

A D L		☐ 寝たきりである。 ☒ ほとんど横になっており、排せつ・入浴・食事などで全面的に介護を要する。 ☐ 寝起きはできるが、排せつ・入浴・食事などの世話を必要とする。 ☐ 身の回りのことは、ほぼ自分自身でできる。																					
I A D L		(各項目について、○自立・△支援や介護があればできる・×できない、を【○△×】で評価してください) <table border="1"> <tr> <td>電話を使用する能力</td> <td>【 △ 】</td> <td>洗濯</td> <td>【 × 】</td> </tr> <tr> <td>買い物</td> <td>【 × 】</td> <td>外出して移動する</td> <td>【 △ 】</td> </tr> <tr> <td>食事の準備</td> <td>【 × 】</td> <td>自分の服薬管理</td> <td>【 × 】</td> </tr> <tr> <td>掃除や片付け等の家事</td> <td>【 × 】</td> <td>財産の取扱いや管理する能力</td> <td>【 × 】</td> </tr> </table>						電話を使用する能力	【 △ 】	洗濯	【 × 】	買い物	【 × 】	外出して移動する	【 △ 】	食事の準備	【 × 】	自分の服薬管理	【 × 】	掃除や片付け等の家事	【 × 】	財産の取扱いや管理する能力	【 × 】
電話を使用する能力	【 △ 】	洗濯	【 × 】																				
買い物	【 × 】	外出して移動する	【 △ 】																				
食事の準備	【 × 】	自分の服薬管理	【 × 】																				
掃除や片付け等の家事	【 × 】	財産の取扱いや管理する能力	【 × 】																				
認知症の症状 又は 行動障がい及び 精神等の状態		(記憶能力・行動障がい・生活障がい・精神疾患の症状等について具体的に記入してください) 認知症のため、5分前のことを覚えていない。																					
福祉サービス 介護サービスの 利用状況		入院前は、通所介護、訪問介護を利用していた。																					
意思疎通への配慮		(各項目を、○自力で可・△合理的配慮があれば可・×ほとんどできないの【○△×】で評価してください) <table border="1"> <tr> <td>読み書き</td> <td>【 △ 】</td> <td>自分の意思の表出</td> <td>【 △ 】</td> </tr> <tr> <td>日常的な説明や指示の理解</td> <td>【 × 】</td> <td>視力</td> <td>【 ○ 】</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>聴力</td> <td>【 △ 】</td> </tr> </table>						読み書き	【 △ 】	自分の意思の表出	【 △ 】	日常的な説明や指示の理解	【 × 】	視力	【 ○ 】			聴力	【 △ 】				
読み書き	【 △ 】	自分の意思の表出	【 △ 】																				
日常的な説明や指示の理解	【 × 】	視力	【 ○ 】																				
		聴力	【 △ 】																				
家族 について の情 報	氏 名	続 柄	年齢	本人のとの関わり等	(家族構成図) 																		
	広島 東洋	兄	80	交流なし																			
	島根 出雲	姪	50	交流なし																			
緊急連絡先 (氏名 続柄)																							
自宅 :				携帯 :																			
住所 :																							
本人と家族 の人間関係																							
キーパーソン 支援関係者等		申立てする4親等内の親族 [☐ あり (続柄 :) ☐ なし] <table border="1"> <tr> <td>親族以外の支援関係者</td> <td>本人との関係</td> <td>連絡先等</td> </tr> <tr> <td>倉敷市生活福祉課 ○○氏</td> <td>担当ケースワーカー</td> <td>086-426-3325</td> </tr> <tr> <td>○○居宅介護支援事業所△△</td> <td>ケアマネジャー</td> <td>086-○○○-○○○○</td> </tr> <tr> <td>○○ケアセンター</td> <td>ヘルパー</td> <td>086-○○○-○○○○</td> </tr> <tr> <td>大家 (○○氏)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						親族以外の支援関係者	本人との関係	連絡先等	倉敷市生活福祉課 ○○氏	担当ケースワーカー	086-426-3325	○○居宅介護支援事業所△△	ケアマネジャー	086-○○○-○○○○	○○ケアセンター	ヘルパー	086-○○○-○○○○	大家 (○○氏)			
親族以外の支援関係者	本人との関係	連絡先等																					
倉敷市生活福祉課 ○○氏	担当ケースワーカー	086-426-3325																					
○○居宅介護支援事業所△△	ケアマネジャー	086-○○○-○○○○																					
○○ケアセンター	ヘルパー	086-○○○-○○○○																					
大家 (○○氏)																							
後見等予想類型 及び必要な 支援の内容等		☒ 後 見 ☐ 保 佐 ☐ 補 助 ← 類型判断の根拠 () (必要と思われる支援内容) ☒ 預貯金等の管理・解約 ☒ 福祉サービス・介護保険の契約 ☐ 遺産の分割や相続 ☐ 保険金等の受取 ☒ 施設入所・入院手続き ☐ 消費者被害への対応 ☐ 不動産の管理・処分 ☐ 訴訟手続等 (契約の取り消し等) (支援における特記事項・その他必要事項) 後見人に伝えた方がよいこと等、記載してください。 救急搬送された後の、家賃が滞納になっている。大家さんは事情を理解して待つてくれているが、今後、自宅に戻る可能性はないため、借家の解約、居室内の動産処分が必要である。																					
記載はここまで です。																							
支援方針案 ※福祉援護課 担当者記入		【後見支援の必要性と支援方針について】 ※緊急性の有無について [☐ 無 ☐ 有] ☐ 任意後見制度 (公証役場) の案内 ☐ 親族による後見申立てを支援 ☐ 日常生活自立支援事業の利用を検討 ☐ 専門相談窓口への相談を案内 ☐ 社会福祉協議会への相談を案内 ☐ 市長申立て (親族調査) を検討 ☐ 本人による後見申立てを支援 ☐ 専門職相談員への相談 (/) ☐ 専門相談窓口への相談を案内 ☐ ネットワーク会議への相談 (/)																					
福祉援護課 処 理 欄		課 長	課長代理	主 幹	主 任	係員	受 付	年 月 日															