

健診の基準

1 一般健診

|       |       |                                                 |
|-------|-------|-------------------------------------------------|
| ア 診察等 | 問診    | 喫煙歴、服薬歴等（詳細は「標準的な質問票」参照）                        |
|       | 計測    | 身長、体重（標準体重、BMI）、腹囲                              |
|       | 視力検査  | 左・右（ランドルト氏環又は文字視標若しくは卓上型視力検査装置を使用した遠見視力検査）      |
|       | 聴力検査  | 左・右（オーディオメーターを使用した 1,000Hz 及び 4,000Hz の純音による検査） |
|       | 理学的検査 | 胸部聴診<br>腹部触診（医師の判断により実施）<br>直腸検査（医師の判断により実施）    |

|                    |                                                                                                                                       |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| イ 血圧測定             | 坐位                                                                                                                                    |
| ウ 尿検査              | 糖半定量、蛋白半定量、潜血                                                                                                                         |
| エ 糞便検査             | 免疫便潜血反応検査（2 日法）                                                                                                                       |
| オ 血液学的検査           | 末梢血液一般検査（ヘマトクリット値、血色素測定、赤血球数、白血球数）                                                                                                    |
| カ 生化学的検査           | 空腹時血糖（注 1）、総コレステロール、AST（GOT）、ALT（GPT）、アルカリフォスファターゼ、γ-GT（γ-GTP）、空腹時中性脂肪（注 2）、尿酸、クレアチニン（eGFR による腎機能の評価を含む）、HDL コレステロール、LDL コレステロール（注 3） |
| キ 心電図検査            | 1 2 誘導                                                                                                                                |
| ク 胸部エックス線検査        | 間接撮影（10×10 1 枚）又は直接撮影（大角 1 枚）                                                                                                         |
| ケ 胃部エックス線検査        | 間接撮影（10×10 8 枚以上）又は直接撮影（透視診断四ツ切 8 枚以上（スポットを含む））（注 4）                                                                                  |
| コ 眼底検査（医師の判断により実施） | （注 5）                                                                                                                                 |

- （注 1） 血糖検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時血糖が測定できない場合は、ヘモグロビン A1c を測定すること。ヘモグロビン A1c を測定した場合は、空腹時血糖検査を実施したこととみなし空腹時血糖検査分の単価を請求すること。なお、やむを得ず空腹時血糖以外においてヘモグロビン A1c を測定しない場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。
- （注 2） 脂質検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時中性脂肪が測定できない場合は、随時中性脂肪を測定すること。
- （注 3） 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 400mg/dl 以上や食後採血の場合、LDL コレステロールの代わりに non-HDL コレステロールにより血中脂質検査を行うことを可とする。
- （注 4） 本人の希望等により胃部エックス線検査に代えて胃内視鏡検査を実施することができる。
- （注 5） 眼底検査については、特定健康診査における医師の判断により実施される詳細な健診項目であることから、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、以下の判定基準に該当する者のうち、医師の判断がある場合にのみ、一般健診と同時に実施することができる。なお、検査費用の請求は一般健診の費用請求とは別に眼底検査を単独で行ったものとして請求すること。また、検査は、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（フィルム 2 枚（現像含む））により実施すること。

「標準的な健診・保健指導プログラム」別紙 2「詳細な健診」項目について（抜粋）

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は、詳細な健診を実施する（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、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。（以下中略）

（2）眼底検査

○ 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、c のうちいずれか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       | 90mmHg 以上   |
| ②血糖 | a 空腹時血糖       | 126mg/dl 以上 |
|     | b HbA1c（NGSP） | 6.5% 以上     |
|     | c 随時血糖        | 126mg/dl 以上 |

\* 眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、（2）①のうち a、b のいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の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等において、血糖検査の結果が（2）②のうち a、b、c のいずれかの基準に該当した者も含む。

## 2 付加健診

|   |         |                                           |
|---|---------|-------------------------------------------|
| ア | 尿検査     | 尿沈渣顕微鏡検査（赤血球、白血球、上皮細胞、円柱、その他）             |
| イ | 血液学的検査  | 血小板数、末梢血液像                                |
| ウ | 生化学的検査  | 総蛋白、アルブミン、総ビリルビン、アミラーゼ、LDH                |
| エ | 眼底検査    | 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（フィルム2枚（現像含む）） |
| オ | 肺機能検査   | フローボリュームカーブ（努力肺活量、1秒量、1秒率）                |
| カ | 腹部超音波検査 | （断層撮影法、Bスコープ）（肝、胆、腎）                      |

## 3 乳がん・子宮頸がん検診

|                                                    |         |                                                      |
|----------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------|
| ア                                                  | 乳がん検診   | 問診、視診（医師の判断により実施）、触診（医師の判断により実施）、乳房エックス線検査（内外斜位方向撮影） |
| （注） 40歳以上50歳未満の対象者については、内外斜位方向撮影とともに、頭尾方向撮影も併せて行う。 |         |                                                      |
| イ                                                  | 子宮頸がん検診 | 問診、膣脂膏顕微鏡検査（スメア方式）                                   |
| （注） 細胞診の検体自己採取は不可とする。                              |         |                                                      |

## 4 肝炎ウイルス検査

|                                                                                                                   |          |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|
| ア                                                                                                                 | 肝炎ウイルス検査 | HCV抗体検査、HBs抗原検査、HCV抗体の検出（省略可） |
| （注1） HCV抗体検査は、HCV抗体価をウイルスの有無を判定するため高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することのできる測定系を用いることとし、中力価及び低力価と判定された者については、HCV核酸増幅検査を実施すること。 |          |                               |
| （注2） HCV抗体の検出は、陽性又は陰性の別を判定。陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行うこと。                                                               |          |                               |