

介護施設利用申込に際して提出する共通健康診断書について

残暑の候、先生におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、表記の件につきまして、介護施設サービスを利用する際、長期で集団生活をするようになる施設では健康診断書の提出を求められることが多く、その際に、診断書の記載項目が施設により異なるため利用者が異なる健康診断書を複数枚必要とされる場合もあり、利用者の経済的負担が大きいという問題がありました。また健康診断書の記載を求められる医師にとっても煩わしいこととなっております。

そこで仙台市医師会では上記健康診断書項目の共通化及びその運営方法などについて検討し、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は必要最低限のものにし、それ以外の項目について介護施設等が知りたい場合、かかりつけ医がそれを把握している時には診療情報提供書でやりとりし、把握していない時には新たに検査を求めないことと致します。また共通健康診断書の使用にあたっては利用者の負担軽減のために一定の条件をつけてコピーも可能と致します。

デイサービスやデイケアなどの居宅通所系の施設サービスにあっては通常長時間にわたる集団的なサービスでないので厚生労働省でも必ずしも健康診断書の提出による健康状態の把握が必要であるとは言っておらず主治医からの意見書で充当し介護保険制度を活用すべきものと考えます。

[運営上の主な留意事項]

共通健康診断書を利用する場合

施設等が健康診断書を求めている場合でも本診断書を義務づけるものではなく、健康診断書が必要な場合にのみ利用する。また、主治医意見書や診療情報提供書等により十分な情報が得られる場合も、本診断書は必ずしも必要としない。本来はサービス担当者会議等による情報交換で十分事足りるものである。

1.費用と保険診療の関係

①共通健康診断書の文書料並びに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頂きたい。

②健康診断書に代えて、ある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る。その場合、老健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る。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る。ただし、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である。

介護施設共通健康診断書作成にあたって

1.記載項目について

記載項目は医療情報、特に感染症を中心として、胸部 X 線撮影と肝炎ウイルス検査についてのみ原則必須とし、これらについても既存のデータがあればそれを利用可とします。胸部X線写真については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頂いて差し支えありません。胸部X線所見で、陳旧性肺結核を有する場合は記載して下さい。なお、高齢者では結核既感染率は数十%になりますので、ツ反やQFT検査は陽性となることがあり、必ずしも結核としての活動性を反映するものではありません。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付きコメントをお願いします。

肝炎ウイルス検査については過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づき記入して下さい。また他院での検査や肝炎ウイルス検診のデータがあれば、それを基に記載して頂いても差し支えありません。

薬剤耐性菌の検出歴については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、適時、細菌検査を実施し、MRSA、ESBLs（基質拡張型βラクタマーゼ産生菌）、MDRP（多剤耐性緑膿菌）などの薬剤耐性菌の検出歴が分かる場合は記載して下さい。疥癬については指間、腋窩、陰股部に痒みを伴う赤色の小丘疹や、皮膚の落屑、1～2ヶ月以内に疥癬患者との接触歴がある場合には記載し、また皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。梅毒は性行為感染症であり、職業感染症としての報告は殆どありませんので、血液検査（基本的に梅毒の既往の検査となります）は必ずしも必要ではありません。

尚、感染症スクリーニングについては、仙台市医師会感染症対策委員会での検討により作成されました。

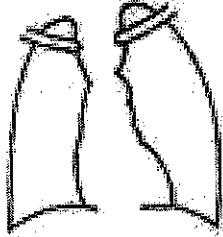
2.利用方法

- ①診断書は、原則記載日から1年間有効とし、記載の時点で複写することの同意を得た上に、さらに複写する際に、再度記載医師に複写することの同意を得ることとします。
- ②複写する際には必ず原本から複写して（複写の複写は不可）、複写したものに複写を実施した者の氏名、複写実施日、記載医師の同意確認日を記載・捺印して下さい。
- ③利用者本人か本人から委任を受けた介護支援専門員が、共通健康診断書の記載を依頼し、原本を保管の上、コピーの承諾を得て下さい。介護支援専門員は委任を受ける際に同意書を利用者からもらい、記載の依頼等をする際に主治医に提示して下さい。
- ④本診断書は、事業所・施設の利用申し込み時のみに使用するものとします。また、取り扱いにあたって個人情報保護に十分注意して下さい。

(仙台市医師会)

介護施設共通健康診断書 (仙台市医師会)

(個人情報取扱注意)

ふりがな 氏名		男 女	明・大・昭 年 月 日 生	
住所				電話() -
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ください。	1	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2	発症日	年 月 日	<input 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
	その他			
主な既往歴				
病状及び経過				
	身長	cm	体重	kg
			血圧	/ mmHg
			脈拍	/分 整 不整
使用中の薬剤 *用法用量を記入してください				
感染症スクリーニング胸部X線検査 *必須。但し、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頂いて差し支えありません。	 <p style="text-align: center;">(年 月 日実施)</p>	コメント:	肝炎ウイルス検査 *必須。但し過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づき記入して下さい。 HBS抗原(+ -) HCV抗体(+ -)(年 月 日実施)	薬剤耐性菌の検出歴:*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、適時、細菌検査を実施し、薬剤耐性菌の検出時には記載して下さい。疥癬:*疑われる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。 *未実施時は他覚所見、他の検査所見より呼吸器疾患の有無に付きコメント下さい。
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			
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 あり→ <input type="checkbox"/> インスリン注射 <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			
サービス提供上の留意事項	移送介助: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 食事制限: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 服薬確認: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
備考	*特記すべき事項があれば記入して下さい。			
上記の通り診断する。平成 年 月 日 <input 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	医師名			印
所在地	電話 () -			FAX () -
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るので、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察日から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。				