

令和5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5年4月1日 (Vol. 16 - Ver. 1)

公益財団法人 佐賀県健康づくり財団

(問い合わせ)

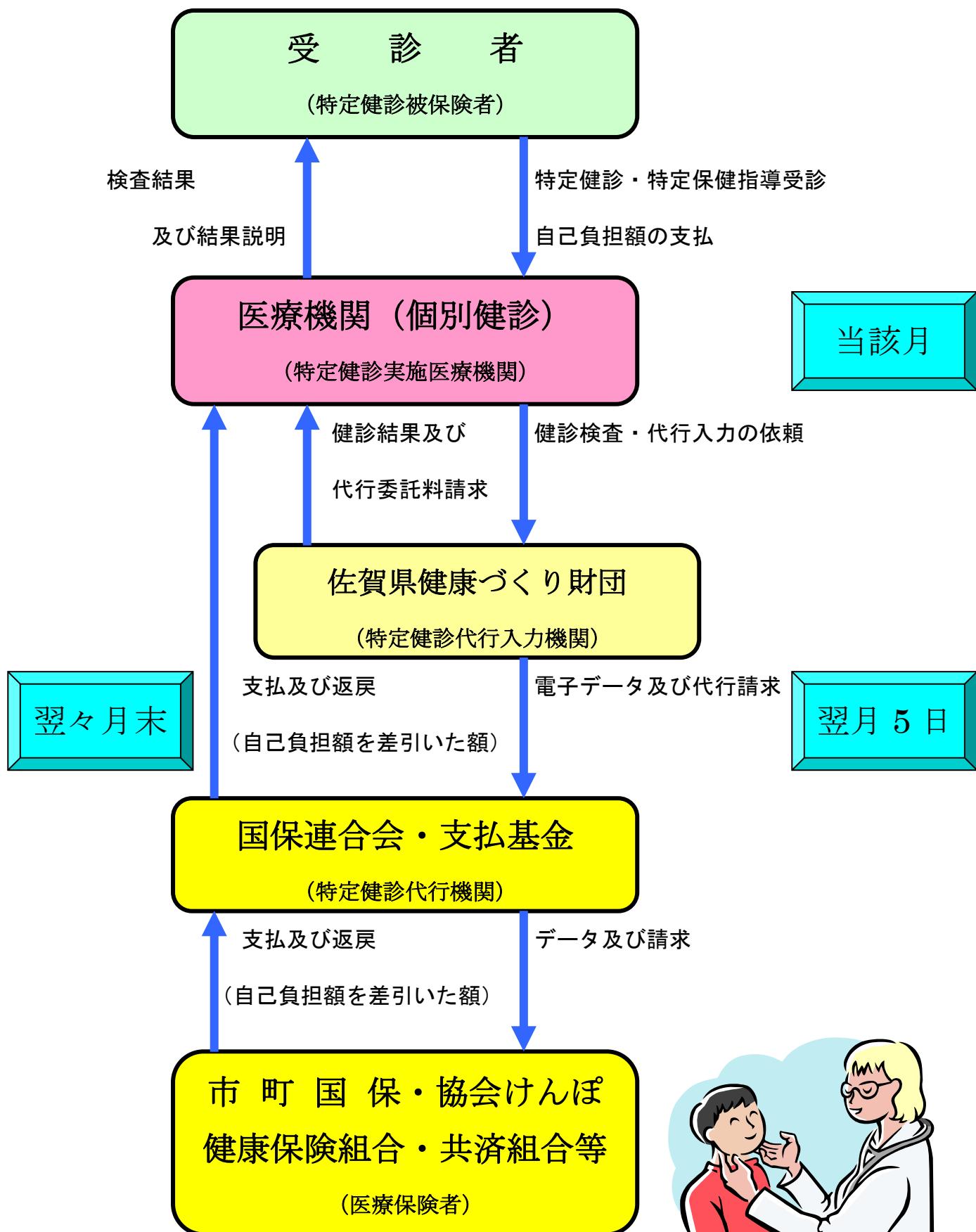
【健診部巡回健診課個別健診】 0952-37-3312

担当：恒松、中島

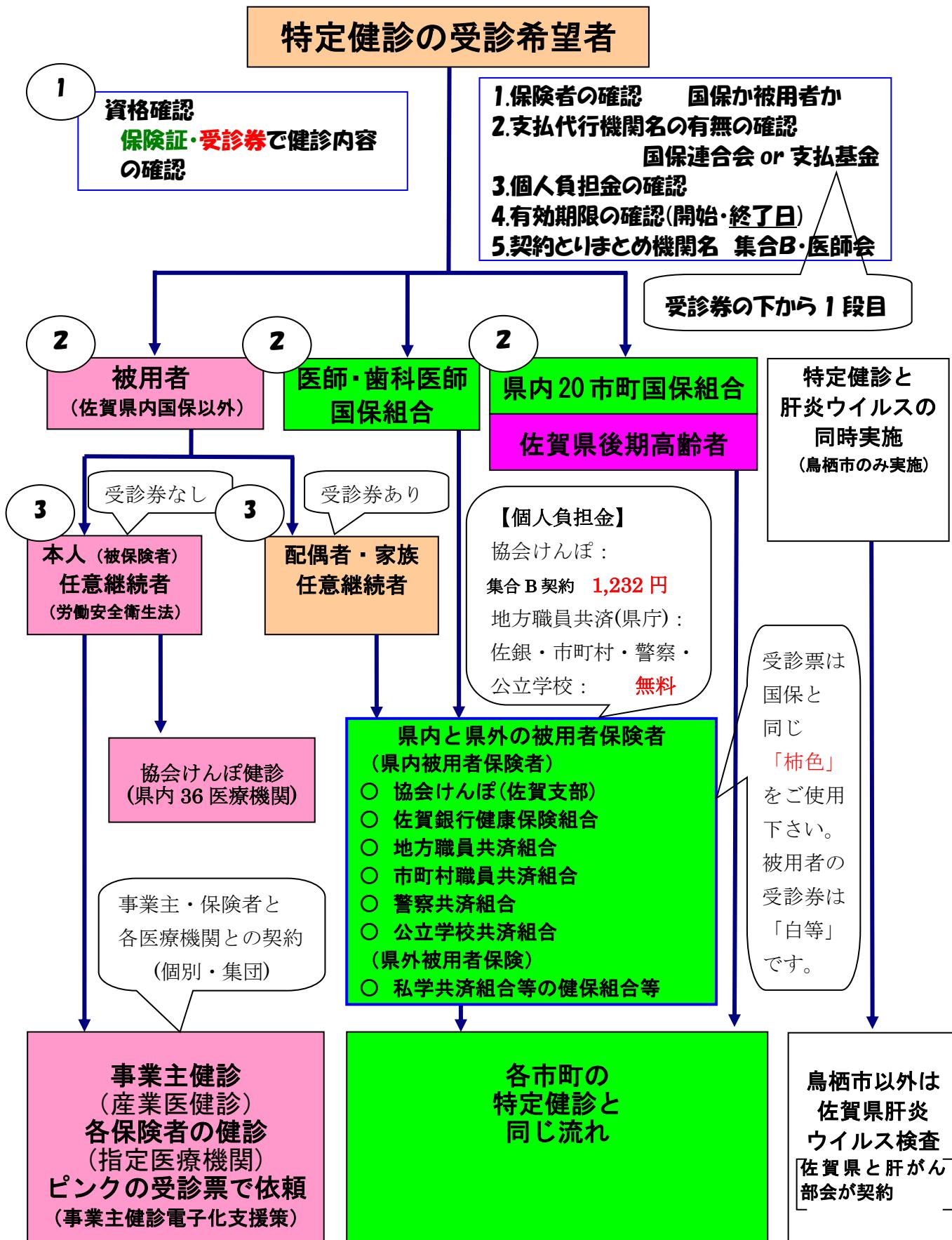
【検査部】 0952-37-3302

【代表・総務部】 0952-37-3301

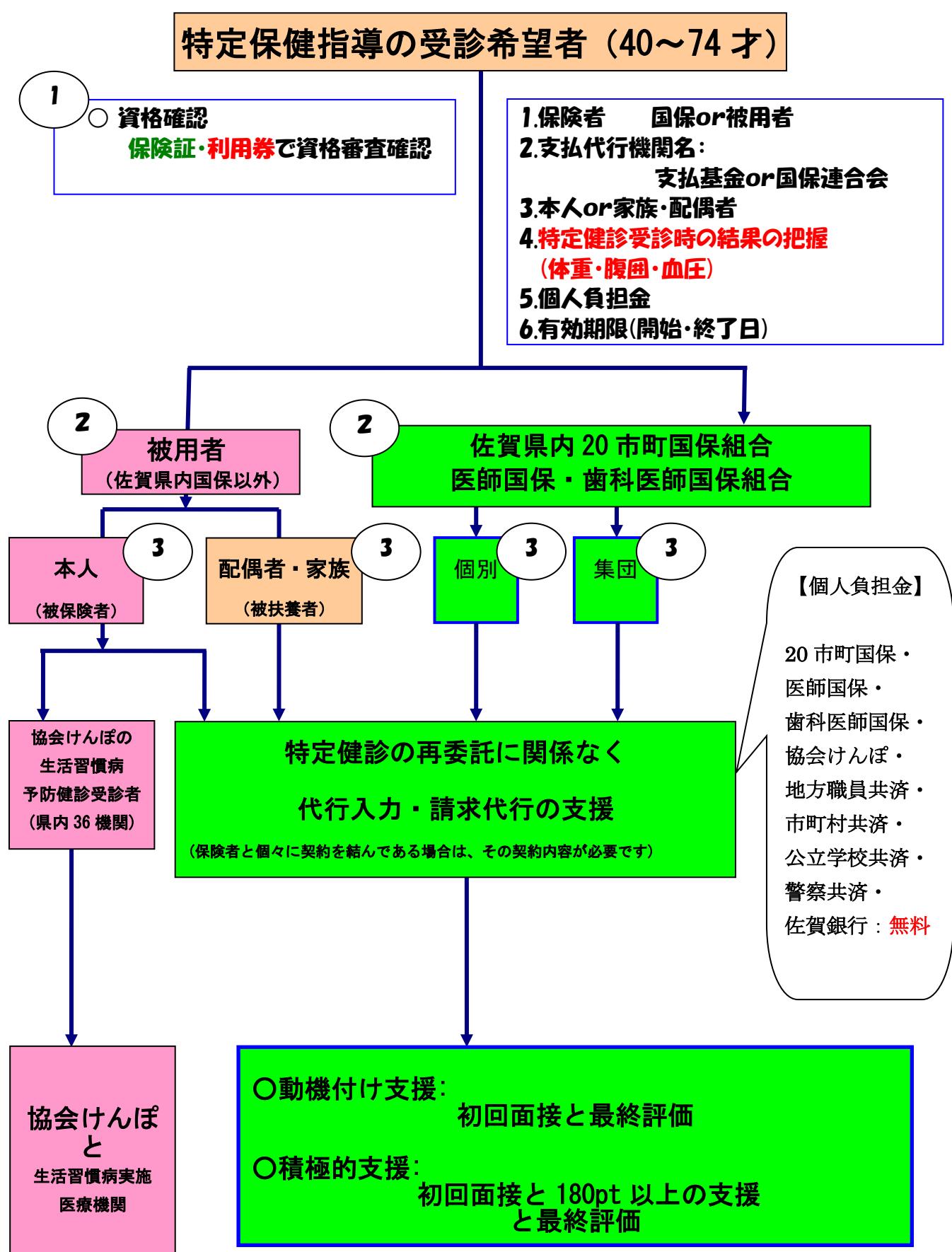
特定健診・特定保健指導の流れ図



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

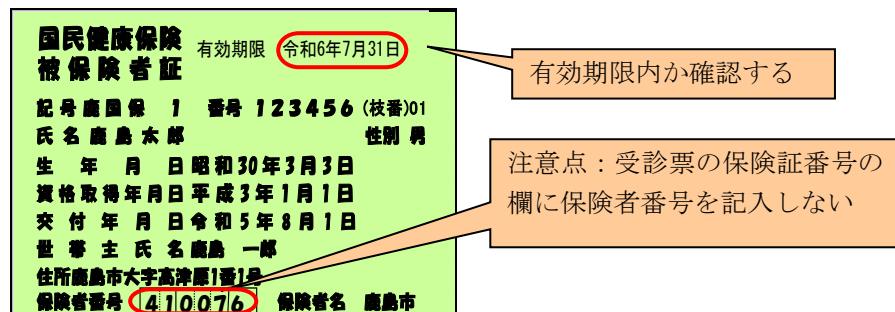
1

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年間病院で保管してください。(受診時に40~74歳と年度内40歳)
2. 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。
3. **受診券と保険証をコピーし、受診票と検体(アンチ・スピツツ・フッ化Na)と一緒に提出してください。(6点セット)**
受診票の複写紙が病医院控えになります。
4. 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。
5. 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。
6. 「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。
7. 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)

※ 国保被保険者証と受診券 令和5年度黄緑色



※ 各保険者で受診券のサイズ・様式が違いますが、確認事項は同じです。

2

健診内容の確認

1. 血液・尿検査項目は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、受診者に名前を読みませて確認し、採血してください。
3. 必要本数は茶栓のスピツツと藤色のアンチクロット及び灰色のフッ化Naの3本です。
(茶栓のスピツツで血液化学、肝機能検査を藤色のアンチでA1c、灰色のフッ化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ツツで検査します。(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、腹囲(内臓脂肪面積)
	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、LDLコレステロール
	肝機能検査	A ST (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 研究 事業 項目	ヘモグロビンA1c (N G S P)	佐賀県の研究事業として実施 (糖尿病・人工透析予防事業)
	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、臨床の病歴や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、必要がないと考えら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：血压収縮期130—139mmHg または舒張期85—89mmHg
	クレアチニン	<input type="checkbox"/>	当該年の結果で既往又は治療 検査が保健指導判定値以上	保健指導判定値：血清検査100—125mg/dl またはHbA1c5.6—6.4%
	心電図検査	<input checked="" type="checkbox"/>	当該年の結果で既往が受診勧 奨値以上又は不審 検査が受診勧奨値以上	受診勧奨判定値：血压収縮期140mmHg以上 または舒張期90mmHg以上
	眼 底 検 査	<input type="checkbox"/>	当該年の結果で既往又は治療 検査が受診勧奨値以上	受診勧奨判定値：血清検査126mg/dl以上 またはHbA1c6.5%以上
		<input type="checkbox"/>	前年度の結果で 血清検査が受診勧奨値以上	※5疾患とは（高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳血管障害・心臓疾患）

※判断基準に該当する者の中、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）

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）

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A4版の受診券には、詳細項目の実施項目欄に「〇印」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週間以内にお願いします。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)	2つ以上該当	基準該当
≥90cm 以上 (女性)	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A1cが 6.0%以上、または服薬)
- ② 脂質 (中性脂肪 150mg/dl 以上、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		なし	
	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		なし	
	1つ該当			
	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A1cが 5.6%以上)
- ② 脂質 (中性脂肪 150mg/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）

- 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。
- 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）
- 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）
- 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。
- 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. 間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と保険証をコピーし、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。
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6年7月31日	
被保険者番号 12345678	
住 所	鹿島市大字高津原1番1号
氏 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5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

※A4 または、はがきサイズ

後期高齢者健診受診券 令和5年6月 1日 支付	
個人コード	01234567
受診整理番号	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5年6月1日～1月31日
健診内容	健診検査（基本） 特定健診検査（詳細）：眼底検査
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・名前	39412011 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	佐賀県民健康保険団体連合会

今年度は、水色

※ 各市町で様式が違いますが、確認事項は同じです。

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事項を記入後、そのコピーを提出してください。

動機付け支援(見本)		初回指導報告書				
指導機関情報・対象者情報		支払基金に登録している番号。レセプト番号と同じ。10桁。				
指導機関名	○○○ 病院	機関番号	4110000000			
保健指導対象者名	サガ カズコ					
対象者住所	〒○○○-○○○○ 佐賀県佐賀市○○町○○-○○					
健診実施日	2022年 10月 1日	特定期診受診番号	220000000000			
利用券番号※1	022000000000	利用券有効期限※1	2023年○月○日			
生年月日	1970年 12月 1日	性別	1男性 ○女性			
保険者名	○○健康保険組合	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	○負担無し 2定期負担 3定期負担 4保険者定期負担					
徴収区分※2	1初回指導時全額徴収 ○その他					
単価	○○○○○円	負担金額※2	○○○○○円			
負担割合※2	○負担割合					
支援レベル	1積極的支援 ○軽微支援					
行動変容ステージ	1無関心期 ○関心期 3準備期 4実行期 5維持期					
・無関心期 →改善するつもりはない ・関心期 →改善するつもり (5ヶ月以内) ・準備期 →改善するつもり (近いうち・1ヶ月以内) ・実行期 →改善に取り組んでいます (6ヶ月未満) ・維持期 →改善に取り組んでいます (6ヶ月以上)						※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ください。 ※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 目標設定の必要がない場合は、実測値をそのまま記入してください。
「～」等を使っての範囲の設定はできません。						初回面接は書かない
目標						93.0cm 体重 70.0kg
収縮時血圧※3						130mmHg 拡張時血圧※3 84mmHg
一日の摂取目標						117kcal
運動消費量						50kcal 食事摂取量 67kcal
実測数値情報(特定健診結果情報)						初回面接は書かない
目標						96.0cm 体重 73.0kg
収縮時血圧						134mmHg 拡張時血圧 88mmHg
日程計画情報						初回面接は書かない
回数	評価	日付※4	支援形態※5	時間(往復)	ポイント	指導者
1	終	4月 21 日	個別支援	20	p	保健師
2		月 日			p	
3		月 日			p	
4		月 日			p	
5		月 日			p	
6		月 日			p	
7		月 日			p	
8		月 日			p	
9		月 日			p	
10		月 日			p	
11		月 日			p	
12		月 日			p	
13		月 日			p	
14		月 日			p	
15		月 日			p	
※保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、 従前●月●ヶ月経過後に評価を実施することも あるので保険者にお問い合わせください。						必ず2ヶ月以上●月●ヶ月の日付けを書いてください。 ○初回面接1月20日⇒3ヶ月評価4月21日 ×初回面接1月20日⇒3ヶ月評価4月20日
会員予定ボイント数 A: A: 合計: 予定支援期間						週

積極的支援(見本)		初回指導報告書				
指導機関情報・対象者情報		支払基金に登録している番号。レセプト番号と同じ。10桁。				
指導機関名	○○○ 病院	機関番号	4110000000			
保健指導対象者名	サガ ハナコ					
対象者住所	〒○○○-○○○○ 佐賀県佐賀市○○町○○-○○					
健診実施日	2022年 10月 1日	特定期診受診番号	220000000000			
利用券番号※1	022000000000	利用券有効期限※1	2023年○月○日			
生年月日	1970年 5月 1日	性別	1男性 ○女性			
保険者名	○○健康保険組合	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	○負担無し 2定期負担 3定期負担 4保険者定期負担					
徴収区分※2	1初回指導時全額徴収 ○その他					
単価	○○○○○円	負担金額※2	○○○○○円			
負担割合※2	○負担割合					
支援レベル	1積極的支援 ○軽微支援					
行動変容ステージ	1無関心期 ○関心期 3準備期 4実行期 5維持期					
・無関心期 →改善するつもりはない ・関心期 →改善するつもり (5ヶ月以内) ・準備期 →改善するつもり (近いうち・1ヶ月以内) ・実行期 →改善に取り組んでいます (6ヶ月未満) ・維持期 →改善に取り組んでいます (6ヶ月以上)						※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ください。 ※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 目標設定の必要がない場合は、実測値をそのまま記入してください。 ※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A/B、グループ支援、電話A/B、e-mailA/Bのいずれかで記入してください。
「～」等を使っての範囲の設定はできません。						初回面接は書かない
目標						93.0cm 体重 70.0kg
収縮時血圧※3						130mmHg 拡張時血圧※3 84mmHg
一日の摂取目標						117kcal
運動消費量						50kcal 食事摂取量 67kcal
実測数値情報(特定健診結果情報)						初回面接は書かない
目標						96.0cm 体重 73.0kg
収縮時血圧						134mmHg 拡張時血圧 88mmHg
日程計画情報						初回面接は書かない
回数	評価	日付※4	支援形態※5	時間(往復)	ポイント	指導者
1		2月8日	電話B	5	10p	保健師
2	中	2月20日	個別支援A	20	80p	保健師
3		3月20日	電話B	5	10p	保健師
4	終	4月21日	個別支援A	20	80p	保健師
5		月 日				
必ず3ヶ月以上●月●ヶ月の日付けを書いてください。 ○初回面接1月20日⇒3ヶ月評価4月21日 ×初回面接1月20日⇒3ヶ月評価4月20日						※保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、 従前●月●ヶ月経過後に評価を実施することも あるので保険者にお問い合わせください。
会員予定ボイント数 A: 160 B: 20 合計: 180 予定支援期間						13週

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)

動機付け支援(見本)

評価報告書

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	○○○ 病院	機関番号	41100000000	保健指導対象者名	サガ カズコ
健診実施日	2022年10月1日	受診券番号	22000000000	対象者名	佐賀 和子
生年月日	1970年12月1日	性別	1男性 <input checked="" type="radio"/> 2女性	対象者住所	〒○○○-○○○○
保険者名	○○健康保険組合	保険者番号	○○○○○○○○		佐賀県佐賀市○○町○○-○○

実施情報 (初回面接は記入不要)

回数	評価	日付	支援形態	時間(往復)	ポイント	指導者	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	食事改善※1	運動改善※2	喫煙改善※3	喫煙指導※4	中断※5
1	終	4月 21 日	個別支援	10	p	保健師	93cm	70kg	130mmHg	84mmHg	1	1	3		
2	月				p										
3	月				p										
4	月				p										
5															
6															
7															
8															
9															
10	月	□	□	□	p										
11	月	日			p										
12	月	日			p										
13	月	日			p										
14	月	日			p										
15	月	日			p										

※1 食事改善は以下より選択
1:変化なし 2:改善 3:悪化
※2 運動改善は以下より選択
1:変化なし 2:改善 3:悪化
※3 喫煙改善は以下より選択
1:禁煙継続 2:非継続 3:非喫煙 4:禁煙の意思なし
※4 喫煙指導は指導を行った時にチェックをする
※5 中断については中断を決定した際の日付を記入し中断欄に確認回数を記入する。また、中断理由も記入する

※6 腹囲・体重・収縮期血圧・拡張期血圧についてお手筋欄には必ず記入する
※7 食事改善・運動改善・喫煙改善については指導実施した際には必ず記入する

積極的支援(見本)

評価報告書

指導機関情報・対象者情報

指導機関名	○○○ 病院	機関番号	41100000000	保健指導対象者名	サガ ハナコ
健診実施日	2022年10月1日	受診券番号	22000000000	対象者名	佐賀 華子
生年月日	1970年5月1日	性別	1男性 <input checked="" type="radio"/> 2女性	対象者住所	〒○○○-○○○○
保険者名	○○健康保険組合	保険者番号	○○○○○○○○		佐賀県佐賀市○○町○○-○○

実施情報 (初回面接は記入不要)

回数	評価	日付	支援形態	時間(往復)	ポイント	指導者	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	食事改善※1	運動改善※2	喫煙改善※3	喫煙指導※4	中断※5
1	2月 3日	電話日	5	10p	保健師	cm	kg	mmHg	mmHg	1	1	3			
2	中	2月 20 日	個別支援A	20	80p	保健師	95cm	72kg	134mmHg	88mmHg	1	1	3		
3		3月 20 日	電話日	5	10p	保健師	cm	kg	mmHg	mmHg	1	1	3		
4	終	4月 21 日	個別支援A	20	80p	保健師	93cm	70kg	130mmHg	78mmHg	1	1	3		
5	月				p										
6	月	日			p										
7	月				p										
8	月														
9	月														
10	月														
11	月														
12	月														
13	月	□	□	□	p										
14	月	日			p										
15	月	日			p										

※1 食事改善は以下より選択
1:変化なし 2:改善 3:悪化
※2 運動改善は以下より選択
1:変化なし 2:改善 3:悪化
※3 喫煙改善は以下より選択
1:禁煙継続 2:非継続 3:非喫煙 4:禁煙の意思なし
※4 喫煙指導は指導を行った時にチェックをする
※5 中断については中断を決定した際の日付を記入し中断欄に確認回数を記入する。また、中断理由も記入する

※6 腹囲・体重・収縮期血圧・拡張期血圧についてお手筋欄には必ず記入する

※7 食事改善・運動改善・喫煙改善については指導実施した際には必ず記入する

※8 中断理由は、必ず記入をお願いします。

中断理由

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	
		利用券有効期限※1	
		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	2	月 月 日
徴収区分※2	1.初回指導時全額徴収 2.その他	3	月 日
単価	負担金額※2	4	月 日
負担割合※2	負担上限額※2	5	月 日
支援レベル	1.積極的支援 2.動機付け支援	6	月 日
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	7	月 日
		8	月 日
		9	月 日
		10	月 日
		11	月 日
		12	月 日
		13	月 日
		14	月 日
		15	月 日
指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士 4.その他	実施予定ボイント数	合計 予定支援期間 週

目標数値情報

腹囲	cm	体重 kg	拡張時血圧※3 mmHg
収縮時血圧	mmHg	食事削減量	kcal
一日の削減目標	kcal		
運動削減量	kcal		

実測数値情報(特定健診結果情報)

腹囲	cm	体重 kg	拡張時血圧 mmHg	回数	評価	日付※4	支援形態※5	時間(往復)	ポイント	指導者
1	月	日								p
2	月	日								p
3	月	日								p
4	月	日								p
5	月	日								p
6	月	日								p
7	月	日								p
8	月	日								p
9	月	日								p
10	月	日								p
11	月	日								p
12	月	日								p
13	月	日								p
14	月	日								p
15	月	日								p

日程計画情報

実施日時	年 月 日	支援形態	
		1.個別支援	2.グループ支援
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		

初回実施情報

実施日時	年 月 日	支援形態
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	

※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 目標設定の必要がない場合は、実測値をそのまま記入してください。

※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A/B、グループ支援、電話A/B、e-mailA/B のいずれかで記入してください。

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			機関番号	保健指導 対象者名		
健診実施日	受診券番号						
生年月日	性別			1 男性 2 女性	対象者住所		
保険者名	保険者番号			〒 -			

実施情報 (初回面接は記入不要)

回数	評価	日付	支援形態	時間(往復)	年代	指導者	腹囲	体重	吸縮期血压	拡張期血压	食事改善	運動改善	喫煙改善	喫煙指導	中断
1		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
2		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
3		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
4		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
5		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
6		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
7		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
8		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
9		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
10		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
11		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
12		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
13		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
14		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						
15		月 日	P			kg	cm	mmHg	mmHg						

*1 食事改善 *2 改善 3:墨上 1:変化なし 2:改善

*2 運動改善 *3:墨上 1:変化なし 2:改善

*3 嘸煙改善 *4:墨上 1:禁煙推奨 2:非推奨 3:非喫煙 4:禁煙の意思なし

*4 嘸煙指導は指導を行った時にチェックをする。

*5 腹囲・体重・吸縮期血压・拡張期血压について評価欄に必ず記入する。

*6 食事改善・運動改善・喫煙改善については指導実施した際に必ず記入する

中断理由

合計

佐賀市国保 動機付け支援 指導報告書(初回・3カ月後評価)

※ 4箇所の点線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	特定健診受診券番号
利用券番号				利用券有効期限
生年月日	年	月	日	性別
被保険者証記号番号	佐賀市	-	-	1. 男性 2. 女性
保険者名	-	-	-	保険者番号
窓口負担	-	-	-	410019
単価	8,470円	-	-	負担無し
負担割合	0円	-	-	負担金額
支還レベル	動機付け支援	-	-	負担上限額
				保健指導コース名
				動機付け受け

初回実施情報

実施日時	年	月	日	支援形態	個別支援
実施時間			20分	指導者名	
指導者職種	1. 医 師	2. 保 健 師	3. 管 理 栄 养 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
(注意) 佐賀県健康づくり財團へ費用請求を依頼する場合(初回面接、3カ月後評価実施情報)は、この報告書をコピーして提出ください。					
1. 計量のゴムは必須ではありません。面接の結果で本人のやる気(行動変容ステージ)を判断して該当に○を塗んでください。	時間	月	日	支援形態	直接
2. 食事改善				指導者職種	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士
運動改善				kg	血圧 / mmHg
喫煙改善	0. 変化なし	1. 改善	2. 悪化		
	0. 変化なし	1. 改善	3. 悪化		
1. 禁煙達成	1. 禁煙達成	2. 非継続	3. 禁煙の意思なし		
2. 関心期 : 6ヶ月以内に実行意思あり。					
3. 準備期 : 1ヶ月以内に実行意思あり。					
4. 実行期 : 6ヶ月未満。					
5. 維持期 : 6ヶ月以上維持。					

- ※0 利用券のゴムを添付してください。
 ※1 計量のゴムは必須ではありません。面接の結果で本人のやる気(行動変容ステージ)を判断して該当に○を塗んでください。
 ※2 無関心期 : 6ヶ月以内に実行意思なし。
 1. 関心期 : 6ヶ月以内に実行意思あり。
 2. 準備期 : 1ヶ月以内に実行意思あり。
 3. 実行期 : 6ヶ月未満。
 4. 維持期 : 6ヶ月以上維持。

3カ月後の評価予定日(日程計画情報)

回数	評価	日付	支援形態	時間	指導者職種
1 総	月	日	面接・電話他	分	1.医師 2.保健師 3.管理栄養士

(注意2)3カ月後評価は面接時から3カ月経過後に評価をしてください。

予定支援期間 12週

3カ月後評価情報 ※ 太線は3カ月後評価時にご記入ください。(血压以外は必須です)

腹囲	時間	月	日	支援形態	直接	電話 FAX 手紙
食事改善				指導者職種	1.医師 2.保健師	3.管理栄養士
運動改善				kg	血圧 / mmHg	
喫煙改善	0. 変化なし	1. 改善	2. 悪化			
	0. 変化なし	1. 改善	3. 悪化			
1. 禁煙達成	1. 禁煙達成	2. 非継続	3. 禁煙の意思なし			
2. 関心期 : 6ヶ月以内に実行意思あり。						
3. 準備期 : 1ヶ月以内に実行意思あり。						
4. 実行期 : 6ヶ月未満。						
5. 維持期 : 6ヶ月以上維持。						

決定日	月	日	確認回数
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)	月 日(電話 FAX 手紙)

特定健診検査項目の健診判定値

佐賀県健康づくり財団

項目			特定健診基準範囲	保健指導範囲	受診勧奨判定値	科学的根拠	
血管が傷む ～動脈硬化の危険因子～	内臓肥満	BMI	25.0未満	25.0～		日本肥満学会： 肥満症ガイドライン(2006)	
		ウエスト周囲径	男性	85.0cm未満	85.0cm～		
			女性	90.0cm未満	90.0cm～		
		中性脂肪	150未満	150～299	300～	動脈硬化性疾患 予防ガイドライン(2007)	
		HDLコレステロール	40以上	35～39	～34		
基本的な健診の項目	血管を傷つける	インスリン抵抗性	血糖 空腹時	100未満	100～125	126～	
			HbA1c (NGSP)	5.6未満	5.6～6.4	6.5～	
			尿糖	(-)	(+)	(++)～	
		血圧	収縮期	130未満	130～139	140～	
			拡張期	85未満	85～89	90～	
腎臓		尿蛋白		(-)	(+)～	人間ドック学会：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	
		尿潜血		(-)			
		クレアチニン	男性	0.60～1.00	1.01～1.29 0.00～0.59	1.30～	
			女性	0.40～0.70	0.71～0.99 0.00～0.39	1.00～	
		尿酸		2.1～7.0	7.1～8.9 0.0～2.0	9.0～	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	120未満	120～139	140～	日本動脈硬化学会： 動脈硬化性疾患予防 ガイドライン(2007)	
		AST(GOT)	31未満	31～50	51～	日本消化器病学会 肝機能研究班	
		ALT(GPT)	31未満	31～50	51～		
		γ-GT(γ-GTP)	51未満	51～100	101～		
		心電図		異常なし	軽度所見あり	要医療	
詳細な健診の項目	血管変化 わかるる項目 が 血管の損傷が 血管の易性変化	眼底検査		H0S0	H1S1	H2S2～H3S3	老人保健事業における 糖尿病指導区分に関する検討(2002)
		ヘマトクリット	男性	38.5～48.9	35.4～38.4 49.0～50.9	～35.3 51.0～	WHO貧血の判定基準 人間ドック学会：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
			女性	35.5～43.9	32.4～35.4 44.0～47.9	～32.3 48.0～	
		血色素	男性	13.1～	13.0～12.1	12.0以下	
			女性	12.1～	12.0～11.1	11.0以下	

標準的健診・保健指導ガイドライン(改定案)(2013)健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値より

H30.4.1

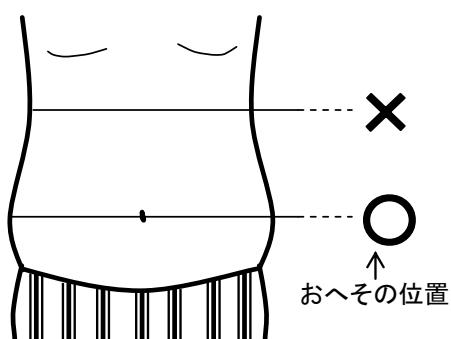
自分で内臓脂肪蓄積を判断するために…
ウエスト周囲径を正しく測定する方法

B-12

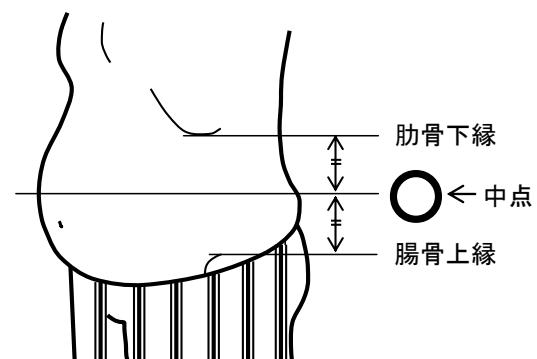
用意するもの —— メジャー：非伸縮性の布製（0.1cm単位で計測できるもの）

正しい測定部位 —— 脇の位置で水平に

お腹が前に突出しおへその位置が下垂している場合



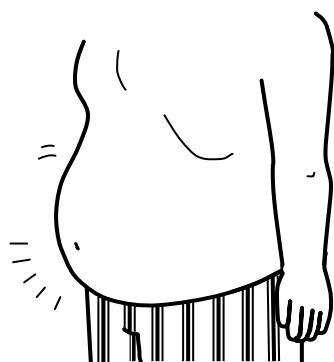
体幹の最も細い部分ではなく、
おへその位置で測定



肋骨下縁と腸骨上縁の中点を通る
横断面で測定

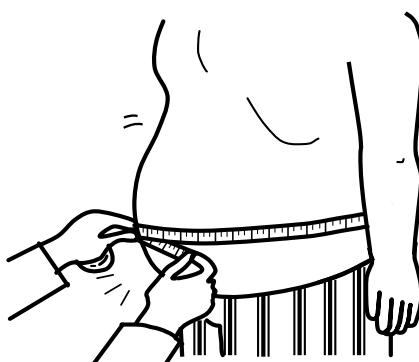
測定法と注意点 —— 食後は誤差が生じるので、空腹時に測定することが望ましい。

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
メジャーがきつくい込まないようにする

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会
メタボリックシンドロームの定義と診断基準

令和5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5年3月3日時点

市町名	保険証更新時期	健診等集合契約		自己負担額		健診		実施体制		実施期間		R 5ヘルスサポート事業契約			
		健診	指導	一般世帯	非課税世帯	指導	実施時期	委託先	個別健診	実施時期	実施期間	指導	実施有無 (○/×)	実施期間	受診券回収(受診券譲り受け)
佐賀市	4月	○	○	1,000円 ※40歳以上は無料	一般世帯 に同じ	無料	4月～3月	○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	○	4月～3月	○	4月～3月	スマートル (佐賀市版)
唐津市	8月	○	○	無料	一般世帯 に同じ	無料	5月～1月	○唐津東松浦医師会医療センター	5月～3月	4月～3月	○	4月～3月	○	4月～3月	なし
鳥栖市	8月	○	×	500円 ※40歳、50歳、60歳、 及び70歳以上は無料	一般世帯 に同じ	無料	6月～3月	○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	○	4月～3月	○	4月～3月	スマートル (健康づくり財团版)
多久市	8月	○	×	1,000円	一般世帯 に同じ	無料	6月～3月	○多久臨床検査センター	6月～3月	4月～3月	○	6月～3月	○	6月～3月	なし
伊万里市	8月	○	○	無料	一般世帯 に同じ	無料	4月～3月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～3月	5月～3月	×				
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	6月、7月、9月	○武雄杵島地区医師会医療センター	6月～2月	4月～3月	○	4月～3月	○	4月～3月	スマートル (健康づくり財团版)
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	6月～1月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～12月	4月～3月	○	5月～3月	○	5月～3月	スマートル
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	5月～2月	○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～3月	○	5月～2月	○	5月～2月	なし
嬉野市	8月	○	○	1,000円	一般世帯 に同じ	無料	7月～12月	○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	○	6月～3月	○	6月～3月	スマートル (健康づくり財团版)
神埼市	4月	○	○	1,000円	一般世帯 に同じ	無料	4月～3月	○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	○	4月～3月	○	4月～3月	スマートル (健康づくり財团版)
吉野ヶ里町	8月	○	×	500円	一般世帯 に同じ	無料	5月、7月、10月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～2月	4月～3月	○	4月～2月	○	4月～2月	なし
基山町	8月	○	×	(集団健診) 無料 (個別健診) 1,000円	一般世帯 に同じ	無料	5月～11月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～3月	4月～3月	○	4月～3月	○	4月～3月	なし
みやき町	8月	○	×	(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	5月～11月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～2月	5月～3月	○	4月～3月	○	4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	4月～11月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～2月	4月～3月	○	4月～3月	○	4月～3月	なし
玄海町	8月	○	○	無料	一般世帯 に同じ	無料	6月～10月	○唐津東松浦医師会医療センター	4月～3月	4月～3月	○	4月～3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 40～69歳：1,200円 70歳以上：400円 ※いずれも70歳以上無料	一般世帯 に同じ	無料	6月～7月	○(-社)日本健康俱乐部 ○武雄杵島地区医師会検診センター	8月～3月	7月～3月	○	7月～3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	一般世帯 に同じ	無料	7月、11月	○武雄杵島地区医師会検診センター	7月～3月	4月～3月	○	7月～3月	○	7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	7月、11月	○武雄杵島地区医師会検診センター	7月～2月	7月～3月	○	7月～2月	○	7月～2月	なし
白石町	8月	○	○	1,000円	一般世帯 に同じ	無料	7月、10月	○武雄杵島地区医師会検診センター	6月～3月	4月～3月	○	6月～3月	○	6月～3月	スマートル (健康づくり財团版)
太良町	8月	○	○	無料	一般世帯 に同じ	無料	5月、6月、8月、 10月、1月	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	6月～2月	4月～3月	○	4月～3月	○	4月～3月	スマートル (佐賀市版)
		20	11												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・神埼市・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。	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 (佐賀県の協会けんぽ：8,382円－ 7,150円=1,232円) ※集合契約Aに参加の医療機関は、 (佐賀県の協会けんぽ：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。
必要な方はダウンロードしてご利用ください。

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>