千葉県成年後見制度利用促進体制整備アドバイザー派遣事業実施要領

１　目　　的

成年後見制度利用促進体制整備について課題を抱えている市町村等に対し、専門的な助言を行うアドバイザーの派遣を行い、成年後見制度利用促進法施行に基づく市町村計画の策定、地域連携ネットワークの構築、「中核機関」「権利擁護センター」等の整備を進めることをもって、県内市町村域での権利擁護の総合的な推進を図ることを目的とする。

２　実施主体

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会（千葉県委託事業）

３　事業内容

市町村等の要請に基づき、成年後見制度利用促進体制整備を支援するため、専門的な助言を行うアドバイザーの派遣を行う。

（１）アドバイザーによる支援内容

ア　中核機関設置、地域連携ネットワークの構築に関する助言

イ　成年後見制度利用促進市町村計画策定に関する助言

ウ　その他、市町村における成年後見制度利用促進のための体制整備に関する相談

（２）アドバイザー

市町村等からの希望及び相談内容に応じて、次の団体から選出する。

① 千葉県弁護士会高齢者・障害者支援センター

② 公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート千葉県支部

③ 千葉県社会福祉士会・権利擁護センターぱあとなあ千葉

④ その他、千葉県が適当と認めた者

（３）経費

① アドバイザー派遣の経費（謝金及び交通費）は千葉県社会福祉協議会（以下、「県社協」）が負担する。

② 実施に係る経費（会場費等）は実施する市町村等が負担する。

４　実施方法

（１）アドバイザー派遣を希望する市町村等は、派遣申請書（別記様式１）により県社協に申請する。

（２）県社協は、市町村等からの申請内容に応じて、上記３（２）の専門職団体と調整し、アドバイザーの派遣を依頼する。

（３）アドバイザー派遣の決定について、県社協は、派遣決定通知（別記様式２）により申請市町村等に通知する。

（４）派遣を受けた市町村等は、アドバイザー派遣実施後、概要報告書（別記様式３）により、アドバイザーから受けた助言等の概要について県社協に報告する。

５　その他

（１）広域の複数市町村等による申請も可とする。その場合は、会議の事務局等を代表する市町村等と県社協との間で上記手続きを行う。

（２）派遣時間は１回につき概ね２時間程度とする。

（３）オンラインによる助言も可とする（具体的な実施方法については応相談）。

（市町村等→県社協）

別記様式１

千葉県成年後見制度利用促進体制整備アドバイザー派遣申請書

年　　月　　日

千葉県社会福祉協議会事務局長　あて

市町村・団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者職・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

成年後見制度利用促進体制整備アドバイザーの派遣について、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td>貴市町村の成年後見制度利用促進体制整備等の現状</td><td colspan="5">（地域連携ネットワーク・中核機関の設置（予定）状況、庁内関係課・団体機関との連携状況などを簡単に記載してください。）</td></tr>
<tr><td>アドバイザーに相談したい内容</td><td colspan="5">（可能な限り具体的に記載してください。）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">助言を希望する専門職（○をつけてください）</td><td>弁護士</td><td>司法書士</td><td>社会福祉士</td><td>その他</td><td>指定なし</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>〔　　〕</td><td></td></tr>
<tr><td>派遣希望日時</td><td colspan="5">年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分</td></tr>
<tr><td>派遣場所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>会議名等</td><td colspan="5">（会議等への派遣の場合は、会議名、開催目的、内容、参加予定者について記入）</td></tr>
</table>

＜派遣依頼担当者連絡先＞

所属（担当部課名含む）	
担当者名	
電話	
ＦＡＸ	
e-mail	

（県社協→市町村等）
別記様式２

千社地発第　　号
年　　月　　日

○○○○　様

社会福祉法人
千葉県社会福祉協議会事務局長

成年後見制度利用促進体制整備アドバイザーの派遣の決定について

貴職から申請のありました標記アドバイザーの派遣について、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

１　派遣者所属・氏名

２　派遣日時・場所

３　派遣後の概要報告について
派遣終了後、別記様式３により、速やかに次項の事務局あてに概要報告書を送付してください。（概ね 10 日以内）

４　連絡・問合せ先
（事務局）
社会福祉法人千葉県社会福祉協議会　地域福祉推進部
千葉県後見支援センター（担当　　）
〒２６０－８５０８　千葉市中央区千葉港４－３
電　話　０４３－２０４－６０１２
ＦＡＸ　０４３－２０４－６０１３
E-mail　smile@chibakenshakyo.com

（市町村等→県社協）

別記様式３

千葉県成年後見制度利用促進体制整備アドバイザー派遣概要報告書

年　　月　　日

千葉県社会福祉協議会事務局長　あて

市町村・団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者職・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

成年後見制度利用促進体制整備アドバイザーの派遣について、次のとおり報告します。

派遣日時	年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分
派遣場所	
会議名等	
派遣されたアドバイザーの職・氏名	
アドバイスの概要	
アドバイスを受けた効果・今後の体制整備に向けた方針等	（可能な範囲で簡潔に記載してください）

＜派遣依頼担当者連絡先＞

所属(担当部課名含む)	
担当者名	
電話	
ＦＡＸ	
e-mail	