

令和5年度 生活困窮者就労準備支援事業費等補助金
社会福祉推進事業

日常生活自立支援事業の適正かつ効果的な利用に
関する調査研究事業

報告書

令和6年(2024年)3月

一般財団法人 日本総合研究所

はじめに

近年、国内外において、社会福祉の理念が大きく変化し、本人の尊厳の保持や意思決定支援の重視、既存の枠組みでは対応が難しい分野横断的な課題に対応する法制度、しくみの整備が進められています。例えば、障害者権利条約の批准と様々な分野における意思決定支援に関するガイドラインの整備、社会福祉法の改正による「地域生活課題」の考え方の拡張といったことが挙げられます。さらに、障害者権利条約に基づく国際連合の障害者権利委員会の対日審査統括所見では、成年後見制度について「意思決定を代行する制度を永続する」との懸念が示され、制度の改正を勧告されています。また、「必要としうる支援の段階や様式にかかわらず、全ての障害者の自主性、意思及び選好を尊重する支援を受けて意思決定をするしくみを設置すること」についても勧告されており、権利擁護支援をめぐる現状は今後、さらに大きく変化することになります。

日常生活自立支援事業は、平成 11 年（1999 年）10 月の事業創設時から、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等、判断能力が不十分な人が地域において自立した生活が送れるよう、福祉サービスの利用に関する情報提供、助言、手続きの支援、利用料の支払い等、福祉サービスを利用して地域における自立した生活の安定や継続を図る役割を全国で担ってきました。専門員が作成した支援計画に基づき、地域住民が生活支援員として本人に寄り添い、見守り、意思決定支援を行いながら適切な金銭管理等を支援することで、尊厳のある本人らしい生活の安定を図る互助のしくみである日常生活自立支援事業は、本人の意思に基づき、意思決定支援を軸として支援を実施するしくみであり、まさに時代を先取りした権利擁護支援のしくみであったと言えるでしょう。

しかし、第二期成年後見制度利用促進基本計画（令和 4 年（2022 年）3 月 25 日閣議決定）では、日常生活自立支援事業は、地域によって同事業の待機者が生じていること、利用者数にばらつきがあること、成年後見制度への移行に課題があるなどが指摘されています。

また、令和 7 年度には認知症高齢者数が 700 万人になると推計¹されていますが、成年後見制度の利用者数は 25 万人²、日常生活自立支援事業の利用者数は 5.6 万人³にとどまります。こうした現状を踏まえると、本人の尊厳保持や意思決定支援を支えるしくみの検討、創設は、喫緊の課題といえるでしょう。

こうした状況を受けて、客観的な根拠をもとに、日常生活自立支援事業の利用の必要性を判断するための「評価スケール（仮称）」を開発し、権利擁護支援を必要としている人が適切な支援を受けられるようにするために、本調査研究事業は開始されました。

検討委員会では、信頼性、妥当性を担保した評価スケールの開発には科学的な根拠が必要であ

¹ 「1. 成年後見制度利用促進の取組経緯」「第二期成年後見制度利用促進基本計画の概要について」「権利擁護支援の地域連携ネットワークについて」厚生労働省社会・援護局地域福祉課成年後見制度利用促進室、令和 5 年（2023 年）6 月 30 日、成年後見制度利用促進 第 168 回市町村セミナー資料、p. 4 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001112981.pdf>)

² 最高裁判所「参考資料 7 成年後見関係事件の概況」、令和 6 年（2024 年）3 月 22 日、第 15 回成年後見制度利用促進専門家会議資料、p. 13 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001228475.pdf>)

³ 全国社会福祉協議会「日常生活自立支援事業月次調査 令和 4 年度」(https://www.zcwvc.net/member/research/res_advocacy/)

ること、そのため、まずは対象者の状態像やニーズ等の把握が重要であることなどが指摘、議論されました。こうしたプロセスを経て、本調査研究事業では、日常生活自立支援事業の実態把握のための調査を行い、その結果をもとに、アセスメントツール等の開発を含む提案を行いました。

今後、認知症高齢者、頼れる身寄りのいない人、障害のある人等の地域生活を支えるうえで、日常的な金銭管理支援にとどまらない、本人の尊厳の保持や意思決定支援の重要性は一層高まるものと見込まれます。

そのため、本調査研究事業で作成したアセスメントツールの活用を通じて、全国的な実態把握、データの蓄積と分析を重ね、日常生活自立支援事業の体制強化や、日常生活自立支援事業や成年後見制度以外の、権利擁護支援を必要としている人の日常的な金銭管理支援を含む権利擁護支援のための新たなしくみの検討、創設が期待されます。

最後になりましたが、本調査研究事業では、ご多忙の中、多くの市町村行政、市町村社会福祉協議会のみなさまに、アンケート調査へのご回答にご協力いただきました。この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。

令和6年（2024年）3月

「日常生活自立支援事業の適正かつ効果的な利用に関する調査研究事業」検討委員会

委員長 五十嵐 禎人

目 次

第1部 調査研究	1
1. 事業概要	3
(1) 背景と目的	3
(2) 実施体制	4
(3) 実施概要・検討経過	5
2. 先行研究事例	9
(1) 生活行為工程分析表 (PADA-D)	9
(2) 財産管理能力アセスメントシート案	10
(3) 先行研究事例からの気づき	12
3. アンケート調査結果及び分析結果	13
(1) 調査概要	13
(2) 支援者向け調査結果	16
(3) 本人向け調査	34
(4) 調査結果から見えてきた本人の状態像	40
(5) 支援対象者の状態像に関する分析	42
(6) 調査結果のまとめ	62
4. 本調査研究事業のとりまとめ (提言)	66
(1) 日常生活自立支援事業として取り組むこと	66
(2) 今後政策として行われるべきこと	69
第2部 令和5年度版アセスメントツール	73
支援の流れとポイント	75
1. 相談受付段階	76
(1) 相談受付段階のポイントと留意点	77
(2) 「相談申込・受付票」の主な変更点と活用場面	77
2. 利用申し込み段階	80
(1) 利用申し込み段階のポイント、留意点	81
(2) 「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」の主な変更点と活用場面	81

3. アセスメント段階、契約書・支援計画作成段階	86
(1) アセスメント段階のポイント、留意点	87
(2) 「アセスメントシート」の主な変更点と活用場面	88
(3) 「契約締結判定ガイドライン」の主な変更点と活用場面	95
4. 支援段階	112
(1) 支援開始後のポイント、留意点	113
(2) 「支援記録」の主な変更点と活用場面	113
5. モニタリング・評価段階	116
(1) モニタリング・評価段階のポイント、留意点	117
(2) 「モニタリングシート」の主な変更点と活用場面	117
様式を活用した支援の流れ	121
事例①：独居の認知症高齢者に対する、金銭管理の支援事例	122
事例②：病院から退院する精神障害者に対する、地域移行の支援事例	132
事例③：手元にある現金をパチンコに使ってしまう知的障害者に対する、支出管理を依頼された事例 ..	148
事例④：アルコール依存のある利用者についての支援チームへの相談事例	152
事例⑤：認知症高齢者のアンメットニーズへの相談事例	163
巻末資料	173
支援者向け調査票	
本人向け調査票	

第 1 部

調査研究

1. 事業概要

(1) 背景と目的

日常生活自立支援事業は、平成11年の「地域福祉権利擁護事業」としてスタートした。制度開始以降、日常生活自立支援事業では20年以上にわたり、認知症高齢者や精神障害者、知的障害者等のうち判断能力が不十分な人々が、地域において自立した生活を送れるよう、福祉サービスの利用援助（福祉サービス利用に関する情報提供や助言、手続き等）、日常的金銭管理サービス（利用料等の支払い手続き等）、書類等の預かりサービスを提供してきた。

制度開始以来、日常生活自立支援事業の問合せ・相談件数や新規契約締結件数は年々増加傾向にある。現在の実利用者数は56,550人（令和5年3月末）、うち認知症高齢者等が21,496人（38.0%）、精神障害者等の利用は17,638人（31.2%）、知的障害者等の利用は14,384人（25.4%）、その他の利用者が3,032人（5.4%）であり、地域移行が進められる中で精神障害者等の利用が増加傾向にある⁴。

令和4年3月に閣議決定された「第二期成年後見制度利用促進基本計画」（以下、「第二期基本計画」という。）では、日常生活自立支援事業の課題として、①地域によって待機者が生じていること、②利用者にはばらつきがあること、③同事業からの成年後見制度への移行に課題があることが指摘されている。

また、金銭管理や書類の管理等は問題なくできるが、利便性の観点から金銭管理等のサービスを継続的に利用しているケースや、一部の地域では同事業の利用を生活保護の受給要件とするケースがあるといった指摘もある。

今後、認知症高齢者の増加、あるいは精神障害者や知的障害者等の地域移行の推進等により、判断能力が不十分な人々が地域の中で生活していくことが見込まれる中で、地域を問わず一定の水準、客観的な根拠をもって日常生活自立支援事業を適切に利用できるしくみに変えていくことが求められる。

本調査研究事業では当初、日常生活自立支援事業の利用の必要性を判断するための「評価スケール（仮称）」を開発し、権利擁護支援を必要としている人が残存能力や置かれた状況等に応じた適切な支援を受けられるよう、日常生活自立支援事業の利用の適正化、効果的な利用を図ることを目的として事業がスタートした。

しかしながら、本調査研究事業において設置した検討委員会での議論の結果、当初の方針が変更となった。すなわち、信頼性・妥当性のある「評価スケール（仮称）」を作成するには科学的な根拠が必要であることから、今年度の本調査研究事業においては、まずは福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援を必要とする人の状態像を把握した上で、その人にとって適切な支援を見極めることを目的としたアセスメント項目の開発を目的とし、段階的にアプローチすることとなった。

⁴ 全国社会福祉協議会「日常生活自立支援事業月次調査」
(https://www.zcwc.net/member/research/res_advocacy/)

(2) 実施体制

1) 検討委員会の設置

本調査研究事業においては、学識者、社会福祉協議会、自治体職員から構成される検討委員会を設置し、検討を行った。

■委員

(敬称略・五十音順、令和6年3月31日時点)

氏名	所属
栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター センター長 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
安藤 亨	豊田市福祉部福祉総合相談課 権利擁護支援担当長
◎ 五十嵐 禎人	千葉大学 社会精神保健教育研究センター 法システム研究部門 教授
鈴木 綾乃	社会福祉法人狛江市社会福祉協議会 地域福祉課 相談支援係 主任
曾根 直樹	日本社会事業大学大学院 福祉マネジメント研究科 (専門職大学院) 教授
田平 隆行	鹿児島大学 医学部 保健学科 作業療法学専攻 教授
丸山 広子	社会福祉法人上尾市社会福祉協議会 上尾市成年後見センター 専門相談員
水谷 詩帆	社会福祉法人全国社会福祉協議会 地域福祉部 副部長
横堀 直樹	社会福祉法人新潟県社会福祉協議会 企画広報課長

◎ : 委員長

■オブザーバー

厚生労働省 社会・援護局 地域福祉課 成年後見制度利用促進室

■事務局

一般財団法人日本総合研究所

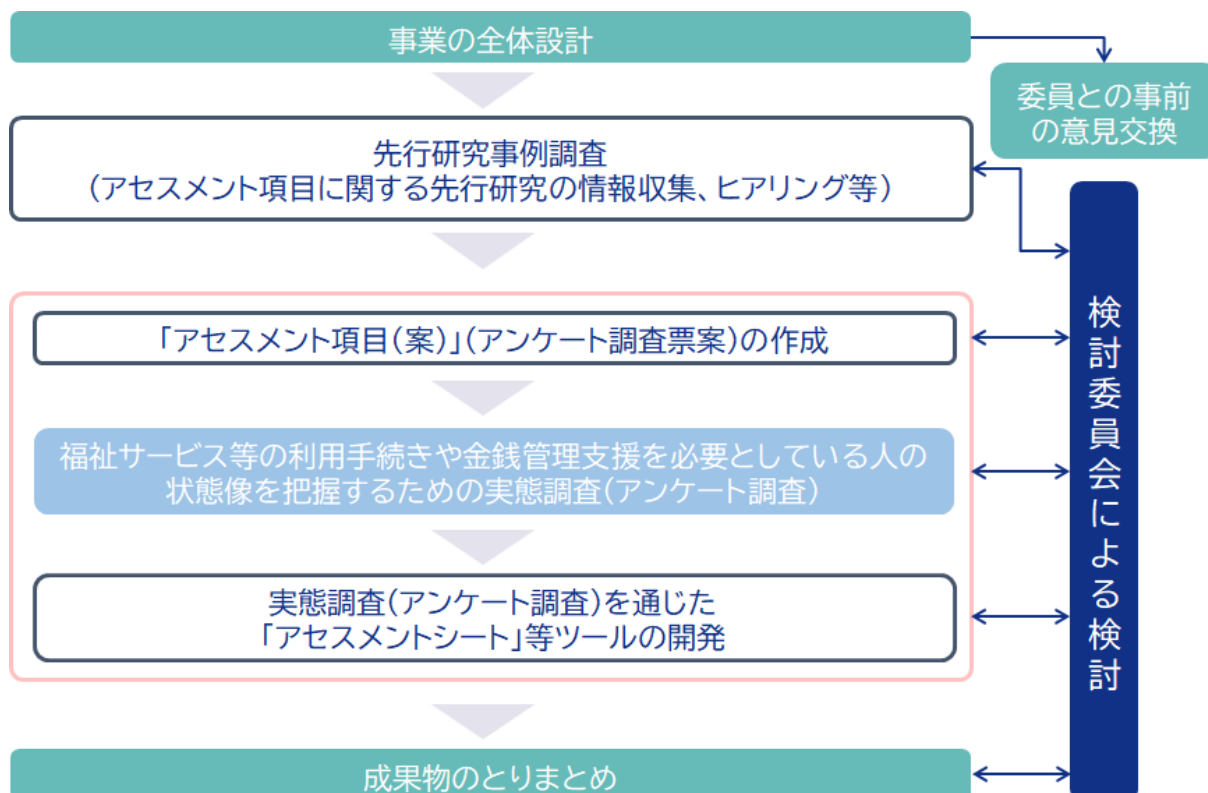
2) 検討委員会の開催日時及び主要議題

第1回検討委員会 令和5年8月31日(木) 17:00~19:00	<ul style="list-style-type: none"> ● 本調査研究事業の全体企画について(到達点や調査設計等) ● 事前に頂戴した委員意見について ● 委員による支援の実態についての紹介
第2回検討委員会 令和5年10月6日(金) 15:00~17:00	<ul style="list-style-type: none"> ● 本調査研究事業の取組方針の確認 ● アンケート調査の対象者とアセスメント項目案(質問案) ● アンケート調査の対象地域の選定
第3回検討委員会 令和6年2月22日(木) 15:00~17:00	<ul style="list-style-type: none"> ● アンケート調査結果について ● 本調査研究事業のとりまとめ方針について
第4回検討委員会 令和6年3月18日(月) 17:00~19:00	<ul style="list-style-type: none"> ● 報告書構成案について ● 令和5年度版アセスメントツール(案)について ● 本調査研究事業のとりまとめ(提言)について

(3) 実施概要・検討経過

本調査研究事業は、以下のフローに沿って調査研究を行った。

図表 1-1 事業フロー



1) 委員との事前の意見交換

本調査研究事業において設置する検討委員会の委員候補者に対し、事業概要を説明するとともに、本調査研究事業の方向性や実施内容等について意見聴取を行った。

事前に頂戴した意見の中で、本調査研究事業の方向性に関する意見（ポイント）は下記のとおりである。

《本調査研究事業の目的について》

- 本調査研究事業では、「本当に支援が必要な人」を選び出すことと理解した
- 「評価スケール」を用いて評価すると、「本当に支援が必要な人」が除かれてしまう可能性もある
- 日常生活自立支援事業の支援が入ることで、日常生活が上手く成り立っている人を探して、その人の状態像を把握することが、「評価スケール」のプロトタイプ作成のヒントになるかもしれない

《本調査研究事業の成果物について》

- 信頼性・妥当性のある「評価スケール」を開発するには、科学的な根拠がなければならない
- 「評価スケール」を開発するよりも、対象者の状態を把握すること、ニーズを把握するためのアセスメントシートの作成など、段階を踏むことが現実的だろう
- 支援の現場では、どのような支援を必要としている人かという数値レベルでの把握はしていない
- 利用者のニーズや状態像を把握するのであれば、ヒアリングで聞き取ることも選択肢の一つになるだろう

第1回検討委員会（令和5年8月31日）において、委員から事前に頂戴した意見を共有し、本調査研究事業の全体企画や方針等について検討した。

その結果に基づき、厚生労働省と協議した結果、今年度の本調査研究事業においては、当初の目的であった日常生活自立支援事業の利用の必要性を判断するための「評価スケール(仮称)」の開発は取りやめることとし、まずは福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援を必要とする人の状態像を把握した上で、その人にとって適切な支援を見極めるためのアセスメント項目の開発を目的とする実施方針へと変更した。

その実施方針の変更については、第2回検討委員会（令和5年10月6日）の中で共有・確認し、委員からの了承を得た。

2) 先行研究調査

日常生活自立支援事業は、認知症高齢者や精神障害者、知的障害者など判断能力が不十分な人が支援対象となる。その人たちの日常生活自立支援事業の利用の必要性（金銭管理、書類管理、郵便物の確認、その他の生活行為工程の支援の必要性）を判断するために、現在、どのよ

うな評価スケールが開発されているのか、WEBによる情報収集や論文サーベイを行った。

下記の事例をピックアップして情報を整理し、その結果は本調査研究事業で実施したアンケート調査において、特に金銭管理支援に関する調査項目案（アセスメント項目（案））を作成する上で参考とした。

① 生活行為工程分析表（Process Analysis of Daily Activity for Dementia ; PADA-D）

田平隆行教授（鹿児島大学医学部保健学科） ※本検討委員会委員

② 財産管理能力アセスメントシート案

小川朝生医師（国立研究開発法人国立がん研究センター） ※ヒアリング調査を実施

3) アンケート調査（福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援を必要としている人の状態像を把握するための実態調査）の実施

① 調査目的

本調査は、日常生活自立支援事業を含め、その人にとって適切な支援を見極めることを目的としたアセスメント項目の開発に向けた前段階として、福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援を必要としている人の実態（本人の状態像、支援者の状況等）を把握することを目的として実施した。

② 調査票の種類及び調査対象

アンケート調査は、検討委員会において選定した自治体（18 地域）を対象とした。調査対象は、1 地域あたり認知症高齢者、精神障害者、知的障害者の本人及び支援者とした。

なお、対象者は、日常生活自立支援事業の利用の有無は問わないこととした。

調査票は、「支援者用調査票」と「本人用調査票」の2種類を用いた。

③ 調査方法

事前に調査協力依頼をして了承を得られた 18 地域に対して、郵送・宅配便による発送、郵送・宅配便による回収を行った。

④ アンケート調査項目

支援者用調査票及び本人用調査票の調査項目は、下記のとおりである。

《支援者用調査票》

- 回答者（支援者）の所属機関
- 本人に関する基礎情報

年齢、性別、障害種別、生活保護受給状況、収入と預貯金の状況、現在の居所、介護サービス等の利用状況、同居者の有無、金銭管理をサポートしてくれる家族・親族の有無、福祉サービスの利用手続き支援や日常的な金銭管理で課題を抱えている背景

- 日常生活自立支援事業の利用状況（日常生活自立支援事業の利用者のみ）
利用年数、利用しているサービス、支援計画上の訪問回数と実際の訪問回数、専門員が行っている支援内容、金銭管理の負担感
- 本人が日常生活自立支援事業を利用しない理由（日常生活自立支援事業の未利用者のみ）
- 本人の状態像（福祉サービスの利用手続き支援等に関すること）
- 本人の状態像（日常的な金銭管理に関すること）

《本人用調査票》

- 本人の状態像（福祉サービスの利用手続き支援等に関すること）
- 本人の状態像（日常的な金銭管理に関すること）

⑤ 調査期間

令和5年11月30日（木）～令和6年1月26日（金）

4) 成果物の作成

本調査研究事業において実施したアンケート調査で確認された本人の状態像の特徴として、1か月の費用の把握や支払いの優先順位付けに課題を抱える人（一人ではできない人）が多いこと、また1か月の収入に対して限度額を超えた支払いをするのは、認知症高齢者よりも精神障害者や知的障害者のほうが頻回であることがわかった（依存傾向のある人は、医療等の他の専門機関へのつながりが必要である）。

より効果的なアセスメントとするために、これらの状態を把握できるような項目をアセスメントシート等に追加した。なお、アセスメントツール（アセスメントシート、支援記録、モニタリングシート）は、昨年度事業において提案した様式⁵をベースとしている。

⁵ 一般財団法人日本総合研究所「日常生活自立支援事業実施のための手引き」「様式」、令和4年度社会福祉推進事業「権利擁護支援の充実のための日常生活自立支援事業のあり方に関する研究事業」令和5年3月
(https://www.jri.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/12/R04suishin12_03.pdf) p. 5、41

2. 先行研究事例

日常生活自立支援事業は、認知症高齢者や精神障害者、知的障害者など判断能力が不十分な人が支援対象となるが、同事業の利用の必要性（金銭管理、書類管理、郵便物の確認、その他の生活行為工程の支援の必要性）を判断するために、現在、どのような評価スケールが開発・提供されているのか、WEBによる情報収集や論文検索を通じて、下記2つの事例をピックアップして、本調査研究事業を進める上で参考とした。

（1）生活行為工程分析表（PADA-D）

本調査研究事業の検討委員会の委員でもある田平隆行教授（鹿児島大学医学部保健学科）らが開発した「生活行為工程分析表（Process Analysis of Daily Activity for Dementia；PADA-D）」（以下、「PADA-D」という。）は、14項目の生活行為から構成され、さらにその行為を5工程・3動作に分けて評価をする。PADA-Dは、生活の場で生活行為のどの工程でつまずき、どのような動作が阻害されているかを正確かつ簡易に評価できる評価尺度と考えられている。

平成31年度厚生労働科研費補助金「アルツハイマー病患者に対する生活行為工程分析に基づいたリハビリテーション介入の標準化に関する研究」などの成果を踏まえ、足掛け6年ほどかけて開発された。

1) 目的

PADA-Dは、認知症者のADL評価とリハビリテーション介入の双方に対し、治療のための一助として汎用化されることを目的として開発されたものである。

認知症者のADL評価に関しては、多様な評価尺度が開発されているが、その多くは「目的行為を遂行するために必要とする身体的動作の評価に主軸が置かれていることが多く、行為に伴う認知機能を含めた評価尺度はほとんどない。また、評価者間において、生活行為の範囲（評価上の行為の起点から終点まで）に関する定義が明確に定まっていないため、認知症者のADL評価において、不均一な解釈による評価の誤差が起りうる課題がある」（「生活行為工程分析表 Process Analysis of Daily Activity for Dementia (PADA-D) の使用方法」令和元年9月1日改訂版）との背景から、後述する各生活行為の過程を基点から終点までの工程と動作に分け、日常の環境下における「観察」を基本として、評価者が「している」か「していないか」の評価を行う。それによって、評価の曖昧さをなくし、正確に評価できる評価尺度としている。

2) 評価項目

PADA-Dでは、14項目の生活行為を設定し、さらにそれぞれの行為ごと5工程・3動作に分けられており、その行為に沿って評価を行う。

生活行為は、①排泄、②食事、③更衣、④整容（身繕い）、⑤移動、⑥入浴、⑦電話、⑧買い物、⑨調理、⑩家事（調理・洗濯以外）、⑪洗濯、⑫外出、⑬服薬管理、⑭金銭管理の14項目

である。

その中で、本調査研究の主眼である金銭管理に関する5工程、3動作は下表のとおりとなる。

図表 2-1 金銭管理に関する評価項目

生活行為	工程	動作
金銭管理	1. 現金を扱う	①必要額の硬貨を出す ②必要額の紙幣を出す ③正しい額のお釣りを受け取る
	2. 日常での現金の使用	①食費・雑貨を購入する程度に使用する ②家賃・請求書の支払いに使用する ③冠婚葬祭などの行事の支払い
	3. 家計費の把握	①生活費がどの程度必要か把握している ②貯蓄がどの程度あるのか把握している ③資産がどの程度あるのか把握している
	4. 銀行・郵便局の利用	①印鑑・通帳・カードの場所を把握している ②窓口で取引する ③ATMで取引する
	5. 電子マネー（ICカード）の利用	①カードリーダーにかざす ②現金でチャージする ③残高を把握している

※評価項目の「2.日常での現金の使用」と「3.家計費の把握」については、対象者と介護者の両方からの聞き取りによる整合性をもって評価を行う。

出典) 田平隆行・堀田牧「生活行為工程分析表 PADA-D Process Analysis of Daily Activity for Dementia」

(2) 財産管理能力アセスメントシート案

小川朝生医師（国立研究開発法人国立がん研究センター 先端医療開発センター脳腫瘍学開発分野長 東病院精神腫瘍科長）が考案した「財産管理能力アセスメントシート案」に関してヒアリングを行い、開発経緯や評価項目の設定意図、評価方法など詳細を伺った。

1) 目的

「財産管理能力アセスメントシート案」は、認知症者の普段の日常生活や社会生活を細かく評価し、支援の必要性の検証に資することを目的に開発された。

認知症者への支援の必要性の評価方法としては、例えば手段的日常生活動作（IADL）尺度があるが、「買い物」や「食事の準備」などの表現が使われており、具体的に何を示すか評価者の共通認識が得られるのかという懸念もあった。実際の医療現場において、認知症者に日常的に関わっている一般的な医療従事者でも評価できるアセスメントシートが必要だった。

評価方法に関しては、認知機能や神経心理という領域からのアプローチになるが、この領域

は、日本ではあまり生活に密着したものがないということで、老年認知症者を診ている精神科医や専門看護師、医療ソーシャルワーカー、法律の専門家等と検討しながら「財産管理能力アセスメントシート案」の原案を作成していった。

2) 評価項目

「財産管理能力アセスメントシート案」は11領域から構成されている。財産管理の評価方法は、MCA (Mental Capacity Act 2005 (意思決定能力法)) に基づいて英国の支援団体が作成したマニュアル等を参考に作成した。そこでの金銭管理能力は、何を聞き出すのかあまり定まった見解はなく、財産という大きな話や身近なお金の話など、様々な視点から評価するものであった。

図表 2-2 財産管理能力アセスメントシート案の評価項目

領域	確認のポイント
■ 日常の金銭管理	
1. 貨幣の認識	店で商品を買うことができるかどうか 物を手に入れるためには対価を払う必要があることを認識しているか
2. 物の相対的な価値の認識	物の相対的な価値を理解しているかどうか
3. 出納管理	どの領域を把握できていて、どの領域は自分で行うために支援が必要かを明らかにする
■ 計画性	
4. 収入の把握	利用できる資金についてどの程度把握しているか
5. 責任	自分の責任を理解するだけでなく、個人的な価値観や意思決定をどのようにするか
6. 予算立て	財産上の決定をするのを助け、望む支出を決めるのに何らかのサポートが必要かどうかを検討する
■ 関連する知識・技術	
7. 危機管理、セキュリティ、暗証番号の管理	危険についての検討（何か戸惑うような問題が生じたときにどのような対応をするか）
8. 銀行の利用	銀行口座を使う上で必要な技術と知識があるかを確認する
9. 電子マネーの利用	電子マネーを利用する上で必要な技術と知識があるかを確認する 電子マネーを持つベネフィットとリスクについて検討する
10. 代理人の利用	財産管理が難しくなっても代理人を使うことができることがあるので、代理人についての情報提供を主とする
11. 貯蓄や投資	高度の財産に関する決定

出典)「財産管理能力アセスメントシート案」

11 の領域からなる評価項目は、まず「日常の金銭管理」、つまりお金のやり取りがあって、その次に普段の生活の中でお金に関する計画を立てられるか、お金を使いすぎた時にどうするか、誰かに相談できるかという「計画性」へと続く。さらに、「関連する知識・技術」として、規模が大きいお金の計画が自分自身で立てられるか、そしてお金だけではなく何かあった時に本人が支援を求めることができるか、ある意味周りの支援資源を使うことができるかどうかをみている。

評価者として想定されるのは、基本的には現場の支援者や本人の周囲にいる人たちになる。評価方法は検討途中であるものの、本人にインタビューをしながら、様々なシチュエーションを提示して評価していく方法をイメージしている。評価の際の選択肢は「ひとりのできる」、「支援があればできる」、「支援を受けても難しい」の3択である。なお、ここでいう「支援」とは周囲からの「助言」であり、その助言によって本人が考えることができたり、気づくことができたりする。本人の代わりに行うことは「代行」になるので、基本的には本人が行うことを前提にして、それを助けるというニュアンスで「支援」という表現が使われている。

評価する際の留意点の一つとして、評価者は最初に本人ができないことに注目してしまう傾向にあるため、評価者からは「できない」「難しい」と判断されることが多くなってしまふ。このアセスメントシートによって、本来引き出したいのは、「こういう支援があればできる」という、次の手立てを考えるための本人の状態である。

(3) 先行研究事例からの気づき

本調査研究事業では、本人の状態像を把握するためのアンケート調査（後述）を実施した。

田平教授らの PADA-D の中の金銭管理に関する評価項目と小川医師の財産管理能力アセスメントシート案の2つを比較検討し、それらをベースにしてアセスメント項目案を作成した。その項目案を調査票の中に盛り込み、本人の状態像について本人と支援者の評価を得た。

【先行研究事例からの気づき】

- ・ 評価の曖昧さを排除し、評価者が迷うことなく、より正確に評価できる尺度を設定する必要があること
- ・ 総じて本人と支援者の評価が一致しない項目も出てくることは一般的であること
- ・ 金銭管理の評価項目の中には、今後、社会的に普及が見込まれ、使用頻度・場面が増えると考えられる「電子マネー」の利用について含める必要があること
- ・ 認知症は時間の経過とともに記憶等の能力が落ちてくることから、必要な時にアセスメントを行うべきであること
- ・ 認知症者など、もともとの生活のイメージを持っている人であれば、本人から聞き出すことは可能であること
- ・ 知的障害者の場合、親や兄弟が本人の代わりにしてしまうと本人は経験していないので、そのような未経験の項目は答えられないこと

3. アンケート調査結果及び分析結果

(1) 調査概要

1) 調査目的

今後、認知症高齢者の増加、精神障害者や知的障害者等の地域移行が進展し、判断能力が不十分な人々が地域の中で生活していくことが見込まれるなか、地域を問わず一定の水準、客観的な根拠をもって日常生活自立支援事業を適切に利用できるしくみとすることが求められる。

そこで、本調査では、日常生活自立支援事業を含め、その人にとって適切な支援を見極めることを目的としたアセスメント項目の開発に向けた前段階として、福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援を必要としている人の実態（本人の状態像、支援者の状況等）を把握することを目的としてアンケート調査を実施した。

2) 調査対象

アンケート調査は、検討委員会において選定した自治体（18 地域）を対象として実施し、対象者は認知症高齢者、精神障害者、知的障害者の本人及び支援者とした。なお、対象者は、日常生活自立支援事業の利用の有無は問わないこととした。

調査票は、「支援者用調査票」と「本人用調査票」の2種類を用いた。

3) 調査方法

調査期間は、令和5年11月30日（木）～令和6年1月26日（金）である。

事前に調査協力依頼をして了承を得られた18地域に対して、郵送・宅配便による発送、郵送・宅配便による回収を行った。

日常生活自立支援事業の利用者及び支援者向けの調査に関しては、市町村社協に送付し、日常生活自立支援事業の専門員等に協力を依頼し、支援者用・本人用調査票に記入いただき、返送いただいた。日常生活自立支援事業の未利用者及び支援者向けの調査に関しては、自治体の高齢福祉担当課・障害福祉担当課を通じて、地域包括支援センターやケアマネジャー、相談支援専門員等の支援者に渡していただき、支援者から福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援を必要と考える人に対して本人用調査票を渡して回答していただき、返送いただいた。

《日常生活自立支援事業の利用者のイメージ》

- 日常生活自立支援事業の利用契約をしている人
- 契約締結判定ガイドラインにより契約締結能力を確認した結果、日常生活自立支援事業の利用に進むことになった人（審査中の方は対象外）

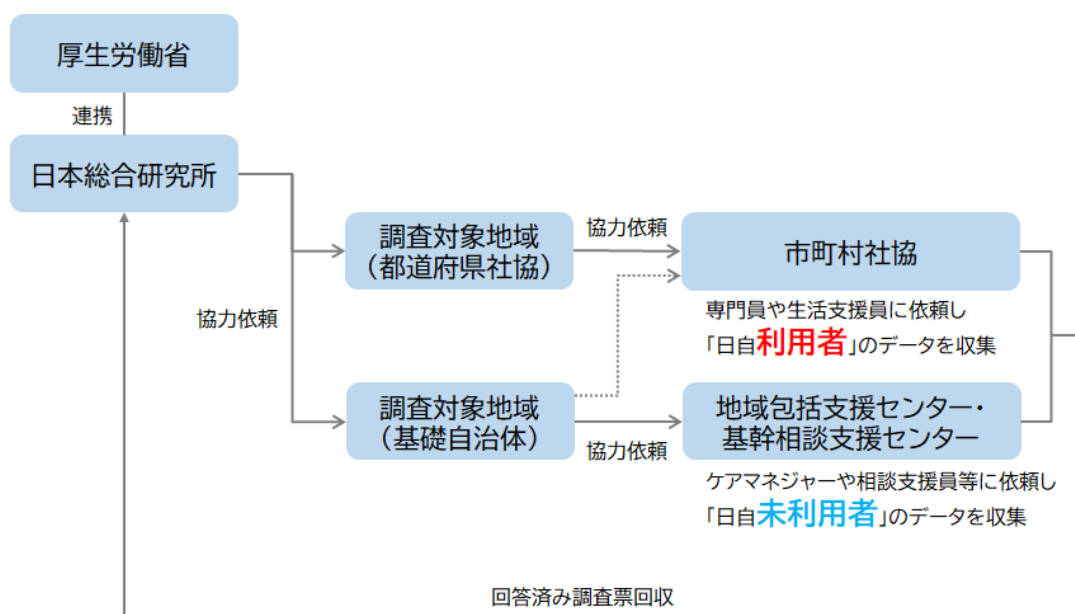
《日常生活自立支援事業の未利用者のイメージ》

- 本人や支援者が、福祉サービス等の利用手続きや金銭管理支援の必要性を認識している人で、日常生活自立支援事業を利用していない人

※支援者とは、地域包括支援センター、ケアマネジャー、相談支援専門員、家計改善支援事業の担当者、グループホームの世話人等を指す

※日常生活自立支援事業の契約締結判定ガイドラインの審査中の方、あるいは審査した結果、日常生活自立支援事業の利用に進まなかった方、成年後見制度の利用者（法定後見の利用者及び任意後見発効済の方）等は対象外とする）

図表 3-1 調査の実施フロー



4) 調査項目

支援者用調査票及び本人用調査票の調査項目は、下記のとおりである。

《支援者用調査票》

- 回答者（支援者）の所属機関
- 本人に関する基礎情報
年齢、性別、障害種別、生活保護受給状況、収入と預貯金の状況、現在の居所、介護サービス等の利用状況、同居者の有無、金銭管理をサポートしてくれる家族・親族の有無、福祉サービスの利用手続き支援や日常的な金銭管理で課題を抱えている背景
- 日常生活自立支援事業の利用状況（日常生活自立支援事業の利用者のみ）
利用年数、利用しているサービス、支援計画上の訪問回数と実際の訪問回数、専門員が行っている支援内容、金銭管理の負担感
- 本人が日常生活自立支援事業を利用しない理由（日常生活自立支援事業の未利用者のみ）
- 本人の状態像（福祉サービスの利用手続き支援等に関すること）
- 本人の状態像（日常的な金銭管理に関すること）

《本人用調査票》

- 本人の状態像（福祉サービスの利用手続き支援等に関すること）
- 本人の状態像（日常的な金銭管理に関すること）

5) 発送・回収数

発送数は、事前に協力依頼した際に、回答可能な件数を伺った上で発送したため、各地域によって発送数は異なる。

図表 3-2 発送数

No	都道府県	市町村	人口（人） 住基人口 （R5.1.1）	日自未利用者		日自利用者
				高齢担当部署	障害担当部署	社会福祉協議会 （日自担当部署等）
1	北海道	京極町	2,844	5	5	5
2	埼玉県	東松山市	90,651			10
3	埼玉県	上尾市	230,229			10
4	東京都	立川市	185,483	10		5
5	東京都	狛江市	82,749	10	10	30
6	長野県	長野市	368,785	10		10
7	静岡県	菊川市	47,738			15
8	静岡県	東伊豆町	11,414	5		
9	愛知県	豊田市	417,432			30
10	愛知県	稲沢市	134,281			5
11	三重県	伊賀市	87,168	10	10	30
12	大阪府	豊中市	407,695			10
13	大阪府	八尾市	261,998	10	10	10
14	山口県	山口市	188,598	10		30
15	香川県	三豊市	62,258	20		10
16	高知県	高知市	319,724	10		
17	福岡県	大川市	32,359	10	10	30
18	福岡県	古賀市	59,234		10	30
小計				110	55	270
合計						435

《回収数（支援者用・本人用を1セットとしてカウント）》

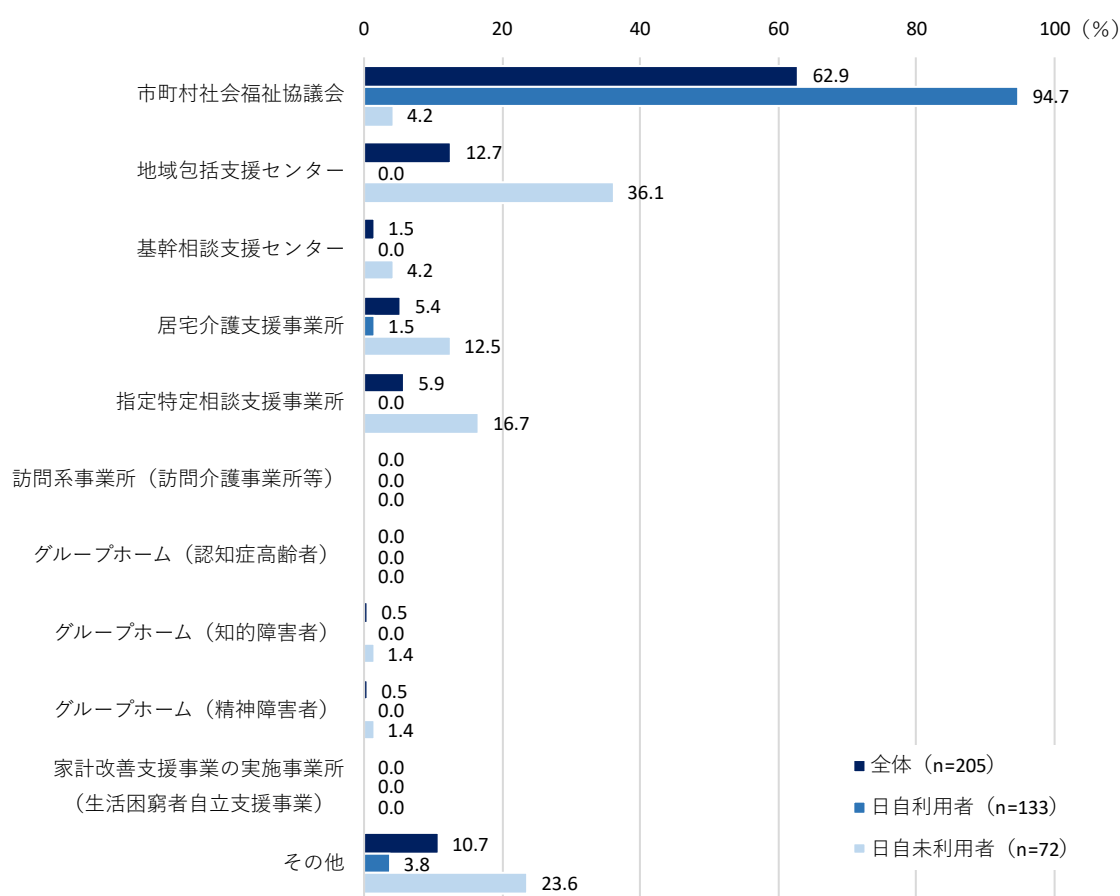
日常生活自立支援事業の利用者	138件（回収率51.1%）
日常生活自立支援事業の未利用者	76件（回収率46.1%）
合計	214件（回収率49.2%）

(2) 支援者向け調査結果

1) 回答者（支援者）の所属機関

回答のあった支援者の所属機関をみると、日常生活自立支援事業利用者に関しては「市町村社会福祉協議会」が94.7%を占めた。一方、日常生活自立支援事業利用者以外に対しては、「地域包括支援センター」が36.1%、「指定特定相談支援事業所」が16.7%、「居宅介護支援事業所」が12.5%、「基幹相談支援センター」が4.2%、「その他」（就労支援事業所、行政職員（ケースワーカー、社会福祉士等）が23.6%を占めた。

図表 3-3 支援者向け調査回答者の所属機関



【「その他」の自由回答】

就労支援事業所、行政職員（ケースワーカー、社会福祉士等） など

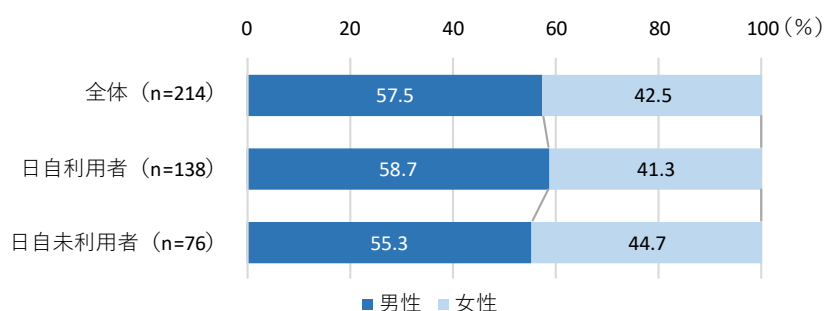
2) 本人に関する基礎情報

日常生活自立支援事業の利用有無別に、支援対象とする本人の基礎状況を整理した。

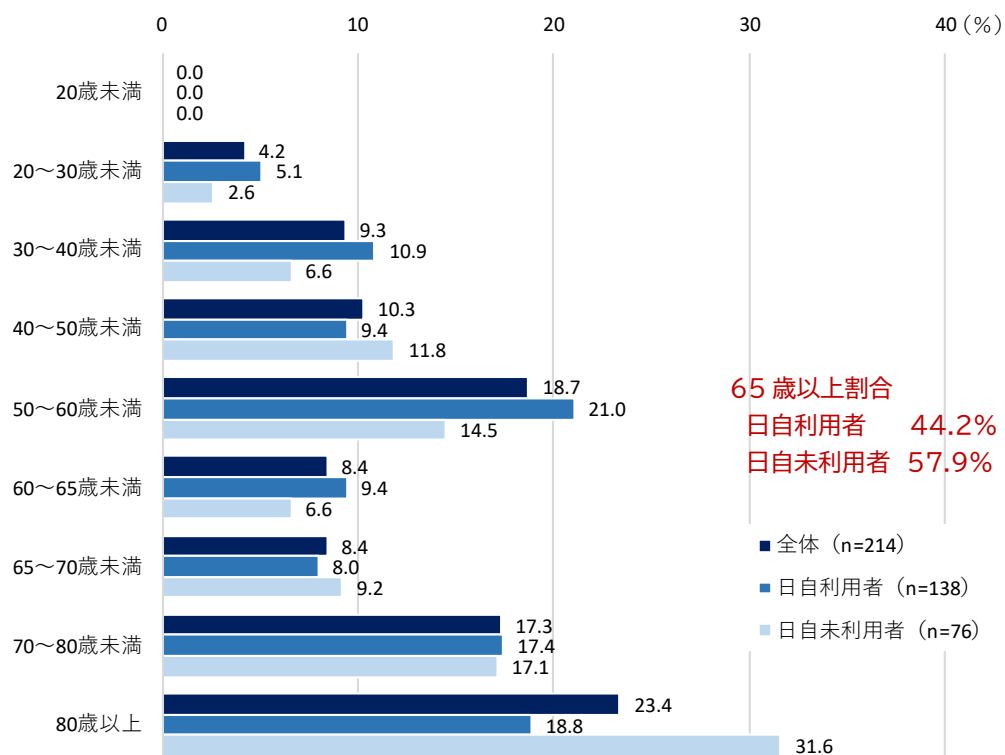
① 性別・年齢

日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、支援対象者本人の性別には大きな差はないが、年齢では日常生活自立支援事業利用者のほうが「30～40歳未満」や「50～60歳未満」の割合が高く、未利用者は「80歳以上」の割合が高くなっていた。65歳以上の高齢者が占める割合は、日常生活自立支援事業利用者では44.2%、未利用者では57.9%である。

図表 3-4 支援対象者の性別（日常生活自立支援事業の利用有無別）

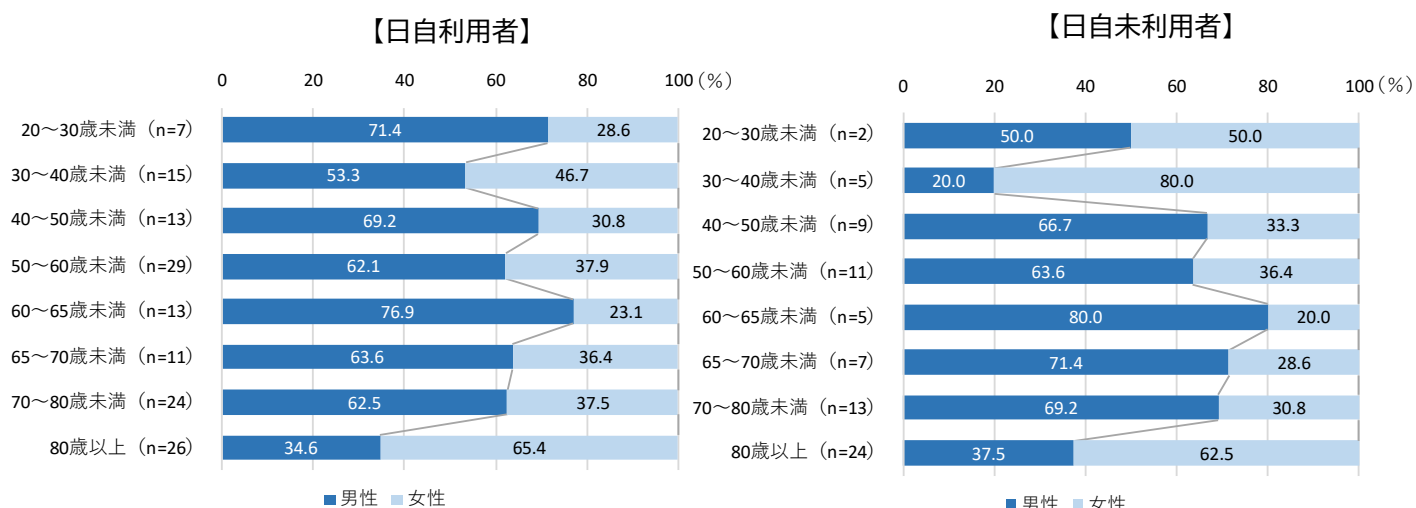


図表 3-5 支援対象者の年齢（日常生活自立支援事業の利用有無別）



年齢別の男女比をみると、日常生活自立支援事業利用者・未利用者いずれも、「80歳以上」は女性の割合が高い。

図表 3-6 支援対象者の年齢別男女比（日常生活自立支援事業の利用有無別）



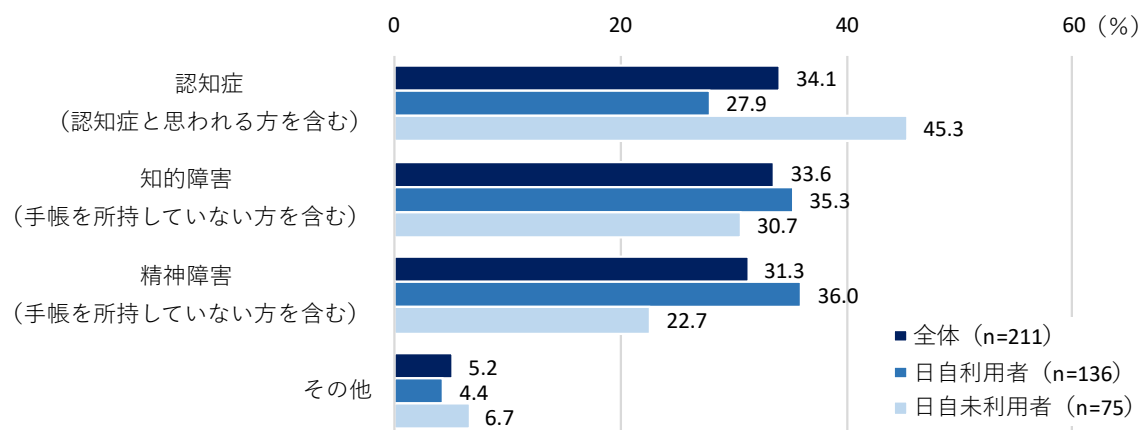
② 障害種別（複数回答）

支援対象者本人の障害種別は、対象者全体では「認知症」「知的障害」「精神障害」いずれも3割が該当していた。

今回調査対象となった日常生活自立支援事業利用者は、「知的障害（手帳を所持していない人を含む）」（35.3%）や「精神障害（手帳を所持していない人を含む）」（36.0%）が多く、「認知症（認知症と思われる人を含む）」は27.9%であった。

一方で、未利用者では「認知症（認知症と思われる方を含む）」が45.3%で最も多く、「精神障害（手帳を所持していない人を含む）」が22.7%であった。

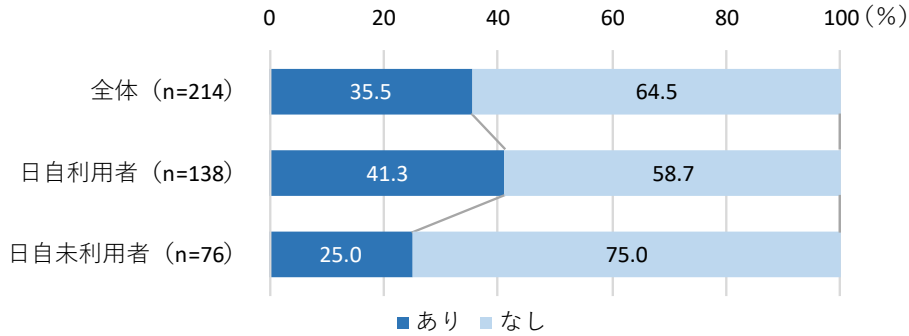
図表 3-7 支援対象者の障害種別（日常生活自立支援事業の利用有無別）



③ 生活保護の受給状況

今回調査対象となった支援対象者本人の生活保護受給状況をみると、全体では 35.5%が生活保護を受給していたが、日常生活自立支援事業利用者では 41.3%を占めており、未利用者の 25.0%と比べて受給割合が高くなっていました。

図表 3-8 支援対象者の生活保護需給状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）

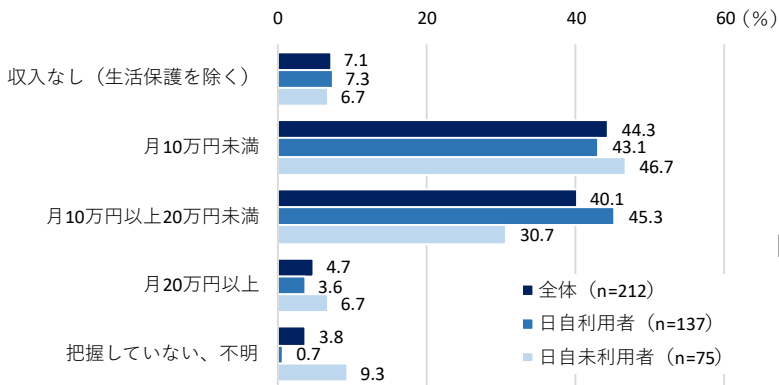


④ 収入と預貯金の状況

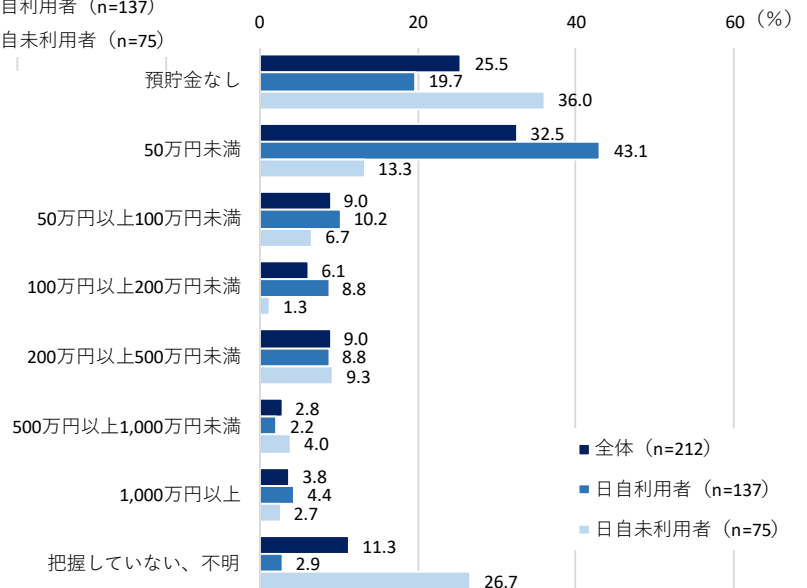
支援対象者本人の収入状況をみると、支援対象者全体では半数以上が月 10 万円未満（「収入なし」7.1%、「月 10 万円未満」44.3%）となっていた。

預貯金の状況は、支援対象者全体では「預貯金なし」が 25.5%、「50 万円未満」が 32.5%を占めた。日常生活自立支援事業利用者では「預貯金なし」が 19.7%、「50 万円未満」が 43.1%であるが、未利用者では「預貯金なし」が 36.0%を占めていた。

図表 3-9 支援対象者の収入の状況（日常生活自立支援事業の利用有無



図表 3-10 支援対象者の預貯金の状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）

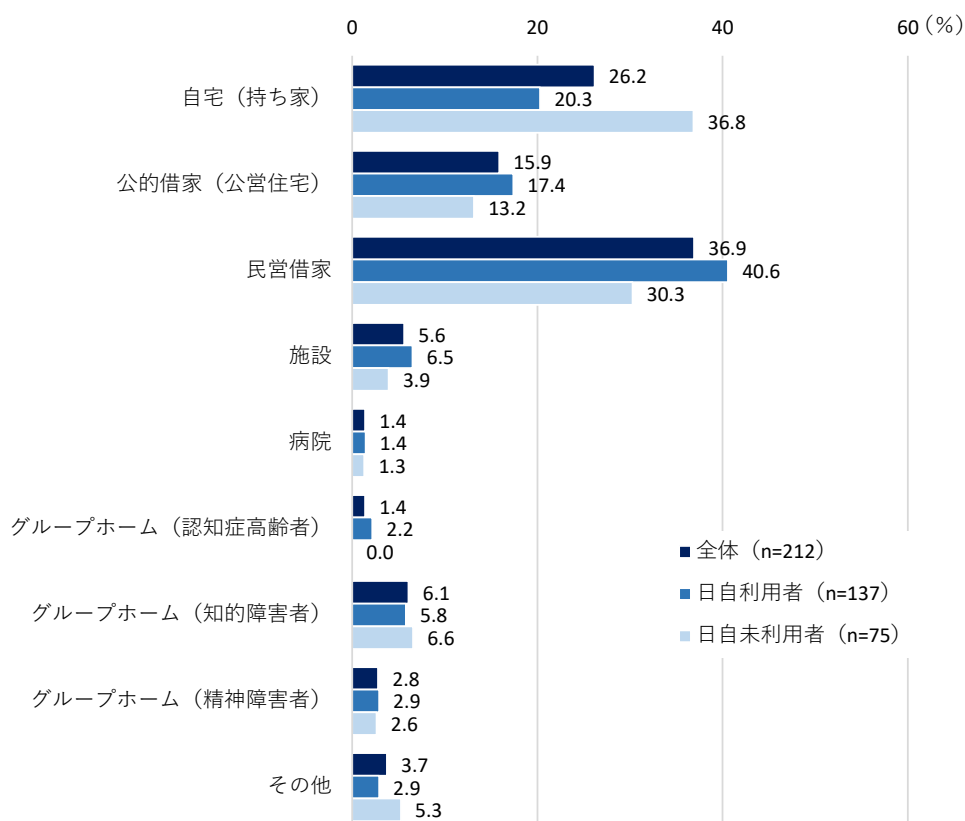


⑤ 現在の居所

支援対象者本人の居所をみると、全体では「民営借家」が 36.9%で最も多く、次いで「自宅（持ち家）」が 26.2%、「公的借家（公営住宅）」が 15.9%、「グループホーム（知的障害者）」が 6.1%の順となっていた。

日常生活自立支援事業利用者では、「民間借家」が 40.6%を占めており、「公的借家（公営住宅）」と合わせると 6 割弱が借家となっていた。一方、未利用者では「自宅（持ち家）」が 36.8%を占めており、借家は 4 割にとどまっていた。

図表 3-11 支援対象者の居所（日常生活自立支援事業の利用有無別）

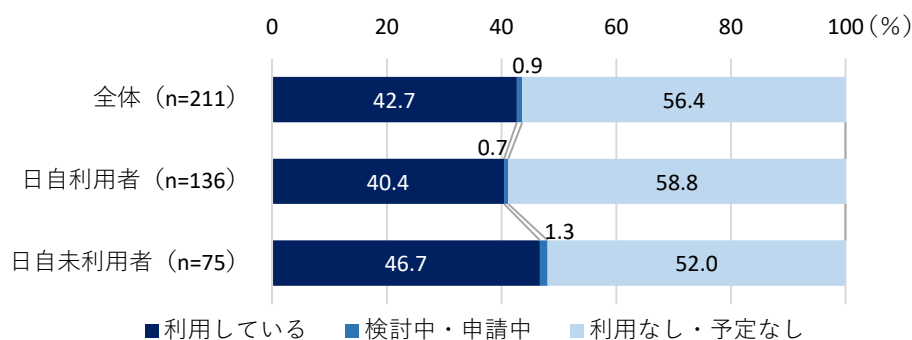


⑥ サービスの利用状況

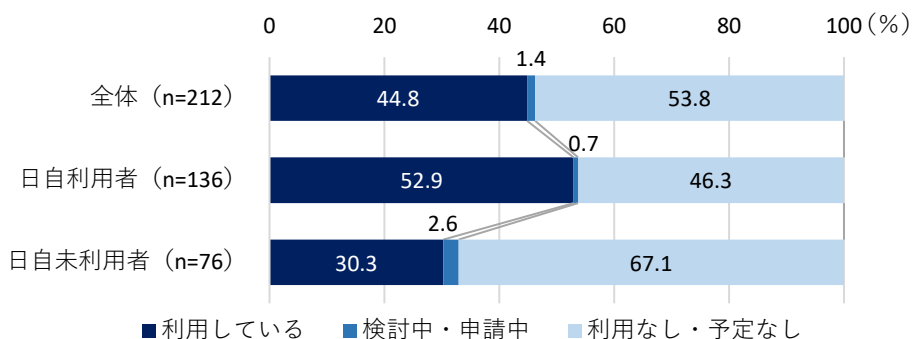
今回調査対象となった日常生活自立支援事業利用者は、知的障害や精神障害のある人が比較的多いことから、障害者総合支援法に基づくサービスを「利用している」割合が52.9%を占めた。

一方で、未利用者は高齢者が多いことから、介護保険法に基づくサービスを「利用している」割合が半数近くを占めた。

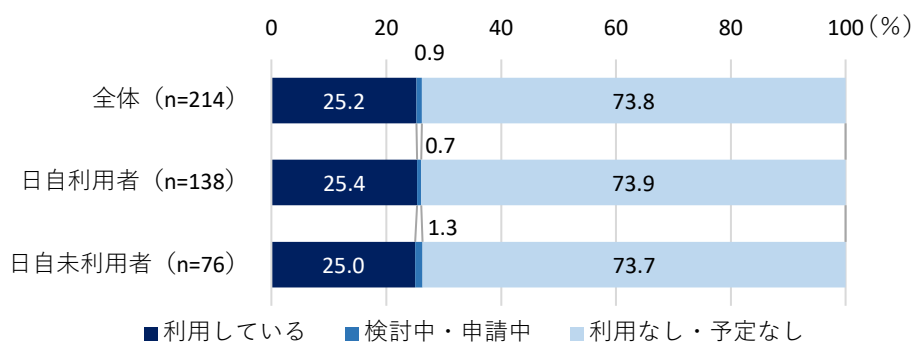
図表 3-12 支援対象者のサービス利用状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）
【介護保険法に基づくサービスの利用状況（R5. 10. 1 時点）】



図表 3-13 支援対象者のサービス利用状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）
【障害者総合支援法に基づくサービスの利用状況（R5. 10. 1 時点）】



図表 3-14 支援対象者のサービス利用状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）
【介護保険、障害者総合支援法に基づくサービス以外のサービスの利用状況（R5. 10. 1 時点）】



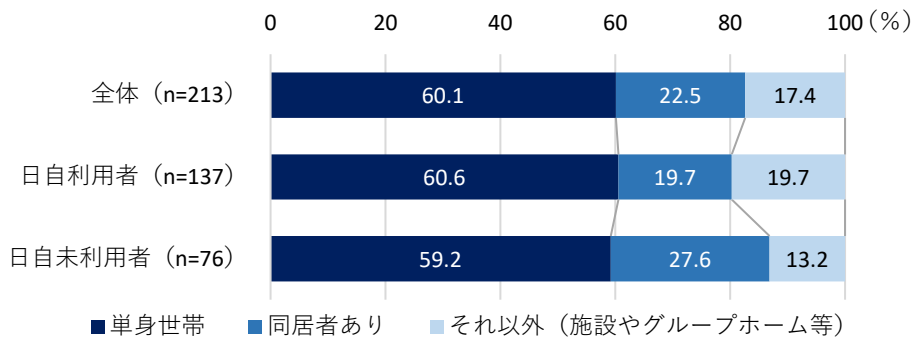
⑦ 同居者の有無

支援対象者の同居者の有無をみると、全体では「単身世帯」が60.1%を占めており、「同居者あり」と回答した割合は22.5%、「それ以外（施設やグループホーム）」が17.4%であった。

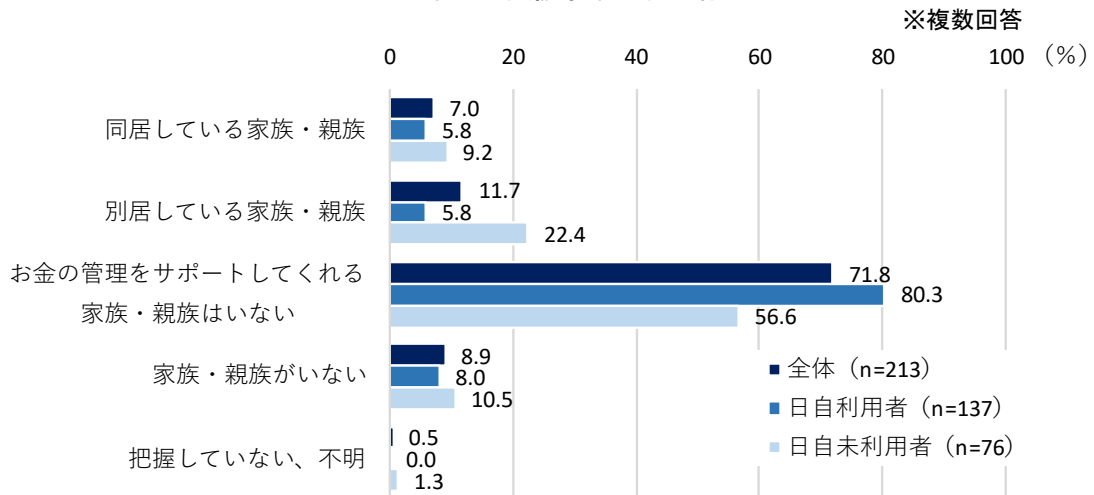
日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、「単身世帯」の割合はほぼ変わらないが、「同居者あり」の割合は、利用者（19.7%）に比べて未利用者（27.6%）が高くなっていた。

また、「お金の管理をサポートしてくれる家族・親族の有無」を確認したところ、支援対象者全体では「お金の管理をサポートしてくれる家族・親族はいない」と回答した割合が71.8%、日常生活自立支援事業利用者では80.3%を占めていた。一方、未利用者でも「お金の管理をサポートしてくれる家族・親族はいない」割合は半数以上を占めている。

図表 3-15 支援対象者の同居者の有無（日常生活自立支援事業の利用有無別）



図表 3-16 支援対象者のお金の管理をサポートしてくれる家族・親族の有無（日常生活自立支援事業の利用有無別）

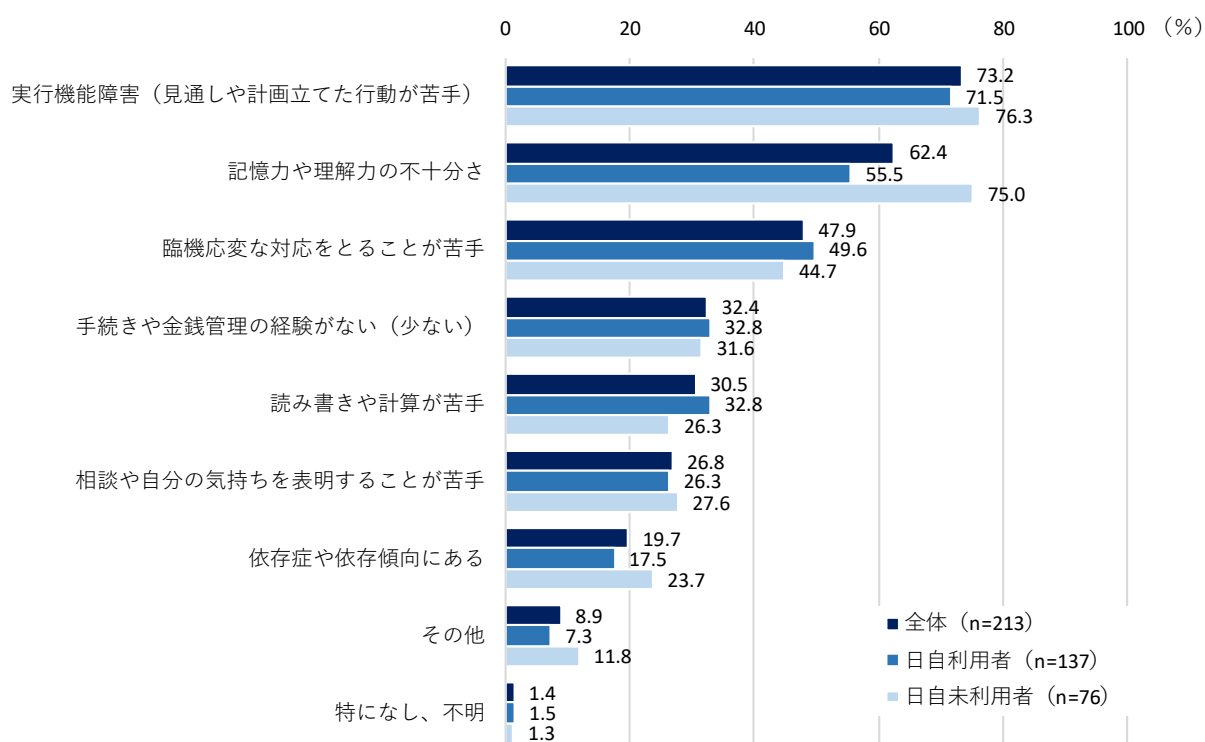


⑧ 福祉サービスの利用手続き支援や日常的な金銭管理で課題を抱えている背景（複数回答）

今回調査対象となった支援対象者の福祉サービスの利用手続き支援や日常的な金銭管理で課題を抱えている背景を確認したところ、対象者全体では「実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）」（73.2%）や「記憶力や理解力の不十分さ」（62.4%）、「臨機応変な対応をとることが苦手」（47.9%）などが上位を占めた。これら上位3項目は、日常生活自立支援事業の利用有無にかかわらず指摘されている。

なお、高齢者層の多い未利用者では、「記憶力や理解力の不十分さ」を指摘する割合が75.0%を占めた。

図表 3-17 支援対象者の福祉サービスの利用手続き支援や日常的な金銭管理で課題を抱えている背景（日常生活自立支援事業の利用有無別）

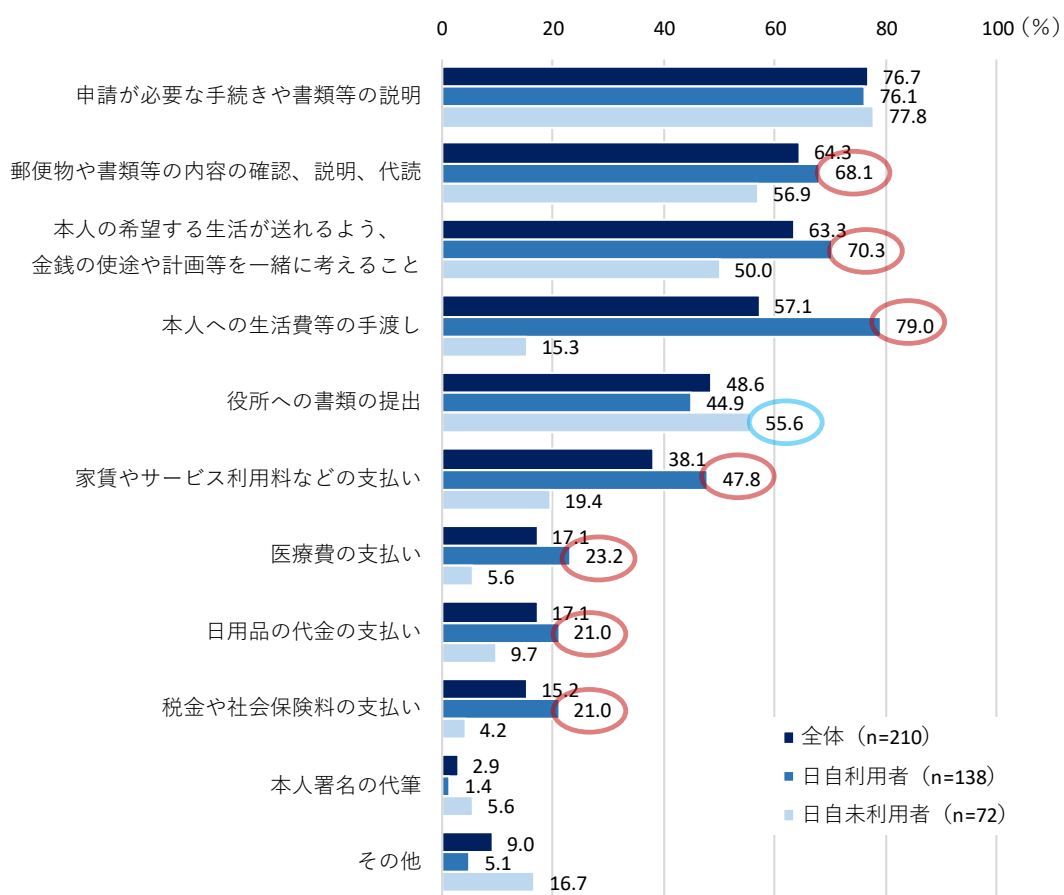


⑨ 支援者が行っている支援の内容（複数回答）

支援者が行っている支援内容を確認したところ、上位には「申請が必要な手続きや書類等の説明」（76.7%）、「郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読」（64.3%）、「本人の希望する生活を送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること」（63.3%）、「本人への生活費等の手渡し」（57.1%）が半数以上の支援対象者に対して行われていた。

なお、日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、利用者のほうが、全体的に支援内容が多岐にわたっていることが確認できた（○部分）。

図表 3-18 支援者が行っている支援の内容（日常生活自立支援事業の利用有無別）



【「その他」の自由回答】

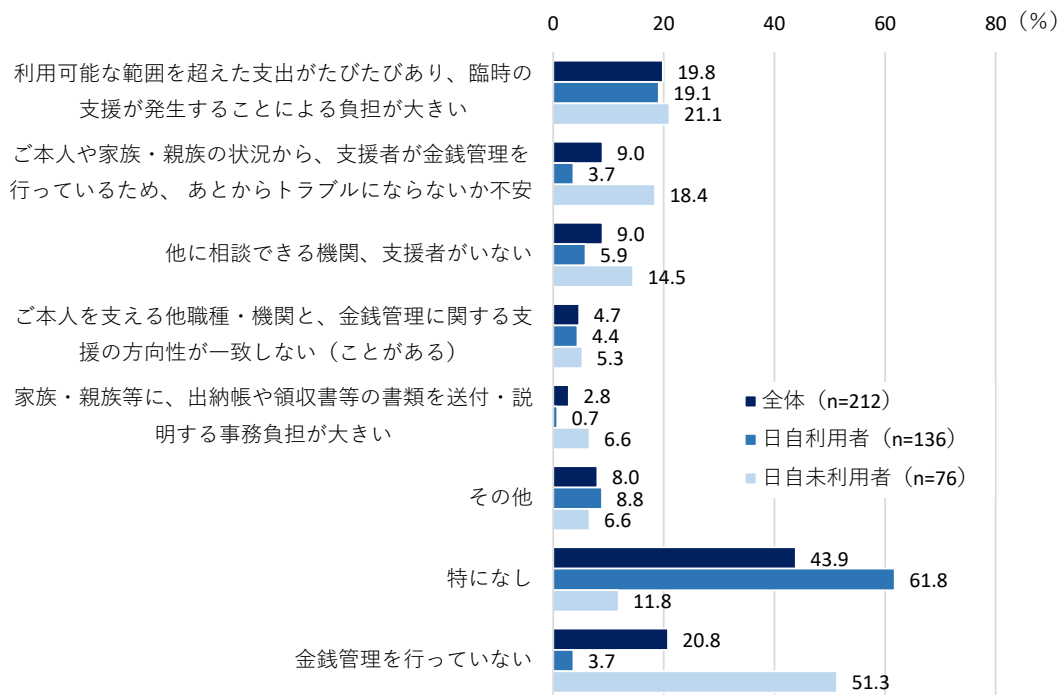
- ・ 美容院の予約
- ・ 医療にかかる交通費のおわたし
- ・ スマートフォンの購入手続き、3G サービス終了への対応手続き
- ・ 生活費払戻しの同行・確認
- ・ ヘルパー買い物費用の管理
- ・ 病院受診の同行
- ・ おこづかいノート記入

⑩ 支援者が行っている金銭管理の負担感（複数回答）

金銭管理に関する負担感について、日常生活自立支援事業の専門員では61.8%が「特になし」と回答していた。

一方で、日常生活自立支援事業の未利用者を支援する支援者では、約半数が「金銭管理を行っていない」と回答していたが、金銭管理を行っている支援者からは「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい」（21.1%）、「ご本人や家族・親族の状況から、支援者が金銭管理を行っているため、あとからトラブルにならないか不安」（18.4%）、「他に相談できる機関、支援者がいない」（14.5%）等の回答が寄せられた。

図表 3-19 支援者が行っている金銭管理の負担感（日常生活自立支援事業の利用有無別）



【「その他」の自由回答】

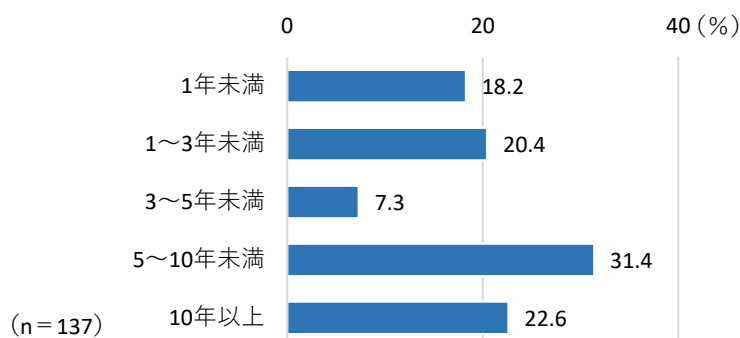
- ・ グループホームと支援方法の合意を取るための調整と本人への説明納得できる方法の検討
- ・ 本人の意思表示が少なくあいまいで、希望を理解するのが難しい
- ・ 夫の収入・娘の年金を合わせて世帯としてのやりくりを考えなければならないこと
- ・ 同居者による金銭搾取への対応・対策が取りづらく、止められない
- ・ ツケでの買い物により利用可能範囲を超えた支出があり、預金がないため負債がかさむ
- ・ 収入以上に生活費がかかることがあり、たまに娘に支援してもら
- ・ 近所の知人が、本人への支援を行い、それに対して本人が度を越えたお礼を渡したがる。知人もそのお礼を拒まない
- ・ 金銭管理での注意等で、仕事上での信頼を失う（本人が嘘をつく為）
- ・ 収支のバランスがとりづらい、収入や預金が少ない
- ・ 訪問以外にも毎日のように連絡あり。内容は金銭的なこと以外のことも多い
- ・ 訪問先が遠方である。そのため支援員へも頼めない
- ・ 支援の中でご本人が何にいくら使っているかの真意が見えてこない

3) 日常生活自立支援事業の利用状況（日常生活自立支援事業利用者のみ）

① 日常生活自立支援事業の利用年数（R5. 10. 1 時点）

今回調査対象者の日常生活自立支援事業の利用年数をみると、「5～10年未満」（31.4%）及び「10年以上」（22.6%）で半数以上を占めており、長期に渡り継続的に利用している対象者が多いことがわかる。なお、「1年未満」は18.2%、「1～3年未満」は20.4%であった。

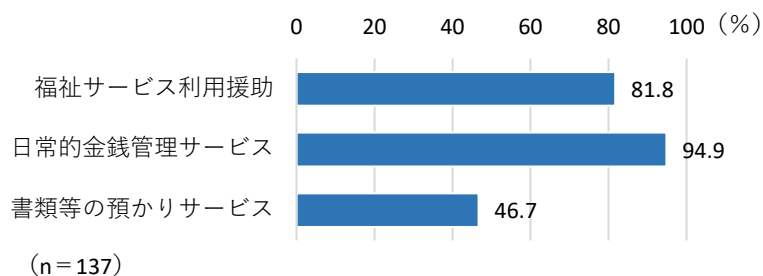
図表 3-20 日常生活自立支援事業の利用年数（日常生活自立支援事業利用者）



② 日常生活自立支援事業で利用しているサービス（複数回答）

日常生活自立支援事業で利用しているサービスとして、「日常的金銭管理サービス」を利用している割合は94.9%を占めた。

図表 3-21 日常生活自立支援事業の利用サービス（日常生活自立支援事業利用者）



③ 支援計画上の訪問回数と実際の訪問回数

支援計画上の訪問回数は「1か月に1回」（38.4%）と「1か月に2回」（37.0%）で75%を占める。「1か月に4回」という回答も2割みられた。

一方、実際の訪問回数は、「1か月に2回」が88.4%を占める。

図表 3-22 支援計画上の訪問回数と実際の訪問回数（日常生活自立支援事業利用者）

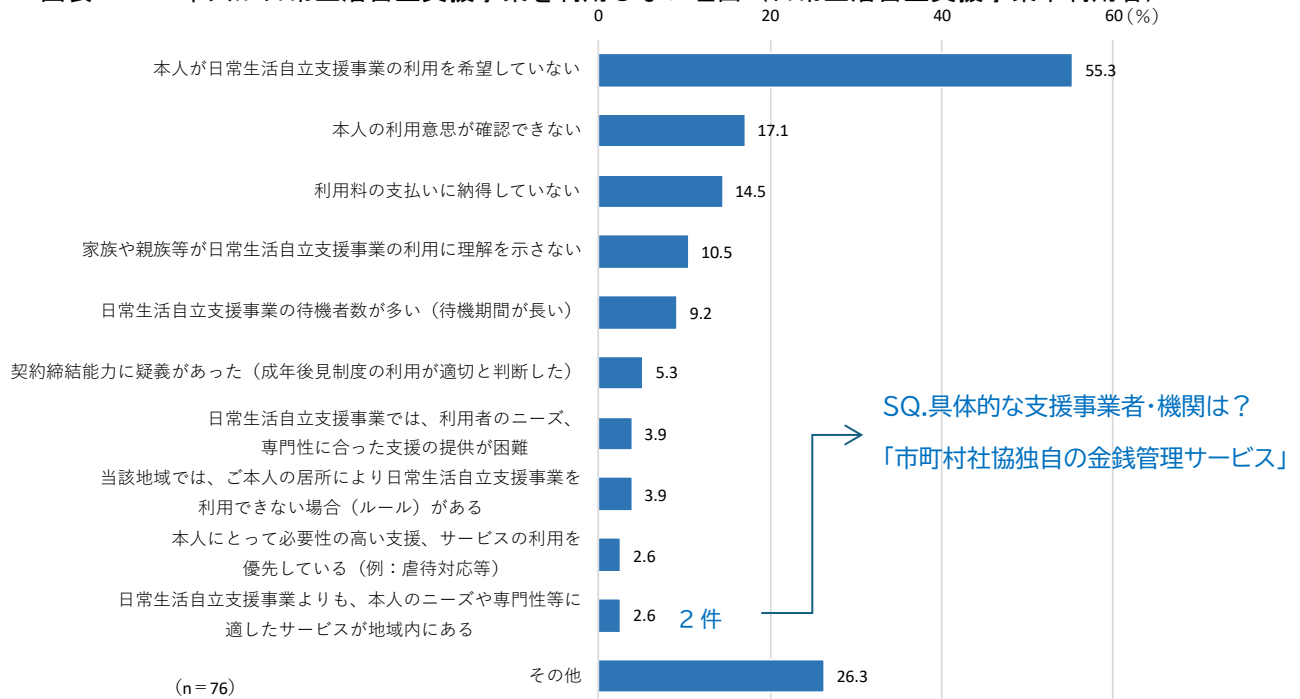
	合計	実際の訪問回数					
		1か月に1回	1か月に2回	1か月に3回	1か月に4回	1か月に5回以上	その他
合計	138	12	122	3	1	0	0
	100.0	8.7	88.4	2.2	0.7	0.0	0.0
支援計画上の訪問回数	1か月に1回	53	3	47	2	1	0
		38.4	5.7	88.7	3.8	1.9	0.0
	1か月に2回	51	4	46	1	0	0
		37.0	7.8	90.2	2.0	0.0	0.0
	1か月に3回	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	1か月に4回	28	4	24	0	0	0
	20.3	14.3	85.7	0.0	0.0	0.0	
実際の訪問回数	1か月に5回以上	1	1	0	0	0	0
		0.7	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	その他	5	0	5	0	0	0
	3.6	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	

4) 日常生活自立支援事業を利用しない理由（日常生活自立支援事業未利用者のみ）

本人が日常生活自立支援事業を利用していない理由を確認したところ、「本人が日常生活自立支援事業の利用を希望していない」が 55.3%で最も多く、次いで「本人の利用意思が確認できない」（17.1%）、「利用料の支払いに納得していない」（14.5%）、「家族や親族等が日常生活自立支援事業の利用に理解を示さない」（10.5%）の順となっていた。

また、自由記述では、「繰り返し相談しているが、できないとだけで却下され、困る。利用させてもらえない。」「申し込みをしているが、順番が回ってこない。」など利用手続き面での課題も指摘されている。

図表 3-23 本人が日常生活自立支援事業を利用しない理由（日常生活自立支援事業未利用者）



【「その他」の自由回答】

○本人の意向

- ・ 自分以外の人に通帳を預けたくない。
- ・ 自由にお金が使えない。

○家族の意向・家族が対応

- ・ 本人と家族の意向により、家族が支援している。
- ・ 家族が管理を行っている。
- ・ 手続きなどは家族が対応しているため。

○検討中、今後検討

- ・ 利用について検討段階である。
- ・ 制度を本人が認識していなかった。制度の概略を教え、本人は利用意思あり。

○検討前

- ・ 同居家族が管理していたが急死し、これから今後の支援を検討する。
- ・ 本人様より相談をうけていない。
- ・ まだしっかりと概要を説明したことがない。

○手続き上の問題

- ・ 相談しただけだが、難しいと断られた。面談すらなかったので困った。
- ・ 繰り返し相談しているが、できないとだけで却下され、困る。利用させてもらえない。
- ・ 相談から対応までに時間がかかる。
- ・ 介護保険や障がいサービス等、契約が必要なサービス利用がないと日常生活自立支援事業（主に金銭管理について）を利用できないと言われてしまうため。
- ・ 申し込みをしているが、順番が回ってこない。

○対象外

- ・ 施設入所している。
- ・ 申し込み中、施設入所中につき施設管理者がフォローしている。
- ・ 判断能力があり、日常生活自立支援事業対象外。

5) 本人の状態像（支援者による回答）

本調査では、18 項目に関して支援対象者本人の状態像把握を行った。下記では、「ひとりでできる」（選択肢「ひとりでできる」＋「促しや声掛けがあれば、ひとりでできる」）と「促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる」の割合を整理した。

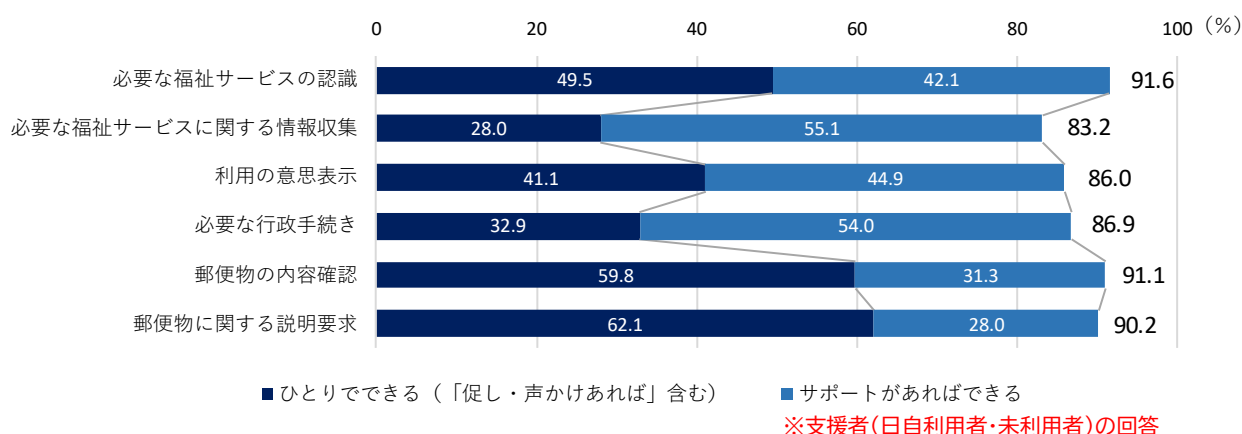
① 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること

福祉サービスの利用手続き支援等に関することでは、「必要な福祉サービスの認識」「必要な福祉サービスに関する情報収集」「利用の意思表示」「必要な行政手続き」「郵便物の内容確認」「郵便物に関する説明要求」の6項目を対象とした。

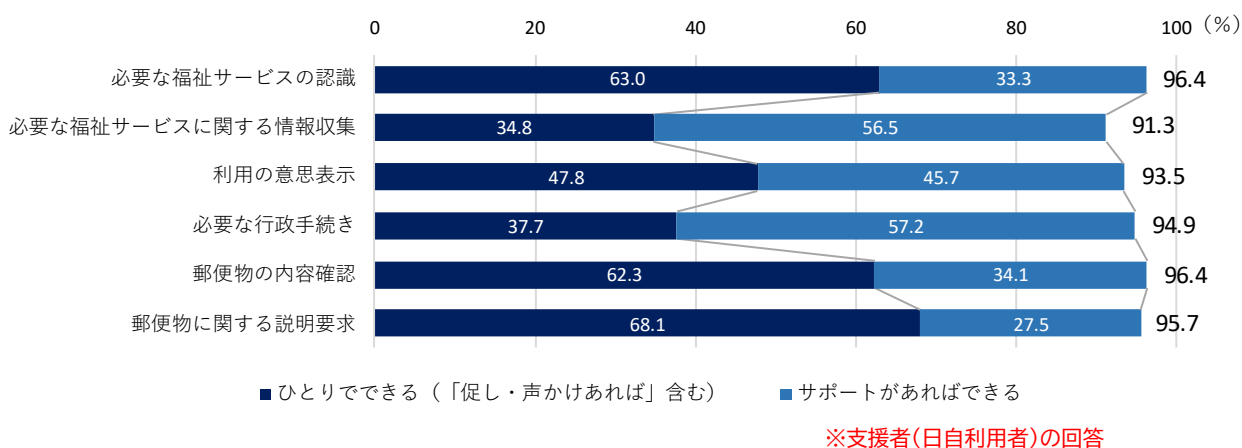
支援対象者全体でみると、8～9割は「ひとりでできる」もしくは「サポートがあればできる」と支援者は認識していた。

日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、全般的に利用者のほうが「ひとりでできる」もしくは「サポートがあればできる」と支援者が回答した割合が高い傾向にある。

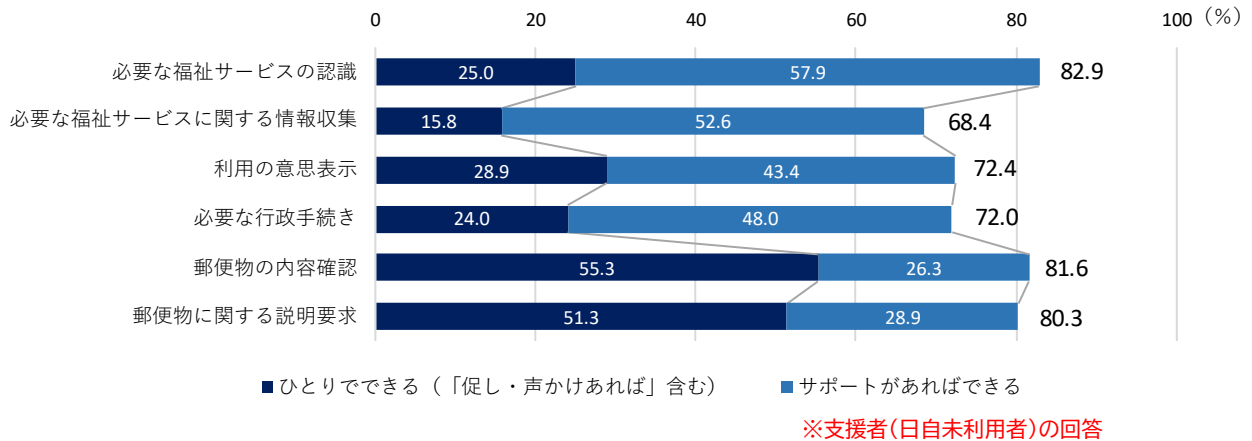
図表 3-24 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること
(支援対象者全体 (n=214))



図表 3-25 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること
(日常生活自立支援事業利用者 (n=138))



図表 3-26 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること
(日常生活自立支援事業未利用者 (n=76))



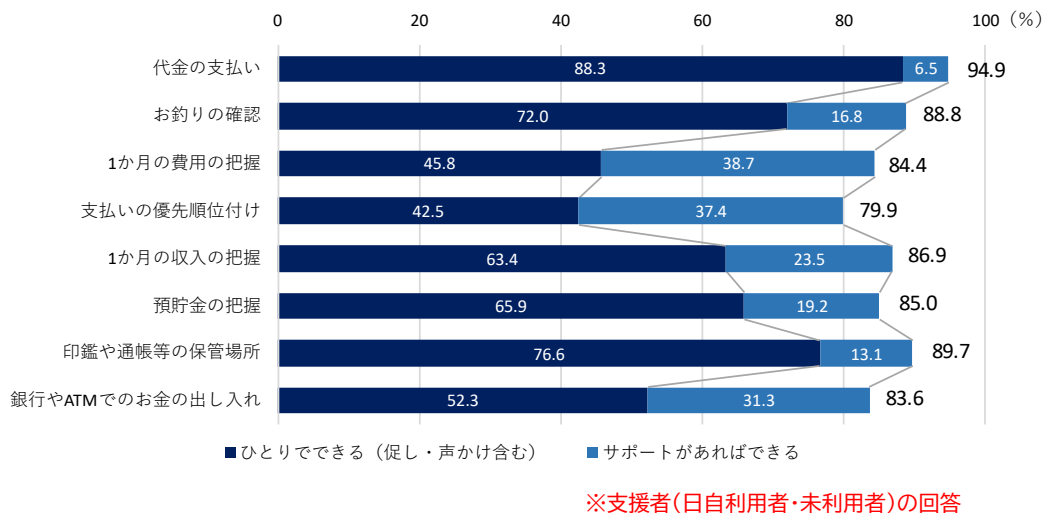
② 日常的な金銭管理に関すること

日常的な金銭管理に関することでは、「代金の支払い」「お釣りの確認」「1か月の費用の把握」「支払いの優先順位付け」「1か月の収入の把握」「預貯金の把握」「印鑑や通帳等の保管場所」「銀行やATMでのお金の出し入れ」の8項目を対象とした。

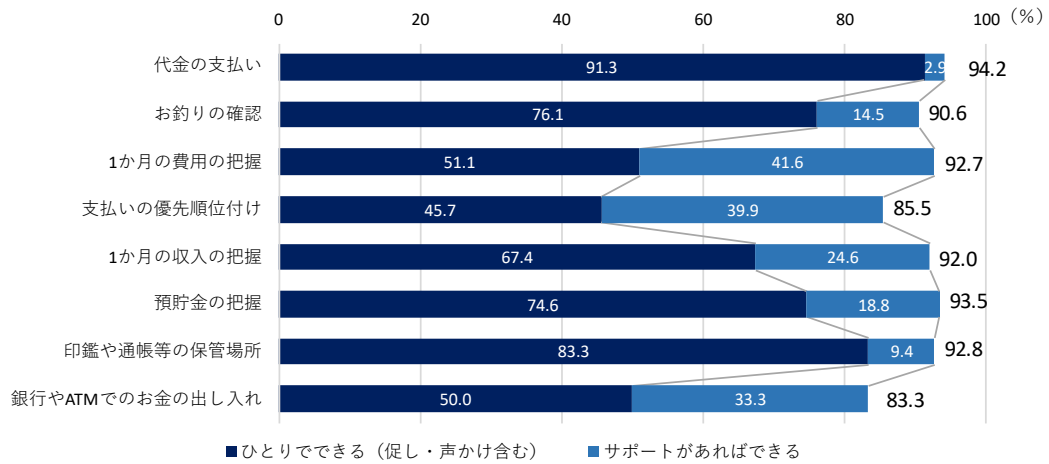
日常的な金銭管理に関することでも、支援対象者の8~9割は「ひとりでできる」もしくは「サポートがあればできる」と支援者は認識しており、特に「代金の支払い」は「ひとりでできる」割合が9割近くを占めていた。一方で、「支払いの優先順位付け」は「ひとりでできる」割合は42.5%にとどまっていた。

日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、「代金の支払い」については利用者・未利用者ともに「ひとりでできる」割合が8~9割を占めた。一方で、「1か月の費用の把握」や「支払いの優先順位付け」の「ひとりでできる」割合は低く、特に未利用者ではこれらの項目は4割を下回っており、「1か月の収入の把握」「預貯金の把握」も含めて利用者との差が大きいことが確認された。

図表 3-27 日常的な金銭管理に関すること
(支援対象者全体 (n=214))

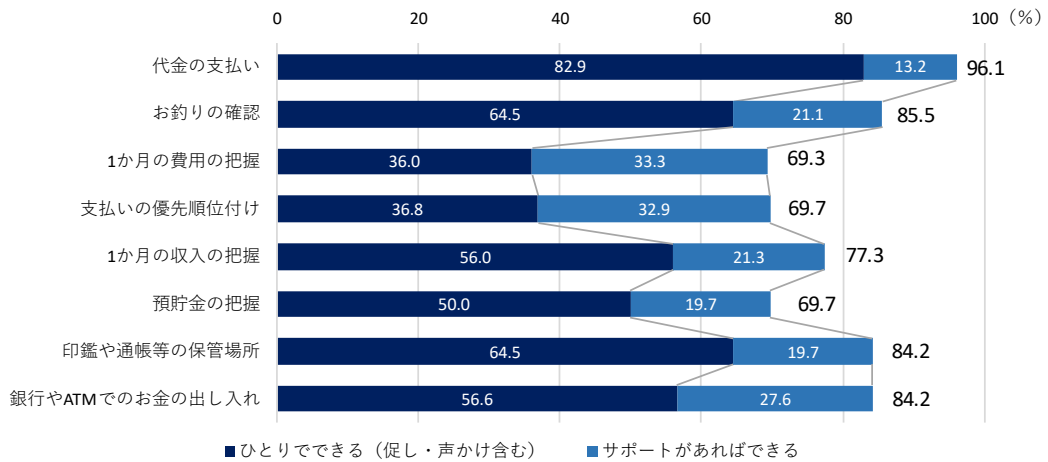


図表 3-28 日常的な金銭管理に関すること
 (日常生活自立支援事業利用者(n=138))



※支援者(日自利用者)の回答

図表 3-29 日常的な金銭管理に関すること
 (日常生活自立支援事業未利用者(n=76))

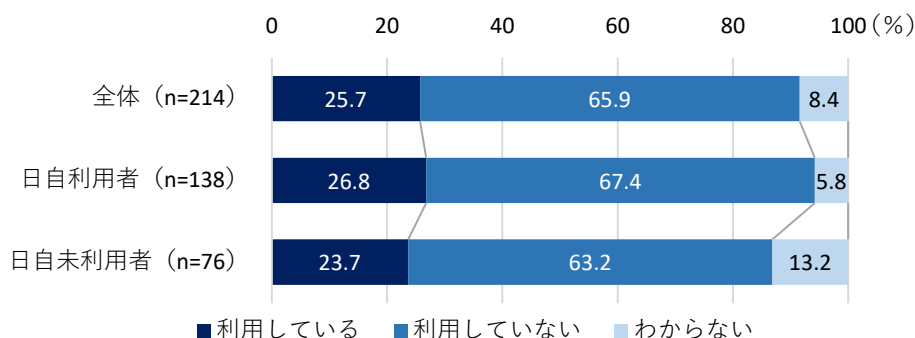


※支援者(日自未利用者)の回答

③ 電子マネーの利用

電子マネーの利用状況を見ると、支援対象者全体では「利用していない」割合が 65.9%を占めており、「利用している」割合は 25.7%であった。日常生活自立支援事業利用の有無別にみても、この割合に大きな差はみられなかった。

図表 3-30 電子マネーの利用状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）



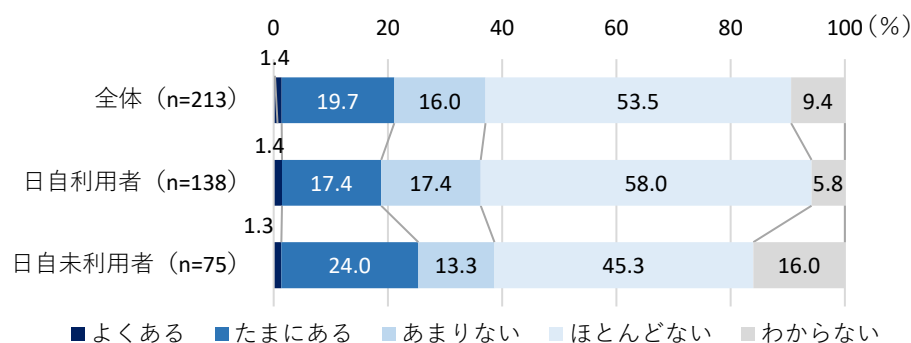
※支援者(日自利用者・未利用者)の回答

④ 他人の勧めにのってしまうこと

支援対象者本人の行動として、他者に勧められて買いたくないものでも購入してしまったり、契約書にサインをしてしまうことの有無を確認した。その結果、支援対象者全体では、こうした行動が「ある」（「よくある」と「たまにある」の合計）と回答した割合は 21.1%を占めた。

日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、こうした行動が「ある」割合は未利用者のほうが高く 25.3%を占めた。

図表 3-31 他人の勧めにのってしまうこと（日常生活自立支援事業の利用有無別）



※支援者(日自利用者・未利用者)の回答

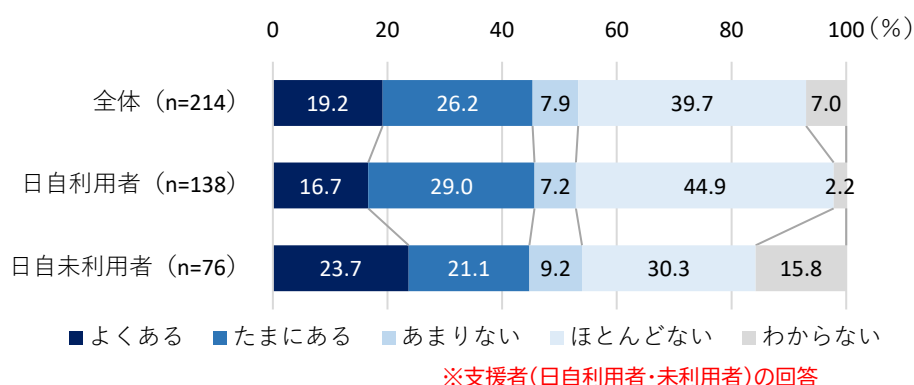
⑤ 限度額を超えた支払い

支援対象者本人の行動として、一定期間内（1週間、1か月）に利用可能な金額以上にお金を遣ってしまうことの有無を確認した。

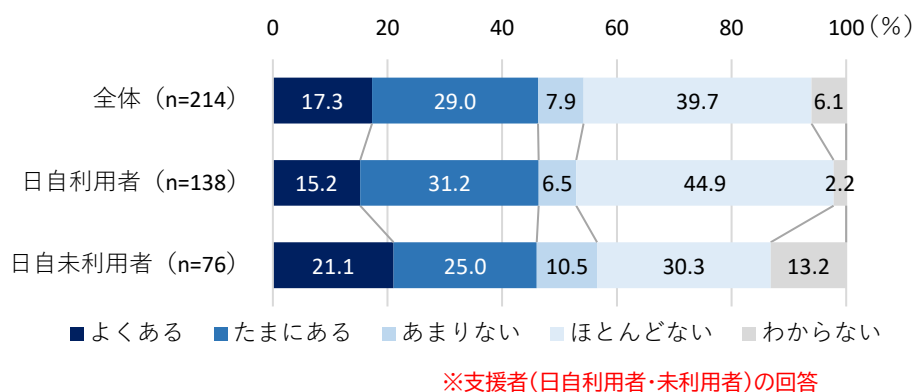
支援対象者全体で見ると、利用可能な金額以上にお金を遣ってしまうことが「よくある」割合は、1週間、1か月ともに約20%、「たまにある」割合は30%近くを占めており、支援対象者の半数近くに限度額を超えた支払い行動がみられた。

日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、限度額を超えた支払いが「よくある」「たまにある」の合計割合にほとんど差はないが、未利用者のほうが「よくある」割合が高くなっていた。

図表 3-32 限度額を超えた支払い（1週間）（日常生活自立支援事業の利用有無別）



図表 3-33 限度額を超えた支払い（1か月）（日常生活自立支援事業の利用有無別）

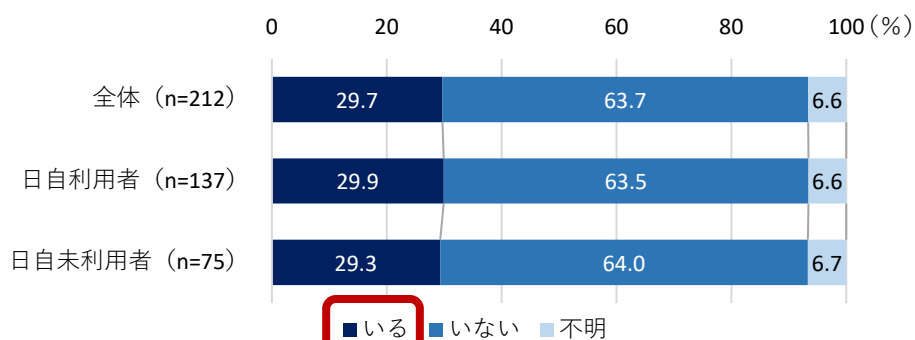


⑥ お金の管理を任せられそうな人

支援対象者本人が自分でお金の管理ができなくなったときに、お金の管理を任せられそうな人の有無を支援者に確認したところ、支援対象者全体では、お金の管理を任せられそうな人が「いる」割合は約 30%であった。

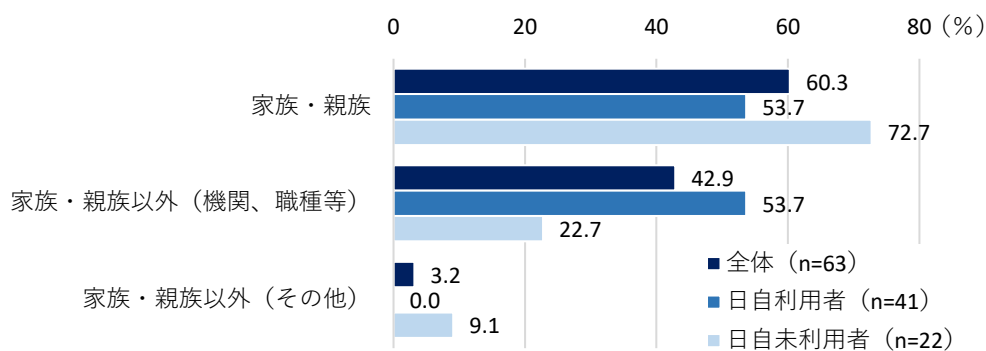
本人がお金の管理を任せられそうな人は、「家族・親族」(60.3%) や「家族・親族以外(機関、職種等)」(42.9%) であったが、日常生活自立支援事業未利用者では利用者に比べて「家族・親族」の割合が高く、逆に「家族・親族以外(機関、職種等)」の割合が低くなっていた。

図表 3-34 お金の管理を任せられそうな人(日常生活自立支援事業の利用有無別)



※支援者(日自利用者・未利用者)の回答

図表 3-35 お金の管理を任せられそうな人(本人との関係)
(日常生活自立支援事業の利用有無別)



※支援者(日自利用者・未利用者)の回答

(3) 本人向け調査

本人向け調査では、支援者向けに実施した支援対象者の状態像に関する質問内容を変更した上で、本人の認識を確認した。

1) 本人の状態像

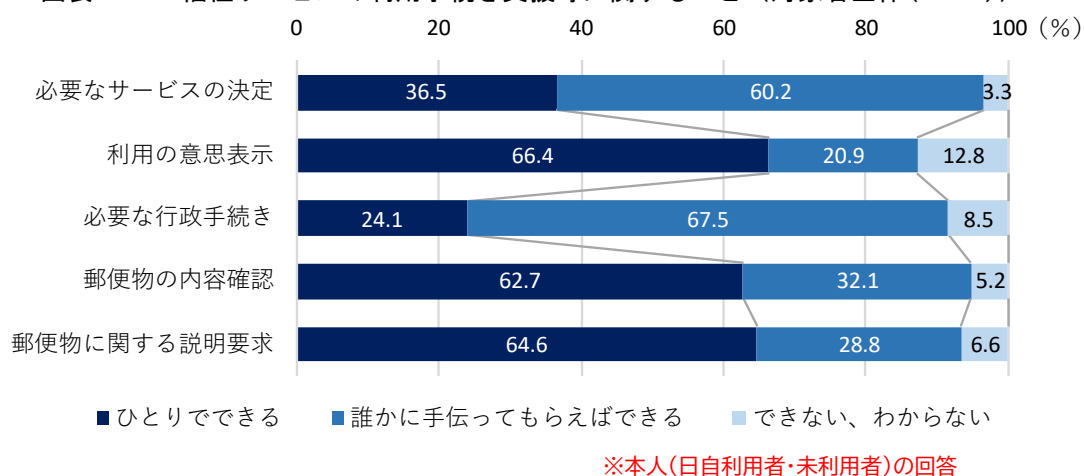
① 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること

福祉サービスの利用手続き支援等に関することでは、「必要なサービスの決定」「利用の意思表示」「必要な行政手続き」「郵便物の内容確認」「郵便物に関する説明要求」の5項目を対象とした。

対象者全体でみると、本人が「ひとりでできる」と回答した割合が高かったのは、サービスに対する「意思表示」(いやなことをいやといえるか)、「郵便物の内容確認」、「郵便物に関する説明要求」(中身がわからないときに誰かに説明を求められるか)であり、それぞれ6割以上を占めた。一方で、「必要な行政手続き」は「ひとりでできる」割合は24.1%、「必要なサービスの決定」は36.5%であった。

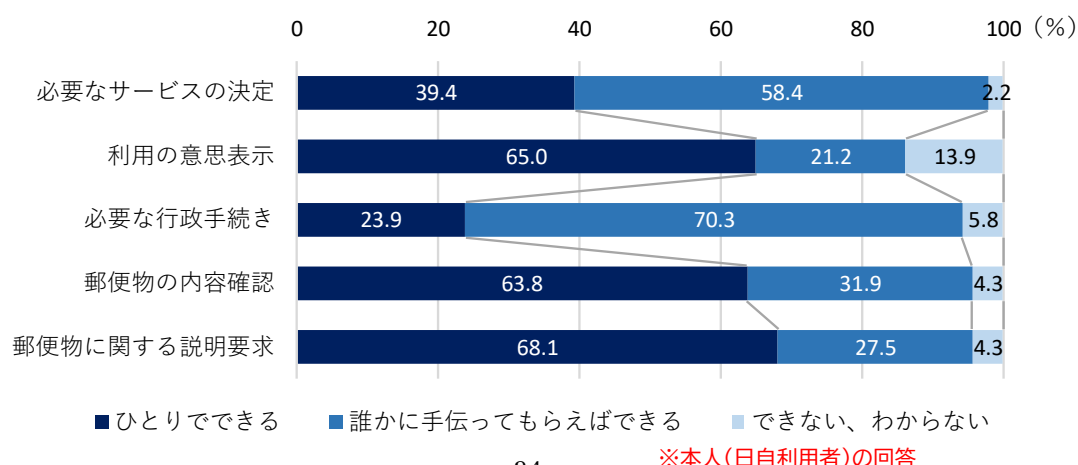
なお、日常生活自立支援事業利用の有無別にみてもこの傾向に大きな差はみられなかった。

図表 3-36 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること (対象者全体 (n=212))



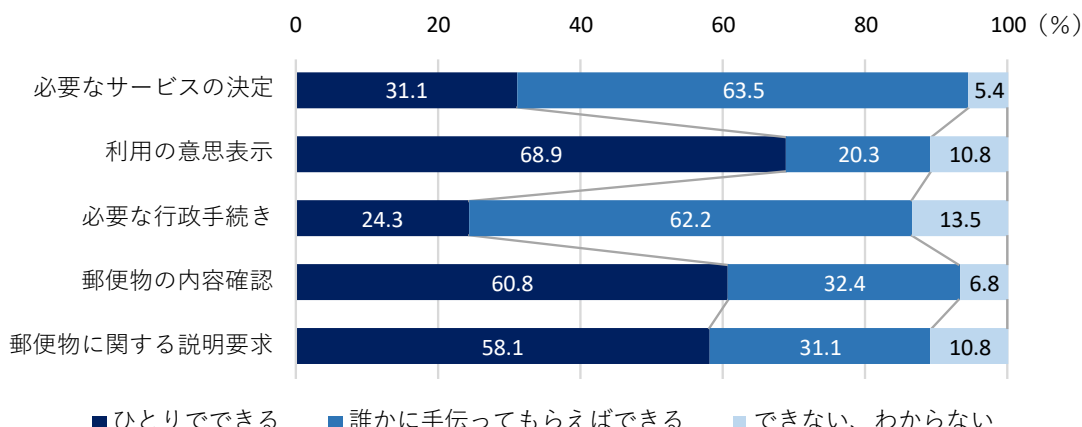
図表 3-37 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること

(日常生活自立支援事業利用者 (n=138))



図表 3-38 福祉サービスの利用手続き支援等に関すること

(日常生活自立支援事業未利用者 (n=74))



※本人(日自未利用者)の回答

② 日常的な金銭管理に関すること

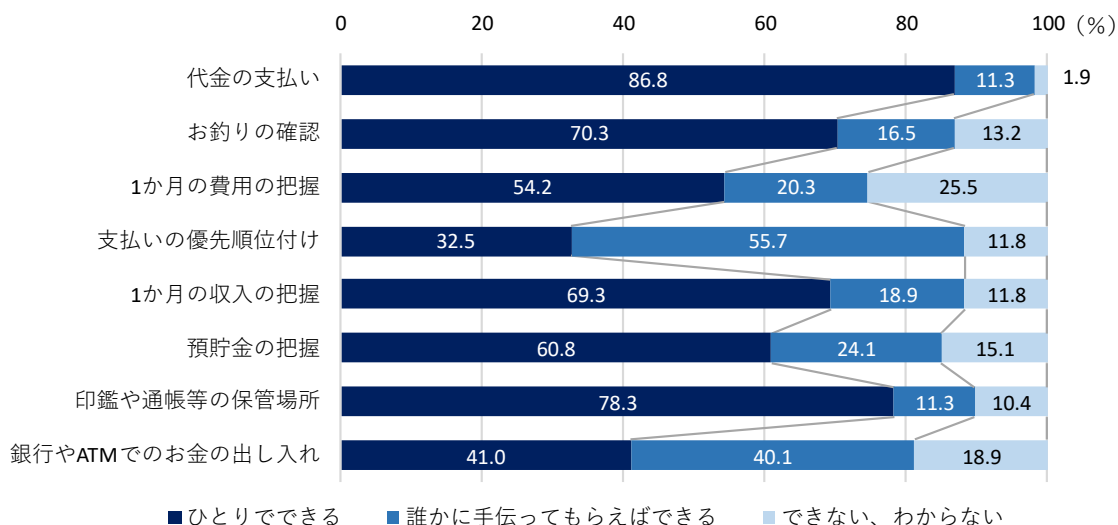
日常的な金銭管理に関することでは、「代金の支払い」「お釣りの確認」「1か月の費用の把握」「支払いの優先順位付け」「1か月の収入の把握」「預貯金の把握」「印鑑や通帳等の保管場所」「銀行やATMでのお金の出し入れ」の8項目を対象とした。

対象者全体でみると、「代金の支払い」や「印鑑や通帳等の保管場所」については「ひとりでできる(おぼえている)」割合が高い。また、「お釣りの確認」や「1か月の収入の把握」「預貯金の把握」についても、60~70%が「ひとりでできる」と回答していた。

一方で、「銀行やATMでのお金の出し入れ」や「支払いの優先順位付け」については、「ひとりでできる」割合は30~40%と低くなっており、「誰かに手伝ってもらえればできる」割合が40~50%を占めていた。

なお、「1か月の費用の把握」については、回答者の4分の1が「できない、わからない」と回答していた。

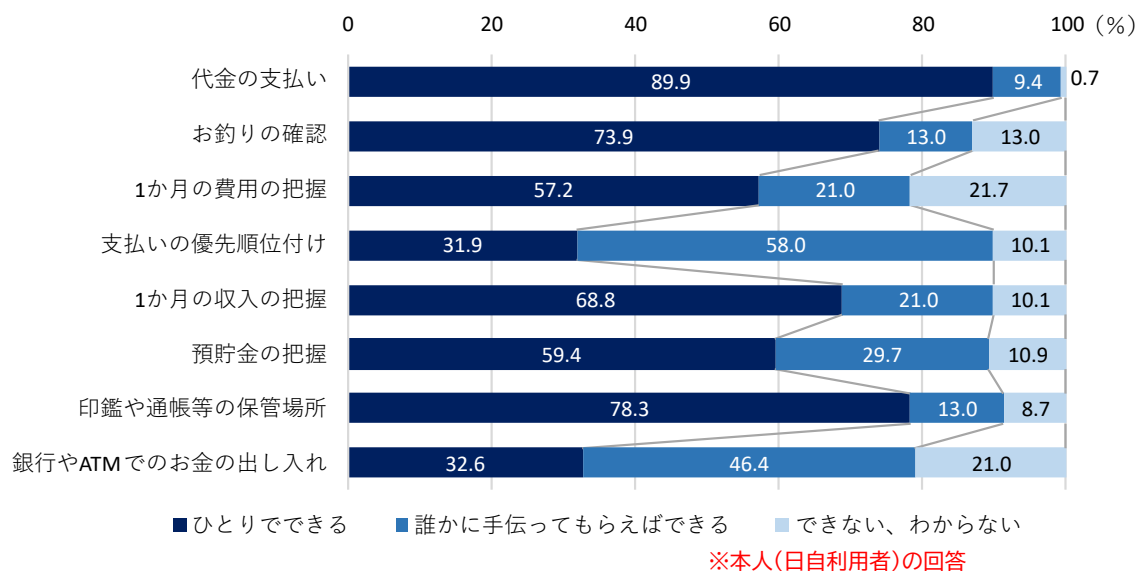
図表 3-39 日常的な金銭管理に関すること (対象者全体(n=212))



※本人(日自利用者・未利用者)の回答

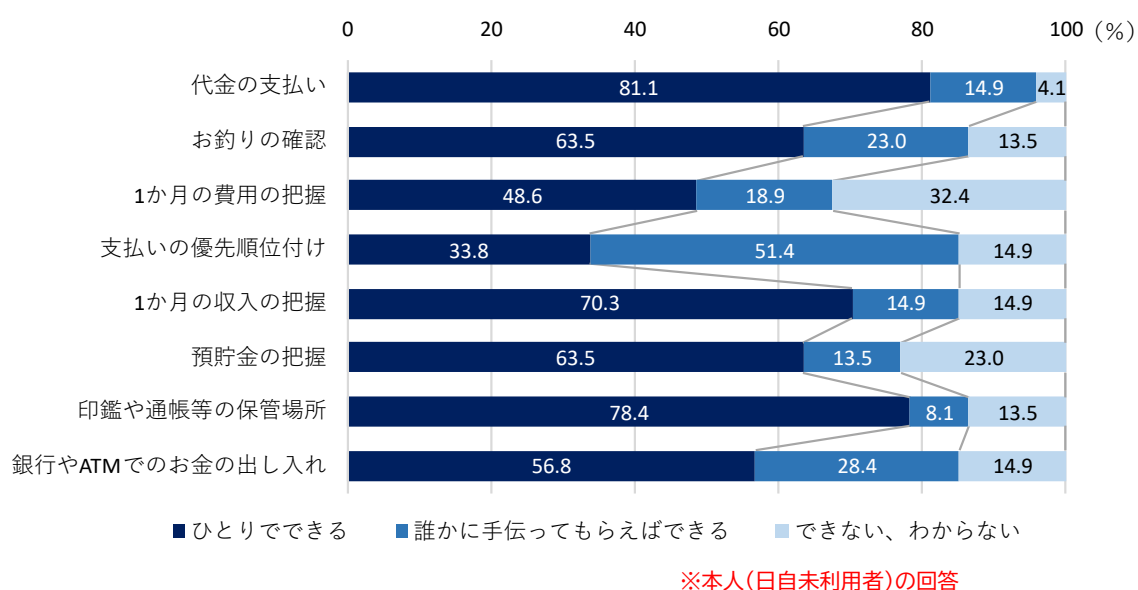
図表 3-40 日常的な金銭管理に関すること

(日常生活自立支援事業利用者 (n=138))



図表 3-41 日常的な金銭管理に関すること

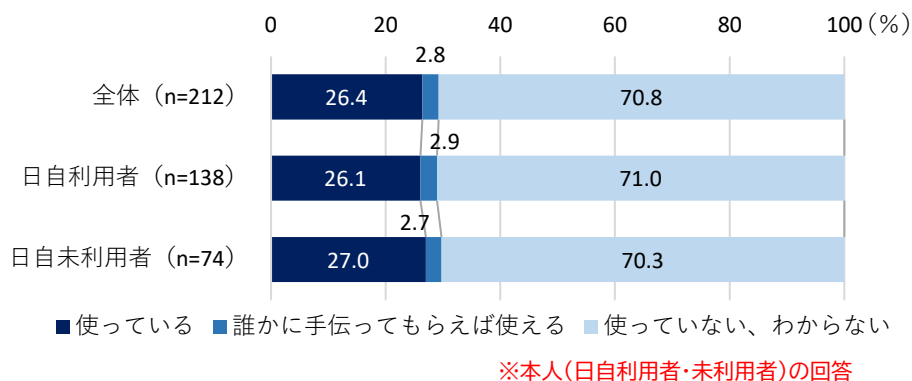
(日常生活自立支援事業未利用者 (n=74))



③ 電子マネーの利用

電子マネーの利用状況を見ると、回答者全体では「使っていない、わからない」割合が70.8%を占めており、「使っている」割合は26.4%であった。日常生活自立支援事業の利用有無別にみても、この割合に大きな差はみられなかった。

図表 3-42 電子マネーの利用状況（日常生活自立支援事業の利用有無別）

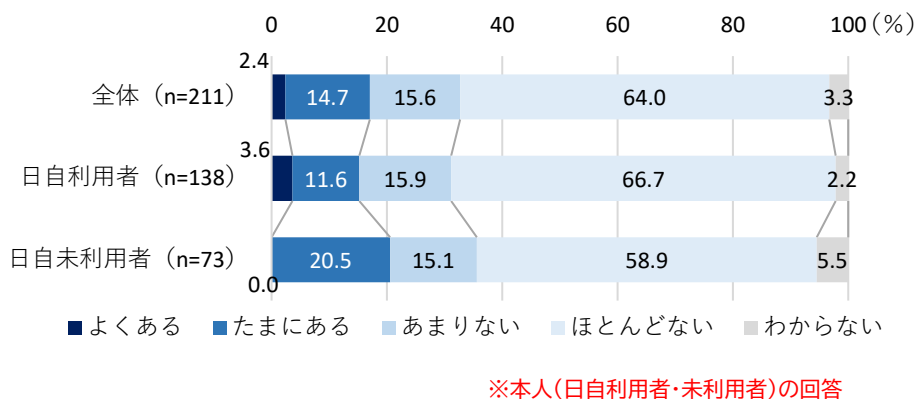


④ 他人の勧めにのってしまうこと

他者に勧められて買いたくないものを購入してしまうことの有無を確認したところ、回答者全体では、こうした行動が「ある」（「よくある」と「たまにある」の合計）と回答した割合は17.1%を占めた。

日常生活自立支援事業利用の有無別にみると、こうした行動が「ある」割合は未利用者のほうが高く20.5%を占めた。

図表 3-43 他人の勧めにのってしまうこと（日常生活自立支援事業の利用有無別）

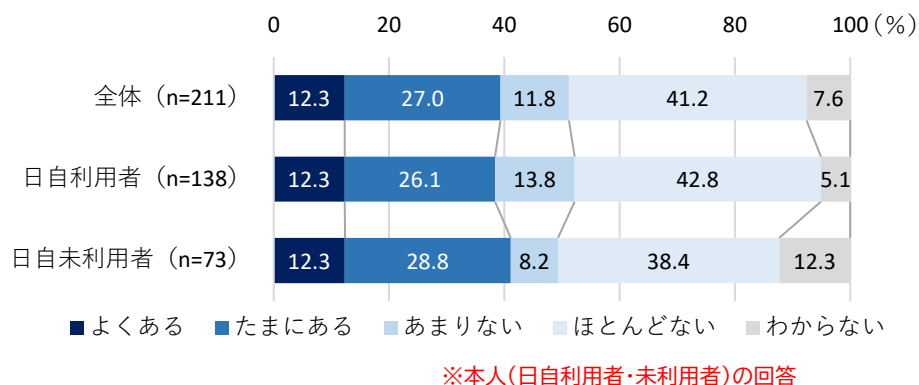


⑤ 限度額を超えた支払い

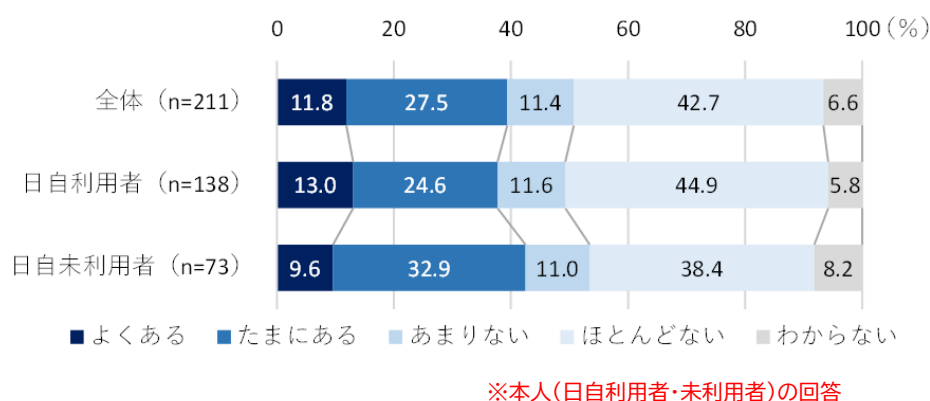
1週間または1か月間で利用可能な金額以上にお金を遣ってしまうことの有無を確認したところ、回答者全体では「よくある」割合は、1週間、1か月ともに約11~12%、「たまにある」割合は約27%であり、回答者の4割近くに限度額を超えた支払いがみられた。

日常生活自立支援事業利用の有無別にみても、限度額を超えた支払いが「よくある」「たまにある」の合計割合にほとんど差はみられなかった。

図表 3-44 限度額を超えた支払い（1週間）（日常生活自立支援事業の利用有無別）



図表 3-45 限度額を超えた支払い（1か月）（日常生活自立支援事業の利用有無別）



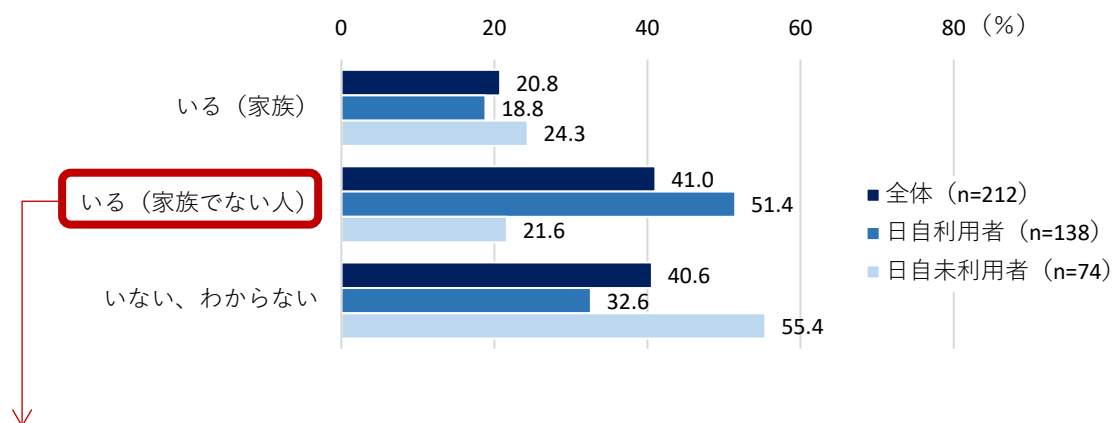
⑥ お金の管理を任せたい人（複数回答）

自分でお金の管理ができなくなったときに、お金の管理を任せられそうな人の有無を回答者本人に確認したところ、回答者全体では、お金の管理を任せられそうな人が「いる」割合は約60%（家族20.8%、家族でない人41.0%）であった。

日常生活自立支援事業の利用者では、お金の管理を任せられそうな人が「いる」割合は約70%（家族18.8%、家族でない人51.4%）であり、未利用者と比べて家族以外の割合が高くなっていた。また、未利用者では「いない、わからない」が55.4%を占めていた。

なお、家族以外で本人がお金の管理を任せられそうな人として、日常生活自立支援事業利用者では「社協」が、未利用者では「社協」のほか「グループホームの管理者・世話人」「行政」「ケースワーカー」「就労支援事業所」「民生委員」などが挙げられた。

図表 3-46 お金の管理を任せたい人（日常生活自立支援事業の利用有無別）



任せたい人

【日自利用者】

社協 21人 ヘルパー 2人 その他 1人

【日自未利用者】

社協 2人 グループホームの管理者・世話人 2人

そのほか、市役所、ケースワーカー、就労支援事業所、民生委員 など

(4) 調査結果から見てきた本人の状態像

支援者からみた本人の状態像について、右表に基づいて得点化を行い、平均的な状態像を把握した。

その結果、福祉サービスの利用に関する項目では「情報収集」や「行政手続き」等について、日常的な金銭管理では「費用の把握」や「支払いの優先順位付け」等の得点が低い。また、電子マネーの利用割合も低く、「限度額を超えた支払い」にも課題のある層が一定割合含まれている。

なお、日常生活自立支援事業の利用有無別にみると、ほとんどの項目において未利用者の得点は利用者の得点を下回っていた。

質問①～⑭

回答選択肢	得点
ひとりでできる(自分で認識している)	10点
促しや声掛けがあれば、ひとりでできる	7点
促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる	3点
支援を受けても難しい(できない)	1点
支援を希望していない	-
わからない	-

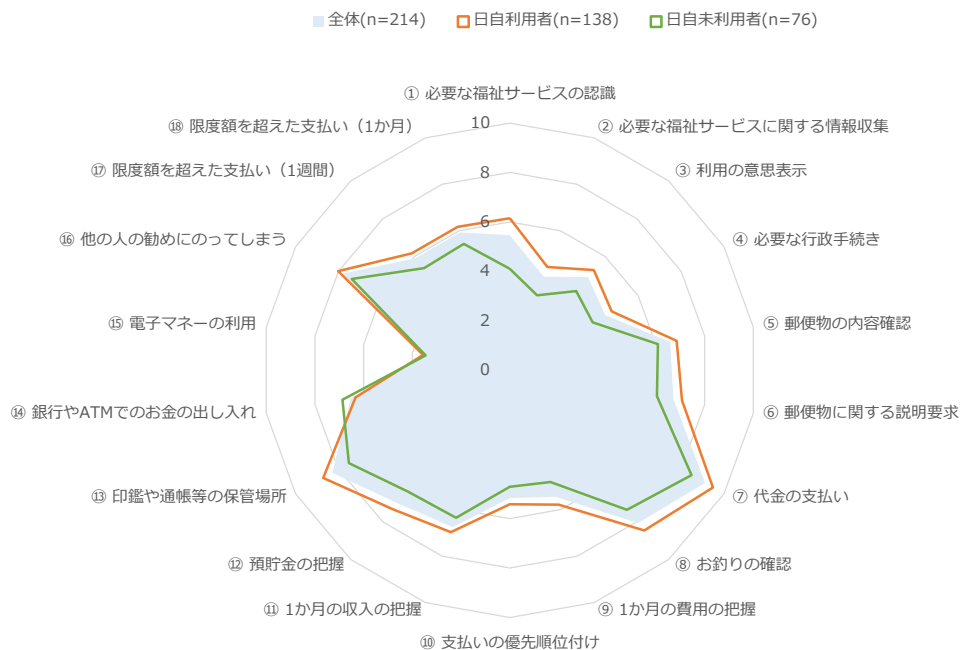
質問⑮(電子マネーの利用)

回答選択肢	得点
利用している	10点
利用していない	1点
わからない	-

質問⑯～⑳

回答選択肢	得点
よくある	1点
たまにある	3点
あまりない	7点
ほとんどない	10点
わからない	-

図表 3-47 支援対象者本人の状態像(日常生活自立支援事業の利用有無別)



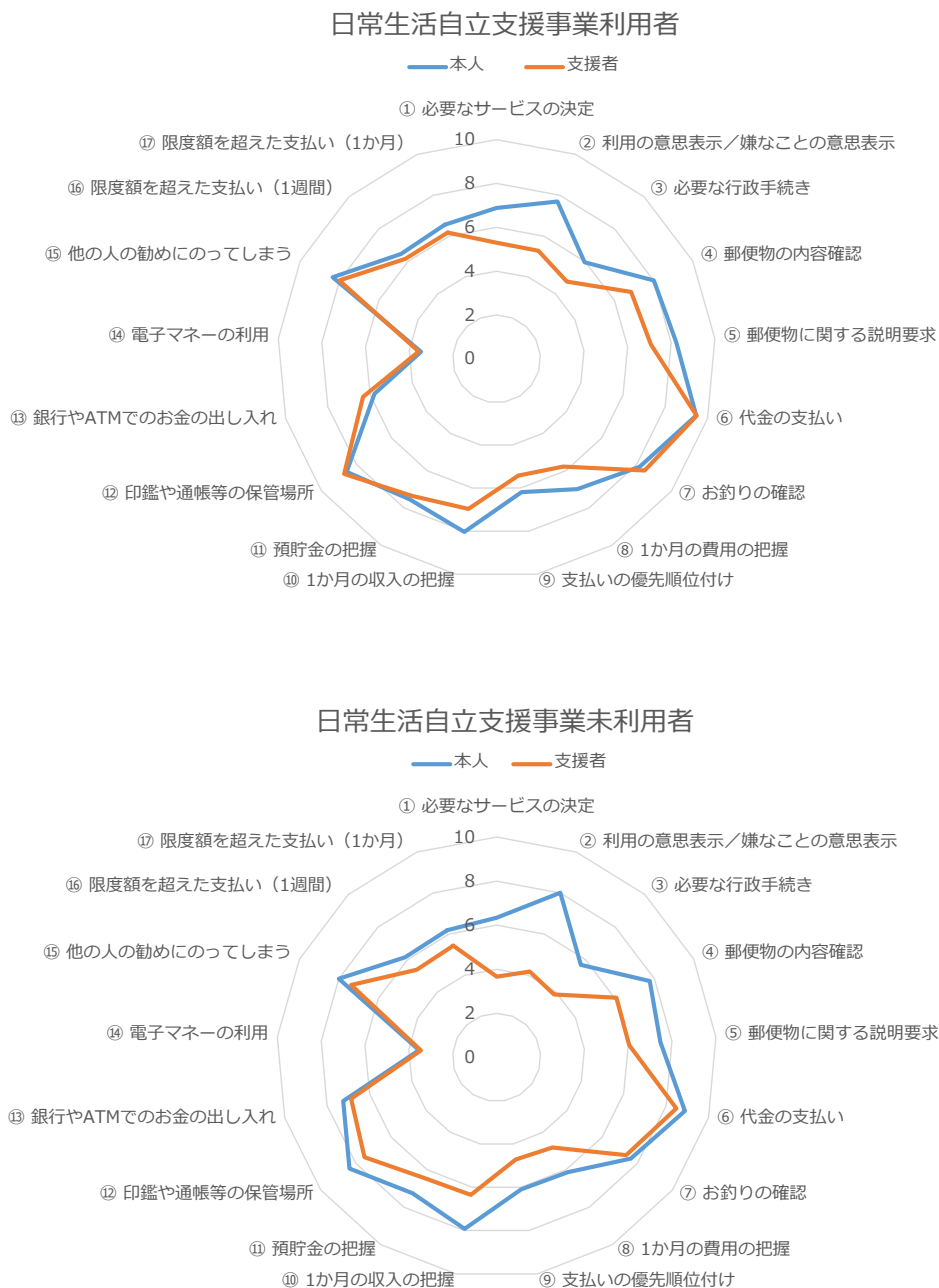
	得点		
	全体 (n=214)	日自利用者 (n=138)	日自未利用者 (n=76)
① 必要な福祉サービスの認識	5.46	6.15	4.10
② 必要な福祉サービスに関する情報収集	4.02	4.44	3.23
③ 利用の意思表示	4.92	5.29	4.18
④ 必要な行政手続き	4.46	4.76	3.87
⑤ 郵便物の内容確認	6.59	6.85	6.08
⑥ 郵便物に関する説明要求	6.72	7.07	6.04
⑦ 代金の支払い	9.12	9.49	8.49
⑧ お釣りの確認	8.07	8.46	7.37
⑨ 1か月の費用の把握	5.45	5.79	4.81
⑩ 支払いの優先順位付け	5.17	5.42	4.71
⑪ 1か月の収入の把握	6.75	6.97	6.35
⑫ 預貯金の把握	7.04	7.35	6.41
⑬ 印鑑や通帳等の保管場所	8.29	8.71	7.51
⑭ 銀行やATMでのお金の出し入れ	6.53	6.33	6.87
⑮ 電子マネーの利用	3.53	3.56	3.45
⑯ 他の人の勧めにのってしまう	7.81	8.02	7.38
⑰ 限度額を超えた支払い(1週間)	5.92	6.17	5.39
⑱ 限度額を超えた支払い(1か月)	5.93	6.17	5.44

※網掛けは得点が6点未満

※支援者(日自利用者・未利用者)の回答から作成

日常生活自立支援事業の利用有無別に、支援者による回答と本人回答の比較を行ったところ、利用者に比べて未利用者では「必要な福祉サービスの決定」や「利用の意思表示」(いやなことをいやといえるか)、「必要な行政手続き」、「1か月の収入の把握」等の項目において支援者と本人の認識に乖離が大きくなっていた。

図表 3-48 支援対象者本人の状態像（本人回答と支援者回答の比較）



(5) 支援対象者の状態像に関する分析

1) 属性別クロス集計分析

ここでは、支援者からみた本人の状態像に関する回答から、障害種別及び生活保護受給状況別クロス集計分析を実施した。なお、分析対象には日常生活自立支援事業の利用者・未利用者の双方を含めている。

① 障害種別クロス集計分析（認知症 72 人、知的障害 71 人、精神障害 67 人）

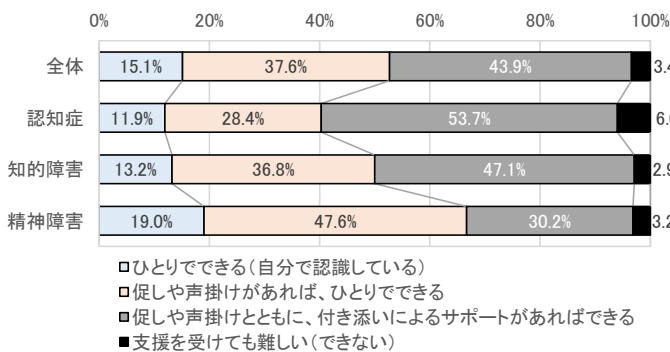
ア. 福祉サービスの利用

福祉サービスの利用に関して、「必要な福祉サービスの認識」、「必要な福祉サービスに関する情報収集」、「利用の意思表示」の3項目について確認した。

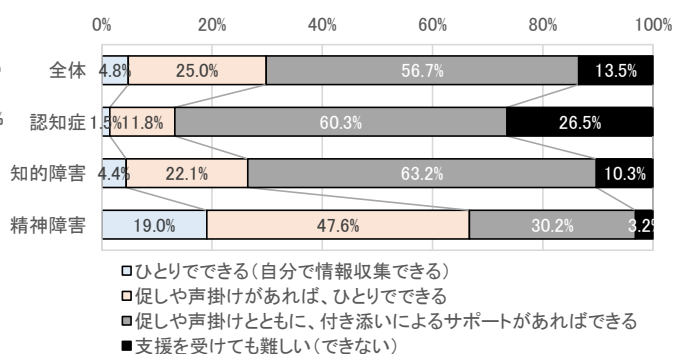
対象者全体では、いずれの項目 8～9 割が「できる」（「ひとりできる」と「促しや声掛けがあれば、ひとりできる」の合計）、「サポートがあればできる」状態であるが、認知症のある対象者では、知的障害や精神障害のある対象者に比べて「支援を受けても難しい（できない）」と回答した割合が高くなっていった（「必要な福祉サービスの認識」では 6.0%であるが、「必要な福祉サービスに関する情報収集」では 26.5%、「利用の意思表示」では 14.7%）。

また、これら3項目については、認知症や知的障害のある対象者の約 5～6 割は、付き添い等によるサポートが必要な状態であることが確認できた。

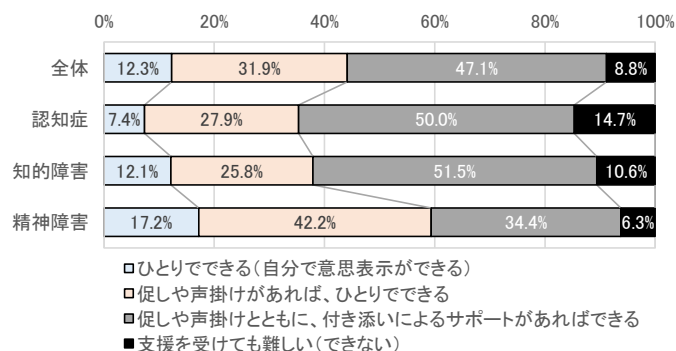
図表 3-49 必要な福祉サービスの認識（障害種別）



図表 3-50 必要な福祉サービスに関する情報収集（障害種別）



図表 3-51 利用の意思表示（障害種別）



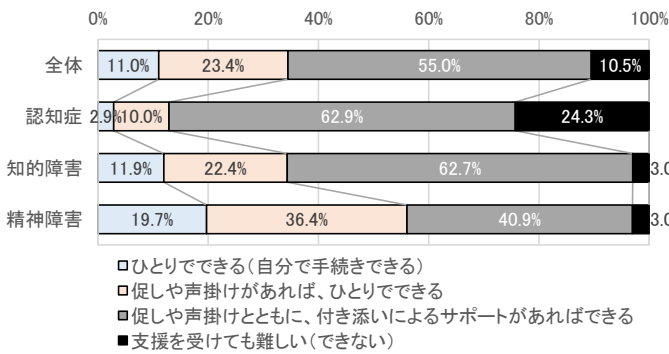
イ. 手続き、書類管理等

手続き、書類管理等に関して、「必要な行政手続き」「郵便物の内容確認」「郵便物に関する（支援者への）説明要求」の3項目を確認した。

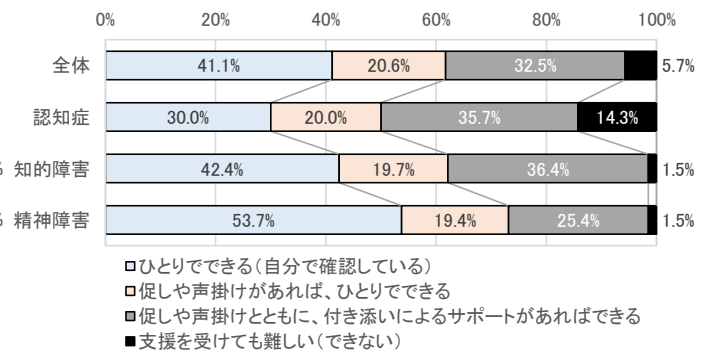
知的障害や精神障害のある対象者では、ほとんどが「できる」又は「サポートがあればできる」状態であるが、認知症のある対象者では「支援を受けても難しい（できない）」割合が高くなっていった（「必要な行政手続き」24.3%、「郵便物の内容確認」14.3%、「郵便物に関する説明要求」16.2%）。

なお、「必要な行政手続き」に関しては、「付き添い等のサポートがあればできる」割合が高く、認知症や知的障害のある対象者では約6割、精神障害のある対象者では約4割を占めた。

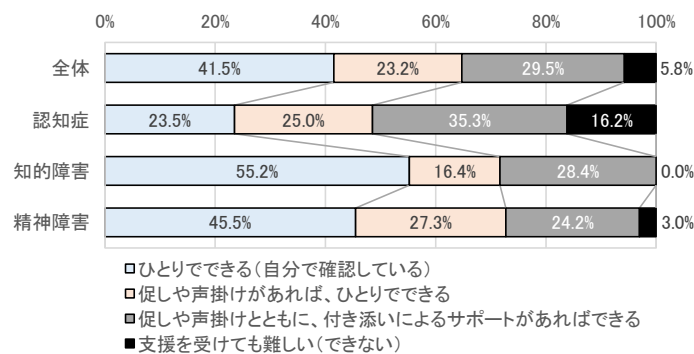
図表 3-52 必要な行政手続き（障害種別）



図表 3-53 郵便物の内容確認（障害種別）



図表 3-54 郵便物に関する説明要求（障害種別）



ウ. 日常的な金銭管理

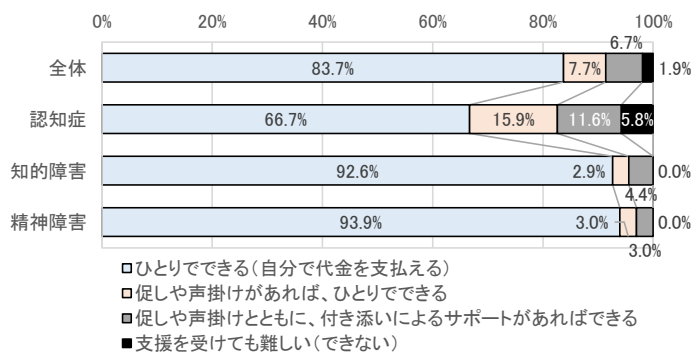
日常的な金銭管理に関して、「代金の支払い」「お釣りの確認」「1か月の費用の把握」「支払いの優先順位付け」「1か月の収入の把握」「預貯金の把握」「印鑑や通帳等の保管場所」「銀行やATMでのお金の出し入れ」の8項目とともに、「電子マネーの利用」状況について確認した。

「代金の支払い」「お釣りの確認」については、知的障害や精神障害のある対象者では8～9割が「できる」状態であった*。認知症のある対象者では、「代金の支払い」については8割を占めるものの、「お釣りの確認」では6割にとどまっている。

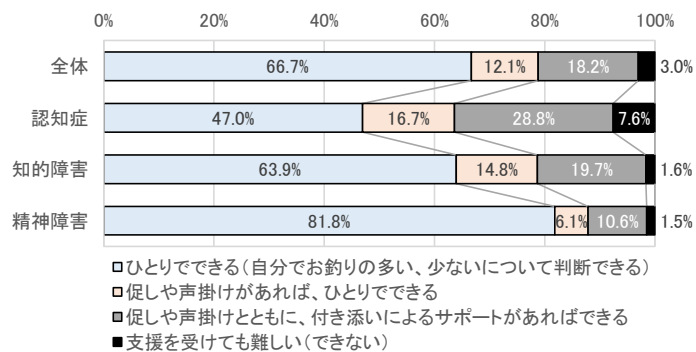
*日常生活自立支援事業等によるこまめな支援による結果と考えられる。

一方で、「1か月の費用の把握」「支払いの優先順位付け」については「できる」割合は、認知症のある対象者では35%前後、知的障害のある対象者で45%前後、精神障害のある対象者では60%弱であり、費用や支払いの優先順位に関する認知や理解への支援の必要性が確認された。

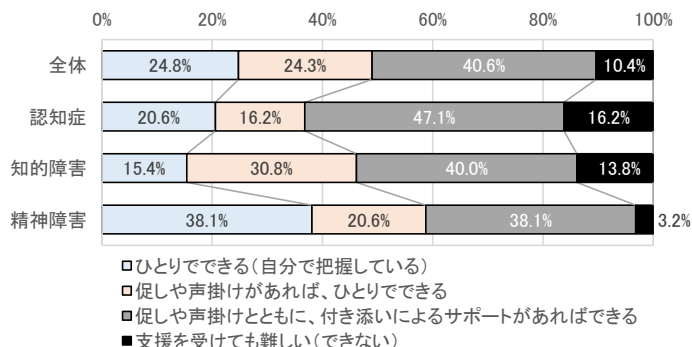
図表 3-55 代金の支払い（障害種別）



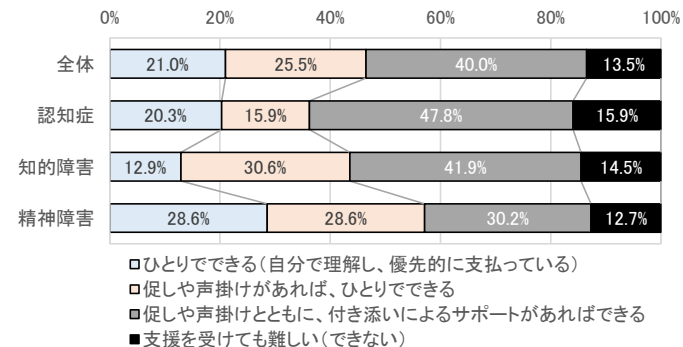
図表 3-56 お釣りの確認（障害種別）



図表 3-57 1か月の費用の把握（障害種別）



図表 3-58 支払いの優先順位付け（障害種別）

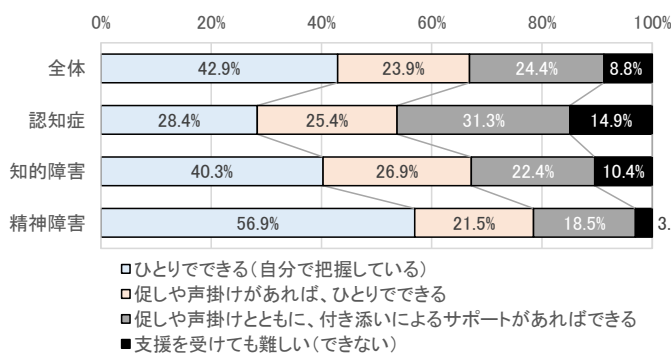


「1か月の収入の把握」や「預貯金の把握」、「印鑑や通帳等の保管場所」については、「1か月の費用の把握」や「支払いの優先順位付け」に比べて「できる」状態の対象者が多い。

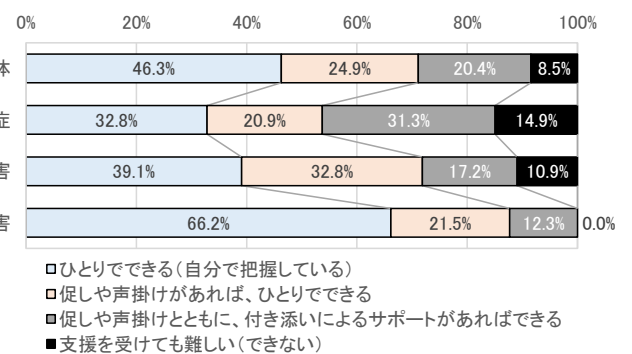
「銀行やATMでのお金の出し入れ」は、認知症の対象者では「できる」状態の対象者は4割を下回っているが、知的障害や精神障害のある対象者では6~7割を占めており、障害種別による差が大きい。

なお、「電子マネーの利用」状況は、認知症のある対象者では1割、知的障害や精神障害のある対象者では4割弱であった。

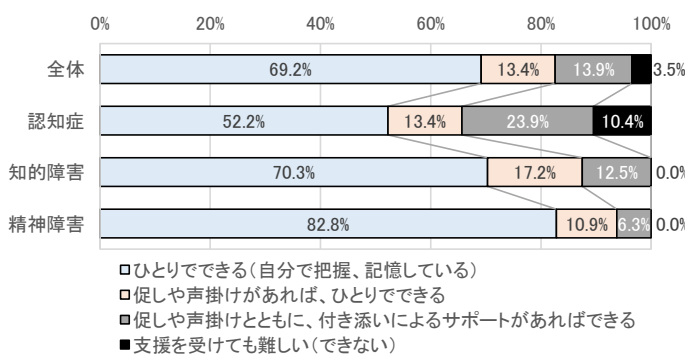
図表 3-59 1か月の収入の把握（障害種別）



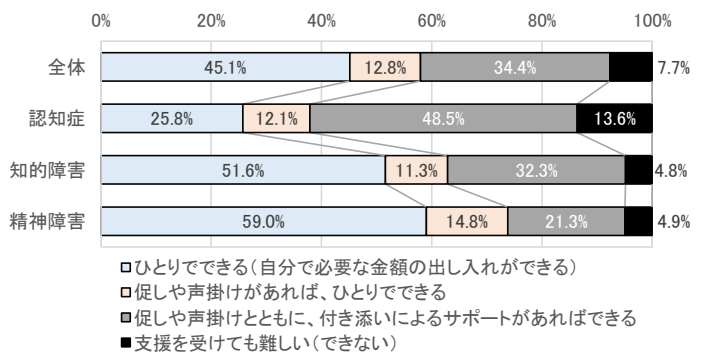
図表 3-60 預貯金の把握（障害種別）



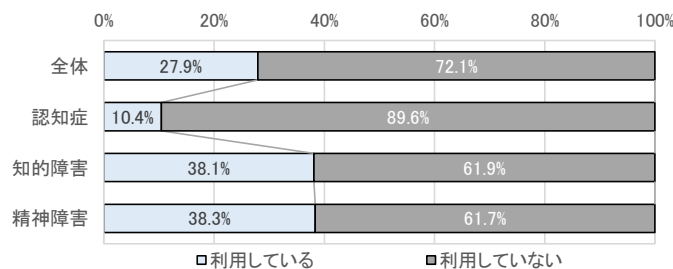
図表 3-61 印鑑や通帳等の保管場所（障害種別）



図表 3-62 銀行やATMでのお金の出し入れ（障害種別）



図表 3-63 電子マネーの利用（障害種別）

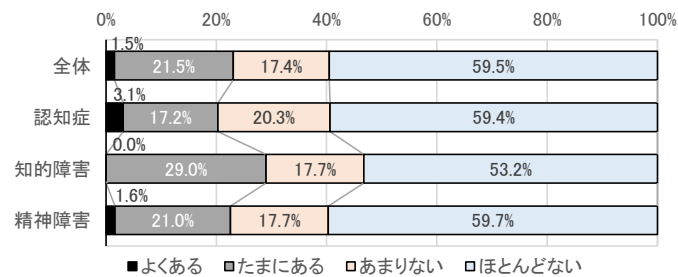


エ. 支出超過（限度額を超えた支払い等）

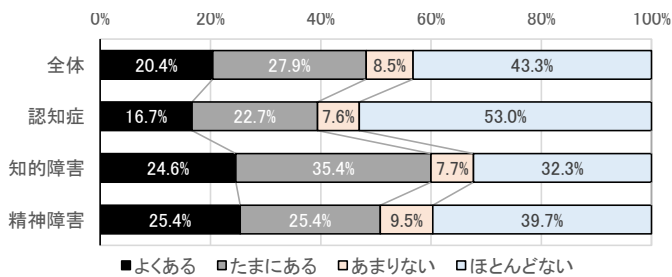
「他の人の勧めにのってしまうこと」が「よくある」「たまにある」割合は、認知症および精神障害のある対象者では約2割であったが、知的障害のある対象者では約3割を占めていた。

また、「限度額を超えた支払い」については、1週間と1か月の2つの期間について確認しているが、ともに「よくある」「たまにある」割合は、認知症のある対象者では約4割、知的障害のある対象者では約6割、精神障害のある対象者では約5割を占めており、障害種別による差異がみられた。

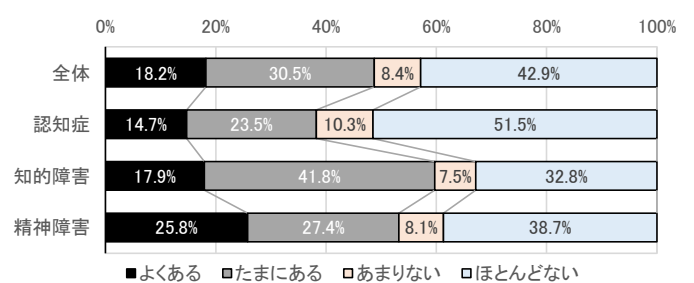
図表 3-64 他の人の勧めにのってしまうこと
(障害種別)



図表 3-65 限度額を超えた支払い（1週間）
(障害種別)



図表 3-66 限度額を超えた支払い（1か月）
(障害種別)

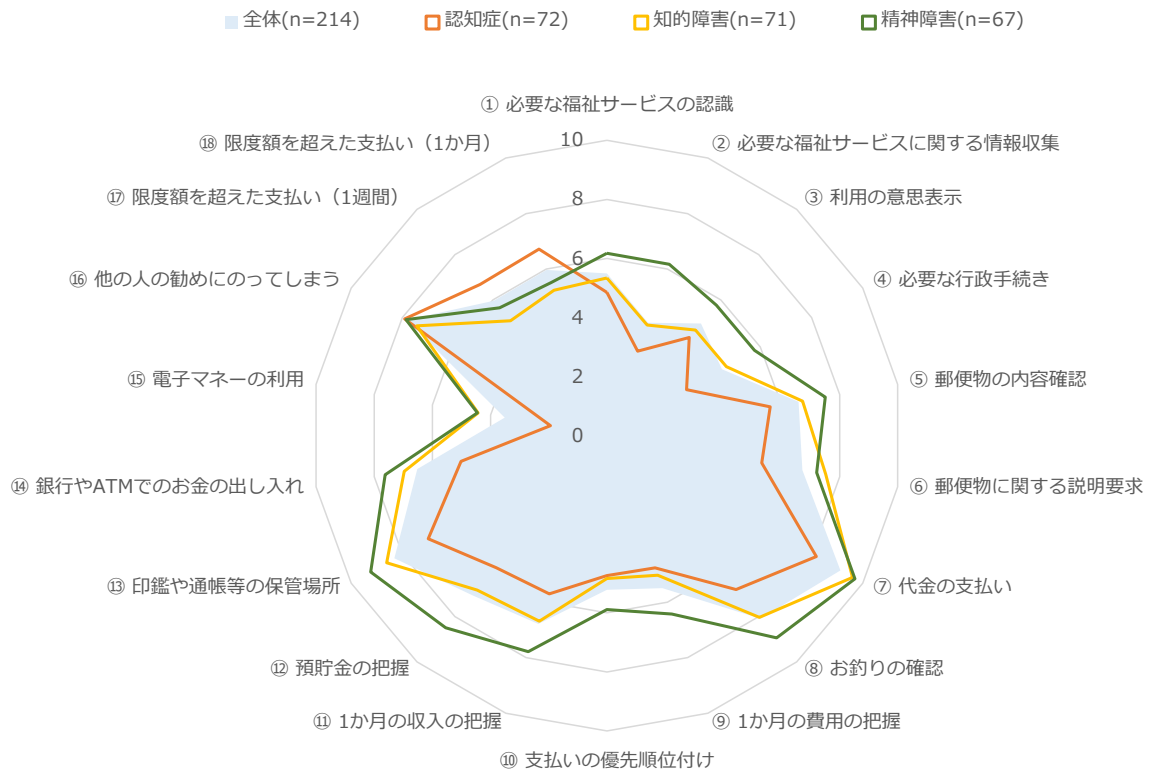


オ. 障害種別にみた平均的な状態像（得点化による分析）

支援対象者本人の状態像を確認した18項目のうち15項目において、認知症のある対象者の得点が最も低い結果であり、「電子マネーの利用」をはじめ、「必要な福祉サービスに関する情報収集」「必要な行政手続き」「郵便物に関する説明要求」「銀行やATMでのお金の出し入れ」等において、知的障害や精神障害のある対象者との得点差がみられた。

一方で、「限度額を超えた支払い」（1週間、1か月）については、認知症のある対象者よりも知的障害や精神障害のある対象者の得点が低い（「よくある」「たまにある」と回答した割合が高い）ことが特徴的である。

図表 3-67 支援対象者本人の状態像（障害種別）



項目別得点

		得点			
		全体	認知症	知的障害	精神障害
福祉サービス利用	① 必要な福祉サービスの認識	5.49	4.85	5.34	6.17
	② 必要な福祉サービスに関する情報収集	4.07	3.04	3.99	6.17
	③ 利用の意思表示	4.96	4.34	4.67	5.77
書類手続き、管理	④ 必要な行政手続き	4.50	3.11	4.67	5.77
	⑤ 郵便物の内容確認	6.59	5.61	6.73	7.51
	⑥ 郵便物に関する説明要求	6.72	5.32	7.52	7.21
日常金銭管理	⑦ 代金の支払い	9.13	8.19	9.60	9.70
	⑧ お釣りの確認	8.09	6.80	8.03	8.94
	⑨ 1か月の費用の把握	5.50	4.76	5.03	6.43
	⑩ 支払いの優先順位付け	5.22	4.74	4.84	5.89
	⑪ 1か月の収入の把握	6.79	5.70	6.69	7.78
	⑫ 預貯金の把握	7.06	5.84	6.83	8.49
	⑬ 印鑑や通帳等の保管場所	8.31	6.99	8.61	9.23
	⑭ 銀行やATMでのお金の出し入れ	6.52	5.02	6.97	7.62
支払超過	⑮ 電子マネーの利用	3.51	1.94	4.43	4.45
	⑯ 他の人の勤めによってしまう	7.83	7.91	7.44	7.85
	⑰ 限度額を超えた支払い（1週間）	5.96	6.68	5.08	5.65
	⑱ 限度額を超えた支払い（1か月）	5.97	6.72	5.24	5.52

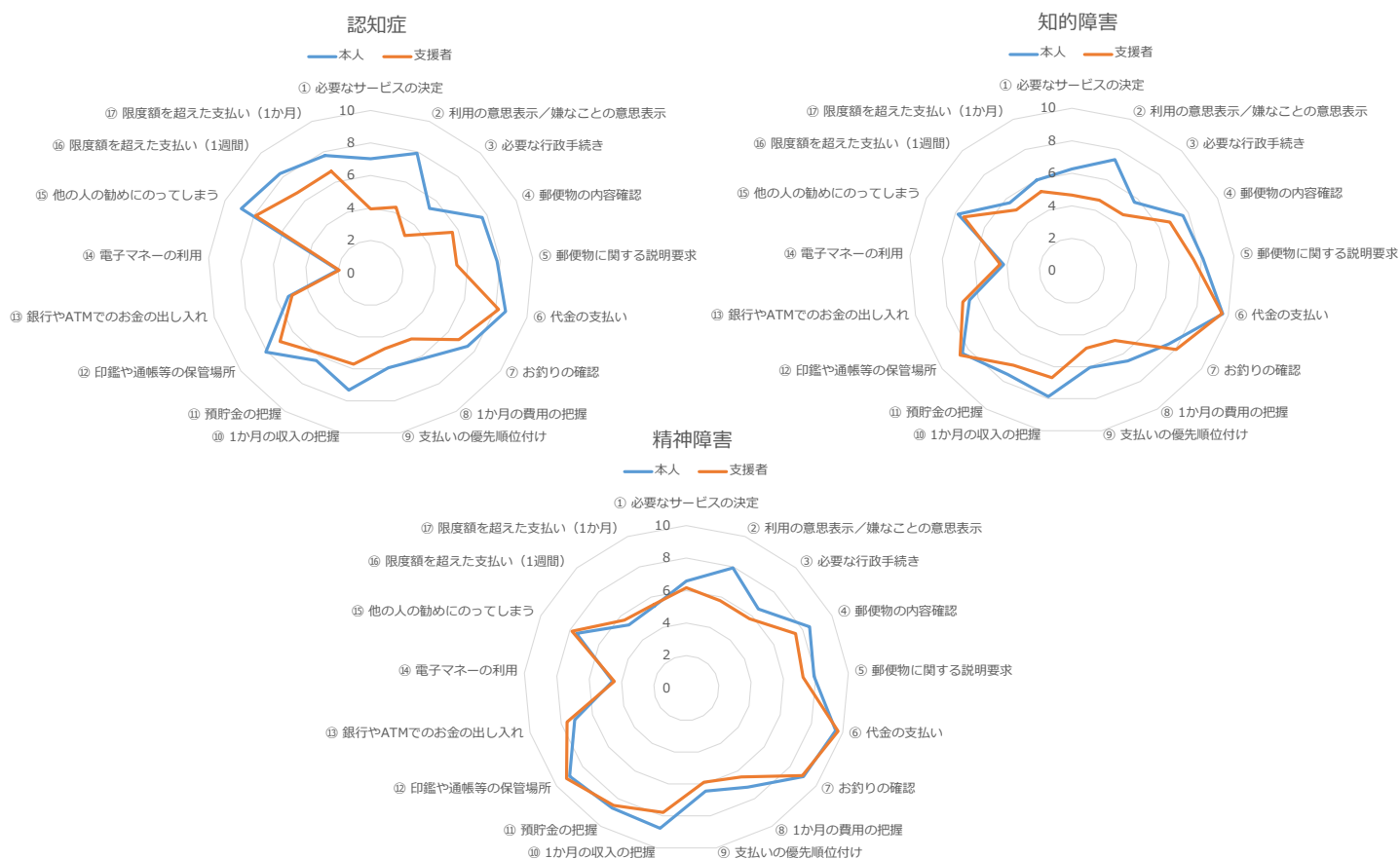
※網掛けは6点未満。

《本人回答との比較》

支援対象者本人の状態像に関して、支援者回答と本人回答の比較を行ったところ、知的障害や精神障害のある対象者については、一部項目を除いて支援者と本人の回答に大きな差は見られなかった。

一方で、認知症のある対象者については、多くの項目で本人回答が支援者回答を上回る（「ひとりでできる」「声掛けや促しがあれば、ひとりでできる」回答割合が多い）結果となっており、本人と支援者間での認識に乖離が生じていることが確認された。

図表 3-68 状態像に関する支援者と本人回答の比較（障害種別）



カ. 対象者の基本情報

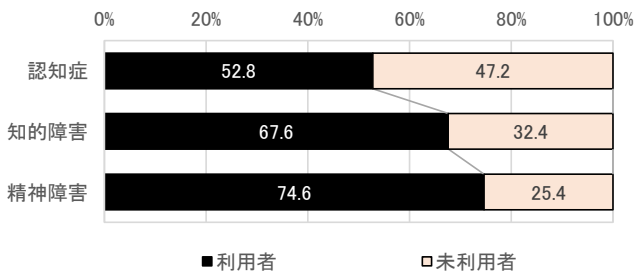
日常生活自立支援事業利用者は、認知症のある対象者では 52.8%、知的障害のある対象者では 67.6%、精神障害のある対象者は 74.6%である。

本人年齢と障害種別の割合をみると、認知症のある対象者は主に 70 歳以上、知的障害のある対象者は 70 歳未満の各層に分布しており、精神障害のある対象者は 40～70 歳未満で多いことがわかる。

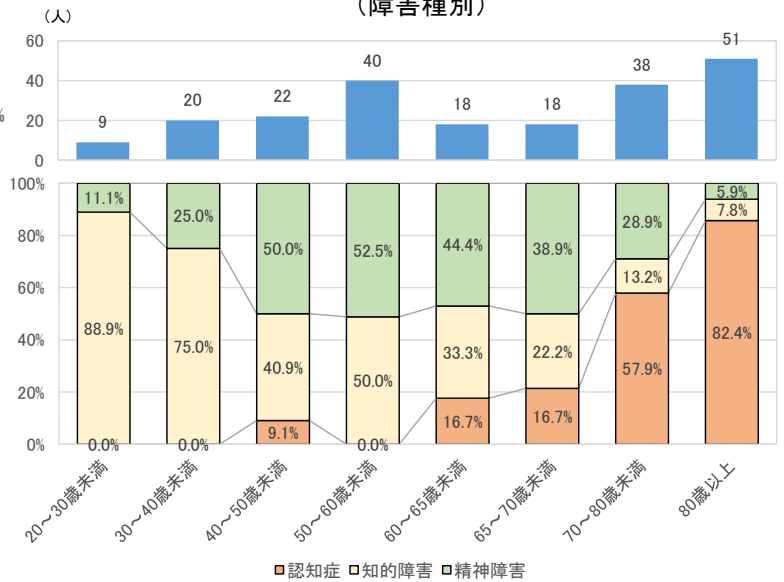
居所は、「借家（公営・民営）」が多く、認知症や精神障害のある対象者では 55%前後、知的障害のある対象者では 45%を占めた。なお、知的障害のある対象者の 2 割はグループホームで暮らしている。また、認知症や精神障害のある対象者では「単身世帯」が 7 割弱となっている。

生活保護受給状況は、認知症や精神障害のある対象者では 4 割前後、知的障害のある対象者では 3 割弱であった。

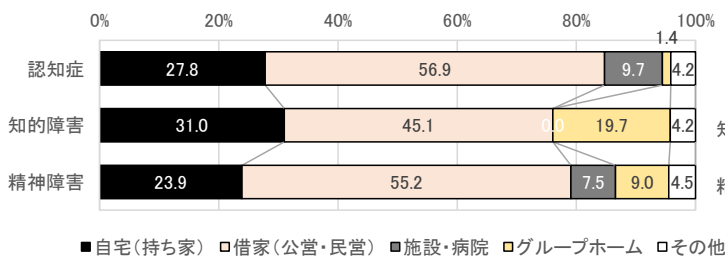
図表 3-69 日常生活自立支援事業の利用状況（障害種別）



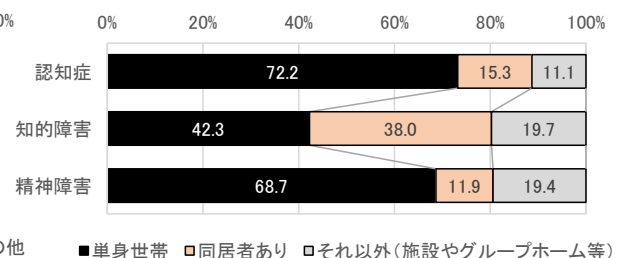
図表 3-70 支援対象者本人の年齢分布（障害種別）



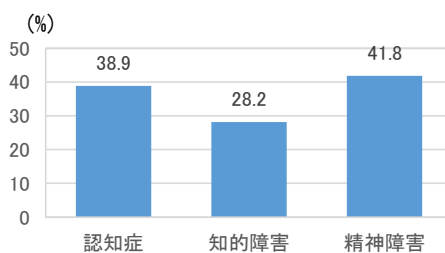
図表 3-71 現在の居所（障害種別）



図表 3-72 同居者の有無（障害種別）



図表 3-73 生活保護受給割合（障害種別）



《課題を抱えている背景》

支援対象者本人が抱えている課題の背景について支援者に確認したところ、認知症、知的障害、精神障害のある対象者いずれにおいても「実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）」を指摘する割合が7～8割を占めており、共通する要因となっていた。

上記の他、認知症のある対象者では、「記憶力や理解力の不十分さ」が8割以上、「臨機応変な対応をとることが苦手」も4割以上で指摘されていた。

知的障害のある対象者でも「記憶力や理解力の不十分さ」や「臨機応変な対応をとることが苦手」とともに、「手続きや金銭管理の経験がない（少ない）」ことや「読み書きや計算が苦手」といった項目が指摘されていた。

精神障害のある対象者では、知的障害や認知症のある対象者と比べて背景要因として指摘された項目は少ないものの、「依存症や依存傾向にある」が約3割を占めていることが特徴的である。

図表 3-74 福祉サービスの利用手続き支援や、日常的な金銭管理で課題を抱えている背景

	全体		認知症		知的障害		精神障害	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
記憶力や理解力の不十分さ	133	61.0	60	83.3	47	66.2	26	38.8
実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）	156	71.6	50	69.4	55	77.5	47	70.1
手続きや金銭管理の経験がない（少ない）	69	31.7	20	27.8	34	47.9	16	23.9
読み書きや計算が苦手	65	29.8	21	29.2	32	45.1	10	14.9
臨機応変な対応をとることが苦手	102	46.8	30	41.7	42	59.2	27	40.3
相談や自分の気持ちを表明することが苦手	57	26.1	14	19.4	25	35.2	20	29.9
依存症や依存傾向にある	42	19.3	10	13.9	11	15.5	20	29.9
その他	21	9.6	7	9.7	3	4.2	8	11.9
特になし、不明	3	1.4	1	1.4	0	0.0	2	3.0
合計	218	100.0	72	100.0	71	100.0	67	100.0

※全体には障害種別「その他」を含むため、障害種別の合計値とは一致しない

《支援内容》

対象者に対して行っている支援内容としては、「申請が必要な手続きや書類等の説明」「郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読」「役所への書類の提出」「本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること」「本人への生活費の手渡し」などが障害種別に関わらず行われていた。

認知症のある対象者に対しては、「申請が必要な手続きや書類等の説明」「郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読」が7～8割の対象者に行われていた。

知的障害や精神障害のある対象者に対しては、「申請が必要な手続きや書類等の説明」とともに「本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考える」支援を行っている割合が約7割を占めていた。

なお、「金銭の使途や計画等を一緒に考える」支援は、認知症のある対象者でも5割以上で行われていることから、障害種別に関わらず適切な金銭の使い方に対する支援の必要性が高いことが窺われた。

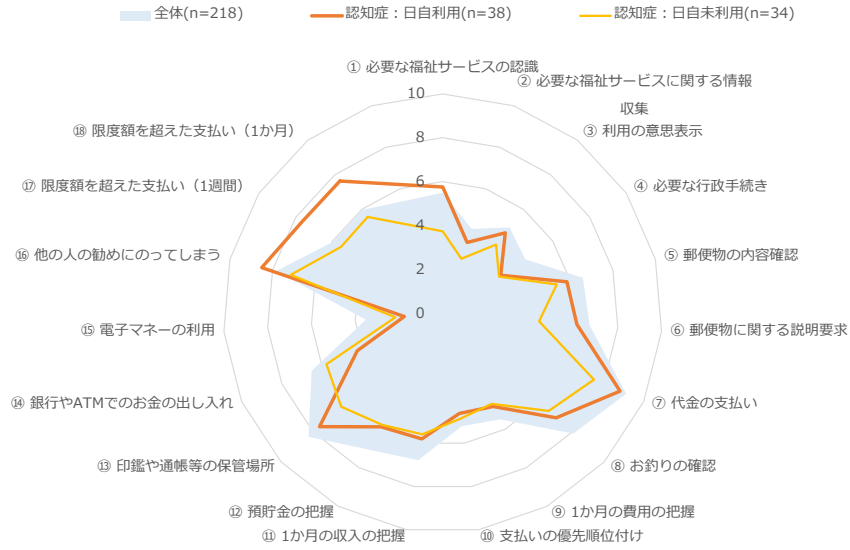
図表 3-75 支援者が行っている支援内容

	全体		認知症		知的障害		精神障害	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
申請が必要な手続きや書類等の説明	161	73.9	58	80.6	50	70.4	46	68.7
郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読	135	61.9	52	72.2	41	57.7	38	56.7
本人署名の代筆	6	2.8	4	5.6	0	0.0	1	1.5
役所への書類の提出	102	46.8	38	52.8	33	46.5	26	38.8
本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること	133	61.0	39	54.2	49	69.0	44	65.7
家賃やサービス利用料などの支払い	80	36.7	26	36.1	25	35.2	26	38.8
医療費の支払い	36	16.5	12	16.7	11	15.5	11	16.4
税金や社会保険料の支払い	32	14.7	7	9.7	10	14.1	13	19.4
日用品の代金の支払い	36	16.5	15	20.8	11	15.5	13	19.4
本人への生活費等の手渡し	120	55.0	33	45.8	45	63.4	40	59.7
その他	19	8.7	7	9.7	4	5.6	10	14.9
合計	218	100.0	72	100.0	71	100.0	67	100.0

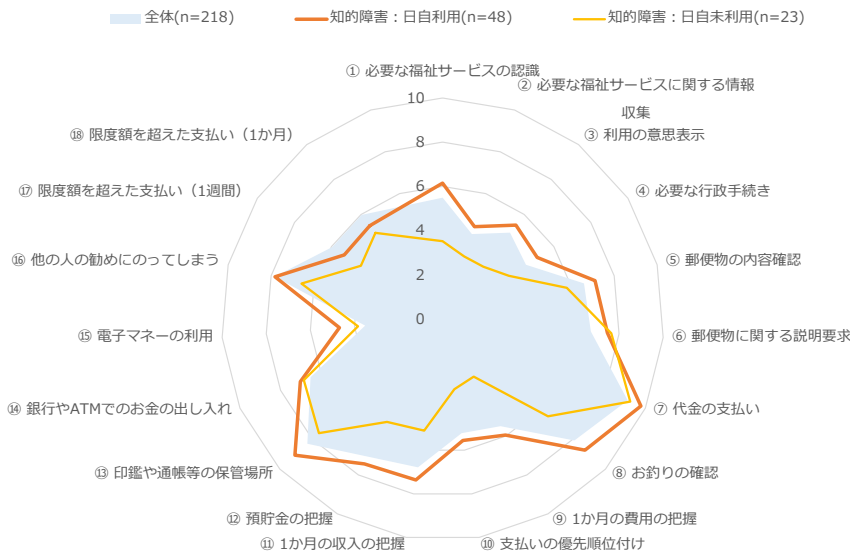
※全体には障害種別「その他」を含むため、障害種別の合計値とは一致しない

参考図表1 障害種別日常生活自立支援事業の利用有無別にみた本人の状態像（支援者回答）

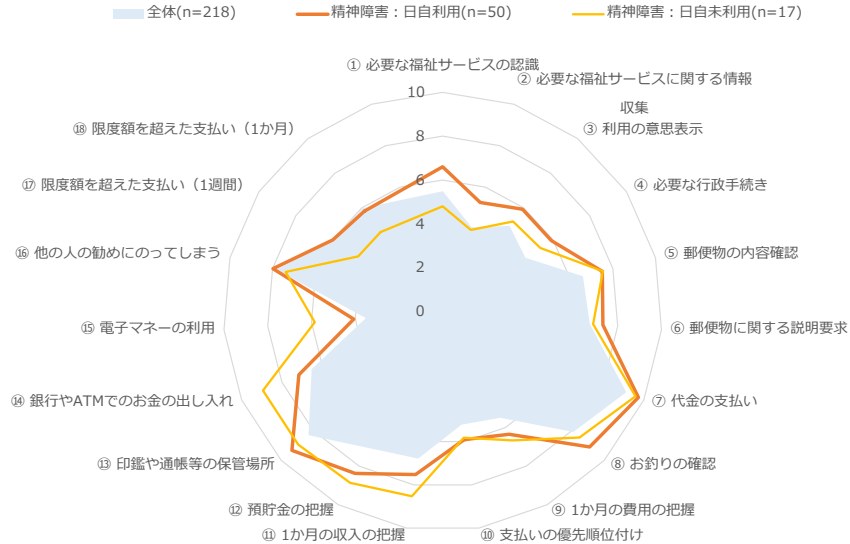
《認知症》



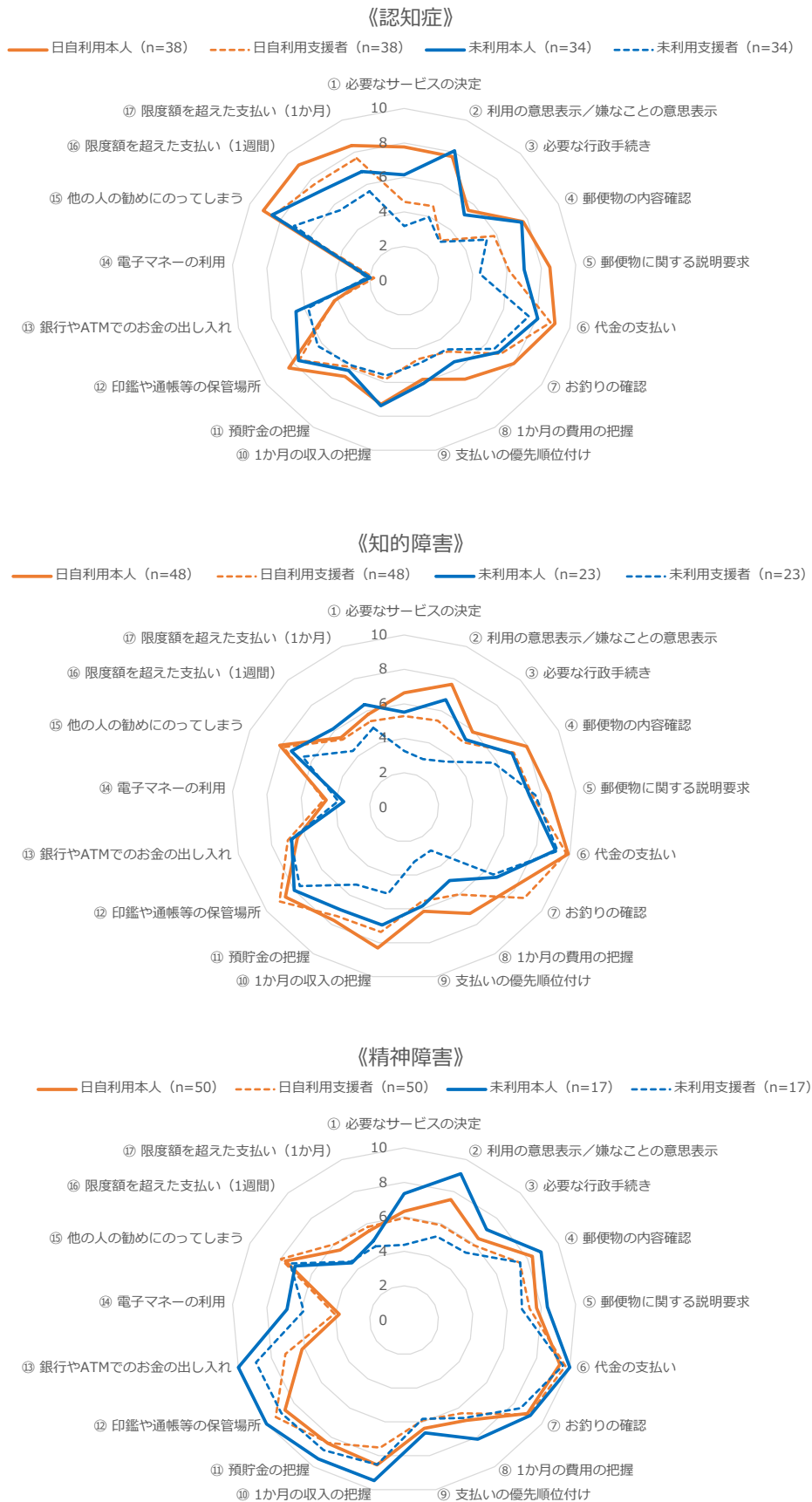
《知的障害》



《精神障害》



参考図表2 障害種別日常生活自立支援事業の利用有無別にみた本人の状態像
(本人回答と支援者回答の比較)



② 生活保護受給有無別

生活保護受給有無別にクロス集計分析を行ったところ、一部項目を除き本人の状態像に特徴的な差異は見られなかった。

生活保護受給有無によって差異が見られたのは「限度額を超えた支払い」に関してであり、未受給者に比べて受給者の得点が低い（「よくある」「たまにある」と回答した割合が高い）結果となっていた。

図表 3-76 生活保護受給有無別にみた本人の状態像



	得点		
	全体 (n=218)	受給者 (n=77)	未受給者 (n=139)
① 必要な福祉サービスの認識	5.49	5.51	5.48
② 必要な福祉サービスに関する情報収集	4.07	4.27	3.95
③ 利用の意思表示	4.96	5.01	4.92
④ 必要な行政手続き	4.50	4.76	4.35
⑤ 郵便物の内容確認	6.59	6.45	6.66
⑥ 郵便物に関する説明要求	6.72	6.45	6.87
⑦ 代金の支払い	9.13	9.20	9.09
⑧ お釣りの確認	8.09	8.14	8.06
⑨ 1か月の費用の把握	5.50	5.45	5.52
⑩ 支払いの優先順位付け	5.22	4.92	5.40
⑪ 1か月の収入の把握	6.79	6.34	7.04
⑫ 預貯金の把握	7.06	7.28	6.94
⑬ 印鑑や通帳等の保管場所	8.31	8.66	8.10
⑭ 銀行やATMでのお金の出し入れ	6.52	6.46	6.55
⑮ 電子マネーの利用	3.51	2.67	3.98
⑯ 他人の勧めにのってしまう	7.83	8.24	7.60
⑰ 限度額を超えた支払い（1週間）	5.96	5.10	6.44
⑱ 限度額を超えた支払い（1か月）	5.97	5.05	6.50

※網掛けは6点未満。

2) 状態像による支援対象者の分類

① 状態像の高い対象者

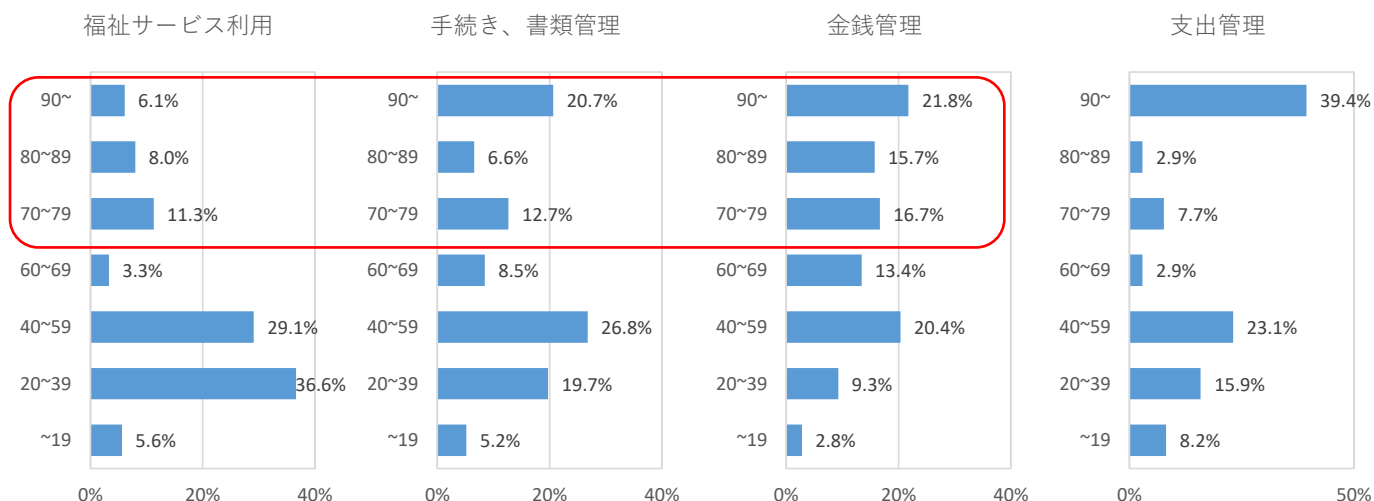
支援者による回答から得られた本人の状態像を得点化した結果をもとに、下記要件に該当する対象者を抽出し、属性等を整理した。

【抽出要件】

- ・支援者がみた本人の課題の背景要因に「記憶力や理解力の不十分さ」が指摘されていない（記憶力や理解力に問題なしと解釈）
- ・本人の状態像で「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「日常的金銭管理」の3項目いずれも70点以上（概ね、声掛けがあればひとりでできるレベル）

この結果、対象者218人中24人（11.0%）が抽出された。

図表 3-77 対象者の抽出要件



図表 3-78 抽出された対象者の状態像得点



ア. 行っている支援内容と課題の背景要因

抽出された状態像の高い対象者に対する支援内容では、「本人への生活費等の手渡し」による金銭管理支援が75.0%を占めた。また、「本人が希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考える」支援も6割近くを占めた。

抽出された対象者が抱えている課題の背景要因をみると、「実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）」や「臨機応変な対応を取ることが苦手」、「依存症や依存傾向にある」等が指摘されていた。

図表 3-79 支援者による支援内容（3項目70点以上の対象者）

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
申請が必要な手続きや書類等の説明	161	75.6	8	33.3
郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読	135	63.4	5	20.8
本人署名の代筆	6	2.8	0	0.0
役所への書類の提出	102	47.9	6	25.0
本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること	133	62.4	14	58.3
家賃やサービス利用料などの支払い	80	37.6	6	25.0
医療費の支払い	36	16.9	5	20.8
税金や社会保険料の支払い	32	15.0	2	8.3
日用品の代金の支払い	36	16.9	2	8.3
本人への生活費等の手渡し	120	56.3	18	75.0
その他	19	8.9	2	8.3
合計	213	100.0	24	100.0

※3項目70点以上とは、本人の状態像で「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「日常的な金銭管理」の3項目いずれも70点以上（概ね、声掛けがあればひとりで行えるレベル）

図表 3-80 福祉サービスの利用手続き支援や、日常的な金銭管理で課題を抱えている背景（3項目70点以上の対象者）

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
記憶力や理解力の不十分さ	133	61.0	0	0.0
実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）	156	71.6	16	66.7
手続きや金銭管理の経験がない（少ない）	69	31.7	4	16.7
読み書きや計算が苦手	65	29.8	3	12.5
臨機応変な対応をとることが苦手	102	46.8	9	37.5
相談や自分の気持ちを表明することが苦手	57	26.1	4	16.7
依存症や依存傾向にある	42	19.3	7	29.2
その他	21	9.6	3	12.5
特になし、不明	3	1.4	0	0.0
合計	218	100.0	24	100.0

※3項目70点以上とは、本人の状態像で「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「日常的な金銭管理」の3項目いずれも70点以上（概ね、声掛けがあればひとりで行えるレベル）

イ. 基本情報

抽出された対象者の基本情報をみると、日常生活自立支援事業利用者が約9割を占めた。

基本属性は、男性が75%、40～64歳が半数以上であり、障害種別は知的障害と精神障害のある人である。また、半数以上が生活保護を受給していた。

図表 3-81 日常生活自立支援事業の利用状況
(状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
日自利用者	140	64.2	21	87.5
日自未利用者	78	35.8	3	12.5
不明/無回答	0	0.0	0	0.0
回収数	218	100.0	24	100.0

図表 3-82 性別 (状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
男性	123	56.4	18	75.0
女性	93	42.7	6	25.0
不明/無回答	2	0.9	0	0.0
合計	218	100.0	24	100.0

図表 3-83 年齢 (状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
40歳未満	29	13.3	6	25.0
40～64歳	80	36.7	13	54.2
65歳以上	107	49.1	5	20.8
合計	218	100.0	24	100.0

図表 3-84 障害種別 (状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
認知症 (認知症と思われる方を含む)	72	33.0	0	0.0
知的障害 (手帳を所持していない方を含む)	71	32.6	10	41.7
精神障害 (手帳を所持していない方を含む)	67	30.7	13	54.2
その他	12	5.5	3	12.5
合計	218	100.0	24	100.0

図表 3-85 生活保護受給状況 (状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
あり	77	35.3	13	54.2
なし	139	63.8	11	45.8
不明/無回答	2	0.9	0	0.0
合計	218	100.0	24	100.0

図表 3-86 同居者の有無 (状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
単身世帯	130	59.6	15	62.5
同居者あり	48	22.0	6	25.0
それ以外 (施設やグループホーム等)	37	17.0	3	12.5
不明/無回答	3	1.4	0	0.0
合計	218	100.0	24	100.0

図表 3-87 居所 (状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
自宅 (持ち家)	57	26.1	4	16.7
公的借家 (公営住宅)	34	15.6	7	29.2
民営借家	80	36.7	9	37.5
施設	12	5.5	1	4.2
病院	3	1.4	0	0.0
グループホーム (認知症高齢者)	3	1.4	0	0.0
グループホーム (知的障害者)	13	6.0	1	4.2
グループホーム (精神障害者)	6	2.8	1	4.2
その他	8	3.7	1	4.2
不明/無回答	2	0.9	0	0.0
合計	218	100.0	24	100.0

図表 3-88 お金の管理をしてくれる家族・親族の有無
(状態像得点の高い対象者)

	全体		3項目70点以上	
	回答数	%	回答数	%
同居している家族・親族	15	6.9	2	8.3
別居している家族・親族	25	11.5	3	12.5
お金の管理をサポートしてくれる 家族・親族はいない	155	71.1	17	70.8
家族・親族がいらない	19	8.7	1	4.2
把握していない、不明	1	0.5	0	0.0
合計	218	100.0	24	100.0

② 支出面で課題を有する対象者

支出面で課題を有する支援対象者として下記要件の該当者を抽出し、属性等を整理した。

【抽出対象】

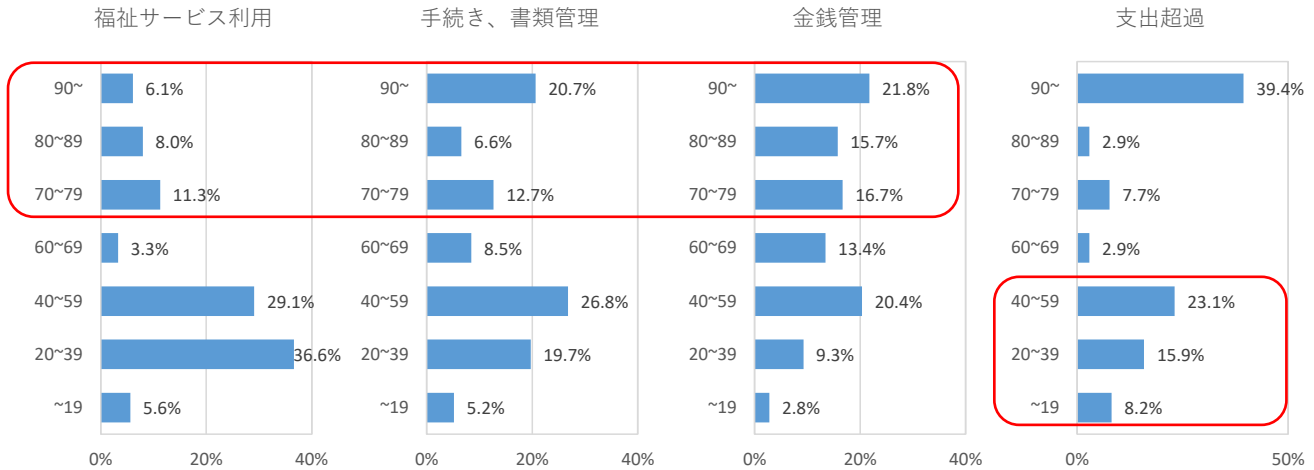
(1) 支援者が行っている金銭管理の負担感として「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい」ことが指摘された対象者【**頻回な支出超過有**】

(2) 支出超過（限度額を超えた支払い）に関する得点のみ低い対象者（下図）

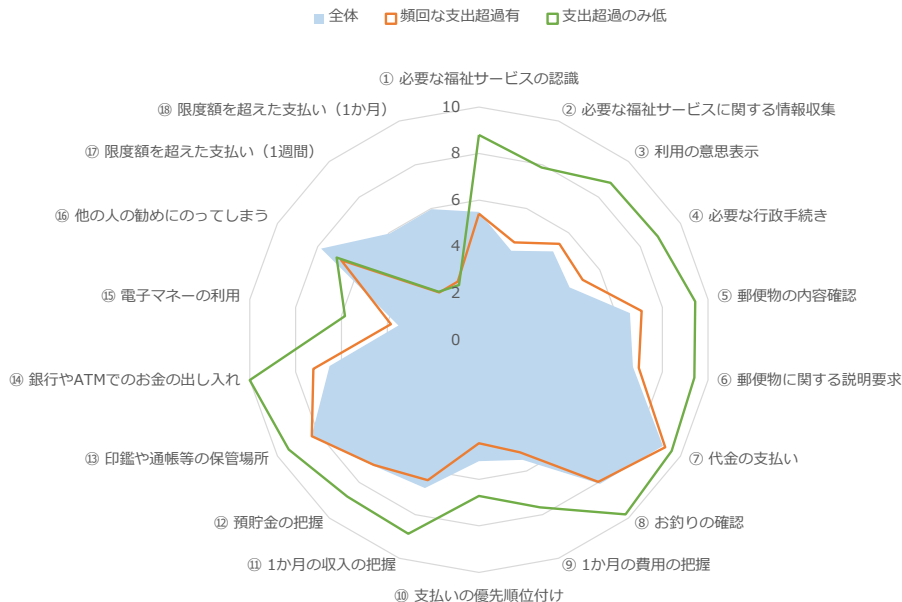
支援者がみた本人の課題の背景要因に「記憶力や理解力の不十分さ」が指摘されておらず（＝記憶力や理解力に問題なしと解釈）、本人状態像に関する支援者回答のうち「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「金銭管理」の3項目が各70点以上の得点（概ね声掛けがあればできるレベル）であるが、「限度額を超えた支払い」項目のみが60点未満の対象者。【**支出超過のみ低**】

この結果、【**頻回な支出超過有**】は218人中41人（18.8%）、【**支出超過のみ低**】（「よくある」「たまにある」と回答した割合が高い）は218人中16人（7.3%）が抽出された。

図表 3-89 対象者の抽出要件



図表 3-90 抽出された対象者の状態像得点



ア. 行っている支援内容と課題の背景要因

支援者が課題として指摘した「頻回な支出超過有」の対象者に対する支援内容は、「申請が必要な手続きや書類等の説明」や「郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読」とともに、「本人が希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること」が8割以上の対象者にに行われていた。また、「家賃やサービス利用料などの支払い」を行っている割合も65.0%を占めていた。

本人状態像で「支出超過」のみ低い対象者に対する支援内容は、「本人への生活費等の手渡し」による家計管理サポートの実施割合が8割を超えていた。

本人の課題の背景要因としては、いずれも「実行機能障害」の割合が高く、また「依存症や依存傾向にある」割合が4割を占めていた。

図表 3-91 支援者による支援内容（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
申請が必要な手続きや書類等の説明	161	75.6	35	87.5	7	43.8
郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読	135	63.4	33	82.5	5	31.3
本人署名の代筆	6	2.8	2	5.0	0	0.0
役所への書類の提出	102	47.9	24	60.0	4	25.0
本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること	133	62.4	34	85.0	10	62.5
家賃やサービス利用料などの支払い	80	37.6	26	65.0	5	31.3
医療費の支払い	36	16.9	10	25.0	4	25.0
税金や社会保険料の支払い	32	15.0	11	27.5	2	12.5
日用品の代金の支払い	36	16.9	9	22.5	2	12.5
本人への生活費等の手渡し	120	56.3	28	70.0	13	81.3
その他	19	8.9	5	12.5	2	12.5
合計	213	100.0	40	100.0	16	100.0

図表 3-92 福祉サービスの利用手続き支援や、日常的な金銭管理で課題を抱えている背景（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
記憶力や理解力の不十分さ	133	61.0	22	53.7	0	0.0
実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）	156	71.6	39	95.1	12	75.0
手続きや金銭管理の経験がない（少ない）	69	31.7	12	29.3	3	18.8
読み書きや計算が苦手	65	29.8	9	22.0	2	12.5
臨機応変な対応をとることが苦手	102	46.8	20	48.8	6	37.5
相談や自分の気持ちを表明することが苦手	57	26.1	11	26.8	2	12.5
依存症や依存傾向にある	42	19.3	16	39.0	7	43.8
その他	21	9.6	0	0.0	2	12.5
特になし、不明	3	1.4	0	0.0	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

※「頻回な支出超過有」：支援者が「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい」と回答した対象者

「支出超過のみ低」：「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「金銭管理」3項目が各70点以上、「支出管理」項目が60点未満の対象者

イ. 基本情報

(1) 【頻回な支出超過有】対象者 41 人

対象者の約 6 割が日常生活自立支援事業を利用しており、性別は男性が約 7 割、年齢は 40～64 歳を中心に若年層、高齢層にも一定分布している。障害種別は認知症、知的障害ともに約 3 割であるが、精神障害のある対象者が 5 割近くを占めていた。また、半数以上が生活保護を受給していた。

(2) 【支出超過のみ低】対象者 16 人

日常生活自立支援事業の利用者は約 9 割であり、男性が約 7 割、年齢は 40～64 歳が半数以上を占めていた。障害種別は、精神障害が約 7 割、知的障害が約 4 割であり、認知症のある対象者は含まれていない。生活保護受給者割合は 75%を占めた。

図表 3-93 日常生活自立支援事業利用状況（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
日自利用者	140	64.2	26	63.4	14	87.5
日自未利用者	78	35.8	15	36.6	2	12.5
不明/無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0
回収数	218	100.0	41	100.0	16	100.0

図表 3-94 性別（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
男性	123	56.4	28	68.3	11	68.8
女性	93	42.7	13	31.7	5	31.3
不明/無回答	2	0.9	0	0.0	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

図表 3-95 年齢（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
40歳未満	29	13.3	8	19.5	5	31.3
40～64歳	80	36.7	18	43.9	9	56.3
65歳以上	107	49.1	15	36.6	2	12.5
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

図表 3-96 障害種別（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
認知症（認知症と思われる方を含む）	72	33.0	12	29.3	0	0.0
知的障害（手帳を所持していない方を含む）	71	32.6	12	29.3	6	37.5
精神障害（手帳を所持していない方を含む）	67	30.7	20	48.8	11	68.8
その他	12	5.5	1	2.4	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

※ 「頻回な支出超過有」：支援者が「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい」と回答した対象者

「支出超過のみ低」：「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「金銭管理」3項目が各 70 点以上、「支出管理」項目が 60 点未満の対象者

図表 3-97 生活保護受給状況（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
あり	77	35.3	22	53.7	12	75.0
なし	139	63.8	19	46.3	4	25.0
不明/無回答	2	0.9	0	0.0	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

図表 3-98 居所（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
自宅（持ち家）	57	26.1	10	24.4	1	6.3
公的借家（公営住宅）	34	15.6	5	12.2	5	31.3
民営借家	80	36.7	21	51.2	8	50.0
施設	12	5.5	0	0.0	0	0.0
病院	3	1.4	0	0.0	0	0.0
グループホーム（認知症高齢者）	3	1.4	0	0.0	0	0.0
グループホーム（知的障害者）	13	6.0	3	7.3	1	6.3
グループホーム（精神障害者）	6	2.8	1	2.4	0	0.0
その他	8	3.7	1	2.4	1	6.3
不明/無回答	2	0.9	0	0.0	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

図表 3-99 同居者の有無（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
単身世帯	130	59.6	26	63.4	10	62.5
同居者あり	48	22.0	12	29.3	5	31.3
それ以外（施設やグループホーム等）	37	17.0	3	7.3	1	6.3
不明/無回答	3	1.4	0	0.0	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

図表 3-100 お金の管理をサポートしてくれる家族・親族の有無（支出面で課題を有する対象者）

	全体		頻回な支出超過有		支出超過のみ低	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
同居している家族・親族	15	6.9	4	9.8	2	12.5
別居している家族・親族	25	11.5	2	4.9	1	6.3
お金の管理をサポートしてくれる家族・親族はいない	155	71.1	34	82.9	13	81.3
家族・親族がない	19	8.7	1	2.4	0	0.0
把握していない、不明	1	0.5	0	0.0	0	0.0
合計	218	100.0	41	100.0	16	100.0

※「頻回な支出超過有」：支援者が「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい」と回答した対象者

「支出超過のみ低」：「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「金銭管理」3項目が各70点以上、「支出管理」項目が60点未満の対象者

(6) 調査結果のまとめ

今回の調査は、日常生活自立支援事業の利用者・未利用者など、福祉サービス利用や日常的な金銭管理に支援を必要とする対象者について、全国 18 地域の市町村、市町村社会福祉協議会、関係機関の協力を得て実施した抽出調査である。そのため、調査結果の精度には一定の限界はあるものの、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理に支援を要する人の状態像を把握するうえで貴重な結果を得ることができた。

以下に調査結果から明らかになった事項を整理した。

1) 福祉サービス利用や日常的な金銭管理の支援が必要な対象者

① 基本情報

今回調査で対象となった支援対象者本人の属性は、男性が約 6 割を占め、年齢層は 40～64 歳（約 3 割）と 65 歳以上（5 割弱）が中心であった。障害の種別では、認知症、知的障害、精神障害それぞれ 3 割であり、生活保護受給者が 4 割近くを占めた。居所は、借家（公営・民営）が約 5 割、単身世帯が約 6 割であり、「お金の管理をサポートしてくれる家族・親族はいない」割合が 7 割（日常生活自立支援事業利用者では約 8 割）を占めた。

② 支援内容と背景要因

本人に対する支援内容では「申請が必要な手続きや書類等の説明」「郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読」「本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること」「本人への生活費等の手渡し」といった支援が半数以上の対象者に行われていた。

障害種別にみると、本人への支援内容の上位項目は共通しており、支援を要する課題の背景要因として「実行機能障害（見通しや計画だてた行動が苦手）」が共通して確認された。また、認知症や知的障害のある対象者では「記憶力や理解力の不十分さ」が、知的障害のある対象者では「臨機応変な対応をとることが苦手」「手続きや金銭管理の経験がない（少ない）」「読み書きや計算が苦手」といった要因が確認された。なお、精神障害のある対象者の 3 割には「依存症や依存傾向にある」ことが指摘されている。

③ 本人の状態像

本人の状態像に関する 18 項目の結果（支援者回答）をみると、「必要な福祉サービスに関する情報収集」「(福祉サービス) 利用の意思表示」「必要な行政手続き」などのサービス利用や各種手続きに関する支援が必要な割合が高くなっていた。また、日常的な金銭管理に関しては「代金の支払い」「お釣りの確認」「印鑑や通帳等の保管場所」については「ひとりでできる」割合が高いものの、「1 か月の費用の把握」や「支払いの優先順位付け」に支援を必要とする対象者が多く確認された。

本人の状態像は障害種別によって大きく異なっており、全体的な傾向として認知症のある対象者は知的障害や精神障害のある対象者と比べて「できる」（「ひとりでできる」と「声掛けや促しがあれば、ひとりでできる」の合計）割合が低い。一方で、「限度額を超えた支払い」に関しては知的障害や精神障害のある対象者のほうが「ある」（「よくある」と「たまにある」の合

計)割合が高くなっていた。

日常生活自立支援事業では「判断能力が不十分な人」を対象としているが、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理に支援を必要とする対象者の状態像は一律ではなく、障害特性や対象者が抱える課題の背景要因も多様であることが確認された。

また、本人の状態像について支援者回答と本人回答を比較したところ、知的障害や精神障害のある対象者では一部項目を除いて大きな差は見られなかったものの、認知症のある対象者では本人と支援者間の認識に乖離が生じていることが確認された。また、精神障害のある対象者の中には、精神状態の安定具合により本人のできることが全く異なる方もいることも指摘された。

このような状況を踏まえれば、本人と支援者が課題を共有して本人の意思決定をサポートしたり、本人の状態や課題の変化に応じた支援をチームで行うためのツール（アセスメントシート、モニタリングシート等）活用の必要性が窺われた。

④ 状態像の高い対象者

記憶力や理解力に問題がなく、かつ本人の状態像で「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「日常的金銭管理」について、概ね声掛けがあればひとりでできるレベルの対象者が全体の約1割いることが確認された。該当者のうち約9割は日常生活自立支援事業の利用者であり、知的障害または精神障害があり、一人暮らしをしている人も少なくない。

該当者の暮らす地域の社会資源状況を確認したところ、半数以上では障害福祉サービスの「自立生活援助」の事業所がなく、事業所がある地域でも1~2事業所と限られていた。この結果から、記憶力や理解力に問題がなく、かつ状態像が高い対象者が日常生活自立支援事業を利用している理由のひとつとして、「自立生活援助」のような地域における社会資源整備状況が影響していることも考えられる。

「自立生活援助」

居宅において単身等で生活する障害者につき、定期的な巡回訪問又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むために必要な援助を行う。

⑤ 限度額を超えた支払いが頻回な対象者

今回調査の対象者全体で見ると、「本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考える」支援が行われている対象者が6割以上（日自利用者では7割）を占めることから、日常的な金銭の使い方に対するサポートは共通して行われている支援といえる。ただし、支援者が「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい」と感じている対象者が全体の約2割を占めていた。これらの対象者のほぼ全員に「実行機能障害（見通しや計画立てた行動が苦手）」が指摘されており、約4割には「依存症や依存傾向にある」ことも指摘されている。障害種別では、認知症と知的障害のある対象者が各3割、精神障害のある対象者が約半数を占めていた。

また、支援者が回答した本人状態像のなかで、記憶力や理解力に問題がなく全体的に状態像が高いものの、支出超過（限度額を超えた支払い）のみに課題のある対象者が全体の約1割を占めた。この対象者層も「実行機能障害」が同様に指摘されているが、障害種別は知的障害が

約4割、精神障害が約7割であり、生活保護受給者が75%を占めていたことが特徴的である。

これら、支出管理面で課題を有する対象者の約4割は「依存症や依存傾向」にあることが支援者の回答から指摘されている。依存症や依存傾向にある人の支援には、日常生活自立支援事業等による支援だけでは本人の生活の向上を図ることは難しく、また支援者の負担も大きいことから、本人との信頼関係のもとに適切な専門機関やピアサポート等につないで依存症の回復支援を図り、支援チームとして本人の生活の安定を目指す必要性が窺われた。

また、生活保護制度では被保護者家計改善支援事業や自立支援プログラムの金銭管理に関する支援が行われている地域もある。それらの事業と連携して支援チームとして適切に役割分担を行いながら、本人の生活をサポートする体制づくりに取り組むことも必要と考えられる。

⑥ キャッシュレス化への対応

今回調査では、電子マネーを利用している割合は対象者全体の26%（認知症のある対象者では約1割、知的障害や精神障害のある対象者では約3割）にとどまっていた。

我が国では、社会全体でのデジタル化やキャッシュレス化が推進される中、日常生活自立支援事業においてもデジタル化、キャッシュレス化への対応を意識した支援のあり方について、利用者や支援者のリスク低減と利便性向上を図る具体的な方法を検討・展開することが求められている。

2) 日常生活自立支援事業による支援

本人の状態像において、日常的な金銭管理に関する項目では「ひとりでできる」「促しや声掛けがあれば、ひとりでできる」項目が多く、特に日常生活自立支援事業の利用者は未利用者に比べて「できる」割合が高くなっていた。この背景には、日常生活自立支援事業による丁寧な支援が行われていることが推測される。

また、調査対象となった地域の日常生活自立支援事業の担当者からは、「未利用者に比べて利用者のほうが『できない』ときちんと回答できており、未利用者は『わからない』とする回答が多かった」との報告があった。日常生活自立支援事業によるサポートによって本人自身ができること、できないことをより客観的に認識できていると考えられ、同事業による支援効果の一つとも考えられる。

さらに、日常生活自立支援事業には利用期間の定めがなく、伴走的な支援が必要な対象者にとっては安定した生活を継続する上で大きなメリットになっていることも考えられる。特に、新しい人との信頼関係構築を苦手とする等の課題を抱える人の支援には有効と考えられる。

福祉サービス利用や日常的な金銭管理に課題を抱える対象者の支援の充実を図るために、日常生活自立支援事業のさらなる拡充が求められる。

3) 日常生活自立支援事業未利用者等への対応

《日常生活自立支援事業による支援を望まない対象者》

福祉サービス利用や日常的な金銭管理の支援が必要な日常生活自立支援事業の未利用者は、地域包括支援センター、相談支援事業所、就労支援事業所、GH、行政（生活保護CW等）など、

様々な関係者が支えている実態が明らかになった。

これらの対象者は、日常生活自立支援事業利用者に比べて福祉サービスの利用や日常的な金銭管理等に関して「ひとりではできない」「声掛けや促しがあればひとりではできない」割合が低く、より支援を必要としている状態にある人も少なくないことが支援者の回答から確認された。

しかし、未利用者の半数以上は日常生活自立支援事業の利用を希望しておらず、支援者と本人との間で支援の必要性に関する認識に乖離が生じている実態が確認された。

日常生活自立支援事業は、本人の利用意思に基づく契約サービスであることから、利用を希望しない本人に同事業の利用を強いることはできない。利用を希望していない対象者への支援のあり方について、現在支援を行っている機関だけでなく、権利擁護支援の地域連携ネットワークとの連携による支援体制の構築が必要と考えられる。

《日常生活自立支援事業の運用》

また、未利用者の中には日常生活自立支援事業の利用希望者も一定割合いることが確認できたが、「相談しただけだが、難しいと断られた。面談すらなかったので困った。」、「繰り返し相談しているが、できないとだけで却下され困る。利用させてもらえない。」、「相談から対応までに時間がかかる。」、「申し込みをしているが順番が回ってこない。」等の理由で利用に至っていない対象者も確認された。

支援の必要性が高く、本人が利用を希望している対象者がスムーズに日常生活自立支援事業を利用できるようにするために、契約締結判定ガイドラインや契約締結審査会の運用の改善を図る必要性が示唆された。

《日常的な金銭管理を通じて本人の生活を支える社会資源》

今後、認知症高齢者の増大や障害者の地域移行のさらなる進展が見込まれる中、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理の支援を必要とする対象者の増加が見込まれる。

また、本人の判断能力が低下して成年後見制度の利用に至った場合であっても、日常的な金銭管理を通じて本人の生活を支える支援が必要であることに変わりはなく、成年後見制度の運用見直しの検討が進められる中で、このような支援の必要性が更に高まっている。

このような状況を踏まえると、日常生活自立支援事業に類似する障害福祉サービスの「自立生活援助」や生活保護の「被保護者家計改善支援事業」等、既存法定事業の全国的な実施の必要性とともに、日常的な金銭管理を通じて本人の生活をサポートする新たな社会資源の開発・普及が急務であると考えられる。

4. 本調査研究事業のとりまとめ（提言）

調査結果及び検討委員会による議論をふまえ、本調査研究事業のとりまとめ（提言）を以下のように整理した。

（1）日常生活自立支援事業として取り組むこと

1) アセスメントシートをはじめとする各種様式の導入・活用

今回調査の対象者の状態像をみると、日常生活自立支援事業の利用の有無にかかわらず、福祉サービスの利用手続き支援（特に「必要な福祉サービスに関する情報収集」「利用の意思表示」）や各種手続き・書類管理（特に「必要な行政手続き」）、日常的な金銭管理（特に「1か月の費用の把握」「支払いの優先順位付け」）、キャッシュレス対応（電子マネー利用）、「限度額を超えた支払い」などにおいて支援を必要としている割合が高いことが確認された。

障害種別によっても支援が必要な項目は異なっており、認知症のある対象者は知的障害や精神障害のある対象者に比べて全般的に支援の必要性が高いものの、限度額を超えた支払いに関しては知的障害や精神障害のある対象者のほうが支援を必要としている割合が高いことが特徴的であった。

このような支援を必要とする背景要因として、障害種別に関わらず共通して「実行機能障害」（見通しや計画立てた行動が苦手、7割）が指摘された。また、認知症や知的障害のある対象者では「記憶力や理解力の不十分さ」が、知的障害のある対象者では「臨機応変な対応をとることが苦手」「手続きや金銭管理の経験がない（少ない）」「読み書きや計算が苦手」といった要因が確認された。なお、精神障害のある対象者の3割には「依存症や依存傾向にある」ことが指摘されている。

また、日常的な金銭管理に関する支援者の負担を確認したところ、対象者全体では約4割（日常生活自立支援事業利用者では6割）が「特になし」と回答しているものの、「利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担」の大きさを指摘する割合が約2割を占めた。

このような状況を踏まえると、支援が必要な対象者の背景要因や金銭管理に関する本人の認識、限度額を超えた支払い行為等の状況を丁寧にアセスメントし、必要に応じて適切な支援機関につないだり、役割分担によって支援を行うことが求められる。

本調査研究事業では、令和4年度調査研究事業で開発された6種類の様式のうち、特にアセスメントシートに、今回調査で明らかになった「支払いの優先順位付けが困難」、「限度額を超えた支払い」の課題を抽出し、適切な支援機関へのつなぎ等を促すための改訂作業等を行った。福祉サービス利用や日常的な金銭管理に支援を必要とする対象者のアセスメントやモニタリングを行う際には、これらの様式を活用した支援の展開が求められる（詳細は第2部参照）。

2) 卒業・出口を意識した支援の実施

日常生活自立支援事業利用者の中には、長年にわたり継続的に利用されている人も少なくない。これは、本人との信頼関係を築いて伴走的に生活を支援する日常生活自立支援事業ならではの特徴といえるかもしれない。

一方で、日常生活自立支援事業では待機者が発生している地域もあり⁶、今回の調査結果でも明らかになったように、より支援が必要な状態にある方が希望しても利用できない状況も生じている。

日常生活自立支援事業では、かねてから専門員や生活支援員の人員体制不足も課題とされており、実施体制の更なる強化が重要である。さらに、令和7年度には認知症高齢者数が700万人になること（推計）⁷、現在の成年後見制度の利用者数は25万人⁸、日常生活自立支援事業の利用者数は5.6万人⁹という状況を踏まえると、日常生活自立支援事業の実施体制の強化だけで対応は困難であると思料される。そのため、日常生活自立支援事業の卒業・出口を意識した支援を進めることが求められる。

日常生活自立支援事業利用者の中には、生活訓練等によって当初の生活課題が解消できる方も一定程度含まれていると考えられる。そのような方に対しては、適切なアセスメントと生活課題の解消に向けた支援計画による支援チームのサポートを行い、日常生活自立支援事業の卒業を目指した支援に取り組むことが必要である。

本調査研究事業では、支援記録やモニタリングシート等の様式に、こうした本人の状態像の変化を把握、確認できるような項目を新設、追加する提案を行った。これらの様式の活用を通じて、利用者にとって適切な支援（支援機関、支援内容）が意識化されることが期待される。

また、検討委員会では、本人の障害特性や地域資源の状況により、特に知的障害や精神障害のある方の卒業の難しさも指摘された。そのため、卒業できた事例の全国的な蓄積、分析を通じて、卒業できる人の特性や支援チームとの連携体制等、卒業・出口を意識した支援のポイントや留意点等が検討されることも有用と考える。

あわせて、適切な時に成年後見制度を利用できる環境整備や働きかけが重要である。判断能力の低下により成年後見制度の利用が必要になる利用者もいる。その際、本人や親族による申立てが困難な場合も少なくないため、必要な際には市町村長申立てが行えるよう関係機関への働きかけが必要である。また、成年後見制度への移行は市町村長申立てに限らないため、日常生活自立支援事業の担当者が、本人に対する成年後見制度の利用の提案や、中核機関等と連携

⁶ 第二期基本計画 p.8でも、同様のことが指摘されている。

⁷ 「1. 成年後見制度利用促進の取組経緯」「第二期成年後見制度利用促進基本計画の概要について」「権利擁護支援の地域連携ネットワークについて」厚生労働省社会・援護局地域福祉課成年後見制度利用促進室、令和5年（2023年）6月30日、成年後見制度利用促進 第168回市町村セミナー資料、p.4 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001112981.pdf>)

⁸ 最高裁判所「参考資料7 成年後見関係事件の概況」、令和6年（2024年）3月22日、第15回成年後見制度利用促進専門家会議資料、p.13 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001228475.pdf>)

⁹ 全国社会福祉協議会「日常生活自立支援事業月次調査 令和4年度」(https://www.zcwvc.net/member/research/res_advocacy/)

した申立て支援を行うことも求められる。

3) 権利擁護支援の地域連携ネットワークへの積極的参画

日常生活自立支援事業が提供している福祉サービス利用援助や日常的な金銭管理支援は、本人の社会参加と意思決定を支える上で切り離せないものであり、支援を要する本人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる共生社会の実現を推進する上でも重要な事業である。

日常生活自立支援事業の利用者の多くは、他機関による何らかの医療的・福祉的支援を利用している方であり、日常生活自立支援事業の専門員、生活支援員は本人を支援する関係者・関係機関とともに支援チームの一員として活動することが必要となる。

その際、日常生活自立支援事業による支援では、利用者本人の代弁を行ったり、本人が見通しや計画性を持ってお金が使えるようになるためのサポートを行い、本人の社会参加を広げることが重要な役割であることについて関係者に周知を図り、支援チームとして本人の意思決定や社会参加を支える体制を構築することが求められる。

また、今回調査でも明らかになったように、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理に支援を必要としている方は、必ずしも日常生活自立支援事業の利用者にはとどまらず、地域包括支援センターや相談支援事業所、生活保護ケースワーカー等の福祉関係者・関係機関によって支えられている実態もある。

日常生活自立支援事業の利用者を含め、これら権利擁護支援を必要とする対象者に対しては、権利擁護支援の地域連携ネットワークによって総合的に生活を支えていくことが必要である。

そのため、日常生活自立支援事業の担当者は、権利擁護支援の地域連携ネットワークの協議会に積極的に参加するとともに、関係者や地域住民等に対する権利擁護意識の醸成に努め、権利擁護支援が必要な対象者の早期発見や支援機関へのつなぎ、見守り等を地域全体で行っていくための取組の推進が求められる。

4) キャッシュレス決済による支援の構築、普及

本調査では、障害種別や日常生活自立支援事業の利用状況を問わず、「電子マネー」の利用状況が最も低かった(29.2%)。この結果を受けて、検討委員会では、今後の社会の動向を踏まえた支援の検討の重要性が確認された。

今後、人口減少に起因する金融機関の支店の閉鎖やATM設置の縮小、店舗における支払い手段の多様化が加速するものと考えられる。そのため、権利擁護支援を必要とする人への支援内容や手段においても、今後、社会全体で推進されるキャッシュレス化への対応は避けられない。

現在、一部の地域では日常的な金銭管理等に際して見守り機能のついたチャージ式プリペイドカードの活用の検討が進められている。このしくみでは使用履歴を本人が確認することも可能であり、本人自身によるセルフチェックによって金銭の自己管理意識を高める効果も期待できる。また、特に金融機関の店舗やATMの閉鎖が進む地域など、金融機関へのアクセスに支障

を来している地域においては、このようなキャッシュレス決済やプリペイドカード等の活用を図ることも、将来的には有効な手段のひとつになり得ると考えられる。

ただし、日常的な金銭管理を行う上でのキャッシュレス決済活用に関してはまだ実績も少なく、支援にあたっての課題や活用に適した対象者像も必ずしも明確ではない。(対象者の障害特性等を踏まえると、現金の手渡しによる支援が望ましいこともある。また、敢えて対象者本人との信頼関係を築くために現金の手渡しが望ましい場合もあると考えられる。)

今後、日常的な金銭管理支援の一つの手段として検討するために、キャッシュレス決済による支援実績を積み重ねて課題の抽出を図るとともに、活用による効果が期待できる対象者像、地域や場面などを整理することが必要である。

なお、日常生活自立支援事業は、本人の金銭管理を支援するためのしくみであり、本人の意思に基づかずに支援者が金銭管理を行うことは、権利侵害(財産権の侵害)になりかねないことを認識しておく必要がある。日常生活自立支援事業を実施する国、都道府県社会福祉協議会による周知とともに、市町村社会福祉協議会は権利擁護支援の地域連携ネットワークへの積極的な参加を通じて、日常的な金銭管理の目的や方法等を関係者・関係機関に正確に周知していくことが必要である。

(2) 今後政策として行われるべきこと

1) 契約締結判定ガイドラインの運用見直し、日常生活自立支援事業の体制強化

今回の調査結果では、日常生活自立支援事業の未利用者が同事業を利用していない理由として「本人が日常生活自立支援事業の利用を希望していない」が5割超を占めた。一方で、「日常生活自立支援事業の待機者が多い」の他、「希望しても使えない(時間がかかる、審査が厳しい)」等の意見も寄せられている(自由回答)。

待機者が多いことや契約締結までに時間がかかるといった課題への対応策として、検討委員会では、日常生活自立支援事業の実施体制強化の重要性が指摘された。

また、「利用までに時間がかかる」「審査が厳しい」という課題への対応策として、先行研究では意思決定支援の考え方にもとづき、他の介護・障害福祉サービス等の利用者が支援を受けて下記「確認項目」を理解して同意できる場合には、日常生活自立支援事業の契約締結が可能と考えられることが提案されている。これは、契約締結判定ガイドラインの実施の省略を含むものである¹⁰。

契約締結判定ガイドラインの運用見直し、同事業の実施体制の強化を通じて、契約締結までの時間短縮、業務の効率化等を図り、日常生活自立支援事業を支援が必要な希望者が利用でき

¹⁰ 一般財団法人日本総合研究所「日常生活自立支援事業実施のための手引き」様式, 令和4年度社会福祉推進事業「権利擁護支援の充実のための日常生活自立支援事業のあり方に関する研究事業」令和5年3月 (https://www.jri.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/12/R04suishin12_03.pdf) p. 5、41

るようにするための運用改善や環境整備が求められる。

＜日常生活自立支援事業の契約締結が可能であることを確認する項目＞

- ✓ 「誰によって何をしてもらえるのかを理解できていること」（サービス内容の理解）
- ✓ 「日常生活自立支援事業の利用希望」（サービス利用意思）
- ✓ 「利用料を支払うことへの理解と同意」

2) 認知症高齢者のアンメットニーズの解決に向けた支援体制の構築

今回調査対象となった日常生活自立支援事業の未利用者には認知症高齢者が多く、支援者の回答からは同事業利用者と比べて、福祉サービス利用や日常的金銭管理に関する支援がより必要な人が少なくない実態が明らかになった。また、これら未利用者のうち、約半数は本人が日常生活自立支援事業を希望していないことが確認された。

検討委員会では、本人が利用を希望していないことは客観的にみてニーズがないわけではなく、支援ニーズに辿り着けていない状態＝アンメットニーズの状況（本人が支援の必要性を認識していない、認識しにくい状況）であること、特に初期の認知症高齢者の場合には日常的な金銭管理面でこのような状態が顕著であり、認知症の進行に伴い状態像が悪化していくこと、こうしたアンメットニーズを「本人が希望していない」という理由でそのまま放置することは権利侵害にあたることが指摘された。

このようなアンメットニーズへの対応として、支援者は、その人が支援を希望していない状況に関しても、生活歴や選好、家族状況、置かれている環境、医療・ケアの関与の状況、地域との交流、社会参加の状況などを総合的に分析し^{11 12 13}、本人が支援の必要性を認識できていない構造を分析したうえで、時間をかけて働きかけていく必要がある。このような支援を行うためには、日常生活自立支援事業担当者だけでなく地域の関係者で本人を支える支援チームを構築し、本人への丁寧な意思決定と見守りをはじめとする各種支援を行っていく体制づくりが望まれる。

また、検討委員会では、上記アンメットニーズの問題解決に向け、第二期基本計画で進めら

¹¹ 研究分担者 高瀬頭功（大正大学）他「分担研究7.精神保健医療のニーズの満たされていない領域や対象（アンメットニーズ）についての検討」,「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」令和3(2021)年度, p. 573-581 (https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202118031A%E3%83%BCbuntan7_1.pdf)

¹² 認知症介護研究・研修東京センター「BPSDの軽減に資するケアの基本的考え方とケアの取り組みプロセス」, 2023年5月, 令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」(https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/230517/bpsd_keigen.pdf)

¹³ 東京大学「システムティックレビューとメタ分析：保健医療サービスへのアクセスを妨げる経済的障壁とその結果としての未充足のヘルスケアニーズ」2023年4月19日 (https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/news/HealthEconomicsReview_unmet_needs)

れている持続可能な権利擁護支援モデル事業（テーマ②簡易な金銭管理等を通じ、地域生活における意思決定を支援する取組）による支援体制構築の必要性も指摘された。

第二期基本計画では、全国どの地域においても権利擁護支援が必要な人の権利を保障するため、成年後見制度以外の権利擁護支援策を総合的に充実させることが記載されている。そのため、日常生活自立支援事業や成年後見制度以外の、権利擁護支援を担う新たな社会資源の開発・普及に向けて、国による総合的な支援方策の検討が期待される。

3) 既存法定事業の全国的整備や適切な役割分担に向けた働きかけ

今回の調査結果では、記憶力や理解力に問題がなく、かつ本人の状態像で「福祉サービス利用」「手続き、書類管理」「日常的な金銭管理」の3項目がいずれも概ね「声掛けがあればひとりでできる」レベルの対象者が1割程度確認された。これらの対象者は、知的障害又は精神障害があり、一人暮らしをしている方も多く、支援者による生活費の手渡しやお金の使い途に関して一緒に考える支援が行われていた。

これらの対象者の暮らす地域のうち、半数以上では障害福祉サービスの「自立生活援助」¹⁴の事業所がなく、あるいは事業所がある地域でも1~2事業所と限られている場合が多い状態であった。このことを踏まえると、概ね「ひとりでできる」ことが多い状態像の対象者層が日常生活自立支援事業を利用している理由として、「自立生活援助」のサービスの不足が影響していることが考えられる。

さらに、上記対象者のうち「限度額を超えた支払い（支出超過）」に関する課題がある人の4割以上は「依存症や依存傾向」にあった。この対象者層では生活保護受給者が75%と高いことが特徴である¹⁵。

本来、判断能力が低下していない人は、日常生活自立支援事業の対象とはいえない。そのような人については、生活保護制度で行われている被保護者家計改善支援事業や自立支援プログラムの金銭管理に関する支援のほうがより適切なこともある。

また、生活保護との役割分担については、一部の地域では、本事業が生活費の使い過ぎを防ぐ目的で、同事業の利用を生活保護の受給要件としている不適切な運用等がなされていることも指摘されている。日常生活自立支援事業が判断能力の不十分な被保護者の支援を行う場合においても、生活保護ケースワーカーと適切に役割分担を行うことが求められる。

今後、全国的に権利擁護支援を必要とする人の更なる増加を見据えると、国による自立生活援助や被保護者家計改善支援事業等の既存法定事業の更なる拡大が望まれる。また、スムーズな連携を図るために、国には、日常生活自立支援事業の目的や役割を関係機関へ周知することも期待される。

¹⁴ 自立生活援助事業所数 445（令和4年（2022年）10月1日現在）、「障害福祉サービス等事業所・障害児通所支援等事業所の状況」,「令和4年社会福祉施設等調査」

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/22/dl/kekka-kihonhyou02.pdf>)

¹⁵ なかには精神状態が落ち着いていない方も含まれているため、結果の読み取りには注意を要する。

4) 依存症・依存傾向にある人への金銭管理支援サービスの整備・創設

前述のとおり、日常生活自立支援事業の利用者には、判断能力が十分にあるが、依存傾向があり、支出管理ができないという課題を抱える対象者が確認されている。検討委員会では、日常生活自立支援事業でこうした対象者を支援する場合、依存症そのものに対するアプローチを基本とすることが適切であるとの指摘がなされた。

- 依存傾向のある人を支援する場合、依存症の回復支援機関や支援グループ等と連携、協力する。
- 精神保健分野の機関へ参画を依頼し、相談、助言を得る体制を構築する。特に、日常生活自立支援事業の金銭管理に対する疑問や不満から自己管理による解約の申し出がなされた場合、疑問や不満の背景を探り、その真意を丁寧に聞き取り、支援チームや契約締結審査会に伝え、対応を検討する。もし、解約となる場合は、日常生活自立支援事業から離れた後の支援体制についても相談する。

一方で、依存症や回復支援に関わるには、専門知識や経験が必要であり、現状の日常生活自立支援事業の生活支援員がその役割を担うには負担が大きいとの指摘もなされており、専門機関を巻き込んだ支援チームづくりの重要性が明らかとなった。

依存症や依存傾向のある人に対する金銭管理支援については、新たなサービスの創設を含む具体的な支援方策について、国レベルでの検討が望まれる。

5) スケール開発に向けた実態把握の実施

今後、全国的に権利擁護支援を必要とする人のさらなる増加を見据え、適切な支援が提供されるには、上述の1)～4)に加え、支援の必要性を測るスケールの開発も喫緊の課題といえる。

当初、本事業では、日常生活自立支援事業の利用の必要性を判断する「評価スケール(仮称)」の開発が求められていた。しかし、検討委員会における議論を通じて、将来的に「評価スケール(仮称)」を開発する第一歩として、日常生活自立支援事業の利用者の実態把握を行うこととなった経緯がある(詳細は「事業概要」)。

そこで本調査では、多くの関係者に協力いただき、日常生活自立支援事業の利用者/未利用者の状態像を把握し、日常的な金銭管理支援にとどまらない支援を必要としている人や支援につながっていない人の実態を明らかにした。しかし、今回の調査はあくまで抽出調査であり、調査結果には一定の限界があることは否めない。

今後、全国的に権利擁護支援を必要とする人の更なる増加を見据えると、それぞれの人に適切な支援を提供するためには、本事業で提案したアセスメントシートを用いて、権利擁護支援を必要とする人の実態把握によるデータの蓄積、分析が重要である。こうしたデータの積み重ねを通じて、信頼性、妥当性に耐えうる日常的な金銭管理を通じた生活支援、権利擁護支援の必要性を見極めるスケールの開発が可能になると考える。

第2部

令和5年度版アセスメントツール

支援の流れとポイント

～意思決定支援や PDCA サイクルを意識した支援及び様式活用の促進～

令和 4 年度調査研究事業では、社会状況の変化や法制度等の整備、変更等に伴い、日常生活自立支援事業の効果的な実施方策の検討及び地域を問わず一定の水準で同事業を利用できる体制構築に向けた一助となることをめざして、各種調査等から得られた示唆を提案事項として取りまとめた「手引き」、「様式(6 種類)」を作成し、厚生労働省に対して提案した¹⁶ ¹⁷。

本章では、令和 4 年度調査研究事業で作成、提案した様式 6 種類を用いて、相談受付から契約の終了に至るまでの各段階で、関係部署・機関等と連携しながら、本人の自己決定をできる限り尊重し、日常生活自立支援事業が提供するサービスによって本人の生活を支える支援の流れ及び様式のポイント、留意点等を説明する。

さらに、令和5年度調査研究事業を受けて、対象者により適切な支援を提供する観点から、以下の様式に各項目を新設した。

- アセスメントシート:令和5年度調査研究事業で実施した調査結果から明らかになった「支払いの優先順位付けが困難」、「限度額を超えた支払い」の課題を抽出し、適切な社会資源に繋げることを促すことを目的に項目を新設。
- モニタリングシート:日常生活自立支援事業で支援する中で、特に「支出超過」が頻繁な利用者への対応について支援チームや契約締結審査会への相談を促し、適切な社会資源に繋げていくことを目的に、項目を新設。

¹⁶ 一般財団法人日本総合研究所「日常生活自立支援事業実施のための手引き」様式, 令和 4 年度社会福祉推進事業「権利擁護支援の充実のための日常生活自立支援事業のあり方に関する研究事業」令和 5 年 3 月 (https://www.jri.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/12/R04suishin12_03.pdf)

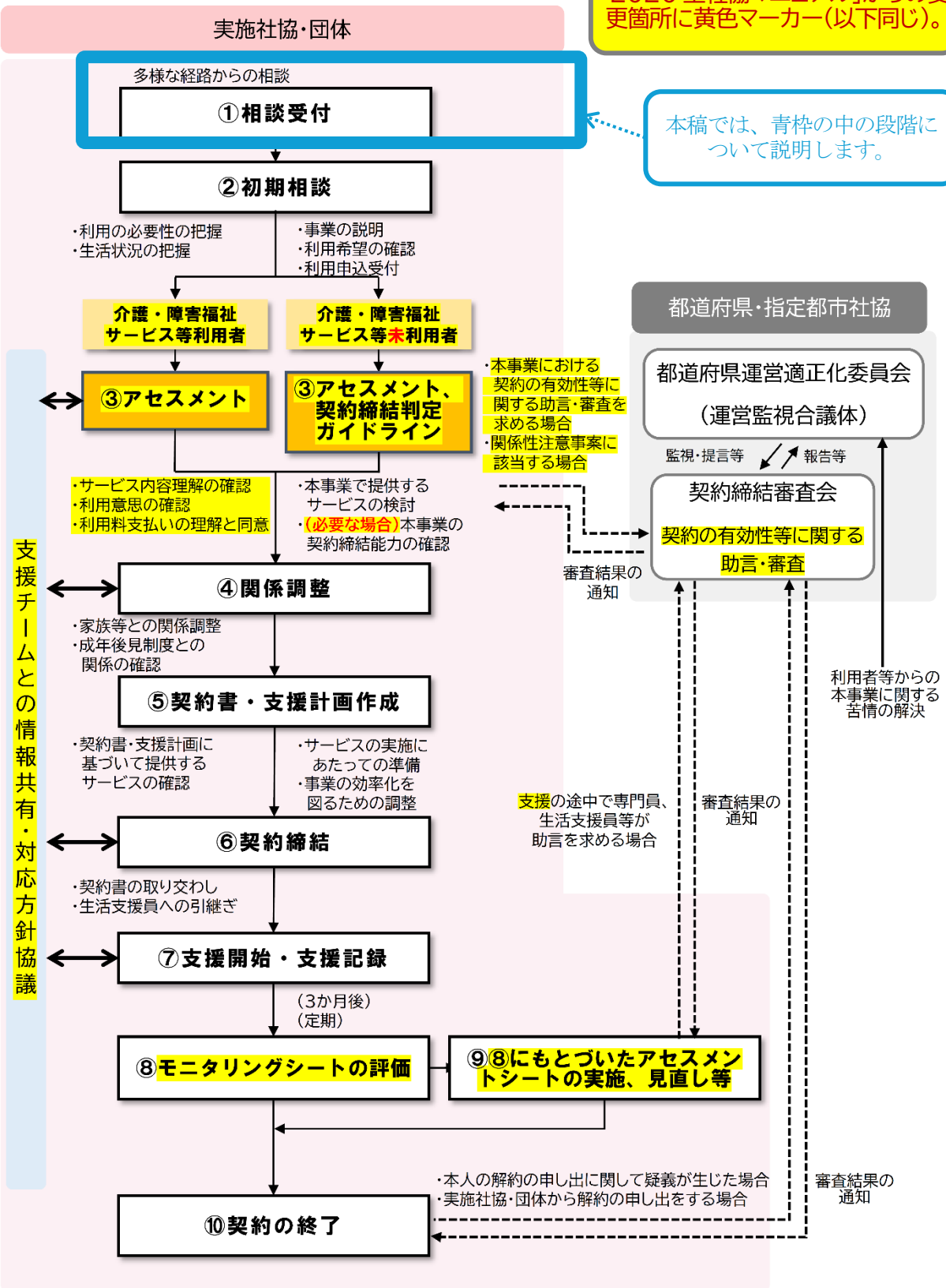
¹⁷ 本手引き・様式は「2020 年 日常生活自立支援事業推進マニュアル [改訂版]」(全国社会福祉協議会発行)を参考に作成、厚生労働省に対して提案を行ったもので、支援の質の向上及び業務の効率化の軽減に有効と考える様式 6 種類を掲載します(年間の記入回数が少ない様式等は、各社協が従来活用されている様式の継続利用を想定しています)

1. 相談受付段階

基本的な支援の流れは下図のとおりです。

「2020 全社協マニュアル」からの変更箇所に黄色マーカー(以下同じ)。

本稿では、青枠の中の段階について説明します。



(1) 相談受付段階のポイントと留意点

- 日常生活自立支援事業における支援は「本人の利用意思に基づいて提供されること」及び「本人の同意に基づいて個人情報の提供等がなされること」を原則とします。そのため、ケアマネジャーや相談支援専門員等の支援者（生活保護ケースワーカー、自立相談支援機関、医療機関等）からの相談の場合は、本人から個人情報の取扱いに関する同意を得たうえで相談してもらおうよう、相談者に協力を求めます。
- 本人の利用意思の確認はできていないが、相談者から日常生活自立支援事業の利用可能性の有無や利用した場合の本人への影響等について意見等を求められた場合には、主催されている会議¹⁸における個人情報の取扱いの運用に従います。

(2) 「相談申込・受付票」の主な変更点と活用場面

●「相談申込・受付票」の主な変更点

- ・ 「相談申込・受付票」は、以下を目的として、様式の見直し（構成・項目の新設・配置）を行いました。

✓「相談概要(相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等)」:

◇相談者からみて、日常生活自立支援事業の利用が必要と考える理由、本人の状況や、本人からの同意を得ることを促す項目を新設

✓「本人の状況(支援計画作成担当者等のケアプラン等添付)」:

◇記録の効率化をめざし、日常生活自立支援事業で提供する支援を中心とした、項目の絞り込み（介護・障害福祉サービス利用者の場合、ケアプランや課題の整理・分析様式、障害分野の支援計画等の添付で対応）

✓「生活歴、人柄・選好、こだわり、配慮すべきこと」欄:

◇本人の意思決定を重視した「生活歴、選好、こだわり等」欄、個人情報提供に関する「本人同意」欄の新設

✓「今後の対応」:

◇将来的な介護・障害福祉サービスの利用や、本事業利用に関して親族間での同意が得られていない場合等において検討する「今後の対応」欄を新設

●「相談申込・受付票」の活用場面

- ・ ケアマネジャーや相談支援専門員等の支援者（生活保護ケースワーカー、自立相談支援機関、医療機関等）、本人、家族・親族からの（初回）相談受付時

¹⁸ 例えば、重層的支援体制整備事業における支援会議において、日常生活自立支援事業のサービス提供が可能かどうか、意見を求められた場合には、「支援会議の実施に関するガイドライン」に従って個人情報を取扱います。

「相談申込・受付票」

相談申込・受付票			
No.	—	ご本人以外の相談者の方は、わかる範囲でご記入ください。	
受付日	年 月 日	受付者	
相談者	氏名	所属	
	職種	電話	
相談概要 相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業のサービスを利用したほうが良いと思われる人がいるので、相談したい。 その他特記事項があれば記入			
本事業を利用する理由・本人の状況 <input type="checkbox"/> 通帳・印鑑等を紛失する <input type="checkbox"/> 一人では金融機関に行くことができない <input type="checkbox"/> 一人では金融機関で出金ができない <input type="checkbox"/> 公共料金等の滞納がある <input type="checkbox"/> 家賃等の滞納がある <input type="checkbox"/> 医療・介護サービス等の滞納がある <input type="checkbox"/> 一人では生活費の支払いができない <input type="checkbox"/> 消費者被害に遭ったことがある <input type="checkbox"/> 一人では郵便物を開封しない <input type="checkbox"/> 一人では必要な申請・契約等の手続きができない <input type="checkbox"/> その他(上記 特記事項に記入)		以下の項目の確認をお願いします。 下記 1～3 おすべてについて満たしていない場合には、契約ができません。 本人の理解・利用意思や同意を得てから再度ご相談ください。 (本サービスの利用に関する意向等について) <input type="checkbox"/> 1. 本事業のサービス内容を理解している <input type="checkbox"/> 2. 本事業のサービス利用・支援を受ける意思がある <input type="checkbox"/> 3. 利用料金を支払うことについての理解と同意がある (本人が利用を希望するサービス) <input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービス <input type="checkbox"/> 書類等預かりサービス	
本人の状況 <input type="checkbox"/> 支援計画作成担当者等のケアプラン等添付			
フリガナ 本人氏名		男 女	住 所 〒 TEL
生年月日	T S H 年 月 日 満 歳	家族等 緊急連絡先	氏名 TEL 続柄
疾病・病歴 障害	判断能力低下の原因疾患・障害名も記入	家族関係図 <input type="checkbox"/> 詳細は別添参照	
医療機関名 主治医			
心身の状況 判断能力			
住居状況			
経済状況	主な収入 _____ 円 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 主な支出 _____ 円 <input type="checkbox"/> 居住費 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 介護費 <input type="checkbox"/> 光熱費 <input type="checkbox"/> 生活費 <input type="checkbox"/> 金額不明 財産状況(不動産・資産、負債、財産状況変動の可能性など)		
支援状況等 (就労状況含む)	介護・障害の認定・区分状況 <input type="checkbox"/> 介護認定【 <input type="checkbox"/> 申請・変更中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()】 <input type="checkbox"/> 障害支援区分【 <input type="checkbox"/> 申請中・変更中 区分()】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 支援計画作成者 <input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input type="checkbox"/> 相談者とは別(氏名) 利用している介護・障害福祉サービス等 就労先・状況		
生活歴、人柄・嗜好、こだわり、配慮すべきこと			
今後の対応	<input type="checkbox"/> 相談継続 訪問日程(月 日予定)、同行者(<input type="checkbox"/> 相談者と同じ、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用している → アセスメントシートを使用 <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用していない → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 親族等で、利用に反対している人がいる → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 相談対応終了→つなぎ先等		
日常生活自立支援事業の契約に向けて、必要な情報を社会福祉協議会に提供することに同意します。 本人氏名 _____ (代筆の場合には、代筆者氏名 _____)			

解説 「相談申込・受付票」

相談を受け付ける際に職員が記入するほか、相談者があらかじめ記入することも想定して作成しています。

相談申込・受付票

No.	-		ご本人以外の相談者の方は、わかる範囲でご記入ください。	
受付日	年 月 日	受付者		
相談者	氏名	所属		
	職種	電話		
相談概要 相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等				
<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業のサービスを利用したほうが良いと思われる人がいるので、相談したい。 その他特記事項があれば記入				
本事業を利用する理由・本人の状況		以下の項目の確認をお願いします。		
<input type="checkbox"/> 通帳・印鑑等を紛失する <input type="checkbox"/> 一人では金融機関に行くことができない <input type="checkbox"/> 一人では金融機関で出金ができない <input type="checkbox"/> 公共料金等の滞納がある <input type="checkbox"/> 家賃等の滞納がある <input type="checkbox"/> 医療・介護サービス等の滞納がある <input type="checkbox"/> 一人では生活費の支払いができない <input type="checkbox"/> 消費者被害に遭ったことがある <input type="checkbox"/> 一人では郵便物を開封しない <input type="checkbox"/> 一人では必要な申請・契約等の手続きができない <input type="checkbox"/> その他(上記 特記事項に記入)		下記1~3すべてについて満たしていない場合には、契約ができ 本人の理解・利用意思や同意を得てから再度ご相談ください。 <本サービスの利用についての意向等について> <input type="checkbox"/> 1. 本事業のサービス内容を理解している <input type="checkbox"/> 2. 本事業のサービス利用・支援を受ける意思がある <input type="checkbox"/> 3. 利用料金を支払うことについての理解と同意がある <本人が利用を希望するサービス> <input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的な金銭管理サービス <input type="checkbox"/> 書類等預かりサービス		
本人の状況 <input type="checkbox"/> 支援計画作成担当者等のケアプラン等添付				

このほか、「日常生活自立支援事業の利用が可能かどうか相談したい」「日常生活自立支援事業による支援内容を本人に説明してほしい」といった相談が入ることも考えられます。その場合には、このチェックをつけず、特記事項に記入します。

相談者に、本事業は本人の同意に基づく支援であることを理解してもらうため、この欄を設けています。

フリガナ 本人氏名			男 女	住 所	TEL
生年月日	T S H	年 月 日 満 歳	家族等 氏名		続柄
疾病・病歴 障害	判断能力低下の原因疾患・障害名も記入		家族関係図 <input type="checkbox"/> 詳細は別添参照		
医療機関名 主治医					
心身の状況 判断能力					
住居状況					
経済状況	主な収入 _____ 円 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 主な支出 _____ 円 <input type="checkbox"/> 居住費 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 介護費 <input type="checkbox"/> 光熱費 <input type="checkbox"/> 生活費 <input type="checkbox"/> 財産状況(不動産・資産、負債、財産状況変動の可能性など)				
支援状況等 (就労状況含む)	介護・障害の認定・区分状況 <input type="checkbox"/> 介護認定[<input type="checkbox"/> 申請・変更中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/>)] <input type="checkbox"/> 障害支援区分[<input type="checkbox"/> 申請中・変更中 区分(<input type="checkbox"/>)] <input type="checkbox"/> 自立支援医療 支援計画作成者 <input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input type="checkbox"/> 相談者とは別(氏名) 利用している介護・障害福祉サービス等 就労先・状況				
生活歴、人柄・嗜好/こだわり、配慮すべきこと					
今後の対応	<input type="checkbox"/> 相談継続 訪問日程(月 日予定)、同行者(<input type="checkbox"/> 相談者と同じ、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用している → アセスメントシートを使用 <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用していない → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 親族等で、利用に反対している人がいる → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 相談対応終了→つなぎ先等				
日常生活自立支援事業の契約に向けて、必要な情報を社会福祉協議会に提供することに同意します。					
本人氏名	(代筆の場合は、代筆者氏名)				

本人との信頼関係の構築、支援計画原案作成のために、相談者に対し、利用希望者への個人情報提供への同意取り付けの協力を求め、利用者のケアプランや課題の整理・分析様式、障害分野の支援計画等を提供いただきます。

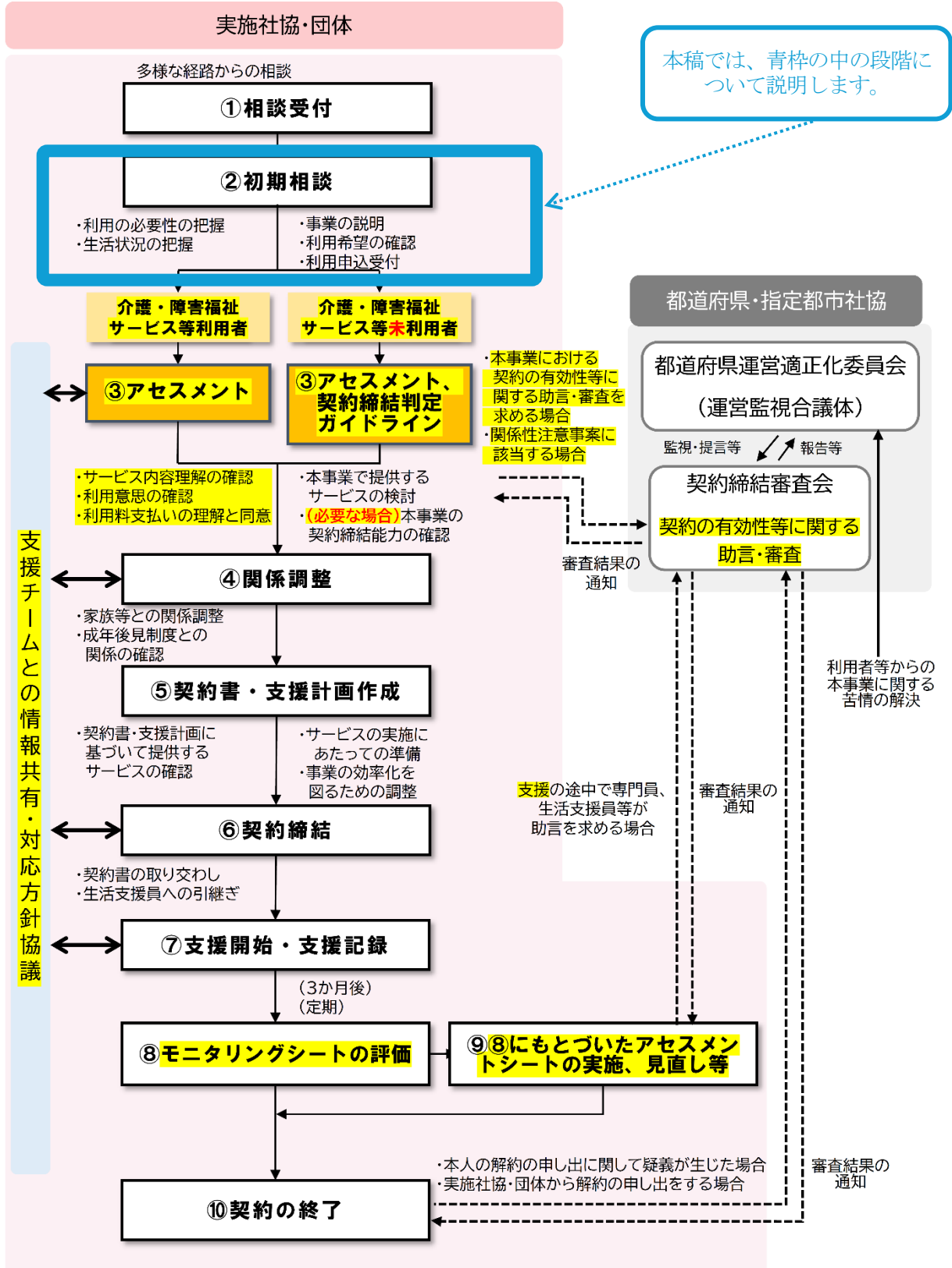
本事業の利用に反対している親族等がある場合には、契約締結判定ガイドラインを用いて能力確認を行ったうえで、契約締結審査会に諮ると、円滑に支援を開始することができます。

本事業では、意思決定支援を重視しています。本人との信頼関係を構築して意思決定を支援するために、選好や価値観、こだわっていること等を確認する欄を設けています。

本人の情報を提供することについて、本人の署名欄を設けました。本人の署名とケアプラン等の提供がなければ相談を受け付けないということではありませんが、可能な限り、本事業の利用に係る個人情報提供についての本人の署名は残しておきたいものです。

本人が要介護状態等の理由で署名できず代筆者が署名している場合には、代筆者氏名欄に代筆者名を記入します。

2. 利用申し込み段階



(1) 利用申し込み段階のポイント、留意点

- 本人が契約内容を理解し、サービスの利用意思及び利用料の支払いに関する同意を得たうえで、日常生活自立支援事業の利用に関する申し込み手続きを進めます。
- 本人から個人情報の取扱いに関する同意を得て、専門員は、アセスメントに必要な、本人及び関係機関・部署から情報収集を行います。

(2) 「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」の主な変更点と活用場面

●「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」の主な変更点

- ・ 「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」は、「〇〇〇サービス利用申込書」（「2020 全社協マニュアル」 p. 251）をもとに、以下の通り見直し（構成・項目の新設・配置）を行いました。

✓「個人情報取扱同意書」:

◇本人からの同意を得たうえで、情報収集やアセスメントを行う流れを意図し、「サービス利用申込書」に「個人情報取扱同意書」を新設

✓「希望・配慮してほしいこと等」:

◇本人の意思決定支援を重視した計画作成、支援の実施をめざすことを意図した「希望・配慮してほしいこと等」欄を新設

✓「預かり品等の返還が生じた場合のあなた以外の返還先」や「預かり品等の保存期限」への同意:

◇利用者死亡による契約終了ケースの増加に備え、日常生活自立支援事業を円滑に終了できるよう「預かり品等の返還先」や「預かり品等の保存期限」への同意欄を新設

●「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」の活用場面

- ・ 本人が本事業の利用希望意思を示した場面

「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」(表面)

年 月 日

日常生活自立支援事業
サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書

社会福祉法人 社会福祉協議会 御中

下記のサービスの利用を申込みます。また、下記のサービスの利用にともない、私の自立・生活支援、社会参加のために必要な個人情報について貴社会福祉協議会に提供するとともに、支援に必要な範囲において、外部の者に対して個人情報を提供し、また、取得することに同意します。

ふりがな	
氏名	*署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)
住所	〒
電話番号	
生年月日	年 月 日 歳
申込みサービス	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む
希望・配慮してほしいこと等	
代筆者	代筆している場合には、代筆者氏名を記入

※日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを申し込む場合に以下を記入

預かり品等の返還が生じた場合のあなた以外の返還先	氏名	続柄
	住所・連絡先	TEL
連絡への同意	上記連絡先へ連絡をとることに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
預かり品等の保存期限	返却できなくなった預かり品等の保存の期限を10年とし、期限を過ぎた場合は処分することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

※親族の連絡先が不明の場合に以下を記入

親族の連絡先が不明の場合の対応	親族を探すことを専門職に依頼することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
-----------------	--

解説 「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」(表面)

年 月 日

**日常生活自立支援事業
サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書**

社会福祉法人 社会福祉協議会 御中

下記のサービスの利用を申込みます。また、下記のサービスの利用にともない、私の自立・生活支援、社会参加のために必要な個人情報について貴社会福祉協議会に提供するとともに、支援に必要な範囲において、外部の者に対して個人情報を提供し、また、取得することに同意します。

ふりがな		
氏名	*署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)	
住所	〒	
電話番号		
生年月日	年 月 日	歳
申込みサービス	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む	
希望・配慮してほしいこと等		
代筆者	代筆している場合には、代筆者氏名を記入	

※日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを申し込む場合に以下を記入

預かり品等の返還が生じた場合のあなた以外の返還先	氏名	続柄
	住所・連絡先	TEL
	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 親族はいる(と思う)が連絡先は不明	
連絡への同意	上記連絡先へ連絡をとることに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
預かり品等の保存期限	返却できなくなった預かり品等の保存の期限を10年とし、期限を過ぎた場合は処分することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

※親族の連絡先が不明の場合に以下を記入

親族の連絡先が不明の場合の対応	親族を探すことを専門職に依頼することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
-----------------	--

この書式は、表面が「サービス利用申込書」、裏面が「個人情報取扱同意書」となっています。

ここにチェックがついた場合には、その下の「親族の連絡先が不明の場合の対応」の欄に進みます。

民法の保存期間が10年であることから（民法第167条（債権等の消滅時効）債権は、十年間行使しないときは、消滅する）、本様式でも預かり品等の保存期限を10年と設定しています。また、預かり品等の保存期間に加え、保存の期限が過ぎた場合に、処分することまで含めての意思確認をしています。

契約時から預かり品の返還について意識することが重要であることから、この欄を設けました。本事業の申込み段階から、預かり品等の返還先の確認、連絡を取ることに同意を得ます。親族がいても連絡先を探すことに同意が得られない場合、支援の過程で（例えばモニタリングの際などに）、気持ちが変わっているかどうか、確認していきます。預かり証を作成している場合は、預かり証の下にこの欄の内容を確認することが考えられます。

「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」(裏面)

日常生活自立支援事業 個人情報取扱説明事項

以下、「日常生活自立支援事業」を「本事業」といい、
「社会福祉協議会」を「本会」といいます。

1. 個人情報の利用目的について

- ・本事業であなたの生活をお手伝いすることで、地域の中で安心して生活を送れるように、個人情報を教えてもらったり、利用したりします。

2. 個人情報の取得について

- ・あなたの個人情報は、本事業でお手伝いをするために必要なことだけをお聞きします。
- ・必要に応じて、あなたの生活を支えている他の関係者に情報をお聞きすることがあります。
- ・関係者にお聞きする必要がある場合、関係者にお聞きして良いかどうかをあなたに確認します。

3. 個人情報の利用について

- ・本事業では、関係者と相談したり、協力したりしながらあなたの生活をお手伝いします。
- ・お手伝いをする中で、教えていただいた個人情報を関係者にお伝えすることがあります。
⇒本事業であなたの生活をお手伝いすることができるか、会議で決めるとき（必要があれば）本事業であなたの生活を正しく支えられているかを確認するとき関係者の方と相談することが必要なとき

4. 個人情報の本事業目的以外への利用および第三者への提供について

- ・あなたの個人情報は、あなたの同意なく他のことに使ったり、他の人に伝えたりしません。
- ・ただし、災害や事故・病気などであなたの身に何かあったときは、あなたに伝えても良いかどうかを聞く前に、他の人に伝えることもあります。

5. 個人情報の管理について

- ・あなたの個人情報は、本会で安全に管理・保管します。

6. 個人情報の本人への開示について

- ・本会に保管されているあなたの個人情報について、あなた自身が知りたいときは、本会にお伝えいただくことで、原則お伝えします。

7. 職員等の義務について

- ・あなたがこの事業を辞めた後も、また本会職員が仕事を辞めたあとも、あなたの個人情報を漏らすことはありません。

解説 「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」(裏面)

日常生活自立支援事業 個人情報取扱説明事項

以下、「日常生活自立支援事業」を「本事業」といい、
「社会福祉協議会」を「本会」といいます。

個人情報の取り扱いについて本人に説明する際に使用し、このページを本人に渡すことを想定して作成しています。

1. 個人情報の利用目的について

- ・本事業であなたの生活をお手伝いすることで、地域の中で安心して生活を送れるように、個人情報を教えてもらったり、利用したりします。

2. 個人情報の取得について

- ・あなたの個人情報は、本事業でお手伝いするために必要なことだけをお聞きします。
- ・必要に応じて、あなたの生活を支えている他の関係者に情報をお聞きすることがあります。
- ・関係者にお聞きする必要がある場合、関係者にお聞きして良いかどうかをあなたに確認します。

3. 個人情報の利用について

- ・本事業では、関係者と相談したり、協力したりしながらあなたの生活をお手伝いします。
- ・お手伝いをする中で、教えていただいた個人情報を関係者にお伝えすることがあります。
⇒本事業であなたの生活をお手伝いすることができるか、会議で決めるとき（必要があれば）本事業であなたの生活を正しく支えられているかを確認するとき関係者の方と相談することが必要なとき

4. 個人情報の本事業目的以外への利用および第三者への提供について

- ・あなたの個人情報は、あなたの同意なく他のことに使ったり、他の人に伝えたりしません。
- ・ただし、災害や事故・病気などであなたの身に何かあったときは、あなたに伝えても良いかどうかを聞く前に、他の人に伝えることもあります。

5. 個人情報の管理について

- ・あなたの個人情報は、本会で安全に管理・保管します。

6. 個人情報の本人への開示について

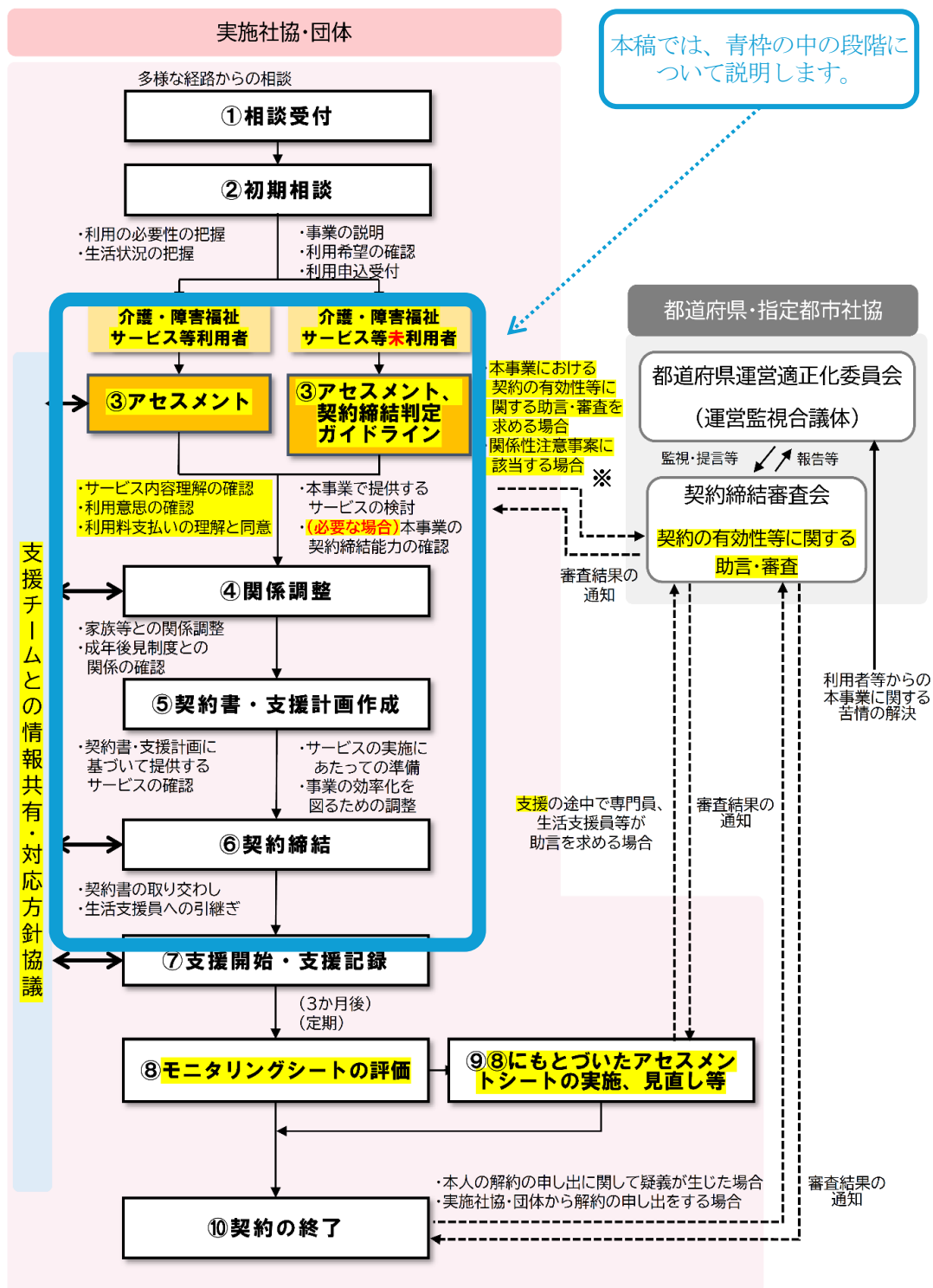
- ・本会に保管されているあなたの個人情報について、あなた自身が知りたいときは、本会にお伝えいただくことで、原則お伝えします。

7. 職員等の義務について

- ・あなたがこの事業を辞めた後も、また本会職員が仕事を辞めたあとも、あなたの個人情報を漏らすことはありません。

3. アセスメント段階、契約書・支援計画作成段階

本調査研究事業で「支援計画」の様式は作成していませんが、「参考 様式を活用した支援の流れ」では「2020 全社協マニュアル」に掲載されている「支援計画」をもとに、各事例の「支援計画」を掲載しています。



※関係性注意事項：厚生労働省 社会・援護局 地域福祉課 成年後見制度利用促進室、「成年後見制度利用促進現状調査等一式」報告書（本編），令和4（2022）年3月，（<https://www.mhlw.go.jp/content/001042742.pdf>），p.32「（意識的か・無意識的かを問わず）本人と相手方（※）との関係性による濫用が生じないか注意を要する事案。本人が不安や不満等を口にしないことも、関係性による濫用が生じやすいことに配慮するとともに、当該事案に該当すると想定された場合、第三者を交えて本人への意思確認や手続き等を慎重に行うことや、法律、福祉等の専門職が関与する第三者への相談の必要性を促すことを原則とすることを提案する。ただし、当該事案に該当したことをもって、契約等の解除をただちに求めたり、禁止したりするものではない。 ※相手方：サービス提供事業者、権利擁護実施団体（市町村社協、法人後見実施団体等）」

(1) アセスメント段階のポイント、留意点

①日常生活自立支援事業の契約締結が可能かどうかを確認することについての考え方

- アセスメントは、本人及び関係部署・機関から収集した情報を整理し、本人にとって適切な支援計画を作成することを目的に行います。
- ここでは、意思決定支援の考え方にもとづき、支援を受けて以下の「確認項目」を理解、同意できる場合には、本事業の契約締結が可能と考えます。

<日常生活自立支援事業の契約締結が可能であることを確認する項目>

- ✓ 「誰によって何をしてもらえるのかを理解できていること」(サービス内容の理解)
- ✓ 「日常生活自立支援事業の利用希望」(サービス利用意思)
- ✓ 「利用料を支払うことへの理解と同意」

②「契約締結判定ガイドライン」や契約締結審査会の活用に関する考え方

- 本事業の支援内容は、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理サービス、書類等の預かりサービス等です。
- 本人との契約にもとづいて介護・障害福祉サービスを利用している人の場合、本事業と同程度の「契約締結能力」があると考えられることから、「契約締結判定ガイドライン」の実施を省略しても差し支えありません。
- また、すでに介護・障害福祉サービスを利用している人で、契約締結能力に疑問がある場合でも、契約締結能力の有無や程度を客観的に確認できれば「契約締結判定ガイドライン」の実施を省略しても差し支えありません（下表の例を参照）。
- 一方、実施社協・団体において必要と判断された場合には、「契約締結判定ガイドライン」の実施や契約締結審査会に諮ることもできることとします（下表の例を参照）。

<契約締結判定ガイドラインを省略しても差し支えないと考えられる例>

- ✓ 介護・障害福祉サービスの利用申請中、または入院中(退院前)等で、本人からの同意を得て主治医から客観的な意見を求めやすい状況にある場合
- ✓ 地域連携ネットワークに参画する専門職からの助言を求められる場合 等

<「契約締結判定ガイドライン」の実施が想定される例>

- ✓ 契約締結前:支援チームが形成されていない人の、本事業への利用相談・申し込みの場合（医療機関からの退院、福祉サービスの未利用、生活困窮相談機関からの相談の場合等）
- ✓ 契約締結時～支援開始後:契約や代理権授与の有効性について疑義を唱えられる可能性が想定される場合(介護・障害福祉サービスの契約締結時期から、日常生活自立支援事業の契約締結時期までに相当の時間が経過しており、本人の判断能力や日常生活自立支援事業における支援内容等への理解に疑義があると推定される場合) 等

③「支援計画」作成にあたっての情報及び課題整理の考え方

- 介護・障害福祉サービス等利用者の場合、本人の同意を得たうえで、本人のケアマネジャーや相談支援専門員等に対し、課題の整理・分析様式等の提供も依頼します。本人のケアマネジャーや相談支援専門員等が作成する支援計画（総合的な援助の方針）と、日常生活自立支援事業における支援の整合性が図れるよう、課題の整理・分析を通じて支援計画を作成します（アセスメントシートをもとにした支援計画の作成、支援の実施の概要（記入例）は本手引き「様式を活用した支援の流れ」を参照）。
- また、支援チームとして、本人への支援の質の確保、向上に努めたり、必要な地域資源の開発につなげられるよう、適宜、本人が利用している他のサービス提供機関・事業者、本人の支援者等とアセスメントの結果を共有しましょう。

(2) 「アセスメントシート」の主な変更点と活用場面

●「アセスメントシート」の主な変更点

- ・ 「アセスメントシート」は、以下を目的として、様式の見直し（構成・項目の新設・配置）を行いました。

✓「I. 本人の状況」:

◇ 記録の効率化をめざし、日常生活自立支援事業で提供する支援を中心とした項目の絞り込み（介護・障害福祉サービス利用者の場合、ケアプランや課題の整理・分析様式、障害分野の支援計画等の添付で対応）

✓「II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思」:

◇ 意思決定支援の考え方を取り入れた項目を新設

✓「III. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認」、「IV. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性」:

◇ 本人が必要とする支援内容を検討することを意識化した項目を新設（「日常生活自立支援事業で解決できる範囲の内容か、他法他施策による支援が適切か。また優先か。」）

✓「V. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)」:

◇ 「III」「IV」で整理した課題を解決する手段と支援目標を新設（「サービス利用（どのサービスで解決するか）」、「課題と支援目標（どのような目標を設定するか）」）

●「アセスメントシート」の活用場面

- ・ 支援計画作成にあたっての情報整理場面
- ・ 支援開始後、再アセスメントが必要な状況となった場合（本人の生活状況が変化した場合、支援終了が考えられる場合、計画どおりに支援が行えない場合等）

「アセスメントシート」(表面)

アセスメントシート

No.	-	担当者	
訪問日	年 月 日	同席者	<input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input type="checkbox"/> 違う場合記入()

フリガナ 本人氏名		男 女	住 所	〒 TEL
生年月日	T S H 年 月 日 満 歳	家族等 緊急連絡先		氏名 TEL 続柄

I. 本人の状況 ケアプラン等添付情報参照 (ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入)

判断能力の 状況	<input type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分※その場合は、日目ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 対象外	CW:	TEL:
収入源	収入区分	内 容	金 額
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	合 計		約 円/月
財産等の 状況	<input type="checkbox"/> 預貯金()万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input type="checkbox"/> 借入なし <input type="checkbox"/> 借入あり 総 額()円 <input type="checkbox"/> 不明 返 済 額(円/月) 借入先()残額() 返 済 額(円/月) 借入先()残額() その他()		
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input type="checkbox"/> 一人で行っている <input type="checkbox"/> 支援者が支援している() <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況		
親族との 関係			

II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思

強み、大切にしていること・好きなこと
嫌なこと・されたくないこと
どのような生活を希望しているか？親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)

解説 「アセスメントシート」(表面)

アセスメントシート			
No.	-	担当者	
訪問日	年 月 日	同席者	<input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input type="checkbox"/> 違う場合記入()
フリガナ 本人氏名		男 女	住 所 〒 TEL
生年月日	T S H 年 月 日 満 歳	家族等 緊急連絡先	氏名 TEL 続柄
I. 本人の状況 <input type="checkbox"/> ケアプラン等添付情報参照 (ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入)			
判断能力の 状況	<input type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分 ※その場合は、日付ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 対象外	CW:	TEL:
収入源	収入区分	内 容	金 額
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	合 計		約 円/月
財産等の 状況	<input type="checkbox"/> 預貯金()万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input type="checkbox"/> 借入なし <input type="checkbox"/> 借入あり 総 額()円 <input type="checkbox"/> 不明		
	返済額()円/月	借入先()	残額()
	返済額()円/月	借入先()	残額()
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input type="checkbox"/> 一人で行っている <input type="checkbox"/> 支援者が支援している() <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況		
親族との 関係			
II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思			
強み、大切にしていること・好きなこと			
嫌なこと・されたくないこと			
どのような生活を希望しているか？親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)			

利用者のケアプランや課題の整理・分析様式、障害分野の支援計画等の添付情報に書かれている場合にはそれを参照することとし、全てを記入しなくても良い欄として作成しています。

日常生活自立支援事業は、判断能力が不十分な人を対象とした事業ですので、判断能力が十分な人の場合には、別の支援の方法の検討を促しましょう。

どのような支援を必要としているかだけでなく、本人の強み、大切にしていること、好きなことなど、ストレングスの視点で確認し、今後の支援を組み立てます。

本人の生活への希望は、本人に直接確認して記入します。親族がいる場合には、本人の親族への思いも聞き取っておくと、その後の支援において、参考とすることができます。

「アセスメントシート」(裏面)

Ⅲ. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認 ()内には、特記事項がある場合に記入

支援者からの情報	本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること	
福祉サービスの利用援助	<input type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) () <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的金銭管理に関すること	
金融機関からの出金 支払い行為 収入額・支出額に関する本人の認識 収入に応じた支出管理・優先順位付 債務整理等	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 認識有 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆申請・手続き・契約支援に関すること	
必要な申請・手続き・契約 不利な契約(消費者被害など)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 契約しそつがない <input type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い <input type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること	
通帳や土地の権利書などの管理 郵便物を開封して書類を読むこと	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明

日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ

	◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対しての本人の意向・思い
日常的な支援	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(□同行・□代行) <input type="checkbox"/> 支払い支援(□サービス利用料 □家賃 □その他) <input type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input type="checkbox"/> 重要書類預かり(通帳・土地の権利書等) <input type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入
一時的な支援	<input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律顧問による支援へのつなぎ <input type="checkbox"/> 行政手続き等支援(公営住宅の継続申請や給付金等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援	

Ⅳ. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 下記は特に必要なし

◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがいたら、一旦つなぐ
<input type="checkbox"/> 医療等へのつなぎが必要 (どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 虐待通報が必要 (通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します <input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつなぎが必要 (□中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性
※ここにチェックがいたら、一旦つなぐことを検討 <input type="checkbox"/> 法テラスの利用 <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用 <input type="checkbox"/> グアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援 <input type="checkbox"/> 生活保護 CWとの役割分担の確認 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input type="checkbox"/> 依存症の回復支援 <input type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他()

Ⅴ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)

日常生活自立支援事業の利用	<input type="checkbox"/> する (□福祉サービス利用援助 □日常的金銭管理 □書類預かり) →契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input type="checkbox"/> しない (□本人に利用意向なし □その他の支援を優先) つなぎ先等 _____ <input type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標

解説 「アセスメントシート」(裏面「Ⅲ」)

支援者からの情報		本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること		
福祉サービスの利用援助	<input type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) () <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的な金銭管理に関すること		
金融機関からの出金	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり
支払い行為	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
収入額・支出額に関する本人の認識	<input type="checkbox"/> 認識有 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	
収入に応じた支出管理・優先順位付	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	
債務整理等	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	
◆申請・手続き・契約支援に関すること		
必要な申請・手続き・契約	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり
不利な契約(消費者被害など)	<input type="checkbox"/> 契約しそわない <input type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い	<input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること		
通帳や土地の権利書などの管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり
郵便物を開封して書類を読むこと	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ		
◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対しての本人の意向・思い	
日常的な支援 <input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(□同行・□代行) <input type="checkbox"/> 支払い支援(□サービス利用料 □家賃 □その他) <input type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input type="checkbox"/> 重要書類預かり(通帳・土地の権利書等) <input type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入	
一時的な支援 <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律職による支援へのつなぎ <input type="checkbox"/> 行政手続き等支援(公営住宅の継続申請や給付金等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援		

左側は支援者から聞き取って記入し、右側は、本人からの情報を記入します。支援者が「支援が必要」と感じているにも関わらず、本人に課題認識がない場合には、本事業の利用意向が固まらないことがあります。その場合には、このアセスメントシートで、認識にずれがあることを説明し、相談者や他の支援者とともに、本人へのアプローチ方法を考えましょう。

本人と面接した専門員が具体的に必要であると考えた支援内容にチェックをします。チェックをした右側の空欄に具体的な支援についてメモをしていくことができます。生活支援員が中心となって行う定期的な支援と、事前調整や臨時支援として専門員が担当する支援の欄を分けています。

緊急連絡先の把握の支援は、本事業のサービスとして提供するものではないことから、欄を別にしてあります。全ケースにおいて、必ず緊急連絡先の把握支援を行うというものではありませんが(本人が親族を探すことを希望しない場合もあるため)、緊急連絡先が把握できていると、円滑に支援を行うことができます。

専門員が必要であると考えている支援について本人に説明し、本人の意向や思いを聞き取ります。この3つにチェックが付かなければ、本事業のサービス提供をすることができません。チェックだけでなく、具体的な本人の言葉、希望、思いも記録しておくことが重要です。

「収入額・支出額に関する本人の認識」の「課題認識あり」にチェックがつくにも関わらず、「収入に応じた支払い管理・優先付け」が困難の課題にチェックがついた場合、判断能力が不十分なのではなく、支出を抑制することができない、という状態であることが考えられます。この場合には、IVで「自立生活援助」や「被保護者家計改善支援事業」の利用がふさわしいかを検討します。

解説 「アセスメントシート」(裏面「IV」、「V」)

本事業の支援の前に必要な支援や、他の手段でのニーズ解消の可能性を確認し、日常生活自立支援事業のサービス提供の妥当性を見極める欄です。

ここにチェックがついた場合に、日常生活自立支援事業の利用ができないということではありませんが、いったんは契約を保留し、チェックのついた支援を優先すべきことを検討してください。

IV. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 <input type="checkbox"/> 下記は特に必要なし	
◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐ	
<input type="checkbox"/> 医療等へのつながりが必要	(どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他)
<input type="checkbox"/> 虐待通報が必要	(通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します
<input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつながりが必要	(口中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性	
※ここにチェックがついたら、一旦つなぐことを検討	
<input type="checkbox"/> 法テラスの利用	<input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用
<input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援
<input type="checkbox"/> 生活保護 CW との役割分担の確認	<input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input type="checkbox"/> 依存症の回復支援
<input type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用	<input type="checkbox"/> その他()

手元に現金があるとすぐに使ってしまうような利用者への支援の際、利用者の手元にある通帳への一週間ごとの送金額を決めて、金融機関の自動送金サービスを使って支援をしている実態があります。

生活保護受給者で、判断能力があるものの、支出を抑制できず手元に現金があるとすぐに使ってしまうという人の場合、「被保護者家計改善支援事業」の利用がふさわしいと考えられます。もしも地域に被保護者家計改善支援事業の実施がなく利用できない場合でも、生活保護 CW との役割分担の確認を必ず行いましょう。また、依存症の回復支援へのつながりが必要かどうか、必ず検討しましょう。

アルコール依存やギャンブル依存などにより支出抑制ができない利用者については、本事業のサービス提供だけでは依存症そのものへの対応は不十分です。精神保健福祉センターや保健所などの医療機関や、当事者によるピアサポート、回復支援団体など、依存症の回復支援につなぎましょう。

解説 「アセスメントシート」(裏面「Ⅳ」、「Ⅴ」)

Ⅴ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)	
日常生活自立支援事業の利用	<input type="checkbox"/> する (<input type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理 <input type="checkbox"/> 書類預かり) →契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input type="checkbox"/> しない (<input type="checkbox"/> 本人に利用意向なし <input type="checkbox"/> その他の支援を優先) つなぎ先等 _____ <input type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日 _____)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 _____ _____

これまで「短期目標」と記載されていたものを、「解決したい課題」と言い換えました。課題解決後に、サービスの継続が必要かを検討できるよう、アセスメントの段階から意識しておきましょう。

本事業は意思決定支援を重視していることから、本人の意向を踏まえてサービス提供における目標を決定しましょう。この際、表面の「強み、大切にしていること・好きなこと」欄も参考しましょう。

アセスメントを行った専門員が、本人の利用意向が確認できないなど、契約締結能力に疑義があるため契約締結判定ガイドラインの利用が必要と判断した場合には、ガイドラインに進むことができます。

(3) 「契約締結判定ガイドライン」の主な変更点と活用場面



●「契約締結判定ガイドライン」の主な変更点

- ・ 「契約締結判定ガイドライン」は、以下を目的とした構成・項目の新設・配置を行いました。変更内容の詳細は「新旧対照表」(本手引き¹⁹ p. 119～)をご参照ください。

- ✓ 対象者、項目の絞り込み、契約締結能力の確認とアセスメント項目の整理・切り分けを通じた、契約締結までの時間短縮、利用希望者の意思尊重及び専門員の業務の効率化
- ✓ 意思決定支援の重視、改定された成年後見制度の診断書・本人情報シート²⁰との整合性(支援を受けて回答、同意できる場合には、日常生活自立支援事業の契約締結が可能であると考える。)

●「契約締結判定ガイドライン」の活用場面、実施対象(再掲)

- ・ 契約締結前：支援チームが形成されていない人の、本事業への利用相談・申し込みの場合(医療機関からの退院、福祉サービスの未利用、生活困窮相談機関からの相談の場合等)
- ・ 契約締結時～支援開始後：契約や代理権授与の有効性について疑義を唱えられる可能性が想定される場合(介護・障害福祉サービスの契約締結時期から、日常生活自立支援事業の契約締結時期までに相当の時間が経過しており、本人の判断能力や日常生活自立支援事業における支援内容等への理解に疑義があると推定される場合) 等

¹⁹ 一般財団法人日本総合研究所「日常生活自立支援事業実施のための手引き」「様式」, 令和4年度社会福祉推進事業「権利擁護支援の充実のための日常生活自立支援事業のあり方に関する研究事業」令和5年3月
(https://www.jri.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/12/R04suishin12_03.pdf)

²⁰ 最高裁判所事務総局家庭局「成年後見制度における診断書作成 本人情報シート作成の手引」, 令和3年10月
(<https://www.courts.go.jp/tokushima/vc-files/tokushima/file/01310401.pdf>)

解説 「契約締結判定ガイドライン」

「契約締結判定ガイドライン」(本研究事業による提案版ガイドライン)

1. 本事業の目的

日常生活自立支援事業は、判断能力が十分でない人が福祉サービスを利用する際に、その自己決定をできる限り尊重し、そのための意思の実現を援助することを趣旨とした事業です。したがって、専門員および生活支援員の役割は、利用者にとって、もっともふさわしいサービスを選択し、そのサービスを最大限活用できるよう助言し、そのための人的・物的環境を整備、調整したり、援助を行うものです。

このため、利用者に代わって判断したり、専門員や生活支援員が必要だと考えるサービスであっても、利用者の意向に沿わないことを強制するものではありません。

2. 本事業の対象者

- ・本事業の対象者は、判断能力が不十分な認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等、日常生活を営むうえで必要となる福祉サービスの利用等について自己の判断で適切に行うことが困難な人であり、日常生活自立支援事業による意思決定支援を必要としている人です。
- ・同時に、本事業が提供するサービス内容を理解していること、本事業の利用意思があること、利用料の支払いに関する理解と同意があることが必要です。
- ・判断能力が不十分であっても、すでに他の福祉サービス等を利用して当該サービスの内容や支払について理解する能力があると考えられる人の場合、本事業の対象です。
- ・一方、本事業の契約内容を理解する能力を有していない人の場合は、成年後見制度の利用によって、本事業を利用することができます。
- ・また、権利擁護支援を必要とする人は、自ら助けを求めることが難しい場合も多いことや、そのような人や世帯が抱える課題は既存の枠組みでは対応が難しい分野横断的な課題であることも多いため、こうした課題を地域全体で解決する必要がある課題ととらえ、仮に本事業の対象者に該当しない場合でも、適切な部署・機関への連絡調整・引継ぎ が重要です。

3. 日常生活自立支援事業の対象者を確認する方法と、本ガイドラインの位置づけ

3-1. 契約締結能力があることを確認する項目

- ・近年、様々な分野で作成されてきた意思決定支援に関するガイドラインをふまえ、本人の意思決定能力は、決定する内容や置かれている環境、支援者による支援によって変化すると考えられるようになりました。こうした背景や現状をふまえ、すでに他の介護・障害福祉サービス等を利用している人で、支援を受けて以下の「確認項目」を理解、同意できれば、日常生活自立支援事業の契約が可能と考えられることを提案します。

<契約締結能力があることを確認する項目>

- ✓「誰によって何をしてもらえるのかを理解できていること」(サービス内容の理解)
- ✓「日常生活自立支援事業の利用希望」(サービス利用意思)
- ✓「利用料を支払うことへの理解と同意」

3-2. 契約締結能力があることを確認する方法

- ・「サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書」や「アセスメントシート」等、上記の確認項目を複数の様式に適宜配置し、複数回確認することができる仕組みとします。
- ・本人との契約にもとづいて介護・障害福祉サービスを利用している人の場合、本事業と同程度の「契約締結能力」があると考えられることから、本ガイドラインの実施を省略しても差し支えありません。
- ・また、すでに介護・障害福祉サービスを利用している人で、契約締結能力に疑問がある場合でも、契約締結能力の有無や程度を客観的に確認できれば、本ガイドラインの実施を省略しても差し支えありません(下表の例を参照)。
- ・一方、状況に応じて必要と判断された場合には、「契約締結判定ガイドライン」の実施や契約締結審査会に諮ることもできることとします(下表の例を参照)。

<契約締結判定ガイドラインを省略しても差し支えないと考えられる例>

- ✓ 介護・障害福祉サービスの利用申請中、または入院中(退院前)等で、本人からの同意を得て主治医から客観的な意見を得られる状況にある場合
- ✓ 地域連携ネットワークに参画する専門職からの助言を求められる場合 等

<「契約締結判定ガイドライン」の実施が想定される例>

- ✓ 契約締結前: 支援チームが形成されていない人の、本事業への利用相談・申し込みの場合(医療機関からの退院、福祉サービスの未利用、生活困窮相談機関からの相談の場合等)
- ✓ 契約締結時～支援開始後: 契約や代理権授与の有効性について疑義を唱えられる可能性が想定される場合(介護・障害福祉サービスの契約締結時期から、日常生活自立支援事業の契約締結時期までに相当の時間が経過しており、本人の判断能力や日常生活自立支援事業における支援内容等への理解に疑義があると推定される場合) 等

4. 判定のプロセス

訪問調査は、専門員が利用希望者をインタビューする形式で行います。また、必要に応じて専門家や(本人以外の)相談者、関係部署・機関等からの意見を聴取し、本人へのインタビュー結果と合わせて、総合的に判断します。

<判定のプロセス>

< I. 訪問調査 >

1. 自己紹介(自分の立場や役割を話し、コミュニケーションの能力を評価する)
2. 事業の説明(パンフレットなどを用いて概要を説明する)
3. インタビュー(ガイドラインに沿ってインタビューを行う(評価項目①～⑨))。
4. このあとの流れ、再訪問についての説明

< II. 1週間後の再訪問までに行うこと >

5. 契約書・支援計画(案)づくり
6. 家族・親族、関係部署・機関、専門家等への意見照会に関する同意とりつけ(必要に応じて照会)

< III. 1週間後に再度訪問 >

7. 意思の持続の確認
8. 契約書(支援計画を含む)の締結

5. 評価項目

専門員による、インタビュー調査および評価項目は以下の通りです。

<評価項目一覧>

< I. 初回訪問 >

【契約の意思について】

- ① 契約意思の確認

【基本的情報・見当識について】

- ② 基本的情報・見当識の確認

【生活状況の概要、援助の必要性について】

- ③ 日常生活の概要
- ④ 社会生活の概要

【契約内容及び利用料支払いに関する同意について】

- ⑤ 契約書・支援計画案の提示及び利用料支払いに関する理解について
- ⑥ 苦情の申立てに関する説明
- ⑦ 解約に関する説明

【専門家等の意見照会について】

- ⑧ 専門家等への意見照会に関する同意とりつけ(必要に応じて照会)
- ⑨ 1週間後の訪問調査についての説明と同意とりつけ

<Ⅱ. 1週間後の再訪問時>

【記憶、意思の持続について】

⑩記憶、意思の持続確認・契約意思の再確認

<Ⅲ. 3か月後の訪問調査(モニタリング)>

【3か月後の施行状況および継続の意思について】

⑪サービス施行状況とサービスを利用したの感想、苦情等の聞き取り、評価

⑫サービスの利用継続に関する意思確認

<Ⅳ. フォローアップ>

6. 本人へのインタビューを行う前(準備段階)の留意点

本ガイドラインは、本人に関する支援チームが形成されていない場合(医療機関からの退院、福祉サービスの未利用、生活困窮相談機関からの相談の場合等)及び、契約や代理権授与の有効性について疑義を唱えられる可能性が想定される対象者の判断能力を確認する目的で用いることを想定しています。

そのため、本人への日常生活自立支援事業の利用の依頼、相談をしてきた相談者(地域包括支援センター、基幹相談支援センター、生活保護の CW 等。以下同じ。)との協力により、本人が安心して質問に回答できるよう、以下の点に留意します。

6-1. 相談者に対する、本人への当事業の利用希望意思の確認及び情報提供等の依頼

- ・日常生活自立支援事業における支援は、「本人の利用意思に基づいて提供されること」及び「本人の同意に基づいて個人情報の提供等がなされること」を原則とします。そのため、ケアマネジャーや相談支援専門員等からの相談の場合、「相談者が保有する利用者に関する情報(相談受付時点から利用者のケアプランや課題の整理・分析様式、障害分野の支援計画等)提供に関する同意を得たうえで相談してほしいこと」を伝え、協力を求めます。
- ・「Ⅰ. 訪問調査」までに、「相談申込・受付票」及び当該相談者が保有する利用者に関する情報を整理し、契約締結及び支援計画作成までの時間短縮に協力いただくことも求めます。
- ・ご本人が日常生活自立支援事業の利用を拒否されている場合、相談者によって、対応の検討を依頼します。

6-2. 相談者等の同席及び面接にあたっての援助の依頼

- ・本人が安心して質問に回答できる場合には、相談者や相談者以外で、本人が信頼している方の同席も検討いただきたいことを伝えます。

6-3. 相談機関から提供された情報の理解

- ・専門員は、訪問調査の前に、あらかじめ提供された本人に関する情報を頭に入れ、契約書・支援計画を作成します。

7. 本人へのインタビューを行うにあたっての留意点

7-1. 話し方や接し方の留意点

専門員は、インタビューを行う際には、話し方や接し方について、次のことに留意してください。

<話し方や接し方の留意点>

- ゆっくりと話してください。
- はっきりと話してください。
- 落ち着いた声(たとえば低めの声)で話してください。
- 利用者の回答や発言をさえぎらないでください。
- 回答を催促したりしないで、時間を制限せずに回答を待ってください。
- 利用者が聞き返した場合や、利用者から回答が得られない場合には、質問をゆっくりと繰り返したりする他、同席者からの支援を促したり、同席者が代わりに回答した内容について確認や同意を求めたりする等、質問のし方を工夫してください(支援の内容や、本人の回答の様子も記録してください。)
- 一度の訪問ですべての質問を聞き取ろうとせず、利用希望者の状況や状態等に応じて、複数回の訪問に応じていただき、利用者の負担にならないことを心掛けてください。特に、質問「⑥苦情の申立てに関する説明」～「⑧関係部署・機関、専門家等への意見照会に関する同意とりつけ(必要に応じて照会)」は、必ずしも初回訪問で実施する必要はありません。
- 契約締結判定ガイドラインでは、標準的な文章や話し言葉による質問文にしていますが、その土地の言葉や方言などを使って、利用者にはわかりやすい表現にするようにしてください。
- 契約締結判定ガイドラインの質問の趣旨を踏まえて、利用者が質問に対して具体的なイメージをもつことができるように、言葉を補足しながら説明するなどの工夫も行ってください。

7-2. 本人の個々の回答への判断について

契約締結判定ガイドラインでは調査項目ごとに回答の選択肢を用意しています。選択肢の例は以下です。

例:「役所の手続き等で、お困りになることはないですか？」

「a. ほぼ正確に答えられる→契約可能」

「b. 支援を受ければほぼ正確に(自分の課題を)回答できる、または正確な回答に同意できる→契約可能」

「c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない→必要に応じて契約締結審査会へ」

質問ややりとりの過程で、本人の意向が変わることもあります。そのため、本人からの、本事業に対する明確な拒否がない限り、一通り全ての調査項目を実施してください。

また、支援を受けて回答した場合、調査終了後、契約締結審査会に諮る必要性を検討するため、支援者、支援内容(誰からどのような助言や支援を受けたのか)を記録します。

全ての調査項目についての本人の回答を総合的に考慮し、本人との契約を行う、あるいは、契約締結審査会に審査を依頼するなどの判断を行います。

7-3.同席者への依頼内容

本人への日常生活自立支援事業の利用の依頼、相談をしてきた相談者やご本人が信頼している方の同席により、本人が安心して質問に回答できるよう、各相談者に以下の協力を依頼します。

<同席者に伝えること>

- このインタビューは、利用者ご本人からお答え頂くことを基本としています。ただし、ご本人による独力の回答だけでなく、支援を受けての回答や、同席者が代わりに回答した内容の確認や同意でも、契約締結能力があると考えます。
- そのため、このあとお伝えする内容へのご協力をお願いします。
 - ・利用者ご本人が答えることをさげざらないようにしてください。
 - ・回答を催促したり、誘導するようなご発言はさけてください。
 - ・質問の途中、ご本人が回答に窮したり、助けを求めた場合、本人の記憶が喚起されるよう同席者から助言したり、同席者が代わりに回答した内容を確認する等、ご本人が回答しやすいように支援をして差し上げてください。
 - ・利用者ご本人の回答が事実や同席者の方の思いと違っていても、その場で訂正したりしないでください。
- ご本人が日常生活自立支援事業の利用を拒否される場合、相談者によって、その後の対応のご検討をお願いします。

8.インタビュー

< I. 初回訪問 >

8-1.自己紹介

- まず、自己紹介(自分の立場や役割を話す)をして、挨拶をして下さい。
- その際に、申し込みを受けて本日訪問するにいたった経緯を必ず説明して下さい。

「こんにちは、私は、◇◇社会福祉協議会から派遣された××と申します。
◇◇社会福祉協議会は、この地域のみなさんが、福祉のサービス(具体的に例示)を利用しやすいようお手伝いをするというサービスをしています。
今回、〇〇さんから、この制度を利用したいというお申し出があったとお聞きし、最初に私たちにお知らせくださった(職種)の××さんと一緒にお話をうかがいに参りました。今日はよろしくお願いします。」

8-2. 事業の紹介(パンフレット等を用いた概要説明)

8-3. インタビューについての説明

専門員は、インタビューを開始する前に、契約締結判定ガイドラインに基づいたインタビューを行うことを利用者に説明します。説明する内容は、面接調査の目的、回答は任意であること、専門員の守秘義務などです。調査終了後、専門員だけでは利用者の契約締結能力を判断することが難しい場合には、契約締結審査会の利用について説明をします。

<質問の前に利用者に伝えること>

- ①面接調査の目的
- ②回答は任意であること
- ③専門員の守秘義務、当事業の利用目的以外で個人情報を利用しないこと
- ④記録についての説明、了解を得る

8-4. 質問

【契約の意思について】

①契約意思の確認

「△△さんに勧められたとのことですが、〇〇さんご自身は、この制度を利用されるお気持ちがありますか？」

- a.この制度に関心を示し、拒絶がない
→契約可能
- b.支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
→契約可能
- c.支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない
→必要に応じて契約締結審査会に諮る
- d.支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある
→中止

【基本的情報・見当識について】

②基本的情報・見当識の確認

「お名前を確認させていただきますか。」(本人の指示に従って書く)

- a.ほぼ正確に答えられる
- b.支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c.支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

「生年月日を教えてくださいませんか？」

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

「今、何歳でいらっしゃいますか？」

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

【在宅者の場合】「お住まいはどちらですか。」

【施設入所者・入院患者の場合】「今、どこで生活をしていらっしゃいますか？」

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

→以上の質問の答えから総合的に判断します。

【生活状況の概要、援助の必要性について】

- ここでは、生活の困難さに関する洞察があり、援助が必要であるという認識があるかどうかを判断することが目的です。
- 本人が困りごとを認識していない場合や、本人の困りごとが日常生活自立支援事業で提供するサービスで解決できない内容(例:身寄りがない等)の場合でも、本人が現実をどのように認識しているか、本人にどのような支援が必要か、適切かを検討し、支援チームと検討する情報となりますので、そのまま受け止めてください。
- 細部の正確さにこだわる必要はありません。利用希望者の回答後、同席者がいればその意見、事前に専門員が得ている情報、その場で部屋の状態などを見回して得られた情報などが、ご本人の考えと異なる場合、その点を指摘して説明を求めて下さい。

③日常生活の概要

「今の生活で、お困りのことはありますか？」

→ないと答えたときは、具体的な質問をして下さい。(掃除、ゴミ出し、食事の準備等)

【ただし、施設入所者・入院患者の場合は、これ以上たずねる必要はありません。】

- a. ほぼ正確に自分の課題を答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に自分の課題を回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

④社会生活の概要

「役所の手続き等で、お困りになることはないですか？」

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に自分の課題を回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

「銀行や郵便局などで預金・貯金の出し入れはどうですか？」

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に自分の課題を回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

【上記 2 つの質問については施設入所者・入院患者の場合にも、そのまま質問してください。特に、銀行や郵便局の手続きに関連して、施設への支払い、通帳等の保管など、その人にとっても問題となっている事柄を具体的にあげて、援助を必要としていることを認識しているかどうかを確認してください。】

→以上の質問の答えから総合的に判断します。

【契約内容及び利用料支払いに関する同意について】

⑤契約書・支援計画書の提示及び利用料支払いに関する理解について

- 契約内容と自分が受けるサービス内容、サービスを利用した結果、利用料の支払いについて理解、同意しているかを確認します。
- あらかじめ用意した支援計画書を必要に応じて、現場で修正し、これを本人に示して、その理解の程度を確認します。
- また 1 か月あたりの大まかな費用負担についても説明します。「1 か月あたり、だいたい△円ぐらい」というふうに、具体的な金額を提示し、説明してください。

「これから、私ども社会福祉協議会が提供できるサービスと料金をお示しします。分からないところがあったら、途中で質問して下さい。とても、大事なことからですから、おわかりにならなければ、何度でもおたずね下さい。」

「これまでの説明をお聞きして、この制度を利用されるお気持ちがありますか？」

- a. 概ね理解ができ、契約を希望する
→ 契約可能
- b. 支援を受ければ、概ね理解ができ、契約意思を表明することができる
→ 契約可能

- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない
→必要に応じて契約締結審査会へ
- d. 支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある
→中止

⑥苦情の申立てに関する説明

- 利用者からの社会福祉協議会への苦情を申し立てる場合について、パンフレットを用いて、これを示しながら説明して下さい。

「このサービスは、〇〇さんのご希望に添った福祉サービスの利用ができるようお手伝いするものですから、ご希望が反映されるようにご遠慮なく注文して下さい。
実際は、本契約の後でご紹介する生活支援員という人がお手伝いをさせていただくこととなりますが、生活支援員等のすることにご不満があるときは、まず、生活支援員に直接お話し下さい。
お話になってもだめだと思いになるときは、(パンフレットに明記された苦情受付先)まで、電話かお手紙をください。ご自分でおっしゃりにくければ、民生委員や親しい人に頼んでもかまいません。」

- a. 概ね苦情申立て制度について理解し、同意している
→契約可能
- b. 支援を受ければ、苦情申立て制度について理解する能力がある、または同意できる
→契約可能
- c. 支援を受けても、苦情申立て制度について理解しているかどうか疑問
→必要に応じて契約締結審査会へ
- d. 支援を受けても、苦情申立て制度について理解できない
→中止

⑦解約に関する説明

- 契約解除の方法、契約が終了する場合に関する説明パンフレットを用意します。

「いったん契約を結んでも、〇〇さんは、契約をやめることができます。契約をやめる場合は、□□□□という方法があります。この他、ここに書いてあるような場合は、契約が終わりますが、その場合私ども社会福祉協議会は、引き続き〇〇さんに必要な援助ができるように手配をいたします。」

- a. 概ね理解ができ、契約解除手続きについて理解する能力がある
→契約可能
- b. 支援を受ければ、契約解除手続きについて理解する能力がある、または同意できる

- 契約可能
- c.支援を受けても、理解しているかどうか疑問
 - 必要に応じて契約締結審査会へ
- d.支援を受けても意思確認ができない
 - 中止

【専門家等の意見照会について】

⑧専門家等への意見照会に関する同意とりつけ(必要に応じて照会)

「この契約を結ばせていただく前に、主治医や施設の医師等(必要に応じて、関係部署・機関も含む)に、ご意見をうかがいたいのですがよろしいでしょうか？」

- a.同意が得られた →必要に応じて専門家等への意見照会
- b.同意が得られない →必要に応じて契約締結審査会へ

⑨1週間後の訪問調査についての説明と同意とりつけ

- 初回の訪問はここまでです。1週間後の訪問について説明をします。

「長時間にわたってお疲れさまでした。
大事な契約ですから、パンフレットを置いてまいりますので、もう一度よくご検討下さい。
相談なさる方があれば、十分ご相談ください。私どもでも、今日のお話を検討して、この制度を利用して〇〇さんのお役に立てるかどうかを検討して参ります。
1週間後、もう一度お邪魔して、そのとき、〇〇さんのお考えを改めて確認させていただきます。
私どもの判断で、この制度のご利用は不相当だと判断したときは、その旨をお話してほかの有効な方法を提案させていただきます。」

- 以上で、< I. 初回訪問 > で聞きとるインタビューを終了します。
-
-

【専門家の意見聴取】

必要に応じて、利用希望者の主治医等から意見を聞きます。

照会状

この照会状は、〇〇さんが、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理についての援助を受けるにあたって、その援助に関する契約(具体的には下記のとおり)を締結する能力があるかどうかを確認する際に、参考とさせていただくものです。照会状に記載された内容は、この契約の可否を判断するための限られた職員のみが読み、秘密の保持を徹底いたします。また、この照会状にお答えをいただくことに関しては、下記の通り、〇〇さんの同意をいただいております。つきましては、ご多忙のところ恐れ入りますが、下記の諸点についてご回答をお願いいたします。

◇◇社会福祉協議会 印
連絡先

【同意書】

私は、◇◇社会福祉協議会が、私について、下記の情報を照会することに同意します。

◇◇社会福祉協議会 印
連絡先

【契約内容】

(具体的に列記する)

【照会事項】

(1)現在、本人の意思にそって上記のような援助が計画されておりますが、この契約が本人または周囲の人に、著しい不利益をもたらす可能性はないでしょうか。

- a.ない
- b.ある[懸念される点を具体的に:]
- c.わからない[懸念される点を具体的に:]

(2)最近1年間の変化と、現在の状態についてお知らせください。

- a.1年前からほぼ安定している、または改善している
- b.今は落ち着いているが、激しい動揺があった
[懸念される点を具体的に:]
- c.1年の間に、目に見えて能力が低下している
[懸念される点を具体的に:]
- d.その他[具体的に:]

(3)今後の見通しや、〇〇さんの援助をするとき、特に注意すべきこと等があれば、ご記入ください。

[]

< II. 1週間後の再訪問時 >

必ずしもちょうど1週間である必要はありません。

【記憶、意思の持続について】

⑩記憶、意思の持続確認・契約意思の再確認

- もう一度、契約内容について説明します。費用負担、契約の終了についても触れます。
- 1週間前の調査時の回答に応じて、質問の内容や進め方を調整します。

<1週間前の調査時の回答に応じた対応>

- ・1週間前の調査時の回答が a, b だった人の場合→質問⑩のあと、⑤の利用料について確認する。
- ・1週間前の調査時に c, d が 1 つでもあった人の場合→最初の質問から聞き取りを行う(質問⑩のあと、①から)。
- ・(1週間前と同じく)明確な拒否があった場合→相談者に対し、本人に日常生活自立支援事業の利用意思がないことを伝える。

「これが、〇〇さんと私ども社会福祉協議会の契約の内容です。先週、お話ししたとおりですが、覚えていらっしゃいますか。契約をご希望されますか。(必要に応じてもう一度説明)」

- a.覚えており、契約希望を再確認できる
→契約可能
- b.覚えていたかどうか疑問だが、再度の説明や支援を受けて契約を希望
→契約可能
- c.支援を受けても前回の訪問を思い出せず、見当違いの回答をする
→必要に応じて契約締結審査会へ
- d.支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある
→インタビュー中止。相談者にフィードバックし、対応の検討を依頼する。

- 契約締結判定ガイドラインの①から⑩までの各調査項目の回答結果と専門家の照会状を総合的に判断して、契約締結審査会へ審査や助言を依頼しなくても契約が可能だと判断した場合には、契約締結の手続きを行い、サービスをスタートさせます。

- 契約締結審査会に審査や助言を依頼する必要がある場合には、その旨を本人に説明して了解を得た後に、契約締結審査会に審査等を依頼し、審査結果を待ちます。

<Ⅲ. 3か月後の訪問調査(モニタリング)>

【3か月後の施行状況および継続の意思について】

契約締結から3か月後に、本人にとって適切な支援が提供されたか、サービスを利用した感想や苦情等の聞き取りを行います。

日常生活自立支援事業を利用したことによる課題解決・目標の達成状況等を確認し、本人にとって、日常生活自立支援事業による支援の必要性や適切性を検討します。

①サービス施行状況とサービスを利用した感想、苦情等の聞き取り、評価

※「モニタリングシート」を活用して、サービス施行状況の整理を行う。

※サービスを利用した感想、苦情等の聞き取りを加味して、日常生活自立支援事業による支援の適切さや必要性を評価する(必要に応じて、再アセスメント、支援計画の見直しを行う)。

「この間、サービスを利用されていかがでしたか。もっとこんなことをしてほしい、使いづらい等がありましたら、ご遠慮なくお聞かせください」

- a. 支援内容等に満足している
→ 支援計画の継続可能
- b. 支援内容等*の一部変更を希望している
→ 支援計画の変更
- c. 支援内容等を理解しているか疑問
→ 必要に応じて契約締結審査会へ
- d. 支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある
→ 中止・解約の検討

※「b. 支援内容等」には、支援者、支援の種類、頻度、支援方法等を含みます。本問及び次の質問項目で、変更を希望する内容を聞き取り、記録表に記入します。

②サービスの利用継続に関する意思確認

「引き続き、このサービスの利用をご希望されますか。
利用料のお支払いについても同意いただけますか。」

- a. 説明内容を概ね理解でき、契約継続を希望する
→ 契約継続可能
- b. 支援を受ければ、説明内容を概ね理解ができ、契約継続を希望(同意)する
→ 契約継続可能
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない
→ 必要に応じて契約締結審査会へ
- d. 支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある
→ 中止。相談者にフィードバックし、対応の検討を依頼する。

<IV. フォローアップ>

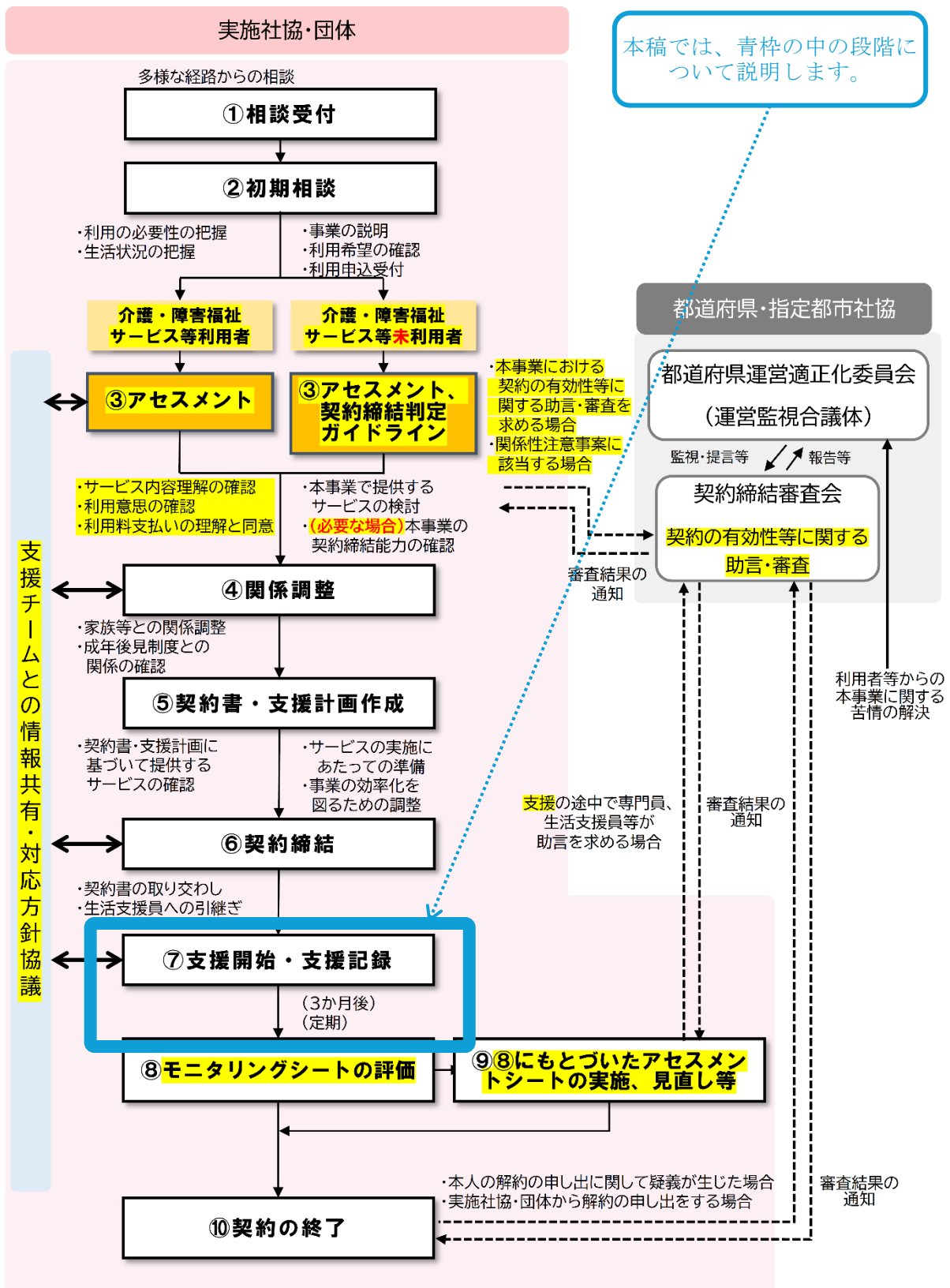
- 定期的に、「支援記録」、「モニタリングシート」を用いながら、日常生活自立支援事業が利用者の生活の安定や改善等に寄与しているか(利用者が日常生活自立支援事業を利用する必要性と妥当性)の確認を行ってください。
- 必要に応じて、支援チームに対し、利用者が日常生活自立支援事業を利用する必要性と妥当性を相談することも重要です。

解説 「契約締結判定ガイドライン質問記録表」

契約締結判定ガイドライン質問記録表

I. 初回訪問						
●：契約可能 ■：必要に応じて契約締結審査会に諮る ◆：インタビュー中止						
評価・調査項目	選択肢によっては、その他、その理由を記入ください。				選択肢	
契約の意思について						
①契約意思の確認	b.の場合：支援者や支援内容を記入		a	b	c	d
			●	●	■	◆
基本的情報・見当識について						
②名前	本人の指示にしたがい、本人の名前を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
生年月日	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
年齢	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
住所あるいは居所	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
基本的情報・見当識（上記の総合的判断）			a	b	c	
			●	●	■	
生活状況の概要、援助の必要性について						
③日常生活の概要	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
④社会生活の概要 （役所の手続き等）	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
⑤社会生活の概要 （預貯金の出し入れ）	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載	a	b	c	
生活状況の概要、援助の必要性（上記の総合的判断）			a	b	c	
			●	■	◆	
契約内容及び利用料の支払いに関する同意について						
⑥契約書・支援計画案の提示及び利用料支払いに関する理解	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	回答されるときの様子や理解の程度的印象	a	b	c	d
			●	●	■	◆
⑦苦情の甲立て	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	回答されるときの様子や理解の程度的印象	a	b	c	d
			●	●	■	◆
⑧解約に関する説明	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	回答されるときの様子や理解の程度的印象	a	b	c	d
			●	●	■	◆
⑨専門家等への意見照会に関する同意のとりつけ ※：必要な場合は、専門家へ意見照会 （本人の様子や理解の程度的印象）			a	b		
			※	■		
⑩1週間後の訪問調査についての説明と同意のとりつけ （本人の様子や理解の程度的印象）						
II. 1週間後の再訪問						
●：契約可能 ■：必要に応じて契約締結審査会に諮る ◆：インタビュー中止・相談者にフィードバック対応の検討を依頼						
記憶、意思の持続の確認について						
⑪記憶、意思の持続確認・契約意思の再確認	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	回答されるときの様子や理解の程度的印象	a	b	c	d
			●	●	■	◆
III. 3か月後の訪問調査						
●：支援計画・契約継続可能 ★：支援計画の変更 ■：必要に応じて契約締結審査会に諮る ◆：インタビュー中止・解約の検討 ▼：インタビュー中止・相談者にフィードバック対応の検討を依頼						
3か月後の施行状況および継続の意思について						
⑫サービス施行状況、 感想・苦情・評価	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	回答されるときの様子や理解の程度的印象	a	b	c	d
	変更した支援計画		●	★	■	◆
⑬サービスの利用継続に関する意思確認	b, c.の場合：支援者や支援内容を記入	回答されるときの様子や理解の程度的印象	a	b	c	d
			●	●	■	▼
社会福祉協議会名		インタビュー実施者	名前			
インタビュー日時	年 月 日 ()	所要時間	時間	分	訪問回数	回目
場所		同席者（役職等）				

4. 支援段階



(1) 支援開始後のポイント、留意点

- 支援が開始したら、専門員の指示に基づき、主に生活支援員が、契約にもとづく支援を行います。
- 専門員は、生活支援員が行う支援について、必要な助言、指示等を行います。
- 生活支援員は、支援の実施状況や利用者の状態像の変化等を記録し、専門員に報告します。専門員が支援を行った場合、専門員が記録することも想定しています。
- 支援開始3か月後～6か月後、モニタリング・評価を行うことを念頭に置いた記録の作成が求められます。
- 主な評価の観点は以下です。
 - ・ 本事業の提供により、アセスメントシートで設定した「支援目標」の達成状況（課題が解決できているか）
 - ・ 支援を見直す必要性や、関係部署・機関への連絡調整・引継ぎの必要性（他法他施策との関連での役割の整理）の有無や状況 等

(2) 「支援記録」の主な変更点と活用場面

● 「支援記録」の主な変更点

- ・ 「支援記録」は、以下を目的として、様式の見直し（構成・項目の新設・配置）を行いました。

✓ 「課題と支援目標」:

- ◇ PDCA サイクル（計画～モニタリング～評価・見直し）を意識した支援の実施、定着をめざし、アセスメントシートで設定した「課題と支援目標」の明記（転記）

✓ 「モニタリングと評価、評価予定」:

- ◇ 課題の解決状況の意識化をめざし、「課題解決」や「計画見直し」、「支援の終了を検討」にチェックがついた場合、支援チームと計画の見直しや支援の終了について協議をする項目を新設
- ◇ 支援の適切さや見直しを意識化するため、「評価予定」を新設

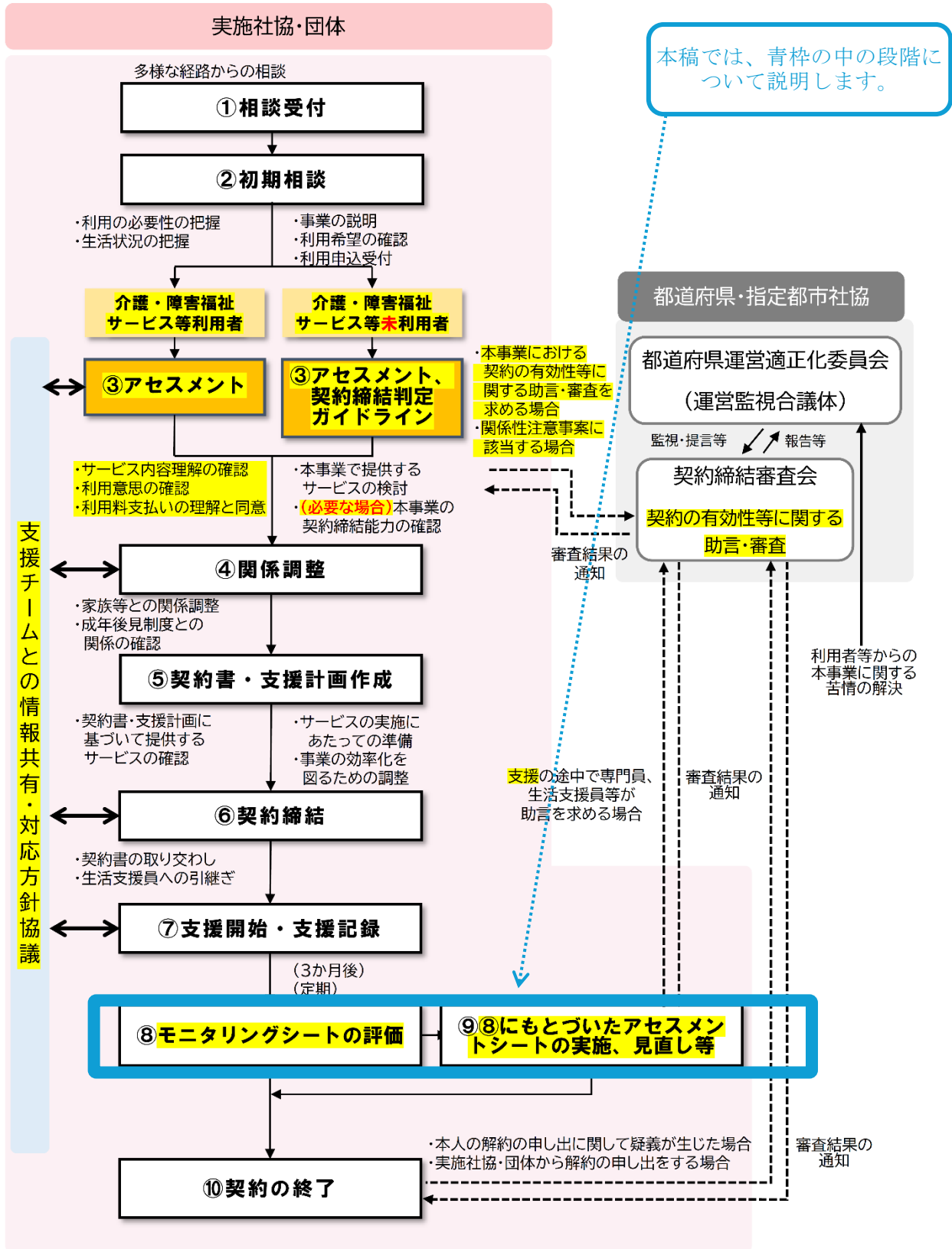
✓ 「期日、内容(日常生活自立支援事業で提供した支援の提供状況)」:

- ◇ 記録の負担軽減をめざし、日常生活自立支援事業で提供する支援を中心とした、項目の絞り込み

● 「支援記録」の活用場面

- ・ 生活支援員または専門員による、本人への支援提供時（計画上の支援、計画外の支援いずれも） 等

5. モニタリング・評価段階



(1) モニタリング・評価段階のポイント、留意点

- 専門員は、支援開始3～6か月後、「支援記録」をもとに、支援の実施状況や課題の解決状況、支援の見直しや、関係部署・機関への連絡調整・引継ぎの必要性（日常生活自立支援事業での支援の適切性）等の評価します。
- 特に、計画どおりに支援ができない場合（頻回対応、緊急事態発生等）、本人が支援を受け入れることに否定的な場合や、成年後見制度への移行、他の支援で対応できるようになった場合等、日常生活自立支援事業の必要性が減じてきた場合等、本人の立場に立った視点で本事業の支援の必要性や妥当性も考察し、支援の見直しの検討や必要な支援への引継ぎの検討を行います。
- 支援チームとして、本人への支援の質の確保、向上に努めたり、必要な地域資源の開発につなげられるよう、適宜、本人が利用している他のサービス提供機関・事業者、本人の支援者等とモニタリングシートの結果を共有しましょう²¹。

(2) 「モニタリングシート」の主な変更点と活用場面

●「モニタリングシート」の主な変更点²²

- ・ 「モニタリングシート」は、以下を目的として、様式の見直し（構成・項目の新設・配置）を行いました。

✓「3.日常生活自立支援事業によるサービスの種類は適切か」～

「8.支援における課題解決・目標は達成されたか」:

- ◇ 本人にとって適切に日常生活自立支援事業による支援がなされたか等を確認、評価することを意識化した項目の新設

✓「9.支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと」:

- ◇ （他法他施策を含む）本人にとって適切な支援についての検討を行うことを目的とした、「支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと」及び「日常生活自立支援事業による支援の終了理由」欄の新設

●「モニタリングシート」の活用場面

- ・ 日常生活自立支援事業の支援開始からおおむね3～6か月経過時
- ・ 計画に基づいた支援を行った記録の中で、「課題解決」や「計画見直し」、「支援の終了を検討」にチェックがついた場合
- ・ 計画外の支援を行ったり、緊急事態が生じて支援の見直しが必要となり、支援チームとして支援の見直しが必要となった場合 等

²¹ 支援チームとモニタリングシートの結果を共有する方法として、サービス担当者会議や地域ケア個別会議等の会議に出席する、あるいはモニタリングシートを本人の同意を得て提出する等の方法が考えられます。

²² 「モニタリングシート」（「2020 全社協マニュアル」p.263）をもとに改変。

「モニタリングシート」

モニタリングシート

【作成日: 年 月 日 担当者名: 】

1. 利用者の状況はどのように変化しているか ・ADL、健康状態 ・判断能力 ・生活のようす ・家族や知人等との人間関係 ・生活環境の変化 など	
2. 連携・活用している社会資源(社会資源の数・種類、連携の内容)や社会資源との役割分担、生活支援員との相性は適切か	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 要検討 ⇒()
3. 日常生活自立支援事業によるサービスの種類は適切か (現在のサービス提供状況) <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービス <input type="checkbox"/> 書類等預かりサービス	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 要検討 ⇒()
4. 日常生活自立支援事業によるサービスの頻度は適切か (現在のサービス提供状況) 現在の支援は一か月に 回 分	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 要検討 ⇒()
5. 毎回の支援方法、内容、手続きは適切か (現在のサービス提供状況) 金融機関への <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 本人決定による代行 その他()	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 要検討 ⇒()
6. 支援計画外の支援はどれくらいあるか(方法・内容・頻度等)	
7. 支援計画外の支援の理由や必要性は確認できているか。また、それへの対応は図られているか	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 要検討 ⇒()
8. 支援における課題解決・目標は達成されたか	* 課題⇒ <input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 一部解決 <input type="checkbox"/> 未解決 * 支援方針・目標 <input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 現在進行中 <input type="checkbox"/> 見直し検討 * 改善できたこと(現状を維持できたことも含む) ⇒()
9. 支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと	<input type="checkbox"/> 頻回な支援要求について <input type="checkbox"/> 支出超過への対応について <input type="checkbox"/> 孤独・孤立感への対応など <input type="checkbox"/> 利用者からのハラスメント行為について <input type="checkbox"/> 支援を希望しない状況について <input type="checkbox"/> 支援の終了について <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> その他()
特記事項	

支援チームへの相談の際に使えるよう、現在の契約におけるサービス提供状況を記入できるようにしてあります。

支援記録の「モニタリングと評価」欄を参考に、課題解決状況を記入します。

モニタリングシートで整理した内容をそのまま活用できるよう、この「支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと」の欄を設けました。

依存症や依存傾向がみられる利用者には専門機関の関与や支援が有効です。支出超過を繰り返すことについて、支援チームまたは契約締結審査会に相談し、要因分析を行い、適切な支援について検討します。

本人が支援を希望しなかったり、支援の必要性に気づかない状況への対応を総合的に分析し、見守りながら支援を導入していくための方策を検討するため、支援チームや契約締結審査会に相談する項目として「支援を希望しない状況について」という項目を設けています。

本事業が主体で見守りを行う場合もありますし、他のチームメンバー（例えばケアマネジャーや地域包括支援センター）が主体で見守りを行う場合もあります。

契約締結審査会に支援の終了について相談する内容として、「本人からの申し出及び実施社協・団体からの解約の申し出による終了」があります。

特に、日常生活自立支援事業の金銭管理に対する疑問や不満から自己管理による解約の申し出がなされた場合、疑問や不満の背景を探り、その真意を丁寧に聞き取り、支援チームや契約締結審査会に伝え、対応方法を検討します。もし、解約となる場合は、日常生活自立支援事業から離れたあとの支援体制についても相談しましょう。

様式を活用した支援の流れ

事例①:独居の認知症高齢者に対する、金銭管理の支援事例

【本事例の概要】

●利用者の概要

- ・女性、76歳、認知症高齢者日常生活自立度Ⅱa、長谷川式スケール12点、要介護1
- ・サービス等の利用状況（通所 週1回、ヘルパー 週1回、宅配弁当）
- ・持ち家に独居。話好き。猫好きで猫を飼っている。
- ・3か月前、隣の市に住んでいた長女が死去。他県に長男がいる。長男との関係は良好。

●日常生活自立支援事業の利用

- ・ケアマネジャーから、長女の死去により、日常的な金銭管理支援について相談。
- ・本人によるサービス内容の理解、利用希望、利用料金の支払いについて同意あり。
- ・福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理サービス、書類等預かりサービスを利用。
- ・利用開始時の本人の意向：「このまま自宅で猫と一緒に生活したいです。」

●支援経過

- ・2年間、同じように猫を飼っている生活支援員が、金融機関への同行による預金引き出し支援を実施。しかし、本人の飼い猫の死去以降、心身の状況が崩れ、同生活支援員に対する支援や社協が通帳を預かっていることを思い出せなくなり、納得がいかない状況になる。
- ・孤独・孤立感の解消に向けた支援や成年後見制度への移行について、支援チームに相談しようとしている事例。

相談申込・受付票

No.	〇〇-〇〇	ご本人以外の相談者の方は、わかる範囲でご記入ください。	
受付日	R〇年 〇月 〇日	受付者	〇〇
相談者	氏名 〇〇 〇〇	所属 〇〇居宅介護支援事業所	
	職種 介護支援専門員	電話 〇〇-〇〇-〇〇	
相談概要 相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等			
<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業のサービスを利用したほうが良いと思われる人がいるので、相談したい。 その他特記事項があれば記入 3か月前に隣の市にいた長女が亡くなり、長男は遠方に住んでいる。身近で金銭管理の支援をしてくる人がいなくなってしまったため。			
本事業を利用する理由・本人の状況 <input type="checkbox"/> 通帳・印鑑等を紛失する <input checked="" type="checkbox"/> 一人では金融機関に行くことができない <input checked="" type="checkbox"/> 一人では金融機関で出金ができない <input type="checkbox"/> 公共料金等の滞納がある <input type="checkbox"/> 家賃等の滞納がある <input checked="" type="checkbox"/> 医療・介護サービス等の滞納がある <input checked="" type="checkbox"/> 一人では生活費の支払いができない <input type="checkbox"/> 消費者被害に遭ったことがある <input checked="" type="checkbox"/> 一人では郵便物を開封しない <input type="checkbox"/> 一人では必要な申請・契約等の手続きができない <input type="checkbox"/> その他(上記 特記事項に記入)		以下の項目の確認をお願いします。 下記1~3 すべてについて満たしていない場合には、契約ができません。 本人の理解・利用意思や同意を得てから再度ご相談ください。 〈本サービスの利用に関しての意向等について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 本事業のサービス内容を理解している <input checked="" type="checkbox"/> 2. 本事業のサービス利用・支援を受ける意思がある <input checked="" type="checkbox"/> 3. 利用料金を支払うことについての理解と同意がある 〈本人が利用を希望するサービス〉 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的な金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービス	

本人の状況 支援計画作成担当者等のケアプラン等添付

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住所	〒 〇〇-〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H 〇年 〇月 〇日 満76歳	家族等 氏名 〇〇 〇〇 続柄 長男 緊急連絡先 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇		
疾病・病歴 障害	判断能力低下の原因疾患・障害名も記入 脳血管性認知症	家族関係図 <input checked="" type="checkbox"/> 詳細は別添参照		
医療機関名 主治医	〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇			
心身の状況 判断能力	室内伝い歩き、屋外車いす 認知症高齢者自立度Ⅱα			
住居状況	一軒家 持ち家			
経済状況	主な収入 年金 月 約12万円 □生活保護受給 主な支出 〇〇〇〇〇〇円 □居住費 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費 <input checked="" type="checkbox"/> 介護費 <input checked="" type="checkbox"/> 光熱費 <input checked="" type="checkbox"/> 生活費 <input checked="" type="checkbox"/> 金額不明 財産状況(不動産・資産、負債、財産状況変動の可能性など) 土地・家、定期預金があると思われる。			
支援状況等 (就労状況含む)	介護・障害の認定・区分状況 <input checked="" type="checkbox"/> 介護認定【 <input type="checkbox"/> 申請・変更中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(Ⅰ)】 <input type="checkbox"/> 障害支援区分【 <input type="checkbox"/> 申請中・変更中 区分()】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 支援計画作成者 <input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ <input type="checkbox"/> 相談者とは別(氏名) 利用している介護・障害福祉サービス等 通所 週1回、ヘルパー週1回、宅配弁当 就労先・状況 なし			
生活歴、人柄・選好、こだわり、配慮すべきこと	穏やか、話好き、猫と一緒にテレビをみて過ごすのが好き。騒がしい場所・人(子ども)を嫌がる。長女さんが亡くなったことにショックを受けている。毎月の長男さんからの電話を楽しみにしている。			
今後の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 相談継続 訪問日程(〇月 〇日 予定)、同行者(<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ、 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用している → アセスメントシートを使用 <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用していない → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 親族等で、利用に反対している人がいる → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 相談対応終了→つなぎ先等			

日常生活自立支援事業の契約に向けて、必要な情報を社会福祉協議会に提供することに同意します。

本人氏名 〇〇 〇〇 (代筆の場合には、代筆者氏名)

日常生活自立支援事業 サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書

社会福祉法人 ○○社会福祉協議会 御中

下記のサービスの利用を申込みます。また、下記のサービスの利用にともない、私の自立・生活支援、社会参加のために必要な個人情報について貴社会福祉協議会に提供するとともに、支援に必要な範囲において、外部の者に対して個人情報を提供し、また、取得することに同意します。

ふりがな	○○○○ ○○○○
氏名	○○ ○○ *署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)
住所	〒 ○○○-○○○○ ○○市○○○ ○-○-○
電話番号	○○○-○○○-○○○
生年月日	○年 ○月 ○日 76歳
申込みサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む
希望・配慮してほしいこと等	このまま猫と一緒にこの家で暮らしたい。
代筆者	代筆している場合には、 代筆者氏名を記入

※日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを申し込む場合に以下を記入

預かり品等の返還が生じた場合のあなた以外の返還先	氏名 ○○ ○○	続柄 長男
	住所・連絡先 ○○県○○市在住 TEL ○○-○○-○○	
	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 親族はいる(と思う)が連絡先は不明	
連絡への同意	上記連絡先へ連絡をとることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
預かり品等の保存期限	返却できなくなった預かり品等の保存の期限を10年とし、期限を過ぎた場合は処分することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

※親族の連絡先が不明の場合に以下を記入

親族の連絡先が不明の場合の対応	親族を探すことを専門職に依頼することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
-----------------	---

アセスメントシート

No.	〇〇-〇〇	担当者	〇〇 〇〇
訪問日	〇年 〇月 〇日	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ 違う場合記入()
フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H 〇年 〇月 〇日 満 76 歳	家族等 緊急連絡先	氏名 〇〇 〇〇 続柄 長男 TEL 〇〇-〇〇-〇〇

I. 本人の状況 ケアプラン等添付情報参照（ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入）

判断能力の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分※その場合は、日自ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など 認知症高齢者日常生活自立度Ⅱa 長谷川式スケール 12 点		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	CW:	TEL:
収入源	収入区分	内容	金額
	<input checked="" type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他	老齢年金、遺族年金	約 12 万円/月
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	合 計		約 12 万円/月
財産等の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金(220)万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input type="checkbox"/> 借入なし <input type="checkbox"/> 借入あり 総 額()円 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 返 済 額(円/月) 借入先()残額() 返 済 額(円/月) 借入先()残額() その他()		
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で行っている <input type="checkbox"/> 支援者が支援している() <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況 本人が管理しているが、引き出しや支払いができていないため、滞納が生じている。		
親族との 関係	隣の市にいた長女と仲良く行き来していたが、3か月前に亡くなった。 遠方(〇県〇市)に長男が住んでいて、月に1回電話で話をしている。長男との関係は良好。		

II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思

強み、大切にしていること・好きなこと	長くこの地域で生活している。ご近所付き合いしていた友人(死去)の子が近くに住んでいる。 猫が好き。家でテレビを見ながらゆったり過ごすことが好き。できることは自分でしたいと思っている。
嫌なこと・されたくないこと	騒がしところや慣れない人や場所が嫌い。デイサービスはお風呂のために通っているが、増やしたいとは思っていない。
どのような生活を希望しているか？親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)	このまま自宅で猫と一緒に生活したいです。 長男には迷惑をかけたくない。

Ⅲ. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認 ()内には、特記事項がある場合に記入

支援者からの情報		本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること		
福祉サービスの利用援助	<input checked="" type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) (ケアマネジャー) <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的金銭管理に関すること		
金融機関からの出金 支払い行為	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
収入額・支出額に関する本人の認識	<input checked="" type="checkbox"/> 認識有 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	
収入に応じた支出管理・優先順位付 債務整理等	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	
◆申請・手続き・契約支援に関すること		
必要な申請・手続き・契約 不利な契約(消費者被害など)	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 契約しそえない <input type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること		
通帳や土地の権利書などの管理 郵便物を開封して書類を読むこと	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明

日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ

	◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対しての本人の意向・思い
日常的な支援	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(<input checked="" type="checkbox"/> 同行・ <input type="checkbox"/> 代行) <input checked="" type="checkbox"/> 支払い支援(<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用料 <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input checked="" type="checkbox"/> 重要書類預かり(通帳・土地の権利書等) <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input checked="" type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input checked="" type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入 自分でやりたいけど、できないから手伝ってほしい。
一時的な支援	<input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律職による支援へのつなぎ <input checked="" type="checkbox"/> 行政手続き等支援(公営住宅の継続申請や給付金等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援	

Ⅳ. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 下記は特に必要なし

◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐ	
<input type="checkbox"/> 医療等へのつなぎが必要 (どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他)	
<input type="checkbox"/> 虐待通報が必要 (通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します	
<input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつなぎが必要 (□中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)	
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐことを検討	
<input type="checkbox"/> 法テラスの利用 <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援 <input type="checkbox"/> 生活保護 CW との役割分担の確認 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input type="checkbox"/> 依存症の回復支援 <input type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他()	

Ⅴ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)

日常生活自立支援事業の利用	<input checked="" type="checkbox"/> する (<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> 書類預かり) →契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input type="checkbox"/> しない (□本人に利用意向なし <input type="checkbox"/> その他の支援を優先) つなぎ先等 _____ <input type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日 _____)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 自宅猫との生活が続けられるよう、生活費の引き出しのため、金融機関への同行支援を行う。本人ができることは、できる限りしていただくように支援を行う。サービス利用料の滞納防止のため、引き落としの手続き支援を行う。

支 援 計 画

当該利用者に該当する部分のみ
斜字体で記載しています。

〇〇と（〇〇市社会福祉協議会）は、福祉サービス利用援助契約（令和〇年〇月〇日作成）
にもとづいて、次のとおり、援助のくわしい内容をさだめました。

令和〇年〇月〇日

（利用者）

住所 〒 〇〇-〇〇

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

氏名 〇〇 〇〇

（基幹的社会福祉協議会）

所在地 〒 〇〇-〇〇

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

名称 〇〇市社会福祉協議会

会長 〇〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

【専門員】 〇〇 〇〇

【生活支援員】 〇〇 〇〇

【この計画を作った日】 令和〇年〇月〇日

【この契約の適切さをたしかめる時期】 この計画を作った日から 3か月ごと

【援助のくわしい内容】

1. 生活支援員が訪問する時期

(1) 生活支援員が、毎月第三火曜日の午後1時に、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

生活支援員が〇〇〇〇様のご自宅にいる時間は、30分から1時間くらいです。

(2) このほか、介護サービス等がつかえるように手続きの支援をするときと、介護サービス計画をつくるときに、生活支援員が、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

2. 福祉サービスの利用の援助

(1) 生活支援員は、ご自宅訪問のときに、介護サービス等の利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。また、苦情解決制度の利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。

事例①

- (2) 介護サービス等がつかえるように手続きの本人決定の代行をします。また、介護サービス計画をつくる時の話し合いに、生活支援員が同席して、〇〇〇〇様のご相談を受けるなどの援助をします。

3. 預金のお届け

生活支援員は、1 (1) の訪問のつど、〇〇〇〇様の下記の預金から金 60,000 円の払い戻しを受け、訪問したときに、〇〇〇〇様にお届けします。

記

金融機関・支店名	〇〇銀行〇〇支店
預金の種類	普通預金
口座番号	1 2 3 4 5 6
口座名義 (ふりがな)	〇〇〇〇 (△△△△)

4. 支払い

第三火曜日の訪問の際に、必要があるときは、生活支援員は次の支払い手続きについて本人決定の代行をします。

- ① 医療費や税金、社会保険料、公共料金、日用品などの代金の支払い

5. 臨時の援助

必要があるときには、〇〇市社会福祉協議会は、〇〇〇〇氏の意思をたしかめたうえで、この計画にない調整、援助やこの計画とは異なる援助を臨時で行います。

例)

定期的な金銭支払いの自動振替手続きの援助
法テラスや法律専門職による支援へのつなぎ
行政手続き等支援 (公営住宅の継続申請や給付金等の申請など)

支援記録

課題と 支援目標	解決したい課題（課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す） <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 自宅で猫との生活が続けられるよう、金融機関への同行支援を行う。 本人ができることはできる限りしていただくように支援を行う。
評価予定	○年 ○月頃
モニタリング と評価	課題解決の状況 <input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 一部解決 <input checked="" type="checkbox"/> 未解決 <input checked="" type="checkbox"/> 計画継続 <input type="checkbox"/> 計画見直し(<input type="checkbox"/> 支援チームに相談 <input type="checkbox"/> サービスの見直し) <input type="checkbox"/> 支援の終了を検討(<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約)
評価日 (○月○日)	*特記事項

期日 (時間)	内 容	
○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 生活支援員を本人に紹介。「猫好きなのね。うれしい。よろしくお願いします。」
○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「助かりました、ありがとう。」
○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「また来てね」
○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 特になし
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 3か月後のモニタリング訪問。生活支援員の支援に「満足しています」

-----2年が経過-----

支援記録

課題と 支援目標	解決したい課題（課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す） <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 自宅で猫との生活が続けられるよう、金融機関への同行支援を行う。 本人ができることはできる限りしていただくように支援を行う。
評価予定	○年 ○月頃
モニタリング と評価	課題解決の状況 <input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 一部解決 <input checked="" type="checkbox"/> 未解決 <input type="checkbox"/> 計画継続 <input checked="" type="checkbox"/> 計画見直し (<input checked="" type="checkbox"/> 支援チームに相談 <input type="checkbox"/> サービスの見直し) <input checked="" type="checkbox"/> 支援の終了を検討 (<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input checked="" type="checkbox"/> 成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約
評価日 (△月△日)	*特記事項 定期支援がうまくいかなかったため、モニタリングを実施。

期日 (時間)	内 容	
○年 ○月 ○日 ○時○分 (90分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input checked="" type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 猫が亡くなってから初めての訪問。憔悴しており、攻撃的な態度。「どうして私の通帳を持っているの?」と聞かれ、生活支援員が説明しても納得してもらえず、専門員も自宅へ行き、一緒に説明。
○年 △月 △日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前○○ ○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 ケアマネジャーと共に訪問。生活支援員による支援を受けていること、社協が通帳を預かっていることが思い出せない。

モニタリングシート

【作成日: ○年 ○月 ○日 担当者名:○○ ○○】

<p>1. 利用者の状況はどのように変化しているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL、健康状態 ・ 判断能力 ・ 生活のようす ・ 家族や知人等との人間関係 ・ 生活環境の変化 など 	<p>判断能力の低下が進み通帳預かりサービスや生活支援員による引き出し同行支援のサービスに納得しなくなっている（「なんで私の通帳をもっているの？」）。 猫が亡くなったことが影響していると思われる。 足腰が弱り、伝い歩きが困難になってきた。</p>
<p>2. 連携・活用している社会資源(社会資源の数・種類、連携の内容)や社会資源との役割分担、生活支援員との相性は適切か</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(今まで仲の良かった猫好きの生活支援員が攻撃対象になっている。他の支援員に交代することには納得しない。)</p>
<p>3. 日常生活自立支援事業によるサービスの種類は適切か (現在のサービス提供状況)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/>福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/>日常的金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/>書類等預かりサービス 	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(通帳預かりについて納得していない。)</p>
<p>4. 日常生活自立支援事業によるサービスの頻度は適切か (現在のサービス提供状況) 現在の支援は一か月に 1回 60分</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(足腰が弱ってきており、同行支援を 60 分で行うことが困難)</p>
<p>5. 毎回の支援方法、内容、手続きは適切か (現在のサービス提供状況) 金融機関への <input checked="" type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>本人決定による代行 その他()</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(代行支援を提案しても、納得しない)</p>
<p>6. 支援計画外の支援はどれくらいあるか(方法・内容・頻度等)</p>	<p>生活支援員の単独訪問では納得しないため、専門員との複数支援となっている。</p>
<p>7. 支援計画外の支援の理由や必要性は確認できているか。また、それへの対応は図られているか</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>適切 <input type="checkbox"/>要検討 ⇒()</p>
<p>8. 支援における課題解決・目標は達成されたか</p>	<p>* 課題⇒ <input type="checkbox"/>解決 <input type="checkbox"/>一部解決 <input checked="" type="checkbox"/>未解決 * 支援方針・目標 <input type="checkbox"/>達成できた <input type="checkbox"/>現在進行中 <input checked="" type="checkbox"/>見直し検討 * 改善できたこと(現状を維持できたことも含む) ⇒(猫の死亡までの 2 年間は、支援は安定して提供できていた。)</p>
<p>9. 支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと</p>	<p><input type="checkbox"/>頻回な支援要求について <input type="checkbox"/>支出超過への対応について <input checked="" type="checkbox"/>孤独・孤立感への対応など <input type="checkbox"/>利用者からのハラスメント行為について <input type="checkbox"/>支援を希望しない状況について <input checked="" type="checkbox"/>支援の終了について <input type="checkbox"/>自己管理 <input type="checkbox"/>他の支援への移行 <input checked="" type="checkbox"/>成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/>初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/>本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>実施社協・団体からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>特記事項</p> <p>同居していた猫の死亡により、本人の心身の状況が崩れており、孤独・孤立感への対応が必要。孤独・孤立感が解消された場合は、また本事業のサービスを受け入れる可能性もある。孤独・孤立感が解消されず、このまま心身の状態が悪化していくようであれば、成年後見制度への移行が必要。今後在宅生活継続が可能なのか、長男からの支援の可能性についても相談したい。</p>	

事例②:病院から退院する精神障害者に対する、 地域移行の支援事例

【本事例の概要】

●利用者の概要

- ・男性、48歳、統合失調症、障害支援区分申請中
- ・サービス等の利用状況（自立支援医療利用中）
- ・長期間、精神科病院に入院。話好き。絵を描くのが好き。
- ・2年前、ずっと面会に来てくれていた母親が死去。他県に長兄がいる。長兄に迷惑をかけないようにと母に言われて育ってきたため、本人は長兄に頼りたいと考えていない。長兄はPSWからの連絡には応じてくれる状況。

●日常生活自立支援事業の利用

- ・病院のPSWから、地域移行による退院、自立生活の開始により日常生活自立支援事業の利用について相談（賃貸アパート契約支援は、PSWが実施済み）。
- ・本人によるサービス内容の理解、利用希望、利用料金の支払いについて同意あり。
- ・福祉サービス利用援助、日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを利用。
- ・利用開始時の本人の意向：「絵を描ける生活をしたい。兄には迷惑をかけてはいけない、と言われてきたので頼りたくない。自分でも（金銭管理を）できるようになりたい」。

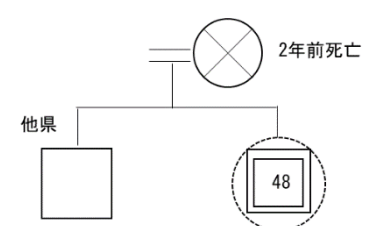
●支援経過

- ・半年間、生活支援員が金融機関への同行による預金引き出し支援等を実施。
- ・デイケアにおける周囲との関係も良好の様子。
- ・その後、自ら、金融機関での引き出し、通帳の管理を希望。それに伴い、日常生活自立支援事業による支援の終了を希望したため、同事業終了後の支援方策（見守り体制の構築）の検討について支援チームに相談している事例。

相談申込・受付票

No.	〇〇-〇〇	ご本人以外の相談者の方は、わかる範囲でご記入ください。	
受付日	R〇年 〇月 〇日	受付者	〇〇 〇〇
相談者	氏名 △△ △△	所属	〇〇病院
	職種 PSW	電話	〇〇-〇〇-〇〇
相談概要 相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等			
<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業のサービスを利用したほうが良いと思われる人がいるので、相談したい。 その他特記事項があれば記入 長期に当院に入院していた患者が地域生活を開始するため、日常生活自立支援事業により日常生活を支えてほしい。			
本事業を利用する理由・本人の状況 <input type="checkbox"/> 通帳・印鑑等を紛失する <input checked="" type="checkbox"/> 一人では金融機関に行くことができない <input checked="" type="checkbox"/> 一人では金融機関で出金ができない <input type="checkbox"/> 公共料金等の滞納がある <input type="checkbox"/> 家賃等の滞納がある <input type="checkbox"/> 医療・介護サービス等の滞納がある <input type="checkbox"/> 一人では生活費の支払いができない <input type="checkbox"/> 消費者被害に遭ったことがある <input type="checkbox"/> 一人では郵便物を開封しない <input checked="" type="checkbox"/> 一人では必要な申請・契約等の手続きができない <input type="checkbox"/> その他(上記 特記事項に記入)		以下の項目の確認をお願いします。 下記 1~3 すべてについて満たしていない場合には、契約ができません。 本人の理解・利用意思や同意を得てから再度ご相談ください。 〈本サービスの利用に関しての意向等について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 本事業のサービス内容を理解している <input checked="" type="checkbox"/> 2. 本事業のサービス利用・支援を受ける意思がある <input checked="" type="checkbox"/> 3. 利用料金を支払うことについての理解と同意がある 〈本人が利用を希望するサービス〉 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービス	

本人の状況 支援計画作成担当者等のケアプラン等添付

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	男 女	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇町〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
生年月日	T S H 〇年 〇月 〇日 満 48 歳	家族等	氏名	〇〇 〇〇 続柄 長兄
疾病・病歴 障害	判断能力低下の原因疾患・障害名も記入 統合失調症	緊急連絡先	TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇
医療機関名 主治医	〇〇病院 〇〇 〇〇	家族関係図 <input checked="" type="checkbox"/> 詳細は別添参照 		
心身の状況 判断能力	身体状況自立 精神保健福祉手帳 2 級			
住居状況	賃貸アパートを契約予定			
経済状況	主な収入 年金 月 約 7 万円 主な支出 円 <input checked="" type="checkbox"/> 居住費 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 介護費 <input checked="" type="checkbox"/> 光熱費 <input checked="" type="checkbox"/> 生活費 <input checked="" type="checkbox"/> 金額不明 財産状況(不動産・資産、負債、財産状況変動の可能性など)	<input checked="" type="checkbox"/> 生活保護受給		
支援状況等 (就労状況含む)	介護・障害の認定・区分状況 <input type="checkbox"/> 介護認定【 <input type="checkbox"/> 申請・変更中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()】 <input checked="" type="checkbox"/> 障害支援区分【 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中・変更中 区分()】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立支援医療 支援計画作成者 <input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 相談者とは別(氏名 未定) 利用している介護・障害福祉サービス等 今後利用予定 就労先・状況 なし			
生活歴、人柄・選好、こだわり、配慮すべきこと	絵を描くことが好き。母がずっと本人のところに面会に来ていたが、2年前に亡くなった。 母のことを話題にすると、感情失禁が起きる。 長兄は特に面会に来ることはないが、こちらからの連絡には応じてくれる。			
今後の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 相談継続 訪問日程(〇月 〇日 予定)、同行者(<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用している → アセスメントシートを使用 <input checked="" type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用していない → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 親族等で、利用に反対している人がいる → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 相談対応終了→つなぎ先等			

日常生活自立支援事業の契約に向けて、必要な情報を社会福祉協議会に提供することに同意します。

本人氏名 〇〇 〇〇 (代筆の場合には、代筆者氏名)

日常生活自立支援事業 サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書

社会福祉法人 ○○社会福祉協議会 御中

下記のサービスの利用を申込みます。また、下記のサービスの利用にともない、私の自立・生活支援、社会参加のために必要な個人情報について貴社会福祉協議会に提供するとともに、支援に必要な範囲において、外部の者に対して個人情報を提供し、また、取得することに同意します。

ふりがな	○○○○ ○○○○
氏名	○○ ○○ *署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)
住所	〒 ○○○-○○○○ ○○町○○ ○-○-○
電話番号	○○○-○○○-○○○
生年月日	○年 ○月 ○日 48歳
申込みサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む
希望・配慮してほしいこと等	自分でもできるようになりたいです。
代筆者	代筆している場合には、 代筆者氏名を記入

※日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを申し込む場合に以下を記入

預かり品等の返還が生じた場合のあなた以外の返還先	氏名 ○○ ○○	続柄 長兄
	住所・連絡先 ○○県○○市在住 TEL ○○○-○○○-○○○○	
	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 親族はいる(と思う)が連絡先は不明	
連絡への同意	上記連絡先へ連絡をとることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
預かり品等の保存期限	返却できなくなった預かり品等の保存の期限を10年とし、期限を過ぎた場合は処分することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

※親族の連絡先が不明の場合に以下を記入

親族の連絡先が不明の場合の対応	親族を探すことを専門職に依頼することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
-----------------	---

アセスメントシート

No.	〇〇-〇〇	担当者	〇〇 〇〇
訪問日	R〇年 〇月 〇日	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ 違う場合記入()

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇町〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H	〇年 〇月 〇日 満 48歳	家族等 緊急連絡先	氏名 〇〇 〇〇 続柄 長兄 TEL 〇〇-〇〇-〇〇

I. 本人の状況 ケアプラン等添付情報参照（ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入）

判断能力の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分※その場合は、日自ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など 精神保健福祉手帳 2 級		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 対象外	CW:〇〇福祉事務所 〇〇 〇〇	TEL:〇〇-〇〇-〇〇
収入源	収入区分		金額
	<input checked="" type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他	障害年金	約 6万5千円/月
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 5千円/月
	合 計		約 7万円/月
財産等の 状況	<input type="checkbox"/> 預貯金(なし)万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input checked="" type="checkbox"/> 借入なし <input type="checkbox"/> 借入あり 総 額()円 <input type="checkbox"/> 不明 返 済 額(円/月) 借入先()残額() 返 済 額(円/月) 借入先()残額() その他()		
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input type="checkbox"/> 一人で行っている <input checked="" type="checkbox"/> 支援者が支援している(PSWが支援) <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況 P S Wが支払いや手続きについて説明し、支援している。		
親族との 関係	母がずっと本人のところに面会に来ていたが、2年前に亡くなった。 長兄が特に面会に来ることはないが、こちらからの連絡には応じてくれる。		

II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思

強み、大切にしていること・好きなこと	絵を描くことが好き。 服薬管理が重要と本人が理解しており、しっかりと薬を飲んでいる。 病院を出ることに戸惑っていたが、地域で生活を始めることに、少しずつ前向きになってきた。
嫌なこと・されたくないこと	頭ごなしに何かを決め付けた言い方をすると、関係が悪くなる。 関係を作るうえでは、本人がどう考えているかを聞くことが必要。
どのような生活を希望しているか？親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)	絵を描ける生活をしたい。兄には迷惑をかけてはいけなく、と言われてきたので頼りたくない。

Ⅲ. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認 ()内には、特記事項がある場合に記入

支援者からの情報		本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること		
福祉サービスの利用援助	<input checked="" type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) (PSW が生活を始めるための調整を行っている。) <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的金融管理に関すること		
金融機関からの出金 支払い行為 収入額・支出額に関する本人の認識 収入に応じた支出管理・優先順位付 債務整理等	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 認識有 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆申請・手続き・契約支援に関すること		
必要な申請・手続き・契約 不利な契約(消費者被害など)	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 契約しそくない <input checked="" type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること		
通帳や土地の権利書などの管理 郵便物を開封して書類を読むこと	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明

日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ

	◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対しての本人の意向・思い
日常的な支援	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(<input checked="" type="checkbox"/> 同行・ <input type="checkbox"/> 代行) <input checked="" type="checkbox"/> 支払い支援(<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用料 <input checked="" type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input checked="" type="checkbox"/> 重要書類預かり(<u>通帳</u> ・土地の権利書等) <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input checked="" type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input checked="" type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入
一時的な支援	<input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律職による支援へのつなぎ <input checked="" type="checkbox"/> 行政手続き等支援(<u>公営住宅の継続申請や給付金等</u>) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援	自分でできるようになりたいと思っているので、教えてほしい。通帳も、自分で管理できるようになりたい。

Ⅳ. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 下記は特に必要なし

◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐ
<input type="checkbox"/> 医療等へのつながりが必要 (どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 虐待通報が必要 (通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します <input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつながりが必要 (<input type="checkbox"/> 中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐことを検討
<input type="checkbox"/> 法テラスの利用 <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援 <input type="checkbox"/> 生活保護 CW との役割分担の確認 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input type="checkbox"/> 依存症の回復支援 <input type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他()

Ⅴ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)

日常生活自立支援事業の利用	<input checked="" type="checkbox"/> する (<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金融管理 <input checked="" type="checkbox"/> 書類預かり) → 契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input type="checkbox"/> しない (<input type="checkbox"/> 本人に利用意向なし <input type="checkbox"/> その他の支援を優先) つなぎ先等 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日 <u>〇月〇日</u>)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input checked="" type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他() 本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 本人が自分でできるようになりたいという意向があるため、できるだけ同行支援し、自分でできるようになるよう、支援する。本人と相談し、計画的な支出管理ができるよう検討する。

契約締結判定ガイドライン

【契約の意思について】

①契約意思の確認

「△△さんに勧められたとのことですが、〇〇さんご自身は、この制度を利用されるお気持ちがありますか？」

あります。

- a. この制度に関心を示し、拒絶がない
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない
- d. 支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある

【基本的情報・見当識について】

②基本的情報・見当識の確認

「お名前を確認させていただきますか。」(本人の指示に従って書く)

〇〇 〇〇〇〇といます。

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

「生年月日を教えてくださいませんか？」

昭和〇年〇月〇日です。

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

「今、何歳でいらっしゃいますか？」

48歳です。

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

【在宅者の場合】「お住まいはどちらですか。」

【施設入所者・入院患者の場合】「今、どこで生活をしていらっしゃいますか？」

〇〇病院です。

- a. ほぼ正確に答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

【生活状況の概要、援助の必要性について】

③日常生活の概要

「今の生活で、お困りのことはありますか？」

何に困るかが、まだわかりません。困ったときに、相談します。

- a. ほぼ正確に自分の課題を答えられる
- b. 支援を受ければほぼ正確に自分の課題を回答できる、または正確な回答に同意できる
- c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

④社会生活の概要

「役所の手続き等で、お困りになることはないですか？」

いろいろと教えてもらってやっています。

a. ほぼ正確に答えられる

b. 支援を受ければほぼ正確に自分の課題を回答できる、または正確な回答に同意できる

c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

「銀行や郵便局などで預金・貯金の出し入れはどうですか？」

したことはありません。

a. ほぼ正確に答えられる

b. 支援を受ければほぼ正確に自分の課題を回答できる、または正確な回答に同意できる

c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

【契約内容及び利用料支払いに関する同意について】

⑤ 契約書・支援計画案の提示及び利用料支払いに関する理解について

「これから、私ども社会福祉協議会が提供できるサービスと料金をお示しします。分からないところがあったら、途中で質問して下さい。とても、大事なことがらですから、おわかりにならなければ、何度でもおたずね下さい。」

「これまでの説明をお聞きして、この制度を利用されるお気持ちがありますか？」

大丈夫です。大体わかったと思います。

a. 概ね理解ができ、契約を希望する

b. 支援を受ければ、概ね理解ができ、契約意思を表明することができる

c. 支援を受けても見当違いな回答をし、修正できない

d. 支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある

⑥ 苦情の申立て

「このサービスは、〇〇さんのご希望に添った福祉サービスの利用ができるようお手伝いするものですから、ご希望が反映されるようにご遠慮なく注文して下さい。

実際は、本契約の後でご紹介する生活支援員という人がお手伝いをさせていただくことになりますが、生活支援員等のすることにご不満があるときは、まず、生活支援員に直接お話し下さい。

お話になってもだめだと思いになるときは、(パンフレットに明記された苦情受付先)まで、電話かお手紙をください。ご自分でおっしゃりにくければ、民生委員や親しい人に頼んでもかまいません。」

わかりました。

- a. 概ね苦情申立て制度について理解し、同意している
- b. 支援を受ければ、苦情申立て制度について理解する能力がある、または同意できる
- c. 支援を受けても、苦情申立て制度について理解しているかどうか疑問
- d. 支援を受けても、苦情申立て制度について理解できない

⑦解約に関する説明

「いったん契約を結んでも、〇〇さんは、契約をやめることができます。契約をやめる場合は、□□□□という方法があります。この他、ここに書いてあるような場合は、契約が終わりますが、その場合私ども社会福祉協議会は、引き続き〇〇さんに必要な援助ができるように手配をいたします。」

はい。

- a. 概ね理解ができ、契約解除手続きについて理解する能力がある
- b. 支援を受ければ、契約解除手続きについて理解する能力がある、または同意できる
- c. 支援を受けても、理解しているかどうか疑問
- d. 支援を受けても意思確認ができない

【専門家等の意見照会について】

⑧専門家等への意見照会に関する同意とりつけ(必要に応じて照会)

「この契約を結ばせていただく前に、主治医や施設の医師等(必要に応じて、関係部署・機関も含む)に、ご意見をうかがいたいのですがよろしいでしょうか？」

〇〇先生に聞かってことですか？わかりました。

- a. 同意が得られた
- b. 同意が得られない

⑨1週間後の訪問調査についての説明と同意とりつけ

●初回の訪問はここまでです。1週間後の訪問について説明。

来週ですね、わかりました。

●以上で、＜Ⅰ. 初回訪問＞で聞きとるインタビューを終了します。

【専門家の意見聴取】

必要に応じて、利用希望者の主治医等から意見を聞きます。(照会状省略)

＜Ⅱ. 1週間後の再訪問時＞

【記憶、意思の持続について】

⑩記憶、意思の持続確認・契約意思の再確認

「これが、〇〇さんと私ども社会福祉協議会の契約の内容です。先週、お話ししたとおりですが、覚えていらっしゃいますか。契約をご希望されますか。(必要に応じてもう一度説明)」

覚えています。よろしくお願いします。

- a. 覚えており、契約希望を再確認できる
- b. 覚えていたかどうか疑問だが、再度の説明や支援を受けて契約を希望
- c. 支援を受けても前回の訪問を思い出せず、見当違いの回答をする
- d. 支援を受けても意思確認ができない、明確な拒否がある

契約締結判定ガイドライン質問記録表

I. 初回訪問

●：契約可能 ■：必要に応じて契約締結審査会に回る ◆：インタビュー中止

評価・調査項目	選択肢によっては、その他、その理由を記入ください。			選択肢										
契約の意思について														
①契約意思の確認	bの場合：支援者や支援内容を記入			a	b	c	d	●	●	■	◆			
基本的情報・見当識について														
②名前	本人の指示にしたがい、本人の名前を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「OO OOOOといます。」			a	b	c					
生年月日	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「昭和〇年〇月〇日です。」			a	b	c					
年齢	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「48歳です。」			a	b	c					
住所あるいは居所	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「OO病院です。」			a	b	c					
基本的情報・見当識（上記の総合的判断）							a	b	c					
生活状況の概要、援助の必要性について														
③日常生活の概要	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「何に困るかが、まだわかりません。困ったときに、相談します。」			a	b	c					
④社会生活の概要（役所の手続き等）	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「いろいろと教えてもらってやっています。」			a	b	c					
社会生活の概要（預貯金の出し入れ）	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			本人の回答と把握している現状や事実との差異があれば記載「したことはありません。」			a	b	c					
生活状況の概要、援助の必要性（上記の総合的判断）							a	b	c	●	■	◆		
契約内容及び利用料の支払いに関する同意について														
⑤契約書・支援計画案の提示及び利用料支払いに関する理解	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			回答される時の様子や理解の程度の印象「大丈夫です。大体わかったと思います。」			a	b	c	d	●	●	■	◆
⑥苦情の申立て	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			回答される時の様子や理解の程度の印象「わかりました。」			a	b	c	d	●	●	■	◆
⑦解約に関する説明	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			回答される時の様子や理解の程度の印象「はい。」			a	b	c	d	●	●	■	◆
⑧専門家等への意見照会に関する同意のとりつけ ※：必要な場合は、専門家へ意見照会														
(本人の様子や理解の程度の印象) 「OO先生に聞くってことですか？わかりました。」				a	b			※	■					
⑨1週間後の訪問調査についての説明と同意のとりつけ														
(本人の様子や理解の程度の印象) 「来週ですね。わかりました。」														

II. 1週間後の再訪問

●：契約可能 ■：必要に応じて契約締結審査会に諮る ◆：インタビュー中止・相談者にフィードバックし対応の検討を依頼

記憶、意思の持続の確認について														
⑩記憶、意思の持続確認・契約意思の再確認	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			回答される時の様子や理解の程度の印象			a	b	c	d	●	●	■	◆

III. 3か月後の訪問調査

●：支援計画・契約継続可能 ★：支援計画の変更 ■：必要に応じて契約締結審査会に諮る
◆：インタビュー中止・解約の検討 ▼：インタビュー中止・相談者にフィードバックし対応の検討を依頼

3ヶ月後の施行状況および継続の意思について														
⑪サービス施行状況、感想・苦情・評価	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			回答される時の様子や理解の程度の印象			a	b	c	d	●	★	■	◆
	変更した支援計画													
⑫サービスの利用継続に関する意思確認	b, cの場合：支援者や支援内容を記入			回答される時の様子や理解の程度の印象			a	b	c	d	●	●	■	▼

氏名（利用者）	OO OO	訪問目的	I	II	III	その他
社会福祉協議会名	OO OO	インタビュー実施者	役職	名前	OO OO	
インタビュー日時	〇月 〇日	所要時間	〇 時間	分	訪問回数	1 回目
場所	OO OO	同席者（役職等）				

当該利用者に該当する部分のみ
斜字体で記載しています。

支 援 計 画

〇〇と（〇〇町社会福祉協議会）は、福祉サービス利用援助契約（令和〇年〇月〇日作成）
にもとづいて、次のとおり、援助のくわしい内容をさだめました。

令和〇年〇月〇日

（利用者）

住所 〒 〇〇-〇〇

〇〇町〇〇 〇-〇-〇

氏名 〇〇 〇〇

（基幹的社会福祉協議会）

所在地 〒 〇〇-〇〇

〇〇町〇〇 〇-〇-〇

名称 〇〇町社会福祉協議会

会長 〇〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

【専門員】 〇〇 〇〇

【生活支援員】 〇〇 〇〇

【この計画を作った日】 令和〇年〇月〇日

【この契約の適切さをたしかめる時期】 この計画を作った日から 3か月ごと

【援助のくわしい内容】

1. 生活支援員が訪問する時期

(1) 生活支援員が、第三水曜日の午後1時に、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

生活支援員が〇〇〇〇様のご自宅にいる時間は、30分から1時間くらいです。

(2) このほか、障害福祉サービスがつかえるように手続きの支援をするときと、障害福祉サービス計画をつくるときに、生活支援員が、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

2. 福祉サービスの利用の援助

(1) 生活支援員は、ご自宅訪問のときに、福祉サービスの利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。また、苦情解決制度の利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。

事例②

(2) 障害福祉サービスがつかえるように手続きの本人決定の代行をします。また、障害福祉サービス計画をつくる時の話し合いに、生活支援員が同席して、〇〇〇〇様のご相談を受けるなどの援助をします。

3. 預金のお届け

生活支援員は、1 (1) の訪問のつど、〇〇〇〇様の下記の預金から金 40,000 円の払い戻しに同行します。

記

金融機関・支店名	〇〇銀行〇〇支店
預金の種類	普通預金
口座番号	6 5 4 3 2 1
口座名義 (ふりがな)	〇〇〇〇 (△△△△)

4. 支払い

第三水曜日の訪問の際に、必要があるときは、生活支援員は次の支払い手続きについて〇〇〇〇様の振込に同行します。

- ① 障害福祉サービスの利用料の振込み
- ② 公共料金、日用品などの代金の支払い

5. 臨時の援助

必要があるときには、〇〇町社会福祉協議会は、〇〇〇〇様の意思をたしかめたうえで、この計画にない調整、援助やこの計画とは異なる援助を臨時で行います。

例)

定期的な金銭支払いの自動振替手続きの援助
年金、手当等定期的な金銭受領の振込確認
行政手続き等支援 (公営住宅の継続申請や給付金等の申請など)

支援記録

課題と支援目標	解決したい課題（課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す） <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input checked="" type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 本人が自分でできるようになりたいという意向があるため、できるだけ同行支援し、自分でできるようになるよう、支援する。
評価予定	○年 ○月頃
モニタリングと評価	課題解決の状況 <input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 一部解決 <input checked="" type="checkbox"/> 未解決 <input checked="" type="checkbox"/> 計画継続 <input type="checkbox"/> 計画見直し(<input type="checkbox"/> 支援チームに相談 <input type="checkbox"/> サービスの見直し) <input type="checkbox"/> 支援の終了を検討(<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約)
評価日(○月○日)	*特記事項 郵便物の管理はできるようになったため、自身で行うよう支援目標を変更。

期日(時間)	内 容	
○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 生活支援員を本人に紹介。生活支援員と絵の話で盛り上がる。
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「銀行は緊張しますね」
○年 ○月 ○日 ○時○分 (90分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input checked="" type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「生活費が足りなくなった、どうしたらいいか」という入電あり。訪問し、金融機関に同行。袋分けにして計画的に使うことを説明。「どの袋が分からなくなった」とのこと。
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 金融機関の前で待ち合わせし、同行支援をした。 「今度は、ちゃんとやりたい」「デイケアに絵を持って行ったら、友達に褒められた」

事例②

○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援 (<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 3か月後のモニタリング訪問。「袋分けでうまくできるようになってきた」
---------------------------------	--------------------------------------	---

-----半年経過-----

支援記録

課題と 支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す)
	<input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input checked="" type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標
	本人が自分でできるようになりたいという意向があるため、できるだけ同行支援し、自分でできるようになるよう、支援する。
評価予定	○年 ○月頃
モニタリング と評価	課題解決の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 一部解決 <input type="checkbox"/> 未解決 <input type="checkbox"/> 計画継続 <input checked="" type="checkbox"/> 計画見直し (<input checked="" type="checkbox"/> 支援チームに相談 <input type="checkbox"/> サービスの見直し) <input checked="" type="checkbox"/> 支援の終了を検討 (<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への移行) <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約
評価日 (△月△日)	*特記事項 本人から通帳返還の申し出在り。自身で管理したいとの申し出があったため、支援の終了を検討。

期日 (時間)	内 容	
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援 (<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「通帳を返してもらうことは可能か」と聞かれた。
○年 △月 △日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前_○○_○○) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援 (<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「金融機関での引き出しは一人でできるようになってきたので、自分で通帳を監理したい。」

モニタリングシート

【作成日: ○年 ○月 ○日 担当者名: ○○ ○○】

<p>1. 利用者の状況はどのように変化しているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL、健康状態 ・ 判断能力 ・ 生活のようす ・ 家族や知人等との人間関係 ・ 生活環境の変化 など 	<p>一人で暮らし、デイケアに行くことに慣れてきた。 金融機関の同行支援をしていく中で、引き出しは自分でできるようになったと主張。</p>
<p>2. 連携・活用している社会資源(社会資源の数・種類、連携の内容)や社会資源との役割分担、生活支援員との相性は適切か</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>適切 <input type="checkbox"/>要検討 ⇒(生活支援員との関係は良好だが、訪問時間に家にいることが面倒になった模様)</p>
<p>3. 日常生活自立支援事業によるサービスの種類は適切か (現在のサービス提供状況)</p> <p><input type="checkbox"/>福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/>日常的金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/>書類等預かりサービス</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(「自分で通帳を監理したい」という希望)</p>
<p>4. 日常生活自立支援事業によるサービスの頻度は適切か (現在のサービス提供状況) 現在の支援は一か月に 1回 30分</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(サービス終了を希望)</p>
<p>5. 毎回の支援方法、内容、手続きは適切か (現在のサービス提供状況) 金融機関への <input checked="" type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>本人決定による代行 その他()</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(サービス終了を希望)</p>
<p>6. 支援計画外の支援はどれくらいあるか(方法・内容・頻度等)</p>	<p>生活費が足りないという連絡が初期に入り、袋分けでの管理を伝える。それ以降は特になし。</p>
<p>7. 支援計画外の支援の理由や必要性は確認できているか。また、それへの対応は図られているか</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>適切 <input type="checkbox"/>要検討 ⇒() 計画外の支援がほとんどない</p>
<p>8. 支援における課題解決・目標は達成されたか</p>	<p>* 課題⇒ <input checked="" type="checkbox"/>解決 <input type="checkbox"/>一部解決 <input type="checkbox"/>未解決 * 支援方針・目標 <input checked="" type="checkbox"/>達成できた <input type="checkbox"/>現在進行中 <input type="checkbox"/>見直し検討 * 改善できたこと(現状を維持できたことも含む) ⇒(本人による手続きや金銭管理ができるようになった)</p>
<p>9. 支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと</p>	<p><input type="checkbox"/>頻回な支援要求について <input type="checkbox"/>支出超過への対応について <input checked="" type="checkbox"/>孤独・孤立感への対応など <input type="checkbox"/>利用者からのハラスメント行為について <input type="checkbox"/>支援を希望しない状況について <input checked="" type="checkbox"/>支援の終了について <input checked="" type="checkbox"/>自己管理 <input type="checkbox"/>他の支援への移行 <input type="checkbox"/>成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/>初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/>本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>実施社協・団体からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>特記事項</p> <p>本人が「自分でできる」と主張しているため、本事業によるサービスを終了することを検討中。通帳だけは社協で預かり、金融機関で生活費を引き出したら、また通帳を戻してもらおう、という段階的な終了も検討できる。が、本人はあくまでも「自分でやりたい」と主張。本事業を終了した場合には、他のサービス提供の際に、金銭管理に支障が生じていないかを見守っていただくことが必要と思われる。本事業の終了後の見守りについて、支援チームで話し合ってください。</p>	

事例③:手元にある現金をパチンコに使ってしまう知的障害者に対する、支出管理を依頼された事例

【本事例の概要】

●利用者の概要

- ・男性、59歳、療育手帳C
- ・サービス等の利用状況（就労継続支援A型を利用中だが休みがち）
- ・父親の死亡後の生命保険金を使い果たし、生活保護を受給。他県に、幼少期に家を出た母がいるほか、伯父や従妹もいるが、本人への関与を拒否。日中はパチンコ店にずっといる状態。思い通りにならないと怒鳴ってそばにあるものを蹴ることがある。

●日常生活自立支援事業の利用

- ・生活保護ケースワーカーの説得により本人はしぶしぶ納得、生活保護ケースワーカーより支出管理に関して日常生活自立支援事業の利用について相談が入った。計画相談担当者とともに日常生活自立支援事業による初回面談（アセスメント）を行ったが、自分は金銭管理ができると主張、本事業の利用を望んではいないことを確認。
- ・生活保護ケースワーカーに、現状では契約締結が困難なことを説明するとともに、本人が自動送金サービスの利用を望む場合には、自動送金の金額設定について支援可能であると思われる旨を提案し、一旦、相談段階で終了した事例。

相談申込・受付票

No.	〇〇-〇〇	ご本人以外の相談者の方は、わかる範囲でご記入ください。	
受付日	R〇年 〇月 〇日	受付者	〇〇 〇〇
相談者	氏名 〇〇 〇〇	所属 〇〇市生活福祉課	
	職種 生活保護 CW	電話 〇〇-〇〇-〇〇	
相談概要 相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等			
<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業のサービスを利用したほうが良いと思われる人がいるので、相談したい。 その他特記事項があれば記入 手元の現金をすべてパチンコに使ってしまう。日常生活自立支援事業の利用が必要と説明し、しぶしぶ納得。			
本事業を利用する理由・本人の状況 <input type="checkbox"/> 通帳・印鑑等を紛失する <input type="checkbox"/> 一人では金融機関に行くことができない <input type="checkbox"/> 一人では金融機関で出金ができない <input checked="" type="checkbox"/> 公共料金等の滞納がある <input type="checkbox"/> 家賃等の滞納がある <input type="checkbox"/> 医療・介護サービス等の滞納がある <input type="checkbox"/> 一人では生活費の支払いができない <input type="checkbox"/> 消費者被害に遭ったことがある <input checked="" type="checkbox"/> 一人では郵便物を開封しない <input type="checkbox"/> 一人では必要な申請・契約等の手続きができない <input checked="" type="checkbox"/> その他(上記 特記事項に記入)		以下の項目の確認をお願いします。 下記1~3すべてについて満たしていない場合には、契約ができません。 本人の理解・利用意思や同意を得てから再度ご相談ください。	
		〈本サービスの利用に関しての意向等について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 本事業のサービス内容を理解している <input checked="" type="checkbox"/> 2. 本事業のサービス利用・支援を受ける意思がある <input checked="" type="checkbox"/> 3. 利用料金を支払うことについての理解と同意がある	
		〈本人が利用を希望するサービス〉 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービス	

本人の状況 支援計画作成担当者等のケアプラン等添付

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	男 女	住所	〒 〇〇-〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H 〇年 〇月 〇日 満59歳	家族等 氏名 〇〇 〇〇 続柄 実母 緊急連絡先 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
疾病・病歴 障害	判断能力低下の原因疾患・障害名も記入 うつ症状があった。(今は快癒)	家族関係図 <input checked="" type="checkbox"/> 詳細は別添参照		
医療機関名 主治医	〇〇クリニック 〇〇 〇〇			
心身の状況 判断能力	身体状況自立 療育手帳C			
住居状況	古い一軒屋に独居			
経済状況	主な収入 <u>生活保護月 約6万円</u> <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護受給 主な支出 _____ 円 <input type="checkbox"/> 居住費 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 介護費 <input checked="" type="checkbox"/> 光熱費 <input checked="" type="checkbox"/> 生活費 <input checked="" type="checkbox"/> 金額不明 財産状況(不動産・資産、負債、財産状況変動の可能性など) 自宅も土地も売却は困難。			
支援状況等 (就労状況含む)	介護・障害の認定・区分状況 <input type="checkbox"/> 介護認定【 <input type="checkbox"/> 申請・変更中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()】 <input checked="" type="checkbox"/> 障害支援区分【 <input type="checkbox"/> 申請中・変更中 区分(I)】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 支援計画作成者 <input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 相談者とは別(氏名 〇〇 〇〇) 利用している介護・障害福祉サービス等 <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援A型と契約しているが、休みがち 就労先・状況 なし			
生活歴、人柄・選好、こだわり、配慮すべきこと	父親の死亡後の生命保険を使い果たし、生活保護を受給。他県に、幼少期に家を出た母がいるほか、別の県にも伯父や従妹もいるが、本人への関与を拒否。日中はパチンコ店にずっといる状態。思い通りにならないと怒鳴ってそばにあるものを蹴ることがある。			
今後の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 相談継続 訪問日程(〇月 〇日予定)、同行者(<input type="checkbox"/> 相談者と同じ、 <input checked="" type="checkbox"/> その他 計画相談担当〇〇) <input checked="" type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用している → アセスメントシートを使用 <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用していない → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 親族等で、利用に反対している人がいる → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 相談対応終了→つなぎ先等			

日常生活自立支援事業の契約に向けて、必要な情報を社会福祉協議会に提供することに同意します。

本人氏名 〇〇 〇〇 (代筆の場合には、代筆者氏名 _____)

アセスメントシート

No.	〇〇-〇〇	担当者	〇〇 〇〇
訪問日	〇年 〇月 〇日	同席者	□相談者と同じ 違う場合記入(計画相談員〇〇)

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H	〇年 〇月 〇日 満 59 歳	家族等 緊急連絡先	氏名 〇〇 〇〇 続柄 実母 TEL 〇〇-〇〇-〇〇(連絡を拒否)

I. 本人の状況 ケアプラン等添付情報参照 (ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入)

判断能力の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分※その場合は、日自ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など 療育手帳 C		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 対象外	CW: 〇〇市役所 〇〇 〇〇	TEL: 〇〇-〇〇-〇〇
収入源	収入区分	内容	金額
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 6 万 8 千円/月
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	合計		約 6 万 8 千円/月
財産等の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金(なし)万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input type="checkbox"/> 借入なし <input type="checkbox"/> 借入あり 総額()円 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 返済額(円/月) 借入先()残額() 返済額(円/月) 借入先()残額() その他()		
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で行っている <input type="checkbox"/> 支援者が支援している() <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況		
親族との 関係	〇〇県に、本人の幼少期に家を出た母、〇〇県に叔父や従妹がいるが、過去に連帯保証人になった際の金銭トラブルがあったため、全員、本人への関与を拒否。保護CWが連絡しても「もう連絡しないでほしい」と拒否されている。本人も母親のことを恨んでおり、関係を修復しようとはしない。		

II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思

強み、大切にしていること・好きなこと	パチンコ店に知り合いがいて、一緒に列に並びおごったりおごられたりしていると思われる。
嫌なこと・されたくないこと	かつては新聞配達店に父親と共に就労していたことから、「自分は普通に働ける」という思いが強く、就労継続支援 A 型に通うことが嫌い。しかし新聞配達店ともトラブルを起こしており、以前の職場には就労できない。
どのような生活を希望しているか？親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)	「自分でできるので、あれこれ言われずに生活したい」「自分に『母親』はいない」

事例③

Ⅲ. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認 ()内には、特記事項がある場合に記入

支援者からの情報		本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること		
福祉サービスの利用援助	<input checked="" type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) (計画相談員) <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的金銭管理に関すること		
金融機関からの出金 支払い行為 収入額・支出額に関する本人の認識 収入に応じた支出管理・優先順位付 債務整理等	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 認識有 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆申請・手続き・契約支援に関すること		
必要な申請・手続き・契約 不利な契約(消費者被害など)	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 契約しそくない <input checked="" type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること		
通帳や土地の権利書などの管理 郵便物を開封して書類を読むこと	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明

日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ

	◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対する本人の意向・思い
日常的な支援	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(<input checked="" type="checkbox"/> 同行・ <input type="checkbox"/> 代行) <input type="checkbox"/> 支払い支援(<input type="checkbox"/> サービス利用料 <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input checked="" type="checkbox"/> 重要書類預かり(<u>通帳</u> ・土地の権利書等) <input type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input checked="" type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入 福祉の支援を受けているからといって何もできないと思われるのは困る。銀行にも一人で行けるし、自分でやっている。必要ない。
一時的な支援	<input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律職による支援へのつなぎ <input checked="" type="checkbox"/> 行政手続き等支援(公営住宅の継続申請や給付金等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援	

Ⅳ. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 下記は特に必要なし

◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐ	<input type="checkbox"/> 医療等へのつなぎが必要 (どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 虐待通報が必要 (通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します <input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつなぎが必要 (<input type="checkbox"/> 中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性	※ここにチェックがついたら、一旦つなぐことを検討
	<input type="checkbox"/> 法テラスの利用 <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護 CW との役割分担の確認 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input type="checkbox"/> 依存症の回復支援 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他()

Ⅴ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)

日常生活自立支援事業の利用	<input type="checkbox"/> する (<input type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理 <input type="checkbox"/> 書類預かり) → 契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input checked="" type="checkbox"/> しない (<input checked="" type="checkbox"/> 本人に利用意向なし <input type="checkbox"/> その他の支援を優先) つなぎ先等 <u>CWに金融機関の自動送金サービスの利用を提案</u> <input type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 生活保護CWに、自分で金銭管理ができると主張していることに加え、本事業の利用を望んでいないため、今の状況では契約ができないことを説明。本人が自動送金サービスを利用することを望む場合には自動送金の金額設定をどうするか支援には入ることができると思う、と提案した。

事例④:アルコール依存のある利用者についての 支援チームへの相談事例

【本事例の概要】

●利用者の概要

- ・男性、52歳、うつ症状あり、アルコール依存症と思われるほどの飲酒量。
- ・サービス等の利用状況（自立支援医療の訪問看護利用）
- ・賃貸住宅に独居。
- ・婚姻歴なく、父親は不明。母、祖父母は死亡。親族なし。

●日常生活自立支援事業の利用

- ・生活保護ケースワーカーより、日常的な金銭管理支援について相談。
- ・本人によるサービス内容の理解、利用希望、利用料金の支払いについて同意あり。
- ・本人の日常生活動作、手段的日常生活動作は自立。記憶力、理解力の低下もなし。「保護費が入るとすべて飲酒に使ってしまうため、金銭管理への支援が必要。」というのが、生活保護ケースワーカーの説明。
- ・利用開始時の本人の意向：「手元にあると全部飲んでしまうので、通帳やキャッシュカードを預かってほしい。」
- ・サービス内容：月2回の同行支援。

●支援経過

- ・記憶力、理解力の低下なく、支出抑制の支援であるため、本来は生活保護の被保護者家計改善支援事業の該当者であるが、当市には同事業が未整備であること、本人も支援を希望していることから本事業の支援を開始。
- ・生活支援員による支援は計画どおりに実施できるが、週1～2回、酩酊状態で「お金が無くなった、追加で引き出したい」「通帳を返してほしい」という電話が入り、専門員がその都度対応。
- ・本人は夕方起きて、一晩中テレビを見ながら飲酒している生活であり、クリニック通院、訪問看護、日常生活自立支援事業以外に友人との交流や地域との関わりなし。
- ・3か月後のモニタリングの際、支援チーム（生活保護CW、主治医、訪問看護）に専門員が頻回に臨時支援に入っている支援状況を伝え、「アルコール依存症の減酒・断酒への治療へのつなぎ」「ピアサポート等の回復支援へのつなぎ」「保健所への相談へのつなぎ」「精神保健福祉手帳の申請」「就労支援」「ボランティア活動への支援」「キャッシュレス決済アプリによるサポートの利用提案」についての協議を依頼する事例。

日常生活自立支援事業 サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書

社会福祉法人 社会福祉協議会 御中

下記のサービスの利用を申込みます。また、下記のサービスの利用にともない、私の自立・生活支援、社会参加のために必要な個人情報について貴社会福祉協議会に提供するとともに、支援に必要な範囲において、外部の者に対して個人情報を提供し、また、取得することに同意します。

ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇
氏名	〇〇 〇〇 *署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇
生年月日	〇年 〇月 〇日 52歳
申込みサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む
希望・配慮してほしいこと等	来る時間は、午後にしてほしい。
代筆者	代筆している場合には、 代筆者氏名を記入

※日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを申し込む場合に以下を記入

預かり品等の返還が生じた場合のあなた以外の返還先	氏名	続柄
	住所・連絡先	TEL
	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 親族はいる（と思う）が連絡先は不明	
連絡への同意	上記連絡先へ連絡をとることに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
預かり品等の保存期限	返却できなくなった預かり品等の保存の期限を 10 年とし、期限を過ぎた場合は処分することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

※親族の連絡先が不明の場合に以下を記入

親族の連絡先が不明の場合の対応	親族を探すことを専門職に依頼することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
-----------------	--

事例④

アセスメントシート

No.	〇〇-〇〇	担当者	〇〇 〇〇
訪問日	R〇年 〇月 〇日	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ 違う場合記入()

※ 支援計画作成担当者のケアプラン等を入手している

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 住所	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H 〇年 〇月 〇日 満 52歳	家族等 緊急連絡先	氏名 なし 続柄 TEL

I. 本人の状況 ケアプラン等添付情報参照 (ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入)

判断能力の 状況	<input type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input checked="" type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分※その場合は、日自ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など 手帳取得なし、自立支援医療		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 対象外	CW:〇〇市役所 〇〇 〇〇	TEL:〇〇-〇〇-〇〇
収入源	収入区分	内容	金額
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 10万 円/月
	<input type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他		約 円/月
	合計		約 10万 円/月
財産等の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金(なし)万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input type="checkbox"/> 借入なし <input checked="" type="checkbox"/> 借入あり 総額(約4万)円 <input type="checkbox"/> 不明 返済額(3万 円/月) 借入先(家主)残額(3万) 返済額(1万 円/月) 借入先(公共料金)残額(1万) その他()		
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で行っている <input type="checkbox"/> 支援者が支援している() <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況		
親族との 関係	母は未婚で本人を出産、本人の幼少期に家を出ており(その後、自死)、祖父母に育てられるも、祖父母ともに本人が40代の頃に死亡。		

II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思

強み、大切にしていること・好きなこと	(精神科の)クリニックには、ちゃんといくようにしている。 酒を飲みながらテレビを見ているのが好き。ぼーっと見ている。すぐ飲みすぎてしまう。
嫌なこと・されたくないこと	午前中は頭がぼーっとしているので、午後に来てほしい。 あと、急に訪問されるのは困る。
どのような生活を希望しているか?親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)	自分のペースで生活したい。親族はいない。父親は誰なのかわからない。母親は自分の小さい頃に出ていった。死んだそうだ。祖父母も40代の頃に死んだ。自分のせいで、祖父母に苦勞させたと思う。

事例④

Ⅲ. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認 ()内には、特記事項がある場合に記入

支援者からの情報		本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること		
福祉サービスの利用援助	<input checked="" type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) (訪問看護) <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的な金銭管理に関すること		
金融機関からの出金 支払い行為 収入額・支出額に関する本人の認識 収入に応じた支出管理・優先順位付 債務整理等	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 認識有 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆申請・手続き・契約支援に関すること		
必要な申請・手続き・契約 不利な契約(消費者被害など)	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 契約しそわない <input type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること		
通帳や土地の権利書などの管理 郵便物を開封して書類を読むこと	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input checked="" type="checkbox"/> 課題認識あり <input type="checkbox"/> 課題認識なし・不明

日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ

	◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対する本人の意向・思い
日常的な支援	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(<input checked="" type="checkbox"/> 同行・ <input type="checkbox"/> 代行) <input type="checkbox"/> 支払い支援(<input type="checkbox"/> サービス利用料 <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input checked="" type="checkbox"/> 重要書類預かり(<input checked="" type="checkbox"/> 通帳・土地の権利書等) <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input checked="" type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input checked="" type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入
	<input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律職による支援へのつなぎ <input type="checkbox"/> 行政手続き等支援(公営住宅の継続申請や給付金等) <input checked="" type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 家賃・ <input type="checkbox"/> 公共料金の滞納の解消) <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援	
一時的な支援		手元にあると全部飲んでしまうので、通帳やキャッシュカードを預かってほしい。

Ⅳ. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 下記は特に必要なし

◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐ
<input type="checkbox"/> 医療等へのつながりが必要 (どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 虐待通報が必要 (通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します <input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつながりが必要 (<input type="checkbox"/> 中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐことを検討
<input type="checkbox"/> 法テラスの利用 <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援 <input type="checkbox"/> 生活保護 CW との役割分担の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input checked="" type="checkbox"/> 依存症の回復支援 <input type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(<input checked="" type="checkbox"/> キャッシュレス決済アプリによるサポートの提案)

ⅤⅤ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)

日常生活自立支援事業の利用	<input checked="" type="checkbox"/> する (<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的な金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> 書類預かり) →契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input type="checkbox"/> しない (<input type="checkbox"/> 本人に利用意向なし <input type="checkbox"/> その他の支援を優先) つなぎ先等 _____ <input type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日 _____)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input checked="" type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他(_____) 本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 うつ症状の診断あるものの、自立度は高い。本来は被保護者家計改善支援の対象であると考えられるが、当市でまだ導入がないため、当事業にて、滞納の解消、自分で支出のペース配分をできるように支援する。

事例④

支援計画

当該利用者に該当する部分のみ斜
字体で記載しています。

〇〇と（〇〇市社会福祉協議会）は、福祉サービス利用援助契約（令和〇年〇月〇日作成）に
もとづいて、次のとおり、援助のくわしい内容をさだめました。

令和〇年〇月〇日

（利用者）

住所 〒 〇〇-〇〇

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

氏名 〇〇 〇〇

（基幹的社会福祉協議会）

所在地 〒 〇〇-〇〇

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

名称 〇〇市社会福祉協議会

会長 〇〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

【専門員】 〇〇 〇〇

【生活支援員】 〇〇 〇〇

【この計画を作った日】 令和〇年〇月〇日

【この契約の適切さをたしかめる時期】 この計画を作った日から 3か月ごと

【援助のくわしい内容】

1. 生活支援員が訪問する時期

(1) 生活支援員が、**第三火曜日と月末に**、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

生活支援員が〇〇〇〇様のご自宅にいる時間は、30分から1時間くらいです。

2. 福祉サービスの利用の援助

(1) 生活支援員は、ご自宅訪問のときに、福祉サービスの利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。また、苦情解決制度の利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。

事例④

3. 預金のお届け

生活支援員は、1 (1) の訪問のつど、〇〇〇〇様の下記の預金から金 10,000 円～40,000 円までの間の払い戻しに同行します。

記

金融機関・支店名	〇〇銀行〇〇支店
預金の種類	普通預金
口座番号	7 6 5 4 3 2
口座名義 (ふりがな)	〇〇〇〇 (△△△△)

4. 支払い

第三火曜日、月末の訪問の際に、必要があるときは、生活支援員は次の支払い手続きについて〇〇〇〇様の振込に同行します。

① 公共料金、日用品などの代金の支払い

5. 臨時の援助

必要があるときには、〇〇市社会福祉協議会は、〇〇〇〇様の意思をたしかめたうえで、この計画にない調整、援助やこの計画とは異なる援助を臨時で行います。

例)

定期的な金銭支払いの自動振替手続きの援助など
行政手続き等支援 (公営住宅の継続申請や給付金等の申請など)
アルコール依存症の回復支援へのつなぎ

支援記録

課題と支援目標	解決したい課題（課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す） <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input checked="" type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 うつ症状の診断あるものの、自立度は高い。本来は被保護者家計改善支援の対象であると考えられるが、 当市でまだ導入がないため、当事業にて、滞納の解消、自分で支出のペース配分をできるように支援する。
評価予定	○年 ○月頃
モニタリングと評価	課題解決の状況 <input type="checkbox"/> 解決 <input checked="" type="checkbox"/> 一部解決 <input type="checkbox"/> 未解決 <input type="checkbox"/> 計画継続 <input checked="" type="checkbox"/> 計画見直し (<input checked="" type="checkbox"/> 支援チームに相談 <input checked="" type="checkbox"/> サービスの見直し) <input type="checkbox"/> 支援の終了を検討 (<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約)
評価日 (○月○日)	*特記事項 公共料金滞納分は全額返済。家賃滞納分を分割返済中。生活支援員の支援のほかに、毎週のように朝9時に酩酊状態で「引き出したい」という電話が入る。食べるものがないため、専門員の同行で臨時支援で2千円～3千円の引出しを支援している。アルコール依存症への対応、孤立の解消、生活リズムの改善、キャッシュレス決済アプリによる支援についての話し合いが必要。

期日 (時間)	内 容	
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前 <u>○○</u> <u>○○</u>) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 生活支援員を本人に紹介。「来る前に電話してほしい。次回は2万円引き出したい」
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前 <u>○○</u> <u>○○</u>) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 予定どおり2万を引き出し、家賃滞納分 2 千円、公共料金の滞納分全額を振り込む。お米を購入して帰宅。「次回は1万円引き出したい」。 金融機関同行中、散歩中の犬に遭遇。とてもかわいいが。昔、犬を飼っていたそうで、動物のテレビ番組を見るのが好き、とのこと。
○年 ○月 ○日 ○時○分 (10分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前 <u>○○</u> <u>○○</u>) <input checked="" type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 「酒を買うお金がなくなった。何とかならないか?」とのこと。定期訪問が明後日であることを伝えると、「我慢できるかなあ。我慢してみます」、明後日は予定を変更し1万3千円引き出すことになる。

事例④

<p>○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)</p>	<p>誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>生活支援員 <input type="checkbox"/>専門員 <input type="checkbox"/>その他 (名前__○○__○○) <input type="checkbox"/>電話(入電・架電) <input type="checkbox"/>訪問 <input type="checkbox"/>来所 <input checked="" type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>会議 <input type="checkbox"/>その他() <input checked="" type="checkbox"/>定期支援(<input checked="" type="checkbox"/>計画どおりに実施 <input type="checkbox"/>計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/>臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/>特変なし <input type="checkbox"/>変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 1万3千円を引き出す。この二日間はお酒を薄めて飲んでいただけのこと。「我慢するのがきつかった。」「次回は1万5千円。」とのこと。</p>
<p>○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)</p>	<p>誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項</p>	<p><input type="checkbox"/>生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/>専門員 <input type="checkbox"/>その他 (名前__○○__○○) <input checked="" type="checkbox"/>電話(<input checked="" type="checkbox"/>入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/>訪問 <input type="checkbox"/>来所 <input type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>会議 <input type="checkbox"/>その他() <input type="checkbox"/>定期支援(<input type="checkbox"/>計画どおりに実施 <input type="checkbox"/>計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/>臨時支援 <input type="checkbox"/>特変なし <input checked="" type="checkbox"/>変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 朝9時に「お金を引き出しにいきたい」と電話あり。「食べるものがなくなって困っている」我慢していた反動で、日本酒をハイペースで飲んでしまったとのこと。訪問すると、冷蔵庫にはお酒も含めて何もなくなっていた。相談の上で、同行し3千円を引き出す。「あと1週間工夫して過ごす」とのこと。「飲みすぎていると思っている」「でも、飲んでいないと不安になる」とのこと。生保 CW に電話で状況を報告。</p>
<p>○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)</p>	<p>誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>生活支援員 <input type="checkbox"/>専門員 <input type="checkbox"/>その他 (名前__○○__○○) <input type="checkbox"/>電話(入電・架電) <input type="checkbox"/>訪問 <input type="checkbox"/>来所 <input checked="" type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>会議 <input type="checkbox"/>その他() <input checked="" type="checkbox"/>定期支援(<input checked="" type="checkbox"/>計画どおりに実施 <input type="checkbox"/>計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/>臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/>特変なし <input type="checkbox"/>変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 予定どおり2万円を引き出し、家賃滞納分の2千円を振り込む。 また、散歩中の犬に遭遇。「犬をまた飼いたいと思うこともあるけど、このアパートじゃ飼えない。お金もない、犬が先に死ぬのもつらい。」</p>
<p>○年 ○月 ○日 ○時○分 (90分)</p>	<p>誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項</p>	<p><input type="checkbox"/>生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/>専門員 <input type="checkbox"/>その他 (名前__○○__○○) <input checked="" type="checkbox"/>電話(<input checked="" type="checkbox"/>入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/>訪問 <input type="checkbox"/>来所 <input type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>会議 <input type="checkbox"/>その他() <input type="checkbox"/>定期支援(<input type="checkbox"/>計画どおりに実施 <input type="checkbox"/>計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/>臨時支援 <input type="checkbox"/>特変なし <input checked="" type="checkbox"/>変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 朝9時に「お金がなくなった。引き出したい」と酩酊状態で入電。「酔いが覚めてからお話しましょう」と話すと、「自分の通帳なんだから、返してほしい!」と、電話を切られた。 その後、しばらくしてから再び入電。「済まなかった、お金がない、何とかしてくれ」 訪問し、相談の上で、同行し2千円を引き出す。昨日夕方5時に起きて、一晩中飲んでいただけのこと。生保 CW と一緒に話し合いの場を持つことを提案し、了承を得る。</p>

モニタリングシート

【作成日: ○年 ○月 ○日 担当者名: ○○ ○○】

<p>1. 利用者の状況はどのように変化しているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL、健康状態 ・ 判断能力 ・ 生活のようす ・ 家族や知人等との人間関係 ・ 生活環境の変化 など 	<p>ADL 等自立しており、変化なし。 夕方起きて、一晩中飲酒してテレビを見ている生活。</p>
<p>2. 連携・活用している社会資源(社会資源の数・種類、連携の内容)や社会資源との役割分担、生活支援員との相性は適切か</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(生活支援員との関係は良好だが、日自と訪問看護以外の、地域とのつながりが無い)</p>
<p>3. 日常生活自立支援事業によるサービスの種類は適切か (現在のサービス提供状況)</p> <p><input type="checkbox"/>福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/>書類預かりサービス <input checked="" type="checkbox"/>日常的金銭管理サービス</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(毎週、臨時で金融機関からの引き出しに同行する状態。その際、酔っていると「通帳を返せ」という)</p>
<p>4. 日常生活自立支援事業によるサービスの頻度は適切か (現在のサービス提供状況)</p> <p>現在の支援は一月に定期支援2回 30分</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(酔うと、サービス終了を希望)</p>
<p>5. 毎回の支援方法、内容、手続きは適切か (現在のサービス提供状況)</p> <p>金融機関への <input checked="" type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>本人決定による代行 その他()</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(酔うと、サービス終了を希望)</p>
<p>6. 支援計画外の支援はどれくらいあるか(方法・内容・頻度等)</p>	<p>月2回の計画支援に対して、月2~3回の臨時支援を実施。計月4~5回の支援となっている。</p>
<p>7. 支援計画外の支援の理由や必要性は確認できているか。また、それへの対応は図られているか</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(対応について協議したい)</p>
<p>8. 支援における課題解決・目標は達成されたか</p>	<p>* 課題⇒ <input type="checkbox"/>解決 <input checked="" type="checkbox"/>一部解決 <input type="checkbox"/>未解決 * 支援方針・目標 <input type="checkbox"/>達成できた <input type="checkbox"/>現在進行中 <input type="checkbox"/>見直し検討 * 改善できたこと(現状を維持できたことも含む) ⇒(公共料金滞納分は全額返済、家賃滞納分を分割返済中。)</p>
<p>9. 支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>頻回な支援要求について <input checked="" type="checkbox"/>孤独・孤立感への対応など <input checked="" type="checkbox"/>支出超過への対応について <input type="checkbox"/>利用者からのハラスメント行為について <input type="checkbox"/>支援を希望しない状況について <input type="checkbox"/>支援の終了について <input type="checkbox"/>自己管理 <input type="checkbox"/>他の支援への移行 <input type="checkbox"/>成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/>初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/>本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>実施社協・団体からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>その他()</p>

特記事項

酩酊状態になれば、生活支援員との関係も良好であるが、酔っていると「通帳を返せ」という主張となる。日中することがなく、夕方起きて飲酒を始め、一晩中飲んでいる。本人は「断酒はむり」と思っているが、「飲みすぎている」という自覚がある。

以下について、生活保護 CW、主治医、訪問看護師の方々にご意見いただきたい。

- ・アルコール依存症の減酒・断酒への治療へのつなぎ
- ・ピアサポート等の回復支援へのつなぎ
- ・保健所への相談へのつなぎ
- ・精神保健福祉手帳の申請
- ・就労支援
- ・ボランティア活動への支援の是非
- ・キャッシュレス決済アプリによるサポートの利用提案の是非

本人は、犬を飼っていたことがあり、犬と触れ合うことを好んでいる。この地域にある保護犬譲渡団体が随時ボランティアを募集しているため、このようなボランティア活動参加の提案は、社協側として可能。就労ではなくボランティア活動へつなぐことについてもご意見いただきたい。このことにより孤立状態を解消し、アルコールの量を減らしていくことができるのではないかと思料。

本事業利用後3か月間で、専門員による臨時支援が毎月2~3回入っている。

本人はスマートフォンを利用しており、キャッシュレス決済アプリによるサポートを利用することで、毎日の支出を意識することが可能となる。

月〇〇円の利用料がかかるが、このアプリ利用を本人に提案することについても、ご意見いただきたい。

事例⑤:認知症高齢者のアンメットニーズへの相談事例

【本事例の概要】

●利用者の概要

- ・女性、76歳、多発性脳梗塞後認知症あり。要介護2。長谷川式スケール12点。
- ・サービス等の利用状況（訪問介護 週1回）、配食サービス
- ・持ち家に独居。
- ・本人の介護をしていた夫が9か月前に死亡。子は無く、親族は遠くに住んでいる姉のみ。

●日常生活自立支援事業の利用

- ・ケアマネジャーより、日常的な金銭管理支援について相談。
- ・ケアマネジャーが、本人宅内の本人の手の届かない場所に通帳、印鑑、キャッシュカードをおき、金銭管理を支援。
- ・本人によるサービス内容の理解、利用希望、利用料金の支払いについて同意あり。
- ・利用開始時の本人の意向：最初「そんなこと頼みました？」と戸惑っていたが、ケアマネジャーの説明により「そうなの？それなら」と同意。女性による支援を希望。
- ・サービス内容：月1回の同行支援。

●支援経過

- ・生活支援員との顔合わせには、専門員だけでなくケアマネジャーも同行。「そうだった？わかりました」と支援を受け入れる。
- ・生活支援員の初回支援に、専門員も同行。ケアマネジャーがこちらの訪問直前に本人に電話をしてくれていたため、訪問を受け入れ。
- ・次の生活支援員による支援にも、専門員は同行。本人は、覗穴から見ている様子はあるが、家から出てくることなく、支援を実施できず。
- ・日常生活自立支援事業による支援を希望しない状況について支援チームとの検討を依頼（モニタリングシートに記入）。

相談申込・受付票

No.	〇〇-〇〇	ご本人以外の相談者の方は、わかる範囲でご記入ください。	
受付日	R〇年 〇月 〇日	受付者	〇〇
相談者	氏名 〇〇 〇〇	所属 〇〇ケアサービス	
	職種 ケアマネジャー	電話 〇〇-〇〇-〇〇	
相談概要 相談者の主訴・日常生活自立支援事業のサービスが必要だと考える理由・状況等			
<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業のサービスを利用したほうが良いと思われる人がいるので、相談したい。 その他特記事項があれば記入 介護者であった夫を亡くし、独居。今は、通帳や印鑑等は本人宅内の本人の手の届かない場所に置いて、月に1～2回、ヘルパーの入る日に自分が本人と共に銀行に行って、引き出しや振り込みの支援をしている。			
本事業を利用する理由・本人の状況 <input type="checkbox"/> 通帳・印鑑等を紛失する <input checked="" type="checkbox"/> 一人では金融機関に行くことができない <input checked="" type="checkbox"/> 一人では金融機関で出金ができない <input type="checkbox"/> 公共料金等の滞納がある <input type="checkbox"/> 家賃等の滞納がある <input type="checkbox"/> 医療・介護サービス等の滞納がある <input checked="" type="checkbox"/> 一人では生活費の支払いができない <input type="checkbox"/> 消費者被害に遭ったことがある <input checked="" type="checkbox"/> 一人では郵便物を開封しない <input checked="" type="checkbox"/> 一人では必要な申請・契約等の手続きができない <input type="checkbox"/> その他(上記 特記事項に記入)		以下の項目の確認をお願いします。 下記1～3 すべてについて満たしていない場合には、契約ができません。 本人の理解・利用意思や同意を得てから再度ご相談ください。 〈本サービスの利用に関しての意向等について〉 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 本事業のサービス内容を理解している <input checked="" type="checkbox"/> 2. 本事業のサービス利用・支援を受ける意思がある <input checked="" type="checkbox"/> 3. 利用料金を支払うことについての理解と同意がある 〈本人が利用を希望するサービス〉 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービス	

本人の状況 支援計画作成担当者等のケアプラン等添付

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
生年月日	T S H 〇年 〇月 〇日 満 76歳	家族等 氏名 〇〇 〇〇 続柄 姉 緊急連絡先 TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
疾病・病歴 障害	判断能力低下の原因疾患・障害名も記入 多発性脳梗塞、認知症	家族関係図 <input checked="" type="checkbox"/> 詳細は別添参照		
医療機関名 主治医	〇〇病院 〇〇 〇〇			
心身の状況 判断能力	身体状況自立 長谷川式スケール12点			
住居状況	持ち家			
経済状況	主な収入 年金 月 約15万円 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 主な支出 15万 円 <input type="checkbox"/> 居住費 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費 <input checked="" type="checkbox"/> 介護費 <input checked="" type="checkbox"/> 光熱費 <input checked="" type="checkbox"/> 生活費 <input type="checkbox"/> 金額不明 財産状況(不動産・資産、負債、財産状況変動の可能性など) 預金 800万			
支援状況等 (就労状況含む)	介護・障害の認定・区分状況 <input checked="" type="checkbox"/> 介護認定【 <input type="checkbox"/> 申請・変更中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2)】 <input type="checkbox"/> 障害支援区分【 <input type="checkbox"/> 申請中・変更中 区分()】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 支援計画作成者 <input type="checkbox"/> 相談者と同じ <input type="checkbox"/> 相談者とは別(氏名) 利用している介護・障害福祉サービス等 訪問介護週1回(入浴時の支援、買い物同行)、配食 就労先・状況 ずっと専業主婦だったとのこと			
生活歴、人柄・選好、こだわり、配慮すべきこと	夫が本人の介護も金銭管理もしていたが、夫はがんで9か月前に亡くなった。親族は姉のみ。音楽を聴くのが好きで、クラシック音楽を聴いたり、歌を歌ったりしている。コミュニケーションは良好だが、人と深く付き合うのは苦手なようで、近隣の人と行き来するのは「疲れちゃう」と言う。			
今後の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 相談継続 訪問日程(〇月 〇日 予定)、同行者(<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ、 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用している → アセスメントシートを使用 <input type="checkbox"/> 介護・障害福祉サービス等を利用していない → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 親族等で、利用に反対している人がいる → 契約締結判定ガイドラインを使用 <input type="checkbox"/> 相談対応終了→つなぎ先等			

日常生活自立支援事業の契約に向けて、必要な情報を社会福祉協議会に提供することに同意します。

本人氏名 〇〇 〇〇 (代筆の場合には、代筆者氏名)

日常生活自立支援事業 サービス利用申込書兼個人情報取扱同意書

社会福祉法人 社会福祉協議会 御中

下記のサービスの利用を申込みます。また、下記のサービスの利用にともない、私の自立・生活支援、社会参加のために必要な個人情報について貴社会福祉協議会に提供するとともに、支援に必要な範囲において、外部の者に対して個人情報を提供し、また、取得することに同意します。

ふりがな	○○○○ ○○○○
氏名	○○ ○○ *署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)
住所	〒 ○○○-○○○○ ○○市○○ ○-○-○
電話番号	○○-○○○-○○○
生年月日	○年 ○月 ○日 76歳
申込みサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input checked="" type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む
希望・配慮してほしいこと等	できたら、女の人をお願いします。
代筆者	代筆している場合には、 代筆者氏名を記入

※日常的金銭管理サービス、書類等預かりサービスを申し込む場合に以下を記入

預かり品等の返還 が生じた場合のあ なた以外の返還先	氏名 ○○ ○○	続柄 姉
	住所・連絡先 ○○市○○ ○-○-○ TEL ○○-○○○-○○○	
連絡への同意	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 親族はいる（と思う）が連絡先は不明	
預かり品等の 保存期限	上記連絡先へ連絡をとることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
	返却できなくなった預かり品等の保存の期限を10年とし、期限を過ぎた場合は処分することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	

※親族の連絡先が不明の場合に以下を記入

親族の連絡先が 不明の場合の対応	親族を探すことを専門職に依頼することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
---------------------	---

アセスメントシート

No.	〇〇-〇〇	担当者	〇〇 〇〇
訪問日	R〇年 〇月 〇日	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 相談者と同じ 違う場合記入()

※ 支援計画作成担当者のケアプラン等を入手している

フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇市〇〇 〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇-〇〇
生年月日	T S H	〇年 〇月 〇日 満 76歳	家族等 緊急連絡先	氏名 〇〇 〇〇 続柄 姉 TEL 〇〇-〇〇-〇〇

I. 本人の状況 ケアプラン等添付情報参照 (ケアプラン等添付情報にないことを以下に記入)

判断能力の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 判断能力不十分 <input type="checkbox"/> 判断能力不明 <input type="checkbox"/> 判断能力が十分※その場合は、日自ではないサービス提供へ 長谷川式スケール、MMSE など、手帳の有無など 多発性脳梗塞、認知症、長谷川式スケール 14点		
本人の 就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先:	TEL:
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 境界層 <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	CW:	TEL:
収入源	収入区分		金額
	<input checked="" type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他	遺族年金	約 9万 円/月
	<input checked="" type="checkbox"/> 年金等 <input type="checkbox"/> 給料等 <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> その他	国民年金	約 6万 円/月
合計		約 15万 円/月	
財産等の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金(800)万円 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
借入金 滞納など	<input checked="" type="checkbox"/> 借入なし <input type="checkbox"/> 借入あり 総額()円 <input type="checkbox"/> 不明 返済額()円/月 借入先()残額() 返済額()円/月 借入先()残額() その他()		
金銭管理や 手続きの 支援の状況	<input type="checkbox"/> 一人で行っている <input checked="" type="checkbox"/> 支援者が支援している() <input type="checkbox"/> 親族が支援している 具体的状況 金融機関での手続きができない。小銭で支払いができない。夫が生きていた頃は、夫が管理していた。今は、通帳や印鑑等は本人宅内の本人の手の届かない場所に置いて、月に1~2回、ヘルパーの入る日に自分が本人と共に引き出しや振り込みの支援をしている。夫の死後、金銭管理の支援を受けることを提案し続けてきたが、本人に課題認識なく、なかなか希望しなかった。		
親族との 関係	子は無く、夫が本人の介護も金銭管理もしていたが、夫はがんで9か月前に亡くなった。親族は姉のみ。姉の住居が遠いため、時々、ハガキで近況についてやり取りしている。		

II. 本人の強み、選好、生活の意向、意思

強み、大切にしていること・好きなこと	音楽を聴くのが好きで、クラシック音楽を聴いたり、歌を歌ったりしている。 他者とのコミュニケーションは良好で人当たりはよい。
嫌なこと・されたくないこと	人と深く付き合うのは苦手なようで、近隣の人と行き来するのは「疲れちゃう」と言う。歌のサークルに入ることも、過去に夫が勧めたようだが「知らない人と一緒に歌いたくない」と言ったとのこと。大きな音も苦手。
どのような生活を希望しているか？親族がいる場合には、親族への思い(本人に直接確認する)	姉には「いつまでも元気でいてほしい」 夫と仲が良かったため、「一人はさみしい」というが、夫と暮らした家を離れるつもりはない。

Ⅲ. 日常生活自立支援事業による支援の必要性の確認 ()内には、特記事項がある場合に記入

支援者からの情報		本人からの情報
◆福祉サービスの利用援助に関すること		
福祉サービスの利用援助	<input checked="" type="checkbox"/> 支援機関・支援者がいる(調整中) (ケアマネジャー) <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆日常的金銭管理に関すること		
金融機関からの出金 支払い行為 収入額・支出額に関する本人の認識 収入に応じた支出管理・優先順位付 債務整理等	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 認識有 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆申請・手続き・契約支援に関すること		
必要な申請・手続き・契約 不利な契約(消費者被害など)	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> 契約しそくない <input checked="" type="checkbox"/> 契約したことがある・する可能性が高い	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明
◆重要な書類の管理に関すること		
通帳や土地の権利書などの管理 郵便物を開封して書類を読むこと	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 本事業の支援が必要 <input type="checkbox"/> 本事業では困難	<input type="checkbox"/> 課題認識あり <input checked="" type="checkbox"/> 課題認識なし・不明

日常生活自立支援事業による支援の必要性のまとめ

	◆具体的に必要と思われる支援	これらの支援に対しての本人の意向・思い
日常的な支援	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し(<input checked="" type="checkbox"/> 同行・ <input type="checkbox"/> 代行) <input checked="" type="checkbox"/> 支払い支援(<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用料 <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 本人による支出管理への支援 <input checked="" type="checkbox"/> 重要書類預かり(通帳・土地の権利書等) <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の開封・内容確認支援	<input checked="" type="checkbox"/> サービス内容の理解あり <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用・支援を受ける意思あり <input checked="" type="checkbox"/> 利用料支払いの理解と同意あり 具体的な本人の言葉を記入
一時的な支援	<input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の解約支援 <input type="checkbox"/> 法テラスや法律職による支援へのつなぎ <input type="checkbox"/> 行政手続き等支援(公営住宅の継続申請や給付金等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 緊急連絡先の把握の支援	最初、「そんなこと頼みました?」と戸惑っていたが、ケアマネジャーの説明により「あら、そうなの? それなら」と同意。

Ⅳ. 日常生活自立支援事業以外の支援の必要性・可能性 下記は特に必要なし

◆その他の支援の必要性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐ	
<input type="checkbox"/> 医療等へのつながりが必要 (どの機関が行うか <input type="checkbox"/> 相談者 <input type="checkbox"/> その他)	
<input type="checkbox"/> 虐待通報が必要 (通報日)※早期発見義務、通報義務に基づき通報します	
<input type="checkbox"/> 成年後見制度へのつながりが必要 (<input type="checkbox"/> 中核機関等へつなぐ <input type="checkbox"/> その他)	
◆日常生活自立支援事業以外の支援による課題解消の可能性 ※ここにチェックがついたら、一旦つなぐことを検討	
<input type="checkbox"/> 法テラスの利用 <input type="checkbox"/> 消費生活センターへの相談 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の自立生活援助サービスの利用	
<input type="checkbox"/> 生活困窮者自立相談の家計改善支援の利用 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、相談支援事業等の連携による、意思決定支援	
<input type="checkbox"/> 生活保護 CW との役割分担の確認 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者家計改善支援 <input type="checkbox"/> 依存症の回復支援	
<input type="checkbox"/> 金融機関の自動送金サービスの利用 <input type="checkbox"/> その他()	

Ⅴ. 検討・決定事項と支援の目標(解決すべき支援課題)

日常生活自立支援事業の利用	<input checked="" type="checkbox"/> する (<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> 書類預かり) →契約書・支援計画の提示、計画締結へ <input type="checkbox"/> しない (<input type="checkbox"/> 本人に利用意向なし <input type="checkbox"/> その他の支援を優先) つなぎ先等 _____ <input type="checkbox"/> 契約締結判定ガイドラインの利用が必要(ガイドライン実施日 _____)
課題と支援目標	解決したい課題 (課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す) <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他(_____) 本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 本人が希望する自宅での生活を支援する。人当たりがよく、消費者被害に遭う可能性があるため、訪問時に消費者被害に遭っていないかを確認する。

支 援 計 画

当該利用者に該当する部分のみ
斜字体で記載しています。

(利用者)と(基幹的社会福祉協議会)は、福祉サービス利用援助契約(令和〇年〇月〇日作成)にもとづいて、次のとおり、援助のくわしい内容をさだめました。

令和〇年〇月〇日

(利用者)

住所 〒 〇〇-〇〇

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

氏名 〇〇 〇〇

(基幹的社会福祉協議会)

所在地〒 〇〇-〇〇

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

名称 〇〇市社会福祉協議会

会長 〇〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

【専門員】 〇〇〇〇

【生活支援員】 〇〇〇〇

【この計画を作った日】 令和〇年〇月〇日

【この契約の適切さをたしかめる時期】 この計画を作った日から3ヶ月ごと

【援助のくわしい内容】

1. 生活支援員が訪問する時期

(1) 生活支援員が、毎月、第三木曜日の午後2時に、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

生活支援員が〇〇〇〇様のご自宅にいる時間は、30分から1時間くらいです。

(2) このほか、介護サービス等がつかえるように手続きの支援をするときと、介護サービス計画をつくるときに、生活支援員が、〇〇〇〇様のご自宅を訪問します。

2. 福祉サービスの利用の援助

(1) 生活支援員は、ご自宅訪問のときに、介護サービス等の利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。また、苦情解決制度の利用について、ご相談を受けるなどの援助をします。

3. 預金のお届け

生活支援員は、1 (1) の訪問のつど、〇〇〇〇様の下記の預金から金 60,000 円の払い戻しを受け、訪問したときに、〇〇〇〇様にお届けします。

記

金融機関・支店名	〇〇銀行〇〇支店
預金の種類	普通預金
口座番号	3 4 5 6 7 8
口座名義 (ふりがな)	〇〇〇〇 (△△△△)

4. 支払い

第三木曜日の訪問の際に、必要があるときは、生活支援員は次の支払い手続きについて本人決定の代行をします。

① 介護費や医療費、税金、社会保険料、公共料金、日用品などの代金の支払い

5. 臨時の援助

必要があるときには、〇〇市社会福祉協議会は、〇〇〇〇氏の意思をたしかめたうえで、この計画にない調整、援助やこの計画とは異なる援助を臨時で行います。

例)

定期的な金銭支払いの自動振替手続きの援助

法テラスや法律専門職による支援へのつなぎ

行政手続き等支援 (公営住宅の継続申請や給付金等の申請など)

支援記録

課題と支援目標	解決したい課題（課題が解決したら、サービス継続の必要性を見直す） <input type="checkbox"/> 債務整理へのつなぎ <input type="checkbox"/> キャッシュカード・携帯電話等の不必要な契約の解約支援 <input type="checkbox"/> 適切な支出のあり方を検討する支援(収支の見直しの支援) <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関からの引き出し支援 <input checked="" type="checkbox"/> 必要な支払いの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の安全な保管 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の内容確認支援 <input type="checkbox"/> その他()
	本人の意向を踏まえたサービス提供における目標 本人が希望する自宅での生活を支援する。人当たりがよく、消費者被害に遭う可能性があるため、訪問時に消費者被害に遭っていないかを確認する。
評価予定	年 月 頃
モニタリングと評価	課題解決の状況 <input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 一部解決 <input checked="" type="checkbox"/> 未解決 <input type="checkbox"/> 計画継続 <input checked="" type="checkbox"/> 計画見直し (<input checked="" type="checkbox"/> 支援チームに相談 <input type="checkbox"/> サービスの見直し) <input type="checkbox"/> 支援の終了を検討 (<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他の支援への移行 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/> 初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/> 本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/> 実施社協・団体からの申し出による解約
評価日 (○月○日)	*特記事項 本人は金銭管理の支援を受ける必要性を感じていない。また、「知らない人」からの支援を受けることを怖がるため、本事業のサービスを新しく入れることに困難がある。支援方法について協議が必要。

期日 (時間)	内 容	
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前 <u>○○ ○○</u>) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input checked="" type="checkbox"/> 臨時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 ケアマネジャーもともに訪問し、生活支援員との顔合わせを行う。以前の訪問のことは忘れていたが、「女の人に来てもらいたいと、私に言われましたよ」と説明すると「そうだった?わかりました。よろしく願います」とのこと。
○年 ○月 ○日 ○時○分 (60分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前 <u>○○ ○○</u>) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input checked="" type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 生活支援員の初回訪問に同行。ケアマネジャーがこちらの訪問直前に本人に電話してくれていたため、「○○さんに、誰か来る予定ですよって、言われたの。あなた?」と受け入れ。銀行の行き帰りも、あまり話さない。
○年 ○月 ○日 ○時○分 (30分)	誰による 手段 定期、臨時 本人の様子 特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> 専門員 <input type="checkbox"/> その他 (名前 <u>○○ ○○</u>) <input type="checkbox"/> 電話(入電・架電) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 同行 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 定期支援(<input type="checkbox"/> 計画どおりに実施 <input checked="" type="checkbox"/> 計画どおり実施できず) <input type="checkbox"/> 臨時支援 <input type="checkbox"/> 特変なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※計画どおりにいかなかったこと、特に変わったこと、留意事項等を記述 専門員も同行訪問するが、家から出てこない。覗穴から見ている様子はあった。 ケアマネジャーと連絡とれず、本日の支援は断念。

モニタリングシート

【作成日：○年 ○月 ○日 担当者名：○○ ○○】

<p>1. 利用者の状況はどのように変化しているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL、健康状態 ・ 判断能力 ・ 生活のようす ・ 家族や知人等との人間関係 ・ 生活環境の変化 など 	<p>支援を実施できたのが1度だけなので、変化について記載困難。</p>
<p>2. 連携・活用している社会資源(社会資源の数・種類、連携の内容)や社会資源との役割分担、生活支援員との相性は適切か</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(本人の生活支援員への思いは不明)</p>
<p>3. 日常生活自立支援事業によるサービスの種類は適切か (現在のサービス提供状況) <input type="checkbox"/>福祉サービス利用援助 <input checked="" type="checkbox"/>日常的金銭管理サービス <input checked="" type="checkbox"/>書類等預かりサービス</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(必要な支援であるが、受け入れていない)</p>
<p>4. 日常生活自立支援事業によるサービスの頻度は適切か (現在のサービス提供状況) 現在の支援は一か月に 1回 30分～60分</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(必要な支援であるが、受け入れていない)</p>
<p>5. 毎回の支援方法、内容、手続きは適切か (現在のサービス提供状況) 金融機関への <input checked="" type="checkbox"/>同行 <input type="checkbox"/>本人決定による代行 その他()</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input checked="" type="checkbox"/>要検討 ⇒(行動をともにする時間が、本人にとって気づまりで不安な時間となっている可能性がある)</p>
<p>6. 支援計画外の支援はどれくらいあるか(方法・内容・頻度等)</p>	<p>なし</p>
<p>7. 支援計画外の支援の理由や必要性は確認できているか。また、それへの対応は図られているか</p>	<p><input type="checkbox"/>適切 <input type="checkbox"/>要検討 ⇒()</p>
<p>8. 支援における課題解決・目標は達成されたか</p>	<p>* 課題⇒ <input type="checkbox"/>解決 <input type="checkbox"/>一部解決 <input checked="" type="checkbox"/>未解決 * 支援方針・目標 <input type="checkbox"/>達成できた <input type="checkbox"/>現在進行中 <input type="checkbox"/>見直し検討 * 改善できたこと(現状を維持できたことも含む) ⇒()</p>
<p>9. 支援チーム・契約締結審査会に相談したいこと</p>	<p><input type="checkbox"/>頻回な支援要求について <input type="checkbox"/>支出超過への対応について <input type="checkbox"/>孤独・孤立感への対応など <input type="checkbox"/>利用者からのハラスメント行為について <input checked="" type="checkbox"/>支援を希望しない状況について <input type="checkbox"/>支援の終了について <input type="checkbox"/>自己管理 <input type="checkbox"/>他の支援への移行 <input type="checkbox"/>成年後見制度への移行 <input type="checkbox"/>初期課題が解決し、生活が安定したことによる終了 <input type="checkbox"/>本人からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>実施社協・団体からの申し出による解約 <input type="checkbox"/>その他()</p>

特記事項

本人は金銭管理の支援の必要性を認識しておらず、また「知らない人」の訪問を怖がっている様子がある。ケアマネジャーや訪問介護の訪問に合わせて支援を実施するなど、本人にとって負担感のすくないサービスの導入を再検討したい。併せて、下記についても情報提供をいただき、本事業の支援のあり方について検討したい。

- ・他のサービス提供の際の本人の様子
- ・他のサービスを導入した初期の頃の本人の様子
- ・好むこと、嫌がること（話題なども）
- ・支援を希望していなかった事を受け入れたことがあれば、その時の様子
- ・本人が本事業による支援を希望しない背景・要因について

卷末資料

支援者向け調査票

本人向け調査票

「日常生活自立支援事業の適正かつ効果的な利用に関するアンケート調査」

【本調査にご回答いただくにあたって】

【ご回答いただく時点について】

◎本調査票では、**令和5年10月1日時点**の状況をご回答ください。当時点でのご記入が難しい場合、ご記入しやすい時点の状況でご回答をお願いします（ご本人が一時的に入院、施設入所等をされている場合でも、通常のご本人の生活環境に照らしてご回答ください）。

【本調査のご回答期限、返信について】

◎本調査のご回答期限は、**令和6年1月19日（金）**までとさせていただきます。

◎調査への回答は任意ですが、ご協力いただいた場合には、「**本人用**」と「**支援者用**」の調査票の双方にご回答いただき、それをセッットにしてご返送をお願できますと幸いです。お手数をおかけして恐縮ですが、よろしくお願いたします。

問1. ご回答者様（支援者の方）のご所属機関等

(1) ご回答者様（支援者の方）のご所属機関をご回答ください。（あてはまるもの1つに○）

- | | |
|----|-----------------------------|
| 01 | 市町村社会福祉協議会 |
| 02 | 地域包括支援センター |
| 03 | 基幹相談支援センター |
| 04 | 居宅介護支援事業所 |
| 05 | 指定特定相談支援事業所 |
| 06 | 訪問系事業所（訪問介護事業所等） |
| 07 | グループホーム（認知症高齢者） |
| 08 | グループホーム（知的障害者） |
| 09 | グループホーム（精神障害者） |
| 10 | 家計改善支援事業の実施事業所（生活困窮者自立支援事業） |
| 11 | その他（ ） |

問2. ご本人に関する基礎情報（フェイスシート）

ご本人に関する基礎情報をご回答ください。

(2) 性別（あてはまるもの1つに○）	01 男性	02 女性	
(3) 年齢（あてはまるもの1つに○）	01 20歳未満 02 20～30歳未満 03 30～40歳未満 04 40～50歳未満 05 50～60歳未満	06 60～65歳未満 07 65～70歳未満 08 70～80歳未満 09 80歳以上	
(4) 障害種別（あてはまるものすべてに○）	01 認知症（認知症と思われる方を含む） 02 知的障害（手帳を所持していない方を含む）	03 精神障害（手帳を所持していない方を含む） 04 その他（ ）	
(5) 生活保護の受給状況（あてはまるもの1つに○）	01 あり	02 なし	
(6) 収入の状況（あてはまるもの1つに○）	01 収入なし（生活保護を除く） 02 月10万円未満 03 月10万円以上20万円未満	04 月20万円以上 05 把握していない、不明	
(7) 預貯金の状況（あてはまるもの1つに○）	01 預貯金なし 02 50万円未満 03 50万円以上100万円未満 04 100万円以上200万円未満	05 200万円以上500万円未満 06 500万円以上1,000万円未満 07 1,000万円以上 08 把握していない、不明	
(8) 現在の居所（R5.10.1時点）（あてはまるもの1つに○）	01 自宅（持ち家） 02 公的借家（公営住宅） 03 民営借家 04 施設 05 病院	06 グループホーム（認知症高齢者） 07 グループホーム（知的障害者） 08 グループホーム（精神障害者） 09 その他（ ）	
(9) 介護保険法に基づくサービスの利用状況（R5.10.1時点）（あてはまるもの1つに○）	01 利用している	02 検討中・申請中	03 利用なし・予定なし
(10) 障害者総合支援法に基づくサービスの利用状況（R5.10.1時点）（あてはまるもの1つに○）	01 利用している	02 検討中・申請中	03 利用なし・予定なし
(11) 介護保険、障害者総合支援法に基づくサービス以外のサービスの利用状況（R5.10.1時点）（あてはまるもの1つに○）	※市町村、社協、ボランティア団体等が独自に行っているサービス（配食、移送、集い等）を想定。		
	01 利用している	02 検討中・申請中	03 利用なし・予定なし

(12) 同居者の有無 (あてはまるもの1つに○)

01 単身世帯	02 同居者あり	03 それ以外 (施設やグループホーム等)
---------	----------	-----------------------

(13) 現在、ご本人のお金の管理をサポートしてくれる家族・親族はいますか。

(あてはまるものすべてに○)

※本調査では「お金の管理」を、例えば銀行や郵便局の通帳やカードを使って、ご本人の生活費を引き出したり、家賃やサービス利用料などを支払ったりすること、とします。

01 同居している家族・親族	04 家族・親族がいない
02 別居している家族・親族	05 把握していない、不明
03 お金の管理をサポートしてくれる家族・親族がいない	

(14) ご本人が、福祉サービスの利用手続き支援や、日常的な金銭管理で課題を抱えている背景として、支援者が考えていること (あてはまるものすべてに○)

01 記憶力や理解力の不十分さ	
02 実行機能障害 (見通しや計画立てた行動が苦手)	
03 手続きや金銭管理の経験がない (少ない)	
04 読み書きや計算が苦手	
05 臨機応変な対応をとることが苦手	
06 相談や自分の気持ちを表明することが苦手	
07 依存症や依存傾向にある	
08 その他 ()	
09 特になし、不明	

日常生活自立支援事業を利用していない方 (日未利用者) の支援者の方は、

問4 (p. 5) に進んでください。

問3は、日常生活自立支援事業を利用している方 (日自利用者) の支援者

(専門員) の方のみご回答ください。

問3. 日常生活自立支援事業の利用状況

日常生活自立支援事業を利用しているご本人に関する情報をご回答ください。

(15) 日常生活自立支援事業の利用年数 (R6. 10. 1 時点) (あてはまるもの1つに○)

※契約と解約を繰り返している人の場合、継続しての利用年数をご回答ください。
※編数 (月) は四捨五入をお願いします。

01 1 年未満	04 5~10 年未満
02 1~3 年未満	05 10 年以上
03 3~5 年未満	

(16) 日常生活自立支援事業で利用しているサービス (あてはまるものすべてに○)

01 福祉サービス利用援助	03 書類等の預かりサービス
02 日常的な金銭管理サービス	

(17) 支援計画上の訪問 (支援) 回数 (あてはまるもの1つに○)

01 1 か月に1 回	04 1 か月に4 回
02 1 か月に2 回	05 1 か月に5 回以上
03 1 か月に3 回	06 その他 ()

(18) 実際の訪問 (支援) 回数 (あてはまるもの1つに○)

※専門員の方が臨時で訪問 (支援) を行っている場合を含みます。

※年間の訪問 (支援) 回数を平均化ならしてみました場合としてご回答ください。

01 支援計画上の訪問 (支援) 回数を頻繁に上回る	
02 支援計画上の訪問 (支援) 回数とほぼ同じ (上回ることもある)	
03 支援計画上の訪問 (支援) 回数を下回る	
04 その他 ()	

(19) 専門員の方が行っている福祉サービスの利用手続き支援や、日常的な金銭管理の内容

※やむを得ず一時的に行っている支援内容を含みます。 (あてはまるものすべてに○)

01 申請が必要な手続きや書類等の説明	
02 郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読	
03 本人署名の代筆	
04 役所への書類の提出	
05 本人の希望する生活が送れるよう、金銭の用途や計画等を一緒に考えること	
06 家賃やサービス利用料などの支払い	
07 医療費の支払い	
08 税金や社会保険料の支払い	
09 日用品の代金の支払い	
10 本人への生活費等の手渡し	
11 その他 ()	

(20) 専門員の方が行っている金銭管理に関する負担感 (あてはまるものすべてに○)

01 ご本人や家族・親族の状況から、支援者 (ご回答者様) が金銭管理を行っているため、あとからトラブルにならないか不安 (本人、家族・親族等から、依頼していないと言われる等)	
02 家族・親族等に、出納帳や領収書等の書類を送付・説明する事務負担が大きい	
03 利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、随時の支援が発生することによる負担が大きい	
04 ご本人を支える他職種・機関と、金銭管理に関する支援の方向性が一致しない (ことがある)	
05 他に相談できる機関、支援者がいない	
06 その他 ()	
07 特になし	
08 金銭管理を行っていない	

設問はまだまだ続きます。引き続き、問6 (p. 6) に進んでください。

問4は、日常生活自立支援事業を利用していない方（日未利用者）の支援者の方のみご回答ください。

問4. ご本人が日常生活自立支援事業を利用しない理由

(21) 日常生活自立支援事業を利用していない理由（あてはまるものすべてに○）

- 01 本人が日常生活自立支援事業の利用を希望していない
- 02 本人の利用意思が確認できない
- 03 利用料の支払いに納得していない
- 04 契約締結能力に疑義があった（成年後見制度の利用が適切と判断した）
- 05 本人にとって必要性の高い支援、サービスの利用を優先している（例：虐待対応等）
- 06 家族や親族等が日常生活自立支援事業の利用に理解を示さない
- 07 日常生活自立支援事業の待機数が多い（待機期間が長い）
- 08 日常生活自立支援事業では、利用者のニーズ、専門性に合った支援の提供が困難
（例：定期的な訪問では利用者のニーズに対応できない、障害特性に応じた支援が不十分等）
- 09 日常生活自立支援事業よりも、本人のニーズや専門性等に適したサービスが地域内にある
- 10 当該地域では、ご本人の居所により日常生活自立支援事業を利用できない場合（ルール）がある
- 11 その他（ ）

【(22)は、(21)で「09」を選択した方のみご回答ください。】

(22) 具体的な支援事業者・機関（あてはまるものすべてに○）

- 01 市町村が独自に金銭管理サービス（財産管理委任契約、事業の名称は問わない）
- 02 弁護士、司法書士等の専門職（財産管理委任契約）
- 03 身元保証サービス事業者等
- 04 家計改善支援事業の実施事業所
- 05 その他（ ）

問5. 支援者（ご回答者様）が行っている金銭管理の内容や負担感

(23) 支援者（ご回答者様）が行っている福祉サービスの利用手続き支援や、日常的な金銭管理の内容

※やむを得ず一時的に行っている支援内容を含みます。（あてはまるものすべてに○）

- 01 申請が必要な手続きや書類等の説明
- 02 郵便物や書類等の内容の確認、説明、代読
- 03 本人署名の代筆
- 04 役所への書類の提出
- 05 本人の希望する生活が送れるよう、金銭の使途や計画等を一緒に考えること
- 06 家賃やサービス利用料などの支払い
- 07 医療費の支払い
- 08 税金や社会保険料の支払い
- 09 日用品の代金の支払い
- 10 本人への生活費等の手渡し
- 11 その他（ ）

(24) 支援者（ご回答者様）が行っている金銭管理に関する負担感（あてはまるものすべてに○）

- 01 ご本人や家族・親族の状況から、やむを得ず支援者（ご回答者様）が金銭管理を行っているため、あとからトラブルにならないか不安（本人、家族・親族等から、依頼していないと言われる等）
- 02 家族・親族等に、出納帳や領収書等の書類を送付・説明する事務負担が大きい
- 03 利用可能な範囲を超えた支出がたびたびあり、臨時の支援が発生することによる負担が大きい
- 04 ご本人を支える他職種・機関と、金銭管理に関する支援の方向性が一致しない（ことがある）
- 05 他に相談できる機関、支援者がいない
- 06 その他（ ）
- 07 特になし
- 08 金銭管理を行っていない

設問はまだまだ続きます。引き続き、問6 (p. 6) に進んでください。

問6、問7は全員の方向にご回答をお願いします。

問6. ご本人の状況像（福祉サービスの利用手続き支援等に関すること）

(25) ご本人は、自分にとって必要な福祉サービスを認識していますか。（あてはまるもの1つに○）

- 01 ひとりですでに（自分で認識している）
- 02 促しや声掛けがあれば、ひとりですでに
- 03 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる
- 04 02、03の支援を受けても難しい（できない）
- 05 支援を希望していない
- 06 わからない

(26) ご本人は、自分にとって必要な福祉サービスに関する情報を収集できますか。（あてはまるもの1つに○）

- 01 ひとりですでに（自分で情報収集できる）
- 02 促しや声掛けがあれば、ひとりですでに
- 03 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる
- 04 02、03の支援を受けても難しい（できない）
- 05 支援を希望していない
- 06 わからない

(27) ご本人は、自分にとって必要な福祉サービスの内容や利用料金等を比較検討して、利用の意思表示ができますか。（あてはまるもの1つに○）

- 01 ひとりですでに（自分で意思表示ができる）
- 02 促しや声掛けがあれば、ひとりですでに
- 03 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる
- 04 02、03の支援を受けても難しい（できない）
- 05 支援を希望していない
- 06 わからない

(28) ご本人は、必要な行政手続きを自分でできますか（年金、給付金、給付金、公営住宅の継続申請等）。（あてはまるもの1つに○）

- 01 ひとりですでに（自分で手続きできる）
- 02 促しや声掛けがあれば、ひとりですでに
- 03 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる
- 04 02、03の支援を受けても難しい（できない）
- 05 支援を希望していない
- 06 わからない

(29) ご本人は、郵便受けに届いている郵便物の内容を確認していますか。（あてはまるもの1つに○）

- 01 ひとりですでに（自分で確認している）
- 02 促しや声掛けがあれば、ひとりですでに
- 03 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる
- 04 02、03の支援を受けても難しい（できない）
- 05 支援を希望していない
- 06 わからない

(30) ご本人は、郵便物の内容がわからない場合、どなたかに説明を求めていますか。（あてはまるもの1つに○）

- 01 ひとりですでに（自分で説明を求められる）
- 02 促しや声掛けがあれば、ひとりですでに
- 03 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる
- 04 02、03の支援を受けても難しい（できない）
- 05 支援を希望していない
- 06 わからない

問7. ご本人の状態像（日常的な金融管理に関すること）

(31) ご本人は、お店で買い物などをする際、提示された料金に応じた紙幣・硬貨を出して、代金を支払うことができますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で代金を支払える) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(32) ご本人は、支払った代金に対して受け取ったお釣りが多い、あるいは少ない等の判断ができますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で判断できる) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(33) ご本人は、家賃や光熱水費、サービス利用料など、定期的にかかる費用として1か月にいくら支払っているか、だいたい金額を把握していますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で把握している) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(34) ご本人は、家賃や光熱水費、サービス利用料など、毎月必ず支払わなければならないものを理解し、優先的に支払うことができますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で理解し、優先的に支払っている) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(35) ご本人は、1か月にどれくらいの収入があるか、だいたい金額を把握していますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で把握している) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(36) ご本人は、預金や貯蓄の預け先や金額を把握していますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で把握している) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(37) ご本人は、銀行や郵便局等の取引に必要な印鑑、預金通帳、カードの保管場所を覚えていますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で把握、記憶している) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(38) ご本人は、銀行や郵便局等の金融機関の窓口やATMで、必要な金額の出し入れができますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | ひとり得意 (自分で必要な金額の出し入れができる) |
| 02 | 促しや声掛けがあれば、ひとり得意 |
| 03 | 促しや声掛けとともに、付き添いによるサポートがあればできる |
| 04 | 02、03の支援を受けても難しい (できない) |
| 05 | 支援を希望していない |
| 06 | わからない |

(39) ご本人は、電子マネー（交通系、流通系、クレジットカード系、QRコード系など）を利用していただけますか。(あてはまるもの1つに○)

※スマートフォンアプリなどを含みます。

- | | |
|----|---------|
| 01 | 利用している |
| 02 | 利用していない |
| 03 | わからない |

(40) ご本人は、他の人に勧められて、買いたくないものでも買い物したり、契約書にサインをしたりすることがありますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|--------|
| 01 | よくある |
| 02 | たまにある |
| 03 | あまりない |
| 04 | ほとんどない |
| 05 | わからない |

(41) ご本人は、1週間に利用可能なお金の範囲を超えて、お金を使ってしまうことがありますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|--------|
| 01 | よくある |
| 02 | たまにある |
| 03 | あまりない |
| 04 | ほとんどない |
| 05 | わからない |

(42) ご本人は、1か月に利用可能なお金の範囲を超えて、お金を使ってしまうことがありますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|----|--------|
| 01 | よくある |
| 02 | たまにある |
| 03 | あまりない |
| 04 | ほとんどない |
| 05 | わからない |

(43) ご本人は、自分でお金の管理ができなくなったりときに、お金の管理を任せられそうな方はいいますか。(あてはまるもの1つに○)

※本調査では「お金の管理」を、例えば銀行や郵便局の通帳やカードを使って、ご本人の生活費を引き出したり、家賃やサービス利用料などを支払ったりすること、とします。

※日常生活自立支援事業の利用者、未利用者ともに、現在の支援者以外にそのような方や支援機関等の有無をおたずねしています。

- | | |
|----|-----|
| 01 | いる |
| 02 | いない |
| 03 | 不明 |
- 調査終了**

(44) は (43) で [01] を選択した方のみご回答ください。

(44) ご本人のお金の管理を任せられそうな方は、ご本人とどのような関係の方ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----|--------------------------------|
| 01 | 家族・親族 (本人からみただけの場合の関係性 (続柄):) |
| 02 | 家族・親族以外 (機関、職種等):) |
| 03 | 家族・親族以外 (その他):) |

ご多忙の中、調査にご協力いただき、ありがとうございます。

てつづ
かね
ちようさ
手続きやお金のことについての調査

と
い
問 1 あなたは、あなたが暮らしていくのに必要なサービス（※）を自分で決めてい
ますか。（○は1つ）

※「あなたが暮らしていくのに必要なサービス」とは、ヘルパーや世話人の方などに
食事や掃除等をしてもらうこと、外出や働くための支援などをさします。

1. ひとりで決めている 2. 誰かに手伝ってもらえば決められる 3. できない、わからない

と
い
問 2 あなたは、あなたが暮らしていくのに必要なサービスを使っているなかで、いやな
ことがあったとき、いやといえますか。（○は1つ）

1. ひとりでいえる 2. 誰かに手伝ってもらえばいえる 3. いえない、わからない

と
い
問 3 あなたは、役所で、あなたが暮らしていくのに必要な手続き（※）などを自分でし
ていますか。（○は1つ）

※「あなたが暮らしていくのに必要な手続き」とは、年金、給付金、公営住宅の継続
申請の手続きなどをさします。

1. ひとりでしている 2. 誰かに手伝ってもらえばできる 3. できない、わからない

と
い
問 4 あなたは、郵便受けにきている封筒の中身を確認していますか。（○は1つ）

1. ひとりで確認できる 2. 誰かに手伝ってもらえば確認できる
3. できない、わからない

と
い
問 5 あなたは、封筒の中身がわからない場合に、「おしえてほしい」とのため
ですか。（○は1つ）

1. ひとりでたのめる 2. 誰かに手伝ってもらえばたのめる 3. できない、わからない

と
い
問 6 あなたは、お店でお買い物をするとき、お札（紙のお金）や硬貨を、自分でお店の
人に渡していますか。（○は1つ）



1. ひとりでできる 2. 誰かに手伝ってもらえばできる 3. できない、わからない

と
い
問 7 あなたは、お店の人がお動りをくれるとき、お動りが足りなかったり多かったりす
る間違いに、気づきますか。（○は1つ）

1. ひとりで気づける 2. 誰かに手伝ってもらえば気づける 3. できない、わからない

と
い
問 8 あなたは、あなたが暮らしていくのに必要なお金（家賃や水道代、電気代、サービ
ス利用料など）が、1か月にいくらくらいかかるか知っていますか。（○は1つ）

1. だいたい知っている 2. 誰かに手伝ってもらえばわかる 3. わからない

と
い
問 9 あなたは、家賃や水道代、電気代、サービス利用料など、必ず支払わなければなら
ないお金を、遅れずに支払っていますか。（○は1つ）

1. ひとりで支払っている 2. 誰かに手伝ってもらえばできる
3. できない、わからない

と
い
問 10 あなたは、あなたが1か月にもらっているお金がいくらくらいか知っていますか。
（○は1つ）

1. だいたい知っている 2. 誰かに手伝ってもらえばわかる 3. わからない

と
い
問 11 あなたは、どこの銀行や郵便局に、いくらくらい預けているか知っていますか。
（○は1つ）

1. 知っている 2. 誰かに手伝ってもらえばわかる 3. わからない

と
問 12 あなたは、印鑑や通帳をしまっている場所を、自分でおぼえていますか。(Oは1つ)



1. おぼえている 2. 誰かに手伝ってもらえれば思い出せる 3. わからない

と
問 13 あなたは、銀行や郵便局の窓口やATMで、自分でお金をおろしたり、預けた
りしていますか。(Oは1つ)



1. ひとりできる 2. 誰かに手伝ってもらえればできる 3. できない、わからない

と
問 14 あなたは、電子マネー（※）を使っていますか。(Oは1つ)



※カードやスマートフォンアプリなど

1. 使っている 2. 誰かに手伝ってもらえれば使える 3. 使っていない、わからない

と
問 15 あなたは、他の人に勧められて、買いたくないものでも買ってしまっていることが
ありますか。(Oは1つ)

1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない 5. わからない

と
問 16 あなたは、1週間に使っているお金の範囲をこえて、お金を使ってしまうこと
がありますか。(Oは1つ)

1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない 5. わからない

と
問 17 あなたは、1か月に使っているお金の範囲をこえて、お金を使ってしまうことが
ありますか。(Oは1つ)

1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない 5. わからない

と
問 18 あなたは、あなたが暮らしていくのに必要なお金（家賃や水道代、電気代、サ
ービス利用料など）をおろしたり、支払ったりすることが、自分でできなくなったりとき

に、そのようなことを任せたい人はいませんか。(Oはいくつでも)

1. いる（家族の人）
2. いる（家族ではない人）
3. いない、わからない

ちようさ しゆうりよう
調査は終了です。
いそが きようりよく
お忙しい中、ご協力いただき、
ありがとうございます。

令和5年度 生活困窮者就労準備支援事業費等補助金 社会福祉推進事業
日常生活自立支援事業の適正かつ効果的な利用に関する調査研究事業 報告書

令和6年(2024年)3月 発行

編集・発行 一般財団法人日本総合研究所

〒102-0084

東京都千代田区二番町5-7 JPビル

電話 03-6261-6810
