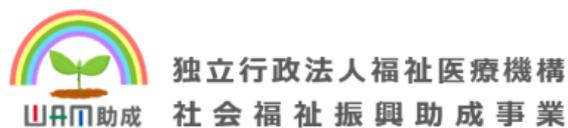
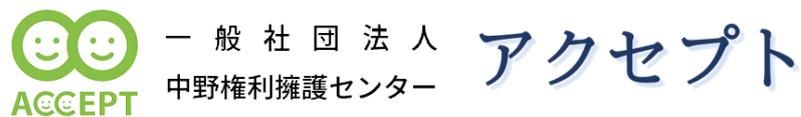


アクセプト 成年後見実践講座

I 地域福祉と権利擁護



I 地域福祉と権利擁護 編

目次

第1章 地域福祉と権利擁護－地域共生社会に向けて－	1
1 超高齢社会の到来	1
1) 高齢者の暮らし	1
2) 高齢社会対策の基本的枠組み	5
2 障がいのある人の暮らしと福祉の理念	6
1) 障害のある人の暮らし	6
2) 障がい福祉	7
3) 自己決定の尊重とノーマライゼーション	8
3 地域社会への期待－共生社会の形成と成年後見制度	9
第2章 サービスの活用と寄り添う支援	12
1 支援の実際と現場の課題	12
1) 共生社会と地域包括ケアシステム	12
2) サービス調整と地域ケア会議	14

2	権利擁護に求められるもの	16
1)	意思の主体と寄り添う支援	16
2)	チームケアと権利擁護支援	17
3)	関連諸制度の理解	17
3	福祉・医療・介護の全体像	18
第3章	高齢者への理解と支援	24
1	高齢者の身体	24
1)	高齢者の身体に起きていること	24
2)	加齢に伴う生理機能の低下	24
3)	機能低下によって引き起こされる症候の数々	25
4)	高齢者に起きている特徴的な病気	25
5)	高齢者の死亡原因となる疾患.....	26
2	高齢者の心.....	27
1)	高齢者の心に起きていること	27
2)	認知症を理解する	29
第4章	障がい者の理解と支援	33

1 障がい者理解	33
1) 障がい者の定義	33
2) 障害者手帳	33
2 障がいの特性と支援の視点	39
1) 身体障がいの特性	39
2) 知的障がいの特性	39
3) 精神障がいの特性	41
4) 発達障がいの特性	44
5) 高次脳機能障がいの特性	46
3 配慮の原則	47
参考資料 第二期成年後見制度利用促進基本計画の策定について	48

第1章 地域福祉と権利擁護—地域共生社会に向けて—

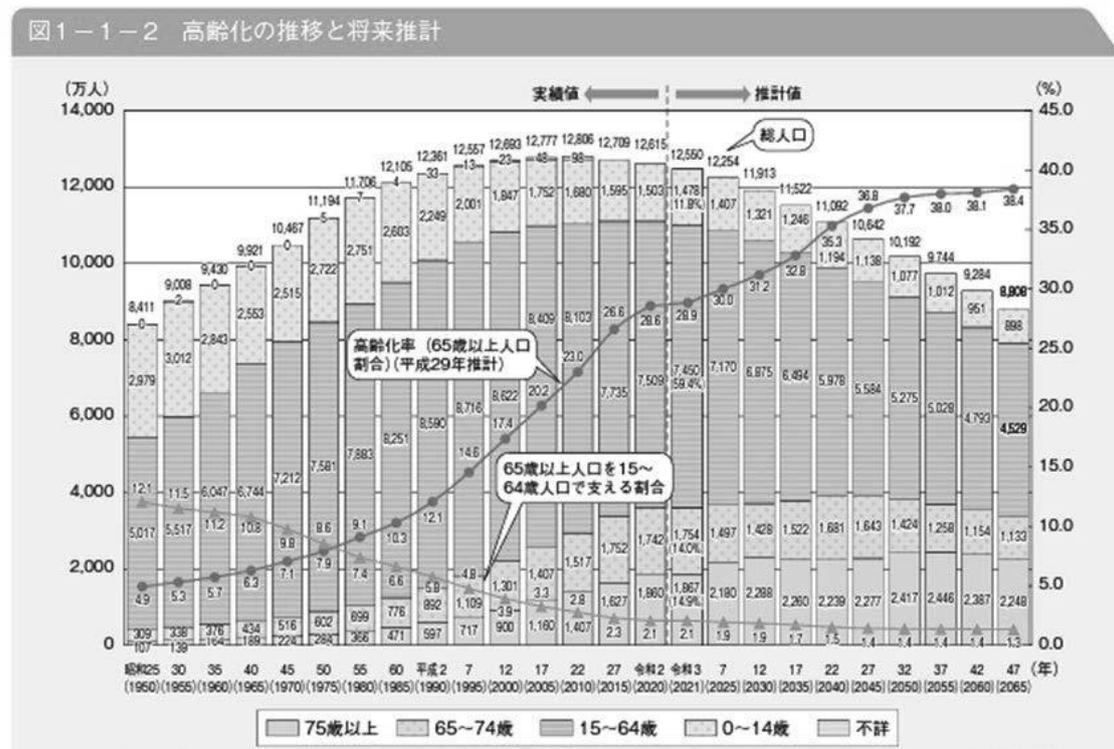
1 超高齢社会の到来

1) 高齢者の暮らし

(1) 人口構成の変化

我が国の社会は、急速に高齢化が進行しています。令和3（2021）年の総務省人口推計によれば、総人口1億2,550万人の内、65歳以上の人口は3,621万人です。総人口に占める割合、高齢化率は28.9%となっています。

国勢調査に見る高齢化率は昭和25（1950）年には、4.9%でしたが、昭和45（1970）年には7.1%となり、「高齢化社会」といわれるようになりました。平成7（1995）年には14.6%となり、「高齢社会」の訪れと言われました。さらに令和2（2020）年には28.6%となり、「超高齢社会」といわれるようになっていきます。65歳以上の人口が7%を超えてから25年間で2倍、次の25年間で3倍と増えた高齢化の進展の速さには目を見張るものがあります。日本の高齢化の進行速度は世界でも最速でした。（2019年の国連資料による国立社会保障・人口問題研究所推計）。ただし、近年、韓国や中国、シンガポールなどでは日本以上の速さで高齢化が進んでいると言われています。



令和4年版高齢社会白書（内閣府）資料より

今後の推計を見ると、令和3（2021）年に3,650万人だった65歳以上人口は、その後も増加を続け、令和24（2042）年に3,935万人となりピークを迎えると言われています。高

高齢者の人口は減少に転じても総人口の減少が大きいいため、高齢化率の増加は続きます。令和47(2065)年には38.1%と国民の2.6人に1人は高齢者という状況になります。

高齢化と同時に長寿化の傾向も当分の間は続きます。65歳から74歳までの人口は、令和3(2021)年をピークに減少傾向に入りますが、75歳以上の人口は増加を続け、令和2(2020)年以降、65歳から74歳までの人口を上回り、令和36(2054)年まで増加が続くと言われていいます。平均寿命を見ると、令和2(2020)年では、男性81.56年、女性87.71年となっています。令和47(2065)年には、男性84.95年、女性91.35年になると推計されています。

一方、生産年齢人口を見ると平成7(1995)年の8,716万人がピークで、令和3(2021)年には7,450万人となっています。令和47(2065)年には4,529万人になると推計されています。

昭和25年には高齢者1人に対して、15歳から64歳までの現役世代が12.1人いたのが、令和3年(2121)年では、2.1人、令和47(2065)年には1.3人まで減少することになります。「胴上げ型」から「肩車型」への変化と言われます。

しかし、「支えられる高齢者と支える世代」という考え方については、平均寿命の伸びと相まって、高齢者の健康や意識も変化し、高齢者の就労が増えていること、また、高校進学が当たり前になっていることなどから、65歳以上を支えられる世代、15歳から64歳までを支える勤労者世代と画一的に捉えることは実状にあっていないという認識が広がっています。

政府が推進する高齢社会対策の指針「高齢社会対策大綱」では、「65歳以上を一律に『高齢者』と見る一般的な傾向は、現状に照らせばもはや現実的なものではなくなりつつある」としたうえで、「意欲ある高齢者の能力発揮を可能にする社会環境を整える」とともに、健康、経済、家族関係など、多様な状況に置かれている全ての人が安心して高齢期を迎えられるような社会をつくるという観点から「十全な支援やセーフティネットの整備を図る必要がある」としています。また、「人口の高齢化に伴って生ずる様々な社会的課題に対応することは、高齢層のみならず、若年層も含めた全ての世代が満ち足りた人生を送ることのできる環境を作ることを意味する」としています。

(2) 世帯の構成

高齢者の暮らす世帯の構成も時代とともに大きく変化しました。高齢化の進展と同時に核家族化、少人数化が進行しています。令和元(2019)年における世帯構成を見ると、全5,178万5,000世帯の内、49.4%にあたる2,558万4,000世帯が65歳以上のいる世帯です。世帯構造を見ると昭和55(1980)年には、三世代世帯が50.1%を占めていたのが、令和元(2019)年には、夫婦のみの世帯が32.3%、単身世帯が28.8%となりました。(内閣府「高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査(令和3年度)」)

一人暮らしの高齢者も増えていて、65歳以上の一人暮らしの人の割合は、昭和55(1980)年には、男性が4.3%、女性が11.2%でしたが、令和元(2019)年には、男性15.0%、女性

22.1%となっています。

(3) 所得・資産・就労

① 所得・資産

高齢者の経済的な暮らし向きについての認識は、前出の調査では、「心配がない」（「家計にゆとりがあり、まったく心配なく暮らしている」と「家計にあまりゆとりはないが、それほど心配なく暮らしている」の計）と感じている人の割合は全体で68.5%となっています。

世帯の所得を見ると、高齢者世帯（65歳以上の人のみ、またはこれに18歳未満の未婚者が加わった世帯）の平均所得金額は312.6万円（平成30年の1年間）です。これは全世帯から高齢者世帯と母子世帯を除いた「その他の世帯」の平均所得金額664.5万円の約半分です。（厚生労働省「国民生活基礎調査（令和元年）」）

全体の暮らし向きを概観するためには、平均の数値とともに全体の分布状況も見て行く必要があります。高齢期に入った人の世帯では、就労者数が減り、働いている人の給与所得も減少するため、低所得層世帯の数は増加します。高齢者世帯の所得階層別の分布を見ると、150～200万円未満が12.3%と最も多く、250万円未満の世帯が48.7%となっています。中央値は255万円です。所得の平均値が中央値に比べ高いのは、相対的に数の少ない高所得層の所得が影響していることと言えます。（同）

貯蓄を見ると、高齢者世帯に貯蓄が多く集まっているということが数字に表れています。世帯主が65歳以上の二人以上の世帯の貯蓄現在高の中央値は1,555万円で、全世帯の中央値の1,061万円の約1.5倍になっています。高齢者世帯の貯蓄額の平均値は2,324万円で、全世帯では1,791万円でした。世代別金融資産分布状況を見ると、国民全体の金融資産（貯蓄現在高）のうちの63.5%を60歳以上の世帯が保有していることが分かります。

4,000万円以上の貯蓄を有する世帯が高齢者世帯の17.3%あります。安定した職と所得を得てきた高齢層の資産形成の努力の結果と言えるでしょう。しかし、貯蓄においても高位の層と低位の層の差は歴然と存在します。老後の平均的な収入と平均的な支出の差額から、不足になる分の老後の備えとして、2,000万円の金融資産が必要とした金融庁の試算（金融審議会のワーキンググループ、令和元年）が話題になりましたが、高齢者世帯のうち、2,000万円以上の貯蓄を有する世帯は40.7%です。1,000万円未満の世帯が38.2%です。うち、100万円未満の世帯の7.9%を含め300万円未満の世帯が15.4%あります。（「総務省家計調査（二人以上の世帯）（令和2年）」）

生活の基盤の一つとして、2018年における持ち家率を65歳以上の人がいる主世帯（居住している主な世帯、同居世帯ではないこと）で見ると82.1%となっています。総数では61.2%です。65歳以上の単身世帯では66.2%と複数世帯より低くなっています。東京都で見ると65歳以上の世帯の76.7%が持ち家です。単身世帯では54.8%が持ち家で34.4%が借家（民営・公社・UR）となっています。（総務省統計局「住宅・土地統計調査」）住宅には資産という一面もありますが、主には生活の場です。高齢者の住宅については、老朽化、段

差、断熱など、改修の必要性が高くなっている場合や、少人数の高齢世帯には広すぎる、耐震性が弱いなど、生活の場としての課題が大きい場合も多くなっていきます。

高齢者世帯は、現在に至るまでにそれぞれ多様な生活歴を経ています。日本の社会の経済成長の中で、自らも安定した経済基盤を形成している層が相当数存在していることは確かですが、不安定な経済基盤の上に暮らしている層が無視できない規模で存在していることも理解すべきだと思います。

経済的な困窮から国民を守り、最低限度の健康で文化的な生活を保障するのが生活保護の制度です。65歳以上の生活保護受給者は約105万人で、保護率は2.93パーセントでした。国民全体の保護率は1.62%ですから高齢者世帯の保護率は高いことが分かります。（内閣府「高齢社会白書令和4年版」）全体の世帯数の約半数にのぼる高齢世帯の12.7%が所得100万円未満であることを考え合わせると、保護率は、現在もなお潜在的な増加圧力の下にあると考えるべきかも知れません。

② 就労

就労という側面から見ると、高齢者の就労は増加しています。令和3年の日本の労働力人口は、6,907万人でした。その労働力人口のうち65～69歳の者は410万人、70歳以上の者は516万人であり、労働力人口総数に占める65歳以上の者の割合は13.4%でした。平成23（2011）には8.9%だったので、10年間で4.5%増加したことになります。同じ期間に労働人口は6,596万人から、6,907万人と311万人増えていますが、そのうちの年代別の内訳では、65歳以上の層だけが342万人増えていきます。（総務省「労働力調査」）若年人口の減少に起因する労働者数の減少を高齢者の労働参加で補っている実態がうかがえます。

（4）健康

健康寿命とは、日常生活に制限のない期間を言うもので、国民生活基礎調査の結果から算出した数値です。「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」では、この健康寿命の延伸し平均寿命との差を小さくしていくことが最大の目標とされています。健康寿命は、令和元年で男性が72.68年、女性が75.38年となっています。平均寿命は、男性が81.41年、女性が87.45年となっています。

高齢者の死因は、近年では生活習慣病が中心です。「悪性新生物（がん）」が最も多く、「心疾患」、「老衰」、「肺炎」、「脳血管疾患」の順となっています。

高齢者の健康に関連して最重要な課題の一つが認知症です。認知機能が低下することで、日常生活に様々な支援が必要となる原因となります。「認知症施策推進大綱（令和元年）」では、次のように述べられています。「我が国において2012（平成24）年で認知症の人の数は約462万人、軽度認知障害（MCI ※筆者注、年間で10～15%が認知症に移行するとも言われています）の人の数は約400万人と推計され、合わせると65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われていた。2018（平成30）年には認知症の人

の数は500万人を超え、65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症と見込まれている。」

認知症では単なる加齢による物忘れと異なり、日常生活に支障が現れ、症状が徐々に進行していきます。アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症などのタイプがあります。65歳未満で発症することもあります（若年性認知症）。認知症と似た症状が現れる他の疾患もあります。

いずれにしても認知症が疑われる場合には、早期の適切な診断と治療や対策で、発症や進行を遅らせることが大切です。また、既に支障が現れている場合には、適切な支援につなげることが重要です。

（5）高齢者の介護

介護保険制度における要介護又は要支援の認定を受けた人（以下「要介護者等」という。）は、令和元（2019）年度で655万8000人となっていて、平成21（2009）年度（469万6000人）から186万2000人増加しています。また、要介護者等は、第1号被保険者（65歳以上）の18.4%を占めています。（厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」）

また、65～74歳と75歳以上の被保険者について、それぞれ要支援、要介護の認定を受けた人の割合を見ると、65～74歳では1.4%、2.9%であるのに対して、75歳以上では8.8%、23.1%となっており、75歳以上になると要介護の認定を受ける人の割合が大きく上昇します。認定者を男女別に見ると、男性が203万9000人（31.0%）、女性が451万9000人（69.0%）となっています。介護が必要になった主な原因について見ると、「認知症」が18.1%と最も多く、次いで、「脳血管疾患（脳卒中）」が15.0%、「高齢による衰弱」が13.3%、「骨折・転倒」が13.0%となっています。男女別の最多を見ると、男性は「脳血管疾患（脳卒中）」が24.5%、女性は「認知症」が19.9%となっています。

要介護者等から見た主な介護者の続柄を見ると、同居している人が54.4%となっています。その主な内訳を見ると、配偶者が23.8%、子が20.7%、子の配偶者が7.5%となっています。また、性別については、男性が35.0%、女性が65.0%となっています。要介護者等と同居している主な介護者の年齢について見ると、男性では72.4%、女性では73.8%が60歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在していることが分かります。

介護施設等の定員数は、増加傾向にあります。施設別に見ると、令和2年では、有料老人ホーム（60万6,394人）、介護老人福祉施設（特養）（57万6,442人）、介護老人保健施設（老健）（37万3,342人）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（21万1,300人）サービス付き高齢者向け住宅（サ高住、※有料老人ホームの届出があるもののみ）（19万4,873人）等となっています。近年は有料老人ホームの定員数が特に増えている他、サービス付き高齢者向き住宅の増加も目立っています。（「内閣府高齢社会白書（令和4年版）」）

2） 高齢社会対策の基本的枠組み

我が国の高齢社会対策の基本的枠組みは、「高齢社会対策基本法」（平成7年法律第129号）

に基づいています。同法で、政府が推進する高齢社会対策の中長期にわたる基本的かつ総合的な指針となる「高齢社会対策大綱」の作成が政府に義務付けられています。平成8年7月に最初の大綱が策定されて以降、経済社会情勢の変化を踏まえた見直しが行われていて、現在のものは平成30（2018）年2月に4度目の大綱として閣議決定されました。

大綱では以下の3つの基本的考え方にのっとり、高齢社会対策を推進することとしています。①年齢による画一化を見直し、全ての年代の人々が希望に応じて意欲・能力をいかして活躍できるエイジレス社会を目指す。②地域における生活基盤を整備し、人生のどの段階でも高齢期の暮らしを具体的に描ける地域コミュニティを作る。（多世代間の協力拡大や社会的孤立の防止、高齢者が安全・安心かつ豊かに暮らせるコミュニティづくり）、③技術革新の成果が可能にする新しい高齢社会対策を志向する。

また、①就業・所得、②健康・福祉、③学習・社会参加、④生活環境、⑤研究開発・国際社会への貢献等、⑥全ての世代の活躍推進の6つの分野で、基本的施策に関する中期にわたる指針を定めています。

2 障がいのある人の暮らしと福祉の理念

1) 障がいのある人の暮らし

障がいのある人の状況について、障害者白書（厚生労働省「障害者白書（令和元年版）」）では、身体障害、知的障害、精神障害の3区分について、厚生労働省による「生活のしづらさなどに関する調査」、「社会福祉施設等調査」又は「患者調査」等に基づき推計された基本的な統計数値を掲載しています。概観すると以下の通りです。

各区分における障害者数の概数は、身体障害者（身体障害児を含む。以下同じ。）436万人、知的障害者（知的障害児を含む。以下同じ。）108万2千人、精神障害者419万3千人です。これを人口千人当たりの人数で見ると、身体障害者は34人、知的障害者は9人、精神障害者は33人となります。「複数の障害を併せ持つ者もいるため、単純な合計にはならないものの、国民のおよそ7.6%が何らかの障害を有していることになる」と同白書では分析しています。

障害別に施設入所の状況を見ると、身体障害における施設入所者の割合1.7%、精神障害における入院患者の割合7.2%に対して、知的障害者における施設入所者の割合は11.1%となっていて、特に知的障害者の施設入所の割合が高い点に特徴があるとされています。

在宅の身体障害者428万7千人の年齢階層別の内訳を見ると、18歳未満6万8千人（1.6%）、18歳以上65歳未満101万3千人（23.6%）、65歳以上311万2千人（72.6%）となっています。在宅の身体障害者の65歳以上の割合を見ると、在宅の身体障害者の全年齢のうち65歳以上の割合が7割程度となっています。

在宅の知的障害者96万2千人の年齢階層別の内訳を見ると、18歳未満21万4千人（22.2%）、18歳以上65歳未満58万人（60.3%）、65歳以上14万9千人（15.5%）となっています。身体障害者と比べて18歳未満の割合が高い一方で、65歳以上の割合が低くなっ

ています。

白書は知的障害者の推移について、「2011年と比較して約34万人増加している。知的障害は発達期にあらわれるものであり、発達期以降に新たに知的障害が生じるものではないことから、身体障害のように人口の高齢化の影響を大きく受けることはない。以前に比べ、知的障害に対する認知度が高くなり、療育手帳取得者の増加が要因の一つと考えられる」としています。

外来の年齢階層別精神障害者数について、2017年においては、389万1千人のうち、25歳未満38万5千人(9.9%)、25歳以上65歳未満206万人(52.9%)、65歳以上144万7千人(37.2%)となっています。

2) 障がい福祉

昭和45(1970)年に制定された心身障害者対策基本法では、「心身障害があるため長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」を「心身障害者」と位置付けていました。平成5(1993)年、同法は障害者基本法に改正され、「精神障害により長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」も対象に加え、新たに「障害者」と位置付けられました。法の目的も、障害者の自立とあらゆる分野の活動への参加の促進に改められました。

平成16(2004)年の改正では、障害者差別等をしてはならない旨が基本的理念として新たに規定されました。平成23(2011)年の改正では、「障害者の権利に関する条約」の批准に向けた国内法整備の一環として、いわゆる「社会モデル」の考え方や「合理的配慮」の概念が新たに取り入れられました。この基本法に基づき、平成25(2013)年9月には「第3次障害者基本計画」が閣議決定されました。平成26(2014)年、国は障害者の権利に関する条約を批准しました。平成26(2014)年6月には、「障害者差別解消法」が制定され、障害を理由とする差別が禁止され、社会のあらゆる面で障がいのある人への合理的配慮が求められるようになりました。

平成30(2018)年3月に決定した「第4次障害者基本計画」は、「障害者の権利に関する条約」を批准した後に初めて策定される障害者基本計画として条約との整合性確保に留意しつつ、各分野に共通する横断的視点として、「条約の理念の尊重及び整合性の確保」、「社会のあらゆる場面におけるアクセシビリティの向上」、「当事者本位の総合的かつ分野横断的な支援」、「障害特性等に配慮したきめ細かい支援」、「障害のある女性、子供及び高齢者の複合的困難に配慮したきめ細かい支援」及び「PDCAサイクル等を通じた実効性のある取組の推進」の6点が掲げられるとともに、11の施策分野ごとに基本的考え方や具体的な取組が示され、取組が進められてきました。また、令和4(2022)年5月には、「障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法」が制定され、障害者基本計画の策定や変更にあたっては同法の規定の趣旨を踏まえることとされました。

3) 自己決定権の尊重とノーマライゼーション

成年後見制度は、①成年被後見人等が、成年被後見人でない者と等しく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障されるべきこと〔＝ノーマライゼーション〕、②成年被後見人等の意思決定の支援が適切に行われるとともに、成年被後見人等の自発的意思が尊重されるべきこと〔＝自己決定権の尊重〕、③成年被後見人等がそのとき有している能力を最大限に活かして生活することを尊重すること〔＝残存能力の活用〕④成年被後見人等の財産の管理のみならず身上の保護が適切に行われるべきこと〔＝身上の保護の重視〕等の理念によって成り立っているとされています。いわゆるノーマライゼーションが最も基本的な理念として位置づけられています。ノーマライゼーションの考え方は、障がい福祉から始まって、社会全体に影響を及ぼし定着してきました。

ノーマライゼーションの考え方は、1950年代にデンマークの社会運動家N・E・バンク・ミケルセンらが参加していた『知的障害者の家族会』の施設改善運動から生まれたものです。バンク・ミケルセンによるノーマライゼーションの思想は、「社会的・福祉的な支援や世話を必要とする『障害者・高齢者』を区別して隔離するのではなくて、健常者と一緒に自然に共生できるような社会基盤を整えていこうとする実践的な福祉思想であり、『隔離施設でのサービスから地域社会での共生へ』が一つの中心理念となっています。」(バンク・ミケルセン記念財団HPより)と言うものです。デンマークの社会運動家であったバンク・ミケルセンは、ナチスの強制収容所に収容されていた経験がありました。戦後、国の官僚として知的障がい者の施設を担当し目の当たりにした、沢山の知的障害者が収容されている大型施設の生活環境が、まるでナチスの強制収容所の生活を彷彿させるものを感じたそうです。

障がいを持つ人たちも障害を持たない人たちと同じように自由に生活するべきだと考え、知的障害を持つ子の親たちの願いを受けて、「ノーマライゼーション」の運動は始まりました。そして「ノーマライゼーション」という言葉を盛り込んだ「1959年法」が制定されました。

バンク・ミケルセンの理念を受け止め、スウェーデンでノーマライゼーションの考え方を発展させたのが、ベクト・ニーリエです。ニーリエはノーマライゼーションの原理を「社会の主流となっている規範や形態にできるだけ近い、日常生活の条件を知的障害者が得られるようにすること(昭和43(1969)年)」と定義し、さらに「ノーマライゼーションの8つの原理」(1日のノーマルなリズム、1週間のノーマルなリズム、1年間のノーマルなリズム、ライフサイクルでのノーマルな経験、ノーマルな要求の尊重、異性との生活、ノーマルな生活水準、ノーマルな環境水準)を実現しなければならないと位置づけました。

ノーマライゼーションの理念はアメリカにも伝わり、ヴォルフ・ヴォルフエンスベルガーによって、「ソーシャル ロール パロリゼーション」という考え方で展開されました。障害者などの社会的マイノリティに対して、価値のある社会的役割を与え、なおかつそれを維持し能力を高めるための支援をすることで、障害者に対する社会的意識の改善を目指す概

念とされています。

やがて、ノーマライゼーションの国際的な広がりや取り組みが実現していきます。昭和 45 (1971) 年には、国連で「知的障害者の権利宣言」が採択され、昭和 50 (1975) 年には、その対象を障害者全般に広げた「障害者の権利宣言」が採択されました。昭和 56 (1981) 年に国連は「完全参加と平等」をテーマに「国際障害者年」を定めました。この国際障害者年の取組は、日本でもノーマライゼーションの理念が普及する大きなきっかけとなりました。翌昭和 57 (1982) 年には国連で「完全参加と平等」を実現するための「障害者に関する世界行動計画」が採択され、昭和 58 (1983) 年からの 10 年を「国際障害者の 10 年」としました。平成 2 (1990) 年にはアメリカで世界初の障害者差別禁止法である「ADA法（障害を持つアメリカ人法）」が制定されます。平成 5 (1993) 年 12 月には国連は「障害者の機会均等化のための基準規則」を採択しました。「機会均等化」とは、「社会の仕組みと、サービスや活動、情報、文書といった環境を、全員に、特に障害を持つ人に利用できるようにする過程」とされています。

そして、平成 18 (2006) 年 12 月に国連で「障害者権利条約」が採択されました。従来の「障害者の権利宣言」などは、法的な拘束力がないのに対して、「条約」を批准した場合は、法律並みの拘束力を持つこととなります。前述のとおり、日本は平成 26 (2014) 年、同条約を批准し、関係法令が整備されています。

こうした流れの中で介護保険法と同時に民法改正によって成立した成年後見制度にも、ノーマライゼーションと意思決定支援の重要性を含む自己決定権の尊重の考え方が取り入れられ、基本理念として確立定着してきました。しかし、国際的には、障害者権利条約の趣旨を徹底する立場から、日本の成年後見制度は、①後見類型への偏重や過重な費用負担、家庭裁判所の監督体制の不備等の問題点について運用面での改善と②代行的決定制度から支援付き意思決定制度への法改正を含めた根本的な制度改革を求められています。

3 地域社会への期待—共生社会の形成と成年後見制度

国は、我が国が現在突き当たっている次のような課題を解決し、持続可能な社会をつくって行くための改革の一つとして、「共生社会」の実現を掲げています。

◇高齢化や人口減少が進み、地域・家庭・職場という人々の生活領域における支え合いの基盤が弱まっていること。

◇地域社会の担い手が減少し、地域社会の存続への危機感が生まれていること。

◇対象者別・機能別に整備された公的支援も、複数分野に亘る複雑な課題を抱え、複合的な支援を必要とし、対応が困難なケースも見られるようになっていること。

このような社会構造や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく「共生社会」の実現を目指しているのです。

共生社会に向けた具体的な取組の骨格は次のようなものとされています。

『1. 地域課題の解決力の強化

○生活に身近な地域において、住民が世代や背景を超えてつながり、相互に役割を持ち、「支え手」「受け手」という関係を超えて支え合う取組を育んでいきます。

○これにより、我が国に暮らす国民一人ひとりが、生活における楽しみや生きがいを見出し、様々な困難を抱えた場合でも、社会から孤立せず、安心してその人らしい生活を送ることができる社会を実現していきます。

2. 地域丸ごとのつながりの強化

○耕作放棄地の再生や森林などの環境の保全、空き家の利活用、商店街の活性化など、地域社会が抱える様々な課題は、高齢者や障害者、生活困窮者などの就労や社会参加の機会を提供する資源でもあります。

○社会・経済活動の基盤でもある地域において、社会保障・産業などの領域を超えてつながり、人々の多様なニーズに応えると同時に、資源の有効活用や活性化を実現するという「循環」を生み出していくことで、人々の暮らしと地域社会の双方を支えていきます。

3. 地域を基盤とする包括的支援の強化

○地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもなどが地域において自立した生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援が連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援を実現していきます。』

このような共生社会への取組の中で、特に3の「地域を基盤とする包括的支援の強化」を進める上で成年後見制度の果たす役割は大きなものがあります。

国は「成年後見制度の利用の促進に関する法律」に関し、次のように述べています。

「認知症、知的障害その他の精神上の障害があることにより財産の管理や日常生活等に支障がある人たちを社会全体で支え合うことが、高齢社会における喫緊の課題であり、かつ、共生社会の実現に資することです。しかし、成年後見制度はこれらの人たちを支える重要な手段であるにもかかわらず十分に利用されていません。」

この法律では、成年後見制度の利用の促進に向けて、その基本理念を定め、国の責務等を明らかにし、また、基本方針その他の基本となる事項を定めるとともに、成年後見制度利用促進会議及び成年後見制度利用促進専門家会議を設置すること等により、成年後見制度の利用の促進に関する施策を総合的かつ計画的に推進する…として、第1次成年後見制度利用促進基本計画（平成29年度～令和3年度）が定められ、続いて第2次成年後見制度利用促進基本計画（令和4年度～令和8年度）が定められたのです。

福祉理念の発展の中で、生まれ定着してきたノーマライゼーションの考え方が発展して、共生社会の形成につながり、それが日本社会全体の新たな目指すべき姿として構想されるようになりました。そうした共生社会の実現のために、成年後見や権利擁護支援の果たす役割

の重要性が明らかになってきています。そして、利用が十分に進んでいないという課題や制度の問題点も浮かび上がってきています。今後の制度や運用の改善の方向に注目していきたいと思います。

(担当：田中大輔)

第2章 サービスの活用と寄り添う支援

1 支援の実際と現場の課題

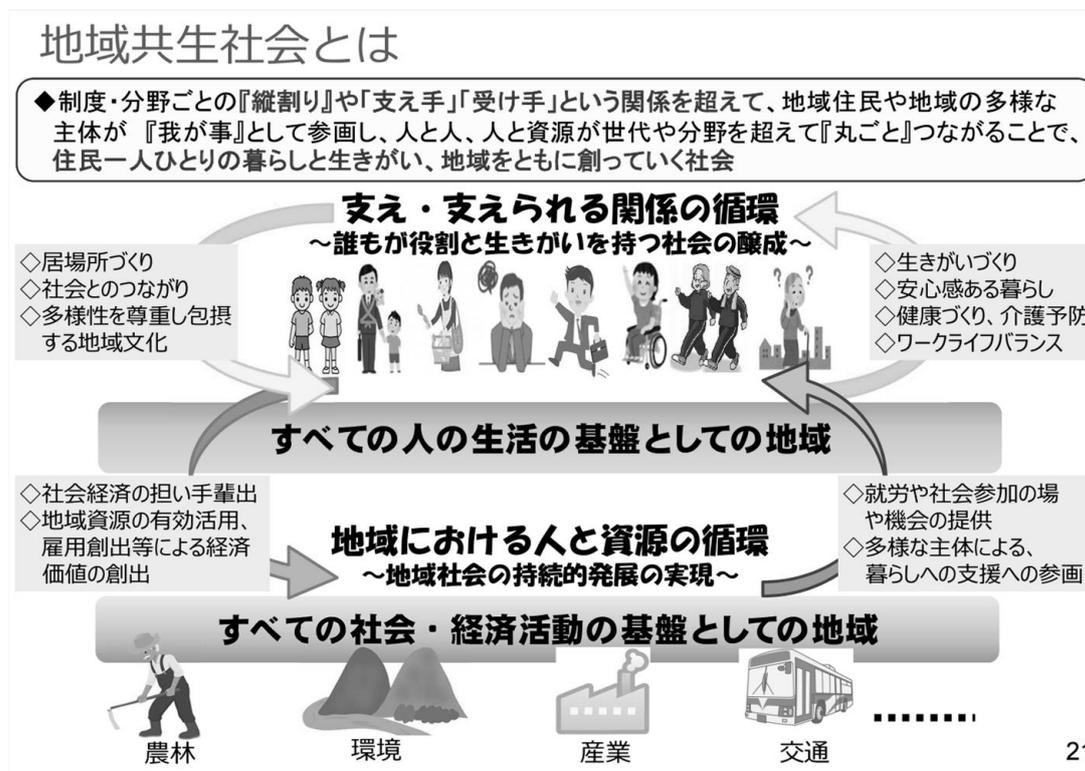
1) 共生社会と地域包括ケアシステム

第1章で見たように、国は、「共生社会」の実現を目指しています。「共生社会」は「地域共生社会」と呼ばれることもあります。共生社会は社会のあり方としての理念ですが、具体的には地域を基盤として構想されているものなので、両者の意味するところは、ほぼ同じ場合が殆どと考えてよいと思います。特定の地域に着目した場合には、地域共生社会と言う表現となっています。

この考え方の起点となっている課題認識は、概ね以下の3点に集約されます。①コミュニティの脆弱化で支えあいの基盤が弱まっている、②高齢化や人口減少によって地域社会の担い手が減少し、地域社会が存続の危機を迎えている、③縦割りに整備された公的支援では、複数分野にわたる課題を抱えたケースには対応しきれなくなっている。

こうした社会構造や人々の暮らしの変化を踏まえ、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていくのが「共生社会」とされています。

取組の骨子は①地域課題の解決力の強化、②地域丸ごとのつながりの強化、③地域を基盤とする包括的支援の強化です。(第1章参照)



共生社会づくりは、社会構造そのものを変える改革と位置付けられています。その取り組みの一環と位置づけられるのが、「地域包括ケア」という考え方です。

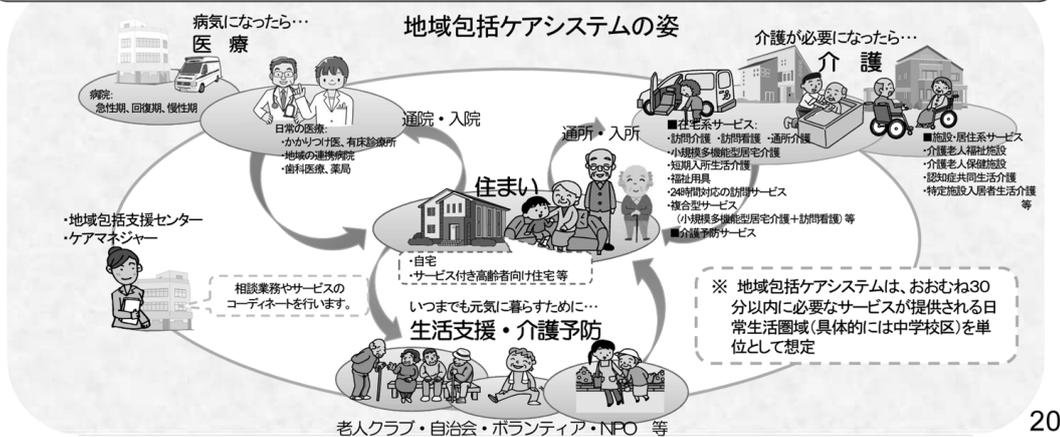
高齢者を対象に「地域包括ケア」を具現化するための仕組みを「地域包括ケアシステム」と呼んでいます。「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（社会保障制度改革プログラム法）」において、「地域包括ケアシステム」は次のように定められています。

「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」

地域包括ケアシステムは、高齢者を対象にしたものですが、地域社会における実践では、地域包括ケアシステムに位置づけられる取り組みから始まって、障がい福祉や児童福祉など、他の分野も包摂するものへと広がっていくことが期待されています。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



成年後見や権利擁護の取り組みは、高齢・障害など、分野や地域を区切ったものではありません。現実の活動の場では、この地域包括ケアシステムに登場する様々な社会資源の連携と協働によって、被支援者の暮らしをトータルに支えていくことになります。この図に登場する資源に加えて、障がいのあるケースでは障がい者支援の様々なサービス提供機関や相談支援事業所、入所施設などの社会資源との連携や協働が必要になります。生活困窮の場合には、福祉事務所・ケースワーカーと、虐待の絡む案件では区市町村の担当者など、幅広い連携先が出てきます。

2) サービス調整と地域ケア会議

地域では、個人や世帯単位で支援を必要とする事由が複合しているケースが多数あります。8050問題と言われるような高齢の親と無職独身の50代の子が同居しているケースや、介護と育児に同時に直面するダブルケアのケース、病気等の親の介護を子どもが担っているヤングケアラーのケース。認知症の妻を要支援の夫が介護しているような老々介護のケースなど、これらの中には、必要な支援が得られず孤立して困難に陥っている事例が少なくありません。

このようにニーズが複雑化した場合、同時に複数の支援制度を活用しなければ問題解決に至ることはできません。

一方、公的支援は、縦割りで課題別、対象者別に制度が形づくられていることが殆どです。福祉・医療・介護・生活支援など、行政の窓口も民間サービスの事業所もそれぞれの専門に分かれています。こうした状況の中、制度の谷間で必要な支援に結び付かず苦しんでいる事例も生まれてきます。公・民・ボランティアなど様々な主体が提供するサービスの中で、利用可能な制度やサービスを見つけ、適切なサービスを組み合わせることで解決に近づくことが可能になります。

問題は誰がそうしたサービスのコーディネートに責任を持つかということです。多くの場合、各制度自体がそうした複数の制度・サービスの調整の機能を担う担当者を規定しています。地域包括ケアセンターの支援員、行政のケースワーカーは勿論のこと、介護保険におけるケア・マネージャや障害者支援サービスにおける障害者相談支援事業所の相談支援専門員、医療機関にいるMSW（メディカル・ソーシャル・ワーカー）、介護施設などの相談員などがあげられます。

どの立場の人も、医師や看護師、OT、PTなどの医療従事者、介護サービスの担当者、地域のボランティアや民生委員などの協力も得て、担当ケースの最善の利益を求めて、支援ニーズの把握に努め、ご本人にとって最も有効な制度・サービスの利用の組み合わせをコーディネートするよう努めなければなりません。

しかし、縦割りのサービス体系のどこかに属している限り、彼らの権限はその所属組織の所掌する範囲を超えることはできません。自分が実行責任を負えない解決手段は提案しにくいし、できないことを押し付けられることも避けなければなりません。結果として、草野球でフライを譲り合ってヒットにしてしまう「お見合い」のような形で支援を必要とする人のニーズを見逃してしまうことも起こります。あるいは強引な押しの強さで、自らの守備範囲で全て解決しようとして、偏った解決にむすびつけてしまうことも起こります。多くのケースを抱えて忙殺される中、サービス調整の取り組み自体に着手できないこともあります。

「高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもなどが地域において自立した生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援が連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援を実現」していくという地域共生社会を作り上げていく上で、支援を必要とする人が適切な支援を受けるためには、複数存在

する支援の手段を、ご本人のニーズに即して選び、組み合わせて行くプロセスが欠かせません。

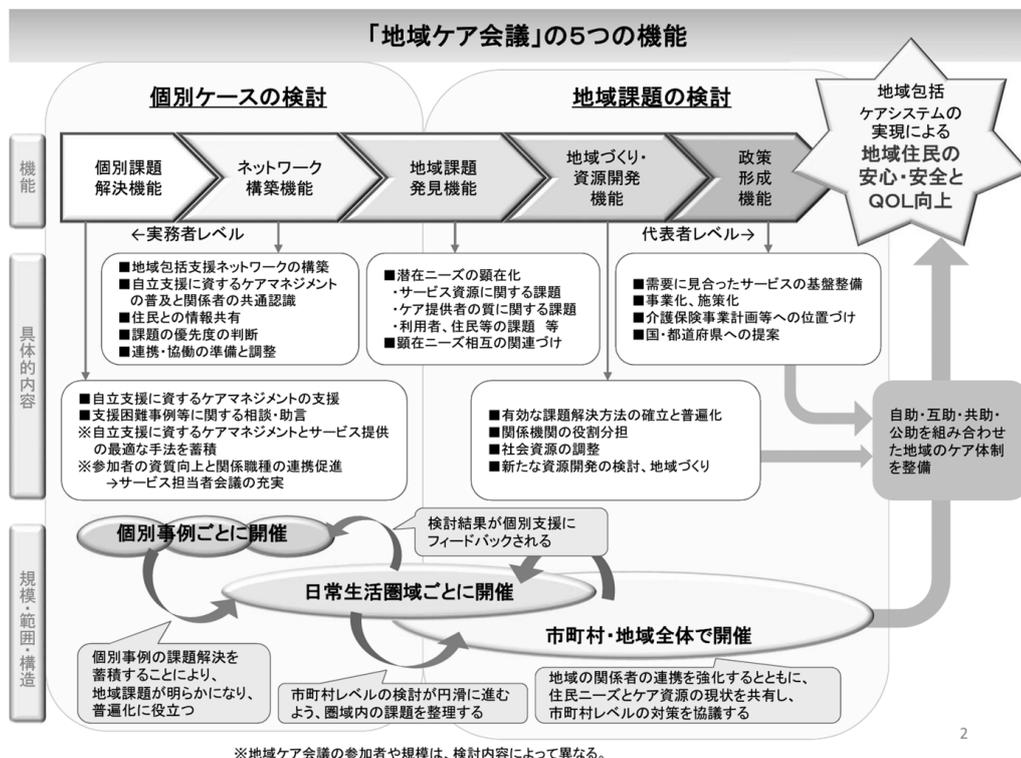
このようなことから、地域包括ケアシステムで想定し、推進されているのが、「地域ケア会議」です。地域ケア会議には5つの機能が期待されています。①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能。これらの機能をはたかせるために、個別事例レベル、日常生活圏域レベル、区市町村・地域全体レベルの3層の開催が予定されています。

厚生労働省の資料などでは、この地域ケア会議から、地域包括システムの構築に向けて進むイメージについて次のように解説されています。

○地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケア・マネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議(日常生活圏域レベル)を開催する。

○市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。

○市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCA サイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



2 権利擁護に求められるもの

1) 意思の主体と寄り添う支援

地域包括ケアシステムに基づくケア・マネジメントにおいても、より幅広い公的支援全体を含むケア・マネジメントにおいても、個別事例レベルの調整が、全ての入り口であり、極めて重要です。そして、これらの連携に基づく支援を実行していく上で、最も重要なのが被支援者ご本人の意思であり、意思確認、意思決定支援のプロセスです。

成年後見では、具体的には、ご本人の法的権利を守るための諸手続きや日常生活を支援する身上保護の事務を行います。本質的に重要なことは、ご本人の意思と尊厳を守ることです。意思決定に様々な支援が必要となったとしても、人間の意思はなくなることはありません。

後見人の価値判断によってご本人の決定や行為を代行するのではなく、意思の確認や意思決定支援のプロセスを十分に行った上で、後見人としての役割を果たすことが重要です。意思決定支援の原則について、裁判所が示す「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」では、次のような原則を示しています。

<本ガイドラインにおける意思決定能力の定義>

意思決定能力とは、支援を受けて自らの意思を自分で決定することのできる能力であるが、意思決定を行う場面では通常次の4つの要素が必要と考えられる。

- (1) 意思決定に必要な情報を理解すること（情報の理解）
- (2) 意思決定に必要な情報を記憶として保持すること（記憶保持）
- (3) 意思決定に必要な情報を選択肢の中で比べて考えることができること（比較検討）
- (4) 自分の意思決定を口頭又は手話その他の手段を用いて表現すること（意思の表現）

<本ガイドラインにおける意思決定支援の基本原則>

第1 全ての人は意思決定能力があることが推定される。

第2 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ代行決定に移ってはならない。

第3 一見すると不合理にみえる意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。

<代行決定への移行場面・代行決定の基本原則>

第4 意思決定支援が尽くされても、どうしても本人の意思決定や意思確認が困難な場合には、代行決定に移行するが、その場合であっても、後見人等は、まずは、明確な根拠に基づき合理的に推定される本人の意思（推定意思）に基づき行動することを基本とする。

第5 ①本人の意思推定すら困難な場合、又は②本人により表明された意思等が本人にとって見過ごすことのできない重大な影響を生ずる場合には、後見人等は本人の信条・価値観・選好を最大限尊重した、本人にとっての最善の利益に基づく方針を採らなければならない。

第6 本人にとっての最善の利益に基づく代行決定は、法的保護の観点からこれ以上意思決定を先延ばしにできず、かつ、他に採ることのできる手段がない場合に限り、必要最小限度の範囲で行われなければならない。

第7 一度代行決定が行われた場合であっても、次の意思決定の場面では、第1原則に戻り、意思決定能力の推定から始めなければならない。

2) チームケアと権利擁護支援

今日の支援の現場では、多くの場合、対象者の課題が複合化しています。複数の公的支援や多様な支援者が連携協力してチームケアで対応することが欠かせません。そうしたケア会議などの支援の連携の場においても、後見人の役割は重要です。ご本人に対する的確な理解に基づく意思の確認や情報収集とご本人への提供、意思決定支援、そして支援者に対する意思表示の支援など、いずれの支援機関でもなく、ご本人の立場に立って活動する後見人がいることは、全ての支援を行う担当者にとって、安心して適切な支援を行うことにつながります。ご本人の最大の利益のために、ケア会議など連携の会議の開催を働きかけ、ご本人に寄り添って会議に関与することが必要です。

3) 関連諸制度の理解

①権利擁護事業の推進

意思決定に支援が必要になった場合、成年後見の利用になるわけですが、例えば認知症になったとしても、ある日を境に突然に民法で言う「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」という状態になることはありません。民法では、「事理を弁識する能力が著しく不十分である者」は保佐、「事理を弁識する能力が不十分である者」については補助という3段階の支援が定められています。補助類型の支援が必要とまではならないものの、加齢によって日常生活の手続きや判断に不安があるようになったという状態の高齢者も存在します。判断に不安があるようになっても、適切な支援を受けながら生活することで、生きがいを持って生活し続ける期間をできるだけ持続することが地域包括ケアの中でも求められています。

成年後見の利用に至る前の段階での権利擁護支援の事業について、社会福祉法では「福祉サービス利用援助事業」が第2種社会福祉事業として定められています。「判断能力の不十分な人であっても福祉サービスの利用が適切にできるよう助け、これに伴う日常的金銭管理等をあわせて行う仕組み」（厚生労働省資料より）です。平成12（2000）年の介護保険制度の導入等により、福祉サービスが措置から利用へと移行する中で、利用者の利益の保護を図る仕組みの一環として定められたものです。

第2次成年後見利用促進基本計画は、サブタイトルを「尊厳のある本人らしい生活の継続と地域社会への参加をはかる権利擁護支援の推進」とし、「成年後見制度以外の権利擁護支援策を総合的に充実すること。任意後見制度や補助・保佐類型が利用される取組を進めるこ

と」¹として、地域共生社会の形成に向けて、幅広い権利擁護支援の充実と成年後見制度の多面的な活用を掲げています。

②虐待防止法制について

現在、我が国には4つの虐待防止法があります。成立の順に、平成12(2000)年に成立した児童虐待防止法、平成13(2001)年の配偶者暴力防止法、平成17(2005)年の高齢者虐待防止法、平成23(2011)年の障害者虐待防止法です。いずれも具体的な事件が少なからず発生しています。人命や人権、人としての尊厳に係わる極めて重大な事象です。家庭内や閉ざされた人間関係の表には見えないところで芽生え、時に極めて深刻な被害にまで発展しています。関係者には通報の義務(配偶者暴力は努力義務)も課されています。虐待の通報は守秘義務や秘密漏洩に関する法律の規定に妨げられることはありません。

成年後見や権利擁護に関わる人は、それぞれの法律の基本的な内容について、知っておく必要があります。

それぞれの法律の概要は以下の通りです。

高齢者虐待防止法

対象となる被害—①身体的虐待、②心理的虐待、③介護等の放棄(ネグレクト)、④性的虐待、⑤経済的虐待

対応—事実確認、一時保護、居室確保、立ち入り調査

対応(施設虐待の場合)—都道府県報告、監督権限行使、事実の公表

通報先—区市町村

障害者虐待防止法

対象となる被害—①身体的虐待・身体拘束、②心理的虐待、③介護等の放棄(ネグレクト)、④性的虐待、⑤経済的虐待

対応—事実確認、一時保護、居室確保、立ち入り調査

対応(施設・使用者虐待の場合)—都道府県報告、監督権限行使、事実の公表

通報先—区市町村、使用者による虐待の場合は区市町村または都道府県

児童虐待防止法

対象となる被害—①身体的暴行、②性的虐待、③ネグレクト、④心理的虐待

対応—安全確認、一時保護、立ち入り調査、保護者指導、27条措置、児童支援、親権喪失制度等の適切な運用

配偶者暴力防止法

対象となる被害—身体的暴力、心理的暴力

対応—配偶者暴力相談支援センター→保護説明、警察→被害防止措置、関係機関連携協力、裁判所の保護命令(接近禁止・退去)

3 福祉・医療・介護の全体像

後見人等として、支援にあたる以上、現在、施行されている公的な支援の主だったものに

ついて、その構造や原理原則を理解している必要があります。詳しい知識は別の場で学んでいただくこととして、後見人等の活動に関わりの深い公的支援のいくつかを概観してみましょう。

①医療の制度

「国民皆保険」といわれるわが国の公的医療保険制度は、病気やけが、出産、死亡などに対し必要となる医療等について加入者（被保険者）や事業主が負担する保険料と公費、患者の自己負担金等を財源として運営する社会保険制度です。

公的医療保険の種類

- ・ 協会けんぽ（「日雇健保」「船員保険」を含む。）一主に中小企業に勤める方が加入する
- ・ 健康保険一単一の企業や企業同士で組織する
- ・ 国民健康保険一区市町村が保険者となる地域国保と業種毎に個人事業主が集まって作る

組回国保の2種類

- ・ 後期高齢者医療制度—75歳以上の方が加入。都道府県単位で自治体が組織する広域連合が運営
- ・ 共済組合保険—公務員や私学教職員が組織するものがあります。

※生活保護制度の利用者は国民健康保険や後期高齢者医療制度には加入せず、必要な場合には医療扶助が適用される

医療保険の給付に伴う自己負担

就学前児童—2割負担、修学から69歳—3割負担、70歳以上—2割負担、75歳以上—1割負担。但し70歳以上で現役並み所得の人は3割負担

※「高額療養費制度」のように、入院治療などで医療費一部負担金が、限度額を超えた場合の減額制度があるほか、結核や難病の医療費に対する公費負担制度、さらには、お住いの自治体独自の「子ども医療費助成制度」など自己負担部分の助成制度を設けている場合もある

②介護保険

介護保険は、介護が必要となっても人としての尊厳が守られ、できる限り自立した生活が維持できるように、ご本人の意思が最大限に尊重され、希望するサービスを選択し、事業者と契約して利用する社会保険制度です。ご本人の意思決定を支援する成年後見制度とともに2000年4月に開設されました。

保険者—区市町村

被保険者—65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者（医療保険の加入者）
 保険料—給付費等必要な財源を公費と保険料で半分ずつ負担。第1号被保険者と第2号被保険者は人口比率によって負担。現在は第1号被保険者が23%、第2号被保険者が27%を負担。

介護保険のサービス—介護給付・介護予防給付や区市町村独自の「介護予防・日常生活支援総

合事業」が用意されています。在住の区市町村で要介護・要支援の認定を受けることで、区分に応じた限度まで事業者と契約し利用できます。

利用者負担一介護保険のサービスの利用者負担割合は、基本的にはサービス費用の1割ですが、一定以上の所得がある方については、2割又は3割と定められています。

その他このほかに、施設サービス等を利用する場合には、居住費(デイサービス・ショートステイは滞在費)、食費、日常生活費の負担があります。

<介護サービスの種類>

1 居宅サービス

◇ケア・プランの作成 ケア・マネージャに、心身の状況・環境・希望などに基づいてケア・プランの作成や介護サービス事業者との調整を行ってもらいます。

【訪問系のサービス】

◇訪問介護(ホームヘルプサービス) 及び 訪問入浴介護

◇訪問看護 及び 訪問リハビリテーション

◇居宅療養管理指導

【通所系のサービス】

◇通所介護(デイサービス) 及び 通所リハビリテーション(デイケア)

【短期入所系のサービス】

◇短期入所生活介護(福祉系ショートステイ)及び 短期入所療養介護(医療系ショートステイ)

【その他のサービス】

◇福祉用具貸与 及び 福祉用具購入費

◇特定施設入居者生活介護

◇住宅改修・リフォーム費(改修前の事前申請)

2 地域密着型サービス

【訪問・通所系サービス】

◇定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護

◇小規模多機能型居宅介護

【認知症対応サービス】

◇認知症対応型通所介護

◇認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

【入居・入所型施設系サービス】

◇地域密着型特定施設入居者生活介護

◇地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(定員29人以下の特別養護老人ホーム)

3 施設サービス

◇介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

◇介護老人保健施設

◇介護療養型医療施設（2023年度末廃止）及び 介護医療院（2018年度創設）

4 要支援者が利用できる主なサービス

要支援者は、要介護者の場合と同様に「介護予防サービス」を利用することができます。

介護予防サービスとは、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具購入のことです。

区市町村が実施する「介護予防・日常生活支援総合事業」（介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業）は、要支援者のほか、要支援認定を受けなくとも利用できる場合があります。地域包括支援センターで相談してみてください。

5 自己負担の軽減

◇負担限度額認定制度—一定の低所得の方に特定入所者介護サービス費を支給し居住費や滞在費と食費を軽減

◇高額介護サービス費—利用者負担額の合計が、限度額（所得階層により 15,000 円から 140,100 円）を超える場合、超えた負担額が申請により「高額介護サービス費」として給付（払い戻し）

◇高額医療合算介護サービス費—介護保険の利用者負担額と医療保険（後期高齢者医療制度を含む）の一部負担金との合算額が著しく高額な場合に、負担額を軽減する制度。所得階層別に段階的に定めた限度額（年額）を超える場合、申請によって限度額を超える部分が給付（払い戻し）

③障害者自立支援給付

障がいのある人が、障害福祉サービスを利用しようとするときは、各種援護を受けるための障害者手帳などの等級や程度の判定とは別に、お住いの区市町村で「障害支援区分」の認定を受けたうえで、サービスの利用申請を行います。次いで、特定相談支援事業者に依頼し、必要としているサービスの利用計画（「サービス等利用計画案」）を作成し提出します。区市町村では、これら提出された計画案や勘案事項を踏まえて支給決定を行うこととなっています。

「障害者支援区分」は、必要とする標準的な支援度合を6段階で示すもので、移動や動作、日常生活、意思疎通、医療などの調査に基づいて区市町村の審査会が判定を行います。なお、訓練等給付を利用する場合は、障害支援区分の認定手続きを要しません。

<自立支援給付の種類>

1 介護給付

【訪問系】

◇居宅介護（ホームヘルプ）、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

【日中活動系】

◇短期入所（ショートステイ）、療養介護、生活介護

【施設系】

◇施設入所支援

2 訓練等給付

【居住支援系】

◇共同生活援助（グループホーム）、自立生活援助

【訓練・就労系】

◇自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、就労定着支援、就労継続支援（A型・B型）

3 その他の給付

◇地域相談支援、計画相談支援、自立支援医療費、療養介護医療費、補装具、高額障害福祉サービス等給付など

4 サービス費用の利用者負担

障害者自立支援給付の利用は、原則としてサービスの提供に要した費用の1割を負担します。また、食費・光熱水費も、在宅で生活する人との公平を図るため、実費負担となります。ただし、負担が重くなりすぎないように、負担上限額（月額）を定め低所得の方に配慮した軽減策を講じています。

③ 生活保護制度

資産、能力その他あらゆるものを生活の維持のために活用してもなお生活に困窮する場合、憲法第25条でいう健康で文化的な最低限度の生活を保障するものが生活保護制度です。

生活保護制度は、「国の責任」で、困窮の理由やその人の思想信条などにかかわらず「無差別平等」に、「最低生活を保障」するために不足する分を「補足」という4つの原理に基づいて運営されています。

<生活保護の扶助の種類>

◇食費・被服費・光熱費等の日常の生活費一個人、世帯それぞれの基準と妊婦・母子・障害等の加算

◇住宅扶助—賃貸住宅等の家賃 住宅補修費。世帯の人員により限度額

◇教育扶助—義務教育のための経費。学用品費、給食費、学習支援費等

◇医療扶助—医療費 通院費。診察、投薬、処置・手術等 居宅での療養上の管理、看護等

◇介護扶助—介護及び介護予防等の自己負担費用。居宅介護支援、居宅介護、施設介護、介護予防、介護予防・日常生活支援等

◇その他の扶助（出産・生業・葬祭）—分娩、生業、葬祭の経費。分娩介助、技能修得、火葬・埋葬等

<保護の手続き>

生活保護の申請は、誰にでも認められた権利です。生活に困窮したら、地域の福祉事務所

窓口を訪ねて生活相談を申し込みます。

入院の医療費の支払いなどで困った場合は、病院の医療福祉相談室を訪ねると、相談員が事情を聴きとって福祉事務所に連絡してくれます。

この時、預貯金の通帳や住居の賃貸契約書、給与明細書、年金手帳や年金の決定通知など、収入や支出の状況を説明できる書類を持参すると便利です。

「申請保護」の原則があり、申請書の提出（申請意思の表明）が必要です。また、世帯主でなくても申請ができます。申請すると福祉事務所では、各種の調査を経て、原則として14日以内に審査を終え、保護の可否を通知します。申請後30日が過ぎても保護の可否決定が通知されない場合は、「却下処分」があったものとみなし、審査請求をすることができます。

(担当：田中大輔)

第3章 高齢者への理解と支援

1 高齢者の身体

1) 高齢者の身体に起きていること

高齢者の身体の特徴を知っておくことは、高齢者を支援する上で大切なことです。高齢者の体調の変化には、なかなか気づきにくいものです。毎日一緒に暮らしている方ならともかく、1週間に1度、1月に1度といった頻度で面接しているようなペースでは、顔色や体の動き、元気があるかないかなどの日常との比較が難しいのです。

そもそも、高齢者自身が加齢による身体の変化をうまく自覚できていないものです。加齢に伴って、沢山の变化が起きてきます。

「何となく疲れやすい」、「眠れない」、「ペットボトルのふたが開けづらい」、「重いものが持てなくなった」、「目がかすむ」、「近いところのものが見えづらい」、「聞こえにくくなる」、「何も無いところでつまづく（転びやすい）」、「食べ物でむせるようになる」、「食欲がなくなる」、「水を飲まなくなる」…。

年のせいだとあきらめたり、いつの間にかその状態になれて、不調が当たり前のようになってしまうこともあります。単なる加齢による変化と考えていたら、その裏で深刻な病変がすすんでいるということもあるのです。また、高齢になると、疾患が治りにくくなり、病気の状況が長く続きます。そのうちに他の疾患を併発する場合があります。

高齢者の殆どは、複数の基礎疾患を抱えて複数の薬を飲んでいきます。多くの医療機関に掛け持ちで受診し、同じような薬をいくつも処方されている「多重頻回受診」の方もいると言われています。薬の「飲み合わせ」が悪いために、体調に変化を起こしているような場合があります。

2) 加齢に伴う生理機能の低下

高齢になると、加齢に伴って様々な生理機能が低下します。上であげているような例も、こうした機能低下に由来するものと言えます。

加齢に伴う生理機能の低下の例

- ◇感覚機能—視力低下、聴力低下、味覚・臭覚の変化、触覚・振動覚の減退
- ◇循環機能—血液—高血圧、起立性低血圧、赤血球・ヘモグロビン量の減少
- ◇呼吸機能—肺活量の減少、最大酸素摂取量の減少
- ◇消化吸收機能—消化管の運動機能の低下、胃液分泌量の低下、炭水化物の吸収効率の低下
- ◇腎機能・排尿機能—腎血流量の減少、排尿困難、尿失禁、頻尿
- ◇体温調節機能—温度変化に対する調節能力の低下、発汗量の減少
- ◇免疫機能—細胞性免疫（抗体ではなくリンパ球などが働く免疫）の低下
- ◇内分泌機能—性ホルモン分泌の減少、甲状腺ホルモンの増加
- ◇神経性機能—神経細胞の変性・脱落、脳委縮、神経伝達物質と受容体の減少、睡眠—覚醒

リズムの変化

◇運動機能—筋繊維数・筋量の減少、筋力の低下、反応時間の延長、運動耐容能（運動量に耐えられる限界）の低下、歩行速度の低下、バランス能力の低下

◇認知機能・知的機能—注意機能の低下、ワーキングメモリ（情報を一時的に記憶し処理する機能）の低下、エピソード記憶の低下、流動性知能（新しい情報からアイデアを生み出す力）の低下

3) 機能低下によって引き起こされる症候の数々

このような機能低下の結果、「老年症候群」が発症します。老年症候群は病名ではありません。高齢者に多く発生し、治療や介護が必要になる症状を言います。老年症候群は、年齢に関わらず高齢者には一定の頻度で見られるタイプのもものと、年齢層によって出現する頻度が増えて行くタイプのもとのがあります。

主な老年症候群の例

◇主に急性疾患によって起こる症状で加齢による出現率の変化があまりないもの—めまい、息切れ、胸水・腹水、頭痛、意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、下痢、低体温、肥満、睡眠時無呼吸、喀血、吐血、下血

◇65歳から75歳までの高齢者で増えるもの—認知症、脱水、運動麻痺、骨関節変形、視力低下、関節痛、発熱、せき、喘鳴（ぜんめい、気道がヒューヒュー・ゼーゼーと音を出す）、食欲不振、浮腫、しびれ、やせ・体重減少、言語障害、悪心嘔吐、便秘

◇75歳以降の高齢者で増えるもの—ADL（日常生活動作能力）低下、骨粗しょう症、脊髄圧迫骨折、嚥下障害、尿失禁、頻尿、せん妄、うつ、褥瘡（じょくそう、いわゆる床ずれ）、難聴、貧血、低栄養、出血傾向（血が止まりにくい、出血しやすい）、胸痛、不整脈

4) 高齢者に起きている特徴的な病気

高齢になることで有病率が高くなる、高齢者に特徴的な病気があります。これを老年病と呼びます。老年症候群の原因疾患の多くがこれらの病気です。命にも関わる病気ですが、発症によって生活機能に障害がおき、要介護状態になる原因にもなります。高齢者では合併症が出やすく、治療による回復が遅いこと、複数の病気を有することも多くあります。

高齢者に特徴的な病気＝老年病の主な例

◇神経疾患—脳卒中、認知症、パーキンソン病、神経変性疾患

◇循環器疾患—高血圧、冠動脈疾患・虚血性疾患、不整脈、心不全、動脈瘤、動脈硬化症

◇腎疾患—糖尿病性腎炎、腎盂腎炎、腎不全、尿路感染症、前立腺肥大症、前立腺がん

◇呼吸器疾患—肺気腫、慢性気管支炎、肺がん

◇消化器疾患—消化器がん、肝硬変、胆石症

◇内分泌・代謝疾患—糖尿病、痛風、甲状腺機能低下症、脂質異常症

◇運動器疾患—骨粗しょう症、変形性関節症

◇感覚器疾患—難聴、白内障

加齢に伴い起きてくる機能低下、その結果、現われてくる老年性症候群、その状態で発症している老年病…。高齢者に起きていることをまず、頭においてから高齢者の支援にあたりたいものです。

5) 高齢者の死亡原因となる疾患

高齢者の死亡原因について、1位から5位までを年代別に見てみると、以下のような結果になります。

高齢者における年代別の死因、第5位まで（令和3（2020）年人口動態月報年計概数）

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
65～69	悪性新生物 31,939人	心疾患 8,399人	脳血管疾患 4,463人	肝疾患 1,947人	不慮の事故 1,821人
70～74	悪性新生物 59,734人	心疾患 16,312人	脳血管疾患 9,062人	肝疾患 4,124人	不慮の事故 3,510人
75～79	悪性新生物 60,032人	心疾患 20,261人	脳血管疾患 11,486人	肺炎 6,630人	不慮の事故 4,445人
80～84	悪性新生物 67,403人	心疾患 31,436人	脳血管疾患 17,225人	肺炎 12,295人	老衰 12,179人
85～89	悪性新生物 64,605人	心疾患 46,470人	老衰 30,679人	脳血管疾患 23,009人	肺炎 18,734人
90～94	老衰 49,349人	心疾患 46,981人	悪性新生物 39,038人	脳血管疾患 19,503人	肺炎 18,070人
95～99	老衰 39,192人	心疾患 24,579人	悪性新生物 12,116人	脳血管疾患 9,247人	肺炎 8,456人
100～	老衰 15,465人	心疾患 5,352人	脳血管疾患 1,899人	肺炎 1,736人	悪性新生物 1,614人

第1位の悪性新生物（がん）について、各部位別の死亡者数（2020年、全年齢）は次のとおりです。（データは2020人口動態統計確定数より）

男性—肺→53,247人、胃→27,771人、大腸→27,718人、膵臓→18,880人、肝臓→16,271人、前立腺→12,759人、胆のう→9,357人、食道→8,978人、白血病→5,467人、その他→40,541人。

※その他は不明ですが、2019年のがん罹患者のデータでは、上記以外のがんは、男性では、口腔・咽頭、喉頭、皮膚、乳房、膀胱、腎・尿路（膀胱除く）、脳・中枢神経系、多発性骨髄腫となっています。

同じく女性では、大腸→24,070人、肺→22,338人、膵臓→18,797、乳房→14,650人、胃→

14,548人、肝臓→8,568人、胆のう→8,416人、子宮→6,808人、卵巣→4,876人、白血病→3,516人、食道→2,003人、その他→28,806人。※その他は不明ですが、2019年のがん罹患患者のデータでは、上記以外のがんは、口腔・咽頭、喉頭、皮膚、子宮の悪性新生物<腫瘍>・部位不明、膀胱、腎・尿路（膀胱除く）、脳・中枢神経系、多発性骨髄腫となっています。

※「不慮の事故」については、「転倒・転落」（中でも同一平面状でのつまづき、よろめき、スリップでの転倒）、「窒息」（お餅などの誤嚥による気道閉塞など）、「溺水」（お風呂での溺死）などが主な原因です。

2 高齢者の心

1) 高齢者の心に起きていること

加齢によって「身体の変化」とともに、「心の変化」もあらわれます。高齢者の支援に携わる際には、加齢による心の変化についての理解を深めることで、共感をもった支援につなげていきたいものです。「年を取ると頑固になり、保守的傾向が強くなる。人への態度が厳しくなり、ときに疑いやすくなる」といった決めつけた言い方を目にしますが、性格は一人一人違うし、年齢によって心の動きが決まってくるほど、人間の心は単純ではありません。権利擁護支援の場ではもっと柔軟に多面的に対象者と向き合わないとその人の意思を的確に受け止めることはできないと思います。

心理学者の榎本博明は、人の性格は、「遺伝的素質と幼少期の経験によってつくられる基底部分（A）と、加齢による生物学的な変化やそれぞれの年代の社会的立場に結びついた経験や社会的期待によってつくられる部分（B）に、偶発的な経験による影響（C）が加わって、そのときどきの個人の性格特徴が形成される」としています。（「高齢者の心理（季刊家計経済研究 2006 No. 70）」）一人の高齢者の性格を理解するためには、ここで言う（A）（B）（C）の三つの要素から、洞察する必要があるということです。

基底となる部分（A）は、生涯を通じて変わることは少なく、偶発的な経験（C）はその人だけのものですから、各年代における性格変化に影響を与えているのは、生物学的な変化と社会経験がつくりだしたもの（B）ということになります。つまり、高齢者の性格の特徴について考えるためには、老年期の人々が置かれている生物学的な変化と社会的な立場の変化やその受け止め方を明らかにする必要があるということです。

以下、上記論文に即して、高齢者の性格に影響を与える身体的・生理的要因と社会環境的要因について考えて見ましょう。

身体的・生理的要因

加齢とともに多くの機能が低下し、老年症候群や老年病につながっていきます。こうした病気になった高齢者は、「人生の面白い局面から、身体が求める厄介な要求へと注意を向けさせられる。これはフラストレーションとうつ状態をもたらすことがある」と言われています。加齢によって、骨粗しょう症を引き起こし骨折しやすくなること、しわ、皮膚のたるみ

など肌の変化や髪が薄くなったり白髪になったりといった変化が外見上の変貌をもたらすこと、視覚や聴覚の低下によって行動上の制約や社会的孤立感をもたらすこと、関節、筋肉、靭帯、腱の強度や柔軟性の衰えが運動能力を低下させたり行動の制約をもたらしたりすることなども大きな心理的影響を与えます。

加齢による生理的变化のひとつとして、認知能力の衰えも指摘されています。たとえば、長期記憶課題において、高齢になると情報再生能力の大きな衰えがみられると言われています。刺激に対する反応時間が長くなるとの報告もあるそうです。知能の発達のピークは10代後半にあり、20代以降は衰退の一途をたどるとみられてきました。

しかし近年、知能には成人期以降衰退していく側面だけでなく発達し続ける側面もあることがわかってきています。知能を流動性知能と結晶性知能に分ける考え方があるそうです。流動性知能とは、単純な記憶力や計算力など作業のスピードや効率性が問われる課題の遂行に役立つ知能です。流動性知能は、青年期にピークがあり、その後衰退していくと考えられます。結晶性知能は、言語理解や経験的判断など作業の質が問われる課題の遂行に役立つ知能で、これは、成人はもとより老年期になっても発達し続けると考えられるそうです。

社会環境的要因

高齢期に突入した多くの人々にとっての社会環境的要因の中で最も大きなインパクトをもつと考えられるのが、社会的役割の変化と喪失体験です。両者は重なり合うところがあり、社会的役割の変化もじつは喪失を伴うものです。長年職業生活を生活の軸にしてきた人にとって、定年退職は大きな喪失体験です。定年退職は、没頭してきた仕事を失い、肩書を失うだけでなく、毎日のように通う場所を失い、給与収入を失うことも意味します。そうした喪失に打ち克てるかどうか問われるのが老年期であると言えます。

没頭できる趣味があったり、退職したらこれをやりたいということがあったり、プライベートな人間関係がたくさんあったり、地域や家庭に根を下ろしていたりする人々は、職業役割に代わる新たな役割の構築が比較的スムーズに進むと言われます。

老年期には、祖父母役割が求められるということも起こってきます。祖父母役割をどのような形で引き受けるか、あるいはどのような形の祖父母役割が期待されるかも、老年期の心理に大きく影響すると言います。

喪失という意味では、老年期には、外見上の変化、身体機能の低下、高血圧・動脈硬化・糖尿病・癌などによる健康上の障害など、さまざまな身体面の喪失を経験します。こうした身体面の喪失は、対人関係などの社会領域にも影響を及ぼすこととなります。身体外見上の好ましくない変化は自信の喪失を招き、対人関係面の積極性を低下させることも考えられます。身体機能の低下や健康の喪失は、行動範囲を狭め、人間関係のネットワークを縮小させてしまいます。聴覚障害などの感覚機能の喪失も、コミュニケーションの難しさから対人関係の悪化や人間関係のネットワークの縮小につながります。

友人・知人の死に直面する頻度が急速に増すのも老年期の特徴です。とくに親しくつきあってきた友人の死は大きな衝撃であると同時に、自分自身の人生の有限性を突きつけられ

るという意味においても重たい意味をもつ喪失体験といえます。もっとも身近な人間関係面の喪失が配偶者の喪失です。職場のつながりや子ども世代とのつながりが失われたり希薄化したりする高齢者にとって、残された最も身近であるはずの配偶者を失うことは、きわめて大きな衝撃となります。

高齢者との対話や傾聴にあたっては、高齢者という年代の人であるがゆえに抱える身体的・生理的要因、社会環境的要因の理解に努めながら、その人固有の経験や性格の基底をなす部分について聞き取り、幅広く人格の全体像を洞察しながら、課題を探り出だしていく必要があると思います。

2) 認知症を理解する

◇認知症とは

認知症は、脳の病気や障害など様々な原因により、認知機能が低下し、日常生活全般に支障が出てくる状態をいいます。認知症にはいくつかの種類があります。アルツハイマー型認知症は、認知症の中で最も多く、脳神経が変性して脳の一部が萎縮していく過程でおきる認知症です。症状はもの忘れで発症することが多く、ゆっくりと進行します。

次いで多いのが脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による血管性認知症です。障害された脳の部位によって症状が異なるため、一部の認知機能は保たれている「まだら認知症」が特徴です。症状はゆっくり進行することもあれば、階段状に急速に進む場合もあります。また、血管性認知症にアルツハイマー型認知症が合併している患者さんも多くみられます。

その他に、現実には見えないものが見える幻視や、手足が震えたり歩幅が小刻みになって転びやすくなる症状(パーキンソン症状)があらわれるレビー小体型認知症、スムーズに言葉が出てこない・言い間違いが多い、感情の抑制がきかなくなる、社会のルールを守れなくなるといった症状があらわれる前頭側頭型認知症といったものがあります。

◇65歳以上は5人に1人が認知症に

年をとるほど、認知症になりやすくなります。日本における65歳以上の認知症の人の数は約600万人(2020年現在)と推計され、2025年には約700万人(高齢者の約5人に1人)が認知症になると予測されており、高齢社会の日本では認知症に向けた取組が今後ますます重要になります。

また、認知症は誰でもなりうることから、認知症への理解を深め、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる「共生」(認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味)の社会を創っていくことが重要となります。

◇若年性認知症もある

若くても、脳血管障害やアルツハイマー型認知症のために認知症を発症することがあります。65歳未満で発症した認知症を若年性認知症といいます。若年性認知症者数は、3.57万人と推計されています。

◇軽度認知障害で早期発見・早期対応を

認知症のように普段の生活に支障をきたすほどではありませんが、記憶などの能力が低下し、正常とも認知症ともいえない状態のことを「軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)」と言います。MCIの方の約半数は5年以内に認知症に移行するといわれています。MCIの方のうち、すべてが認知症になるわけではありませんが、この段階から運動などの予防的活動を開始することで、認知症の進行を遅らせることが期待されています。

認知症ではなさそうだと思っても、以前よりもの忘れが増えている、もの忘れの程度がほかの同年齢の人に比べてやや強いと感じたら、念のために専門医を受診することが早期発見・早期対応につながります。

◇認知症のサイン・症状

認知症の症状は、記憶障害や見当識障害、理解力・判断力の低下などの中核症状と、行動・心理症状(BPSD)に大別できます。

<認知症の中核症状の例として、次のようなものがあります>

◦もの忘れ(記憶障害)

数分前、数時間前の出来事をすぐ忘れる

同じことを何度も言う・聞く

しまい忘れや置き忘れが増えて、いつも探し物をしている

約束を忘れる

昔から知っている物や人の名前が出てこない

同じものを何個も買ってくる

◦時間・場所がわからなくなる

日付や曜日がわからなくなる

慣れた道で迷うことがある

出来事の前後関係がわからなくなる

◦理解力・判断力が低下する

手続きや貯金のお出し入れができなくなる

状況や説明が理解できなくなる、テレビ番組の内容が理解できなくなる

運転などのミスが多くなる

◦仕事や家事・趣味、身の回りのことができなくなる

仕事や家事・趣味の段取りが悪くなる、時間がかかるようになる

調理の味付けを間違える、掃除や洗濯がきちんとできなくなる

身だしなみを構わなくなる、季節に合った服装を選ぶことができなくなる

食べこぼしが増える

洗面や入浴の仕方がわからなくなる

失禁が増える

<認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)には、次のようなものがあります>

不安、一人になると怖がったり寂しがったりする
 憂うつでふさぎこむ、何をするのも億劫がる、趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなる
 怒りっぽくなる、イライラ、些細なことで腹を立てる
 誰もいないのに、誰かがいると主張する(幻視)
 自分のものを誰かに盗まれたと疑う(もの盗られ妄想)
 目的を持って外出しても途中で忘れてしまい帰れなくなってしまう

◇「加齢によるもの忘れ」と「認知症によるもの忘れ」の違い

もの忘れには、正常なものと認知症をうたがえるものがあります。加齢によるもの忘れと認知症によるもの忘れの違いの区別ができればよいのですが、現実にはなかなか難しいものです。これが全てではありませんが、認知症に気づくためには、次のようなサインが役立ちます。

・もの忘れの為に日常生活に支障をきたしているか

日常生活で重要ではないことや知識(タレントの名前や昔読んだ本の題名など)を思い出せないのは加齢によるもの忘れの範囲内ですが、自分の経験した出来事を忘れる、大事な約束を忘れるなどの場合は認知症のサインかもしれません。

・本人が忘れっぽくなったことを自覚できなくなっているか

もの忘れがあっても、自覚があり続ける場合は加齢によるもの忘れの範囲内かもしれません。最初はもの忘れを自覚していても、次第にももの忘れをしていることに気づけなくなり、話の中でつじつまを合わせようとするのがあれば認知症のサインかもしれません。

・もの忘れの範囲は全体か

経験の一部を忘れるのは加齢によるもの忘れの範囲内ですが、経験全体を忘れるのは認知症のサインかもしれません。例えば、朝ごはんのメニューを詳しく思い出せないなら加齢によるもの忘れでしょうが、朝ごはんを食べたこと自体を忘れるようなら認知症のサインかもしれません。

「加齢によるもの忘れ」と「認知症によるもの忘れ」の違い(一例)

	加齢によるもの忘れ	認知症によるもの忘れ
体験したこと	一部を忘れる (例:朝ごはんのメニュー)	すべてを忘れている (例:朝ごはんを食べたこと自体)
学習能力	維持されている	新しいことを覚えられない
もの忘れの自覚	ある	なくなる
探し物に対して	(自分で)努力して見つけられる	いつも探し物をしている 誰かが盗ったなどと、他人のせい にすることがある
日常生活への支障	ない	ある
症状の進行	極めて徐々にしか進行しない	進行する

◇軽度認知障害(MCI)のサイン・症状

認知症のサインまではいかなくても、少しだけ加齢によるもの忘れが強いと感じたら、MCIの可能性も考えられます。MCIの特徴としては、下記の3つが挙げられます。

- ・以前と比べてもの忘れなどの認知機能の低下がある、本人が自覚している、または家族等によって気づかれる
- ・もの忘れが多いという自覚がある
- ・日常生活にはそれほど大きな支障はきたしていない

認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームについて

認知機能の低下(MCIを含む)のある人や認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関との連携が重要となります。そのため、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センター、かかりつけ医等の地域機関による日頃からの役割が重要になります。

また、各都道府県には、認知症の人に対する鑑別診断や専門医療相談等の役割を担う認知症疾患医療センター等の専門機関が整備されています。

さらに、認知症が疑われる方であって介護サービスの利用を本人が希望しない等の理由により適切な医療・介護サービス等につながらない場合には、各市町村に、複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」が設置されています。

◇認知症の治療法

認知症には、根本的な治療が困難な認知症と治療可能な認知症とがあります。

根本的な治療が困難な認知症としては、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの変性性認知症が挙げられます。

治療可能な認知症としては、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症などの内分泌疾患、ビタミン B1 欠乏症・ビタミン B12 欠乏症・葉酸欠乏症などの欠乏性疾患・代謝性疾患、自己免疫性疾患、呼吸器・肝臓・腎臓疾患、神経感染症など内科的疾患によって起きる認知症があります。

処方薬などの薬剤によっても、認知症のような症状があらわれることがあります。

そのため、認知症かもしれないと思ったら、まずはかかりつけ医に相談し、専門医療機関である認知症疾患医療センター等を受診しましょう。

(厚生労働省 HP の「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス」から一部を転載)

(担当：田中大輔)

第4章 障がい者への理解と支援

1 障がい者の理解

1) 障がい者の定義

日本には障がいのある人を取り巻くさまざまな法律があり、その法律ごとに「障害者」についての定義があります。

障害者施策全体の基本となる障害者基本法では「障害者」を次のように定義しています。

「障害者基本法 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、それぞれ当該各号の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。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にある者をいう。
- 二 社会的障壁 障害がある者にとって日常生活または社会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、観念その他一切のものをいう。

さらに、この規定の意味する「障害」とは、単に「心身の機能の障害」のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生ずるものとした「社会的モデル」の考え方を踏まえており、「法が対象とする障害者は、いわゆる障害者手帳の所持者に限られない」とされています。

「障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針(平成27年2月24日閣議決定)」

2) 障害者手帳

(1) 身体障害者手帳

身体障害者手帳は、身体障害者福祉法の規定に基づき、永続する身体上の障がいがあると認められた方に交付される手帳です。

なお、成年後見制度については、「精神上の障害」が大前提であるため、身体的な理由による場合（寝たきり生活ではあるが、判断能力はしっかりしている場合など）は、成年後見制度による支援の対象にはなりません。

身体障害者手帳は「永続する身体上の障害」が認定の要件であるため、原則、更新はありません。ただし、手帳を交付する際に、将来、障害程度に変化が予想される場合は、東京都知事が、再認定の期日（手帳交付時から1年以上5年以内）を指定し、期日までに身体障害者診断書・意見書を再提出して、障害程度を改めて診査する場合があります。

東京都における手帳申請は、各区市町村の障害福祉担当窓口を経由し、東京都心身障害者福祉センターにおいて「障害認定」が行われ、交付されます。

身体障害者手帳の交付対象となる疾患と等級の詳細については、身体障害者福祉法施行規則別表第5号「身体障害者障害程度等級表」において、障害の種類別に重い方から

1級から6級の等級が定められています。(7級の障害は、単独では手帳交付対象とはならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合又は7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、対象となります。)

「別表に定める障害の種類と等級」

- 視覚障害：1～6級
- 聴覚又は平衡機能の障害：1～6級
- 肢体不自由：1～7級（体幹のみ～5級）
- 内臓または免疫機能の障害（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、肝臓、免疫）：1～4級

(2) 知的障害者手帳（療育手帳）

療育手帳は、児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障がいであると判定された方に対して交付される手帳です。

知的障がい者の手帳に関することは、身体障がいや精神障がいのように、手帳交付の要件制度が法律で定められたものではなく、各自治体によって制度名や支援内容、取得の基準などが異なっています

また、手帳の名称についても、厚生労働省の局長通知「療育手帳制度の実施について」で、「手帳の名称は療育手帳とするが、別名を併記することはさしつかえない」とされているので、自治体によって別名がつけられています。

東京都の場合は、「東京都愛の手帳交付要綱」に基づき、「愛の手帳」を交付しています。「愛の手帳」を取得・更新するには、18歳未満の方は児童相談所、18歳以上の方は東京都心身障害者福祉センター又は多摩支所での判定が必要になります。

なお、23区のうち、中野区のほか、世田谷区、江戸川区、荒川区、港区、板橋区、豊島区については各区に児童相談所が開設されています。

① 療育手帳の等級

障害の程度	国通知	一般的な等級例	東京都（愛の手帳）
最重度	A (重度)	A1・A	1度
重度		A2・B	2度
中度	B (重度以外)	B1・C	3度
軽度		B2・-	4度

② 等級判定の基準について

知的障がいの具体的な範囲及び障害程度の詳細な区分は、都道府県または政令指定都市により異なっていますが、厚生労働省が示す基準は、重度とその他（非重度）の2区分とされており、具体的に基準は次のとおりです。（「療育手帳制度の実施について（厚生省児童家庭局長通知）」

知的障がい重度の基準においては、身体障がいを併せ持つ場合が考慮されています。

障害の程度の基準（18歳未満）	
(1) 重 度 A	<p>知能指数が概ね 35 以下であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>食事、洗面、排泄、衣服の着脱等の日常生活動作の介助を必要とし、社会生活への適応が著しく困難であること。</p> <p>頻繁なてんかん様発作又は失禁、食べられないものを口に入れる、興奮、多寡動その他の問題行動を有し、監護を必要とするものであること。</p> <p>盲児若しくはろうあ児又は肢体不自由児であって、知能指数がおおむね 50 以下と判定されたもの</p>
(2) その他 B	<p>重度(1)に該当するもの以外の程度のもの</p>
障害の程度の基準（18歳以上）	
(1) 重 度 A	<p>知能指数がおおむね 35 以下（肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有するものについては 50 以下）と判定された知的障害者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>日常生活における基本的な動作（食事、排せつ、入浴、洗面、着脱衣など）が困難であって、個別的指導及び解除を必要とするもの</p> <p>失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とするもの</p>
(2) その他 B	<p>重度(1)に該当するもの以外の程度のもの</p>

※東京都の場合：「東京都心身障害者福祉センターQ&A」より引用

『「愛の手帳」の判定では、保護者等の方から発育状況をお聞かせいただいたり、ご本人との面接、知能検査などを行い、医学的・心理学的・社会診断的見地から総合判定に基づいて判定をしています。

判定の方法については、18歳以上の場合と18歳未満の場合では異なる部分があります。

(3) 精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳は、「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）」に基づいて、一定期間以上精神疾患の状態にあつて、日常生活に制限が必要と認定された方に交付されます。

手帳の有効期限は交付日から2年が経過する日の属する月の末日となっており、2年ごとに、診断書または年金証書等の写しを添えて、更新の手続きを行い、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければなり

ません。

精神障害者手帳の等級は、精神疾患の状態と能力障がいの状態の両面から総合的に判断され、1級から3級まであります。判定基準については「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」に詳細に規定されており、(1)精神疾患の存在の確認、(2)精神疾患(機能障害)の状態の確認、(3)能力障害(活動制限)の状態の確認、(4)精神障害の程度の総合判定という順を追って行われることになっています。

精神障害の各級の障がいの状態は、それぞれ次のとおりです。

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準 (平成7年9月12日厚生省保健医療局長通知)

① 精神疾患(機能障害)の状態

精神疾患の状態は、「統合失調症」、「気分(感情)障害」、「非定型精神病」、「てんかん」、「中毒精神病」、「器質性精神障害」、「発達障害」及び「その他の精神疾患」のそれぞれについて精神疾患(機能障害)の状態について判断するためのものであって、「能力障害(活動制限)の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いられます。

等級	精神疾患(機能障害)の状態
1級	1 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの
	2 気分(感情)障害によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの
	3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの
	4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状が高度であるもの
	5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの
	6 器質性精神障害によるものにあつては、記憶障害、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害のいずれかがあり、そのうちひとつ以上が高度のもの
	7 発達障害によるものにあつては、その主症状とその他の精神神経症状が高度のもの
	8 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1~7に準ずるもの
2級	1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため、人格変化、思考障害、その他の妄想幻覚等の異常体験があるもの

	<p>2 気分(感情)障害によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記 1、2 に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質性精神障害によるものにあつては、記憶障害、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害のいずれかがあり、そのうちひとつ以上が中等度のもの</p> <p>7 発達障害によるものにあつては、その主症状が高度であり、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>8 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の 1~7 に準ずるもの</p>
3 級	<p>1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があり、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他の妄想・幻覚等の異常体験があるもの</p> <p>2 気分(感情)障害によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その症状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返すもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記 1、2 に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質性精神障害によるものにあつては、記憶障害、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害のいずれかがあり、いずれも軽度のもの</p> <p>7 発達障害によるものにあつては、その主症状とその他の精神神経症状があるもの</p> <p>8 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の 1~7 に準ずるもの</p>
<p>判定に当たっては、現時点だけでなく概ね過去 2 年間の状態及び今後 2 年間に予想される状態も考慮すること。また、長期間の薬物治療下での判定を原則とする。</p>	

② 等級別精神疾患(機能障害)の状態

等級	能力障害(活動制限)の状態
<p>1級 日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持ができない。 3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。 4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人関係を作れない。 6 身の安全を保持し、危機的状況に適切に対応できない。 7 社会的手続をしたり、一般の公共施設を利用したりすることができない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。 <p>(上記1~8のうちいくつか該当するもの)</p>
<p>2級 精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持は援助なしにはできない。 3 金銭管理や計画的で適切な買物は援助なしにはできない。 4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。 6 身の安全保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。 7 社会的手続や一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。 <p>(上記1~8のうちいくつか該当するもの)</p>
<p>3級 精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるが、なお援助を必要とする。 2 洗面、入浴、更衣、清掃等の身の清潔保持は自発的に行うことができるが、なお援助を必要とする。 3 金銭管理や計画的で適切な買物はおおむねできるが、なお援助を必要とする。 4 規則的な通院・服薬はおおむねできるがなお援助を必要とする。

若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの	<p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりは、なお十分とはいええず不安定である。</p> <p>6 身辺の安全保持や危機的状況での対応はおおむね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続や一般の公共施設の利用はおおむねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいええず援助を必要とする。</p> <p>(上記1~8のうちいくつか該当するもの)</p>
------------------------------	--

2 障がいの特性と支援の視点

障がいのある人たちが日常生活で示す難しさを障がい特性から理解し、自分にできることでその人が必要とすることを支援していくのは簡単なことではありません。

障がい特性の理解が不十分であれば、誤った方向への支援が行われたり、相手に不快感を与えたりする恐れもあります。

一方、その人がもつ「社会的障壁」による「生きにくさ」を障がい特性から理解し、納得して接することができれば、ほんの少しの気配りや気遣いでも、障がいのある人が直面している困りごとを解決する大きな力になります。

1) 身体障がいの特性

「身体障害」は、肢体不自由のように、外見上認識できる障がいだけではありません。

「視覚障害」「聴覚・言語障害」「内部障害（内臓など、体の中の機能の障害）」といった障がいも、身体障がいの対象となります。このことは、身体障がいの特性を理解するために、大切な視点の一つだとも言えます。

身体障がいの主な原因としては、脳性まひなどの疾患、出生時の損傷、事故などが考えられますが、生活習慣病が原因となる場合もあります。また、発生時期として、先天性のものと後天性のものがあります。

なお、手帳の項でも述べた通り、成年後見制度については、「精神上的障害」が大前提であるため、身体障がいの特性による「社会的障壁」については、成年後見人等による支援の対象にはなりません。

2) 知的障がいの特性

(1) 知的障がいの定義

身体障がいと精神障がいは、法律で規定された定義がありますが、知的障がいについては、知的障害者福祉法の中に、「知的障害者」、「知的障害」の具体的な定義条文がなく、法の定めがないものといえます。

ただし、行政における定義として、次の2つがあります。

- 「種々の原因により精神発育が恒久的に遅滞し、このため知的能力が劣り、自己の身の事からの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」

(昭和28(1953)年文部事務次官通達「教育上特別な取扱を要する児童生徒の判別基準(試案)」)

- 「知的機能の障害が発達期(おおむね18歳まで)にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」

(厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」における定義)

知的障がいの定義や明らかな基準がなく、医学、心理学、教育学の領域でそれぞれ定義が定められており、共通した理解が得られていない現状について、「客観的な基準」を求める声がある一方、「明確な定義がないために福祉サービスを受ける人が増えても、定義をすることでサービスを受けられない人がでるよりもよい。」という意見があります。

(2) 知的障がいの診断

知的障がいの原因疾患としては、染色体異常・神経皮膚症候群・先天代謝異常症・胎児期の感染症(たとえば先天性風疹症候群など)・中枢神経感染症(たとえば細菌性髄膜炎など)・脳奇形・てんかんなど発作性疾患があげられ、多岐にわたっています。

その知的障がいの原因については、一般的に以下の3つに分類できると考えられています。しかし、原因となる疾患の中には、まだ詳しい原因やメカニズムが分からないものもあれば、医学の進歩で一部原因が解明され、発症を防げるようになったものもあります。

① 病理的原因

染色体異常などの先天性疾患、出産時の酸素不足などの事故、生後の高熱などによる障害。

② 生理的要因

脳の発達過程に起きる障がい。知的障がいの多くの方は本要因によるものです。

③ 心理的要因

著しく不適切な発育環境に置かれたことによる後天的障がい。児童虐待などの原因がこの要因です。

④ 知的障がいと併存症

脳の障害が原因で、知的障害だけではなく脳性まひやてんかん、発達障害などの症状と一緒に発症する場合があります。

【知的障害に多い併存症】

- てんかん
- 脳性まひ
- ADHD(注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害)
- ASD(自閉症スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害)

➤ 抑うつ障害群、双極性障害群 など

(3) 知的障がいのある方への支援

知的障がいのある方が日常生活を送る上では、金銭管理、読み書き、対人関係などに制約を受け、生活のあらゆる場面での知的行動に不自由さが生じます。中・軽度の障がいであれば、その人の特性に合わせた仕事や合理的配慮のある職場で、社会の一員として働き、家庭を持つことも可能です。一方、障がいが重度である場合には、身体介護も含めて、ほぼすべての面で日常生活に支援が必要となります。

知的障がいのある方の支援期間は、もちろん本人の希望が前提にあり、人によって異なるのですが、ほぼ生涯にわたって見守りが必要な場合が多いと言えます。本人の夢や希望に寄り添いながら支援をするためには、本人や関係者がチームとして支援のあり方を議論し、じっくり向き合うことが重要です。

3) 精神障がいの特性

(1) 精神障がいの定義

精神障がいとは、精神疾患により何らかの脳の器質的変化あるいは機能的障害が起こり、さまざまな精神症状、身体症状、行動の変化が見られる状態を言います

精神障がいの原因となる主な精神疾患として、統合失調症、気分障害（うつ病、双極性障害など）、アルコール・薬物依存症、不安障害（神経症）、器質性精神病（認知症等）などがあります。

(2) 精神障がいの特性と支援

精神障がいの原因は精神疾患ですから、誰でもかかる可能性があり、服薬やその他の適切な治療と周囲の方々の配慮によって症状をコントロールできている場合も多いのが特徴です。症状の変化に、本人自身でも気づかないことがあったり、傍らから見た目では分かりにくいいため、状態についての周囲の理解を得るのが難しいこともあります。

以下、精神障がいの原因となる疾病別の特性と配慮のポイントについて学びます。

① 「統合失調症」の主な特性

発症の原因はよくわかっていませんが、脳の神経ネットワークがうまく機能せず、さまざまな情報をまとめることができなくなります。投薬治療によって症状を軽減することが可能です。100人に1人弱かかる、比較的一般的な病気とされています。「幻覚」や「妄想」が特徴的な症状ですが、その他にも様々な生活のしづらさが障害として表れることが知られています。

主な陽性症状

➤ 幻覚：実態がなく他人には認識できないが、本人には感じ取れる感覚のこと。なかでも、自分の悪口やうわさ、指図する声等が聞こえる幻聴が多い。

- 妄想：明らかに誤った内容を信じてしまい、周りが訂正しようとしても受け入れられない考えのこと。誰かにいやがらせをされているという被害妄想、周囲のことが何でも自分に関係しているように思える関係妄想などがある。

主な陰性症状

- 意欲が低下し、以前からの趣味や楽しみにしていたことに興味を示さなくなる。
- 疲れやすく集中力が保てず、人づきあいを避け引きこもりがちになる。
- 入浴や着替えなど清潔を保つことが苦手となる。

認知や行動の障害

- 考えがまとまりにくく何が言いたいのか分からなくなる。
- 相手の話の内容がつかめず、周囲にうまく合わせるができない。

このような特性を持つ「統合失調症」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 統合失調症は脳の病気であることを理解し、病気について正しい知識を学ぶ必要があります。
- 薬物療法が主な治療となるため、内服を続けることができるよう継続的な支援が必要です。
- 社会との接点を保つことも治療となるため、本人が病気と付き合いながら、他人と交流したり、仕事に就くことを、本人に寄り添って見守ります。
- 一方で、ストレスや環境の変化に弱いことを理解し、配慮した対応を心がける。
- 一度に多くの情報が入ると混乱するので、伝える情報は紙に書くなどして整理してゆっくり具体的に伝えることを心がけます。

※症状が強い時には無理をさせず、しっかりと休養をとったり、速やかに主治医を受診することなどを促すことが大切です。

② 「気分障害」の主な特性

気分障害には躁（そう）うつ病やうつ病などが含まれます。このうち、躁うつ病は、双極性障害ともいわれ、躁とうつの波が繰り返されるものですが、投薬治療などにより、症状の波が軽減されます。

うつ状態

うつ状態では気持ちが強く落ち込み、何事にもやる気が出ない、疲れやすい、考えが働かない、自分が価値のない人間のように思える、死ぬことばかり考えてしまい実行に移そうとするなどが、特徴的な症状です。

躁状態

躁状態では気持ちが過剰に高揚し、普段ならあり得ないような浪費をしたり、ほとんど眠らずに働き続けたりするといった症状が現れます。その一方で、ちょっとした事にも敏感に反応し、他人に対して怒りっぽくなったり、自分は何でもできると思い込んで人の話を聞かなくなったりするようになります。

このような特性を持つ「気分障害」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 専門家の診察の上で、家族や本人、周囲の人が病気について理解することが大切です。
- 薬物療法が主な治療となるため、内服を続けるための配慮が必要です。
- うつ状態の時は無理をさせず、しっかりと休養をとれるよう配慮しましょう。
- 躁状態の時は、金銭の管理、安全の管理などに気を付け、対応が難しい時には専門家に相談して、適切な対応を工夫しましょう。
- 自分を傷つけてしまったり、自殺に至ったりすることもあるため、自殺などを疑わせるような言動があった場合には、本人の安全に配慮した上で、速やかに専門家に相談するよう本人や家族等に働きかけなければなりません。

③ 「てんかん」の主な特性

てんかんは、何らかの原因で、一時的に脳の一部が過剰に興奮することにより、発作が起きる疾病です。「てんかん発作」を繰り返し起こしますが、発作が治まっているときは、元通りの状態で生活できるのが特徴です。多くの場合、適切な投薬治療で発作を抑制することが可能です。

このような特性を持つ「てんかん」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 専門家の指導の下に内服治療を行うことで、多くの患者が一般的な生活を送ることが可能であることを理解する必要があります。
- 発作が起っていないほとんどの時間は普通の生活が可能なので、発作がコントロールされている場合は、過剰に活動を制限する必要はありません。
- 内服を適切に続けることが重要である。また、発作が起こってしまった場合には、本人の安全を確保した上で専門機関に相談します。

④ 「依存症」の主な特性

依存症は、適度な依存を逸脱し、その行為を繰り返さないと満足できない状態となり、自らの力では止めることができなくなった結果、心身に障害が生じたり、家庭生活や社会生活に悪影響が及ぶこととなります。

代表的な依存の対象として、アルコール、薬物およびギャンブル等があります。

このような特性を持つ「依存症」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 本人に病識がなく（場合によっては家族も）、依存症が治療を必要とする病気であるということを、本人・家族・周囲が理解しなければなりません。
- 他者からの非難などの厳しい現実から逃れるために、さらに依存が強まるという可能性があるため、家族も同伴で依存症の専門家に相談する必要があります。
- 一度依存対象を断っても、再度依存してしまうことがあるため、根気強く本人を見守ることが必要です。

4) 発達障がいの特性

発達のアンバランスによって日常生活に支障がある障害特性を持つもので、自閉症、アスペルガー症候群などが含まれます。発達障がいには多くの種類があり、また、同じ種類でも特性やその程度は一人ひとり異なります。

人とコミュニケーションをとることや対人関係の構築が苦手な反面、特定の分野で優れた能力を発揮することもあるため、その人が「何が苦手」で「何が得意」かをよく理解したうえで接することが必要です。

(1) 自閉症、アスペルガー症候群を含む広汎性発達障がい（自閉症スペクトラム）の主な特性

自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害は、本質的にはひとつの障害単位だと考えられ、「自閉スペクトラム症（ASD）」という診断がつく場合もあります。

- 相手の表情や態度などよりも、文字や図形、物の方に関心が強いことがあります。
- 見通しの立たない状況では不安が強いが、見通しが立つ時はきっちりしていることがあります。
- 大勢の人がいる所や気温の変化などの感覚刺激への敏感さで苦労しているが、それが芸術的な才能につながることもあります。

このような特性を持つ「自閉症、広汎性発達障がい」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 本人をよく知る専門家や家族からサポートのコツを聞く必要があります。
- わかりやすい表現を用いる、興味関心に沿った内容やイラストなどを使って説明するなど、肯定的、具体的、視覚的な伝え方を工夫します。
- スモールステップによる支援（手順を示す、段階を追って練習をする、新しく挑戦する部分は少しずつにするなど）が必要です。
- 感覚過敏がある場合は、音や肌触り、室温など感覚面の調整を行う必要があります。（大声で直接話しかけることを控え、ホワイトボードなどで内容を伝える、人とぶつからないように居場所をつい立てなどで区切る、くつろげる環境で過ごせるように配慮するなど）。

(2) 学習障害（限局性学習障害）の主な特性

「読む」「書く」「計算する」等の能力が、全体的な知的発達に比べて極端に苦手です。基本的、全般的な知的発達に遅れはないものの、特定の能力を使用したり習得したりするのが苦手な特徴があります。しかし、本人の得意な分野を活用すれば能力を発揮するなどの特徴があります。

- このような特性を持つ「学習障害」による障がいのある方の支援にあたっては、本人をよく知る専門家や家族にサポートのコツを聞くことが大切です。

- 得意な部分を積極的に使って情報を理解し、表現できるよう、働きかけ方に工夫が大切です。(ICT を活用する際は、文字を大きくしたり行間を空けるなど、読みやすくなるように工夫しましょう)。
- 苦手な部分については、課題の量・質を適切に加減する、柔軟な評価をする。などの工夫が有効です。

(3) 注意欠陥多動性障害(注意欠如・多動性障害)の主な特性

注意欠陥多動性障害(ADHD)には、不注意、多動・多弁、衝動的に行動するなどの特徴があります。また、じっとしていることが苦手だったり、集中力を持続することが難しいなどの特徴もあります。一方で、想像的、感覚的、直感的な能力を発揮するなどの特徴があります。

このような特性を持つ「注意欠陥多動性障害」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 本人をよく知る専門家や家族からサポートのコツを聞く必要があります。
- 短く、はっきりとした言い方で伝える必要があります。
- 気の散りにくい座席の位置の工夫、わかりやすいルール提示などの配慮が必要です。
- ストレスケア(傷つき体験への寄り添い、適応行動ができたことへのこまめな評価)が必要です。

(4) その他の発達障害の主な特性

発達障がいのある方は、その人の特性をつかんで、できない原因を取り除けば、その人の持っている能力を発揮することができます。そのために、その人の能力が発揮できるよう環境を整えることがとても大切になります。

体の動かし方の不器用さ、我慢していても声が出たり体が動いてしまったりするチック、一般的に吃音と言われるような話し方なども、発達障害に含まれます。

その他「発達障害」による障がいのある方の支援にあたっては、

- 本人をよく知る専門家や家族にサポートのコツを聞く必要があります。
- その人の行動を直接的に叱ったり、拒否的な態度を取ったり、笑ったり、ひやかしたりしないことが大切です。
- 日常的な行動の一つとして受け止め、時間をかけて待つ、苦手なことに無理に取り組まず、できることで活躍する環境を作るなど、楽に過ごせる方法を一緒に考えることが大切です。

5) 高次脳機能障がいの特性

高次脳機能障がいとは、交通事故や脳血管障害などの病気により、脳にダメージを受けることで生じる認知や行動に生じる障がいを言います。身体的には障がいが残らないことも多く、外見ではわかりにくいため「見えない障がい」とも言われています。

(1) 高次脳機能障がいの主な症状

記憶障害	すぐに忘れてしまったり、新しい出来事を覚えたりすることが苦手なため、何度も同じことを繰り返したり質問したりすることがあります。
注意障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 集中力が続かなかったり、ぼんやりしてしまい、何かをするとミスをしたりすることが多く見られます。 ● 二つのことを同時にしようとするとう混乱することがあります。 ● 主に左側で、食べ物を残したり、障害物に気がつかなかったりすることがあります。
遂行機能障害	自分で計画を立てて物事を実行したり、効率よく順序立てたりできないことがあります。
社会的行動障害	<ul style="list-style-type: none"> ● ささいなことでイライラしてしまい、興奮しやすいことがあります。 ● こだわりが強く表れたり、欲しいものを我慢したりすることができないことがあります。 ● 思い通りにならないと大声を出したり、時に暴力をふるったりすることがあります。
病識欠如	上記のような症状があることに気づかず、できるつもりで行動してトラブルになることがあります。
失語症	聞くこと・話すこと・読むこと・書くことの障がいを伴う場合があります。
運動障害	片まひや運動失調等の運動障害や眼や耳の損傷による感覚障害を持つ場合があります。

(2) 高次脳機能障がいの方への配慮のポイント

高次脳機能障がいに詳しいリハビリテーション専門医や作業療法士、理学療法士などの専門職、高次脳機能障害支援普及拠点機関、家族会等に相談することが重要です。

➤ 記憶障害

手がかりがあると思いつけるので、手帳やメモ、アラームを利用したり、ルートマップを持ち歩いてもらったりなどする。自分でメモを取ってもらい、双方で確認するなどの工夫が必要です。

- 残存する受障前の知識や経験を活用するような工夫が必要です（例えば、過去に記憶している自宅周囲では迷わず行動できるなど）。
- 注意障害
 - 短時間なら集中できる場合もあるので、こまめに休憩をとるなどする。ひとつずつ順番にやる。左側に危険なものを置かない。
- 遂行機能障害
 - 段取りを決めて目につくところに掲示する。スケジュール表を見ながら行動したり、チェックリストで確認したりする。
- 社会的行動障害
 - 感情をコントロールできない状態にあるときは、上手に話題や場所を変えてクールダウンを図る。

3 配慮の原則

障がいのある人が、自分のことを自分で決められるように、寄り添いながら支援していくためのスタートラインとして、私たち支援者に求められるいくつかの「配慮の原則」を確認しておきたいと思います。

- 情報の重要性を認識し、障がいの有無にかかわらず実質的に同等の情報のやりとりが速やかに行えるよう心がけましょう。
- 必要な配慮や手段はその人ごとに異なることに留意し、意向を確認して柔軟に対応するようにする。なお、ガイドラインの内容の押しつけにならないよう注意します。
- 障がいのある人の人格を尊重し、プライバシーに配慮します。
- 情報をやりとりする際、単一の方法では特定の障がいのある人が情報を利用できないことがあるので、可能な限り複数の方法を用意するよう心がけます。特に、生命・身体や福祉サービスに関する情報、権利の取得又は喪失に関する情報など、重要な情報のやりとりにあたっては、あらかじめ複数の方法の用意に努めましょう。
- 在宅で生活している人には家族や身近な支援者の支援や配慮も欠かせないことから、制度やサービスを広報・周知する際には、家族・支援者・団体等、本人以外にも必要な情報が伝わるよう配慮します。
- 本人の意思で物事を決めること（自己決定）を意識する。わからない、伝わらないと決めつけず、本人に適切な方法で伝わるよう心がけましょう。

※千葉県「障害のある人に対する情報保障のためのガイドライン」（平成29年3月改定）

（担当：小澤佳代子）

第二期成年後見制度利用促進基本計画 の策定について



厚生労働省 社会・援護局
地域福祉課 成年後見制度利用促進室

成年後見制度の概要と利用促進の取組経緯

1. 制度の概要

- 成年後見制度は、民法の改正等により平成12年に誕生した制度であり、認知症や知的障害・精神障害により財産管理や日常生活に支障がある人の法律行為を支える制度である。「法定後見制度」と「任意後見制度」がある。
- 「法定後見制度」は、判断能力が低下した際、裁判所により後見人等を選任する仕組み。「任意後見制度」は、判断能力があるうちに、本人が任意後見人をあらかじめ選任しておく仕組みである。

2. 成年後見制度利用促進の取組経緯

- 成年後見制度が十分に利用されていないことから、平成28年4月に成年後見制度利用促進法(議員立法)が成立。平成29年3月、同法に基づく成年後見制度利用促進基本計画(期間はH29～R3年度の5年間)を閣議決定。
 - ※ 認知症高齢者は令和2年には約600万人(推計)に、令和7年には約700万人になる見込み。一方、利用者数は令和2年末時点で約23万人。
- 基本計画では、成年後見制度の広報や相談等を各地域で担う体制の整備などの成年後見制度の利用促進に関する施策を定め、最高裁や法務省等の関係省庁と連携の下、計画的に取組を推進。

3. 基本計画の見直しについて

- 令和3年度は基本計画の最終年度であることから、令和3年3月から「成年後見制度利用促進専門家会議」で第二期基本計画の検討を開始。
- 専門家会議6回(3つのWGで合計13回)の検討を経て、令和3年12月15日に「最終とりまとめ」を実施(12月22日公表)。令和4年1月21日から2月18日までにパブリックコメントを実施。令和4年3月25日に第二期基本計画を閣議決定。

第二期成年後見制度利用促進基本計画 概要

～尊厳のある本人らしい生活の継続と
地域社会への参加を図る権利擁護支援の推進～

成年後見制度の利用促進に当たっての基本的な考え方

- 地域共生社会の実現に向けて、権利擁護支援を推進する。
- 成年後見制度の利用促進は、全国どの地域においても、制度の利用を必要とする人が、尊厳のある本人らしい生活を継続することができる体制を整備して、本人の地域社会への参加の実現を目指すものである。以下を基本として成年後見制度の運用改善等に取り組む。
 - ・ 本人の自己決定権を尊重し、意思決定支援・身上保護も重視した制度の運用とすること。
 - ・ 成年後見制度を利用することの本人にとっての必要性や、成年後見制度以外の権利擁護支援による対応の可能性も考慮された上で、適切に成年後見制度が利用されるよう、連携体制等を整備すること。
 - ・ 成年後見制度以外の権利擁護支援策を総合的に充実すること。任意後見制度や補助・保佐類型が利用される取組を進めること。不正防止等の方策を推進すること。
- 福祉と司法の連携強化により、必要な人が必要な時に、司法による権利擁護支援などを適切に受けられるようにしていく必要がある。

今後の施策の目標等

- 成年後見制度の見直しに向けた検討、市町村長申立て・成年後見制度利用支援事業の見直しに向けた検討、権利擁護支援策を充実するための検討を行う。また、成年後見制度の運用改善等や、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりに積極的に取り組む。
- 工程表やKPI（評価指標）を踏まえて施策に取り組む。成年後見制度利用促進専門家会議は令和6年度に中間検証を実施する。

第二期成年後見制度利用促進基本計画の構成

はじめに

I 成年後見制度の利用促進に当たっての基本的な考え方及び目標

- 1 成年後見制度の利用促進に当たっての基本的な考え方
- 2 今後の施策の目標等

II 成年後見制度の利用促進に向けて総合的かつ計画的に講ずべき施策

- 1 成年後見制度等の見直しに向けた検討と総合的な権利擁護支援策の充実
 - (1) 成年後見制度等の見直しに向けた検討
 - (2) 総合的な権利擁護支援策の充実
- 2 尊厳のある本人らしい生活を継続するための成年後見制度の運用改善等
 - (1) 本人の特性に応じた意思決定支援とその浸透
 - (2) 適切な後見人等の選任・交代の推進等
 - (3) 不正防止の徹底と利用しやすさの調和
 - (4) 各種手続における後見業務の円滑化

3 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

- (1) 権利擁護支援の地域連携ネットワークの基本的な考え方
 - － 尊厳のある本人らしい生活の継続と地域社会への参加－
- (2) 地域連携ネットワークの機能
 - － 個別支援と制度の運用・監督－
- (3) 地域連携ネットワークの機能を強化するための取組
 - － 中核機関のコーディネート機能の強化等を通じた連携・協力による地域づくり－
- (4) 包括的・多層的な支援体制の構築

4 優先して取り組む事項

- (1) 任意後見制度の利用促進
- (2) 担い手の確保・育成等の推進
- (3) 市町村長申立ての適切な実施と成年後見制度利用支援事業の推進
- (4) 地方公共団体による行政計画等の策定
- (5) 都道府県の機能強化による地域連携ネットワークづくりの推進

I 成年後見制度の利用促進に当たっての基本的な考え方及び目標

～基本的な考え方：地域共生社会の実現に向けた権利擁護支援の推進～

- 地域共生社会は、「制度・分野の枠や『支える側』と『支えられる側』という従来の関係を超えて、住み慣れた地域において、人と人、人と社会がつながり、すべての住民が、障害の有無にかかわらず尊厳のある本人らしい生活を継続することができるよう、社会全体で支え合いながら、ともに地域を創っていくこと」を目指すもの。
- 第二期基本計画では、地域共生社会の実現という目的に向け、本人を中心にした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実などの成年後見制度利用促進の取組をさらに進める。

地域共生社会の実現

成年後見制度利用促進法 第1条 目的

包括的・重層的・多層的な支援体制と地域における様々な支援・活動のネットワーク

高齢者支援の
ネットワーク

障害者支援の
ネットワーク

権利擁護支援の
地域連携ネットワーク

子ども支援の
ネットワーク

地域社会の見守り等の
緩やかなネットワーク

生活困窮者支援の
ネットワーク

自立した生活と地域社会への包容

権利擁護支援

(本人を中心にした支援・活動の共通基盤となる考え方)

意思決定支援

権利侵害の回復支援

Ⅱ 成年後見制度の利用促進に向けて総合的かつ計画的に講ずべき施策

1 成年後見制度等の見直しに向けた検討と総合的な権利擁護支援策の充実

○ 成年後見制度等の見直しに向けた検討

- ・ 障害の有無にかかわらず尊厳のある本人らしい生活の継続や本人の地域社会への参加等のノーマライゼーションの理念を十分考慮し、成年後見制度の見直しに向けた検討を行う。市町村長の関与などの権限・成年後見制度利用支援事業についても見直しに向けた検討を行う。

○ 総合的な権利擁護支援策の充実

成年後見制度以外の権利擁護支援策を総合的に充実させるため、意思決定支援等によって本人を支える各種方策、司法による権利擁護支援を身近なものとする各種方策の検討を進め、これらの検討などに対応して、福祉制度・事業の必要な見直しを検討する。

- ・ 成年後見制度の利用を必要とする人が、適切に日常生活自立支援事業等から移行できるよう、同事業の実施体制の強化を行う。さらに、日常生活自立支援事業の効果的な実施方策について検討するなど地域を問わず一定の水準で利用できる体制を目指す。
- ・ 身寄りのない人等への生活支援サービスについて、意思決定支援や信頼性等を確保しながら取組を拡げるための方策を検討する。検討の際、司法による権利擁護支援を身近なものとする方策についても検討する。
- ・ 地域住民や企業等が権利擁護支援の実践への理解や共感をもって寄付などに参画する取組を普及させるための方策を検討する。
- ・ 虐待等の事案を受任する法人が都道府県等の適切な関与を受けつつ後見業務を実施できるよう、法人の確保の方策等を含め検討する。

2 尊厳のある本人らしい生活を継続するための成年後見制度の運用改善等

○ 本人の特性に応じた意思決定支援とその浸透

- 都道府県等は、意思決定支援研修等を継続的に行う。国は、意思決定支援の指導者育成、意思決定支援等に関する専門職のアドバイザー育成、専門的助言についてのオンライン活用支援などに取り組む。
- 「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」のほか、各種意思決定支援ガイドライン等について、普及・啓発を行っていく。
- 意思決定支援の取組が、保健・医療・福祉・介護・金融等幅広い関係者や地域住民に浸透するよう、各ガイドラインに共通する基本的な意思決定支援の考え方についての議論を進め、その結果を整理した資料を作成し、研修等を通じて継続的に普及・啓発を行う。

○ 家庭裁判所による適切な後見人等の選任・交代の推進

- 各家庭裁判所には、地域の関係者との連携により、本人にとって適切な後見人の選任や状況に応じた後見人の交代を実現できるよう、引き続き努力することが期待される。
- 最高裁判所・家庭裁判所には、関係機関等とも連携し、本人情報シートの更なる周知・活用に向けた方策を検討することが期待される。

○ 後見人等に関する苦情等への適切な対応

- 家庭裁判所、専門職団体、市町村・中核機関、都道府県は、それぞれの役割を基本として、苦情等に適切に対応できるしくみを地域の実情に応じて整備していく必要がある。

2 尊厳のある本人らしい生活を継続するための成年後見制度の運用改善等

○ 適切な報酬の算定に向けた検討及び報酬助成の推進等

- 最高裁判所及び各家庭裁判所には、報酬の算定の考え方を早期に整理することが期待される。
- 市町村には、全国どの地域でも必要な人が成年後見制度を利用できるよう、成年後見制度利用支援事業の実施内容を早期に検討することが期待される。国は、同事業への助成について必要な見直しを含めた対応を早期に検討する。
- 国は、後見人等が弁護士又は司法書士に民事裁判等の手続を依頼した場合に適切に民事法律扶助制度が活用される方策を早期に検討する。
- 国は、成年後見制度の見直し検討の際、報酬のあり方も検討する。併せて、関係省庁は、報酬助成等の制度のあり方について検討する。

○ 不正防止の徹底と利用しやすさの調和等

- 金融機関には、必要に応じ最高裁判所や関係省庁とも連携しつつ、後見制度支援預貯金等の導入や改善を図ることが期待される。
- 最高裁判所・家庭裁判所には、不正防止のため、引き続き適切な監督に向けた取組をすることが期待される。専門職団体は各専門職に対して、市民後見人を支援する団体は各市民後見人に対して、不正防止の取組を受任前や養成段階から進めることが期待される。
- 専門職団体・市民後見人を支援する団体等には、適切な保険の導入に向けた検討を進めることが期待される。

○ 各種手続における後見業務の円滑化等

- 市町村・金融機関等の窓口で成年後見制度を利用したことによって不利益を被ることのないよう、同制度の理解の促進を図る必要がある。

3 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

○ 権利擁護支援の地域連携ネットワークの基本的な考え方

権利擁護支援を必要としている人は、その人らしく日常生活を送ることができなくなったとしても、自ら助けを求めることが難しく、自らの権利が侵されていることに気づくことができない場合もある。身寄りがないなど孤独・孤立の状態に置かれている人もいる。

このため、各地域において、現に権利擁護支援を必要としている人も含めた地域に暮らす全ての人が、尊厳のある本人らしい生活を継続し、地域社会に参加できるようにするため、地域や福祉、行政などに司法を加えた多様な分野・主体が連携するしくみ（権利擁護支援の地域連携ネットワーク）をつくっていく必要がある。

① 地域連携ネットワークづくりの方向性（包括的・多層的なネットワークづくり）

- 第二期計画では、地域連携ネットワークの趣旨として、地域社会への参加の支援という観点も含めることから、地域包括ケアや虐待防止などの権利擁護に関する様々な既存のしくみのほか、地域共生社会実現のための支援体制や地域福祉の推進などと有機的な結びつきを持って、地域における多様な分野・主体が関わる「包括的」なネットワークにしていく取組を進めていく必要がある。
- さらに、権利擁護支援を必要としている人の世帯の中には、様々な課題が生じていることもあり、このような場合には、個人ごとに権利擁護支援の課題を捉えた上で、その状況に応じて、家族同士の思いも尊重しながら、それぞれを同時に支援していく必要がある。こうしたことを含めた複合的な地域生活課題としては、支援困難な虐待やネグレクト、未成年後見を含む児童の権利擁護などもあり、これらへの適切な支援が必要となる場合もある。
- 地域連携ネットワークは、住民に身近な相談窓口等のしくみを有する市町村単位を基本として整備を進めてきたが、複合的で支援困難な課題に対応するためには「包括的」なネットワークだけでは十分でない。地域の実情に応じて権利擁護支援を総合的に充実することができるよう、圏域などの複数市町村単位や都道府県単位のしくみを重ね合わせた「多層的」なネットワークにしていく取組も併せて進めていく必要がある。

3 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

② 地域連携ネットワークづくりの進め方

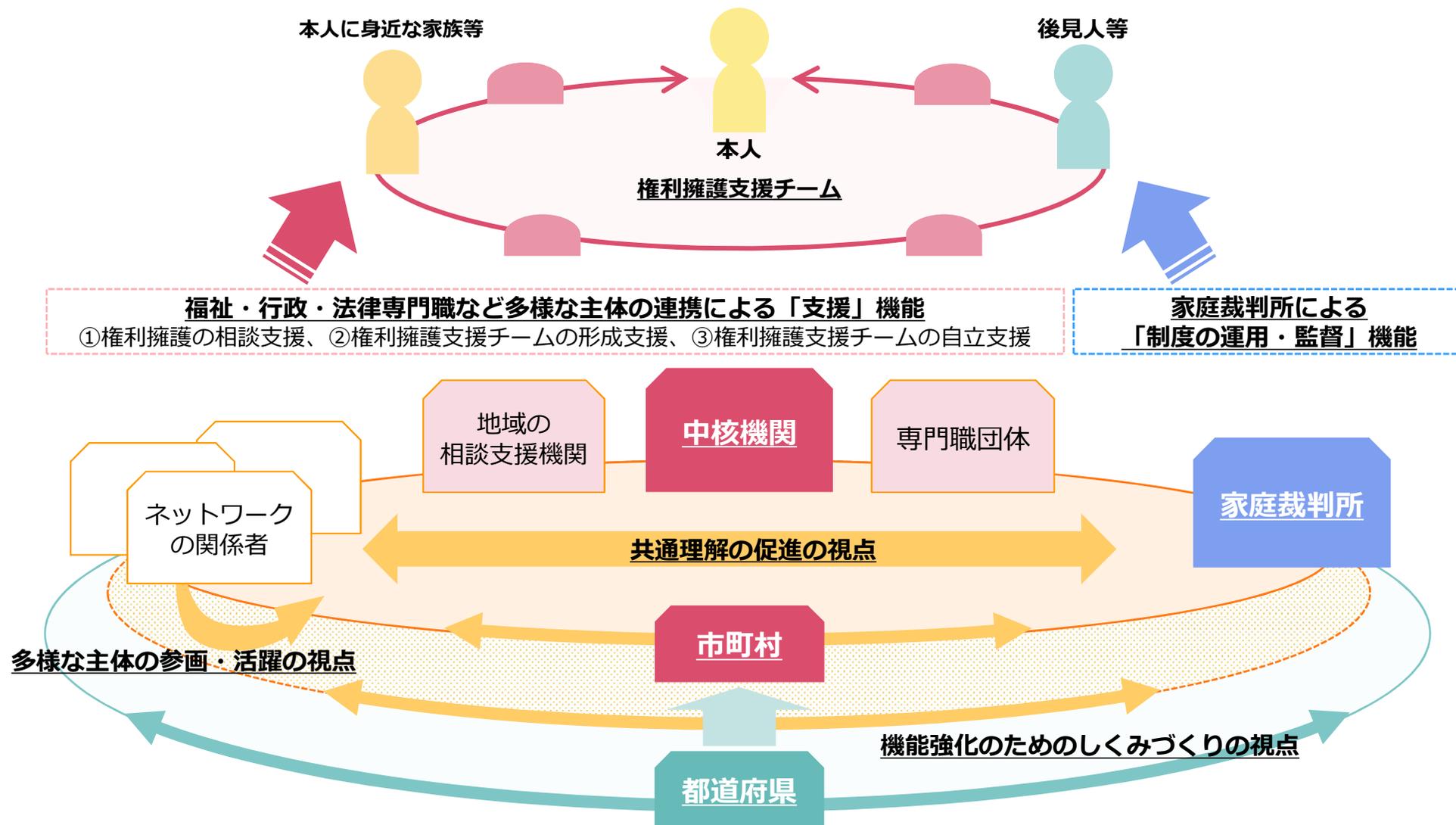
これから地域連携ネットワークづくりを始める地域では、できるだけ早期に、以下を実施することのできる体制整備を優先すべきである。

- 権利擁護支援に関する相談窓口を明確にした上で、本人や家族、地域住民などの関係者に対し、成年後見制度の内容など権利擁護支援の理解の促進や相談窓口の周知を図ること
- 地域連携ネットワークのコーディネートを行う中核機関の役割をどういった機関や体制で実施するのかを明らかにすること

また、これらの体制を整備した地域では、後見人等の受任者調整等によって権利擁護支援チームの形成を支援し、その権利擁護支援チームが本人への支援を適切に行うことができるようにする必要がある。なお、これらの体制整備は、市町村単独では取り組むことが難しい内容もあるため、広域的な見地から、都道府県が主体的に取り組むことも重要である。

3 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり ～権利擁護支援の地域連携ネットワークのイメージ～

- 権利擁護支援の地域連携ネットワークとは、「各地域において、現に権利擁護支援を必要としている人も含めた地域に暮らす全ての人々が、尊厳のある本人らしい生活を継続し、地域社会に参加できるようにするため、地域や福祉、行政などに司法を加えた多様な分野・主体が連携するしくみ」である。



【参考】権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

～地域連携ネットワークの機能（個別支援と制度の運用・監督）～

- 地域連携ネットワークが担う機能には、**権利擁護支援を行う3つの場面に対応した形で、福祉・行政・法律専門職など多様な主体の連携による「支援」機能と、家庭裁判所による「制度の運用・監督」機能**がある。

		「権利擁護支援の地域連携ネットワーク」の機能	
		福祉・行政・法律専門職など多様な主体の連携による「支援」機能	家庭裁判所による「制度の運用・監督」機能
権利擁護支援を行う3つの場面	権利擁護支援の検討に関する場面（成年後見制度の利用前）	①「権利擁護の相談支援」機能 <ul style="list-style-type: none"> ○ 各種相談支援機関が、本人や関係者からの相談を受け止め、地域の実情に応じて、中核機関や専門職と役割分担や連携を行い、権利擁護支援ニーズの確認と必要な支援へのつなぎを行う機能。 ・ 本人・親族、支援関係者からの相談対応、成年後見制度や権利擁護支援の説明 ・ 成年後見制度の利用が必要かどうかなど権利擁護支援ニーズの精査 ・ 成年後見制度の適切な利用の検討や、必要な見守り体制・他の支援へのつなぎ 	①「制度利用の案内」の機能 <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人や関係者に対し、申立てなど家庭裁判所の手続を利用するために必要となる情報提供や、手続の案内（パンフレット等による制度の説明、統一書式の提供、ハンドブックやDVD等各種ツールの充実による手続理解の促進）
	成年後見制度の開始までの場面（申立の準備から後見人の選任まで）	②「権利擁護支援チームの形成支援」機能 <ul style="list-style-type: none"> ○ 中核機関や関係者が、専門職などと連携して作成した権利擁護支援の方針に基づき、地域の実情に応じて都道府県等のしくみを活用して、成年後見制度の申立て方法や適切な後見人候補者を調整しながら、本人を支える権利擁護支援のチーム体制をかたちづかっていく機能。 ・ 権利擁護支援の方針（具体的な課題の整理、必要な支援の内容）の検討 ・ 適切な申立ての調整（市町村長申立の適切な実施を含む） ・ 権利擁護支援を行うことのできる体制づくりの支援（課題解決後の後見人等の交代も含めた初期方針の検討、適切な後見人等候補者や選任形態の検討・マッチング） 	②「適切な選任形態の判断」の機能 <ul style="list-style-type: none"> ・ 権利擁護支援チームの形成支援機能により示された本人の意向や、対応すべき課題を踏まえた後見人等の候補者と選任形態などを含めた各事案の事情を総合的に考慮した後見人等の適切な選任
	成年後見制度の利用開始後に関する場面（後見人の選任後）	③「権利擁護支援チームの自立支援」機能 <ul style="list-style-type: none"> ○ 中核機関や専門職が、地域の実情に応じて各種相談支援機関などと役割分担し、権利擁護支援チームが課題解決に向けた対応を適切に行うことができるよう、必要な支援を行う機能。 ・ チーム開始の支援（後見人等選任後における支援方針の確認・共有（支援内容の調整、役割分担）、モニタリング時期やチームの自立に必要なバックアップ期間等の確認） <p><チームによる支援の開始後、必要に応じて></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後見人等やチーム関係者などからの相談対応 ・ チームの支援方針の再調整（支援の調整、後見人等の交代や類型・権限変更の検討、中核機関や専門職による当該チームへの支援の終結に向けた確認など） 	③「適切な後見事務の確保」の機能 <ul style="list-style-type: none"> ・ 後見人等が行う後見業務（財産管理、身上保護、意思決定支援のほか、報告書作成等の後見事務手続）の適切な遂行のため、後見人等への相談対応や助言 ・ 必要に応じた指導や指示、監督処分 ・ 権利擁護支援チームの自立支援機能によって確認された本人の状況や、後見人等の交代、類型・権限変更の検討や調整結果などを参考にした適切な交代や選任形態の見直し

【参考】権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

～地域連携ネットワークの機能を強化するための取組（連携・協力による地域づくり）～

- 権利擁護支援を行う3つの場面に応じ、福祉・行政・法律専門職など多様な主体の連携による「支援」機能と、家庭裁判所による「制度の運用・監督」の機能を適切に果たすため、地域・福祉・行政・法律専門職・家庭裁判所等の地域連携ネットワークの関係者が、以下の3つの視点（ア～ウ）を持って、自発的に協力して取り組むことが必要である。

（なお、市町村単位では取り組みにくい内容については、都道府県が市町村と連携しながら取り組んでいくことが重要。）

ア：異なる立場の関係者が、各々の役割を理解し、認識や方向性を共有するための「共通理解の促進」の視点

イ：様々な立場の関係者が新たに権利擁護支援に参画し、取組を拡げていくための「多様な主体の参画・活躍」の視点

ウ：多くの関係者が円滑かつ効果的に連携・協力して活動するための「機能強化のためのしくみづくり」の視点

		「権利擁護支援の地域連携ネットワークの機能」を強化するための取組 (全国各地で共通して実施することが望ましいもの)		
		ア「共通理解の促進」の視点	イ「多様な主体の参画・活躍」の視点	ウ「機能強化のためのしくみづくり」の視点
権利擁護支援を行う3つの場面	権利擁護支援の検討に関する場面 (成年後見制度の利用前) 【機能】 ①権利擁護の相談支援 ①制度利用の案内	<ul style="list-style-type: none"> 成年後見制度の必要性など権利擁護支援についての理解の浸透(広報を含む) 権利擁護支援に関する相談窓口の明確化と浸透(相談窓口の広報を含む) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域で相談・支援を円滑につなぐ連携強化 中核機関と各相談支援機関との連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> 各相談支援機関等の連携のしくみづくり 成年後見制度の利用の見極めを行うしくみづくり 成年後見制度以外の権利擁護支援策の充実・構築
	成年後見制度の開始までの場面 (申立の準備から後見人の選任まで) 【機能】 ②権利擁護支援チームの形成支援 ②適切な選任形態の判断	<ul style="list-style-type: none"> 選任の考慮要素と受任イメージの共有と浸透 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県と市町村による地域の担い手(市民後見人、後見等実施法人)の育成 専門職団体による専門職後見人の育成 	<ul style="list-style-type: none"> 後見人等候補者の検討・マッチング・推薦のしくみづくり 市町村と都道府県による市町村長申立て・成年後見制度利用支援事業を適切に実施するための体制の構築
	成年後見制度の利用開始後に関する場面(後見人の選任後) 【機能】 ③権利擁護支援チームの自立支援 ③適正な後見事務の確保	<ul style="list-style-type: none"> 意思決定支援や後見人等の役割についての理解の浸透 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の担い手(市民後見人、後見等実施法人)の活躍支援 制度の利用者や後見人等からの相談等を受ける関係者(当事者団体、専門職団体)との連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> 後見人等では解決できない共通課題への支援策の構築 家庭裁判所と中核機関の適時・適切な連絡体制の構築

4 優先して取り組む事項

○ 任意後見制度の利用促進

- ・ 周知・助言を中心とした関係者の連携と役割分担の下、適切な時機に任意後見監督人の選任がされることなど任意後見制度が適切かつ安心して利用されるための取組を進める。

○ 担い手の確保・育成等の推進

- ・ 適切な後見人等が選任、交代できるようにするためには、各地域に、多様な主体が後見業務等の担い手として存在している必要がある。
- ・ 市民後見人等の育成・活躍支援は、地域共生社会の実現のための人材育成や参加支援、地域づくりという観点も重視して推進する。国は、意思決定支援や身上保護等の内容を含めるなど、より充実した養成研修カリキュラムの見直しの検討等を進める。
- ・ 都道府県には、圏域毎に市民後見人の育成方針を策定した上で、市町村と連携して市民後見人養成研修を実施することが期待される。また、市町村には、市民後見人の活動の支援や市民後見人の役割の周知などを行うことが期待されるほか、研修受講者の募集を主体的に進めることや、必要に応じて、都道府県と連携して養成研修の内容を充実することも期待される。
- ・ 法人後見の実施団体としては、社会福祉協議会による後見活動の更なる推進が期待される一方、都道府県及び市町村等が連携して、社会福祉協議会以外の法人後見の担い手の育成をする必要もある。
- ・ 国は、法人後見研修カリキュラムと、最高裁判所の集約・整理した法人が後見人等に選任される際の考慮要素等を併せて周知する。
- ・ 都道府県には、圏域毎に法人後見の担い手の育成方針を策定した上で、法人後見実施のための研修を実施することが期待される。
- ・ 専門職団体による専門職後見人の確保・育成、市町村・中核機関による必要に応じた親族後見人の支援も行う。

4 優先して取り組む事項

○ 市町村長申立ての適切な実施

- ・ 身寄りのない人等への支援や虐待事案等で市町村長申立ての積極的な活用が必要である。都道府県には、実務を含めた研修の実施等を行うことが期待される。国は、都道府県職員向け研修の拡充、市町村長申立てが適切に実施されるための実務の改善を図っていく。

○ 地方公共団体による行政計画等の策定

- ・ 市町村は、成年後見制度利用促進法第14条第1項に基づき、市町村計画を定める。計画未策定の市町村は、中核機関及び協議会の整備・運営の方針を示すことなどに早期に着手する必要がある。
- ・ 都道府県は、都道府県単位や圏域単位の協議会の整備・運営の方針、担い手の確保の方針、市町村に対する体制整備支援の方針などを盛り込んだ地域連携ネットワークづくりの方針を策定することが望ましい。

○ 都道府県の機能強化による地域連携ネットワークづくりの推進

- ・ 都道府県は、担い手の育成・活躍支援、広域的観点から段階的・計画的にネットワークづくりに取り組むための方針の策定といった役割や、小規模市町村等の体制整備支援の役割を果たすことが期待される。また、広域的な課題などに対応するため、家庭裁判所・専門職団体・都道府県社会福祉協議会・当事者団体等との都道府県単位の協議会を設置する必要がある。
- ・ 国は、都道府県職員向け研修の拡充、権利擁護支援や体制整備支援等を担う専門アドバイザーの養成などを行う。

第二期計画の工程表とKPI①

		KPI※1 (令和6年度末の数値目標)	令和4年度	令和5年度	令和6年度※2	令和7年度	令和8年度
優先して取り組む事項 ※3	任意後見制度の利用促進 ・周知・広報 ・適切な運用の確保に関する取組	・全1,741市町村 ・全50法務局・地方法務局 ・全286公証役場 —	市町村、法務局・地方法務局、公証役場等におけるリーフレット・ポスターなどによる制度の周知			関係機関等による周知の継続	
			利用状況等を踏まえ、制度趣旨に沿った適切な運用の確保策の検討				
	担い手の確保・育成等の推進 ・都道府県による担い手（市民後見人・法人後見実施団体）の育成の方針の策定 ・都道府県における担い手（市民後見人・法人後見実施団体）の養成研修の実施	・全47都道府県 ・全47都道府県	市民後見人養成研修カリキュラムの見直しの検討	都道府県による担い手（市民後見人・法人後見）の育成方針の策定			都道府県による担い手の継続的な確保・育成等
			都道府県における担い手（市民後見人・法人後見）の養成研修の実施				
	市町村長申立ての適切な実施と成年後見制度利用支援事業の推進 ・都道府県による市町村長申立てに関する研修の実施 ・成年後見制度利用支援事業の推進	・全47都道府県 ・全1,741市町村	都道府県による市町村長申立てに関する研修の実施			都道府県による研修の継続実施	
			市町村長申立ての実態等の把握、必要に応じた実務の改善				
		全国で適切に実施する方策の検討			市町村による適切な実施のための必要な見直し等の検討 ※見直しを終えた市町村は、適時その内容に応じて実施		市町村による実施
権利擁護支援の行政計画等の策定推進 ・市町村による計画策定、第二期計画に基づく必要な見直し	・全1,741市町村	市町村による計画策定・必要な見直し			策定状況等のフォローアップ		
都道府県の機能強化 ・都道府県による協議会設置	・全47都道府県	都道府県による都道府県単位等での協議会の設置			都道府県による協議会の継続的な運営		

※1 KPIは、工程欄の色付き矢印に対応するもの。 ※2 専門家会議は、令和6年度に、各施策の進捗状況を踏まえ、個別の課題の整理・検討を行う。

※3 優先して取り組む事項とは、全ての項目に対し、令和6年度までのKPIを設定して推進するもの。

第二期計画の工程表とKPI②

		KPI※1 (令和6年度末の数値目標)	令和4年度	令和5年度	令和6年度※2	令和7年度	令和8年度	
討見制 等直等 けたし たにの 検の	成年後見制度等の見直しに向けた検討	—	成年後見制度等の見直しに向けた検討					
	総合的な権利擁護支援策の充実	—	日常生活自立支援事業の実施体制の強化、新たな支援策の検討。左記検討等を踏まえ、福祉の制度・事業の必要な見直しの検討					
制 度 の 運 用 改 善 等	意思決定支援の浸透	・全47都道府県	都道府県による意思決定支援研修の実施		都道府県による研修の継続実施			
	・都道府県による意思決定支援研修の実施	—	各種意思決定支援ガイドラインの普及、啓発					
	・各種意思決定支援ガイドラインの普及、啓発	—	各ガイドライン共通の基本的考え方を整理した資料の作成	保健、医療、福祉、介護、金融等幅広い関係者・地域住民への普及、啓発				
	・基本的考え方の整理と普及	—						
	適切な後見人等の選任・交代の推進等	—	市町村・都道府県における柔軟な後見人等の交代の推進策の検討と対応					
	・柔軟な後見人等の交代の推進 (苦情対応を含む)	—	適切な報酬の算定に向けた早期の検討 地域支援事業・地域生活支援事業等の早期の検討 成年後見制度等の見直しに向けた検討に併せた検討					
・適切な報酬の算定に向けた検討及び報酬助成の推進等	—							
不 正 防 止 の 徹 底 と 利 用 し や す さ の 調 和	後見制度支援信託・支援預貯金の普及	—	後見制度支援信託・支援預貯金の普及					
	・後見制度支援信託・支援預貯金の普及	—	関係団体による保険の導入の検討、必要に応じた事後救済策の普及方策の検討					
	・保険の普及等事後救済策の検討	—						
地 域 連 携 ネ ッ ト ワ ー ク づ く り	地域連携ネットワークづくり	・全1,741市町村	市町村による制度や相談窓口の周知		市町村による周知の継続			
	・制度や相談窓口の周知	・全1,741市町村	市町村による中核機関の整備		市町村による中核機関の運営			
	・中核機関の整備とコーディネート機能の強化	—	中核機関のコーディネート機能の強化					
	・後見人等候補者の適切な推薦の実施	—	市町村・都道府県における後見人等候補者の受任者調整の協議の実施					
	・権利擁護支援チームの自立支援の実施	—	市町村・都道府県における権利擁護支援チームへの支援体制の構築					
	・包括的・多層的な支援体制の構築	—	取組を連携して行う際の留意点の明示、好事例の収集等		権利擁護支援の取組状況等も踏まえた重層事業の効果的な取組方策の検討			

※1 KPIは、工程欄の色付き矢印に対応するもの。

※2 専門家会議は、令和6年度に、各施策の進捗状況を踏まえ、個別の課題の整理・検討を行う。