

函館市介護保険要介護認定等に関する指定医の指定および
診断命令実施事務要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）の規定により、要介護認定または要支援認定を受けようとする被保険者に主治の医師がないときその他意見を求めることが困難なときに、市の指定する医師または市職員で医師である者（以下「指定医」という。）の診断を受けるべきことを命ずる（以下「診断命令」という。）ことに関し必要な事項を定めるものとする。

(指定医)

第2条 市は、次の各号のいずれかに該当する医師を指定医として指定し、函館市介護保険要介護認定等指定医登録者名簿（別記第1号様式。以下「指定医名簿」という。）に登録するものとする。

- (1) 現に開業している医師または医療機関に勤める医師のうち、社団法人函館市医師会からの推薦を受け、かつ、指定を受諾した者。
- (2) 市職員で医師である者のうち、指定医名簿への登録を受諾した者。
- (3) その他市が指定医としての職務を遂行するに相当と認める医師で指定を受諾した者。

(指定医の職務)

第3条 指定医は、市から診断命令を受けた被保険者について、身体上または精神上的の生活機能低下の原因である疾病または負傷等の状況（以下「心身の状況等」という。）について診断を行い、その結果について市に報告を行うことを職務とする。

(診断命令書の交付)

第4条 市は、診断命令を行う場合は、指定医名簿により、診断を受けべき医療機関名および医師名、日時、場所等を指定の上、介護保険要介護認定等診断命令書（別記第2号様式。以下「診断命令書」という。）を当該被保険者に交付するものとする。この場合において市は、被保険者の利便性等が考慮されるよう医師の指定等について最大限の努力を払うものとする。

(診断の依頼)

第 5 条 市は、前条の規定により診断命令を実施する場合は、当該診断命令にかかる指定医の勤務する医療機関（指定医が自ら開業する医師であるときはその機関。以下「医療機関」という。）に対し、速やかに、診断を受けるべき者の住所、氏名、年齢および診断を受けるべき日時、場所ならびに指定医氏名を記載した、介護保険要介護認定等検診依頼書（別記第 3 号様式。以下「検診依頼書」という。）により、当該被保険者の心身の状況等についての診断を依頼するものとする。

(被保険者の責務)

第 6 条 第 4 条の規定により診断の命令を受けた被保険者は、その指示する事項に従い、診断命令書を持参の上、当該指定医において診断を受けるものとする。

ただし、天災その他やむを得ない事情により指定の日時、場所において診断を受けることが困難な場合には、その旨を速やかに市に報告し、必要な指示を受けるものとする。

(診断の実施)

第 7 条 指定医は、診断命令を受けた被保険者を検診し、その結果について、診断の日から 7 日以内に介護保険主治医意見書（別記第 4 号様式。以下「意見書」という。）に内容を記載して、市に提出するものとする。

(意見書作成にかかる診断および検査実施)

第 8 条 指定医は、前条の規定により意見書を作成する場合において、心身の状況等の判断のため必要があると認めるときは、別表第 1 に定める事項について診断および検査を実施することができる。

(費用の負担)

第 9 条 市は、指定医が第 7 条の規定により意見書を作成したときまたは前条の規定により診断および検査を行ったときは、別表第 2 および別表第 3 の区分に応じた額を負担するものとする。

(費用の請求)

第 10 条 医療機関は、前条に規定する意見書料、第 8 条に規定する診断

料および検査料等について，介護保険主治医意見書作成料請求書（別記第5号様式。以下「請求書」という。）により，市に請求するものとする。

（指定医の取り消し）

第11条 市は，次の各号のいずれかに該当すると認められるときは，指定医の指定を取り消すことができる。この場合において，市は，当該医師に速やかに通告するものとする。

ただし，当該取り消しが指定医の死亡または失踪等を理由として行われる場合にあってはこの限りではない。

（1）指定医が死亡したときまたは疾病その他の理由により指定医としての職務を遂行することが困難となったと認められるとき

（2）第2条の各号において定める指定医としての要件を欠くに至ったとき

（指定医の辞退）

第12条 指定医は，その指定を辞退しようとするときは，市に届け出るものとする。

2 市は，前項の届け出があったときは，当該医師について，速やかに指定医名簿から削除するとともに，必要に応じ，指定医の補充を行うものとする。

（補則）

第13条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は，別に定める。

附 則

1 この要綱は，平成11年10月1日から実施する。

附 則

2 この要綱は，平成17年6月29日から実施する。

附 則

3 この要綱は，平成18年4月1日から実施する。

附 則

4 この要綱は，平成24年4月1日から実施する。

別記第1号様式（第2条関係）

函館市介護保険要介護認定等指定医登録者名簿

登録者番号	医療機関名	医師名	医療機関住所	電話番号	診療科名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					

介護保険 要介護認定等検診依頼書

函 福 介
平成 年 月 日

所在地
医療機関名

様

函館市長

介護保険法の規定に基づき、下記の被保険者に係る心身の状況等について確認したいので、次により、検診の実施をお願いします。

なお、検診の結果については別紙の「介護保険主治医意見書」にご記入のうえ、平成 年 月 日までに函館市保健福祉部介護保険課まで提出くださいますようお願いいたします。

記

1. 診断を行う日時および場所
2. 診断を行う指定医の名前
3. 診断を受けるべき被保険者の住所・氏名等（下記のとおり）

被 保 険 者	被保険者番号																				
	フリガナ 氏 名											生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	住 所																				

依 頼 番 号				-																
---------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

問い合わせおよび提出先
保健福祉部介護保険課介護認定担当

〒040-8666 函館市東雲町4番13号 電話 21-3028

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日					
1.	_____	発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
2.	_____	発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
3.	_____	発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明					
〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕					
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]					

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
	特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置			
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について					
・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立	<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	
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)					
・短期記憶		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり			
・日常の意思決定を行うための認知能力		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難		<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力		<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)					
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(4) その他の精神・神経症状					
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	〔症状名： _____	専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □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・装具の使用 (複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)

・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)

・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

別表第1(第8条関係)

第8条において定める診断および検査の範囲

区 分	内 容
診 断	診療報酬の「初診料」により算定される基礎的な問診および検査
検 査	<ul style="list-style-type: none">・ 胸部単純X線撮影・ 血液一般検査・ 血液科学検査・ 尿中一般物質定性・半定量検査

別表第2（第9条関係）

主治医意見書作成費用

区 分	在宅生活者	施設入所者
新規に要介護認定または 要支援認定を受けようと する被保険者からの申請	5,000円	4,000円
既に要介護認定または 要支援認定を受けている 被保険者からの申請	4,000円	3,000円

備 考

- 1 施設入所者とは、介護保険施設のみならず、社会福祉施設および医療施設であって入院・入所機能を有する施設にいる者をいう。

別表第3(第9条関係)

診断および検査費用

区 分		負 担 す る 額
診 断 料		健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(昭和33年厚生省告示第177号)により定められた診療報酬点数表に基づき計算した額
検 査 料	胸部単純X線撮影	
	血液一般検査	
	血液科学検査	
	尿中一般定性・半定量検査	

別記第5号様式（第10条関係）

介護保険 主治医意見書作成料請求書

平成		年		月分
----	--	---	--	----

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	被保険者 番 号										
	(フリガナ) 氏 名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性 別	1. 男	2. 女				

請 求 医 療 機 関	事業所 番 号										
	事業所 名 称										
	所在地	〒					-				
	電話番号										

作成依頼日	平成			年			月			日	依頼番号	19	-	87	保険者確認							
意見書作成日	平成			年			月			日	意見書送付日	平成			年			月			日	※

意見書作成料	種 別	1. 在宅	2. 施設	1. 新規	2. 継続	金額						円
--------	-----	-------	-------	-------	-------	----	--	--	--	--	--	---

診 断	内 訳		点 数				摘 要						
		診 断											
検 査 費 用	検 査	胸部単純X線撮影											
		血液一般検査											
		血液化学検査											
		尿中一般定性・半定量検査											
	合 計						合計点数×10円						円

請 求 額	意見書料					円
	診断・検査費用					円
	消費税					円
	合 計					円

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料および医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純X線撮影
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性・半定量検査