

事業主様

東海地区石油業健康保険組合

令和6年度 健診等の補助について（ご案内）

早春の候、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当組合の事業運営につきまして格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和6年度の健診等における疾病予防補助について、下記のとおりご案内させていただきます。前年度と変更した点もございますので、ご多忙中かとは存じますがご留意くださるようよろしくお願いいたします。

記

1. 各健診の補助には、特定健診の検査項目を含み、健診結果等を提供していただくことが条件となります。（裏面参照）
2. 事業者[※]に義務付けられている労働安全衛生法による健診を実施した場合でも、1の条件をみたせば補助の対象となります。ただし、領収書が事業所名義の場合は、内訳一覧（受診者氏名・保険証の記号番号・健診日・料金を記載）を添付し、健診結果につきましては電子データ^{※1}にてご提出下さい。迅速かつ円滑な事務処理および正確な情報収集・保存のためにご協力をお願いします。
3. 人間ドック・特定健診・特定保健指導は40歳以上、成人病については30歳以上が補助の対象です。それぞれ年度末時点での年齢が適用されます。
4. 補助は健診日を起算日として年度内に1回となり、他の健診補助と併用することはできません。（重複して受給した場合は返還していただきます。）なお、遡っての給付は前年度分までとなります。
5. 当組合の契約医療機関を利用した場合は、すでに窓口で補助額を差し引いた金額でのお支払いとなりますので、その後の組合への申請は必要ありません。ただし、各健診機関によって提供している健診コース等の内容が異なりますので、確認の上受診して下さい。契約機関につきましてはホームページに掲載しています。なお、集合契約実施機関を利用する場合は事前に別途「特定健康診査受診券申請書」の提出が必要になりますのでご注意ください。
6. 健診結果等については、当組合の疾病予防事業やコラボヘルスなどに活用させていただくとともに、個人情報保護に万全を期し、目的以外には使用しません。

令和6年度の変更点

- ・法改正により「特定健診質問票」の内容が変更されます。令和6年度からは新しい様式を使用してください。
- ・検査項目において、「血糖」だけではなく「中性脂肪」についても食後3.5時間以上経っていることが条件となります。（基本は食後10時間以上の空腹時となります。）
- ・上記の変更に伴い特定保健指導対象者の階層化のための判定値および判定基準も変更されます。（別紙参照）

I. 補助の種類 年齢基準日：年度末

区分	人間ドック補助	特定健診補助	成人病補助	特定保健指導補助
40歳以上	健診料の8割 (上限15,000円)	健診料の8割 (上限5,000円)	健診料の8割 (上限3,000円)	動機付け支援/積極的支援：全額補助
30～39歳	設定なし	設定なし		設定なし

II. 補助申請に必要な検査項目

【特定健診検査項目】 特定健診とは…メタボリックシンドロームに着目した健診です。

○…必須項目 □…医師の判断に基づき選択的に実施する項目 ■…いずれかの項目の実施でも可

診察	問診 他覚症状 自覚症状 既往歴 服薬歴(血圧・血糖・コレステロール) 喫煙歴	○
	身長 体重 BMI 腹囲	○
	血圧	○
脂質	空腹時中性脂肪(食後10時間以上)または随時中性脂肪(食後3.5時間未満は除く) HDLコレステロール LDLコレステロール(non-HDLコレステロールでも可)	○
尿・腎機能	尿蛋白	○
心機能	12誘導心電図	□
肝機能	AST(GOT) ALT(GPT) γ GT(γ GTP)	○
代謝系	空腹時血糖(食後10時間以上)	■
	尿糖	○
	ヘモグロビンA1c	■
	随時血糖(食後3.5時間未満は除く)	■
血液一般	ヘマトクリット値	□
	血色素量	□
	赤血球数	□
眼底検査		□
血清クレアチニン(eGFR)		□
メタボリック判定および判定した医師名		○

III. 特定保健指導について

健診結果の階層化により特定保健指導対象者となった40歳以上の被保険者へは、組合より実施案内および申込書を送付します。なお、特定保健指導を契約している医療機関を利用する場合は、健診後に直接支援が行われます。

【申請に必要なもの】

- ・ 疾病予防補助金申請書^{※2}
- ・ 領収書の原本 (受診者氏名・料金等が明記されているもの)
- ・ 健診結果 (保健指導結果)：原則電子データ^{※1}・個人申請の場合は紙面 (写) 可
- ・ 特定健診質問票^{※2}：電子データの場合は必要なし

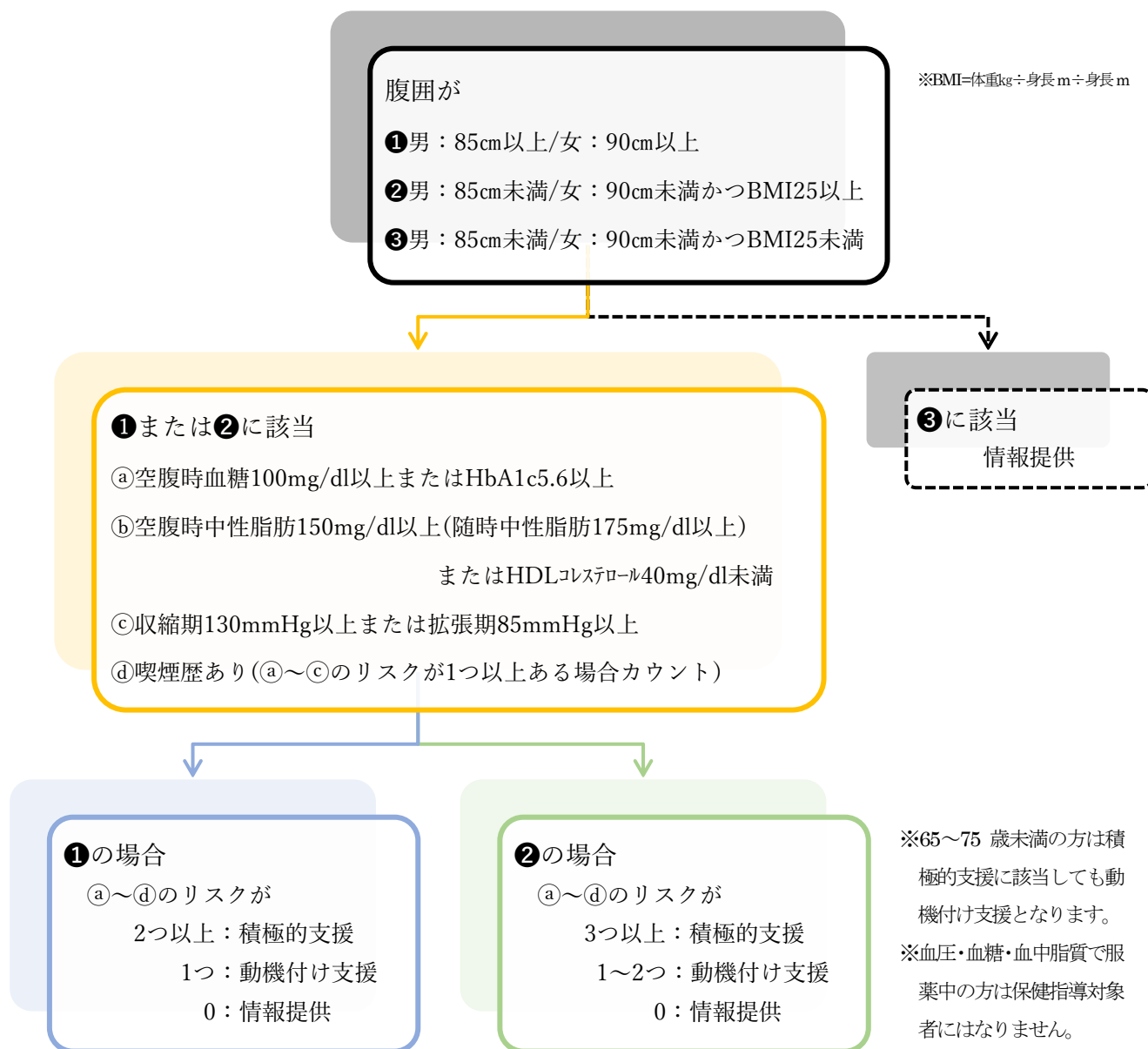
※1) 厚生労働省が定める電子的標準様式(XML)となり、医療機関に依頼して作成いただくものになります。

※2) 当組合のホームページ(<https://aiyukempo.or.jp>)よりダウンロードできます。

【注意事項】

上記IIに記載している必須項目が欠落 (不足) している場合は全て不支給および返戻対象となりますので、特に事業所で健診を行う際は事前に医療機関へ確認いただく等申請に不備がないよう十分ご注意ください。

補助金は事業所口座へお振込みいたします。登録口座に変更がある場合は速やかに変更届をご提出下さい。



特定保健指導の意義

昨今、従業員の健康はすでに個人だけの問題ではなく、国の重要課題のひとつとして位置づけられています。保健指導により従業員の健康が保持・改善または予防することができるのであれば、企業側にとっても将来的に予期せぬ休職者や退職者を減らし、有能な人的資源を低下させないことにつながります。何より従業員のモチベーションや集中力に大きな影響をおよぼす体調が常に良好であれば、個人のパフォーマンスや生産性が向上し、最終的には企業全体に有益な結果をもたらすことは言うまでもありません。これらの企業努力は国が推し進める健康経営にも結び付き、何より社会的イメージや評価を上げる重要な一要素と言えます。

このような現状において健康保険組合と共同して従業員の健康面をサポートする事業があります。コラボヘルスです。この事業によって個人の健診結果から将来的にリスクのある方を企業側も常に把握管理ができる上、保健指導対象者へのアプローチも双方の協力でより高い成果が得られると考えられます。

特定保健指導は生活改善により将来病気にかかるリスクを減らすことが目的です。これは人生100年と言われる現代において健康で長生きするためにはとても重要なことであり、不可欠なことであります。従業員の皆さまに特定保健指導の必要性を理解していただくためにも、是非事業主様からも積極的に取り組んでいただくよう周知およびご協力をお願いいたします。

特定健診質問票

事業所名

保険証記号

番号

氏名

下記の質問の該当する項目に☑をつけてください。

1	現在、a から c の薬の使用の有無 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人口透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 「現在、習慣的に喫煙している者」とは条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている。 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 〔「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者〕	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度、約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ