

私たちは「市民が市民を支える社会」をめざします

精神障害者に関する基本的な理解

「精神保健福祉法の改正と成年後見制度」

—保護者制度の廃止と医療保護入院の改正に伴って—
(付 関連法の関連条文抜粋他)



認定NPO法人東葛市民後見人の会

独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業

精神保健福祉法の改正と成年後見制度

目 次

I	はじめに	2
II	成年後見制度と市民後見人	3
	1 成年後見制度の運用実態	3
	2 財産管理中心から身上監護重視へ	5
	3 任意後見のすすめ	5
	4 市民後見推進のために	6
	5 成年後見制度の在り方と期待される市民後見人像	7
	〈参考〉成年後見制度の運用実態	8
III	精神障害者に対する基本的な理解	9
	1 精神障害者について一法的定義と概念	9
	2 任意入院について	12
	3 任意入院を行う場合の手続き及び任意入院者の退院制限について	12
	4 診察及び保護の申請について	13
	5 都道府県知事による入院措置について	14
	6 費用の負担について	16
	7 医療保護入院について	16
	8 医療保護入院等のための移送について	18
	9 医療保護入院者の退院促進に関する措置について	19
	10 長期在院、社会的入院と言われる精神障害者の退院促進について	20
IV	おわりに	23
付	関連法及びその関連条文抜粋	24

I はじめに

成年後見制度が創設されてから 14 年余りが過ぎました。

日本社会の高齢化は一段と進行し、超高齢社会と言われるようになりました。とりわけ、成年後見制度の潜在的な対象者と言われる認知症高齢者は予測を上回るペースで増え続け、全国では 462 万人と推計されています。加えて、知的障害者 55 万人、精神障害者 323 万人が「親亡きあと」の深刻な悩みを抱えています。こうした判断能力の不十分な認知症高齢者や知的障害者・精神障害者に対するの保護・支援を担う仕組みとして、成年後見制度の利用促進が急務となってきました。

こうした社会情勢を踏まえて、障害者に関する制度の見直しが矢継ぎ早に進められています。2011 年に障害者基本法が抜本改正され、2012 年に障害者自立支援法が障害者総合支援法へと改正されました。さらに 2014 年 1 月には障害者権利条約が国会で批准されました。

特筆すべきは精神保健福祉法のみで制定されていた、保護者制度が全面廃止されたことです。これを受けて、医療保護入院制度についても、精神障害者の権利擁護ならびに、保護者の同意との関係に問題があることを認めただうえで、自身の病気に対する自覚（病識）に欠ける精神疾患で入院して治療する必要があると認められた場合には、本人の同意によらない現行の医療保護入院制度を維持しつつ、「医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進する措置」が法第 33 条の 4 に追加されて、2014 年 4 月 1 日より施行されています。

ここに至るまでには専門有識者による検討が重ねられ、精神障害者に対する「強制入院」「強制医療」介入に併せて「社会的入院」の解消にむけて、退院支援や、地域生活における医療・生活の支援体制のための「保護者制度・医療保護入院制度に関する作業チーム」が設置されました。

数多の検討を重ねて、保護者制度については、「財産上の利益を保護する義務」を残す必要性を認めた上で、成年後見制度で十分カバーできると判断されて全面廃止となりました。医療保護入院の一部改正については、精神科入院当初から早期の退院に向けた手続きが具体的に示された上で、**地域社会での医療・生活面の支援策としての成年後見制度、とりわけ市民後見人への期待**が一同の総意として寄せられています。

Ⅱ 成年後見制度と市民後見人

1 成年後見制度の運用実態

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害等のために判断能力の不十分な成年に対して法律行為を含む保護及び支援を行うもので、2000年4月に新しくスタートしました。今さら新しくと述べたのは1898年以来100余年にわたり、民法で規定されていた「禁治産・準禁治産宣告の制度」が、大幅に見直されて、措置制度から契約制度へと転換されたことに意義があるからです。

禁治産制度では対象者が相当度の精神的障害を持った人に限られていた上、保護の内容も画一的・硬直的であると指摘されていました。更に宣告を受けると戸籍に記載されたために、当事者や関係者からの強い抵抗がありました。これに対し、成年後見制度では「自己決定権の尊重」の理念と「本人の保護」の理念との調和を目的に、より柔軟でかつ弾力的な利用されやすい制度をめざしています。当然、戸籍への記載も撤廃されました。

法が施行された当時、この制度を必要とする人は総人口の1%、潜在的には120万人と想定されていました。新たに設けられた補助類型（後見・保佐・補助類型の一つ）と任意後見制度を中心として、成年後見制度は飛躍的に進展するとの熱い期待が寄せられていました。ところが、施行後14年間の運用実態は当初の予測を大きくはずれ、利用者は著しく低調で2013年末現在の利用者は16.6万人、総人口の0.1%を若干名上回っているに過ぎません。更には後見類型の偏重（全体の86%）、補助類型の低迷、任意後見の不振などという、先進諸国では、類をみないような極めて特異な形で運用されてきました

どこに原因があるのでしょうか。

障害者関連の分野に限って言えば、手続きが煩雑な上に関連法（障害者基本法、介護保険法、老人福祉法、精神保健福祉法等）との噛み合わせが複雑で使い勝手が悪く、利用者数を鈍化させていると言われていています。「仏作って魂入れず」とまで酷評する有識者もいます。

一方、成年後見人と本人との関係では、発足当初の2000年には親族後見人が91%、弁護士や司法書士などの専門職後見人は9%でした。最近では親族後見人が42%に減少し、専門職等の第三者後見人は58%を占めるようになりました。ところが、専門職後見人の中には1人で10数人の後見人になるなど、あまりに職業的になりすぎて、一部では「顔の見えない」後見とまで揶揄される始末です。

他方、親族後見人は客観性に欠け、本人の財産と自分の財産を混同してしまい、心情的に流れて真に後見を必要とする人のニーズには応えられないケースも見受けられます。また親族、専門職を問わず成年後見人による不正や横領事件がマスコミで大々的に報道されることもあって、成年後見制度そのものに対して暗い影を落としていることも実感されます。

「親族後見人（実兄）による成年被後見人の財産着服・横領事件」として、逮捕・起訴され、実刑に処せられた事例を紹介します（ご本人及び関係者の了承を頂いていますが、個人情報保護の観点から個人を特定できる情報の一部を改変しています）。

成年被後見人 B は事件当時 37 歳。22 歳の時に統合失調を発症、15 年余りの入院を余儀なくされていた。すでに病状固定化して、疎通性を欠き、無為、茫然、感情鈍麻に併せて思考の内容も貧弱で、自立した生活は困難と判断されていた。生活背景は、同胞 4 人（3 男 1 女）の末子として可愛がられて育った。学業成績は優秀で、同胞中でただひとり大学に進学し、その在学中での発症だった。

こんな B を不憫に思った父親は、生存中から所有する土地・株式などを 4 人の子供に平等に分け、「自分亡きあとは、B 名義のものを売却して入院費などに当てるように」との遺言書まで残してあった。ところが父親没後、B の入院継続にかかる医療保護入院の保護者変更の際して、実兄 A は精神保健福祉法による保護者変更にとどまらず、成年後見制度による後見開始の手続きまでも済ませて、B の財産管理を手中に収めていた。「B の病状も考えて」と説明されて、長兄としての自覚の表れと理解していた。

ところが、B の入院費支払いが滞るようになり、滞納額も多額となったために院長名で法的な督促をしたところ、B 名義の財産はすでに売却されていた。成年後見人 A は財産の着服と横領罪で逮捕されて、刑法 254 条（業務上横領罪）で起訴され懲役 2 年の実刑に処せられた。父親の遺言にもかかわらず、私利私欲に駆られて計画的に障害を持つ弟の後見人となり、財産を横領したことは、酌量の余地のない悪質なものとされ、執行猶予もつかない厳しいものだった。

A さんは刑を終えてからすでに 10 年、同胞との関係も修復されて、地元で穏やかに生活されています。この事例は、罪の償いの一助にと、自らの体験を提供してくれたことを重ねて述べさせていただきます。

2 財産管理中心から身上監護重視へ

冒頭、成年後見制度は旧法を大幅に見直し新しくスタートしたと述べました。ここで、どんでん返しと言われそうな問題点を提示しなければなりません。

成年後見制度の法的基盤は民法にあります。しかし、民法と関連領域法の間で、成年後見制度に対する見解に違いがあり、成年後見制度の位置づけを巡っての政策的不整合についても否定できません。

民法の通説的考えでは、成年後見制度を「財産管理制度」として捉えています。ある意味では明確なスタンスですが、最近になって財産管理中心から身上監護を重視する考え方が急速に浸透してきました。つまり成年後見人の最も重要な任務は、被後見人と同じ立場でご本人の日常生活を支え、その人らしく暮らせるように支援することだという考え方です。遅ればせながら成年後見制度が生活支援の制度でもあることが確認されたのです。市民後見人の特色が「身上監護」にあることは言うまでもありません。

また、成年後見制度は多額の資産を有する人だけのものではありません。資産のない人でも利用されます。生活保護法第 81 条には、生活保護受給者に対して成年後見人がつく必要性が明確に述べられています。

さらに、成年後見制度は、高齢者や障害者に対する身体的虐待、経済的虐待、ネグレクト、性的虐待などを防止し、権利を擁護する制度として位置づけられています。高齢者虐待防止法第 28 条、障害者虐待防止法第 44 条において、行政の虐待への対応策として、成年後見制度が極めて有効であることを明確に示唆しています（巻末に条文記載）。

3 任意後見のすすめ

成年後見制度は、本来民法と任意後見契約法に制度的基盤を置いています。

改めて「自己決定権の尊重」「本人の保護」の理念との調和という、本制度の目的に立ち返り、任意後見制度の利用について考えました。

任意後見制度は成年後見制度の中に創設された制度です。本人の判断能力が十分あるうちに、あらかじめ代理人である任意後見人に財産管理や身上監護の事務などについて代理権を与える任意後見契約を公正証書で結んでおきます。その後、本人の判断能力が不十分になったとき、家庭裁判所が任意後見監督人を選任することによって契約の効力が生じ、本人の保護に当たるものです。

昨今、ライフスタイルも変化して、老夫婦だけの家族、子どものない家族、

ひとり暮らしの高齢者なども珍しくなく、家族の在り方も変化しています。それだけに、年老いて、認知症のために十分な判断能力を失い、財産管理や遺産分割などの法律行為を自分で出来ないと心配し、悪質商法の被害に遭う事を不安に思う高齢者は決して少なくありません。任意後見制度は、本人が判断力のあるうちに自分の責任で、あらかじめ頼れる個人、頼れる法人を定め、その権限の内容も公証人が作成する公正証書において契約を締結しておくものです。

最近では、元気なうちに継続的見守り契約や任意後見契約、さらには「いざという時の意思表示」や死後事務等委任契約までを公正証書で作成し、早めに古い支度を整える賢明な高齢者が少なくありません。

ご参考：「任意後見のすすめ」－利用の促進と濫用の防止に向けて－（当会発行）

4 市民後見推進のために

こうした問題を真摯に受け止め立ち上がったのが他ならない市民後見人です。市民後見人はその名が示すように、専門職でも親族でもない純然たる第三者の、市民による後見の担い手です。市民の立場に立ち、市民の目線で、後見を必要とする人のために何が必要か、何をすれば良いかを考え行動します。「市民後見人」という言葉が社会に登場したのは2003年頃からですが、それは一般に流布されているように専門職後見人の不足を補完するためのものではありません。

高齢者や障害者が地域で安心して生活するためには、地域福祉権利擁護事業（福祉サービス利用援助事業）と成年後見制度とが、互いに補完し合う形で機能することが求められます。「成年後見の社会化」という視点からは、「市民後見人こそ、成年後見制度の担い手」といっても過言ではありません。市民後見人には、専門職や親族にないボランティア精神と温かい思いやりの精神があり、住民の権利擁護の担い手としての自覚もあります。これぞ「市民が市民を支える」後見であり、成年後見制度に魂を入れるような理想の後見活動と言っているのではないのでしょうか。

従来、成年後見制度の運用に関わる国の機関は司法つまり裁判所だけとされ、行政が直接関与する法的な規定は、市町村長申立て以外にはありませんでした。2011年に介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部が改正されて、老人福祉法第32条の2が新設されました。これにより成年後見制度の運用全体の中に、行政の役割が初めて法的に位置づけられました。市町村は、養成された市民後見人を家庭裁判所に推薦する義務を負い、都道府県にも市町村の行な

う措置の援助が義務づけられ、2011年4月1日より施行されています。この際の後見人が市民後見人を意味することは言うまでもありません。

介護サービス利用契約などを中心に、成年後見制度の担い手として地域住民の役割が強まるなかで、判断能力が不十分な高齢者や障害者の権利擁護を図るため市民後見人を養成し活用する役割が行政に期待されています。大切な事は、民間（市民）－行政（市町村）－司法（家庭裁判所）三位一体の連携です。市民後見養成事業が社会的な意味を持つためには、家庭裁判所が市民後見人の適性を認めて、成年後見人に選任する必要があります。さらに市民後見人養成－就任支援－活動支援の三位一体が重要です。行政による就任・活動支援が不十分なら、後見人に就任できないばかりか、たとえ就任できても、満足のいく活躍は期待できません。

市民後見人－市町村－家庭裁判所の三位一体の連携、さらに市民後見人養成－就任支援－活動支援の三位一体のバックアップ体制が望まれます。

5 成年後見制度の在り方と期待される市民後見人像

障害者権利条約の批准、障害者の施設・病院からの地域移行、要支援の高齢者に対する生活支援サービスの自治体移管など、自治体と地域の一体的な工夫や力量が問われる時代になりました。同時に、「自己決定権の尊重」「権利の擁護」「ノーマライゼーション」などの高邁な理念を掲げ、14年前にスタートした成年後見制度の在り方も、本質的な転換が迫られています。

成年後見制度はどう変わるべきなのでしょう。

第1に、財産管理中心から身上監護重視の制度へ

第2に、後見偏重から補助・保佐類型を活用する制度へ

第3に、代理・代行意思決定（substituted decision-making）から支援付意思決定（supported decision-making）中心の制度へ と転換することです。

第4に、制度の理念を最も体現する任意後見制度を一段と拡充することです。

このことは、今さらながら成年後見制度の発足当時の原点に回帰することを意味します。それを可能にする人材こそ、高い社会貢献意欲と倫理観を備えた元気シニアや介護などの経験のある主婦であり、現役時代に培った専門的な知識と経験、後見実務に必要な法律・医療・介護などの一定の知識を備えた市民後見人なのです。地域社会では今、新しい地域支え合いの仕組みづくりに向け

た取り組みが始まっています。障害のある人の支えを、家族だけが担う仕組みから地域住民や医療・保健・介護を担うさまざまな関係者を含めて地域全体で支えていくという、歴史的な大転換が始まろうとしているのです。それを可能にする制度として成年後見制度があり、それを実現する担い手として市民後見人が存在するのです。市民後見人の原点は社会貢献であって、職業でも、仕事でも、損得勘定でもありません。時代が良質な市民後見人を求めているのです。

精神保健福祉法の保護者制度が全面削除され、成年後見制度でカバーできると結論されたのも、こうした問題を要約し考慮したことと説明されています。

〈参 考〉成年後見制度の運用実態

1. 平成 12～24 年概況

- ① 平成 24 年 12 月末現在の利用者数 166,289 人
法定後見 136,484 人、保佐 20,429 人、補助 7,508 人
任意後見 1,868 人
- ② 13 年間の法定後見開始の審判の認容件数 255,595 件
後見 219,860 件 (86.0%)、保佐 25,377 件、補助 10,358 件
任意後見契約締結の登記件数 67,076 件
任意後見監督人の選任件数 3,488 件 (5.2%)

2. 分析結果

先進国は人口の 1% (近時 2%) の利用が普通です (独 3%)。

日本の場合は、

- ① 成年後見制度の利用そのものが低調
- ② 後見類型の偏重
- ③ 補助類型の低迷
- ④ 任意後見の不振 (任意後見監督人選任も低調)
等の特異性が指摘されています。

3. 不振の主な理由

- ① 1898 年以來の禁治産・準禁治産制度が廃止され、成年後見制度の導入後も、生活支援の制度ではなく財産保護の制度として運用されてきたこと
- ② 後見業務等の担い手として、親族や本来的に身上監護面よりも代理・代行業務が専門の弁護士や司法書士等の第 3 者後見人が中心を占めてきたこと
- ③ 成年後見制度に対する国民的理解の不足、周知・普及活動の遅れ

Ⅲ 精神障害者に関する基本的な理解

—成年後見制度に関連する精神保健福祉法の条文—

成年後見制度は判断能力の不十分な成年者を保護し、支援する制度です。その代表的な対象となる方、いわゆる被後見人について、「精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者」とされています。

常況？ 状況の書きまちがえでは？と考えてしまう方も少なくないと思います。ところが、辞書にも「ふだんのありさま」と説明されて載っている熟語です。

しかし成年後見制度で言うところの「常況にある」とは、間断なく判断能力を欠く場合に限定されているのではなく、「時々判断能力がある状態に戻ることであっても、通常は判断能力を欠く場合も含む」とされています。このような、日常生活ではあまり使われない用語の解釈や、言葉だけが独り歩きをしている概念や観念修正を含めて、「精神上の障害」ということについて、その一端を述べさせていただきます。

そこで、法的な根拠となる精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という）の中で、最も関連の深い条文を抜粋して、これに則ってその解釈と若干の問題点にふれつつ課題を進めたいと思います。

1. 精神障害者について—法的定義と概念—

精神障害者の範囲を定めた規定が法第5条に定義づけられています。

(定 義)

第5条 この法律で「精神障害者」とは、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者をいう。

と記されております。この定義では「精神障害者」を精神疾患を有する者をいう、と医学的概念で規定されており、その例示として上記のような疾患が挙げられております。ここで問題は「その他の精神疾患」という表現の曖昧さです。最も関心の深い認知症においてすら「その他の精神疾患」に含まれています。

精神科では診断のために現象を把握するのに、目で見えた生物学的な変化は従として、主に患者の発する言葉や態度から心理状態を判断します。そのため精神科医の判断はややもすると主観的となり、診断にも相違が生じるおそれがあります。

そこで、各医師の主観が入りにくい診断分類と診断方法を、実用的な立場から設定する必要性が求められ作成されたのが WHD の国際疾病分類の「精神障害の分類と診断の手引」(ICD) です。改正が重ねられて、すでに 10 を数えています。

ここに「精神疾患」の範疇にはいる具体的な個々の疾患名が詳細に分類されています。精神保健福祉法に係る公的な診断書（医療保護入院者の入院届、同定期病状報告、同退院届、措置入院に係る診断書、同症状消退届等々）にはカテゴリーも含めての記載が求められているので、参考のため右に転記しました。

精神疾患の一般的な診断書も概ねこれに従い記述されています。

※要は本条における精神障害の定義は、本法と言う精神障害の外縁を示したものです。

もとより「精神疾患」とは、精神上、心理上及び行動上の異常や機能障害により生活を送る上での能力が相当程度影響を受けている状態を示す用語として、医学上定着している言葉です。精神疾患に該当するか否かは、思考・現実認識・意思疎通・記憶・感情表出・問題対処等の機能が損なわれていることによって判断されます。

※当然のことながら成年被後見人の診断、鑑定に際しての基準に一致します。

精神障害の分類と診断の手引 ICD10

F 0 0	アルツハイマー病認知症
F 0 1	血管性認知症
F 0 2	他に分類されるその他の疾患の認知症
F 0 3	特定不能の認知症
F 0 4	器質性健忘症候群、アルコール及びその他の精神障害
F 0 6	脳損傷、脳機能不全及び身体疾患による他の精神障害
F 1 0	アルコール使用による精神及び行動の障害
F 2 0	統合失調症
F 2 2	持続性妄想性障害
F 2 8	他の器質性精神病
F 2 9	特定不能の器質性精神病
F 3 0	躁病性エピソード
F 3 1	双極性感情障害
F 3 2	うつ病性エピソード
F 3 3	反復性うつ病性障害
F 4 5	身体表現性障害
F 6 1	混合性及び他の人格障害
F 7 2	重度精神遅滞
F 0 5	せん妄

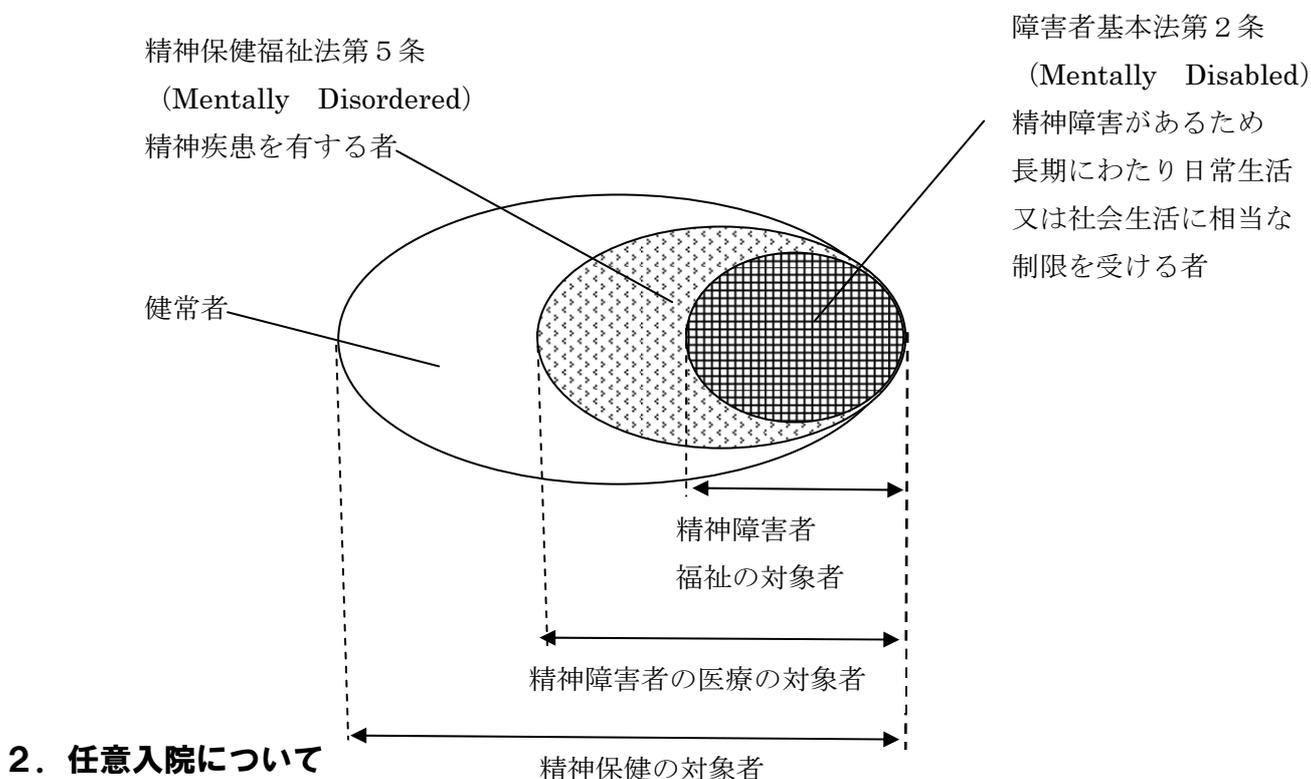
[精神障害者の2つの概念と精神保健と精神障害者の関係]

「疾患」と「障害」の関係については、精神保健福祉法第5条では前述のように精神障害者を**精神疾患**を有する者という医学的な概念で捉えており、保健医療施策における考え方が基盤になっています。

これに対して、障害者基本法第2条では、「障害者とは身体障害、知的障害、精神障害があるため、長期にわたって日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者」とし、**能力障害**に着目した概念で捉えており、生活能力の障害やハンディキャップについて、援助を行なう福祉施策の考え方が基盤になっています。

この2つの概念は日本語では「精神障害」という同じ言葉で表現されたまま、明快な使い分けがなされずに過ぎてしまいましたが、平成7年に精神保健法が精神保健及び精神障害者福祉法に改まるにあたって、精神障害者の医療と福祉の関係を、障害概念の整理とあわせて明確にされました。

しかし、1つの法律の中で、1つの用語に2つの定義を置くことはできないため、精神疾患に着目した概念の方が能力障害に着目した概念より、ごく軽度の精神疾患や短期的な疾患を含むものとして、従来の精神疾患の定義を残しています。これを図式化しました。



精神科病院の管理者が精神障害者を入院させる場合には、精神障害者本人の同意に基づいて入院が行われるよう努めるべき旨の努力義務を定めた規定です。

第 20 条 精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

症状によっては、行動の制限や退院を制限することもあると、明記したうえで、その呼称についても、非強制性という意味で「任意入院」とされたものです。

法改正前には、保護者に関する規定に続いて、第 22 条の 3 として、定められていましたが、保護者制度の規定が全面廃止されたことに伴って、独立した条文として、第 20 条に規定されています。

精神障害者の意思を尊重する形で入院を行うことが、本人の人権尊重という観点から極めて重要であるとともに、退院後の治療継続のためにも好ましいと考えられること、あるいは「家族によって、強制的に入院させられた」などの、退院後のトラブルも緩和されると考えられています。

そもそも、入院治療は入院者の人権を尊重して、治療効果をあげるものです。任意入院は、精神障害者本人の同意による入院で、入院形態の本質ともいうべき形態です。ところが、2010 年現在の精神科入院総数 31 万 800 人中任意入院は 57% の 17 万 7200 人に留まっています。ここに大きな問題が潜んでいます(後述)。

3. 任意入院を行う場合の手続き及び任意入院者の退院制限について

任意入院に際して入院中の権利事項、任意患者から退院申出があった場合の対応、退院制限について、第 21 条に規定されています。

第 21 条 精神障害者が自ら入院する場合においては、精神科病院の管理者は、その入院に際し、当該精神障害者に対して第 38 条の 4 の規定による退院等の請求に関する事その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせ、当該精神障害者から自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。

2 精神科病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（以下「任意入院者」という。）から退院の申出があった場合においては、その者を退院させなければならない。

3 前項に規定する場合において、精神科病院の管理者は、指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めるときは、同項の規定にかかわらず、72 時間を限り、その者を退院させないことができる。

以下、第 4～7 項まで省略します。

〈要旨解釈と補遺〉

- 任意入院として入院するのは「精神障害者であり本法第 5 条に規定する精神障害者（精神疾患を有する者）」とされています。
- 任意入院者が退院を申し出るのは、主治医だけでなく、看護師、事務職員でもよく、特別の制限はありません。申し出を受けた場合は速やかに主治医に伝えるなどして、退院、退院制限の判断ができるよう配慮しなければなりません。
- 退院制限を行った場合で、更に入院を継続する場合には、通常は医療保護入院に切り替えて、入院を継続することになります。
- それは「医療及び保護のため入院の必要を認めた」（第 33 条第 1 項）に相当するものと認められたような状態に該当します。
- 72 時間の起算点は、患者が現実的に退院の意思を明らかにした時点であり、この時点が夜間または休日であっても、その時点から起算すべきです。

4. 診療及び保護の申請について

精神障害者又はその疑いのある者についての通報規定です。

精神障害者又はその疑いのある者のうち、精神保健指定医の診察と、必要な保護を要する状態にある者を知った者が、都道府県知事（指定都市の市長）に対して、保護を採るよう申請することができることとした規定です。

（診察及び保護の申請）

第 22 条 精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

精神障害者についての通報規定のうち、一般人の申請に関する規定です。

「精神障害者又はその疑いのある者」については、文理上は、その症状、程度を問わず、その疑いのある者すべてを指すように理解されますが、申請を受けた、都道府県知事（指定都市の市長）は必要と認めれば、指定する精神保健指定医に診察させ、場合によっては公権力により、強制的に措置入院させ

ることになり、基本的人権に重大な影響のある行政処分が発動にもつながる通報であること、及び第三者から通報される、精神障害者又はその疑いのある者の名誉や人権に配慮すべきことであることから、条理上は第 29 条の「自傷他害のおそれのある状態である」と理解すべきと思われます。

以下第 23 条から第 26 条までは、警察官、検察官、保護観察所、矯正施設等の職務ごとに規定されており、それぞれの職務に基づき申請され、私人の資格で申請することはできないので、該当条だけを紹介します。

第 23 条（警察官の通報） 第 24 条（検察官の通報） 第 25 条（保護観察所の長の通報） 第 26 条（矯正施設の長の通報）

※こうした申請は、すべてが形式に法った申請書を提出することによって行われる要式行為です。口頭、電話などによつての申請は認められません。申請される対象者（精神障害者）の人権・名誉に対する影響が大きいと、考えられたうえで、特に慎重な手続きを課したものです。

※警察官等の場合、自傷他害のおそれのあると思われる精神障害者を発見した場合は、勤務中でないとき、いわゆる非番のときでも、まず第 23 条の規定により申請すべきであるとされています。

※その他、申請される対象者が、保護観察中あるいは執行猶予中ということもあって、司法が係って、鑑定の結果、非措置要入院と判断されて、医療保護入院になり、後見人がついた例もあります。

5. 都道府県知事による入院措置について

医療及び保護のため、入院させなければ自傷他害のおそれがあると、認められる精神障害者を、都道府県知事（指定都市の市長）の権限によって、強制的に入院させる、措置入院に関する規定です。

（都道府県知事による入院措置）

第 29 条 都道府県知事は、第 27 条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

2 前項の場合において、都道府県知事はその者を入院させるには、その指定する 2 人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療

及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

以下、本条第3～4項、第29条の2～7までは省略します。

〈要旨解釈と補遺〉

- 指定医2人以上とは、同一の申請、通報又は届出による、指定医の診察が2人以上要するという意味です。2人以上の指定医の診察は同一の被診察者を、複数の指定医が同時に診察する、いわゆる対診行為であってもよいし、被診察者の症状判定の基礎に変化をきたさない程度の日時であれば、1人目の指定医の診察と2人目以下の指定医の診察の間に、若干の間隔が置いてなされてもよいと解釈されています。
- 実際に診察を行う2人以上の指定医の選定に当たっては、地域的事情により、他に指定医が確保できないなどのやむを得ない事情を除いては、原則として同一の医療機関に所属する指定医を選定しないととも、措置決定後の入院先は、その指定医が所属する医療機関は避けるよう、配慮するように求められています。
- 自傷他害の判定基準は、第27条及び第28条に詳細に述べられています。「自己を傷つけ」とは、自己の生命、身体を害する行為を指します。浪費や自己の所有物の損壊のように、自己の財産に損害を及ぼす行為とは、自身を傷つける行為に当たりません。「他人に害を及ぼす」とは、他人の生命、身体、自由、貞操、名誉、財産に害を及ぼすことを指します。具体的には、殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物損壊、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火などを指し原則として刑罰法令に触れる程度の行為、それを引き起こす恐れがあると、認められた場合とされています。
- 必ずしも個人的法益の侵害だけでなく、社会的法益を害する場合も含まれています。法益侵害には種々の程度があり得ること、入院措置が人身の自由を制限するものであることを鑑み、その認定に当たっては、実質的な法益侵害の性格と程度、原則として、ここでも刑罰法令に触れる程度と規定されています。
- なお、都道府県知事が措置入院させることができるのは2人以上の指定医の診断結果が、措置入院という点で一致したときに限ります。従って第1の指定医の診断の結果、措置入院不要と判断された時点で、第2第3の指定医の診断を待つまでもなく、措置入院は行われません。

6. 費用の負担について

措置入院に要する費用の公費負担については第 30 条に規定されています。

(費用の負担)

第 30 条 第 29 条第 1 項及び第 29 条の 2 第 1 項の規定により、都道府県知事が入院させた精神障害者の入院に要する費用は、都道府県が負担する。

- 2 国は、都道府県が前項の規定により負担する費用を支弁したときは、政令の定めるところにより、その 4 分の 3 を負担する。

入院措置は、精神障害者の医療保護を図るため身体に、直接の強制力を加え、精神科病院に入院させる、事実行為としての「行政処分」です。その限りでは、措置入院の効果は、患者を入院させ医療保護を加えることにより、完結するものです。措置入院による医療費を、すべて公費負担することにはなりません。加療によって、措置入院となった症状が改善すると、措置不要と鑑定されます。しかし、精神疾患として「医療及び保護のため」の症状が残存している場合は、医療保護入院に切り替え、費用も他法（健康保険、国民保健、生活保護など）に変更されての医療継続になります。

7. 医療保護入院について

精神保健指定医が診察した結果、精神障害者であり、**医療及び保護のために**入院の必要があると認められた場合には、家族等の同意があるときは、本人の同意がなくても精神科病院に入院させることができると規定されています。この項については、精神保健福祉法の見直しに当たって、保護者の項と共に、2本の柱として、専門チームが構築された経緯があり、大きく改廃されました。

(医療保護入院)

第 33 条 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

- 一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第 20 条の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの
- 二 第 34 条第 1 項の規定により移送された者

2 前項の「家族等」とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう。ただし、つぎの各号のいずれかに該当するものを除く。

- 一 行方の知れない者
- 二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
- 三 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人
- 四 成年被後見人又は被保佐人
- 五 未成年者

3 精神科病院の管理者は、第1項第1号に掲げる者について、その家族等（前項に掲げる家族等をいう。以下同じ。）がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合において、その者の居住地（居住地がないか、又は明らかでないときは、その者の現在地。第45条第1項を除き、以下同じ。）を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。第34条第2項の規定により移送された者について、その者の居住地を管轄する市町村長の同意があるときも、同様とする。

以下、第4～7項までと、第33条の2～3は省略します。

〈解 釈〉

- 法改正前には精神保健福祉法に特別に定められていた、保護者制度が廃止されたことにより、これを補うものとして大きく改廃されています。
- 注目すべきは、保護者に関する規則が削除されて、厳しく定められていた保護者になり得る順位も撤廃され、成年後見人又は保佐人も一律に「家族等」という表現のもとに組み入れられています。
- ここで言う「配偶者」とは、婚姻届をした法律上の配偶者をいい、事実上の婚姻関係にある内縁関係は含まれません。
- 逆に直系血族及び兄弟姉妹のように法律上当然扶養の義務のある者に対しては、家庭裁判所による選任審判は不要になりました。
- 第2項による規定は、家族等のつながりに基礎を置いているのに対して、第3項の市町村長（特別区の長を含む）による同意は、いわば行政的立場からのもので、慎重なかかわりが求められています。
- 家族等の、全員がその意思を表示することができない場合とは、所在地が不明であったり、長期の疾病や高齢により、その責任を果たせない場合や、精神障害者本人との間に利害関係がある場合とされています。

- 戸籍等によって、3親等以内の親族の存在が確認できた場合（何の意思表示をしない場合も含めて）、市町村長同意はできません。
- 「居住地」とは、民法上の住所と居所との便宜的な併称ではなく、事実上の住まいのある場所をいいます。本人の日常起居の状況、本人の属する世帯の居住地をもとにして、戸籍、住民登録、場合によっては、本人の意思を参考にして認定されます。
- 「現在地」とは、市町村長が入院に対する同意の必要があると判定されることについて、直接の発端となる発見地を指します。例えば浮浪中の精神障害者を警察官が職務執行の規定により（法第3条）保護した場合、同法に規定する「発見した場所」になります。

8. 医療保護入院等のための移送について

医療保護入院等のため、患者の緊急入院を要する場合の移送に関する特定の規定です。

（医療保護入院等のための移送）

第34条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障のある者であって当該精神障害のために第20条の規定による入院が行われる状態にないと判断されたものにつき、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第1項の規定による入院をさせるため第33条の7第1項に規定する精神科病院に移送することができる。

以下、第2、3項は省略します。

1999年の法改正によって新設された規定です。それまでは緊急入院を要する患者のための移送に関する特定規定がなかったために、患者本人が入院の必要性を理解できないため、結果的に入院の時期を失って自傷他害の事態に陥る場合もありました。他方では家族等の一方的な依頼によって、民間の警備保障会社等が強制的に患者を移送するなど、本人の人権擁護の観点からは問題視されるような事例も発生したこともあって、新しく規定されたものです。

なお、本条においても、制度の適用について精神科指定医による医学的判断と家族等の同意が求められています。

9. 医療保護入院者の退院促進に関する措置について

精神保健福祉法の一部改正により、精神科病院の管理者に医療保護入院者の退院促進に関する措置に関する義務が課せられ、法第34条の4として新しく規定され、すでに2014年4月から施行されています。

(医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置)

第33条の4 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、精神保健福祉士その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、厚生労働省令で定めるところにより、退院後生活環境相談員を選任し、その者に医療保護入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

この規定の運用に当たって、更に具体的で詳細な指導がなされています。一部を紹介します。

第一 医療保護入院の退院促進に関する措置の趣旨

医療保護入院者の退院促進に関する措置は、医療保護入院者の同意を得ることなく行われることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から、可能な限り早期治療、早期退院ができるよう、講じるものであること

第二 退院後生活相談員の選任

1 退院後生活相談員の選任、資格・役割

- (1) 退院後生活相談員は、医療保護入院者が可能なかぎり早期に退院できるように、個々の医療保護入院者の退院支援のための取り組みにおいて中心的役割を求められること
- (2) 退院に向けた取り組みに当たっては、医師の指導を受けつつ多種職連携のための調整を図ることに努めるとともに、行政機関を含む院外機関との調整に努めること
- (3) 医療保護入院者の支援に当たっては、当該医療保護入院者の意向に十分に配慮するとともに、個人情報保護について遺漏なきよう十分に配慮すること
- (4) 以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談員はその業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ること
- (5) 選任及び配置 省略

(6) 資格

- ①精神保健福祉士
- ②保健師、看護師、准看護師、作業療法士、又は社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ③3年以上精神障害者及びその家族との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ厚生労働大臣が認める研修を終了した者

本稿は、この後も延々と続きますが省略します。

その要旨は「医療保護入院者の早期退院」をめざした手続きについて、入院後 72 時間以内に、院内で選出された多種職による「退院促進チーム」により、策定された「入院診療計画書」を本人や家族等にも説明した上で、10 日以内に主治医（指定医）の作成による入院届とともに、都道府県知事に提出・審査を受けることとして、退院後の住まいも含めた、多様な支援の調整を行うなどの、退院後の受け皿となる地域支援者との関係を、入院当初から築くよう求められています。

政府の期待の大きさと気合のほどが伝わってきます。

10. 長期在院、社会的入院と言われる精神障害者の退院促進について

近年、精神障害者の地域支援体制は諸々の施策の展開によって、その素地が漸く整備されてきました。精神医療体制も転換期となり、入院後 3 か月内に退院できる障害者も 19%に及んでいます。一方では、旧体制の精神医療政策の影響によって、歴史的な長期在院者や社会的入院と目されている障害者の多くが、退院の見込みもたないままに、社会生活への移行の困難を物語っています。

これらのことを示す統計データを、表にまとめて示します。

因みに、2010 年時点の精神病床への入院総数は 31 万 800 人を数え、65 歳以上の高齢者は、15 万 5300 人と、全体の 49%を占めています。疾患別では、統合失調症が大半を占めており、すでに陰性状態で、5 年以上の長期在院患者の過半数に至り、長期入院者の退院促進を困難にしています。

いずれにしても、1960 年以來つい最近まで、精神科病床の増床を是とし、なおかつ少ないマンパワーに頼る入院中心の医療を異常なこととはせず、許容してきたことが、社会的入院を今日の状態にまで生み出してきた最大の要因と言っても過言ではありません。

〈表 1〉 精神障害による入院者の入院期間分布

入院期間	入院者数 (人)	割合 (%)	
1 カ月以内	28,000	9	左表は任意入院を含めて、精神科病棟に入院しているすべての精神障害者を対象に調査したものです。1 か月以内入院には応急入院も含まれています。65 歳以上では、認知症の患者も含まれています。長期入院では、社会的入院が大半です。
1 か月以上 3 カ月未満	31,100	10	
3 か月以上 6 カ月未満	21,700	7	
6 カ月以上 1 年未満	24,900	8	
1 年以上 5 年未満	90,100	29	
5 年以上 10 年未満	43,500	14	
10 年以上 20 年未満	34,200	11	
20 年以上	37,300	12	
計	310,800	100	

〈表 2〉 精神障害者の年齢層別入院者数と割合

年齢層	入院者数 (人)	割合 (%)	
20 歳未満	3,100	1	20 歳未満の入院者は、大半が急性期の統合失調症で、短期在院が多くなっています。65 歳以上の入院者の中には、認知症のため、施設入所待ちで短期入院と、10 年以上の長期入院が混在しています。
20 歳以上 40 歳未満	28,000	9	
40 歳以上 65 歳未満	127,400	41	
65 歳以上 75 歳未満	71,500	23	
75 歳以上	80,800	26	
計	310,800	100	

〈表 3〉 疾患別入院者数

疾患名	入院者数 (人)	割合 (%)	
統合失調症	195,000	62.9	統合失調症と感情障害は、二大内因性精神疾患と言われます。アルコールや有機溶剤などの、覚醒剤以外の精神作用物質の慢性的依存者は、精神障害者として位置づけられています。アルコールによる急性中毒は該当しません。
感情障害	12,700	4.1	
てんかん	7,700	2.4	
認知症	36,100	11.6	
アルツハイマー	8,100	2.6	
脳出血その他	20,800	6.7	
その他	7,200	2.3	
中毒性精神病	34,500	11.0	
覚醒剤	7,700	2.4	
アルコール	17,900	6.1	
有機溶剤他	7,900	2.5	
その他	24,800	8.0	
計	310,800	100.0	

(2010 年精神保健福祉に関する専門委員会資料による)

「歴史的な長期在院」と表現される歴史を繙いてみました。1950年、精神保健福祉法の前身となる「精神衛生法」が制定されました。その目的には「精神病者の医療および保護のため」と記されていますが、この際における「保護」とは「精神病者は社会の秩序を害する危険がある」として、「医療」の名のもとに精神病者を精神病院に長く収容し、隔離することになりました。

1960年には、欧米ではすでに脱施設への方向へと動き出していたのですが、日本では当時なお精神病床の増設政策が加速していました。更にこの法規には措置入院と同意入院（現医療保護入院）の強制入院による規定以外にはなく、本人は意思決定のできない者として、位置づけられていました。これを示しているのは、1993年に障害者基本法が改正されるまでは、精神障害者は、あくまでも患者（精神病者）であって、福祉的支援を必要とする障害者としては認められていなかったのです。このことが精神障害者観や医療観にも、大きな影響を与えて、精神障害者の退院の判断に際しても、家族の同意、受け入れを前提とする大きな要因となっていました。

65歳以上の高齢者による在院者中、認知症などによって施設への入所を希望する（待っている）人を除くと、多くの方がすでに親は亡く、存命していても、要介護状態という例も珍しくなく、結婚歴もないまま、兄弟姉妹も高齢で世帯もすでに代替わりしていて、甥や姪の時代になっているような場合も決して珍しくありません。こうした家族状況の中での「家族の受け入れを前提とした」退院（社会移行・社会定着）は、絶望に等しいものとなっています。

若い年齢層でも在院日数が5年以上になると、家族としての情愛も薄れて、社会との関係も隔絶されていると、もはや社会に復帰する意欲を失くしてしまい、無為怠惰、病院依存状態に陥ってしまいます。これをホスピタリズム（施設症）と言ひ、長期入院による二次的障害として批判されています。有識者から「失われた時間」として厳しく指摘されています。

精神保健医療福祉政策においては、今回の精神保健福祉法の改正に先んじて2004年に、厚生労働省の精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉」の対策ビジョンを決定、「入院医療中心から地域医療中心へ」の基本方針を打ち出して、「受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者」いわゆる社会的入院7万人の解消を目的に、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」に取り組んでいます。が、成果は目的とはほど遠いものになっています。

今さらながら長期入院を余儀なくされてきた精神障害者が退院するまでには、相当度の時間と労力を必要とすることを思わずにはられません。

社会的入院を余儀なくされている精神障害者の中には、「長期の入院によってさまざまな力を失ってしまった」「家族との交流が希薄になってしまった」などで利用できる支援制度を知らずにいる人、利用することを苦手とするままに、入院継続を余儀なくされている人も少なくありません。

高齢者虐待防止法第 28 条、障害者虐待防止法第 44 条、生活保護法第 81 条を待つまでもなく、成年後見制度の利用が有効と考えられていますが、極く限定的なものになってしまっている。

成年後見制度の利用が進むにつれて、社会的入院者が成年被後見人になる事が増えてくると見込まれています。成年後見人には、後見活動における身上配慮義務の観点から、入院している成年被後見人の地域生活への移行の可能性を模索し、個人の尊厳の回復を図ることが期待されています。

今回の改正は、こうした歴史的風土ともいえるべき負の要因を踏まえた上での、入院当初からの早期退院をめざした対策・施策に他なりません。

IV おわりに

精神保健福祉法の改正を機会に、改めて 3 年前に作成した旧稿を読み返してみました。今回の改正では、精神保健福祉法に位置づけられていた「保護制度と成年後見制度」の問題が中核を占めており、「保護者制度の廃止」「障害者の病院や施設からの地域移行」「成年後見制度の活用」「市民後見人への期待」が政策面で一体をなしているとの思いを新たにしました。

そこで、この改訂版では「保護者制度の廃止及び医療保護入院制度」の問題を中心に据え、精神障害者の対応をめぐる「長期在院者の退院促進」「退院促進と地域支援」の問題にも触れつつ、成年後見制度の在り方にまで言及することになりました。大風呂敷を広げすぎたかなとの反省はありますが、「市民後見人は、市民のための市民による後見の担い手である」という、年来の信念に基づいて、思いのたけを出し尽くした次第です。

法改正があると、専門家による解説書が次々に出版されます。バイブルになるそれらに接する前の試みだけに一抹の不安は残りますが、現場からの偽りのない意見あるいは訴えとして、受け止めていただければ幸いに存じます。

社会貢献活動に定年はないと申します。すでに傘寿を過ぎた身ではありますが、「市民後見人こそ本来の後見人」という衿持だけは失わずに、市民後見活動を続けてまいりたいと思います。

付 関連法及びその関連条文抜粋他

民法

(成年被後見人の意思の尊重及び身上の配慮)

第 858 条 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。

老人福祉法

(後見等に係る体制の整備等)

第 32 条の 2 市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助（以下「後見等」という。）の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うよう努めなければならない。

障害者基本法

(定義)

第 2 条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 障害者 身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限をうける状態にあるものをいう。
- 二 社会的障壁 障害がある者にとって日常生活又は社会的生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念、その他の一切のものをいう。

高齢者虐待防止法

(成年後見制度の利用促進)

第 28 条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る

経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

障害者虐待防止法

(成年後見制度の利用促進)

第 44 条 国及び地方公共団体は、障害者虐待の防止及び障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援並びに財産上の不当取引による障害者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

知的障害者福祉法

(後見等を行う者の推薦等)

第 28 条の 2 市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助（以下この条において「後見等」という。）の業務を適正に行うことができる人材の活用を図るため、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うよう努めなければならない。

精神保健福祉法

(後見等を行う者の推薦等)

第 51 条の 11 の 3 市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助（以下この条において「後見等」という。）の業務を適正に行うことができる人材の活用を図るため、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うよう努めなければならない。

生活保護法

(後見人選任の請求)

第 81 条 被保護者が未成年者又は成年被後見人である場合において、親権

者及び後見人の職務を行う者がいないときは、保護の実施機関は、すみやかに、後見人の選任を家庭裁判所に請求しなければならない。

障害者の権利に関する条約（平 26. 1. 22 条約 1 公布）

第 5 条 平等及び無差別

- 2 締約国は、障害に基づくあらゆる差別を禁止するものとし、いかなる理由による差別に対しても平等かつ効果的な法的保護を障害者に保障する。

第 12 条 法律の前に等しく認められる権利

- 1 締約国は、障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。
- 2 締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。
- 3 締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適切な措置をとる。
- 4 締約国は、法的能力の行使に関連する全ての措置において、濫用を防止するための適当かつ効果的な保障を国際人権法に従って定めることを確保する。当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査の対象となることを確保するものとする。当該保障は、当該措置が障害者の権利及び利益に及ぼす影響の程度に応じたものとする。

市民後見推進事業実施要綱（平 23. 6. 6 厚生労働省老健局長通知）

1. 目的

認知症高齢者や一人暮らしの高齢者の増加に伴い、成年後見制度の必要性は一層高まってきており、その需要はさらに増大することが見込まれる。

また今後、成年後見制度において、後見人等が高齢者の介護サービスの利用契約等を中心に後見等の業務を行うことが多く想定される。

したがって、こうした成年後見制度の諸課題に対応するためには、弁護士などの専門職による後見人（以下「専門職後見人」という。）がその役割を担うだけでなく、専門職後見人以外の市民を含めた後見人（以下「市民後見人」という。）を中心とした支援体制を構築する必要がある。

このため、認知症の人の福祉を増進する観点から、市町村(特別区を含む。以下同じ。)において市民後見人を確保できる体制を整備・強化し、地域における市民後見人の活動を推進する事業であって、全国的な波及効果が見込まれる取組を支援するものである。

2 実施主体

(1) 本事業の実施主体は、市町村とする。

ただし、実施主体は、市町村社会福祉協議会、NPO 法人等適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。この場合において、実施主体はその委託先に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるよう指導監督するものとする。

3 事業内容

(1) 市民後見人養成のための研修の実施

ア 研修対象者

市民後見人として活動することを希望する地域住民

イ 研修内容等

市町村は、それぞれの地域の実情に応じて、市民後見人の業務を適正に行うために必要な知識・技能・倫理が習得できる内容である研修カリキュラムを作成するものとする。

(市民後見養成研修の内容 (例))

- ・ 成年後見や介護保険制度等の法的な内容の理解
- ・ 地域の福祉施設等の社会資源の理解
- ・ 財産目録の作成等

(2) 市民後見人の活動を安定的に実施するための組織体制の構築

ア 市民後見人の活用等のための地域の実情把握

イ 市民後見推進のための検討会等の実施

(3) 市民後見人の適正な活動のための支援

ア 弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職により、市民後見人が困難事例等に円滑に対応できるための支援体制の構築

イ 市民後見人養成講座修了者等の後見人名簿への登録から、家庭裁判所への後見人候補者の推薦のための枠組みの構築

(4) その他、市民後見人の活動の推進に関する事業

執筆者紹介 榎場 雅子 (かやば まさこ)

都立大（現首都圏大学東京）大学院修了、法務省入省、家庭裁判所調査官として勤務後結婚退職、50代から児童相談所で児童問題、秋元病院や江戸川病院で精神疾患や認知症高齢者の心のケアなどの相談業務に長年従事。80歳を超えた今も健康に恵まれ、これまでの専門的知識・経験などを社会に役立てたいということで、平成26年4月から月報「新しいふれあい社会」をボランティアで毎月執筆中。認定NPO法人東葛市民後見人の会会員 「こころの相談室」主任相談員
臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士



認定NPO法人東葛市民後見人の会
障害者委員会

本部 〒270-1132 千葉県我孫子市湖北台 6-5-20

電話・FAX 04-7187-5657

Email Info@t-shimin-kouken.org

URL <http://t-shimin-kouken.org>

支部 我孫子 柏 鎌ヶ谷 流山 野田 松戸

会員数 173名（26/11現在、正会員93名、賛助会員80名）

平成27年1月作成

