

令和6年度 鹿児島市特定健診についての実施説明

～令和6年度における変更点～

【健診内容の変更点】

- ・令和6年度から基本項目、質問項目の一部が変更になっています。

基本項目：「中性脂肪」変更

└─ 空腹時中性脂肪(食後10時間以上)

└─ 随時中性脂肪(食後10時間未満)

質問項目：質問3「喫煙」修正

質問13・14「飲酒」修正

質問17「保健指導について」修正

詳細は右記二次元コードからご参照ください。



市ホームページ

【パンフレット類の変更】

- (1) 特定健診結果のリーフレット
- (2) 特定健診・長寿健診・一般健診を受けた皆さまへ (A4 ちらし)
- (3) トク得クーポン案内リーフレット・トク得クーポン券
- (4) 健診記録票

(1)～(4)の令和5年度に使用していたパンフレット類は使用できません。

※(1)、(4)は「第四期特定健康診査等実施計画」に基づき変更になっています。

※眼底検査依頼書は、同封しておりません。必要な場合は、FAX依頼票にてご依頼ください（これまでに送付した眼底検査依頼書は、引き続きご利用いただけます）。

1. 対象者

鹿児島市国民健康保険に加入している40歳以上74歳の方

※マイナ保険証を利用されている場合も、従来の被保険者証（紙の保険証）が必要です。

※被保険者証（紙の保険証）を廃止し、マイナ保険証に一体化されてからは、令和6年12月2日以降に国保新規加入者のみ別途受診券を発行予定です。

2. 請求書及び情報提供票の送付先

国保連合会へ送付 ※医師会代行機関の場合は、市医師会へ

（送付先）〒890-0064

鹿児島市鴨池新町6番6号（鴨池南国ビル5階）

鹿児島県国民健康保険団体連合会 保険者支援課 保健事業係

（お問い合わせ先）TEL 099-206-1033 FAX 099-206-1069

※ 令和5年度に実施された特定健診の最終請求は令和6年8月までです。

※ 郵送される場合は、個人情報保護と事故防止のために授受が明確となる送付方法（書留・レターパック等）をお願いします。

※送付先、提出先の確認をお願いします。

3. 実施手順

※注意事項※

- ・ 特定健診の受診者負担は無料です。
- ・ 受診者全員に、HbA1c・血清クレアチニン検査・尿酸・尿潜血検査の実施をお願いします。
- ・ 血清クレアチニン検査の結果は、小数点第2位まで入力してください。
- ・ 原則、空腹時採血（食後10時間以上）を実施してください。
 ※食後10時間未満の場合、血糖検査はHbA1cのみ実施してください。
 ※随時中性脂肪が追加になっています。食後10時間未満の場合、随時中性脂肪に記載が必要です。

(1) 対象者の確認

被保険者証等で国保資格者であることを確認

☆「被保険者証」と「特定健診受診券」は一体化しています。

①を一旦外側に折り、角からゆっくりはがしてください。

特定健診受診券（健診料無料）を兼ねています。

被保険者証番号

特定健診受診券番号

健診受診後は、「受診日」と「済印」の記載が必要
 ※「受診日」と「済印」の記載がある場合は、既に受診済みです。

<注意点>

※ 法改正に伴い、本市国民健康保険の保険証は、令和6年12月2日に廃止予定

令和6年12月2日以降は、別途受診券を発行する予定です

- ・ 令和6年度において、国民健康保険証（紙の保険証）は令和6年12月2日に廃止するまで発行されます。
- ・ 国民健康保険証（紙の保険証）の有効期限：令和7年11月30日
 特定健診受診券の有効期限：令和7年3月31日

令和6年度は、「国民健康保険証+受診券」と「新規作成する受診券（単体）」が混在します。

令和7年度以降は、「新規作成する受診券（単体）」のみとなります。

(2)健診の実施

令和6年度用健康診査記録票に基づき実施

【必須】部分に欠損がある場合、返戻扱いとなる場合（一部除く※）があります。

※ 尿検査が測定不可能な場合は、「生理中」や「腎疾患等の基礎疾患があるため、排尿障害を有する」など、未実施理由を「医師の診断」へ記載してください。

※ 血清クレアチニンは、小数点第2位まで入力が必要です。

<採血時間次第で入力>

- ・中性脂肪（下記のいずれか入力）

令和6年度から変更

- (1) 空腹時中性脂肪（食後10時間以上）
- (2) 随時中性脂肪（食後10時間未満）

- ・血糖検査（下記のいずれか入力）

- (1) 空腹時血糖（食後10時間以上）
- (2) 随時血糖（食後3.5時間～10時間未満）

※採血時間に関わらず、「HbA1c」は実施してください。

健康診査記録票(鹿児島市 国保特定健診・長寿健診・一般健診用) (請求用)

健康診日 令和 年 月 日

本人のご記入ください。 健診の結果等は、地域住民の健康増進を図ることを目的とした保健指導及び学会発表等(個人を特定できない形で使用)に活用します。

| | | | |
|-------------|---|------------|---|
| フリガナ | 氏名 | 生年月日 | 1. 明 2. 大 3. 昭 |
| 氏名 | () () () | 年 月 日 (歳) | |
| 電話 | () () () () () () | 性別 | 1. 男 2. 女 |
| 住所 | 鹿児島市 | | |
| 国保被保険者記号 | | | iiは、任意記入 |
| 後期高齢者被保険者番号 | | | |
| 受診券番号 | | | |
| 具体的な既往歴 | 1. 高血圧 2. 心臓病 3. 心臓病 4. 心臓病 5. 心臓病 6. 心臓病 7. 心臓病 8. 心臓病 9. 心臓病 10. 心臓病 11. 心臓病 12. 心臓病 13. 心臓病 14. 心臓病 15. 心臓病 16. 心臓病 17. 心臓病 18. 心臓病 19. 心臓病 20. その他() | | iiは、任意記入 i: 出血・脳梗塞など) 6. 虚血性心疾患(狭心症) 10. 貧血 11. 肝疾患 12. 腎臓疾患 |
| 自覚症状(所見) | 1. 動悸 2. 息切れ 3. 胸がしめつけられる感じ 4. 脈の乱れ 5. 手足のしびれ 6. 手足のまひ 7. 頭痛 8. 頭・足のむくみ 9. 立ちくらみ 10. 舌のむつれ 11. めまい 12. 耳鳴り 13. のどの痛み 14. 気分が沈んだり重くなる 15. 不眠 16. 肩こり 17. 腰痛 18. 下痢 19. 便秘 20. その他() | | |
| 他覚症状(所見) | 1. 眼結膜蒼白 2. 浮腫(眼輪) 3. 肝臓肥大 4. 浮腫(下腿) 5. 心音不調 6. 不整脈 7. その他() | | |

<本人情報など> 必須

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--|----|
| 身体計測 | 身長 | cm | |
| | 体重 | kg | |
| 基本項目(※は鹿児島市独自の追加検査項目を含む) | <基本項目> 必須 | | |
| | ※尿潜血、血清クレアチニン、尿酸は本市独自の追加検査項目 | | |
| | 赤血球数 | 万/mm ³ | |
| | 血色素量 | g/dl | |
| | ヘマトクリット値 | % | |
| | 今回実施する理由 | | |
| | 変更Davis | | |
| | その他所見 | | |
| | 今回実施する理由 | | |
| | メタボリックシンドロームの判定 | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. | 判定 |
| <医師の診断> 必須 | | | |

| | | | |
|---------|-----|-------|--|
| 健診機関コード | 461 | 健診機関名 | |
| | | 医師名 | |

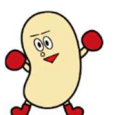
<詳細な健診における実施基準>

各基準に該当する方のうち、医師が必要と認める場合、検査を実施してください。

- ・貧血検査（下記のいずれか該当）
 - (1) 貧血の既往歴がある
 - (2) 視診等で貧血の疑いがある
 - ・眼底検査（下記のいずれか該当）
 - (1) 収縮期血圧140mmHg以上
 - (2) 拡張期血圧90mmHg以上
 - (3) 空腹時血糖126mg/dl以上
 - (4) 随時血糖126mg/dl以上
 - (5) HbA1c 6.5%以上
 - (6) 当該年度特定健診結果等で、血圧の基準((1)、(2))に該当せず、血糖検査の結果が確認できない場合、受診券に「眼」の記載がある方
 - ・心電図検査（下記のいずれか該当）
 - (1) 収縮期血圧140mmHg以上
 - (2) 拡張期血圧90mmHg以上
 - (3) 問診等で不整脈の疑いがある
- ※ 受診券に「眼」の記載がある方は、前年度健診における血糖検査で眼底検査基準に該当した方です。
- ※ 眼底検査は、特定健診実施日から1カ月以内に実施が必要です。

◆ 尿酸・尿潜血検査について

かかりつけ医（CKD登録医）と腎臓診療医が連携し、腎機能低下者の早期発見を目的としたCKD予防ネットワークを構築しています。適切な医療を受けていただくためにも必要な検査項目となります。



特定健診・一般健診用 ※74歳以下
 <令和6年度変更点>
 ・質問3「喫煙」修正
 ・質問13・14「飲酒」修正
 ・質問17「保健指導について」修正

| 健康診査質問票 | | ※ ①または②のいずれかの質問票に回答してください。 | |
|--------------------------|---|---|--|
| 【①国民健康保険・74歳以下の一般健診用】 | | | |
| 1 | 現在、以下にあげる薬を使用していますか 1. 血圧を下げる薬 2. 血糖を下げる薬 以下のことについて、医師から、かかって | 必須 | 確認することがあります。 コレステロール又は中性脂肪を下げる薬 けたことがありますか。 |
| 3 | 現在、たばこ(加熱式たばこを含む)を習慣的に喫煙していますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは条件①・最近1か月間喫煙している条件②・生涯で6か月間以上喫煙している | 必須 | 1. はい(条件①と条件②を満たす) 2. 以前は喫煙していたが、最近1か月間は喫煙していない(条件②のみ満たす) 3. いいえ(1, 2以外) |
| 5 | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上で1年以上実施している。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 6 | 日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 7 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 8 | 食事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 | 1. 速い 2. 普通 3. 遅い | |
| 9 | 人と比較して食べる速度が速い。 | 1. 速い 2. 普通 3. 遅い | |
| 10 | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 11 | 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. ほとんどない | |
| 12 | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 13 | 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1年以上の習慣的な飲酒量があった者のうち、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) | | |
| 14 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量 <参考> 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900ml、同7度・約350ml) 1. 1合未満 2. 1〜2合未満 3. 2〜3合未満 4. 3〜5合未満 5. 5合以上 | | |
| 15 | 睡眠で休養が十分とれている。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 16 | 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) 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 3. 近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) | | |
| 17 | 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 |
| 【②長寿健診・75歳以上の一般健診用】 | | | |
| (回答方法:該当する番号を○で囲んでください。) | | | |
| 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 | 半年前に比べて重いもの(※)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か月間で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せんか。 | 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 | |

長寿健診用 ※75歳以上

【年度途中で特定健診対象者が75歳に到達した場合】

74歳未満：特定健診（国民健康保険）

75歳以上：長寿健診（後期高齢者医療制度）

※ 年度途中で75歳に到達し、後期高齢者医療保険に移行した場合、いきいき受診券（7ページ目）の情報は「*」になっていますが、「長寿健診」として請求してください。詳細につきましては、「長寿支援課（TEL 099-216-1268）」へご確認ください。

【健診実施機関で眼底検査が実施できない場合】

眼底検査依頼書を使用（独自様式でも可）し、眼底検査が実施できる医療機関を紹介してください。健診委託料については、健診実施機関が請求し、健診実施機関と眼底検査実施医療機関でやり取りをお願いいたします。

※令和6年度から、眼底検査依頼書を送付していません。

必要な場合は、国民健康保険課へご連絡ください。

※これまでに送付した眼底検査依頼書は、令和6年度も引き続きご利用いただけます。

| | | |
|--|---------|---------------|
| 眼科医療 | 眼底検査依頼書 | 令和 年 月 日 |
| 眼底検査を行いたいところの眼底検査が必要な 医療機関を。 | | 依頼元 (実診者用) |
| (患者名) | 様 氏 部 | |
| 今日眼底検査を依頼する理由【 新分欄は以下の選択 シェイズ分類(0, 1, 2, 3, 4) SCOT分類 (A, B, C, D, E, F, G, H, V, W, X) シェイズ分類(0, 1, 2, 3, 4) Weyfer-Mann分類(非定型II, 程度, 中等度, 重度) 1-222分類(0, 1, 2, 3, 4) 222分類(0, 1, 2, 3, 4) 222分類(0, 1, 2, 3, 4) | | |
| 所 属 (※必須) | | |
| 送付先医療機関名 医 師 | | 令和 年 月 日 |

(3) 健診終了後

被保険者証に「受診日」と「**済**印」を記載してください。

※ 令和6年12月2日以降の国保新規加入者は、従来の被保険者証がないため、別途受診券を発行予定です。
詳細につきましては、方針が固まり次第周知させていただきます。

また、健診受診者には、下記パンフレット類をお渡しください。



※ 健診結果については各健診実施機関より、受診者にお渡しください。

4. その他

【特定・長寿健康診査の結果通知表への項目の記載について（協力依頼）】

医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）が規定されていますので、健康診査結果通知表に記載をしていただきますようご協力をお願いします。

<健康診査結果通知表に記載していただきたい事項（下記①・②のいずれか）>

- ① 特定健康診査 または 長寿健康診査
- ② 保険者名称：特定健康診査の場合、「鹿児島市国民健康保険」、
長寿健康診査の場合、「鹿児島県後期高齢者医療広域連合」

※ 鹿児島市が作成している「健康診査記録票」をお使いの場合は、新たに記載する必要はありません。

【糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて】

鹿児島市では、糖尿病性腎症の重症化を予防するために、かかりつけ医や糖尿病専門医、基幹病院等と鹿児島市の医療職で連携体制を構築しています。

（詳細は右記二次元コードをご参照ください。）



市ホームページ

【お問い合わせ】

（特定健診に関すること）

鹿児島市国民健康保険課保健事業係

TEL：099-808-7505

FAX：099-216-1200