

精神障害者の成年後見制度 ハンドブック

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

Japanese Association of Psychiatric Social Workers

発刊にあたって

成年後見制度が導入されて17年、成年後見人等の担い手の不足、親族のみならず専門職後見人による財産の着服などの不祥事、家庭裁判所の監督の不十分さなど、精神障害者をはじめとして判断能力が衰えた人々の権利を擁護し、生活を支援する仕組みであるはずの成年後見制度はその負の部分ばかりが強調されているように感じます。

しかしながら高齢社会の到来、地域社会・家族基盤の脆弱化等社会状況の変化に加え、地域包括ケアの推進、病院・施設からの地域移行などの政策の変革によって成年後見制度はそれを支える重要な社会資源と言えます。殊に精神科医療の変革を受け、長期に入院していた患者さんたちの地域移行・地域定着を支える資源の一つとして、また長く親の庇護下にあったものの親の高齢化や死亡により急きょ単身生活をせざるを得なくなった精神障害者の暮らしを支える資源としても、大きな役割を果たすことを期待されています。

一方精神保健福祉士はいつも、精神障害者の自己決定の尊重と、やむを得ず権利を制限せざるを得ない状況のはざまで葛藤しています。成年後見制度はその葛藤がもっとも見えやすい枠組みの中にあると言えます。しかし自己決定の尊重を存在の根拠としてきた精神保健福祉士には、意思決定能力がないことを前提とする後見類型を含む現行の成年後見制度の課題に向き合い、自己決定支援に向けて最大限の努力を払う義務があります。このガイドブックはそのプロセスを支える道標となるでしょう。

精神保健福祉士は成年後見人としての社会的要請ばかりでなく、成年後見に携わる家族や他の専門職種からもその専門性に基づく知識や技術の提供を求められています。この小冊子が成年後見制度に関わるすべての人にとって座右の書となることを確信しています。

【本冊子で用いる表現について】

精神障害がある人の意思決定の支援について、現在「自己決定支援」及び「意思決定支援」の表現が用いられています。本協会ではご本人の「自己決定の尊重」を精神保健福祉士の倫理原則として長く大切にしていることから、本冊子では「自己決定支援」の表現を主として用いています。

発刊にあたって 1

第1部 精神障害者における自己決定(意思決定)支援と代理権の行使 … 4

- 1 精神障害の特徴 4
- 2 精神障害者の生活 8
- 3 自己決定(意思決定)支援の必要性和必要最低限の権限行使 12
- 4 日本精神保健福祉士協会
認定成年後見人ネットワーク「クローバー」の活動 15

第2部 精神障害者への成年後見実務…………… 19

- 1 身上監護の留意点 19
- 2 財産管理の留意点 22

第3部 精神障害者が置かれている環境と成年後見制度の必要性…………27

- 1 成年後見制度の申立て支援 27
- 2 精神科病院・入所施設における成年後見制度の活用例 29
- 3 在宅における成年後見制度の活用例 35

第4部 日本の成年後見制度に必要な視点…………… 41

- 1 成年後見制度の課題 41
- 2 成年後見制度への提案 44

おわりに 47

精神障害者における自己決定(意思決定)支援と代理権の行使

1 精神障害の特徴

(1) 法律における精神障害の定義

「精神障害」については法律や診断基準によって様々な定義があり、国や診断する医師などの専門家によって病名や障害名が異なる場合があります。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)では、「精神障害者」を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するもの」(第5条)と定義しています。「障害者基本法」では、精神障害があるために、「継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にある者」(第2条)と表現されています。前者は医学的な視点からの定義と言えるでしょうし、後者は社会もしくは一般生活との関わりの中で障害を多角的に考える捉え方をしています。昨今は、後者のような福祉的な視点で個人の尊厳を大切にしようとする捉え方が主流となってきています。

(2) 心の病(精神疾患)と精神障害

精神疾患には、原因によって心因性、外因性、内因性などの分類があります。また、それらの原因が相互に影響し合って起こることもあります。精神疾患は単に、遺伝や親の育て方、その人の性格などが原因ではありません。「統合失調症」や「うつ病」は、ストレスや生活環境などの何らかの原因により、脳内の神経伝達物質に異常が起こり、引き起こされると考えられています(内因性)。つまり、精神疾患は「脳の病気」とも言え、誰にでもなる可能性があります。

そして、病気やその人を取り巻く様々な状況から、様々な「生活のしづらさ」が生じてきます。そうした困難は、周りからは見えにくく、他人から理解してもらいにくいという側面があります。そのため、「怠けている」「何を考えているか分からない」「つき合いづらい」などの印象をもたれる場合もあります。精神障害のある人が経験する症状は、一人ひとり違います。その人にしか分からない辛さがあるということを、周囲の人たちが正しく理解して、一緒に過ごしやすい環境をつくることが大切です。

(3) 主な疾患とその特徴

多様な精神疾患の中で、成年後見制度を利用されている方の中に多い疾患を挙げていきます。

①統合失調症

詳しい原因はまだはっきりと分かっていませんが、脳の機能に何らかの障害が起こることによって発症する病気です。特別に珍しい病気ではなく、WHOの報告によると、統合失調症はだいたい100～120人に1人の割合で発症することが分かっています。

特徴として、病気と自覚をしづらいこと(病識の欠如)もあり、幻聴や妄想などをそのまま現実のこととして受け止めてしまったり、「自分は病気ではない。」と思い治療を中断してしまったりすることがあります。そうすると、病気が再発し幻覚妄想状態などの病状が悪くなることになります。

そうならないためにも、本人とコミュニケーションを取っていく中で、生活上の不安や困っていることなどを聞き、そこに焦点を当て、気持ちに寄り添い、どのように解決していくかを一緒に考えていくことが大切です。「それは妄想ではないか？」と否定するのではなく、「私(聞き手)には分からないが、あなた(話し手)にとっては辛そうだ。」

と現実と妄想の線引きをしつつ、本人の辛さを共有していくことで、徐々に本人がこちらの言葉を聞いてくれるようになっていきます。

②気分(感情)障害(うつ病・双極性感情障害)

気分(感情)障害とは、「うつ」や「躁うつ」のように気分(感情)と意欲が障害される精神障害を言います。病気がひどい時に一時的に妄想や幻聴などの精神病症状がでることもありますが、統合失調症とは区別されて考えられています。

「うつ病」は、特に身体的問題はないのに、身体も心も調子が悪く、日常生活に支障をきたす病気です。一日中嫌な気分が続き、食欲がなくなり、夜は眠れず、朝の早い内から目が覚めてしまいます。頭も働かず、迷いが生じ決断がなかなか出来なくなり、仕事はもちろん、趣味でさえもやろうという意欲がわきません。自分は駄目な人間だと思えなくなり、死にたい気持ちに捉われてしまうこともあります。本人がどんなに頑張ろうと思っても頑張ることが出来ないのです。叱咤激励することが本人を追い詰めてしまう場合もあるのです。

「双極性感情障害」は、「躁うつ病」とも呼ばれ、気分の落ち込みに苦しむ時期(うつ状態)と気分の高ぶる時期(躁状態)の双方の症状を示す気分(感情)障害の一つです。躁状態では、気分が爽快で楽しくて仕方がなく、夜もほとんど寝なくても平気で、疲れを知らずに活発に活動します。多弁で早口になり、思い通りにいかないと相手を攻撃することもあります。躁状態の人が感情的になっていても、それにつられて怒ったりせず、冷静に粘り強く躁状態の人のもっている正常な部分を引き出していくような対応が求められます。

いずれも医療機関と連携し、きちんと服薬をすることで再発は防げるか再発しても軽くすみます。ただし、薬を長期間飲み続けることは並大抵のことではありませんし、誰にとっても受け入れがたいことで

す。本人が疾病を受容する過程に注意しながら、接していく必要があります。

③発達障害(自閉症スペクトラム)

発達障害とは、発達障害者支援法には「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されています(第2条)。自閉症やアスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害などと種類が細かく分けられて診断されていましたが、最近では「自閉症スペクトラム」と総称する流れになってきています。生まれてからの環境や病気などによって起こるものではなく、先天的な要因を中心とする生物学的原因により生じていると言われていますが、そのタイプは様々で、複数の障害が重なって現れることもありますし、程度や年齢、生活環境などによっても症状が違ってくる場合もあります。

発達障害がある人に共通しているのは、対人関係を理解したり調整したりすることが難しかったり、同じ行動や言動を極端に繰り返したり、自分なりの手順を変えることが出来ないといったこだわりの強さです。「分かっているのに変えることが出来ない」「(なぜ違うのかの)理解自体が難しい」状態であるため、本人は多大なストレスを受けて苦しんでいることが多く、様々な生活のしづらさを有しています。人の暮らしには大小様々な変化や思ってもいないことが起きるものですが、発達障害がある人は臨機応変に行動するなどの、いわゆる常識的対応が一般的には苦手です。今、何が起こったのかなど分かりやすく説明し、具体的にどのように対応すれば良いのか、一貫性のある対応を心がけることが大切です。

(毛塚 和英)

【参考文献】

- ・上島国利 著 「よくわかる、上手につきあう統合失調症」主婦と生活社 2008年
- ・貝谷久宣 著 「よくわかる双極性感情障害(躁うつ病)」主婦の友社 2013年
- ・本田秀夫 著 「自閉症スペクトラムがよくわかる本」講談社 2015年
- ・社団法人日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉部権利擁護委員会 編著「みんなで考える 精神障害と権利」
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri.html> 2011年

2 精神障害者の生活

精神障害者の生活とひとことで言っても、人それぞれの暮らし方があります。ここでは、事例をもとに入院している人、地域で暮らす人の生活を取り上げながら、私たち支援者に求められていることを述べていきます。

日本は先進諸国の中でも特に精神病床の多い国です。国は、2004（平成16）年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」の方向性を打ち出しました。地域移行支援事業や、病床削減、病院や病棟の機能分化といった施策により状況は変化していますが、今もなお日本には約33万床という多くの精神病床があり、1年以上の入院をしている人は20万人近くいます。

長年、入院生活を送ってきた人たちはどのような状況で暮らしてきたのでしょうか。

Aさんは20代で統合失調症を発症して間もなく精神科病院に入院した60代の男性です。Aさんは慢性期の開放病棟に30年以上入院しています。ここでは毎日、病棟の予定通りに時間が流れていきます。Aさんもまた、決まった時間に起き、みんなで同じ食事を摂り、体操をします。必要なものは病院内の売店で買い物をします。品数が限られているので好みはあまり言えません。外出には許可が必要ですが、出かけようにも最近のバスの乗り方が分かりません。考えるだけで億劫になり、欲しいものは家族の面会の時に届けてもらえば良いと考えてい

ます。

ある時、病院の精神保健福祉士がAさんに退院したいかどうか質問しました。Aさんは真剣な表情で答えました。「退院？それは難しい。まず就職でしょう？」Aさんは、今まで働いたことがありません。Aさんにとって退院とは就職することであり、退院した後の暮らしのイメージは漠然としたものでした。長期にわたり入院生活をしている人の中には病状としては問題なくても、社会経験の乏しさや生活のスキルが不足しているために退院できない人がいます。また、地域でどのように暮らしていくかのイメージが持てない、地域で暮らすことは怖くて不安といった気持ちを抱いている人もいます。Aさんの例だけでなく、退院への不安は人それぞれ違います。

Bさんは50代の女性で、Aさんと同じ精神科病院に10年以上入院していました。結婚したことはありますが、夫婦関係に悩み30代で統合失調症を患い、しばらくして夫と離婚しました。両親も兄弟も早くに亡くしているため、頼れる親族は多くありません。Bさんもまた、退院には強い不安を感じていました。Bさんは昔から不安になると興奮したり怒りがこみあげて、自分の気持ちを上手く伝えられないことが悩みでした。主治医からは、落ちつくように頓服薬を処方されていましたが、興奮すると薬では間に合いません。

Bさんは、病院にいる時に地域で暮らしているピアサポーターの話を聞く機会がありました。その人はホームヘルプサービスを利用し、時々ショートステイをすると話していました。耳慣れない言葉ばかりでしたが、サポーターの話に興味を覚えたBさんは、その後地域移行・地域定着支援事業を利用することにしました。退院を目指すことになったBさんには主治医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師と多くの人に関わるようになりました。また、見学や体験を通して、色々な地域の支援機関の人と仲良くなりました。

やがてアパートで一人暮らしをすることになりました。Bさんに

とって家事は久しぶりでしたが、ホームヘルパーと一緒にいるうちに、徐々に昔の勘がよみがえってきました。また、お金の管理は大変なストレスでしたが、社会福祉協議会が実施している日常生活自立支援事業を活用し、あらかじめ管理の仕方を相談して決めておけば慌てなくて良いと自信がついてきました。退院後も不安による怒りや興奮はありますが、病院の精神保健福祉士や新しく出来た友人たちが受け止めてくれました。Bさんにとって嬉しかったのは、ずっと心の中にあった家族の墓参りという夢を、周りの人たちが一緒に考えてくれたことです。近所とどう付き合うか、アパートの契約更新はどうすれば良いのかなど、Bさんの生活で心配ごとは尽きません。しかし、今のBさんは、心配ごとともこれまで経験してきた苦しかったことも、周りの人たちに話しながら、これからもやっていけると実感しています。

地域で暮らしている人はどうでしょうか。現在、精神科に通院している人は約360万人いると言われています。その中でも地域で暮らしている精神障害者の生活もまた多種多様です。会社で働いている人、仕事に就くための準備をしている人、福祉サービスを利用しながら家事や親の介護をしている人もいれば、入退院を繰り返しながら病気とのつきあい方を模索し、リハビリで頑張っている人もいます。

Cさんは10代で統合失調症を発症し、ずっと両親とともに暮らしている50代の女性です。家では母親の家事を手伝っていますが、多くの時間は寝て過ごしています。精神科通院などの外出は、親と一緒にないと不安で出かけられません。Cさんの両親は80代、以前のようにCさんと一緒に動くことが体力的に難しくなってきました。今までお金の管理や色々な手続き、近所のつきあいなどを自分が一人で行うことを考えたことはありませんでした。もしも両親が亡くなったら、どうなるのだろうか……このことは、Cさん一家の気持ちを重くしています。

今まで頼りにしていた親や親族の高齢化は、家族全体に様々な影響を及ぼします。Cさんは、親の病気や介護にどのように対処していく

か、経済的にも出費が増え、生活費や資産管理をどうしていくかなど色々なことを考えなくてはなりません。段々とそのストレスは高まり、自身の心身の状態にも影響してくる場合もあります。Cさんはこれまでは福祉サービスを利用したことはありませんでしたが、保健師に相談支援事業所を教えてもらい、今度母親と一緒に相談に行ってみようかと考えています。

「精神障害者の生活」と言っても一括りにして考えず、みなさんの目の前にいる本人から暮らしてきた歴史を教えてください。きっとその人ならではの考えや思いがあるはずです。それを知ることで、いま何に困っているのか、これからどう暮らしていきたいのかを具体的に理解できるはずです。私たち精神保健福祉士には一人ひとりの生活を大切にしていっていきることが期待されています。

また、本人の考えと周囲が思うことは異なることがあります。支援者の考えが必ずしも本人が望むことにつながるとは限りません。分からないことを一緒に調べたり、一緒に相談に行ったり、色々な経験を本人とともにしていくことも大切です。お互いに話し合うことで、考え方のギャップを埋めていくことも精神障害者の生活を支える道筋です。

精神保健福祉における制度やサービスが万能でないことは言うまでもありません。だからこそ、それぞれの地域で出来ることを考え、本人とつくり上げていく姿勢が求められます。その取り組みが誰にとっても暮らしやすい地域を築いていくことになるでしょう。

(浅沼 尚子)

3 自己決定（意思決定）支援の必要性和必要最低限の権限行使

日本の成年後見法は、1896（明治29）年に公布された民法典総則編の禁治産宣告制度に始まり、戦後も基本的にはそのまま経過してきました。諸外国が成年後見制度を改正していく動きの中で、1999（平成11）年、民法の一部が改正され、成年後見制度が成立したわけです。しかし、成年後見制度も旧法同様財産管理に主眼をおいた制度と言わざるを得ず、成年被後見人の自己決定をどこまで尊重できるのかは成年後見人次第といった状況にあります。諸外国の成年後見制度もまた見直されてきており、今後、民法改正から現行制度の見直しにつながる動きも予測されます。

そうした成年後見制度ではありますが、成立のもっとも大きな契機は、福祉サービスが行政による措置から本人との契約へと転換されたという点にあります。介護保険により、サービス提供者と受給者の対等な契約に基づいてサービスが提供されることとなり、契約を交わすことが出来ない人たちを代理する成年後見人が必要とされたのです。成年後見制度は、自己決定の尊重と本人保護の理念の調和を掲げており、選任される成年後見人等についても家庭裁判所が個々の事案に応じて「最も適切な人物」を選任することが出来ることとし、身寄りのない人については、市区町村長に審判の申立権を付与することとなりました。また、成年後見人等について複数の選任・法人の選任が可能となり、成年後見人等を監督する立場として監督人を置くことも盛り込まれたのです。毎年公表されている「成年後見事件の概況」では、2014（平成26）年の1年間における全国の家庭裁判所の成年後見関係事件申立件数は34,373件となっていて、ここ3年間微減の状況が続いていますが、利用者数は184,670人で年々増加しています。超高齢化を迎えて

いる日本の状況から、「成年後見制度利用促進法案」の国会上程等、成年後見制度の普及に向けた動きも活発化しているのです。

一方、2006(平成18)年に国連で「障害者の権利に関する条約」が採択、日本での批准という流れの中で制度改革が実施され、障害当事者の自己決定(意思決定)支援が注目を集めました。「障害者基本法」においても「第23条国及び地方公共団体は、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、障害者及びその家族その他の関係者に対する相談業務、成年後見制度その他の障害者の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない」とされており、「障害者総合支援法」にも、指定事業者等及び指定相談支援事業者が利用者の意思決定の支援に配慮する旨が規定されています(第42条、51条)。同法附則第3条にも「障害者の意思決定支援のあり方」が検討条項として挙げられており、障害者総合福祉推進事業として「意思決定支援の在り方及び成年後見制度の利用促進の在り方に関する調査研究」が2015(平成27)年度までの3年間、継続して行われました。

そして、前述したような動きの中で、「障害者の権利に関する条約」第12条に示された「法律の前にひとしく認められる権利」と日本の成年後見制度の矛盾した状況が指摘されているのです。イギリスにおける意思能力法(Mental Capacity Act 2005)や2010年成年後見法世界会議における「成年後見制度に関する横浜宣言(以下、「横浜宣言」)」(2010年10月4日)に共通してみられるのは、何らかの障害があっても意思決定を行う能力を有することを前提とする立ち位置であり、日本の現行制度が判断能力のないことを前提とした構造になっている点からも大きく異なっています。日本の制度における特に後見類型は、被後見人の権利を包括的に制限することを目的とした制度であると評価されています。特に精神障害者については、「精神保健福祉法」において、非自発的入院や行動制限等について規定されており、入院の同意者等として後見人、保佐人が挙げられているのです。成年後見制度は自己

決定の尊重を謳いながら、実質的には権利を制限することを正当化している面があり、その制度上の課題と実践的な側面から、精神障害者にとっての成年後見制度の課題を捉えなおす時期にきていると言えます。

具体的には、先に述べたように、自己決定を行う能力の有無の判断に関して、いくつかの方法が試された結果、どれも有効でなかったと考えられない限り、自己決定ができないと評価してはならないのです。また、賢明でない判断をするという理由だけで自己決定ができないとみなしてはならず、一般の人に認められている愚行権や危険をおかす権利を私たちの判断で奪うことの是非も問われています。本人の自己決定を尊重し、どうしても本人に判断できないことがあるなら、その決定は本人の最善の利益のために行われなければなりません。やむを得ず本人の権利及び行動を制限する際には、できるだけ短い期間に限定されるべきで、より制約の小さい方法で実行できないか検討する必要があります。また、一度決定されたことを見直す機会が保障され、制限が行われていることに関して監査する権限をもつ独立した機関の創設が求められます。つまり、周囲の人たちの利益や不安解消のために制度があるのではなく、障害当事者が、自分で自分のことを決定していくことを保障するための制度でなくてはならないのです。

現状は、これらすべてがすぐに実現する状況とは言えませんが、そこに向かって進んでいくことは国際的な潮流です。また、現在の制度の中でも成年後見人等が運用面で工夫をすれば、前述したような状況に近づけることは出来るはずです。自己決定の尊重という理念は現在の制度でも謳われており、その理想に近づくため、一人ひとりの成年後見人等が努力をすることで、実現できることもたくさんあるのです。

(岩崎 香)

4 日本精神保健福祉士協会認定成年後見人ネットワーク 「クローバー」の活動

(1)クローバー設立までの経緯

公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、「本協会」）による成年後見活動への実際の取り組みは、他の専門職団体と比べるとかなり遅くスタートしました。2000年4月から新しい成年後見制度が始まり、本協会は2002年から権利擁護委員会における検討課題の一つとして成年後見人養成を掲げ、その検討に着手していました。しかしながら、組織内では成年後見人養成に関して、「“自己決定を尊重する精神保健福祉士”と、“本人の代理で判断や決定を行う成年後見人”の特徴は相反するものであり、事業実施には慎重であるべき」という意見と「精神障害者本人の権利を擁護し、その自己決定を最大限に尊重しつつ関わる成年後見人には、精神保健福祉士の専門的力量的活用が求められている」という意見があり、慎重な議論を重ねてきたのです。

2003年には、構成員を対象として「日常の金銭・貴重品管理と成年後見制度に関するアンケート調査」を実施し、医療機関、地域の福祉サービス事業所を問わず、金銭の管理などの代行業務が行われている実態や、成年後見制度の周知はなされていても活用が不十分であることなどが明らかになるとともに、制度政策の拡充に対する高いニーズが確認されました。

その後、本協会は2006年に権利擁護委員会の下に成年後見人養成研修検討小委員会を設置し、本協会として成年後見制度にどう関わるべきかといった基本的な議論から、成年後見人の養成及びフォローアップシステムの検討などを改めて行いました。また、成年後見人養成システムを提案するためにモデルプログラムによる研修を企画し、2007年12月にモデル研修を実施しました。2008年度は権利擁護委員会から

独立した成年後見事業運営委員会を組織し、認定成年後見人養成研修を正式に実施することになったのです。こうして、本協会内で養成をめざしてから7年の歳月を経て、ようやく2009年に第一号の受任に至りました。

なお、2009年6月には協会内に正式に認定成年後見人ネットワーク「クローバー」（以下、「クローバー」）を設置し、成年後見事業運営委員会もクローバー運営委員会に改称し現在に至ります。

（２）クローバーの活動概要

①クローバーの登録者

クローバーは本協会が毎年度開催する認定成年後見人養成研修を修了した構成員が任意で登録する形をとっています。認定成年後見人養成研修の受講要件については、精神保健福祉士としての専門的な資質を担保するため、本協会が行う生涯研修制度のうち基幹研修のⅠからⅢまでを修了した研修認定精神保健福祉士であることを原則としています。2016年1月現在のクローバー登録者（以下、「登録者」）数は129人です。

なお、登録者には毎年度の「クローバー登録者継続研修」の受講（集合研修は3年に1回以上の受講、集合研修を受講しない年は自宅でインターネット等を用いて受講できる課題提出）を義務付けています。

②クローバー登録者の成年後見人等受任までの流れ

クローバーへの登録は毎年度更新制としており、初回登録時及び更新時に活動を希望する家庭裁判所（支部、出張所を含む）を確認し、各裁判所に名簿を送付しておきます。家庭裁判所が後見等の申立てを見て、精神保健福祉士による受任が適当と判断すると、本協会事

事務局に推薦依頼が入ります。事務局のクローバー担当者は成年被後見人等の状況を確認し、運営委員会にメーリングリスト上でクローバーとしての受任の可否を諮った上で、登録者に打診をしていきます。登録者に受任の意向がある場合には、まず登録者に家庭裁判所で申立書類等を閲覧してもらい、最終的な受任の意思を確認し、クローバーとして推薦する流れとなります。

③クローバーの活動

成年後見制度は、自己決定の尊重と本人保護の調和を目的として制度化されましたが、成年後見人には強力な権限が与えられるため、一歩間違えると本人の権利を侵害する立場になりかねません。本協会としては、認定した成年後見人が精神保健福祉士としての高い倫理観を保持しながら実際の後見活動を行っていくために、クローバー運営委員会が様々な点からサポートをしていく仕組みを導入しています。

1) 成年後見人等の受任者の義務

成年後見人等を受任した登録者には、クローバーに対して以下の義務を課しています。

- ア 家庭裁判所に提出した初回財産目録、収支計画書と同様の書類の提出
 - イ 受任後毎年の後見等事務報告書、財産目録、収支状況報告書の提出
 - ウ 毎年の報告に合わせての倫理に関するセルフチェックシート、身上監護セルフチェックシート、課題抽出シートの提出
- 提出された書類はクローバー運営委員会の担当者が監査を行い、後見等業務の適切性を確保しています。また、セルフチェックシートは、受任者が適切に身上監護等を行えているかについて、自ら

振り返るために導入しました。課題抽出シートは、成年後見人等の権限を越えねばならなかった行為や成年被後見人等または周囲に対して代理・代行を行う際に困難なことがあったり、成年後見人等の立場から成年後見制度の課題を感じた場面があった場合に記入します。シートはクローバー運営委員会で共有し、困難を感じている受任者にアドバイスを行うとともに、現行の成年後見制度における課題を抽出し、本協会としての政策提言につなげていくための基礎資料として活用します。

2) 家庭裁判所との連絡協議会等への出席

各家庭裁判所が開催する成年後見人等候補者推薦団体との連絡協議会等には、数か所の地域において登録者またはクローバー運営委員が出席し、意見交換と情報の共有に努めています。

④今後の課題

本協会は、登録者の相互の情報交換・相談や関連する施策動向等の情報提供の場として専用のメーリングリストを設置していますが、実際には積極的な活用につながっていません。今後は、全国をいくつかのブロックに分けて、ブロック内での事例研究や意見交換の場を設ける等により、登録者同士の相互支援体制を構築していく予定です。

また本協会は、「障害者の権利に関する条約」に照らして改善が必要な日本の成年後見制度について、「自己決定の尊重」を活動の柱としている立場から、政策提言を積極的に行っていく必要があります。

(木太 直人)

*クローバーの活動等の詳細は本協会ウェブサイト (<http://www.japsw.or.jp/ugoki/clover/>) をご参照ください。

精神障害者への成年後見実務

1 身上監護の留意点

成年後見人等における親族後見人の割合は、成年後見制度がスタートした当初には9割を超えていたのですが、年々減少傾向にあります。最高裁判所が公表している「成年後見関係事件の概況」によると、成年後見人等に親族が選任される割合は、2013（平成25）年は42.2%だったものが、2014（平成26）年は35.0%まで減少しています。その背景には、市民後見人や、社会福祉協議会等による法人後見の登場もあって、第三者後見人が選任される割合が増加しており、禁治産者制度からの流れをくむ家族頼みの後見の時代から、社会全体で支える「後見の社会化」へという流れがあります。

また、障害者総合支援法の施行や、障害福祉サービス計画（個別支援計画）への本人同意の厳格化傾向、身元引受人である両親等の高齢化の問題などを要因に、特に重度障害者を対象とした施設の入所者の後見集団申立てが行われてきた事実もあります。精神科医療においても、統合失調症での入院患者が加齢に伴い認知症を併発し、介護保険施設への入所が可能になるケースもあります。そうしたケースの多くは、身寄りがなく、施設の利用契約を代行するものや、退院後に金銭管理をする人がいないといった課題が存在します。虐待の対応や、紛争性、法的な対応もなく身上監護を目的とした市町村長による後見等の申立てが増えてきているのが現状です。精神保健福祉士には、そのような精神障害者の身上監護において専門性を発揮することが求められているのです。

禁治産者制度には規定がなかった「身上配慮義務」は現在の民法858

条で「成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。」と規定されています。すなわち身上監護とは、成年被後見人等の心身の状態に応じて、快適な生活を維持できるように法律行為を行うことを意味します。果たして、「精神障害者の意思を尊重し、心身の状態や生活に配慮する」とは具体的にどういうことなのでしょう。後見等の申立てがなされるときは、本来の生活に必要な金銭や物品、人間関係や心身の健康に対して不利益が生じているときです。後見等事務方針を立てるときには、本来あるべき生活や能力がどういうものなのかをイメージする必要があります。そのため、多くの精神障害者の支援をしてきた経験等が必要とされることが多いと考えられます。精神障害者の成年後見人等に就任した精神保健福祉士に期待されるのは、精神障害者の生活障害を見出し、後見等の事務に反映させることです。

民法の規定はやや抽象的ですが、立法担当者による整理では、職務範囲となる事務として次の①～⑦に関する契約の締結、相手方の履行の監視、費用の支払、契約の解除および異議申立て等の公法上の行為とされています。それは、①医療に関する事項、②住宅の確保に関する事項、③施設の入退所、処遇の監視・異議申立て等に関する事項、④介護・生活維持に関する事項、⑤教育・リハビリに関する事項、⑥就労に関する事項、⑦余暇活動に関する事項、と解されています。具体的には、障害支援区分認定等の申請手続き、障害福祉サービス計画（個別支援計画）の確認・同意及び障害福祉サービス契約の締結、住居の確保、施設の入退所契約の締結等が挙げられます。広くは、スポーツクラブやサークル活動などの契約と解除なども含まれるでしょう。本人とコミュニケーションを重ねながら、①～⑦に関する本人の意思や希望を財産管理計画に反映することが大切になります。

私たちの主たる対象者は精神障害者ですが、家庭裁判所からの受任

依頼は、重複障害も含めた、認知症、知的障害、発達障害、高次脳機能障害等の障害のある人など、対応が幅広く求められます。置かれている環境も、一軒家やアパートなどの在宅の場合、精神科病院へ入院している場合、生活保護施設や矯正施設などの施設に入所している場合などがあります。高齢者や重複障害の場合は、さらに介護保険施設や障害者施設なども対象となります。若年から壮年期の精神障害者の場合は、ライフステージに応じた支援を必要としており、受けることが可能な福祉サービスも多方面にわたります。そこで、社会資源の活用を本人とともに網羅的に検討出来るように、クローバー独自に「身上監護チェックリスト」を作成しており、登録者に提供しています。

また、精神障害者の身上監護を行うには、①医療に関する事項（契約の締結、相手方の履行の監視、費用の支払、契約の解除および異議申立て等）が特に重要です。精神障害は、疾病と障害が共存するため、精神科医療との連携が必須だからです。また、地域生活を送る精神障害者の場合、生活支援を担う関係機関と連携しながら、病状悪化時の見極めと対応に対して、常に準備をしておく必要があります。精神症状増悪時において、生活支援だけでは事態の改善が困難なことが多く、非自発的入院を選択しなくてはならない場面も出てきます。本人に身寄りがない場合や親族内にキーパーソンが定まらないことが多く、第三者後見人が医療保護入院の際の同意者としての役割を果たす場合もあります。医療保護入院後は、「履行の監視」が必要であり、本人面会を通じて治療効果や病状の回復を見極めていかなければなりません。医療保護入院者退院支援委員会へ出席し、医師の意見などを聞きながら、退院後生活環境相談員とともに地域生活への復帰に向けて取り組んでいくことになります。

これまで述べてきたように、医療機関や成年後見制度などのシステムを利用するようになったからといって、終結ではありません。そこから本人とともに、生活を再構築していく取り組みが始まります。本

人を取り巻く状況を正確に把握し、家族・相談支援機関・主治医など関係機関・行政などとの関わりをコーディネートし、本人の支援につなげていくのです。本協会の倫理綱領に「クライアントが決定することが困難な場合、クライアントの利益を守るため最大限の努力をする」という規定があります。成年後見人等が本人との信頼関係を構築できていれば、急性期を脱し本人の状態に安定が戻ったときに、前向きな振り返りができるはずです。多くの場合、精神障害は症状があっても認知症のように記憶が保持されていないわけではありません。言うまでもなく、本人と成年後見人等との合意を形成していこうとする姿勢が重要で、時間と労力を割くことによって、信頼関係が構築されていくのです。しかし、本人の希望することが明らかに本人にとっては不利益となるとわかっている場合に、そのことを許容範囲として「同意」するのか、「取消権」を行使するののかどうかは難しい判断となります。個人で後見人業務を遂行する時に、どこまで本人の自己決定を尊重するのかということに関しては迷いや葛藤が生じることがありますが、その迷いや葛藤を吟味しながらの関わりが求められます。

(今村 浩司)

【参考文献】

・ 上山泰 著 「専門職後見人と身上監護 第3版」民事法研究会 2015年

2 財産管理の留意点

成年後見人等に付与される財産管理権は法的に強力であり、本人の権利を制限する側面からは逃れられません。財産の処分を行う際は、自己決定を最大限に尊重しながら、必要最小限の代理行為を行う姿勢が求められます。精神障害者の成年後見人に就任した際には、「判断能

力が不十分」とした家庭裁判所の審判を追認するだけでなく、エンパワメントやストレングスの視点を持ち、事務を進めることが必要です。金銭管理能力の低下については、青年期に発症したため経験する機会を失っていた、あるいは元来はできていたが、入院生活やひきこもりがちな生活のためにできなくなった、または陰性症状による意欲の低下などの残遺障害に加えて、本人も家族もできないと思い込んでいることなど様々な要因がありますが、リハビリテーションの実施により、金銭管理能力についても向上する可能性を秘めているからです。しかし、成年後見人自身によって、金銭管理のセルフケア能力を向上させる取り組みまで担うのは困難で、本人をサポートする関係機関の成年後見制度への理解と協働が必須です。にもかかわらず、成年後見人が選任されると、親族のみならず関係機関の関係者までもが、本人に関するすべてのことに対して成年後見人等が判断して行動する、と思われる傾向があります。

成年後見人等をしている精神保健福祉士は、そのほとんどが被雇用者で、後見等の活動は休日や時間外に行っているのが現状です。本人自身の協力や関係機関、親族等と連携しないと、本人の生活を支えることはできないことは説明していかなければなりません。とはいえ、現在の障害者総合支援法の障害福祉サービスは、就労支援や生活技能訓練が中心であり、金銭管理能力を専門的に訓練するためのプログラムは見当たりません。金銭管理といえば、成年後見制度か日常生活自立支援事業しか思い浮かばないのは大きな課題です。例えば、在宅の障害者で散財傾向があるため、週単位での金銭管理が必要なケースなど、毎週生活費を渡すことは成年後見人にはできません。その場合、成年後見人が社会福祉協議会等との間で利用契約を締結することにより、日常生活自立支援事業を利用することが考えられます。ただし、保佐・補助類型の場合は、代理権が家庭裁判所の審判によって個別に付与されるため、本人が契約をしなくてはならない場合もありま

す（保佐類型の場合は代理権がなくとも同意権があるため、本人と一緒に契約をする必要があります）。日常生活自立支援事業と成年後見制度の併用については、実施主体の社会福祉協議会等によって制限している場合も多いのが現状です。後見類型の場合は、本人の財産管理についての義務と権限は成年後見人にあるため、通帳や年金証書など重要な財産に関する管理を委任することは出来ないと考えるべきでしょう。

では、精神障害者にとって、成年後見人に財産管理などを委ねることとは、どういう意味を持つのでしょうか。金銭管理や公的手続きが苦手な精神障害者は、少なからず存在します。精神障害者自身の同意の上で後見申立てが行われた場合や、代理権付きの保佐・補助の申立ての場合は、成年後見人等が選任されると、本人、家族、医療機関等は事務的及び表面的に誰も困らない状況が生まれます。障害年金や生活保護費の受領や預貯金の管理、入院費や施設利用料、租税公課等の支払いは滞りなく行われ、本人は日用品費や小遣いとして日常の生活費を管理するのみです。財産管理や公的手続きなどの苦手なことを、成年後見人に委ねることでストレスから開放され、疾病の治療に専念できること、リハビリテーションを続けながら生活を維持すること、働き続けることに専念する環境を整備することが可能になります。

一方で、後見類型では本人同意が必要なく、家族や関係者が必要として申立てが行われる場合も多いのです。精神障害者の多くは思春期前後に発症し、稼得により資産を形成することはまれです。受取人や相続人が意思能力に欠ける精神障害者だった場合、保険金の受領の際には保険金請求ができなかったり、相続が開始された際に相続手続きが出来なくなってしまう。こうした場合には、保険会社や銀行等の助言により、成年後見人の選任を得て、保険金の請求や相続を受けることになります。その結果、多額の資産を形成して、成年後見人がその後も管理を継続していくことになります。本人から見れば、資産を形成するために成年後見人の選任を受け入れたのですが、自らその

資産を自由に消費することは出来ないのです。結果的に、そのジレンマの矛先が、成年後見人に向けられてしまうこともよくあります。そうした場合は、あまりに関係が悪化すると本人や成年後見人の、両者にとって不利益になってしまうこともあるため、場合によっては財産管理を法律職が受け、身上監護を福祉職が受け、と役割を分担して後見事務を進めていくことも必要です。他にも、資産が形成されるまでは法律職が単独で成年後見人を務めて辞任し、その後は精神保健福祉士が単独で選任されるといった、いわゆる「リレー方式」で業務を継続していく例もあります。

成年後見の意義は、財産の多寡ではなく判断能力の程度にあり、財産のない人の成年後見人選任も少なくありません。生活維持のために適切な金銭管理を行って欲しい、という関係者や家族のニーズに沿って申立てがなされることもあるのです。後見選任後は、本人に代わって金銭管理を開始するのですが、やはり「なぜ自分のお金を自由に使えないのだ？」と憤慨されることも多々あります。生活が破綻しかねない散財は、成年後見人等の責務として容認出来ないところです。また、妄想により現実よりはるかに多い資産を所有していると確信している人もいて、月々の生活費の組み立てについて合意を形成するのは、さらに根気のいる作業になります。

成年後見制度が導入される前の準禁治産宣告は、浪費者をその対象としていました。その理由の一つは「家族の財産保護」でした。また、準禁治産制度が親族から浪費者に対する制裁的な意味合いで利用されていたこともあります。浪費者は性格には偏りがあるにしても十分な判断能力を持つので、金銭の使い方等に裁判所が介入することは、市民生活に対する過度な干渉となり不適切であるという総括がされました。しかしながら、現代では、親族後見人が、本人の財産を流用する不正事例が後を絶ちません。家庭裁判所では、財産の流用などの不正を行った親族後見人の監督責任を負わなければならないこともあり、

最高裁判所では2012（平成24）年2月から、後見制度支援信託の運用を開始しました。後見制度支援信託とは、成年後見制度の法定後見の被後見人を対象として、被後見人の現金・預貯金を信託銀行が信託財産として管理するシステムです。確かに、不正防止につながるというメリットがある一方で、本人の財産を凍結してしまうため、「自己決定の尊重」という制度の理念ではなく、禁治産制度の時代の「家族の財産保護」のための仕組みではないかとの批判も根強いのです。

（安部 裕一）

【参考文献】

・上山泰 著 「専門職後見人と身上監護 第3版」民事法研究会 2015年

精神障害者が置かれている環境と 成年後見制度の必要性

1 成年後見制度の申立て支援

成年後見制度の対象となるのは「認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分でない方」とされています。そして、本人、配偶者、四親等内の親族等の申立てによって、家庭裁判所に審判を求め、家庭裁判所が成年後見人を選任して、成年後見人が本人の身上監護、財産管理を行っていくことになります。しかし、判断能力が不十分になった本人が申立てを発想することはそう多くないと思います。精神障害者の場合も地域の相談支援事業所、医療機関支援者、家族等が本人の状態や様子を心配して申立て（申立て支援を含む）を検討されていることがほとんどです。では、一般的に精神障害者に成年後見制度が必要なのはどのような時でしょうか。

精神障害者に後見が必要とされる場合として以下の例が考えられます。

- ①親族間に紛争があったり、本人が経済的な虐待を受けている等、対応に困難を伴う場合
- ②遺産や資産等が多額にあるものの、時に病状により本人自身では管理ができず、親族がいない等の理由により、金銭管理を第三者に依頼しなくてはならない場合
- ③病状により本人自身にお金の散財があり生活の破綻が想定される場合
- ④遺産相続や保険の受領、不動産売買など法律的な対応が必要だが本人の力では対応が困難な場合
- ⑤福祉サービスの利用が必要だと考えられるが、親族がいない等の理由で利用に結び付けることができない場合

このような場合の成年後見人には、生活全般に関する相談やライフステージに応じた対応が求められます。特に①の親族間に成年被後見人の財産管理や治療方針等に対立がある場合には、成年被後見人本人以外にも複数の親族や関係者との連絡調整が必要とされ、就任当初から迅速に対応することが求められます。また、身寄りがいない人などの場合、成年後見人に関係者から過剰な役割を求められることが多いのですが、成年後見人が就任することによってすべての問題が解決できるわけではありません。

では、実際に精神障害者への申立てにあたり、どんなことに気をつけて行っていく必要があるのでしょうか。一つ目に、本人の判断能力が低下しているとしても、本人へ説明の上申立てを行っていくことが必要です。本人が知らないまま手続きを進めた場合、選任される成年後見人との信頼関係を構築することが難しい場合もあります。二つ目に医療機関（通院先）との連携が必要です。申立てをするには主治医等の医師の診断書等が必要となりますが、医療機関との関係は申立てだけの関係に終わらせず、長期的な関わりをとっていくことが大切です。また、可能な範囲で本人の通院する病院（クリニック）の精神保健福祉士とも連携をとっていくことが必要です。当然ですが、主治医は本人の病気や体調を一番把握しています。ただ、主治医は治療者としての支援が中心であり、生活面への支援は主治医とともに精神保健福祉士等多職種が関わっています。本人の生活状況や本人の生活のしづらさ等を把握していくには精神保健福祉士との連携が大切です。

成年後見制度の申立ては、前述したように、本人の権利や財産の保護等を目的として本人を守り、権利を擁護していくための制度です。本人を取り巻く関係者や家族にとって都合が良くなるように使う制度ではありません。申立てにあたり、周囲の関係者にとってののではなく、本人にとっての成年後見制度活用のメリット、デメリットをよく検討した上での活用が望まれます。

（岡田 昌大）

2 精神科病院・入所施設における成年後見制度の活用例

精神障害の影響がある中で、何らかの決断を迫られたとき、的確に状況を理解し、選択肢を比較し、自らの考えを整理し、明確な意思表示を行うことは難しい場合がありますが、意思決定支援が不十分な状況ではなおさらです。本人に代わって家族が決定してしまうこともあります。その際本人にとっての最善策を考える家族もあれば、近い家族がいなかったり、協力を得られないこともあります。他の家族に有利な決定をすることも起こり得ます。

このような時、誰が本人の権利を守れるのでしょうか。自己決定支援や代弁、代理などを通し、権利擁護の観点から精神障害者にも成年後見制度が必要となる場合があります。例としては相続、財産の管理、アパートの契約・退去や荷物の処分、生活拠点や療養拠点の移転、福祉サービスの契約などが挙げられます。

精神科病院入院者のうち約7～8万人程度の人が、「社会的入院」といわれています。退院支援には本人の意向を汲み取り、社会で生きることを一緒に取り組む存在が必要です。支援者たちと連携しながら、本人の側に立つ成年後見人がつくことで、退院にまつわる様々な課題に対し本人をサポートできます。

入院者については、金銭管理の問題もあります。長期入院者の金銭管理を病院が行っている実情が少なからずあります。本人や家族が対応できず、やむなく病院が管理している場合でも、利益相反になる可能性が高く問題となっていました。成年後見人がつくことで利益相反が解消され、本人の希望に沿った使途を相談できます。

長期に施設で生活する点では、生活保護施設や障害者施設も長期入院と同じことが起こり得ます。権利擁護の観点から成年後見制度が必要になると考えられます。

精神科病院の急性期病棟における成年後見制度の必要性についてはどうでしょう。精神症状が増悪して入院する場合は、精神科病院の救急病棟や急性期病棟への入院が多く、非自発的入院である医療保護入院になることが多いかと思います。病状によって身体拘束や隔離などの行動制限が行われます。本人には退院を請求する権利が認められていますが、成年後見人も退院請求を行える権利擁護者の立場となります。

身元不明で精神症状が安定しないまま経過する人もいます。一定期間が経過しても治療効果が上がらない場合は、成年後見制度の利用が考えられます。その他にも、相続問題や財産管理の問題を抱えている方、家族や知人からの搾取が疑われる人なども、成年後見制度の利用が検討されます。

医療観察法病棟にも触れます。心神喪失者等医療観察法では再犯に及ばないような厳重な管理のもとで治療が行われるため、精神保健福祉法よりも制限が厳しいと言えます。退院の際も重大行為で入院した経緯から、家族の協力を得られにくいことがあり、支援機関や支援者も慎重になる傾向があります。成年後見人は病院スタッフや社会復帰調整官などの司法関係者と連携しながら、あたりまえの生活の構築を目指します。成年後見人は本人に向き合い、環境に理解を求め、入所契約や医療や保健・福祉サービスの契約行為を行い、退院後は見守りや関わりをもち続けることになります。医療観察法の入院および指定通院医療機関への通院期間が終了となった後も、成年後見人の関わりは終わりません。成年後見人は終生にわたり本人のベストインタレスト（最善の利益）に貢献していく役割があると言えるでしょう。

（池谷 進）

【参考文献】

- ・ 社団法人日本精神福祉保健福祉士協会「精神障害者の成年後見テキストブック」中央法規出版 2011年
- ・ 社団法人日本精神保健福祉士協会「日常的な金銭・貴重品管理に関するガイドライン」 9-39 2006年

事 例 ①

Dさん(被後見人)は50代前半の男性で、3人兄弟の長男です。会社員で、ある女性と同棲生活していましたが40代半ばで若年性の認知症を発症しました。発症した頃は女性が面倒を見ていましたが、病状が進行するうちに面倒を見ることができなくなり、二人の弟たち(ともに未婚)がDさんを引き取り、しばらく在宅で面倒を見ていました。

成年後見人の選任については、Dさんに高度障害保険金が支払われることになったものの、判断能力が十分でないため保険金の受取りができないことから、保険会社からDさんに成年後見人を付けるよう弟たちに依頼がありました。当初は末弟が成年後見人となる予定で後見開始審判を申立てました。末弟は入院中の本人の面倒を見ており、毎週末に欠かさず見舞いや洗濯等の身の回りの世話のために病院を訪れています。しかし末弟は他人から色々言われると拒否をすることが出来ず、言いなりになってしまう傾向がありました。すでに数千万円の高度障害保険金が支払われることを友人たちが知っており、金を貸して欲しいと言われている状況がありました。このことから第三者である精神保健福祉士と末弟との複数後見となり、事務分掌は、末弟が身上監護面を、精神保健福祉士が財産管理を中心に行うこととなりました。

複数後見となる際に、家庭裁判所からは、Dさんたち兄弟の父親は不明で、母親は十数年前に死亡していること、次弟は無職でDさんの年金を勝手に引き出し、私的流用していることも伝えられました。また第三者後見人が選任されることで年金の流用は困難となり、次弟の生活が破綻する可能性もあり、末弟が次弟の面倒を見ることになるだろう。成年後見人の業務ではないということを重々承知しながらも、弟たちの生活状況も気にながらお願いしたいとの話がありました。弟たちへの支援は、一人のソー

シャルワーカーとして対応していくこととしました。

実際の職務では末弟の身上監護は問題ありませんが、転院の話が病院からあり、末弟が不安状態になっているようでした。また負債が入院費用だけでなく、Dさんの会社の同僚からの借金もあるようで、末弟をサポートしながら、このあたりも調査する必要があります。

初期の後見業務は、医療費と負債の確認と支払い、末弟への療養経費の支払い、本人の状況確認、高額療養費の還付請求、銀行関連への届け出、国民健康保険料等の口座変更、高度障害保険金の請求事務、日常支払い用の金銭管理口座開設、末弟への報告・連絡・相談など、そのほとんどが対外的なやりとりに終始していました。後見活動は公休日のほとんどを利用している状況でしたが、半年を過ぎるころようやくルーチン化しました。医療費の支払日が近づくとその額を病院に確認し、支払い当日に預金から引き出し、その場で末弟に経費を振り込みます。その後電車で病院に向かい、窓口で医療費等の支払いを済ませて、残金を病院近くの銀行の別支店から預け入れます。さらにその足で役所へ行き、高額療養費の申請をする……という具合です。この方法が定着すると、ほぼ半日での対応となりました。

本人はしだいに寝たきりの状態になってきていますが、末弟による身の回りの世話は続いています。転院の話は病院のソーシャルワーカーを交えて調整したことにより、当面は現在の病院を利用し続けることになりました。この調整で末弟の不安も解消したようです。次弟については状況に大きな進展はありませんが、とりあえず落ち着いた生活をしています。

今後はDさんの状況の変化に注意を払う必要があり、変化に伴う準備も必要となりますが、末弟と話し合いながら対応する予定です。

(齋藤 憲磁)

事 例 ②

Eさんは50代の男性で統合失調症にて精神科病院に通っています。家族と同居していましたが、生活はすべて母親に任せきりでした。そんな中、「薬は自分にとって毒だ。頭の動きが鈍る。」と言うようになり、徐々に服薬しなくなりました。サービスの利用も拒否しており、家族は保健所や病院に相談をしていましたが、なかなか支援が進まない状況が続いていました。

元々、浪費傾向のある人でお金に対しての執着があったのですが、病状の悪化もあり、散財することが増えてきました。Eさん自身の年金の入る通帳からお金を引き出していたのですが、自分のお金がなくなると母に無心をし、それを断ると暴言が出ることもありました。また、Eさんには年金の入る通帳の他に、亡くなった父の残した数千万円の預金通帳もありましたが、お金の浪費を心配して、婚出した妹がその通帳は管理していました。

Eさんは母にも断られると、妹に対して「俺の通帳を返せ。」といい、応じないと「俺の金だ。訴えるぞ。」と言うようになり、妹の自宅に行っては「この人に泥棒されている。」と騒ぐようにもなりました。

このように言動がエスカレートしていく中、入院が必要という主治医の判断もあり、同居している母は高齢であるため、妹が同意して医療保護入院となりました。

しかし、入院してからもEさんは妹や母に対して「俺の金を盗むな。返せ。」と罵声を浴びせる内容の電話を頻繁にするようになり、妹から「もう本人とは関わりたくない。ですが、通帳を渡せば本人の治療費等が支払えなくなってしまう。」という話が出てきました。病院の精神保健福祉士を中心に主治医や、今まで関係していた機関とのカンファレンスの結果、「金銭管理をしている妹にEさんの

怒りの矛先が向かっている状態なので、第三者を入れていく必要がある。金額が多額であるため、成年後見制度の利用を検討しよう。」という結論となりました。

当初、財産管理に重きを置き弁護士が成年後見人に選任されましたが、本人との関わり方に自信がなく、本人への対応が出来ない、とのことで、身上監護については精神保健福祉士が選任され、複数の成年後見人が関わることになりました。

弁護士にお金を無心する連絡が入っていましたが、精神保健福祉士が対応することになりました。治療の効果もあって現実的な検討が出来るようになるに伴い、成年後見人との関係がとれていく中で、お金がないことへの怒りが、お金のないことへの不安に変わっていきました。その後はどのようにお金を使っていけば心配せずにすむのか、という相談をしてくるようになったのです。

いまだに「あの頃は家族が俺の金を使っていたんだ。」と言うことはありますが、「だから、弁護士さんが管理している方が安心するし、精神保健福祉士はお金の使い方の相談が出来るから安心するよ。」と話してくれるようになりました。

成年後見制度は、成年被後見人等にとっては、いくら事前の説明があったとしても、突然に知らない人が成年後見人等として現れたように感じられます。精神障害者の場合、一般的に他者との交流が希薄で、孤立している場合が多く、色々な経験をする機会に恵まれない傾向がありますから、丁寧に根気よく説明しながら成年後見制度を利用していく必要があります。加えて、本人の望む生活を送る支援をするための様々な制度があることも伝えていくことが大切です。

(毛塚 和英)

3 在宅における成年後見制度の活用例

精神障害のある人が成年後見制度を利用する目的は様々ですが、在宅で家族と生活している場合、親亡き後の生活をサポートしてくれる制度の一つとして、成年後見制度に期待が集まります。金銭管理はもちろん、家事が出来るかどうか心配という声を多く耳にしますが、実際の成年後見人は生活全般を支えるための事実行為は仕事として含まれているわけではありません。周囲の期待と実際に成年後見人に出来ることの間には隔たりがあり、家族や関係者をがっかりさせることも往々にしてあります。また、成年後見人の支援に対する周囲の意向と利用される当事者の気持ちが食い違うこともあります。現在の制度では、成年後見制度を利用することによって、自分自身のお金が自由に出し入れ出来なくなったり、契約行為に制限が加わったりするので、きちんと制度の説明を受けた方の中には利用に消極的になる人もいます。しかし、法律的な手続きや契約が必要な場合で、近親者がいない人の場合、成年後見制度を利用することによって、利益が守られることもあります。

地域で生活する精神障害のある人たちが成年後見制度を利用する際に、関わってくれる親族がいない人であれば、市町村長申立てとなる場合も多くあります。結果として、多くの場合専門職後見人がつくこととなりますが、財産のない人の申立て費用や、成年後見人の報酬は成年後見制度利用支援事業により捻出する以外に方法がありませんから、支援事業の充実が望まれます。

また、高齢者の場合と大きく異なるのは、支援が必要な状態にあっても、サービスの利用に結びついていない人が多いことです。親の死亡等で環境が大きく変化したときに初めてサービス利用を検討するといった場合、日常生活を支援する人もいないという状況がよくあります。

そこに精神保健福祉士等、福祉・医療の知識がある専門職が登場する意味もあるのですが、成年後見人だけで抱えこむのではなく、地域の相談支援専門員、保健師等に関わってもらえるように積極的にはたらしめかけることが重要です。本人を中心においた支援のネットワークという図式で以前は考えがちでしたが、最近では、成年被後見人も自分のニーズをターゲットとしたチームの一員として捉えられます。成年後見人はそこに本人を代理する立場として一緒に参加することが理想的な立ち位置とも言えます。

しかし、理想と現実にはギャップも大きく、結果として成年後見人等が事実行為を行わなければならない状況になったり、成年被後見人を代理する立場であるにも関わらず、本人を取り巻くネットワークをマネジメントし、関係機関の意見を調整することに終始してしまったり……予測できない出来事に戸惑うこともたくさんあります。成年後見人とソーシャルワーカーの立ち位置の違いということがよく議論されますが、相手を尊重し、相手の意見によく耳を傾け、信頼関係をしっかり取り結ぶ立場であることは共通しています。現状の仕組みでは専門職後見人として選任されてから、対象となる人と出会うというのが一般的で、判断能力が十分でない状況にあるということを前提とした制度です。そのため身寄りのない人も多く、その人の背景や歩んできた道のりを知ることも難しい場合があります。信頼関係の構築には時間がかかることも多いと思いますが、障害のある人とその成年後見人はお互いに長いつきあいになる場合が多いので、しっかりと相手に向き合うことが重要となります。

(岩崎 香)

事 例 ③

Fさんは大学卒業後、大手企業に就職したのち統合失調症を発症し、休職と復職を繰り返し30代半ばで退職しました。その後、同居していた両親が相次いで病気で他界したことから通院と服薬を中断し、幻覚妄想症状が再燃してしまいました。父親が経営していたアパートの住人とトラブルとなり、全賃借人が出て行ってしまう家賃収入も無くなってしまいました。他県に住む姉が病院の主治医に相談しFさんは医療保護入院となったのですが、半年以上経っても「僕は病気じゃないから薬は必要はない」「巨額の資産があるから新しい家や車を買いたい」などと話しており、退院の目途が立ちませんでした。姉は昔からFさんと折り合いが悪く、子どもも幼いことから、退院後はFさんへの関わりは出来ないと頑なに固辞している状況です。申立て時のFさんの財産は、両親が残した持家と、賃借人が居なくなったアパート及び数千万円の預金でした。

そんな頃、病院近くにある地域活動支援センターが入院中の患者さんに事業の説明会を行いました。Fさんはセンターのスタッフや入院経験を持つピアサポーターの話を聞き、「退院したいので事業を利用したい」と申し出たのです。Fさんを中心としたケア会議の結果、アパート経営を含む財産管理が課題として挙げられ、姉が申立て人となり第三者の成年後見人を立てることとなりました。しかしFさんは財産を管理されることに抵抗を示し、家庭裁判所が選任した成年後見人のG弁護士に対して被害妄想を持って、攻撃的言動をすることもありました。G弁護士は、病院や相談機関の精神保健福祉士に相談し、Fさんの被害妄想の拡大を防ぐためにも、主として身上監護を行う福祉職の成年後見人の追加選任を家庭裁判所に申請することとなったのです。家庭裁判所により

精神保健福祉士の成年後見人が選任されました。

退院生活が円滑に進むよう、Fさんの希望で、訪問看護や地域活動支援センターの就労準備プログラム等を利用することとなり、契約には後見人であるH精神保健福祉士が立ち会いました。H精神保健福祉士は月一回Fさん宅に訪問し生活状況や今後の希望を話し合い、地区担当保健師を含む関係機関と連携し、G弁護士にも報告を行っています。弁護士後見人は、自宅不動産の管理や、アパートの新しい賃借人を見つけるための不動産会社との折衝、手続き等の財産管理面を中心に後見業務を行っています。H精神保健福祉士とG弁護士は、後見業務全般の方針等について協議しつつ定期訪問面談を通して、月々の生活費の収支を確認し、過不足が無いよう見守っています。

Fさんは、入院中は病気に対して否定的でしたが、就労準備プログラムで知り合った仲間との交流を通して、「同じ病気を持つ友達に気楽に話せていいもんだ。」と言うようになり、自ら「障害年金を申請したい。」と成年後見人に伝え、一緒に手続きを行うことも出来ました。Fさんを中心とした医療、行政、訪問看護、地域活動支援センターによるサポート体制の中で、二人の成年後見人が潤滑油的役割で見守っているというのが現状です。

(伊藤 亜希子)

事例 ④

Iさんは45歳の女性で統合失調症と軽度の知的障害があります。これまで母親と二人で暮らしてきました。兄弟はなく、父親は10年前に死亡しています。Iさんは中学を出てから、アルバイトを少しした程度で、ほとんど就労の経験がありません。知的な障害があり、計算などが難しいこともその一因のようです。30代の頃には保健所のデイケアに参加したり、下請け作業を行う事業所に通所したりしていましたが、集団になじみにくく、すぐに馬鹿にされたと考えて、相手に暴言を吐いたりするので、現在は保健師の訪問以外特にサービスは受けていません。

一緒に暮らしていた母親が2か月前に心筋梗塞で亡くなり、突然一人暮らしになりました。その時にIさん一人では資産を守りきれないと危惧をもった親族や関係機関の人たちによって、成年後見人をつけてはどうかということになりました。近隣に面倒をみってくれる親族はおらず、関わってきた保健師の尽力で、遠方に住んでいる叔父が申立人だけならということで手続きが進みました。結果、精神保健福祉士が成年後見人として選任されました。

集団になじみにくく、家族も趣味もなく、ストレスを医者通い等で解消しようとしているIさんですので、出費を押さえるようにというのは、ストレス反応を引き起こす契機になりかねません。成年後見人となった精神保健福祉士は、今後の生活をIさんにイメージしてもらえよう関わることにしました。

生活していく上で最も困るのは、男性にすぐにだまされてお金を渡してしまったりすることです。以前にも結婚を約束したということで、準備のためのお金ということで数十万円をだまし取られたことがありました。男性と付き合っていると聞かたびに「だまされているのでは……」と周りの人が助言するのですが全く耳を貸

してくれません。その他にも、行きつけの店で知り合った初対面の人におごったりし、飲食費の支出だけでも月々10万円を超えてしまいます。そこには、人付き合いが下手な分、おごるということとで関係を結ぼうとしている面もあるようです。

一方では、「馬鹿にされた」と思い込んで口論になるなど、対人的なトラブルも絶えません。また、そうした対人トラブルがストレスになるのか、心気的な訴えが多く、そのたびに色々な医者にかかり、救急車を呼んで時間外受診をしたりするので、医療費も馬鹿にはならない状況です。

収入は障害年金2級と療育手帳による手当のみで、母親が残した遺産が500万円くらいです。住まいの家賃は月8万円で、このまま使い続けていくと遠からず生活保護を申請することになります。しかし、「生活保護をもらうようになったらおしまい」といった母親の刷り込みもあり、生活保護になることに迷いや不安も感じているようです。

精神保健福祉士は、その迷いや不安を受け止めるところから関わりを始め、本当はさびしいIさんの気持ちに寄り添いました。5年経過した現在、Iさんは生活保護を受給しながら、生活しています。

(岩崎 香)

日本の成年後見制度に必要な視点

1 成年後見制度の課題

(1) 課題としての「類型」

日本の成年後見制度には種々の課題があります。そもそも「代行決定」を前提とした制度設計自体が望ましいものなのかといった議論があります。先進諸国では既にこのような制度を卒業することがスタンダードであり、「自己決定支援（意思決定支援）」を前提とすることに大きく舵を切っています。我々も「自己決定支援」を前提とした制度設計に改めることが必要だと考えています。

日本の成年後見制度の問題点の第一は、後見・保佐・補助と三つの類型に分かれていることです。特に後見は保護のためという理由で被後見人の権利を大きく制限してしまう可能性のある類型です。ここでは三類型、特に後見類型が持つ問題点と今後の課題について述べます。

なぜ日本の場合、成年後見制度に類型を選択したのでしょうか？ご存知のように現在の成年後見制度の前には禁治産・準禁治産という二類型化された制度がありました。明治期に日本の民法はフランスの民法を参考に作られました。フランスの成年後見制度は民法に規定され類型化（後見・保佐・司法的保護）が行われています。民法で類型化（禁治産・準禁治産）した成年後見制度を定めるという現在に繋がる形式は、フランス民法の影響を受けて定められたわけです。

一方、多くの国は類型化を選択せず、個別的な事象に対して一つずつ権限を世話人（ドイツの場合）に付与するという制度です。あくまでも「部分後見」が主であって、日本の後見類型に見られるような一括した幅広い権限を付与する制度ではありません。

類型を取らない一元化された方式も2000年の改正時に検討されたようですが、民法改正という手法を取ったため法的連続性の観点や、既に禁治産・準禁治産という類型化した制度が定着していたこともあり、一元化した制度は「我が国にはなじまない」という判断がありました。そこで、従来の禁治産（後見）・準禁治産（保佐）に新たに補助を加えた3つの類型で対応することになったようです。このように三類型であることは旧制度の「過去の残滓」であって、制度上不都合であれば改正すべきと考えます。

(2) 類型の問題点

それでは類型化、特に後見類型を巡る問題について考えたいと思います。まず「成年後見関係事件の概況」（平成26年1月～12月）を見ますと成年後見制度の利用者総数は184,670人で、後見が149,021人（80.0%）、保佐が25,189人（13.6%）、補助が8,341人（4.5%）、任意後見2,119（1.1%）となります。つまり成年後見制度利用者の8割は後見類型なのです。前述したように日本と他国は制度が違うので比較は困難です。しかしドイツの場合であれば成年後見法である世話法で「ほぼすべての意思能力なし」とする、日本でいうところの後見類型の人は全体の数%程度であるとされています。日本とドイツは同じ先進国でありながら、このような大きな違いがあるのは実に不思議なことです。

精神保健福祉士の日々の活動でお会いする精神障害者の中には、生活費に関しては小遣い帳を付けるなどキチンとされているのに、友人や知人から頼まれると多額のお金を貸してしまうような人がいます。特に高額な財産がある場合などは「財産管理が問題」として、申立ての結果が後見類型になる可能性が大いにあるでしょう。

また相当程度自立されているのにも関わらず後見類型である人がいます。よくお話を聞くと「病状が悪い時に成年後見申立てをして後見類型となったが、今は地域の方々と慣れ親しんで安定した生活を送って

いる」とのことです。精神障害者は病状や障害が「動く」特徴があるためこのようなことが起こるのでしょうか。一旦整理すると以下のことが言えます。

①意思能力は場面によって変動が大きいこと

②意思能力は社会生活を送る中で改善(悪化も)する場合があること

上記のような場合、現在の日本の成年後見制度では充分に対応できているとは、とても思えません。①は多様な障害がある人に同じ後見類型として「パッケージ化」していることの無理があります。横浜宣言の成年後見制度の基本原則にある「人は能力を欠くと確定されない限り、特定の意思決定を行う能力を有すると推定されなくてはならない」とあるように「大きなお金の管理が出来ないのだから、日常生活のお金は管理出来ないはずだ。だから後見人がすべて管理するのだ」と決めつけてはならないのです。②は可変性と経験・学習による能力の向上を無視しているのではないのでしょうか？

①の場合の対応としては「代行決定は最後の手段として、自己決定支援を中心に行う」といった模範的な成年後見人もいますが、それは個人の倫理に依存しているのであって制度上の問題は残ります。②の場合ですが、意思能力の変動に合わせて類型を変更することは可能ですが、その都度、審判の申立てを行うため経済的にも時間的にも負担がかかります。「イザという時のために後見類型のままだと良いだろう」と、ついつい現状維持に流れてしまうのではないのでしょうか。この点何らかの対応策が必要であると考えます。

前述したドイツの世話法では、毎年制度利用を含め「世話」を見直す規定があり、被世話人の状態に相応しい権限が付与されているか否かをチェックします。もし世話自体が必要なければ終了となります。また必要になれば開始の手続きが取られます。

(3) まとめ

将来的には成年後見制度、及びそこに規定されている類型も見直しが行われるべきだと思われます。さらに、成年被後見人等の状態にふさわしい権限の付与が行われているか否か、制度が真に必要な人であるかについて定期的にチェックする必要があると考えます。その場合、誰が、どこの機関がチェックするのにふさわしいでしょうか？

他国をモデルにしたいところですが、それぞれ成年後見制度に関わる法制度が違っているため一概に言えません。しかし、横浜宣言にある「保護の形態は適切な時期に独立した機関により定期的に見直されるべきである」との観点から独立した第三者機関である必要はあるでしょう。今後、三類型の見直しや廃止に関する議論とあわせて、精神障害者の人権という視点に立った調査・研究が必要だと思います。

(齋藤 敏靖)

【参考文献】

- ・法務省民事局 「成年後見制度の改正に関する要綱試案について」 1998年4月
- ・千藤洋三 著 「成年後見制度改正要綱試案について一補助類型をめぐる諸問題一」 関西大学研究叢書 1999年6月
- ・H. ベーム他 著／新井誠 訳 「ドイツ成年後見ハンドブックードイツ世話法の概説」 勁草書房 2000年6月

2 成年後見制度への提案

自己決定支援の重要性と精神障害の障害特性に鑑み、成年後見制度への提案として以下の4点を提示します。

(1) 自己決定支援の仕組みづくりとガイドラインの作成

イギリスでは2005年に意思決定能力法において、判断能力が低下した人に対し、意思決定支援を行い、本人の意思を尊重しようとする

方針が明確にされました。可能な限り意思決定支援を行っても、代行決定が必要となる場合は I M C A (Independent Mental Capacity Advocate : 第三者代弁人。以下、「イムカ」。) という意思決定支援を専門に扱う組織に介入を要請します。菅富美枝は重大な医療行為を例にとり、イムカは、「本人の意思決定を支援したり、意向を代弁してくれる任意後見人、家族・親友がない場合、本人に代わって、サービス提供者(…略…)に対して、独立した立場から、当該状況における『ベスト・インタレスト』を表明する役割を果たすのが I M C A である。」¹⁾と説明しています。

日本においても、包括的な代理権をもつ成年後見人等に委任するのではなく、個別的・具体的な事案について、もっとも本人の自己決定(意思決定)に貢献できる支援者や関係者の協力を得られる仕組み作りが必要です。そのためには、ベスト・インタレスト(最善の利益)に基づき、本人の意思の表明を支援し擁護するガイドラインが重要となります。

あらゆる手段を講じても、代理決定が必要となる場合には、イムカのような第三者的立場からベスト・インタレストを表明する機関を作る必要があります。既存の組織を活用する方法もありますが、独立性の担保と、意見が尊重される仕組み作りが重要です。

(2) 成年後見人等による自己決定支援の質の担保

親族や専門職後見人の専門性を問わず、成年後見人等には自己決定支援を担う責務があります。自己決定支援は、価値を伴う高度な技術が求められますが、成年後見制度の質を担保するには、成年後見人等が一定程度の自己決定支援の技術を身につける必要があります。そのためには、技術習得の機会と継続的な研修を義務づけるなどの工夫が必要です。

1) 菅富美枝 イギリス成年後見制度にみる自立支援の法理 ミネルヴァ書房 2010年 P48

財産管理における事故を防ぐため、家庭裁判所の監督機能や後見信託の利用を推進していますが、身上監護面や生活面での自己決定支援を保証することも権利擁護をすすめていく上で重要です。

(3) 対応が難しい事案の研究と公的後見人

加齢に伴う心身機能の低下に加え、精神障害の障害特性として病状の改善や増悪など、状態の変化があり、成年後見人には障害理解に基づいた対応が求められます。

しかし、専門職後見人や親族後見人、市民後見人の如何を問わず、すべての成年後見人が精神障害に通じている訳ではありません。精神保健福祉士といえども、対応に苦慮する場面は多いのが現状です。このような対応が難しい成年後見の案件について、情報を収集し成年後見制度の効果と限界、制度運用上の工夫、関連領域との連携方法などの研究をすすめていくことが求められます。

また、対応が難しい案件は、公的後見人制度を創設し、公的責任において対応していく仕組みが必要と考えます。

(4) 定期的再判定と判定機関の導入

横浜宣言やイギリス2005年意思決定能力法を持ち出すまでもなく、自己決定支援を行い必要な時に必要な範囲で限定的に権限を行使する考えは、クローバーが重視していることです。特に精神障害の状態の変化という障害特性を成年後見制度の中に反映させるには、成年後見人が持つ包括的な代理権を漫然と継続させるのではなく、定期的に再判定を行う仕組みが必要です。一定の年数をもって再判定する、後見登記は継続しながら回復期には一時停止する、といった方法も考えられます。そのためには、主治医や成年後見申立て時の意見書作成医だけでなく、公的な判定機関も必要になると考えます。

(長谷川 千種)

おわりに

本協会は、自己決定支援を中心原理の一つとして活動を進めてきました。ゆえに成年後見制度の代理権等に対しては戸惑いを持ちながら向き合ってきました。

しかし、本人の判断能力が低下し、成年後見制度を利用しない状況下では、誰かが適切なタイミングで決定しないと結果的に本人が不利益になることがあります。本人の判断が求められたとき、家族、医療や福祉の専門職、知人など、本人以外の他者が、決定に大きな影響を及ぼし、時には法的権限のない人が代理決定を行い、周囲も追認せざるを得ない状況となってしまうのです。このような状況は可能な限り避けねばなりません。

クローバーの取組みは、代理権等の行使についても、決定過程を本人と共有することを念頭に行ってきました。代理権行使の前段階にある自己決定支援は、本協会の中心原理と重なる部分が多いといえます。自己決定支援の延長線上に代理権等を位置付けるなら、成年後見制度へつながる案件は増えていくと思われます。

精神障害者の後見実務は、専門職後見人においても難しさが語られます。病状の変化に伴う対応の難しさがあるのかもしれません。精神障害者は判断できない人ではなく、自己決定支援によってほとんどのことは判断が可能です。しかし一方では、時間的な制約、決定事項の重要性、複雑な事情の状況把握等の中で、何らかの決定をせざるを得ない場面もあり、誘導した意思決定になってしまうことも起こり得ます。決定しない自己決定も一つですが、その結果が本人に不利益をもたらすこともあるので、慎重さも求められます。本人にとっての最善の利益を考えたとき、成年後見制度の利用も選択肢の一つとなります。

親族、専門職、法人、社会貢献型等、成年後見人等の立場を問わず、等しく本人の意思が尊重される制度であることを願い、またそのような制度にしていくために関係者が一丸となって取り組んでいく必要があります。本冊子が精神障害者の権利擁護のために活用されることを切に願います。

【編集・執筆者】

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 クローバー運営委員会 (役職・50音順)

担当副会長	田 村 綾 子	聖学院大学	埼 玉 県
担 当 理 事	池 谷 進	健康科学大学	山 梨 県
委 員 長	長谷川 千 種	昭和大学附属烏山病院	東 京 都
副委員長	齋 藤 敏 靖	東京国際大学	埼 玉 県
委 員	浅 沼 尚 子	鎌倉福祉士事務所 長楽庵	神奈川県
	安 部 裕 一	北九州成年後見センター	福 岡 県
	今 村 浩 司	西南女学院大学	福 岡 県
	岩 崎 香	早稲田大学人間科学学術院	埼 玉 県
	岡 田 昌 大	こころのクリニック西尾	愛 知 県
	毛 塚 和 英	桜ヶ丘記念病院	東 京 都
	齋 藤 憲 磁	日本社会福祉士会 (外部委員)	東 京 都

【執筆者】

常務理事	木 太 直 人	日本精神保健福祉士協会	東 京 都
クローバー 登 録 者	伊藤 亜希子	福島県立医科大学 医学部災害こころの医学講座	福 島 県

(2016年3月現在)

精神障害者の成年後見制度ハンドブック

2016年3月31日 発行

編 集 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 クローバー運営委員会

発行所 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23番地3 四谷オーキッドビル7階

TEL 03-5366-3152 FAX 03-5366-2993

URL <http://www.japsw.or.jp/>

発行者 柏木 一恵

印 刷 株式会社ファーストワン

※本冊子は、「平成27年度社会福祉法人社会福祉事業研究開発基金助成金」
の助成を受けて作成しています。

※本冊子の無断転載・複写を禁じます。



本冊子は、「平成27年度社会福祉法人社会福祉事業研究開発基金助成金」の助成を受けて作成しています。