

## 児童相談所における判定の機能及び基準に関する研究

研究第8部 牛島義友

研究第8部 湯川礼子

〈共同研究者〉

国立精神衛生研究所者 池田由子

山梨県中央児童相談所 林茂男

千葉県市川児童相談所 仁科義数

### I 研究目的

児童相談所の設置以来、すでに4半世紀余を経過した。この間、児童相談所の整備・拡充については、その努力がなされてきたとはいえ、必ずしも充分満足すべき状態とはいえず、とくに、業務の専門性・内容の水準に関しては、従来よりとかく批判のあるところである。就中、「判定」のあり方に関しては、これまで、児童についての福祉的処遇の決定、あるいは臨床的活動の基盤的機能をもつものとして、とくに重視され、また、児童相談における臨床チーム論との関連において論議の対象となることも多く、それだけに、児童相談所業務の問題の「根」として批判の矢面に立たされるが多かったように考えられる。更に、そうした批判における問題点の指摘は、いずれも問題提起の域に止まっており、それに対応する具体的方策という点に関しては未だ明確な結論を得ておらず、また今後志向すべき方向性についても、漠然としていて明快な解答が得られていないとの感が強いのである。

しかし、そうした中であっても、児童相談所における「判定」のあり方の模索が全くなかったわけではない。各地域における日常業務の中で、各人が絶えずその方向を追い求め続けてきたものと思われるのである。そのような試みの集約されたものとして、たとえば、昭和42年度厚生科学研究にもとづく報告集「児童相談専門職員の執務分析」（1970）中の大阪府中央児童相談所および大阪市中央児童相談所による判定業務に関するすぐれた分析、提言があり、また、杉本・三沢（1973）による児童

相談所判定機能に関する問題点の指摘、さらには、1970年以来継続しておこなわれている「上級判定員研修」における児童相談所の判定業務担当職員による自己分析的検討など、がある。

ところで、それらの諸報告を通じて、目立つことは、「判定」という概念の理解に著しい差異と混乱がみられるという点である。たとえば、ケースワーカーの判定（診断）能力の軽視、換言すれば、判定はケースワーカーの機能ではなく、臨床心理判定員と医師の機能に属するものであるとする考え、判定担当課（係）においておこなわれる業務が判定であってそれ以外は判定でないとする考え、あるいは、いわゆるクリニックの機能に偏して判定機能を位置づけようとする考え、などはその一例にすぎない。そこには、すくなくとも、児童相談におけるチーム・アプローチとそこにおける判定のあり方、もっと端的にいえば、他に類のない性格と機能を備えた「児童相談所」における児童の処遇決定とその実施過程の中で、「判定機能」をどのように位置づけ、具体化していくかという点についての明確な視点と方策は、必ずしも十分納得できる形では示されていないように見られる。さらに、先にふれたいくつかの報告の中には、それがいかにすぐれているとはいえ、当該児童相談所における「判定業務」の分析の域を出ないものもあり、全児童相談所を網羅した分析になっていないといううらみがある。（ただし、その中であって、大阪府中央児童相談所の分析は、当該児童相談所の問題のみでなく、全児

童相談所にかかわるものとして、高く評価されるべきものと思われる。)

さて、以上のように、児童相談所における判定のとらえ方にはかなり混乱がみられるのであるが、それではその原因はどこにあるのであろうか。これまで指摘されているところによれば、その原因の一つとして、児童相談所の現実機能が複雑多岐にわたっている点あげられる。たとえば、児童相談所の機能は単なる臨床的機能(診断・治療機能)にとどまらず、福祉行政的機能も併せもっているのがその特徴的基本的性格であるが、その基本的性格自体が「判定」機能に混乱を惹起する一因となっているとするものである。いま、かりに児童福祉法<sub>26</sub>・27条にもとづく行政的措置を臨床的機能と関連づけて行使する、いわゆる指導・治療の具体的方途の一環としての措置という考え方を肯定するにしても、純粹な意味における臨床的機能と行政的機能とは必ずしもなじまない面があることは否定できないであろう。児童相談所内部ではその両機能の間にはさまれて、混乱が生じ、「判定」機能そのものの存在理由すら見失ない勝ちになることも少なからずある。原因の二として、種々の学問領域にまたがる各種職能の専門性の低さが指摘されている。この点については、従来、とくにケースワーカーについて厳しい批判のあることは周知のことであるが、いわゆる臨床心理判定員の専門性に関しても同様の批判がないわけではなく、「判定員のアイデンティティ」の問

題として取りあげつけられていることもよく知られている事実である。

原因の三として、児童相談所の最も、基本的な条件の不備が指摘される。すなわち、専門性を云々する以前の問題として、相談需要に対応する必要職員・職能の絶対数の不足、組織整備の立ち遅れ、判定職能の心理学偏向、あるいは、設備、備品、予算など判定機能を支える基盤の脆弱性などが指摘されるが、これらも看過できない要因かもしれない。

上記の諸要因がからみ合って、たとえば、すくなくとも、「児童相談所執務必携」において、現児童相談所における最低限の必須条件としての「判定」のあり方が明示されているにもかかわらず、それすら遵守されていないという実態を生み出していると考えてよいであろう。

もちろん、このようなわれわれの認識は、必ずしも児童相談所の実態についてそのすべてを正確に把握した上で得たものとはいえないわけであり、なお一層の正確な実態把握とその分析をまっして、はじめて、児童相談所の判定機能についての結論を得て将来への方向づけが可能になるものと思われる。

本調査は、以上のような状況にあると考えられる児童相談所の「判定」について、その実態をさらに明確にし、児童相談における「判定」のあり方を、実態に即して、考究しようとするものである。

## II 研究方法

### 1) 調査の枠組

ひと口に判定機能の実態を調査し、分析するといっても、先にも述べたように、「判定」そのものを把えるその枠組の設定如何によって、出現する「判定」の姿はいか様にも変わりうる。

そこでわれわれはまず、判定機能について、便宜的につきのような枠組を考えてみた。

### 1 判定の基盤的側面

- (1) 物的側面(設備、機械器具等)
- (2) 人的側面(職員数、職種、専攻学科、理論的立場等)
- (3) 組織・機構的側面(所の規模・機構等)
- (4) 社会的側面(社会資源の有無、連けい度等)

### 2 判定の機能的側面

- (1) 形式的側面

- (1) 相談過程における各職能の役割、連けい度
- (2) 判定業務における各職能の準拠枠
- (3) conference のあり方
- (4) 臨床的機能と行政的機能との関連
- (2) 内容的側面
  - (1) 臨床診断の信頼性・妥当性
  - (2) 診断・判定と治療・処遇との関連
  - (3) 心理治療ないしケースワーク効果の判定・評価

ところで、この枠組によって、実態を把握するにしても、調査技術、調査期間等の現実的制約があるので、そのすべてをあまねく網羅し、かつ詳細に調査分析することは困難である。そこで、今回の調査は、今後の更に詳しい研究のための予備調査的性格をもつものと仮定し、判定機能の内容そのものを正確に把握するというよりも、むしろその基盤的側面および機能的側面の若干を調査するに止めるという立場をとらざるをえなかったわけであるが、それは先に述べたようにこれらの

点に混乱が多く見られるという認識にもとづいて、これを中心としてとりあげざるをえなかったのがその理由である。

また、本調査で、あえて内容的側面にふれるのを避けたのは、つぎのような理由による。すなわち、臨床的診断に関しては、診断体系自体が、現在の精神医学、異常心理学あるいは臨床心理学の領域の中で、必ずしも確定したものはないように思われることである。たとえば、精神医学における診断分類体系として、アメリカ精神医学会において採用している診断体系DMⅡについても、診断クラスの等質性、信頼性、妥当性に関して批判がないわけではない。もちろん、ある種の問題については、一定の診断基準に関し専門家間において同意が得られている点がないわけではないが、それは診断体系の中のごく一部分であったり、あるいは、診断体系・診断基準が確立している場合であっても、個々の症徴や現象のとらえ方については診断者個人の理論・立場・能力に頼るところが多いため、結果としての診断に一致度の欠けることは、Beckらの研究によっても明らかである。さらに、臨床診断体系・基準そのものは、児童相談所の判定機能において重要な意義をもつとはいえず、それ自体の検討については、各領域の専門家の研究成果にまたねばならぬものであり、児童相談所自体で体系・基準の適否を論ずるには、およそその能力に欠ける点のあることは素直に認めねばならない。もちろん、そうはいっても、児童相談所において扱った、各相談事例について、具体的に分析・検討し、その臨床診断の当否を論ずることが全く不可能ということではない。しかし、先に述べたように、診断担当者によって立つ理論等によって同一現象・症徴に対し付与する臨床上的意味の差は厳然として存在するであろうし、また、それが当然である。加えて、調査担

当者の立場によっても、それらについての評価に差が生ずることも考えられる。したがって、これらの点を問題にすることは、調査技術上、大変むずかしいとの結論に到り、今回の調査の対象からは除外することにした次第である。

## 2) 調査方法・対象

上にのべた枠組にもとづいて、また、児童相談所執務必携に示された判定過程の枠組に準拠して、別紙のような合計30項目よりなる質問紙を作成した。(末尾添付)

これを全国の各児童相談所(150か所)に郵送し、記入、返送方を依頼した。回答は96か所、回収率は64%である。

なおこの調査と同時に児童相談所に勤務する常勤・非常勤の医師320名に対し児相を通じて調査用紙を配布し209名から回答があり、回収率は65%である。調査の内容としては児相における医師の機能及び役割についてであるが調査結果については紙面の都合で割愛した。

## 3) 調査資料の整理方法

資料の整理にあたって、常勤判定員数による外的枠組を設定した。

すなわち以下の三群に分類した。

判定員数	グループ名	児相数
1～2名	A群	33か所
3～4名	B群	37 "
5名以上	C群	26 "

この枠組に準拠して、回答資料の整理分析を行なったが表が繁雑になるためとページ数の都合で判定員人数別の表は省略した。

## III 結 果

### 1) 児童相談所における諸会議の実施状況

諸会議の実施率に見られるように、全般的に会議の開かれる割合は低い。これらの諸会議について、項目別結果を見ると第1表ようになる。

#### 1 会議の回数

アンケートに回答して来た96児童相談所(以下児相)を、A群(判定員数1～2名の33児相)、B群(判定員数3～4名の37児相)、C群(判定員数5名以上の26児相)に分類し、受理会議、判定会議、措置会議が、単独あるいは合同方式にしる何らかの方法で開かれている割合をみると、判定員数に関係なくほとんどの児相で受理

会議、措置会議は一応実施されている。しかし約3割の児相では全く判定会議が実施されていない。これ以外の会議例えば、心理診断会議あるいは社会診断会議等の実施される割合はもっと低い。

#### 2 定期・不定期

受理会議、判定会議、措置会議について見ると、措置会議は判定員数に関係なく、ほとんどの児相で定期的を実施されているが、判定会議は不定期に実施される傾向が強い。

次に会議全体について、定期、不定期の別を見ると、A、Bの児相で合同会議を定期的を実施する傾向があるのに対して、Cの児相では単独会議を定期的を実施する

第1表 諸会議実施状況

	定期	不定期	計	実施率/96
1. 受理	18	15	33	34
2. 判定	9	13	22	23
3. 措置	28	4	32	33
4. 受・措	26	1	27	28
5. 受・判・措	32	1	33	34
6. 判・措	10	3	13	14
7. 社会診断	2	3	5	5
8. 心理判定	13	12	25	26
9. 一保観察	25	4	29	30
10. 協議		1	1	1
11. その他	4	1	5	5

傾向がある。

不定期に実施される会議について見ると、受理会議、判定会議等の単独会議が多い。

次に実施されている全会議を見ると、定期が73.4%、不定期が26.5%で定期の方が多い。一番多く実施されているのは、受理、判定、措置合同会議で32児相（34%）ある。

### 3 一回あたりの時間

会議の内容が種々で、一概にはいえないが、各会議の所要時間の集計結果はほとんど1～2時間に集中しており、平均は2時間程度であり、特に受理、判定、措置各会議の平均所要時間は3時間程度である。A、B、C群別にみると、判定員数の多い児相では3時間以上かける傾向があるのに対して、判定員数の少ない児相では会議にかかる時間も少ない傾向にある。また、予備診断会議も1～3時間の間にあり、平均所要時間は2時間程度である。

提出されるケースの内容によって会議に費やされる時間が変動するのは当然であるが、全体的に見て、会議にかかる時間は少ないように思われる。

### 4 会議参加者

アンケートが自由記述のため、種々な職名で回答されているのははっきりいえないが、参加職種を多い順にみると一応、児童福祉司、心理判定員の順になっていてその他の職種の参加が、どの会議においても少ない。

## 2) 業務分担状況

受け付け相談は、必携通りほとんど児童福祉司、相談員、受け付け相談員が実施している状況にある。受け付け相談を実施している職種を多い順にみると、児童福祉司、相談員、受け付け相談員、心理判定員の順になっ

ている。但し、C群では相談員と受け付け相談員の順が逆になっている。受け付け相談員の設置状況は、96児相のうち約3割弱と少ない。

社会調査・診断は、ほとんどの児相では児童福祉司と相談員で実施されている。

しかし、細かくみると、A群、B群の8児相は心理判定員が実施し、B群の3児相でスーパーバイザーが実施している。

心理検査・判定はほとんどの児相で心理判定員、医師により実施されている。少数の児相でセラピストが実施している。

医学診断はほとんど医師が実施している。脳波技師、保健婦の参加は、医学面での調査結果にあるように、医学的判定をするための協同スタッフと考えられる。

一時保護観察は保母、指導員が中心に実施している、それに心理判定員、児童福祉司、相談員、保健婦、が参加しているという状況にある。

### 3) 児相で扱うかどうかの判断は、だれがどの時点でおこなうかについて

第2表 ケース受理の判断 N=96

	%
イ. 受理面接の段階で	55 (44)
ロ. 受理面接終了後	43 (34)
ハ. 受理会議の段階	27 (22)
ニ. その他	0
回 答 数	125

児相で扱うかどうかの判断の約8割が受理面接あるいは受理面接終了後の段階で決定されている。あとの約2割が受理会議の段階で決定されている。（重複回答なので合計数は児相数より多くなっている。以下同様）

必携では受け付け相談員が受けるべき相談であるか否かを決めることになっている。但し、全然筋違いでない限りは一応すべて受け付け、そして、受け付けるべきものと判断した相談については、担当の児童福祉司に引き継ぎ、必要に応じて児童福祉司が児童記録票に必要事項を追録することになっている。

ところが、本結果で、「ハ、受理会議の段階で決定」が27 (21.6%) 児相ある。この27児相についてはもう少し詳しく分析してみると、イ、ロにはチェックせず、ハと単独で解答しているところは11児相 (40%) だけで、

残り16 (60%) 児相は、イカロのどちらかの項目と併せて回答している。よって単に「受理会議で決定」と回答したのは、11児相だけである。この11児相のなかでも、例えば、「ハが原則であるが、イ、ロの場合もありうる」とか「担当福祉司と措置課長とが相談するなかで変更する」というただし書きのついている児相もある。このようなことから考えて、この11児相のなかには、受理すべきケースかどうかの決定だけでなく、種別やケース扱い上の問題までも含んだ意味で考えて回答してきたものが含まれているとも推測される。

以上から、設問が誤解を招きやすかったこともあると考えられるが、回答者の意識のなかで、児相で扱うかどうかの判断というなかに、ケース扱いということまでも考えた上で、受理会議で正式決定するんだというように回答した児相もなかにはあるようである。

以上のことから考えて、実際は必携に示すようにほとんど受理面接終了時には決定されていると考えてよいと思われる。

児相が、インフォメーションセンターとしての機能をもつ以上、かなり広範囲の問題が扱う対象になる訳であり、健全育成関係においてはケースにならなくとも扱う業務にはなるし、一応児童に関する問題であればほとんど全てのものを扱うことになるものと考ええる。

#### 4) 受理したケースの担当者を決定する場合の方法について

社会診断、心理判定、医学診断とも第3表に示したように「③内容にかかわらず各担当者が一通りすべての問題を扱う」という決定因が一番多い。特に社会診断は地区担当制をとっているところが多いのでこの回答に集中

する傾向がある。

心理判定の場合は、例えば心理テストを考えてみると投影法の解釈は相当の習熟度が要求されそのテストの扱い方いかんでかなりの危険性が考えられる。そのため心理判定員は先ず個々のテストなり面接法について深い知識と豊富な経験が必要である。従って相談の内容別、問題別を考える以前の問題としてどんな技術をもっているかによってケースを扱う判定員を決定することになるのであろう。

#### 5) 前記(4)について現在採用している方法の長所と短所、および改善の具体的方途について

##### 社会診断領域

特徴としては設問4)の回答との関連上ここでも同様にある項目に回答が集中した傾向にある。各項目別に長所・短所・改善策は述べられているが、一番数の多いのは項目3の「一通りすべてのケースを扱う」というところである。それについての特徴ということで以下のものがあげられている。

長所○種々の問題について習熟でき、職員としての一通りの器量が備わる。

○地区担当で地区の事情に通じ、連絡が密になり一貫した指導ができる。

短所○専門的に深めにくい。

○担当者により処理能力、力量の差がでてくる。  
改善策○人員増・研修制度の確立・スーパーバイザー制度の確立。

##### 心理診断領域

児童福祉司と同じように、一通りすべてのケースを扱

	社会診断	心理判定	医学診断
1. 相談の内容問題別に担当者がきまっている	8 ( 8.3) %	2 ( 2.0) %	25 ( 26.0) %
2. 内容、問題別ではないが技量、内容を考えきめる	5 ( 5.2)	14 ( 14.5)	9 ( 9.3)
3. 内容にかかわらず各担当者が一通りすべての問題を扱う	68 ( 70.8)	57 ( 59.3)	33 ( 34.3)
4. 内容、問題別と全般的担当を併用	12 ( 12.5)	17 ( 17.7)	10 ( 10.4)
5. その他	2 ( 2.0)	4 ( 4.2)	4 ( 4.1)
無記入	1 ( 1.0)	2 ( 2.0)	15 ( 15.6)
計	96 (100.0)	96 (100.0)	96 (100.0)

第4表 ケース取扱い方法の決定

N=96

	社 会	心 理	医 学
1. 担当者個人の判断	56(58.3)%	56(58.3)%	68(70.8)%
2. 主として担当者がきめるかスーパービジョンをうける	23(24.0)	16(16.7)	2(2.1)
3. その都度課長等が指示	7(7.3)	6(6.3)	2(2.1)
4. 会議等で検討しきめる	16(16.7)	10(10.4)	3(3.1)
5. 各関係者の個別協議	14(14.6)	15(15.6)	7(3.1)
無 記 入	1(1.0)	1(1.0)	14(14.6)
回 答 数	117	104	96

うということが一番多く、次のような長所・短所・改善策があげられている。

長所○幅広い経験が得られ児童理解についての視野が広がる。

○判定員業務の平均化がはかれる。

短所○ケース内容の理解、取扱いが浅くなる。問題が複雑な場合技術不足を感じる。

改善策○人員増、研修制度の確立、スーパーバイザー制度の確立

#### 医学診断領域

非常勤嘱託医がほとんどであり、そのうち精神科医が320名中188名(59%)を占め、次に小児科が61名(19%)、整形外科27名(9%)という現状にあるため、ここでも、常勤医を欲しいということと、小児科医等(精神科医以外)の医師を常勤医としてほしいということが、児童福祉司、心理判定員の強い希望として出されていると見られる。

#### 6) 受理ケースについての取扱い方法の選択の決定

社会診断ではアンケートに回答してきた96児相のうち56児相(58%)では受理したケースについての社会的側面の取扱い方法は「担当者個人の判断にまかされている」。この項に対する回答はA群では55%、B群では43%、C群では85%である。

次に多いのは「主として担当者個人が決めるが、スーパービジョンをうける」とする項で23児相(24%)であり、A群の6児相(18%)、B群の10児相(27%)、C群の7児相(27%)である。

執務必携にしめされている「会議によって取扱い方法を決定していく」と回答した児相は16カ所(17%)にすぎない。「各関係者の個別協議」によっている児相が14カ所(15%)であり、B群、C群の児相に多い傾向があり、A群の児相では職員数が少いため、各関係者の協議というよりも、会議という形で討議されているようである。その都度、課長(係長)やスーパーバイザーが指示

する」は7児相(7%)でC群の児相にはみられない。

心理的領域では96児相のうち56(58%)児相でケースの取扱い方法を担当者個人にまかせている状況である。そして「主として担当者個人できめるが、スーパービジョンをうける」が16(17%)児相で、回答した四分の三の児相が担当者の判断にまかせている状況にある。A群の児相では「全く個人にまかせられている」が54%あり「主として担当者がきめるが、スーパービジョンをうける」とするのが12%である。B群の児相では「担当者個人の判断にまかせている」と回答した児相が51%あり、「主として担当者個人できめるが、スーパービジョンをうける」とするのが24%である。次にC群の児相では「まったく個人の判断にまかせている」ものが62%あり「主として担当者個人できめるが、スーパービジョンをうける」と回答した児相が12%ある。

「各関係者の個別協議によっている」と回答した児相はA群で18%、B群で14%、C群は15%となっている。「会議、グループ・スーパービジョンなどで検討しきめる」とするのは96児相中、10児相で1割程度の状況である。

「その都度、課長(係長)やスーパーバイザーが指示する」ところは96児相中、6児相にすぎない。

医学的領域についても68(71%)児相で「担当者個人の判断にまかされている」状況である。この項についてA群では25カ所(76%)、B群では23カ所(62%)、C群では20カ所(77%)となっている。次に「各関係者の個別協議によっている」とするのは96児相のうち7児相(7%)で、他の項目についても2%~3%である。「会議、グループ・スーパービジョンなどで検討しきめる」とする児相は3児相のみである。A群の児相で1カ所、B群では2カ所である。C群にはみられない。ならば、その他無記入が14児相(15%)である。

#### 7) ケースへのかかわり方

ケースワーカーのケースへのアプローチの方法は回答のあった96児相の中で50カ所(52%)が「診断から入っ

第5表 ケースへのかかわり方

	ケースワーカー	心理判定員
1. ケース診断から	50( 52.1) %	22( 22.9) %
2. 治療的かかわりから	2( 2.1)	2( 2.1)
3. どちらかといえば	30( 31.3)	51( 53.1)
4. 治療的	5( 5.2)	15( 15.6)
5. どちらともいえない	8( 8.3)	8( 8.3)
無記入	1( 1.0)	1( 1.0)
計	96(100.0)	96(100.0)

ている」次に「ケースの性格によって両者を使いわけているが、どちらか、といえば診断的アプローチの方が多い」と回答した児相が30カ所(31%)ある。これに対し「治療的かかわり」あるいは「どちらかといえば治療的アプローチ」は7カ所(7%)である。この結果からみると約8割の児相が診断的立場でケースにアプローチしていることになる。

このような立場をとる理由としては「診断から」とする児相の約半数が指導方針策定のために挙げている。また「どちらかという診断的」とする児相の6割が、児相のケース扱いの流れが診断から始まっているので、としている。残りの理由づけは、主として職員の技術水準の低さをカバーするために診断から入るとしている。

これに対して「治療的かかわりから」とする理由は治療こそ本来の任務とするもの等である。

心理判定員がケースへかかわる「かかわり方」としては「ケースの性格によって両者を使いわけているが、どちらかといえば診断的アプローチの方が多い」とする回答が、全体の約半数を占めている。次に多いのが「ケースの診断から入ることが多い」とする回答で23%である。以上の2つの項目を合わせると、全体の四分之三の児相が診断的な立場からケースへかかわっているといえる。

このようなかかわり方をとる理由として、「一応問題点を明確にして、治療的アプローチをとり、さらにその過程で診断を行う」とするものが多数あげられている。次に「児相の現行体制が児童の診断から治療へ」となっているからとする理由も比較的多い理由づけである。これらの他に、「扱うケース量が多く、診断的アプローチ

だけで処理してしまう」とする所もみられる。

これに対して、「……どちらかといえば治療的かかわりから入ることが多い」とする回答が16%みられ、これに「治療的かかわりから入ることが多い」とする2%を加えると、約2割弱の児相において、判定員によるケース扱いの当初から、いわゆる治療的にかかわっているといえる。

このような、かかわり方をとる理由として、「治療機能が児相の役割」であり、「ケースを指導(治療)し正常化することが使命」であるとしている。この他の理由としては、「診断から入ると治療的にかかわりがもちにくい」とか「正確な診断に近づけるため」あるいは「ケースの内容が知能診断を求められている場合が多い」からとなっている。

### 8) 各診断において重視される目的

本項においては各診断領域において重視される診断目的の傾向を明らかにしようとする意図した。

第6表 診断目的の重視点

N=96

項 目	選択した数		
	社会	心理	医学
1. 問題の原因と思われる要因の論証	91	87	63
2. 現在の問題に対するクライアントの反応の確認	79	36	12
3. 病理的過程の拡がりや重篤性の統計的評価	5	12	21
4. 現在の問題の程度の評価	82	29	50
5. 予後あるいは今後おこりそうな経過の推定	71	68	43
6. 特定の治療・処遇に関する合理的基礎の提供	35	63	56
7. クライアントやその関係者とケースを話し合うための資料作成	44	33	11
8. データの分析、統計的分析のための資料作成	6	2	0
9. 問題の性質や治療・処遇効果を説明する規制についての仮説設定	29	53	23
10. 器質的障害と機能的障害の区別	11	22	71
11. その他なし無記入	1		14

\*各欄は回答児相数

第6表にみられるように、社会診断については、各児相群とも、回答項目1・2・4・5に集中している。即

第7表 診断目的の確認方法

N=96

	社 会	心 理	医 学
1. 会議で確認	36(37.5) <sup>%</sup>	26(27.1) <sup>%</sup>	8( 8.3) <sup>%</sup>
2. 担当者個人にまかされるが一応スーパービジョン行なう	18(18.8)	17(17.7)	1(21.0)
3. 担当者個人一任	18(18.8)	17(17.7)	44(45.8)
4. 各関係者の個別協議	37(38.5)	46(47.9)	25(26.0)
5. その他	1( 1.0)	1( 1.0)	
無 記 入	1( 1.0)	1( 1.0)	18(18.8)
回 答 数	111	108	96

ち各児相群とも社会診断における診断目的は問題の原因と思われる要因の論証を中心に、問題に対するクライアントの反応、問題性の評価、さらに予後の見通しを立てるために行っているといえよう。

特に重視するとした項目は1が共通して高い選択を示している。

心理判定については1・4・5・6に集中し、さらに9項も挙げている。また特に重視するとした項はA・B群では1の項に、C群で9項が高い。心理判定を行なう際の診断目的は、問題原因を論証し、問題性の評価を経て治療・処遇に関する合理的基礎を獲得し、さらに予後の見通しをたてることにおいている。

医学診断においては1・6・10に集中し、次いで4を挙げている。重視するのは各児相群とも項目10である。医学診断では器質的あるいは機能的障害についての鑑別診断と治療処遇についての合理的基礎を得るという目的と、問題要因の論証と治療処遇についての合理的方策という目的の二面がみられる。

### 9) 診断目的の確認方法について

社会診断についての診断目的の確認の方法は、回答してきた96児相のうち37児相(39%)で「各関係者の個別協議によって」、次に36児相(38%)で「会議で確認する」、といった結果が出ている。まったく「担当者個人に一任されている」と回答してきた児相が18か所(19%)認められる。

「会議による確認」と回答してきた児相の内訳は、A群の児相で45%と多い。B群では32%、C群の児相では35%となっている。これは規模が大きくなるに従って会議での確認がされにくい傾向があるということになる。この理由としては、規模の小さい所ほど関係者が集まりやすいためと思われる。「各関係者の個別協議によって」児相は各群とも同比率で40%前後である。全体的

にみても約8割のケースが何らかの形でチェックを受けて診断が行なわれているようである。

心理判定においては回答のあった96児相のうち46児相(48%)で「各関係者の個別協議によって」という結果がでている。次に多いのは「会議で確認する」で26児相(27%)ある。「担当者個人に一任されている」と回答した児相が17か所(18%)ある。

「個別協議」と「会議による」を合わせると8割のケースは何らかの形でチェックを受けているといえる。心理判定の場合は社会診断にくらべ、「個別協議」がやや多い傾向がみられる。これは判定員の技倆がそれぞれ違うことと、相談内容が種々様々であるので、その内容により確認方法も異なってくるためかもしれない。担当者にとって容易なケースはそれぞれの担当者の裁量に任せられる部分が大きく、ケースについてはスーパービジョンを受けるとか、各関係者と協議するとか、あるいは会議に提出するという方法によっているかもしれない。

医学的診断の確認の方法は回答のあった96児相のうち44児相(46%)で「担当者個人に一任されている」である。次に「各関係者の個別協議によって」いる児相が25児相(26%)ある。

### 10) 社会調査のための調査票、あるいはチェックリストを使用しているか

第8表 調査票使用状況

使用している	45 ( 46.9) <sup>%</sup>
使用していない	50 ( 52.1)
無 記 入	1 ( 1.0)
計	96 (100.0)



アンケート結果によると回答のあった96児相のうち45児相（47%）で調査票、チェックリストを使用している状況である。使用していない、と回答した児相は50ヵ所（52%）ある。

約半数の児相で使用していると回答しているが、送付された内容を見ると、児童記録票、家庭、学校の調査票がほとんどで、その中でチェックリスト方式をとり入れている。その内容については「必携」に示されている調査事項が大部分である。使用していないと回答した児相は、それぞれ独自の様式で児童記録票、調査票をもちいているようだ。チェックリストと云ったので特別な用式と判断され送付されなかったのではないと思われる。重心、精薄、非行は調査票を作成して、ケース診断に役立っている児相もある。

### 11) 心理判定におけるテスト・バッテリー

児童相談所における判定、なかでも心理判定において、テスト・バッテリーという概念が、どのように組み入れられているのか、その実態をみようとした。

第9表 テストバッテリー

特に組んでいない	23 ( 24.0 ) %
一応組む	47 ( 49.0 )
時に組む	24 ( 25.0 )
無記入	2 ( 2.0 )
計	96 (100.0)

第9表にみるように、96児童相談所中の23ヵ所では「特に組んでいない」としている。A群で7児童相談所（21.2%）、B群で9児童相談所（24.3%）、C群で7児童相談所（26.9%）である。この結果から判定員数が多くなるにつれて増加する傾向があると言えよう。次に、その理由づけとして「……児童の問題・実情に応じて……」「……柔軟に対処……」、「……面接して、その印象から……」、「クライアントの動きによって……」とするものが比較的目立つ。このような理由づけの背景には、児童のもつ問題性はそれぞれのケースにより微妙に異なっており、その問題の解明の手段として、特定のしかも固定したテストバッテリーを組んでおくことは、固定された側面からの、しかも静的な人格像しか把握できず、児童の生き生きとした人格像とは程遠い理解に終るとする考え方があるのかもしれない。このような立場から（「特に組まない」）と回答した児童相談所は、判定員数の多少により分類した各児童相談所群に共通してみられるが、ややA群に多いように見うけられる。

以上の立場に比して、「……組むまでにテストに精通

していない……」、あるいは「……組むだけの統一理論を持っていない」とする判定員自身の技量による理由づけはA群のみにみられる。この理由づけに対応するものとして、他の児童相談所群では（「特に組まない」）と回答しながらも、「……判定員の……判定技能に一任……」あるいは「……判定員個人の判断で適宜……」というように、判定員それぞれの技量あるいは経験によるテストの選択、それによるバッテリー化を示唆する理由づけがあげられる。このような理由づけは、B群とC群とにのみみられるが、このような違いは、判定員数の多い児童相談所においては、機構上判定員を中心とする部門が独立しており、回答にさいして、個々の判定員の個人的見解が除去された形で記載されたことに由来しているものと思われる。

テスト・バッテリーを組むことに対して、「……組むだけの人員および時間がない」あるいは「時間的制約がある」とする理由づけが、少数ではあるが判定員数の多い児童相談所群にみられる。

またごく少数ではあるが、「必要を感じない」とする理由を記載している児童相談所がみられる。このような理由を掲げる背景には、様々な拠って立つ立場もあると推測されるが、心理判定において、テスト・バッテリーの必要性を感じないとする真意がどこにあるのか、いまま少し詳しい記述があれば、我々の理解も深まったかもしれない。同じように、必要を感じないとする意見を記した児童相談所が1ヵ所みられるが、その意見には、「治療に先だって、必ずしも一定のテストをする必要を感じない」という条件をつけ、記述者の立場を明示している。

「一応組んでいる」とする児童相談所は全体の49.0%・47児童相談所であり、A群とC群とではほぼ同率であるが、B群でやや低い割合となっている。

次に「時に組むこともある」とする回答は、24児童相談所で全体の四分の一で、B群・A群・C群の順で回答率が低下している。

以上の「一応組んでいる」または「時に組むこともある」とした回答を合わせると71児童相談所（74.0%）であり、そこに記載されていた総数103のテスト・バッテリーについて、詳述は避けるが、バッテリーを構成する検査等の種別から児童の知的側面あるいは発達面の検討を中心とするバッテリー群と児童の人格像やパーソナリティ特性の検討を中心とする群とに大別しうるのである。

以上の各テスト・バッテリーを構成する検査は38種類であり、これに単に「知能検査」あるいは「パーソナリティ・テスト」のように、一般的名称により記されたも

のと、面接、行動観察ならびに医学的検査等をも計上すると、延総数506件におよび、1バッテリー当たり平均約5つの検査等が用いられていることになる。

用いられている検査は38種類であるが、児相内で使用頻度の高い心理検査は、限定されているかにみうけられる。知的側面においてはWISC知能診断検査が43と最も多く、次に田中ビネー知能検査と鈴木ビネー知能検査とが23と同数である。

人格的側面では文章完成法テスト、ロールシャッハテスト、絵画欲求不満テスト、矢田部ギルフォードテストが多く用いられている。多用されている検査は投影法に分類されるものではあるが、傾向としては、どちらかという、手続き上児童と対面しなくても実施可能なテストが活用されているようである。

次にテスト・バッテリーの中であるが、精神薄弱児に対して知能検査のみを実施している所から、知能検査の他社会生活能力検査、脳波検査さらに神経学的検査によりバッテリーを構成している所まで様々である。が、いして、心身障害関係用として示されたテスト・バッテリーは非行関係や情緒障害関係用のバッテリーよりも少ない検査でしかも知的側面を中心に構成されており、バッテリーの中は狭いと言える。これに対して、非行児用や情緒障害児用は人格検査を中心に知能検査その他と組み合わせ平均3ないし4のテストからバッテリーが構成されている。特に面接が非行関係に集中的にみられるのが特徴である。

## 12) 診断上とくに重視している技法等

この項目において、11) テスト・バッテリーで述べた技法等が、実際にどのように採用されているのか、その実態をみようとしたものである。96児童相談所中の21児童相談所(21.9%)のみに重視する技法等があると回答している。これら技法等として記載された27個の回答について、次の6種類に分類できる。すなわち、①テスト ②チェック・リスト ③理論 ④その他 ⑤上記の組み合わせ ⑥記録票 である。

この質問項目への回答が20%強であるという結果を表面的にとらえると、児童相談所内部には診断上の特定の判断において、中核となるものの考え方が定着していないと言えるかもしれない。しかし、設問に「貴所で…」という第一の規定と、「……とくに重視……」という第二の規定とを含んでいる以上、回答は厳しく限定されたといえる。したがって、この設問に20%強の回答があったという事実は21の児童相談所において所内で特に重視している判断の共通の枠組みを有しているといえよう。

## 13) 総合判定を志向する統合作業

この項目においては児童相談所で行なわれる各診断が統合される状況をもよとした。

第10表 総合判定のための統合作業

イ. 全く行なっていない	5 ( 5.2 ) %
ロ. ケースにより行なっている	81 ( 84.4 )
ハ. すべてのケースに行なっている	9 ( 9.4 )
無 記 入	1 ( 1.0 )
計	96 (100.0)

第10表にみるように、96児童相談所中の81児相(84.4%)が「ケースによっておこなっている」とし、これに「すべてのケースについておこなっている」とする9児相(9.4%)を加えると、90児相(93.8%)が総合判定への統合作業を行なっていることになる。

その理由をみると全般的傾向としては「指導方針策定のため」とするのが全体の44%を占め、その実施割合は「20%」以下である。この傾向は各児相群に共通である。

この項目をさらに細かくみると各児相群ともに「法26条、27条の措置と触法行為等のケース、または面接指導IIが予想されるケース」に過半数の回答が分類されている。

次に多い理由はA群とC群共に「統合作業に必要な専門職員の不足」であり、それぞれ27%と25%である。B群では、「問題内容により各診断の重みが異なる」であり、29%となっている。

統合作業実施の割合であるが、各児相群共に「20%以下」に分類される回答が最も多いことは前述のとおりである。ちなみに、今回の調査に統合作業を行なうとし、その割合を明示した84児童相談所について、平均をとると、全体が34.3%、A群が35.1%、B群が42.6%、C群が25.0%である。

## 14) 関係者間の意見調整

各診断にもとづく意見がくい違った際の調整が、どのように行われているかをみると、全般的傾向として、各児相群とも「できるだけ調整して、ひとつの方向づけをするようにしている」が65%以上である。このような努力に次いで、B群ならびにC群では「意見や見解の相違は明確にするが、主担当者の判断を尊重し、とくに調整

第11表 関係者間の意見調整

N=96

	%
イ. できるだけ調整	67 (69.8)
ロ. 主担当者の判断を尊重	16 (16.7)
ハ. 経過をみて修正	13 (13.5)
ニ. 発言者の立場で決定される	4 (4.2)
ホ. その他	
回答数	100

しない」あるいは、A群で「かりにどれかひとつの診断、評価を採用し、以後の取扱い経過をみて修正するという形で調整する」としている。

### 15) 判定後における情報のフィードバック

児童相談所で行なわれる診断や判定の妥当性や信頼性を高めるために必要な情報を、どのようにフィードバックさせているのか、その実態をしようとしたのである。

第12表 情報のフィードバック システム N=96

	%
イ. 大部分のケースについてフィードバックある	2 (2.1)
ロ. 継続ケースのみある	71 (74.0)
ハ. 大部分フィードバックない	5 (5.2)
ニ. 施設措置児フィードバック修正ある	38 (39.6)
ホ. 施設措置児フィードバックあるが修正ない	17 (17.7)
ヘ. 意図的にフィードバックはかる	28 (29.2)
ト. その他	4 (4.2)
回答数	165

第12表にみるように、各児相群ともに「継続的または直接的に扱っているケースについてはフィードバックがあるが、その他についてはほとんどない」とする児童相談所が70%から80%みられる。次いで「施設へ措置した児童について情報がフィードバックされ、再吟味・修正がおこなわれている」とする児童相談所が25%から50%にみられる。この他「特定のケースについて、調査などにより意図的にフィードバックをはかっている」とする児童相談所も30%前後見られる。この意図的にフィードバックをはかる特定のケースとしてあげられている内容は、A群においては三歳児検診で発見された障害児、継続して行なった通所治療ケース、児童福祉司による指導措置をとったケース、ならびに他の治療機関へ紹介したケースである。情報収集の手段は電話、手紙によるもの他に、施設で定期的にケースカンファレンスを行なおうとする児童相談所もみられた。B群およびC群

においても、A群と大差のない対象について行なっているが、B群に担当者の研究的関心から行なうとした児童相談所が1カ所みられた。

この項目において「大部分のケースについて情報のフィードバックがあり、当初の診断(判定)の再吟味と修正がおこなわれている」とする児相はA群に2カ所みられるだけである。

### 16) 総合指導案の実際上の立案者

総合指導案が実際には誰がどのように立案しているのか、その現状はどうかを知るのが目的であるが、この質問では個人を指しているように受けとられたためか全体的な傾向としてはケース担当者とする回答が多く32%の出現率であり、中には判定員、福祉司などと注釈をつけているものもあるが、多くはケース担当者とのみ記されている。福祉司と回答したのも多く22%の出現率、次いで判定員が16%の出現率であった。その他では、会議とするもの13%、各々の課長とするもの11%であり、中には所長と回答したところが4児相見受けられた。

### 17) 総合判定結果の活用について

総合判定の結果の活用領域は広範囲にわたっており、措置会議、法的措置に関するものが34%の出現率で、措置後(施設入所後)の指導に関するものが21%の数値であり、又各ケースについては福祉司の指導が16%、通所指導が11%、継続指導が40%、ケースの処遇が15%、関係機関についてが22%、保護者に対するものが8%という結果であり、中では措置会議に関するものと継続指導の数値は高くなっている。

相談所の規模別にみると、A群は継続指導に利用されることが多く64%を占めている。B群は措置会議、法的措置に活用しているとする回答が38%と中では多いが、その他は平均的に数値が出現している。C群においては、措置会議、法的措置に54%と多くの回答がみられ、次いで継続指導が38%と数値が高くなっている。

### 18) 判定結果に基づく適切な治療や処遇の実現が困難な場合の具体的対応策について

判定が現実との関わりの中でどのように理解されているのか、またどのようにそれに具体的に処置しているかをみようとした。まず適切な治療や処遇が困難なのはどのような場合であるかを自由記述の回答の内容から次の8項目に分類した。

- ①理論と現実のギャップ
- ②周囲の承諾、協力が得られない
- ③治療の場の不足

- ④児相の内部的問題
- ⑤社会的障害
- ⑥施設の不足
- ⑦児相の力量を越える

この中で②周囲の協力が得られないとするのは各相談所の共通した傾向のようであり21%の出現率である。次いで④児相の内部的問題、即ち技量、時間、設備、人手不足、地理的条件による治療的アプローチの障害になっているとする意見も多く、これは判定員の少ないA群に多くその傾向がみられた。また質問の内容をかなり反映した①理論と現実の差が大きいとする意見も9%みられた。

そこで治療や処遇の実現が困難な場合にどのような取り組み方をしているのかその関連をとらえてみた。

これは実現が困難である場合とその対処方法を対比させた回答が少なく、困難である場合だけの回答であったり、又対処の方法だけ記述してあったりするので、相談所ごとの特徴や意見の傾向としてはとらえきれないので、回答されたものを各領域ごとに整理したものである。

- ・理論と現実のギャップの場合の対処方法としては、その多くが最初の指導方針を基本的には持ちながら、より現実的な方法を取り入れるとする意見であり、広議において、指導方針は守られていると言えよう。

- ・周囲の承諾、協力が得られないという場合においては、所内において、方針の再検討などにより、積極的な姿勢で対処し指導を進めるとするものと、解除終結はやむを得ないとする両極端の意見が対立している。その他には他機関への依頼又は社会資源の活用が多くその傾向を示している。

- ・内部的な問題の解決には、これは圧倒的に他の専門機関への依頼が多く意見として出されてきている。

- ・受け入れ等社会的な受け入れの障害についてはフォロ

第13表 専門的判定の程度

	社会診断	心理判定	医学診断	総合判定
1. かなりの部分専門的判定ができる	6 ( 6.3) %	11 ( 11.5) %	17 ( 17.7) %	6 ( 6.2) %
2. ある程度 "	53 ( 55.2)	61 ( 63.5)	48 ( 50.0)	55 ( 57.3)
3. 僅かだが "	27 ( 28.1)	21 ( 21.9)	18 ( 18.8)	27 ( 28.1)
4. ほとんどできない	9 ( 9.4)	3 ( 3.1)	3 ( 3.1)	2 ( 2.1)
5. その他 無記入	1 ( 1.0)		10 ( 10.4)	6 ( 6.3)
計	96 (100.0)	96 (100.0)	96 (100.0)	96 (100.0)

ー・アップをしていくという段階にとどまっている。

### 19) 統合化のプロセスの中で専門的な判定(診断)の可能性の評価

この項目においては専門的な判定(診断)を意識水準でどうとらえているか、ということ把握するものである。

全体的な傾向としては、社会、心理、医学、総合判定の各領域とも、「2 ある程度専門的判定(ニードの把握)、治療、処遇法の決定ができる」の項目に高い数値が占められており、そのほとんどは50~60%である。次いで「3 わずかだが専門的判定(ニードの把握)、治療、処遇法の決定ができる」となっている。

次に前記の専門的判定の可能な程度が「2 ある程度できる」「3 わずかだができる」「4 ほとんどできない」と回答したものに対してどの点が弱体であるために専門的判定ができないのかをたずねてみた。

社会診断では全体的な傾向として専門性の問題を第一に挙げており、専門的知識の不足により確立された診断体系がない、専門的アプローチがなされていないとする意見がみられる。次いでスタッフの不足により事務量が多く時間の余裕がないとする意見が多い。専門職制の確立の問題、人事配置への批判、スーパーバイザー制の必要性が目立っている。

心理判定ではかなり幅広く問題点が出現しており、判定員個人の問題から制度上のものまでである。大別すると専門性の問題、スタッフの問題、職員の問題、相談所の機能そのものの問題、他職種とのチームワークの問題、スーパービジョン制が挙げられている。専門性の問題は各児相に共通してみられる傾向であり、スタッフの不足により全相談のニードに応じきれないという意見は判定員の少ないA群に多くみられた。

医学診断の全体的な傾向としては嘱託医であるための

第14表 判定不可能な場合の解決法

	社会診断	心理判定	医学診断
	%	%	%
イ. 他の専門機関を利用	43 (44.8)	45 (46.9)	72 (75.0)
ロ. できない部分を明確にする程度	16 (16.7)	21 (21.9)	5 (5.2)
ハ. 補完的試みやっていない	20 (20.8)	14 (14.6)	8 (8.3)
ニ. その他	3 (3.1)	3 (3.1)	
無記入	14 (14.6)	13 (13.5)	11 (11.5)
計	96 (100.0)	96 (100.0)	96 (100.0)

諸問題が多くを占めている。

## 20) 児童相談所自体で専門的判定(診断)ができない要因

この項目は、専門的判定ができない場合が時に起り得るが、その場合に何が障害となっているのかその原因をとらえようとするものである。

原因を①業務上の諸問題②職員の教育研修の問題③他の専門職の必要性④制度上の諸問題に大別した。業務上の諸問題が各児相とも高く回答が出現しており全体的にも100%の出現率を示す。これはやはりA群に多い傾向を示している。又職員の教育・研修の問題も多く57%の出現率を示す。制度上の諸問題においてもA群が高い傾向にある。

全般的に把握した場合では、嘱託医であるために専門的な診察が不十分になるという意見が多い。又各部門の専門家不足、人員不足などにより業務量が多くなり、専門的な判定まで行きとどかないとする意見も多い。

専門性の確立については、現状では学問的にも未熟であり、大学卒程度では専門家として不十分であるとする職員の質的問題と大学のカリキュラムへの批判が強い。

その他の専門性の取り入れについてはスーパーバイザーや言語治療士等の必要性の意見が出てきている。又、制度上の問題として、国、県、地方自治体の認識不足をはじめとして、相談所の行政とクリニックの二面性、あらゆる問題を扱う中での専門性の困難さなどが意見の内容としてみうけられる。

## <解決方法について>

前述の専門的判定ができない場合の解決方法は社会診断、心理判定、医学診断の三領域ともイ)他の専門機関を利用して補っているという回答が多くみられる。特に医学診断領域により多くの数値が出ている。ニ)その他としての意見はほとんどみられないが、数少ない意見の

中に「所内でできるだけ研修をして努力する」という意見がみられた。

前項の他の専門機関を利用しない、その理由をみるとその多くが「依頼する専門機関がない」とする意見である。これは各相談所とも共通して高い結果を示しているが、中でもB群に多い傾向を示している。

## 21) ケースによる各領域の重みづけ

児童相談所で取扱う児童相談の領域は、養護相談をはじめ、心身障害、非行、健全育成等々、その範囲は極めて広いといえる。

実際、児童相談所で取扱う個々の問題については、児童相談所として機能しているそれぞれのパートが、それぞれの領域から、これらのケースに接近をしている訳であるが、相談の領域により、そのかかわり方、重みづけはさまざまである。

ここでは、現実ケースによって、社会診断、心理判定、医学的診断等々にどのような重みづけをしているのかを理解しようとした。

診断の重みづけのタイプをみると第15表に示したように社会診断と心理判定に重みづけされているものが圧倒的に多く、その内容をみると、養護相談、教護相談、触法相談、性向相談、しつけ相談等があげられる。

次いで多いタイプとしては、社会診断、医学診断、心理判定に大体等しい重みづけをしているものが、いづれの群のところにおいてもみられた。その内容をみると、精神薄弱相談、重症心身障害相談、長欠児童相談等があげられている。

次に多いタイプとしては、心理判定と医学診断に重みづけされているもので、内容的には、視聴覚言語障害相談、保健相談、自閉症相談などがあげられる。

なお、単一の領域のみに重みづけされているものとしては、社会診断では養護相談が、心理判定では適性相談が、また、医学診断では、肢体不自由相談、保健相談が

第15表 相談種別による重みづけ

(各欄の数字は回答見相数)

相談種別 重みづけ	養 護	保 健	肢 体 不 自 由	視 聴 言 語	精 薄	重 症 心 身	自 閉 症	教 護	触 法	長 欠・不 就 業	性 向	適 性	し つ け	そ の 他
1 社会の心理	62	2	1	6	18	2	3	81	79	58	53	24	55	10
2 社会の医学		17	17	1		24				1	1	1		
3 心理と医学		30	26	48	29	23	52			2	6	1		
4 専ら 社会	30						1	2	3	1		1	2	9
5 専ら 心理				12	5	1	4				16	61	31	1
6 専ら 医学		23	32	3		8	5				1	2		
7 等しい重み	2	12	18	23	43	37	29	10	11	31	16	3	3	11
8 重みづけや らない	2	7	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	3	19
無 答		5		1			1	1	1	1	1	1	2	46

あげられている。

これらを概括してみると、いずれの群のところにおいても、相談種別による重みづけのタイプのちがいはそれほどみられず、おおむね同様の重みづけをしていることがうかがえる。

## 22) 判定の信頼性、妥当性をたかめるための具体的方法

この項目において、15) で述べたフィードバック等が実際にどのように行なわれているか、その実態をみようとしたものである。

社会診断ではいずれの群においても共通しているものとしては、関係機関からの情報の収集（例えば、施設との情報交換による確認、地域での関係者会議、行事などを積極的に設ける等）、フォローアップによる診断の確認や修正（例えば幼児で遅滞がみられる場合、定期的に見る、施設巡回をして児童の問題の把握をする等々）があげられる。

B群、C群では、スーパーバイザーによるスーパービジョン、スーパーバイザー制の活用、あるいはケーススタディーによるディスカッションを通してケースの妥当性を高めるといったものが強調されている。

なお、A群、B群のところでは、チーム内の他の領域との連携の強化、例えば、臨床チームを組むことによって、メンバーとしての力動的な機能の発揮を活用するといったものもいくつかあげられている。

研修や研究会を通してケースの妥当性を高めるといっ

た意見はC群において多くみられた。

心理判定についてはいずれの群においても、フォローアップの強化が指摘されている。特にA群のところにおいては最も強調されている。具体的には、3才児精密検査後のフォローアップ、施設入所児の追跡調査、あるいは、幼児で遅滞がみられる場合の定期的な観察等があげられる。

また関係機関からの情報の収集、交換も重要視されており、特異なケースについては、他機関の専門家と合同観察をしたり、他領域の専門家とカンファレンスをしたりにしているといったものもみうけられる。

B群、C群など判定員スタッフの揃っている所では、ケースカンファレンスなどを通して妥当性、信頼性を高めているとするところがかなりみうけられる。

一方、スーパーバイザーによるスーパービジョンを行うこともよく行なわれている。

ケースとの濃密な接触を通してフィードバックを図るといったものもB群、C群においてみられた。

なお、テストバッテリーを替えたり、検査によっては担当者が交代したりして検査法の吟味や精通を通して、行なっているところも多い。

医学診断は回答が極めて少なく、内容の記述についても判定員の側からみたものが多く十分な資料ではないがA群、B群において共通しているのは、より専門的な機関（病院、研究所、クリニック等）の活用、ならびに一定期間をおいて経過観察するなどのフォローアップの強化があげられる。

またB群では、複数の医師による診察、あるいは医師と判定員のケーススタディーなどが行なわれている。

総合判定については全体的にはフォローアップの強化（施設入所児の追跡調査、経過観察など）があげられている。また会議（ケースカンファレンス、判定会議等）をたびたび開き、各専門分野のデーター等を持ち寄り、確認や修正をしているというのめかなりみうけられる。この場合、A群のところでは、受理会議、措置会議の中で、それが検討されているのに対し、B群、C群では判定会議で吟味、検討されているところが多い。

### 23) 今後とり入れるべき診断体系、条件整備

判定の信頼性、妥当性を高めるために、今後どのような診断体系や技法をとり入れたらよいかをたずねるとともに、その条件整備についても意見をきこうとしたものである。

社会診断については今後とり入れるべき診断体系や診断技法に対する回答は極めて少なく全回答数の16%弱にすぎなかったが、その中で得られた資料をもとにみると次のようなことがいえる。

すなわち、A群においては、社会資源の積極的な活用を通して信頼性や妥当性を高めてゆこうとしているのに対し、B群、C群では診断カテゴリーの設定、診断スキムの作製など客観的な社会診断チェックリストの作製を通してこれらを高めていこうとするところがみられた。またB、C群では診断会議を体系化させ、フィードバック・システムを確立するなどの意見も多くみられた。

診断の背景として今後取り入れてゆくことが望まれる理論については、社会心理学的理論、ファミリーケースワーク、臨床心理学、児童精神医学、Schaterの解釈的確性判定のための規準などが挙げられているが、これも回答数が極めて少なく参考程度にとどまる。

条件整備については多くの回答を得た。先ず体制の充実を求めるものが圧倒的に多かった。特に福祉司の質の向上をはかり、専門性を高めるために研修制度の充実をはかること、またスーパーバイザー制による指導強化等が強く求められている。現実的な問題としてはいずれの規模のところにおいても職員の増員が強調されていた。

心理判定では条件整備について時間的余裕をもって専門業務に専念できる人員の配置が大前提という意見がいずれの群においてもみられ特にA群において最も強く指摘されている。

また技術の向上及び人格的円熟のため、研修制度の充実、あるいは研究時間の設定をはかることが必要ではないかとする意見もかなりみられた。これは特に判定員の規模が大きくなるにつれその要求が強く出されてきてい

る。

しかし反面、謙虚に学ぶ姿勢をいつまでも崩さず、とにかく体験を積み重ねることが必要ということで臨床経験の積み重ねとその重要性を強調しているものも少なくない。

なおA群においてスタッフを充実させ問題別担当制の採用の声がいくつかみられた。

診断体系や技法に関するものとしてはA群においては治療的な関わりや拡充が最も多く挙げられている。しかしB、C群においては臨床心理学的診断や人格理論に基づく診断体系の確立、あるいは診断分類の明確化などが強く求められている。またA、B群では面接や行動観察の客観的技法の導入として、例えばVTR、コンピューターシステムの導入、EEGの活用を求める声もきかれる。

この他問題の内容や年齢にみあったテストバッテリーの確立、或いは障害児に対する発達診断検査の開発なども求められている。

医学診断は記入者が判定員であったことから回答数が少なく診断体系や技法に関するものは得られなかったが、条件整備については数多くの回答があった。即ちいずれの群においても専任医師の配置が強く求められており小児精神科、整形外科、小児科、視聴覚言語障害の専門医が欲しいという声が強いの。他に医師の使用できる器材、器具の整備及び脳波技師等の配置も求められている。

### 24) 相談種別の決定、変更、重複の処理

この項目において相談種別の決定、変更、重複の処理が判定（診断）過程の中で、どのように行なわれているか、その実態をみるものである。

#### 相談種別の決定

ケースの流れのどの段階で、相談種別を決定しているかでは、A群においては、受理から措置会議までであらゆるところで決定されていて、まちまちであるのが目立った。しかしB群、C群では受理から判定会議にいたるところで決定されていて、措置会議で、というのは全くなかった。

内容的にみるとB群、C群では受理の段階で、というのが多く、次いで受理会議で、調査判定を経た段階で、と順次少なくなっている。

しかし、A群では調査、判定を経た段階で、が特に多くなっている。

また、ケースの内容により、種別決定を複数の段階に分けて決定しているところも多い。例えば、養護、触法は通告の時点で、それ以外は受理会議で、特殊なものは

判定会議でといった具合にしている。

種別決定をどのような形式で決定しているのかについてはA群、B群では会議方式と個人の決定に分かれているが、C群ではほとんどが会議方式で決定されている。

個人の決定の場合は、ケース担当者が決めていることが多い。

#### 相談種別の変更

どのような時に相談種別の変更をするのかということでは、二つの型があって第一は再相談ということと種別変更が必然的に生じた時、第二は診断の違いとか調査、観察、判定後修正の必要があった時である。しかし中には、このような事態に当面しても相談種別の変更はしないというのものがいくつかみられた。理由としては、原則として月内の変更はしないとか、種別報告は年度報告なので、1年の余裕があるということで問題にしていなくてしている。

ケースの流れのどの段階で変更しているのかについては、いづれの群においても、まちまちであるが、その中では判定会議で変更するというのが多い。しかしB群、C群では判定の段階で変更するというのもかなりみられる。

どのような形式で、変更の決定をしているのかについては、A群、B群では会議方式で決めているのが圧倒的に多いが、C群では、担当者間の合議制、福祉司と判定員の話し合いで協議して決めるというの也不少くない。

相談種別をどうするかでは、種別変更のある場合は新しい方にとるというのが多いが、中には問題の大きさの比重によって判断するというのも見受けられる。

#### 相談種別の重複

重複した場合の選択の基準では中心となる問題や主たる内容を見極めて判断するというのが各群において一番多い。

なお処遇上の必要性に焦点をあてて判断することもかなりあり、例えば処遇方針を主にし指導目標によりきめる。指導やフォローアップしやすい種別にしておく等がある。

また障害児等では主症状、あるいは障害の重さに焦点をあてて判断するというのもいくつかみられた。

重複した場合、どの段階で調整が行なわれているのかについては、各群においてもまちまちで定かでない。

A群では、措置会議が多く、その理由として、会議で決定し、指導方針にもとづき、ひとつに決めるなどがあげられている。B群では、受理、受理会議、判定の段階でと分散している。C群では、判定会議でというのが多い。

どのような形式で種別の決定をしているのかについて

は、各群とも、会議方式が多い。

しかし、担当者間で話し合ってくる、あるいは個人できめるというのもわずかであるがみられた。

#### 25) 給付関係にかかわる判定上の問題点

療育手帳発行、各種福祉手当の受給資格、審査、認定、証明、措置児の重度指導など給付に關しての判定上の問題について回答を求めたところ、そのほとんどが療育手帳に關したものであった。

療育手帳はその制度が発足して日が浅いため、実際の手続き、運営面等々で種々の問題を起している。

その中で、各群に共通する大きな問題としては、

- (1) 事務量の急増に対して人的強化がなされていない。
- (2) 判定基準が、具体的明確性に欠けるため合併症や境界例の判定が難しい。
- (3) 他の給付関係との基準の不統一が支障になっている。
- (4) 医師との連携が不充分、等々が指摘されている。

#### 26) 治療・処遇方針を具体化する方途としての施設収容と通所指導の判定上の基準について

##### (1) 施設収容の判定上の基準

施設収容を対象とする場合の判定の基準の主なものとは家庭環境の問題が大きく取り上げられている。即ち家庭の養育環境上の問題、家庭の監護能力の問題であり、次いで児童の側の問題としては性格、行動、情緒の問題、非行、反社会性の問題である。また指導治療上、家庭分離や収容効果上というものも多い。

##### (2) 通所指導の判定上の基準

通所対象児童の内訳は情緒障害が最も多く次いで、行動上の問題、心身障害関係、自閉的傾向、しつけ、発達上の問題となっていて、家庭、社会に通所指導のモチベーションがみられるもの、通所により指導、治療効果が期待できるもの、家庭、社会環境状況により必要とするもの等が判定の主な基準となっているようである。また年齢について触れているものほとんどが学齢前の幼児を対象として挙げている。

#### 27) 調査、診断のための面接について

ここでは受付相談、社会調査、心理判定、行動観察の四領域における平均面接時間及び整理時間、記録法、面接のポイントについてたずねた。

##### (1) 平均面接時間及び整理時間

各領域の面接の所要時間を見ると最短が30分以内最長は社会調査の330分に及んでおり、整理時間も同様に30



分以内から450分以上かけているものもありかなりひろがりがある。この時間の平均とSDを求めたものが第16表である。受付相談は面接平均時間48.9分、整理時間47.7分で他領域に比べ短かくばらつきも少ない。社会調査は面接平均時間96.0分で一番長く受付相談の2倍である。整理時間は平均が88.6分、S.D.が131.1分とばらつきが非常に大きい。心理判定は面接、整理時間ともに80分台であるが面接時間のS.D.は144.3分と社会調査整理時間のそれよりも大きい。

第16表 各領域における所要平均時間

領域	所要時間	整 理
	面 接	
	(分) 平均時間 (S D)	(分) 平均時間 (S D)
受付相談	48.9 ( 39.2)	47.7 ( 29.1)
社会調査	96.0 ( 75.3)	88.6 (131.1)
心理判定	89.5 (144.3)	83.7 ( 87.6)
行動観察	50.7 ( 59.1)	54.7 ( 95.4)

(2)各領域別による記録法について

各領域とも自由記述がほぼ半数か、もしくはそれ以上を占めている。

受付相談、社会調査領域では調査票の記載がそれぞれ28.9%、25.0%、また児童記録票ではそれぞれ9.3%、6.5%で自由記述について多くみられる。

受付、社会、心理、行動観察各領域においてはチェックリストの使用が6.4%前後と共通にみられた。

VTR使用については行動観察に、テープレコーダー使用については心理判定、行動観察にやや高い比率が示されている。

本結果では、アンケート回答紙における記録法の記載枠が小さいためか、積極的な回答が得られなかったように思われる。

(3)面接のポイントについて

自由記述であるためさまざまな回答があったので内容により大別しその主なものを次に挙げる。

受付相談では「問題の輪郭、保護者のその問題に対する態度と理解」と「児相の受理ケースの基本的事項の聴取」が内容の殆んどを占めていた。

社会調査は「主訴形成因と生育環境、状況の把握」と「家族診断、家族関係の把握」が中心的な傾向を示していた。

心理判定は「児童のもつ心理的諸特性の把握」に関した内容に集中している傾向がみられた。

行動観察は「児童の行動上の諸特徴の把握」に関する内容に集中していた。

28) 社会調査、心理測定、面接、観察などのまとめをする場合について

(1)他の情報、資料との関係

全体的な傾向としては社会診断、心理判定、一時保護観察、医学診断のいずれの領域においても「他の情報、資料を参考にする」傾向が高い比率でみられた。また社会診断資料を参考にする比率は他の領域資料を参考にするよりも利用率は高い傾向がみられ、また社会診断においては児相以外の他機関、施設、来所者からの資料収集率が顕著に高い。

(2)まとめの際に準拠している解釈理論

社会診断

準拠理論として45の回答が得られたが、この中で立脚する狭義の準拠理論として挙げられている理論は19例(約42%)と思われる。これらの理論傾向としては「精神分析を基調とする各種理論」と「家族診断理論」から殆んど成っている。具体的には「家族力動理論」が8例で最も多い。また、「特に理論準拠をしない」とするのが12例(約27%)にみられた。

心理判定

準拠理論については92の回答が得られたが、まとめに際して準拠する狭義の理論は51例ぐらい(約55%)と思われる。ここでは殆んど「精神分析を基調としている各種理論」と「各種パーソナリティ理論」から成り立っている。具体的には、「力動的立場・解釈・観点」が10例「精神分析学」が10例で最も多い。なお行動理論に準拠するとしているのが8例にみられた。

また「特に準拠しない」が12例にみられた。

一時保護観察

準拠理論については25の回答が得られた。この中で理論準拠例が5例(20%)にみられ、「精神分析を基調とする理論」3例、「行動理論」2例である。具体的には「精神分析を基調とする人格理論」1例、「力動理論」2例「集団力学理論」2例である。なお「行動観察法」に関した内容のものが3例にみられた。また、「特に準拠している理論なし」が14例(56%)にみられた。

医学診断

準拠理論として24の回答が得られた。ここでは比較的狭義の具体的準拠理論として10例(42%)が挙げられている。具体的には「力動精神医学」7例、「精神分析」2例、「森田理論」1例である。

また「特に準拠しない」が6例(25%)にみられた。

(3)まとめをする上での最重視点

社会診断のまとめにおける最重視点については56児相から回答があった。その中では家族関係と家族力動関係、即ち親子関係、家庭環境、家族力動、家庭内人間関係など問題の事柄と関連づけて家族状況の把握を重視しているものが39例みられ最も多かった。次いで地域社会関係（地域社会の圧力関係、学校地域児童集団との関係）等家庭を含めて広く環境との関連を重視するものが15例、問題の理解と要因分析12例が主なものである。

心理判定で重視している点は児童のパーソナリティ、

心理機制等心理的特徴の把握が最も多く60児相中33例で半数以上を占めていた。次いで診断と処遇方針、予後の見通しが31例、問題のメカニズムの把握と要因分析19例である。

一保観察の重視点は発達、適応能力、生活習慣、対人関係、行動様式等の把握が回答のあった42児相中39例みられた。

医学診断においては病理的原因診断と障害疾病の有無と指導方針と予後についてが主な重視点であった。

#### IV 考 察

以上判定の業務や機能に関して詳細な分析調査を行ない、いろいろな点において問題があることが明らかになった。これらの一々についてはすでに述べたが、この中で若干の点を拾い出して再検討を加えてみたい。問題としては会議のあり方、臨床チームの問題、判定と治療との関係などが考えられる。

##### 1) 会議のあり方

児童相談所においては受理会議、判定会議、措置会議の三つが持たれて児童相談所の公的機能が遂行される様になっている。それぞれの会議は合理的相談事業遂行のために不可欠のものではあるが、実態は受理会議と措置会議はほとんど完全に実行されているが、判定会議が持たれることは少なく、また単独に開かれることは益々少なかった。

判定会議は判定を一判定者の判断に委ねず専門を異にした分野との総合診断を行なうために必要なものではあるが、必ずしも独立した判定会議を開かなくとも多くの相談所においては関係者の協議や、課、係長に相談したり、或いは措置会議に併合して、審査決定がなされている。この現状は改善することも考えられるが、同時に形式的に独立して持つ方式を考え直してもよからう。元来受理会議と措置会議は行政的な役割が強いが、判定会議は診断判定をより正確にするためのもので行政的な意味を持たない。また科学的な診断の点からいえば会議形式をとったから正しい診断ができるとも限らない。多数決の診断が一番正しいわけでもないし、また限られた期間での検査や観察によって正しい診断ができるとも限らない。治療的指導を進めているうちに最初の判断が変わってくることも多い。従って判定のためには正しい診断が必要ではあるがこれは必ずしも会議形式によって得られるものでもない。会議はいわば、ケースカンファレンスであって行政的意味を持った会議ではない。

故に判定のためには複数の協力は必要であるが会議形式はとらなくてもよいのではなからうか。

さらに判定員としては単なる判定だけを行なってその後の指導や措置と関わりを持たないとしたら、判定員の業務に非常な不満を感じるし、また判定そのものの科学的進歩にも障害が起る。判定員としては検査のやり放しでは張り合いがないばかりでなく、彼が見出したクライアントの問題行動をひき起した輻輳した諸因子や特有な行動様式は彼自身が指導し治療することがもつとも適切であり、他人や他の機関に委ねた場合にはいかに詳細な判定報告書をつけても尚不十分な場合が多い。故に今日は判定員はただ判定を下すだけでなく心理療法などによって治療的指導を行なっている。この通所指導形式での治療が認められるためには、措置会議を経ることは必要である。またそれ以外の措置をする場合にも判定員としての意見があるが、これを直接述べることなく措置されてしまうことにもなる。判定と措置が分離されることは判定員に非常な不満を感じさせる。故に措置会議に判定員自身が直接参加し判定の結果が十分尊重されるようにすることが望ましい。この意味では判定会議という段階を経ないでいきなり措置会議にケースが提出され、ケースが審議決定されることが望ましい。

一方措置会議においては判定を通さずに相談から直接措置されるケースもまた多い。故に措置会議の内容を二つに分け、相談から措置に向ういわば相談措置、相談から判定を通して措置される判定措置とに分け、会議の時間を二つに分け、判定員は判定措置には出席の義務があるが相談措置には欠席できるようにしておけば能率的運営ができるのではなからうか。

##### 2) 臨床チームについて

診断は社会診断、心理診断、医学的診断の三分野からなされ、相談員、臨床心理判定員、医師によって行なわれる。従ってその三者が所見を持ち合って協議し総合判定を下すことにはほとんど問題は無い。それぞれ分野を異にする専門職が協力することは容易である。しかし同じ専門分野において協力することは必ずしも容易ではな

い。だが、必要なのは同じ専門領域における協力かもしれない。同一のケースに関しても判定員によってその原因の推定、あるいは問題行動の評価、将来の見通しにおいて同一とは限らない。それだけに経験の少ない、洞察力の弱い判定員だけによって事が処理されるのは望ましいことではない。しかし同僚であり僅かの経験年数の相違しかないものが意見が対立した時にはこれをまとめることは非常に困難であり、感情的対立を起す原因となりやすい。従って同一専門職の協力ということは意外に困難なことである。ヨーロッパ医学においては医者は高度の専門性を持つ故に医者同志の協力は余りみられない。その伝統に育った日本の医学においても医学部教授はその配下に多くの医師や検査官、看護婦などを指導して手足の如く動かすことには慣れているが、他の教授と協力することには慣れない。専門外の者とは協力できるが、同じ分野、例えば第一内科、第二内科ではむしろ対立し、その対抗意識を利用して医学の進歩を期待しているようなものである。開業医もまた一城の主である。臨床心理の領域においても同じ関係が考えられる。ここでは教授とその指導を受ける医局員とのように経験や診断能力において著しい差がある場合には両者の協力は得やすい。シニアの判定員である課長、係長の指導や助言を受けて判定業務を行なっている時にはスムーズに行なえよう。

故に判定のスーパーバイズをしてくれる人を持ち、それとの協力体制をつくるのがよい。またこのためには大学出の無経験の判定員に対しては十分スーパーバイズされた研究機関を設け、少なくとも大学卒業後五年間位は判定において従的役割をとり、シニアの判定者とジュニアの判定者が一緒になって仕事をするという体制が望ましいし、これがあるならばいわゆる判定会議で意見を調整するような必要は減ってこよう。判定会議は専ら総合判定のために必要であろう。

また指導や心理治療にあたって臨床チームが強調され、医学的治療のために精神科医の責任のもとに臨床チームを編成するように「執務必携」にも記されている。しかし児童の問題行動はすべて精神病的な原因のものとは限らず、臨床心理学においても十分処置できる社会的不適応現象のものが多い。一方専任の精神科医を持っている児童相談所はごく少数であり、専任者がふえる可能性も少ない。嘱託医で処理しなければならない現状においては精神科医も助言者以上にケースに責任をもつことは困難であろう。故に心理治療に関したチーム編成は臨床心理学者を中心として、相談員（ケース・ワーカー）、医師の協力を得て行なうのが実際的である。セラピストも心理技術者が多いと思われるので同じ分野の専門職として協力すればよからう。もっとも臨床心理学者を主と

するといったのは現実的意味においてであって、もし能力の多いケースワーカーがいる場合には彼を中心とすることが必要であろう。

### 3) 判定課の治療的機能

判定という言葉はとかく施設入所等の措置をするための鑑別機能、窓口的役割の感じを与える。しかし判定課の仕事は単に判定のみならずさらに治療的指導が期待される。このことはまず相談所に来所する親の立場から強く希望される。親自身の力では解決することができないから相談所に来所して助言と指導を仰ぎにくるわけである。子ども達が正常でなく問題を持っていることはすでに通告者が十分承知していることであり、判定の結果問題があり、その原因を教えられ程度を宣告されただけで親の問題が解けるわけではない。何とか指導を受けたいと切望している。問題が重度である場合に専門の施設に入所措置をしてもらえることも大きな援助ではあるが、入所するほどではない問題児、あるいは年少であるためとか、入所のための待機を余儀なくさせられている者に何らかの指導をしてやる必要がある。

さらに最近では施設入所のみが最良の方式ではなく、在宅指導とか通所指導の方がより望ましい方式であると考えられるようになったが、このためにも相談所において積極的に治療や指導を行なう必要が増してきている。今日の考え方からすれば相談所はまず指導や治療の機関であり、特殊の問題と生活条件の場合のみ施設入所へと取り計らうのが望ましい。即ち相談所は鑑別機関ではなく、治療と指導の機関へと変貌する必要があるともいえよう。

また判定員の立場からいっても前に述べたように判定だけでなくその後の指導を行なわなければ判定員自身の業務に対する使命感が湧かないし、検査や判定のし放しといのは本質的に無責任の行動となる。

このような意味で相談所が治療的機能を果たすことが望ましいが、この仕事に直接当るものは精神科医、臨床心理学者、セラピスト、ケース・ワーカーであり、判定課の職員と相談課の職員となる。特に通所指導の場合には臨床心理学者とセラピストの仕事が中心となるであろう。この治療的指導の業務を行なうためには通所施設、特に情緒障害児通所施設が相談所に設けられることが必要となる。精神薄弱児のためには通園施設が設けられているし、また言語障害等の場合には社会的資源の中に言語治療センターのようなものもふえてきた。しかし情緒障害児に関しては情緒障害児短期治療施設は全国的にも数か所しかなく、また民間で心理治療を行なっているものはごく少数である。

しかし治療を必要とする子どもは非常に多く、また各

地に散在している。また彼らは家庭から週に一回または二回心理療法を受けに通うのがもっとも自然であり効果的である。このために問題児のいる家庭から通所できる程度に数多くの通所指導施設があることが望ましい。このために各相談所に併置されることが望ましいし、その上に相談所の治療者が出張して治療が行なわれるようなものを作ることが望ましい。このような情緒障害児通所施設が設けられ、そのための専任職員が設けられれば今日の判定員の不足の悩みは一応解決するのではなからうか。現在の組織のままで判定員やケースワーカーを増員することは困難であり、治療的機能を強く要求すればただ負担過重で結局全体の相談機能を破壊してしまう危険がある。

#### 4) 判定結果のフォロー・アップ

診断の精度を高め進歩させるためにはフォロー・アップの研究が必要である。今回の調査においても判定員のもっとも強く要求していることは判定結果のフォローアップである。これを行なうためには前述のように相談所は治療や指導を行なうことを主たる機能に変えればこの問題の大部分は解決するであろう。診断自身も治療的指導を行なっているうちに確立したり、或いは最初の判断が変更することも起ろう。複雑なケースほど診断のための判断が変ってくるのはむしろ普通かもしれない。継続的観察や指導の機会がなくて初期の観察や検査だけで判定せねばならないことは判定に対する自信を喪失させることになる。故に判定のためにも継続指導が必要なわけであるが、問題解消のためには継続指導が絶対必要である。施設に入所の場合は一度指導が中断することになり、施設内の指導に委ねても大過はないかもしれない。しかし判定者の立場からいうと果してその施設への入所が適切であったかどうかを知ることは必要である。さらに今後増加すると思われる在宅指導、里親委託の場合には直接の指導は相談所において行なわねばならない。従ってフォロー・アップの機会はふえるわけであるがケー

スワーカーやセラピスト等の増員を待ってよい追跡研究がなされることを期待する。

判定はプログノシス Prognosis を含むべきである。今日の判定は類型分類診断、異常度の測定、原因診断を行なうようになっているが、さらに将来を予見するプログノシスを行なう必要がある。即ち問題児の診断からどのような指導をするのが適当であるのか、どの指導法をとりどの施設に入所させたらどの程度の改善が期待できるか等を予測することが必要であろう。このためには前述のフォローアップ、スタディが確立しなければ望み難いことではあるが、その方の充実と相まって判定そのものも正確なプログノシスを期待すべきである。またプログノシスを行なうことによってその予見が正しかったか否かがフィードバックされて判定技術が進歩することになる。

#### 5) 児童相談所勤務医師の問題

児童相談所には精神科医とか児童精神医学に関心ある小児科医が多数参加されている。しかし専任医官が余りにも少数であり、将来拡充の見通しのないことは相談所として極めて大きな問題点である。また医学は非常に専門化しているので一人の医官によってすべての医学的問題を解決することは不可能で専門医学機関との接触を強く要望されている。故に医学的診断のためにはただ困難な医者が増員をはかるだけでなく大学病院をはじめ医学専門機関との連絡を密にする方策をたてる必要がある。

他方、非常勤の勤務医師の中には多年この仕事に関係し土地における有力な医師が多いことは何よりも幸せなことである。この人たちは経済的の点を無視してこの仕事に理解と熱意を持っておられる。このような有力な専門医の援助を失なわないように努力することも必要なことである。

本研究は昭和49年度厚生科学研究補助金により行なったものである。

牛島他：児童相談所における判定の機能及び基準に関する研究

〔附〕 質問紙

「児童相談所の判定機能及基準に関する調査」

日本総合愛育研究所

- 1) 貴所でおこなわれている諸会議は、つぎのうちどれとどれですか。該当番号を○で囲み、必要個所の記入をして下さい。なお、職種は略号でかまいません。（例、心理判定員＝心、医師＝医、福祉司＝司など）

	回数	定期、不定期の別	1回あたりの時間	参加者（職名または職種名記入）	統括者に○をつけて下さい。	左記のうちケース、提供するもの
1. 受理会議						
2. 判定会議 （総合判定会議）						
3. 措置会議						
4. 受理・措置合同会議						
5. 受理・判定・措置合同会議						
6. 判定・措置会議						
7. 社会診断会議						
8. 心理判定会議						
9. 一保観察会議						
10. 会議はやっていない、関係者のその都度の協議						
11. その他						

2) 貴所では、以下の各業務は、原則としてどのような職種の職員がおこなっていますか。該当職種を○で囲んで下さい。

1. 受付け相談

児童福祉司, 受付相談員, 相談員, 心理判定員, 保健婦, スーパーバイザー, 医師, 書記, その他  
( )

2. 社会調査・診断

児童福祉司, 相談員, 心理判定員, 保健婦, スーパーバイザー, 受付相談員, その他  
( )

3. 心理検査, 判定

心理判定員, 医師, セラピスト, 児童福祉司, 相談員, 保健婦, 児童指導員, 保母, その他  
( )

4. 医学診断

医師, 保健婦, 脳波技師, X線技師, 聴能訓練士, その他 ( )

5. 一保観察

児童指導員, 保母, 保健婦, 児童福祉司, 相談員, 心理判定員, 書記, その他 ( )

3) 児童相談所で取扱うケースかどうかの判断は、だれがどの時点でおこなっていますか。該当するところを○で囲んで下さい。

- イ) 受里面接の段階で、面接相当者が判断する。                      ハ) 受理会議の段階で判断する。  
ロ) 受里面接終了後、関係者と協議して判断する。                      ニ) その他

4) 受理したケースの担当者を決定するばあい、つぎのどの方法によっていますか。領域別に該当個所にレ印をして下さい。

領域	社会 診断	心理 判定	医学 診断
1. 相談の内容, 問題別に担当者がきまっている.....			
2. 内容・問題別の担当ではないが, (特定個人に特定の問題が集中する傾向がある) 技備, 内容, などを考えて決めている.....			
3. 内容にかかわらず各担当者が一通りすべての問題を扱う.....			
4. 内容・問題別の担当と全般的担当を併用している.....			
5. その他 (具体的に記入して下さい)			

5) 前記について、現在採用している方法の長所と短所をあげて下さい。また、改善の具体的方途についてお示し下さい。

長所 { 社会  
-心理  
医学 }

短所 { 社会  
-心理  
医学 }

改善策 { 社会  
-心理  
医学 }

6) 受理したケースについての取扱い方法、(調査法、診断法、面接法、検査法、観察法など)の選択、決定は、どのようにおこなわれていますか。領域別に該当個所にレ印をして下さい。

領域	社会	心理	医学
1. 担当者個人の判断にまかしている			
2. 主として担当者個人がきめるが、スーパービジョンをうける			
3. その都度、課(係)長やスーパーバイザーが指示する			
4. 会議、グループ・スーパービジョンなどで検討し、きめる			
5. 各関係者の個別協議によっている			
6. その他(具体的に記入して下さい)			

7) そのケースの担当と決定したケースワーカーあるいは心理判定員は、ケースのアプローチをするにあたって、そのプロセスとして、ケースの診断から入っていますか。それとも、治療的かかわりから入っていますか。該当するところにレ印をして下さい。

	ケースワーカー	心理判定員
1. ケース診断から入ることが多い		
2. 治療的かかわりから入ることが多い		
3. ケースの性格によって両者を使い分けしているが、どちらかといえば診断的アプローチの方が多い		
4. ケースの性格によって両者を使い分けしているが、どちらかといえば治療的かかわりから入ることの方が多い		
5. どちらともいえない		
6. その他(具体的に記入して下さい)		

上記のアプローチの方法について、そのような方法をとるのはなぜですか。その理由を具体的に記入して下さい。

- イ. ケースワーカーについて
- ロ. 心理判定員について

8) 診断はさまざまな目的のためにおこなわれますが、貴所においては、つぎの各領域ではどのような目的のために診断がおこなわれていますか。つぎにあげたものうち、重視しているものを5つえらんで該当する個所にレ印をして下さい。とくに重視しているばあいにはレ印を○で囲んで下さい。

領域	社会診断	心理判定	医学診断
1. 問題の原因と思われる要因の論証			
2. 現在の問題に対するクライアント(家族)の反応の確認			
3. 病理的過程の拡がりや重篤性の統計的評価			
4. 現在の問題の程度の評価			
5. 予後あるいは今後おこりそうな経過の推定			
6. 特定の治療・処遇に関する合理的基礎の提供			
7. クライアントやその関係者とケースを話し合うための資料作成			
8. データの分析、統計的分析のための資料作成			
9. 問題の性質や治療・処遇効果を説明する規制についての仮設定			
10. 器質的障害と機能的障害の区別			
11. その他(具体的に記入して下さい)			

9) 各診断に先だって、前項の診断目的の確認はどのようにおこなっていますか。領域別に該当個所にレ印をつけて下さい。

領域	社会 診断	心理 判定	医学 診断
1. 会議で確認する.....			
2. 担当者個人にまかされるが、一応スーパービジョンがおこなわれる.....			
3. 担当者個人に一任され、会議による確認やスーパービジョンはない.....			
4. 各関係者の個別協議によっている.....			
5. その他（具体的に記入して下さい）			

10) 社会調査の過程を効率的に運ぶために、あらかじめ規定した社会的項目に関する調査票あるいはチェックリストを使用していますか。いる場合には、その資料を添付して下さい。（該当個所に○をつける）。

- (イ) 使用している (ロ) 使用していない

11) 心理判定のための何らかのテスト・バッテリーを組んでいますか。該当個所を○で囲んで下さい。

- (イ) とくに組んでいない (ロ) 一応組んでいる (ハ) 時に組むこともある

バッテリーを組まない理由について記入して下さい。

バッテリーを組むばあい、どのようにして組むか、具体的にその一例をあげて下さい。

12) 貴所で現在採用している診断技法（調査・面接・検査・観察など）の中で、診断上とくに重視しているのがありますか（たとえば、個性マヒ児の能力診断にはチャリット法による所見を重視している、家族間の勢力関係の診断に特定のチェック・リストによる所見を重視している、など）。

もし、ありましたら、つぎにその主なものを具体的に記入して下さい。

13) ケースについての社会診断、心理判定および医学診断を統合して、ケースの総合判定を志向する作業をおこなっていますか。該当する項目に○をつけ、その理由を具体的に記入して下さい。

- イ) 全くおこなっていない

理由

- ロ) ケースによっておこなっている（大体 %くらい）

理由

- ハ) すべてのケースについておこなっている

理由

14) 診断（判定）・評価について、関係者間で評価水準にずれがあったり、意見のくい違いがあったりしたばあい、最終的にはどのようにまとめていますか。該当する項目に○をつけて下さい。

- イ) できるだけ調整して、ひとつの方向づけをするようにしている。

- ロ) 意見や見解の相違は明確にするが、主担当者の判断を尊重し、とくに調整はしない。

- ハ) かりにどれかひとつの診断評価を採用し、以後の取扱い経過をみて修正するという形で調整する。

- ニ) 調整のための会議などでの発言者の地位や立場に影響され、決まってしまうことが多い。

- ホ) その他（具体的に記入して下さい）

15) 診断（判定）の妥当性・信頼性を高めていくには、その後の取扱い経過に基く情報のフィードバックがおこなわれる必要があると思われませんが、貴所にはそのようなフィードバック・システムがありますか。該当個所に○をつけて下さい。また該当個所の記入をして下さい。

- イ) 大部分のケースについて情報のフィードバックがあり、当初の診断（判定）の再吟味と修正がおこなわれている。

- ロ) 児童福祉司指導、通所指導など継続的または直接的に扱っているケースについてはフィードバックがあるが、その他についてはほとんどない。

- ハ) 大部分のケースについてフィードバックがなく、再吟味・修正もおこなわれていない。

- ニ) 施設へ措置した児童について情報がフィードバックされ、再吟味・修正がおこなわれている。

- ホ) 施設へ措置した児童についてフィードバックはあるが、再吟味・修正にはいたらない。



- へ) 特定のケースについて、調査などにより意図的にフィードバックをはかっている。(どんなケースについてやっているか、具体的に記入して下さい)。  
 ト) その他(具体的に記入して下さい)。

16) 総合指導方針案の実際上の立案者は誰ですか。

17) 総合判定の結果は、実際上どのように活用されていますか。

18) かりに判定(診断)が厳密におこなわれたとしても、それにもとづいた適切な治療や処遇の実現が困難なばあいがありますか、そのようなばあいにはどんな取組み方をしていますか。具体的に記述して下さい。

19) 児童相談所自体で、専門的な判定(診断)はどこまで可能ですか。貴所の現状について、できるだけ客観的に評定してみてください。そして該当個所にレ印をして下さい。

1. かなりの部分、専門的判定(ニーズの把握)、治療・処遇法の決定ができる。.....
2. ある程度、専門的判定(ニーズの把握)、治療・処遇法の決定ができる。.....
3. わずかだが専門的判定(ニーズの把握)、治療・処遇法の決定ができる。.....
4. ほとんど専門的判定(ニーズの把握)、治療・処遇法の決定ができない。常識程度の水準にある。.....

領域	社会診断	心理判定	医学診断	総合判定

5. その他(具体的に記入して下さい)

前項の2~4に該当するばあい、各領域においてどの点が弱体であるのか記入して下さい。

- イ) 社会診断領域では
- ロ) 心理判定領域では
- ハ) 医学診断領域では
- ニ) 総合判定領域では

20) 児童相談所自体で専門的な判定(診断)ができないとすれば、その原因はどこにあると思いますか。また、できない部分をどのようにして補っていますか。

1. その原因と考えられるものについて記入して下さい。
2. 貴所でとっている解決法について、下記の該当個所にレ印を記入して下さい。

- イ) 他の専門機関(病院、施設、学校、行政機関など)を利用して補っている。.....
- ロ) 未了の部分、できない部分を明確にしておく程度で、とくに他の機関を利用することはない。.....
- ハ) とくに補完的な試みはやっていない。.....
- ニ) その他(具体的に記入して下さい).....

領域	社会診断	心理判定	医学診断

3. 上記でロ)、ハ)に該当するばあい、その理由を下記の中からえらんで○で囲んで下さい。

- イ) かりに他の機関を利用して補おうとしても、それを統合する能力が児童相談所に欠けているので、あまり意味がない。
- ロ) 他機関の意見に左右され、独自の判断がゆがむおそれがある。
- ハ) 児童相談所としてできる範囲内のことをやっておけばそれでよい。
- ニ) 信頼できる専門機関がない。
- ホ) その他(具体的に記入して下さい)

21) ケースによって、社会診断、心理判定、医学診断の絶対的ないし相対的な重みに差がありますか(差をつけていますか)。該当個所にレ印をつけて下さい。なお、このばあいケースの個別差や時間軸の変動による重みの変化は考えず、当該種別の全般的・平均的評価として下さい。

重みづけ	相談種別	養	保	肢	視	精	重	自	教	触	長	性	適	し	そ
		護	健	体	聴	薄	症	閉	護	法	欠	向	性	つ	他
1. おおむね社会診断と心理判定.....															
2. おおむね社会診断と医学診断.....															
3. おおむね心理判定と医学診断.....															
4. もっぱら社会診断.....															
5. もっぱら心理判定.....															
6. もっぱら医学診断.....															
7. 社会、心理、医学の各診断に大体等しい重み.....															
8. とくに重みづけはやってない(考えない).....															

22) 判定(診断)の信頼性・妥当性をたかめるために前記のフィードバック・システムのほか現在どのようなことをしていますか。具体的に記入して下さい。

- 社会診断について
- 心理判定について
- 医学診断について
- 総合判定について

23) 判定(診断)の信頼性・妥当性をたかめるには、今後どのような診断体系や診断技法などをとり入れていったらよいと思いますか。また、どのような条件を整備すべきだとお考えになりますか。

- 社会診断について
- 心理判定について
- 医学診断について
- 総合判定について

24) 厚生省統計報告例による相談種別は、ケース取扱い過程の中で、どの段階で決定していますか。

また、相談種別の変更・重複については、どのように処理していますか。

- 相談種別の決定の場合
- 相談種別の変更の場合
- 相談種別の重複の場合

25) 療育手帳発行、各種福祉手当(県・市・町・村単独事業分も含む)の受給資格審査・認定・証明、措置児の重度指定などに関して判定上の問題がありましたら、自由に記入して下さい。

26) 治療・処遇方針を具体化する方途として、施設収容あるいは通所指導がきめられるばあいについて、つぎの事項にお答え下さい。

イ) 施設収容を必要とすると考えられるばあい、その判定上の基準についてその代表的なものを具体的に書いて下さい。

ロ) 通所指導を必要とすると考えられるばあい、その判定上の基準についてその代表的なものを具体的に

牛島他：児童相談所における判定の機能及び基準に関する研究

書いて下さい。

27) 調査、診断のために面接（観察）するばあいについて、つぎの各事項にお答え下さい。

	平均 面接時間 (観察)	記録法 (註1)	面接（観察）のポイント（実際にやっ ている点を中心に記入して下さい）	1面接（観察） あたりの平均整 理時間（註2）
受付相談				
社会調査				
心理判定				
行動観察 (註3)				

(註1) 自由記述かどうかチェック・リスト，調査表の使用の有無，テープコーダーの使用，ビデオコーダーの使用の有無など，自由に書いて下さい。

(註2) 1回の面接（観察）記録を整理し，児童記録票などに記載するのに要する時間を記入して下さい。

(註3) 一保における観察ではなく，プレイルームなどにおける主として心理判定のための観察について記入して下さい。

28) 社会調査，心理測定，面接，観察などのまとめをするばあいについて，つぎの各事項にお答え下さい。記入欄がたりない場合には別の用紙に記入して下さい。

(1) それぞれのまとめで，他の領域で得られた所見を参考にするか，それとも blind analysis でやるのか，などの別，および，参照としている資料を具体的に記入して下さい。

(2) たとえば，「家族診断については Geismer の機能測定の立場」などのように記入して下さい。

	他の情報・資料 との関係 (1)	まとめの際に準拠し ている解釈理論 (2)	まとめをする上で最 も重視している点
社会診断 のまとめ			
心理判定 のまとめ			
一保の観察 のまとめ			
医学診断 のまとめ			

29) 現行の「児童相談所執務必携」(昭和39年度改訂)中の判定に関する事項についての御意見をお聞かせ下さい。(改訂，補完，削除，その他何でも結構です)

30) 児童相談所における「判定」について，忌憚のない御意見をお聞かせ下さい。