

千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会 (第3回)

次 第

日時 平成26年2月10日(月)
午後2時から

場所 千葉県庁本庁舎5階大会議室

1 開 会

2 議 題

- (1) 千葉県袖ヶ浦福祉センターにおける虐待事件の検証について
- (2) 社会福祉事業団のあり方について
- (3) その他

3 閉 会

千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会（第3回）

配布資料一覧

○次第 ○委員名簿 ○事務局名簿 ○座席表

- 資料1 第2回委員会（1月31日）における主な意見
資料2 第2回委員会における座長記者会見記録
資料3 第2回委員会（1月31日）以降の記者発表資料
① 平成26年2月3日付
「アドバンスながうらに対する立入検査について」
② 平成26年2月3日付
「指定障害者施設等に対する勧告について」
資料4 養育園看護師の配置数
資料5 診療室科別常勤・非常勤医師数
資料6 利用者の健康診断の状況
資料7 社会福祉事業団によるアドバンスながうら等保護者説明会に
おける主な意見
資料8 検証事項の論点（修正案）

- 参考資料1 県立施設千葉県袖ヶ浦センター対応に関する主な経過について
参考資料2 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運営状況（改定版）
参考資料3 社会福祉事業団決算報告書（貸借対照表含む）
参考資料4 社会福祉事業団事業計画書（長期収支計画抜粋）
参考資料5 更生園における地域移行者の移行先別人数
参考資料6 養育園における利用者の退所後別人数
参考資料7（予算概要）強度行動障害のある方への支援体制構築事業【25～27年度】
参考資料8（予算概要）強度行動障害のある方の支援者に対する研修事業【26年度新規】
参考資料9（予算概要）障害者虐待防止対策支援事業【26年度拡充】

- 別冊資料1 各委員の袖ヶ浦福祉センター訪問録（事務局作成）（会議終了後回収）
別冊資料2 養育園利用者の育成記録等（診療記録含む）（会議終了後回収）
別冊資料3 養育園と更生園第2の比較等（未定稿）（会議終了後回収）
別冊資料4 改善措置結果報告書案（平成26年1月31日社会福祉事業団）（会議終了後回収）
別冊資料5 養育園利用者の退所後の状況（個別の状況）（会議終了後回収）
別冊資料6 立入検査の状況（会議終了後回収）
別冊資料7 養育園第2寮等における虐待の背景として考えられること（2月3日座長来訪時
の障害福祉課とのやりとりを事務局において整理したもの）（会議終了後回収）
別冊資料8 提言に向けて第2回（1月31日）以降の各委員の主な意見を座長の意見を
ベースに事務局においてまとめたもの（会議終了後回収）

第2回社会福祉事業団問題等第三者検証委員会
(平成26年1月31日)における主な意見

検証テーマ	意 見
①なぜ虐待が行われていたか	<p>○職員数としては他施設と比較しても少なくないが、十分な支援が行われていなかったようだ。管理体制の問題か、組織全体の雰囲気の問題か。指定管理が要因の一つとしてあるのか、県全体の福祉・行動障害の支援のありようにまで及ぶのか、検証したい。</p> <p>○虐待防止法上、通報先は市町村であるはずだが、内規上、事業団内部の受付窓口になっている。入所施設全般に言えることだが、通報システムがあまり機能していないのでは。外部の目を入れざるを得ない。</p> <p>○選定委員会や第三者委員会が機能していなかった。オンブズマンなど外部からのチェックについて今後検討していく必要がある。</p> <p>○「人間だから虐待や暴力はありうる」という疑いをもって対策を考えるべき。また、虐待や暴力はありえないという前提を強調しすぎると、虐待や暴力の隠ぺいを促す危険も考慮する必要がある。</p> <p>○意図的に隠したとは言えないかもしれないが、事故報告書の扱いがずさんであり、管理責任者にチェックする意識がなかったのではないか。</p> <p>○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落とし込んでいかなければいけない。</p> <p>○各種報告は書類上出来ているが、今回の事故の話は日誌に何もなし。リーダーが把握できる仕組みを考える必要がある。</p>
②なぜ受診が遅れたのか	<p>○受診について明確な基準がない。</p> <p>○組織内の医療職が利用者の健康状態を十分チェックできない状況を検証する必要がある。</p>
③事件後の対応は適切か	<p>○養育園の入所者についても、関係機関や外部と連携しながら地域へという視点で対応していく必要があるのではないかと。利用者それぞれに応じた児童相談所とのかかわりや個別支援計画を検証していくべき。</p> <p>○措置されている児童、契約による児童、成人それぞれに応じた支援計画等の作成にあたっての、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。</p> <p>○家族の相談や訪問に適切に対処しているのか。在宅復帰という点で家族をどのように支援していくかも重要な点。</p> <p>○オンブズマンなど外部からのチェックについて今後検討していく必要がある。</p>
④その他	<p>○袖ヶ浦福祉センターの現場に行く必要があるが、日程的な面からもグループ分けするなど工夫が必要。</p> <p>○年度末に一旦は報告を出し、その後も検証作業を進めるが、現場が動いているので、現在の段階で、早急に「こういうことをやってはどうか」ということを対外的に言えないか。</p>

第 2 回委員会における座長記者会見記録

平成 26 年 1 月 31 日

(座長)

前回に引き続き、大変遅くまでお待たせしました。

今日は第 2 回ということで、第 1 回委員会の後の、いろいろな新聞等の報道の動き、それから既に報道されておりますが、県が立ち入りをして、追加勧告等をしておりますのでその内容、これが紹介され、そういったものの様々な資料を用いまして、虐待が行われた経緯、その背景について委員の皆様から質疑応答をいただいた、ということがまず一点目の話題ということになります。

二点目として、今後の方針について、委員会の中での検証の作業リストのようなものを作成いたしまして、これを委員の皆様にご覧いただいて、今後どうするかという話しをさせていただいたということです。概ね作業リストの内容が承認されましたがいくつか追加の御意見が出たところです。これは後で申し上げます。

事務局の方からの説明、つまり虐待に関するこれまでの動き、第 1 回目から今日に至るまでの動きについて県から説明を受けたものをいくつか紹介しますと、まず事業団という組織の給与水準が、平成 16 年に、指定管理制度に向けて、随分給与が下がってですね、職員の意識も低くなったという報道があることは、私も承知しておりますが、この間の経年の平均給与額のリスト、それから入所している方の数と職員数、といったものの経年のリストをお示しいたいて、民間と比べてそれほど低いわけではないという説明を受けました。前回の委員会でも出た意見ですが、他の入所施設と比べても、比較的職員の数は多い。数字だけの話ですが、そういうところがあるということなので、一般に言われている、指定管理に伴って給与水準が下がったことが問題だというのは、少なくとも数字だけのことでいうと、言えないのではないかと、という説明がありまして、これについては特に委員から疑義は出ませんでした。

もう一つは、立入調査を現在、県でもやっていますし、県議会でもやったようですし、児童相談所の方々も、あるいは市町村の方々が、現地に行かれて、利用者の方々の状況を確認しているという結果報告がありました。

その中で、これまでいろいろな虐待案件が通報され、あるいは報告書が上がっていても、理事長まで届かない、常務理事まで届かないということが報道されているわけですが、現状においては、利用者の方々は安定しているということになっております。前回もそういう報告があって、報告だけでいうとそうなのでしょうが、我々はまだ現地に行っていないので、現地に行っているいろいろなことを見させてもらうことが必要なのかなと思っています。

事故報告書や、様々な書類が上（県）に上がっていない、理事長が知らない、あるいは常務理事が知らないということについて、「隠ぺいとまでは言えない」という県の評価になっております。これもいろいろな資料に基づいて説明されたわけですが、確かに隠ぺいという言葉の定義にもよるのだと思いますが、意図的に隠したことはうかがえないということになるのかもしれませんが、しかし、今日、委員会の中でお示しいたいた

資料を見ておりますと、報道にも出ていますが、虐待行為を過去に行った職員を諭旨免職している。それは理事長や常務理事が当然関わっているわけで、その虐待行為については事故報告書がちゃんと上がっている。それを県に報告したことについては、報告したものだと思い込んでいた、ということになっていますが、諭旨免職までしようかという職員の資料を、諭旨免職する会議において、どういう扱いになっているかということ、理事長・常務理事が分からないとか、見ていないというのは、ちょっと不自然なところがありまして、加えて事故報告書の現物も見ましたが、組織の中でいろいろな人がその報告書を見るというようなスタイルにそもそもなっていないという、フォーマット上、いろいろな管理者の印鑑を押すところがなく欄外に任意の場所に押印があったりなかったり、というようなことがありまして、事故報告なるものの扱いというものが、非常に杜撰であることが言えるかと思います。このような管理体制が放置されていたことは、隠ぺいしたとまでは言えないまでも、そういうものをチェックしようとする意図がそもそも管理責任者の方になかったのではないかと、組織上、そういうものをきちんとチェックしていて、出たら出たで必ずどのような対応をするのか、その後どうなったんだということを誰かがチェックするという、組織内のそういうチェック体制を現実には作ろうという意図は、少なくともなかったのだろーと言えるのではないかと、と我々の方から県に指摘させていただいたところです。引き続き、いろいろな記録を見ながら検討をしていきたいと思いますが、今日の段階では、「隠ぺいがなかったからいい」という話ではない、という指摘が委員からありました。

それから、今後の検証事項については、概ね了解をされているわけですが、施設内に医療職、診療室というところがありますが、そこが利用者の方々の健康状態について十分把握をしていないことの検証が必要だという意見がでました。診療室は、あまり使われていないということがそもそもあるのですけれども、そうは言っても医療の専門職はいるわけで、常勤の看護師もいますし、そういう方々が施設の利用者の健康状態をチェックできないというのは、看護師個人の問題ではなく、組織内における医療職の扱いというものがなにかおかしいのではないかと指摘がありました。どこの施設でも、看護職がチェックできる体制になっているのが普通であって、それがここではチェックできていないというのは、何か足りないところがあるのではないかと指摘でありまして、それを検証したいということで、検証項目の中に追加として入ってくるというのが一つあります。

それから、施設の中で、家族の相談を受ける体制が現にあるのかないのか。ないとして、今後どうするのかということも指摘されました。家族支援というのは非常に重要な問題で、センターの位置づけにも関わりますが、この施設に入ってしまったら、もはや帰るところがない、というのはおかしいわけで、帰るところを作るためには家族の支援というのは非常に重要です。ご家族から何か相談があった、あるいはご家族をどうやって支援していくのかというのは、現状どうなっているかということも重要です。これからどうするのかということも重要である。こういった指摘がありました。

それから、今の虐待の事故報告が来たときのチェック体制にも関わりますが、現実、こういう事件が起きたということが、ここ数年の間、外部の人に分からなかったということも検証する必要があると指摘されました。具体的に言いますと、いろいろな外部委

員会がありまして、入退所委員会ですとか、選定委員会、第三者評価委員会、いろいろ外部の有識者の委員会が組織されては検証しているわけですが、その委員会のチェックの中で、こういった虐待行為が行われているということが分からない、気が付かないわけです。外部評価のチェックのあり方、これがやはり甘いのではないか、あるいは問題なのではないか。これを検証する必要がある、という指摘が委員の中から出てきています。

外部評価ももちろん検討しないといけないのですが、隠ぺい云々の問題とも絡みますが、内部的にも通報というもののシステムが十分機能していないことも指摘されました。たとえばヒヤリハットという事例を集めて、ヒヤリハット委員会というものを作ったり、あるいは虐待防止委員会というものを作ったりして、内部的には、記録上もしくは書類上は様々な検討がされているということになっているのですが、そういうところに、今回問題になったような虐待案件は、報告されないし、記録にも出てこない。つまり記録を見ていても、あるいは内部のいろいろなチェックシステムを見ていても、虐待防止にほとんど役立っていない。それが1回目もだいたいそうじゃないかなと思っていましたが、今日の資料を見て、ますますそういうことなのかなという思いを、委員の中では共有しております。

ありていに言いますと、通報にしても、虐待防止の研修にしても、内部の組織的なもので、虐待防止ができる、適切な療育支援が行われる、という環境には、現行のシステムではない、限界がある、こういう意見が委員の中から出ました。今後、センターのあり方を考えていく上で、外部のチェックがどこまで入るのかということです。外部のチェックにどのようなものがあるのかと言われれば、今日の委員会の中では具体的には出ておりませんが、よく言われるのはオンブズマンというような、そういうものを今後検討していく必要があるのではないかと、という指摘が委員の中から出ています。

あるいは、虐待というのはなかなか判断・評価が難しいところがありますが、虐待まで至らない不適切な支援というものが、その背後にはあります。適切な支援とは何かということが分からないと、不適切な支援も分からないわけで、しかし、行動障害の方々への適切な支援とは何だろうかというのはなかなか難しいわけで、支援のありようについて、個々具体的な一人の人間に対する支援のありようを、どうやって考えていくのかということについての、専門職の関与を得て検討していく必要があるという意見ができました。これは、施設の中だけで考えていても足りない。戻るところも含めて、社会全体で、あるいは地域との連携を深めながら支援のありようを考えなければいけないわけですが、支援のありよう、支援のあり方、支援とは何かという問題を、施設の中だけに任せておかない、外部から人が入って一緒に検討していく。そういうことが必要なのではないかと、というところが、検討課題の中で、委員の中から付け加えられた事項として御紹介できる話かなと思います。

今日の段階でなお分からなかったのは、お亡くなりになった方の死亡に至る経過です。これは、実は明確な根拠をもって私ども認識をしております。資料上の制約がございまして、検死をした医師の名前も知りませんので、調査は難しいのですが、報道の皆様の方がよく御存じのようで、最後に新聞報道でこういう死因だということがコピーして配られましたけれども、これも引き続き、県として資料を集めて、死亡に至る経過をき

ちゃんと検証していきたいと思っています。刑事手続きの動きも絡みますので、非常に微妙な問題があるのですが、どれくらいの期間の幅で、御本人が必要な支援を受けられなかったのか、委員の中には医者もいらっしゃいますので、なお検証したいと、今日の段階でも指摘がありまして、引き続き検討していくということになっています。

最後に次回までに各委員、日程調整をしながら現場に行くなり、膨大な記録がありますので、それをここに来るなりして見ていくという作業手順が確認されたところです。

(記者)

診療室があまり使われていないとは、どういう状況か。

(座長)

行くときはあるのですが、けがをしたとか、いろいろあるときに、あまり行ったという記録がない。常時、日常的な健康状態についてもチェックが十分に行われていない、ということがあるようなので、これはどうしてなのか検証したいという御意見です。これは施設の専門職の方からそういう意見が出ました。

(記者)

亡くなった方が死亡に至る経緯にも、診療室の機能不全が関わっているということか。

(座長)

診療室としては、日頃の体調としては、全く異変を感じていないというデータがありますので、内部的には、どうして死んだのか原因が分からないという話です。しかしお腹の中に穴が開いているのかどうか、我々は確認できませんが、いろいろな経緯をもって死に至ったわけで、それが突然のことなのか、1か月のことなのか2か月のことなのか、なお検証しないといけません。もしそれが一日や二日の話ではなくて、一ヶ月とか二ヶ月とかいうことになるならば、当然診療室に連れて行くとか行かないとか、そういう話が出てこないといけないのだが、そういう話がないわけです。それは何だろうねと、死亡に至る経緯も含めて、検証しないといけません。

(記者)

怪我をしたりしたときに、診療室に行った記録がない？

(座長)

全くないわけではない。ありますが、あまり多くない、日常的なものがあまりない。

(記者)

事業団には医師は何人、職員にいるのか？

(座長)

(精神科が専門の診療室長のほかは) 常駐の人はいないが、(他科で) 非常勤の人が

何人かいる。今日は数までは確認できていません。今日、特に問題になったのは、常勤の看護師さんはいらっしゃいますので、どこの施設でも常勤の看護師さんがだいたい把握している。ところが看護師さんですら、なかなか把握できない体制になっているというような話が出てきたので、それは何だろうという話になりました。これは今後の確認が必要です。（記者：把握できない体制とは？）（記録を見る限り、）日常的な健康管理、データが取られていないということ。（記者：例えば？）体重とか。

（記者）

定期健診みたいなものが行われていないということか。

（事務局）

定期健診はやっています。

（記者）

定期健診はやっているけれども、もっと短いスパンで、日常的に健康を短期間で管理するような体制はなかったということか。

（座長）

健康に関して、具体的には、薬の投薬管理というものが、診療室の方で、必ずしも全体としてチェックできていない。施設に詳しい委員から見ると、よく分からないということなので、薬の投薬管理とか健康管理とかについて、診療室、看護職がいるわけだから、その人がどういう役割になっていたのか知りたいわけです。（記者：投薬するけれども、飲んだかどうか確認していないということか。）診療室まで行って飲むという話ではなくて、日常生活している場所で、朝とか飲むものもある、そういうものについて把握できていないようです。

これがどういう意味を持った検証作業になるのか、今日はまだはっきりしていないが、他の施設と比べてちょっと看護職のありようが違うね、という話でした。

（記者）

怪我したときに行った記録がないというのは、逆にけがをしたらどうしているのか。

（事務局）

風邪をひいたり、事故があつたりしたら受診しているが、亡くなった方に関しては、11月に亡くなる前にも暴行はあつたわけですが、その辺りで何らかの受診をしていたという記録がないということで。実際には受診していたかもしれませんが、記録の不備なのか、そこまではまだ確認できていない。問題なのは、受診をさせる基準がなく、個々の支援員、ときにリーダーに相談することはありますが、明確な基準がないというところが、場合によっては受診の遅れにつながったのではないかと、ということ。

（記者）

亡くなった少年が暴行を受けていたとされる期間に、診療室を受診した記録が見つからないということか。

(事務局)

様子観察をする、支援員が様子を見るという記録は何件かあるのですが、その際に受診をさせるべきだったかどうか、そもそも受診の基準がなく、検証もできない状況です。

(座長)

投薬管理もそうだし、体調の変化もそうだが、診療室に来たから何か対応するというのはもちろんそうですが、診療室に来なくても、健康管理とか、状態の変化というのは、看護師が施設全体を見ているという前提では、来ていなくても気付くのが普通だが、どうもそうではなかったようだということがあります。施設の中の医療職のありようとしては、医療職個人の問題だというのではなく、医療職の使い方としては、変わっている、検証が必要だという話になった。

(記者)

診察記録がなかったということか。

(座長)

(支援員の記録上は) 来ていないのだからない (ということになる)。

(記者)

検証事項の論点の素案、これにいくらか加わるということか。

(座長)

そうですね。修正・追加が入るということです。でも大枠はこれで行きましようとなりました。

(記者)

修正・追加されたリスト、「素案」が取れた資料は後でいただけるか。

(座長)

また出てくると思います。

(記者)

「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」という項目は、具体的にはどういうところを検証していくか。

(座長)

外部チェックもそうですし、選定委員会や第三者評価委員会は県が設置してやっているわけですが、これが機能していなかったということと、日常的なチェックですね。行って書類を見るだけという話なのか、現状どういうチェックが行われていたのかということも含めて検証していく。それで虐待が防げなかったということであるなら、改善しないといけない、そういう話です。

(記者)

理事長も代々ずっと県 OB が来ている。再就職は、建て前で言えば「事業団から求められたから」というのが一般的だが、初代からずっと県の幹部がトップに来ていて、今の近藤理事長も元県の職員で、現場をよく知らなかったと。県の幹部がトップで、何も管理できていなかったという点があると思うが、県の人材の送りこみ方も検証対象になるか。

(座長)

それも検証対象になります。

(記者)

過去に暴行した職員が常務理事になったという問題も、一義的には事業団の内部人事だが、県も把握しながら放置していた、この点も検証対象になるか。

(座長)

報道に出ていた常務理事の話ですね。昔暴行を働いていて、それが何年か後に発覚して、その人が結局常務理事になったという、そのことについて問題ではないかという話かと思います。これは、その人が常務理事になったということが問題というより、それは一旦処分しているわけで、それはそれで、虐待行為そのものについての処分としては、一旦ピリオドが打たれているという話ではあると認識しています。だから一度虐待行為をした人は、二度と使えない、全くもう一生涯だめだ、みたいな話はちょっとどうかな、と私は思っています。

しかしそういう人を選ぶ・選ばないというのは、それを前提とした判断ですから、そういう人が常務理事になっていくときには、その人が個人として反省をした上で、自分が過去、そういうことをやって常務理事になったんだったら、もう二度とそういうことはさせないという、逆に虐待防止に熱心に走るという、あるいは熱心に努力するということを本人は考えないとだめだし、そういうことの前歴がある人が常務理事になるということを前提に管理を任せるのであれば、管理をしている人も、チェックというのは、より重厚にやらないといけないですね。過去に暴行したかどうかは問題なのではなく、そういう人を常務理事にしたというときの現在のチェックの仕方、それから現在のその人の虐待防止に対するあり方、管理責任の履行の仕方、こういったものが問題だと思っています。

(記者)

保護者やその他にも聴き取りが必要だとのことだったが、範囲は広がるか。

(座長)

まだ調整中ですが、今日も委員の中から、特に家族の方に会うべきだという意見は出ましたので、それは実施されるのですが、今日の段階では、いつ、どんな形でやるかというのは、具体的には詰められなかったところです。ただ実施はします。

(記者)

指定管理の件について、数字上では問題ないということだったが、新聞社に寄せられた内部告発では、非正規が増えて、同じ職員でも待遇に差があり、研修も非常勤には受けさせていなかったことは事業団も認めている。そういう点も踏まえた上で、指定管理に問題ないというような、何も意見はなかったのか。

(座長)

指定管理そのものまでは、今日はそのような議論はしていない。給与水準がどうであったか、職員数の配置がどうであったかということだけであって、研修体制がどうであったかはまた別問題として残されています。特に問題となった養育園の担当職員5人というのは、比較的若い、経験の浅い人達が入っていたということは報告されているとおりですので、内部の職員配置のあり方だとか、職員相互の間の虐待についての認識と、相互チェックというものがどうであったかは、また別問題です。それが指定管理のせいなのかそうでないのかは、また今後検証されていくべきことだが、今日の段階ではそれがどうだという話には至っていない。

(記者)

指定管理についてのあり方はどうか、問題点はどうか、というのは今後か。

(座長)

そうです。おっしゃるとおりです。

(記者)

一点、先ほどの受診記録がない、ということまでは、診療室の診療記録を確認したわけではないので、まだ言い切れない。養育園も班ごとに班日誌があり、支援員が記録している。利用者にどう対応したか、支援したか、受診させたか、といった支援員の記録の中に、少なくとも受診をさせたという記録がほとんどないということ、そこまでは確認した。

(記者)

ひょっとしたら診療室にあるのかもしれないと。そこは今後調べるのか。

(事務局)

そこは確認します。

(記者)

指定管理のところで、給与と職員数が民間に比べてそんなに悪くないという話がある一方で、論点の中で「人員配置に問題がなかったか」という検証が今後必要だということになっているのは、齟齬はないか。

(座長)

人数的には、他の入所系の施設と比べて、それほど少ないという話ではないんですね。ところが支援記録を見ると、必ずしも個別の人に対応した形の支援記録が、十分検討された上で記載されているという話でもなさそうなので、これだけの人数でなぜこういう支援なのか、という、逆に疑問なんですね。それは管理体制なのか、それとも組織全体の雰囲気の問題なのか、よく分かりませんが、もっとももっとうまくできるはずだったのではないか、というところを検証したいということです。

それがすぐ指定管理の問題だと言われると困るのですが、袖ヶ浦だけの問題なのか、指定管理ということで、そういった組織の中のいろいろなものがどんどん変わってしまったのか、そうではなくて千葉県全体の福祉のありよう、特に行動障害の方々の支援のありようについての千葉県全体の福祉職員の体制の問題まで及んだ話なのか、というところを検討していきたい、ということですね。

(記者)

行動障害に関しても、数だけで言ったら十分？

(座長)

十分かどうかまでは分からないが、全く足りない、他の施設と比べて全然足りないという話ではなかったはずなんです。常時一人配置とか二人配置とか、やろうと思ったら可能だったと思いますが、支援記録を見てもそういう感じではないので、一体何が行われていたのか、職員の配置とか支援について何が行われていたのか、これから、それこそ支援記録を見ながら検証していくという作業になると思います。

(記者)

他の施設に比べて十分だったとの話だが、他の施設とどれくらい比較できるのか。指定管理になったときに各施設から重い人を集めたという証言もある。

(座長)

今、各都道府県のデータを集めてもらっています。どの都道府県にも行動障害の方がいらっしゃるわけで、それが事業団の形態を取っているところもそうでないところもありますし、民間施設でやっているところもありますから、それぞれどんなことをやっているのか、私の個人的な思いだけでなく、もう少し客観的データを集めてもらって、どうなっているのか検証する予定です。

第 2 回委員会（ 1 月 3 1 日）以降の記者発表資料

＜平成 2 6 年 2 月 3 日付け発表＞

①アドバンスながうらに対する立入検査について

②指定障害者施設等に対する勧告について

アドバンスながうらに対する立入検査について

平成26年2月3日
千葉県健康福祉部障害福祉課
043 - 223 - 2352

社会福祉法人千葉県社会福祉事業団が自主事業として運営するアドバンスながうらに対し、1月27日～31日に、障害者総合支援法に基づく立入検査を実施しました。

1 立入検査等の結果

- (1) アドバンスながうら(全58人のうち55人。その他3人は先回実施等)、施設長、理事長ほかからの事情聴取の結果、汐風寮(障害が比較的軽度で、日中は主に就労移行支援を受けている男性が入所)、若潮寮(障害の程度に応じ、日中は生活介護や就労移行支援を受けている女性が入所)においては、暴行又は疑義は認められなかったが、浜風寮(障害が比較的重度で、日中は生活介護の支援を受けている男性が入所)においては、職員の証言等により、以下のことの疑義が認められた。

ア 平成25年夏頃に、アドバンスながうらの作業棟において、1人の職員(I)が、利用者1名に対して、暴行を行った。

- (2) 職員の証言等により、以下のことが確認された。

ア 平成25年12月20日付で疑義が認められた「養育園第2寮において、平成23年度に、3人の職員(F、G、H)が、少なくとも利用者1名に対し、それぞれ暴行を行っていた」件について、職員(G)は、平成24年3月頃に、利用者1名に対し、暴行を行った。

イ 平成25年12月27日付で疑義が認められた「養育園第1寮において、平成25年夏頃、1人の職員(G)が、利用者1名に対し、不適切な支援を行った(※暴行でないか継続調査中)」件について、職員(G)は、暴行を行った。

- (3) 平成25年12月27日付で確認された「平成25年6月に、一人の職員(G)が、利用者1名(→2名^(注))に対して、暴言を吐いた」件について、徴求した事故報告書等により、以下のことが確認された。

(注) 調査により確認

ア 平成25年6月以前に、G、Iを含む4人の職員が、利用者に対して、必要以上に声を荒げるなどといった不適切な支援を行った。(なお、同6月の件を受け、同月から翌7月にかけて、アドバンスながうら全職員に対して、虐待防止に係る研修が実施され、その後は、同様の不適切な支援が続いているという証言はなかった。)

イ また、この件については、理事長が「暴行とは異なり軽微なものであるため、県へ報告する必要がない」旨判断し、県へ報告しなかった。（したがって、事故報告書の提出もなかった。）

ウ さらに、当該暴言を吐いた職員（G）に対して、適正な手続き（処分方針に基づく賞罰委員会の開催等）を経ることなく、口頭注意と養育園への配置換えといった「事実上の処分」で対応していた。（その後、職員（G）が養育園で暴行を行ったことは、（2）イのとおり。）

2 今後の対応

社会福祉事業団が運営する虐待の通報等があった施設の立入検査について概ね完了したところであり、今後とも、千葉県議会健康福祉常任委員会の調査や、社会福祉事業団問題等第三者検証委員会の検証も得ながら、虐待事案の発生の原因、責任の所在等、全容の究明を図っていく。（疑義の解明のために必要な立入検査については適宜実施）

（参考） 施設の概要

名 称	アドバンスながうら (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 第5条第12項に規定する障害者支援施設)
定 員	(1) 施設入所支援事業：90名 (2) 生活介護事業：50名 (3) 就労移行支援事業：80名
所 在 地	袖ヶ浦市蔵波3312番の1
事業内容	18歳以上の知的障害者に施設障害福祉サービスを行う。入所、排泄・食事の介護等を行うとともに、地域生活に向けた生活支援と就労に必要な職業準備訓練をサービスとして提供する。
開設年月	昭和45年4月

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

〔 今回の一連の立入検査で確認された5人の暴行を除く 〕

平成26年2月3日現在で確認されているもの

年度	虐待 類型	日時	施設	行為者 (当時)	概要
25	身体的虐待 (暴行)	4/23	更生園 第2	30代男性 (J)	作業指示に利用者が応じなかった際、利用者の首に手をかけ、引っ掻き傷を負わせた。
25	身体的虐待 (暴行)	夏頃	養育園 第1寮	40代男性 (G)	他の利用者に絡む利用者が注意に応じなかった際、蹴った。
25	心理的虐待 (暴言)	6/17	アドバンス ながうら	40代男性 (G)	早朝、帰省から戻った利用者及びその場に居合わせた日中一時支援の利用者が扉をノックしたことに對して、暴言を吐いた。
23	身体的虐待 (暴行)	H24 3月頃	養育園 第2寮	40代男性 (G)	外出の誘導に利用者が応じなかった際、強引に引っ張って外に引きずり出した。
23	身体的虐待 (暴行)	H24 3/21	更生園 第2	40代男性 (N)	利用者を床に横にし、両足を長椅子の上に乗せて抑えた。
22	心理的虐待 (暴言)	11/22	更生園 第2	20代女性	利用者の頭を押しながら、威圧的言動を行った。
21	心理的虐待 (威嚇)	4/22	更生園 第2	50代男性	利用者が職員に他害行為を行った際、過剰に反応し、拳を顔に突き出し利用者を威嚇した。
21	身体的虐待 (暴行)	9/11	更生園 第2	40代男性 (M)	利用者の両足を持って引きずった後、エビ固めを行った。
19	身体的虐待 (暴行)	4/6	養育園 第2寮	50代男性 (K)	利用者が職員に他害行為を行った際、過剰に反応し、首に傷痕が残るくらい、複数回、手で引っ掻いた。
19	身体的虐待 (暴行)	9/17	更生園 第1	50代男性 (L)	トイレの中にいる利用者に対し、モップを使って出るように促し、その際、利用者の右額に擦過傷を負わせた。
18	性的虐待	H18 11月上旬	更生園 第2	50代男性	入浴支援の際、男性利用者に対し、性的嫌がらせ行為を行った。
18	性的虐待	H18 12月上旬	更生園 第2	50代男性	入浴支援の際、男性利用者に対し、性的嫌がらせ行為を行った。
18	身体的虐待 (暴行)	H19 1月上旬	更生園 第2	40代男性 (M)	興奮する利用者をソファに座らせ落ち着かせようとした際、太ももを踵で複数回蹴った。
17	身体的虐待 (暴行)	11/20	養育園 第4寮	40代男性 (N)	作業指示に利用者が応じなかった際、利用者の胸を突く、蹴る、突き倒すといった行為を行った。

注) アルファベット記号は身体的虐待（暴行）に付している。

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

平成26年2月3日現在

施設名		入所者 (H26.1.1現在)		職員数 26.1.1現在	虐待又はその疑義の状況 <●:(暴行(身体的虐待))、◆:その他の虐待 / △:疑義>	
					今般の一連の立入検査関係	その他事故報告書関係 (※数字は年度。Hは平成)
養育園	1寮	21名	重度で病虚弱・厚介護を要する男子児童	14名	●1名(G)(H25)蹴る △1名(E)(H25)げんこつ 〔※ 上記「△1名(E)(H25)げんこつ」は次のとおり修正します。〕 (修正後) △1名(E)(H24)げんこつ	
	2寮	13名	行動障害、自閉的傾向を有する男子児童	8名	●5名(A～E)(H23～25)殴る、蹴る等 ●1名(G)(H23)強引に外に引きずり出す △3名(F、H、I)(H23)首を絞める、殴る、蹴る等	●1名(K)(H19)引っ掻き △1名(F)(H23)火傷
	3寮	18名	支援の困難な重度児童・ADHD・触法行為等を有する女子児童	13名		
	4寮	20名	支援の困難な重度児童・ADHD・触法行為等を有する男子児童	10名		●1名(N)(H17)胸を突く、蹴る、突き倒す
	5寮 (さくら荘)	6名	中軽度児童で、将来地域生活移行を希望する男子児童	7名		
	計	78名		52名	※このほか、施設長(1)、マネージャー(1)、サブマネージャー(2)、事務員(1)、支援員(1)、看護師(1)、栄養士(1)、契約社員(1)の計9名を加えると、合計61名となる。(育休は除く。)	

※表記のアルファベット記号は身体的虐待(暴行)に付している。

施設名		入所者 (H26.1.1現在)		職員数 26.1.1現在	虐待又はその疑義の状況　＜●:(暴行(身体的虐待))、◆:その他の虐待 / △:疑義＞		
					今般の一連の立入検査関係	その他事故報告書関係　（※数字は年度。Hは平成）	
更生園	第1支援グループ	1班 (桧寮)	13名	介護度が高く、病虚弱等特別な健康管理を必要とする男性(1班)、女性(2班)	53名		
		2班 (竹寮)	12名				
		3班 (松寮)	13名			高齢、精神疾患、身体機能低下の著しい等の男性	●1名(L)(H19)モップによる暴行
		4班 (楓寮)	12名			主にこだわりのある自閉症等の男性	
	第2支援グループ	1班 (そよかぜ荘)	3名	主に強度行動障害を有する男性	64名	△1名(J)(H20、22)ビンタ、首に肘打ち	
		2班 (さつき寮)	9名	主に強度行動障害を有する男性		△1名(J)(H24)体当たり ●1名(J)(H25)引っ掻き	
		3班 (ひまわり荘)	17名	主に強度行動障害を有する女性		◆1名(H21)　こぶしを顔に突き出し威嚇	◆1名(H22)威圧的言動
		4班 (わかば寮)	12名	行動障害を有する男性		●1名(M)(H21)エビ固め ●1名(N)(H23)床に横にし足を椅子の上で抑える	◆2名(H18)入浴支援時の性的嫌がらせ ●1名(M)(H18)蹴る
	計		91名			117名　育休含む　※このほか、施設長(1)、事務員(2)、栄養士(1)の計4名を加えると、合計121名となる。(育休は除く。)	
アドバンス ながうら	浜風寮	21名	障害が比較的重度で、日中は生活介護の支援を受けている男性	46名	◆1名(G)(H25)暴言 △1名(I)(H25)腹を殴る		
	汐風寮	37名	障害が比較的軽度で、日中は主に就労移行支援を受けている男性				
	若潮寮	14名	障害の程度に応じ、日中は生活介護や就労移行支援を受けている女性				

虐待(暴行)確認者等数 (平成26年2月3日現在)	虐待(暴行)確認者数:11人(A~E、G、J~N)[被虐待(暴行)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] 性的、心理的虐待を含め虐待確認者数 計15人(延16人) 虐待疑義者数:3人(F、H、I)
※ 平成16年度から平成25年度までの過去10年間	

指定障害者施設等に対する勧告について

平成 26 年 2 月 3 日
 千葉県健康福祉部障害福祉課
 043 - 223 - 2352

本日、千葉県は、千葉県社会福祉事業団が自主事業として運営する、アドバンスながうら等に対して、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「支援法」という。）第 49 条第 1 項第 2 号及び第 2 項第 2 号並びに児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号。以下「児福法」という。）第 24 条の 16 第 1 項第 2 号の規定に基づき、勧告を行いました。

1 勧告対象事業所名等

法人名称	社会福祉法人千葉県社会福祉事業団	理事長	近藤 敏旦
事業所(施設)名	①アドバンスながうら ②千葉県袖ヶ浦福祉センター養育園		
所在地	①袖ヶ浦市蔵波 3312-1 ②袖ヶ浦市蔵波 3108-1		
サービスの種類	①指定障害者支援施設（施設入所支援・生活介護・就労移行支援）、指定短期入所 ②指定福祉型障害児入所施設、指定障害者支援施設（施設入所支援・生活介護）、指定短期入所		

2 基準条例等違反事項

(1) アドバンスながうらの職員が利用者に対し、平成 25 年 6 月に暴言を吐いていた（心理的虐待を行っていた）ことが確認された。

さらに、同職員は平成 24 年 3 月頃及び平成 25 年夏頃の養育園配置時に、利用者に対し、それぞれ身体的虐待（暴行）を行っていたことが確認された。（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 24 年千葉県条例第 90 号。以下「支援施設基準条例」という。）第 4 条第 2 項等違反）

また、平成 25 年 6 月以前に、同職員を含む 4 人の職員が、利用者に対して、必要以上に声を荒げるなどして支援に当たっていたことが確認された。上記の事故を受け、アドバンスながうら全職員に対して、虐待防止に係る研修が実施された結果、改善がなされたものと考えられるが、支援施設基準条例等に基づき、常に利用者の立場に立った指定障害福祉サービス等の提供に努めるという点では、不適切な支援であったと言わざるを得ない。

- (2) (1) の暴言（心理的虐待）の事故について、理事長は、「暴行とは異なり軽微であり、県へ報告する必要がない」旨判断し、県へ報告しなかった。したがって、県への事故報告書の提出はなく、また、理事会や評議員会に報告することもなかった。

このことからすると、心理的虐待という報告すべき事故を県や理事会等に報告していない管理監督上の責任が認められることはもちろん、理事長の虐待防止に対する意識が低いと言わざるを得ない。

当該心理的虐待を行った職員は、異動後、養育園で暴行（身体的虐待）を行っており、このことからしても、当該心理的虐待は、当然に問題のある事故として捉えるべきものであり、当該事故について理事会等で協議の上、再発防止策の対策を講じていれば、二次被害（当該身体的虐待）を防ぐことができたのではないかと考えられる。（支援施設基準条例第4条第3項及び第59条第1項等違反）

- (3) この点、当該心理的虐待を行った職員に対しては、適正な手続き（処分方針に基づく賞罰委員会の開催等）を経ることなく、口頭注意をし、また、「アドバンスながうらのままでは保護者との関係がまずい」旨の理由での養育園への配置換えのみでの、「事実上の処分」として、対応を図っていたことが確認された。

つまり、職員の処分に関し適切な運用がなされず、さらに、問題があった職員について、具体的には、実質的な処分や再発防止に向けた教育等を行わずに、

また、人事上の管理監督責任を有する理事長が決裁することなく、アドバンスながうらと養育園の施設長間協議及び袖ヶ浦福祉センター長の同意により、養育園へ配置換えした結果、養育園で暴行が行われたということであり、社会福祉法人千葉県社会福祉事業団（以下、「事業団」という。）全体の人事配置の在り方について検証し、改善する必要がある。（支援施設基準条例第4条第3項等違反）

3 勧告の内容

上記2のことについて、事案の重大性及び緊急性に鑑み、取り急ぎ、次のような改善措置をとるよう勧告した。

- (1) 支援施設基準条例第4条第2項及び支援事業基準条例第4条第2項を遵守し、利用者の人権の擁護、虐待の防止に努めることは当然のこと、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った指定障害福祉サービスの提供を実践すること。

- (2) 支援施設基準条例第4条第3項及び支援事業基準条例第4条第3項を遵守し、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のための万全な体制を整備すること。

人権擁護や虐待防止に関する実効性のある研修等を充実させるとともに、研修等の効果を職員全員に浸透させること。それでも集団研修のみでは実効性が上がらないと見込まれる個人に対しては、個別に、再教育のためのプログラムを作成し、個別指導・訓練を行うなどの実効性ある措置を講じること。

また、２（１）のとおり確認された暴言及び暴行は、当然に、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成２３年法律第７９号。以下「虐待防止法」という。）第２条第７項に規定する「障害者福祉施設従事者等による障害者虐待」（心理的虐待及び身体的虐待）であることを十分に認識し、虐待防止法第１５条に基づく虐待の防止等のための万全の措置を講ずること。

その際、貴法人の虐待防止委員会の見直しに当たって、障害福祉現場支援に精通した外部の第三者を委員に加えるなど、チェック機能の強化を図ること。

なお、これまでの貴法人に対する二次の勧告により、養育園及び更生園に対して同様の措置をとるよう勧告したところであり、措置を講ずるに当たっては、事業団全体での体制整備を図ること。

併せて、理事会及び評議員会への事故（虐待又はその疑義関係を当然に含む。）の付議の徹底等を含む理事会等による業務決定及び牽制機能の強化を図ること。

- （３）支援施設基準条例第５９条第１項及び支援事業基準条例第４１条第１項を遵守し、事故が発生した場合は、必ず県に連絡すること。

特に、心理的虐待を含む虐待やいわゆる不適切な支援も当然に含め、県に提出すべき事故が発生した場合は、事故の概要について、第一報として電話等で直ちに報告すること。

- （４）虐待が確認された職員に対して、賞罰委員会を速やかに開催し、「千葉県社会福祉事業団不適切な処遇等に係る処分方針」に基づき、厳正な措置を講じること。措置を講じるに当たっては、千葉県健康福祉部障害福祉課と事前に協議を行うこと。

- （５）当該施設の適正な運営や利用者の十分な処遇を確保するため、施設における新規利用者の受入れや、既に入所している利用者に対するサービスに係る計画の変更、職員の配置換え等を行うに当たっては、千葉県健康福祉部障害福祉課と事前に協議を行うこと。特に、新規利用者の受入れに当たっては、当該利用者に対する職員等の支援体制について併せて協議すること。また、職員の配置換えに当たっての理事長までの決裁等の手続きの明確化を図ること。

- （６）改善措置をとるに当たっては、理事長等においては、自ら支援現場に出向き、実際に現場で適正な運営や利用者の十分な処遇が確保されているか確認するとともに、職員一人ひとりに虐待防止の意識が浸透しているか確認すること。

４ その他改善を要する事項

- （１）今般の一連の問題に関し、保護者から貴法人に対し、随時、速やかな説明を求める声が多々上がっていることは、承知のとおりであり、貴法人が運営する各施設の利用者の保護者への説明及び情報提供を充実すること。充実するに当たっては、保護者説明会の開催やダイレクトメール等による情報提供はもちろんのこと、保護者の求めに応じ、保護者会名簿の作成や連絡網の作成への協力に努めること。

5 改善措置期限

平成26年3月3日（月）

（改善措置結果報告書の提出期限は、平成26年3月7日（金））

※ なお、これらの措置は、取り急ぎの当座の措置であり、今後、千葉県議会健康福祉常任委員会の調査や、社会福祉事業団問題等第三者検証委員会の検証も得ながら、今般の一連の虐待事案に係る理事長等の責任について究明していく。

養育園看護師の配置数

平成26年2月1日 現在

施設別 職種別		更生園 第1支援グループ	更生園 第2支援グループ	更生園	養育園	診療室	アドバンス ながうら	代宿 地域支援 センター	合計
看護師	正職員	2	1	3	1	5	1	1	11
	契約								
	計	2	1	3	1	5	1	1	11

平成25年9月1日 現在

施設別 職種別		更生園 第1支援グループ	更生園 第2支援グループ	更生園	養育園	診療室	アドバンス ながうら	代宿 地域支援 センター	合計
看護師	正職員	2	1	3	1	4	1	1	10
	契約								
	計	2	1	3	1	4	1	1	10

診療室科別常勤・非常勤医師数

(人)

	常勤	非常勤
精神科	1	2
内 科		4
耳鼻科		1
眼 科		1
皮膚科		1
歯 科		2
レントゲン		1
合計	1	12

入所者の健康診断の状況(25年度)

更生園

実施月	項目	内容	備考
4月	血液検査	血液一般, 肝機能, 血糖 HB抗原, HB抗体, 血中濃度	
5月	尿検査	蛋白, 糖, 潜血	
5月	蟯虫		
5月	便潜血		(35歳以上)
5月	内科(第1回)	胸部聴診, 身長, 体重, 血圧, 腹囲	
6月	歯科		
5・6・7月	心電図		(35歳以上)
6・7月	耳鼻科		
7月	結核検診	胸部間接撮影	
7・8月	骨密度	骨密度測定	
9月	眼科		
10月	便検査	細菌培養検査(サルモネラ・赤痢)	
11・12月	内科(第2回)	胸部聴診, 身長, 体重, 血圧, 腹囲	
12月	胃がん	胃レントゲン	(30歳以上の希望者)

入所者の健康診断の状況(25年度)

養育園

実施月	項目	内容	備考
4月	血液検査	血液一般, 肝機能, 血糖 HB抗原, HB抗体, 血中濃度	
4月	尿検査	蛋白, 糖, 潜血	(学齡児は除く)
5月	蟯虫		(小学生は除く)
5月	内科(第1回)	胸部聴診, 身長, 体重	(学齡児は身長, 体重のみ)
6月	歯科		(学齡児は除く)
6・7月	耳鼻科		(学齡児は除く)
7月	結核検診	胸部間接撮影	(学齡児は除く)
9月	眼科		(学齡児は除く)
10月	便検査	細菌培養検査(サルモネラ・赤痢)	
11・12月	内科(第2回)	胸部聴診, 身長, 体重	

入所者の健康診断の状況(25年度)

アドバンスながうら

実施月	項目	内容	備考
6月	歯科		
7月	心電図		(35歳以上)
7月	便潜血		(35歳以上)
6・7月	耳鼻科		
7月	結核検診	胸部間接撮影	
7・8月	骨密度	骨密度測定	
8月	血液検査	血液一般, 肝機能, 血糖 HB抗原, HB抗体, 血中濃度	
8月	尿検査	蛋白, 糖, 潜血	
9月	内科(第1回)	胸部聴診, 身長, 体重, 血圧, 腹囲	
9月	眼科		
10月	便検査	細菌培養検査(サルモネラ・赤痢)	
12月	胃がん	胃レントゲン	(30歳以上の希望者)
2月	内科(第2回)	胸部聴診, 身長, 体重, 血圧, 腹囲	2月20日実施予定

社会福祉事業団によるアドバンスながうら等保護者説明会（県障害福祉課同席）
における主な意見

（H26. 2. 8）

- 職員が単独で支援していくことにはかなりの精神的なストレスがかかっていると思う。
1 人が対応する利用者の人数には限界があるので、人員確保は難しいかも知れないが、特に夜勤、早番、遅番の人員確保に努めてほしい。
- 強度行動障害の方への支援は難しく、意思の疎通も難しい。それを 1 人に責任や仕事を全部負わせたのがおかしい。職員同士のコミュニケーションを図り、その方にあった支援について情報共有することが必要。
- 現場で働いている職員のメンタルケアを継続的に行うことが必要。職員の不安が解消されれば、自然と施設の中の雰囲気も変わると思う。職員がリラックスして仕事できるように、また、利用者が楽しく過ごすことができるように、改善の努力をしてもらいたい。
- 虐待とまではいかないが、多少手を上げるのはやむを得ないのではないか。小さい問題を一つずつ出してどうこういう問題ではない。事件が 10 年間もないこと自体がおかしい。あって当たり前だが、それが許される範囲なのかそうでないのか、しっかり把握して、すぐ対応することが必要。何かあったら必ず表に出し、何らかの手を打つことが絶対に必要。そのような施設になってほしい。
- 別の民間施設でうまくいかなくなって（事業団の）施設に移ってきたが、（事業団の）一部の施設はすごく開けていて、親としてはこれ以上安心なことはないと思うくらい子どもが良い状態である。子どもがよい状態で一生過ごせることが全ての親の願い。安心して生活している親もいることを励ましに、先に向かって頑張ってもらいたい。
- 一部の施設は開けていないと感じている。全ての施設が、開けていて、施設もあまりない施設であれば、親はもっと安心。
- 事業団にも、一生懸命やって、福祉の手本になるような情熱を持っている職員がいるのに、暴行した一部の職員と同じような目で見られていることが気の毒。改善のためには、職員だけがこうすべき、事業団だけがこうすべき、県がこうすべき、親がこうあるべき、という問題ではなく、皆が話し合い、うまくコミュニケーションを持ちながら、考えていく必要がある。
- 今回の事件は最悪な事態であるが、改善のためにも、逆に、最大の好機と捉えて、これを機会に、県と施設が忌憚のない話し合いをして、大きく改善してもらいたい。

検 証 事 項 の 論 点 （ 修 正 案 ）

資料8

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)	※
○従前から、一部の職員が日常的に虐待(暴行)を行っていた。 ○虐待を傍観していた職員がいた。 <u>(上司への報告や、法に基づく通報が行われていなかった。)</u>	●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
	●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。 ○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。	●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
	●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、受診の要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
	● 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。		
	● 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、家庭復帰やほか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。		
	●センターの県における位置付けはどうか。今後の運営方針はどうか。	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
	●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

※第1回委員会 資料1(検証項目(案)及び今後の進め方(案))との対応 (注)整理の便宜のため、A・B・C・Dを追加した。

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

ア 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)及びC千葉県袖ヶ浦福祉センターのあり方 イ D指定管理者制度と業務のチェック体制