

ムの対象者は、一般的な障害サービスの対象者に比して社会機能が高いため、例えば一緒にコーヒーを飲むなどして、対象者の生活の場に入った柔軟なケースマネジメントが必要となるケースがある一方で、DHS が提供可能なサービスを調整すべく対応しても、結果的には重大な再犯につながってしまうようなケースもある。また、こうした事件が発生すると、政治的な問題に発展したり、障害者福祉への様々なバイアスがかかってしまうこともあり、そのジレンマは大きいという。

4. MACNI (Multiple and complex needs initiative) プログラム

(1) 概要

MACNI (Multiple and complex needs initiative) プログラムとは、2009年に制定された Human Services (Complex Needs) Act という法律に基づき、より複雑な支援が必要なクライアントのために、DHS、Department of Health と Department of justice の三者が連携して行う支援プログラムである。

多くの司法関連のケースは、精神保健分野と障害分野の両方にまたがる問題を抱えており、これまでは3つの省庁間でたらい回しになりがちであったケースについて、その問題と責任を共有することにより、個別のニーズに応じたプログラムの策定が可能となった。

また、これまで Department of Health では、プライバシー保護を理由に情報開示ができずに支援にも支障をきたすといった問題が指摘されていたが、この法律によって、支援機関間の情報共有が可能となり、最終的な支援を検討するうえでも効果をあげている。

(2) 実際の運用と流れ

MACNI に関する問い合わせは年間約 150 件にのぼるが、①電話でのコンサルテーションや、②暫定的（約 3 か月）なコーディネーションによって解決するケースもあり、過去 3 年間の平均実施件数は年間 6～8 件となっており、最も多い年では年間 15 件を実施した。

実際の支援までの流れは以下のようになる。

(1) 複雑なニーズがあるクライアントについては、豊富な臨床経験を持つメンバーによって構成されているパネルにかける。

(2) パネルは、デパートメントが契約をしたエージェンシーから、ケアコーディネーターを任命する。

(3) ケアコーディネーターは、ラウンドテーブル形式で本人と話し合い、アセスメントを行う。

(4) ケアコーディネーターは、必要に応じて省庁を超えて情報を収集し、クライアントの成育歴や行動歴などの情報をまとめる。個別のクライアントに応じた支援計画を作成し、Recommendation という形で対応の方向性を各省庁に提案する。

(5) 各省庁の代表者は、Recommendation に基づいて、サービスの提供を困難にしている要因を検討し、内部での調整を図る。

(6) おおよそ 3～6 ヶ月毎、ケアプランの進捗状況をパネルに報告する。

(3) 実施プログラム

* ジャスティスプラン

本プランに同意することで、量刑が軽くなることで参加の動機づけとなっている。具体的なプログラムの内容としては、①識字教育、②薬物・アルコールに関する治療プログラム、③アンガーマネジメントや心理士による介入などがある。また、就労支援としてフォークリフトの運転や、障害者向けの車のメカニックの専門学校に通う人もいる。

* GAP プログラム

DHS が資金提供して ACSO が実施しているアウトリーチプログラムで、刑務所への入所・出所を繰り返しているような社会統合が困難なケースを対象としている。最大 5 名までのクライアントに対して、コミュニティの中で 1 人あたり週に約 3～4 時間のサポートを行い、その活動を通じて向社会的な行動のモデリングを行っている。以前は、臨床心理士が実施していたが、現在は心理士以外

の職種も実施している。

*コネクションプログラム

地域で行われる日中活動であり、グラフィティを学ぶコースやフィルムメイキング、ラップといった音楽的な内容などが行われている。

*スラッププログラム

安定的な生活への重要な大きなポイントのひとつは、安定的な住居を確保することであることから、コミュニティ内での住宅の確保が困難なクライアントを対象として、ACSO が実施している住居支援のプログラムで、「ホームグラウンド」「ヤラコミュニティハウジング」といったエージェンシーが主導となって実施している。

ACSO では一定数の入居者を選択できる権利を持っており、係属中のケースから選ばれたクライアントはワンルームの部屋に住むことができる。入居者は一週間に数時間という低頻度のアウトリーチサポートのみで、地域社会で自立した生活を送ることが期待されている。

(4) 費用について

(a) オーストラリアにおける健康保険制度

オーストラリアでは、「メディケア」と呼ばれる国民皆保険システムがあり、眼科および歯科領域以外のすべての診療科がカバーされる。障害サービスにおいても、運営母体は民間であっても運営資金は公的資金によってまかなわれている。さまざまな介入や支援をメディケアの枠内で実施する場合には、かかりつけ医によるヘルスケアプランの作成があれば、最大 10 回までの臨床心理士によるセッション（費用@200 ドル/セッション）が可能となる。しかし、回数には上限があることから、年単位の継続的な介入が必要な MACNI の対象者の場合は、メディケアによってすべてをカバーすることは難しいこともある。

(b) その他の保険制度

オーストラリアでは、州ごとに格差のあった障害サービスをより利用しやすくすることを目的として National Disability Insurance Scheme がパイロットプログラムとして全州で実施されてい

る。具体的には、Scheme によるアセスメントを受けてサービスレベルが決定されると、そのサービスに必要な金額が連邦政府から支払われ、本人がサービスを買うというシステムである。しかし、DHS のサービスを受ける予定だったクライアントが Scheme によるアセスメントの結果、不許可となったケースもあり、まだ十分に整理されていない部分も多い。また、本制度は前政党（労働党）が選挙対策のひとつとして導入したもので、現在は政権が交代しているため、今後の見通しは不透明であるという。

なお、Forensic Disability に関しては基本的に障害の問題ではないとみなされ、本制度の対象外である。

5. ケアコーディネーターの役割と養成

(1) ケアコーディネーターの役割

最も重要なケアコーディネーターの役割とは、ケアコーディネーションである。Community corrections orders の対象者については、DHS では治療や社会復帰、行動援護的な側面に集中した関わりができる一方で、保護観察所の関与がないケースでは、1 人のワーカーがリハビリテーションと指導監督という 2 つの役割を負わなければならないという難しさがある。

また、近年の Victoria 州の厳罰化傾向に伴い、保護観察官のケースロードは非常に高く、観察官 1 名あたり、およそ 80 人という報告もある。そのため、例えば保護観察官との面談についても、各クライアントの障害に配慮して対応することが難しく、決められた日に出頭させ、名前を確認して終了するといった関わりとなっているのが現状である。その結果、クライアントが面談の時間を間違えたなどの理由で出頭できなかった場合でも、懲罰的な扱いを受けるような事態も発生しており、ケースコーディネーターは、クライアントに関わる環境全体を把握したうえで、保護観察所や警察、家族に対して教育的な働きかけを行っていくことも重要な役割のひとつとなっている。

(2) ケアコーディネーターの養成

本分野の対象者は非常に複雑なニーズを持っているため、様々な分野の知識が必要となることがある。そのため様々なバックグラウンドを持った専門職がチームを作り、各メンバーが知識を共有していきながら人材が育っていくことが重要であると考えている。

とくにケアコーディネーションは非常に専門的な仕事であるため、信頼できる特定のエージェンシーを選定し、集中的にトレーニング等を実施することによりスキルの向上を図っている。具体的にはABIに関する知識や薬物・アルコールに関する知識、リスクアセスメント（static-99 や ARMIDILO 等）に関するトレーニングを実施しており、将来的にはビデオリンクなどを利用したトレーニングも検討している。

現在の DHS のケースマネージャーは全員、メルボルン大学のトレーニングコース（Frank Lambrick 監修）を修了した資格保有者であるが、より複雑なケースについては臨床心理士の資格も持つケアコーディネーターが担当するシステムになっている。MACNI に限らず、一般的なケースに対してもこうしたコーディネーションの方法は有効であると思われる。

そのほかにも本領域におけるトレーニングとしては、Sidney Institute Criminology があり、とくに実践を意識しているという点でメルボルンのコースは特徴的である。また、New South wells 大学の Justice Health 部門では司法、精神保健精神医学の研究を行っているが、New South wells 州のシステム自体は Victoria 州ほど制度化されていないという限界もある。

D. まとめ

- ・ Disability Justice チームは、非行・犯罪行為に至った障害者への支援に特化してケースマネジメントを実施しているが、このような専門チームを編成することにより、支援に必要な知識や技術、臨床経験の蓄積が図られている。
- ・ チームの基本的な機能は、クライアントへのアセ

スメントと支援計画の作成、多岐にわたるサービス提供機関のあいだの連絡調整である。実際のサービス提供は、ハイリスクなクライアントに対応する処遇密度の比較的高い DFATS のような公営組織、そこからのステップダウンでの移行先としての役割を果たす ACSO のような民間組織によって機能分化した形で行われている。

- ・ コーディネーターを中核として、クライアントのニーズに応じた社会資源組み合わせることで犯罪の促進因子に介入し、保護因子を増大させるというモデルは、MACNI、ACR List にも共通している。
- ・ 非行・犯罪行為に至った障害者への対応に特化している専門機関は、州・民間をあわせても数としては多くはない。しかし、それら少数の専門機関に勤務している支援者間では、アセスメント、支援計画の立案と実施、実際の支援技法などについて、ある程度に共通の認識を持っている。Disability Justice チームの職員が全員受講しているメルボルン大学の Specialist Certificate in Criminology (Forensic Disability) コースによる系統的な教育が、こうした多機関でのアプローチを容易にしていると考えられる。
- ・ 現在の日本では、刑事司法手続の段階によって支援が整備されているが、ビクトリア州の制度においては、刑事司法手続による区別はあまりされていない。クライアントのニーズに基づき、障害福祉、医療、心理が連携して個別化した対応することに焦点が当てられていた。
- ・ 上記の個別化した対応を容易にしている原因として、ISP とよばれる支援のための個別給付金の存在が挙げられる。認知行動療法や弁証法的行動療法などを用いた心理教育プログラムなど、専門性の高い支援サービスを個別給付金で購入することで、社会内において障害福祉サービスを通じて治療プログラムが提供されている。

参考

オーストラリアには様々なニーズを踏まえた裁判所がある。参考のため以下に列挙する。

(1) Special Court : 精神障害などを抱えた被告のための裁判

→ARC List(Assessment and Referral Court List)など (別記)

(2) Koori Court : 先住民アボリジニの被告のための裁判

→アボリジニの人々は行動や習慣や社会規範が違う。混乱を生じないように司法省と DHS と

アボリジニのコミュニティの間で the Victorian Aboriginal Justice Agreement が結ばれている。

(3) Youth justice : 少年司法

→障害を抱えた少年が被告の場合には、DHS の Disability Services と Youth justice(少年司法担当部門)の両方で支援しており、とくに知的障害があるケースでは、障害者サービスから必ず担当のケアマネージャーがつくシステムになっている。

オーストラリアにおける対応困難ケースへの支援状況に関する調査③
－Australian Community Support Organization (ACSO) に関する調査報告－

研究代表者	内山登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科）
分担研究者	安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター） 梶屋 二郎（福島大学子どものメンタルヘルス事業推進室） 堀江まゆみ（白梅学園大学） 水藤 昌彦（山口県立大学）
研究協力者	及川 博文（特定非営利活動法人東京ソテリア） 浦崎 寛泰（東京きぼう法律事務所） 野沢 和宏（毎日新聞社） 森久 智江（立命館大学） 山田 恵太（北千住パブリック法律事務所）

研究要旨

本調査では、非行・犯罪行為に至った発達障害者に対する(1)刑事司法手続き、(2) 医療機関・矯正施設・福祉等サービス機関において提供される施設内処遇や支援の実際、(3) 矯正施設釈放後あるいは医療機関退院後の社会内処遇、(4)支援を行う専門職の養成に関して、日本とは異なる制度や支援体系を持つオーストラリアビクトリア州の現状と課題を明らかにし、日本のシステムへの提言を行うことを目的とした。

本報告③では、福祉領域での支援内容を検討するため、触法障がい者支援を行っているオーストラリア地域支援団体(Australian Community Support Organization; ACSO)を訪問調査した。ビクトリア州の地域移行政策において、強度行動障害のようないわゆる処遇困難な障がいの者の居住サービスについては、Shared Supported Accommodation (以下 SSA) が利用されるのが一般的であり、我々は、ACSO が運営する3つの SSA を訪問した。

結果、ビクトリア州では、処遇密度、保安レベルの高い施設から低い施設へと、支援対象者の状態変化に応じて段階的に移行する「ステップ・ダウン」による支援が意識されていたことが分かった。ACSO が運営する特化型のグループホームは、DHS の Disability Forensic Assessment & Treatment Services: DFATS が提供する施設内処遇と地域生活の中間に位置付けられるサービスとして機能していた。SSA のキャラブローハウスは、非行・犯罪行為に至った障害者への対応を専門としているが、日本国内では、このような特化型グループホームは存在しない。特化型施設の利点としては、①スタッフの知識や支援技術の蓄積が望めること、②犯罪行為から回復という共通した支援ニーズに対応できること、③治療的な環境設定が容易になることなどが挙げられる。

犯罪行為に特化した治療プログラムは、グループホーム外で犯罪心理などを専門とする臨床家によって実施されていた。生活の場と治療・心理教育の場は意図的に分けられていたが、この点については、グループホームに勤務する支援員の教育歴・臨床経験にばらつきがあるために、治療・心理教育の実施が難しいという事情が伺われた。

A. 目的

発達障害があり、非行・犯罪行為に至った人に対する医療・心理・社会福祉領域における支援内容についての調査の一環として、民間団体による支援の状況を明らかにすることを目的とし、メルボルンに本部を置く非営利活動組織 ACSO の訪問調査を実施した。

B. 研究方法

訪問機関：ACSO グループホーム

- ・アーマデールハウス
- ・キャラブローハウス
- ・TKハウス

聴き取り対象：

- ・ Stan Pappos 氏 司法施設サービス主幹代理 (Acting Senior Manager, Forensic Accommodation Services)
- ・ Matt Ferguson 氏, 司法施設サービス管理責任者 (House Supervisor, Forensic Accommodation Services)

調査期間：2014年3月27日

方法：インタビュー

(倫理的配慮)

本調査の背景、目的、個人情報ならびに回答の扱われ方を口頭にて説明し、同意が得られたことを確認した後、インタビューを行った。

C. 結果

(質疑応答の逐次録については、別添1を参照)

1. ACSO の成立

ASCSO は、1983年に刑務所から釈放された受刑者の社会復帰を支援する組織として、元受刑者であるスタン・マッコーマック氏によって設立された。当初はーフウェイハウス(釈放者の一時支援施設)を運営していたが、時間の経過とともに社会内処遇サービスを行うようになり、障害があつて犯罪行為に至った人への支援プログラムも運営するようになった。

設立当初は職員5名、利用者10名の小さな施

設であつたが、この30年の間で職員数が170名と増加し、大規模な組織としてメルボルンにおける元受刑者の支援を担っている。職員の中には、スタンと同様に、矯正施設を出た後に自身の体験を活かしながら支援に携わっている者もいる。ACSO は法人格を持つ民間団体(社会福祉法人に近い形態)であり、運営資金については、州政府からの交付金を中心となっている。交付金は Department of Human Services(以下 DHS)および司法省からのものが主である。それらの交付金をもとに、ACSO が独自に予算を組み、職員を直接雇用している。

現在 ACSO では、ビクトリア州全体で8つの入所系サービスの運営を行っており、刑事司法制度とのコンタクトのある知的障がい者たちが主な利用対象である。メトロポリタンエリア(メルボルン及びその近郊)に5施設、メルボルンより北に180km 進んだ箇所に2施設、南に180km 進んだギップスランドに1施設設置されている。その他のサービスとして、裁判所からの通達で、ドラッグやアルコール依存への治療義務が課せられた者を対象としたアセスメントや就労支援、アウトリーチサポートを行っている。

2. ビクトリア州の保健福祉政策：居住施設および福祉サービス

ビクトリア州では1980年代に大型入所施設から地域生活への移行がはじまった。その結果、地域内でのさまざまな支援サービスとして日中活動支援事業所やグループホーム等が整備された。また、それらのサービス利用を支援する目的で DHS によるケースマネジメントの制度が作られた。現在では、一部の例外を除いて大型入所施設は州内には存在していない。

このような中、強度行動障害のような支援に困難が伴う、いわゆる処遇困難な障がい者の場合、居住サービスとして、Shared Supported Accommodation (以下 SSA)(グループホーム)が利用されることが一般的である。SSA の所有権

は DHS にある。DHS が中古住宅を買い取り改装するか、新しく物件を購入することで設置されている。DHS が直営している公設公営のハウスもあるが、運営費が大きくかかることもあり、大半は民間が委託運営をする公設民営の形式をとっている。公設民営の SSA の場合は、職員からの労災申請数が多くなると、それに伴う経費が増大する。その費用を負担することが民間団体にとっては大きな課題となっている。一方、公設公営の SSA であれば、労災申請数が多かったとしても、費用は公費でまかなわれるので、経費管理上の大きな課題とはならない。このため、労災申請の対象になるような職員へのけが等が予想される利用者への支援にあたっては、公設公営の SSA が選択されることが多い。オーストラリアでは公務員も労働組合を組織しており、伝統的に労働組合の力が強い。そのこともあって、労働災害の範囲も日本に比べると広い。SSA から地域に移行したいという場合、公営住宅を確保してそこにサポートをいれながら生活を行っていくという流れになっている。

また、オーストラリア全域で、障がい福祉サービスへの運営資金配分の方法が 2000 年代前半から変革が進んでいることにより、新しいサポートの形として ISP (Individual Support Package) という個別化されたファンディングが設置された。ISP の導入により、それまでのサービス事業者への直接配分から、利用者個人への個別配分に変更された。その結果、利用者は自らが必要とするサービスを直接サービス提供者から購入することになったのである。ISP は、サポートニーズによって上限額が異なっている。それぞれの上限額の中で、本人が必要なサポートを個別に購入し、サービス提供事業者からサポートを受けられるシステムとなっている。自分のニーズに見合った ISP のパッケージを取ることが出来れば、それを使用して支援職員の費用を支払い、住居は別途確保して生活することが出来るのである。サポートパッケージのバンドレベルは 4 段階あり、バンド

1 では年間 1 万ドル、バンド 2 では 2 万 5 千ドル、バンド 3 では 5 万ドル、バンド 4 には上限が設定されていない。ACSO の対象となるような触法障がい者では、バンド 3 か 4 が一般的である。バンドは DHS に申請して、どの種類のパッケージを受けるのか決めるプロセスが定められている。以前はそれが地域ごとに決められていたが、現在はパッケージのバンドを誰がどのレベルに決められるのかが曖昧になっている。この背景として、DHS ではビクトリア州内を 7 つの福祉圏域に分け、それぞれの独自性が高い形で行政サービスを提供してきていたが、ここ数年来の組織改革でこれらの福祉圏域が解体されたことが挙げられる。現在、新たな圏域が策定されているが、調査時点での関係者の説明によれば、十分に機能しているとは言えない状態である。このようなシステムは、日本の障がい福祉サービスの受給プロセスに比べると、良い意味では柔軟性が高いが、公平性の観点からの問題もある。

3. ACSO が運営する 3 つの SSA

①アーマデールハウス

重複障害(知的・精神・境界性パーソナリティ障害等)のある方が共同生活をしている。1 名の支援職員が勤務しており、また全員が刑事司法制度とコンタクトのある人たちである。支援の状況としては、日々さまざまなことが起こっている環境ではあるが、ハウスがあるところ自体はメルボルンの中でも高級住宅街である。

②TK ハウス

一軒の家が前後二つに分割されており、それぞれの区域が独立した形になっている(それぞれに出入りできるドアが設けられている)。後ろ側のハウスには、複雑なニーズを有しており、行動も様々で攻撃的な人が生活をされている。前側のハウスには、状態像が安定している方が生活されており、利用者の状態に応じて前後のハウスを行き来するといった段階的な支援を行っている。後ろ側のハウスには職員が宿直勤務しているが、前側

には夜間全く職員がいない。前側のハウスで生活をされている方が職員に用があるとき、後ろ側のハウスまで出向く必要がある。

③キャラブローハウス

犯罪傾向が進んでいる、刑事司法制度と直接コンタクトがあった(矯正施設もしくは DFATS に入っていた)人が生活している。このハウスでは、非拘禁型などのさまざまな治療命令を受けている方が支援の対象となっており、入居者の中には、地域社会に入る際に電子監視機器の着用を義務付けられた人や、メールアドレスが変わったり風貌が変わったりしたら当局に連絡をしなければいけないような、司法省による制約を受けている人がいる。

・アーマデールハウスと TK ハウスの特徴

アーマデールハウスや TK ハウスは、今後刑事司法制度の対象となるリスクがとて高い人や、微細な事件で刑事司法制度とコンタクトがあった人が利用対象となることが多い一方、キャラブローハウスの入居者には特性に違いがある。キャラブローハウスに住んでいる入居者の方は生活機能が高く、入居から退去にいたるまでの期間が短い。残り 2 つの施設は入居期間が長く、その背景には、知的障がいの影響で移行が難しいということがある。入居期間はそれぞれのハウスによって異なりはするものの、概ね 12 か月~4 年の間となっている。入居期間中に再犯をするといったさまざまな問題がある。また、多くの入居者は、ハウスを出て地域の中に入っていくことに恐怖感や不安感を持っている。そのためハウスでの生活や治療命令に対し怠惰な態度を取りがちではあるが、入居期間のうちに万全なサポートをしていくことが必要である。

しかし、アーマデールハウスの場合、入居期間の上限は 4 年までとされているが、次の生活の場所を見つけることが非常に難しいことが多い。理由の一つに精神症状の問題等があるが、その他に彼らが負担可能な低額家賃の物件の数が少なく、またハウスを出て 3 ヶ月のサポートが非常に重

要とされているのに対し、その期間のサポートパッケージや資源が十分でないといった問題もある。現状では、可能な限りクリエイティブに社会資源を活用し、問題解決を図ろうとしている。

これを踏まえ、ACSO では SSA からの地域移行に当たり、柔軟な試みをしている。例えば、アーマデールハウスに住んでいる女性 2 名が相性的に同居出来るのではと判断されると、2 人の ISP によるファンディングを合わせ、支援者一人が 3 か月間の支援を行えるサポートパッケージになるように設定する。そのサポートパッケージによって、支援者 1 名で入居者女性 2 人の支援を行っていくことが検討されている。また、転居先としてアーマデールハウスの近くに家を借りる事で、必要に応じてアーマデールハウスに勤務する支援者からの支援を受けられるようにしていく取り組みが検討されている。一般的に、SSA からの退去には 3 か月の猶予期間があり、新しい住居で馴染めなかったら、この猶予期間中であれば元住んでいた SSA に戻ることが保障されている。一般的に、SSA の部屋を維持するための費用は、一定の食費や公共料金を含め 2 週間で 430 ドルであり、3 か月間は DHS により補てんされている。この費用は全体の予算額からみても大した金額ではなく、多くの SSA は公設民営による運営形態となっている(SSA は賃貸物件ではなく、DHS が所有している)ため、公民どちらかに負担が偏るといったことはない。

・ハウスでの生活支援

ACSO が運営する各ハウスは、それぞれ定員が 5 名となっている。行っている支援として、個人のニーズや治療的ニーズに基づいた支援、犯罪原因にもなっている病状(障がい)の治療やカウンセリングを踏まえた支援をそれぞれ行っている。ハウスで生活をする人は、多様な障害や精神疾患の診断を受けている。境界性パーソナリティ障がいや自閉症、知的障がいといった行動上の問題を有している方もいる。粗暴な暴行行為や、口論、脅す、騙す等々の問題行動も起こることがあ

る。性的行為の加害者も対象であり、同性愛や小児性愛等で問題行動を起こした者も、全体の7-8%ではあるが入居している。多様な背景の方が利用するため、入居者同士の間でトラブルが生じる場合もあるが、そういった際はまず自分自身を守ってもらうことに努めてもらっている。救急や警察を呼ぶかは、職員が間に入り話をしてから決める。入居者にはアセスメント（個別支援のための情報の収集と分析）を行っているため、この人にはこういう対応が良いということは前提として把握している。トラブルが起きた際は、職員が介入し、アセスメントで得た情報に沿って個別に対応を行っていくことが定められている。

ハウスで過ごす1日の流れとして、日中勤務の職員やソーシャルエデュケーターという社会生活上の教育を担う人によるグループプログラムやセラピーを通して、感情統制に関するトレーニングが行われる。エリアメンタルヘルスサービス（公営の精神科医療制度の一部であり、地域ごとに管轄区域が設けられ、無料でサービス提供している）を通じて、心理カウンセリングや作業療法も利用されている。これらを通して、地域生活への再統合を図っていく支援が提供されている。また、ハウスに入居している方を取り囲む形で、セラピュティックサークルという治療を円滑にすすめていくためのサークルが形成されている。メンバーは心理士、ソーシャルエデュケーター、各ハウスの施設長及び職員、家族によって構成されている。このサークルの中心は入居者本人である。2週間に1度集まり話し合いの場が持たれる。その際、どのようなことを話し合い、その結果から何を導き出すのかといった司会進行の役割と記録は、出来るだけ入居者本人がするようにとされている。それにより、入居者本人が処遇感を持てるようにするのである。入居当初は1週間に1度行われるが、時間経過と共に状態や素行が改善されてくると、2週間に1度と頻度を移行していく。一方、自分の対象行為を入居者同士で話し合うということは殆どないという。同じグループプ

ログラムに参加することで互いの対象行為が分かかってしまう事はあるものの、お互いに意識しないようにしている。ハウスの役割は地域社会への再統合を促すことであり、過去の犯歴を伝えることに意味は無いとしている。

このように、ハウスでの生活においてさまざまな治療的プログラムが行われているが、基本的にハウスは生活の場として提供されており、その本来の機能はコミュニティの中でリラックスした生活を過ごせることである。ハウス内で各プログラムを実施することはあるものの、原則として推奨はしていない。各プログラムの実施は、入居者個人によって異なっている。前述のISPによるパッケージを用いて、それぞれが必要とするサービスを購入しているため、サービス提供者が個人で開業している臨床心理士の場合もあれば、グループでのプログラムを提供している機関であったりするのである。

ハウスにおける職員の役割として、第一に本人の安全とコミュニティの安全双方を守ることが意識して行われている。金銭や服薬の管理等は自己管理を推奨しているが、全体の管理や取扱いは職員が行っている。金銭に関して、ビクトリア州の成年後見制度では、本人にかかわって重要な決定（医療、住居など）を行う *advocate*、財産管理を行う *administrator* の2種類がある。被後見人の家族などに *administrator* となる適切な人がいない場合には、公的団体である *State Trustees* という機関が財産管理を行う。ACSOの利用者となる触法障がい者の場合、家族や親族との関係が薄い、あるいは存在しない人が多いので、*State Trustees* が財産管理をしていることが多い。そのため、職員が直接金銭を預かり管理するわけではない。法的には職員が管理できるが、業務の透明性を求められるので、記録の厳重な取扱いや職員と入居者の間でトラブルが起きることもあるため、自己管理を促した方が負担は少ないとされている。職員の役割やレクリエーション、プログラムの参加も、裁判所等による命令（オーダー）の

中に組み込まれている場合がある。これらの業務は昼夜にわたるため、職員は日々の申し送りを細かく共有している。申し送りの書式としては、手書きやパソコン入力もあるが、チェックリストを用いて、服薬の確認や火災報知器のチェック、ナイフ等の鋭利な器具がどこにあるのか確認を行っている。

コミュニティの安全を守ることも職員の大きな役割であり、それにはハウスの周りに住んでいる地域住民との関係をどのように形成、維持するのが重要となっている。例えば、ハウスの中から叫び声が頻繁にあると、地域住民によって警察への通報や救急車を呼ばれることが少なからずある。地域住民はハウスマネージャー(日本でいうサービス管理責任者にあたる)に繋がる直接の電話番号を知っており、何かあったら電話をしてほしいとハウスマネージャーが依頼をしている。場合によっては夜遅くに電話になることもあるが、電話をして直接話をすることによって地域住民に納得してもらうことが出来る。場合によっては訪問をして、一緒にコーヒーを飲みながら事情を説明して理解を求めるといった事も行っている。

・キャラブローハウスの生活支援

キャラブローハウスは、メルボルン南部郊外の住宅地にある。周囲は一般住宅が建ち並んでおり、ハウスの外観は一般住宅とまったく変わらない。施錠はされておらず、入居者の出入りの管理は厳重ではないように見受けられた。ハウス内部の設備は一般住宅と同じであり、リビング、台所、トイレ、浴室が共用スペースとしてあり、そこに各入居者の居室5つがあった。また、裏庭があり、入居者が花や野菜を育てていた。一般住宅にない設備として、職員ルーム、個人の居室以外の共用スペースの一部に設置されたカメラがあった。各入居者の個室のアレンジは、入居者が自由に出来るようになっている。食事については、週6日は職員と入居者で分担して作る枠組みとなっている。残りの1日は入居者たちがそれぞれ自由に選択し、レストランに行く人もいる。料理をす

るといふことも、ハウスで学んでいったという方もいる。余暇でビリヤード等をしに行くなど、落ち着いた環境の中で自分の時間を過ごされている。入居者ごとに裁判所からの命令が異なるため、全く自由に外出等の活動ができる人や、外出時に職員が同行するなど様々ではあるものの、ハウス内の運営は入居者同士で話し合っ、ミーティングの持ち方や食事の内容などを決めることは自由に出来る範囲で行われている。入居者には免許を持っている方もおり、車で買い物に行くこともあるという。免許や車を持っていない方は、近くのスーパーに買い物に出かけられている。また、オーストラリアの健康保険制度である Medicare(日本でいう、国民皆保険制度である。歯科と眼科を除く殆どの医療に適用されている。Medicareには Levy といわれる負担金があるが、無収入の場合は免除される。通院治療であれば低額の自己負担、公立病院での入院治療は無料で受けることができる。失業手当のような一定の社会保障給付を受けていれば、通院治療の自己負担も免除される)を通じて、入居者は実質的に無料で医療を受けることができる(処方薬については、別途に費用補助制度がある)。

4. 課題

ACSO の取り組みによって、触法障がい者へのニーズに対応できているかと言えば、これぐらいあってもニーズを完全にカバー出来ていないというのが現状である。ACSO では、利用者が入所してから一定程度の治療的関わりを行い、サポートがついた形でコミュニティの中で生活をするステップダウンのような段階的な生活支援を行い、モニタリング等を徐々に減らしていき、コミュニティにある他のサービスに繋いでいくことを意識したサポートを行っているが、ACSO の運営する SSA を出て、地域の他の SSA へ移行する、あるいは公営住宅などを用いて自立生活へ移行するといった際に、本人が必要とする支援を用意することができないことが課題として挙げ

られている。

触法障がい者の支援にあたっては、支援員による訪問、外出の際の同行など、通常の SSA への職員配置では対応できないような形での支援が必要とされることが多い。そのため、追加で職員配置をする必要があるが、そのサポートワーカーの人件費が高額となってしまうことも、現状の悩ましい課題である。サポートワーカーのユニットコストは 1 時間で 40 ドル、24 時間のサポートを付けるとそれだけで 1,000 ドルかかることもある。ただし、サポートワーカーのユニットコストには事務経費等も含んでいるので、40 ドルがそのまま時給としてワーカーに支払われている訳ではなく、このことから職員への賃金的な問題も波及して起こっている。

触法障がい者を支援するハウスの数も現状では足りていない。DHS によって矯正治療を行う施設が指定されるのだが、その数は限られているのである。そうしたことから、ACSO が効果的に機能して入居者が次の段階の施設やサービスに移らないと部屋の空きが出来ず、ACSO が空かないと DFATS のような施設からも人が来られないので、DFATS も空かなくなるという、負の玉突き現象が発生してしまっている。また、DFATS からハウスへの移行というところでもかなり長期間にわたった事前のプランニングが必要とされる。特に DFATS を退所前の 3 か月～6 か月というのは集中的なプランニングが行われ、ケアプランの作成や、裁判所等による命令(オーダー)や制約がどのように加えられていくのか整理を行う。しかし、場合によっては「明日とにかく場所がある」という緊急的な連絡が入ることもあるが、それに対応できるだけの余裕が ACSO も持ちづらいということが現状である。

新たな障がい者施設を建てるとなった際、地域住民は何を作っているか知らせていない。建ってから説明会を開くという流れになっているが、25 年やっているが大きな問題になったことはない。しかし、万が一利用者が住民に対して何か問

題を起こしたとなると、その施設は閉鎖処分となる。その決定は政府が持っているが、最終的に施設を閉鎖するかどうかは、運営費を交付している州政府が判断することになる。施設の運営について、コミュニティも色々に関与をしたがってくるが、どこまで運営に関与させるかは課題となっている。

D. 考察

・処遇密度、保安レベルの高い施設から低い施設へと、支援対象者の状態変化に応じて段階的に移行する「ステップ・ダウン」による支援が意識されていた。ACSO が運営する特化型のグループホームは、DHS の Disability Forensic Assessment & Treatment Services (DFATS) が提供する施設内処遇と地域生活の中間に位置付けられるサービスとして機能していた。

・キャラブローハウスは、非行・犯罪行為に至った障害者への対応を専門とした SSA (グループホーム) である。日本国内では、このような特化型グループホームは存在しないが、特化型施設の利点としては、①スタッフの知識や支援技術の蓄積が望めること、②犯罪行為から回復という共通した支援ニーズに対応できること、③治療的な環境設定が容易になることなどが挙げられる。

・犯罪行為に特化した治療プログラムは、グループホーム外で犯罪心理などを専門とする臨床家によって実施されていた。生活の場と治療・心理教育の場は意図的に分けられていたが、この点については、グループホームに勤務する支援員の教育歴・臨床経験にばらつきがあるために、治療・心理教育の実施が難しいという事情もあるのではないかと考えられた。

最後に、本調査に協力いただいた Stan Pappos 氏、Matt Ferguson 氏をはじめ、ACSO に関わるすべての職員、利用者の皆様に心より御礼を申し上げます。

【別添1】質疑逐次録

Stan Pappos 氏より

Q.アマデルハウスの外に、一般の知的障がいほどのようなところに住んでいるのか？

一般的にはサポートニーズが高ければ、SSA(日本でいうグループホーム)が生活の場として一般的。入所施設が無いので。そこから地域に移行したいという場合、公営住宅を確保してそこにサポートをくっつけて住む。

新しいサポートの形として ISP (Individual Support Package) という個別化されたファンディングがある。サポートニーズによって上限額が異なり4つのレベルがある。その上限額の中で本人が必要なサポートを個別に購入することが出来る。自分がサポートを受けたいエージェンシーからサポートを受けることが出来る。そのISPのパッケージが取れば、それを使って支援スタッフの費用を支払って、住む場所は別途確保して生活する。

先ほどの女性2人を例にだすと、アマデルハウスがSSAにあたる。そこから出るにあたりサポートパッケージを使う。その際に3か月の猶予期間がある。新しい住居で馴染めなかったらSSAに戻ることが保障されている。

Q.3か月の間の家賃はどこが/誰が保障するのですか？

一般的にSSAの部屋をキープしておくコストは2週間で430ドル。これが一定の食費や公共料金をカバーするが、3か月キープ中はカバーされている。デパートメントがカバーしている。全体の予算額からみても大した金額ではない。そういうSSAの所有権はデパートメントが所有している。Rent(貸出)ではないので失うものもない。家賃をどこかに払わなければいけないというわけでもない。

・そういう意味で言うと、DFATSからハウスへの移行というところでもかなり長期間にわたった事前のプランニングをおこなう。特に(DFATSを)退所前の3か月~6か月というのはインテンシブなプランニングが行われ、ケアプランの作成や公的なオーダーや制約がどのように加えられていくのか整理を行う。そういった状況が一般的だが、場合によっては「明日とにかく場所があるんだ」という緊急的連絡が入ることもある。

・SSAというのは、所有権はデパートメント。デパートメントが中古住宅を買って改装するか新しく買うか。

運営は民間に委託する公設民営。建てるお金はたいしたことは無いが、運営費がかかるのが

大きい。デパートメントが直営のハウスもある。そこに行く人は、例えば日本でいう強度行動障害の人(処遇困難な人?)。

とにかく労災がうるさい、スタッフの労災申請がすごい。それをマネージするとなるととてもじゃないがコストが間に合わない。そのリスクをどうマネージするかが課題。

Q.スタッフはどこが雇用しているのですか？州？

スタッフはACSOが雇用。ACSOは民間だけどファンディングは州から来ている。

→NGOとiiつつNPOのような形態

Q.(触法障がい当事者の)ニーズはカバーできているのか？

これくらいあっても、ニーズを完全にカバー出来ていない。(ACSOから)次へ動いていく時のお金がないとか、コストが高い。サポートワーカーのユニットコストは1時間で40ドル。24時間ケア付けるとそれだけで1000ドル。

ハウスの数も足りてはいない。

Q.地域移行に当たっては一人当たりどれくらいのコスト？

バンドレベルが4段階あり、1だと年間1万、2だと2万5千、3だと5万。こういう人たち(触法障がい者)だとバンド3かそれより上の上限なしか。

・バンドはアプリケーションをして、それに対してどのパッケージを受けるのか決めるプロセスが決められている。以前はそれがリージョンレベルで決められていたが、今はそれをだれがどのレベルで決められるのか曖昧になっている。日本に比べると良い意味ではフレキシブルだが公平性の問題もある。

・ISPだったらDHSからお金が来るし、メンタルヘルスはDHからお金が来る。

6か月から4年という期間はACSOの会議で決まる。ケースによっては4年で終わらないこともあり、そうなること致し方ないが更新されていく。

Matt Ferguson 氏より

Q.自分の対象行為を入居者同士で話あったりはするか？

お互い話あっちゃったり、同じプログラムに参加したりで互いの対象行為が分かってしまう事もあるけど、基本的には殆どない。過去の犯歴を伝える事の意味とは。お互い意識しないようにしている。

Q.スタッフの方はどのようにかわるのか。日本では金銭管理や服薬管理といった関わりがあるが、ハウスのスタッフはどう関わるのか？

自己管理を推奨しているが、全体の管理はスタッフが行っている。お金に関しては、管理をする人が役所にいて別途行っている。スタッフが直接お金を預かるわけでない。法的にはスタッフが管理できるが、透明性を求められるので記録をしっかり付けたりスタッフと入居者の間でもめ事が起きたりするので自己管理を促した方が負担は少ない。スタッフの機能(役割)やレクリエーションの参加もオーダーの中に組み込まれている。本人の安全とコミュニティの安全双方を守ることを意識してスタッフは勤務している。

Q.日々の業務の中でスタッフはどのように申し送り等情報共有しているのか？

申し送りで細かく、今日何があったかとかを共有する。申し送りの書式としては、手書きやパソコン入力もあるが、チェックリストがあって、服薬したかどうかの確認やナイフとか鋭利な器具がどこにあるかの確認をする。火災報知器のチェックも。

Q.スタッフの男女比は？

スタッフは基本的に男女混合でいる。夜勤宿直は、知的障がいといっても重度の人はいないから、男女専門スタッフがいなきゃいけないというわけではない。

Q.プログラムはどこまで出かけている？

個人の心理士のところに行くし、プログラムを行っている事業所に行くし、みんな違うから一概にどこに出かけているかは言えない。

Q.ホームは基本的に生活の場？

家は家。リラックスコミュニティとしての機能。家で PRG やることもあるけど推奨はしていない。

Q.入居者同士の間でトラブルが生じた場合、入居者同士で解決するのかどうなのか？

トラブルがあったときはまず自分自身を守ってもらう。その時に救急車呼ぶか警察呼ぶか話をする。

それぞれのクライアントにアセスメント（個別支援）を行っているから、この人にはこういう対応が良いとかは事前に分かっている。だから基本的にはスタッフが介入する。個人個人でバックグラウンドは違うから、個別に対応を行っていく感じ。

◆ハウス内

Q.ご飯は各自で作る？

週 6 日は分担して作るスタッフと入居者で。残り 1 回は夜ご飯を自分たちで選んで、レストランに行く人もいる。

平成26年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
分担研究報告書

英国のMCA（意思決定能力法）における行動障害・触法行為の改善に関する研究

研究代表者 内山 登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科）
研究分担者 堀江 まゆみ（白梅学園大学子ども学部）
研究協力者 野沢 和弘（毎日新聞論説委員）
高橋 春菜（弁護士）
鈴木 正子（通訳・コーディネーター）

研究要旨：英国のMCA（意思決定能力法）における、行動障害や触法行為をする障害者に対する意思決定支援、ベストインタレスト（最善の利益）の手続がどのように行われ、行動障害や触法行為の改善がどう図られているのかを調査した。権利擁護機関の第三者代弁者（IMCA）などを中心とした意思決定の手続や手法、ベストインタレストに基づく代行決定のあり方などの具体例が明らかになった。

障害者本人の意思を中心としたケア（パーソン・センタード・ケア）の理念に基づき、パーソナルアシスタンスを活用した障害特性にあった環境設定や個別ケアが柔軟に行われていることがわかった。インフォーマルな資源の活用も積極的に行われており、予算の肥大化防止とともに障害者本人が共生社会を構成する一員として能動的に社会に参加できるような支援が実現されていることもわかった。

日本でも障害者権利条約批准の下、施設から地域生活への移行、成年後見からより権利性を担保する意思決定支援への転換が模索されている。また、障害者総合支援法の見直しの論議が2015年は行われているが、パーソナルアシスタンスや意思決定支援が焦点となっており、国内における制度改革にも多くの示唆を得ることができた。

A. 研究目的

英国のMCA（意思決定能力法）における行動障害・触法行為をする自閉症や知的障害者に対する意思決定とベストインタレスト（最善の利益）法則に基づく代行支援のあり方を調査し、日本国内における意思決定支援やパーソナルアシスタンスの導入や制度設計の検討に生かす。

B. 研究方法

英国政府や自治体の担当者及び権利擁護機関や障害者福祉サービスの提供事業所などを訪問しインタビューした。日程とインタビュー

対象者は以下の通り。

2015年3月16日

- ①イギリス保健省でMCA担当職員らと面談
◆ザンドレア・スチュワート（Zandrea Stewart）、成人向け社会的サービスディレクター協会（Association of Directors of Adult Social Services）の自閉症責任者
◆アマンダ・ゴードン（Amanda Gordon）、イギリス保健省社会的ケア部IMCA制度の監督・実施責任者
②ハウズロー・ロンドン特別区（London Borough of Hounslow）の職員らと面談
◆ジェームズ・ハーン（James Hearn） Senior

Commissioning Manager for Learning Disabilities

◆マーク・ブルムフィールド (Mark Blomfield)
Joint Commissioning Manager - Supported Housing

③権利擁護機関「VoiceAbility」のIMCAと面談

◆ジュディ・ウィナー (Judy Weiner)

17日 (火)

④権利擁護機関、IMCAの育成担当者と面談

◆スー・リー (Sue Lee)

⑤英国自閉症協会 (NAS) ラドブロークグループ自閉症センターを訪問

18日 (水)

⑥権利擁護機関 POhWER を訪問

◆ローアン・ダイソン (Roan Dyson) 事業開発担当役員

◆ジョン・ホイラー (Jon Wheeler) 事業運営担当役員

⑦英国自閉症協会 (NAS) 成人・コミュニティーサービス (サリー州・ロンドン南部担当) を訪問

19日 (木)

⑧メンタルヘルス財団 (Mental Health Foundation) を訪問

◆トビー・ウィリアムスン (Toby Williamson) 高齢者・認知症・メンタルキャパシティー担当

⑨障害者福祉サービス提供事業所サロック・ライフスタイル・ソリューションズ (Thurrock Lifestyle Solutions; TLS) を訪問

(1) 目的と成果

発達障害や知的障害のある少年や成人による刑事事件が時折マスメディアで取り上げられ世間の耳目を集めることがある。かつては殺人などの重大事件を起こした少年が精神鑑定で発達障害との診断が下されると、メディアが

こぞって障害名を大きな見出しに掲げた記事を掲載したこともあった。障害当事者団体などからの抗議もあり、最近はそうした報道は少なくなってきたが、発達障害・知的障害のある人による触法行為は相変わらず起きている。

その背景には発達障害・知的障害のある子どもたちが学校でいじめにあったり、教師の無理解から不適切な指導を受けて不登校や引きこもりに追い込まれたりしている実態がある。また、家庭内での虐待や不適切な対応で自傷他害などの二次症状を起こしている人も多い。家族もフォーマル・インフォーマルな支援に結びつかず、孤立感を深めている場合が少なくない。

2012年7月、に大阪地裁の裁判員裁判でアスペルガー症候群の男性が実姉を殺害した事件で、検察側の求刑(懲役16年)を上回る判決(懲役20年)が言い渡されたことがある。判決理由の中で「社会に受け皿がなく、できる限り長期間刑務所に拘置するほかない」との文言があり、関係団体から判決に対する批判が起きた。ただ刑務所に長期間服役させるだけでは矯正にも社会防衛にもつながらないことは言うまでもないが、しかし、こうした触法の発達障害者の「受け皿」が地域社会にはほとんど存在しないというのも否定できない事実である。

触法障害者の出所後の支援については地域生活定着支援センターが全都道府県に整備されているが、地域によっては十分に機能しているとは言い難い状況だ。出所後の処遇については知的障害者の入所施設が安易に選択されているとの指摘も根強い。一部のグループホームで献身的な矯正や地域生活支援に取り組んでいるところもあるが、コミュニケーションや認知機能に独特の偏りのある高機能発達障害者、自傷他害や職員への反抗など行動障害のある人はグループホームや通所施設からも敬遠される傾向が強いと言えるだろう。

2015年から長時間のマンツーマン支援を行う「重度訪問介護」の対象に行動障害のある知的障害・精神障害者が加わった。障害者総

合支援法の見直し作業が2015年現在行われているが、その焦点の一つはパーソナルアシスタンス事業の導入の可否についてである。パーソナルアシスタンスは各国ですでに導入されているが、その定義は必ずしも一様ではない。ただ、重度訪問介護に比べて利用場面の制限がなく、利用者側のコントロールの下、障害特性や生活の事情の都合に合わせて自由にヘルパーが使えることから、障害当事者の間では以前から熱望されていた。

イギリスにおいては行動障害のある発達障害者に対してパーソナルアシスタンスが有効に使われ、行動障害の改善や地域生活の安定に貢献している例がある。スウェーデンに比べて費用の膨張にも一定の歯止めがかけられており、今後の日本での導入の議論に多いに参考になるのではないかと思慮したところである。

また、判断能力にハンディのある障害者の財産管理や権利擁護のために成年後見制度が少しずつ広まっているが、本人に代わる代行決定を後見人に認めるなど権利制限の要素が強い我が国の制度は、国連障害者権利条約の「法の前での平等」（12条）原則に抵触すると言われており、いずれ見直し議論が余儀なくされるとの観測がある。

この点に関してイギリスは、2005年の「意思決定能力法（Mental Capacity Act, MCA）」で、従来の代行決定から障害のある本人の意思を中心としたケアを追求する抜本的な転換を図っており、どうしても意思決定の難しい人については本人をよく知る人々によるベストインタレスト（最善の利益）の追求について法的に定めたことで知られる。

触法障害者の出所後の地域生活や行動障害のある人に対するケアに関してMCAがどのような役割を果たしており、ベストインタレストをどうやって追求しているのか、その結果どのような成果が得られているのかについて知ることは、「地域の受け皿」の構築というだけにとどまらず、触法障害者の矯正や行動障害の

改善、さらには、地域で暮らすことが難しいと思われていた障害者をして”自ら能動的に社会にかかわり、人生を楽しむ主体”という新しいアイデンティティの確立を図ることにもつながっていくものと思われる。

今回のイギリス調査は、MCAを所管する保健省の担当官、地方自治体、MCAに定められた権利擁護活動を実施している団体、ベストインタレストの追求に携わる専門職であるIMCA（第三者代理人）などに面会しインタビューを行った。また、触法や行動障害のある自閉症の人の地域生活を支援しているNAS（イギリス自閉症協会）の現場も視察した。現在日本国内で紹介されているMCAの理念や制度解説では必ずしも明らかにされていない実情や課題、新たな模索や今後の可能性についても知ることができた。

今後の日本の障害者総合支援法の改正や成年後見法の見直し論議において有意義な知見が得られるものと期待される。

（2）地域生活

いまだに12万人もの知的障害者が入所型の施設で暮らしている日本とは異なり、イギリスでは古くからノーマライゼーションの理念に基づき、大規模入所施設はほとんど存在せず、障害者の地域生活の福祉資源が整備されてきた。

障害者本人に必要な分の福祉サービスを購入する予算を提供するダイレクトペイメント（ダイレクトバジェット）によって、パーソナルアシスタンスを自ら雇用し、あるいはパーソナルアシスタンスのサービスを購入し、地域での一人暮らしの実現が進められてきた。1人暮らしが難しい人はグループホームのような共同住居（レジデンシャルケア）が受け皿となってきたが、自由のない集団処遇の一類型のように見られ否定的に語られることも多い。

また、中高年の夫婦が「里親」のように自閉症の人を引き取り、家族のようにして一緒に暮

らす「シェアード・ライブズ」という制度が最近注目されている。「里親」には公的補助金が出るが、施設整備費や専門スタッフの人件費に比べれば少ない予算で済み、しかもより自然な生活環境の中で暮らすことができるため、障害者本人の満足度も良いと評価されているらしい。

パーソナルアシスタンスも必要な場合は複数のスタッフが24時間付く場合もあるが、スウェーデンに比べればかなり限定的に使われており、日中活動の福祉資源や一般の社会資源との組み合わせで効率的に使われているため、費用の膨張に歯止めがかからないという問題は起きていない。

「集団処遇から個別ケアへ」「障害者本人の意思を中心にした生活へ」という原則に基づいた政策の方向性が一貫してうかがわれる。

これらが日本国内で一般的なイギリスの障害者福祉のイメージではないだろうか。今回の調査ではイギリス国内において知的障害や発達障害の人々が具体的にどのような暮らしの場にいるのか、その一端をいくつかのインタビューの中で聞くことができた。

外国の進んだ制度を日本国内に紹介するときには起こりがちなのが、最先端の政策や制度の優れた面を過度に強調することであろう。イギリスでも先進的かつ効率的な制度が数多く見られるが、実のところは知的障害者の多くが今でも親が手元に置いて暮らしているともいう。そして、地域生活支援をする事業所からは「親はトラブルにならないかと心配で何かにつけ保護的になる。親から本人を切り離すことが大事だ」などの声も聞かれる。93歳の父親が50歳の知的障害のある息子と同居しており、親亡き後の生活についての取り組みが議論になるなど、日本と基本的な状況は大きく変わらないのではないと思われる。

また、今でも3000人～3500人の重度知的障害者が病院に入っているといい、現在の政府はここに焦点をあて、どうやって地域に戻

すかに取り組んでいる。しかし、家族の多くは地域に戻ってきて欲しくないと思っており、自治体も費用がより安くまかなえる地域に戻りたいが、複雑なニーズをもつ人に対する地域資源の開発が追いつかないので、移行がなかなか進まないとも言われている。

もともと1970年代までは最大で8万人の障害者が病院に收容されていたが、長期收容型病院は次々に閉鎖されていった。ところが、刑務所には10万人の知的障害者が收容されているとも言われており、病院から刑務所へ移行しただけではないかとの批判もある。

ウィンターボーンビュー事件という施設内虐待がきっかけとなり、收容施設から地元の自治体へと障害者を移行させるべきだとの流れが加速してきた。

ロンドン市内の区の一つであるハウズロー区は人口25万人。福祉サービスを受けている知的障害者は約600人。そのうちレジデンシャルケア（上限10人程度が共同生活する、ホテルのように自分でキャンセルすることができる）が160人、サポートッドハウジング（自分の部屋や家にケアする人が来る。賃貸借契約を結び家賃を払わねばならない。風呂やトイレが共同の場合もある）が100人。病院が6人、残りは家族と同居しているか自立生活をしている。

1人暮らしをしている人には24時間ケアもあり、日中の外出に2人の支援者をつける人もいる。センターに24時間職員が常駐し、問題があったら電話を受けたり、ベッドから落ちたらアラームが鳴るようになったりする。最も費用のかかる人は1時間12ポンド。支援者のスキルに応じて単価が違う。病院の平均費用は、1人500ポンド（1日）。24時間ケアは莫大な費用がかかると思われるかもしれないが、病院に比べたらコストは低いという。日中活動も利用しているのでヘルパーがずっと付いているわけではない。

シェアード・ライブズの利用者は6人。「里

親」になりたがる人は大勢いる。動機はお金であったり、知的障害者との経験を得ることだったりする。特別な資格は必要ないが、過去の犯罪記録についてはチェックし、養成研修をしている。

また、区外に施設に150人がいる。日本の「都外施設」のように自治体の都合で区外の施設に入れたのではなく、子どものうちから重度障害者のための寄宿舎に行った人や、環境がいいからとの理由で家族の判断で出て行った人もいる。区はそうした人々を戻すことを考えている。病院に入っているよりも費用も少なく済むという。

(3) MCA (the Mental Capacity Act)

イギリスの成年後見制度を定めた「2005年イギリス意思決定能力法」(MCA=the Mental Capacity Act)は判断能力の不十分な人々に対する意思決定支援について定めた法律だ。

日本もそうだが諸外国の成年後見制度は、自ら意思決定できない人々に代わって法的権限を与えられた者が意思決定する「代行判断(substituted judgement)」を主な内容としてきた。

MCAはこれを改め、本人に対するエンパワメントとコミュニケーションスキルの向上による「意思決定支援」(supported decision-making)へと大きく切り替えた。それでもどうしても本人が意思決定することが難しいと判断された場合には「ベストインタレスト(最前の利益)原則」に基づいて代行判断を認めている。ただし、代行決定の必要性は認めながらも必要最小限にとどめることが求められている。

同法は契約締結の代理のような法律行為だけでなく、日常生活を送る上で必要とする種々のサービスについても対象としている。医療従事者、ケアスタッフ、自治体職員、日常生活の援助者にも適用される。

言葉によるコミュニケーションができない、悪質商法の被害にあった、触法行為や自傷他害などの行動障害のある一というだけでは「意思決定能力がない」とは認められない。身体的・社会的な脆弱性があるということと意思決定能力がないということを同一視しない点がMCAの特徴である。同法の1条に規定された以下の「5原則」にMCAの人間観(障害観)が象徴されているとも言える。

- ①意思決定能力がないという確固たる証拠がない限り、意思決定能力があると推定されなければならない
- ②自ら意思決定できるよう可能な限りの支援を受けた上で、それでもできなかった場合のみ、意思決定ができないと判断される
- ③客観的には不合理に見える賢明でない意思決定を行ったということだけで、本人には意思決定能力がないと判断されることはない
- ④意思決定能力がない本人に代わって意思決定するには「ベストインタレスト」に適うようにしなければならない
- ⑤ベストインタレスト原則による意思決定においては本人の権利や行動の自由を制限する程度がより少なく済む選択肢が他にないか考慮されなければならない

本人のケアに実質的に関わってきた人、本人の福祉を最も真摯に考え、かつ実現できる人々(家族、担当医師、担当ソーシャルワーカー、友人)らが持っている「本人に関する情報」を最大限に集めた上で、本人にとってのベストインタレストを多角的に探究することが求められる。これをインクルーシブ・アプローチという。

ケアに関する日常的な決定や専門家による医療行為の実施は、必ずしも法定後見人(deputy)によらず、厳格な手続きに則って現場の責任ある裁量で行う。最終的に決まらない場合は、法定後見人に優先して、保護裁判所が意思決定に困難を抱える人々に代わって重大

な問題（医療行為、住居の変更）決定を行う権限を有する。

意思決定能力がないとみなされた人について、①重大な医療行為、②長期にわたる入院・入所、③「自由剥奪のためのセーフガード（Deprivation of Liberty Safeguards; DoLS）」の手續きが必要な場合、かつ、本人の周囲に本人の意思決定を支援したり意思や利益を代弁したりする家族や友人がいない場合、第三者代弁人（IMCA）が本人のベストインタレスト（最善の利益）を追求する場面に立ち会う。IMCAは本人のことをよく知る人々から話を聞き、報告書を代行決定者に提出する。IMCA自身が代行決定をするわけではない。NHSや地方自治体はIMCAから提出された報告書を十分に参考にすることで初めてサービス提供できることが法的に認められる。

（４）行動障害・触法とMCA

自傷他害などの行動障害のある人は日本では家族が疲弊しながら家庭内で対応しているケースが多く、自閉症を専門的に処遇しているところを除いて、一般的な入所施設では敬遠される傾向が強い。ケアホームでは一部の先進的な取り組みをしているところ以外では受け入れてくれるところはほとんどなく、むしろ穏やかに生活していた人がケアホームに入って行動障害を起こすようになり家族に引き取りを要請することもある。

地域で暮らす行動障害のある障害者の個別介助として行動援護という制度ができたのは障害者自立支援法が始まってからだ。国による行動援護研修や強度行動障害に対応できる職員研修なども最近始まったが、研修履行者はまだ多くはなく、どの程度のスキルが身に付いているかの評価もまだ定まっていない。地域によっては行動援護の事業所すらないところも少なくはない。

医療ケアの必要な身体障害者などを対象に長時間の個別介助が行われる重度訪問介護と

いう制度が、行動障害のある知的障害・精神障害の人にも利用可能になったのは2014年度からである。もともと報酬単価が低く、専門的なスキルが決して高くはないヘルパーによる長時間の個別介助（見守り）には慎重な意見も根強い。

触法障害者の場合、矯正施設から出所すると地域生活定着支援センターによる特別調整の対象となるが、多くは入所施設や無料定額宿泊所に送り込まれているのが実情で、一部のケアホームで触法障害者を引き受ける例はあるが、「地域での受け皿はない」と言っても過言ではない。

重大事件を起こして服役している、ある高機能発達障害者の場合、矯正施設内でも障害特性に特化した矯正プログラムを受けておらず、家族や矯正施設のソーシャルワーカーが退所に向けて、地域での生活を望む本人の希望に沿った支援体制を整えようとして、精神鑑定をした医師や出身地の発達障害者支援センターに協力を要請しても拒否されている。実姉を殺害したアスペルガー症候群の男性に対する大阪地裁判決の「地域に受け皿がない」との指摘はあながち間違っていないばかりか、この判決が出てから3年経っても事態はあまり変わらないのではないだろうか。

イギリスではMCAによって行動障害や触法の障害者がどのように本人の意思決定支援を行い、地域生活を支援できているのかは本調査の核心と言ってもいい。

MCA以前から権利擁護活動を行い、第三者代弁人（IMCA）の養成にも携わっているスー・リーさんからは以下の2例の話を知ることができた。

【例1】 重度自閉症の男性

言葉のない自閉症の男性で、自宅で親と暮らしていた。問題行動がかなりあり、大家族で住んでいたが自宅で面倒が見きれなくなってきたので、アセスメントセンターに行ってアセス

メントをした。本当にニーズがあるのか、どこに住むのがいいのかを調べるためだった。私は自治体から委託されたアドボケートとして彼に会った。家族がいたのでIMCAのケースではなかった。彼の住んでいる自治体が「アドボケートが必要だ、なぜなら彼は言葉がないから」と要請してきた。

私は、彼が他の人と住むのは難しいと判断した。家族とはいい関係だった。アセスメントセンターに入所中、彼はスタッフと一緒にサッカーを観るのが好きだったが、他の入所者とは仲良くなれなかった。「2～3人の小さい家に住むべきだ、彼には広いスペースが必要で、誰も来ない場所が必要だ」と私は提案したが、自治体はぴったりの場所が見つからないので苦労した。ようやく一つ見つけたが、私はそこではうまく行かないだろうと思った。

そこで、私は自治体家が家を購入し、そこに24時間ケアを付けて住むことを提案した。自治体は、当初はコストがかかるので嫌がったが、最終的には私の提案に賛同してくれて家を用意した。24時間ケアで、スタッフも彼と合う人を選んだ。パブに行ってサッカーを観たりしている。彼のために特別に見合ったサービスをみんなで作ったのだ。

当時の私の立場は、自治体からの公的費用をもらって働くアドボケート。すでにIMCAは導入されていたが、彼には家族がいたのでIMCAの適用対象ではなかった。親は常に子どものためにと考えているが、中立的な判断するのは難しい。もっとIMCAの適用範囲を広げべきだと思っている。

【例2】てんかんのある女性

230人の巨大で特殊なケアホームに住んでいた女性は言葉がなく、てんかんを持っていた。学校の寄宿舎からずっと住んでいた。その中で転居を繰り返していた。他の入所者を傷つけるなどの問題行動があったので。家を改造してパーティションを設けて一人で暮らせる

ようにしたが、ある夜、ドアを通して他の入所者を押し倒して入院させてしまった。

自治体はもともとの自治体に帰るべきだということだったが、親は現在の自治体にとどまっていた。ケアホームは鍵をかけて「自由の制限」をしていたが、自治体は「自由の制限」を4週間に限って認めた。

まず、「ベストインタレスト会議」が開かれた。私は彼女の立場にたった。自治体が彼女の能力アセスに訪れたりしたので、彼女は状況が変わったことを察知して不安になり、問題行動が増えていったように思われた。ケアホームから「暴力が増えたのでこれ以上ここにはいられない」といわれ、出るようになった。父親が病気なので家に戻すわけにはいかず、かつ、すぐに決めなければならなかった。

確かに、その施設に長期間住んでいるので、住み続けることがふさわしいのかもしれない。そのようなアドボケートをするべきか。しかし、問題行動も増えて逃亡もしており、これは、彼女にとってふさわしくないところだ、と表現しているのではないかと考えた。だが、親からは、親の希望に添ってくれることを期待されていた。親は私の第三者性を理解してくれず、「なぜそんなことをいうのか」と言われた。

結果として、第三の自治体に転居させた。海が好きなので、海の近くの自治体で、他の二人の女性と一緒に住ませた。問題行動は全く収まった。他の二人とはとても良くなった。海辺の近くの家で24時間ケアを受けている。てんかんがあるので、1対1のケアを受けていた。夜には15分おきにチェックされる。マットレスの下にアラームがあり、発作が起きたらセンサーで別の大きなケアホームにいる看護師が駆けつける。地域に行くときは2～3人が介助に付くこともあった。グラスを並べ替えたりする強迫障害があるし、子どもが嫌いで蹴飛ばしたりするので。スタッフが予測しながら介助している。

彼女が住んでいるところはサポータードリ