

4. 個別ヒアリング調査対象事例の問題点と課題

第一次報告、第二次報告と同様、関係機関からのヒアリングを実施し、詳細な事実確認を行い、それぞれの問題点・課題を抽出した。なお、今回は、児童相談所が関与していた事例1例と、これまでも最も多かった0歳児の事例2例及び他の虐待事例とは特性が異なると考えられる心中事例1例の計4例についてヒアリングを行った。

【事例1】

母親（30代前半）と第一子（3才）の母子世帯。児童養護施設入所中の本児が退所に向けた一時外泊時、母親により溺水死させられた事例。

以前、他市で本児に危害を加え、「自分も死のうとした」心中未遂事件（①）として、警察より児童相談所に通告があり、一時保護、乳児院入所措置がなされていた。入所から約10か月後に児童相談所は保育所入所を条件に入所措置を解除し対応を終結。なお、その入所の際に母親は他の地域に転居したが、転居先の管轄児童相談所に当該ケースが移管されていなかった。

1年後、本児が骨折の重傷を負い医療機関に入院（②）。医療機関より管轄児童相談所に虐待の疑いとして通告があった。警察も介入したが、「事件性なし」と捜査を終了。児童相談所は養育困難ケースとして医療機関退院と同時に本児を児童養護施設に入所措置した。児童相談所は、入所から2か月後、一時外泊を実施した上で保育所入所を条件に措置解除することを決めたが、二度目の外泊時に事件が発生した。

なお、本事件当時、母親には子どもの実父のほか、交際している男性が存在したが、児童相談所はこうした関係について十分に把握していなかった。

【問題点】

- ①の際、当時関与していた児童相談所は、心中未遂事例であったにもかかわらず、母子の関係性が良好であったと判断したために、心中未遂の原因を含め母の精神面のリスクアセスメントを十分に行わなかった。
- 母親の転居により入所当時とは別の地域で母子世帯用のアパートでの生活に戻ったにもかかわらず、①の際関与した児童相談所は、乳児院入所措置解除と同時に対応終結し、転居先を管轄する児童相談所にケースを移管しておらず、どちらも保育所と密な連絡を取っていなかった。そのため、心中未遂の心理的背景として重要であった本児の実父との復縁の情報が児童相談所に入っていなかった。

- ②の発生後、医療機関からの通告により対応した児童相談所は、以前に関与していた児童相談所から、①の経緯について情報提供を受けたが、②と①の出来事に関連や、子どもの実父との関係性などを含めた調査及びアセスメントを十分行わなかった。そのために、①と②の状況の類似性を見抜くことができなかった。
- 児童相談所は、警察が捜査を行っていることから、家庭訪問など十分な調査とリスクアセスメントを行わないまま、警察の「事件性なし」という結果を基に判断していた。その結果、危険性を意識することができなかった。
- 医療機関に入院中、医師、医療ソーシャルワーカー等は骨折の状況や母親の言動等から母親が同じことを繰り返す可能性があるという心配を児童相談所に伝えていたが、その根拠が明確でなかったために危機感が伝わらなかった。
- ①、②ともに児童相談所は、入所措置解除を決定する際、子どもの養育環境のアセスメントの一環として、母親の養育能力や心理状態等について綿密なアセスメントを行わなかった。特に、②の事件があったにもかかわらず、家庭復帰に向けての外泊の妥当性を判断するに当たって、児童相談所は家庭訪問を行っていなかった。
- 心中未遂や虐待の可能性があった「養育困難」ケースであったので、本来、母親に対して過去を振り返り自分自身と向きあったり、環境を変えて同じことを繰り返さないようにするための支援を行い、アセスメントを行うべきであったが、実施されないまま保育所入所を条件に再統合してしまった。
- ①に関しての入所措置が解除された後に、見守りを依頼された保育所と、②に関して入所した児童養護施設は、児童相談所と何をどのように見守るのかなどについて取り決めていなかったため、母親の男性関係など、それぞれ把握した情報が児童相談所に伝えられていなかった。
- ①の後も②の後も転居している。転居を繰り返すことはリスクの一つであり、また、①と②の事件の類似性と反復性を判断する材料となったはずであるが、その点を見逃していた。

【本事例により明らかになった課題】

- 児童相談所において、心中未遂事例の場合はリスクが高いケースとして対応することが一般的なルールとなっていない。そのため本事例では、心中未遂の原因を含め母親の精神面のアセスメントが十分に行われていない。

- 警察の立件を目的とした捜査と児童相談所のソーシャルワークを目的とした調査の相違を意識することが徹底されていない。そのため本事例では、警察の捜査結果にとらわれて、児童相談所として必要な調査及びリスクアセスメントがなされていない。
- 虐待、養育困難などで入所している場合に、親や家庭への支援計画を立て、支援を行うことの必要性が十分に認識されていない。そのため本事例では、明確な支援がなされず、状況が改善されないままで家庭に子どもを戻す結果となっている。
- 虐待、養育困難などで入所している子どもの一時帰宅や措置解除の際、入所の理由となった養育上の問題が支援によって解決されているかどうかの判断が必要であるが、それを行うモデルや基準がない。そのため、措置解除を判断するための情報収集も不十分であり、適切な判断がなされていない。
- 入所措置解除の際、帰宅先が保護者の転居により児童相談所の管轄外になる場合のケース移管等についてのルールが明確でない。そのため本事例では、転居先の児童相談所が把握していない結果が生じている。
- 事件を繰り返す事例に関しては、その類似性、反復性を判断してリスクアセスメントに加えることが必要であるが、その意識が少ない。そのため本事例では、危険性を適切に判断できていない。

【事例2】

母親（20代後半）と第二子（生後2か月）の母子世帯。母親の交際相手と見られる同居男性あり。別に第一子がいるが、約2年前に小学校からの虐待通告があり、当時から現在に至るまで児童養護施設に入所中である。

母親は第一子の父親と離婚後、別の複数の男性との同居、離別を繰り返し、第二子を妊娠したが母子健康手帳未交付のまま自室にて出産。産後、栄養を十分に与えず衰弱。生後2か月頃、その子どもの父親ではない同居男性が母を伴って子どもを医療機関に受診させたが、すでに死亡していた。

なお、母親は、第一子が児童養護施設に入所した後、児童相談所に促されて一度施設に面会に訪れたのみで、ある時期から児童相談所及び児童養護施設が家庭訪問や電話連絡を試みても連絡がとれなくなっていた。一方、この母親に対しては、福祉事務所が生活保護費の支給等を実施していたが、同時期から保護費の受け取りのために来所しなくなり、家庭訪問や電話連絡を試みても連絡がとれなくなっていた。

また、母親自身が過去に虐待を受けた体験があり、10代後半に家出した後、仕事を転々としてきており、医療機関に継続的に通院する身体疾患も抱えていた。

【問題点】

- 母親は、妊娠について誰にも相談できないまま同居男性宅で男性が不在の間に出産し、産後も「友達から預かった」と偽っていた。
- 児童相談所は、母親との面接により生育歴等を把握する中で、母親への支援の必要性を感じていたが、地域の関係機関や児童委員などによる家庭訪問や、精神科の受診勧奨を実施しなかった。また、カウンセリングは実施したものの十分ではなかった。
- 第一子の施設入所後、母親の容姿が急激に変貌したことが確認され、その後所在不明になっているが、子どもを施設に入所させた後の母親の生活や心理面についてのアセスメントが十分に行われていなかった。
- それぞれ関与していた児童相談所及び児童養護施設と福祉事務所の間において、家庭訪問や電話連絡により母親の所在を確認しようと試み、連絡がつかない状況が続いているとの情報が交換されていたが、情報共有や母親への対応について、関係者による個別ケース検討会議を含めた協議が不十分であった。

【本事例により明らかになった課題】

- 妊娠・出産について誰にも相談せず、援助を求めない場合、医療機関や市町村等関係機関による適切な支援に繋げる体制となっていない。そのため本事例では、母親が妊娠の相談をはじめ適切な支援を受けられていない。
- 子どもを児童養護施設に入所させ、母子分離した後の保護者の生活や心理状態についてのアセスメントや支援計画のあり方が明確でない。特に、施設入所後は、次に子どもが生まれる可能性や家庭の変化等が想定されるが、こうしたことを把握する仕組みになっていない。
- 生活保護世帯など福祉事務所が関与するケースの場合、児童相談所と福祉事務所との間で情報交換及び共有するための仕組みが確立していない。そのため本事例では、福祉事務所の情報が児童相談所に伝わっていない。
- 虐待をした親は次の子どもを出産した時にも虐待をする危険性が高いことが関係者の間で意識されておらず、妊娠の事実の早期把握やその後のフォローが適切に行われていない。

【事例3】

父親（20代後半）、母親（20代前半）、双子の第二子・第三子（1か月）、他に里親委託されている2才の第一子の5人家族。父親の暴行により第二子が脳挫傷で死亡。

父母ともに幼少時より自身も虐待を受けた体験があり児童養護施設で育った。事件当時、父母ともに無職、生活保護世帯であり、父母より児童相談所に2才の第一子について保護を希望する相談があったことから、一時保護を実施。第一子には発育の問題があった。その後、第一子は里親委託されていたが、父親の希望による一時帰宅中に事件が発生した。第三子についても脳挫傷で障害が残っており、現在乳児院に入所中。

児童相談所は主に第一子の保護について関与。母親の妊娠については、妊娠中期から児童相談所や、市保健福祉センター保健師が把握し受診勧奨、妊婦指導等を実施したが、妊娠後期まで妊婦健診を受けていなかった。また、双子を出産した際の医療機関のケースワーカー及び保健師も育児指導等を実施し、福祉事務所においても生活保護受給のために関与していた。出産後は、医療機関の保健師が2回家庭訪問を行い、児童相談所も1度訪問し第一子を一時帰宅させていたが、保健福祉センターはこれらの状況を知らないままに、家庭訪問の日程調整のため電話連絡をしていたが連絡がとれていなかった。

【問題点】

- 保健福祉センターの保健師が妊婦健診の受診勧奨をしていたにもかかわらず、母親は受診しないなど、胎児に対する適切なケアを行っておらず、ネグレクトとも言える状況にあった。
- 多くの重篤なリスク要因を抱えたいわゆるハイリスク家庭であり、児童相談所、保健福祉センター、医療機関、福祉事務所がそれぞれ家庭訪問や電話連絡等により相談・支援を実施していたが、それぞれの機関同士及び、市町村内部の保健部門と福祉部門との連携が十分とれていなかったため、合同のケース検討会議の開催や情報交換・共有が実施されず、中心となる機関も決まらないままに、事件に至った。
- 医療機関では、児童相談所の関与ケースであることやハイリスク家庭であることを把握しておりながら、①医療ソーシャルワーカーが市生活保護担当ケースワーカーに医療機関保健師が保健福祉センター保健師にそれぞれ情報提供を行ったが、児童相談所には連絡していなかった、②出産後において医療機関が実施した2回目の家庭訪問の結果を関係機関に情報提供していなかった、など情報の共有が徹底していなかった。
- 医療機関を退院する前に関係機関が合同でケース検討会議を持つことがなく、生まれた子どもを自宅に退院させることに関する議論がなさ

れていなかった。

- 児童相談所は、母親の妊娠について育児支援が必要と判断して保健福祉センターに情報提供し、「子ども家庭支援員」の家庭訪問が予定されたが、実施できないまま事件にいたった。
- 児童相談所は、双子の新生児が生まれて間もない時期であったが、医療機関の保健師が家庭訪問した際、母親が「夜泣きがひどい、自分も眠れない、近所に迷惑をかけている」などと訴えていたことを知らずに、事件発生2日前に父親の希望により里親委託している第一子を一時帰宅させた。
- 母の出産後、保健福祉センターに対しては、第一子の帰宅についてや医療機関・児童相談所の家庭訪問について詳細な連絡がなく、センターは、家庭訪問の再調整のために電話連絡をしていたが連絡が取れなかった。

【本事例をとおして明らかとなった課題】

- 妊娠中に健診を受けていないなどの適切なケアが行われていないことがリスク因子であるという関係者の意識が徹底されていない。
- 周産期の段階でハイリスクのケースであることが判明している場合に、医療機関、保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所等の関係機関が情報やリスク判断を共有したり、主機関を決めて援助方針を統一し、各機関の役割を明確にするためのケース検討会議を行うこととなっていない。
- 妊娠・出産・育児に問題を抱えるケースに関して医療機関で把握した情報を市町村や児童相談所に伝えて連携する仕組みがない。そのため本事例では、医療機関が把握した母親の負担に関する情報が他機関につながらず、一時帰宅などの判断に影響している。

【事例4】

母親（30代前半）が、子ども3人と無理心中を図り、全員が死亡した事例。死亡の数年前に他県から父母の郷里である町に父親、第一子とともに転入。父方祖父母と同居を開始。母親は2人の子どもを妊娠・出産。その後、家族が次々と病気や障害を負ったり、第三子妊娠中に父親の妹とその長女が同居を開始する。第三子を出産後間もなくから、母親はアルバイトに復帰し、家事、育児、介護全てが母親の肩にかかる状況となっていた。

保健センターでは、母親が第三子の妊娠時に中絶を希望していたことを把握しており、出産後にはEPDS（エジンバラ産後うつスケール）を実施し産後うつ傾向があることを把握していたが、対応がなされていなかった。子どもたちが入所していた保育所園長も母親とコミュニケーションをとっていた。また、母親は、第一子の発達の遅れを気にしており、子育ての不安を訴えていた。一方で、子育てグループのリーダーをしており、周囲は母親に対して明るく活発で頑張り屋という印象を持っていた。

【問題点】

- 転入時から、母親は、保健センターの保健師、保育所の園長等に子どもの発達や自らの身体的・心理的負担に関して不安を訴えており、その度にアドバイスはしており、第三子も保育所に入所していたが、レスパイトケアやヘルパー派遣などの事業が実施されておらず、母親の問題解決にはつながらなかった。
- 保健センターの保健師は直近の健診時、母親が笑顔で育児を楽しんでいた様子を見て安心したが、その後、母親とは会う機会がなく情報がなかったため、度重なる家族の病気や事故等による母親の身体的・心理的負担の変化を知らなかった。
- 第三子の妊娠中に中絶を希望していたことを保健師が把握しており、出産後は、EPDS（エジンバラ産後うつスケール）が実施され産後うつ傾向がみられたが、専門医の紹介や育児支援などの具体的対応はなされなかった。
- 当該地域管轄の保健所においてMCG（Mother and Child Group）を実施しており、管轄内市町村に対して対象ケースを募っていた。しかし、対象については一定の基準が示されていたものの、具体的な対象を示していなかったため保健センターの保健師は当該ケースの母親が対象になるとイメージできなかった。

- 当該地域には要保護児童対策地域協議会が設置されておらず、このケースについて複数の関係機関が定期的に協議を行う場がなかった。

【本事例により明らかになった課題】

- 中絶の希望が表出された時の支援の方法が明確になっていない。
- 妊娠・出産・育児及び家族に問題を抱えるケースに関して関係機関同士の情報提供・共有システムがない。そのため、周産期の対応が遅れる結果となっている。
- エジンバラ産後うつスケールなどが開発されて、産後うつの傾向が把握されるようになったが、その後の対応が確立されていない。そのため本事例では、実際の支援が行われていない。

5. 報告事例により明らかとなった課題と提言

報告事例（4のヒアリング対象事例を含む。）から、児童虐待防止対策について、「発生予防」、「早期発見・早期対応」、「保護・支援」の各段階ごとに明らかになった課題及びその解決に向けた現時点での対応に関する提言は次のとおりである。

1) 発生予防に関するもの

課題1 関係機関の連携

- 医療機関と保健機関の間で、妊娠・出産・育児に問題を抱えるケース（妊婦健診未受診、妊娠後期の母子健康手帳未発行、望まない妊娠等）に関する情報提供・情報共有の仕組みが不十分であるため、医療機関で把握した情報が保健機関に伝わらない。
- 生活保護世帯など福祉事務所が関与するケースの場合、児童相談所と福祉事務所との間で情報交換及び共有するための仕組みが確立していない。

（報告事例の状況）

- ヒアリング対象事例2、3、4は、様々なリスク要因を抱えた家庭であり、児童相談所、保健センター、医療機関等がそれぞれ家庭訪問や電話連絡等により相談・支援を実施していたが、主に担当する機関が決まっておらず、合同のケース検討会議の開催や情報交換・共有が実施されないままに子どもが死亡した。
- 特に、ヒアリング対象事例2においては、福祉事務所と児童養護施設及び児童相談所は、それぞれ所在がわからなくなった母親に対して家庭訪問や電話連絡により所在を確認しようとして試みたが連絡がつかない状況が続いたことに対して、互いに情報共有等が行われなかった。
- ヒアリング対象事例2、3、4では、母親の胎児に対する拒否等の可能性を読み取る必要があるケースであり、これを発見できなかったことが子どもの死を防げなかった要因の一つになっている。

【提言 1】

- 要支援家庭や虐待の疑いのある家庭を早期に把握し支援するために、地域の実情に応じ、医療機関から市町村保健センター等保健機関や児童相談所への情報提供や相互の連携を強化するための地域保健医療連携システムの構築を図る。
- 現行制度では、子どもの出生前の段階で要保護児童としての支援の必要が見込まれるケースについて、児童福祉法や児童虐待防止法上の取扱が不明確であるが、このようなケースについても、市町村及び児童相談所における記録票の作成などの取扱を明確にすべきである。
- 出生前後を問わず、ハイリスクであって特に支援が必要なケースについては、要保護児童対策地域協議会の場等において、個別ケース検討会議を開催し、対応を検討することとする。
- 対象ケースが生活保護世帯等であって必要な場合には、要保護児童対策地域協議会の調整機関においてケース検討会議等の場を活用し、福祉事務所と児童福祉の関係機関等との間の密接な情報交換・共有を行うこととする。

(参考)

- ・北海道、兵庫県、長野県等では、医療機関から市町村保健センター等への要支援家庭に関する情報提供を行う連携システムを構築している。
- ・東京都、熊本県、愛知県等では、医療機関を対象とした虐待対応マニュアルを作成し、その普及を図っている。

課題 2 妊娠・出産期の相談支援

- 妊娠について悩みを抱えていたり、医療機関や市町村等関係機関から適切な支援を受けていない女性が子どもを出産、虐待し、死亡させている例が跡を絶たない。

(報告事例の状況)

- 報告事例全体では、以下のように、望まない妊娠や関係機関から適切な支援を受けていなかった事例が複数みられた。
 - ・ 心中以外の事例全 51 例のうち、望まない妊娠であった事例が 7 例 (12.5%) と全体の 1 割以上に上っているほか、10 代の若年妊娠も 4 例 (7.1%) あり、妊娠に悩みを抱えていると考えられる事例が複数あった。

- ・ 母子健康手帳未発行が6例（10.7%）と全体の1割以上に上っているほか、妊婦健診未受診が4例（7.1%）あり、関係機関から適切な支援を受けていないと思われる事例が複数みられた。

【提言2】

- 妊娠・出産について悩みを抱える女性に対する相談支援の取組（「女性健康支援センター事業」「妊娠について悩んでいる者に対する相談援助事業」「思春期相談クリニック事業」等）の周知、また、育児に関する深刻な悩みを抱える保護者に対する養護相談を実施している児童相談所、市町村の児童家庭相談窓口について広く周知を行う。
- 相談に当たっては、本人の悩みを受け止め、どのような支援ができるのか、また、適切なのかをともに考え、個々の状況に応じて訪問、一時預かり等の養育のサポートから、乳児院への入所、里親委託等まで適切な選択肢を検討する。
- また、出産後においては、平成19年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」により、ハイリスクのケースを早期に把握するとともに、必要に応じ、「育児支援家庭訪問事業」に結びつけ、適切な支援を行う。

課題3 精神障害・産後うつへの対応

○精神障害を有する保護者による虐待死亡事例が跡を絶たず、また、産後うつの傾向が把握されてもその後の対応が明確となっていない。

（報告事例の状況）

- ヒアリングの対象事例4においては、関与していた機関は、産後うつの可能性のあるケースであることを把握していたにもかかわらず、メンタルヘルスの関係機関との連携が行われなかった。
- この他、精神障害等を有する保護者に対して適切な対応がなされていなかったと思われる以下のような事例が報告されている。
 - ・ 児童相談所は、母親の精神障害を把握していたが、精神科への受診勧奨やカウンセリング等が実施されないまま、母親は次の子どもを妊娠・出産し、生まれた子どもをネグレクトにより死亡させた。

- ・母親に精神疾患があり、児童相談所、保健所、市の母子保健・障害福祉担当課と複数の機関が関与していたが、関係機関全体でのケース検討会議は持たれず情報の共有がされないまま、母親が子どもを殺害した。
- ・保健所が、母親に統合失調症があり子どもをネグレクトしていることを把握し、児童相談所に通告。学校と児童相談所は月1回程度の家庭訪問を行い、保健所が中心となって関係機関間でのケース検討・情報共有を行いつつ在宅での見守りを継続していたが、その間に、母親が子どもを殺害した。

【提言3】

- 産後うつ等のハイリスクの者を早期に把握するため、平成19年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」がすべての市町村で実施されるよう普及を図る。また、その後のフォローを適切に実施するため、育児支援家庭訪問事業との一本化を図り、ハイリスクのケースを継続支援につなげるシステムを構築する。
- 出産後の母親の育児ストレスや産後うつ等の可能性に関するアセスメント能力を向上するため、スクリーニング方法やその後の対応等について先進的な取組例の普及を図る。
- 精神疾患のある保護者等への対応を適切に実施するため、地域の実情に応じ、児童相談所に保健師を配置したり、保健所等における児童虐待対応に向けた体制強化を検討する。
- 【提言1】の「地域保健医療連携システム」においては、精神的問題を抱えるケースも対応できる体制となるよう検討する。

（参考）

- ・ 神奈川県横須賀市、三重県いなべ市等においては、出生に対して全て新生児訪問を実施し、その際にEPDS（エジンバラ産後うつスケール）を実施している。高得点者に対しては、保健師による継続訪問を行い、必要な場合は専門医療機関への受診勧奨を行っている。
- ・ 東京都、大阪府等では、児童相談所に保健師を配置し、母親の育児指導や精神的ケア等保健師の専門性を活かした援助を実施している。
- ・ 京都府では、府保健所を児童虐待に関する地域の最前線機関として位置付け、市町村及び児童相談所との定期的な情報共有を実施したり、見守り活動の担い手として、目視確認等を実施している。

2) 早期発見・早期対応に関するもの

課題4 安全確認・リスクアセスメント

○ 児童相談所が関与していながら、下記のように、虐待と認識できていない事例や、虐待対応していても虐待死を防げなかった例が10例あった。

- ・虐待通告に対して、目視による安全確認が行われていない事例がみられる。(第一次、第二次報告書でも指摘)
- ・家庭訪問による養育環境の調査など必要なアセスメントが実施されていない事例がみられる。
- ・児童相談所がアセスメントを行うに当たって、ソーシャルワークとしての調査が不十分なまま、警察の調査結果にとらわれて判断していた事例がみられる。
- ・虐待以外の養護相談ケースと判断された事例において、その後、虐待による死亡に至ったケースがみられる。

(報告事例の状況)

○ ヒアリング事例1においては、児童相談所が警察が調査を行っていることから、家庭訪問など十分なリスクアセスメントを行わないまま、その結果を基に判断していた。

○ 報告事例には、目視による安全確認が行われていない以下のような事例があった。

・第一子が虐待ケースとして児童養護施設に入所中であり、死亡した第二子についても児童相談所が死亡の半年ほど前から虐待ケースとして関与していたが、近隣住民等からの再三にわたる虐待を疑わせる情報があったにもかかわらず、目視による確認が行われなかった。

・父親の母親に対するDV、子どもに対する身体的虐待が日常的にあるため、母親は子どもを残したまま実家に避難し、児童相談所に子どもの見守りを依頼。しかし、児童相談所は父親に対して状況を電話で確認したのみで対応を終結させたところ、その後事件が発生し子どもが死亡した。

・事件発生1週間ほど前から、知人及び医療機関による児童相談所への虐待通告があったが、児童相談所は直接目視による安全確認を行わず、その結果事件が発生し子どもが死亡した。

- 報告事例には、母親が自ら「育てられない」「子どもを預かって欲しい」と希望していたことから、養護相談ケースとして対応し、児童相談所は「親子は離れるべきではない」との考えの下に在宅指導を続けていたところ、虐待により死亡に至った事例があった。

【提言 4】

- 児童相談所等の虐待対応において、直接目視による安全確認を行うこととするとともに、安全確認を行う時間ルールを設定し、虐待通告を受けてから 48 時間以内が望ましい旨を徹底すべき。
- 虐待対応に当たっては、家庭訪問により居室内での養育環境の調査の実施を基本とするとともに、自治体ごとに、アセスメントの標準的な様式や手順を定めることとする。
- 児童相談所等がリスクアセスメントを行うに当たっては、他機関が独自に実施した調査結果を鵜呑みにするのではなく、自ら調査を行い判断するように周知徹底する。

(参考)

- ・平成 19 年 1 月 23 日付けで児童相談所運営指針等を改正。本年 4 月 1 日現在、9 割の児童相談所を設置する自治体において 48 時間以内での時間ルールを設定しており、平成 19 年度中には、すべての自治体で時間ルールを設定予定となっている。

課題 5 心中事例への対応

- 心中を予防することは、児童虐待という観点からも重要な課題となっているにもかかわらず、このような視点からの心中事例に関する検討はほとんどなされていない。
- 過去に心中未遂のあった事例の場合はリスクが高いケースとして対応するというルールが児童相談所等がない。

(報告事例の状況)

- ヒアリング対象事例 1 においては、心中未遂事例にもかかわらず、ハイリスク・ケースとして、母親の精神面のリスクアセスメントが十分に行われていなかった。