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
千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会

１　前提

（１）センターのあり方（県における位置付け、運営形態等）については、平成 15 年以降のこれまでの見直しの経緯もあり、検証に時間を要するため、引き続き十分に調査を行った上で結論を出すこととする。

（２）一方で、現に施設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（少なくとも上記の結論が出るまでの間）は、現在の社会福祉事業団の運営を抜本的に改善する必要がある。そこで、早急に改善すべき事項に関して、緊急提言を行う。

２　緊急に改善すべき問題点

（１）事業団内部における虐待防止に係る取組が不十分である。

具体的には、
ア　事業団幹部は虐待に関する情報を一部得ていたものの、必要な対策を講じなかった
イ　事業団内の虐待防止委員会等が機能していなかった
ということを挙げることができる。

（２）チェック体制が機能していない。

具体的には、
ア　事業報告やこれまでの事故報告等からは、虐待の事実が浮かび上がることはなかった
イ　このため、福祉サービス第三者評価では、支援に関して概ね高評価が出るなど、第三者的視点から意味ある評価・指摘がなされる仕組みになっておらず、また、県の監査・モニタリングにおいても十分にチェックすることができていなかった
ということを挙げることができる。

３　当座の緊急の改善策

（１）虐待防止体制の整備・強化

①事業団幹部の刷新【事業団外部からの行動障害等の支援に精通した人材の登用】
②職員の教育や意識改革【外部講師による研修・教育の徹底、改善意識の共有】

（２）外部チェック体制の整備・強化【外部の第三者からの実効性あるチェック】

例1)　利用者の全支援記録について定期的にチェックを行う外部の「パーソナルオンブズパーソン」（仮称）や、パーソナルオンブズパーソンの報告を受け、施設に対し改善提案を行う「スーパービジョン委員会」（仮称）の設置など。

例2)　利用者ごとの個別支援連絡会議（できれば保護者も含めたもの）を開催し、支援実績の報告・評価を行い将来的な計画を立案する。

※保護者から、人員減によるサービスの低下を懸念する声が出ていることから、民間事業者との連携による応援の受入れを進めつつ、地域資源との連携による家庭復帰や他の民間施設での受入れ、地域移行も視野に入れながら、個別利用者への支援体制の充実を図る。

県の立入検査結果を基にした社会福祉事業団における
虐待の背景についての考察（２月 14 日時点）

平成 26 年２月 14 日

千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会

１　県の立入検査による主な事実認定

［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 25 年 11 月までに５人の暴行が確認されたほか、23 年３月頃に別の１人の暴行が確認された。さらに、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、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、23 年３月頃に暴行が確認された職員が、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、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人等の供述によれば、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。

［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、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、また当該職員の別の暴行の目撃者は、注意もできず同僚に話しただけであった。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。

［施設長等の対応について］

○　23年度の暴行案件のうち４人の職員の暴行及び疑義については、養育園第２寮の別の職員が、23年12月に、上司であるリーダーに報告（通報）し、その後、24年１月に、養育園施設長及びサブマネージャーが、４人を養育園施設長室に呼び出し事情聴取し、うち２人に関しては、その暴行を確認し、指導した。（なお、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。）

　しかしながら、施設長は、この24年１月の指導の後、第２寮の職員に対して、この確認・指導後の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いない。

［更生園第２における虐待について］

○　今回確認された更生園第２における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、幹部による事実上の諭旨免職となっている。

○　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。

［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。

2　事実認定を踏まえ虐待の背景として考えられること

［養育園における個人の問題］

○　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、通常の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、通常の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。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。

また、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。

［更生園における組織管理の問題］

○　一方、更生園においては、３人それぞれの「単独」での暴行が確認され、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、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る。

［目撃者の問題］

○　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。

［養育園第２寮の職員配置について］

○　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。

［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、という意思が働いていたと考えざるを得ない。

　また、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、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。

○　さらに、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ため、良くも悪くも目立ち、運営方針や考え方の相違から、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さ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。こうした中にあって、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、「なるべく報告しないようにしよう」という雰囲気を事業団内に蔓延させてしまった可能性がある。

［前理事長について］

○　前理事長においても、養育園第２寮における、24 年１月の虐待の目撃情報に関する施設長による調査及びその結果について、「虐待に関する具体的な報告までは受けていなかったが、施設長から、「何らかの不適切な支援についての調査を行い問題はなかった」旨の報告を受けていた」旨の供述があったとされている。

この施設長による調査及びその後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。前理事長が、部下から抽象的な報告を受けたのみで、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・協議することもなく、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、県から理事として現役出向し（定年後も在職）、19 年 6 月から理事長に就任しているが、事業団に蔓延した、先の「なるべく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。

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、と流されてしまった可能性がある。

［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。

［その他なお検証を要する事項］

○　今回の検証においては、現時点の県からの情報を基に、主として事業団の役職員個人やその関係性から、虐待が発生した背景について考察した。

今後、18 年度からの指定管理者制度導入に向けた、事業団における経営の効率化（人件費の削減や正規比率の圧縮等）が、今般の一連の不祥事に影響を与えているのか、また、理事会がもっと機能すべきでなかったのか、県が事業団に対して踏み込んだ指導監督をすることができなかったのか等について、さらに検証し、考察を加えていく。

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※
〇従前から、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
〇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
〇施設幹部（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
〇事業団役員（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
〇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
〇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 ・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）） ・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）	A②④、B、C
〇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）		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。		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）	※
〇（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
〇（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
〇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）	※
〇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。 〇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。	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

※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　千葉県袖ケ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

児童サービスセンターに対する調査について

平成２６年２月１４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（以下、「事業団」という。）が自主事業として運営する児童デイサービスセンターに対し、１月２２日～２月７日に調査を実施しました。

１　事案の概要

○　児童デイサービスセンターにおいて、同センターの元男性幹部職員が、平成２３年夏頃から平成２４年５月頃までの間、女子児童を落ち着かせるための支援として、プレイルーム（指導訓練室）から個別療育室又は静養室（いずれも廊下から目視可能な個室）へ誘導し見守るといった支援を行っていた。

○　この支援に当たっては、事前に個別支援計画に位置付けがなく、保護者の意向にも沿っておらず、また、支援を提供したとの記録がつけられていなかった。（したがって、この支援は、適切とは言えない支援であった。）

２　経過

○　１月２２日（水）

別の施設に対する立入検査による聴取の際、「児童デイサービスセンターの男性幹部職員が、女子児童をプレイルームからは直接見えない個室へ連れていっていた、と聞いたことがあった」旨報告があった。

○　以後

児童デイサービスセンター職員、当該男性職員及び管理監督者から聞き取り調査を実施するとともに、事業所の書類調査を行った。

（聴取結果概要）

① 児童デイサービス職員

「男性幹部職員が女子児童を個室に連れていくのを繰り返し見た。見た限りでは、男性幹部職員は扉の近くに立っていて、女子児童は当該職員と離れて座っていたり、一緒に廊下を歩いたりしていた。接触しているところは見ていない。」

「ただし、必要でないと思われる時まで、個室へ連れていくので、不適切だと思い、２４年３月頃と５月頃に、センター長に相談した。」

② 当該男性職員

「当該女子児童は、周りが騒がしいと泣いたり耳をふさいだりするため、落ち着かせるために個室に連れていき、見守っていた。」

「平成２４年５月頃、センター長から、「誤解を招くような支援は行わないように。支援は支援員に任せた方がいい。」旨の話があったため、以後は意識的に現場に行かないようにした。」

③ 当該管理監督者

「自分は、当時他の事業の長を兼務しており、児童デイサービスについては、当該男性幹部職員に任せていたのでよく知らなかった。」

○　２月１０日（月）

本事案について、第３回千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会に諮り意見を得た上で、当該事業所に対し、文書による改善指導を行った。

（第三者検証委員会での主な意見）

① 当該男性職員は、管理者として問題外であるが、管理監督者の対応も杜撰である。起こったことに対して、迅速に事実関係を調査して、結果を出して、改善を図るということができていない。

② 組織としてのリスクマネジメント、危機管理が甘い。

③ 今回のケースが問題であることは当然であるが、制度上、男女分離した事業でないことから、例えば逆に、女性職員が男性児童の支援にあたることが、全て不適切とまでは言えない。入浴や排泄支援等における同性支援の原則は当然であるが、日中活動等については、もちろん利用者の状況や保護者の意向も踏まえながら、個々に判断する必要がある場合もある、ということは、指導側として留意すべきである。

○　２月１３日（木）

事業団において、当該男性職員について、人事上の措置が採られた。

３　県の対応

○　２月１０日付で、以下の４点について、文書にて、改善指導を行った※。

（１）年齢や性別等に配慮した支援の提供を原則とすること。

（２）異性支援を行う場合には、個別支援計画に位置付け、保護者の同意を得ること。また、支援の提供の記録をつけること。

（３）個別支援計画に位置付けられていない支援をやむを得ず行う場合であっても、事後的に支援の提供の記録をつけること。

（４）当該職員に対し、人事上の所要の措置を行うとともに、当該男性職員及び管理監督者に対し、賞罰委員会の開催により所要の処分を行うこと。

※ 事前に個別支援計画に位置付けていない（保護者の同意を得ていない）支援を行い、事後においても支援の提供記録がないという事実認定から、児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、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８６号）の違反（支援に当たっての手続き上の違反）と認められるため、所要の措置及び改善報告を求めたものである。

（参考）　事業所の概要

名　　称	児童サービスセンター
所 在 地	袖ケ浦市蔵波３１０８番の１、袖ケ浦市蔵波３３１２番の１
事業内容	放課後等デイサービス事業：障害児に、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等の便宜を提供する。
定　　員	計２０名
開設年月	平成１８年６月