

特定・後期高齢者健康診査実施要領

後期高齢者健康診査
は、腹囲・眼底検査
は実施しません。

1. 目的

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、メタボリックシンドロームに着目し、そ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するために実施する。併せて、循環器疾患等を早期に発見、指導を行うことにより疾患の予防を図るものとする。

2. 実施主体

伯耆町

3. 健診対象者

【特定健診】伯耆町国民健康保険被保険者であって当該年度に40歳以上に到達する被保険者で、伯耆町が発行した特定健康診査受診券(けんしんパスポート)を持参した者。

【後期高齢者健診】後期高齢者医療保険被保険者で、伯耆町が発行した後期高齢者健康診査受診券(けんしんパスポート)を持参した者。

4. 健診実施医療機関

鳥取県西部医師会に健診業務を委託するものとする。鳥取県西部医師会との委託契約に基づく医療機関で実施。

(眼底検査については、眼科医院で実施)

5. 健診実施期間

7月1日～12月31日

6. 実施方法

(1)基本的な健診項目

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、血圧、腹囲測定)、理学的所見(身体診察)、血圧測定、脂質検査(空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪※1、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は Non-HDL コレステロール※2、肝機能(AST、ALT、 γ -GT)、血糖検査(ヘモグロビン A1c のみ)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

(※1 注)特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

【non-HDL コレステロール】中性脂肪が400mg/dl 以上である場合又は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)でもよい。

(2)詳細な健診

以下の判定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する。(基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。)

なお、他の医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等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、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏ま

え、医師が個別に判断する必要がある。

| 検査項目 | 実施理由 | 判断基準 | |
|---------|---|--------------|---|
| 詳細な健診項目 | 貧血検査 赤血球 血色素量 ヘマクリット値 | 1.既往歴 | 貧血の既往歴を有する者 |
| | | 2.診察 | 診察等で貧血が疑われる場合 |
| | 心電図 | 1.基準該当 | 当該年度の健診の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上、若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上 |
| | | 2.問診 | 問診等において不整脈が疑われる者 |
| | 眼底検査 <small>※後期高齢者健康診査では実施しない</small> | 1.基準該当 | 当該年度の健診結果等において、①または②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 HbA1c 6.5%以上 |
| | | 2.前年度 | 上記①a、bのいずれかの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度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において、血糖検査の結果が基準に該当した者も含む。 |
| | 腎機能 クレアチニン eGFR | 1.基準該当 | 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血糖の値が以下の基準に該当した者 ① 血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 b 拡張期血圧 85mmHg 以上 ② 血糖 HbA1c 5.6%以上 |
| | | 2.追加項目 | 1.基準該当 以外の者全員 |
| | 追加項目 | 尿酸 | 全員に実施 |
| | 追加項目 町独自の | HbA1c | 空腹時血糖検査か随時血糖検査を実施した場合は、追加項目としてヘモグロビン A1c を実施する。 |

7. 結果の通知

健診機関は「伯耆町特定健診記録票」の3枚目(本人用)により健診結果を受診者に通知する。伯耆町提供の受診者返信用封筒(もしくは任意の封筒でも可)で結果を通知する。

8. 健診委託料

| 区 分 | | 1人当たり委託料単価(うち消費税及び地方消費税の額) | | 支払条件 |
|-----------------------------------|----------------|----------------------------|---|---------------|
| 基本的な健診の項目及び追加健診項目(データ化、結果通知料を含む。) | | 9,000円 (818円) | | 健診実施後に一括 |
| 詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目) | 貧血検査 | 230円 (21円) | | |
| | 心電図検査 | 1,430円 (130円) | | |
| | 眼底検査 | 1,230円 (112円) | | |
| | 血清クレアチニン及びeGFR | 基本項目に含む | | |
| 町独自の追加健診項目 | ヘモグロビンA1c | 空腹時 | 基本的な健診の項目として空腹時血糖検査を実施し、町独自の追加項目としてHbA1cを実施した場合 | 530円 (48円) |
| | | 食直後・食後 | 基本的な健診の項目としてHbA1cのみを実施した場合。 | 基本項目に含む |

※ クレアチニン検査については、鳥取県の取り組みとして受診者全員が受診するため、詳細な健診の項目として実施した場合も実施しなかった場合も費用は基本的な健診の項目及び追加健診項目に含まれているため、別途請求の必要はない。

また、健診結果については、第4条第1項の規定に従い、連合会へデータの提出を行うこととなる。

9. 受診者負担金

1人につき500円

10. 健診報告及び委託料の請求

健診機関は、可能な限り健診実施月の翌月5日までに、国保連合会(代行入力機関経由もあり)へデータ送付により実施報告及び委託料の請求を行う。

また、「伯耆町特定健診記録票」(伯耆町用)および「伯耆町後期高齢者健康診査記録票」(伯耆町用)は、健診実施月の翌月の15日必着で伯耆町健康対策課に提出する。

なお、健診委託料の請求が2月7日を越える可能性が生じた場合は、速やかに町に報告する。

特定健診記録票の記入について

様式 医療機関用、伯耆町用、データ入力機関用、受診者用の 4枚綴り で複写になっています。

記入方法

・郵便番号、住所、氏名、性別、生年月日、電話番号、保険者番号、被保険者番号、受診券整理番号、受診券有効期限が未記入の場合は受診券から転記してください。氏名にはフリガナもはっきり記入してください。受診券の受診券整理番号欄が空欄の場合は伯耆町健康対策課までお問い合わせ下さい。

1 問診票欄

・服薬状況、既往歴、自覚症状、生活習慣、保健指導について、問診より記入してください。なお、高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取してください。

2 検査項目欄

(1) 身体計測

- ・身長、体重、腹囲、BMIの数値を記入してください。
- ・腹囲は服を着たままの測定はせず、巻尺が水平に巻かれていることを確認してください。
- ・腹囲の数値については、実施状況(実測、自己測定、自己申告のいずれかを○で囲む。)を記入してください。

(2) 血圧

- ・測定値と実施状況(1回目、2回目、その他(平均値等)のいずれかを○で囲む。)を記入してください。

(3) 脂質

- ・中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたは non-HDL コレステロールの測定値を記入してください。non-HDL コレステロール実施する場合には「特定健康診査実施要項 6 (1)基本的な健診(※注1)」を参照してください。
- ・実施しない項目の欄には斜線(/)を記入してください。

(4) 肝機能

- ・AST、ALT、 γ -GTの測定値を記入してください。

(5) 血糖

- ・HbA1c は全員に実施してください。(空腹時には基本的な健診の項目として空腹時血糖検査を実施し、町独自の追加項目として HbA1cを実施し、それぞれ請求してください。食直後、食後の場合は基本的な健診の項目として HbA1c のみを実施してください。)

(6) 尿検査

- ・尿糖及び尿蛋白の検査結果を記入してください。

(7) 詳細健診

- ・貧血検査

対象者は、貧血の既往歴がある又は視診等で貧血が疑われ、医師が必要と判断した者です。実施した場合は、実施理由及び検査結果を記入してください。

・心電図・眼底検査

対象者は、特定健康診査実施要項「6 実施方法 (2) 詳細な健診」を確認してください。実施した場合は、実施理由及び検査結果を記入してください。また眼底検査については、「伯耆町眼底検査依頼票(伯耆町国保・伯耆町健診専用)」の提出をお願いします。

・腎機能

対象者は、特定健康診査実施要項「6 実施方法 (2) 詳細な健診」を確認してください。鳥取県の追加項目でもあるため、実施理由1または2に必ず○印が必要です。また、eGFR 値も記入してください。

3 他覚症状

該当の症状があれば、それぞれの症状について指示区分の数字を○で囲んでください。

4 メタボリックシンドローム判定

判定区分のうち、1つだけ○で囲んでください。

5 特定保健指導レベル

該当があれば○で囲んでください。

6 総合判定

判定区分のうち、該当するものをそれぞれ○で囲んでください。

7 意見

健診結果について、指示及び指導事項があればコメント等、自由に記入してください。

8 健診日、判断した医師の氏名、健診医療機関名、検診機関番号

該当する内容を記入してください。

眼底検査方法(眼科紹介用)

1 検査対象者

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または②血糖の値が以下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 | 90 mmHg 以上 |
| ②血糖 a ヘモグロビン A1c | 6.5%以上 |

2 検査実施医療機関

| | |
|-----------|---------------|
| 魚谷眼科 | 上 後 藤 2 丁 目 |
| かねだ眼科 | 八 幡 |
| 神鳥眼科医院 | 博 労 町 4 丁 目 |
| 佐古眼科医院 | 加 茂 町 2 丁 目 |
| 高木眼科医院 | 道 笑 町 4 丁 目 |
| ふなこし眼科 | 紺 屋 町 |
| 富長眼科クリニック | 東 福 原 6 丁 目 |
| にしがみ眼科 | 新 開 |
| 松井眼科 | 淀 江 町 佐 陀 |
| 伯耆中央病院 | 伯 耆 町 溝 口 長 山 |
| さいはく眼科 | 南 部 町 倭 |

3 検査実施期間

令和 8 年 7 月 1 日から令和 9 年 1 月 15 日まで

4 眼底検査依頼票の発行

検査の対象となった者に、「伯耆町眼底検査依頼票」を発行する。

- (1)眼底検査を(氏名から有効期限(健診実施日から 2 週間後まで)まで)必ず記入する。
- (2)記入後、3 部とも受診者に渡す。
- (3)取扱い眼科医を紹介する。
- (4)保険証を持参するよう指導する。

5 眼底検査料について

特定健診医に眼科医から検査を実施した翌月の 15 日までに報告書・請求書・眼底検査実施者名簿が送付されます。

眼底検査を実施した場合、健診医に伯耆町から特定健診委託料として眼底検査料も支払いますので、眼科医への支払いは、健診医療機関が責任を持って行ってください。

※眼底検査料の支払い方法については、各医療機関で決めていただいております。