

## 特定健診平成30年度対応について

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。  
平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。  
平成30年度からの特定健診第3期について検査項目、  
質問内容の変更をご案内いたします。  
今回の変更に伴い、質問票の様式が変更になっております。  
今年度の特定健診については新しい様式の質問票をご使用ください。  
旧様式を使用された場合、請求行為は可能ですが、報告書の質問項目が  
一部表記されない状態となります。

敬具

### 記

#### 1. 詳細健診項目として血清クレアチニン、eGFR検査の追加

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のうちいずれかの基準に該当した者について医師が必要と認めた場合に個別に判断する

##### 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) 5.6%以上

#### 2. 質問項目の追加

生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取組の端緒となる質問項目が追加

#### 3. 詳細健診の実施区分の追加

心電図検査、血清クレアチニン検査を実施した場合、対象者の区分を選択する必要があります。

心電図検査の対象者区分

1. 詳細健診以外      2. 検査結果による実施      3. 不整脈の疑いによる実施

クレアチニン検査の対象者区分

1. 詳細健診以外      2. 検査結果による実施

1-2-2 詳細な健診の項目

医師の判断により受診しなければならない項目（詳細な健診の項目）は、貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）の4項目となる。実施する場合は、医師は当該項目を実施する理由を保険者に明らかにしなければならないことから、健診結果データにその理由を明記し、判断した医師名を付記の上でデータを送付する。また、受診者に対して実施時に十分な説明を行う。

図表 3：詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目：告示で規定）

追加項目	実施できる条件（基準）				
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）注1）注2）	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 又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査注1）注3）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値） 6.5% 以上又は随時血糖値が 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の確認ができない場合、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 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値） 6.5% 以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値） 6.5% 以上又は随時血糖値が 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、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 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% 以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値） 5.6% 以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値） 5.6% 以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上				

注1）平成 30 年度における経過措置として、心電図検査と眼底検査は、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よい。

注2）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。