

受任候補者調整にかかる調査票

資料 1-2

2025年12月17日開催 受任候補者調整委員会において審査

市町	小牧市	方針決定日	令和7年11月10日
部署	地域包括ケア推進課	記入担当者	伊藤
		記入日	令和7年12月4日

本人基本項目	氏名	H.T 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		生年月日	T・S・H 34年 月 日 (66) 歳
	住まい	<input checked="" type="checkbox"/> 自己所有(伊勢市) <input type="checkbox"/> 借家( <input type="checkbox"/> 団地 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他( )			
	実際の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院( いつまで 月 日退院予定) <input checked="" type="checkbox"/> 施設( 住宅型有料老人ホーム )			
	障害とその程度	<b>1高齢者</b> [A.未申請 B.申請中 (要介護認定) <input checked="" type="checkbox"/> C.認定済] a.要支援( ) <b>b.要介護( 5 )</b> ] 2知的障害者 [療育手帳 A.あり( <input type="checkbox"/> A判定・ <input type="checkbox"/> B判定・ <input type="checkbox"/> C判定) <b>B.なし</b> ] 3精神障害者 [精神保健福祉手帳 A.あり( 2 )級 <b>B.なし</b> ] (自立支援医療の利用 A.あり <b>B.なし</b> ) 4身体障害者 [身体障害者手帳 A.あり( )種( )級 <b>B.なし</b> ] 障害名( )			
	収入及び財産状況	収入総額 月額 ( 132,800 ) 円	支出総額 月額 ( 110,700 ) 円	収支(月額) ( 22,100 ) 円	
		1 生活保護費 132,800 円 (おむつ代を含む)	1 施設費 68,600 円 2 生活費(おむつ代他) 33,700 円 3 保険料他 8,400 円 4 その他(医療費等) 不明	金銭管理 <input type="checkbox"/> 本人が管理 <input type="checkbox"/> 親族( )管理 <input type="checkbox"/> あんしん預かり <input checked="" type="checkbox"/> 管理者なし	
		資産( 約450 ) 万円	負債( ) 円	特記事項 令和7年11月4日から生活保護受給開始	
		預金 約450万円 不動産 <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし その他( ) 円			
		経済状況( <input type="checkbox"/> 余裕がある <input type="checkbox"/> やっていける <input type="checkbox"/> 準要保護状態 <input checked="" type="checkbox"/> 要保護状態) 本人の資産管理ができる状態になれば、やっていける見込み。			
本人健康情報	健康状態	病気( <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし ) ありの場合、 病気の症状( アルツハイマー型認知症 ) 既往歴( あり・なし ) ありの場合、 病名( ) かかりつけ医( <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし ) ありの場合、 病院名( 施設の協力医療機関 )			
	ADL	(心身の状況) (日常生活の状況) ・日常生活は全介助 ・口から食事がとれず、胃瘻による経管栄養 ・話しかけると反応はするが、理解できているかは不明 【障害高齢者の日常生活自立度】 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 【認知症高齢者の日常生活自立度】 自立 I II a II b III a III b IV M 【障害程度区分】 非該当 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6			
判断能力	診断書	判断能力に影響を与えている病気・障害	アルツハイマー型認知症	診断書記入日	令和7年12月2日
	類型見立て	<input checked="" type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 長谷川式認知症スケール 点 MMSE 点			

本人の意思の確認方法	<input type="checkbox"/> 判断能力は十分でないが、口頭でのコミュニケーションはとれる <input type="checkbox"/> こちらの問いかけにうなずきなどで Yes, No の応答はできる <input checked="" type="checkbox"/> 口頭でのコミュニケーションは難しい <input type="checkbox"/> その他 ( )			
福祉・介護利用状況	訪問介護 訪問看護			
主たる支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 市町(部署 地域包括ケア推進課) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他(施設職員)			
日常生活自立支援事業の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 申込み中 <input type="checkbox"/> 利用している			
親族関係	続柄	年齢	居住地	
	(婚姻歴など) 本人・亡弟ともに婚姻歴なし			
後見制度の利用が必要な状況	<input checked="" type="checkbox"/> 財産管理 <input checked="" type="checkbox"/> 身上監護 <input type="checkbox"/> 虐待及び権利侵害 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な事情) ・59歳の時にアルツハイマー型認知症と診断され、施設入所 ・意思表示ができない。 ・施設費用は弟の口座からの引き落としになっていた。 ・弟は令和7年4月に死亡(10月に死亡が判明)、親族がいなくなった。 ・令和7年11月4日から小牧市の生活保護受給者となる。 ・本人名義の口座はあるが通帳等の所在は不明。 ・年金の受給権があるかは不明(本人同意がないと回答できない) ・日常的な金銭管理(施設費用の支払い)に加え、年金を含め本人資産を確認し、活用できるように手続きをする法定代理人が必要であることから、老人福祉法第32条に基づき小牧市長による後見等開始の審判請求を行うものである。			
経緯	・弟が令和7年4月に亡くなりになったことで、他に親族がいなくなった。 ・令和7年11月4日から小牧市の生活保護受給者となる。 (住民票の住所地は三重県伊勢市)			
今後の暮らし(短期及び長期的な見通し)	本人の希望	意思表示できない。		
	市町、支援者の考え			
課題	法律的課題	亡弟の遺産相続 自宅不動産の処分		
	福祉的課題	医療、福祉サービスとの契約(直近では訪問歯科)		
	その他の課題	日常的な金銭管理 年金受給手続き、障害手帳期限切れ再取得		
成年後見の利用に関する本人の意向	説明をしたが、明確な意思表示はなく、どこまで理解できているか不明。支援を受けたい希望はある。			

