 7. 常勤医師の経験年数

経験年数 (年)	医師	児童相談所
～ 4	0	18
5～ 9	3	6
10～ 14	2	4
15～ 20	8	0
20～ 24	7	0
25～ 29	4	0
30～ 34	3	0
35～	1	0

④児童相談所での業務とその割合

児童相談所で行っている医務業務の内容とその割合について、現行の児童相談所運営指針に医師の業務として記載されている内容を中心に全体に対するパーセンテージで回答を求め、表 8 のような結果が得られた。なお、児童相談所における医師の業務内容は、所長である場合とそれ以外の場合とではかなり異なることが想定されることから、それぞれを別々に集計した結果も併せて示している。

児童相談所の医師の業務は、管理業務から直接的な診療業務、他の職種のスタッフへの助言・指導、関係機関との連携など多岐にわたるが、全体的にもっとも多く割合で行っている業務は、子どもの診察 (20.4%) で、次いで子ども・保護者に対する指示・助言・指導 (16.7%)、児童福祉司への助言・指導・研修 (15.2%) で、臨床的業務と児童福祉司への助言・指導などが常勤医の主要な業務であることが示唆された。一方、脳波測定、理学療法等の指示及び監督の業務の割合は 1%未満であり、現在の児童相談所ではほとんど実施されていないことが明らかになった。医学的治療は 7%を占めているに過ぎず、児童相談所の医師は医学的治療行為が制約されている現状が表れている。

業務内容の割合を所長と所長以外とで比較すると、管理業務と診療業務とで大きな違いがあることがわかる。当然のことではあるが、所長は管理業務の割合が高く、業務全体のおよそ40%は管理業務に裂かれている一方で、子どもの診察や保護者への助言・指導、医学的治療、児童心理司への指導な

どの臨床的業務は所長以外の医師よりも少ない。管理業務に次いで児童福祉司への助言・指導・研修の割合が高いことは、管理業務とともに児童福祉司を通じた児童相談所の相談事例に関するスタイルが所長の場合の特徴と思われる。

一方、所長以外の医師は管理業務のウエイトが非常に低く、子どもの診察、保護者への助言・指導など、子どもや保護者に直接関わるような臨床的業務により多くの時間をとることができていることがうかがわれる。医学的治療や児童福祉司の行う心理療法への指導などの治療的な業務の割合は全体的には高くはないが、所長と比べるとかなり高く、やはり臨床的な業務が中心であることを示している。多機関との連携の割合はそれほど高くはないが、所長とそれ以外の医師との差は小さく、児童相談所の常勤医に共通した業務であることが推測された。

その他の業務としては、児童相談所内の各種委員会や会議などへの出席、調査・研究、取材対応などが挙げられていたが、いずれも全体的な業務割合としては小さかった。

表 8. 常勤医の医務業務の内容と割合（平均値）

業務内容	全体 (N=28)	所長 (N=6)	所長以外 (N=22)
所長としての管理業務、あるいは、部門の長としての管理業務	12.4	39.2	5.1
診察、医学的検査等による子どもの診察	20.4	12.5	22.5
子ども、保護者等に対する医学的見地からの指示、助言、指導（治療ではない相談業務）	16.7	6.7	19.4
医学的治療	7.0	1.7	8.5
脳波測定、理学療法等の指示及び監督	0.9	0.8	1.0
児童心理司、心理療法担当職員等が行う心理療法等への必要な指導	7.4	3.3	8.5
児童福祉司への医学的見地からの助言、指導、研修	15.2	20.8	13.6
一時保護している子どもの健康管理（アセスメントとは別の日常的健康管理）	4.9	2.5	5.6
医療機関や保健機関との情報交換や連絡調整	5.6	6.7	5.4
その他の関係機関（施設や里親、区市町村）への助言、指導、研修	7.2	5.0	7.8
その他	2.3	0.8	2.7

⑤児童相談所の常勤医師のあり方についての意見

調査票の最後に、常勤医師のあり方についての意見として、児童相談所の業務の中で最も医師の役割が重要なものは何か、業務の課題（苦労や困っていること）、児童相談所への要望（業務内容や改善点など）について自由記述の意見を求めた。記述された意見については付録 2 に内容ごとに整理して掲載している。主な意見をまとめると以下ようになる。

i) 最も重要な医師の役割

児童相談所の医師の役割として、子どもや保護者の医学的診断と、それに基づく見立てを行うことを挙げる意見がもっとも多かった。類似した意見として、被虐待児の医学的なアセスメントや、児童相談所の援助方針の策定に医師として関与することも挙げられていた。

次いで多かった意見は、児童相談所の他の職員への助言・指導に関するもので、相談ケースを担当している児童福祉司や児童心理司に対して医学的見地から助言を行うことやスーパーバイズを行うこ

とが挙げられていた。

他機関や地域との連携についても比較的多くの意見があり、特に医療機関との連携や協力に関して医師の役割が大きいことが指摘されている。

主に所長の立場にある医師からは管理業務の重要性が指摘された。ここでは通常の所長業務に加えて、医師の専門性を活用した児童相談所の所長としての役割の重要性が挙げられている。

一方、治療や一時保護や施設の子どもたちのアセスメントと治療についての意見は比較的少なかった。

少数意見ではあったが、困難・新たな問題への対応の役割を指摘する意見もあった。

これらの意見は前述の医師の業務内容とその割合の結果とほぼ対応しているものと考えられた。

ii) 課題

児童相談所の医師としての課題についても非常に多くの意見が述べられた。その多くは業務内容と組織・立場に関する問題点、医師としての悩みや不安であった。

業務内容についての意見は、児童相談所の医師に求められる業務が多様であるために、すべてをうまくこなすことができないことや、じっくりと取り組むことができない問題、求められる医学的な判断が非常に難しいこと、通常の診療のように十分な関わりや治療ができないことなどが挙げられていた。

組織・立場の問題としては、児童相談所の中での医師の位置づけが不明確であったり、他の職種から医師の仕事がうまく理解されにくく、組織の中で働くことの困難さや、医師の不足などが挙げられていた。

医師としての悩みや不安についても、やはり児童相談所の中で少数派の専門職であり、孤立感や不安感が挙げられていた。また、必ずしも自分の専門領域の知識・技術だけでは対応できない業務もあることも悩みや不安として述べられていた。

これらの不安に密接に関連する課題として、研修・スーパーバイズの必要性を指摘する意見が多くの医師から述べられた。

この外には他の職員との連携に関連して、医療とは異なる児童相談所の組織や業務スタイルの中で、医師として多職種と連携して仕事をする大変さも指摘されていた。

関係機関・地域の課題については、医療の必要性のあるケースを地域の医療機関につなぐことが医師の重要な役割である認識に対して、それらのケースをつなぐ医療機関が地域に少ないことが指摘されていた。

iii) 要望

児童相談所で常勤医として勤務している立場からの要望は、人員面の要望、業務内容の要望、児童福祉制度への要望、医療・保健制度への要望に大別された。

人員面の要望は、医師の増員を求めるだけでなく、児童相談所や施設の職員など児童福祉業務全般

のスタッフの増員を求める意見も多かった。

業務内容への要望としては、医師としての役割をもっと発揮しやすい業務環境が求められていた。その具体的な内容は多岐にわたり、個々の医師の直面している課題を反映しているものと思われた。

児童福祉制度への要望も多かった。これは単に医師の業務に関するものだけにとどまらず、児童相談所のあり方にも関連する内容であった。

医療・保健制度への要望は、児童相談所での医師の行っている業務が、医療や保健活動として正当に認められることを求める内容であった。

3. まとめ

児童相談所の常勤医師の配置状況と業務について調査を行い、以下のような結果が得られた。

1. 平成22年5月10日現在で、全国205か所のうち32か所の児童相談所に常勤医師が配置されており、医師の総数は45名であった。約3分の1の都道府県と半数の政令市が常勤医師の配置されている児童相談所を有していた。
2. 「児童相談所の医務業務に関する調査」から、児童相談所の常勤医師は兼務職を有していることが多く、児童相談所専任であっても複数の児童相談所で業務があるなど、その業務形態は多様であった。
3. 児童相談所の常勤医師は平均20年ほどの医師としての経験があるものの、児童相談所での勤務歴は5年未満の者が多かった。
4. 主に児童相談所で勤務している医師の業務としては、全般的には子どもの診察、子ども・保護者への指示・助言・指導、児童福祉司への助言・指導・研修が主要な業務であり、所長である医師の場合は臨床的な業務は少なく管理的業務の占める割合が高くなっていた。脳波測定や治療的な業務は全般に少なかった。
5. 自由記述の意見からは、業務の多様性や基本的な指針の欠如、研修・スーパーバイズのないこと、組織の中での位置づけの不明確さなどが指摘され、児童相談所の人員体制、業務体制、児童福祉制度、地域の関係機関との連携などに多くの要望が出された。

児童相談所の医務業務に関する調査

記入者	所属名	
	医師氏名	

I. 児童相談所の常勤医師について

1. 職名

- a. 所長
- b. 所長以外（職名： ）

2. 勤務形態

- a. 児童相談所専任
 - ア. 1か所のみ
 - イ. 複数の児童相談所での勤務がある（ か所）
- b. 児童相談所以外の兼務職がある

児童相談所の業務とそれ以外の兼務職の業務の内容と勤務時間の割合

兼務職の内容	勤務時間%
児童相談所	
兼務職1（ ）	
兼務職2（ ）	
兼務職3（ ）	
兼務職4（ ）	
兼務職5（ ）	
合計	100%

3. 常勤医師の背景情報

年齢 a. 20歳代 b. 30歳代 c. 40歳代 d. 50歳代 e. 60歳代

性別 a. 男性 b. 女性

専門領域

- a. 精神科（一般）
- b. 精神科（児童青年）
- c. 小児科
- d. 公衆衛生
- e. その他（ ）

経験年数

医師の経験年数 （ ）年
 児童相談所の勤務年数（ ）年

II. 児童相談所での業務内容ごとに、おおよその業務量の割合をお示し下さい

業務内容	児相業務に占める割合%
所長としての管理業務、あるいは、部門の長としての管理業務	
医師としての業務	
(1)診察、医学的検査等による子どもの診察	
(2)子ども、保護者等に対する医学的見地からの指示、助言、指導(治療ではない相談業務)	
(3)医学的治療	
(4)脳波測定、理学療法等の指示及び監督	
(5)児童心理司、心理療法担当職員等が行う心理療法等への必要な指導	
(6)児童福祉司への医学的見地からの助言、指導、研修	
(7)一時保護している子どもの健康管理（アセスメントとは別の日常的健康管理）	
(8)医療機関や保健機関との情報交換や連絡調整	
(9)その他の関係機関（施設や里親、区市町村）への助言、指導、研修	
その他（ ）	
合計	100%

III. 児童相談所の常勤医師のあり方についてご意見をお聞かせ下さい

1. 児童相談所の業務の中で最も医師の役割が重要なものは何ですか

2. 常勤医師の業務の課題（苦労や困っていること）はどんなことですか

3. 児童相談所や都道府県、国への要望はありますか（業務内容や改善点など）

1. もっとも重要な医師業務

医学診断・見立て

- 親子の医学的見地からの見立て。
- 子どもと親の見立てをし、ケースワークに役立てていく。
- 子どもの精神状態を見極め、ケア方針を立てる。
- 処遇方針を決定する上で必要な子ども及び保護者についての医学的な見立て。
- 障害の程度の判定（知的）。
- 児童・家庭及びそれぞれの関係の評価（児童の身体的・精神的健康評価を含む）
- 子どもの精神医学的側面についての見立てを行うこと（診断、医療的関与の必要性、今後の見通しなど）
- 児童の状態把握（身体的及び精神的）。
- 医学的な虐待の診断や判断。
- 被虐待児や虐待親のアセスメントや治療
- 医学的判断、助言
- 児童の精神行動面の問題を評価し、必要な対応、治療を児童相談の流れの中に位置づけること。
- 被虐待や発達障害の子どもの医学的アセスメントとそれに基づいた援助方針の決定。
- 子どもの診察、医学的検査
- 児童・保護者の精神医学的アセスメント
- 子どもや保護者の診断・見立て・アセスメント。
- 精神医学的診断。
- チームの一員として診察・治療を行うこと。
- 保護者等の状態把握。

援助方針への関与

- 虐待早期対応におけるリスクマネジメント（リスク評価）。
- 虐待が子どもの心身に与える影響について医学的に見立てを行い、対応について児童福祉司や心理司と協力して行うこと
- 28条の診断書作成
- 被虐待児の状況について一時保護や入院が必要かどうかを検討する。
- 医学的な立場で子どもを救うこと。
- 援助方針における医学的視点からのスーパーバイズ
- 被虐待児や発達障害児、また保護者の精神状態を把握して、早期に適切な対応ができるようにす

ること

- 児童の身体的精神的状態を医学的に把握し、医学的所見を元に多職種（心理司、福祉司）と協議の上、児童の処遇決定に参加すること
- 子どもの診察、情報整理、心理司や福祉司との話し合いを通じて見立てを行い処遇方針の決定に関与すること。

他のスタッフへの助言・指導

- ケースワーカー、心理司のスーパーバイズ。
- 児童福祉司、心理司に状態を伝えて必要なケースワークを行ってもらうこと。
- 医学所見を医者以外の人に伝えること
- 医学的見地からの助言
- 職員へのスーパーバイズ
- 児童心理司、児童福祉司への助言
- 対応困難ケースに関する医学的見地からの助言。
- 児童福祉司や心理司に対して助言・指導をおこなうこと。
- 心身の発育や障害に対して医学的視点で助言している
- 児童福祉司へのスーパーバイズ、助言、心のケア（サポート）

治療

- 心理療法
- 親・子各々の診察・治療を行う。
- メンタルケアが必要な子どもに対する医学的治療が重要と思います。
- 精神科医療への動機付け。

一時保護や施設の児童のアセスメント・治療

- 一時保護・施設入所など児相がかかわっている子どもの医学的アセスメントと必要な場合は治療への導入。
- 一時保護児童の健康管理。
- 保護児の健康・安全。

他機関・地域との連携

- 地域の医療機関につなげる。
- 関係機関とのネットワーク形成と調整業務
- 医療機関との協力。
- 医療的な支援が必要だと判断されるが、他のサービス機関につながらない事例に対する支援やコー

ディネートの役割。

- 職員、他の関係機関（医療機関を含む）からの相談に応えられるような知識の集積と自らの経験も加えた助言・指導・啓蒙活動。
- 所内職員のみならず、多方面多分野の関係職員に対する助言や指導、スーパーバイズ。
- 保健医療機関との連携・協力体制・ネットワークの構築。
- 必要な医療機関に適切につないでいくこと。

管理業務

- 医学的知識を持つ者として、ケースマネジメントにおける指揮者としての役割。
- マスコミ対応を含めた対外活動・リスクコミュニケーション
- 職員の健康管理。
- 所長として行う「医学的見地の指導」というものが大切であると考えている。
- 管理業務（議会対応等を含む）を忌避することなく、ラインの長たることが大切であると考えている。
- リーダーシップ。

困難・新たな問題への対応

- 困難または新たな問題への対応。
- 現実には医学の分野も含めて何か困った時に頼りになる存在になりうるか否かだと考えます。
- 地域と連携し、子どもの発達・発育を促すお手伝いをする。

2. 医師の課題

業務内容の問題

- 医務業務への過度の期待がある反面、医師に医療以外の業務（会議、書類作成等）も多く、時間が有効に使えていないこと。
- 業務が多岐にわたり専門性を高める時間がとりにくい
- 児童の業務の流れの中でケースと長期にわたる継続した関係が作りにくい。
- 見落とし（医学的関与が必要なケースを）を少なくするためには、どのような形でケースとかわるのが良いか（現在、受身的な形でのかかわりになっているが、積極的にかかわるにしても相談の動きの中でどのようなかかわりが良いのか
- 症例数が多く診察の対象がケースワーカーの判断や地理的なものによるところが大きいこと。児童との接点が1回のみで、その経過を把握することが難しいこと。
- ニーズに応えきれない（業務量の問題）。
- 虐待かどうか微妙なケースの判断。
- 治療的なかかわりが十分できていない。

- 相談や診察が中途半端なものになりがちである。
- 小児科診療面では、保護所内では親権の問題があり、自由に検査・治療ができないことがある。
- 時間配分
- 診療所がないため、継続的なかわり、治療ができません。一度お会いして医療機関に紹介することになります。もう少しゆっくりかかわってから紹介できるようにしていきたいと思っています。

組織・立場の課題

- 役所内の地位・職名が重要で、臨機応変な対応が困難
- 児相の全体の雰囲気が介入に重きを置いてあわただしく、治療的雰囲気が排除されがちであること。
- 同職種の職員が周囲にいないため、業務の分担ができず、仕事の優先順位が保てない、本来業務がおろそかになる、何をすべきかわからなくなる、など。
- 医療職としての後継者不足。診療諸機能を担保しなるとなかなか後任が現れないのではないか。
- 子どもに対する援助方針を決定する際、医師の意見があまり反映されず不全感を抱きやすい。
- 兼務が多くて児相業務に専念できないこと。
- 研修の講師、会議参加の際の医学的助言、最終的な了承のみで、医師としてできることは少なく、責任だけ背負わされているという状況があり、現状のポストは改善の余地が大きい。
- 医師が大事と思うことが、まだラインの管理職や本庁に十分に伝わらない。
- 組織として働くこと。一時保護所が物理的に離れているための苦勞（連携や情報共有）
- 業務が標準化されていないため、医師個人の問題意識にまかされている状況にある。結果として行政全体で役割が認識されにくい。そのため人員配置につながらない。
- 管理職業務の負担の大きさ。複合施設なので、仕事の配分（療育センターの仕事も多い）。
- 現在、医師は児童福祉センター診療所の専属となっており、児童相談所の業務に専念できないことがある（たとえば、児童相談所の各種会議に出席できないなど）。
- 同職種の常勤医（週4日以上勤務）がいない。児相の内情に合わせた医師の役割分担ができない。
- 児相付属診療所があるが、これを十分に活用するためには医師の拡充が必要であろう。
- 医師不足。
- 併任の小児科診療は予約制であり、診察の遅れは苦情を生じる。児相の仕事はそこに入ってくるので両者の時間調整は大変である。

他の職員との連携

- 管理業務だけをやればよい事務吏員の管理職と同等以上の管理業務をこなしながら、同時に、他の専門職のリーダーとしての、技術吏員としての特別の専門性の発揮が課題。
- 児童福祉司の業務への介入の多さ。
- 他職種との連携の必要性。

- 医師に相談するケースは担当の児童福祉司と心理司が判断している。必要と思われるケースの取りこぼしがある。
- 医師業務が根付いていない職場風土（文化）の中に根付かせていくこと。また、医師自身が行政や児相業務になじんでいくこと。
- 事務方に医師の必要性を理解してもらいづらい。

医師としての悩み・不安

- 一人しか医師がいないため、自分1人の考えに偏ってしまうのではないかと不安です。
- 精神医学的な相談をする相手がない。
- 医学所見が医者以外の人に伝わらないこと
- 児童相談所に専門職として勤務するのか、所長として勤務するのかによって役割が大きく異なります。所長であれば、なまじの医学の知識より、ケースごとの見通し、アセスメント等、判断力、決断力です。これはその場に身を置かない限りなかなか得られません。私自身暗中模索の状況です。
- 専門が公衆衛生なので、児童や保護者をよりよく知るための児童精神医学の技能の乏しいこと。
- 管理職としての立場では、現場がやや遠いのが残念。
- 小児科医なので精神科領域のことについて助言や対応を求められたとき十分な対応ができないこと。
- もうすぐ退職だが、後継者がいない
- 外傷についての法医学的な評価が苦手です。
- 児のカウンセリングができるように児童精神科の知識が必要。

医師の研修・スーパーバイズ

- スーパーバイズや医師の研修を受ける場がないので自分のスキルがアップされない。
- スーパーバイズの体制の不足。
- スーパーバイズを受ける機会が乏しい。
- 困難事例への自身のスーパーバイズを受ける機会がない
- 外部の病院などに研修に行くこともできないこと。
- 研修体制。

関係機関・地域の課題

- 連携可能な医療機関が少ないこと。
- 児童養護施設などへの入所や医療機関との連携に際し、時間を要し治療などへの導入がスムーズにいかないことがあること。
- 医療機関や療育機関とのコミュニケーションのとり方
- 治療の必要なケース（特に入院）の紹介先が少ない。情短施設が少ない。

3. 要望

人員面の要望

- 精神保健という視点から関わることができる保健師さんらの配置。
- 県内児相のすべてを1人でフォローするのは厳しいように思います。できれば児相の常勤医を増やしてほしいと思います。
- 常勤医師をもっと増やしてほしい（非常勤は変わってしまうので戦力になりにくい）。
- 常勤医師の増員
- 児相の常勤医師を増やし、養護施設や自立支援施設に対する支援を手厚くすることが望まれる。
- 増員（常勤医師の）
- 複数の医師が常勤として配置されるとうれしいです。
- 職員配置を手厚くすること。福祉専門職員の採用と配置。児童福祉経験者の中から所長を任命すること。介入と援助の分離を行うこと。上記が実現するまで現職の警察官の複数配置を行うこと。
- 児童福祉法代12条の3第2項第1号の所長が増えることを望んでいる。
- 児相や施設の人を増やしてほしい。今のままでは十分な対応や養育ができない。
- 福祉司、心理司の増員
- 医師職に対する待遇のあり方（ポスト、給与面など）
- 市に対しては専門職採用をしていただきたい。
- 児童相談所の業務に専念できる医師（特に児童精神科医）の存在が必要であると思われる。
- スタッフを増やしてもらいたい。常勤医師が少なすぎる。
- 同じ医療従事者でありながら、医療機関の医師と待遇上の差があること（後継者がいない一因とも思われる）

業務内容への要望

- 単純な判定業務は別機関にするなど児相の仕事を単純化・明確化。
- 疫学的視点からの虐待調査をすべき
- 研究できる環境作りをしてほしい（仕事をまとめて考え、より内容を向上させるための時間を取りにくい）。
- 担当の医師が医療機関（都道府県立の病院）でも診察できるようになれば良いと思っている。
- 一時保護所の子どもの健康管理は病院と連携したいので、そういったシステム作りに指導をお願いしたい。
- 医師が児童相談所に勤務することは、それなりに意味があると思います。ですが、専門的知識・能力と行政機関の長としての能力は別物です。そのギャップを埋める研修や勤務形態など、課題はたくさんあるように思います。医師の活用を考えるのであれば、是非ご検討いただきたいと思っています。

- 発達障害による不登校やひきこもり、対人関係に問題の多い児童、性加害の児童等、グループ治療などの対象かと考えられるケースに対応できるような体制があればと思います。
- 今回の調査で医師業務について整理していただき、現在の児相業務に医学的な見方をきちんと浸透して欲しい。

児童福祉制度への要望

- 医学的な視点から見た虐待による健全な発達の阻害を改善する方法を取り入れてほしい。
- 一時保護所も含め、養護施設等、児の受け皿の質的改善。
- 国の主管課に小児科医、児童精神科医等の経験者を配置し、児相業務における医師業務の位置づけや保健医療分野との連携や児相業務へどの様に反映すべきかの国からの充実した児相部門への指導が望ましい。
- 児相業務の整理（隙間の役割の拡充）
- 国に対しては、全国の症例のデータベース化やガイドライン作成
- 児童相談所にすべての決定、判断を求めている現状のシステムを変えてほしい（支援にまで手が回らないので）。
- 子どもについてのあらゆる支援のネットワークを一元化し、その中心に児童相談所を置くシステム作り。発達障害者支援センター、教育センター、子どもの診療拠点病院などのネットワークを統合して、中心を児童相談所にする。どこか1つを中心にしなるとなかなかシステムとして一元化しない。
- 家庭児童相談室、子育て支援室、要保護児童対策協議会が地域できちんと運用されるように指導・監督をもっと強くしてほしい。
- 児童相談所における医師業務が重要な業務であることを厚労省のみならず、文科省～医学教育の中でも位置づけられていくことを望みます。後任や後継者が育ってきません。

医療・保健制度への要望

- もっと虐待についての医学教育を義務付けるようにしてほしい。虐待について知らない、または興味がない医者や医療関係者が多く、虐待の見逃しが多いと思う。
- 児童相談所での医師、医療の役割がまだ行政、社会から認識されていないことが問題と感じます。精神保健福祉センターや保健所医師の役割の再検討等と連携しながら進めたほうが理解が進むかもしれません。議論よりも児相への診療所設置をすすめる方が話が進みやすいかもしれませんが。
- 被虐待児の治療に加算が付くようなシステムがあると医療機関がより積極的に施設の児童にかかわってくれるのでは？

B. 児童相談所常勤医師からの聴き取り調査

1. はじめに

昭和23年の児童福祉法施行以来、児童相談所に精神科医を配置することが義務付けられ、児童福祉法第十二条の三項2号において、児童相談所の所長の資格要件としての第一番目に、「医師であって、精神保健に関して学識経験を有する者」と掲げられているなど、責任者としてあるいはチームリーダーとしての役割が期待されてきた。しかしながら、児童福祉法に基づいて全国に設置された児童相談所において、常勤医師を配置したのは当初は3カ所（宮城県、大阪府、福岡県）のみで、ほとんどは非常勤医師によって医学的判定や援助が行われてきた。その後も、常勤医師を配置する児童相談所は1割に満たない状況が続き、児童相談所の業務は実質的には医師不在のまま進められてきたのが現実である。その結果、児童相談所における医師の具体的な業務内容や業務形態については、設置が始まってから60年以上経過した現在も明確になっておらず、各々の児童相談所や自治体によって異なっているようである。そこで、今回我々は、児童相談所常勤医師から直接その勤務形態や具体的な業務内容を聴き取り、児童相談所常勤医師の現状と課題について考察をおこなった。

2. 聴き取りの方法について

聴き取りは、全国の18カ所の児童相談所の常勤医師21名（共同研究者を含む、参加者のリストは付録3参照）の協力を得て、研究代表者または共同研究者が司会進行を行って、基本的にはグループ討議の形（東日本地区、西日本地区、九州地区などに分散）で直接聴き取り調査を行った。参加した常勤医師のうち6名は児童相談所長で、残りの15名は所長以外の職員として児童相談所業務に携わっていた。本研究で行った児童相談所の医務業務に関する調査の結果からも、所長と所長以外の医師では業務内容に大きな差があることが認められているので、聴き取りの結果についても、所長と所長以外に分けて報告することとする。

3. 結果

1) 所長以外の医師

①参加者の属性

聴き取り調査に協力していただいた常勤医師のうち、所長以外の医師は15名で、男性4名、11名であった。医師の診療科の内訳は、12名が（児童）精神科、2名が小児科、1名がその他（小児科・公衆衛生）であった。

②勤務形態の現状について

全く同じ勤務形態を示す児童相談所は皆無の状況であった。基本的に児童相談所専任の自治体は、東

京都、横浜市、愛知県、名古屋市（うち1名）、広島県のみであった。このうち愛知県では県内の複数個所の児童相談所すべてを巡回するなどしており、名古屋市では附設の療育センターの診療をおこない、広島県では婦人相談所や更生相談所の業務も課せられている。横浜市では週1日または0.5日、大学病院などへの研修出張が認められており、東京都以外ではいずれの児童相談所の医師も週の1日程度児童相談所を不在にしている。

その他の自治体ではいずれも児童相談所以外の施設の兼務が付けられている。和歌山県、神戸市では更生相談所を兼務し、川崎市、大阪市では地域療育センター、大阪府では精神保健福祉センターを1名が、知的障害児施設を他の1名が兼務し、熊本市でも子ども発達支援センターの兼務を行っている。

複数の兼務を課せられている医師も少なくない。埼玉県では、6ヶ所ある県内全ての児童相談所を巡回する以外に、県立病院や児童自立支援施設の兼務も行っている状況である。新潟県でも更生相談所と婦人相談所、広島市では更生相談所と療育センターなどと児童相談所以外の複数施設を兼務している。

また、直接の部下をもち、人事考課などもおこなういわゆる「ライン」に属しているのは2ヶ所のみで、ほとんどの医師は医療などの業務に専念している。それでも児童相談所業務にのみ専念できているものは僅かである現状が垣間見られた。

③業務内容について

精神科医師は、通所してくる子どもと親や、一時保護中の子どもの精神医学的面接をし、見立てをおこなう点は共通しており、これが児童相談所常勤医の主たる業務であることは明らかである。医師による一時保護中の子どもの面接や行動観察は援助方針を決定する際に大きな影響力を持っている。一方、一時保護所において精神科治療までをもおこなっている所はほとんど無いようである。大阪府では2名の常勤医のうち1名は、ほぼ保護所専任となっており、治療的役割は大きいようである。

診療所機能を有していて、児童相談所や併設された療育センターなどで投薬を行っているのは、東京都、埼玉県、名古屋市、和歌山県など、6自治体であった。一方、その他の児童相談所では、投薬などの医療行為は行えず、地域の医療機関へ紹介することが必要になっている。このような医療機関への動機付けをし、紹介して医療機関へ子どもや親を繋げることが、児童相談所精神科医の最も必要とされている業務のようである。継続的な面接を行っている施設は少なく、神戸市や新潟県のように、兼務先の医療機関に紹介し、自らが診療を行うなどの工夫をしている所も散見された。埼玉県では、2ヶ月間と期間を限定して、無料で投薬を行い、向精神薬への抵抗を弱めたうえで、地域の医療機関へ紹介する制度ができあがっていることは今後の方向性として特筆に値する。

SBS（乳幼児ゆさぶられっ子症候群）や性的虐待など、医療的な知識を必要として、地域の小児科や婦人科、脳外科などと連携する際の橋渡しのような役割も共通している業務であるといえる。一時保護所入所中の子どもの健康管理を担っている医師も多い。

児童養護施設や児童自立支援施設に定期的に通ってスーパーバイズや診察を行っている医師も見受

けられるが、多くの医師は児童相談所における業務に忙しく、その必要性は感じながらも、十分対応できないでいる。児童福祉司や児童福祉施設職員の必要性に迫られて随時訪問するパターンが多いようである。児童福祉司との協働はその他の場面でも頻繁に認められ、虐待の初期対応（通報などへの緊急対応）などに必要に応じて同行することも多い。

児童福祉司や児童心理司へのスーパーバイズ、人材育成の役割を果たしている医師も多い。面接の結果から支援方針への助言を与える形や事例検討会を通じて助言を行う形が一般的であるが、家庭訪問や施設訪問などを担当児童福祉司と共におこない、援助方針を決定する助言をおこなっているものも認められた。横浜市では定期的な児童福祉司、児童心理司、電話相談員、虐待ホットライン相談員などと事例検討会をおこなっている。職員に対するサービスはスーパーバイズだけに留まらず、職員のメンタルヘルスを支える役割を述べる者もいた。

小児科医については、一時保護児童の健康管理や健診などの業務が課されているが、精神科的な診療を求められることも多い。発達障害など、子どもの面接に偏りがちになる傾向があるようだ。

援助方針会議へは、多くの医師が出席しているが、複数の児童相談所を担当している場合や、診療そのものの多さから、出席できずにいる医師も認められた。

④業務の課題・問題点について

業務の問題点や課題については積極的に意見が交わされた。大まかに分類して以下に述べる。

i) 業務内容の現状について

まずは児童相談所の医師業務を病院勤務の時と比較して、「診る事例数が減った」「薬物療法への意欲が減った」「診断をきっちりつけなくなった」「文書作成業務が多い」などの理由から「医者ではないような気がしてしまう」と、特に若い医師にとっては医師としてのアイデンティティーに迷いを感じてしまうようだ。さらに「スタッフからどういうことを望まれているのかわからない」との不安を抱く者もいる。

また、複数の児童相談所を兼務している場合はもちろんのこと、多くの児童相談所では、医師は「見立て」や「方針決定」のために面接をさせられ「子どもとの接点が1回きりのことが多く、その後の経過を把握することが難しい」「児相の業務の流れの中では、ケースと長期にわたる継続した関係が作りにくい」ことも、医師としての満足感を得られない一因となっている。

一方、中堅以降になり、管理職としての役割も色濃くなると「会議が業務の半分を占める」「人事など管理職業務の負担が大きい」「ケース記録の決裁が全て回ってくる」など、医療業務以外に時間を割かれることに負担感を抱いている。特別児童扶養手当の診断書作成は、嘱託医が行っている児童相談所が多かったが、その負担を強いられている児童相談所も数か所認められた。

複数の児童相談所を兼務している医師からは「移動時間ばかりになり、複数児相の業務は不適切。常勤とは言えない」とその不合理性が訴えられ、参加者の賛同を得ていたが、一方で、常勤医の有無によって「中央児相とその他の児相との医療格差が大きい」との問題点も指摘された。

マスコミ報道等の影響からか、最近の児童相談所は措置機関としての役割が強調・強化され、治療

機関としての機能や能力が低下し、医師の役割を削いでしまっているとの指摘も印象深い。具体的には「措置機能が強調されてケアが低下していることの議論がない。そのため医師の必要性が低下している。児相本来の役割の中では医師の必要性は高い」「思春期に対するケアが不十分」「性的虐待ケースの支援ができていない」「親のメンタルヘルスをサポートすることが虐待減少につながる」「保護所を治療の場にするために医師がどう関わるかが大切」など、医師の役割が実際は求められていることも指摘された。

ii) 医師研修などについて

関連病院派遣医師の多くが認められている「出張日」「研修日」は多くの児童相談所医師には認められていないようだ（最近では保健所医師などの行政医師には認められていない傾向がある）。「研修の機会があまりない」「所内で教えてもらえる機会はないので、児相医師を対象とした研修が必要」「ケース検討の機会が欲しい」「共通の臨床的関心を持っている医師のカンファレンスが欲しい」など、児童相談所の事例の困難性・特殊性もあり、地域の医療機関と意識を共有することも困難な様子である。大学からも離れ、一人医師職場で奮闘している医師の姿が浮かび上がってくる。「自分自身がスーパーバイズを受ける機会がない」「ひとりしか医師がいないため、自分ひとりの考えに偏ってしまうのではないかと不安」「自分自身が研修を受けていないのに、着任してすぐにスーパーバイザーの役割を求められる」などの意見は切実である。

大学病院から離れると「研究の機会が十分でない」だけでなく、「文献検索や文献複写など、専門的な知識を得るシステムがない」ということにもなる。

子どもや親への支援の方向性を定めるためには、精神科や小児科といった自分の専門分野の知識だけでは太刀打ちできない。法医学など他の診療科の知識や法律的な知識も必要であり「虐待の判断に必要な最低限の法医学や身体医学についての研修が欲しい」との意見が出るのも当然かもしれない。

iii) 他機関（特に医療機関）との連携について

大都市部の場合は、医療機関の数には恵まれているが、児童精神科を専門にする医療機関または医師は全国的に少なく、いずれの児童相談所でも、医療機関の確保には苦勞しているようである。「連携可能な医療機関が少ない」ために、「投薬が必要なケースは、兼務先の病院の自分の外来に紹介する」などの工夫が必要であり、「基本的には地域の医療機関につなぐけれど、紹介先がなかなか無く、たまっていく傾向にある」といった状況は地方の児童相談所に共通している。

研修日も与えられていないため、「大学や地域の精神科医療の関係者との連携が乏しくなりがち」で、「地域の医者との事例検討会で事例を出しても、大変な事例があるんですね、で終わってしまう」など、大学病院や地域の医師と共通の理解を持つことが難しい現状がある。

児童福祉施設との連携でも、本来医師の役割は大きいと思われ、「児相の常勤医師を増やして児童養護施設や児童自立支援施設への支援を厚くする必要がある」が、定期的にそれらの施設に関わっている医師は少ないが、定期的な通所指導に関わっているものも多少は認められる。

iv) 他職種との関係

「多忙ゆえ、他の職員との交流がもてず、職場内で孤立している」との意見の如く、ひとり医者職場であるため、また待遇面の差などから、ややもすれば孤立する可能性もあり、「組織として働くことには気を遣う」のであり、業務中や時間外などで積極的に他職種の職員に働きかける必要がある。

一方他職種からの業務上の医師への期待は高く「医師として、虐待の判断を求められることが多い」「スタッフが医師の判断に依存する傾向がある」「職員の尻拭いをすることも多く、人材育成の面ではマイナスもある」など、他職種から依存されている様子が伺える。

それでも若い医師や児童相談所の経験が浅い医師にとっては「援助方針を決定する際に医師の意見があまり反映されず、不全感を感じる」「ベテランワーカーが仕切っていて、医師の立場が曖昧」など、各々の児童相談所によって医師の役割や医師への期待感が異なっているということも現実ではある。

また、「医学所見が医師以外に伝わりづらい」ことや、「職員の異動が多く、職員のスキルアップをしていくことが困難」など、職員の資質向上の必要性を感じてそれに関わりながらも、その困難性を感じている点も共通していた。

職員のメンタルヘルスやその他の医学的相談にのることも、一人医師職場では必要になるが（横浜市では新人職員研修で、常勤精神科医からこのこともアナウンスしている）、本来の業務に追われるため「職員のメンタルヘルスまではカバーできない」との意見も出ていた。

⑤その他の課題・問題点について

虐待に対する地域の理解は未だ低く、特に一般の精神科医や他科の医師の理解の低さは、連携を形作るにあたって妨げになっている。大学の非常勤講師などとして、年1～2回の講義を行っている者もいるが「医学教育に児童虐待はほとんど取り上げられていないので、児相の経験をそこに生かしていくべきだ」との意見は今後重要である。同様のことは「療育機関とのコミュニケーションも難しい」との意見にあるように、療育機関や教育機関との虐待に対する認識や知識に大きな較差があり、啓発活動も児童相談所の常勤医の重要な役割になる。

最近の傾向として、児童相談所が単独で設立されず、療育センター、婦人相談・障害相談などとの複合施設の一部として作られるようになってきている。そのことのメリットも当然ある（経済効率、利用者の利便性など）だろうが、数少ない医師のエネルギーや時間を割かれることになってしまい「療育センターとの複合施設なので、仕事の配分が難しい」ということになっている。

「後継者がいない」との悩みを抱えている医師も多い中で、若い医師を獲得するためには、より医学的な臨床の場を確保することも大切であり、そのためにも複合施設の構造が求められるであろう。大阪府の2名の常勤医のように、ある程度役割分担ができるよう、複数の医師の配置も望まれる。

⑥まとめ

児童相談所の常勤医の配置もまちまちである上に、医師の業務内容・業務形態も自治体や児童相談所によって大きく異なり、全く標準化されていないことが今回明らかになった。医師に対する期待感

や意見の取り上げられ方の重い軽いすら、一貫していなかった。それは一方で、児童相談所で働く医師は現状では、個人の裁量や判断で、自らの業務の内容や量を定めることができるということでもある。ベテランの医師にとっては自らの職場環境を作り出せるが、若い医師にとってはそれが困難で、児童相談所における自分の役割の不明確さや医師としてのアイデンティティーの動揺に苦しんでいる現状も把握することができた。

児童相談所の医師が本来関わるべき機関は、児童相談所本体はもちろんのこと、医療機関、教育機関、児童福祉施設、里親など多方面に存在している。業務の内容も、精神科面接、小児科的な健診、関係機関（特に医療機関）との連携業務、児相職員や関係機関へのスーパーバイズ、人材育成、援助方針会議など種々の会議への参加、啓発活動など多岐にわたっている。それ故業務は分散してしまい、治療的な業務への関わりが希薄になってしまい、ここでも医師本来の業務から遠ざかってしまう現状が垣間見られた。

また、幅広い業務をこなす資質向上のための研修の機会に恵まれていない現状も明らかになった。児童相談所で必要な知識・経験は医学的なものに止まらない。役所であるが故に法律の知識は欠かせない。そのための研修制度が十分確立されているとは言い難い。自分の専門分野以外の医学的知識も必要になるが、このための機会も十分とは言えない。さらに、精神科や児童精神科医師にとって子どもや親の精神障害は自分の専門分野ではあるが、虐待の事例では時に特殊で困難、複雑である場合も少なくなく、連携する医療機関や専門家の少なさ、スーパーバイズを受ける機会の少なさが、多くの常勤医にとって悩みになっている。

児童相談所に常勤医師が配置されるようになって久しい。しかし、全国的には常勤医を置く児童相談所は未だに少なく、業務の内容もまちまちで、置かれている環境の整備も不十分であることが示された。今後ある程度の業務の標準化と、環境整備が進むことが望まれる。

2) 所長である医師

①参加者の属性

今回の聴き取り調査の協力者のうち6名の医師は、札幌市、名古屋市、福岡市、長崎県、熊本県、大分県の児童相談所所長であった。平成22年度現在で、児童相談所所長である医師は全国で10名であり、そのうちの6名（60%）からの聴き取り調査である。

専門としている診療科の内訳は、3名が精神科、3名が小児科であった。精神科医の3名は全員、精神保健福祉センターでの所長業務経験者で、小児科医のうち2名は保健所長経験者であり、公衆衛生医師としての経験を有している者が6名中5名であった。小児科医のもう1名も、長く行政の療育センターでの勤務経験を有しており、6名共に行政医師としての長年の経験を有していた。

②勤務形態の現状について

6ヶ所の児童相談所はいずれも、婦人相談所、障害者更生相談所、療育機関、教育相談機関などの他

の相談機関を統合した総合センターの中の一部門として位置づけられていた。そのうち3ヶ所の所長は総合センターの所長として各部門を統括しており、3ヶ所は児童相談所部門だけの所長として位置づけられていた。このうち、長崎県は児童相談所以外に、精神保健福祉センター、婦人相談所、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、高次脳機能障害支援センターを統合した長崎県子ども・女性・障害者支援センターの所長として、すべての部門の所長の役割を果たしており、児童相談所業務に関わる時間には制約が大きい勤務形態であった。

③業務内容について

業務内容は、所長としての管理業務が中心となるが、総合センター長が別にいる児童相談所長の場合には、職員の人事に関連した業務を総合センター長が担っている場合もあり、同じ所長の職にあっても組織内での位置づけに違いがある。

1名は附属している療育センターでの診療業務を日常業務として行っているが、他の5名の所長はほとんど診療業務を行っておらず、一時保護児童の診察等は嘱託医が行っていた。しかし、嘱託医のいない緊急時に、診療業務を行っている所長も複数いた。

診療業務を行わないものの、医師である専門性を活かした業務内容として共通しているのは、受理会議、援助方針会議等での専門的立場からの助言と判断である。一時保護や措置等の児童相談所の判断は組織としての判断行為であるが、最終的な責任は所長が負うこととなる。子どもの生命や将来に関わる責任重大な判断には、幅広い経験と専門性や見識が求められる。聴き取り対象となった医師は、医師としての専門性のみならず、行政医師としての長年の幅広い経験、保健・福祉・教育等の関係機関との連携の経験を持っており、重大な責任に耐えうる人材として所長の任に当たっていると見える。

児童相談所長が医師であることを活かしたもうひとつの業務内容は連携業務がある。児童相談所長は要保護児童対策地域協議会をはじめ、様々な会合で関係機関や職能団体の長と意見を交わすことが多い。関係機関の中でも、医師会、小児科医会、精神科医会、保健所・保健センター等との連携は重要であり、医師である所長はその連携の要になっている。また、医療関係以外にも弁護士会や他の職能団体、施設長会や里親会等との連携も築いている所長もいる。医師としての専門性があるからこそ、医療関係者だけでなく、他の職能団体との連携も円滑に進む可能性があると思われる。また、行政医師の専門性を持った児童相談所長の意見は、自治体内部においても児童家庭相談も含めた子ども施策各分野における方針決定においても活用される可能性を持っている。

④業務の課題・問題点について

i) 所長業務と医師業務の兼ね合い

6カ所の児童相談所において、他に常勤医師が配置されているところは1カ所のみであり、他の5カ所は児童相談所の常勤医師は所長一人である。医師である所長は管理業務に追われ医師としての業務はほとんどできない。「もう少し医師としての実務的なかわりがしたい」、「スタッフとどう連携するかがわからない」など、医師としてのアイデンティティの揺らぎも表出されていた。また、最終

決定者である所長と、診断行為を行い診断書を書く医師とが、同一人物であることの弊害もなくはない。そのために、所長以外に常勤医師がいればできていたであろう、もっと数多くの診察や診断、ケアに関する業務、心理職員や一時保護所職員に対する直接的な技術指導等ができない。理想的には、所長以外に常勤医師がいることが望ましい。

ii) 行政医師としての専門性を持って児童相談所長に就任したとしても、聴き取り対象者6名の医師は全員が児童相談所勤務経験は初めてであった。そのため、児童福祉に関連した法制度はもちろん、関連領域である少年法・民法等の法制度についても学ぶ必要がある。また、医師としても精神科医は小児科学を小児科医は精神医学を学び直す必要がある。前述したように、児童相談所長は幅広い専門知識と経験が求められており、そのためには所長業務を続けながら、各分野についての研修受講や学会等への参加など自己研鑽に努める必要がある。理想的には、行政医師としての経験を積むプロセスの中で、児童相談所常勤医師としての経験が何年間かでもあることが望ましい。

iii) 6ヶ所の児童相談所において、4ヶ所において医師の児童相談所長が配置されるまで常勤医師の配置がなかった。全国の多くの児童相談所においても、常勤医不在の歴史が長く、医学的視点や発想が根付いていない環境である。児童虐待防止や社会的養護のネットワークを形成していく上で、医学的観点や発想は欠かせないものであると思われる。医学的発想を十分持たない児童相談所に、新たに医学的発想を根付かせるにあたって、所長に医師を充てるのは早道とは言える。しかし、所長が医師であるからといって、発想が速やかに浸透していくわけでもない。児童福祉司や児童心理司等が長年にわたって醸成してきた児童相談の文化に、新たな医学的発想が加味されブレンドされた児童相談の新文化が形成されてくるまでには、数年はかかると思われる。実際、児童相談所での勤務経験の短い医師からは「ベテランワーカーが仕切っていて、所長の位置づけが曖昧」という戸惑いも語られた。所長であったとしても、医師としては一人職場の大変さや情報共有の難しさがある。理想的には、児童相談所医師（あるいは医師である児童相談所長）という同じ立場の者が相互に情報交換をしあう仕組みが求められる。

⑤まとめ

児童相談所の設置を規定している児童福祉法において、所長の資格要件の第一に医師であることが掲げられているにもかかわらず、全国の児童相談所のうち医師を所長としているのは5%にも満たないのが現状である。さらに、今回の聴き取り調査からは、所長であっても児童相談所以外の福祉機関などの業務も兼務していたり、児童相談所の業務の中での位置づけに大きな違いがあったりすることが明らかになった。このような勤務形態や業務の多様性は、他の行政医師とはかなり異なっているものと思われる。今回は比較していないが、おそらくは医師以外の所長ではこのようなことはないものと推測され、医師が所長を務めることの特異性を示しているものとも考えられる。

所長としての業務は、所長以外の医師とは異なり、診療業務が少なく、管理的な業務のウエイトが

高い。受理会議、援助方針会議などでは、医師としての専門的立場からの助言や判断を行っているが、臨床的な業務がほとんどできないため、所長以外の医師と同様にアイデンティティが不確かになりやすいことも指摘された。医師としての業務を十分に確保するためには、所長以外の常勤医師がいることが望ましい。

児童相談所の所長には幅広い専門知識と経験、特に行政医師としての経験が重要であり、継続的な研修の機会が必要である。できれば、行政医師としての経験を積む中で児童相談所の仕事を体験するような養成システムについても検討が求められる。

4. 全体のまとめと結論

児童相談所の設置が始まって以来、その構成職員として規定されてきたにもかかわらず、これまでほとんど議論されることがないままであった医師の業務について、実際に児童相談所の常勤職員として勤務している医師から直接意見を聴くことができ、そこから児童相談所の常勤医の現状と課題をある程度明らかにすることができた。

現在の児童相談所における常勤医師の勤務形態や業務内容にはかなり多様性があると同時に、常勤であっても児童相談所の業務に十分に専念できない勤務条件であることが多いことも明らかになった。また、医療機関での診療とは異なる業務内容や方式に戸惑うことも多く、ほとんどの児童相談所では医師は一人職場であり、研修の機会も十分でないことから、孤立し、アイデンティティが揺らぎやすいことが指摘された。

児童福祉法の理念に沿った児童相談所の任務を遂行していく上で、医師の役割は非常に重要であると思われる。しかし、現状では児童相談所業務における医師の役割は不明確なままで、現場の一人ひとりの医師が孤軍奮闘して苦悩しているのが実状である。それは所長である医師においても共通の悩みである。このような状況を打開し、精神保健に関する専門家である医師が十分に活用される児童相談所業務についてしっかりと議論をしていくことが重要である。

付録3

聴き取り調査にご協力いただいた常勤医師

共同研究者 金井 剛（横浜中央児童相談所）
藤林武史*（福岡市子ども家庭センター）
協力者 伊藤ゆたか（東京都児童相談センター）
（順不同） 林 露子（川崎市中央児童相談所）
古田洋子（埼玉県中央児童相談所）
坂戸美和子（新潟県中央児童相談所）
田崎みどり（横浜市西部児童相談所）
牧 真吉（名古屋中央児童相談所）
堀 未来（名古屋中央児童相談所）
前田 清（愛知県中央児童・障害者相談センター）
三宅和佳子（大阪府中央子ども家庭センター）
相原加苗（大阪市こども家庭センター）
長谷川弘子（神戸市こども家庭センター）
山本 朗（和歌山県子ども・女性・障害者相談センター）
安常 香（広島県西部こども家庭センター）
中村恭子（熊本市児童相談所）
大塚俊弘*（長崎県こども・女性・障害者支援センター）
小野重遠*（大分県中央児童相談所）
佐藤克之*（熊本県中央児童相談所）
築島 健*（札幌市児童相談所）
金山 学*（名古屋市児童福祉センター）

(*：所長)

5. 考察

1) 医師の位置づけについて

児童相談所は児童福祉法に基づいて都道府県および政令市等が設置する児童福祉に関する公的機関として、子どもや家庭に関する幅広い相談に対応している。今日では、児童虐待に対応する専門機関としての役割が大きくなっているものの、昭和23年の施行以来、児童福祉法は、要保護児童だけでなく、すべての子どもの福祉の増進に寄与することを理念としており、児童相談所はこれまでもそれぞれの時代の子どもと家庭のニーズに応じて相談・援助を行ってきた。

子どもと家庭の多様なニーズに対応するために、児童相談所にはさまざまな専門職が配置され、多職種チームによって相談を受け付け、調査し、診断・判定して、援助を提供するモデルが採用されており、医師もその中に必須の専門職として位置づけられてきた。しかしながら、児童相談所に常勤医師を配置する児童相談所は、発足以来ごく僅かな状態が続き、児童福祉司や児童心理司とは異なり、児童相談所業務の中に明確に位置づけられることなく経過してきた歴史がある。

常勤医師のいる児童相談所は、全国で数カ所の状態が長らく続いてきた。たとえば、昭和42年（1967年）の時点では全国136か所のうち専任の精神科医を置いている所は6か所（7名）であり¹³⁾、昭和55年（1980年）には158か所のうち7か所⁷⁾、平成9年（1997年）には175か所のうち12か所に過ぎなかった²⁶⁾。平成14年（2002年）10月現在の児童相談所に勤務する精神科医を調査した研究では、180か所の児童相談所のうち18か所から常勤精神科医がいることが報告され、それまでよりも増加傾向が認められた^{20, 21)}。近年では、虐待相談件数の増加に対して、児童相談所を增強する動きがあり、児童相談所の増加（平成22年で205か所）に加え、被虐待児の精神医学的評価や治療ニーズが高くなってきたことから、児童相談所業務に関わる精神科医の人数も増加する傾向が認められている。

今回の文献調査でも明らかになったように、児童相談所の医師の位置づけはあいまいなまま今日に至っており、現場で働く医師には戸惑いが多い。しかし、ほとんどの児童相談所には相変わらず1人の医師しかいないのが現状であり、また、病院での臨床経験だけでは対処できない問題に対し、適切な研修や指導を受ける機会がない。平成14年に始まった子どもの虹情報研修センターの児童相談所・情緒障害児短期治療施設・医療機関等医師専門研修は、おそらく児童福祉法施行以来初めての児童相談所の医師を対象とした研修である。研修の場は、児童相談所に勤務する医師の情報交換の場となり、医師の業務を明確化しつつ、適切な研修機会を作ることで、より子どものためになる活動を目指すきっかけになった¹⁹⁾。

わが国の「児童相談」においては、主に就学や職業適性などの相談に対して診察や知能検査などを実施していた戦前の児童相談所の時代から医師が関わっており、その流れは戦後、児童福祉法によって設置された児童相談所にも引き継がれた。このように、わが国の児童相談は、キャロルによるチャイルド・ガイダンスの導入を待つまでもなく、医師が積極的に関与する仕組みと伝統を持っていたものと考えられる。アメリカで誕生したチャイルド・ガイダンスも、もともとは都市部の非行防止活動から発展したものであり、終戦後のわが国の児童相談所が「浮浪児」「非行児」を主に扱ったことと

共通点があるが、アメリカでは民間基金によって普及し、子どもの精神科診療機関としての性格を強めつつ発展し、その後の児童精神医学の基盤となったのに対し⁸⁾、わが国では公的な児童福祉機関として、クリニックとしての機能よりも要保護児童の保護と措置を主体とする行政的な性格が強いものとなった点で大きな違いがある。アメリカ式のチャイルド・ガイダンスについては、昭和11年(1936年)に東京帝国大学脳研究室の村松常雄がわが国の児童精神科診療として導入し、戦後も高木四郎が国立国府台病院児童部で実践を行ったが、その後広く普及することはなかった²²⁾。

それでもなお、わが国の児童相談所の機構と業務にもっとも大きな影響を与えたのは昭和25年から26年にかけてのキャロルの指導であり、ソーシャルワークの技法とともにチャイルド・ガイダンス・クリニックのモデルを紹介した『児童福祉マニュアル』⁹⁾であった。それは児童相談所の三部制として児童相談所の機構に取り入れられ、児童福祉司、児童心理司とともに、精神科医を児童相談所には不可欠な専門職として位置づける役割を果たしたのであった。しかし、児童相談所の医師の役割を論ずるにあたっては、チャイルド・ガイダンス・クリニックのモデルはあまり役立たない。なぜなら、前述のように、アメリカのクリニックはあくまでも児童精神科診療機関であったのに対して、わが国の児童相談所は医療機関ではなく児童福祉機関として位置づけられるものであったからである。わが国の児童福祉ニーズと行政制度の実状の中で、児童相談所は「世界に類のないわが国独特の機関として定着していくことになったのである⁶⁾。

文字どおりのチャイルド・ガイダンス・クリニックのモデルを児童相談所に定着させようとする努力も続けられたが²⁾、児童相談所に関わる精神科医は少なく、昭和39年の運営指針以降では医師の業務や役割に関する記述は減少し、その後も続く児童相談所のあり方や専門職についての議論の中でも言及されることがほとんどなくなり、ひとり取り残されたかのような状況となった。そのような風潮の中で、稲浦と三谷の論文¹³⁾は当時の児童相談所の精神科医の置かれた立場を率直に表しているが、チームの中での不安定な立場、医師としてのアイデンティティの悩みなど、他の専門職がその役割を明確化し、組織化する中で、医師の位置づけが取り残されていたことがよく分かる。

児童相談所の専任医師が増えない状況が続くなかで、平成2年の運営指針からは医師は「嘱託でも可」となり、児童相談所の業務の主流からはますます離れていく傾向が見られている。平成14年の小野ら(2004)の調査でも、常勤医師が少ないことに加えて、非常勤医の児童相談所での勤務時間が非常に少ないことや、常勤医であってもほとんどの場合は1名のみで治療的な関わりに制約が大きいことなど、課題が多いことが示されている。その一方で、77%の児童相談所は専門医の必要性を求めており、児童相談所の業務における医師の必要性はますます高まっていることが示唆されている²⁰⁾。特に、平成18年の運営指針の改訂で児童虐待への対応に医師の役割を期待する記述が加えられたことに示されているように、増加し続ける虐待相談に対応する現在の児童相談所では、虐待に対して医学的見地からの診断、評価、治療ができる医師の必要性が高まってきている。

児童相談所の医師の役割は、その時代における児童相談所の役割や期待によって大きく変わる性質があり、そのことはこれまでの歴史にもよく表れている。終戦後の浮浪児の保護と措置に始まり、非行、心身障害、自閉症、不登校、児童虐待へと、時代とともに中心的なテーマは変遷し、それに応じて求

められる医師の役割も変化してきた。もちろん、どの時代にも共通する医師の役割の基本はあるはずであるが、これまでの児童相談所の歴史では児童相談所運営指針の中で明確には確立していないのが現状である。この点も踏まえて、児童相談所の医師の役割について議論する必要性は高いものと考えられる。

2) 医師の配置状況と業務について

本研究で行った全国の児童相談所の常勤医師についての調査では、全国205か所のうち32か所の相談所に45名の専任または兼任の医師がいることが明らかになり、これまででもっとも多い医師が確認された。しかしながら、児童相談所以外の兼務職を持っていることも多く、児童相談所に専任であったのは12名にとどまった。また、専任であっても、同じ自治体の他の児童相談所を兼務している医師が2名あり、1か所の児童相談所に専任であるのは10名のみであった。さらに、所長の職にある医師が9名いたが、併設している他機関の所長などを兼務している場合が半数あり、所長といえども必ずしも児童相談所専任ではないという実態が明らかにされた。結局、勤務時間の80%以上を児童相談所業務に充てている場合を専任医師と定義すると、全国で22か所の児童相談所で28名ということになるが、それでも平成14年の調査と比べれば若干の増加が認められる。ただし、現在では児童相談所が205か所となっているので、専任医師がいる児童相談所は全体の1割程度であることには大きな変化はない。

児童相談所の専任医師の背景は多様である。医師としての経験年数は平均20年程度で、年齢も40歳代の医師が多いが、児童相談所での経験年数は5年未満がもっとも多く、児童相談所での勤務経験が浅い医師が半数以上を占めていた。自由記述での業務の課題や聴き取り調査の結果からは、一般的な医療機関での診療業務とは異なり、児童相談所の組織や業務の中での戸惑いや不安が多かったことから、医師としての臨床経験がある程度あっても、これらの児童相談所での勤務経験の浅い医師にとっては、児童相談所での業務にはそれだけでは通用しない困難が多いことが示唆される。また、専門領域は児童精神科がもっとも多いが、一般精神科、小児科、公衆衛生を専門とする医師も児童相談所にいる。特に、所長の場合は保健所などの行政医師を経験してきた医師が多く、公衆衛生を専門とする場合が多い。専門領域も含めた医師の多様性は、さまざまな相談に対応する児童相談所業務においては有用なことではあるが、ほとんどの児童相談所には医師が1名しかいないことを考えると、医師としての役割を制約する要因ともなり得るので、自らの専門領域に加えて児童相談所の業務に必要な最低限の他領域の知識と技術を獲得できるようにするか、外部の医師の協力ができるシステムを構築する必要があると考えられる。

医師の業務内容については、管理職であり、児童相談所長としての職権を行使する所長としての医師と、それ以外の職員としての医師とでは、かなり異なることは当然である。所長の場合は管理的な業務が多く、直接子どもや保護者を診察したり面接したりすることは少なくなる。もともと児童福祉法は、医師をはじめ、児童福祉や児童心理の専門家が所長になることを求めているが、これは管理者としての能力というよりも、直接子どもを調査し、判定し、指導するスタッフの指導者としての意味が主であると考えられる。その意味では、児童相談所での臨床経験を十分に持って所長となることが

望ましいが、医師の場合は児童相談所での経験がないまま所長になっていることが多く、指導者としての資質をどのように確保するかが課題といえる。

現実的には、医師が所長の資格要件の第一に挙げられていても、実際に医師が所長をすることはむしろ稀である状態が続いてきているので、所長としてどのように医師を活用するのかについての経験と知識は十分に蓄積されてきていない。この点についても、あらためて議論する必要があると思われる。また、児童相談所の医師が所長のみである場合には、医師としての業務をどのように行っていくかについて（管理業務の軽減や非常勤医師の活用など）も検討する必要がある。

一方、所長以外の医師については、子どもの診察、子どもや保護者への指示・助言・指導、児童福祉司への助言・指導・研修などの業務の割合が高いが、治療的な関わりの割合は低いことが特徴であった。臨床的な業務については、医療機関での診療業務では、治療的な関わりが大きいのに対して、児童相談所では診断・評価が中心となり、それは自由記述や聴き取り調査でも治療的な関わりが十分に持ちにくいという意見として反映されている。児童精神科医療では子どもだけでなく、保護者やその他の関係者との関わりは多いことが一般的であるが、それは児童相談所でも同様である。児童福祉司や児童心理司への助言や指導は児童相談所の医師の主要な業務となるが、これらのスタッフの専門性を十分に理解して効果的な助言・指導ができるようになるためには、やはり児童相談所の医師としての特別な研修や訓練が必要であろう。

その他、児童相談所の医師は、一時保護所の児童の健康管理や医療機関との連絡調整などの業務もあり、それなりの重要性があるものと考えられるが、現行の運営指針にも挙げられている脳波測定についてはほとんど行われておらず、実状とは合っていないことが示唆された。これらの点も踏まえ、医師の業務について、今後十分に議論を行った上で、あらためて定義する必要があると考えられる。

医師の業務内容の再定義とともに、勤務形態や環境についても、十分に検討する必要がある。兼務が多いことだけでなく、専任であっても複数の児童相談所を巡回したり、離れた場所の一時保護所で子どもの診察を行うなど、変則的な勤務形態による負担や業務効率の問題も大きい。また、多くの場合、医師は一人だけであり、同じ職種の先輩や同僚と相談したり指導を受けたりする機会が得られにくい。このような問題は、児童相談所の医師として専念し、その仕事を継続していくことを妨げる要因になり得る。これらの問題については、これまでの運営指針の改訂作業の中では十分に検討された形跡はないので、実際に児童相談所の中で医務業務に携わっている医師の経験と意見を十分に踏まえて、児童相談所の構成、人員配置、組織、研修制度などを検討する必要がある。そのためにも、本研究で得られた医師の勤務の実態や、現場からの意見と要望は貴重な資料である。

現在の児童相談所では、児童虐待に関連する医学的評価と治療のニーズがますます高まってきている。このニーズに応じていくための医師の知識と技術を高めていくシステムを確立することも重要であるが、それだけにとどまらず、広く地域の子どもの福祉と精神保健に寄与する児童福祉に関わる医師のあり方についても関心を持ちながら、児童相談所の医師のあり方についてさらに検討していくことが求められる。本年度の研究の結果を踏まえて、来年度は具体的な業務指針を策定していく予定である。

〈参考文献〉

- 1) 浅賀ふさ：児童相談所のあり方－キャロル女史の批判と指導－児童心理と精神衛生 1: 206-208, 226, 1951.
- 2) Buckle D. & Lebovici S. (下平幸男訳)：児童相談の国際基準. 日本児童福祉協会, 東京, 1965.
- 3) 藤井常文、倉重裕子：キャロル活動報告書と児童相談所改革：児童福祉司はなぜソーシャルワークから取り残されたか. 明石書店, 東京, 2010.
- 4) 稲浦康稔：草創期の児童相談所：大阪の児童福祉・戦後50年記念事業推進委員会（編）：21世紀の子どもと家庭へのメッセージ－大阪の児童福祉・戦後50年記念誌. pp.52-64, 1997.
- 5) 児童福祉法研究会：児童福祉法成立資料集成（上）. ドメス出版. 東京. 1978.
- 6) 柏女霊峰：児童相談所運営指針通史. 淑徳大学大学院総合福祉研究科紀要, 13: 45-64, 2006.
- 7) 上出弘之：児童精神障害に対する福祉対策. 臨床精神医学, 9, 311-315, 1980.
- 8) Kathleen W. Jones (著), 小野善郎 (訳)：アメリカの児童相談の歴史－児童福祉から児童精神医学への展開. 東京；明石書店, 2005.
- 9) 厚生省児童局：児童福祉マニュアル. 日本少年教護協会. 東京. 1951.
- 10) 厚生省児童局：児童相談所執務必携. 日本児童福祉協会, 東京, 1957.
- 11) 厚生省児童局：児童福祉十年の歩み. 日本児童問題調査会, 東京, 1959.
- 12) 厚生省児童局：児童相談所執務必携（昭和39年改訂）. 日本児童福祉協会, 東京, 1964.
- 13) 厚生省児童家庭局企画課：児童相談専門職員の執務分析. 日本児童福祉協会, 東京, 1970.
- 14) 厚生省児童家庭局：児童相談所執務必携. 日本児童福祉協会, 東京, 1977.
- 15) 厚生省児童家庭局企画課：児童相談所運営指針. 日本児童福祉協会, 東京, 1990.
- 16) 厚生省児童家庭局企画課：児童相談所運営指針（改訂版）. 日本児童福祉協会, 東京, 1998.
厚生労働省（才村純監修）：児童相談所運営指針〈平成12年11月改訂版〉. 日本児童福祉協会. 東京, 2001.
- 17) 三宅守一：児童相談所. 厚生省児童局（監修）：児童福祉. 東洋書館, 東京, pp.235-274, 1948.
- 18) 日本児童福祉協会：子ども・家族の相談援助をするために－市町村児童家庭相談援助指針・児童相談所運営指針. 日本児童福祉協会, 東京, 2005.
- 19) 小川芳雄：児童相談所の在り方に就いて. 宮城県中央児童相談所における児童調査の概要. 第一輯 pp.1-3, 1950.
- 20) 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. 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（第8/11）pp.581-608, 2003.
- 21) 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、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.
- 22) 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. 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.368-387, 2004.
- 23) 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.
- 24) 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. 平成16年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）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）pp.38-58, 2005.
- 25) 小野善郎：児童福祉法. 齋藤万比古（編）：子どもの心の診療シリーズ1：子ども心の診療入門. 東京；中山書店, pp.308-313. 2009.
- 26) 清水将之、西田寿美：子どもの精神保健行政について－三重県の場合を考える－. 児童青年精神医学とその近接領域 38, 269-275, 1997.

- 27) 高田正巳：児童福祉法の解説と運用．時事通信社，東京，1951.
- 28) 高木四郎：児童相談の諸問題：（高木四郎著）児童精神医学各論． pp.694-723, 1964.
- 29) 安田生命社会事業団：日本の児童福祉：明治・大正から昭和へ，川島書店．東京．1969.

平成22年度研究報告書

児童相談所の医務業務に関する研究

平成23年 7月26日発行

発行 社会福祉法人 横浜博萌会
子どもの虹情報研修センター
(日本虐待・思春期問題情報研修センター)

編集 子どもの虹情報研修センター
〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地
TEL. 045-871-8011 FAX. 045-871-8091
mail : info@crc-japan.net
URL : <http://www.crc-japan.net>

編集 研究代表者 小野 善郎
共同研究者 金井 剛
藤林 武史

印刷 (株)ガリバー TEL. 045-510-1341(代)