

平成15年9月 20 日

介護保険サービスの利用に係わる診療情報提供書の統一化要綱

社団法人 西淀川区医師会
西淀川区居宅介護支援事業者連絡会

1. 経緯

介護保険サービスを利用する際に、サービス事業者ごとに様々な「診療情報提供書」や「診断書」等の提供が求められ、その都度、利用者に負担がかかっていた。そこで、西淀川区医師会、西淀川区居宅介護支援事業者連絡会及び区内各サービス事業者等の関係者間で協議を重ね、西淀川区における診療情報提供のあり方をルール化した。

2. 目的

この統一化は、事業者ごとに異なった診療情報提供書の様式を統一化することにより、診療情報の適切な活用及びケアマネジャー（介護支援専門員）と主治医との円滑な連携を促進し、もって介護保険サービス利用者の負担を軽減させ、よりの確なサービスの利用を図ることを目的とする。

3. 結果

サービス事業者ごとに異なって使用していた様式を統一化することにより、診療情報の適切な活用及びケアマネジャーと主治医との円滑な連携を促進し、診療情報提供料を医療保険（現行 220 点）からの請求としたことにより、利用者の負担を軽減した。

4. 対象事業

訪問入浴介護・通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護とする。その他、医師の意見を必要とするサービスも含む。

5. 対象事業所

対象事業所は、この統一化に参加表明した西淀川区内のすべての事業所とする。また、サービス提供地域に西淀川区を含む事業所のうち、参加表明したものも含むものとする。

ただし、上記の介護サービスを利用する際に、利用者に診療情報提供書や診断書を求めている場合については、この統一した診療情報提供書に従うものではない。

参加の申し込みは西淀川区在宅サービスセンターにて受け付ける。

6. 実施方法

- ① 利用者が診療情報提供書の必要な介護サービスを利用するとき、ケアマネジャーは依頼状により主治医に診療情報提供書の作成を依頼する（診療情報提供書用紙を添付すること）。依頼状には、提供するサービスの種類及びサービス事業所名を記入する。
- ② 依頼を受けた主治医は、利用者の同意を得て、診療情報提供書を作成し、利用者に交付する。ただし、利用者の同意のある場合には、ケアマネジャーに直接交付しても良い。

- ③ ケアマネジャーは、主治医の同意を得て、利用者に関わるサービス事業者に対し、保健福祉サービスに必要な情報を診療情報提供書により提供することができる。
- ④ 前項の情報提供については、診療情報提供書のコピーの使用を可とするが、原本についてはケアマネジャーがその安全な保管の義務を負うものとする。
- ⑤ ケアマネジャー及びサービス事業者は、この診療情報提供書により知り得た個人情報について、適正な管理の義務及び守秘義務を負うものとする。

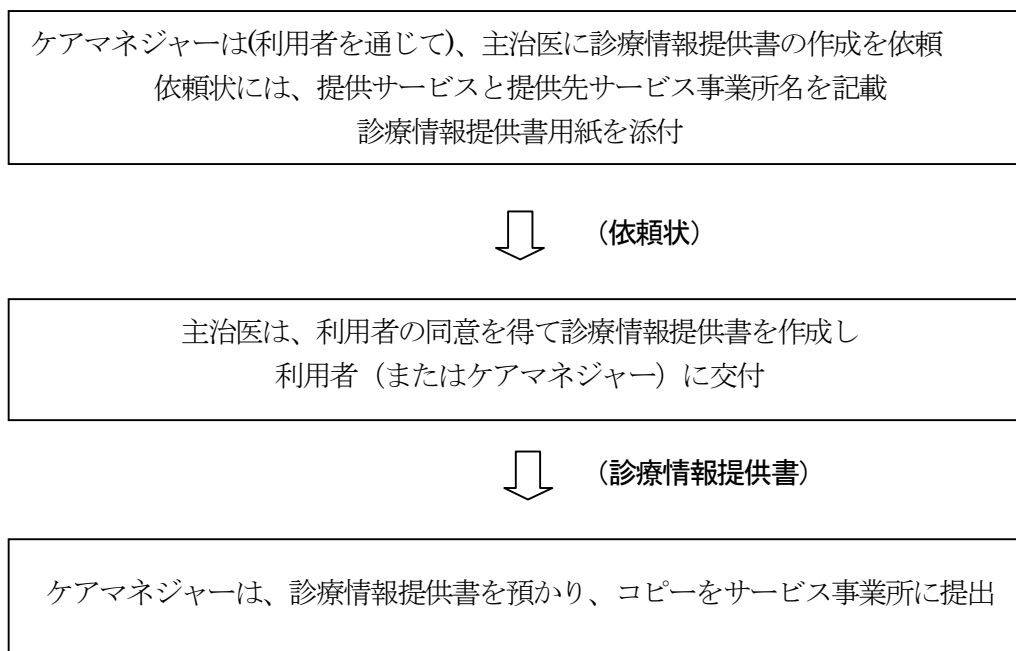
7. 関係様式

依頼状及び診療情報提供書の様式は別に定める。

8. 留意事項

- ① 診療情報提供書は、ケアマネジャー又は利用者(及びその家族)が主治医に作成の依頼を行うものである。
- ② 利用者に診療情報提供書等の提出を求めている事業者については、従来通りで支障ないものである。
- ③ 診療情報提供書の記入に当たっては、通常の保険診療上の検査所見に基づいて記入するものとし、未検査の項目には記入の必要がなく、改めて自費検査などを行わないものとする。
- ④ この要綱は平成15年12月1日より実施する。

◇具体的な流れ



依 頼 状

平成 年 月 日

_____ 先生

[担当ケアマネジャー(介護支援専門員)]

事業所 _____

住 所〒.....

氏 名 _____

電 話 _____

F A X _____

介護保険サービスに係る診療情報提供書について

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、介護保険サービスの利用に際し、下記の利用者の医療情報が必要になりますので、別添の診療情報提供書にてご提供くださるよう、よろしく願いいたします。

記

氏 名	生年月日	M・T・S	年 月 日
要介護度	申 請 中 ・ 要 支 援 ・ 要 介 護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
[利用サービスの種類]			
[情報提供先サービス事業所名]			

※なお、ケアマネジャーが知り得た個人情報については、(厚生省令第38号第23条、規定により)関係者以外に一切公開しないこと、また、診療情報提供書については介護保険サービスの利用以外には使用しないことを申し添えます。

診療情報提供書

居宅介護支援事業所

様

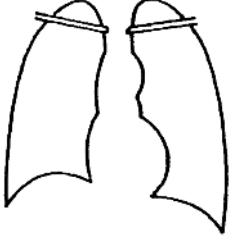
(西淀川区統一様式介護保険サービス用)

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
氏名							
現病名							
既往歴							
診療の経過 治療内容 与薬・処置	アレルギー[有() 無]						
精神状態	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 問題行動[有・無・不明] <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()						
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 【部位】						
皮膚疾患	褥瘡[有・無] 疥癬[有・無]	【処置内容】					
血圧	/ mmHg						
入浴の可否	可・否 【入浴制限】 <input type="checkbox"/> 血圧(以上 / 以上) <input type="checkbox"/> 体温(°C以上) <input type="checkbox"/> その他()						
提供日 :	年	月	日	医療機関名	医療機関所在地	TEL	FAX
	医師名						印

(表)

【検査所見】

以下の項目は、身体状況・疾患の状況等により、診療上未検査の場合、記入していただくなくても結構です。

検査日： 年 月 日	
胸部×線	

検査日： 年 月 日	
心電図	

検査日： 年 月 日		
尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血液	WBC	
	RBC	
	Hb	
	Ht	
	PLT	
	CRP	
	血糖(空腹時・食後)	

検査日： 年 月 日		
血液	総蛋白質	
	アルブミン	
	GOT	
	GPT	
	T-Ch	
	BUN	
	クレアチニン	
	Na	
	K	
	Cl	

検査日： 年 月 日	
MRSA	有 ・ 無
[検出部位]	
検査日： 年 月 日	
TPHA	
HBs抗原	
HCV抗体	

【その他 特記事項】

[装着医療機器・褥瘡・その他]
