

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（答申）

平成 2 6 年 8 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	中間報告から最終報告（答申）へ	5
5	センターの当座の運営形態について（集中見直し期間の考え方など）	5
6	県の立入検査による主な事実認定について	16
7	検証結果（問題点）及びあるべき姿、方向性	18
I なぜ虐待（暴行）が行われていたのか。		
1	人材育成や研修、職場環境、職員配置	18
	（1）職員の資質や職場環境の問題	18
	（2）職員配置の問題	19
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	22
	（1）幹部の資質・能力、管理体制の問題	22
	（2）虐待防止体制の整備・運用の問題	24
	（3）事故等に関する情報共有の問題	25
3	県のチェック体制、外部チェック体制	26
	（1）県のチェック体制	26
	（2）外部チェック体制	27
II なぜ受診が遅れたのか。（今回の死亡事件関係）		
1	医療支援体制の問題	29
2	職員間の情報共有の問題	29
III 事件後の対応は適切か。		
1	利用者への対応	31
2	保護者への説明・情報提供	31
IV 保護者及び事業者の転所に関する意向はどうであったか。		
1	保護者向けアンケートの内容及び回答結果	33
2	事業者向けアンケートの内容及び回答結果	34
V 県の勧告や中間報告を受けての改善は進んでいるか。		
VI センターは今後どうあるべきか。		
1	これまでのセンターの位置付け及び平成15年以降の見直しについて	37

（１）センター及び事業団の見直しの経過について……………	37
（２）センター及び事業団に対する民間からの評価について……………	41
（３）センター及び事業団に係る県の責任について……………	42
2 今後のセンター・事業団のあり方について……………	43
（１）今後の養育園及び更生園のあり方について……………	44
（２）今後の養育園及び更生園の管理運営（指定管理者制度等）の あり方について……………	45
（３）今後の千葉県社会福祉事業団のあり方について……………	46
（４）県や外部による重層的なチェックシステムの構築について……………	47

資料目次

【資料】

- 1 利用者の死亡時の経過…………… 7
- 2 死亡事件後の県の対応…………… 9

【附録】

- 1 検証事項の論点（平成26年2月10日）……………49
- 2 専門家ヒアリング概要……………51
- 3 事業団新理事長報告概要……………53
- 4 センター保護者向けアンケート結果及び県内居住系事業者向け
アンケート結果……………57
- 5 監査担当者等ヒアリング検証概要……………91

【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……………93
- 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……………97
- 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……………99
- 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…………… 101
 - ・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）
- 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）……………123
- 参考資料6 袖ヶ浦福祉センター運営形態比較表・千葉県社会福祉事業団による
管理運営を踏まえた袖ヶ浦福祉センター運営形態の選択肢案……………125
- 参考資料7 事件後の利用者への対応（パーソナルサポーターの派遣ほか）……………131
- 参考資料8 保護者説明会の開催状況及び主な意見……………133
- 参考資料9 養育園・更生園入所利用者の状況……………141
- 参考資料10 千葉県袖ヶ浦福祉センター更生園強度行動障害支援事業……………143
- 参考資料11 都道府県立施設における強度行動障害のある方への支援状況……………149
- 参考資料12 障害保健福祉圏域別知的障害者・児入所施設数及び定員数……………153
- 参考資料13 福祉型障害児入所施設への入所者数……………155
- 参考資料14 障害児・者の地域生活支援の推進のための多機能拠点構想
（地域生活支援拠点）……………157
- 参考資料15 千葉県社会福祉事業団役員名簿……………159
- 参考資料16 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……………161
- 参考資料17 第三者検証委員会の検証経過について……………163

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」（以下、「検証委員会」という。）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

平成26年1月17日に開催された第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・7ページに掲載）及び立入検査結果等死亡事件後の県の対応（資料2・9ページに掲載及び参考資料2～4※）を基に検討したところ、次のような意見が出された。

- 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。

これらの意見を受けて、検証委員会としては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）まず、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）」を平成26年2月10日段階で整理した（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、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「Ⅵ 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検証委員会に提出し、更に委員間で検証を深めた。
- (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った。(附録2及び附録3)
- (4) また、センター利用者の保護者及び県内の居住系施設（入所施設及びグループホーム）を運営する事業者に対するアンケート調査（附録4）並びに、県監査・モニタリング担当者へのヒアリング（附録5）を行った。

なお、平成26年3月11日に死亡事件に関し元職員1名が逮捕され、3月31日に起訴された。また、平成26年4月18日に元職員2名が書類送検された。刑事事件としての捜査・事実認定・処罰に関する検証は、検証委員会の所掌を超えるため、県当局において、その推移を注視し、所要の対応が図られるべきである。

3 検証経過

以下のとおり、検証委員会設置からこれまで12回の会議を開催し、一部委員による現地調査・関係者からの意見聴取を8回行ったほか、センター利用者の保護者及び県内居住系事業者に対するアンケート調査並びに県監査・モニタリング担当者に対するヒアリングを実施し、会議等の場以外にも、随時、各委員において資料等を確認し、検証作業を行った。

また、検証委員会として最終報告（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及び事業団の取組みについては、県及び事業団に対し検証委員会への報告を求めたほか、パーソナルサポーター派遣に係る打合せ会議への参加などにより状況を確認した。

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
平成 26 年 3 月 25 日	中間報告 ○県に中間報告を提出
平成 26 年 3 月 29 日	袖ヶ浦福祉センター保護者説明会（県主催） ○保護者に中間報告等について説明
平成 26 年 4 月 18 日	第 7 回検証委員会 ○事業団の改善計画の検証、センターのあり方について
平成 26 年 5 月 8 日	パーソナルサポーター派遣に係る打合せ会議 ○県、パーソナルサポーター、総合支援協議会委員等によるパーソナルサポーター派遣に関する打合せ会合に参加
平成 26 年 5 月 13 日	保護者及び事業者向けアンケート調査（5 月 30 日締切り） ○センター利用者の保護者向けアンケート及び県内居住系事業者（入所施設及びグループホーム運営法人）向けアンケートを発送
平成 26 年 5 月 20 日	第 8 回検証委員会 ○事業団の改善計画の検証、センターのあり方について、診療室のあり方について ○専門家から診療室のあり方等について意見聴取
平成 26 年 6 月 5 日	県監査担当者等ヒアリング ○過去の県の監査等について県監査担当者等から聴取
平成 26 年 6 月 20 日	第 9 回検証委員会 ○アンケート結果・監査担当者等ヒアリング結果の検証、センターのあり方について ○事業団理事長から改定事業計画書案等について報告
平成 26 年 6 月 23 日 ～6 月 27 日	県監査担当者等追加ヒアリング ○過去の県の監査等について県監査担当者等から聴取
平成 26 年 7 月 16 日	第 10 回検証委員会 ○センターのあり方について、最終報告〔答申〕構成（案）について ○事業団理事長から事業団理事運営会議の議論状況等について報告
平成 26 年 7 月 30 日	第 11 回検証委員会 ○最終報告〔答申〕（素案）について
平成 26 年 8 月 5 日	第 12 回検証委員会 ○最終報告〔答申〕（案）について
平成 26 年 8 月 7 日	最終報告（答申） ○県に最終報告（答申）を提出

4 中間報告から最終報告（答申）へ

検証委員会としては、平成25年度末の3月末日までの間に最終報告（答申）を提出することは作業量の多さから見て困難と判断したため、最終報告（答申）提出を平成26年8月と設定した。そこで、平成25年度から26年度への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センターの運営を含む事業団の事業計画の見直し等に、検証内容を早期に反映させるため、平成26年3月25日に、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2点を中心とする「中間報告」を取りまとめた。

中間報告後の主な検証内容は、2月10日付け「検証事項の論点」のうち「Ⅲ 事件後の対応は適切か。」及び「Ⅵ センターは今後どうあるべきか。」であり、最終報告（答申）をまとめるに当たって、これまでの経過（県の施策方針・指導監督等）について、詳細な調査・検証を行ったほか、保護者に対して転所の意向、事業者に対して利用者の受入れやセンターの役割の達成を尋ねるアンケート調査を実施した（「Ⅳ 保護者及び事業者の転所に関する意向はどうであったか。」及び、「Ⅵ センターは今後どうあるべきか。」に記載。）。

また、中間報告等を受けて事業団・センターの改善がどのように進んでいるか確認した内容について、「Ⅴ 県の勧告や中間報告を受けての改善は進んでいるか。」という項目を設け、「センターは今後どうあるべきか。」を「Ⅵ」とした。

今後の事業団・センターのあるべき姿（見直しの方向性）については、「Ⅵ センターは今後どうあるべきか。」において示した。

5 センターの当座の運営形態について（集中見直し期間の考え方など）

「Ⅵ センターは今後どうあるべきか。」において詳述するが、センターでは、県立施設として民間施設では支援が困難であった障害児者の受入れ等に特化するという既定の方針の下、県内各地から最重度の利用者が集中し、組織・人材ガバナンスが困難となるなど虐待のリスクが増長していた。

その反省を踏まえ、虐待のリスクを極小化し、ガバナンスを働かせ、個々の利用者の特性に合った適正な支援を確保するため、第五次県障害者計画の周期と整合を図った上で「集中見直し期間」（平成29年度末まで）を設定し、センターの定員規模の縮小や、全県的な行動障害者支援体制の構築等に県は取り組むべきである。

この期間中は、現在の、県がセンターの運営に積極的に関与し、支援現場に精通した民間団体の協力を得つつ、事業団にも見直しへの取組みを促し、また、県や外部によるチェック体制を機能させた仕組みを緊急対応体制として維持していくべきである。その観点から、センターの運営形態について、県が作成した「袖ヶ浦福祉センター運営形態比較表・千葉県社会福祉事業団による管理運営を踏まえた袖ヶ浦福祉センター運営形態の選択肢案」（参考資料6）ほか

により検証を行ったところ、県の責任において、事業団を非公募により指定管理者として指定し、センター・事業団の見直しを進めることが集中見直し期間の間の緊急対応体制としては妥当であると判断した。

また、集中見直し期間中に、民間法人がセンターの運営に参入しやすい環境整備を行い、集中見直し期間終了時点には、それまでの指定管理者制度の運用を見直し、緊急時を脱した平常運営が可能な時期の運営形態として、民間法人の参入を促すこともできる状態を作り上げることが妥当であるとする。そのためには、先に述べた、全県的な支援体制の構築が県主導で進められなければならない。

さらにそれ以降の運営形態については、センターの運営状況や民間法人の動向を見て、平常時の運営形態として改めて検討する必要がある。

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といった観点から、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、次期へ切り替えることについても中間報告段階では検討していた。しかし、平成26年4月から事業団役員が刷新され、事実上、県及び事業団新役員によるセンター・事業団の見直し・改善が始まり、障害福祉の現場に精通した民間団体の支援ノウハウ等の導入が図られるとともに、県及び外部によるチェック体制の強化が進んでいることが確認できた。

したがって、緊急時対応を継続して平常運営が可能な体制構築を当面の目標とするとの上記考え方から、前倒しの切り替えにはよらず、現在進んでいるセンター・事業団並びに全県的な支援体制の見直しを集中見直し期間中に着実に推し進めることが重要であると検証委員会は判断した。

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）から平成26年8月5日時点で把握している経緯を修正の上記載）

○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、同月31日に傷害致死罪で起訴された。

注2）以前から、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同行していた職員が受けた。

※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」との説明を職員と家族が受けた。

資料2 死亡事件後の県の対応（県提出資料「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8月5日付け）から転記）

※ なお、以下において疑義と記載しているものは、県の調査で虐待の疑いが持たれているが、該当する職員が県に対して否認しているものである。

- 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19日（水）**
県議会本会議における委員長報告
健康福祉常任委員会から当局に対して6つの要望

{

- ①支援現場の不断の改善 ②社会福祉事業団の抜本的改善の進捗管理 ③外部人材によるチェック・支援体制の強化 ④県による監査・モニタリング体制の強化
 - ⑤セーフティーネット機能についての配慮 ⑥指定管理者制度の運用の改善
- **3月24日（月）**
第三者検証委員会（第6回：中間報告案）
- **3月25日（火）**
事業団において、旧役職員の処分案（年度末までに実施）及び新役員案を公表
- **同日**
第三者検証委員会から県に中間報告を提出
- **同日**
事業団に対し、中間報告を踏まえた適正な事業運営等の改善の徹底を通知
- **3月26日（水）**
県内民間事業者に対し、中間報告の内容も踏まえた虐待防止等の適正な事業運営の徹底を通知
- **3月27日（木）**
千葉県総合支援協議会（旧自立支援協議会。構成員：県内障害者団体・事業者等）において、中間報告を報告

○ 3月29日（土）

袖ヶ浦福祉センター保護者説明会開催（県主催）（参考資料8）

○ 3月31日（月）

社会福祉事業団元職員（3月11日逮捕）を傷害致死罪で起訴

＊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）、5人は停職等の処分を受け退職した。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し、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、2人（うち1人は上記暴行の1人に同じ）は厳重注意を受け退職し、1人は文書訓告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。

※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。（なお、被虐待者23人の方の保護者に対しては、虐待の事実を事業団から報告した。）

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。

○ 3月31日（月）

社会福祉事業団から改善報告書提出（←県の4回の改善勧告）

○ 同日

県と事業団との指定管理協定書の改定

○ 4月1日（火）

事業団理事会（中間報告、当面の改善計画等）

○ 4月11日（金）

事業団評議員会（中間報告、当面の改善計画等）

○ 4月15日（火）

県議会健康福祉常任委員会協議会

○ 4月18日（金）

第三者検証委員会（第7回：事業団の改善計画の検証、センターのあり方）

○ 同日

元養育園第2寮の5人の職員のうち2人が書類送検

- 4月24日（木）
第1回千葉県障害者施策推進協議会（第五次千葉県障害者計画）
- 4月30日（水）
第1回千葉県総合支援協議会（第五次千葉県障害者計画）
- 同日
事業団理事運営会議（第1回）
- 5月8日（木）
パーソナルサポーター派遣に係る打合せ会議
（第三者検証委員会委員、相談支援専門部会委員による検証）
- 5月10日（土）
強度行動障害のある方の支援者に対する研修[県委託事業]開始 ※
（※センターから2人（養育園1人・更生園1人）参加）
- 5月12日（月）
センター知事視察
- 5月13日（火）
保護者・事業者向けアンケート送付（5月30日締切り）
- 5月20日（火）
第三者検証委員会（第8回：事業団の改善状況の検証、センターのあり方、診療室のあり方）
- 5月26日（月）
事業団評議員会・理事会（決算、平成26年度事業計画改定等）
事業団理事運営会議（第2回）
- 5月28日（水）
県確認調査（事業団改善措置結果報告書の内容確認）
- 6月5日（木）
第三者検証委員会委員による県監査担当者等ヒアリング
- 6月15日（日）
養育園保護者説明会（事業団主催・県同席）
- 6月17日（火）
事業団理事運営会議（第3回）
- 6月20日（金）
第三者検証委員会（第9回：アンケート結果、ヒアリング結果、センターのあり方、改定事業計画書案等についての事業団理事長報告）
- 6月23日（月）～27日（金）
県監査担当者等追加ヒアリング
- 6月24日（火）～27日（金）
県（障害福祉課・君津健康福祉センター）確認調査
（当面の改善計画の進捗状況確認）

- 6月26日（木）
県議会健康福祉常任委員会
- 7月9日（水）
第2回千葉県総合支援協議会（第五次千葉県障害者計画）
- 7月14日（月）
事業団理事運営会議（第4回）
- 7月16日（水）
第三者検証委員会（第10回：センターのあり方、事業団のあり方、最終報告（答申）構成（案）について、事業団理事運営会議での議論状況等についての事業団理事長報告）
- 7月22日（火）～25日（金）
県（障害福祉課・君津健康福祉センター）確認調査
（当面の改善計画の進捗状況確認）
- 7月30日（水）
第三者検証委員会（第11回：最終報告（素案）について）
- 8月5日（火）
第三者検証委員会（第12回：最終報告（案）について）

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人は自身の暴行を否認しており、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) 当時の施設長等（前施設長等）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、当時の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。

（当時の施設長が当時の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、当時のセンター長（前センター長）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前センター長は否認している。また、当時の理事長（元理事長）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、当時の施設長（前施設長）が報告をしていたことが、元理事長の供述から明らかになっている。）

しかしながら、前施設長は、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、前センター長及び元理事長においても、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、当時の理事長（元理事長）及び当時のセンター長（前センター長）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 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検証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、とい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。

また、当時のセンター長（前センター長）は、事業団全体の人員配置として自主事業を優先すべき旨証言しているほか、職員からも「（当時の）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。このことからすると、センター（養育園・更生園）、自主事業の各施設の間で、支援の難易度・職員のモチベーション等を総合的に考慮した上で、公平・公正な人員配置が行われていたとも認め難い。

【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、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。

⑤各施設の支援の難易度並びに職員の能力や意欲を考慮した公平・公正な人事配置を行う。

【事業団における改善の状況】（平成26年8月1日時点）

①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・リーダーとなれるよう、幹部職員向けの研修を実施している。

実施済 平成26年5月「管理職、指導的職員の役割」

「虐待防止に向けた職場作り」

平成26年7月「障害者福祉施設従業者等による障害者虐待の防止について」

「障害者差別解消法について」

予定 平成26年10月「虐待、事故が発生した時の対応」

平成26年12月「管理職に必要なコンプライアンスの考え方・管理体制、部下へのコンプライアンス教育のポイント」

また、少人数でのグループディスカッションなどにより、職員同士が意見交換できる場を設定した。（8月以降も継続的に実施する。）

【養育園】 4月：1回 5月：3回 6月：1回 7月：1回

【更生園】 5月：2回 6月：4回 7月：4回

【アドバンスながうら】 6月：3回 7月：2回

②養育園第2寮の夜勤人数の増員（1名体制から2名体制に変更）、各寮間での応援体制の構築等を図った。日中活動の場面では、他寮から女性支援員を配置するなど、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った。

③研修体系の構築・プログラムの充実を図り、虐待防止研修については、勤務シフト等により当日受講できない職員は後日DVD視聴等で受講させることとし、全職員が受講できるようにした。受講後には、アンケートを実施し、職員の理解状況を確認するとと

もに、研修の内容、方法等について工夫するよう努めている。

④グループミーティングでは、他寮の職員と小グループを編成し、支援のあり方について情報交換している。また、養育園第1寮に女性支援員を配置するほか、養育園第2寮では、女性支援員が日中活動の支援を行うなど、柔軟性・弾力性を持って対応している。

⑤強度行動障害のある利用者を支援する、養育園第2寮や更生園第2支援グループには、経験のある職員の配置など、支援の難易度並びに能力や意欲を考慮した人員配置を行った。

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。

[前養育園施設長について]

当時の養育園施設長であった前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、前施設長は、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、前施設長は、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、特別な対策もなく重度の障害者を、他寮から第2寮に転寮させ、建物内の寮の出入口に施錠するなどの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（前センター長や前理事長）に訴える意思や改善努力がなかったものと考えられる。

[前袖ヶ浦福祉センター長について]

当時のセンター長である前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、前理事長の供述によれば、前センター長に任せており、前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、前

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疑いを禁じ得ない。

前センター長は、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、良くも悪くも事業団内で目立った存在であった。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、前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、「前センター長に意見すると人事査定を受ける」旨や、「前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たとのことである。

事業団内の虐待防止委員会等、いくつかの会合が、前センター長を実質的にトップとして運営されていた。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」という雰囲気事業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。

〔元理事長について〕

元理事長は、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月の前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」という雰囲気を断ち切ることができなかったものと考えられる。

元理事長は、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、前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。前述の雰囲気の流れ、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。

〔前理事長について〕

前理事長は、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、前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前理事長が、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り組み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、トップは前センター長であり、「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、「利用者が人として大切にされているか」という権利擁護の視点を持ち、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。

【事業団における改善の状況】（平成26年8月1日時点）

- ①前理事長ほか理事全員が交代し、理事長（兼養育園施設長兼更生園施設長）は、民間施設において行動障害等の支援に精通した者とした。
- ②外部講師による研修を実施。虐待防止研修については、勤務シフト等により当日受講できない職員は後日DVD視聴等で受講させることとし、全職員が受講できるようにした。
- ③新任職員に対し、「支援・業務ノート」を通して、リーダーが指導助言するとともに、施設長との懇談の機会を設け、支援に対する意識や改善意識を共有している。
- ④プログラムに基づき、個別に再教育実施計画を作成の上、個別に指導・訓練等を行うようにした。
- ⑤事故やヒヤリハット後には、パソコン上で適宜情報共有している。また、虐待防止部会において原因究明と対応策を検討し、寮会議及び職員会議で周知している。
- ⑥外部講師によるスーパーバイズ研修会にて、支援状況を報告し指導・助言に基づく支援を行っている。また、各寮のケース会議において、具体的支援ケースの支援検討、情報共有を図っている。
- ⑦帰省時の保護者への薬剤情報の写しの提供、評議員会への保護者会代表の参加、虐待防止委員会への保護者の参加、保護者会の充実等により、より開放的な体制へ変更した。

3 県のチェック体制、外部チェック体制

虐待防止に関しては、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、県や外部による様々なチェック体制があるが、これらのチェック体制について検証した。

（1）県のチェック体制

県監査・モニタリング担当者へのヒアリングを行い（附録5）、県のチェック体制・指導監督の実態等について調査した。

県の通常の監査・モニタリングにおいては、施設に対し日時及び提出書類等について事前に通知し、監査当日は、施設の巡回後に、事前に提出された書類を基に主に管理者にヒアリングを行っており、センターに対しても、通常の実施方法で監査・モニタリングが行われていたことを確認した。

このため、事業団が提出した書類や説明に依拠して評価・判断をすることになり、結果として、センターにおける虐待を見抜くという観点からの対応としては、機能していなかった。

一方、センターについては、平成14年度に平成4年度の虐待等に関する内部告発があり、県が調査し処分が行われたが、公表されなかった。平成14年度当時、告発内容の一部は事実確認できたものであり、当時公表されていれば、その後も事業団に対する外部からの目は厳しくなり、その後のチェックも強化されたものと思われ、当時の非公表の判断は結果的には正しくなかったと考えざるを得ない。なお、当時の職員に聴き取りを行ったとこ

ろでは、当時は、公表すべき案件とは認識していなかったとのことであった。

また、平成23年度に虐待疑義事案があり、県が調査したが虐待を断定し得る証拠・証言を得ることができず、事業団に調査を指示したものの虐待の可能性を最初から排除したと疑われる当該調査の報告書や医師の診断書に依拠し、事故と判断したこと、また、平成24年度末に具体性が無いとは言え、虐待を告発する匿名メール（県ホームページの問合せ欄への入力）が県に届いていたが、簡易な調査により虐待は無いものと判断していたことを確認した。

これらは、いずれも本庁障害福祉課における対応であるが、それぞれの時点で、通年で指導・モニタリングを行う障害福祉課から、法に基づく監査を行う健康福祉センターに対し情報提供し、情報共有するなどの対応が取られていれば、健康福祉センターにおいても、センターに対して厳しい目で監査や指導に臨むことができ、対応を強化することで事業団の体質を改善できた可能性があったが、そのような情報共有は行われていなかった。

なお、指定管理者の運営状況評価では、外部有識者による第三者評価も実施されていたが、これも、評価は事業団の報告に依拠して行われており、虐待を見抜くという点については、実質的に機能していなかった。

（２）外部チェック体制

事業団においては、苦情処理体制の中で第三者委員の委嘱も行っていたが、第三者委員への苦情（虐待）の相談・申立ては無く、実質的に機能していなかった。

また、外部の評価実施機関による福祉サービスの第三者評価も受けていたが、ほとんどの項目で高評価を受けるなど、これについても実質的に機能していなかった。

【今後のあるべき姿、方向性】

- ①県の監査・モニタリングにおいて、県独自に実態を把握するという意識を持って、報告書類のチェック中心ではなく、施設内巡回の時間を拡大するとともに、幹部のみならず支援員からも聴き取りを行うほか、適宜、抜き打ち検査を実施する。
- ②外部有識者による運営状況評価において、実質的なチェックを受けられるよう、県独自に把握した運営実態に係る情報を提供するほか、現場の支援状況の確認を受ける等、運用の強化を図る。
- 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

一からの報告を受け、支援状況や運営実態を独自に把握し、第三者による委員会等にスーパーバイズ機能も担わせながら、指導監督を行う。

⑤外部チェックの強化のため、パーソナルサポーターや相談支援アドバイザーを継続して派遣するとともに、虐待防止委員会への外部有識者の参加、苦情解決第三者委員の相談体制・巡回、保護者の定期的な巡回等を確保する。

⑥国が計画指針で示す「地域生活支援拠点（参考資料14）」のうち、相談支援機能を担う、事業団以外の民間法人が運営する相談支援事業所において、県立施設利用者の計画相談及びモニタリングを実施することにより（※現在は事業団内事業所が実施）、支援を客観的に評価し、外部性や地域との関係を確保する。

⑦千葉県発達障害者支援センター等を活用し、職員に対し計画的に研修を行い職員の支援の専門性を高めるほか、アンケートの実施などにより研修の成果等を外部機関がチェックする。

⑧指導監査において、現場支援に精通し、権利擁護に関する専門性の高い民間の人材によるチェックも活用する。

【県における改善の状況】（平成26年8月1日時点）

①通年で指導監督を行う障害福祉課と定期監査を行う健康福祉センターの連携を強化するとともに、確認調査時に管理者以外に現場支援員にも聴取、聴取する支援員は当日県から指名するなど、監査・モニタリングの充実を図った。

・改善状況の現地確認 5月28日、6月24日～27日、7月22日～25日

③養育園の利用者5名に対して、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等を確認し、支援のあり方について提案を行った。

・平成26年3月から7月までにパーソナルサポーター5名を延べ40回派遣

④パーソナルサポーター等が参加する連絡会議を開催するとともに、パーソナルサポーターからの報告を受け、利用者の支援等に関する提言をセンターに通知した。

・パーソナルサポーターの派遣に係る打合せ会議を2回開催

・パーソナルサポーターからの8つの提言をセンターに通知

また、センターの改善状況に関する現地確認調査結果等を検証委員会に随時報告し、検証委員会の検証を受けながら、指導監督を行った。

・第7回から第11回の検証委員会でセンターの改善状況について報告

⑤県の指導により、今年度から虐待防止委員に外部有識者及び保護者代表を加え、外部からの意見を取り入れるよう改善した。また、苦情解決第三者委員による巡回を定期的に行うとともに、利用者との面談等も実施し、外部によるチェックも強化している。

⑥利用者の地元地域における相談支援事業所の紹介等について、事業団による依頼と併せ、県から文書にて各市町村あて依頼し、連携を図っている。

Ⅱ なぜ受診が遅れたのか。(今回の死亡事件関係)

検証委員会として、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、園から離れ独立した施設である診療室に詰めていて、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、支援記録の記載内容も利用者の問題行動に関する記録が中心となっており、利用者が普段問題行動を起こしていない時にどのような生活を送っているか、問題行動が起きた時に個々の支援者がどう対応しているのかについての記録が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記載は一切ない。)

【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。

【事業団における改善の状況】（平成26年8月1日時点）

- ①養育園内に看護師を配置し朝夕巡回するなど、医療職による利用者の健康状態等の確認を強化した。また、配薬を看護師と支援員で実施、看護師による寮日誌の確認（不穏状況等の把握）を行うなど、支援員と看護師の連携・情報共有を図るようにした。
- ②近隣の外部医療機関を協力病院として連携を図り、利用者の医療協力を受けられるようにしている。
- ③養育園第2寮の夜勤体制を1名から2名に変更するとともに、各寮間で応援体制を構築するなど、相互に応援できる勤務体制及び相談連絡体制を築いた。
- ④施設長、マネージャー等が毎日現場に入り、現場の状況とニーズを確認している。
- ⑤寮日誌・支援記録への利用者の日常の活動・言動も含めた記載や寮会議での利用者の状況等の情報共有を行い、利用者本人の「暮らし」をどのようにしたらよいかという視点を基に支援を実施している。また、支援に係る記録には記名を徹底するよう取り組んでいる。

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きれば、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、施設閉鎖等の対応は行われなかった。

検証委員会は、今回の事件の上記特殊性に鑑み、事業団及び県の事件直後の対応が時宜に即して適切に行われていたか、次のとおり検証した。

1 利用者への対応

当座の措置として、事件発覚直後に、事業団において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、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。さらに、県障害福祉課職員がセンターに日中常駐して施設内の巡回等を行い、利用者の処遇の状態について確認した。（利用者への主な対応については、参考資料7に記載。）

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、生活状況や健康状態を中心に本人から聴取した結果、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検証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、県障害福祉担当部局から県教育担当部局に対し学校における心のケアの実施を依頼し、特別支援学校の教員が毎日の学校生活の中において実施した。学校としては、事件後も落ち着いて生活できていると判断しているとのことであり、全体として、虐待事件の影響は見られていないと県は判断しているとのことであるが、虐待の被害者とその場面を見ながら生活していた利用者へのケアがすぐになされなかったことは、反省すべき点と言える。

また、この間、検証委員会の緊急提言により、個々の利用者にとって最適な支援がなされているか等を確認するため、平成26年3月から、養育園第2寮の利用者5名に対してパーソナルサポーター5名の派遣が開始された。パーソナルサポーターの派遣によって、利用者個人の意向把握及び利用者への支援の質の向上はもとより、施設全体の支援についても提言がなされ、全体として支援の質の向上がなされるなどの成果が挙げられている。

2 保護者への説明・情報提供

事業団において、事件発覚直後の平成25年12月13日及び15日に、また平成26年1月15日及び26日に保護者説明会が開催された。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、当時の事業団に、報道が次々となされる中で保護者が

抱える不安をその都度解消するために、保護者から連絡を受ける前に自ら説明しようという姿勢や、保護者と連携を図って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している。これは、保護者との連絡・連携が希薄な運営体制が従来取られていたことに加えて、事業団幹部がそもそも現場を把握しておらず、また、内部の虐待報告の取扱いについての説明を変遷させるなど、自ら事実を確認して全てを明らかにしようという姿勢が当時の事業団幹部に希薄であったため、保護者をはじめ社会に対して説明が困難な状態であったことに原因があると推測している。

このことに関する県の対応としては、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）したことが検証委員会に報告され、また事業団が開催した保護者説明会に同席して意見を聴き、さらに、立入検査が完了し一定の検証がなされた後3月に入ってから、県からも直接保護者への説明を開始したと検証委員会に報告されている。この県の対応は、事実確認を完了してから報告するという点では危機対応としての合理性を有しているものの、それまでは事業団への指導や事業団主催の保護者説明会に同席するのみで、保護者への説明が不足しているなら県自らが保護者へ情報提供し又は説明会を行うなどの積極的かつ主体的な姿勢は見られなかったと評価している。

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。（保護者説明会の開催状況及び主な意見については参考資料8に記載。）

なお、事業団の調査（参考資料9）によれば、センターの半数強の利用者において面会や帰省がほとんど行われていないなど、保護者との関係が希薄になっている利用者が多いことが分かった。この点、施設側から保護者に働きかけ、利用者と保護者の関係を繋ぐよう、積極的に取り組んだ形跡は見られない。

利用者と保護者の関係の希薄化については施設のみに原因があるものではないが、利用者と保護者の十分な関係を維持し続けるためには施設側の努力も不可欠であり、保護者への情報発信の不足も含め、センターの努力は不足していると言わざるを得ない。

事業団及び県においては、これまで保護者への説明・情報提供が不足していたことを認識し、今後は、保護者会の取組みへの積極的な関与などにより、保護者への情報発信及び関係強化に努めるべきである。

IV 保護者及び事業者の転所に関する意向はどうであったか。

県によれば、事件直後の段階で、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。

この点について検証するため、検証委員会においてセンター利用者の保護者及び県内の居住系施設（入所施設及びグループホーム）を運営する事業者に対し、平成26年5月にアンケート調査を行った。

保護者のアンケート結果からは、事件直後の段階での転所希望については確認できないが、事件後約半年の時点で転所希望がほとんどないことは確認できた。ただし、この結果は、保護者に転所先や転所後に受けられる支援等についての十分な情報が届いていない状態での結果であり、事業団及び県は、今後、保護者に様々な情報を提供し、その上で個別に意向を確認することも考えていくべきである。

また、居住系施設を運営する事業者のアンケート結果からは、事件直後の段階での受入れ可否については確認できないが、事件後約半年の時点で定員等の関係により多くの施設が受入れ困難であること、また、ケースによっては受入れ可能と回答した施設においても、施設整備や支援スキルのある職員が確保できなければ、受入れ困難なケースが相当数あることが確認できた。

ただし、条件が付されているとはいえ、入所施設のうち20団体（27.8%）、グループホーム運営法人のうち29団体（20.1%）は、受入れ可能と回答している。この結果を踏まえ、県としては、今後、民間入所施設等との連携を強化し、転所が可能なセンターの入所者が、個々の障害特性にあった施設等への移行が可能となるよう、入所施設やグループホームの整備及び研修等による受入先の人材育成を図るべきである。

アンケート内容及び回答結果は、概ね次のとおりであった。（アンケートの集計結果の詳細については、附録4に掲載。）

1 保護者向けアンケートの内容及び回答結果

平成26年5月1日時点の利用者160人の保護者150人に対して、匿名のアンケート用紙及び返信用封筒を郵送した（複数の利用者を同一の保護者が支援しているケース及び、保護者と連絡が取れないケースがあるため、利用者数と保護者数は一致しない。）。150人中98人（65.3%）の保護者から回答があった。

保護者に対しては、主に、他の施設への転所を希望するかについて尋ねた。保護者のうち、引き続き入所継続を希望した者が78人（81.3%）、どちらとも言えないとした者が17人（17.7%）、転所を希望した者が1人（1.0%）だった。引き続き入所継続を希望した保護者78人の継続を希望する理由としては、「利用者の環境を変えたくない」68人（87.2%）、「事業団の改善に期待している」55人（70.5%）と、利用者の環境を変えたくないとするものが多かった。なお、どちらとも言えないと回答した保護者17人

のうち、最も多い13人（76.5%）が「受入れ先の立地や支援状況がわからない状況では決められない」と回答しており、転所等に関する情報提供が不足しているため判断できなかったことがうかがえた。

2 事業者向けアンケートの内容及び回答結果

県内の74の知的障害者（児）入所施設（以下「入所施設」という。）及び、県内で入所施設を運営せず知的障害者等を対象としたグループホームを運営している150の法人（以下「グループホーム運営法人」という。）に対して、記名式のアンケートを送付した。74の入所施設中72団体（97.3%）、150の法人中144団体（96.0%）から回答があった。なお、入所施設及びグループホーム運営法人に対しては、利用者の受入れについての設問の他に、支援ノウハウの情報発信等及び、センターの役割の達成についての設問も設けている。（支援ノウハウの情報発信等については、「VI センターは今後どうあるべきか。」中の「1 これまでのセンターの位置付け及び平成15年以降の見直しについて」の「(2) センター及び事業団に対する民間からの評価」に詳述。）

事業者に対しては、センターの入所者の受入れが可能かを尋ねた。入所施設のうち、ケースを問わず受入れ協力できるとした団体はなく、ケースによっては受入れ協力できるとした団体が20団体（27.8%）、当面は受入れ困難とした団体が51団体（70.8%）、その他とした団体が1団体（1.4%）だった。グループホーム運営法人のうち、ケースを問わず受入れ協力できるとした団体は1団体（0.7%）、ケースによっては受入れ協力できるとした団体が29団体（20.1%）、当面は受入れ困難とした団体が98団体（68.1%）、その他とした団体が16団体（11.1%）だった。

ケースによっては受入れ協力できると回答している団体において受入れが困難な利用者のケースであるが、入所施設においては、「医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養）が必要な人」17団体（85.0%）、「感染症（疥癬・結核・肝炎等）の対応が必要な人」16団体（80.0%）、「強度行動障害のある人」14団体（70.0%）という回答であり、グループホーム運営法人においては、「医療的ケア（喀痰吸引・経管栄養）が必要な人」24団体（82.8%）、「強度行動障害のある人」23団体（79.3%）、「感染症（疥癬・結核・肝炎等）の対応が必要な人」23団体（79.3%）といった回答であった。

また、当面受入れが困難とした団体において受入困難とした理由であるが、入所施設においては、「定員に空きがない」44団体（86.3%）、「居室がない」25団体（49.0%）という回答であり、グループホーム運営法人においては、「定員に空きがない」52団体（53.1%）、「行動障害に対応できる職員がいない」50団体（51.0%）という回答であった。

なお、受入困難理由のうち、入所施設及びグループホーム運営法人ともに「定

員に空きがない」が最も多く、その比率は入所施設が44団体（86.3%）であるのに対し、グループホーム運営法人は52団体（53.1%）と約3割の開きがある。「居室がない」についても、入所施設では「定員に空きがない」に次いで25団体（49.0%）であるのに対し、グループホーム運営法人では20団体（20.4%）となっている。また、受入れ困難理由のうち「行動障害に対応できる職員がいない」は、入所施設では13団体（25.5%）だったのに対し、グループホーム運営法人では「定員に空きがない」に次ぐ50団体（51.0%）にのぼっていた。アンケート結果からは、入所施設とグループホームでは、利用者の受入れに当たっての課題の傾向に違いがあることがうかがえた。

V 県の勧告や中間報告を受けての改善は進んでいるか。

検証の中で、県からの4回の勧告や検証委員会による中間報告を受けて、改善が進んでいるかについても検証を行った。中間報告等の主な勧告内容は次のとおりであったが、それぞれについて、改善が進んでいることを確認できた。

【主な指摘事項及び改善内容】

○幹部の刷新及び幹部による現場の把握

- ・平成26年度当初から新体制での運営開始（全役員の入替え）
- ・施設長に行動障害に精通した者を選任
- ・施設長・マネージャー等による日々の巡回

○研修の充実

- ・年度当初に事業団の全職員が虐待防止研修を受講
- ・研修受講機会の拡充（事業団内別施設の研修への参加）
- ・役職や経験年数に合わせたテーマ設定での研修の実施
- ・研修後のアンケートの分析・活用

○人材の育成

- ・新規採用職員と施設長の面談による支援理念等の共有
- ・リーダー等との連絡ノートのやり取りによる新規採用職員の指導育成

○職員の資質向上及び職場環境の整備

- ・振り返りチェックシートによる個々の職員の支援内容の振り返り
- ・グループディスカッションによる寮間の現状や支援のあり方の情報共有
- ・養育園でのスーパーバイズの開始・更生園でのスーパーバイズの継続

○職員配置への考慮

- ・養育園第2寮の夜勤体制の改善（夜勤時1名を2名に変更）
- ・養育園第2寮に更生園からスキルの高い職員を配置

○虐待防止体制の確立

- ・虐待防止委員会における外部委員の増強（保護者・民間事業者の参加）
- ・保護者等による巡回の実施
- ・カメラの試験的導入の検討（※）
※ 保護者会での意見聴取の結果、プライバシー保護の観点から否定的な意見がある一方、支援や事故の内容の確認・観察・情報共有の観点から賛成する意見もあり、取扱方針を定め試験的な導入を検討中

○事故等の情報共有の徹底

- ・事故等の寮会議等での情報共有及び討議
- ・理事会・評議員会への報告審議

○医療職と支援員の連携の強化

- ・養育園への看護師の配置・巡回並びに更生園における連絡体制の充実等

○チェック体制の強化

- ・パーソナルサポーター等の外部専門職の派遣
- ・県の監査（現場確認調査）の実施・強化（支援員からの聴き取り、障害福祉課と健康福祉センターの情報共有・連携強化）

Ⅵ 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。

検証委員会においては、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。

今後センターがどうあるべきかを検証するに当たり、県立施設の設置者である県の責任として、千葉県障害福祉施策の推進に当たって県が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、また、運営主体に対して十分な指導監督をしてきたか、ということも含めた検証を行った。

1 これまでのセンターの位置付け及び平成15年以降の見直しについて

(1) センター及び事業団の見直しの経過について

[これまで県が掲げてきたセンターのあり方について]

センターは昭和41年7月に県が設置した県立施設であり、県は、管理委託制度により設置当初から事業団（昭和41年6月設立）に管理運営を委託してきた。なお、昭和40年代は民間の福祉サービスの提供主体が少なかったため、他の都道府県でも、この時期、多くの県で事業団を設立し、同種の県立施設の管理運営を委託していた。

その後、民間の福祉サービス提供主体が増加するとともに、平成12年の地方分権一括法の施行や平成13年の国の「経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」などにより、「民間でできることは、できるだけ民間に委ねる」という国全体としての方針の流れの中で、千葉県においては、平成15年3月に、県行政改革推進本部において、事業団の規模を縮小し、事業運営についても次の見直しに取り組むという方針が示された。

- ・利用者の入所施設から地域生活への移行を促進するための先導的役割を担う。
- ・公的な関与が必要な事業への特化・規模縮小、民間への委託・移譲又は廃止について検討する。
- ・地域で生活している知的障害者の就業面と生活面における一体的かつ総合的支援について検討する。

この方針を受け、同年8月に県と事業団の間で「千葉県と社会福祉法人千

葉県社会福祉事業団の在り方等に関する覚書」が締結された。

この覚書の中で、事業団は、県の福祉の推進に必要となる先駆的事業や困難性等の観点から民間法人が取り組みにくい事業を行っていくこと、県と事業団の関係については、事業団の自主性と自立性を尊重し、県の関与は地方自治法等の法令に基づく範囲にとどめること等が合意された。

その後、同年9月に県が作成した「千葉県社会福祉事業団の改革について(試案)」により、センター及び事業団の果たすべき役割として、地域移行の推進、強度行動障害等の民間施設で受入れが困難な者の受入れ、被虐待児等のシェルター機能等が掲げられ、県の第三次障害者計画(平成16年7月～)、第四次障害者計画(平成21年1月～)にも、その旨規定された。

〔強度行動障害支援事業について〕

こうした流れの中で、第三次障害者計画策定と同時に、更生園における強度行動障害支援事業が開始された。(参考資料10)

平成16年7月及び8月にそよかぜ荘で男性4名の支援を開始したのを皮切りに、さつき寮での支援(男性8名)、ひまわり荘での支援(女性4名)が順次開始され、平成18年6月以降、定員16名として、現在に至るまで強度行動障害者に対する支援が行われている。

更生園においては、スーパーバイザーの定期的な指導・助言の下、強度行動障害者の行動改善を図り、5割以上の利用者に行動改善がみられ、約3割の利用者が一定の環境整備と人員配置があれば民間施設等への移行可能と判定されるなど、事業利用者の行動改善については成果が得られている。

ただし、本事業が掲げている利用期間中の3年間で状態を改善して民間施設又は地域に移行させるという目標は達成されなかった。また、行動改善が難しいと判断された利用者への支援方法等に関する詳細な検討や議論も不十分であった。

事業団では、事業開始後3年を経過した平成19年度から平成20年度にかけて、民間入所施設への施設訪問等により、利用者の受入れの依頼を行ったが、民間施設では配置職員数の確保や生活環境整備等の面で受入れが困難と判断され、移行は実現しなかった。また、移行が実現しなかった理由として、事業開始時点から地域・民間施設とも連携して丁寧に準備していくという取組みがなされなかったことも原因の一つと考えられる。他の地域や民間法人との連携が進まず、県内の障害者支援体制の中で、センターが地域や社会と孤立した閉鎖空間としての性格を有していたことも否めない。

こうした中、平成21年度からは、県・事業団・千葉県知的障害者福祉協会による「強度行動障害のある方への支援のあり方検討会」を設け、移行について検討を始め、平成22年度には強度行動障害に関する県内の実態調査を実施

した。

同検討会においては、更生園から民間・地域移行を直ちに行うことは困難との議論となり、平成23年度以降、当面は、民間も含めた県全体における強度行動障害者の支援というテーマで進め、その後に、更生園から民間への移行について検討することとした。

県では、検討会での議論を受け、平成25年度から平成26年度にかけて、①強度行動障害のある方が地域で生活できるように障害特性に応じた構造の工夫をしたグループホームの整備費用及びそのホームで生活する方を支援する生活支援員を配置するための費用の一体的な助成の取組み（強度行動障害のある方への支援体制構築事業）や、②県内全域に強度行動障害に対する専門的知識・ノウハウを有する人材を確保し、強度行動障害のある方の受入先の整備・地域移行の推進を図るための、民間入所施設の支援員を対象とした体系的・専門的な研修事業（強度行動障害のある方の支援者に対する研修事業）を開始する等、民間施設・地域移行への環境整備を始めた。

こうした取組みにより、県全体における強度行動障害者の支援体制整備に着手されることになったが、その成果が挙がる以前に今回の虐待事件が起きており、もっと早期に対応すべきであったと言わざるを得ない。また、センターの県内の障害者支援体制からの孤立の解消も、結果的にはほとんど進まなかった。

〔地域移行の推進（センターの定員数の減少）について〕

福祉サービスの提供主体が少ない時代は、全国各地で、重度の障害者を大規模コロニーの中で支援するとの動きがあったが、近年は、国の方針としても明らかとなっており、施設ではなく地域で暮らす、ということが障害福祉の基本方針となっている。

平成14年の国の障害者計画の中では、地域生活への移行の促進、施設は真に必要なものに限定し、施設の小規模化・個室化を図る等の施設のあり方の見直しが示された。

その流れに沿って県の第三次障害者計画が策定され、その中で、センターについては、今後2年間で利用者100人の地域移行を実現することといった施策目標が立てられた。

このため運営主体である事業団は、平成16年度から平成17年度にかけて利用者の地域移行に取り組み、平成17年度末で105人の地域移行が実現した。これに伴い、平成18年10月に更生園の定員は280名から120名となった。

また続いて、平成19年9月には、今後5年間で40人の地域移行を目指すという目標が立てられ、事業団は自主事業としてのケアホーム（現グループホーム）の開所等により、地域移行を推進した。これに伴い、平成24年4月に

更生園の定員は120名から90名となった。

このように、これまで地域移行及びこれに伴うセンター定員数の減少については、一定の推進が図られてきたものと評価できる。

〔指定管理者制度の開始〕

地方分権の流れの中で平成15年9月に改正地方自治法が施行され、公の施設について外郭団体等を委託先とする管理委託制度が廃止され、経過期間3年間をもって、民間団体も参画可能な指定管理者制度が導入された。

県では、これに基づき全ての公の施設の見直しを行うこととし、更生園・養育園の指定管理者制度への移行（平成18年4月）、ながうらワークホーム（現アドバンスながうら）の民間移譲等の方針を決定した。

指定管理者制度の第1期は平成18年4月から平成23年3月までとされ、導入に向け人件費の削減が図られたが、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、他の民間施設と比べて低い水準ではない（参考資料11）。

しかし、地域移行による利用者の減少や一部施設の民間移譲に伴い職員の削減を図るため希望退職を募ったのと同時期に、指定管理者制度の導入による人件費の削減が行われたため、中堅職員が大量に退職し、非正規職員比率が一時的に上昇した。その後、正規職員比率は上昇したが、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。

事業団においては、中堅職員が多数抜けて相対的に経験の浅い職員が増えた時点で、以後、研修や教育に力を注ぎ、サービスの質の維持・向上を図るべきだったが、十分な対応がなされた形跡は見られない。また、県においては、事業団が十分な対応を取るよう指導し、進捗管理すべきであったと考えられる。

〔自主事業の進展〕

上記の地方自治法の改正に伴う県立施設の見直しによって、ながうらワークホーム（現アドバンスながうら）は、平成18年4月をもって県から民間に移譲（県立施設としては廃止）されることとなり、県は公募で移譲先を募集した。

事業団はこの公募に応募してながうらワークホームの移譲先として選定され、平成18年4月からながうらワークホームを自主事業として実施し、同年6月には児童デイサービス「風の子」を開所した。

その後、財政基盤の強化を図ること等を目的として、平成22年4月に児童デイサービス「虹の子」を開所、平成23年9月に就労支援事業所ジョブくらなみを開所、平成24年4月にながうら地域支援センターを開所、同年5月に代宿地域生活支援センターを開所と、立て続けに自主事業を展開している。

センター利用者の地域移行の受け皿となるなど、自主事業はセンターの役割達成の上で一定の役割を果たしてきたが、その一方で、前述のとおり、人員配置の上で、自主事業への人事の偏重が見られたことなどにより、結果として、自主事業の展開がセンターの運営に負の影響を及ぼしたと評価せざるを得ない。

（２）センター及び事業団に対する民間からの評価について

上記のとおり、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。

【第四次千葉県障害者計画等から引用】

１．更生園について掲げた役割（事業内容）

- ①強度行動障害者支援等の手厚い介護が必要な障害者へのサービスの提供
- ②特別な介護・医療的ケアの必要な知的障害者へのサービスの提供
- ③強度行動障害支援事業等の蓄積された支援ノウハウの情報発信等による民間施設との連携強化
- ④地域生活移行の取組み強化

２．養育園について掲げた役割（事業内容）

- ①強度行動障害児等の手厚い介護が必要な障害児、被虐待児への支援
- ②被虐待児童の緊急一時保護を含めたセーフティネット機能の強化

この点、上記の役割が達成されてきたか、県内の様々な関係者の意見を聴きながら検討するため、「Ⅳ 保護者及び事業者の転所に関する意向はどうであったか。」中の事業者向けアンケートの際に、利用者の受入れの可否と併せて、支援ノウハウの情報発信及び役割の達成についても尋ねることとした（附録４）。

強度行動障害支援事業等で蓄積された入所施設における支援ノウハウ等の情報発信があったかという設問に対しては、入所施設は過半数の団体が「あった」と回答しているのに対し、グループホーム運営法人で「あった」と回答したのは６団体（４．２％）であった。

なお、「情報発信があった」と回答した入所施設中の４０団体（９５．２％）が、センターからの情報発信の内容はセンター主催の研修・事例検討会としており、情報発信の内容が有益だったかという問いに対しては、「有益であった」が１７団体（４０．５％）、「有益でなかった」は２団体（４．８％）となっており、センターが県内入所施設の拠点施設として一定の役割を果たしていたことがうかがえる。

また、県が示しセンターが掲げた役割（更生園については上記１の①～④、

養育園については2の①～②)が達成されていると思うか、といった問いについては、例えば、1の①「強度行動障害者支援等の手厚い介護が必要な障害者へのサービスの提供」については、約40%の入所施設が「達成している」又は「ある程度達成している」と回答しているが、1の③「強度行動障害者支援事業等の蓄積された支援ノウハウの情報発信等による民間施設との連携強化」について「達成している」又は「ある程度達成している」とした入所施設は約15%と、約25%の開きがある。入所施設が、強度行動障害者の支援自体は一定の評価をしつつも、その支援ノウハウ等の情報発信による民間施設との連携は不足していると評価していることがうかがえる。

なお、養育園の役割の達成について尋ねた2の①「強度行動障害児等の手厚い介護が必要な障害児、被虐待児への支援」の設問については、入所施設全体としては「達成している」と「ある程度達成している」を合わせた数字は17団体(23.6%)であるが、単独の福祉型障害児入所施設のみを抜き出すと、「達成している」と「ある程度達成している」を合わせた数字が4団体(50.0%)となっている。養育園と同じ福祉型障害児入所施設は、養育園の役割に一定の評価をしていることがうかがえる。

また、入所施設及びグループホーム運営法人ともに、いずれの設問においても、「わからない」が5割から8割と、役割の達成について不明とする割合が多数を占めている。

「何故わからないとしたのか」という設問を設けていないため、「わからない」とした理由は統計的には把握できないが、アンケートの集計結果及び自由記載欄の記述を考慮すると、センターからの情報発信の不足とともに、居住系施設の中には強度行動障害者等の入所がなく日頃関わりが薄いため、強度行動障害者支援等に関する関心が高くない施設もあり、その結果「わからない」に結びついたのではないかという推測ができる。

今後のあるべき姿として、障害者の支援に関わる者全てが強度行動障害者支援を自らのこととして受け止め、県全体で支援していく、といった視点が望まれる。

(3) センター及び事業団に係る県の責任について

県立施設の設置者である県の責任として、千葉県の障害福祉施策の推進に当たって県が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、また、運営主体に対して十分な指導監督をしてきたか、ということも含めた検証を行った。

前述のとおり、県は、平成15年に「県行政改革推進本部の見直し方針」及び「千葉県社会福祉事業団の改革について(試案)」を示して以降、第三次障害者計画、第四次障害者計画と一貫して、センターに対し県立施設の役割・あり方として、地域移行の推進や強度行動障害等の民間で受入れが困難な者の受入れ・情報発信等を示してきた。

しかし、中軽度者を中心とした地域移行や強度行動障害支援事業による行動改善等については、一定の成果を挙げたものの、同事業の目標である強度行動障害者の民間施設や地域への移行は達成できておらず、また、民間施設への情報発信や連携等についても不十分であったことが、民間事業者へのアンケートからも明らかとなっている。

このことからしても、県が示したセンターの役割・あり方が達成されたと評価することはできず、県がその達成に向けて、踏み込んだ進捗管理を行っていたとも認められない。

また、センター・事業団の指導監督としては、前述のとおり虐待等に関する内部告発があり、県が調査し処分が行われたが、そのことに関し公表されなかったため、外部の目が働く機会を失し、また、その後、当該処分の対象者が、幹部としてセンター運営の中核を担うことについて、特別な注意が払われなかった。さらに、虐待疑義事案に対する調査が行われていたことや、匿名の告発メールが届き簡易な調査で対応していたことが監査部門に伝わらないなど、県内部での情報共有不足も見られた。結果として、事業団に虐待体質があったことを見抜けた可能性のある機会を少なくとも三度は失っており、事業団に対して踏み込んだ指導監督が行われたとは言い難い。（附録5）

これらから見れば、県は、事業団のセンター運営の実態を的確に把握しないまま、事業団によりセンター運営が適正に行われているものと漫然と評価していたと言わざるを得ず、県立施設の設置者として責任を持って利用者の生命と生活を守るといった認識に乏しかったのではないかと、そうだとすれば、この県の責任は看過できない。

県は、今回の事件を契機として、県立施設の設置者として、センターの見直し・改善の進捗管理及び運営主体に対する指導監督についての責任を十分に果たしていくとともに、さらに、県全体の障害福祉を見直す契機とすべきである。

県にそのような認識と真摯な反省なくしては、これからの千葉県の障害福祉の見直し・改善に当たって、県民の理解と協力を得ることは望めないものとする。

2 今後のセンター・事業団のあり方について

1で述べたとおり、センターは、平成15年以降、「施設福祉から地域福祉へ」という国全体の流れの中、利用者の地域移行を進めるとともに、県立施設としての役割を明確にするため、当時、民間施設では支援が困難であった強度行動障害者や医療的ケアが必要な者の受入れ、被虐待児のセーフティネット機能等に特化するという方針を掲げてきた。

しかしながら、センターは、地域移行を進めてもなお、総定員170名の大規模施設であり、特に更生園は昭和50年代前半に障害者コロニー（注）とし

て建設された280名定員時の建物がそのまま使用されている。こうした中で、上記方針の下、県内各地から最重度の利用者がセンターに集中し、結果として、組織・人材ガバナンスが困難となり、利用者本位のきめ細かな支援がなされないばかりか、地域や保護者との関係も薄れ、孤立した閉鎖空間として県や外部のチェックも働かず、虐待のリスクを増長していた。

現在では、民間の支援技術が向上し、グループホームなど地域資源の整備が進みつつあり、このため、手厚い支援が必要な利用者をセンターのみが受け入れるのではなく、県全体で支援していくことができるよう、支援のあり方を転換する必要がある。

これらを踏まえ、センターの閉鎖空間としての性格を薄め、虐待を根絶するためにも、以下のような見直しを図る。

(注) 重度障害者の終生保護の場として設置された大規模施設。昭和46年に旧国立コロニーのぞみの園が開設され、これに前後して、地方でも相次いで設立された。

(1) 今後の養育園及び更生園のあり方について

[早急に取り組むべき事項]

- ① 虐待のリスクを極小化し、個々の利用者に合った適正な支援を確保するためには、支援のあり方を大規模集団ケアから少人数を対象としたきめ細かなケアに転換するとともに、組織・人材マネジメントが機能するための施設規模とする必要がある。

このため、養育園、更生園とも、新規入所の停止を継続し、千葉県知的障害者福祉協会等の協力を得ながら、利用者を計画的に民間・地域移行することにより、定員規模を現行の半分程度に縮小することを目指す。もって、きめ細かなケアを進め、個々の利用者に合った暮らしを確保する。

なお、定員規模の縮小に当たっては、移行する利用者に合った支援が受けられる移行先の選定・調整や、受入側の支援体制の確保、利用者・保護者への十分な情報提供や不安の解消に関して、県が積極的に支援することに加え、関係者が一体となって取り組む必要がある。

- ② ①の実現を図るため、県は、以下のとおり全県の支援体制の整備に取り組む。
- ・県全体の入所施設の需給把握を行い、障害児者に対する県全体での支援体制を構築する。(参考資料12及び参考資料13)
 - ・養育園の規模縮小に当たっては、県全体で、社会的養護を必要とする障害児の受入先を確保する。
 - ・強度行動障害者に対する支援については、センターのみが担う(一極集中)という従来の支援体制を見直し、研修の充実による人材育成をはじめ、民間法人により、県内各地で強度行動障害者支援を実施する体制の構築を図る。

- ③ 施設の構造として、居室等の生活空間が奥まったところにあり、職員も管理しにくく、外部の目が入りにくい閉鎖性が、虐待リスクを増長しており、閉鎖性の解消に向けた取組みを進める。具体的には、利用者の障害特性に応じた開放的で明るい住環境・生活空間となるよう、施設整備等により改善を図る。また、施設に安易に頼らない支援や、県からの外部専門職の派遣・保護者や地域関係者による定期的な巡回等の重層的なチェックシステム（後述（４））を構築する。

〔目指すべき方向性〕

- ① 養育園は、社会的養護の必要性が特に高い児童を支援していることから、県立施設の公的責任として、被虐待児童のシェルター機能（セーフティネット機能）や、保護者と利用者、地域をつなげる相談・療育支援などの機能・役割を果たす。
- ② 更生園は、民間法人による強度行動障害者支援の体制が構築されるまでの間、当面、県立施設として、民間のモデルとなる強度行動障害支援等拠点としての機能・役割を果たす。

※ 診療室は、各園から離れ独立した組織であり、医療職と支援員の連携が不十分であったため、養育園・更生園の定員規模縮小後は、各園の保健室等の附属部門として再編し、医療職と支援員の有機的な連携を図る。

（２）今後の養育園及び更生園の管理運営（指定管理者制度等）のあり方について

〔集中見直し期間の設定〕

センターの見直しを緊急対応として着実に進めるため、第五次県障害者計画の周期と整合を図った上で「集中見直し期間」を設定し（本書５ページ以降参照）、その間は、事業団を指定管理者として指定し、県が現在同様運営に強く関与するとともに、重層的なチェックシステムの構築（後述（４））を図りながら、見直し（規模縮小）に向けた取組みを促す。

〔一体運営の見直し〕

養育園及び更生園は施設の位置付けが異なり、必ずしも一体的な運営を要しないことから、小規模ケア及び組織・人材ガバナンスの徹底のために、施設の小規模化に加え、集中見直し期間終了時には、指定管理者制度の運用を見直し、養育園と更生園の一体運営の見直し・分割を図り、小規模ケアとガバナンスが徹底された民間法人の参入を促す。これにより、事業団以外の事業主体の受託の可能性も広がる。

ただし、当面、民間の参入が困難な場合は、支援ノウハウの活用を期し、引

き続き県の強い関与及び知的障害者福祉協会のバックアップの下、事業団が継続して運営することも考えられる。

〔見直しの進捗管理〕

これらの見直しの実効性を確保するため、外部の第三者の評価を受けながら、進捗管理を図る。

（３）今後の千葉県社会福祉事業団のあり方について

今後、小規模化により必然的に職員減を伴うこととなり、現に支援に当たっている職員のモチベーションの低下も懸念されるが、指定管理者制度への移行時の教訓を踏まえ、施設長等が強いリーダーシップを発揮し、利用者本位の適切な支援を可能とし組織・人材のガバナンスを機能させるための施設規模の縮小、見直し期間中の事業団の役割等、抜本的改善の方向性を事業団職員と共有し、また職員の主体的な提案を施設運営に反映させることで、職員の士気を上げ、志の高い職員が一丸となって見直しに取り組む体制を確保する。

- ① 集中見直し期間中、千葉県知的障害者福祉協会の協力を得て、民間施設との交換研修（事業団職員の民間施設への派遣及び民間施設からの指導的立場にある職員の受入れ）を実施し、これまで一部に見られた職員本位の支援姿勢を利用者本位の支援姿勢に早急に改め、支援の質及び意識の向上を図る。
- ② 集中見直し期間の終了後、①の民間との交換研修を通じて、研修を受けた事業団職員に主体的にセンターをリードする役割を担わせるなど、職員のモチベーションの向上を図る取組みを進める。
- ③ 県内各地で強度行動障害者支援を実施する体制が構築されるよう、県内関係機関等と協議しながら、これまで培った強度行動障害者支援に係るノウハウの情報発信・事例報告会での討議等を通じ、民間施設等との連携を強化する。
- ④ 県は、県立施設の設置者として、見直し計画に基づく運営理念（県立施設としての役割）を明確に示し、その理念を浸透させるため、現場に精通し、県の見直し計画を強力に推し進めることができる者が、事業団の役員・顧問、事務局管理職となるよう責任を持って調整を図り、執行体制を強化する。
- ⑤ センターの運営に注力し、少人数を対象とした利用者本位のきめ細かな支援を実現するため、自主事業（アドバンスながうら、児童デイサービス、グループホーム、生活介護事業所）については、計画的に民間移譲していく。その上で、他法人の相談支援事業所との密接な連携など民間・地域との交流を強化する（国が次期障害者福祉計画指針で示す「地域生活支援拠点（参考資料 14）」の機能）。
- ⑥ 幹部が支援現場における利用者処遇の実態をきめ細かく把握し、適切に職員を指導するため、幹部の意識向上を図るとともに、利用者の居住空間から離れた位置にある管理部門の配置について見直す。

(4) 県や外部による重層的なチェックシステムの構築について

県や外部による様々なチェック体制は整備されていたが、虐待を見抜くことに関しては、実質的に機能していなかったため、以下によりチェック体制を強化する。

- ① 県の監査・モニタリングにおいて、県独自に実態を把握するという意識を持って、報告書類のチェック中心ではなく、施設内巡回の時間を拡大するとともに、幹部のみならず支援員からも聴き取りを行うほか、適宜、抜き打ち検査を実施する。また、外部有識者による運営状況評価において、実質的なチェックを受けられるよう、県独自に把握した情報を提供し、現場の支援状況の確認を受ける等、運用の強化を図る。
- ② 外部チェックの強化のため、パーソナルサポーターや相談支援アドバイザーを継続して派遣するとともに、虐待防止委員会への外部有識者の参加、苦情解決第三者委員の相談体制・巡回、保護者の定期的な巡回等を確保する。
- ③ 国が計画指針で示す「地域生活支援拠点（参考資料 14）」のうち、相談支援機能を担う、事業団以外の民間法人が運営する相談支援事業所において、県立施設利用者の計画相談及びモニタリングを実施することにより（※現在は事業団内事業所が実施）、支援を客観的に評価し、外部性や地域との関係を確保する。
- ④ 千葉県発達障害者支援センター等を活用し、職員に対し計画的に研修を行い職員の支援の専門性を高めるほか、アンケートの実施などにより研修の成果等を外部機関がチェックする。
- ⑤ 指導監査において、現場支援に精通し、権利擁護に関する専門性の高い民間の人材によるチェックも活用する。