

# 神奈川県医師国民健康保険組合 令和6年度特定健康診査について

## ■健診の内容について

区 分		内 容		
特定健康診査	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		
		自覚症状及び他覚症状の検査		
		身体計測	身長／体重／腹囲／BMI	
		血圧	収縮期血圧／拡張期血圧	
		血中脂質検査	中性脂肪(空腹時または随時)※1／HDLコレステロール／LDLコレステロール、または non-HDLコレステロール※2	
		肝機能検査	AST(GOT)／ALT(GPT)／ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)	
		血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c(NGSP値)または随時血糖※3	
		尿検査	糖／蛋白	
	詳細な健診の項目(医師の診断による追加項目)※4	貧血検査	赤血球数／血色素量／ヘマトクリット値	
		心電図検査		
		眼底検査		
		血清クレアチニン検査及びeGFR		

- ※ 基本的に10時間以上の絶食を「空腹時」。(水やお茶等カロリーのない水分の接種は可)空腹時であることが確認できない場合を「随時」。「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年度版より」
- ※1 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うことができます。
- ※2 中性脂肪が400mg/dl以上である場合や食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価を行うことができます。
- ※3 やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食事後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことができます。
- ※4 詳細な項目の基準については5ページをご覧ください。

## ■料金について

受診者の窓口負担金はありませんので、健診費用を全額ご請求ください。

区 分		紙媒体(健診票)での請求単価	電子媒体での請求単価	
特定健康診査	基本的な健診の項目	8,157円	8,547円	
	詳細な健診の項目(医師の診断による追加項目)	貧血検査	230円	230円
		心電図検査	1,430円	1,430円
		眼底検査	1,230円	1,230円
		血清クレアチニン検査及びeGFR	120円	120円

神奈川県医師会との契約に基いた請求単価(令和5年度と同額)となります。

## ■請求方法について

紙媒体(健診票)での請求の場合は、「特定健診の費用に係わる集計票(入力代行業者提出用)」と「特定健康診査票①連合会提出用」(3枚綴りの1枚目)を神奈川県国保団体連合会(〒220-0003 横浜市西区楠町27-1)の特定健診班(電磁化事業者受付)宛にご提出ください。

【注】川崎市医師会、鎌倉市医師会、小田原医師会、中郡医師会に加入している医療機関は、各々の所属医師会にご提出ください。

# 特定健康診査票記入方法

- (1) 請求区分：1、または2の該当する番号を記入
- (2) 保険者番号：特定健康診査受診券に記入されている保険者番号(00143016)を記入
- (3) 証記号・番号・枝番：被保険者証の記号(31)・番号8桁・枝番2桁を記入
- (4) 受診券整理番号：特定健康診査受診券に記載されている整理番号11桁を記入
- (5) 有効期限：特定健康診査受診券に記載されている有効期限を記入
- (6) 実施機関コード：10桁の特定健診実施機関番号を記入
- (7) 実施機関名称：特定健診実施機関の名称を記入(20文字まで)
- (8) 実施機関住所：郵便番号、住所(40文字まで)、電話番号を記入
- (9) 原則として太枠欄は、受診者本人が記入することになっていますが、未記入である場合は被保険者証のとおり記入
- (10) 健診費用：「詳細項目」料金(実施した場合)貧血230円、心電図1,430円、眼底検査1,230円、クレアチニン120円を記入し「合計」の金額を記入
- (11) 負担区分：「基本的健診」・・・1 「詳細項目」・・・1(実施した場合)
- (12) 負担率：未記入
- (13) 窓口負担額：「基本的健診」、「詳細項目(実施した場合)」ともに0(円)(負担なしのため)と記入し、合計欄も0(円)と記入
- (14) 請求金額：費用の合計額を記入
- (15) 実施年月日：健診を実施した年月日を記入
- (16) メタボリックシンドロームの判定：右記の1～4の該当する番号を記入→ 5ページ参照
- (17) 保健指導レベル：右記の1～4の該当する番号を記入 → 6ページ参照
- (18) 医師の診断(判定)：右記の1～4の該当する番号を記入 → 6ページ参照
- (19) 健診を実施した医師の氏名：実施した医師の氏名を記入
- (20) 採血時間：右記の2～4の該当する番号を記入
- (21) 検査項目(基本項目・詳細項目)
  - ①検査コードについて  
検査方法が複数ある検査については、4ページの別表2 検査コード表から検査方法を選択し、検査コードの下1桁を点線枠内に記入
  - ②検査結果について  
数値を記入する項目については、3ページの別表3～6及び右記から該当する番号を記入

**【注】** 記入漏れ・不鮮明等がありますと、データが作成できませんのでご注意ください。

# 特定健康診査コード表

別表1 窓口負担区分

コード	負担区分
1	負担なし

別表3 既往歴(疾病コード)

コード	疾 病
1	肥満(BMI 25.0以上)
2	高血圧
3	貧血
4	肝疾患
5	糖尿病(境界型を含む)
6	虚血性心疾患
7	その他の心疾患
8	腎疾患
9	高脂血症(脂質異常症)
10	呼吸器疾患
11	高尿酸血症
12	甲状腺疾患
13	脳血管疾患
14	消化器疾患
15	アルコール性肝疾患
16	その他の疾患

別表4 自覚症状(所見コード)

コード	所 見
1	動悸・息切れ
2	胸痛・胸部不快
3	頭痛・肩こり
4	一過性の意識喪失
5	めまい・耳鳴り
6	手足のしびれ・舌のもつれ
7	手足の不自由感
8	全身倦怠感
9	口渇多飲
10	体重減少
11	むくみ
12	喀痰・咳嗽
13	その他

別表5 他覚症状(所見コード)

コード	所 見
1	貧血
2	くも状血管腫・手掌紅斑
3	振せん(指・唇・舌)
4	心音異常・心雑音
5	不整脈
6	呼吸音異常
7	肝腫大
8	浮腫・眼瞼
9	浮腫・下肢
10	四肢の動脈硬化
11	その他

別表6 心電図(所見コード)

コード	所 見
1	Q・QS異常
2	軸偏位
3	R波増高
4	ST下降
5	T異常
6	房室伝導異常
7	心室内伝導異常
8	不整脈
9	その他

別表2 検査コード

コード	項目名	検査方法	備考
12 1	尿糖	1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
12 2		2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
13 1	尿蛋白	1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
13 2		2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
14 1	中性脂肪(トリグリセリド) (空腹時)	1: 可視吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
14 2		2: 紫外吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
14 3		3: その他	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
14 1	中性脂肪(トリグリセリド) (随時)	1: 可視吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	採血時間(食後)のコードは3: 食後3.5時間以上10時間未満
14 2		2: 紫外吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	採血時間(食後)のコードは3: 食後3.5時間以上10時間未満
14 3		3: その他	採血時間(食後)のコードは3: 食後3.5時間以上10時間未満
15 1	HDLコレステロール	1: 可視吸光光度法(直接法(非沈殿法))	
15 2		2: 紫外吸光光度法(直接法(非沈殿法))	
15 3		3: その他	
16 1	LDLコレステロール	1: 可視吸光光度法(直接法(非沈殿法))	
16 2		2: 紫外吸光光度法(直接法(非沈殿法))	
16 3		3: その他	
16 4		4: 計算法	
17 1	GOT (AST)	1: 紫外吸光光度(JSCC標準化対応法)	
17 2		2: その他	
18 1	GPT (ALT)	1: 紫外吸光光度(JSCC標準化対応法)	
18 2		2: その他	
19 1	γ-GT (γ-GTP)	1: 可視吸光光度法(JSCC標準化対応法)	
19 2		2: その他	
20 1	空腹時血糖	1: 電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
20 2		2: 可視吸光光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
20 3		3: 紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グル コキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
20 4		4: その他	採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)
21 1	HbA1c (NGSP値)	1: 免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)	
21 2		2: HPLC (不安定分画除去HPLC法)	
21 3		3: 酵素法	
21 4		4: その他	
45 1	随時血糖	1: 電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	採血時間(食後)のコードは 3: 食後3.5時間以上10時間未満
45 2		2: 可視吸光光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	採血時間(食後)のコードは 3: 食後3.5時間以上10時間未満
45 3		3: 紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グル コキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	採血時間(食後)のコードは 3: 食後3.5時間以上10時間未満
45 4		4: その他	採血時間(食後)のコードは 3: 食後3.5時間以上10時間未満
40 1	血清クレアチニン	1: 可視吸光光度(酵素法)	小数点以下2桁
40 2		2: その他	小数点以下2桁

## 詳細な項目の基準について

貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者、または視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査 (12誘導心電図) 注1	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg、または問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 注2	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期140mmHg以上、または拡張期90mmHg以上、または問診等で不整脈が疑われる者</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 6.5 %以上、または随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血 圧	収縮期140mmHg以上、または拡張期90mmHg以上、または問診等で不整脈が疑われる者	血 糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 6.5 %以上、または随時血糖値が126mg/dl以上
血 圧	収縮期140mmHg以上、または拡張期90mmHg以上、または問診等で不整脈が疑われる者				
血 糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 6.5 %以上、または随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 5.6 %以上、または随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血 圧	収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上	血 糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 5.6 %以上、または随時血糖値が100mg/dl以上
血 圧	収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上				
血 糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 5.6 %以上、または随時血糖値が100mg/dl以上				

注1 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

注2 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

### (16)メタボリックシンドロームの判定・・・〈参考〉厚生労働省HP:メタボリックシンドローム判定基準

#### ■ メタボリックシンドローム予備群

男性：腹囲 $\geq$ 85cm + 該当項目1つ      女性：腹囲 $\geq$ 90cm + 該当項目1つ

#### ■ メタボリックシンドローム該当者

男性：腹囲 $\geq$ 85cm + 該当項目2つ以上      女性：腹囲 $\geq$ 90cm + 該当項目2つ以上

該当項目とは

- ・ 血糖 空腹時血糖が110mg/dl以上、またはHbA1c (NGSP値) 6.0%以上
- ・ 脂質 空腹時中性脂肪が150mg/dl以上(やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満
- ・ 血圧 収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

※ 薬剤治療を受けている者はそれぞれの該当する項目に含める。

( =それぞれの項目のリスク1としてカウント)

## (17) 保健指導レベル

保健指導の選定と階層化・・・厚生労働省HP:保健指導対象者の選定と階層化より

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～74歳
(男性) 85cm以上	2つ以上該当		あり	積極的支援	動機付け支援
(女性) 90cm以上	1つ該当				
上記以外で BMI25kg/m <sup>2</sup> 以上	3つ該当		あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当				
	1つ該当				

追加リスクとは

- ・血糖 空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)が5.6%以上
- ・脂質 空腹時中性脂肪が150mg/dl以上(やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満
- ・血圧 収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

注1 服薬中の者(問診票等において把握)については、医療保険者による特定保健指導の対象としない

理由: 継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等の生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため。

注2 65歳以上75歳未満については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする

理由: 日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であるため、動機づけ支援とする。

## (18) 医師の診断(判定)・・・&lt;参考&gt;厚生労働省HP:保健指導判定値・受診勧奨判定値

検査項目	保健指導判定値	受診勧奨判定値
血圧(収縮期)	130mmHg以上	140mmHg以上
血圧(拡張期)	85mmHg以上	90mmHg以上
空腹時中性脂肪	150mg/dl以上	300mg/dl以上
随時中性脂肪	175mg/dl以上	300mg/dl以上
HDLコレステロール	39mg/dl未満	—
LDLコレステロール	120mg/dl以上	140mg/dl以上
non-HDLコレステロール	150mg/dl以上	170mg/dl以上
空腹時血糖	100mg/dl以上	126mg/dl以上
HbA1c(NGSP値)	5.6%以上	6.5%以上
随時血糖	100mg/dl以上	126mg/dl以上
AST(GOT)	31U/l以上	51U/l以上
ALT(GPT)	31U/l以上	51U/l以上
γ-GT(γ-GTP)	51U/l以上	101U/l以上
色素量【ヘモグロビン値】	13.0g/dl(男性)未満 12.0g/dl(女性)未満	12.0g/dl(男性)未満 11.0g/dl(女性)未満
eGFR	60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満	45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満