レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証報告書

（概要版）

令和８年 10 月

レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会

目 次

はじめに
１　検証委員会設置の経緯
２　検証の方法
（１） 検証項目の整理
（２） レジデンスわかふじの職員等に対する個別ヒアリング
（３） 検証委員会での検証・分析
第１　事案発生の経過
第２　事案から明らかになった問題点
１　事案の全体的評価
２　当日の対応から明らかになった問題点
（１） １月９日 17 時 12 分　Ａさんを洗濯籠に乗せてシャワー室へ運んだこと
（２） １月９日 17 時 12 分～19 時 05 分　Ａさんをシャワー室に約２時間居させたこと
（３） １月９日 17 時 17 分～17 時 33 分　Ａさんをシャワー室で食事をさせた、裸で食事をさせたこと
（４） １月９日 17 時 34 分～19 時 05 分 Ａさんがシャワー中に職員がその場を離れ、約１時間シャワー室に１人にしたこと
３　今回の事案の問題点の深掘り及び間接的・構造的に関わりのあるその他の問題点
（１） 職員配置体制に不足はなかったか
（２） なぜ、職員らは主任（サービス管理責任者）または施設長に相談しなかったか
（３） 施設長・主任（サービス管理責任者）の現場への関わり方に問題はなかったか
（４） 施設長・主任（サービス管理責任者）はやるべきことをやってなかった、基本的かつ重要な注意義務を怠ったことはなかったか（施設長・主任（サービス管理責任者）の不作為）
（５） なぜ、本人の思いや心情を読み取ることができなかったか
（６） 物理的な環境（ハード面・ソフト面）に問題はなかったか
（７） 施設長・主任（サービス管理責任者）・職員の研修、支援技術の向上に関する研修をどうしていれば防げたか。なぜ、古津賀拠点職員研修体系表による研修の取組が今回の事案の抑止とならなかったのか（内容、実効性）
（８） 実際に個別支援計画の作成をどうしていればよかったか、Ａさんの特性が個別支援計画に反映されていたか
（９）チーム支援ができなかったのはなぜか
（10）なぜ、事案発生前からレジデンスわかふじで取り組んでいた「虐待防止のための具体策 12」の取組が今回の事案の抑止とならなかったのか（内容、実効性）
（11）強度行動障害の状態にある利用者への取組はできていたのか
第３　提言
１　利用者中心の支援を実現するための支援体制の再構築
（１）基本的姿勢の再確認

（２）組織的・統一的な支援体制の構築
２　個別リスクに基づく支援管理と危機対応体制の構築
（１）利用者の個別リスクの進捗管理
（２）組織・職員の連携の仕組みの再構築
（３）ヒヤリハット・事故報告の有効活用の仕組みの構築
（４）支援の具体的手順・ルールの策定
３　職員の専門性・倫理性を高める人材育成への抜本改革
（１）職員研修体系表の再構築
（２）職員の評価と多様な育成方法の実施
４　管理監督機能と現場支援体制の強化
（１）管理職による現場監督機能の強化
（２）現場支援体制の強化
５　率直に指摘し合える組織文化の醸成
６　職員の負担軽減と安全な勤務環境の整備
７　虐待防止委員会と法人ガバナンスの強化
（１）虐待防止委員会の強化
（２）外部の専門家からのサポート体制の整備
（３）コンプライアンス委員会の設置
（４）職員の模範となる行為等への評価
８　第三者評価と地域に開かれた施設づくり
（１）第三者評価の受審
（２）地域に開かれた施設づくりの取組
９　施設の在り方及び中・長期的な組織改革
（１）レジデンスわかふじの在り方の検討
（２）中・長期的な人材育成の検討
おわりに
参考資料１　検証委員会開催経過
参考資料２　レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会設置要綱及び委員名簿

はじめに

１　検証委員会設置の経緯

障害者支援施設レジデンスわかふじ（以下「レジデンスわかふじ」という。）において、令和８年１月９日に発生した利用者の死亡事案について、事案の経過及び施設の対応等を検証するとともに、今後取り組むべき課題及び方策を明らかにし、同様の事案の再発防止に資することを目的として、「レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会」（以下「検証委員会」という。）が設置された。

検証委員会は、一条協会からの依頼を受け、５名の外部委員により令和８年５月３日に設置された。検証委員会では、本事案について、単に発生時の対応を確認するだけではなく、事案に至った背景及び要因、施設における支援体制や安全管理上の課題等についても検討し一条協会及びレジデンスわかふじが本事案から得るべき教訓を明らかにするとともに、同様の事案を再び発生させないために必要な具体的な改善策を提示することを基本方針とした。

そのため、検証委員会は、関係資料の確認、関係者からの聞き取り等を通じて、本事案の発生経過及び対応状況を可能な限り客観的に把握し、その背景要因及び組織的課題を含めて検証を行うこととした。

２　検証の方法

（１）検証項目の整理

レジデンスわかふじにおける支援及び対応について、検証委員会の各委員から示された問題点等を整理し、本事案の検証に必要な事項を抽出した上で、検証項目を設定した。

（２）レジデンスわかふじの職員等に対する個別ヒアリング

レジデンスわかふじの生活支援員、主任（サービス管理責任者）、事務員及び施設長等を対象として、検証委員会による個別ヒアリングを実施した。

個別ヒアリングは２度実施し、本事案に関する事実関係、当時の認識及び判断、支援・対応の状況等について調査を行った。

（３）検証委員会での検証・分析

一条協会から提出された当該利用者の支援記録その他の関係資料並びに個別ヒアリングを通じて確認した事実関係及び関係者の認識・判断等について、検証委員会において相互に照合し、分析及び議論を行った。

その上で、本事案の発生経過、対応状況及び背景要因を整理するとともに、支援体制、安全管理、職員（生活支援員、以下同じ。）間の情報共有及び組織的な対応等の観点から課題を抽出し、同様の事案の再発防止に向けて必要となる改善策について検討を行い、これらの検証結果及び検討内容を取りまとめ、本報告書を作成した。

なお、本報告書の作成に当たっては、検証の趣旨及び内容を損なわない範囲で、個人を特定することが可能な情報を削除又は匿名化するなど、個人情報の保護及びプライバシーに十分配慮した。

第１　事案発生の経過

障害者支援施設レジデンスわかふじの利用者であったＡさん（以下「Ａさん」という。）は、令和８年１月９日午後７時頃、施設内２階のシャワー室において、意識及び呼吸がない状態で発見された。その後、医療機関へ搬送されたが、同医療機関において死亡が確認された。

Ａさんが死亡する前、施設職員がＡさんに対し、裸の状態で食事を提供していた。その後、Ａさんはシャワー室内において、約１時間にわたり一人の状態であった。

第２　事案から明らかになった問題点

１　事案の全体的評価

○問題点が積み重なるなかで発生した事案

今回の事案について、その経過を全体的に検証すると、Ａさんが障害児入所施設に入所した当初からの情報把握が十分でなかったこと、障害児入所施設からレジデンスわかふじへ入所する際の引継ぎが不十分であったことなど、入所時点から課題が存在していたことが確認できる。

その後の支援においても、定型的な対応については形式上必要な手続が行われていたものの、Ａさんの障害特性に起因する行為に対する支援方法の見直しや、職員間で支援方法を統一するための検討が十分に行われないまま、従前の支援が漫然と継続されていた。また、こうした状況について、現場も組織としても課題として捉え、改善につなげようとする意識も十分ではなかったと考えられる。

一方、レジデンスわかふじを含む古津賀拠点では、令和６年度から令和７年度にかけて、身体拘束の解除に向けた組織的・継続的な取組が進められた。その結果、身体拘束は８名22件から２名３件に減少しており、Ａさんについても、４件の身体拘束のうち３件が解除されている。身体拘束の解除の意義や権利擁護の観点を踏まえた支援について、職員間での認識の共有にはなお課題が残るものの、組織として身体拘束の適正化に向けて取り組んできたことについては、一定の評価ができる。

こうした中で、事案当日の対応を検証すると、Ａさんの障害特性に起因する行為に対し、シャワー室で裸の状態で食事をさせたこと、約２時間にわたりシャワー室に滞在させたこと、さらに約１時間にわたりシャワー室に一人で居させたことなど、これまでの支援経験や通常の対応の範囲を大きく逸脱した対応が行われていた。これらの対応は、利用者の人権や尊厳を損なうもので、重大な問題であったと言わざるを得ない。

また、レジデンスわかふじでは、急病、誤薬、不測の事態、苦情、不適切な対応、自らの判断だけでは対応できない困難な状況等が発生した場合に、必要な情報を集約し、主任（サービス管理責任者）または施設長等の指示を受けながら、危機に対して組織的かつ迅速・適切に対応するため、「危機対応時の情報共有及び対応のルール」を定めていた。しかし、事案当日は、このルールに基づく主任（サービス管理責任者）または施設長への報告・相談が行われず、現場の職員だけで判断し、対応を実行していた。このため、本来機能すべき危機対応の仕組みが、この事案において十分に機能しなかった。

本事案を総合的に見ると、Ａさんの長時間にわたるシャワー室への滞在は、職員の誤った

判断のみによって生じたものではなく、複数の要因が重なって発生したものと考えられる。具体的には、「満足すれば自分で出てくる」という認識に基づく対応、見守り担当者の不明確さ、職員間で支援方法を相互に確認・牽制する機能の不全、休憩時の引継ぎの不備、通常とは異なる支援方法を採用した際の主任（サービス管理責任者）または施設長への報告・相談の欠如、既存の危機対応ルールの不徹底などが挙げられる。

これらの要因を事故防止の観点から分析すると、異常な状態を認識する機能、見守りの責任を明確にする機能、職員間で支援方法を確認・是正する機能、適切な引継ぎを行う機能、管理者への報告・相談を通じて組織的な対応につなげる機能など、事故防止のために設けられていた複数の防護壁が、それぞれの段階で十分に機能していなかったことが分かる。

その背景には、平時から、Ａさんの障害特性に応じた支援方法の見直しや職員間での支援方法の統一が十分に行われていなかったこと、現場で認識された課題を組織として共有し、改善につなげる仕組みや取組が不十分であったことなど、組織運営上の課題があったと考えられる。また、事案当日には、各判断場面における不適切な判断、職員間で相互に制止・助言する行動の欠如、休憩時の引継ぎの不備、主任（サービス管理責任者）または施設長への報告・相談の欠如など、複数の問題が重なっていた。

これらのいずれかの段階で、異常な状態を認識して適切に立ち止まり、支援方法を見直す、職員間で協議する、見守りの責任者を明確にする、あるいは主任（サービス管理責任者）または施設長に報告・相談するといった対応が適切に行われていれば、事案の発生を防止し、Ａさんの生命・身体を守ることができた可能性がある。

したがって、本事案は、事案当日の個々の職員の判断の問題にとどまらず、これまでの支援の在り方や職員間の連携、引継ぎ、管理者への報告・相談、さらには課題を把握した後に適切な対応につなげる組織的な危機対応の仕組みが十分に機能しないまま、複数の防護壁の機能不全が連鎖し、重大事案の発生に至ったものと考えられる。

なお、高知県は、レジデンスわかふじに対して、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第 48 条第３項において準用する同条第１項の規定に基づく監査を、令和８年３月 27 日に実施し、令和８年５月 27 日付け高知県達８高障害第 244 号で行政処分を通知している。

当通知の「処分内容」では「（１）処分内容　指定の一部効力停止３月（新規利用者受入停止）　（２）処分期間　令和８年６月１日から令和８年８月 31 日まで」とあり、「法に基づく指定の一部の効力停止理由」では「人格尊重義務違反（法第 50 条第１項第３号該当）　シャワー室で裸の状態で食事を提供したこと。また、シャワー浴の際に必要な見守り支援を行わず長時間放置し利用者を死亡させたこと。」とあり、更に「処分の判断理由」の「①利用者被害、法益を侵害している様態・程度」の所見では「利用者１名が死亡する重大事案で、利用者を長時間シャワー室に放置するなど不適切な支援が行われていた。」、「②故意性」の所見では「利用者を長時間放置するなどしていた虐待行為で重過失にあたる。」、「③常習性」の所見では「聞き取り調査の結果、本事案のような長時間放置した支援は今回が初めてで常習性はない。」、「④組織性」の所見では「本事案は、支援員個人の判断で行った支援と思われ、経営陣・管理者の組織的関与はなかった。また、事案の隠ぺいはなく管理者から市町村及び県へ即通

報を行い立入調査や監査にも協力していた。」、「⑤悪質性」の所見では「監査時に、虚偽報告・答弁は認められなかった。」とある。

2　当日の対応から明らかになった問題点

（1）1月9日17時12分　Aさんを洗濯籠に乗せてシャワー室へ運んだこと（洗濯籠に乗せて運んだことに関する問題点）

本事案においては、Aさんの障害特性に起因する行為への対応として、職員Aが洗濯籠を用いてAさんをシャワー室まで移動させる方法を提案し、職員Cもこれに異議を唱えることなく同意している。また、職員A、職員C及び職員Bの説明からは、職員らが、障害特性に起因する行為の影響を拡大させないこと、夕食の時間に支障を生じさせないこと、Aさんの状態を他者から見られないようにすることを考慮していたことが認められる。

しかしながら、その一方で、Aさんの尊厳及び安全を最優先にした支援方法について十分な検討がなされないまま、職員個人の経験やその場の判断によって対応方法が決定されていたことが認められる。本事案からは、以下の問題点が明らかとなった。

○利用者の尊厳及び人権を保障する支援の視点が不足していた。
○現場の経験則や実践知が、再現可能な支援方法として整理できていなかった。
○職員間の相互牽制及びチームアプローチが働かなかった。
○衛生管理と利用者の尊厳・安全確保を両立させる視点が不足していた。
○シーツで身体を覆ったことには、安全管理上の問題があった。
○危機対応における主任（サービス管理責任者）または施設長への報告・相談及びエスカレーションが機能しなかった。
○Aさんの障害特性に起因する行為を支援上の重要な課題として認識し、優先的に検討することができていなかった。
○経験則や実践知に基づいた属人的支援から、組織的を基盤とする支援への転換が必要であった。

（2）1月9日17時12分～19時05分　Aさんをシャワー室に約2時間居させたこと（長時間のシャワー室滞在及び見守り体制に関する問題点）

本事案では、Aさんの障害特性に起因する行為への対応としてシャワー浴を行った後、再び障害特性に起因する行為が認められたことから、職員Aの判断により、Aさんが「満足するまで」シャワー室でお湯浴びを継続するという対応がとられた。その後、職員Aはシャワー室を離れ、他の利用者への支援を行っている。

また、職員B及び職員Cは、Aさんがシャワー室にいることを認識していたものの、「Aさんはお湯浴びに満足すれば自らシャワー室から出てくる」と考え、具体的な見守り担当者を定めることなく、それぞれが他の利用者への支援等を行っていた。

その結果、Aさんがシャワー室にいることを3名の職員が認識していたにもかかわらず、Aさんの状態を継続的かつ責任をもって確認する職員が存在しない状態となった。この点について、以下の問題点が認められる。

○長時間のシャワー室滞在に伴う具体的なリスク評価が不足していた。
○Ａさんの障害特性に応じた支援方法が「見える化」されていなかった。
○「満足すれば自ら出てくる」という根拠の不十分な前提に基づき、職員の判断で事実上見守りが解除された。
○３名の職員の間で、見守り責任の所在が不明確であった。
○夜勤者の休憩時間の変更により、見守り体制の空白が拡大した。
○既存の危機対応ルールが、現場の具体的な判断に結び付いていなかった。
○他利用者への支援を優先する中でＡさんの安全確認が後回しになった。

（３）１月９日 17 時 17 分～17 時 33 分 Ａさんをシャワー室で食事をさせた、裸で食事をさせたこと（不適切な食事環境及び裸での食事提供に関する問題点）

本事案では、Ａさんについて短時間のうちに複数回の障害特性に起因する行為が認められ、再度の障害特性に起因する行為が生じる可能性を職員が懸念したことから、通常の食事場所である１階食堂ではなく、２階のシャワー室において食事の介助が行われた。

その際、Ａさんは裸の状態でシャワー室の床に座り、職員Ａは脱衣所から片膝をついてしゃがんだ姿勢で食事の介助を行っている。食事自体は５～10 分程度で終了し、むせ込み等もなく完食したものの、食事が安全に終了したという結果のみをもって、この支援方法が適切であったと捉えることはできない。本事案からは、以下の問題点が認められる。

○リスク評価の欠如により、シャワー室という不適切な環境で食事を提供した。
○裸の状態で食事を提供したことには尊厳及び人権上の問題があった。
○「行為が再び起こる」という経験則が、支援方法を過度に制約した。
○支援上の判断基準となる倫理的価値観にずれがあった。
○「自分自身が同じ状況に置かれたらどう感じるか」という倫理的視点が十分に持たれていなかった。
○通常とは異なる支援方法について、職員間の相互牽制が機能しなかった。
○食事場所のシャワー室への変更という重要な支援上の判断が、現場職員のみで行われた。
○「危険を避けるための支援」が、新たな危険や権利侵害を生み出していた。
○職員の実践知を組織的な支援方法へ転換する仕組みが不足していた。

（４）１月９日 17 時 34 分～19 時 05 分 Ａさんがシャワー中に職員がその場を離れ、約１時間シャワー室に１人にしたこと（シャワー室における約１時間の単独滞在及び見守り体制に関する問題点）

本事案では、職員Ａ及び職員Ｂ、職員ＣもＡさんがシャワー室にいることを認識していたものの、「Ａさんはお湯浴びに満足すれば自らシャワー室から出てくる」と考え、具体的な見守り担当者を定めることなく、それぞれが他の利用者への支援等を行っていた。その結果、Ａさんがシャワー室にいること自体は３名の職員が認識していたにもかかわらず、Ａさんの単独滞在を継続的かつ責任をもって確認する職員が存在しない状態となった。この点について、以下の問題点が認められる。

○本人の嗜好と行動特性を優先する一方、安全確保に必要な見守りとリスク評価が不十分だった。
○「満足すれば自分で出てくる」という思い込みが危機を招いた。
○過去の慣行が安全上の問題を見えにくくした。
○３名の職員の間で、見守り責任の所在が不明確であった。（再掲）
○他利用者への支援を優先する中でＡさんの安全確認が後回しになった。（再掲）
○夜勤者の休憩時間の変更により、見守り体制の空白が拡大した。（再掲）
○職員間の情報共有及び相互牽制が機能しなかった。
○「これまで問題がなかった」という経験則が判断に影響した。
○個別支援計画及び支援手順への具体的な安全基準の反映が不足していた。
○利用者の尊厳と安全を両立させる支援という視点が不足していた。
○「自分自身が同じ状況に置かれたらどう感じるか」という倫理的視点が十分に持たれていなかった。（再掲）

３　今回の事案の問題点の深堀り及び間接的・構造的に関わりのあるその他の問題点

（１）職員配置体制に不足はなかったか

○職員の専門性や支援力不足を人数で補う現場運営の在り方に問題があった。

（２）なぜ、職員らは主任（サービス管理責任者）または施設長に相談しなかったか

○危機として認識する力が弱く、危機対応ルールを確実に履行する実践力に問題があった。
○相互に指摘し、改善につなげる組織文化が十分に醸成されず、従来の慣行に依拠した現場運営が継続していた。
○研修知識を実践に定着させることのできる現場人材の育成が進んでいなかった。

（３）施設長・主任（サービス管理責任者）の現場への関わり方に問題はなかったか

○施設長・主任（サービス管理責任者）と職員との間に、支援の在り方を率直に議論し合えるだけの信頼関係が十分に築けていなかった。
○管理者は職員の平均的な能力や専門性を見誤っていた可能性がある。
○従来からの仕事の仕方を変えようとしない現場の組織風土があった。職員に支援のプロとしての自覚に問題があった。
○無自覚に行っている支援慣行まで踏み込んだ総点検が実施できてなかった。
○職員の資質・力量を踏まえた予防的リスク管理について、更なる配慮が必要であった。
○職員個々の主体的意識変容や行動変容による変革ができていなかった。

（４）施設長・主任（サービス管理責任者）はやるべきことをやってなかった、基本的かつ重要な注意義務を怠ったことはなかったか（施設長・主任（サービス管理責任者）の不作為）

○内部改革には限界があった。第三者による客観的評価を基にした改革の必要性がある。

○施設長・主任（サービス管理責任者）の認識と、職員の平均的な能力や専門性の力量の実態とが乖離していた可能性がある。

（５）なぜ、本人の思いや心情を読み取ることができなかったか

○多忙だけでは説明できない不適切な支援判断があった。
○職員育成による職業倫理と人権意識の醸成に課題があった。
○職員の負担感を踏まえた、きめ細かな組織運営が望まれる。
○相互に指摘し改善につなげる組織文化が十分に醸成されず、従来の慣行に依拠した現場運営が継続していた。（再掲）
○職員の実践的な支援力量の向上が急務である。

（６）物理的な環境（ハード面・ソフト面）に問題はなかったか

○職員の専門性や支援力不足を人数で補う現場運営の在り方に問題があった。（再掲）
○職員個人の経験則や実践知に基づき対応する場面が多く生じていたことが、ハード・ソフト両面の問題点である。
○個人の注意・努力に委ねるエラー防止から、ルールや手順・仕組みでのエラー防止への転換が必要である。
○リスク評価に基づく支援管理体制と進捗管理をセットにした仕組みへの転換が必要である。

（７）施設長・主任（サービス管理責任者）・職員の研修、支援技術の向上に関する研修をどうしていれば防げたか。なぜ、古津賀拠点職員研修体系表による研修の取組が今回の事案の抑止とならなかったのか（内容、実効性）

○過去において、職業倫理や人格形成を重視した研修を継続的に実施する機会が十分ではなく、その積み重ねが現在の状況に影響している可能性がある。
○職員の受講姿勢により、動画研修の学習効果と実効面が左右されることが問題だった。
○集合研修とＯＪＴを連動させた人材育成体制が未整備だった。

（８）実際に個別支援計画の作成をどうしていればよかったか、Ａさんの特性が個別支援計画に反映されていたか

○個別支援計画と支援手順の役割に関する理解・共通認識の不足があった。
○Ａさんの障害特性による行為を、支援課題として位置付ける認識が不足していた。
○障害特性による行為に対し、人権・尊厳の視点の弱い個別支援計画となっていた。
○障害特性による行為へのシャワー対応等について、具体的な対応の手順書がなかった。

（９）チーム支援ができなかったのはなぜか

○職員間に建設的な提案や牽制のできる関係性が育まれていなかった。
○相互に指摘し、改善につなげる組織文化が十分に醸成されず、従来の慣行に依拠した現

場運営が継続していた。（再掲）
○研修知識を実践に定着させることのできる現場人材の育成が進まなかった。（再掲）
○倫理観と福祉理念の理解・実践がチームとして未成熟だった。
○集合研修とＯＪＴを連動させた人材育成体制が未整備だった。（再掲）

（10）なぜ、事案発生前からレジデンスわかふじで取り組んでいた「虐待防止のための具体策12」の取組が今回の事案の抑止とならなかったのか（内容、実効性）
○職員らへ改革施策の目的と意義を十分理解させきれていなかったため、主体性に欠け実践での定着に至らなかった。

（11）強度行動障害の状態にある利用者への取組はできていたのか
○職員間で経験則・実践知による支援の暗黙の合意と課題認識にずれがあった。
○本人の尊厳に関わる支援課題であるとの認識を、組織として共有できていなかった。

第３　提言

レジデンスわかふじを含む古津賀拠点では、これまでも虐待防止に向けた研修や各種取組を実施してきた。しかし、それらの取組が存在していたにもかかわらず、利用者の尊厳や人権を著しく損なう重大な事案を防ぐことができなかった。この事実を重く受け止め、本検証では、なぜ既存の取組が十分に機能せず、重大事案の発生を防止できなかったのか、また、どのような組織的課題や支援上の問題が存在し、何が不足していたのかを明らかにすることを重視した。

検証の結果、今回の事案は、特定の職員の判断や行動だけに起因するものではなく、職員の専門性や倫理観、利用者の人権・尊厳に対する認識、リスクを予見・判断する力、支援方法を適切にアセスメントする力などの個人的要因に加え、それらを支える組織的な人材育成、管理方法、情報共有、リスクマネジメント及びガバナンスにも課題があったと考えられる。

注視すべきは、令和６年度から虐待防止や職員育成のための取組が、相当の内容で実施されてきたものの、職員は、当事者感や主体性が十分でなく、取組の実施自体が目的化し、職員の意識・行動の変容や日々の支援の質の向上に十分につながっていなかった面がある。したがって、今後は、制度やルールを整備するだけではなく、それらを現場で確実に機能させる実効性を重視し、「職員の意識・専門性を高めること」と「個人の判断を組織の仕組みによって補完すること」を両輪として改革を進める必要がある。

さらに、施設利用者と職員がともに、安全・安心が確保された環境の下で、心豊かでかけがえのない日常生活を送ることができ、利用者一人ひとりに適切な支援が継続的に提供されることを最優先として、以下のとおり提言する。

１　利用者中心の支援を実現するための支援体制の再構築

（１）基本的姿勢の再確認
○全職員が、利用者一人ひとりの人権と尊厳を尊重する専門職としての責務を改めて認識

し、利用者の生活歴、個別的な背景及び心身の状況を理解する姿勢を常に持つとともに、職務上の経験や既存の認識、思い込みにとらわれることなく、利用者の個別性を踏まえて支援に当たる。

（２）組織的・統一的な支援体制の構築

○個別支援計画・手順書を整備・総点検し、経験則ではなくアセスメント等の根拠に基づく統一的な支援を徹底するとともに、特定の職員による個人対応に依存しないチーム支援体制を構築する。

２　個別リスクに基づく支援管理と危機対応体制の構築

（１）利用者の個別リスクの進捗管理

○利用者ごとの個別リスクを評価・ランク付けし、少なくとも毎月、進捗とリスクの変化を確認・共有し、必要に応じて再評価する。

（２）組織・職員の連携の仕組みの再構築

○通常と異なる対応については、必ず報告・相談・承認を要するルールを整備するとともに、情報共有ツールの活用や引継ぎを徹底し、「これまでの対応で問題ない」「今回も従来どおりの対応でよい」といった思い込みによる見落としを防止する。

（３）ヒヤリハット・事故報告の有効活用の仕組みの構築

○ヒヤリハット・事故報告を幅広く収集・分析し、慣例化した不適切対応や潜在的リスクを早期に発見・是正する仕組みを構築する。

（４）支援の具体的手順・ルールの策定

○障害特性に起因する行為発生後の対応やシャワー室等での見守り基準、利用者の尊厳保護に関する基準など、具体的な対応フローを明文化する。

３　職員の専門性・倫理性を高める人材育成への抜本改革

（１）職員研修体系表の再構築

○研修体系を人権・尊厳・職業倫理を基盤に再構築し、座学中心の受動的研修から対話型・実践型研修へ転換するとともに、集合研修とＯＪＴを連動させる。

（２）職員の評価と多様な育成方法の実施

○職員の専門性・力量・特性を継続的に把握し、個々の課題に応じた育成計画（ＯＪＴ・スーパービジョン等）を策定・進捗管理する。

４　管理監督機能と現場支援体制の強化

（１）管理職による現場監督機能の強化

○施設長・主任（サービス管理責任者）が現場の実態を正確に把握し、施設長・主任（サービス管理責任者）の認識と現場実態との乖離を防ぐとともに、日常的に現場に足を運び信頼関係を構築する。

（２）現場支援体制の強化

○主任と現場職員の間に副主任等の中間的な役割を配置し、チーム支援を徹底することで、

特定の個人に依存しない体制を構築する。

5　率直に指摘し合える組織文化の醸成

○「仲の良さ」だけでなく、リスクや支援方法について建設的に指摘し合える関係性を築き、小さな違和感でもためらわず共有できる風土と、些細なことでも職員から法人へ相談できる窓口を整備する。

6　職員の負担軽減と安全な勤務環境の整備

○人員配置・休憩時間・夜間帯の応援体制を見直し、メンタルヘルスやハラスメント相談体制を整備する。ＩＣＴ・ＡＩ等の活用による効率化は、職員負担の軽減にとどめず、利用者支援の質向上につなげる。

7　虐待防止委員会と法人ガバナンスの強化

（１）虐待防止委員会の強化

○虐待防止委員会の検証機能を強化し、家族代表・第三者等の外部委員の参画を検討する。

（２）外部の専門家からのサポート体制の整備

○外部専門家の助言を施設長・主任（サービス管理責任者）の支援力向上にも活用して、施設長に対して専門的助言を行う人材を外部から確保する。

（３）コンプライアンス委員会の設置

○コンプライアンス規程を整備し、コンプライアンス委員会を通じて職員教育、リスク評価、内部通報制度の運用等を組織的に実施する。

（４）職員の模範となる行為等への評価

○表彰規程に基づき、職員の法人運営への貢献や模範となる行為を適切に評価する取組を進める。

8　第三者評価と地域に開かれた施設づくり

（１）第三者評価の受審

○公正・中立な第三者評価を定期的に受審し、準備段階から現場職員が主体的に関わることで、施設の課題を「自分ごと」として捉える機会とする。

（２）地域に開かれた施設づくりの取組

○「虐待防止のための具体策 12」の進捗を家族・地域に定期的に報告し、ボランティア受入れや他事業所との交流を進め、外部の視点を取り入れる。

9　施設の在り方及び中・長期的な組織改革

（１）レジデンスわかふじの在り方の検討

○利用者・職員双方の安全・安心を第一に、法人レベルで施設規模・組織体制・提供サービスの在り方を検討する。

（２）中・長期的な人材育成の検討

○人事異動等の人材活用策を通じて組織の固定化を防ぐとともに、施設長等の後継者育成を含め、特定の個人に依存しない持続可能な体制を構築する。

これらの取組については、実施すること自体が目的ではなく、利用者の生活の質、支援の安全性、職員の意識・行動、組織文化等にどのような変化が生じたかを定期的に評価し、ＰＤＣＡサイクルにより継続的に改善することが求められる。

また、これらの提言を実効性あるものとするためには、個々の職員に努力を求めるだけでは不十分である。職員一人ひとりが利用者の人権と尊厳を守る専門職として成長するとともに、その判断を支える管理監督、人材育成、チーム支援、情報共有、リスクマネジメント及びガバナンスを組織として整備することが不可欠である。

今回の事案の提言に対する取組を一過性の改善活動で終わらせることなく、職員の意識・行動変容と組織の仕組みの変革を継続的に進めることによって、利用者の人権と尊厳を最優先とし、利用者・家族・地域から信頼される組織へと転換することを強く求める。

おわりに

一条協会からの依頼を受け、５名の外部委員で構成された本委員会は、レジデンスわかふじのシャワー室において意識及び呼吸がない状態で発見され、その後、搬送先の病院で死亡したＡさんについて、計６回、延べ36時間にわたり、施設における対応及び支援の状況を検証し、関係資料の検討及び関係者への聞き取り等を通じて事実関係及び背景要因の把握に努めた。一方で、活動期間、活動時間及び委員会体制等には一定の制約があり、調査には限界がある。本報告書は、こうした制約の下で確認できた事実及び得られた情報に基づき、課題と再発防止に必要な事項を整理したものである。

また、本報告書は再発防止に向けた組織的課題の検証を目的とするものであり、当該職員に対する懲戒処分等の要否については、法人及び関係機関において、別途、適正な手続きに基づき判断されるべき事項である。

本事案は、利用者の生命及び身体の安全はもとより、人権及び尊厳の保障という障害福祉サービスの根幹に関わる極めて重大な事案であった。事案の経過及び対応状況を検証する中で、個々の職員の対応にとどまらず、支援体制、職員間の情報共有、組織としてのリスクマネジメント及び人材育成等についても検討し、再発防止に向けた課題も明らかにした。

提言には、直ちに着手すべき事項と、職員の専門性の向上、人材育成、組織体制の見直しなど、中長期的な取組を要する事項が含まれている。一条協会及びレジデンスわかふじにおいては、これらを実効性のある改善につなげるため、優先順位と実施時期を明確にした改善計画を策定し、実施状況を継続的に検証するとともに、必要に応じて計画を見直すことが重要である。また、外部人材や専門職の活用を含め、持続可能な人材確保・育成の仕組みを構築することが求められる。

本委員会は、一条協会及びレジデンスわかふじにおいては、本報告書の提言を組織全体で共有し、具体的かつ継続的な改善につなげることを強く望む。そして、全ての職員が本事案を深く心に刻み、利用者一人ひとりの人権と尊厳が尊重され、安心して生活できる支援環境を構築するとともに、職員が専門職としての責任と誇りを持って支援に取り組める組織となることを切に願う。

参考資料１　検証委員会開催経過

令和８年５月３日	第１回検証委員会 事案の経過等、現場視察、論点整理等、職員へのヒアリング
令和８年６月 14 日	第２回検証委員会 職員へのヒアリング、当日の問題点
令和８年７月 19 日	第３回検証委員会 当日の問題点、間接的・構造的に関わりのあるその他の課題
令和８年８月 30 日	第４回検証委員会 職員へのヒアリング（２回目）
令和８年９月 12 日	第５回検証委員会 検証報告書案の検討
令和８年 10 月 10 日	第６回検証委員会 検証報告書案及び検証報告書概要版案の取りまとめ

参考資料２　レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会設置要綱及び委員名簿

レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会設置要綱

（設置目的）

第１条　令和８年１月に障害者支援施設レジデンスわかふじで発生した利用者の死亡事例について、事例の検証を行い、今後取り組むべき課題や方策を検討し、再発防止に資することを目的として、レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（検討内容）

第２条　委員会で検討する内容は、次のとおりとする。

（１）　事例の問題点と課題の整理

（２）　取り組むべき課題と再発防止に向けた提言

（３）　前２号に掲げるもののほか、検証の目的に必要と認められること

（委員長）

第３条　委員長は、委員の互選による。

２　委員長は、会務を総理する。

３　委員長に事故あるときは、あらかじめ委員長の指名する者がその職務を代行する。

（会議及び調査）

第４条　委員会の会議（以下「会議」という。）は、委員長が招集し、その議長となる。

２　委員長は、必要があると認めたときは、関係機関及び関係者等を招き、意見を聞くことができる。

３　委員長は、必要があると認めたときは、関係機関及び関係者等への調査を行うことができる。

（秘密の保持）

第５条　委員は正当な理由なく委員会の職務に関して知りえた秘密を漏らしてはならない。

（謝金）

第６条　委員が委員会の職務を行うために、会議その他委員会の職務に従事したときは、別に定めるところにより、謝金を支給する。

２　第４条第２項の規定に基づき、委員長が必要と認めた委員以外の者が、会議その他委員会の職務に従事したときは、委員と同額の謝金を支給する。

（旅費）

第７条　委員が委員会の職務を行うために、会議に出席し、又は旅行をしたときは、旅費を支給する。

２　第４条第２項の規定に基づき、委員長が必要と認めた委員以外の者が、会議に出席したとき

は、該当する者に対して、旅費を支給する。

３　前２項の旅費の額は、一条協会旅費規程の定める額に相当する額とする。ただし、理事長が必要と認めた場合は、必要額を支給することができる。

（事務局）

第８条　委員会の事務を処理するため、社会福祉法人一条協会本部事務局内に委員会事務局を置く。

（その他）

第９条　この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、別に定める。

附　則

この要綱は、令和８年５月３日から施行する。

レジデンスわかふじ利用者死亡事例検証委員会委員

（五十音順、敬称略）

委　員　名	所　属　・役　職　名
井後　浩二	社会福祉法人　徳島県社会福祉事業団 ふらっとＫＯＫＵＦＵ　統括施設長
○石川　俊光	高知県知的障害者福祉協会 会長
◎井上　達男	社会福祉法人　高知県社会福祉協議会 常務理事
岩武　　毅	山口県知的障害者福祉協会 会長
西内　　章	高知県立大学社会福祉学部 教授

◎委員長　　○副委員長