

超図解

2025 年度

# 早わかり特定健診マニュアル

【医療機関用 改定版 Ver. 1.8】

2025 年 4 月 1 日

別 府 市 医 師 会

## も く じ

### I. 実施内容

集合契約における各主体間の関係図

1	特定健康診査	1～	2
2	後期高齢者医療被保険者の健康診査	1～	2
3	健康増進法に基づく健康診査	1～	2
4	労働安全衛生法に基づく事業主健診との関係について	3～	4

### II. 各保険別フローチャート及び受診券レイアウト

1	社会保険（全国健康保険協会管掌健康保険）健保・共済組合	5～	6
2	国民健康保険	7～	8
3	後期高齢者医療被保険	9～	10
4	別府市生活習慣病健診（生活保護世帯・保険未加入者）	11～	12

（参考）特定健診フローチャート（別紙2 参照）

### III. 医療機関での事務

1	問い合わせへの対応	13
2	当日の窓口事務	13
3	健康診査終了後の事務	14～16

（参考）請求区分記入一覧表（別紙1 参照）

### IV. 健診実施の流れ

1	特定健康診査（健康診査）実施の流れ	17～21
2	健診終了後の受診者への説明	22～23

（参考）健診実施の流れフローチャート（別紙2 参照）

（参考）医療機関用 転写用紙（40～74歳まで）（別紙3 参照）

（参考）医療機関用 転写用紙（75歳以上及び前期高齢者）（別紙3 参照）

（参考）検査依頼について（別紙4 参照）

### V. 様式（別添）

資料1－1 特定健診依頼書（40歳～74歳まで・75歳以上及び前期高齢者：サンプル）

資料1－2 同一検査依頼書（連名簿：サンプル）

資料2 特定健康診査受診結果通知書（サンプル）

資料3 別府市生活習慣病健診請求明細書（様式2号）

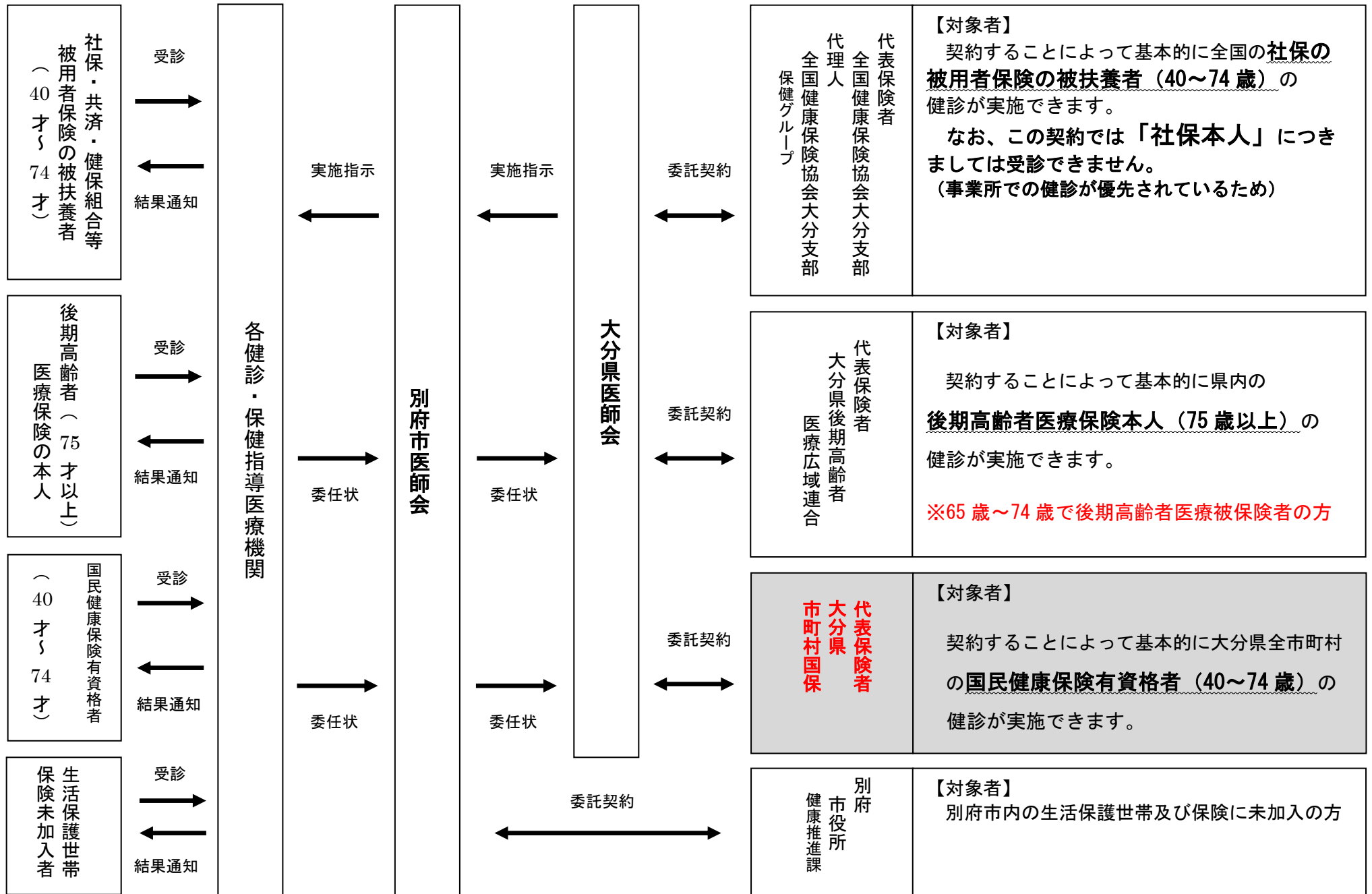
資料4 別府市生活習慣病健診料請求内訳（様式3号）

資料5 詳細項目：眼底検査依頼について

資料6 特定保健指導の受診勧奨について

資料7 令和7年度特定健診通知書判定基準

集合契約（集合B契約）における各主体間の関係図



# I. 実施内容

## 1 特定健康診査（検査項目は右ページ参照）

### （１）特定健康診査とは

高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高齢者医療確保法」という。）に基づき、医療保険者（国保・社保（協会けんぽ）及び共済・健保組合等）が40～74歳の加入者（国保被保険者・被扶養者、社保（協会けんぽ）及び共済・健保組合等の被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査を、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）といいます。

### （２）対象者

各医療保険に加入する者のうち、特定健診の実施年度中に40歳～74歳となる者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者。なお、妊産婦等その他の厚生労働大臣が定める者は、上記対象者から除きます。基本的に受診券がないと受診できません。

## 2 後期高齢者医療被保険者の健康診査（検査項目は右ページ参照）

### （１）後期高齢者の健康診査とは

高齢者医療確保法の規定に基づき、医療保険者（後期高齢者医療広域連合）が加入者に対し実施する健康診査をいいます。

### （２）対象者

75歳以上の者。基本的に受診券がないと受診できません

※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方

## 3 健康増進法に基づく健康診査（検査項目は右ページ参照）

### （１）健康増進法に基づく健康診査とは

特定健康診査等他の健康診査の対象とならない40歳以上の者を対象に、健康増進法に基づき市町村が実施する健康診査をいいます。別府市では「別府市生活習慣病健診」と呼びます。

### （２）対象者

40歳以上の生活保護世帯、保険に未加入の者、保険者が対応しない場合。なお、妊産婦等その他の厚生労働大臣が定める者は、上記対象者から除きます。



## 各種健康診査の項目

### 【検査項目】

年齢構成			40歳～74歳	75歳以上	75歳以上
検査項目			特定健康診査 生活習慣病健診	後期高齢者 65～74歳で後期保険	生活習慣病健診
必須項目	計測	身長	○	○	○
		体重	○	○	○
		BMI	○	○	○
		腹囲	○		○
		血圧	○	○	○
	医師の診察		○	○	○
	特定健診問診		○	○	○
	脂質	空腹時中性脂肪 (又は随時中性脂肪)	○※1	○※1	○※1
		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)	○	○	○
	肝機能	AST(GOT)	○	○	○
		ALT(GPT)	○	○	○
		γ-GT(γ-GTP)	○	○	○
	代謝	空腹時血糖 (又は随時血糖)	○	○	○
		HbA1c	○	○	○
	腎機能	血清クレアチニン 及びeGFR	○※5	○※5	○※5
	血清蛋白	血清アルブミン		○	○
	尿	尿糖	○	○	○
		尿蛋白	○	○	○
医師の選択項目	血液一般	血色素量	○※2	○※2	○※2
		赤血球数	○※2	○※2	○※2
		ヘマトクリット値	○※2	○※2	○※2
	心電図検査		○※3	○※3	○※3
	眼底検査	片眼	○※4	○※4	○※4
		両眼(令和7年度より)			

### 【令和6年度からの変更点：※1】

空腹時中性脂肪であることをあきらかにすること。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時中性脂肪とし、食事開始から10時間未満を随時中性脂肪とする。

### 【令和7年度からの変更点：※2～※4】

75歳以上の後期高齢者医療広域連合による健康診査（※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方も含む）及び別府市生活習慣病健診の方にも詳細な検査項目が実施出来るようになりました。

## 【選択基準】

### ※2 貧血検査

下記の基準に該当した者で医師が受診者の性別、年齢等を踏まえた個別の判断により必要性を認めた場合は、貧血検査を実施します。

- ア 貧血の既往歴を有する者
- イ 視診等で貧血が疑われる者

### ※3 心電図検査

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- ア 収縮期血圧が 140mmHg 以上、又は拡張期血圧が 90mmHg 以上
- イ 問診等において不整脈が疑われる者

### ※4 眼底検査

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- 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 b HbA1c (NGSP) が 6.5% 以上
- c 随時血糖 126mg/dl 以上

上記①の基準に該当しなかったが、特定健診実施後上記②のいずれかの基準に該当した方も眼底検査詳細対象者となり得る。

## 【令和7年度より】

眼底検査においては、両眼撮影が実施できるようになります。但し実施条件があります。

- ① 高血糖者
- ② 医師が必要と認める者

※両眼撮影を実施するにあたり、片眼の撮影が不十分と判断した理由も必要となります。

### ※5 血清クレアチニン検査（大分県内では全員実施項目となります。）

当該年度の健診結果等において、下記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 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上
- b HbA1c (NGSP) が 5.6% 以上
- c 随時血糖 100mg/dl 以上

## 4 労働安全衛生法に基づく事業主健診との関係について

従来、労働安全衛生法に基づき実施されている事業主健診は、これまで通り、特定健康診査等に優先して実施されることとなります。医療保険者は、その結果データを特定健康診査等の結果として活用することができます。

なお、特定健康診査等の導入に併せて、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の検査項目が、下記のとおり改正されました。事業主から定期健康診断の依頼を受けた場合は、改正内容に基づいた適切な検査をお願いします。

# 労働安全衛生規則（省令）の一部の改正のお知らせ

- 1 雇入時の健康診断（第 43 条）、定期健康診断（第 44 条）及び海外派遣労働者の健康診断（第 45 条の 2）の項目が、次のように改正されます。

- （１） 腹囲の検査が追加になること。
- （２） 血清総コレステロールの量の検査に代えて、低比重リポ蛋白コレステロール（ＬＤＬコレステロール）の量の検査を行うこと。

## 2 施行期日等

省令は、平成 20 年 4 月 1 日から施行です。

## 省略基準の告示（平成10年労働省告示第88号）も一部改正されます。

### 1 「腹囲の検査」の省略について

下記（１）～（４）に掲げる者について、医師が必要でないと認めるときは、腹囲の検査を省略することができます。

- （１） 40歳未満の者（35歳の者を除く。）
- （２） 妊娠中の女性その他の腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された者
- （３） BMI（※）が20未満である者

$$\text{※ BMI} = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$

- （４） 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満である者に限る。）

### 2 「尿中の糖の有無の検査」の必須化

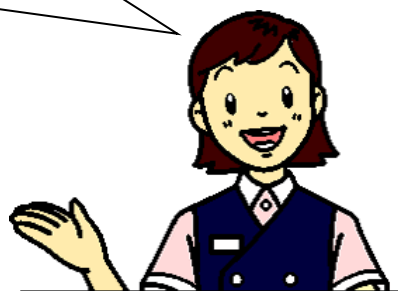
改正前においては、血糖検査を受けた者について、医師が必要でないと認めるときは、尿中の糖の有無の検査を省略することができることとされていましたが、この規定が削除されます。

### 3 適用日

平成20年4月1日

今回の特定健診は扶養者（扶養配偶者）を対象とした健診であり、基本的に社保（協会けんぽ）、共済・健保組合本人については労働者として労働安全衛生法にて定められている健診が優先されますので、その場合は保険者ではなく事業所が経費を支払うようになっていきます。

また、常時使用するパートタイム労働者の場合は1週間の所定労働時間が通常の労働者の4分の3以上あり雇用期間の定めのない者か、契約の更新により1年以上雇用される予定の者なども同等の扱いです。

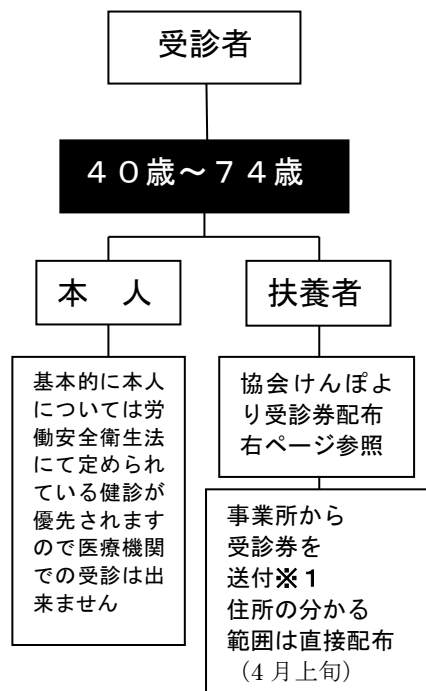




## II. 各保険別フローチャート

### 1 社会保険（全国健康保険協会大分支部 097-573-5630）・健保・共済組合

健診期間：4月～3月まで



#### 【確認方法】

・受診券 ・保険証

#### ① 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)

【料金】 **基本費用 8,151 円**

※基本費用は昨年度と変更があります。ご注意ください。

#### 【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底 570 円

**眼底(両眼) 1,120 円**

※令和7年度より眼底両眼撮影が実施可能となりました。

【個人負担金】 **1,001 円**

※基本費用変更に伴い、個人負担金の変更があります。

#### ② 健保・共済組合など

【料金】 } 上記①

【詳細項目】 } と同額

#### 【個人負担金】

※各種様々な料金設定

受診券に書いています「－」や「／」は個人負担なしです。

※75歳以上は  
後期高齢者医療保険で実施

#### ※1 受診券配布方法

事業所に扶養者用の受診券が配布されているので事業所から被保険者を通じ受診券が届く。住所の分かる範囲は受診者へ直接配布されるしくみ。

また、健保・共済組合はそれぞれの組合で配布方法や申請方法が異なる



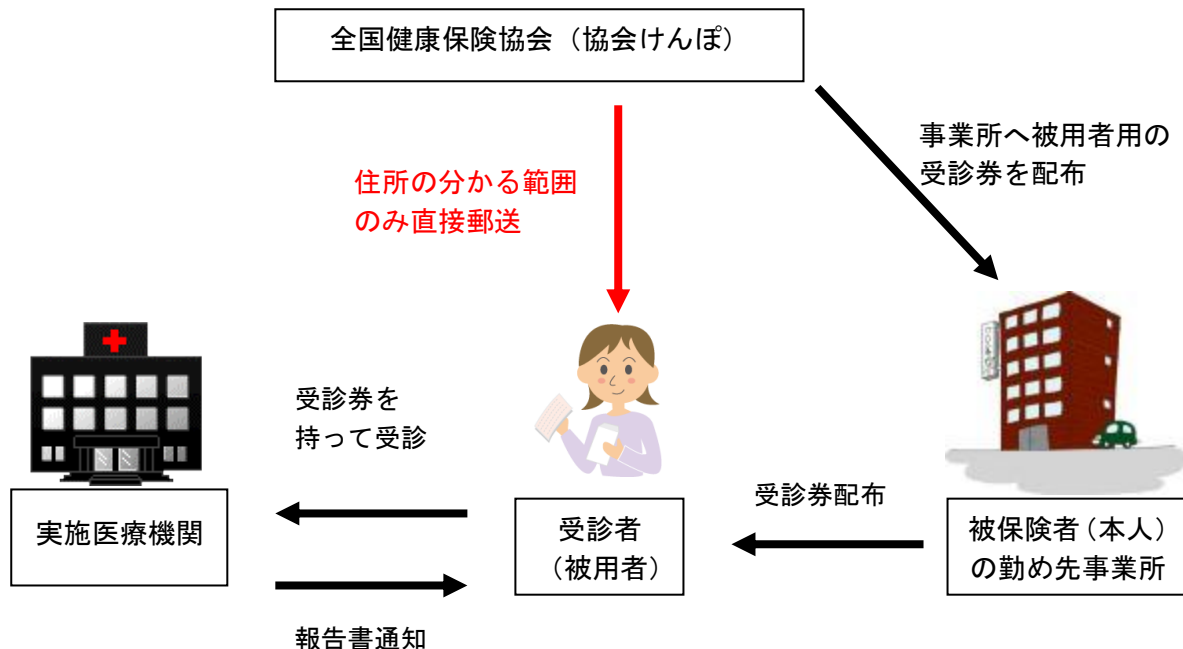
## 【受診券レイアウト】

### ①被用者分（白色）はがきタイプ（三つ折）

#### 【表面】

機密性1		特定健康診査受診券（セット券）		注 意 事 項	
この受診券の送付先		年 月 日 交付		1 この券の交付を受けたとは、必ず下記の住所欄にご自宅の住所を自筆してください。なお、この住所は、受診した健康診査機関から健康診査結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。	
<p><b>特定健康診査受診券（セット券）</b></p> <p>この券は、特定健康診査を受ける際に必要となるものです。また、特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合は、この券を用いて健診当日に特定保健指導（初回面談）をご利用いただくことができます。なお、健康診査日の特定保健指導は、実施している健康診査機関のみご利用となりますのでご注意ください。</p> <p>○ この受診券により、肯定健康診査を受ける健康診査機関、健康診査日に特定保健指導もご利用いただくことができる健康診査機関などの情報は、協会けんぽはホームページに掲載していますのでご確認ください。</p> <p>○ 受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認ください。</p> <p>○ 健康診査でお支払いいただく自己負担額は、健康診査機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。</p> <p>特定健康診査の額（※1）－ 保険者負担額（※2）＝ 自己負担額（※3）</p> <p>※1 健康診査の予約をする前に健康診査機関にお問い合わせください。</p> <p>※2 この受診券に記載しています。</p> <p>※3 自己負担額は「0円」以下の場合は、窓口での自己負担額は0円となります。</p> <p>この受診券の発送元</p>		<p>受診券整理番号</p> <p>被保険者証の記号及び番号</p> <p>被扶養者番号</p> <p>フリガナ</p> <p>受診者の氏 名</p> <p>性 別</p> <p>生年月日</p> <p>有効期限</p> <p>健康診査内容</p> <p>・特定健康診査</p> <p>・その他（当日保健指導）</p> <p>医療保険者の負担</p> <p>特定健康診査（基本部分）</p> <p>特定健康診査（詳細部分）</p> <p>負担額又は負担率</p> <p>負担額</p> <p>負担率</p> <p>その他（保健指導・積極的）</p> <p>その他（保健指導・積極的）</p> <p>保険者所在地</p> <p>保険者電話番号</p> <p>保険者番号・名称</p> <p>（全国健康保険協会）</p> <p>契約取りまとめ機関名</p> <p>集合B① 協会集合A① 協会集合A② 個別契約</p> <p>支払代行機関番号</p> <p>94899010</p> <p>支払代行機関名</p> <p>社会保険診療報酬支払基金</p>		<p>2 特定健康診査を受診するとは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。</p> <p>3 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。ただし、本年度中に75歳に達する方は、誕生日の前日まで受診できます。</p> <p>4 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに保険者において保存し、必要に応じて、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。</p> <p>5 健康診査（保健指導結果）のデータファイルは、決済代行機関に点検されることあるが、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。</p> <p>6 この券は、後継等の理由による健康保険の被扶養者の資格が無くなった日以降は使用できません。5日以内に必ず保険者に返却してください。</p> <p>7 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役刑を受けることがあります。</p> <p>8 この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出て訂正を受けてください。</p> <p>9 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健康診査機関にお問い合わせください。</p> <p>※ 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用する時は、以下にご確認ください。</p> <p>10 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。</p> <p>11 窓口での自己負担額は、原則、健康診査日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。</p> <p>12 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じて、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。</p> <p>〒 市 区 町 村</p> <p>受診券二次元バーコード 利用券二次元バーコード</p> <p>この二次元バーコードは、券の情報のみならず、健康診査結果を送付する際に利用されます。券の裏面に記載されている「受診券の返却」に際しては、必ずこのバーコードを提示してください。</p>	

※被用者用に受診券が配布されるしくみ



## 2 国民健康保険（別府市健康推進課 TEL 21-2188）

健診期間：5月～3月まで

受診者

40歳～74歳

国民健康保険有資格者

大分県各市町村担当課より  
受診券配布  
右ページ参照

### 【確認方法】

・ 受診券 ・ 保険証

### 【料金】

基本項目 8,151 円

※基本費用は昨年度と変更があります。ご注意ください。

### 【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底(片眼) 570 円

眼底(両眼) 1,120 円

※令和7年度より眼底両眼撮影が実施可能となりました。

※75歳以上は  
後期高齢者医療保険で実施

※詳細項目対象者につきましては、マニュアル2～3ページの【選択基準】を参照して下さい。

### 【個人負担金】

0 円

※国保に加入していて75歳到達者（年度で74歳から75歳になる人）については他の対象者と同様に受診券を送付しているが有効期限は誕生日前日となっています。  
※年度中途加入者の受診券は国保加入月の翌月下旬に本人へ郵送します。

【受診券レイアウト】

【受診券の色： **ピンク色** A4タイプ】

別府市より  
特定健診のお知らせ

健診当日、この受診券とマイナ保険証等  
資格を確認できるものを必ずお持ちください。

**令和7年度 特定健診 受診券**

令和 7 年 4 月 1 日交付

受診券 整理番号	25100000000	有効期限	令和 年 月 日
(フリガナ) 氏名	( )	性別	
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	満 歳

※年齢は令和8年3月31日時点の満年齢

【注意事項】  
1. 特定健康診査受診日に国民健康保険資格がない時は、この受診券を利用した受診はできません。  
また、社会保険等の加入により国民健康保険資格を失った後、速に本受診券を利用して  
受診済みであった場合にはその費用については全額自己負担となります。  
2. 特定健診の結果は、別府市健康推進課及び特定健康診査実施機関において適正に管理し、必要に応じ保健指導な  
どの保健事業に活用しますのでご了承ください。その際、あなた様への対象者への保健指導を連絡して行う必  
要がある場合、保健所（保健所）へお問い合わせすることがあります。情報は保健指導の目的以外には使用しません。  
また、診療報酬明細書（レセプト）に關しても保健事業に活用しますのでご了承ください。  
3. 検査内容等については用紙の案内チラシをご参照ください。

**病院に通院中の方！**

特定健診は治療中でも  
受ける必要があります。  
詳しくはかかりつけ医または  
健康推進課へお問合せください。

名 称	別府市
保 護 者	440024
所 在 地	大分県別府市上野町1番15号
電話番号	0977-21-2188

公印欄

【特定健診 受診券】不提示に係る誓約書

健診当日、受診券を忘れた方につきましては、【特定健診 受診券】不提示に係る誓約書を記載してもらい、別府市役所健康推進課へ受診券番号及び同年度内に受診歴がないかを確認してから、特定健診を実施して下さい。万が一重複受診が判明した場合は、特定健診費用につきましては、受診者全額負担にて特定健診を受診した医療機関へお支払いになりますので、ご注意下さい。※受診券及び誓約書にも重複受診への対応、注意事項として記載されていますので、受診券を忘れた方へ説明をお願い致します。

**別府市**

「特定健診 受診券」不提示に係る誓約書

私は、「特定健診 受診券」を不提示で受診するにあたり、下記の内容に同意することを誓約いたします。

記

1. 今回の特定健診受診後に、「特定健診 受診券」を利用して同健診を重複受診した場合、その費用を**支払います。**

2. 今回より以前に、当該年度の「特定健診 受診券」をすでに利用して受診済みであった場合、重複受診分の費用を**支払います。**

別府市長 あて

令和 年 月 日

住 所	
電話番号	
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日

受診券整理番号	
受 付 機 関 名	

Ⅱ. 各保険別フローチャート

3 後期高齢者医療被保険 (TEL 097-534-1771)

健診期間：4月～3月まで

受診者

75歳以上

※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方

本人

後期高齢者医療広域連合より  
受診券配布 右ページ参照

【確認方法】

・受診券 ・保険証

【料金】

基本費用 8,151 円

※基本費用は昨年度と変更があります。ご注意ください。

【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底(片眼) 570 円

眼底(両眼) 1,120 円

※令和7年度より後期高齢者医療広域連合による健康診査(※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方も含む)にも詳細な検査項目が追加となりました。

※詳細項目対象者につきましては、マニュアル2～3ページの【選択基準】を参照して下さい。

【個人負担金】 0 円

、【大分県後期高齢者医療広域連合よりのお願い】

※重複受診防止のお願い

受診券を持参していない被保険者が受診を希望される場合は、医療機関より電話にて当広域連合へ受診歴の照会をして頂くようお願い致します。

【お問い合わせ】大分県後期高齢者医療広域連合 TEL 097-534-1771

## 【受診券レイアウト】

### ① 本人・被用者分 はがきタイプ（２つ折）

**この受診券で受けられる検査項目と内容**

検査項目	内 容
総 診	食事・運動等、生活習慣についての質問を顔にした予備的診察のこと。
身体計測	身長・体重・BMI 体重が昨年と比べて変化したかに注目 急激な増減は注意が必要である。
血圧測定	血管に与える圧力のこと。高血圧により脳卒中などを引き起こすことがある。
尿	尿の成分の検査をいす。糖尿病や腎臓病の診断に役立つ。
中性脂肪	血液中の脂質の一種。高値が続くと動脈硬化の原因となる。
血糖値	血液中の糖の量。糖尿病の診断に役立つ。
HDLコレステロール	善玉コレステロール。高値は動脈硬化の予防に役立つ。
LDLコレステロール	悪玉コレステロール。高値は動脈硬化の原因となる。
AST (GPT)	肝臓の酵素。高値は肝臓の病気のサイン。
ALT (GPT)	肝臓の酵素。高値は肝臓の病気のサイン。
γ-GT (γ-GTP)	肝臓の酵素。高値は肝臓の病気のサイン。
空腹時血糖	空腹時の血糖値。糖尿病の診断に役立つ。
血糖検査	血糖の過去1〜2ヶ月の平均的な値をみる。糖尿病は糖尿病の疑いがある。
腎機能検査	血液のたんぱく質の量をみる。腎臓の働きが低下しているか（糸球体ろ過量）の目安。
栄養状態検査	血清アルブミン。栄養状態の目安。

**令和4年度 健康診査受診券**

健康診査受診上の注意事項

- この受診券と被保険者証を必ず持参してください。
- 健康診査は、健康診査当日に健康診査会場又は医療機関で行います。当広域連合から受診券の事前送付はいたしません。事前に必要な方は、受診券の交付窓口にお問い合わせください。
- 健康診査は、この受診券を交付した医療機関より通知をします。また、通知の書に記された期日・連絡先等の情報に準じてください。当広域連合とお住まいの市町村へ届き、通知が順次活用されますので、ご了承ください。
- 当広域連合の被保険者でなくなった場合は、この受診券は使用できません。
- この健康診査は、セルフメディケーション税制の対象です。
- 健康診査を受診する際は新型コロナウイルス感染症の発生状況を踏まえ、健康診査会場にご相談の上、受診してください。

### ② 随時発行用受診券（白色）A4タイプ

随時対応用（随時資格取得者等）

大分県後期高齢者医療広域連合健康診査受診券

2020 年度

受診券管理番号

N N N N N N N N N N N N N N

氏 名 NNNNNNNNN

性 別 N

生年月日 NNNNNNNNN

有効期限 平成NN年NN月NN日 から 令和3年3月31日 まで

健診内容 大分県後期高齢者医療広域連合健康診査  
(空腹時血糖検査・ヘモグロビンA1c検査  
の選択については医師の判断による)

健診結果の送付先  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

大分市東春日町17番20号大分第2ソフィアプラザビル6階  
電話番号 097-534-1771

大分県後期高齢者医療広域連合

※ 裏面もご覧ください。

※上記2種類あり、大分県後期高齢者医療広域連合より配布されます。②随時発行用受診券については他県より転入して来た場合等に発行される。

※満75歳の誕生日前日までに配布される。

## II. 各保険別フローチャート

### 4 別府市生活習慣病健診（生活保護世帯・保険未加入者）

健診期間：4月～3月まで

※昨年度同様4月から開始となります。

受診者

40歳以上

健康推進課より  
「生活習慣病健診・がん検診等のご案内」配布  
右ページ参照

#### 【確認方法】

・受診券

#### 【料金】

基本項目 8,151 円

※基本費用は昨年度と変更があります。ご注意ください。

#### 【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底(片眼) 570 円

眼底(両眼) 1,120 円

※令和7年度より75歳以上の方も詳細な検査項目の実施が追加となりました。

【個人負担金】 0円

健康推進課（TEL 21-2188）にて

健康へのパスポートを配布。年齢区分については40歳以上の全てになりますが、75歳以上は腹囲の測定をする必要はありません。令和7年度より詳細項目の追加があり、実施可能となりました。

健康へのパスポートの生活習慣病検診の欄に「医療機関名」のわかるゴム印等、受診日を記入し、印鑑を押して本人へ返却してください。

また、請求は月締めで翌月15日までに別府市医師会事務局へ請求書を提出して下さい。

請求書につきましては別府市医師会へご連絡いただければ請求書一式をお届けいたします。

※右ページの様式2・3号の提出が必要となります。

※、診療依頼証があれば“健康へのパスポート”をお持ちでなくても受診出来ます。



① 生活保護世帯・医療保険未加入者分



## Ⅲ. 医療機関での事務

### 1 問い合わせへの対応

健診の受診を希望する方から事前に問い合わせがありましたら、健診が可能な日時、持参する書類の内容等をお知らせし、健診前の注意点を伝えてください。

- ・ アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日は控えること。
- ・ 午前中に健診を実施する場合は、検査結果に影響を及ぼすため、健診前 10 時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。
- ・ 午後に健診を実施する場合は、ヘモグロビン A1c を実施する場合であっても、軽めの食事とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。

### 2 当日の受付事務

#### (1) 受診に必要な書類の確認

- 健診受診対象者には、各医療保険者から、受診する健康診査等の種類に応じて受診券が事前に送付されています。
- 健診当日は、市民の方から下記の書類を受け取ってから健診を実施してください。特に、受診券と保険証は必ず確認し、持参のない受診者については、受診できない旨を伝えてください。

ア 特定健康診査：受診券、保険証

イ 後期高齢者の健康診査：受診券、保険証

ウ 別府市生活習慣病健診：診療依頼証、健康パスポート（受診日、医療機関名を記入後本人へ返却）

#### (2) 有効期限及び本人の確認（資格確認）

受診券及び保険証に記載された内容により、健診が実施可能な有効期限内であるか、また、本人であるかを確認してください。

#### (3) 実施する健診種別の確認

実施する健康診査の種別を受診券で確認します。（2 ページ参照）

#### (4) 健診前に受診者の方へ下記内容を伝え、承諾が得られた方へ健診を実施する。

- ・ 年度内に 2 回受診できないこと
- ・ 今後、保険資格（国保から社保へ等）を受診日まで遡及して喪失した場合は今回の健診費用は実費になる

※令和 4 年度まで資格喪失による特定健診実施費用について、別府市国保につきましては、“直接請求”という方法にて請求出来ていましたが、昨年度同様に別府市国保から“直接請求にての補填は実施しない”とのことですので、健診受診前に、近々保険の変更をしないか確認の程宜しくお願い致します。

※マニュアル 8 ページ別府市国保受診券サンプルの【注意事項】1 にも上記内容記載していますので、ご確認お願い致します。

### 3 健診終了後の事務

#### (1) 自己負担金の確認と徴収

すべての健診が終わりましたら、受診券に記載された自己負担額を確認のうえ、有料であればその額を徴収してください（社保協会けんぽは該当する場合があります。）。また、保険者によって異なりますので受診券をよく確認してください。

自己負担金の支払いを受けましたら、「領収書」に健診日と医療機関名を記入のうえ、受診者にお渡しください。

#### (2) 健診費用の請求と支払

##### ア 健診費用の請求

健診費用の請求は、別府市医師会から実施医療機関へ月別の請求明細チェックリスト（下記参照）を送付し、実施医療機関でチェックしていただいた後、当該健診結果を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て決済代行機関（受診者が市町村国保及び後期高齢者医療の場合は大分県国民健康保険団体連合会、被用者保険の加入者の場合は社会保険診療報酬支払基金）、へ別府市医師会より送付することでなされます。また、保険未加入または生活保護者の受診者については実施医療機関より別府市医師会を通じ別府市の各担当課へ請求いたします。**別府市医師会より別府市各担当課別の請求明細書をお送りいたしますので、指定の請求書により月末締め翌月15日までに別府市医師会へ提出して下さい。**

**※誓約書で受診した場合についても翌月に誓約書の原本を別府市医師会へ提出ください。**

								2025/3/12
特定健診請求明細チェックリスト								
医療機関名								
								医療機関確認印
								医師会確認印
No	受診日	氏 名	年齢	保険者番号	健診費用総額	窓口負担	請求金額	備考
1	20250401			00140015	8,151	1,001	7,150	
2	20250410			00440024	8,151		8,151	
小 計					16,302	1,001	15,301	
合 計					24,453	1,001	23,452	

##### イ 健診費用の支払

医療保険者は、送付された電子データの内容を点検したのち、健診の契約単価から自己負担額を控除した額を、実施機関が指定した口座に代行機関（大分県国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）を通じて支払います。また、別府市医師会を通じ請求した分（その他保険未加入の受診者又は生活保護者について）につきましては各該当課から一端、別府市医師会が総額を受け取り実施機関が指定した口座（できれば市がん検診と同じでお願いします。）に支払います。

健診種別	請求先	支払方法	手数料
国保・後期高齢者	国保連合会	各月末日締めで翌々月に実施機関が指定した口座に支払います。	<b>手数料は下記①と②の合計金額1,375円（税込）になります。</b> <b>① データ入力代行 1,155円（税込）</b> ・各実施医療機関別健診データ入力・報告・集計・スマホアプリにてデータ提供 ・各保険者への電子データ報告作成
社保・共済・健保組合	診療報酬支払基金		
生活保護世帯 保険未加入者	別府市健康推進課	別府市医師会が月別に総額を受領し実施機関が指定した口座に支払います。	<b>② データ請求代行 220円（税込）</b> ・各実施医療機関別請求データ集計 ・各保険者への電子データ報告・修正 ・過誤・返戻請求の再請求  ※検査料：別紙4参照

### (3) 過誤請求

代行機関から振り込まれた健診費用の額に過誤があると認められるときは、ただちに別府市医師会へ連絡をいただき、調査したのち、当該代行機関（大分県国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）へ連絡いたします。その際に実施医療機関への直接確認の連絡がある場合があります。代行機関（大分県国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）は、それぞれのケースに応じて関係機関（データ処理に関する過誤の場合は大分県国民健康保険団体連合会または社会保険診療報酬支払基金、受診資格等に関する過誤の場合は各医療保険者）に問い合わせ過誤のある受診者を確定したのち、別府市医師会を通じて健診実施機関へ連絡いたしますので、各過誤申出書等の様式により医療保険者へ過誤修正の申請を別府市医師会を通じて行います。

### (4) データ管理（個人情報の適切な管理）

受診者の健診データは、その他の医療情報と同様に重要な個人情報です。健診業務を実施するに当たっては、記録の漏洩を防止するとともに、事業に携わる担当者には守秘義務を課すなど、契約で示される個人情報取扱注意事項、関係法令、「医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日医政発第1224001号、薬食発第1224002号、老発第1224002号）に則った適切な管理をお願いします。

### (5) 受診券情報入力

受診者の健診データと別に決済を行うための電子データとして、住所、氏名、性別、生年月日等の属性部分のほかに受診券に記載されている「受診券整理No.」、「保険者番号」、「受診券有効期限」、や保険証に記載されている「被保険証記号」、「被保険証番号」等の入力が必要となります。

該当欄に✓を記入

受診者 カナ氏名	けんぼ たろう	本人家族	
受診者 漢字氏名	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>	
性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		
生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 25 年 10 月 10 日生	年齢	70
〒	874-0908		
住所	別府市上田の湯町〇〇〇号		
電話番号	097700△△△△		

生年月日は該当和暦年号を✓で、  
年月日は和暦で記入

「被保険証記号」「被保険証番号」は、保険証から記入下さい  
また、「生保」の場合は保険者名欄に「生保」と記載して下さい。  
保険者番号は記載しなくても結構です。

住所に変換しますので郵便番号は必ずご記入下さい。

受診券に記載されている内容をお書き下さい。  
ただし保険者番号について後期高齢者保険者番号は特定健診のみ大分県内統一の「39440003」ですでお間違えないようにしてください。

受診日	西暦 20 25 年 4 月 5 日
保険者番号	00440024
保険者名	※生保の方のみ“生保”と記入
受診券 整理番号	202000000000
有効期限 (西暦)	20 26 年 3 月 31 日 健診区分 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ
左詰記入	
被保険者 記号	00000000
被保険者 番号	00000000000000

## (6) 料金情報入力

受診券より保険者毎に下記料金を記入していただきます。保険者・年齢構成と追加項目を照らし合わせご確認の上金額を記入して下さい。(詳しくは別紙1「請求区分記入一覧表」参照)  
 ※請求に関係する事項ですので必ず記入して下さい。金額を間違えて記入すると返戻や過誤請求(15ページ(3))の処理をすることになります。

社保(協会けんぽ)扶養者 40歳~74歳の場合

所 属 医 師 会	7150									
基本健診 自己負担額	区 分	割 合			%	金 額				円

【記入例】 ※選択項目が追加されても窓口負担額は変わりませんのでご注意ください。

- ・心電図追加の場合は「1,324円」を加算して、「請求金額 9,475円」を記入
- ・貧血検査追加の場合は「214円」を加算して、「請求金額 8,365円」を記入
- ・眼底検査追加の場合は「570円」を加算して、「請求金額 8,721円」を記入

※複数追加の場合はそれぞれの検査料を上記の要領で加算して下さい。(別紙1「請求区分記入一覧表」参照)

健保組合・共済組合の場合

所 属 医 師 会	8151									
基本健診 自己負担額	区 分	割 合			%	金 額				0円

健保組合と共済組合の場合は「持参」される「受診券」に記載されている内容に即してご記入下さい。

(例) 特定健診基本の場合

健診費用：8,151 (受診者) 窓口負担額：0円

請求金額：健診費用(8,151円) - 窓口負担額(0円) - 他の健診による負担額(0円) = 8,151円

## 【ポイント】

料金情報入力は各保険者への請求データとしての決済処理に非常に重要となり、記載間違えはレセプト同様に「返戻」や「過誤請求」につながりますので受診券をよく確認し、上記の要領で記入して下さい。  
 詳しくは下記、別紙1「請求区分記入一覧表」をご覧ください。

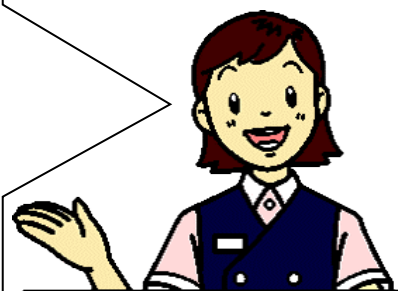
令和7年度請求区分記入一覧表

別紙1-1

保険者	年齢構成	①請求金額					②窓口負担金		③請求金額
		貧血 214円	心電図 1,324円	眼底(片側) 570円	眼底(両側) 1,120円	基本 費用	他の健診 負担額	②窓口 負担金	
社保被保険者 (全国健康保険協会) ※共済・健保組合・全国国民 健康保険については保険者で保 険料負担額が異なりますので 受診券をよくご確認ください。	40歳~74歳	選択項目なし				8,151	0	1,001	7,150
		○				8,365	0	1,001	7,364
			○			9,475	0	1,001	8,474
				○		8,721	0	1,001	7,720
					○	9,485	0	1,001	8,484
		○	○			9,689	0	1,001	8,688
		○		○		8,935	0	1,001	7,934

※請求金額及び窓口負担金は特定健診記入票①(提出用)上記部分に記載して下さい。

HbA1cは  
必須項目と  
なっています。





- 17 -

## (2) 身体計測

- ・身長、体重、腹囲（74歳以下）の計測を行います。（BMIの計算は自動計算します。）
- ・腹囲測定をするときは衣服の上からではなく直接メジャーを腹部に当ててください。
- ・立位、軽呼吸時、臍の高さで測定してください。
- ・腹囲を測定する場所は、受診者の負担とならないよう別室で行うか、カーテン等で仕切りをするなど配慮をお願い致します。

## (3) 血圧測定

できる限り自動血圧計を用いて（無い場合は水銀血圧計）、収縮期、拡張期血圧を測定します。収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上の場合は、受診者に数回深呼吸をさせた後、もう一度測定してください。

## (4) 検 尿

原則として、中間尿を採取してもらいます。尿糖、尿蛋白を試験紙法で検査してください。尿潜血は報告用紙には出力しますが国へ返すデータには記録しません。

基本項目	食後時間	10	時間		分後			
	身体計測	身長	150	5	cm			
		体重	50	5	kg			
		腹 囲	85	0	男 85cm未満 女 90cm未満			
	血圧測定	腹 囲の測定方法	V	実測		自己測定		自己申告
		収縮期	135	mmHg	130未満 (受診勧奨判定値 130以上)			
		拡張期	90	mmHg	85未満 (受診勧奨判定値 90以上)			
		血 圧の測定方法	<del>自動</del>	<del>水銀</del>	※記入しないでください。			
	尿 検 査	尿蛋白	(-)	(±)	(1+)	(2+)	(3+以上)	
		尿 糖	(-)	(±)	(1+)	(2+)	(3+以上)	
尿 潜 血		(-)	(±)	(1+)	(2+)	(3+以上)		
女 性			生理中のため未実施		妊婦のため未実施			

身長、体重、腹囲は小数点に合わせて記入下さい。

血圧測定値は、令和3年度より1回分の測定値のみの記入欄しかありませんので、結果表に記載したい測定値を記入して下さい。血圧の測定方法は未記入で結構です。

尿糖・蛋白は必須項目、尿潜血については結果を記入すれば報告書に出力できます。機能障害や生理中等で採尿できない場合は記入して下さい。なお中止理由をチェックする欄がありませんので、尿検査周辺の空きスペースに“中止”(または排尿障害)とご記入下さい。尿検査の結果未記入の場合、結果表に“測定不能”と記載し、結果表を返却致しますので、ご了承下さい。また、後日採尿し結果表への記載希望の場合は、付箋等を利用し、“後日報告”等を記載してお知らせ下さい。

## (5) 診察（理学的検査）

診察は、視診、触診、打聴診等の理学的検査を行います。

他 覚 所 見 (打聴診)	特になし	
---------------	------	--

「他覚所見コード」は依頼用紙裏面よりお選びいただけます。※他覚所見コードにない場合はその他の欄へご記入ください。

医師判定は、システムにて自動判定致します。記入があった場合は、自動判定ではなく記入された結果を反映致します。なお、既往歴で過去歴/治療中の判断がシステムでは出来ないため、治療中の病気があり、医師の判断を“治療中”としたい場合は、必ず「7.治療中(継続)」にチェックをして下さい。

医師判定	1. 異常なし	2. 軽度	3. 中等	4. 要受診 (再検)
医師判定 (その他)	5. 要受診 (精密検査)	6. 要受診 (至急)	7. 治療中 (継続)	

※詳細項目の心電図判定及び眼底判定の記入はこちらの欄へご記入をお願いします。

詳細項目の心電図判定及び眼底判定の記入は医師判定(その他)の欄へ記入して下さい。

### (6) 血液検査

肝機能、血中脂質、血糖に関する血液検査を実施します。採血時に受診者から食後経過時間を聞き取って記録してください。

【市町村国保・社保・生保74歳まで】

2. 基本項目に貧血検査を追加する場合

**院内専用セット欄のA:「トケイケンシ」にチェック**

氏名・性別・年齢の記入

**院内専用セット欄のA:「トケイケンシ」にチェック**

氏名・性別・年齢の記入及び選択項目の1にチェック

【一定基準認定障害者・後期高齢者健康診査、生保75歳以上】

- ### 3. 基本項目にアルブミン

**院内専用セット欄のA:「トケイケンシン」にチェック**

氏名・性別・年齢の記入及び選択項目の2にチェック。

[illegible]

### (7) 貧血検査

下記の基準に該当した者に対し、医師は受診者の性別、年齢等を踏まえた個別の判断により貧血検査を実施します（必ずしも実施する必要はありません。）

- ア 貧血の既往歴を有する者  
イ 視診等で貧血が疑われる者

貧血検査	実施理由	1. 質問	2. 診察	3. 視診	4. 既往
		5. 前年	6. 契約	7. その他	
	所見なし				
	所見①				その他所見①
	所見②				その他所見②

上記「ア」又は「イ」に該当する場合は、  
実施理由のチェックをお願い致します。  
※×の部分の記入はしなくてよいです。



(8) 心電図検査 ⇒ **※特定健康診査当日のみ実施可能ですので、ご注意ください。**

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- ア 収縮期血圧が 140mmHg 以上、又は拡張期血圧が 90mmHg 以上  
イ 問診等において不整脈が疑われる者

心電図検査	実施理由	1. 質問	2. 診察	4. 既往	5. 前年
		6. 契約	7. その他		
	対象者	0. 詳細健診以外で実施	1. 検査結果による対象者	2. 医師が必要と認めた対象者	
	所見なし				
	所見①			その他所見①	
	所見②			その他所見②	
所見③			その他所見③		

上記、『ア・イ』のいずれかに該当する場合は【実施理由】及び【対象者】をチェックして下さい。

依頼用紙裏面の「心電図所見コード」より所見を選択して下さい。  
なお、所見コード表に無い所見がありましたらその他の所見の欄へご記入お願い致します。

**※心電図判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定(その他)欄へ記入して下さい。**

(9) 眼底検査 ⇒ **※特定健康診査当日から 1 ヶ月以内は実施可能です。**

**検査依頼方法は別紙“資料 5 詳細項目：眼底検査依頼について”を参照**

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- ① 血圧 a 収縮期血圧 140mgHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上  
② 血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl 以上 b H b A1 c ( N G S P ) が 6.5% 以上  
c 随時血糖 126mg/dl 以上

眼底検査	実施理由	2. 診察	4. 既往	5. 前年			
		6. 契約	7. その他				
	対象者	0. 詳細健診以外で実施	1. 検査結果による対象者				
	所見なし						
	所見①			その他所見①			
	所見②			その他所見②			
	K-W	0	I	II a	II b	III	IV
	Sheie 分類 (H)	0	1	2	3	4	
	Sheie 分類 (S)	0	1	2	3	4	
	Scott 分類	I a	I b	II	III a	III b	
		IV	V a	V b	VI		
	Wong Mitchell 分類	所見なし	軽度	中等度	重症		
改 Davis 分類	網膜症なし	非増殖性網膜症	増殖性網膜症	増殖性網膜症			
	1	2	3	4			

上記、①血圧の『a、b』②血糖の『a、b、c』に該当する場合は【対象者：1.検査結果による対象者】へチェックをお願い致します。

依頼用紙裏面の「眼底所見コード」より所見を選択して下さい。  
なお、所見コード表に無い所見がありましたらその他の所見の欄へご記入お願い致します。

キースワグナー分類等は、どれか一つの分類を選択し記入をお願い致します。

**※眼底判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定(その他)欄へ記入して下さい。**

**【令和7年度より】**

**眼底検査においては、両眼撮影が実施できるようになります。但し下記の実施条件があります。**

- ③ 高血糖者  
④ 医師が必要と認める者

※両眼撮影を実施するにあたり、片眼の撮影が不十分と判断した理由も必要となります。

### 【両眼撮影実施時の依頼書記入例】

眼底検査	実施理由	<input type="checkbox"/> 2. 診察 <input type="checkbox"/> 6. 契約	<input type="checkbox"/> 4. 既往 <input type="checkbox"/> 7. その他	<input type="checkbox"/> 5. 前年					
	対象者	<input type="checkbox"/> 0. 詳細健診以外で実施 <input type="checkbox"/> 1. 検査結果による対象者							
	所見なし	<input type="checkbox"/>							
	所見①	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他所見①	<input type="checkbox"/>					
	所見②	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他所見②	<input type="checkbox"/>					
	K-W	0 <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II a <input type="checkbox"/>	II b <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>		
	Sheie分 類(H)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			
	Sheie分 類(S)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			
	Scott分 類	I a <input type="checkbox"/>	I b <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III a <input type="checkbox"/>	III b <input type="checkbox"/>			
Wong Mitchell分 類	所見なし 1 <input type="checkbox"/>	軽度 2 <input type="checkbox"/>	中等度 3 <input type="checkbox"/>	重度 4 <input type="checkbox"/>					
改変Davis分 類	網膜症なし 1 <input type="checkbox"/>						単純網膜症 2 <input type="checkbox"/>	増殖前網膜症 3 <input type="checkbox"/>	増殖網膜症 4 <input type="checkbox"/>

両眼撮影実施条件に当てはまる方は、上記②血糖の『a、b、c』に該当する場合ものと判断する。

※③高血糖者との記載はあるが、具体的な数値での線引きの指定はありませんので、血糖の基準値に該当する方は両眼撮影の対象でも支障がないと思われますので、実施理由のチェックは「7.その他」にお願い致します。

両眼撮影実施の場合、所見判定が重症な側の所見を記載し、片眼の撮影では不十分と判断した理由を記述することとするとの記載があり、右眼か左眼か両眼か分かるようにしないとはいけません。

自院にて眼底撮影を実施できる医療機関は、お手数ですが、右眼と左眼別々にキースワグナー分類等のどれか一つの分類を選択し記入、所見についても別々に依頼用紙裏面の「眼底所見コード」より所見を選択して下さい。

なお、所見コード表に無い所見がありましたら  
その他の所見の欄へご記入お願い致します。

別府市医師会地域保健センターへの眼底撮影依頼につきましては、資料5「詳細項目：眼底検査依頼について」を参照して下さい。

医師判定	1. 異常なし	2. 軽度異常	3. 要経過観察	4. 要受診（再検）
	5. 要受診（精密検査）	6. 要受診（至急）	7. 治療中（継続）	
医師判定 （その他）	※詳細項目の心電図判定及び眼底判定の記入は こちらの欄へ記入お願いします。			医師名

※眼底判定は、医師判定の1～7より選択し、医師判定（その他）欄へ記入して下さい。

※眼底判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定（その他）欄へ記入して下さい。

記入例) 左眼:3 左側眼底:要経過観察など

(10) 血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が  
詳細対象者となる。

- ① 血圧
  - a 収縮期血圧 130mgHg 以上
  - b 拡張期血圧 85mmHg 以上
- ② 血糖
  - a 空腹時血糖 100mg/dl 以上
  - b HbA1c (NGSP) が 5.6%以上
  - c 随時血糖 100mg/dl 以上

血清 クレアチ ニン	実施理由	1. 質問	2. 診察	3. 視診	4. 既往
		5. 前年	6. 契約	7. その他	
対象者	0. 詳細健診 以外で実施	1. 検査結果による 対象者			

(大分県内では全員実施項目となります。)

※血清クレアチニン欄は、システム側で自動処理いたしますので、記入はしなくてよいです。

健診結果が１０日～１４日で別府市医師会から医療機関へ２部(受診者通知用・医療機関控)送付されます。裏面には健康診査の結果の見方とメタボリックシンドロームの説明及び判定基準が掲載されておりますので「特定保健指導」についても受診者への結果説明の際に情報提供としてお伝え下さい。また、その内容について本人から受診医療機関へ問い合わせがあった場合は、受診者への適切な指導をお願いします。

【結果通知表 表面】

## 健診結果説明

- ・積極的支援レベル  
(メタボ該当者)
- ・動機付支援レベル  
(メタボ予備軍)

“特定保健指導対象者”です。

【結果通知表 裏面】

健康推進課から本人宛に  
案内文書が届きます。  
生活習慣改善のために積極的  
に利用するよう勧めてください。

### 受診者の方へ

平成20年4月から、「高齢者の医療の確保に関する法律」にも主に基づき「特定健診」と「特定保健指導」の実施が医療機関に義務づけられました。

特定健診では、メタボリックシンドロームの診断に留意し、個別に健康診断により「メタボリックシンドローム判定」を行います。

また、必要と判断される保健指導のレベルを医療従事者から、患者さまへ「特定保健指導の利用券」が交付されました。ご自身の利用してください。

## 健康推進課から本人宛に 案内文書が届きます。

# 生活習慣改善のために積極的に 利用するように努めてください。

### 健康診断の結果の見方

項目	身体計測	
血圧	内臓脂肪量を測定する検査です。男性は80cm以下、女性は80cm以上がメタボリックシンドローム判定におけるスタップ1の該当基準となります。	
BMI	ボディ・マス・インデックスの略で、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)の式で算出する値です。18.5未満なら「やせている」、25.0以上なら「肥満」と判定されます。	
血糖	収縮期血圧(最高血圧)と拡張期血圧(最低血圧)によって高血圧かどうかの判定をします。メタボリックシンドローム判定では、収縮期血圧は130mmHg以上、拡張期血圧は85mmHg以上で高血圧の疑いありと判定されます。	
血中脂質検査	中性脂肪	糖分、飲酒などによって摂取された余分なエネルギーが肝臓で中性脂肪に変化したものです。中性脂肪の値が過剰と評価され不足の原因が増し、動脈硬化を促進します。
HDLコレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、血中の悪玉コレステロールを肝臓へ回収する働きがあります。この量が少なければ、血中にコレステロールのたまり動脈硬化が進みます。	
LDLコレステロール	悪玉コレステロールとも呼ばれ、この値が多いため動脈内に蓄積して動脈硬化を進行させてしまいます。	
肝機能検査	AST (GOT)	AST (GOT)が高値の場合、心臓や筋肉などの臓器に障害の疑いがあります。通常、AST (GOT)とALT (GPT)を同時に調べて比較することで、肝臓の診断に役立ちます。
	ALT (GPT)	ALT (GPT)が高値の場合、肝臓障害の可能性があります。原因疾患として、ウイルス性肝炎やアルコール性肝障害、胆管障害などが考えられます。
	γGTP	肝臓や胆道に障害があったり、肥満や胆膵疾患などで上昇します。また、過剰な飲酒でも増加します。
血糖検査	空腹時血糖	血液中のブドウ糖濃度を血糖と呼び、食後1時間以上経ってから採血が空腹時血糖です。血糖値は、食後、食べ物の量が吸収されて一時的に上昇し、その後に低下します。しかし、空腹時に分泌されるホルモンの働きでインスリンの働きで血糖値が正常な値に回復するようになっています。
	HbA1c	HbA1cは「糖化ヘモグロビン」と呼ばれ、過去1〜2か月間の血糖の全体的な状態を反映する検査項目です。
尿検査	尿糖	糖尿病の検査で重要な「尿糖」と腎臓の機能の低下をみる「尿蛋白」を判定します。血糖値が上昇すると、尿に糖が混ざり出してくるようになりますので、尿検査を行います。また、尿蛋白に異常が生じると、蛋白が尿にもれ出さなくなるようになりますので、尿検査を行います。

### メタボリックシンドローム判定

メタボリックシンドローム判定では、スタップ1で異常の項目を「数値」で判定します。次にスタップ2「判定」、血中脂質検査「血中脂質」による判定を行います。判定基準は「判定表」です。

※判定基準は、「基準値未満」、「判定不能」で表されます。

※判定不能は健康診断「標準的な診断・保健指導プログラム(判定表)」で示された判定基準を用いて判定を行います。

メタボリックシンドローム判定による標準判定と予備標準判定				
基準判定	予備標準判定			
男性	女性			
85cm	90cm			
以下のうち2項目以上に該当	以下のうち1項目に該当			
血中脂質	中性脂肪	≧ 150 mg/dl	かつ/または	脂質中の方
血圧	HDLコレステロール	≧ 40 mg/dl	かつ/または	脂質中の方
血圧	収縮期血圧(最高)	≧ 130 mmHg	かつ/または	脂質中の方
血圧	拡張期血圧(最低)	≧ 85 mmHg	かつ/または	脂質中の方
血糖検査	空腹時血糖	≧ 110 mg/dl	かつ/または	脂質中の方
	(ヘモグロビンA1cの場合)	≧ 5.9 %	かつ/または	脂質中の方

### 特定保健指導とは

特定健診によるメタボリックシンドローム判定と併行し、受診者に対して具体的な保健指導を実施するレベルを医療機関に通知して行われます。特定保健指導は、この「通知」により決定された「情報提供レベル」、「情報提供支援レベル」、「情報提供支援レベル」にそれぞれ対応します。

なお、高血圧、糖尿病、脂質異常のいずれかの薬物治療中の方は、特定保健指導の対象にはなりません。

### 動機付け支援

医師・保健師、管理栄養士などが、生活習慣改善の取り組みの方向に、「動機付け」に関する支援を実施し、目標達成に向けたサポートを行います。

### 積極的支援

生活習慣の改善が必要とする方が自主的に取り組みの方向に、医師・保健師、管理栄養士などが、食事指導やグループ活動などの指導を継続して支援するものです。

個別指導やグループ活動のほか、3か月の継続的な支援を受け、6か月後に身体状況や生活習慣の変化があらわらたかどうかの評価を行います。



※大分県国保の受診者の方には下記『「特定健診」結果のお渡しについて』をお渡しください。

## 別府市特定健康診査を受けられた方へ

特定健康診査は“メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)”に着目した健診です。

メタボリックシンドロームの予備軍の方や該当者の方を早期発見し、生活習慣の改善を支援します。

検査項目		検査で調べていること
必須項目 (全員が受ける項目)	質問票	服薬歴、喫煙歴、自覚症状等
	身長・体重・BMI	肥満度が分かります。標準体重＝身長(m)×身長(m)×22
	腹 囲	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の危険性をみます。
	血 圧	高血圧・低血圧の有無をみます。
	尿	糖
		糖尿病発見の手がかりです。
		蛋 白
		腎臓などの病気を見つける手がかりです。
	血液脂質	中性脂肪
		血液中の脂肪の一種。多すぎると動脈硬化を進めます。
		HDLコレステロール
		血管壁に沈着したコレステロールを運び去る役目をします。 (動脈硬化を予防する善玉コレステロール)
		LDLコレステロール
		血管内にコレステロールをため込みます。 (動脈硬化を促進する悪玉コレステロール)
	肝機能	GOT
		肝臓・心臓の異常発見の手がかりになります。
		GPT
		肝臓の細胞の働きをみます。
		γ-GTP
		アルコール性肝障害・肝臓・胆道などの異常をみます。
師(一定の 詳細な項目 と認めたと 場合)医	血糖	血 糖
		血液中のブドウ糖のことで糖尿病を見つける手がかりになります。
		ヘモグロビンA1c
		長期間の血糖コントロールの目安となります。
	腎機能	eGFR
		腎臓の働きをみます。
		血清クレアチニン
		慢性腎臓病を見つける手がかりになります。
師(一定の 詳細な項目 と認めたと 場合)医	貧血	血色素
		赤血球
		ヘマトクリット
		血球成分の比率のことで貧血を調べます。
		心電図
		不整脈、心臓肥大、冠状動脈(心臓を取り巻き、栄養・酸素を与える血管)の硬化など心臓の異常を調べます。
		眼底検査
		高血圧や糖尿病により眼底の血管に変化がないかをみます。

### ★今回の健診結果のお渡しについて★

後日、医師からの説明とともに健診結果表をお渡しします。

( )月( )日( )曜日( )時( )分にお越しください。

健診結果、メタボの赤信号(積極的支援該当者)又は黄色信号(動機づけ支援該当者)の方は“特定保健指導”を受けることをお勧めします。該当するかどうかは健診結果のお渡し日に説明いたします。

医療機関:

**【第 18 版】**

**早わかり特定健診マニュアル**

発行日 2025 年 4 月 1 日

発行所 一般社団法人別府市医師会  
地域保健センター

TEL 0977-23-2279

FAX 0977-26-4001

(非売品)