

〈 申立てまでにご準備ください 〉

診断書関係

- ・ 「**成年後見等開始の申立てをお考えの方へ** - 診断書及び鑑定について -」をまずお読みください（同封の申立て説明関係につづってあります。）。
- ・ 診断書を作成していただく主治医等医師の方に「**成年後見用診断書**」を渡される際に、「**成年後見用診断書の作成を依頼された医師の方へ**」という書面と一緒に渡していただき、「**診断書附票**」にご記入いただいて、鑑定が必要な場合に鑑定をお引き受けいただけるかどうかについて尋ねておいてください。

成年後見用診断書の作成を依頼された医師の方へ

(前橋家庭裁判所)

日ごろから、家庭裁判所の業務に対し、ひとかたならぬご理解、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成12年4月に新たに**成年後見制度**が発足し、従来の禁治産・準禁治産制度が全面的に改正されました。具体的には、ご本人の判断能力の程度に応じて、成年後見(従来の禁治産)、保佐(従来の準禁治産)及び補助(新設)の3類型が設けられました。いずれの類型でも、ご本人の判断能力を補うための援助者(成年後見人等)が選ばれ、判断能力の残存の程度に応じて、ご本人の財産を維持管理したり、身上監護の支援を行うなど、ご本人の保護に努めることになります。

この中で、成年後見及び保佐を開始する審理を進めるためには、原則として、ご本人の判断能力の状況について、医師による**鑑定**が必要となります。成年後見及び保佐が開始されますと、ご本人の保護が図られる反面、その法律的行為や資格が制限されることになり、とりわけ慎重な判断が求められるからです。鑑定の結果は鑑定書にまとめられ、家事審判官(裁判官)が審理をする際の資料となります。

ただし、診断書等から、ご本人の判断能力の欠如の程度が明らかな場合には、鑑定をしないことがあります。

そこで、ご本人の親族等の依頼に応じて成年後見用診断書を作成される際に、家庭裁判所から鑑定の依頼がなされた場合に鑑定をお引き受けいただけるかどうかなどの参考事項について、『**診断書附票**』に併せてご記入いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

主治医の方は、ご本人の症状の経過について最もよく把握されておられますので、精神科のご専門ではなくても、鑑定の依頼をさせていただくことがあります。また、成年後見制度の利用に強く反対している親族がいるような場合には、主治医以外の医師に鑑定を依頼することもあります。その際には、診療記録の提供等の協力をお願いすることがありますので、ご協力をお願いします。

ご多忙とは存じますが、何卒ご理解、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

※1 鑑定をお願いする場合には、後日依頼書を送らせていただきます。

※2 **鑑定書の作成**については、「鑑定書作成の手引」も用意しておりますし、この手引は最高裁判所のホームページでもご覧いただけます。

(最高裁判所ホームページ⇒家事手続⇒申立書一覧の順で順で検索してください。)

(前橋家庭裁判所本庁・支部提出用)

診 断 書

(成年後見用)

1 氏 名		男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日生 (歳)

2 医学的診断 (☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ その他)

(1) 診断名

(2) 所 見 (現在の精神状態と関連する病歴及び合併症など)

(3) 精神上の障害の程度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度
特記事項

(4) 障害の現状
☐ 植物状態もしくはこれに準じる
☐ 簡単な指示に応答することはあるが、それ以上の意思の疎通ができない
☐ その他 ()

(5) 回復の可能性
☐ 障害が固定している可能性が高い
☐ 障害が回復する可能性がある
☐ その他 ()

3 判断能力の程度

☐ 自己の財産を管理・処分することができない。(後見開始相当)
☐ 自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要である。(保佐開始相当)
☐ 自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。(補助相当)
☐ 自分の財産を単独で管理・処分することができる。

4 判定の根拠等

(1) 精神の状態

☐ 年齢や経歴の記憶がない	☐ 会話ができない
☐ 場所や時間の見当識がない	☐ 近時記憶 (最近の出来事に関する記憶) に障害がある
☐ 計算がほとんどできない	☐ 近親者の判別ができない
☐ その他 ()	

(2) 各種検査結果等 (実施があれば、該当する項目に記入してください)

長谷川式簡易知能スケール	点/30	(検査日: 平 . .)
MMS 知能スケール	点/30	(検査日: 平 . .)
知能検査 総合IQ =		(検査日: 平 . .)
頭部CT又はMRI診断による脳萎縮の程度	☐ 著しい ☐	

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の 名 称

所在地

電話

担当診療科名

担当医師氏名

印

(診断書と共にご提出ください)

診断書（成年後見用）を作成していただく先生へ

電話