

# 成人期 シート

## 【 も く じ 】

所属・相談歴等	-----	成1
福祉サービス	-----	成4
生活シート	-----	成6
権利を守る制度	-----	成11
なんでも記録	-----	成13
わたしの サポートマップ	-----	成14

# 所属・相談歴

## ●働いているところ

記入日 年 月 日 記入者

勤務先 (通所先)	名称		
	住所		電話
職種 仕事の内容			
勤務時間等	時 分 ~ 時 分 <sup>1日</sup>	時間	休日 ( )
給料 (工賃)	円 (月額)		
主な 相談相手	<input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名		氏名

記入日 年 月 日 記入者

勤務先 (通所先)	名称		
	住所		電話
職種 仕事の内容			
勤務時間等	時 分 ~ 時 分 <sup>1日</sup>	時間	休日 ( )
給料 (工賃)	円 (月額)		
主な 相談相手	<input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名		氏名

記入日 年 月 日 記入者

勤務先 (通所先)	名称		
	住所		電話
職種 仕事の内容			
勤務時間等	時 分 ~ 時 分 <sup>1日</sup>	時間	休日 ( )
給料 (工賃)	円 (月額)		
主な 相談相手	<input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名		氏名

記入日 年 月 日 記入者

勤務先 (通所先)	名称		
	住所		電話
職種 仕事の内容			
勤務時間等	時 分 ~ 時 分 <sup>1日</sup>	時間	休日 ( )
給料 (工賃)	円 (月額)		
主な 相談相手	<input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名		氏名

記入日 年 月 日 記入者

勤務先 (通所先)	名称		
	住所		電話
職種 仕事の内容			
勤務時間等	時 分 ~ 時 分 <sup>1日</sup>	時間	休日 ( )
給料 (工賃)	円 (月額)		
主な 相談相手	<input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名		氏名

記入日 年 月 日 記入者

勤務先 (通所先)	名称		
	住所		電話
職種 仕事の内容			
勤務時間等	時 分 ~ 時 分 <sup>1日</sup>	時間	休日 ( )
給料 (工賃)	円 (月額)		
主な 相談相手	<input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 職場の同僚 <input type="checkbox"/> ジョブコーチ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	氏名		氏名

★以下の書類などもファイルに入れておきましょう

- 就職や通所するにあたり、勤務先等に提出した書類のコピーなど
- 履歴書のコピー
- 
- 
- 
-

## ●相談・検査・職業訓練等の記録

相談等の時期	相談等機関名 <small>相談支援事業所・更生相談所・ハローワーク等</small>		内容等
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付
年 月 ～ 年 月 才 月 ～ 才 月	機関名 担当者 電話		<input type="checkbox"/> 記録、資料等添付

# 福祉サービス

## ●手帳等の記録(新規・更新のときに記入してください。)

療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2	番号
	交付 年 月 日	次回判定年月 年 月
療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2	番号
	再交付 年 月 日	次回判定年月 年 月

身体障害者手帳	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ 内部	番号
	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級	
身体障害者手帳	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ 内部	番号
	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級	
	交付 年 月 日	次回判定年月 年 月
	再交付 年 月 日	次回判定年月 年 月

精神障害者 保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級	番号
	交付 年 月 日	有効期限 年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級	番号
	再交付 年 月 日	有効期限 年 月 日

## ●利用している福祉サービスなど1

医療 助の 成給 付	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 [ <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 ]
	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療 疾患名
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療 疾患名
	<input type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
自立 支援 給付	<input type="checkbox"/> 介護給付 (支給されている場合は事業所名)
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 ( ) <input type="checkbox"/> 行動援護 ( )
	<input type="checkbox"/> 短期入所 ( ) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 ( )
	<input type="checkbox"/> 療養介護 ( ) <input type="checkbox"/> 生活介護 ( )
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 ( )
	<input type="checkbox"/> 訓練等給付 (支給されている場合は事業所名)
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 ( ) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 ( )
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 ( ) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 ( )
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) ( ) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) ( )
	<input type="checkbox"/> 補装具 種類等 ( )

## ●利用している福祉サービスなど2

地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付 種類等 ( )	
	<input type="checkbox"/> 移動支援 (事業所名 )	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (事業所名 )	
	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター (事業所名 )	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
手当・年金等	<input type="checkbox"/> 鎌倉市障害者福祉手当	<input type="checkbox"/> 神奈川県在宅重度障害者等手当
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当
	<input type="checkbox"/> 障害者基礎年金 (番号 )	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金
	<input type="checkbox"/> 神奈川県心身障害者扶養共済制度	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
税の軽減	<input type="checkbox"/> 所得税の障害者控除	<input type="checkbox"/> 市民税・県民税の障害者控除
	<input type="checkbox"/> 市民税・県民税の障害者扶養控除	<input type="checkbox"/> 相続税の障害者控除
	<input type="checkbox"/> 贈与税の非課税	<input type="checkbox"/> 個人事業税の非課税・減免
	<input type="checkbox"/> 自動車税(軽自動車税)、自動車取得税の減免	<input type="checkbox"/> 郵便貯金、少額貯金、少額公債の利子非課税
公共料金の減免	<input type="checkbox"/> 有料道路通行料金割引 <input type="checkbox"/> ETC割引証明書	
	<input type="checkbox"/> NHK放送受信料減免 <input type="checkbox"/> 証明書発行済	
	障害福祉課で押印、証明書を発行します。	
	<input type="checkbox"/> ① タクシー利用料金助成 <input type="checkbox"/> ② 福祉有償運送料金助成 <input type="checkbox"/> ③ 自動車燃料費助成	①～③のうち、一つの助成制度を受けることができます。 ア 身障手帳1級・2級の方 イ 指数35以下の方 ウ 身障手帳3級を持ち、かつ指数50以下 エ 精神保健福祉手帳1級
	<input type="checkbox"/> 水道料金の減免	<input type="checkbox"/> 下水道使用料の減免
日常生活の援助	<input type="checkbox"/> 住宅設備改造費の助成	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	
	<input type="checkbox"/> 駐車禁止除外標章の交付(住所地を管轄する警察署)	
	<input type="checkbox"/> 録音・点字図書の貸出、声の広報・広報点字版	
	<input type="checkbox"/> 図書郵送貸出	
	<input type="checkbox"/> 公営住宅入居の優遇制度	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者運転能力開発訓練センター	
	<input type="checkbox"/> 自動車改造費の助成	
	<input type="checkbox"/> 神奈川県身体障害者補助犬給付事業	
	<input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

# 生活シート

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者 \_\_\_\_\_

## ●健康・体質など (くわしいことはフェイスシート (医療情報) に記入してください。)

健康・体調面で特に知っておいてほしいこと	
てんかん発作の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      ぜんそくの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
てんかんやぜんそくが起きた時に注意してほしいこと	
毎日飲んでいる薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬の名前	薬を飲むとき <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他健康・体調面で知っておいてほしいこと、支援してほしいこと (体調の変化で気をつけること、通院したときにどのように本人のことを伝えるか、本人に治療することをどのように伝えるかなど)	
体質で特に知っておいてほしいこと、注意してほしいこと (下痢しやすい、便秘しやすい、かぶれやすいなど)	

## ●睡眠・食事

睡眠	ねる時間	時くらい	起きる時間	時くらい	
	ねるときのくせ				
食事	目ざめ	よいほう	ふつう	わるいほう	
	食形態	ペースト食	きざみ食	ひと口大	普通食
		その他 ( )			
		好きな食べ物 (食材、メニューなど)			
		きれいな食べ物 (食材、メニュー、場所によって食べられないものなど)			
		食物アレルギー	なし	あり	
	食べてはいけないもの	( )			
	外食時に注意していること				

## ●排せつ・洗面・着がえなど

排せつ	排尿	家で	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> 和式	ひとりでする・そばで見守る・トイレの外で待つ・ふき取り必要
		外で	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> 和式	ひとりでする・そばで見守る・トイレの外で待つ・ふき取り必要
	排便	家で	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> 和式	ひとりでする・そばで見守る・トイレの外で待つ・ふき取り必要
		外で	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> 和式	ひとりでする・そばで見守る・トイレの外で待つ・ふき取り必要
トイレに行きたいときのサインなど						
ひとりで行く・ことばで知らせる・サインで知らせる						
大人からさそう・連れて行く						
その他注意していること						
歯みがき・洗面・入浴など	歯みがき	自分でみがく・大人がみがく・しあげを大人が手伝う				
	歯みがきをするときの様子（場所、姿勢、いやがらずにするなど）					
	洗面	自分で洗う・見守りが必要・大人が手伝う				
	歯みがき、洗面するときに注意していること					
	入浴	ひとりで入る・主に〔母親・父親・（ ）〕と入る				
	入浴するとき 苦手なこと	顔あらい・洗髪・ボディ石けんで体を洗うこと その他（ ）				
	入浴するときに注意していること					
	爪切り	自分で切る・見守りが必要・大人が手伝う				
	爪切りをするときに注意していること					
	生理	開始時期	年	月	周期	日数
生理の手当	自分でできる・見守りが必要・大人が手伝う					
生理痛・量・生理用品など（ ）						
生理のときに注意していること						
着がえ	すべて自分で着がえられる・少し手伝えば着がえられる・大人が着替えさせる					
	衣服の選択	自分でできる・見守りが必要・大人が手伝う				
	衣服の調節	自分でできる・見守りが必要・大人が手伝う				
	着がえで注意していること（衣服のこだわり、着がえときの順番など）					



## ●移動・運動

移動・運動	ひとりで歩く ・ ひとりで歩くが転びやすい ・ はいはい ・ まだ歩けない
	補装具などの使用 なし ・ あり ( 車いす )
	通勤・通所   ひとりでかよう ・ 家族 ( ) とかよう ・ 移動支援 ( )
	移動するときに注意していること (道路を歩くときや交通機関を利用するときなど)

## ●好きなこと・苦手なこと・余暇の過ごし方など

長所	わたしのいいところ	
人との かかわり	好きなタイプの人	
	苦手なタイプの人	
	知らない人 (極端にこわがる、知らない人にも平気で近づいていくなど)	
好きな もの・ こと	好きなもの・こと (落ち着くことができるグッズ(品物)やすごしかたなど)	
	好きなところ	
苦手な もの・ こと・ ところ	苦手なもの・こと(あそび、遊具、音、においなど)	
		様子
	苦手なもの・ことへの対応方法	
	苦手なところ(こわがる場所や落ち着かない場所など)	
		様子
苦手なところでの対応方法		
余暇	家に帰ってからや休日などの過ごし方 (余暇を過ごす時に必要な手助けや見守りの方法など)	

## ●気持ちの伝えかた、表現のしかたなど

本人に相手の気持ちが伝わりやすいしかた

ことば ・ ジェスチャー ・ 絵カード ・ 写真 ・ 文字 ・ 具体物の提示 ・ その他

本人に伝えるときに注意していること

相手に本人の気持ちを伝えるときの表現のしかた

ことば ( ない ・ 単語で伝える ・ 2～3語文で伝える ・ 会話できる )

その他の伝え方 ( 泣く ・ 視線で伝える ・ 相手の体にふれる ・ カードなど )

本人が伝えようとしていることを理解するために注意していること

## ●社会生活に必要なスキル(わたしの特性やわたしなりのやり方など)

お金の管理  ひとりでできる  見守り・声かけしてほしい  手伝ってほしい

買い物  ひとりでできる  見守り・声かけしてほしい  手伝ってほしい

公共交通機関の利用  ひとりでできる  見守り・声かけしてほしい  手伝ってほしい

時計の活用  ひとりでできる  見守り・声かけしてほしい  手伝ってほしい

カレンダーの活用  ひとりでできる  見守り・声かけしてほしい  手伝ってほしい

自分の住所・氏名・電話番号の理解と聞かれた時の答え方

文字の読み書き  ひとりでできる  見守り・声かけしてほしい  手伝ってほしい

社会生活をすごすうえで注意していること

## ●パニック・こだわり・感覚

	<p>ちょっとイライラしているかな？というとき、不安なとき</p> <p>具体的な様子（不安やイライラするとあらわれる行動や表情など）</p>
	<p>考えられること（どんなときにそうなるのか考えられること）</p>
	<p>対処法（そのときに支援者がしたらよいこと、してはいけないこと）</p>
	<p><b>パニック</b></p> <p>具体的な様子（大きな声を出す、暴れる、動かなくなるなど）</p>
パ ニ ッ ク	<p>考えられること（どのような場面、状態になるとパニックが起きやすいか考えられること）</p>
	<p>予兆（パニックを起こす前にする行動や表情など）</p>
	<p>対処法（そのときに支援者がしたらよいこと、してはいけないこと、落ち着く場所や方法など）</p>
	<p>日常的なパニックの頻度（日頃家庭でパニックを起こす割合）</p>
こ だ わ り	<p><b>こだわっていること・物、くせ</b></p> <p>具体的な様子（物を並べる、順番にこだわる、時間どおりでない気が済まない、同じことを繰り返していう、など）</p>
	<p>対処法（それに対する配慮）</p>
感 覚	<p><b>安全上で注意していること</b></p>
	<p><b>感覚面の特性</b></p> <p>具体的な様子（音、感触、におい、味、触れられること（好き・きらい、部位）など）</p>

# 権利を守る制度

## 成年後見制度

知的障害や精神障害などによって物事を判断する能力が十分でない人(ここでは「本人」といいます。)に、本人の権利を守る援助者(「成年後見人」等)を選ぶことで、本人を法律的に保護・支援する制度で、次の二つに分かれています。

**[法定後見制度]**…現在すでに判断能力が十分でない人が対象。家庭裁判所が、本人の判断能力の程度に応じて「後見」「保佐」「補助」のいずれかを決め、**代理人を選任**します。

**[任意後見制度]**…現在は判断能力が十分ある人が、将来判断能力が不十分になった場合に備えて、**あらかじめ誰にどのような支援をしてもらうかを自分で決め、契約**しておきます。

くわしく知りたい人は、【鎌倉市成年後見センター】にお問い合わせください。相談無料  
鎌倉市御成町20-21 福祉センター 鎌倉市社会福祉協議会内  
電話 0467-38-8003 FAX 0467-22-2213

センターは、後見人の指定はできません。家庭裁判所が後見人を選任する場合と、自分で決める場合がありますが、センターは個々の事情に合わせてアドバイス・支援をします。

《たとえば、こんな心配の相談に》

「娘には知的障害があり、もう成人していますが、将来わたしたちが高齢になって世話ができなくなった後のことが心配です。」

→成年後見人などには、親族以外にも法律や福祉の専門家などからも選任を希望することができます。

「私には精神障害があるので預貯金の管理に不安があります。それに将来、入院や介護が必要になったとき、手続きが自分でできるか心配です。」

→本人に代わって、財産の管理などの法律行為を行ったり、介護サービスなどの利用手続きや契約などをサポートしたりする任意後見人を、前もって決めておくことができます。

成年後見制度の利用についての相談

月曜日～金曜日（年末年始を除く） 8:30～17:00

弁護士による専門相談

原則第4水曜日 9:00～12:00 予約制

成年後見制度	類型	判断能力	援助する人	
	法定後見人制度	後見	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	成年後見人
		保佐	判断能力が著しく不十分な方	保佐人
		補助	判断能力が不十分な方	補助人
任意後見制度	本人の判断能力がある時に、判断能力が不十分になったときに備え、あらかじめ結んでおいた任意後見契約にしたがって任意後見人が支援する制度です。			

●わたし（本人）が不安や心配に思っていること

●親・きょうだいが願うこと

●財産の管理や「契約を結ぶ」などで注意していること

●成年後見人等

就任した年月日                      年                      月                      日

<input checked="" type="checkbox"/> して下さい	氏 名	
<input type="checkbox"/> 後見	続柄・所属	
<input type="checkbox"/> 保佐	住 所	
<input type="checkbox"/> 補助	電話番号	自宅・携帯・職場（                      ）・その他（                      ）

## ●なんでも記録

ページ内に書ききれないときや、楽しかった思い出、苦労したこと、むずかしかったことなど思ったことや感じたことを自由にお書きください。

日付（年齢）	できごと	記入者

# わたしのサポートマップ

記入日 年 月 日 記入者

