

令和 2 年 7 月 6 日

都道府県医師会  
労災保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
長 島 公 之

「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について

労災保険二次健診については、「「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則（平成 13 年 3 月 30 付 基発第 234 号）」及び「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の制定について」（平成 20 年 4 月 1 日最終改正）により取り扱っているところであります。

今般、「「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について」について厚生労働省労働基準局長より関連通知が発出されましたのでご連絡申し上げます。

改正の概要といたしまして以下 3 点となります。

- ① 新たに「特定保健指導の実施基準」を策定しております。特定保険指導の実施内容や時間の目安（20 分以上）、問診方法や様式の取扱い及び医師所見欄への記載方法が定められました。
- ② 特定保健指導の指導票（特定保健指導の実施基準「別紙 3」）に健診医療機関から産業医等へ情報を提供できるよう、患者本人の同意欄を設けております。
- ③ 診療報酬点数や特定保健指導における経費等を反映させ、二次健康診断等の給付の金額を見直しております。

当該改正に関する労働基準局長通知等、実施基準や様式等につきましては厚生労働省ホームページよりダウンロードが可能です。

(参考 [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05927.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05927.html))

本取扱いにつきましては、8 月 1 日以降より適用されるものでありますので、貴会関係会員への周知方ご高配賜わりたくよろしくお願い申し上げます。

[添付資料]

- ・「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について  
(令 2.6.30 基発 0630 第 1 号 厚生労働省労働基準局長)
- ・二次健康診断等給付に係る運用上の留意事項について  
(令 2.6.30 基補発 0630 第 1 号 厚生労働省労働基準局補償課長)

|                           |
|---------------------------|
| 5 年 保 存                   |
| 機 密 性 1                   |
| 令和3年4月1日から<br>令和8年3月31日まで |

基 発 0630 第 1 号  
令和 2 年 6 月 30 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長  
( 公 印 省 略 )

# 「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について

労災保険二次健診等給付医療機関の担当内容については、平成 13 年 3 月 30 日付け基発第 234 号「「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則」及び「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の制定について」（平成 20 年 4 月 1 日最終改正）により取り扱ってきたところである。

今般、会計検査院より、二次健康診断等給付に係る健診費用単価の設定について指摘を受けたことから、同指摘に基づき、健診費用単価が適切なものとなるよう、健康保険の診療報酬点数表に定められた点数に基づいて検査の費用の額を算定するなど検査の費用の額の改定を行い、また新たに「労災保険二次健康診断等給付担当規程」（以下「担当規程」という。）の別添として、特定保健指導の具体的な実施内容、実施方法、実施時間の目安等を定めた「特定保健指導の実施基準」を策定し、これに基づき特定保健指導を実施することとした。

については、担当規程の一部を下記のとおり改正するので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

## 記

### 1 改正の内容

(1) 第 3 の 3 号の次に以下を加える。

4 特定保健指導については、別添「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること

(2) 第 5 の次に以下を加える。

(個人情報保護)

第 6 健診給付医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、二次健康

診断等に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報適切に取り扱わなければならないこと。

② 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じること。また、みだりに他人に知らせてはならないこと。

③ 健診給付医療機関は、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、目的を明確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならないこと。また、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならないこと。

④ 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報を二次健康診断等の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならないこと。

ただし、特定保健指導の実施において給付対象者から同意を得ている場合に限り、事業場に選任されている産業医等に対し、特定保健指導の結果について提供を行うことができること。

⑤ 健診給付医療機関は、二次健康診断等を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならないこと。

ただし、健診給付医療機関が、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではないこと。

(3) 第9を第10とし、3号の次に以下を加える。

4 給付対象者に二次健康診断等受診結果を交付する際は、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、「事業主提出用」の用紙を確実に提出するよう働きかけを行うこと

(4) 第14を第15とし、2項の「60日」を「3か月」に改める。

(5) 別紙「健診費用算定組合せ表」及び留意事項を別紙の内容に改める。

(6) 別添として「特定保健指導の実施基準」を定める。

(7) その他、所要の整備を行う。

## 2 施行期日について

本改正は、二次健康診断受診年月日が令和2年8月1日以降の分から適用する。

## 労災保険二次健康診断等給付担当規程

(平成13年3月30日付け基発第 234号)  
改正 平成14年1月10日付け基発第0110001号  
改正 平成15年3月31日付け基発第0331014号  
改正 平成20年4月1日付け基発第040142号  
改正 令和2年6月30日付け基発0630第1号

### 第1章 二次健康診断等給付の担当

#### (任務)

第1 労働者災害補償保険法施行規則（以下「則」という。）第11条の3の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院及び診療所（以下「健診給付医療機関」という。）は、則第11条の3第1項の規定により、政府が行うべき二次健康診断等給付を政府に代わって行うものとする。

- ② 健診給付医療機関は、労働者災害補償保険法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、二次健康診断等給付を受けることができる者の二次健康診断等給付を担当すること。
- ③ 健診給付医療機関は、当該健診給付医療機関において二次健康診断等給付に従事する医師（以下「健診担当医」という。）をして前2項の規定に遵守させるものとする。

#### (二次健康診断等給付の担当の範囲)

第2 健診給付医療機関が担当する二次健康診断等給付の範囲は次のとおりとすること。

##### 1 二次健康診断

(1) 空腹時の低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライドの量の検査

(2) 空腹時の血中グルコースの量の変化

(3) ヘモグロビンA<sub>1c</sub>検査

ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA<sub>1c</sub>検査を行っていた場合を除く。

(4) 負荷心電図検査又は胸部超音波検査

(5) 頸部超音波検査

(6) 微量アルブミン尿検査

ただし、一次健康診断における尿中蛋白の有無の検査において、疑陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると判断された場合に限る。

## 2 特定保健指導

- (1) 生活指導
- (2) 栄養指導
- (3) 運動指導

### (二次健康診断等給付の担当方針)

第3 健診給付医療機関及び健診担当医は、次に掲げる方針により二次健康診断等給付を行うものとする。

- 1 二次健康診断に当たっては、的確な診断を行うこと
  - 2 二次健康診断及び特定保健指導(以下「二次健康診断等」という。)に当たっては、懇切丁寧を旨とし、給付対象者に理解し易いように伝達・指導すること
  - 3 二次健康診断に当たっては、常に医学の立場を堅持し、給付対象者の心身の状態を観察すること
  - 4 特定保健指導については、別添「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること
- ② 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、胸部超音波検査及び頸部超音波検査について他の適当な医療機関を紹介すること。

### (受給資格の確認等)

- 第4 健診給付医療機関は、給付対象者から二次健康診断等給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「二次健康診断等給付請求書」(事業主証明欄が記載されているものに限る。以下「給付請求書」という。)及び添付書類(一次健康診断の受診日及びその健康診断結果が記載されているものに限る。)によって二次健康診断等給付を受ける資格があることを確認した後、二次健康診断等を行うこと。
- ② 給付対象者から提出された前項の給付請求書は、当該給付請求書に当該健診給付医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、健診給付医療機関の所在地を管轄する労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に対し提出しなければならないこと。

### (助力)

- 第5 健診給付医療機関は、給付対象者の状態が療養を行われる必要があると認めた場合、速やかに当該対象者又はその関係者に医療行為の手続を取らせるよう、必要な助力をすること。
- この場合、全てが労働者災害補償保険の対象となるものでないことに留意すること。

### (個人情報の保護)

- 第6 健診給付医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、二次健康診断等に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなけれ

ばならないこと。

- ② 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じること。また、みだりに他人に知らせてはならないこと。
- ③ 健診給付医療機関は、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、目的を明確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならないこと。また、二次健康診断等処理のために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならないこと。
- ④ 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報を二次健康診断等の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならないこと。  
ただし、特定保健指導の実施において給付対象者から同意を得ている場合に限り、事業場に選任されている産業医等に対し、特定保健指導の結果について提供を行うことができること。
- ⑤ 健診給付医療機関は、二次健康診断等を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならないこと。  
ただし、健診給付医療機関が、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではないこと。

(二次健康診断等の記録の記載及び整理)

- 第7 健診給付医療機関は、給付対象者に関する二次健康診断等の記録を調整し、二次健康診断等給付に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録及び健康診断記録と区別して整備すること。

(帳簿の保存)

- 第8 健診給付医療機関は、二次健康診断等給付に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存すること。

(通知)

- 第9 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を給付対象者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長（以下「所轄労働局長」という。）に通知すること。
- 1 給付対象者の所属する事業場の保険関係について疑わしい事情が認められるとき
  - 2 一次健康診断の受診年月日に疑いのあるとき
  - 3 一次健康診断の結果に疑いのあるとき
- ② 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、その二次健

康診断等又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働局長に通知すること。

- 1 二次健康診断等給付を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により二次健康診断等を受け若しくは受けようとし又は二次健康診断等給付を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
- 2 不正又は不当な証明を強要したとき

## 第2章 二次健康診断等の方針

### (二次健康診断等の一般方針)

第10 健診担当医による二次健康診断等は、第3の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 二次健康診断等と同時に当該給付の健康診断の検査項目以外の検査項目及び特定保健指導の指導項目以外の指導項目を行わないこと
- 2 二次健康診断の検査項目及び特定保健指導の指導項目は、その全てを行うこと
- 3 二次健康診断の検査のうち、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析以外については当該健診給付医療機関以外で行ってはならないこと
- 4 給付対象者に二次健康診断等受診結果を交付する際は、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、「事業主提出用」の用紙を確実に提出するよう働きかけを行うこと

## 第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

### (健診費用の算定方法等)

第11 健診給付医療機関が、二次健康診断等給付に関し政府に請求することを得る二次健康診断等に要した費用（以下「健診費用」という。）の額は、別紙により算定するものとする。

- ② 政府は、健診給付医療機関から二次健康診断等給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

### (健診費用の請求手続き)

第12 健診給付医療機関は、第11の規定により算定した毎月分の健診費用の額を労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書（以下「費用請求書」という。）に二次健康診断等費用請求内訳書（以下「内訳書」という。）を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、健診給付医療機関が行った次の各号の一に該当する二次健康診断等については、それに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

- 1 第2の規定の1号に定める検査以外の検査及び同2号に定める特定保健指導以外の保健指導
  - 2 二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合の特定保健指導
- ② 前項の費用請求書及び内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。
- ③ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあっては、特定保健指導を行った健診給付医療機関が健診費用を請求すること。また、その場合の費用配分等については、的確な経理管理を行うこと。

#### 第4章 健診給付医療機関の取扱い

(指定期間等)

第13 則第11条の3の規定による健診給付医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとする。

ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に健診給付医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により健診給付医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、様式第6号「労災保険健診給付医療機関休止・辞退届」により、当該指定を行った管轄労働局長に届け出るものとする。

この場合、当該健診給付医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下「管轄監督署長」という。）を経由する方法によることも可能とすること。

(表示)

第14 健診給付医療機関は、則様式第5号及び第6号による標札を見やすい場所に掲げること。

(指定の取消し)

第15 健診給付医療機関が、次の各号の一に該当する場合には、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができる。

- 1 健診費用の請求に関し、不正行為があったとき
  - 2 関係法令及び本規程に違反したとき
- ② 前項により指定の取り消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服があるときは、決定の通知を受けた日から3か月以内に指定取消しを行った管轄労働局長に再調査を申し出ることができる。

(変更事項の届出)

第16 健診給付医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やか



にその旨及びその年月日を管轄労働局長に届け出なければならないこと。

この場合、管轄監督署長を経由する方法によることも可能とすること。

- 1 健診給付医療機関の代表者（法人にあつては当該法人の代表者、個人にあつては当該個人）に異動があつたとき
- 2 名称又は所在地に変更があつたとき
- 3 指定申請の際に提出した健康診断施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があつたとき

健診費用算定組合せ表

| 検査項目                     | 検査の有無  |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 空腹時血糖値検査                 | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 空腹時血中脂質検査                | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| ヘモグロビンA1c 検査             | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      |
| 負荷心電図検査                  | ×      | ×      | ×      | ×      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 胸部超音波検査                  | ○      | ○      | ○      | ○      | ×      | ×      | ×      | ×      |
| 頸部超音波検査                  | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 微量アルブミン尿検査               | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | ○      | ×      | ×      |
| 特定保健指導を行った<br>場合の合計額(円)  | 32,332 | 30,244 | 30,700 | 28,612 | 26,332 | 24,244 | 24,700 | 22,612 |
| 特定保健指導を行わな<br>い場合の合計額(円) | 25,132 | 23,044 | 23,500 | 21,412 | 19,132 | 17,044 | 17,500 | 15,412 |

## &lt;留意事項&gt;

## 1 ヘモグロビンA1c 検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビンA1c 検査を受診していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

## 2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

## 3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が疑陽性（±）又は弱陽性（+）の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

## 4 特定保健指導を行った場合と行わない場合では、金額が異なるので注意すること。

労災保険二次健康診断等給付担当規程の改正 新旧対照表

| 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 改 正 前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>労災保険二次健康診断等給付担当規程</p> <p>(平成13年3月30日付け基発第234号)</p> <p>改正 平成14年1月10日付け基発第0110001号</p> <p>改正 平成15年3月31日付け基発第0331014号</p> <p>改正 平成20年4月1日付け基発第040142号</p> <p>改正 <u>令和2年6月30日付け基発0630第1号</u></p> <p>第1章 二次健康診断等給付の担当</p> <p>(任務)</p> <p>第1 労働者災害補償保険法施行規則(以下「則」という。)第11条の3の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院及び診療所(以下「健診給付医療機関」という。)は、則第11条の3第1項の規定により、政府が行うべき二次健康診断等給付を政府に代わって行うものとする<u>こと</u>。</p> <p>② 健診給付医療機関は、労働者災害補償保険法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、二次健康診断等給付を受けることができる者の二次健康診断等給付を担当する<u>こと</u>。</p> <p>③ 健診給付医療機関は、当該健診給付医療機関において二次健康診断等給付に従事する医師(以下「健診担当医」という。)をして前2項の規定に遵守させるものとする<u>こと</u>。</p> | <p>労災保険二次健康診断等給付担当規程</p> <p>(平成13年3月30日付け基発第234号)</p> <p>改正 平成14年1月10日付け基発第0110001号</p> <p>改正 平成15年3月31日付け基発第0331014号</p> <p>改正 平成20年4月1日付け基発第040142号</p> <p>第1章 二次健康診断等給付の担当</p> <p>(任務)</p> <p>第1 労働者災害補償保険法施行規則(以下「則」という。)第11条の3の規定に基づき都道府県労働局長の指定を受けた病院及び診療所(以下「健診給付医療機関」という。)は、則第11条の3第1項の規定により、政府が行うべき二次健康診断等給付を政府に代わって行うものとする。</p> <p>② 健診給付医療機関は、労働者災害補償保険法の規定によるほか、この規程の定めるところにより、二次健康診断等給付を受けることができる者の二次健康診断等給付を担当する。</p> <p>③ 健診給付医療機関は、当該健診給付医療機関において二次健康診断等給付に従事する医師(以下「健診担当医」という。)をして前2項の規定に遵守させるものとする。</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(二次健康診断等給付の担当の範囲)</p> <p>第2 健診給付医療機関が担当する二次健康診断等給付の範囲は次のとおりとすること。</p> <p>1 二次健康診断</p> <p>(1)空腹時の低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査</p> <p>(2)空腹時の血中グルコースの量の検査</p> <p>(3)ヘモグロビンA<sub>1c</sub>検査</p> <p>ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA<sub>1c</sub>検査を行っていた場合を除く。</p> <p>(4)負荷心電図検査又は胸部超音波検査</p> <p>(5)頸部超音波検査</p> <p>(6)微量アルブミン尿検査</p> <p>ただし、一次健康診断における尿中蛋白の有無の検査において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると判断された場合に限る。</p> <p>2 特定保健指導</p> <p>(1)生活指導</p> <p>(2)栄養指導</p> <p>(3)運動指導</p> <p>(二次健康診断等給付の担当方針)</p> <p>第3 健診給付医療機関及び健診担当医は、次に掲げる方針により二次健</p> | <p>(二次健康診断等給付の担当の範囲)</p> <p>第2 健診給付医療機関が担当する二次健康診断等給付の範囲は次のとおりとする。</p> <p>1 二次健康診断</p> <p>(1)空腹時の低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査</p> <p>(2)空腹時の血中グルコースの量の検査</p> <p>(3)ヘモグロビンA<sub>1c</sub> 検査</p> <p>ただし、一次健康診断においてヘモグロビンA<sub>1c</sub> 検査を行っていた場合を除く。</p> <p>(4)負荷心電図検査又は胸部超音波検査</p> <p>(5)頸部超音波検査</p> <p>(6)微量アルブミン尿検査</p> <p>ただし、一次健康診断における尿中の蛋白の有無の検査において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると診断された場合に限る。</p> <p>2 特定保健指導</p> <p>(1)生活指導</p> <p>(2)栄養指導</p> <p>(3)運動指導</p> <p>(二次健康診断等給付の担当方針)</p> <p>第3 健診給付医療機関及び健診担当医は、次に掲げる方針により二次健康</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

康診断等給付を行うものとすること。

- 1 二次健康診断に当たっては、的確な診断を行うこと
- 2 二次健康診断及び特定保健指導（以下「二次健康診断等」という。）に当たっては、懇切丁寧を旨とし、給付対象者に理解し易いように伝達・指導すること
- 3 二次健康診断に当たっては、常に医学の立場を堅持し、給付対象者の心身の状態を観察すること
- 4 特定保健指導については、別添「特定保健指導の実施基準」に基づき実施すること

- ② 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあつては、胸部超音波検査及び頸部超音波検査について他の適当な医療機関を紹介すること。

（受給資格の確認等）

第4 健診給付医療機関は、給付対象者から二次健康診断等給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「二次健康診断等給付請求書」（事業主証明欄が記載されているものに限る。以下「給付請求書」という。）及び添付書類（一次健康診断の受診日及びその健康診断結果が記載されているものに限る。）によって二次健康診断等給付を受ける資格があることを確認した後、二次健康診断等を行うこと。

- ② 給付対象者から提出された前項の給付請求書は、当該給付請求書に当該健診給付医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、健診給付医療機関の所在地を管轄する労働局長（以下「所轄労働局長」という。）に対

診断等給付を行うものとする。

- 1 二次健康診断に当たっては、的確な診断を行うこと。
- 2 二次健康診断及び特定保健指導（以下「二次健康診断等」という。）に当たっては、懇切丁寧を旨とし、二次健康診断等給付の対象者（以下「給付対象者」という。）に理解し易いように伝達・指導すること。  
二次健康診断に当たっては、常に医学の立場を堅持し、給付対象者の心身の状態を観察するとともに、特定保健指導に当たっては、心理的な効果をも上げることができるよう適切な指導をすること。

- ② 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあつては、胸部超音波検査及び頸部超音波検査について他の適当な医療機関を紹介する。

（受給資格の確認等）

第4 健診給付医療機関は、給付対象者から二次健康診断等給付を受けることを求められたときは、その者の提出する「二次健康診断等給付請求書」（事業主証明欄が記載されているものに限る。以下「給付請求書」という。）及び添付書類（一次健康診断の受診日及びその健康診断結果が記載されているものに限る。）によって二次健康診断等給付を受ける資格があることを確認した後、二次健康診断等を行う。

- ② 給付対象者から提出された前項の給付請求書は、当該給付請求書に当該健診給付医療機関の名称を記入の上、遅滞なく、健診給付医療機関の所在地を管轄する労働局長（以下「管轄労働局長」という。）に対し提出し

し提出しなければならないこと。

(助力)

第5 健診給付医療機関は、給付対象者の状態が療養を行われる必要があると認めた場合、速やかに当該対象者又はその関係者に医療行為の手続を取らせるよう、必要な助力をすること。

この場合、全てが労働者災害補償保険の対象となるものでないことに留意すること。

(個人情報の保護)

第6 健診給付医療機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、二次健康診断等に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならないこと。

② 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じること。また、みだりに他人に知らせてはならないこと。

③ 健診給付医療機関は、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、目的を明確にするとともに、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならないこと。また、二次健康診断等処理するために個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならないこと。

④ 健診給付医療機関は、二次健康診断等に関して知り得た個人情報を二次健康診断等の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提

なければならない。

(助力)

第5 健診給付医療機関は、給付対象者の状態が療養を行われる必要があると認めた場合、速やかに当該対象者又はその関係者に医療行為の手続を取らせるよう、必要な助力をする。

この場合、全てが労働者災害補償保険の対象となるものでないことに留意する。

供してはならないこと。

ただし、特定保健指導の実施において給付対象者から同意を得ている場合に限り、事業場に選任されている産業医等に対し、特定保健指導の結果について提供を行うことができること。

⑤ 健診給付医療機関は、二次健康診断等を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならないこと。

ただし、健診給付医療機関が、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではないこと。

(二次健康診断等の記録の記載及び整理)

第7 健診給付医療機関は、給付対象者に関する二次健康診断等の記録を調整し、二次健康診断等給付に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録及び健康診断記録と区別して整備すること。

(帳簿の保存)

第8 健診給付医療機関は、二次健康診断等給付に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存すること。

(通知)

第9 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を給付対象者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に通知する

(二次健康診断等の記録の記載及び整理)

第6 健診給付医療機関は、給付対象者に関する二次健康診断等の記録を調製し、二次健康診断等給付に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録及び健康診断記録と区別して整備する。

(帳簿等の保存)

第7 健診給付医療機関は、二次健康診断等給付に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から3年間保存する。

(通知)

第8 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を給付対象者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長(以下「所轄労働局長」という。)に通知する。

こと。

- 1 給付対象者の所属する事業場の保険関係について疑わしい事情が認められるとき
  - 2 一次健康診断の受診年月日に疑いのあるとき
  - 3 一次健康診断の結果に疑いのあるとき
- ② 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、その二次健康診断等又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働局長に通知すること。
- 1 二次健康診断等給付を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により二次健康診断等を受け若しくは受けようとし又は二次健康診断等給付を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき
  - 2 不正又は不当な証明を強要したとき

## 第2章 二次健康診断等の方針

(二次健康診断等の一般方針)

第 10 健診担当医による二次健康診断等は、第3の規定によるほか、次に掲げるところによるものとすること

- 1 二次健康診断等と同時に当該給付の健康診断の検査項目以外の検査項目及び特定保健指導の指導項目以外の指導項目を行わないこと
- 2 二次健康診断の検査項目及び特定保健指導の指導項目は、その全てを行うこと
- 3 二次健康診断の検査のうち、胸部超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析以外については当該健診給付医療機

- 1 給付対象者の所属する事業場の保険関係について疑わしい事情が認められるとき

- 2 一次健康診断の受診年月日に疑いのあるとき

- 3 一次健康診断の結果に疑いのあるとき

② 健診給付医療機関は、給付対象者が次の各号の一に該当する場合には、その二次健康診断等又は証明を拒否するとともに、速やかにその旨を所轄労働局長に通知する。

- 1 二次健康診断等給付を請求した者又はその関係者が詐欺その他不正な行為により二次健康診断等を受け若しくは受けようとし又は二次健康診断等給付を受けさせ若しくは受けさせようとしたとき

- 2 不正又は不当な証明を強要したとき

## 第2章 二次健康診断等の方針

(二次健康診断等の一般方針)

第9 健診担当医による二次健康診断等は、第3の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 1 二次健康診断等と同時に当該給付の健康診断の検査項目以外の検査項目及び特定保健指導の指導項目以外の指導項目を行わないこと。

- 2 二次健康診断の検査項目及び特定保健指導の指導項目は、その全てを行う。

- 3 二次健康診断の検査のうち、心超音波検査及び頸部超音波検査並びに採血及び採尿の成分の分析以外については当該健診給付医療機関以



関以外で行ってはならないこと

4 給付対象者に二次健康診断等受診結果を交付する際は、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、「事業主提出用」の用紙を確実に提出するよう働きかけを行うこと

### 第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

(健診費用の算定方法等)

第 11 健診給付医療機関が、二次健康診断等給付に関し政府に請求することを得る二次健康診断等に要した費用(以下「健診費用」という。)の額は、別紙により算定するものとすること。

② 政府は、健診給付医療機関から二次健康診断等給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとすること。

(健診費用の請求手続き)

第 12 健診給付医療機関は、第 11 の規定により算定した毎月分の健診費用の額を労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書(以下「費用請求書」という。)に二次健康診断等費用請求内訳書(以下「内訳書」という。)を添付して、管轄労働局長に提出すること。

ただし、健診給付医療機関が行った次の各号の一に該当する二次健康診断等については、それに要した費用の全部又は一部を支払わないこと。

1 第2の規定の1号に定める検査以外の検査及び同2号に定める特定保

外で行ってはならない。

### 第3章 二次健康診断等給付に関する診療費の請求

(健診費用の算定方法等)

第 10 健診給付医療機関が、二次健康診断等給付に関し政府に請求することを得る二次健康診断等に要した費用(以下「健診費用」という。)の額は、別紙により算定するものとする。

② 政府は、健診給付医療機関から二次健康診断等給付に関する費用の請求書が提出されたときは、別に定めるところにより審査を行いこれを支払うものとする。

(健診費用の請求手続)

第 11 健診給付医療機関は、第 10 の規定により算定した毎月分の健診費用の額を労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書(以下「費用請求書」という。)に二次健康診断等費用請求内訳書(以下「内訳書」という。)を添付して、管轄労働局長に提出する。

ただし、健診給付医療機関が行った次の各号の一に該当する二次健康診断等については、それに要した費用の全部又は一部を支払わない。

1 第2各号に定める検査以外の検査及び特定保健指導以外の保健指導

健指導以外の保健指導

2 二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合の特定保健指導

- ② 前項の費用請求書及び内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとすること。
- ③ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあつては、特定保健指導を行った健診給付医療機関が健診費用を請求すること。また、その場合の費用配分等については、的確な経理管理を行うこと。

第4章 健診給付医療機関の取扱い

(指定期間等)

第 13 則第11条の3の規定による健診給付医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとすること。

ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に健診給付医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとすること。また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により健診給付医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、様式第6号「労災保険健診給付医療機関休止・辞退届」により、当該指定を行った管轄労働局長に届け出るものとすること。

この場合、当該健診給付医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署長(以下「管轄監督署長」という。)を経由する方法によることも可能とすること。

2 二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合の特定保健指導

- ② 前項の費用請求書及び内訳書は、厚生労働省労働基準局長が定めた様式によるものとする。
- ③ 胸部超音波検査及び頸部超音波検査の一方又は両方を他の医療機関に委託する場合にあつては、特定保健指導を行った健診給付医療機関が健診費用を請求する。また、その場合の費用分配等については、的確な経理管理を行う。

第4章 健診給付医療機関の取扱い

(指定期間等)

第12 則第11条の3の規定による健診給付医療機関の指定は、指定日から起算して3年を経過したときはその効力を失うものとする。

ただし、指定の効力を失う日前6月より同日前3月までの間に健診給付医療機関から別段の申し出がないときはその指定はその都度更新されるものとする。また、医業の廃止、休止又は指定の辞退により健診給付医療機関としての資格の存続ができなくなったときは、様式第6号「労災保険健診給付医療機関休止・辞退届」により、当該指定を行った管轄労働局長に届け出るものとする。

この場合、当該健診給付医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署長(以下「管轄監督署長」という。)を経由する方法によることも可能とする。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(表示)</p> <p><u>第 14</u> 健診給付医療機関は、則様式第5号及び第6号による標札を見やすい場所に掲げる<u>こと</u>。</p> <p>(指定の取消し)</p> <p><u>第 15</u> 健診給付医療機関が、次の各号の一に該当する場合においては、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができる<u>こと</u>。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 健診費用の請求に関し、不正行為があったとき</li> <li>2 関係法令及び本規程に違反したとき</li> <li>② 前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服があるときは、決定の通知を受けた日から<u>3か月</u>以内に指定取消しを行った管轄労働局長に再調査を申し出ることができる<u>こと</u>。</li> </ol> <p>(変更事項の届出)</p> <p><u>第 16</u> 健診給付医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を管轄労働局長に届け出なければならない<u>こと</u>。</p> <p>この場合、管轄監督署長を経由する方法によることも可能とする<u>こと</u>。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 健診給付医療機関の代表者(法人にあつては当該法人の代表者、個人にあつては当該個人)に異動があったとき</li> <li>2 名称又は所在地に変更があったとき</li> <li>3 指定申請の際に提出した健康診断施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき</li> </ol> | <p>(表示)</p> <p>第 13 健診給付医療機関は、則様式第5号及び第6号による標札を見やすい場所に掲げる。</p> <p>(指定の取消し)</p> <p>第 14 健診給付医療機関が、次の各号の一に該当する場合においては、管轄労働局長は、その指定を取り消すことができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 健診費用の請求に関し、不正行為があったとき</li> <li>2 関係法令及び本規程に違反したとき</li> <li>② 前項により指定の取消しを受けた医療機関の開設者が当該決定に不服のあるときは、決定の通知を受けた日から60日以内に指定取消しを行った管轄労働局長に再調査を申し出ることができる。</li> </ol> <p>(変更事項の届出)</p> <p>第 15 健診給付医療機関の開設者は、次の各号の一に掲げる事由が生じたときは、速やかにその旨及びその年月日を管轄労働局長に届け出なければならない。</p> <p>この場合、管轄監督署長を経由する方法によることも可能とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 健診給付医療機関の代表者(法人にあつては当該法人の代表者、個人にあつては当該個人)に異動があったとき</li> <li>2 名称又は所在地に変更があったとき</li> <li>3 指定申請の際に提出した健康診断施設等概要書に記載した重要事項その他都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき</li> </ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

健診費用算定組合せ表

| 検査項目                     | 検査の有無  |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 空腹時血糖値検査                 | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 空腹時血中脂質検査                | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| ヘモグロビンA1c検査              | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      |
| 負荷心電図検査                  | ×      | ×      | ×      | ×      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 胸部超音波検査                  | ○      | ○      | ○      | ○      | ×      | ×      | ×      | ×      |
| 頸部超音波検査                  | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 微量アルブミン尿検査               | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | ○      | ×      | ×      |
| 特定保健指導を行った<br>場合の合計額(円)  | 32,332 | 30,244 | 30,700 | 28,612 | 26,332 | 24,244 | 24,700 | 22,612 |
| 特定保健指導を行わ<br>ない場合の合計額(円) | 25,132 | 23,044 | 23,500 | 21,412 | 19,132 | 17,044 | 17,500 | 15,412 |

## &lt;留意事項&gt;

## 1 ヘモグロビンA1c検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビンA1c検査を受診していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

## 2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

なお、負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導」により実施すること。

胸部超音波検査については、「経胸壁心エコー法」により実施すること。

## 3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が疑陽性(±)又は弱陽性(+)の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施すること。

## 4 特定保健指導を行った場合と行わない場合では、金額が異なるので注意すること。

健診費用算定組合せ表

| 検査項目                     | 検査の有無  |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 空腹時血糖値検査                 | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 空腹時血中脂質検査                | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| ヘモグロビンA1c検査              | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      |
| 負荷心電図検査                  | ×      | ×      | ×      | ×      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 胸部超音波検査                  | ○      | ○      | ○      | ○      | ×      | ×      | ×      | ×      |
| 頸部超音波検査                  | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 微量アルブミン尿検査               | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | ○      | ×      | ×      |
| 特定保健指導を行った<br>場合の合計額(円)  | 31,046 | 28,935 | 29,996 | 27,885 | 29,996 | 27,885 | 28,946 | 26,835 |
| 特定保健指導を行わ<br>ない場合の合計額(円) | 24,746 | 22,635 | 23,696 | 21,585 | 23,696 | 21,585 | 22,646 | 20,535 |

## &lt;留意事項&gt;

## 1 ヘモグロビンA1c検査について

一次健康診断において、既にヘモグロビンA1c検査を受診していた場合には、二次健康診断等給付においては当該検査は支給できない。

## 2 負荷心電図検査及び胸部超音波検査については、いずれか一方の支給に限るものとする。

## 3 微量アルブミン尿検査について

一次健康診断において、尿検査の結果が疑陽性(±)又は弱陽性(+)の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給できる。

## 4 特定保健指導を行った場合と行わない場合とでは、金額が異なるので注意すること。

## 特定保健指導の実施基準

### 1 特定保健指導を実施する目的

特定保健指導は、医師又は保健師が受診者に栄養指導（適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導）、運動指導（必要な運動の指針を示す指導）及び生活指導（飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に係る指導）を行い、生活習慣の改善の必要性を説明するとともに、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出し、事業主に対し、二次健康診断結果と併せて就業上の配慮に結びつく情報を伝達することにより、脳・心臓疾患の発生の予防を図ることを目的としている。

### 2 特定保健指導の実施基準を策定した趣旨

特定保健指導は、栄養指導、運動指導及び生活指導のすべてを行うものであるが、これまで具体的な実施内容や実施方法を定めていなかったことから、今般、特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の目安等を定めた実施基準を策定したものである。

本実施基準を策定することにより、健診給付医療機関ごとに異なっていた特定保健指導の実施内容、実施方法、実施時間の斉一性が図られることになり、もって、脳・心臓疾患の発生の適切な予防に資することとなる。

### 3 特定保健指導の除外対象者

労働者災害補償保険法（以下「法」という。）第26条第3項の規定により二次健康診断の結果その他の事情により既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると認められる労働者については、特定保健指導を行わないものとされている。

### 4 特定保健指導の実施者

（1）法第26条第2項第2号の規定により、特定保健指導は医師又は保健師が行うこととされているが、二次健康診断等の受診結果には医師の所見を記入することとしており、当該所見により、事業主に対して受診者の就業上の配慮に結びつく情報が伝達されることから、面接指導は主に医師が行うものとする。

なお、面接指導の一部を保健師が行う場合は、医師の指示を基に具体的な指導を行う。

（2）面接指導を行う医師は、特定保健指導を行うにあたって十分な知識と経験を有する者とする。

（3）栄養指導については、主として管理栄養士が実施することとしても差し支えない

## 5 特定保健指導の実施内容（別紙1フロー図参照）

- (1) 労働者又は事業所担当者からの申し込みの受付
- (2) 名簿取り寄せ、日程調整等の事務処理
- (3) 就労の状況等に係る質問票の回収
- (4) 二次健康診断（検査）の実施
- (5) 面接指導の事前準備
- (6) 面接指導の実施
- (7) 二次健康診断等の受診結果の記入
- (8) 質問票、指導票及び受診結果の保管
- (9) 受診結果の通知

## 6 特定保健指導の実施方法（面接指導の進め方や注意点等）

### (1) 面接指導の事前準備

事前準備として、受診者が記入した「就労の状況等に係る質問票」（別紙2。以下「質問票」という。）により、受診者の就労の状況、睡眠時間の状況、日常生活の状況等を把握する。

また、各種検査結果の数値や頸部超音波検査及び胸部超音波検査（該当者のみ）の画像を確認し、受診者の健康状態を把握する。

### (2) 面接指導の実施

ア 「二次健康診断等給付 特定保健指導票」（別紙3。以下「指導票」という。）に沿って、受診者に対して、①日常生活に関する事項（栄養、運動、生活）、②就労の状況に関する事項に関し順次問診し、受診者の抱える問題点を把握する。この際、問診項目の確実な実施のため、問診した項目にチェックする。

イ 問診等により明らかとなった栄養、運動、生活に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、生活上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

ウ 問診等により明らかとなった就労の状況に関する指導項目について受診者に指導するとともに、指導票の「重点を置く指導項目」欄をチェックする。また、就労上の問題点を抽出し、指導票の所定欄に記入する。

エ 面接指導に際し、受診者に対し、

- ・生活習慣と二次健康診断の結果との関係
- ・生活習慣を振り返る必要性
- ・脳・心臓疾患に関する知識
- ・脳・心臓疾患が受診者本人の生活に及ぼす影響

等から生活習慣の改善の必要性について説明する。

オ 面接指導に当たっては、画一的な指導ではなく、個々の受診者に合わせた指導を行い、生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について指導する。

カ 指導票の最下段に設けた産業医等への情報提供の同意欄について、求めがあった場合に詳細な情報を提供することの必要性を説明し、情報提供の同意を得た場合、署名を求める。

(3) 二次健康診断等の受診結果の記入

ア 面接指導終了後、「二次健康診断等の受診結果」(別紙4。以下「受診結果」という。)の医師の所見欄に二次健康診断及び特定保健指導の結果を踏まえた所見を記入する。その際、「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見を記入する際に必要な視点及び記入例」(別紙5)を参考にする。

イ 特定保健指導に係る医師の所見欄には、指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する。

ウ 二次健康診断等の結果における医師の所見欄には、二次健康診断(検査)結果及び特定保健指導の結果を踏まえ、脳・心臓疾患の発生を予防するために事業主が行うべき就業上の措置(配慮)に結びつく情報を記入する。

## 7 特定保健指導の実施時間の目安

特定保健指導における面接指導の実施時間の目安は20分以上とする。

これは、二次健康診断の検査結果(必要があれば一次健康診断の検査結果も併せて)を説明し、受診者が記入した質問票の内容を参考に、指導票に沿って栄養指導、運動指導及び生活指導を行い、各項目、生活上の問題点及び就労上の問題点を抽出して記入するまでの所要時間を考慮したものである。

## 8 受診結果の通知について

- (1) 二次健康診断等の結果を受診者に知らせ、受診者に、自分自身の健康状態、面接指導された内容及び就業する上で事業主に取ってもらうべき必要な措置又は配慮してもらう事項を理解してもらう必要がある。
- (2) 受診結果を受診者本人に直接渡す場合は、ただ渡すだけではなく、二次健康診断等の重要性について丁寧に説明を行い、受診結果を事業主に確実に提出するよう働きかけを行うことが必要である。

また、郵送で受診結果を交付する場合は、直接渡す場合と同様に二次健康診断等の重要性について理解してもらうとともに、受診結果を事業主に確実に提出することを勧奨する内容を記載した文書を同封する。

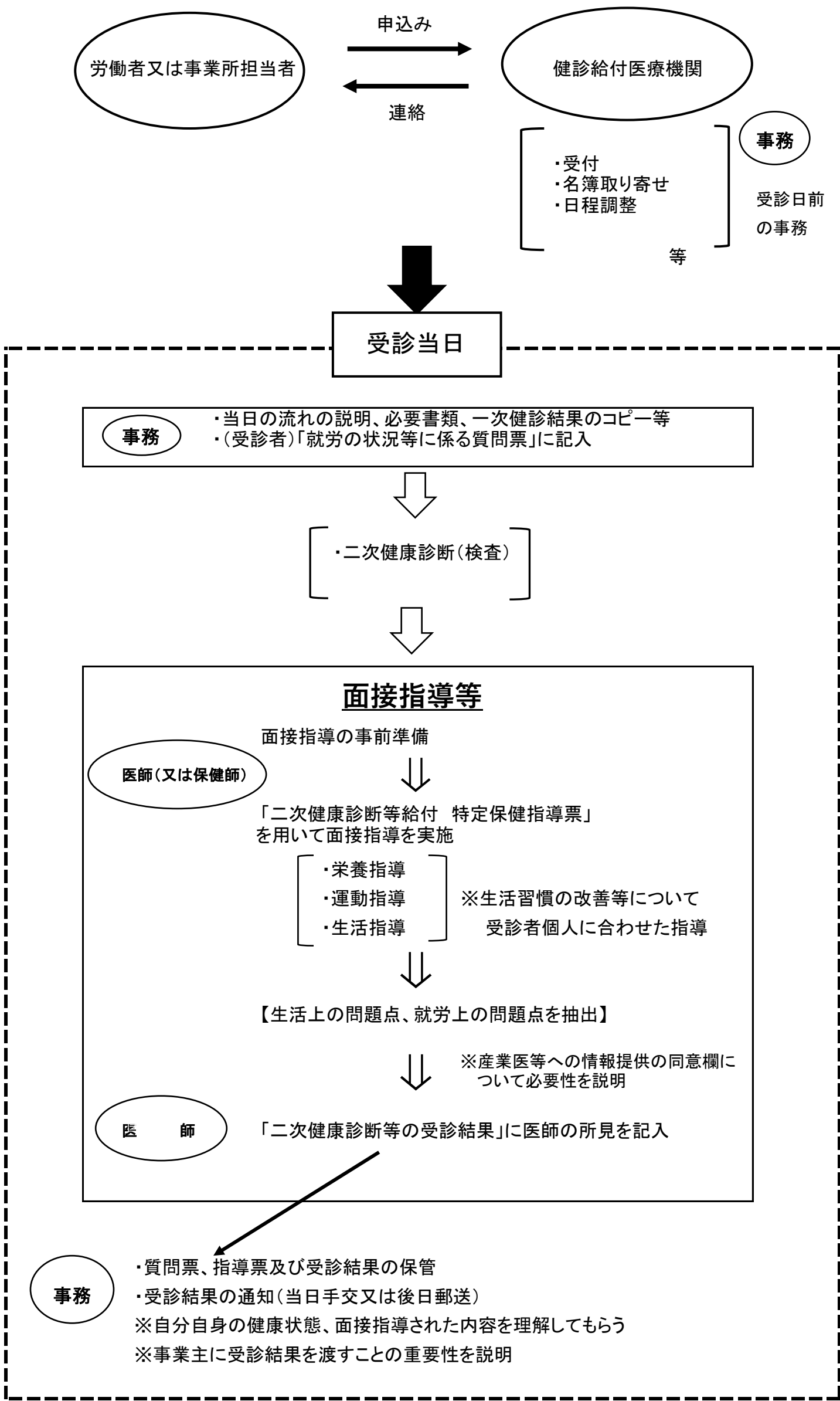
## 9 特定保健指導の費用の額

特定保健指導の費用の額は7,200円とする。

特定保健指導を行うに当たっては、医師等に加え事務担当者が様々な事務処理を行うこととなる。

費用の額は、特定保健指導の実施に要する医師等の給与、社会保険料等の人件費及び諸経費を積算して算定したものである。

特定保健指導のフロー図





## 就労の状況等に係る質問票

## ◎記載に当たり、必ずお読み下さい。

## 【就労の状況等について質問する目的】

脳血管疾患及び虚血性心疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋変性等の基礎的病変が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどり発症に至ります。

しかしながら、**長時間労働等の業務による明らかな過重負荷が加わることにより、血管病変等がその自然経過を超えて著しく増悪し、脳・心臓疾患を発症する場合があります**ので、これら疾病の発生の予防に資するという二次健康診断等給付制度が創設された趣旨を踏まえ、受診者の方に就労の状況(労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等)などについて、質問させていただくものです。

|         |       |      |                 |
|---------|-------|------|-----------------|
| 給付対象者氏名 | (男・女) | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日( 歳) |
|---------|-------|------|-----------------|

## 1. 就労の状況(可能な範囲で記載して下さい)

|                    |                                                                                                                                            |                                                                   |                                   |                                 |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ・職種                | <input type="checkbox"/> 屋内作業 ( <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> その他(具体的に:<br><input type="checkbox"/> 屋外作業 (具体的に: |                                                                   |                                   |                                 |
| ・時間外労働時間           | 直近6か月平均( )時間程度<br>(最大時間の月( )時間、最小時間の月( )時間程度) <input type="checkbox"/> 判断困難                                                                |                                                                   |                                   |                                 |
| ・不規則な勤務            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に:                                                                          | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| ・出張の多い業務           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に:                                                                          | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| ・交替制勤務・深夜勤務        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に:                                                                          | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| ・高温・低温等の環境         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に:                                                                          | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| ・時差を伴う業務           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に:                                                                          | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| ・精神的緊張を伴う業務        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に:                                                                          | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| 過大なノルマ             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                      | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| 顧客とのトラブル           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                      | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| 医療従事者等の人の生命等に関わる業務 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                      | <input type="checkbox"/> 判断困難                                     |                                   |                                 |
| その他                | ( )                                                                                                                                        |                                                                   |                                   |                                 |
| ・通勤手段、通勤時間         | <input type="checkbox"/> 自家用車<br>通勤時間(約( )分)                                                                                               | <input type="checkbox"/> 公共機関( )<br><input type="checkbox"/> 判断困難 | <input type="checkbox"/> 徒歩       | <input type="checkbox"/> その他( ) |
| ・所定休日(週休 日)        | <input type="checkbox"/> 取れている                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 取れないことがある                                | <input type="checkbox"/> ほとんど取れない | <input type="checkbox"/> 判断困難   |
| ・年次有給休暇            | <input type="checkbox"/> 取れている                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 取れないことがある                                | <input type="checkbox"/> ほとんど取れない | <input type="checkbox"/> 判断困難   |
| ・休憩時間              | <input type="checkbox"/> 取れている                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 取れないことがある                                | <input type="checkbox"/> ほとんど取れない | <input type="checkbox"/> 判断困難   |
| ・その他(記載したいこと)      | ( )                                                                                                                                        |                                                                   |                                   |                                 |

## 2. 睡眠時間の状況(下の【注意事項】を読んでから記載して下さい)

☐4時間以下 ☐5時間 ☐6時間 ☐7時間 ☐8時間以上

## 【注意事項】

長時間労働により睡眠が十分に取れない場合には、疲労の回復が困難になることにより生ずる疲労の蓄積が原因となって、脳血管疾患をはじめ虚血性心疾患、高血圧、血圧上昇などの血管系への影響を与えることが医学的に指摘されていることから、質問させていただくものです。

## 3. 日常生活の状況等(可能な範囲で記載して下さい)

|             |                                                                                                                                                                       |  |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| ・食事に関する事項   | 3食規則正しい食生活 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 間食 <input type="checkbox"/> 有(週( )回 1日( )回) <input type="checkbox"/> 無<br>飲酒 週( )日 1回あたり飲酒量( 合)日本酒換算 |  |  |
| ・運動に関する事項   | 運動の頻度 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週5日以上 (種目: )                                                             |  |  |
| ・喫煙に関する事項   | 喫煙 <input type="checkbox"/> 有(1日 本: 喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去に喫煙していたが現在は無                                                         |  |  |
| ・体重の増減      | 10年前より( kg) <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 20年前より( kg) <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減                                   |  |  |
| ・特に注意していること | ( )                                                                                                                                                                   |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|-------------------------------|---|-----|----|
| 給付対象者氏名:                                                                                                                                                                                                               |                        | (男・女)                                                                                                                                                                                                | 生年月日:大・昭・平 |                       | 年                             | 月 | 日生( | 歳) |
| ○ねらい:検査結果を理解し、自分の「生活上の問題点」及び「就労上の問題点」を抽出すること                                                                                                                                                                           |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| 【検査結果】                                                                                                                                                                                                                 | 【検査項目】(血液検査を除く)        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       | 【血液検査項目】(採血日 月 日)             |   |     |    |
|                                                                                                                                                                                                                        | ・身長 ( ) cm             |                                                                                                                                                                                                      |            |                       | ・血糖(□空腹時 □随時 □食後( ) 時間) mg/dL |   |     |    |
|                                                                                                                                                                                                                        | ・体重 ( ) kg             |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
|                                                                                                                                                                                                                        | ・BMI ( )               |                                                                                                                                                                                                      |            |                       | ・HbA1c ( ) %                  |   |     |    |
|                                                                                                                                                                                                                        | ・腹囲 ( ) cm             |                                                                                                                                                                                                      |            |                       | ・総コレステロール ( ) mg/dL           |   |     |    |
|                                                                                                                                                                                                                        | ・栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) |                                                                                                                                                                                                      |            |                       | ・中性脂肪 ( ) mg/dL               |   |     |    |
| ・収縮期／拡張期血圧:現在( / mmHg)                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                                                                                                                                                                      |            | ・HDLコレステロール ( ) mg/dL |                               |   |     |    |
| ・負荷心電図又は胸部超音波( )                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |            | ・LDLコレステロール ( ) mg/dL |                               |   |     |    |
| ・頸部超音波 ( )                                                                                                                                                                                                             |                        |                                                                                                                                                                                                      |            | ・その他 ( )              |                               |   |     |    |
| ・尿蛋白又は微量アルブミン尿( )                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| ・その他 ( )                                                                                                                                                                                                               |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| ※一次健診又は二次健診の結果から記載(受診結果表の写しを添付することでも可とする)                                                                                                                                                                              |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| ○日常生活に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、( )は具体的記入)<br>【問診項目】 □栄養の状況 □運動の状況 □生活の状況<br>□たばこ・飲酒の状況(□非喫煙者 □非飲酒者) □その他( )                                                                                                              |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| 重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、( )は具体的に記入、該当しない項目は空欄)                                                                                                                                                                    |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| □栄養                                                                                                                                                                                                                    |                        | □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を抑える<br>□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項(<br>□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他(<br>□節酒:[減らす(種類・量: を週 回)]<br>□間食:[減らす(種類・量: を週 回)]<br>□食べ方:(ゆっくり食べる・その他(<br>□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる |            |                       |                               |   |     |    |
| □運動                                                                                                                                                                                                                    |                        | □運動処方:種類(ウォーキング・ )<br>時間(30分以上・ ),頻度(ほぼ毎日・週 日)<br>強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )<br>□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ )<br>□運動時の注意事項など( )                                                                       |            |                       |                               |   |     |    |
| □生活                                                                                                                                                                                                                    |                        | □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等<br>□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)<br>□その他( )                                                                                                                                             |            |                       |                               |   |     |    |
| 生活上の問題点<br>(注)                                                                                                                                                                                                         |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| ○就労の状況に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック、( )は具体的に記入)<br>【問診項目】(就労の状況等に係る質問票を参考に問診)<br>□時間外労働時間(月 時間) □不規則な勤務時間 □拘束時間の長い業務<br>□出張の多い業務 □交代制勤務・深夜勤務 □精神的緊張を伴う業務<br>□作業環境(高・低温、騒音、時差、その他( )) □睡眠の状況<br>□問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載<br>( ) |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| 重点を置く指導項目(重点を置き指導する項目の□にチェック、( )は具体的に記入、該当しない項目は空欄)<br>□労働時間 □勤務形態 □作業環境(高・低温、騒音、時差、その他( ))<br>□睡眠の確保(質・量) □余暇<br>□その他( )                                                                                              |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |
| 就労上の問題点<br>(注)                                                                                                                                                                                                         |                        |                                                                                                                                                                                                      |            |                       |                               |   |     |    |

(注)「二次健康診断等の受診結果」における医師の所見欄には、上記生活上の問題点及び「就労上の問題点」の内容を踏まえた上で、就業上配慮すべき事項を記載すること。

事業場に選任されている産業医等から、本件特定保健指導の結果についての情報提供を求められた場合は、当健診給付医療機関から提供することに同意します。

☐ 同意する    ☐ 同意しない

給付対象者署名

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

3 大正  
5 昭和  
7 平成  
9 令和

受診者の生年月日  
元号 年 月 日

7 平成  
9 令和

二次健康診断受診年月日  
元号 年 月 日

|                                                                |                                                                                                           |                       |                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| 事業<br>の<br>名<br>称                                              |                                                                                                           |                       |                     |
| 事業<br>場<br>所<br>在<br>地                                         | 都 道<br>府 県                                                                                                | 郡 区<br>市              |                     |
| 二<br>次<br>健<br>康<br>診<br>断<br>結<br>果                           | 空腹時血中脂質検査<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。                                             | LDLコレステロール (mg/dl)    |                     |
|                                                                |                                                                                                           | HDLコレステロール (mg/dl)    |                     |
|                                                                |                                                                                                           | 中 性 脂 肪 ( m g / d l ) |                     |
|                                                                | 空腹時血糖値検査<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。                                              | 血 糖 値 ( m g / d l )   |                     |
|                                                                | ヘモグロビンA1c検査<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。                                           | ヘモグロビンA1c検査 (%)       |                     |
|                                                                | 負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査)<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査)を行っております。 | 医師の所見                 |                     |
|                                                                | 頸部超音波検査 (頸部エコー検査)<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。                                     | 医師の所見                 |                     |
| 微量アルブミン尿検査<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。 | 微量アルブミン尿検査 (mg/l)                                                                                         |                       |                     |
| 特定保健指導<br><input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。   | 医師の所見(面接指導の内容)                                                                                            |                       |                     |
| 〔二次健康診断等の結果における医師の所見 (就業上の措置又は配慮すべき事項) 〕                       |                                                                                                           |                       |                     |
|                                                                |                                                                                                           | 氏 名                   | 印<br><br>(記名押印又は署名) |

「二次健康診断等の受診結果」の医師の所見  
を記入する際に必要な視点及び記入例

- 1 「二次健康診断結果（負荷心電図検査又は胸部超音波検査、頸部超音波検査）」に係る医師の所見を記入する際に必要な視点

☆ 検査結果を基に受診者にわかりやすい表現で記入する

【記入例】

- ・動脈瘤の大きさは、現在のところ許容範囲内ではありますが、今後も定期的な検査を受けて経過を観察し主治医の判断を仰いでください。
- ・心電図で確認したとおり不整脈があるようなので今後も定期検査を必ず受診してください。
- ・運動時のほか安静時においても発作が出る等の変化が起きた場合はすぐ主治医に相談してください。

- 2 「特定保健指導」の結果に係る医師の所見（面接指導の内容）を記入する際に必要な視点

☆ 指導票を基に本人の認識、考え方及び指導内容を記入する

【記入例】

- ・肥満傾向で食事量が多いため、食事摂取量を適正にするよう指導しましたが本人から前向きな回答は得られませんでした。
- ・油、味の濃いものが好きなようです。控えなければ血圧が今以上に高くなり、リスクが高まる旨お話ししましたが、好きなものを食べたいとの考えは変わっていないようです。
- ・毎日飲酒しているとのことなので、週1回休肝日を設け、毎日の飲酒量も減らすよう指導しました。本人も前向きに考えていましたので、継続して取り組んでいるか確認をお願いします。
- ・体重を減らすため毎日の運動を勧めましたが、本人は時間がとれないことを理由に前向きには考えていない様子でした。
- ・禁煙を勧めましたが本人は頑なに拒否しています。食事、運動と合わせ禁煙のメリット、身体への効果を説明して理解させることが必要なので継続して指導した方がよいと考えます。
- ・職場環境が暑いことによる体調不良を訴えていましたので、身体的負荷を減らすだけでなく、こまめな水分補給ができるような体制を作るよう検討をお願いします。

- 3 「二次健康診断等の結果における医師の所見（就業上の措置又は配慮すべき事項）」を記入する際に必要な視点

☆ 受診者の就業上の配慮に結びつく情報を伝達する

### 【記入例】

・検査の結果、〇〇〇〇の数値が高いことから本人には食事面の指導を重点的に行いました。また、瘤破裂が発生する可能性がありますので、職場においては不規則な食事時間を改善できるように勤務形態の見直しをすることと、身体的負荷が大きい作業は控えることが望めます。

・検査の結果、心筋虚血の可能性があることが認められました。精査をお勧めするとともに、恒常的に時間外労働が多いので、睡眠が十分確保できるように勤務シフトの見直しの検討などをお願いします。

・短時間で食事を済ませるために食事内容に偏りが見られます。休憩時間（昼食時間）を確実に確保できるような取組や定期的に運動ができるような取組を検討してください。

・残業時間は月 60 時間未満ですが、検査結果、飲酒回数、飲酒量、喫煙状況及び運動不足等から産業医等による面接指導を実施し、生活習慣の改善と治療を開始することが望めます。労働時間が増加することのないよう配慮してください。

・検査の結果、〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇〇が高めです。放置すると動脈硬化症を進行させる原因となります。規則正しい食事や適度な運動を励行して体重減少に努めるよう指導しました。不規則な勤務時間、時間外労働時間の増加を避け、睡眠時間を確保できるよう配慮してください。

## 4 就業上の措置又は配慮すべき事項は特にないと判断した結果を記入する視点

☆ 一次健康診断で産業医等が異常の所見があると診断した項目に対応した視点をも  
って記入する

### 【記入例】

・検査の結果、現時点では就業上の問題点は抽出されませんでしたが、受診者は血圧を気にかけているようですのでご注意ください

・検査の結果、現時点では〇〇〇〇に異常が認められませんが、今後も長時間労働を避け、〇〇〇〇の数値が上昇した場合は速やかに医療機関を受診させるようご注意ください。

|                           |
|---------------------------|
| 5 年 保 存                   |
| 機 密 性 1                   |
| 令和3年4月1日から<br>令和8年3月31日まで |

基 補 発 0630 第 1 号  
令 和 2 年 6 月 30 日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局補償課長

## 二次健康診断等給付に係る運用上の留意事項について

労災保険二次健康診断等給付担当規程の一部改定については、令和2年6月30日付け基発0630第1号「「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の一部改正について」により通知されたところであるが、運用に当たっては、下記の事項に留意の上、対応に遺漏なきを期されたい。

### 記

#### 1 様式について

「労災保険二次健康診断等給付担当規程」の別添「特定保健指導の実施基準」の別紙4「二次健康診断等の受診結果」については、当面の間、現行の様式を改正後の様式とみなして使用しても差し支えないこと。

ただし、「微量アルブミン尿検査」の欄については、現行の様式は「半定量」による検査結果（－ 土 ＋ ++ +++）を記載する書式となっているが、今般、同検査は「定量」により実施することとされたので、健診給付医療機関から、現行の様式で「二次健康診断等の受診結果」が提出された場合は、都道府県労働局における審査に当たり、同検査の検査結果が、正しく「定量」による検査結果（mg／l）で記載されているか十分に留意すること。

#### 2 周知について

別添のとおり、健診給付医療機関向けリーフレットを作成したので、「労災保険二次健康診断等給付担当規程」及びその別添「特定保健指導の実施基準」

とともに、管内の健診給付医療機関に送付するなど、改定内容の周知を行うこと。

## 労災二次健康診断等給付を一部改定します

厚生労働省は、より効果的な二次健康診断等給付とするため、令和2年8月の二次健康診断実施分から見直しを行います。以下のとおり、3つの改定ポイントを記載しますので、ご確認をお願いします。

## 改定ポイント 1

**特定保健指導の実施基準を新たに策定しました。**

二次健康診断の結果に基づき、面接により保健指導を行うこととされていますが、この特定保健指導の実施内容や、問診および保健指導に使用する様式も含めた実施方法、実施時間の目安、受診結果の医師所見欄等の記入例等を定めた実施基準を定めました。今後の特定保健指導は、これにより実施してください。

## ① 問診

「就労の状況等に係る質問票」を受診者に記載していただくことで、受診者の就労の状況等を把握してください。

## ② 面接指導

①の質問票の内容および画像も含めた検査結果を確認することにより、受診者の状態を把握した上で、「二次健康診断等給付 特定保健指導票」にチェックマークを入れながら、受診者と共に「生活上の問題点」および「就労上の問題点」を抽出してください。

その抽出した問題点に沿って、重点を置く指導項目を決定し、栄養指導・運動指導・生活指導を実施してください。

なお、後述の④受診結果の医師の所見欄には、医師が記入することとされていますので、面接指導は主に医師が行い、面接指導の一部を保健師が行う場合は、医師の指示を基に具体的な指導を行うようにしてください。

＜就労の状況等に係る質問票＞

**就労の状況等に係る質問票**

**② 記載に当たり、必ずお読み下さい。**

【就労の状況等について質問する目的】

脳血管疾患及び虚血性心疾患は、その発症の基礎となる動脈硬化等による血管病変又は動脈瘤、心筋虚性等の基礎的病変が長い年月の生活の営みの中で形成され、それが徐々に進行し、増悪するといった自然経過をたどる発症に至ります。しかしながら、**長時間労働等の要因による認められざる血管病変があることにより、血管病変等がその自然経過を超えて急激に増悪し、虚血性心疾患を発症する場合があります。**そこで、これらの疾病の発生を予防に資するよう二次医療診断等給付制度が設けられた趣旨を踏まえ、受診者の方に就労の状況(労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状況等)などについて、質問させていただいたもの。

|         |       |      |       |   |   |   |     |
|---------|-------|------|-------|---|---|---|-----|
| 給付対象者氏名 | (男・女) | 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
|---------|-------|------|-------|---|---|---|-----|

**1. 就労の状況(可能な範囲で記載して下さい)**

|                   |                                      |                                       |                                    |                                  |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 職種                | <input type="checkbox"/> 臨内作業        | <input type="checkbox"/> デスクワーク       | <input type="checkbox"/> その他(具体的に: | ) )                              |
|                   | <input type="checkbox"/> 臨外作業 (具体的に: | )                                     |                                    |                                  |
| ・時間外労働時間          | 直近6か月平均                              | 時間程度                                  |                                    |                                  |
|                   | (最大時間の月)                             | 時間、最小時間の月)                            | 時間程度                               | <input type="checkbox"/> 判断困難    |
| ・不規則な勤務           | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無 (の場合 具体的に: | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| ・出張の多い業務          | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無 (の場合 具体的に: | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| ・交替制勤務・深夜勤務       | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無 (の場合 具体的に: | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| ・高温・低温等の環境        | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無 (の場合 具体的に: | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| ・時差を伴う業務          | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無 (の場合 具体的に: | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| ・精神的緊張を伴う業務       | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無 (の場合 具体的に: | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| 過大なノルマ            | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| 顧客とのトラブル          | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| 医療従事者等の人の生命に関わる業務 | <input type="checkbox"/> 有           | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| その他               | ( )                                  |                                       |                                    |                                  |
| ・通勤手段、移動時間        | <input type="checkbox"/> 自家用車        | <input type="checkbox"/> 公共機関         | <input type="checkbox"/> 徒歩        | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|                   | 通勤時間(約                               | 分)                                    | <input type="checkbox"/> 判断困難      |                                  |
| ・所定休日(週休 日)       | <input type="checkbox"/> 取得している      | <input type="checkbox"/> 取れないことがある    | <input type="checkbox"/> ほほとんど取れない | <input type="checkbox"/> 判断困難    |
| ・年末年始休暇           | <input type="checkbox"/> 取得している      | <input type="checkbox"/> 取れないことがある    | <input type="checkbox"/> ほほとんど取れない | <input type="checkbox"/> 判断困難    |
| ・休職期間             | <input type="checkbox"/> 取得している      | <input type="checkbox"/> 取れないことがある    | <input type="checkbox"/> ほほとんど取れない | <input type="checkbox"/> 判断困難    |
| ・その他(記載したにと)      | ( )                                  |                                       |                                    |                                  |

**2. 睡眠時間の状況(下の「注意事項」を読んでから記載して下さい)**

|       |      |      |      |        |
|-------|------|------|------|--------|
| ①起床時間 | ②5時間 | ③6時間 | ④7時間 | ⑤8時間以上 |
|-------|------|------|------|--------|

【注意事項】  
長時間労働により睡眠が十分に取れない場合には、疲労の影響が困難になることにより生ずる疲労の種類が原因となり、脳血管疾患(脳梗塞)や虚血性心疾患、高血圧、血圧上昇などの血管系への影響を考えるとこの傾向性に指摘されていることから、質問させていただきます。

**3. 日常生活の状況等(可能な範囲で記載して下さい)**

|             |            |                                |                                |                                       |                                  |                                  |                                                       |                            |
|-------------|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------|
| ・食事に関する事項   | 3食規則正しい食生活 | <input type="checkbox"/> 有     | <input type="checkbox"/> 無     | 朝食                                    | <input type="checkbox"/> 有 (週1日) | <input type="checkbox"/> 有 (週1日) | <input type="checkbox"/> 無<br>理由: ) 日一回行動が欠落 (合)日本酒換算 |                            |
| ・運動に関する事項   | 運動の頻度      | <input type="checkbox"/> 週1~2回 | <input type="checkbox"/> 週3~4回 | <input type="checkbox"/> 週5日以上 (種目: ) |                                  |                                  |                                                       |                            |
| ・喫煙に関する事項   | 喫煙         | <input type="checkbox"/> 有(1日  | 本:喫煙量                          | 年)                                    | <input type="checkbox"/> 無       | 過去に喫煙していたが現在は                    |                                                       |                            |
| ・体重の増減      | 10年前より     | kg)                            | <input type="checkbox"/> 増     | <input type="checkbox"/> 減            | 20年前より                           | ( kg)                            | <input type="checkbox"/> 増                            | <input type="checkbox"/> 減 |
| ・特に注意していること | ( )        |                                |                                |                                       |                                  |                                  |                                                       |                            |

＜二次健康診断等の受診結果(4枚複写)＞

[illegible]

### ③ 実施時間

面接指導は、目安として20分以上実施してください。

#### ④ 受診結果の医師の所見欄の記載

「二次健康診断等の受診結果」の医師所見欄(4箇所)は、実施基準に添付している記入例を参考に、記入してください。

この所見により、事業主に対して受診者の就業上の  
配慮に結びつく情報が伝達されることになりますので、  
受診結果を受診者に通知する際には、事業主用も併せ  
て交付し、必ず事業主に渡すよう説明してください。



特定保健指導の指導票に、健診機関から産業医等に  
情報を提供できるよう、本人同意欄を設けました。

面接時に使用する指導票に、事業場に選任されている産業医等から、本件特定保健指導の結果について情報提供を求められた場合の提供についての、本人同意欄を設けました。

特定保健指導の際は、趣旨を説明の上、本人から確認の署名をもらうようにお願いします。

また、質問票および保健指導に使用した様式は健診機関で保管し、事業場の産業医等から情報提供の求めがあった場合は、ご対応をお願いします。

| 三次検査結果報告書(第○号)                                                         |                                                      | 発症年月・大曜・年                              |    | 月          | 日 | 時刻 |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|----|------------|---|----|
| 給付対象者氏名(姓) _____                                                       |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| ① 以下に健康調査票を参照し、現在の生活上の問題点及び既往の問題点を挙げて記入する。                             |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 現在<br>の<br>病<br>歴                                                      | 【食生活項目】 (食事療法あり)                                     | 【基礎疾患項目】 (保虫 日 月 日)                    |    |            |   |    |
|                                                                        | 身長 _____ (cm)                                        | 血糖値(空腹時) □随時 □食後( ) 時間                 |    |            |   |    |
|                                                                        | 体重 _____ (kg)                                        | HbA1c _____ %                          |    |            |   |    |
|                                                                        | HbM1 _____ (mmol/L)                                  | 糖化ヘモグロビン _____ %                       |    |            |   |    |
|                                                                        | 尿酸値 _____ (mg/dL)                                    | 中性脂肪 _____                             |    |            |   |    |
|                                                                        | 中鎖脂肪酸 (低中鎖脂肪酸の場合)                                    | 良好                                     | 悪調 | 中性脂肪 _____ |   |    |
|                                                                        | 収縮期血圧/拡張期血圧:現在 _____ / _____ (mmHg)                  | LDLコレステロール _____                       |    |            |   |    |
|                                                                        | 心動悸・めまいは胸部閉塞感:現在 _____                               | LDLコレステロール _____                       |    |            |   |    |
|                                                                        | 頸部超音波 _____                                          | その他の脂質 _____                           |    |            |   |    |
|                                                                        | 尿蛋白又は糖尿病Albumin尿( )                                  |                                        |    |            |   |    |
| その他 _____                                                              |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| ※一次検査時又は二次検査の結果から記載(観察結果表)の項目を記入することも可とする。                             |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| ② 日常生活に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック。) ( ) は具体的記入                             |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 【問診項目】 □睡眠の状態 □運動の状況 □生活の状況 □その他( )                                    |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 重点を置く項目(重点を置く項目の□にチェック。) ( ) は具体的に記入。該当しない項目は空欄                        |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| □食事                                                                    | <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする                 | <input type="checkbox"/> 食費・調味料を抑える    |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす      | <input type="checkbox"/> 外食の回数・注意事項( ) |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす    | <input type="checkbox"/> その他( )        |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 酒類(焼酎・ビール・焼酎・酎米)            | を減らす □                                 |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 肉類(鶏肉・豚肉・牛肉)                | を減らす □                                 |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 食べ方(ゆづり食べる・そのほか)            |                                        |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 間食(餅乾・菓子・ジュース、夜食を規則正しくとる)   |                                        |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 運動靴着用・履穿(シューズ等)、履度(足ばね目・滑り) | 日/分 or                                 |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 運動                          | (毎日生活時の歩数目標値(例:11112歩))                |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )               |                                        |    |            |   |    |
| □生活                                                                    | <input type="checkbox"/> 服薬・服薬の有効性                   | <input type="checkbox"/> 服薬の実施方法( )    |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 家庭での対策(歩数、体重、血圧、腹囲等)        |                                        |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> その他( )                      |                                        |    |            |   |    |
| 生計上の問題点(有)                                                             |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| ③ 現状の状況に関する事項(問診を実施した項目の□にチェック。) ( ) は具体的に記入                           |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 【問診項目】 ④現状の生活の改善(生活習慣改善)の取り組み状況( )                                     |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| □ 朝食前/夕食後の時間(月 時間) □ 不規則な睡眠時間 □ 喫煙/禁煙の意向/経過                            |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| □ 出歩きの多い季節 □ 交代勤務/夜勤勤務 □ 精神の影響を伴う業務                                    |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| □ 作業環境(寒・低温、騒音、時差、その他) ( ) □ 服薬の状況                                     |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| □ 問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載                                                |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 重点を置く項目(重点を置く項目の□にチェック。) ( ) は具体的に記入。該当しない項目は空欄                        |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| □生活                                                                    | <input type="checkbox"/> 行動制約( )                     |                                        |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> 行動制限の確保(賃金、 )               | 労働時間 _____                             |    |            |   |    |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> その他( )                      |                                        |    |            |   |    |
| 療養上の問題点(有)                                                             |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| ⑤ 一次検査結果報告書の受領後(特に追加の問診実施)には、上記生計上の問題点及び( )の内容を確認の上、必要に応じて必要な事項を記入する。  |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| ⑥ 以上一連の検査結果等の受領後(特に追加の問診実施)には、上記生計上の問題点及び( )の内容を確認の上、必要に応じて必要な事項を記入する。 |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 【備考欄】 添付されている医療機関からの、本件特定保健指導の継続について確認結果を求めた場合は、当該確認結果等をここに記入してください。   |                                                      |                                        |    |            |   |    |
| 給付対象者署名 _____                                                          |                                                      |                                        |    |            |   |    |

本人同意署名欄

## 改定ポイント 3

**二次健康診断等給付の金額が変わります。**

今回、検査等の最新の診療報酬点数や、特定保健指導に必要な経費等を勘案し、金額を変更しました。二次健診受診年月日が令和2年8月1日以降のものは、新しい金額で請求してください。

| 検査項目                               |          | 検査の有無  |        |        |        |        |        |        |        |
|------------------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 空腹時血糖値検査                           |          | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 空腹時血中脂質検査                          |          | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| ヘモグロビンA1c検査                        |          | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      | ○      | ×      |
| 負荷心電図検査<br>(四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導) |          | ×      | ×      | ×      | ×      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 胸部超音波検査(経胸壁心エコー法)※1                |          | ○      | ○      | ○      | ○      | ×      | ×      | ×      | ×      |
| 頸部超音波検査                            |          | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      | ○      |
| 微量アルブミン尿検査(定量)※2                   |          | ○      | ○      | ×      | ×      | ○      | ○      | ×      | ×      |
| 特定保健指導あり                           | 改定前金額(円) | 31,046 | 28,935 | 29,996 | 27,885 | 29,996 | 27,885 | 28,946 | 26,835 |
|                                    | 改定後金額(円) | 32,332 | 30,244 | 30,700 | 28,612 | 26,332 | 24,244 | 24,700 | 22,612 |
| 特定保健指導なし                           | 改定前金額(円) | 24,746 | 22,635 | 23,696 | 21,585 | 23,696 | 21,585 | 22,646 | 20,535 |
|                                    | 改定後金額(円) | 25,132 | 23,044 | 23,500 | 21,412 | 19,132 | 17,044 | 17,500 | 15,412 |

※1 胸部超音波検査は、「経胸壁心エコー法」により実施してください。

※2 微量アルブミン尿検査は、定性、半定量ではなく、「定量」により実施してください。

実施基準や特定保健指導に使用する様式は、厚労省ホームページに掲載していますのでご活用ください。

また、費用請求の際の様式は都道府県労働局労災補償課にお問い合わせください。

