

## Point⑨

# 市町村基本計画に盛り込むべき事項

国基本計画では、市町村が成年後見制度利用促進基本計画（以下、「市町村計画」）を定めるに当たっては、以下の点を具体的に盛り込むことが望ましいとしています。

- 地域連携ネットワークの三つの役割を各地域において効果的に実現させる観点から、具体的な施策等を定めるものであること。
- チームや協議会等といった地域連携ネットワークの基本的仕組みを具体化させるものであること。
- 地域連携ネットワーク及び中核機関の設置・運営、並びにそれらの機能の段階的・計画的整備について定めるものであること。
- 既存の地域福祉・地域包括ケア・司法のネットワークといった地域資源の活用や、地域福祉計画など既存の施策との横断的・有機的連携に配慮した内容とすること。
- 成年後見制度の利用に関する助成制度の在り方についても盛り込むこと。

さらに、具体的な市町村計画のイメージとしては次の項目が考えられます。

- ①本計画の目的と必要性について
- ②本計画の位置づけ（法的根拠）
- ③計画期間について
- ④地域福祉計画、他の福祉計画との整合性について
- ⑤国が進める地域共生社会を実現していく上での位置づけについて
- ⑥成年後見制度の利用の現状と潜在的利用ニーズについて（必要なデータは何か）
  - 成年後見制度の申立件数
  - 成年後見制度の利用者数
  - 成年後見制度の市町村長の申立件数
  - 成年後見制度利用支援事業の助成
  - 認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数）
  - 知的障害者、精神障害者手帳所持者数
  - 日常生活自立支援事業の相談件数、利用者数
  - 以上の各データの年度ごとの推移と今後の推計値

⑦成年後見制度の利用を促進するための具体的な仕組みづくりについて

○中核機関の運営体制と支援内容

- ・運営体制について
- ・広報機能について
- ・相談機能について（アセスメント、支援方針の検討など）
- ・成年後見制度利用促進機能について（受任調整、担い手の育成など）
- ・後見人等支援機能について（モニタリング、バックアップなど）

○成年後見制度の利用に関する助成制度について

⑧評価について（協議会の活用）

**Check**

市町村計画の策定は、司令塔である自治体の大きな役割のひとつです。方法としては、単独で市町村計画を策定する方法と地域福祉計画等に市町村計画を組み込む方法があります。地域福祉計画等に組み込む方法の場合、現行計画の見直し、または次期計画策定の際に併せて策定することになりますので、市町村計画の策定期間が大幅に遅れることがないように留意しましょう。

# <資料編>



権利擁護支援相談事例フォーマット (1/3)

※ 事務局使用欄 : No.

記入年月日 : 平成 年 月 日  
記入者名(所属) : ( )

基本情報	氏 名			年 齢	歳 / M T S H 年 月 日		
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住 所	浦安市			
	申 立 人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> 市長		報酬助成	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 不明		
	概 要						
	自 宅 の 状 況	<input type="checkbox"/> 自己・親族等所有 → <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ↳ 登記名義 <input type="checkbox"/> 本人単独 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 被相続人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 → <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( <input type="checkbox"/> 公営、 <input type="checkbox"/> 民間 ) → <input type="checkbox"/> 解約済み					
	自宅以外の居所	<input type="checkbox"/> 施設等 → <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	申立後の居所予定 (変更予定がある場合)			所 在 地			
	世 帯 構 成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( )		室内の状況	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 要整理 <input type="checkbox"/> 不明		
	病 歴						
	介護サービス等の 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイ・サービス <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 障がい者施設 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
要 介 護 度	要介護(要支援)区分			認 定 期 間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		
	認知症高齢者自立度	Ⅰ, Ⅱ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲ, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, M		障がい高齢者自立度	自立, J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2		
	長谷川式			M M S E			
手 帳	療育手帳	等級→	精神障がい手帳		級		
	身障手帳	種	級		【障がい名】		
判断能力の判定(類型)	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 不明 ( )		診断日 (H 年 月 日)				
本人の心身状況	身 体 状 況	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲		聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
		発 語	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 少し不明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭		拘 縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 強い	
	日常生活動作状況	立ち上がり・立位保持	<input type="checkbox"/> つかまらないで可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない				
		歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記: )				
		食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記: )				
		着 脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記: )				
		入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記: )				
		排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記: )				
	精 神 状 態	精神症状	記憶障害	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし			
			失見当	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし			
		その他	<input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 興奮				
			<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		会話能力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 単語で応答 <input type="checkbox"/> 不可				
	問題行動	他害行為	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし		自傷行為	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし	
		不潔行為	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし		徘徊	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし	
不穏興奮		<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし		火の扱い	<input type="checkbox"/> 常に注意 <input type="checkbox"/> 喫煙者 <input type="checkbox"/> なし		
医療的な処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
退院の見通し	<input type="checkbox"/> 退院可 ( 月頃予定 ) <input type="checkbox"/> 施設入所待ち <input type="checkbox"/> 退院不可						
在宅生活の継続	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 援助があれば可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能 (特記: )						

権利擁護支援相談事例フォーマット (2/3)

本人の心身状況	<div><div><input type="checkbox"/> 既往症への対応</div><div><input type="checkbox"/> 意思疎通困難</div><div><input type="checkbox"/> 他害・自傷行為</div><div><input type="checkbox"/> 移動支援</div></div> <div><input type="checkbox"/> その他 ( )</div>
	【特記事項】
身上監護の課題と対応	

【収入】 (平成27年11月6日現在)	【支出】 (平成27年11月6日現在)
<div>円/月</div> <div>円/月</div>	<div>円/月( )円/年</div> <div>円/月( )円/年</div> <div>円/月( )円/年</div> <div>円/月( )円/年</div> <div>円/月( )円/年</div> <div>円/月( )円/年</div>
合 計 0 円/月( 0 )円/年	合 計 円/月( )円/年
【資産】 (平成27年11月 日現在)	【負債】 (平成 年 月 日現在)
《預貯金》 <div>円</div>	<div>0 円</div>
合 計 0 円	
《不動産・株・証券等》	
	合 計 0 円
現在の財産の管理方法	今後の収支状況の変更予定
財産管理の課題と対応	
<div><input type="checkbox"/> 生活保護</div> <div><input type="checkbox"/> 消費者被害</div> <div><input type="checkbox"/> 不明財産の照会</div> <div><input type="checkbox"/> 不動産の処分</div> <div><input type="checkbox"/> 負債整理</div> <div><input type="checkbox"/> 遺産相続</div>	

☐ その他 ( )

| 【特記事項】 | |

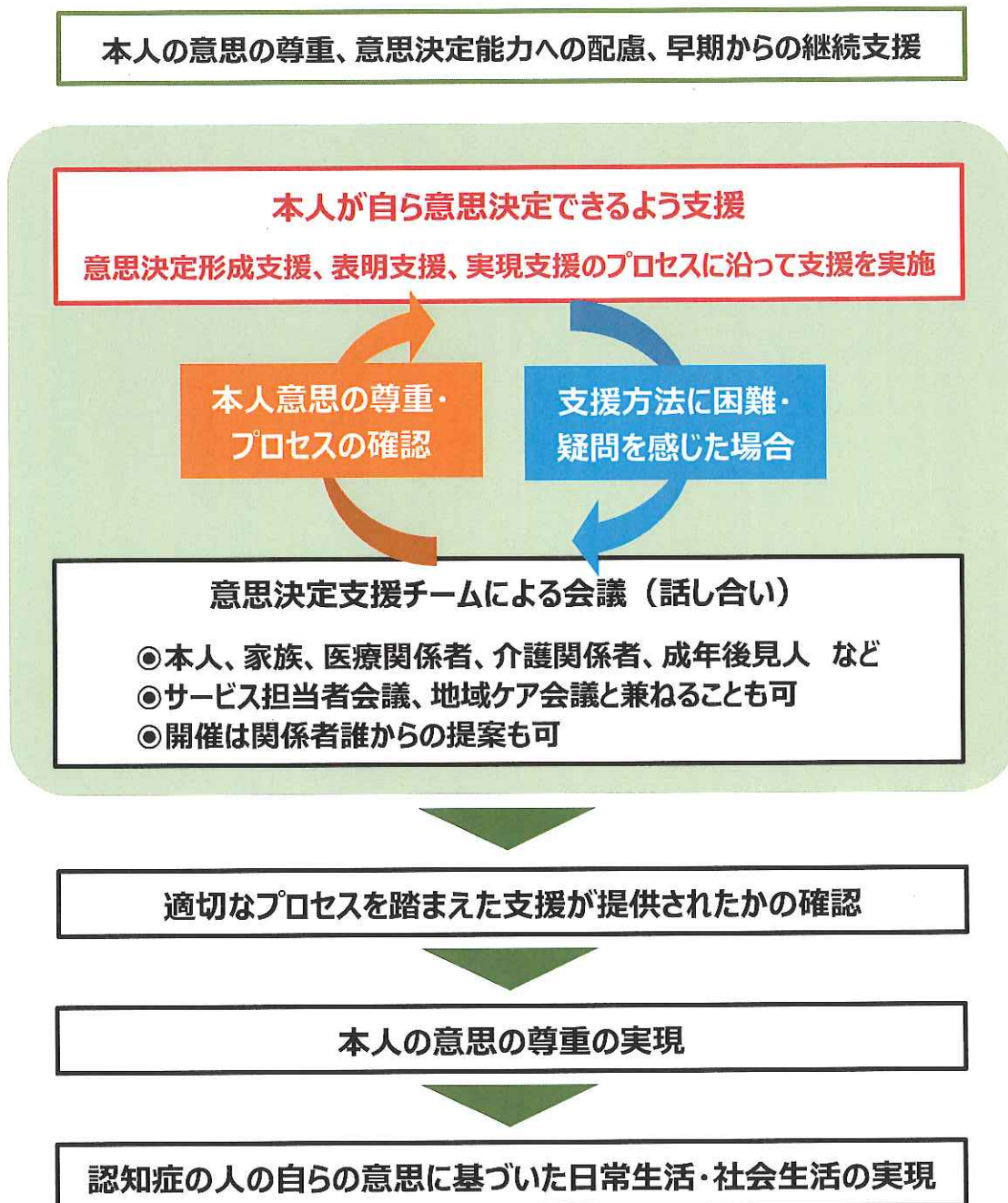
30



権利擁護支援相談事例フォーマット (3/3)

本人の 周辺 状況	【親族関係図】		【親族関係】 ( ) ( )		
	【推定相続人】	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 ( 人 ) <input type="checkbox"/> 兄弟 ( 人 ) <input type="checkbox"/> 甥・姪 ( 人 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
	【生活歴及び職歴】				
	【親族又は知人とのトラブル】 <input type="checkbox"/> 支援が必要な家族あり <input type="checkbox"/> 虐待の恐れ <input type="checkbox"/> 近隣とのトラブル <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	【特記事項】				
	成年後見申立てへの本人の理解				
	今後の生活に対する本人の意思				
市の関わり及び申立てに至る経緯					
成年後見人への依頼事項 <input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 相続 <input type="checkbox"/> 不動産の購入・処分 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用契約 <input type="checkbox"/> 裁判手続き <input type="checkbox"/> その他 ( )					
【特記事項】					

【概念図】



## → 日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

### 人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度  
(本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解 など)
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮  
(本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り など)
- ◎ 意思決定支援と環境  
(緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保 など)

### 意思形成支援：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

#### [ポイント、注意点]

- ◎ 本人の意思形成の基礎となる条件の確認 (情報、認識、環境)
- ◎ 必要に応じた 都度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明
- ◎ 本人の正しい理解、判断となっているかの確認



### 意思表明支援：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

#### [ポイント、注意点]

- ◎ 意思表明場面における環境の確認・配慮
- ◎ 表明の時期、タイミングの考慮 (最初の表明に縛られない適宜の確認)
- ◎ 表明内容の時間差、また、複数人での確認
- ◎ 本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認



### 意思実現支援：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

#### [ポイント、注意点]

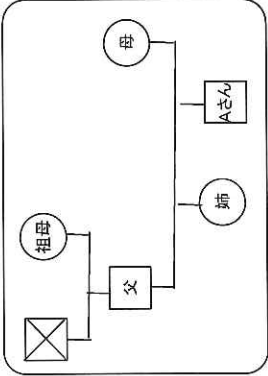
- ◎ 意思実現にあたって、本人の能力を最大限に活かすことへの配慮
- ◎ チーム(多職種協働)による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用
- ◎ 形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

各プロセスで困難・疑問が生じた場合は、チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り



意思決定支援のためのアセスメント表

＜意思決定支援が必要な項目＞ Aさんが取り組みたい日中活動プログラムは？	
＜これまでの生活史＞ ○Aさんは1歳6ヶ月の検診で知的な発達の遅れが指摘され、知的障害があることが分かりました。両親と3歳年上の姉、そして父方の祖母との5人暮らしでした。穏やかで人なつこい性格であったAさんは特に祖母にかわいがられて育ちました。祖母が得意であつた饅頭作りをうれしそうに手伝ったり、祖母と一緒に近所に配って歩いたりしました。そのときに人から喜んでもらえるとうれしくなるとAさんもとてもうれしそうな表情を見せていたそうです。 ○学校は小学校から特別支援学校に通いました。学校では友人と関わることが好きで、いつも仲間と一緒に過ごしていました。でもたくさんの人で行動が集まったり、運動会などで大きな音がする場面などでは少しいらする様子が見られました。 ○言葉では意思を伝えることが難しいAさんでしたが好きな物には自ら積極的に取り組み姿や、豊かな表情で周囲に気持ちを伝えることができました。 ○休日は家族と一緒に出かけることがありますが、お父さんとお母さんが自営業をされていたこともあり、Aさんのお出掛けをしたいという気持ちに応えられない日も多くなってきたことから移動支援を利用して、ヘルパーと出かけるようになりました。 ○特別支援学校卒業後の進路は、就労継続支援B型事業所や生活介護事業所など3回の実習を重ねた結果、生活介護事業所を利用することになりました。	
意思決定支援会議のまとめ	
＜関係者から提供されたAさんの意思を判断するための手がかりとなる情報＞ (家族) ○Aさんは、祖母にかわいがられて育った。 ○祖母が得意だった饅頭作りをうれしそうに一緒にしていた。 ○饅頭を近所に配ることについて行き、人から言われるとうれしそうだった。 (学校の教員) ○友だちと関わることは好きだった。 ○静かな音楽を好んで聴いていた。 ○紙に絵の具で色を塗ることは好きで、集中して取り組んでいた。 ○ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてイスから立ち上がってしまった。 (移動支援ヘルパー) ○森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くと耳を澄ましてうれしそうにしていた。 ○人混みなど雑音の多い場所は苦手なようで表情が陰なくなったりイライラした感じになってしまふ。	＜手がかりとなる情報から推定される本人意思＞ ・かわいがってくれる祖母のような人が好きであろうだ。 ・祖母のような人と一緒に饅頭などをつくるのが好きであろうだ。 ・作った饅頭などを配り、人から喜ばれることがうれしいであろうだ。 ・友だちと関わることは好きであろうだ。 ・静かな音楽を好むであろうだ。 ・紙に絵の具を塗るなど、創作的な活動は好きであろうだ。 ・ペットボトルのキャップの分類のような作業的なことはすぐ飽きてしまうであろうだ。 ・森の中を散歩して、鳥のさえずりを聞くとうれしいであろうだ。 ・人混みなど雑音が多い場所は、イライラして苦手なであろうだ。

(参考) 意思決定支援を反映した個別支援計画(意思決定支援計画)の作成例

利用者名 A 作成年月日 年 月

本人(家族)の希望	お菓子などを作ったりそれをあげたりすることで、いろんな人に喜んでもらえるとうれしい絵を描いたり、静かな音楽を聴いたり、静かな場所を過ごすことが好き、騒がしい場所は嫌い		
長期目標(内容、期間等)	Aさんが日中活動をもっと楽しめたり、新たな楽しみを見つけられる。(6ヶ月)		
短期目標(内容、期間等)	Aさんにとって生活介護事業所が居心地の良い場所になる(3ヶ月)		

□支援目標及び支援計画等

推定される本人の意思	支援内容	具体的取組 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
かわいがってくれる祖母のよう な人と一緒に饅頭などをつく ることが好き。 作った饅頭などを配り、人から 喜ばれることがうれしい	Aさんが安心してできるスタッフと お菓子作りを行い、できたお 菓子を配り、人を通して人と 関わる機会をつくる。	・Aさんが安心してできるスタッフとお菓子作りの活動 に参加する ・本人が作業に取り組みやすいよう行程や補助 具などに工夫する ・必要に応じて指示や介助を行う ・騒がしくならないように配慮する	月・水・金 AM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Cグループ 調理活動担当D	-
静かな音楽を聞いたり、紙に 絵の具を塗るなど、創作的な 活動が好き。	静かな音楽が流れる部屋で、 紙に絵の具を塗るなど、創作 活動を行う。	・紙に絵の具を塗るやすいように、素材や道具を 工夫する ・部屋に飾かな音楽を流す ・絵の具以外の創作活動も試してみる	火・木 AM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Cグループ 創作活動担当E	-
友だちと関わるのが好き。 森の中を散歩して、鳥のさえ ずりを聞くとうれしい。	友だちと一緒に、鳥のさえずり を聞きながら森の中を散歩す る。	・事業所近くの森林公園内を散歩する ・一緒に散歩が楽しめる友だちをみつける	月・水・金 PM活動時・3ヶ月	生活介護事業所 Cグループ 散歩活動担当F	-

□支援開始後の見直しのための観点

意思決定支援が必要な項目	目的	内容	意思決定支援会議参加者	サービス提供機関(提供者・担当者等)
活動がAさんの意思を反映し ているか、検討するとともに、 支援開始後の様子から、Aさ んの意思について新たに気づ いたことがないか情報を共有 する。	意思決定支援会議を開き、生 活介護利用後のAさんの様子 について関係者で情報交換 し、共有するとともに、Aさんの 意思の推定を進め、活動内容 を見直す。	・生活介護事業所や自宅、移動支援事業利用中 等におけるAさんの様子を記録に基づき共有す る。 ・共有した情報に基づき、意思決定支援計画・個 別支援計画を見直す。	・Aさんと家族 ・生活介護事業所Cグループ担当者 ・相談支援専門員 ・移動支援事業所 ・意思決定支援責任者(サービス管理責 任者)	生活介護事業所 Cグループ 各活動担当者 サービス管理責任者

平成 年 月 日 利用者名 A 印 サービス管理責任者(意思決定支援責任者) B 印

1	氏名	男・女	年    月    日生 (    歳)
	住所		
2	<b>医学的診断</b>  診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)   所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)          各種検査 長谷川式認知症スケール                      ( <input type="checkbox"/> 点 (    年    月    日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可) MMSE    ( <input type="checkbox"/> 点 (    年    月    日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可) 脳の萎縮または損傷の有無 <input type="checkbox"/> あり ⇒ ( <input type="checkbox"/> 部分的にみられる <input type="checkbox"/> 全体的にみられる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 実施不可) <input type="checkbox"/> なし 知能検査  その他   短期間内に回復する可能性 <input type="checkbox"/> 回復する可能性は高い <input type="checkbox"/> 回復する可能性は低い <input type="checkbox"/> 分からない (特記事項)		
3	<b>判断能力についての意見</b> <input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。 <input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。 <input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。 <input type="checkbox"/> 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。  (意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。		





## 判定の根拠

## (1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)  
☐ なし

[ ]

## (2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い  
☐ 意思疎通ができない)  
☐ なし

[ ]

## (3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)  
☐ なし

[ ]

## (4) 記憶力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)  
☐ なし

[ ]

## (5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[ ]

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった

(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

## 【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

## 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。  
また、本人の介護・福祉を担当している方によって作成されることを想定しています。

作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">本人</div> 氏 名： _____  生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">作成者</div> 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）

☐ 施設等

→ 施設等の名称 \_\_\_\_\_

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

☐ 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

☐ 全面的に介助が必要 ☐ 一部について介助が必要 ☐ 介助の必要はない  
（今後、介助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。）

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 ☐ とときどき伝達できる

☐ 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（親、配偶者、子供、兄弟・姉妹）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・社会生活上問題となる精神・行動障害について

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

（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) 外出頻度について

- ☐ 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関する本人の認識

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

（成年後見制度の利用に本人が反対している場合には、その理由・背景事情等）

6 本人にとって必要と考えられる後見事務の内容等（※御意見があれば記載してください。）