

名古屋市国民健康保険30・35健診実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、40歳未満の名古屋市（以下「市」という。）の国民健康保険被保険者に対して実施する市国民健康保険30・35健診（以下「30・35健診」という。）に関し、必要な事項を定め、生活習慣病予防、健康意識向上並びに健康診査の周知及び啓発することを目的とする。

(対象者)

第2条 30・35健診の対象者は、30・35健診を実施する年度の4月1日時点で30歳及び35歳の市の国民健康保険被保険者とする。ただし、対象者の除外規定については、市が制定している特定健康診査等実施要綱（以下「健診等要綱」という。）に準ずるものとする。

(交付)

第3条 前条の対象者には、30・35健診受診券（第1号様式）を交付するものとする。交付時期は、年度毎に定める。

(実施期間、実施内容及び健診項目)

第4条 30・35健診の実施期間、実施内容及び健診項目は、健診等要綱に準ずるものとする。

(実施判断基準)

第5条 30・35健診の詳細な健診項目実施判断基準は、別表のとおりとする。

(実施場所)

第6条 30・35健診の実施場所は、別途委託契約を締結した実施機関が設置する健診実施機関（以下「健診実施機関」という。）又は市が指示する施設において実施するものとする。ただし、市が指示する施設での実施については、実施日時を市が指示するものとする。

(実施方法)

第7条 30・35健診の健診実施機関は、30・35健診を受けようとする者（以下「受診者」という。）から申し出があったときは、国民健康保険の被保険者証の提示及び受診券の提出により受診対象者であることを確認し、問診票（第2号様式）及び健診記入表（健診等要綱に定める様式に準ずる）を用いて30・35健診を実施するものとする。

2 前項に掲げていないものについては、健診等要綱に定める実施方法及び様式に準ずるものとする。

(結果の判定)

第8条 30・35健診の結果の判定は、健診等要綱に準ずるものとする。ただし、特定保健指導の階層化判定及び特定保健指導の実施はしないものとする。

(記録の保存、費用、受診券の変換、苦情への対応及び調査)

第9条 30・35健診記録の保存、費用、受診券の変換、苦情への対応及び調査は、健診等要綱に準ずるものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、30・35健診の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年6月1日から施行する。
- 2 令和4年度に限り、要綱第4条の規定の適用については、健診等要綱第4条に規定中「毎年度6月1日から当該実施年度の3月31日まで」とあるのは、「令和4年7月1日から令和5年3月31日まで」とする。

別表

詳細な健診項目実施判断基準

健診項目	「詳細な健診」項目実施判断基準
クレアチニン 検査	<p>当該年度の30・35健診の結果において、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a、bのうちいずれかの基準に該当した者</p> <p>① 血圧 a 収縮期血圧 130mmHg以上 b 拡張期血圧 85mmHg以上</p> <p>② 血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl以上 b ヘモグロビンA1c(NGSP) 5.6%以上</p>
心電図検査	<p>当該年度の30・35健診の結果において、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</p>
眼底検査	<p>当該年度の30・35健診の結果において、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a、bのうちいずれかの基準に該当した者</p> <p>① 血圧 a 収縮期血圧 140mmHg以上 b 拡張期血圧 90mmHg以上</p> <p>② 血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl以上 b ヘモグロビンA1c(NGSP) 6.5%以上</p>
貧血検査	<p>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</p>

*判断基準に該当した者のうち、性別、年齢等をふまえて、健診実施機関の医師が個別に判断する。実施する場合は、医師はその実施理由を健康診査受診結果通知表中の医師の判断の欄に記載するとともに、受診者に説明すること。

*ただし、次の場合は詳細な健診を行う必要がないこととする。

- ・他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場合
- ・現に高血圧、心臓病等の疾患により医療機関において管理されている場合

(第1号様式)

名古屋市国民健康保険30・35健診受診券	
受診者の住所	交付年月日
受診者の氏名	有効期限
	受診券整理番号
	保険者番号
	被保険者記号・番号
	生年月日
カナ氏名	性別
郵便番号	
保険者名	窓口での自己負担
保険者所在地	
保険者電話番号	
支払代行機関名	支払代行機関番号

注意事項
1 健康診査を受診するときには、この受診券と保険証の両方を医療機関の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。
2 健診結果は受診者本人に対して医療機関から通知するとともに、必要に応じ保健指導等に活用しますのでご了承ください。
3 健診結果は、愛知県国民健康保険団体連合会で点検されることがあるほか、国及び県への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ください。
4 不正にこの券を使用した場合には、刑法上の懲役処分を受けることがあります。

(第2号様式)

名古屋市国民健康保険30・35健診 問診票

以下の質問について、当てはまる回答の□に「✓(チェック)」を入れてください。

	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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言われたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、「過去合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」かつ「最近1か月間も吸っている者」です)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 ※日本酒1合(180ml)の目安: ビール(500ml) 焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル一杯(60ml) ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思いませんか。 <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> すで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保健指導を受ける機会があれば、希望しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(第3号様式)

名古屋市国民健康保険 健診記入表

健診実施 年 月 日

受診券整理番号															生年月日	年	月	日
カナ氏名													性別/年齢	男・女	歳			
実施内容																		
費用																		

*印は必須実施項目

身体計測

*身長	.	cm
*体重	.	kg
*腹囲	.	cm
*1. 実測 2. 自己測定 3. 自己申告		
*BMI		kg/m ²

* 血圧測定

	収縮期(mmHg)/拡張期(mmHg)
1回目	/
2回目	/
その他	/

* 採血時間 (食後)

* 採血時間 (食後)	1. 10時間未満
	2. 10時間以上

尿検査

* 尿糖	1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+)
* 尿蛋白	1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+)

診察

* 既往歴	1. 特記事項あり 2. 特記事項なし
* 自覚症状	1. 特記事項あり 2. 特記事項なし
* 他覚症状	1. 特記事項あり 2. 特記事項なし
その他 (家族歴)	
視診	
打聴診	
触診	

担当医師名

カナ氏名		性別／年齢	男・女	歳
------	--	-------	-----	---

◎「心電図」・「血液像検査(貧血検査)」・「眼底検査」を実施する場合は、その実施理由を記入してください。

【詳細項目】

心電図	1. 異常所見あり 2. 異常所見なし	(実施理由)

眼底検査	(実施理由) *実施する場合には、必ず記載してください。
(キースワグナー)	1. 0 2. I 3. II a 4. II b 5. III 6. IV
(シェイエH)	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4
(シェイエS)	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4
(SCOTT)	1. I (a) 2. I (b) 3. II 4. III (a) 5. III (b) 6. IV 7. V (a) 8. V (b) 9. VI

【血液検査項目】

血液像検査【詳細項目】		生化学検査	血糖検査	
<input type="checkbox"/> ヘマトクリット値		<input type="checkbox"/> *中性脂肪	<input type="checkbox"/> *血糖	
<input type="checkbox"/> 血色素量		<input type="checkbox"/> *HDL-cho	<input type="checkbox"/> *HbA1c	
<input type="checkbox"/> 赤血球数		<input type="checkbox"/> *LDL-cho		
(実施理由)		<input type="checkbox"/> *GOT		
		<input type="checkbox"/> *GPT		
		<input type="checkbox"/> *γ-GTP		
		<input type="checkbox"/> *クレアチニン		
		<input type="checkbox"/> *尿酸		
		<input type="checkbox"/> *eGFR		

＝眼底検査依頼箋＝

保険証をあわせてご提示ください

健診受診日： 年 月 日 眼科受診期限： 年 月 日

受診者情報： ①から⑤について、該当するものに○で囲んでください。

国民健康保険		③後期高齢者医療 健康診査	社会保険	
①特定健康診査	②30・35 健診		④NPO あいち	⑤名古屋臨床検査 センター

被保険者証番号： _____

受診者氏名： _____ 様 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生

生年月日： _____

依頼元
医療機関名： _____ Fax _____ - _____

眼底検査依頼理由： 血压基準該当・血糖基準該当

血压 _____ / _____ mmHg 血糖 空腹時血糖 _____ mg/dl ヘモグロビン A1c _____ %

－ 同 意 書 －

わたしは特定健康診査等の結果、眼底検査が必要となりました。眼底検査の目的、必要性などについて医師から説明を受け、理解したうえで、**眼科受診期限内**に眼底検査を受けることに同意します。

年 月 日 受診者氏名： _____

＝ 結果報告 ＝

太枠内(必須)を全てご記入ください

1) 高血圧動脈硬化性変化
(Scheie 分類)

	H	S
右眼	_____ 度	_____ 度
左眼	_____ 度	_____ 度

(眼底検査日： 年 月 日)

	高血圧性変化(H)	硬化性変化(S)
0度	異常なし	異常なし
1度	軽度のびまん性動脈狭細	動脈血柱反射やや増強、軽度の動静脈交叉現象
2度	びまん性動脈狭細、網膜動脈の口径不同	動脈血柱反射増強、中等度の動静脈交叉現象
3度	動脈狭細、口径不同が著明 網膜出血または白斑	銅線動脈 高度の動静脈交叉現象
4度	上記に加えて視神経乳頭浮腫	銀線動脈
9度	不明(0度から4度に当てはまらない場合)	不明(0度から4度に当てはまらない場合)

2) 所見(判定が右眼・左眼でより重度な側の所見を、該当する所見の左の枠に「○」をご記入ください。)

特別な所見なし	コード 01	依頼元医療機関への参考コメント(✓ or 自由記載) <input type="checkbox"/> 白内障が疑われます <input type="checkbox"/> その他疾患名 <input type="checkbox"/> 緑内障が疑われます <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症が疑われます 自由記載(自由にご記入ください。)]
中間透光体混濁	コード 02	
網膜出血・白斑	コード 03	
視神経乳頭異常	コード 04	
黄斑異常	コード 05	
所見不明	コード 19	
その他の異常	コード 20	

3) 判定 (1から5のいずれかを○で囲んでください。)

	1:異常なし	2:経過観察 (月 後)	3:要医療	4:放置可	5:判定不能
受託(眼科) 医療機関名： (ゴム印で可)					
医師氏名： (氏名はカタカナ)	医療機関番号(正確にご記入ください)	2	3	1	
	眼科検査実施医師氏名(カタカナ)				

- お願い： ①眼科医師は、眼底検査結果記入後は当該用紙を速やかに依頼元へファックスして下さい。
 ②国民健康保険及び後期高齢者医療に眼底検査費用を請求する場合は翌年度4月に1年分を依頼箋の原本を添えて名古屋市へご提出ください(写しを眼底検査実施機関で保存してください)。
 ③社会保険(NPOあいち)の場合は3月末にNPOあいちから眼底検査費用が支払われます。
 ④社会保険(名古屋臨床検査センター)の場合は眼底検査費用のお支払い時期及び方法を健診医療機関との話し合いにおいてご決定ください。

(第5号様式)

名古屋市国民健康保険 健康診査受診結果通知表

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	受診券整理番号	

既往歴					
服薬歴				喫煙歴	
自覚症状					
他覚症状					

【基本的な健診項目】

項 目	基準値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)			
	体重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)			
	拡張期血圧 (mmHg)			
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝機能検査	G O T (U/l)			
	G P T (U/l)			
	γ - G T P (U/l)			
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA1C (NGSP値) (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			

【詳細な健診項目】

項 目	基準値	今 回	前 回	前々回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)			
	血色素量 (g/dl)			
	ヘマトクリット値 (%)			
心電図検査	所 見			
眼底検査	所 見			

【追加健診項目】

項 目	基準値	今 回	前 回	前々回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
そ の 他	クレアチニン (mg/dl)			
	尿 酸 (mg/dl)			
	eGFR (ml/min/1.73 m ²)			

メタボリックシンドローム判定	
----------------	--

保健指導判定 ※30・35 健診は除く	
------------------------	--

医師の判断	<基本的な項目及び詳細な項目に関する事項>
	<追加項目に関する事項>
判定した医師の氏名	

(備考)

- この用紙は、日本産業規格A列4版とすること。
- 「性別」欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
- 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
- 「医師の判断」の欄は、
 - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見（基本的な項目及び詳細な項目と追加項目とは分けて記入すること）
 - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。「メタボリックシンドローム判定」が「基準該当」又は「予備群該当」になった場合は、保健指導を優先させるのか、医療機関への受診を優先させるのかの判断を必ず記入すること。
- 記載事項がすべて記載してあれば、順序・配置は自由に設定可。