

虐待を「わがこと」とし、 風通しのよい組織を目指して

～当法人のグループホームで起きた
傷害事件への対応より～

社会福祉法人愛光園

知的障がい福祉部長 青山 誠



1. 事件の経過とその概要について



(1) 当法人の運営するグループホーム

- ① 知多北部（東浦町、阿久比町、大府市、知多市）
に17ホームを運営
- ② 1ホームあたりの定員は4～7名、合計99名
- ③ 職員数83名（正規職員30名、非常勤53名）
- ④ 利用者は日中に別の福祉サービスを通所利用したり
障がい者雇用等により就労し通勤している
- ⑤ 日常生活がほぼ自立している方から重症心身障がい
者まで利用者像は幅広い状況

(2) 経過 (その1)

<2020年>

12月4日 元職員逮捕 (2010~12年、2014~20年7月在職)
記者会見開催 (2日連続、以降連日各社取材あり)

<2021年>

1月11日 臨時理事会にて第三者検証委員会設置 (弁護士、
大学教授、当事者団体役員、事業者団体役員の構成)

1月14日 2件目逮捕

1月27日 第1回第三者検証委員会開催

翌年3月24日まで16回開催

2月3日 起訴

3月9日 3件目逮捕 (不起訴)

経過（その2）

<2021年つづき>

- 6月25日 新理事選任、理事長交代
- 9月30日 元職員に対して懲役2年4か月の実刑判決
- 10月30日 法人・事業所に行政処分
(当該事業所に対して3か月間新規受け入れ停止)
- 11月12日 4件目逮捕（不起訴）

<2022年>

- 3月30日 第三者検証委員会による検証報告書・提言の受け渡し
- 3月31日 関係役職員を懲戒等による処分
- 4月 県関係部局・関係市町首長他への謝罪報告
利用者家族向け・職員向け説明会（4回、一部リモート）
- 5月20日 東浦町文化センターにて説明報告会（参加者115名）

逮捕容疑の概要（その1）

① 2020年12月4日 傷害容疑で元職員の逮捕

2019年7月24日から25日にかけて、グループホームにて男性利用者Aさんに対し、下腹部を蹴り、穿孔性腹膜炎と敗血症ショックにより7月25日から9月24日まで2か月の入院加療を要する傷害を負わせた。 懲役2年4カ月の実刑判決（現在服役中）

② 2021年1月14日 傷害容疑で2件目の逮捕

2020年4月13日、朝の支援に入っていた元職員が男性利用者Bさんの両腕を自身の両手で掴みながら右足で前蹴りを1回行い、加療1か月を要する陰嚢内血腫を負わせた。 懲役2年4カ月の実刑判決（現在服役中）

(2) 逮捕容疑の概要 (その2)

③ 2021年3月9日 傷害容疑で3件目の逮捕

2019年8月29日、男性利用者Cさんに対し、腹部を蹴る暴行を加え、同日から同年11月26日までの入院加療を要する小腸断裂による穿孔性腹膜炎及び敗血症ショックの怪我を負わせた疑い。 **不起訴処分**

④ 2021年11月12日 傷害致死容疑で4件目の逮捕

2019年3月6日から7日までの間、男性利用者Dさんに対し、腹部を蹴る暴行を加えて小腸穿孔のケガを負わせ、同月8日午前11時25分ごろ、搬送先病院において、前記ケガにより急性汎発性腹膜炎により死亡させた疑い。
不起訴処分←検察審査会へご家族による申し立てR4.6.3

2. 第三者検証委員会について



(1) 第三者検証委員会の構成と開催期間の状況

① 委員会の構成メンバー

- ・ 弁護士、大学教授、当事者団体役員、事業者団体役員
の4名で構成 その他事務局として法人から3名参加

② 委員会の開催期間等

- ・ 2021年1月27日 **第1回目の委員会開催**

翌年3月24日まで**16回開催**

- ・ **2022年3月30日**

第三者検証委員会による**検証報告書・提言**の受け渡し

→検証報告書は愛光園のホームページに全文がアップされています

(2) 第三者検証委員会による調査・検証内容

① 法人・事業所の運営状況の確認

- ・ 日常の管理体制、入所者の処遇記録と申し送り、事故報告・通院報告
- ・ 虐待および不適切な事案発生時の対応
- ・ 法人の運営体制、役職員の職務内容、情報伝達と共有の仕組み
- ・ 職員の採用と研修の状況

② 関係職員のヒアリング 対象11名

- ・ グループホームの担当職員、入所者が併用する事業所の従事者
- ・ 法人の幹部職員・役職者

③ 全職員を対象にしたアンケート 対象475名

- ・ 虐待及び不適切な関わりの実態について
- ・ 権利擁護に関する意識
- ・ 組織風土に関すること

(3) 第三者検証委員会の再発防止策の提言（その1）

(1) 下記の点をふまえ、虐待（不適切な支援）の早期発見と迅速かつ実質的な対応を実現する虐待対応体制を速やかに構築すること

- ① 利用者に外傷が生じるような傷害があった場合、また、外傷はなく内臓疾患の可能性が考えられる事案であっても、これまでにない症状があり、虐待の可能性を否定できない場合は、法令に基づく「事故等報告書」を県や市町村に速やかに提出するとともに、事業所内部での対応ではなく法人本部と情報共有をして対応を検討する体制とすること
- ② 虐待について見識のある医師や専門職からセカンドオピニオンを得ることができる体制を構築し、必要に応じて法人外の第三者の目が入る委員会等の検討体制を構築すること
- ③ 他の事業所の問題であっても虐待の可能性があると考えられる事案については、職員から法人本部に情報を提供しやすい体制を整えること

(3) 第三者検証委員会の再発防止策の提言（その2）

(2) 下記の点をふまえ職員の資質を適切に把握するための人事体制のあり方を検討するとともに、虐待に対する職員の意識向上のための研修を充実すること

- ① 職員との定期面接時等においては、虐待につながる事情の有無も念頭におくなどして、**職員の状況や資質について**、事業所という小さい単位ではなく、**客観的に評価**できる体制を整えること
- ② 虐待防止のためには、職員全体が虐待に対して、より敏感になる必要があり、そのためには一部の**正規職員**だけでなく、WEB研修なども活用して**非常勤職員や経験の浅い職員**に対しても**研修**の受講機会を確保すること

(3) 第三者検証委員会の再発防止策の提言 (その3)

(3) 下記の点をふまえ、事業所間、職種間でできる限り情報を共有し、コミュニケーションをとることのできる体制を構築すること

- ① 少なくとも正規職員（正規職員でない管理者やサービス提供責任者を含む。）についてはできる限り**定期的な人事異動**を行い、同じ職員が同一事業所に長期間にわたり固定化することのないようにすること。
- ② 事業所の枠を超えて職員が**意見を述べる**ことができる体制を作り、職員から出された意見については**適時適切にフィードバック**すること。

3. 管理職による事件の振り返りと 「組織再生プロジェクト」の報告

(1) 私たちは、なぜ虐待の可能性を疑えなかったのか？

(2) 事件が起きた組織的要因と対応



管理職の振り返りによる反省点

虐待通報に基づく行政による調査に限界がある中で、虐待認定されなかったことを受け、自らの組織として適切な対応を怠った

- (1) 行政からの虐待調査への受け止めが軽薄であった
- (2) 内部調査の徹底不足と怠慢（当事者意識の欠落）
- (3) 被害者保護を優先する意識の欠如
- (4) 事故検証において他部署からの指摘を軽視
- (5) 理事会の軽視、外部視点を求める意識の欠如

(1) 私たちはなぜ虐待の可能性を考えなかったのか

① 情報の鵜呑み・正常性バイアス（偏り）

- ・ 40～60代の知的障がい者の死亡率が高い傾向にあるとのデータが会議で示され、その情報を鵜呑みにした。
- ・ 利用者の多くが服薬していることから、その副作用の影響だと都合のいい解釈に偏っていた。

② 情報の制限

- ・ 逮捕直前まで警察から法人に対して、被疑者本人に知られないよう強い情報制限がかけられていた。管理者の中でも捜査状況を知る者は限られていた。

(1) 私たちはなぜ虐待の可能性を考えなかったのか

③ 俯瞰的な視点の欠如

・ 事件にかかわる度重なる被害者の救急搬送の情報を、バラバラの情報として捉えており、時系列で追ってみるなど俯瞰的な視点で見ることができず、虐待を疑うことができなかつた。

④ 気づきの共有ができない

・ 被害にあったご利用者が、元職員の勤務の時には部屋から出てこない等に気づいていた者もいたが、管理者は把握できていなかった。などなど・・・あれっと思ったことが共有されていない。

(1) 私たちはなぜ虐待の可能性を考えなかったのか

⑤ 「愛光園ブランド」という驕りと甘え

(管理職の事件の振り返りから、内省の言葉を抜粋)

* 「本人主体」や「権利擁護」を自分も周囲も当然のこととしてやっているつもりになっていたが、自分たちの仕事そのものが権利侵害を起こす可能性があるという認識が弱かった。

* 自分たちは基本的に性善説、「みんないい人」が根底にあった。人は弱く環境次第ではどちらにも振れてしまうという基本を踏まえ「疑ってみる」視点に欠けていた。

* 理念の継承を創設者に頼り切り、管理者自身で伝えてこれただろうか。

* 等々…

(2) 事件が起きた組織要因と対応

① 会議体の課題について

・ 運営会議（施設長会議）は管理者15名となっており、報告中心で議論できる場となっていなかった。結論が出せないことや課題の積み残しがみられた。

対応

・ 運営会議は議論の会議と報告の会議を分けて月2回開催し、会議体の改善策を実行した。不適切行為事案・事故・苦情についてもリアルタイムに共有されるようにした。

(2) 事件が起きた組織要因と対応

② 事故報告の課題について

- ・ 事故内容が事業所内・事業所間で共有されていない。
- ・ 痣やケガが、原因不明のまま報告書が作成される、再発防止策が多職種間で検討されていない。

対応

・ 事故報告書の様式を改訂。事故の経過をしっかりと追い、複数職員で要因分析を行い、事故の再発防止策をたてるようにし改善を図った。同様の事故が続く場合には、行政や相談支援者も交えてケア会議を行うようにした。

→新たな課題が発生？

(2) 事件が起きた組織要因と対応

③ 管理者の課題について

- ・ 人手不足の現場の一員として動き、やるべきマネジメントができていなかった。
- ・ 初期対応の甘さ。小さな不適切事案に対して注意・指導を怠ったがゆえに、大きな虐待事案に発展したと考えられる。

対応

- ・ 管理職の人間力が問われているとの認識。管理職の人間力向上のための研修の場を設置した。ご利用者の安心安全を第一義と考え、理念と実践を結びつけて語り伝えることができる管理者を目指す。

(2) 事件が起きた組織要因と対応

④ コミュニケーションの課題について

・他の部署や事業所で起きていることについて、**自事業所の課題でもあるとの認識が薄く、遠慮から指摘し合う習慣に欠けていた。などなど・・・**

対応

・職員からの意見や要望について、**敏速に対応し放置しない。サービス管理責任者や現場リーダーのコミュニケーションスキルや現場での支援スキルを上げるための横断的な会議や研修を継続的に実施する。**

(2) 事件が起きた組織要因と対応

⑤ 採用の課題について

- ・ 逮捕された元職員には、以前の在籍中に高圧的な言動があったことを知る職員からは、なぜ再び雇用されたのか疑問視する声があった。

対応

- ・ 採用時の留意事項や情報共有のあり方、職員の客観的な勤務評価の仕組みなどの課題については、引き続き検討していく。

4. 第三者検証委員会の提言を含めた法人としてのその他の取り組み



(1) 虐待防止委員会と虐待防止推進会議の設置について

- ① 「虐待防止の指針」を策定(2021年4月)
- ② 法人各事業所に虐待防止委員会を設置(2021年4月)
 - ・ 委員会を年2回定時開催
 - ・ 委員に苦情解決第三者委員、利用者家族の代表、他事業所長や他法人職員などの外部の視点を入れる
 - ・ 不適切事案の発生時は臨時に委員会を開催
- ③ 虐待防止推進会議を設置(2021年4月)
 - ・ 各事業所の虐待防止マネージャーが参加
 - ・ 全職員向け虐待防止研修の実施確認
 - ・ 虐待防止チェックリスト施行の進捗管理
 - ・ 不適切事案の検証

(2) 虐待対応の流れの再確認と徹底について

* 法人共通の虐待対応フローチャートを作成

- ・ 迷わず通報を徹底
- ・ 職員個々の通報義務の認識徹底
- ・ 不適切事案発生時に法人倫理委員会開催
- ・ 運用しながら改訂
- ・ 事故や苦情の中からも不適切事案があがる
- ・ 通報件数（相談を含む）は以前より増加した
通報相談の増加にも、市町の理解のもと
協力して検証検討する機会となっている

(3)研修・人財育成について

- ・ 虐待防止研修を全職員対象に実施
- ・ アンガーマネジメント研修を全職員対象に実施
- ・ 入職者研修の充実

法人の基本理念と虐待防止について学ぶ機会

職種を問わず、すべての中途採用職員対象

- ・ 権利擁護リーダー研修、木鶏会

権利擁護、人間観・福祉観についての学びの機会

管理職、監督層、リーダーを対象

(4) 誓いの日の制定について

* 毎年12月権利擁護週間の月曜日を「誓いの日」と制定

- ・被害に遭われた方たちの痛みと家族関係者の悲しみを語り継ぎ、法人全体で再発防止を誓う
- ・各事業所において「誓いの言葉」（理事長メッセージ）を読み事件を振り返り、職員一人ひとりが私事として捉え、二度と起こさないと決意する

(5) 人事異動について(提言を受けての対応)

- ・ 人財不足や事業所の運営上の理由で実際に異動しているのは少数にとどまっていた
- ・ 異動を通して人財育成、コミュニケーションの活性化を図る
- ・ 淀みを無くし新しい風を送り込むことができるよう計画的に人事異動を行う

(6)セカンドオピニオンについて(提言を受けての対応)

- ・ 事業所の嘱託医や連携をとる医師に相談し、意見を求め、各市町の虐待防止センター等の行政機関にも相談をする。
- ・ 今後も虐待の疑いがある事案については、事業所任せにせず法人（本部）が主体的に関わり、専門家からのアドバイスを活かして虐待の可能性について検討していく。
→有効に機能し始めている。

(7)グループホームでの取り組みについて(その1)

＜事件後の事業所の取り組みとして＞

- ・ **管理者が各ホームを巡回**し、入所者の意見等を個別に聴き取り、また世話人等職員の意見を聴き取る。

聴き取りから課題を早期に把握できるようにコミュニケーションを図る。

- ・ 事業所独自の**セルフチェック**（職員自己点検チェック・職員満足度アンケートなど）を実施し、効果測定を行いながら権利擁護意識の向上を図る。

(7)グループホームでの取り組みについて(その2)

<事件後の事業所の取り組みとして>

- ・ **防犯カメラ等見守りシステム設置**の検討を行った。原因不明の痣やケガが続くなどの場合は有目的・有期限での活用をご家族・相談員・行政機関など交えたケア会議で検討し導入する。

- ・ 職員の支援体制の強化については、**他法人と連携して対策の検討を協議する場**を設ける。

5. まとめ



(1) 通報しないで済ませたら

- ・事業所の中で抱え込んでいる内に、虐待がエスカレートします。
- ・通報しなかったことがバレるので、通報できなくなります。
- ・良心的な職員は、不信感を抱いて辞めて通報します。
- ・虐待がエスカレートし、利用者に取り返しのない被害を与えてしまいます。
- ・行政と警察が介入します。
- ・通報しなかったことは、「悪質な隠蔽」とみなされ、厳しく処分されます。

(国の研修資料より)

(2) 通報は、すべての人を救う

- ・ **利用者**の被害を最小限で食い止めることができる。
- ・ **職員**の処分や刑事責任、民事責任を最小限で留めることができる。
- ・ **理事長、施設長**など責任者への処分、民事責任、道義的責任を最小限で留めることができる。
- ・ **施設、法人**に対する行政責任、民事責任、道義的責任を最小限で留めることができる。

(国の研修資料より)

(3) 組織はどう変わったのか？

傷害事件後の当法人から市町村への通報相談件数は21件

→内8件の虐待認定あり

仕組みは大事 **意識がもっと大事**

- 支援の質を徹底して上げる取り組み
- 初期対応が大事であり、怠らない
- 虐待防止のコツは、コツコツ

組織はどう変わったのか？

仕組みが整ったところであり、やり続けることが重要

→その答えは、ご利用者や地域の方々が決めてくださること

(4) まとめのことばに変えて

2022.04.25 月曜ミーティング (第53話) より
「私が変わらねば」