

第1章 前提事実

第1節 調査の概要

第1 当委員会の概要

1 当委員会設置の経緯

2024年3月4日、社会福祉法人光生会（以下、「本法人」という。）が運営している障害者支援施設の岸和田光生療護園新館（以下、「本施設」という。）において、利用者 A 氏が昼食後に突然亡くなるという件が発生した。A 氏の死因については、A 氏が亡くなる際に連絡を受けて来た施設の嘱託医の診断では、直接的な死因は脳内出血であろうと診断されたが、その原因は明らかでなかったところ、後日、A 氏の家族から、2 か月前に生じた転倒事故が亡くなった原因ではないか、また、A 氏の体重減少について施設側の対応に問題があったのではないかと疑義が寄せられた。そこで、本法人において内部調査を開始したところ、施設に設置されていた監視カメラの映像により、A 氏が亡くなる直前に行われていた A 氏の昼食介助やバイタル測定の際に、職員 L 氏が A 氏に対して暴行をふるっていたことが明らかになった。そのことを受けて、2024年3月15日、本法人は、岸和田警察署に暴行事件の申告をし、警察による捜査が行われることとなったが、同月17日、本法人は、L 氏が死亡したことを警察から知らされた。本法人は、同月18日に所管の広域事業者指導課と岸和田市障害福祉課に報告を行い、同月22日、大阪府に報告を行った。

その後、警察による捜査が進められる中で、2024年4月12日、関西テレビで本件に関する報道がなされた。そして、同年4月25日、本施設で勤務していた職員 N 氏、O 氏、P 氏の3名が警察に逮捕され、同月27日、同じく職員 M 氏が逮捕されることとなった。同職員らは起訴され、同職員らが A 氏だけでなく、利用者 B 氏、C 氏、D 氏に対しても暴行をふるっていたことが明らかになった。また、職員 Q 氏も利用者に暴行をふるっていたことが明らかになったが、Q 氏は逮捕勾留はされず、いわゆる在宅の状態で見解を述べられた。

以上のような経緯の中で、2024年4月18日、本法人は、第三者委員会を設置することを決定し、同年6月6日、各第三者委員の委嘱がなされた。

2 当委員会の設置目的及び調査対象

当委員会が設置された目的は、本施設における、職員の、A氏その他利用者に対する虐待事案の調査と、再発防止策の提言である。

3 当委員会の構成

当委員会の委員は以下のとおりである（50音順）。

高江俊名（弁護士）

田村満子（社会福祉士）

百井幹雄（弁護士・看護師）

委員は、いずれも、本法人との間に何らの利害関係も有していない。

4 当委員会の活動指針

当委員会は、日本弁護士連合会が策定している「事業者による高齢者・障害者に対する虐待検証のための第三者委員会ガイドライン」（以下、「ガイドライン」という。）を指針として活動を行うことを前提に設置された。

ガイドラインは、第三者委員会は、社会福祉事業者等の利用者、その家族、地域住民及び関係各機関等ひいては国民を含む全てのステークホルダー（利害関係者）のために調査を実施し、その結果及び再発防止策を公表するものとしている。第三者委員会は、依頼の形式にかかわらず、社会福祉事業者等から独立した立場で、上記ステークホルダーのために、中立・公正で客観的な調査を行うものである。社会福祉事業者等は、第三者委員会から提出された調査報告書を、原則として、遅滞なく、ステークホルダーに対して開示するとされている。

第2 当委員会が実施した調査の方法

1 調査の方法

当委員会は、以下の方法で調査を行った。

(1) 現地調査

本施設の状況について、現地で確認をした。

また、職員や利用者に対するヒアリングを実施する際に、本法人が運営している他の施設の一部についても状況を現地で確認した。

(2) 本法人の資料の内容確認

本法人において作成されている関連資料の内容を確認した。確認した資料は、別紙2の確認資料一覧のとおりである。

(3) 監視カメラの録画映像の視聴

本施設の2階に設置されていた監視カメラの録画映像のうち、本法人に残って

いた2024年3月2日から同月4日までの3日間分の映像の提供を受け、視聴した。

上記の監視カメラの録画映像は、本来であれば、約1か月前までの映像が保存されているが、本件では、本法人の説明によれば、2024年3月15日に本法人から警察に暴行事件の申告がなされたことを受けて警察が捜査に入り、警察が録画映像のコピーを行っていた期間中に過去の映像が消去されていった結果、警察による録画映像のコピーが完了したときには前記の3日分の映像しか残っていない状態となったとのことである。

(4) 刑事裁判の傍聴及び謄写が許可された刑事裁判記録の内容確認

M氏、N氏、O氏、P氏の刑事裁判を傍聴した。

また、刑事裁判の終了後に同氏らの刑事裁判記録の謄写を申請し、許可された範囲でその内容を確認した。

M氏らの刑事裁判では、前記(3)の監視カメラの録画映像で確認された暴行行為が公訴事実とされており、公訴事実とされた暴行行為は、2024年2月21日以降のものとなっている。

O氏とP氏については、暴行の場面が記録された監視カメラ映像の動画が刑事裁判で証拠請求されて取り調べられ、その動画の謄写が許可されたため、暴行の場面を動画映像で確認することができたが、M氏とN氏については、刑事裁判において、監視カメラ映像から切り出した静止画をもとにした捜査報告書の取調べがなされ、動画映像の取調べはなされなかったため、暴行の場面を動画映像で確認することはできなかった。

(5) ヒアリング

本調査においてヒアリングを実施した対象者は以下のとおりである。

川口光國氏（本法人の理事長）

川口和美氏（岸和田光生療護園新館の施設長）

本法人の職員 18名

岸和田光生療護園新館の利用者（2024年3月4日当時）6名

M氏、N氏

その他関係者 7名

(6) アンケート

本法人の全職員470名に対してアンケートを実施した。アンケートの内容は別紙3（省略）のとおりである。アンケートの回答は、第三者委員会の委員の事務所に直接送付されるようにし、個々の回答用紙が本法人に開示されないようにした。アンケートに対しては、320名の職員から回答が得られた。

2 調査の期間

当委員会の調査は、2024年6月6日から2025年4月30日まで実施した。

第2節 光生会の概要

第1 沿革

別紙1のとおりである。

第2 事業内容

1 登記されている事業

本法人登記の「目的等」において記載されている事業の内容は以下のとおりである。

(1) 第一種社会福祉事業

- (イ) 障害者支援施設の経営
- (ロ) 特別養護老人ホームの経営
- (ハ) 軽費老人ホーム（ケアハウス）の経営

(2) 第二種社会福祉事業

- (イ) 障害福祉サービス事業の経営
- (ロ) 老人デイサービス事業の経営
- (ハ) 老人短期入所事業の経営
- (ニ) 老人居宅介護等事業の経営
- (ホ) 老人介護支援センターの経営
- (ヘ) 幼保連携型認定こども園の経営
- (ト) 生計困難者に対する支援相談事業の経営
- (チ) 放課後児童健全育成事業の経営
- (リ) 一般相談支援事業の経営
- (ヌ) 特定相談支援事業の経営
- (ル) 障害児相談支援事業の経営
- (ヲ) 障害児通所支援事業の経営
- (ワ) 病児保育事業の経営
- (カ) 一時預かり事業の経営
- (ヨ) 小規模保育事業の経営

2 開設している施設

本法人のホームページによれば、本法人が開設している施設としては、以下のものがある。

障害者支援施設
知的障害者グループホーム
介護老人福祉施設
軽費老人ホーム（ケアハウス）
放課後等デイサービス
認定こども園
学童クラブ
小規模保育 A 型
国際保育

第3 役員・評議員

本法人の役員、評議員の人数は以下のとおりである。

- 1 理事 6 名
- 2 監事 2 名
- 3 評議員 7 名

第4 理事会及び評議員会の運営状況

理事会及び評議員会は、議事録によれば、本件が発生した2024年3月以降は、同年10月までの間に以下のとおり理事会が4回、評議員会が2回開催されたこととなっている。

理事会 3月28日、5月24日、6月12日、10月9日

評議員会 4月5日、6月28日

しかし、当委員会が実施したヒアリングでは、本件の発生後に開催されたとされている上記の理事会は、実際には開催されていないとの話も聞かれた。

議事録では、理事会及び評議員会において、本件のことについて具体的にどのような議論がなされたのかはわからない。

本法人における理事会及び評議員会は、実質的には形骸化している可能性がある。

なお、当委員会は本法人に対し、2023年分以前の理事会及び評議員会の各議事録の提供を求めたが、提供されなかったため、2023年以前の理事会及び評議員会の実施状況は不明である。

第3節 岸和田光生療護園新館の概要

第1 施設棟

住 所：大阪府岸和田市三ヶ山町 205

構 造：鉄筋コンクリート 3 階建て

敷地面積：1829.25 m²

建物面積：4094.89 m²

形 態：生活介護、施設入所支援、短期入所

定 員：生活介護 57 名、施設入所 57 名、短期入所 3 名

第2 職員・看護職員等

1 施設長

川口 和美

2 職員（2024年3月1日時点）

43 名（うち、特定技能外国人 3 名及び技能実習生 4 名）

3 看護職員

准看護師 1 名

第3 2024年3月1日時点の入所者数

55 名（障害者区分 6：48 名、同区分 5：5 名、同区分 4：2 名）

第2章 事実調査の結果

第1節 虐待行為

第1 前提となる事実

1 岸和田光生療護園新館の開設と入所者及び職員の移行の経緯

本法人では、1985年4月に岸和田光生療護園（通称「本館」と呼ばれていることから、以下「本館」という。）が開設されていたところ、2019年10月、本館とは別の施設として岸和田光生療護園新館（本施設）が建設され、2022年4月に本施設が障害者支援施設として認可された。

これを受け、最初は本館の女性職員と女性利用者が本館から本施設の3階のフロアに移り、その後、本館の男性職員と男性利用者の一部が本館から本施設の2階フロアに移った。また、岸和田光が丘療護園からも男性利用者が本施設の2階のフロアに移った。

本館の男性職員及び男性利用者の中で誰が本施設に移るかについては、本館の職員間で協議がなされたうえ、本施設の施設長であった川口和美氏が最終的に決定した。本館から本施設に移った男性職員は、本法人での経験年数が比較的短い職員が多かった。

2 L氏及び刑事事件被告人らの経歴及び配置状況等

(1) L氏

L氏（1991年生まれ）は、高校卒業後、2010年4月に本法人に就職した。就職前に、ホームヘルパー2級の研修課程を修了していた。本法人では、本館で生活支援員として勤務し、本施設ができて以降、本施設に配属されて勤務していた。L氏が勤務していた本施設2階の男性フロアでは、L氏が本法人での勤務経験が最も長い立場にあった。L氏は、本法人で勤務しながら、2016年4月に介護福祉士の資格を取得していた。

(2) M氏

M氏（1996年生まれ）は、高校卒業後、児童関係の専門学校に入学し、保育士の資格を取得して2016年3月に本法人に就職した。本法人では、本館で生活支援員として勤務し、本施設ができて以降、本施設に配属されて勤務していた。

(3) N氏

N氏（1998年生まれ）は、高校卒業後、専門学校の介護福祉科に入学し、

介護福祉士の資格を取得して2018年4月に本法人に就職した。本法人では、本館で生活支援員として勤務し、本施設ができて以降、本施設に配属されて勤務していた。

(4) O氏

O氏（1996年生まれ）は、特定技能実習生として来日し、2020年2月より、本施設の2階で生活支援員として勤務していた。

ベトナムでは病院（内科、外科、精神科）で看護の実習を受けたことがあった。

(5) P氏

P氏（2000年生まれ）は、ベトナムから技能実習生として来日し、2023年10月より、本施設の2階で生活支援員として勤務していた。

ベトナムで看護師になるための短期大学に3年間通ったが、障がい者の介助の仕方を学んだり、障がい者と触れあったことはなかった。

(6) Q氏

Q氏（1994年生まれ）は、ベトナムから技能実習生として来日し、2022年11月より、本施設2階で生活支援員として勤務していた。

3 A氏らの入所経緯及び生活状況等

(1) A氏について

A氏（1973年生まれ）は、2023年9月29日から短期入所（ショートステイ）で岸和田光生療護園の利用を開始し、同年10月13日から本施設に本入所となった。

A氏は、知的障害（療育手帳A判定）、体幹機能障害、両肩関節機能障害（4級）を有していた。岸和田光生療護園に入所するまでは、母、姉、妹家族と一緒に同居し、いずみ野福祉会が運営する作業所に通いながら生活していた。同作業所には30年間ほど通っており、A氏の家族は同福祉会が運営する施設への入所も考えていたが、入所の空きが全くなかったところ、本法人の施設で入所の空きが出たことから、本法人の施設への入所を進めることとなった。

短期入所を経て開催された本入所についての検討会議録（2023年10月6日開催）では、総合評価として以下のとおり評価されている。

「医療面については、治療は受けているものの特に問題はなく経過している。精神面については、短気な面もあるが、割と落ちついており、他人とのコミュニケーションにおいても現在の時点では特に問題ないと言えそうである。介護面については、ADLは高めと評価でき、歩行、食事をはじめ、見守りの中ではあるものの自力で行えていることも多い。夜間あまり眠られていないが、当園を利用されたこともあり、経過良好であったことから入所は妥当であると考えられ

る。」

(2) B氏について

B氏（1989年生まれ）は、2010年3月に本法人が運営する光が丘学園に入所し、2023年1月から本施設に入所していた。

B氏は、知的障害（A判定）、裂孔性網膜剥離、増殖性硝子体網膜剥離などの障害を有している。

本施設に入所する際の面接記録シートには、「行動に関する支援」として、「不安定になると大きな声を出す、顔を叩く、周囲の物を投げる等の行為があり俊敏になる。食事時は、メニューを気にされる等、楽しみにされている反面、拘りで事前にトイレを済ましてから着替えを行ってからでないと拒否される事が多く、拒否された時は机を押す・椅子を引く・配膳を払いのける・大きな声を出す等の行為がある事から留意が必要」などと記載されている。

(3) C氏について

C氏（1965年生まれ）は、2008年11月7日から短期入所で本館の利用を開始し、同年12月7日に本館に本入所した。本施設ができた後に、本館から本施設に移った。

C氏は、両上肢機能障害、難聴による聴力障害を有している。

(4) D氏について

D氏（1952年生まれ）は、2014年6月に本館に入所した。入所の2年くらいまえから本館を短期入所で利用していた。本施設ができた後に、本館から本施設に移った。

D氏は、統合失調症（大学生のころに発症）に罹患している。

第2 監視カメラの録画映像により確認された虐待行為

1 L氏による身体的虐待

L氏は、本施設に残っている2024年3月2日から同月4日までの監視カメラの映像により認められるものとして、A氏が亡くなった同年3月4日、A氏に対し、以下のとおり暴行を加えた。

<昼食介助の際>

- ・ A氏は、2024年2月29日に誤嚥性肺炎の診断を受け、同年3月3日まで食事をとることができていなかったところ、翌日の3月4日は、体調が回復してきたことから食事を再開することになったところであったが、L氏は、昼食介助の際に、複数回にわたり、A氏の頭をつかんで顔を上向きにさせ、口に食べ物を押し込むように入れ込んだ。
- ・ 右手でA氏の左頬を平手打ちし、A氏の頭部を大きく振れさせた。

＜昼食後のバイタルチェックの際＞

- ・ 右側（A氏から見て）に傾いていたA氏の頭部を左手で強くはたき、A氏の頭部を左側（A氏から見て）に大きく振れさせた。
- ・ A氏の頭部を右手で複数回小突いた
- ・ A氏の前掛けを、A氏の顔面を覆うようにかぶせた
- ・ 右側（A氏から見て）に上半身が倒れ込んでいるA氏に対し、左頬を右手で平手打ちし、左手でA氏の頭部を起こしながら反対方向に強く揺らせたうえ、再度、左頬を右手で平手打ちした。
- ・ A氏の後頭部を持って上からテーブルに押しつけた。
- ・ 頭部が後方に倒れ込んでいる状態のA氏に対し、A氏の顔面を覆うようにA氏の前掛けをかぶせた状態でバイタルチェックを行った。

2 刑事裁判を受けた職員らによる身体的虐待

(1) M氏について

① 虐待の態様

M氏は、2024年2月22日から同年3月3日までの間に、A氏に対して11回にわたって暴行を加え、C氏にも1回暴行を加えた。

暴行の態様は、手で頭部や顔面をたたき、靴やバケツで頭部をたたくなどであるが、中にはA氏に対して以下のような態様で暴行が加えられたことがあった。

- ・ 靴で頭部等を複数回たたき、左右の足で身体を多数回蹴り、左手で襟首をつかんでひきずり、右手で頭部や顔面等を多数回たたき
- ・ 両手で顔面を複数回たたき、両足で背部を2回蹴る
- ・ 両手で背中を複数回押し、両手で顔面を挟んで揺さぶり、右手で襟首をつかんでひきずるなど
- ・ 両手で頭部と顔面を多数回たたき

② 虐待を行った理由

M氏は、A氏らに対して暴行を加えた理由に関して、以下のようなことを述べている。

- ・ 本館から本施設に移ってきたが、本施設では職員の人数が少なかった。
- ・ A氏は、他の利用者にいたずらをする。
他の利用者の部屋に入ったり、他の利用者をひっかいたりなど。
数分目を離すと、他の利用者の車椅子を触ろうとしたりする。
- ・ 16人近い利用者の中で、一人の利用者だけを見守るのは難しい。
一人につききりになると、それまで分担してできていたことができなく

なる。

A氏が来るまでは、一人につきっきりになることはなかった。

(2) N氏について

① 虐待の態様

N氏は、2024年2月21日から同年3月1日までの間に、A氏に対して12回にわたって暴行を加え、B氏及びD氏にもそれぞれ1回暴行を加えた。

暴行の態様は、手や靴で頭部や顔面をたたき、足で下半身を蹴るなどであるが、中にはA氏に対して以下のような態様で暴行が加えられたことがあった。

- ・ 右手で顔面を1回たたき、その衝撃で床面に転倒させて後頭部を打たせ、A氏を立ち上がらせた後、右足で足を1回蹴る
- ・ 右手で頭部を1回たたき、椅子で身体を押して床面に倒す
- ・ 右足で上半身を1回膝蹴りし、左足で背中を1回膝蹴りして床面に倒す

② 虐待を行った理由

N氏は、A氏らに対して暴行を加えた理由について、以下のようなことを述べている。

- ・ 自分がこうしたいと思ってやったのに、反対のことされると、イライラすることがあった
- ・ A氏は、注意しても言うことを聞かない、動き回る、他の入所者とトラブルになる、目の前にある物を投げる、といった問題行動がたくさんあった。A氏の問題行動が1日に1回や2回なら気にはならなかったが、毎日のように何回も問題行動をされることで段々と気になりだし、暴力をふるうことにつながっていった。
- ・ A氏や他の入所者がけがをしまうと事故報告書、ヒヤリハット報告書のどちらかを作成し、報告しないといけない決まりがあり、その書類を作ることで仕事が増え、面倒だったので嫌だった。けがの状況によっては、フロアにいた自分の責任問題にもなる。自分の仕事もあるので、A氏に時間をかけて言ってきかせたり、分からせたり、夜勤の時の睡眠時間を割いてまでA氏につきあう気はなかった。M氏、O氏、P氏、L氏も同じような考えだったのではないと思う。

(3) O氏について

① 虐待の態様

O氏は、2024年2月21日から同月29日までの間に、A氏に対して6回にわたって暴行を加え、C氏にも2回にわたって暴行を加えた。

暴行の態様は、手で顔面などをたたき、足で身体を蹴るなどであるが、A氏に対して以下のような態様で暴行が加えられたことがあった。

- ・右足で下半身を複数回蹴り、右手で顔面等を複数回たたき、右足のすねで背中を3回押すなど
- ・右手で顔面を複数回たたき、右足で身体を複数回蹴り、右手で床面に倒れたA氏の右足をつかんで引きずる

② 虐待を行った理由

O氏は、A氏らに対して暴行を加えた理由について、以下のようなことを述べている。

- ・A氏のように何度同じことを言っても聞かない利用者は初めてだったので、A氏のやることに腹が立ち、ストレスを感じた。他の職員も、A氏に対して、A氏の世話をするのが面倒だ、嫌だなあとため息や文句を言っていた。
- ・A氏が、階段や危ないところに行こうとした時、他の入居者の部屋に勝手に入ったとき、他の入居者を叩いたとき、自分自身に迷惑をかける行為をしたときなど、A氏が迷惑行為や問題行動をするたびに、またAさんかと思ひ、一人勤務の夜勤ではストレスがたまっていた。
- ・言うことを聞かないA氏に腹が立つ気持ちは私だけではなく、他の職員もあったと思う。
- ・B氏は寂しいのか、特に用事が無くても呼ぶ場合もあるので、職員にとってストレスがたまる原因だった。そんなB氏にイライラした気持ちが積もっていき、我慢出来ずに頬を叩いてしまった。
- ・B氏が泣き声を上げたとき、そばに行った職員がB氏の頬を叩く場面を目撃したことがあった。叩いたのはL氏とM氏だった。2人とも隠すことなく、平手で叩く様子だった。他の職員がB氏の頬を叩く行為を何度も見るようになり、これくらいの行為ならゆるされるのかなと、何も感じないようになっていった。
- ・何回も泣けば痛いことがおこるということを分からせ、何回も泣くのをやめることを期待した。

(4) P氏について

① 虐待の態様

P氏は、2024年2月25日から同月29日までの間に、A氏に対して6回にわたって暴行を加え、C氏にも1回暴行を加えた。

暴行の態様は、手や衣服用ハンガー、ほうきの柄などで頭部などをたたきなどであるが、中にはA氏に対して以下のような態様で暴行が加えられたこ

とがあった。

- ・右手で頭部を1回たたき、その後方から右腕を回して頸部を絞め、さらに、右手で頭部を数回たたき、靴で下半身を2回たたくなど
- ・右手で頭部を3回たたき、顔面を8回たたき、右耳や鼻をつねるなど

② 虐待を行った理由

P氏は、A氏らに対して暴行を加えた理由について、以下のようなことを述べている。

- ・イライラした感情で仕事を進めていた中で、入所者が注意しても言うことを聞いてくれない時、先輩達も暴力をふるっているなら、血が出ない程度、骨が折れない程度、紫色に変わらない程度で手加減すれば暴力をふるってもいいと思った。
- ・注意しても言うことを聞いてくれない入所者たちに従業員が暴力をふるう姿を見続けていくうちに、「虐待はダメ」という感情が麻痺していった。入所者への暴行が毎日あった訳ではないが、本施設の2階ではそれくらい入所者への暴行が当たり前だった。
- ・A氏は注意しても言うことを聞かず、歩き回り、他の入所者にも迷惑をかけるから、どうしたらいいんですかとO氏に聞いたことがあったが、O氏は、他の従業員を見て考えれば、としか言ってくれなかった。L氏やN氏、M氏、O氏が、いたずらをしたA氏に暴力をふるっていた姿を見て、彼に暴力をふるっても大丈夫と思うようになった。
- ・日本人の従業員がA氏に暴力をふるう姿を初めて見たときは、介護の大学で学んだ適切な方法ではないと感じ、抵抗はあったが、毎日仕事をしているうちに、このときに感じた思いも薄れていった。

(5) Q氏について

Q氏については、Q氏の虐待行為の態様を確認できる資料等が得られなかった。

第3 アンケート・ヒアリングで確認された虐待行為

本法人の職員に対するアンケートにおいて、「あなたはこの約5年の間に、法人内で虐待が疑われる不適切な行為に気づいたことはありますか」との質問に対する回答は以下のとおりであった。

日常的に見たことがある	0. 63%
何度か見たことがある	15. 94%
一度見たことがある	3. 13%
見たことがないが聞いたことはある	33. 44%

虐待行為に気付いたことがあるとの回答は、障がい者、高齢者、保育のそれぞれの

分野で見られた。

第4 日常的に虐待行為が行われていたこと

前記第2の1及び2で見たとおり、本施設では、監視カメラの録画映像により確認された範囲だけでも、複数の職員により、日常的に虐待行為が行われていたことが認められる。中でも、A氏に対しては、2024年2月21日以降、後記第5で述べるとおりA氏が誤嚥性肺炎との診断を受けた同月29日までの間、毎日、いずれかの職員から暴行を受けていたことが認められる。

刑事裁判の被告人供述調書やヒアリング結果からも、A氏やB氏に対しては、複数の職員により、日常的に暴行を加えられていたことが確認できる。

A氏の家族は、A氏の家族がA氏に面会に訪れた際、職員のM氏がA氏の胸ぐらをつかむようにしてA氏を家族から引き離したと述べている。

職員に対するヒアリングでは、利用者に対する身体的虐待行為は、本施設が開設される以前、本館のときから行われていたことも確認された。

以上のことから、本施設では、前記第2のとおり確認された虐待行為以外にも、複数の職員により、日常的に利用者に対して平然と虐待行為が行われていた状況にあったものと認められる。

また、職員の利用者に対する虐待行為は、本施設が開設される前から、本館においても、頻度等の詳細は明らかでないものの、行われていたものと認められる。

第5 A氏の死亡に至る経緯について

1 A氏の部屋の壁に穴が生じたことについて

本報告書冒頭の第1の1で述べたとおり、本件では、A氏が亡くなった後、A氏の家族から、A氏の死因について、A氏が亡くなる2か月前に生じた転倒事故が原因ではないかとの疑義が寄せられている。

そこで、当委員会は、A氏が亡くなる2か月前に起きたとされる件についても調査を行った。

この2か月前の件については、A氏が壁に頭をぶつけ、その痕が壁に残っているということであったため、現地でその壁の状態を確認したところ、当時のA氏の居室の壁の床から約40～50 cmの高さのところに大きな穴が開いていた。穴の大きさは、成人男性の頭一つ分が入るくらいのものであった。

上記の穴が生じたときの状況について、当委員会が実施したM氏からのヒアリングでは、M氏は、A氏がベッドマットに座ろうとした際に、お尻の位置がずれて、本人が頭を後ろに倒していった壁に頭が当たった、と述べている。

もっとも、A氏の診療録及び援助記録の内容や、当委員会において確認できた監視カメラの映像（2024年2月21日以降、同年3月4日にかけてのもの）に記録されているA氏の様子等からすると、A氏は、上記の事故後、それまでどおりの日常生活を送られていた様子であり、2024年2月26日から傾眠傾向となり、同月29日に誤嚥性肺炎と診断されるまでは、その健康状態に異常が生じている状況は窺われなかった。A氏が亡くなったのが、上記の事故から約2ヶ月後であったことからしても、上記の事故がA氏の死亡の原因になったとは考えにくいと思われる。

2 A氏が亡くなった経緯(投薬による活動量低下など)

A氏は、2023年10月13日に本施設に入所した。

診療録及び援助記録によると、2月26日から時折傾眠傾向が見られ、翌27日朝、朝食をのどに詰まらせることがあったが、せき込みにて自己排出できたとされている。同月28日に意識レベルの低下（ただし、具体的な意識レベルの内容は不明）とともに喀痰の貯留が見られたようであるが、吸引後、意識レベルは改善したとされている。この傾眠傾向がAD/HD治療薬増量の影響によるものと疑われたことから、嘱託医は同薬を増量前の投薬量に減量した。しかし、同月29日13時45分頃、37.9度の発熱が見られるとともに、SpO₂93%となり、誤嚥性肺炎と診断された。

上記の27日の朝食ののどの詰まらせや28日の喀痰の貯留、29日の発熱は、いずれもAD/HD治療薬等の投薬による活動量の低下に伴い、嚥下が十分でなくなったために誤嚥した結果であることがうかがわれた。

2月29日、嘱託医は診療録に「水分、食事摂取不可、／28夕から内服中止する」と記載し、嘱託医の指示で点滴（ラクトリンゲル500ml（40kcal）／日）投与が開始された。

この2月29日から3月4日の5日間は、A氏にとって栄養面でも水分面でも不足していたことは明らかである。本来なら、A氏の栄養管理や水分管理等を踏まえて、本施設で対応困難であれば速やかに必要な点滴管理等が実施可能な入院設備のある医療機関に搬送することも検討すべきであったと考えられる。

しかし、実際は何ら救急搬送が検討されることなく、漫然と入所が継続され、A氏は活動量が低下していったことがうかがわれる。

誤嚥性肺炎と診断されたA氏に対し、誤嚥防止を図りながらの食事再開に努めた形跡が見られない中、毎日食事が配膳され続けていたことも問題と考える。一般的に、誤嚥性肺炎と診断される病状であったのであれば、食事の再開によって

さらなる誤嚥を来たすことで誤嚥性肺炎の病状悪化につながるおそれがあることから、食事の再開は慎重に行なわれるべきとされている。

診療記録、援助記録及びヒアリングによると、2024年3月4日に少し状態が改善したようで、同日、L氏がA氏の昼食介助を担当し、食事摂取を再開することとなった。援助記録には、A氏が昼食を主食1割、副食5割（切り干し大根のみ）、水分50cc摂取されたと記載されている。

ただ、監視カメラの映像を確認すると、誤嚥性肺炎が生じたA氏に対し、食事開始前の清潔な口腔環境を整えるための口腔ケアの実施もなく、誤嚥防止を図るための姿勢の保持や一口一口嚥下を確認しながらの介助など、慎重に食事介助を行うような様子が全く見られない中、L氏が半ば強制的に次々とA氏の口の中に食べ物を運んでいると思われる様子が見られる。また、L氏が、A氏に対して何度も頭部や顔面部を殴打したり、前かがみになろうとするA氏の頭部を持って無理やり真っ直ぐになるよう起こそうとしたり、前後左右に大きく身体を揺さぶったりする行動も見られる。さらには、A氏の顔を天井に向けたまま車いすの背もたれにもたれかけさせ、顔の上に前掛けをかけたままにする行為まで見られる。

この食事介助のときまでは、監視カメラの映像上、A氏は、活発とまでは言えないものの、職員とのやり取りする姿も見られる。そのようなA氏の様子から、同日の昼食の前までは、A氏は、直ちに生命に危険が及ぶような状態ではなかったことがうかがわれる。

ところが、監視カメラの映像を見ると、食事介助終了後の同日13時25分頃、A氏がぐったりして動かなくなり、しばらくしてL氏が血圧測定 of 器械を持ってA氏のバイタル測定を行なおうとし始める。しかし、血圧を測ろうとしても、A氏の身体が（A氏からみて）右側に倒れ込むような姿勢で動かず測れなかったようで、何度も計ろうと血圧測定 of 器械のマンシュートを巻きなおす様子が見られる。それでも測れず、A氏の頭部や顔面部を殴打したり、無理やり起こそうと頭部を持って姿勢を真っ直ぐさせたり、頭部を持ってテーブルに向って上から押し付けるような行動が見られる。その後、同日13時31分頃、A氏が車椅子の背もたれに仰向けにもたれて動かなくなり、L氏がA氏の頭部を持って無理やり起こすが、頭部から手を離すと倒れ込んでしまう様子が見られる。このようなA氏の様子に、L氏はようやくA氏に異常が生じていることに気付いたのか、同日13時35分頃、L氏が他の職員に何か声を掛けているとともに、呼吸の確認なのか自己の手の平をA氏の口の前に当てる様子が何度か見られる（なお、監視カメラの映像には音声は記録されていない）。その後は、13時36分頃、看護職員及びその他職員数人がA氏の周りに集まり、吸引を行なう様子が見られる。他の職員も慌ただしそうに動き、ぐったりして天井を向いたまま動かないA氏が乗った車いすを

L氏が押して処置を行なうために近くの部屋に入っていく様子が見られ、同部屋内で蘇生処置が行なわれたものと思われる（なお、室内に監視カメラは設置されていないため詳細は不明）。

しかし、救急要請はなされず、連絡を受けた看護職員がA氏のもとに到着した時点では、すでに心肺停止の状態で、瞳孔が散大していたとのことである。

看護職員は、嘱託医に連絡し、蘇生措置を行なうよう指示を受け、同指示に基づき蘇生措置（心マッサージ、バッグ加圧による酸素投与、AED など）を行なった。このときも、嘱託医から救急要請の指示はなく、職員の誰も救急要請を行っていない。

その後、14時5分ごろに嘱託医が到着し、少し後（14時18分ごろ）にA氏の家族が本施設に到着したが、救急要請は最後まで行われず、14時30分、嘱託医により死亡確認がなされた。

嘱託医は、到着直後にA氏の瞳孔を確認したところ、瞳孔左右差が見られていたとして、直接的な死因は脳内出血であろうと診断した。しかし、A氏が病院に搬送されることはなかった。そのため、A氏は、解剖も実施されず、検視もなされていない。

しかし、A氏は、死後に解剖も検視もされていないことから、脳内出血の死因を裏付ける客観的所見は存しない。A氏の死因を裏付ける客観的所見が存しないのは、A氏に異変が生じた際に救急要請がなされず、死後に解剖も検視もなされなかったためであるが、監視カメラの映像を見れば、L氏や他の職員らがA氏の異変に気付いた際の状況では、即座に救急要請を行うのが通常であり、その際に救急要請がなされなかったこと自体に強い疑問を抱かざるを得ない。

なお、監視カメラ映像によると、A氏は、亡くなった3月4日当日、朝6時50分頃に車いすに乗せられて部屋から連れ出され、ホールのテーブルの前に車いすを止められてから、急変して部屋に戻るまでの6時間30分以上の間、車いすに座らせられたままであった。当時、A氏は自力で車いすから降りることも移動することもできない状態であったことから、このように車いすに座らせた状態を長時間そのまま継続させる行為は、身体拘束を行っていたとの評価を免れない。A氏の体幹は車いすにベルト状のもので固定されているようにも見え、まさに身体拘束というべき状況が漫然と行なわれていたことも問題である。

第2節 本施設及び本法人の運営状況

第1 人員体制について

1 本施設の利用者及び職員の状況

(1) 本施設の利用者の状況

本施設の利用者の状況（2024年4月1日時点）は、以下のとおりであった。

2階フロアにおける男性利用者16名

3階フロアにおける女性利用者38名

上記の人数は2024年4月1日時点のものであるので、A氏は含まれていない。

男性利用者16名のうち、身体障害者手帳を有している利用者は11名（うち1級5名）、療育手帳を有している利用者は8名（うちA判定7名）であった。

女性利用者38名のうち、身体障害者手帳を有している利用者は27名（うち1級19名）、療育手帳を有している利用者は25名（全員A判定）であった。

(2) 本施設の職員の人員体制

本施設の組織体制図（2024年5月1日時点）によれば、本施設の職員の人員体制は以下のとおりであった。

管理者 1名（川口和美氏）

サービス管理責任者 2名（うち1名は生活支援員兼務）

栄養士 1名

理学療法士 1名（週1回）

歯科衛生士 1名（週1回）

医師 3名（うち2名は週1回、1名は月1回）

看護職員 1名

生活支援員 31名（うち常勤18名、非常勤14名）

ベトナム人の生活支援員8名（うち特定技能2名、技能実習4名、半年未満2名）

通訳 1名（生活支援員兼務）

上記の人員体制は、A氏が入所していた当時の体制から大きくは変わっていない（上記の生活支援員の人数には、L氏は含まれていないが、M氏、N氏、O氏、P氏は含まれている。）。

上記の生活支援員39名（ベトナム人含む）の雇用形態は、正社員24名、準社員2名、パート14名であったが、パートのうち3名は、勤務形態は常勤となっていた。

職員が有する資格については、社会福祉士1名、介護福祉士13名であった。

専従のサービス管理責任者1名および生活支援員39名（ベトナム人含む）のうち女性職員は26名、男性職員は14名（うち2名は半年未満のベトナム人）であ

った。その40名の本法人での勤続年数（2024年6月1日時点）については、女性職員は25年以上が2名、20年以上が1名、15年以上が2名、10年以上が5名いたが、男性職員は20年以上の職員はおらず、15年以上が1名で、その1名以外の勤続年数は10年以下であった。しかも、その15年以上の1名については、2023年9月から2024年6月にかけての勤務指示表（本施設の職員のシフトが記載されているもの）には氏名が記載されていない。

本施設では、男性利用者が入所していた2階フロアは男性職員が担当し、女性利用者が入所していた3階フロアは女性職員が担当していた。

以上のことから、A氏が亡くなる2024年3月までで見ると、本施設の2階フロアを担当していた男性職員では、L氏が最も本法人での勤続年数が長かった（2010年4月に本法人に就職）。L氏以外の日本人の職員は、M氏とN氏を含めて5名で、M氏とN氏以外の3名の職員の勤続年数は、2024年6月1日時点で9年、5年、4年という状況であった。

2 本施設におけるシフト体制

本施設における職員のシフトが記載された勤務指示表によれば、本施設の勤務時間帯は以下のとおりとなっている。

日勤 9時～17時30分

早出 7時～16時

遅出 11時30分～20時

夜勤 16時30分～9時30分

勤務指示表を見ると、日勤中心の職員のグループと、夜勤を繰り返す職員のグループが分かれており、それぞれの職員の勤務時間帯にずれがあるため、利用者に対する支援方針などを事業所全体で検討したりすることが困難な状態になっているように思われる。

また、勤務指示表には、勤務形態の区分として、A：常勤で専従、B：常勤で兼務、C：常勤以外で専従、D：常勤以外で兼務の区分が設けられているが、全ての職員が、BもしくはD、すなわち兼務の勤務形態に区分されている。

非常勤の職員が兼務の勤務形態で勤務することは一般的にも見られるところであるが、常勤の職員が、しかも、その全員が兼務の勤務形態で勤務することは一般的なことではないと思われる。

3 業務の分担、可視化について

各現場において、求められている業務を業務時間内で行うことが必要である。そのために、管理職者だけではなく、すべてのスタッフが、いつ、どのような分

担を行いながら業務を遂行していくかが明確になっていなければならないが、本施設においては、その点が不明確である。

入浴、排せつ、食事、行事だけではなく、アセスメント、計画案作成、利用者本人や家族等との面談、カンファレンスの実施と記録など、業務において優先事項として位置づけるべきものが、時間がないために業務が終わってから行うものという位置づけになっていることがわかった。

役割分担などが不明確な中、その業務の経験がある職員に業務が集中したり、字がきれいな職員に手書きで手紙などを書く業務を行わせたり、PC の操作が得意な職員に PC を使った業務を行わせるなど、属人的な業務の遂行がなされている。そのため、一部の職員にとっては、常に業務が勤務時間内に終われないという状況が継続している。

サービス残業や業務負荷が多くなった際に、現場を回すことで精いっぱい、丁寧な支援や介護ができない、という声も聞かれた。

本来、役職者が現場において日々の業務の細やかなコーディネートを行い、新規利用者や、体調を崩している利用者への対応、新しく入った職員のフォローなどが行われることで、安心した環境での暮らしの支援が行われる。

しかし、監視カメラに記録されている映像などからは、全体を見渡ししながらコーディネートすべき役割の職員を確認することができなかった。

4 外国人スタッフの受け入れ体制の不十分さについて

現場に配置されたのち、研修や会議に参加する、もしくは相談をしようという場面があっても、日本語を理解できない外国人職員にとっては、内容についての理解は不可能であり、業務上の相談をすることもままならない。

本施設では、入職後、4 ヶ月程度の実習期間があったとのことであるが、その内容は、ただ日本人の職員に付いて業務を見ることが主であり、本来の OJT といえるものではない。

本件で身体的虐待行為を行って刑事裁判を受けたベトナム人の職員には、自国で看護学校を卒業した職員もいたが、身体障がい者や、知的障害の特性のある利用者に対して支援を行う際の知識や技術を十分に身に付ける機会はなく来日していた。利用者を一人の人としてとらえ、具体的に一人一人の利用者がそこで暮らしていくために支援をするということについて、十分に教育されているとはいえず、見よう見まねでの支援となり、単なる作業としての介助行為になっていたと思われる。

他方、特に夜勤の際に、そのような外国人スタッフと2人で勤務する日本人の職員にとっては、自らの業務に加え、円滑な意思疎通を図ることが困難な外

国人スタッフのサポートまで必要となるなど、夜勤業務を行うことが大きな負担になっていた。

第2 職員研修の実施状況

1 本施設における研修の実施状況

(1) 本施設で実施されていた「研修」の内容

本施設における研修の実施状況を確認するため、本法人に研修の実施状況に関する資料の提供を求めたところ、令和5年度に毎月行われる「職員教育勉強会」の月ごとのテーマが記載されたものと、それらの勉強会の資料（全ての回のもものは揃っていない）の提供を受けた。

勉強会のテーマは、「人権（権利擁護）について」「人権（呼称・プライバシー等）について」「食事の安全と注意点について」「緊急時の対応（日中・夜間）について」「個別支援計画について」「安全対策（事故防止）について」「感染症予防対策について」「AED の使用方法と救命救急について」「入浴の安全と注意点について」「人権・身体拘束について」「災害訓練・避難訓練勉強会」となっている。

職員へのヒアリングによれば、この勉強会は、各勉強会ごとに職員の中で担当者が決められており、担当者が勉強会を実施するという事になっているが、必ずしも全ての職員がその勉強会に参加しているわけではない。また、勉強会の時間は、15分程度のものであった。前記の月ごとのテーマが記載された書面には、それぞれ担当の勉強会実施者が記載されており、上記のテーマのうち、「人権（権利擁護）について」はL氏が、「人権・身体拘束について」はM氏が勉強会実施者になっている。

L氏が担当となった「人権（権利擁護）について」の勉強会については、勉強会の資料は得られなかったため、具体的にどのような内容の勉強がなされたのかは明らかでない。

M氏が担当となった「人権・身体拘束について」の勉強会の資料は、A4版で2頁余りのもので、身体拘束の具体例と身体拘束の3つの弊害、緊急やむを得ない場合の三要件などが記載されている。

「個別支援計画について」の勉強会の資料は、A4版で4頁程度のもので、アセスメント作成について、「意思疎通が困難な方もいますが少しでも意思疎通が出来るのであれば、意見や希望の聞き取りを行ってください。意思疎通が困難な方に関しては利用者の現状の把握、気になる点の記録を行います。」などのことが記載されている。

(2) 本来必要な研修が実施されていないこと

本施設において実施されていた研修に関しては、提供されたのは上記の勉強会に関する資料のみであったが、職員に対する研修として実施されているのが上記の勉強会のみということであるならば、本施設では、そもそも本来実施されているべき必要な研修が実施されていなかったと言わざるを得ない。

上記の勉強会については、時間的にも全く不十分であるし、各テーマについてそれぞれの専門家が講師となっているものでもない。テーマについても、例えば、発達障害や自閉症の人たちへの支援に関することや、虐待防止に関することなどは含まれていない。

本施設では、個々の職員ごとの課題を反映させた研修計画を作成し、研修を実施して評価を行うということは、なされていないと思われる。

2 本法人における研修の実施状況

以下では、アンケート結果から明らかになった本法人全体での研修の実施状況について述べる。

対人援助の現場として本来取り組むべき研修が十分に実施されていない。

また、特に障害分野や児童分野で、多くの職員が虐待研修の受講ができていなかった。

虐待となる言動がどのようなものを指すのかを組織全体で学び、活かすことができていない。

虐待に関する研修については、清掃、調理などの間接職員を含むすべての職員が、施設従事者等による虐待を防止するための研修の受講対象であることが理解されていないと思われる。

虐待に対応する相談体制について、半数以上が、機能していると答えているにもかかわらず、実際には、今回の事案もそれ以外の事案も相談に上がってきていない。

何を見たり、何を聴いたりしたらそれは虐待の可能性のあるものとして通報をするべきかを学んでいないため、現実には、相談体制も機能していなかった。

第3 組織体制

1 個々の利用者の支援計画の作成と実行について

(1) 個々の利用者ごとの日中活動について

資料として提供された個別の支援計画からは、利用者が施設でどのように暮らすのかということについて、確認することができなかった。入浴、排せつ、食事など、人が生きるために最低限必要なことについての記載は確認することができたが、行事以外の日々の外出や、それぞれの習慣などを踏まえての日々の過ごし

方については、把握することができなかった。

通常は、利用者の特性などに配慮しながら、「体操」「クイズ」「カラオケ」「喫茶」「踊り」「ボッチャ」などの活動が時間帯によって毎日プログラムされる。また、「就労継続B型」など外部のサービスや、外部の習いごとを利用することなどもありうる。

しかし、本施設では、個人的に職員が購入してきたゲームで利用者と職員が数人で遊んだりすることはあっても、事業所としてプログラムされた日中活動は、確認することができなかった。

(2) アセスメントを踏まえての支援計画の作成と共有について

A氏が亡くなった経緯を見ても、本施設では、個々の利用者について、本人の特性やその時々体調などを踏まえてアセスメントを行い、その結果に基づいて作成した支援計画を、当該利用者に関わる全職員で共有し、実行するという体制ができていなかったと思われる。

A氏が亡くなった経緯に関して言えば、A氏は、死亡当日までに、嚥下機能の低下による誤嚥に起因した発熱などで体調を崩し、食事が摂れない時期があった。そして、死亡する当日は、食事を再開した日であったが、監視カメラの映像からは、食事摂取にあたり全く配慮をしていないことが見て取れる。

本来、嚥下機能の低下のために食事を止めた後に食事を再開するには、配膳前から慎重に対応することが通常である。しかし、本件では、配膳前の口腔ケアや姿勢保持などの配慮は見られない。食事開始後も、顔や頭を叩くなどの暴行を加えたのはもってのほかであるが、姿勢が崩れることも気にせず、咀嚼及び嚥下が確実に行われたことへの確認もなく、どんどん口に食事を入れ続けるなど、通常は考えられないような態様での食事再開であった。嚥下機能低下による誤嚥に起因した発熱があったために食事の再開が肺炎をはじめ命の危険を生じさせることへのリスクを、すべてのスタッフがどれくらい認識し、対応していたか、疑問がある。

本来ならば、医療スタッフや栄養スタッフとともに、本人の特性や体調などを踏まえてアセスメントを行い、その結果に基づき、どのような形態の食事を摂るかについて計画を作成し、それらを実行していくことが必要となる。さらに、関与するすべてのスタッフが計画を実行することを可能にするために手順書を作成する必要がある。

しかし、本件では、それらを確認することはできなかった。職員各自が自分なりの方法や、見よう見まねでの支援、介護をおこなっていたと思われる。

このことは、上記のA氏の件に限らず、常態化した状態となっていた。

2 カンファレンスの実施状況

カンファレンスの開催は、事業ごとに必要とされている個別支援計画作成の際の開催にとどまっている

支援方法などに関して課題が生じたときに必要に応じて不定期に開催したり、職員が自発的、自主的に開催する仕組みはない。

本来求められている業務のありかた、すなわち、インテーク、アセスメント、プラン案作成、担当者会議、プラン確定、モニタリング、カンファレンス、プラン修正の循環が機能していない。本人中心の意思決定という概念も全く支援に反映されていない。個人別の支援における手順書も確認することができなかった。

意思決定支援に関しては、厚生労働省からガイドラインが出されているが、その内容の理解や周知、支援の現場での具体的な実行や実践については、その記録や関係した発言等は全く確認されなかった。

「生活支援会議録」においても、意思決定支援という表記はあるものの、全て、「本人・家族と話をして支援内容を決めていく」というものになっている。意思の形成支援、表出支援、決定支援、実現支援というプロセスを確認することはできなかった。

最も深刻な点は、定期的なカンファレンスが本人参加で実施されておらず、その内容が、個人の暮らしを意識した目標設定や課題抽出になっていないことである。

アンケートでは、支援が難しい人への支援に関して、「カンファレンスで相談している」が15.77%にとどまり、「相談しない・見よう見まねでやった」が16.4%、「同僚に聞いていた」が62.15%であった。

アンケートの自由記載の回答では、「大きな法人であるが横のつながりがほとんどない。各施設の利用者状況やケースなど相談等する場がない。」との回答が見られた。

ヒアリングでは、相談をしたいときは、休憩時に喫煙場所などで相談しているとの話もあったが、本来は、業務時間内で利用者に対する支援について検討する時間が確保されなければならない。

アンケートやヒアリングから、組織としての支援体制が十分でない中で支援が行われている状況が明らかになった。

3 虐待防止のための体制

当委員会が提供を受けた資料によれば、本施設では、利用者虐待防止のための指針が策定され、虐待防止委員会が設けられていた。また、虐待防止検討会議が毎月開催されていた。

虐待防止検討会議録によれば、虐待防止のための取組として、虐待防止ポスターを掲示することで虐待防止への意識を高めることや、職員セルフチェックリストを用いて職員がセルフチェックを行い、その結果を分析するといったことが行われていた。

2023年12月に実施されたセルフチェックの結果については、「不適切な対応を行ってしまっている職員に対する意見がありました。利用者様に対して不適切だと思われる対応をしてしまっているところを目撃した際は、その場で注意することはもちろんですが、それでも問題が解決しなかった場合は他の職員と相談することが大切です。職員間で問題・情報を共有し、連携を取ることでスムーズに解決する場合があります。」などの考察がなされている。また、虐待を発見した際の通報先を知っているかのチェック項目に関して、前回のセルフチェックでは数人が「いいえ」にチェックをしていたのが一人だけになっていたことから、技能実習生の方にも虐待通報先の周知がほぼ出来ているとの考察がなされている。

しかし、本件では、A氏ら利用者に対する虐待行為が複数の職員により他の職員も目にしているところで日常的に平然と行われていたと思われるにもかかわらず、虐待防止マネージャーなどに通報や相談がなされることはなかった。

虐待防止委員会の組織図によれば、虐待防止委員会は、サービス管理責任者、看護師、栄養士、医師と5名の生活支援員によって構成され、5名のうち男性職員は2名で、その2名はL氏とN氏であった。

本件では、虐待防止委員会の委員であるL氏とN氏が虐待行為を行っていたことになる。少なくとも、L氏とN氏が配置されていた本施設2階の男性フロアにおいては、虐待防止委員会の活動や虐待行為に関する相談体制等は、実効性を失っていたものと考えられる。

4 事故の発生・再発防止のための体制

事故の発生・再発防止のためには、単に「ひやりはっと報告書」や「事故報告書」を作成させて提出させるだけでなく、報告内容を踏まえての現状の問題点の検証、改善取り組み状況の把握、マニュアルなどの見直しという一連の流れが実践される必要があるが、本施設においては、そのような一連の流れの実践を確認することはできなかった。

ヒアリングでは、「ひやりはっと報告書」を記載する時間がない、提出したら呼び出されるから書かないなど、本来何のために記載するのかが十分理解されていないような声も聞かれた。

提出されている「ひやりはっと報告書」の内容を見ると、転倒や、誤薬の繰り返しなど、「ひやりはっと」ではなく「事故報告」であるべきものが「ひやりは

っと」に記載されている例も見られた。

親族等への連絡についても、記載した職員の判断で、連絡報告をしない事案もみられた。

転倒については、予見可能な事案がほとんどであり、体幹機能が低下している利用者を単独でトイレ内に放置していたり、中には、入浴中に複数の職員がともに不注意で浴室の床に転落させた事案など、命にかかわるようなものもあった。

誤薬については、配膳時にすでに薬がお盆に置かれており、配膳時に間違ったことが誤薬につながった事案もみられている。本施設では、看護職員が1名しか配置されておらず、本来の服薬確認方法には限界があると思われる。食事形態が多様な中で配膳を間違えることは、誤嚥につながる可能性も否定できず、非常に危ないことであるため、配膳は慎重に行うべき業務であるが、そのことが認識されていないように思われる。

「ひやりはっと報告書」については、報告書を形式上整えることが優先されているように思われる。そのため、記載すべき時に記載がなされず、後日記載されている内容が多かった。しかも、既述のとおり（第2章第1節第5の1＝19頁）、実際に「ひやりはっと」ないし事故に接した職員以外の者が作成している場合がある点も適切とはいえず、正確な内容が記載されているのか疑問が残る。管理者がいつの時点で正確な事実を把握したのかは不明である。

ヒアリングでは、周囲のスタッフから見えない場所で起きたことや、夜勤帯に起きたことについては、大きな怪我など第三者から指摘されるようなことでなければ、報告書を上げないことがあるとの声も聞かれた。黙っていればわからないことは自ら報告しないという姿勢が垣間見られた。これらの姿勢は、権利が侵害される場面、虐待が起こっている場面でも通報しない、虐待があっても認めないとの風土にもつながりうる。

福祉専門職が働く現場で当たり前で求められている事柄が、組織としても、個人としても実践されていなかった。

「ひやりはっと報告書」や「事故報告書」が、作成されてはいるが、前述したとおり、形骸化した書類となっており、現場実践に活用されるべき内容の書類といえるものではなかった。そうした状況では、現場の実践者であるすべてのスタッフが困り、利用者の支援や介護に大きく影響を与えることとなるが、内容に踏み込むことなく、書類の有無だけに着目した運営が行われ、組織体制が機能不全に陥っていたと言わざるを得ない。

5 医療体制

嘱託医師が3名（内科（週1回）、耳鼻科（週1回）、精神科（月1回））の体

制である。

ヒアリングによると、医師の診察の際には、医師が直接利用者を診察することは少なく、看護職員が利用者の情報を医師に伝え、処方となされる形で投薬治療が行なわれていたようである。また、診察する場合でも、診察室の前に利用者を並ばせ、順次診察するという態様で、利用者の居室に医師が訪問することは少なかったとのことである。皮膚の異常など、居室の中で医師による診察が必要な場合は、医師が利用者の居室に行き、対応していたようである。

また、医療行為（胃瘻管理や点滴投与、気管内吸引など）が必要な利用者が入居している場合、本施設の看護職員が対応していたとのことである。

本施設（2階：男性利用者、3階：女性利用者、合計55名）全体で看護職員は准看護師1名のみで、当該看護職員は週5日、日勤帯のみの勤務であった。そのため、1週間のうち、2日間は日勤帯に看護職員が不在の日があり、夜勤帯については常に看護職員が不在であった。日勤帯の看護職員が不在の際に、本施設の中で何らかの医療的処置等が必要な際は、本館の看護職員が応援に来ていたようである。本館の看護職員が本施設に応援に行っている間は本館に看護職員が不在となる。また、本施設の看護職員が休日の日勤帯や夜間帯に、利用者に医療的処置が生じた場合は、当該看護職員に連絡が入り、当該看護職員が対応することもあったとのことである。このような看護体制では、当該看護職員1人に過大な負担がかかっていた上、看護職員が不在の日があることで利用者にとって安心して生活を送ることができないことはもちろん、他の職員にとっても突発的に医療的処置等が必要になった際に対応できないため、不安な気持ちのまま利用者に対してケアを提供しなければならず、この点のストレスもあったと考えられる。このような看護体制が不適切であることは明らかであって、速やかに新たな看護職員を確保することが急務と考える。

さらに、ヒアリングでは、入所中の利用者に病状の急激な悪化などが生じた場合、施設長に相談の上、救急搬送するか否か決定していたとの話も聞かれた。利用者に必要な医療を提供するためには、救急要請することを躊躇してはならず、速やかに十分な治療を受けることができる施設に救急搬送することが望ましい。

第4 労務管理

ヒアリング及びアンケートによると、勤務時間の管理がタイムカードではなく、手書きの出勤簿で管理されており、勤務時間の把握が適切になされていなかった。時間外勤務の申請方法が整備されておらず、それぞれの職員が自己の勤務時間を鉛筆で手書きする方式であり、実際に行なった時間外労働の時間をそのまま記載することもできなかったようであった。そのため、時間外労働に対する手当が適

切に支給されず、そのことが常態化していたものと思われる。

最寄り駅までの送迎バスを利用している職員が、勤務時間内で業務が終わらず勤務終了後の送迎バスの時間に間に合わないと、次のバスの予定時間まで職場において待機するしかない状況もあったとのことである。

アンケートによると、障害・高齢・保育の分野を問わず、休憩時間が確保されていないことや、有給休暇を取得したいときに取得できないこと、サービス残業が多いことなどについて、不満の声が多く聞かれた。担当している利用者のための買い物に行くが、業務時間内では行けないから、休みの日を使わないといけなといった声や、日常的な業務において、備品を適宜購入してもらえないので、職員個人が費用を負担して購入しているという声も聞かれた。

第5 本法人の施設運営や経営姿勢に関して

アンケート及びヒアリングの結果、本法人の施設運営や経営姿勢に関して、多くの職員から様々な不満の声が聞かれた。

内容としては、利用者支援に結びつかない無駄な書類の提出や会議への出席を強いられている、施設長の誕生日会や仏教勉強会、高野山ボランティアなど施設の業務と関係のないことへの参加を強制される、職員が経営者に意見を言えない、意見を言っても耳を傾けてくれない、経営者から急に車の運転や雑用を頼まれ現場が手薄になる、必要な物品の購入が認められず職員が自腹で購入することがある、親睦会費の名目で給与から毎月2000円が一方的に控除されている、などであり、同じ事柄について、多くの職員が異口同音に不満を述べている。

第3章 原因分析と再発防止策の提言

第1節 原因分析

第1 根本的な原因

本施設の職員らが、本施設の利用者らに対し、なぜ身体的虐待行為を行ったのかという理由について、その行為を行った職員らが述べている内容は、前記第2章第1節第2の2に記載したとおりであるが、本件で起きた虐待行為の再発を防止するためには、そのような理由で利用者に対して身体的虐待行為が加えられることになった原因について、根本的なところまで掘り下げて考える必要がある。本件では、職員らによる身体的虐待行為が、日常的に、他の職員らも見ている中で平然と行われていたことも問題であり、原因分析においては、そのことも併せて考慮しなければならない。

そのような観点から検討すると、本件の根本的な原因は、本法人において、時代の推移とともに進展してきた障害者福祉の理念や考え方を取り入れ、施設運営に反映させることができていなかったところにあると考えられる。本法人としての施設運営において、法人経営者及び職員と個々の利用者との対等な関係性のもとで、個々の利用者を主体として、それぞれの個性や特性に合わせて支援をするという姿勢が見られなかった。職員によっては、個々の利用者の好みに応じて買い物などをしたりする職員もいるが、そのような買い物は、職員の業務時間外のプライベートの時間を削って行われているのが実情であり、施設運営として、個々の利用者を主体として支援をする体制になっていなかった。

虐待への対応についても、虐待行為の発生要因について理解したうえで、施設運営において虐待行為の発生要因をなくしていくということが意識されていなかったように思われる。

本件でA氏に対して身体的虐待行為を行っていた職員らは、A氏が他の利用者らに対して「迷惑行為」を行っており、A氏はコミュニケーションができないため注意をしても言うことをきかないので、A氏に対して暴行を加えるようになったと述べている。そこには、A氏がなぜそのような行動をとるのかということについて、カンファレンスを開催するなどして皆で考え、対応していくという発想が見られない。コミュニケーションができないという点についても、近年広まっている意思決定支援の考え方では、コミュニケーションがとれないのは支援をする側の支援力が足りないからだと思えるべきであるが、本件でA氏ら利用者に対して虐待行為を行っていた職員らは、コミュニケーションがとれないのは利用者の障害のためだと考えており、口で言っても伝わらない以上、暴行を受けても仕方がない、あるいは力で言うことをきかせると

いう発想になっていたものと思われる。

第2 個々の要因について

1 教育、知識、介護技術等に関する問題

(1) 職員に対する研修について

それぞれの事業を行ううえで必要な研修が体系的に実施されておらず、利用者本位の支援を行うことに関する項目は、ほとんど実施されていない。

また、知的障害や発達障害のある利用者に対する支援に関する研修も実施されていない。

その結果として、虐待行為を行っていた職員らは、A氏らについて、障害のためにコミュニケーションができないものと頭から決めつけており、注意をしても言うことをきかないからとして、暴行を加えるようになった。

虐待の防止に関しても、虐待防止のための実効性のある研修や取組が行われていなかった。

虐待防止研修については、全ての職員に対して、具体的にどのような事柄を虐待として認識するのかや、それらを見聞きした場合の動き方などを伝える研修は実施されていなかった。外部講師を招いた研修実施も確認できなかった。

本件で虐待行為が行われていた本施設の現場の監視カメラ映像を見ると、虐待行為が行われていても、すぐそばにいるスタッフが全く動じず、制止することもない様子が数多くの場面で確認された。このことは、後記2(3)で述べるような現場の風通しの悪さによるものであった可能性があるとともに、そもそも何が虐待にあたる行為かという知識がなく、虐待行為を認知した際にどのように動くべきかを理解していないことに起因するものであった可能性も考えられる。

(2) カンファレンスの開催が適切になされていなかった

利用者の支援に課題が生じたときに、利用者がなぜそのような行動をとるのかというところから考え、カンファレンスを開催して課題への対応について協議するということが行われていなかった。

O氏の刑事裁判での供述調書によれば、O氏は、「これまで、職員の言うことを聞いてくれないAさんの対応について、職員で会議をしたこともありました。」「でも、その時は、Aさんに睡眠薬を飲ませて夜は眠らせるといった案しか出ませんでした。」と供述している。

この供述内容に関しては、二つの問題がある。

一つは、A氏の対応について職員で会議をしたこともあったとされているが、A氏の援助記録には、そのような会議が開催されたことは記録されていない。

もう一つは、A氏への対応として、睡眠薬を飲ませて夜は眠らせるといった案しか出なかったことである。これは、A氏がなぜそのような行動をとるのかというところから考えることなく、「動く＝睡眠薬で眠らせる」といった短絡的な対応しかできなかったためであり、利用者を支援するために必要な知識や介護技術等が不足していたことを表している。

本施設では、利用者支援の課題が生じたときに適宜カンファレンスを開催して協議するための仕組みが整備されていなかった。また、どのような形でカンファレンスを開催し、どのように記録を残していくのかを指導し、点検する職員がいなかったと思われる。本来は、現場支援員だけではなく、医療スタッフ、栄養スタッフ、相談員、そして本人や家族などの参加のもとで行われるものが、現場の支援員だけでの開催になっていたことも、検討が深まらなかった原因であると思われる。

2 人員体制について

(1) 本施設の職員配置

本施設の職員らは、本施設が開設された際に本館の職員の一部が異動してきたものであったが、3階の女性フロアには勤続年数の長いベテラン職員が複数名いたものの、2階の男性フロアに配置されていた職員は、全体的に勤続年数が短い職員しかいなかった。3階の女性フロアには、2階の男性フロアよりも利用者が多く、その分、職員も多く配置されていたが、それと比べると、2階の男性フロアは職員の数も少なかった。そのような職員らで、支援に課題のあるA氏らに対応することは、負担になっていたと思われる。

また、2階と3階とで男性職員と女性職員が分かれていたことで、3階に配置されていた女性職員（上記のとおり2階よりも職員数が多く、専任のサービス管理責任者も3階にいた）からは、2階の男性フロアに目が行き届かない状況になっていたことも、虐待行為が日常的に行われていた要因として考えられる。

(2) 現場のリーダーが虐待

上記のとおり2階の男性フロアには他からの目が行き届かない状況になっていた中で、2階の男性フロアの職員の中で最も勤続年数が長くリーダーの立場にあったL氏が虐待行為を行っていた。L氏は、本施設の虐待防止委員会の委員でもあった。そのような立場のL氏が虐待行為を行っていたことで、知識や技術を身に付けていない現場の職員にとっては、その言動が見本ようになっていったと思われる。P氏は、A氏は注意しても言うことを聞かず、他の入所者にも迷惑をかけるから、どうしたらいいんですかとO氏に聞いたことがあったが、O氏は、他の従業員を見て考えれば、としか言ってくれなかった、L氏やN氏らがA氏に

暴力をふるっていた姿を見て、彼に暴力をふるっても大丈夫と思うようになった、注意しても言うことを聞いてくれない入所者たちに従業員が暴力をふるう姿を見続けていくうちに、「虐待はダメ」という感情が麻痺していった、などと述べている。

(3) 風通しの悪い職場風土

本施設の2階男性フロアで行われていた虐待行為については、本来であれば、本施設内の虐待防止委員会や、あるいは施設長などに通報がなされるべきところであるが、なされなかった

アンケートやヒアリング結果から、施設長（当時）については、職員らから、現場を見ずに口を出すだけと思われていたり、意見を述べても施設長の考えを押し付けられるだけと思われていたことが窺われる。結果として、本施設においては、虐待行為などを目にしても見なかったことにしてしまうような、風通しの悪い職場風土ができあがっていた。

3 職員のストレス

以下のことが職員にとってストレスとなり、虐待行為が発生する要因ないし遠因になっていたものと考えられる。

(1) その時点での現場の支援力を超える利用者を担当

本施設では、前述のとおり知的障害や発達障害のある利用者に対する支援についての研修も実施されておらず、また、A氏については、ヒアリングによれば、職員の間で受け入れに消極的な意見も出されていた中で本施設に入所が決められていった。

その結果、本施設2階フロアに配置されていた職員にとっては、適切な知識や技術がなく、助言を求められる環境にもない中で、その時点での現場の支援力を超える利用者を担当することとなり、大きなストレスになっていたと思われる。

(2) 本法人の施設運営や経営姿勢に関する不満

前記第2章第2節第5で指摘したとおり、本法人の施設運営や経営姿勢について、多くの職員が様々な不満を抱いていた。

アンケート回答では、法人独自のレポートや会議などが多く、業務の負担となっているということが、数多くの職員から異口同音に指摘されており、それらが職員のストレスとなって虐待につながっている可能性があるという指摘する回答も見られる。

また、アンケート回答では、本法人の施設運営や経営姿勢が原因で多くの職員が退職に追い込まれ、人が育たず、サービス、支援の質がますます低下して

いるなどの回答も見られる。ヒアリングでも、新しく入った職員の教育係になったところ、その職員が「ここおかしいですよ」と言ってすぐにやめていったとの話が聞かれた。

本法人の施設運営や経営姿勢が職員の士気の低下につながり、志のある職員が定着しづらい原因にもなっていると思われる。

(3) 人員不足

アンケートでは、以下のような、人員不足、多忙さによるストレスを指摘する声もあった。

「就労時間内に業務が終わらず時間外が多い。リフレッシュ、十分な休息もとれないまま業務につく日々が続くため利用者にきつく対応してしまうこともあり、虐待につながりかねないと日々思っている。」

数字上は配置基準を満たしていても、前記(2)で述べたような本法人独自のレポートなどのために職員が就労時間内に業務が終わらず、ストレスを感じており、虐待につながりかねないと自戒していることが窺われる。

第3 地域における本施設及び他の施設等の設置状況

1 本施設の設置状況

本施設は、その立地の状況から、外部の目が入りにくい環境といえる。日常的に面会者、ボランティア、実習生、業者などが行き交う環境とはいえず、コロナ禍でその状況が悪化していたと思われる。いわゆる密室化が進んだ状況にあり、そのことが、虐待行為が発生する背景要因になっていたと考えられる。

2 他の施設等の設置状況

利用者の家族からのヒアリングでは、本法人の施設あるいは本施設への入所の経緯に関して、「行政へ相談したところ、すぐに入れるところは本法人の施設だと言われて入所することになった」、「入所後、面会時にあざなどを見つけ、施設に確認すると、ベッドから転倒したと言われた」、「他の施設に移したいと思ったこともあるが、現実に移す先もなく、家族自身が高齢になると、移すための労力もなく、ただ何も起こらないように願うだけだ」という話が聞かれた。

本施設が設置されている地域では、事業所数が限られており、地域内で入所先施設を選択することがほとんどできない状況になっている。

そうしたことも、虐待行為が発生する背景要因になっていたと考えられる。

第2節 再発防止策の提言

前節での原因分析を踏まえ、以下のとおり再発防止策を提言する。

第1 本施設で起きた事実を確認し、向き合うこと

ヒアリングによると、A氏が亡くなって間もない頃に本法人の内部調査で監視カメラの録画映像の確認がされた後は、虐待行為が記録されている録画映像を、再発防止委員会の委員を務める職員を含め、本法人の職員は誰も見ていないとのことであった。

しかし、本件で起きた虐待行為の再発を防止するためには、まずは、本法人の経営者と職員の全員が、監視カメラの録画映像に記録されていた虐待行為を見て、起きていた事実を確認し、把握することから始める必要がある。

起こった事実と向き合うことからしか、再発防止の取り組みは進まない。

A氏が亡くなったときのL氏による虐待行為が記録された映像は、本法人に残っている。

O氏とP氏による虐待行為が記録された映像は、同氏らの刑事裁判で証拠調べがなされている。

M氏とN氏による虐待行為が記録された映像については、同氏らの刑事裁判では映像そのものの取り調べはなされておらず、検察庁ないし警察で保管されているのはオリジナルの録画映像のコピーであるので、映像の入手の可否が問題となりうるが、オリジナルの録画映像はもともと本法人のものなのであるから、検察庁ないし警察と折衝して入手に努めるべきである。

第2 施設運営の改善

1 個々の利用者を主体として支援をする姿勢

本法人の施設運営を改善し、個々の利用者を主体として、利用者の目線でそれぞれの個性や特性に合わせて支援をするという姿勢を持つ必要がある。

各施設が人の暮らしの場であることを再確認する必要がある。

本法人の設立は、1985年であった。この時期の福祉制度は、現在のような契約に基づくサービス利用ではなかった。措置制度のもとで福祉サービスが提供されていた時代であった。しかし、2000年4月から高齢分野で介護保険制度が施行されたのを皮切りに、障害分野においても、利用者が事業所を選択し、その事業所と契約を締結してサービスを利用するという構造に変化してきた。個々の利用者を主体として支援をしていくために、サービス提供側である事業所やその職員と、サ

サービス利用側である利用者との関係が、対等な関係になっていることを確認する必要がある。

福祉サービスを利用する利用者は、日々の生活に何らかの支援の必要性がある。福祉サービスがなければ入浴、外出だけでなく、排せつ、食事、着替え、室内の移動さえも難しい。そのような関係性から、利用者に対して日々の支援を行う中では、職員と利用者との関係が対等であるという意識が薄らいでしまうことになりがちであるが、そうであるがゆえに、サービスを提供する事業者の側は、その対等な関係性と、利用者が主体であることを常に意識するよう心がけ、職員に対して研修などを通じて徹底する必要がある。そして、施設運営において、利用者を主体として支援をするための体制を整備する必要がある。

2 経営者による虐待行為の発生要因の理解

法人の経営者が、虐待行為の発生要因を理解したうえ、虐待防止のための研修や取組を実施する必要がある

虐待行為については、虐待をした職員を単に処罰するなどして終わらせるのではなく、なぜその虐待行為が起きたのかを考え、支援方法の改善につなげるようにすべきである。

3 独自の慣行の廃止と適切な労務管理

職員にとって意義を感じられないレポートや経営者の誕生日会など、アンケート回答で多くの職員が指摘している本法人独自の慣行について見直しを図るべきである。アンケートに記載される経営者に対する不満は、一般論としては、回答者の個人的な感情に基づくものであることもありうるが、当委員会が本調査のために実施したアンケートでは、自由記載での回答で同じ事柄について多くの職員が指摘していることがある。それらの指摘の内容については、本法人の経営者において重く受け止められるべきである。

また、時間外手当の支給や、必要な備品の購入など、労務管理を適切に行う必要がある。

そして、経営者が現場の職員の意見に耳を傾け、風通しの良い職場環境にしておく必要がある。

そうしたことが、医療体制を含めた人員体制の整備につながり、ひいては、利用者に対して提供するサービスの質の向上や虐待の防止にもつながると考えられる。

医療体制については、第2章第2節第3の5で指摘したとおり、現在の看護体制は明らかに不適切であり、新たな看護職員を確保することが急務である。

第3 施設運営について本来あるべき方法で実施すること

研修のありかた、各委員会の開催、苦情対応や事故・ひやりはっとの処理などの体制整備、外国人スタッフに対する OJT のスキームなどについて、当面、行政などの支援を受け、本来あるべき方法で実施することが必須である。

研修については、以下のような項目を参考に、個人別、事業所別に体系的に事業計画を作成し、実施する必要がある。

- ・ 現場の支援に必要な権利擁護や意思決定支援に関する研修
- ・ 倫理研修、接遇・マナーに関する研修
- ・ 個別支援計画やアセスメント、ケア記録の書き方についての研修
- ・ ガイドラインや、マニュアル、手順書に関する研修
- ・ 障がい者差別解消法や障がい者福祉制度、関連性についての研修
- ・ 利用者本位の支援方針などを定期的に学ぶ機会や事例検討会などの開催
- ・ 特性に配慮した知識や技術に関する研修

介護保険制度が施行されて以降、行政などが実施する研修の対象は、管理者など一定の職員層となり、その研修内容を、それぞれの事業所や法人での研修計画に基づき実施していくという方向に転換されていった。特に虐待防止に関する研修については、令和4年度から義務化された「虐待防止措置」として、研修を行うことが必須であり、行わなければ未実施減算となる。

本法人で自主的に取り組んでいる内部監査についても、その中立性を担保し、互いに指摘した事項がそれぞれの事業所で真摯に受け止められ、改善に結びつく取組を行えているのかを再検討する必要がある。

第4 外部の目を入れること

本施設は、その立地状況から、日常的に外部の目が入ることが難しい面がある。

本法人独自の慣行を廃止し、施設運営について本来あるべき方法で実施するために、意図的に外部の目を常時受け入れ、外部の声を聴き、反映する仕組みを整備する必要がある。

第三者委員やオンブズマンなどを日常的に受け入れていくようにするとともに、地域の様々な行事などのために場を提供することなどもすべきである。

また、これまでも実習生やボランティアなどの受け入れがあったことはヒアリングなどで確認できているが、法人全体でその受け入れについて検討し、全ての事業所で受け入れを行えるような体制をとる必要がある。

以上

社会福祉法人光生会の沿革（ホームページ参照）

- 昭和 55 年 社会福祉法人 光生会 設立準備
- 昭和 60 年 4 月 身体障害者療護施設 岸和田光生療護園本館 開設
- 同年 5 月 社会福祉法人 光生会 設立
- 昭和 61 年 4 月 身体障害者短期入所事業 岸和田光生療護園ショートステイ 開始
- 昭和 62 年 4 月 知的障害者入所更生施設 岸和田採光学園 開設
- 平成元年 4 月 身体障害者療護施設 岸和田光生療護園新館 増築
- 平成 2 年 4 月 知的障害者入所更生施設 岸和田採光学園 増築
- 同年 5 月 岸和田デイサービスセンター 開設
- 平成 4 年 4 月 特別養護老人ホーム ビーブルハウス忠岡 開設
- ビーブルデイサービスただおか 老人デイサービス事業
- 平成 6 年 9 月 知的障害者入所更生施設ビーブルライティング泉北 開設
- ビーブル通所作業所ただおか 開設
- 老人居宅介護事業所 ビーブルハウス忠岡 ホームヘルプサービス 開始
- 在宅介護支援センター事業 ビーブル在宅介護支援センターただおか 開設
- 平成 7 年 6 月 軽費老人ホーム ビーブルケアハウスいずみ 開設
- 平成 8 年 4 月 軽費老人ホーム ビーブルケアハウスきしわだ 開設
- 同年 6 月 老人デイサービス事業 ビーブルデイサービスセンターきしわだ 開設
- 岸和田光が丘通所作業所 開設
- 知的障害者入所更生施設 岸和田光が丘学園 開設
- 平成 9 年 4 月 身体障害者療護施設 岸和田光が丘療護園 開設
- 平成 10 年 7 月 特別養護老人ホーム ビーブルハウス忠岡 増設
- 居宅介護支援事業 ビーブルケアプランセンターただおか 開始
- 平成 12 年 4 月 居宅介護支援事業 ビーブルケアプランセンターきしわだ 開始
- 同年 9 月 特別養護老人ホーム ビーブルハウス和泉 開設
- 平成 14 年 4 月 保育所 ビーブル久米田チャイルドスクール 開園
- 平成 18 年 4 月 グループホーム やすらぎ 開設
- 同年 10 月 光生会 ISO 9001:2000 取得
- 平成 19 年 4 月 保育所 ビーブル八木南チャイルドスクール 開園

平成22年4月 保育所 ピープル大芝チャイルドスクール 開園(岸和田市より移管)

平成23年4月 放課後児童健全育成事業 ピープル久米田チビッコホーム 開始

平成24年4月 保育所 ピープル大芝チャイルドスクール 新園舎完成

平成25年4月 放課後児童健全育成事業 ピープル八木南チビッコホーム 開始

同年5月 知的障害者グループホーム・ケアホーム 関空苑 開設

同年9月 保育所 ピープル久米田チャイルドスクール 新園舎完成

平成27年4月 保育所3園を幼保連携型認定こども園に移行

平成28年4月 総合福祉施設 小松里苑 開設

ピープルブランチスクール大空(久米田チャイルド分園) 開設

ピープルスマイル久米田池 新築

ピープルブランチスクール小松里(八木南チャイルド分園) 開設

ピープル大芝チャイルドスクール 増築

放課後児童健全育成事業 ピープルスマイル若葉 開設

令和元年4月 幼保連携型認定こども園 ピープル忠岡チャイルドスクール 開園

同年10月 障害者支援施設 岸和田光生療護園 新館 完成

令和4年4月 障害者支援施設 岸和田光生療護園新館 認可

令和6年4月 ピープルきし城チャイルドスクール 岸和田市より移管・新園舎完成

確認資料一覧

1, 職員（従業員）に関するもの

勤務指示表（令和 5 年 9 月～令和 6 年 6 月）

履歴書，介護福祉士登録証，修了証明書（2 級過程の研修）（いずれも L 氏）

労働者名簿

令和 4 年度及び令和 5 年度職員入退社一覧

岸和田光生療護園新館 職員名簿

組織体制図

社会福祉法人 光生会 役員名簿

社会福祉法人 光生会 事業内容

社会福祉法人 光生会 評議員名簿

法人組織体制図（社会福祉法人 光生会 組織図（障害者支援施設）（高齢者施設）
（認定こども園））

2, サービス提供に関するもの

岸和田光生療護園新館 利用者名簿

利用者人数推移表

カルテ（健康診断表・診療録・検査録・レセプト・サマリ等）

栄養ケア計画書

体重表

生活支援会議録

事業及び定員

理事会開催通知書

理事会議録

3, 事業運営に関するもの

定款

法人パンフレット

人員配置関係申請書類

4 月度勉強会資料（個別支援計画について）

岸和田光生療護園新館 職員教育勉強会スケジュール表

災害訓練・避難訓練勉強会資料（業務継続計画について）

2 月度勉強会資料（人権・身体拘束について）
12 月度勉強会資料（入浴の安全と注意点）
職員勉強会資料（AED の使用方法と救急救命）
10 月度勉強会資料（安全対策（事故防止）について）
9 月度勉強会資料（個別支援計画について）
勉強会資料（緊急時対応（日中・夜間））
勉強会資料（食事の安全と注意点について）
令和 5 年 6 月度 職員会議勉強会資料（呼称・プライバシー等について）
勉強会資料（障害者虐待防止）
勉強会資料（虐待防止・身体拘束について）
岸和田光生療護園 新館 事業計画書 添付書類
事故報告書（令和 6 年 4 月 18 日作成）
事故・ひやりはっと・報告書（令和 6 年 3 月 22 日作成）
調査報告書
再発防止委員会（会議録・内部調査報告書）
内部調査・再発防止委員 会議録
労働基準監督署勧告書

4, 虐待防止に関するもの

虐待防止委員会組織図
利用者虐待防止のための指針（虐待防止委員会組織図・虐待防止検討会議録・職員セ
ルフチェックリストの分析結果報告書）
虐待防止検討会議録
市町村改善報告書
大阪府指導監査報告書

5, 身体拘束等の適正化に関するもの

身体拘束廃止検討会議録, 身体拘束廃止に関する指針, 身体拘束廃止委員会組織図

6, その他

利用者家族への手紙（岸和田光生療護園 新館にて発生した虐待事件につきまして）
利用者家族への手紙（岸和田光生療護園 新館の体制変更について）
ご遺族に対する説明資料