

平成26年度東京都障害者虐待防止・権利擁護研修

障害者虐待防止法の理解

2014年 11月26日

於・東京都社会福祉保健医療研修センター

全国権利擁護支援ネットワーク代表

国学院大学教授・弁護士

佐藤 彰一

施行後の施設虐待

- 2012年 ふるさとホーム白浜の精神障害者虐待
高齢の女性理事長による継続的暴行 懲役1年執行猶予3年
- 2012年 島原養護センター
2007以降300件に昇る虐待。5人書類送検・1名懲役1年4ヶ月
- 2013年 袖ヶ浦総合福祉センター
ひとり逮捕、9名書類送検
- 2014年 青森徳誠園 2名逮捕 罰金刑
- 2014年 NPO法人「リブロ」 ダーツほか
懲役1年6ヶ月、執行猶予3年 指定取消
ほかにもあります。

介護福祉士が入居者を殴り骨折、施設は事故として処理

- 県警は、障害者支援施設に入所中の身体障害者の男性を殴り骨折させたとして、傷害の疑いで介護福祉士を逮捕した。男性は骨折など複数のけがを繰り返しており、日常的に虐待があった可能性もあるとみて調べている。
- 県警は、関係者からの相談で同施設を家宅搜索した。同施設を運営する社会福祉法人は男性の骨折を把握していたが、虐待ではなく「事故」として処理していた。同法人は「逮捕容疑が事実であれば、当時の内部検証は甘く、管理体制についても問題があったということになる。入所者本人や家族におわびするしかない」としている。
- ※ その後、県警はさらに5人の職員を傷害、暴行の容疑で地検に書類送検した。また、県の立ち入り調査に対し、5人が「やっていない」と虚偽答弁をしていたとして、全員を障害者自立支援法違反容疑でも送検した。県は、法人に対して社会福祉法に基づく改善命令を出し、虐待を防げなかった理事長が経営に関与しない体制にするよう要求したほか、再発防止策も求めた。法人は、理事長を含む理事会及び施設管理者の体制刷新と関係職員への処分を行った。

職員の暴行後利用者が死亡、施設長が上司に虚偽報告

- 知的障害のある児童らの福祉施設で、入所者が職員の暴行を受けた後に死亡した。また、同園の施設長が2年前に起きた職員2人による暴行を把握したが、上司のセンター長に「不適切な支援はなかった」と虚偽の報告をしていたことが分かった。
- 県は、同園の新規利用者の受け入れを当分の間停止する行政処分と、施設長を施設運営に関与させない体制整備の検討などを求める改善勧告を出した。
- 県によると、施設長は立ち入り検査時には「暴行の報告はなかった」と説明。しかし、その後の調査に「報告があったことを思い出した。聞き取り調査したが虐待はなかった」と証言を覆した。さらに、詳しく事情を聴くと、施設長は「もう1つ報告があったことを思い出した」として、職員4人が虐待をしたとの報告があったと証言。このうち2人が暴行したと判断し、口頭注意したことを認めた。その後、施設長はセンター長に「不適切な支援はなかった」と事実と異なる報告をした。
- ※ その後、暴行した職員は傷害致死容疑で逮捕された。また、行政の調査により10年間で15人の職員が23人の入所者に対して虐待を行っていたことを確認。施設長、理事長等が法人、施設の運営に関与しないことを含む行政指導が行われ、体制の刷新、関係者の処分が行われた。

分析

- 1 突発不適切支援型 支援の方法
- 2 性衝動型 管理・環境(同性介護原則)
- 3 視野狭窄型 管理・環境

視野狭窄は、情報がでてこない。

組織的な施設虐待が起きる可能性が継続
第三者調査委員会が設置されるケースは

確認です・虐待の法的対応は

交通事故と比較してみましょう

- ・刑事的対応（懲役や罰金）

刑法（殺人罪、準強姦、横領など）

- ・民事的対応（損害賠償）

民法・国家賠償法（安全配慮義務・不法行為）

- ・行政的対応（立入調査・指定の停止・取消）

自立支援法・社会福祉法＞ 虐待防止法

警察からの通報？（虐待）

警察への通報？（犯罪）

×福祉で司法 ×司法で福祉 司法と福祉の連携

障害者虐待防止法の特徴

家庭虐待対応 > 市町村虐待防止センター

立入権限が入る(委託不可)

職場虐待 > 都道府県権利擁護センターから地方労働局
へ報告: 労働局で労働法規を使って対応(対応義務)

「施設」虐待 > 監督権限のある自治体(防止センター)が
対応。使う法令は従来同様だが防止法にまとめられた。

- ・通報の取り扱い? 通報の多くは、家庭 施設は?
- ・支援の手法?
- ・医療や教育などの2条以外の分野?

通報義務

- 養護者(7条) 福祉従事者(16条)、使用者(22条)

誰が通報＝**発見者**

- 不利益処分の禁止： 上記各条文
- ※ 3条虐待に対応する通報義務は規定にない
(医療や教育現場での虐待？)
- ※高齢者7条養護者虐待 「生命身体の危険」
- ※通報者情報の守秘 不利益処遇の禁止

施行から半年の全国の通報件数

厚労省集計

家庭と就労先は施行前に比べて変化しています
しかし施設は変化に乏しいと言ってよいでしょう

	養護者による 障害者虐待	障害者福祉施設従事者等 による障害者虐待	使用者による障害者虐待		
			(参考) 都道府県労働局 の対応		
市区町村等への 相談・通報件数	3,260件	939件	303件	虐待判断 件数	133件
市区町村等による 虐待判断件数	1,311件	80件		(事業所数)	
被虐待者数	1,329人	176人			被虐待者数

東京都はどうでしょうか

虐待の社会的定義

①支援や保護する人と支援・保護される人との間で起きる

＞そうでないところでは「差別」意識のみ

②支援や保護する人の権限や立場の乱用である。

③支援される人の生命や生活を危殆化させる。

※ 虐待「主張」はどこでもあります。

やむを得ない場合の「身体拘束」について

自傷行為、他害行為、パニックなどの行動障害に対して、障害者（児）自身、周囲の者等の保護のため、緊急やむを得ず障害者（児）に強制力を加える行為は認められる場合があるが、その個々の利用者への適応の範囲・内容については、施設内のガイドライン等を作成して共通認識に基づいて対応を図ること。

（平成17年10月20日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

身体拘束に対する考え方

(1) 基本的考え方

「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待。

身体拘束が日常化することが更に深刻な虐待事案の第一歩となる危険がある。

やむを得ず身体拘束をする場合であっても、その必要性を慎重に判断するとともに、その範囲は最小限にしなければならない。

判断に当たっては適切な手続きを踏むとともに、身体拘束の解消に向けての道筋を明確にして、職員全体で取り組む必要がある。

(2) 身体拘束とは

身体拘束の具体的な内容としては、以下のような行為が該当すると考えられる。

- ① 車いすやベッドなどに縛り付ける。
- ② 手指の機能を制限するために、ミトン型の手袋を付ける。
- ③ 行動を制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ④ 支援者が自分の体で利用者を押さえつけて行動を制限する。
- ⑤ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑥ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

ア やむを得ず身体拘束を行う場合の3要件

① 切迫性

身体拘束を行うことにより本人の日常生活等を与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要な程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを確認する必要。

② 非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないことが要件。利用者本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法を選択する必要。

③ 一時性

身体拘束その他の行動制限が、必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要。

イ やむを得ず身体拘束を行うときの手続き

① 組織による決定と個別支援計画への記載

- ・組織として慎重に検討・決定する必要。
- ・個別支援計画に身体拘束の様態及び時間、緊急やむを得ない理由を記載。
- ・個々人のニーズに応じた個別の支援を検討することが重要。

② 本人・家族への十分な説明

- ・利用者本人や家族に十分に説明をし、了解を得ることが必要。

③ 必要な事項の記録

- ・身体拘束を行った場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録。

2 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止

(1) 管理職・職員の研修、資質向上

- ・障害者の人権の尊重や虐待の問題について、管理職、職員に高い意識が必要。
- ・職員各人が支援技術を高め、組織としてもノウハウを共有することが不可欠。
- ・管理者が率先し、職員とともに、風通し良く、働きがいのある職場環境を整える必要。

(2) 個別支援の推進

- ・利用者個々のニーズに応じた個別的な支援を日々実践することが、虐待を防止。

(3) 開かれた施設運営の推進

- ・地域住民やボランティア、実習生など多くの人が施設に関わることや、サービス評価（自己評価、第三者評価など）の導入も積極的に検討することが大切。

(4) 実効性のある苦情処理体制の構築

- ・障害福祉サービス事業所等に対して、サービス利用者やその家族からの苦情処理体制を整備すること等により虐待防止等の措置を講ずることを規定（第15条）。

適切な支援と説明責任

- 正当な理由？ 緊急やむを得ない場合？
- 身体拘束だけでなく虐待一般については？
 - 1) 計画・客観性：支援計画などに対応が記載されているのでしょうか？（含む3要件・以下同じ）
 - 2) 必要性：そのような対応の必要性が支援の中で、吟味されているのでしょうか
 - 3) 本人の意向、ならびに本人の最善利益に配慮がなされているのでしょうか（周囲の都合を優先していないか？）

千葉県袖ヶ浦の事件の経緯

- 2013年11月26日深夜、千葉県内の総合病院で19歳のA君が死亡。
- 重症敗血症による多臓器不全
- 警察への通報 強制捜査
- 千葉県の立入り調査 多数の虐待行為が判明(特に養育園第2寮)
- 翌2014年に第三者検証委員会を設置

事件の特徴

- 案件の大きさ
- 意図的で陰湿（第2寮）
- 通報、第三者委員会などが機能しない
- 県立施設（支援の困難に人を受け入れる最後の砦？）

事件の原因・背景を探る1

重度だからか？ 支援が困難な人だからか？

支援に行き詰まる？ 配置の失敗とは？

H24年の要望

その背景は

1 閉鎖空間

来訪者は？ 支援学校は隣接 事務棟は離れている(センター長)、施設長は現場？

医務室、養育園・更生園の交流？

施錠と目隠し

事件の原因・背景を探る2

2 孤立している

なぜ養育園に19才以上の人がいるのか？

強度行動障害特別支援事業は？ 16名

地域や他施設からみたら終着駅(姥捨て山)

・3 視野狭窄

問題行動ばかりの記載

支援者の固有名詞はなし

外部チェック・監査は

- とくに手抜きがあったわけではない
高い第三者評価（直前）
通常監査・県のモニターでは問題なし
第三者委員会や虐待防止委員会は？

いずれも受け身の作りでしかない。
独自情報がないと積極化できない

3度、内部体質を見抜く機会を失っている。

- H14年から15年の内部告発に基づく調査
処分は非公表
- H23年の火傷事件
調査は事業団まかせ 情報共有なし
- H24年度末 匿名メール
2度あったが、いずれも調査なし、
情報共有なし

再発防止への対応策

1) ダウンサイズ(現定員の約半数を目標)

条件: 県内各所に同様の機能をもつ支援拠点「民間型」を創設

2) 施設の機能の明確化

自主事業の移譲 養育園・更生園の運営分離

3) 生活環境の開放化・個別化

集団生活が困難な人達(行動障害)に集団生活を強いる
矛盾を解消 ユニット型の建物環境を整備

4) 外部交流の増加

パーソナルサポーター(利用者)、外部との職員交流など
監査・研修の実質化

要するに3点です

1) 支援者への支援。

職員、家族への支援を行うこと。

2) 利用者本人の立場にたちきれる存在。

思い込みや誤解、そして視野狭窄の危険

だれからも影響をうけずに利用者の代弁が出来る人の存在
が閉鎖的になりがちな居住系施設ではとりわけ重要

パーソナルサポーターを提唱 イギリスではIMCA

相談支援専門員は？ 後見制度？

3) 終着駅をやめましょう。

>> 時間がかかります。集中見直し期間

最後に

- 定員問題
- 強度行動障害 支援の困難な人とは？
- 支援技量
- 居住系施設は閉鎖的になりがち。現行の虐待防止法の仕組みは、うまく機能しない。
- いま現在もどこかで虐待が起きている可能性
- 法のさらなる整備が必要