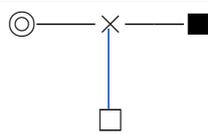


「私の気持ち応援シート」の記入例

(1) 事例

事例テーマ	知人のサポートを受けながら生活してきた身寄りのない（親族とは疎遠）Aさんへの継続的なチーム支援に向けて
本人の状況	Aさん、77歳、女性、国民厚生年金15万円/月、預貯金1,000万円
	要介護度：なし→要介護1→要介護2 親族状況  <ul style="list-style-type: none"> ・本人はK区でひとり暮らし ・本人きょうだいは2人いるが疎遠（支援拒否） ・息子は近隣市に在住している様子（支援拒否）
事例概要 経過	<p>本人は、結婚し1人息子を出産した2年後、自宅を出て離婚した（原因は不明）。息子は夫の実家で育てることになった。その後、本人は職を転々とし、学生時代に学んだ洋裁の仕事に就き、アパートでひとり暮らしをしていた。その仕事で知り合った本人より10歳若い友人Bさんと仲良くなり、アパートの保証人になるなど、本人が困れば何かとサポートしてくれていた。</p> <p>その後、本人（77歳）は腰椎圧迫骨折で、友人Bさんのサポートの負担が大きくなってきたことで、Bさんは、いきいき支援センターに相談した。軽度の認知症もみられたが、要介護認定申請の結果、「要介護1」となり、居宅介護支援事業所Cケアマネが担当することとなった。Cケアマネは本人の意向を確認し、金銭管理はこれまでどおり友人Bさんがサポート（キャッシュカードを預かり出金し、本人に現金を渡す）し、訪問介護、通所介護、配食サービスを利用することとなった。支援シート①</p> <p>その後、Bさんが体調を崩し、癌で入院することとなった。これまでどおりサポートすることが困難となり、短期記憶も低下してきた本人自身が金銭管理することは困難と思われ、本人の意思を確認し、Cケアマネは日常生活自立支援事業の利用につないだ。支援シート②</p> <p>そんなある日、本人は、自宅で転倒していたところをヘルパーに発見され、救急搬送された。大腿骨頸部骨折であった。手術し、回復期リハビリ病院に転院したが、入院期間も長くなり、認知症状も悪化、リハビリの成果も良くなく、これまでどおり自宅での生活は困難ではないかとCケアマネ、MSWは判断した。要介護認定区分変更の結果、「要介護2」となった。本人の意思を確認し、認知症対応型グループホームへの入所を決めるとともに、市長申立てで法定後見の利用を決めた。支援シート③</p> <p>成年後見人が支援する中、グループホームでの生活を続けていたが、ある日、発熱が続き、訪問診療の医師が診たところ誤嚥性肺炎が疑われたため、救急搬送した。一時的に回復したものの、食事を経口で十分に摂れる状態にはならず、延命治療の方針検討が必要となった。かねてから本人の延命治療を望んでいない意思を確認していたことから、経口摂取できるまでケアする方針を関係者で確認、グループホームに入居し、最期看取ることとなった。本人が逝去したことを息子に連絡し、残余財産を息子に引継ぎ、後見業務は終了した。</p>

(2) 私の気持ち応援シートの活用例

紹介した事例の経過を踏まえて、3つの場面ごとに（支援シート①～③）本人を含めた支援者が対応を協議し、「私の気持ち応援シート」にまとめ、本人の同意を得ました。このように本人の状況の変化に応じて、シートを更新し、支援者間で共有することで、身元保証人等が不在であっても、本人にとって適切なケア・医療が提供されることが期待できます。

私の気持ち応援シート①【記入例】

私の気持ち応援シート【記入例①】

あなたの万一に備えて、必要と思われる支援内容に応じ、支援者とともに担うことを想定するためのシートです（身元保証人等に求められる役割を分けて整理しています）。あなたを含めた支援者のチームで協議した上で作成し、支援者と共有してください。

私の困り事	支援内容	支援方法・担当者など	今後の準備
① 福祉に関するサービス等の利用手続き	各利用契約、介護・福祉サービス、診療計画の説明を聞き、本人の意思に基づき署名を行います。	基本的には本人Aが同意します。 友人Bさんはサポートします。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（友人Bさん）	
② 料金の支払いやお金の管理	本人の預貯金等から利用料や医療費の支払いを行います。	本人Aの意思に基づいて友人Bさんがサポートします。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（友人Bさん）	将来的には、日常生活自立支援事業の利用を検討します。
③ 施設や病院で必要な物品の準備	施設入所・病院入院中の際に必要な物品の購入に協力します。	友人Bさんがサポートします。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（友人Bさん）	
④ 病院受診や入院・手術等するときの手続き	医療機関への受診が必要になった場合の同行、入院等の手続き、本人の医療同意に協力します。	友人Bさんができる範囲でサポートします。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（友人Bさん）	今後、万一の終末期に備えて延命治療について考えていきます。 エンディングノート: あり・ <input type="checkbox"/> なし
⑤ 退所や退院の手続き	施設・病院の居室の明け渡しや退所・退院先の確保に協力します。	友人Bさんができる範囲でサポートします。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（友人Bさん）	
⑥ 亡くなった後の手続き	万一亡くなられた際の遺体・遺品の引き取り、葬儀・納骨等のための連絡調整などに協力します。	今後、検討します。本人Aは、息子さんに負担をかけたくないと思っています。 連絡先:	今後、死後事務委任契約、公正証書遺言の作成を検討します。
確認・共有事項（私の想いなど）	本人Aは、友人Bさんの負担にならない範囲で手伝ってほしいと思っています。 友人Bさんの負担になるようであれば、別の手段を検討します。		

入所・入院時など必要に応じて、関係機関に本シートが情報提供されることに同意します。

作成年月日 2022年 5月 1日（次回見直し時期：1年後） 本人署名 ○ ○ ○ ○

私の気持ち応援シート②【記入例】

私の気持ち応援シート【記入例②】

あなたの万が一に備えて、必要と思われる支援内容に応じ、支援者とともに担うことを想定するためのシートです（身元保証人等に求められる役割を分けて整理しています）。あなたを含めた支援者のチームで協議した上で作成し、支援者と共有してください。

私の困り事	支援内容	支援方法・担当者など	今後の準備
① 福祉に関するサービス等の利用手続き	各利用契約、介護・福祉サービス、診療計画の説明を聞き、本人の意思に基づき署名を行います。	基本的には本人Aが同意します。 本人Aに分かりやすく説明します。 連絡先:	
② 料金の支払いやお金の管理	本人の預貯金等から利用料や医療費の支払いを行います。	権利擁護センター北部事務所 担当：〇〇さん 〇〇訪問介護サービス事業所 担当：〇〇さん 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（権利擁護C）	将来的には、法定後見の利用を検討します。
③ 施設や病院で必要な物品の準備	施設入所・病院入院中の際に必要な物品の購入に協力します。	〇〇訪問介護サービス事業所 担当：〇〇さん （自費サービスを利用します） 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（訪問介護S）	
④ 病院受診や入院・手術等するときの手続き	医療機関への受診が必要になった場合の同行、入院等の手続き、本人の医療同意に協力します。	受診同行：〇〇訪問介護サービス事業所 エンディングノートを参考に支援者で検討します。 連絡先:	エンディングノート： <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし
⑤ 退所や退院の手続き	施設・病院の居室の明け渡しや退所・退院先の確保に協力します。	できる範囲で、Cケアマネがサポートします。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（Cケアマネ）	
⑥ 亡くなった後の手続き	万一亡くなられた際の遺体・遺品の引き取り、葬儀・納骨等のための連絡調整などに協力します。	死後事務委任契約あり（葬儀・納骨） 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（死後事務執行者）	
確認・共有事項（私の思いなど）	本人Aは、息子さんやきょうだいに負担をかけたくないと思っています。 やむを得ない状況になった場合に備えて、きょうだいの連絡先をCケアマネに伝えておきます。		

入所・入院時など必要に応じて、関係機関に本シートが情報提供されることに同意します。

作成年月日 2022年 11月 1日（次回見直し時期：2023年5月1日） 本人署名 〇〇〇〇

私の気持ち応援シート③【記入例】

私の気持ち応援シート【記入例③】

あなたの万が一に備えて、必要と思われる支援内容に応じ、支援者とともに担うことを想定するためのシートです（身元保証人等に求められる役割を分けて整理しています）。あなたを含めた支援者のチームで協議した上で作成し、支援者と共有してください。

私の困り事	支援内容	支援方法・担当者など	今後の準備
① 福祉に関するサービス等の利用手続き	各利用契約、介護・福祉サービス、診療計画の説明を聞き、本人の意思に基づき署名を行います。	本人Aに説明した上で、成年後見人Dが同意します。 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（成年後見人D）	
② 料金の支払いやお金の管理	本人の預貯金等から利用料や医療費の支払いを行います。	成年後見人D 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（成年後見人D）	
③ 施設や病院で必要な物品の準備	施設入所・病院入院中の際に必要な物品の購入に協力します。	グループホームの通信販売を利用します。 入院時は〇〇訪問介護サービス事業所（自費） 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（グループホーム）	
④ 病院受診や入院・手術等するときの手続き	医療機関への受診が必要になった場合の同行、入院等の手続き、本人の医療同意に協力します。	受診同行：〇〇訪問介護サービス事業所（自費） 入院手続き：成年後見人D 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（成年後見人D）	万が一に備えて、息子さん、きょうだいと連絡がとれるようにします。 エンディングノート： <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし
⑤ 退所や退院の手続き	施設・病院の居室の明け渡しや退所・退院先の確保に協力します。	成年後見人D 連絡先:〇〇〇-〇〇〇〇（成年後見人D）	
⑥ 亡くなった後の手続き	万一亡くなられた際の遺体・遺品の引き取り、葬儀・納骨等のための連絡調整などに協力します。	死後事務委任契約あり（葬儀・納骨） 遺族への連絡は、成年後見人Dが行います。 連絡先:	万が一に備えて、息子さん、きょうだいと連絡がとれるようにします。
確認・共有事項（私の思いなど）	本人Aは、息子さんやきょうだいに負担をかけたくないと思っています。 やむを得ない状況になった場合に備えて、きょうだいの連絡先を成年後見人Dに伝えておきます。		

入所・入院時など必要に応じて、関係機関に本シートが情報提供されることに同意します。

作成年月日 2023年 3月 1日（次回見直し時期：2024年3月1日） 本人署名 〇〇〇〇