

大阪家庭裁判所 堺支部 御中
岸和田支部

事 情 説 明 書 (市町村長申立用)

作成年月日	令和	年	月	日
本人氏名				
作成者氏名	Ⓜ			
作成者所属部署				
作成者連絡先				

1 支援開始の経緯について

初回相談年月日	年	月	日
相談者	本人との関係 ()		
相談内容			

2 市町村長申立ての判断基準について

本人の福祉を図るため特に必要と認めたことから市町村長申立てを行う。

根拠法令 老人福祉法32条 知的障害者福祉法28条

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律51条の11の2

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) 配偶者や2親等以内の親族がいない。 | <input type="checkbox"/> (2) 親族がいても申立てを拒否、又は回答なし |
| <input type="checkbox"/> (3) 親族がいても本人に対する虐待がある。 | <input type="checkbox"/> (4) 親族が戸籍上確認できるが連絡がつかない。 |

3 虐待について

虐待はない。

虐待がある。 虐待の疑いがあるが、認定に至らない。

⇒ 虐待者等に対し秘匿すべき情報(本人の居所等)はない。

虐待者等に対し秘匿すべき情報(本人の居所等)があるので、該当する情報が記載されている書面全てについて、書面1通ごとに「非開示の申出書」をステープラー留めで一体にした状態にし、該当の部分にラインマーカーを引いて提出した。

虐待者氏名(疑いを含む)	虐待の類型	現在の状況
続柄・関係 ()	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 介護・世話の放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 性的	<input type="checkbox"/> 避難・保護した。 <input type="checkbox"/>
続柄・関係 ()	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 介護・世話の放棄・放任 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 性的	<input type="checkbox"/> 避難・保護した。 <input type="checkbox"/>

4 本人の状況について

(1) 現在の生活場所について

自宅又は親族宅

同居者 → なし(1人暮らし)

あり

※ 同居している方の氏名・本人との続柄を記載してください。

(氏名: _____ 本人との続柄: _____)

(氏名: _____ 本人との続柄: _____)

(氏名: _____ 本人との続柄: _____)

⇒自宅の名義等 本人所有(共有を含む) 親族等所有

本人賃貸 親族等賃貸 その他 ()

最寄りの公共交通機関(※ わかる範囲で記載してください。)

(電車) 最寄りの駅: _____ 線 _____ 駅

(バス) 最寄りのバス停: _____ バス (_____ 行き) _____ 下車

病院又は施設(入院又は入所の日: 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※病院 ⇒病棟種別 一般病院 療養型病院 精神科病院

※施設 ⇒施設種別 特別養護老人ホーム 養護老人ホーム 介護老人保健施設

有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅

グループホーム 障害者支援施設

その他 ()

名 称: _____

所在地: 〒 _____ - _____

担当職員: 氏名: _____ 役職: _____

連絡先: 電話 _____ (_____)

最寄りの公共交通機関(※ わかる範囲で記載してください。)

(電車) 最寄りの駅: _____ 線 _____ 駅

(バス) 最寄りのバス停: _____ バス (_____ 行き) _____ 下車

(2) 転居、施設への入所や転院などの予定について

※ 申立後に転居・入院・転院した場合には、速やかに家庭裁判所までお知らせください。

予定はない。

予定がある。(転居 施設への入所 転院)

時期：令和 年 月頃
 施設・病院等の名称： _____
 転居先、施設・病院等の所在地：〒 _____ - _____

5 本人の略歴（家族関係（結婚、出産など）及び最終学歴・主な職歴）をわかる範囲で記載してください。

年 月	家族関係	年 月	最終学歴・主な職歴
・	出生	・	
・		・	
・		・	
・		・	
・		・	

6 本人の心身の状況について

【精神上的の障害の内容】

認知症 統合失調症 知的障害 発達障害 外傷性の脳機能障害

その他（ _____ ）

発症時期（ 年 月頃 不詳）

※ 障害の認定状況等については、後記「10 福祉に関する認定の有無等について」のとおり

7 本人の病歴（病名、発症時期、通院歴、入院歴）をわかる範囲で記載してください。

病 名： _____

発症時期： _____ 年 月頃

通院歴： _____ 年 月頃 ～ _____ 年 月頃

入院歴： _____ 年 月頃 ～ _____ 年 月頃

病 名： _____

発症時期： _____ 年 月頃

通院歴： _____ 年 月頃 ～ _____ 年 月頃

入院歴： _____ 年 月頃 ～ _____ 年 月頃

8 本人の財産・収支の状況について

【財産の状況】

- 預貯金・現金あり ⇒ 預貯金・現金約 () 万円
- 有価証券等あり ⇒ 有価証券等約 () 万円
- 不動産あり ⇒ 居住用 賃貸用 事業用 (法人名義のものは除く)
 その他 ()
- 負債あり ⇒ 負債約 () 万円 不明
- 財産状況不詳

【相続財産】

- 本人を相続人とする相続はない。
- 本人を相続人とする相続がある。
⇒ 預貯金・現金約 () 万円 不動産 負債 その他 不詳

【収支の状況】

- 収入約 () 万円 (年金 賃料収入 生活保護 親族から援助
 その他 ())
- 支出約 () 万円 ⇒ 収支月額約 () 万円 (プラス マイナス)

【金銭管理の状況】

- 本人自身が行っている。
- 日常生活自立支援事業を利用している。
- 第三者が行っている。
⇒ その者の氏名・機関名 () 続柄・関係 ()
- 不明

9 本人の日常・社会生活の状況について

- 本人情報シート写しを提出する。

※ 以下の(1)から(6)までの記載は不要です。

- 本人情報シート写しを提出しない。

※ 以下の(1)から(6)までについて、わかる範囲で記載してください。

(1) 身体機能・生活機能について

- ア 食事、入浴、着替え、移動等の日常生活に関する支援の要否を記載してください。なお、自宅改修や福祉器具等を利用することで他者の支援なく日常生活を営むことができる場合には、「支援の必要はない。」にチェックを付してください。

- 支援の必要はない。
- 一部について支援が必要である。
※ 必要な支援について具体的に記載してください。

-
- 全面的に支援が必要である。

- イ 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、その内容等を記載してください。

(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にチェックを付してください。

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

※ 「日常的な行為」は、食事、入浴等の日課や来訪する福祉サービス提供者への対応など、普段の本人の生活環境の中で行われるものを想定してください。

意思を他者に伝達できる。

(日常生活上問題ない程度に自らの意思を伝達できる。)

伝達できない場合がある。

(正確な意思を伝えることができずに日常生活上問題を生じることがある。)

ほとんど伝達できない。

(空腹である、眠いなどごく単純な意思を伝えることはできるが、それ以外の意思については伝えることができない。)

できない。

(ごく単純な意思も伝えることができない。)

イ 日常的な行為に関する理解について

理解できる。

(起床・就寝の時刻や、食事の内容等について回答することができる。)

理解できない場合がある。

(上記の点について、回答できるときとできないときがある。)

ほとんど理解できない。

(上記の点について、回答できないことが多い。)

理解できない。

(上記の点について、基本的に回答することができない。)

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。

(直前にしていたことや示したものを正しく回答できる。)

記憶していない場合がある。

(上記の点について、回答できるときとできないときがある。)

ほとんど記憶できない。

(上記の点について、回答できないことが多い。)

記憶できない。

(上記の点について、基本的に回答することができない。)

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。

(日常的に顔を合わせていない家族又は友人等についても会えば正しく認識

できる。)

認識できていないところがある。

(日常的に顔を合わせている家族又は友人等は基本的に認識できるが、それ以外は難しい。)

ほとんど認識できていない。

(日常的に顔を合わせている家族又は友人等と会っても認識できないことが多い。)

認識できていない。

(日常的に顔を合わせている家族又は友人・知人と会っても基本的に認識できない。)

(3) 日常・社会生活上支障となる行動障害について

※ 「行動障害」とは、外出すると戻れない、物を壊す、大声を出すなど、社会生活上、場面や目的からみて不適当な行動のことをいいます。

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。

※ 支障となる行動の具体的内容及び頻度等を記載するとともに、当該行動について支援が必要な場合は、その支援の具体的内容を併せて記載してください。

(4) 社会・地域との交流頻度について

ア 家族・友人との交流、介護サービスの利用、買い物、趣味活動等によって、本人が日常的にどの程度、社会・地域と接点を有しているかについて、その交流する頻度を回答してください。

週 1 回以上

月 1 回以上

月 1 回未満

イ 交流内容について具体的に記載してください。

(5) 日常の意思決定について

※ 「日常の意思決定」とは、毎日の暮らしにおける活動に関する意思決定のことをいいます。

できる。

(毎日の暮らしにおける活動に関して、あらゆる場面で意思決定できる。)

特別な場合を除いてできる。

(テレビ番組や献立、服の選択等については意思決定できるが、治療方針等や居住環境の変更の決定は指示・支援を必要とする。)

日常的に困難である。

(テレビ番組や献立、服の選択等についてであれば意思決定できることがある。)
できない。
 (意思決定が全くできない、あるいは意思決定できるかどうか分からない。)

(6) 金銭の管理について

※ 「金銭の管理」とは、所持金の支出入の把握、管理、計算等を指します。

- 本人が管理している。
 (多額の財産や有価証券等についても、本人が全て管理している。)
- 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している。
 (通帳を預かってもらいながら、本人が自らの生活費等を管理している。)
 →支援者(氏名: _____ 本人との関係: _____)
 支援の内容(_____)
- 親族又は第三者が管理している。
 (本人の日々の生活費も含めて第三者等が支払等をして管理している。)
 →管理者(氏名: _____ 本人との関係: _____)
 管理の内容(_____)

10 福祉に関する認定の有無等について

※ 当てはまる数字を○で囲んでください。

- 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 認定手続中
- 障害支援区分(認定日: _____年_____月)
区分(1・2・3・4・5・6) 非該当 認定手続中
- 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)
- 身体障害者手帳 (1・2・3・4・5・6 級)
- いずれもない。

11 本人の介護や生活にかかわっている親族や、相談している支援者・機関の有無について

なし あり

親族・支援者名	続柄・支援機関名等	連絡先

12 在宅サービスの利用状況について

- 利用なし (必要なし 利用を検討中 本人が拒否
その他(_____))
利用あり

サービスの種類	利用頻度	サービス提供機関

13 親族の同意の状況について

(※ 親族の申立意向確認結果一覧及び親族意向確認書のコピーを添付してください。)

後見等開始について反対している親族の有無

あり ⇒ 反対者氏名 () 続柄 ()
 反対理由 ()

なし

14 申立ての事情について

本人には、今回の手続をすることを知らせていますか。

申立てをすることを説明しており、知っている。

申立てについての本人の意見 賛成 反対 不明

陳述書の提出 あり なし

後見人等候補者についての本人の意見 賛成 反対 不明

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 (_____)

15 家庭裁判所まで本人が来ることは可能ですか。

可能である。

不可能又は困難である。

理由 : _____

16 本人に申立ての事情等をお伺いする場合の留意点 (本人の精神面に関し配慮すべき事項等)があれば記載してください。

17 成年後見人就任後に予定されている事務について

	至急	予定あり	摘要（現状、時期、内容、金額等）	
財産管理	財産調査等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 高額預金等 <input type="checkbox"/>
	不動産処分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 居住用 <input type="checkbox"/>
	株式等処分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	保険金等請求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入院給付金 <input type="checkbox"/>
	遺産分割	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	相続放棄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	訴訟・示談	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	債務整理等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	件、 円
	賃貸借契約	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	立替金精算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
身上保護	施設等入所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入所予定施設名（又は種別） （ ） その所在地 （ 市・区・町・村） 現状 <input type="checkbox"/> 入所決定 入所予定時期（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 申込済み <input type="checkbox"/> 申込検討中
	入院・転院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	予定医療機関名 （ ） その所在地 （ 市・区・町・村） 入院・転院予定時期 （ 年 月頃）
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18 現時点における後見人等報酬助成について

(※ 報酬助成の可否は、助成申請を行った時点の状況で判断されることとなりますので、
本欄には、現時点で報酬助成申請を行った場合の助成の有無を記載してください。)

報酬助成できる。

報酬助成できない。

理由 (※報酬助成に関する要綱等に規定する助成要件の、どの要件を満たしていないかを明記する。)

()

不明

理由 ()

19 市民後見人の受任について

※ 保佐・補助の申立ての場合、以下は記載不要です。市民後見人事業を現在行っていない
(委託していない) 場合も将来の市民後見人へのリレーの検討のため記載してください。

(1) 市民後見人受任可能性の検討

虐待や権利侵害、親族間の係争がない。

現在の居所(近い将来転居が決まっている場合はその予定地)が大阪府内市民後見人
支援活動事業実施市町村である。

本人に自虐や他害の行為がない。

預貯金が1,200万円未満である。

本人と何らかの形でコミュニケーションを図ることができる。

後見事務費(交通費・通信費・事務費)を月々の収支から支弁できる(月約3,000円)。

不動産の処分、相続、遺産分割や債務整理などの対応を要するが、

⇒ 弁護士等に当該事務を委任して対応することが可能である(費用が支弁できる。)

支援者等の協力が得られ、対応することが可能である。

市民後見人単独で対応することが可能である。

(2) 市民後見人受任可能性についての意見

現時点で市民後見人の受任について検討可能であると思われる。

上記(1)の検討により、以下の課題が解決すれば、市民後見人へのリレーを検討する
ことが可能であると思われる。

⇒課題の内容

上記(1)の課題

市民後見人が対応困難な 不動産の処分 相続 遺産分割 債務整理

その他 ()

⇒解決見込時期 (年 月頃)

不明

課題の有無について現時点では不明であるため、課題がないことが分かればリレーを検討することが可能であると思われる。

その他 ()