

岐阜県立はなの木苑における虐待事案
検証結果報告書

令和7年11月

はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会

目 次

I	はじめに	3
II	目的	4
III	方法	5
IV	事案の検証による原因分析（問題点と課題の整理）	7
V	再発防止に向けての提言	12
VI	おわりに	15

〈資料〉

1	はなの木苑における虐待事案の概要について	16
2	はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会設置要綱	20
3	はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会開催経過	23

I はじめに

令和6年9月、岐阜県立はなの木苑（以下「はなの木苑」という。）において、社会福祉法人岐阜県福祉事業団（以下「事業団」という。）の職員が夕食介助中に利用者に暴行を加える事案が発覚し、これを受けて実施された岐阜県（以下「県」という。）及び関係市による特別監査や事業団の自己点検を通じて、複数の職員による虐待の疑いを含む多数の不適切な事案が明らかとなった。最終的には、関係市により14名の職員による計40の行為が「虐待」と判断され（資料1「はなの木苑における虐待事案の概要について」を参照）、県は、令和7年7月23日、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づき、事業団に対して「はなの木苑における新規利用者の受け入れ停止（3か月間）」の行政処分を下した。

事案発生以降、事業団及びはなの木苑では、原因の究明と再発防止策に取り組んできたが、県及び関係市の指示により、第三者による検証を目的とした「はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会（以下「本委員会」という。）が設置された。

本委員会では、同様の事案が再び発生しないよう、事案を検証するとともに、再発防止策を検討し、その結果を本報告書にまとめた。

本報告書の目的は個人の責任追及や批判ではなく、組織としての改善と再発防止にある。

事業団及びはなの木苑においては、本委員会の検証結果の提言を真摯に受け止め、これまでの再発防止策に加え、より実効性のある取り組みを行い、これらを継続していくことを強く望む。

Ⅱ 目的

本委員会は、県から指定を受けて事業団が管理・運営しているはなの木苑において発生した虐待事案について、事案を検証し、同様の事案の再発を防止するための具体的な方策を検討・提言することを目的として設置された（資料２「はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会設置要綱」を参照）。

Ⅲ 方法

事案の検証及び再発防止策の提言を行うに当たり、以下の方法により調査を実施した（資料3「はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会開催経過」を参照）。

1 見守りカメラによる録画映像（虐待事案）の確認

虐待事案の実態を把握するため、職員14名による計40の虐待行為（以下「当該事案」という。）について、保存されている見守りカメラの映像を確認した。映像には、職員による不適切な支援や言動などが記録されており、各事案の発生状況や背景を詳細に理解する上で、極めて重要な情報が含まれていた。

2 はなの木苑が行った虐待行為職員へのヒアリング内容の確認

はなの木苑による当該事案に関与した職員（以下「当該職員」という。）へのヒアリング内容を確認し、当該事案に至った背景や職員自身の認識について把握を行った。

3 事業団（はなの木苑）による原因分析、再発防止策の聴取

事業団及びはなの木苑に対し、当該事案に関する独自の原因分析結果及び再発防止に向けた具体的な取組みについて聴取を行った。

4 はなの木苑の現場視察 事案発生後の環境改善状況等の現地確認

はなの木苑において、建物構造、事案発生場所の確認及び事案発生後の施設環境の改善状況を確認するため、現地視察を実施した。視察においては、居室やデイルーム等の配置、見守り体制、職員の勤務状況、掲示物等について確認を行った。

5 関係職員へのヒアリング

当該職員、周辺職員、管理監督職員に対してヒアリングを実施した。当該事案に関する職員の認識や背景等、対応の背景、施設内の連携体制、報告体制等について聴取し、虐待に至った要因や職場環境の課題を検討した。

6 事業団の運営組織や従来虐待防止の取組み内容等の確認

事業団の組織体制、経営状況及び事業団本部における虐待防止策の取組状況（虐待防止マニュアルの策定、虐待事案への対応、職員研修の実施、内部監査の実施）について確認した。

IV 事案の検証による原因分析（問題点と課題の整理）

1 総論

当該事案は、利用者への支援の過程で発生したものであり、当該職員は 14 名、被虐待者は 18 名、認定事案は計 40 に及ぶ。これらの数字からも、特定の職員や利用者に限定された事案ではなく、広範囲にわたる事象であることが伺える。

但し、当該職員について、「仲が良さそう。」というような証言もあるが、明確な繋がりや関連性は確認できず、被虐待者に共通項はない。そのため、特定のグループや関係性に起因するものではないと考えられる。

また、虐待を肯定するような文化や風土が組織内に根付いていたような事情も見られない。

そのため、特定の原因が存在するというよりも、以下に挙げる複数の要因が積み重なった結果として、不適切な支援・虐待が見過ごされ蔓延化する風土が醸成されたと考えられる。

2 各論

（１） 理念の共有や具現化する仕組みの乏しさ

当該職員は、虐待が悪いことであるとは認識していたものの、虐待に対する認識は低く、見守りカメラ映像からは「作業感のある支援で利用者に対する敬意がない」「支援をしてやっている」と言った印象を受けた。なお、ヒアリングによると、当該職員について、虐待に対する認識が低かったことに加え、道徳的な価値観や支援の本質について再学習が必要であったとの意見もあった。

14 名の間に上下関係や虐待を面白がるような風潮は確認されていないが、威圧的な言動や強い口調での声かけを目撃した職員はおり、リーダー等が注意しても改善されない雰囲気があったという。

すなわち、当該職員の権利意識の乏しさが当該事案の背景にあったといえる。

ただし、当該職員の権利意識の乏しさのみから虐待が広範囲にわたる事象に至ることは想定しづらく、組織において理念の共有化や理念を業務に具現化するような仕組みが乏しかったことが風土を醸成した要因となる。

すなわち、事業団（はなの木苑）は、利用者の意向を尊重し、利用者の尊厳を保持しつ

つ、自律した日常生活を地域社会（生活の場である施設も含む。）において営むことができるよう支援することを理念としているところ、組織体制を構築する上で、職員に理念が共有され、各職員が理念を業務に具現化し、自発的に改善を図っていくような体制や仕組みが重要である。

特にはなの木苑は、主に重度の知的障害の方を受け入れる施設であることから、理念を業務に具現化できるような専門性の向上等が求められる。

しかし、施設内においてそのような体制や仕組みは乏しく、後述するような業務負荷等から業務に追われ、OJTが中心となり、施設が利用者にとっては生活の場であることの意識が薄れ、利用者の生活の潤いを高めようとする手段等を職員間で自発的に話し合うような機会がなくなった。また、強度行動障害を有する方に対する支援技術や生活の潤いに対する専門性を高める取組みが不十分であった。

（２）組織体制の未熟さ

① 組織内の風通しの悪さ

組織体制を構築する上で、不適切な関りや虐待が判明した場合にそれを改善（是正）する体制整備が重要である。

はなの木苑では主任、リーダー、次長、苑長といった階層構造が存在し、職員からの相談などは階層を経て上層部へと伝達され、改善される仕組みとなっていた。

しかし、当該事案と同様の行為が過去にも目撃されていたとの証言があり、リーダー等に相談がなされたにも関わらず、上位職員が問題解決に向けて積極的に動いた形跡は乏しかった。情報の伝達や共有が十分に機能していない一端が明らかとなった。

また、組織上は主任クラスより上位の職員に対しても相談が可能な体制であるが、実際には下位職員からの相談はほとんど行われていなかったようである。これは、相談を受けた上位職員がその内容の重大性を十分に認識せず、対応や改善に向けた行動を起こさなかったことが一因と考えられる。

このように、重大性を認識したうえで職場全体として問題を共有し、改善に取り組むという体制が未熟であったと推察される。

なお、ヒアリングによると、苑長は、着任後に施設内の雰囲気には違和感を覚え、改善に向けた取組みを開始した。居室施設による身体拘束の在り方の見直し、形骸化

していた虐待防止委員会の再構築、ケース検証会議の立ち上げなどを通じて、施設内の風土改善を図った。また、苑長自身が1日2回の巡回を行い、利用者との対話を積極的に行った。その結果、苑長がいるところでは、利用者に笑顔が見られるなど、一定の効果が確認されている。

しかし、職員と利用者との関係性については、苑長が十分に把握できていない状況も見受けられる。

また、次長は、苑長の補佐役として、週に1日は施設内を巡回していた。しかし、監督者として職場環境に配慮する義務があることを踏まえると、その巡回頻度や内容が十分であったとは言い切れない。

また、リーダーは、本来現場業務には直接関与せず、職員の業務の内容や態度等を把握し、監督・指導する立場にある。しかし、職員の欠員等によりリーダーが現場に入ることがあり、その結果としてリーダー自身の業務が多忙となり、本来の役割が十分に果たされなくなっていた。

このように上位の職員が一定の職責を果たしていたと思われるものの、情報の伝達や共有の不十分さ、重大性を認識したうえで職場全体として問題を共有し、改善に取り組むという姿勢の不十分さは否めない。

その結果、見守りカメラの映像によると、虐待が発生している場面に複数の職員が同席していたにも関わらず、注意や介入の様子が見られないケースが存在したり、ヒアリングによると、「（不適切な関りに関して）職員に言っても仕方がない」という諦めのようなことを証言する者も存在するなど、指摘しても仕方がないというような雰囲気が施設内に醸成されていったと考えられる。

その上、次長等の管理職が現場に足を運ぶこと自体が現場職員に歓迎されていなかったとの証言もあり、施設全体としてのチームワークや信頼関係の構築が不十分であったことがうかがえる。月に1～2回の会議は開催されていたものの、その内容は業務や支援関連が中心であり、理念の共有、人権意識や支援の本質に関する議論はほとんど行われていなかった。

② 人事異動による影響

人事異動により支援方法を十分に理解していない職員が新たに配属され、その影響を受けて不適切な行為に及ぶ職員が出てきた可能性がある。実際、当該職員が異動してきた後に職場の雰囲気が悪化し、利用者の様子にも変化が見られたとの証言

がある。

特に異動してきた職員が主任クラスであった場合、下位職員がその言動に対して指摘や是正を求めることが困難であったと考えられる。

頻繁な人事異動により、継続的な支援の実施や職員間の信頼関係の構築が難しくなっており、結果として支援の質や組織としての一体感の低下を招いていると推察される。

（３）閉鎖的空間の醸成や利用者の声を聴く仕組みの形骸化

① 閉鎖的空間の醸成

前述（１）（２）の状況により施設内において不適切な支援・虐待が生じるとしても、外部との交流を通じて是正されうる。

特にはなの木苑は、重度の知的障害の方が主に入所しており、利用者が就労することは難しいことから、家族等との面会を通じて外部と交流することが重要である。

新型コロナウイルス感染症の流行以前は、家族が施設内に自由に出入りするなど、外部と交流する環境が保たれていた。

しかし、感染症対策の強化により施設は閉鎖的な空間へと変化し、外部との交流が減少したことで、内部の雰囲気は閉鎖化した。

ヒアリングによると、異動後に施設内の雰囲気が以前とは異なることに気づいていたとの証言がある。

② 利用者や家族の声を聴く仕組みの形骸化

ヒアリングによると、当該事案判明の前後を比較すると利用者に笑顔が見られるようになったとの証言があった。これは、支援の質や職員との関係性に一定の改善があったことを示唆しており、利用者の声を聴くことにより生じたポジティブな変化と捉えることができる。

利用者の声を聴くことは重要であるにも関わらず、事件・事故の防止や日常業務の遂行を優先するあまり、利用者の声や希望、できること・得意なことの把握、そして信頼関係の構築が十分に行われていなかった可能性が指摘される。

例えば、利用者との個別面談の機会が十分に設けられておらず、「なんでも相談」の取り組みも形骸化している印象を受けた。利用者が安心して思いを話せる場の整

備は急務であり、日常的な対話の機会を意図的に創出する必要がある。支援の質を高めるためには、利用者一人ひとりの思いや特性に寄り添う姿勢が不可欠である。

また、コロナ禍の影響により、利用者と家族との面会が制限されてきたことに伴い、家族の声を聞く機会も限られている。利用者の生活や心身の変化をより深く理解するためには、家族との連携を強化し、情報共有の仕組みを再構築することが求められる。

（４）業務負荷とストレスの増加

前述（１）～（３）に加え、業務負荷とストレスの増加により業務が優先され、不適切な支援・虐待が見過ごされ蔓延化する風土が醸成された。

すなわち、コロナ禍以降、感染症対策の影響により支援体制は大きく変化した。特に食事支援の場面では、利用者の密集を避けるために場所の分散化が進み、ダイニングなどで職員が一人で複数の利用者に対応する支援が常態化した。このような状況は、支援者・利用者双方にとって負担が増す要因となり、現場では疲弊の声が多く聞かれるようになった。

こうした環境下では、職員の身体的・精神的負担が増加し、支援の質にも悪影響を及ぼす可能性がある。特に、強度行動障害を有する利用者への対応には高度な専門性が求められるが、現場では支援技術や経験の蓄積が不十分であり、技術向上を支える体制も整っていなかった。夜勤時における一人対応など、職員が孤立した状況で支援を行う場面も多く、心の余裕を持てないまま業務に追われる実態が浮き彫りとなっている。

さらに、「働き方改革」による休暇取得の推進などが、結果として職員一人あたりの業務量の増加につながったとの証言もある。こうした過重な業務負担が、結果的に虐待行為を引き起こす一因となった可能性も否定できない。

OJT、チューター制度、座学研修、セルフチェック表、他者チェックなどの仕組みは存在していたものの、それらが実効性を持って機能していたかについては疑問が残る。特に、チューター自身が虐待行為を行っていた事例もあり、経験の浅い職員が不適切な支援方法を模倣してしまうという構造的な問題も見受けられた。「支援とは業務ではなく人と向き合うこと」という理念はあったものの、現実には業務に追われ、利用者と向き合う時間が確保できず、支援が形式的・機械的に処理される「他人事」のような空気が醸成されていた。

V 再発防止に向けての提言

本委員会は、当該事案を検証した結果、はなの木苑に限らず、他の施設や事業団本部に対しても、同様の事案の再発を防止するために、以下の観点から具体的な再発防止策を提言する。

1. 職員の権利意識と倫理観の向上

職員一人ひとりが、支援の本質を理解し、利用者の権利を擁護することが不可欠である。理念の共有、理念が浸透し具現化されるよう研修の充実、現場でのOJTを通じて、支援＝作業ではないという認識を浸透させる必要がある。

また、入職時の初心（障がいのある方の尊厳が守られ、豊かな人生を送れるようにする等）を思い出す機会を設け、日常的な振り返りを促す仕組みの導入が求められる。

2. 管理職層の虐待感度向上と対応力強化

棟会議や虐待防止委員会の活性化、職員からの相談の受け止め方の改善などを通じて、管理職層の虐待感度を高める必要がある。セルフチェック表、他者チェックの見直し、見守りカメラの定期的な確認も有効である。

3. 心理的安全性の確保

職員同士が互いに支え合い、施設がより良い生活の場になるように指摘し合える風通しの良い組織づくりが求められる。そのためには、組織の誰もが自分の考えや意見、疑問を率直に表現し合える環境の確保が重要である。

4. ストレス軽減と人員体制の見直し

不適切な対応が起こりにくい職場環境の整備が不可欠である。そのためには、デイルームの活用方法の見直しや行動表の再構築、職員が一人で複数の利用者を支援する業務の解消等、職員の心理的負担を軽減するための働きやすい環境を整備する必要がある。

障害福祉サービス体系や予算の制約はあるものの、働きやすい職場や人事異動のあり方を見直す必要がある。

5. 利用者の声を聴く仕組みの構築

意思決定支援を含む関係性の構築と、虐待や不快な体験の吸い上げを可能にする仕組みの整備が求められる。利用者との面談の機会の拡充、苦情等相談受付の工夫（意思疎通が困難な利用者への対応）、なんでも相談のあり方検証を含め、利用者の声を聴く・反映する体制の構築が必要である。

6. 閉鎖的環境の改善と地域との連携

感染症の影響を踏まえた感染対策を講じつつ、施設内の閉鎖性を改善し、外部との接点を増やすことが、利用者の社会参加と職員の意識改革につながる。家族面会の促進、日中活動（外出等）の充実、地域イベントへの参加などを積極的に推進すべきである。また、管理職による定期的な巡回と現場との対話の強化も必要である。

7. 外部との連携と開かれた施設づくり

視察委員会、家族代表との会議、地域との懇談会など、外部との接点を制度化し、開かれた施設づくりを推進する。コロナ禍の影響を踏まえた感染対策と開放性の両立も重要な課題である。

8. 指針・マニュアル・ガイドラインの整備と啓発

虐待防止委員会の形骸化を防ぎ、実効性ある活動へと転換する必要がある。指針・マニュアル・ガイドラインの役割の整理を行いつつ相談窓口の明確化、理念の希薄化を防ぐための定期的な共有の場を設けるべきである。

9. 人事制度と研修体制の再構築

OJTの役割、チューター制度の適正化、内部・外部研修の充実と、虐待防止研修を担える人材の育成、中堅職員（主任層）の育成強化が求められる。

異動歴のある職員については、過去の行動履歴（人事考課に基づく指導歴の有無など）の把握と、他施設における勤務実態や状況を確認することが必要である。

10. 内部監査の実効性向上

書面審査にとどまらず、現場の実態を把握する監査手法の導入が必要である。利用者の声を聴く仕組みや風通しの良い環境づくりに対する監査項目の追加も検討すべきである。

VI おわりに

はなの木苑において複数の職員による多数の虐待事案が発生したことは、事案の概要や映像を通じて非常に衝撃的であり、虐待を受けた利用者の心身の痛みは計り知れないものである。

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の施行から 13 年を迎えようとする今、改めてこのような事案が二度と起こらないよう、事業団及びはなの木苑には、これまで取り組んできた再発防止策に加え、本委員会による検証結果及び再発防止に向けての提言を真摯に受け止め、さらなる対策の強化を強く求めたい。

一方で、国による制度改革の影響により、サービスの細分化や日中・夜間サービスの区分けなど、度重なる制度変更を経て職員配置の見直しが進められた。その結果、業務優先の体制（業務をこなすことが中心のケア）へと移行し、利用者の権利意識への配慮（特に生活の場であることの意識）が希薄化し、限られた職員による業務分担が過重な負担やストレスの増加を招いた可能性がある。

さらに、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、感染症対策を優先した業務マニュアルが導入され、施設は「開かれた場」から「閉鎖的な場」と変化した。5 類移行後もその影響は消えておらず、職員のみならず、利用者やその周囲の関係者にも大きなストレスが生じたと考えられる。

また、社会全体が人手不足に直面する中、福祉業界における人材不足は特に深刻である。構成員として本委員会に携わる中で、想像を超える少人数体制で支援業務に従事している現場の実態を目の当たりにし、許されるべきではないものの、現状の体制では虐待が起こり得ると痛感した委員もいた。はなの木苑のみならず、全国的にも福祉施設における虐待事案が後を絶たない現状がある。今後、福祉制度の見直しや福祉人材の確保に向けた対策の一層の推進が図られることを望みたい。

はなの木苑における虐待事案の概要について

1. 虐待事案の概要

令和6年9月13日及び19日の夕食介助中、はなの木苑において、40代の男性職員（以下「当該職員」という）が男性利用者に対して暴行を加えていた事実が、同年9月27日に判明した。

この行為により、当該職員は10月1日未明に逮捕され、同月18日に暴行罪により罰金15万円の略式命令を受けた。

本事案を受けて、岐阜県及び関係市による監査・調査、並びに事業団による自己点検の結果、はなの木苑において別の職員による虐待の疑いがある事案を含む多数の不適切な行為が判明した。

最終的に、6市の調査により職員14名による40の行為が虐待と判断され、令和7年7月23日、障害者総合支援法に基づき、岐阜県は指定の一部効力停止（新規利用者の受け入れ停止・期間3か月）の行政処分を決定した。

2. 虐待認定の概要

職員による暴行事案を含め、関係する6市から虐待認定された件数等は以下のとおり

(1) 虐待を行った職員 14名 （正規職員12名 非正規職員2名）

(2) 虐待を受けた利用者 18名

(3) 虐待行為 40行為

(4) 虐待分類

身体的虐待	心理的虐待	放棄・放置	性的虐待
28	16	5	2

※重複含む

(5) 主な内容

分類	内 容
身体的虐待	・利用者を叩く 蹴る 小突く 背中を押す 押して移動させる
心理的虐待	・利用者に暴言を発する 蔑む発言 強い口調での注意
放棄・放置	・車椅子を押した後手を離し放置 車椅子を制止させない
性的虐待	・裸で寝ている利用者に検温を優先し、特段の支援をしない

※詳細については別紙のとおり

	別紙			
	事案の概要（県立はなの木苑における虐待）			
	虐待者	入所者	日時	内容
1 逮捕 事案	介護職員① （４０代男性）	入所者①	令和6年9月13日	【夕食支援中】 ・利用者が食事を吐き出した際、左頬を強く叩いた。 ・スプーンで利用者の額を小突き、右頬を強く叩いた。
2 逮捕 事案			令和6年9月19日	【夕食支援中】 ・利用者が食事を吐き出した際、左頬を強く叩いた。更に、左わき腹、左手を強く叩いた。
3		入所者②	令和6年9月18日	【昼食後、歯磨き支援中】 ・頭を押さえて、顔を拭き、歯を磨いた。
4				【昼食後、歯磨き支援中】 ・声をかけずに椅子を引いた。
5	介護職員② （３０代男性）	入所者①	令和6年9月22日	【夕食支援中】 ・利用者が食事を吹き出し、職員にかかったため、利用者の左肩口を叩いた。
6	介護職員③ （３０代男性）	入所者③	令和6年9月26日	【夕食支援中】 ・利用者が食事をこぼしたのに気づき、頭部を拳で小突いた。
7				【夕食支援中】 ・再度、利用者の頭部を小突いた。
8		入所者④	令和6年9月26日	【夕食支援後】 ・食器を片付けにきた利用者に対して、「もらおうといったやろう」と強い口調で言い、舌打ちをした。
9		入所者⑤	令和6年9月26日	【夕食支援後】 ・頭を強く押さえ粗雑に顔を拭いた（２回）。
10				【夕食支援後】 ・廊下へ向かって歩いているところ、後方から身体をぶつけ、更にもう一度、身体をぶつけた。
11				【夕食支援後】 ・首掛けタオルのゴム紐を後ろから引っ張った。
12			令和6年9月27日	【朝食支援中】 ・利用者の頭を手で押さえて移動させた。 ・粗雑に顔を拭き、腕を引っ張り、移動させた。
13		入所者⑥	令和6年9月27日	【洗面支援中】 ・利用者の右腕を掴みながら詰め寄り、「何回言ったらわかるんや」「おい返事は」と強い口調で言った。
14				【洗面支援中】 ・「自分で歯磨きできんの」「恥ずかしいね」と利用者に言った。
15				【洗面支援中】 ・「自分でできないの」「人のことばかり構うくせに歯磨きは自分でできないの」「自分でできないの、馬鹿やね」と利用者に言った。

16		入所者⑦	令和6年9月27日	【朝食支援後】 ・粗雑に歯磨き支援した後、「やってもらって当たり前じゃない」、「すぐ逃げるようにして」「はいじゃねえよ」と強い口調で言った。
17	介護職員④ (50代女性)	入所者⑧	令和6年9月25日	【朝食支援中】 ・側にいた利用者を移動させようと利用者の足を蹴った。
18				【朝食支援中】 ・利用者が食器に手を伸ばした際に、手を布巾で振り払った。
19			令和6年9月26日	【洗面支援中】 ・利用者が右手を動かした際に振り払った後、続けて利用者の右足を2回蹴った。
20			令和6年9月27日	【朝食支援前】 ・利用者間トラブルの際、引き離すため、右手で利用者の右足を叩き、右膝で右足を蹴った。
21		入所者⑨	令和6年9月26日	【夕食・服薬介助中】 ・服薬介助に入る際に右足で利用者の左足を蹴った。
22			令和6年9月27日	【洗面支援中】 ・粗雑な誘導で洗面台に立たせ、タオルを利用者の背中に押し込んだ。 ・その後、職員はタオルを取り出し、利用者の頭にかけて、右額付近を叩いて立ち去った。
23		入所者⑩	令和6年9月27日	【洗面支援中】 ・利用者の背中を右手で押し、利用者はバランスを崩し、尻もちをつきながら倒れる。その後、利用者の転倒に気付きながらその場を離れた。
24		入所者⑪	令和6年9月27日	【洗面支援中】 ・椅子に座らせ、右手で利用者の額を叩いた。
25		入所者⑫	令和6年9月27日	【朝食支援前】 ・ごみを物色している利用者に対して、使用済みのオムツを「欲しければ持っていっていいよ」と発言した。
26	介護職員⑤ (50代女性)	入所者⑬	令和6年9月24日	【朝食支援後】 ・ヘッドギアを被せた際に頭を叩いた。
27		入所者⑧	令和6年9月24日	【朝食支援中】 ・利用者が近づいたため、「介助中です、あなたが来るとつるわ私に、やめてほんとに」と言いながら、身体を押して振り払った。
28	介護職員⑥ (20代男性)	入所者⑭	令和6年9月20日	【夕食支援中】 ・他人の食事を食べようとした利用者の額を指で弾いた。
29	介護職員⑦ (50代男性)	入所者⑮	令和6年9月27日	【昼食前】 ・後ろから車いすを押した後に手を離し、放置した。
30	介護職員③ (50代男性)	入所者⑮	令和6年9月28日	【夕食中】 ・利用者を食堂からデイルームに移動する際に、入口から利用者が乗っている車いすを押し出し、静止を確認せず部屋の戸を閉めた。

31	支援員⑨ (70代女性)	入所者⑩	令和6年7月8日	【入浴支援準備中】 ・職員が準備したドライヤーのコンセントを利用者が抜こうとしたため、利用者の手を叩いて止めた。その後、職員は椅子を持ち、椅子の脚を利用者へ向け行動を制限した。
32	介護職員⑩ (60代男性)	入所者⑩	令和6年9月24日	【朝食前】 ・利用者が差し出した右腕を掴んで捻った。
33		入所者⑩	令和6年10月7日	【昼食支援中】 ・共有スペースから他の職員とともに出ようとしたため、背後から押さえつけ動きを抑制した。
34	介護職員⑪ (50代女性)	入所者⑧	令和6年9月28日	【昼食準備中】 ・「触っていいんでしたっけ」と繰り返し言い、近づいてきた利用者に対して、背中を押して移動させ、しゃがみこんだ利用者に対して、さらに背中を押して移動させた。 ・「触っていいんでしたっけ」と繰り返し言いながら強引に椅子に座らせた。
35			令和6年9月29日	【夕食支援中】 ・何か話そうとした利用者を見殺し、ご飯を食べさせた。
36		入所者⑩	令和6年10月19日	【夜間巡回中】 ・空箱に絆創膏を入れて欲しいとの要求が続くため、空箱を取り上げた。
37				【夜間巡回中】 ・要求が続くため、両腕を引っ張り、部屋に戻そうとするが、利用者が応じないため、両足を持ち上げ引きずり、部屋の方へ移動させた。その後も引きずりながら移動させた。
38	介護職員⑫ (50代女性)	入所者⑩	令和6年9月25日	【昼食支援中】 ・ソファに座っていた利用者を足払いし、食事をかき入れるように食べさせた。
39	介護職員⑬ (20代男性)	入所者⑩	令和6年10月4日	【昼食支援前】 ・検温を優先し、裸でソファに寝そべっている利用者に対して特段支援を行わなかった。
40	支援員⑭ (60代女性)	入所者⑩	令和6年10月4日	【昼食支援前】 ・昼食の準備を優先し、裸でソファに寝そべっている利用者に対して特段支援を行わなかった。

はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会設置要綱

(目的)

第1条 岐阜県福祉事業団（以下「事業団」という。）が、県から指定を受け管理運営している岐阜県立はなの木苑（以下、「はなの木苑」という。）で発生した虐待事案に関し、事案を検証し再発防止策を検討するため、「はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会」（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条

- 一 はなの木苑で発生した虐待事案を検証し、原因を明らかにする。
- 二 検証結果を踏まえ、再発防止策を検討する。

(組織)

第3条 委員会は、別表に定める委員により構成する。

- 2 委員会に、委員長を置き、委員の互選によってこれを定める。

(任期)

第4条 委員の任期は、令和7年12月31日までとする。

(職務)

第5条 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。

- 2 委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長の指定する委員がその職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、事業団が必要に応じて、招集するものとする。

- 2 委員会の進行は、委員長が行う。
- 3 委員会は、必要と認めるときは、委員会に別表以外の者の出席を求め、説明又は意見を聞くことができる。
- 4 委員会は、非公開で行う。
- 5 委員会は、概要を記した議事録を作成する。

(秘密の保持)

第7条 委員は、職務上知り得た個人的事項を他に漏らしてはならない。

(報酬)

第8条 委員への報酬は、一時間あたり11,000円(税込み)とする。

2 報酬の額は、一時間あたりの額に委員会への出席時間数、及び委員会出席以外に議事や報告書の確認等、委員としての職務を行った時間数を乗じて、得た額とする。

(実費弁償)

第9条 交通費について、事業団職員旅費支給規程に基づき、別途支払うこととする。

(事務局)

第10条 委員会の事務局は、事業団本部事務局に置く。

2 委員会の庶務は、事務局において処理する。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し、疑義が生じた場合は、委員長、事業団が協議のうえ定める。

附 則

この要綱は、令和7年8月29日から施行する。

別表

はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会 委員名簿

(敬称略)

氏 名	所属・役職等	分 野
山科正太郎	関あさくら法律事務所 弁護士	弁護士
竹村 忠憲	中部学院大学人間福祉学部 講師	学識経験者
鈴木 雅秀	岐阜県社会福祉士会 副会長	権利擁護
大谷 弘	岐阜県手をつなぐ育成会 副理事長	障害者家族の会
平下 博文	岐阜県知的障害者支援協会 会長	障害者施設団体

はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会開催経過

はなの木苑虐待事案に係る第三者検証委員会を下記のとおり開催し、事案の原因分析、検証、再発防止策の提言を行い、検証結果報告書を取りまとめた。

日 時	内 容
R7. 8. 29 【第 1 回】	・ はなの木苑虐待事案発生から現在に至るまでの経緯 ・ 虐待事案の概要 ・ 再発防止策（たたき台）について ・ 第 2 回委員会の運営について
R7. 9. 24 【第 2 回】	・ はなの木苑現地視察（事案発生以降の改善状況） ・ 職員とのヒアリング 【対象者】 苑長、次長、リーダー 虐待行為を行なった中堅職員 2 名 虐待行為を行なった若手職員 2 名 虐待行為を行っていない主任職員 2 名 虐待行為を行っていない職員 2 名 計 11 名 ・ 福祉事業団の概要ならびに虐待防止対応について ①組織運営体制について ②経営状況について ③法人本部の虐待防止の取り組みについて ・ 報告書の骨子（案）について ・ 事案の検証、再発防止の取り組みについて
R7. 10. 20 【第 3 回】	・ 第三者検証委員による虐待事案の動画確認、現地視察、ヒアリングを受けての再発防止策（素案）について ・ 岐阜県立はなの木苑における虐待事案検証結果報告書の様式（案）について ・ 第 4 回第三者検証委員会の進め方（再発防止策確定版、第三者検証委員会による検証結果報告書の取りまとめ等）について
R7. 11. 21 【第 4 回】	・ 岐阜県立はなの木苑における虐待事案検証結果報告書（案） ・ 岐阜県立はなの木苑虐待防止改善計画（案） 内容、校正について最終チェック

※上記以外においても、原因分析や再発防止策の提言を整理するため、資料提供や質疑を通じて事務局と意見交換を行った。