

**【中核機関の相談支援機能】検討項目案**

相談日	2022年 10月 5日(対応者: 佐藤 )		ID
相談者	相談者名: 鈴木	<input type="checkbox"/> 本人	所属 <input type="checkbox"/> 〇〇市障害福祉課
	連絡先: 〇〇〇〇		
相談形態	<input checked="" type="radio"/> 1. 電話 <input type="radio"/> 2. 来所 <input type="radio"/> 3. 訪問 <input type="radio"/> 4. その他 ( )		
相談概要	<input type="checkbox"/> 詳細別紙参照 主な相談内容 本人に相続が発生し、制度の利用について検討したい		
相談契機	1. パンフレット 2. 研修受講( ) 3. 以前に相談 4. その他 ( )		
相談者属性	地区: 〇〇市△△地区		所属属性: 〇〇市障害福祉課支援係
主な相談内容	本人の父が急死し、相続が発生した。法定相続人は、母と姉と本人。本人には知的障害があり、法定代理人が必要となっている。		

□ 「本人情報シート」を活用 ※

本人氏名	イニシャルを記入	性別	<input checked="" type="radio"/> 1. 男性 <input type="radio"/> 2. 女性	年齢	50歳 ( 年生まれ)
居住地	<input checked="" type="radio"/> 1. 市内 <input type="radio"/> 2. 市外 <input type="radio"/> 3. 不明 (具体的に )				
疾病・病歴	精神発達遅滞		親族の状況		
身体状況	ADLは自立		両親と姉の4人家族。姉は5年前に結婚のため別居。9月に父が病		
住居の状況	民間賃貸住宅		で急逝され、相続が発生している。母と二人暮らし。		
経済状況	主な収入(約 月 70,000円) 障害年金 主な支出(約 月 30,000円) 詳細不明 財産状況(不動産や資産、負債、財産状況の変動可能性など 亡父の相続財産あり)				
生活歴 現状	特別支援学校(高校)卒業後、就職するも1年で退職。療育手帳B判定。就労支援B型事業所に通所するも継続できず、現在は日中自宅で過ごす。				
支援状況	介護・障害の認定・区分状況 障害支援区分3 マネジメント担当者 利用している介護・福祉サービス 就労支援事業所B型在籍も、通所できていない				
選好および 価値観	好きなこと 野球観戦 野球の雑誌を見ること 嫌いなこと じっと座っていることが苦手 大切に思っていること 母、姉と出かけて、お気に入りの店で一緒に食事をする これだけは嫌だと思っていること 今いるところから別のところで暮らすことになること				
本人の 意思・意向	今後の生活についての意向 今の生活を続けたい 手伝って欲しいと思っていること、困っていること 仕事をして少しでも稼ぎたい 金銭管理についての意向 自分では難しいので助けてほしいが、自由に使いたい その他 本人にとって重大なこと 自分のペースで話を聞いてもらうこと				
判断能力に 影響を与え た要因につ いて	1. 認知症 <input checked="" type="radio"/> 2. 知的障害 <input type="radio"/> 3. 精神障害 <input type="radio"/> 4. その他 ( ) 5. なし 6. 不明 具体的に 療育手帳B				
権利擁護支 援関係制度 等の利用に ついて	1. 成年後見制度の利用 無 <input checked="" type="radio"/> 1-1. 初めての相談 1-2. これまでも相談している 1-3 不明 2. 成年後見制度の利用 有 <input type="radio"/> 2-1 補助 2-2 保佐 2-3 後見 2-4 任意後見 3. 日常生活自立支援事業を利用中 4. 終活相談中(死後事務委任、遺言作成など)				

追加の 情報収集 ※複数選択可	1. 本人からの聴き取り	具体的に	<input type="checkbox"/> 詳細は別紙参照
	2. 関係機関からの情報収集		
	3. ケース会議への参加(日時 )		
	4. ケース会議の招集(日時 )		
	5. その他 ( )		
	6. 不要		



	具体的に 成年後見制度の必要性ありと判断。支援チーム形成支援機能へ進む
--	-------------------------------------

**【権利擁護支援チームの形成支援機能】検討項目案 ※受任調整シート**

会議日時	2022年 10月 15日	参加者	上記メンバー
氏名	イニシャルを記入		
本人の意思・意向	<input checked="" type="checkbox"/> 本人情報シート添付有 ※制度の利用についての本人の思いや今後の生活への希望、特に必要な意思決定支援を記入 父が亡くなって寂しい。急なことだったので母を困らせないようにしたい。 (制度の利用について)母がいいというなら、自分もいいと思う。		
診断書	<input type="checkbox"/> 取得済(取得日 ) 診断書から想定される類型 <input type="checkbox"/> 補助 <input checked="" type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input checked="" type="checkbox"/> 未取得(取得予定:本人が通院している精神科クリニックへ依頼予定 )		
収支状況 ※分かる範囲で 記入	主な収入	月額 およそ 70000円(障害年金 )	<input type="checkbox"/> 詳細把握ができていない収入あり( )
	主な支出	月額 およそ 30000円(母と同居、詳細不明 )	
財産状況 ※分かる範囲で 記入	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金(200万円 ) <input type="checkbox"/> 不動産あり( ) <input type="checkbox"/> その他の資産(株や国債、投資信託など( ) ) <input type="checkbox"/> 負債あり( ) <input checked="" type="checkbox"/> 財産状況の変動可能性(亡父の遺産 預貯金1000万円 )		
本人の居所と 今後の生活圏域	両親と同居。父が契約していた民間賃貸住宅を母がそのまま契約を引き継ぎ、当面は居所を変える予定はない。今後、経済状況を鑑みて、生活拠点が変わる可能性がある。		
付与が必要と 想定される 権限	<input checked="" type="checkbox"/> 代理権目録添付あり <input type="checkbox"/> 同意権取消権目録添付あり ※添付の場合には記入不要 1. 代理権の必要性有 2. 取消権の必要性有 想定される後見人等の業務 遺産分割協議 相続した財産の管理 行政手続等 権限付与についての本人の意向 よくわからない。できないことは助けてほしいが、お金は自分で使いたい。		
候補者に 求められること	本人にとって望ましいこと(本人の希望、性別や年代、条件、活動圏域)を記入 本人のペースで話を聞くこと、本人にわかりやすい説明をすること、本人不在で決めないこと。母や支援者は年上の男性を希望するが、本人はこだわりがない。生活拠点が変わる可能性はあるが、遠方への転居は考えていない。		
申立の妥当性	<input checked="" type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要性有 <input type="checkbox"/> 権利擁護支援の方針の再検討 <input type="checkbox"/> その他		
申立人等	<input type="checkbox"/> 本人支援 <input checked="" type="checkbox"/> 親族支援(母 ) <input type="checkbox"/> 市町村長( <input type="checkbox"/> 老福、 <input type="checkbox"/> 知福、 <input type="checkbox"/> 精福 ) ※本人や親族の申立支援が滞った場合の方針( )		
利用支援事業	<input type="checkbox"/> 該当する <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない		
候補者	<input type="checkbox"/> 親族( ) <input type="checkbox"/> 市民後見 <input type="checkbox"/> 法人後見 <input checked="" type="checkbox"/> 専門職 具体的に 母は、後見人等になることは難しく、母・姉とも相続で利益相反になるため、専門職を希望。 複雑な相続ではないので、本人の意向に沿った対応ができる社会福祉士がよいのではないかと		
後見人等に必要 と思われる支援	<input checked="" type="checkbox"/> チームの顔合わせ支援の実施 <input type="checkbox"/> 虐待対応の継続 <input type="checkbox"/> 措置等 <input type="checkbox"/> 活動地域への配慮 専門職団体の支援体制も考慮し、顔合わせ以降の支援の必要性と内容を判断する		
候補者との 事前面接	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (根拠 基本的に申立前に本人と事前に面接することを勧めており、本人、親族も希望したため)		

事前面談状況	実施後、日時と本人の様子、意向を記録、候補者の変更が必要な場合には、その旨も記入 2022年11月10日に、専門職団体より推薦された社会福祉士と事前面談を行った。
申立状況	申立日 2022年12月15日 審判到着日 2023年1月10日 確定日 2023年1月30日 選任された後見人等（事前面談を行った社会福祉士が選任された）
バックアップ状況	チームの顔合わせ支援（2023年2月5日に、本人の自宅で本人、母、保佐人、市障害福祉課、計画相談担当、中核機関担当で顔合わせを行い、今後の支援について話し合った。） 継続支援の必要性の確認（保佐人もすでに複数受任経験があり、中核機関としての継続支援は不要と判断した。）
今後の支援	<input type="checkbox"/> モニタリング要（予定日 ） <input checked="" type="checkbox"/> モニタリング不要（今後は相談、依頼に基づき対応）

### 【権利擁護支援チームの自立支援機能】検討項目案

後見実務支援の 相談者	<input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 支援機関等 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族	氏名	イニシャルを記入
	連絡先 □□□□	所属	本人
相談概要	<input type="checkbox"/> 詳細別紙参照 主な相談内容 保佐人が本人の面会を行わず、本人の希望も確認せずに、一方的に在籍していた就労支援 B 型の利用を解約してしまった。今後は GH への入所を勝手に進められそう。保佐人を代わってほしい		

後見人等より聞き取って中核機関が記入（後見人等からの相談の場合は、後見人等が記入してもよい）

本人氏名	イニシャルを記入		
類型	<input type="checkbox"/> 補助 <input checked="" type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見受任者 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
申立の経緯	<input checked="" type="checkbox"/> 相談受付シート、受任調整シート参照（ID： ）		
後見人等	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 市民 <input checked="" type="checkbox"/> 専門職（社会福祉士 ） <input type="checkbox"/> 専門職監督人（ ） 氏名：▽▽ 連絡先：●●●●		
本人の 心身状況	<input type="checkbox"/> 申立時（前回報告時）からの変化の有 <input type="checkbox"/> 本人情報シートを活用 <input checked="" type="checkbox"/> 安定している 具体的に（ADL や体調面に変化はないが、日常的金銭管理や日中の過ごし方に課題がある）		
支援者による 支援状況	<input type="checkbox"/> 支援が充足・安定している <input checked="" type="checkbox"/> 支援・体制に課題がある 具体的に（本人の意向を確認せずに、就労支援 B 型の契約を保佐人が解除してしまった）		
申立時の 課題解決状況	<input type="checkbox"/> 課題分析シートを添付 <input checked="" type="checkbox"/> 当時の課題はすべて解決 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな課題が生じている <input type="checkbox"/> 対応中 <input type="checkbox"/> 課題に対応していない 具体的に（就労支援について、日常的金銭管理について ）		
後見実務の 現状と課題 （見直しを含む）	<input checked="" type="checkbox"/> 財産管理 <input checked="" type="checkbox"/> 身上保護 <input checked="" type="checkbox"/> チーム内の意思疎通・連携 <input type="checkbox"/> チーム内の課題認識のずれ <input checked="" type="checkbox"/> 意思決定支援 <input checked="" type="checkbox"/> 本人との関係 <input type="checkbox"/> 支援関係者との関係 <input type="checkbox"/> 家裁への報告事務 <input type="checkbox"/> 生活の場所を移す可能性が高い <input type="checkbox"/> 今後、法律行為が必要となる可能性が著しく高い 具体的に（本人、親族が課題と感じているもの。保佐人は課題を感じていない。 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ）		
現状についての 本人の意思・意向	生活についての今後の意向 今いるところを辞めたくない GH へ行きたくない 後見人等や支援者についての思い 話を聞いてくれない 会わずに勝手に決めないでほしい 今の成年後見制度利用についての思い 保佐人が交代するなら利用続けてもいい		
後見人等の 権限の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 必要あり（ <input checked="" type="checkbox"/> 縮減 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 監督人不要 <input type="checkbox"/> 必要なし		<input checked="" type="checkbox"/> 登記事項証明の添付 <input checked="" type="checkbox"/> 代理権目録の添付

	相続に関する権限は不要	<input type="checkbox"/> 同意権目録の添付
類型見直しの 必要性（取消含む）	<input type="checkbox"/> 必要あり（ <input type="checkbox"/> 類型→ 類型 / <input type="checkbox"/> 取り消し） （具体的に 本人の心身状況に変化はない）	<input checked="" type="checkbox"/> 必要なし
追加選任または 交代の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし （具体的に 本人や親族は交代を希望しているが、保佐人は継続することに問題を感じていない）	
家庭裁判所への 情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし 誰から情報提供を行うか（本人が行うことの支援が必要 または本人を代弁して支援機関が行う）	
上記についての 本人の思い	<input checked="" type="checkbox"/> 本人からの申し出 <input type="checkbox"/> 説明済 本人の思い（自分のペースに合わせて説明をしたり、話を聞いてくれる人に代わってほしい）	
中核機関の支援 ■は実施済 <input checked="" type="checkbox"/> は実施が必要と思 われること	<input checked="" type="checkbox"/> チーム会議開催への支援 <input type="checkbox"/> 事例検討の場への事例提出（助言を求める） <input type="checkbox"/> アドバイザーの派遣要請 <input type="checkbox"/> 専門相談へのつなぎ <input checked="" type="checkbox"/> 専門職団体との連携 <input checked="" type="checkbox"/> 家裁への情報提供 <input type="checkbox"/> 後見等人が家庭裁判所へ報告することの支援 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし	

### 【権利擁護支援チームの自立支援機能】検討結果 記入欄の案

検討日時	2025年4月10日
検討メンバー	<input checked="" type="checkbox"/> 定例検討会議で実施 成年後見人等の出席（ <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし） 検討会議委員（専門職）、本人、本人の母、計画相談担当者、中核機関 （保佐人に参加を促したが出席は見合わせたい、との回答あり）
事前情報	事前情報として、当該会員は複数案件受任しており、同様の訴え（本人へ十分説明をせずに、決定してしまうこと）が他の関係者からも団体に入っていることを確認している。
話し合われたこと （助言内容）	具体的に記入 本人の思い：「もっと会いに来て説明をして欲しい。自分のペースで話を聞いてから決めて欲しい」 本人の母：「連絡をしても繋がらないことが多く、折り返しもない」 計画相談担当者：「保佐人とは連絡がとれている。今回の契約解除は、本人も休みがちであったので、本人の希望だと思っていた。自分から本人へ聞いたとき、確かに積極的に辞めたい、という意向ではなかったと思う。本人への向き合い方、意思決定支援についての理解や認識がチームとして不足してたのではないかと反省している。」 検討会議委員の社会福祉士：「本日、保佐人が出席していないため、今日話し合われた内容を保佐人とも話し合っ、対応に改善が認められないのであれば、交代を具体的に検討してはどうか」 検討会議委員の弁護士・司法書士：「本案件は、福祉職の保佐人が望ましいので、現保佐人の後見事務への向き合い方に変化がなければ、他の社会福祉士への交代が望ましいのではないかと」
決定したこと	具体的に ① 中核機関より、保佐人に話し合いの結果を伝え、支援チーム（本人、計画相談担当、中核機関）とて協議の場をもつことを提案する ② 協議の場をもった結果、現保佐人が継続する場合、事務の向き合い方に変化があったかをモニタリングする。時期は3カ月後とする。

	<p>③ 話合いの提案が拒否された場合は、家庭裁判所へ交代の必要性を検討した結果を報告するとともに、本人から社会福祉士の追加選任の上申を行うことを中核機関として支援する</p> <p>④ 社会福祉士会に追加選任(後任)の名簿登録者の推薦を依頼し、本人との事前面談実施の調整を行う</p>
<p>中核機関による モニタリング</p>	<p><input type="checkbox"/>モニタリング継続不要(今後は相談、依頼に基づき対応) ※課題が解消している場合は不要</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>モニタリング継続要(必要な根拠 現保佐人が継続することになった場合でも、保佐人の事務に変化があったかを確認するため)</p>
<p>その後の経過</p>	<p>2025年4月25日に保佐人を含めた話し合いの場を持つことができたが、その結果、保佐人も本人の意向を確認せずに契約解除したことを反省したものの、保佐人としてはグループホームの選択肢しか思い浮かばない、との発言があり、本人の意向と異なることが明確になった。保佐人からは、本人に対して「申し訳なかった」との言葉とともに、辞任の意思が表明された、本人との信頼関係の再構築には課題が大きいと判断されたが、中核機関からは役割を移行するための引継期間を数ヶ月もつことを提案し、保佐人の追加選任の形をとることを本人も希望したため、保佐人、支援関係者、母にも確認のうえ、家庭裁判所に上申を行った。(本地域では、後見人等が複数になっても報酬は2倍にはならないことも確認済み)</p> <p>2025年5月15日、追加選任を想定して新たな候補者・社会福祉士との面談後、家裁へ経過報告と追加選任を希望する旨の上申書を、被保佐人本人が提出することを支援した。</p>