

# 泉佐野市 権利擁護支援の「状況確認シート」

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. 権利擁護支援の状況確認シート【表面】【裏面】
3. 権利擁護支援の状況確認シート記入例

令和 5 年 7 月作成

泉佐野市成年後見支援センター

(泉佐野市地域共生推進課・社会福祉法人泉佐野市社会福祉協議会)

## 1. 権利擁護支援の「状況確認シート」の活用について

### 1) 目的

泉佐野市成年後見支援センターは令和4年4月より、権利擁護支援に関する中核的な機関として泉佐野市と社会福祉法人泉佐野市社会福祉協議会（以下、市社協）・社会福祉法人大阪府社会福祉協議会（以下、府社協）で機能分担を行い、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「権利擁護支援の状況確認シート（以下、状況確認シート）」を市と市社会福祉協議会、専門職団体によって構成する「中核等会議」において作成し、令和5年3月14日に開催した「権利擁護型地域包括ケア会議」にて関係機関・団体間で共有しました。

この「状況確認シート」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、本様式は市社協（基幹包括支援センター）のWEBサイトからダウンロードすることができます。



市社協 web サイト

### 2) 権利擁護支援の「状況確認シート」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。「状況確認シート」の表面・裏面を用いながら検討を進めます。

#### ◆権利擁護支援の状況確認シート【必須】

各相談支援機関で作成するアセスメントシートとともに、権利擁護支援が必要と思われる際に支援者が作成する状況確認を関係者間で共有するために成年後見支援センターで作成したシートです。

【表面】 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。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ご利用ください。

【裏面】 表面を記入し、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用支援が必要と思われる際に関係機関間でのアセスメント共有のために作成をお願いします。下段の【判断力程度表(※)】は日常生活自立支援事業の利用についての判断根拠としてご活用ください。

【本冊子についての問い合わせ先】

泉佐野市成年後見支援センター共同事務局

基幹包括支援センターいずみさの 後見担当

（社会福祉法人 泉佐野市社会福祉協議会内）

TEL：072-464-2977／FAX：462-5400

# 日常生活自立支援事業・成年後見制度等にかかる相談フローチャート

(※注釈については、3 ページ以降を参照ください)

## 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判断能力不十分の方の支援に係る相談
- ③将来の備えについての相談 他

## 相談支援機関内で検討(注1)(注2)

### ステップ1 困ったな、と思ったら…【状況確認シート表面】記入

〔権利擁護支援の状況確認シート【表面】〕を活用し、課題を整理

### ステップ2 本人の意思を確認(注4)

金銭管理を他の人に手伝ってもらうことについて、本人の意向を確認

### ステップ3 今後の支援方針

今後の支援方針について検討。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、〔権利擁護支援の状況確認シート【裏面】〕を追加で記入。

【判断力程度表(※)】で  
「できない」に○が1つ以上ある

日常生活自立支援事業は利用  
できません

【権利擁護支援についての1次相談窓口】  
地域型包括支援センター(注5)  
市生活福祉課(生活保護受給者)

本人・親族  
申立の支援

その他の福祉的  
支援の検討

助言・  
連携等

【2次相談窓口】  
基幹包括支援センター  
いずみさの(成年後見担当)

【判断力程度表(※)】が  
すべて「できる」

『日常生活自立支援事業の利用』の検討

成年後見等の利用  
(権限)が必要(注3)

【日常生活自立支援事業】  
市社協

事前協議・審査等

府社協

【市長申立】  
市地域共生推進課

情報共有

# 泉佐野市権利擁護支援の状況確認シート

## 使用時の留意事項

### \*注釈1. 使用時の視点

[状況確認シート]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。なお、必要な情報がわかれば、ほかの様式を活用いただいてもかまいません。大切なことは、必要な人に必要な支援がつながることです。

### \*注釈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。

### \*注釈3. 日常生活自立支援事業についての留意事項

☆日常生活自立支援事業の支援について

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。

☆利用契約について

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。

☆成年後見制度の利用のほうが適切な場合について

★財産管理面について

日常生活自立支援事業の金銭管理は日常生活の範囲内に限られており、「ローン等の借入れを繰り返してしまう」「消費者被害に繰り返しあっている」等、取消権が必要な場合や、「不動産処分が必要」「賃料徴収の必要がある」「相続手続きをする必要がある」など、財産関係が多額、複雑な場合などは、成年後見制度利用を促すこともあります。

★預かり品の返還先がない方について

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や死後事務委任契約を検討します。

## ＊注釈4. 意思決定支援について

厚生労働省では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（平成30年3月）、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（平成30年6月）、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」（令和元年5月）などの、各場面における意思決定支援のガイドラインを作成しています。

| ガイドライン名                                    | 策定期間                 |
|--------------------------------------------|----------------------|
| 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン                | 平成29年3月              |
| 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン            | 平成30年6月              |
| 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン          | 平成19年<br>(平成30年3月改訂) |
| 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定支援が困難な人への支援に関するガイドライン | 令和元年5月               |
| 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン                     | 令和2年10月              |

おもなガイドラインの基本原則を一部抜粋すると下記のようなものになります。

- 厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」（平成29年3月）に記載されている基本原則の一部

|    |                                                                                                                                               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1 | 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。                                                                                                                |
| 第2 | 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。                                                                            |
| 第3 | 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。 |

- 意思決定支援ワーキンググループ「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」（令和2年10月）に記載されている基本原則の一部

|    |                                                  |
|----|--------------------------------------------------|
| 第1 | 全ての人は意思決定能力があることが推定される                           |
| 第2 | 本人が自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない |
| 第3 | 一見すると不合理に見える意思決定でも、それだけで本人に意思決定能力がないと判断してはならない。  |

ガイドラインの内容を理解するだけでなく、実際の支援場面に活かしていくためには、その人の暮らしにかかわるすべての関係者の協力が必要となってきます。

## \*注釈5. 一次相談窓口について

泉佐野市においては、地域における身近な相談窓口として、全世代型の地域型包括支援センターを各生活圏域に1か所ずつ開設し、2次相談窓口として基幹型包括支援センターが後方支援を行う体制をつくっています。生活圏域は、町会連合会の地区割に準じて定められていますので、下記の表をご参照ください。なお、成年後見申立の相談先は、原則的に、被後見人の居所を担当する地域型包括支援センターになります。

| 生活圏域       | 地区    | 町会・自治会名                                              | 担当包括                                                                             |
|------------|-------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 新池中<br>圏域  | 佐野台地区 | 佐野台町、東佐野台、<br>西佐野台町、南泉ヶ丘                             | 包括支援センターしんいけ<br>住所/中庄 1102<br>TEL/072-464-2366<br>FAX/072-462-5400               |
|            | 中央地区  | 市場町、葵町、中町、松風台<br>日根野西町、幸町、日新地区の一部                    |                                                                                  |
|            | 日新地区  | 中庄町、泉陽ヶ丘                                             |                                                                                  |
| 第三中<br>圏域  | 日新地区  | 湊町、上瓦屋町                                              | 第三中圏域包括支援センター<br>ホライズン<br>住所/下瓦屋 222-1<br>TEL/072-458-0088<br>FAX/072-458-0087   |
|            | 北中地区  | 下瓦屋町、鶴原町、鶴原中央住宅                                      |                                                                                  |
|            | 長坂地区  | 新泉ヶ丘、泉ヶ丘、下瓦屋南町<br>貝田町、泉佐野鶴原住宅、見出住宅<br>鶴原北住宅、新家町、鶴原東町 |                                                                                  |
| 佐野中<br>圏域  | 一小地区  | 本町、元町、野出町、西本町、笠松町<br>松原町、松原団地住宅、羽倉崎町                 | 佐野中圏域包括支援センター<br>泉ヶ丘園<br>住所/りんくう往来南 5-17<br>TEL/072-468-8103<br>FAX/072-468-8104 |
|            | 二小地区  | 大宮町、栄町、若宮町、大西町、上町<br>高松町、高松東町、高松北町、高松南町              |                                                                                  |
|            | 三小地区  | 新町、春日町、旭町                                            |                                                                                  |
|            | 末広地区  | 新安松、羽倉崎上町、東羽倉崎町、<br>府住東羽倉崎、東羽倉崎南町<br>長滝第一住宅（長滝 2099） |                                                                                  |
| 長南中<br>圏域  | 長滝地区  | 東ノ番、中ノ番、西ノ番、新長滝<br>長滝住宅（長滝 2357）                     | 長南中圏域包括支援センター<br>ラポート<br>住所/長滝 3672<br>TEL/072-490-2031<br>FAX/072-490-2033      |
|            | 南中地区  | 安松町、岡本町、樫井東町、樫井西町                                    |                                                                                  |
| 日根野中<br>圏域 | 日根野地区 | 東上、久ノ木、中筋、西出、西上、<br>野口、新道出、野々地藏、俵屋                   | 日根野中圏域包括支援センター<br>いぬなき<br>住所/土丸 388<br>TEL/072-468-1170<br>FAX/072-468-1177      |
|            | 上之郷地区 | 母山、机場、女形、上村、中村、下村、<br>郷田                             |                                                                                  |
|            | 大土地区  | 上大木、中大木、下大木、土丸                                       |                                                                                  |

泉佐野市 権利擁護支援の状況確認シート【表面】(検討票)

|       |                             |                             |                                   |      |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------|
| 作成年月日 | 令和 年 月 日                    | 検討年月日                       | 令和 年 月 日                          | 作成者  |
| 本人氏名  | 性別                          |                             | 生年月日                              |      |
| 居所    | <input type="checkbox"/> 居宅 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 施設(種別: ) | 年齢 歳 |

- |                                                                                                                        |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 要介護度 ( )                                                                                      | <input type="checkbox"/> 自立 |
| <input type="checkbox"/> 認知症日常生活自立度( )                                                                                 | <input type="checkbox"/> 自立 |
| <input type="checkbox"/> 認知症診断 有 ( ) 病院                                                                                | <input type="checkbox"/> 無  |
| <input type="checkbox"/> 障がい支援区分( )                                                                                    | <input type="checkbox"/> 自立 |
| <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 有 ( ) 級                                                                              | <input type="checkbox"/> 無  |
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)有                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無  |
| <input type="checkbox"/> 療育手帳 有 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 ) | <input type="checkbox"/> 無  |
| <input type="checkbox"/> 知的・精神障がいの診断有 ( )                                                                              | <input type="checkbox"/> 無  |
| <input type="checkbox"/> 認知症・障がいが認められる                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無  |

- |                                          |                              |
|------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 単身又は高齢・障がい者のみ世帯 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理者本人以外( )    | <input type="checkbox"/> 本人  |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理状況不適切       | <input type="checkbox"/> 適切  |
| <input type="checkbox"/> 負債や滞納有          | <input type="checkbox"/> 無   |
| <input type="checkbox"/> 消費者被害(未遂含む)有    | <input type="checkbox"/> 無   |
| <input type="checkbox"/> 徘徊・虞犯等の状況有      | <input type="checkbox"/> 無   |
| <input type="checkbox"/> 日常生活の破綻有        | <input type="checkbox"/> 無   |
| <input type="checkbox"/> 近隣からの苦情・トラブル有   | <input type="checkbox"/> 無   |
| <input type="checkbox"/> 虐待有又は疑い         | <input type="checkbox"/> 無   |

判断能力の低下 ■有 ■無 ■疑い・不明

現在の生活環境リスク ■有 ■無 ■疑い・不明

資源の活用 ■有 ■無 ■疑い・不明

将来の生活環境リスク ■有 ■無 ■疑い・不明

- |                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人申立可能     | <input type="checkbox"/> 困難 |
| <input type="checkbox"/> 親族申立可能 ( ) | <input type="checkbox"/> 困難 |
| <input type="checkbox"/> 後見人有 ( )   | <input type="checkbox"/> 無  |
| <input type="checkbox"/> 支援者有 ( )   | <input type="checkbox"/> 無  |

- |                                            |                              |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 居宅生活の継続困難         | <input type="checkbox"/> 継続可 |
| <input type="checkbox"/> 同居家族の高齢化          | <input type="checkbox"/> 無   |
| <input type="checkbox"/> 環境の変化(1人暮らし、施設利用) | <input type="checkbox"/> 予定無 |
| <input type="checkbox"/> 相続・債務整理等の法的問題有    | <input type="checkbox"/> 無   |

検討事項：

- |                                               |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 追加調査の実施(期限、調査項目)     | <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要有                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 専門職派遣の要請             | <input type="checkbox"/> 申立者の検討( <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 親族・ <input type="checkbox"/> 市長 ) |
| <input type="checkbox"/> ケース会議の開催             | <input type="checkbox"/> 本人・親族への制度説明                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要性の検討      | <input type="checkbox"/>                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要無( ↓ 理由 ) | <input type="checkbox"/>                                                                                                 |

摘要： ☐ 相談支援機関内の他の支援に繋ぐ ☐ 他の支援機関に繋ぐ ( )

財産管理・身上保護について

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不要         |
| <input type="checkbox"/> 法定後見制度     |
| <input type="checkbox"/> 任意後見制度     |
| <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 |
| <input type="checkbox"/> その他        |

＜氏名： 男 / 女＞ 生年月日[ 年 月 日] 記入日： 年 月 日  
住所：[ ] ・ 相談者( / 本人との関係： )

|                                  |                                                                                        |                                    |                  |  |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|--|
| 判断力                              | 【相談根拠】<br>具体的に (ex. 通帳を紛失するようになった ・ 滞納が増えた)                                            |                                    | 【必要な支援】          |  |
|                                  | □認知【長谷川式又はMMSE[ ]/30点 ・ 認知症自立度[ ] ・ □ありそう】                                             |                                    |                  |  |
|                                  | [判断力に影響する病名 ]                                                                          |                                    |                  |  |
|                                  | 程度                                                                                     | 下記判断力程度表(※)項目 : □「できない」がある □すべてできる |                  |  |
|                                  | 後見類型<br>(相談者の考えるレベルで！)                                                                 | □補助 □保佐 □後見                        | 診断書を書いて<br>くれる病院 |  |
| 現在の<br>収支<br>状況                  | 住宅状況                                                                                   | □持家 □賃貸【借家・公営住宅・民間・その他( )/(家賃: 円)】 |                  |  |
|                                  | 金銭管理                                                                                   | □本人 □家族 □日常生活自立支援事業 □その他( )        |                  |  |
|                                  | キーパーソンには★印を！/家族関係不良の際は(波線)を WMM<br>＜家族図＞※4親等及び法定相続人をすべて記入                              |                                    |                  |  |
|                                  | ＜支援機関＞<br>□ケアマネジャー ( )<br>□相談支援専門員( )<br>□病院( )<br>□行政( )<br>□施設( )<br>□保健所<br>□その他( ) |                                    |                  |  |
|                                  | 1か月当たりの収入状況                                                                            |                                    | 1か月当たりの支出状況      |  |
| 年金                               |                                                                                        | 食費                                 |                  |  |
| 就労所得                             |                                                                                        | 光熱水費                               |                  |  |
| 生活保護費                            |                                                                                        | 保険料                                |                  |  |
| 給付金                              |                                                                                        | 住宅費                                |                  |  |
| その他( )                           |                                                                                        | 借金・ローン等                            |                  |  |
|                                  |                                                                                        | その他( )                             |                  |  |
| 収入合計                             |                                                                                        | 支出合計                               |                  |  |
| 【1か月の収入合計】－【1か月の支出合計】＝【 円】 － / ＋ |                                                                                        |                                    |                  |  |
| 資産                               | □預貯金:[ 円] □持家一名義[ 本人/( ) ] □その他不動産:[ ]                                                 |                                    |                  |  |
|                                  | □負債:[ 円]                                                                               |                                    |                  |  |

【判断力程度表(※)】

| 【判断力程度表(※)】 |                                                    | できる    | できない    |
|-------------|----------------------------------------------------|--------|---------|
| コミュニケーション能力 | 自分の意思を伝えられる                                        |        |         |
|             | 他の人からの情報や話を理解できる                                   |        |         |
| 本人の意思       | 日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用を希望している                        | 希望している | 希望していない |
| 見当識・記憶力     | 氏名・生年月日・年齢・住所・電話番号が言える                             |        |         |
|             | 支援者の顔を覚えている                                        |        |         |
| 契約能力        | 契約したらどうなるのかわかる<br>(どういうサービスが受けられるかわかる・かかった費用がわかる)  |        |         |
|             | 自分の収入や支出、貯金額などを大雑把ながらも把握している                       |        |         |
|             | 借金がある場合、自分に滞納があることや借金があることを理解している・返済計画が理解できる、同意できる |        |         |
|             | 通帳・印鑑を社協や後見人等に預けることを理解できる、同意できる                    |        |         |

書說解

|       |                                                         |          |          |     |
|-------|---------------------------------------------------------|----------|----------|-----|
| 作成年月日 | 令和 年 月 日                                                | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 作成者 |
| 本人氏名  | 性別                                                      | 生年月日     |          |     |
| 居所    | <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 入院 | 施設(種別):  |          | 年齢  |
|       |                                                         |          |          | 歳   |

統計上必要なため☑をいれること

|            |     |                    |      |
|------------|-----|--------------------|------|
| □本人申立可能    | □困難 | □居宅生活の継続困難         | □継続可 |
| □親族申立可能( ) | □困難 | □同居家族の高齢化          | □無   |
| □後見人有( )   | □無  | □環境の変化(1人暮らし、施設利用) | □予定無 |
| □支援者有( )   | □無  | □相続・債務整理等の法的問題有    | □無   |

☐ 不要  
☐ 法定後見制度  
☐ 任意後見制度  
☐ 日常生活自立支援事業  
☐ その他

亡夫名義の家に住んでおり整理が必要、森林や田畑があるがなかなか売れない名義変更が必要

制度説明の必要な具体的な続柄・氏名等、また説明者を誰とするかを記載

<氏名: 泉佐野 A子 男/女> 生年月日[ 19XX 年 X 月 X 日] 記入日: 20XX 年 X 月 X 日  
住所: [ 泉佐野市〇〇町〇-〇-〇 ] ・相談者( ケアマネジャー / 本人との関係: 支援者 )

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 判<br>断<br>力                            | <b>【相談根拠】</b><br>具体的に (ex. 通帳を紛失するようになった・滞納が増えた)<br><b>【例】</b><br>・金銭管理は本人であるが、光熱費の滞納等があったりと適切に支払いができていない。<br>・理解力が低下している為、今後の契約や消費者被害に会わないか心配である。                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        | <b>【必要な支援】</b><br>・金銭管理等<br>・契約関連の支援<br>・身上保護                                                                                                                                                                                                                                               |                           | <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">記入例</div> |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | <b>■認知【長谷川式又はMMSE【 16点 】/30点 ・ 認知症自立度【 II b 】 ・ □ありそう】</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | <b>【判断力に影響する病名: アルツハイマー型認知症 】</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">程度</td> <td colspan="3">下記判断力程度表(※)項目 : <input checked="" type="checkbox"/>「できない」がある <input type="checkbox"/>すべてできる</td> </tr> <tr> <td>後見類型<br/>(相談者の考えるレベルで!)</td> <td><input type="checkbox"/>補助 <input checked="" type="checkbox"/>保佐 <input type="checkbox"/>後見</td> <td>診断書を書いてくれる病院</td> <td>B病院</td> </tr> </table> |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       | 程度 | 下記判断力程度表(※)項目 : <input checked="" type="checkbox"/> 「できない」がある <input type="checkbox"/> すべてできる |  |  | 後見類型<br>(相談者の考えるレベルで!) | <input type="checkbox"/> 補助 <input checked="" type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見 |
| 程度                                     | 下記判断力程度表(※)項目 : <input checked="" type="checkbox"/> 「できない」がある <input type="checkbox"/> すべてできる                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
| 後見類型<br>(相談者の考えるレベルで!)                 | <input type="checkbox"/> 補助 <input checked="" type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 後見                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 診断書を書いてくれる病院                                                                                                                           | B病院                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
| 現<br>在<br>の<br>収<br>支<br>状<br>況        | 住宅状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸【借家・公営住宅・民間・その他( )】/(家賃: 円)                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | 金銭管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | キーパーソンには★印を！/家族関係不良の際は(波線)を WMM<br><家族図>※4親等及び法定相続人をすべて記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        | <支援機関><br><input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー ( C氏 )<br><input type="checkbox"/> 相談支援専門員( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 病院( B病院 )<br><input type="checkbox"/> 行政( )<br><input type="checkbox"/> 施設( )<br><input type="checkbox"/> 保健所<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
| 現<br>在<br>の<br>収<br>支<br>状<br>況        | 1か月当たりの収入状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                        | 1か月当たりの支出状況                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | 年金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 110,000円                                                                                                                               | 食費                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 40,000円                   |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | 就労所得                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        | 光熱水費                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 30,000円                   |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | 生活保護費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        | 保険料                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 介護保険: 6,650円 後期高齢: 4,500円 |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | 給付金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5,020円                                                                                                                                 | 住宅費                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        | 借金・ローン等                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        | その他(携帯・雑費)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 携帯: 5,000円・雑費: 20,000円    |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
|                                        | 収入合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 115,020円                                                                                                                               | 支出合計                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 106,150円                  |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
| 【1か月の収入合計】-【1か月の支出合計】=【 8,870 円】 - / ⊕ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |
| 資<br>産                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金: [ なし 円 ] <input checked="" type="checkbox"/> 持家一名義( 本人 ) / ( ) <input type="checkbox"/> その他不動産: [ ]<br><input type="checkbox"/> 負債: [ 円 ]                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                                       |    |                                                                                               |  |  |                        |                                                                                                |

## 【判断力程度表(※)】

|             |                                                    | できる         | できない    |
|-------------|----------------------------------------------------|-------------|---------|
| コミュニケーション能力 | 自分の意思を伝えられる                                        | ○           |         |
|             | 他の人からの情報や話を理解できる                                   |             | ○       |
| 本人の意思       | 日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用を希望している                        | 希望している<br>○ | 希望していない |
| 見当識・記憶力     | 氏名・生年月日・年齢・住所・電話番号が言える                             | ○           |         |
|             | 支援者の顔を覚えている                                        |             | ○       |
| 契約能力        | 契約したらどうなるのかわかる<br>(どういうサービスが受けられるのかわかる・かかった費用がわかる) |             | ○       |
|             | 自分の収入や支出、貯金額などを大雑把ながらも把握している                       | ○           |         |
|             | 借金がある場合、自分に滞納があることや借金があることを理解している・返済計画が理解できる、同意できる |             |         |
|             | 通帳・印鑑を社協や後見人等に預けることを理解できる、同意できる                    | ○           |         |