

より良い支援を目指して

～ 日常的支援の改善事例と虐待の防止 ～

特定非営利活動法人

川崎市障害福祉施設事業協会

権利擁護推進委員会 報告書

2013年9月

《 はじめに 》

平成 24 年 10 月 1 日「障害者虐待防止法」施行に伴い、神奈川県主催の虐待防止法対応研修が開催され、川崎市として、平成 24 年 9 月 4 日・6 日に施設管理者・従事者向け研修を開催しました。

研修において、県主催の研修に参加した方々に各グループのファシリテータをしていただき、事例検討を行いました。事例検討の中で参加者から「虐待の目」・「不適切なかわり」と感じたことを挙げていただいたところ、多くの事例が挙げられました。

また、施行後の障害者虐待通報受付状況では、施設従事者による虐待の通報も多くある事がわかりました。

そこで、NPO 法人川崎市障害福祉施設事業協会として、組織的に取り組む必要があると考え、県の研修を受講し、川崎での従事者向け虐待防止法対応研修にも積極的に協力いただきました管理者・職員で対策チームを設置し、川崎市障害計画課と和泉短期大学の鈴木教授の協力をいただき今後の方向性を検討してまいりました。平成 24 年 12 月には「権利擁護推進委員会」として川崎市障害福祉施設事業協会でも承認され、平成 25 年度も継続して検討しております。

検討していく中で、演習から従事者の支援についての迷いが感じられる内容が多くあり、まずは施設職員が自分達の支援について考える必要があるだろう。その為に個別事例を通して、どのように各自が考え、各事業所がチームとして検討していくかの過程が見えるような内容のものを提案し、各事業所で取り組んでいただくという方向性になり、検討してまいりました。

ここで、事業所で支援員が支援に困った時、迷った時の考え方の参考にさせていただき、虐待防止に努めていただきたいと考えております。

《 目 次 》

1. 虐待と“支援における不適切行為”の関係	1
(1) 虐待発生の構造	1
(2) 支援における不適切行為	1
(3) 不適切行為をどう捉えるか？	2
2. 支援における不適切行為の構造を分析する	3
(1) リスクマネジメントの視点	3
(2) リスクマネジメントと課題分析	3
(3) 課題分析の必要性和利点	4
(4) 「SHELLモデル」による課題分析手法	5
3. 事例検討編	6
事例1 アセスメントでの気付き	6
事例2 利用者を抱えての移動から歩行への支援	8
事例3 ミトン着用を超えて	10
事例4 パニック状態の利用者への対応	12
4. 障害者虐待に関連する法令の定めについて	15
(1) 身体虐待について	15
(2) 身体拘束について	15
①「障害者の身体を拘束したこと」とは？	15
②「正当な理由」とは？	16
5. 施設内での不適切行為・虐待を防止するための取組み	17
(1) 施設内での虐待を防止するために	17
(2) 「検証し実践する組織」を目指して！	17

委員名簿

1. 虐待と“支援における不適切行為”の関係

(1)虐待発生の構造

障害者支援における虐待（幅広い権利侵害の現象形態の一つ）の発生には、さまざまな要因が考えられます。障害者支援における虐待を無くしていくためには（あるいは生じてしまった虐待を繰り返さないためには）、虐待の発生を構造的に捉えていく視点が欠かせません。虐待発生の要因には、1. 小さな不適切支援の積み重ね、2. 支援の知識や技術の不足、3. 職員の優位性等が挙げられています。

【参考】障害者虐待発生の要因

1. 小さな不適切支援の積み重ね

- ①大きな虐待は職員の小さな不適切な支援（行為）から始まる
 - ・「これくらいなら許される。」の積み重ねによる支援の質の低下、負の支援の増加。
- ②利用者が被害を認識できない・訴えられない
 - ・虐待を受けた人がその繰り返しの中で無力感を学習してしまい、ますます何も訴えなくなっていく。（Learned helplessness:学習性無力感）

2. 支援の知識や技術の不足

- ①利用者の障害特性や状態を適切に把握できていない。
- ②利用者の要配慮行動に対する適切かつ有効な支援方法が見出せないため、職員が安易に力や物理的隔離（身体拘束等）で解決しようとする。
- ③そうした不適切な支援の積み重ねが、結果的に大きな虐待につながる。

3. 職員の優位性

- ①一般に、虐待、ドメスティックバイオレンス（DV）、パワーハラスメントやいじめ等は、一方が優位性を誇示したり保持したりしようと、その「力」を濫用することで発生するとされており、それぞれの分野で対策（保護法の施行、研究、人権意識の普及や啓発等）が行われている。
- ②職員は利用者に対して「支援する側」という優位な立場にある。
- ③職員の人権意識が低下すれば、容易に虐待が発生し得る。

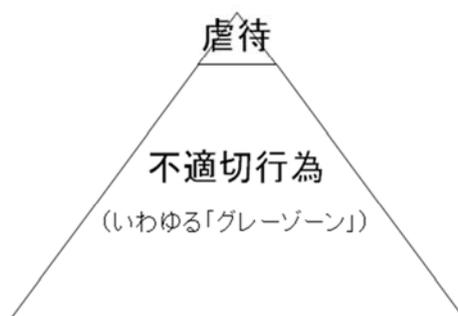
※出典：「障害児者の人権をまもる」神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課（平成22年4月）を一部改変の上引用。

(2)支援における不適切行為

上記の虐待発生の構造のなかで、とくに注目したいのが、「小さな不適切支援の積み重ね」です。多くの虐待事案では、虐待発生の背景・前段として、“支援における不適切行為”の発生がみられます。この不適切行為の解消こそが、虐待の防止の第一といえます。

ただし、“虐待防止のための不適切な行為の解消”という考え方はあまり前向きではありません。不適切行為の解消を、利用者の意思を尊重し、利用者の自立と社会参加の実現のための取り組み、あるいは福祉サービスの質の向上という視点で考える方が望ましいでしょう。

【不適切行為と虐待の関係】



《コラム》 不適切行為？ 不適切支援？

よく考えてみると“不適切な支援”とは、たいへん奇妙な表現ではないでしょうか。たとえば、社会福祉士の倫理綱領では「利用者の利益の最優先」として「社会福祉士は、業務の遂行に際して、利用者の利益を最優先に考える」（利用者に対する倫理責任第2項）ことが規定されています。また、日本知的障害者福祉協会の倫理綱領においても、「人権の擁護」として「私たちは、知的障害のある人たちに対する、いかなる差別、虐待、人権侵害も許さず、人としての権利を擁護します」とあります。

二つの倫理綱領は、対人支援の専門職（プロフェッショナル）としての使命（ミッション）を宣言しているのです。ミッションという言葉のルーツには「命に代えても守らなければならないこと」という意味があるそうです。専門職倫理を有する支援者にとって、支援とは“適切なもの・利用者の最善の利益につながるもの”であるべきですし、専門職としての職責上、それが期待されているのです。

このように考えると、「不適切支援」という表現は、論理的に矛盾している表現と言わざるを得ません。本報告書では、「不適切支援」という言葉を使用せず（引用部分を除く）、「支援における不適切行為」と表記しています。

(3) 不適切行為をどう捉えるか？

司法の場では、「疑わしきは罰せず」、「疑わしきは被告人の利益に」等と表現される「推定無罪」という考え方があります。これは、「被告事件について犯罪の証明がないときは、判決で無罪の言渡をしなければならない」（刑事訴訟法第336条）というものですが、これを障害者支援（ソーシャルワーク）に当てはめて考えてみるとどうでしょうか。筆者は、支援における不適切行為は「推定有罪」だと考えています。支援者は、虐待と認定されなければ「不適切行為」を行ってもよいのでしょうか。もし、支援者が不適切行為を容認するならば、これは自らの専門性を否定することであり、支援者としての倫理に背くことになるでしょう。「適切な支援」こそが、支援者のなすべきもの・目指すべきものという大原則を忘れてはなりません（上記コラム参照）。

それにもかかわらず、虐待事案の検証をみると、現場では「不適切行為」が存在しています。支援者は、目指すべき姿としての「支援における不適切行為のない実践」を追い求める一方で、足もとにある不適切行為に向き合う必要があります。支援者は、あるべき支援の姿を追い求める「理想主義者」であり、目の前の現実に真摯に向き合う「現実主義者」であることが求められているのです。バイステックは、支援者（ソーシャルワーカー）は、「現実主義者かつ理想主義者」であることを次のように表現しています。

ケースワーカーは、しっかりと地に足をつけた現実主義者でなければならない。また、同時に、見通しのきく眼を持った理想主義者であることも求められる。現実主義者としてのケースワーカーは、クライアントの人生もっている厳しい現実、またときには嫌悪の情をもつような醜い現実を、目をそらさず見つめ理解し、そして援助するよう期待される。一方、理想主義者としてのケースワーカーは自分がかげがえのない人間であるという信念を失ったクライアントの尊厳と価値を、具体的に発見するよう期待されている。

出典：尾崎・福田・原田訳『ケースワークの原則（新訳改訂版）』、誠信書房、2006年

バイステックは、利用者（クライアント）に向き合うに際して、支援者（ケースワーカー）が「現実主義者かつ理想主義者」であることを中心に述べています。私たちはバイステックの言葉から、自らの“支援”について「現実主義者かつ理想主義者」である必要があることを、学びとる必要があるのではないのでしょうか。

2. 支援における不適切行為の構造を分析する

(1) リスクマネジメントの視点

支援における不適切行為についての分析は、福祉現場でも従来から、インシデント事例（ヒヤリハット）事例の分析として、リスクマネジメントの一環として取り組まれてきました。福祉分野でのリスクマネジメントの基本的視点については、次のように述べられています。

【参考】福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点

○社会福祉法の理念とリスクマネジメント

社会福祉法第3条に、福祉サービスの基本理念として「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」と規定されています。

介護サービスを提供する福祉施設等からは、利用者の自立的な生活を重視すればするほど「リスク」は高まるのではないかと危惧する声も聞こえてきます。しかし、事故を起こさないようにするあまり、極端に管理的になりすぎてしまい、サービスの提供が事業者側の都合により行われるとするならば、人間としての成長、発達の機会や人間としての尊厳を奪うことになり、福祉サービスの基本理念に逆行することになりかねません。

そこで、このように「自由」か「安全」かという二者択一ではなく、福祉サービスにおいては、事故を完全に未然防止するという事は困難なもの、と捉えてみます。

その上で、事故を限りなく「ゼロ」にするためにはどうしたらよいか、あるいは、万が一起きてしまった場合に適切な対応を図ることはもとより、同じような事故が再び起こることのないような対策を講じるなど、より積極的な姿勢をもつことが重要であると考えられます。

○基本的な視点は「クオリティーインブループメント（QI）」

「クオリティーインブループメント（QI）」を基本的な視点として福祉サービスにおけるリスクマネジメントのあり方についての検討を行ってきました。これまでは、ともすると「リスクマネジメント＝損害賠償対策・対応」という捉えられ方がなされることがあったことも否定しがたく、（中略）福祉サービスにおいてはこのように矮小化した捉え方は適切ではありません。福祉サービスにおけるリスクマネジメントは、「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できる」という考え方で取り組みを進めることが大変重要です。

出典：「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針 ～利用者の笑顔と満足を求めて～」

（平成14年3月28日、厚生労働省福祉サービスにおける危機管理に関する検討会）

従前のリスクマネジメントの取り組みでは、支援における事故の「原因究明」と「対策構築」といった観点での実践が、中心であったのではないのでしょうか。今後は、支援における不適切行為が虐待や重大な権利侵害につながるものであり、その防止が利用者の権利擁護、福祉サービスの質の向上等につながるという視点での取り組みが求められます。

(2) リスクマネジメントと課題分析

リスクマネジメントの取り組みにおいては、現場で生じている課題について、一定の枠組みをもって科学的に分析を行うことが求められます。一般に、課題分析の手法は、マクロ的分析（定量分析）と、ミクロ的分析（定性分析）に大別されます。マクロ的分析、ミクロ的分析それぞれの概要は、下記の通りです。

- ・マクロ的分析（定量分析）：あるシステム内の事故・未遂事故の件数を、発生月、発生時間、発生場所、行為類型、職員の経験年数などで集計し、そのシステムでの事故・未遂事故の傾向を把握すること。
- ・ミクロ的分析（定性分析）：事故の根底にある背景事情を探り、環境とそこに存在する人間の双方における要因を探り出す分析であり、このような分析によって事故の発生防止・再発防止の対策を検討できる。

出典：平田厚『社会福祉法人・福祉施設のための実践 リスクマネジメント』全国社会福祉協議会、2002年、p.35

本委員会では、利用者への個別的な支援を通して得られる知見の共有化を目指して、ミクロ的分析（定性分析）を行うこととしました。とりわけ、委員会のメンバーの多くが実践現場の最前線で活躍する支援者であり、現場での個別的な利用者支援への取り組みをもとに分析を試みることにしました。本委員会の取り組みは、「分析のための分析」ではなく、「実践のための分析」であり、実践現場で取り組んでもらうことのできるよう配慮しました。

(3) 課題分析の必要性和利点

現場での課題を構造的に分析し、対応策を考えていくことは、現場の“支援力”を向上させる大きな原動力となります。課題分析への取り組みは、現場に多くのものをもたらします。

第一に、「構造的な分析視角の提示」です。福祉現場における“課題”は、利用者を中心として、彼／彼女を取り巻くさまざまな要因によって構成されています。こうした要因は、多面的な視点からの取り組みを行わない限り、本質的な課題の解決、緩和等には結びつきません。こうした視点がないと、課題の原因を「利用者の障害そのもの」に帰する、という本末転倒な対応となるケースも見受けられます。

課題の解決・緩和に際しては、利用者を取り巻く環境（人的環境、物的環境、関係性等）を広範囲にアセスメントし、表面的な事象にのみとらわれず、課題の背景にある諸要因にも配慮する必要があります。支援現場では、「アセスメント → 支援計画策定 → 実施 → 評価」という支援のPDCAサイクルが求められていますが、このサイクルは、主たる支援者（担当職員）と管理者等の限られた者によって担われることも少なくありません。利用者の課題に多面的に向き合い、“利用者の生きる世界”を総合的に捉えるためには、より多くの支援者等がケースに対してそれぞれ「主体的にかかわる」意欲を持ち、関与していくことが求められます。多様な分析視角は、多様な支援者によって集積されていくのです。

第二に、支援における「オルタナティブ」（alternative、“別の”考え方・アプローチ・支援方法等）の必要性です。上述の通り、多様な視点が欠けたまま“支援のPDCAサイクル”を動かしたとしても、そこから導き出されるものは、良くて“現状維持”であり、利用者の自立・社会参加等の実現に向けた支援のスパイラルの上昇を望むことは困難ではないでしょうか。「固定化された支援者」の「固定化された概念・枠組み」に基づいて担われる支援が行われる場合、得てして、支援の方向性は“現状維持”的であり、変化やチャレンジを忌避することが見受けられます。

支援とは、支援者の支援に関する価値観、知見や技術等を反映した一定の“守備範囲”の中だけで行われるものです。だからこそ、支援者は、日常業務に潜む“ルーティンの罠”から自らを解放し、打破していくことが求められています。ルーティンの罠を打破するための取り組みの一つが、課題分析といえます。課題分析により、「リフレーミング」（reframing、物事に対する従前の枠組みをはずして、違う枠組みで見ること）がもたらされ、それまで見えてこなかった利用者の新しい側面を見出し、新しい支援の方向性（＝オルタナティブ）に取り組むことが可能となります。

なお、同じ課題分析の手法を用いたとしても、すべて同じ分析結果に至るとは限りません。支援者個々のもつ利用者観（人間観）、支援に関する知識、技術の度合い、当該利用者との関わりの経験の有無やその深さ、他の利用者との関わり経験の有無やその深さ等により、課題分析の結果は異なるのは

当然である。複数の支援者によって、同一の課題に対して同一の分析手法を実施することで、さらに支援における新しい視点の提示、支援の向上等に結びつきます。

第三に、「課題分析への取り組みは支援者のエンパワメントに結びつく」ということです。課題分析による支援の幅の広がり、支援者個人の“支援の手数（てかず）”の蓄積（＝個人の支援力の向上）や、支援の充実による成功体験の共有等をもたらします。支援の現場では、しばしば、バーンアウト（燃え尽き症候群）の発生が課題となります。バーンアウトの発生原因は多様ですが、支援における支援者個人の行き詰まりは、その要因の一つとして挙げることができるでしょう。こうした支援者個人の支援に関する行き詰まりは、往々にして、法人・施設・事業所等の職員集団全体としての行き詰まりに結びつくこともあります。こうした例をみると、利用者のエンパワメントと、支援者のエンパワメントは一定の相関関係があるようにも思われます。

利用者のエンパワメントについては、支援の場の中で熱意をもって取り組まれています。利用者のエンパワメント促進要因の一つとして、職員のエンパワメントを積極的に位置づけるべきではないでしょうか。課題分析による支援の向上は利用者のエンパワメントをもたらす、利用者のエンパワメントは支援者のエンパワメントにつながります。

(4) 「SHELL モデル」による課題分析手法

福祉分野でのリスクマネジメント関係書籍を紐とくと、ミクロ的分析（定性分析）の手法として、「SHELL モデル」や「4M－4E マトリクス表」などが紹介されていますが、本委員会では、SHELL モデルを採用しました。SHELL モデルの活用には、上述のとおり、現場での活用を第一に考え、具体的な課題への取り組みやすさを有する同モデルの利点を尊重したからです。ただし、本委員会ではSHELL モデルに「C（Client、利用者）」要因を付け加え、「SHELLC モデル」といたしました。障害者支援においては、利用者の障害特性等に配慮し、利用者一人ひとりの個別性を尊重することが何よりも重要です。課題分析においても、利用者を取り巻く個別の状況を踏まえて行うことが求められるため、「C（Client、利用者）」要因を付加いたしました。

（付記：「C（Client、利用者）」要因については、平田による前掲書から発想を得ている）

【SHELL モデルによる分析】

S (software、ソフトウェア)	マニュアル、規定などシステムの運用にかかわる形にならないもの 例) 職場の慣習、読みづらい手順書、職場の教育体制、マニュアルの有無 等
H (hardware、ハードウェア)	機器、器具、設備、施設の構造 例) 原因器材、作業台、寝衣、履物、補助具 等
E (environment、環境)	物理的環境（照明、騒音、空調）だけではなく、仕事や行動に影響を与えるすべての環境 例) 原因器材の保管場所、業務範囲、労働条件、勤務時間、作業件数、仕事の困難さ、職場の発言しやすい雰囲気 等
L (liveware、他人)	当事者以外の人々 例) 事故、インシデントに関わった他のスタッフや多職種（心身状態、経験、知識、技術） 等
L (liveware、当事者)	事故・インシデントに関わった本人（職員） 例) 心身状態、経験、知識、技術的問題、心理的要因 等
C (client、利用者)	利用者および家族 例) 障害状況、心身の健康状況、年齢、生活歴、経済状況、課題となる行為およびその背景要因 等

3. 事例検討編

ここでは、委員会で議論された、4つの事例について報告します。なお、ここで取り上げている事例は、複数の事例等を組み合わせたものであり、実在する特定のケースに関するものではありません。

事例1

アセスメントでの気づき

【概要】

生活介護入所施設 12年 30歳男性 障害者手帳A2 障害程度区分5 自閉症

日常生活ではご本人が気に入っている場所に座っており、行動障害もなく動きも少ない。入浴時の髭剃り時に出血した部位が瘡蓋になり、日常的に右のもみあげから顎の部分に掻きつづいたような自傷の傷がある。傷が一向に治らず化膿した為、塗り薬を塗布しガーゼをあてて処置するが、自分で外してしまうことが頻繁に繰り返される。そこで、傷口を触ることができないようにミトンを着用して頂いた。

	課題分析	対応策
S	ご本人の生活状況のアセスメントが十分に なされていない。(いつ、どこで、どのような 状況で起こるのか。)	ご本人の生活状況についてデータを収集 し、統計した後に分析を行い、対応策を検討。
H	入浴時の髭剃りにT字カミソリを使用して いる為、傷口に触れて出血しやすくなってい る。 爪がのびていることがあり、不衛生で化膿しや すい。	髭を剃るときに電気シェーバーを使用す るなど出血する機会をなくす。爪は入浴後に チェックし、清潔に保つ。
E	普段から職員室ドアの横の目立たない場所 にしゃがんでおり、土日はフリータイムで作業 もなくその場所で何もせずにいることが多く、 瘡蓋を剥がすことが感覚遊びのようになって いる。	職員や他の利用者とかかわる機会を増や し、手持無沙汰な時間を少なくする。ボール やペグなどご本人の気に入ることを模索す る。
L	ほとんどの職員が入所時からの対応で疑問 を抱くこともなく、仕方ないことだと諦めてい て傷が出来てからの対応の為、後手に回ってし まっていた。休日については職員が少なく、ご 本人のペースだと思い込み、サービスを提供し ていなかった。	ケースカンファレンスにてご本人の状況 を確認し、生活全般について話し合い情報を 共有する。
C	ご本人は自閉傾向が強く、瘡蓋を剥がすこと にこだわり、手持無沙汰な時間があると出血さ せてしまう。また、絆創膏やガーゼを着けるこ とを極端に嫌がる。	瘡蓋を剥がさないという支援の前に瘡蓋 がどこまでできるのか、何時までできるのか、なぜ できるのかを分析し、瘡蓋を作らないように 支援をする。瘡蓋ができた時にも、手持無沙 汰な時間を少なくし、他のもので感覚遊びが できるように促す。

【まとめ】

ミトンを着用していただいたことにより、自傷は軽減されたが食事や入浴といったミトンを着用していない時には同様の行為があり、根本的な解決には至っていない状況だった。そのような状況の時にある職員から、傷があるから掻き毟ってしまうので、傷を作らないようにはどうしたらよいかという意見が上がった。

日常生活の中で傷ができるのは入浴時のT字カミソリであり、どのような方法で傷を作らずに髭を剃るかを考えたところ電気シェーバーを使用してみてもどうかという意見があり実施してみた。結果、傷は消失し、同時に自傷もなくなった。このように、何の変哲もない方法でミトンの着用という行動制限にあたる虐待を回避することができたことに、これまでの支援で気づくことができなかつた。また、考えようとしなかつたことが、それまでの支援の不十分さを考えさせられる良い機会となった。

☆事例へのコメント☆

【法律家の立場から】

ミトンを着用させることは、障害者の身体の行動・自由を制限していますから、「障害者の身体を拘束した」といえます。したがって、正当な理由がない限り、虐待になります。なお、ミトンを着用させる際に障害者を無理やり押さえつけるなどの行為があれば、身体虐待の該当性も問題となります。

正当な理由の有無について、①切迫性②非代替性③一時性の3要件を検討します。本事例では、手で傷口を触ることによって傷口が現に悪化しているという過去の事実があり、今後も手で傷口を触る可能性は非常に高いわけですから、①切迫性は認められる事案でしょう。③一時性は、本事例ではよくわかりません。「手を使う時以外はずっと着用」では一時性の要件はクリアできないのではないのでしょうか。問題は②非代替性です。結果論としては、ひげ剃りを工夫すれば問題行動が回避されたわけですので、代替手段があったということになります。非代替性を事後的に判断する限りは、代替手段あり＝非代替性なしとして、正当理由はなかつたという判断をすることになるでしょう。

【ソーシャルワークの立場から】

本事例では、「傷口を触ることができないようミトンを着用していただいた」という点で、正当な理由による身体拘束に該当するのかが検証が求められます。ご本人のかきむしり等の事象が生じていることから、緊急避難的にミトンの着用を行うことはあり得ますが、こうした行為は、あくまでも緊急避難としての場合に限るべきでしょう。また、なぜミトンでなければならなかつたのか、ミトン着用に至った経緯も明らかにされるべきです。さらに、身体拘束を行う場合は、3つの手続き（組織決定と個別支援計画への記録、本人および家族への説明、記録）、3つの要件（切迫性、非代替性、一時性）が求められますが、本事例の場合、説明責任をどのように果たすのかという点も課題となるでしょう。

SHELLCの各項目について考えてみると、「S」対応策では、「データを収集」とありますが、どのような方法で、どのような視点で行うかを具体的に検討することも大切です。また、「L」対応策では、「ケースカンファレンス」とありますが、どのような職種の人がどのように集まり、どのような議論をするか、本事例における論点だしを予めしても良いのではないのでしょうか。

さらに、本事例にみられる、いわゆる「感覚遊び」への対応を、どのように施設内、職員内で蓄積していくかという施設システムの課題も残されているといえましょう。

本事例では、傷をつくらなかつたための工夫が奏功し自傷行為も解消されました。支援者の「ミトン着用には止まらなかつたといけない、虐待にあたる」という意識が、利用者の立場に立った支援の展開につながった例と言えます。

事例2

利用者を抱えての移動から歩行への支援

【事例概要】

年代：50代女性 手帳：療育手帳A2 障害程度区分：区分4 家庭状況：母子家庭・自宅で生活

主な障害 自閉傾向・ダウン症 利用サービス：生活介護支援事業所・ヘルパー

行動にご自身のペースがある。毎年年度替わりに職員が変わることで行動しづらさがあり、職員の関係性がとれてくると場面転換もスムーズになっていた。一昨年前より職員の離職や産休等の影響で職員の入れ替わりがあり、行動しづらさが続いた。送迎車へも移動できず、職員が背後から腰を持ち上げ移動することもあった。職員は同性によらず、男性職員がベルトをつかんでの移動も行っていた。

	課題分析	対応策
S	女性に対して身体に触れる援助であるにも関わらず男性職員が行うことに違和感を感じていなかった。	職員へ同性介助の徹底。
H	帰りの送迎車への移動の行程に玄関近くのトイレに行き、建物奥の作業室に戻り、玄関で靴を履き替えるというご本人の動きが多くなっていた。	ご本人の帰りの流れを見直す。
E	担当1名での抱え込みが通例となっており、新人の担当職員はフロア内で、相談意見が言いづらい。外注の作業担当もしているが、点検等の負担感を他の職員が軽視している様子があった。	ケース会議を開催し、複数職員での関わり方を検討する。外注作業に関わる職員を増やし、職員への作業内容周知と負担軽減を図る。
L	「言うとおりに動かない利用者は担当が甘いから」という見方を持つ職員がおり、自然と担当に圧力となってしまった。	権利擁護の研修会を実施。ご本人主体であること、利用者を職員の都合で動かすことの意味を全職員で学ぶ。
L	「時間通りに移動しなければ」という焦りを感じつつ、焦るほどご本人も拒否を示す悪循環にあり、ご本人の動きづらさを助長してしまった。	ご本人の再アセスメント。ケース会議を通し、支援方法をフロア全体で共有することで負担を減らす。時間にとらわれ過ぎない支援を検討。
C	職員の心の動きを察知でき、予告があると準備し易い方。また、物等で興味があるものは気持ちの切り替えに有効。ご家庭で「親が怒っても言うことを聞かない」との話もあり、感情的になることは逆効果である。	職員が気持ちにゆとりを持ち、ご本人が納得して行動できるよう支援する。

【まとめ】

担当を中心にしながらも複数職員での関わりを行い、きっかけとして、ご本人が興味を示した腕時計を着用していただき、予告の際に時間を伝える。時計を指さしながら確認すると時間は理解していない様子だが、動きやすさが増した。送迎に乗れない場合の家庭対応もご家族に了解をいただき、ゆとりを持っての声かけを行うようになり、1月かけてご自身で歩いて送迎車に乗車できるようになった。送迎の時間を守ることを意識しすぎると、職員にとって合理的な支援になってしまうことがある。職員にとって合理的であっても、利用者にとっては合理的とは言えないことがあるので、日々の支援を利用者の視点に立って考えることが必要である。

☆事例へのコメント☆

【法律家の立場から】

背後から腰を持ち上げて移動させる行為、ベルトをつかんで移動させる行為のそれぞれについて、身体虐待と身体拘束に該当するか否かが問題となります。また、場合によっては性的虐待に該当するか否かも問題となります。

1 身体虐待の該当性

職員が背後から腰を持ち上げ移動する行為及びベルトをつかんで移動させる行為は、人の身体に向けられた有形力の行使ですから、「暴行」に該当します。その結果その障害者が外傷を負っていれば身体虐待に該当します。仮に外傷を負わなかったとしても、行為の具体的な態様によっては外傷を生じるおそれありとしてやはり身体虐待に該当します。

2 身体拘束の該当性

職員が背後から腰を持ち上げ移動する行為及びベルトをつかんで移動させる行為は、その態様によっては障害者の行動の自由を制限していると判断される場合がありますので、身体拘束に該当する可能性があります。該当する場合には、正当な理由がない限り虐待行為に該当することになります。この事例では誰かの生命・身体への危険が生じる可能性がないので、①の切迫性が認められません。したがってこれだけで「正当な理由」なしといえます。

3 性的虐待の該当性

ここでは詳しくは論じませんが、具体的な行為態様によっては「わいせつな行為」に該当しえますので、性的虐待にあたる可能性があります。

【ソーシャルワークの立場から】

「背後から腰を持ち上げ」という行為は、それにより外傷が生じる、外傷が生じるおそれがあるならば、身体的虐待に該当する可能性もあります。また、身体接触が起こりうる場面で、異性による支援が良いのかという疑問も生じます。見方によっては、性的虐待と捉えられる場合もあるのではないのでしょうか。さらに、「ベルトをつかんでの移動」という行為も身体拘束に該当するのではという疑念が生じます。

SHELLCに即していえば、Sの対応策に「同姓介助の徹底」とありますが、身体に接触する支援を行う場合など、どのような場面で同性による支援を必須とし、どのような場面で異性による支援が許されるのかということマニュアル等において明確にする必要があるでしょう。

Lの対応策に、「支援方法を班全体で共有する」とありますが、一義的には班全体での共有は有効ですが、それのみで本事例の課題が解決するかというさらに先を見据えた課題もあります。また、「時間にとらわれ過ぎない支援」とありますが、現実の支援の場で、それをどのように可能にしていくのかという部分もさらなる議論が必要となると思われます。

C対応策に、「職員が気持ちにゆとりを持ち」とありますが、それは具体的にどのように実行していくのでしょうか。そもそも、ゆとりがないのは、勤務条件や人員配置上の問題なのか、個々の職員が支援に関してノウハウがないが故のゆとりのなさなのか等、さらなる検証が必要と考えられます。

本事例のまとめにあるように、支援の場では、職員の合理性（都合）と本人の思いの齟齬が生じやすい状況にあります。それをいかに、本人の立場に寄り添って支援を組み立てなおすのかを考えさせられる事例です。

事例 3

ミトン着用を超えて

【事例概要】

生活介護通所施設を利用する 20 代女性 L。母、祖母と 3 人暮らし。出産時低酸素脳症による四肢麻痺。身障 1 級。重度知的障害。程度区分 6。ADL ほぼ全介助だが、左上下肢は随意性がある。帰りの送迎車内で隣に固定される N に対し、左上肢で N の頭髪を抜く、頭部を叩く、N の車いすのフレームを叩きケガをするなどの行為があり、いくつかの対応を試行していたが、家族と協議の上、帰りの送迎車内のみ左上肢にミトンを着用した。これにより問題となっていた事態は概ね消失を見た。

※帰りの送迎車内

- L、N、R、H は車イスの利用者で A 席は空席
- 朝は L が R の場所で、問題となる事象はない。

運転席	L	R	H
A	N	添乗員	

	課題分析	対応策
S	送迎に関するマニュアルは存在するものの、内容は各家庭での対応法、車いすの固定とチェック、事故発生時の対応などで、今回のような個別事例に関する記載はない。「安全に送迎業務を実施する」旨の記載がある程度。	マニュアルの変更までは行わず、変更後の対応を個別対応一覧に記載する。
H	車内での L と N の距離は、両者の車いすの車輪と車輪の間が最大限確保しても 10 センチ弱ほど。L の左上肢のリーチ内に N の車いすや頭部が入る。車内幅上、空間の制約がありぎりぎり。位置関係を前後にずらしても、L のリーチ内を脱することはできない。	発生している事象に対し、職員各自がそれぞれ現状で可能な対応を考案しミーティングで協議の上、試行を繰り返す。
E	帰りの送迎順序は各家庭の都合があり変更不可。添乗職員を 2 人付ける人的資源はない。	
L	N は脳性麻痺による四肢麻痺。40 代女性。ADL 全介助で、意思表出手段は、笑顔や泣きなどの表情によるもののみ。	N の状況には特に留意する。
L	ミトン着用で、問題視していた事象はほぼ消失を見た。しかし、ミトン使用による問題解決は未だ道半ばであるという問題提起をしたときにミトン自体が問題になるという認識をしていなかった職員が半数以上存在していたことは、問題視される。	本来的には、施設として何を指すのか、そこを職員全員が理解し、今ここで起きている事に対して同レベルの危機感や気付きがなくてはならない。
C	L の行動表出の理由への職員考察結果は「遊び」。知的側面からは言語による行動の制止は困難。視覚による認知により情報を処理して、毎日の送迎時でも決まった場所で大声を出して興奮したり、通常と異なるルートを通ると不安そうな表情を見せる。 職員に上肢の動きを制限されたり、ミトンの着用により自分の望むこと（本人にとっては遊び。客観的に見れば他害行為）ができなくなり、動きや表情からはストレスになりうると思われた。	L への直接的、間接的な働きかけを展開するうえで、各対応における、L の感情面への考察を各職員が行い、報告し、職員間で共有する。

【まとめ】

職員ミーティングで議案提起し検討。安全な材質で盾を作製し試行することとなる。段ボールを重ねたものを適当な大きさにして、それにバスタオルを巻き緩衝材代わりにして、60センチ×130センチ程度の板状のものを作成する。これを、Nの車いすのハンドリムとタイヤの間に挟み込み、上部をNの車いすに太いゴムで固定する。Lからは、視覚的には、Nの頭部や車いすは見えずその板状のもののみが見える環境を作る。

結果として、Lは板状のものを引っ張ったりする行為は見られるが、自らの手を傷つけたり、Nの頭部に危害を加えることはなくなった。Lの表情からは、変更後にストレスや不機嫌さは感じられない。ミトンの着用から盾を置くということで一歩前進したが、次の段階として「盾があることは特別ではないか」と次の対応を考えていく必要があり、あくまでもLへの支援の途中経過である。法的観点においても、身体拘束が認められるためには、①切迫性、②非代替性、③一時性の3要件を満たす必要があり、盾もあくまでも一時的な対応と考える必要がある。

☆事例へのコメント☆

【法律家の立場から】

ミトンを着用させることは身体拘束ですので、正当な理由がなければ虐待です。

そこで正当な理由の有無の判断をするために、①切迫性②非代替性③一時性の3要件を検討します。他者をたたく、自分の髪の毛を抜くという行為は、本人又は施設の他の利用者の身体が危険にさらされることとなります。過去にそういった事象があり、現時点でも改善が見られないという場合には①切迫性は認められるでしょう。②非代替性については、本事例ではよくわかりませんが、他に代替手段がなかったのかという事後的検証は行うべきでしょう。③一時性も事案からはよくわかりませんが、「手を使う時以外はずっと着用」では一時性の要件はクリアできないでしょう。

【ソーシャルワークの立場から】

他害・自傷行為に対してミトン着用を行うものの、それにとどまらず、さらなる検討を加え、衝立を設置するという支援の展開は、利用者の立場に立ち支援を探求する過程がよくうかがえます。

SHELLC分析に即して考えてみると、Sの対応策に、「個別対応一覧」に記載とありますが、このような対応例を施設内で蓄積していくことが必要でしょう。個別的な支援の蓄積は、当該利用者のみにも適用されるのではなく、他の利用者の抱える課題に対しても蓄積した取り組みが応用できるようすることが望ましいのではないのでしょうか。このように考えると、その蓄積はどのように行われるべきでしょうか。個々の職員が個別的にノウハウ等を蓄積するのみならず、組織としての支援力の蓄積をする方法を考える必要があります。

Hの対応策に、「職員各自が対応を考案、試行する」とありますが、自らの業務の意味を常に考え、問い直していくことは最も基本的なことであり、一人ひとりの職員がこうした姿勢をもつことは重要です。ただし、個々の職員による対応の考案・試行は、どのように実施に結びつけることができるのでしょうか。より具体的なプロセスを考える必要があります。

なお、まとめの「盾もあくまでも一時的な対応と考える必要がある」という指摘は、さらなる支援に向けた支援者の挑戦が続くことを示唆しています。支援の場では、「支援には終わりはない」ということを共有し、「利用者はなぜこのような行為を起こすのか」という根本的な課題をPDCAサイクルを通じて探求し、利用者のQOLを模索し続けることが大切です。

事例4

パニック状態の利用者への対応

【事例】

就労系施設に通うCは自閉的傾向が強い、知的には療育手帳B2で障害程度区分は2である。年齢は30歳代で自宅にて両親と祖父母及び妹の六人暮らしである。母親と妹はCの障害に対する理解があるものの、父親はCにほとんどかわりを持たず、祖父母に至ってはCの障害は母親の育て方が悪かったと思っている。そのような家庭環境の中、これまで母親が中心となってCを支えてきた。ある日Cは、私生活での心配事を抱えて登園する。作業開始前に他の利用者を威嚇する、館内を走り回るなどの行動が散見され、女性職員が注意を行ったところ、突然女性職員に対して頭突きをして怪我を負わせてしまった。その後も叩く、蹴るなどの粗暴行為が続き男性職員Bが駆けつけ、パニック状態のCを後方から体を抑え粗暴行為を制止した。続いて女性職員の悲鳴を聞いて駆けつけた男性職員Aは、Cの脈を測りながら呼吸を整え不の感情連鎖を遮断する目的で、Cと一緒に数をかぞえる対応をする。脈拍が落ち着いた段階で、他の場所へ移動し話を聞く。私生活での心配事の解決方法の見通しが立った段階で、Cの顔色も平常時に戻り日中活動に参加する。

	課題分析	対応策
S	<p>粗暴行為への対応マニュアルは無く、古くから知的障害・自閉症者支援に携わってきた先輩職員の対応を見よう見まねで対応することが、この施設の慣例となっていた。</p> <p>また比較的自立度が高い利用者が多いことから、家族からの情報提供も少なく、利用者の心理面の異変については、課題行動が表出されない限り情報化されにくいところがある。</p>	<p>過去の経験値に基づく支援ではなく、関連法令を順守した粗暴行為に対する対応マニュアルの作成。</p> <p>定期的な家族との情報交換、関係機関と連携することで施設外での状況把握に努め個別対応方法を周知する。</p>
H	<p>作業場が数か所に点在しており、登園後の利用者の居場所は作業場か休憩スペースとなっている。</p> <p>就労系施設では、始業開始前に作業準備を早くすすめる必要がないと多くの職員が思い込んでおり、休憩スペースまでは目が行き届かず、登園時の利用者の様子を見守る体制が不十分である。</p>	<p>作業開始前の職員の動きを再点検した結果、二名の職員は直ぐに作業準備に入らず、始業開始前の利用者を見守れる体制をとることが可能であることが解った。そこで職員が一齐に作業準備に入るのではなく、利用者を見守る役割分担を設定し、登園後の利用者の僅かな変化に気づく体制を整える。</p> <p>利用者の不穏状態を察知したら、パニックの直前刺激になるような注意は行わず、個別に理由を傾聴する場を設け、パニックを未然防ぐ事に重きを置く。</p>
E	<p>パニックが起きているその場は、周囲に重量のある作業部材が積み上げてあり、即時にパニック状態を鎮静化しなければ、二次被害が起こりかねない状況にある。</p>	<p>就労系施設だが「憩いの場」と「作業の場」の構造化を図り、売り上げを伸ばすために、いたるところに部材が置いてある現状を改善する。</p>

L	<p>男性職員 A は、女性職員の悲鳴が聞こえるまで、対応応援に入れなかった。</p> <p>Cを後方から抑制した職員 B は、障害福祉に関する専門教育は受けておらず、障害福祉に関する知識はほとんど無い状態から、先輩職員に指導を受けながら勤務していた。</p>	<p>不穏行動のある利用者への対応は、その時点で単独職員での対応とせず、複数職員で対応するようにする。(マニュアルに明記する)</p> <p>所内研修や外部研修・他施設での体験などを通じて、あるべき利用者支援の在り方を学ぶ機会を確保し、今の勤務場所で行われている支援が適切であるかどうか検証する能力を培う。</p>
C	<p>Cは自閉的傾向が強く、普段落ち着いた場面では、言語による意思表示は可能だが、困ったことがあった時など、言い出すタイミングをつかむことが困難であり、心配事が上手く相談できないときに、人や物に粗暴行為が観られる。</p>	<p>関係機関と協力し、定期面談の場を設定することで、意思表示の時間をつくり、心配事が早めに相談できる体制をとる。</p>

【まとめ】

家族・関係機関との連携と、施設内での表情観察を強化することで、パニックを未然に防ぐことができるようになってきた。また、見守る役割の重要性について、ミーティングの中で職員に浸透させ、登園後の利用者の状況把握に努めた。一時的にパニック状態のようになることがあっても、大きな事故につながる前に落ち着く場所へ声かけて誘導できている。

☆事例へのコメント☆

【法律家の立場から】

1 身体虐待について

利用者の後方から体を抑える行為は、その具体的な態様が明らかではありませんが、このような事例ではかなり強い抑え方にならざるをえないでしょうから、「暴行」に該当する行為と考えてよいでしょう。外傷が実際に生じていれば身体虐待に該当しますし、こういった行為は外傷を生じるおそれがある行為であるので、外傷が実際に生じていなくとも身体虐待に該当します。

本件では上記行為を、頭突きによって怪我を負った女性職員を助けるために行ったという事情があります。暴行に至る経緯にこのような事情があっても考慮しないという見解に立てば、虐待であるという結果が変わらないのは当然ですし、仮に事情を考慮するという見解に立つとしても、違法性阻却事由があるか否かは慎重に判断されるべきでしょう。

2 身体拘束について

また、本件事例の行為は、身体拘束にも該当しえます。身体拘束に該当する場合には、例外の3要件を検討する必要がありますが、本事例では、女性職員が現に暴行を受け、かつさらに暴行を受けようとしていたわけですから、①切迫性は認められる事案でしょう。また、実際に後方から体を抑えた時間はよくわかりませんが、落ち着くまでの短時間であれば③一時性も認められると思います。問題は、②非代替性でしょう。「そこまでやる必要があったのか？」という問題です。女性職員に対するさらなる暴行を防ぐ手段として、後方から体を抑え…という手段以外のより軽い手段はなかったのか。結果論的に考えれば、「あった」といえるかもしれません。そのあたりの事後検証を行う必要があります。かかる検証を行ってこそ虐待再発防止への一歩が踏み出せるのだと考えます。厳しいと思われるかも知れませんが、行為者である職員の責任を問うているわけではないことに注意してください。なお、正当な理由の有無はあくまで身体拘束の問題であり、身体虐待とは無関係です。

【ソーシャルワークの立場から】

「粗暴行為が続いており」という事象に対して、後方から体を抑える行為は、身体的虐待に該当する可能性も考えられます。また、緊急避難との考えが無批判になされ、こうした行為が日常的・継続的に続くとなると、身体拘束とも捉えられかねません。事例にある支援者の行為自体は、やむを得なかったものであったとしても、不適切な行為であることは確かであり、こうした行為がなぜ生じ、どのようになくしていくかという検証が必要と言えます。

まずは、粗暴行為への対応をしっかりと言語化し、どの支援者も共有できる形で蓄積していくことが必要であり、そして対応策を、継続的かつ客観的に検証していくことが重要でしょう。また、職員が同時に支援できる利用者の人数をどのように考えるべきか検討が求められます。もちろんこの場合には、支援者の力量、利用者の状況等により変化することは言うまでもありません。支援の場では、「皆で見守り、対応策を共有する」等の対応がとられることが多いようですが、それぞれの支援者が何をするのか明確にされなければ、「他人任せ」になってしまうこともあり得ます。

本事例の SHELLC 分析は、詳細にまとめられており、具体的な取組み方向がよく分かる形でまとめられています。分析の際には、ある程度の具体的な方向性示す必要があり、対応策をさらに詳細に検討する際の支援者間の「支援のベクトルの違い」を防ぐためにも重要です。

4. 障害者虐待に関連する法令の定めについて

今回、本委員会で取り上げた事例は、いずれも障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(以下「虐待防止法」) 2条7項1号に定める「障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加える」行為又は「正当な理由なく障害者の身体を拘束する」行為に該当するか否かが問題となります。以下、一般的な慣行に従い、前者を「身体虐待」と呼び、後者を「身体拘束」と呼びます。

(1) 身体虐待について

「暴行」とは、「人の身体に向けられた有形力の行使」を意味します。この定義自体はかなり広い範囲の行為を含みます。拳で殴る行為、足蹴りにする行為が該当することはもちろんですが、手首をつかむ行為、背後から抱え込む行為、頭を軽くたたくような行為も「暴行」に該当します。他方、例えば「障害者の部屋に外からカギをかけ、室外に出られないように閉じこめる」は、「暴行」に該当しませんが、その部屋に障害者を入らせる際に、「嫌がる障害者を力づくで押し込む」行為は「暴行」に該当します。

「外傷が生じる暴行」は、現実には外傷が生じているわけですからこれが身体虐待かでありあまり悩むことはないでしょう。「外傷が生じるおそれのある暴行」というのはちょっとやっかいで、「外傷」というのをどの程度まで含ませるのか、「おそれ」とはどの程度までか、などの考え次第で判断が分かれる場合もあるかもしれません。ある「手首をつかむ」行為、ある「ホールディング」行為が、「外傷が生じるおそれのある暴行」にあたるか否かは一概には言えません。単に1回だけ手首をつかむ行為であっても、力の強い人が皮膚や骨の弱い人の手首を力を入れてつかめば、外傷ができるおそれは十分にあります。「ホールディング」行為といっても、両腕で相手の体を包み込むように押さえる程度であれば外傷が生じるおそれがあるとは普通は認められないでしょう。

なお、障害者虐待防止法には、正当行為(職員がその正当な業務として行った行為)、正当防衛、緊急避難など、刑法では犯罪成立を阻害するものとして規定されているようなものが存在しないことに注意する必要があります。この点、障害者虐待防止法は、暴行によって権利侵害を受ける立場の人(＝障害者)の観点に立ち、いかなる理由があろうとも障害者の権利が侵害されることは避けられるべきであるという価値観、そのような権利侵害を防止するためには今後どのような支援が必要かという観点に立っている法律であると考えた上で、正当防衛などの事情があっても虐待は虐待であるという考え方があります。他方、正当防衛などの刑法上の違法性阻却自由に該当するような事情があれば、仮に条文上の虐待の定義には該当するとしても「虐待」には該当しないと見る見解もありますが、そのような事由があったことを積極的に認定できることが必要ですし、その認定は慎重にかつ厳密に行なわれるべきであることは当然です。

(2) 身体拘束について

身体拘束は、「障害者の身体を拘束したこと」、「正当な理由がなかったこと」が要件とされています。

① 「障害者の身体を拘束したこと」とは？

「拘束」とは行動・自由を制限することを意味します。暴行は行為者が行う行為の態様に着目するのに対し、身体拘束は被拘束者の身体の自由に着目します。このように暴行と身体拘束とは別次元の問題であり、暴行でありかつ身体拘束である場合もあるし、どちらか一方だけに該当する場合もあるし、どちらにも該当しない場合もあります。例えば、「背後から相手を羽交い締めにする行為」は、暴行でもありかつ身体拘束でもあります。「相手を縄で縛り付けて動けなくする行為」は、縄で縛り付ける行為が暴行であり、全体で見ると身体拘束でもあります。「相手が眠っている間に拘束衣を着せ、そのまま一日過ごさせる行為」は、暴行ではありませんが身体拘束です。

また、身体拘束の継続時間の問題については、これは時間の問題ではなく、身体の行動・自由が奪われたか否かで判断すべきであると考えます。たとえば、1回手首をつかんでひっぱることにより水飲みを止める行為は、身体活動の自由を奪っていないと評価できるので、「身体を拘束した」とは認められないと考えます。しかしこれを何度も何度も繰り返し行ったり、長時間手首をつかんで離さなかったりすれば、それは身体を自由を奪っていると評価できるでしょう。「ホールディング」行為は、国マニュアルに記載されている「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こと」であれば一般論としては身体拘束に該当するのでしょうか、隣の人のお食べ物からいったん遠ざけるために体ごとを引っ張って少し動かす程度のものであれば、身体が制限されているとは認められないでしょう。

②「正当な理由」とは？

障害者虐待防止法では、養護者、障害者福祉施設従事者等又は使用者による虐待に該当する行為の1つとして、正当な理由なく障害者の身体を拘束することと規定されています。「正当な理由」の具体的な中身については、法律中では何も触れていません。この点、厚労省マニュアルや、障害者虐待防止法ハンドブック（日弁連委員会編）には、介護保険法の施行後に、厚労省が「身体拘束ゼロ作戦推進会議」における成果として公表した「身体拘束ゼロへの手引き」（2001年）を参照したうえで、

- ①切迫性（本人または家族等の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと）
- 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介護方法がないこと）
- ③一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること）

の3つの要件をすべて満たした場合にのみ、例外的に「正当な理由」が認められるとされています。上記の3要件は、厚労省マニュアルやハンドブックに記載されている解釈にすぎない点に注意する必要があります。以下筆者の意見を述べます。

①切迫性については、身体の危険というのがどの程度のことを指すのかという問題点が気になります。身体虐待と同じように外傷を生じさせるおそれと考えることになるのでしょうか。また、可能性とは単なる抽象的な可能性ではなく、具体的な危険性ですので、拘束しないと何をするか分からないといった程度の抽象的な危険性では切迫性は認められません。なお、「本人または家族等」には、施設職員や他の施設利用者が含まれるのかが問題となりますが、筆者は含まれると考えます。

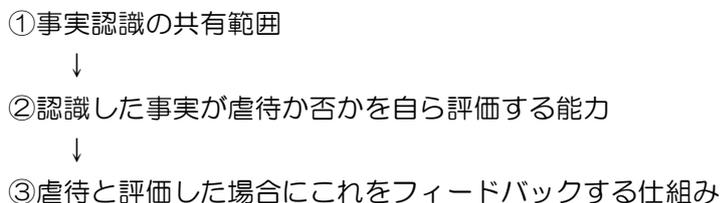
②非代替性については、どの時点で、だれを基準に考えるのかという問題があります。拘束行為を行った職員が、その行為を行った時点では他に代替手段がないと考えて行ったのだが、事後的に検証してみると代替手段があった（はずだ）という場合に問題となります。またその職員の経験不足・知識不足から誤った判断をした場合にも問題となります。厳しい見解かもしれませんが、本委員会及び虐待防止法の趣旨に沿って考える限りは、事後的に一般的なプロの支援職員を基準として考えるべきだということになるでしょう。この見解を採る限りは、代替手段はあった（はずだ）と事後的に判断されれば、正当理由なしすなわち虐待にあたるとして虐待再発防止に向けた適切な措置を検討すべきです。また、身体拘束行為が行われた場合には必ず事後的な検証が必要となってきます。要するに、事後的に検証し、結果論として評価するということです。

③一時性については、①②の要件を充たしていても、なおかつ一時性の要件が要求されるわけですから、切迫していようが他に代替手段がなかろうが、ずっと拘束しつづけるのはだめだということになるでしょう。なお、「拘束は必要最小限の時間に限られる」というのは、①②の要件から当然に導かれることになるとおもいます。

5. 施設内での不適切行為・虐待を防止するための取組み

(1) 施設内での虐待を防止するために

施設内虐待を、施設側の取組みによって防止するためには、次の3つのステップに分けて分析する必要がありますと考えられます。



虐待問題に関してもっとも重要な点の一つに、虐待認定の基礎となるべき事実の把握の問題があります。当該行為者である施設従業者と当該行為を受けた障害者の間でどのような行為が行われたのかについては、両当事者及び現にその場で見ている者以外には何らかの伝達手段がない限り、知りようがありません。当事者等以外の者がどのようにして事実関係を共有するのか、まずこの点をしっかりと考える必要があります。

どんなに素晴らしい研修を行っても、当該研修を受けた者の②の能力は向上することは間違いないのですが、その者が具体的な事実関係を認識していない（または認識できない）のであれば意味がありません。サービス管理責任者を対象として研修を行っても、施設内での具体的な事実がサビ管まであがってこないのであればまったく意味がないのです。

他方、施設従事者全員を対象とする研修を行うことは現実には難しいでしょうし、各従事者が虐待と評価できても、彼／彼女には施設の仕組みを変えるだけの力はないのが通常でしょうから、これを施設内での処遇改善にフィードバックできる仕組みがきちんとできていないとやはり無意味になってしまいます。

(2) 「検証し実践する組織」を目指して！

虐待や権利侵害を防ぐためには、日常的な支援の場面での「不適切行為」の根絶が求められます。本委員会では、そのための現場における支援の検証のあり方について、「SHELLC 分析」の手法を用いて行ってきました。先に取り上げた4つの事例のような取り組みを、川崎市内で障害者支援に最前線に立つ支援者の方々や事業所、施設、法人がそのシステムとして組み込み、実践することはできないでしょうか。

支援の根本にある「個別支援計画」や「サービス等利用計画」では PDCA サイクルが重視されていますが、不適切行為をなくすための取り組みに関しても PDCA のサイクルに則って行われる必要があります。福祉現場での「インシデント報告」「ヒヤリハット報告」などの取り組みは、“原因の究明 → 対応策の検討・実施”というところまでは何とか結びつけても、その後の検証がなされていないものが多いように見受けられます。今回の課題分析も同様に、SHELLC 分析で得られた新たな支援の方向が、利用者の状況変化により変更の必要性はないか、支援がルーティン化していないか等、たゆまぬ検証が求められます。

本委員会が訴えたいことは、法人・施設・事業所等が「検証し実践する組織」となることです。そのために、法人・施設・事業所が課題分析の取り組みをシステムとして確立し、一人ひとりの支援者が、課題分析を担うのは自分であるという認識をもつことが肝要です。

さて、ロン・ウェストラムは、組織文化を「病的な文化」、「官僚的な文化」、「活力のある文化」に分けています。

【異なる組織文化が安全に関する情報を処理する方法】

病的な文化	官僚的な文化	活力のある文化
<ul style="list-style-type: none"> ・ 知ることを望んではいない ・ メッセンジャー（警告者は撃たれる） ・ 責任は回避される ・ 失敗は罰せられるか、包み隠される ・ 新しいアイデアは明確に拒否される 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発見してはならない ・ もしメッセンジャーが来れば聞く ・ 責任の所在が明らかにならないよう分断される ・ 失敗はそこだけ修正される ・ 新しいアイデアは、しばしば問題を引き起こす 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活発にそれを求める ・ メッセンジャーは訓練されており、報酬を受け取る ・ 責任が共有される ・ 失敗が広範囲の改革につながる ・ 新しい考えが歓迎される

出典：ジェームズ・リーズン著、塩見弘監訳『組織事故』日科技連、1999年、p.56

「病的な文化」や「官僚的な文化」にある法人・施設・事業所では、安全に関する情報（ここでは「支援における不適切行為に関する情報」と言い換えられる）に耳を塞ぎ、あるいは消極的な取り組みに留まってしまいます。一方、「活力ある文化」が醸成されている法人・施設・事業所では、安全に関する情報（＝不適切な支援に関する情報）に対して積極的に耳を傾け、そこから新たな展開・改革に結びつけている。私たちが目指すべき方向は、「活力ある文化」を有する法人・施設であることは、言うまでもありません。

本報告書で検討した4つの事例に見るとおり、答えは現場の中にあるはずで、それに真摯に向き合い、取り組んだ組織だけが、利用者と支援者の本当の満足を得られるのです。

《委員名簿》

	氏名	所属（発行時点）
委員長	風間 邦忠	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
委員	平野 宏卓	社会福祉法人 三篠会
委員	阿部 千鶴子	社会福祉法人 川崎聖風福祉会
委員	北山 公司	社会福祉法人 育桜福祉会
委員	小林 雅之	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
委員	堂前 晴信	社会福祉法人 セイワ
委員	米田 博之	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
委員	滝口 和央	川崎市健康福祉局障害計画課
委員	矢部 恒平	川崎市健康福祉局障害計画課
アドバイザー	池田 博毅	坂本・池田法律事務所・弁護士
アドバイザー	鈴木 敏彦	和泉短期大学児童福祉学科教授・社会福祉士

より良い支援を目指して
～ 日常的支援の改善事例と虐待の防止 ～

川崎市障害者施設事業協会
権利擁護推進委員会 報告書

2013年9月20日 発行