高次脳機能障害者支援における

成年後見等の制度・運用の

改善に向けた提言

日本成年後見法学会　高次脳機能障害に関する研究委員会

平成 29 年 5 月

はじめに

当委員会では、これまでの活動において、高次脳機能障害者とその家族や支援者を支援する目的の下、さまざまな提案、提言を行ってきました。過去には、全国アンケートの実施（ただし、対象は交通事故による脳損傷者）をはじめ、「高次脳機能障害者支援法（委員会試案）」の提案、「高次脳機能障害者を支援する専門職後見人の行動指針」「高次脳機能障害者の親族後見人ガイドブック」を上梓するなど、多くの実績を積み重ねてきました。

近時、委員会の議論は、高次脳機能障害者の成年後見制度の利用が低迷している理由や意思決定支援の現状、成年後見制度以外の制度に着目するなど、高次脳機能障害の障害特性から見た後見制度やその周辺を改善に関する研究を通じて行ってきました。

この提言では、国連の障害者権利条約を念頭としつつ、その理念を盛り込んだ議論を通じ、高次脳機能障害者を支援するあたらしい方策を提案しています。高次脳機能障害者を支援するみなさまの議論に加えていただき、そのフィードバックをいただくことで、さらに支援者の輪を広げていきたいと希望しています。

この提言は、各委員が分担して執筆し、それを委員会において検討し、とりまとめたものです。検討にあたっては、ＮＰＯ法人日本脳外傷友の会の東川悦子さんにも多岐にわたるご意見をいただきました。この場を借りて御礼申し上げます。

高次脳機能障害に関する研究委員会委員長　長谷川　秀夫

本提言について

本提言は、高次脳機能障害者を支援するという観点のもとに、わが国の成年後見制度等における運用上および立法上の課題を取り上げ、改善に向けた方向性を示すものである。

本提言にいう高次脳機能障害者とは、脳血管障害・脳外傷等に起因する脳損傷による高次脳機能障害者である。

原則として 20 歳～65 歳の者を中心とするが、20 歳未満の者についても成年後見が利用されている例もある。また、65 歳を超える者については支援の方法において介護保険サービスの利用が優先される（ただし、介護保険サービスになり、障害福祉サービスの利用が必要な場合、市町村に相談のうえ支給決定されれば、利用が可能になる）ことから、議論を絞り込むために、本提言の対象とはしていない。

１　本人の日常生活がわかるような資料の必要性――身上監護に係る日常生活報告書

（１）審判手続における本人の日常生活に関する情報の必要性

高次脳機能障害による症状の現れ方は、脳の損傷部位・損傷程度といった外形的な差異によることはもちろん、本人の受傷・発症までの生活状態や、受傷・発症後の生活状態による影響も大きく受けることになる。そのため、家庭裁判所での後見等開始に係る審理手続においては、事前に本人の生活状態に関する情報を参照できる状態にしておくことが必要である。

ところが、医療機関で作成された診断書や鑑定書においては「本人の生活状態」といった要素は、医療診断の主たる対象ではないことから考慮されにくい。

そうすると、近年は調査官調査が行われることも少なくなっているなどの現状から、成年後見等の開始に向けた審理の過程で、本人の生活状態について、福祉の専門家による視点に基づく情報が提供されず、本人の状況を正確に反映した審判等がなされないおそれもあるといえるのではないだろうか。

（２）日常生活報告書の作成について

そこで、本人・家族などの当事者と、医療機関・裁判所との「本人に関して得ている情報」に関するギャップを少しでも減らし、より本人の状況に即した判断につなげることを目的として、「身上監護に係る日常生活報告書」の作成を提案する。この報告書は、申立ての際の資料として福祉専門職が作成し添付すること、または、家庭裁判所の鑑定命令に基づき福祉専門職が鑑定書として提出することを念頭においている。高次脳機能障害者支援の観点からは、とりわけ、「受傷・発症前」と「受傷・発症直後」、そして「現在」といった時系列に沿った状況の変化について、必要な情報を提供することが重要となる。高次脳機能障害による症状は、時間の経過とともに回復する場合があり、それに伴って生活の状況等も変化していくためである。

この報告書の記入者は、長期にわたり本人とかかわりを持っている福祉専門職が望ましい。

以下に、「日常生活報告書」の例を掲載する。

（桑田　優）

日常生活報告書

この報告書は、発症または受傷の前と後の日常生活の様子について記入していただくものです。記入していただいた情報は、後見等の申立てや審判の資料として使用させていただきます。

作成者	平成　　年　　月　　日作成
連絡先	本人との関係

１，基本事項

□　氏名（本人） 現住所	年　　月　　日生　性別 電話
□　氏名（相談者） 連絡先 電話・メール	本人との関係（続柄）
□　家族情報・緊急連絡先	
□　世帯（独居・配偶者・本人の父・本人の母・配偶者の父・配偶者の母・子　　人）	
□　家族状況（ジェノグラム）	

２，受傷（発症）前の生活状況

□　受傷（発症）時年齢	□　学歴（高校・大学・その他）
□　職歴（職種・勤務年数） ・ ・ ・	

質問事項	1,受傷・発症直後	2,受傷・発症後 (　か月　日)	3,受傷・発症後 (　年　月)	4,受傷・発症後 (　年　月)
自分の意思を伝えることができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
日にち・曜日を理解できる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
自分の名前を言うことができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
今の季節を理解できる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
まわりにある物に気がつくことができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
多少の刺激なら過度の反応をせず、落ち着いている	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ

特記事項（自由記入）

質問事項	1,受傷・発症直後	2,受傷・発症後 (　か月　日)	3,受傷・発症後 (　年　月)	4,受傷・発症後 (　年　月)
薬の服用など、毎日決められたことができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
自分で日常的な行動を決めることができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
金銭の管理ができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
怒りやすくなる、もしくは泣きやすくなる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
物を盗られたなどの被害的な発言をする	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
欲求が我慢できなくなる時がある	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
自分でできることも人任せにする	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ

特記事項（自由記入）

質問事項	1,受傷・発症直後	2,受傷・発症後 (　か月　日)	3,受傷・発症後 (　年　月)	4,受傷・発症後 (　年　月)
「自分は以前と変わらない」と思っている	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
外出時、目的地にたどり着くことができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
買い物時のレジや駅のホームなど、並んで待つことができる	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
他の人の行動が正しくないと思ったときに注意する	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ
職場で注意されることが増える	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ

特記事項（自由記入）

２　「診断書・鑑定書作成の手引」における高次脳機能障害の位置づけ

（１）はじめに

現在、最高裁判所事務総局家庭局から出されている、「成年後見制度における鑑定書作成の手引」および「成年後見制度における診断書作成の手引」には、制度の概要と書式、および、それを記載する際のガイドラインが書かれている。前者の例には、統合失調症、知的障害、認知症が、後者の例には、健忘症候群（血管性認知症の疑い）が挙げられ、その記載例が書かれている。すべての障害や疾患についてガイドラインや記載例を載せることは実際的ではないが、昨今、救急救命の進歩によって増加している高次脳機能障害の理解を広げ、診断・鑑定をする際にも、念頭に置くべき病態であることから、今回、「診断書・鑑定書作成の手引」において高次脳機能障害を位置づけてはどうか、検討することとなったものである。筆者は、以前から定型的な書式を作ることには、疑問を感じているため、書式にとらわれることなく、何に留意して、鑑定をすべきかという視点に立ち、指針（ガイドライン）の案を提案するものである。現行の「手引」、特に要点式については、ただ項目を埋め、表面的な手続になっている印象があり、本来、対象者が抱えている社会的困難を、医療面から探るという姿勢に欠けている。以下の指針案では、たとえ診断書・鑑定書作成のための対象者であっても、敬意を持って接し、何を目的としてこれらの行為を行っているかを十分考慮すべきであること、さらに、それによってどのような援助が必要か医療的な側面から明らかにすることをめざしている。１つの案にすぎないが、現行の診断書・鑑定書作成の際にも、このような姿勢で行うべきであると信じている。

（２）対　象

高次脳機能障害の原因には、交通事故等による頭部外傷や、脳出血・脳梗塞などの血管障害によるもの、さらに低酸素状態によるものなど多岐にわたる。しかし、原因はどうあれ、受傷直後の重度の場合は、従来の「手引」の認知症の書式に準じてよいと思われる。脳の器質的な原因による認知症ともいえる状態だからである。したがって、本指針の対象は、受傷後、ある程度身体的に回復し、通常会話ができ、問題がないように見える状態（いわゆる見えない障害の状態）の高次脳機能障害をもった人たちである。

（３）更新の提案

高次脳機能障害と、アルツハイマー病をはじめとする脳の変性を主たる原因とする認知症との違いは、適切な治療やリハビリテーションによって、一定の回復が見込めることである。また一定の回復がなくとも、症状の変動が考えられる。

それらの知識がある専門家であれば、今現在重度の障害があっても、数年後、早ければ、1 年程度後に症状の変化が考えられる場合は、鑑定をする際、困難を感じるはずである。確かに鑑定の際、要求されることの多い項目に、①精神上の障害の有無，内容及び障害の程度、②自己の財産を管理・処分する能力と並んで、③回復の可能性、があり、それについて言及することは可能であるが、いつごろ回復するか、どの程度の割合か、などの具体的な予見は困難であろう。それらを考慮すれば、受傷後に成年後見に関する鑑定をする場合は、鑑定後、数年間の間に、更新をするような制度（半年後や 1 年後に再鑑定など）となることが望ましいと思われる。

（４）指　針

まず、高次脳機能障害者の財産管理および身上監護に関する能力を勘案する際、どのよ

うな点について留意したらよいのか、その目的などを記し、さらに具体的な問いの例を挙げる。当然だが、例にすぎないから、その目的に沿った問いや生活状況から確認すべき項目は自ら、もしくは、ソーシャルワーカーや家庭裁判所の調査員等と相談して、考えてほしい。

以下、確認すべき内容、その目的、具体的な問いの例、の順に記す。

《確認すべき内容①》「生活の困難さや仕事、金銭面での困難さについて本人に聞く」

〈目的〉ご自身の障害についての理解や、その障害から生じている困難さなどを聞くことによって、初めてお会いする人に対して、敬意を示す意味合いと、導入の意味合いがあり、その会話の中から、どの程度ご自身の障害についての理解があるか、を知る。

〈具体的な質問の例〉

① どこか病気がありますか？

② 生活する上で困ることは？

③ もしも誰かに手伝ってもらうとしたら、どういった助けが必要ですか？

※本人の希望を聞く意味と、現状についての本人の理解が適切か、など判断力の評価にもなる

④ 仕事の人間関係はうまくいっていますか？

《確認すべき内容②》「社会的基本知識を聞く」

〈目的〉一般社会知識を聞くことで、教育歴などの情報がない人でも、大まかに知的レベルを知ることができる。また、財産管理だけに限らず、生活をしていく上で必要な、社会一般の知識を聞くことによって、身上監護に関する能力を推察することにも役立つ。なお、家族、日常生活を知る関係者がいる場合や、家裁調査官等によって、教育歴、日常の生活態度など得られる情報は得るほうがよい。

〈具体的な質問の例〉

① 金利とは？　サラ金とは？

② クレジットカードと現金との違い

③ その他、金銭等に関する基本的知識について聞く

④ その他、社会的ルール（ゴミ出しなど）など、生活上必要な知識を聞いてもよい

《確認すべき内容③》「自身に関する基本的知識」

〈目的〉財産管理や自身の身上監護をするうえで、基本的な自身に関する知識を所有しているかを確認する。なお、自身での記憶やその保持が困難であっても、ノートやメモに記載してあり、いつでも、確認できるようにしている場合や、特定の人に教えてもらうことができる、などの場合は、知識を所有しているとみなせる場合もある。

〈具体的な質問の例〉

① 預金、土地を持っていますか？

② 持っている場合は、銀行名は？土地はどこに何坪ありますか？

※これらを正確に確認しようとすれば、家裁調査官に調べてもらう必要がある。

《確認すべき内容④》「上述の知識を応用して、実際、どのように生活をしていくかの具体的なイメージを持つことができるかを見る」

〈目的〉一般的な知識としては、持っていても、それを自身の具体的な生活に当てはめて、考えられない場合があり、それをできるだけ具体的な会話の中から、探る必要がある。例えば、金利や銀行についての知識はあっても、具体的な話になると、「何とかなる」「友達がいるから」などとあいまいになったり、「俳優になればいい」など無計画な考えを言ったりする場合がある。

〈具体的な質問の例〉

① アパートを借りて生活するなら、ひと月いくらあれば生活できると思いますか？

② 将来はどうやって生きていきたいですか？

※表面的な知識はあっても、生活感を持ってイメージできない人もいる。例えば、「誰かが、おごってくれる」「テレビに出れば‥」など。

《確認すべき内容⑤》「現在、どのように金銭管理を行っているか、それに伴い、どのような困りごとがあるかを聞く」

〈目的〉今行っている金銭管理の実態や、トラブル、困りごとなどを聞くことにより、具体的な金銭管理についての能力や、判断力をみる。当然だが、本人が「困っていない」と言うことが、生活に支障がないことを意味しない。可能な限り、生活実態を知る家族、友人、もしくは、家庭裁判所調査官から、情報を得る努力をしたほうがよい。

〈具体的な質問の例〉

① クレジットカードは、持っていますか? （持っていれば）それは何枚ですか？

② 今持っているクレジットカードで、どのくらいの買い物ができるか、ご存知ですか？

③ お金を下ろす時は、銀行の窓口ですか？ ＡＴＭですか？

④-1 （窓口の場合）通帳、印鑑の管理はどうしていますか？

④-2 （ＡＴＭの場合）暗証番号はどのように管理していますか?

※暗証番号そのものを聞く必要はない

⑤ ネットショッピングや、スマートフォンでお金を請求されて困ったことはありませんか？

《確認すべき内容⑥》「実生活上、起き得る事態に対しての一般的な判断力を有しているかを見る」

〈目的〉 前記④も判断力に関係する問いであるが、この項は、社会一般の出来事についての判断力について問う。個人レベルで生活が成り立っても、社会ルールをある程度遵守して、一般社会人として生活が可能かをみることが目的である。

〈具体的な質問の例〉

① 救急車を呼ぶときはどんなときですか？ そのときは、どうやって呼びますか？

② もし、あなたが、倒れそうなくらい、頭や胸が痛くなったら、どうしますか？

※④の問いと関係があるが、救急車についての一般知識があっても、自分について想像できない場合もある。「そんなことは起きたことがない」「元々丈夫だから」などが、判断力や、想像力に欠ける典型的な答えである。

③ ○○から、▽まで、急いでいくとしたら？（地名は適当に入れる）

※一般的な交通機関についての知識があるか、という点と、経済的な判断力等をみ

る。また、もし、返答した交通機関が利用できない場合は、別の方法もあるか、などと災害・事故等で不通になった場合のことも想定できるかという、生活上、多少複雑な判断力について、聞くこともできる。どんな遠方でも、「タクシーに乗ればすぐ」などは、経済的・現実的な判断力を有していない可能性がある。

④　１万円拾ったら、どうしますか？

※最低限の倫理観・道徳観を有しているかをみる。

⑤　路上で、うずくまって苦しそうな人がいたらどうしますか？

⑥　その他

※財産管理に直接関係なくても、このような社会人として、当然有していることが期待される常識、社会規範等は、日常生活能力を検討する上で重要であると思われる。

（５）その他

以上、高次脳機能障害者が、社会生活を送る上で、どのような困難があり、それをどのように支援をしたらよいかを探るための鑑定書を作成する上での指針案を記した。まだまだ、不十分な点も多くあろうし、また、項ごとに記しているが、重なり合っている部分も多いと思う。参考になれば、幸いである。

（水野　裕）

３　審判書等において障害の特性に応じた支援内容を明示すること

（１）趣　旨

現在の家庭裁判所の実務では、後見等の開始に際し、成年後見人等が当該事案において業務を行うにあたって留意すべき点などについて、審判書等に明示されることはない。もちろん、担当書記官などと成年後見人等の受任者が、個別に連絡をとり、当該事案における後見事務遂行上の留意点や家庭裁判所の考え方などを確認することはあろうし、成年後見人等が就任後に財産目録や収支予定表等を家庭裁判所に提出する際に、それらのことを確認することはできると思われる。

判断能力不十分の機序となっているのが、認知症や知的障害など、その存在や症状が比較的周知されている被後見人の場合であれば、それでも大きな問題はないかもしれない。

しかし、精神障害のように人によって症状に大きな違いがある場合や、高次脳機能障害のように障害や症状について周知が進んでおらず、さらに人によって症状に大きな違いがある場合については、取扱いを異にする余地があるように思われる。

高次脳機能障害の場合、そもそも成年後見人等が、この障害の存在を知らない、または、知っていても症状等の十分な理解を得ていない可能性が少なくない。このようなときに、高次脳機能障害の症状や特徴について、十分な知識・理解をもたないままに後見業務を開始すると、いたずらに本人や周囲の者を精神的に傷つけたり圧迫したりすることになるし、後見業務の遂行に困難を来すことにもなろう。

家庭裁判所は、後見等を開始するための審理手続において、本人に関する十分な情報を収集し、当該事案の困難や解消すべき課題等を把握したうえで、「成年被後見人の心身の状態並びに生活及び財産の状況、・・・その他一切の事情を考慮し」、それらの役割を遂行するに適格な後見人を選任する（民法８４３条４項）。

そうして選任された成年後見人等に対しては、本来、本人がどういった状況にあり、どういった業務の遂行が求められているために当該成年後見人等が選任されたのかといったことを、家庭裁判所が説明すべきといえる。

そして、家庭裁判所が必要と判断した場合に、成年後見人等に対して、審判書または指示書により、家庭裁判所の当該事案に対する考え方を示し、場合によっては具体的な業務内容を指示することも考えられるのではないだろうか。高次脳機能障害のように、障害の存在がまだ十分に周知されておらず、また、その症状の個別性が高いものについては、その必要性がより強くなるものといえる。

ただし、審判書または指示書により示された内容が、成年後見人等をどの程度拘束するのか、それに反した業務をした場合の法的効果はどうなるのか（善管注意義務違反として本人に対する責任を問われるのか、解任事由となるのか、など）、といった観点も含め、慎重に検討する必要がある。

（２）高次脳機能障害に関する説明・情報提供の例

以下に掲げるのは、高次脳機能障害に関する説明・情報提供の例である。

後見人の方へ

高次脳機能障害の特性について

《はじめに》

被後見人の言動が、ふまじめとか、わがままにみえることがあるかもしれません。時には被後見人が「うそをつく」と思うこともあるかもしれません。しかし、もしかすると、それは脳の傷が原因となっておこっていることかもしれないのです。

また、なんでもわかったり、できたりするようにみえ、障害を持っているとはとても思えないということがあるかもしれません。でも、被後見人とお付き合いする間に、直前のことを全く覚えていなかったり、非合理的な言動をとったりすることがあることがわかってくる、ということがあるかもしれません。

高次脳機能障害がわかりにくい障害といわれるのはこのようなことがあるからです。

高次脳機能障害者を支援するにあたっては、後見活動に入る前に、家族、医師やリハビリスタッフ、相談員などの医療関係者、福祉関係者などから可能な限り情報を得ておくことが大切です。そしてこれらの関係者と相談をしながら、支援計画を作成することで、連携がとりやすくなります。そのことが、被後見人の環境を整えることにつながり、被後見人が落ち着いた生活を送ることを可能にします。

高次脳機能障害は、たとえば家族の病気や認知症の発症などの、環境の変化によっても変わっていく障害です。後見活動中も、関係者と連絡を取り合い、情報交換をするとよいでしょう。なお、全国に高次脳機能障害の支援拠点機関がありますので、拠点機関に配置されている支援コーディネーターに相談したり、また、日本成年後見法学会『高次脳機能障害に関する研究委員会 2010 年度報告書』の第 5 章「高次脳機能障害者を支援するための専門職後見人の行動指針」（73 頁～93 頁）も、事前に、そして

活動中もお読みいただくとよいでしょう。

いうまでもなく、後見活動で大切なことは、被後見人が今までどのような生き方をしてきて、そしてこれから何を大事にしながら生きていこうとしているのか見極めながら、どのようにサポートするかということであり、そのためには障害特性をよく理解することが必要となります。「よくあること、誰にでもあること、リスクを承知で本人が決めたこと」などと勝手に判断して、決して誤った対応をしないようにしたいものです。

また、支援計画については、いったん作成して終わりというものではありません。本人の状態や周囲の状況の変化などに応じて、適宜に見直す必要があります。

《障害特性》

〈障害特性①－記憶力の低下〉

・物の置き場所を忘れたり、新しい出来事を覚えていられなくなる。
・事実と異なることを現実にあったかのように話す。
・印象に残ったことは覚えているのに、普段の何気ないことを忘れる。
・買ったことを忘れて、同じものをたくさん購入したり、お金を貸したり借りたりしても、それを忘れてトラブルになる（大事な書類をなくすこともある）。

⇒次のようなことに気を付けましょう。

・記憶を助ける環境を作る。例えば、メモ帳を利用するようにする。ただし、あれこれ使うのではなく、必ず１冊に絞る。メモした内容を必ず確認する（きちんとメモされているかどうか確認が必要）。
・注意を喚起してから、記憶する内容を伝える。
・何度も繰り返してメモを見る習慣をつけるなど、身体を使って覚えてもらうようにする。
・領収書やレシートは、すべて同じ入れ物に入れるようにする。

〈障害特性②－注意力の低下〉

・何かをするとミスばかりする。
・２つのことを同時にしようとすると混乱する
・すぐに横になりたがる。
・じっと座っていられない。
・相手の話す内容が理解できない。テレビの内容がわからないので見なくなった。話しかけられているのに無視したような態度をとる。
・左右どちらかの側（主に左）のものを食べ残す。左側にぶつかる。
・財布を、よくなくしてしまう。

⇒次のようなことに気を付けましょう。

・伝えたいことや修正は１つずつ行う。
・伝えたいことは、短時間で、ゆっくりと、丁寧に、反復して行う。

・平易な言葉で、短い文章で伝える。
・きちんと伝わったかどうか、理解したことを口頭で話してもらう。
・言葉で確認しながら行動してもらう。
・チェーンで財布をベルトに取り付けるなどの工夫する。

〈障害特性③－遂行機能の低下〉

・結果がどうなるのか、総合的に予測しながら計画したり、行動したりすることができない（いきあたりばったりの行動をする、他の合理的な意見を取り入れることができない、効率的な行動ができない、優先順位をつけられない、など）。
・時間の予測ができないため、約束の時間に遅れる、あるいは非常に早く到着する。
・計画的にお金を使うことができない。
・飲酒やギャンブルにのめりこむ。
・ネット販売など、勧誘にすぐのってしまう。

⇒次のようなことに気を付けましょう。

・あらかじめ成果を説明する。そのうえで行動を、具体的な手順に沿って説明する（いつ、 何を、どうする）。
・行動の枠を作ってパターン化する。
・臨機応変や急な変更は、混乱しやすい。
・例えば、1カ月分ではなく、1週間分のお金を渡すなど、短期で少額のお金を渡すようにする。
・本人との話し合いで、一定の上限を決める。

〈障害特性④－　社会的行動障害〉

・重要な項目と些細な項目の区別ができない。
・目標とは無関係な事柄を判断材料に持ち込む。
・自分はなかなか決められず（決めようとせず）、すぐ他人を頼ったり、子どもっぽくなる（依存性・退行）。
・無制限にお金を使ったりする。借金を厭わないこともある（欲求コントロール低下）。
・些細なことですぐ怒ったり、笑ったり、感情を爆発させる。場合によっては、警察沙汰になることもある（感情コントロール低下）。
・相手の立場や気持ちを思いやることができず、よい人間関係が作れない（対人技能拙劣）。
・こだわり、やる気がない、元気がない。
・「正義感」を他人に対して過剰に求める。

⇒次のようなことに気を付けましょう。

・欲求のコントロールができない場合は、まず、気が散りにくい静かな場所を選ぶなど、イライラしにくい環境をつくる。
・感情の抑制ができないときは、説得しようとせず、場所を変えたり、話の内容を

変えたりして、落ち着くのを待つ。
・あいまいな表現で伝えたり、例え話で伝わらないことがある場合は、単刀直入に話す。
・本人が最も信頼している人から、よりふさわしい行動について説明してもらう、
・必要に応じて、高次脳機能障害支援センターや家族会、地域の相談支援事業所、地域包括支援センター、精神科病院などに相談する（なお、ここに記載した関係機関のすべてが必ずしも高次脳機能障害に関する情報に詳しいとは限りません）。

〈障害特性⑤－病識低下〉
・自分が障害を持っていることに対する認識がうまくできない。障害がないかのように振る舞ったり、言ったりする。
・何度失敗しても、その原因がほかのことにあると言い張る。
⇒次のようなことに気を付けましょう。
・可能な範囲で失敗してもらい、それを一緒に確認する。
・できないことを指摘するより、できていることを認めるようにする。
・仲間を作って安心して弱さを出せる環境を作る。
・被後見人が信頼している人の力を借りる。

〈障害特性⑥－その他〉
・言葉の意味を理解できない、思っていることを的確な言葉で表現できない（失語症）。
⇒次のようなことに気を付けましょう。
・障害の特性を医療機関のスタッフに尋ねることが必要。たとえば、漢字で書いたほうが伝わりやすいのか、言葉で話したほうが伝わりやすいのか、あるいは図や絵を使うほうがよいのかなど、それぞれとりやすいコミュニケーションの方法が異なるということを知る。

《支援計画作成の流れ》
①　情報収集
家族、医師や看護師、リハビリスタッフ、高次脳機能障害支援拠点機関（各県に１カ所以上ある）や相談支援事業所の相談支援専門員、地域包括支援センターや在宅介護支援センターなどのケアマネジャー、家族会、民生児童委員など。勤務先や交友関係者から症状や対応のポイントをしっかり聞く。

②　分　析
被後見人自身と、被後見人を取り巻く人たちとの関係の歴史をたどり、障害によってどのような変化が起こっているのかを分析する（たとえば、親分肌の人で、いろいろな人から頼りにされていた自営業の人に、遂行機能や記憶力の低下の障害が生じた場合、それがどのように日常生活に影響しているのかを分析する。どのような部分が

以前のままなのかを把握し、今後、どのようなトラブルが起こりうるかを予測し、支援方法を検討する。）

③　計画の立案

被後見人、家族、さらにケアマネージャーや、相談支援専門員とも相談しながら支援計画を立案する。介護保険サービスや、障害福祉サービスを使う場合、その事業所の福祉関係者とも役割分担を話し合っておくとよい。

④　支援体制の構築

上記機関との連携はもちろんのこと、民生委員、近隣の人などとも連絡を取り合えるようにしておくとよい。

⑤　後見活動開始

ケア会議などへの積極的な参加が望ましい。

⑥　社会生活への復帰、支援計画の見直し

環境の変化や、障害の状態の変化により、利用している福祉サービスの変更をしたり、就労や就学などに取り組んだりする必要がある。状態の変化に応じた支援計画の見直しが必要。

《まとめ》

被後見人である高次脳機能障害の方は、受傷後、突然、障害とともに生きていかねばならなくなり、社会的役割の変更を余儀なくされた方々です。そのことを理解しながら、関係のある人や、機関と連絡を密に取り合い、後見活動をしていきましょう。

（隅原　聖子）

４　脳外傷による高次脳機能傷害の後遺障害認定の利用

（１）自動車損害賠償保障法

（Ａ）自賠法

昭和 30 年（1955 年）７月 29 日、自動車損害賠償保障法（法律第 97 号）が制定された。

自賠法は、第１章「総論」に続き、第２章「自動車損害賠償責任」として損害賠償責任にかかる規定、第３章「自動車損害賠償責任及び自動車損害賠償責任共済」として責任保険（以下、共済も含めて「保険」という；保険法２条１号）に関する規定、第４章「政府の自動車損害賠償保障事業」として国による保障事業について規定している。

被害者の保護を図り、自動車運送の健全な発展に資することを目的として（同法１条）、実質的無過失責任について規定する損害賠償法（同法３条）と、強制保険制度による履行保障法（同法５条）、保険による救済が図られない被害者のための国の保障法（同法７１条）が体系化されている。

（Ｂ）運行供用者責任

自賠法３条本文は、「自己のために自動車を運行の用に供する者は、その運行によつて他人の生命又は身体を害したときは、これによつて生じた損害を賠償する責に任ずる」と規定している。

すなわち、自動車によって人身事故が生じた場合、運行供用者は、原則として損害賠償責任を負う。

例外的に責任が免がれるには、同条ただし書により規定されているとおり、①自己および運転者の無過失、②被害者または運転者以外の第三者の故意または過失、③自動車の構造上の欠陥または機能障害の不存在、を立証しなければならない。

すなわち、自らの無過失を立証しても責任を免がれるものではないので、単に過失の立証責任が転換されただけではなく、責任が過重されている。

運行供用者責任が実質的無過失責任といわれる所以である。

（Ｃ）自賠責保険

自賠責保険とは、保有者に自賠法３条の責任が生じた場合および運転者に損害賠償責任が生じた場合、保有者および運転者の損害を填補する保険である（同法 11 条）。

自賠責保険契約が締結されている自動車でなければ、運行の用に供することはできない（自賠法５条）。すなわち、自賠責保険は、強制保険である。これに反して、無保険にて運行の用に供した者は、１年以下の懲役または５０万円以下の罰金に処せられる（同法 86 条の３第１号）とともに、免許停止等の行政処分が科される。

（Ｄ）政府保障事業

自賠法 72 条は、自動車事故により生命又は身体を害された被害者が、自賠責保険に請求できない場合には、政府が被害者の損害を填補する政府保障事業について規定している。

具体的には、ひき逃げによって加害者が不明な場合、加害者が自賠責保険の被保険者でない場合（無保険車）である。

政府保障事業により、おおむね（完全に一致しているわけではないが）自賠責保険により受領できる損害賠償額とほぼ同様の救済が与えられている。

（Ｅ）まとめ

こうして、自賠法によって、自動車による人身事故の被害者は、自賠責保険による一定額の保障は受けられる。

（２）自賠責保険の損害算定

（Ａ）損害保険料率算出機構

自賠責保険における損害調査は、大量の事案を迅速かつ公平に行うため、各保険会社ではなく、損害保険料率算出機構が行う。

損害保険料率算出機構とは、「損害保険料率算出団体に関する法律」に基づき、自動車保険料率算定会（自算会）と損害保険料率算定会（損算会）が統合して平成 14 年７月１日から業務を開始した非営利法人である。

通常は、損害保険料率算出機構の下部組織である調査事務所において行われるが、判断が困難な事案については、調査事務所の上部機関である地区本部、本部で審査が行われる。

ただし、損害保険料率算出機構は、保険契約における当事者ではない。あくまでも、損害保険料率算出機構による損害調査の結果を受けた自賠責保険会社、事前認定の結果を受

けた任意対人賠償責任保険会社において、当事者として最終的に判断した結果が、被害者や被保険者に対して示されることになる。

（Ｂ）特定事案

高度な専門知識が要求され判断が困難な事案(認定困難事案）や、請求者が調査結果や支払額に不服があるため再度請求が行われた事案（異議申立事案）については、弁護士、専門医、交通法学者等の外部の専門家が参加する「自賠責保険（共済）審査会」において審査がなされる。

審査会は、有無責等の専門部会と後遺障害の専門部会から構成されている。後遺障害の専門部会には、高次脳機能障害専門部会と非器質性精神障害専門部会がある。

自賠責保険における損害調査において、高次脳機能障害は、極めて厳格な手続を経て、後遺障害等級認定がなされている。

（Ｃ）指定紛争処理機関

平成 14 年改正により、国土交通大臣および内閣総理大臣は、保険金等の支払いに係る紛争の解決を図るための指定紛争処理機関（ＡＤＲ）を指定できることになった（自賠法 23 条の５）。平成 14 年４月１日に財団法人（現在は一般財団法人）自賠責保険・共済紛争処理機構が指定紛争処理機関としての指定を受け、東京および大阪での業務を開始している。

自賠責保険・共済紛争処理機構においては、自賠責保険に関する紛争、特に、加害者の責任の有無や後遺障害の等級認定について、自賠責保険の支払基準に則って公平中立な第三者の立場からの判断が示される。この判断について、保険会社は遵守することが自賠責保険約款に規定されているが、被保険者や被害者は調停を受け入れるかどうかは自由である。

（４）自賠責保険における高次脳機能障害認定システム

（Ａ）後遺障害等級認定

自賠責保険においては、被害者の主治医によって「自賠責保険後遺障害診断書」が作成されると、それに基づき、後遺障害等級認定が行われ、認定された等級に基づき、被害者の損害が算定される。

自賠責保険における後遺障害等級認定は、労災保険に準拠しているが、労災とは異なり、介護を要する後遺障害は別表第１、それ以外は別表第２と区別され、別表第１は常に介護を要する１級と随時介護を要する２級、別表第２は１級から 14 級に区分されている。

（Ｂ）高次脳機能障害認定システムの導入

労災に準拠する自賠責保険であるが、高次脳機能障害の認定システムの導入、公表は、自賠責保険が労災に先行した。

「高次脳機能障害」との用語が一般的にも認識されるようになったものの、交通事故事案において「脳外傷による高次脳機能障害」が看過されてきたのではないかとの問題提起に基づき、平成 12 年 12 月 18 日、高次脳機能障害について特別の認定システムが作られ、平成 13 年１月１日から、専門部会による、特別な認定システムにより、「神経系統の機能または精神の障害」の後遺障害として認定されるようになった。

（Ｃ）器質的精神障害

脳外傷による高次脳機能障害は、非器質的精神障害と区別され、重度の障害として評価

される器質的精神障害であるからこそ、意識障害、画像所見といった他覚的所見・客観的所見が重視されている。

すなわち、脳細胞へのダメージが大きければ、意識障害の程度や期間も深刻になるのであって、脳神経外科分野においては、受傷時の意識障害の有無が脳損傷の評価にとって極めて重要な指標となる。

また、局在性の損傷であれば、ＣＴやＭＲＩといった画像で直接確認できるが、びまん性の損傷の場合は、受傷直後には画像上確認できないこともある。しかし、器質的な脳損傷であるから、経時的に、脳室拡大・脳萎縮の有無を確認することができるので、画像所見が重視されるのである（なお、医療機器等の進歩によって、ＣＴやＭＲＩでは確認できないような損傷まで確認できるようになることもあろう）。

反対に、意識障害も認められず、画像上、異常所見も認められなければ、器質的な脳損傷を損害賠償法をふまえて証明したことにはならず、自賠責保険における脳外傷による高次脳機能障害とは認定されないことになる。

もっとも、自賠責保険における高次脳機能障害認定システムは、意識障害と画像所見を重視しているが、だからといって、それだけで全てを決しているわけではなく、症状の推移、検査所見等を総合的に判断して、脳外傷による高次脳機能障害であるか否かが慎重に判断されている。

（Ｄ）高次脳機能障害認定システム

自賠責保険においては、高次脳機能障害事案として審査の対象と考える事案についての以下の基準を公表している（自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会「自賠責保険における高次脳機能障害認定システムの充実について（報告書）」（平成 23 年 3 月 4 日））。

【高次脳機能障害審査の対象とする事案】（改定案）

Ａ．後遺障害診断書において、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められる（診療医が高次脳機能障害または脳の器質的損傷の診断を行っている）場合

全件高次脳機能障害に関する調査を実施の上で、自賠責保険（共済）審査会において審査を行う。

Ｂ．後遺障害診断書において、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められない（診療医が高次脳機能障害または脳の器質的損傷の診断を行っていない）場合

以下の①～⑤の条件のいずれかに該当する事案（上記Ａ．に該当する事案は除く）は、高次脳機能障害（または脳の器質的損傷）の診断が行われていないとしても、見落とされている可能性が高いため、慎重に調査を行う。

具体的には、原則として被害者本人および家族に対して、脳外傷による高次脳機能障害の症状が残存しているか否かの確認を行い、その結果、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められる場合には、高次脳機能障害に関する調査を実施の上で、自賠責保険（共済）審査会において審査を行う。

① 初診時に頭部外傷の診断があり、経過の診断書において、高次脳機能障害、脳挫傷（後遺症）、びまん性軸索損傷、びまん性脳損傷等の診断がなされている症例

② 初診時に頭部外傷の診断があり、経過の診断書において、認知・行動・情緒障害を

示唆する具体的な症状、あるいは失調性歩行、痙性片麻痺など高次脳機能障害に伴いやすい神経系統の障害が認められる症例

（注）具体的症状として、以下のようなものが挙げられる。

知能低下、思考・判断能力低下、記憶障害、記銘障害、見当識障害、注意力低下、発動性低下、抑制低下、自発性低下、気力低下、衝動性、易怒性、自己中心性

③　経過の診断書において、初診時の頭部画像所見として頭蓋内病変が記述されている症例

④　初診時に頭部外傷の診断があり、初診病院の経過の診断書において、当初の意識障害（半昏睡～昏睡で開眼・応答しない状態：ＪＣＳが３～２桁、ＧＣＳが 12 点以下）が少なくとも６時間以上、もしくは、健忘あるいは軽度意識障害（ＪＣＳが１桁、ＧＣＳが 13～14 点）が少なくとも１週間以上続いていることが確認できる症例

⑤　その他、脳外傷による高次脳機能障害が疑われる症例

（注）上記要件は自賠責保険における高次脳機能障害の判定基準ではなく、あくまでも高次脳機能障害の残存の有無を審査する必要がある事案を選別するための基準である。

そこでは、後遺障害診断書に高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められる場合（A）と、認められない場合（B）に区別したうえ、症状が認められない場合であっても、初診時や経過の診断書に高次脳機能障害との診断がなされていること、高次脳機能障害の症状が認められる場合を審査対象としている（①、②）。

さらに、頭部画像所見（③）、意識障害（④）が確認できる場合、その他の場合（⑤）をかかげている。

（Ｅ）自賠責保険における審査対象のポイント

（ｉ）具体的症状

自賠責保険においては、高次脳機能障害、すなわち、認知・行動・情緒障害を示唆する具体的症状として、「知能低下、思考・判断能力低下、記憶障害、記銘障害、見当識障害、注意力低下、発動性低下、抑制低下、自発性低下、気力低下、衝動性、易怒性、自己中心性」をあげている。

（ii）画像所見

「経過の診断書において、初診時の頭部画像所見として頭蓋内病変が記述されている症例」が審査の対象となるが、ＣＴ、ＭＲＩが有用な資料であると考えられ、機能画像である拡散テンソル画像（ＤＴＩ）等では脳損傷の有無等を確定的に示すことはできない、と確認されている。

（iii）意識障害

「初診時に頭部外傷の診断があり、初診病院の経過の診断書において」、意識障害が一定程度継続する症例が審査の対象となるが、「当初の意識障害（半昏睡～昏睡で開眼・応答しない状態：ＪＣＳが３～２桁、ＧＣＳが 12 点以下）が少なくとも６時間以上、もしくは、健忘あるいは軽度意識障害（ＪＣＳが１桁、ＧＣＳが 13～14 点）が少なくとも１週間以上続いていること」が求められている。

（５）自賠責保険における高次脳機能障害の認定

（Ａ）損害賠償法理

自賠責保険は、保有者の運行供用者責任という法的責任を担保するものであるから、損害賠償法理に基づく厳格な判断が基礎にある。よって、おのずから、福祉や行政における被害者救済の場面との相違が生じることは否定できない。

（Ｂ）法的な証明

最高裁昭和 50 年 10 月 24 日判決（民集 29 巻 9 号 1417 頁）は、「訴訟法上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りる」と判示している。

ここでいう「高度の蓋然性」とは、最高度ではないとしても、中程度でも軽度でもないのであるから、おおむね 80％以上の心証度と評されることが多い。単に、影響があったとか、可能性があったとかいった程度では、およそ不十分である。万人ではなくとも、「通常人」が「疑いを差し挟まない程度の真実性の確信」を持ちうるものでなければならない、という高いハードルである。

何らかの関連性が否定できないとか、可能性があるとか、それだけでは、因果関係が認められるわけではない。

また、単なる裁判官の主観的確信ではなく、事実の関する高度の蓋然性が証拠によって基礎づけられたかどうかが、通常人による確信を基準として決定されるべきことは言うまでもない。

因果関係に関するこの内容は、民事訴訟における「証明」そのものに当てはまる。民事訴訟における証明が、高度の真実蓋然性であるといわれるとおりである。

医学的に高度の関連性が肯定され、それが法的評価としても高度の蓋然性を認めるに十分な場合に、法的にも、それが事実として認められることになるはずである。

（６）自賠責保険における後遺障害の認定を成年後見制度における高次脳機能障害の認定に利用すべき

こうして、法的責任を担保するための自賠責保険における後遺障害の認定も、厳格な証明を基礎とするものといえる。よって、その判断は十分に信頼に値するものである。

成年後見制度においても、自賠責保険における高次脳機能障害の認定を積極的に利用することが必要である。これによって、時間的にも、経済的にも、精神的にも、高次脳機能障害における成年後見制度の負担を大きく軽減できると思われる。

もとより、自賠責保険における認定は、限られた資料に基づく書面審査であるから、絶対ではなく、現に個別具体的な事案としてあらゆる立証が尽くされる訴訟において結論が覆されることは珍しくない。よって、自賠責保険においては高次脳機能障害としての後遺障害等級認定に至らなかった場合であっても、他の資料に基づく成年後見制度の利用の途を閉ざす必要がないことはいうまでもない。

（古笛　恵子）

５　親なき後への対策、養護者の支援

高次脳機能障害若者の会「ハイリハ東京」で、成年後見制度についての説明会を行った時の担当者からの返信メールを紹介する。

> 先日のご講演　ありがとうございました。
>
> 当会の当事者は全員と言ってよいほど子供の立場の方です、10代と20代と若い年齢で受傷発症した方ばかりですから社会とのかかわりが親任せです。これから必ずやってくる親亡き後のことは今後も課題として勉強していきたいと感じております、取り急ぎ御礼まで。
>
> 下記は当事者（30代女性）が書いた感想です。原文を送ります。
>
> きのうの定例会、お疲れさまでした。
>
> 午前中は、26年度の活動報告などを行う総会に続いて、連絡事項や会員の近況報告など、通常の定例会になりました。
>
> 午後は、「親（養護者）なき後の支援と成年後見制度」というテーマで、講演をして頂きました。親なき後に求められている支援は、財産管理と、契約や手続き、支払いなどの身上監護が大きな割合を占めていて、それらをカバーする成年後見制度の話をして頂きました。
>
> 私は、その中で使われていた「残存能力」という言葉を、「現有能力」という言葉に言い換えていらした事が、印象に残っています。成年後見制度を使う上での、障害者の権利や本人の自己決定権、ある程度の希望が反映できる後見人の選定などを、教えて頂きました。普段は考える事がほとんどない「親なき後」に、定例会で、折に触れて、考える機会を頂いています。

（１）「養護者なき後」の問題を考える端緒

筆者は、親（養護者）なき後の支援を考えるとき、「まず本人を思うのであればこそ、本人を支援している養護者自身のことを確認しましょう」と伝えている。この養護者自身のことを考えるタイミングとして、親が自分で収入を得られなくなった時だというお話をうかがったことがある。自分も年金を受給するようになったら、子どもの障害年金を管理する人を考えることが必要でないか、というのである。養護者である自分自身のことを考えることは、養護者なき後に本人はどのような暮らしになるのか、将来にわたる生活費はいくら必要なのか、今後かかわってくれる親族や兄弟姉妹、成年後見人等のために何をどのようにして準備しておけばよいのかなど、さまざまな問題の発見と解決の糸口につながる。

「養護者なき後」とは、養護者が亡くなるということだけでなく、認知症や脳出血などの疾病により、養護者自身がサポートが必要な状態になることも考えられる。

（２）養護者なき後の問題に取り組むためのツール

（Ａ）エンディングノート、ライフプランノート

市販のエンディングノートやライフプランノートなどの作成が考えられる（簡単なものでよい）。昨今では行政が発行しているものもある。大切な人へ届けたいメッセージなども記入して作成する。

育成会等では、これらに加え、「つなぐノート」など、障害者本人のことを記録するノ

ートなども発行されている。

（Ｂ）ソーシャルサポート・ネットワークの分析マップ

さらに、筆者は、くらしの中で本人を支えている周辺の関係者の状況をソーシャルサポート・ネットワークの分析マップ（以下、マップという。事例１・２のマップ参照）として可視化することを勧めている（河野聖夫は、「ソーシャルサポート・ネットワークの分析（マップ）」ツールを提案し、ソーシャルサポート・ネットワークというネットワーク分析、すなわち「様々な関係のパターンをネットワークとしてとらえ、その構造を記述・分析する方法」が重要であると述べている。

マップは、本人との関係性を三重の同心円上に配置する形式で図示している。同心円の真ん中に本人を置き、その周りを、①常時継続的に支援する存在、②必要時や要請時に支援する存在、③支援の可能性のある存在、という段階に分けて、人や機関などの社会資源を書き入れる。これは、それらの社会資源がどのような役割を果たしているのかを考えるきっかけにもなる。

「支援の可能性のある存在」には、将来的に利用する可能性の高い制度等を書き込んでおくとよい。たとえば、現時点で成年後見制度を利用していないようであれば、任意後見制度（任意後見人）、法定後見制度（成年後見人等）、家族信託制度等である。これにより、どの時期で任意後見制度の利用を考えたらいいのか、家族信託の利用が可能かなどを検討することができる。親族や友人等のインフォーマルな支援者が少ないときには、判断能力等の状況に応じて成年後見制度を利用することが必要な場合も多い。自分を取り巻く人・支えてくれる人を可視化することで、あらためて、自分や家族、障害者の子どもを支えてくれている人に気づくことができる。

（３）事例からみるソーシャルサポート・ネットワークの活用

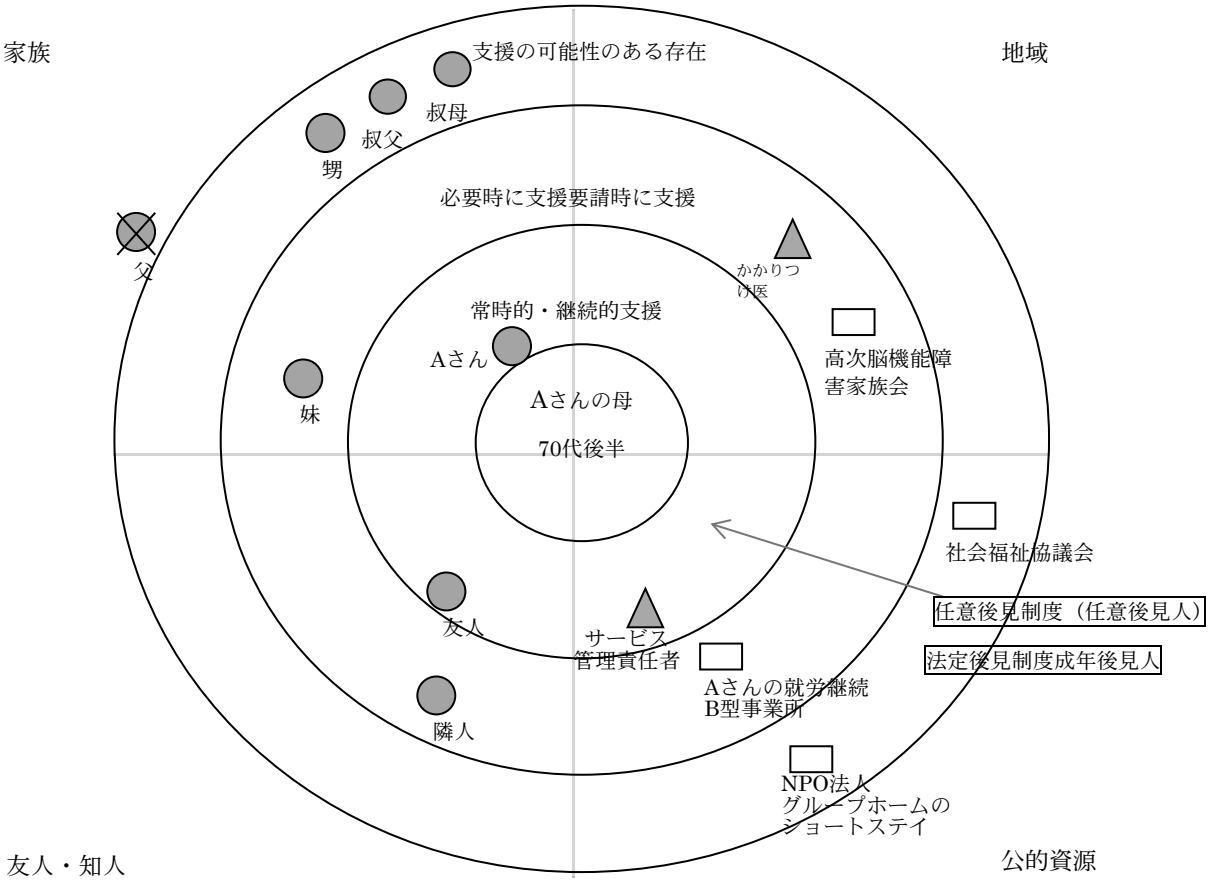
事例１に、高次脳機能障害者Aさんの母親が、任意後見制度の利用を検討した際のソーシャルサポート・ネットワークのマップを示した。三重の同心円上に真ん中には、母親を配置する。養護者なき後の問題を考える際には、このマップの中心を母親からAさん本人に置き換えて、ソーシャルサポート・ネットワークの位置や変化を確認する。このような可視化の作業が、これから何が必要となるかに気づく機会となるようである。

事例2は、Aさんに後見人が選任された後のマップである。三重の同心円の真ん中にAさんを配置する。これまでにかかわってきた関係者と新しくかかわることになった支援者（後見人等）がどのように位置しているかを可視化している。また、Ａさんのグループホーム入所を検討するために、Ａさんの意思決定支援にかかわるメンバーとその役割を検討した状況を表している。

《事例１》

作成日〇〇年〇〇月〇〇日

母親の任意後見制度利用の検討



〇＝家　　族、友人・知人、地域、　　△＝公的資源（個人）　　□＝公的資源（組織）

〈役割分析（事例1）〉

必要な支援	誰が（社会的存在）	引き受けている・期待されている役割
任意後見制度	社会福祉協議会	社会福祉協議会への相談 成年後見制度利用の情報提供、候補者の紹介
	友人	任意後見人候補者として検討
	甥	任意後見人候補者として検討
	妹	Ａさんの成年後見利用の申立人・候補者として検討
	高次脳機能障害家族会	親なき後のことなどの相談機関、Ａさんの後見人候補者の紹介

〈事例１の解説〉

■Ａさん、Ａさんの母親をめぐる状況と支援者

高次脳機能障害のある50歳代後半のAさんは、父親を早くに亡くし、母親と２人暮らしをしている。妹は独立して他県に住んでいる。母親は70歳代後半。母親の兄が他県におり、兄夫婦とその甥が後を継いでいる。

Aさんは、10年前に交通事故で高次脳機能障害と診断され、現在は、就労継続支援Ｂ型の事業所に通っている。Aさんの母親は、10年前に、高次脳機能障害者家族会に入会した。以

前は、本人と一緒に家族会の研修やイベントなどに参加していたものの、最近は参加の機会が減っている。家族会を通じて、何でも相談できる親しい友人がいる。

母親は、最近転倒し、腕を骨折したため、事業所のサービス提供責任者から、ショートステイの利用を考えてはどうか、また、将来を考えてグループホーム入所について考えてはどうか、と勧められている。先日、家族会の成年後見制度の研修に参加して、社会福祉協議会が成年後見制度の相談機関となっていることを知った。

役割分析では、Ａさんの母親が任意後見制度を利用する際の相談先、任意後見人の候補者、もし母親に何かあった場合のＡさんの後見人の申立人・候補者など、現在のサポートだけでなく、社会福祉協議会など今後の支援者等も追加されている。

■支援の方法――任意後見契約の利用、遺言、信託

任意後見制度の利用相談にあたっては、任意後見契約が、判断能力があり、自分の意思がしっかり伝えられる能力を持っているひとが、将来の不安や心配ごとについて、どんなサポートを受けたいか、誰に依頼するか受任者を決めて自分の意思で利用するもので、自分の「生きざまを託せるもの」であることを伝える。

ただし、単に任意後見制度を紹介するだけでは不十分である。認知症にならなくても（任意後見契約の効力発生の前に）、入院などが必要になったときのために、任意後見契約とあわせて見守り契約や財産管理等委任契約を結ぶことができることは、重要な情報である。そして、見守り契約は、受任者が本人と連絡を取り合い、その生活状況を把握することができるものであること、財産管理等委任契約は、財産管理・福祉サービスの利用など法的手続を委任することができるものであることの説明も必要となる。財産管理等委任契約等は、報酬が発生することになる。病気が回復し元の生活に戻ることができたら、速やかに見守り契約へ戻るなど、費用面での配慮も必要になる。

また、任意後見契約が発効した後には、親なき後の障害者についての成年後見の申立てを行うことを委任契約の内容に盛り込むことも検討すべきであろう。

任意後見契約の締結までには、何度も相談を繰り返すことになる。一足飛びに契約ができるものでないことを、支援者も、依頼人も、理解することから始めなければならない。任意後見受任者側がその点を認識していなければ、契約に至りにくいものである。

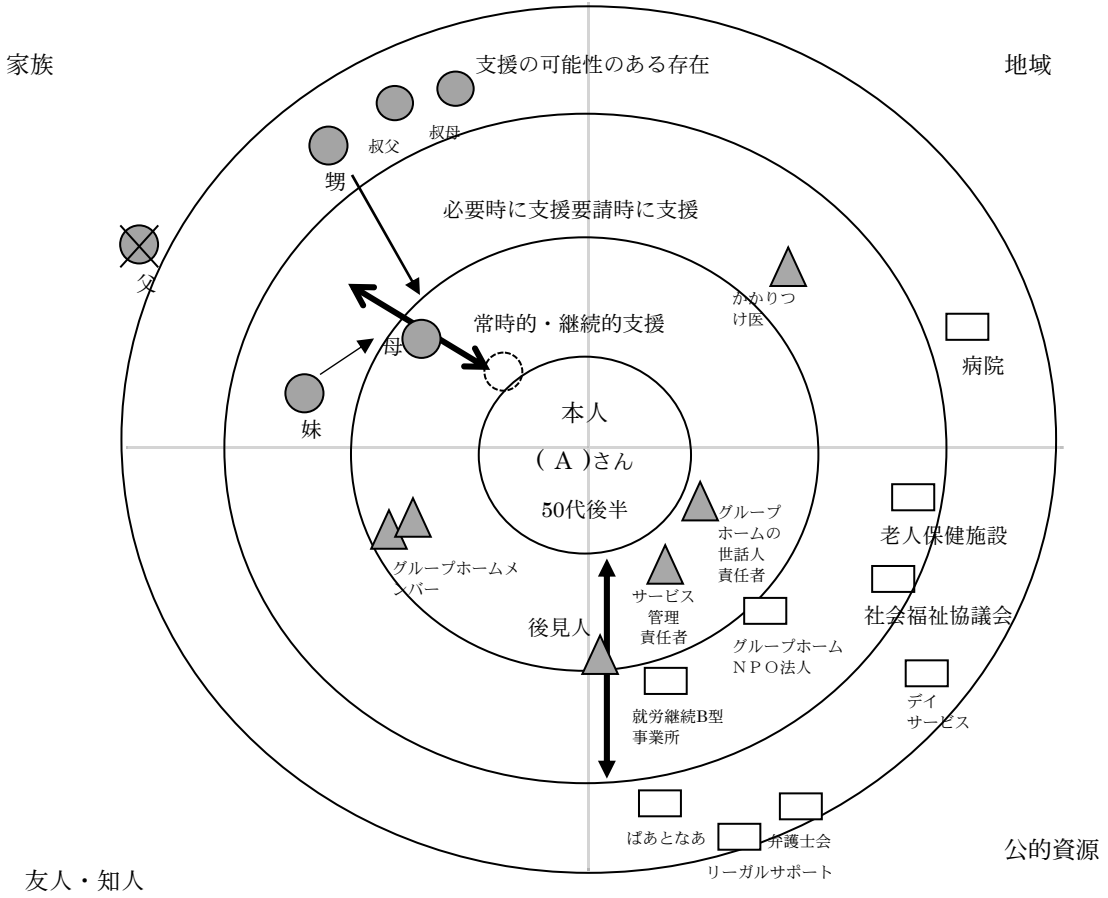
そのほかに、遺言書の作成、家族信託（家族のための民事信託）を中心とした総合的な財産の管理や承継等に関するリーガルサービスの利用、「障害者支援福祉型信託」(親なき後の支援と、その委託者である親の生活支援も兼ねた信託契約)、「配偶者支援型家産承継信託」(受益権を複層化し、妻に収益受益権を、子や孫に元本受益権を取得させる仕組み)なども検討すべきであろう。

新オレンジプランでは終末期における意思決定支援が求められているように、成年後見制度や遺言、尊厳死公正証書などをセットにして、財産、生活、医療等のさまざまな観点から養護者と本人を支えるしくみを構築する。そうした多職種協働による支援チームの一員として、成年後見人等の役割が極めて重要である。

《事例２》

作成日：〇〇年〇〇月〇〇日

成年後見人就任後



〇＝家族、友人・知人、地域、　　△＝公的資源（個人）　　□＝公的資源（組織）

〈役割分析〉

必要な支援 （意思決定支援）	誰が （社会的存在）	引き受けている･期待されている役割
グループホーム入所について	本人	入居するかどうかの意向の決定
	就労継続支援B型サービス管理責任者	本人と家族への説明、本人への情報提供、意思の確認、モニタリング
	グループホーム世話人	体験入所の提供、入居支援、本人の意思の確認、モニタリング
	グループホーム責任者	本人と母親への情報提供
	母親	本人へ生活支援、意思決定支援
	甥	本人の支え、意思決定支援
	成年後見人	意思確認、入居契約、金銭管理、モニタリング 入居後は、必要に応じて(日用品の購入など)、施設職員に支援をゆだねる場合もある。

〈事例②の解説〉

■Ａさんを取り巻く状況

母親が転倒し大腿骨頚部骨折のため入院、その後、老人保健施設に入所となった。Ａさんに母親の支援がなくなったことから、妹が社会福祉協議会の支援を受け、成年後見の申立てをし、専門職後見人が選任された。また、周囲の支援者の間では、Ａさんのグループホーム入所が必要ではないかという意見が出されていることから、Ａさんの意思を確認するために、意思決定支援について誰がどのような支援を行うかを検討している。

母親は在宅復帰を目標にリハビリをしているが、無理ができない状況である。老人保健施設に入所していることからも、Ａさんに常時的・継続的に支援を行っていた役割から、必要な時に支援を行う役割に代わっている。

母親の役割の移動に伴い、成年後見人は、これまで母が担ってきた役割を担う、あるいは他の支援者に担ってもらうように手配することが期待される。

Ａさんには妹と甥がいる。妹は仕事が多忙であり、甥も両親が高齢のため、いざというとき以外はなかなか来ることができないようだが、本人の支えとなっている。

Ａさん本人については、グループホームへの入所が必要ではないかと検討されているが、このような場面で、成年後見人は、カンファレンスなどの呼びかけ人の役割を求められることもある。その際、Ａさんを取り巻くソーシャルサポート・ネットワークをマッピングし可視化することによって、適正な支援体制の構築に役立つ。

■意思決定支援型の後見実務

広範な法定代理権を持つ成年後見人等であっても、まずは本人自身の意向を十分に反映した契約締結等の実現可能性を、意思決定支援の手法を駆使して、ぎりぎりまで模索することが必要である。

本人の意向を必ずしも反映しない法定代理権の行使（代行決定型の後見実務）は、本人保護のための最後の手段として、必要やむを得ない場合に限られるべきである。

代行決定型から意思決定支援型への支援方法の転換は、障害者権利条約により示されたものであるが、専門職後見人の間では、意思決定支援の理念はかなり浸透しているといえる。この転換は、いわば後見実務の進化とも評価しうるものである。成年後見制度が進化していくこと、運用面での「変化の可能性」があることを、高次脳機能障害者本人や家族に伝えていくことも必要となる。

成年後見人の実務のあり方を意思決定支援型中心に移行させていくうえでは、成年後見人等が特定の事項、情報提供等について、本人への直接的な働きかけではなく、関係者への働きかけにとどめる等、一歩身を引く形をとることも必要になる。そこでの意思決定支援者として最適な人物に支援を委ねるためである。その時々によって本人との距離をとったり近づいたりというマージナルマン的な支援が求められることになる。

事例２では、本人との信頼関係が一番強い就労継続支援Ｂ型サービス管理責任者等に、本人と家族への説明、本人への情報提供、意思の確認、モニタリングなど多くの役割が期待される。

そのうえで、成年後見人は、本人の意向・意思・選好に沿った手続（権限の行使）を行うことになる。

■後見実務の根拠の可視化・客観化

養護者なき後の支援は、養護者があるうちに、本人の支援体制を構築しておくことが重要である。その中で、成年後見人等の役割は重要なものとなる。契約等を通じて本人の意思・意向を実現できる代理権を有するのは、成年後見人等のみだからである。

これまで、成年後見人の個人の主観的価値観や裁量に基づいて行われてきたともいいうる後見支援を、マップを通じて可視化することにより、個々の場面において後見人がどのような役割を担うことが求められているかということが客観的に確認できるようになる。これは、本人の意思の実現を志向する後見実務において、重要なツールとなる。

さらに、現有能力を活用するための具体的なアプローチ（本人への直接的な意思決定支援の働きかけ、関係者への働きかけ、法定代理権行使等）について、前後のマップを比較することによって、当該アプローチの成果を検証することが可能となる。

広範・強力な法的権限を与えられている成年後見人の場合、その権限の行使もしくは不行使の正当性を、本人に対してはもとより、周囲の関係者や家庭裁判所等に対しても、客観的に説明できることが必要である。そのためには、エビデンスに基づいた支援を行うことが重要であり、マップによる可視化・客観化の作業は重要な意味を持つ。また、支援の実現に向けたプロセスを、支援チームのメンバーと一緒になって歩むことが求められる。

■意思決定支援のためのツール

これまでの数々の成功・失敗事例からも学んでいかなければならない。意思決定支援については、公益社団法人日本社会福祉士会から２つのツールが開発されている。１つは、「成年後見活動におけるソーシャルサポート・ネットワーク分析マップ」（筆者事例１・事例２参照）、もう１つは「成年後見活動における意思決定支援のためのアセスメントシート」である（「権利擁護人材育成・活用のための都道府県の役割と事業化に関する調査研究報告書」第Ⅱ部（意思決定支援に配慮した成年後見活動のための手引き）参照）。

これらは、ソーシャルワークの専門職である社会福祉士の成年後見実践事例の分析から、意思決定支援に配慮した成年後見活動には、ソーシャルワーク手法を活用することが有効であると考えられ開発されたものである。社会福祉士が用いるソーシャルワーク手法を基本にしつつ、社会福祉士以外の成年後見人等にも活用が可能となるよう、成年後見活動における意思決定支援の場面で何が起こっているのか、何を検討しなければならないのかを、わかりやすく提示することを可能にする。また、自らの行為の妥当性を事後的に検証する場面と、これを対外的に説明していく場面において、重要な根拠資料として活用することができる。

■養護者なき後問題の解消に向けた取組み

高次脳機能障害者の成年後見利用の事例集の作成や、本人参加による本人の声をもとにした具体的な演習を含めた支援のための研修体系を作成することが必要ではないか。それらの実施により、成年後見制度や家族信託の利用などのニーズが高められ、実際の利用(＝支援の実現）に至る。これが養護者なき後のための支援となるのではないかと考える。

（大輪　典子）

６　社会復帰へ向けた支援

（１）高次脳機能障害者の社会復帰における就労の意義

高次脳機能障害者は、受傷した後、険しい回復の道を歩み、地域に戻ってどう生活した

らよいのか、あるいは復職や就職がうまくいくだろうかと不安や期待をもちながら、実生活に直面することになる。

就労という場面において、高次脳機能障害は、仕事という社会的役割やこれまでの職場で培ってきた人間関係にも大きな影響を与えるだけでなく、日々の経済生活にも大きな影響を与える。高次脳機能障害者の就労支援は、単に就労や復職を目指す支援ではなく、仕事をすることにより社会の一員として役に立っているという意識を高め、自信や希望および自分自身を取り戻し、よりよく生きていこうとする原動力となることを目指すものである。したがって、職場の中で、多くの友人や支援者を得て、徐々に社会環境に慣れながら、苦手な対人関係なども磨き、仕事や自らの生きがいを見つけることが、真のリハビリテーションといえる。

それを支援するためには、社会復帰や就労に必要なサービス機関や制度についてのさまざまな知識が必要になる。

（２）高次脳機能障害者の就労

（Ａ）問題状況

高次脳機能障害は、脳疾患や脳外傷などによる器質的脳損傷で、脳の高次機能に障害が現れるものである。退院後も、日常生活や社会生活上においてさまざまな困難が生じ、当時者や家族は、情報が不十分な中で対応に迫られることになる。

一方で、時間の経過により、機能的な回復が見込まれる。身体状態が回復してくると、当事者は、受傷前の生活を意識し、復職や就労を強く求めるようになる。その場合、家族と当事者は職場復帰に関する正確な情報を把握し、後遺症の影響や復職条件、必要な制度の手続などについて、時間をかけて話し合い、調整する必要がある。特に、受傷前に就労の経験のある当事者が、症状が自覚できないまま復職すると、実際の能力と本人の認識または職場関係者の認識とに大きな乖離を生じることとなり、以前のような仕事ができないことから、退職せざるを得なくなるということも少なくない。そして、そのために精神的に傷つくという二重の苦しみを負うこともある。

（Ｂ）必要となる支援

（ｉ）職場復帰支援の調整

復職の調整に際しては、まず、本人の職場復帰の意思を確認する。そのうえで、本人はもちろん、家族、後見人、主治医、リハスタッフ（ＯＴやＳＴ）、支援コーディネーター、会社の上司や人事担当者等が同席し、関係者が本人の意思や状態を認識したうえで支援計画を立てることが望ましいと考えられる。

支援コーディネーターは、当事者の医学的情報やそれまでの訓練状況などを関係者に的確に伝え、就労後も当事者や会社との連絡を行い、さらにモニタリングにより継続的に支援する体制を整える必要がある。

（ii）仕事に必要な能力の把握と訓練

高次脳機能障害は、一緒に働く同僚にとっても、本人にとっても、わかりにくい障害である。

仕事に求められるのは速度や正確性、持続性や判断力、情動の抑制などである。

本人は、受傷前にはそれらの能力を有し、的確に業務を遂行していたものが、受傷により、それらの能力が低減していることがある。しかし、本人、そして周囲の者が、その低

減について十分な認識を持っていないことが少なくない。そうすると、現状の能力と業務遂行に必要な能力に乖離が生じ、以前はできたはずの業務を遂行できないことになり、トラブル等を発生させ、本人および関係者における精神的な負担の原因となる。

これを解消するためには、本人の現在の能力を把握し、それを本人および周囲の関係者が認識したうえで、就業先は本人の能力に適合した業務を付与すること、本人は業務遂行能力を高めるために体力や持続性、コミニュケーション能力の向上に向けた訓練をすることなどが必要となる。

（ⅲ）当事者へのきめ細かい段階的支援とネットワーク

当事者は、能力のある人が多いにもかかわらず、遂行機能障害、自己認識能力低下などの生活問題があり、受け入れる企業側としては、任せきれないという認識もあることから、就労(および就労の継続）に結びつかない可能性もある。

一方で、就労や復職を希望する当事者は、障害認識が不足あるいは欠落していることもあるため、適切な就労支援や障害者福祉サービスを利用するのが難しいこともある。

そのため、復職や就職、再就職の過程では、医療サービスを始点にして、治療やリハビリテーション、職業リハビリテーション、地域障害者職業センターといった段階的移行支援が欠かせない。

そして、それを実現するためには、各支援機関を構成員とするネットワークの構築が不可欠である。

（ⅳ）当事者と事業者への支援

当事者にとっては、就労後の危機介入、離職後の医療や再リハビリテーションなど、継続的な支援やサービスが欠かせないものとなる。

一方で、事業者にとっては、職場での具体的な対応方法や職場定着に関する課題に対する支援策などについて、相談・助言を受けられる存在が必要となる。

これらに対応するため、障害者や事業主への支援を専門的に行う職業カウンセラー、ジョブコーチ等が連携してかかわることが求められる。

（ⅴ）当事者と事業所の意識変革

高次脳機能障害の特性については、一般にあまり知られていない。そのため、本人も周囲の者も、障害の特性を把握することが難しい場合が珍しくない。それゆえ、「見えない障害」ともいわれる。高次脳機能障害者へ支援をする場合には、専門的な支援を得ながら、忍耐強く対応するという配慮が必要になる。

一方で、周囲から理解されにくい、自分でも気づきにくいという障害特性があるものの、当事者が自らの障害特性について時間をかけて学び、また、その特性ゆえに生じる困難が、みずからの機能回復によって変化していく過程を自覚することが、快適な日常生活を送ることや継続的な就労にもつながると考えられる。

また、この変化の延長線上に、当事者が主体的に雇用する側の視点を持つことが、この障害のさらなる理解と自立支援につながる。

高次機能障害は、社会的役割や人間関係にも影響をもたらす障害である。就労支援は単に就労のみをめざす支援ではなく、仕事を持つことで仲間と触れ合い、当事者が人生に再び意味を見出し、生きがいのある時間を持てることをめざす支援であるといえる。

（C）就労支援に関係する機関

就労支援に関係する機関として、現状では次のようなものがある。

① リハビリテーション病院（医療リハ、社会リハ、職業リハ）　受傷・発症後の急性期医療、リハビリテーション医療を行う。

② 医療機関が取り組む病院内におけるデイケア

③ ハローワーク（公共職業安定所）　障害者専門の相談窓口において、職業相談・職業紹介・職業訓練の斡旋・就職後の職場支援継続雇用の支援を行い、また事業主に対して障害者雇用の指導や支援を行う。

④ 障害者職業センター　専門の障害者職業カウンセラーが配置され、ハローワークと連携しながら障害者や事業主に対し就職前から就職後までの継続的なサービスを提供している。

⑤ 障害者就業・生活支援センター　障害者雇用促法に基づいて設置されている。就業支援やそれに伴う日常生活支援を行う。

⑥ 障害者総合支援法に基づく就労支援事業

・就労移行支援事業・トライアル雇用　一般就労を希望する 65 歳未満の障害者に標準期間（24 カ月）内で、通所する事業所内での作業を通して体力向上や職業修得の確立などの準備訓練を行う。

・就労継続支援Ａ型（雇用型）　通所により雇用契約に基づく就労機会を提供し、知識や能力の高まった障害者には一般就労への移行に向けての支援を行う。

・就労継続支援Ｂ型（非雇用型）　企業就労に結びつかない障害者などに、通所により雇用契約を結ばない就労や生産活動の機会を提供する。Ａ型と同様に一般就労への移行支援も行う。利用期限はない。

・地域活動支援センター事業　通所により、創作的活動や生活活動の機会の提供、社会との交流の促進など、地域の実績の応じた支援を行う。

（Ｄ）課　題

しかし、現状においては、以上のような医療から職場までの一貫した就労支援やサービスは確立されていない。日本のどこにおいても、このような一貫した就労支援等を受けられるようなシステム作りが必要である。

（２）生活の基盤の確保のための生活保護の活用

高次脳機能障害は、突然の脳の損傷により生じる。こうした場合、本人や本人の家族が収入を確保できなくなり、困窮した生活に陥る場合も考えられる。そのようなときは、まず生活の基盤を整えることが重要になり、生活保護を受給することも１つの重要な選択肢になると思われる。

また、生活保護の受給者が、交通事故等により高次脳機能障害を有するようになることもある。このような場合、生活保護制度上の各扶助を活用し、本人を支援していくことが求められる。

ここでは、成年後見の利用および上記の高次脳機能障害者支援の観点から、生活保護制度の課題について述べる。

（Ａ）後見人による代理申請を認めることの必要性

生活保護は、「保護は、要保護者、その扶養義務者又はその他の同居の親族の申請に基いて開始する」とされている（生活保護法７条）。成年後見人は、申請の意思表示が困難

な被後見人の法定代理人であり、身上の保護・財産に関する法律行為を行う。そのため、成年後見人が本人に代わって生活保護の申請をすることは可能と考えられる。実際に、成年後見人が生活保護を申請し、認められた事例もある。

しかし、厚生労働省が作成した『生活保護手帳別冊問答集』は、生活保護の申請は、本人の意思に基づくものであることを原則としているため、代理人による申請はなじまないとしている。また、要保護者に意思能力がない場合であって、急迫した状況にあると認められる場合には、職権保護を開始するべきとしているものの、この場合には、保護の実施機関が本人の関係者からの情報収集から始めなければならず、現実的とはいえないように思われる。

前記のとおり、成年後見人が生活保護を申請して認められた事例があることや、成年後見人の役割を考えれば、本人の代弁者として生活保護の代理申請をすることは可能といえるのではないか。

（B）保護費の支給の方法――成年後見制度を利用していない場合には、福祉・事務所ないしケースワーカーの権限において分割支給（たとえば 1 週間おき）とすることの必要性

保護費の支給は、生活保護法 31 条により、1 カ月分以内を前渡し（窓口支給、口座支給）することになっている。

生活保護の実務を担う福祉事務所・ケースワーカーの役割として日常生活に関する援助があることから、受給者が十分な金銭管理能力を有していない場合に、福祉事務所・ケースワーカーによる金銭管理が事実上行われることがある（なお、このような金銭管理については、不祥事の発生を防止するため、組織的な管理、日常生活自立支援事業の利用、成年後見制度の利用などが求められる）。

このような場合、保護費の全額を本人に交付すると、本人は、計画的な利用が難しい場合もあり、たとえば数日間のうちに保護費のほとんど全額を費消してしまうなどといったことが起こりうる。

こうした問題の発生を防ぐために、日常生活自立支援事業の利用あるいは成年後見人が選任されるまでの間は、保護費の分割支給をすることが制度上選択できるようにすべきではないか。

現行制度上、分割支給はあくまで生活保護の例外的な運用によるものといえ、現在は福祉事務所・ケースワーカーが事実上対応している。しかしそれでは、保護費の適切な管理がなされない可能性も決して低くない（たとえば、交付された 1 カ月分の保護費のうち、1 週間相当額を本人に交付し、残りをケースワーカーが自分の机の中に保管している、といった事例も聞かれる。これでは、組織的に適切な管理がなされるとは思われない）。

したがって、分割支給を制度上明確に位置づけ、組織的な対応を可能にすべきではないか。

福祉事務所・ケースワーカーには、制度を利用して生活困窮者を支援しながら、彼らのニーズをくみ取り、現行の制度に何が足りないかを明確にし、地域や行政に訴えていく役割も求められている。

（C）就労へ向けた生業扶助の活用

生業扶助として、以下の支給が認められている。

① 生業費（高等学校就学費を除く）
② 技能修得費
③ 高等学校等就学費
④ 就職支度費

高次脳機能障害者が生活保護を利用している場合に、就労に向けた支援の一環として、これらの利用を検討すべきであろう。

（D）ケースワーカーへの高次脳機能障害の周知の必要性

生活保護の実務を担うケースワーカーにおいて、高次脳機能障害に関する理解を促すことは、困窮状態に陥っている高次脳機能障害者の支援を充実したものとするためには、不可欠である。現実に、困窮状態に陥る要因として、高次脳機能障害の症状特性を指摘できる事例もみられる。

援助におけるケースワーカーの経験不足も課題となっているなかで、ケースワーカーに対して、高次脳機能障害に関する研修など、福祉の多様な専門性を担保するための研修を行うことが、福祉事務所に求められている。そしてそれが、生活保護の必要な高次脳機能障害者の把握につながると考えられる。

また、ケースワーカーの定数は、都道府県の福祉事務所では被保護者世帯 65 世帯あたり 1 名、市町村の福祉事務所では 80 世帯あたり 1 名が基準とされているが、この基準では被保護者に対して十分な対応ができないことが指摘されており、この点の解消も課題である。

（櫻井　美智代）

7　交通事故による賠償金の管理のあり方

（1）損害賠償金の管理

本人が成年に達しているときの損害賠償金の管理は、成年後見人等が選任されて損害賠償金を受け取った場合と、これが選任されていない場合とで大きく異なる。

成年後見人等が選任されている場合は、後記（3)のとおりである。

成年後見人等が選任されていない場合は、損害賠償金については本人が管理することになるが、多くはその親族が通帳等を預かり事実上管理していると思われる。

もちろん、本人が意思表示できるのであれば、任意の財産管理契約を締結して管理することもあろう。この契約にあたっては、移行型の任意後見契約とし、さらに後記の信託契約をも締結することを考えるべきである。

次に、未成年者の子の損害賠償金であるが、親権者であっても、あくまでも本人のためにこれを管理し処分しなければならない。使い込み等があって不適切な場合は、親権や管理権の喪失の審判を受けることになる（民法 834 条・835 条）。

（2）本人名義の預貯金

本人名義の預貯金の管理で問題になるのは、親族による事実上の管理である。

この金銭預金は、本人の固有財産であり、本人の許容の言葉があったとしても、その親族が自由に使えるものではない。それは、高次脳機能障害を持つ者の「使ってもよい」という言葉は、判断能力が不十分な者がしたものと考えるべきだからである。

これを親族が不正に費消すれば、経済的虐待として行政的な措置がとられることとなろ

う（障害者虐待防止法３条）。

（３）成年後見人による管理と後見制度支援信託

本人が後見等の審判に付されている場合、損害賠償金は、親族が管理していたとしても、成年後見人等の管理下に移る。

成年被後見人の財産のうち金銭は、近時、成年後見人の手許には置かれず、後見制度支援信託制度が利用され、信託銀行に信託される。

したがって、損害賠償金も、この制度により、信託銀行に信託され、自由には利用できない財産となると考えられる。

後見制度支援信託の問題点については、遠藤英嗣「信託法制等から『後見制度支援信託』を考える(上)(下)」実践成年後見 56 号・57 号で説明したとおりである。この制度の大きな問題点は、後述する残余財産の帰属の問題である。

（４）家族信託の活用

（Ａ）事実上管理する家族が本人に代わって信託契約をすることはできない

本人の金銭は、本人かその代理人しか管理処分できない。

したがって、事実上本人の財産を管理する親族が信託を活用して第三者に信託譲渡することはできない。

（Ｂ）本人が信託を活用する場合

本人が信託を設定する場合は、判断能力が必要となる。信託の場合、契約能力ということになるが、補助類型を超えて減退しているようなときは、契約能力は多くの場合否定されよう。

これが可能である場合の信託契約は、信託の目的を「障害者本人（および、できれば両親）の生活と福祉の確保」とし、信託財産を「賠償金（金銭）」とし、受益権の割合について、両親については本人が負担する扶養義務の範囲とし、受託者を親族とし、信託期間を受益者の死亡までとし、残余財産の帰属は本人を世話・支援した親族とすることが考えられる。

（Ｃ）成年後見人等が行う場合

この種の信託契約は、基本的には遺言代用型的な信託であろうから、結論的には、成年後見人等はできないと考えたほうがよい。

その理由は、帰属権利者の問題である。信託契約にあっては、信託が終了した場合に、残余財産につき誰に帰属させるかを決めることになるが、代理人ではこれができない。それは、代理人による遺言を認めるのと同じ結果になるからである。遺言は、本人しか作成できないのであり、遺言代用型信託契約も同様である。

（遠藤　英嗣）

８　更新制度の導入

（１）成年後見人の任務終了

成年後見人は、家庭裁判所の審判によって選任されるが、後見終了まで、その職務は継続する。

後見終了には、絶対的終了と相対的終了がある。

絶対的終了とは、被後見人の死亡あるいは能力回復により後見が必要なくなったため後

見そのものが終了する場合である。

相対的終了とは、後見そのものは終了しないが、後見人の交代が生じて後見人の任務が終了する場合である。後見人が死亡した場合のほか、後見人の辞任（民法８４４条）、解任（民法８４６条）、欠格事由（民法８４７条）に該当する場合などである。

もとより、後見人の辞任は、家庭裁判所が「正当な事由」があると判断した場合に限って、その許可を得て認められる。後見人に、「不正な行為」、「著しい不行跡」、「その他後見の任務に適しない事由」が認められる場合は、家庭裁判所が解任する。

（２）成年後見人にとっての障壁

未成年後見であれば、未成年者が成年になるまでであるから、後見人の職務の期限も限られ、終了の時期、いわばゴールが見える職務といえる。

しかし、成年後見の場合は、通常は、成年後見人の能力が回復することはそれほど多くないので、成年後見人が亡くなるまで継続するのが通常である。成年後見人にとっては、その職務が相当長期にわたり、かつ、いつまでかわからない、ゴールが見えない職務ということになってしまう。ひとたび引き受けると、よほどのことがない限り、やめることはできない大変な負担ということである。また、事実上、後見人の生活に制約を及ぼすことにもなる。

これらは、成年後見人になろうとする者にとっては、かなり高い障壁であると言わざるを得ない。

（３）被後見人にとっての障壁

他方、被後見人にとっても、ひとたび選任された成年後見人による財産管理、身上監護が自らの生涯にわたって継続することになる。

後見制度が、保護から支援へと転換し、後見制度利用促進法においても、意思決定支援が適切に行われ、自発的意思が尊重されるべきことが成年後見制度の基本理念として規定された今日においては、被後見人にとっても抵抗感は大きく、かなり高い障壁である。被後見人にとって必要な支援は、生涯同じではないのであるから、同じ後見人による支援が適切ではない、少なくとも最善ではないことはありうる。

（４）更新制度

そこで、成年後見人に更新制度を採用することが検討されるべきである。

後見人の職務を一定期間と限定したうえ、更新時に、引き続き同じ後見人が職務を継続すべきか、別途あらたな後見人を選任すべきか、被後見人の意思を十分に尊重したうえで、裁判所において判断する制度である。

臨時後見とともに、更新制度を採用することによって、後見人にとっても、被後見人にとっても、成年後見制度の利用が促進され、被後見人の自発的意思を尊重したうえでの意思決定支援を十分になしうるものと期待されるところである。

このような更新制度については、更新の際に情報等が円滑に引き継がれるのか、すでに出来上がっている本人と後見人の関係をそのつど構築し直さなければならなくなるのではないか、家庭裁判所の実務が増加するのではないか、相当数の後見人受任候補者を確保しておく必要があるのではないか、といった危惧も考えられる。しかし、これらは実務上の工夫により解決可能な問題であるといえる。

（古笛　恵子）

９　臨時後見（仮称）の導入

（１）高次脳機能障害と症状回復

高次脳機能障害者については、急性期のみならず回復期においても当然成年後見制度を活用しなければならない。

一方、高次脳機能障害の原因となる疾患傷病はいくつかあるが、同じ原因による障害でも症状もさまざまである。しかしながら、高次脳機能障害は、表現が適切かどうか別として、「機能」が改善しないまでも、「症状」が改善する（可塑性）。見方を変えれば、「この障害はよくなる」といわれているように（出雲・高橋医師説明）、一般には回復可能な病気とされている。なお、このことに関し、それはもとの状態に戻るのではなく、新たな経験記憶等によって新しい生活ができる、自分で判断し生活ができるようになり社会に順応してゆくという。それが、早い段階で回復するものも少なくない、という考え方がある（橋本「高次脳機能障害」38 頁～40 頁・71 頁～72 頁）。

そこで考えたいのが、無期限に一生継続するという現在のほとんどの事案における成年後見の運用を見直すべきではないか、ということである。

高次脳機能障害は、機能回復が比較的むずかしいとされる低酸素脳症（回復は５年後に機能の上昇がみられる）などもあるが、脳血管性障害や脳外傷については、もちろんダメージの大きさにもよるものの、１～２年で機能が伸びて症状がかなり回復する例が少なくないとされている。そして、職場復帰をはじめ社会生活に順応されるとされている。そこには、後見（法定後見）の類型も変化を見ることになる。

（２）新たな後見制度の仕組み（試案）

高次脳機能障害者について、治療により、あるいはリハビリにより症状が回復することから、可塑性のないアルツハイマー型の認知症患者や知的障碍者の方とは異なる後見制度が適用されてもよいのではないかという意見が出された。

具体的には、「期限付き」の「准後見制度」（仮称）の導入である。それは、「定期型」の「制限された後見制度」ともいうべきものである。以下、この制度の概略を示す。

（Ａ）資格制限

准後見の審判による資格制限は一切ない。したがって、この「准後見」の審判を受けても、公務員は資格はそのまま、法人の役員も資格の剥奪もなく、いつでも復帰できる。

（Ｂ）期限の設定

その審判は、医師によって回復可能性のある高次脳機能障害者と診断されたものを対象とし、（准）後見等に付す期間を、例えば、軽度の者は「２年ないし３年間」、比較的重いものでも「５年間」とか、期限を設けるというものである（なお、対象については、必ずしも高次脳機能障害に限る必要はない。重い統合失調症などの精神障害も、回復の可能性は十分にあることから、本制度の対象とすることに問題はないであろう）。

（Ｃ）期限到来時における検討

期限の到来時にあらためて検討（審判）の機会を設け、①准後見の更新、②現行の成年後見制度（補助、保佐、後見のいずれか）に移行する。これらのいずれも必要でない場合には、成年後見が終了する。

（Ｄ）権　限

支援者（仮に「准後見人」とする）の権限は、代理権に限られる。必要な範囲で個別に

特定し、家庭裁判所に准後見開始の審判の申立てをする際に、あわせて代理権付与の審判の申立てを行う。

（Ｅ）取消・変更

准後見に係る審判については、取消しの審判請求は認めない。

期限、准後見人、代理権に関する変更の審判請求は認められる。

（３）提案の理由

このような准後見制度は、次のような事情により提案するものである。

高次脳機能障害のような可塑性を有する障害の当事者の中には、いったん後見開始の審判が出てしまうと、事理弁識能力が回復したにもかかわらず、事実上、後見開始の審判の取消しや軽い類型への変更がほとんどなされないという現実がある。多くは、取消しや変更ができるということを認識していない、本人のためというより成年後見人等や周辺の者（親族・支援者等）の思惑によって取消しや変更の請求がなされない、といったことに要因があると思われる。

本人のため、本人の権利を回復するために、あるべき姿（後見制度の呪縛から解き放すこと）を実現する一手段として、この准後見類型を提言するものである。高次脳機能障害者の場合は、障害がよくなるという特性に鑑み、最初から永続的な拘束を前提とした現後見制度ではなく、期限・権限の範囲を特化した制度を考えるべきだというのが、その考えの根底にあるのである。

（４）諸外国の状況

本研究会で視察した豪州 NSW 州では、半年や３年などの期間を設定して後見を開始し、期限時に見直しをする更新制をとっている。

また、韓国の新成年後見法でも、特定後見として、期間および後見人の権限を限定する類型を設けていることが特徴の一つとなっている。　（遠藤　英嗣）

10　受傷直後の緊急時対応から平常時対応への移行のあり方

高次脳機能障害は、脳梗塞等の脳血管障害や交通事故等の脳外傷を機序として生ずる。これらの機序が発生した場合、まずは救急病院へ搬送され、生命の確保を最優先とする治療を受けるのが一般的である（この期間を「急性期」と呼ぶ）。急性期の治療等により、本人の受傷に係る状態が安定してくると、転院あるいは退院して、回復に向けたリハビリをすることになる（この時期を「回復期」と呼ぶ）。入院リハビリについては、最大で 180 日となっているので、転院して入院リハビリを行った場合にも、180 日を過ぎると、退院して通院リハビリを行うこともしくは療養型病床への転院、老人保健施設や障害者入所施設など入所施設を利用することになる。身体的なリハビリだけでなく、脳機能に関するリハビリも必要となり、180 日を超えて必要となることも多い。

退院すると、各種サービスを利用しながら生活していくこともあるし、一定のリハビリ等を経て相当程度機能回復すれば復職等に向けた取組みをしていくこともある（急性期から回復期を経た後のこの時期を、ここでは「平常期」と呼ぶ）。

成年後見制度利用の手続がとられるのは「回復期」または「平常期」であることが多い。

高次脳機能障害者を支援するにあたっては、この急性期・回復期・平常期を念頭に置いた上で、それぞれの段階において適切な医療・福祉・法律サービスの提供がなされること

が求められる。そして、そのためには、本人の状態、抱えている困難、支援の方向性などの各種情報が、支援者間において、また、急性期・回復期・平常期と移行していくことなどによって、不十分になることのないよう、関係者における情報の共有・伝達が重要となる（この情報の共有・伝達に有用な支援計画書の例を本項末尾に掲げる）。

「急性期」「回復期」「平常期」におけるトピックや注意事項は、次のとおりである。

【急性期】

・本人は、ぼんやりしている。あるいは自分の状態がわからず、暴力的になることがある（通過症候群）。
・この時期は、病院に入院していることがほとんどである。退院後の生活については、病院の相談員と話し合うことが必要。
・休職期間や、傷病手当金など勤務先との連絡調整などが必要になる場合がある。
・医師から「高次脳機能障害」の診断を受ける。
・「高次脳機能障害」の診断がない場合もある。その場合は、脳の画像を病院でコピーしてもらったり、神経心理学的検査をしていたらそのデータももらっておくと、年金申請などの際に役立つこともある。
・交通事故、労災などの場合は、介護や看護がどのくらい必要だったかが、補償時に必用となるため、日々の様子を書き留めておくとよい。

【回復期】

・急性期病院への入院から２カ月以内に転院することが必要になることが多い。
・発症から最大 180 日の入院リハビリが可能。
・リハビリは、言語療法士、作業療法士、心理療法士、理学療法士など専門スタッフが行う。
・身体の回復は早いが、この頃から、言動が発症前と違っていることに周囲が気づき始める。退院して自宅での生活が始まってから、または、職場に復帰してから気づくこともある。本人は自分の状態に気づかないことが多い。
・入院中であれば、退院後の介護保険や障害福祉サービスなど生活について、病院の相談員や、都道府県に設置されている高次脳機能障害支援拠点機関、地域包括支援センターや在宅介護支援事業所のケアマネジャー、障害福祉サービスの相談事業所などに相談しながら準備する。
・以前の勤務先に復帰する場合、可能であれば、医療機関や職業センターなどの就労支援機関と連携がとれるようにする。
・休職中の場合、引き続き、産業医との情報交換、休職期間や傷病手当金、職場復帰プログラムなどについて勤務先との連絡調整などを行う。
・新たに仕事を探す場合、ハローワークの専門相談、職業センター、障害者就業・生活支援センターとも連絡を取り合うとよい。

【退院～平常期】

・回復のスピードが緩やかになる。
・地域生活や、会社、学校にもどり、「失われた能力」を問われる状況に置かれることになる（たとえば、電話で用件を聴き取り誰かに伝えるなど、記憶力や理解力が問題となるとき）。トラブルが発生しやすい時期である。
・65 歳以上の場合および 40 歳以上の脳卒中など特定疾病に該当する場合には、地域包括支援センターや、居宅介護支援事業所に相談し、介護保険サービス（施設入所、通所サービス、訪問系サービス）の利用につなげる。
・65 歳未満の方（40 歳以上の脳卒中など特定疾病に該当する方は含まない）は、障害福祉サービスの相談支援事業所に相談し、障害福祉サービス（施設入所、通所での訓練等サービス、介護等サービス、グループホーム、訪問系サービス、就労に関するサービス等）の利用につなげる。
・サービスの利用にあたっては、高次脳機能障害の診断書があればよい。
・復職の場合、職業センターの力を借りることができる。新規就職の場合、ハローワークの専門相談や、障害者就業・生活支援センターに相談する。

（隅原　聖子）

支援計画書

(1) 基本情報

1　本人	氏名　青年　高見　　1978　年○月○日　生まれ　　男・女
2　発症から現在までの障害の状態変化	2011年3月車で出勤途中、事故に遭い、脳挫傷。A病院に、意識不明の状態で救急搬送。同年5月、B病院に転院。高次脳機能障害と診断される。日常生活動作は可能になるが、遂行機能、記憶力、注意力、感情コントロールの低下が認められた。9月に自宅に退院。B病院に通院しながら、自宅療養をし、2012年1月、職場復帰。しかし、発症時、勤務していた銀行では、与えられた仕事ができない、電話で顧客を怒らせる、などの行動が見られ、上司から繰り返し注意されたことで、自主退職。現在はどこにもいかず、外に出るのは、犬の散歩くらいである。
3　発症までの生活歴	C大学卒業後、D銀行に勤務。28歳の時結婚したが、2年後、配偶者が病気で死亡。真面目で几帳面な性格。趣味はピアノ、テニスだった。
4　現在の生活状況	両親と3人暮らし。１日中、パソコンに向かい、不要なものを次々に購入。両親が注意すると激怒するため、本人が寝ている間に、両親が返品するということを繰り返している。交通事故の保険金が入る前に、何とかしたいと、両親が切望し、申立てに至った。日中活動の場として、障害者支援施設の検討を、両親が考えているところである。
5　現在の障害の状態	記憶力の低下（購入したことを忘れて、同じものを注文してしまう）、遂行機能低下（依頼された仕事を計画的にこなすことができない）、注意力の低下（相手の話の趣旨が理解できない）、感情コントロールの低下（ほしいと思ったら、それが必要であるか、お金があるかどうかにかかわらず、手に入れなければ落ち着かない。それを止められると激怒する）

(2) 支援について

1　本人の望む生活	仕事がしたい。
2　家族等の意見	お金を計画的に使うようになってほしい。 私たち両親のいうことを聞かなくなったので、どうしたらいいのかわからない。私たちが死亡した後も、誰かに助けてもらえたら・・・。
3　今後の支援	短期（現在～6か月） 負債の有無を調べる。 関係機関を交えて面談をし、本人の希望に合わせた今後の支援体制について検討。 ネット販売について、基幹相談センターとも相談しながら対応？ 障害者手帳にかかる手続 週１回、小遣いを渡す。
	中期（6か月～1年後） 交通事故の賠償金にかかる手続 障害年金にかかる手続 日中の過ごし方について検討 月１回、小遣いを渡す。
	長期 就労について検討
4　支援体制	B病院、C相談支援事業所、G基幹相談センター
5　関係者　連絡先など	B病院（MSW　Eさん 01-2345-6789）・F相談支援事業所（相談支援専門員　Gさん　01-9876-5432）、G基幹相談センター

おわりに

当研究会では、以上のテーマの他にも、判断能力の審査手続のさらなる適正化、日本の成年後見制度における補充性・必要性の原則のあり方、高次脳機能障害者支援法の必要性、判断能力不十分者を支援するための制度のあり方などについて検討を行っている。これらについても、意見がまとまり次第、公表する予定である。

高次脳機能障害支援普及事業支援拠点機関一覧（都道府県分）

（平成28年7月12日現在）

都道府県名	支援拠点機関	郵便番号	住所	電話番号
全国拠点センター	国立障害者リハビリテーションセンター	359-8555	埼玉県所沢市並木4-1	04-2995-3100
北海道	北海道大学医学部附属病院	060-8648	札幌市北区北14条西5丁目	011-716-1161
	NPO法人コロポックルさっぽろ	062-0051	札幌市豊平区月寒東1条17丁目5-39	011-858-5600
	ＮＰＯ法人　Ｒｅ～らぶ	003-0023	札幌市白石区南郷通７丁目北５－２９スタジオセブンビル　２Ｆ	011-868-7844
	こころのリカバリー総合支援センター	003-0029	札幌市白石区平和通17丁目北1-13	011-861-6353
	北海道渡島保健所	041-8551	函館市美原４丁目６－１６	0138-47-9547
	北海道江差保健所	043-0043	檜山郡江差町字本町63番地	0139-52-1053
	北海道八雲保健所	049-3112	二海群八雲町末広町１２０	0137-63-2168
	北海道江別保健所	069-0811	江別市錦町4番地の1	011-383-2111
	北海道千歳保健所	066-8666	千歳市東雲町４丁目１２	0123-23-3175
	北海道倶知安保健所	044-0001	虻田郡倶知安町北１条東２丁目	0136-23-1957
	北海道岩内保健所	045-0022	岩内郡岩内町字清住252-1	0135-62-1537
	北海道岩見沢保健所	068-8558	岩見沢市8条西5丁目	0126-20-0100
	北海道滝川保健所	073-0023	滝川市緑町２丁目３番３１号	0125-24-6201
	北海道深川保健所	074-0002	深川市2条18番6号	0164-22-1421
	北海道室蘭保健所	051-8555	室蘭市海岸町1丁目4番1号	0143-24-9847
	北海道苫小牧保健所	053-0021	苫小牧市若草町２丁目２－２１	0144-34-4168
	北海道浦河保健所	057-0007	浦河町東町ちのみ３丁目１番８号	0146-22-3071
	北海道静内保健所	056-0005	日高郡新ひだか町静内こうせい町2丁目8番1号	0146-42-0251
	北海道上川保健所	079-8610	旭川市永山６条１９丁目１－１	0166-46-5992
	北海道名寄保健所	096-0005	名寄市東5条南3丁目63番地38	01654-3-3121
	北海道富良野保健所	076-0011	富良野市末広町２番10号	0167-23-3161
	北海道留萌保健所	077-0027	留萌市住之江町2丁目1-2	0164-64-8327
	北海道稚内保健所	097-8525	稚内市末広4丁目2番27号	0162-33-3704
	北海道北見保健所	090-8518	北見市青葉町６番６号	0157-24-4171
	北海道網走保健所	093-8585	網走市北７条西３丁目	0152-41-0698
	北海道紋別保健所	094-8642	紋別市南が丘町１丁目６番地	0158-23-3108
	北海道帯広保健所	080-0803	帯広市東３条南３丁目	0155-26-9084
	北海道釧路保健所	085-0038	釧路市花園町８番６号	0154-22-1233

	北海道根室保健所	087-0009	根室市弥栄町2丁目1番地	0153-23-5161
	北海道中標津保健所	086-1001	中標津町東１条南６丁目１－３	0153-72-2168
青森県	財団法人黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター	036-8104	弘前市扇町1丁目2番地1	0172-28-8220
岩手県	いわてリハビリテーションセンター	020-0503	岩手郡雫石町七ツ森 16番地243	019-692-5800
宮城県	宮城県リハビリテーション支援センター	981-1217	名取市美田園2-1-4 まなウエルみやぎ	022-784-3592
	東北医科薬科大学病院	983-0005	仙台市宮城野区福室1-12-1	022-259-1221
秋田県	秋田県立病院機構リハビリテーション・精神医療センター	019-2413	大仙市協和上淀川字五百刈田 352番地	018-892-3751
山形県	国立病院機構山形病院	990-0876	山形市行才126番地の2	023-681-3394
	山形県庄内高次脳機能障がい者支援センター （鶴岡協立リハビリテーション病院内）	997-0346	鶴岡市上山添字神明前38	0235-57-5877
福島県	総合南東北病院	963-8052	郡山市八山田7丁目115	024-934-5322
茨城県	茨城県立リハビリテーションセンター	309-1703	笠間市鯉渕6528-2	0296-77-0626
栃木県	とちぎリハビリテーションセンター	320-0065	宇都宮市駒生町3337-1	028-623-6114
群馬県	前橋赤十字病院	371-0014	前橋市朝日町3-21-36	027-224-4585
埼玉県	埼玉県高次脳機能障害者支援センター （埼玉県総合リハビリテーションセンター内）	362-8567	上尾市西貝塚148-1	048-781-2236
千葉県	千葉県千葉リハビリテーションセンター	266-0005	千葉市緑区誉田町1-45-2	043-291-1831
	旭神経内科リハビリテーション病院	270-0022	松戸市栗ヶ沢789-10	047-385-5566
	亀田リハビリテーション病院	296-0041	鴨川市東町 975 番地 2	04-7093-1400
東京都	東京都心身障害者福祉センター	162-0823	新宿区神楽河岸1-1東京都飯田橋庁舎(ｾﾝﾄﾗﾙﾌﾟﾗｻﾞ)12～15階	03-3235-2955
神奈川県	神奈川県総合リハビリテーションセンター	243-0121	厚木市七沢516	046-249-2602
新潟県	新潟県精神保健福祉センター	950-0994	新潟市中央区上所2-2-3	025-365-0177
長野県	長野県立総合リハビリテーションセンター	381-0008	長野市下駒沢618-1	026-296-3953
	佐久総合病院	384-0301	佐久市臼田197	0267-82-3131
	桔梗ヶ原病院	399-6461	塩尻市宗賀1295	0263-54-0012
	健和会病院	395-0801	飯田市鼎中平1936	0265-23-3116
富山県	富山県リハビリテーション病院・子ども支援センター	931-8517	富山市下飯野36	076-438-2233
石川県	石川県リハビリテーションセンター	920-0353	金沢市赤土町二13-1	076-266-2860
福井県	福井総合病院	910-8561	福井市江上町58-16-1	0776-59-1300
山梨県	甲州リハビリテーション病院	406-0032	笛吹市石和町四日市場2031	055-262-3121
静岡県	オリブ	410-3624	賀茂郡松崎町江奈157	0558-43-3131
	サポートセンターコンパス北斗	421-1211	静岡市葵区慈悲尾180	054-278-7828
	社会福祉法人高風会　相談事業所　暁	425-0091	焼津市大覚寺3丁目1-2	054-620-9202
	NPO法人 高次脳機能障害サポートネットしずおか	421-0217	焼津市上泉707-57	054-622-7405
	社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 障害者生活支援センター　なかいずリハ	410-2507	伊豆市冷川1523-108	0558-83-2195

	社会福祉法人　聖隷福祉事業団 総合病院　聖隷三方原病院	433-8558	浜松市北区三方原町3453	053-436-1251
	社会福祉法人誠信会 地域生活支援センターせふりー	417-0801	富士市大渕2710-1	0545-32-8830
	医療法人好生会　はまかぜ	432-0863	浜松市南区小沢渡町2760	053-440-4080
愛知県	名古屋市総合リハビリテーションセンター	467-8622	名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1-2	052-835-3811
岐阜県	岐阜県精神保健福祉センター	502-0854	岐阜市鷺山向井2563-18	058-231-9724
	木沢記念病院	505-8503	美濃加茂市古井町下古井590	0574-25-2181
三重県	三重県身体障害者総合福祉センター	514-0113	津市一身田大古曽670-2	059-231-0155
滋賀県	滋賀県障害者医療福祉相談モール	525-0072	草津市笠山8-5-130	077-561-3486
京都府	京都府リハビリテーション支援センター	602-8566	京都市上京区河原町通 広小路上る梶井町465	075-221-2611
	京都市高次脳機能障害者支援センター	604-8854	京都市中京区壬生仙念町30番地	075-823-1658
大阪府	障がい者医療・リハビリテーションセンター （高次脳機能障がい相談支援センター）	558-0001	大阪市住吉区大領3-2-36	06-6692-5262
	堺市立健康福祉プラザ生活リハビリテーションセンター	590-0808	堺市堺区旭ヶ丘中町4丁3番1号	072-275-5019
兵庫県	兵庫県立総合リハビリテーションセンター	651-2134	神戸市西区曙町1070	078-927-2727
奈良県	奈良県総合リハビリテーションセンター	636-0345	磯城郡田原本町大字多722番地	0744-32-0200
和歌山県	和歌山県子ども・女性・障害者相談センター	641-0014	和歌山市毛見1437番地の218	073-441-7070
鳥取県	医療法人十字会　野島病院　高次脳機能センター	682-0863	鳥取県倉吉市瀬崎町2714-1	0858-27-0205
島根県	島根県立心と体の相談センター	690-0011	松江市東津田町1741-3	0852-21-2885
	エスポアール出雲クリニック	693-0051	出雲市小山町361-2	0853-21-9779
岡山県	川崎医科大学附属病院	701-0114	倉敷市松島577	086-462-1111
	社会福祉法人　旭川荘	700-0952	岡山市北区平田407	086-245-7361
広島県	広島県立障害者リハビリテーションセンター	739-0036	東広島市西条町田口295-3	082-425-1455
山口県	山口県立こころの医療センター 高次脳機能障害支援センター	755-0241	宇部市東岐波4004-2	0836-58-1218
徳島県	徳島大学病院	770-0042	徳島市蔵本町2丁目50－1	088-631-3111
香川県	かがわ総合リハビリテーションセンター	761-8057	高松市田村町1114番地	087-867-7686
愛媛県	松山リハビリテーション病院	791-1111	松山市高井町1211番地	089-975-7431
高知県	高知ハビリテーリングセンター	781-0313	高知市春野町内ノ谷63-6	088-842-1921
福岡県	福岡県障害者リハビリテーションセンター	811-3113	古賀市千鳥3-1-1	092-944-2011
	久留米大学病院	831-0011	久留米市旭町67	0942-35-3311
	産業医科大学病院	807-8556	北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1	093-603-1611
	福岡市立心身障がい福祉センター	810-0072	福岡市中央区長浜１丁目2-8	092-721-1611
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院	849-0937	佐賀市鍋島5丁目1番1号	0952-34-3482
	佐賀県高次脳機能障害者相談支援センターぷらむ （一般社団法人ぷらむ佐賀）	549-0924	佐賀市新中町8番20リファイン佐賀裏（一般社団法人ぷらむ佐賀内）	0952-65-3351
長崎県	長崎こども・女性・障害者支援センター	852-8114	長崎市橋口町10-22	095-844-5515

大分県	農協共済別府リハビリテーションセンター	874-8611	別府市大字鶴見字中山田 1026-10	0977-67-1711
	諏訪の杜病院	870-0945	大分市大字津守888番地の6	097-567-1277
熊本県	熊本県高次脳機能障害支援センター	860-8556	熊本市本荘１丁目１番１号	096-373-5784
宮崎県	宮崎県身体障害者相談センター	880-0032	宮崎市霧島１丁目１番地２ （宮崎県総合保健センター内）	0985-29-2556
鹿児島県	鹿児島県精神保健福祉センター	890-0021	鹿児島市小野1丁目1番1号	099-228-9568
沖縄県	沖縄リハビリテーションセンター病院	904-2173	沖縄市比屋根2-15-1	098-982-1777
	平安病院	901-2111	浦添市字経塚346	098-877-6467

（参考）

・国立障害者リハビリテーションセンターホームページ「高次脳機能障害情報・支援センター」〈http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/〉

※高次脳機能障害支援普及事業支援拠点機関一覧引用元

・日本脳外傷友の会ホームページ〈http://npo-jtbia.sakura.ne.jp/〉

日本成年後見法学会　高次脳機能障害に関する研究委員会

石渡　和実（東洋英和女学院大学）	古笛　恵子（弁護士）
井上　直樹（社会福祉法人大樹会）	酒井　範子（社会福祉士）
遠藤　英嗣（弁護士）	櫻井美智代（社会福祉士）
遠藤　慶子（東京医科歯科大学）	佐藤　彰一（國學院大學）
大貫　正男（司法書士）	新藤　優子（社会福祉士）
大輪　典子（社会福祉士）	隅原　聖子（精神保健福祉士）
小賀野晶一（千葉大学）	名川　　勝（筑波大学）
岡本　　均（社会福祉士）	長谷川秀夫（司法書士）
桑田　　優（行政書士）	水野　　裕（医師）

〈協力〉東川悦子（ＮＰＯ法人日本脳外傷友の会）