

制定	平成13年	2月	1日
改正	平成18年	10月	1日
改正	平成20年	4月	1日
改正	平成24年	4月	1日
改正	平成30年	4月	1日
改正	令和5年	4月	1日
改正	令和6年	12月	1日

大阪市障がい者健康診査事業実施要綱

(目的)

第1条 大阪市障がい者健康診査事業（以下「事業」という。）は、在宅の障がい者に対して健康診査を実施することにより、病気の早期発見及び二次障がいの予防等を行い、健康と福祉の増進を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は大阪市とし、診査業務は別表第1の機関（以下「実施機関」という。）において実施する。

(診査対象者)

第3条 診査の対象者は、本市の区域内に居住する18歳以上74歳以下の在宅の障がい者であつて、次の各号のいずれかに該当する者とする。

ただし、学校保健法、労働安全衛生法等により規定される健康管理事業に相当する保健サービスを受けることができる者並びに医療保険者が実施する特定健康診査を受けることができる者は除く。

- (1) 身体障がい者手帳の交付を受けている者
- (2) 療育手帳の交付を受けている者
- (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障がい者
- (4) その他市長が必要と認める者

2 第1項ただし書きにより除外された障がい者が、実施機関において関係法令に基づく特定健康診査等を行った場合は、大阪市は医療保険者等にその費用を請求する。

(診査項目及び内容)

第4条 診査項目及び内容は、別表第2のとおりとする。

(受診回数)

第5条 対象者が受診できる回数は、年1回とする。ただし、市長が特別の事由があると認める場合を除く。

(申請)

第6条 健康診査を希望する者（以下「申請者」という。）は、大阪市障がい者健康診査受診申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）を実施機関に提出しなければならない。

(決定)

第7条 実施機関は、前条の規定による申請書を受理した場合は、第3条第1項各号に該当するかどうか、その内容を審査し、決定しなければならない。

(交付)

第8条 前条の規定により実施機関が該当すると決定を行った場合は、申請者と受診希望日を調整のうえ受診日を決定し、大阪市障がい者健康診査受診票（様式第2号）（以下「受診票」という。）を交付するものとする。

(受診の手続き)

第9条 申請者は、実施機関の窓口に受診票を提示し受診するものとする。

(実施機関の役割)

第10条 実施機関は、診査結果について検査毎に所定の方法で判定するとともに、それらを総合的に判断し、その結果を大阪市健康診査報告書（様式第3号）により受診者に速やかに通知するとともに、大阪市障がい者健康診査受診者報告書（様式第4号）により市長に報告するものとする。

2 実施機関は、判定に用いた画像等を保存するものとする。

(記録及び指導)

第11条 実施機関は、診査結果に基づき、受診者毎に記録を整備するとともに、疾病や二次障がい等が認められ、または精密検査を必要とする場合には、適切な治療等を受けるよう、十分な指導及び助言を行うように努めるものとする。

(費用の負担)

第12条 健康診査に要する費用のうち、受診者負担額は必須検査については無料とし、選択検査については有料（ただし、肝炎ウィルス検査は20歳以上で過去に同検査を受診したことのない者は無料。）とする。

ただし、次の各号のいずれかに該当する者については受診者負担を免除する。

(1) 生活保護法による被保護世帯に属する者

(2) 市民税非課税世帯に属する者

(その他)

第13条 この要綱の施行について必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則（平成13年2月1日大阪市民生局要綱第90号）

この要綱は平成13年2月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成18年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和6年12月1日から施行する。

別表第1（第2条関係）

実施機関	所在地
大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター	大阪市平野区喜連西6丁目2番55号

別表第2（第4条関係）

診査項目	診査内容
必須検査	問診 既往歴、服薬の有無、生活習慣等
	身体計測 身長・体重・BMI・腹囲
	理学的検査 視診、聴診、打診、腹部触診、運動機能診断等
	血圧測定
	検尿 尿糖・尿蛋白・尿潜血・亜硝酸塩・白血球
	血液検査 総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)、血糖、クレアチニン、尿酸、中性脂肪、eGFR
	貧血検査 白血球数、赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数
	血糖検査 空腹時血糖、ヘモグロビンA1c
選択検査	胸部X線撮影
	心電図検査 標準12誘導心電図
	四肢等X線撮影
	肝炎ウィルス検査 HBs抗原、HCV抗体

選択検査については、医師の判断により実施する。

(様式第1号)

大阪市障がい者健康診査受診申請書

年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者住所 大阪市 区

氏名 _____

裏面の注意事項を同意のうえ、大阪市障がい者健康診査の受診を申請します。

フリガナ							性別	男・女	
氏名									
生年月日	昭・平 年 月 日生						年齢	歳	
住所	〒 連絡先電話番号 ()								
身体障がい者手帳	1 2 3 4 5 6 級						医療保険 (40歳以上※の方はご記入ください。) ※今年度中に40歳になる方を含みます。		
	詳細をご記入ください	肢体(級)・言語(級) 聴覚(級)・視覚(級) 心臓(級)・呼吸(級)						<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険(家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護(医療扶助)	
		A B1 B2							
療育手帳									
その他(精神等)	1級			2級			3級		

申請書などの書面より収集した「個人情報」については、目的外の利用・保有について

大阪市個人情報保護条例により制限されています。

決 裁	所長	課長代理	係長	係員

大阪市障がい者健康診査受診票

氏名	様			
受診予約日	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分			
受診場所	大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター 2階診療所			
住所 電話番号等	大阪市平野区喜連西6-2-55 電話 06-6797-6567 FAX 06-6797-8222 Eメール fa0036@city.osaka.lg.jp			

受診される方への注意事項

○ 午前中に受診される方

前日は、午後9時までに食事を済ましてください。

午後9時以降、水以外のものは食べたり飲んだりしないでください。

もし、食べたり飲んだりした場合は、その時間・内容を診療所職員まで連絡ください。

○ 午後に受診される方

受診当日は、早めに朝食を済ませ、以降は水以外食べたり飲んだりしないでください。

なお、糖尿病で治療を受けている方は、いつもどおりの生活(食事・服薬)をしてください。

○ 受診当日は、申請書(別紙の質問票も記入してください)・受診票・身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳を持参してください。

○ すでに、検尿器をお渡ししている場合は、自宅等で探ってきてください。

○ 健診当日は、問診、身体測定、理学的検査(聴診・触診等)、血圧測定、検尿、血液検査、胸部X線撮影などを行います。不安のある方は申し出てください。

○ また、医師が必要と認めた場合には、心電図、肝炎ウイルス検査等を行いますが、検査によっては後日になる場合があります。

※基本検査は、無料ですが、選択検査は別途費用がかかる場合があります。

○ 受診される方および診療所職員の医療の安全確保にご理解、ご協力をいただけない場合は、健診の一部または全部を行わないことがあります。

○ 受診にあたっては万全を期しますが、万が一、針刺し事故等により診療所職員が受診される方の体液(血液など)を曝露した場合は、診療所職員へのウイルス感染予防のため、必要な個人情報を収集することや、血液検査(ヒト免疫不全ウイルス検査、B型肝炎ウイルス検査、C型肝炎ウイルス検査)を受けていただくことがあります。

上記事項をよくお読みいただき、同意いただけましたら、左のチェックボックスに

などのチェックを入れ、申請書(様式第1号)を提出してください。

健康診査報告書

(様式第3号)

丁

様

ID.No

カルテ番号	
年度-番号	
性別	
年齢	歳
受診日	
採血時期	

検査結果

身体 計測	身長	cm
	体重	kg
	BMI (体格指数)	
	腹囲	cm

尿 検 査	尿蛋白	
	尿糖	
	尿潜血	
	亜硝酸塩	
	白血球	

生 化 学 検 査	血糖	mg/dL
	ヘモグロビンA1c	% (NGSP)
	総コレステロール	mg/dL
	LDL-コレステロール	mg/dL
	HDL-コレステロール	mg/dL
	中性脂肪	mg/dL

血圧測定

最高 (収縮期)	mmHg
最低 (拡張期)	mmHg

血液 検 査	白血球数	$10^2 / \mu\text{L}$
	赤血球数	$10^4 / \mu\text{L}$
	ヘモグロビン	g/dL
	ヘマトクリット	%
	血小板数	$10^4 / \mu\text{L}$

生 化 学 検 査	AST (GOT)	U/L
	ALT (GPT)	U/L
	γ -GT (γ -GTP)	U/L
	クリアチニン	mg/dL
	eGFR	mL/分/ 1.73m^2
	尿酸	mg/dL

選択検査

B型肝炎ウイルス抗原	IU/mL
C型肝炎ウイルス抗体	

医師の判断

内臓脂肪関連判定	
胆肝機能判定	
尿路疾患判定	
貧血検査判定	
胸部X線撮影	

理学的検査	
大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター	

総合判定

コメント

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター

医師

(様式第4号)

大阪市障がい者健康診査事業実績報告書（ 年度）

1 検査実施件数

取扱実人員	
必須検査	
選択検査	心電図
	四肢等X線
	肝炎ウイルス
合 計	

2 年齢別

19歳以下	
20歳～29歳	
30歳～39歳	
40歳～49歳	
50歳～59歳	
60歳以上	
合 計	

3 手帳種別

身体障がい者	
療育	
精神障がい者保健福祉	
重複所持	身体+療育
	身体+精神
	療育+精神
	身体+療育+精神
合 計	

4 総合判定

異常なし	
要観察	
要指導	
治療中	
要医療	
判定不能	
合 計	