

此花区医師会エチケット集

～多職種連携・ACP実践のために～

令和4(2022)年1月15日

此 花 区 医 師 会

目 次

第1章 はじめに	2
(1)多職種連携は他職種理解から ～エチケットとは～	2
(2)エチケットとマナー	3
(3)厚生労働省在宅医療・介護連携推進事業	5
第2章 専門職のためのエチケット集	6
(1)基本的な多職種連携・ACPのエチケット	6
(2)入退院時の多職種連携・ACPのエチケット	10
(3)在宅での多職種連携・ACPのエチケット	12
第3章 多職種連携のための法律・政策集	16
(1)地域包括ケアシステムの構築	16
(2)多職種連携のポイントと国民の責務	17
(3)終活・ACPの軌跡	18
第4章 専門職のための資料集	22
○此花区在宅医療・介護連携相談支援室のご案内	23
○此花区多職種連携シート	24
○退院前カンファレンス要点整理シート(モデル様式)	25
○成年後見制度(最高裁判所資料より)	
「手続きの流れ」	26
「診断書作成の依頼があった場合」	27
「本人情報シートの書式」	28
「診断書の書式」	30
○大阪家庭裁判所管内支部等所在地一覧(大阪家庭裁判所資料より)	32
○自筆証書遺言書保管制度(政府広報オンライン・大阪法務局資料より)	33

第1章 はじめに

(1) 多職種連携は他職種理解から ～エチケットとは～

エチケットとは、フランス語で元来、正礼、荷礼などの意です。また、宮廷へ招かれた者の行動を指示した通用札をいい、これより宮廷儀礼の意となり、更に、転じて、今では一般社会生活の各種作法、礼儀作法のことを指すようになりました。また、礼式、礼法、礼儀、仁義の意味もあるようです。その上で、エチケットは、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。

医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制としての地域包括ケアシステムの構築が徐々に進んでいますが、その根幹は、多職種連携の推進とACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践であります。各職種間の信頼関係の醸成、或いは、有機的な連携構築、有意義な話し合いの実現などは、一朝一夕にいくものではありません。職種や職場の相違、教育システムや生活習慣の違い、キャリアの長短、世代間ギャップなど専門職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いかなかったり、誤解や思い違いが生じたりして、人間関係の構築は、中々難しいのが実情であります。

そこで、まず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、気持ちよく仕事ができることにつながるものと思われます。このエチケット集は、気をつけたいエチケット、相互に知っておきたいマナーを文章化してまとめたものですが、当然至極といいますか、当たり前のことも多々書かれてあります。

なお、マナーもエチケットと同じで、礼儀作法のことです。具体的な違いは諸説あり、次頁以降にも出てきますが、対象が違うということも有力な説のようです。エチケットの対象は周囲にいる人、マナーの対象は社会、集団だと考えられます。いずれにしても、どちらも礼儀ということで、「心に寄り添い相手を尊重するための行動」といえるでしょう。

このエチケット集は、多職種連携の推進、ACPの実践を行うにあたっての、他職種への理解の促進を目指しているものです。「多職種連携は他職種理解」からをモットーに、「ちょっとした気遣いと優しさ」を持って、相手へのリスペクトも忘れることなく、お互い気持ちよく、有機的に付き合えるようにしていきたいものです。

(2)エチケットとマナー

①エチケット(Etiquette)の3つの基本的な考え

① 人に好感を与えること: 他人に迷惑をかけないようにするだけでなく、人に対して、好感を与えることが大切です。チャーミングであることは、欧米エチケットでは、いたるところで、作法として取り上げています。服装もそうです。TPOに合わない服装は、人に好感を与えません。話し方では、たとえば、断る時、ただ「NO」と言うのではなく、「NO」のあとには、必ず「Thank you」をつけるのがチャーミングな言い方だと教えられてきています。食事中に、ガチャガチャ音をさせたり、ゲップを出したりするのも、相手が嫌がる振る舞いなので、決してチャーミングとは言えません。

② 人に迷惑をかけないこと: 人に迷惑をかけないは、裏かえせば、人におもいやりのある行為をするということになります。エチケットには、アウトドアエチケットとインドアエチケットがあります。相手に好感を与える行為は、どちらかという、インドアエチケットに多く見られます。これに対し、公共での振る舞い(アウトドアエチケット)も、欧米では、重要なエチケットとなっています。公衆の秩序とか公衆道徳を守ることが、エチケットをわきまえた人間と見なされます。他人に迷惑をかけないことも、子供のときから厳しくつけられます。

③ 人に敬意を払うこと: 他人に対する敬意や尊敬は、礼儀作法の基本をなすものです。欧米のエチケットのみならず、どこの国の礼法でも、重要なこととして取り扱っています。特に、欧米社会では、女性に対する敬意・尊敬は、レディファーストと呼ばれ、エチケットの中でも、大きく取り上げられています。

(友田二郎著「国際儀礼とエチケット」より)

②マナー(Manners)

エチケットは、他人への思いやりに基づく、行動の規範であり、よいマナーとは、この規範に則って生活しようとする人々の暖かい心、善意の表れである(エミリー・ポスト)とされています。つまり、エチケットは、社交上の型、人づきあいをなめらかにするための常識的なルール・技術なのです。

一方、マナーは社交上の心、相手に対して自分が取るべき態度・処置なのです。たとえば、知人を見かけたら、挨拶をしに行くのがエチケット、相手を取り込んでいて、挨拶を交わすところではない様子だったので、黙礼だけして、後できちんと挨拶するのがマナーです(塩月弥栄子)。相手を喜ばせ相手に尽くすのが、マナーの出発点であるとともに終着点であります(加瀬英明)。

③エチケットとマナー

マナーとエチケットを、強いて日本語に当てはめると、マナーは行儀作法、エチケットは礼儀作法となります。「マナーが悪い」や「行儀が悪い」というように、どちらかという
と良し悪しで評価するのがマナーです。そして、マナーをよくするには、「しつけ」が伴
います。

一方、「礼儀にかなっている」や「エチケットを知っている」のように、作法を知ってい
る・知らない、できている・できていないで評価するのがエチケットや礼儀作法です。そ
の知識がないとできないのがエチケットや礼儀作法なのです。したがって、「礼儀が悪
い」や「エチケットが悪い」という表現にはなりません。

英語辞書を調べると、マナーは、方法、仕方、態度、様子、挙動、行儀、作法、風
習、習慣、エチケットは、礼式、礼法、礼儀作法、礼儀、仁義の意味が出てきます。
マナーは、作法を意味するときは、「Manners」と複数形になります。

即ち、マナーは「行儀作法」→「マナーが悪い」や「行儀が悪い」となり、エチケットは
「礼儀作法」→「エチケットを知っている」や「礼儀にかなっている」となります。

③サービスとマナー

サービスとマナーは、1つのものを両面から見たものです。どうすれば、あなたの大
切な人に喜んでもらえるか、幸せをあたえることができるかが、マナーの基本です。

ホテルの人は、お客さんに喜んでもらうことがサービス(仕事)です。それに対して、
お客さんの立場に立ったときに、覚えておかなければいけないマナーとは、「どのよう
に喜ばせていただくか」ということです。いいマナーを持っていないと、いいサービスは
受けられません。いいマナーを持っているお客さんが来たら、いいサービスをしなければ
なりません。

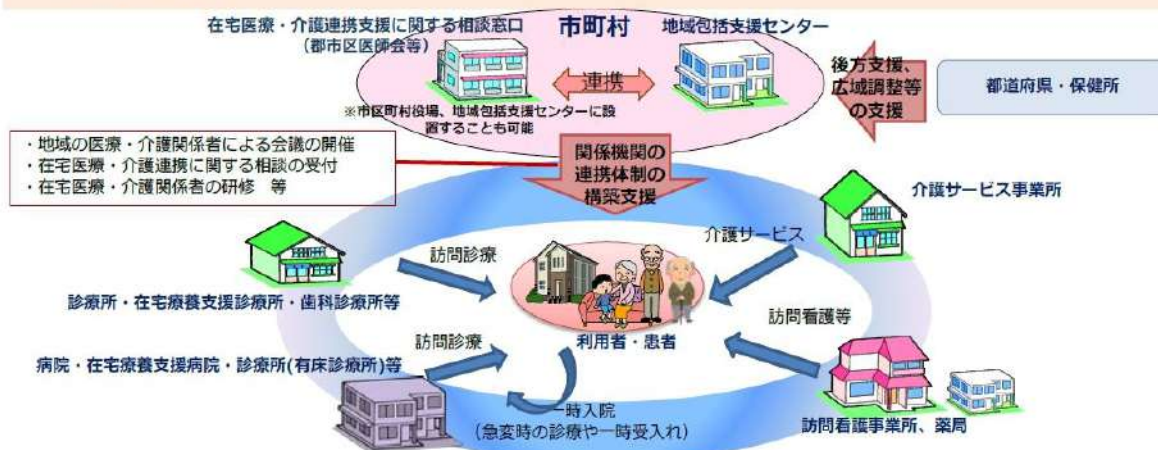
サービスとマナーは車の両輪です。両方よくなっていくこともあるし、両方悪くなって
いくこともあります。「この店はサービスが悪い」といって怒る前に、貴方のマナーはどう
か考えてみてください。貴方は、自分のマナーに合ったサービスを受けることができます。
いえ、自分のマナーのレベルに合ったサービスしか受けることができないのです。
サービスする人も、どこかでお客さんになることがあります。お客さんの立場に立たな
いと、サービスは覚えられません。マナーも覚えることができません。よいサービスの
できるサービス人間は、よいマナーを持っているお客さんなのです(中谷彰宏)。

※敬称略。日本キャビンアテンダント協会スチュワーデス塾ホームページより

(3) 厚生労働省在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携の推進

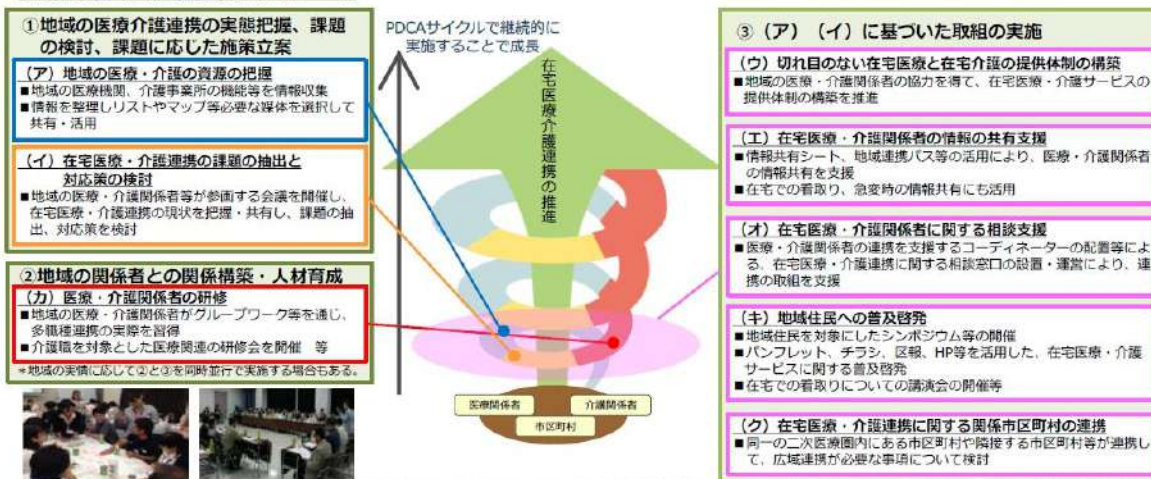
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
- （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となつて、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市区町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と都市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の作成：富士通特研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改定（平成27年度老人保健健康増進等事業）

第2章 専門職のためのエチケット集

(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、法令、必要な情報が異なります。お互いの専門性や他職種の立場を、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、失礼のない身だしなみも大切です。

2. 時間は、お互いに守りましょう。

- ◆訪問や会議の時間は守りましょう。訪問時間がずれて他のサービスと重なりと報酬算定が難しくなる場合や次の訪問先に影響が出る場合があります。

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、じつ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. 言葉づかいに気をつけましょう。

- ◆人は言葉づかいで判断されます。少なくとも、①相手が誰であれ、まずしっかり聞く、②目上には、肩書や力関係がどうあれ敬語を使う、③目下であっても丁寧語で話す、の3点には配慮しましょう。

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. ほめるからはりましょう。

- ◆ほめるは、最高のコミュニケーションツールです。ほめることによって、相手への好意を示せば、相手も貴方に好意を持ってくれるでしょう。

9. 情報共有の方法を決めましょう。

- ◆本人に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、ノートなどで情報共有しましょう。ノートなどがある場合には、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。

10. 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。急ぐ用件でない場合は、慌てず、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。

11. 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・LINE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用いましょう。そもそも電話は、相手の動作を止めているのです。

12. 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、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。また、事前指示書(リビングウィル)の有無の確認をしておきましょう。

13. 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、専門用語が出てきたり、疑問が生じ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、理解を深めていくようにしましょう。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。

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。



15. 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。高齢者虐待に関することは、此花区役所(電話 06-6466-9859)や下記地域包括支援センターに相談しましょう。

16. 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、「此花区多職種連携シート」(24 頁)の活用をお勧めします。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、連絡方法等は、まず電話でご確認下さい。

17. 此花区在宅医療・介護連携相談支援室とはよく連携しておきましょう。

- ◆日頃から、此花区医師会にある此花区在宅医療・介護連携相談支援室(電話 080-4702-1960)とは、よく連携しておきましょう(23 頁)。医療、介護の他に、法務(成年後見、相続、遺言等)の相談もできます。
なお、此花区内の医療機関情報は、「此花区かかりつけ医マップ」等で、また、認知症に関する情報は、「此花区医師会かかりつけ医のための認知症対応マニュアル」(認知症サポート医情報含む)等で、各々お確かめ下さい。

18. 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。地域包括支援センターは、介護保険法で定められた、地域で暮らす高齢者の総合相談窓口です。住み慣れたまちでその人らしい生活が送れるよう、さまざまな関係機関と協力して、活動をしています。
此花区には、此花区地域包括支援センター(電話 06-6462-1225・担当圏域：伝法 1～6 丁目、高見 1～3 丁目、西島 1 丁目、2 丁目、3 丁目 1 番～14 番、4 丁目 1 番)と此花区南西部地域包括支援センター(電話 06-6462-9301・担当圏域：上記以外)の 2 ヶ所があります。

19. このはなオレンジチームとは顔見知りになっておきましょう。

- ◆此花区では、認知症(若年性認知症含む)の早期発見・対応の窓口である認知症初期集中支援チーム(このはなオレンジチーム。電話 06-6462-1087・月～土 9:00～17:00)が設置されています。
医療・介護サービスを受けていない(中断している)方や、医療・介護サービスを受けているが対応に困難な方が対象になっています。

ケアマネジャーの皆さんへ

20. 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にあっては、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は、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。また、介護サービス事業所の指定等に関しても、主治医とよく相談の上、その指示のもとで行って下さい。

21. 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、「此花区多職種連携シート」(24 頁)等を使って、主治医に伝えて下さい。また、自身で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、連絡方法等は、まず電話でご確認下さい。

医師の皆さんへ

22. 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。

なお、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

23. 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。

医師の皆さんへ

24. 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

25. 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。

26. 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」(25 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

27. 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

28. 成年後見人等とはよく相談しましょう。

- ◆身寄りがいない場合などで、法務職(弁護士、司法書士、行政書士)が成年後見人、保佐人、補助人、後見監督人、任意後見受任者(※)、任意後見人、任意後見監督人等に就任している場合は、その方々とよく相談しましょう。

※任意後見受任者:任意後見契約を締結した段階での、本人を支援する受任者(弁護士、司法書士、行政書士等)のことです。そして、本人(委任者)の判断能力が低下し、任意後見監督人が選任され、任意後見が発動されると、任意後見受任者は、任意後見人となります。

29. 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。

30. 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。

31. ケアマネジャーには、退院日の目処を知らせるとともに、退院時、胸部レントゲンと感染症の情報提供が必要か確認しましょう。

- ◆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。

また、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。

32. 退院前カンファレンスで、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を行いましょう。

- ◆病院から在宅への切れ目のない対応を実現することは重要です。そのため、退院前カンファレンスは、多職種連携の拠り所であり、ACPを行うための絶好の場でもありますので、できるだけ多くの専門職に声をかけましょう。

(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

33. 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。その気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、本人や家族を支えていきましょう。

34. 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。

35. サービス担当者会議で、ACPを行いましょう。

- ◆本人の思いを尊重するために、日頃から、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。そのため、サービス担当者会議は、多職種連携の拠り所であり、ACPを行うための絶好の場でもありますので、できるだけ多くの専門職に声をかけましょう。

36. 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、独居の方を中心に、法務職(弁護士、司法書士、行政書士)が成年後見人、保佐人、補助人、後見監督人、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人に就任している場合がありますので、医療介護福祉職は、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。

37. 「エンディングノート」等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」に書く方が増えています。このノートには法的効力はありませんが、自由に活用でき、意思を尊重して貰えるという良さがあります。概ね、自己情報、財産情報、今後の抱負、葬儀に対する情報、延命措置の有無、相続に対する考え方などを自由に書けるようになっています。また、事前指示書(リビングウィル)の有無も確認をしておきましょう。なお、法的効力を求める場合は、遺言書(公正証書・自筆証書)、或いは尊厳死宣言公正証書の作成をお勧めします。

医師の皆さんへ

38. 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 は 計画的に しておきましょう。

39. 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。

40. 「此花区多職種連携シート」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「此花区多職種連携シート」(24 頁)が来た場合は、速やかに返信 しましょう。

41. 「診断書(成年後見制度用)」の作成依頼が来た場合は、検討 しましょう。

- ◆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)」(30・31 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)」(28・29 頁)を確認した上で、書いてもいいかどうかをよく検討 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。

42. 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 しておきましょう。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。

ケアマネジャーと訪問看護師の皆さんへ

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、残薬管理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。

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、ケアプラン内容やアセスメント、モニタリングの結果もきちんと知らせておきましょう。サービス担当者会議は、多職種連携の拠り所であり、ACPを行うための絶好の場でもあります。

46. 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。

47. 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)が有効と思われます。

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)」(28・29頁)を作成した上で、主治医に「診断書(成年後見制度用)」(30・31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・任意後見受任者等の皆さんへ

48. 本人の状態像、介護状況、生活環境等は理解し、把握しておきましょう。

◆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理解し、把握しておきましょう。少なくとも、これらは、本人の状態像、認知度等を見極め、成年後見制度申立ての目安にもなります。また、医療同意の求めがあった際の参考として、尊厳死宣言公正証書、或いは「エンディングノート」や事前指示書(リビングウィル)等の記載は重要です。有無を確認しておきましょう。

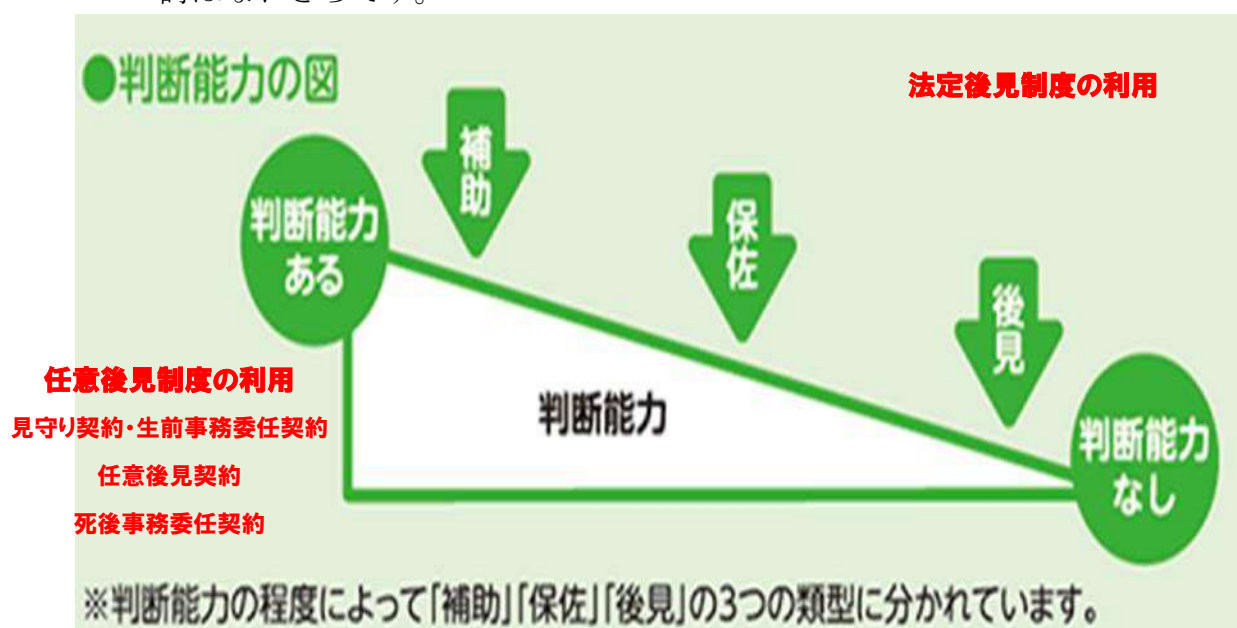
49. 主治医はじめ医療介護の専門職とは、信頼関係を醸成しておきましょう。

◆日頃から主治医、ケアマネジャー、訪問看護師、地域包括支援センター職員はじめ医療介護の専門職との信頼関係の醸成に努めておきましょう。本人を理解し、その情報を知っているのは、専門職です。そして、アポなし訪問は厳禁です。主治医に対しては、FAX連絡も有効の一つです。

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。その上で、法定後見か任意後見か、或いは、申立てのタイミングを押し量って下さい。

なお、「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)」(28・29 頁)と「診断書(成年後見制度用)」(30・31 頁)が必要です。相談、検討はなおさらです。



東京都港区者社会福祉協議会ホームページより

第3章 多職種連携のための法律・政策集

(1)地域包括ケアシステムの構築



地域医療介護総合確保推進法(平成元年6月30日公布・法律第64号)の第2条によれば、「地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定められています。

一方、この法律の目的としては、第1条に、「この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする」とあります。

この法律では、特に平成26(2014)年に大改正があり、団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者となる令和7(2025)年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制が構築され、自立と尊厳を支えるケアの実現を目指すことを大目的に挙げ、基本的方向として、①効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築、②地域の創意工夫を生かせる仕組み、③質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進、④限りある資源の効率的かつ効果的な活用、⑤情報通信技術(ICT)の活用等が謳われています。

そのため、この地域包括ケアシステムに関する専門職には、それを構築し、醸成するために、多職種連携の推進、ACPの実践が求められています。

(2)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。社会福祉法第5条がそのポイントを出しており、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。

一方、医療法第6条の2第3項には、国民の責務(努力義務)が書かれています。また、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第4条にも国民の責務(努力義務)が、更に、同第5条には関係者の責務(努力義務)が夫々書かれています。

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、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

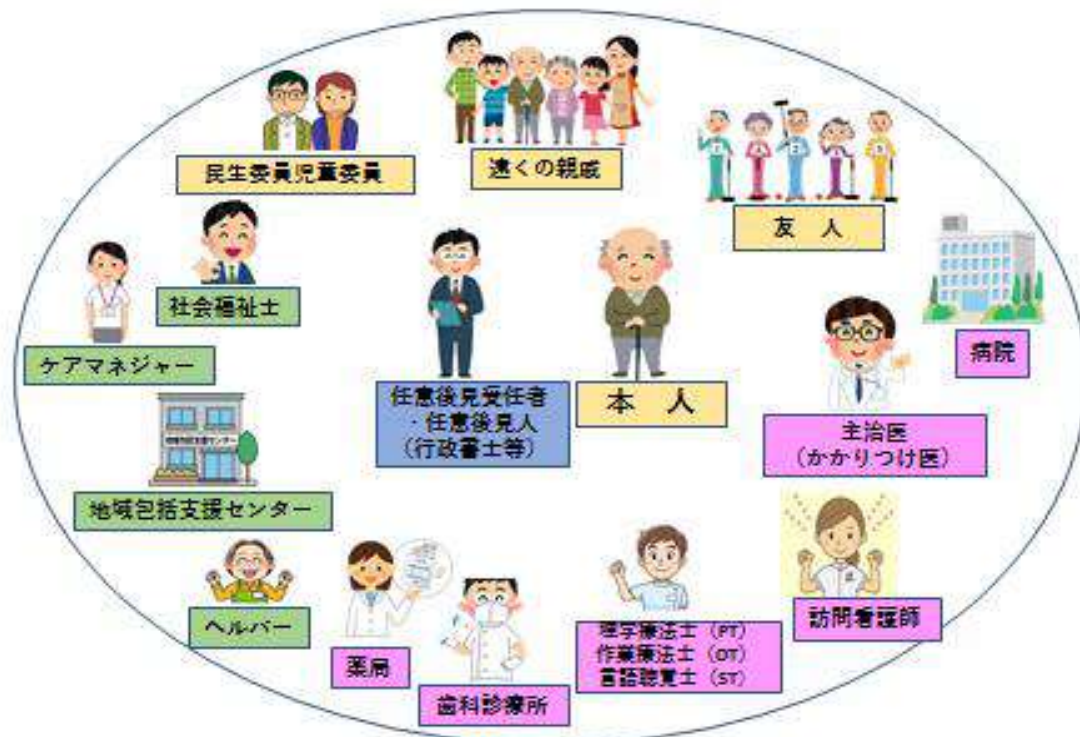
(第6条の2第3項)国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(高齢者虐待防止法):平成17年11月9日公布(法律第 124 号)

(第4条)国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

(第5条)養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

多職種連携のメンバー予想 (任意後見契約を締結した場合)



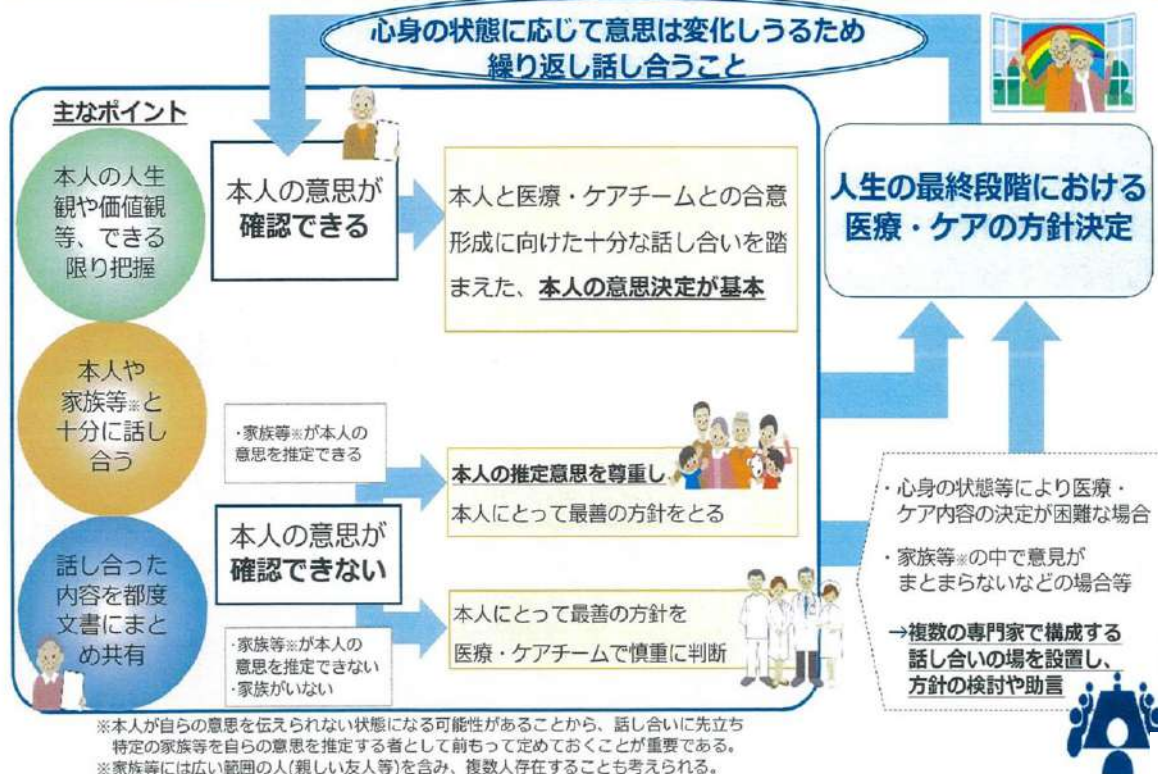
(3)終活とACPの軌跡

元号(年)	西暦(年)	月 日	出 来 事 等
平成2～	1990年代		アメリカでは、ACPが提唱される前、自分が意思決定できなくなったときの医療行為や代理意思決定者を文書で表明するAD(事前指示)が推進されていた。しかし、ADを確認しただけでは、DNR(蘇生処置拒否)の指示率や病院の利用コストにも違いがないという研究結果が報告された結果、意思決定支援のあり方の一つとしてACPが示された。即ち、ACPは、意思決定支援の必要性が議論される中で生まれた概念である
平成12	2000	4	成年後見制度導入(介護保険制度とともに)⇒任意後見契約に関する法律(任意後見契約法)施行(任意後見制度開始)
平成19	2007	5	厚生労働省、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」発表
平成21	2009	8/14～ 12/25	週刊朝日、「現在終活事情」連載(全19回)←終活の初出 ＜佐々木広人副編集長が生みの親＞
平成22	2010	12/1	「終活」⇒ユーキャン新語・流行語大賞ノミネート
平成23	2011	7/12	一般社団法人終活カウンセラー協会設立
		10/1	日本製ドキュメンタリー映画「エンディングノート」(砂田麻美監督)封切
		10	一般社団法人終活カウンセラー協会→第1回初級検定実施
平成24	2012	4	老人福祉法改正⇒市民後見人(親族以外の市民による後見人)制定
		12/1	「終活」⇒ユーキャン新語・流行語大賞ベスト10
		12/27	第1回厚生労働省終末期医療に関する意識調査等検討会開催(全4回)
平成25	2013	7/12	「終活読本ソナエ」(産経新聞季刊誌)創刊
平成26	2014	3/24	厚生労働省、「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」発表(終末期医療に関する意識調査等検討会で検討)
		4～	厚生労働省、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組みとして、「人生の最終段階における医療体制整備事業」を開始(平成26・27年度はモデル事業)
平成27	2015	3	厚生労働省、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称(←平成19年5月発表のガイドライン)
		10/1	亀田総合病院、一般社団法人インスティテュート・オブ・アドバンス・ケア・プランニング(Institute of Advance Care Planning=iACP)設立 ⇒「もしバナゲーム」等の普及啓発
		12/8～ 12/10	「終活」・葬儀等の専門展示会 第1回エンディング産業展開催(以下毎年開催)
平成28	2016	9/17～ 翌1/26	厚生労働省人生の最終段階における医療体制整備事業「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」開催(札幌市はじめ全国12ヶ所)

元号(年)	西暦(年)	月 日	出 来 事 等
平成29	2017	3	厚生労働省、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」発表
		8/3	第1回厚生労働省人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会開催(全6回)
平成30	2018	3	厚生労働省、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」※発表⇒ACPの概念が導入
		3/29	厚生労働省、「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」発表
		4/5	日本医師会、リーフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」発表
		6	厚生労働省、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」発表
		6/15	閣議決定、「経済財政運営と改革の基本方針2018」発表⇒第3章「経済・財政一体改革」の推進、4. 主要分野ごとの基本計画と重要課題、(1)社会保障の中に、ACPが取り上げられる。
		11/30	厚生労働省、ACPの愛称を「人生会議」と決定し、11月30日を、いい看取り・看取られの日、即ち「人生会議の日」とした
平成31	2019	4	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」様式の改訂・「本人情報シート」の導入
		4/24	厚生労働省、「人生会議」のロゴを制定
令和元		5	厚生労働省、「身寄りがい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」発表
		5/20	文化庁、「西国三十三所観音巡礼」を「1, 300年つづく日本の終活の旅」として日本遺産に認定
		7/1	大阪府、在宅医療普及促進事業(ACP等理解促進研修事業)開始
令和2	2020	7/10	法務局(法務省)、自筆証書遺言書保管制度開始
		10	厚生労働省、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」と5意思決定支援ガイドラインの比較表を発表
		11	大阪府看護協会、「看護職のためのACP支援マニュアル」発表
		11	大阪府「だから今、人生会議」(人生会議の記録<記載ノート>含む)発表
令和3	2021	1/23	大阪府在宅医療総合支援事業「入退院支援における多職種連携のあり方を考えるシンポジウム ～入退院からACPへのアプローチ～」開催
		9/22	大阪府人生会議(ACP)啓発動画の企画・制作業務に係る事業者決定
		11/1	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」様式の改訂

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

ACP 人生会議 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日 (土) 14時～16時 人生会議の日

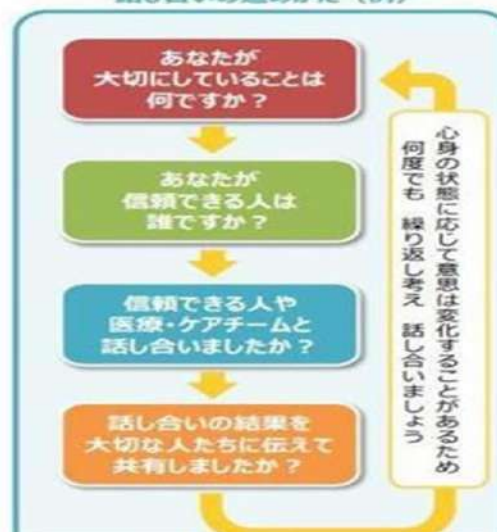
誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、**約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。**

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



話し合いの進めかた(例)



第4章 専門職のための資料集

- 此花区在宅医療・介護連携相談支援室のご案内
- 此花区多職種連携シート
- 退院前カンファレンス要点整理シート(モデル様式)
- 成年後見制度(最高裁判所資料より)
 - 「手続きの流れ」
 - 「診断書作成の依頼があった場合」
 - 「本人情報シートの書式」
 - 「診断書の書式」
- 大阪家庭裁判所管内支部等所在地一覧(大阪家庭裁判所資料より)
- 自筆証書遺言書保管制度(政府広報オンライン・大阪法務局資料より)

此花区で医療・介護に関わる 事業所の皆さまへ

『此花区在宅医療・介護連携相談支援室』は地域の医療・介護に関わっている関係機関の方の相談窓口です。高齢者の方が病気を抱えても、住み慣れた地域で生活が続けられるように”在宅医療・介護連携支援コーディネーター”が区役所との連携を深めながら関係機関と顔の見える関係を構築し、調整を図ります。

ご相談ください



* 多職種間の連携を円滑にするための相談窓口となります。
「病院から在宅への退院調整」かかりつけ医・ケアマネージャー・訪問看護師の紹介など
在宅医療や介護に関するお困りのことがあればご相談ください。

此花区在宅医療・介護連携相談支援室のご案内

相談方法	電話・FAX	
相談日時 連絡先	此花区医師会	電話 080-4702-1960
	火曜日～金曜日 9:00～17:00	FAX 06-6462-3262
	月曜日 9:00～17:00	FAX 06-6460-3358
場所	〒554-0012 大阪市此花区西九条5-4-24 此花会館 4階	

* 大阪市の介護保険法・地域支援事業に基づく「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」を、一般社団法人 此花区医師会が受託し実施している事業です。

此花区多職種連携シート

返信希望: ☐ 至急ご連絡ください ☐ ご連絡ください

作成日 令和 年 月 日 ()

発信元		受信元
担当者:		担当者:
職種:		職種:
TEL FAX		TEL FAX

平素は、お世話になり有難うございます。下記の利用者についてのご意見を賜りたく連絡をさせていただいております。誠に恐れ入りますが、ご回答をお願いいたします。

【利用者情報】

氏 名		男・女	生年月日	T . S . H
			年 月 日	歳
			要介護度	介護 支援 申請中

☐ 紹介・情報提供を頂くことはご本人に同意を得ています。同意日 年 月 日 ()

☐ ご本人の身心の状況から同意は得られておりませんが、ご本人に必要性がありますのでご連絡させていただいております。

【表 題】

- 目 的 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☐ 返信 ☐ 返信希望 ☐ 要返信 ☐ 不要
- ☐ ご挨拶 ☐ 利用者の身心の状況について ☐ サービス担当者会議について
- ☐ 院内介助について ☐ 福祉用具導入における医学的意見 ☐ 主治医意見書作成について
- ☐ 薬剤について ☐ 医療系のサービス導入について ☐ ケアプラン作成について
- ☐ 口腔ケアについて (義歯・歯周病・う蝕)



【回 答】

回答者

記入日 年 月 日

- 目 的 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談 ☐ 返信 ☐ 返信希望 ☐ 要返信 ☐ 不要

- ☐ 電話で回答 ☐ 直接会って回答 (月 日 時頃)
- ☐ 文書で回答 ☐ FAXで回答 ☐ その他

※FAXをご使用の場合は、利用者の情報をイニシャルや記号に変えるなど個人情報の取り扱いには、

十分ご注意ください。

此花区在宅医療・介護連携推進会議

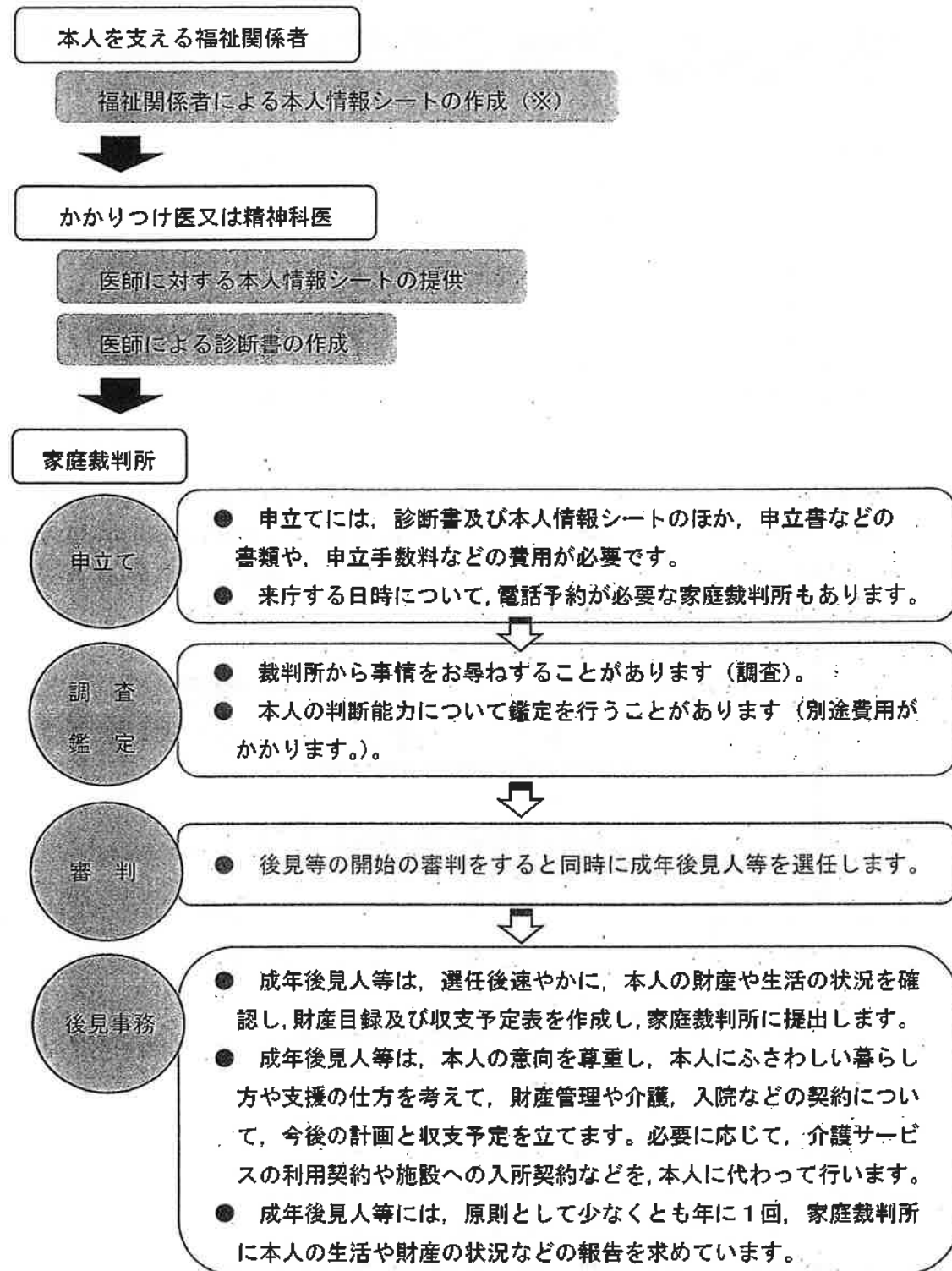
退院前カンファレンス要点整理シート(モデル様式)

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：						

手続の流れ



市区町村に設置されている地域包括支援センターや中核機関、社会福祉協議会、成年後見制度に関わる専門職の団体（弁護士会、司法書士会、社会福祉士会など）等に、成年後見制度を利用するための手続について、あらかじめ相談することができます。

※ 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。

診断書作成の依頼があった場合

かかりつけの患者の場合

かかりつけの患者でない場合

「本人情報シート」(次頁参照)

の提供を受けた場合は、診断への活用をご検討ください。

これまでの診察を踏まえて対応する

以前から本人を診察している医師が作成する場合や病状が明らかな場合には、1回の診察で作成されることが想定されています。

診察(1か月程度)

以前には診察を受けていなかった場合であっても、おおむね1か月程度の期間、2、3回程度の診察で作成することが可能かご検討ください。

より専門的な検査等を実施する必要がある場合

診断書の作成

診断書の作成

専門医療機関を勧める

- ・ この診断書は、通常の診断書と同様、当事者が医師に依頼して作成されるものであり、診断書作成にかかる費用は、通常の診断書の場合と同様、当事者の負担となります。
- ・ 成年後見のための診断書を作成する医師に資格等による限定はありませんが、この診断書は、本人の精神の状況について医学的見地から判断をするものですから、精神神経疾患に関連する診療科を標榜する医師又は主治医等で本人の精神の状況に通じている医師によって作成されるものと考えられます。
- ・ 診断書の内容についてさらに確認したい点がある場合には家庭裁判所から問合せがありますが、診断書を作成した医師に成年後見の手続において証言を求めることは通常は想定されません。

本人情報シートの書式

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	
脳画像検査	☐	検査名:	(	年	月	日実施)	☐	未実施

脳の萎縮または損傷等の有無

☐ あり

所見 (部位・程度等) :

☐ なし

知能検査	☐	検査名:	(	年	月	日実施)
		検査結果:				

その他	☐	検査名:	(	年	月	日実施)
		検査結果:				

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。



(家庭裁判所提出用)

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

☐ 障害なし ☐ ときどき障害がみられる ☐ 頻繁に障害がみられる ☐ いつも障害がみられる

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

☐ 問題なくできる ☐ だいたいできる ☐ あまりできない ☐ できない

(3) 理解力・判断力の障害の有無

・一人での買い物が

☐ 問題なくできる ☐ だいたいできる ☐ あまりできない ☐ できない

・一人での貯金のおし入れや家賃・公共料金の支払が

☐ 問題なくできる ☐ だいたいできる ☐ あまりできない ☐ できない

(4) 記憶力の障害の有無

・最近の記憶(財布や鍵の置き場所や、数分前の会話の内容など)について

☐ 障害なし ☐ ときどき障害がみられる ☐ 頻繁に障害がみられる ☐ いつも障害がみられる

・過去の記憶(親族の名前や、自分の生年月日など)について

☐ 障害なし ☐ ときどき障害がみられる ☐ 頻繁に障害がみられる ☐ いつも障害がみられる

(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 (<https://www.courts.go.jp/saiban/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、本人の福祉関係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 大阪市中央区大手前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

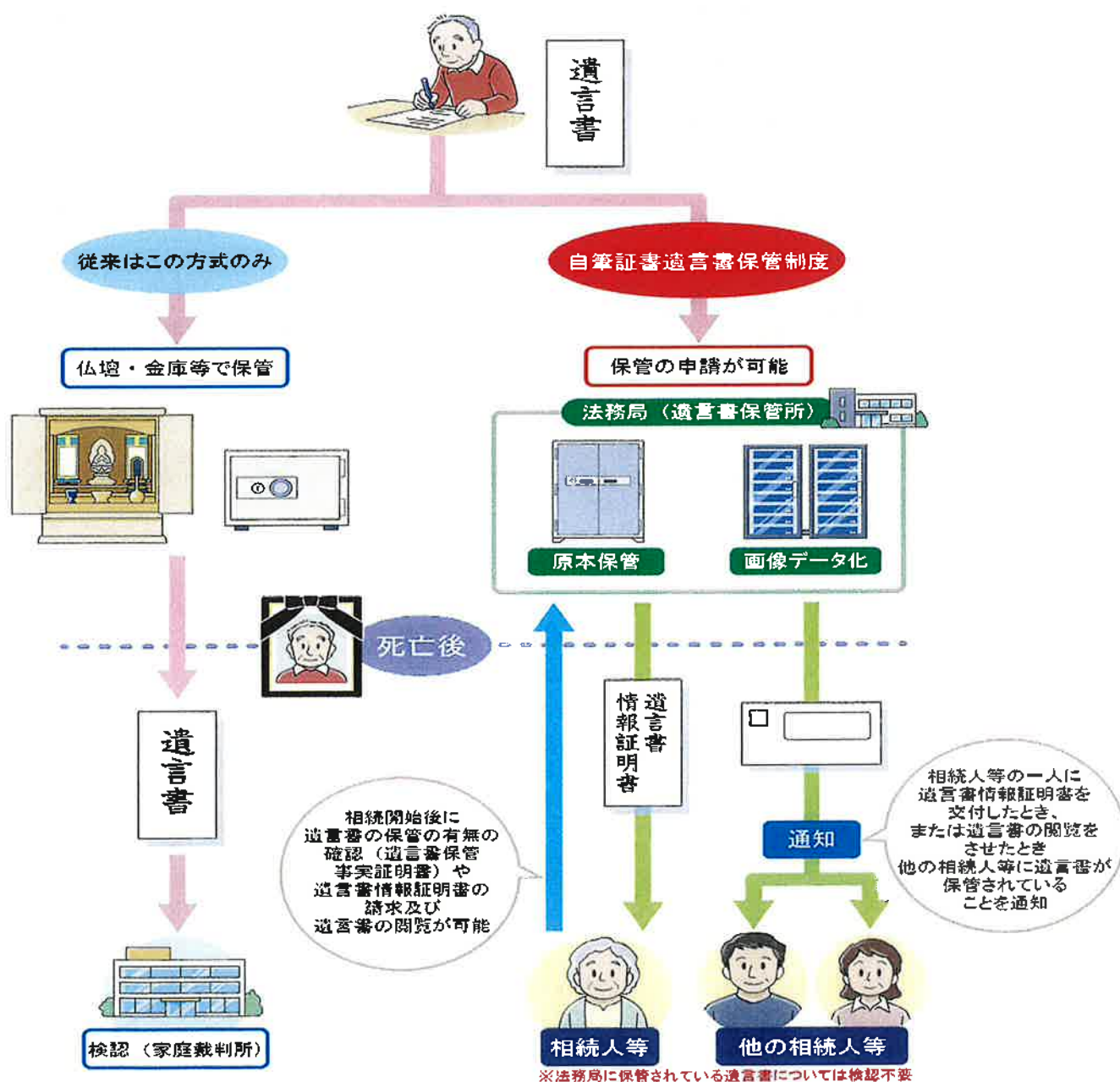
大阪以外に、本人の住所地がある場合は、本人の所在地を管轄する家庭裁判所の管轄となりますので、当該家庭裁判所までお問い合わせください。

自筆証書遺言書保管制度

遺言書には、主に、公正証書遺言書(公証役場で作成)と自筆証書遺言書(自分で書いた遺言書)の2種類があります。

そのうち、現在、自筆証書遺言書を、住所地等の法務局が、手数料3,900円で預かってくれます。手続きは予約制で、本人が出向いて申請します。

詳しくは、大阪法務局供託課(06-6942-9482)まで、お問合せ下さい(住所地が大阪市、池田市、豊中市、箕面市、守口市、門真市、寝屋川市、枚方市、交野市、豊能郡の方)。





自筆証書遺言書保管制度について

なぜこの制度が必要なの？

？



遺言は、相続をめぐる紛争を防止するために有用な手段です。そして、自筆証書遺言は、自書さえできれば遺言者本人のみで作成でき、手軽で自由度の高いものです。しかし、遺言者本人の死亡後、相続人等に発見されなかったり、一部の相続人等により改ざんされる等のおそれが指摘されています。

この自筆証書遺言のメリットは損なわず、問題点を解消するための方策として、本制度が創設されました。

✕ 相続人に発見されないことがある

✕ 改ざんされるおそれがある

主に遺言書作成後の管理に起因するトラブル

↑ 解消策

法務局（遺言書保管所）が遺言書を保管する制度

ぜひ、ご活用ください！

！



高齢化の進展とともに、「終活」等が浸透しつつあると言われていますが、ご自身の財産をご家族へ確実に託す方法の一つとして自筆証書遺言を検討されるに当たっては、ぜひ本制度をご活用ください。

※法務局（遺言書保管所）に保管の申請をされた場合には、ご家族のどなたかにその旨お伝えになると、相続開始後の証明書の請求等の手続もスムーズに行われます。



自筆証書遺言と公正証書遺言

自筆証書遺言（民法968条）

- ・遺言者本人が遺言書の全文（財産目録を除く。）、日付及び氏名を自書さえできれば一人で作成することができます。
- ・遺言者自身で作成するため費用はあまりかかりません。

本制度を利用すれば、法務局に預けることができます。

- ・遺言者本人の判断で適宜の方法により保管することとなります。
- ・相続開始後、相続人等が家庭裁判所に検認を請求する必要があります。

作成方法

保管方法

その他

本制度で保管された遺言書は検認は不要です。

公正証書遺言（民法969条）

- ・法律専門家である公証人の関与の下、2名以上の証人が立ち会って行う遺言で、公証人は、遺言能力や遺言の内容の有効性の確認、遺言内容についての助言等を行います。
- ・財産の価額に応じた手数料がかかります。
- ・遺言者が病気等で公証役場に出向けない場合は、公証人が出張して作成することができます。
- ・原本は公証役場において厳重に保管されます。
- ・検認は不要です。





此花区医師会エチケット集 ～多職種連携・ACP実践のために～ (第 1 版)

(編集) 一般社団法人 此花区医師会

〒554-0012 大阪市此花区西九条 5-4-24 此花会館 4 階

TEL 06-6462-0572

FAX 06-6462-3262

ホームページアドレス：

<http://www.konohana-med.or.jp/>