

事務連絡
令和元年 月 日地域包括支援センター
居宅介護支援事業所 御中
小規模多機能型居宅介護事業所

生駒市福祉健康部長 影林 洋一

居宅介護・介護予防指示書及び診療情報提供書の取扱いについて

平素は本市の保健福祉施策にご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、本市におきましては、医療介護連携体制の構築及び介護保険制度の円滑な運営を目指し、利用者が適切なサービスを受けることができるよう、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所に様々な周知をしております。

その一つとして、ケアプラン作成時には必ず主治医の先生方に、居宅介護・介護予防指示書もしくは、診療情報提供書の作成依頼を行い、留意事項等を十分に配慮した内容のケアプランを作成し、主治医の先生にそのサービス提供内容を承知していただくよう徹底しているところです。

居宅介護・介護予防指示書及び診療情報提供書は、ケアプランの作成時や変更時等における最新の医療情報と留意事項を十分に配慮した上で、患者の自立支援・重度化防止やリスク管理を行うとともに、医療介護連携の促進を図るためのものです。

主治医に診療情報の提供を求める際には利用者へ費用負担に関する説明を行い、必ず利用者の同意を得た上で、別紙様式で依頼していただくとともに主治医の判断で下記の何れかで算定いただくよう説明をお願いいたします。

記

※ 医療保険適用者は診療情報提供料（Ⅰ）

介護保険
┌ 要介護認定者は居宅療養管理指導料
└ 介護予防・日常生活支援総合事業対象者は医療保険による診療情報提供書

問い合わせ

生駒市 介護保険課 給付係（TEL 74-1111、内線 486）
地域包括ケア推進課 予防推進係（内線 463）

依 頼 状 (介護給付)

令和 年 月 日

〔担当ケアマネジャー〕

	様	事業所名 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ F A X _____
--	---	---

介護サービスに係る診療情報提供書等について

時下、貴殿におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
 さて、私どもは生駒市の指導により、介護サービス計画（ケアプラン）作成の際には主治医の先生方に「居宅介護・介護予防指示書」もしくは、「診療情報提供書」の作成をお願いし、医学的な留意事項を十分に配慮し、利用者の自立支援、重度化防止およびリスク管理を行っております。
 つきましては、下記の利用者の介護サービス利用にあたり、医学的な留意事項等の情報を別添の様式にてご教示いただきますようお願いいたします。
 ご多忙中恐れ入りますが、____月____日までにご返信いただきますようお願いいたします。
 なお、診療情報提供書につきましては、利用者の自己負担がかかることを本人及び家族に説明を行い、同意を得たうえで依頼をいたしておりますことを申し添えます。

記

氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 _____年 ____月 ____日
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
有効期間	_____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日		
利用開始日	_____年 ____月 ____日		
サービス内容	予定回数	備考	
<input type="checkbox"/> 訪問介護	/週	*本人・家族の意向、希望サービス 等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合の具体的な内容) *医師への指示依頼内容	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	/週		
<input type="checkbox"/> 訪問看護	/週		
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	/週		
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) 加算メニュー <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔	/週		
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア) 加算メニュー <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔	/週		
<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)	/月		
<input type="checkbox"/> 居宅介護療養管理指導	/週		
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売			
<input type="checkbox"/> 住宅改修			
<input type="checkbox"/> 介護保険施設の利用			
<input type="checkbox"/> その他 (_____)			

____月 ____日までに返信をお願いします。

依 頼 状 (総合事業・予防給付)

令和 年 月 日

_____ 様

[担当者]
 事業所名 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____
 F A X _____

介護サービス等に係る診療情報提供書等について

時下、貴殿におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申しあげます。
 さて、私どもは生駒市の指導により、介護予防サービス計画（ケアプラン）作成の際には主治医の先生方に「居宅介護・介護予防指示書」もしくは、「診療情報提供書」の作成をお願いし、医学的な留意事項を十分に配慮し、利用者の自立支援、重度化防止およびリスク管理を行っております。
 つきましては、下記の利用者のサービス利用にあたり、医学的な留意事項等の情報を別添の様式にてご教示いただきますようお願いいたします。
 ご多忙中恐れ入りますが、____月____日までにご返信いただきますようお願いいたします。
 なお、診療情報提供書につきましては、利用者の自己負担がかかることを本人及び家族に説明を行い、同意を得たうえで依頼をいたしておりますことを申し添えます。

記

氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和				年 月 日		
要介護度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者※ <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2							
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
利用開始日		年 月 日							
サービス内容		予定回数	基本チェックリスト（実施日： 年 月 日）						
総合事業	<input type="checkbox"/> パワーアップPLUS教室 (通所型サービスC・訪問型サービスC)	/週	社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ
	<input type="checkbox"/> パワーアップ教室 (通所型サービスC)	/週							
	<input type="checkbox"/> 転倒予防教室 (通所型サービスC)	/週	* 本人・家族の意向、希望サービス 等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合の具体的な内容)						
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス 選択メニュー <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔	/週							
	<input type="checkbox"/> 通所型サービスA 選択メニュー <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔	/週							
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護相当サービス	/週							
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
予防給付	<input type="checkbox"/> リハビリテーション (予防デイケア) 選択メニュー <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔	/週	* 医師への指示依頼内容						
	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与								
	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売								
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	/週							
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	/週							
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	/週							
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所 (予防ショートステイ)	/月							
	<input type="checkbox"/> 介護予防住宅改修								
<input type="checkbox"/> その他 ()									

※要支援者に相当する状態像であり、総合事業のみ利用する者

月 日までに返信をお願いします。

□居宅介護・介護予防指示書

年 月 日

□診療情報提供書 (どちらかにチェックして下さい。)

【 介護サービス・総合事業/利用目的(該当するものに○) : 在宅 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 入所 】

介護提供事業者・生駒市長

殿

医療機関名

担当医氏名

利用者氏名	生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男・女
利用者住所	電話番号						
診療形態	1 外来 (定期・不定期)		2 訪問診察		(第 曜日・第 曜日・不定期)		
	3 入院 年 月 日より		4 その他		()		
病名 1	病名 2						
病名 3	病名 4						
治療内容(投薬内容含む)							
病態の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 癌等による疼痛						
障がい高齢者の日常生活自立度(該当するものに○) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C				認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○) 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し	1 期待できる		2 期待できない				
医学的管理の必要性	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診察 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護						
サービス提供時における医学的観点からの留意事項							
内服治療薬及び外用薬について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 確認が必要 <input type="checkbox"/> 管理が必要						
血压について	入浴可能な身体状況 血压: / mmHg以下、 / mmHg以上 平常コントロール値 (/ mmHg) 体温 (°C)						
移動について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> 移動時見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動時介助が必要 <input type="checkbox"/> 移動時間に制限有り (分以内) <input type="checkbox"/> 施設の車両移送に耐えられる						
食事の形態について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 流動食・きざみ食・軟食 <input type="checkbox"/> カロリー制限 無・有(kcal/日)						
水分摂取(嚥下)について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トロミ等が必要 <input type="checkbox"/> 水分制限 無・有(cc/日)						
認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項 ()							
※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項							
□安静時心電図	1.正常範囲 2. 調律異常 3. 心肥大 4. 刺激伝導異常 5. 虚血性変化 6. その他()						
□運動可能な血压の上限(/ mmHg)	□運動可能な最大心拍数 回/分 ()						
□運動への参加	1. 可・2.否 ()						
□リハビリテーション施行について	(時間的制限 有・無 約 分まで)						
実施内容	<input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> リハビリテーションをすすめて良い <input type="checkbox"/> 可動域制限 無・有() <input type="checkbox"/> 疼痛 無・有(箇所:) <input type="checkbox"/> 他動運動は禁止 <input type="checkbox"/> 自動運動・他動運動 <input type="checkbox"/> メンタルリハビリ (音楽療法・作業療法)						
その他留意事項:							
その他、介護サービス・総合事業利用に関する意見(栄養機能改善や、口腔機能向上に関する事等も含む)							