

第三者検証委員会の提言と

私たちの取り組みのご報告

社会福祉法人愛光園

2022 年 4 月

第三者検証委員会の提言と私たちの取り組みのご報告

< 目 次 >

1.逮捕された案件の概要	1
2. 第三者検証委員会の提言	2
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	3
(1)私たちはなぜ虐待の可能性を考えなかったのか	3
① 情報の鵜呑み・正常性のバイアス	3
② 情報の制限	4
③ 俯瞰的視点の欠如	4
④ 気づきの共有ができない	4
⑤ 愛光園ブランドという甘え	5
(2)事件が起きた組織要因と対応	6
① 会議体の課題について	6
② 事故報告の課題について	6
③ 管理者の課題について	7
④ コミュニケーションの課題について	8
⑤ 採用の課題について	9
⑥ 障がいの重い方・支援の難しい方の抱え込みについて	9
4. 虐待通報後の対応	10
(1)行政からの虐待調査への受け止めの軽薄さ	10
(2)調査の怠慢	10
(3)被害者保護の対応の欠如	10
(4)事故検証での他事業所からの指摘の軽視	11
(5)理事会の軽視と外部視点の欠如	11
5.法人の取り組みと第三者検証委員会の提言を受けての対応等	12
(1)虐待防止推進会議と虐待防止委員会の設置について	12
(2)虐待対応の流れの定着について	13
(3)人財育成・研修について	13
(4)誓いの日の制定について	14
(5)人事異動について(提言を受けての対応)	14
(6)セカンドオピニオンについて(提言を受けての対応)	14
(7)グループホームでの取り組みについて	15
6.組織の刷新と関係者の処分	16
7. まとめとして	17

第三者検証委員会の提言と私たちの取り組みのご報告

社会福祉法人愛光園

2020年12月4日、社会福祉法人愛光園が運営するグループホーム「なないろの家1」において、元職員がご利用者に暴行を加え重傷を負わせた容疑で逮捕されました。このことを発端に、4名のグループホーム入居者に対して、傷害致死と傷害容疑で元職員が4回逮捕される事件となりました。

被害にあわれた方たちが、本来であれば、安心してその人らしく生活できるはずだったグループホームにおいて、信頼して支援を受けることができるはずだった職員によって、ひとりの人として幸せに生きる権利を奪われてしまったことは、決して許されることはありません。

ご利用者、ご家族、これまで長年社会福祉法人愛光園を温かく見守り、共に歩んでくださった皆様の信頼を裏切ることになってしまったことを心よりお詫び申し上げます。

私たちは、自ら事件について振り返るとともに、第三者検証委員会調査報告書の提言を真摯に受け止め、被害にあわれた方たちの思いを深く心に刻み、さらなる再発防止の歩みを進めてまいります。

1. 逮捕された案件の概要

・2019年7月24日から25日にかけて、共同生活援助「なないろの家1」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として2020年12月4日に傷害容疑で元職員が逮捕された。
・2020年4月13日、朝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として2021年1月14日に傷害容疑で2度目の逮捕となった。
・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として、2021年3月9日に傷害容疑で3度目の逮捕となった。(不起訴処分)
・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として、2021年11月12日に傷害致死容疑で逮捕された。(不起訴処分)

裁判の冒頭陳述などによれば、逮捕された案件以外にも、元職員による利用者への虐待行為があったとしている。

2. 第三者検証委員会の提言

第三者検証委員会は 2021 年1月27日の第1回から 2022 年3月24日までの1年2か月の間に委員会16回開催のほか、職員アンケートの実施、職員へのヒアリングにも多くの時間を割いて事件の調査検証を重ねて、2022 年 3 月 30 日に報告書が法人へ受け渡されました。

第三者検証委員会からは、関連する案件について検証し、法人愛光園の対応が適切であったか否かを考察し、以下のように再発防止に関する提言をいただきました。

(報告書全文はホームページに掲載しています。 <http://www.aikouen.jp/>)

再発防止策の提言

(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、障害者総合支援法に基づく「障害福祉サービス事業者等事故等報告書」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。

(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はなく、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) 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

2020年12月4日、なないろの家で元職員が傷害容疑で逮捕され法人に報道陣が詰めかけた時、法人事業所管理者の私たちは何が起きたのか理解できませんでした。

元職員が、利用者の腹部を蹴る暴行を加えたことを認めたとの報道により、被害にあった方たちの「小腸穿孔」は病気ではなく、あってはならない重大な虐待行為によるものであった事実を突き付けられ、私たちは大きな衝撃を受けました。

裁判で次々明らかにされることや報道される内容に理解が追い付かず、目の前のことに追われてしまい、説明責任がある管理者の立場でありながら、被害にあわれた方、そのご家族、法人職員、関係者、外部の方々が何より知りたい「なぜ気づけなかったか・なぜ疑えなかったか」「なぜ事件が起きたのか」に対して説明することができませんでした。

そのため、管理者である私たち自身で事件について振り返り内省する場を持ちました。そのなかで組織としての課題が明確となり、改善に向けて「組織再生プロジェクト」として協議を重ねてきました。明らかになった法人組織の問題点は、第三者検証委員会の調査報告と重なりますが、ここに報告させていただきます。

(1) 私たちはなぜ虐待の可能性を考えなかったのか

2019年3月に亡くなられたDさんは、2018年5月に絞扼性イレウスの診断を受けた後、入退院を繰り返していました。

病院では、「腸壁が大変薄くなっており手術で切ってつなぐのも難しい」とされる状態の診断がありました。Dさんが亡くなる前日、夜勤明けだった被疑者の元職員は、「異常はなかった」と業務報告しており、救急搬送時、外傷はなく病院での診断もあり、死亡は病状の進行によるものと認識されていました。

Aさん、Cさんも、小腸穿孔による入退院が複数回ありました。その際も、外傷はなく、病院で内因性とも外傷性とも断定されることは無く、原因不明と聞いていました。

①情報の鵜呑み・正常性バイアス

当時なないろの家で、小腸穿孔で入退院する方が複数人発生していることについては、障がい福祉事業部の会議内において、当時の管理者から利用者情報として報告がありました。

その際に40代～60代で知的障がい者の死亡率が高い傾向のデータが示されました。私たちは、その原因を長年服用してきた薬の副作用や、不調を言葉で訴えることが難しい障がい特性によるものではないかとの認識をそのまま受け止め、その時点で虐待の可能性を疑うことはありませんでした。

のちに、福祉に携わる者として知っていて当然と言われる千葉県施設で発生した「袖ヶ浦事件（暴行による小腸穿孔）」と結び付けて考えなかったのかというご指摘を受けましたが、当時の私たちはそこに気づくことはできませんでした。

2019年8月、AさんCさんについて病院から行政と警察に虐待通報があり、行政からなないろの家に調査が入りましたが、外傷がなかったこと、ご本人たちが元職員を怖がっていなかったことなどを理由に虐待認定は見送られました。しかし、2019年10月、警察から法人へ内密に捜査協力依頼がありました。

2019年11月、Cさんが退院し、なないろの家に戻ることなくそのまま他法人事業所へ転居となりました。

法人としては、その時点でもなお小腸穿孔の原因を「病気」としか認識しておらず、管理職の会議内では、「法人・事業所に連絡もないままCさんが転居となった」ことに対して憤りを感じている雰囲気がありました。

②情報の制限

12月4日の逮捕直前まで、警察からは、法人に対して警察が捜査段階で動いていることを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ました。そのため、管理者の中でも捜査状況を知る者は限られていました。警察に疑いをかけられているということについて、会議内で議題に上がることはなく、法人自ら虐待を疑い、独自で時系列でみるなどして検証するという動きに至りませんでした。

③俯瞰的視点の欠如

当時、私たちは、事件にかかわるとされる被害者の救急搬送の情報を、点のみでしか見ることができていませんでした。逮捕後、改めて時系列で振り返ってみたとき、私たちも違和感を持たざるを得ません。

④気付きの共有化ができない

元職員の虐待に気づかなかった理由のひとつとして「ご本人たちが元職員を怖がっていなかった」という情報がありました。しかし現場の中には、被害にあった方が、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職員もいました。しかし、そのような声も、事件前には管理者等に届くことはありませんでした。

Bさんについては2019年度までは居室内での転倒の事故報告書が多く上がっていましたが、当時のグループホーム管理者が、不在であることが多く、法人の管理職会議の場でBさんについて情報共有されることはほとんどありませんでした。

2020年4月にグループホームの管理者が交代し、転倒の事故報告や転倒が繰り返されることに対する支援の困難さが法人会議内で報告されるようになりました。Bさんの転倒事故の多さについては脳の血腫を疑い、検査の結果、実際に血腫があり手術もされていたため、その際にも私たちは虐待を疑わず、本人の高齢化による身体状況の低下からの転倒と事故を結びつけて認識していました。

事件となった陰囊部の血腫の原因は、事業所ではベッドと柵の隙間に挟まったためと推測し事故として報告されました。環境を整備するなど再発防止策をスタッフで検討する場に被疑者の元職員も参加していました。

2020年4月、この件について愛知県警から改めて捜査協力依頼がありました。6月に心理的虐待の件で元職員を勤務から外すことにしましたが、多くの場面で元職員が勤務で被害にあった方たちに関わっていたという事実があったものの、その時点でも確証が持てない中で元職員(の虐待)を疑いきることはできませんでした。気づきのポイントはたくさんあったと思いますが、経営層の会議でも忖度のない議論に至りませんでした。

当時の私たちが暴行の事実気づくことができなかったのは、病気という先入観から離れて「疑ってみる」ことをしなかったこと、また「虐待」=あるはずない。あつては困る。あつてほしくないという想いがどこかで心にブレーキをかけたていたのかもしれない。

⑤愛光園ブランドという甘え

病気と思い込んでしまった、事故と思い込んでしまったと繰り返すしかない説明に「それでもなぜ気づけなかったのか・なぜ疑えなかったのか」そもそも、「なぜ事件は起きたのか」ともややや消えることはないと思います。

管理職の事件の振り返りから、内省の言葉を抜粋します。

- ・法人「愛光園」というブランドに安住し、虐待の捉え方を含め時代に周回遅れになっていたことに気づけていなかったのではないかな。
- ・法人の理念としての「本人主体」=「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、権利擁護の理解、自分たちの仕事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かもしれない。
- ・理念の継承を創設者に頼り切り、管理者自身で伝えてこられただろうか。
- ・自分たちは基本的に性善説、「みんないい人」が根底にある。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て「疑ってみる」という視点に欠けていた。
- ・薬の副作用の話など自分たちにとって都合のいい認識は近くに持ってこれるが、都合の悪い認識は遠くしてしまうような思考があった。今となっては、身に染みて「虐待もありうるぞ」という認識でみえるようになったかと思う。前の自分は気楽で幸せボケした自分だった。

社会福祉法人愛光園は、目の前の支援が必要な一人のために、制度が整わない時代から、ないものは作り、事業を拡げ、職員数500人規模の法人に成長しました。創設の理念を伝え続けるのは相当の努力が必要です。でも私たちは敷かれたレールを走っていただけになっていたのかもしれない。今、私たちは、事件が「問題のある職員が引き起こした出来事」ではなく、「組織の機能不全を背景にした法人全体の責任」であったことを明確に自覚し、組織の再生→新生に法人一丸となって取り組んでいかなければならないと考えています。

(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

法人内管理者15名が参加する運営会議は報告事項が多く、他事業所の報告を受けて、議論する十分な時間がありませんでした。また、疑問や提案など活発な意見交換ができる雰囲気を作り出せていませんでした。そのため、管理者同士が他事業所の課題を自分事として受け止める意識・横のつながりに欠けていたかもしれません。

各会議の進行、時間配分など会議形式はその場によるところがあり、会議自体の目的が明確でなく、テーマや議題が事前に準備できていないために報告に時間ばかりがかかり、結論が出せないこと、また継続課題が積み残されてそのままやむやになってしまうことなどがありました。



2022年度の会議体ではこれらの反省を踏まえて、目的を明確にして忸度ない議論ができる会議運営に努めていきます。

すでに毎月の事業部会議では、その月の不適切行為事案・事故・苦情について報告し議論の場を持つようにしました。

1事業所で生じた問題について、事業所で抱え込むことなく、適時にグループ長・部長に相談し、毎週の経営会議の場にタイムリーに上がってくる流れが定着してきたことによって、これまで事業所単独で解決できずに抱え込まれてきた不適切行為やハラスメントの問題に対して、部長・グループ長が聞き取りに入るなどし、進捗を確認しながら問題解決に組織として動き始めています。

運営会議は議論の会議と報告の会議を分け目的を明確にします。参加する管理者は、事業所に持ち帰り、職員に適切に説明できるように疑問はそのままにしないなどの具体的な会議体の改善策を着実に実行していきます。

②事故報告の課題について

事件前、事業所から数多く上がってくる事故報告について、事故要因と再発防止策に齟齬があってもそのまま決裁されていくことがありました。

タイムリーに法人に事故報告がなされない、事故が事業所内・事業所間で共有されない。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で検討されていない・・・など、事故対応についてきちんとやれていないこともあり多くの課題がありました。



事件後、私たちが大きく意識を変えたことは、原因不明の痣やケガに対して、安易に原因不明のままにしないこと、虐待の可能性を疑う視点をもって事故を検証することです。

事件後は、事故報告書の記載事項の不備、原因不明は決裁の際に差し戻し、再検討する流れが定着してきました。

また、ケガなど通院を伴う事故については県・市町に報告することと同時に法人各事業所にもメールで情報共有するようになりました。

事故防止の指針(資料①)において事故の要因分析の中に虐待防止の視点を明確にし、事故報告書の様式(資料②)を改訂しました。事故の経過をしっかりと追ひ、複数職員で要因分析を行い事故の再発防止策をたてます。事業所規模によって課題となっている共有方法の課題については、各事業所で工夫し改善に努めていきます。

関係事業所間の情報共有の重要性も認識され、原因不明の痣やケガを疑ってみる感度が上がってきています。原因不明の痣やケガが重なった場合は、法人で倫理委員会を開催し、ケア会議でご家族・相談員・行政機関など交えて個人の尊厳と安全配慮をその都度考え、防犯カメラの設置を有目的・有期限で活用することを検討し、導入した事例もあります。

③管理者の課題について

管理職の振り返りを行う時点で、法人内 15 名の管理者の中でも、2019 年度・2020 年度に任命されたばかりの管理者にとっては、事件の経緯について何の情報も持っていない状況がありました。

愛光園は、目の前の支援が必要な人のために、制度が整わない時代から、ないものは作り、事業を拡げ職員数 500 人規模の法人に成長してきました。その中で、組織が大きくなる速度に人材育成の仕組みが追い付かず、事業所を立ち上げた前管理者の退職のタイミングで十分な準備も引き継ぎもなく管理者を任されることもありました。

事件の振り返りの中で「管理職の役割」について話し合いました。職制規程はあるものの管理者がその役割を具体的に示されることなく管理者となり、人材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のではないかとということも明確になりました。

また、現場での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ています。虐待に限らず初期対応をおろそかにせず、課題が小さなうちに適切に行っていくことが重要であると痛感しました。



管理職の役割をあげていけばいくほど、やらなければならないことが増え、本来管理職は「現場で直接利用者や職員の顔を見て、声をかけて気づくこと」をやっていかなければいけない、その時間が削られるという矛盾が生じています。

管理職の責務は、利用者の権利擁護と事業の円滑な運営です。そのために管理者が現場の一員としてフォローに入ることは常態化されるべきではありません。

障がい福祉事業部では、身体・知的・療育相談の 3 グループにグループ長を置き、新しい管理者が組織運営の相談をしやすい体制を作りました。

また、事故や苦情、虐待事案だけではなく、情報提供や提案相談など、管理職間のメールでの情報共有が会議の場だけでなく日常的に行われることで、管理者同士の横のつながりを強くしています。円滑な事業運営については、理事長・部長による職場巡回を復活させ、事業所の利用者、職員

の雰囲気と運営上の進捗課題の確認等、目的を持って現場とコミュニケーションをとる機会にしていきます。

虐待防止のために、管理者が最も力を注がなければならないことは、「一つの声をないがしろにしないコミュニケーション」であり、そのためには、「この管理者になら話したい」と思われるようであればなりません。2022 年度、管理職が毎月の本鶏会(読書会)を通じて人間力向上に取り組み、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していきます。

④コミュニケーションの課題について

ホームに支援に入ったヘルパーからは、元職員の利用者に対する威圧的な接遇が見聞きされており、当時その報告を上司に伝えたが、何も変わらなかったと感じている職員がいました。元職員が、利用者の支援の困難さと勤務のきつさなど口にしていた不満を聞いた他事業所の職員が上司に報告したが、上司がそれに対してどう動いたのかわからないと感じていました。

事件当時、私たち管理者は、職員とコミュニケーションが取れていたのか。管理者は、聞こえてきた声をないがしろにしていなかったか。事業所内で情報共有が適切にされていたのか・・・管理職の振り返りの中で、何より不足していたのは縦横斜めのコミュニケーションだったのではないかという意見が多く出されました。

また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との課題が上がりました。



現場職員が感じていた違和感が、相談されない、管理者まで届かない風通しの悪さ、報告したことがどのように対応されたのか報告者に返されないコミュニケーションの不足が、「言っても変わらない」という職員の諦めにつながったと思います。

第三者検証委員会の提言にもあるように、コミュニケーションの課題は再発防止の最重要課題と認識しています。

不適切を言い合える、風通しの良い風土にしていくために、2021 年 4 月より、コミュニケーションに重点を置いた研修・会議をスタートしました。(各取り組みの報告③～⑥をご参照ください。)

2022年度の法人事業計画にはさらに職員面談の機会を増やすことを上げています。もちろんそれだけでは足りません。事業所規模や形態にもよりますが、管理者ひとりだけですべての声を拾うこと、すべてを見て把握することは現実的には不可能です。風通し良く管理者に声が届くためには、サービス管理責任者や現場リーダーの力と、事業所ごとにコミュニケーションの取り方の工夫が必要です。

コミュニケーションの課題は、事業所任せにせず、事業計画の進捗管理の中で継続して確認していきます。

⑤採用の課題について

元職員は、2010年6月法人内他事業所りんくで非常勤採用され2014年4月まで勤務しました。その後2014年7月に居住サポートセンターで採用され、2017年4月からなないろの家で勤務していました。

事業所側は転職経緯に違和感を持たず採用し、当時の管理者は採用後も勤務状態が特に問題と感じたことはなかったとのことでした。非常勤であった理由は、自身が立ち上げたNPO法人の活動と両立するため本人希望の雇用形態でした。

りんく在籍中、高圧的な言動の傾向があったことを知る職員からは、なぜ居住サポートセンターで採用されたのか疑問視する声がありました。しかし、その情報は事業所間で共有することができませんでした。



現在、非常勤職員については各事業所にて採用を行っていますが、事件を起こした元職員のりんくを退職した時の情報が共有されていませんでした。第三者検証委員会からの提言の中では「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。」との指摘がありました。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きます。

⑥障がいの重い方・支援の難しい方の抱え込みについて

法人愛光園は、開設以来どこにも受け止められない障がいの重い方、支援の難しい方の支援において使命感をもって取り組んできました。

その一方で現場はいつまでこの大変な支援をやるのか悩んでいたかもしれません。また管理者はその悩んでいる人とのコミュニケーションが十分に取れていなかったのかもしれません。



Dさんのケースでは利用者の状態像が変化する中で、実際には提供できる介護や支援の内容がグループホームの機能的にご本人の状態像と合わなくなってきたにもかかわらず、支援を続けようとしていました。特に、高齢化や加齢による一層の重度化に対して、法人内で何とかしようと抱え込んでいたのだと思います。

1事業所で抱え込まず相談支援や行政機関などと連携してケア会議を開催し、多くの知見を集め、その選択肢の中でその方にとってより良い暮らしを柔軟に考えていきます。また、日常生活の多くの時間を支えている非常勤職員に対して支援の困難さを聞き取り、障がい特性や対応の研修や支援の変更の適切な伝達等を行っていきます。

4.虐待通報後の対応

(1)行政からの虐待調査への受け止めの軽薄さ

行政から虐待の疑いで調査の連絡が事業所にあったが、事業所から本部や部長・グループ長に報告しなかった。たまたま別の行政関係者からの問い合わせで本部が知ったが、すでに調査は終わっていた。虐待に関する調査という重大な事案にも関わらず報告がなく、ことの重大さの受け止めが欠如していた。さらに法人本部も状況を確認しただけで、報告の怠慢について厳重に注意したり処分を行うことはなかった。本部の受け止めの甘さも同罪である。

また行政からの調査結果が届かなかったが、届かないのは虐待認定されなかったのだと勝手に判断し、行政に確認することもなかった。

(2)調査の怠慢

行政から虐待の調査があった時点で、法人として調査をすべきであったが、行政からの調査に立ち会った職員の感触(虐待とは認定されないのではないか)を鵜呑みにし、法人独自で調査を行うことはなかった。「虐待認定するのは行政の役割」という意見もあったが、「虐待」の認定か否かにかかわらず不適切な案件があったかどうかは法人として調査し是正すべきであった。

(3)被害者保護の対応の欠如

警察が捜査を開始した際、警察から、利用者の保護のために「事業所の閉鎖」「人事異動」「支援体制の見直し(2人夜勤体制)」の打診があった。管理者への当該職員の状況の聞き取り(不審な点は感じられない)、行政の調査での感触(虐待認定はされないのではないか)、警察からの容疑の根拠が薄弱と判断してしまったこと、職員配置状況の厳しさから、対応しなかった。冤罪に加担するのではないかとの思いもあったが、利用者保護を最優先させるべきであり、その上で職員の人権配慮も可能なはずである。その可能性の追求が不十分であった。

(4)事故検証での他事業所からの指摘の軽視

警察の捜査が密かに進められている中で利用者の事故が発生した。事故の発生原因を検証している際に、通所先のケアマネジャーから虐待の可能性の指摘がされたが、他の原因であると推論し、真摯に受け止めることはしなかった。

(5)理事会の軽視と外部視点の欠如

事件前は虐待案件を報告事項として取り上げていたが、警察の捜査が始まってからは、警察からの情報を広げないでほしいという要請で、理事会には「虐待の疑いで調査」「引き続き調査中」とだ

け書類に記載し、具体的な内容を報告していなかった。事件の重大性を鑑みれば理事会に報告すべきであった。

理事の構成メンバーも制度変更を機に法人職員やOBばかりであり、法人内部の論理が優先し法人外部の視点からみてどうかという視点が欠けていた。

更に基本的に理事会開催は3ヶ月に1度で、決議事項も多く、理事会の場で十分な検討過程の説明がなく、出された意見を反映する余裕のないまま議案を承認するということが通例となっていた。

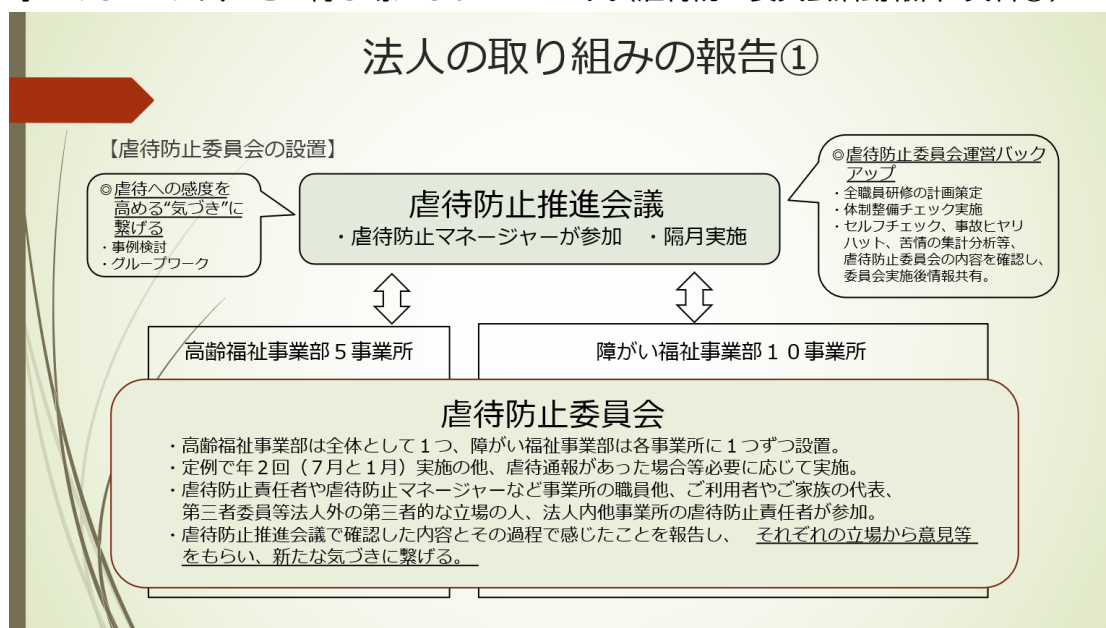
5. 法人の取り組みと第三者検証委員会の提言を受けての対応等

(1) 虐待防止推進会議と虐待防止委員会の設置について

障がい者施設での利用者虐待が増加傾向にあることから 2022 年度事業所に虐待防止委員会の設置が国により義務化されることになりました。事件を受けて、私たちは、2021 年 4 月より虐待防止の指針を策定し(資料⑦)法人全事業所に虐待防止委員会を設置しました。(虐待防止委員会運営要綱 資料⑧)

2021 年 7 月に全事業所が第 1 回の委員会を開催しました。委員には、苦情第三者委員・ご家族の代表・他事業所長など、外部の視点を入れることで、気づきを得られるようにしました。第 2 回は 1 月に開催しました。また、不適切事案が発生した事業所では臨時で委員会を開催し、再発防止に取り組んでいます。

年 2 回の虐待防止委員会では、その期間中の事故や不適切事案、苦情等の集計と事業所での分析を報告します。小さな痣や転倒は、適時に事故報告で報告されますが、それを半年ごとに集計し分析することで改めて見えてくる「傾向」があります。また、そこに外部の視点やご家族の声が入ることで、これまで「利用者特性上仕方がない」としてしまっていたような事故や苦情の中にも虐待の芽があることに気づきを得る場にもなっています。(虐待防止委員会活動報告 資料⑨)



虐待防止を事業所任せにせず、法人全体の取り組みとするため、全事業所の虐待防止マネージャーが参加する虐待防止推進会議を設置しました。虐待防止推進会議が全職員研修やチェックリストの進捗管理を行い、バックアップする役割を果たします。隔月の推進会議において、虐待防止マネージャー同士の横のつながりを強化し、法人内他事業所の不適切事案の検討により自分たちの事業所の虐待防止に生かしていきます。(虐待防止推進会議活動報告⑩)

(2)虐待対応の流れの定着について

事件前、各事業所には独自で作成した虐待通報のフローチャートは存在しましたが、それが活用されることはほとんどなく、事業所で発生した不適切事案が、事業所内でとどまってしまうことがありました。

事件後、法人共通のフローチャートを作成し、細かな動きの見直しを行いました。(資料⑪)
職員個々の通報義務の認識の高まりにより日常生活場面からの気づきや、事故や苦情の中からも不適切事案があがってくるようになりました。これにより、むしろ通報件数は以前より増加しています。そのため愛光園は本当に反省しているのかというご意見もあります。本来は虐待ゼロを目指すべきかもしれません。

しかし、事案の大きい小さいで通報すべき内容かどうかを迷ってしまうような事案を、フローチャートに沿い、対応するなかで、自分たちで虐待か否かを判定するのではなく、まず情報を上げるという流れが定着してきた結果が件数としてあがってきていることも事実です。そのことは、市町にもご理解いただいており、一緒に考えていただけることはとてもありがたく感謝しています。

虐待認定されたケースについて行政から求められる改善は、そのほとんどが職員個人に対してではなく組織としての改善であるということから、虐待は組織の機能不全から発生するということを私たちは明確に認識しています。

(3)人財育成・研修について

これまで、事業所採用の非常勤職員に対して、研修の機会はほとんどなかったことは第三者検証委員会報告書でも指摘され、研修の充実を図ることとされています。

非常勤職員は勤務時間帯的に参加が難しい、規模の大きな事業所や入所系の事業所では特に、全員対象に研修を行うことなど、できなくても仕方がないとしてしまっているところがありました。そのことを反省し、アンガーマネジメント研修・虐待防止研修は全職員対象に行いました。(報告⑫～⑬をご参照ください。)

参加した職員から手ごたえのある研修報告が上がっています。また、事業所単位で採用される非常勤職員に対しても、調理員、運転手などの職種の職員もすべて法人の入職時研修として法人理念と虐待防止について学ぶ機会を設定しました。

しかし、虐待防止関連研修だけでは虐待を防止できないことはわかってきました。いのち、人としてのあり方といった人間観、「障がい」や「指導ではなく支援」といった福祉観についての学びの場を作っていきます。ご本人の一番近くにいて一番困っている世話人やスタッフをしっかり巻き込んで一緒に考えていき、苦しさをチームで乗り越える支援の喜びにかわっていく経験を積み重ねていくことこそが重要だと考えています。

また不適切に当たる事柄をあげて、それを「しない」ことばかりに注力していくと必ず苦しくなってきます。日々の小さな成功体験こそ認め合い喜び合うようなポジティブな職場風土で職員が育っていくことも忘れないようにしたいと思います。

(4)誓いの日の制定について

私たちが今一度誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会を目指すためには、この反省を忘れないことに尽きると思います。

毎年12月権利擁護週間中の月曜日を「誓いの日」と制定し、被害にあわれた方たちの痛みと、関係者の悲しみを語り継ぎ、法人全体の取り組みとして再発防止を誓います。(資料④)

(5)人事異動について(提言を受けての対応)

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ために、少なくとも正規職員及び管理者やサービス管理責任者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無いようすることを検証委員会より提言されました。

以前は、「慣れた職員が抜けるのは困る」、「ご本人のことを受け止められる職員が抜けるのは困る」などの意見が職員やご利用者ご家族からも強く有りましたが、新たな視点が得られない、職員の役割が固定化され成長しにくいなど異動しないリスクも大きいです。異動に対する職員の考え方も、以前は異動に否定的な者が多かったのですが、近年採用された職員には異動はキャリアアップのためにも必要と理解している者も増えています。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ましたが、ベテラン職員や役職者を含めて広い視野を持ち、固定的な考えにならないよう異動を通して人財育成を図り、コミュニケーションの活性化のためにも新しい風を送り込むことができるよう人事異動を計画的に進めていきます。

(6)セカンドオピニオンについて(提言を受けての対応)

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、障害者虐待防止法に基づく「障害福祉サービス事業者等事故報告書」を県や市町村に速やかに提出するとともに、虐待について見識のある医師や専門家からセカンドオピニオンを得る体制の構築を提言されました。

事件の発覚後は、事業所の嘱託医や法人とかかわりのある医師に相談し、意見をいただく機会を設け、行政や各市町の虐待防止センターにも相談しています。今後も虐待の可能性が考えられる事案については、事業所任せにせず法人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きます。また検討した内容について管理職間で情報共有を図るとともに、職員にも積極的に周知していきます。

(7)グループホームでの取り組みについて

あってはならない事件を起こしてしまった私たち法人は、障がいがあってもその人らしく生き生きと地域の中で暮らし続けている方たち、そのご家族、関係者の方々に真摯に向き合わなければなりません。

なないろの家をはじめ 13 か所のグループホームで 50 名を超える方たちの地域生活を支援してきた事業所である愛光園地域居住サポートセンター・あったか生活支援センターは、愛光園が目指す「安心して暮らし続けることができる地域生活支援」の実践の場としてグループホームでの暮らしを支援してきました。

その中では、入居者の高齢化による障がいの重度化で身体介護が必要になる状況や、高い専門性が必要な支援の現場を、広い年齢層の非常勤職員が支えている現状があります。

事件後の事業所の取り組みとして、ご利用者の声を個別に聞く機会、管理者が各ホームを巡回して、世話人等職員の声を聴く機会を設け、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ようにしました。

事業所内会議での活発な意見交換で風通しの良い職場づくりの取り組み、事故発生時の検証の取り組みなど、法人の取り組みに加えて、事業所独自のセルフチェックの効果測定など行い、権利擁護意識の向上を目指しています。

今回の事件を受けては、各ホームや事業所に防犯カメラの設置の検討も行いました。個人の尊厳と安全配慮をその都度考え、原因不明の痣やケガが重なった場合は有目的・有期限での活用をご家族・相談員・行政機関など交えてケア会議で検討していくこととなりました。

様々な取り組みをしたとしても、これで安心ということは言い切ることができません。グループホームだから、入所施設だからということではなく、どこでも起こりうることと認識を強くし、今、目の前のご利用者の笑顔を守っていきます。

6. 関係者の処分と組織の刷新について

理事会において今回の事件の関係職員の責任について審議し、以下の通り承認されました。加えて、これまで、理事会の体制が法人関係者で構成されてきたことについて、外部視点の欠如を反省し、法人外部から理事・監事の選任を行い、組織の刷新を図りました。

また、2022 年度より定例の理事会の他に毎月理事懇談会を開催し、これまで以上に忌憚のない意見を交換し法人運営に生かせるようにします。

時期	組織改編・人事・懲戒等	詳細
2021.3.31		元あったか生活支援センター管理者の雇用契約終了 (事件当時の管理者)
2021.4.1	組織運営体制の改編	障がい福祉事業部を「身体障がい福祉事業部」 「知的障がい福祉事業部」「療育相談事業部」 に改編し、担当部長を分けて内部の連携強化を図る
		皿井常之 知的障がいグループ長及びあったか生活 支援センター・居住サポートセンター長 更迭
		小野嘉久 あったか生活支援センター 居住サポートセンター長 着任
2021.6.25	役員の刷新	日高幸子 理事長及び理事退任 皿井寿子 理事退任 鈴木征男 監事退任
		安井孝昭 理事就任 鳥居翼 監事就任 (法人外部より選任)
		日高啓治 理事長就任
2021.10.12	愛知県より行政処分 改善勧告	あったか生活支援センター 新規利用者受入停止 3 か月
2022.3.30	第三者検証委員会報告書	報告書の受け渡し
2022.3.31	経営責任の明確化	日高啓治 役員報酬 10% 3 か月 返納
	懲戒処分	桑山利和 療育相談事業部長 (事件当時の本部長) 懲戒処分:解任
		皿井常之 知的障がいグループ長 懲戒処分:解任 (2021.4.1 実施済み)
		あったか生活支援センターサービス管理責任者 懲戒処分:減給
	役員の刷新	三宅和人 理事辞任(事件当時の障がい福祉事業部長) 桑山利和 業務執行理事・理事辞任
2022.4.1	役員の刷新	市野恵 理事就任 (法人外部より選任)

7. まとめとして

事件後、私たちは、自分たちに足りなかったことを反省し、再発防止の歩みを進めてきました。通報や相談の仕組みが機能し始め、組織として対応できるようになってきたことは、ご利用者も職員も守っていくことにつながると信じて真摯に取り組んでいきます。

人と人とかかわりあう支援の現場では、不適切をゼロにすることは難しいです。ただできるだけ小さな芽のうちに気づきあうことが重要で、そのためにコミュニケーションが必要になります。まずはリーダー以上が率先して不適切なことには不適切と言い合える風土を目指していく一方で、お互いにありがとうや感謝こそしっかり伝え合い、ご利用者も職員もお互いを大切にしよう、愛光園らしい権利擁護の実現にむけて取り組んでいくことを被害にあわれた方々に約束したいと思います。

法人(＝経営陣、管理者のみならず、職員一人一人)が当事者意識をもってご利用者の本人らしい暮らしと、職員の働きがい追求していくその歩みをどうか見届けていただけますようお願いいたします。

社会福祉法人愛光園 事故防止と発生時対応のための指針

2021年10月1日策定

(はじめに)

第1条 社会福祉法人愛光園は、法人理念である本人主体と安心安全な暮らしを守り、適性で質の高いサービスを提供するため、正規職員・非常勤職員等の雇用条件にかかわらず、すべての職員が、本指針を遵守して福祉の増進に努めます。

(事故防止に向けての基本的な考え方)

第2条 私たちは、利用者一人一人を深く理解し、本人の意思を尊重したうえで、行動の抑制や拘束によることなく事故防止のために必要な措置を講じます。また、事故が発生した場合には、利用者の安心安全の確保を最優先に、速やかに適切に対応できるよう法人組織全体で取り組みます。

(事故の定義)

第3条 事故とは、次のいずれかに該当するインシデントをいいます。

- ① 利用者の身体に大小を問わず物理的な損傷が生じたか、もしくは損傷が生じた可能性のあるもの
- ② 利用者の持ち物に大小を問わず物理的な損害が生じたか、もしくは損害が生じた可能性のあるもの
- ③ 職員の身体への損傷に関しては、①利用者の行動が原因となっている場合、②単純な創傷や打撲と違い、長期にわたって職員の身体に影響を及ぼす可能性がある場合、の2つのいずれかに該当すれば、事故（労働災害）とみなす。

(事故発生時の初期対応)

第4条 事故発生時には、被災者のリスクを最小限にすることを最優先に対応します。

- ① できる限り複数人で状況把握を行い、必要に応じた初期対応を行う。
- ② 家族・管理者に即日報告する。
- ③ けがや痣の状態、物損事故の場合も、写真等記録に残す。

(事故報告書の作成と留意点)

第5条 現認者・現場リーダー等複数人かつ多職種で事故の検証・分析を行い、再発防止策をたて、3日以内に事故報告書を作成します。

- ① 原因不明のあざやけがの場合は、虐待の可能性の有無の視点を持つ。

- ② 再発防止策が、事故防止のために本人の思いに沿わない行動の抑制や身体拘束となっていないか留意する。
- ③ 再発防止策は、事故の要因ときちんと結びついているか。

（事故報告書の目的）

第 6 条 事故報告を書くことは、事故を起こしてしまったことの罰則ではありません。事故報告には以下の目的があります。そのために、報告書の必要事項記載欄にはもれなく正確に、事実のみを客観的に記入することが必要です。

- ① 事故の再発防止・・・事故の再発防止は利用者の安全確保からその瞬間から必要な場合があること、かかわるすべての職員に周知が必要であることから、早期の作成を心がける。再発防止策を立てて終わりではなく、再発防止策の有効性を検証し、同様の事故を繰り返さないため、報告書を事業所内及び法人内で共有し蓄積する。
- ② ケアの質の向上…事故報告書を SHEL モデルで分析することは、着眼点と気づきの感度を上げていく人財育成のチャンスでもあるため、事故の詳細を事業所（法人）職員で共有し、必要に応じて事例検討するなどして気づきの感度を上げていく。
- ③ 情報開示…事故の経緯や原因を利用者ご家族等に報告できるよう正しく記録を残す。万一のトラブル回避の際は、情報開示の役割も果たす。
＊①と②の両立は、事業所規模によっては難しいため、事業所ごとの工夫を加えた運用が重要。

（事故防止体制の整備）

第 7 条 発生した事故については、事業所内周知に終わらせず、適宜外部の視点を入れ検証する仕組みを確立します。

- ① 事故報告書は、報告書作成者から事業所管理者、事業部長、理事長まで、不明な点は取りをしながら決着する。
- ② 管理者は、通院等を要する事故が起きた場合、即日法人、他事業所にもメールで周知する。また指定の様式で県・被災者の支給決定市町に 5 日以内に報告する。
- ③ 管理者は、重大事故が起きた場合、事業部部長を通じて関係者に緊急招集をかけ、法人として対策を講じる。損害賠償等の必要が生じた場合は、法人弁護士に相談の上対応する。
- ④ ②③以外の事故については、事業所内で共有し、月次報告に記載することにより法人内で共有する。また、年 2 回の虐待防止委員会においては半期の事故内容だけでなく、傾向と分析結果を報告し、参加する他事業所長、第 3 者委員等、外部者から意見を受け事故防止に反映させる。
- ⑤ 事故の大小にかかわらず、事業所内で課題となる事故については、事業部会議で議題に挙げ検討する。
- ⑥ 繰り返す事故については、複数事業所や法人外事業所、後見人・家族・行政に参加を呼び掛け、ケア会議で状況を共有しておく。原因不明の場合にカメラ導入を検討する場合は、倫理委員会を開催する。

- ⑦ 複数事業所を利用する方の事故については事故の大小にかかわらず関係事業所間でタイムリーな情報共有を行う。
- ⑧ 事業所リスクマネージャー（サービス管理責任者）は、関係する現場職員全員に対して、事故の経緯と再発防止策の周知徹底を丁寧に行う。
- ⑨ 現場職員は、自分が起こした事故でなくとも我がこととして受け止め、原因分析や改善策に対して積極的に提案し、事業所職員として再発防止に取り組む。

（事故防止のための支援の質の向上）

第 8 条 事故は、被災者はもちろん、起こした職員も少なからず心に痛みを負います。それを取り繕ったり言い訳することなく自省できる職員は、同じ事故を繰り返しません。他職員も他人事とせず一緒に再発防止に取り組むことで、法人・事業所の支援の質を向上させます。

- ① ヒヤリハット提出の奨励・・・事故や災害につながりかねない危険な状況をヒヤリハット報告として事業所内で共有する。職員一人一人が、「ヒヤリハット」気づき、そこにやり取りを重ねることで、事業所全体の支援の質の向上を目指すため、事業所ごとにヒヤリハットが出やすい仕組みを作る。
- ② ベテラン職員のリスク・・・自身の経験や能力を過信することによるベテランゆえの不注意・思い込み・故意のルール違反（このくらいなら自分なら大丈夫という手抜き）による事故の責任の重大さを認識する。
- ③ 新人職員のリスク・・・「経験不足・不慣れ・そもそも教えられていない」は、新人職員ではなく指導職員の責任であり、事業所の新人教育の仕組みに不備がないかを確認する。
- ④ 本人の「いつもと違う」に気づく視点・・・誰もがサインを出していないはずがない。しぐさや動きや表情から思いをくみ取ることをあきらめない。日ごろから多職種の視点・家族からの情報を共有し積み上げておくことで気づきの感度を上げていく。
- ⑤ 皮下出血のレベル・職員の意識の違い・・・「これいつからあった？」と言われたときに「気づかなかった。いつからだろう。」とやりとりすることが大切。「昨日もありました」という悪気のない感性は支援者としては足りていないと認識する。

事件について、「なぜ気づけなかったのか」という内外からの問いかけについて管理職の振り返りをおこなうなかで、当時の組織は、事故発生時の対応が事業所任せであり事故の報告・分析・検証・共有の仕組みが法人組織として機能していなかったこと、支援の難しい方の課題を事業所だけで抱え、法人内で情報共有されてこなかったことが明らかになりました。このことを真摯に受け止め、改めて私たちが、利用者の権利を擁護し、事故防止と発生時対応に取り組んでいくうえでの姿勢を指針にしました。

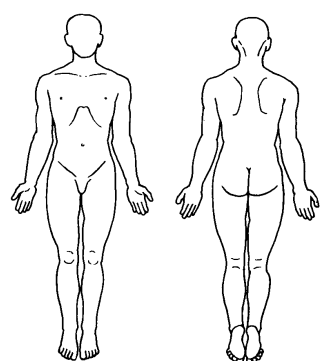
別表1

理事長	企画総務	事業部長

事業所長	副事業所長	主任	

資料②

事 故 報 告 書

事故の種類	1 転倒 2 転落 3 衝突・接触 4 皮下出血・表皮剥離等の発見 5 熱傷 6 溺水 7 誤嚥 8 誤飲 9 誤薬・抜薬 10 自傷 11 他害による被害 12 離設 13 紛失・忘れ物 14 器具破損 15 その他()		
利用者氏名 (被災者)	氏名 様 歳	男 女	現認者の所属 現認者
現認時刻	西暦 年 月 日 () 時 分(24 時間表記)	事故発生 場 所	※必要により事故概要欄に略図記載または別紙に添付のこと
事故の概要(事故発生の状況)※事故発生日時 西暦 年 月 日 時 分 ※下図に外傷部位 			
発生後の対応(初期対応)〔本人の状況〕		〔処置の内容・医療機関への対応等〕	
処置の内容・程度		医療機関名 付添職員名 診察結果 処置の内容 医療ケアの継続性の有・無	
家族への連絡・対応状況 〈連絡方法〉 電話・書面・訪問・その他()〈連絡職員名〉 〈連絡日時〉 西暦 年 月 日 時 分 〈家族名〉(続柄) () 連絡内容 家族の反応(返答)			
備考			

※¹事故現認したらすぐに上長へ報告。事故報告書は現認から 3 日以内に作成して提出すること。※²外部医療機関での治療及びその他報告が必要と認められる事故の場合は、【障害福祉サービス事業者等事故等報告書】を県及び関係市町へ提出し、この事故報告書に添付すること。
 現認者（現認から 3 日以内に事業所長へ） ⇒ 事業所長 ⇒ 部長 ⇒ 理事長
 事業所内はコピーで副事業所長・主任・職員へ周知 （受取から 2 日以内に上長へ）

検証者					
事故の要因・検証・分析			ご本人の行動・支援の状況		
SHEL	要因項目	要因分析の詳細	日時	行動・状況	支援者
ソフト・ 管理要因	S1 手順が不明確				
	S2 手順を不順守				
	S3 手順の不備				
	S4 教育が不十分				
	S5 その他				
ハード・ 物的要因	H1 必要設備が不足				
	H2 設備等が故障				
	H3 設備等が不全				
	H4 その他				
環境要因	E1 職員配置状況				
	E2 場の環境（広さ・温度・ 明るさ・音等）				
	E3 時間的要因				
	E4 その他				
利用者の 要因	L1 体調・健康状態				
	L2 突発的な動き				
	L3 利用者の特性				
	L4 その他				
職員の 要因	M1 体調等				
	M2 介護支援の知識・技術				
	M3 利用者の状況の把握不足				
	M4 職員間の連携不足				
	M5 その他				
その他の要因・状況等の要素					
再発防止のための対策					
上記のとおり、利用者（児）に事故が発生いたしましたので報告いたします。					
西暦 年 月 日					
事業所名			事業所長氏名		
社会福祉法人愛光園 理事長 殿					

虐待防止の取り組み

資料③

*それぞれの会議・研修の場で、自分たちの仕事は何なのか、自分の気持ちを自分の言葉で伝えるグループワークを重ね、お互いを認め合い、気づきあい、信頼しあうチームとなる。

*それぞれの会議・研修の場で、職員個々が、現状に満足することなく気づく力・人間力を磨き、ボトムアップでの文化風土に再建していく。

名称	対象者	頻度	開始時期	アドバイザー	目的
虐待防止推進会議	事業所虐待防止マネージャー(副施設長・主任)(12名)	隔月	2021年4月～	今井友乃さん	1. グループワークにより、事例を積み上げ、分析力を高める。 2. 各事業所虐待防止委員会の取り組みの共有。 3. 虐待防止体制チェックリストの集計と課題の洗い出し・チェック機能＝虐待の芽を摘む
リーダー研修	主任・リーダー(12名)	毎月	2021年4月～	廣瀬治代さん	1. グループワークにより、意思決定支援に必要な不可欠なコミュニケーション力を高める。 2. 半期に1度、今井さんによる権利擁護研修
事業部会議	事業所長(15名)	毎月			当月の事故・虐待・苦情について、病気、怪我含め、報告にとどまらず、原因不明の案件を再度検証し、二重チェックと気づきを促す。
管理職研修	虐待防止責任者(管理者15名)	月1回	2021年4月～	小野宏先生	管理職が内省をし、管理者としてなにをどう気づいていくか、理念の継続も踏まえ学んでいく。
アンガーマネジメント研修	全職員	月1回	2021年3月～		各事業所を回り、アンガーマネジメントの普及研修＝2021年度全事業所で実施
気づきのトレーニング「なるほどな」	居住サポートセンター職員・まどか職員	月1回	2021年1月～	山田優さん	1. 1月18日ZOOMにて優さんの話を聴く。→質問や、聞きたいこと優さんに提出(記名)→居住職員・まどか職員で7～8名のグループを編成→グループメンバーの質問意見を優さんがピックアップしグループワークへ。基本2グループを毎月行う。{書く・しゃべる・情報共有しながら「なるほどな」ルールは一つ。相槌を打つ。}
					居住職員が研修を受け、世話人さんに伝達するイメージ。世話人さんの思いはしゃべり場で廣瀬さんが聴き受け止めていく。
看護連携会議	法人内看護師(愛光園・まどか・のぞみ・居住・ファーム)	隔月	2021年4月～		1. 権利擁護や虐待防止について医学的観点から意見交換・情報交換を行う。 2. 法人内看護職の協力連携体制を構築する。

職員フォロー

榎本先生相談	予約制	適時	2021年1月～	榎本和先生	苦しい状況にある職員のカウンセリング
しゃべり場	すべての職員・自由参加・予約不要	毎週水曜日	2021年1月～	廣瀬治代さん	とにかく思いを出し合う。思いを共有して自分たちのバックボーンを確認しあう。 {しゃべり場は共感の時間と空間}
ココロのツボ	すべての職員・予約制	常時開設	2020年12月～	日高・桑山・倉科	職員の聞きたいこと、質問、悩みや困りごと、もやもやを出してほしい。

名称	権利擁護リーダー研修	担当者	松澤 賢治
開催日	毎月 第 3 木曜日	アドバイザー	廣瀬 治代氏

【目的】

各事業所で現場の中心を担っている主任・リーダー層の職員が、権利擁護に関して利用者に対する日常的な支援や職員間の連携・共有について、お互いの思いを出し合い、共有し合うことによって、各事業所の実情を理解し、横のつながりを作っていくきっかけになっていくことと、権利擁護についての知識や考え方を再確認し、各事業所に浸透していく取り組みへと繋がっていくことを目的とします。

【対象者及び参加者】

各事業所の主任・リーダー層(24 名)、オブザーバー(1 名)、研修担当者(1 名)

【年間計画】

日程	内容
4 月 15 日	研修の趣旨説明
5 月 20 日	権利擁護講演会Ⅰ 講師:今井友乃様(知多地域成年後見センター理事長)
6 月 17 日	権利擁護講演会Ⅱ 講師:今井友乃様(知多地域成年後見センター理事長)
7 月 15 日	グループワーク
8 月 19 日	グループワーク振り返り・全体ディスカッション
9 月 16 日	グループワーク振り返り・全体ディスカッション
10 月 21 日	意見交換の振り返り・コミュニケーションについて(講義)
11月18日	講義「ユマニチュード～「絆」を築くケア技法から」、ロールプレイ
12月16日	グループワーク(11 月のロールプレイを各グループで実施) 講義「リーダーとして伝えるべき最も大切な要点は」
1月20日	グループワーク(各事業所の問題・課題の報告と共有)
2月17日	グループワーク(事業所の問題・課題・法人への提言のまとめ)
3月17日	一年の振り返りと感想

※コロナウイルスの感染拡大により、対面研修での開催ができずオンライン研修が多くなった為、当初予定していた計画から内容等の変更をしています。

【実施状況】

○第1回(4月15日) 実施方法:対面集合研修

廣瀬氏より『自己実現のためのコミュニケーション支援「生きることは自己表現すること」「生きることは自己決定すること」「生きることは自己実現すること」』そのために私たちは何をしていたらいいのか、「魂の言葉を知る」ということと、今後の流れについて、具体的な事例などを用いてグループワークや全体でのディスカッションをし、様々な思い(悩み、苦しみ)を出し合い、お互いに共有し合い、それぞれ各事業所に繋げていける研修にしていくお話をされました。また、参加メンバーに自分自身の研修参加目的を話してもらい、事例からケアについての宿題を出しました。

○第2回(5月20日) 実施方法:オンライン

講師として、知多地域成年後見センター理事長の今井友乃氏に「権利擁護を理解する」というテーマで講演をして頂きました。この回は、虐待防止推進会議に参加している各事業所の虐待防止マネージャーにも参加してもらっています。ここでは権利擁護に関する『権利擁護の要素「自己決定の尊重」「本人にとってお最善の利益の確保」「本人と社会の関係性」』など基本的な内容を、多くの事例を交えながら分かりやすくお話をして頂きました。

○第3回(6月17日) 実施方法:オンライン

当初の年間計画では、各参加メンバーから事例を出してもらう予定でしたが、コロナウイルスの感染拡大により、対面での研修が難しくなり、オンラインでの実施になった為、2か月続いて今井氏に講師を依頼しました。「事例を用いて権利擁護の3要素(①自己決定の尊重②本人にとっての最善の利益の確保③本人と社会の関係性)で整理しましょう」というテーマで、法人内の実際の出来事を事例としてあげて、5つのグループに分けてグループワークを行い、各グループから話し合った内容を発表してもらい全体で共有しました。最後に講師より、利用者への支援や職員への対応等自分自身の行動について多くの示唆を頂きました。

○第4回(7月15日) 実施方法:対面グループ別

①「違和感がある支援」「不適切な支援」等を感じる支援について、事業所内でどのように改善していったらよいか。②暴言・暴力的・支援拒否的な利用者への適切な支援をチーム間で連携するための方法。の2つのテーマを前回と同じメンバーでグループワークを行いました。各事業所からテーマに基づいた具体例を挙げてもらいましたが、支援者同士の伝達・支援の実際(意識的・無意識的)・利用者への言葉遣い・利用者の呼称など様々な具体例があがり、各参加メンバーが各事業所の実際を知ることにつながりました。

○第5回(8月19日) 実施方法:対面集合研修

コロナウイルスの感染状況から、全体の集合研修を実施することが難しかったので、グループを分けて、3グループでのメンバーで集合研修を実施しました。テーマは、①前回のグループワークで話し合われた内容の質疑応答、②身体拘束は何故虐待なのか、何故悪いのか。です。①については、話された内容の中から「スペシャリストを作らない」と「無意識に身体拘束や行動制限をしている」という内容についての質問が出され、意見交換をしました。②については、これは身体拘束ではないかという事例について、各事業所で職員間で話し合いを持ち、少しでも利用者の方にとって良い方向に進んでいけるように取り組んでいる報告をされていました。

○第6回(9月16日) 実施方法:オンライン

今回は、前回できなかった2グループのメンバーで、①前回のグループワークで話し合われた内容の質疑応答、②違和感のある支援、不適切な支援とは何か？それをどう考えるか？について討議しました。①については、話し合われた内容の中から「不適切な支援に対して、その人自身に気づいてもらえるようにする。意識して内省する機会を作る」と「無意識に身体拘束や行動制限する場面に対しての意識に向けていく取り組み」について意見交換をし、②については、不適切な支援について事業所内で必要な取り組みはどのようなものがあるかを話し合いました。

○第7回(10月21日) 実施方法:オンライン

今回は、①8月・9月に行ったグループ別意見交換の振り返り・全体化と②「コミュニケーションこそが人間を支えている」というテーマで廣瀬氏より講義をして頂きました。①については、参加メンバーより、「職員一人ひとりが自分の不適切な支援・行為に気づくこと、知ること、指摘し合えたこと、共有し合えたことができた取り組みがあれば」という質問が出て、それに対して事業所の取り組みを出されていました。②については、当事者である福島智氏、長谷川和夫氏、高橋孝史氏、大越桂氏の方たちの話を出しながらコミュニケーションとはということについて話されました。

○第8回(11月18日) 実施方法:オンライン

①ロールプレイ:10月の講義で話されたコミュニケーションに関しての事例

②講義:ケアの本質について、「ユマニチュード～「絆」を築くケア技法から」という本を活用

①「Aさんがイライラした表情でBさんに近づき背中をどんと押し、Bさんが転んでしまった」(知的障害者入所施設(生活介護))という場面を設定し、ロールプレイを行いました。そのロールプレイを見て、職員の対応に関して意見交換をしました。ポイントを押さえた意見が多数出ました。

②ユマニチュードの講義で、ケアの本質とそれに反する強制ケア(同意のない食事の介助・トイレや浴室への誘導・着替え・清拭・移動・血圧測定・シャワー浴・おむつ交換等)についてのお話がありました。各事業

所で強制ケアに当たるのではないかという支援について、支援の具体例を出し合い情報共有をしました。

○第9回(12月16日) 実施方法:オンライン

- ①グループワーク:11月に行ったロールプレイを各グループで実施
- ②リーダーとして伝えるべき最も大切な要点は?(福祉リーダー強化書を活用)
- ③今回の法人の事件の問題点を考える。

①11月に行ったロールプレイの内容、又は各グループで出された別の事例を用いて、ロールプレイを各グループで行いました。役を演じることで、利用者の気持ちを感じることができたり、また他のメンバーの対応の仕方を観ることで視野が広がり、大きな学びの場となりました。

②「福祉リーダー強化書」の第2章の話しと、リーダーとして「職員の方々にどういう職員に育ってほしいのか」についてメンバーの考え、意見を発表してもらいました。

③ひかりのさと会報を用いて、「何故今回の事件が起こったのか」「私たちには何が必要なのか」ということを廣瀬氏から話を頂きました。

○第10回(1月20日) 実施方法:対面グループ別

本「福祉リーダー強化書」の2章「停滞の罠から職場を救い出せ」3節「何が業務レベルの低下を組織にもたらすか」①閉鎖的体質②相互無批判的体質③マンネリに陥りやすい体質④裏舞台で決められた“暗黙のルール”に基づく業務スタイル⑤問題意識が希薄な体質⑥固定観念に基づく誤った業務スタイルに染まりやすい体質を読み、自事業所と照らし合わせて考え、問題・課題を整理することを事前課題としました。それを各グループで報告し合い、問題・課題を共有し整理をしました。

○第11回(2月17日) 実施方法:オンライン

各グループ(第10回目と同じ)に分かれて、第10回の研修で話し合った内容を再度議論し、事業所の課題・問題と法人への提言に分けて整理する話し合いを1時間行い、残りの時間を発表する時間に当てました。各グループ同じような課題もありましたが、違う視点からの課題もあったので、全体で共有することにより多角的・多面的に捉えることができる場となりました。

○第12回(3月17日予定)

一年の振り返りとまとめ、感想、次年度に向けて

【今後の課題と方向性について】

権利擁護に関する考え方・捉え方の再確認の為に講演、ケアの本質を見つめ直す為の講義以外は、5つのグループに分かれてグループワークを中心に行ってきました。グループワークで、不適切支援についてや事例を用いてのロールプレイ、事業所の課題や問題を話し合っていくことにより、事業所の状況を共有することができ、また同じメンバーでワークを重ねていくことにより、各メンバーの思いや考え方を知り、横の繋がりができてきました。

来年度(2022年度)に向けて、1月・2月で出された事業所の課題や問題を3月にまとめ、各事業所での具体的な取り組みへと繋げていくと共に、できるだけ今年度と同じ研修メンバーで構成し、グループワークのメンバーを再編成して、横の繋がりの拡がりや深まりを目指していきたいと考えています。

名称	しゃべり場	担当者	倉科由加子																																																
開催日	R3 年 1 月 13 日～毎週水曜日	アドバイザー	法人理事 廣瀬治代																																																
【目的】 事件の発生を受け、法人理事 廣瀬治代氏より、全職場の職員たちはどんな問題を抱えているのか、話を聴くことが必要ではないか、先ずは一緒に働いていたスタッフの精神的ケアを考えることが必要ではないかということから、誰でも気軽に来て話せる場を創ろうと「しゃべり場」開設の申し出をいただく。しゃべり場でとにかく思いを出し合う。その思いを共有して自分たちのバックボーンを確認しあうことを目的とする。 【場所・対象者】 場所：居住サポートセンター1F(そよかぜ) 対象者：職員・家族・利用者・すべての関係者 *精神的ケアについては、長年法人愛光園を医療面及び研修等でご指導いただいている共和病院名誉委員長 榎本和 DR に依頼をし、1 月よりサポートを開始。 【しゃべり場訪問人数・相談内容内訳】 <table> <tr> <td>① 総数</td><td>86 人</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>② 内容</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>ア 事件について</td><td>17 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>イ 支援について</td><td>24 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>ウ 家族について</td><td>18 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>エ 法人への不満</td><td>13 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>オ 管理者および法人への要望</td><td>6 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>カ 法人の成り立ち等</td><td>6 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>キ 利用者の不安・将来の要望・他</td><td>9 件</td><td>合計</td><td>101件</td></tr> <tr> <td>ク ホームの不満</td><td>2 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>ケ パワハラ・人事</td><td>3 件</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>コ 働き方・病気</td><td>3 件</td><td></td><td></td></tr> </table> 最も多かったのは、支援についての悩みや同僚と意思疎通の問題であり、日頃の悩みがうかがえた。小さな悩みを我慢して問題を大きくしてしまうケースもあり、何でも気軽に話せる場が必要と思う。 法人への不満や要望、管理者への訴えの多くが、「問題を伝えても全く返答がない」「伝わっていかない」「言っても何も変わらない。」ということ。これは見逃すことのできない大きな問題だと考える。 せっかく希望を持って入職された職員が、コミュニケーション不足で退職されるのは管理者の責任と思う。小さな事であっても、誠実な対応をすべきで、それによって安心感と満足感が得られる。 また、管理者や先輩によるハラスメントが長く続いたまま解決されていないため、しゃべる場ができて訴えることができてよかったという声もあった。事件については、直接それに触れなくても、働く職場の訴えの中で、話す場がなく忙しさからイライラする、事務所に顔を出しても誰も聴こうとしてくれなかったから黙って帰ったなどの話があった。 グループホームの職員は、一人仕事のため、不安になりがち。特に世話人さんはミーティングもなく利用者の問題を自分一人で背負って悩む姿が見られた。管理者はしっかりと世話人さんに向き合うべきと思う。 今後のしゃべり場については未定であるが、各職場でもっと気軽に話せるようになればいいと思う。				① 総数	86 人			② 内容				ア 事件について	17 件			イ 支援について	24 件			ウ 家族について	18 件			エ 法人への不満	13 件			オ 管理者および法人への要望	6 件			カ 法人の成り立ち等	6 件			キ 利用者の不安・将来の要望・他	9 件	合計	101件	ク ホームの不満	2 件			ケ パワハラ・人事	3 件			コ 働き方・病気	3 件		
① 総数	86 人																																																		
② 内容																																																			
ア 事件について	17 件																																																		
イ 支援について	24 件																																																		
ウ 家族について	18 件																																																		
エ 法人への不満	13 件																																																		
オ 管理者および法人への要望	6 件																																																		
カ 法人の成り立ち等	6 件																																																		
キ 利用者の不安・将来の要望・他	9 件	合計	101件																																																
ク ホームの不満	2 件																																																		
ケ パワハラ・人事	3 件																																																		
コ 働き方・病気	3 件																																																		

名称	看護連携会議	担当者	倉科由加子
開催日	奇数月 第2火曜日	リーダー	玉村小百合(のぞみの家)

【目的】

- ① 法人事業所の看護師は、利用者の健康管理はもちろん、職員の心身の健康状態を把握することも虐待防止につながるのではないかとこの視点を持ち、看護師の視点で、虐待防止、権利擁護について考える。
- ② 法人連携のメリットを生かし、人・モノの協力体制の構築の方法を模索する。

【対象者及び参加者】

法人内7事業所の看護師
(のぞみの家・まどか・相生・愛光園・もちの木園・居住サポートセンター・ファーム)

【実施状況】

第1回(7月13日)

初回自己紹介

- ① コロナワクチンの事業所ごとの進捗確認。
- ② 湯浅高齢事業部長より相生の感染経験から学ぶ。
～消毒の徹底やガウンテクニックマスターの必要性、レッドゾーンよりもむしろイエローゾーンの対応が要注意であること、職員の心理的負担への配慮等共有した。
- ③ アルコール消毒の見える化
～職員の消毒意識向上の課題を各事業所に持ち帰り、改善につなげることができた。
- ④ 虐待事件関係事業所看護師の感じたことを聴く
～看護師一人配置、正職でないことによる意見の通りにくさ
→看護師という専門職であっても、非常勤という立場ゆえに意見の出しにくさがあることがうかがえた。看護師は、勤務形態にかかわらず、看護職としての責務と誇りをもって、事案に向き合い、発言していくこと、事業所としても、専門職の視点を生かすことが虐待防止につながる。

第2回(9月14日)

- ① コロナ近況報告
- ② 喀痰吸引等医療行為関連の情報共有。
～法律の遵守には至っていない現状。内外への信頼のため、法人の課題として取り組んでく必要がある。
- ③ 虐待関連
～情報共有の場がなく、あっても愚痴で終わることがあるとの意見に対し、愚痴はあって当たり前であり、抑えると負の連鎖になることを踏まえ、愚痴を前向きにとらえる取り組みや職員のメンタルフォローの取り組み事例を共有した。
- ④ その他
～投薬抜薬事故対応関連の取り組みの共有。
縦横あらゆる方向でのコミュニケーションにより、他事業所の事案も自分事としてとらえることの大切さを確認した。

第3回(11月9日)

- ① コロナ関連
～ブースターワクチン情報を含む。
- ② あざの取り扱いについて
～まずは気付きをどれだけあげられるか。それを継続してみることで違和感をつかむ。繰り返すあざについては{人・部位・介助者・状況}で原因を追究する。
- ③ 事業所内看護研修の事例共有
～職員の緊急時対応の不安に対しての看護研修
→一般論より現場がイメージしやすい研修、明快で短い(10分)研修が職員に印象つく。
- ④ オンコールの実情
～看護師一人配置では負担大。コール内容について、必要なのに連絡なし、逆に出勤後の報告でもよいものが夜間休日に入るなどの課題有り。

第4回(1月12日)

- ① コロナワクチン関連情報交換
- ② あざの事故報告の取り扱い意見交換継続
～現場の感度が上がってきており、痣の発見・報告件数は上がっている。
・看護の視点を、多職種での再発防止策に取り入れたい。
・非常勤看護師の事故情報の共有の難しさが課題として挙がった。
- ③ 事例の共有
・のぞみの家住人さん、イレウスで逝去の事例
・居住ホーム、水中毒で意識不明の事例
- ④ 職員の心身の健康状態の把握の課題
～事件以降、職員の健康診断結果や、相談で、ストレスによる不調の所見が増えている。
健康診断結果の管理について、産業医嘱託医がいないところではどうするか。看護師が深く立ち入ることも難しい。

【看護連携会議の成果として】

- ① 4回の会議を経て、会議以外の場で、事業所間での電話での相談や情報共有、物品の借用、看護不在時の応援など、看護研修の目的の一つである「人・もの」の協力、情報共有の流れができつつある。
- ② 互いの事業所の取り組みから学び、また、困りごとに対して、同じ専門職としての提案などを受け、同じ法人で働くものとして、活発な意見交換が行われるようになってきた。

【看護連携会議の今後の課題】

- ① 今後については、虐待防止に向けて、看護職の役割として、痣・薬の事故対応についての課題をさらに深めていくこと。
- ② 虐待防止に向けては、職員の心身の状況も深くかかわることを意識し、メンタルフォローにどう取り組んでいくかを深めていくこと。
- ③ 各事業所に感染対策委員会の設置が求められている。看護師がいない事業所も含めて、看護連携会議からコロナ感染症対策等への感染対応の研修情報共有、発信できる仕組みを作っていく。

社会福祉法人愛光園 虐待防止指針

(はじめに)

第1条 虐待防止法の目的は、虐待を防止することによって、障害者の権利及び利益を擁護することです。社会福祉法人愛光園は、法人理念である本人主体と安心安全な暮らしを守るために、すべての職員が、本指針を遵守して福祉の増進に努めます。

(虐待防止に向けての基本方針)

第2条 私たちは、支援員・事務員・調理員・運転手等の職種や、正規職員・非常勤職員等の雇用条件にかかわらず、すべての職員が虐待防止法を理解し、虐待の防止、虐待の予防及び早期発見のための措置等に組織的に取り組みます。

(虐待の定義)

第3条 虐待とは、次のいずれかに該当する行為をいいます。

① 身体的虐待

利用者の身体に外傷を生じ、若しくは生じる恐れのある行為を加え、または正当な理由なく利用者の身体を拘束すること。

② 性的虐待

利用者にわいせつな行為をすること、または利用者をしてわいせつな行為をさせること。

③ 心理的虐待

利用者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応または不当な差別的言動、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

④ ネグレクト

利用者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、前三項に掲げる行為と同様の行為の放置、利用者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

⑤ 経済的虐待

利用者の財産を不当に処分すること、利用者から不当に財産上の利益を得ること。

(虐待防止体制の整備)

第4条 各事業所は、運営規定に虐待防止に関する事項・苦情解決に関する事項について、体制を整えることを定め、重要事項説明書に、事業所の意見苦情受付窓口・行政機関の苦情受付窓口・第三者委員の連絡先を明記します。

① 法人各事業所に虐待防止委員会を設置し、事業所管理者(施設長)は、虐待防止責任者として、本指針に従い、虐待防止に関する統括を行います。

② 各事業所において虐待防止マネージャーを選任し、虐待防止マネージャーは法人内虐待防止推進会議に参加するとともに、事業所の虐待防止に関する取り組みを推進し

ます。

(虐待防止委員会の開催)

第 5 条 虐待防止責任者は、社会福祉法人愛光園虐待防止委員会運営要綱に沿って、虐待防止委員会を開催します。

① 職員・利用者への周知

施設内に、倫理要綱、苦情申し出窓口と虐待通報にかかわるポスター等を掲示し利用者・職員への周知と啓発を行います。

② 発生後の対応と再発防止策の検討

虐待と思われる事案が発生した場合には、速やかに通報マニュアルに従って市町村窓口に報告すると同時に、虐待防止委員会を招集し、発生後の対応と再発防止策を検討し解決に努めます。不適切な支援・苦情や事故があった際には、個人に責任を負わせるものではなく、事業所全体の問題としてとらえ、改善に取り組むとともに、再発防止に向けて、適切に内容と改善策の周知を行います。

③ 職員教育・研修

支援にかかわるすべての職員を対象に、毎年、「虐待防止法の対応と理解」を活用し、虐待防止の基礎的内容等適切な知識の普及啓発を目的とした研修を含め年2回、虐待防止にかかわる研修を行います。

雇用形態にかかわらず新規採用職員に対して、新任研修において虐待防止について学ぶ機会を作ります。

これらの研修内容は研修報告書の提出により事業所主任・サービス管理責任者・事業所長・部長が内容を確認し、記録として保管します。

(風通しの良い職場づくり)

第6条 職員は行動規範として、クレドを携帯し、常にクレドに立ち返り支援を見直すこととします。

① 職員の過度なストレスや孤立が虐待を引き起こす要因となることを理解し、産業医によるメンタルヘルス相談窓口を設置します。

② ボランティアや実習生、外部の視点を積極的に受け入れ、風通しの良い職場づくりを目指します。

③ 地域における虐待発生時にはできる範囲の協力を行います。

④ 本指針は利用者の求めに応じ、いつでも閲覧できるものとします。

(附則)本指針は、2021年4月1日より施行する

社会福祉法人愛光園 虐待防止委員会 運営要綱

1. 障害者福祉施設等における虐待防止の根拠法

障害者福祉施設等の責務（障害者虐待防止法第 15 条）

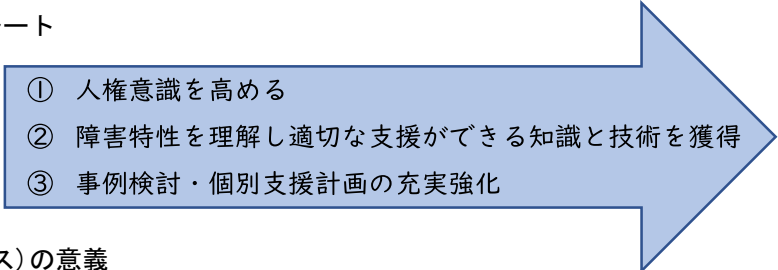
「障害者福祉施設の設置者又は障害福祉サービス事業等を行う者は、障害者福祉施設従事者等の研修の実施、当該障害者福祉施設に入所し、その他当該障害者福祉施設を利用し、又は当該障害福祉サービス事業等に係るサービスの提供を受ける障害者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする」

2. 事業所における人権侵害・重大な事故や虐待に至る要因

- ・ 管理者をはじめ現場の支援者の人権意識が希薄
- ・ 利用者支援に係わる専門的知識の欠如、援助技術が未熟
- ・ 利用者がシグナルを発信していても気づかれない。気づけない
- ・ 小さな事故や不適切行為が施設の中だけで処理される
- ・ 行政への通報や職員への指導・処分がない

→虐待の分析、対応策の検討なく何の対策も取られず同じことの繰り返し

→虐待の芽が暴力にエスカレート

- 
- ① 人権意識を高める
 - ② 障害特性を理解し適切な支援ができる知識と技術を獲得
 - ③ 事例検討・個別支援計画の充実強化

3. 施設の組織的な取組(ガバナンス)の意義

理事長・管理者等の役割・・・ガバナンスの構築・開かれた運営姿勢・地域の権利

擁護の拠点・虐待の芽を摘む

支援員の役割・・・人権意識に基づいた支援の提供・計画に基づいた研修の受講・支援

技術の向上（強度行動障害、発達障害、認知症等）虐待の芽に気づく

4. 虐待を防止するための体制

①運営規程の定めと倫理要綱・行動指針・掲示物等の周知徹底

②虐待防止委員会の設置等体制の整備

5. 虐待防止委員会の目的と開催

利用者の安全と権利擁護の観点から、適正な支援が実施され、利用者の自立と社会参加のための支援を妨げることをないように、必要に応じ委員会を開催し、虐待の防止に努めることを目的とします。

①年2回の定期開催のほか、虐待防止に関する事業所内での協議事項が生じた場合随時開催します。

②事業所内で虐待事例が発生した時には必ず開催します。

③開催の必要があるときは、委員長が招集し開催します。

6. 虐待防止委員会の役割と年間計画（別表1）

①虐待防止のための体制づくり

・ツールの整備：虐待防止マニュアル・チェックリスト・掲示物・外部者の声を聴く体制等

②研修計画の策定

③虐待防止のチェックとモニタリング

・チェックリストの結果・分析、個々の課題等を虐待防止マネージャーが委員会に報告

④虐待（不適切な対応事例）発生後の対応と総括

⑤掲示物の周知徹底

7. 虐待防止委員会の組織

【虐待防止責任者の役割】

虐待防止責任者は障害福祉施設・介護事業所等の管理者・事業所の施設長が担います。

視点：「自分の施設では虐待は発生しない」ではなく「どの施設でも発生する可能性がある」

○虐待防止責任者であることを自覚する

・法人としての理念、倫理綱領、行動規範、虐待防止指針の策定や周知徹底、虐待の早期発見の仕組みづくり、権利擁護システムの組織化、職員への権利擁護教育、職員のストレスを軽減できるよう環境的配慮や労務管理上の人的配置や勤務体制づくり、関係機関と地域との連携体制づくりなど、組織としての実行を管理するのが虐待防止責任者の責務

【虐待防止マネージャーの役割】

虐待防止マネージャーは障害福祉施設・介護事業所等のサービス管理責任者・サービス提供責任者・計画作成担当者等が担います。また、虐待防止マネージャーは隔月法人の虐待防止推進会議に参加します。（別紙1）

視点：「職員一人ひとりに対してどのように虐待防止を意識づけ浸透させていくか」

○虐待防止委員会と現場のパイプ役であることを自覚する

・虐待防止の啓発ため、行動指針等を部署内で掲示し周知徹底
・職員のセルフチェックリストやストレスチェックリストを集計し委員会へ報告
・チェックリストから抽出された課題に沿った研修や勉強会の開催
・ヒヤリ・ハット、事故報告の検証結果を職員に伝達
・ヒヤリ・ハットや苦情などの共有化のための事例検討
・肉体的、精神的にストレスの高い職員への支援活動上での配慮や委員会への報告

【虐待防止委員会のメンバー】

- ・委員長：虐待防止責任者
- ・副委員長：虐待防止マネージャー
- ・委員：介護職員・支援員・看護師・保護者の代表・利用者の代表・第三者委員・他事業所の虐待防止責任者などで構成します。
当事業所における委員会メンバーは別表2とします。

8. 虐待や権利侵害が起こったとき（フローチャート参照）

- ①虐待防止責任者への報告
- ②施設から市町村への通報
- ③事実確認への対応・聞きとりへの協力・記録をまとめ提出する・利用者の安全確保
- ④本人や家族への謝罪等誠実な対応を行う

そのためには、日頃から施設内での報告や情報共有の方法を確認しておくことが大切です。

9. 虐待や虐待の芽を見逃さず権利侵害を許さない事業所にするために大切なこと

- ・人間尊重などの倫理観や価値観の周知
- ・ご利用者、ご家族の意見や要望を含む様々な想いを“よくきく”こと
- ・虐待は絶対にしないという意識を一人一人が自覚し、実践に生かすこと
- ・本人や家族、取り巻く環境などを理解するための知識や技術の習得
- ・利用者に合った適切な支援方法を提供できるだけの知識や技術の習得
- ・日常の当たり前と思っている支援を見直すこと
- ・支援のプロセスの中で、PDCA サイクルを活用することで、支援の改善や見直しを図ること
- ・職員一人ひとりの状態をとらえ、良い状態で支援できるよう配慮すること

10. 組織的対応をするための取り組み

社会福祉法人愛光園は、各事業所において虐待防止委員会と虐待防止推進会議の協働による虐待防止体制の整備を行い、法人内で情報共有、検証を行い、法人全体で虐待防止に取り組めます。

この要綱は 2021 年度 4 月 1 日より施行します。

(別表 1)

2021年度 虐待防止マネージャーの動きと虐待防止推進会議の予定

アドバイザー：知多地域成年後見センター理事長・全国権利擁護支援ネットワーク事務局長

今井友乃氏

	虐待防止推進会議	虐待防止マネージャーの動き
4月	自己紹介 年間予定の確認 年度初回全職員対象研修内容の検討	
5月		全職員研修を事業所内で展開
6月	事例検討	虐待防止体制チェックリスト・集計
7月		* 虐待防止委員会 チェックリストの集計結果の実施・分析 上半期の事故・苦情・虐待事案等の報告
8月	チェックリストの課題・分析内容の推進会議内共有	
10月	事例検討	チェックリストから事業所独自の課題について全員研修
12月	事例検討	
1月		* 虐待防止委員会 研修内容の報告 下半期の事故・苦情・虐待事案等の報告
2月	1年のまとめ	

(別表 2)

(事業所名

) 虐待防止委員会メンバー

虐待防止責任者	
虐待防止マネージャー	
利用者代表	
保護者代表	
第三者委員	
看護師	
介護職員・支援員	
他事業所虐待防止責任者	

* 事業所状況に合わせて表を作成すること

他事業所責任者：まどか←相生←りんく←ファーム←のぞみの家←らいふ←居住←愛光園←就トレ←もちの木←おひさま←まどか

* 緊急虐待防止委員会は上記のメンバーに加え管轄する事業部長が参加する。事業部長の事業所で開かれる場合には、他の部長が参加する。

名称	虐待防止委員会(各事業所に設置)	担当者	東 千恵子
開催日	定例開催は 7 月と1月 その他随時開催		

【目的】

利用者の安全と権利擁護の観点から、適正な支援が実施され、利用者の自立と社会参加のための支援を妨げることをないよう、必要に応じ委員会を開催し、虐待の防止に努めることを目的とする。

【対象者及び参加者】

- ・委員長：虐待防止責任者(事業所長)
- ・副委員長：虐待防止マネージャー(副事業所長または主任)
- ・委員：介護職員や看護師など事業所の職員
利用者の代表、保護者の代表、第三者委員、他事業所の虐待防止責任者

【年間計画】 下記の他虐待事案の発生時など虐待防止委員長が必要と認めた場合随時開催

時期	内容
7月	・セルフチェックリストの集計結果の分析報告 ・12月～5月の事故・苦情・虐待事案等の報告
1月	・全職員研修実施の報告 ・6月～11月の事故ヒヤリ・苦情・虐待事案等の報告

【実施状況】

①愛光園②のぞみの家③まどか④ファーム⑤もちの木園⑥居住⑦りんく⑧らいふ⑨就トレ⑩おひさま⑪高齢

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
7月	20日	18日	8日	28日	19日	19日	12日	17日	16日	16日	26日
1月	13日	16日	5日	26日	24日	24日	11日	15日	14日	20日	延期

※上記の他虐待案件があった場合は都度開催していた。また、高齢事業部は3月28日に実施。

第1回(7月)

セルフチェックリストの結果は事業所の状態像を反映する結果となった。当該事業所職員以外の参加者から、職員同士のコミュニケーションについて、日頃のやりとりが大切であり、業務の中で言葉にし合えると良い。また、研修については非常勤職員が参加しやすい時間設定にするなど、一番現場でご利用者に接する職員の学びの保障や基礎知識の共有をなるべく負担のないかたちで工夫すると良いなどのご意見を頂いた。

第2回(1月)

コロナの感染状況を鑑み ZOOM 開催をする事業所もあった。全職員研修の報告に対してご家族から、職員だけでなく家族も虐待防止研修に参加したいというご意見や、課題ばかり注目するのではなく、事業所の強みにも注目すると良いとのご意見を頂戴した。また、様々な集計結果は7月より改善した部分と、虐待防止への意識が高くなったが故に気づきが増えたことで数字的に改悪した部分があると、複数の事業所が報告している。

【今後の課題と方向性について】

様々な集計結果を分析する行為は私たち自身が深く考えるきっかけとなり、虐待防止委員会でそれについて事業所職員以外の参加者が意見や質問をして下さることで、新たな気づきや大切なことの再認識に繋がると感じた。そのためにも、ご本人やご家族という当事者と第三者的な立場の参加者がいることが重要である。また、虐待案件があった場合は発生から2週間以内に虐待防止委員会を開催してきた。手探りながらも虐待防止委員会を運用したことで仕組みができてきたと感じる。来年度は引き続き忌憚のないご意見を頂戴しつつ、身体拘束適正化委員会と併せた運用を行っていきたい。

名称	虐待防止推進会議	担当者	東 千恵子
開催日	偶数月 第2火曜日	アドバイザー	知多地域成年後見センター 今井 友乃氏

【目的】

各事業所で設置した虐待防止委員会の運営を支援すると共に、虐待防止に関する研修を企画実施する。
また、虐待の芽を摘む“気づき”に繋がるようグループワークを通して事象に対しての分析力をつける。

【対象者及び参加者】

虐待防止マネージャー(副事業所長又は主任)、理事長、企画総務課長、会議担当者、アドバイザー

【年間計画】

	虐待防止推進会議	虐待防止マネージャーの動き
4月	・自己紹介・年間予定の確認 ・体制整備チェックリスト記入 ・全職員対象研修内容伝達	
5月		・全職員研修を事業所内で実施開始(～9月)
6月	・体制整備チェックリストの結果から対応策検討 ・研修開始状況の確認 ・虐待防止委員会開催内容の確認 ・事例検討(1ケース)	・職員セルフチェックリストの実施・集計・分析
7月		＊虐待防止委員会 ・セルフチェックリストの集計結果の分析報告 ・12月～5月の事故・苦情・虐待事案等の報告
8月	・委員会の報告(チェックリストの課題・分析内容、頂いたご意見等の共有)	・6月以降の虐待防止推進会議で出たアイデアを実施
9月		
10月	・研修実施のふりかえり ・事例検討(1ケース)	
11月		
12月	・事例検討(2ケース)	＊虐待防止委員会 ・研修実施の報告 ・6月～11月の事故・苦情・虐待事案等の報告
1月		
2月	・委員会の報告(頂いたご意見等の共有) ・来年度に向けて	

【実施状況】

第1回(4月13日)

初回のため自己紹介をして、虐待防止推進会議運営要綱・事業計画・虐待防止スローガンの確認を行った。そして、全国社会福祉協議会が出している体制整備チェックリストの記入を行い担当者が回収した。後半は厚生労働省が出している職場内虐待防止研修用冊子を一部改訂した物を使用した、全職員向けの研修のプレ研修を行った。これをもとに5～9月に各事業所で全職員に対して研修を行うよう伝達。

第2回(6月8日)

全職員向け研修の進捗状況と7月に各事業所で行う虐待防止委員会の内容を確認。4～6月にあった3件の通報案件の情報共有をした上で、そのうちの1件についてグループワークを行った。案件について自分事として捉えることをねらいとし、『今回虐待が起きた背景に何があるのか』『各事業所で同じような状況を見かけたら何て声をかけるのか』『各事業所で防ぐにはどうしたらいいのか』について話し合い発表し合った。また、第1回で記入した体制整備チェックリストの集計結果については時間が足らず次回に延期した。

第3回(8月10日)

7月～8月上旬にあった3件の通報案件について情報共有を行い、アドバイザーからコメントを頂戴した。そして、7月に各事業所で行った虐待防止委員会の報告を行った。内容としては主に事故・ヒヤリハット、苦情の集計と分析について。職員セルフチェックリストの集計と分析をそれぞれ委員会で報告し、参加されたご本人やご家族、第三者委員、他事業所の虐待防止責任者より頂いた意見等を報告しあった。手探りの中で行った虐待防止委員会であり、各事業所の報告を聞くことで内容や進め方を見直す意見も出た。そして、特に職員セルフチェックリストの結果から事業所の状態像が浮かび上がっており、職場内のコミュニケーションの課題が確認された。また、第2回でやれなかった体制整備チェックリストの集計結果に触れ、担当が今年度中に法人として倫理綱領と行動規範を明文化し、クレドに掲載できるように再編することを伝えた。

第4回(10月12日)

8月中旬～10月上旬にあった2件の通報案件について情報共有を行い、アドバイザーからコメントを頂戴した。その後、虐待防止マネージャーとして虐待通報にどう向き合うか考えるために『どこまでを虐待通報するの?』というテーマでグループワークを行い発表した。日々人財育成をしており、相談を受けることも多い虐待防止マネージャー。『どこまでを』と線引きすることに意味はないと分かりつつ現場では迷いが出てくるため、その迷いや葛藤を出し合い、基本原則の『迷ったら通報』に立ち戻りながら議論を重ねた。

第5回(12月14日)

倫理綱領と行動規範について伝達し、1月に行う虐待防止委員会の内容やポイントの確認を行った。また、10月以降の虐待通報したケースを共有した。結果的には虐待認定されなかったが、環境因子と個人因子の整理を行った。また、アドバイザーからケースを出して頂きケース検討をグループワークで行った。虐待かもという気づきのトレーニングになり、ご利用者の行動理由に思いを馳せることで基本姿勢を再確認した。

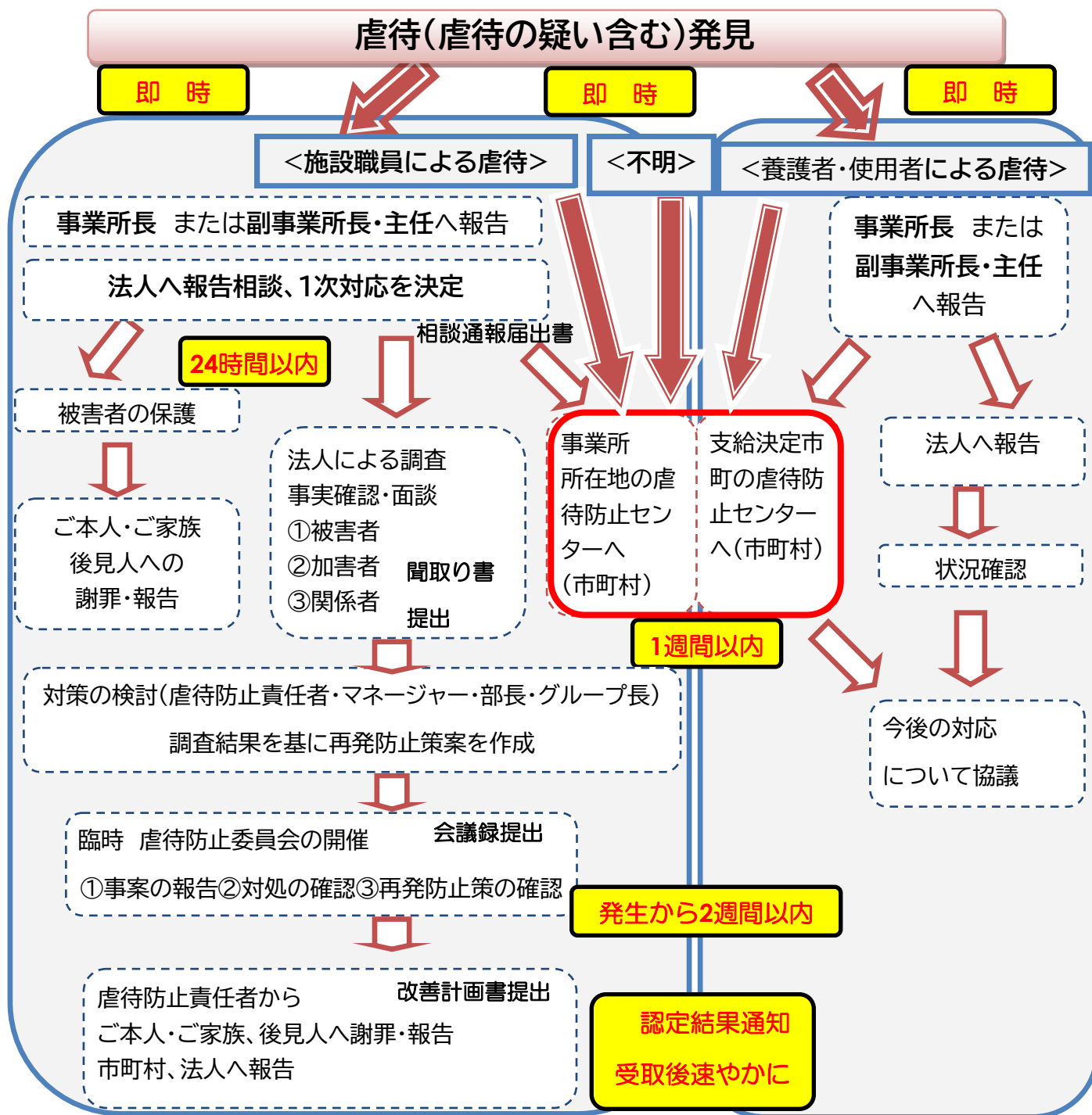
第6回(2月8日)

東浦町に報告した不明な痣について共有。また、1月に各事業所で行った虐待防止委員会の報告をした。事業所職員以外の方から忌憚のないご意見を頂戴する良い機会となった。また、セルフチェックリストをオリジナルにしている事業所もあるため、推進会議で共通している内容に齟齬がないか確認をする必要がある。また、虐待通報もセルフチェックリストも苦情や事故も感度が上がるほど数値的には厳しい結果であるため、どう読み解くかが大切であり、推進会議の中で今後も議論できるとよい。

【今後の課題と方向性について】

模索しながらの会議運営であった。今年度から来年度にかけて2年で基本的な仕組み作りと運用の仕方を形にする見通しである。また、毎年体制整備チェックリストをつけ、上位の項目から一つずつ改善をしていけるよう、虐待防止推進会議が機能し続ける必要がある。そして、虐待防止のポイントの一つである職場内のコミュニケーションをどう図るか、具体的な手立てを考え実行に移すことが課題である。また、毎年行う全職員研修の実施方法は事業所の規模や特性が異なるため、事業所ごとに効率よく学べる工夫が課題となる。虐待防止マネージャーが虐待防止責任者と連携しながら虐待防止の中心として役割を果たせるよう、人財育成とマネージャー同士横のつながりを作ることをねらいに引き続きグループワークを行っていきたい。

虐待対応 フローチャート



＜障がい者とは＞

身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者

＜虐待の種類＞

- ①養護者による虐待
- ②福祉施設従事者による虐待
- ③使用者による虐待
- ・身体的虐待 ・心理的虐待 ・性的虐待
- ・経済的虐待 ・ネグレクト

＜確認＞

- ・虐待は通報義務⇒おかしいと感じた時は上司又は虐待防止センター(市町村)へ通報による不利益は生じない
- ・証拠の保全⇒あざや傷は写真を。データ、印刷物を合わせて保管。
- ・記録を残す⇒時間やその時の状況を具体的に

名称	アンガーマネジメント研修	担当者	堀田 学
開催日	2021年3月～2022年3月	アドバイザー	
【目的】 私たちのお仕事は、常に感情をコントロールする事が求められる「感情労働」です。その感情の中でもとりわけ、怒りという感情に向き合う機会が多くなります。 アンガーマネジメントの目的は、怒る必要があることは上手に怒り、怒る必要が無い事は怒らなくてすむようになる、その線引きが出来るようになる事です。 アンガーマネジメントの手法を活用する事で、自分の怒りはもちろん、同僚、部下、上司、利用者の方々、そのご家族等の怒りにも上手に対応する事が出来るようになり、イライラや怒りの感情に振り回される事が無くなる事がこの研修の目的です。 【対象者及び参加者】 法人内 全職員 【年間計画】 ※別紙「アンガーマネジメント年間予定表」参照 【実施状況】 第1回(2021年3月19日) ・もちの木園:参加者11名(内、外部2名) 第2回(2021年4月14日) ・就職トレーニングセンター:参加者9名(内、外部1名) 第3回(2021年4月19日) ・居住サポートセンター:参加者33名 第4回(2021年7月19日) ・おひさま:参加者28名(内、外部6名) 第5回(2021年7月26日) ・りんく:参加者14名(内、外部5名) 第6回(2021年8月18日) ・高齢事業部:参加者34名 第7回(2021年8月24日) ・愛光園:参加者27名(内、外部2名) 第8回(2021年10月13日) ・らいふ①:参加者16名(内、ボランティア1名)			

第 9 回(2021 年 10 月 20 日)

・らいふ②:参加者 16 名

第 10 回(2021 年 10 月 25 日)

・まどか:参加者 11 名

第 11 回(2021 年 11 月 3 日)

・のぞみの家:参加者 19 名(内、外部 2 名)

第 12 回(2021 年 11 月 12 日)

・ファーム:参加者 21 名

第 13 回(2021 年 11 月 26 日)

・りんく②:参加者 5 名(内、外部 1 名)

第 14 回(2021 年 12 月 15 日)

・高齢②:参加者 32 名

【今後の課題と方向性について】

今年度中に全職員へ実施する事を目標に掲げていましたが、緊急事態宣言等により延期となった事業所が複数あったため、実施者数は 276 名に留まりました。別途、福祉協会主催によるアンガーマネジメント入門講座を受講した 17 名を追加すると合計 293 名が受講済みとなりますが、約 200 名程度が次年度へ繰り越しとなりました。

日本アンガーマネジメント協会の規約上、オンライン開催が不可のため、原則対面での実施とさせて頂いておりますが、今年度新たにアンガーマネジメントファシリテーターが 2 名追加され 3 名体制となるため、2022 年度内には全員実施を実現できるかと思われます。

参加されている職員の様子について、あえて虐待防止に特化せず、身近な事例も取り入れる事で取っ掛かり易いのでは無いかと感じております。また、今すぐ取り組みたいスキルとして「衝動のコントロール(6 秒をしのぎ衝動的な怒りを抑える)」が多く挙げられています。

一方で、「行動のコントロール(怒りの仕分け)」は理解度が低く(アンケート結果による)、講師の伝え方や事例の工夫が必要だと感じています。

全体的に、楽しく興味を持って参加して下さっていると感じておりますが、ベテラン、かつ男性職員ほど「コアビリーフ(～べき)」を払拭できず、この研修自体前のめりになれていないと見受けられる職員もごく少数いました。

成果としては、怒りのメカニズムを知り、怒らせるものの原因を自分の中に見いだす事が健全である事や、アンガーマネジメントの目的が怒らないようになる事では無く、怒った後で(怒らなかった後で)後悔しない事という目的は広く理解して頂いているとアンケート結果から読み取れます。

一方で、ごく少数ではありますが、怒りに支配されている事を苦しく感じている職員も見られ、研修後に個別にフォローが必要なケースもありましたが、そこに丁寧に関わる事で、怒りの連鎖を断ち切りたいと思います。

名称	虐待防止全職員研修	担当者	東 千恵子
開催日	5月～9月		

【目的】

高齢者虐待や障害者虐待の問題に関連する知識の習得及び虐待の防止策や対応策を学ぶことにより、利用者の権利擁護に資することを目的とする。

【対象者及び参加者】

- ・全ての職員(支援員、事務員、調理員、運転手等の職種や、正規職員、非常勤職員等、雇用条件に関わらず)

【使用テキスト】

- ・厚生労働省が出している『職場内虐待防止研修用冊子』一部改訂

【実施方法】

- ・各事業所で虐待防止マネージャー(副事業所長または主任)が全職員に対して研修を行う
- ・20分伝達研修、10分研修報告書記入
- ・対面研修が基本だが勤務形態の特性上難しい事業所は録画視聴も可

【実施状況】

事業所・事業部	実施日
愛光園	10月7日11日12日28日29日
のぞみの家	9月1～28日(回数が多いので期間で表示)
まどか	4月1日,5月31日,6月7日14日,7月28日31日,8月21日,9月16日
ファーム	8月12日
居住サポートセンター	7月30日, 11月1日8日, 12月1日
りんく	6月7日28日,8月11日16日20日27日,9月20日,11月26日
もちの木園	5月28日,6月4日
らいふ	5月14日25日
就職トレーニングセンター	5月12日
おひさま	7月19日,8月17日25日26日
高齢事業部	7月12～8月14日(回数が多いので期間で表示)
企画総務部	6月22日23日,9月28日

【今後の課題と方向性について】

昨年度から権利擁護委員会で全職員研修を行っていたため、それを踏襲するかたちで今年度は虐待防止推進会議で虐待防止委員会の役割である全職員研修を策定実施した。研修報告を確認すると、虐待防止に関する基礎知識を職種や雇用形態関係なく共有でき、それぞれの気づきや再確認に繋がっている。課題としては大きく二つある。一つ目は一部の事業所で短時間勤務の職員への未実施があった。一斉の研修が難しい事業所であったが、短時間勤務の職員こそ学ぶ機会の保障が大切なため、録画視聴に切り替えるなどの工夫が必要である。また、進捗管理ができていなかったことも反省点である。500名弱の職員に向けての研修のため、今後は進捗管理をする仕組みを明確にしていきたい。二つ目に複数回同じ研修を受けている職員に対して同じ内容で良いかという点である。ただ、基礎知識を全職員で共有し浸透させることが大切なため、研修の受けやすさが大切である。使用したテキストはポイントを押さえており、短時間でできるため、今後もこの内容で行う予定である。ステップアップの内容については、事業所ごとの裁量で積み上げ研修として行うことを推奨する。

「誓いの言葉」

昨年2020年12月4日に、元職員が傷害の疑いで逮捕されました。当法人に在職中に勤務先のグループホームにて、利用者に暴行を加え重傷を負わせた容疑でした。その後2度の逮捕があり、このうち1件目及び2件目の逮捕容疑について起訴され裁判となり、本年9月30日に懲役2年4ヶ月の実刑判決が言い渡されました。さらに先月11月12日には、傷害致死の容疑で4回目の逮捕がありました。容疑者は自分はやっていないと、自身の行為によることを否定していると伝えられ、今後の展開は不透明です。私たちは事実が明らかになるよう捜査機関への協力を続け、事件の真相究明に努めます。

この事件によって被害に遭われた方とそこそご家族ご親族の皆様に、社会福祉法人愛光園は心からのお詫びを申し上げます。ご自分の暮らしの拠り所であり、寛ぎの空間であるべきグループホームで、安心の生活を支える役割の職員から加えられた理不尽な暴力が、どんなに悲しく恐ろしく辛いものであったかを想像すると、申し訳のないとの気持ちで一杯になります。そしてまた、そのような理不尽な場面に遭われた後も、恐ろしい思いをされた後にも、私たちはそのことを気づくことができませんでした。異常に気付くことができなかったこと、虐待を疑うことができなかったことを改めて申し訳なく、重ねてのお詫びを申し上げ、自らの至らなかったことを反省します。そしてこの反省を忘れないとの誓いをたて、毎年12月にその誓いを新たにする場を設けます。

これから私たちは、目の前のお一人おひとりに真摯に真剣に向き合い、その人の思いをきちんと受けとめられるよう、自らの気づきをより細やかに行き届くように整えていきます。そして、そこそご本人＝「あなた」の思いに伝えられるよう、気づいた「あなた」の思いを周囲の人たちに風通しよく伝わるよう発信し共有していきます。「あなた」を中心に、「あなた」が主体の思いを汲みとるよう、その軸の中心が「あなた」の真ん中にあることを確認できるよう、「あなた」のそばに寄り添います。それが私たちの「共に生きる」との思いです。

私たち愛光園は、誰もが人間としての尊厳が保たれ、安心して共に生きる社会を目指すことを、改めて誓います。

2021年12月6日 誓いの日に

社会福祉法人愛光園
理事長 日高啓治