

# 社会福祉法人千葉県社会福祉事業団に対する勧告について

平成26年2月21日  
千葉県健康福祉部障害福祉課  
043-223-2352

本日、千葉県は、社会福祉法人千葉県社会福祉事業団（以下、「事業団」という。）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）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）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 立入調査等実施施設名等

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
施設名	①千葉県袖ヶ浦福祉センター養育園 ②千葉県袖ヶ浦福祉センター更生園 ③アドバンスながうら		
所在地	①②袖ヶ浦市蔵波3108-1 ③袖ヶ浦市蔵波3312-1		
サービスの種類	①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 ③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 基準条例違反事項

昨年12月から本年2月にかけて実施した事業団が運営する施設に対する立入検査の結果等を精査した結果、事業団幹部について、これまでの3回の勧告において認定した個々のケースの対応の不備による責任に加え、事業団全体の組織業務運営に係る管理責任が明らかになった。組織業務運営に責任を果たせない現在の事業団幹部では、支援施設基準条例\*等に基づく虐待防止体制の整備が困難であること。（支援施設基準条例第4条第3項等違反）

※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。）

なお、事業団幹部の組織業務運営等に係る責任については、「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（以下、「検証委員会」という。））（別添1）にも触れられている。また、同考察に基づく検証委員会

の「緊急提言」(別添2)においても、(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り、また、(2)チェック体制が機能していないといった問題点があり、①事業団幹部の刷新、②職員の教育や意識改革といった(1)虐待防止体制の整備・強化、及び、(2)外部チェック体制の整備・強化といった改善策が提言されている。

さらに、2月19日の健康福祉常任委員会においては、これらの改善策に加え、支援現場の処遇の改善について指摘されたところである。

### 3 勧告の内容

上記2のことについて、支援施設基準条例第4条第3項等を遵守し、幹部の刷新、職員の人材育成・教育及び意識改革、並びに支援現場の処遇改善により、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のための万全な体制が整備されるよう、具体的には、それぞれ次の改善措置をとるよう勧告した。

#### (1) 幹部の刷新

現在の事業団幹部の体制では、支援施設基準条例等に基づく虐待防止体制の整備が困難であることから、理事長、前常務理事兼袖ヶ浦福祉センター長(現事務局参与)及び前養育園施設長(現事務局参事)といった幹部が、事業団の運営に関与しないことを含めた体制の整備を検討すること。

体制の整備に当たり、事業団の抜本的な改善を期し、代わりに、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について検討すること。

また、事業団が運営する各施設又は事業所の現在の幹部職員(管理者以上)については、現に利用している人の処遇の確保を図る必要があることから、これらの幹部職員に代わる事業団外部からの職員の登用を検討し、登用した後に、その職を解くことについて検討すること。

なお、事業団外部からの役職員の登用に当たっては、千葉県健康福祉部障害福祉課と事前に協議を行うこと。障害福祉課においては、事業団における外部からの役職員の登用に当たって、千葉県知的障害者福祉協会等の協力を得ながら、候補者の紹介等に努めることとしている。

また、上記2で触れたとおり、一連の立入検査の結果等を精査した結果、特に理事長、前理事長、前常務理事兼袖ヶ浦福祉センター長、前養育園施設長等の幹部職員の組織業務運営等に係る管理責任が認められたところであり、これを踏まえ、理事長におかれては、関係幹部職員に対する措置・処分内容も勘案しながら、理事会において、自らの責任及び前理事長の責任を明確にすること。また、前常務理事兼袖ヶ浦福祉センター長、前養育園施設長等に対しては、賞罰委員会等を速やかに開催し、厳正な措置・処分を講ずること。

なお、理事長及び前理事長の責任を明確にするに当たっては、また、関係幹部職員に対して措置・処分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。

## (2) 職員の人材育成・教育及び意識改革

一連の立入検査等において、現に多数の虐待が確認された養育園において、更生園と同様に、外部講師としてスーパーバイザー等による研修を実施し、実施に当たっては、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こと。

また、職場間での上司による部下に対する対話や指導等を通じて、適切な支援方法を共有し、特に若手職員や勤務年数が短い支援員に対して、行動障害への支援や虐待防止に係る教育を徹底すること。

さらに、小グループによる研修会や勉強会等の開催等を通じて、職員個人が課題や悩みを抱え込まず、報告・協力し合うことができ、意思疎通が円滑に図られる職場環境づくりに努めること。その際、幹部職員は職員に対して、改善に向けた基本理念や姿勢に関する訓示等を行うことにより、現場の改善意識を醸成すること。

## (3) 支援現場の処遇改善

特に死亡事件のあった養育園第2寮の職員配置について、更生園第2の配置も参考にしながら、夜間も含め、職員配置を増やすとともに、支援スキルの高い職員を配置すること。また、養育園や更生園の各寮や、勤務時間帯毎に、業務に見合った給与体系とすること。

## 4 その他改善を要する事項

検証委員会の「緊急提言」(別添2)で指摘されているとおり、貴法人からのこれまでの事業報告や事故報告書等からは、虐待の事実が浮かび上がることはなかったため、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チェックすることができなかつたなど、外部チェック体制が機能し得なかつたところである。

現在、県において、外部の第三者を入れた実効性あるチェック・支援体制の整備・強化について検討しており、今後速やかに事業化を図ることとしているが、実施に当たっては、外部の第三者の派遣の受入れへの協力や、利用者への支援に当たっての連携等に努めていただきたい。

## 5 改善措置期限

平成26年3月31日(月)

(改善措置結果報告書の提出期限は、平成26年3月31日(月))

※ なお、今後の調査等により、追加の勧告等がありうる。



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、何ら情報が上がらず、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。

# 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あり、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。