

## 分科会③

# 「権利擁護支援チームの形成（受任者調整） の実践報告」

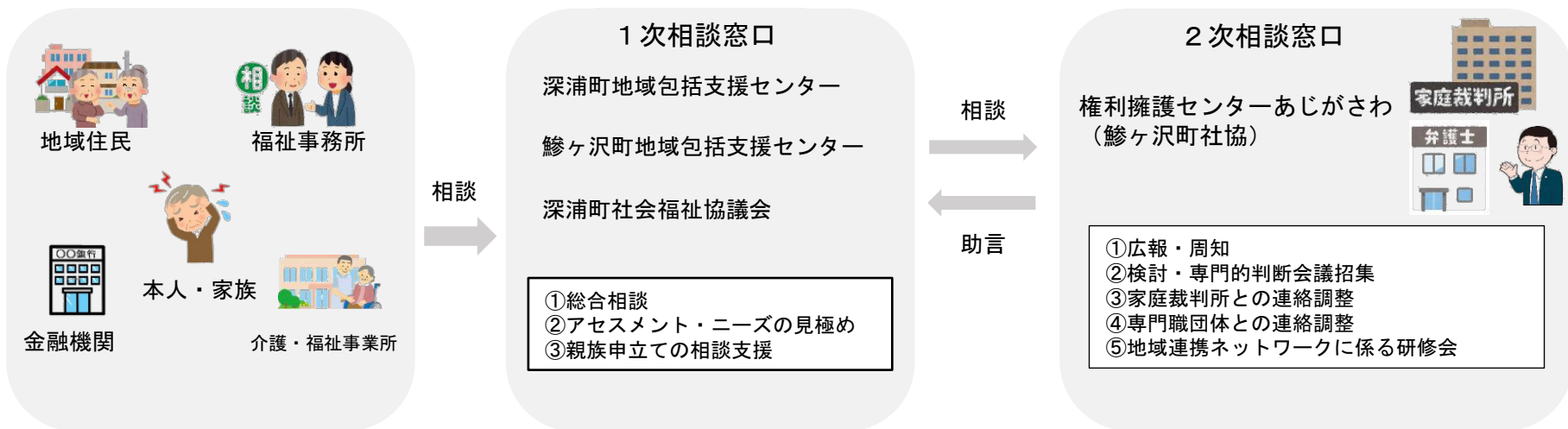
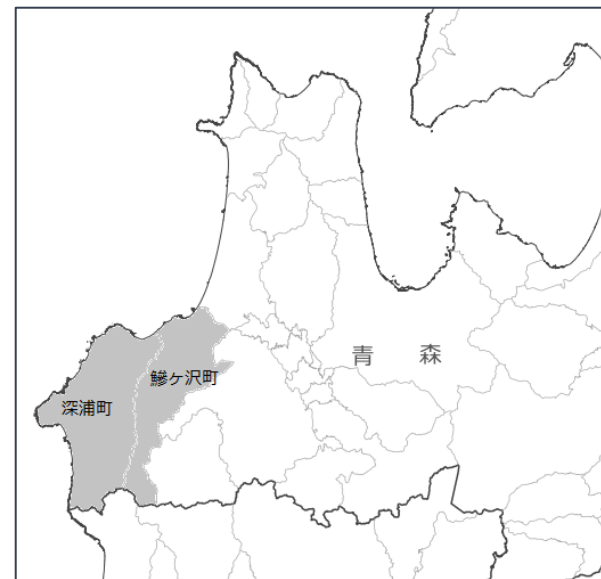
青森県	深浦町地域包括支援センター	主事	岸本	翔平
	鱒ヶ沢町ほけん福祉課介護保険班	班長	小沼	卓志
	鱒ヶ沢町社会福祉協議会	事務局長	井上	雅哉

# 2町2社協による保証機能も含む総合的権利擁護支援

## 自治体概要

令和4年3月31日現在

	鱒ヶ沢町	深浦町
人口	9,156人	7,421人
面積	343.08km <sup>2</sup>	488.89km <sup>2</sup>
高齢化率	44.54%	50.9%
地域包括支援センター	1か所	1か所
日常生活自立支援事業利用者	4人	10人
障害者相談支援事業所	1か所	1か所
療育手帳所持者	125人	108人
精神障害者保健福祉手帳取得者数	107人	79人



成年後見制度の利用の促進に関する法律の制定、成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定されたことで、鯉ヶ沢町社会福祉協議会では、権利擁護支援等に関する研修会や勉強会を開催するなど、鯉ヶ沢町や深浦町をはじめ関係機関に対して、総合的な権利擁護支援や成年後見制度利用の促進に向けた体制整備を働きかけてきた。

## 【研修会・勉強会】

### ◎平成28年度

#### ・地域あんしん生活保証推進プロジェクト

- ①保証機能検討会議 (平成28年 6月10日)
- ②保証機能視察研修 (平成28年11月10日)
- ③保証機能研究推進セミナー (平成29年 2月23日)
- ④保証機能検討会議 (平成29年 3月10日)

### ◎平成29年度

#### ・地域連携ネットワークに関する検討会

- ①第1回検討会 (平成29年11月16日)
- ②第2回検討会 (平成30年 3月26日)

### ◎平成30年度

#### ・権利擁護研修会

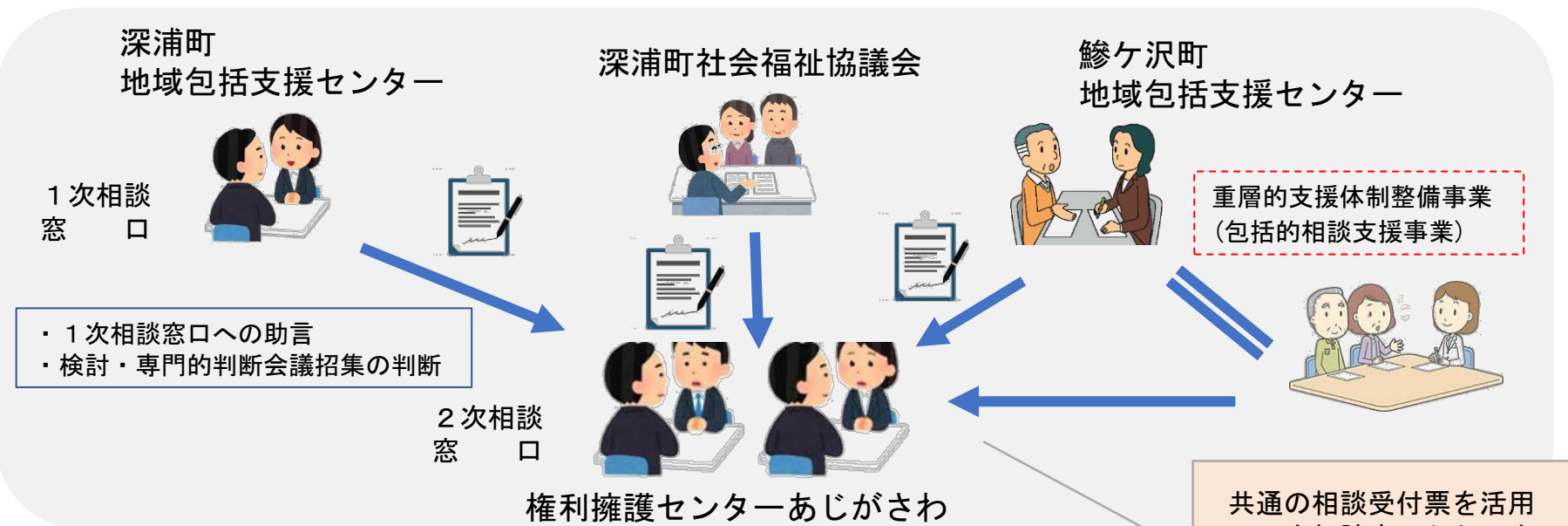
- ①第1回研修会 (平成30年 7月18日)
- ②第2回研修会 (平成30年 8月22日)
- ③第3回研修会 (平成30年 9月19日)
- ④第4回研修会 (平成30年10月17日)



東奥日報 平成29年1月20日朝刊



# 相談体制 (1次相談窓口・2次相談窓口)



## 検討・専門的判断会議

## 協議会

- ①法律・福祉の専門職団体や関係機関がこれらのチームを支援する体制
- ②専門相談への対応や、後見等の運用方針等についての家庭裁判所との情報交換・調整等

## チーム

後見等開始前に本人に身近な親族や福祉・医療・地域の関係者本人にふさわしい権利擁護支援策について協議する

## 3つの「検討・専門的判断」

- ①権利擁護支援の方針についての検討・専門的判断
- ②本人にふさわしい成年後見制度の利用に向けた検討・専門的判断
- ③モニタリング・バックアップの検討・専門的判断

構成：親族や福祉・医療・地域の関係者、司法、行政、中核機関職員等

## 運営協議会

地域（鯉ヶ沢町・深浦町）課題の抽出、解決策について協議

- ★本人の意思決定支援を最優先に協議する。
  - ★共通の相談受付票の作成と活用
- 判断能力の状況、本人支援の内容（法律行為か否か）
- 地域あんしん生活保証事業  
日常生活自立支援事業  
成年後見制度（法定・任意）

- ★本人情報シートの作成と活用
  - ★申立支援成年後見人候補者の推薦
- 申立支援
- 親族申立～申立書類の作成支援（申立人である親族と役割分担）  
首長申立～親族への確認文書発送から申立まで  
※医療機関に本人情報シートと診断書作成についての説明  
※家庭裁判所との事前打合せ、申立日時調整
- ★成年後見人候補者の推薦
- 親族、専門職（弁護士、司法書士、社会福祉士）、法人後見  
※本人への支援内容、将来等を検討課題として候補者を選定

- 権利擁護支援の方針
- 成年後見制度利用に向けた支援



検討・専門的判断

相談受付票を活用

対象者や相談者が求める内容  
対象者の生活・身体状況  
収入源、財産（預貯金・不動産等）  
制度を上手く活用できているか  
本人の意思

親族の関り状況  
現在の支援内容、将来の支援内容



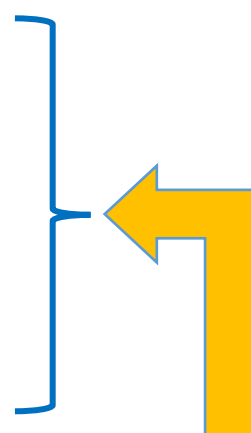
事前に協議も

弁護士  
司法書士  
社会福祉士

福祉事務所  
菩提寺  
家庭裁判所 等

# 検討・専門的判断会議（3つの「検討・専門的判断」）実績

	令和元年度	令和2年度	令和3年度
開催回数（回）	14	13	13
検討・専門的判断（件数）	21	29	19
地域あんしん生活保証事業	5	0	2
日常生活自立支援事業	3	5	1
成年後見（法定後見）	8	19	13
申立    本人・親族	6	13	6
"    町長	2	6	7
受任者    専門職	2	0	(1)
"    法人	6	19	13
成年後見（任意後見）	0	0	0

- 多職種に参加
  - 迅速な対応
  - 共通認識ができるツール
- 

関係機関・職員が協議を重ねることで生まれる  
制度理解と関係性の向上が必要不可欠。  
皆が安心して生活できる地域づくりのために！

ご清聴ありがとうございました。



## 相談受付票

No.	相談機関：( ) 地域包括支援センター・社協		
受付日時	令和 年 月 日 時 分頃	受付者	
相談形態	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
対象者区分	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
フリガナ 対象者氏名	男 女	住 所	〒
電話番号	生年月日	T・S・H	年 月 日 ( 歳)
相談者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 隣人・知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 行政 ( ) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町村社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
相談者	氏名又は名称	連絡先	対象者との関係
相談区分	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの手続き等 <input type="checkbox"/> 日常的な金銭管理等 <input type="checkbox"/> 書類等の預かり <input type="checkbox"/> 保健サービスの手続き等 <input type="checkbox"/> 医療に関する事項 <input type="checkbox"/> 福祉サービスに関する苦情 <input type="checkbox"/> 今後の生活設計等 <input type="checkbox"/> 本事業に関する問合せ <input type="checkbox"/> 成年後見制度に関する問合せ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
相談内容	① 対象者はどんな方(障害、就労、居住、経済状態) ② 現在どのような支援を受け生活しているか(生活状況) ③ 本制度が必要となった経過や理由 ④ 相談者が利用の必要性を感じた理由 ..... 記入欄 ① ② ③ ④		
本人の意思			
ランク	<input type="checkbox"/> 利用意思がある <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は不安定 <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は低い <input type="checkbox"/> 利用について拒否傾向		
判断能力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 説明すれば理解はできる <input type="checkbox"/> 説明しても理解が難しい時がある <input type="checkbox"/> 説明しても理解ができない		
特記	項 目	有 無	説明(有に <input checked="" type="checkbox"/> の場合)
	① 虐待(搾取)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	② 借金について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	③ その他(あれば記入)		
対応	中核機関記入欄		

## 情報シート 1 (生活状況)

氏名			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障害者のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
住居状況	<input type="checkbox"/> 本人持家 <input type="checkbox"/> 家族持家 <input type="checkbox"/> 本人借家 <input type="checkbox"/> 家族借家 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 持家の場合名義人 ( )		
	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 ( )		
家族状況及び第三者の支援状況	家族関係図 (ジェノグラム)		第三者の支援状況
			※相続人以外の親戚や近隣住民
連絡先	氏名:	続柄:	TEL:
	住所: 〒		
	氏名:	続柄:	TEL:
	住所: 〒		
	氏名:	続柄:	TEL:
	住所: 〒		
	氏名:	続柄:	TEL:
	住所: 〒		
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外	CW:	TEL:
主な収入源	収入区分	内容	金額
			約 円/月
			約 円/月
			約 円/月
			約 円/月
	合計		約 円/月
預貯金 取引金融機関	金融機関名 種類	通帳・証書の有無	円
	【 銀行・信用金庫】普通・定期	有 ・ 無	円
	【 銀行・信用金庫】普通・定期	有 ・ 無	円
	【 銀行・信用金庫】普通・定期	有 ・ 無	円
	【 銀行・信用金庫】普通・定期	有 ・ 無	円
その他	印鑑	有 ・ 無	印鑑登録カード 有 ・ 無

## 情報シート 2 (介護・医療)

氏 名					
障害等	認知症 診断	<input type="checkbox"/> あり (診断日: S・H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし			
	知的障害 療育手帳	<input type="checkbox"/> あり (認定日: S・H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> A 重度 <input type="checkbox"/> B 中軽度			
	精神障害 精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり (認定日: S・H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
	身体障害 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (交付日: S・H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし ( )			
	その他 診断	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし			
介護保険	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定日 令和 年 月 日)				
居宅介護支援事業所 相談支援事業所	事業者名:		TEL:		
	ケアマネ:		FAX:		
在宅福祉サ ービス等の 利用状況	サービス名	頻度	事業者		内容
施設サービ ス利用状況	施設名:	入所 期間	年 ヲ月	保証人	有 ・ 無
				身元引受人	有 ・ 無
				緊急連絡先	有 ・ 無
健康状態	医療機関:		主治医:		
	往診 <input type="checkbox"/> あり ( 回/月) <input type="checkbox"/> なし		通院 <input type="checkbox"/> あり ( 回/月) <input type="checkbox"/> なし		
	既往症歴・現疾患等				
身体状況					
生活歴等					

協議結果・役割分担票

支権利擁護支援の方針	1. 成年後見制度（法定後見） 2. 成年後見制度（任意後見） 3. 日常生活自立支援事業 4. 地域あんしん生活保証事業 5. 見守り 6. その他（    ）	
	上記（1. 2. 3）開始までの支援策	
本人にふさわしい成年後見制度の利用	申立人	1. 本人     2. 親族     3. 町長（担当：    ） 4. その他（    ）
	申立支援	1. 行政（担当：    ） 2. 社協     3. その他（    ）
	本人情報シート	担当 第1（    ） 第2（    ） 期日     .     .
	診断書作成	医療機関名（    ）
	登記されていないことの証明	1. 東京法務局     2. 青森地方法務局（担当：    ）
	家族等への説明	1. 行政（担当：    ） 2. 社協     3. その他（    ）
	申立費用	1. 本人     2. 親族     ※求償権使用（有・無） 3. 成年後見制度利用支援事業
	後見人等候補者	・ ・
特記事項		