

成年後見制度における 意思決定支援の実践

——地域生活を支えるチームアプローチの視点から——

社会福祉士 星野弘美

本稿で紹介する事例は、成年後見制度における意思決定支援の実践を具体的に考える手がかりを示している。まず注目したいのは、本人の判断能力を固定的に評価するのではなく、生活状況や関係性の中で揺れ動くものとして丁寧にとらえている点である。本事例では、「わからない」といった本人の語りを意思の欠如とみなすのではなく、不安や経験の乏しさの表れとして受け止め、日常生活の中にある小さな選択機会を重ねながら意思形成を支えていた。こうしたかかわりは、後見実務が代理決定に偏りすぎないための重要な視点を示している。

また、金銭管理、医療、就労といった複数の生活課題に対して、補助人が単独で判断するのではなく、相談支援専門員や訪問看護師等との連携を基盤に支援が進められていた点も特徴的である。生活環境の変化や予期せぬ出来事に直面した場面

でも、それらを単なる問題として処理するのではなく、支援のあり方を見直す契機としてとらえている。さらに、繰返しの説明や環境調整を通じて意思形成の過程を言語化し、日々の支援記録や報告へ反映していく姿勢は、実務に携わる成年後見人にとって示唆に富むものであろう。

本事例からは、成年後見人の役割が単なる管理にとどまらず、本人が生活について考え続けられる環境を整える伴走的なかかわりであることがみえてくる。本人の希望をそのまま実現することでも、リスク回避のみを優先することでもなく、選択の過程を支える姿勢こそが、意思決定支援の実践を支える基盤といえる。日々のかかわりの中で、私たちはどのように本人の意思が形づくられていく過程に寄り添っているのか、本事例はあらためて問いかけているように思われる。

(社会福祉士 須田 和也・すだ かずや)

1 はじめに

筆者はソーシャルワーカーとしての実践を精神科病院からスタートした。療養病棟で長期入院患者とのかかわりの中で、今も忘れられない一言がある。「星野さん、俺って誰の言うことを聞けばいいの。先生、おやじ、それとも星野さん?」。その言葉を聞いたとき、本人が「自分で考え、決める」という選択肢をもつことができていない現実、強い衝撃を受けた。治療や支援の枠組みの

中で、本人の意思はどこに位置づけられているのか。制約の多い状況であっても、「自分で決めた」という認識をもちながら生活していくことはできないのか——この問いは、その後の筆者の実践を支える基盤となっている。

成年後見制度においては、本人の権利擁護と生活の安定を図る支援が重要な役割とされている。そして、その実践においては、本人の意思をどのように尊重し、支えていくのかという「意思決定支援」のあり方が常に問われる。本稿では、知的

障害および精神障害を併せ有する本人（受任時40歳代後半・女性。以下、「Aさん」という）に対し、補助人としてかかわった実践事例を取り上げる。支援過程では、意思の尊重と生活上のリスク調整との間で葛藤が繰返して生じた。また、判断能力の有無を単純に整理することは難しく、意思が揺れ動く場面も少なくなかった。

本事例は、こうした葛藤を含めた支援過程を振り返るものである。具体的には、成年後見制度のもとで補助人として、一人暮らしのAさんの地域生活を支える中で、「自分で決める」という認識をいかに支えるかという視点から、意思決定支援とチームアプローチの実践を検討する。

本稿における意思決定支援とは、本人に代わって判断することではなく、本人が自らの生活について考え、選択し、その過程を重ねながら意思を形成できるよう、情報提供や環境調整を行いながら支援チームが継続的にかかわる実践を指す。

2 受任の経緯と初回面談

前任補助人から辞任の申立てがなされ、家庭裁判所を通じて、ばあとなあに推薦依頼があり、筆者が後任の補助人として推薦され受任に至った。

審判確定後、前任補助人と同行し、市営住宅で一人暮らしであるAさんの自宅を訪問し、顔合せを行った。前任補助人がAさんを親しみを込めて、「〇〇どん」呼んでいた様子が印象に残っている。通された部屋には母親のベッドが残っていた。台所のテーブルに処方薬が薬袋のまま多数あったことが気になった。

2週間後、あらためて前任補助人と自宅を訪問し、Aさんと前任補助人からこれまでの支援状況や生活の様子について聞き、銀行通帳など具体的な引継ぎを受けた。Aさんは、基礎年金と年金生活者支援給付金、生活保護費を基盤に生活している。生活費はヘルパー事業所に預け、本人は収支状況を十分に把握していなかった。支援開始にあたっては生活に急激な変更を加えることは避け、現状を維持しながら丁寧にアセスメントを進めて

いく方針とした。

引継ぎ時に本人から「毎月2回は訪問してほしい」との希望があり、これを受け入れた。また、前任補助人からは、Aさんは電話による訴えが多いとの引継ぎがあった。実際に受任後も、電話にすぐ応答できない場合に精神状態が不安定になる様子がみられた。補助人の変更による不安に加え、生活習慣や本人の特性が背景にあると考えられたため、関係性の構築を重視し、当面は可能な限り電話対応を行う方針とした。受任当初は、1日に数回の電話対応から支援を開始している。

3 アセスメント①——Aさんの生活歴と生活上の特徴

(1) 生活歴

Aさんは双子として出生したが、同胞は出生後まもなく亡くなっている。10歳代半ば頃から精神科医療とのかかわりが始まり、20歳代前半で職場の同僚と結婚し一子をもうけたものの、子は施設に預けられ、その後離婚に至っている。以降、コンビニエンスストアやホテルなどで就労する時期もあったが、いずれも長くは続かず、職を転々とする生活が続いた。

40歳になる頃に成年後見制度の利用を開始し、その後施設に入所した。入所中は、日中に生活介護作業所へ自転車通勤など、一定の生活リズムを保っていた。

(2) 現在に至る生活状況

40歳代半ばで施設を退所し、母親と自宅での生活を再開した。その後は服薬を継続し、喫煙（1日に複数箱）をやめ、食事も規則的にとるなど、生活面では比較的安定した時期がみられた。しかし、母親が認知症を発症し、特別養護老人ホームへ入所することとなり、Aさんは自宅での一人暮らしとなった。

40歳代後半のときに補助人が交代し、筆者が受任した。引継ぎ時点では、障害福祉サービスの居宅介護と地域生活支援事業の移動支援のサービスを同一の訪問介護事業所から受けており、通所系

サービスの利用はなかった。

(3) Aさんの対人特性および生活上の特徴

Aさんは身長約160cmで、体格はややふくよかな印象である。知的障害(療育手帳B2)および統合失調症の診断がある。障害支援区分は区分5である。性格は素直でやさしく、自身を「ちゃんづけ」で呼ぶなど、幼さの残る言葉遣いがみられる一方、あいさつや応答は丁寧で、対人場面における基本的な礼節は、十分に身に付けている。不安や気がかりな出来事が生じると、自身が納得できるまで支援者を変えながら電話で確認をする傾向がある。また、近隣での出来事を自己に関連づけ、被害的に解釈する場面もみられる。たとえば、近隣住民の水まき行為を嫌がらせと受け取り、不安を訴える電話が繰り返されることがあった。

さらに、Aさんには、現在は同居していない子ども(複数)や夫が自宅にいると認識するなど、現実とは異なる認識を示す場面がみられる。こうした認識は修正が難しく、Aさん本人にとっては強い現実感を伴うものであるため、支援にあたっては行動化への影響も含めて留意する必要があると考えられた。

一方で、余暇の時間には折り紙に親しみ、部屋や玄関に作品を飾ることを楽しんでいる。集中してすごせる時間となっている。また、テレビ番組では特定の番組を好んで視聴しており、生活上の楽しみであり安定要素となっている。ただし、番組編成期には不安が強まり、不穏になりやすい傾向がみられる。

4 アセスメント②——チーム支援の状況と訪問看護師のチーム参加

補助人として受任後、相談支援事業所および訪問介護事業所から情報収集を行い、既存の支援体制と支援計画を確認した。また、生活保護担当ケースワーカー、住宅管理機関、年金事務所等との必要な手続を実施した。その過程で、生活保護費の返還金や生活費精算、前任補助人による立替金の存在が明らかとなり、引継ぎ直後には一時的

に多額の支出が生じる状況であることが確認された。これらについてAさんへ説明を行ったが、支出の集中により不安が強まり、「前の人と同じようにお金を貯めてほしい」との訴えが繰り返された。そのつど、生活維持への影響がないことを丁寧に説明した。

アセスメントの結果、訪問介護事業所による生活費管理については毎月の報告体制を整え、出納状況を共有することとした。医療面では、服薬管理および精神科通院が安定していないことが明らかとなった。受診は電話対応を中心とした形が続き、定期通院が困難な状況であった。Aさんには、現実とは異なる理解を示す場面(夫や子どもに関する認識)がみられ、行動化への懸念もあり、認識の歪みが持続していたことから、状態変化の把握と服薬支援の強化が必要と判断した。これらに加え、更年期症状への対応も課題であったため、訪問看護の導入を検討し、本人同意のもとサービス担当者会議にて提案した。その後、精神科訪問看護の利用が開始された。現在、訪問看護は週3回導入され、看護師との関係は安定している。服薬状況および体調変化が継続的に把握され、月1回の通院も維持されている。訪問看護は医療と生活支援を接続する重要な機能を担っている。

5 アセスメント③——地域生活を支える社会資源と支援体制

Aさんの地域生活は、制度サービスだけでなく、近隣住民や地域の人々との関係性によっても支えられている。向かいに住む住民や、共益費の集金等で訪れる自治会役員に対して、Aさんは日常的な些細な困りごとや気になる出来事を話すことができている。こうしたかかわりは、Aさんが地域で生活を続けていくうえでの社会資源の一つとなっている。Aさんの同意を得たうえで、補助人もあいさつを行い、必要に応じて状況を共有している。一方で、Aさんは近隣住民の言動を自分への嫌がらせと受け取ってしまう場面もあり、安心感と不安が混在する関係性がみられた。

在宅生活を支える制度的な支援としては、家事援助を中心とした訪問介護を週6日利用しており、掃除や調理、買物等の支援を受けている。また、通院時には通院介助、週2回の移動支援により、余暇活動や買物の機会が確保されているほか、状況に応じて短期入所を利用できる体制も整えられていた。これらの支援をつなぐ役割として、相談支援専門員が中心となっていた。現在は補助人も参加し、関係機関との情報共有を行っている。

また、病院、訪問看護ステーション、訪問介護事業所とは、在宅医療および生活支援の観点から情報共有を行い、かかわり方について必要に応じて連絡協議している。その際も相談支援専門員とは密に連携し、生活面での支援方針や役割分担について確認しながら支援体制を構築している。このように、Aさんの地域生活は、多様な社会資源と人との関係性を基盤としたチームアプローチによって支えられている。

6 火災による生活環境の変化

受任して1年半後、Aさんが居住するアパートの2階部分で火災が発生した。Aさんの居室は1階であったが、消火活動の影響により、襖や畳への浸水、家財の損傷、室内には臭いも残るなど、当面の居住継続が困難な状況となった。筆者が訪問時には、近隣住民から心配の声かけがなされており、地域関係の存在が確認された。速やかに訪問介護事業所および相談支援専門員と協議し、同一法人内の短期入所を利用する調整を行った。必要な制度上の手続は相談支援専門員が担い、短期入所の長期の利用が開始された。

住宅管理公社からは、他の部屋へ移ることも可能であるとの提案があった。移動先の部屋は現在の居室よりも広く、家賃が高くなる条件であった。これらの選択肢についてAさんに説明し、意向を確認したところ、「今の部屋のままだがよい。母親と住んでいたここがいい」との希望が示された。居住に関する選択についてはAさんの希望を尊重した対応を行った。そのため、居室の修繕が完了

するまでの間、短期入所を利用し、約1カ月間、施設での生活を送ることとなった。短期入所利用中に、消防署や住宅管理公社への手続、使えなくなった家財の購入等支援を行った。

突発的な火災という予期せぬ出来事により生活環境が大きく変化したものの、短期入所先において日頃から関係性のある支援者とのつながりが維持されたことは、Aさんの安心感の保持に大きく寄与した。環境の変化に適応しながら生活を継続できた経験は、単に危機を回避したという意味にとどまらず、自身の生活を再び立て直していく過程として重要な意味をもつと考えられる。

7 母親との別れと生活の転機

火災という突発的な出来事に際しては、支援資源の調整により生活の継続性は一定程度維持された。しかし、本事例においては、その後もAさんの生活に影響を及ぼす重要な出来事が続くこととなった。とりわけ、Aさんの生活状況が大きく変化する契機となった出来事に、母親との別れがある。コロナ禍で面会が以前のように自由に行えない中、Aさんの母は受任後2年ほどで亡くなった。母親の成年後見人から連絡を受け、亡くなる前に面会することができた。葬儀および納骨については、Aさんの依頼を受け、補助人が必要な支援を行い、関係者の協力のもと滞りなく執り行うことができた。相続手続については、筆者はAさんを補助する立場でかかわり、手続を終えた。

しかし、母親を見送った後、Aさんには強い疲労感がみられ、更年期症状も重なったことから、精神面での落ち着きが低下し、不定愁訴の訴えが目立つようになった。加えて、以前から生活上の留意点であった多飲水の傾向が顕著となり、主治医より、自宅での独居生活を継続することは困難であるとの判断が示された。その結果、精神科病院への任意入院となり、3カ月間入院生活を送ることとなった。

入院中に、Aさんから「退院したら、入院で仲良くなった看護師さんからすすめられた就労支援

事業所で働いてみたい。退院しても仲良くなった看護師さんと会いたい。仕事は、前にしたことがある。お給料も欲しい。行くところができれば寂しくなくなるかもしれない」という意向が示された。退院後の生活を見据え、Aさん、主治医、病院のソーシャルワーカー、ヘルパーステーションのサービス提供責任者、訪問看護ステーションの看護師、補助人の意向確認の場が、相談支援専門員の調整により設けられた。日中活動の場をもつことは、退院後の生活を安定させる一つの選択肢であると考えられたため、本人の体調や生活状況を踏まえながら、適した事業所を検討していくこととなった。この段階で退院前にどこまで支援を進めるべきか、また、本人の希望をどのように具体化し、現実的な選択肢として整理していくかが、支援チームに共通する課題として認識されたが、退院後の実践となった。

8 意思決定支援としての課題整理

成年後見制度は、本人の権利擁護を目的の一つとしつつ、日常生活における意思形成や選択の過程をどのように支えるかが、実践上の重要な課題となっている。本事例においても、意思決定支援を進めるうえでいくつかの課題が明らかとなった。

Aさんは日常生活において「自分にはわからない」、「どうしたらよいかわからない」、「できない」といった発言を繰り返す傾向がみられた。これらは意思の欠如ではなく、判断に対する不安や自信の乏しさの表出として理解することが適切であった。実際、選択を求められる場面では判断を他者へ委ねる応答が多く、本人の意思が顕在化しにくい状況が生じていた。

また、金銭管理においても、Aさんは買物や生活費の支出について自ら収支を考えて判断することが難しく、金銭管理を他者に委ねる傾向がみられた。「前の人と同じようにお金を貯めてほしい」といった発言にみられるように、日々の買物金額についても支援者による管理に依存する状況が続いていた。一方で、Aさんの生活の安定を優先す

る中で、結果として支援者側が管理を担う場面が多くなっていた側面もあったと考えられる。

このように、本事例における意思決定支援の難しさは、判断能力の有無を単純に整理できない点に加え、本人の不安や生活環境の変化が意思形成に大きく影響している点にあった。一方で、Aさんには「自宅での生活を続けたい」という明確な希望が一貫して存在しており、これは支援を組み立てるうえでの重要な基盤となっていた。

これらの課題を踏まえ、支援においては「すぐに結論を導くこと」よりも、日常生活の中に存在する意思決定の機会を丁寧にとらえ、選択の過程そのものを支えるかかわりが必要であると考えられた。

9 チームアプローチによる支援の実践

(1) 金銭管理に関する支援

金銭管理については、補助人が一方的に管理を担うのではなく、本人が収支の状況を把握できるようなかかわりを重視した。訪問時には通帳をいっしょに確認し、預貯金の変動や支出状況について説明を行いながら共有した。また、ヘルパーによる買物についても、出納帳を用いて定期的に支出内容を振り返る機会を設けた。

退院後半年ほど経って、訪問介護および移動支援を提供していた事業所が人員体制の都合により利用できなくなった。相談支援専門員と協議のうえ代替事業所を検討した結果、3カ所の事業所を併用する支援体制へ移行することとした。この変更により、従来行われていた「ヘルパーが生活費を預かる」という管理方法の継続が困難となった。この状況を契機として、金銭管理の方法を見直し、本人が自宅で生活費を管理する形へ変更した。

Aさんは環境変化に対するストレス反応が生じやすい特性を有していたため、支援方針の変更に際しては事情を丁寧に説明し、自宅生活を継続するために必要な対応であることを繰り返し確認した。この状況を契機として金銭管理方法を再構築し、本人が金銭の動きを直接把握し、管理の一端

を担うことは、意思決定支援の観点からも重要な意味をもつと考えられたためである。具体的には、1カ月分の生活費を本人に預け、1日の使用金額については本人および支援者間で確認しながら運用を開始した。ヘルパーには出納帳への記載を依頼し、本人にはレシートの保管を役割として位置づけた。

しかし、物価の上昇や本人の購買行動の影響により、支出が想定を超え、赤字となる月も生じた。これらの状況については、本人とともに要因を振り返り、必要に応じて生活費の配分や使途の整理および金額の見直しを行った。金銭管理の安定には時間を要したが、試行錯誤の過程そのものを、本人が自らの生活を考える経験としてとらえることを重視した。

また、移動支援体制の変更により週2日、各2時間の支援を受けるようになり、外出機会が増えたことは、生活行動にも変化をもたらした。本人は支援者とともに安価な店舗を選択するようになり、自炊を再開する姿がみられるようになった。訪問時に調理したスープや煮物を見せ、「買うと高いからね、作ってる」と話し、「偉い、〇〇ちゃん偉い」と、笑顔で話かける。「うん、偉い、お金も頑張って節約してくれるから、ありがとう」と、できていることを褒めながら語る場面では、日常的な達成感や自己評価の高まりが確認された。こうした行動変容は、単なる節約行動ではなく、生活全体に対する主体性の回復として理解することができる。

(2) 就労に関する支援

入院中に、Aさんから「退院したら、入院で仲良くなった看護師さんからすすめられた就労支援事業所で働いてみたい。退院しても仲良くなった看護師さんと会いたい。仕事は、前にしたことがある。お給料も欲しい。行くところができれば寂しくなくなるかもしれない」という希望が示されていたことを受け、複数の就労継続支援B型事業所の見学および体験利用を行った。事業所の検討にあたっては、相談支援専門員を中心に調整を

行い、主治医とも連携しながら、Aさんの体調や生活リズムを踏まえて進めた。Aさんは、体験通所を複数行い、好きな看護師さんに会える事業所ではない就労継続支援B型事業所を選んだ。就労によって得た工賃については、「どのように使うか」を本人自身が決めることを重視した。稼いだお金は基本的に小遣いとして自由に使うこととし、あわせて、どの程度を貯金に回すかについても、本人の意思を確認しながら決定した。このように、就労を単なる作業の場としてではなく、お金を得て使う経験そのものを意思決定の機会として位置づけた。

(3) 医療に関する支援

医療面については、定期通院の継続および服薬管理が重要な課題であった。通院や服薬状況については、訪問看護師が日常的に確認を行い、必要に応じて主治医や補助人と情報共有を行った。補助人は、医療的判断そのものを担うのではなく、訪問看護や医療機関と連携しながら、本人が安心して治療を継続できる環境を整える役割を担った。多飲水への対応については、主治医から示された留意点および助言内容を支援者間で共有し、日常的なかかわりの中で、訪問時には水分摂取状況に留意するようにしている。

(4) 環境変化を契機とした支援の再構築

ヘルパー事業所の変更や入院といった生活上の変化は、Aさんにとって不安を伴う出来事であったが、同時に支援のあり方を見直す機会ともなった。本事例はこれらの変化を単なる問題やリスクとして扱うのではなく、本人の意思を再確認し、支援方法を再構築する機会として位置づけた。こうした対応は、チームアプローチの実践的意義を示すものである。

10 本事例から考える意思決定支援とチームアプローチの意義

本事例では、金銭管理、就労、医療、生活環境の調整といった複数の生活課題に対し、意思決定支援の視点から支援を展開してきた。その過程に

において特に重要であったのは、補助人が単独で支援の方向性を決定するのではなく、関係機関および多職種との連携を前提としたチームアプローチであった。

Aさんの支援では、「わからない」、「できない」といった発言が繰り返しみられ、本人の意思が直ちには明確化されない場面が少なくなかった。しかし、これらの言葉は意思の欠如を意味するものではなく、不安や経験の乏しさを背景とした表現として理解することが適切であったと考えられる。したがって、支援においては結論を急がず、本人が考える過程そのものを支えるかかわりが求められた。補助人として一貫して重視したのは、Aさんが「今の自宅で一人暮らしを続ける」という目標をもち続け、その実現に向けた生活の組立てを支えることであった。生活の安定を図るのみならず、本人が自らの生活を考え、選択し、その結果を引き受ける経験を積み重ねていくことが重要であると考へた。

支援過程を振り返ると、生活上の変化や一見すると不安定要因ととらえられる出来事が、意思決定支援を進めるうえでの重要な契機として機能した場面が複数存在していた。たとえば、ヘルパー事業所の変更により、従来行われていた金銭管理の方法を継続することが困難となったことは、結果として、本人が自宅で生活費を管理する支援へ移行する契機となった。また、入院という出来事は、退院後の生活を再検討する機会となり、就労継続支援事業所への通所を含む生活の再構築へとつながっていった。

これらの出来事は、当初はリスクや不安定要因として現れたものであったが、支援チームとしては、それらを単なる問題として処理するのではなく、本人の生活や意思形成を見直す機会として位置づけながらかかわってきた。このように、支援過程において生じる変化や揺らぎを、本人の主体性を支える契機としてとらえ直す視点は、意思決定支援およびチームアプローチの実践において重要な意味をもつと考えられる。

金銭管理や就労といった生活基盤にかかわる意思決定においては、選択肢を整理しながら本人が考える時間を確保することを意識した。その結果、工賃の使途や日々の支出の調整といった場面において、本人なりの判断が徐々にみられるようになった。また、就労継続支援事業所への通所や地域での活動を通じて生活の広がりが生じ、身だしなみや衣類選択への関心の変化など、日常生活における生活行動や主体性の回復が確認された。

一方で、本事例における意思決定支援は、補助人単独で完結するものではなかった。就労継続支援事業所の選定、訪問介護事業所の変更、金銭管理方法の見直しといった重要な局面では、本人を中心に、相談支援専門員、医療・福祉関係者、補助人が協議の場をもち、本人の意向を確認しながら方向性を整理してきた。チームアプローチを基盤とすることで、本人の意思を尊重しつつ、生活上のリスクを最小限に抑える支援が可能となったと考えられる。

本事例をとおして、意思決定支援とは、本人の希望を単純に実現することでも、支援者が代わって決定することでもなく、本人が自らの生活について考え続け、選び続けられる環境を整えることであると再認識した。生活課題を社会資源の利用につなげるだけでなく、Aさんが理解できるように説明を重ねる過程そのものが重要と考へる。成年後見制度の下において、補助人は決定者ではなく、本人の生活過程に伴走する存在として、多職種とのチームアプローチを基盤にかかわることが重要である。本事例が、成年後見制度における意思決定支援やチームアプローチの実践を検討する一助となれば幸いである。今後も、本人の生活過程に寄り添う支援のあり方について、実践をとおして検討を深めていきたい。

(ほしの・ひろみ)

本稿は、複数の事例を組み合わせるなどして資料としたものであり、実際の事例とは異なります。

事例Ⅱ 保佐・後見

市町村長による後見等申立事案の業務

司法書士 栗山昌治

成年後見制度の利用促進を図るために市町村によって中核機関の整備が進められている。その役割は地域連携ネットワークの構築、受任者調整、相談窓口の提供、市民後見人の育成・支援であり、成年後見制度利用促進の要となる機関として設定されているが、法律で規定された機関ではなく、令和6年時点で、中核機関を設置した自治体は全国の68.2%にすぎないという。

本事例は二つの事例を取り上げている。共通点は、どちらも市町村長申立てで、市町村長申立て＝申し立てる親族がないということであり、後見人等選任後の親族の協力は望みがたい。ただ市町村長申立てに結び付けた関係者は存在する。筆者は、それら関係者との連携と引継ぎをまず課題としてあげる。

一方で、事例1と事例2の大きな違いは、申立経緯に中核機関がかかわったか否かである。事例1の地域にはいまだ中核機関が設置されておらず、必要性、福祉制度等による補充性の十分な検討がなされないまま後見等の申立てがなされた。財産管理に難点（経済的虐待）があり、後見制度利用で解決を図ろうとしたケースである。しかし本人は保佐開始に不同意で、財産管理の代理権付与もなされていない。筆者は、代理権のない保佐人という立場で本人に同行し、本人による銀行引落としの手続で問題を解消に至らせた。同行支援であれば後見制度を利用するまでもなかったのではと疑

問を呈している。

令和8年1月に法務省法制審議会民法（成年後見等関係）部会は民法改正の要綱案を示し、今後の国会にて改正法案を提出予定である。改正法では、新補助開始審判（後見、保佐類型は削除、補助一本化）について本人の同意を原則としている。また、問題の解決後、必要がなくなったときは補助人の同意を要する旨の審判、代理権を付する審判を取り消すことができる。改正法によれば、事例1は、本人の積極的な拒否があり、そもそも新補助開始の対象となり得ない事例ではないだろうか。仮に、本人の同意があったとして、問題解決後は終了する案件となるであろう。

事例2では、申立てに中核機関がかかわり、検討のうえ、財産管理には司法書士が、身上保護には社会福祉協議会が分掌して後見人に選任された。その後、身上保護は市民後見人に円滑にバトンタッチされた事案である。財産管理についても、新日常生活自立支援事業に移行する日がくるのかもしれない。

いずれにしても、地域に暮らす一人ひとりの権利擁護のために、何が必要で、どのような制度利用が最適かの検討、また、改正法施行後「終われる後見制度」を実現するためにも、福祉、司法、行政のコーディネーターとしての中核機関が担う役割は、法改正後、さらに重要となるであろう。

(司法書士 浅井 知子・あさい ともこ)

1 はじめに

近時、成年後見等の開始申立件数は横ばい状態

にあるが、その中で市町村長による申立件数は増加傾向にある。これは成年後見制度利用促進法が施行され9年が経ち、促進法の理念の一つでもあ