

福島市国民健康保険特定健康診査実施要綱

(目的)

第1条 特定健康診査(以下「特定健診」という。)は、「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律80号)の規定に基づき、内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病の該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出し、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として実施する。

(対象者)

第2条 福島市国民健康保険の被保険者で、年度内40歳以上75歳以下の年齢に達する者(75歳未満の者に限る。)とする。ただし、妊産婦その他厚生労働大臣が定める者を除く。
2 実施回数は、原則として同一人について年一回行うものとする。

(健診方法)

第3条 健診は、個別健診及び集団健診とする。

(個別健診)

第4条 個別健診は、福島市が一般社団法人福島市医師会(以下「福島市医師会」という。)に委託し、福島市医師会に登録した特定健康診査実施医療機関(以下「実施医療機関」という。)が、次により実施するものとする。
2 実施期間及び検査項目は、市長が別に定めるものとする。

(集団健診)

第5条 集団健診は、福島市が公益財団法人福島県保健衛生協会(以下「福島県保健衛生協会」という。)に委託し、次により実施するものとする。
2 実施期間及び検査項目は、市長が別に定めるものとする。

第6条 個別健診においては、実施医療機関は、受診者に特定健診受診結果を通知するとともに、健診結果の提供に合わせて生活習慣病に関する基本的な知識など必要な情報を提供する。また、所定の特定健康診査結果報告書等により福島県国民健康保険団体連合会へ報告するものとする。

第7条 集団健診においては、福島県保健衛生協会は、受診者に特定健康診査受診結果を通知するとともに、健診結果の提供に合わせて生活習慣病に関する基本的な知識など必要な情報を提供する。また、所定の特定健康診査結果報告書等により福島県国民健康保険団体連合会へ報告するものとする。

第8条 特定健康診査結果通知表に、自動判定による階層化の結果に基づくメタボリックシンドロームの判定結果を記載するものとする。

(自己負担金)

第9条 自己負担金は、無料とする。

(委託料)

第10条 福島市は、福島市医師会並びに福島県保健衛生協会と業務委託契約を締結し、実績により契約書に基づく委託料を支払うものとする。

(補 則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、特定健康診査の実施に必要な項目については、別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

令和5年度福島市国民健康保険特定健康診査(個別)実施要領

福島市国民健康保険特定健康診査実施要綱に基づく特定健康診査(医療機関個別方式)を、福島市医師会に委託し、次の要領により実施する。

1 対象者

福島市国民健康保険の被保険者で、年度内40歳以上75歳以下の年齢に達する者(75歳未満の者に限る。)とする。ただし、妊産婦その他厚生労働大臣が定める者を除く。また、健診回数は一人年1回とし、当該年度において集団健診で受ける者も除く。

2 実施期間

令和5年6月1日から令和5年10月31日までとする。

3 検査項目

(1)基本的な健診項目

問診、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲※)、理学的検査(身体診察)、血圧の測定、生化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))

血糖検査(空腹時血糖または随時血糖、ヘモグロビンA1c)尿検査(尿糖、尿蛋白)とする。

※腹囲の測定については、次の場合医師が必要でないと認めるときは省略することができる。

- ・BMIが20未満であること。
- ・自ら腹囲を測定しその値を申告していること(BMIが22未満であるものに限る。)

(2)追加健診項目

生化学検査(血清クレアチニン、尿酸)、尿検査(尿潜血)とする

(3) 詳細な健診項目

貧血検査等(ヘマトクリット、血色素、赤血球、白血球、血小板)、心電図検査(12誘導心電図)及び眼底検査は下記の判断基準を満たし、かつ医師の判断により実施するものとする。

詳細項目	実施できる条件(判断基準)	
貧血検査等(ヘマトクリット、血色素、赤血球、白血球及び血小板※の測定) ※当分の間、白血球及び血小板数の測定及び報告は任意。	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者	
眼底検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者	
	①血圧	a収縮期血圧 140mmHg以上 b拡張期血圧 90mmHg以上
	②血糖※	a空腹時血糖 126mg/dl以上 bHbA1c(NGSP) 6.5%以上 c随時血糖 126mg/dl以上

※当該年度の血糖検査の結果が確認できない場合は、前年度の結果による

※詳細健診の判断基準に該当せず、別冊「福島市国民健康保険特定健康診査基準」の「追加健診項目と判断基準」に基づき医師の判断により実施する必要がある場合は選択的に追加健診として実施する。

4 実施医療機関医師

特定健康診査を行う医療機関の医師は、福島市医師会に登録した実施医療機関の医師とする。なお、実施医療機関名は市政だより等で周知するものとする。

5 健診料と自己負担金

健診料は、基本的な健診項目、詳細な健診項目及び追加項目を実施した場合の検査項目別健診料は別紙1とする。

また、受診者の自己負担金は無料とする。

6 申込方法

対象者で特定健康診査を希望する者は、直接実施医療機関窓口にて電話等で申し込みを行うものとする。

7 実施方法

実施医療機関は、次により実施する。

(1) 申し込みの受付

受診当日の留意事項、持参するもの等の説明。

(2) 特定健診受診券及び国民健康保険証の確認

福島市国民健康保険の被保険者であり、かつ受診対象者であること、及び保険診療にあたらなことを確認する。

※受診券を持参しなかった場合は、実施要領別冊を参照し処理する。

(3) 問診票の記入

「特定健康診査受診録」別紙2に記入する。

「国保特定健診受診券」を回収し、受診録に貼付する。

(4) 受診者への結果説明

実施医療機関は「特定健康診査受診結果通知表」を作成し、受診者に速やかに通知するとともに、受診者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供する。また、結果通知にメタボリックシンドロームの判定結果を記載するものとする。

8 特定健康診査結果取りまとめ並びに健診査料の請求及び支払い

実施医療機関は、特定健康診査終了後すみやかに健診結果を取りまとめ、健診料を福島県国民健康保険団体連合会に請求するものとする。

なお、健診結果については、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、当該電子データを格納したファイルを収録した電子媒体を実施月の翌月5日(土、日曜日、祝日の場合はその翌日)までに福島県国民健康保険団体連合会に提出するものとする。福島県国民健康保険団体連合会は、実施医療機関からの請求により指定された金融機関に口座振替により支払うものとする。

9 健診結果通知等

実施医療機関は、受診者全員に前項の健診結果通知と合わせ、健診結果の見方や生活習慣病に関する基本的な知識などの「情報提供」を行うものとする。

また、必要な者に対しては、可能な限り生活指導及び的確な受診指導を行う。メタボリックシンドローム該当者及び予備群と判定された者に対しては、生活習慣病予防事業等(動機付け支援、積極的支援)への参加奨励等(治療受診勧奨も含む。)を行う。メタボリックシンドローム判定に関しては、別冊「福島市国民健康保険特定健康診査基準」を参考にするものとする。

10 その他問い合わせ先

〒960-8002 森合町10番1号

福島市保健所 保健予防課 検診予防係

TEL 024-525-7680

FAX 024-525-5701

Eメール h-yobou@mail.city.fukushima.fukushima.jp

福島市国民健康保険特定健康診査料

(単位:円)

健診項目		消費税抜き 金額	検査料	自己負 担金
必須項目 全員実施	基本項目	8,140	8,954	無料
追加項目 全員実施	血清クレアチニン検査	110	121	
	血清尿酸検査	110	121	
	尿潜血検査	20	22	
詳細項目 医師の判断に より実施	貧血検査	210	231	
	心電図検査	1,300	1,430	
	眼底検査(両眼)	1,850	2,035	

特定健康診査受診録

受診年月日 (年 月 日)

受診券内容	受診券整理番号	
	受診者氏名カナ	
	生年月日	昭和 年 月 日
	有効期限	年 月 日～ 年 月 日
	健診内容	
	自己負担	
	保険者所在地	
	保険者電話番号	
	保険者番号	
	保険者名	
支払代行機関番号		
支払代行機関名		

受診者住所	〒960ー 福島市		
受診者氏名			
性別	(1. 男 2. 女)	年齢	
電話番号	ー ー		
※電話番号入力：全角「その他の検査」コード9N4I600000000049			
被保険者証記号番号			
他覚症状	1. あり () 2. なし		
既往歴	0. 特になし 3. 脂質異常症 6. 糖尿病 1. 高血圧 4. 高尿酸血症 7. 肝臓病 2. 不整脈 5. 腎不全以外の腎疾患 8. その他 ()		

質問項目		
◆ここ1年間の症状についてあてはまるものに○をつけてください。(自覚症状)		
(1)手足に急に力がはいらなくなり、しばらくすると治る	1.はい	2.いいえ
(2)急に胸がしめつけられる感じがある	1.はい	2.いいえ
(3)急にドキドキして、しばらく止まらない	1.はい	2.いいえ
(4)めまい(目の前が暗くなる感じ)がする	1.はい	2.いいえ
(5)坂道を登ると息切れし途中で休むようになった	1.はい	2.いいえ
(6)その他 ()		
(7)その他(たばこを吸っている方)たばこをやめたと思う	1.はい	2.いいえ
(8)特になし		
◆現在、薬を使用していますか？		
①血圧を下げる薬を飲んでいる	1.はい	2.いいえ
②血糖を下げる薬を飲んでいる 又はインスリン注射をしている	1.はい	2.いいえ
③コレステロールを下げる薬を飲んでいる	1.はい	2.いいえ
◆医師から病気だと言われたり、治療などありますか？		
④医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか	1.はい	2.いいえ
⑤医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか	1.はい	2.いいえ
⑥医師から慢性の腎不全にかかっていると 言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	1.はい	2.いいえ
⑦医師から貧血と言われたことがありますか	1.はい	2.いいえ
◆生活習慣等についてお答えください		
⑧現在、たばこを習慣的に吸っている *合計「100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」で 最近1ヶ月間も吸っている者	1.はい	2.いいえ

質問項目								
⑨20歳の時から体重が10kg以上増加している	1.はい	2.いいえ						
⑩1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、 1年以上実施	1.はい	2.いいえ						
⑪日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日 1時間以上実施	1.はい	2.いいえ						
⑫ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	1.はい	2.いいえ						
⑬食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまるか 1. 何でもかめる 2. かみにくい 3. ほとんどかめない								
⑭人と比較して食べる速度が速い 1. 速い 2. ふつう 3. 遅い								
⑮就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上 ある	1.はい	2.いいえ						
⑯朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している 1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない								
⑰朝食を抜くことが週に3回以上ある	1.はい	2.いいえ						
⑱お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)								
⑲飲酒日の1日あたりの飲酒量	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">日本酒1合 換算表</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ビール 中瓶1本：約500ml</td> <td>焼酎 25度：100ml</td> </tr> <tr> <td>ウイスキーダブル1杯：60ml</td> <td>ワイン 2杯：240ml</td> </tr> </tbody> </table>		日本酒1合 換算表		ビール 中瓶1本：約500ml	焼酎 25度：100ml	ウイスキーダブル1杯：60ml	ワイン 2杯：240ml
日本酒1合 換算表								
ビール 中瓶1本：約500ml	焼酎 25度：100ml							
ウイスキーダブル1杯：60ml	ワイン 2杯：240ml							
	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上							
⑳睡眠で休養が十分とれている	1.はい	2.いいえ						
㉑運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか 1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)								

項目	基準値		今回	判定			項目	基準値		今回	判定																								
	男	女		基準範囲以内	生活習慣改善必要	受診勧奨		男	女		基準範囲以内	生活習慣改善必要	受診勧奨																						
身体計測	身長 (cm)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	貧血検査等	1. 実施なし 2. 実施あり(理由は必須記載) ①既往歴 ②診察(顔色不良、やせ) ③自覚症状(めまい、息切れ、動悸) ④その他()																											
	体重 (kg)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		ヘマトクリット値 (%)	38.0 54.9	33.0 47.9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	BMI	18.5~24.9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		血色素量 (g/dl)	13.1 17.9	12.1 15.9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	腹囲 (cm)	84.9以下 89.9以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		赤血球数 (万/mm ³)	400 579	370 549	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		白血球数 (mm ³)	4,000 9,500		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
	拡張期血圧 (mmHg)	84以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		血小板数 (万/mm ³)	13.0 36.9		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
採血時間	2: 食後10時間以上、																																		
生化学検査	中性脂肪 (mg/dl)	149以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		心電図検査	1. 実施なし 2. 実施あり(理由は必須記載) ①血圧収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 ②心疾患疑いあり ③自覚症状 ④既往歴 ⑤喫煙 ⑥飲酒 ⑦身体測定、診察 ⑧その他()																										
	HDL-コレステロール(mg/dl)	40以上	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			1. 所見あり 2. 所見なし																										
	LDL-コレステロール(mg/dl)	119以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			(所見名)																										
	AST(GOT) (IU/l)	30以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	洞徐脈		第2度房室ブロック(Wenckebach)																										
	ALT(GPT) (IU/l)	30以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	洞頻脈		第2度房室ブロック(Mobitz)																										
	γ-GT (IU/l)	50以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	上室期外収縮		P R短縮																										
	尿酸 (mg/dl)	7.0以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	心室期外収縮		不完全右脚ブロック																										
	クレアチニン (mg/dl)	0.45 1.14	0.35 0.94	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		多源性心室期外収縮	完全右脚ブロック																									
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	60以上	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	連発性心室期外収縮		完全左脚ブロック																										
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		心房細動	左脚前枝ブロック																									
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	99以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	右軸偏位	S T - T異常																											
	随時血糖 (mg/dl)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	左軸偏位	陰性T波																											
	ヘモグロビンA1c (NGSP値) (%)	5.5以下	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	右室肥大	異常Q波																											
尿検査	尿糖	(-)	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++	左室肥大	その他																										
	尿蛋白	(-)	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++	WPW症候群																											
	尿潜血	(-)	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++	第1度房室ブロック																											
総合医師判断	* 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見 (所見) 1. 異常認めず 2. 要指導 生活習慣の改善と経過観察が必要 3. 要医療 () 4. 通院継続 ()																																		
医療機関番号	<input type="text"/>																																		
医療機関名	〒 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>																																		
	名称 <input type="text"/>																																		
	電話番号 <input type="text"/>																																		
担当医師名	<input type="text"/>																																		
眼底検査	1. 実施なし 2. 実施あり(理由は必須記載) ①血圧収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 ②血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上(前年含む) ③眼科疾患の疑いあり ④自覚症状 ⑤既往歴 ⑥その他()						心電図判定 1. 異常なし 2. 要指導 3. 要医療																												
	(所見名)						眼底判定 1.異常なし 2.要指導 3.要医療 4.判定不能																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>KW分類</th> <th>S分類</th> <th>H分類</th> <th>Wong-Mitchell</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 正常</td> <td>0 正常</td> <td>0 正常</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>I 軽度 狭細化 硬化</td> <td>1 軽度血管反射増強および軽度動脈分叉現象</td> <td>1 軽度網膜動脈狭細化</td> <td rowspan="2">軽度</td> </tr> <tr> <td>II a 中等度 狭細化 硬化</td> <td>2 II a群+出血(網膜静脈閉塞症)</td> <td>2 高度網膜動脈狭細・口径不同</td> </tr> <tr> <td>III 高度の硬化性変化 網膜浮腫 綿花様白斑</td> <td>3 交叉現象(+++) 網膜動脈(+)</td> <td>3 2度に加え出血・白斑 CRVOは除く</td> <td>中等度</td> </tr> <tr> <td>IV III群+乳頭浮腫</td> <td>4 網膜動脈(+++) III群著明</td> <td>4 3度に加え乳頭浮腫</td> <td>重度</td> </tr> </tbody> </table>						KW分類	S分類	H分類	Wong-Mitchell	0 正常	0 正常	0 正常	なし	I 軽度 狭細化 硬化	1 軽度血管反射増強および軽度動脈分叉現象	1 軽度網膜動脈狭細化	軽度	II a 中等度 狭細化 硬化	2 II a群+出血(網膜静脈閉塞症)	2 高度網膜動脈狭細・口径不同	III 高度の硬化性変化 網膜浮腫 綿花様白斑	3 交叉現象(+++) 網膜動脈(+)	3 2度に加え出血・白斑 CRVOは除く	中等度	IV III群+乳頭浮腫	4 網膜動脈(+++) III群著明	4 3度に加え乳頭浮腫	重度	0102. 乳頭陥凹 0204. 光凝固術後または瘢痕 0212. 網膜色素変性症 0201. 高血圧眼底 0207. 網膜出血 0301. 黄斑変性症 0202. 網膜動脈硬化 0210. 網膜中心静脈閉塞症 0603. 老人性白内障 0203. 糖尿病網膜症 0211. 網膜静脈分枝閉塞症 ↓ 変更Davis分類 1: 網膜症なし 2: 単純網膜症 3: 増強前網膜症 4: 増強網膜症 (その他の所見)					
	KW分類	S分類	H分類	Wong-Mitchell																															
0 正常	0 正常	0 正常	なし																																
I 軽度 狭細化 硬化	1 軽度血管反射増強および軽度動脈分叉現象	1 軽度網膜動脈狭細化	軽度																																
II a 中等度 狭細化 硬化	2 II a群+出血(網膜静脈閉塞症)	2 高度網膜動脈狭細・口径不同																																	
III 高度の硬化性変化 網膜浮腫 綿花様白斑	3 交叉現象(+++) 網膜動脈(+)	3 2度に加え出血・白斑 CRVOは除く	中等度																																
IV III群+乳頭浮腫	4 網膜動脈(+++) III群著明	4 3度に加え乳頭浮腫	重度																																
メタリック判定						1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能																													
保健指導判定						1.積極的支援 2.動機付け支援 3.なし(情報提供) 4.判定不能																													

※保健指導判定は、メタリック判定とは異なりますので注意。