

## 第 部

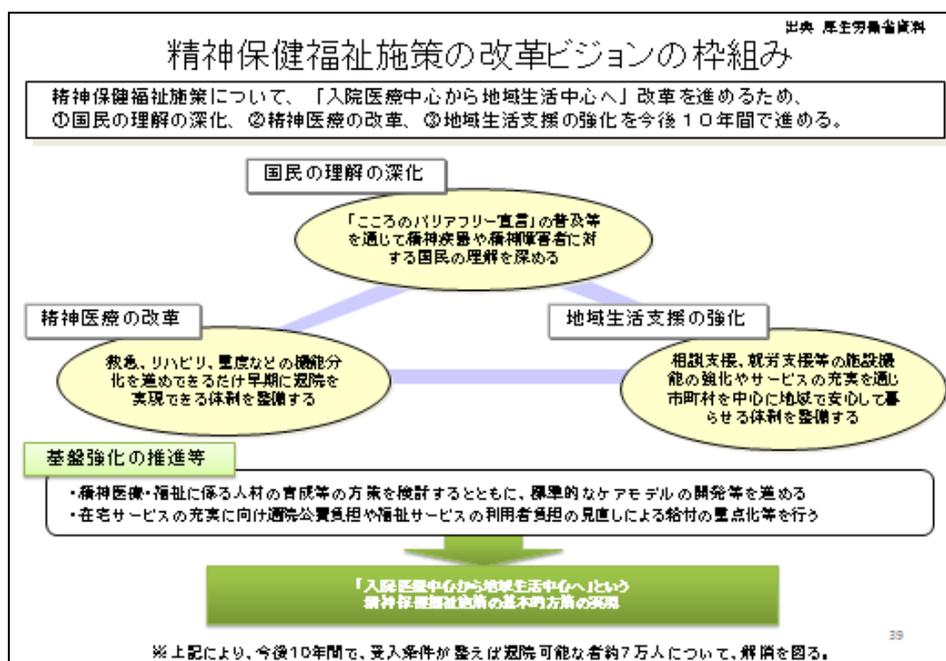
### 研究の概要

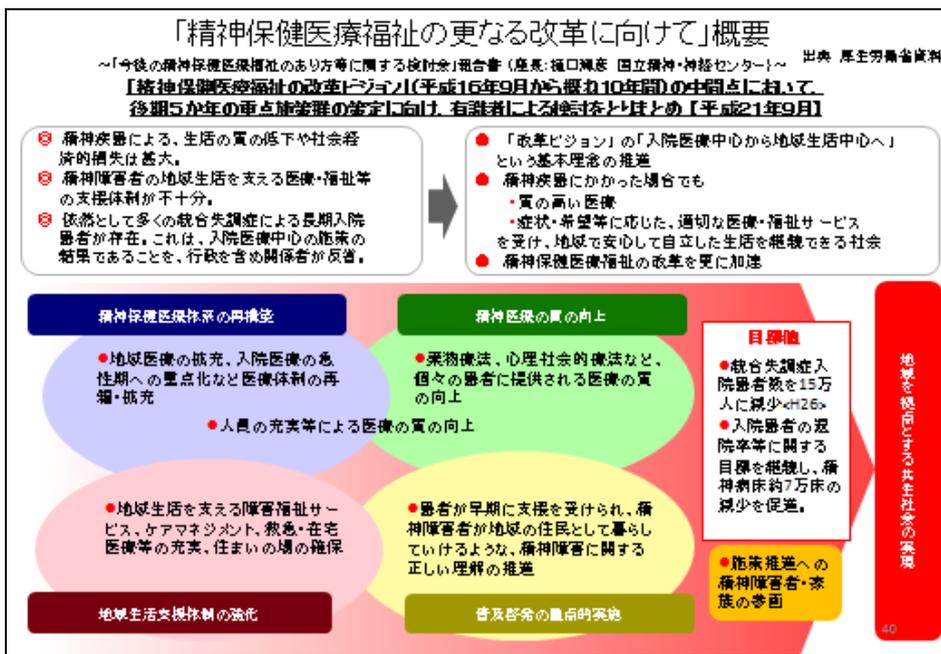
---

# 第1章「精神障害者のアドボケイトを担う人材」に係る研究の背景

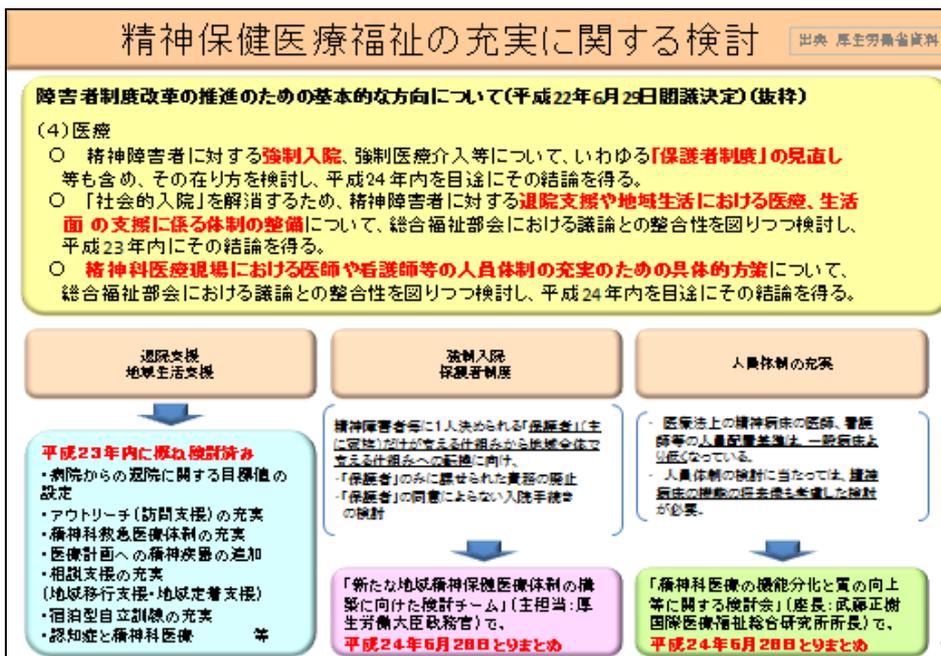
## 1 わが国の精神保健医療と精神障害者福祉の動向

はじめに、ここ数年の国の動向について若干確認しておきたい。2004(平成16)年9月の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」、2009(平成21)年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念とした施策を推進することが確認されている。





2010（平成22）年6月29日に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」では、政府は、障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）」（平成22年6月7日）を最大限に尊重し、障害者の権利に関する条約（仮称）の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図るものとして、精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、あり方を検討し、平成24年内を目途に結論を得る。「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途に結論を得ることとしている。



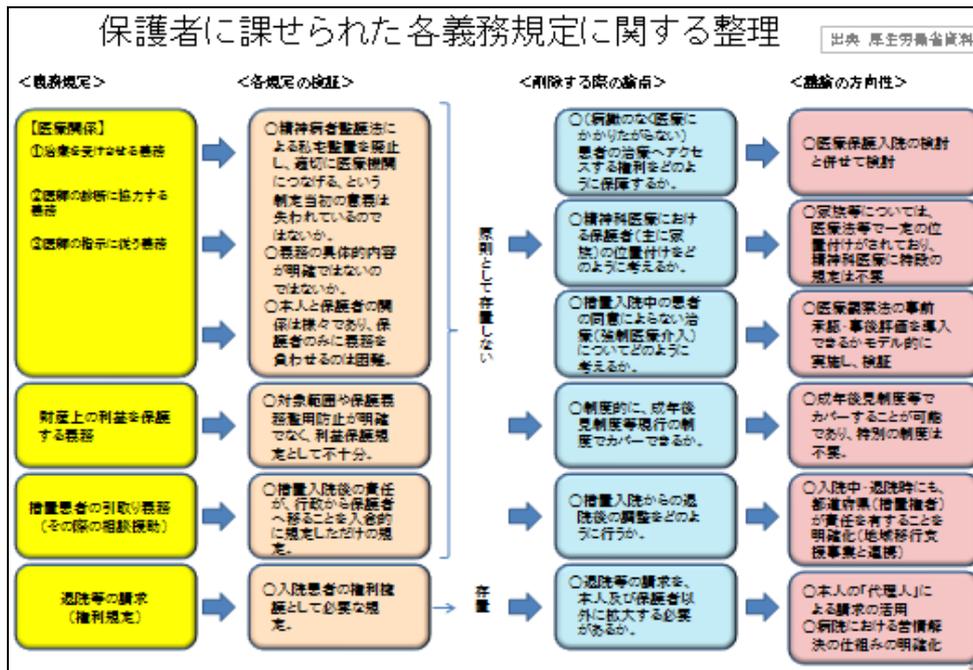
このような状況を踏まえて、厚生労働省は、2010(平成22)年5月、省内に、厚生労働大臣政務官を主担当とする「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を立ち上げて、第1R:アウトリーチ(訪問支援)について、第2R:認知症と精神科医療について、第3R:保護者制度・入院制度についてと順次検討を開始した。この間、精神保健福祉法の改正により、精神科救急医療体制の整備が都道府県の努力義務とされたことから、厚生労働省は、2011(平成23)年5月、「精神科救急医療体制に関する検討会」を立ち上げ、検討を進めてきた。さらに、医療計画においては、現行の「4疾病」に精神疾患を追加することについて、社会保障審議会医療部会で合意を得たことで、厚生労働省令が改正されて、2013(平成25)年度以降の医療計画に反映させることになった。

障害者福祉制度においては、2010(平成22)年12月には、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法が改正され、地域生活を支えるための支援内容が追加された。また、2012(平成24)年6月には「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が公布された。障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとして、改正障害者基本法を踏まえ、法の目的規定を改正し、基本理念を創設することにより、「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」(2013(平成25)年4月1日施行)に改正することとした。附帯決議では、「精神障害者やその家族が行う相談の在り方等の支援施策について、早急に検討を行うこと」とされている。

地域社会における共生の実現に向けて 新たな障害福祉施設等を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要		出典 厚生労働省資料
1. 趣旨 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害福祉施設等を講ずるものとする。		
2. 概要	3. 障害者に対する支援	
<p>1. 名称 「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」とする。</p> <p>2. 基本理念 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。</p> <p>3. 障害者の範囲(障害児の範囲も同様に対応。) 「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に障害者を加える。</p> <p>4. 障害支援区分の創設 「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の要否を示す「障害支援区分」に改める。 ※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に即して行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。</p>	<p>① 重度訪問介護の対象拡大(重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする)</p> <p>② 共同生活介護(ケアホーム)の共同生活援助(グループホーム)への一元化</p> <p>③ 地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため事前の支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える)</p> <p>④ 地域生活支援事業の追加(障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等)</p> <p>5. サービス基盤の計画的整備</p> <p>① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定</p> <p>② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化</p> <p>③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化</p> <p>④ 自立支援促進金の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するともに、当事者や家族の参画を明確化</p>	
3. 施行期日 平成25年4月1日(ただし、4.及び5.①～④については、平成26年4月1日)		
4. 検討規定(障害者施設を段階的に講ずるため、法の施行後9年を目途として、以下について検討)		
<p>① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の転居の支援その他の障害福祉サービスの在り方</p> <p>② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方</p> <p>③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方</p> <p>④ 手話通訳等を行う者の配置その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を困難に支障がある障害者等に対する支援の在り方</p> <p>⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方 ※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。</p>		

## 2 入院制度に関する議論の整理

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（主担当：津田厚生労働大臣事務官）は、まず、保護者に課せられた責務規定のあり方について検討を進めた。保護者制度については、「一人の保護者のみが、法律上保護者に課せられた様々な義務を行うことは、負担が大きいのではないか」「本人と家族の関係が様々である中で、保護者が必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らないのではないか」「保護者制度創設時と比較して、社会環境（精神科医療体制の充実等）や家族関係（高齢化の進行等）が変化していることに、対応しているか」「保護者に課せられた責務規定は抽象的であり、法律の規定としての程度の具体的な意義を有するのか」等の指摘されている問題点をふまえて、2011（平成23）年9月8日の第21回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにおいて、これらの責務規定については、原則として存置しないとの方向性をまとめた。引き続き、入院制度についての検討を重ねて結果、2012（平成24）年6月29日「報告書」を公表した。



### 【新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R)】 入院制度に関する議論の整理(平成24年6月28日)

出典 厚生労働省資料

(概要)

**<精神保健福祉法で定める入院制度>**

- 自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。
- (※)「保護者」は、精神保健福祉法に基づき精神疾患のある人につき一人決められることになっている。
- 1年間に精神科病院に入院する38万人の4割(14万人)が医療保護入院による入院
- このほか、本人の同意を得られない場合に、医療保護入院のために移送させる仕組みもある(「24系移送」)

**<医療保護入院の課題>**

- 本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か
- 入院の必要性があっても保護者の同意がなければ入院できない。
- 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすい。
- 本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間におつれきが生まれやすく、保護者に任せきれない。

<p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0;"><b>医療保護入院の見直し</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <b>保護者による同意を必要としない入院手続とする。</b></li> <li>② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、<b>入院当初から早期の退院を目指した手続を導入する。</b> ◆入院当初からの院外の地域支援関係者の関与 ◆入院期間の短縮と更新の審査の実施 等</li> <li>③ 権利擁護のため、入院した人は、<b>自分の気持ちを代弁する人を選べる</b>こととする。</li> <li>④ 早期の退院を促進するよう、<b>入院に関する審査を見直す。</b> ◆精神医療審査会(都道府県の精神保健福祉センターに設置)、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与 ◆必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査 等</li> </ol>	<p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0;"><b>退院後の地域生活の支援</b></p> <p>本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入 急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定で医療的支援を行う短期宿泊支援の導入</p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0;"><b>入院の契機(34系移送関係)</b></p> <p>24系移送の保護者の同意要件は外す。 対象者の緊急性の要件の厳格 事前審査の明確化と地域支援関係者の参画</p> <p style="text-align: center; background-color: #f0f0f0;"><b>措置入院</b></p> <p>保護者の関わり強化(入院中・退院時への関与を明確化)と相談支援との連携 等</p>
--	--

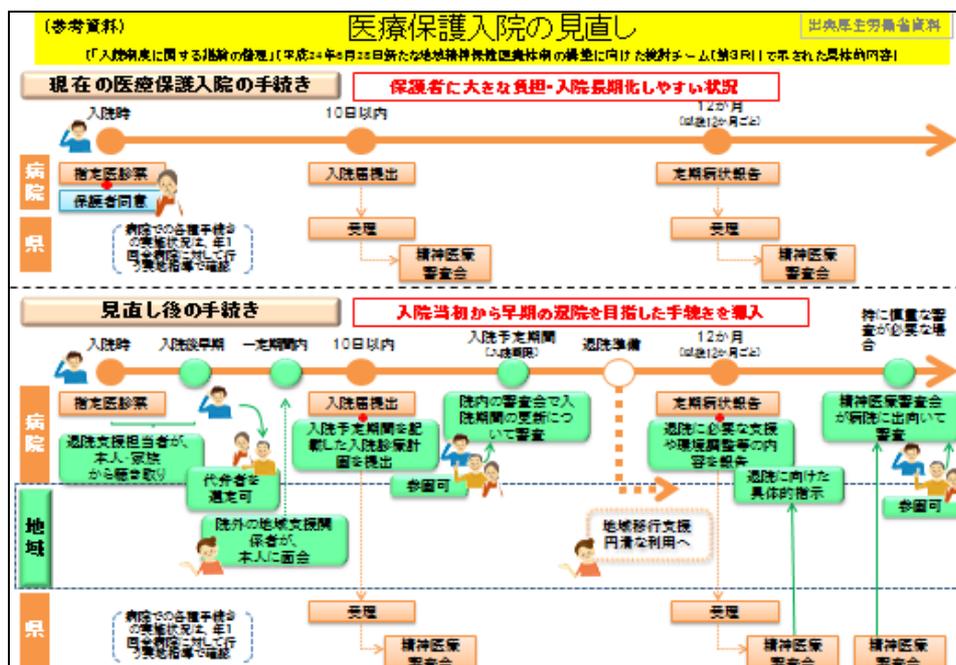
今後、本人の同意による入院の状況が改善されるが、今回の議論を踏まえ、今回の議論を踏まえ、よりよい仕組みを目指して、検討を進めていくことが必要。また、こうした仕組みの運用が担保されるよう一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう調整を行っていくことが必要。

これによると、現行の精神保健福祉法で定める入院制度は、自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。

このうち、1年間に精神科病院に入院する38万人の4割(14万人)が医療保護入院による入院である。この医療保護入院の課題として、「本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か」「入院の必要性があっても保護者の同意がなければ入院できない

い」「保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすい」「本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間にあつれきが生まれやすく、保護者には大きな負担」であげられている。

このような課題をふまえて、医療保護入院の見直しについては、次のようにとりまとめが行われた。保護者による同意を必要としない入院手続きとする。本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する。（入院当初からの院外の地域支援関係者の関与、入院期限の設定と更新の審査の実施等）。権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする。早期の退院を促進するよう、入院に関する審査を見直す。（精神医療審査会に退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与。必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査等）また、退院後の地域生活の支援、入院の契機(34条移送関係)、措置入院についての論点の整理を行った。



この報告書では「終わりに」として、次のようにまとめられている。「今回の入院制度の検討では、1950(昭和25)年の精神衛生法以来基本的な仕組みを変えておらず、1900(明治33)年に制定された精神病者監護法にその起源を持つ医療保護入院を見直すべく、検討を進めてきた。先に(平成23年9月8日の第21回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム)がまとめた保護者の責務規定の廃止と併せ、精神疾患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、福祉を担う様々な関係者を含めた地域全体で支えていく。仕組みへの転換を図ることは、精神病者監護法以来110年にわたる精神保健医療制度の大きな転換を意味するものであり、今後の地域精神保健医療福祉

の充実のためには、必要不可欠である。一方で、今回の検討は、現に医療保護入院による入院が年間14万人いるという現実、住宅をはじめ地域で精神障害のある人が暮らせる資源や、相談支援をはじめ地域で精神障害のある人を支える資源が十分とは言えないこと、地域で医療と福祉の連携体制が必ずしも確立している状況ではないこと、財政上一定の限界があることなど、様々な制約の下での検討にならざるを得なかったのも事実である。今後、新たな入院制度の中で入院当初から早期の退院を目指した仕組みとすることや、地域精神保健医療福祉の充実によりできる限り本人の同意によらない入院を減らしていく努力を関係者が行っていく中で、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めていくことが必要である。また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行っていくことが必要である」

### 3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会報告

2010（平成22）年6月29日に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」のうち、「精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について」は、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会（主担当：岡田障害保健福祉部長）として、2012（平成24）年3月から「精神科医療の機能分化」について検討を重ねて、2012（平成24）年6月29日、今後の方向性に関する意見の整理として、「報告書」が公表された。

**精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会**  
 今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要） 出典 厚生労働省資料

**<精神科医療の現状>**

- 新規入院者のうち、**約8割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。一方、**1年以上の長期入院者が約80万人（入院者全体の8割の2）**
- 精神科病棟の人員配置は、医療法施行規則上、**二級病棟より好む設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の2）

**<精神科医療の今後の方向性>**

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**医療費や特性に応じた精神科病棟の機能分化を進める**。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外埠医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人的・財源的に効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神科病棟は減少する。

**【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】**

○ **2か月未満**について、**医師・看護職員は一般病棟と同等の配置**とし、精神科探検福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **2か月～1年未満**について、医師は現在の精神科病棟と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神科探検福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神科探検福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **1年以上かつ慢性性**について、調査研究等を通じ**患者の基礎を明確化し、慢性かつ一定期間の療養が必要**とする。

○ **慢性かつ長期入院患者**は、「慢性かつ慢性性」を除き、**1年で退院させ、入院外医療に移行**させる仕組みを作る。

○ **現在の長期入院者**について、**地域移行の取組を推進**し、外埠部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神科病棟の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神科探検福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**3割程度で3対1の人員配置基準**とする。

さらに、**開放的な環境を確保し、外埠の支援者との関係を作りやす**い環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病棟と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近に利用しやすい精神科医療とする

ここでは、精神医療の現状は、新規入院者のうち、約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）であること。精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、一般病床よりも低く設定（医師は3分の1、看護職員は4分の3）されていること。このような現状を踏まえて、精神病床の今後の方向性は、「精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進めること」「機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進すること」「機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する」と整理している。

具体的には、3か月未満について、医師・看護職員は一般病床と同等の配置とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。3か月～1年未満について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。重度かつ慢性について、調査研究等を通じ患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。

現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。さらに、開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とするとしている。

#### 4 本人の考えを代弁する人の関わり

このように、精神保健医療と精神障害者の福祉は大きな方向転換の時期を迎えている。

戦後、成立した精神衛生法は、私宅監置を認めた精神病者監護法の思想を引きずって、保護義務者にその責務を規定している。このような義務は社会に対する義務でも、本人に対する義務でもなく、国に対する義務であると考えられていた。その後の改正を通して、自己決定能力を有しない精神障害者に対して、誰かが配慮しなければいけないという解釈

をしてきた。ここでは、権利を擁護するという当時の意図はうかがえる。しかし、保護者に権利擁護の役割と入院への同意（自由の剥奪への同意）という両価的な役割を求め続けてきたことと、強制入院患者については、自己決定能力がないから、配慮の義務が妥当するけれども、任意入院患者あるいは通院者についてはこの義務がないということにしたことから、思想的な柱を失っている状態である。

わが国の精神保健医療と精神障害者の福祉の動向を踏まえて、目指すべき方向性は、精神障害者の権利擁護を前提として、早期の退院にむけた仕組みづくりと地域生活支援の充実である。

精神障害者の権利擁護については、前述した新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームの「議論の整理」では、「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする」としている。

具体的には、「本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者（アドボケーター）を、選ぶことができる仕組みを導入すべきであること」「保護者の同意要件が外れ、保護者の責務規定が削除された場合でも、家族も本人とともに治療に関わることができる仕組みを残しておく必要があるとの意見があった」「家族は医療保護入院の同意を本人の意思に反して行うことを余儀なくされてきたが、本人が代弁者として家族を選ぶとすれば、文字通りの家族として本人と関わることが可能になる」「代弁者の仕組みがあることで、入院中の審査の手続きに本人が参画することも容易になる」「こうした仕組みを実施するに当たっては、家族など代弁者になるべき人がいない人についても、適切に選ぶことができるよう、代弁者を選ぶ際に必要な手続きについて具体的に検討することが必要であると考えられる」「代弁者には本人が同席する、同席できない場合は代弁者から本人に情報提供するなど、本人が不在にならないような仕組みとすることが必要である」との論点整理が行われている。

精神障害者が日常生活の中で、自分の意思をうまく伝えられず、不便を感じる時、代わりに本人の意思を伝える役割を果たすような人材が必要である。また、特に入院する必要が生じた際、本人を代弁する立場で家族関係や入院に至る背景などを説明し、行政職員や病院管理者、福祉事業者等との調整を行う人材がいれば、より適切に入院を行う（あるいは行わない）ことができ、入院後の地域生活への復帰も円滑に進むと考えられる。精神障害者本人の意向を踏まえ活動することができる「代弁者」としてどのような主体、関わり方が適切であるかについて、わが国では方向性が示されていない。このために本研究では、前述した状況を踏まえ、障害当事者へのアンケートとインタビュー及び、入退院に関わって精神障害者本人の意思の代弁を担っていることが想定される団体に対するインタビュー調査を実施し、精神障害者の「代弁者」に関する実態・意向を把握して、精神障害者のアドボケイト機能の内容、主体等についての考察・提案を行うこととした。

## 【参考資料】

- ・厚生労働省 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R） 報告書  
入院制度に関する議論の整理（平成24年6月28日） 概要  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9rk-att/2r9852000002e9t1.pdf>
- ・厚生労働省 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R） 報告書  
入院制度に関する議論の整理（平成24年6月28日）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9rk-att/2r9852000002e9u6.pdf>
- ・精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会  
今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea50.pdf>
- ・精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会  
今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>

## 第2章 「精神障害者における成年後見制度のあり方に関する調査」に係る研究の背景

### 1 禁治産宣告制度から成年後見制度へ

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、新たな成年後見制度が成立した。

禁治産宣告制度が作られたのは明治時代であり、本人の保護・家財産の保護は強調されても本人の自己決定権の尊重や身上配慮など、本人の基本的な人権は必ずしも重視されていなかった。禁治産宣告制度は日本の家制度を基盤にその財産保護を主たる目的として制定されたものであり、戸籍に搭載されることを含め、対象となった人への差別的な扱いを免れ得なかったのである。現行制度よりも手続きが煩雑で、鑑定にかかる費用や時間も大きな負担となっており、配偶者が優先的に選任されることや浪費者が准禁治産者とされることなどを含め、資産のある人の財産保全という印象を抱かせる制度設計となっていたのである。禁治産者は「心神喪失の常況にある者（意思能力喪失）」、準禁治産者は「心神耗弱者（意思能力が不十分な者）または浪費者」とされており、家庭裁判所の審判を受けることによって、禁治産者には後見人が付され、準禁治産者については保佐人が付されることとなっていた。その定義は曖昧であるにもかかわらず、一旦宣告をうければ、長期にわたり、大きな権利制限を受けることとなっていたのである。

そうした禁治産・準禁治産制度への批判や、社会福祉基礎構造改革における福祉サービスの供給システムの見直しによって、新たな成年後見制度が誕生してきた。

### 2 成年後見制度の成立とその概要

成年後見制度の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る。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、生じる自己負担金を受給者が提供者に支払うことになり、そこで、契約と支払いの確保を含め、契約を交わすことができない人たちを代理する後見人が必要となったのである。また、契約を交わすことはできるが「判断能力が不十分な人たち」が利用できる制度として、地域福祉権利擁護事業（現日常生活自立支援事業）も前年に創設された。

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、これまで禁治産者、準禁治産者という2類型しかなかった制度を「後見（禁治産に相当）」「保佐（準禁

治産に相当)」「補助(判断能力が不十分で、自己の財産を管理、処分するには援助が必要な場合があるという程度の軽度の痴呆・知的障害・精神障害の状態にある者)」の3類型とした。特に「補助」に関しては、自己決定を尊重する立場から、保護の内容・範囲を当事者の選択に委ねる形になった。また、今回創設された「任意後見」は、判断能力が低下した場合に備えて、後見人を自分で選び、委任契約を締結して、その権限の内容を決めておくという制度で、家庭裁判所が任意後見人を監督する任意後見監督人を選任した時から、効力が生じるという仕組みになっている。

戸籍への記載はなくなり、後見登記制度が新たに設けられた。選任される成年後見人等についても、新法では、家庭裁判所が個々の事案に応じて「最も適切な人物」を選任することができることとし、身寄りのない人については、市区町村長に審判の申し立て権を付与することとなった。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。

しかし、医療にかかわるサービスの中で、手術の同意、延命、移植といった身体への侵襲、生命の倫理に関わる問題や死亡後の問題については検討はなされたが結局、手付かずのまま検討課題として残されている。

### 3 専門職後見人と成年後見制度利用支援事業

新法により、身寄りのない人や親族と係争関係にある人の申し立てに関しては、市町村長申し立てが活用され、家庭裁判所の裁量で、第三者(主として、弁護士、司法書士、社会福祉士等専門職)が後見人として選任されることが定着してきた。弁護士はもちろん、社団法人日本社会福祉士会では「ばあとなあ」が、司法書士会では「公益社団法人成年後見センターリーガルサポート」が立ち上がり、成年後見活動を行なう人材養成を事業として展開し、活動を行っている。公益社団法人日本精神保健福祉士協会でも、2009(平成21)年に協会内に認定成年後見人ネットワーク「クローバー」が設立されているが、その他、税理士や行政書士なども成年後見人として参入している。また、個人のみならず、弁護士法人、司法書士法人、社会福祉法人やNPO法人などによる法人後見も増加傾向にある。制度開始時には10%弱であった第三者後見人であるが、2011(平成23)年の「成年後見関係事件の概況」では44.4%を占めるに至っているのが昨今の現状と言える。

しかし、それでも制度の正確な周知がなかなか進まないこと、申立人がいないこと、簡略になったとはいえ、手続きが煩雑であること、費用負担があることなどにより、成年後見制度が必要である人に活用されないという状況が指摘されてきた。その対策のひとつとして、2001(平成13)年度から成年後見制度利用支援事業が開始された。成年後見制度利用支援事業は、2005(平成17)年度に市町村長による後見等の開始の審判請求の要件緩和が行われ、これまで親族の有無確認を四親等以内としていたものを二親等以内に変更し、2008(平成20)年度には市町村長による後見等の開始の審判請求のみに限定していたもの

を解除している。また、2012（平成24）年度からは市町村の必須の事業として位置づけられた。

支援策による効果もあり、市町村長申し立てが制度開始年度には23件だったが、2011（平成23）年には3680件となっている。しかし、事業内容に関する市町村格差が大きいことなど課題も多い。特に後見人の報酬の負担に関しては、市町村によって考え方もさまざまである。

急速に進む高齢化の中で、認知症高齢者は2010（平成22）年には280万という数字がでており、さらに10年後には400万人を突破すると推計されている、知的障害者、精神障害者を含めると、判断能力が不十分な人の数は500万人を超えとも言われており、成年後見制度への潜在的ニーズは計り知れない。しかし、サービス利用、身上監護などを必要とする人たちの中に、身寄りがなく、財産もさほどない状況によって、必要性は高いが制度利用できない人たちが多く存在しているのである。

#### 4 成年後見制度を担う人材の確保

そうした状況の中で登場してきたのが市民後見人である。成年後見制度の利用が必要だが、身寄りがいない場合に、同じ地域に住む市民が、成年後見人として家庭裁判所から選任される仕組みである。資産があまりなく、紛争性もない事例に関して、地域のネットワークを利用した地域密着型の後見事務を行うということになる。市民後見人の育成及び活用については、2011（平成23）年に老人福祉法が改正され、市町村の努力義務として、市町村長による後見等の審判請求が円滑に実施されるよう、後見等に係る体制の整備を行うことが規定（老人福祉法第32条の2第1項）されるとともに、都道府県の努力義務として、市町村の後見等に係る体制の整備の実施に関し助言その他の援助を行うことが規定（同法同条第2項）された。国庫補助事業「市民後見推進事業」もスタートし、市町村が主体となり、市民後見人養成に積極的に取り組むことになったのである。厚生労働省により、モデルとなるカリキュラムが示されているが、養成研修終了後のフォローアップ研修も位置づけられている。

一方で、そうした動きに対して、後見人は大きな権限と責任を課せられており、そうした重要な役割を市民に委ねていいのか、安上がりな人材として活用しようとしているのではないかといった懸念の声も聴かれる。市民後見人の特性は、身近なところでその人の心身の状態や生活全般を見守る点であり、その人の財産や個人情報扱う点で高い倫理観が求められる。専門職との複数後見や、地域ネットワークの中で関係機関、専門職などとの連携、バックアップ体制の構築などが重要である。そうしたネットワークの広がりによって、成年後見制度がより多くの市民に周知され、浸透していくことにも期待が持たれている。

## 5 精神障害の特徴と現行制度の問題点

日本の精神障害者は長年、差別や偏見にさらされ、多くの人たちが精神科病院に隔離収容されてきた歴史がある。現在も 30 万人を超える人たちが入院しており、その中でも社会的な理由で入院が長期化してしまった人たちが存在する。そうした身寄りがない長期入院者の財産や金銭を病院が管理している実情が未だに多く見受けられる。医療サービスの提供を受け、医療費の支払い先である病院がその人の金銭を管理することは利益相反にあたるとの指摘も長年なされており、過去には職員による業務上の横領事件も起こっている。判断能力が不十分だが、契約能力がある人たちに対しては、福祉サービスの利用、日常的な金銭管理等のサービスを有料で受けることができる「日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業：1998 年創設）」も存在する。成年後見制度と地域福祉権利擁護事業の創設時には、双方の制度活用に期待が寄せられてきたが、予測したほど制度利用は進んでこなかった。

成年後見制度は、以前よりも柔軟になったとはいえ、新しい成年後見制度も資産のある人たちのための制度という枠組みを超えていないという批判がある。確かに、成年後見制度利用支援事業が今後もっと普及する可能性はあるが、成年後見人に対する報酬は被成年後見人が支払うことが前提となっており、経済的に豊かでない人の場合、利用を躊躇する場合も多い。精神障害者の場合、思春期以降に発病する人が多く、就労が難しい人や長く仕事を続けることが難しい人も少なくない。ある意味中途障害でもあるために、障害年金の受給要件がない人、生活保護受給者が多いのが実情である。

病気への偏見や長期の療養によって家族と疎遠になり、身寄りのない人が多いことも精神障害者の特徴だと言える。成年後見制度の利用を申し立てる親族がおらず、市町村長申し立てが必要となる事例もある。

また、病状に波があることも特徴のひとつであり、審判のおりた類型と実態が異なることもある。その場合、実際には本人に判断できることがたくさんあるにもかかわらず、権利を制限されることになるのである。成年後見制度の理念として、自己決定の尊重が掲げられているが、後見人がもつ裁量は非常に大きい。短期間で類型を簡単に変えることが難しく、特に後見類型の場合、必要以上にその人の権利を制限する可能性があることも指摘されている。職業選択の自由を制限する欠格条項もそのひとつである。また、被後見人となると選挙権・被選挙権がなくなることに対しては、現在複数の障害当事者が裁判を起こしている最中でもある。

制度上の課題として成年後見との関連でよく取り上げられるのは、精神保健福祉法上の「保護者」の問題である。医療保護入院の人に関しては、旧法の時代から、後見人、保佐人は精神保健福祉法上の「保護者」としての役割を負ってきた。その点に関しては現在見直しが図られているが、医療保護入院という形で、強制入院になっている人に対しては、後見人、保佐人は「精神保健福祉法」に定める「保護者」となる。「保護者」とは、未成年者の保護者とは異なり、入院が必要だという判断が精神保健指定医によってなされた場合、

入院に際して親族等が家庭裁判所の審判を受け、入院の同意を行うという制度で、「保護者」には、治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務などが課せられている。「保護者」の義務は、法改正の経過の中で以前よりは軽くなっているが、その責任の重さゆえに、家族会でも以前から「保護者制度」の廃止を望む声があがっている。

その他、成年後見人は手術などにおける医療同意や死亡後の対応ができない仕組みになっており、精神障害の人に限ったことではないが、現在も課題として積み残されたままとなっている。

## 6 精神障害者と成年後見制度へのニーズ

近年精神障害者への支援として成年後見が取り上げられるのは、ひとつは、長期に入院してきた人たちの退院、地域移行の場面である。前述したように入院中の人たちの財産管理を医療機関が請け負ってきたという課題があり、家族との関係も希薄で、病院が丸抱えしてきた人たちが地域で金銭を自己管理できるのかどうかという議論の中で、成年後見制度の活用が選択肢として示される。すでに地域で生活してきた人たちに関しても、家族会等からは、親亡き後の支援、1人暮らしの人たちが高齢化してきたときの支援としても利用を希望する声が聞かれているが、なかなか制度利用に結びついていない現状が一方で指摘されている。

2012（平成24）年10月に「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」（障害者虐待防止法）が施行されたが、「成年後見制度の利用促進」として、第44条には「国及び地方公共団体は、障害者虐待の防止並びに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」と明記された。虐待から障害者を守る仕組みのひとつとして、成年後見制度に注目が集められているのである。また、障害者自立支援法等の一部改正により市町村に任意設置される障害者基幹相談支援センターは地域における相談支援の中核的な役割を担う機関であるが、その機能のひとつとして「権利擁護・虐待防止」が位置づけられ、虐待防止センター機能と同時に成年後見制度利用支援事業を扱うことが明記された。

2012（平成24）年、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえ、地域社会における共生の実現に向け、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援することを目的とした障害者総合支援法が成立したが、その中にも、「障害者の意思決定支援の在り方」、「障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方」が今後3年間の検討事項として掲げられている。また、2013（平成25）年度には、市町村が実施する地域生活支援事業の必須事業として、市民後見人等の人材の育成・活用を図るための研修が追加された。そうした動きの中で、精神障害者の成年後見制度の利用促進に取り組むためには、まず、障害当事者の成年後見制度への認識やニーズを客観的に

把握すること、次に、実際に精神障害者の成年後見制度の利用に関わっている職能団体等の現状や意向を確認することが必要とされる。

本研究では、前述した状況を踏まえ、障害当事者へのアンケートとインタビュー及び、職能団体等へインタビュー調査を実施し、これまで成年後見制度利用が進んでこなかった要因を明らかにするとともに、今後の制度活用に向けた課題を提示することとする。

**【参考資料】**

- ・裁判所ホームページ「成年後見関係事件の概況 平成 23 年 1 月～12 月」

[http://www.courts.go.jp/vcms\\_lf/koukengikyou\\_h23.pdf](http://www.courts.go.jp/vcms_lf/koukengikyou_h23.pdf)

- ・厚生労働省報道発表「認知症高齢者数について」2012 年 8 月

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html>

- ・厚生労働省市民後見関連情報

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/shiminkouken/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/shiminkouken/index.html)

# 第3章 精神障害者の医療における権利擁護システム及び成年後見制度に関する国内外の動向

## 1 精神障害者の医療における権利擁護システムに関する国内外の動向

### (1) 諸外国における医療制度改革と地域精神保健福祉サービス

精神病は人類の歴史とともに存在してきた。医療が発達していなかった時代には、悪魔や動物等が憑りついたと考えられたりして、社会から排除されたこともあった。病であると認識された後も、有効な治療法が見つからず、精神病患者は世界各国で隔離収容されていたのである。

第二次世界大戦後、医学の進歩はもちろんのことであるが、人権に関する認識が高まり、国際連合では、1948(昭和23)年に世界人権宣言が採択された。1950年代には北欧諸国を中心に「ノーマライゼーション」が提唱され、先進諸国では大規模な収容施設、精神科病院が解体に向かったのである。同時期にアメリカでは、人種差別問題を発端にマイノリティが立ち上がり、公民権運動が巻き起こった。その他の国々でも人権意識の高まりとともに、精神科医療制度の改革、断種法の廃止、成年後見制度の改正などが行われてきた。

精神科医療は、1960年代に向精神薬であるクロルプロマジンが開発されたことを契機に、大きく転換した。これまで入院生活を余儀なくされていた人たちも、地域で生活できる可能性が高まったのである。人権上の問題、財政的な問題への対応を念頭に、先進諸国では1960年代～70年代にかけて脱施設化が図られるようになった。医学モデルから生活モデルへと支援の方向が変化し、大規模病院や施設が解体・縮小され、入院中心から地域医療へとシフトしてきたのである。2002(平成10)年のOECD(Organisation for Economic Co-operation and Development)のデータによると、人口1000人あたりの精神科病床数は、イタリア・オーストラリアでは、0.2床、アメリカでは、0.3床となっている。オーストラリアやアメリカなどでは、急速に規模な医療施設の規模を縮小したが、地域における受け皿が十分ではない状況の中で、必要な医療にアクセスできない人たちがホームレスとなったり、数少ない病床への入退院が繰り返される回転ドア現象が問題となったことが指摘されている。その他の国においても、急速な医療改革はさまざまな課題を生み出したが、地域の医療・保健・福祉のサービスを整える契機となり、イギリスに代表されるような地域におけるかかりつけ医が精神科医療を担う国も増加している。また、病院、クリニック、施設、地域の精神保健福祉サービス等、サービスの機能が分化し、連携が図られるようになってきた。また、24時間の救急対応、多職種チームによるアウトリーチなどが行われている地域もある。

精神科医療改革によって病床は減少し、地域における精神医療保健福祉サービスが充実

してきたことと人権意識の高まり等があいまって、障害をもつ当事者の活動も活発化している。アメリカでは、1940年代にニューヨークで精神障害者の自助活動による相互支援が始まり、「クラブハウスモデル」として、世界に広がりを見せた。クラブハウスの特徴は、運営維持のための仕事を通して自助という力を育み、相互支援を行うことで失った自信や能力を回復することを目標としている。また、ウィスコンシン州におけるマディソンモデルも日本でもよく紹介されるが、当事者がコンシューマーという立場でリカバリー志向のサービスを主導してきた点で特徴的である。その活動はアドボカシーを強く意識したものであり、コンシューマーによるピア活動、サービス提供が行われている。2010年には州で「ピアスペシャリスト」の認定資格が誕生し、支援チームの一員として位置づけられるに至った。

## (2) 諸外国における精神科医療に関する権利擁護システム

諸外国では独立した権利擁護機関が1970年代後半から活動をはじめており、障害者や患者の人権にかかわる課題に対して機能するシステムを持っているところが多い。

アメリカでは、ほとんどの州に権利擁護と保護制度があり、施設の中に内部制度を設置しているところもある。しかし、その内容や具体的なシステムは州によって異なっており、費用やマンパワーの問題を抱えていると言われている。その最も大きな役割は、精神病院への強制的な入院、人権を無視した処遇等に対して患者の擁護者として機能するということであった。アメリカのサービスに関する不服申立てシステムは、調査権と調停権を持っているのである。カリフォルニア州では州法の中で「アドボカシーは中立的立場ではなく、患者の関心に立つ」ことであると定義されている。連邦法に基づいて1986(昭和61)年に、「精神障害をもつ個人のための保護と権利保護・擁護法(Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness Act :PAIMI)」が制定され、権利保護・擁護機関(Protection & Advocacy Incorporated :PAI)が精神保健に関する法的活動を行うよう決定された。1987(昭和62)年に、すでに各州に設置されていたPAIが精神保健に関する法的活動を行うよう決定され、さらに1993(平成5)年には州が運営していた精神保健関連の権利擁護事務所(OPR: Office of Patients Rights)が、より独立性を高めるために、PAIに委託され、知的障害と精神障害には独自の権利擁護システムが用意されたのである。PAIは1978(昭和53)年から活動を行っているNPOでその活動は多岐に渡っておりその最も重要な連携のひとつが前述したOPRとの連携であり、州立病院における患者の権利擁護活動(虐待があった場合などの調査、問題解決への取り組み)監視、アドボケイトの援助技術、研修、病院への運営基準改善への勧告など患者の権利擁護にかかわることを網羅的に実施しているのである

その中には医療を受ける権利や医療を拒否する権利に関する支援も含まれている。また、障害当事者団体である精神保健クライアントネットワークと提携し、ピアアドボケーターの養成なども行っている。

オーストリアでも主として知的障害者の運動が改正の原動力となって 1970 年代から、成年後見制度の改正と、強制入所、入院制度の改善を求める議論が活発となった。1990（平成 2）年に「心因的病人の病院への措置入院に関する 1990 年 3 月 1 日の連邦法：措置入院法（Budesgesetz vom 1.März 1990 über die Unterbringung Psychisch Kranker in Krankenanstalten）」の改正があり、閉鎖病棟に入院した措置入院患者等については、区裁判所によって任命される「患者代弁人」がつくこととなった（患者代弁人制度：Patientenanwaltschaft）。

1990(平成 2)年には、連邦政府が、障害を持つアメリカ人法（ADA：Americans with Disabilities Act）を制定し、障害者に対する差別が禁止された。ADA では Employment（雇用）、Public Services（公共サービス）、Public Accommodations（公共施設での取扱い）、Telecommunications(電話通信)に関する差別に関して規定がなされた。ADA の背景には公民権運動から受け継がれた個人に障害を担わせる医学モデルへの批判があり、最後の公民権法とも言われている。法律としては 1973（昭和 48）年に制定されたりハビリテーション法（Rehabilitation act.）504 条の障害を理由とする差別禁止規定の対象を拡大した内容となっている。障害の有無を問わず、社会を構成する成員としての「合理的配慮」を求めるのは人として当然の権利なのである。

1990 年代、アメリカでは脱施設化に関する訴訟がいくつも提訴された。中でも、精神病院から地域に戻ることを訴えた 1999（平成 11）年オルムステッド連邦最高裁判決（Olmstead v. L.C. 119 S. Ct. 2176）が有名である。この裁判は、自発的入院をしていた二人の患者が地域での受け皿やサービスが不十分であるために入院が長引いたとして、州職員を訴えた裁判である。結果、障害者にも地域で自立した生活を営む権利があることが認められた。2000(平成 12)年 10 月 ADA 法の改正により、障害のある人の個人の自立や自己決定、社会参加を促進する法案が議会を通過し、また、200(平成 13)1 年にブッシュ大統領は大統領命令 13217 号「障害者への地域ベースの代替案」(Executive order 13217)を發布し、判決の施行を命じたのである。

ADA 法以降、イギリス、カナダ、オーストラリア、フィリピン、韓国など各国で包括的差別禁止法が制定され、患者や障害者の権利を実現するための様々な取り組みが行われている。

### （3）日本における精神科医療に関する権利擁護システム

日本の精神科医療システムは、法律家やオンブズマン等の第三者機関の関与がないまま経過してきた。しかし、日本においてそうした取り組みが全く行われてこなかったのかというとそうではない。以下に精神障害者を対象とした先駆的な実践を紹介する。

1991（平成 3）年 10 月から活動を開始した権利擁護センター - 「すてっぷ」(東京都社会福祉協議会)は、東京都から助成を得て運営され、2001（平成 13）年 5 月に活動を終えた。「すてっぷ」は、所長（弁護士）法律・社会福祉領域の学識経験者、医師等で構成す

る「権利擁護委員会」から組織され、直接の相談については、弁護士 11 名、福祉・教育・家庭問題の専門家 8 名で対応していた。精神障害者の相談としては、強制的な精神科医療によってうけた心の傷、孤独感などへの癒しを求めている場合もあり、法律相談という枠組みだけでは捉えられない内容を含むものでもあった。一方で訪問販売による被害や財産の侵害、不当な医療行為など権利侵害に対して弁護士とともにアドボケイトとして積極的に行動することもあった。すてっぷの実践を支えるものとして、独立性、公共性の高さがあり、「本人の立場に立つ」という権利擁護者の立場を貫く実践は、その後の権利擁護機関に多くの示唆を与えた。

また、1980 年代以降、民営で精神医療人権センターが設置された。大阪精神医療人権センターは、1984（昭和 59）年の宇都宮病院事件をきっかけに、患者、家族、医療従事者、弁護士、ボランティア等が集まり、人権問題から精神傷病者を救済することを目的に 1985 年に結成された。1993（平成 5）年には大和川病院事件が発生し、度重なる精神科病院における人権侵害事件に対して、「精神病院に風穴を開けよう」をスローガンに活動を実施している。センターは 1999（平成 11）年に NPO 法人となり、現在に至っている。活動として、電話相談、手紙・ファックスによる相談、病院・施設への訪問や面会、広報・啓発、療養環境サポーター事業(大阪府委託)を行っている。「療養環境サポーター制度」は、2000(平成 12)年より大阪府精神科医療機関療養環境検討会事業として開始され、病院訪問を担っている。また、大阪弁護士会ひまわりと協働で、入院患者の代理人として、処遇改善請求や退院請求を行っている。

東京精神医療人権センターも 1986（昭和 61）年 3 月に設立されており、市民団体として活動している。過去に精神科病院に定期的に訪問し患者の権利擁護活動を展開していた時期もある。神奈川精神医療人権センターも 1994（平成 6）年の越川記念病院事件を契機に、患者会、当事者が集まったのがきっかけで設立されている。

近年、社会的入院者の地域移行・地域定着への支援が行われているが、地域によっては障害当事者がピアサポーターとして活動している。NPO 法人精神障害者ピアサポートセンター「こらーる・たいとう」も当事者が主体となって権利擁護活動やピア・カウンセリングなどを実施してきた実績がある。施設・病院・地域で起きている権利侵害に対して、本人自身をエンパワーメントして、一緒に解決していくことが活動の中で、実践されている。

2008（平成 20）年 10 月、国連自由権規約委員会は、日本政府の第 5 回定期報告に関する最終見解が発表されたが、「主な懸念事項及び勧告」の中で、「公的機関による人権侵害の申立を検討し対処する能力を有する独立した国内人権機構を政府の外に設立すべき」という指摘を受けている。日本の現状として、前述した以外に、精神科入院患者からの退院請求や処遇改善請求を取扱う精神科医療審査会（精神保健福祉法）の機能の充実、病院機能評価の実施、オンブズマンの活用や苦情窓口の設置など、様々な形でシステム整備が急がれているが、まだまだ不十分な状況にあることは否めないのである。

## 2 成年後見制度に関する国内外の動向

### (1) 諸外国の成年後見制度

各国において高齢化が進む中、判断能力が不十分な状態になった人たちの権利をどう保障するかという問題は世界共通の課題となっている。

ドイツでは、1990年に「成年者世話法」が成立した。世話法の特徴は、「必要性の原則」と「補充制の原則」であり、世話による支援の内容と範囲は個別具体的な利用者にとって必要最小限度とされている。世話人選任の申立権者は、本人に限定され、本人の申立が後見裁判所になされることによって、それ以降の一連の手続が開始されることになる。しかしながら、本人が申立出来ない様な場合、あるいは本人が申立を行わない場合、だれでも、後見裁判所に通報を行う事ができ、この通報によって後見裁判所は職権で選任手続を開始することが出来るのである。世話の必要性、その範囲、世話人の選定等については「後見裁判官」が本人の自宅で本人と面接の上、決定する。世話人指名までの間は、「手続き補佐人」がつき、選任後は監督人がつく。世話人は本人の自己決定権を尊重し、原則的に本人の行為能力に対しての介入は許されない。例外として、心身上、または財産上の著しい危険を回避するために、裁判所の職権による「同意権の留保」という制度があり、これが命じられた場合には、本人は世話人の同意を得なければならず、その限りにおいて行為能力が制限されることとなる。世話と同意権留保の決定の際に存続期間を設けて、開始から一定期間が経過するまでに、世話と同意権留保の必要性を後見裁判所に再度審査し直し、期間延長かを判断することとなっている。

イギリスでは、1983年の精神保健法(MHA)により、身上監護は「ガーディアンシップ」、財産管理は「レシーバーシップ」と分断された状況下にあったが、成年後見制度の見直しが行われ、2005年に意思決定支援法が成立した。意思決定支援法では「ある特定の時点におけるある特定の意思決定を行う能力の有無の判断、および、その能力を欠く場合にその人のためにどのような行為や意思決定がなされるべきか」が規定され、以下の原則が明示された。

能力を欠くと確定されない限り、人は能力を有すると推定されなければならない、

本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法が功を奏さなかったものでなければ、人は意思決定ができないとみなされてはならない。

人は単に賢明でない判断をするという理由のみによって意思決定ができないとみなされてはならない。

能力を欠く人のために、あるいはその人に代わって、本法の下でなされる行為又は意思決定は、本人の最善の利益のために行われなければならない。

当該行為又は当該意思決定が行われる前に、その目的が、本人の権利及び行動の自由に対して、より一層制約の小さい方法で達せられないかを考慮すべきである。

つまり、自己決定権を尊重すること、本人に代わる意思決定をするときも最小現に留め

ること、本人に代わる意思決定を行う際には、本人のための最善の利益を前提にするということが新法に盛り込まれたのである。

現体制では、保護裁判所における執行部局として位置付けられてきた公的後見局(PGO: Public Guardianship Office)が後見庁(OPG: the Office of the Public Guardian)として、法務省(Ministry of Justice: Department for Constitutional Affairsから改称)の下に置かれ、司法機関たる保護裁判所との分離が図られることになった。後見庁は、後見庁長官(パブリック・ガーディアン)を筆頭とし、判断能力の減退している人々の自己決定を支援し、虐待から保護し、任意後見人や法定後見人をサポートしている。また、「重大な」医療行為に関する判断や病院、施設への入所させる必要がある場合、本人が意思決定能力を失っていて同意できない状態にあり、かつ、本人の意思決定を支援したり本人の意思や利益を代弁してくれる家族や友人がない場合、そうした人々の権利擁護のため、「第三者代弁人 IMCA(Independent Medical Capacity Advocate)」サービスが用意されている。

ドイツとイギリスの制度に関して紹介したが、成年後見制度を改正した先進国では、法的能力がないということではなく、法的能力を有することを前提として、障害当事者自身が法的能力を行使するための支援を位置付けているところが多い。

スウェーデンでは、1990年代に実施された「精神障害者に関する調査委員会」の調査で特に精神障害者の生活状況が劣悪であり、医療や社会福祉サービスが不足していることが指摘された。地域における精神障害者の生活は、少しの手助けがあればもっと豊かで安全なものになること、本人の自己決定を支える支援が必要であることが示され、その具体的なアプローチの一つとして、パーソナル・オンブズマン(Personligt ombud、以下、POとする)による支援が1995年から実施されている。つまり、PO制度は1995年の精神保健福祉改革により、病院や施設から地域生活に移行する重度の精神障害者の生活支援をどう行うかという検討の中で、ケアマネジメントをイメージして創設されたものである。当初、10か所、32名のPOにより250名の精神障害者への支援が実施されたが、2011年には、POは325人となり、年間約5000人の支援を行うまでになっている。POは多様な精神疾患をもつ人を対象とし、媒介機能を活用しながら、クライアントのニーズに寄り添い、その権利の実現に向けた支援を展開している。スウェーデンには、財産を管理する役割を持つ人は別に存在するが、障害者の心身の状態に配慮し、その生活をマネジメントする支援者が存在しているのである。スウェーデンは、利用者がアシスタントを自ら選び、自らのライフスタイルに合わせてサービス契約を行うパーソナルアシスタンス制度でも有名であるが、精神障害者を対象とした先駆的な取り組みも行われている。

## (2) 成年後見制度にかかわる精神障害者を対象とした日本の実践例

日本においては、第2章で述べたように成年後見制度の課題も指摘されているが、被成年後見人の意思決定にできるだけ寄り添い、生活を支える視点でかかわっている団体がある。

その先駆的な取り組みのひとつとしてNPO法人自立支援センター「さぼーと」が挙げられる。「さぼーと」は成年後見制度以前の1994(平成6)年3月に精神障害者のための任意後見人制度設立準備委員会として発足した。その後、成年後見制度施行後は、委任後見のみならず、法人として成年後見を行っている。欧米では、後見制度についてあくまでも自己決定の原則が優先され、その能力が充分でない場合に必要性に即して補充するという考え方があり、「さぼーと」もそうした考え方の下で実践されてきた。単なる財産管理・保全サービスの提供ということではなく、生活支援を念頭に置き、直接援助者との信頼関係を軸に実践が展開されている。また、それが、援助者の価値観による操作を含んでいないかどうか、適切な助言がなされているかどうかについて、月に1度実務担当者会議にて検討がなされている。また、第三者機関として当事者、家族、法律家、精神科ソーシャルワーカーからなる監査委員会が設けられている。

また、岡山では2002(平成14年)に、弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職からなるネットワーク懇談会が立ち上がり、高齢者・障害者の権利擁護について検討を行ってきた。2005(平成17)年に、成年後見制度の法定後見受任を目的とする「NPO法人岡山高齢者・障害者支援ネットワーク」として組織化され、同時に、障害者の地域移行支援を目的とした入居支援センターも立ち上げ、現在そのネットワークは10以上の団体に広がっている。活動としては、法人後見の受任とともに、高齢者・障害者向けの無料の相談会を定期的で開催し、周知・啓発と支援を行っている。相談会は、毎月第一土曜日の午後常設で行うものと、年4回県下各地域を巡回して行う巡回相談の2種類がある。多様な専門家が複数で担当者となり、虐待案件など困難事例にも対応している。

精神障害者が成年後見制度を利用する場合、単に財産の管理だけでなく、住居の支援や生活そのものを見守っていく必要がある。多職種がかかわることによって、多様な視点で精神障害者の生活を支援することが可能になるのである。

前述した以外に公益社団日本精神保健福祉士協会では、成年後見人養成のために認定成年後見人ネットワーク「クローバー」を2009(平成21)年に立ち上げている。まだ動き始めたばかりの組織だが、専門性を活かし、精神障害者の成年後見人を引き受けており、被成年後見人の身上監護面を中心に実践を展開している。その他にも社会福祉協議会等、法人格をもつ団体が成年後見人として活動しており、最近では、市民後見人の養成にも注目が集まっている。

## 【参考資料】

- ・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
- ・新井誠・赤沼康弘・大貫正男編 『成年後見制度 法の理論と実務』 有斐閣 2006
- ・日本精神保健福祉士協会 監修 岩崎香・田村綾子編 『精神障害者の成年後見テキストブック』 中央法規出版 2011
- ・田川 康吾・安原 佳子・村田 陽子訳, 定藤 丈弘, 北野 誠一監修 『アメリカの発達障害者権利擁護法 「ランターマン法」の理論と実践』 明石書店,53-61,2002
- ・ベーム・レルヒ,レースルマイヤー・ヴァイス著 (社)日本社会福祉士会訳 『ドイツ成年後見ハンドブック』 勁草書房 2000
- ・山本深雪 「精神医療オンブズマン制度の取り組みから」 『精神神経雑誌』 107(9),981-986,2005
- ・定藤丈弘 「アメリカ・カリフォルニア州における障害者の権利擁護システム PAI(権利保護・擁護機関)を中心に」 『ノーマライゼーション』 17(9), 51~55,1997
- ・小林信子 「初めての病院内 PA(患者権利擁護)活動」 『福祉労働』 (通号 71), ,46~53,1996
- ・小林信子、木村朋子、飯田文子 「精神病院訪問調査と個別病院情報公開の取り組み」 『病院・地域精神医学』 49(3),269-271,2007

