**認知症になっても**

**障がいがあっても**

**自分らしく暮らしたい**

**－あなたの暮らしと大切な財産を守るお手伝い－**

**権利擁護支援にかかる「共通シート」**

１．「日常生活自立支援事業」「成年後見制度」にかかる相談フローチャート

２．アセスメントシート（様式１）

３．権利擁護支援検討チェックシート（様式２）

４．成年後見制度検討シート（様式３）

八尾市・社会福祉法人八尾市社会福祉協議会

権利擁護支援にかかる「共通シート」の活用について

１．目的

権利擁護センター（愛称：ほっとネット）が令和３年４月より、権利擁護支援に関する中核的な機関として成年後見制度利用促進事業を担っております。その中において「広報機能」「相談機能」「利用促進機能」「後見人支援機能」の４つの機能である「地域連携ネットワーク」の構築を包括的に目指していきます。

地域連携ネットワークの「相談機能」の一つとして、支援が必要な方の情報共有や、適切な制度利用につなげるために権利擁護支援にかかる「共通シート」を市と共同で作成しました。

この「共通シート」を活用することにより、各支援機関において、より一層の連携・協働を図ることを目的としています。なお、各様式は八尾市社会福祉協議会（権利擁護センター）のホームページからダウンロードすることができます。

２．権利擁護支援「共通シート」の活用方法

権利擁護支援にかかる相談フローチャート（右図参照）

　支援者が様々な相談を受ける中で、「判断能力・契約行為・財産管理等に関する相談」や「将来の備えについての相談」があった場合、どのような流れで成年後見制度や日常生活自立支援事業等の活用を検討すべきか示しています。アセスメントシート・権利擁護支援チェックシート・成年後見制度検討シートを用いながら検討を進めます。

①アセスメントシート（様式１）【必須】

　　アセスメントシートは、支援者が作成する共通シートです。

相談者の基本情報（判断能力面・経済状況など）、利用している福祉サービス、現状の課題や今後の支援の方向性などを記入します。各支援機関において、既存のアセスメントシートなどがある場合は、必要事項を加筆して下さい。

②権利擁護支援検討チェックシート（様式２）【必須】

　　アセスメントシートともに、支援者が作成する共通シートです。

支援者がアセスメントシートで記入した現状の課題について、具体的にあてはまる事象をチェックして下さい。

また、チェック内容に基づき、成年後見制度や日常生活自立支援事業の適切な制度利用の一つの指標

として利用して下さい。

③成年後見制度検討シート（様式３）【任意】

　　支援者が、成年後見制度の利用が必要と思われる場合について、活用するシートです。

　　成年後見制度の申立てに関する事項や見込まれる後見活動などを記入します。

**日常生活自立支援事業・成年後見制度にかかる相談フローチャート**

**申立て支援機関**

高齢者あんしんセンター

障がい者委託相談支援事業所

**ステップ１**

**「アセスメントシート」【様式1】の作成**（各相談支援機関が作成する共通シート）

**ステップ２**

今後の支援方針について

　成年後見制度や日常生活自立支援事業を検討したい場合は、**「権利擁護支援チェックシート」【様式2】**で確認する。

**チェックシートの「日常生活面」の３、「財産管理面」の6～14、「身上監護面」の２に**

**１つでも○がある場合は、「成年後見制度」を検討することも必要です。**

**『日常生活自立支援事業の利用』**

（実施機関）

権利擁護センター（ほっとネット）へ相談

**『成年後見制度の利用』**

**ステップ３**

**「成年後見制度検討シート」【様式3】の活用**

**各相談支援機関など（相談受付）**

①契約行為・財産管理に関する相談

②判断能力不十分な方の支援に係る相談

③将来の備えについての相談　他

連携・協働

市長申立て

本人・親族申立て

八尾市

**該当しなかった方**

**該当した方**

**アセスメントシート**記入年月日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | 記入者 |  |
| 本人との関係 |  | 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 関係機関との情報共有について本人の同意 | 同意している　・　同意していない |

本人の状況等を分かる範囲で、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人【基本情報】 | フリガナ |  |  | | 生年月日 | M・T・S・H |
| 氏　名 |  | （ 男 ・ 女 ） | | 年　　月　　日（　 　）歳 |
| 住　所  (居住地) | 八尾市  電話（自宅等）　　　　　　　　　　　　　（携帯等） | | | | |
| 持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 住民票上 | □居住地と同じ　□異なる場合→ | | | | |
| 経済状況  （可能な範囲で記入） | 収入総額　月（　　　　　　　）円 | | 支出総額　月（　　　 　　　）円 | | |
| 内訳　□生活保護（　　　　　　　）円  □国民年金　□厚生年金  □障がい年金（　　級）（　　　　　　　）円  □その他　（　　　　　　　）円 | | 家賃　　 （　　　　　　　　　）円  生活費　 （　　　　　　　　　）円  医療費　 （　　　　　　　　　）円  市・府民税　（　　　　　　　　　）円  その他 （　　　　　　 ）円 | | |
| 預貯金・負債状況  ①金融機関【　　　　　　　　　　　　　】【　　　　　　　　　　　　　　】  ②預貯金（　　　 　 　 　）円　内訳（　　　　　　　）円、（　　　　　　　　）円  ③負債　（　　　 　　 　）円　内訳（　　　　　　　）円、（　　　　　　　　）円  　預貯金・負債額については、　　年　　　月　　　日現在  ④不動産　あり・なし | | | | |
| 判断能力面  障がい程度 | １.要介護度　□未申請　□申請中　□認定済（要支援（　　）要介護（　　　）  【認知症日常生活自立度　自立 Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ】 | | | | |
| ２.療育手帳　□A □B1 □B２ | | | | |
| ３.精神保健福祉手帳　□１級 □２級 □３級] 　障がい名（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ４.身体障がい者[ 身体障がい者手帳　　　級]　障がい名（　　　　　　　　　 　　）  ５.障がい支援区分　【　非該当　区分１　区分２　区分３　区分４　区分５　区分６　】  ６.認知症・障がいが認められる。  （診断は受けていないが、認知症・障がいのあることが明らかな状態である。） | | | | |
| 判断能力低下となる原因の疾患名（　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 健康状態 | | 病名（　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　）  病名（　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　）  病名（　　　　　　　　　　　　　）　かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

【様式１】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護・障がいなどの利用状況 | 介護サービスなどの種類 | | | 利用頻度 | | 事業所名 |
| □ホームヘルプサービス（訪問介護） | | |  | |  |
| □訪問看護・療養介護 | | |  | |  |
| □デイサービス（通所介護） | | |  | |  |
| □その他（　　　　　　　　　） | | |  | |  |
| 障がい福祉サービスなどの種類 | | | 利用頻度 | | 事業所名 |
| □居宅介護 | | |  | |  |
| □自立訓練（機能訓練　・　生活訓練） | | |  | |  |
| □移動支援・行動援護・同行援護 | | |  | |  |
| □就労移行支援・就労継続支援（A・B） | | |  | |  |
| □生活介護 | | |  | |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　） | | |  | |  |
| 生活歴 | ＜今までの生活歴＞ | | | | | |
| 家族関係 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 交流状況 | ＜家族関係図＞ | |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
|  |  | 歳 | 有・無 |
| 支援者 | 所属・氏名 | | 電話番号 | | 本人との関係 | |
|  | |  | | ケースワーカー・ケアマネジャー・計画相談・  高齢者あんしんセンター・その他（　　　） | |
|  | |  | | ケースワーカー・ケアマネジャー・計画相談・  高齢者あんしんセンター・その他（　　　） | |
|  | |  | | ケースワーカー・ケアマネジャー・計画相談・  高齢者あんしんセンター・その他（　　　） | |
| 必要な支援の  方向性・意見  【現状の課題】 | □財産管理　　　　　　　□日常生活自立支援事業（福祉サービス利用援助）  □虐待及び権利侵害　　　□施設入所、病院入院の契約締結　□その他（　　　　　　　　）  （具体的な事情） | | | | | |
| 必要な支援に対する本人の意向 |  | | | | | |
| 面談の際の特記事項など |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 日常生活自立支援事業の利用 | □利用あり（　　　年　　　月から）　□利用なし |

八尾市社会福祉協議会権利擁護センター作成　2020

権利擁護支援検討チェックシート使用時の留意事項

１．使用時の視点

　　チェックシートは、あくまで日常生活自立支援事業と成年後見制度を検討する際の課題整理のためのツールとしてご活用ください。大切なことは、必要な人に必要な支援につながることです。

２．成年後見制度についての留意事項

☆後見相当で判断能力を常に欠く方は、日常生活自立支援事業の契約をすることはできませんので、成年後見制度の利用が必要です。

☆成年後見人等は入院・入所契約の身元保証人になることは出来ませんが、成年後見人等が適切に金銭管理を行い、契約をすることによって解決が可能な場合もあります。

☆成年後見人等は医療行為に対する決定及び同意の権限は認められていません。

３．日常生活自立支援事業についての留意事項

☆判断能力面について

　日常生活自立支援事業の契約については、本事業の契約書や支援計画書の内容について理解できる程度の契約能力、利用意思、必要性を確認のうえ、大阪府社会福祉協議会へ審査依頼をし、決定が下りたうえで契約締結をします。

☆財産管理面について

　日常生活の範囲内に限られており、取消権が必要な消費者被害等の対応について必要な場合は、成年後見制度を促すこともあります。

☆地域で自立し、安心した生活ができるよう福祉サービスの利用援助と日常的な金銭管理を利用者との契約に基づき支援します。

☆親族などの支援者がいない、また、いても高齢・遠方であり支援が難しい場合は、将来の金銭管理や入院・入所等の契約に備えるために、必要に応じて成年後見制度の導入を検討します。

**【様式2】**

**権利擁護支援検討チェックシート**

記入日（令和　　年　　月　　日）　記入者（　　　　　　　　　　　）

アセスメントシートで記入した本人の現状の課題（本人状況）をご確認ください。

下記の質問に該当する番号に〇を記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 本人の状況 |
| 日  常  生  活  面 | １ | 認知症や、知的障がい、精神障がいを有するが、日常生活はほぼ自立している。 |
| ２ | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、福祉サービスを利用すれば自立できる。 |
| ３ | 一人で買い物が出来ない、家に帰れなくなることがある等、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 |
| 財  産  管  理  面 | １ | 通帳や印鑑の紛失・再発行を繰り返してしまい、日常的な金銭管理に支援が必要である。 |
| ２ | 年金・手当等の受取り手続きが必要である。 |
| ３ | 借金の整理、ローンの返済が必要である。 |
| ４ | 電気やガス、水道料金の支払い手続きが必要である。 |
| ５ | 親族などからの金銭搾取がある。もしくは疑いがあるが、専門職へ委任し解決している又は向かっている。 |
| ６ | 賃貸借契約の手続きが必要である。 |
| 7 | 生命保険などの請求の手続きが必要である。 |
| 8 | 高額な買い物をしたり、消費者被害にあっており（あっていた）日常生活に支障がある。 |
| 9 | 定期預金の解約手続きなどが必要である。 |
| 10 | 借金をしたり、他人の保証人になっており（なっていた）日常生活に支障がある。 |
| 11 | 遺産分割や遺産相続の手続きなどが必要である。 |
| 12 | １千万円以上の預貯金等の財産がある。 |
| 13 | 不動産の売買・処分等の財産管理・処分を行う必要がある。もしくは可能性がある。 |
| 14 | 訴訟等の手続きを行う必要がある。 |
| 身  上  保  護  面 | １ | 福祉サービスを利用、またはやめるために必要な手続き、福祉サービス利用料を支払う  手続きを手伝って欲しい。 |
| ２ | 病院や福祉施設の入所・入院等の契約行為をする必要があるが、契約等の意味を自ら理解し、判断することができない。 |

※任意後見制度

|  |  |
| --- | --- |
|  | 頼れる親族などがいないので、将来、判断能力が低下した場合に備えて、あらかじめ決めておきたい。 |

　※上記のチェックリスト　日常生活面で３、財産管理面で6~14、身上監護面で2に１つでも（〇）がある場合は、「成年後見制度」を検討することも必要です。（〇）がない場合は、「日常生活自立支援事業」を検討します。

【様式3】

成年後見制度検討シート

|  |  |
| --- | --- |
| 申立人 | 申立人(４親等内親族)　　あり・なし  □あり　本人との関係　（　　　　　　　　　　） |
| □未調査　→今後の対応・方向性（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □調査済　（親族の申立て意思の確認　あり・なし） |
| 候補者 | 望ましい成年後見人等候補者　　いる・いない |
| いる場合  A親族（本人との関係：　　　　　　　　　　）　B市民後見人　　　　　　　C弁護士  D司法書士　　　　　　E社会福祉士　　　　　　Ｆその他( 　　 ) |
| 市民後見人の受任要件（後見相当の方に限る）  □急迫した虐待や権利侵害、親族間の係争がない。  □不動産の処分、相続や遺産分割などの対応を要しない。  □福祉的援助について緊急性がない。また、緊急に居所を確保する必要がない。  □本人に自虐や他害の行為はない。  □親族の関わりが少なく、支援を受ける環境にない。  □何らかの形でコミュニケーションを図ることが出来る。  □預貯金が1,200万円以下である。  □後見事務費（交通費・通信費など）を支弁することができる。  （月2,000円～3,000円） |
| 診断書の  作成 | 成年後見申立にかかる診断書の作成依頼（可・不可・要調整）  病院名（　　　　　　　　　　　　　）　　主治医（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 見込まれる後見活動 | 必要と見込まれるものに✔。チェックシートより詳細にご記入ください。  □財産管理　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □裁判所の手続き　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □預貯金の払出し、解約　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □訪問販売等の契約の取消し　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □施設入所、病院入院の契約締結（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □不動産処分　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □遺産分割　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 | |

成年後見制度を進めていきたいケースの場合は、下記の項目にご記入ください。

**権利擁護に関する主な相談窓口**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象 | 相談先 | 連絡先 |
| 高齢者の方は | 八尾市高齢介護課  地域支援室 | 電話　072-924-3973  FAX　072-924-3981 |
| 各高齢者あんしんセンター  ※各中学校区に身近な相談窓口として設置されています。詳しく高齢者あんしんセンターを知りたい方は、072-924-3973までご連絡ください。 | |
| 障がいのある方は | 八尾市障がい福祉課  基幹相談支援センター | 電話　072-924-3838  FAX　072-922-4900 |
| 委託相談支援事業所  ※市内に４つの相談窓口が設置されています。詳しく委託相談支援事業所を知りたい方は072-924-3838までご連絡下さい。 | |
| どこに相談したらいいか  わからない方は | 八尾市社会福祉協議会  権利擁護センター  （ほっとネット） | 電話　072-924-0957  FAX　072-924-0974 |
| 身近な法的トラブルについて | 日本司法支援センター  「法テラス」 | 電話　050-3383-5425 |
| 権利擁護相談や、成年後見制度の利用手続き等の援助を行っている専門職団体 | | |
| ・（公社）大阪社会福祉士会ぱあとなあ  ・（公社）成年後見センター　リーガルサポート大阪支部  ・大阪弁護士会　高齢者・障害者総合支援センターひまわり | | 電話　06-4304-277２  電話　06-4790-5643  電話　06-6364-1251 |
| 任意後見制度について | 公証役場（大阪府内11カ所）  　東大阪公証役場  　上六公証役場 | 電話　06-6725-3882  電話　06-6763-3649 |