

(3) 主な障害者福祉資源

1) 『愛知県第1期障害福祉計画』(2007年3月)の分類

『愛知県第1期障害福祉計画』(2007年3月)の分類に基づき、主な分野におけるサービスの利用状況を掲げておく。

①ホームヘルプサービス(移動介護中心を除く)(2005年度実績)(延利用時間数と構成比)
身体障害者52022時間(4.1%)、知的障害者20305時間(9.0%)、障害児18768時間(9.5%)、精神障害者4531時間(5.0%)

*人口比との比較では、知的、児は、割合を超えている。

②デイサービス(2005年度実績)(延利用日数と構成比)
身体障害者3871日(2.3%)、知的障害者5339日(6.5%)、障害児6042日(4.9%)

③短期入所(日中預かり除く)(2005年度実績)(延利用日数と構成比)
身体障害者2423日(9.3%)、知的障害者3144日(6.4%)、障害児614日(6.3%)
精神障害者0日

*人口比との比較では、身体が割合を超えている。

④身体障害居宅系サービス(2006年度4月1日現在)
更生施設0カ所、療護施設1カ所50人、授産施設0カ所、福祉ホーム1カ所5人

⑤知的障害居宅系サービス(2006年度4月1日現在)
更生施設4カ所320人、授産施設0カ所、通勤寮0カ所、福祉ホーム0カ所、グループホーム34カ所139人

⑥精神障害居宅系サービス(2006年度4月1日現在)
生活訓練施設1カ所20人、福祉ホーム1カ所20人、グループホーム6カ所26人

⑦身体障害通所サービス(2006年度4月1日現

在)

更生施設0カ所、療護施設1カ所4人、授産施設2カ所69人、福祉工場0カ所

小規模通所授産施設1カ所10人

⑧知的障害通所サービス(2006年度4月1日現在)

更生施設5カ所170人、授産施設12カ所525人、小規模通所授産施設1カ所17人

⑨精神障害通所サービス(2006年度4月1日現在)

授産施設2カ所50人、小規模通所授産施設2カ所38人

2) WAMネットで検索

WAMネットで検索すると、障害福祉サービス事業者は、2007年10月現在、246件である。新体系移行施設と旧体系の施設が混じっており、現在のところ社会資源をわかりやすく表示する方法は難しい。以下、主な事業を組み合わせた検索の結果を示しておく。

①居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所という条件に対して118件

②日中活動(新・旧)「療養介護、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援(一般型)、就労移行支援(資格取得型)、就労継続支援(A型)、就労継続支援(B型)、更生施設(通所)、療護施設(通所)、授産施設(通所)」という条件に対して36件

③施設入所支援、更生施設(入所)、療護施設(入所)、授産施設(入所)、通勤寮(入所)という条件に対して5件

④共同生活介護、共同生活援助という条件に対して76件

2. 知多圏域5市5町の特徴

(1) 盛んなNPO法人の活動

障害者福祉分野における相談支援体制の形成過程に関する研究

この圏域の特徴として、NPOの活動が盛んであることがあげられる。たとえば、サポート知多という圏域内のNPO法人を支えるNPO法人が活動をしている。こうした活動の成果の一つとして、圏域の5市5町が話し合いを重ねて、成年後見制度利用促進事業をNPO法人に委託をしつつ、2008年度から行うことになるなどの成果がみられる。

(2) 市町村合併がまとまらなかった「しこり」

一方で、この間、全国的にも市町村合併が積極的に行われた。愛知県内でも、1994年当時は88市町村あったが、2006年4月には、66市町村にまで減ってきている。しかしながら、知多圏域においては、「南セントレア市」構想が挫折したように、合併に向けた協議がいくつかの市町で行われたが、結果的には、一つの市町も

合併しなかった。このような話し合いの過程の中で起こったさまざまな「しこり」も、この圏域の中では残っており、障害者福祉分野における相談支援体制の構築のプロセスの中でも、このような要因が一定働いているという指摘が、聴き取りの中で複数の市町の担当者から話されている。

(3) 日本福祉大学という社会資源

聴き取りを行う中では、圏域においてNPOの活動が盛んなこと、障害者福祉分野に留まらず、圏域の地域福祉、高齢者福祉、児童家庭福祉などにおいて、大学教員、事務員、学生の活動が活発であり、地域福祉の資源として、有用な役割を果たしていることが確認できた。

3. 知多圏域の相談支援体制

表5：知多圏域の相談支援体制

市町	障害種別・事業種別	事業実施機関・施設
常滑市	身体・知的	常滑市社会福祉協議会
	精神	知多南部障害者地域生活支援センターわっぱる
	地域活動支援事業	常滑市社会福祉協議会
大府市	身体・知的・精神	大府東包括支援センター（社会福祉協議会）
	身体・知的・精神	大府西包括支援センター
	児童（18歳未満）	大府発達支援センターおひさま
	各施設利用者、利用希望者、その家族を中心とした相談支援事業として5法人に委託して実施。	愛光園（知的）
		あけび苑（知的）
		東あけび苑（知的）
		サンサン大府（身体）
	ワーキングスペースおおぶ（精神）	
地域活動支援事業	地域活動支援センターおおぶ	
半田市	身体・知的・精神	福祉課（2008年度より社会福祉協議会に）
	地域活動支援事業（身体・知的）	ひまわり
	地域活動支援事業（精神）	知多南部障害者地域生活支援センターわっぱる
東海市 東浦町 知多市 阿久比町	身体・知的・精神	障がい者総合支援センター元浜・緒川（二法人で新しい事業を実施 社会福祉法人愛光園、社会福祉法人憩の郷）
	地域活動支援事業	同上
武豊町 美浜町 南知多町	身体・知的	ゆめじろう（一部、チャレンジド）
	精神	知多南部障害者地域生活支援センターわっぱる

第3章 相談支援体制の形成過程

1. 圏域全体の相談支援体制の形成過程

聴き取りの内容

1. 2006年10月からどうして現在のような相談支援事業体制にしていったのかについて

①具体的には、2006年10月までの今の圏域の相談支援体制になっていった経過

②特に2市2町のみになった理由

③特に精神分野について

2. 次に、現状と課題について、実際に相談支援をしている方に、現状と課題を

2006年10月までは、障害者地域生活支援事業、知的障害児(者)地域療育等支援事業は、社会福祉法人愛光園(以下、「愛光園」とする)の知多地域障害者地域生活支援センターらいふ(以下、「らいふ」とする)が担ってきた。精神は、北部はキャンパス(社会福祉法人憩の郷、以下、「憩の郷」とする)、南部はひろばわっぱる(社会福祉法人共生福祉会)の2カ所であった。2006年10月の本格実施に向けて、圏域内のコーディネーターや事業所、各市町の担当者間で、何度も話し合いがもたれて、現在の形に落ち着いている。

障害者地域自立支援協議会は、南部3町は、今年2月には合同で結成予定である。後の市町は、東海市、知多市、阿久比町、東浦町の2市2町の北部広域を共同で、半田市、常滑市、大府市は単独で設置している。

①圏域の相談支援体制について、中心的な役割を担ってきたらいふセンター長の三宅さんからの聴き取りから、ポイントを抜き書きしておく。

2005年に行われた国(厚生労働省主催)のケアマネジメント養成研修に参加したことが、知多圏域における相談支援体制を考えなければならぬ大きなきっかけとなった。この時、相談

支援体制の提案が国からあり、愛知県に報告をするときに、いろいろと(どのような体制が望ましいのか、必要なのか)考えた。

2005年10月25日に、知多圏域の担当課長会議があった。この会議がさらにきっかけとなって、これまでの身体障害を中心とする生活支援事業は、5市5町から委託されていたが、障害者自立支援法下では、どのような枠組みでやっていくのかを考えなければならなくなった。この時は、人口約60万人の知多圏域を、30万人エリアで大きく二つに分けて、15万人×2人の人員イメージをもっていた。一方、障害児(者)地域療育等支援事業も、圏域で愛光園が受けていたが、コーディネーター事業(相談支援部分)がはずされ、市町に部分的に委託されることになった。こちらをどうしていくのかも、考えなければならなくなった。

また、精神障害の相談支援をどうするのかも、改めて考えなければならなくなった。国の方は、三障害を一緒にという考えである。こうした考え方を受けとめて、精神の部分も独自ではなく、これまでも共同で障害者地域生活支援センター会議を行っていたので、これを利用したいと考えた。北部は、憩の郷に、南部は、ひろばわっぱるでという方向で考えた。

これまでもいろいろな意味で精神障害の相談支援を担ってきた高山さんと一緒に活動してきたので、一緒にやるという違和感はなかった。人員配置のイメージを作って、東海市の神野さんに相談した。

木全からの、知多圏域全体の視点で見ると、障害児(者)地域療育等支援事業が60万人1カ所(本来は2カ所は必要ではないか?)、身体障害の地域生活支援事業は通常市町に一つのはず、これが圏域に一つしかないことについて、どのように考えたら良いのかという質問に対して。

最低2カ所あって欲しいという願いはあった。2年目に、はしごをはずされた。375万円
の委託費で5市5町になった。次の年、850万
円で5市5町に。最低2カ所は欲しかった。特
に南部の地域に。新しい法律になって、圏域を
どうするのか。一番良いのは、圏域を2カ所
だと思ふ。愛光園が南もとも考えていた。でき
ればその土地の法人などがやるのが理想であ
る。いろいろ声をかけたが、そのうちに、市町
が単独でという声も出てきて、結果的に今のよ
うになってきた。

連絡会だけはきちんと作っておくことが大切
である。県の知多事務所に圏域の連絡会を作っ
ていていただいた。

身体障害が市独自で(半田市、常滑市、東海
市)行われなかったのは、当事者団体が育たな
かったから。当事者は名古屋に行かれる方が多
かった。愛光園は、重度の方が中心になってい
った。活動的な当事者中心のスタイルとは違っ
ていったように思う。

圏域の視点でいうと、療育も難しい事業。療
育の専門性の担保をどうするのか。現在の支援
事業は、発達支援の専門性が十分にあるわけ
ではない。どちらかという生活支援の上に療育
となっている。しかしながら、発達支援中心に
なっていない。ここが課題である。相談員同
士、意見が交換しやすい。ここが大切である。
誰と誰がネットワークを組むのかということ
を押さえておくことが大切である。就労、療
育は、各市町の相談員との連携が大切であ
り、市町も超えてまたぐ役割が大切である
と思う。

②東海市神野さんによる2市2町のみになった理由について

身体障害の生活支援事業の場合は、これま
では5市5町の協定があった。圏域の担当課長
会議の場で、このままこれでやっていきたい
と提案をしたが、賛成が少なかった。結局、北部

のみの現在の2市2町に落ち着いた。自分なり
にこうなったと考える理由は、おそらく相談支
援事業の内容が十分に理解されていなかったこと。
もう一つはお金の問題である。理解のなさ
という点では、特に事業の内容と「相談」とい
う言葉への不十分な理解。市町の担当者には、
当事者に寄り添ってというソーシャルワーカー
の仕事の意識は少ない。法律相談、困り事相談
のイメージが強い。座っているだけの感覚。本
来の相談支援は奥深い。

予算の話では、10万都市に3人の相談員と
いう提案が三宅さんたちからあった。今までは
60万人に1人。予算規模では、圏域全体で、何
百万が何千万になる。ここがところが当初、5
市5町の担当者には理解できなかった。何と
かこれを理解した2市2町で、まとまってい
った。ここから愛光園、憩の郷の合同でいくこ
とになった。その後、2市2町の課長職が集ま
って、なんとかできた。

圏域という単位でいえば、例えば、行政数値
も曖昧になっている。保健所ごとに精神障害の
相談数値がある。市ごとにあげている。これも
含めて曖昧になっている。こうした数値もきち
んと利用できないでいる。数値は集めるが、分
析して地域独自の政策決定に結びつけられてい
ない。病名ごとなどの統計も曖昧になっている。
県の方は地域の実情に即した方針をもってい
ない。県内の課長会議、障害者地域自立支援協
議会がたちあがっていない。県の方は、これは
何かという話をきいても、市が欲している国の
施策の解釈にこたえることはできない。

圏域で言われても、あまりつき合う気になれ
ない。三宅さんとは、少し違う。圏域レベルで
同じように対処を要する課題もある。例えば、
脳外傷のことなど。こうしたことは広域的な対
応が必要である。市町村職員は現場にいるよ
うで実はよくわかっていない。2市2町、障害
者地域自立支援協議会の運営委員会がある。そ
こで実態がよくわかる。そこが私たちの勉強会と

なっている。

③高山さんによる精神障害の分野での相談支援体制の経緯

グランドデザイン案が出てきた頃 このままでは精神の障害者地域生活支援センター(以下、「支援センター」とする。)はやっていけないという恐れを感じた。社会復帰施設協議会、支援センター交流会(後に部会)の中で、はしごをはずされるという危機意識が芽生えた。支援センターの担当者自身、何をやっていくべきかと、個別支援の積み重ねの中でいろいろな模索を続けてきた。何よりも、らいふとの出会いが大きい。三障害ひとまとめにすることができたのは、これまでのらいふとの個別ケースの積み重ねがあればこそ。

特に就労支援の部分を一緒にやってきた。一緒に歩くということをやってきた。ケースを通して。グランドデザインから障害者自立支援法への動きの中で、確実に精神の支援センターがなくなるおそれが出てきて、独自に知多保健所管内の自治体に出向いて話をしはじめた。

2005年2月28日、大府市福祉課長と話す。市町村との連携が今後の鍵になる、とのつもりだった。しかし、その後の回答で大府市は市が単独で相談支援事業を行う、という結論となった。同年3月10日東海市市役所に、3月30日常滑市にも相談に行く。その後知多市にも。知多市では独自で南知多病院に相談支援業務を委託していたので、一瞬は「これをつぶしに」という誤解も受けたが、その後は熱心に相談ののってもらった。

2005年10月頃には、知多圏域をどのようにプロデュースしていこうかということを考えていた。三宅さんたちと、北海道、長野などの相談支援体制の研究もしていた。この時には知多半島圏域、という広域発想を前提としていた。しかし、検討すればするほど、現実的ではないことも認識でき、年末の頃には、北部圏域と南部

圏域と二手に分かれて事業提案することが現実的、と相談支援事業を担う可能性のある事業所間で合意。年明け早々に南部のイニシアチブを常滑市にとってもらおうと、らいふ三宅さん、ひろばわつばる大沢さん、ゆめじろう出口さん、キャンパス高山の4名で常滑の当時の福祉課長にお願いがあがった。2006年1月、正月明け早々だった。当時の課長はこの案を承諾してくれ、ここから南部構構が具体的に成立していく、と思っていた。

この間、北部の方では関心のある各市町、特に東海市、知多市などから支援センターの利用者が何人いるのか、相談の実態の聴き取りもされた。これを県に報告もしていた。東海市からは、机を市役所にもってきた仕事してほしいという冗談話も出たくらい。個別ケースの積み重ね以外に方法はないと思う。阿久比町では、個別ケースで担当者が相当困っていた。

今回の2市2町の座長役は神野さん。2006年2月2日に2市2町の課長会議があった。三宅さん、高山も参加した公式の会議。ここから具体的にお金の問題なども詰めていくことになった。

2. 各市町の形成過程

(1) 北部2市2町(東海市・知多市・阿久比町・東浦町)

聴き取りの内容

1. 2006年10月からどうして現在のような相談支援事業体制にしていったのかについて
 - 1) 具体的には、2006年10月までの相談支援体制
 - 2) 2市2町合同で行うことになった経緯とその理由
2. 次に、現状と課題について、実際に相談支援をしている方に、現状と課題を

現在の相談支援体制は、元浜と緒川の2カ所で行っている。それぞれに地域活動支援セン

ターも設置されている。2市2町の相談支援事業のスタッフは、コーディネーター3名、社会福祉士、精神保健福祉士など専門職員2名、支援ワーカー3名、ピアカウンセラー適宜となっている。

地域活動支援センターは、施設長1名（精神保健福祉士）、支援員4名（精神、身体、知的）の体制で（元浜3名、緒川2名）が配置されている。

2市2町の座長役をしている東海市の神野さんへの聞き取りを中心にまとめた。

2006年10月が施行。予算確保のために2005年10月には、予算を決めないといけない。三宅さんに提案書を作ってもらった。最終会議は2005年の10月25日であった。精神障害の主な事務を市町村が行うことになった。相談支援事業も自然にやらなくてはならなくなってきた。

市の職員では、精神の相談は難しいと感じていた。精神保健福祉の事務委譲の2002年当時人事担当者に精神保健福祉士（PSW）配置を要望したが、実際には難しかった。法的な根拠では、保健師をお願いする予定であった。しかし保健師は、公衆衛生が中心で、精神の対応が難しいという実態があった。精神障害の対応には、専門性が問われる。国の方から三障害の相談支援を一体的に行うという話が出てきたので、この際、アウトソーシングすることにした。これまで精神障害の対応は、憩の郷が中心で、知的、身体相談支援をしていた愛光園の三宅さんも一緒に動いてくれていた。これだったら、三障害一緒にやれると考えた。

身体障害の生活支援事業の場合は、これまで5市5町の協定があった。圏域の担当課長会議の場で、このままこれでやっていきたいと提案をしたが、賛成が少なかった。結局、北部のみの現在の2市2町に落ち着いた。自分なりにこうなったと考える理由は、おそらく相談支援事業の内容が十分に理解されていなかったこ

と。もう一つはお金の問題である。理解のなさという点では、特に事業の内容と「相談」という言葉への不十分な理解。市町の担当者には、当事者に寄り添ってというソーシャルワーカーの仕事の意識は少ない。法律相談、困り事相談のイメージが強い。座っているだけの感覚。本来の相談支援は奥深い。

東海市は、市独自の相談体制がなかったことも幸いであった。精神保健福祉士の配置に失敗していた。成功している市は、整合性について考えたはず。いままでの制度にひきずられたと思う。素直に委託に賛同しかねると考えたのではないか。結果として、先進的なところは、反対に移行に苦労していたと思う。例えば名古屋市なども先に精神の相談支援事業があったので、三障害一緒にという点では苦労したのではないか。

24時間365日の対応と、国の方は事例的にはこのように書いている。しかし国は、事業概要についてはきちんと書いていない。実際には、どのようにお金を計算するのか、どこまで人がいるのか、実際に「寄り添う」にはどこまで。地域包括支援センターであれば何ケースに何人という試算がある。人口10万人に3人というのが国のイメージ。相談件数などが増えたら、どこまで人がいるのかなど、不明確な点は多い。

委託事業の協定書はあるが、何をどこまでやるのか、やってよいのかも不明確である。委託書では、指標などは出てこない。財政分野からは、何もわからないとクレームがきた。芸術家に絵を頼むようなものと答えている。内容は不明確なのは、相談支援事業ではあたりまえのこと。愛光園や憩の郷だから、信頼して頼んでいる。

行政の責任は、教育と同じ。教育委員会と同じ。教師の専門性への信頼。社会福祉法人に委託して、内容に関しては任せている。

係る費用については、それまで実施していたひといきの事業（市町村障害者地域生活支援事

業)の、5市5町協定で合意していた人件費を積算根拠として算出することにした。つまり、コーディネーターや専門職は1人あたり850万円、ワーカークラスは520万円に設定。また事業運営の物件費を積算し、愛光園、憩の郷の合同体制の相談支援事業に5,800万円、地域活動支援センター事業に家賃補助も含め2,200万円の委託料をはじき出した。人口約26万人圏域で相談支援事業、地域活動支援事業に総額8,000万円をかけることにした。特に相談支援事業に関しては、必要な専門職がスポット的に必要であれば、この委託料の中で裁量してもらえれば、と考え法人には伝えてある。

2市2町の事務の取りまとめは、ひといきの事業で幹事であった東浦町に担ってもらうことにし、残りの2市1町が東浦町に「分担金」として繰り入れする方法を採用。それぞれの負担額は、相談支援事業は人口按分、地域活動支援センターについては、均等割1/3と障害者人数割2/3の2階建て構造にして決定した。協定書でその「約束事項」を明示した上で、2法人から示された必要経費を積算したそれぞれの委託金額で、幹事町の東浦町と愛光園、憩の郷が委託契約を締結している。契約書のそれぞれには「主に知的及び身体障害に関する相談」「主に精神障害に関する相談」とそれぞれの法人の得意分野を明記し、事業に取り組んでもらうこととした。本来は契約も一社契約、つまり愛光園に主たる契約を担ってもらい、精神の部分は憩の郷が再委託契約で実施できる方法で行いたかったが、県がこの方法を承諾してくれなかった。

(2) 大府市 聴き取りの内容

1. 2006年10月からどうして現在のような相談支援事業体制にしていったのかについて

1) 具体的には、2006年10月までの相談支援体制

- 2) 2カ所に分けての体制をつくる過程
 - 3) 大府市独自の各法人への委託相談支援事業を施策化した動機や背景など
2. 次に、現状と課題について、実際に相談支援をしている方に

当市では、1995年から「各機関の課題と計画を共有化するとともに、必要なサービス等について研修・協議する」ことを目的とした障害者連絡協議会が活動を続けていた。また、2004年には社会福祉施設長会議も行うようになった。最近では、事例検討を中心に行っていた障害者連絡協議会の役割は2006年に障害者地域自立支援協議会の設立にともない、発展的に吸収された。

当市では、セイフティネットの根幹は行政が担うべきであるという認識を持ち、専門職の配置を進めてきた。緊急のケースが入れば時間外でも支援をいわず、市民の福祉サービスの提供は行政主導で進めている。2002年に、障害福祉サービスの事務が市町村におりてきた時、この機会に専門職を配置しようと福祉課に保健師、精神保健福祉士(嘱託職員)を配置した。2003年には支援費制度に対応するため、同じく福祉課に社会福祉士(嘱託職員)を配置。現在、福祉事務所には3名の専門職を配置している(精神保健福祉士、社会福祉士)。この人材を生かした相談事業のあり方を考え、今のような相談支援事業のしくみとなった。精神の相談支援事業については、キャンパスへの委託も考えたが、先方が三障害一緒でと言われたため断念した。

当市では、福祉事務所において市民から相談があった場合、手続き上の問題等、窓口で対応できるものについては窓口で対応し、継続的な支援が必要であると判断した場合、相談者の生活圏域にある相談支援事業所を紹介するなど連携に努めている。

障害者の総合相談窓口としては、大府東包括

支援センター（社会福祉協議会）、大府西包括支援センター、児童については大府発達支援センターおひさまを設けている。その他、市内にある5カ所の通所施設にも、相談支援業務を委託している。

障害者自立支援法では障害児の部分が抜けているが、本市では（障害）児者一貫の支援を目指している。障害児のいる世帯に養育者のメンタルヘルスの問題が潜在しているなど、複合的な問題を持つ家族には地域包括支援センターと発達支援センターとが共同して支援している。また、5カ所の通所施設に相談支援事業の委託をしたのは、相談支援体制の整備を図るとともに、従来の通所施設の相談機能が低下することを防ぐため、これにより施設の運営も安定し、相談機能の強化が図れると考えている。

本市では、相談支援事業所、福祉課、委託相談支援事業所の9機関による会議を月1回行っており、地域包括支援センター間での情報の共有もできている。同じ場所に高齢者の窓口があることにより、高齢者世帯の家族等の障害の問題や高齢者自身の障害に関する対応等も共同できている。こうした中、以下のような課題を感じている。

①障害発見からその後の支援までの情報の一元化ができない。エアスポットが生じている。特に学校との連携、一般就労をしている障害者へのかかわり方②教育関係者との連携のあり方③発達障害疑いの方が地域から孤立せずに生活を営むためにどうすればよいか。④専門職の複数配置、チームアプローチの実践等、ノウハウを蓄積できる体制づくり⑤就労支援が難しい。⑥閉じこもりを予防すること。特にインフォーマルな社会資源をどう創出、活用するか。⑦グレーゾーンの子どもへのサポート。⑧地域による社会資源の格差をどう是正していくか。等を他市町との比較、分析を通して本市の動向を知る必要がある。

(3) 常滑市

聴き取りの内容

2006年10月からどうして現在のような相談支援事業体制にしていたのかについて

- 1) 具体的には、2006年10月までの相談支援体制
- 2) どうして身体・知的は、現在のような社会福祉協議会への委託になったのかの経過
- 3) 精神の委託などの背景

2006年10月までの相談支援体制は、知的ではらいふ（療育等支援事業 県10/10事業）で、身体は市町村事業として市町村障害者地域生活支援事業ひといきが行っていた。この時の常滑市の負担金は85万円/年。ちなみに精神は国・県事業で2,200万円/年で、知多圏域ではひろばわっばるとキャンパスがあり、それぞれに利用者がいたようだった。

身体・知的が社会福祉協議会への委託になった経緯は、2006年5月に半田市を除く1市3町で、3障害まとめた相談支援業務の委託について、会合があった。この時に事業者（ゆめじろう、ひろばわっばる）から示された「コーディネーター1人あたり800万円、2～3人必要」の案が本市には厳しい内容だった。3障害まとめた相談支援業務委託での常滑市の負担分が1800万円という試算であった。身体・知的については、相談支援業務を行うことができる資源が、社会福祉協議会と社会福祉事業団にあったため、3障害をまとめてという方向ではなく、精神障害のみ広域で委託していく意向が変わった。

この時点で市単独の事業展開を考案し、社会福祉協議会、社会福祉事業団それぞれに打診し、社会福祉協議会のみより受託の回答があった。

2006年7月中旬に半田市も含めた2市3町協議があり、ここではひろばわっばるの「2,200万円/年の維持」が懸案事項にあがった。この時点で武豊町の担当者から、自治体ごとの負担

案について既存の地域活動支援センターのひろ
ばわっばるの負担割合案が練られ、模索状態が
続いた。その結果、当市は精神相談般について
はわっばるに委託、半田市は地域活動支援セ
ンターのみ委託（原則的には委託しないが利用者
があれば人数割にて負担する。この点は常滑市
も同様である。）という変則的スタイルとなっ
た。

当初は、常滑市と武豊町、南知多町、美浜町
の広域連合を想定した相談支援事業実施体制整
備についての計画も出されていた。事業者から
出された提案書では、コーディネーターの人件
費、事業費、家賃補助の積算もなされていて、
広域事業のメリット、デメリットも出されて
いた。メリットとしては、将来的な24時間365
日の相談支援体制を作るには、広域でないと
できない。障害種別枠を超えた一定程度の相談
支援体制を維持することができる。自治体ごと
のサービスのばらつきが解消できる仕組みにな
る。限られた資源を有効に使うことができるな
どとしている。デメリットとして、複数の事業
所からの出向となるので、連携と協力の新たな
エネルギーが必要であるとしている。

結果的に常滑市は、地域活動支援センター
の関係と精神障害の分野でのこれまでのつな
がり、現段階での精神障害の分野における専
門性の脆弱性、相談支援事業からの提案内容
とこれを受けた自治体間の金銭負担などの理由
で、2006年10月の時点では、身体と知的は、社
会福祉協議会への委託、精神障害については、
わっばるへの委託ということになった。その後、
2007年4月に、社会福祉協議会に精神保健福祉
士が採用され、精神障害の相談については、社
会福祉協議会とわっばるの両者が相談支援をす
ることになり、現在に至っている。金銭負担の
問題では、事業者からの提案の中に、作業療法
士（OT）、理学療法士（PT）の積算も含ま
れていたことも、合意に至らなかった理由の一
つであった。

当初の1市3町による広域連合のイメージ図
では、「数年先の各自治体での地域包括支援セ
ンターとの合同実施」も想定されていた。

（4）半田市

聴き取りの内容

2006年10月からどうして現在のような相談支
援事業体制にしていったのかについて

- 1) 具体的には、2006年10月までの相談支援体
制
- 2) 2006年10月からは、法人に委託をせずに市
が相談支援事業を担った背景と理由
- 3) 2008年4月から、社会福祉協議会に委託を
するように決めた経過とその理由

当面は、とりあえず行政の側で相談支援事業
を行うことにしたのは、この事業の重要性と、
当面の安定した委託先が見つからなかったから
である。社会福祉協議会に先に設置した地域包
括支援センターが軌道にのり、よい働きをして
きていることと、包括支援センターと共同の取
り組みは、複合家族の問題などで力が発揮でき
ること、市内の事業のバランスも考えて、2008
年4月から、社会福祉協議会においてスタッフ
を公募する形で、相談支援事業を行うことにし
た。半田市障害者相談支援センター、相談員4
名体制で。

2005年に障害者自立支援法の概要が明らか
になっていく過程で、サービス体系をどうする
か考えてきた。最も優先したのは半田市に住む
障害者個々のサービスを低下させない、供給量
を確保するという。まずは既存の制度をどう
新法に移行させるかであり、知多圏域のサー
ビス体制をどうするかを議論するまでの余裕は
なかった。福祉施策を考える上で「知多福祉圏
域」という意識はない。南北に長く伸びる地形
に事業所1カ所では、対応しきれものではない。
現に、これまで広域の相談支援体制はあつ
たが、半田市民にとってはアクセスが困難で

あった。そこで相談支援体制も半田市行政の中でどのようにするかを議論した。

とはいえ、地域生活支援センターを使用していた等、過去の経過があるため切れ目のない形で現状の相談支援体制も維持はしていきたいと思った。また、市の職員体制も一定程度整えており、地域の多くの民間団体と連携していけば体制が整うのではないかと考えた。社会福祉協議会に委託する理由は行政の限界があるため。辞令1枚で担当が変わってしまう。恒常的に、継続的にかかわることが困難。それができる組織に何らかの形で担っていただく必要があると考えた。また、行政職員では知識の限界があり、専門職とは動き方も違う。公務員は24時間体制を取りにくい。窓口で行政サービスにつなげることは行政の役割。それ以降の支援はしかるべき団体に担ってもらおうということ。

社会福祉協議会に委託する際は4人体制で24時間対応とするイメージ。他に、①既存の法人に委託する、②NPO法人を立ち上げるかという議論もあったが、マンパワーの問題が解消されなかった。委託候補先の法人と行政との関係にも長い歴史があった。社会福祉協議会では、先に設置した地域包括支援センターが軌道にのり、よい働きをしてきたところだった。今後障害福祉サービスを考えるにあたり、地域包括支援センターと共同することによって、複合家族の問題などで力が発揮できるようになると考えた。社会福祉協議会では、人材を公募することにした。半田市では、地域包括支援センターを設置した時、既に障害者福祉も含めたものを作りたいと思っていたが、国は当時そういった構想を持っていなかったため、様子を見ることにした。

知多圏域は交通機関の利便性、人が動く流れと歴史的な流れが異なっている。市町村合併が頓挫した経緯も、相談支援事業体制の形成過程に影響していると思う。

障害福祉計画策定の事務局体制については、

2006年度予算編成時点では半田市が単独で行う予定だったが、障害者自立支援法の制度改正の波で行政だけでは請け負えなくなった。アドバイザー（一緒に議論していけるパートナー）を得て行っていこうという話になり、事務局機能の一部を民間に委託した。障害者地域自立支援協議会の事務局を社会福祉協議会に移すかどうかは今後検討していく。

利用者からは、「市が民間に丸投げしてこれっきりにしないでほしい。」「良い部分は市の業務として残しておいてほしい。」という声がある。したがって、市と社会福祉協議会が一緒にやっていかなければならないと考えている。

そもそも障害者自立支援法の策定プロセスが性急であった。もう少し議論する時間があればもっと違う形で相談支援体制を作れたと思う。また、県がもう少し市町のコーディネートをしてもらえたらよいと思う。

(5) 知多南部相談支援センター：南部3町（武豊町・南知多町・美浜町）

聴き取りの内容

2006年10月からどうして現在のような相談支援事業体制にしていったのかについて

- 1) 具体的には、2006年10月までの相談支援体制
- 2) 身体・知的は、ゆめじろう（一部チャレンジド）、精神は、ひろばわっぱるになった経過について

2006年10月までの相談支援体制は、5市5町の市町村事業で市町村障害者地域生活支援事業ひといきが行っていた他、県事業の障害児（者）地域療育等支援事業、精神は国・県事業により構築されていた。

2006年の5月にまだ体制固めができていなかった。当初は、常滑市と南知多町、美浜町、武豊町の広域連合を想定した計画も出されていた。この案以外にも武豊町単独案と、南知多

町、美浜町、武豊町の広域連合案があった。特に精神に関しては広域でやっていくメリットは、南部3町はそれぞれに認識していたが、常滑市は、精神障害以外の障害者への対応については、社会福祉協議会への委託を視野に入れていたため、広域化に対する考え方に違いがあった。結局、結果的には、3町でということになった。障害者人数割を南部の町の担当課長が提案した。身体障害に関する一般相談を受けるために、ゆめじろうとして、スタッフの強化を図る目的で、チャレンジドからのスタッフ派遣が行われた。

幹事町の武豊町の前任担当者と現任担当者に共通する相談支援体制整備後の印象は、「スタートは相談支援」と相談支援業務を一定程度評価していることである。相談支援事業を通じて行政が一步踏み込んで考える仕組みの端緒を得たと評価していた。

聴き取りの際に、NPO法人ゆめじろうの出口さんより、「相談支援事業から見る3町の現状と課題」という文書を提出いただいた。

要約すると、①相談ケースからは、知的障害の相談が多いこと。身体障害の場合は、家族の介護体制が崩れた後の緊急の相談があること。こうした家族がままあり、将来が心配なこと。一方、軽度の発達障害のある方の相談も増えていること。生活相談が主であること。地域の使えるサービスが不足していること。重度心身障害の場合、医療的ケアも含めた緊急時の対応が困難であること。法人が居宅などの事業をしているために、相談の中立性をどのように確保していくかということ。手話通訳などの派遣の責任が曖昧になっていること。身体障害者の当事者活動が課題であること。②行政との役割や協力関係については、役割分担の整理が必要であること。町による支給決定基準に格差があること。まだ障害者地域自立支援協議会ができていないことや障害者地域自立支援協議会の設置や運営をどのようにしていくのかということ。関

連して、障害福祉計画などへの参画に関すること。③その他にも、地域の関連機関との連携についても、実情把握の課題などが書かれている。

第4章 考察

(1) 5市5町が結果的にそれぞれ独自の相談支援体制をもつことになった理由については、①これまでの広義の相談支援事業の体制の積み重ねの歴史、②それぞれの相談支援の担当者の意識と相談支援の重要性の認識の違い、③市町の担当者の相談支援に対する認識、特にこれまでの事業者との協力・共同のあり方や考え方の違いが、大きなポイントとなった。

具体的には、市町合併協議の中でも課題となったそれぞれの市町のこれまでの独自性、漁村・農村的な風土、工業が盛んな土地などの地域性、社会福祉協議会や事業団との関係、社会福祉法人やNPO法人など事業者との関係などが、複雑に絡んだ結果、知多圏域の中では、一部広域一単独、三障害統一個別、市直営一委託なども含めて、多様な形態の相談支援体制となった。

(2) このような多様な相談支援体制が形成されていく過程を分析する概念としては、鶴見和子による「内発的発展」(endogenous development)の考え方が、参考になった。

例えば、1989年の上智大学最終講義では、「内発的発展」とは、「それぞれの地域の生態系に適合し、地域の住民の生活の基本的必要と地域の文化の伝統に根ざして、地域の住民の協力によって、発展の方向と道筋をつくりだしていく創造の事業」と、定義されている。地域性と歴史性と文化性の強調である。

(3) 鶴見の定義でまとまっているのは、以下のものである。

「内発的発展とは、目標において人類共通であり、目標達成への経路と創出すべき社会モデルについては、多様性に富む社会変化の過程で

ある。共通目標とは、地球上すべての人々および集団が、衣食住の基本的欲求を充足し人間としての可能性を十全に発現できる、条件をつくり出すことである。それは、現存の国内および国際間の格差を生み出す構造を変革することを意味する。

そこへ至る道すじと、そのような目標を実現するであろう社会のすがたど、人々の生活スタイルとは、それぞれの社会および地域の人々および集団によって、固有の自然環境に適合し、文化遺産にもとづき、歴史的条件にしたがって、外来の知識・技術・制度などを照合しつつ、自律的に創出される。したがって、地球的規模で内発的發展が進行すれば、それは多系的發展であり、先発後発を問わず、相互に、対等に、活発に、手本交換がおこなわれることになるであろう。

(4) このような考え方は、ソーシャルワークとしてのジャーメインの提唱したエコロジカルモデルに通じるところがある。

(5) 一方で鶴見は、「内発的發展」の「發展」の内実については、市井三郎の「伝統の再創造」の考え方に依拠している。市井は、伝統には「人を抑圧する伝統」と「人を解放に向かわせる伝統」があり、「差別を少ない状態を作り出すような伝統」が「すぐれた伝統」という。別の言葉では、「各人の責任の問われる必要のないことから受ける苦痛の軽減、不合理的苦痛の軽減」とも言い換えている。国際生活機能分類（ICF）のディスアビリティ（disability）は、(3)との関連では、まさに個人と環境との間で起こる生活の困難を表現しており、(4)との関連では、「各人の責任の問われる必要のないことから受ける苦痛」とも言い換えられよう。鶴見は、「發展」の考え方については、市井の「伝統の再創造」に学びながら「人を解放に向かわせる伝統」と関連させて、理解しようとしている。

(6) 鶴見は、創造性に加えて、交流と自律と

いうことも強調している。鶴見は、スウェーデン ハマシュールド財団の「もう一つの發展」(1975)という報告書から、以下を引用している。「人間集団が、自分たちのもつもの・自然環境、文化遺産、男女のメンバーの創造性・に依拠し、他の集団との交流をとおして、自分たちの集団をより豊かにすることである。そうすることによって、それぞれの發展の様式とを、自律的に創り出すことができる。」

(7) また鶴見は、地域を「地域とは、定住者と漂泊者と一時漂泊者とが、相互作用することによって、新しい共通の紐帯を創り出す可能性をもった場所」と定義し、中央政府が押しつける施策を「地方主義」として捉え、「内発的地域主義」とは異なるものとしている。

(8) 2007年12月22日～23日に開催された第1回都道府県アドバイザー等連絡会議においては、障害者地域自立支援協議を含む相談支援事業体制に関して、これまでに作成されてきた地域福祉計画および地域福祉推進と住民参加に関する「単一發展モデル」に基づく提案が行われた。

5市5町においても、聴き取り調査で明らかになってきたように、それぞれ「内発的發展」の途上にある。それぞれの地域性や歴史性もちながらの多様な形態として發展しようとしている。現段階では、民間によるサービス・サポートに依拠する「単一發展モデル」の枠組みを当てはめて評価や理解を行うことは、困難である。相談支援事業における委託の意味づけや公的責任の考え方などいくつかの論点や課題があるからだ。

更に加えれば、この民間によるサービス・サポート参加モデルでは、例えば、生活保護行政をめぐる餓死事件で問題となっているいわゆる「ヤミ北九州方式」とセットになっている市において、住民からも「市は私たち地域住民を利用しすぎている」と批判された地域福祉のモデルとの類似性もみられることが懸念される（湯

浅誠、2007)。

(9) 当面は、他の都道府県、市町村において、丁寧な聴き取りと具体的な支援を行っていく中で、それぞれを「多層的發展モデル」として捉え、共通する有効な支援と個々に必要とする具体的な支援についての検証が求められよう。

例えば、さいたま市障害のある人のケアマネジメント研究会(2007)は、これまでのコーディネーター連絡会議の丁寧な積み重ねの上での優れた成果となっている。「おわりに」で、埼玉大学の宗澤は、「産地偽装」ではない「正真正銘の『さいたま市産』」であることを強調している。その上で、「障害者自立支援法には、行政と事業者による自らの責任の所在を狭く自己限定されると、地域生活における『自立』責任はもっぱら障害当事者に押しつけられかねない問題がある。ここで、消費者主義にもとづく利用契約制と苦情解決体制を有効なシステムの担保と考えるのは、能天気な楽観主義に過ぎない。それだけでは、『ともに生きる』地域をつくり上げる責任の所在は拡散し、公平性・公共性のあるサービスと地域支援システムの実現は暗礁に乗り上げるからである。だからこそ、私たちは自治と共同に立脚した実践と支援システムを創り上げ、それらの土台にさいたま市という自治体の責任を据えようと考えてきたのである。これまでありがちな『行政対抗型』に傾斜した取り組みに終始するのではなく、自治と共同を基調に、あるべき支援サービスと地域システムを、自治体に責任をもって結実させることを目標とする営みであったということが出来る」と述べている。

こうした各地での取り組みを支えることこそ求められている。この時に手がかりになるのが、鶴見和子によるこの「内発的發展」の考え方もあろう。

第5章 課題

今後、知多圏域において、相談支援体制のシステムを構築していく上で、ヒヤリングを通して得られた結果と考察にもとづいて、いくつかの課題について、指摘しておきたい。

(1) 今後、障害者地域自立支援協議会と委託相談支援事業との関係のあり方が、一つの課題となると思われる。今回は、委託相談支援事業に焦点を当てたが、今後は、障害者地域自立支援協議会にも焦点を当てて、研究を深めていく必要がある。

(2) この知多圏域は、旧の市町村障害者生活支援事業や障害児(者)地域療育等支援事業が、一つの法人によって、圏域全体の事業として担われてきた経過がある。また、新事業となった障害児(者)地域療育等支援事業や、今後も重点施策となる就労支援の要となる障害者就業・生活支援センターの事業が、現在は知多圏域全体を支援しているという特徴がある。ヒヤリングの中では、圏域全体を意識して、圏域の発展を考えながら、政策立案を行っていくことは現状では難しいという発言も、担当者からは出ていたが、先述した成年後見制度利用促進事業のように、必要な連携も行われている。

大都市である名古屋市に近い市町と半島の先にある町とでは、行政の担当者にも委託された相談支援事業の担当者にも、圏域に対する期待や考え方などについては、意識や思いの差がみられる。

愛知県の障害福祉計画では、障害者地域自立支援協議会をはじめ、各圏域を意識した施策が展開されようとしている。実際には、知多圏域内での市町の独自性と福祉資源の地域差がみられたように、愛知県内の圏域ごとにも、同様の「格差」がみられる。

こうした実態を受けとめつつ、知多圏域を意識した取り組みのあり方における研究について

も、今後の課題となろう。

(3) 愛知県においても、精神障害に関しては、精神障害者社会復帰促進（地域生活支援）事業（いわゆる精神障害者退院促進支援事業）が、委託相談支援事業とは別に行われており、愛知県では、四つの事業者に委託されている。知多圏域では、この内二つの事業所（キャンパス、ひろばわっぱる）が委託を受けたが、それぞれの対象地域と知多圏域内の保健所の管轄地域が異なるなどの整合性のなさも出てきた。この事業では、社会復帰促進協議会という会も設立しなければならない。地域の障害者地域自立支援協議会との関係と連携も含めて、より当事者や家族の利益につながる方向から、実践的な整理をしていく必要がある。

(4) また、相談件数については、集まった市町と集まらなかった市町がある。当初、計画をしていた相談件数と相談内容の比較分析については、今後の課題としたい。2006年10月からの本格実施ということで、統計的には、2007年3月までの半期が一つの節目となり、2007年4月から9月までが上半期の節目となっている。2007年度における相談件数が確定していない状況にある。

各相談支援事業所においても、統計のカウンターの仕方が、まちまちであった。たとえば、ヒヤリングの中で、市町が民間に委託していないところでは、相談件数に入れる相談と窓口での通常業務との区別がつきにくいという指摘があった。委託された事業者では、委託した市町との関係もあり、たとえ1分にも満たない事実確認などの電話相談であっても、カウントできるものであれば、統計上、相談としてカウントしている。

厳密には今後精査が必要であるが、実態としてこのようなカウントに対する意識の差がある。相談件数の数値だけで、事業所の評価をすることは、難しいということにもつながってくる課題であろう。

(5) 障害者自立支援法下における、精神障害者を対象とした委託相談支援事業の過渡的課題としては、市町（村）にとっては費用的負担がなかったせいもあり、実感の乏しかった精神の相談が、委託をすることで気軽に受付しやすくなり、従来であれば保健所に持ち込まれるような相談種類も委託事業者へ舞い込むことが多くなったことである。特に、地域住民からの、未受診あるいは医療中断し、地域で問題視されている精神障害者に関する相談が、たびたび市町の福祉課から委託事業者に「相談」として連絡が入ることがある。委託事業者はそれに対して直接的な対応を望まれることも少なくない。改めて保健所が有する機能の確認と、そもそも障害者自立支援法という相談支援事業の範囲について、一考を要すると考える。

次に、市町の障害福祉関連部署（高齢の担当課、子ども・児童の担当課やそれぞれの現場）からの相談が契機となり、複合的な問題を持つ世帯にアプローチすることが増加している。そこで、こうした関連分野の専門職に対し、委託事業者がバックアップ機能や時にコンサルテーション機能を求められることも少なくない。

事例数はまだ多くはないが、少しずつ増加傾向にあるのは、精神障害者が、入院治療を終えて地域生活に戻ろうとする場合である。この場合に市町の相談支援事業を「退院支援」の計画に含めるケースが少なからずあり、市町の相談支援事業がコーディネートの機能を発することが期待されている。

いずれの場合も、障害者自立支援法下で期待される相談支援の機能を具現しているものであるのか、今後、実績を見ながら検証すべきであり、委託相談支援事業で取り組む精神障害者支援の業務内容の精査が求められる。

なお、本研究は、平成18-20年厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の成果に関する計画」の中の「精神障害者の障害者自

立支援法における総合的な自立支援システムの利用の実態に関する研究」の一部である。

謝辞

お忙しい中、聴き取りにご協力いただきました関係者のみなさまに改めてお礼を申し上げます。

(きまたかかずみ 日本福祉大学社会福祉学部)

(たかやまきょうこ

障がい者総合支援センター)

(はせがわしのぶ 千種・名東障害者地域生活

支援センターひまわり)

参考資料文献

- ・愛知県健康福祉部障害福祉課(2007)『第1期愛知県障害福祉計画』愛知県健康福祉部障害福祉課
- ・2市2町障害者地域自立支援協議会(2007.10.24)『平成19年度第2回障害者地域自立支援協議会次第』2市2町障害者地域自立支援協議会
- ・障がい者総合支援センター(2007)『相談支援事業 平成18年度 事業報告書』障がい者総合支援センター
- ・『平成19年度第2回相談支援事業者連絡会』資料(2007年8月7日)
- ・『平成19年度第3回相談支援事業者連絡会』資料(2007年12月4日)
- ・大府市(2007)『大府市障害福祉計画』大府市
- ・知多市(2007)『知多市障害福祉計画』知多市
- ・半田市(2007)『半田市障害福祉計画』半田市
- ・常滑市(2007)『第1期常滑市障がい福祉計画』常滑市
- ・東海市(2007)『東海市障害福祉計画』東海市
- ・武豊町(2007)『武豊町障害福祉計画』武豊町
- ・東浦町(2007)『東浦町障害福祉計画』東浦町
- ・南知多町(2007)『南知多町障がい福祉計画』南知多町
- ・美浜町(2007)『美浜町障害福祉計画』美浜町
- ・阿久比町(2007)『阿久比町障害福祉計画』阿久比町
- ・さいたま市コーディネーター連絡会議『さいたま市コーディネーター連絡会議平成18年度活動報告書』さいたま市障害福祉課
- ・さいたま市障害のある人のケアマネジメント研究会(2007)『障害のある人とともにあるケアマネジメントと地域支援システム』やどかり出版
- ・鶴見和子(1997)『鶴見和子曼荼羅Ⅰ 鶴見和子の仕事・入門』藤原書店
- ・鶴見和子(1999)『鶴見和子曼荼羅Ⅸ 内発的発展論によるパラダイム転換』藤原書店
- ・湯浅誠(2007)『貧困襲来』山吹書店
- ・木全和巳(2007)『「障害者自立支援法」における「相談支援事業」の現状と課題』『日本福祉大学社会福祉論集』第117号
- ・NPO チャレンジド(2007)『美浜町しょうがい者(児)生活実態に関する調査報告書』NPO チャレンジド

高齢者と医療観察法

「医療観察法」における通院医療と高齢者

松原三郎

特集

高齢者と医療観察法



「医療観察法」における通院医療と 高齢者

松原三郎

抄録

医療観察法の対象者の高齢化率は10%前後と想定され、通院事例においても同様な傾向が認められた。高齢通院事例では、対象行為では放火事例が最も多く、これに殺人（未遂も含む）と傷害が続いた。主診断名ではアルコール依存症（33%）と認知症（33%）が並んでいるが、実際には認知症を併存している事例は多いものと予想できる。アルコール依存症では、責任能力鑑定を慎重に行う必要があるばかりでなく、この法律による通院医療となった場合には、断酒等を継続することへの困難が想定される。このために、対象者がアルコール依存症や薬物依存症の場合には、依存症治療が可能な指定通院医療機関が選別される必要がある。認知症事例の場合には、治療反応性に限界がある事例が少なくない。このために、事例に適した入院医療施設や介護保険サービスを行い、治療反応性が消退した場合には本法による処遇の終了が申し立てられるべきである。

Key words : 指定通院医療機関, 通院処遇, 地域処遇, 認知症高齢者

老年精神医学雑誌 18 : 509-513, 2007

はじめに

医療観察法の通院医療では、退院後も原則3年間にわたる「精神保健観察」のもとで、対象者への医療と環境調整が継続的に提供され、さらに、安定した日常生活が続くように協力することで、再び同様な他害行為に至るような病状の再燃を防ぐことを目指している。この意味では通院医療がきわめて重要な役割をもっている。しかし、各指定通院医療機関における医療は貧弱な地域精神科医療のなかで、乏しい人員を何とか工面しながら犠牲的な活動を強いられているのが現状である。このまま放置すれば、通院対象者が増えるにしたがって、指定通院医療機関が窮地に立たされるのではないかと危惧される。

通院処遇の高齢者

申し立てられた数は、平成19年2月末で500人を超えていると報告されているが、平成18年12月末までの審判結果421件の結果をみると、入院処遇は56.1%、通院処遇は23.5%となっている（図1）。しかしながら、入院／通院の比率には地域差が認められ、とくに近畿地区では入院／通院の比率が逆転していることが特徴的である。これには、何らかの恣意的な活動が影響している可能性もあるので、今後の検討が必要である。通院医療に関する調査は平成19年1月の時点で行われ、そのなかでは、通院例では、入院例と比較して、対象行為では放火例が多いこと、また疾患分類では、入院例と同様に統合失調症の割合が最も多いが、入院例では85%であるのに比して、通院例（直接通院）では66%と低い。そのぶん、物質使

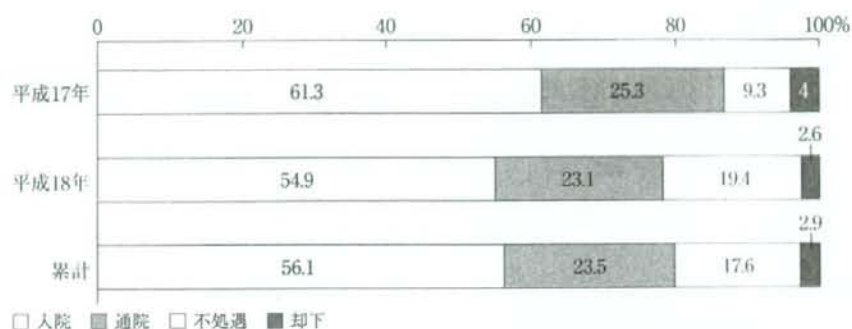


図1 審判結果 (平成18年12月31日まで)

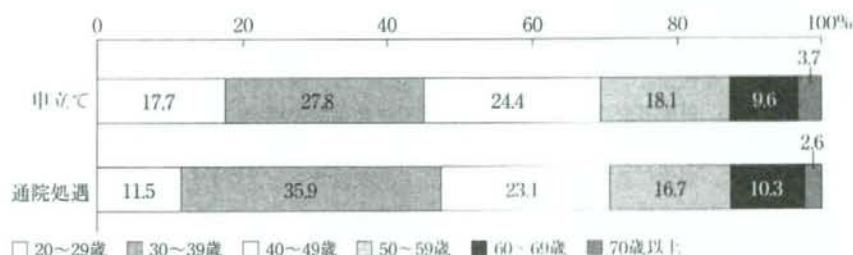


図2 年齢構成の比較 (申立て498件, 通院処遇78件)

表1 65歳以上通院事例

番号	年齢	性別	病名	対象行為	認知症	居住
1	65~70	男性	てんかん精神病	放火未遂	知的障害あり	グループホーム
2	65~70	男性	アルコール依存症	放火殺人未遂	なし	自宅
3	65~70	男性	妄想性障害	傷害	なし	自宅
4	65~70	男性	アルコール離脱せん妄	放火未遂	なし	自宅
5	80~85	男性	アルツハイマー型認知症	傷害	あり	グループホーム
6	90~95	男性	血管性認知症	殺人未遂	あり	介護老人福祉施設

用障害の部分が増加している。

年齢の分布をみると、通院例では申立て総数に比較して、20歳代が占める割合が減少し、そのぶん、30歳代の増加が認められる。他方、50歳以上では入院と通院ではほとんど差がない(図2)。筆者らが行った通院事例の調査では、78事例中、65歳以上は6人で、高齢化率は7.7%であった。

2 通院処遇事例

表1は、通院医療等研究会や他の事例検討のなかで知り得た65歳以上の通院処遇事例6例をまとめたものである。全員が男性であり、対象行為では、放火未遂が半数(3例)を占めていることが特徴的である。また、診断名ではアルコール依存症が2例、さらに、認知症を伴ったものが2例であった。それぞれの事例の詳細を知ることは困難

□特集

を伴うが、知り得た範囲で検討を試みる。

〈事例1〉てんかん精神病

放火未遂であるが、幻覚妄想とともに元来から知的障害と衝動的な傾向を伴っていた事例。知的障害があるために今後の通院処遇上の困難が予想される。

〈事例2〉アルコール依存症

複雑酩酊下で衝動的に行われた放火・殺人未遂。事件当時の責任能力の問題とともに、アルコール依存症治療の治療自体が医療観察法での治療に適しているか否かの検討も必要である。精神保健観察下で物質使用障害の治療を継続することはきわめて困難であろう。

〈事例3〉対象行為：傷害

妄想性障害の診断で通院医療が行われたが、通院開始後、抑うつ症状が加わりこのために自殺企図も生ずるなど病状が不安定となる。はたして通院医療の判断が正しかったのか、あるいは、指定通院医療機関にのみ一方的に負担がかかっているのではないかと危惧される事例である。

〈事例4〉アルコール依存症、アルコール離脱せん妄

せん妄状態での放火未遂。通院のほかには断酒会、同家族会への参加が行われている。

〈事例5〉アルツハイマー型認知症

認知症の程度は中等度であるが被害妄想に基づいて傷害事件を引き起こしたが、鑑定入院薬物療法によって妄想状態の改善が行われ、その後、通院処遇では介護保険サービスである認知症対応型共同生活介護に入居となる。その後の治療反応性がないものとし、処遇終了となっている。

〈事例6〉血管性認知症

90歳代、2年前に脳梗塞を生じて歩行困難と認知症症状を呈していた。情動の不安定と物盗られ妄想をもつようになる。妄想に基づき家族を刃物で刺す(殺人未遂)。指定入院医療機関に入院となったが、ごく少量の抗精神病薬によって情動面は安定したが、物盗られ妄想はほとんど変わらず認知症の回復も期待できないために、入院2か月

後に介護老人福祉施設に退院となった。精神保健観察は継続されている。

これらの6事例をみると、責任能力判定では事例1と2が問題となり、アルコール依存症治療の本法での適性については事例2と4が問題となる。アルコール依存症や覚醒剤依存症など物質使用障害者の通院治療が、この法律による治療に適しているか否かについては、今後の検討課題である。また、事例3では、安易な通院医療への決定は、本人の病状を不安定化させ、通院医療機関に過大な負担を背負わせることになる。さらに事例5と6は認知症を伴った事例であるが、以下には通院にまで至っていない事例も示す。

□ 通院以外の認知症事例

〈事例7〉60歳代、男性、アルツハイマー型認知症

統合失調症で長年通院をしていたが、しだいにアルツハイマー型認知症が加わり、事件当時は改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は10点と重度認知症の状態であった。夜間せん妄を起こして、障子に火をつけるがボヤで消火。検察官が申立てをしようとしたが、精神保健審判員の経験のある主治医が重度の認知症であるために治療反応性がないことを指摘したところ、検察官からの申立ては行われないこととなった。これまで通院していた病院の老人性認知症治療病棟に医療保護入院となった。

〈事例8〉60歳代、男性、急性一過性精神病性障害

体調の不良や家族内のトラブルからしだいに抑うつ的、罪業的となる。自殺を目的としてティッシュに火をつけボヤを起こす。鑑定入院中ではHDS-Rは26点と高く、MRIでも軽度な脳萎縮のみであった。指定入院医療機関に入院となったが、しだいに疎通性や活動性は低下し、認知症症状も明らかとなった。幻視体験もあることからレビー小体型認知症等が疑われ検査・経過観察中である。鑑定入院中には明らかではなかったが、指定入院

医療機関でしだいに認知症が明らかとなった事例である。

4 医療観察法における高齢者の特徴

精神科病院入院患者のうち65歳以上の高齢者は35%を超えているのに比して、医療観察法における被申立者では、10%前後である。医療観察法の対象者では30歳代が最も多く、高齢者の割合は低いのが特徴的である。犯罪統計でも高齢者の割合は9.4%であり、本法における状況と類似している。

1. 対象行為

前述したように、通院処遇者では対象行為のうち放火事件が最も多いが、高齢通院者では、この傾向がとくに著しい(今回調査例では50%)。この理由は明らかではないが、高齢者では傷害等の暴力的な犯罪の割合が低いことが影響しているものと想像される。

2. 疾病の特徴

次の特徴としては、アルコール依存症による割合が高いことである。長年にわたる大量飲酒の結果、複雑酩酊や離脱性せん妄を生じ、事件となる傾向は高い。アルコール依存症治療を通院処遇で行おうとすると、それに適した指定通院医療機関が限定される。また、依存症治療そのものが医療の範疇だけで行われるべきでなく、自助グループへの参加や家族の協力も重要な要素である。この点では、アルコール依存症の治療の受け入れが可能な医療機関、あるいは、薬物依存症治療の受け入れが可能な医療機関など、それぞれの指定通院医療機関のもっている機能とその意思を再確認する必要がある。地域によっては受け入れ可能な医療機関がない場合も生じてくる可能性もある。今後は行政的に依存症治療の拠点を整備する必要がある。

3. 認知症事例

今回の6例のうち2例は認知症を主病名としているものである。また、軽度認知症を併存している事例も少なくないものと思われる。2例ともに

「物盗られ妄想」に基づいて対象行為が発生したものであるが、周知のように物盗られ妄想は記憶障害から派生して生じたものであるので、妄想そのものを根絶的に治療することは不可能である。また、他の妄想とは異なり抗精神病薬の効果も多くは期待できない。攻撃的な部分を抗精神病薬等で軽減することが主になる。したがって、指定入院医療機関における治療まで必要となる事例はほとんどないものと思われる。また、いったん安定すれば、治療不可能な部分のみが残遺するので、この法律による医療から外す必要もでてくる(処遇の終了)。

さらに、事例7では、この法律による申立てとなる前に、主治医の適切な判断で、「明らかに申立ての必要のない例」として申立てを防止し、結果として鑑定入院となるのを防ぐことができていた。

事例8では、診断が困難な認知症事例では、そのまま指定入院医療機関へ入院もあり得ることを示しており、指定入院医療機関での治療・経過観察のうえで診断が明確になる場合もあり得るものと思われる。このために、事例によっては、諸検査が可能な大学病院や総合病院と距離的に近い指定入院医療機関が選ばれるべきであろう。また、高齢者の場合には、身体的な合併症を併発している例も少なくないものと想定されるが、内科医等の診察・治療を受けることができるように配慮しなければならない。事例ごとに合併症治療が可能となる指定医療機関が選ばれる必要がある。

おわりに

医療観察法の適用となった高齢者では、他の年代の対象者と比較して、対象行為では傷害など暴力的な犯罪の割合は少なく、放火の割合が多くなっている。疾病分類ではアルコール依存症の割合が高く、また、認知症を併発している事例も少なくない。今回は検索できなかったが、身体合併症を併発している事例も多いものと予想される。このようなことから以下のことを問題点としてあげ