

介護施設共通健康診断書の使用について

平成28年2月26日
豊川市医師会

介護施設サービスでは長時間の集団生活を前提とするため、利用申込に際して健康診断書の提出を求められることが多くあります。診断書の様式は各施設によって異なるため、複数の診断書が必要となる利用者の経済的負担が大きくなるという問題があります。また作成する医師の負担が大きいという課題もあります。

そこで豊川市医師会及び豊川市介護保険関係事業者連絡協議会で検討し、診断書の項目を必要最低限に留めて共通化した『介護施設共通健康診断書』を作成いたしました。共通健康診断書の項目以外で介護施設から求めがあり、医師がそれを把握している場合には診療情報の提供をお願い致します。把握していない場合には新たな検査を求めないことと致します。また、利用者の負担軽減のために一定の条件をつけて複写を可能としました。

各団体の会員へ周知のうえ、本診断書の主旨をご理解いただき、利用者の負担軽減のためのご協力とご活用をお願い致します。

なお『介護施設共通健康診断書』の様式は「豊川市医師会ホームページ」「豊川市介護保険関係事業者連絡協議会ホームページ」「東三河ほいっぷネットワーク豊川市 電子@連絡帳システム」からダウンロード可能です。

【利用方法及び記載項目について】

- ① 介護施設より求めがあった場合のみ利用します。（本診断書を一律に義務付けるものではありません）
- ② 胸部レントゲン撮影については原則必須とし、6ヶ月以内に撮影しており特に変化のない場合は、その所見に基づき記入して下さい。
ただし診断書は、記載日より1年有効とします。
陳旧性肺結核を有する場合は記載して下さい。
在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無についてコメントをお願いします。
- ③ 特記事項について、医師が有用と判断した情報を記入して下さい。
特に感染症については肝炎ウイルス検査の実施歴があり、新たな感染が疑われない場合、既存のデータがあれば利用して下さい。またIVH、気管切開、留置カテーテル、褥瘡等の医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。
疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。

- ④ 診断書作成の時点で複写することへの同意を得ておきます。また、実際に複写する際にも、記載医師に複写の同意を得ることとします。
- ⑤ 複写は必ず原本から行い(複写の複写は不可)、複写実施者名、複写実施日、記載医師確認日を記載・捺印します。
- ⑥ 原本の管理は、本人及び家族、或いは本人から文書で委託を受けた介護支援専門員が行います。
- ⑦ 本診断書は、介護施設の利用申込み時のみ使用するものとし、個人情報の取り扱いには十分注意して下さい。

【介護サービス利用時の健康診断書について 厚生労働省Q&A (抜粋)】

「主治医からの情報提供等によっても必要な健康状態の把握ができない場合には、別途利用者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用については原則として利用申込者が負担すべきものと考えられる。～中略～ただし、この場合でも、利用申込者の負担軽減の観点からも、第一にサービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供といった介護保険制度の活用に努めることが望ましく、事業者が、安易に健康診断書の提出を求めるといった取扱は適切でない。」

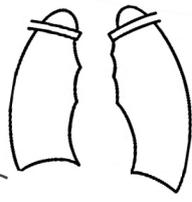
【費用と保険診療について】

共通健康診断書の文書料及び検査にかかる費用は自由診療であり、金額の統一は独占禁止法に抵触するので、各医療機関で患者の負担にならない程度で設定して下さい。

健康診断書に代えて、或いは健康診断書以外の情報について別途、日常診療で知り得ている情報を診療情報提供書で提供する場合は診療情報提供料を算定することができます。その場合、老人保健施設や介護療養型医療施設に対しては直接発行でき、特養の場合でも、その配置医師の所属する医療機関に対して発行することができます。しかし、デイサービス(通所介護)に対して発行は不可であり、その場合は居宅介護支援事業所に対して発行することにより対応できます。但し、この場合(診療情報提供料(I)の注2、注3)は、同一月に居宅療養管理指導料と併せて算定は不可となります。

介護施設共通健康診断書 (豊川市医師会)

(個人情報取扱注意)

ふりがな ①氏名	とよかわ かずこ 豊川 一子	性別 ② 女	生年月日 ③ 昭和 2 年 6 月 25 日生 88 歳
④住所	愛知県豊川市〇〇町〇〇番地の〇 電話(0533) 〇〇 - 〇〇〇〇		
⑤現在の病名 * 介護サービス提供上 重要なものから順に 記入して下さい。	1 糖尿病	発症日	S63 年 10 月 5 日 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2 脳梗塞	発症日	H27 年 12 月 3 日 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
⑥主な既往歴	S50年3月 胆石にて、胆のう摘出術 S60年6月 子宮筋腫にて、子宮全摘術		胸部X線検査  コメント 所見無 (H27 年 12 月 25 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不能
⑦病状及び経過	12月3日、自宅で倒れているのを夕方帰宅した家族が発見し、救急車で市民病院搬送された。 意識は混濁していたが、救命処置、治療後、意識は明瞭となる。 左半身不完全麻痺が残り、日常生活は全面介助を要する。 病態は安定し、急性期治療は終了したために、退院許可となる。 尚、糖尿病は、HbA1cは6.5%で食事療法(1280kcal/日)で安定しています。		血圧 148/88 mmHg 脈拍 68 分 <input checked="" type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整
⑧使用中の薬剤 * 用法、用量を記入して下さい	①イブプロノール(20)3×1 毎食後 ②バイアスピリン(100)1×1 朝 ③パリエット(10)1×1 朝		
⑨実施中の処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()		
特記事項: (感染症等)	会話は何とか聞き取れるが、聞き取り理解することに困難あり。 嚥下しやすい食事を介助にて摂食しているが、軽度の嚥下障害あり、肺炎の合併に注意が必要である。 排泄は間に合わず、おむつ交換を定期的に行っている。		
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 問題行動:		
上記の通り診断する。平成 H2 年 12 月 26 日	<input checked="" type="checkbox"/> 下記条件に従い複写することに同意する。 <input type="checkbox"/> この診断書を複写することに同意しない。 (いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合には“同意しない”にチェックしてください)		
医療機関名	〇〇市民病院	医師名	竹〇 三〇 印
所在地	豊川市〇〇町〇丁目〇番地	電話(0533)	〇〇 - 〇〇〇〇 FAX(0533) 〇〇 - 〇〇〇〇
記載上のお願い:	1. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合がありますので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付してください。2. この診断書の使用期限は診断日から1年間です。(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません。)		
◎複写の条件:	1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。 2. 複写が出来る者は、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。 3. 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしていること。		
複写実施者名	印	実施日	年 月 日
	診断書記載医師同意確認日		年 月 日
注意点	①この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得て下さい。②上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。③複写は必ず原本から行い、複写したものを各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。		