

障害児入所施設（短期入所含む）
中央療育センター事故検証報告書

川崎市
令和 6 年 3 月

目次

はじめに.....	2
第1章 検証の目的及び方法	3
【目的】	3
【検証方法】	3
【本件事故の概要】	3
【当該施設の概要】	4
【当該施設に対する市の関与】	4
第2章 有識者会議において把握した事実関係	5
1 本件事故発生前の本児の状況	5
2 当該施設入所中の本児に関する状況	5
3 有識者会議において確認した本件事故時の状況	6
4 有識者会議において把握した死亡事故後の主な動き	8
第3章 児童福祉審議会の意見	11
第4章 問題点と課題	12
1 当該施設	12
2 川崎市	14
第5章 再発防止策について	18
1 当該施設が本件事故後に取り組んでいること	18
2 有識者会議等で検討した再発防止策	18
おわりに	26
参考資料	27
《有識者会議の開催経過》	27
川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議委員	28
本児の幼児期の成長と成育環境について	29
検証を終えて各有識者会議委員からの意見	31
川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議運営等要綱	34

はじめに

平成28年12月に本市の指定管理施設である中央療育センターにおいて児童の死亡事故が発生しました。本来なら安心・安全であるべき入所施設で児童の大切な命が奪われたことは深い悲しみであり、その後の運営法人による調査報告書の内容や本市による事故の対応が、御遺族や関係者の皆様に不信な思いを抱かせてしまったことを心よりお詫び申し上げます。

中央療育センターの指定管理者である社会福祉法人同愛会は、平成29年1月に外部委員を含む事故調査委員会を立ち上げ、7月までに15回の委員会を開催して調査報告書を取りまとめ、11月に本市へ提出しました。

本市においては、平成29年11月に調査報告書を受領し、議会への報告を行いました。

その後、令和元年7月の本市と御遺族や関係者の方々との意見交換の場において、調査報告書に対する異議と第三者からなる検証委員会の立ち上げの要望を受けました。

本市として再発防止策の早期策定を目指すこととして、条例を制定しなければならない附属機関ではなく、要綱による懇談会として令和2年7月に「川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議」を設置いたしました。

本件事故は、指定管理施設で起きた重大な事故であり、行政が主体的に中央療育センターへの調査や指導、御遺族への説明などを行わなければなりませんでした。それを怠ったことにより、本児を心から大切にしてきた御遺族や関係者の方々が長く苦しい思いを抱えることになりました。これは大いに反省しなければならない点であり、行政の信頼を損なう行為であったと肝に銘じてまいります。

また、法人による調査報告書については、公表する前提で作成はしていないものですが、児童の状態像を含む個人情報が多く記載されており、ご遺族や関係者の皆様は、その児童の状態像が家庭や保育園等の日常生活のものとはかなり異なっていることや児童の状態がこの事故を引き起こしたかのように書かれていると、受け止められております。

本報告書については、あらためて関係機関等の資料等を基に検証を進めてきたものであり、検証作業の中で、事故の事実関係を把握し、中央療育センターと本市の問題点と課題を整理するとともに、今後の再発防止に向けて取り組むべき事項をまとめたものです。

子どもの最善の利益を何よりも尊重し、このような事故を今後二度と起こすことがないよう、指定管理者とともに、本報告書で示した再発防止を踏まえ、中央療育センターにおける支援の質を高め、より良い療育が行えるよう取り組んでまいります。亡くなられた児童の御冥福を心よりお祈りするとともに、御遺族や関係者の方々に今後の中央療育センターの運営の改善をお約束します。本報告書の結果を広く共有することで、障害児施設のみならず他の施設の運営にも活用し、支援の質の向上及び安全の確保を図ってまいります。

*ご遺族や関係者の方々の御了解を得て、本児の成育の様子や家族・地域社会の関わりを、巻末の参考資料にて紹介します。

中央療育センター 検証報告書

第1章 検証の目的及び方法

【目的】

平成28年12月に、指定管理者制度※によって運営している市内の福祉型障害児入所施設（川崎市中央療育センター、以下「当該施設」という）にて発生した短期入所利用児童の死亡事故（以下「本件事故」という）に関して、川崎市及び指定管理者※である社会福祉法人同愛会（以下「同愛会」という）が行った対応の事実関係を整理し、人権尊重及び専門的な見地から検証することによって、今後の再発防止策を明らかにすることを目的とする。

※指定管理者制度とは、「公の施設」の管理・運営に民間団体等の能力を活用するもの。

地方自治法の一部を改正する法律（平成15年法律第81号）により制度化された。民間団体等と市との契約ではなく、議会の議決を経た「指定」により権限を「委任」する。

指定管理者は、指定管理施設の管理権限を有し、自らの判断で主体的に管理業務を行うことになるが、市から完全に独立した地位に立つものではない。市は、指定管理者に委任した権限は行使できないが、指定管理施設を設置した立場及び事務の主体としての責任を果たす立場から指定管理者に対して必要に応じて監督、指示等を行う。

【検証方法】

「川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議」（以下「有識者会議」という。）を設置し、医師、弁護士、障害児福祉施設の長、障害児関係者団体の代表者、障害者当事者、学識経験者の6名からなる委員に次の意見を求めた。

- 事故の対応に関すること。
- 事故の原因に関すること。
- 今後の再発防止策に関すること。
- そのほか、必要な事項に関すること。

委員と市の事務局が、関係者のヒアリングの内容や記録等の情報を共有しながら、事実関係を整理し、問題点と課題を明らかにするとともに、再発防止策の検討を行った。なお、本件事故の当事者である夜勤の甲職員からのヒアリングは、体調面等諸事情で実施できなかった。

令和2年9月から令和5年3月まで、計26回。要綱、委員名簿、各回の検討内容は、参考資料参照。

【本件事故の概要】

平成28年12月26日6時15分頃、当該施設に短期入所中であった児童（9歳）（以下「本児」という。）が、布団の中で呼吸をしていない状態で発見され、緊急搬送先の病院で死亡が確認されたものである。御遺族提供資料「死体検案書」では、死因は窒息の疑いで、死亡した時

刻は同日 4 時ごろであった。

同愛会の説明では、死亡時の状況としては、夜勤の甲職員が、同日 3 時～4 時頃に、本児に厚手の布団をかけ、側臥位にて、手足を使って本児の背面からその手足を押さえる姿勢（以下「当該姿勢」という。）で寝込んでしまった。甲職員が覚醒した 6 時頃には本児の上に覆いかぶさるような状態であったが、甲職員は本児が眠っているものと思いその場を離れ、戻った時に、本児が呼吸をしていないことに気づき、他の職員に緊急連絡したものである。

【当該施設の概要】

当該施設の所在地、規模

所在地 川崎市中原区井田 3 丁目 16 番 1 号

規模・構造 R C 3 階建て。通所棟 3 階建て・入所棟 2 階建て

定員 通所 100 名、入所 60 名（入所 50 名、短期入所 10 名）

職員体制 【平成 28 年 12 月 26 日時点】

施設長 1 名、入所部部長 1 名、入所部職員 46 名（4 ユニット主任各 1 名含む。各ユニット 11～12 名体制）、入所支援部（短期入所利用窓口）部長 1 名、入所支援部職員 2 名、総務職員等 6 名

入所部職員 46 名の法人在籍年数・・・（ ）は法人内他事業所経験なし

1 年未満 9（9）名、1 年以上 2 年未満 11（8）名、

2 年以上 3 年未満 5（4）名、3 年以上 4 年未満 11（11）名、

4 年以上 5 年未満 5（2）名、5 年以上 5（0）名

内容 当該施設は、0 歳から 18 歳までの児童等とその家族を対象とし、ノーマライゼーションの考え方を基に、児童のライフステージに沿った援助が継続的・総合的になされるよう関係機関と緊密な連携をとりながら、相談、診察、検査、評価、療育・訓練及び指導等の総合的療育の提供を行うこととしている。

また、当該施設の支援の基本的な考え方は、幼児期から成人期以降の自立、地域生活の実現、「生活の質の向上を意識した支援」・「児童の将来を視野にいれた専門的かつ系統的、一貫性のある支援」・「ファミリーサポート（家族への多様な支援）による健全な育児、養育のための支援」である。

【当該施設に対する市の関与】

市は、平成 25 年度の指定管理者制度導入に当たり、当該施設を障害児の通園機能だけでなく入所機能及び短期入所機能を有する施設とした。そして、障害を要因とする被虐待児への支援等、専門性が極めて高いニーズへの対応を行う機関とする方向を示し、指定管理者制度の導入を行った。

指定管理施設に対して、市の施設所管部署は、年度評価を実施する。すなわち年度ごとに提出される書類確認や実地調査等によりモニタリングを実施し、取組内容や課題等を検証し、翌年度以降の運営に向けて業務改善やサービスの質の向上を図る。

指定管理期間の終了に当たっては、指定期間全体の運営を振り返り、指定管理や制度適用の効果等を検証し、総括評価を行い、次期の指定管理に反映する。また、毎月、四半期ごとに提出される書類によりモニタリングを実施し、必要であれば改善指導を行う。

当該施設に対して、市の指導監査部署は「川崎市指定障害児通所支援事業者等指導実施要綱」に基づき、施設訪問し調査や指導（以下「実地指導」という。）を行う。

また、当該施設で事故が発生した場合は、必要に応じて施設訪問により状況を調査し、再発防止策の内容を確認するとともに、運営上の関係法令等規程の遵守を指導する。

なお、当該施設に関わる市の組織について、本件事故当時は健康福祉局障害保健福祉部障害計画課（以下「障害計画課」という。）に施設所管部署及び指導監査部署が置かれていた。行政組織及び事務分掌の変更により、令和３年４月より、施設所管部署及び指導監査部署は障害者施設指導課である。

第２章 有識者会議において把握した事実関係

＊個人情報保護及び守秘義務の観点から、記載できない情報もある。

１ 本件事故発生前の本児の状況

本児は、幼少時より、言葉の遅れについて心配した保護者が相談機関に相談してきた経緯があり、地域療育センター、福祉事務所、児童相談所、相談支援事業所などの支援機関が関わっていた。

病院からの紹介により、１歳で判定を受けて療育手帳を取得。２歳から地域療育センターの通園を開始、３歳で保育所に入所した。就学後は、公立小学校特別支援学級に在籍、放課後等デイサービス事業所を常時利用し、時々短期入所も利用していた。当該施設も含め、関わった職員の多くは、人との関わりが好きな人懐こい子との印象を持っている。

当該施設では、平成２７年１１月～２８年１２月の間に短期入所を７回利用。平成２８年４月には、保護者の入院のため、２か月弱の措置入所となっている。

平成２８年５月、当該施設入所中のカンファレンスの際、保護者から、睡眠が浅く夜間１時間おきに起きる等の話が出ており、本児は当該施設退所後、同年７月頃からリスペリドン内服液の処方を受けていた。

（注）関係機関の記録により確認

２ 当該施設入所中の本児に関する状況

（１）本児の状況

記録では、当該施設利用時は、日中は職員の手伝いをする、音の出るおもちゃでよく遊ぶなどの様子がみられた。

夜間には本児は眠りにつくまでに時間がかかること、睡眠が浅くすぐに起きてしまうこと、睡眠中の失禁で目覚めやすいこと、覚醒した時には、声出し、壁や床への頭突きなどの

記載があったが、どのような声出しであるか、頭突きの強さ、前後の様子などの記載はなかった。入眠について、平成 28 年 3 月 1 日には「添い寝をしてトントンすると起きてしまい逆効果だったとのこと」という記載があるものの、以降、就寝前に職員と腹筋などの運動、就寝の際に職員が傍らにつく、背中をなでる、という記載があり、その時には比較的短時間で入眠している。また、頭突きについては、部屋に布団を敷き詰める対応をしていることが複数記載されている。

法人等へのヒアリングにおいては、ユニット会議で本児の睡眠に関して話し合われたということであったが、ユニット会議の記録にはその記載はなかった。

(2) 当該施設内の情報共有

本児に係る当該施設の利用日程、児童相談所との情報共有の内容、服薬等の情報は、当該施設利用の窓口となる職員から該当ユニット職員へメールにより共有されていた。

3 有識者会議において確認した本件事故時の状況

当該施設は、A・B・C・Dの4つのユニットで構成されており、各ユニットの定員は15名、各ユニットの職員体制はすべて常勤で11人から12人所属しており、入所と短期利用の児童がユニット内で一緒に生活している。ユニットの利用児童の状況は、Aユニット及びBユニットは小学校高学年から中高生の男児で障害の程度によって、Cユニットは幼児から小学校低学年の男児及び女児、Dユニットは小学校高学年から中高生の女児に分けられている。本児はCユニットの一人部屋（10㎡）を利用し、平成28年12月23日（金）から26日（月）までの利用予定であった。

職員のシフト体系は、

夜勤及び明けは15時15分～翌9時15分、日勤は6時30分～15時30分、7時00分から16時00分、7時30分～16時30分、8時00分から17時00分、9時00分～18時00分、10時00分から19時00分、12時00分～21時00分である。

また、施設の人員基準はおおむね児童4人に対し職員1人以上となっており、当該施設の各ユニットは児童15人定員なので職員配置の基本的な考え方は、3人以上である。

Cユニットの職員数は、6時30分から時間をずらしながら入り21時までの間、12月19日（月）～23日（金）は1日当たり計5から7人、24日（土）～26日（月）は1日当たり計6人配置されていた。（9時から17時までは、最低でも4人配置されている）

21時以降は、各ユニット1名の職員が従事し、その中からリーダーが選ばれ、リーダーを通じて施設長等と必要に応じて連絡を取る体制であった。

甲職員（3年以上当該施設に在籍。日中はAユニット担当職員）は、Aユニットに12月25日（土）の15時15分から勤務開始、本児のいるCユニットの夜勤として21時前から従事した。勤務終了は、翌12月26日（月）の9時15分までの勤務予定であった。

日時	本児の夜間の状況等
12月23日（金）	14 時頃に来所。 19 時 30 分頃 布団に入る。寝つくまでの間は、軽く壁に頭突きをしたり、床に手を当てて握りこぶしで叩いたりする姿が見られる。布団を敷きつめる対応をとっている。1 時間ほどかかって入眠。 （「ケース記録」より） 眠前薬を服薬予定であったが、入所時に薬の預かりなしであったため、服薬はなしとなる。 （「業務日誌 特記事項」より） 入眠前は軽く壁に頭突き。床をこぶしで叩くことはあったが、1 時間後に入眠を確認。 （「業務日誌 特記事項」より）
12月24日（土）	20 時 50 分ごろ入眠。 （「ケース記録」より）
12月25日（日）	0 時頃覚醒。朝方 3 時ごろまで眠らず部屋の中をゴロゴロしては起き上げる行為を繰り返す。床に頭突きをすることはなかったが、壁をコンコンと叩いて様子を伺っているようであった。 （「業務日誌 特記事項より」） 20 時頃 入眠 21 時頃 尿失禁。甲職員が着替え対応後部屋に戻りたがらない。 （同愛会作成提出資料＊の経過内容より） ＊12 月 25 日（日）に甲職員が夜勤に入って事故が発生し、応援の職員が入るまでの経過について、市及び同愛会には当時作成した詳細な記録がなく、本検証のために同愛会が作成した資料から記載している。
12月26日（月）	0 時頃、便失禁。着替え。落ち着かず、大声を出すことがあった。 1 時頃 甲職員は居室から離れる。 2 時前、2 回目の便失禁。着替えをする。居室に戻りたがらない。 甲職員は 3 時～4 時頃に、当該姿勢のまま、寝てしまう。 （同愛会作成提出資料の経過内容より）

	4 時頃死亡。（窒息の疑い。） （御遺族提供「死体検案書」より）
	6 時頃 甲職員は覚醒して、居室を離れる。 6 時 15 分頃 甲職員は居室に戻り、本児の異変に気づく。 6 時 17 分 甲職員は、リーダー（他ユニット職員）に連絡する。 心肺蘇生のための心臓マッサージ、救急通報と A E D の使用による救命活動。 6 時 20 分 救急連絡、6 時 27 分に救急隊到着。 6 時 35 分 救急車出発。救急車には甲職員とユニット早番の職員が同乗し、車内から父に電話をするが通じなかった。 リーダーから施設長等へ電話連絡、施設長から法人幹部へ連絡。 6 時 42 分 救急車が病院に到着。心静止の状態であった。 6 時頃 入所支援部長から父への電話がつながり、至急病院へ向かうよう連絡。 8 時 30 分 施設長が障害計画課及び児童相談所へ電話連絡。 9 時 07 分 搬送先の病院で父による死亡確認。 （同愛会作成提出資料の経過内容より）

4 有識者会議において把握した死亡事故後の主な動き

（１）同愛会の対応

○御遺族等への対応

平成 28 年 12 月 27 日及び 28 日に同愛会川崎事業本部副本部長及び施設長が弔意を表すため自宅訪問。

平成 29 年 1 月 4 日及び 5 日に理事長等関係職員が通夜、告別式に参列。

○調査報告

平成 29 年 1 月に外部委員 3 名を含む事故調査委員会を発足。計 15 回委員会を開催し、本件事故の原因や改善策等についてまとめ、同年 7 月に事故調査委員会調査報告書（以下「事故調査報告書」という。）を作成し、同年 11 月、市に提出。

○施設利用児童の保護者への説明

平成 29 年 1 月 26 日に入所及び平成 28 年度短期入所・日中一時支援利用の児童の保護者を対象に、本件事故の概要、本件事故発生までの経過及び当該施設の当面の対応についての説明会を開催。

(2) 甲職員の刑事処分

業務上過失致死容疑で捜査が行われていたが、不起訴処分。(令和2年6月)

(3) 民事訴訟

平成31年2月に同愛会及び市等を被告とする民事訴訟が御遺族から提起される。

(令和2年2月に市に対する民事訴訟は取り下げられている。)

(4) 市の対応

○御遺族等への対応

平成29年1月4日及び5日に健康福祉局障害保健福祉部管理職が通夜、告別式に参列。

○指導監査部署

平成28年 12月26日	・本件事故発生日に当該施設へ行き、状況を施設長から聞取り。
平成29年 1月	・同愛会から、外部委員を含む事故調査委員会の設立と調査報告書の作成についての報告がある。 ・市の規定様式による当該施設からの事故報告書を受理。
2月	・当該施設に対して定期の实地指導を実施。法令に基づき人員基準や給付費の請求が正しく行われているか实地にて確認。個別支援計画に関する文書指摘、掲示物の不備等に関する口頭指摘を行う。本件事故に係る指導はなし。
11月	・同愛会から調査報告書を正式に受理。 ・市は川崎市議会常任委員会（健康福祉委員会）の各委員等に対し、同愛会から調査報告書を受領した旨及び調査報告書の概要について個別説明を行う。
平成30年	対応なし。
平成31年 2月	・当該施設に対して定期の实地指導を実施。法に基づき人員基準や給付費の請求が正しく行われているか实地にて確認。タンス等の壁面固定に関する文書指摘を行う。本件事故に係る指導はなし。
令和2年 11月	・当該施設に対して定期の实地指導を実施。法に基づき人員基準や給付費の請求が正しく行われているか实地にて確認。指摘事項なし。本件事故に係る指導はなし。

○施設所管部署

平成29年 7月	・指定管理者選定評価委員会による平成28年度事業の年度評価を実施。 委員会の審議資料である同愛会からの指定管理事業報告
----------	--

		書には本件事故の記載があった。本件事故があった事実を踏まえ、平成 28 年度の総合評価点は、68 点であった。（平成 27 年度は 72 点）
平成 30 年	7 月	・指定管理者選定評価委員会による平成 29 年度事業の年度評価を実施。本件事故については触れておらず、総合評価点は 68 点であった。
令和元年	7 月	・指定管理者選定評価委員会による平成 30 年度事業の年度評価を実施。総合評価点は、本件事故及び法人の別施設での横領事件（経済的虐待）があったことを踏まえ、60 点であった。
令和 2 年	7 月	・指定管理者選定評価委員会による令和元年度事業の年度評価を実施。総合評価点は 65 点であった。（「令和元年度中央療育センター指定管理事業報告書」の「サービス向上の取組」に短期入所利用の児童の死亡事故等を踏まえて 4 月から毎月虐待防止委員会を開催する旨記載あり。） ・平成 28 年度から令和元年度までの総括評価を実施。（総括評価では点数での評価はない。）
	8 月	・当該施設の令和 3 年度から 7 年度までの指定管理者の公募。
	10 月	・指定管理者選定評価委員会による令和 3 年度から 7 年度までの 5 年間の指定管理予定者の選定。 委員会の冒頭で本件事故の内容について事務局から説明を行った。指定管理者公募に応募があったのは同愛会のみであった。 審査では、総配点のうち基準の 6 割以上の点数を取得するなど、選定されるための条件を満たし、同愛会が選定された。
	12 月	・同愛会を当該施設の指定管理者として指定。
令和 3 年	7 月	・指定管理者選定評価委員会による令和 2 年度の年度評価の実施。総合評価点は 67 点であった。

※総合評価点…指定管理に係る評価では利用者への支援の他、収支や会計手続、施設の保守管理・清掃状況等も評価の対象となり、100 点が満点で、標準点を 60 点としている。

○有識者会議開催までの主な対応

令和元年	7 月	・川崎市議会において、検証委員会等の設置の予定について質問があり、機会を捉えて検証を行っていくことを回答。
	7 月	・御遺族や支援者から、同愛会の調査報告書の内容は事実と

		異なるものであるとの申し出を受けて、障害計画課は御遺族や支援者と意見交換を行い、検証委員会立ち上げの要望を受ける。
	8月以降	・本件事故の検証の必要性を確認し、検証の場の組織体制や構成員等について検討。
	9月	・川崎市議会において、検証委員会の立ち上げについて質問があり、検証を行うに当たっての取り組み条件等の整備を行っていくことを回答。
令和2年	2月	・川崎市議会において、検証委員会についての質問があり、年度内をめどに準備していくことを回答。
	7月	・川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議運営等要綱の制定
	9月	・第1回川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議開催。

第3章 児童福祉審議会の意見

有識者会議において、様々な資料を検討する中で、本件事故時に甲職員が本児に行なった行為が児童虐待にあたるのかどうか、児童福祉の観点からの専門的意見を求めたいとの意見があった。

そのため、児童福祉審議会に事案を提出し、令和3年7月、10月、11月の3回にわたって、事故時の際の「添い寝」^注（当該姿勢）の是非や事故の再発防止に向けた今後の対応について意見を求めた。

注 同愛会の調査報告書において、当該姿勢を「添い寝」と表現している。

児童福祉審議会意見

1 事故発生時の「添い寝」について

事件発生時の『添い寝』の状況は身体拘束であり、不適切である。身体拘束は行わないことが原則であり、自傷や他害行為等の危険を伴う行為がみられる場合は、医療機関とも連携をして適切な対策をとるべきである。

※今回の事案は、児童福祉法（昭和22年12月12日法律第164号）上の身体的虐待にあたり、行ってはならない。医療との調整やあらゆる支援策を行うことが優先されるべきである。

2 再発防止策について

（1）添い寝は行わないこと。

- (2) 児童の身体拘束は行わず、医療機関との連携や他の手法等の検討を行うこと。
- (3) 障害者総合支援法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による「やむを得ず身体拘束等を行う場合」であっても、施設でマニュアル等を作り、その上で個別支援計画の作成、組織による決定を行うとともに、本人・家族へ十分に説明し、事前に同意を得ること。
- (4) 緊急時に、やむを得ず身体拘束を行った場合は、その状況について、直後に保護者に報告し、第三者や障害児支援の専門家を含めて検証を行うこと。
- (5) 身体拘束や虐待防止、子どもの人権等について職員への啓発、研修を継続して行うこと。
- (6) 上記の状況について、市は把握し、必要な支援を行うこと。

第4章 問題点と課題

本件事故について、有識者会議における同愛会及び御遺族等に対するヒアリング、当該施設の記録類、児童福祉審議会の意見等を基に検証を行う中で、当該施設、健康福祉局（施設所管及び指導監査部署）及びこども未来局（児童支援部署）それぞれが担う支援のあり方や両局の連携について問題点及び課題があることが判明した。

1 当該施設

【問題点】

ア 本児についての情緒面や行動面等のアセスメント、地域の関係機関と連携の不足

本検証報告書5ページの「本件事故発生前の本児の状況」に述べたように、本児は様々な地域の支援機関及び支援者達との関りがあった。当該施設は、短期入所の受け入れに際し、本児を適切に支援するために必要な成育歴、放課後等デイサービスでの対応についての情報収集、情緒面や行動面の丁寧なアセスメント、及び医学的対応（薬物療法等）の検討の必要があった。

また、地域とのケース会議に出席していないなど、関係機関と連携が不足していた。

イ 家族支援の視点の不足

本児は、地域で家族と生活しており、学校と地域の支援機関や支援者達は本児と保護者との関わりがあった。

地域の支援機関は、本児の障害特性に対応した支援を工夫しており、短期入所は家族支援の一つでもあった。

当該施設職員へのヒアリングや記録類においては、当該施設が短期入所という方法で家族

支援の一部を担っているという考えや、地域での工夫を当該施設に取り入れた事実は確認できなかった。

ウ 当該施設内での本児の状況や支援方針・方法の共有の不足

同愛会の事故調査報告書には次のとおり記載されている。

「短期入所の受け入れ・引継ぎ・情報共有などの施設内の連携の悪さも事故の発生に関係している。」

本件事故の検証においても、同様であると認めることができる。職員達には、本児の夜間の睡眠が浅いことに関して具体的な対応方法の指示や周知はなかった。すなわち、本児が入眠しなかった場合に、どう支援するか当該施設内での検討はなされないままに本件事故が発生した。

当日夜勤の甲職員は、日中はCユニット担当でないため、本児がリスペリドン内服液を持参していないことだけでなく、本児が同内服液の処方を受けていることも知らなかった。

エ 多角的な支援と研修機会の不足

本児の夜間の睡眠が浅く、夜間の声出し、床や壁に頭突きするなどの行為については、福祉的な側面に加えて、医療的な側面からの支援も必要と考えられる。

しかし、当該施設職員は、薬物療法や薬物に関して外部専門家から学ぶような機会はなく、また支援においては、PDCAサイクル（Plan（計画）・Do（実行）・Check（評価）・Action（改善）の繰り返し）に基づく支援の話し合いをもつ機会が不足していたと考えられる。

オ 虐待や身体拘束という認識の不足

本件事故当日の当該姿勢は組織的な伝達や指示は確認されていないが、身体拘束又は身体的虐待に当たるという認識を持つこともなく、それが行われたことは大きな問題である。

同愛会のアンケート調査（同愛会の事故調査報告書より）からは、当時の現場支援職員のうち、約6割の職員が「添い寝」支援の経験があり、そのほとんどが「身体接触」を伴っていると回答している。その中には「身体拘束にあたる」と回答した職員もあり、当該姿勢のように手や足を押さえて動きを止める行為が、当該施設内で先輩から後輩へ受け継がれていた可能性も否定できない。

当該施設は、同愛会の事故調査報告書において「自傷行為を制止するための添い寝は身体拘束である」と記載し、当該姿勢が身体拘束であったことを認めているが、同報告書において当該姿勢を「添い寝」と表現したことは問題であり、身体拘束が虐待であるとの認識が低いと言わざるを得ない。

【課題】

ア 児童施設を必要とする児童の支援の質の向上

当該施設の支援記録から読み取れる本児の入眠前の状態は自傷行為と言えるものである。

本児にとって、家族と施設の対応方法の違い、多様な刺激のある施設の生活等への混乱や適応の難しさが、入眠前後に症状として出ていた可能性は否定できないが、当該施設においては、福祉面、医療面を含めて多角的な支援方法を検討する必要がある。

施設において安全で適切な支援を検討し、実践していくためには、児童についての成育歴等の情報収集、情緒面や行動面のアセスメント、地域の関係機関との連携が必須である。

イ 情報共有、夜間体制と計画的な人材育成の取組

施設は、交代制勤務であり、様々な課題をもつ児童等が入所・短期入所をしていることから、的確かつ効率的な方法による情報共有は重要である。当該施設は、情報共有の不足が今回の事故の原因の一つになったことを真摯に受け止め、情報共有のあり方に問題がないか常に確認し改善していく必要がある。

当該施設は、本件事故後、夜間職員を1名増員している。その効果も検証していくことが必要である。

福祉施設の多くが人手不足に悩んでいる。行動障害等のある児童を多く抱える当該施設においても同様であるが、意欲をもって入所施設に就職し、児童等を支援している職員たちを疲弊させず、質の高い専門的な支援の可能な職場にするためにも、職員の計画的な人材育成が必要である。

また、障害児の入所施設を必要とする児童が安全に生活していくために、施設は、身体拘束をしない支援を常に念頭に置き、継続して検討していかなければならない。外部からの目が常に入る環境づくりや職員が困ったときの相談支援、専門的な意見交換ができる場を設けるなど、支援の質を上げていくための取組みが必要である。

2 川崎市

(1) 健康福祉局（施設所管及び指導監査部署）

【問題点】

ア 施設所管部署としての認識・対応不足

本件事故については、指定管理施設で起きた重大な事故でありながら、施設所管部署として、重大な事故に対する認識が弱く、警察の捜査と行政指導のための対応とは別であるという認識を持っていなかったことなど、指定管理者に対して必要な監督、指示を実施していない。

また、指定管理の期間を通して、履行状況の確認、指導による改善の実施、当該施設か

らの改善報告という流れで成果確認を行っていくモニタリングや事業評価が不十分であった。

イ 指導監査部署の初動調査の不足

指導監査部署は、施設から重大事故の報告を受けた場合には、速やかに適切な調査を実施し、再発防止策の指導をするべきである。

本件は死亡という重大事故にも関わらず、事故当日に現地での施設長への聞き取りと、後日、市の規程に基づく事故報告書の提出を受けるのみであった。事故報告書の内容の精査を行わず、実地指導や監査、施設職員等へのヒアリングと記録の確認など、再発防止につながる指導を速やかに実施していない。

ウ 保護者、法人への対応不足

平成 29 年 1 月 26 日に、同愛会、当該施設は入所、短期入所利用の保護者へ臨時説明会を行っているが、市の職員は出席しておらず、当該施設から報告を受けるのみであり、保護者に市としての対応を説明していない。本児の保護者に対しては、正確な事故の発生状況、同愛会の事故調査委員会の設置、事故調査報告書の内容等、状況を説明することがなく、民事訴訟を通じて、保護者が事故調査報告書の内容を知ったという経緯である。当事者への状況説明は当然であるにもかかわらず、この点を落としてしまったことは十分反省が必要である。

また、同愛会に対して、事故調査報告書の内容を確認し、不適切又は不十分であるところはさらに検討するよう指導し、検討結果が適切な内容となっているか詳細に確認することがなかった。さらに、同愛会が自ら改善すべきとした点について、そのとおり対応できているか確認するなど、再発防止を意識した適切な対応をしていなかった。

エ 施設監査・実地指導において、指導にあたる職員の不十分な指導力

指導監査部署は、障害児者の施設・事業所に対し、定期的な実地指導の他、随時、実地指導をする義務があり、その結果、必要な場合は監査を実施するものである。

しかし、定期的な実地指導の方法は、勤務実績や個別支援計画などの書類の確認及び管理者等幹部への聞き取りが主であり、個々の児童の状況を踏まえた安全で適切な支援方針・方法の検討、実践の基礎となる記録類の内容、検討メンバーや保護者説明の内容などを確認した上で適切なプロセスを指導するには至っていない。

【課題】

ア 施設所管部署の役割の再認識

指定管理制度の運営において、四半期ごとのモニタリングや年度ごとに実施される年度評価は、課題等の検証を行い業務改善やサービスの向上を図る仕組みである。

この仕組みの中で、市は指導者であるという認識をもって、重大事故に関わらず改善が求められる事案は、組織的に問題点や改善状況を把握するとともに定期的なモニタリングの中で指導・指示しつつ、年度評価や総括評価に反映させる必要がある。

イ 支援方法を含めた施設指導の充実

指導監査部署は、運営に関する基準等関係規程の遵守や給付請求が適正であるか、当該施設の実地指導を実施しているが、児童の支援の状況を把握して具体的に助言指導することとはしていない。

組織的に支援の質の向上を図ることや、人権擁護の観点から問題のない支援であるかどうか確認するためには、支援方法等のプロセスについても適切に助言、指導することが必要である。

ウ 事故がおきた場合の迅速かつ適切な対応

施設で事故が発生した場合、事故の状況、原因、課題、再発防止策の検討、必要に応じて関係者への説明まで迅速かつ適切に対応しなければならない。

また、多角的に事故を詳細に分析し、再発防止策につなげることが必要な事例もあることから、組織的な検証が円滑に行える体制を整える必要がある。

(2) こども未来局（児童支援部署）

【問題点】

施設との組織的な情報共有や地域関係機関への主体的な連携の働きかけの不足

本児は、児童相談所や福祉事務所などの公的機関が支援に関わっていた。本件事故前は、児童相談所が地域の支援機関との連携調整を担い、情報を共有していたが、当該施設に対しては、地域における多機関連携によるファミリーソーシャルワークへの積極的な関与を求めていなかった。児童のためのケース会議への参加呼びかけを当該施設に一度断られ、その後は、参加を依頼していない。児童の支援に必要な施設と地域の効果的な連携への働きかけができていなかった。

【課題】

施設への組織的な支援や地域連携への働きかけ

児童相談所は、家庭での養育が困難な児童を多く当該施設に入所させている関係上、当

該施設での支援に助言できる立場にあった。児童相談所による専門的な直接支援が困難であれば、他の専門機関や外部の専門家を利用するなど、入所施設に地域との連携を促す必要がある。児童相談所は、児童の直接支援だけでなく、児童の最善の利益を基盤としたきめ細やかな支援が行われるよう、関係機関への支援や、地域で児童を支える多機関のネットワークづくりへの支援方法も検討する必要がある。

(3) 市の庁内部局連携

【問題点】

対応の遅れと指定管理施設で重大事故がおきたことについての認識の低さ

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 6 月 24 日号外法律第 79 号）が適用される施設及び事業所で事故が発生した場合、同法の規定上は市による検証の実施の義務はないが、死亡事故という重大事故であることを鑑みれば、市は早期に検証に着手し、再発防止策を講じるべきであった。ところが実際には、令和元年 7 月に御遺族等から本件事故の検証の要望を受けた後、令和 2 年 9 月に検証を始めた。

施設所管部署（健康福祉局）と児童支援部署（こども未来局）の所管の局が異なり、役割分担がしづらかったこと、刑事事件として捜査が開始されていたことなどの理由はあるが、市内唯一の福祉型の障害児入所施設であり、短期入所利用児が多いことを考えれば、事故時に何が起こっていたのか、どうすれば再発を防げるのか、緊急に対応しなければならなかった。

短期入所中の事故であったとしても、こども未来局には児童福祉法に基づく重大事故検証の仕組みがあるため活用することも可能であったはずである。健康福祉局が所管する当該施設で児童が死亡したという事故にもかかわらず、両局の連携による検証の重要性を共にしっかりと共有するまでには至らず、検証は同愛会まかせであった。市が積極的に再発防止に取り組まなかったことは猛省する必要がある。

【課題】

ア 通常時からの情報交換、連絡体制の整備

施設の所管局（健康福祉局）と個々の児童支援の実施機関（こども未来局等）が異なるため、通常より、施設の課題や状況について、緊密な連携が必要であった。緊急時や重大な事件発生時もより柔軟な対応や役割分担を行うために、通常時からの連携が大切である。

イ 事故発生後の具体的な体制、対応手法の検討

障害児の施設及び事業の所管は健康福祉局であるが、障害のある児童が当事者となる

重大事故がおきた場合に健康福祉局とこども未来局がどのような役割分担をするのか、明らかにしておく必要がある。特に、放課後等デイサービスなどの障害児を対象とした事業所が増加している現状を踏まえ、重大事故発生時の原因究明や児童及び保護者支援について連携する必要がある。

第5章 再発防止策について

第3章、第4章を受け、当該施設が本件事故後に取り組んだ再発防止の取組を記載のうえ、有識者会議での検討を踏まえ当該施設に求める再発防止策及び市が取り組むべき再発防止策をまとめる。

1 当該施設が本件事故後に取り組んでいること

○「添い寝」の禁止

- ・「添い寝」は身体拘束に当たるという認識のもと、布団の横で見守るようにするなどの児童に触れない支援や、触れても軽くトントンする程度にしている。

○職員間の情報伝達方法の改善

- ・短期入所利用児童ごとに情報を管理し伝達している。
- ・職員が夜間だけ他のユニットでの勤務に入ることが想定される場合は、当該ユニットのメンバーに加えて、夜間に入る職員も宛先に加えている。

○夜間体制の強化

- ・各ユニットに入る夜勤職員の中からリーダーを選任することに加え、常時、1名の管理当直を夜勤帯に配置している。

○短期入所児童の支援の強化

- ・利用の間隔があく場合など、状態像の変化が想定される児童については面談を行い、状態を把握している。
- ・家族支援を基本に、保護者の意向を尊重する形で支援を行う。
- ・短期入所を定期利用する児童等については個別支援計画を作成する。

○人権擁護・虐待防止委員会の設置（平成30年12月）

- ・児童相談所等の第三者委員、入所児童代表、入所児童保護者代表等を委員とした「中央療育センター人権擁護・虐待防止対策委員会」を設置し、人権擁護と虐待の未然防止対策、早期発見及び早期対応を図っている。

2 有識者会議等で検討した再発防止策

市は、障害児支援の向上を図り、重大事故や不適切な支援が再発しないよう、また、発生した

場合には速やかに適切な対応が取れるように、有識者会議及び児童福祉審議会の意見を踏まえた再発防止策をまとめる。

市は、真摯な反省に立ち、次に掲げる改善策の具体的な検討を進め、速やかに実行していく。

また、同愛会の再発防止の取り組みに対して、市はその進捗をモニタリングするとともに、指定管理施設が適切に運営されるように支援する。

(1) 施設の運営について

同愛会及び当該施設は、現在の取り組みに加えて、以下に取り組む必要がある。

ア 障害特性に応じた支援と質の向上

当該施設は市内唯一の福祉型障害児入所施設であるため、様々な障害をもつ児童が入所する。そのため、常に障害特性に応じた支援とその質の向上に取り組むことが求められる。

しかし、当該施設では個別の職員に支援が分担され、その中で、死亡事故が発生した。これは、障害児入所施設において当然もつべき専門的知識、技術の不足と、組織として対応に問題があったと言わざるを得ない。

このような状況を改善するためには、同愛会及び当該施設が、外部の専門家、児童相談所、地域の支援機関等も参画する中で、支援の質の向上のための支援方針・方法のマネジメント及び人材育成のための研修に取り組むことが求められる。

当該施設は、市と協働して検討委員会（具体的には、市の項を参照）を設置し、定期的に協議していくことが望まれる。

イ 身体拘束に係る対応等の適正化と虐待防止への意識の向上

甲職員が本児に対してとった当該姿勢は、身体拘束であり、児童福祉法に基づく身体的虐待である。

まず、児童の身体拘束等を行わない。医療機関や支援機関と連携し、開かれた環境で他の手法等の検討を行うことが最優先である認識を持たなければならない。

身体拘束に係る対応等を適正にするために必要な手続きを徹底し、虐待防止を推進することを同愛会において認識し、児童福祉法に規定されている虐待防止についての研修を定期的に実施する。

当該施設で以下に示す各留意点を踏まえたマニュアルを作成し、緊急時にやむを得ず身体拘束等を行った場合は、その状況について、適宜かつ直後に保護者に報告を行うことを厳守する。

◎緊急やむを得ない（適正な）身体拘束を行うときの留意点

身体拘束その他行動を制限する行為は、本人の意思に関わらず、本人の身体的・物理的な自由を奪い、ある行動を抑制又は停止させる状況であり、本人の能力や権利を奪うこと

につながりかねない行為である。

したがって、身体拘束等は、‘緊急やむを得ない’場合を除き行ってはならない。

<緊急やむを得ない行為> 次の3つの要件を満たすこと。

(ア) 切迫性

身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を考え合わせ、それでもなお身体拘束を行うことが必要な程度まで本人又は他の者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いこと。

(イ) 非代替性

まず、身体拘束を行わずに支援する全ての方法の可能性を検討し、本人等の生命又は身体を保護する観点から、他に代替手法が存在しないことを複数職員で確認すること。方法についても、本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法を選択する必要性に留意すること。

(ウ) 一時性

本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定すること。

<必要な手続き>

(ア) 組織による決定と個別支援計画への記載

個別支援計画における支援の反映は、個別支援会議等において、管理者、‘児童発達支援管理責任者又はサービス管理責任者’（以下「児童発達支援管理責任者等」という。）、虐待防止に関する責任者等、支援方針について権限を持つ責任者が出席するとともに、支援機関が個別支援会議等の構成員として入るなど、閉鎖的な環境での検討とならないよう考慮し、組織的に決定する。

個別支援計画に身体拘束の‘態様’（車いすやベッドへ身体を固定する・職員の身体を使って本人を抑えつけること等）及び時間、‘緊急やむを得ない’理由を記載する。

(イ) 本人・家族への十分な説明

身体拘束を行う場合は、これらの手続きの中で、適宜かつ直後に本人や家族に十分説明し、了承を得ることが必要不可欠である。

(ウ) 「川崎市指定障害者支援施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」及び「指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」で定める「身体拘束等の禁止」の遵守

- ① 身体拘束を行った場合には、その態様及び時間、その際の本人の心身の状況並びに‘緊急やむを得ない’理由等必要な事項を記録すること。
- ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者（職員）に周知徹底を図ること。
- ③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④ 職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

参考) 児童発達支援管理責任者等の役割

- (ア) 児童発達支援管理責任者等は、個別支援計画の原案を作成し、次の手順により個別支援計画に基づく支援を実施すること。
 - ① 支援の提供に当たる担当者等を招集して行う会議を開催し、個別支援計画の原案について意見を求めること。
 - ② 個別支援計画の作成に当たっては、保護者及び本人に対し説明し、文書によりその同意を得ること。
 - ③ 本人等へ個別支援計画を交付すること。
 - ④ 個別支援計画の実施状況を確認しながら、本人に関する解決すべき課題を把握し、計画を見直すべきかどうかについて、本市の条例の定め（アセスメント、モニタリング等）に基づき検討すること。また、必要に応じて計画の変更を行うこと。
- (イ) 職員へ技術的指導及び助言を行うこと。
- (ウ) 関係者や医療機関、教育機関等の関係機関と連携し必要な援助を行うこと。

ウ 短期入所における家族・地域での生活支援を行うことの視点の育成

障害児の多くは地域にて生活しており、短期入所はただ預かるだけではなく、家族と地域での生活を支える重要なサービスの一つである。短期入所が役割を果たすためには、短期入所であっても、施設において丁寧なアセスメントが必要であり、地域での生活状況や社会背景等も理解した上で、児童を受け入れなければならない。

施設管理者は、職員に対し、繰り返し短期入所の役割や視点を説明し、職員の育成に努める。また、地域や関係機関からの情報収集、アセスメント、共有、連携方法について、適切な仕組みをつくり、市とその仕組みを共有する。

エ 子どもの人権意識の醸成

国際連合子どもの権利条約（平成元年採択）とこれを受けた川崎市子どもの権利条例（平成13年施行）は、「子どもは、単に保護される客体ではなく、権利を共有し行使する主体であり、一人の独立した人格として尊重されなければならない」ことを明確に規定している。

平成28年には、児童福祉法に「児童の権利に関する条約（子どもの権利条約）の精神にのっとり」「権利を有する」と明文化され、子どもは、単に保護される客体ではなく、権利を共有し行使する主体であり、一人の独立した人格として尊重されなければならないことが明確化された。

支援の質の向上のためには、支援の根本に、子どもを権利主体として尊重し、常にその最善の利益を追求する姿勢が必要である。声出しや頭突きなどの行為は言葉にならない苦

しさの表現の一つであることを受け止め、必要な支援を子どもに寄り添って考えなければならない。

当該施設は、障害の有無にかかわらず子どもの人権を守る子どもの施設であることを再確認し、研修等を通じ、子どもの人権についての意識を醸成する取組みを行う。

オ 当該施設の職員体制整備と役割の明確化

○夜間帯の職員体制の確保及び危機管理教育の徹底

当該施設には基準に基づく職員配置の他、管理者には施設の安全配慮義務がある。

また、職員が体調不良で急に欠勤することや、災害が発生することなどがある。

同愛会及び当該施設の管理者は、緊急事態を考慮し、夜間帯の安全を確保できる職員配置をするとともに、夜間帯の職員の動きの共有、緊急時に職員相互の協力体制が組めるようにするため夜間訓練実施後の問題点を把握して改善を図るなど、特にリスクが高まる時間帯の危機管理教育を行う。

○役割の明確化

当該施設においては役職や担当があり、責任及び業務範囲を明文化し、明確化する必要がある。

個々の職員任せにし、気がつかないうちに危険な支援や不適切な支援が行われていることがないようにするため、同愛会及び当該施設幹部は、誰が何をするのか、誰が管理・監督するのか、誰が誰をフォローするのか、誰が何をチェックするのか、職員に対して役割等を明確に示す。

○地域連携による支援力の向上

当該施設は、日頃から積極的な機関連携、地域連携により施設内での支援の見える化を進め、支援に関する協力関係の構築を行うとともに、施設利用者の地域生活や地域移行を円滑にする必要がある。

当該施設は、より多くの職員が、施設での個別の児童の生活状況、支援内容を保護者、支援機関及び支援者達に説明し、彼らから理解や助言を得られるよう、職員が地域へ出る機会を積極的に確保する。また、その結果について、職員個人で把握することに留めず、施設内で共有、意見交換するとともに、職員へ必要なフォローを行い、地域と連携した支援に取り組める人材の育成に努める。

カ 当該施設内の情報共有方法の見直し

支援記録は、職員間の情報共有、万が一のときに支援者を守る法的な証拠のほか、児童の支援の考察に活用される。また、個別支援計画への反映、PDCAサイクル（Plan（計画）・Do（実行）・Check（評価）・Action（改善）の繰り返し）による支援方

針の決定のベースとなるものであり、それを通じて職員同士の意見交換や話し合いの質の向上につながることから、専門性を高める基となる。

当該施設は、職員が記録技術を得られるようにするため、研修などにより支援するとともに、日常的に指導を行っていく。

また、職員が必要な情報を確実に取得するため、情報の管理や共有の方法についても定期的に確認し、必要に応じて見直しを行う。

(2) 市について

市は、本件事故発生後の対応について、大きな課題が見られたことを踏まえ、以下の再発防止策に取り組まなければならない。

ア 施設所管部署としての適切な対応

市は指導者であるという認識をもって、重大事故等が発生した場合、速やかに事故の状況や原因をより詳細に確認する。

関係者への謝罪や再発防止策の説明の進め方などについては、法人及び施設と検討し、対応方針を決める。

再発防止策の検討については、施設に対して、利用者の支援や施設の運営に問題がなかったか、十分に精査を行い、具体的に問題点を共有したうえで、必要な指導・指示等を行う。

また、指定管理制度の運営において、定期的なモニタリングを的確に行うため、事故や不祥事は、施設における改善のための指導・指示を組織的に行い、年度評価に反映させ、また指定期間の終了時に実施される総括評価は指定期間全体の運営を振り返り、指定管理や制度適用の効果等を検証するものであり、指定管理期間終了後の次期の事業者の選定にも活かすものとする。

特に重大事故については、より詳細な原因究明を行ったうえで適切な評価、次期の仕様及びモニタリングの在り方に反映させる。

年度評価や総括評価について、外部委員で構成される「指定管理者選定評価委員会」（以下「評価委員会」という。）にて実施される。評価委員会において適切な評価を得るために、議論が活発となるよう事実関係及び論点を丁寧に説明し、委員からの客観的で的確な意見を得る。

施設に対しては、評価委員会の意見をフィードバックして支援の改善を図る。

イ 指導監査のあり方の見直し

市は施設で不適切な身体拘束を含む虐待が行われることのないよう、効果的な助言・指導を行うことができるようにするため、次のように取組みを進める。

○施設指導を行う職員が、施設での虐待や不適切な対応についてより適切な指導を丁寧

に行えるようにするため、係内での調査チームの編成を柔軟にし、組織的に知識やノウハウを蓄積する。

- 施設等（障害者施設及び放課後等デイサービス、児童発達支援事業所等）から提出される事故報告について、施設を監督する部署だけでなく、専門機関である総合リハビリテーション推進センターを含めて全件点検と分析を行うとともに、必要に応じて施設等の職員に指導・助言を行う。

ウ 施設支援体制の構築と身体拘束や虐待に対する職員の認識の向上

指定管理施設であり、かつ、行動障害のある児童の入所も多い当該施設について、支援の質を維持、向上させることは市の責務でもある。その取り組みを同愛会及び当該施設任せにすることなく、市も主体的に取り組む。具体的には、上記２（１）アで示したように、施設所管部署、児童相談所、総合リハビリテーション推進センターを事務局として、当該施設と協働して、定期的な事例検討や支援方法を検討・検証する検討委員会を設置する。同委員会において処遇困難事例の検討を定例化する仕組みを作るとともに、利用者支援の質の向上や、身体的拘束や虐待に対する職員の認識の向上、質の向上のための研修等も実施する仕組みをつくる。

エ 重大事故に対する対応の明確化と庁内連携

本件事故の検証については、法的根拠が明確でないことを理由に、健康福祉局、こども未来局両局ともに初動、対応に不備があったことから、今後は、短期入所などの障害児が利用する施設についても、児童福祉施設に準じて検証体制を明確化し、両局が連携し、協力して対応にあたることとする。

また、通常時からの連携が必要なことは言うまでもないことから、上記イ、ウの取り組みについては、両局が事務局として協力し、施設への指導、支援を行うこととする。

オ 障害児支援機関のネットワーク化

本児は児童相談所が支援していたケースであり、児童相談所は当該施設を十分に組み込んだ児童支援のマネジメントを行うべきであったが、一方で、児童相談所が関わりを持たない障害児も地域で生活している。このため児童相談所や区障害者支援係、学校、相談支援事業所等がネットワークを組み、必要な世帯をサポートする必要がある。健康福祉局の障害児担当部署は、障害児や家族を支援する機関のネットワークを構築する。

カ 障害児入所施設のあり方の検討

障害児入所施設は少ない上、常に満床であり、短期入所の利用ができず、家庭での児童の

養育が一時的に困難となった場合への緊急対応が難しい。

家族が連れていくのが大変という課題や、当該施設側も、支援手法について相談し合える同種の施設がない、支援が難しい児童が1か所に集まり、職員が疲弊しやすい等様々な課題がある。短期入所枠の増設を含めて、障害児入所施設のあり方は引き続き検討し、結論を出すものとする。

キ 児童の人権意識の醸成

児童相談所は、児童福祉を担う専門機関として、児童の最善の利益を基盤としたきめ細やかな支援が行われるよう、当該施設をはじめ児童に関わる関係機関における児童の権利の意識向上、関係機関相互の連携・協力関係の強化に努めなければならない。

おわりに

本件事故の検証に際して、6名の外部委員で構成する有識者会議を設置し、御遺族や関係者の方々のお話を伺うとともに指定管理者である社会福祉法人同愛会へのヒアリングを実施し、本件事故の事実関係の整理や今後の課題と再発防止策の検討等を行い、本検証報告書を取りまとめました。

有識者会議で確認した事実関係や検証結果を真摯に受け止め、指定管理施設に対して管理監督の責務があることを強く認識し、効果的なモニタリングや指導等を通じて、施設における安全の確保や事故防止に取り組んでまいります。

本文にあるとおり、本市の問題点は、指定管理施設で起きた重大な事故でありながらそのことへの認識が非常に弱かったことに集約されております。この教訓を活かし、重大事故の対応の明確化を図るとともに施設に対する適切な指導を実施してまいります。

障害児支援においては、個々の児童の発達段階や障害特性、家庭環境をよく理解し、これに応じた養育や支援を提供することが重要であり、児童福祉法では、子どもが権利主体であることを明記し、その最善の利益が優先的に考慮されることを基本原理としています。子どもの権利が守られ、不適切な身体拘束その他の虐待をうけないことが保証されなければなりません。

中央療育センターにおいては、その原点に立ち戻り、本市で唯一の福祉型障害児入所施設として、支援の質の向上や人材育成に一層取り組むとともに、各関係機関と実効性のある連携を進めていくことが今後なすべき課題です。

本市といたしましては、児童の命が失われたことの重みを真摯に受け止め、この報告書で示した再発防止策等の実現に向け、責任を持って改善に取り組んでまいります。

参考資料

《有識者会議の開催経過》

回数	開催日	内容
第1回	令和2年 9月7日	会議の目的 死亡事故の発生及び対応、経過
第2回	10月8日	中央療育センター入所部施設視察 事実関係の確認
第3回	11月12日	事実関係の確認
第4回	12月25日	関係機関について、施設における情報の把握について
第5回	令和3年 3月22日	施設における情報の把握について
第6回	4月26日	同愛会へ聞取り
第7回	5月24日	同愛会へ聞取り
第8回	6月30日	同愛会へ聞取り
第9回	7月26日	御遺族等へ聞取り
第10回	9月27日	情報の整理
第11回	10月20日	情報の整理
第12回	11月29日	児童福祉審議会の状況
第13回	12月20日	児童福祉審議会について、情報の整理等
第14回	令和4年 1月24日	施設関係者への聞取り結果について
第15回	2月24日	検証報告書について
第16回	3月30日	検証報告書構成案について
第17回	4月28日	検証報告書構成案について
第18回	5月30日	検証報告書素案（第1章及び第2章）
第19回	6月27日	検証報告書素案（第3章及び第4章）
第20回	8月18日	御遺族等との意見交換
第21回	9月19日	検証報告書素案（第1章から第4章）
第22回	10月26日	検証報告書素案（第4章及び第5章）
第23回	11月28日	検証報告書素案（第4章及び第5章） 「はじめに」及び「おわりに」
第24回	12月19日	検証報告書素案（第1章から第5章） 「はじめに」及び「おわりに」
第25回	令和5年 1月25日	検証報告書素案
第26回	3月27日	検証報告書素案

川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議委員

所 属	氏 名
東京福祉大学・大学院講師	村 川 浩 一
神奈川県弁護士会	水 地 啓 子
地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター障害児入所施設局長 神経 内科	井 合 瑞 江
公財団法人鉄道弘済会 総合福祉センター弘済学園園長（会議開催期間当時）	高 橋 潔
川崎市育成会手をむすぶ親の会会長	美 和 と よ み
社会福祉法人ともかわさき私たちの広場所属	宮 澤 織 絵

本児の幼児期の成長と成育環境について

個人情報の取り扱いには配慮が必要であるため、プライバシー情報の記載は控えるのが通例ですが、御遺族並びに関係者の皆様から、本児の成長の様子や御家族・地域社会との関わりを知った上で、再発防止に務めてもらいたいとの思いを伺ったことを踏まえて、御遺族並びに関係者の皆様から御提供いただいた本児の成長の姿を御紹介します。

（１）幼児期の本児の発達の様子

言葉の遅れがあったため、父親は保健所のすすめにより２歳から地域療育センターに通わせました。その後、言語療法に６歳まで通いながら、３歳から保育所を利用し、毎日の保育所生活を楽しく過ごし、意思疎通面での発達が顕著にみられました。

（２）保育士からみた幼児期の本児の成長

３歳で入園。発語はなかったのですが、大人の指示は言葉で理解していました。年長時には友達のことをよく見ていて、手を洗う、歯を磨くなどは真似して行うことができていました。じっとしていることは好きでなく、よくトイレに行きたいと表現してその場を離れ、ドアの開け閉めが気になり、保育室のドアの開け閉めをよくしていました。友達から可愛がられるタイプだったため、散歩のときなどは誰もが手を繋ぎたがり、手を繋いで歩くことも好きでした。たくさん歩くことは苦手で、疲れると抱っこしてくれる大人を選んで要求することを行っていました。

食事面は一人で食べることができていました。

着替えなどは促せば一人で行っていました。

排泄の自立は卒園までには達成せずオムツで過ごしていました。一方、トイレに行って排泄することは好きで、よくトイレに行って成功すると喜ぶ姿がありました。

お昼寝は苦手で布団の中から抜け出すことが多く、お昼寝をした回数のほうが少なかったです。

キャンプの時は寝ないことを覚悟して体制をとっていましたが、２４時頃に自分で入眠し、５時ごろ起床していました。

保育の切り替えなどで、やりたくないことをしなければいけない時は笑顔で逃げ回るタイプでした。それも卒園の頃は友達のことを見て遅れて参加したり、抱っこされて参加したりすることができていました。劇や卒園のつどいなどは、途中から抜けてもいいように体制をとっていたものの、最後まで参加することができ、状況判断することができていました。

（３）放課後等デイサービスの職員からみた学齢期の本児の成長

笑顔でスタッフと接することが多く、声を発することは少なかったのですが、おもちゃを示して遊ぼうと意思表示をしたり、おんぶをせがんだり、コミュニケーションを楽しんでいました。散歩の時は、「帰るよ」の声かけだけで頷いて帰ることができました。

状況をじっと観察してから動く慎重なところがあり、他の児童におもちゃを渡してあげたり、泣いている児童の頭を撫でてあげたり、他者を気づかう行動のある児童でした。亡くなる前の半年間は、体力、情緒面での成長は著しく情緒面と関連して多かったトイレの回数も当事業所では減り、失敗も少なくなっていました。

(4) 父親や地域の方々の関わり方

父親は、本児にはなるべく自然の物を食べさせたいと考えて、インスタントの物でなく、季節の野菜や魚を調理して与えるなど、丁寧な育児をしていました。また父親が手術後に本児をお風呂屋に連れていけない時は、父親の友人が本児をお風呂屋に連れていく関わりも生まれ、本児は地域の人から面倒を見られるなど愛される存在になっていました。

(5) 短期入所をした理由と父親の心境

保育所と相談員が先々のために短期入所の利用ができるように登録を進めましたが、中央療育センターになる前のしいのき学園を見に行った時は、父親は「このようなところに泊めたくない」と利用を拒否されました。その後、中央療育センターに建て替わってから、入院手術・治療のため、ためらいながらも、本児は当該施設の短期入所を利用するようになりました。

亡くなったのは、平成28年の年末、2泊3日の利用中の3日目の日でした。

(注) (1) ～ (5) までは御遺族及び関係者の方々から提供

検証を終えて各有識者会議委員からの意見

井合委員

児童福祉施設で短期入所中の児童が亡くなられるという悲しい事例の検証にあたり、児童とご家族へ謹んで哀悼の意を表します。

通常予測されない事態をまねいた背景について、記録と記憶から多面的に事実を掘り起こす作業の中で、不適切な対応・身体拘束がなされたと判断された。また、本人の特性（睡眠や行動の課題）の捉え方や対応について組織として共有し検討することが不十分であったこと、地域での生活や家族支援の視点が乏しく、関連機関との連携不足がうかがえた。

現場における課題の根本には、自ら言葉で伝えることの難しい利用者をより誠実に理解しようとする謙虚な姿勢を持ち続ける重要性がある。そのことが本人の意思尊重や意思決定支援を基本とした対人援助専門職としての倫理や価値を自覚しながらの支援につながる。事例ごとに振り返り・考え・意見交換できる環境下で醸成される職員の意識向上により、何気ない言動が権利侵害に相当する可能性に気づき予防できる組織となる。また、個別的特性のアセスメントも丁寧に行い、より本人本位の支援につなげる必要がある。

運営法人においては、現場での課題に対して声を拾上げ・実効的な体制・研修（座学のみでなく実践的なもの）を充実させ、理念の浸透が深まるような変革を望む。

指定管理者である川崎市には、外部監査導入を含めた施設監査の充実・運営指導の見直し・福祉人材の育成や基本的研修について施設等と協働した継続的研修整備について検討し、市の福祉全体を支える方策の実行をお願いしたい。また、今回の課題解決への提言についてのモニタリングを計画的に実行されることを望む。

水地委員

本件検証に当たっては、有識者会議に参加した各委員、担当事務局とも、大変に熱心に調査検討し、議論を重ねたが、事故からの時間経過や制度上の問題など様々な制約もあり、事実関係の把握が必ずしも十分に尽くせなかったこと、障がいのある子どもに関する制度が複雑で、運用等の理解に時間を要したこともあり、意見のとりまとめに2年半余を費やしたことは、反省しなければならない。

議論を重ねる中で、障害のある子どもに関わる多数の機関・組織それぞれが思いを持って関わっているが、考え方にも差異があり、特に川崎市の中においても、障がい者福祉と子どもの権利に関する分野での捉え方にも違いがあることが図らずも浮き彫りになったように思う。現実的対応としては、本会議で明らかになった課題に真摯に取り組んでいくことがもちろん重要であるが、率直な感想としては、障がいのある子どもの権利を保障する制度が、一人一人の子どもの成育に応じたもっと一貫したわかりやすいものにできないか考えさせられた。

川崎市は、2000年に子どもの権利条例を全国に先駆けて制定しており、子ども施策に力を注いで来た自治体であると思う。

川崎市において、今回の検証作業の中で明らかになった課題に一日も早くしっかり対応していくことは、障害のある子どもだけでなく、子ども施策、障害者施策全般にわたって、一人一人の人

権に配慮した施策につながるものであり、それこそが、ご遺族や関係者の皆さんの思いに答えることになるのではないかと思います。

高橋委員

2020年（令和2年）6月に川崎市健康福祉局から招請を受け、9月から始まる本事案の検証作業（有識者会議）に参画。以来、当会議はほぼ毎月開催され、2023年（令和5年）3月までの2年半の間に実に26回を数えた。事前事後に送られてきた文書を印刷して重ねれば、ゆうに30センチを超える膨大な紙資料を手元に残しながら、今、その検証を終えようとしている。胸に去来するのは、生々しい検案資料や血の涙を流すようなご遺族の告発を通して知った、「事実を重ねて真実に辿り着くこと」の難しさであり、「本事案の検証結果（報告書）を実際の支援の現場に活かすこと」を目標にすべきという思いであった。

障害のある子どもたちへの療育・支援の実践には、ヒューマンケアとヒューマンエラーが常に混在する。個人的な悩みや試行錯誤に出会うことも稀ではない。一方、利用者とそのご家族には他者には計り知れない福祉的ニーズがあり、時に藁にもすがる思いで利用に至るという厳しい現実も、そこには在る。この2年半は、その両価性を深く痛感した時間であった。多くの現場人にこの報告書を精読してもらい、利用者を命ぐるみ預かる重責を再度確認すると共に、支援現場における組織の責任性と、利用者の特性に対する専門性の大切さをあらためて実感してもらえたらと願う。

最後に、当事者のお子さんのご冥福を心からお祈りするとともに、ご遺族の皆さまのこれからのご健勝をお祈り申し上げて、結びとさせていただきます。

宮澤委員

この会議の参加に当たり、目が悪く文字が読めず、資料を確認するのが大変でした。市から事前に資料を送ってもらう時も、文字を大きくしてもらったり、会議の前に簡単に説明してもらったりと工夫をしていただき、感謝しています。

この会議の内容について、保育園で働いていることや、小さいときに私も療育センターに通っていたこともあり、他人事ではないと思って参加していました。

私にとって療育センターは、訓練としてではなく、遊びに通っていたと思うくらい楽しい思い出がたくさんある場所です。

ずっと通いたいと思っていた所なので、利用する方にとってそういった場所になってほしいと思っています。

こんな楽しいところで、なぜ死亡事故がおこってしまったのか言葉に表せません。

中央療育センターは日中の訓練だけでなく、宿泊もする場所なので家にいるときと同じように、怪我をすることもあると思いますが、死亡事故なんてことがあることが考えられません。

障害の重い人だったら、一人で見るのが大変だったから事故が起きてしまったのだとすれば、もう一人職員がいれば防げたかもしれません。

取り返しがつかない事故が起きたことを忘れず、私たち障がい者を援助していただきたいと思います。

美和委員

始めにお亡くなりになられた児童のご冥福をお祈り申し上げます。

私がこの有識者会議に参加するにあたり、ご家族の悲しみに寄り添うことを大切にしようと思いました。我々障害のある子を持つ親は、いつ、どこで何が起こるかわからないという不安の中で子育てをしています。元気で送り出した子が、突然亡くなってしまったという悲しみに、当該施設や市の担当課が、どれだけ寄り添うことが出来たのかとの疑問もありました。膨大な資料の事実確認の中、どうしてこんなことになってしまったのだろうということが頭から離れませんでした。

その後、再発防止のための意見交換が行われました。ご本人を取り巻くいろいろな支援者や市の担当課は、それぞれに頑張ってくれていたことも分かりました。しかし、踏み込んだ連携が不足していたように思います。課を超えた支援が出来ますようお願いします。当該施設の改革はもちろんのことで、こちらの今後についても注視していただきたいと思います。

安心して子どもを託せる施設、相談できる場所は、障害があっても無くても子どもを育てていく上で必要不可欠です。本人を中心にした支援体制が整うことを願います。

最後になりますが、川崎市健康福祉局障害者施設指導課の皆様には資料の収集等、本当にお疲れさまでした。ありがとうございました。

村川委員

本事案における私の第1の視点は、子どもの人権尊重である。死亡「事故」という深刻な事態・問題発生後の対応等をふまえて、真摯な事態の究明を行うと共に、当該施設と運営法人等の責任の所在を明らかにすることである。

第2の視点は、死亡「事故」を引き起こした当該施設と運営法人の問題性である。本事案については、当初刑法上の扱いが焦点化され過ぎたと捉えているが、下記に示すような福祉行政による適切な対応が求められていたことである。敢えて言えば、当該施設・運営法人が指定管理者として、公募による選定で更新されたことは、行政が問題性を見逃したものと受け止められてしまう。

第3の視点は、障害児（者）に係る福祉行政について重大な反省～対応が求められる事項である。①児童福祉施設（公立）の設置者として、②当該施設の運営委託者（指定管理）として、③施設利用に係る支援・調整者として、④児童（障害者）虐待防止の責任者として、⑤児童福祉施設運営に係る監査権者として、政令指定都市の公的責任を正しく果たしていくことが求められているのではなかろうか。

本児のご冥福をお祈りし、父母様ご遺族並びに関係の方々に安堵されたく存じます。

川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議運営等要綱

制定 令和2年7月1日（健康福祉局長決裁）

（趣旨）

第1条 この要綱は、平成28年12月26日に川崎市中央療育センターで起きた利用児童の死亡事故（以下「事故」という。）に係る川崎市中央療育センター事故の検証に係る有識者会議（以下「会議」という。）の運営に関し、必要な基本事項を定める。

（目的）

第2条 市長は、事故について、事実関係を把握し、市や指定管理者が行った対応について人権尊重及び専門的な見地から検証し、今後の再発防止策を検討するために、次に掲げる事項について、会議の委員の意見を求める。

- （1） 事故の対応に関すること。
- （2） 事故の原因に関すること。
- （3） 今後の再発防止策に関すること。
- （4） 前各号に掲げるもののほか、必要な事項に関すること。

（組織等）

第3条 会議の委員は、次に掲げる者のうちから就任を依頼する。

- （1） 学識経験者
- （2） 法律に関する識見のある者
- （3） 医師
- （4） 障害児福祉事業に従事する者
- （5） 障害児者関係者団体の代表者
- （6） その他、市長が特に認めた者

2 委員は、会議に出席できないときは、その指名する者を代理で出席させることができる。

（委員会の公開）

第4条 会議は、川崎市審議会等の会議の公開に関する条例（平成11年川崎市条例第2号）第5条第1号及び第2号の規定に該当する事項を扱うため、原則として非公開とする。

（意見聴取）

第5条 市長が必要と認めるときは、会議に関係者の出席を求めることができる。

（庶務）

第6条 会議の庶務は、川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課において処理する。

（秘密の保持）

第7条 会議の委員及びこれらの会議に出席した者等、会議の関係者は、事故に関する情報の保護に十分留意し、正当な理由なくその職務に関して知ることのできた情報を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

（補足）

第8条 この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、必要に応じて別に定める。

附 則

この要綱は、令和２年７月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。