

新潟市国民健康保険特定健康診査等 実施要領

新潟市国民健康保険特定健康診査等実施要領

1 目 的

新潟市国民健康保険被保険者等に対して、高齢者の医療の確保に関する法律により、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病予防のための特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）を実施し、生活習慣病の予防対策を行い、健康の保持向上に寄与することを目的とする。

生活保護受給者等に対しては、健康増進法に基づき同様の目的で実施する。具体的な実施方法等については、特定健康診査等に準ずるものとする。

2 特定健康診査実施方式

医療機関による健診（個別方式）を実施するものとする。

3 特定健康診査対象者

(1) 新潟市国民健康保険特定健康診査

実施年度中に40歳以上である新潟市国民健康保険被保険者。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）は対象から除くものとする。

(2) 新潟市後期高齢者健康診査

新潟県後期高齢者医療被保険者のうち新潟市に住所を有する者。

なお、対象除外者については、新潟市国民健康保険特定健康診査に準ずる。

(3) 生活保護受給者等健康診査

実施年度中に40歳以上である新潟市生活保護受給者等。

4 特定健康診査受診回数

同一被保険者につき年1回とする。

5 特定健康診査実施期間

毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

6 特定健康診査受診券の交付

対象者にはあらかじめ個別通知により受診券を交付するものとする。

7 特定健康診査実施医療機関

新潟市特定健康診査等委託医（病）院等（以下「委託医療機関等」という。）とする。

8 健診項目及び判定基準

別紙1のとおりとする。

9 特定健康診査受診の方法・資格確認

受診券と、新潟市国民健康保険被保険者証又は後期高齢者医療被保険者証（以下「健康保険証」という。）、
或いは生活保護受給証明書又は支援給付受給証明書を持参し、直接、委託医療機関等で受診するものとする。
対象者の資格確認は、受診券と健康保険証等により確認するものとする。

10 特定健康診査結果通知

特定健康診査の結果とメタボリックシンドロームの判定結果については、受診者と面談のうえ、当該医療
機関より通知を受けるものとする。結果通知については、「特定健康診査等結果についてのお知らせ」（様式
第4号）を使用するものとする。当該医療機関は、その際に市が作成する「健康に関するお知らせ」を提供す
るものとする。

受診者が前年度も当該医療機関で特定健康診査を受診していた場合は、前年度の結果を踏まえて、今年度
の結果を説明するものとする。なお、「健康手帳」等を活用し、健診結果を経年的に比較して自己管理がで
きるよう、受診者に結果の見方について指導する。

11 特定健康診査に関する費用

(1) 医療機関に支払う料金

別に定める契約書のとおりとする。

(2) 一部負担金の額

- | | | |
|---|---------------------------------------|------|
| ア | 40～59歳 | 500円 |
| イ | 60歳以上 | 無料 |
| ウ | 上記アのうち、市民税非課税世帯に属する者で健康診査無料券を提出した者は無料 | |
| エ | 生活保護受給者等 | 無料 |

(3) 一部負担金の納付

受診医療機関に直接支払うものとする。

12 特定健康診査委託契約の方法

特定健康診査の実施については、新潟県健康づくり財団（実施医療機関は、委託医療機関等）と新潟市が
一括契約を行うものとする。

健診費用の支払い及びデータ管理については、新潟市が別に新潟県国民健康保険団体連合会（以下「国保
連合会」という。）に委託するものとする。

13 特定健康診査費用の支払いと請求

委託医療機関等は、別に定める契約書の規定により、国保連合会に健診結果を提出し、請求をするもの
とする。

新潟市は請求の内容等を審査のうえ適当と認めた場合は、委託医療機関等に国保連合会を通じて速やかに
その費用を支払うものとする。

14 特定保健指導

生活習慣病に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことである。そのために対象者自身が健診結果を理解して身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的に実施する。

(1) 特定保健指導の対象者

新潟市国民健康保険特定健康診査受診者に対して、健診結果及び質問票から、生活習慣病のリスクに応じて階層化し、「動機づけ支援」「積極的支援」に区分する。

階層化された者は、原則全員を特定保健指導の対象者とする。ただし、若年層やリスクの重複保有者は優先対象者とし、優先的に保健指導を実施する。

(2) 特定保健指導の実施者

新潟市特定保健指導委託医（病）院等（以下「特定保健指導委託機関」という。）及び区役所の健康福祉課が実施するものとし、医師、保健師、管理栄養士、又は一定の保健指導の実務経験がある看護師が実施する。

(3) 特定保健指導の実施

対象者に対して個別に保健指導の案内を送付するものとする。特定保健指導フロー図（別記2）に示す特定保健指導の実施方法に沿って実施するものとする。

なお、特定健康診査等を受診後、治療開始になった者については、治療の必要性について指導し、治療継続を支援する。ただし、対象者が希望する際には、特定保健指導を実施できる。

ア 特定保健指導委託機関

特定保健指導委託機関実施の概要（別紙2）のとおり、特定保健指導委託機関は新潟市国民健康保険特定健康診査を自院で受診した対象者に限り実施とするものとし、特定健康診査結果通知後、速やかに階層化し、対象者に対して個別に特定保健指導の案内をするものとする。指導内容は、「特定保健指導支援計画及び実施報告書」（様式第5号）に記載すること。また、保険者や対象者の求めに応じ、報告する場合に用いること。指導途中で終了した場合も同様とする。

イ 区役所健康福祉課

区役所健康福祉課は、ア以外で特定健康診査を受診した対象者に実施するものとする。

(4) 特定保健指導の資格確認、利用券番号の交付

特定保健指導委託医療機関は対象者の資格を、健康保険証等により確認するものとする。

特定保健指導委託機関は、初回面接終了後、「利用券番号交付依頼書」（様式第6号）を新潟市に送付するものとする。

新潟市は、「利用券番号交付依頼書」を受理後、利用券番号を交付するものとする。

15 特定保健指導に関する費用

(1) 特定保健指導委託機関に支払う料金

別に定める契約書のとおりとする。

(2) 一部負担金の額

無料

16 特定保健指導の委託契約の方法

特定保健指導の実施については、新潟県健康づくり財団（実施医療機関は、特定保健指導委託機関）と新潟市が一括契約を行うものとする。

費用の支払い及びデータ管理については、新潟市が別に国保連合会に委託するものとする。

17 特定保健指導の支払いと請求

特定保健指導委託機関は、別に定める契約書の規定により、国保連合会に指導結果を提出し、請求をするものとする。

新潟市は請求の内容等を審査のうえ適当と認めた場合は、特定保健指導委託機関に国保連合会を通じて速やかにその費用を支払うものとする。

18 その他の保健指導

(1) 特定保健指導以外の保健指導

腹囲又はBMIが基準値以内で、血圧、血糖、脂質代謝が保健指導判定値を超えている者、また特定保健指導において階層化に用いられない検査結果（総コレステロール、LDLコレステロール、AST、ALT、 γ -GT、尿検査（尿糖・尿蛋白・尿潜血）、血清クレアチニン（eGFRによる腎機能評価を含む）、随時血糖、血清尿酸、血清総蛋白等）が、保健指導判定値を超えている場合には、健康教育、健康相談等他の保健事業の場を活用し、重症化予防や健康の保持増進のための支援を行う。その際は、健康手帳を活用するなど効果的な指導を図るものとする。

(2) 後期高齢者健康診査受診者の保健指導

本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるが、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、区役所の健康相談等の利用を勧める。

(3) 生活保護受給者等の保健指導

生活保護受給者等健康診査受診者に対して、生活習慣病予防に着目した保健指導を行う。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

(別紙1)

特定健康診査項目及び判定基準

1 特定健康診査の項目

(1) 基本的な健診の項目

質問票(様式第1号)、身体計測(身長・体重・BMI・腹囲(内臓脂肪面積))、血圧測定、尿検査^{※1}(尿糖・尿蛋白)、理学的検査(身体診察)、血中脂質検査(空腹時中性脂肪^{※2}、やむを得ない場合には随時中性脂肪・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^{※3})、肝機能検査(AST・ALT・ γ -GT)、血糖検査(空腹時又は随時血糖^{※4}・HbA1c)。

後期高齢者健康診査については、腹囲を除く。また、「質問票(後期高齢者健診用)」(様式第2号)を用いる。

※1 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者への尿検査は省略することができる(尿検査を実施した場合には検査結果とすることも可能)。

※2 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時間未満とする。

※3 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、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)の測定でも可とする。

※4 空腹時以外に採血を行う場合は「市独自の健診追加項目」として測定する。

(2) 詳細な健診の項目

心電図検査^{※5}、眼底検査、貧血検査(赤血球数・血色素量(ヘモグロビン値)・ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査(eGFR^{※6}による腎機能評価を含む)^{※7}

※5 「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者のうち、60歳以上の希望者は「市独自の健診追加項目」として測定する。

※6 $eGFR(\text{ml}/\text{分}/1.73\text{m}^2) = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$ (女性は $\times 0.739$)

※7 「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者については、「市独自の健診追加項目」として測定する。

(3) 市独自の健診追加項目

総コレステロール、尿潜血、血清尿酸、血清総蛋白、心電図^{※5}、血清クレアチニン検査(eGFR^{※6}による腎機能評価を含む)^{※7}、随時血糖^{※4}

2 検査方法

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。

イ 午前中に健診を実施する場合は、空腹時血糖、空腹時中性脂肪等の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。

ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とすると共に、ほか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。

(2) 問診

基本的な健診の項目に含まれる質問票及び特定健診等個人記録票(様式第3号。以下「個人記録票」という。)に基づいて行う。

(3) 身体計測

ア 身長、体重、肥満度

身長、体重を測定し、肥満度はBMIにより算出する。

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

車椅子の人で起立できない場合は、例外的な取り扱いとして代替可能な方法で実施する。

(例) 過去の測定結果の自己申告などにより対応

イ 腹囲の検査

(ア) 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。

(イ) 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定する。

(ウ) より詳細については、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所のホームページ (<http://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/kokuchou.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血圧の測定

ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。

イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ (<http://www.jacd.info/method/index.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(5) 血中脂質検査及び肝機能検査

ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。

イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。

なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。

ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。

エ 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る。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式で計算する。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する。ただし、LDLコレステロールの直接測定法も可。LDLコレステロール（Friedewald式）及びNon-HDLコレステロールは、次式により計算する。

(ア) Friedewald 式によるLDLコレステロール (mg/dl) =

$$\text{総コレステロール (mg/dl)} - \text{HDLコレステロール (mg/dl)} - \text{中性脂肪 (mg/dl)} / 5$$

(イ) Non-HDLコレステロール値 (mg/dl) =

$$\text{総コレステロール値 (mg/dl)} - \text{HDLコレステロール値 (mg/dl)}$$

オ 空腹時中性脂肪であることを明らかにする。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。なお、空腹時とは、絶食10時間以上とする。

カ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及びALT (GPT) 検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、 γ -GT (γ -GTP) 検査については、可視吸光光度法等による。

(6) 血糖検査

空腹時に採血が行えなかった場合には、随時血糖検査を実施する。

ア 空腹時血糖検査

- (ア) 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。
- (イ) 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。
- (ウ) 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- (エ) 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定する。
- (オ) 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- (カ) 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c検査

- (ア) フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- (イ) 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- (ウ) 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- (エ) 採血後、48時間以内に測定する。
- (オ) 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(7) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿する。
- イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。
- ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

(8) 血清クレアチニン検査（詳細な健診項目）

- ア 腎機能検査の測定方法については、血清クレアチニンの検査は可視吸光光度法（酵素法）による。
- イ eGFRにより腎機能を評価する。
- ウ eGFRについては次式により計算する。

$$\text{男性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

$$\text{女性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

(9) 循環器検査（詳細な健診項目）

ア 心電図検査

- (ア) 安静時の標準12誘導心電図を記録する。
- (イ) その他、検査方法、判定・判定区分については、日本人間ドック学会ホームページの基本検査項目/判定区分（<http://www.ningen-dock.jp/other/inspection>）、画像検診判定マニュアル欄に掲載されている「標準12誘導心電図検診判定マニュアル（2023年度版）」を参考とされたい。

イ 眼底検査

- (ア) 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。
- (イ) 高血糖者に対しては原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載する。

(ウ) その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）に示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）及び公益財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

(10) 貧血検査（詳細な健診項目）

- (ア) エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- (イ) 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。
- (ウ) 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

3 「詳細な健診」項目の選定

以下の判断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は、詳細な健診を実施する。

ただし、判断基準に該当した者全てに対して詳細な健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断すること。

その際医師は、当該健診を必要とした判断理由を受診者に説明するとともに、当該健診を必要とした判断理由を個人記録票に記載すること。

なお、ほかの医療機関において行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者（特に高血圧、心臓病等で医療機関に管理されている者）については詳細な健診を行う必要はない。また、特定健康診査等の結果から、医療機関を直ちに受診する必要がある者については、受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

詳細な健診項目	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	当該年度の特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以上又は問診等で不整脈が疑われる者	
眼底検査	当該年度の特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	
	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
ただし、当該年度の特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においては、前年度の特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。		
血清クレアチニン検査	当該年度の特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	
	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

※空腹時血糖値またはHbA1c（NGSP値）に基づき実施する。

HbA1c（NGSP値）が測定できず、やむを得ず随時血糖値の場合は、採血時間が食後3.5時間以上10時間未満の場合に限る。

4 「市独自の健診」項目の選定

(1) 総コレステロール，尿潜血，血清尿酸，血清総蛋白

受診者全員に実施する。

(2) 心電図検査

「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者のうち，60歳以上の希望者に実施する。なお，最近の結果が明らかで，再度検査を行う必要がないと判断される者（特に高血圧，心臓病等で医療機関に管理されている者）については実施の必要はない。

(3) 血清クレアチニン検査（eGFR^{*6}による腎機能評価を含む）

「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者について，「市独自の健診追加項目」として測定する。

5 メタボリックシンドローム判定

別紙メタボリックシンドロームの判定基準に基づき，「基準該当」「予備群該当」「非該当」「判定不能」に区分する。また，その判定結果について，受診者に説明するとともに，個人記録票に記載すること。

なお，メタボリックシンドロームの該当者・予備群の判定基準と階層化の基準は異なっているので注意のこと。

6 医師の判断

医師は特定健康診査判定基準等を目安として，別記1「特定健康診査判定時参考」A～F等を参考に，特定健康診査結果と市独自の健診追加項目の結果について総合的に判断する。個人記録票の医師の所見欄には「異常なし」「その他」に区分し，所見や指示事項がある場合は，具体的に記載するものとする。なお，その結果について，受診者に説明する。

受診勧奨判定値の者に対しては，異常値の程度，年齢等を考慮した上で，医療機関を受診する必要性を個別に判断し，受診者に説明するとともに，軽度の場合であれば，医師の判断により保健指導を優先して行い，効果が認められなかった場合に必要に応じて受診勧奨を行い，その判断結果を個人記録票に記入する。

（例：軽度の高血圧（収縮期血圧が140～159mmHg，拡張期血圧が90～95mmHg）等であれば保健指導を優先して行い，効果が認められなかった場合，必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。）

特定健康診査判定基準

検査項目		異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129以下	130～139	140以上
	拡張期血圧 (mmHg)	かつ 84以下	または 85～89	または 90以上
脂質代謝	空腹時中性脂肪* (mg/dl)	149以下	150～299	300以上
	随時中性脂肪* (mg/dl)	174以下	175～299	300以上
	HDLコレステロール (mg/dl)	40以上	40未満	-
	LDLコレステロール** (mg/dl)	119以下	120～139	140以上
	Non-HDLコレステロール** (mg/dl)	149以下	150～169	170以上
肝機能	AST (GOT) (U/l)	30以下	31～50	51以上
	ALT (GPT) (U/l)	30以下	31～50	51以上
	γ-GT (γ-GTP) (U/l)	50以下	51～100	101以上
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	99以下	100～125	126以上
	HbA1c (%)	5.5以下	5.6～6.4	6.5以上
尿検査	尿糖	尿糖 (-)		尿糖 (±) 以上
	尿蛋白	蛋白 (-) (±)		蛋白 (+) 以上
貧血	血色素 (g/dl)	男13.1以上	男12.1～13.0	男12.0以下
		女12.1以上	女11.1～12.0	女11.0以下
	ヘマトクリット値 (%)	男39.0以上		男38.9以下
		女36.0以上		女35.9以下
腎機能検査	eGFR (ml/分/1.73m ²)	60以上	45以上, 60未満	45未満
心電図検査	所見	特記所見なし		心電図所見から判定区分を決定し、C (要再検査で再検査時期3、6か月後) と D (要精密検査・治療) は受診勧奨とする。 <input type="checkbox"/> 電気軸異常 <input type="checkbox"/> PR間隔異常 <input type="checkbox"/> Q波異常 <input type="checkbox"/> R波異常 <input type="checkbox"/> 心肥大 <input type="checkbox"/> ブルガダ型ST-T <input type="checkbox"/> 早期再分極 <input type="checkbox"/> ST上昇・ST低下 <input type="checkbox"/> T波異常・陰性U波 <input type="checkbox"/> QT間隔異常 <input type="checkbox"/> 洞調律異常 <input type="checkbox"/> 異所性・補充調律 <input type="checkbox"/> 房室伝導障害 <input type="checkbox"/> 心室内伝導異常 <input type="checkbox"/> WPW型心電図 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 上室性不整脈 <input type="checkbox"/> 心室性不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋負荷 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 複合所見 <input type="checkbox"/> その他 ()
眼底検査	KW慶大変法 所見	0・I		II a・II b・III・IV
	受療状況			経過観察中・受療中

*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時間未満とする。

**LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる。

メタボリックシンドロームの判定基準 (8学会基準とは異なる)

<p>メタボリックシンドロームについては、基準該当、予備群該当、非該当に判定する。</p> <p>判定方法については、腹周囲径が男性で85cm以上、女性では90cm以上であること、もしくは内臓脂肪面積が100cm²以上に相当 (男女とも) することに加え、次の3項目のうち1つが該当する者は予備群該当、2つ以上該当する者は基準該当となる。</p> <p>(1) 中性脂肪が150mg/dl以上、または (かつ)、HDLコレステロールが40mg/dl未満、もしくは脂質異常症の治療にかかる薬を服用 (なお、空腹時採血でない場合も当該基準を用いて判定する)</p> <p>(2) 収縮期血圧130mmHg以上、または (かつ)、拡張期血圧が85mmHg以上もしくは血圧を下げる薬を服用</p> <p>(3) 空腹時血糖が110mg/dl以上</p> <p>ただし、空腹時血糖の値が適切に得られない場合はHbA1c6.0%※以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用 (※空腹時血糖110mg/dlに相当する値)</p> <p>(なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し、随時血糖のみの場合は血糖検査は未実施として取り扱う。)</p>

市独自の健診追加項目の判定基準

検査項目	異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
総コレステロール (mg/dl)	150～219	220～239 149以下	240以上
随時血糖 (mg/dl)	139以下		140以上
血清尿酸 (mg/dl)	6.9以下	7.0～7.9	8.0以上
総蛋白 (g/dl)	6.5以上		6.4以下
尿潜血	潜血 (-) (±)		潜血 (+) 以上

〈別記1〉

特定健康診査判定時参考

A 血圧

高血圧治療ガイドライン2019について

高血圧症は脳血管疾患（脳卒中）や心疾患（心筋梗塞など）の最大の危険因子である。高血圧治療ガイドラインは、日本高血圧学会により2000年に作成され、およそ5年毎に改訂され2019年に第5版となる「高血圧治療ガイドライン2019」（以下JSH 2019）が発刊された。

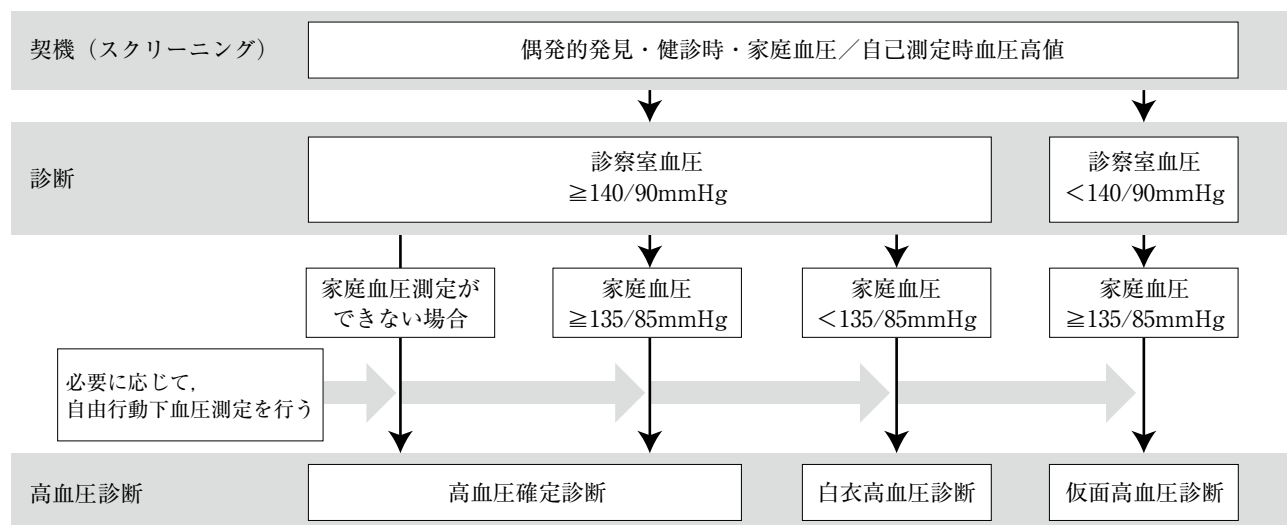
ガイドラインの目的は、科学的根拠に基づき高血圧の合併症（脳卒中、心臓病、腎臓病など）の発症予防と進展予防を図るための“標準的な治療法”を提示し、患者と医療者を支援するものである。標準的な治療法の提示のため、必ずしも個々の患者の状況に当てはまるとは限らず、担当医から十分な説明を受け、最終的な判断は、患者と主治医が協働して行うことが必要である。

JSH 2019の主な変更点は、第一に血圧値の分類名が変更されたことである（表1）。正常高値血圧、高値血圧であっても正常血圧者に比べ脳心血管の発症率が高く、高血圧へ移行する確率も高いため、この段階からの早期介入が必要なため分類名が変更されたものである。高血圧の基準は従来通りである。

表1 成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)		
	収縮期血圧		拡張期血圧	収縮期血圧		拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立生) 収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

図1 血圧測定と高血圧診断手順



- ・ 診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する。
- ・ 自己測定時血圧とは、公衆施設・職域・薬局などにある自動血圧計で自己測定された血圧を指す。

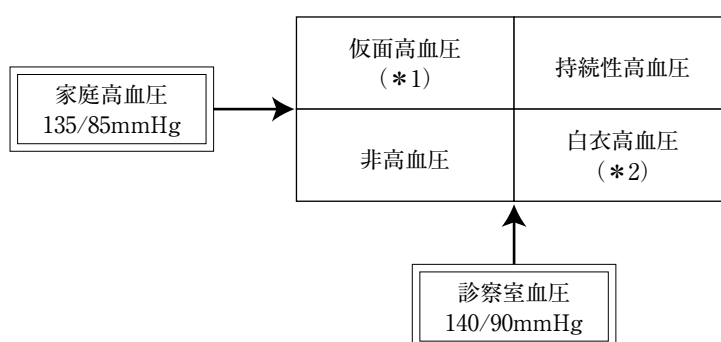
図1に診断手順を示しているが、診察室血圧が高くなくても家庭血圧が高い「仮面高血圧」に留意する必要がある（図2）。

また、「心血管病のリスク層別化（図3）」に高値血圧が追加され、「初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画（図4）」も変更され、正常血圧者以外の全員に「生活習慣の修正（表3）」が求められた。高リスクの高値血圧者は生活習慣の修正を積極的に行い、必要に応じて薬物治療を開始することが推奨された。

第二に、「降圧目標」が厳格化された（表2）。合併症がない75歳未満の成人、冠動脈疾患患者、脳血管障害患者（両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がない場合）では130/80mmHg未満、合併症がない75歳以上の高齢者では140/90mmHgが目標とされ、JSH2014に比べ厳格化された。これは、厳格な降圧により心血管イベントを抑制することができるというエビデンスに基づいた変更である。

（図表は日本高血圧学会JSH2019より、一部改変）

図2 仮面高血圧と白衣高血圧



(*1) 未治療仮面高血圧の脳心血管病リスクは持続性高血圧と同程度であり高血圧と考える。治療中の場合は、治療中仮面高血圧という。

(*2) 治療中の場合は、白衣現象または白衣効果を伴う高血圧という。

図3 診察室血圧に基づいた「心血管病リスク層別化」

	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
	130-139/80-89mmHg	140-159/90-99mmHg	160-179/100-109mmHg	≥180/≥110mmHg
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のある慢性腎臓病のいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

図4 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

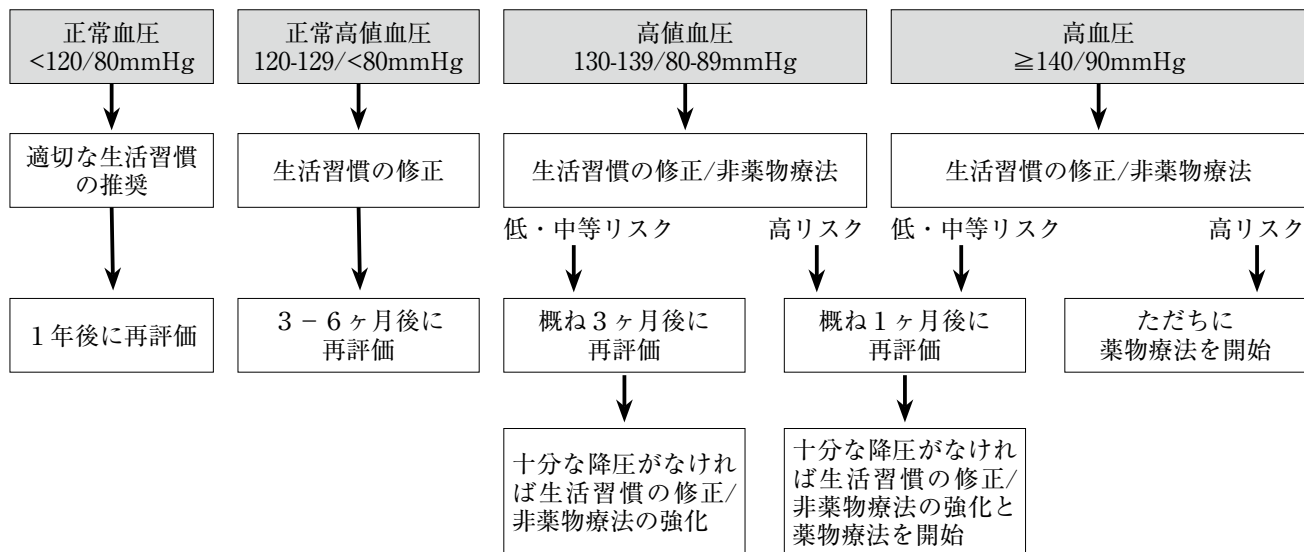


表2 降圧目標

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人	<130/80	<125/75
脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし)		
冠動脈疾患患者		
慢性腎臓病患者 (蛋白尿 陽性)		
糖尿病患者 抗血栓薬服用中		
75歳以上の高齢者	<140/90	<135/85
脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり, または未評価)		
慢性腎臓病患者 (蛋白尿 陰性)		

表3 生活習慣の修正項目

1. 食塩制限: 6g/日未満 2. 野菜・果物の積極的摂取 飽和脂肪酸, コレステロールの摂取を控える 多価不飽和脂肪酸, 低脂肪乳製品の積極的摂取 3. 適正体重の維持: BMI (体重 [kg] ÷ 身長 [m] ²) 25未満 4. 運動療法: 軽強度の有酸素運動 (動的および静的筋肉負荷運動) を毎日30分, または180分/週以上行う 5. 節酒: エタノールとして男性20-30ml/日以下, 女性10-20ml/日以下に制限する 6. 禁煙
・生活習慣の複合的な修正はより効果的である。 ・カリウム制限が必要な腎臓病患者では, 野菜・果物の積極的な摂取は推奨しない。肥満や糖尿病患者などエネルギー制限が必要な患者における果物の摂取は80kcal/日にとどめる。

B 血清脂質検査

血清中性脂肪値は、食事摂取等の影響が大きいことから、指導の際には食事摂取等の有無にかかわらず、300mg/dl以上の者に対して空腹時の再検査を勧めることとする。

C 糖代謝検査

糖尿病予防の観点から、特定健康診査等の結果について、下記のように取り扱うことが望ましい。

なお、参考として糖負荷試験も含めた標準的な診断手順（参考1「特定健診において推奨される糖尿病診断の手順」）を示す。75gブドウ糖負荷試験を実施する際には、この手順をめやすとすることが望ましいが、実際の診断においては担当医師の裁量を含むものとする。

1 随時血糖200mg/dl以上若しくは空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上の者（受診勧奨判定値に該当する場合）については、速やかに受診させるものとする。

2 特定保健指導対象者について（表1）

腹囲等の基準（男性85cm以上、女性90cm以上の者（内臓脂肪面積の測定ができる場合には、内臓脂肪面積が100cm²以上）、又はBMI 25以上の者）に該当する者については、空腹時血糖100～125mg/dl、又はHbA1c5.6～6.4%の場合は糖尿病発症のハイリスク群と考えられるため、75gブドウ糖負荷試験を実施してその評価を行うことが有用である。

3 特定保健指導対象者以外の者について（表2）

腹囲等の基準に該当しない者については、空腹時血糖110～125mg/dl（随時血糖140～199 mg/dl）、又はHbA1c6.0～6.4%の場合は75gブドウ糖負荷試験を実施することが望ましい。

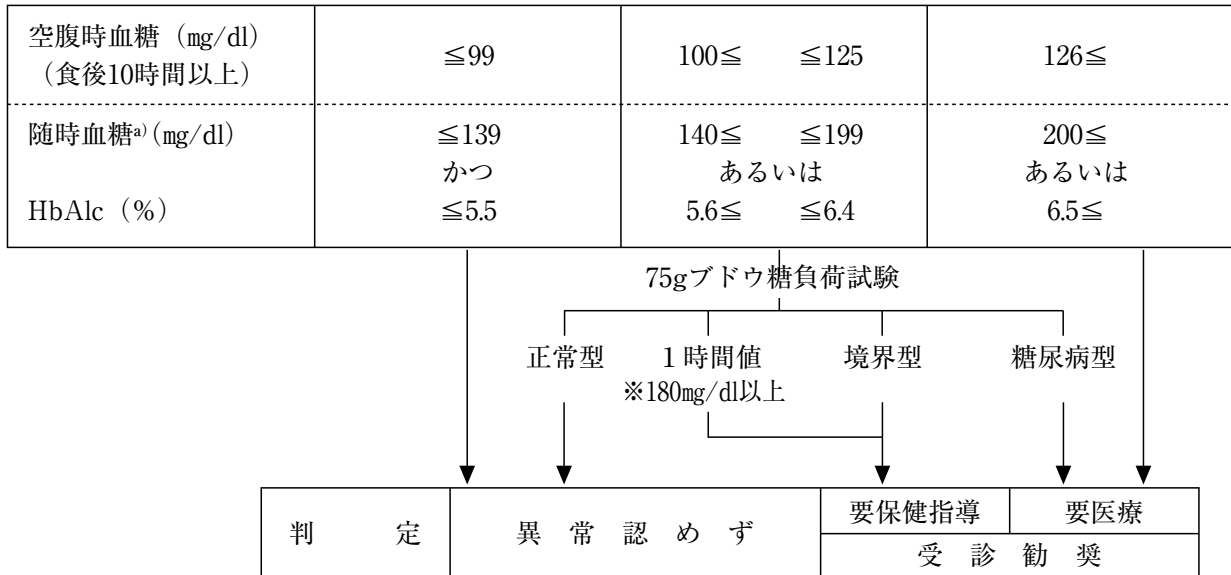
また、空腹時血糖100～109mg/dl、又はHbA1c5.6～5.9%の場合でも、他のリスク（家族歴、肥満、高血圧、脂質異常症など）を勘案して、情報提供、追跡あるいは75gブドウ糖負荷試験を行うことが望ましい。

(参考1)

特定健診において推奨される糖尿病診断の手順

(表1) 特定保健指導対象者^{*1}の糖尿病の診断手順フローチャート

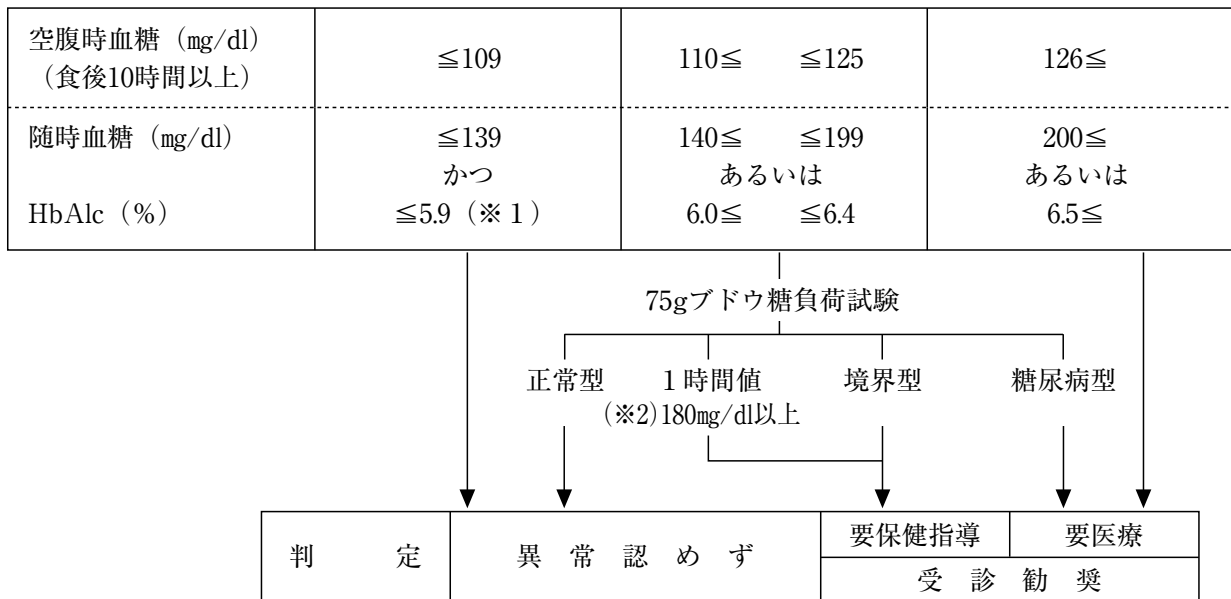
※1：腹囲が男性85cm以上・女性90cm以上の者、内臓脂肪面積が100cm²以上、又はBMI 25以上の者



※ 正常型であっても1時間値が180mg/dl以上の場合は180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱いをする。
a) 特定健康診査における随時血糖検査は、食直後を除くとされているが、当該随時血糖は食直後を含む。

(表2) 特定保健指導対象者以外の者^{*2}の糖尿病の診断手順フローチャート

※2：腹囲が男性85cm未満・女性90cm未満の者、内臓脂肪面積が100cm²未満、又はBMI 25未満の者



(※1) 空腹時血糖100~109mg/dl、又はHbA1c5.6~5.9%の場合でも、他のリスク(家族歴、肥満、高血圧、脂質異常症など)を勘案して、情報提供、追跡あるいは75gブドウ糖負荷試験を行うことが望ましい。
(※2) 正常型であっても1時間値が180mg/dl以上の場合は180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱いをする。

(表3) 空腹時血糖値およびOGTT2時間値の判定基準

	(静脈血漿値, mg/dl)	(1999)
	正 常 値	糖 尿 病 域
空腹時値	< 110	≥ 126
75g OGTT2時間値	< 140	≥ 200
75g OGTTの判定	両者を満たすものを正常型とする	いずれかを満たすものを糖尿病型とする
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	
随時血糖値≥200mg/dlおよびHbA1c≥6.5の場合も糖尿病型と見なす。		

※参考：「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」（学会誌「糖尿病」2010年6月号）

D 腎機能検査

eGFRにより腎機能を評価する。慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、特定健診結果について、下記のように取り扱うことが望ましい。

慢性腎臓病（CKD）進展予防のための判定基準

				尿蛋白		
				A1	A2	A3
				正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
eGFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1 G2	正常または 軽度低下	60~	異常なし	特定保健指導対象 の場合に保健指導 ※1 尿潜血+の場合は 受診勧奨 (かかりつけ医)	受診勧奨 (かかりつけ医) ※3※4※5
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59		保健指導	
	G3b G4 G5	中等度~ 高度低下~ 末期腎不全	0~44	受診勧奨（専門医）		

- (※1) 特定健診判定基準では「異常なし」だが、慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、本基準においては、「特定保健指導対象の場合に保健指導判定値」とし、特定保健指導を実施する際にCKDに関する内容も含める等で対応することとする。
- (※2) 特定健診判定基準では「保健指導判定値」だが、慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、本基準においては、「受診勧奨（かかりつけ医）判定値」とする。
- (※3) 地域の実情に応じ専門医への紹介も可。「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（日本腎臓学会・日本糖尿病学会）」を踏まえ、かかりつけ医と専門医が連携することが望ましい。
- (※4) かかりつけ医への紹介の際には、「新潟県地域糖尿病・CKD協力医」に紹介することが望ましい。
- (※5) 尿潜血+の場合は、専門医への受診勧奨を推奨する。

E 心電図健診判定区分

心電図検査では自動解析が進歩し、一定のレベルにあると言えるが、100%正確ではなく限界もあることから、心電図診断に関しては、十分な知識と経験を有する医師が判読・診断することが望ましい。

判定の方法としては、下記の心電図所見（1～25）について判定区分（A～E）を決定する。ただし、判定区分C「要再検査・生活改善」については、再検査時期（3・6・12か月後）判定医が選択する。判定区分Cの再検査時期（3・6か月後）とDについては、受診勧奨とする。複数の心電図所見がある場合は、総合判定として最も重い判定区分を採用する。

健診における心電図検査からは多くの情報が得られるが、原則、安静時かつ非発作時の心電図である。そのため、心電図波形の判読とともに症状や診察所見などを加味した上で、担当医師が最終判定する必要がある。特に、不整脈、ST-T異常に関しては、自覚症状の有無を確認することが望まれる。

この心電図判定区分は、日本人間ドック学会の「標準12誘導心電図健診判定マニュアル(2023年度版)」を参考にして作成したもので、紙面の関係で心電図コードは省略してある。9年ぶりの改訂であり、より正確な判定を目指し、同じ心電図所見でも自覚症状や家族歴、他の所見により判定区分が変わるものも多くみられる。可能であれば、自覚症状や突然死の家族歴なども参考にして判定してほしい。

1 判定基準の決定と記載方法

(1) 各所見の判定

心電図所見と判定区分の定義を参考にして、各所見について判定区分を決定する。

各所見に複数の判定区分の記載がある場合は、最も軽い判定区分を採用する。ただし、定義に記載の条件にあてはまれば、その判定区分を採用する。

判定区分	
A	異常（所見）なし
B	軽度異常あるも日常生活に支障なし
C	要再検査・生活改善 →再検査時期（3・6・12か月後）については判定医が選択する
D	要精密検査・治療
E	治療中

(2) 総合判定

複数の心電図所見がある場合は、総合判定として最も重い判定を採用する。

【総合判定】

- ア 判定区分A、Bは「特記所見なし」、判定区分C、D、Eは「特記所見あり」
- イ 判定区分Cの再検査時期（3・6・12か月後）については判定医が選択。
- ウ 判定区分Cの再検査時期（3・6か月後）とDについては、受診勧奨とする。
- エ 判定区分Cの再検査時期（12か月後）については、次回の健診を必ず受診するよう指導する。
- オ 判定区分Eは治療中であり受診勧奨はしない。

2 所見と判定区分

(1) 正常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①異常（所見）なし	A	

(2) 電気軸異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①右軸偏位 (QRS 軸+90 度～+119 度)	B	
②高度右軸偏位 (QRS 軸+120 度～-150 度)	B, C	C : 左脚後枝ブロックが疑われる場合
③左軸偏位 (QRS 軸-30 度～-90 度)	B, C	C : ・左脚前枝ブロックが疑われる場合 ・時計回転もある場合 (末尾の 2 5 複合所見を参照)
④極端な軸偏位 (QRS 軸-91 度～-149 度)	B	
⑤不定電気軸 ^{注1)}	B	
⑥時計回転 ^{注2)}	B, C	C : 左軸偏位もある場合 (末尾の 2 5 複合所見を参照)

注 1) 電気軸計測不能。QRS 幅が極端に延長していなければ臨床的意義は乏しい。

注 2) 反時計回転は臨床的意義が乏しいため異常（所見）なしとして扱う。

(3) P R 間隔異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①PR 延長 (第 1 度房室ブロック) ^{注1)}	B, C, D	C : 前回と比較して明らかな PR 延長がみられる。 D : ・失神、息切れなど徐脈性不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・PR>300ms
②PR 短縮	B, D	D : 失神や動悸などの不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。若年者の突然死や遺伝性不整脈疾患（疑い）の家族歴。

注 1) PR>200ms。「PR 延長」は所見名、「第 1 度房室ブロック」は診断名であるが、同義語とする。
房室伝導障害の項に再掲。

(4) Q 波異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①境界域 Q 波 ^{注1)}	C	

②異常 Q 波 ^{注2)}	C, D	D : 複数誘導群 (I ・ aVL, II ・ III ・ aVF, V1-V3), 貫壁性心筋梗塞または心筋障害が疑われる場合。
------------------------	------	---

注 1) aVR 誘導の Q 波は境界域 Q 波とはしない。QS 波を含む。

注 2) 四肢誘導, V5, V6 誘導では Q 波の幅 \geq 40ms かつ R 波高の 1/4 以上。aVR 誘導の Q 波は異常 Q 波とはしない。QS 波を含む。

(5) R 波異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①R 波増高不良 ^{注1)}	C, D	D : 前壁中隔心筋梗塞が疑われる場合。
②左室高電位	B	下記のいずれかに該当する場合 ・ SV1 + (RV5 または RV6) > 3.5mV ・ RV5 または RV6 > 2.6mV
③右室高電位	B	RV1 \geq 0.5mV かつ R/S > 1
④両室高電位 ^{注2)}	C	

注 1) R 波高が V3 \leq V2 \leq V1 誘導。V1 誘導の初期 R 波高が 0.2mV 以下。

注 2) 左室高電位と右室高電位の基準を共に満たす場合。

(6) 心肥大

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①左室肥大 ^{注1)}	C, D	C, D の判定は ST 低下, T 波異常の判定区分に準じて行う。
②右室肥大 ^{注2)}	C, D	C : 右軸偏位を伴う場合。 D : 右軸偏位 + ST-T 変化を伴う場合。
③両室肥大 ^{注3)}	C, D	D : 左室肥大, 右室肥大の両方またはいずれかが D。

注 1) 左室高電位 (SV1 + (RV5 または RV6) > 3.5mV または, V5 または V6 の R > 2.6mV) に ST-T 変化を伴う。

注 2) 右室高電位 (RV1 \geq 0.5mV かつ R/S > 1) に右軸偏位, ST-T 変化を伴う。

注 3) 左室肥大かつ右室肥大の両者の特徴を示す。

(7) ブルガダ型 ST-T 異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①coved 型 ^{注1)}	D	
②saddleback 型 ^{注2)}	C, D	D : ・失神, 動悸など不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・若年者の突然死や遺伝性不整脈疾患 (疑い) の家族歴

注 1) V1 または V2 誘導で coved 型 ST-T 異常を認める。

注 2) V1 または V2 誘導で saddleback 型 ST-T 異常を認める。1 肋間上の右側胸部誘導 (V1, V2 誘導)

を記録して coved 型への変化の有無を確認する。日内変動や日差変動等で coved 型に変化することがある。

(8) 早期再分極 (J 波)

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①早期再分極 (J 波) ^{注1)}	B, C, D	B: J 点上昇が 0.1~0.19mV, かつ不整脈が疑われる失神, 痙攣の既往歴または若年性突然死の家族歴がない場合。 C: J 点上昇が 0.2mV 以上, かつ ST 上昇が水平型または下降型のもの、かつ不整脈が疑われる失神, 痙攣の既往歴または若年性突然死の家族歴がない場合。 D: C 判定の心電図所見, かつ不整脈が疑われる失神, 痙攣の既往歴または若年性突然死の家族歴がある場合は, 早期再分極症候群・J 波症候群として扱う。

注1) 下壁誘導 (II, III, aVF) の 2 誘導以上, または側壁誘導 (I, aVL, V4, 5, 6) の 2 誘導以上, またはその両者に 0.1mV 以上の J 点上昇を伴うスラー型またはノッチ型の J 波・早期再分極パターンを認める。

(9) ST 上昇 ^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①ST 上昇	B, D	B: 0.1mV 以上。胸部誘導 0.2mV 以上。 D: 心筋虚血, 心室瘤, 心膜炎, 心筋梗塞などが疑われる場合。

注1) ブルガダ型 ST-T 異常, 早期再分極 (J 波) を除く。

(10) ST 低下

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①ST 低下 (上行傾斜型・U 字型 (盆状)・水平型・下行傾斜型) ^{注1)}	C, D	D: 0.1mV 以上の J 点下降, かつ水平型または下降傾斜型の ST 部。 C: D 以外の ST 低下。ただし下記のいずれかに該当する場合は D。 ・動脈硬化性疾患危険因子を有している。 ・早発性冠動脈疾患の家族歴。 ・初回指摘時 (過去にも指摘されたが, 現在まで医療機関を受診していない場合を含む)。
②軽度 ST 低下 ^{注2)}	B, C	C: 動脈硬化性疾患危険因子を有している場合。

注1) -0.1mV 以上の ST 低下 (V2, V3, 誘導では -0.05mV)。ST 低下の形状を考慮する。ST 偏位の計測は通常 J 点から 60~80ms の点で行う。

注2) 注1) を満たさないST低下。

(1 1) T波

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①平低T波	B, C	C: 動脈硬化性疾患危険因子を有している場合。
②陰性T波 ^{注1)}	C, D	D: 下記の誘導で0.5mV以上の陰性Tの場合 ・ I, II, III, aVL (R \geq 0.5mVの場合), aVF (QRSが主に上向きの場合), V2-V6
③T波増高 ^{注2)}	B, D	D: 超急性期心筋梗塞や高カリウム血症などが示唆される場合。

注1) aVR誘導以外の誘導でのT波陰転化 (aVF誘導でR波が下向きの場合を除く)。

注2) T波高: 胸部誘導>1mV, 四肢誘導>0.5mV。aVR誘導は採用しない。

(1 2) 陰性U波

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①陰性U波	D	

(1 3) QT間隔異常^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①QT間隔延長	C, D	C: ・男性QTc 450ms以上480ms未満 女性QTc 460ms以上480ms未満 D: ・QTc 480ms以上(男女) ・C判定の基準かつ下記のいずれかに該当する場合。 ①失神, 動悸など不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ②若年者の突然死や遺伝性不整脈疾患(疑い)の家族歴。
②QT間隔短縮	C, D	C: QTc 330ms以上350ms未満。 D: QTc 330ms未満。

注1) QT間隔の補正(QTc)は, 一般的にはBazettの補正(QT/RR^{0.5})を用いる。Bazettの補正は頻脈, 徐脈の影響を過剰に受けるため, 頻脈・徐脈の場合は心拍数の影響を受けにくいFridericiaの補正(QT/RR^{0.33})が望ましい。

(1 4) 洞調律異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①洞不整脈	B	
②洞頻脈 ^{注1)}	D	
③心拍過多 ^{注2)}	C	

④洞徐脈 ^{注3)}	A, C, D	A : 心拍数 45-49 拍/分 C : 心拍数 40-44 拍/分 D : 心拍数 39 拍/分以下
⑤洞房ブロック ^{注4)}	D	
⑥洞停止 ^{注5)}	D	

注 1) 心拍数 100 拍/分以上。

注 2) 心拍数 86-99 拍/分。

注 3) 心拍数 49 拍/分以下。

注 4) 注 5) 通常の 1 2 誘導心電図の記録時間では診断が困難な場合がある。

(15) 異所性・補充調律

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①房室接合部調律	B	
②異所性心房調律	B	移動性心房調律を含む
③房室解離	D	
④心室固有調律	D	
⑤促進心室固有調律	D	
⑥房室接合部補充収縮	B	
⑦心室補充収縮	B	
⑧房室接合部補充調律	D	
⑨心室補充調律	D	

(16) 房室伝導障害

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①第 1 度房室ブロック (PR 延長) ^{注1)}	B, C, D	C : 前回と比較して明らかな PR 延長がみられた場合。 D : ・失神, 息切れなど徐脈不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・PR>300ms.
②第 2 度房室ブロック (ウェンケバッハ型)	C	
③第 2 度房室ブロック (モビッツ II 型)	D	
④第 2 度房室ブロック (2 : 1 伝導)	D	
⑤第 2 度房室ブロック (高度)	D	
⑥第 3 度房室ブロック (完全房室ブロック)	D	

注1) PR>200ms。「PR 延長」は所見名、「第1度房室ブロック」は診断名であるが、同義語とする。PR 間隔異常の項に再掲。

(17) 心室内伝導異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①RSR' パターン	B	QRS 時間 120ms 未満, かつ V1 または V2 誘導の QRS 波が $R \geq R'$ 。
②不完全右脚ブロック	B	QRS 時間 120ms 未満, かつ V1 または V2 誘導の QRS 波が $R < R'$ 。
③完全右脚ブロック	C, D	D: ・初回指摘時(過去にも指摘されたが, 現在まで医療機関を受診していない場合を含む) かつ動脈硬化性疾患危険因子を有する。
④不完全左脚ブロック	B	
⑤完全左脚ブロック ^{注1)}	D	
⑥左脚前枝ブロック ^{注2)}	C	
⑦左脚後枝ブロック ^{注3)}	C	
⑧心室内伝導障害 ^{注4)}	D	
⑨2枝ブロック ^{注5)}	C, D	D: ・失神, 動悸など不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・初回指摘時(過去にも指摘されたが, 現在まで医療機関を受診していない場合を含む)
⑩3枝ブロック ^{注6)}	D	

注1) 間歇性を含む。

注2) 左軸偏位 ($-90^\circ < \text{QRS 軸} < -45^\circ$) かつ, II, III, aVF 誘導で rS 型, かつ, I, aVL 誘導で qR 型, かつ, QRS 幅 120ms 未満。

注3) 高度右軸偏位, かつ, II, III, aVF 誘導で qR 型, かつ, I, aVL 誘導で rS 型, かつ, QRS 幅 120ms 未満。

注4) QRS 幅 120ms 以上(洞調律を含む上室性調律)で, 左脚ブロックや右脚ブロックに合致しない。

注5) ①完全右脚ブロック+左脚前枝ブロック

②完全右脚ブロック+左脚後枝ブロック

注6) ①完全右脚ブロック+左脚前枝ブロック+房室ブロック(第1度または第2度)

②完全右脚ブロック+左脚後枝ブロック+房室ブロック(第1度または第2度)

③左脚ブロック+房室ブロック(第1度または第2度)

(18) WPW 型心電図^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①WPW 型心電図	C, D	D: ・失神, 動悸など頻脈性不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。

		・初回指摘時（過去にも指摘されたが、現在まで医療機関を受診していない場合も含む）
--	--	--

注1) PR 短縮 (<120ms), デルタ波, QRS 幅の延長 (≥120ms) を特徴とする。

失神, 動悸, 頻脈など不整脈性心疾患を疑う自覚症状がある場合には, WPW 症候群として扱う。

(19) 人工ペースメーカ調律

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①人工ペースメーカ調律	D, E	D : 定期的に医療機関に受診していない場合。

(20) 上室性不整脈

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①上室期外収縮 ^{注1)}	B, C	C : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
②上室期外収縮 (頻発・連発) ^{注2)}	C, D	D : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
③上室頻拍	D	
④心房細動	D	
⑤心房粗動	D	

・上室期外収縮は, 通常の記録用紙範囲内で個数をカウントする。

注1) 単発で2個以下。

注2) 頻発(単発で3個以上), 2連発, 3連発以上(ショートラン)。ただし3連発以上で心拍数100以上は上室頻拍とする。

(21) 心室性不整脈

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①心室期外収縮 ^{注1)}	B, C	C : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
②心室期外収縮 (頻発・2連発) ^{注2)}	C, D	D : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
③心室期外収縮 (多形性)	C, D	D : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
④心室期外収縮 (R on T)	D	
⑤非持続性心室頻拍 ^{注3)}	D	
⑥持続性心室頻拍 ^{注4)}	D	
⑦心室細動	D	

・心室期外収縮は, 通常の記録用紙範囲内で個数をカウントする。

注1) 単発で2個以下。

注2) 単発で3個以上，2連発。

注3) 心室期外収縮が3連発以上で持続時間が30秒未満。

注4) 心室期外収縮が30秒以上連続して出現し，頻拍を呈する。

(2.2) 心房負荷

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①右房負荷（拡大）	B, C	C：・右室高電位または左室高電位を合併する場合。 ・複合所見（末尾の25複合所見を参照。）
②左房負荷（拡大）	B, C	C：左室高電位または右室高電位を合併する場合。

(2.3) 心筋梗塞

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①心筋梗塞 ^{注1)}	D	

注1) 急性，陳旧性，発症時期不詳を含む。

急性心筋梗塞：前壁，前壁中隔，側壁，下壁，純後壁，高位側壁，右室などの部位を記載する。

陳旧性心筋梗塞・発症時期不詳：前壁，前壁中隔，側壁，下壁などの部位を記載する。

(2.4) その他

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①確定できない不整脈	C, D	判定医の判断による。
②低電位差（四肢誘導） ^{注1)}	B	
③右胸心 ^{注2)}	B	

注1) 四肢誘導の電位がI・II・III誘導のすべての心拍で0.5mV未満。胸部誘導のみの低電位差は含まない。

注2) 別途の方法で記録して診断・判定する。

(2.5) 複合所見^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①左軸偏位＋時計回転	C	
②左室高電位＋右房負荷（拡大）	C	
③軽度ST低下＋陰性T波	D	

注1) 非特異的心電図所見の累積と心血管疾患死亡リスク増加の関連から設けられた所見。

<参考>

心電図健診判定区分

	心電図所見	判定区分
1 正常	①正常	A
2 電気軸異常	①右軸偏位 (+90° ~ +119°)	B
	②高度右軸偏位 (+120° ~ -150°)	B
	→左脚後枝ブロックが疑われる場合	C
	③左軸偏位 (-30° ~ -90°)	B
	→左脚前枝ブロックが疑われる場合	C
	→時計回転の合併(複合所見25-①)	C
	④極端な軸偏位 (-91° ~ -149°)	B
3 PR 間隔異常	①PR延長(第1度房室ブロック) PR>200ms	B
	→前回と比較して明らかなPR延長がみられる	C
	→失神、息切れ等の症状、またはPR>300ms	D
	②PR短縮	B
	→失神や動悸等の症状。若年性突然死の家族歴	D
4 Q波異常	①境界域Q波	C
	②異常Q波	C
	→複数誘導群(I・aVL、II・III・aVF、V1-V3)	D
	→貫壁性心筋梗塞または心筋障害が疑われる。	D
5 R波異常	①R波増高不良	C
	→前壁中隔心筋梗塞が疑われる場合	D
	②左室高電位	B
	③右室高電位	B
	④両室高電位	C
6 心肥大	①左室肥大	C
	→ST低下、T波異常の判定区分に準じて行う。	D
	②右室肥大 右軸偏位を伴う	C
	→右軸偏位+ST-T変化を伴う場合	D
	③両室肥大	C
	→左室肥大、右室肥大の両方またはいずれかがDの場合。	D
7 ブルガダ型	①coved型	D
	②saddleback型	C
	→失神や動悸等の症状。若年性突然死の家族歴	D
8 早期再分極	①早期再分極(J波) J点上昇が0.1~0.19mV	B
	→J点上昇が0.2mV以上、かつST上昇が水平型または下降型。	C
	→C判定の心電図所見、かつ不整脈が疑われる失神、けいれんの既往歴または若年性突然死の家族歴がある場合は、早期再分極症候群・J波症候群として扱う	D
9 ST上昇	①ST上昇 0.1mV以上。胸部誘導0.2mV以上	B
	→心筋虚血、心室瘤、心膜炎、心筋梗塞などが疑われる場合	D
10 ST低下	①ST低下 (上行傾斜型・U字型・水平型・下降傾斜型)	
	→0.1mV以上のJ点下降、かつST上昇または下降傾斜型のST	D
	→D以外のST低下。	C
	→D以外のST低下+動脈硬化性疾患危険因子あり・早発性冠疾患の家族歴・初回指摘または未受診	D
	②軽度 ST-T 低下 0.05mV未満の低下	B
	→動脈硬化性疾患危険因子あり	C

	心電図所見	判定区分	
11 T波	①平低T波	B	
	→動脈硬化性疾患危険因子を有している。	C	
	②陰性T波	C	
	→下記の誘導で0.5mV以上の陰性Tの場合・I, II, III, aVL(R≧0.5mVの場合)、aVF(QRSが主に上向きの場合)、V2-V6	D	
	③T波増高 胸部誘導>1mV、四肢誘導>0.5mV	B	
	→超急性期心筋梗塞や高カリウム血症などが示唆される場合	D	
12 陰性U波	①陰性U波	D	
13 QT 間隔異常	①QT間隔延長 QTc 450ms以上480ms未満(男) QTc 460ms以上480ms未満(女)	C	
	→①かつ、失神等の症状、突然死の家族歴	D	
	→QTc 480ms以上(男女)、	D	
	⑨QT間隔短縮 QTc 330ms以上350ms未満	C	
	→QTc 330ms未満	D	
14 洞調律異常	①洞不整脈	B	
	②洞頻脈 心拍数100/分以上	D	
	③心拍過多 心拍数86-99/分	C	
	④洞徐脈 心拍数45-49/分	A	
		心拍数40-44/分	C
		心拍数39/分以下	D
	⑤洞房ブロック	D	
	⑥洞停止	D	
15 異所性・補充調律	①房室接合部調律	B	
	②異所性心房調律	B	
	③房室解離	D	
	④心室固有調律	D	
	⑤促進心室固有調律	D	
	⑥房室接合部補充収縮	B	
	⑦心室補充収縮	B	
	⑧房室接合部補充調律	D	
	⑨心室補充調律	D	
16 房室伝導障害	①第1度房室ブロック(PR延長) PR>200ms	B	
	→前回と比較して明らかなPR延長がみられた場合	C	
	→失神、息切れ等の症状、又はPR>300ms	D	
	②第2度房室ブロック(ウェンケバハ型)	C	
	③第2度房室ブロック(モビッツII型)	D	
	④第2度房室ブロック(2:1伝導)	D	
	⑤第2度房室ブロック(高度)	D	
	⑥第3度房室ブロック(完全房室ブロック)	D	

- 複数の判定区分がある場合は、最も軽い判定区分を採用する。ただし、定義に記載の条件にはあてはまれば、その判定区分を採用する。
- 判定区分C(要再検査・生活改善)における再検査時期は、判定医の判断により、3か月後、6か月後、1年後とする。
- 判定区分Cの再検査時期(3か月後、6か月後)とDについては、受診勧奨とする。

	心電図所見	判定区分
17 心室内伝導異常	①RSR'パターン	B
	②不完全右脚ブロック	B
	③完全右脚ブロック	C
	→初回指摘時かつ動脈硬化性疾患危険因子を有する場合	D
	④不完全左脚ブロック	B
	⑤完全左脚ブロック	D
	⑥左脚前枝ブロック	C
	⑦左脚後枝ブロック	C
	⑧心室内伝導障害	D
	⑨2枝ブロック	C
	→失神、動悸等の症状、または初回指摘時	D
	⑩3枝ブロック	D
18 WPW	①WPW型心電図	C
	→失神、動悸等の症状、または初回指摘時	D
19 ペースメーカ	①人工ペースメーカ調律	E
	→定期的に医療機関を受診していない場合	D
20 上室性不整脈	①上室期外収縮 単発で2個以下	B
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	C
	②上室期外収縮(頻発・連発)	C
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	D
	③上室頻拍 3連発以上で心拍数100以上	D
	④心房細動	D
	⑤心房粗動	D
21 心室性不整脈	①心室期外収縮 単発で2個以下	B
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	C
	②心室期外収縮(頻発・2連発)	C
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	D
	③心室期外収縮(多形性)	C
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	D
	④心室期外収縮(R on T)	D
	⑤非持続性心室頻拍 3連発以上で持続が30秒未満	D
	⑥持続性心室頻拍 30秒以上連続	D
	⑦心室細動	D
22 心房負荷	①右房負荷(拡大)	B
	→右室高電位または左室高電位を合併する場合	C
	②左房負荷(拡大)	B
	→左室高電位または右室高電位を合併する場合	C
23 心筋梗塞	①心筋梗塞 急性、陳旧性、発症時期不詳を含む	D
24 その他	①確定できない不整脈	C
	→判定医の判断による。	D
	②低電位差(四肢誘導) I・II・III全て0.5mV未満	B
	③右胸心	B
25 複合所見	①左軸偏位+時計回転	C
	②左室高電位+右房負荷(拡大)	C
	③軽度ST低下+陰性T波	D

F 眼底所見判定基準

(Keith - Wagener分類慶大変法)

群 別	眼 底 所 見
0	所見なし
I	網脈動脈の軽度の狭細及び硬化 (Scheie変法1度)
II	II a 動脈硬化明らかとなり (Scheie変法2度以上), 狭細も I 群に比して高度となる。 (交叉現象++, 網膜面に出血, 白斑を認めない)
	II b 動・静脈の交叉現象に加えて網膜面に出血, 白斑を伴うもの。
III	著明な硬化性変化に加えて網膜浮腫, 綿花状白斑, 出血が認められる。
IV	III群の所見に加えて測定可能の程度以上の乳頭浮腫がある。
判読不能	ピンボケその他により写真が不良の場合無理に判定しない。

G 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の判定は, いわゆる日本内科学会等内科系8学会の基準 (空腹時血糖による該当者のみ規定。8学会: 日本動脈硬化学会, 日本糖尿病学会, 日本高血圧学会, 日本肥満学会, 日本循環器学会, 日本腎臓病学会, 日本血栓止血学会, 日本内科学会) に, 国民健康・栄養調査における基準 (HbA1cでの検査結果の判定) を加えたもの。また, 追加リスク1つを予備群と規定している。なお, 国民健康・栄養調査におけるHbA1cの判定基準値 (空腹時血糖110mg/dlに相当する値) は6.0%となっているので, 空腹時血糖の検査を行わなかった場合 (随時血糖の検査を実施した場合) は, HbA1cの値で判定する。

メタボリックシンドロームの判定基準は空腹時血糖が原則であり, 空腹時血糖の値がない場合は相関するHbA1cの値を用いることから, 空腹時とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖を優先する。

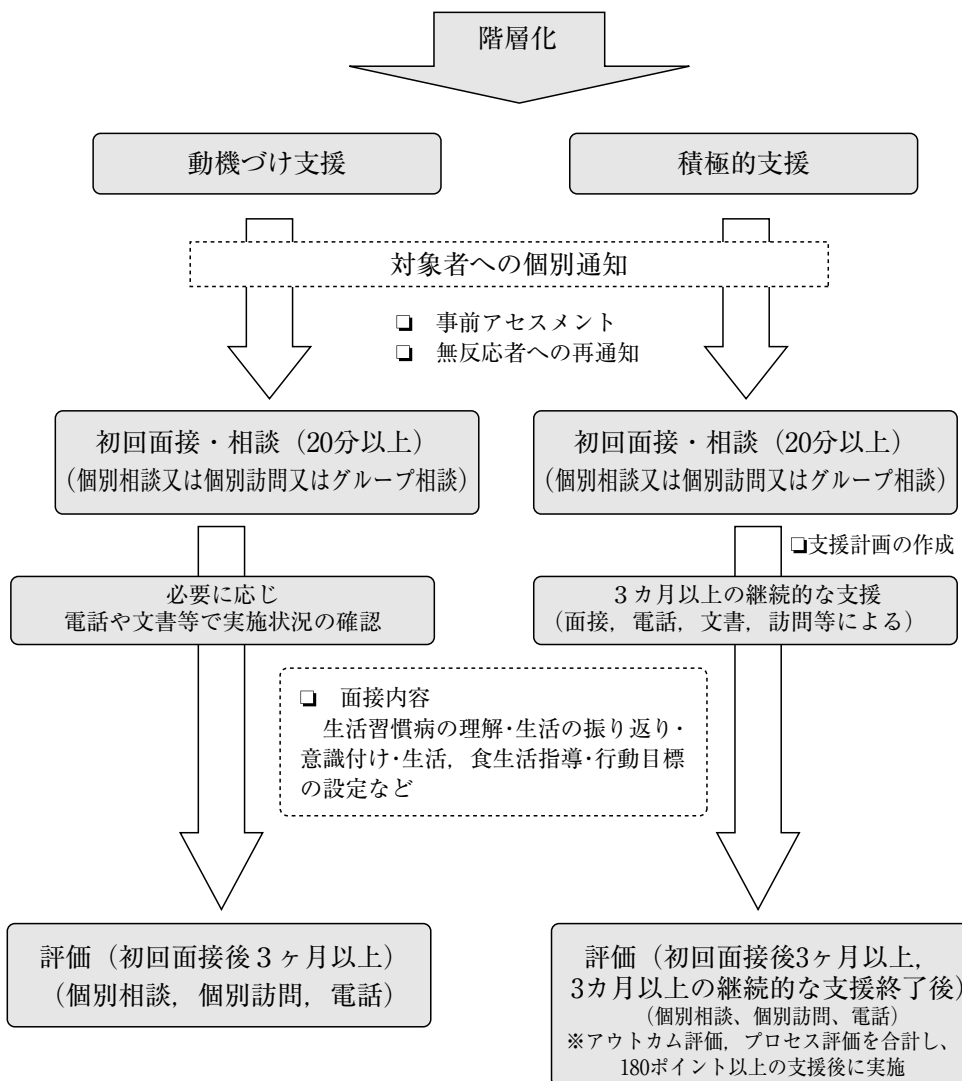
〈別記2〉

特定保健指導フロー図

【特定保健指導】

特定保健指導の対象者

腹 囲	追加リスク		④ 喫煙歴	対象	
	① 血糖	② 脂質 ③ 血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当		あり なし	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当				
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		あり なし	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当				
	1つ該当				



評価項目：身体目標（腹囲・体重）達成，行動目標（運動・食生活等）達成，健診データの改善状況

質 問 票 (40歳～74歳用)

フリガナ		性 別	生年月日	昭和 西暦	年 月 日 (歳)
氏 名		男・女			
住 所	新潟市 区		受診券整理番号		

NO	質 問 項 目	回 答
1-3	現在、aからcの薬を使用していますか※①。	(いずれかに○をお付け下さい)
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。(※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、 焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・ 60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

※①医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

質 問 票 (後期高齢者健診用)

フリガナ		性 別	生年月日	大・昭	年	月	日 (歳)
氏 名		男・女		西暦			
住 所	新潟市 区			受診券整理番号			

	質 問 文	回 答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあまあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	①はい ②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時が ありますか	①はい ②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

質問票について（参考）

質問票（40～74歳用）について

① 質問票NO1～3は必須項目であり、特定保健指導対象者の階層化に必要な項目である。（レセプト完全オンライン化までは確認する項目である。）

NO3の「c. コレステロールを下げる薬」は、脂質異常症の治療にかかる薬として使用の有無を確認する。

② 質問票8の喫煙歴は必須項目であり、必ず記載を確認する。

「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。

条件1：最近1か月間吸っている

条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

③ 質問票11の歩行（普通歩行）と同等の身体活動について

● 「3.0メッツ」以上の生活活動の内容

普通歩行（平地，67m/分，犬を連れて），電動アシスト付き自転車に乗る，家財道具の片付け，子どもの世話（立位），台所の手伝い，大工仕事，梱包，ギター演奏（立位）

● 「3.0メッツ」以上の運動の内容

ボウリング，バレーボール，社交ダンス，ピラティス，太極拳，自転車エルゴメーター（30～50ワット），自体重を使った軽い筋力トレーニング（軽・中等度），体操（家で，軽・中等度），ゴルフ（手引きカートを使って），カヌー

（健康づくりのための身体活動基準2013から抜粋）

④ 質問票14の「人と比較して食べる速度」は健診受診者の主観でよいが、「同じ年代の友人と比べてどうですか。」「家族と比べてどうですか。」などの質問で判断してもよい。

質問票（後期高齢者健診用）について

後期高齢者医療制度の健診については「質問票（後期高齢者健診用）」を用いる。

特定健康診査等個人記録票について（参考）

尿検査について

① それぞれの検査結果を記入する。

② 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者への尿検査は省略することができる。その場合は、医師の判断（意見）欄の「尿検査未実施理由」を○で囲む。

③ 生理中に検査を実施した場合、「尿蛋白」及び「尿潜血」検査の結果は記入可能だが、「尿蛋白」は（±）以上、「尿潜血」は（+）以上の場合は判定しない。

特定健診等個人記録票

◎健診受診日現在の加入保険を確認してください

請求項目に○をお願いします(一ツ)		法定項目		法定外項目		請求控	健診料	負担金	請求額	
・新潟市国保	・新潟市国保(非)	・県内3国保組合	・その他の保険	・一般(生保)	・後期高齢	円	円	円	円	
請求項目に○	特定健診基本項目	貧血	心電図	眼底単独	眼底同時	心電図	クレアチニン	尿酸	総蛋白	
追加健診項目	追加健診項目									
健診種別	自己負担金額	円	円	円	円	健診年月日	西暦	年	月	日
施設個別	自己負担率	%	%	%	%	保険者番号				
市町村番号	保険者上限額	円	円	円	円	保険者名称				
100	窓口徴収額	円	円	円	円	保険証記号				枝番
						保険証番号				

受診券整理番号 _____ 有効期限 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____ 住所 _____ 新潟市 _____ 区 _____ 性 別 _____

フリガナ(フルネーム) _____ 氏 名 姓 _____ 名 _____ 男・女 _____

生年月日 _____ 大 昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 電話 _____ 番号 _____

既往歴 0.特記すべきことなし
 1.高血圧 2.糖尿病 3.脂質異常 4.虚血性心疾患
 5.脳血管障害 6.肝障害 7.貧血 8.その他: _____

自覚症状 0.なし
 1.不整脈 2.めまい 3.胸痛・冷汗 4.呼吸困難 5.動悸・息切れ
 6.腰痛 7.膝痛 8.手足のしびれ 9.その他: _____

他覚症状 0.なし 所見 _____

検査項目	今回の結果	基準値
身長	不測	cm
体重	不測	kg
BMI		24.9以下
腹囲		男性85cm未満 女性90cm未満
収縮期血圧	mmHg	129mmHg以下
拡張期血圧	mmHg	84mmHg以下
血液検査No.		
採血時間	1.食後10時間以上 2.食後3.5時間以上10時間未満 3.食後3.5時間未満	
総コレステロール	mg/dl	219mg/dl以下
中性脂肪(空腹時・随時)	mg/dl	空腹時149mg/dl以下※1 随時 174mg/dl以下
HDLコレステロール	mg/dl	40mg/dl以上
LDLコレステロール	mg/dl	119mg/dl以下
Non-HDLコレステロール※2	mg/dl	149mg/dl以下
AST(GOT)	U/l	30U/l以下
ALT(GPT)	U/l	30U/l以下
γ-GT(γ-GTP)	U/l	50U/l以下
血糖(空腹時・随時)	mg/dl	空腹時 99mg/dl以下 随時 139mg/dl以下 ※3
HbA1c(NGSP値)	%	5.5%以下
血清尿酸	mg/dl	6.9mg/dl以下
血清総蛋白	g/dl	6.5 g/dl以上
尿糖	未実施※	— ± 1+ 2+ 3+ —
尿蛋白	— ± 1+ 2+ 3+ — ±	
尿潜血	— ± 1+ 2+ 3+ — ±	

検査項目	今回の結果	基準値
血清クレアチニン	mg/dl	
eGFR	ml/min/1.73m ²	60以上
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施	
赤血球数	万/mm ³	
血色素量	g/dl	男性13.1g/dl以上 女性12.1g/dl以上
ヘマトクリット値	%	男性39.0%以上 女性36.0%以上
実施理由	1.質問票の回答結果により実施 2.医師診察により実施 3.質問票の回答結果及び医師診察により実施	
心電図No.		特記所見なし
特記所見の有無	1.あり 2.なし	
総合判定	A(異常なし)、B(軽度異常)、C(要再検査:3か月、6か月、1年後) D(要精密検査・治療)、E(治療中)	
所見	要緊 要劣	要緊 要劣
1.正常	10.ST低下	19.人工ペースメーカー
2.電気軸異常	11.T波	20.上室性不整脈
3.PR間隔異常	12.陰性U波	21.心室性不整脈
4.Q波異常	13.QT間隔異常	22.心房負荷
5.R波異常	14.洞調律異常	23.心筋梗塞
6.心肥大	15.異所性・補充調律	24.その他
7.ブルガダ型	16.房室伝導障害	25.複合所見
8.早期再分極	17.心室内伝導異常	
9.ST上昇	18.PWP型心電図	
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.問診等の結果により実施 3.血圧および問診等の結果により実施	
眼底No.		0・1
所見	0・I・IIa・IIb・III・IV・判読不能 (その他)	
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施 4.前年度の血糖の結果により実施	

【医師の意見】

今回の健診結果

1.異常なし
2.その他 _____

※尿検査未実施の場合、理由に○をつけてください。「3.その他」の場合は具体的な理由を記載してください(高齢のため等)。
 1.生理 2.腎疾患等による排尿障害 3.その他()

メタボリックシンドローム判定 1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能

健診医師氏名 _____

特定健診機関番号 _____

健診機関名 _____

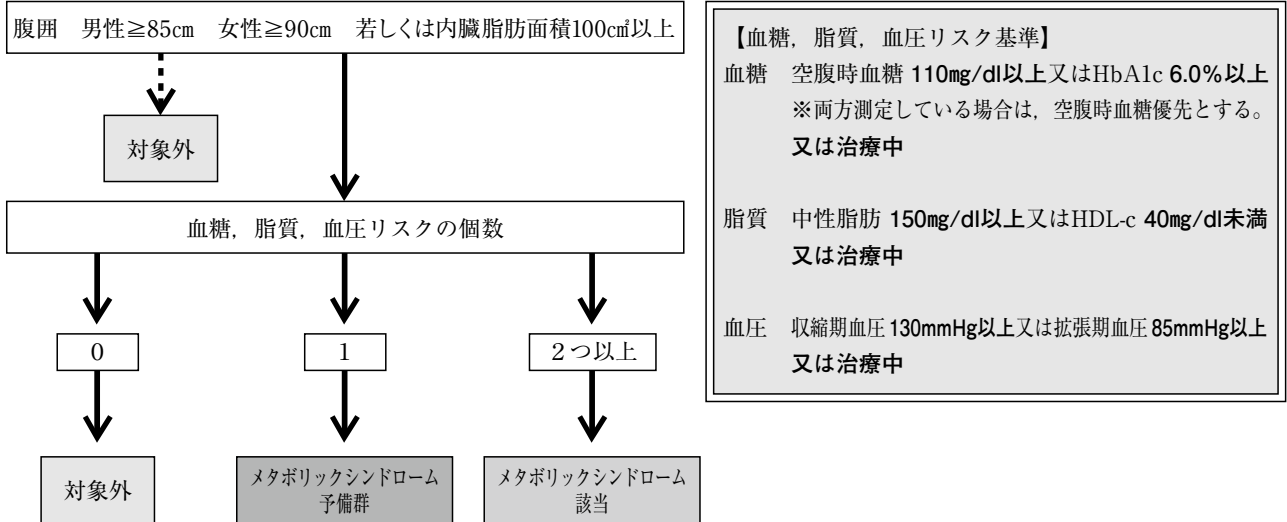
※1 空腹時中性脂肪は総食10時間以上、随時は総食10時間未満とする。 ※2 中性脂肪が400mg/cil以上や食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールとする(LDLコレステロール直接測定法も可)
 ※3 HbA1c(NGSP値)が測定できず、食後3.5時間以上10時間未満の場合基準値99mg/dl以下。 ※4 腎機能低下の有無を判断するための検査で、尿検査の結果と併せて判断する。
 今後、特定健診の精度向上及び保健指導等に役立てるため、あなた様の健診結果(精密検査結果を含む)について、お住まいの市町村・健診実施機関・地元医師会・特定保健指導及び治療を実施する医療機関等で、調査・分析などに利用すること及び情報を収集することについて御承知の上受診願います。なお、個人情報保護法、医療関係法、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記目的以外に利用することはありません。

〈別記3〉

メタボリックシンドローム判定，特定保健指導階層化フローチャート

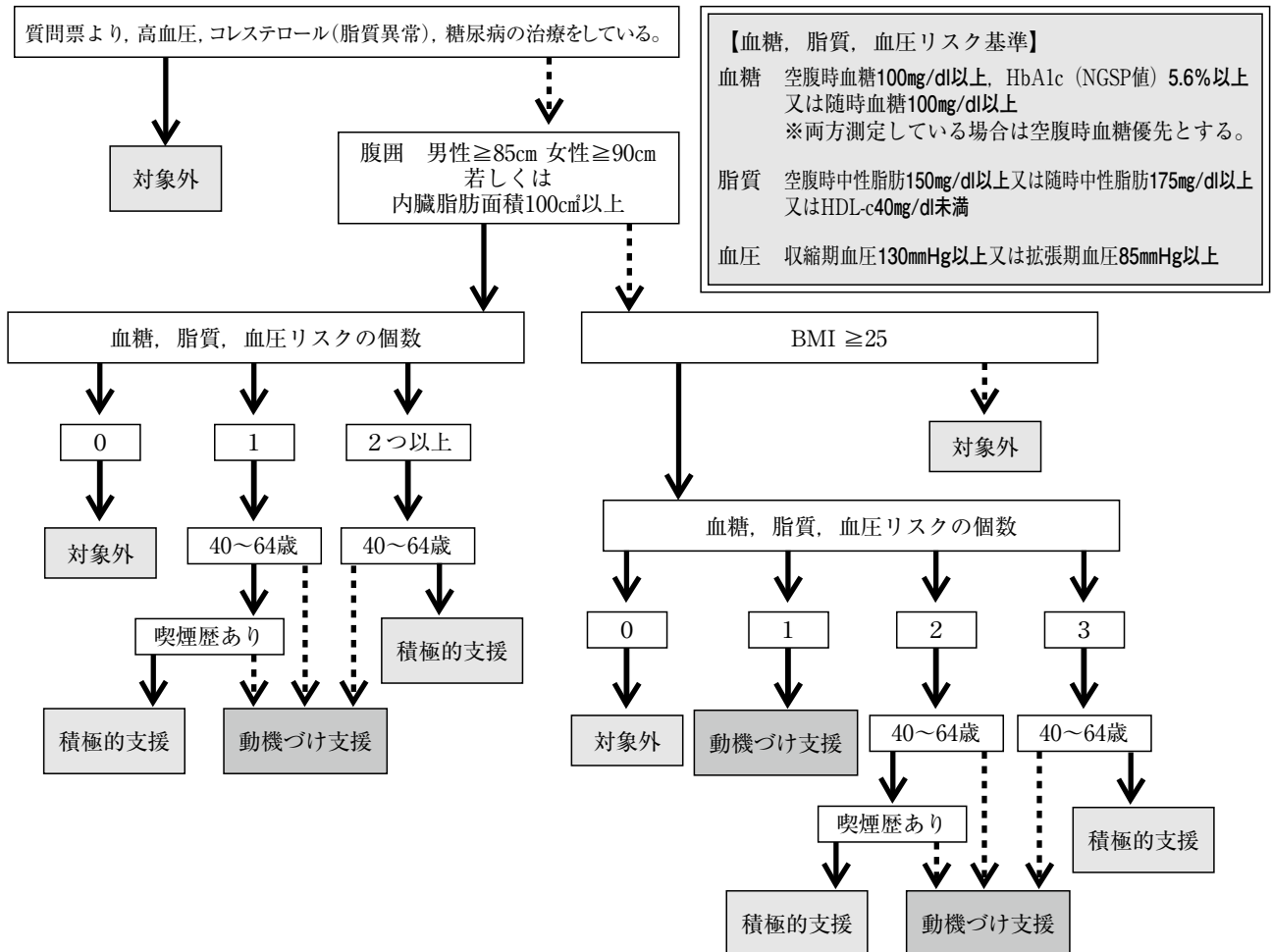
メタボリックシンドローム判定フローチャート ※日本内科学会等内科系8学会基準とは異なる。

→ Yes - - - - -> No



特定保健指導階層化フローチャート

→ Yes - - - - -> No



(別紙2)

特定保健指導委託機関実施の概要

1 委託条件について

(1) 委託基準

厚生労働省「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4版）」に示す「4. 委託」に準ずる。また、動機づけ支援・積極的支援両方の実施を条件とする。

(2) 特定保健指導委託機関の条件

ア 特定保健指導実施者については、医師、保健師、管理栄養士、または一定の保健指導の実務経験のある看護師であり、「新潟県特定健診・保健指導実践者養成研修」※を受講している者もしくは、当該年度に受講を予定している者とする。

※「新潟県特定健診・保健指導実践者養成研修」は、例年7～8月頃に新潟県が開催。

イ 費用の支払い、データ管理は国保連合会に委託するため、特定健康診査と同様に、指導結果と費用請求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※として作成できること。

※新潟県健康づくり財団では特定保健指導のデータ作成はできないため、受託医療機関は、電子データを自院で作成する。

2 対象者

特定健康診査を自院で受診した人。

※特定保健指導の委託を受けない医療機関で特定健康診査を受診した人については、区役所健康福祉課による直営実施とする。

3 実施内容

(1) 特定保健指導案内

ア 特定健康診査結果より特定保健指導対象者の選定

※実施基準については「メタボリックシンドローム判定、特定保健指導階層化フローチャート」（別記3）参照

イ 対象者に特定健康診査結果説明時に特定保健指導を案内する。

(ア) 特定健康診査受診券をセット券として発行しているため、検診結果が揃わない場合における初回面接分割実施も可能とする。

(イ) 自院にて特定健康診査を受診した特定保健指導対象者には全員に案内する。案内方法については問わない。

(2) 特定保健指導の実施

ア 動機付け支援、積極的支援を実施（別記4～6参照）

厚生労働省「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4版）」厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」厚生労働省に準じた実施とする。

ただし、2年連続して積極的支援に該当した場合の「動機づけ支援相当」の実施はしない。

(ア) 初回面接

・初回面接については、結果が揃った場合は、結果説明終了後の同日実施でもよい。

なお、健診当日に結果が揃わない場合における初回面接分割実施も可能とする。

- ・当該年度において75歳に達する者については実施しない。
- ・健康保険証等により新潟市国民健康保険加入者であることを確認すること。

※積極的支援を実施した場合は、特定健診自己負担分が医療費控除の対象となるため、必要事項が記載された領収書を発行すること。

(イ) 実績評価

- ・初回面接実施日より3ヶ月経過後に実施。電話、面接等で実施。積極的支援は継続支援終了後の実施とする。
- ・情報通信技術を活用する場合は、双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得る。
- ・3回以上連絡を試みた場合は実施とみなす。
- ・初回面接時は当該年度74歳であった者が、年度を超え、指導途中で75歳に到達しない限りは、実績評価まで実施すること。(75歳に到達した場合は実施とみなさない。)
- ・初回面接時に新潟市国民健康保険加入者であった者が、実施途中で新潟市国民健康保険加入の資格が喪失した場合については、実績評価まで実施すること。(実施とみなす)

(3) 利用券番号について

- ア 特定保健指導委託機関は初回面接終了後、新潟市へ「利用券番号交付依頼書」(様式第6号)を送付する。初回面接同日実施、初回面接分割実施の場合は、利用券は交付されないため不要とする。
- イ 新潟市は「利用券番号交付依頼書」受理後、利用券番号を交付する。(利用券番号の交付は特定健康診査実施から約3ヶ月後の予定)
- ウ 特定保健指導委託機関で利用券番号を受理後、費用請求する。

(4) 特定保健指導実施報告

厚生労働省「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4版)」に示す「特定保健指導支援計画及び実施報告書」(様式第5号)を作成すること。また、保険者や対象者の求めに応じ、報告する場合に用いること。指導途中で終了した場合も同様とする。

(5) 費用請求

- ア 費用については健康づくり財団(新潟市医師会)との一括契約となる。
- イ 費用の支払い、データ管理は国保連合会に委託するため、指導結果、費用請求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、国保連合会へ送付する。
※特定保健指導委託機関は、電子データを自院で作成する。健康づくり財団では特定保健指導のデータ作成はできない。
- ウ 費用請求は初回面接終了後、実績評価終了後(指導途中で終了した場合も含む)の2回となる。実施後速やかに行うこと。初回面接分割実施の場合においても初回面接2回目終了後速やかに行うこと。
(請求期限は、初回面接は翌年度9月5日、実績評価は翌年度2月5日までとする)

動機づけ支援の実際

時期	【1】 健診結果説明時 初回面接 (分割実施も可)	【2】 初回面接後2週間～3ヶ月 確認 (電話等)	【3】 初回面接後3ヶ月以後 実績評価 (電話・メールまたは面接・訪問)
業務内容	<p>①生活習慣と健診結果の関系の理解 ②メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識 ③歯と生活習慣病との関係 ④生活習慣の振り返り→改善点の自覚 ⑤生活習慣改善に向けた指導・社会資源紹介 ⑥体重及び腹囲の計測方法の理解と測定 ⑦対象者とともに行動目標・行動計画作成 ⑧評価時期・評価項目の設定</p> <p>※健康保険証等を確認する。</p>	<p>①目標・計画への取組確認 ②実践結果の確認・評価 ③継続への励まし ④情報提供 ⑤必要に応じて目標・計画の修正</p> <p>※評価までの間、必要に応じて、目標の取組状況等確認を行う。</p>	<p>①実践結果の確認・評価 ②継続への励まし ③情報提供</p> <p>* 実績評価では、腹囲・体重測定が必須(自己測定も可)</p> <p>※3回以上連絡を試みた場合は、実施とみなす。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>評価日は、初回面接から3ヶ月以上経過していること。</p> </div>
※情報通信技術を活用した遠隔面接も可とする。			
委託費用 (1人)	委託料単価×8/10	0円	委託料単価×2/10
初回実施後 途中脱落の 場合	委託料単価×8/10	0円	0円

積極的支援の実際

(腹囲2 cm 以上かつ体重2 kg 以上減の目標は達成できなかったものの、継続的支援と行動変容のアウトカム評価 (運動習慣改善) を合わせて180pに到達した例)

・実績評価日は、初回面接から3ヶ月以上経過していること。
・実績評価日は継続的支援と一体的な実施でなくてもよい。

時期(例)	【1】初回面接	【2】初回面接後1ヶ月	【3】初回面接後3ヶ月以降	【4】初回面接後5ヶ月以降
業務内容	初回面接 (分割実施も可) ①生活習慣と健診結果の関係の理解 ②メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識 ③歯と生活習慣病との関係 ④生活習慣の振り返り→改善点の自覚 ⑤生活習慣改善に向けた指導・社会資源紹介 ⑥体重及び腹囲の計測方法の理解と測定 ⑦対象者とともに行動目標・行動計画作成 ⑧支援計画・評価時期・評価項目(腹囲・体重・食事・行動状況改善など)の設定 ⑨医療費控除の説明(59歳までの対象者) ⑩次年度特定健診の説明(年度をまたいで指導する人には、特定保健指導実績評価終了後に受診を勧める) ※健康保険証等を確認する。	個別支援① (20分) ①実践結果の確認・評価・再アセスメント ②実践的指導 ③目標・計画の再設定	個別支援② (20分) ①実践結果の確認・評価・再アセスメント ②実践的指導 ③目標・計画の再設定 ※目標を達成しておらず、ポイントが180pに満たないため、中間評価として実施	電話① ※実績評価と一体的に実施 ①実践結果の確認・評価 ②継続への励まし ③情報提供 *実績評価では、腹囲・体重測定が必須(自己測定も可) ※3回以上連絡を試みた場合は、実施とみなす。
ポイントの構成方法 <別記6>【積極的支援】 支援ポイントの考え方	70	70	70	30
※情報通信技術を活用した遠隔面接も可とする。	合計ポイントが180に達している場合は、【3】を実績評価とする。			
	合計ポイントが180pに達していない場合は、追加の支援を行う。			
委託費用 (1人)	委託料単価×4/10			
初回実施後 途中脱落の場合	委託料単価×5/10×ポイント数の割合			

○アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とする。

○支援の流れは、対象者に合わせ、変更可能。

○ポイントの詳細については、<別記6>【積極的支援】支援ポイントの考え方を参照。

〈別記6〉

【積極的支援】 支援ポイントの考え方

評価時期

初回面接から実績評価を行うまでの期間は3か月後以上経過後とする。

最低条件

アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施すること

プロセス評価	内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣及び、行動計画の実施状況を踏まえ、必要性に応じた支援 ● 食事・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導 ● 必要時、行動目標・行動計画の再設定 	
	支援形態	個別支援	支援1回当たり70p（支援1回当たり最低10分以上）
		グループ支援	支援1回当たり70p（支援1回当たり最低40分以上）
		電話支援	支援1回当たり30p（支援1回当たり最低5分以上）
		電子メール・チャット等支援	支援1往復当たり30p（1往復1単位）
		健診当日の初回面接	20p
		健診後1週間以内の初回面接	10p

◆プロセス評価ポイント算定に係る留意事項

- ・算定対象は1日1回の支援のみ（同日に複数の支援をしてもいずれか一つのみ対象）
- ・特定保健指導と関係のないやりとりは対象外
- ・行動計画表の作成や提出を依頼するやりとりは対象外

アウトカム評価	評価項目	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少	180p	
		腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少	20p	
		生活習慣病予防につながる行動変容	食習慣の改善	20p
			運動習慣の改善	20p
			喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
			休養習慣の改善	20p
			その他の生活習慣の改善	20p

◆アウトカム評価ポイント算定に係る留意事項

【腹囲と体重について】

- ・腹囲と体重は、実績評価の時点で当該年度の特定健康診査の結果と比べた増減を確認する。

【生活習慣病予防につながる行動変容について】

- ・実績評価の時点で生活習慣の改善が2ヶ月以上継続している場合に達成とみなす。
- ・行動変容別に各1回までの評価とする。目標設定では、行動変容別に2ヶ月間継続することで腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少と同程度とみなすことのできる行動変容の目標とする。

- ・腹囲1.0cm 以上かつ体重1.0kg 以上減少と同程度の目標を複数計画した場合に、そのうち1つ達成した場合は20p となる。(食習慣の改善の目標が複数設定されている場合、複数達成してもポイントの算定は20p)
- ・同一行動変容の中で複数の目標を合わせて腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少と同程度の目標とすることも可。その場合は、全ての目標を達成した場合に20p になる。
- ・事前に設定した行動変容の目標以外の行動変容は、ポイントに算定することはできない。
- ・計画策定時にすでに達成済みの目標や行動変容をする必要のない目標は設定できない。
(例：既に運動習慣がある者に運動を継続する目標をたてたり、禁煙達成済みの対象者（もしくは非喫煙者）に禁煙の目標は適切ではなく、立てたとしても行動変容として評価できない。)
- ・計画策定時に対象者と目標の達成条件を共有しておくこと。
- ・初回面接において設定した目標が達成困難な場合、中間的な評価によって目標を変更し、目標変更後2ヶ月間の生活習慣の改善が継続できれば評価可能となる。

○実績評価

- ・面接または通信（電話・メール・手紙等）を利用して実施
- ・通信を利用する場合は双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得る
- ・継続的な支援の最終回と一体のものとして実施することも可

様式第5号

特定保健指導支援計画及び実施報告書

1 保健指導対象者名	利用券番号	2 保険者名	保険者番号
3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名			
総務保健指導機関名		保健指導機関番号	保健指導責任者名(職種)
			()
4 保健指導区分		5 保健指導コース名	
	動機付け支援		
	積極的支援		
	動機付け支援相当		
		6 健診実施年月日	

7 継続的支援期間	
支援予定期間	週
開始(初回面接実施)年月日	
終了年月日	週

8 初回面接の支援形態・実施する者の職種	
支援形態	実績
	個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)
支援形態(分割実施の場合の2回目)	個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)・電話・電子メール等
健診後早期の初回面接	実施なし・当日・1週間以内(当日は除く)
実施者の氏名	
実施者の職種	医師・保健師・管理栄養士・その他

9 継続的な支援の支援形態・ポイント(計画)			
支援形態	回数(回)	実施時間(分)	ポイント(p)
個別支援(対面)			
個別支援(遠隔)			
グループ支援(対面)			
グループ支援(遠隔)			
電話			
電子メール等			
合計			

10 実施体制表(委託事業者)						
	個別支援(対面)	個別支援(遠隔)	グループ支援(対面)	グループ支援(遠隔)	電話	電子メール等
A (機関番号)						
B (機関番号)						
C (機関番号)						
D (機関番号)						

11 保健指導の評価

1) 中間評価				
	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

2) 行動計画の実績評価				
	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

12 行動目標・行動計画			
設定日時	年 月 日	年 月 日(中間評価)	年 月 日
(設定した目標)			
腹囲	cm(cm減)	cm(cm減)	cm(cm減)
体重	kg(kg減)	kg(kg減)	kg(kg減)
収縮期血圧	mmHg	mmHg	mmHg
拡張期血圧	mmHg	mmHg	mmHg
一日の削減目標エネルギー量	kcal	kcal	kcal
一日の運動による目標エネルギー量	kcal	kcal	kcal
一日の食事による目標エネルギー量	kcal	kcal	kcal
行動目標(食習慣の改善)			
行動目標(運動習慣の改善)			
行動目標(喫煙習慣の改善)			
行動目標(休養習慣の改善)			
行動目標(その他の生活習慣の改善)			
(設定した計画)			
腹囲・体重	計画なし・1cm・1kg・2cm・2kg	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg
行動計画(食習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
行動計画(運動習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
行動目標(喫煙習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし
行動計画(休養習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
行動計画(その他の生活習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
(変更理由)			
計画上のポイント(アウトカム評価の合計)	p	p	p

13 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	保健指導実施内容
初回	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()			cm	kg	mmHg	mmHg	行動変容ステージ <input type="checkbox"/> 意思なし <input type="checkbox"/> 意思あり(6か月以内) <input type="checkbox"/> 意思あり(近いうち) <input type="checkbox"/> 取得済み(6か月未満) <input type="checkbox"/> 所得済み(6か月以上)
2回目 (分割実施の場合)	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()							

2) 継続的な支援(プロセス評価)

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣の改善状況	支援形態	支援ポイント	累計ポイント	コメント (任意)
2回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm () cm減	kg () kg減	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			
3回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm () cm減	kg () kg減	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			
4回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm () cm減	kg () kg減	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			
5回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm () cm減	kg () kg減	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			

14 行動計画の実績評価(アウトカム評価)(腹囲、体重は必須。)

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	指導の種類と改善		支援形態	ポイント (合計)
実績評価	()	()		cm () cm減	kg () kg減	mmHg	mmHg	腹囲・体重の改善	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg	個別支援(対面) (分)	
								食習慣の改善	未達成・達成・目標なし	個別支援(遠隔) (分)	
								運動習慣の改善	未達成・達成・目標なし	グループ支援(対面) (分)	
								喫煙習慣の改善	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし	グループ支援(遠隔) (分)	
								休養習慣の改善	未達成・達成・目標なし	電話 (分)	
								その他の生活習慣の改善	未達成・達成・目標なし	電子メール等 (往復)	
コメント(任意)											

15 評価合計ポイント(プロセス評価+アウトカム評価)

プロセス評価		アウトカム評価		合計
初回面接	継続的な支援	実績評価		

(2) 電話Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

(3) 電子メールBによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

13 行動計画の実績評価(ただし、腹囲、体重は必須で血圧は情報を入力していない場合は記載の必要はない)

	保健指導機関名・職種・指導者番号	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣改善の状況	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. 電子メールA	コメント (任意)
行動計画の実績評価	()		()	()	()	()	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. 電子メールA (分)	

利用券番号交付依頼書 (特定保健指導用)

特定保健指導機関 → 市 → 特定保健指導機関

特定保健指導機関名:

NO	特定保健指導機関 記入欄						市記入欄	
	被保険者番号	受診番号	氏名(漢字)	氏名(カナ)	特定健康診査 受診日	1 動機付け支援 2 積極的支援	特定保健指導 初回指導日	利用券番号
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

市記入欄

受理日	
送付日	