

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

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

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・ブロムフィールド(Mark Blomfield)
Joint Commissioning Manager - Supported Housing

権利擁護機関「VoiceAbility」の I M C A と面談

ジュディ・ウィナー (Judy Weiner)

17日(火)

権利擁護機関、I M C A の育成担当者と面談
スー・リー (Sue Lee)
英国自閉症協会 (N A S) ラドブローググループ自閉症センターを訪問

18日(水)

権利擁護機関 P O h W E R を訪問
ロアン・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
英国自閉症協会 (N A S) 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)

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
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議論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収容されていたが、長期収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収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、収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舍に行った人や、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て済むという。

(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 - - 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。

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

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

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

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」に合うようにしなければならない

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、重大な医療行為、長期にわたる入院・入所、「自由剥奪のためのセーフガード（Deprivation of Liberty Safeguards; DoLS）」の継続が必要な場合、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例の話を聞くことができた。

【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だったが、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、中立的な判断をするのは難しい。もっとIMCAの適用範囲を広げる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ほしいと思っていた。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、出ることになった。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

ピング。お金がかかると思われるだろうが、施設にいたときよりもコストは低い。施設では看護師や心理士などの専門職を配置している。彼女はパーソナルアシスタンスを受けている。みんなは、てんかん専門の支援があるところでなければならぬと思っていたが、そうではなく、服薬が管理できればよいことがわかった。

(5) NAS (イギリス自閉症協会) と触法障害者支援

イギリス国内最大の自閉症支援団体で学校や施設を多数運営し、調査研究活動、権利擁護活動も活発に行っているのがNAS (イギリス自閉症協会) である。かつては触法の発達障害の「ヘイズ矯正施設」を運営していた。

今回の調査ではロンドン市内で高機能発達障害の人々が集まって「死刑制度」「宗教と社会」について討議するソーシャルスキル・トレーニングを見学させてもらったほか、サリー州にある「リンデンハウス」で自閉症の人たちが映画のシナリオを書いたり、絵画を描いたりする日中活動の場を見学させてもらった。

リンデンハウスではMCAが施行される以前から地元の警察や裁判にさまざまな場面で関わってきた。逮捕された場合や裁判所に、自閉症の専門家として参加し、警察官や拘置所職員へのトレーニングを行ってきた。自閉症の人の中には白い壁は反射して感覚過敏が刺激されるので部屋を変えるよう要請したりする。自閉症の人は警察の言葉を理解できないことがある。たとえば「charge」は「告訴する」「起訴する」という意味だが、彼らは「充電される」という別の意味で受け取ったりするのだ。

取り調べの付き添いであるAA (アプロプリエイト・アダルト) もやる。「criminal justice autism meeting」は年に3回開かれる司法関係者の会議で、逮捕されて拘置所にいる人にどう接すればいいかといったことを議論している。たとえば、視線を合わせないからといって、嘘をついているとは理解しないように捜査官に

伝えたりしている。警察が身体を触ることによって問題行動が起きるのだということを裁判で説明したこともある。警察が自閉症協会に助けを求めて来ることもあるという。

リンデンハウス職員から触法障害者の支援について具体例を聞くことができた。

【例3】放火の男性

2箇所放火して17年ブロードモア高度保安病院にいた人のケアをしたことがある。自分で自分の目について盲目になった人で、自閉症だとは長年気づかれなかった。NASでライフスキル (感情のコントロール等) を学び、14年経ってもまだNASのデイサービスなどを受けている。

10人のレジデンシャルケアに住み、盲目なので外出時には支援者がつく。

精神保健法に基づく措置として転居の自由を制限され、たばこを吸うのだが、マッチやライターを持つことは禁じられている。当該制限については、毎年レビュー会議を開いている。その場に彼の母がアドボケートとして出席している。

パーソナルアシスタンスではなく、活動毎に違う人がついていて、夜間は最低でも3人がついていて、これはレジデンシャルケアに課せられた要件でもある。

・最初の数ヶ月は問題行動や妄想がかなりあった。ブロードモアで、他の患者から学んでしまった。廊下を行ったり来たり、目をたたいたり大声で叫んだりするが、構造化されたサービスがあることで問題行動が減る。彼特有のコミュニケーション方法のガイドラインをつくり、「ダイレクトランゲージ (明確な言葉遣い、丁寧に言い過ぎない) をすればわかる人」などと書かれている。

ブロードモアでは問題行動は悪化した。非常に感覚過敏があるのに、衣服を選べない。また、彼は偶数が好きで、目を叩くときにも19回ではなく20回叩く。ブロードモアでは彼の障害

特性に関する理解がなくて、奇数で止めようとして失敗に終わったりしていた。

「問題行動が激しい」とレッテル貼られた人が来て、構造化された対応をすればそれほどたいへんではないことが多いといい、NASは行動障害のある人の支援を多数行っている。たとえば、庭の汚いガラスを捨て、手首を傷つける女性がいる。本人にとっては自傷の必要性というものがあるのだから、彼女に清潔なはさみを渡して使わせるようにした。そうすれば、ガラスでは何度も切りつけていたのが、一度か二度の切りつけで済むようになった。ひどい話のように聞こえるかもしれないが、汚いガラスで何度も切りつけることを考えればまだと考えている。その後、もちろん手当もする。

パーソナルアシスタンスは、障害者がダイレクトペイメントによって自分で介助者を雇う場合、ずっと1人の介助者が付くことが多いが、それよりもグループで支援する方が良いとNASでは考えている。なぜなら、支援者個人がつぶれたときのダメージが少ないからだ。家族や各方面からプレッシャーを受ける仕事なのでつぶれるリスクは少ない。

問題行動については、心理学のバックグラウンドのある人（学者ではないが勉強した人）がここには3人いる。たとえば「不安がある」という人には、グループセラピー、コーピングスキルを行う。

behavior coordinator のジニーによると、6～7人で不安解消セッションを開いている。方法論としては、呼吸テクニック、日記、視覚化（静かな場所を思い浮かべる）など各人にあわせている。たとえば、ある人は、いつもと違うことをさせると問題行動につながるので、週5日間同じ時間割にしている。各人特有の「やり方」= 価値、物事の順位付け、スケジュールングを理解することが大事だ。彼らの周囲では理解してくれる人が少ないのだが。

「NASにとってMCAのインパクトはなかった」という。以前からベストインタレスト会

議を開いていたし、そもそも自由の制限はしていない。帰りたいときには帰らせる。たとえば、ほかの人を叩きはじめたら、帰りたいのだと理解して帰すようにしている。

恋愛、性について興味のある人はいる。特定のパートナーがいる人もいるが、われわれは性に関する支援は専門ではないので、「Consents」という専門の会社を使っている。大人のおもちゃを使って、性的欲求の発散方法を教えたりする。そうでないと所構わずに性的な行動をしたりするので。

（6）アドボケート機関による触法障害者支援

イギリス国内にはMCAに定められた権利擁護のサービスの委託を受けている大小さまざまな機関が多数存在する。そのうち国内ほぼ全域に事業所を構える「POhWER」という機関を訪問し組織や活動内容について話を聞いた。触法障害者が収容されている保安病院にも同機関の職員が勤務し、退院に向けた調整を担っているという。また、POhWERに次ぐ規模の「VoiceAbility」という機関の第三者代弁人（IMCA）のジュディ・ウィナーにインタビューし、意思決定能力にハンディのある重度知的障害者らのベストインタレスト（最善の利益）の追求におけるキーパーソンであるIMCAの実情について詳しく聞くことができた。

国連障害者権利条約の批准によって、日本国内でも意思決定支援の制度化や成年後見の見直しが迫られているが、その際に議論の核心部分になるのが判断能力や意思決定能力にハンディのある人の意思をどのように汲み取り、財産管理や居住場所の決定のような法律行為や日常の事実行為を障害者本人の意思に基づいたものにしていくかであることは言をまたないだろう。

イギリスのベストインタレストについても国連障害者権利条約委員会から異論が呈せられ、また、MCAの運営実態に関する評価や調査を行っているメンタルヘルス財団によれば、

ベストインタレストの約1割は法的な要件を満たさずに行われているという問題も指摘されている。ただ、どんな重度障害者にも意思はあり、その意思の確認に周囲の人的資源を結集して迫っていこうという理念やシステムには日本も多いに学ぶべきものがあると思われる。

POhWER

スタッフ約300人(うち250人がフルタイム、50人がパートタイム)。イングランドの3分の2で事業を提供している。業務内容は NHS の医療に対して不満がある人へのサービス コミュニティーアドボカシー IMHA IMCA など。

照会してくる機関は、レジデンシャルサービスだったり、自治体だったりする。照会に対して調査を断ることはできないが、必要性和問題の質によって、照会の重要性を判断する。ソーシャルワーカー、看護師をトレーニングすることもある。例えば、病院からレジデンシャルホームに伴い IMCA を呼ぶ場合には、転居の一日前ではなく、もっと前に呼んでもらえれば、どういうところに住みたいか、都会のレジデンシャルホームか海辺の田舎かを調べられる。だから、医療スタッフを啓発して、早めに IMCA を呼ぶようにと教育している。刑務所へのアドボカシー、薬物依存・アルコール依存のグループへのアドボカシーも行う。

刑務所の環境、状況のせいで、難しい。刑務所は独立しているので、外部の者を受け入れにくいということがある。刑務所にいる人、コートダイバージョン、刑務所から保安病院に移った人。アドボカシーのプロセスをとおして、セーフガードを確保しなければならない。本人のアドボケートでは、なぜここにいるのか、刑務所に行くのかを理解させる。なぜ保安病院にいるのかを説明する。病院の中でなお犯罪行為をする人もいる。ブロードモアの手厚い支援とは別に、さらに、POhWER が自治

体からお金をもらって支援を提供している場合もある。それは契約による。私は前職でブロードモアにいたが、アドボカシーの質によるのだ。IMCA は、どこにしようと自治体が払わねばならない。IMHA は違う。

ウィンターボーンビュー事件によって、人々は地域に帰るべきだと言われるようになった。これは、自治体にとってはチャレンジだ。地域に資源がないから。先週のロンドンのある自治区の例では、150人が基準を満たしていたが、3人しか地元に戻れなかった。資源が足りないので、民間会社が施設を作ろうとしている。大きな施設ではなく、小さな施設を。例えば、バンガローの集まりで、各バンガローには人が住んでおり、中央コードヤードがあって、各バンガローについているカメラでスタッフが監視しており、なにか有ればスタッフが飛んでくるというもの。

ジュディ・ウィナー

IMCA が使われる場合は次の5つに分類される。居住地を移転するとき 医療上の重大な決定をするとき 「自由剥奪のためのセーフガード (Deprivation of Liberty Safeguards; DoLS)」の手続きが必要な場合。以上の3つは、要件に当てはまるときには IMCA が義務的につけられる。Accommodation、虐待のときとして。以上の2つは任意的につけられる。

医療上の重要な決定については、意思決定者は通常医師である。「重大な」という条件は、治療をすること、治療を止めることである。「重大」性を判断するには、利益と不利益のバランスを見る。本人にとって重大な決定であれば良い。例えば、針を恐れる自閉症者であれば、単なる注射であっても重大な決定に当たりうるのだ。問題は、医師は常にそう考えるとは限らないこと。本人にとって重大な決定で本来 IMCA を呼ぶべき状況でも、呼ばないことがあることだ。

居住地移転の場合、意思決定者は通常ソー

シャルワーカーである。要件としては 長期の移転、すなわち、病院への入院であれば 28 日間以上、ケアホームへの移転であれば 8 日間以上。「ケアホーム」というのは、支援付き住宅の全てを含む。グループホーム、ナーシングホームを含む。但し、レスパイトは含まない。NHS、ソーシャルワーカー、自治体のどれかが支援決定をするとき。

自由の剥奪の場合については MCA より後にできた新しいもの。「セーフガーディングプロセス」として、会議をして安全性を話し合うプロセス。ケアホームでは、意に反して住んでいる人がいる。ケアホームは、そこに居住する人々が彼らのベストインタレストに基づいて居住している、ということを実証しなければならない。はじめは、出て行きたい意思を表明している人だけが対象とされていたが、2009 年のチェシャーウェスト事件をきっかけに法律が変わり、たとえ入所に不満を述べていないとしても、継続的なコントロール下に置かれている人のうち、「自己の医療またはケアのための取決めに同意する能力を欠く者」、つまり相当な人数が対象となった。

IMCA の役割は、まず本人に会うこと。何もわからないと思われる人でも、何かしらの情報は得られる。例えば、認知症者で会話がなくても、ずっと同じ事柄をつぶやいていれば、それが本人にとって重要な関心事項なのだとわかる。次に、あらゆる記録を読みこむ。宗教、外出が好きか等、様々な情報を集める。意思決定者に会って、どんな選択肢があるかを教えてもらう。例えば、ソーシャルワーカーから「ケアホームは遠くにしかない」との情報をもらえる。

IMCA は、考慮に入れるべき事項を収集し、報告する。意見を述べるのではない。そして、意思決定に対して不服を申し立てることもできる。不服申立は、まずは自治体へ述べる。意思決定者の決定にエビデンスがあるかということが重要だ。自治体は予算を考えがち

だが、費用は考慮に入れてはいけない。それでもだめだったときには、保護裁判所に審判の申し立てを行なう。そうすると、意思決定者が裁判所が変わる。裁判所には公的ソリシターがいる。今まで私は保護裁判所への申立をしたことはない。

(7) 日本の権利擁護・福祉サービスとの比較・考察

行動障害や触法行為のある障害者に対し、現在日本にある福祉サービスとしては 重度訪問介護（外出時においても介護を要する四肢麻痺の障害者、行動障害を有する者が対象） 行動援護（行動障害を有する者が対象） 生活介護（地域や施設において安定した生活を営むため常時介護等の支援が必要な者が対象） 居宅介護 などがある。

どのような福祉サービスをどのくらいの量で提供するかについて市町村が支給決定する際には、2015 年からサービス利用等計画が作成されることになった。まず、認定調査員による訪問調査や主治医の意見書をもとに「障害支援区分」が認定され、必要であれば市町村審査会の意見聴取（本人からの意見聴取も必要なら行うことができる）をして支給決定が行われる。それに基づいてサービス利用計画が作成される。不服があれば審査請求が可能であるほか、半年置き程度の間隔で見直し（モニタリング）が実施される。

しかし、現実にはサービス利用等計画の作成に当たる相談支援のスタッフが質量ともに不足し、家族や事業所から形式的に話を聞いておざなりな計画が作成されるケースが多く、言葉によるコミュニケーションが難しい重度の知的障害者の場合は本人の意思を確かめる発想すらないまま家族の意向を聞いて計画が立てられているのが実態とも言える。イギリス MCA における意思決定支援やベストインタレストの追求の理念や手続、現場での実践とは雲泥の差があることを認めざるを得ない。

また、自傷他害などの行動障害のある人の場合は入所施設やグループホームから敬遠されることが多く、家族が疲弊し傷だらけになりながら家庭内で対処せざるを得ず、自治体担当者や相談支援スタッフが引受先を探すのに苦労しているのは珍しくない。自傷他害などの行動障害に対しては身体を押さえつけるなど身体拘束をしなければ対処できない現場が多く、それが職員の自信やモチベーションの喪失につながり、虐待の温床を生んできたといっても過言ではない。

しかし、障害者本人はどのような暮らしを望んでいるのかという最も中心的に考えられねばならないことが抜け落ちたまま、場当たりのな身体拘束によって行動障害をエスカレートさせてきた面はないだろうか。2007年の精神保健法改正を受けて、MCAの一部を改正する形で新たに導入され、2009年4月1日に施行された「自由剥奪セーフガード (Deprivation of Liberty Safeguards : DoLS)」の手続きが必要な場合が新たにIMCAの任務に加えられた。直接的な身体拘束だけでなく、施設されるグループホーム、24時間の見守りも障害者本人の自由を拘束するものとして適切かどうかをチェックされることになった。

日本では障害者虐待防止法(2009年)によって真に理由のない身体拘束を虐待の一つとして法的に初めて位置づけ、厚生労働省のガイドラインで必要性の判断や身体拘束した際の手続きについて定められた。身体拘束をなくすための強度行動障害に対処する研修を国が実施しているほか、現場の福祉施設等でも行動障害への対応の研修が行われるようになってきた。同法施行前に比べて虐待や身体拘束に対する認識は改善されつつあると言えるが、イギリスMCAの厳密さを見ると、まだ道半ばの感は否めないだろう。

〔参考文献〕

菅富美枝：イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理 ベスト・インタレストを追求する社会へ、ミネルヴァ書房、2010年

菅富美枝：障害(者)法学の観点からみた成年後見制度 公的サービスとしての「意思決定支援」 法政大学大原社会問題研究所雑誌641, 59-77、2012年

橋本有生 イギリスの「自由剥奪セーフガード (DoLS)」規定の導入(2007年)に影響を与えた欧州人権裁判所の法理 早稲田法学会誌 65(1) 303-351、2014年