

従前の書式

(家庭裁判所提出用)

※ この診断書の記載要領については、最寄りの家庭裁判所にお問い合わせください。

診断書 (成年後見用)

1	氏名					男・女
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	(歳)
	住所					
2	医学的診断					
	診断名					
	所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)					
	備考 (診断が未確定のときの今後の見通し, 必要な検査など)					
3	判断能力についての意見 (下記のいずれかをチェックするか, (意見) 欄に記載する)					
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない。					
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 常に援助が必要である。					
	<input type="checkbox"/> 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。					
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。					
	(意見)					
	判定の根拠 (検査所見・説明)					
	備考 (本人以外の情報提供者など)					

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

担当診療科名

担当医師氏名

印

診 断 書 (成年後見制度用)

1 氏名	男・女
	年 月 日生 (歳)
住所	
2 医学的診断	
診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)	
所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)	
各種検査	
長谷川式認知症スケール	(<input type="checkbox"/> 点 (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可)
MMSE	(<input type="checkbox"/> 点 (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可)
脳の萎縮または損傷の有無	
<input type="checkbox"/> あり ⇒ (<input type="checkbox"/> 部分的にみられる <input type="checkbox"/> 全体的にみられる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 未実施)	
<input type="checkbox"/> なし	
知能検査	
その他	
短期間内に回復する可能性	
<input type="checkbox"/> 回復する可能性は高い	<input type="checkbox"/> 回復する可能性は低い <input type="checkbox"/> 分からない
(特記事項)	
3 判断能力についての意見	
<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, 契約等の意味・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, 契約等の意味・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, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。	
(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。	



裏面に続く

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- あり ⇒ (まれに障害がみられる 障害がみられるときが多い 障害が高度)
 なし

[]

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- あり ⇒ (意思疎通ができないときもある 意思疎通ができないときが多い
 意思疎通ができない)
 なし

[]

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- あり ⇒ (問題はあるが程度は軽い 問題があり程度は重い 問題が顕著)
 なし

[]

(4) 記憶力の障害の有無

- あり ⇒ (問題はあるが程度は軽い 問題があり程度は重い 問題が顕著)
 なし

[]

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[]

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を 受けた 受けなかった
(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。
※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

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

<p>本人</p> <p>氏名： _____</p> <p>生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>	<p>作成者</p> <p>氏名： _____ 印</p> <p>職業(資格)： _____</p> <p>連絡先： _____</p> <p>本人との関係： _____</p>
--	--

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

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精神・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

(精神・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。)

記載例：認知症（軽度），在宅，独居【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 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人氏名：〇〇 〇〇
 生年月日：〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

作成者氏名：〇〇 〇〇 (印)
 職業(資格)：〇〇市社会福祉協議会(社会福祉士)
 連絡先：〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 本人との関係：〇〇市中核機関の相談員

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：〇〇〇〇年 〇 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）

在宅で介護保険サービスを利用し，近隣の友人の助けを得て生活を継続しているが，今後，心身状態の悪化に伴い在宅生活での継続が難しくなることが想定され，その場合は，本人の意思を尊重するとともに施設の入所についても検討が必要となる。

(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

記載例：認知症（軽度），在宅，独居【裏面】

- 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精神・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
(精神・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)

鍋を焦がすことが，3か月に1回程度ある。IHは本人が希望していないため，使用していない。ヘルパーが来る日や時間を忘れてしまい，自宅にいないため，ヘルパーが中に入れないときが，月に一，二回程度ある。

- (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)

〇〇市社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を契約している。しかし，契約内容の理解が難しくなってきたり，週に1回程度「通帳がない」と言って，電話がかかってくる。その都度説明することで納得されている。

- 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。)

介護保険サービス提供事務所からは，本人との契約において，本当に本人の意向に基づいたサービス提供となっているのか，疑問が示されている。また，地域の民生委員からは，本人の一人暮らしの継続について，心配している声があがっており，本人に対して今後の生活について，様々な情報提供を行い，ともに考え，方法を探ることが必要になってきている。本人にとってのリスク回避のタイミングや方法についても本人と関係者の合意形成が課題である。

- 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関する本人の認識

- 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)

説明すると拒否はしないが，1週間後には忘れてしまい，その都度説明する必要がある。しかし，基本的には，「今後の生活について，一緒に考えて，必要な手続を行うことができる人を選んでもらう」ことについては納得されている。本人の意思決定支援については，ケアマネージャー，ヘルパー，社協，近隣の友人参加の場面において，2回会議を行った。

- 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。)

本人は促されて署名をすることはできるが，契約行為を法的にも本人にとって安全安心なものとするためには，サービス利用や今後の必要に応じて施設入所契約などを行ってもらえる人が必要である。これまで消費者被害には遭わないよう，関係者が目配りをしてきたが，訪問販売被害が多く発生している地域でもあるので，そこにも対応してもらいたい。一方で，親の介護をして自分1人で生活を継続してきた本人のできることも多くあるので，必要以上の介入とならないよう，配慮してほしい。

本人情報シート記載ガイドライン

表面

※ 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。

○ 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。

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

<p>本人 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>	<p>作成者 氏名： _____ 印 職業(資格)： _____ 連絡先： _____ 本人との関係： _____</p>
--	--

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

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精神・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
 (精神・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に関する本人の認識
 - 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。)

エについて

- 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は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に関する本人の認識

- 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。