

# 奈良県特定健康診査・特定保健指導マニュアル

## 第1 目的

糖尿病、高血圧等の生活習慣病の予防は、県民の健康増進を図る上で重要な課題であるとともに、その結果として、中長期的な医療費の伸びの適正化にも資するものである。

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年4月から、医療保険者（市町村国保、健康保険組合等）に実施が義務づけられた特定健康診査・特定保健指導（特定健診・保健指導）では、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目的としている。本県では、青年期や壮年期からの健康づくりの普及、生活習慣病の早期発見、更に、健診結果に基づく食生活や運動等の生活習慣指導や適切な受診指導を行うことにより、生活習慣病の発症や重症化予防を強力に進める必要がある。

本マニュアルは、市町村（国保）が特定健診・保健指導を効果的に推進するとともに、特定健診・保健指導の実施機関が共通の方法で健診・保健指導を実施することを目的として、奈良県健康福祉部が取りまとめたものである。本マニュアルは、市町村（国保）が健診・保健指導を実施する上での、基本的な留意事項を記載したものであり、市町村（国保）が地域の実情に応じて行われる独自の取り組みを制約するものではない。

なお、75歳以上の者等（後期高齢者）に対する健診（以下「後期高齢者健診」という。）については、奈良県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が市町村に委託して実施されているが、その方法は、特定健診に準じて行われていることから、本マニュアルではその内容も併せて記載する。特定健診・保健指導の詳細については、本マニュアルの他、「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」(平成25年厚生労働省健康局編)等、巻末に示す国の各種ガイドラインも参考とされたい。

## 第2 特定健康診査の実施

### 1. 基本的な健診の検査項目及び方法

特定健診では、質問項目（問診）、身体計測（身長、体重、腹囲〔又は内臓脂肪面積〕、BMI）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、肝機能検査（GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP）、血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、血糖検査（空腹時血糖又はヘモグロビンA1c〔HbA1c〕）、尿検査（尿糖、尿蛋白）を受診者全員に対して実施する（**基本的な健診**）。

本県では、生活習慣病予防対策強化の一環として、県独自の検査項目として、平成22年度から血清クレアチニン検査、平成23年度から推算糸球体ろ過量(eGFR)、血糖検査、血清尿酸検査を追加している(追加健診項目)。また、平成25年度からは、保健指導の適切な実施や他疾病の発見による医療費負担の軽減、更に健診項目の追加による健診受診率向上を目的として、詳細な健診の対象者にのみ実施していた心電図検査と貧血検査を、受診者全員に拡大して実施することとなっている。

- ※ 特定健診の対象者は、各年度の4月1日に各市町村国保に加入しており、その年度内に40～75歳となる者(但し、75歳に到達すれば、後期高齢者健診の対象となる。)であり、妊産婦、6か月以上医療機関入院者、老人保健施設や特別養護老人ホーム等の福祉施設入所者などは対象外である(但し、各医療保険者で独自に対象を追加する場合あり)。
- ※ 後期高齢者健診では、糖尿病等の生活習慣病で医療機関に受診中の者は、必ずしも健診の対象とする必要はないとされている。

#### (1) 質問項目(問診)

特定健康診査質問票<様式第1号>の質問項目に基づき行う。

- ※ 原則として、様式に示された全ての質問項目について問診を行い、その結果を各市町村(又は奈良県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。))へ報告するものとする。
- ※ 質問項目3は、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の8学会診断基準(2005)に基づき、「コレステロール又は中性脂肪を下げる薬」とする。
- ※ 各市町村による健診の事後指導等に活用するため、平成23年度から、受診者の電話番号記入欄を県独自に設けている。

#### (2) 身体計測(身長、体重、腹囲〔又は内臓脂肪面積〕、BMI値)

##### ① 身長、体重、BMI値(Body Mass Index、肥満度)

BMI値の計算方法  $BMI値 = 体重(kg) \div 身長(m) \div 身長(m)$

BMI値の評価法

BMI値	体型
18.5 未満	低体重
18.5 以上 25 未満 (標準値 22)	普通体重
25 以上	肥満

##### ② 腹囲計測

- メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の診断基準に基づき、立位、軽呼吸時、臍レベ

ルで測定する。

- 脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
- 測定は、受診者自らが測定するのではなく、健診を担当する医師又は看護師等が測定する。

※ 腹囲計測は、BMI値による厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないと認めるときは省略することができる。しかし、本県では、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の予防の意義を、受診者に理解させるため、当面はBMI値にかかわらず、すべての受診者に腹囲計測を実施することとする。

(但し、労働安全衛生法に基づく定期健康診断など、特定健康診査に相当する健診を受診し、その結果を証明する書面を提出した者で、健診時に、医師の判断で腹囲計測が行われなかった場合は、腹囲計測を追加して実施する必要は無い。)

※ 後期高齢者健診では、内臓脂肪の減少を目的とした腹囲計測は行わないとされており、本県でも、原則として実施しないこととする。

### (3) 血圧測定

血圧の測定方法については、「循環器疾患診断手技(社団法人日本循環器管理研究協議会編。以下「日循協編」という。)」を参考とするが、おおむね次の点に注意すること。

- 原則として、椅子座位・右上腕で測定する。
- 排尿、5分以上の安静又は20回以上の深呼吸後に測定する。
- 聴診法又は自動血圧計により測定し、必要により触診法を加える。
- 最小血圧は第5点、0でも聞こえるときは第4点を記入し( )で囲む。
- 必要により2回以上測定し、低い値のもの二つの平均値をとる。

### (4) 尿検査

随時に採尿した中間尿について、糖、蛋白を試験紙を用いて検査する。

### (5) 理学的検査(身体診察)

- 医師は上記(1)～(4)までの結果等を勘案し、視診、聴打診、腹部触診等の検査を行う。
- 貧血検査(詳細な健診)の対象者把握のため、採血前に眼瞼結膜などの視診等により、貧血の状況を観察する。平成25年度から、貧血検査は対象者全員に実施するが、検査が詳細な健診によるものかどうかについての報告が必要であり、上記観察は引き続き必要となる。

(6) 肝機能検査(GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP)

原則として、空腹時に採取した血液について、GOT、GPT、 $\gamma$ -GTPの値を測定する。

(7) 血中脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)

原則として、空腹時に採取した血液について、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールを測定する。

(8) 血糖検査(空腹時血糖又はヘモグロビンA1c〔HbA1c〕)

原則として、空腹時に採血した血液について、血漿血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)の値を測定する。

空腹時血糖を採用した場合、空腹時血糖が140mg/dl以上(もしくは随時血糖200mg/dl以上)のときは、要医療として可及的速やかに受診勧奨を行うものとする。

ヘモグロビンA1c(HbA1c)の表記については、これまでJDS値を使用してきたが、平成25年4月からは、国際標準に合わせNGSP値を使用する。NGSP値は、JDS値からは、 $NGSP\ 値(\%)=1.02 \times JDS\ 値+0.25$ で換算されるが、JDS値5.0~9.9%の間では、 $NGSP\ 値(\%)=JDS\ 値+0.4$ となる。

※ 空腹時血糖とヘモグロビンA1c(HbA1c)の選択は、各医療保険者の判断による。但し、受診者の検査前の食事制限が徹底できないことが多いことから、本県では、食事の影響を受けにくいヘモグロビンA1c(HbA1c)の採用を推奨する。

空腹時血糖を採用する場合は、受診者の検査前の食事制限を徹底することに加え、食事後採血までの時間を記録し、診断の参考にすることが必要である。

(国の通知では、「午前中に健診を実施する場合は、血糖値等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。午後に健診を実施する場合は、ヘモグロビンA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい」とされている。)

※ 平成23年度から、県独自の検査項目として、血糖検査とヘモグロビンA1c(HbA1c)の両方を実施する。血糖検査については、食事後10時間以上の場合は「空腹時血糖」として取り扱い、食事後10時間未満の場合や食事時間不明の場合は「随時血糖」として取り扱うこととする。平成22年7月の日本糖尿病学会の糖尿病診断基準の改定により、一度の健診結果により、糖尿病の診断が可能となる。

## (9) 追加健診項目

### ○ 血清クレアチニン検査

原則として、空腹時に採血した血液について、血清クレアチニンの値を測定する。  
検査値は小数点第2位まで表示する。

### ○ 推算糸球体ろ過量 (eGFR)

腎臓は血液中の老廃物を尿により体外に排出する機能を有しているが、腎臓の機能(腎機能)は、「糸球体濾過(ろか)量」(GFR : Glomerular Filtration Rate)という指標で評価されている。この GFR を血液検査による「血清クレアチニン値」、「年齢」、「性別」で推算する方法が開発されており、この推算式に基づく GFR を eGFR (estimated GFR、推算 GFR)とされている。日本人の eGFR の推算式を下記に示す。特定健診では、血清クレアチニン値をもとに、検査機関で eGFR の計算を依頼し、健診医により判定を行うこととする。

#### 日本人の eGFR 推算式(18歳以上の者)

(男性の場合)  $eGFR \text{ (ml/min/1.73 m}^2\text{)} = 194 \times (\text{血清クレアチニン値})^{-1.094} \times (\text{年齢})^{-0.287}$

(女性の場合)  $eGFR \text{ (ml/min/1.73 m}^2\text{)} = 194 \times (\text{血清クレアチニン値})^{-1.094} \times (\text{年齢})^{-0.287} \times 0.739$

※ eGFR については、受診者向け説明書(参考1)と健診担当医向け説明書(参考2)を作成したので、巻末に添付する(奈良県生活習慣病予防対策推進委員会監修)。

### ○ 血清尿酸検査

原則として、空腹時に採血した血液について、血清尿酸の値を測定する。

## 2. 詳細な健診の検査項目及び方法

医師が必要と認めるときに行う検査項目は、心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値)であり、下記の基準(厚生労働大臣が定める基準)に基づき、医師が必要と判断した場合に選択するものとする(詳細な健診)。

※ 本県では平成25年度から独自に、心電図検査と貧血検査の対象者を健診受診者全員に拡大して実施することとなった(検査を拒否される方を除く)。なお、これらの検査を実施した場合、詳細な健診によるものか、詳細な健診によらないものか、検査を実施した理由について、結果報告時の報告が必要である。

○ 心電図検査、眼底検査の対象者（詳細な健診として行うもの）

前年度の特定期健診の結果（特定期健診以外の健診結果であっても良い）において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について、＜表1＞の基準に該当した者（治療中の者、受診勧奨者については、保険診療により必要な検査を行うこととする。）

※ 心電図検査と眼底検査の対象者（詳細な健診として行うもの）は、予め市町村国保で対象者を特定し、受診券などで通知することが望ましい。

○ 貧血検査の対象者（詳細な健診として行うもの）

質問項目で貧血の既往歴を有する者、又は視診等で貧血が疑われる者。

※ 質問票で貧血の既往歴を有する者（質問票の質問項目7）に加え、採血前の眼瞼結膜などの視診等で貧血が疑われると判断された者に対し、選択的に実施することとする。

心電図検査、眼底検査対象者（詳細な健診として行うもの）の判断基準＜表1＞

	血圧	脂質	血糖	肥満
基準値	収縮期血圧 130mmHg ≤ 又は 拡張期血圧 85mmHg ≤	中性脂肪 150mg/dl ≤ 又は HDL コレステロール 40mg/dl >	空腹時血糖 100mg/dl ≤ 又は ヘモグロビン A1c (HbA1c (NGSP)) 5.6% ≤	腹囲 (男性) 85cm ≤ (女性) 90cm ≤ 又は BMI 25 ≤
心電図検査、眼底検査の対象者	(前年度の健診結果等において、) 上記4項目全てが基準に該当した者 (但し、治療中の者、受診勧奨者については、医療機関の保険診療により必要な検査を行うこととする。)			

(1) 心電図検査

安静時の標準12誘導心電図を記録する。

なお、検査の実施にあたっては、「日循協編」を参考とすること。

(2) 眼底検査

原則として、眼底カメラにより行う。

ただし、手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をもって代えることができる。

なお、検査の方法については、「日循協編」を参考とすること。

散瞳剤を使用した場合は眼圧上昇のおそれに留意すること。

(3) 貧血検査

原則として、空腹時に採取した血液について、赤血球数、血色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値を測定する。

- ※ 基準に該当した者すべてに対して「詳細な健診」を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断するものとする。この際、医師は検査の必要と判断した理由を医療保険者に示すとともに（「医師の判断」欄により報告）、受診者に説明することとする。
- ※ 最近の当該検査の結果が明らかな者、高血圧・心臓病・糖尿病・脂質異常症・貧血等の疾患により医療機関で管理されている者は、各々の疾患に関連する「詳細な健診」の対象外とする。基本的な健診の結果、受診勧奨者（要医療者）であった者については、医療機関の保険診療により必要な検査を実施することとする。
- ※ 後期高齢者健診では、詳細な健診は位置づけられていないが、特定健診に準じて、医師の判断に基づき、心電図検査、眼底検査、貧血検査を実施する。
- ※ 特定健診に相当するとされる労働安全衛生法に基づく定期健康診断では、医師の判断に基づく検査は位置づけられておらず、必要に応じて、医療機関の保険診療により必要な検査を実施することとなる。

### 3. 判定区分

判定は健診を担当する医師が行う。

判定は、次の特定健康診査判定基準<表2>をめやすとして、検査項目毎に「異常認めず」、「要指導」、「要医療」（要精査を含む。以下同じ。）の判定区分を決定する。

また、これに加えて、いわゆる8学会診断基準（2005）を基本として、メタボリックシンドロームの判定を行う（「基準該当」、「予備群該当」、「非該当」、「判定不能」の区分）。

- ※ メタボリックシンドロームの8学会診断基準（2005）では、空腹時血糖の値を基本に判定することとされており、ヘモグロビンA1c（HbA1c）による判定は不可能である。しかし、本健診では空腹時血糖を実施しない場合もあることから、その場合は、HbA1c6.0%以上（NGSP）を空腹時血糖 110mg/dl 以上とみなして、メタボリックシンドロームの判定を行う。なお、「メタボリックシンドローム予備群」については、8学会基準には無いが、腹囲基準に加え、リスク（血圧、脂質、血糖のうち）が1つだけある場合とする。

特定健康診査判定基準〈表2〉

検査項目\検査値区分(指導区分)		異常認めず	要指導	要医療(要精査を含む。)
日本高血圧学会の分類		至適・正常血圧	正常高値	軽症・中等度・重症高血圧
血圧測定	収縮期血圧 (mmHg) (*)	130 未満	130~139	140 以上
	拡張期血圧 (mmHg) (*)	85 未満	85~89	90 以上
血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl) (*)	120 未満	120~139	140 以上
	HDLコレステロール (mg/dl) (*)	40 以上	35~39	34 以下
	中性脂肪 (mg/dl) (*)	150 未満	150~299	300 以上
肝機能検査	GOT (IU/l) (*)	31 未満	31~50	51 以上
	GPT (IU/l) (*)	31 未満	31~50	51 以上
	γ-GTP (IU/l) (*)	51 未満	51~100	101 以上
血糖検査	空腹時血糖(血漿) (mg/dl) (*) (随時血糖(血漿) (mg/dl))	100 未満 (140 未満)	100~125 (140~199)	126 以上 (200 以上)
	HbA1c (NGSP) (%) (*)	5.6 未満	5.6~6.4	6.5 以上
	尿検査	尿糖	—	±
	尿蛋白	—	± ~ +	+ 以上
追加健診項目	血清クレアチニン (mg/dl)	男性 1.00 以下 女性 0.70 以下	男性 1.01~1.29 女性 0.71~0.99	男性 1.30 以上 女性 1.00 以上
	eGFR(推算糸球体ろ過量) (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )	60 以上	50~59	49 以下
	血清尿酸 (mg/dl)	7.0 以下	7.1~8.9	9.0 以上
心電図検査(詳細な健診)		正常範囲	軽度異常	異常
眼底検査(詳細な健診)	Keith-Wagener 分類	0, I	II (a, b)	III, IV
	Scheie 分類	H0~1 and/or S0~1	H2 and/or S2	H3 以上 and/or S3 以上
貧血検査(詳細な健診)	赤血球数 (10000/mm <sup>3</sup> )	男性 410~530 女性 380~480	男性 380~409 531~599 女性 350~379 481~549	男性 379 以下, 600 以上 女性 349 以下, 550 以上
	血色素量〔ヘモグロビン値〕 (g/dl) (*)	男性 13.1 以上 女性 12.1 以上	男性 12.1~13.0 女性 11.1~12.0	男性 12.0 以下 女性 11.0 以下
	ヘマトクリット値 (%)	男性 39~52 女性 35~48	男性 37~38 53~54 女性 49~51	男性 36 以下, 55 以上 女性 34 以下, 52 以上
身体計測	BMI値	18.5 以上 25 未満	18.5 未満 25 以上	
腹囲計測	腹囲(cm)	男性 85 未満 女性 90 未満	男性 85 以上 女性 90 以上	
受療状況			経過観察中	受療中

(注1)心電図判定にあたっては、「心電図判定基準」(日循協編)等を参考とする。なお、心電図の正常範囲は、受診表における(1正常)と(2有所見放置可)を含むものとする。軽度異常は、(3有所見要指導)、異常は、(4有所見要医療)にそれぞれ相当するものとする。(注2) (\*)の基準値は、『標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)』(平成25年厚生労働省健康局編)による。(注3) 実施に当たっては、日本人間ドック学会による、「人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン(平成25年度改定版)」も参考にされたい。



#### 4. 特定保健指導区分(階層化)

特定保健指導区分については、健診実施機関から結果報告を受けた市町村国保が、質問項目と健診結果に基づき判定を行う(県国民健康保険団体連合会〔以下「国保連合会」という。〕の特定健診等データ管理システムにおいても、機械的に階層化判定が行われる。)

判定は、下記の特定保健指導判定基準<表3-1>、<表3-2>を目安として、「A:積極的支援」、「B:動機付け支援」、「Ad:積極的支援(要医師連携)」、「Bd:動機付け支援(要医師連携)」、「C:情報提供のみ」の判定区分を決定する。

(主としてメタボリックシンドローム該当者には「積極的支援」、主としてメタボリックシンドローム予備群者には「動機付け支援」を実施し、受診勧奨値を有する者等には「医師と連携した特定保健指導」を実施することとなる。)

#### 特定保健指導判定基準(リスク判定の基準値)<表3-1>

リスクの種類	①血圧	②脂質	③血糖(※)	④喫煙歴 (質問票の質問項目8による)
基準値	収縮期血圧 130mmHg ≤ 又は 拡張期血圧 85mmHg ≤ 又は 薬剤治療を受けている場合	中性脂肪 150mg/dl ≤ 又は HDLコレステロール 40mg/dl > 又は 薬剤治療を受けている場合	空腹時血糖 100mg/dl ≤ 又は ヘモグロビンA1c (HbA1c (NGSP)) 5.6% ≤ 又は 薬剤治療を受けている場合	喫煙歴あり (①～③が1つ以上該当する場合にのみカウントする。)

※ 血糖検査で、空腹時血糖とヘモグロビンA1cを両方実施している場合は空腹時血糖のデータを使用して判定する。

#### 特定保健指導判定基準(保健指導区分の判定)<表3-2>

保健指導区分	積極的支援 A、Ad(※)	動機付け支援 B、Bd(※)	情報提供のみ C
腹囲 男性85cm以上、 女性90cm以上の場合	①～④の リスクが2つ以上	①～④の リスクが1つ	①～④の リスクが0
腹囲 男性85cm未満、 女性90cm未満で、 BMI25以上の場合	①～④の リスクが3つ以上	①～④の リスクが1つ 又はリスクが2つ	①～④の リスクが0
腹囲 男性85cm未満、 女性90cm未満で、 BMI25未満の場合	—	—	①～④の リスクが0以上

※ 血圧、脂質、血糖に関して服薬中の者(質問票の質問項目1～3による)は、「積極的支援」、「動機付け支援」の対象外とする。<表3-3>

- ※ 脳卒中、心臓病、腎不全等の既往のある者（質問票の質問項目4～6などで把握）、又は健診結果で受診勧奨値を有する者で、「積極的支援」や「動機付け支援」の対象となった者は、「医師と連携した特定保健指導」の対象となる。（「積極的支援（要医師連携）」（Ad）、「動機付け支援（要医師連携）」（Bd）に分類する。〈表3-2〉、〈表3-3〉）
- ※ 前期高齢者（65～74歳）については、「積極的支援」の対象となった場合でも、「動機付け支援」の対象者とする。〈表3-4〉
- ※ 検査結果で保健指導値や受診勧奨値を示しても、特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）の対象にならない者については、「情報提供のみ」（C）の扱いとなるが、このような者に対しては、一律の「情報提供」を行うことに加えて、健診担当医や市町村の衛生部門から、個別に必要な「情報提供」を行うことが望ましい。
- ※ 後期高齢者健診では、生活習慣の行動変容を目的とした特定保健指導と同様の保健指導は行わないが、本人の求めに応じて、健康相談の機会を提供できる対応を確保する。〈表3-4〉

#### 有病者等に対する対応〈表3-3〉

	血圧、脂質、 血糖に関する 服薬者 (治療中の者)	脳卒中、 心臓病、 慢性腎不全 (人工透析) 治療者・既往者	左記以外の 病気の 治療者・ 既往者	受診 勧奨値の ある者	保健 指導値の ある者
特定健康診査	○	○	○	○	○
特定保健指導 (積極的支援、 動機付け支援)	× (※1)	要件に合致すれば対象 (要医師連携)			要件に合 致すれば 対象
情報提供や衛生部門 による保健指導	治療継続等 指導			受診勧奨 指導	必要な保 健指導

(※1) 医療機関での継続的な医学的管理の一環として実施。

(※2) この他、未治療者、治療中断者対策についても配慮が必要。

#### 特定健康診査及び特定保健指導等の年齢階級別の対象者〈表3-4〉

	基本的な健診	詳細な健診	積極的支援	動機付け支援
40～64歳	○	○	○	○
65～74歳	○	○	×	○
75歳以上	○ (腹囲測定は必要者のみ) (生活習慣病の治療者 は、健診の対象とする必要 はない。)	△ (※)	×	×

(※) 詳細な健診には相当しないが、特定健診に準じて、医師の判断に基づき、心電図検査、眼底検査、貧血検査を実施する。

### 第3 健診結果の通知、結果説明、情報提供

- 健診を実施した医療機関(医師)は、健診結果に関し、「特定健康診査質問票」<様式第1号>及び「特定健康診査受診結果通知表」<様式第2号>に記載された全ての内容(健診結果データファイル)を、電磁的記録により、市町村国保(特定健診等データ管理システムを利用する場合は国保連合会)に報告する(後期高齢者健診の結果報告についても、これに準じて行う)。
- 健診を実施した医療機関(医師)は、受診者が不要としない限り、健診結果の結果説明を行なうものとする。
- 健診結果の報告を受けた市町村国保(国保連合会)は、「特定健康診査受診結果通知表」<様式第2号>に、健診結果を印字し、必要な情報提供も含め、速やかに受診者本人に結果通知を行う。なお、健診結果の通知や情報提供については、健診を実施した医療機関に委託することも可能である。
- 結果通知表については、国の示した様式<様式第2号>の全ての記載事項を含める場合は、変更が可能とされている。<様式第2号改>に様式変更例を示すので、参考にされたい。
- 結果通知に併せ、市町村国保は、健診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、また、喫煙者に対しては、禁煙の重要性、更には有効な禁煙方法があることなど禁煙の意義等について、受診者に対して、わかりやすく情報提供を行う(情報提供)。
- 情報提供は、健診を実施した医療機関の医師や保健師が対面により行うことが望ましいが、それが困難な場合は、パンフレット等資料の配布により対応しても差し支えない。情報提供では、特に特定保健指導を実施しない者への対応が重要であり、例えば、受診勧奨者や治療中の者に対しては、医療機関への受診勧奨や治療継続の指導を行い、肥満者や喫煙者又は検査値が保健指導値の者に対しては、個々に必要な保健指導を行う。また、特定保健指導の対象者要件に合致した者であっても特定保健指導を実施しない、又は対象とされても特定保健指導を受けない場合も考えられるので、そのような場合も想定して、情報提供を行うことが望ましい。
- 特定保健指導の対象者への結果通知や情報提供に際しては、特定保健指導の受診案内を併せて行うことも考慮する。この際、特定保健指導の対象とした理由や提供される特定保健指導の方法についても通知することが望ましい。また、特定保健指導の対象者要件に合致するが対象としない場合については、対象としない理由を通知することが望ましい。
- 郵送により、健診の結果通知と情報提供を行う市町村国保では、健診結果説明会を開催するなど、受診者本人が自らの健診結果を理解する機会を設けることが望ましい。

※ 情報提供とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。この際、対象者全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問項目から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。健診結果や質問項目から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

## 第4 特定保健指導の実施

### 1. 特定保健指導の種類

- 高齢者の医療の確保に関する法律第24条に基づく特定保健指導は、〈表3-1〉、〈表3-2〉の区分により、「動機付け支援」及び「積極的支援」として実施する。主としてメタボリックシンドローム該当者には「積極的支援」、主としてメタボリックシンドローム予備群者には「動機付け支援」を実施し、受診勧奨値を有する者等には「医師と連携した特定保健指導」を実施する。
- 「動機付け支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、厚生労働大臣が定める方法により、医師、保健師又は管理栄養士の指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うとともに、当該計画の策定の日から6か月以上経過後における当該計画を策定した者による当該計画の実績に関する評価を行う保健指導をいう。
- 「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、厚生労働大臣が定める方法により、医師、保健師又は管理栄養士の指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行うとともに、当該計画の進捗状況に関する評価及び当該計画の策定の日から6か月以上経過後における当該計画を策定した者による当該計画の実績に関する評価を行う保健指導をいう。
- 市町村国保では、階層化により特定保健指導の対象者要件に合致した者から、「優先順位づけ(重点化)」を行い、対象者の選定を行うことができる。対象者の選定を行う場合、特定保健指導を受けない者が出てくることを考慮し、選定を行うかどうかも含め検討することが必要である。対象者の選定方法については、市町村国保が策定する特定健康診査等実施計画の中で記載されるが、対象者要件に合致した者に特定保健指導を実施しない場合は、実施しない理由を該当者に説明することが望ましい。
- 特定保健指導は、特定健康診査の結果に基づき行われるものであり、また、受診勧奨者等

に対しては、「医師と連携した特定保健指導」を実施する必要があることから、健診と保健指導は同一の機関で実施することが望ましい。しかし、それが困難な場合は、医師との緊密な連携体制が確保できる保健指導実施機関（以下「保健指導機関」）で実施されることが必要である。（健診と保健指導の実施機関が異なる場合は、健診結果を保健指導の初回面接時に持参すべきことを、予め利用者に通知する必要がある。）

- 特定保健指導の対象者が、病気やけがで医療機関に受診中の場合、市町村国保（又は保健指導機関）は、特定保健指導の開始時と終了時に、その内容や経過を主治医に連絡することが望ましい。（特定保健指導の実施（終了）に係る主治医連絡票の様式を（参考3）に例示する。）
- 保健指導を実施した機関は、保健指導結果に関し、「特定保健指導支援計画及び実施報告」＜様式第3号＞に記載された内容（保健指導結果データファイル）を、初回面接終了後と実績評価終了後の2回、電磁的記録により、市町村国保（特定健診等データ管理システムを利用する場合には国保連合会）に報告するものとする。

## 2. 「動機付け支援」の方法

原則1回の支援とする。「面接による支援」（初回面接）と「6か月以上経過後の実績評価」（実績評価）で構成する。

### （1）面接による支援（初回面接）

- 個別支援の場合1人20分以上、グループ支援の場合1グループ（8名以下）80分以上の支援を行う。
- 「面接による支援」（初回面接）では、（1）生活習慣病に関する知識や生活習慣改善の必要性の説明、（2）食生活・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導、（3）対象者とともに行動目標・行動計画（支援計画）の作成と評価時期の設定等を行う。
- 初回面接における、対象者の行動目標・行動計画（支援計画）の作成については、「特定保健指導支援計画及び実施報告書」＜様式第3号＞により、医師、保健師、管理栄養士（以下、医師等と略する。）のいずれかが行わなければならない。（ただし、これまで医療保険者や事業場において看護師により産業保健活動が行われている現状を踏まえ、平成25年3月31日までに限り、保健指導の実務経験のある看護師も行うことができるとされている。）
- 食生活の改善や運動に関する実践的な指導については、それぞれ医師等以外の食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（健康運動指導士や「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」に基づく運動指導担当者、産業栄養指導担当者、産業保健指導担当者等、国が示した一定の研修受講者）が実施しても

差し支えない。(積極的支援における継続的支援でも同様。)

- 医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等の専門家を活用することが望ましい。
- 初回面接を健康診査の結果説明と同時に実施することについては、受診者負担を減らし、受診者の動機付けを高めることが期待できる。しかし、同時に実施できるのは、市町村国保で特定保健指導の対象者の選定(優先順位づけ、重点化)を行わない場合であり、市町村国保では、この点も踏まえ、重点化を行うかどうかについて検討することが必要である。(但し、初回面接時に実施した食生活改善指導や運動指導については、積極的指導のポイントには加算できない。)

### (2) 6か月以上経過後の実績評価(実績評価)

- 実績評価は、設定した個人の行動目標が達成されているかどうか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。
- 実績評価については、電話、電子メール等の通信を利用することが可能であるが、面接による評価(個別支援又はグループ支援)を行っても差し支えない。
- 実績評価については、原則として、初回面接を行った医師等が行うこととする。

## 3. 「積極的支援」の方法

3か月以上の継続的な支援を基本とする。「面接による支援」(初回面接)、「3か月以上の継続的な支援」(継続的支援)、「6か月以上経過後の実績評価」(実績評価)で構成する。

### (1) 面接による支援(初回面接)

「動機付け支援」と同様の方法で実施する。

### (2) 3か月以上の継続的な支援(継続的支援)

- 支援内容としては、支援A(積極的関与タイプ)または支援B(励ましタイプ)により、合計180ポイント以上の支援を行う。(但し、支援Aを最低160ポイント以上実施すること。)支援Aのみで180ポイント以上の支援を行っても差し支えない。
- 支援A(積極的関与タイプ)の内容は、(1)行動計画の実施状況の確認に基づく必要な支援、(2)食生活・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導、(3)取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント(中間評価)から構成する。
- 支援B(励ましタイプ)の内容は、行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
- 3か月以上の継続的な支援については、面接による支援(個別支援、支援Aではグループ支

援でも可)の他、電話、電子メール(FAX、手紙等を含む)等の通信を利用して行っても差し支えない。

- 積極的支援の3か月以上継続的支援の形態及び支援ポイントは<表4>のとおり。
- 継続的支援の最終回に、実績評価を実施しても差し支えない。

### (3) 6か月以上経過後の実績評価(実績評価)

「動機付け支援」と同様の方法で実施する。

### 積極的支援における3か月以上の継続的支援の形態及び支援ポイント<表4>

	支援形態	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限	必要なポイント
支援A (積極的 関与タイプ)	個別支援A	5分 20ポイント	10分	1回30分以上でも 120ポイントまで	180 ポイント 以上
	グループ支援	10分 10ポイント	40分	1回120分以上でも 120ポイントまで	
	電話A	5分 15ポイント	5分	1回20分以上でも 60ポイント	
	e-mailA (含FAX、手紙等)	1往復 40ポイント	1往復		
支援B (励まし タイプ)	個別支援B	5分 10ポイント	5分	1回10分以上でも 20ポイントまで	
	電話B	5分 10ポイント	5分	1回10分以上でも 20ポイントまで	
	e-mailB (含FAX、手紙等)	1往復 5ポイント	1往復		

### 4. 特定保健指導の留意事項

- 喫煙を要件として、特定保健指導の対象とされた者は、禁煙に取り組まなければ、特定保健指導の対象者から外れることは困難である。このような者に対しては、特定保健指導に加えて、医療機関での禁煙治療の受診を勧奨することも考慮する。
- 血圧、脂質、血糖に関する服薬者(治療者)については特定保健指導の対象外であるが、脳卒中、心臓病、慢性腎不全(人工透析)などの治療者・既往者や健診結果が受診勧奨値の者で、特定保健指導の対象となる者については、医師と連携して特定保健指導を実施する<表3-3>。この場合の連携医師は、原則として、保健指導機関の医師があたることとするが、医師との連携が困難なため、医師以外の従事者のみで保健指導を行う場合は、運動指導以外の方法の採用や運動強度を抑えるなど支援内容の変更を考慮することとする。
- 運動指導を行う場合については、特定保健指導対象者は健康人に比べ循環器疾患の事故リスクが高いこと、更に体重による負担を有する場合が多いこと、また、加齢による筋骨格系の

障害を有している場合があることから、慎重に対応する必要がある。運動指導を行う場合の留意事項を以下に示すので、実施に当たっては注意すること。

- ① 保健指導機関医師による運動指導実施の可否のチェック
  - ② 運動指導中の予期しない事故に対する傷害保険への加入
  - ③ 運動にふさわしい服装の着用と傷害予防のための靴の選択
  - ④ 運動前後の準備体操、整理体操の徹底
  - ⑤ 激しい運動の禁止（運動強度は、初期は3メッツ程度、支援期間中は3～6メッツ程度）
  - ⑥ 正しいフォームでの運動指導
  - ⑦ 膝や腰に障害や痛みがある者への負荷の少ない運動の勧奨（水中歩行や自転車運動など）
  - ⑧ 指導者による観察と非監視下での無理をしないことの徹底
  - ⑨ 緊急体制の確保（連絡体制や患者搬送経路確立、救急処理）
  - ⑩ 水分補給の徹底と高温・低温時や体調不良時の運動禁止
- 特定保健指導の対象者等、食生活・運動等の生活習慣の改善に取り組む者に対しては、生活習慣改善の取り組みに対する動機付けを目的として、個人の取り組み状況を記録するための手帳を交付し、支援を行うことが望ましい。
- 具体的な支援に当たっては、例えば、電話による支援の場合、利用者が電話を受ける都合の良い時間をあらかじめ聞いておくなど、利用者の立場に立った対応を行うこと。

## 第5 記録の整備

### 1. 記録の保存

医療保険者は、法令に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の記録を保存しなければならない。市町村国保による記録の保存については、国保連合会への委託が可能であり、国保連合会は健診機関や保健指導機関から電磁的記録により提出された健診・保健指導の結果を保存し、市町村国保が必要な情報については、国保連合会からオンライン等の方法で逐次提供を受けることとなる（健診等データ管理システム）。健診等データ管理システムに関する事項については、別に定めることとする。

### 2. 記録の活用

医療保険者は、健診・保健指導情報とレセプト情報（医療機関受診情報）を一元的に管理することとなるため、その両者を突合したデータの分析を行うことが可能となる。医療保険者は加入者の



健診受診後の受療状況（健診の結果、治療が必要であるにもかかわらず未治療の者の把握〔未受診者、治療中断者〕）や健診未受診者や保健指導未利用・途中中断者の状況などが把握でき、医療保険者は効果的な予防活動の実施が可能となる。

健診・保健指導情報やレセプト情報には、疾患名など高度な個人情報が含まれており、その利用に際しては、個人情報保護に係る各種法令・指針に則り、対象者の同意に基づくことが基本となる。但し、氏名等を匿名化し、個人が特定されない情報については、対象者の同意は必要がないため、医療保険者は、匿名化した情報を用いることにより、加入者の疾患罹患状況や医療機関受診状況の分析を定期的に行い、その結果に基づき、加入者の状況に合った保健事業を実施することが望ましい。

## 第6 個人情報の保護

この健診及び保健指導の業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日法律第57号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

### 1. 実施機関が対応すべきこと

- 医療機関・健診機関・保健指導機関といった特定健診・保健指導の実施機関は、関係法令に基づき、「個人情報保護に関する規則」を整備し、個人情報の開示・訂正・利用停止や苦情・相談窓口の設置等、適切な対応を行う。
- 実施機関は、「事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知」という利用目的も含め、個人情報の利用目的を、利用者の見やすい事業所内等に掲示する。
- その他、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕厚生労働省）等、関係法令を遵守する。

### 2. 医療保険者が対応すべきこと

- 医療保険者は、関係法令に基づき、「個人情報保護に関する規則」を整備し、個人情報の開示・訂正・利用停止や苦情・相談窓口の設置等、適切な対応を行う。
- 健診・保健指導の受診者・利用者に対しては、受診券・利用券などによる案内に際し、健診・保健指導の実施委託先（実施機関名）を明示するとともに、健診・保健指導情報の利用目的

について通知する。(特定健康診査受診券・特定保健指導利用券の注意事項の様式を(参考4)に例示する。)

- レセプト情報と健診・保健指導情報の突合を実施する医療保険者においては、その内容及び方法を対象者に明示し、了解を得た者に実施することが望ましい。
  - 医療保険者がレセプト情報を用いて医療費分析や加入者指導(重複頻回受診訪問指導など)を行う場合は、各医療保険者が定める利用目的にその内容を記載し、ホームページなどで加入者に明示することが望ましい。
  - 健診・保健指導情報の第三者への提供については、関係法令に基づくこととし、原則として対象者の了解を得た者に限ることとする。なお、個人が特定されない匿名化された情報の提供については、この限りではない。
  - 委託機関に対しては、関係法令に基づく第三者提供に当たらない場合も含め、情報の安全管理措置(個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置)を講じさせるよう、委託条項に盛り込むとともに、適切な監督を実施する。
  - 委託機関については、関係法令に基づく「個人情報保護に関する規則」が整備され、それに基づき適切な対応を行っている機関から選定することとする。
  - その他、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕、厚生労働省)等、関連法令を事業者に遵守させることを基本とする。
- ※ 上記の内容を踏まえている場合については、必ずしも財団法人日本情報処理開発協会によるプライバシーマーク付与認定事業者である必要はない。

## 第7 精度管理

1. 市町村国保が実施する特定健康診査又は特定保健指導に従事する医師及び医療従事者(保健師、管理栄養士等)は、原則として、県が指定する特定健康診査等従事者講習会を受講するものとする。
2. 市町村国保は、特定健康診査及び特定保健指導の実施機関の「運営についての重要事項に関する規程の概要」<様式第4号>を定期的に確認するとともに、県担当課の協力の下、必要な精度管理を行なうものとする。
3. 県担当課は、県全体の健康課題の把握や健診の精度管理を目的として、市町村国保が社会保険診療報酬支払基金に報告する毎年度の特定健康診査及び特定保健指導の結果(氏名等個人が特定される情報を匿名化した電磁的記録)の提出を求めるものとする。(市町

村国保以外の県内の主要な医療保険者（広域連合を含む。）に対しても、可能な限り同様の協力を求めるものとする。）

4. 県担当課は、市町村国保等から提出を受けた特定健康診査及び特定保健指導の結果を分析し、市町村国保等にその結果を報告するものとする。

## 第8 ポピュレーションアプローチの実施

特定健康診査及び特定保健指導はハイリスクアプローチによる対策であるが、生活習慣病対策を効果的に実施するためには、ポピュレーションアプローチと併せて総合的に実施する必要がある。このため、県及び市町村では、下記に示す特定健康診査に関連した対策の実施を始め、住民に対する生活習慣病に関する正しい知識や健診の必要性等の普及啓発に努めるものとする。

- (1) 主治医の了解のもと、医療保険者と連携した、服薬中者に対する保健指導
- (2) 医療保険者と連携した、医療機関未受診者対策や治療中断者対策
- (3) 医療保険者と連携した、特定保健指導の対象者以外への保健指導

### 附則

本マニュアルは、平成20年4月1日より施行する。

### 附則

改正後のマニュアルは、平成23年4月1日より施行する。

### 附則

改正後のマニュアルは、平成25年4月1日より施行する。

### 附則

改正後のマニュアルは、平成27年4月1日より施行する。

### <様式>

(様式第1号) 特定健康診査質問票・特定健康診査記入表(担当医記録用)

(様式第2号) 特定健康診査受診結果通知表

(様式第2号改) 特定健康診査受診結果通知表(変更例)

(様式第3号) 特定保健指導支援計画及び実施報告書

(様式第4号) 運営についての重要事項に関する規程の概要[健診機関]・[保健指導機関]

- (参考1) eGFR についての受診者向け説明書
- (参考2) eGFR についての健診担当医向け説明書
- (参考3) 特定保健指導の実施(終了)に係る主治医連絡票の様式(例示)
- (参考4) 特定健康診査受診券・特定保健指導利用券の注意事項の様式(例示)

### <参考資料>

- (1) 厚生労働省健康局編「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」平成25年
- (2) 厚生労働省保険局編「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」平成19年7月(逐次、厚生労働省ホームページにて改訂)
- (3) 厚生労働省保険局国民健康保険課編「国保ヘルスアップモデル事業の実績をふまえた特定保健指導を核とした市町村国保における保健指導実施のための手引書」平成19年6月
- (4) 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令)」平成20年4月
- (5) 厚生労働省編「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」平成16年12月(平成18年4月改正、平成22年9月改正)
- (6) 厚生労働省編「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」平成16年12月
- (7) 国民健康保険中央会発行「国保ヘルスアップ事業を踏まえた市町村国保における特定保健指導の実践事例集」平成21年5月

(表面)

## 特定健康診査 質問票

(様式第1号)

保険者番号	保険者名

氏名	
生年月日	
記入日	
電話番号	(市外局番から)
直前の食事からの経過時間	1. 食後10時間未満、2. 食後10時間以上

※ 各自もれの無いようご記入下さい。

NO	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロール(又は中性脂肪)を下げる薬	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②いいえ	
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的にすっている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	
9	20歳のときの体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②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。	①はい ②いいえ	
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	
14	人と比較して食べる速度が早い。	①早い ②ふつう ③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。	①はい ②いいえ	
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
17	朝食を抜くことが週3回以上ある。	①はい ②いいえ	
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②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っていますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである (概ね6か月以内) ③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 ④既に改善に取り組んでいる (6か月未満) ⑤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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	

(裏面)

特定健康診査記入表(担当医記録用)

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別/年齢	男・女 歳	受診券番号	
		電話番号	( )		

既往歴	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)・心臓病(狭心症・心筋梗塞等)・慢性腎疾患(人工透析)・貧血
自覚症状	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	
他覚症状 (*印は65歳以上で 二次予防事業の 生活機能の確認の 場合のみ検査)	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし	貧血(口あり □なし) 心肥大(口あり □なし) 心音(口異常 □正常) 不整脈(口あり □なし) 肝腫大(口あり □なし) * 口腔内の衛生状態(口不良 □良) * 四肢の大関節の関節(口あり □なし) * 反復唾液嚥下テスト(30秒間で、 回)

項 目					結 果 (*印は小数点以下1桁まで)			
身体計測	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	B M I (kg/m <sup>2</sup> )	*	*	* 実測 自己測定 自己申告	*
血圧	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)					
尿検査	糖		蛋白		- ± + ++ +++			- ± + ++ +++
心電図検査	所見				1. 所見あり 2. 所見なし <所見記入欄>*所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。			
眼底検査	所見				□ 実施せず 1. 所見あり 2. 所見なし <所見記入欄>*所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。 ※Keith-Wagener分類、Scheie分類(H-S)、Scottの分類に従って判定			

メタボリックシンドローム判定 (※)	1. 基準該当 2. 予備群該当 3. 非該当 4. 判定不能
保健指導レベル	1. 積極的支援 2. 動機付け支援 3. なし(情報提供) 4. 判定不能

(※) HbA1cのみを測定する場合は、80%以上を空腹時血糖110mg/dl以上とみなして、メタボリックシンドローム判定をお願いします。「予備群該当」とは、腹囲基準に追加リスクが1つ(血圧・脂質・血糖のうち)の場合とします。

血液検査結果表貼付欄

医師の判断	総合判定	受診者が特に注意すべき事項・どのような対応が必要か(自由記載)
	<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 要医療	
	貧血検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 貧血の既往歴を有するため(質問票による) <input type="checkbox"/> 貧血が疑われると判断されたため(視診等による) <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	心電図検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 前年度の健診結果等で一定の基準を満たしている(腹囲又はBMIが基準以上であって、血圧・脂質・血糖が全て保健指導値の者) <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	眼底検査を実施した理由:	<input type="checkbox"/> 前年度の健診結果等で一定の基準を満たしている(腹囲又はBMIが基準以上であって、血圧・脂質・血糖が全て保健指導値の者) <input type="checkbox"/> 保険者独自の契約内容によるもの
	食後、採血までの時間 約( )時間	[ 1. 食後10時間未満 2. 食後10時間以上 ]
判断した医師の氏名		

(表面)

(様式第2号)

## 特定健康診査受診結果通知表

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既 往 歴					
服 薬 歴				喫煙歴	
自 覚 症 状					
他 覚 症 状					

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前々回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)			
	G P T (IU/l)			
	γ - G T P (IU/l)			
血 糖 検 査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA 1c (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「\*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当/判定不能」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
  - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
  - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。



# 特定健康診査受診結果通知表（変更例）

（様式第2号改）

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏名		性別/年齢	男・女 歳	特定健康診査受診券番号	

既往歴 (あり/なし) <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全・人工 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他の疾患( )	喫煙歴(※)	① はい ② いいえ
服薬歴(現在) (あり/なし) <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> コレステロール(又は中性脂肪)を下げる薬 <input type="checkbox"/> その他の薬( )		
自覚症状 (症状あり/症状なし)		
他覚症状(40~64歳) (所見あり/所見なし) 貧血(口なし 口あり) 心肥大(口なし 口あり) 心音(口正常 口異常) 不整脈(口なし 口あり) 肝腫大(口なし 口あり)		
他覚症状(65歳以上) (所見あり/所見なし) 口腔内の衛生状態(口良 口不良) 四肢の大関節の問題(口なし 口あり) 貧血(口なし 口あり) 心肥大(口なし 口あり) 心音(口正常 口異常) 不整脈(口なし 口あり) 肝腫大(口なし 口あり) 反復唾液嚙下テスト(30秒間で、 回)		

(※) 喫煙歴では、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」で、最近1ヶ月間も吸っている者なら「はい」、その他なら「いいえ」に○。

項目(基本的な健診)	基準値	今回	前回	前々回	今回判定
		年月日	年月日	年月日	
身体計測	身長(cm)				
	体重(kg)				
	腹囲(cm)	(男性)85未満 (女性)90未満			
	BMI(体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	18.5以上25未満			
血圧	収縮期血圧(mmHg)	130未満			
	拡張期血圧(mmHg)	85未満			
血中脂質検査	中性脂肪(mg/dl)	150未満			
	HDL-C(コレステロール)(mg/dl)	40以上			
	LDL-C(コレステロール)(mg/dl)	120未満			
肝機能検査	γ-GTP(U/l)	31未満			
	AST(U/l)	31未満			
	ALT(U/l)	51未満			
血糖検査	空腹時血糖(mg/dl)	100未満			
	ヘモグロビンA1c(%)	5.6未満			
尿検査	糖	-	-.±.+	-.±.+	
	蛋白	-	.+++.+++	.+++.+++	

項目(その他の検査)	基準値	今回	前回	前々回	今回判定
		年月日	年月日	年月日	
その他	血清クレアチニン(mg/dl)	(男性)1.00以上 (女性)0.70以上			
	eGFR(推算糸球体ろ過量)(ml/min/1.73)	60以上			
	随時血糖(mg/dl)	140未満			
	血清尿酸(mg/dl)	7.0以上			

項目(詳細な健診)	基準値	今回	前回	前々回	今回判定
		年月日	年月日	年月日	
貧血検査	赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )	(男性)410~530 (女性)380~480			
	血色素量(g/dl)	(男性)13.1~17.9 (女性)12.1~15.9			
	ハマトクリット値(%)	(男性)39~52 (女性)35~48			
心電図検査	異常Q波、左室肥大、ST下降、T異常、房室伝導障害、心室内伝導障害、不整脈、その他	所見あり ( ) 所見なし	所見あり ( ) 所見なし	所見あり ( ) 所見なし	
眼底検査	Keith-Wagener分類(O,I,IIa,IIb,III,IV) Scheie分類(H(O,1,2,3,4),S(O,1,2,3,4)) Scottの分類(I(a),I(b),II,III(a),III(b),IV,V(a),V(b),VI) その他の所見				

※ 基準値は『標準的な健診・保健指導プログラム(改定版)』(平成25年厚生労働省健康局編)等による。

	今回	前回	前々回
	年月日	年月日	年月日
メタボリックシンドローム判定 (基準該当・予備群該当・非該当・判定不能)			
保健指導レベル(任意記入) (積極的支援(A)・動機付け支援(B)・情報提供のみ(C)・判定不能) (AまたはBの場合、医師との連携の要否(d))			

医師の判断	① 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見 ② 貧血検査、心電図検査及び眼底検査(詳細な健診)を実施した場合の理由 ③ 食事後、採血までの時間 約( )時間 (食後10時間未満・食後10時間以上)
判断した医師の氏名	

医療機関名	
血液検査機関名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「\*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当/判定不能」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
  - ① 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
  - ② 貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由
  - ③ 食事後、採血までの時間 を記入すること。

# 特定保健指導支援計画及び実施報告書

(様式第3号)

1 保健指導対象者名	利用券番号	2 保険者名	保険者番号

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名	
総轄保健指導機関名	保健指導責任者名(職種)
保健指導機関番号	( )

4 支援レベル	5 保健指導コース名
動機づけ支援	
積極的支援	

6 継続的支援期間	
支援予定期間	週
開始(初回面接実施)年月日	年 月 日
終了年月日	年 月 日 週

7 継続的な支援の支援形態・ポイント				
計画	支援形態	回数	実施時間	ポイント
	個別A	(回)	(分)	(P)
	個別B	(回)	(分)	(P)
	グループ	(回)	(分)	(P)
	電話A	(回)	(分)	(P)
	電話B	(回)	(分)	(P)
	e-mailA	(回)	/	(P)
	e-mailB	(回)	/	(P)
合計	(回)	(分)	(P)	
ポイント内訳			(A)	(B)

8 実施体制表(委託事業者)							
	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A (機関番号)							
B (機関番号)							
C (機関番号)							
D (機関番号)							

9 保健指導の評価			
1) 中間評価			
	実施年月日	支援形態	実施する者の職種
計画	年 月 日		
実施	年 月 日		

2) 6か月後の評価			
	実施年月日	支援形態	実施する者の職種
計画	年 月 日		
実施	年 月 日		

10 行動目標・行動計画				
行動目標・計画の設定及び変更	設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日
	目標値	腹囲 cm 体重 kg 収縮期血圧 mmHg 拡張期血圧 mmHg 一日の削減目標エネルギー量 kcal 一日の運動による目標エネルギー量 kcal 一日の食事による目標エネルギー量 kcal		
	行動目標			
	行動計画			
	変更理由			

初回面接時に記入し、電子データ化
6ヶ月後の実績評価終了時までに順次記入し、電子データ化

11 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	機関名・番号 (職種指導者名)	実施年月日	実施時間	腹囲 (増減数)	体重 (増減数)	収縮期血圧 (増減数)	拡張期血圧 (増減数)	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)
初回	( )		分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	(1)無関心期 (2)関心期 (3)準備期 (4)実行期 (5)維持期		1. 個別 ( 分) 2. グループ ( 分)

2) 継続的な支援(血圧、生活習慣の改善状況(喫煙)については情報を入手した場合に記載。)

(1) 個別・グループ・電話A・e-mailによる支援 (支援A)

	機関名・番号 (職種指導者名)	実施年月日	実施時間	腹囲 (増減数)	体重 (増減数)	収縮期血圧 (増減数)	拡張期血圧 (増減数)	生活習慣の改善状況	指導の種類	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA (実施時間)	支援実施ポイント	合計ポイント
2回目	( )		分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	1. 個別 ( 分) 2. グループ ( 分) 3. 電話A ( 分) 4. E-mailA ( 分)		
3回目	( )		分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	1. 個別 ( 分) 2. グループ ( 分) 3. 電話A ( 分) 4. E-mailA ( 分)		
4回目	( )		分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	1. 個別 ( 分) 2. グループ ( 分) 3. 電話A ( 分) 4. E-mailA ( 分)		
5回目	( )		分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>	1. 個別 ( 分) 2. グループ ( 分) 3. 電話A ( 分) 4. E-mailA ( 分)		

(2) 個別日による支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(3) 電話日による支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(4) e-mail日による支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

12ヶ月後の評価(血圧、生活習慣の改善状況(喫煙))については情報を入手した場合に記載。)

	保健指導機関名 (職種・指導者名・番号)	実施年月日	腹囲 (増減数) cm	体重 (増減数) kg	収縮期血圧 (増減数) mmHg	拡張期血圧 (増減数) mmHg	生活習慣改善の状況	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA	評価ができない 場合の確認
6ヶ月後の評価	( )		( )	( )	( )	( )	栄養・食生活 身体活動 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続	1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA	1. 電話 ( 回) 2. E-mail ( 回) 3. その他 ( 回)

## 運営についての重要事項に関する規程の概要[健診機関]

- \*健診と保健指導の両方を実施する者は、保健指導機関分とは別々に作成・掲出等すること。  
 \*多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。  
 \*選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

更新情報	最終更新日	年	月	日
------	-------	---	---	---

\*下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

機関情報	機関名 <sup>注1)注2)</sup>		
	所在地 <sup>注1)</sup>	(郵便番号)	—
		(住所)	
	電話番号 <sup>注1)</sup>		—
	FAX番号		—
	健診機関番号 <sup>注3)</sup>		
	窓口となるメールアドレス		@
	ホームページ <sup>注4)</sup>	http://	
	経営主体 <sup>注1)</sup>		
	開設者名 <sup>注1)</sup>		
	管理者名 <sup>注5)</sup>		
	第三者評価 <sup>注6)</sup>	<input type="checkbox"/> 実施（実施機関： ） <input type="checkbox"/> 未実施	
	認定取得年月日 <sup>注6)</sup>	年	月 日
	契約取りまとめ機関名 <sup>注7)</sup>	(例:〇〇市医師会、結核予防会)	
所属組織名 <sup>注8)</sup>			

- 注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする  
 注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：「株式会社△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載  
 注3) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載  
 注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載  
 注5) 特定健康診査を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（医師等による兼務は可）。  
 注6) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載  
 注7) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要  
 注8) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

スタッフ 情報 <sup>注9)</sup>		常勤	非常勤
	医師		人
看護師		人	人
臨床検査技師		人	人
上記以外の健診スタッフ <sup>注10)</sup>		人	人

注9) 特定健康診査に従事する者のみを記載。

注10) 医師・看護師・臨床検査技師以外で、特定健診の業務運営に必要な者（受付、身体計測、データ入力や発送、健診バスの運転等）。

施設及び 設備情報	受診者に対するプライバシーの保護 <sup>注11)</sup>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程類	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙	<input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし

血液検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託 (委託機関名: )
眼底検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託 (委託機関名: )
内部精度管理 <sup>注12)</sup>	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
外部精度管理 <sup>注12)</sup>	<input type="checkbox"/> 実施 (実施機関: ) <input type="checkbox"/> 未実施
健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注11) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や脱衣を要する検査項目の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

注12) 血液検査や眼底検査等を外部に委託している場合には、委託先の状況について記載。

運営に関する情報	実施日及び実施時間 <sup>注13)</sup>	特定時期	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00)
		通年	(例: 平日 9:00-17:00、土曜夜間)
	特定健康診査の単価 <sup>注14)</sup>	円以下/人	
	特定健康診査の実施形態 <sup>注13)</sup>	<input type="checkbox"/> 施設型 ( <input type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要) <input type="checkbox"/> 巡回型 ( <input type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要)	
	巡回型健診の実施地域	(例: 岡山県全域、広島県福山市)	
	救急時の応急処置体制 <sup>注15)</sup>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	苦情に対する対応体制 <sup>注16)</sup>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

注13) どちらだけでも、どちらも記載可

注14) 特定健康診査の「基本的な健診の項目」(いわゆる必須項目)の一式を実施した場合の単価(契約先によって多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額)を記載。なお、単価には消費税を含む。

注15) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無(医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」と想定される

注16) 受診者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

その他	掲出時点の前年度における特定健診の実施件数 <sup>注17)</sup>	年間	人	1日当たり	人
	実施可能な特定健康診査の件数	年間	人	1日当たり	人
	特定保健指導の実施	<input type="checkbox"/> 有(動機付け支援) <input type="checkbox"/> 有(積極的支援) <input type="checkbox"/> 無			

注17) 平成19年度・20年度の掲出については、事業主健診(労働安全衛生法)及び基本健康診査(老人保健法)の実施件数を記載(実績等のない機関については記載不要)。

## 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関]

- \*健診と保健指導の両方を実施する者は、健診機関分とは別々に作成・掲出等すること。
- \*多くの拠点を抱えている事業者の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。
- \*選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

更新情報	最終更新日	年	月	日
------	-------	---	---	---

\*下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

機関情報	機関名 <sup>注1)注2)</sup>		
	所在地 <sup>注1)</sup>	(郵便番号)	—
		(住所)	
	電話番号 <sup>注1)</sup>		—
	FAX番号		—
	保健指導機関番号 <sup>注3)</sup>		
	窓口となるメールアドレス		@
	ホームページ <sup>注4)</sup>	http://	
	経営主体 <sup>注1)</sup>		
	開設者名 <sup>注1)</sup>		
	管理者名 <sup>注5)</sup>		
	保健指導業務の統括者名 <sup>注6)</sup>		
	第三者評価 <sup>注7)</sup>	<input type="checkbox"/> 実施（実施機関：	) <input type="checkbox"/> 未実施
	認定取得年月日 <sup>注7)</sup>		年 月 日
	契約取りまとめ機関名 <sup>注8)</sup>		(例:〇〇市医師会、結核予防会)
所属組織名 <sup>注9)</sup>			

注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする

注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：「株式会社△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載

注3) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載

注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載

注5) 特定保健指導を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、保健指導機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（統括者との兼務は可）。

注6) 統括者とは、特定保健指導を実施する各拠点において、動機付け支援及び積極的支援の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者（常勤の医師・保健師・管理栄養士）。各拠点において、当該拠点に配置されている保健師等の保健指導実施者を束ね、各実施者が担当する保健指導対象者への支援の実施状況等を包括的に管理している者を想定。拠点ごとに配置し、複数拠点の兼務は不可。

注7) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載

注8) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要

注9) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

協力業者 情報	協力業者の有無(積極的支援)	<input type="checkbox"/> 全て自前で実施 <input type="checkbox"/> 支援形態・地域等で部分委託	
	協力業者名・委託部分 <sup>注10)</sup>	業者名 (例:財団法人〇〇埼玉支部)	委託部分 (例:埼玉県・運動指導)
		業者名 (例:△△株式会社九州ホールセンター)	委託部分 (例:九州7県・電話)
		業者名	委託部分 (例:全国・電子メール)
		業者名	委託部分 (例:北海道・個別)
		業者名	委託部分
		業者名	委託部分
		業者名	委託部分
		業者名	委託部分

注10) 協力業者がある場合のみ、例に従って明瞭簡潔に記載。

スタッフ 情報 <sup>注11)</sup>	自機関内				協力業者 <sup>注10)</sup>	
	常勤		非常勤		総数	左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注13)</sup>
	総数	左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注13)</sup>	総数	左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注13)</sup>		
医師	人	人	人	人	人	人
(上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医)	人	人	人	人	人	人
保健師	人	人	人	人	人	人
管理栄養士	人	人	人	人	人	人
看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)	人	人	人	人	人	人
専門的知識及び技術を有する者 <sup>注12)</sup>	THP取得者	人	人	人	人	人
	健康運動指導士	人	人	人	人	人
事務職員	人	人	人	人	人	人

注11) 特定保健指導に従事する者のみを記載。

注12) 医師、保健師、管理栄養士以外について記載。

注13) 一定の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」にある「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に定める研修をいう。

保健指導 の実施体制	保健指導事業の統括者	初回面接、計画作成、評価に関する業務を行う者	積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援を行う者			
			個別支援	グループ支援	電話支援	電子メール支援 <sup>注14)</sup>
医師	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者
(上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医)	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者
保健師	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者
看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者
専門的知識及び技術を有する者	THP取得者		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者
	健康運動指導士		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 協力業者

\*該当する項目を全て選ぶこと(複数選択可)

注14) FAXや手紙等も含む



施設及び設備情報	利用者に対するプライバシーの保護 <sup>注15)</sup>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程類	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙	<input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし
	指導結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

注15) 保健指導時における、必要な箇所(個別面接の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

運営に関する情報	実施日及び実施時間 <sup>注16)</sup>	特定時期 通年	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00) (例: 平日 9:00-17:00、土曜夜間)	
	実施地域 <sup>注17)</sup>	(例: 岡山県全域、広島県福山市)		
	実施サービス <sup>注18)</sup>	<input type="checkbox"/> 動機付け支援 <input type="checkbox"/> 積極的支援		
	実施形態 <sup>注18)</sup>	<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 非施設型		
	継続的な支援の形態や内容 <sup>注18)</sup>	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援 <input type="checkbox"/> 電子メール支援 <sup>注14)</sup> <input type="checkbox"/> 電話支援 <input type="checkbox"/> 運動実習 <input type="checkbox"/> 調理実習		
	標準介入期間(積極的支援) <sup>注19)</sup>	<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 5ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月		
	課金体系	<input type="checkbox"/> 完全従量制(従量単価×人数) <input type="checkbox"/> 固定費+従量単価×人数		
	標準的な従量単価 <sup>注20)</sup>	動機付け	円以下/人	積極的 円以下/人
	単価に含まれるもの <sup>注18・注21)</sup>	<input type="checkbox"/> 教材費(紙類のみならず万歩計等機器類や血液検査キット等も含む) <input type="checkbox"/> 会場・施設費 <input type="checkbox"/> 交通費(指導者の) <input type="checkbox"/> 材料費(調理実習) <input type="checkbox"/> 通信費・事務費 <input type="checkbox"/> 一定回数の督促		
	単価に含まれない追加サービスの有無 <sup>注18)</sup>	<input type="checkbox"/> 調査・計画費 <input type="checkbox"/> データ分析費 <input type="checkbox"/> 各種案内代行費 <input type="checkbox"/> 特に無し		
	積極的支援の内容 <sup>注22)</sup>	(例: 合計240ポイントの継続支援を実施 特こ、集団での栄養指導を実施)		
	救急時の応急処置体制 <sup>注23)</sup>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	苦情に対する対応体制 <sup>注24)</sup>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	保健指導の実施者への定期的な研修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
インターネットを用いた保健指導における安全管理の仕組みや体制 <sup>注25)</sup>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

注16) どちらだけでも、どちらも記載可

注17) 非施設型の保健指導を実施している場合についてのみ記載

注18) 複数回答可 (項目「単価に含まれない追加サービスの有無」において「特に無し」と他との複数選択は不可)

注19) 最も標準的な支援メニューにおける所要期間 (対象者による遅延・延長は考慮に入れない)。いずれか一つを選択

注20) 最も標準的な支援メニューの単価 (一つのメニューでも、契約人数の多少等により多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額) を記載

注21) 営業費用、採用・研修等費用、その他間接コスト等は、単価の中の人件費に含まれる利益・技術料等から適宜配分するものと考え

注22) 項目「標準的な従量単価」の積極的支援の単価における標準的な支援内容を明瞭・簡潔に記載。

注23) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無 (医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」と想定される

注24) 利用者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

注25) インターネットを利用した保健指導 (介入のみならず事務的なやり取りや記録等も含む) を行う機関のみ記載 (「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」第3編第6章(4)2)「④保健指導の記録等の情報の取扱い」に関する基準」の項目 f を参照のこと)

その他	掲出時点の前年度の特定保健指導の実施件数 <sup>注26)</sup>	動機付け	年間	人	1日当たり	人
		積極的	年間	人	1日当たり	人
	実施可能な特定保健指導の件数	動機付け	年間	人	1日当たり	人
		積極的	年間	人	1日当たり	人
	掲出時点の前年度の参加率(参加者/案内者)・脱落率(脱落者/参加者) <sup>注26)</sup>	動機付け	参加率	%	脱落率	%
		積極的	参加率	%	脱落率	%
	特定健康診査の実施			□有                      □無		

注26) 平成19年度・20年度の掲出については、事業主健診の事後指導等類似の指導における実績値を記載(実績等のない機関については記載不要)。参加率については機関において案内発送まで受託している場合のみ記載可能

# あなたの腎臓は大丈夫？

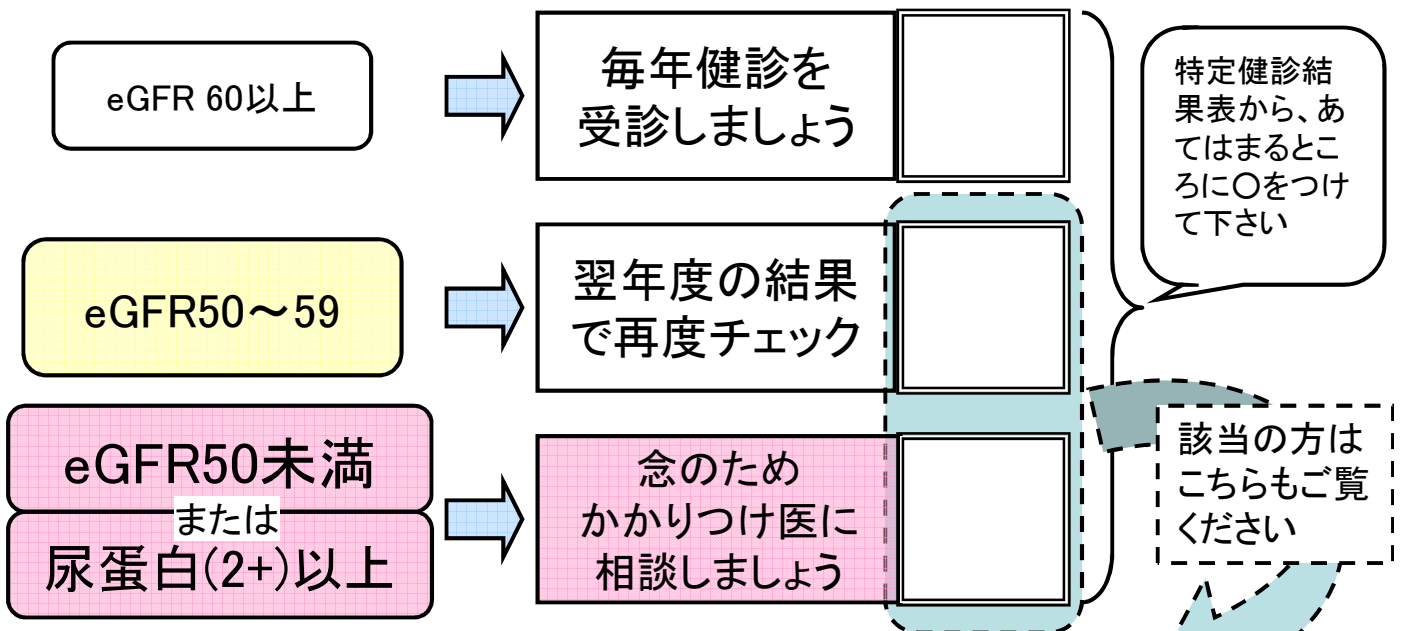
(参考1)

## 1 チェックしてみましょう

検査項目	検査結果
尿蛋白 (－・±・1+・2+・3+)	
eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	

特定健診結果表から転記して下さい

## 2 あなたの判定は？



## ○ 腎臓をいたわる生活習慣(特にeGFRが60未満の方の生活習慣)

腎臓機能が低下すると、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病が悪化し、心臓病を発症する危険が高まります。腎臓をいたわるためには日々の生活習慣が大切です。

### ① 禁煙

喫煙は慢性腎臓病(CKD)の発症・進行に関与するため、まずは禁煙することが重要です。



### ② 適度な運動

糖尿病や高血圧の発症を抑えたり、適正な体重を維持するためにも、自分の体力や体調にあわせて定期的に運動をおこないましょう。



### ③ 十分な睡眠

無理な残業などによる過労を避け、睡眠を十分にとりましょう。ストレスも大敵です。



裏面に続きます

## ○ 腎臓の機能について

- ・ 血液中の老廃物を尿として体から排出します。
- ・ 腎臓が悪くなると血液中の老廃物が蓄積し、様々な障害が生じます。
- ・ 腎臓機能の働きが悪くなると人工透析や腎移植が必要になり、日常生活に著しい影響があります。



## ○ 慢性腎臓病(CKD)について

- ① 蛋白尿など腎臓の障害を示す検査結果がある。
- ② 糸球体ろ過量(GFR)が60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満

①または②が3か月以上続いている状態を慢性腎臓病(CKD)といいます。

- ・ 末期になるまで自覚症状はほとんどなく、貧血や疲労感、むくみなどの症状が出たときには病気がかなり進行している可能性があります。

※ 糸球体(しきゅうたい)とは、腎臓を構成するろ過装置であり、その機能は糸球体ろ過量(GFR)で評価します。

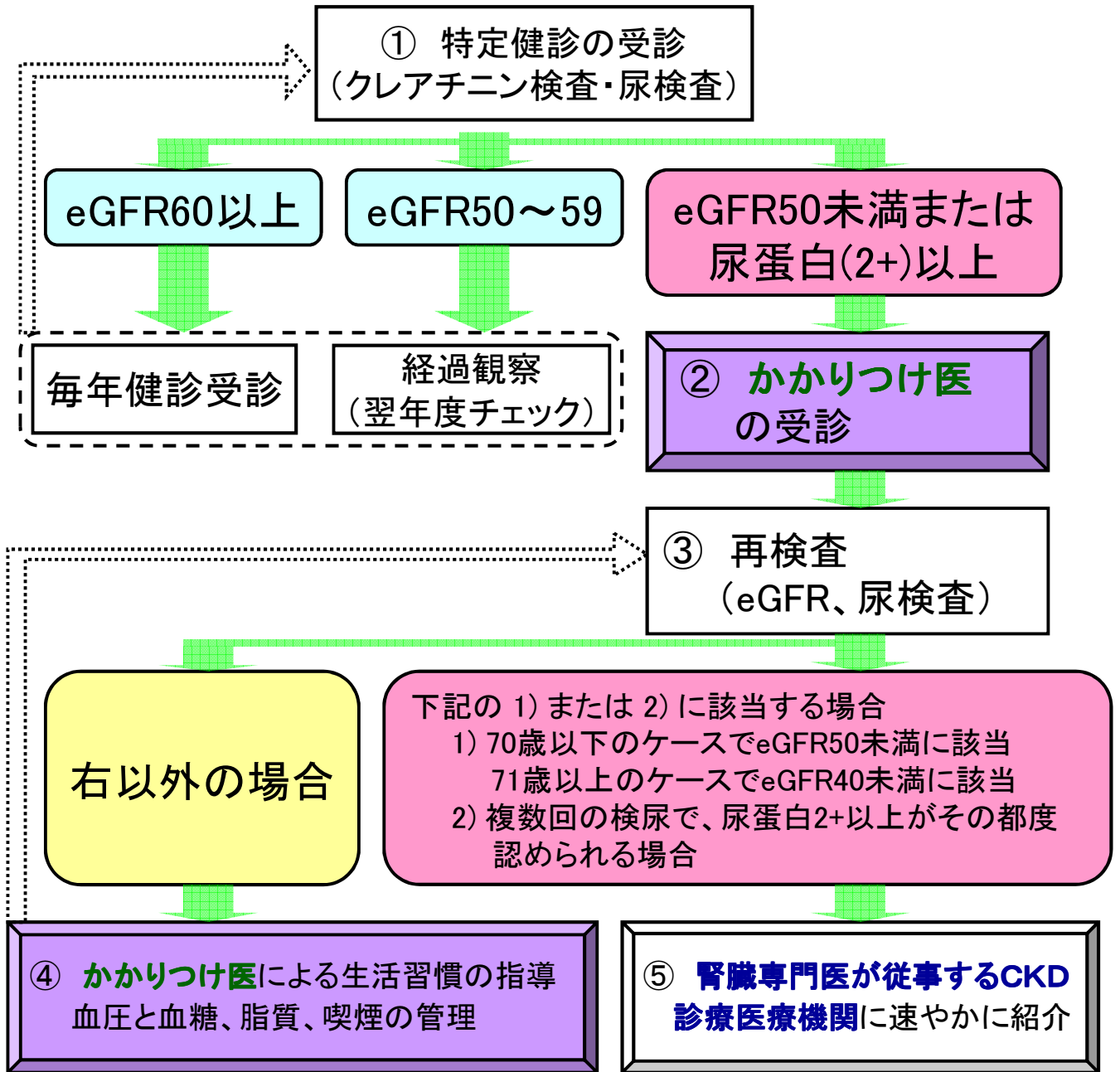
## ○ 推算糸球体ろ過量(eGFR)について

腎臓の機能は、腎臓の中にある糸球体がどれくらいの老廃物をろ過することができるかを示す値である糸球体ろ過量(GFR: Glomerular Filtration Rate)で評価します。GFRの正確な測定は煩雑であり、最近では、より簡単に腎臓の機能が評価できるよう、推算糸球体ろ過量(eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate)が幅広く用いられるようになってきました。

- ① 血清クレアチニン値
- ② 年齢
- ③ 性別

eGFRはこれら3つの要素から計算されます。

# eGFRの判定とCKD患者管理の考え方 (参考2)



(目標値)  
 血圧: 130/80mmHg未満  
 (尿蛋白1g/日以上の場合125/75mmHg未満)  
 血糖: HbA1c6.1%未満(JDS値)  
 脂質: LDLコレステロール120mg/dl未満  
 (可能なら100mg/dl未満)  
 喫煙: 禁煙を勧める

eGFRの単位はmL/min/1.73m<sup>2</sup>

## 腎臓専門医が従事する公立・公的医療機関(例示)

No.	医療機関名	診療科
1	奈良県総合医療センター	循環器・腎臓内科
2	奈良県西和医療センター	内科・消化器内科
3	奈良県立医科大学付属病院	循環器・腎臓・代謝内科
4	宇陀市立病院	内科
5	済生会御所病院	内科
6	町立大淀病院	内科

※ 紹介は上記医療機関に限定するものではありません

奈良県生活習慣病予防対策推進委員会 監修

(参考3) 特定保健指導の実施(終了)に係る主治医連絡票の様式(例示)

**特定保健指導の実施に係る主治医連絡票**

**特定保健指導利用者 各位**

健康診査の結果、所定の要件に合致した方(腹囲、血糖、脂質、血圧が基準以上の方)につきましては、現在加入されている〇〇市町村国保(又はその他の医療保険者)が実施する特定保健指導を受けていただくこととなります。(※ 但し、これらの病状[腹囲、血糖、脂質、血圧]の治療のため、現在、医療機関を受診されている方については、特定保健指導の対象とはならず、引き続き医療機関での指導を受けていただくこととなります。)

特定保健指導の対象となった方の中には、健診結果で医療機関への受診が勧められているにもかかわらず受診されていない方や、生活習慣病以外の疾患(整形外科的疾患など)の治療を行われている方、或いは、重篤な病気を経験されている方などもいらっしゃるため、特定保健指導を実施する場合、予め、その病状に対する配慮が必要です。

つきましては、特定保健指導の利用を予定されている方におかれましては、誠にお手数ですが、以下の問診項目について、ご記入頂きますとともに、現在、医療機関を受診されている方につきましては、本連絡票を医療機関医師(主治医)にお示しいただきますようお願いいたします。(記入頂きました情報につきましては、個人情報保護に係る法令に基づき適正にお取り扱い致します。)

**医療機関主治医 御侍史**

このたび、貴医療機関を受診中の患者様が、法により〇〇市町村国保(又はその他の医療保険者)が実施する特定保健指導の対象となりました。特定保健指導については、〇〇市町村国保からの委託を受けた当機関の責任において実施することとしております。先生におかれましては、誠にお手数ではございますが、特定保健指導の実施の参考とするため、別紙項目の記入について、ご協力を頂きますようお願いいたします。(記入頂きました情報につきましては、個人情報保護に係る法令に基づき適正にお取り扱い致します。)

平成 年 月 日

特定保健指導実施医療保険者 〇〇市町村国保

受託特定保健指導機関 ○ ○ ○ ○

保健指導統括者名 □ □ □ □

保健指導担当者名 △ △ △ △

**以下については、特定保健指導利用予定者の方が記入してください**

**問 診 票**

質問1. 運動中に、胸の痛みを感じることがありますか。 はい いいえ

質問2. 安静時あるいは軽い作業をしている時に、動悸や息苦しさを感ずりますか。 はい いいえ

質問3. 医師から「心臓に問題があるから、許可した運動以外は行ってはいけません」と言われていますか。

はい いいえ

質問4. 骨や関節に障害や痛みがありますか。はいと答えた方は具体的にご記入下さい。

はい( ) いいえ

質問5. 以下の病気を医師から言われたことがありますか。(病名が判れば記入をお願いします。)

○ 心臓の病気 ①治療中(病名: ) ②言われたことがある(病名: ) ③いいえ

○ 呼吸器(肺)の病気 ①治療中(病名: ) ②言われたことがある(病名: ) ③いいえ

○ 肝臓の病気 ①治療中(病名: ) ②言われたことがある(病名: ) ③いいえ

○ 腎臓の病気 ①治療中(病名: ) ②言われたことがある(病名: ) ③いいえ

○ 糖尿病 ①治療中 ②言われたことがある ③いいえ

○ 高血圧 ①治療中 ②言われたことがある ③いいえ

○ 高脂血症(コレステロール、中性脂肪) ①治療中 ②言われたことがある ③いいえ

○ 脳卒中 ①治療中(病名: ) ②言われたことがある(病名: ) ③いいえ

○ 眼底出血 ①治療中 ②言われたことがある ③いいえ

○ 整形外科的疾患 ①治療中(病名: ) ②言われたことがある(病名: ) ③いいえ

○ 精神疾患 ①治療中 ②言われたことがある ③いいえ

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

**以下については、(ご協力可能な)主治医の方が記入し、利用予定者にお渡しください**

特定保健指導利用予定者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

1. 特定保健指導については、〇〇市町村国保からの委託を受けた当機関の責任において生活指導、栄養指導、運動指導を行う予定としていますが、このことに関し、先生のご意見を参考にお聞かせください。(適当なものに○を付けてください。)

- ① 当医療機関で医学的管理を行うので、特定保健指導は不要である。
- ② 貴保健指導機関で特定保健指導をお願いしたい。
- ③ わからない。
- ④ その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. (1で②を選ばれた場合のみご回答ください。)

「生活指導」や「栄養指導」を行う上で注意する点がありましたら、具体的にお書き下さい。

3. (1で②を選ばれた場合のみご回答ください。)

「運動指導」を行う上で注意する点(運動制限の必要性など)がありましたら、具体的にお書き下さい。

平成 年 月 日

記入医師氏名 \_\_\_\_\_ 所属医療機関名 \_\_\_\_\_

\*\*\* ご協力いただきありがとうございます \*\*\*

**特定保健指導の終了に係る主治医連絡票**

**医療機関主治医 御持史**

平成 年 月 日にご連絡致しました、貴医療機関に受診中の患者様が、〇〇市町村国保(又はその他の医療保険者)の委託を受けた当機関の特定保健指導を終了致しました。指導致しました内容につきましては、下記(別添)のとおりです。

先生におかれましては、保健指導を実施する上で、ご協力頂きましたことに感謝申し上げますとともに、今後ともよろしくお願い申し上げます。

特定保健指導終了者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

特定保健指導内容及び経過等

平成 年 月 日

特定保健指導実施医療保険者 ○〇市町村国保  
受託特定保健指導機関 ○ ○ ○ ○  
保健指導統括者名 □ □ □ □  
保健指導担当者名 △ △ △ △  
(受託特定保健指導機関連絡先(電話番号等))

本連絡票の内容を、主治医に情報提供することに同意致します。

氏名 \_\_\_\_\_

(参考4) 特定健康診査受診券・特定保健指導利用券の注意事項の様式(例示)

特定健康診査の受診券の注意事項の様式(例示)

注意事項

1. 40歳以上の方への健康診断については、平成20年度から、各人が加入する医療保険者(市町村の国民健康保険や会社の健康保険)が実施することとなりました。
2. この通知は、〇〇市町村の国民健康保険が行う健診について、その加入者(今年40～75歳となる方)に対して、受診案内を行うものです。
3. 本年度の健診の受診期間、受診場所、受診費用は記載のとおりです。この受診券と国民健康保険の保険証を受付にご提出ください。
4. 会社の定期健康診断を受けた方又は受けることができる方は対象外です。法律に基づき会社から〇〇市町村の国民健康保険に検査結果が提供され、健診結果等から保健指導が必要と判定された方は、別途特定保健指導の案内をお送り致します。
5. 健診内容については、問診、身体計測、血圧測定、血液検査、尿検査、診察であり、糖尿病や高血圧などの生活習慣病やその前段階の者を早期に発見し、早期の治療や生活習慣の改善を図ることを目的としています。
6. 健診結果については、受診者本人に通知しますとともに、〇〇市町村で保存され、事後指導(特定保健指導)の対象者把握に用いられます。また、氏名等の個人情報を除いた健診結果については、国に報告されます。
7. 健診結果については、医療機関を受診されている場合は、そのレセプト内容から判明する情報と照らし合わせ、必要な保健指導を行うことがあります。なお、医療機関受診情報の利用を了解されない場合には、お手数ですが、〇〇市町村保険課までご連絡ください。
8. 健診受診に際しましては、血糖値や中性脂肪などの血液検査の結果に影響を及ぼさないよう、午前中に受診の方は朝食、午後を受診の方は昼食を食べずに受診いただきますよう、お願いいたします。
9. その他、この件でご不明な点などがありましたら、〇〇市町村保険課(電話番号)までお問い合わせください。

特定保健指導の利用券の注意事項の様式(例示)

注意事項

1. 40歳以上の方への健康診査(特定健康診査)については、平成20年度から、各人が加入する医療保険者(市町村の国民健康保険や会社の健康保険)が実施することとなりました。
2. この健診結果に基づき、メタボリックシンドロームの該当者やその予備群など、保健指導が必要な方に対しては、特定保健指導が行われることとなっています。
3. この通知は、〇〇市町村の国民健康保険が行う健診を受診され、特定保健指導の実施が必要と判断された方に対して、利用案内を行うものです。
4. 特定保健指導の実施日、実施場所は記載のとおりです。この利用券と国民健康保険の保険証に、健診結果表を添えて、受付に提出してください。
5. 特定保健指導の内容については、「動機づけ支援」の判定の場合は、運動及び食生活などの生活習慣の改善についての専門家による1回の面接指導とその評価。「積極的支援」の判定の場合は、「動機づけ支援」の内容に加え、専門家による3か月以上の支援が行われます。
6. 特定保健指導の結果については、〇〇市町村で保存されます。また、氏名等の個人情報を除いた保健指導結果については、国に報告されます。
7. その他、この件でご不明な点などがありましたら、〇〇市町村保険課(電話番号)までお問い合わせください。