

## 県立施設袖ヶ浦福祉センター（指定管理者：社会福祉事業団） における虐待事件への対応経過について

### 【事案・立入検査の概要】

- 昨年 11 月 26 日に、養育園の利用者が、職員の暴行を受けた後、病院に救急搬送され死亡（3 月 11 日傷害致死容疑で逮捕・31 日起訴）
- これを受け、昨年 12 月から本年 2 月にかけて、計 28 日間、養育園（児童）及び更生園（成人）等に対する立入検査を実施（職員延べ約 350 人を対象）

※ 確認された状況（平成 16 年度から平成 25 年度まで 10 年間）

身体的虐待（暴行）を行った職員	11 人	（被虐待者 17 人）
性的虐待	//	2 人（被虐待者 2 人）
心理的虐待	//	3 人（被虐待者 4 人）
合計（実人数）	虐待者 15 人	被虐待者 23 人

\* 虐待者は延べ 16 人（この他に虐待を行った疑義のある者 3 人）

### 【県から事業団に対する改善勧告の状況】

- 昨年 12 月から本年 2 月まで計 4 回勧告を実施（養育園については、当分の間、新規利用者の受入停止の行政処分も実施）
- 主な勧告の内容は、次のとおり。
  - ・虐待防止のための体制の整備
  - ・職員の人材育成、教育及び意識改革、支援現場の処遇改善
  - ・事故発生時の県への迅速な報告、保護者への説明、情報提供の充実
  - ・幹部の刷新、処分（→事業団において 3 月 25 日に実施）

### 【第三者検証委員会の中間報告（3 月 25 日）概要】

- 1 月 17 日に設置し、3 月にかけて全 6 回開催
- 主な虐待の原因等とそれに関する提言は、次のとおり。
  - 【人材育成、人事配置、研修の不備】
    - ・支援に必要な理念を共有し部下を指導するリーダーの育成、支援の困難性に見合った人員配置、全職員に対する外部研修の実施
  - 【事業団内虐待防止体制の機能不全】
    - ・幹部刷新、虐待防止委員会の機能強化
  - 【外部チェック体制や県のチェック体制の問題】
    - ・外部の相談支援に長けた専門職（パーソナルサポーター）の派遣
    - ・県の監査・モニタリングの強化
  - 【医療支援体制の未整備】
    - ・施設内の医療職（看護師等）と支援員とのコミュニケーション・連携促進
- センターの運営形態である「指定管理者制度」の運用について、可能な限り、第 2 期指定管理期間が満了する平成 27 年度末よりも前に、次期へ切り替えるべき

**千葉県社会福祉事業団による千葉県袖ヶ浦福祉センターにおける  
虐待事件問題、同事業団のあり方及び同センターのあり方について  
(中間報告)【概要】**

平成26年3月

千葉県社会福祉審議会千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会

**1 検証に至る経緯**

千葉県が設置し、千葉県社会福祉事業団（以下、「事業団」という。）が指定管理者として運営する千葉県袖ヶ浦福祉センター（以下、「センター」という。）養育園利用者の死亡事件が発生し、職員による暴行の事実が確認されたため、外部有識者により徹底的に調査し、問題の全容を究明することを目的として、「千葉県社会福祉事業団問題等第三者検証委員会」が設置された。

**2 検証の方法**

- (1) 検証事項の論点として、これまで確認した事実を踏まえ、「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）」を整理した（本編附録1）。
- (2) 「更に検証が必要な事項」ごとに担当委員を定め、各委員が検証した結果を委員会に提出し、更に委員間で検証を深めた。
- (3) 必要に応じ、委員自身が、事業団職員や保護者その他関係者からの聴き取りを行った。

**3 検証経過**

委員会設置からこれまで6回の会議を開催したほか、一部委員による現地調査・関係者からの意見聴取を5回実施するなどして、検証を行った。

**4 中間報告の位置付けと今後の予定**

年度の切り替えに合わせ、事業団における幹部役職員の刷新や、センターの運営を含む同事業団の事業計画の見直し等が予定されており、来年度の体制整備や改善計画等に反映させるため、Ⅰ「なぜ虐待（暴行）が行われていたのか」及びⅡ「なぜ受診が遅れたのか」の各論点に係る調査結果を中心とする「中間報告」を取りまとめた。

なお、遅くとも8月を目処に「最終報告（答申）」を取りまとめる。

**5 センターの当面の運営について**

本中間報告においては、今後の議論に資するよう、運営形態の選択肢（指定期間10年間や非公募方式など）を示したが、いずれを是とするかについては判断していない。しかし、現行の指定管理者制度の運用について、できる限り早期に改善する必要があることから、可能な限り、第2期指定管理期間が満了する平成27年度末よりも前に、次期へ切り替えるべきである。

## 6 県の立入検査による主な事実認定について

### (1) 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月から平成25年11月までに5人の暴行が確認されたほか、平成23年3月頃に別の1人の暴行が確認された。さらに、平成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、平成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(うち1人は平成26年3月11日に傷害致死容疑で逮捕。以下「逮捕者」という。)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、平成23年3月頃に暴行が確認された職員が、平成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、平成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人などの供述によれば、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。

### (2) 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、平成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、また当該職員が行った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。

### （３）施設長等の対応について

平成２３年度において、４人（うち１人は逮捕者）の職員の暴行及び疑義について、養育園第２寮の別の職員が、平成２３年１２月に、上司であるリーダーに報告（通報）し、その後、平成２４年１月に、養育園施設長及びサブマネージャーが、この４人を養育園施設長室に呼び出し事情聴取し、うち２人（うち１人は逮捕者）に関しては、その暴行を確認し、指導した。（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。また、当時の理事長（前理事長）に対しては、「不適切な支援についての調査を行い、問題はなかった」旨、施設長が報告をしていたことが、前理事長の供述から明らかになっている。）

しかしながら、施設長は、この平成２４年１月の指導の後、第２寮の職員に対して、この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おらず、センター長及び前理事長においても、組織的な対策を採っていない。

### （４）更生園第２における虐待について

立入検査で確認された更生園第２における過去の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、事実上の論旨免職となっている。

しかしながら、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。

### （５）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。

## 7 現在までの検証結果（問題点）及びあるべき姿、方向性

### I なぜ虐待（暴行）が行われていたのか。

前項の事実認定及び委員会における検証の結果、虐待（暴行）が行われていた要因及び今後のあるべき姿、方向性について、次のとおり整理した。

#### 1 人材育成や研修、職場環境、職員配置

##### （1）職員の資質や職場環境の問題

虐待（暴行）の原因の一つには、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。

安易に暴行を行うことを繰り返していた支援方法が、何人かの新たに配属された職員に容易に伝達したと考えられる。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。

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。また、自ら外部に暴行を受けたことを訴える能力があると判断できる利用者に対しては暴行を行わず、少なくともこのような状況が2年以上続いており、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。

暴行を行った職員、目撃しながら報告・通報しなかった職員の他にも、一部の職員は、「いかにして問題行動を抑えるか」といった技術ばかりにしか関心・考えが及ばず、支援における基本的な視点・理念、つまり「いかにして利用者にとって相応しい支援を行うべきか」といったものが不足していたため、問題行動を抑えるために力を伴う不適切な支援を行うといったリスクを常に持っていたものと考えられる。

一方で、法人内では、強度行動障害者支援に関する意欲的な事例報告を行うなど、高度な意識・支援技術を有する職員もおり、職員間の格差が認められた。これらのことから、法人内の職員が、施設（寮）を超えて相互に学び合い、意見交換し、ノウハウを共有できる仕組み・雰囲気が出ていたと考えられる。

また、職員個人が支援現場における課題や悩みを抱え込まず、施設（寮）内で、あるいは施設（寮）を超えて、相談・協力し合える職場環境が築かれていなかったと言える。

## (2) 職員配置の問題

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、職員配置が薄かった。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。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。

センター全体の職員数は、全体としては法令上の基準を大きく上回っているが、各寮の業務・支援内容や時間帯、利用者の生活スケジュールに応じて、その場面場面で適切な人員配置がなされていたとは言い難い。

### 【今後のあるべき姿、方向性】

①利用者一人ひとりに対し、その人にとって最も相応しい支援を行う、といった、支援に当たって必要な基本的な視点・理念を共有し、部下を指導できる管理者・リーダーを育成する。

また、管理者・リーダーは、随時、職員同士が意見交換でき、相談・協力し合える職場の環境・文化を醸成する。

さらに、職員一人ひとりの資質や能力・個性が生かされるような人材育成を基本とする人事管理システムとするなど、仕事・支援に対するモチベーションが高まる職場づくりを進める。

②各施設（寮）の特性や支援内容、業務の困難性・時間帯等に見合った、職員数の確保や支援スキルのある職員の配置を行う。

③若手職員も含め、福祉職として自信が持て、また研修の目的が自覚できるような、実効性のある研修体系の構築・プログラムの充実を図り、全職員が必要な研修を受講し、その効果を全職員に浸透させる。上司は、対話や意見交換等を通じて、部下に効果が浸透しているか常時確認する。

④行動障害等の支援に当たって、個人が孤立し悩みを抱え込まないよう、年齢・経験年数など多様な職員から成るチームを編成し、柔軟性・弾力性を持つて行う。

## 2 幹部の管理体制、虐待防止体制・事故等に関する情報共有

### (1) 幹部の資質・能力、管理体制の問題

事業団幹部は、平成24年1月に、養育園第2寮における暴行に関する情報を一部得ていたものの、必要な対策を採らなかった。このとき暴行を行った職員の中には、平成25年11月の暴行による傷害致死容疑で平成26年3月に逮捕された者も含まれている。つまり当時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。

また、幹部は支援現場にほとんど足を運ばず、職員との意思疎通や業務実態の把握も不十分であった。このため、職員配置の問題も放置され、また、一部幹部は虐待や疑義について「なるべく相談・報告しないようにしよう」という雰囲気蔓延させるなど、事業団における虐待防止体制が機能不全に陥ったと考えられる。

これらのことから、死亡事件に至る今回の一連の虐待問題に係る幹部の責任は重大である。(各人の責任については本編参照)

更生園においても暴行が確認されたが、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、つまり、虐待という重大な事故に組織を挙げて取り組もうとする意思がなかったと言わざるを得ない。

### (2) 虐待防止体制の整備・運用の問題

事業団においては、職員に対し虐待防止・権利擁護に関する研修を実施するとともに、虐待防止委員会を設置するなど、形の上では虐待防止体制を整備していた。

また、一部の職員は障害特性や行動障害のみならず、権利擁護についての理解が不足しており、幹部職員も、虐待防止に向け具体的な対策を採ろうとする意識が欠けていた。

虐待防止委員会には虐待や不適切な支援に関する案件は報告されず、事実上、機能していなかった。

### (3) 事故等に関する情報共有の問題

虐待の未然防止の観点から、不適切な対応や事故（ヒヤリハット含む）の段階で問題点を検証し、改善することも必要であるが、事故等の集計報告は一部あったものの、職員間で討議・報告を行う機会がとても十分ではなかった。

また、県や外部委員会・外部評価機関に対しても、虐待事案は報告されておらず、保護者会への情報提供も不十分で、その活性化にも非協力的であったために、会も機能していないなど、外部の視点・評価を適正に受けようという姿勢は見られなかった。

### 【今後のあるべき姿、方向性】

- ①幹部は、行動障害等の支援に精通した者とし、職員に対し率先して改革に取り組む姿勢を示しながら、部下を育成・指導し、現場の改善意識の醸成に努める。
- ②外部講師による研修を実施し、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。
- ③上司による部下に対する指導等を通じて、適切な支援方法を共有し、特に経験年数が短い職員に対し、行動障害への支援や虐待防止に係る教育を徹底し、改善意識を共有する。
- ④虐待は、「あってはならない」「してはならない」。しかし、不幸にして起きてしまった場合は、問題を起こした職員を含めて、当該利用者に適合した適切な支援は何かを組織で共有しつつ、その支援のあり方を再検討し、場合によっては当該職員自身も再度自信を持って支援ができるよう再教育し、その成果が認められれば、セカンドチャンスを与えることも考える。
- ⑤事故やヒヤリハット後には、その原因究明と再発防止策をチーム全体で考え、日々の支援や環境整備に生かす。また理事会へも報告・共有し、再発防止策を協議する。
- ⑥有効性が乏しい既存制度については、問題ケースについて職員間で具体的な討議ができる実効性のある運用へと改善する。他方、支援の質の向上にさほど影響しないと考えられる記録や会議の簡素化を図り、施設等で求められる本来業務に全力で取り組める職員集団を育成することを目指した管理を行う。
- ⑦保護者、関係機関や外部の専門職との連携を強め、より開放的な体制へ変えていく。



### 3 外部チェック体制、県のチェック体制

苦情処理、福祉サービスの第三者評価、指定管理者の運営状況評価（例月調査、年次評価、外部有識者による第三者評価等）、県の指導監査など、外部による、また県による様々なチェック体制については、整備はされているが、事業団が提出した書類や説明のみに依拠して評価・判断されており、その書類等が施設の運営実態を正確に反映していないことから、外部チェック体制や県のチェック体制は実質的に機能していなかった。

また、外部委員や県において、利用者の生活実態などを独自に把握し、評価・判断する姿勢が乏しかった。

#### 【今後のあるべき姿、方向性】

- ①指定管理者の第三者評価において、外部委員は現場に入り、支援の実態を確認するなど、既存制度の適正な運用を強化する。
- ②県は、既存制度の頻度や運用を改善し、報告を積極的かつ具体的に求めるなど監査・モニタリングを強化する。
- ③県は、利用者一人ひとりに対して、外部から相談支援に長けた専門職（パーソナルサポーター）を派遣し、支援記録の確認や利用者本人との面談等を通して、利用者に最適な支援が行われているか、また施設の運営状況が改善されているか確認し、必要に応じ改善提案を行う。
- ④県は、支援関係者が参加する連絡会議を開催し、また、パーソナルサポーターからの報告を受け、支援状況や運営実態を独自に把握し、当面、第三者検証委員会にスーパーバイズ機能も担わせながら、指導監督を行う。

## Ⅱ なぜ受診が遅れたのか。(今回の死亡事件関係)

今回の死亡事件について、早い段階で受診させていれば、命は助かったのではないかという問題意識の下、死亡原因について調査を行った結果、職員は通常より頻繁に検温を行うなど、救急搬送の前日から異常を感じていたにもかかわらず、その障害の特性から受診すべきか判断しかねており、センター内に常勤医や看護師がいるのに受診すべきかどうか相談していなかったことが確認された。

これらを踏まえ、受診が遅れた要因及び今後のあるべき姿、方向性について、次のとおり整理した。

### 1 医療支援体制の問題

養育園では、看護師は基本的に診療室にいて外来業務を行う体制になっており、園には常駐していなかった。したがって、医療職が園の利用者の日常的健康状態について十分把握していなかった。

また、障害によっては、その特性から体調の変化が分かりにくい場合があり、支援者に障害に関する知識・医療的知識が求められるが、投薬管理も含めて支援現場と診療室とのコミュニケーションが十分でなく、相談しやすい環境とは言えず、その結果、養育園の支援員では必要な受診の判断ができなかったと考察される。

### 2 職員間の情報共有の問題

利用者の健康状態を正確に把握するためには、支援員相互の情報共有も重要であるが、事故の報告方法について、養育園ではルールすらなかった。

また、問題行動に関する記録が中心となっており、利用者が普段どのような生活を送っているか、支援者がどう対応しているのかについての記録は不十分であることから、利用者個々の状態並びに支援者の対応業務の実態について把握・情報共有が行われにくかった。

#### 【今後のあるべき姿、方向性】

- ①支援職員の障害に関する知識、医療的知識の向上を図るとともに、日常的に、施設内の医療職と支援員とのコミュニケーションを促進し、支援員が受診（診療室及び外部受診双方）に関して相談しやすい環境を整え、必要時に速やかに受診する体制を作る。
- ②必要時に相談・連携の上、速やかに受診できるよう、日頃から外部医療機関との連携を強化しておく。
- ③一度に複数の利用者に対して医療的支援を要する場合であっても、一人の職員で抱え込まず、相互に応援できる勤務体制及び相談連絡体制を築く。
- ④職員の応援体制、必要な人員配置が行われるよう、人事配置権者の幹部職員は、日頃から現場に入り、現場の状況とそのニーズについて自ら確認する。
- ⑤班会議等において、日常の活動・言動も含めた利用者個人の情報について、記録も含め共有し、また記録には記名し、利用者本人の「暮らし」をどのようにしたらいいかといった視点で、多面的なアプローチを行い、日々点検する。

### Ⅲ 事件後の対応は適切か。

民間施設で今回のような虐待事件が起これば、早急に利用者を家庭や他の施設に移し、施設は閉鎖に追い込まれると考えることが自然である。しかしながら、強度行動障害があるなど手厚い支援が必要であることを理由として、民間施設では支援が困難と判断される利用者への支援に特化してきたという県立施設の特長があり、県によれば、家族からの転所の希望はなく、また、県において県内施設に打診したところ、利用者の受入先はなかったとのことである。この点、緊急時の対応という側面は否定しないが、県がより積極的な対応を図ることができなかったのか、なお検証が必要である。

当面の事態として転所が行えないため、更生園の支援技術の高い職員を養育園第2寮に配置するとともに、事件発覚直後に、県の依頼により千葉県知的障害者福祉協会から8名（当初6名）の応援職員の派遣を受け、利用者の適正な処遇の確保が図られた。

また、児童相談所及び市町村の担当者が、養育園及び更生園の利用者と面談して現在の生活状況や健康状態を中心に本人から聴取し、全体として、今回の虐待事件の影響は見られていないと県は判断したこと、特別支援学校に通っている利用者に対しては、学校においても心のケアを行うことについて、障害福祉担当部局から教育担当部局へ依頼したことが報告されている。ただし、特に、暴行の被害を受けたり、その場面を見ながら生活することを余儀なくされていた養育園第2寮の利用者本人に対しては、さらに何らかの形での謝罪も含めた特別な心のケアが本来必要と考えられるが、今のところ十分な対応が行われたとは認められない。

このほか、事業団において、保護者説明会が数回開催されているものの、事業団に、保護者が報道される度に抱える不安をその都度解消するために、連絡を受ける前に自ら説明しようという姿勢や、保護者から改善提案を募った上で、現場を改善しようという積極的姿勢は見られなかったと評価せざるを得ない。県によれば、県から事業団に対しては、事件発覚直後から再三、保護者説明会等を通じた保護者への情報提供を充実するよう指導（迫って文書勧告）し、また差し当たって事業団が開催した保護者説明会に同席して意見を聴き、また、立入検査が完了し一定の検証がなされた後に、県からも直接保護者への説明を開始したと委員会に報告されている。

事業団において、県の勧告・指導を受けてからは、現場の一定の改善が見られてきているが、事件直後の保護者への速やかな情報提供等の対応は十分とは言えず、また、県立施設である以上、県も踏み込んでその対応を進捗管理すべきであったと評価せざるを得ない。

#### Ⅳ センターは今後どうあるべきか。

今回の虐待事件に関し、障害福祉に係る１２団体から１５件の要望書や声明文等が県に対して提出され、主な内容は、真相・原因の究明、暴行を行った職員はもとより管理者も含めた責任の追及、被害者の救済、抜本的な再発防止策の措置、県の責任の明確化等であることが、県から報告された。

委員会においては、前述のとおり、虐待（暴行）の原因として、職員個人の資質の問題はもとより、事業団幹部の管理監督責任や事業団の運営体制上の問題等について指摘し、再発防止に向け、当面の運営改善策や、外部チェック体制・県のチェック体制の整備・強化に係る対策について提案した。

県立施設の設置者としての県の責任については、県が、千葉県障害福祉施策の推進に当たってセンターをどのように位置付け、その施策・方針の達成に向けて、どのように進捗管理していたか（その際には、センターの管理運営を委託する事業団に対して、県が十分に指導監督してきたか、ということも含まれる。）、ということも含めた検証が必要である。

センターにおける地域資源との連携や地域移行、保護者支援に向けた取り組みも含め、県が示した「あり方（役割や事業内容）」が実現されたのか、今後どうあるべきか、県内の様々な関係者の意見を聴きながら検討する必要があるが、県の責任の明確化も含め、この問題については詳細な調査・検証を要するため、最終報告（答申）において示すこととしたい。

また、上記のとおり「あり方」の提示に加え、平成１８年度の指定管理者制度の導入に向け、人件費や職員の削減が図られた。その際に中堅職員が大量に退職し、非正規職員比率が一時的に増えたが、この時点でいったん、一部職員に対する指導・教育・管理が甘くなり、サービスの質に影響を与えたことは否定できない。他方、人件費については、従前が手厚すぎた面があり、削減の方向性は間違っていなかったと考えられ、削減後においても、他の施設と比べて低い水準ではない。

指定管理者制度の導入や、その後の運用が、事業団・センターの運営に与えた影響についても、更に検証が必要である。

センターの「あり方」に最も相応しい運営形態については、今後の議論に資するよう、別表のとおり、現行制度との比較が可能となるよう、形態別のメリット・デメリット等を整理した。なお、これはあくまで整理であり、委員会として形態の優劣を現状において判断しているものではない。