

様式

様式は都合により変更になる場合がありますので予めご了承ください。なお、最新の様式は文京区社会福祉協議会のwebサイト「実務者会議について」(P6 のURL参照)に掲載してあります。

様式1 権利擁護支援方針相談シート

権利擁護に関わる支援方針や成年後見制度の申立てに関わる相談をするときに使用します。提出は実務者会議開催の前月末まで。

| 権利擁護支援方針相談シート | | 提案日 | 年 | 月 | 日 |
|--|--|---|--|---|------------------|
| 提案者氏名 | 提案者 所属 | 本人との 最終面談日 | 年 | 月 | 日 |
| 本ケースの 相談者 | <input type="checkbox"/> 提案者 <input type="checkbox"/> 支援者 (所属等: _____) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人親族 (続柄: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| 本人氏名 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | 年 | 月 日生 (_____) 歳 |
| 提案者の 相談概要 <small>(何に課題を感じている、何を委員会に相談したいか)</small> | | | | | |
| 相談の経過 <small>(時系列で記入) (必要により別紙添付可)</small> | | | | | |
| 居住地 | <input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 区外 <input type="checkbox"/> 不明 (具体的に _____) | | 本人の現況 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 | |
| 現病歴/既往歴と 通院有無/ 判断能力低下に起 因する疾病 | 【通院】 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 病名 | 診断年月 | 医療機関・医師名 通院頻度 |
| 介護認定 | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (_____) <input type="checkbox"/> 要介護 (_____) | 身体 状況 | 障がいの 手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 支援区分 (_____) | | |
| 本人の意向 ・希望 | (今後の生活についての意向) (手伝ってほしいこと、困っていること) (金銭管理についての意向) (その他 本人にとって重大なこと) | | | | |
| 本人の選好 ・価値観 | (好きなこと、嫌いなこと、大事にしている思い) | | | | |
| 家族・親族の 状況 | ジェノグラム(親族関係図) | | 関係機関のキーパーソンの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 関りのある親族の有無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 本人から見た続柄: _____ その他の親族の状況 | |
| 経済 状況 | 資産 | 預貯金額 : | 円 | その他の資産: | |
| | 主な収入 【A】 | | 月額 | | 円 |
| | 主な支出・費 【B】 | | 月額 | | 円 |
| | 差額 【A】-【B】 | 【A】合計 | 円 | - | 【B】合計 |
| 支援者・関係機関の 関与と状況 <small>(利用中のサービス等)</small> | | | | | |
| 判断能力に ついて | <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 HDS-R実施 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 結果 (_____ / 30) MMSE実施 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 結果 (_____ / 30) 【詳細】 | | | | |
| 制度の利用に ついて | 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 初めての相談 <input type="checkbox"/> これまでも相談している <input type="checkbox"/> 不明 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 | | | | |

様式2 成年後見制度活用検討シート(1)

成年後見制度の申立てに関わる相談をするときに使用します。提出は実務者会議開催の前月末まで。

成年後見制度活用検討シート(1)

| 緊急対応に関わる課題 | | 関係調整に関わる課題 | | 担当機関 (現在課題対応している、 又は今後対応予定機関) | 緊急性有 |
|---|--|---|--|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疾病・障がい、依存への対応 <input type="checkbox"/> 権利侵害への対応 <input type="checkbox"/> 地域からの孤立、社会的孤立 <input type="checkbox"/> サービスの(再)調整が必要 | | <input type="checkbox"/> 親族、友人・知人との関係 についての課題 <input type="checkbox"/> その他 () | | 対応内容と機関名 | <input type="checkbox"/> |
| 課題と思われる項目 | | 可能性のある対応手段 | | 担当機関 (現在課題対応している、 又は今後対応予定機関) | 法定後見 要 |
| <input type="checkbox"/> 判断能力の低下の進行 <small>※判断能力の低下の進行は、環境の変化、脱水や低栄養、薬の副作用で出現することもあるためケアの見直し等の確認が必要</small> | | <input type="checkbox"/> 日常生活へのケアの見直し <input type="checkbox"/> 服薬への支援(再整理) <input type="checkbox"/> 適切な医療への支援 <input type="checkbox"/> その他 () | | 対応内容と機関名 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理、契約行為についての課題 <input type="checkbox"/> 預貯金が引き出せない <input type="checkbox"/> 使いすぎてしまう <input type="checkbox"/> 支払の必要性が理解できない <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 財産活用が必要 | | <input type="checkbox"/> 金融機関への個別相談 <input type="checkbox"/> 生活困窮者相談窓口の家計相談支援 <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業の活用 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助の利用 <input type="checkbox"/> その他 () | | 対応内容と機関名 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 意思決定支援についての課題 <input type="checkbox"/> 本人の意思を確認していない <input type="checkbox"/> 本人の意思が不明確・把握が困難 <input type="checkbox"/> 本人の望んでいることの実現が困難 <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> コミュニケーション上の工夫 本人なりの意思決定を行うための最適な環境づくり (人・場所・タイミング等) <input type="checkbox"/> 意思決定支援会議の開催 <input type="checkbox"/> 意思決定能力アセスメントの実施 <input type="checkbox"/> その他 () | | 対応内容と機関名 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 法的保護の必要性、法的課題 <input type="checkbox"/> 虐待や搾取、権利侵害への対応・防止 <input type="checkbox"/> 債務整理が必要 <input type="checkbox"/> 相続未対応 <input type="checkbox"/> 訴訟が必要 <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの専門相談 <input type="checkbox"/> 委任契約による法律相談 <input type="checkbox"/> 特定援助対象者法律相談援助の利用 <input type="checkbox"/> 中核機関の法律相談の利用 <input type="checkbox"/> その他 () | | 対応内容と機関名 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 将来への備え <input type="checkbox"/> 身寄りがいない、頼りたくない <input type="checkbox"/> 親なき後、自分なき後の家族支援の不安 | | <input type="checkbox"/> 任意後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 福祉型信託の利用 <input type="checkbox"/> 死後事務委任 <input type="checkbox"/> 遺言作成 <input type="checkbox"/> その他 () | | 対応内容と機関名 | <input type="checkbox"/> |
| 本人や親族、支援者ができていること、がんばってきたこと、強み | | | | | |
| 協議して決定した具体的な方針 | | 決定日： 方針協議者： 決定内容： <input type="checkbox"/> 中核機関における専門相談の利用 <input type="checkbox"/> 受任調整による支援 具体的に： | | | |

情報の分析

様式3 成年後見制度活用検討シート(2)

権利擁護に関わる支援方針や成年後見制度の申立てに関わる相談をするときに使用します。提出は実務者会議開催の前月末まで。

成年後見制度活用検討シート(2)

| 【検討事項】 | 【内 容】 | 【検討結果】 |
|--------|--|--------|
| 1 | 本人情報シートへの添付有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※医師の場合、下記3・4の項目記入は省略可。 無の場合、申し立てについての本人の意向確認結果等を記入</small> | |
| 2 | 成年後見制度利用に向けた法律家、専門家と相談した回数 | |
| 3 | 本人にとって必要な支援 | |
| 4 | 今後、現在の支援体制では対応できない課題 | |
| 5 | その他 特記事項 | |
| 6 | 予想される 後見事務 | |
| 7 | 申し立ての 妥当性 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要性あり <input type="checkbox"/> 権利擁護支援の方針の再検討 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 8 | 医師の診 断、または 診立て <input type="checkbox"/> 取得済み (取得日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し判断することができる。 <input type="checkbox"/> 支援を受けなければ、契約の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。 <input type="checkbox"/> 支援を受けなければ、契約の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。 <input type="checkbox"/> 支援を受けても、契約の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。 <input type="checkbox"/> 未取得 依頼先: <input type="checkbox"/> あり (取得予定:) <input type="checkbox"/> なし | |
| 9 | 支援者等に よる類型の 見立て <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 補助、保佐の場合付与要とされる権限 (<input type="checkbox"/> 代理権の必要性あり <input type="checkbox"/> 取消権の必要性あり) | |
| 10 | 申し立て人 等 <input type="checkbox"/> 本人支援 <input type="checkbox"/> 親族支援 <input type="checkbox"/> 区長 本人や親族の申し立て支援が滞った場合の方針 () | |
| 11 | 利用支援事業 (申立費用・報酬助成) <input type="checkbox"/> 該当の可能性がある (市長申立の場合、申立費用は市が立替え、本人の財産状況に応じて後日請求します) | |
| 12 | 後見人等 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 市民後見人 <input type="checkbox"/> 専門職 () <input type="checkbox"/> 法人後見 | |
| 13 | 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、条件等を把握した範囲で記入) | |
| 14 | 公的権限とし て必要な支援 <input type="checkbox"/> 虐待対応の継続 <input type="checkbox"/> 措置等 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 15 | 候補者との 事前面接が 出来ない場 合、その理 | |

【検討後の状況】

| | |
|--------------|---|
| 事前面接状況 | 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録 |
| 申し立て状況 | 申立日 () 審判到着日 () 確定日 () 選任された後見人等 () |
| バックアップ 状況 | チームの顔合わせ支援 () 継続支援の必要性の確認 () |
| 今後の支援 | <input type="checkbox"/> モニタリング要 (予定日) <input type="checkbox"/> モニタリング不要 (今後は相談、依頼に基づき対応) |

様式4 本人情報シート 記載ガイドライン

※家裁指定様式です。申立の際の添付資料となります。

※シートに記載しきれない場合は、別紙をつけていただくことも可能です。

表面

本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
 ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
 ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人

氏 名 : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成者

氏 名 : _____ 印

職業(資格) : _____

連絡先 : _____

本人との関係 : _____

1 本人の生活場所について

- 自宅（自宅での福祉サービスの利用 あり なし）
- 施設・病院
- 施設・病院の名称 _____
- 住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

- 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
- 障害支援区分（認定日： _____ 年 _____ 月）
- 区分（1・2・3・4・5・6） 非該当
- 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）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- 支援の必要はない 一部について支援が必要 全面的に支援が必要
- （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）

(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チェックしてください。

- エの項目は裏面にあります。）
- ア 日常的な行為に関する意思の伝達について
- 意思を他者に伝達できる 伝達できない場合がある
- ほとんど伝達できない 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 理解できない場合がある
- ほとんど理解できない 理解できない
- 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 記憶していない場合がある
- ほとんど記憶できない 記憶できない

本人情報シートの作成者が親族等の第三者に「本人情報シート」による個人情報の提供を行う場合は、個人情報保護の観点から、本人の同意を得るなど、作成者において適用される法令に沿った情報の取扱いを行うよう留意していただく必要があります。

1 本人の生活場所について

- ・ 現在、本人が自宅で生活しているか、施設(グループホーム、サービス付住宅を含む。)又は病院で生活しているかをチェックしてください。施設又は病院で生活している場合は、施設又は病院の名称・住所も記載してください。
- ・ 自宅での福祉サービスの利用については、訪問介護のほか、デイサービス、ショートステイなどを利用しているときは、「あり」にチェックしてください。

2 福祉に関する認定の有無等について

- ・ シートに記載されている認定を受けている場合には、該当欄にチェックしてください。
- ・ 認定日欄には、最終判定年月を記載してください。

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ・ 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ている場合には、「支援の必要はない」にチェックしてください。
- ・ 現在の支援体制が不十分な場合等で、今後、支援の方法、内容等を変更する必要がある場合には、その内容を自由記載欄に簡潔に記載してください。

(2) 認知機能について

- ・ ア～エの各項目について、該当する欄にチェックを入れてください。なお、本人の状態に変動がある場合には、良い状態を念頭にチェックしていただき、状態が良くない場合で支援を必要とする場面については(3)に記載してください。
- ・ ここでいう「日常的な行為」とは、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、概ね本人の生活環境の中で行われるものが想定されています。ア～エの各項目についての選択基準は、以下のとおりです。

・ アについて

- 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場合
- 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が生じる場合
- ほとんど伝達できない → ごく単純な意思(空腹である、眠いなど)は伝えることはできるものの、それ以外の意思については伝えることができない場合
- できない → ごく単純な意思も伝達できないとき

(※ 発語面で障害があっても、非言語的手段で意思が伝達できる場合には、「伝達できる」とする。)

・ イについて

- 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場合
- 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場合
- ほとんど理解できない → 上記の点について、回答できないときが多い場合
- 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場合

・ ウについて

- 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場合
- 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場合
- ほとんど記憶できない → 上記の点について、回答できないときが多い場合
- 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場合

- 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 認識できていないところがある
 ほとんど認識できていない 認識できていない

- (3) 日常・社会生活上支障となる行動障害について
 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
(行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

- (4) 社会・地域との交流頻度について
 週1回以上 月1回以上 月1回未満

- (5) 日常の意思決定について
 できる 特別な場合を除いてできる 日常的に困難 できない

- (6) 金銭の管理について
 本人が管理している 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
 親族又は第三者が管理している
(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

- 4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題
(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

- 5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- 申立てをすることを説明しており、知っている。
 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

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

- 6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策
(※御意見があれば記載してください。)

・ E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精神・行動障害について

- ・ 精神・行動障害とは、社会生活上、場面や目的からみて不適当な行動をいいます。このような行動の頻度に応じて、該当する欄にチェックを入れてください。
- ・ また、そのような精神・行動障害があり、社会生活上、一定の支援を必要とする場合には、その行動の具体的な内容や頻度について自由記載欄に記入してください。また、必要とされる支援方法等についても、分かる範囲で記載してください。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ・ 本人が日常的にどの程度、社会・地域との接点を有しているのかを確認する項目です。介護サービスの利用、買い物、趣味活動等によって社会・地域と交流する頻度を記入してください。
- ・ なお、身体的な障害等により、外出は困難ではあるものの、家族や友人の来訪など、自宅等で関係者と社会的接点を持った活動をしている場合には、それも含めて回数を回答してください。

(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して意思決定できる能力をいいます。項目についての選択基準は、以下のとおりです。なお、特定の事項あるいは場面において本人の意思決定に支障が生じるといった事情があるときは、4項に記載してください。
- 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 → 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。項目についての選択基準は、以下のとおりです。
- 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場合
- 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場合
- 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場合

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

- ・ 現在または今後、本人が直面する生活上の課題を記載してください(例えば、介護・支援体制の変更の検討や、訴訟、遺産分割等の手続に関する検討などがこれに当たります。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- ・ 成年後見制度の利用について本人に説明した際の利用に関する本人の認識(知っている、知らない、理解できない)を記載してください。
- ・ 上記チェックボックスを選択した理由や、本人が制度利用に反対しているなどの背景事情がある場合には、分かる範囲で記載してください。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

- ・ 成年後見制度の利用によって、日常・社会生活上の課題にどのように対応していくことが望ましいのかについて、御意見があれば記載してください。

(※本人情報シート作成の手引き 最高裁判所事務総局家庭局発行より抜粋)

様式5 モニタリング・バックアップ検討シート

成年後見人等への支援についての相談をするときに使用します。

モニタリング、バックアップ検討シート

| | | |
|--------|--|---|
| 振り返り契機 | <input type="checkbox"/> 中核機関によるモニタリング (回数) | <input type="checkbox"/> 後見人等からの支援相談 |
| 振り返り日 | 年 月 日 (対応者:) | 本人情報シート <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 形態 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 () | |

モニタリングのため、下記欄記入なし

| | | | |
|----------------|---|-------------------------------|----|
| 後見実務支援の 相談者 | 相談者名 | <input type="checkbox"/> 後見人等 | ID |
| | 連絡先 | | 所属 |
| 相談概要 | <input type="checkbox"/> 詳細別紙参照 主な相談内容 | | |
| 相談契機 | <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 研修受講 () <input type="checkbox"/> 以前に相談 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 相談者属性 | 地区: | 所属属性: | |

後見人等より聞き取って記入 (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 | |
| 類型 | <input type="checkbox"/> 補助 <input 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 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 type="checkbox"/> 専門職 () <input type="checkbox"/> 前回モニタリングと同じ 氏名: 連絡先: |
| 家裁報告等 | 年 月報告 ※直近の報告または予定を記入 |
| 本人の 心身状況 | 申立時(前回報告時)からの変化の有無 ※本人情報シートを活用して確認し、記入 |
| 後見実務の 現状と課題 | <input type="checkbox"/> 財務管理 <input type="checkbox"/> 身上保護 <input type="checkbox"/> チームの体制・支援 <input type="checkbox"/> 意思決定支援 <input 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 ※左から順に現状を確認し、特に課題になっているものにチェックする。複数チェック可。 |
| 類型や権限の見直し、 交代の必要性 | <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり ※その内容と必要性の根拠 |
| 中核機関として必要と 思われる対応 | <input type="checkbox"/> チーム会議への支援 <input type="checkbox"/> 事例検討会への事例提出 <input type="checkbox"/> 専門相談 <input type="checkbox"/> 家裁への連絡支援 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし |
| 実施したこと | <input type="checkbox"/> 別紙参照 具体的に記入 |
| 今後の支援 | <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 <input type="checkbox"/> モニタリング継続必要 必要な根拠: () |

※本人情報シートの記載内容も参考にしながら記入してください。

このガイドブックは、町田市社会福祉協議会「権利擁護支援検討委員会活用ガイドブック」を参考にさせていただきました。

社会福祉法人文京区社会福祉協議会 権利擁護センター

〒113-0033 文京区本郷4-15-14 文京区民センター4階
TEL:03-3812-3156 FAX:03-5800-2966
ホームページ:<https://www.bunsyakyo.or.jp/>
E-mail:ansins@bunsyakyo.or.jp

都バス 春日駅前下車 徒歩約2分
地下鉄 東京メトロ丸ノ内線 後楽園駅「4b」出口 徒歩約5分
東京メトロ南北線 後楽園駅「6」出口 徒歩約5分
都営三田線 春日駅「A1」出口 徒歩約2分
「A2」出口 徒歩0分
都営大江戸線 春日駅「A1」出口 徒歩約2分
「A2」出口 徒歩0分
JR 中央・総武線 水道橋駅 東口出口 徒歩約10分

