

千葉県社会福祉事業団による千葉県袖ヶ浦福祉センターに  
おける虐待事件問題、同事業団のあり方及び同センターの  
あり方について（中間報告）

平成26年3月

千葉県社会福祉審議会

千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会

## 目次

1	検証に至る経緯	1
2	検証の方法	1
3	検証経過	3
4	中間報告の位置付けと今後の予定	4
5	センターの当面の運営について	4
6	県の立入検査による主な事実認定について	11
7	現在までの検証結果（問題点）及びあるべき姿、方向性	13

### 【附録】

1	検証事項の論点（平成26年2月10日）	27
2	担当委員による論点別の検証結果（問題点）及びあるべき姿、方向性	29
3	担当委員による論点別の検証結果（問題点）及び今後の検証に当たっての考え方	44

### 【参考】

参考資料1	千葉県袖ヶ浦福祉センター及び千葉県社会福祉事業団の概要	50
参考資料2	千葉県袖ヶ浦福祉センター養育園及び更生園並びにアドバンスながうらの概要並びに虐待又はその疑義の状況について	51
参考資料3	千葉県袖ヶ浦福祉センターにおける過去10年間（平成16年度から平成25年度まで）の虐待事例	53
参考資料4	千葉県から千葉県社会福祉事業団に対する勧告 ・平成25年12月27日（養育園） ・平成26年1月24日（更生園、養育園） ・平成26年2月3日（アドバンスながうら、養育園） ・平成26年2月21日（養育園、更生園、アドバンスながうら）	54
参考資料5	千葉県袖ヶ浦福祉センターの利用者の適正な処遇と安全を確保するための緊急提言（平成26年2月14日）	75
参考資料6	千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会委員名簿	76
参考資料7	第三者検証委員会の検証経過について	77

## 1 検証に至る経緯

平成25年11月26日に、千葉県が設置し、千葉県社会福祉事業団（以下、「事業団」という。）が指定管理者として運営する千葉県袖ヶ浦福祉センター（以下、「センター」という。）養育園の利用者が死亡する事件が発生した。

これに関し、県において、事業団から、職員が暴行を行った可能性があるとの情報を収集し、立入検査を実施したところ、複数人の職員が、複数の利用者に対してそれぞれ暴行を行っていたことが確認された。

そのため、外部の有識者により徹底的に調査し、問題の全容を究明することを目的として、千葉県社会福祉審議会の下部組織として「千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会」が設置され、事業団における①虐待事案に係る経緯・原因・責任の所在、②業務管理の実態、③今後の組織のあり方等について、調査・検証を行うとともに、センターのあり方について検証を行うこととされた。

## 2 検証の方法

第1回検証委員会において県から示された、諮問書に基づく検証項目（案）、死亡事件時の経過（資料1）及び立入検査結果等死亡事件後の県の対応（資料2及び参考資料2～4※）を基に検討したところ、

○権利擁護の専門家、当事者である知的障害や自閉症・発達障害等の利用者の保護者、福祉事業者、利用者の障害特性に精通した専門家など、各委員の専門性や立場を生かし、広範に検証すべき。

○病院への搬送が手遅れでなかったら助かっていたのではないかなぜ異常に気付かなかったのかは重要なポイント。

○現在も施設で生活している被虐待者の救済や、利用者の適正な処遇の確保が喫緊の課題。

○委員自身が現地を訪問したり、事業団職員や保護者その他関係者から聴き取りを行うことも必要。

といった意見が出されたことから、以下により検証を行うこととした。

※本報告書掲載資料は、最新の状況に更新した。

（1）検証事項の論点として、以下3パートに大きく分けた上で、これまで確認した事実を踏まえ、「更に検証が必要な事項」「あるべき姿、方向性を示すべき論点（検証の観点）」を整理する（附録1）。

I なぜ虐待（暴行）が行われていたのか。

II なぜ受診が遅れたのか。（今回の死亡事件関係）

III 事件後の対応は適切か。

なお、本報告書の取りまとめに当たり、検証結果を整理する過程において、「III」のうち「センターの県における位置付けはどうか。今後の運営方針はどうすべきか。」及び「県内で重要な役割を担っている施設で、今後、同様

の問題が起きた際にどう対応していくか。」については、事件後の対応の検証を経た上で検討すべき将来像であることが確認されたため、当該項目は「Ⅳ センターは今後どうあるべきか。」として別途記載することとした。

- (2) 「更に検証が必要な事項」ごとに担当委員を定め、各委員が検証した結果を委員会に提出し、更に委員間で検証を深める。(現時点における「担当委員による論点別の検証結果(問題点)及びあるべき姿、方向性(上記Ⅰ、Ⅱ)」を附録2、「担当委員による論点別の検証結果(問題点)及び今後の検証に当たっての考え方(上記Ⅲ、Ⅳ)」を附録3として添付)
- (3) 必要に応じ、委員自身が、事業団職員や保護者その他関係者からの聴き取りを行う。

なお、平成26年3月11日、死亡事件に関し元職員が逮捕された。刑事事件としての捜査・事実認定・処罰に関する検証は、当委員会の所掌を超えるが、その推移を注視していきたい。

### 3 検証経過

以下のとおり、委員会設置からこれまで6回の会議を開催したほか、一部委員による現地調査・関係者からの意見聴取を5回実施し、会議等の場以外にも、各委員において資料等を確認し、検証作業を行った。

また、委員会として最終答申を取りまとめるまでの間、現に入所している利用者がおり、その安全と適正な処遇を確保する必要があることから、当面の事業団の運営を抜本的に改善する必要があるとして、早急に改善すべき事項に関して平成26年2月に緊急提言を行った（参考資料5）。

緊急提言を受けた県の取組みについては、委員会への報告を求めるほか、関係者会議への参加などにより状況を確認している。

平成26年1月17日	第1回検証委員会 ○検証項目（案）及び今後の進め方（案）について
平成26年1月31日	第2回検証委員会 ○検証事項の論点（素案）について
平成26年2月6日	現地調査 ○センター役職員からの聴取、視察等
平成26年2月10日	第3回検証委員会 ○検証事項の論点（修正案）について
平成26年2月14日	千葉県袖ヶ浦福祉センターの利用者の適正な処遇と安全を確保するための緊急提言 ○事業団の運営を抜本的に改善するため、早急に改善すべき以下2点に関する提言 （1）虐待防止体制の整備・強化 （2）外部チェック体制の整備・強化
平成26年2月20日	外部支援体制のあり方に関するPT ○「緊急提言」における外部チェック体制の整備・強化の具体化に向け、県が開催した関係者会議に参加
平成26年2月25日	現地調査 ○死亡事件について搬送先医療機関の医師等から聴取
平成26年3月3日	第4回検証委員会 ○「検証事項の論点」の各事項に対する各委員の意見について
平成26年3月8日	パーソナルサポーター派遣に係る打合せ会合（於：養育園） ○「緊急提言」の事業化に向け、県、パーソナルサポーター候補者、事業団等による事業化に向けた打合せ会合に参加
平成26年3月15日	養育園第2寮の改善に係る保護者説明会（県主催） ○袖ヶ浦福祉センターに係る県の対応、パーソナルサポーターの派遣、養育園第2寮の改善状況に係る説明会に参加し、保護者の意見を聴取
平成26年3月17日	第5回検証委員会 ○中間報告（素案）について ○事業団幹部から、改善状況及び当面の運営計画について聴取
平成26年3月24日	現地調査 ○センター職員からの聴取
平成26年3月24日	第6回検証委員会 ○中間報告（案）について

#### 4 中間報告の位置付けと今後の予定

(1) 年度の切り替えに合わせ、事業団における幹部役職員の刷新や、袖ヶ浦福祉センターの運営を含む同事業団の事業計画の見直し等が予定されており、来年度の体制整備や改善計画等に反映させるため、以下2点を中心とする「中間報告」を取りまとめた。

ア 2月10日付け「検証事項の論点」のうちⅠ「なぜ虐待（暴行）が行われていたのか。」及びⅡ「なぜ受診が遅れたのか。」の各論点に係る検証委員会の調査結果を示す。

Ⅲ「事件後の対応は適切か。」及びⅣ「センターは今後どうあるべきか。」については、現段階で可能な範囲で記載するが、特に引き続き検証が必要である。

イ 2月14日付け緊急提言に基づく「虐待防止体制の整備・強化」及び「外部チェック体制の整備・強化」の具体的なあり方を示す。

(2) なお、県立施設のあるべき姿を示すには、

ア これまでの経過（県の施策方針・施設運営実績等）について、詳細な調査・検証を要するほか、

イ 千葉県内の民間施設・事業者との関係も含めた県全体での位置付けについて、大きなビジョンが必要であることから、さらに時間を要する。

一方で、

ウ センターの「次期」のあり方について、できる限り早く示すことが必要である。

以上のア、イ、ウを勘案して、遅くとも8月を目処に「最終報告（答申）」を取りまとめる。

#### 5 センターの当面の運営について

本中間報告においては、現行の指定管理者制度の運用（指定期間5年間・公募方式）は適切なのか（直営方式や民間移譲といった現行の運営形態を変更すべきかどうかも含む。）についての今後の議論に資するよう、運営形態の選択肢（指定期間10年間や非公募方式など）を示した。（別表）

なお、現行の指定管理者制度の運用について、できる限り早期に改善する必要があることから、可能な限り、第2期指定管理期間が満了する平成27年度末よりも前に、次期へ切り替えるべきである。

**資料１ 利用者の死亡時の経過（県提出資料「利用者の死亡事件時の経過と社会福祉事業団職員による対応（事業団からの聴取等により現時点で把握している経過等）」（平成２６年１月１７日）から抜粋。一部（※）を追加）**

○亡くなる１～３週間前

健康面での異変は見受けられなかった。

（毎日、起床時と午後１時に検温し、食事の摂取量や排便の状態など、日々の支援の中で確認している。）

○１１月２４日（日）

夕食前から夜間にかけて２度の嘔吐（１７：３０ 及び ２０：００）があった。これまで、食べ過ぎや水の飲み過ぎにより嘔吐することがあったため、経過を見守ることとした。外傷やアザは確認していない。

注１）職員の１人が、１５時頃、利用者の腹部を蹴っていた。

※当該職員は、被害者の腹部を複数回蹴り、傷害を負わせ、汎発性腹膜炎により死亡させた傷害致死事件の被疑者として、平成２６年３月１１日に逮捕された。

注２）この日より前から、複数の職員が、それぞれ暴行を行っていた。

○１１月２５日（月）

食事の量が減った。発熱、嘔吐はなかった。

１９：００ 頃 夕食後の歯磨きの時、顔色が悪く、ふらつきがみられた。別の職員から施設長に、状況の報告と、リーダーに外部受診を相談したと報告があった。

通院のため、玄関で別の職員が靴を履かせていると、急に脱力し、呼吸が浅くなり意識を失った。

職員１名が施設長を呼びに行き、携帯電話で１１９番し、救急車の出動を要請した。

電話に出た１１９番の消防署員の指示を仰ぎ、駆けつけた施設長ともう一人の職員で、ベンチの上に横になった本人の背中を叩き、吐しゃ物を除去し、気道の確保を図った。その後、１１９番の消防署員の指示に従い、心臓マッサージを行い、常備しているＡＥＤを使用した。その後、ＡＥＤの音声ガイドに従い、心臓マッサージを再開し、救急隊員が到着し、引き継ぐまでの１０分ほど応急対応を行った。

１９：２５ 救急隊が到着し、駆けつけた救急隊員により心臓マッサージが続けられ、医療機関に救急搬送された。

応急処置、ＣＴ検査を受け、その後ＩＣＵ治療室に移動した。

２１：３０ 医師から「病名は敗血症で、多臓器不全の状態」であり、危険な状

態であるとの説明を受けた。

※11月24日（日）から25日（月）にかけ、検温を17:30、18:50、20:00、23:00、6:20、10:15、11:00、14:10、18:40に行っている。いずれも平熱であり、高熱は確認されていない。

○11月26日（火）

深夜 搬送先医療機関で亡くなった。

医師から「敗血症による多臓器不全」と説明を受けた。

**資料２ 死亡事件後の県の対応（県資料「県立施設千葉県袖ヶ浦福祉センター対応に関する主な経過について」（平成２６年３月１７日）等から転記）**

- １１月２６日（火）  
事業団からの一報を受け、現地に入り、事情聴取を行うとともに警察への協力を指示
- １１月２７日（水）  
警察において検視解剖に入るとの連絡を受ける
- １１月２９日（金）  
検視解剖の結果の連絡を受け、事業団に対して取り急ぎ職員からの聴取を指示
- １２月２日（月）  
事業団からの職員による暴行の目撃情報についての連絡を受け、警察への情報提供を指示
- 前後  
警察による捜査、県による事業団からの聴取、事業団による内部調査
- １２月４日（水）～  
養育園利用者に対する児童相談所による面会
- １２月６日（金）  
事業団に対し、現地にて、利用者に対する適正な処遇の確保及び立入検査日（１１日）の関係職員の待機を指示
- １２月１１日（水）  
障害者総合支援法等に基づく立入検査実施（養育園第２寮（職員１３人））  
⇒事業団役員及び養育園職員からの事情聴取における職員の自供又は証言により、養育園第２寮の５人の職員が、死亡した利用者に対し、それぞれ暴行を行っていたことが確認されるとともに、当該５人の職員が、通常の支援の中で、亡くなった利用者とは別に、利用者９名に対し、それぞれ暴行を行っていたことが確認された。  
＊暴行５人（Ａ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅ；養育園第２寮・平成２３年５月～平成２５年１１月）確認
- １２月１３日（金）  
県議会健康福祉常任委員会
- １２月１８日（水）及び１９日（木）  
立入検査（養育園第３寮（１７人）及び第４寮（１０人））  
＊暴行の疑義４人（Ｅ；養育園第１寮・平成２４年春頃、Ｇ；養育園第１寮・平成２５年夏頃、Ｆ，Ｇ，Ｈ；養育園第２寮・平成２３年度）確認
- １２月２０日（金）  
県議会健康福祉常任委員会

○ 12月25日（水）及び26日（木）

立入検査（養育園第1寮（15人）及びさくら荘（第5寮）（7人））

- ＊暴行1人（K；養育園第2寮・平成19年4月）、心理的虐待1人（G；アドバンスながうら・平成25年6月）、暴行の疑義1人（J；更生園第2・平成22年度）確認

○ 12月25日（水）

更生園利用者に対する市町村による面会（県から市町村へ依頼）

○ 12月27日（金）

勧告及び行政処分（養育園に対する当座の措置）

- ・勧告⇒虐待防止体制の整備（施設長が養育園の運営に関与しないことを含む[→1月14日付で施設長解任]）、理事長等自ら支援現場に出向き利用者の処遇について確認、サービス計画の変更や職員の配置換えを行う際の県との事前協議
- ・行政処分⇒当分の間、新規利用者の受入れを停止

○ 1月8日（水）～10日（金）

立入検査（更生園第1（55人））

- ＊暴行4人（J；更生園第2・平成25年4月、L；更生園第1・平成19年9月、M；更生園第2・平成21年9月及び平成19年1月、N；更生園第2・平成24年3月及び養育園第4寮・平成17年11月）、心理的虐待2人（更生園第2・平成22年11月、更生園第2・平成21年4月）、性的虐待2人（更生園第2・平成18年12月、更生園第2・平成18年11月）、暴行の疑義1人（J；更生園第2・平成24年度及び平成20年度）確認

○ 1月15日（水）～23日（木）

立入検査（更生園第2（66人））

○ 1月16日（木）

県議会健康福祉常任委員会

○ 1月17日（金）

第三者検証委員会（第1回：検証項目及び今後の進め方）

○ 1月24日（金）

勧告（更生園に対する当座の措置）

- ⇒個別研修等実効性のある虐待防止体制の整備、事故発生時の県への報告（条例・協定書）の遵守、暴行を行った職員及び常務理事・養育園施設長等に対する厳正な措置[→1月30日付で常務理事兼センター長解任]、新規利用者受入れを行う際の人員体制を含めた県との事前協議

○ 1月26日（日）

養育園保護者説明会（社会福祉事業団主催）へ同席・意見伺い

更生園保護者説明会（社会福祉事業団主催）へ同席・意見伺い

- 1月27日（月）～31日（金）  
立入検査（アドバンスながうら《自主事業》（55人））  
\*暴行1人（G；養育園第2寮・平成24年3月頃、養育園第1寮・平成25年夏頃）、暴行の疑義1人（I；アドバンスながうら・平成25年夏頃）確認
- 1月30日（木）  
県議会健康福祉常任委員会による現地調査
- 1月31日（金）  
第三者検証委員会（第2回：検証事項の論点）
- 2月3日（月）  
勧告（アドバンスながうらに対する当座の措置）  
⇒外部チェック機能の強化を含めた虐待防止体制の整備、心理的虐待や不適切な支援も含めた事故発生時の県・理事会等への報告の遵守、職員の配置換えの際の県との事前協議、保護者への説明及び情報提供の充実
- 2月8日（土）  
アドバンスながうら等保護者説明会（社会福祉事業団主催）へ同席・意見伺い
- 適宜  
立入検査（～2月25日（火）全施設完了）
- 2月10日（月）  
第三者検証委員会（第3回：検証事項の論点整理、緊急提言）
- 2月14日（金）  
第三者検証委員会緊急提言  

<div style="font-size: 4em; line-height: 1;">{</div>	①虐待防止体制の整備・強化（事業団幹部の刷新、職員の教育や意識改革） ②外部チェック体制の整備・強化
--	---
- 2月19日（水）  
県議会健康福祉常任委員会  
（①、②に加え、③現場の処遇の改善）
- 2月21日（金）  
勧告（千葉県社会福祉事業団に対する措置）  
⇒事業団幹部の刷新（外部人材の登用、理事長が事業団の運営に関与しないことを含む[→年度末での理事長退任意向表明]）、外部講師による研修・教育の徹底や改善意識の共有、支援内容に見合った人員配置や処遇の確保
- 3月3日（月）

第三者検証委員会（第４回：外部チェック・支援体制のあり方、中間報告に向けて）

○ ３月１１日（火）

元養育園第２寮で暴行した元職員５人のうち１人が傷害致死事件被疑者として逮捕

○ ３月１４日（金）

県議会健康福祉常任委員会

○ ３月１５日（土）

養育園第２寮保護者説明会（県主催）

○ ３月１７日（月）

第三者検証委員会（第５回：中間報告素案）

○ ３月１７日（月）～

パーソナルサポーター派遣開始

○ ３月２４日（月）

第三者検証委員会（第６回：中間報告案）

＊一連の立入検査において確認された状況

（平成１６年度から平成２５年度まで１０年間）

暴行確認者数 １１人 （被虐待者数 １７人）

性的虐待確認者数 ２人 （被虐待者数 ２人）

心理的虐待確認者数 ３人 （被虐待者数 ４人）

合計 １５人 被虐待者数 ２３人

（延べ１６人）

※１ 虐待（暴行）が確認された職員１１人の暴行は、傷害致死容疑となった腹部を蹴ることのほか、頭を叩く、引っ掻くなど、その態様・程度は異なるが、うち５人は懲戒解雇（解雇）、３人は減給等の処分を受け退職、２人は停職等の処分を受け今年度末に退職予定となっている。１人は減給の処分を受け在職し施設長及びリーダーが重点的に管理監督している。

性的虐待が確認された職員２人のうち、１人は文書訓告の処分を受け退職となっている。１人は文書訓告の処分を受け在職し管理者が重点的に管理監督している。

心理的虐待が確認された職員３人のうち、１人は厳重注意を受け退職、１人（上記暴行の１人に同じ）は厳重注意を受け今年度末に退職予定となっている。１人は文書訓告の処分を受け施設長及びリーダーが重点的に管理監督している。

※２ 被虐待者２３人の方については、傷害致死容疑となった虐待（暴行）を受けた方や、支援時に暴言を吐かれ心理的虐待を受けた方など、その受けた虐待の態様・程度は異なるが、２３人のうち、１人は当該暴行の後に亡くなり、１人は自宅に戻り、２人は短期入所終了に伴い退所し、１人は病気により亡くなっている。

事件後、現場の改善に向けて取り組んでおり、その他現在利用している１８人の方については、施設長やリーダー等が、支援を行う支援員に対して、重点的な指導監督を行い、適切な支援に努めることとしている。

## 6 県の立入検査による主な事実認定について

### (1) 養育園第2寮における虐待について

県の一連の立入検査により、特に養育園第2寮において、平成23年5月から平成25年11月までに5人の暴行が確認されたほか、平成23年3月頃に別の1人の暴行が確認された。さらに、平成23年度に、ほかに3人の暴行の目撃証言がある。(なお、この3人は自らは否認しており、暴行は疑義である。) また、平成19年4月に別の1人の暴行も確認された。

暴行に至った5人のうち2人(うち1人は平成26年3月11日に傷害致死容疑で逮捕。以下「逮捕者」という。)は、「先輩職員(なお、この先輩職員本人は自身の暴行を否認しており、暴行は疑義である。)の影響を受けて暴行を行った」旨供述しており、その他3人も、「周りが暴行をやっていたので感覚が麻痺して自分もやってしまった」旨供述している。

養育園第2寮へは、平成23年3月頃に暴行が確認された職員が、平成18年度から配置され、その後、暴行の疑義のある3人が順次配置され、平成23年度には、前述の5人のうちの2人も配置され、その後、5人のうちの残る3人が配置された。

こうした中で、一部、先輩職員や周りの影響を受けていた旨の供述があったことは前述のとおりであるが、全体として、それぞれが、先輩職員や前任者、周りの職員の影響を受けて暴行に至る、負の連鎖に陥っていた可能性がある。

5人のうちの2人などの供述によれば、各職員とも始めから暴行をするつもりはなく、支援に行き詰まった際、先輩等の暴行を見る中で、安易に自らも暴行に至ったとされている。

### (2) 虐待の目撃者について

この5人の暴行については、目撃した3人は、見て見ぬふりをして、上司への報告や通報をしていない。また、平成23年3月頃の暴行の目撃者は、注意はしたものの、報告や通報をしておらず、また当該職員が行った別の暴行の目撃者は、注意もできず同僚に話ただけであった。また、別の疑義案件である暴行の目撃者も、驚いたのみで何も対応しなかった。

### (3) 施設長等の対応について

平成23年度において、4人(うち1人は逮捕者)の職員の暴行及び疑義について、養育園第2寮の別の職員が、平成23年12月に、上司であるリーダーに報告(通報)し、その後、平成24年1月に、養育園施設長及びサブマネージャーが、この4人を養育園施設長室に呼び出し事情聴取し、うち2人(うち1人は逮捕者)に関しては、その暴行を確認し、指導した。(施設長が袖ヶ浦福祉センター長に対して、何をどこまで報告したかについては判然としない。なお、センター長は、少なくとも1人の目撃情報については

把握していた。ただし暴行自体の把握についてはセンター長は否認している。また、当時の理事長（前理事長）に対しては、「不適切な支援についての調査を行い、問題はなかった」旨、施設長が報告をしていたことが、前理事長の供述から明らかになっている。）

しかしながら、施設長は、この平成24年1月の指導の後、第2寮の職員に対して、この2人に対するフォローのための個別指導も含め、具体的な指導を行っておらず、センター長及び前理事長においても、組織的な対策を採っていない。

#### （４）更生園第2における虐待について

立入検査で確認された更生園第2における過去の3人の暴行は、時期が異なり、また、この3人の職員間には交流がないことから、単独である点で、個人間での負の連鎖を招いた養育園第2寮のそれとは性質が異なる。

また、3人とも、再三、暴行に至るまでの不適切な支援について、注意しても更生しなかった者とされ、うち2人は、最後には、事実上の諭旨免職となっている。

しかしながら、この3人の暴行は、当然に虐待であり、重大な事故であったが、県へは報告されていない。うち2人の暴行の事故報告については、前理事長及びセンター長ともに、「県へ報告されていると思っていた。報告されていなかったことをチェックしていなかったのはミスであった」旨供述している。

#### （５）外部への報告について

これらの暴行又は疑義に関する情報については、県はもとより、理事会・評議員会、事業団内虐待防止委員会、外部機関による第三者評価の機会等において、一切報告されていない。

## 7 現在までの検証結果（問題点）及びあるべき姿、方向性

### I なぜ虐待（暴行）が行われていたのか。

前項の事実認定及び委員会における検証の結果、虐待（暴行）が行われていた要因及び今後のあるべき姿、方向性について、次のとおり整理した。

#### 1 人材育成や研修、職場環境、職員配置

##### （1）職員の資質や職場環境の問題

虐待（暴行）の原因の一つには、個人の問題として、支援スキルが不十分であり、また、虐待防止についての基礎的知識がない、と言うことが挙げられる。このため、支援に行き詰まり、行動障害を抑えるために暴行に至った面があることは否定できない。

例えば養育園第2寮の暴行した5人は、更生園で実施されているような行動障害に係る専門研修や、虐待防止に関する研修をほとんど受けていなかった。

また、支援に行き詰まりかけていた段階で、始めは緊急避難的な過剰防衛としての力を行使していたと考えられるが、だんだんとその方が通常の支援より楽だと思い、通常 of 適切な支援の実施に努めずに、安易に暴行を行うことを繰り返していた。

さらに、このような支援方法が、何人かの新たに配属された職員に容易に伝達したと考えられる。周りが安易な方法（暴行）を採っているから自分も安易な方法を、と、つまり、周りがやっているから自分がやっても大丈夫だ、と感覚が幼稚化、そして麻痺し、負の連鎖が発生したものと考えられる。

聴取結果においても、常時暴行ということではなく、目撃されてはまずいと思われるリーダーや同僚の前では、通常 of 支援を選択していたとのことである。つまり、見られても大丈夫だと思う職員の前では、楽な暴行を選択していた。

また、自ら外部に暴行を受けたことを訴える能力があると判断できる利用者に対しては暴行を行わず、通常 of 支援を選択しており、暴行の対象となったのは、自らの声を外部に伝えることのできない利用者であった。

確認されただけでも、少なくともこのような状況が2年以上続いており、その意味では、5人の暴行は、支援時における突発的な行為ではなく、意図的で陰湿なものであった。

養育園第2寮における5人の暴行を見た3人の職員を始めとする目撃者が、上司へ報告又は通報しなかったことも問題であった。一つには、虐待防止の意識が低いということであるが、のみならず、自分自身も支援に行き詰まりかけており、上司への報告や通報の余裕がない、または、自分自身は暴行を行わないまでも、暴行もやむを得ないと思っていた、あるいは、上司に

相談しにくい雰囲気、また、「相談しても無駄」という諦めがあったなど、複数の理由が考えられる。

暴行を行った職員、目撃しながら報告・通報しなかった職員の他にも、一部の職員は、「いかにして問題行動を抑えるか」といった技術ばかりにしか関心・考えが及ばず、支援における基本的な視点・理念、つまり「いかにして利用者にとって相応しい支援を行うべきか」といったものが不足していたため、問題行動を抑えるために力を伴う不適切な支援を行うといったリスクを常に持っていたものと考えられる。

一方で、法人内では、強度行動障害者支援に関する意欲的な事例報告を行うなど、高度な意識・支援技術を有する職員もおり、職員間の格差が認められた。これらのことから、法人内の職員が、施設（寮）を超えて相互に学び合い、意見交換し、ノウハウを共有できる仕組み・雰囲気が欠けていたと考えられる。

また、職員個人が支援現場における課題や悩みを抱え込まず、施設（寮）内で、あるいは施設（寮）を超えて、相談・協力し合える職場環境が築かれていなかったと言える。

## （２）職員配置の問題

養育園第２寮は、主に行動障害児童（強度行動障害者も含む）を対象としておりながら、同じく強度行動障害者を対象とする更生園第２と比べ、職員配置が薄かった。供述によれば、特に深夜の夜勤１人、宿直１人の時間帯は、多くの職員が、不眠等の利用者への対応に苦慮している。しかも当時１人欠員が生じており職員から不満も出ていた。こうした支援環境に置かれ、また、上司に相談しやすい職場環境ではなく、その状態が放置され続けたこと自体にも、問題があったと考えられる。

センター全体の職員数は、全体としては法令上の基準を大きく上回っているが、各寮の業務・支援内容や時間帯、利用者の生活スケジュール（食事・入浴支援を行う朝・夕の時間帯、養育園の大半の利用者が通学のため不在の日中、一部の利用者が不穏になる深夜帯など）に応じて、その場面場面で適切な人員配置がなされていたとは言い難い。

### 【今後のあるべき姿、方向性】

①利用者一人ひとりに対し、その人にとって最も相応しい支援を行う、といった、支援に当たって必要な基本的な視点・理念を共有し、部下を指導できる管理者・リーダーを育成する。

また、管理者・リーダーは、随時、職員同士が意見交換でき、相談・協力し合える職場の環境・文化を醸成する。

さらに、職員一人ひとりの資質や能力・個性が生かされるような人材育成を

基本とする人事管理システムとするなど、仕事・支援に対するモチベーションが高まる職場づくりを進める。

②各施設（寮）の特性や支援内容、業務の困難性・時間帯等に見合った、職員数の確保や支援スキルのある職員の配置を行う。

③若手職員も含め、福祉職として自信が持て、また研修の目的が自覚できるような、実効性のある研修体系の構築・プログラムの充実を図り、全職員が必要な研修を受講し、その効果を全職員に浸透させる。上司は、対話や意見交換等を通じて、部下に効果が浸透しているか常時確認する。

④行動障害等の支援に当たって、個人が孤立し悩みを抱え込まないように、年齢・経験年数など多様な職員から成るチームを編成し、柔軟性・弾力性を持つて行う。

## 2 幹部の管理体制、虐待防止体制・事故等に関する情報共有

### （1）幹部の資質・能力、管理体制の問題

事業団幹部は、平成24年1月に、養育園第2寮における暴行に関する情報を一部得ていたものの、必要な対策を採らなかった。このとき暴行を行った職員の中には、平成25年11月の暴行による傷害致死容疑で平成26年3月に逮捕された者も含まれている。つまり当時の杜撰な対応の結果が、今回の死亡事件を招いた可能性は否定できない。

また、幹部は支援現場にほとんど足を運ばず、職員との意思疎通や業務実態の把握も不十分であった。このため、職員配置の問題も放置され、また、一部幹部は虐待や疑義について「なるべく相談・報告しないようにしよう」という雰囲気を蔓延させるなど、事業団における虐待防止体制が機能不全に陥ったと考えられる。

これらのことから、死亡事件に至る今回の一連の虐待問題に係る幹部の責任は重大である。以下、各人の責任について個別に記載する。

#### [養育園施設長について]

養育園施設長の管理監督には大きな問題があった。供述によれば、施設長は、現場支援はリーダーに任せていたとのことである。しかしながら、リーダーは管理職ではない。したがって、この施設の現場は、管理職不在のまま運営されていたことになる。

また、施設長は、虐待を一部把握しながらも、一度口頭注意しただけで対応を終えた。また他の不祥事についてもいくつか把握していたが、調査又は追及し、具体的な対策を講じることがなかった。

ここでは、ある程度の暴行はやむを得ない、さらには、事を大きくしたくない、したがってなるべく現場を把握しない、そして、なるべく上に報告しない、という意味が働いていたと考えざるを得ない。

また、養育園全体で支援に苦慮していた、行動上多様な問題のある軽度の知的障害児への対応に目を奪われた上、特別な対策もなく、他寮から第2寮

に転寮させ、行動制限を行うことで問題の解決を図ろうとした経緯がうかがえる。第2寮で行われる適切な支援は何かについての知見がなかったと疑わざるを得ない。さらに、第2寮の人事配置が手薄なことについて、自分にはどうにもならないという諦めがあり、その改善について、上司（センター長や理事長）に訴える意思や改善努力がなかったものと考えられる。

〔袖ヶ浦福祉センター長について〕

センター長の管理監督責任の一つに、養育園第2寮の人事配置の失敗が考えられる。

事業団の人事配置について、理事長の供述によれば、センター長に任せており、センター長が実質的に行っていたことが伺われる。この点、センター長は、「更生園第2に比べて養育園第2寮の配置は質量ともに甘かった」旨供述したとされ、さらに、「支援方法が一定程度確立した行動障害に対する支援よりも、障害特性が多様で、相談や就労を含めた総合的な支援を行う自主事業の支援の方が、高い能力が求められ、配置は自主事業を優先すべき」旨の供述、また証言があったとされている。

こうした中で、養育園第2寮において、一定程度確立した行動障害に対する支援技術を習得していない職員を、しかも同じく主に行動障害に対する支援を行う更生園第2に比べて薄く配置していたことに、大きな失態があると言わざるを得ない。

このような人員配置を行った背景要因について、客観的な事実から推測し得ることとして、施設その他行動制限を行うことの多い養育園第2寮では、利用者からの苦情も外に明らかになることがなく、管理が他寮に比べて容易であると判断していたのではないかとの疑いを禁じ得ない。

センター長は、地域移行を始めとする事業団運営の見直しの中心を担ってきたほか、過去に利用者に対して体罰を行っていたことについて内部告発を受けて懲戒処分を受けるなど、良くも悪くも目立った。そのため、運営方針や考え方の相違、また過去に体罰で処分を受けた者が昇任し、事業団の中心を担っていることへの反発から、職場内に言わば派閥が発生していた旨の証言が複数あったとされている。

そうした中で、センター長の側に属しないと意識している職員からは敬遠され、むしろ、相談・報告しにくい上司になっていたと思われる。職員聴取においても、「センター長に意見すると人事査定を受ける」旨や、「センター長に気に入られた者は出世し自主事業を中心に配置される」旨の供述がいくつか出ているとのことである。

事業団内の虐待防止委員会等、いくつかの会合が、センター長を実質的にトップとして運営されている。こうした中であって、虐待や疑義について相談したり、虐待防止委員会等に諮ることをためらい、「なるべく相談・報告しないようにしよう」という雰囲気を経営団内に蔓延させた可能性があり、このことで事業団内の虐待防止のチェック体制の機能不全を招いた

ことは否めない。

〔前理事長について〕

前理事長は、県から理事として現役出向し（定年後も在職）、平成19年6月から理事長に就任したが、先の平成24年1月の施設長による調査及びその結果について、抽象的に報告を受けたが追及することなく、その後、このことを理事会や評議員会に諮ることはなく、また、県に報告・協議することなく、事業団を挙げた対策を採らなかったことは、最終責任者として、大きな失態であった。

また、事業団に蔓延した、先の「なるべく相談・報告しないようにしよう」という雰囲気を通り切ることができなかったものと考えられる。

前理事長は、更生園第2における、重大な虐待に関する事故報告について、「県へ報告されていると思っていた。報告されていなかったことをチェックしていなかったのはミスであった」旨供述したとされている。（なお、センター長も同様の供述をしたとされている。）この点、確かに、隠蔽の明確な意図は示されていないが、逆に、隠蔽がないか管理・監督しようとする意図が認められない。前述の雰囲気に流され、あやふやな雰囲気の中で、報告されない方がいい、と流された可能性があり、虐待に関する管理監督責任を果たしていないと評価せざるを得ない。

〔現理事長について〕

現理事長は、県退職者であり、もとより障害福祉に通じておらず、また、虐待防止の意識が低かった。それだけでなく、聴取結果によれば、部下からほとんどと言っていいほど、不祥事に関する情報が何も上がっていないとのことである。これは、理事長が現場にほとんど足を運んでいなかったことにも原因と責任がある。

つまり、施設現場が適正に運営され、利用者の処遇が確保されているか、事業運営全体の最終的な責任を負うべき理事長が、自ら現場の実態を把握することなく、部下に任せきりにしていた。その結果、事故やその可能性も含め、何ら情報が上がってこず、具体的な指導監督の機会すらなかったということであり、事業運営全体の管理監督責任を果たしていない。

前述のとおり、更生園において、それぞれの「単独」での暴行が確認された。この3人は、再三、暴行に至るまでの不適切な支援について、注意しても更生しなかった者とされているが、個人の資質や、更生させなかった管理の問題もさることながら、これまで養育園の問題として縷々述べてきたとおり、幹部も含めその状況を把握していながらも、それを正すための組織的な取組が行われなかったことの問題が考えられ、言い方を換えれば、虐待という重大な事故に組織を挙げて取り組もうとする意思がなかったと言わざるを得ない。

## （２）虐待防止体制の整備・運用の問題

事業団においては、職員に対し虐待防止・権利擁護に関する研修を実施するとともに、虐待防止委員会を設置するなど、形の上では虐待防止体制を整備していた。

しかし、虐待防止法上、全ての職員は、虐待が疑われる場合、組織内部に設置した通報窓口だけでなく、市町村等への通報が求められているにもかかわらず、それを前提とした虐待防止体制が作られていなかった。

また、一部の職員は障害特性や行動障害のみならず、権利擁護についての理解が不足しており、幹部職員も、虐待防止に向け具体的な対策を採ろうとする意識が欠けていた。

虐待防止委員会においても、トップはセンター長であり、「なるべく相談・報告しないようにしよう」とする雰囲気も乗じて、同委員会には虐待や不適切な支援に関する案件は報告されず、事実上、機能していなかった。

## （３）事故等に関する情報共有の問題

虐待の未然防止の観点から、不適切な対応や事故（ヒヤリハット含む）の段階で問題点を検証し、改善することも必要であるが、事故等の集計報告は一部あったものの、職員間で討議・報告を行う機会がとても十分ではなかった。

また、報告・記録の書式は整備されているが、合理的な理由なく一つの事象に対して複数の記録が作成され、職員の負担を増加させていた。一方で、虐待など重大な事案は記録・報告されていない。

さらに、県や外部委員会・外部評価機関に対しても、虐待事案は報告されておらず、保護者会への情報提供も不十分で、その活性化にも非協力的であったために、会も機能していないなど、外部の視点・評価を適正に受けようという姿勢は見られなかった。

### 【今後のあるべき姿、方向性】

- ①幹部は、行動障害等の支援に精通した者とし、職員に対し率先して改革に取り組む姿勢を示しながら、部下を育成・指導し、現場の改善意識の醸成に努める。
- ②外部講師による研修を実施し、勤務シフトの調整等により、全職員が受講できるような環境整備に努める。
- ③上司による部下に対する指導等を通じて、適切な支援方法を共有し、特に経験年数が短い職員に対し、行動障害への支援や虐待防止に係る教育を徹底し、改善意識を共有する。
- ④虐待は、「あってはならない」「してはならない」。しかし、不幸にして起きてしまった場合は、問題を起こした職員を含めて、当該利用者に適合した適切な支援は何かを組織で共有しつつ、その支援のあり方を再検討し、場合によっ

ては当該職員自身も再度自信を持って支援ができるよう再教育し、その成果が認められれば、セカンドチャンスを与えることも考える。

⑤事故やヒヤリハット後には、その原因究明と再発防止策をチーム全体で考え、日々の支援や環境整備に生かす。また理事会へも報告・共有し、再発防止策を協議する。

⑥有効性が乏しい既存制度については、問題ケースについて職員間で具体的な討議ができる実効性のある運用へと改善する。他方、支援の質の向上にさほど影響しないと考えられる記録や会議の簡素化を図り、施設等で求められる本来業務に全力で取り組める職員集団を育成することを目指した管理を行う。

⑦保護者、関係機関や外部の専門職との連携を強め、より開放的な体制へ変えていく。

### 3 外部チェック体制、県のチェック体制

苦情処理、福祉サービスの第三者評価、指定管理者の運営状況評価（例月調査、年次評価、外部有識者による第三者評価等）、県の指導監査など、外部による、また県による様々なチェック体制については、整備はされているが、事業団が提出した書類や説明のみに依拠して評価・判断されており、その書類等が施設の運営実態を正確に反映していないことから、外部チェック体制や県のチェック体制は実質的に機能していなかった。

また、外部委員や県において、利用者の生活実態などを独自に把握し、評価・判断する姿勢が乏しかった。

#### 【今後のあるべき姿、方向性】

①指定管理者の第三者評価において、外部委員は現場に入り、支援の実態を確認するなど、既存制度の適正な運用を強化する。

②県は、既存制度の頻度や運用を改善し、報告を積極的かつ具体的に求めるなど監査・モニタリングを強化する。

③県は、利用者一人ひとりに対して、外部から相談支援に長けた専門職（パーソナルサポーター）を派遣し、支援記録の確認や利用者本人との面談等を通して、利用者に最適な支援が行われているか、また施設の運営状況が改善されているか確認し、必要に応じ改善提案を行う。

④県は、支援関係者が参加する連絡会議を開催し、また、パーソナルサポーターからの報告を受け、支援状況や運営実態を独自に把握し、当面、第三者検証委員会にスーパーバイズ機能も担わせながら、指導監督を行う。

## Ⅱ なぜ受診が遅れたのか。(今回の死亡事件関係)

委員会として、今回の死亡事件については、早い段階で受診させていれば、命は助かったのではないかという問題意識があり、診療室のスタッフや搬送先医療機関の医師から聴き取りを行うなど、死亡原因についての調査を行った。

その結果、搬送された段階では既に手遅れであったことが判明した。職員は通常より頻繁に検温を行うなど、救急搬送の前日から異常を感じていたにもかかわらず、その障害の特性から受診すべきか判断しかねており、センター内に常勤医や看護師がいるのに受診すべきかどうか相談していなかったことが確認された。

これらを踏まえ、受診が遅れた要因及び今後のあるべき姿、方向性について、次のとおり整理した。

### 1 医療支援体制の問題

養育園では、看護師は基本的に診療室にいて外来業務を行う体制になっており、園には常駐していなかった。したがって、医療職が園の利用者の日常的な健康状態について十分把握していなかった。

また、障害によっては、その特性から体調の変化が分かりにくい場合があり、支援者に障害に関する知識・医療的知識が求められるが、投薬管理も含めて支援現場と診療室とのコミュニケーションが十分でなく、相談しやすい環境とは言えず、その結果、養育園の支援員では必要な受診の判断ができなかったと考察される。

さらに、当時、養育園第2寮の職員は1名欠員の状態であったが、寮を超えた応援体制は取られておらず、一度に複数の利用者が受診を要する場合、対応が困難であった。

### 2 職員間の情報共有の問題

利用者の健康状態を正確に把握するためには、支援員相互の情報共有も重要であるが、更生園と養育園とで支援記録の作成方法等が統一されていないほか、事故の報告方法について、養育園ではルールすらなかった。

また、問題行動に関する記録が中心となっており、利用者が普段どのような生活を送っているか、支援者がどう対応しているのかについての記録は不十分であることから、利用者個々の状態並びに支援者の対応業務の実態について把握・情報共有が行われにくかった。(なお、確認された虐待に係る記録についても一切ない。)

#### 【今後のあるべき姿、方向性】

- ①支援職員の障害に関する知識、医療的知識の向上を図るとともに、日常的に、施設内の医療職と支援員とのコミュニケーションを促進し、支援員が受診（診療室及び外部受診双方）に関して相談しやすい環境を整え、必要時に速やかに受診する体制を作る。
- ②必要時に相談・連携の上、速やかに受診できるよう、日頃から外部医療機関との連携を強化しておく。
- ③一度に複数の利用者に対して医療的支援を要する場合であっても、一人の職員で抱え込まず、相互に応援できる勤務体制及び相談連絡体制を築く。
- ④職員の応援体制、必要な人員配置が行われるよう、人事配置権者の幹部職員は、日頃から現場に入り、現場の状況とそのニーズについて自ら確認する。
- ⑤班会議等において、日常の活動・言動も含めた利用者個人の情報について、記録も含め共有し、また記録には記名し、利用者本人の「暮らし」をどのようにしたらいいかといった視点で、多面的なアプローチを行い、日々点検する。

### Ⅲ 事件後の対応は適切か。

民間施設で今回のような虐待事件が起これば、早急に利用者を家庭や他の施設に移し、施設は閉鎖に追い込まれると考えることが自然である。しかしながら、強度行動障害があるなど手厚い支援が必要であることを理由として、民間施設では支援が困難と判断される利用者への支援に特化してきたという県立施設の特長があり、県によれば、家族からの転所の希望はなく、また、県において県内施設に打診したところ、利用者の受入先はなかったとのことである。この点、緊急時の対応という側面は否定しないが、県がより積極的な対応を図ることができなかったのか、なお検証が必要である。

当面の事態として転所が行えないため、更生園の支援技術の高い職員を養育園第2寮に配置するとともに、事件発覚直後に、県の依頼により千葉県知的障害者福祉協会から8名（当初6名）の応援職員の派遣を受け、利用者の適正な処遇の確保が図られた。

また、利用者の援護実施機関である児童相談所及び県からの依頼により市町村の担当者が、平成25年12月から平成26年1月にかけて養育園及び更生園の利用者に面談し、現在の生活状況や健康状態を中心に本人から聴取し、全体として、今回の虐待事件の影響は見られていないと県は判断していることが委員会に報告されている。さらに、特別支援学校に通っている利用者に対しては、学校においても心のケアを行うことについて、障害福祉担当部局から教育担当部局へ依頼したと報告されている。ただし、特に、暴行の被害を受けたり、その場面を見ながら生活することを余儀なくされていた養育園第2寮の利用者本人に対しては、さらに何らかの形での謝罪も含めた特別な心のケアが本来必要と考えられるが、今のところ十分な対応が行われたとは認められない。

このほか、事業団において、事件発覚直後の平成25年12月、また平成26年1月に保護者説明会が開催された。しかし、保護者への説明は、事件直後の1回目後は、1か月以上経過した後に行われたということである。このことは、事業団に、保護者が報道される度に抱える不安をその都度解消するために、連絡を受ける前に自ら説明しようという姿勢や、保護者から改善提案を募った上で、現場を改善しようという積極的姿勢が見られなかったと評価せざるを得ない。このことに関する県の対応としては、県によれば、県から事業団に対しては、事件発覚直後から再三、保護者説明会等を通じた保護者への情報提供を充実するよう指導（追って文書勧告）し、また差し当たって事業団が開催した保護者説明会に同席して意見を聴き、また、立入検査が完了し一定の検証がなされた後に、県からも直接保護者への説明を開始したと委員会に報告されている。

事業団において、県の勧告・指導を受けてからは、現場の一定の改善が見られてきているが、事件直後の保護者への速やかな情報提供等の対応は十分とは言えず、また、県立施設である以上、県も踏み込んでその対応を進捗管理すべきであったと評価せざるを得ない。

#### Ⅳ センターは今後どうあるべきか。

今回の虐待事件に関し、障害福祉に関係する12団体から15件の要望書や声明文等が県に対して提出され、主な内容は、真相・原因の究明、暴行を行った職員はもとより管理者も含めた責任の追及、被害者の救済、抜本的な再発防止策の措置、県の責任の明確化等であることが、県から報告された。

委員会においては、前述のとおり、虐待（暴行）の原因として、職員個人の資質の問題はもとより、事業団幹部の管理監督責任や事業団の運営体制上の問題等について指摘し、再発防止に向け、当面の運営改善策や、外部チェック体制・県のチェック体制の整備・強化に係る対策について提案した。

県立施設の設置者としての県の責任については、県が、千葉県障害福祉施策の推進に当たってセンターをどのように位置付け、その施策・方針の達成に向けて、どのように進捗管理していたか（その際には、センターの管理運営を委託する事業団に対して、県が十分に指導監督してきたか、ということも含まれる。）、ということも含めた検証が必要である。

センターは、平成14年度から平成18年度にかけ、行財政改革や地域移行の取組みと相まって、その「あり方（役割や事業内容）」として、県立施設として強度行動障害支援等に先駆的に取り組み、民間施設では支援が困難な人を受け入れる旨示し、その役割を担ってきた。

更生園においては、スーパーバイザーの定期的な指導・助言のもと、強度行動障害者の行動改善を図り、一定の成果が得られている。

他方、「あり方」の提示において挙げられた、支援ノウハウの情報発信等による民間施設等との連携強化に係る取組みについては、それを評価する声は聞こえてこず、不十分であったと考えられ、検証が必要である。

地域資源との連携や地域移行、保護者支援に向けた取組みも含め、その「あり方」が実現されたのか、今後どうあるべきか、県内の様々な関係者の意見を聴きながら検討する必要があるが、前述の県の責任の明確化も含め、この問題については詳細な調査・検証を要するため、最終報告（答申）において示すこととしたい。

また、上記のとおり「あり方」の提示に加え、平成18年度の指定管理者制度の導入に向け、人件費や職員の削減が図られた。その際に中堅職員が大量に退職し、非正規職員比率が一時的に増えたが、この時点でいったん、一部職員に対する指導・教育・管理が甘くなり、サービスの質に影響を与えたことは否定できない。他方、人件費については、従前が手厚すぎた面があり、削減の方向性は間違っていなかったと考えられ、削減後においても、他の施設と比べて低い水準ではない。

指定管理者制度の導入や、その後の運用が、事業団・センターの運営に与えた影響についても、更に検証が必要である。

なお、県立施設の運営形態としては、県職員が施設を運営する「直営」と、民間団体に包括的に管理運営権限を委任する「指定管理者制度」の２種類がある。

また、指定管理者制度についても、管理者を選定するに当たり、幅広く申請を募る「公募」方式と、公募によらず運営団体を指定する「非公募」方式があるほか、指定の期間は、施設の設置目的やサービスの継続性・安定性等を踏まえ、それぞれの施設にとって適切な期間を設定することとなる。

現在、県は、センターの運営について「指定管理者制度」を採用し、県の一般的な方針に則り、「公募」方式によって管理者を選定し、指定期間を「５年」としてきた。

センターの「あり方」に最も相応しい運営形態については、上記の指定管理者制度の導入・運用が受託者たる事業団の法人運営に与えた影響を踏まえ、さらに運営改善状況や利用者の地域移行の状況も見極めつつ、利用者にいかに安定的かつ質の高いサービスを提供できるかといった観点から、なお検証を要するが、今後の議論に資するよう、別表のとおり、現行制度との比較が可能となるよう、形態別のメリット・デメリット等を整理した。なお、これはあくまで整理であり、委員会として形態の優劣を現状において判断しているものではない。

（別表）袖ヶ浦福祉センター　運営形態比較表

項目	【現行制度（指定管理）】	【現行制度（指定管理）の運用改善の例】		【その他の運営形態の例】	
	公募・５年	公募・１０年	非公募・５年	直営	民間移譲
○制度の形態（特徴）	○管理権限を指定管理者に委任するため、利用許可等の行政処分を含めて、すべての業務を指定管理者が行う。 ※法令上地方公共団体あるいは長に専属的に付与されたものは除く（目的外使用許可など）。			○支援員等は県で直接雇用する。 ○その他の業務（設備点検等）については、個別の業務ごとに委託契約を行う。	○県立施設としては廃止し、民間施設として運営されるよう民間団体に移譲する。（土地・建物を貸付又は譲渡）
○法的性格	○指定（行政処分的一种）により、施設管理権限を委任。			○私法上の契約関係。	—
１ 管理権限	○指定管理者			○設置者たる地方公共団体	○移譲を受けた団体
(1)行政処分	○受託者が可。管理業務の効率化・迅速化が図られる。			○受託者は不可。県が直接処分を行うこととなる。	—
(2)管理基準等	○条例で定める。			○契約で定める。	—
２ コスト面					
(1)経費節減	○弾力的な人員配置、維持管理契約の一括化により、コスト削減が図られる。			○県の給料表が適用され、人件費が過大になる可能性あり。	—
(2)利用料金制	○採用可。指定管理者の収入とすることができ、サービス向上のインセンティブとなる。			○採用不可。県の歳入として使用料を徴収することになる。	—
(3)相手方決定	○議会の議決を経て決定。			○議会の議決は不要	○議会の議決は不要（土地・建物を譲渡する場合は、必要になることがある。）
4)契約期間	○議会の議決を経て決定。			○契約で定める	—
３ 再委託	○可。一括契約や民間同士の契約により、コスト削減が図られる。			○原則として禁止されているが、書面により県の承諾を得た場合は可。	—
４ 設置者としての責任	○地方公共団体			○地方公共団体	○移譲を受けた団体
利用者に損害を与えた場合	○協定に基づく危険負担表により、管理者として注意義務を怠ったことによるものは指定管理者負担、それ以外のものは県負担。			○契約書により、委託業務の処置に関し発生した損害のために必要を生じた経費は受託者負担、その損害が県の責に帰する理由による場合は県負担。	○移譲を受けた団体の負担
５ 適正な業務執行を確保するための県の関与					
(1)根拠	○地方自治法（県は受託者に対して、一般的に監督権限を有している。） ○社会福祉法・障害者総合支援法・児童福祉法（県は指定事業者に対して、指導監査等の権限を有している。）			○雇用契約（県が支援員を指揮命令できる。）	○社会福祉法等に基づく権限は指定管理者制度と同様。
(2)監督権行使の手法	○指定管理者の指定に当たっては、あらかじめ議会の議決を経るとともに、「選定手続き」、「業務の範囲」及び「管理の基準」をあらかじめ条例で定める。 ○指定管理者は、毎年度終了後、県に事業報告書を提出しなければならない。 ○毎年の管理運営状況を確認し、中間年度には、外部有識者による第三者評価を実施する。その結果、改善が必要な場合は適宜指示することができる。 ○社会福祉法等に基づき、条例に定める人員、設備及び運営に関する基準への適合状況等について、定期的に監査・指導を行う。適正な運営が行われていない場合は、勧告や、勧告に係る措置をとるよう命令することができる。			○雇用主である県が直接雇用するため、県が支援員を直接指揮命令できる。	○社会福祉法等に基づく権限は指定管理者制度と同様。
(3)実効性の担保	○県の指示に従わないとき等には、必要に応じ、指定管理者の指定の取消し等を行うことができる。 ○社会福祉法等に基づく基準に沿った適正な運営ができない場合等には、必要に応じ、障害者支援施設の指定の取消し等を行うことができる。			○指示に従わない場合は、雇用契約に基づき解雇できる。	○社会福祉法等に基づく権限は指定管理者制度と同様。

検証中

項目	【現行制度（指定管理）】	【現行制度（指定管理）の運用改善の例】		【その他の運営形態の例】	
	公募・５年	公募・１０年	非公募・５年	直営	民間移譲
メリット	○使用許可の実施、利用料金制など、受託者の裁量は広く、民間のノウハウを活かしたサービス向上、経営の効率化が行われる。				
	○選定手続における公平性・透明性が確保できる。 ○管理運営業務について、定期的に見直す機会が確保できる。 ○受託者が次回の選定を意識し、緊張感を持った施設経営とそれに伴うモチベーションの向上が期待される。	○選定手続きにおける公平性・透明性が確保できる。 ○事業の継続性・安定性を確保できる。 ○利用者・保護者と職員との間の信頼関係の構築により、支援の質の向上が図られる。 ○ある程度、長期的な雇用の確保が図られる。 ○入所者の特性を踏まえた、計画的な人材育成が図られる。	○管理運営業務について、定期的に見直すことができる。 ○事業の継続性・安定性を確保できる。 ○利用者・保護者と職員との間の信頼関係の構築により、支援の質の向上が図られる。 ○長期的な雇用の確保が図られる。	○県が直接施設を運営するため、県の運営責任が明確になる。 ○施設運営に県の方針を直接反映できる。 ○職員が公務員となることで、長期的な雇用の確保が図られる。	○民間団体の責任において、より機動的・弾力的な運営が行われる。 ○県の財政負担が軽減される。
デメリット	○受託者の裁量が広いことから、業務のチェック体制を規定しているが、今回の袖ヶ浦福祉センターのように重大な事項が県に報告されないと、チェック体制が十分に機能しない。				
	○指定期間の定めがあり、長期的な雇用の確保が困難。 ○利用者・保護者と職員との間の信頼関係の構築や、支援技術の蓄積・継承に困難が生じるおそれがある。	○管理運営業務について、定期的に見直すシステムを構築する必要がある。 ○公の施設のあり方の見直しを速やかに反映させることが難しい。 ○長期にわたる必要な委託料を見込むことが困難であるため、あらかじめ、仕様書に委託料の精算ルールを決めておく必要がある。 ○受託者の緊張感やモチベーションが維持されなくなるおそれがある。	○非公募とする客観的かつ合理的な説明がない場合、選定手続における公平性・透明性を十分に確保できない。 ○競合団体がないことから、サービス向上への創意工夫のモチベーションが上がりにくい。 ○受託者の緊張感やモチベーションが維持されなくなるおそれがある。	○意思決定や予算執行に関する法令等の縛りが強く、機動性・弾力性に欠ける。 ○施設の経営や利用者支援については、民間にノウハウのある分野であり、民間に委託した方が質の高いサービスが期待できる。 ○県のノウハウでは、専門職員の育成が困難。 ○身分保障、横並びの給与体系などにより、サービス向上への創意工夫のモチベーションが上がりにくい。 ○新たに多数の支援員等の職員を県が直接雇用することは、現実的に相当困難。	○これまでのような、県立施設としての県の方針を反映させられなくなる。 ○何らかの形で、現在の袖ヶ浦福祉センターの機能を担える民間施設を確保する必要があるが、現時点で直ちには困難。
備考				※設備点検や給食等、一部の業務を個別に委託することは可能。 ただし、施設の主目的である利用者支援に係る業務を委託することは、管理者（県職員）が、支援員（委託先の団体の職員）を直接指揮することができないため、望まれない。	

附録1 検 証 事 項 の 論 点

平成26年2月10日  
 千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会

I なぜ虐待(暴行)が行われていたのか。

これまで確認された事実	更に検証が必要な事項	あるべき姿、方向性を示すべき論点(検証の観点)	分類※
○従前から、一部の職員が日常的に虐待(暴行)を行っていた。	●支援技術の教育・指導、共有(OJT)は行われていたか。	職場における人材育成(若年職員に対する教育・指導、適切な支援方法の共有等)のあり方	A①②
○虐待を傍観していた職員がいた。(上司への報告や、法に基づく通報が行われていなかった。)	●研修(①行動障害支援について、②権利擁護・虐待防止について)は適切に実施されていたか、全職員が必要な研修に参加していたか。	職員の資質向上・虐待防止のために求められる研修の内容や、参加のあり方	A①
	●(強度)行動障害の支援という観点から、人員配置(人数、経験)に問題はなかったか。	行動障害の利用者を適切に支援するために必要な人員配置のあり方	A②、B
	●支援に係る課題(悩み)等を共有・相談できる体制(雰囲気)があったか。	職員が課題(悩み)を抱え込まず、報告・協力し合える職場環境のあり方	A①②③
	●施設の構造(ハード面)に、虐待を誘発するような問題点はないか。	施設の透明性・開放性を担保するために必要な改善点(ハード面)	A③、C
○施設幹部(施設長・リーダー等)は、虐待に関する情報を得ていたものの、十分な措置を講じていなかった。	●事業団内部で、虐待防止に係る取り組みはどのように行われていたか。施設管理者・事業団幹部は、どのように把握し、指導していたか。	虐待防止体制のあり方(虐待防止に係る認識の徹底、虐待の疑義が生じた際に講じるべき措置、役員の管理体制・求められる資質・能力等)	A①②④、B
○事業団役員(理事長・理事)は、虐待やその疑義について把握していなかった。	●事故(ヒヤリハット含む)等に関する施設内の情報共有は、どのように行われていたか。	組織内の事故等の記録・報告や情報共有、事故の未然防止体制のあり方	A①②③
○医療職は虐待の兆候に気付いていなかった。	●医療支援体制(日常の健康管理、外部受診の判断等)は、どのようなものか。	利用者に対する医療的な支援のあり方	A②
○過去の事例について、事業団から県への報告がされなかったものがある。	●事故等に関する外部への報告は、どのように行われていたか。(仕組み／実態)	・施設職員と事業団本部の円滑な連絡・連携体制や、事務処理チェック体制のあり方	A②④、B、C
○今回の事件が起きるまで、県や外部有識者は、虐待が行われていると認識することができなかった。	●運営に係る外部からのチェックは、どのように行われていたか。(仕組み／実態)	・外部チェックのあり方(①現在の仕組みの運用の改善点、②新たな仕組みの必要性(いわゆるオンブズマンや保護者会など))	B、C、D
	●県による運営状況の確認や指導は、十分に行われていたか。	・県のチェック体制のあり方(①現在の仕組みの運用の改善点、②新たな仕組みの必要性、③改善状況の把握、保護者・県民に対する説明・報告)	B、C、D

II なぜ受診が遅れたのか。(今回の死亡事件関係)

これまで確認された事実	更に検証が必要な事項	あるべき姿、方向性を示すべき論点(検証の観点)	※
○(24日時点)2度の嘔吐があったが、受診させていなかった。また、施設長への報告がなされていなかった。	●支援記録の作成、情報の共有(申し送り)はどのように行われていたか。	・利用者の生活支援・医療支援のあり方(適切な支援計画の立案・記録・モニタリング、職員間の情報共有等) ・管理者の業務管理体制、職員から管理者への報告・連絡・相談体制、職員間の協力体制等のあり方	A①②
○(26日朝)施設長に所用があったため、施設長には引継報告が行われなかった。	●支援員・リーダー・施設長は、受診の可否をどのように判断していたか。(判断基準)		A①②
○他の利用者の外部受診のため、対応が手薄になった。	●緊急時の職員の応援体制は、どのようなものか。		A①②

III 事件後の対応は適切か。

これまで確認された事実	更に検証が必要な事項	あるべき姿、方向性を示すべき論点(検証の観点)	※
○県知的障害者福祉協会から職員の派遣(応援)を受けることで、行動障害に関し比較的スキルの高い更生園等の職員を養育園第2寮に配置するとともに、設備の配置等の環境整備を行った。  ○家庭復帰や他の民間施設での受入れが困難であるため、退所(転所)が困難。	●被害者への処遇改善はどのように講じられているか、民間事業者からの職員派遣により必要な人員が確保され、利用者は平穏な生活を送れているか。	・本人・保護者支援のあり方 ・組織全体でのあるべき姿と改善意識の共有方法 ・管理者に求められる資質・能力 ・地域や事業者との連携のあり方 ・リスクマネジメントのあり方	A①②③、C
	●利用者に対して、行動障害等の特性に応じた内容や、地域生活支援に向けた取り組みなどの支援計画が作成され、それに基づき実践されていたか。		
	●県内事業者や地域との連携を強化することにより、または県外からも協力を得ることにより、家庭復帰や他の民間施設での受入れ、地域移行を進められないか。		
	●保護者からの相談や要望、また訪問に、適切に対応しているか。	センターのあり方(県における位置付け・責任、運営方針(行動障害支援等)、運営形態(指定管理者制度や直営等)等)	C、D
	●センターの県における位置付けはどうか。今後の運営方針はどうすべきか。		
	●県内で重要な役割を担っている施設で、今後、同様の問題が起きた際にどう対応していくか。	リスクマネジメントのあり方 施設間連携、施設と地域との連携のあり方	B、C、D

※検証項目の分類

- A 事業団における業務について
- ①職員の資質、人材育成のあり方
 ②事業団及び施設における管理体制、内部の協力・牽制体制、報告・確認体制
 ③施設の透明性や開放性
 ④施設と事業団本部との連絡・連携体制の検討
- B 千葉県社会福祉事業団のあり方(役員の運営体制、組織の運営体制、自主事業の運営 等)
- C 千葉県袖ヶ浦福祉センターのあり方
- D 指定管理者制度と業務のチェック体制

## 附録 2 担当委員による論点別の検証結果（問題点）及びあるべき姿、方向性

### I なぜ虐待（暴行）が行われていたか。

#### ①支援技術の教育・指導、共有（OJT）は行われていたか。

《検証の観点》職場における人材育成（若年職員に対する教育・指導、適切な支援方法の共有等）のあり方

#### 【現在までの検証結果（問題点）】

○職員のヒアリングからは、痣のチェックや支援方法の検討会議・情報周知等、基本的な業務遂行に関する職員の知識に大きな開きが存在することがうかがえる。更生園の一部の職員は、意欲的な事例報告を行うなど、むしろ高いレベルの支援技術を有していた。

○施設や寮（班）単位で、事故やヒヤリハットに関する問題意識の差が大きく、事業団全体としてもこの問題は認識していた。

○平成16年に職員数（正規職員比率）が大幅に減少しており、支援の質が低下せざるを得ない状態だったと考えられる。リーダー・管理者不足がOJT機能の低下をもたらした。支援の質を取り戻すには長期間かかる。

○行動コントロールに際しては、強制的に介入する場合があるが、逆効果になることがある。自傷行為が始まったらすぐ「制止」する方法が採られたが、効果があったのか、現場として評価・検証することが必要であった。

○日誌等の記録には、利用者の問題行動に関する記載があるが、それに対して支援者がどのように対応したか記載されていない場合が多く、また利用者の問題行動の原因分析が見られない。

○職員の人事（雇用）管理のあり方について、引き続き検証が必要。

- ・各職員の個別の業務目標や成果の評価体制

- ・定期的な上司と職員との個別面談や、エルダー（※）が新人職員に相談に乗る仕組みの実施状況

- ・養育園第2寮の新人職員に対する具体的な育成計画の立案、運用状況

※数年年上の先輩職員が教育係（エルダー）となり、新任職員と2人一組で実務の指導を行うほか、職場の相談役も担う。

#### 【あるべき姿、方向性】

利用者一人ひとりに対し、その人にとって最も相応しい支援を行う、といった、支援に当たって必要な基本的な視点・理念を共有し、部下を指導できる管理者・リーダーを育成する。

役職等に関わらず、利用者への支援方法などについて、随時、気軽に、頻繁に、意見交換が行われる職場の文化を醸成する。

また、職員一人ひとりの資質や能力・個性が生かされるような人材育成を基本とする人事管理システムとするなど、仕事・支援に対するモチベーションが高まる職場づくりを進める。

その前提として、幹部は組織の将来のあるべき姿について、職員全体に提示する。

②研修（①行動障害支援について、②権利擁護・虐待防止について）は適切に実施されていたか、全職員が必要な研修に参加していたか。

《検証の観点》職員の資質向上・虐待防止のために求められる研修の内容や、参加のあり方

**【現在までの検証結果（問題点）】**

○リーダーでもない先輩職員の明らかに不適切な支援方法が、職場内でごく自然に引き継がれ、それを断ち切ることができなかった。

○虐待防止アンケート等において、ほとんどの職員は、「どのような支援を行ってはいけない」かを知っていた。

○一部の職員は、行動障害対応（技術の習得・向上）ばかりに関心があり、利用者本人の暮らしをどうするかという視点・理念や、権利擁護・虐待防止に関する基本的な認識が不足していた。

○日々の支援の打合せでは、行動上の管理や、けが等の予防策のみが話し合われており、個別支援計画では漠然とした現実味のない目標が記載されている。その中間の、期限を定めた目標が設定されていない。

○特に養育園第2寮において、行動障害が顕著な人に対して、15分・30分単位の、無理のない明確な日課・スケジュールが必要であるが、それらが組み立てられておらず、特に、生活寮内の活動に計画性が認められない。

○職員全体（寮や班単位）に、自閉症の特徴や行動障害の背景等について考える研修が実施されていたか、引き続き検証が必要。

○身体拘束等の記録の作成や管理に多くの支援員が関わり、班会議等で確認されていたか、また、身体拘束に当たる具体的な行為や、それが許容されるルールが職員に周知されていたか、引き続き検証が必要。

**【あるべき姿、方向性】**

職員一人ひとりが福祉職としてのあり様をしっかりと認識して業務を遂行できるよう、実効性のある研修体系・プログラムを充実させ、その効果を全職員に浸透させる。

できる限り身体拘束という手段を用いない支援を目指すこと自体が、権利擁護であるという意識を全職員が共有する。

虐待は、「あってはならない」「してはならない」。しかし、不幸にして起きてしまった場合は、問題を起こした職員を含めて、当該利用者に適合した適切な支援は何かを組織で共有しつつ、その支援のあり方を再検討し、場合によっては当該職員自身も再度自信を持って支援ができるよう再教育し、その成果が認められれば、セカンドチャンスを与えることも考える。

③（強度）行動障害の支援という観点から、人員配置（人数、経験）に問題はなかったか。

《検証の観点》行動障害の利用者を適切に支援するために必要な人員配置のあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

○養育園第2寮は、主に行動障害児童（強度行動障害者も含む）を対象としていながら、同じく強度行動障害者を対象とする更生園第2と比べ、職員配置が薄かった。特に深夜の夜勤1人、宿直1人の時間帯は、多くの職員が、不眠等の利用者への対応に苦慮していると供述している。しかも当時1人欠員が生じていた。

○入所施設では、24時間の生活のリズムを通した支援が行われるべきであり、その時々を利用者の状態に応じて対応できるような配慮が必要であるが、特に養育園第2寮において、そのことが行われているとは言えない状況であった。つまり、センター全体の職員数は、全体としては法令上の基準を大きく上回っているが、各寮の業務・支援内容や時間帯、利用者の生活スケジュールに応じて、その場面場面で適切な人員配置がなされていたとは言い難い状況であった。

○行動障害の利用者が不穏な状態になれば、集団から離れた個室等での対応が一般的であるが、パニック的な状態においては、現に活動している場から引き離すこと自体が困難な場合もある。他者への危険が及ぶときは、周囲が避難するなど柔軟に対応できる環境調整が必要であり、養育園第2寮では、このこともできていなかったと考えざるを得ない。

○特定の職員との個別的な関わりを通じて、親和的な関係・信頼関係を築くことは、行動障害を抱える利用者にとって何よりも重要な視点となる。個別対応を保障するためには、1対1の職員でも不足してしまうことになる。入所施設は基本的には3交代、最低でも2交代であるため、朝・夕の時間帯の支援には基準の2倍の職員数が望ましく、また特に児童施設での平日の日中活動は、学校既卒と就学前の利用者が対象となり、それに対応した活動を提供するために指導室、職員の配置が必要となる。こうした観点からも、人事配置の妥当性について、検証が必要。

○養育園においては、他の民間施設と比較して支援員の数は相当多く、支援困難な児童の受入先として期待されてきた。しかし、その困難な状況（行動障害や愛着障害等）において、児童期特有の課題に対するための十分な支援体制にあったのか、といった点も検証が必要。

【あるべき姿、方向性】

各施設（寮）の特性や支援内容、業務の困難性・時間帯等に見合った、職員数の確保や支援スキルのある職員の配置を行う。

職員は専任担当制とし、利用者との信頼関係を築ける体制を基本とする。

行動障害等の支援に当たって、個人が孤立し悩みを抱え込まないよう、年齢・経験年数など多様な職員から成るチームを編成し、柔軟性・弾力性を持って行う。

④支援に係る課題（悩み）等を共有・相談できる体制（雰囲気）があったか。  
《検証の観点》職員が課題（悩み）を抱え込まず、報告・協力し合える職場環境のあり方

**【現在までの検証結果（問題点）】**

○養育園で確認した記録を見る限り、職員が、基本的な障害児・者支援の考え方を十分に習得していないと考えざるを得ない。障害ばかりに目を向けるのではなく、ひとりの人としての成長を育むという視点が重要であり、特に学齢期には特に重要である。これらも含め、職員間で学び合う仕組みが、記録から読み取れない。

○児童の生活状況について、職員間でのケースカンファレンス、あるいはケーススタディの場として、自由に多面的に児童の状態像を話し合い、支援目的・方法等を確認するということが行われていることが確認されなかった。

○職員個人が支援現場における課題や悩みを抱え込まず、施設（寮）内で、あるいは施設（寮）を超えて、相談・協力し合える職場環境が築かれていなかったと言える。

**【あるべき姿、方向性】**

管理者等が、障害児・者支援において必要な理念・視点を持った上で、部下の声をよく聴き、自由に意見交換できる雰囲気を醸成する。

また、行動障害等の支援に当たっては、年齢・経験年数など多様な職員から成るチームを編成し、一人の職員が抱え込まず、柔軟性・弾力性を持って行う。

⑤施設の構造（ハード面）に、虐待を誘発するような問題点はないか。

《検証の観点》施設の透明性・開放性を担保するために必要な改善点（ハード面）

**【現在までの検証結果（問題点）】**

○養育園第2寮は、パーテーションを使用するなどの工夫はあるが、基礎的な生活集団の人数が多いこと、また行動制止に向けた支援方法（自傷行為を制止しようとする支援方法が、逆に衝動を強めてしまう）との相乗作用もあり、生活の場または支援環境として望ましくないと考えられる。

○児童の施設は、5名程度の生活単位を基本とする小規模な生活ケアに転換する必要がある。特に行動障害の場合は、一人が興奮すればそれに触発されて他の利用者も騒ぎ出すなど、集団が大きいと収拾がつかない事態に陥りやすい。また、聴覚過敏の場合には、それらの影響により悪化してしまうことが多い。行動障害の背景として、神経系の活動がクロスオーバー的に関係しており、その強さが昂じるとパニック状態に陥ることから、生活の場としては、4～5人でも多い。

○居室は個室を基本としているが、デイルーム（パブリックスペース）での活動が中心となっており、集団管理がしやすい反面、感覚過敏な自閉症の方にとっては苦痛を感じる環境である。個室は他に見られにくい場となるため、虐待等の温床になりがちといった点にも留意が必要である。

○行動障害があるから、殺風景な場でも仕方がない、というのは、大きな誤解である。普通の暮らしの場で、普通の暮らしを通じて支援するという理念と環境整備が必要。養育園は平成11年に改築されており、全国的に見て標準的なものとも言えるが、特に更生園は建物が老朽化しており、施設構造により一人ひとりの障害特性に応じた支援ができていないと考えられ、生活の場といった視点で、さらに検証を行い、必要な改善を行うべきである。

**【あるべき姿、方向性】**

普通の暮らしの場・生活の場とするという視点を持って、より家庭的かつ開放的な環境となるよう工夫する。

⑥事業団内部で、虐待防止に係る取組みはどのように行われていたか。

施設管理者・事業団幹部は、どのように把握し、指導していたか。

《検証の観点》虐待防止体制のあり方（虐待防止に係る認識の徹底、虐待の疑義が生じた際に講じるべき措置、役員の管理体制・求められる資質・能力等）

#### 【現在までの検証結果（問題点）】

（職員の資質向上、育成）

○幹部職員や支援員の一部に、障害特性や行動障害についての理解や知識に欠けている部分があり、それらを向上するための方策や機会の提供が乏しかった。

○職員の一部には、利用者に対する支援の成果が上がらないことは問題であるという十分な意識がなかった。

○支援員は、事業規模も大きい法人の職員でありながら、狭い範囲の人間関係の中で仕事しており、見本となる職員・リーダーがいない場合があった。力の強い職員の影響を受けやすく、また一部には嫌悪感があり、問題があっても上司への報告をためらう場合があった。

○支援員は、利用者が満足感を持てる支援を構築できないため、やりがいを失い、利用者を尊重できない心情になる場合があった。

（管理・運営体制）

○幹部職員に、虐待や暴力に対して、積極的また具体的に対応する意識が欠けていた。

○事業団と施設間、施設同士、施設内の部門間の交流が乏しく、虐待や暴力を組織全体で、また横断的に防止する抑止力が乏しかった。

○特に養育園第2寮のデイルームなど、支援する場所に多彩な利用者が混在しており、組織的な対策やフォローもなかったため、利用者間の安全確保のために支援員個人に過重な負担がかかり、結果的に利用者の過剰な行動制限等の権利の制限につながっていた。

（内部の虐待防止体制）

○虐待防止法上、全ての職員は、虐待が疑われる場合、組織内部に設置した通報窓口だけでなく、市町村等への通報が求められているにもかかわらず、それを前提として虐待防止体制が作られておらず、通報システムが機能していない。

○第三者委員、虐待防止委員会、ヒヤリハット等の体制が形式上は整備されているが、重要案件の発見、報告、協議のシステムとして機能していなかった。

○診療室のスタッフが、利用者の日常の外傷について、職員の暴力行為又は不適切な支援方法に起因する可能性を疑った記録、及び事業団幹部へ報告した記録が確認できなかったことからすると、医療職によるチェックも働いていなかったと言わざるを得ない。

（外部からの視点、支援）

○理事会、評議員会、入退所判定委員会などの事業団内の委員会や、県や民間の第三者評価の場においても、事業団内で把握されていた虐待事案の報告がなされていなかった。事業団の意図的な隠ぺいは確認されていないが、評価に必要な情報を出来る限り把握・報告しようとする姿勢に乏しかった。むしろ、なるべく報告しないようにしようとする雰囲気があったと感じざるを得ない。

○施設側も保護者会の運営等に非協力的だったこともあり、会が機能しておらず、利用者処遇改善に貢献する機能を果たしていない。

○利用者一人ひとりを担当し、支援方法や将来の見通しについて共に検討・支援する立場の外部の専門職のフォローが望まれる。

#### 【あるべき姿、方向性】

（職員の資質向上、育成）

虐待防止の視点に固執するのではなく、支援の質の向上自体が権利擁護である、また支援の成果が上がらないことは問題であるという基本的な意識を徹底させ、リーダーとなる職員を養成する。

外部講師による質の良い職員研修を充実させる。

虐待は、「あってはならない」「してはならない」。しかし、不幸にして起きてしまった場合は、問題を起こした職員を含めて、当該利用者に適合した適切な支援は何かを組織で共有しつつ、その支援のあり方を再検討し、場合によっては当該職員自身も再度自信を持って支援ができるよう再教育し、その成果が認められれば、セカンドチャンスを与えることも考える。【再掲】

（管理・運営体制）

幹部は、法人内外から行動障害等の支援に精通した人材を登用し、職員に対して率先して改革に取り組む姿勢を示し、部下を育成する。

（内部の虐待防止体制）

有効性が乏しい既存制度について、職員間で問題ケースについて具体的な討議ができる実効性のある運用へと改善する。他方、支援の質の向上にさほど影響しないと考えられる記録や会議の簡素化を図り、施設等で求められている本来業務に全力で取り組める職員集団を育成することを目指した管理を行う。

診療室が、利用者の外傷を含めた健康問題について十分に把握できるよう、診療室と支援現場との連携を強化する。

（外部からの視点、支援）

保護者、外部からの意見や苦情を尊重し、改善につなげる。

関係機関や外部の専門職との連携を強め、必要な応援・フォローを受ける。

⑦事故（ヒヤリハット含む）等に関する施設内の情報共有は、どのように行われていたか。身体拘束に関する認識はどうだったか。

《検証の観点》組織内の事故等の記録・報告や情報共有、事故の未然防止体制のあり方

**【現在までの検証結果（問題点）】**

○不適切な対応や事故などに関する討議・報告の機会は一部あったが、虐待事案が報告されていないことのほか、具体的な再発防止策まで踏み込んでいないなど、十分に機能していなかった。

○各種報告は書類上でできているが、今回の事件は日誌に記録されていない。リーダーも把握できなかった。

○事故報告が、日々の支援・行動支援計画にどう反映されていくのか、虐待に至らない支援のあり方や環境づくりにどのように落とし込んでいくのか、考えられていなかった。

○事故報告やヒヤリハット報告が本来はどうあるべきか、管理者が考え直す必要がある。

**【あるべき姿、方向性】**

事故やヒヤリハット後には、当事者職員を中心に、その原因究明と再発防止策について、リーダーを含めチーム全体で考え、その検討結果を日々の支援や環境整備に生かす。

身体拘束や施錠等について、ルール遵守を徹底し、そのあり方を職員全員で考える場を持ち、日々点検し、必要な見直し・チームでの共有を図る。

上記の記録を理事会や評議員会、虐待防止委員会、外部の視点が入る委員会等に報告し、具体的で実効性のある再発防止策を協議し、実践する。

⑧医療支援体制（日常の健康管理、外部受診の判断等）は、どのようなものか。  
《検証の観点》利用者に対する医療的な支援のあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

（受診が遅れた（異常に気付かなかった）理由）

- 看護師は養育園に常駐しておらず、診療室業務の比重が高かったため、利用者の日々の健康状態を把握できる状況ではなかった。
- 養育園第2寮では、人員配置や看護師との連携が十分でなかったことが問題で、同時に2人を受診させることが困難なケースがあった。またその際、他の寮の職員の応援が行われない場合があった。
- 診療室と寮（支援員）とのコミュニケーションが不十分であった。そのため、ルールはあっても、診療室以外の病院から処方された薬や保護者持ち込みの薬を含め、投薬状況を一元的かつ適切に管理することができていなかったと考えられ、なお検証が必要。

（利用者の特性）

- 知的障害が重い場合、自分の症状を訴えることが困難なことが多く、また、自閉症の特性として、痛みや苦痛の症状が分かりにくいことが多いことも、医療職との連携が不十分であれば、受診遅れにつながるリスクを孕んでいる。

【あるべき姿、方向性】

定期ミーティングを行うなど、看護師と支援員のコミュニケーションを促進し、持病や受診歴について情報共有するとともに、日常の健康管理・服薬管理を行う。

利用者が受診（診療室及び外部の医療機関）しやすくなるような支援体制を整備する（支援に応じた人員配置や、緊急時の他寮からの応援の仕組みの確立等）。

⑨事故等に関する外部への報告は、どのように行われていたか。(仕組み／実態)  
《検証の観点》施設職員と事業団本部の円滑な連絡・連携体制や、事務処理チェック体制のあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

- 第三者評価、支援報告会（更生園）、苦情処理、虐待防止委員会、ヒヤリハット検討会など多様な制度が設置されているが、虐待事案が報告されていないことのほか、具体的な再発防止策まで踏み込んでいないなど、十分に機能していなかった。
- これらの会議等に参加しない職員がいることの問題に加え、こうした会議を一部管理職が主導し、自由な討議ができない雰囲気も問題であったと考えられる。
- 虐待防止法上、全ての職員は、虐待が疑われる場合、組織内部に設置した通報窓口だけでなく、市町村等への通報が求められているにもかかわらず、それを前提として虐待防止体制が作られていなかった。多数の職員が、実際に虐待行為を目撃するなどしていたにもかかわらず、通報していない。また支援記録にも記載されていない。
- 一部書類は作成されているが、このような記録がないほか、施設の日常的な運営や支援を反映しておらず、信用性に欠けるものとなっている。
- 既存の福祉サービス第三者評価や指定管理者の選定・第三者評価などは、信用性に欠ける書類や制度に依拠して行われたため、実態を反映できない評価に終わっている。
- 意図的に隠したことを示す資料や証言は得られていないが、上記のような実態を踏まえると、管理責任者に虐待を具体的に防止し・チェックする意思・責任感がなかったと考えざるを得ない。
- 入所系の施設では、法制度上の仕組みは完備していても、通報システムを始めとする虐待防止の諸制度が機能しないことがあるという実態を踏まえ、緊急の方策として、外部の目を入れることが必要である。

【あるべき姿、方向性】

事故発生時の職員・施設・法人の取るべき正しい対応（虐待防止法に基づく通報義務から事故等に係る記録・報告の仕方等）について、全ての職員が共有し、実行できるようにする。

また、幹部はもちろん、理事会においても、事故後の対応を現場職員と共有するとともに、責任を持って外部へ報告し、評価を受ける。

人員配置・人事査定を客観的なものとし、施設と外部との日常的な交流を増やすなど、外部の目を入れ、より開放的な体制へ変えていく。

⑩運営に係る外部からのチェックは、どのように行われていたか。(仕組み／実態)  
《検証の観点》外部チェックのあり方(①現在の仕組みの運用の改善点、②新たな仕組みの必要性(いわゆるオンブズマンや保護者会など))

【現在までの検証結果(問題点)】

○第三者評価、更生園における支援報告会、苦情処理、虐待防止委員会、ヒヤリハット検討会など多様な制度が設置されているが、虐待や不適切な支援・事故等についての報告や、具体的な討議がなされておらず、機能していなかった。【再掲】

○既存の福祉サービス第三者評価や指定管理者の選定・第三者評価などは、信用性に欠ける書類や制度に依拠して行われたため、実態を反映できない評価に終わっている。【再掲】

○既存の制度が機能していないため、緊急の方策として、外部の目を入れることが必要である。

【あるべき姿、方向性】

(現在の仕組み)

第三者評価や虐待防止委員会の外部委員が現場に入り、支援の実態を確認するなど、既存の仕組みを活性化させることで、利用者の意向を把握し、職員のバックアップもしながら、日常的な支援につなげていく仕組みとしていく。

コンプライアンスの観点から、公益通報者保護に関する規程と仕組みを作る。

相互牽制と質の向上に向け、施設間・施設内での点検・評価方法の仕組みを作る。

(新たな仕組み)

利用者一人ひとりに対して、外部から相談支援に長けた専門職(パーソナルサポーター)を派遣し、支援記録の確認や利用者本人との面談等を通して、利用者に最適な支援が行われているか、また施設の運営状況が改善されているか確認し、必要に応じ改善提案を行う。

また、保護者からの改善提案に資するよう、保護者に対する日々の説明や情報提供を充実する。

⑪県による運営状況の確認や指導は、十分に行われていたか。

《検証の観点》県のチェック体制のあり方（①現在の仕組みの運用の改善点、②新たな仕組みの必要性、③改善状況の把握、保護者・県民に対する説明・報告）

**【現在までの検証結果（問題点）】**

○指定管理者の運営状況を評価する制度（①利用状況に関する例月調査、②管理・収支状況等に関する年次評価、③これらを外部有識者の視点から客観的に確認する第三者評価等）や、指定管理者選定委員会はあるが、事業団が提出した書類やその説明に依拠して評価・判断しており、その書類や説明が施設の運営実態を反映していないところから、実質的なチェック体制として十分に機能しなかった。

○県、指定管理者選定・第三者評価委員会の双方とも、利用者の日常生活を独自に把握して評価・判断することができなかった。

○指定管理者の募集において、過去2回とも事業団1者しか応募がなく、他に委託候補が存在しないため、チェックをしようとする動機づけに欠ける嫌いがあったということも考えられる。

○県健康福祉センターによる指導監査（概ね1年に1回）において、施設内巡回はあるが、書類確認や管理者等からの聴き取りが中心であることや、実施日を事前に通知した上で行っていることから、事故や虐待の独自の把握は困難である。

○保護者・県民に対する説明は事業団任せになっており、その事業団で説明する管理職も現場を十分に把握していないため、結局、説明が十分になされなかった。

**【あるべき姿、方向性】**

既存制度の頻度や運用を改善し、報告を積極的かつ具体的に求めるなど県の監査・モニタリングを強化する。

県が、パーソナルサポーターを含めた支援関係者が参加する連絡会議を開催し、支援状況や運営実態を独自に把握する。

また、パーソナルサポーターからの報告を第三者検証委員会（当面の方向であり、将来的には緊急提言にあるスーパービジョン委員会（仮称）の整備を検討）に提供し、同委員会から改善提案を受け、指導監督を行う。

## Ⅱ なぜ受診が遅れたのか。(今回の死亡事件関係)

⑫支援記録の作成、情報の共有（申し送り）はどのように行われていたか。

### 《検証の観点》

- ・利用者の生活支援・医療支援のあり方（適切な支援計画の立案・記録・モニタリング、職員間の情報共有等）
- ・管理者の業務管理体制、職員から管理者への報告・連絡・相談体制、職員間の協力体制等のあり方

### 【現在までの検証結果（問題点）】

○支援記録や日誌等も、一定のパターンとして確立しており、業務引継ぎにおいても、民間施設と比較して実施されている。しかし、今回の事件は、日誌に何も記録されていない。日誌等も含めて記録者の記名もない。少なくともリーダーは把握すべきであり、その仕組みを構築する必要がある。

○全体の記述内容は、困ったこと・問題とすることが多く、プラス面の記録が少ない。

また、問題行動に対する支援者の支援内容についての記載が少ない。

○養育園においてはパソコンソフトを使用して個別支援計画を作成しているが、前回から変化が見られないと、施設で一般的に見られる状況と考えられるが、そのままになっていることがある。6か月ごとの見直しも実施されているものの、どのように変化したのか記述が少なく、記録を見ても利用者個々の状態の把握・情報共有ができにくかった。

○更生園と養育園とで支援記録の作成方法等が統一されていないほか、事故の報告方法について、養育園ではルールすらなかった。

### 【あるべき姿、方向性】

職員集団がチームとして行動障害等に適切に対応できるようにする。そのため、班会議等において、日常の活動・言動も含めた利用者個人の情報について、記録も含め共有し、また記録には記名し、利用者本人の「暮らし」をどのようにしたらいいかといった視点で、多面的なアプローチを行い、日々点検する。

記録に当たっては、行動分析する上での必要事項（①先行刺激・場面、状況、②行為・行動の状態像の記録、③働きかけ等による結果）が、継時的に記録されるようにする。

- ⑬支援員・リーダー・施設長は、受診の可否をどのように判断していたか。（判断基準）
- 《検証の観点》
- ・利用者の生活支援・医療支援のあり方（適切な支援計画の立案・記録・モニタリング、職員間の情報共有等）
  - ・管理者の業務管理体制、職員から管理者への報告・連絡・相談体制、職員間の協力体制等のあり方

**【現在までの検証結果（問題点）】**

- 看護師は養育園に常駐しておらず、診療室業務の比重が高かったため、利用者の日々の健康状態を把握できる状態ではなかった。【再掲】
- 診療室と寮（支援員）とのコミュニケーションが不十分であった。そのため、ルールはあっても、診療室以外の病院から処方された薬や保護者持ち込みの薬を含め、投薬状況を一元的かつ適切に管理することができなかったと考えられる。【再掲】
- 診療室と寮（支援員）とのコミュニケーションが不十分で、相談しやすい環境と言えず、その結果、養育園の支援員では必要な受診の判断ができなかった。
- 一般的に、障害者は医療機関から受診を敬遠されることがある。また、受診したところ、軽症だったという事例が重なったことが、支援員の受診のためらいに繋がった可能性も否めない。

**【あるべき姿、方向性】**

支援職員の障害に関する知識、医療的知識の向上を図るとともに、日常的に、施設内の医療職と支援員とのコミュニケーションを促進し、支援員が受診（診療室及び外部受診）に関して相談しやすい環境、必要時に速やかに受診する体制を作る。また、日頃から外部医療機関との連携を強化しておく。

⑭緊急時の職員の応援体制は、どのようなものか。

《検証の観点》

- ・利用者の生活支援・医療支援のあり方（適切な支援計画の立案・記録・モニタリング、職員間の情報共有等）
- ・管理者の業務管理体制、職員から管理者への報告・連絡・相談体制、職員間の協力体制等のあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

○施設運営上、日常的に施設内、施設間の調整・連携が求められ、特に災害・事故等の緊急時には職員を招集する体制をとることとなっているが、寮単位での対応が中心になっていると考えられる。

○養育園2寮の職員からは、欠員（1名）による負担が大きかったとの意見があり、寮間の調整が十分機能していなかったと考えられる。このことからしても、人事配置権者の責任は問うべきである。

○同じ寮で5人もの暴行が見過ごされたのは、目撃した3人が見て見ぬふりした問題もさることながら、職員間の牽制や、協力・連携が不十分であったことが原因と考えられる。

【あるべき姿、方向性】

一人の職員が抱え込まず、他の職員にバトンタッチできるよう、相互に応援できる勤務体制・相談連絡体制とする。

特に行動障害等に対する支援の場では、利用者の状態に応じて環境を変えるという視点を考慮する。

職員の応援体制、必要な人員配置が行われるよう、人事配置権者の幹部職員は、日頃から現場に入り、現場の状況とそのニーズについて自ら確認する。

### 附録3 担当委員による論点別の検証結果（問題点）及び今後の検証に当たっての考え方

#### Ⅲ 事件後の対応は適切か。

⑮被害者への処遇改善はどのように講じられているか、民間事業者からの職員派遣により必要な人員が確保され、利用者は平穏な生活を送れているか。

##### 《検証の観点》

- ・ 本人・保護者支援のあり方
- ・ 組織全体でのあるべき姿と改善意識の共有方法
- ・ 管理者に求められる資質・能力
- ・ 地域や事業者との連携のあり方
- ・ リスクマネジメントのあり方

##### 【現在までの検証結果（問題点）】

###### （事件直後の対応）

○事件発覚後、直ちに千葉県知的障害者福祉協会の協力により8名（当初6名）の応援職員が派遣され、利用者の適正な処遇の確保が図られた。しかし、派遣に係る保護者への説明は、1か月後に行われており、事業団に、保護者が報道される度に抱える不安をその都度解消するために、連絡を受ける前に自ら説明しようという姿勢や、保護者から改善提案を募った上で、現場を改善しようという積極的な姿勢は見られなかったと評価せざるを得ない。

○保護者・県民に対する説明は事業団任せになっており、その事業団で説明する管理職も現場を十分に把握していないため、結局、説明が十分になされなかった。【再掲】

○被害を受けたり、その場面を見ながら生活することを余儀なくされていた養育園第2寮の利用者本人に対しては、さらに何らかの形で謝罪も含めた特別な心のケアが本来必要と考えられるが、今のところ十分な対応が行われたとは認められない。

○応援職員が、管理者・リーダー等の適切な指示のもとで、適切な支援ができたか、引き続き検証が必要。

###### （緊急提言を受けての対応）

○緊急提言等に基づく勧告を受けて、改善に向けた取組中であり、引き続き検証が必要。

⑩利用者に対して、行動障害等の特性に応じた内容や、地域生活支援に向けた取組みなどの支援計画が作成され、それに基づき実践されていたか。

《検証の観点》

- ・ 本人・保護者支援のあり方
- ・ 組織全体でのあるべき姿と改善意識の共有方法
- ・ 管理者に求められる資質・能力
- ・ 地域や事業者との連携のあり方
- ・ リスクマネジメントのあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

○「いかにして問題行動を抑えるか」といった技術ばかりにしか関心・考えが及ばず、利用者本人の暮らしをどうするかという視点がない。どういう暮らしをして、どう改善していくという理念が必要。【再掲】

○日々の支援の打合せでは、行動上の管理や、けが等の予防策のみが話し合われており、個別支援計画では漠然とした現実味のない目標が語られている。その中間の、期限を定めた目標が設定されていない。【再掲】

○行動障害が顕著な人に対して、15分・30分単位の、無理のない明確な日課・スケジュールが必要であるが、組み立てられていない。特に、生活寮内の活動に計画性がない。【再掲】

○保護者に対し、説明会の開催やダイレクトメール等による情報提供など、施設運営に係る説明及び情報提供を充実させる必要がある。

○養育園においては、措置入所の児童、契約入所の児童、成人それぞれに応じた支援計画等の作成に当たり、児童相談所や市町村、相談支援機関の関与のあり方についても整理・検証が必要。現状、年に1回、施設が経過報告書を提出し、児童相談所の担当児童福祉司が基本として施設訪問、ケースの状況により心理士等の訪問指導が行われているが、その実効性の確認が必要。

○障害特性や養育環境の違い、さらに支援（進路）方針や方法が多様な養育園において、集団生活のあり方と、設備や職員配置を考えていく必要がある。

○多様なニーズがある入所児を受け入れている養育園（あるいは知的障害児入所施設）のあり方を、全県で検討する必要がある。

○被虐待児等に対する児童期のケアのあり方も含めた課題整理が必要。

⑪県内事業者や地域との連携を強化することにより、または県外からも協力を得ることにより、家庭復帰や他の民間施設での受入れ、地域移行を進められないか。

《検証の観点》

- ・ 本人・保護者支援のあり方
- ・ 組織全体でのあるべき姿と改善意識の共有方法
- ・ 管理者に求められる資質・能力
- ・ 地域や事業者との連携のあり方
- ・ リスクマネジメントのあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

○近年、親からの虐待事例のほか、親が行方不明・保護義務を果たさない等の事例も見られ、児童施設の業務等の増加・変化が起きている。

入所児童の家庭環境は多様化しており、ひとり親世帯・親のいない世帯等が半数を超え、親からの虐待による入所も少なくないため、保護者会等の組織化が困難な施設が多く、懇談会等への参加や訪問も少ない状況がある。

家族関係の再構築・再統合が重要な課題であり、面会や職員同伴での活動、帰省等、きめ細かなプログラムが必要であるが、現状では、児童の安全確保の観点から、面会や帰省を制限したり、入所施設を知らせない場合もある。

上記の児童施設特有の課題に対し、養育園においては、家族の相談や訪問に適切に対処しているのか検証が必要。

○障害児入所施設への入所措置を講じるに当たっては、児童養護施設と同様に、自立支援計画を策定し、入所期間等の評価や、本人と保護者間に課題がある場合には県社会福祉審議会での調整等を行い、施設入所の妥当性を確認する必要性も考えられる。

児童施設は、原則として満18歳までが対象だが、事情により入所延長が認められている。延長後は、児童相談所から市町村に事務が移管されるが、引継ぎ等のケースワーク・マネジメントが十分でない。

○児童施設の退所支援は、学校卒業後の進路対策・指導と合わせて就労支援等を進めているが、一般に家庭生活が困難となり入所しているため、居住の場と日中活動の場の確保が必要であることから、6割程度は障害者支援施設に移行している。障害者支援施設は待機者が多く、施設で受け入れにくい行動障害等の移行は一層難しいのが現実である。

○措置入所児童、契約入所児童、成人それぞれに応じた支援計画等の作成に当たっての、児童相談所や市町村、相談支援機関の関与のあり方についても整理・検証が必要。【再掲】

⑩保護者からの相談や要望、また訪問に、適切に対応しているか。

《検証の観点》

- ・ 本人・保護者支援のあり方
- ・ 組織全体でのあるべき姿と改善意識の共有方法
- ・ 管理者に求められる資質・能力
- ・ 地域や事業者との連携のあり方
- ・ リスクマネジメントのあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

○事件発覚後の保護者への説明は、事件直後の1回目の後は、1か月以上経過した後に行われたということである。このことは、事業団に、保護者が報道される度に抱える不安をその都度解消するために、連絡を受ける前に自ら説明しようという姿勢や、保護者から改善提案を募った上で、現場を改善しようという積極的な姿勢が見られなかったと評価せざるを得ない。【再掲】

○保護者に対し、説明会の開催やダイレクトメール等による情報提供など、施設運営に係る説明及び情報提供を充実させる必要がある。【再掲】

○事件前は、保護者の相談や訪問があっても、十分な説明がなかったり、デイルームを案内しない場合があったなど、適切に対応していなかった。

○保護者・県民に対する説明は事業団任せになっており、その事業団で説明する管理職も現場を十分に把握していないため、結局、説明が十分になされなかった。【再掲】

○行動障害の場合、本人だけではなく、家庭の支援も考えなければいけない。他に行き場がないという状況が推測される事態であり、保護者に対する十分な情報提供等の支援がなく、保護者が何をどう相談すればよいのかも考えられない状況であると考えられる。在宅復帰という点で、保護者をどのように支援していくかも重要な点だが、そのような支援の記録は確認できなかった。

○家庭の事情や、保護者からの虐待により入所するケースも多く、児童期のケアのあり方も含め課題整理すべき。【再掲】

○児童相談所の関わり方、地域の障害福祉関係者の関わり方を考えていくことも重要。

#### Ⅳ センターは今後どうあるべきか。

⑱センターの県における位置付けはどうか。今後の運営方針はどうすべきか。  
《検証の観点》センターのあり方（県における位置付け・責任、運営方針（行動障害支援等）、運営形態（指定管理者制度や直営等）等）

##### 【現在までの検証結果（問題点）】

○平成16年の改革で、センターのあり方として、民間では支援が困難な強度行動障害者等を受け入れる施設として役割を明確化した。

県の調査によると、県内には、強度行動障害のある人が利用する入所施設が27か所あり、170人が利用しているが、県において上記方針を強く打ち出したことが、民間施設において、より重度の人を受け入れようとする取組みが進まない要因となったとも考えられ、なお検証が必要。

その結果、「ここしか頼るところがない」という側面ばかりが目立ち、行動障害を軽減して他の施設や家族のもとへ移行するという側面が後退していったということではないか、検証が必要。

○一方、更生園においては、スーパーバイザーの定期的な指導・助言のもと、強度行動障害者の行動改善を図り、一定の成果が得られている点には留意が必要。

他方、「あり方」の提示において挙げられた、支援ノウハウの情報発信等による民間施設等との連携強化に係る取組みについては、それを評価する声はほとんどなく、不十分であったと考えられ、検証が必要である。

○平成16年度の見直しの際に大量退職者が発生し、正規職員でカバーできず、非正規職員の比率が一時的に増えたことが、業務に対するモチベーションを低下させた面は否定できない。他方、人件費については、減る前があまりにも手厚すぎた面がある。削減の方向性は間違っていなかったと考えられ、また、現状で他の施設と比べて低いという水準ではない。平成16年から平成18年にかけての急激な変化が、今回の虐待問題とどういう形でつながっていったのかは、さらに検証が必要である。

○更生園は建物が老朽化しており、強度行動障害の入所者支援を行う施設構造となっていないことから、環境整備を考える必要がある。

○今回の反省に立ち、県の障害福祉関係部局は、知的障害者福祉（特に行動障害）の現場支援の実態や、あるべき姿について、外部有識者の意見を聴きながら、センターの最善のあり方を示すべきである。

⑳県内で重要な役割を担っている施設で、今後、同様の問題が起きた際にどう対応していくか。

《検証の観点》

- ・ リスクマネジメントのあり方
- ・ 施設間連携、施設と地域との連携のあり方

【現在までの検証結果（問題点）】

○入所施設で重大な事件が起きたにも関わらず、家庭に復帰したケースがなかった。他に行き場がないという状況が推測される深刻な事態。【再掲】

○職員数・利用者数が多く、県との関わりも深い。大きな役割を担っている施設でこういう問題が起きた際のモデルは作りにくい。

○センターのあり方として、蓄積された支援ノウハウ等の情報発信等により、民間施設等との連携を強化するとしているが、取組みは不十分と考えられ、センターの他にセーフティネットとなり得る施設は育っていないのではないか、検証が必要。

○このため、万一、同様の問題が起きた際に適切に対応していくためには、施設間連携の強化、他施設との連携強化はもとより、県との連携、また保護者との連携が必要。

○連携のしやすさといった点では、センターのあり方の検証の中で、ダウンサイジングも考えていく必要がある。