

A C P 実践のための

河内長野市れんけいエチケット集

(第2版)

令和3(2021)年3月1日

河内長野市医師会

目 次

第1章 プロローグ	2
〇はじめに	3
第2章 多職種連携・ACPのためのきづき ～エチケット集～	4
(1) 基本的な多職種連携・ACPのエチケット	5
(2) 入退院時の多職種連携・ACPのエチケット	8
(3) 在宅での多職種連携・ACPのエチケット	10
第3章 多職種連携・ACPのためのところ ～法律集～	16
〇専門職の関連法律(原点に戻る)	17
①多職種連携のポイントと国民の責務	17
②専門職の原点	18
<民法、医療法、医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法、理学療法士及び作業療法士法、栄養士法、介護保険法、社会福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、精神保健福祉士法、行政書士法、任意後見に関する法律>	
③戸籍法における「死亡届」を考える	21
<戸籍法>	
第4章 多職種連携・ACPのためのささえ ～資料集～	22
〇河内長野市地域ケア会議	23
〇かわちながの連携シート	24
〇かわちながの連携シート<サービス担当者会議用>	25
〇かわちながの主治医意見書連絡シート	26
〇退院前カンファレンス要点整理シート(モデル様式)	27
〇手続きの流れ(成年後見制度)	28
〇本人情報シート(成年後見制度用)	29
〇診断書(成年後見制度用)	31
〇大阪家庭裁判所管内支部等所在地一覧	33
第5章 エピローグ	34
〇意見・提案・アイデア等募集	35
〇あとがき	36

第1章 フロローク

〇はじめに

そもそも、エチケットとは、礼儀作法であり、特に、特定の相手を不快にさせないための気配り、礼儀とも言われています。

国は、2025(令和7)年を目途に、地域包括ケアシステム構築の実現を目指しており、特に、多職種連携の必要性、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践などを説いています。とはいえ、各職種間の信頼関係の醸成、或いは、有機的な連携構築、ACPの実践などは、一朝一夕にいくものではありません。職種や職場の相違、教育システムの違い、キャリアの長短、世代間ギャップなど多職種間を取り巻く環境は多種多様であり、そのため意思の疎通が旨くいかなかったり、誤解や思い違いが生じたりして、或いは、ぎくしゃくしたり、真なる人間関係の構築は中々難しいのが実情であります。

横須賀市の「在宅療養連携推進 よこすかエチケット集」によりますと、「職種や職場が違えば仕事内容も立場も違います。時には、意思の疎通がうまくいかなかったり、誤解が生じたりします。異なる職種が連携するときに、明確なルールが決まっていないこともあります。そんなことでスムーズな連携を阻害されるのではなく、お互いの立場を理解し、思いやりをもって行動することが、相互の信頼関係を深め、気持ちよく仕事をするにつながるのでないでしょうか。このエチケット集は、市民の在宅療養を支える多職種のみなさまが連携する際に、相互に知っておきたいマナー、気をつけたいエチケットを文章化してまとめたものです。社会人としてあたりまえの基本的なエチケットから、意外と気づかない事柄まで、さまざまな角度からピックアップしました」とあり、エチケットの重要性が説かれています。

4年前、この先例を参考に、河内長野市版エチケット集の作成に漕ぎ付けましたが、あれから、元号がかわり、様々な災害が起こり、新型コロナウイルス感染症が流行するなど、市井の状況はめまぐるしく変わり、人間関係は更に複雑なものになってきたように思われます。ですから、こういう時こそ、円滑な多職種連携、ACPの実践を醸成していくためには、引き続いて、地域における医療介護福祉法務を担う関係者が、この新エチケット集を活用しながら、「ちょっとした気遣いと優しさ」を持って、お互い気持ちよく、有機的に連携できることが重要なのです。

今回、この新エチケット集は、心構えのようなことも列挙させて頂きながら、ACPなど最新情報や成年後見制度の内容等を新たに加味したりニューアル版となっております。この際、ぜひ1冊、お手元に置いて、ご愛用下さい。

第2章 多職種連携・ACPのためのきづき

～エチケット集～

(1) 基本的な多職種連携・ACPのエチケット

全ての職種の皆さんへ



1. お互いに思いやりをもち、丁寧な対応を心がけましょう。

◆職種により立場、制度、関連する法令、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけ、気持ちよく仕事をしていきましょう。また、相手に失礼のない身だしなみも大切なエチケットです。

2. 時間は、お互いに守りましょう。

◆訪問や会議の、「時間」は、お互いに守りましょう。訪問時間がずれて他のサービスと重なると報酬算定が難しくなる場合や、次の訪問先に影響がでることなどがあります。

3. 名前は、フルネームで伝えましょう。

◆間違い防止のために、名前はフルネームで呼びましょう。

4. 自分の職種は伝えましょう。

◆まず、自分の職種は伝えましょう。

5. 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう。

◆専門職は、自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく、ゆっくり、はっきり、丁寧に説明しましょう。

6. 日頃から本人の状態をよくみておきましょう。

◆日頃から、本人の症状の変化に気をつけながら、虐待等がないか注意をしておきましょう。

7. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう。

◆顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係になります。電話では、マナーを守り、内容を予め簡潔にまとめ、連絡をとりましょう。 ほう・れん・そう (報告・連絡・相談) を心がけましょう。

8. 情報共有の方法を決めましょう。

- ◆複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービスを提供しているか、ノート等で情報共有しましょう。ノートには、サービス提供時に必ず目を通し、確認した証として、日時、所属、氏名を記載しましょう。

9. 他職種に連携をとる時には、どの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう。

- ◆それぞれ時間が限られた中で仕事をしています。どの程度急ぐ用件かよく判断して連絡しましょう。急ぐ用件でないと判断すれば、ゆっくり行きましょう。ゆっくり対応できるとゆとりができます。

10. 連絡の取り方の工夫をしましょう。

- ◆急用の時は電話、それ以外はFAXやメールにするなど、相手の身になって、お互いに連絡が取りやすい方法を使いましょう(電話は相手の動作を止めてしまいます)。

11. 緊急時の体制を整備しておきましょう。

- ◆退院前カンファレンスやサービス担当者会議で、緊急時の連絡体制を決めておきましょう。また、事業所では、担当者不在時に、連絡がとれる体制を整えておきましょう。

12. 疑問は質問し、理解を深めましょう。

- ◆今後、病状の変化や必要な医療処置等について、疑問が生じてくるかもしれません。また、やっぱり専門用語が出てくるかもしれません。このように、分からない事は、お互いに質問し合い、理解を深めましょう。そうすることが、良いサービスを提供することにつながります。

13. 訪問の前には、アポイントメントを取りましょう。

- ◆アポなし訪問は厳禁です。事前にアポイントメントを取りましょう。そのツールとして、「かわちながの連携シート」(24頁)の活用をお勧めします。但し、病院では、取扱いが異なる場合もありますので、電話でご確認下さい。

14. 咳エチケットはじめ感染症対策はしっかりしておきましょう。

- ◆日頃から、新型コロナウイルス、インフルエンザなど感染症対策はしっかりしておきましょう。特に、3つの密(密閉・密集・密接)の回避、マスクの着用、石鹸による手洗い、手指消毒用アルコールによる消毒、咳エチケットの励行などをしていきましょう。

ケアマネジャーの皆さんへ



15. 主治医には、まず担当ケアマネジャーであることを伝えましょう。

- ◆まず自分が担当ケアマネジャーであることを、「かわちながの連携シート」(24 頁)を使って、主治医に伝えて下さい。また、出来る限りの情報を集め、予め確認したい内容を明らかにしておくことも大切です。但し、病院においては、取扱いが異なる場合もありますので、まず電話でご確認下さい。

16. 訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合や、介護サービス事業所の指定等に関しては、主治医の指示を仰ぎましょう。

- ◆厚生労働省令「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」で、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合は、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うもの」との基準が定められています。ケアプランに、訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合や介護サービス事業所の指定等の場合、主治医とよく相談の上、その指示のもとで行って下さい。相談もなく、いきなり「訪問看護指示書を書いて下さい」と主治医のもとに行くのは止めましょう。

医師の皆さんへ



17. 主治医は書類を早くきれいに、生活のことを含めて書きましょう。

- ◆主治医の書く書類として、「主治医意見書」はじめ、「医師意見書」や「訪問看護指示書」などがあります。これらの書類は、ケアマネジャー、訪問看護師はじめ関係者も読んでいます。特に、「主治医意見書」は、病歴、服薬に生活状況(移動、入浴、排泄、睡眠、食事、認知症等)のことも含めて書くと介護サービス事業所の参考になり、スムーズな支援につながります。
書くのが大変と思われる場合は、日本医師会ORCAサポートセンターが発行している作成支援ソフト「医見書」(主治医意見書・医師意見書・訪問看護指示書対応)等を活用するなどしましょう。詳細は、下記アドレスをご覧ください。<http://www.orca-support-center.jp/ikensyo/index.html>

(2) 入退院時の多職種連携・ACPのエチケット

全ての職種の皆さんへ



18. サマリーは、事業所間で共有しましょう。

- ◆病院から看護サマリー、リハビリテーション施設間連絡票、薬剤情報提供書等を入手した場合には、ケアマネジャー、訪問看護師、介護サービス事業所間でも情報共有できると本人の状態が把握しやすくなります。認知機能と普段の生活が分かるようにしましょう。

19. 河内長野市医師会「れんけい推進ハンドブック」を活用しましょう。

- ◆「れんけい推進ハンドブック」は、地域の病院や訪問看護ステーションの情報が載っていますので、活用しましょう。

医師の皆さんへ



20. 在宅医は、病院への患者紹介には、必要な情報を病院へ伝えましょう。

- ◆入院時の病診連携は、退院時の病診連携に繋がりますから、病院にお任せではなく、できるだけ早く情報を提供しましょう。

ケアマネジャーの皆さんへ



21. 病院へ情報提供を求める前に、先ず本人や家族と相談しましょう。

- ◆病院では、本人や家族の了解なしに、介護サービス事業所などへ情報提供はされません。本人や家族と相談しながら、退院調整に向けて動いていることを病院に伝えましょう。また、病院の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、本人や家族を通して、病院や在宅の主治医に確認するようにしましょう。

22. 退院前カンファレンスには、在宅主治医や訪問看護師へ声をかけましょう。

- ◆できるだけ全ての関係者が出席できるように調整しましょう。「退院前カンファレンス要点整理シート」(27 頁)は、カンファレンス時間を 30 分目安としたもので、言い忘れ、聞き漏らし、確認漏れ等を減らすために作成したものです。なお、このシートの活用は自由です。

ケアマネジャーと訪問看護師の皆さんへ



23. 入院時には自宅での生活状況(認知機能も)を病院に伝えましょう。

- ◆スムーズな退院調整のために、ケアマネジャーは入院時情報提供書を、訪問看護師は看護サマリーを、それぞれ病院へ提供しましょう。

病院スタッフの皆さんへ



24. 訪問診療が必要な場合、まず在宅医に訪問診療について確認しましょう。

- ◆普段訪問診療をしていなくても、かかりつけの患者に対して、訪問診療をする在宅医もいますので、退院前に確認して下さい。

25. 退院日の目処を早めにケアマネジャーに知らせましょう。

- ◆早めに目処がつけば、在宅療養の準備がしやすくなります。

26. 退院前、本人や家族が医療機器の使い方や介護方法等を習得できるよう心がけましょう。

- ◆退院前に習得方法を確認しましょう。退院までに時間がなく、確認が不十分な場合、その度合いを在宅医や事業所へ情報提供しましょう。

27. 退院時、胸部レントゲンと感染症の情報提供が必要かケアマネジャーに確認しましょう。

- ◆ショートステイなどの介護サービスを利用しようとする場合、在宅医から、胸部レントゲンと感染症の情報を求められることがあります。在宅の場合、受診が難しく、費用や手間がかかるので、情報提供があると助かります。

(3)在宅での多職種連携・ACPのエチケット

全ての職種の皆さんへ



28. 看取りの時は、家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう。

- ◆在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れ動きます。その揺れ動く気持ちを多職種で理解し、慎重に情報共有しながら、本人や家族を支えていきましょう。

29. 日頃から感染予防の意識をもちましょう。

- ◆感染症予防の観点から、マスクの着用、手指消毒、換気など日頃から、気をつけておきましょう。また、感染拡大時には、利用者や家族の意思を尊重し、訪問回数を減らしたり、時間を短くするなど工夫しましょう。

30. 退院前カンファレンスやサービス担当者会議などで、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行いましょう。

- ◆本人の思いを尊重するために、日頃から、「今後」についての話し合いをし、本人や家族の意向に沿った、在宅療養ができるように、サポートしていきましょう。

サービス担当者会議は、多職種連携の一つの拠り所であり、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うための絶好の場でもあります。そして、ACPは終末期だけのことではなく、自分の人生について考える機会と捉え、色々な人生の出来事に直面した時に、どう乗り越えるかを考えることなのです。

31. 医療介護福祉職と法務職はお互いに連携をしておきましょう。

- ◆現在、一人暮らしの方を中心に、法務職（弁護士、司法書士、行政書士）の成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人、任意後見人、後見監督人、任意後見受任者）が就任している場合がありますので、専門職は、お互いに連携をしておきましょう。

成年後見制度には、本人の判断能力がなくなった時に使う法定後見と、本人の判断能力がある時に契約を結ぶ任意後見（生前事務委任契約、死後事務委任契約等を含む）の2つがあります。特に、任意後見は、本人が「自分で決める」という自発的意思の尊重が図られますので、有用です。

法定後見	本人の状態	任意後見
注：本人住所地の家庭裁判所に、後見等開始を申立てます。申立てできる人は、配偶者、4親等内の親族、検察官等となっています。	元 気	関係公的機関：公証役場（公証人）
		見守り契約
		生前事務委任契約
		任意後見契約
後見（保佐・補助）開始申立て ⇒法定後見の開始	判断能力↓	死後事務委任契約
関係公的機関：家庭裁判所		任意後見監督人選任申立て ⇒任意後見の開始
後見（保佐・補助）の終了	死 亡	関係公的機関：家庭裁判所 任意後見の終了 ⇒ 死後事務委任契約の開始

＜任意後見＞ ＋生前事務委任契約（見守り契約）＋死後事務委任契約 ⇒ 家族・友人代行

任意後見契約とは、受任者に対し、将来認知症などで自分の判断能力が低下した場合に、予め自分の後見人になって貰うことを委任する契約。任意後見契約を締結するには、公証役場での公正証書の任意後見契約書の作成が必要になります。なお、最近は、**元気な時に、任意後見契約に併せて、生前事務委任契約（見守り契約）や死後事務委任契約を締結**することが増えていますが、生前事務委任契約（見守り契約）を先行締結することもありです。受任者が第三者の場合、報酬が発生します。

32. 「エンディングノート」の有無を確認しておきましょう。

- ◆「終活」の一環として、自分の意思を「エンディングノート」を書く方が増えています。このノートには、公正証書遺言のように、法的効力はありませんが、自由に幅広く活用できるという良さがあります。

河内長野市医師会では、「マイ・ノート」（河内長野市版エンディングノート）を発行しています。ご活用下さい。

33. 河内長野市医師会の「まちのれんけい室市民相談会」を活用しましょう。

- ◆毎月第3木曜日（10:00～16:00）に開催されています。医療のこと、介護のこと、福祉のこと、後見・遺言・相続のこと、或いは、仕事のことなど気軽にご相談して下さい（予約可）。市民の方はもちろん、専門職の方のご相談も受け付けています。

34. 地域包括支援センターとは顔見知りになっておきましょう。

- ◆地元の地域包括支援センターとは顔見知りになっておきましょう。

35. 河内長野市おれんじチームとは顔見知りになっておきましょう。

- ◆認知症（若年性認知症含む）の早期発見・対応の窓口として、上記地域包括支援センター毎に、おれんじチーム（3チーム）が活動しています。

医師の皆さんへ



36. 医療用麻薬の処方は計画的にしましょう。

- ◆問屋に麻薬がない場合や、週末には納品までに数日かかることもありますので、処方

37. ケアマネジャーや訪問看護師とは日頃から、情報交換をしておきましょう。

- ◆日頃から信頼関係の醸成に努め、必要な情報交換をしておきましょう。また、「サービス担当者会議」には出ましょう。先に、「出ます」と声掛けしておいてもいいかもしれません。この会議では、医学的見地からの医師の意見が重要なのです。

38. 「かわちながの連携シート」等が来た場合は、速やかに返信しましょう。

- ◆ケアマネジャー、訪問看護師から、連絡ツールである「かわちながの連携シート」(24 頁)や「かちながの連携シート<サービス担当者会議用>」(25 頁)が来た場合は、速やかに返信しましょう。また、「かわちながの主治医意見書連絡シート」(26 頁)が来た場合は、この内容を参考にしながら、「主治医意見書」を作成しましょう。

39. 「診断書(成年後見制度用)」の作成依頼が来た場合は、検討

- ◆ケアマネジャーや社会福祉士から、「診断書(成年後見制度用)」(31・32 頁)の作成依頼があった場合は、「本人情報シート(成年後見制度用)」(29・30 頁)を確認した上で、書いてもいいかどうかよく検討しましょう。その際、専門医や認知症サポート医と相談するのも一考です。

なお、「診断書」は、本人の判断能力(認知機能の状況)等について、医師が作成するもので、審判のために、家庭裁判所に提出されます。作成する場合は、「本人情報シート」を参考にしながら、記載して下さい。

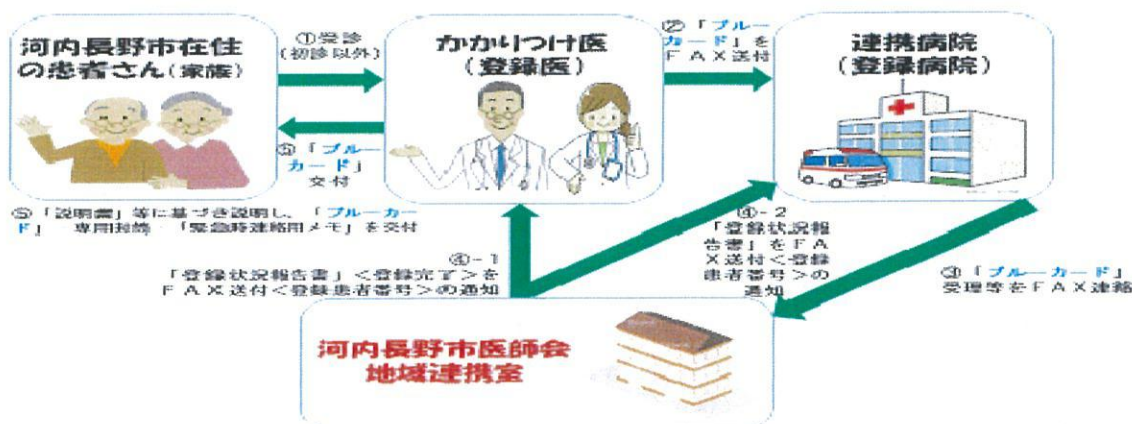
40. 急変時に関する指示を、予め示しておきましょう。

- ◆主治医は、緊急を要する症状や状態などを予め介護サービス事業所へ知らせておきましょう。また、急変時の連絡先や、対応方法などを予め示しておきましょう。場合によっては、「河内長野市ブルーカードシステム」(13 頁)への登録を済ませておきましょう。

41. 「ブルーカード」発行後は、訪問看護師やケアマネジャーへ声掛けをしておきましょう。

- ◆主治医(登録医)が「ブルーカード」を発行した際、関係する訪問看護師、ケアマネジャーにその旨を伝えておきましょう。なお、「ブルーカード」は、本人宅の冷蔵庫のドアの上に貼られています。

ブルーカード発行(新規)



※ブルーカードシステム：病状急変時対応システムといわれ、事前に個人情報等を登録(登録基準に基づき)し、急変時の受診(搬送)先になる受入れの「連携病院」(登録病院)を確保しておくものです。「ブルーカード」は、河内長野市医師会員である「登録医」が、緊急時のために予め作成しておいた事前登録票で、かかりつけの患者さんに発行されます(無料)。従って、医療パスポートのようなもので、医療情報提供書や事前表示書(リビングウイル)ではありません。「ブルーカード」の中には、登録病院(6連携病院から1病院を選択)、個人情報、キーパーソン、既往歴、日常生活自立度等が記載されています。

ケアマネジャーと訪問看護師の皆さんへ



42. 「ブルーカード」を契機として、主治医との連携強化に努めましょう。

- ◆「ブルーカード」の発行を契機として、主治医との連携強化に努め、意思疎通を図りましょう。また、本人には、緊急時、必ず救急隊員に「ブルーカード」を所持していることを伝えるように促しましょう。

43. 薬剤師(薬局)とは、日頃から情報交換をしておきましょう。

- ◆薬の相互作用・副作用、市販薬の薬剤情報等について相談を受けることがあります。日頃から信頼できる薬剤師がいる薬局と連携して、適切な情報提供等ができるように配慮しておきましょう。

44. 歯科医師とは、日頃から情報交換をしておきましょう。

- ◆入れ歯の悩み、歯茎の腫れ、口臭、食べこぼしなど口腔ケアの問題は切実です。口腔ケアは、ADLの維持や脳機能の活性化、感染症予防に効果的です。日頃から信頼できる歯科医師と連携して、適切な情報提供等ができるように配慮しておきましょう。

ケアマネジャーの皆さんへ



45. サービス担当者会議には、主治医や関係者に声をかけましょう。

- ◆サービス担当者会議は、主治医、訪問看護師、介護サービス事業所、成年後見人等の関係者に、無理のない範囲で参加できるように、調整しましょう。依頼する際には、何を話し合うのか明確にしておくことも必要です。そのツールとして、「かわちながの連携シート＜サービス担当者会議用＞」（25 頁）の活用をお勧めします。一方、出席が難しい場合、事前に必要な情報等の照会をし、事後には会議録の提示、結果報告をしておきましょう。特に、主治医が欠席の場合は、ケアプラン内容（できればアセスメントやモニタリング結果）もきちんとお知らせしておきましょう。サービス担当者会議は、多職種連携の一つの拠り所であり、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を行うための絶好の場でもあります。

46. 介護申請時には、主治医に「かわちながの主治医意見書連絡シート」を送りましょう。

- ◆「かわちながの主治医意見書連絡シート」（26 頁）を用い、事前に知っている情報や伝えたいことなどを、本人・家族の同意の下、主治医にお知らせしましょう。特に、更新申請時のタイミングを知らせるには有効です。この情報が、「主治医意見書」作成の一助になります。

47. 主治医とは日頃から、信頼関係の醸成と情報交換をしておきましょう。

- ◆日頃から信頼関係の醸成に努め、必要な情報交換をしておきましょう。連携が必要なのは、①呼吸器や酸素吸入器の使用、点滴、経管栄養、吸引、インスリン注射の必要な方、②在宅ターミナルケアを受けている方、③食事や活動制限等の医学管理の必要な方、④退院後間もない方、⑤入退院を繰り返している方、⑥認知機能の低下がある方、⑦内服管理が困難な方たちです。

また、ケアプランの内容、利用者の生活状況は、気になる介護情報です。これらは、積極的に情報提供を行っておきましょう。

48. 成年後見制度の利用は、主治医とよく相談しましょう。

- ◆成年後見制度(法定後見・任意後見)の利用は、主治医とよく相談しましょう。また、地域包括支援センターが関与している場合は、ここの担当者を含めて、一同でよく検討して下さい。なお、本人に判断能力がある時には、任意後見(生前事務委任契約、死後事務委任契約等を含む)が有効とされます。

成年後見制度(法定後見・任意後見)を利用するとなれば、「本人情報シート(成年後見制度用)」(29・30頁)を作成した上で、主治医に「診断書(成年後見制度用)」(31・32頁)の作成を依頼しましょう。

この「本人情報シート」は、医師が「診断書」を作成する際活用される重要な書類で、家庭裁判所に提出されることになります。

成年後見人等の皆さんへ



49. 主治医、ケアマネジャーらとは、信頼関係を醸成しておきましょう。

- ◆少なくとも、要介護度、長谷川式やMMSE(ミニメンタルステート検査)などの認知症の検査結果は把握し、本人の状態像、介護状況、生活環境等をしっかりみておきましょう。その上で、日頃から主治医、ケアマネジャー、訪問看護師らとの信頼関係の醸成に努めておきましょう。

そして、アポなし訪問は厳禁です。

50. 成年後見制度の利用は、主治医やケアマネジャーとよく相談しましょう。

- ◆成年後見制度(法定後見・任意後見)の利用には、主治医やケアマネジャーとよく相談しましょう。また、地域包括支援センターが関与している場合は、この担当者を含めて、一同でよく検討して下さい。また、「任意後見監督人選任申立書」(任意後見契約の効力発動のための)を家庭裁判所に提出する際にも、「本人情報シート(成年後見制度用)」(29・30頁)と「診断書(成年後見制度用)」(31・32頁)が必要ですので、なおさらです。

最後に、「終活」の一環として、自分の意思を「エンディングノート」に書く方が増えていますので、本人にこの記載の有無等を確認しておきましょう。河内長野市医師会では、「マイ・ノート」(河内長野市版エンディングノート)を発行していますので、ご活用下さい。特に、任意後見の利用の際、このノートは役立つかもしれません。

第3章 多職種連携・ACPのためのこころ

～法律集～

○専門職の関連法律(原点に戻る)

①多職種連携のポイントと国民の責務

国民の生命の尊重と個人の尊厳を保持するためには、医療介護福祉法務に携わる専門職が、それぞれの持てる能力を鋭意発揮することが必要です。

そこで、重要なのが、多職種連携ということになりますが、法令にはこれに関する記載があります。特に、社会福祉法第5条がそのポイントを突いていると思われますが、その主語は、もはや社会福祉事業者だけではないといえます。また、介護保険法第1条の後段にある「国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」が、専門職に求められた責務なのかもしれませんし、医療法第6条の2第3項には、国民の責務(努力義務)までも書かれています。

社会福祉法:昭和26(1951)年3月29日公布(法律第45号)

＜当時社会福祉事業法、平成12(2000)年改称＞

(第1条)この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

(第5条)社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

介護保険法:平成9(1997)年12月17日公布(法律第123号)

(第1条)この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(第4条第1項)国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

医療法:昭和23(1948)年7月30日公布(法律第 205 号)

(第1条)この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

(第1条の2第1項)医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

(第6条の2第3項)国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

②専門職の原点

専門職を規定した法律には、各々の目的、役割等が書かれています。そこで、今回各々の専門職の原点に立ち返るために、民法も踏まえて、各法律の第1条を中心に条文を抜粋してみました。改めて、再認識をして頂きたいと思います。

民法:明治29(1896)年4月27日公布(法律第89号)

(第1条第2項)権利の行使及び義務の履行は、信義に従い誠実に行わなければならない。

(第90条)公の秩序又は善良の風俗に反する事項を目的とする法律行為は、無効とする。

＜成年後見人・保佐人・補助人＞

(第8条)後見開始の審判を受けた者は、成年被後見人とし、これに成年後見人を付する。

(第 858 条)成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。

(第12条)保佐開始の審判を受けた者は、被保佐人とし、これに保佐人を付する。

(第 876 条の5)保佐人は、保佐の事務を行うに当たっては、被保佐人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。

(第16条)補助開始の審判を受けた者は、被補助人とし、これに補助人を付する。

(第 876 条の10)第 876 条の5第一項の規定は補助の事務について準用する。

任意後見契約に関する法律:平成 11(1999)年 12 月8日公布(法律第 150 号)

＜任意後見受任者・任意後見人＞

(第1条)この法律は、任意後見契約の方式、効力等に関し特別の定めをするとともに、任意後見人に対する監督に関し必要な事項を定めるものとする。

(第2条三号)任意後見受任者 第4条第1項の規定により任意後見監督人が選任される前における任意後見契約の受任者をいう。

(第2条四号)任意後見人 第4条第1項の規定により任意後見監督人が選任された後における任意後見契約の受任者をいう。

医師法:昭和 23(1948)年7月 30 日公布(法律第 201 号)

(第1条)医師は、医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

(第19条第1項)診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

(第23条)医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

歯科医師法:昭和23(1948)年7月30日公布(法律第 202 号)

(第1条)歯科医師は、歯科医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

薬剤師法:昭和25(1950)年8月10日公布(法律第 146 号)

(第1条)薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

保健師助産師看護師法:昭和23(1948)年7月30日公布(法律第 203 号)

(第1条)この法律は、保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もつて医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする。

理学療法士及び作業療法士法:昭和46(1972)年6月29日公布(法律第 137 号)

(第1条)この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

介護保険法:平成9(1997)年12月17日公布(法律第 123 号)

(第69条の34)介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

社会福祉士及び介護福祉士法:昭和62(1987)年5月26日公布(法律第30号)

(第1条)この法律は、社会福祉士及び介護福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって社会福祉の増進に寄与することを目的とする。

(第2条)この法律において社会福祉士とは、第28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者(第47条において「福祉サービス関係者等」という)との連絡及び調整その他の援助を行うこと(第7条及び第47条の2において「相談援助」という)を業とする者をいう。

(第2条第2項)この法律において介護福祉士とは、第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護(喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの(厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という)を含む)を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと(以下「介護等」という)を業とする者をいう。

精神保健福祉士法:平成9(1997)年12月19日公布(法律第 131 号)

(第1条)この法律は、精神保健福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

栄養士法:昭和22(1947)年12月29日公布(法律第 245 号)

(第1条第2項)この法律で管理栄養士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいう。

行政書士法:昭和26(1951)年2月22日公布(法律第4号)

(第1条)この法律は、行政書士の制度を定め、その業務の適正を図ることにより、行政に関する手続の円滑な実施に寄与し、あわせて、国民の利便に資することを目的とする。

③戸籍法における「死亡届」を考える

戸籍法は、国民各自の身分関係を明らかにするための戸籍の作成、手続などを定めた法律で、まさに人生の節目の決まり事を定めたものです。

以前「死亡届の届出人に、死亡診断書を書いた在宅医はなれるのか。全く身寄りがなく、家主が書いてくれない」との問合せがありましたが、「在宅医はなれない」とわかり、改めて家主を説得して書いて貰うことになりました。やはり、人生の最後は、首長の職権ではなく、「見知った人」に「死亡届」を出してほしいと思うのが、皆の本意ではないかと思います。

今般、戸籍法改正で、任意後見受任者も届出人の中に入りました。届出人一覧は次の通りです。なお、任意後見受任者とは、公正証書で、本人との間で任意後見契約を締結し、将来、本人が、判断能力を失った際に、本人の財産管理等を行うことが予定されている人(後に後見人になってくれる人)のことです。

戸籍法:昭和22(1947)年12月22日公布(法律第224号)

(第1条)戸籍に関する事務は、この法律に別段の定めがあるものを除き、市町村長がこれを管掌する。

(第87条)次の者は、その順序に従って、死亡の届出をしなければならない。ただし、順序にかかわらず届出をすることができる。＜以下、死亡届出人の規定＞

第一 同居の親族

第二 その他の同居者

第三 家主、地主又は家屋若しくは土地の管理人

(第87条第2項)死亡の届出は、同居の親族以外の親族、後見人、保佐人、補助人、任意後見人及び任意後見受任者も、これを行うことができる。

※厚生労働省「身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」では、公設所の長(公立病院長等)も死亡届出人になりますし、私立病院長は、家屋管理人に該当します。

第4章 多職種連携・ACPのためのささえ ～資料集～

この今も闘っている
医療現場のためにも。



<厚生労働省>

河内長野市地域ケア会議

個別地域ケア会議Ⅰ・Ⅱ

Ⅰ担当：地域包括支援センター

Ⅱ担当：高齢福祉課

↑
<委員会> 個別の地域課題を検討、協議するために設置

○認知症施策検討委員会（兼認知症初期集中支援チーム検討委員会）

○ブルーカードシステム推進委員会 ← 在宅医療・介護連携推進事業の(エ) 在宅医療介護関係者の情報共有の支援事業

○いきいきフェスタ検討委員会

注：いきいきフェスタ実行委員会は地域ケア会議

○地域づくり検討委員会

<地域ケア会議>

◎設置根拠：介護保険法第115条の48

河内長野市地域ケア会議設置要領

◎位置づけ：在宅医療・介護連携推進事業の(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討事業

◎目的：(1) 地域包括支援ネットワークの構築

(2) 地域の社会資源情報の集約と活用

(3) 地域が抱える課題分析及び共有化

(4) 援助困難事例の検討

(5) 地域の介護支援専門員及びサービス事業者の調整、指導及び支援

(6) 新たなサービス資源開発

(7) その他

◎メンバー：市役所（主管：高齢福祉課）、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、社会福祉協議会、民生委員児童委員、地域包括支援センター、警察署、消防署など

FAX

「かわちながの連携シート」

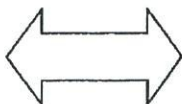
☐ 至急ご連絡下さい。

本票＋ 枚(添付資料)

☐ ご連絡下さい。

発信日: 年 月 日 ⇒ 返信日: 年 月 日

事業所:
担当者:
携帯電話:
固定電話:
FAX:
メール:



医療機関:
主治医:
連携室等担当者:
携帯電話:
固定電話:
FAX:
メール:

※携帯番号等は、お知らせできるものだけで結構です。

【基本情報】 ※注意:ご本人が特定できる範囲の記載で結構です。

ふりがな 氏名	住所	性別	男女	年齢	歳

【事業所記載欄】 担当になったことのお知らせです。宜しくお願いします。

下記★にて、連絡方法、可能な曜日・時間帯とお知らせ下さい。

(連絡内容) ☐ サービス担当者会議 ☐ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談・問合せ ☐ 別添資料

(コメント)

返信希望の有無 ☐ 要返信 ☐ 返信不要

☆ご本人・ご家族に対して、個人情報の使用等について説明を行い、同意を頂いた上で送付しております。

【主治医記載欄】 下記の通り宜しくお願いします。

(連絡内容) ☐ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談・問合せ ☐ 別添資料

- ☐ 直接会って話をします。⇒日時: 月 日 時頃に来院下さい。
☐ 電話で話をします。⇒日時: 月 日 時頃に電話を下さい・します。
☐ 当院から(FAX・メール)で回答します。

★今後の連絡方法 ☐ 面談 ☐ 電話(固定・携帯) ☐ FAX ☐ メール ☐ 郵送★可能な曜日・時間帯 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土の(: ~ :)頃 ☐ 診察時間内

(コメント)

返信希望の有無 ☐ 要返信 ☐ 返信不要

「河内長野市地域ケア会議」作成

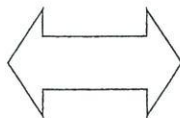
FAX

「かわちながの連携シート」 <サービス担当者会議用>

(サービス担当者会議開催のお知らせ・照会) 本票 + 枚(添付資料)

発信日: 令和 年 月 日 ⇒ 返信日: 令和 年 月 日

事業所:
担当者:
TEL:
FAX:



医療機関:
主治医:
TEL:
FAX:

いつも、ご支援いただき誠にありがとうございます。

この度、貴院で加療中の 様(下記)のサービス担当者会議を開催することとなりましたので、下欄へ
出欠等をご記入の上、返信頂けますよう宜しくお願いいたします。また、ご欠席される場合、 様の身体
状態につき、医学的見地から生活上の注意点等がありましたら、ご教示頂けますと幸いに存じます。

ご多忙とは存じますが、ご高配賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

☆ご本人・ご家族に対して、個人情報の使用等について説明を行い、同意を頂いた上で送付しております。

ふりがな 氏 名	住 所	性 別	男 女	年 齢	歳
-------------	--------	--------	--------	--------	---

開 催 場 所	☐ 自宅(住民票上の住所と同じ)				
	☐ 入院・入所先(名称:		住所:)		
	☐ その他(名称:		住所:)		

開 催 日 時	令和 年 月 日() 時間: : ~ :
---------	-----------------------

開 催 目 的	☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ ケアプラン変更 ☐ 状態変化 ☐ その他()
---------	--

出席事業所 (予定)	
---------------	--

連絡事項等	
-------	--

【主治医記載欄】	(返信内容) サービス担当者会議に ☐ 出席 ☐ 欠席 します。
----------	--

(コメント・照会)

FAX 「かわちながの主治医意見書連絡シート」 本票 + 枚(添付資料)

※わかる範囲で記入して下さい。また、FAXだけでなく、電話連絡もしておくことをお勧めします。

発信日: 令和 年 月 日

事業所:	→	医療機関:
担当者:		主治医:
TEL:		TEL:
FAX:		FAX:

FAXにて失礼いたします。この度、主治医意見書作成にあたり、下記の方の近況等をお知らせいたしますので、記載の際のご参考にして頂けましたら幸甚に存じます。何卒宜しくお願い申し上げます。

注:ご本人・ご家族に対して、個人情報の使用等について説明を行い、同意を頂いた上で送付しております。

ふりがな氏名	住所	性別	男 女
年齢	満 歳(M・T・S 年 月 日生)	キーパーソン	
今回の介護申請の状況		☐ 新規 ※新規で通院歴のない場合は、暫く経過を見ないと書けない場合があります。 ☐ 更新 (現介護度:) ☐ 区分変更 (現介護度:)	

他院(科)受診の有無	☐ 有 → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他() ☐ 無 <医療機関名: >		
傷病名(既往歴)	時期:平成・令和 年 月頃 傷病名:	時期:平成・令和 年 月頃 傷病名:	
心身の状態	短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり 日常の意思決定の認知能力 ☐ 自立 ☐ いづらか問題 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない 意志の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いづらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない		
身体の状態	利き腕 → ☐ 右 ☐ 左 身長: cm ・ 体重: kg 過去6ヶ月の体重変化(3%程度が目安) → ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少 四肢欠損、麻痺、関節拘縮・痛み等 → 部位:		
生活機能の状況	屋外歩行 → ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない 車いす使用 → ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している 歩行補助具・装具使用 → ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用		
現在のサービス利用状況	☐ 訪問介護 (月 回程度) ☐ 訪問看護 (月 回程度) ☐ 訪問リハビリテーション (月 回程度) ☐ 訪問入浴介護 (月 回程度) ☐ 通所介護・通所リハビリテーション (月 回程度) ☐ その他()		
伝えたい事や連絡事項など	※特に、現在困っている症状等があれば記入して下さい。		

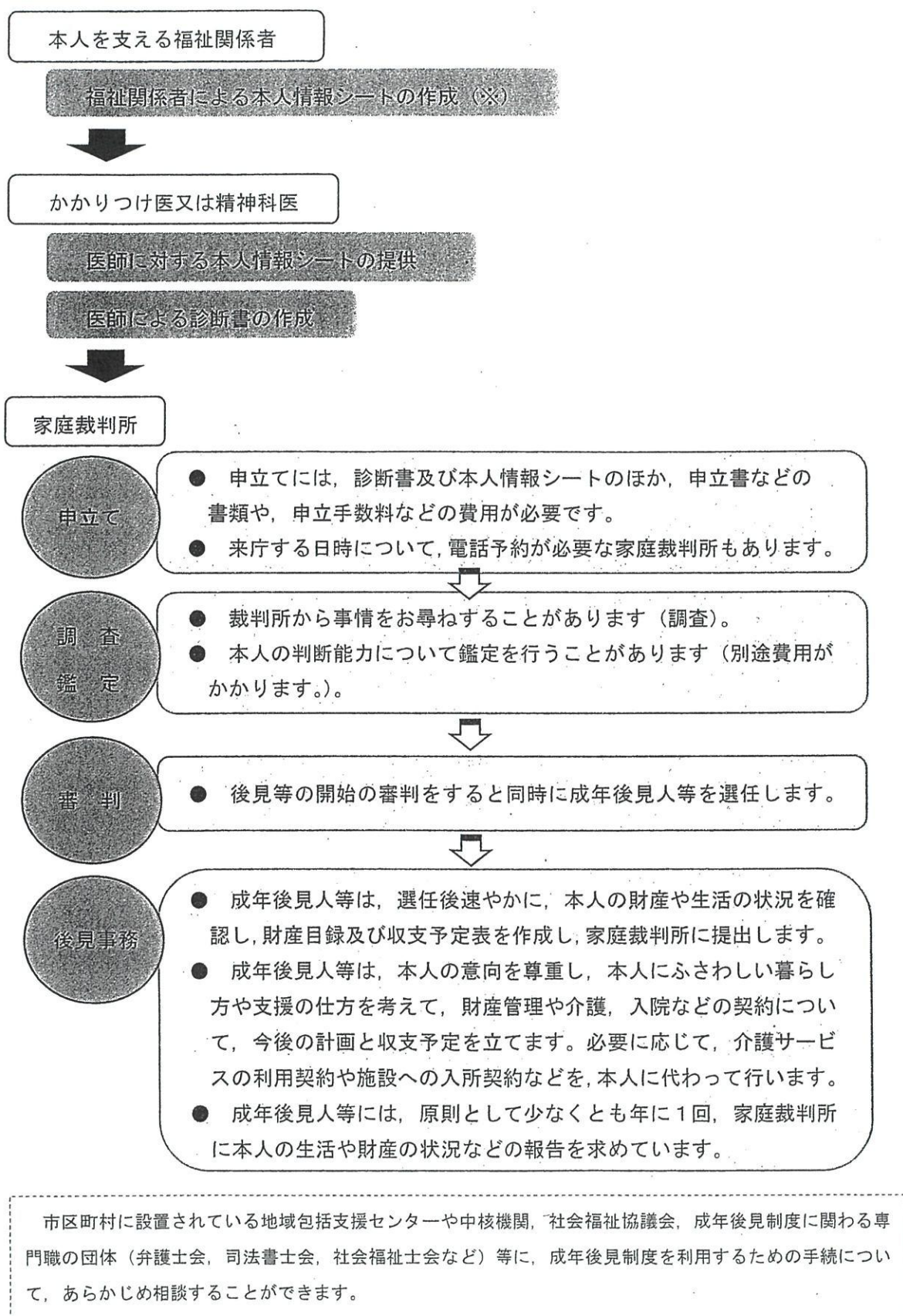
退院前カンファレンス要点整理シート(モデル様式)

病院・センター _____ 病棟 _____

司会進行： _____

様	年 月 日 () : ~ :
1．出席者・自己紹介：	
2．現在までの経過と治療：	
3．入院中のADLとケア ①移動と移乗、リハビリテーション： ②食事の内容、食事介助の方法： ③排泄、睡眠、更衣、口腔ケア： ④寝具、体位変換、皮膚トラブルの有無： ⑤入浴、保清の方法と頻度： ⑥認知機能、精神面： ⑦医療処置（医療器具・福祉機器の有無や使い方の習得、自宅使用の消耗品の有無）： ⑧介護指導と計画（介護・介助方法の習得）： ⑨定時薬と頓服薬（必要なものは処方されたか）：	
4．本人や家族の心配と希望：	
5．質疑応答：	
6．ケアプラン内容：	
7．調整・情報提供（退院後の医療機関、介護事業所は退院日を知っているか） ①退院日、退院後の日程： ②緊急連絡先と方法（本人や家族は緊急連絡先を知っているか）： ③「診療情報提供書」や「看護サマリー」（用意したか）：	
8．まとめ・その他：	

手続きの流れ(成年後見制度)



※ 本人情報シートの提出が難しい場合は、本人情報シートを提出することなく申立てを行うことが可能です。

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 年 月 日

本人 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 ____ 月 ____ 日	作成者 氏 名： _____ 印 職業(資格)： _____ 連絡先： _____ 本人との関係： _____
---	---

1 本人の生活場所について

☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： _____ 年 ____ 月）
- ☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）
- ☐ 非該当
- ☐ 障害支援区分（認定日： _____ 年 ____ 月）
- ☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当
- ☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）
- ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
- （今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☐ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある
- ☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある
- ☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある
- ☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☐ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☐ 親族又は第三者が管理している

(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。
☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

1	氏名 男・女 年 月 日生 (歳) 住所
2	医学的診断 診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。) 所見 (現病歴, 現症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など) 各種検査 長谷川式認知症スケール (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可) MMSE (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可) 脳の萎縮または損傷等の有無 ☐ あり ⇒ (☐ 部分的にみられる ☐ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施) ☐ なし 知能検査 その他 短期間内に回復する可能性 ☐ 回復する可能性は高い ☐ 回復する可能性は低い ☐ 分からない (特記事項)
3	判断能力についての意見 ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。 ☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。 ☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。 ☐ 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。 (意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。

裏面に続く

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)
☐ なし

〔

〕

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い
☐ 意思疎通ができない)
☐ なし

〔

〕

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)
☐ なし

〔

〕

(4) 記憶力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)
☐ なし

〔

〕

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

〔

〕

参考となる事項 (本人の心身の状態, 日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった

(受けた場合には, その考慮の有無, 考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については, 後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
 ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは, 本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として, 本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は, 診断への活用を御検討ください。
 ※ 家庭裁判所は, 診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき, 本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

管内支部等所在地一覧

裁 判 所	所 在 地	管轄区域
大 阪 家 庭 裁 判 所	〒540-0008 大阪府中央区大手前4-1-13 TEL 06-6943-5872 (予約及び申立セットについての問合せ専用)	大阪市, 池田市, 箕面市, 豊中市, 吹田市, 摂津市, 茨木市, 高槻市, 東大阪市, 八尾市, 枚方市, 守口市, 寝屋川市, 大東市, 門真市, 四條畷市, 交野市, 豊能郡, 三島郡
大 阪 家 庭 裁 判 所 堺 支 部	〒590-0078 堺市堺区南瓦町2-28 TEL 072-223-8949	堺市, 高石市, 大阪狭山市, 富田林市, 河内長野市, 羽曳野市, 松原市, 柏原市, 藤井寺市, 南河内郡
大 阪 家 庭 裁 判 所 岸 和 田 支 部	〒596-0042 岸和田市加守町4-27-2 TEL 072-441-6804	岸和田市, 泉大津市, 貝塚市, 和泉市, 泉佐野市, 泉南市, 阪南市, 泉北郡, 泉南郡

大阪以外に、本人の住所地がある場合は、本人の所在地を管轄する家庭裁判所の管轄となりますので、当該家庭裁判所までお問い合わせください。

第5章 エピローグ

○意見・提案・アイデア等募集

～ご意見・ご提案・アイデア等を募集します！～

この「ACP実践のための河内長野市れんけいエチケット集」は、これで完成ではありません。今回リニューアル版(第2版)を発行しましたが、まだまだ「ここはこう表現した方がいい」「こんなことも載せてほしい」「こういうエチケットも共有したい」など、ご意見、ご提案、アイデア等があると思いますので、随時募集いたします。

いただいたご意見等は、検討の上、この「エチケット集」に加えたり、修正したりしながら、少しずつ育てていきたい(次の版を出したい)と存じます。

ご意見等応募の専用様式・フォーマットは特にありません(自由書式)。次の項目をご記入の上、下記編集室あて、FAX、郵送等にてお送り下さい。

1. 内 容：ご意見、ご提案、アイデア等
2. 所 属：医療機関・事業所・団体名
3. 氏 名：
4. 職 種：
5. 連絡先：〒、所在地、電話、FAX、メールアドレス等

(編集室) 河内長野市医師会地域連携室

河内長野市菊水町2-13 〒586-0012

TEL 0721-54-1700

FAX 0721-54-1567

メールアドレス：

chiikirenkei4@kawachinagano-ishikai.com

〇あとがき

エチケットとは、一般的に「周囲の人や特定の相手を不快にさせないための気配り」といった意味合いがあります。医療介護連携、ACPには、様々な職種の関係者がそれぞれの立場で関わっています。スムーズな連携をするためには、お互いの立場を尊重し、行動することが大事です。

このため、平成29(2017)年に、「河内長野市れんけいエチケット集」(第1版)が発刊され、これまで多くの関係者の方々にご利用いただき、そして、ご意見等もいただきました。また、世の中の状況も少しずつ変わってきておりますので、今般、これらを踏まえながら、新しい内容に改訂をすることになりました。

この「河内長野市れんけいエチケット集」(第2版)には、河内長野市地域ケア会議が取り組んできた多職種連携のエッセンスが入っています。内容は基本的な人としてのマナーから、ブルーカードシステム、認知症関連、サービス担当者会議など、河内長野市独自のものまで多岐にわたっています。また、資料として、専門職の法律集はじめ、河内長野市地域ケア会議、「かわちながの連携シート」、家庭裁判所「本人情報シート」・「診断書」(成年後見制度)なども掲載しています。まだご存知でない方、新しく就職された方にも、ぜひ御一読をお勧め下さい。このエチケット集は、紙媒体でも配布していますが、河内長野市医師会のホームページの中にPDF版を掲載しており、どなたでも自由にダウンロードできるようになっています。

今後、このエチケット集が、スムーズな多職種連携の一助になれば幸いです。

令和3(2021)年3月1日

河内長野市医師会
地域連携室担当理事
宮 崎 浩
(みやざき整形外科)

(編集室) 河内長野市医師会地域連携室

〒586-0012 河内長野市菊水町2-13

TEL 0721-54-1700

FAX 0721-54-1567

メールアドレス:

chiikirenkei4@kawachinagano-ishikai.com