

市長申立て検討手順及び標準業務フローチャート

①後見ニーズの発見（市・成年後見支援センター）

- 市（地域包括支援センターや長寿介護課、障がい福祉課等）や成年後見支援センターで初期相談の受付
- 初期相談の結果、市長申立ての可能性がある場合は、後見開始等審判の申立要請書（別紙3）の説明

②初期ケース検討会の開催（市・成年後見支援センター）

- 初期相談内容の確認（本人の状況理解）
- 日常生活自立支援事業の利用についての検討
（日常生活自立支援事業・成年後見制度等活用検討ガイドライン（別紙1）参考）
- 市長申立てを行うかの検討

③本人状況調査（市・成年後見支援センター）

- 成年後見要支援者情報シート（別紙2）に基づいて調査実施
- 後見開始等審判申立要請書（別紙3）の作成依頼

④親族調査（市）

- 2親等以内の親族（他の申立権者）の確認のため、戸籍謄本・戸籍附票など取り寄せ確認
- 4親等以内での申込みが可能か確認
- 2親等以内の親族の有無に伴う対応
 - ・親族がいる場合 申立について依頼・支援を行う
 - ・親族がない場合 次の⑤に進む

⑤市長申立ての要否決定（市）

- 申立内容の最終確認
- ※必要に応じてケース検討会を開催

⑥成年後見登記事項の確認（市）

- 成年後見登記の有無の確認

⑦診断書の作成（市）（本人情報シート添付）

- 医療機関への診断書作成依頼
- 本人情報シート（別紙4）の提出

⑧申立書類の作成（市）

⑨家庭裁判所へ申立て（市）

⑩審理⇒確定⇒後見開始（家庭裁判所）

日常生活自立支援事業・成年後見制度等 活用検討ガイドライン

令和 年 月 日

【対象者名】

【回答者名】

【制度の活用が望ましいと思われる要件】 緊急性高 緊急性低

緊急性が高の理由

1 判断能力の状況

- | | |
|--|--------------------------|
| ① 認知症、知的障害、精神障害等を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
福祉サービスを利用している、又は利用する予定がある。 | <input type="checkbox"/> |
| ② 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少あるが、誰かが注意していれば自立できる
福祉サービスを利用している、又は利用する予定がある。 | <input type="checkbox"/> |
| ③ 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常時支援又は介護を必要とする。本人の意思確認ができない | <input type="checkbox"/> |

2 財産管理の必要性

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ① 日常的な金銭管理に支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ② 通帳や印鑑の紛失があり保管に支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ③ 年金・手当等の受取り手続きに支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ④ 税金・生命保険などの請求の手続きに支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 借金の整理と返済に支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 勝手に消費者金融等と契約する等の行為を行い確認が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ 消費者被害に遭ったことがある等金銭管理に不安があり確認が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ 家族関係が複雑で、家族に対しても説明・支援が必要 | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ 賃貸借契約の手続きに支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑩ 定期預金の契約・解約等手続きに支援が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑪ 不動産の処分や貸付等の手続きが必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑫ 遺産相続の手続きが必要。 | <input type="checkbox"/> |

3 身上保護の必要性

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ① 福祉サービスの内容が理解でき、支援すれば本人が契約行為可能。 | <input type="checkbox"/> |
| ② 福祉サービスの内容が理解できず、本人に代わって契約行為が必要。 | <input type="checkbox"/> |
| ③ 各種契約時の保証人がいないため、保証人確保が必要。 | <input type="checkbox"/> |

特記事項

成年後見 要支援者情報シート

《基本情報》

※総て記入する必要はありません。把握されている範囲でご記入下さい。

作成日	年 月 日 ()	作成者	所属 氏名
本人の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 (自宅での福祉サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 施設・病院 → 施設・病院の名称 _____ 住所 _____		
フリガナ			
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 () 歳
住所	〒 _____		固定電話 _____
			携帯 _____
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
認定情報	介護保険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5	
	障害区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6	
チェックリスト	基本チェックリスト記入結果 : <input type="checkbox"/> 事業対象者の該当あり・ <input type="checkbox"/> 事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日 記入者 _____		
障害診断	認知症 診断 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし 長谷川式認知症スケール 点 _____ <input type="checkbox"/> 知的障害者 [療育手帳 <input type="checkbox"/> あり(A B1 B2)級 <input type="checkbox"/> なし] <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 精神障害者 [保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> あり()級 <input type="checkbox"/> なし] <input type="checkbox"/> 疑い 自立支援医療の利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他の障害 [] <input type="checkbox"/> 疑い		
本人の 居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 自室の有無() 階		
	住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自宅の場合名義()		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 月 円 <input type="checkbox"/> 遺族年金 月 円 <input type="checkbox"/> 厚生年金 月 円 <input type="checkbox"/> 生活保護 月 円 <input type="checkbox"/> 障害年金 月 円 <input type="checkbox"/> その他(手当て等) <input type="checkbox"/> 共済年金 月 円 ()		
	支出総額 月() 円 <input type="checkbox"/> 家賃 円 <input type="checkbox"/> 医療費 円 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用料 円 <input type="checkbox"/> 生活費(食費等) 円 <input type="checkbox"/> その他() 円		収入総額 月() 円 支出総額 月() 円 差額 月() 円 生活費不足の場合は不足する理由 _____
	資産 預金() 円 負債() 円 不動産 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()		負債内容 _____

《 家族情報 》

氏名	続柄	住所・連絡先		家族構成	
親族状況				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> ◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■=死亡 ☆=キ-パ-リ- 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む) </div>	
		Tel			
	Tel				
			Tel		
	Tel				
			Tel		
	Tel				
			Tel		
	Tel				
			Tel		
	Tel				
Tel					
Tel					
		Tel			
Tel					
		Tel			
Tel					
		Tel			
Tel					
		Tel			
Tel					
		Tel			
Tel					
		Tel			
Tel					

家族関係の状況

虐待等家族関係調査不可の理由

《生活情報》

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
			友人・地域との関係

《現病歴・既往症と経過》 (現在の状況に関連するものは必ず記入)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
			☆		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

大村市長 様

要請者 住 所
氏 名
(連絡先等)

後見開始等審判の申立要請書

大村市成年後見制度利用支援事業実施要綱第4条の規定に基づき、後見開始等審判の申立てを次のように要請します。

1 対象者

住所

氏名

生年月日 年 月 日 (歳)

2 対象者の心身の状況

3 対象者の生活状況

4 その他（親族、収入、資産等の状況）

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	作成者 氏名： _____ 印 職業(資格)： _____ 連絡先： _____ 本人との関係： _____
---	---

1 本人の生活場所について

- 自宅（自宅での福祉サービスの利用 あり なし）
- 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

- 介護認定（認定日： _____ 年 _____ 月）
- 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
- 非該当
- 障害支援区分（認定日： _____ 年 _____ 月）
- 区分（1・2・3・4・5・6） 非該当
- 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）
- 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- 支援の必要はない 一部について支援が必要 全面的に支援が必要
（今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

(2) 認知機能について

- 日によって変動することがあるか： あり なし
（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- 意思を他者に伝達できる 伝達できない場合がある
- ほとんど伝達できない できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- 理解できる 理解できない場合がある
- ほとんど理解できない 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- 記憶できる 記憶していない場合がある
- ほとんど記憶できない 記憶できない

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- 正しく認識している 認識できていないところがある
 ほとんど認識できていない 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- 支障となる行動はない 支障となる行動はほとんどない
 支障となる行動がときどきある 支障となる行動がある

(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

(4) 社会・地域との交流頻度について

- 週1回以上 月1回以上 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- できる 特別な場合を除いてできる 日常的に困難 できない

(6) 金銭の管理について

- 本人が管理している 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
 親族又は第三者が管理している

(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- 申立てをすることを説明しており、知っている。
 申立てをすることを説明したが、理解できていない。
 申立てをすることを説明しておらず、知らない。
 その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)