

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	
① 職業に当たり、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た過労負担が加わることで、血管病変がその自然経過を越えて著しく増進し、虚血性心疾患発症リスクが著しく高まる ことで、これら疾病の発症の予防に資するよう二次健康診断等給付制度が創設された旨を踏まえ、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、質問させていただきます。	
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 (オフィスワーク) <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)) <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 (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
・夜勤・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
・過大なルム	<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、通勤時間	<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)	
<input type="checkbox"/> 4時間以下 <input type="checkbox"/> 5時間 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 7時間 <input type="checkbox"/> 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り、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及ぼす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 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> 有(週()回/1日()回) <input type="checkbox"/> 無 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 <input type="checkbox"/> 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)>

二次健康診断等の受診結果

医師の所見記載欄 (4箇所)

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となりますので、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。

改定ポイント 2

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。

The image shows a detailed medical questionnaire form titled '二次健康診断等給付 特定保健指導票'. It contains various sections for personal information, medical history, and lifestyle. At the bottom, there is a section for '生活上の問題点' and '就労上の問題点'. A red circle highlights a specific area at the bottom of the form, which is labeled '本人同意署名欄' (Consent Signature Field).

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 (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。

