

令和6年度

特定健診・特定保健指導等 事務マニュアル (佐賀県健康づくり財団版)

令和6年4月1日 (Vol. 17 - Ver.1)

公益財団法人 佐賀県健康づくり財団

(問い合わせ)

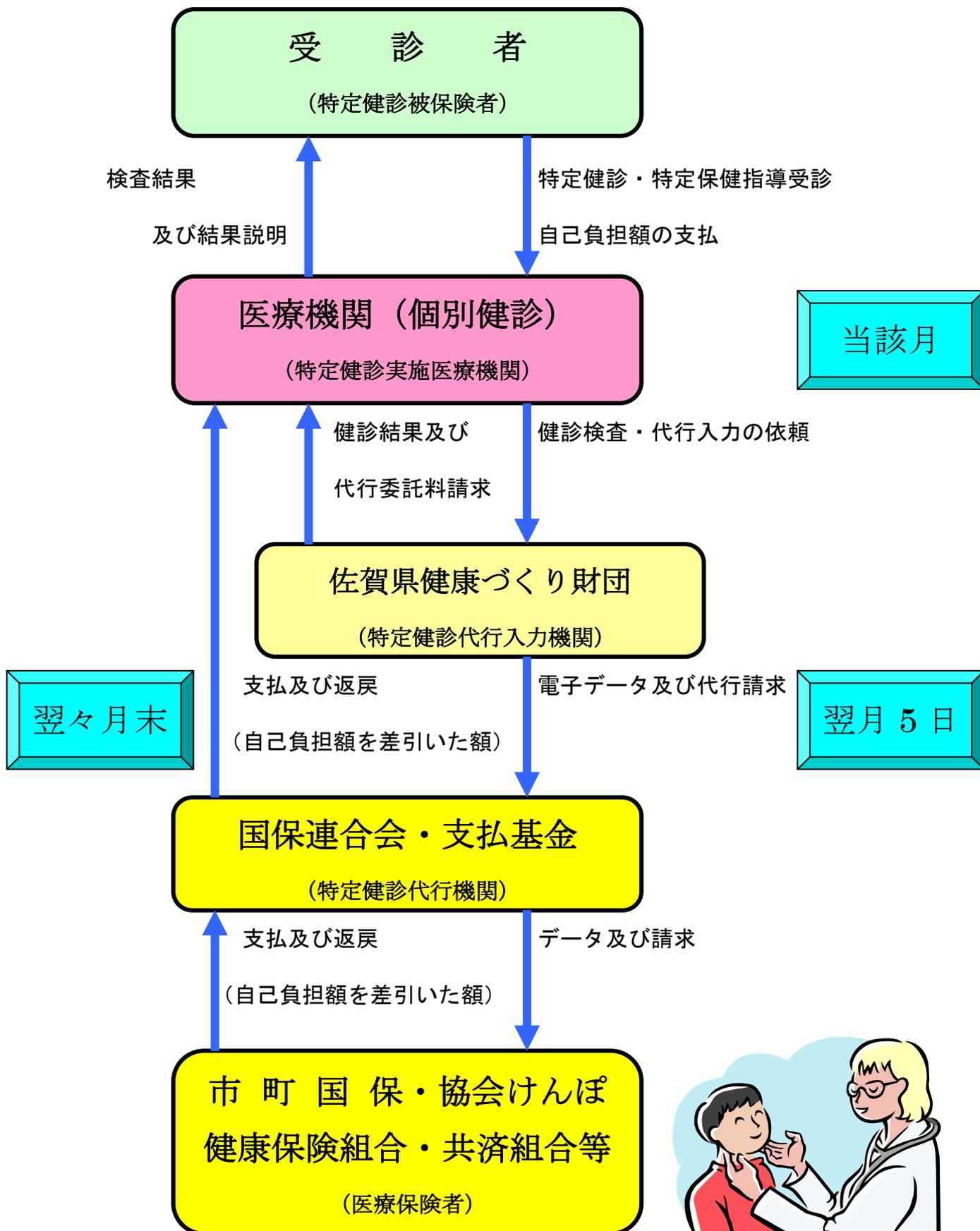
【健診部巡回健診課個別健診】 0952-37-3312

担当：中島、岸川、山田

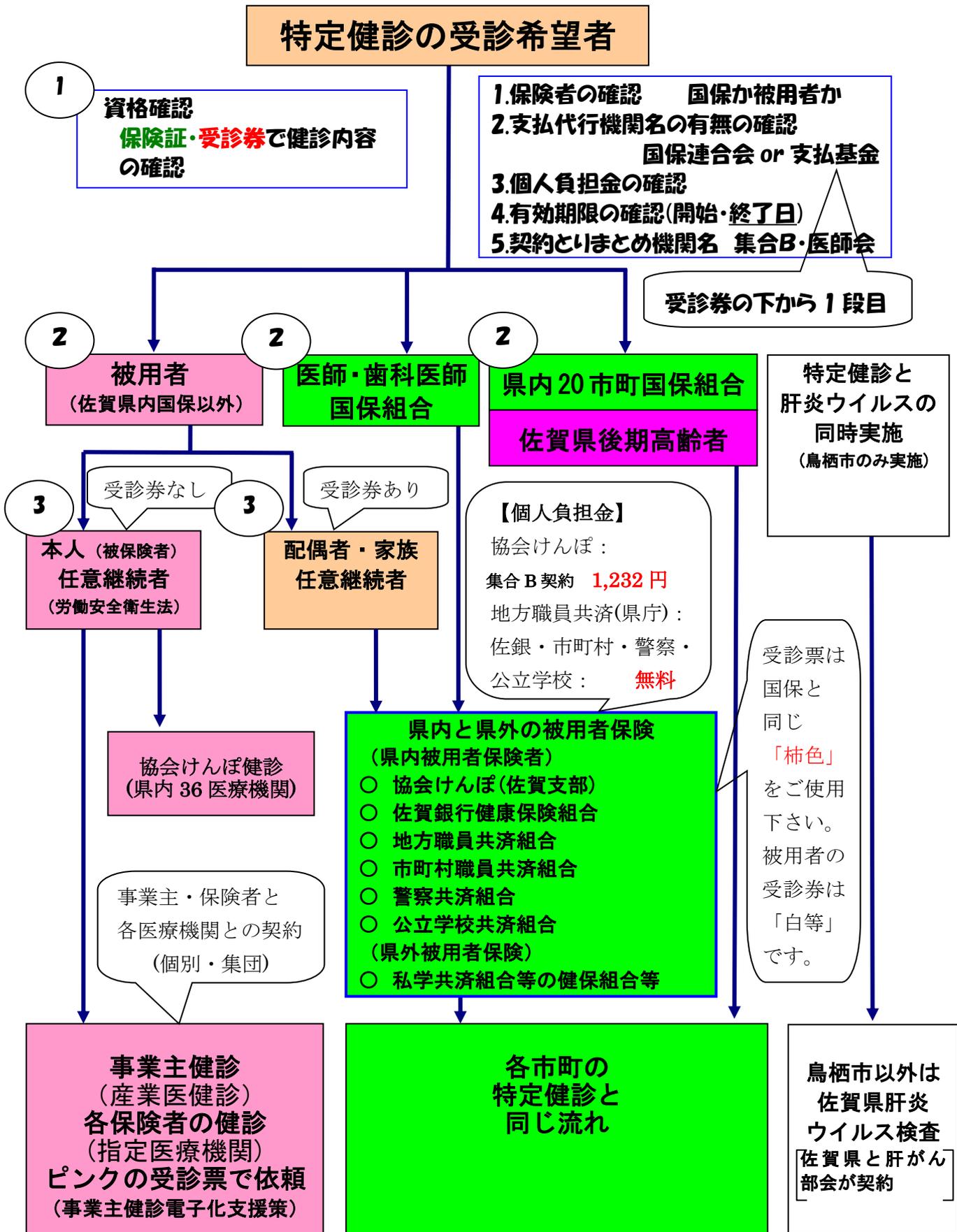
【検査部】 0952-37-3302

【代表・総務部】 0952-37-3301

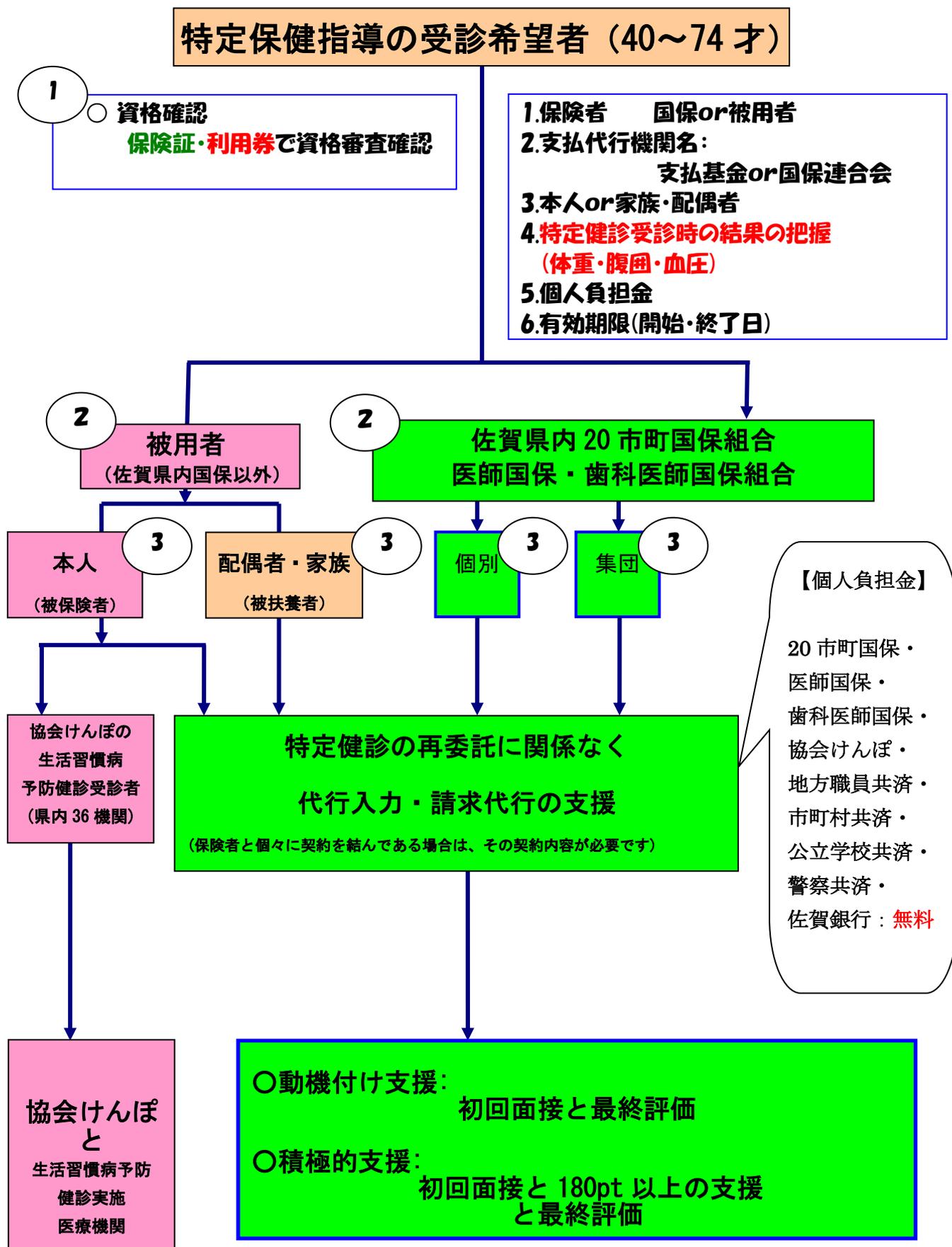
特定健診・特定保健指導の流れ図



特定健診種類の選択フロー図



特定保健指導種類の選択フロー図



特定健康診査の事務マニュアル

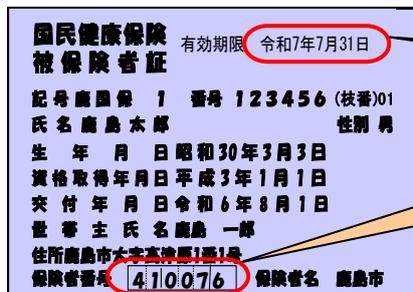
1

受診券の内容の確認、自己負担金の確認、領収書の発効

1. 受診券は1年間病医院で保管してください。(受診時に40～74歳と年度内40歳)
2. 保険証・マイナンバーカード等と受診券の内容を確認してください。
3. 受診券と保険証の内容を受診票(柿色)に転記してください。
4. 受診券をコピーし、受診票と検体(アンチ・スピッツ・フツ化 Na)と一緒に提出してください。
(5点セット) R6.4～保険証コピー提出不要 ※受診票の複写紙が病医院控えになります。
5. 年度内75歳到達者に関しては、誕生日後に後期高齢者となります。
6. 年度途中に、市町国保に加入する方は各保険者にご確認ください。
7. 「資格証明書」を持参している場合についても、同額の自己負担額で特定健診の受診ができます。
8. 受診票・「特定健診スミシール」の予備と採血管は、健康づくり財団から配布します。不足時は補充しますので早めに連絡ください。

(佐賀市・武雄市・鹿島市・嬉野市・白石町・太良町のスミシールは保険者より配布)

※ 国保被保険者証 令和6年度紫色 受診券 水色



有効期限内か確認する

注意点：受診票の保険証番号の欄に保険者番号を記入しない

※ 各保険者で受診券のサイズ・様式が異なりますが、確認事項は同じです。

2

健診内容の確認

1. 血液・尿検診項目は13項目です。(必須9項目+研究事業追加4項目)
2. 採血前に受診票(Ⅱ)の左端に添付しているバーコードラベルに氏名を記入し、ラベルを容器に貼り、受診者に名前を読ませて確認し、採血してください。
3. 必要本数は茶栓のスピッツと藤色のアンチクロット及び灰色のフツ化Naの3本です。
(茶栓のスピッツで血液化学、肝機能検査を藤色のアンチでA1c、灰色のフツ化Naで血漿血糖を実施します)
4. C型肝炎ウイルス検査を実施する場合は専用P1容器が必要です。B型のみは茶栓のスピッツで検査します。(鳥栖市の対象者のみ)

<特定健診の実施項目> 特定健診の実施に係る必須項目・追加項目は、次のとおりです。

	項目	内容
必須項目	問診	既往歴、現病歴、服薬歴、喫煙歴 等
	測定	身長、体重、BMI、 <u>腹囲(内臓脂肪面積)</u>
	診察	視診、触診、聴打診 他覚所見等
	血圧測定	
	血液化学検査	中性脂肪、HDLコレステロール、 <u>LDLコレステロール</u>
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ-GT(γ-GTP)
	血糖検査	空腹時血糖(10時間以上の空腹時)
	尿検査	尿糖、尿蛋白

<佐賀県の研究事業実施項目>

研究事業の実施に係る検査項目は、次のとおりです。

検査項目 研究事業	ヘモグロビンA1c (NGSP)	佐賀県の研究事業として実施 (糖尿病・人工透析予防対策研究事業)
	血清クレアチニン	
	血清尿酸	
	尿潜血	

<詳細な健診の項目について>

※注意

- 健診時に**昨年度の検査結果（健康手帳等）**を持参させてください。
- 20 市町国保の方は、受診券および通知書に「詳細な健診項目」の「該当項目」が記載されています。それ以外は、病歴や臨床症状によって追加することはできません。ただし、貧血検査は既往歴や視診にて追加が可能です。
また、平成 30 年度から当該年度の健診結果において、**心電図検査と眼底検査が追加可能となりました。**下記の条件を参照ください。
「詳細な健診該当」欄にそれぞれの該当する項目にマークをしてください。
- 被用者の受診券には、「詳細な健診項目」の「該当項目」を**記載されていない場合**があります。その場合は、前年度の特定健診の報告書より判断してください。なお、その場合は、確認のために報告書のコピーを添付してください。
- 詳細な項目として実施できる条件は下記のとおりですが、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（第 3.1 版）に下記の通り、個別に判断するとありますので、必要がないと診断された場合は受診票の詳細項目欄に☑を入れてください。

詳細な健診該当	貧血検査	<input type="checkbox"/>	既往歴有	<input type="checkbox"/>	診察にて疑い ※貧血治療中は除く	保健指導判定値：血圧収縮期130-139mmHg または拡張期85-89mmHg
	クレアチニン	<input type="checkbox"/>	当該年の結果で重症又は健康検査が保健指導判定値以上	5疾患治療中は除く	<input type="checkbox"/> (心電図)市町の指示	保健指導判定値：血糖検査100-125mg/dl またはHbA1c5.6-6.4%
	心電図検査	<input checked="" type="checkbox"/>	当該年の結果で重症又は受診動機検査以上又は不健康			受診動機判定値：血圧収縮期140mmHg以上 または拡張期90mmHg以上
	眼底検査	<input type="checkbox"/>	当該年の結果で重症又は健康検査が受診動機検査以上	<input type="checkbox"/> (眼底)市町の指示	受診動機判定値：血糖検査126mg/dl以上 またはHbA1c6.5%以上	
	<input type="checkbox"/>	前年度の結果で重症検査が受診動機検査以上	※5疾患とは(高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳血管障害・心臓病)			

※判断基準に該当する者のうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の治療中については「心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン」は除外となります。「貧血検査」は貧血治療中の場合、除外となります。

※特定健診の詳細な項目と実施できる条件

詳細項目	実施できる条件（判断基準）
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	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
心電図検査（12誘導心電図）	当該年度の健診結果において、収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の健診結果において、収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上の者 前年度の空腹時及び随時血糖値（食後 3.5 時間未満を除く）が 126mg/dl 以上、または HbA1c (NGSP) が 6.5% 以上
血清クレアチニン	当該年度の健診結果において、血圧の収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上の者 血糖の空腹時及び随時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c (NGSP) が 5.6% 以上（財団で検査後追加致します）

<p>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（第 4.1 版）</p>
--

1-2-2 詳細な健診の項目

医師の判断により受診しなければならない項目（詳細な健診の項目）は、貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査（eGFR による腎機能の評価を含む）の 4 項目となる。実施する場合は、医師は当該項目を実施する理由を保険者に明らかにしなければならないことから、健診結果データにその理由を明記し、判断した医師名を付記の上でデータを送付する。また、受診者に対して実施時に十分な説明を行う。

詳細な健診の実施基準は表のとおりである。受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する。基準に該当するということだけではないので、判断理由を明記する。

※国保連合会仕様の A 4 版の受診券には、詳細項目の実施項目欄に「○印」が付いていますが、必須項目でなく、あくまでも詳細項目の該当者の選択項目です。

※眼底検査を実施できない医療機関は、眼科医に委託することができます。

その場合の所見用紙の回収は 1 週間以内をお願いします。また、眼底検査の実施料金は、委託先との契約となります。

※眼底検査は平成 30 年度より、財団と契約している市町の方は、平日（14 時から 16 時の間）予約電話で実施可能です。（予約電話：0952-37-3312）

3

健診結果について(全保険者の特定健診結果)

1. 概ね 14 日間以内に結果を送付いたします。(心電図等の所見用紙も返却します)
2. 結果を急がれる場合はご連絡ください。**仮報告書**を送付いたします。
3. 白用紙は病医院控え、カラー刷りは受診者用です。
4. 健診結果についての説明をお願いします。**この後の検査は、保険診療でお願いします。**

4

メタボリックシンドロームの判定・保健指導レベルについて

1. 健診結果にメタボリックシンドローム判定と保健指導レベルを記載しています。
2. 国保の保健指導に関しては、各々の市町で実施体制が異なります。よって何時保健指導の利用券を発行されるか、どのような内容で実施されるかは各市町にお尋ねください。

※メタボリックシンドローム判定の基準

腹囲	追加リスク	対 象
	①血糖 ②脂質 ③血圧	
≥85cm 以上 (男性) ≥90cm 以上 (女性)	2つ以上該当	基準該当
	1つ該当	予備群該当
	該当無し	非該当

追加リスクは、次のとおりとなっています。

- ① 糖 (空腹時血糖が **110mg/dl 以上**、随時血糖時はヘモグロビン A 1 c が **6.0%以上**、または服薬)
- ② 脂質 (中性脂肪 150mg/dl 以上 (※空腹時採血でない場合も当該基準を用いて判定する)、HDL コレステロール 40mg/dl 未満、または服薬)
- ③ 血圧 (収縮期 130mmHg 以上、拡張期 85mmHg 以上、または服薬)

※国の特定保健指導 階層化の基準

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対 象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40~64 歳	65~74 歳
≥85cm 以上 (男性) ≥90cm 以上 (女性)	2つ以上該当	あり	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当			
	該当無し	情報提供		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当	あり	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当			
	1つ該当	情報提供		
	該当無し	情報提供		

糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病であり、内臓脂肪の蓄積に起因する疾病で内服治療中の方は、情報提供になります。**(インスリン治療の方も内服に含まれます)**

追加リスクは、次のとおりとなっています。

- ① 糖 (空腹時血糖が **100mg/dl 以上**、随時血糖時はヘモグロビン A 1 c が **5.6%以上**)
- ② 脂質 (空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上、随時中性脂肪 175mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満)
- ③ 血圧 (収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上)

【注 意！】血糖（空腹時血糖）

メタボリックシンドロームの判定基準と国の特定保健指導対象者の階層化の基準は違います。

空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先します。

5

請求業務について(県内国保・被用者・医師国保・歯科医師国保)

1. 特定健診・後期高齢者の特定健診は、健康づくり財団が請求代行をいたします。
2. 健康づくり財団の委託料は支障がない限り、医師信用組合の国民保険診療報酬か社会保険診療報酬より差し引かせていただきます。（実施月の翌月）
3. 委託料は、国保連合会・支払基金経由で支払われます。（実施月の翌々月）
4. 国保連合会からは支払額通知書・支払額内訳書・**受診者別支払一覧表**が、支払基金からは、支払総括票・支払総括票内訳リスト・返戻過誤調整内訳書が送付されますので確認ください。
5. 受診券・受診票（複写紙）・心電図等の所見用紙は、**医療機関で1年間の保存**をお願いします。

※特定健診支払の流れ(例)

医療機関 受診日	保険の種類 健診内容	健康づくり財団 請求代行日	代行機関名	健康づくり財団 委託料請求月	保険者支払
5月	国保 特定健診	6月5日	国保連合会	6月 (5月分を国保から)	7月 (国保診療報酬)
7月	社保 特定健診	8月5日	支払基金	8月 (7月分を社保から)	9月 (社保診療報酬)

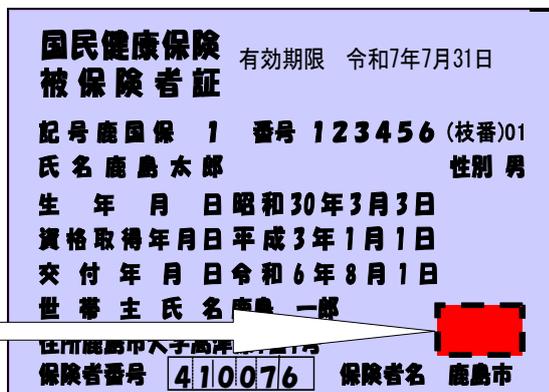
※返戻時の特定健診支払の流れ(例)

医療機関 受診日	保険の種類	健康づくり財団 請求代行月	代行機関名	健康づくり財団 委託料請求月	保険者支払
5月	国保 社保	6月5日	国保連合会 支払基金	6月(5月分を国保から 社保から)	7月返戻の通知
		返戻理由の 内容確認後 再提出 8月5日	国保連合会 支払基金		9月 (国保診療報酬) (社保診療報酬)



- ① 医療機関は、二重受診の防止の為、被保険者の保険証に「特定健診スミシール」の貼付をお願いします。
- ② 「特定健診スミシール」を貼付されていない方が来院された時は、受診勧奨をお願いします。

【国保の例】



保険証のこの位置に貼ってください。

後期高齢者の健康診査の事務マニュアル

1

健診の受付、受診券・被保険者証を確認

(受診時に 75 歳以上)

(65 歳以上で一定の障害があると認定された方)

1. 受診券は、各市町が対象者に配布します。
2. 年度内 75 歳到達者は、誕生日月の翌月に配布されます。
3. 受診券は受付で回収し、1年間保管してください。
4. 後期高齢者医療被保険者証・マイナンバーカード等と受診券の内容を確認してください。
5. 自己負担額は無料です。
6. 受診票は後期高齢者健診受診票(クリーム色)を使用します。
7. 受診券と保険証の内容を受診票(クリーム)に転記してください。
8. 保険証番号と保険者番号を間違えて転記しないようお願いします。
9. 問診の漏れがないよう確認をお願いします。
10. 特定健診と同様に受診券をコピーし、受診票と検体(アンチ・スピッツとフッ化Na)と一緒に提出してください。R6.4～保険証コピー提出不要
11. 年度途中に、市町国保に加入する者は各保険者にご確認ください。
12. 受診票の予備と採血管は健康づくり財団から配布します。不足時は補充しますので早めに連絡ください。
13. 全体の流れは特定健診と同様です。
14. 年齢は年度末年齢で表記しています。
15. メタボリックシンドロームの判定のみサービスで報告いたします。
16. 実施項目は、特定健診項目プラス血清アルブミン検査です。

※ 佐賀県後期高齢者医療広域連合

※カード型

後期高齢者医療被保険者証	有効期限	令和7年7月31日
被保険者番号	12345678	
住所	所 鹿島市大字高津原1番1号	
氏名	名 鹿島 太郎	
生年月日	昭和15年1月1日	
資格取得年月日	平成20年4月1日	
発行期日	令和6年8月1日	
一部負担金割合	1割	
保険者番号	39412010	
保険者名	佐賀県後期高齢者医療広域連合	

今年度は、ピンク色

※ 各市町で様式が異なりますが、確認事項は同じです。

※A4または、はがきサイズ

後期高齢者健康診査受診券	
令和6年6月1日 交付	
個人コード	01234567
受診券整理番号	12345678901
保険証番号	12345678
受診者の住所	鹿島市大字高津原1番地1
氏名	鹿島 太郎
性別	男
生年月日	昭和15年1月1日
有効期限	令和6年6月1日～1月31日
健診内容	健康診査(基本) 特定健康診査(詳細): 尿糖検補査
窓口での自己負担額	無料
保険者住所	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地
保険者電話番号	0952-64-8476
保険者番号・名称	39412077 佐賀県後期高齢者医療広域連合
支払代行機関番号	94199023
支払代行機関名	佐賀県国民健康保険団体連合会

2

請求業務について

1. 自己負担額の差し引きの必要がないこと(無料)、費用の請求先が佐賀県後期高齢者医療広域連合となること以外は、全て市町国保が実施する特定健診の内容と同様になります。

特定保健指導の代行入力の事務マニュアル

1 初回指導終了後の必要書類

1. 特定保健指導利用券のコピー
2. 保険証のコピー
3. それぞれの支援の見本を参照に必要な事項を記入後、そのコピーを提出してください

初回指導報告書

動機づけ支援・動機づけ支援相当(見本)

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	〇〇〇 病院	機関番号	4110000000
保健指導対象者名	サガ カスコ 佐賀 和子	支払基金に登録している番号。レセプト番号と同じ。10桁。	
対象者住所	〒0000-0000 佐賀県佐賀市〇〇町〇〇-〇〇		
健診実施日	2024年4月1日	特定健診受診券番号	240000000000
利用券番号※1	024000000000	利用券有効期限※1	2024年〇月〇日
健診実施日とは異なります。他施設で受診された場合も記入をお願いします。	1980年12月1日	性別	1.男性 2.女性
健診実施日とは異なります。他施設で受診された場合も記入をお願いします。	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者証番号	〇〇	被保険者証番号	〇〇〇〇
窓口負担※2	〇	1.負担無し 2.定額負担 3.定率負担 4.保険者定額負担	
徴収区分※2	1	1.初回指導時全額徴収 2.その他	
単価		負担金額※2	〇〇〇〇〇円
負担割合※2		負担上限額※2	
支援レベル	〇	積極的支援 2.動機づけ支援 3.動機づけ支援相当	
行動要項ステージ※3	1	1.無動心期 2.動心期 3.準備期 4.実行期 5.維持期	

初回実施情報

実施日時	2024年6月10日	支援形態	1.助支援 対面(遠隔) 2.分科実施
実施時間	20分	指導者名	健診 ヨシコ
指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士 4.その他		

目標数値情報

腹囲	94.0 cm	体重	70.0 kg
収縮時血圧	129 mmHg	拡張時血圧	84 mmHg
一日の削減目標	117 kcal		
運動削減量	50 kcal	食事削減量	67 kcal

実測数値情報(特定健診結果情報)

腹囲	96.0 cm	体重	72.0 kg
収縮時血圧	134 mmHg	拡張時血圧	88 mmHg

日程計画情報

回数	日付※4	支援形態※5	指導者職種
1	9月11日	電話支援	医・保・栄・その他
2	月 日		医・保・栄・その他
3	月 日		医・保・栄・その他
4	月 日		医・保・栄・その他
5	月 日		医・保・栄・その他
6	月 日		医・保・栄・その他
7	月 日		医・保・栄・その他

※0 利用券がある場合は、コピーを添付してください。

※1 利用券番号がない場合は省略してかまいません。

※2 利用券に設定してある場合は必ず記入してください。

※3 1:改善するつもり(6ヶ月以内) 3:改善するつもり(近いうち・1ヶ月以内) 4:改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)

※4 日程計画の日付を設定していない場合でも予定支援期間に記入してください。

※5 支援形態:個別支援(対面・遠隔)、電話、e-mail のいずれかが記入してください。

初回指導報告書

積極的支援(見本)

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	〇〇 病院	機関番号	4110000000
保健指導対象者名	サガ カズコ 佐賀 和子	支払基金に登録している番号。レセプト番号と同じ。10桁。	
対象者住所	〒000-0000 佐賀県佐賀市〇〇町〇〇-〇〇		
健診実施日	2024年 4 月 1 日	特定健診受診券番号	2400000000
利用券番号	0240000000	利用券有効期限	2024年〇月〇日
生年月日	1950 年 5 月 1 日	性別	1.男性 2.女性
保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者証等記号	〇〇	被保険者証等番号	〇〇〇〇
窓口負担	〇	1.負担無し 2.定額負担 3.定率負担 4.保険者定額負担	
徴収区分	〇 1.初回指導時金額徴収 2.その他		
単価	負担金額	〇〇〇〇円	
負担割合	負担上限額		
支援レベル	〇 1.積極的支援 2.動機付け支援 3.動機付け支援相当		
行動変容ステージ	1.無関心期 2.関心期 3.準備期 4.実行期 5.維持期		

保健指導実施日とは異なります。他施設で受診された場合も記入をお願いします。

- ※0 利用券がある場合は、コピーを添付してください。
- ※1 利用券番号がない場合は省略してかまいません。
- ※2 利用券に設定してある場合は必ず記入してください。
- ※3 1:改善するつもりはない2:改善するつもり(6ヶ月以内)3:改善するつもり(近いうち1ヶ月以内)4:改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)5:改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
- ※4 日程計画の日付を設定していない場合でも予定支援期間を記入してください。
- ※5 支援形態:個別支援(対面・遠隔)、電話、e-mail のいずれかで記入してください。

初回実施情報

実施日時	2024年 6 月 10 日	支援形態	〇 個別支援(対面・遠隔) 2.分科実施
実施時間	30分	指導者名	健診 ヨシコ
指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士 4.その他		

目標数値情報

腹囲	94.0 cm	体重	70.0 kg
収縮時血圧	129 mmHg	拡張時血圧	84 mmHg
一日の削減目標	117 kcal		
運動削減量	50 kcal	食事削減量	67 kcal

「～」等を使っての範囲の設定はできません。

実測数値情報(特定健診結果情報)

腹囲	96.0 cm	体重	72.0 kg
収縮時血圧	134 mmHg	拡張時血圧	88 mmHg

日程計画情報

回数	日付	支援形態	指導者職種
1	8月 10 日	電話支援	医・検・栄・その他
2	9月 11 日	個別支援	医・検・栄・その他
3	月 日		医・保・栄・その他

初回面接は記入不要。

生活習慣の改善計画

食生活	計画なし	計画あり
運動習慣	計画なし	計画あり
喫煙習慣	計画なし	計画あり
休養週間	計画なし	計画あり
その他の生活習慣	計画なし	計画あり

初回の保健指導時、食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養週間・その他の生活習慣の計画を立てたか○をつけ下さい。計画がない場合は、ポイントがとれません。

ポイント加算について (アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180P以上の支援を実施すること)

★アウトカム評価	①初回より3か月以上経過すること。3ヶ月未満の評価は、ポイントはとれない。
◎特定健診時より腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少・・・180p	◎特定健診時体重×0.024=〇kgかつ腹囲が〇cm以上減少・・・180p
★アウトカム評価未達成にて行動変容を評価	①生活習慣の改善が2か月以上継続していること。 ②同一項目内での複数回のポイント取得は不可。
◎特定健診時より腹囲1cm以上かつ体重1kg以上減少・・・20p	◎生活習慣・・・20p ◎食習慣・・・20p ◎禁煙(本数の減少は不可)・・・30p ◎休養週間・・・20p
◎その他の生活習慣(体重計測、血圧測定、飲酒量、休肝日等)・・・20p	
★プロセス評価	①ただし〇内は最低時間。
◎個別(ICT含む)・・・70p(10分)、電話・・・30p(5分)、電子メール・・・30p(1往復以上)	◎健診後早期の保健指導・・・健診当日の初回面接20p、健診1週間以内の初回面接10p

2 最終評価指導終了後の必要書類

- それぞれの支援の見本を参照に必要な事項を記入後、そのコピーを提出してください。
- 最終評価は、初回指導日から必ず3ヶ月後以降に実施してください。
(例：初回指導1月20日 ⇒ 3ヶ月評価4月21日)

評価報告書

動機づけ支援(見本)

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	000 病院	機関番号	41100000000	サガ	カスコ
健康指導日	2024年4月1日	受診券番号	024000000000	保健指導対象者名	佐賀 和子
生年月日	1970年12月1日	性別	1 男性 2 女性	対象者住所	〒000-0000 佐賀県佐賀市00町00-00
保険者名	00健康保険組合	保険者番号	0000000000		

実施情報 (初回面接は記入不要)

回数	日付	支援形態	時間(分)	ポイント	職種	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	◆行動目標(項目の達成度)								
				時間(分)	プロセ					1 腹囲・体重	2 食習慣	3 運動	4 喫煙	5 休養	6 その他	7 行動目標の修正・追加項目	8 中断	
1	9月11日	電話支援	5分	5分	医	93cm	69kg	120mmHg	84mmHg									
2	月				医	cm	kg	mmHg	mmHg									
3					保	cm	kg	mmHg	mmHg									
4					保	cm	kg	mmHg	mmHg									
5					保	cm	kg	mmHg	mmHg									
6					保	cm	kg	mmHg	mmHg									
7					保	cm	kg	mmHg	mmHg									

必ず3ヶ月以降の日付を記入してください。
○初回面接6月10日 ⇒ 3ヶ月評価9月11日
×初回面接6月10日 ⇒ 3ヶ月評価9月10日

※保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、従前通り6ヶ月経過後に評価を実施することもあるため、保険者にお問い合わせください。

※腹囲・体重・収縮期血圧・拡張期血圧は、特に評価時には必ず記入すること

◆行動目標(項目の達成度)欄について、それぞれ選択し数字を記入する

(1) 腹囲・体重	0:未達成 1:1cmかつ1kg減 2:2cmかつ1kg減
(2) 食習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし
(3) 運動習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし
(4) 喫煙習慣	0:禁煙未達成 1:禁煙達成 8:非喫煙 9:目標設定なし
(5) 休養習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし
(6) その他の生活習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし

(7) 行動目標の修正や追加した場合に項目を記入する

回数	日付	修正・追加した行動目標項目
1	月 日	
2	月 日	
3	月 日	
4	月 日	
5	月 日	
6	月 日	

(8) 中断

※中断を決定した際の日付、確認した回数を上記の表に記入すること。

中断した理由:

評価報告書

積極的支援(見本)

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	〇〇〇 病院	機関番号	4110000000	保健指導対象者名	サガ カズコ
健診実施日	2024 年 4 月 1 日	受診券番号	024000000000	対象者住所	佐賀 和子
生年月日	1970 年 12 月 1 日	性別	1 男性 2 女性		〒000-0000
保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		佐賀県佐賀市〇〇町〇〇-〇〇

実施情報 (初回面接は記入不要)

回数	日付	支援形態 時間(往復)	ポイント プロセブ 値	職種	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	◆行動目標(項目の達成度)								
									(1)腹囲・体重	(2)食習慣	(3)運動	(4)喫煙	(5)休養	(6)その他	支援回毎の獲得ポイント	(7)行動目標の修正・追加項目	(8)中断
1	8月2日	電話 5分	30p	医・保・栄・その他	96cm	72kg	mmHg	mmHg							30P	なし・あり	
2	9月20日	個別 10分	70p	医・保・栄・その他	95cm	71kg	126mmHg	70mmHg	1	8	2	1			180P	なし・あり	
3	月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg								なし・あり	
4	月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg								なし・あり	
5	月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg								なし・あり	
6	月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg								なし・あり	
7	月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg								なし・あり	

※アウトカム評価は、初回面接から3ヶ月以上経過後に行ってください。ただし、初回面接で行動目標を設定されていない場合は、ポイントがとれません。

※腹囲・体重・収縮期血圧・拡張期血圧は、特に評価時

◆行動目標(項目の達成度)欄について、それぞれ選択し数字を記入する

(1) 腹囲・体重	0:未達成 1:1cmかつ1kg減 2:2cmかつ2kg減
(2) 食習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし
(3) 運動習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし
(4) 喫煙習慣	0:禁煙未達成 1:禁煙達成 8:非喫煙 9:目標設定なし
(5) 休養習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし
(6) その他の生活習慣	0:未達成 1:達成 2:目標設定なし

(7) 行動目標の修正や追加した場合に項目を記入する

回数	日付	修正・追加した行動目標内容
1	8月2日	食生活
2	月 日	
3	月 日	
4	月 日	
5	月 日	
6	月 日	

※行動目標の修正・追加した場合に項目を記入して下さい。

(8) 中断

※中断を決定した際の日付、確認した回数を上記の表に記入すること。

中断した理由:

動機づけ支援・動機づけ支援相当

初回指導報告書

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	機関番号	
保健指導対象者名		
対象者住所	〒 -	
健診実施日	年 月 日	特定健診受診券番号
利用券番号※1	年 月 日	利用券有効期限※1
生年月日	年 月 日	性別
保険者名	年 月 日	1.男性 2.女性
被保険者証等記号	保険者番号	被保険者証等番号
窓口負担※2	1.負担無し 2.定額負担 3.定率負担 4.保険者定額負担	
徴収区分※2	1.初回指導時全額徴収 2.その他	
単価	負担金額※2	負担上限額※2
負担割合※2		
支援レベル	1.積極的支援 2.動機付け支援 3.動機付け支援相当	
行動変容ステージ※3	1.無関心期	2.関心期 3.準備期 4.実行期 5.維持期

※0 利用券がある場合は、コピーを添付してください。

※1 利用券番号がない場合は省略してかまいません。

※2 利用券に設定してある場合は必ず記入してください。

※3 1:改善するつもりはない2:改善するつもり(6ヶ月以内)3:改善するつもり(近いうち・1ヶ月以内)4:改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)5:改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)

※4 日程計画の日付を設定していない場合でも予定支援期間は記入してください。

※5 支援形態:個別支援(対面・遠隔)、電話、e-mail のいずれかで記入してください。

初回実施情報

実施日時	年 月 日	支援形態	1.個別支援(対面・遠隔) 2.分割実施
実施時間	分	指導者名	
指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士 4.その他		

目標数値情報

腹囲	cm	体重	kg
収縮時血圧	mmHg	拡張時血圧	mmHg
一日の削減目標	kcal		
運動削減量	kcal	食事削減量	kcal

実測数値情報(特定健診結果情報)

腹囲	cm	体重	kg
収縮時血圧	mmHg	拡張時血圧	mmHg

日程計画情報

回数	日付※4	支援形態※5	指導者職種
1	月 日		医・保・栄・その他
2	月 日		医・保・栄・その他
3	月 日		医・保・栄・その他
4	月 日		医・保・栄・その他
5	月 日		医・保・栄・その他
6	月 日		医・保・栄・その他
7	月 日		医・保・栄・その他

初回指導報告書

積極的支援

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	機関番号
保健指導対象者名	
対象者住所	-
健診実施日	年 月 日
利用券番号※1	特定健診券番号 利用券有効期限※1
生年月日	年 月 日 性別 1.男性 2.女性
保険者名	保険者番号
被保険者証等記号	被保険者証等番号
窓口負担※2	1.負担無し 2.定額負担 3.定率負担 4.保険者定額負担
徴収区分※2	1.初回指導時全額徴収 2.その他
単価	負担金額※2
負担割合※2	負担上限額※2
支援レベル	1.積極的支援 2.動機付け支援 3.動機付け支援相当
行動変容ステージ※3	1.無関心期 2.関心期 3.準備期 4.実行期 5.維持期

※0 利用券がある場合は、コピーを添付してください。

※1 利用券番号がない場合は省略してかまいません。

※2 利用券に設定してある場合は必ず記入してください。

※3 1:改善するつもりはない2:改善するつもり(6ヶ月以内)3:改善するつもり(近いうち・1ヶ月以内)4:改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)5:改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)

※4 日程計画の日付を設定していない場合でも予定支援期間は記入してください。

※5 支援形態:個別支援(対面・遠隔)、電話、e-mail のいずれかから記入してください。

ポイント加算について (アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180P以上の支援を実施すること)

★**アウトカム評価** ①初回より3か月以上経過すること、3ヶ月未満の評価は、ポイントはとれない。

◎特定健診時より腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少・・・180p

◎特定健診時体重×0.024＝〇kgかつ腹囲が〇cm以上減少・・・180p

★**アウトカム評価未達成にて行動変容を評価** ①生活習慣の改善が3か月以上継続していること。

②同一項目内での複数回のポイント取得は不可。

◎特定健診時より腹囲1cm以上かつ体重1kg以上減少・・・20p

◎禁煙(本数の減少は不可)・・・30p

◎休養習慣・・・20p

◎その他の生活習慣(体重計測、血圧測定、飲酒量、休肝日等)・・・20p

★**プロセス評価** ①ただし()内は最低時間。

◎個別(10T含む)・・・70p(10分)、電話・・・30p(5分)、電子メール・・・30p(1往復以上)

◎健診後早期の保健指導・・・健診当日の初回面接20p、健診1週間以内の初回面接10p

初回実施情報

実施日時	年 月 日	支援形態
実施時間		指導者名
指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士 4.その他	

目標数値情報

腹囲	cm	体重	kg
収縮時血圧	mmHg	拡張時血圧	mmHg
一日の削減目標	kcal		
運動削減量	kcal	食事削減量	kcal

実測数値情報(特定健診結果情報)

腹囲	cm	体重	kg
収縮時血圧	mmHg	拡張時血圧	mmHg

日程計画情報

回数	日付※4	支援形態※5	指導者職種
1	月 日		医・保・栄・その他
2	月 日		医・保・栄・その他
3	月 日		医・保・栄・その他

生活習慣の改善計画

食生活	計画なし	計画あり
運動習慣	計画なし	計画あり
喫煙習慣	計画なし	計画あり
休養週間	計画なし	計画あり
その他の生活習慣	計画なし	計画あり

評価報告書

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	機関番号	保健指導対象者名
健康実施日	年 月 日 受診券番号	
生年月日	年 月 日 性別	〒
保険者名	保険者番号	対象者住所

実施情報（初回面接は記入不要）

回数	日付	支援形態 時間(往復)	ポイント (プロセ 評価)	職種	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張時血圧	◆行動目標(項目の達成度)						7)行動目標の修正、 追加項目	(8)中断	
									(1)腹囲・体重	(2)食習慣	(3)運動	(4)喫煙	(5)休養	(6)その他			支援回毎の獲 得ポイント
1	1月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり
2	2月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり
3	3月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり
4	4月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり
5	5月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり
6	6月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり
7	7月 日		p	医・保・栄・その他	cm	kg	mmHg	mmHg									なし・あり

※腹囲・体重・収縮期血圧・拡張期血圧は、特に評価時には必ず記入すること

◆行動目標(項目の達成度)欄について、それぞれ選択し数字を記入する

(1) 腹囲・体重	0:未達成	1:1cmかつ1kg減	2:2cmかつ2kg減
(2) 食習慣	0:未達成	1:達成	2:目標設定なし
(3) 運動習慣	0:未達成	1:達成	2:目標設定なし
(4) 喫煙習慣	0:禁煙未達成	1:禁煙達成	8:非喫煙 9:目標設定なし
(5) 休養習慣	0:未達成	1:達成	2:目標設定なし
(6) その他の生活習慣	0:未達成	1:達成	2:目標設定なし

(7) 行動目標の修正や追加をした場合に項目を記入する

回数	日付	修正、追加した行動目標項目
1	月 日	
2	月 日	
3	月 日	
4	月 日	
5	月 日	
6	月 日	

(8)中断

※中断を決定した際の日付、確認した回数を上記の表に記入すること。

中断した理由:

佐賀市国保 動機付け支援 指導報告書 (初回・3か月後評価)

※ 4箇所の特記欄内は初回面接時にご記入ください。

指導機関情報・対象者情報	
指導機関名	機関番号※1
保健指導対象者名	
対象者住所	
健診実施日	年月日
利用券番号	年月日
生年月日	性別
被保険者証記号番号	1. 男性 2. 女性
保険者名	佐賀市
窓口負担	保険者番号
負担割合	負担無し
支援レベル	負担金額
	8,470円
	負担上限額
	0円
	動機付け支援
	保健指導コース名
	動機付け

初回実施情報	
実施日時	年月日
実施時間	20分
指導者職種	1. 医師 2. 保健師 3. 管理栄養士
本人のやる気度※2	1. 無関心期 2. 関心期 3. 準備期 4. 実行期 5. 維持期

実測数値情報 ※特定健診時数値	
腹囲	cm
体重	kg
血圧	mmHg

※0 利用券のコードを添付してください。
 ※1 記入は必須ではありません。
 ※2 1回後の結果、下北の基準で本人のやる気（行動変容ステージ）を判断して 該当に○を囲んでください。
 1. 無関心期：6か月以内に実行意思あり。
 2. 関心期：6か月以内に実行意思あり。
 3. 準備期：1か月以内に実行意思あり。
 4. 実行期：6か月未満。
 5. 維持期：6か月以上維持。

目標数値情報	
腹囲 または 体重	kg
血圧	mmHg
【1日に減らすエネルギー量の計算式】	
削減する目標	
減らしたい腹囲または体重 (cm・kg)	× 7,000kcal =
※腹囲1cm=体重1kg	
(この1cmまたは、1kg減らすのに7,000kcal必要)	
kcal	÷ 3か月 ÷ 30日 =
kcal	(1日に減らすエネルギー量)
食事 で減らすエネルギー量	kcal
運動 で減らすエネルギー量	kcal

3か月後の目標は... ~ 裏面を参照してください。 ~
 食生活での目標：
 運動・日常生活での目標：

3か月後の評価予定日(日程計画情報)				
回数	評価日	支援助形態	時間	指導者職種
1	月 日	面接・電話他	分	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士
終	月 日			12週

(注意)3か月後評価は面接時から3か月経過後に評価をしてください。

3か月後評価情報			
日付	月 日	支援形態	面接 電話 FAX 手紙
時間		指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士
腹囲	cm	体重	kg
血圧	mmHg		
食事改善	0. 変化なし	1. 改善	2. 悪化
運動改善	0. 変化なし	1. 改善	3. 悪化
喫煙改善	1. 禁煙継続	2. 非喫煙	4. 禁煙の意思なし
3か月後評価ができなかった場合			
決定日	月 日	確認回数	回(3回以上)
確認月日と方法	月 日(電話 FAX 手紙)	月 日(電話 FAX 手紙)	月 日(電話 FAX 手紙)

※ 本線は3か月後評価時にご記入ください。(血圧以外は必須です)

特定健診検査項目の健診判定値及び精密検査報告書出力基準

R6.4.1～

検査項目		段階		生活習慣改善をする段階	生活習慣改善と早期治療をする段階	すぐに治療が必要な段階		参考 (根拠)			
		財団判定		A	B	C					
検査項目		異常なし		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		1:異常所見なし	2:所見あるも異常なし	3:要経過観察	4:要精密検査	5:要治療					
基本的な健診の項目	血管が傷む (動脈硬化因子)	内臓肥満	BMI (Kg/m ²)		18.5～24.9	0.0～18.4 25.0～			肥満症治療ガイドライン:日本肥満学会		
			腹囲 (cm)	男性	0.0～84.9	85.0～999.9					
				女性	0.0～89.9	90.0～999.9					
			空腹時中性脂肪 (mg/dL) ☆1		30～149	0～29	150～299	300～499		500～9999	動脈硬化性疾患予防ガイドライン:日本動脈硬化学会
			随時中性脂肪 (mg/dL) ☆1		30～174	0～29	175～299	300～499		500～9999	
	HDLコレステロール (mg/dL) ☆1		40～95	96～999	30～39		0～29				
	インスリン抵抗性	血糖	空腹時 (mg/dL)	70～99	0～69	100～125	126～9999		糖尿病治療ガイド:日本糖尿病学会		
			随時 (mg/dL)	70～99	0～69	100～125	126～9999				
			随時 (mg/dL) ※食直後	51～139		140～199	0～50 200～				
			HbA1c [NGSP] (%)	4.6～5.5	0～4.5	5.6～6.4	6.5～99.9				
	尿糖〔定性〕		(-)	(±)	(+)	(2+)～					
	傷血管	血圧	収縮期 (mmHg)	100～129	0～99	130～139	140～159	160～999	高血圧治療ガイドライン:日本高血圧学会		
			拡張期 (mmHg)	0～84		85～89	90～99	100～999			
	腎臓	尿蛋白〔定性〕		(-)	(±)		(+)～		CKD診療ガイドライン:日本腎臓学会、人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン:人間ドック学会		
		尿潜血〔定性〕☆2☆3		(-)	(±) (生理中±～2+)	(+)	(2+)～				
クレアチニン (mg/dL)		男性	0.60～1.00	1.01～1.09 0.00～0.59	1.10～1.29	1.30～					
		女性	0.40～0.70	0.71～0.79 0.00～0.39	0.80～0.99	1.00～					
eGFR (ml/min/1.73m ²)		60.0～999.9		45.0～59.9	0～44.9						
尿酸 (mg/dL)		2.1～7.0	7.1～7.5	0.0～2.0 7.6～8.9	9.0～		高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン:日本痛風・核酸代謝学会				
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール (mg/dL) ☆1		61～119	0～60	120～139	140～179	180～9999	動脈硬化性疾患予防ガイドライン:日本動脈硬化学会			
肝臓	AST (U/L)		10～30	0～9	31～50	51～9999		肝機能研究班意見書:日本消化器学会			
	ALT (U/L)		5～30	0～4	31～50	51～9999					
	γ-GT (U/L)		10～50	0～9	51～100	101～9999					
詳細な健診の項目	血管変化	心電図		異常なし	軽度所見あり	医師の判読で4以上		老人保健事業における糖尿病指導区分に関する検討			
		眼底検査 ☆4		H0S0	H1S1	H2S2	H3S3				
	血管の易血栓性変化	赤血球数 (×万/μL)	男性	400～539	540～599	360～399	～359	600～	WHO貧血の判定基準 人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン:人間ドック学会		
			女性	360～489	490～549	330～359	～329	550～			
		血色素量 (g/dL)	男性	13.1～16.6	16.7～99.9	12.1～13.0	0.0～12.0				
			女性	12.1～14.6	14.7～99.9	11.1～12.0	0.0～11.0				
		ヘマトクリット値 (%)	男性	38.5～48.9	49.0～50.9	35.4～38.4	～35.3	51.0～			
女性	35.5～43.9		44.0～47.9	32.4～35.4	～32.3	48.0～					

☆1脂質項目一つでも5判定があれば、全て精検用紙に表示 ☆2生理中の方はコメント対応 ☆3尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)の場合は精検用紙に出力

☆4有所見にて、医師の判読で4以上の場合あり

全ての項目において、精密検査報告書を発行する。(精密検査報告書の契約がある市町のみ)

血圧、脂質については4判定ではあるが、5判定の項目を含まない場合は精密報告書を発行しない(標準的な健診・保健指導プログラム フィードバック文例集参照)

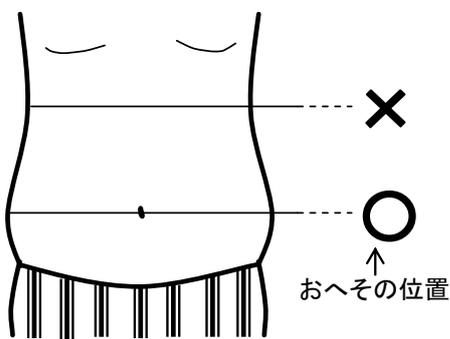
自分で内臓脂肪蓄積を判断するために… ウエスト周囲径を正しく測定する方法

B-12

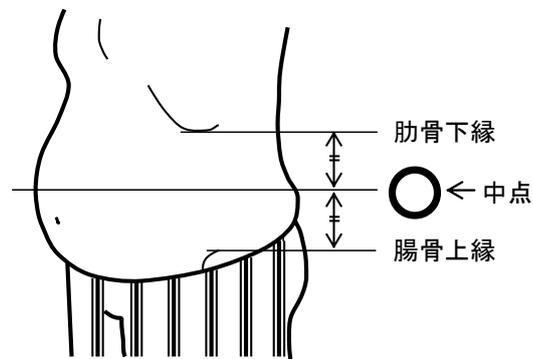
用意するもの —— メジャー：非伸縮性の布製（0.1cm単位で計測できるもの）

正しい測定部位 —— おへそ
臍の位置で水平に

お腹が前に突出しおへその位置が下垂している場合



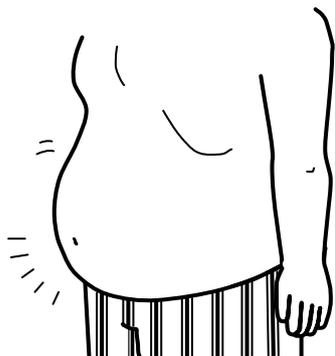
体幹の最も細い部分ではなく、
おへその位置で測定



肋骨下縁と腸骨上縁の中点を通る
横断面で測定

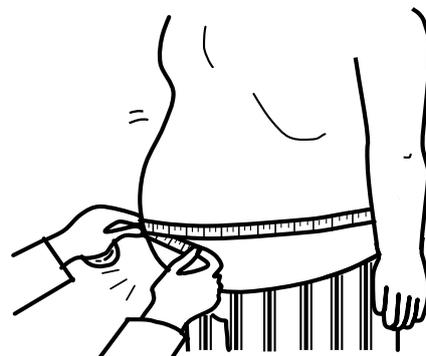
測定法と注意点 —— 食後は誤差が生じるので、空腹時に測定することが望ましい。

① 立位



② 両脇を身体の脇に自然に
垂らしリラックス

③ 息を吸い、軽く息をはいて(軽呼気)



④ その状態で測定
メジャーがきつくはい込まないようにする

令和6年度特定健診・ヘルスサポート事業等実施体制について

令和6年3月19日現在

市町名	保険証更新時期	健診等集合契約		備考※	自己負担額		実施体制		R6ヘルスサポート集合契約			
		健診	指導		健診	指導	実施時期	委託先	個別健診	指導	実施有無(O/X)	実施期間
佐賀市	4月	○	○		一般世帯 1,000円 ※40歳は無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター ○佐賀県産業医学協会 ○健診センター佐賀	4月～3月	○	4月～3月	スマシール (佐賀市版)
唐津市	8月	○	○		無料 500円	一般世帯に同じ	無料	○唐津東松浦医師会医療センター	5月～3月	○	4月～3月	なし
鳥栖市	8月	○	×		※40歳、50歳、60歳、及び70歳以上は無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	6月～3月	○	4月～3月	スマシール (健康づくり財団版)
多久市	8月	○	×		1,000円	一般世帯に同じ	無料	○多久臨床検査センター	6月～3月	○	4月～3月	なし
伊万里市	8月	○	○		無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～3月	×	5月～3月	なし
武雄市	8月	○	×		(集団健診) 600円 (個別健診) 600円	一般世帯に同じ	無料	○武雄市島地区医師会検査センター	6月、9月、10月	○	4月～3月	スマシール (佐賀市版)
鹿島市	8月	○	○		(集団健診) 500円 (個別健診) 1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	6月～1月	○	4月～3月	スマシール
小城市	8月	○	×		(集団健診) 1,000円 (個別健診) 1,200円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～2月	○	5月～2月	なし
藤野市	8月	○	○		1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	7月～12月	○	4月～3月	スマシール (健康づくり財団版)
神埼市	4月	○	○		1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～3月	○	4月～3月	スマシール (健康づくり財団版) または済スタンプ
吉野ヶ里町	8月	○	×		500円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月、7月、10月	○	4月～3月	なし
基山町	8月	○	×		(集団健診) 無料 (個別健診) 1,000円	無料	無料	○一般財団法人 医療情報健康財団	5月～11月	○	4月～3月	なし
みやき町	8月	○	×		(集団健診) 無料 (個別健診) 40～69歳：1,000円 70歳以上：500円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～11月	○	5月～3月	なし
上峰町	8月	○	×		(集団健診) 無料 (個別健診) 無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～1月	○	4月～3月	なし
玄海町	8月	○	○		無料	一般世帯に同じ	無料	○唐津東松浦医師会医療センター	6月～10月	○	4月～3月	なし
有田町	8月	○	×		(集団健診) 40～69歳：600円 70歳以上：200円 (個別健診) 40～69歳：1,200円 70歳以上：400円	無料	無料	○(一社)日本健康倶楽部	6月～7月	○	7月～3月	なし
大町町	8月	○	○		(集団健診) 500円 (個別健診) 1,000円 ※いずれも70歳以上無料	一般世帯に同じ	無料	○武雄市島地区医師会検査センター	7月、11月	○	4月～3月	なし
江北町	8月	○	○		(集団健診) 500円 (個別健診) 1,000円 ※集団・個別とも70歳以上は無料	一般世帯に同じ	無料	○武雄市島地区医師会検査センター	7月、11月	○	7月～2月	なし
白石町	8月	○	○		1,000円	一般世帯に同じ	無料	○武雄市島地区医師会検査センター	7月、11月、12月	○	4月～3月	なし
太良町	8月	○	○		無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月、6月、8月、10月、1月	○	4月～3月	スマシール (佐賀市版)
		20	11	0						19		

個別健診に於ける特定健診及び特定保健指導再委託料一覧表

(消費税込)

	内 容	実施料	再委託料 (* 註)	病医院 受取額
特定健診	市町国保、佐賀県医師国保、 佐賀県歯科医師国保、 佐賀県建設国保	8,382 円	3,352 円	5,030 円
	被用者保険(集合契約 B)			
	被用者保険(集合契約 A)	7,150 円	2,860 円	4,290 円
後期高齢者 健診	基本項目	8,382 円	3,352 円	5,030 円
	アルブミン	121 円	80 円	41 円
詳細健診の 追加検査	心電図	1,430 円	110 円	1,320 円
	眼底検査	1,232 円		1,122 円
	貧血検査	242 円	154 円	88 円
	クレアチニン	121 円	80 円	41 円
	財団実施眼底検査	1,232 円	908 円(検査料) 110 円(結果入力料)	214 円
特定保健 指導	動機づけ支援の電子化代行	8,470 円	2,033 円	6,437 円
	積極的支援の電子化代行	25,120 円	4,376 円	20,744 円

* 註 再委託料は健康づくり財団実施料金です。

* 集合契約 A に参加の医療機関は、被用者保険の特定健診実施料が 7,150 円になります。

* 財団実施眼底検査料には、眼底読影料金 300 円が含まれます。

※ 特定健診の個別健診個人負担金について

市 町	個人負担金
佐賀市・多久市・鹿島市・神崎市・嬉野市 基山町・白石町	1,000 円 (佐賀市 40 歳無料)
唐津市・伊万里市・玄海町・上峰町・太良町	無料
武雄市	600 円
吉野ヶ里町	500 円
小城市	1,200 円
鳥栖市	40 歳・50 歳・60 歳無料 70 歳以上無料 それ以外 500 円
江北町・大町町	40～69 歳 1,000 円 70～74 歳 無料
みやき町	40～69 歳 1,000 円 70～74 歳 500 円
有田町	40～69 歳 1,200 円 70～74 歳 400 円
被用者の被扶養者 ※集合契約 A に参加の医療機関は、 特定健診単価が 7,150 円になります。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個人負担額の場合：記載額を徴収してください 2. 個人負担率の場合：実施料に負担率を乗じてください 3. 保険者負担額上限額の場合：実施料から上限額を引いてください (協会けんぽ：8,382 円－7,150 円 =1,232 円) ※集合契約 A に参加の医療機関は、 (協会けんぽ：7,150 円－7,150 円 =0 円)

この事務マニュアル(医師会版)は佐賀県医師会のホームページのメディカルトピックス、佐賀県健康づくり財団のホームページの医療機関の皆様への受託業務に掲載しています。お手数ですが、ダウンロードのうえご利用ください。

佐賀県医師会ホームページ： <http://www.saga.med.or.jp>

佐賀県健康づくり財団ホームページ： <https://saga-kenkou.or.jp>