同 意 書 （ 委 任 状 ）

年　　月　　日

私は、介護保険施設の入所及び居宅サービス利用に必要な介護サービス共通健康診断書に係る以下の内容を、介護保険施設及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員に委任します。

☐ 医療機関への介護サービス共通健康診断書の記載依頼
☐ 医療機関からの介護サービス共通健康診断書の受け取り
☐ 介護サービス共通健康診断書（原本）の保管
☐ 介護保険施設・居宅サービス事業所への介護サービス共通健康診断書の掲示（複写の提出）

【本　人】

住　所

氏　名　　印

電話番号（　　－　　－　　）

【代理人】（本人からみた続柄：　　）

住　所

氏　名　　印

電話番号（　　－　　－　　）

【医療機関】

医療機関名

担　当　医

電話番号（　　－　　－　　）

【介護支援専門員】

事業所所在地

事業所名称

氏　名　　印

電話番号（　　－　　－　　）

「枚方市介護サービス共通診断書」について

この「枚方市介護サービス共通健康診断書」は、介護保険サービスを利用する際に、必ずしも必要ではありませんが、介護保険サービス提供事業所が健康診断書の提出を求めた場合に、枚方市内の介護保険サービス提供事業所が共通で使用できる標準的なものとして、「地域ケア推進実務者連絡協議会」の参加団体が協議を重ね、京都府医師会の「共通健康診断書」を参考に作成したものです。

医療機関においては、利用者負担軽減の観点から、日常の保険診療にて判明している検査等のデータや、各種健診または他院での結果をできるだけ

介護保険サービス提供事業所は、現行制度（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、主治医意見書など）の活用に努めることが望ましく、安易に健康診断書の提出を求めるといった取り扱いは適切ではありません。

「地域ケア推進実務者連絡協議会」の参加団体（50音順）

大阪府枚方保健所
枚方市医師会
枚方市介護支援専門員連絡協議会
枚方市施設長会
枚方市デイサービス連絡協議会
枚方市歯科医師会
枚方市訪問看護ステーション連絡会
枚方市訪問事業者会
枚方市薬剤師会
枚方ソーシャルワーク研究会

参考
平成13年3月28日事務連絡　厚生労働省老健局振興課
「運営基準等に係るQ＆Aについて」

Q　サービスを提供する前に利用者に健康診断を受けるように求めることはできるか。また、健康診断書作成に係る費用はどのように取り扱うべきか。

A　1．施設系サービス並びに認知症（痴呆）対応型共同生活介護、特定施設入居者（入所者）生活介護の場合の取り扱いについて
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症（痴呆）対応型共同生活介護、特定入所者生活介護については、利用者が相当期間以上集団的な生活を送ることが想定されることから、健康診断書の提出等の方法により利用申込者についての健康状態を把握することは必要と考えられ、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。また、こうした求めに利用申込者が応じない場合はサービス提供拒否の正当な事由に該当するものと考えられる。

2．1．以外のサービスの場合の取り扱いについて
その他の居宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護及び介護老人保健施設における短期入所療養介護）については、通常相当期間以上にわたって集団的な生活を送るサービスではないことから、必ずしも健康診断書の提出等による事前の健康状態の把握が不可欠であるとは言えないが、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等によっても健康状態の把握ができない場合に事業所として利用申込者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用の負担については利用申込者とサービス提供事業者との協議によるものと考える。しかし、そうした求めに利用申込者が応じない場合であっても、一般的にはサービス提供拒否の正当な事由に該当するものではないと考えられる。
なお、短期入所生活介護、介護老人保健施設における短期入所療養介護については、集団的なサービス提供が相当期間以上にわたる場合も考えられるが、居宅サービスとして位置づけられ、利用者からの緊急な申込みにも対応するという役割を担うべきことから、利用申込者からの健康診断書の提出がない場合にもサービス提供を拒否することは適切ではない。

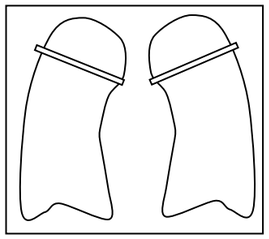
3．現行制度の活用について
事業者が利用申込者に関する健康状態を把握する場合には、利用申込者の負担軽減の観点からも、第一にサー

平成23年4月　枚方市健康部高齢社会室

枚方市介護サービス共通健康診断書

（個人情報取扱注意）

ふりがな ①氏　名		②男・女	③ 明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和　　年　　月　　日
④住　所	電話　（　　）　－		
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ください。	1	発 症 日　　年　　月　　日	☐ 安 定　☐ 不 安 定
	2	発 症 日　　年　　月　　日	☐ 安 定　☐ 不 安 定
	3	発 症 日　　年　　月　　日	☐ 安 定　☐ 不 安 定
	4	発 症 日　　年　　月　　日	☐ 安 定　☐ 不 安 定
	5	発 症 日　　年　　月　　日	☐ 安 定　☐ 不 安 定
⑥主な既往歴			
⑦病状及び経過	血圧　　／　　mmHg　脈拍　　／分　整・不整		
⑧使用中の薬剤 ＊用法・用量を記入してください。			
⑨実施中の処置 ☐なし　☐あり ＊ありの場合は実施中の処置にチェックをして下さい。 また、指示事項などあれば記入下さい。	☐留置カテーテル　☐じょくそう処置　☐経管栄養　☐中心静脈栄養　☐人工肛門 ☐吸引　☐透析　☐インスリン注射　☐酸素療法　☐気管切開　☐胃ろう ☐その他（　　）		
	指示事項：		
⑩心身の状態	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）		
	☐自立　☐J1　☐J2　☐A1　☐A2　☐B1　☐B2　☐C1　☐C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		
長谷川式簡易知能評価スケール	☐自立　☐Ⅰ　☐Ⅱa　☐Ⅱb　☐Ⅲa　☐Ⅲb　☐Ⅳ　☐M		
／30点 実施日　年　月　日 ＊長谷川式簡易知能評価スケールは、実施した場合に記入下さい。	認知症の周辺症状		
	☐あり→ ☐なし	（該当する項目をすべてチェックしてください。：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含みます。） ☐幻視・幻聴　☐妄想　☐昼夜逆転　☐暴言　☐暴行　☐介護への抵抗 ☐徘徊　☐火の不始末　☐不潔行為　☐異食行動　☐性的問題行動 ☐その他（　　）	

⑪胸部X線検査 ＊必ず記載して下さい。	実施日：　　年　　月　　日（6か月以内の検査であれば転記可）	
	胸部所見：	☐検査実施　異常所見なし ☐検査実施　異常所見あり  ☐検査未実施 （理由：　　）
⑫肝炎ウイルス検査 ＊必ず記載してください。	HBs抗原（＋　－） HCV抗体（＋　－） ＊過去の検査データがあり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づき記入下さい。	⑬その他の感染症（MRSA、疥癬など） ＊MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなどの医療処置中で感染が疑われる場合、検査を実施して下さい。
⑭サービス提供上の留意事項	移送：☐要　☐不要　入浴：☐可　☐否　運動：☐要　☐不要　食事：☐要　☐不要 服薬確認：☐要　☐不要　その他（　　） 留意事項、指示内容：	
⑮備　考 ＊特記すべき事項（検査データ等）があれば記入して下さい。		

上記の通り診断する。　　年　　月　　日

医療機関名　　所在地

医師名　　印

電話（　　）　－　　FAX（　　）　－

＊医療機関は控えを保管しておいてください。

◎記載上の留意点

1. 全ての項目について記載して下さい。
2. ☐は当てはまる場合にチェックして下さい。
3. ＊に従って記入して下さい。
4. 介護サービス利用や施設入所の際、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下さい。
5. 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）。

以下の条件すべてに該当する場合は、複写することができます。

1. 使用期限(上記診断日から1年）以内に限ります。
2. 複写ができるのは、以下の①～③の者に限ります。
   ①本人、②本人から文書で委託を受けた介護支援専門員、③診断書を記載した医師から指示を受けた者
3. 原則、原本から複写してください（複写したものを再度複写しないで下さい）。