

特定健康診査説明会

日時	会場	対象医療機関
1月28日(月) 19:00~	ふくし交流プラザ 5階研修室A	高岡郡医師会、吾川郡医師会、高知市医師会(朝倉、旭、土佐市の各地区)に所属する医療機関
1月30日(水) 19:00~	ふくし交流プラザ 2階多目的ホール	土佐長岡郡医師会、高知大学医師会、高知市医師会(潮江、上街西、上街東、中央、江の口西、江の口東、下街、東部、港南の各地区)に所属する医療機関
2月4日(月) 19:00~	幡多医師会館大ホール	幡多医師会に所属する医療機関
2月5日(火) 19:00~	安芸福祉保健所 2階大会議室	安芸郡医師会、香美郡医師会に所属する医療機関

特定健康診査マニュアルの運用の留意点 及び一部改定について

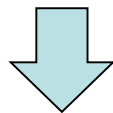
～特定健康診査マニュアルver4.05～

高知県健康政策部 健康長寿政策課

第3期特定健康診査等実施計画期間(H30年度～H35年度)における特定健診・特定保健指導の運用の見直し

【国通知】

- ・特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等の一部改正
(平成29年8月1日付健発0801第3号 保発0801第2号)
- ・特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第3版)
- ・標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】



平成30年度に特定健康診査マニュアルを改定後
平成31年度からの特定健康診査マニュアルの一部改定を行った。

特定健診の検査項目一覧

※下線部はH30より追加した項目

ア 必須検査

- ①問診：既往歴、服薬の状況、自覚症状、生活習慣等に係る調査
- ②身体計測：身長、体重、腹囲
- ③BMI
- ④血圧測定
- ⑤肝機能検査：AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
- ⑥血中脂質検査：中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、Non-HDLコレステロール
- ⑦血糖検査：ヘモグロビンA1c(空腹時血糖、やむを得ない場合は随時血糖)
- ⑧尿検査：糖、蛋白
- ⑨理学的検査(身体診察)：視診、聴診、触診等

イ 詳細検査

- ①心電図検査
- ②眼底検査(両眼)
- ③貧血検査：ヘマトクリット、血色素量、赤血球数
- ④血清クレアチニン

ウ 付加検査

- ①血清クレアチニン
- ②血清尿酸

1 基本的な健診項目

留

(1) 血中脂質検査(LDLコレステロール)について

- ・LDLコレステロール値として、「LDLコレステロール」もしくは「Non-HDLコレステロール」のどちらかを報告してください。

【特定健康診査・健康診査結果入力票】(報告用)

脂 質	HDLコレステロール				mg/dl
	LDLコレステロール				mg/dl
	Non-HDLコレステロール				mg/dl
	中性脂肪(TG)				mg/dl

※・LDL直接測定法の場合は、LDLコレステロール値を優先してください。

- ・Friedewald式の場合は、中性脂肪400mg/dl以上や食後採血の場合は、Non-HDLコレステロール値を用います。

(参考)H30より国のプログラムにNon-HDLの考え方が追加されたため本マニュアルでも追加

追加項目	実施できる条件
Non-HDL コレステロール	中性脂肪が400mg以上である場合又は食後に採血する場合には、LDLコレステロールの代わりに、non-HDLコレステロールを用いて評価をした場合でも、 <u>LDLコレステロールを実施したものとみなします。</u>
検査方法	
<p>血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によります。</p> <p>LDLコレステロールは、トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合を除き、Friedewald式で計算します。トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合は、Non-HDLコレステロール値を用いて評価します。ただし、LDLコレステロールの直接測定法も可。</p> <p>LDLコレステロール(Friedewald式)及びNon-HDLは、次式により計算します。</p> <p style="text-align: center;">Friedewald式によるLDL(mg/dl) = Tchol(mg/dl) - HDL(mg/dl) - TG(mg/dl)/5</p> <p style="text-align: center;">Non-HDLコレステロール値(mg/dl) = Tchol(mg/dl) - HDL(mg/dl)</p>	

留

(2) 血糖検査について

- ・高知県の特定健康診査においては、血糖検査はHbA1cを必須項目として実施します。
- ・人間ドックとの同時実施等において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合も、特定健康診査の結果報告においては、HbA1cのみでかまいません。

2 詳細な健診項目

留

(1) 詳細な健診項目の実施要件

詳細項目の検査は、次の基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者について実施します。

なお、他の医療機関において行った最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、**現に高血圧、心臓病、糖尿病、脂質異常症の疾患により医療機関において管理されている者については、基本的に詳細項目の検査を行う必要がありません。**

※ 既に医療機関において管理されている者については、詳細項目は実施しません。

【問診】 各設問において、該当する口にレ印をつけて下さい。また、()内には数字を記入して下さい。

※現在、医療機関にかかっておらず、既往歴もない場合は「現病歴なし」にレ印をつけて下さい。

※「経過観察」とは、医療機関で定期的な検査や診察は行っているが、服薬や注射などの治療を受けていない状態をいいます。

1 現在、医療機関にかかっていますか？ 該当するものがあれば口にレ印をつけて下さい。		かかっている (服薬・ 治療中)	かかっている (経過 観察中)	既往歴あり (5年以内)	現病歴なし
(1)	特になし	***	***	***	<input type="checkbox"/>
(2)	高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(3)	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(4)	脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(5)	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(6)	心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(7)	腎不全・透析中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***

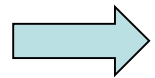
(2) 詳細な健診項目の基準

詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）

検査項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査	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)	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、①血圧が以下のa,bのうちいずれかの基準又は②に該当した者</p> <table border="1" data-bbox="440 469 1572 625"> <tr> <td data-bbox="440 469 606 525">①血圧</td> <td data-bbox="606 469 1572 525">a 収縮期 140mmHg以上、b 拡張期 90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 525 606 625">②不整脈</td> <td data-bbox="606 525 1572 625">自覚症状及び他覚症状の有無の検査(身体診察)において、現に不整脈が疑われるもの</td> </tr> </table>	①血圧	a 収縮期 140mmHg以上、b 拡張期 90mmHg以上	②不整脈	自覚症状及び他覚症状の有無の検査(身体診察)において、現に不整脈が疑われるもの
①血圧	a 収縮期 140mmHg以上、b 拡張期 90mmHg以上				
②不整脈	自覚症状及び他覚症状の有無の検査(身体診察)において、現に不整脈が疑われるもの				
眼底検査	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、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</p> <table border="1" data-bbox="440 772 1572 928"> <tr> <td data-bbox="440 772 606 828">①血圧</td> <td data-bbox="606 772 1572 828">a 収縮期 140mmHg以上、b 拡張期 90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 828 606 928">②血糖</td> <td data-bbox="606 828 1572 928">a HbA1c 6.5%以上、 b 空腹時血糖 126mg/dL以上、c 随時血糖126mg/dL以上</td> </tr> </table> <p>なお、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、①血圧がa、bいずれの基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において②血糖がa、b、cのいずれかの基準に該当した者も含まれます。</p>	①血圧	a 収縮期 140mmHg以上、b 拡張期 90mmHg以上	②血糖	a HbA1c 6.5%以上、 b 空腹時血糖 126mg/dL以上、c 随時血糖126mg/dL以上
①血圧	a 収縮期 140mmHg以上、b 拡張期 90mmHg以上				
②血糖	a HbA1c 6.5%以上、 b 空腹時血糖 126mg/dL以上、c 随時血糖126mg/dL以上				
血清クレアチニン検査	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、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</p> <table border="1" data-bbox="440 1205 1572 1360"> <tr> <td data-bbox="440 1205 606 1260">①血圧</td> <td data-bbox="606 1205 1572 1260">a 収縮期 130mmHg以上、b 拡張期 85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1260 606 1360">②血糖</td> <td data-bbox="606 1260 1572 1360">a HbA1c 5.6%以上、 b 空腹時血糖 100mg/dL以上、c 随時血糖100mg/dL以上</td> </tr> </table>	①血圧	a 収縮期 130mmHg以上、b 拡張期 85mmHg以上	②血糖	a HbA1c 5.6%以上、 b 空腹時血糖 100mg/dL以上、c 随時血糖100mg/dL以上
①血圧	a 収縮期 130mmHg以上、b 拡張期 85mmHg以上				
②血糖	a HbA1c 5.6%以上、 b 空腹時血糖 100mg/dL以上、c 随時血糖100mg/dL以上				

改 (3)心電図検査、眼底検査の経過措置の削除

~~「※平成30年度における経過措置として、平成29年度に実施した特定健康
診査の結果に基づき第二期の判断基準に該当した者も、平成30年度に
詳細な健診として実施してかまいません。」~~



平成30年度のみ経過措置のため、平成31年度から削除

留 (4)-1 血清クレアチニン検査について

・平成23年度～

◆血清クレアチニン、血清尿酸を

付加検査

として実施

(対象:市町村国保・医師国保加入者に対する
特定健診、健康増進法に基づく健康診査、
後期高齢者に対する健康診査のみ)

・平成30年度～

◆血清クレアチニン

選定基準(p4)に該当し、
医師が必要と認めた者

詳細検査

詳細検査として実施し
ない者

付加検査

(対象:市町村国保・医師国保加入者に対する
特定健診、健康増進法に基づく健康診査、
後期高齢者に対する健康診査のみ)

◆血清尿酸

引き続き付加検査
として実施

留 (4)-2 血清クレアチニン検査の結果記入方法

【特定健康診査・健康診査結果入力票】(報告用)

クレアチニン	<input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 実施
	血清クレアチニン	
		mg/dl

※ クレアチニンは、小数点以下第2位まで記入してください。

詳細検査で実施の場合の
記入欄

追加項目	血清クレアチニン					mg/dl
	血清尿酸					mg/dl

※ 追加項目は、高知県内の「市町村国保・医師国保加入者に対する特定健診」、「健康増進法に基づく健康診査」、「後期高齢者に対する健康診査」のみ実施します。

追加検査で実施の場合の
記入欄

※詳細検査を実施しなかった場合、高知県内の次の対象者は追加検査で実施してください。

- ・市町村国保・医師国保加入者に対する特定健診
- ・健康増進法に基づく健康診査
- ・後期高齢者に対する健康診査

留

(5) 詳細検査の基準の血圧の考え方について

- ・ 血圧測定を2回実施した場合の血圧値は、1回目と2回目の平均値(小数点以下切捨て)を用います。

詳細検査の実施基準の他、血圧判定や特定保健指導対象者の階層化にも平均値を用います。

(参考) 血圧測定について

1回目の測定結果が収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上の場合には、2回目の血圧測定を行います。

(特定健診マニュアルp12)

改

【特定健康診査・健康診査結果入力票】(報告用)

血 圧	最 高	最 小	
1回目			mmHg
2回目 ^{*1}			mmHg
平均値 ^{*2}			mmHg

*1…最高血圧130mmHg以上または最低血圧85mmHg以上の場合は、2回目の血圧測定を行います。

*2…2回測定し、詳細検査の基準に血圧を用いた場合は、平均値(小数点以下切捨て)を記載してください。血圧の判定は1回目と2回目の平均値を用います。

H31～

詳細検査の基準に血圧を用いた場合は、平均値(小数点以下切捨て)の記入もお願いします。

改 3 食事時間の考え方について

- ・国の手引きにあわせて、食事時間の考え方を「食後時間」から「食事開始時からの時間」に変更します。

5. 血液化学検査

(1) 食事時間のききとり

採血にあたって、事前に**食後時間食事開始時からの時間**を必ず聞き取りカルテに記載します。

実際の食事開始から採血までの時間をハッキリ答えられる方はごく少数です。受診者は、おおよその時間を答える事が多いため、食事に係る時間も勘案し、「時間幅」として区分化しています。ただ、受診者に厳格に分単位まで正確に聞き出すのは難しいので、受診者が回答した概ねの時分を元に問診者が判断してかまいません。

食後時間食事開始時からの時間の記載方法は以下のとおりです。

- 1 時間＝直後～1 時間 29 分
 - 2 時間＝1 時間 30 分～2 時間 29 分
 - 3 時間＝2 時間 30 分～3 時間 29 分
 - 4 時間＝3 時間 30 分～4 時間 29 分
-

改 4 判定区分表の変更について

- ① 「3食事時間の考え方」の変更により、血糖値、中性脂肪の項目を次のように変更
(マニュアルp22、24、33、37同様)

血糖値	空腹時、随時血糖 (食後4時間以上)	-99	100-109	110-125		126-159
	食直後 食後4時間未満	-139	140-159	160-179		180-219
HbA1c (NGSP 値)		-5.5	5.6-5.9	6.0-6.4		6.5-7.3
尿糖		-		±以上		
脂質判定						
総コレステロール	参考値	140-219	220-239 or (-139)		240-279	
LDL コレステロール		60-119	120-139, -59		140-179	
Non-HDL コレステロール		90-149	150-169, -89		170-209	
中性脂肪	空腹時	-149	150-199	200-299	300-	
	食直後 食後4時間未満	-199	200-299	300-399	400-	

- ② 国が決めた判定区分値 網掛け(次のように追加、修正)

- ・AST(GOT)、ALT(GPT) …受診勧奨値→「51-」
- ・eGFR …要経過観察→「60未満」、受診勧奨値→「45未満」

改 5 眼底判定所見について

- ①眼底の判定には、Scheie分類とKeith-Wagner(K-W)分類により行います。
平成30年度までは両方の分類の所見または、どちらか一方の所見の記入でも可でしたが、システムの入力上両方の所見を必要とするため、平成31年度からは、両方の所見の記入をお願いします。
- ②白内障等で眼底が判断できない場合等は、診察所見での対応となります。
その際の診察所見の記載方法について、マニュアルp44に、次の下線の文言を追加します。
「この診察所見コード(と診察判定コード)を、結果入力票の「診察所見」に記入してください。また眼底検査の委託機関においては、“医眼底検査依頼書兼結果通知書”表面の医師判定書兼欄に書き込んでください。」

改 6 医師診察による紹介状発行について

(6) ~~医師診察による紹介状発行について~~

- ~~診察医師は、有所見を放置することは危険と判断した場合、受診者に十分説明し至急に医療機関受診を促します。そのとき、医療機関診察医師宛に紹介状を発行することができます。~~
- ~~医療機関紹介状作成用具一式は受託健診機関側が構えておくこととなります。~~
- ~~受託健診機関現場責任者は、紹介状が作成された場合は、内容を確認し、記載内容に不備があれば、当該診察医師に問いあわせます。後日紹介状が作成された場合も、受託健診機関の責任者が、当該受診者にその紹介状が確実に手渡すようにします。~~
- ~~紹介状発行にあたっては、別途の文書作成料金は発生しません。~~
- ~~紹介状を発行した場合、健診受託医療機関は、1部複写を保持しておいてください。保持期間は5年間です。~~
- ~~カルテチェック者は紹介状が発行された場合、有意な所見に該当マークが付いている事の確認と、医師自由記載欄に紹介状発行の旨の記録があるのを確認します。~~



紹介状については任意で実施をされているため、この項目は削除をしてマニュアル上には規定しません。

改 7 特定健診結果への歯科問診項目の活用について

H30標準的な質問票に歯科口腔保健に関する質問が追加されましたので、この歯科問診と従来の県独自項目を組み合わせる健診結果通知に記される「生活習慣上の留意点」のコメント文等の見直しを行いました。

● H30 「生活習慣上の留意点：歯科」 組み合わせ・コメント

	問診組み合わせ及びコメント
既存	(問診17) 「歯科出血」 ①はい + 「歯間ブラシ等」 ②いいえ + 「歯科定期健診」 ②いいえ コメント 「一度、歯科医に相談することをお勧めします」



● H31から

	問診組み合わせ	コメント
1	(問診9) 「かみあわせ」 ②かみにくいことがある ③ほとんどかめない	一度、歯科医に相談することをお勧めします
2	(問診17) 「歯肉出血」 ①はい	一度、歯科医に相談することをお勧めします
3	(問診17) 「歯肉出血」 ②いいえ + (問診19) 「歯科定期検診」 ②いいえ	年に一度、歯科検診を受けましょう

改 8 特定健康診査・健康診査結果入力票(上側)

【特定健康診査・健康診査結果入力票】(報告用)

フリガナ 氏名	性別	受診券番号	保険証記号・番号	②
	年齢	保険者番号	受診日	年 月 日

計測 ①	身長	cm	③	最高	最小	*1…最高血圧130mmHg以上または最低血圧80mmHg以上の場合は、2回目の血圧測定を行います。 *2…2回測定し、詳細検査の基準に血圧を用いた場合は、平均値(小数点以下四捨五入)を記載してください。判定は1回目と2回目の平均値です。
	体重	kg				
	腹囲	cm	2回目*1	mmHg		
	<input type="checkbox"/> 自己測定		平均値*2	mmHg		
特記事項:						

脂質	HDLコレステロール	mg/dl	③	採血時間	食事開始時から	※採血時間は必ずご記入
	LDLコレステロール	mg/dl		肝機能	AST(GOT)	
	Non-HDLコレステロール	mg/dl		ALT(GPT)		
	中性脂肪(TG)	mg/dl		γ-GTP		

糖尿病	ヘモグロビンA1c	(%)	③
	空腹時血糖	mg/dl	
	随時血糖	mg/dl	

貧血	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施:理由コード		③
	赤血球数	万/mm ³	
	ヘマトクリット	(%)	
	血色素量(ヘモグロビン)	g/dl	

検尿	尿蛋白	- ± + 2+	③
	尿糖	- ± + 2+	
	<input type="checkbox"/> 測定不能		
特記事項:			

①「計測」に特記事項欄追加

※ただし、「計測」は必須項目です。

測定値がない場合は、受診済みにカウントされません。

(参考)国Q&A

車椅子で起立ができない場合など、実施が極めて困難な場合は、例外的な取扱いとして代替可能な方法で実施することはやむを得ないと考える。

対応例)過去の測定結果の自己申告など

②「血圧」に「平均値」と注釈を追加(p6参照)

③採血時間の聞き取りを「食後時間」→「食事開始時から」に変更(国の手引きの考え方に合わせるため)

採血時間の聞き取りは、食事開始時からの時間の記入をお願いします。(食事開始からの時間の記載方法 マニュアルp14)

改 特定健康診査・健康診査結果入力票(下側)

改定内容

眼底所見	<input type="checkbox"/> 実施せず		<input type="checkbox"/> 実施:理由コード <input style="width: 50px;" type="text"/>				
	S区分	0	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/> 判定不能
	H区分	0	I	II	III	IV	<input type="checkbox"/> 判定不能
	KWクナー	0	I	II a	II b	III	IV
④注釈を追加							その他所見
※白内障等で眼底の判定が出来ない場合は、記載方法について特定健康診査マニュアルp44を参照							
クレアチニン	<input type="checkbox"/> 実施せず		<input type="checkbox"/> 実施				
	血清クレアチニン						mg/dl
※ クレアチニンは、小数点以下2桁まで記入してください。							
追加項目	血清クレアチニン						mg/dl
	血清尿酸						mg/dl
※ 追加項目は、高知県内の「市町村国保・医師国保加入者」に対する特定健診、「健康増進法に基づく健康診査」、「後期高齢者に対する健康診査」のみ実施します。							
医師自由記載欄							
特定保健指導							
医療機関名				医師サイン			

④白内障等により眼底の判定ができない場合の記載方法を注釈で追記

マニュアルp44

※白内障等で眼底の判定が出来ない場合、S区分「0」、H区分「0」、K-W「0」、及び医師の診察所見コード「412」(2:軽度異常の判定区分となる)を記入のこと

9 健診当日に特定保健指導の初回面談の実施が可

健診当日に初回面談が実施できる条件

- ①対象者がセット券で受診した場合 かつ
- ②特定保健指導実施機関であり、積極的支援と動機付け支援の両方が実施できる場合

(1) 健診結果が揃わない場合の初回面接の分割実施の方法

(引用: 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第3版)(案)p45-46)

特定健康診査当日に初回面接を行うことは、健康意識が高まっている時に受診者に働きかけができ、受診者にとっても利便性がよいため、特定健康診査当日に全ての健診結果が判明しない場合において初回面接を分割して実施することを可能とする。

具体的な方法は次のとおり

ア 初回面接1回目

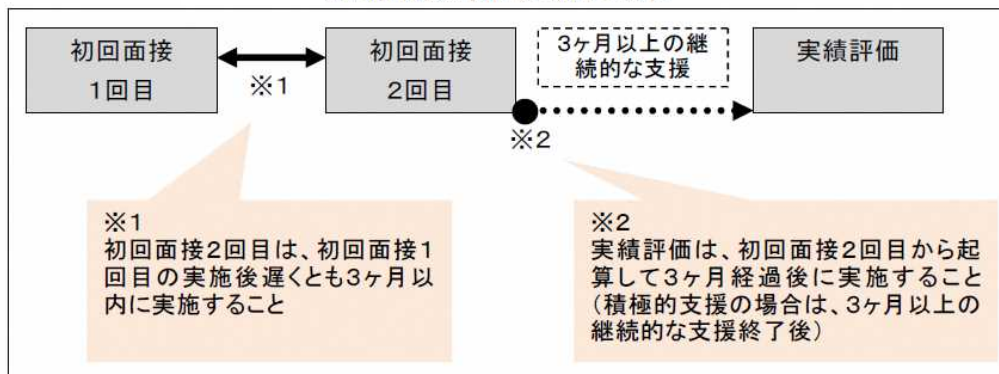
特定健康診査当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に対して、把握できる情報(腹囲・体重、血圧、質問票の回答を含めた既往歴、前年度の検査結果等)をもとに、専門職が初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成する。

イ 初回面接2回目

全ての検査結果が揃った後に、医師が総合的な判断を行った上で、専門職が本人に電話等を用いて相談しつつ、当該行動計画を完成する。

なお、初回面接を分割して実施した場合は、初回面接2回目に引き続いて同一日に継続的な支援を実施することも可能である。

初回面接を分割して実施する場合



(参考) 特定保健指導対象者の選定 (=階層化)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳～64歳	65歳～75歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	リスク数2つ以上	/	積極的支援	動機付け支援
	リスク数1つ	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	リスク数3つ	/	積極的支援	動機付け支援
	リスク数2つ	あり なし		
	リスク数1つ	/		

注: 65歳以上の方が特定保健指導対象者となる場合は、リスク数等に関係なく、動機付け支援を実施することになります。

【追加リスクの基準】

◎以下の基準に該当している場合は、該当している項目ごとに追加リスク数をカウントします。

◇血糖 = 空腹時血糖値が100mg/dl以上、又はHbA1c(NGSP値)が5.6%以上

(やむを得ない場合は、随時血糖100mg/dl以上)

◇脂質 = 中性脂肪150mg/dl以上、又はHDLコレステロール40mg/dl未満

◇血圧 = 収縮期血圧が130mmHg以上、又は拡張期血圧85mmHg以上

留 (2) 健診当日に初回面談を実施した場合

【特定健康診査・健康診査結果入力票】(報告用)

フリガナ氏名	性別	受診券番号	健康証番号
	年齢	保険者番号	受診日 年 月 日

計測	身長	cm	血圧	最高	最小	*1…最高血圧130mmHg以上または最低血圧80mmHg以上の場合は、2回目の血圧測定を行います。 *2…2回測定し、詳細検査の基準に血圧を用いた場合は、平均値(小数点以下切捨て)を記載してください。血圧の判定は1回目と2回目の平均値を用います。
	体重	kg		1回目	mmHg	
	腹囲	cm	2回目 ^{*1}	mmHg		
	<input type="checkbox"/> 自己測定		平均値 ^{*2}	mmHg		

脂質	HDLコレステロール	mg/dl	採血時間	食事開始時から()時間	
	LDLコレステロール	mg/dl		※採血時間は必ずご記入ください。	
	Non-HDLコレステロール	mg/dl	肝機能	AST(GOT)	U/l
	中性脂肪(TG)	mg/dl		ALT(GPT)	U/l

糖尿病	空腹時血糖	mg/dl	γ-GTP	U/l
	随時血糖	mg/dl		

貧血	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施:理由コード	尿蛋白	-	±	+2+	+3+	検尿	尿糖	-	±	+2+	+3+
	赤血球数		万/mm ³									
	ヘマトクリット		(%)									
	血色素量(ヘモグロビン)		g/dl									

心電図所見	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施	その他所見(別添のコード表を参考に記入してください。) ① <input type="text"/> ② <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 洞性徐脈	<input type="checkbox"/> 洞性頻脈	<input type="checkbox"/> PAC散発
	<input type="checkbox"/> PAC頻発		<input type="checkbox"/> PVC散発	<input type="checkbox"/> PVC頻発	<input type="checkbox"/> 心房細動	
	<input type="checkbox"/> 左軸偏位		<input type="checkbox"/> 右軸偏位	<input type="checkbox"/> 左脚前枝ブロック	<input type="checkbox"/> 左室高電位	
	<input type="checkbox"/> 左室肥大		<input type="checkbox"/> 軽度ST低下	<input type="checkbox"/> 中等度ST低下	<input type="checkbox"/> T波平低化	
	<input type="checkbox"/> 中等度陰性T波		<input type="checkbox"/> I度房室ブロック	<input type="checkbox"/> IRBBB	<input type="checkbox"/> RBBB	
	<input type="checkbox"/> WPW病状					
	特記事項:					

眼底所見	<input type="checkbox"/> 実施せず <input type="checkbox"/> 実施:理由コード	観察所見	<input type="checkbox"/> 所見なし
	S区分 0 I II III IV		<input type="checkbox"/> 判定不能
	H区分 0 I II III IV		<input type="checkbox"/> 判定不能
	K7ケナー 0 I IIa IIb III IV		<input type="checkbox"/> 判定不能

追加項目	血清クレアチニン	mg/dl
	血清尿酸	mg/dl

医師自由記載欄	特定保健指導 <input type="checkbox"/> 実施 健診当日に初回面談実施 <input type="checkbox"/> 実施 ※受診券が特定保健指導とのセット券の場合のみ、初回面談が実施できます。チェックがなければ請求が受け付けられません。
---------	--

医療機関名	医師サイン
-------	-------

- ① 特定健診当日に初回面談を実施する保険者は、受診券として、特定保健指導とのセット券を発行します。
→ **セット券の場合のみ、初回面談が実施できます**
- ② 初回面談を実施した場合、結果入力票の下記項目に必ずチェックを入れてください。
→ **チェックが、従来の特定保健指導の利用券の代わりとなります。**

特定保健指導	健診当日に 初回面談実施
	<input checked="" type="checkbox"/> 実施

※受診券が特定保健指導とのセット券の場合のみ、初回面談が実施できます。
チェックがなければ請求が受け付けられません。

改

10 問診票(表面 上側)

【様式1】

問 診 票							
・後期高齢者健康診査・健康増進			①(明治、大正、昭和) →平成を追加する				
フリガナ	②「受診券整理番号」「保険者番号」削除 ③「受診年月日」の位置変更 ④5月～の新元号に対応するため、H31問診票は「平成」を削除		生年 月 日	(M ・ T ・ S ・ H) 年 月 日	年齢	性別	男・女
氏 名			歳	歳	歳	歳	歳
受診年月日	年 月 日		電話番号		⑦()→□へ変更		

【問 診】 各設問において、該当する口にレ印をつけて下さい。また、 内には数字を

※現在、該当疾患において医療機関を受診していても、既往歴もない場合は「現病歴なし」にレ印をつけて下さい。
※「経過観察」とは、医療機関を受診していても、服薬や注射などの治療を受けていない状態をい

1 該当する疾患にて か？ 該当するものがあれば、 レ印をつけて下さい。	通院している (服薬・ 治療中)	通院している (経過 観察中)	既往歴あり (5年以内)	該当疾患の 現病歴なし
(1) 特になし (※下記(2)～(11)に該当しない場合)	***	***	***	□
(2) 高血圧症	□	□	□	***
(3) 糖尿病	□	□	□	***
(4) 脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化など)	□	□	□	***
(5) 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など)	□	□	□	***
(6) 心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)	□	□	□	***
(7) 慢性腎臓病・腎不全	□	□	□	***
(8) 貧血症	□	□	□	***

⑤(2)～(11)に該当しなければチェックをすることが分かりづらいため補足を追記

⑥ ⑤の理由で追記

改

問診票(表面下側、裏面)

(9) 高尿酸血症・痛風		***	***
(10) 肝臓・胆嚢疾患(肝炎、胆石、脂肪肝など)		<input type="checkbox"/>	***
(11) う歯(虫歯)・歯周疾患		***	***

⑧
以下に該当しない場合はチェック不要の旨追記

2 最近6ヶ月以内の間に、次の症状がありましたか? (該当しない場合はチェック不要)

<input type="checkbox"/> 胸部不快感	<input type="checkbox"/> 動悸・不整脈	<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい	<input type="checkbox"/> 呼吸困難感
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

3 喫煙についてお答えください。

(1) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(ここ2ヶ月以上吸っていない) <input type="checkbox"/> 現在、習慣的に吸っている
(2) 喫煙した年数はどの程度ですか。(現在吸っている、又は以前に吸っていた方)	<input type="text"/> 年 ⑦()→ <input type="checkbox"/> へ変更
(3) 1日何本吸っていますか。(現在吸っている、又は以前に吸っていた方)	<input type="text"/> 本/日

4 飲酒についてお答えください。

(1) あなたは、お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々()→ <input type="checkbox"/> へ変更 <input type="checkbox"/> はい()→ <input type="checkbox"/> へ変更
(2) 1日にどれくらいの量を飲みますか。(1合、1本、1杯未満は、「0」を記入してください) ※合・本・杯数を記入する口内は1桁とし、2桁以上の場合は「9」を記入してください	・日本酒 <input type="text"/> 合/日 ・ビール500ml缶 <input type="text"/> 本/日 ・水割り <input type="text"/> 杯/日 ・焼酎割り <input type="text"/> 合/日

いる	<input type="checkbox"/> 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。
んでいる(6か月以上)	
、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
間もきれいに	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
院を受診して	<input type="checkbox"/> いいえ

20 日頃の血圧自己測定についてお答えください。

<input type="checkbox"/> ほぼ毎日測定	} 最大血圧 <input type="text"/> mmHg 最小血圧 <input type="text"/> mmHg
<input type="checkbox"/> 週に1回以上測定	
<input type="checkbox"/> 月に1回以上測定	
<input type="checkbox"/> 上記以外～測定しない	

改 特定健康診査マニュアル一部改定一覧

1 マニュアル本文の変更内容

	ページ数 項目	H30現行	H31改定	理由
①	p 4,5 詳細検査	※平成30年度における経過措置として、平成29年度に実施した特定健康診査の結果に基づき第二期の判断基準に該当した者も、平成30年度に詳細な健診として実施してかまいません。	削除	・ H30のみの経過措置のため、H31からは該当しないため。
②	p14 (1)食事時間のききとり	<ul style="list-style-type: none">・ 採血にあたって、事前に食後時間を必ず聞き取りカルテに記載します。・ 食後時間の記載方法は以下のとおりです。・ 食後時間の聞き取りは、採血時に聞き取りをお願いします。	<ul style="list-style-type: none">・ 採血にあたって、事前に<u>食事開始時からの時間</u>を必ず聞き取りカルテに記載します。・ <u>食事開始時からの時間</u>の記載方法は以下のとおりです。・ <u>食事開始時からの時間</u>の聞き取りは、採血時に聞き取りをお願いします。	・ 国の手引きにあわせて、食事時間の考え方を「食後時間」から「食事開始時からの時間」に変更する。
③	p22,24,33,37 判定区分表	血糖値 <ul style="list-style-type: none">・ 空腹時、随時血糖（食後4時間以上）・ 食後4時間未満 中性脂肪 <ul style="list-style-type: none">・ 空腹時・ 食後4時間未満	血糖値 <ul style="list-style-type: none">・ 空腹時、随時血糖・ <u>食直後</u> 中性脂肪 <ul style="list-style-type: none">・ 空腹時・ <u>食直後</u>	変更内容②の考え方に合わせ、食事開始時からの時間に変更すると、「食後4時間」は誤りであるため削除。p15で定義している名称で表記する。

	ページ数 項目	H30現行	H31改定案	理由
④	p24 判定区分	※国が決めた判定区分値 網 掛け ・AST(GOT)、ALT(GPT) 受診勧奨値→「61-」 ・eGFR 網掛けなし	※国が決めた判定区分値 ・AST(GOT)、ALT(GPT) 受診勧奨値→「51-」 ・eGFR 要経過観察→「60未満」 受診勧奨値→「45未満」	・厚生労働省健康局 「標準的な健診・保健 指導プログラム【平成 30年度版】」で示され ている「健診検査項目 の保健指導判定値及び 受診勧奨判定値」に準 ずる。
⑤	p29 眼底判定所見	眼底の判定には、Scheie分 類とKeith-Wagner (K-W) 分類により行います。両方の 分類の所見または、どちらか 一方の所見の記入でも結構で す。	眼底の判定には、Scheie分類 とKeith-Wagner (K-W) 分類 により行います。両方の分類 の所見を <u>記入してください。</u>	・システム入力におい て両方の所見を要する ため。
⑥	p44 眼底判定 ②例外的な所 見の記入	この診察所見コード（と診察 判定コード）を、“医眼底検 査依頼書兼結果通知書”表面 の医師判定所見欄に書き込ん でください。	この診察所見コード（と診察 判定コード）を、 <u>結果入力票 の「診察所見」に記入してく ださい。また眼底検査の委託 機関においては、“医眼底検査 依頼書兼結果通知書”表面の医 師判定書兼欄に書き込んでく ださい。</u>	・結果入力票へ記入す る旨についても追記。
⑦	p54 (6)医師による 紹介状発行に ついて	診察医師は、有所見を放置す ることは危険と判断した場合、 受診者に十分説明し至急に医 療機関受診を促します。その とき、医療機関診察医師宛に 紹介状を発行することができます。……	(6) は全文削除	・紹介状発行について マニュアルには規定し ない

	ページ数 項目	H30現行	H31改定	理由
⑧	p61 生活習慣上の 留意点 (歯科)	問診回答組み合わせ+コメン ト文1パターン	問診回答組み合わせ及びコメ ント文3パターン	H30標準的な質問票に 歯科口腔保健に関する 質問が追加された。こ の歯科問診と従来のも の独自項目を組み合わ せて見直しを行った。

2 結果入力票の変更内容

	ページ数 項目	H30現行	H31改定	理由
結果 入力 票	① 計測	身長 体重 腹囲	身長 体重 腹囲 特記事項	・「特記事項」欄を追加
	② 血圧	1回目 2回目	1回目 2回目*1 平均値*2 *1…最高血圧130mmHg以上または最低血圧85mmHg以上の場合は、2回目の血圧測定を行います。 *2…2回測定し、詳細検査の基準に血圧を用いた場合は、平均値（小数点以下切捨て）を記載してください。血圧の判定は1回目と2回目の平均値を用います。	・血圧測定及び判定の留意点について追記
	③ 採血時間	食後（ ）時間	食事開始時から（ ）時間	国の手引きにあわせて採血時間の聞き取りを「食後時間」から「食事開始時から」に変更
	④ 眼底所見	—	※白内障等で眼底の判定が出来ない場合は、記載方法について特定健康診査マニュアルp44を参照	・眼底判定不能の場合の結果入力票への記載方法について追記

3 問診票の変更内容

	ページ数 項目	H30現行	H31改定	理由	
問 診 票	①	生年月日	(明治、大正、昭和)	(M・T・S・H)	・「平成」を追加する
	②	本人情報	「受診券整理番号」 「保険者番号」	削除	・受診券に同様の情報があるため不要
	③ ④	本人情報	「受診年月日 平成 年 月 日」	「受診年月日 年 月 日」	・新元号に対応するため、 H31問診票は「平成」を 削除 ・上記②削除に伴い位置 変更
	⑤	問診 1	(1)特になし	(1)特になし <u>(※下記(2)～ (11)に該当しない場合)</u>	・(2)～(11)の疾患に該 当しなければ「(1)特に なし」にチェックするこ とが分かりづらいため補 足を追記
	⑥	問診 1	現病歴なし	該当疾患の現病歴なし	・⑤と同様の理由のため
	⑦	問診 問診 3(2)(3) 問診 4(2) 問診 20	数字記入欄 ()	数字記入欄 <input type="checkbox"/>	・システムで入力可能な 桁数以上の記載がみられ るため
	⑧	問診 2	最近6ヶ月以内の間に、次 の症状がありましたか？	最近6ヶ月以内の間に、次 の症状がありましたか？ <u>(該当しない場合はチェッ ク不要)</u>	・該当しない場合の記入 方法が分かりづらいため

**引き続き、通院中の方への特定健診の受診勧
奨及び、特定健康診査の実施にご協力をよろし
くお願いいたします。**

(問い合わせ先)

特定健康診査等の制度や検査項目等に関すること

高知県健康長寿政策課 特定健康診査担当 TEL:088-823-9675