

各分野における虐待事例と分析

第1 家庭における虐待

1 実態・事例分析

虐待事案の多くは児童相談所や更生相談所、もしくはデイケア・ショートステイ先である施設、病院、もしくは犯罪行為から発見されることが多い。

障がいのある人は、その障がいの程度によっては、障害年金が支給される。障害年金は申請主義であるから、虐待をしている親・兄弟が、障がいのある人に年金を得させてそれを横領しようと考えたと、障がいのある人本人が判定のため児童相談所、更生相談所に行かねばならない。そこで、障がいのある人の外見、覇気のなさ、死んだような目、汚れた顔、異臭を漂わせる衣類、だぶだぶの服、手の傷、火傷の痕などから、虐待を推測することが可能である。

万引き・置き引き（窃盗）、破損行為（器物毀棄）をした人を逮捕した警察が、被疑者に何らかの虐待を見つけ、かつ、その者に障がいがある場合には、福祉的な支援が必要と考えることがある。

以下では、個別の弁護士が担当した、或いは新聞記事等で公表されている2003年から2007年にかけて発生した虐待事例を挙げる。

家庭の中で十分な食事を与えられなかったことから、車上荒らしをしたところ、警察に捕まった知的障がいのある男性がいた。取調をした警察官は、男性の手に煙草での焼け跡があることや、殴られたことで出来る怪我が耳にあったことから、その負傷の理由を聞き出し、更生相談所に連絡をいれたケースがある。その後本人は療育手帳を取り、安全な場所に保護された。このケースでは虐待をしていた親族は、牧場で働いていて貯金をしていた男性に、親がいないことを知って、面倒を見るという名目で貯金を奪い、日常的に虐待をしていたというものであった。

知的障がいのある男性は、中学校の特殊学級を出た後、職業訓練校を卒業し、建築会社で勤務を始めた。両親が亡くなったため、弟夫婦の家に住むようになったが、手取りは10数万円ほどあり、弟夫婦はその手取り給与を管理・取得することとの交換条件として男性の同居を許可した。ところが職場でいじめがあり、ついに職場に出ていくことが出来なくなった。すると、弟夫婦は「面倒をみない」「早く出て行け」と言い、男性に自室からでることを禁じた。こうして、男性は自室で食事を取るようになった。その後、飢えた男性はスーパーで万引きをして警備員に逮捕され、事情を理解したスーパーが地域の民生委員を呼んだ。そして、警察に連れて行く代わりに、必要なケアをするべきだとなった。その後、民生委員・福祉事務所・障害者就業・生活支援センター・更生相談所・弁護士の支援で、療育手帳を取得し、グループ

ホームでの生活を選択した。

知的障がいのある女性は、小学校高学年から救出される19歳まで、自宅に閉じ込められていた。両親は女性が幼いとき離婚をした。親権者である母親は精神疾患を患っていた。ある時、近隣の住民が、女性の異様な姿に驚き、児童相談所に通報したが、当時18歳を越えていたことから児童相談所は何らの対応もしなかった。そこで精神保健相談員などが関り、まず母親を医療保護入院させ、女性を保護することができた。

母親はトイレを使用させないため、座っている場所で糞尿をしていたとのことで、保護した当時の異臭は異様であった。

保護された当時、女性には言葉はなく、表情もなく、顔色は真っ黒であった。保護したのち、職員がお握りを渡したが、握力がなく握れなかった。現在入所施設で保護をしている。

両親とも知的障がいがある、生活保護世帯において、父親は未成年で知的障がいのある長女をホテルに連れ込んで性交渉を繰り返した。長女も一回につき3000円ほどもらえたので、継続していた。その事実を知った母親が顔見知りの保健所職員に相談をし、弁護士が介入し、弟妹は児童施設、母親と長女は市内の保護施設に隔離した。

その後、弁護士の介入で離婚をし、母親には福祉的支援を行っている。

中度の知的障がいのある母と軽度の知的障がいのある娘の一家の近くに住む男性が、家に乗り込んで、娘を強姦したり、母親に内出血を与えるほどの暴行を繰り返した。母親は暴力が怖いので反論できなかったが、度重なる強姦の結果、娘は妊娠をし中絶も経験させられる。母親は一度だけ警察にその実情を伝えたが、知的障がいのある母親の説明を警察は受け止めなかった。

本件が発覚したのは、その加害者が転勤したことで、娘が福祉的就労をしている場所で「知らない男性がいる」などと幻覚状態を示したことから、精神科を受診させた中で、自らが被害を述べたことによる。知的障がいのある母親が警察に相談をしたとき、警察が真摯に受け止めていれば、強姦、虐待を早期に防げた可能性がある。

同居している親が、知的障がいのある娘にクレジットカードを作らせ、親が勝手に使用し、障がいのある娘に多額の負債を負わせた事件。知的障がいのある人の地域支援者や、通所施設職員、もしくは相談支援事業の職員から聞くことが多い事案だが、このような場合、破産などで負債については対処するが、再度負債を負うことが予想されるので、グループホームなどにいれ、親子分離をさせるほか、補助、保佐などを利用して、再度の借入れを防止する必要がある。

熊谷市内の無職女性（39歳）が、自宅居間の布団の上で、首に鎖が巻き付いた状態で倒れているところを発見され、既に死亡していた。女性は統合失

調症で入退院を繰り返しており、母親と弟と同居していたが、母親は、女性が徘徊するおそれがあるため、外出するときは女性の首に鎖を巻いてシリンダー錠で施錠し、一方の端をタンスの取っ手にシリンダー錠をつないでいた。弟は、女性に暴行し打撲傷を負わせた疑いで逮捕され、続いて弟及び母親が、女性を監禁して窒息死させたとして、逮捕監禁致死容疑で逮捕された（2004年4月）。

うつ病の治療薬を大量に飲んで神奈川県山内病院に入院していた長男を、父親が殺害したとして、その父親が逮捕された。長男は家庭内暴力が絶えず、父親は「将来を悲観した」などと供述しているという（2004年6月）。

大阪地裁は、アルコール依存症の長男（当時39歳）の将来を悲観して絞殺したとして、殺人罪に問われた父親（70歳）に対する判決公判で、「酒を飲んで毎日のように暴れる長男の面倒を1人で見てきた父親が、万策尽きた上での犯行で、もはや司法機関が重大な刑を科し、罪を償わせる必要はない」として、懲役3年執行猶予5年を言い渡した。長男は、これまで入退院を繰り返し、母親にも暴行をするようになったため、年金暮らしの父親が、家族と別居して長男と2人で暮らしていた（2004年12月）。

2 虐待が生じる構造の分析

施設でなく家庭で暮らす障がいのある人の多くは、親元で生活している。その結果、虐待が隠蔽されることになる。家庭の問題はそうそう外部の人間には判らないからである。

本来、障がいのない人と同じように、障がいのある人も、自分ひとりでアパートに住んだり、もしくはグループに住むことが必要である。しかし、障がいのある人の場合、建物の構造の問題（バリアフルの問題）、1人で生活するだけの経験がないこと、先立つものがない（収入がない）ということがその自立のネックになっている。そして、学校を卒業した後も親と同居する形が多い。

従って、障がいのある人も1人生活が送れるような、建物のバリアフリー化、年金や工賃の増額など収入面でのサポート、金銭管理支援その他の地域による生活支援の全般的サポートが早急に制度化されなければならない。

親や親族が家庭の中で虐待するケースとしては、不安定な親、親族の生活に由来することもある。障害年金の搾取、クレサラからの借り入れの強要などは、親、親族の生活が安定していない場合になされることが多い。

また障がいのある人と共に暮らす家族に対し、社会的な支援が全く行われていないような場合、孤立した家族が虐待行為に走りやすくなり、また、発覚も遅れやすい。

3 既存法の限界・新たな立法の必要性

本来、障がいのある人も、成人した場合、自由に自分の居場所を決めることは出来る。従って、虐待をされるような環境から自らの判断で逃れることができるはずである。しかし、現実には自由意志に委ねては、虐待を防止する

ことはできない。

そして児童虐待防止法、DV防止法、高齢者虐待防止法の対象外にあたる、成人しており、高齢者でもない障がいのある人や、加害者が配偶者等ではない障がいのある人が、家庭で虐待を受けた場合の法的対策は、全くないのが現状である。

従って、家庭という密室に社会の目と支援を届け、法制度上、障がいのある人が虐待の起きる家庭から逃れることのできるシステムを確立する必要性は高い。

4 虐待防止策として整備すべき内容

(1) 通報義務

児童虐待防止法は18歳未満の子どもが対象である。しかし、18歳以上であっても、障がいのある人の生活環境の閉鎖性や自分で訴える力に制約があることは、自らSOSを発信することを不可能にしている。そのような実態を踏まえるならば、すべての公務員、虐待を防止する立場にある仕事についている者(医師、看護師、弁護士、司法書士、教員、社会福祉協議会職員、民生委員、児童委員など)は、虐待状況を把握した場合には、虐待救済センター(後述)に通報する義務を負う。

(2) 保護及び調査

通報を受けた場合、虐待救済センターは、速やかに事実調査をする必要がある。その場合、被虐待者がそのまま家庭にいることは真実の発見を阻害する可能性があることから、調査の間もしくは必要と思われる期間、被虐待者を保護しその生活する場所を保障する必要がある。

また緊急保護命令制度の創設により、円滑な保護が実現されなければならない。

この保護義務を行政に課さなければ、虐待の事情、環境、虐待の動機、虐待の態様についての適切な調査は不可能である。

(3) 自立を支援する義務

家族による虐待をうけている障がいのある人は、自立プログラムの策定を受ける権利を保障されるべきである。そのためには、現在の障害者自立支援法が、虐待を受けている障がいのある人の自立を促進する内容になるように改正される必要がある(サービスを受けることができる人の範囲の拡大、自立生活を支えるプログラムの拡大は必須。収入が少ない中でも1部負担は自立を阻害する)

(4) 家族支援プログラムの策定義務

国及び地方公共団体は、障がいのある人を抱えて何の支援も受けていない家庭が虐待に走ることをないよう、家族支援プログラムを策定して、虐待を予防していかなければならない。また一度虐待の起きた家庭であっても、適切な支援を受けることで、家族が再統合できるよう支援プログラムを組んで

いく必要がある。

第2 施設における虐待

1 実態・事例分析

2007年度版「障害者白書」によれば、身体に障がいのある人18.9万人(18歳未満が0.8万人、18歳以上が18.1万人)、知的に障がいのある人12.8万人(18歳未満が0.8万人、18歳以上が12万人)、精神に障がいのある人35.3万人(18歳未満が0.3万人、18歳以上が35万人、年齢不詳が0.1万人)が施設に入所しており、短期の利用を含めればさらに相当数の障がいのある人が施設を利用している。

施設での虐待事例については、体罰による身体的被害の例、わいせつ被害の例、障害年金・寄付金の横領等の経済的被害の例が多く報道されている。下記は報道の一部であり、同様の事例が多数明らかになっている。

奈良県の知的障害者授産施設で、寮生活をしていた入所者が職員にアイロンを胸に押し付けられて、やけどをさせられた。入所者の右胸にはアイロンのように見える三角形のやけどの跡が残っており、手足を縛られ口止めされたと、身振りを交えて訴えた。頭部にも多数の傷跡があったほか、背中にもたばこの火を押し付けられたような跡がいくつもあったと家族は主張している。施設側は虐待を否定しているが、管理責任を認め幹部2人を降格処分した(2001年)。

宮城県の知的障害者児入所施設では、元副参事が女性入所者にわいせつ行為をするという性的虐待を行い諭旨免職となった(2000年)。

東京都文京区の知的障害者通所施設では、ライターの火を近づける、壁に体をぶつける、口や眼鏡に粘着テープを張るなどの虐待が行われていた。「早く死ね」「刑務所に行け」といった言葉の暴力も含めると、虐待は毎日のように続いた(1999年)。

山梨県南都留郡忍野村忍草の知的障害者更生施設では、男性の入園者に、複数の職員が食事をさせなかったり、足をけるなどしていた。男性は、4年ほど前から病気で歩行が困難になり、寮から食堂までは職員が付き添っていた。男性が歩行を嫌がって廊下に寝転んだのを放置して食事をさせなかったり、歩かせようと足をけったりしたことがあったという(1998年)。

栃木県鹿沼市の知的障害者授産施設では、前施設長が定員外入所者の家族から受け取った施設使用料や生活費など約3700万円を薄外処理し、私的に流用した。前施設長は、社会福祉法人には禁止されている株や外国債の購入に施設の資金を使い、計4900万円の損失を出したことも明らかにした(2001年)。

熊本市の社会福祉法人で、知的障害者施設の入所者から預金通帳を預かっていたが、入所者31人分、約9740万円が不明になっていた(熊日

新聞2000年)。

福島県西郷村にある知的障害者更生施設では、体罰を繰り返し、午後6時就寝という異常な日課を徹底するため夕食時に入所者に睡眠薬、抗てんかん薬、分裂病治療薬などの副作用の危険のある薬を大量に投与していた。ほとんどが、医師の処方を受けずに勝手に量を増やし、無気力になり、よだれをたらし続けたり、視力が極度に悪化するなど、薬物の影響と思われる症状が表れている入所者も多かった。午後6時過ぎには入所者を自室に入れて消灯し、翌日6時まで園長1人で管理していた。眠れない人には、安定剤や睡眠薬を飲ませた。人件費を節約するため、障がいのある人を「薬漬け」にして管理するためだったという。殴る、けるなどの暴力や外に出ていかにないように「園生を柱に毛布で縛りつける」などの体罰も絶えなかった。また、寄付金名目である保護者からは800万円もの寄付金を強要していた(1997年)。その後、園は、全国初の自主廃園となった。

東京都多摩市の知的障害児入所施設の施設長から「年金をもらった人が寄付することは前から(保護者)総会で決まっている」と言われた母は、知的障がいを持つ20歳の娘名義の通帳と印鑑を手渡した。他の入所者からの寄付の記録を見せられ、娘の退所期限が迫っていることをちらつかされては、とても断りきれなかった。この母親からの訴えを受けて、職員組合が調査を始めた。施設長が就任した1988年以来、こうした「寄付要求」が繰り返されてきたことが明るみに出た(毎日新聞1997年6月9日)

和歌山地裁は、知的障害者更生施設更生部長が衆議院議員選挙の不在者投票で、入所者9人の投票に関与したとして公職選挙法違反の有罪判決を出した(2004年)。

福島県白河署は、知的障害者更生施設で、男性職員が入所者の女性2人に対し、わいせつ行為をしたとして、男性職員を逮捕した(2004年)

神奈川県は、知的障害者更生施設において入所者全員から強制的に毎月約2万円の寄付金を集めていたことが判明したと明らかにした(2004年)。

福岡県の知的障害者更生施設において、恒常的に職員による利用者への暴行が行われていたこと、前施設長が女性利用者の預金口座から多額の金員を勝手に引き出していたことが判明した(2004年)。

宮崎県の調査で、知的障害者更生施設において、元園長が施設の運営費から約2000万円を着服していたこと、男性職員が女性利用者に対しわいせつ行為を行っていたことが判明した(2005年)。

山口県宇部市の知的障害者更生施設で、長年にわたり職員4人が入所者の男性に暴言を浴びせたり、冬の入浴時に冷水をかけたり殴ったりしていることが判明した(2005年)。

岩手県盛岡東署は、社会福祉法人の知的障害者更生施設に入所している

男性に重傷を負わせたとして施設職員を傷害容疑で逮捕した(2005年)。
北海道函館中央署は、知的障害者更生施設元事務員を、入所者の預り金総額2300万円を不正に引き出したとして詐欺容疑で逮捕した(2005年)。

札幌市の知的障害者入所施設において、入所者の障害基礎年金を横領し、さらに入所者に農作業を行わせながら賃金を支払わずに労働力を搾取したことが札幌高裁の判決で認定された(2005年)

山口県は、県内の知的障害者施設で入所者への職員による虐待が繰り返されていたと認定した(平手で殴るなどの行為、入所者の手や足を鎖で拘束する行為等)(2005年)

岩手県の社会福祉法人自立更生会は、同法人が運営する授産施設において、施設に通う知的障がいのある女性とモーターで複数回にわたって性的行為を繰り返したとして、男性職員を懲戒解雇処分とした(2006年)

2 虐待が生じる構造の分析

施設での虐待が発生すること及びその発見ができない或いは遅れる構造として、虐待を受けていることについての本人の認識が十分でないこと及び虐待の事実を誰にも言えないこと(特に知的障がいのある人について)、施設側で虐待を本人の問題行動に対する指導等ととらえて虐待の原因を本人の問題行動にあると考える傾向があること、虐待の主体が本来保護すべき施設職員である場合が多いこと、虐待があった場合の相談窓口及び調査機関がないこと(あるいは機能していないこと)、閉鎖性の強い施設において、不利益処分を恐れる職員に内部告発を期待しづらいこと、知的障がいのある被害者本人の証言だけから虐待事実を確認することが困難であること、虐待されている施設から避難する場所が存在しないこと、施設内での虐待について行政による指導が徹底されていないこと、障がいのある人の家族等が虐待の事実を認識しても施設側に対して強く抗議できないことなどがあげられる。

3 既存法の限界・新たな立法の必要性

上記問題点について、現行法によっては障がいのある人に対する虐待が発生する構造的問題に対処することは困難である。

すなわち、施設における虐待については、福祉施設の設備及び運営基準を設定したり、障害福祉施設等に係る行政の指導監査などによって、行政によって不適切なサービス提供を防止している。また、社会福祉法によって事業者自身による苦情処理体制・第三者委員(社会福祉法82条)、運営適正化委員会による苦情解決(同法83条)、第三者評価(同法78条)制度が設置され、また、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業なども設置されてきている。

しかし、施設内で生活している障がいのある人自身が苦情・虐待の事実を申し立てることが困難な場合も多いこと、事業者自身による自己規制が困難な場合もあることなどから、虐待を予防するためのシステムとして苦情受付、第三

者委員、運営適正化委員会等が虐待防止のためにうまく機能していないという実情が存在する。

また、施設利用者に施設の選択権が限られている現状も、苦情を申し立てるのは困難な事情となる。特に、知的障がいのある人の場合その意思を確認することが困難な場合も多い。

施設職員等の養護者が虐待を申告（内部告発）したことによって当該施設において不利益処分を受けることもあり得るため、かかる不利益処分をおそれて虐待の事実を認識しながらも申告を差し控えるということも考えられる。また、障害者自立支援法によって、一定の障害者支援施設の運営基準が示され、市町村の虐待防止・早期発見義務、都道府県及び国の一定の責務が明記されているものの（2条）虐待が発見された場合の具体的な通報義務等は明記されておらず、上記虐待事例の防止に必ずしも有効であるとは言い難い。

4 虐待防止策として整備すべき内容

そこで、虐待予防のために、施設等による事故報告義務、職員の研修義務を課し、また国及び地方公共団体による虐待予防についての調査研究義務等を課す必要がある。

また、虐待発見のために、何人に対しても通報義務を課し、施設職員等の養護者に対しては虐待の発見努力義務を課し、専門機関による相談窓口を設置し施設への立入調査権等を付すとともに、施設監督官庁による監督義務の強化を図る必要がある。

さらに、虐待が発見された場合の緊急保護のための措置、被害回復のための措置を講じるとともに、虐待の主体に対する制裁を明確にしなければならない。

そして、虐待防止施策を実施する専門機関として虐待救済センターを設置し、立入調査等の調査権限並びに指導、改善勧告、改善命令及び公表等の権限を与えることが不可欠であると言える。

第3 学校における虐待

1 実態・事例分析

新聞報道等から出てくる学校における障がいのある子どもに対する虐待事例には、大きく体罰の例と、わいせつ被害の例がある。ここで体罰とは、全て身体的虐待にあたるものであることは言うまでもない。

名古屋南養護学校事件（判例時報1487号83頁、判例地方自治147号46頁）

知的障がいのある高校2年生男子に、教師が1対1の教室で、目に対する暴力、股間を掴む暴力を振るった。目の出血（結膜下出血）が認められたが、出血原因の証拠としては被害生徒の証言しかなかった。

一審で被害事実が認められて勝訴したが、二審で逆転敗訴となった。被害生徒の供述は、母親の援助を得て、その影響下でなされたものとされ、被害事

実が認められず、上告するも棄却されて確定した（1999年）。

被害生徒の被害供述録音テープの信用性について専門家意見書がいくつも出され、審理された経緯があるが、最終的に、被害供述の信用性が認められず、暴力の事実の認定に至らなかった。

浦安事件

公立小学校特殊学級の担任による知的障がいある女兒（複数）に対するわいせつ事件である。加害教師が起訴されたが無罪となり高裁で確定した（2006年2月）。被害児童から加害教師に対する損害賠償請求の民事訴訟が係属中である。

刑事判決では、被害があったことはほとんど疑いの余地がないが、時間場所について不合理な点が残るから無罪、とされた。

この件が無罪となった原因としては、知的障がいの特性を踏まえた捜査がなされていない点（捜査機関の問題）、初期の聞き取りが記録されておらず、聴取方法も確立していない点（被害聞き取りシステムの問題）、時間場所の特定という知的障がいのある子どもにとって最も苦手な領域が無罪の理由とされてしまった点（裁判における知的障がいに対する配慮の問題）が指摘できる。

川崎市立中学障がい児学級担任によるわいせつ事件（条例違反）

男性担任教師が、障がい児学級生徒である知的障がいある中3の女兒に対し、学校トイレなどで、継続的にわいせつ行為を行った事件。加害教師が起訴され、否認したが、有罪となり、懲役1年6月の実刑判決が出され確定した（2000年）。被害児童の供述が、他の教員の目撃証言や客観証拠とも一致するものとして信用性を認められた。

横浜わいせつ事件

横浜市立中学の個別支援学級の担任教師が、知的障がいのある中1の女性生徒に対して行ったわいせつ行為について、条例違反として刑事で有罪確定（2005年。懲役1年の実刑）。他の教員の目撃証言があった。

被害者が加害教師及び教育委員会等を訴える民事訴訟も提起され、加害教師のわいせつ行為は認定されたものの、教育委員会の責任は否定された。校長は、加害教師のわいせつ傾向について前任校長から引き継ぎを受けていたなどの事情もあり、予見可能性なしとした判決には大きな疑問がある。

2 虐待が生じる構造の分析

障がいのある人に対する虐待が起きる一般的な構造として、加害者と障がいのある人の間の絶対的な力関係や密室性、及び障がい故に被害を他へ訴えにくい社会心理状況等があるが、学校における虐待の場合、被害者が子どもであるから、こうした要因はさらに強いものとなる。教師が「個人指導」などと称して、密室状態を作るとは容易であり、発覚が困難となる。加えて、学校組織のかばい合い体質から、同僚教師による内部告発を期待しにくく、それどころか、学校

をあげて事実を隠匿しようとする傾向も強い。障がいのある子どもをもつ親は、子どもがお世話になっているという感覚から、教師に対し、批判の目を向けにくく、仮に子どもが親に訴えても、嘘をついているのは子どもの方ではないかと思ってしまうことすらある。特殊学級（特別支援学級）や養護学校（特別支援学校）では、個別指導も多く、密室状態を作るのは一層容易である。

障がいのない子どもに対しても、体罰が行われることがあるが、特に障がいのある子どもの場合、スキルの未熟な教師は、思うような指導ができない場合に体罰に走りやすい。また障がいのある子どもに対しては、物事の是非を教えるために、体で覚えさせなければならないといった誤った観念がいまだに信じられている現実もある。

こうした社会構造から、学校という場で障がいのある子どもに対する虐待は非常に置きやすいといえ、防止策が必要な分野であるといえる。

3 既存法の限界・新たな立法の必要性

学校教育法 11 条は、「校長及び教員は、教育上必要があると認めるときは、文部科学大臣の定めるところにより、学生、生徒及び児童に懲戒を加えることができる。ただし、体罰を加えることはできない。」と定めて体罰を禁止し、文科省及び都道府県等の地方自治体は、体罰禁止を徹底するための通達等を多く出してきているが、現実には体罰は一向になくなるしない。

教師による生徒に対するわいせつ行為に対しては、法規制が全くなく、文科省及び地方自治体が、指針といった形で、教育現場におけるセクシャルハラスメントの禁止を定めている。しかし圧倒的多数の小中学校は市区町村立であり、市区町村の多くは、教師の生徒に対するセクシャルハラスメントについて、何らの対策も講じていない。すなわち、小中学校における教師のわいせつ行為に対する対策は、手つかずといっても過言ではない。

また児童虐待防止法は、「児童虐待」を「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（十八歳に満たない者をいう。以下同じ。）について行う」虐待と定義していることから（2条）、学校における虐待は対象外である。

したがって、学校における障がいのある子どもに対する虐待について、新たな立法により規制していく必要性は格段に高い。

4 虐待防止策として整備すべき内容

（1）学校関係者の意識改革

学校管理職及び全ての教職員に対する継続的な研修により、虐待被害の深刻さを周知し、相互監視と内部告発の重要性を伝えて内部告発を促し、さらに告発者が不利益処分等を受けることは決してないことを周知徹底する必要がある。

（2）子ども・保護者に対する人権教育

子どもに対し、継続的に虐待被害に遭わないように意識を高め、被害にあ

ったときにすぐ大人に話すことの重要性を理解させるための人権教育を継続的に行う必要がある。

また保護者に対しても、特に障がいのある子どもをもつ保護者は、学校に対し苦情等を言い出しにくい社会的心理的状況があることに鑑み、虐待の徴候を把握し、早期に発見して被害申告していくことの重要性を、繰り返し伝えていく必要がある。

(3) 相談窓口の設置

学校の内外に虐待被害を保護者等のみならず子どもが自ら訴えることのできる相談窓口を設置し、カウンセラーなど適切な人材を配置する必要がある。

(4) 内部告発のシステムの確立

学校でわいせつ事件等が起きた場合、学校内部のかばい合い体質がしばしば指摘されるところである。教職員同士、同僚等の体罰・わいせつ等やその兆候に気づいたら直ちに学校管理職、教育委員会及び虐待救済センター等に伝えて虐待の芽を早期に摘み取るためのシステムを確立する必要がある。

その際に特に重要なのは、告発した者に対し、何らの不利益処分も課されないことを徹底し、そのことを全職員に周知することである。

(5) 加害教員に対する適正な処分の徹底

わいせつ事例などで、加害教員に対する処分がうやむやに処理されては、新たな被害を生み出すことになり、また被害児童の精神的回復にも著しい悪影響が及ぶことから、加害教員に対する適正な処分が徹底される必要がある。また行いの改善が期待できない教員については、教育現場への配置を止め、職種転換等の措置が積極的にとられるべきである。

なお体罰やわいせつ事件が起きると、加害教員とあわせて学校管理職も処分を受けるのが通常であるが、被害を早期に把握し、調査や被害回復に積極的に動いた管理職に対する処分は見送ることも検討されるべきである。なぜなら、そうすることで、自身に対する処分を恐れて、学校管理職が教育委員会に報告をあげず自分限りで事件を握りつぶす事態を少しでも防ぐことが期待されるからである。

(6) 事実調査システムの確立

専門家の活用を含めた事実調査システムを導入し、早期の事案解明と迅速な対処が可能となるようにすべきである。その際、障がいのある子どもから被害事実を聞き取る専門家の養成と専門的なシステムの活用・導入も検討されるべきである。

(7) 事故報告義務の徹底

教職員から学校管理職、学校管理職から教育委員会という事故報告のプロセスが、十分に機能せず、体罰やわいせつの問題を抱えた教員が放置され、たらい回しにされる事案があることから、事故報告義務違反に対する制裁を含

めた、報告義務強化策が導入される必要がある。

(8) 記録保存義務

学校で何らかの事件・事故の申告があった場合、学校において、これについて逐一記録をとることを徹底させ、記録が適切に行われず、あるいは保存されていない場合の制裁を含めた対策が検討されるべきである。

第4 企業における虐待

1 実態・事例分析

企業内における虐待事例の代表例としては、以下の事例が挙げられる。

知的障害者更生施設を退所して私企業（肩パッドの製造・加工を行っている）に雇用された知的障がいのある人達（従業員のほとんどが社員寮で住み込み就労を行っている）が、使用者から拳、棒、箒の柄等で殴られる等の暴力、虐待を受けたこと、休日労働を強制され休憩時間も僅かしか与えられないなど労基法34条ないし37条、39条違反の状況を強制されたこと、最低賃金法5条違反の低賃金支払い及び賃金の不払いを受けたこと、及び障害基礎年金や預金が横領されたことなどを理由に、使用者等に損害賠償を請求した事案であり、その請求はほぼ全面的に認められた（大津地裁2003年3月24日判決）。

段ボール加工会社で働いていた知的障がいのある人たちが、工場内で、あるいは入寮していた社員寮において、使用者から殴る蹴る等の身体的暴行を受け、また、強姦・強制わいせつ等の被害に遭い、あるいは他の女性従業員に対し強姦等をするために呼びに行かされる、従業員を侮辱する発言を浴びせられるなどの行為を受けたことについて、使用者に損害賠償を請求した事案であり、請求は全面的に認められている（水戸地裁2004年3月31日判決、東京高裁2004年7月21日判決）。

機械製品製造業では、障がいのある従業員が約80名いたが、社長や他の従業員から日常的に暴力を振るわれ、休憩なしで長時間の重労働を強いられていたことが、複数の関係者の証言で分かった。同社工場近くに住む主婦は「従業員が障がい者の襟首をつかみ、顔を何度も殴っていたのを見た。障がい者への暴力は日常的で、工場から悲鳴がよく聞こえた」と証言する。卒業生を同社に就職させていた同市内の養護学校の教諭は「『指導』の名目で、障害者を怒鳴ったり殴ったりしていたと証言している（毎日新聞1999年7月1日その他）。

薬品瓶メーカーとして業界トップクラスの企業は、当時従業員（180名）の約8割以上が身体障がいや知的障がいのある人達であった（160名）。当時の社長は障がいのある人の雇用に熱心であり、労働大臣より表彰され福祉モデル工場の認定も受けていた。組合の告発で、障がいのある人に対する暴力、性的暴力、低賃金、深夜の強制労働、劣悪な処遇が明らかにされた事

件である。工場は「福祉奴隷工場」とも呼ばれ、社長は知的障害者施設も経営し「福祉社長」と呼ばれていた。

札幌市の食堂で住み込みで働いていた知的障がいのある男女4人が、13～31年間、無報酬で1日十数時間働かされ、休日は月2回、入浴は休日しか許されないなどの劣悪な生活を強いられていた。通帳も勝手に作られ、障害基礎年金も横領されていた。4人は経営者らを相手に損害賠償を求め提訴した（朝日新聞2008年2月14日その他）。

奈良県の家具製造販売会社が、知的障がいのある従業員10人の障害基礎年金を本人に無断で引き出し、賃金も長年支払っていなかったことが判明した。社長の説明によれば、借金返済や運転資金に回していたとされるが、被害総額は2億円にのぼるとされている。社長らは、障害基礎年金について業務上横領の罪で逮捕された（毎日新聞2008年4月9日その他）。

2 虐待が生じる構造の分析

上記事例において見られる、あるいは上記裁判例中で指摘されている、企業内における虐待事例の特徴は、次のとおりである。

- (1) 虐待の種類としては、身体的虐待、心理的虐待、精神的虐待、ネグレクト（劣悪な労働環境・生活環境（寮内）の放置）経済的虐待と多岐に及ぶ。
- (2) 主体が「使用者」である場合、雇用関係の中で虐待行為が行われるため、弱い立場にある労働者であり、かつ自らの権利擁護能力が乏しい知的障がいのある人が、有効な抵抗ができず被害に遭ってしまう。
- (3) ことに社員寮への住み込み就労の場合は、可視性の低い環境のため、権利侵害状況を除去することが困難である。
- (4) 被害にあった後についても、知的障がいのある人及びその家族等は、知的障がいのある人が一般企業に就職し、給料をもらうことは大変に幸運なことと思ひ、一度就職した一般企業から退職するようなことは極力避けるよう努力し我慢するという心理的・社会的状況にあることが認められる（水戸アカス式事件一審判決）ため、知的障がいのある人の側から被害を積極的に訴えていくことは困難である。

3 既存法の限界・新たな立法の必要性

(1) 既存法

現在、企業内における虐待事例に対応しうると考えられる法令としては、次の法令が挙げられる。

ア 事業者自身による予防・発見

(ア) 安全委員会、衛生委員会または安全衛生委員会の設置（労働安全衛生法17条～19条）

(イ) 労働者の危険又は健康障害を防止するための措置（労働安全衛生法20条以下）、労働者の就業にあたっての措置（同法59条以下）、健康の保持増進のための措置（65条以下）、快適な職場環境の形成のための

措置（71条の2以下）

（ウ）職場における性的な言動に起因する問題に関する雇用管理上の配慮（男女雇用機会均等法21条）、女性労働者に対する差別の禁止等（同法5条～13条 ただし女性であることを理由とした差別が対象）

（エ）障害者職業生活相談員の設置（雇用促進法79条）

イ 行政による監督

（ア）行政官庁、厚生労働大臣、労働基準監督官等による監督（労働基準法101条、104条の2、労働安全衛生法91条、100条、最低賃金法35、38条）

（イ）産業安全専門官、労働衛生専門官による監督（労働安全衛生法94条）、作業の停止、建設物等の使用停止命令（同法98条）

ウ 虐待発見後の権限行使

（ア）やむを得ない措置（身体障害者福祉法18条、知的障害者福祉法16条）

（イ）成年後見の市町村長申立（知的障害者福祉法28条）

（2）既存法の限界

ア 虐待の予防・発見として規定されている法令としては、前記のとおり労働安全衛生法や男女雇用機会均等法などが挙げられる。

しかし、労働安全衛生法は、労働者の安全と健康を確保すること及び快適な職場環境の形成を促進することを目的とし、その規定の内容を見ても、一部のネグレクト事案については予防的な適用が可能であると思われるものの、その他の虐待事例への適用は想定しがたい。

また、男女雇用機会均等法については、同法22条及び「事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上配慮すべき事項についての指針」（1998年3月13日労働省告示）において、セクハラ防止のために事業主が配慮すべき事項が規定されているため、主に性的虐待に対する一定の予防的意義は有するものといえるが、同法及び指針に違反した場合の罰則はなく、実効性に疑問が残る。また、性的虐待以外の虐待行為への適用は期待できない。

さらに、上記いずれの法令も事業主に予防的措置や苦情に対する自主的解決を求めるものであるが、前記立法事実記載のとおり、事業主自身による虐待行為が多く認められることから、同法令による規制が機能していない。

イ 行政による監督としては、労働基準法や最低賃金法、労働安全衛生法などに若干の規定がある。

しかしながら、行政による監督が可能な範囲は、上記労働関係法規違反による経済的虐待や身体的虐待、あるいはネグレクトであり、上記労働関係法規が関与しない、有形力の行使による身体的虐待や心理的虐待、性的

虐待などは対象外である。

また、行政による監督は実際には有効に機能しておらず、前記サン・グループ事件においては、労働基準監督署が労基法及び最低賃金法違反の相談を放置した点について、国に賠償責任が認められているところである。

ウ 虐待発見後の調査・権限行使に関し、特に定められた既存法令は存在しない。

この点、身体障害者福祉法や知的障害者福祉法に行政による措置が規定されており、社員寮に入って稼働している障害者に限っては、緊急的な一時保護として、社員寮から施設等に入所の措置を行うことも可能ではあるが、そのように活用された例は極めて乏しく、現実的な規定ではない。

4 虐待防止策として整備すべき内容

- (1) 虐待の予防・発見義務ならびに通報義務を罰則も含めて明文化するとともに、通報に対する虐待救済センターの有効的な調査・権限行使が定められなければならない。
- (2) あらゆる障害者虐待の事例に対応できる、総合的な専門機関たる虐待救済センターの創設が必要である。
- (3) 上記で述べた虐待救済センターが通報を受けた場合の迅速な調査義務を定めるとともに、本人を虐待現場から救出するための権限行使に関する実効的な規定及び一時保護のための既存の施設やグループホーム等を活用したシェルターを設置することが必要である。

この点、就労現場と社員寮等の生活現場が密接に関係した虐待事例が多く存在している実態に鑑みると、就労現場に対する介入が消極的であってはならず、虐待救済センターが積極的に調査及び救出のできる仕組み作りが要求される。

- (4) 虐待者に対する罰則規定は当然必要であるが、虐待救済センターの調査結果に基づき、企業（事業主）に組織的な虐待行為が認められた場合、あるいは虐待の予防・発見・通報・通報後の対応等について義務違反が認められる場合には、当該企業に対し、指導、改善勧告、改善命令、公表、助成金の停止等の制裁が検討されるべきである。

第5 医療機関での虐待

1 はじめに

障がいのある人が医療機関において虐待を受ける事例は、精神障がいに特徴的なものではなく、精神以外の障がいにおいても性的虐待やネグレクトなどの問題が指摘されてきている。医療の権威性、密室性、障がいのある人に対する差別的な意識、医療サービスにおける医療者・患者間の力関係の落差などが構造的に障がいのある人に対する虐待を生じさせる原因になっている。しかし、精神障がいにおいては精神障がい障がいであると同時に疾病でもあるとい

う特性があるため、精神医療との関係が必然的に生じるといっても過言ではない。その意味で、医療機関での虐待の問題はとりわけ精神障がいのある人との関係でとりわけ注目する必要がある。

2 精神障がいのある人の置かれている全体状況

精神障がいのある人の数は約300万人、そのうち精神科病院に入院している人の数は約33万人である。平均在院日数は減少傾向にあるもののなお327日であり、一般医療における入院期間及び先進諸国における入院期間に対して突出して長期の入院となっている。また、入院者のうち50%弱の者が5年以上入院者であり、地域社会の受け入れ条件が整えば退院できるとされる社会的入院者は少なくとも7万人以上存在している。わが国の精神障がいのある人の置かれている特徴はなお入院中心主義から脱することができず、さらに長期の入院者が目立ち、単に社会の受け入れが欠けているという理由から地域生活を享受する利益を奪われている入院患者が多数存在しているということである。

大量な患者の長期の入院や地域への復帰の出口が見えない入院、治療上は必要性のない入院などが閉鎖的、強制的な入院と相まって治療者・患者間の関係に不健全な影響を及ぼし、虐待の温床となることも危惧されるところである。

3 実態・事例分析

A病院事件は、1984年3月、入院患者へのリンチ（患者2名死亡）や無資格診療など病院ぐるみの暴力的な患者支配と極度の人権侵害が明らかになった。院長は、死体解剖法違反等数種の罪で懲役1年、罰金30万円の実刑判決を受け（1984年3月14日日経新聞、1985年3月26日朝日新聞）その後、精神衛生法から精神保健法への改正のきっかけとなる事件となった。

B病院事件（1994年4月）では、女性患者のいる病室に男性看護助手が入ってきてエアガンを発射し、弾は患者の右手の指に命中したが看護記録の記載は塗りつぶされていた。当時の関係者の話では、この看護助手は「患者をおちょくりに行こう」などと言い、上記以外にも事件はあったと言われている。また、同院では常勤の精神保健指定医が不在のまま医療保護入院や行動制限が行われていた（1994年4月26日朝日新聞）。

C病院事件（1997年2月）では、女性患者がトイレで無断で菓子を食べているのを注意した際にその事実を同患者が否認したことに立腹した准看護師が患者の顔面を殴打した上、他数名の看護師と共同して当該患者の両足を掴んで振り回して廊下の壁に頭部を打ち付けるなどして死亡させたもので実刑判決を受けている（1997年7月2日毎日新聞）。

D病院事件（1997年3月）では、看護助手数名が患者をバット等で制裁し死亡させていた2件の傷害致死事件について、院長は急性心不全と報告し病死扱いにして犯行を隠蔽していた。また、同院では日常的に患者

に大量の向精神薬によって寝たきりにさせ、また、隔離・拘束も患者管理の手段として横行していた（1997年5月5日大阪読売新聞）。

E病院事件（1998年11月）では、女性患者を抑制するために看護師3名で同患者を病院中庭の直径約80センチの立木に縛り付けた。

F病院事件では、患者を畳部屋で犬のように胴体を紐でくくって「犬つなぎ」と呼ばれる拘束をしていたほか、日常的に両手、両肩、胴体、両足の「7点抑制」を続けていたほか、経口食が十分可能な患者に診療報酬の必要から鎖骨か静脈からの強制栄養補給IVHを行っていた（1998年11月5日南日本新聞）。

G病院事件（2001年2月）では、真冬に患者の衣服を脱がせたうえで院内の運動場で頭からホースで水をかける、看護部長がゴルフクラブで患者の頭部を殴るなどし、患者は小遣いを渡して欲しいと言うと、「拘束するぞ」と脅し、「死んでしまえ」などということあったという（2001年2月9日大阪読売新聞）。

H病院事件（2002年7月）では、統合失調症で入院中の男性を指示を守らないとして看護助手が顔面を殴打、転倒させて死亡させた（2002年7月19日毎日新聞）。

I病院事件（2004年11月）では、2002年5月以降、看護師による患者に対する暴行、わいせつ行為が計3件あったという内部通報があり県が調査、うち1件を確認し県は改善命令などを行なった。看護師が女性患者に蹴られたとして、患者の頭を壁に打ちつけたり、肘で首を圧迫するなどしたというもの。内部通報では、タバコの封を切るように頼んだ女性患者に対し看護師が所持の鍵でその患者の頭部を殴打した事件と男女患者に性行為をさせているというものが含まれていた（2004年11月24日毎日新聞）。

J病院事件（2006年7月）では、準看護師が院内の食堂で患者が食事中指導にしたがわなかったことに腹をたて、殴る蹴るの暴行を加え顔面や頭部に2週間の傷害を負わせたもの。20万円の略式命令が出されている（2006年7月21日埼玉新聞）。

Kクリニック事件（2007年1月）では、受診した女性患者が担当医に診察結果の説明を求めたことに腹を立て、「説明しても分からないだろう」などと言って、髪の毛を掴み壁に頭を叩きつけるなどして、全治3週間の傷害を負わせた（2007年1月23日山陽新聞）。

L病院事件では（2007年2月）では、看護助手が患者に暴行した事実が判明している（2007年2月7日毎日新聞）。

A病院事件は我が国の精神科病院の非人道性を強く訴え国際的非難のもとで、精神衛生法から精神保健法（昭和62年）への改正のきっかけとなった。また、その後の事件も精神保健福祉法における人権確保の制度及び運用改善を

促すものともなった。しかし、制度及びその運用の改革にもかかわらず上記のように虐待事件は後を絶たない。

こうした問題の抜本的解決のためには、障がいのある人に対する虐待防止の総合法が必要となる。

4 虐待が生じる構造の分析

精神科医療において虐待が生じやすい構造的な問題としては以下の点が指摘できる。

第1は、医療における医療者の権威性である。医療者は専門知識と専門技術によって患者に対処していると見なされ、その専門性に基づく権威を有するものと見なされがちである。こうした権威のもとでは、その行為が正当なものと思われやすくなり、虐待や違法行為が行われるはずはないという思いこみも生じやすい。また、こうした権威に対してその医療を受けている者が抗してゆくことは容易ではない。精神科医療の場合、法が強制入院を認めており、医療者は法に裏づけられた強制権限の行使に関わることになっているため、その権威性、権力性はいっそう強大なものとなる。

第2に、当該医療の利用者は、心身に疾患や障がいを有し、気力、体力、経済力において権利主張を行う余裕が十分でないことが多い。また、疾患や障がいを有する者は自分を取り巻く個別的状況については知っていても、その疾患や障がいについての全般的な情報については、医療者の専門知識には及ばないことが多く、情報のうえで力の差がある。さらに、精神障がいや知的障がいがある場合、本人には病識（病気であるという認識）が欠けていると見なされたり、理解力が不十分であると見なされることも多い。また、交渉力という面で専門家集団に対峙できるだけの力量を期待することは困難でもある。

第3に、病院という施設の閉鎖性、医療の密室性は、そこで行われていることの可視性を奪うため、違法行為の予防も摘発も困難にしやすい。

5 既存法の限界・新たな立法の必要性

精神保健福祉法は、自主的改善として指定医による内部指摘制度（37条の2）、患者からの個別救済申立（38条の4、38条の5）、行政機関による一般的改善方法（38条の3、38条の6、38条の7）を定めているが、指定医は当該病院勤務医であるため雇用者である医療法人等の不祥事を患者の立場に立って指摘、是正させることには限界がある。また、精神保健福祉法上の退院請求、処遇改善請求等の個別救済申し立てについて同法は弁護士等が代理人として患者の権利を擁護する支援制度が定めていないこと、審査機関たる精神医療審査会の委員構成が未だに医師に重点があることなどから、十分な権利擁護、虐待摘発防止機能を果たしているとは認められない。また、行政機関による一般的改善方法は、世間の分目を集めた重大事件などでは発動されたものの、個別の虐待事案では有効に機能して来たとはいえない。以上からすると、現行法のみでは、虐待の摘発防止に十分であるとはいえない。

また、虐待が生じる構造は、施設の閉鎖性、不可視性、サービス提供者の優越的地位あるいは権力性にあり、こうした構造的な問題については、施設の開放性を高めること、外部からの可視性を高めること、サービス提供者の権力性を分散させ、また、その権限行使が恣意的に行われないようにすることなどを総合的に進める必要がある。

個々の虐待行為は大事に至るものではない程度の行為であっても、継続的に隠密裏に行われることに特質がある事例も少なくない。こうした行為については、被害を受けた時点で直ちに第三者が実態を把握して証拠の確保を図るとともに加害者の責任の明確化と再発の防止を図る必要性が高い。

6 虐待防止策として整備すべき内容

規制すべき行為としては、患者の品位を傷つける言動（心理的虐待）患者に対する暴行、性的嫌がらせ、労働搾取（患者に無資格で看護助手の仕事を行わせたり、患者の院外での賃金を患者に渡さず病院が取得するなど）が代表的な虐待として想定されるがそれ以外にも、治療の必要性との関係で捉えると、治療上の明確な必要性が認められないのに、強度の副作用を伴う向精神薬を服用させ、あるいは、電気痙攣療法、その他の侵襲性の高い治療行為を行うこと、治療上の差し迫った明確な必要性が認められないのに、隔離拘束、その他の行動制限を行うこと、治療上の必要性が認められないのに患者を閉鎖病棟で処遇することなども、患者の身体に対する不必要で過大な侵襲となり、あるいは、人身の自由を侵害する問題として無視できない。身体的な侵襲性の高いものは、身体的虐待にあたり、明らかに医療上不必要で懲罰的な隔離などは心理的虐待にあたりと考えられる。

また、手続的面では以下の改善が必要である。

第1は、現行精神保健福祉法は退院請求及び処遇改善請求などを定めているが、その申立を有効に行なえるようにするために弁護士の支援を受ける国選申立人代理人制度までは定めておらず、被害を受けた本人の権利主張を支援する制度が不十分な状態にある。虐待を受けている者が、それに対抗する手段を理解し、現実にそれを一人だけで行使することは實際上不可能である。

第2は、虐待行為を速やかに発見し、摘発できるモニタリング制度である。虐待が密室で密行的に行われ、時機を失すると立証困難になる特質を有することからすると、外部からの観察あるいは内部通報制度は極めて重要である。精神保健福祉法37条の2は、指定医に病院管理者への進言任務を定めているが、指定医の独立性を保障し、内部通報責任を課すなどの制度の強化が必要である。

第3は、重大な結果にまでは至らず、現在の民事訴訟、刑事訴訟においては、たとえば起訴猶予処分とされ、あるいは、小額の損害賠償の認容に留まるような事案について、根本的には人格権あるいは人間の尊厳を損なう行為についての法的非難のあり方を根本的に改める必要があるが、それと同時に、簡易迅速に虐待行為を摘発し、速やかに処分を下せる制度として、虐待救済センターの

設置が必要である。オンブズマンはそれに応えうる制度の一つではあるが、現状では法的根拠が与えられておらず、患者のプライバシーや医療機関の守秘義務との関係を明確に整理するためにもこれを法制度として認め、調査及び処分
の権限を明確にすることが必要である。

第6 刑務所等拘禁施設での虐待

1 はじめに

- (1) 矯正統計によると、平成18年間の刑務所の新受刑者33023人のうち、「知的障害」があると判断された人数が265人、同じく「人格障害」が103人、「神経症性障害」が345人、「その他の精神障害」が1060人、「不詳」が36人であった。

このように、統計上、同年間に於ける新受刑者の5.3%に何らかの精神障がい
が認められたことになる。因みに、平成17年間では6.5%、平成16年間では6.1%
の新受刑者に何らかの精神障がい
が認められており、概ね6%前後で推移していることが分かる。

もっとも、朝日新聞の報道(平成20年5月19日付け朝刊)を見ると、法務省の統計によれば新受刑者の約2割に相当する約7000人には何らかの知的障がいがあるとされており、何を以て「知的障害」と判定するかにもよるが、何れにせよ毎年数千人規模の精神障がい者が刑務所に入所することになるのが実態といえる。

- (2) 本項で述べるとおり、刑事拘禁施設に於ける精神障がい者の処遇実態として、とりわけ他覚所見のない精神症状については急性期状態であってさえ治療対応が後回しにされるような医療ネグレクトが構造的に認められるところ、他方に於いて、精神障がい者の中にはそういった虐待に晒されても自らこれを世に問う能力のないものも多数居ると見られ、構造的な虐待の実態すら容易には明らかになりづらい状況がある。
- (3) そこで本項では、公表されている資料から浮かび上がる刑事拘禁施設に於ける精神障がい者の虐待の実態を取り上げ、虐待を防止する新たな枠組みの必要性と、それへの具体的な提言を行う。

2 実態・事例分析

- (1) 各地の弁護士会人権擁護委員会での警告・要望から

ア 大阪弁護士会

相手方 大阪拘置所

相手方通知日 2004年2月24日

処置結果 要望

結論要旨 未決拘禁者である申立人は、長期にわたり精神病の治療を受けてきたが、症状が改善せず、体調が悪化しているため、薬物の内容や投与量に不満を感じ、外部の医師の診断

を受けさせてもらうよう申請したが、受けさせてもらえなかった。その要求に合理性が存在し、かつ自費で治療を受けることができる場合には、すみやかにその未決拘禁者の希望する外部の医師による診察を受けさせるよう要望する。

イ 京都弁護士会

相手方 京都拘置所

相手方通知日 2003年10月10日

処置結果 警告

結論要旨

申立人は平成15年2月7日から京都拘置所に勾留されているが、H I V感染者であることを理由とする根拠のない差別的待遇により著しい精神的苦痛を受けた。これらの行為は申立人がH I V感染者であることを理由に申立人を不当に差別し、申立人の人権を侵害するものである。よって、今後H I V乃至H I V感染者に対する正確な医学的知識を基礎とする適切な処遇をすることができるよう、職員に対し研鑽・教育及び指導を徹底し、このような処遇を繰り返さないよう警告する。

具体的待遇は以下のとおり

申立人の使ったカミソリを洗う洗面器にマジックで「H I V」と記載した。

申立人の食器を食事後回収せず申立人に保管させた。

申立人に対する身体検査のときに担当者がビニールの手袋を使用した。

申立人を一人で運動させた。

申立人の洗濯物を他の被収容者の洗濯物と別に扱った。

申立人の布団をブルーシートに包んで別に扱った。

申立人の入浴の順番を常に最後にした。

ウ 名古屋弁護士会

相手方 名古屋刑務所

相手方通知日 2003年9月24日

処置結果 要望

結論要旨

申立人が名古屋刑務所に在監中、H I V感染症の診療について専門的知識・経験を有する医師の診断を受ける機会が全く与えられなかったことに鑑み、今後受刑者の中にH I V感染症の患者がいることが判明した時には、速やかにH I V感染症の診療に関わる拠点病因において治療を受けられる等、H I V感染症の診療について専門的知見を有

する医師の診療が受けられるよう配慮されたい。

(2) 法務省死亡帳調査班による調査結果報告から(放置が疑われる事案)

法務省死亡帳調査班は、平成14年12月末までの過去10年以内に被収容者が死亡した刑死を除く全事案1566件を対象とし、主として刑務官等の違法な暴行により死亡した疑いがないかどうかを解明することを目的とし、検事5名、法務事務官5名が主体となり、外部医師4名の継続的な協力を得つつ調査を実施した。

このように、死亡帳調査班の調査目的は直接的には刑務官等の違法な暴行の有無を調査することにあるが、調査の過程で参考となる事項が判明した場合、医療行為の適否や行刑施設内に於ける医療体制の当否等の問題についても所用の調査を行っている。

そして、同調査において報告されている事案を分析したところ、下記の通り、障がいに関連すると思われる問題事例が見られた。なお、日弁連行刑改革会議バックアップチームにおいても、看護師や刑務官による医療類似行為が広範に放置される等され、あるいは専門医療機関への移送が遅れ、そのために適切な医療が受けられないままに死に至った可能性の疑われる事例、保護房拘禁が死亡に繋がった事案が複数挙げられているので参考にされたい(日弁連行刑改革会議バックアップチーム「過去10年分の死亡帳とこれに対する調査から浮かび上がってきた刑務所内の死についての死因確定手続、刑務所医療の深刻な問題点」参照)。

- ア 整理番号 165番
施設名 府中刑務所
死亡年月日 平成11年8月10日
病名・障がい名 有機溶剤後遺症、精神病質(爆発性)
死因 急性心不全
- イ 整理番号 918番
施設名 大阪拘置所
死亡年月日 平成6年7月19日
病名・障がい名 覚せい剤後遺症
死因 頭部打撲による硬膜下出血、外傷性クモ膜下出血、脳挫傷等
- ウ 整理番号 1590番
施設名 東京拘置所
死亡年月日 平成14年6月30日
病名・障がい名 ナルコレプシー(日中に過度の眠気を感じる睡眠障がい)
死因 自殺
- エ 整理番号 987番

- | | | |
|---|---------|---------------------------|
| | 施設名 | 宇都宮拘置支所 |
| | 死亡年月日 | 平成14年12月15日 |
| | 病名・障がい名 | うつ状態 |
| | 死因 | 自殺 |
| オ | 整理番号 | 1506番 |
| | 施設名 | 静岡刑務所 |
| | 死亡年月日 | 平成11年8月10日 |
| | 病名・障がい名 | 強迫神経症（潔癖症）。しかし、統合失調症の疑いあり |
| | 死因 | 拒食、不整脈 |
| カ | 整理番号 | 1558番 |
| | 施設名 | 東京拘置所 |
| | 死亡年月日 | 平成9年3月26日 |
| | 病名・障がい名 | 拘禁反応。統合失調症の疑いあり。 |
| | 死因 | 急性心不全 |

キ その他の問題事例

(ア) 適切な医療の欠如が遠因となり、結果として精神病の放置と見るべきもの

1533番は統合失調症患者が暴れたため革手錠装着の上で経過観察をしていたところ、吐瀉物で窒息死したものの。また、288番は、異常行動を繰り返し意思疎通を図れない精神病羅患者について、食物を喉に詰まらせて窒息死を来したものである。913番も、異常行動や摂食拒否から房内の扉に頭部を打ち付け死亡に繋がっていったもので、精神医学的治療が欠如していたものである。

何れも、早期に適切な医療機関で治療を受けさせるなどの必要性が指摘されている。

(イ) 摂食障がいによる栄養不全を結果として放置したと見うるもの

189番、1540番等がそれであり、特に后者は、刑事施設内であるにも拘らず低栄養状態から意識混濁を来すまでの状態を招来しており、医師等の刑事責任が問われるべきとされた。

(3) 以上より分析出来る虐待の種別

ア 精神障がいに対するネグレクトが多数を占める。

早期或いは適切な精神的医療が行われれば、異常行動を阻止し、或いは意識喪失時の食物による窒息を防止出来たような類型が目につくところである。

イ その他目立つのは、HIV感染症患者に関する心理的虐待、摂食障がいによる低栄養状態を精神症状を来すまで放置する内科的要素を含む医療ネグレクトである。上記(1)と同様のネグレクト的要素の他、医療知識

の欠如や病気への偏見と言った要素が背景にあるのではないか。

(4) 備考

表に表れてこないが、椎間板ヘルニア・腰痛症等の患者についてのネグレクトも多数あると思われる。

3 虐待が生じる構造の分析

刑務所等の刑事拘禁施設において虐待が発生する構造は、これが特にネグレクトを中心になされていることから明らかなように、主として、つぎのような刑務所等拘禁施設医療体制上の問題に起因する点に特色がある。

- (1) 医師、(准)看護師資格を有する医務課職員の不足により、急患以外には対応できない。よって、診療待ち期間が数ヶ月(鳥取刑務所では120日)となっており、他覚所見のない精神症状や腰痛等の慢性的な痛みについては後回しになりやすい。

急性期状態でも、経過観察と称する放置・後回しが慢性的であると疑われる。

- (2) 医療従事者のモラルが低い。被収容者をさして、「あいつは死んだほうがいいんだから」というような暴言を吐くケースも報告されており、厄介な慢性患者に対して負担感のみを感じている。

- (3) 医療が保安に従属している。そのため、常に詐病を疑い、外部の診療機関に入院・検査をさせるという判断に抵抗がある。

- (4) 医療のレベルが低い。精神障がいについての知識が医療関係者に不足している。

これについては、3(2)項でも指摘したように、悪意でなければ知識欠如としか思えないネグレクトが典型的に発生している。

- (5) 刑務職員の現場判断が多いのに対して、職員は精神疾患について無知である。それが、死亡帳調査班の調査では免罪符として使われており、法務省自体の現状認識が誤っている。

刑務所等の場合、拘禁目的から物理的に世間から隔離されており密室になっていると同時に、刑務職員の障がい、特に精神障がいについての知識の少なさのために異常行動や愁訴に対しては、詐病もしくは倦怠の表れと誤解され、外部の医療機関への受診も制限されるため、ネグレクトとしての虐待が長期間に亘って継続しやすい。このことについて被拘禁者からの抗議がなされても、抗弁として封殺されるか、刑務所医療上の限界ということで黙殺される。

調査の限界という意味では、医療的対応に関する記録も不十分であり、また、死亡に至る近接時期の状況等の記録も不十分であることから、死亡原因と刑務所処遇上の問題点との因果関係が解明不能という結論で片付けられてしまうことが死亡帳から見て取れる。大幅な透明化が必要である。

- (6) なお、精神症状から来る異常行動等に対し、第2種手錠(旧革手錠)によ

る拘束や懲罰を以て臨むこと自体も、やはり人権侵害であり虐待と言わざるを得ない。そうであれば、このような問題点も構造的虐待と捉え、対処が必要である。

4 既存法の限界・新たな立法の必要性

(1) 医療体制、ことに精神医療体制に関する改革の必要性とその内容

上記問題点について、現行の拘禁関連法規の規定のみでは対応は不十分である。この問題の本質は、むしろ刑務所医療改革にあるといえ、刑務所医療に保険診療を持ち込み、保安からの従属を切り離すとともに医師の給与水準の改善等が図られることが、障がいの問題を越えて広く適切な医療を受ける権利の保障のために根本的な問題として検討されるべきと考えられる。

しかしながら、上記のとおり難病や精神障がいのケースにおいて典型的な人権侵害が見られること、刑務所という施設の特殊性から保安上の問題を無視した制度改革が困難である現実からするならば、刑務所職員に精神障がいについての基礎的な研修を行い、また、精神科の専門の医師を確保する等の障がい関連に絞った制度改革に比重を置くことも必要である。

虐待防止法を制定することによって、まず、障がいの分野から医療改革を進めることが可能となるのであり、ひいては全体としての医療改革を進めるという目的を達成しうることになる。

(2) 問題点が正しく顕在化するための改革の必要性とその内容

死亡帳の調査から明らかになったとおり、因果関係不明のままに問題点が覆い隠され、責任の所在が不明になっている現状がある。刑務所はそもそも、閉鎖的であり、身体的な疾患に対する処遇の問題と言えども被収容者がこれを世に問うことは困難な側面がある。まして、精神症状を来すような状況にある被収容者の場合、これを世に問うことも出来ないまま落命に至ることも否定出来ない現実である。

(3) かかる閉鎖的体質自体を改善しなければ、同種の問題が後を絶たないであろうことは見易い道理である。従って、精神症状を中心に、刑務所側ではこれを専門家に相談しやすい体制作り、その際の記録化を進め、被収容者側では、安易に懲罰等に付されず、まだしも告発しやすい体制作りが必要と考える。

5 虐待防止策として整備すべき内容

(1) 刑務職員の意識改革・研修義務

先に指摘したように、刑務所等では、精神障がい等に基づく異常行動や愁訴に最初に触れる立場にあるのは刑務職員であるところ、刑務職員の判断において、これらが詐病や倦怠と誤解され、その結果、医療行為を受けられるどころか逆に懲罰手続に回される構造的な実態がある。

そうすると、このような立場にある刑務職員に対し、精神障がい等に基づく異常行動や愁訴を詐病や倦怠と誤解してしまわないような、病気への偏見

を取り除くような研修義務を課す必要がある。

のみならず、刑務職員に精神障がい等への高度な専門的知識を要求することは現実的ではなく、即ち、精神障がい等に基づく異常行動や愁訴であることの可能性を踏まえて対応すべき意識、医療行為が手遅れになることが人命に関わる問題であることから自身で決めつけることなく速やかに専門家の意見を求めるよう対応すべき意識を涵養する必要がある。

(2) 精神科の専門医師の確保、ことに外部医師の参画の機会

刑務職員の医療類似行為を放置することが医療行為の遅れに繋がる危険性は明らかであり、速やかに医療行為に繋がられるよう、特に精神科の専門医師を十分な人数だけ確保する必要性は急務である。

と同時に、前掲バックアップチーム報告に於いて「施設の内と外を隔てる垣根が高い」「医師が保護房拘禁や懲罰を安易に追認」とされているように、施設内部の医師では刑務所等への遠慮等から迅速果断に必要な医療行為に移りづらい懸念も具体的に指摘されている。そうであれば、外部医師を広く参画し、刑務所内部での処理に終わらせない制度改革を求めるべきである。

(3) カウンセリング専門職員の配置

精神障がい者が重篤に陥る過程として、適切な服薬治療がなされないことや精神的負荷が蓄積されていくことが要因となることは知られている。前掲913番などは、まさにそのような事例と思われる、早期にカウンセリング専門職員が介入し、被拘禁者の相談に乗ることで、医療行為に繋げることが適切であることが判明したり、逆に被拘禁者の状態を軽減することも可能であると思われる。

外部医師はもとより、内部であっても専門医師の確保に困難を伴う現状があるのであれば、カウンセリング専門職員を広く配置することも次善の策として考えられるべきである。

(4) 刑務所職員の報告義務をガイドラインに於いて規定し、更に記録化のガイドラインも設けるべきこと

(5) 被拘禁者の異常や医療の必要性に最初に気付くのは刑務所職員であり、刑務所等の施設に於ける精神障がい者等の処遇が刑務所職員の対応に負うところが大きいところからすれば、手続的に対応の透明化を行うことも必須である。既に指摘したとおり、刑務所等は世間から隔離されて密室となっており、被拘禁者の訴えが封殺されたり、あるいは被拘禁者の死亡といった最悪の事態さえ死亡原因は解明不能であったとして闇に葬られたりしていると疑うだけの十分な理由がある。

従って、被拘禁者等の訴えや症状について、刑務所職員の認識したところを正確に記録化し、更に記録に基づく報告義務を設けることで、刑務所職員の対応を事後的に検証可能とする必要がある。事後的な検証可能性の担保が、外部から監視され、いつ何時でも自身の対応が明るみに出されるかも知れな

いという緊張感をもたらし、ひいては対応自体を改善させる効果が期待できる。

(6) 懲罰手続等に関する事実確認の際の告知・聴聞等の手続整備

精神障がい等に基づく異常行動や愁訴が、刑務職員の判断に於いて詐病や倦怠と誤解され、懲罰手続に回される危険性に鑑みると、懲罰手続に際しては、慎重な事実確認が行われ、また、被拘禁者等からは手続的に、その言い分を聴取すること等の制度を構築しておく必要がある。もとより、そのような手続機会は、記録化され、事後的に検証可能なものとされなければならない。

(7) 救済センター構想との管轄問題

なお、刑務所等の施設の性質からすると、拘禁目的の達成等の見地から、本意見書に於ける救済センター構想とは一線を画した独立の管轄を想定せざるを得ない。

もっとも、本項で述べたとおり事後検証可能性に重きを置いた報告等の記録については、刑務所視察委員会において十分に検討され、適宜、救済センターへの意見徴求や諮問がされるべきであり、その結果、救済センターから刑務所等の施設への勧告等の意見が十分に尊重される制度枠組みが構想されて然るべきである。

以上