

3.変更点①人間ドックに対する補助

検査項目		人間ドック	節目健診	生活習慣病予防健診	事業者健診	特定健康診査	検査項目		人間ドック	節目健診	生活習慣病予防健診	事業者健診	特定健康診査	
診察等	問診	○	○	○	○	○	血液一般	赤血球数	○	○	○	■	□	
	業務歴				○	○		白血球数	○	○	○			
	自覚症状	○	○	○	○	○		血小板数	○	○				
	他覚症状	○	○	○	○	○		末梢血液像		○				
	身体計測	身長	○	○	○	□		○	MCV	○				
		体重	○	○	○	○		○	MCH	○				
	BMI・標準体重	○	○	○	○	○		MCHC	○					
	肥満度	○						CRP	○					
	腹囲	○	○	○	■※	○		血液型 (ABO Rh)	◎					
	血圧 (収縮期/拡張期)	○	○	○	○	○		HBs抗原	○	◎	◎			
心拍数	○					腎機能	尿蛋白	○	○	○	○	○		
視力	○	○	○	○	○		潜血	○	○	○				
聴力	○	○	○	○	○		尿沈渣顕微鏡検査	□	○					
							血清クレアチニン (eGFR)	○	○	○	□	□		
脂質	総コレステロール	○	○	○			心機能	心電図	○	○	○	■	□	
	空腹時中性脂肪	○			■	○	肺	胸部エックス線検査	○	○	○	○		
	随時中性脂肪		■※※	■※※	■※※	■※※		喀痰細胞診		□	□	□		
	HDL-コレステロール	○	○	○	■	○	呼吸機能	努力肺活量	○	○				
	LDL-コレステロール	○	▲	▲	▲	▲		1秒量 (対標準1秒量)	○	○				
non-HDL-コレステロール※1	○	▲	▲	▲	▲	1秒率		○	○					
						%肺活量		○	○					
肝機能	AST (GOT)	○	○	○	■	○	眼底	○	○	□		□		
	ALT (GPT)	○	○	○	■	○	眼圧	○						
	γ-GT (γ-GTP)	○	○	○	■	○	骨粗鬆症検診	骨密度		◎	◎			
	ALP	○	○	○				胃	胃部エックス線検査※3	○	○	○※		
代謝系	空腹時血糖	○	▲	▲	▲	▲	腹部超音波検査	○	○					
	随時血糖※2		▲	▲	▲	▲	大腸	便潜血	○	○	○※			
	HbA1c	○	▲	▲	▲	▲	医師による結果説明		○					
	尿糖	○	○	○	○	○	保健指導		○					
	尿酸	○	○	○			オプション検査	上部消化管内視鏡	◎	◎	◎			
	総蛋白	○	○					乳房診察+マンモグラフィ	◎	◎	◎			
	アルブミン	○	○					乳房診察+乳腺超音波検査	◎					
	総ビリルビン	○	○					婦人科診察+子宮頸部細胞診	◎	◎	◎			
	アミラーゼ	○	○					PSA	◎					
	LDH	○	○					HCV抗体	◎	◎	◎			
血液一般	ヘマトクリット値	○	○	○		□								
	血色素量 (ヘモグロビン値)	○	○	○	■	□								

◆対象年齢:35歳以上の加入者

※被扶養者は令和9年度から実施

◆費用補助額:最大25,000円

(健診総額が25,000円未満の場合は当該総額を補助)

- ・・・必須項目
- ※・・・20歳、25歳、30歳は検査項目に含まない
- ◎・・・オプション項目または本人の申出により省略可の項目
- ▲・・・いずれかの項目でも可
- ・・・医師の判断に基づき実施する項目
- ・・・35歳及び40歳以上の者については必須
- ※・・・35歳及び40歳以上の者については必須
- ※※・・・やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合、随時中性脂肪により検査を行うことを可とする