

川崎市母子生活支援施設健康診断実施要領

母子生活支援施設における健康診断については、川崎市児童福祉施設の設備及び運営の基準に関する条例（平成24年川崎市条例第56号。以下、「条例」という。）第15条に基づき実施するものとし、同条例に定めるものの他、この要領に定めるところによるものとする。

1 入所時の健康診断

(1) 母子生活支援施設入所希望者に対して行う健康診断

児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づき母子保護を実施する福祉事務所長（以下「福祉事務所長」という。）は、母子生活支援施設の入所を希望する母子（以下「入所者」という。）に対して、入所前に、(3)で定める健康診断を受診するよう指示するものとする。

(2) 緊急一時保護入所者に対して行う健康診断

川崎市緊急一時保護事業実施要綱に基づき、福祉事務所長の依頼を受けて一時保護を行う母子生活支援施設長は、入所する母子（以下「緊急一時保護入所者」という。）に対して、原則として入所前に、(3)で定める健康診断を受診するよう指示するものとする。

ただし、特に緊急性が高く入所前の受診が不可能な場合は、入所後すみやかに、施設長の指示により、母子ともに健康診断を受けるものとする。

なお、3か月以内に緊急一時保護を受け母子生活支援施設長の指示によりこの健康診断を受診している母子については、これを省くことができるものとする。

(3) 検査項目

入所者及び緊急一時保護入所者の検査項目は、次に定めるものとする。

ア 身長、体重

イ 血圧

乳幼児（未就学児童）については、必要ないものとする

ウ 既往歴・自覚症状及び他覚症状の有無

乳幼児（未就学児童）については、予防接種歴を含む。

エ 胸部X線撮影

乳幼児（未就学児童）については、必要に応じて行うものとする。

オ 尿検査（糖・蛋白）

乳幼児（未就学児童）については、発達状況に応じて行うものとする。

カ その他、福祉事務所長または施設長が指示するもの。

(4) 健康診断の依頼

入所者及び緊急一時保護入所者の健康診断について、福祉事務所長は、医療機関宛て、母子生活支援施設入所者の健康診断の実施について（依頼）（第1号様式）に名簿（第1号様式2）を添付し依頼するものとする。

(5) 診断結果の通知

診断結果については、健康診断書（第2号様式）により、母子生活支援施設長宛て通知するものとする。

(6) 支払い能力のない者の取扱い

受診に要する費用については原則として受診者負担とするが、入所者及び緊急一時保護入所者のうち、生活保護法（昭和25年法律第144号）に定める要保護者に準ずる者で支払い能力のない者については、制度所管課と協議し、対応を決定する。

2 定期健康診断

(1) 実施回数及び他機関における受診の取扱い

条例第15条に基づき、次の項目により、少なくとも1年に2回の定期健康診断を行うものとする。内、1回は施設の嘱託医等により実施する。

ただし、施設入所期間が3か月以内であって、かつ入所時の健康診断を受診している母子については、これを定期健康診断1回とみなすことができるものとする。

また、母親については就労先で年1回労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、健康保険法（大正11年法律第70号）又は国民健康保険法（昭和33年法律第192号）等による健康診断等を受けている場合に、子については保育所・学校等で健康診断を受けている場合、これを定期健康診断1回とみなすことができるものとする。ただし、この場合は診断書の写し等の提出を求めることにより、施設長が診断結果を把握しなければならず、提出がない場合は、母子生活支援施設において実施する健康診断の受診を指示するものとする。

(2) 検査項目

定期健康診断の検査項目は、次に定めるものとする。

ア 身長、体重

イ 血圧

*乳幼児（未就学児童）については、必要ないものとする

ウ 既往歴・自覚症状及び他覚症状の有無

乳幼児（未就学児童）については、予防接種歴を含む。

エ 胸部X線撮影

*年間を通じて1回受診すれば良いものとする。他機関等で受診した場合、前記の規定により施設長が診断結果を把握するものとする。

*乳幼児（未就学児童）については、必要に応じて行うものとする。

オ 尿検査（糖・蛋白）

*乳幼児（未就学児童）については、発達状況に応じて行うものとする。

カ その他、施設長が指示するもの。

(3) 診断結果の通知

診断結果については、健康診断書（第2号様式）により、施設長宛て通知するものとする。

(4) 受診費用

受診に要する費用については、施設が負担するものとする。

3 臨時健康診断

学校保健安全法（昭和33年法律第56号）第13条第2項は、「学校においては、必要があるときは、臨時に、児童生徒等の健康診断を行うものとする」と規定しているが、母子生活支援施設における臨時健康診断の必要性の判断についても、これに準じて行うものとする。

また、臨時の健康診断の実施にあたっては、保健所等関係機関と緊密に連携をとり、これを行うものとする。

なお、上記条項の健康診断は、次に掲げるような場合で必要があるときに、必要な検査の項目について行うものとしている。

- (1) 伝染病及び食中毒の発生したとき。
- (2) 風水害等により伝染病の発生のおそれのあるとき。
- (3) 夏季における休業日の直前又は直後。
- (4) 結核・寄生虫病その他の疾病の有無について検査を行う必要のあるとき。

また、学校保健安全法施行規則（昭和33年文部省令第18号）第18条では「学校において予防すべき感染症の種類」として別表1のとおり規定している。

4 その他

この要領に定めがないものについては、必要に応じてこども未来局長が定めるものとする。

附 則

この要領は平成4年5月14日から実施する。

(平成4年5月14日付け川民児123号)

この改正要領は平成4年11月17日から実施する。

(平成4年11月17日付け4川民児第487号)

この改正要領は平成9年4月1日から実施する。

(平成9年4月1日付け9川健児第23号)

この改正要領は平成10年4月1日から実施する。

(平成10年4月1日付け10川健児第26号)

この改正要領は平成11年4月1日から実施する。

(平成11年4月1日付け11川健児第25号)

この改正要領は平成19年4月1日から実施する。

(平成19年3月29日付け18川健こ家第2012号)

この改正要領は平成25年4月1日から実施する。

(平成25年4月1日付け25川市こ福第822号)

この改正要領は令和5年3月16日から実施する。

(令和5年3月16日付け4川ここ福第2605号)

別表1 学校保健安全法施行規則第18条「学校において予防すべき感染症の種類」

第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）及び特定鳥インフルエンザ（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第3項第6号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。次号及び第19条第2号イにおいて同じ。）
第2種	インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症

第1号様式

川 第 号
年 月 日

医 療 機 関 様

_____福祉事務所長

母子生活支援施設入所者の健康診断の実施について（依頼）

母子生活支援施設入所者の健康診断について次により実施していただくようお願いいたします。なお、受診に要する費用（使用料及び手数料）については、入所者負担とします。

- 1 対象者 別添名簿（第1号様式2）のとおり
- 2 検査項目
 - (1) 身長、体重
 - (2) 血圧
*乳幼児（未就学児童）については、必要ありません。
 - (3) 既往歴・自覚症状及び他覚症状の有無
*乳幼児（未就学児童）については、予防接種歴を含みます。
 - (4) 胸部X線撮影
*乳幼児（未就学児童）については、必要に応じて行うものとします。
 - (5) 尿検査（糖・蛋白）
*乳幼児（未就学児童）については、発達状況に応じて行うものとします。
 - (6) その他（ ）
- 3 診断結果 別添健康診断書（第2号様式）に記入して下さい。

（ 福祉事務所 担当）
電話

第1号様式2

名 簿

	氏 名 (続柄)	生 年 月 日 (歳)	性 別	備 考
1	(本人)	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
2	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
3	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
4	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
5	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
6	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
7	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	
8	()	昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女	

健康診断書

住所 _____

氏名 _____ 男・女

昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)

身長・体重	cm	kg	～	mm Hg
血 圧				
現 存 症	(傷病名、症状経過)			
既 往 症				
胸 部 X 線 検 査	(結核性その他)			
予 防 接 種 歴	種 類	実 施 年 月 日		特 記 事 項
	インフルエンザ菌 b 型 (Hib)	① . . . ② . . .	③ . . . ④ . . .	
	小児肺炎球菌	① . . . ② . . .	③ . . . ④ . . .	
	B 型 肝 炎 (HBV)	① . . . ② . . .	③ . . .	
	ロタウイルス	① . . . ② . . .	③ . . . ※5価経口のみ3回接種	
	四種混合 (DPT) ジフテリア/百日咳/破傷風/ポリオ	① . . . ② . . .	③ . . . ④ . . .	
	B C G	① . . .		
	麻しん・風しん (MR)	① . . . ② . . .		
	水ぼうそう	① . . . ② . . .		
	日本脳炎	① . . . ② . . .	③ . . . ④ . . .	
	ヒトパピローマ ウイルス感染症	① . . . ② . . .	③ . . . ※女性のみ接種	
尿 検 査	糖 ()		蛋白 ()	
そ の 他				

上記の通り診断します。

年 月 日 医療機関名 _____

医師氏名 _____

(あて先) 母子生活支援施設長